

南阿蘇村高齢者保健福祉計画
第9期南阿蘇村介護保険事業計画

令和6年3月
熊本県 南阿蘇村

はじめに

介護を必要とする高齢者を社会全体で支え合う仕組みとして、平成12年に介護保険制度が創設されてから20年以上が経過し、この間さまざまな介護サービス基盤が整備され、現在は高齢者やその家族を支えるうえで欠かせない制度として定着してきました。

わが国においては、平均寿命の延伸とともに、少子化などの影響により、世界に類を見ない速さで高齢化が進行しています。

南阿蘇村においても、少子高齢化が進んでおり、令和5年9月現在の高齢化率は43.2%となり、約2.5人に1人が65歳以上の高齢者という状況となっています。将来の人口についても、今後さらに現役世代が減少し、高齢化率も上昇していくと見込まれています。

本村では、8期にわたり「高齢者保健福祉計画および介護保険事業計画」を策定し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立して日常生活を営むことができるよう、「住まい」、「医療」、「介護」、「介護予防」及び「生活支援」を包括的に確保する地域包括ケアシステムを推進してきました。

今後は、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保を行いつつ、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備を行っていくことが求められています。

これらの状況を踏まえ、このたび「高齢者が安心して暮らせる環境の整った思いやりのある気持ちにあふれたむら」を基本理念とし、令和6年度から令和8年度までの3か年を計画期間とする「南阿蘇村高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定いたしました。

計画の推進にあたっては、高齢者施設や事業所、医療機関のほか、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、ボランティア、教育機関など村が緊密に連携することが重要となります。引き続き、皆様のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、本計画の策定にあたってご尽力をいただきました「南阿蘇村介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画策定委員会」の委員の皆様をはじめ、貴重なご意見を賜りました村民の皆様から感謝申し上げますとともに、今後一層のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

令和6年3月

南阿蘇村長 吉良清一

目次

総論	1
第1章 計画策定にあたって	2
第1節 計画策定の背景・趣旨	2
第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定	3
1. 介護保険制度の改正の経緯	3
2. 第9期介護保険事業計画基本指針の主な改正内容	5
第3節 計画の概要	6
1. 計画の法的根拠と位置づけについて	6
2. 計画の期間	7
3. 日常生活圏域の設定	8
4. 住民参画による地域性を活かした計画策定	9
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	10
第1節 人口と高齢者の状況	10
1. 高齢者の状況	10
2. 認定者数と認定率の推移	14
3. 認知症の状況	17
4. 介護サービスの利用状況	18
第2節 南阿蘇村の高齢者に関する調査	20
1. 介護予防・日常生活圏域二エズ調査	20
2. 在宅介護実態調査	25
3. 介護サービス事業所実態調査	28
4. 介護支援専門員調査	31
第3節 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画の取組状況	33
第3章 基本理念と計画策定の考え方	37
第1節 計画の目指す姿	37
1. 基本理念	37
2. 基本目標	39
第2節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み	40
1. 主要施策の概要	40
2. 施策の体系	44
各論	47
第1章 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり	48
第1節 地域における介護予防・健康づくりの推進	48
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実	48
2. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進	51
3. 生活支援体制整備事業の推進	51
4. 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて	53
第2節 生きがいづくりの支援と社会参加の促進	54
1. 老人クラブの活動の支援	54
2. 就労による生きがいづくりへの支援	55
3. 生涯学習・生涯スポーツの推進	55
4. 地域における支え合いの推進	56
第2章 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり	57
第1節 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり	57
1. 認知症予防教室の展開と認知症の早期発見・早期対応	58
2. 認知症初期集中支援チームの活動の活性化	59

3.	認知症サポーターの養成及び活動の活性化	59
4.	認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進	60
5.	認知症カフェの拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進	61
6.	認知症に係る医療・介護の連携強化	61
7.	認知症への理解を深めるための普及啓発の推進	62
8.	認知症本人の意思の発信支援	62
9.	若年性認知症の人への支援	62
10.	成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進	63
11.	認知症の人の家族に対する支援の推進	64
第2節	安全・安心な暮らしを支えるむらづくり	65
1.	安心して暮らせる住まいの確保	65
2.	高齢者の移動手段の確保	66
3.	高齢者福祉事業の推進	67
4.	消費者保護・防犯体制の推進	68
5.	防災体制の充実、災害時避難対策の強化	68
6.	感染症対策の強化	69
7.	高齢者の見守り支援体制の強化	69
第3節	高齢者の虐待防止	70
1.	高齢者の虐待防止に関する啓発の充実	70
2.	虐待防止機能の強化	70
3.	虐待への対応	70
第4節	医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築	71
1.	在宅医療・介護連携推進事業の推進	71
2.	多職種連携体制の構築	72
3.	在宅医療・在宅介護の普及・啓発	73
4.	「くまもとメディカルネットワーク」を活用した在宅医療と介護の連携促進	73
第5節	地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	74
第3章	介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり	76
第1節	地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化	76
1.	地域包括支援センターの機能強化	76
2.	地域ケア会議の充実	77
3.	介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	79
第2節	地域支援事業の推進	81
1.	包括的支援事業・任意事業の推進	81
2.	地域支援事業の連動性の向上	83
3.	総合事業のPDCAサイクルの推進	83
第3節	介護保険サービスの基盤整備	85
1.	介護保険サービスの安定的な提供	85
2.	多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	86
3.	介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	86
4.	本村の高齢者に関する今後の予測	87
5.	介護給付費等対象サービスの見込みと確保策	89
6.	第9期介護保険料の算出	99
7.	2040年のサービス水準等の推計	106
資料編		107
■	南阿蘇村介護保険事業計画及び南阿蘇村高齢者保健福祉計画策定委員会名簿	107
■	用語集	108

総論

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景・趣旨

平成12（2000）年にスタートした介護保険制度は、3年を1期とした23年が経過しました。その間、国においては年金や医療、介護・障がい福祉といった社会保障給付費が上昇し続けてきましたが、令和7（2025）年には団塊の世代が75歳以上となり、介護や医療のニーズがさらに高まることが予想されています。

さらに人口推移をみると、すでに生産年齢人口の減少が始まっていますが、令和22（2040）年には、団塊の世代ジュニアと呼ばれる現在40代後半の世代が一斉に65歳になり、高齢者人口がピークを迎えることとなります。

そのため国は、第9期計画策定に向けた基本方針として、「介護サービス基盤の計画的な整備」、「地域包括ケアシステムの深化・推進」、「介護人材及び介護現場の生産性向上」の3つのポイントを掲げています。

また、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価の実施など、保険者としての地域マネジメントの強化が求められています。

本村では、これまで「介護予防・日常生活支援総合事業」、「在宅医療・介護連携の強化」、「地域ケア会議の推進」、「総合的な認知症施策の推進」、「生活支援・介護予防の基盤整備」の5つの柱を重点的取り組み事項とした「地域包括ケアシステム」の深化に向けて、基盤整備を進めてきました。

今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくために、高齢者の健康づくりや生きがいづくり、互いに支え合う「自助・互助・共助・公助」の考え方に立った、地域全体で支え合う仕組みづくりとなる「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが重要となります。

そのため、高齢者福祉サービスの整備（公助）を検討しつつ、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動等で役割を担いつつ活躍できる取り組み（自助・互助）の充実を図っていくことを目指し、令和22（2040）年を見据えた中長期的な計画として、『南阿蘇村高齢者保健福祉計画・第9期南阿蘇村介護保険事業計画』を策定します。

第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定

1. 介護保険制度の改正の経緯

我が国の介護保険制度は、その創設から23年が経過し、サービス利用者は制度創設時の3倍の500万人を超え、利用者の増加に伴い、介護費用額の増加及び介護保険料の上昇が全国的に続いています。

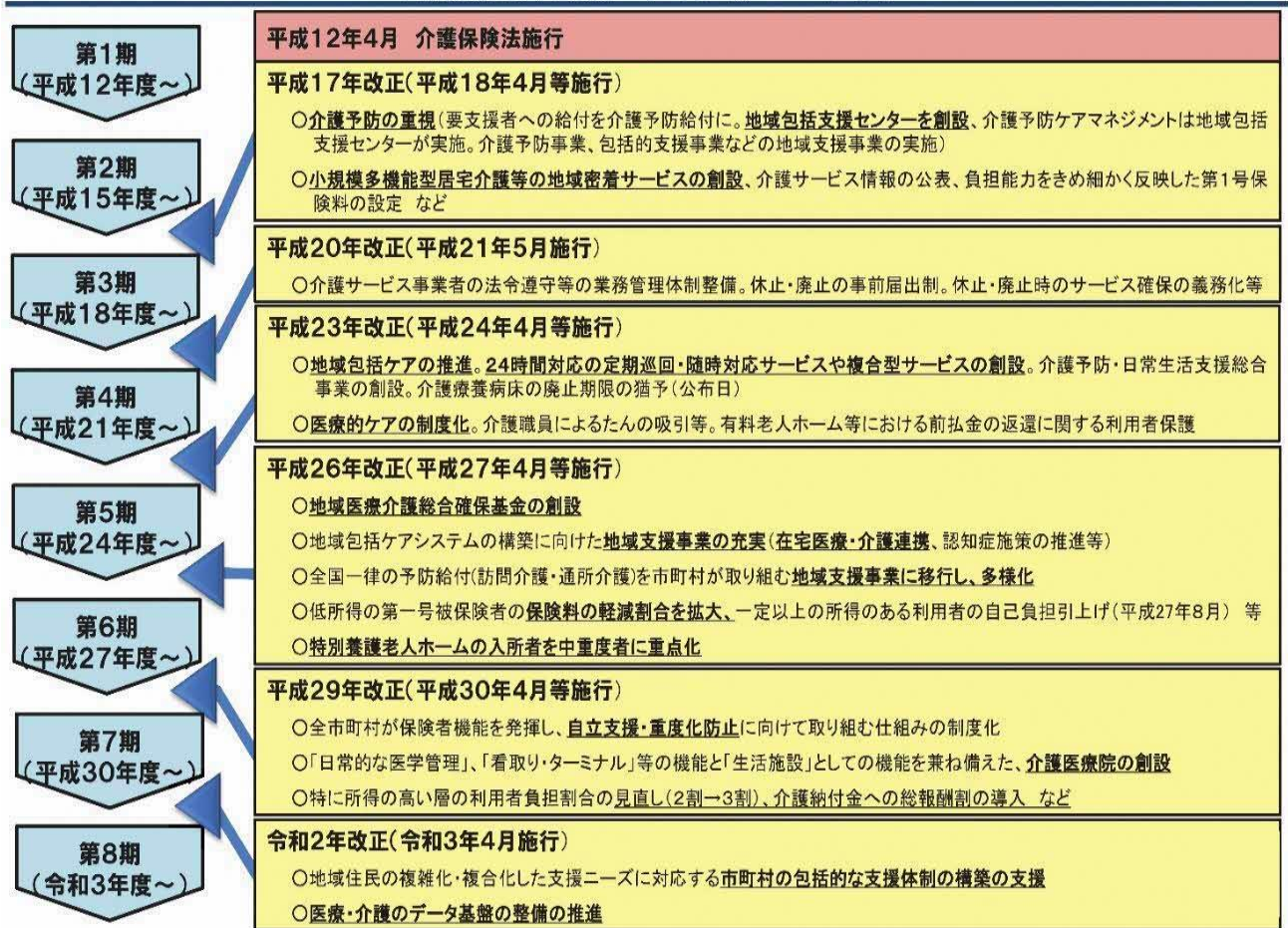
このような状況の中、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を地域の実情に応じて構築していくことが重要とされ、第6期（平成27年度～29年度）以降の市町村介護保険事業計画は、「地域包括ケア計画」と位置付けられ、令和7（2025）年までの各計画期間を通じて地域包括ケアシステムを段階的に構築することとされました。

第7期（平成30年度～令和2年度）においては、第6期で目指した目標や具体的な施策を踏まえ、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るとともに、介護保険制度の持続可能性の確保に向け、自立支援・重度化防止等に関する具体的な取組が求められました。

第8期（令和3年度～5年度）においては、引き続き「高齢化の進展」に対応するため、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組みつつ、令和7（2025）年以降の「現役世代人口の急減」という新たな課題に対応するため、現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上、労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保を図っていくことが求められました。

そして現在、第9期（令和6年度～令和8年度）において令和7（2025）年を迎えるにあたり、「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進」を中心に、「介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進」「給付と負担」等に改正が行われました。

介護保険制度の主な改正の経緯



2. 第9期介護保険事業計画基本指針の主な改正内容

令和6年4月1日から運用される基本指針の主な改正内容は以下のとおりです。

1. 介護サービス基盤の計画的な整備
<p>①地域の实情に応じたサービス基盤の整備</p> <ul style="list-style-type: none">・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の实情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要 <p>②在宅サービスの充実</p> <ul style="list-style-type: none">・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要・居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実
2. 地域包括ケアシステム深化・推進
<p>①地域共生社会の実現</p> <ul style="list-style-type: none">・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要 <p>②医療・介護情報基盤の整備</p> <ul style="list-style-type: none">・デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備 <p>③保険者機能の強化</p> <ul style="list-style-type: none">・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化
3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材及び介護現場の生産性向上
<ul style="list-style-type: none">・介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

第3節 計画の概要

1. 計画の法的根拠と位置づけについて

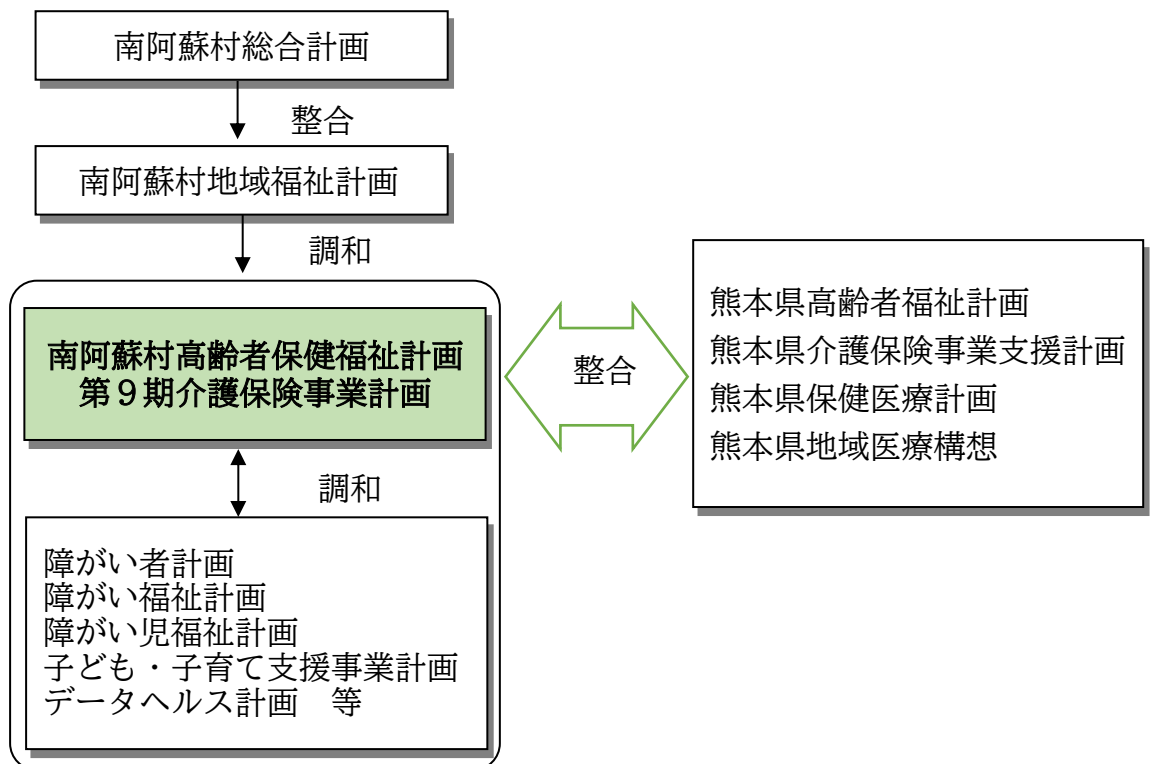
(1) 計画の法的根拠について

本計画のうち、高齢者福祉計画は老人福祉法第20条の8第1項に定める市町村老人福祉計画となり、また、介護保険事業計画は介護保険法第117条第1項に定める市町村として一体的に策定するものであり、令和3年3月に策定した南阿蘇村高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

(2) 計画の位置づけについて

本計画は、南阿蘇村のむらづくりの行政運営指針の最上位計画である「南阿蘇村総合計画」、その部門計画である「地域福祉計画」の実施計画として位置づけられます。「総合計画」とは、村の将来像や達成する目標などをとりまとめた計画、また「地域福祉計画」とは、各個別計画の基本目標の実現に向けた計画としています。本計画は、主に高齢者に関する施策の方針を掲げ、計画を推進しています。

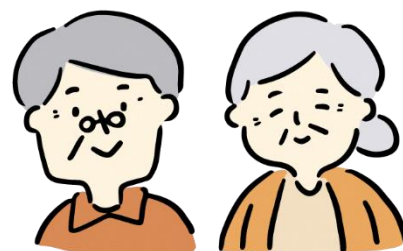
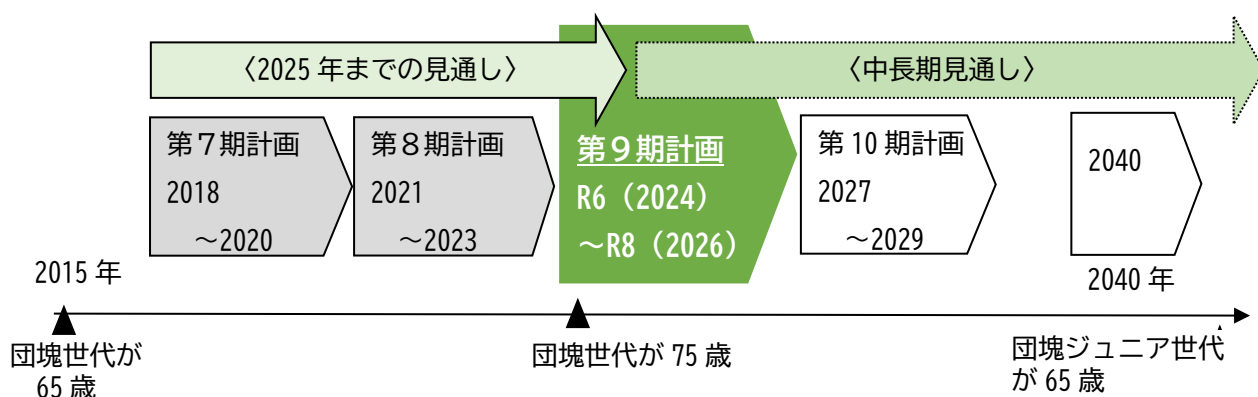
◆上位・関連計画



2. 計画の期間

本計画は、令和6年度を初年度として令和8年度までの3か年を対象期間とした計画で、中長期的な高齢者及び介護ニーズを見据えた計画となります。

また、本村独自の地域包括ケアシステムの構築を目指すための南阿蘇村地域包括ケア計画として、第9期計画期間において取り組んできた介護予防のむらづくりをさらに広げていくことを目標とします。



3. 日常生活圏域の設定

介護保険制度においては、市町村全体を単位として個々の施設を整備する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域にさまざまなサービス拠点が連携する「面の整備」が求められています。

本村においては、第3期計画より地理的条件、人口、交通事情やその他社会的状況、介護給付等サービスを提供するための施設の整備の状況といった条件を総合的に勘案して、村内を3圏域（「長陽圏域」、「白水圏域」、「久木野圏域」）に区分した日常生活圏域を設定しています。

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に村内を3つの圏域とし、地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。

【日常生活圏域の範囲】



【日常生活圏域の範囲】

	人口	面積	人口密度	0～64歳	65歳以上			高齢化率
					65～74歳	75歳以上		
長陽圏域	3,416人	38.522km ²	91.2人/km ²	1,901人	1,515人	733人	782人	44.35%
白水圏域	3,839人	48.521km ²	81.9人/km ²	2,113人	1,726人	742人	984人	44.95%
久木野圏域	2,899人	50.812km ²	56.6人/km ²	1,744人	1,155人	551人	604人	39.84%
合計	10,154人	137.32km ²	75.5人/km ²	5,758人	4,396人	2,026人	2,370人	43.29%

(住民基本台帳令和5年10月1日時点)

4. 住民参画による地域性を活かした計画策定

本計画策定に向けて行った主な取り組みは以下のとおりです。

(1) 南阿蘇村介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画策定委員会

本計画を検討するため、医療・福祉関係者、被保険者・村民の代表者、地域団体関係者等で構成する南阿蘇村介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

(2) 庁内関係部署へのヒアリング

計画の策定にあたり、高齢者に関連のある部署に事業ヒアリングを実施し、本村の現状・課題や今後の方向性等を把握・共有しました。

(3) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

介護認定を受けていない高齢者と要支援1・2までの認定者の生活実態や意向等を踏まえた計画としていくために、令和5年3月までにアンケート調査を実施しました。

(4) 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている人を対象として、本人の生活実態や家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向等を調査分析するため、令和5年12月までにアンケート調査を実施しました。

(5) 介護サービス事業所実態調査

村内の介護人材確保対策の基礎資料とするため、令和5年10月までに村内介護サービス事業所の介護人材の実態等についてアンケート調査を実施しました。

(6) パブリックコメント（意見公募）

本計画の素案を村のホームページへ掲載し、村民から意見や提案を募集するパブリックコメントを実施しました。

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

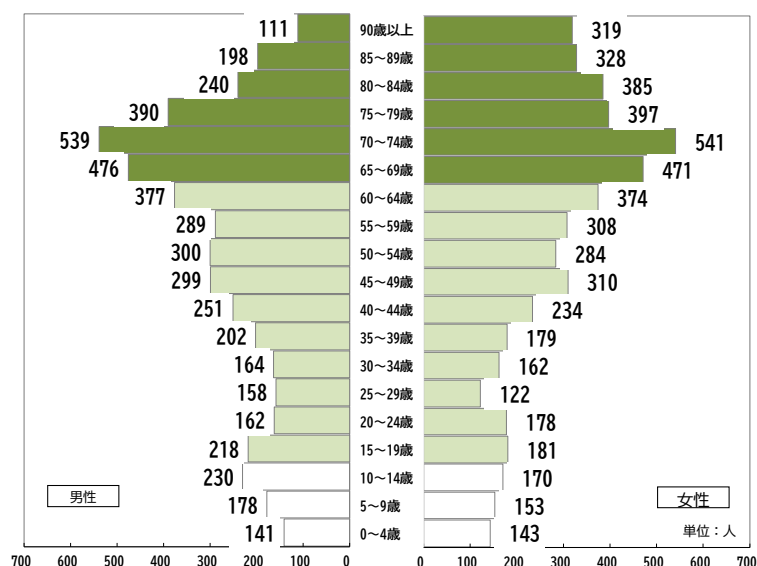
第1節 人口と高齢者の状況

1. 高齢者の状況

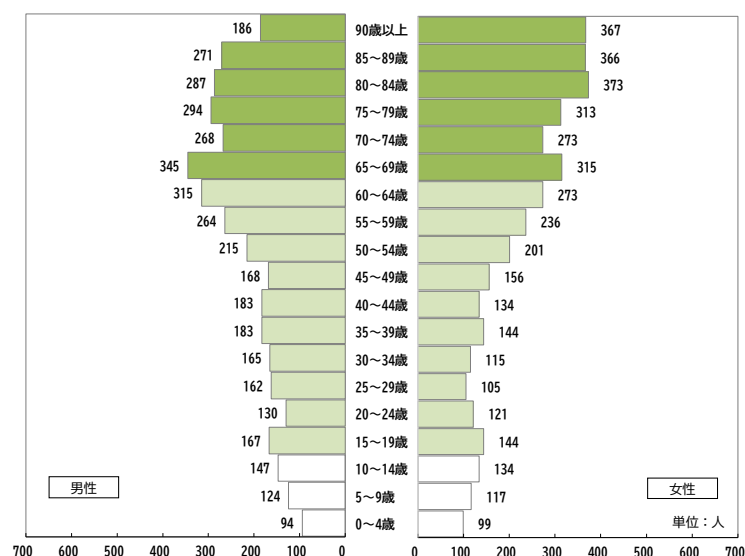
(1) 人口構成

本村の令和5年9月の人口構成をみると、「65～69歳」と「70～74歳」の階層が多くなっています。

令和5年（2023）年



【参考】令和22年（2040）年

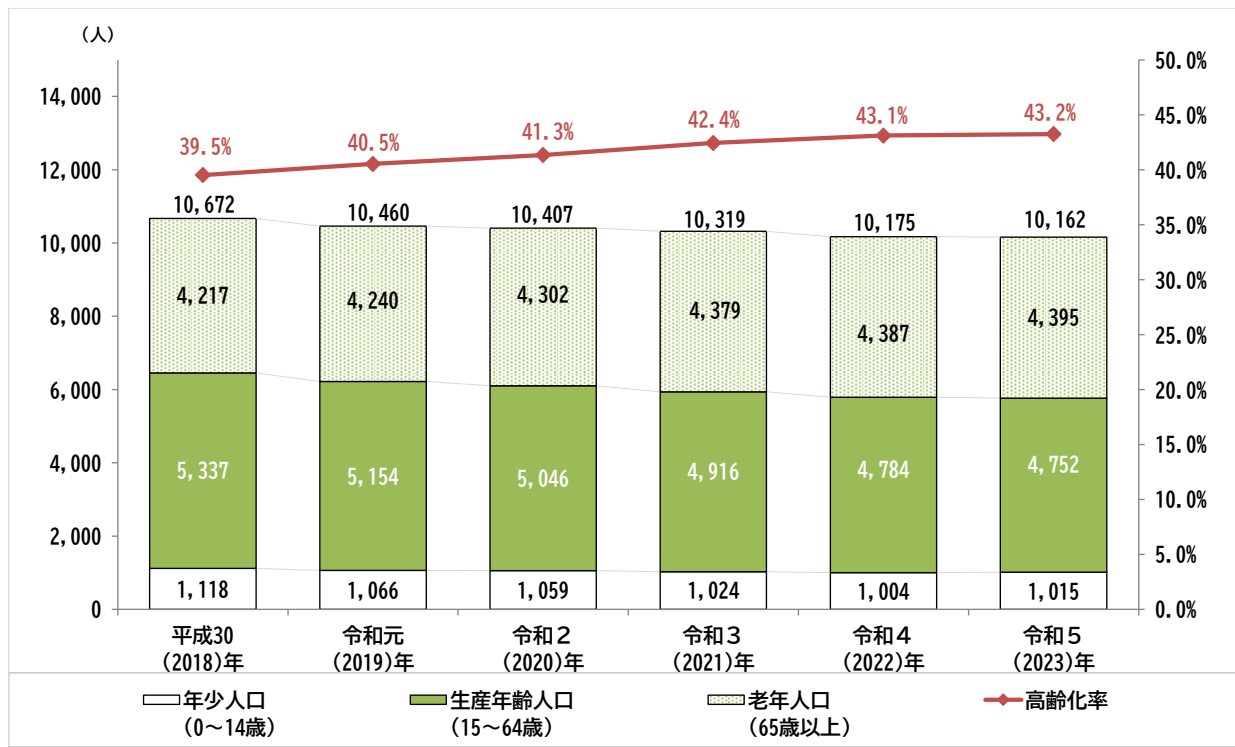


(2) 人口及び高齢化率の推移

本村の総人口は、令和5年9月30日現在で10,162人となり、平成30年と比べて510人の減少となっています。

年齢3区分別で見ると、年少人口及び生産年齢人口は減少している一方、老年人口は増加しており、高齢化率は43.2%と平成30年と比べて3.7ポイント上昇しています。

■年齢3区分別人口の推移



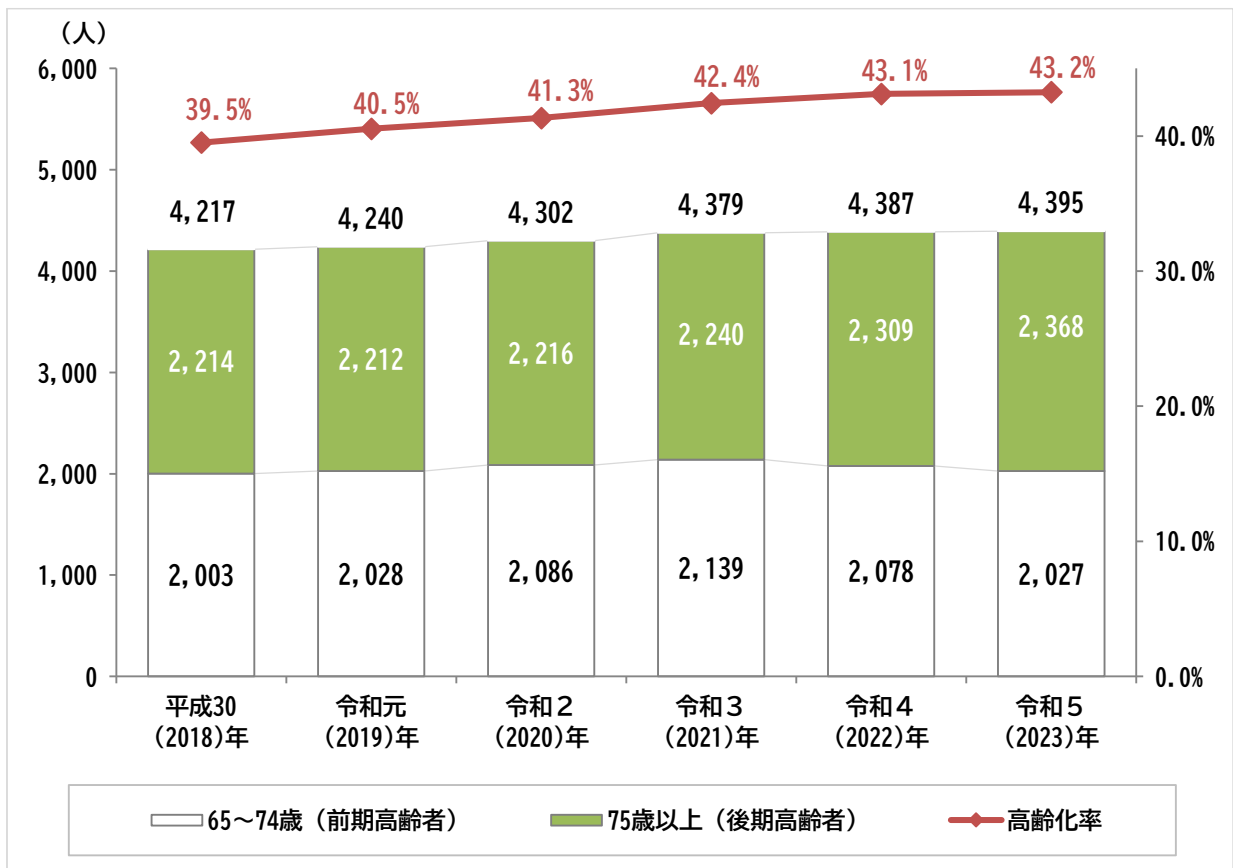
出典：住民基本台帳（各年9月30日）

(3) 前期・後期高齢者数の推移

本村の令和5年9月30日現在の65歳以上の高齢者数は、4,395人で平成30年と比べて178人の増加となっています。

前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）別にみると、前期高齢者（65～74歳）は令和3年をピークに減少に転じ、後期高齢者（75歳以上）は年々増加しています。

■ 前期・後期別高齢者数の推移



出典：住民基本台帳（各年9月30日）

(4) 高齢者のいる世帯数の状況

高齢者のいる世帯は、令和2年は2,560世帯で、一般世帯数の約6割を占めています。内訳別にみると、高齢者単身世帯は令和2年では15.9%と平成22年の9.8%より6.1ポイント、高齢者夫婦世帯は19.6%と平成22年の11.2%より8.4ポイントそれぞれ高くなっています。

	平成22年	平成27年	令和2年
一般世帯数	4,597	4,660	3,991
高齢者のいる世帯数	2,291	2,476	2,560
構成比	49.8	53.1	64.1
高齢者単身世帯数	451 男性 117 女性 334	509 男性 152 女性 357	634 男性 238 女性 396
構成比	9.8	10.9	15.9
高齢者夫婦世帯数	516	676	781
構成比	11.2	14.5	19.6
高齢者同居世帯数	1,324	1,291	1,145
構成比	28.8	27.7	28.7

※高齢者夫婦世帯とは、夫65歳以上妻60歳以上の夫婦一組の一般世帯。(出典：総務省「国勢調査」)

2. 認定者数と認定率の推移

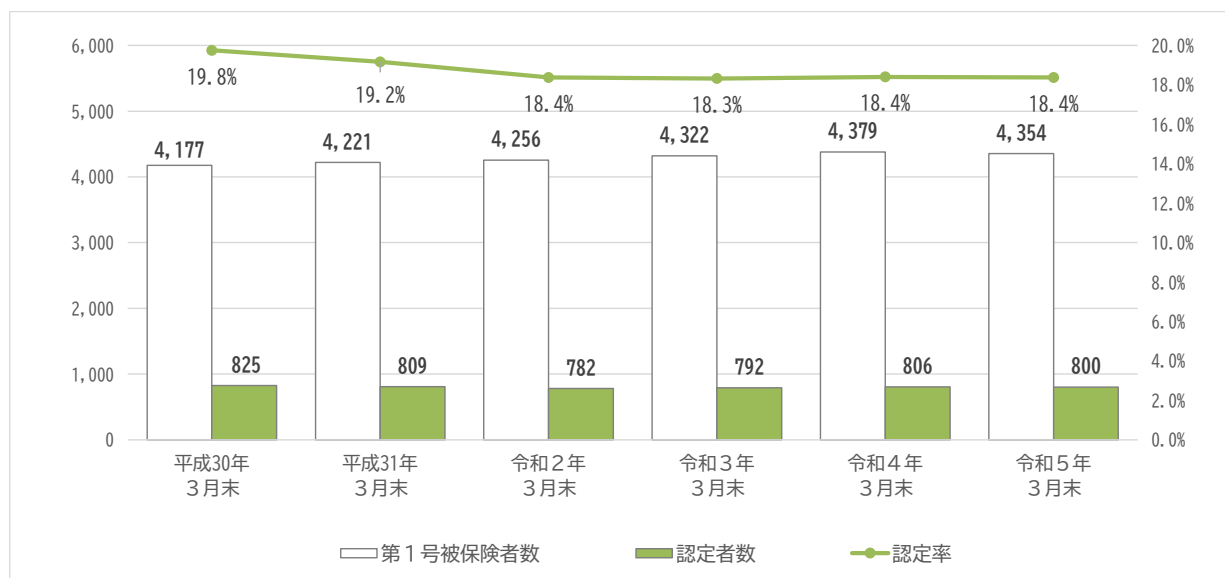
(1) 要介護（要支援）認定者・認定率の推移

平成30年以降の要介護・要支援者数は多少の増減があるものの、800人前後と横ばい傾向となっています。

要介護度別にみると、令和5年3月末では要介護2が203人と最も多くなっています。

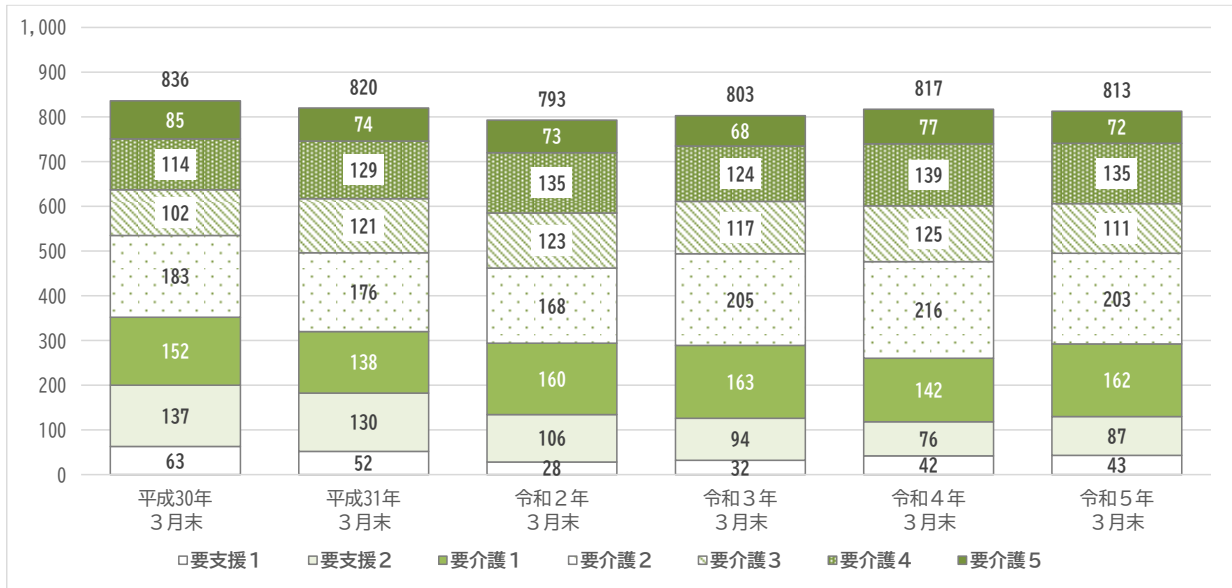
また、認定率をみると、令和2年3月末以降はほぼ横ばい傾向で推移し、令和5年3月末で18.4%と熊本県平均、国平均より低く推移しています。

■ 第1号被保険者数と認定者数及び認定率の推移

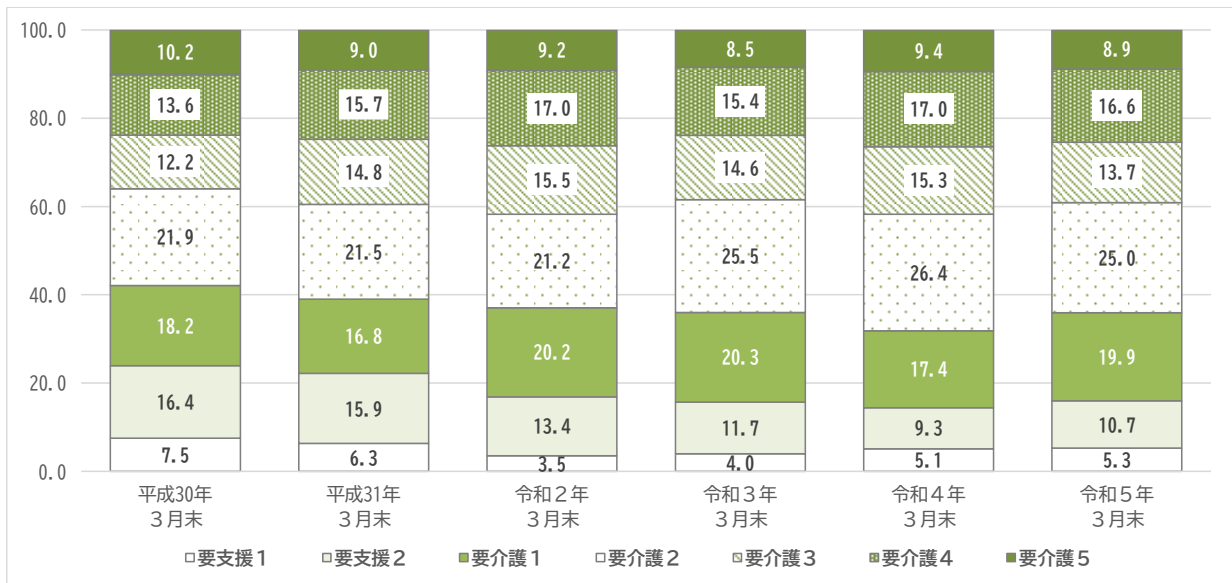


出典：地域包括ケア「見える化」システム（R5.8.15取得）

■要支援・要介護認定者数の推移（※第2号被保険者を含む）



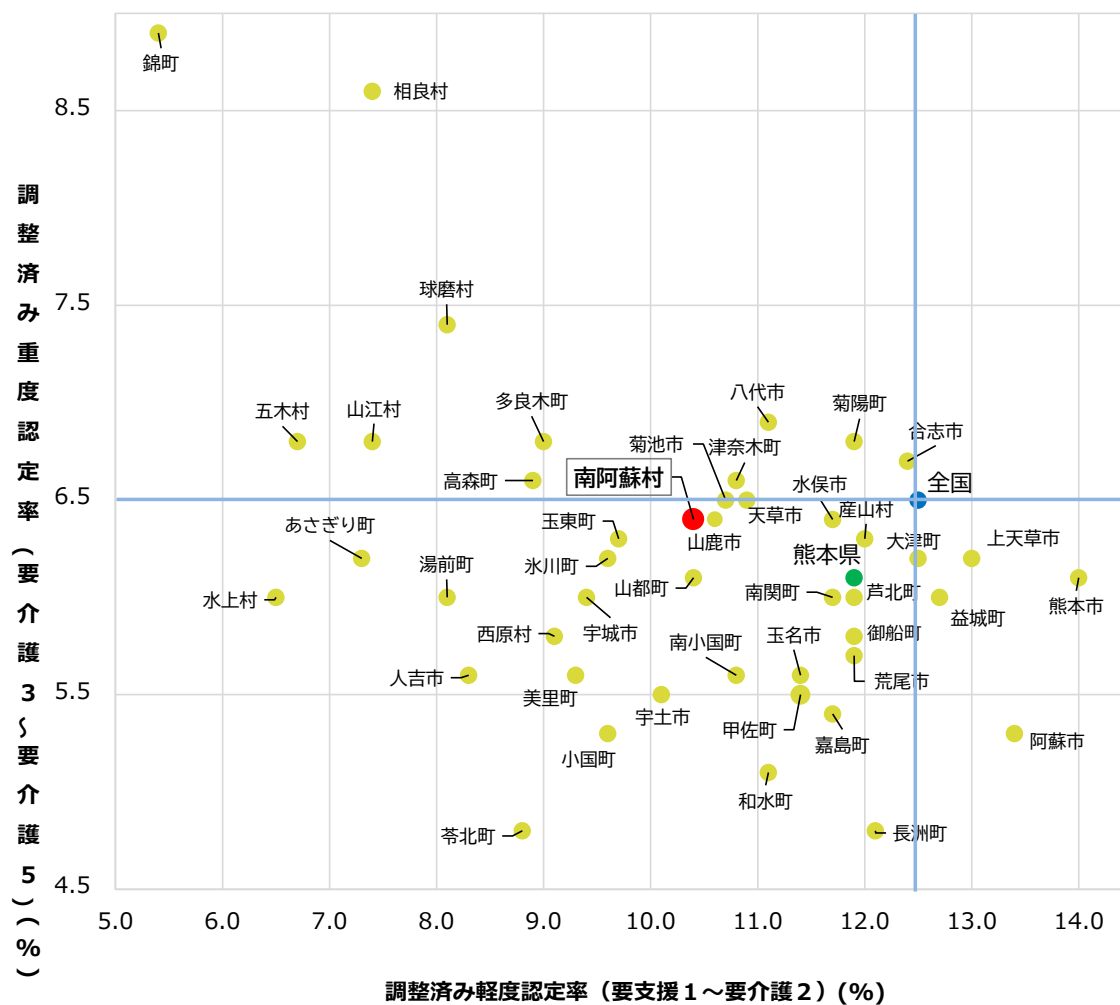
■要支援・要介護度認定者割合の推移（※第2号被保険者を含む）



出典：地域包括ケア「見える化」システム（R5.8.15取得）

県内の令和4（2022）年の調整済み認定率※をみると、本村の調整済み軽度認定率は、全国・熊本県より低くなっています。また、調整済み重度認定率は、全国より低く、熊本県より高くなっています。

調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率の分布（2022年（令和4年））



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯

出典：地域包括ケア「見える化」システム（R5.8.15取得）

※調整済み認定率：

認定率の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率を意味する。

3. 認知症の状況

(1) 要介護区分別認知症日常生活自立度

① 要介護等認定者に占める認知症高齢者

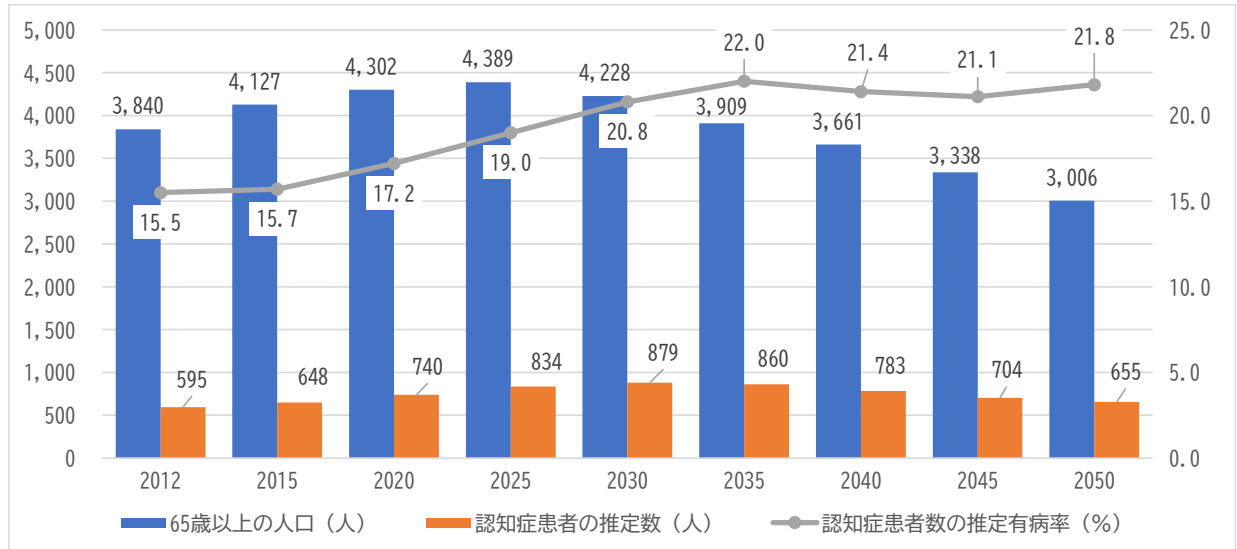
令和5年9月末現在の要介護等認定者759人のうち、日常生活に支障を来すような認知症状がみられる高齢者（以下「認知症自立度Ⅱa以上の人」という。）は484人で63.8%となっています。要介護状態になっている高齢者の大部分は、認知症により日常生活に支障が出ている状況となっています。

また、認知症を有する高齢者数は、高齢者人口の増加とともに増加し続け、ピークは2030年と推計され、900人弱となることが予想されます。

■要介護認定者のうち、認知症自立度ランクⅡa以上の人数の推移

	H30 (2018)	R 1 (2019)	R 2 (2020)	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)
人数 (人)	472	460	474	460	465	484

■認知症を有する高齢者数の推計



※「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）認知症患者の推定有病率を用いる。

※2012～2020年は、地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）、2025年以降は、住民基本台帳を基にコーホート変化率法による独自推計値

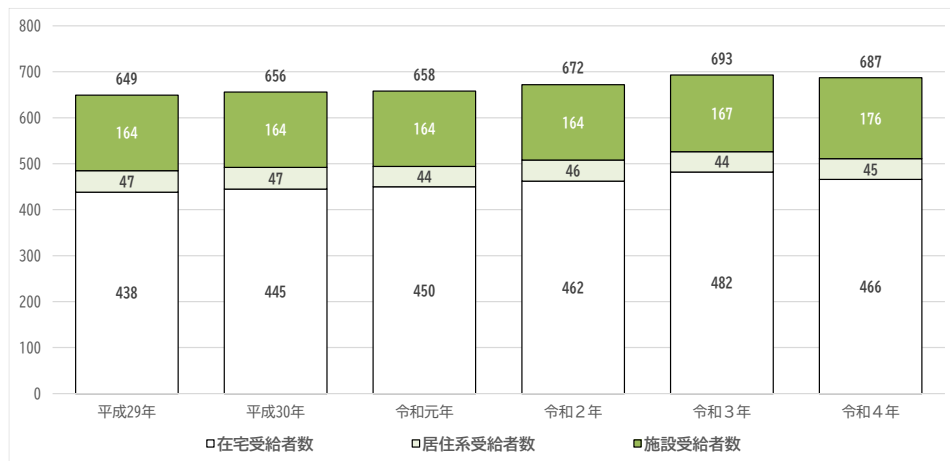
※端数については、四捨五入。

4. 介護サービスの利用状況

(1) 保険給付費の推移

① 介護サービス受給者数の推移

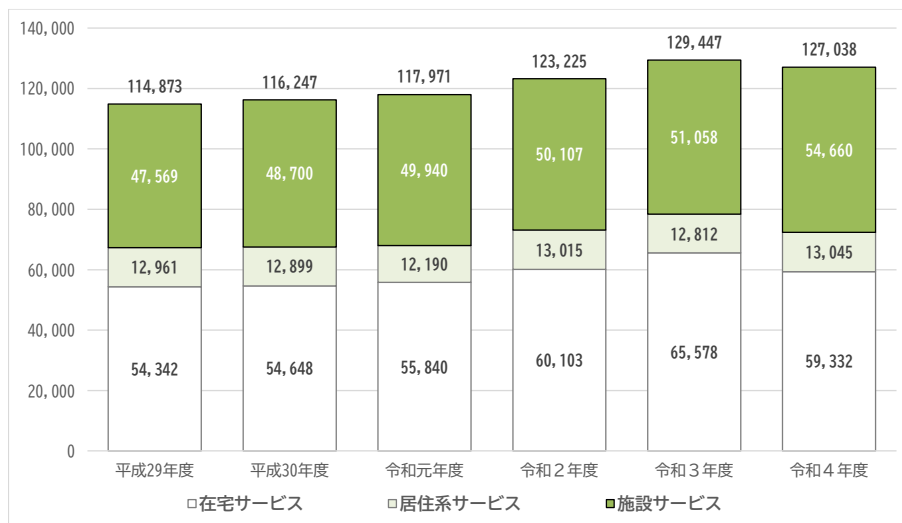
本村の介護サービス受給者数は、令和4年で687人となり、平成29年の649人より38人の増加となっています。サービス分類別にみると、「在宅」と「施設」が増加しています。



出典：地域包括ケア「見える化」システム（R5.8.15取得）

② 介護費用額の推移

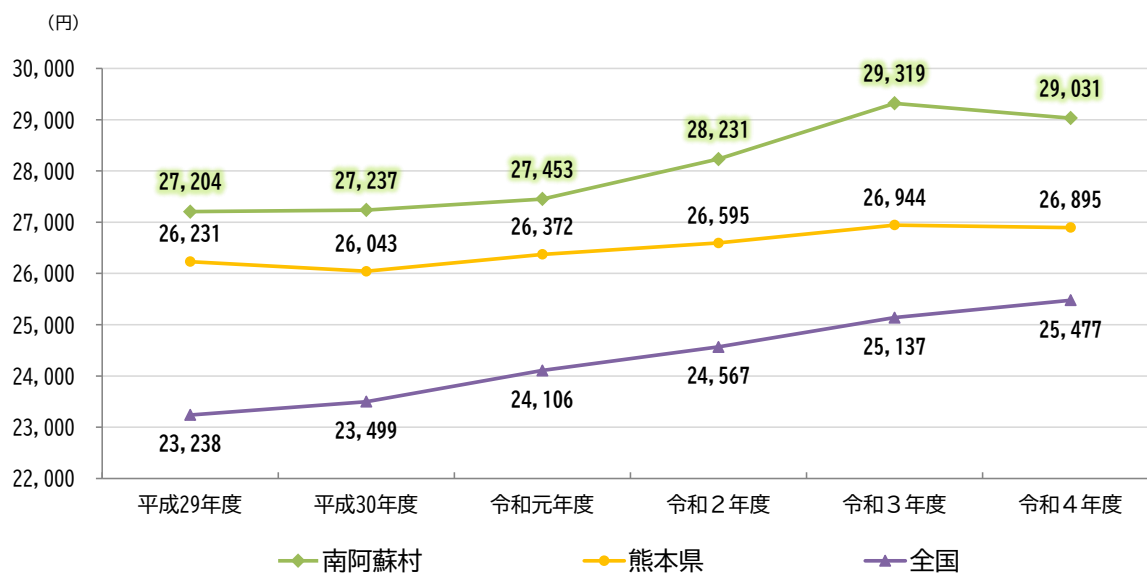
本村の介護費用額は、令和3年まで増加していましたが、令和4年は令和3年より減少しています。しかし、サービスの分類別にみると、「施設サービス」では令和4年においても増加しています。



出典：地域包括ケア「見える化」システム（R5.8.15取得）

本村の第1号被保険者1人1月あたり費用額は、令和3年まで増加していましたが、令和4年は29,031円と令和3年の29,319円より減少しています。

③ 第1号被保険者1人1月あたり費用額



出典：地域包括ケア「見える化」システム（R5.8.15取得）

第2節 南阿蘇村の高齢者に関する調査

1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(1) 調査の目的

本計画の見直しにあたり、既存のデータでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査分析することにより、計画策定の基礎資料とするため実施しました。

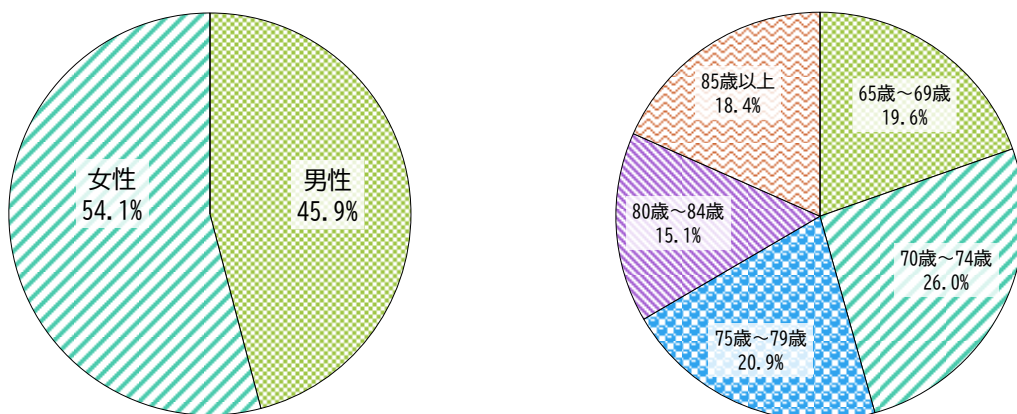
(2) 調査対象及び配布・回収の状況

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
配布・回収方法	郵送による配布・回収
抽出方法	65歳以上の介護認定を受けていない人 介護予防・日常生活支援総合事業対象者 要支援1・2認定者
配布数	600件
有効回答数	392件
有効回答率	65.3%

(3) 回答者の属性

性別は、女性が54.1%、男性が45.9%となっています。

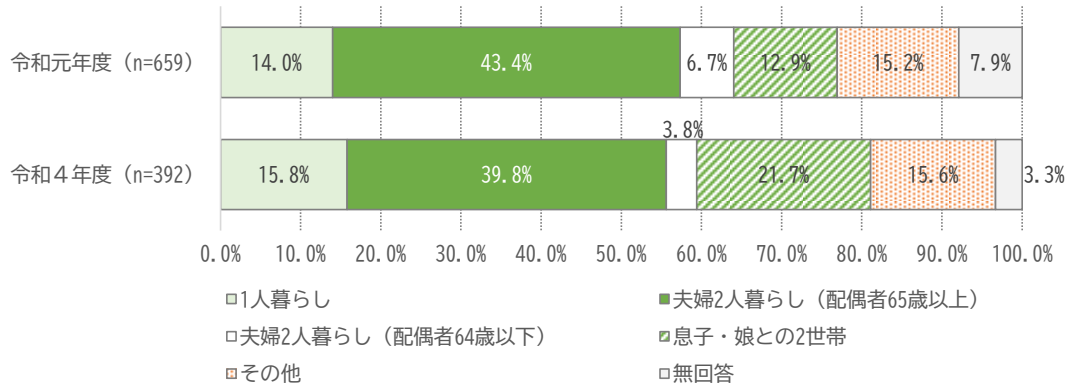
年齢階級は、「70～74歳」が26.0%、「75～79歳」が20.9%、「65～69歳」が19.6%の順となっており、前期高齢者が45.6%、後期高齢者が54.4%となっています。



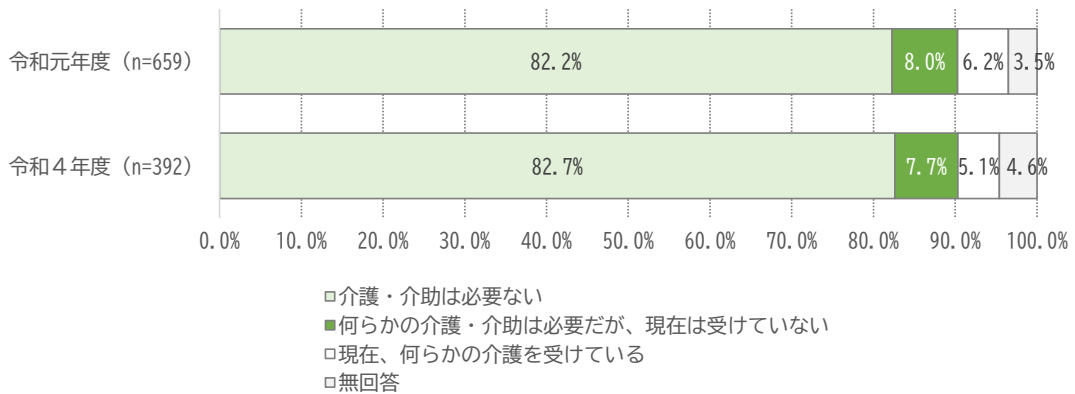
(3) 主な調査結果

① 家族構成

家族構成については、「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が39.8%と最も高く、次いで、「息子・娘との2世帯」21.7%、「1人暮らし」15.8%の順となっています。

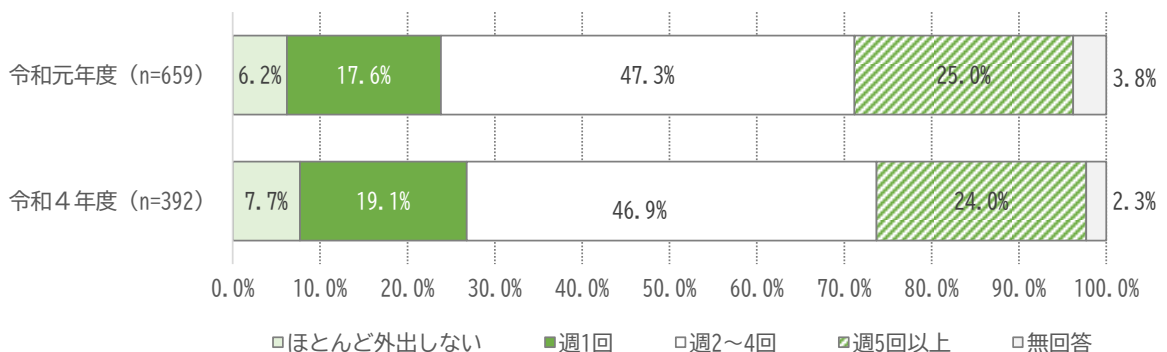


② 普段の生活での介護・介助の必要性



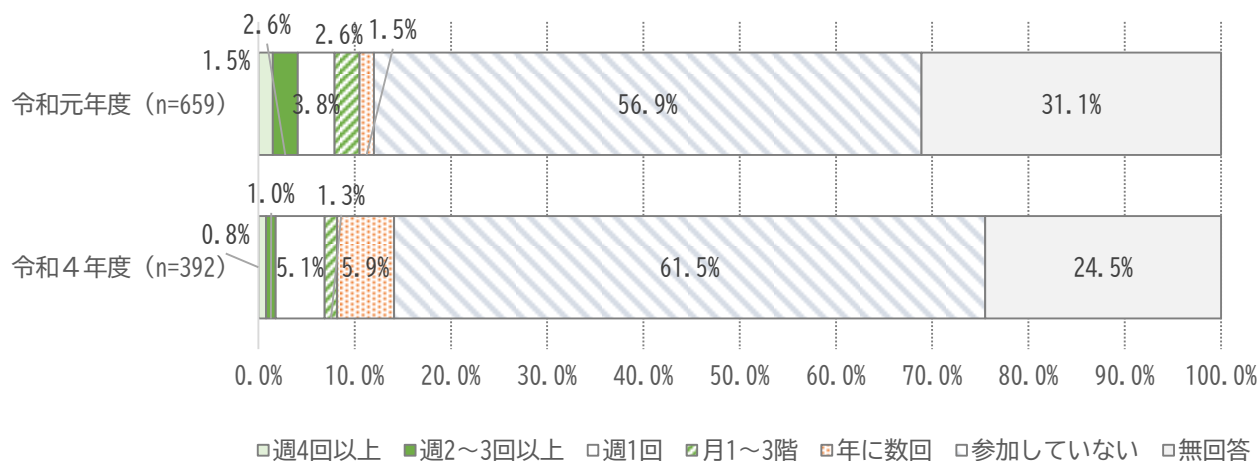
③ 1週間の外出頻度

外出の頻度については、「週2～4回」が46.9%と最も高く、次いで、「週5回以上」24.0%、「週1回」19.1%の順となっています。



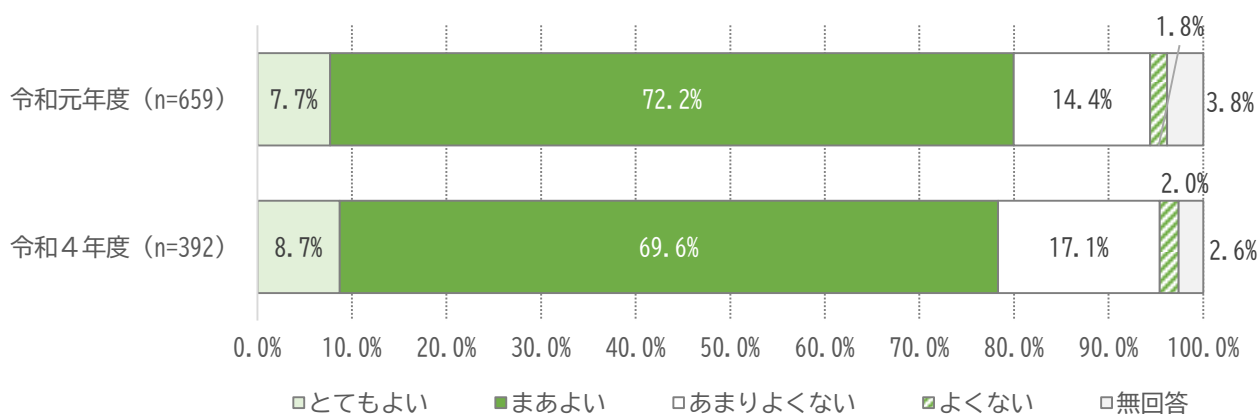
④介護予防のための活動への参加頻度

介護予防のための「転ばぬ先の杖の会」や「通いの場」、「いきくま検診」などへの参加頻度については、「参加していない」が61.5%と最も高く、次いで、「年に数回」5.9%、「週1回」5.1%の順となっています。



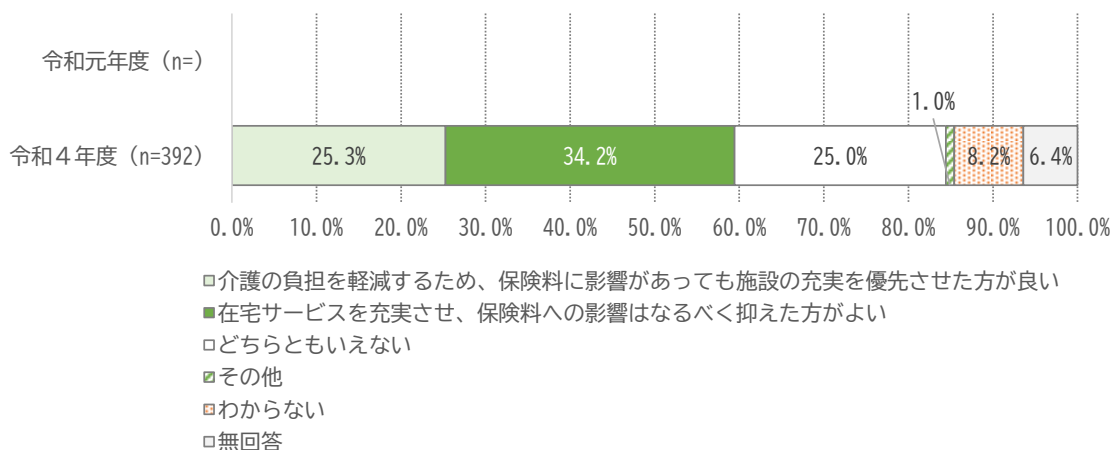
⑤現在の健康状態について

現在の健康状態については、「まあよい」が69.6%と最も高く、次いで、「あまりよくない」17.1%、「とてもよい」8.7%の順となっています。



⑥介護保険料についての考え

入所施設が増えた場合の保険料への影響について近い考えとしては、「在宅サービスを充実させ、保険料への影響はなるべく抑えたほうがよい」が34.2%と最も高く、次いで、「介護の負担を軽減するため、保険料に影響があっても施設の充実を優先させたほうがよい」25.3%、「どちらともいえない」25.0%となっています。

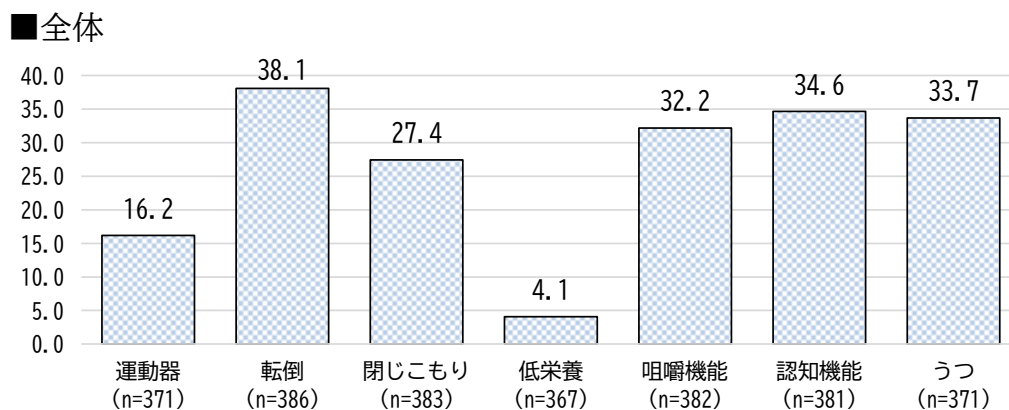


⑦生活機能のリスク発生状況

(ア) 村全体におけるリスク発生状況

高齢者の状態を、運動器機能リスク、転倒リスク、閉じこもりリスク、低栄養リスク、咀嚼機能リスク、認知機能リスク、うつリスクの7項目の生活機能評価をしました。

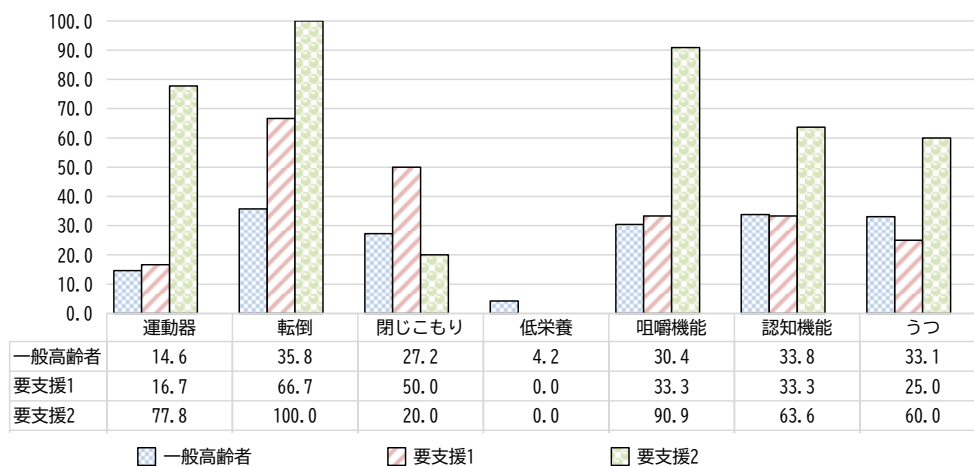
各種リスクの該当者は、「転倒リスク」が38.1%と最も高く、次いで、「認知機能リスク」が34.6%、「うつリスク」が33.7%、「咀嚼機能リスク」が32.2%、「閉じこもりリスク」が27.4%、「運動器機能リスク」が16.2%となっています。「低栄養リスク」は4.1%とリスクの該当者は少なくなっています。



(イ) 認定区分別リスク発生状況

認定区分ごとリスク発生状況をみると、一般高齢者では、「転倒」35.8%が最も高く、次いで、「認知機能」33.8%、「うつ」33.1%の順となっています。

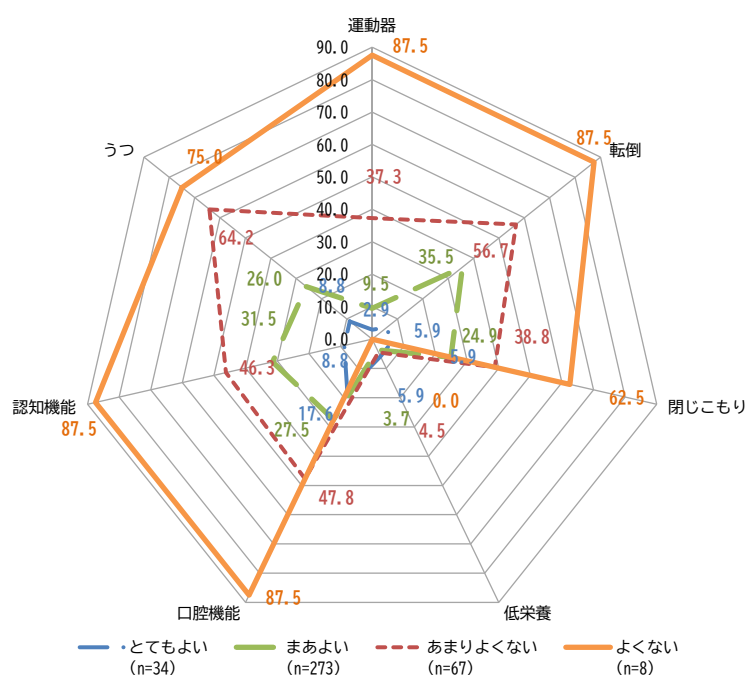
■ 認定区分別



(ウ) リスク出現状況と主観的健康観の関係

主観的健康観と各リスク該当者の割合との関係を見ると、主観的健康観がよい人ほど、リスク該当者の割合が低くなる傾向にあることがわかります。

例えば、「うつ」のリスク該当者の割合は主観的健康観が「よくない」人では75.0%となっていますが、「とてもよい」人では8.8%となり、8倍以上の大きな差があります。



2. 在宅介護実態調査

(1) 調査の目的

第9期介護保険事業計画において、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点も盛り込み、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方の把握方法等を検討する目的で実施しました。

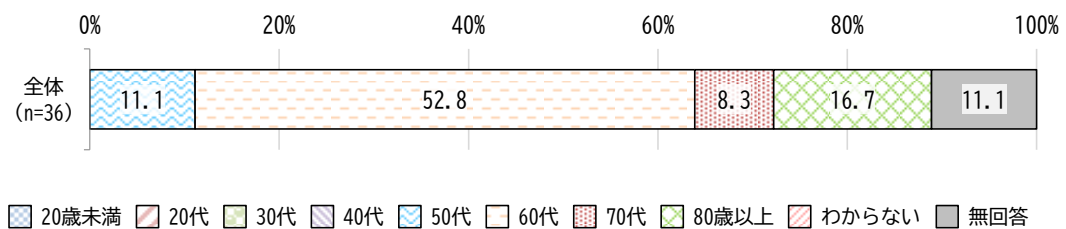
(2) 調査対象及び配布・回収の状況

配布・回収方法	認定調査員による聞き取り
抽出方法	要介護認定者（施設等入所を除く）
調査期間	令和5年11月9日～令和5年12月28日まで
回答数	36件

(3) 主な調査結果

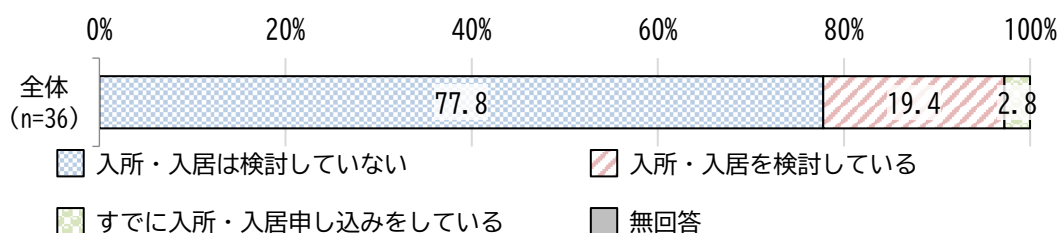
① 主な介護者の方の年齢

主な介護者は、「60歳代」が52.8%と最も高くなっています。



② 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況

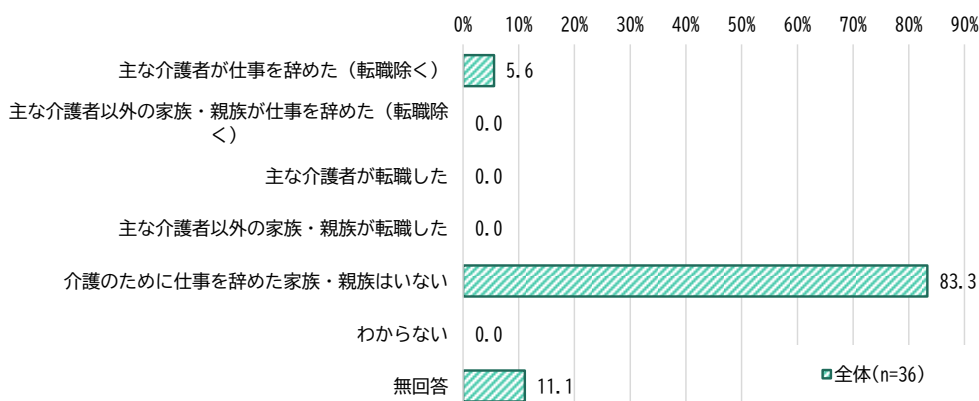
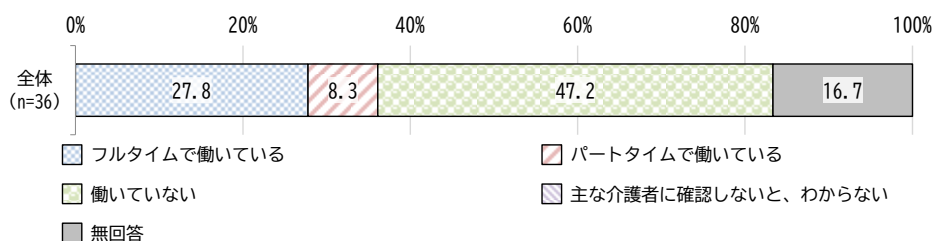
現時点での、施設等への入所・入居の検討状況については、「入所・入居は検討していない」が77.8%、「入所・入居を検討している」19.4%、「すでに入所・入居申し込みをしている」2.8%となっています。



③主な介護者の勤務形態と介護のための離職の有無

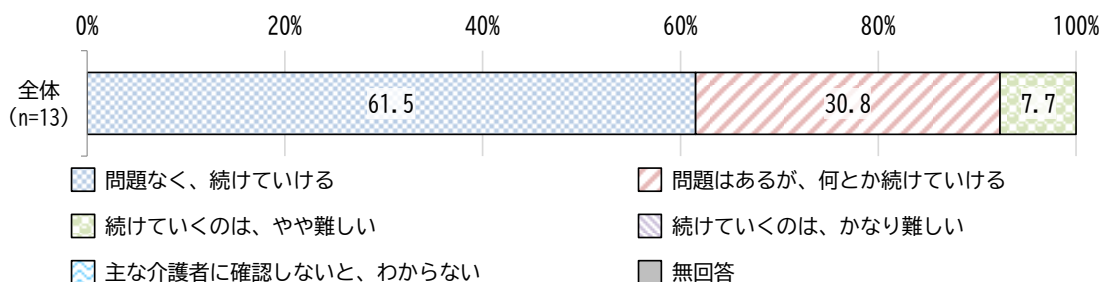
主な介護者のうち「フルタイムで働いている」人が27.8%、「パートタイムで働いている」が8.3%となり、合わせて36.1%の人が働きながら介護をしています。

また、主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）人は、36人中2人（5.6%）となっています。



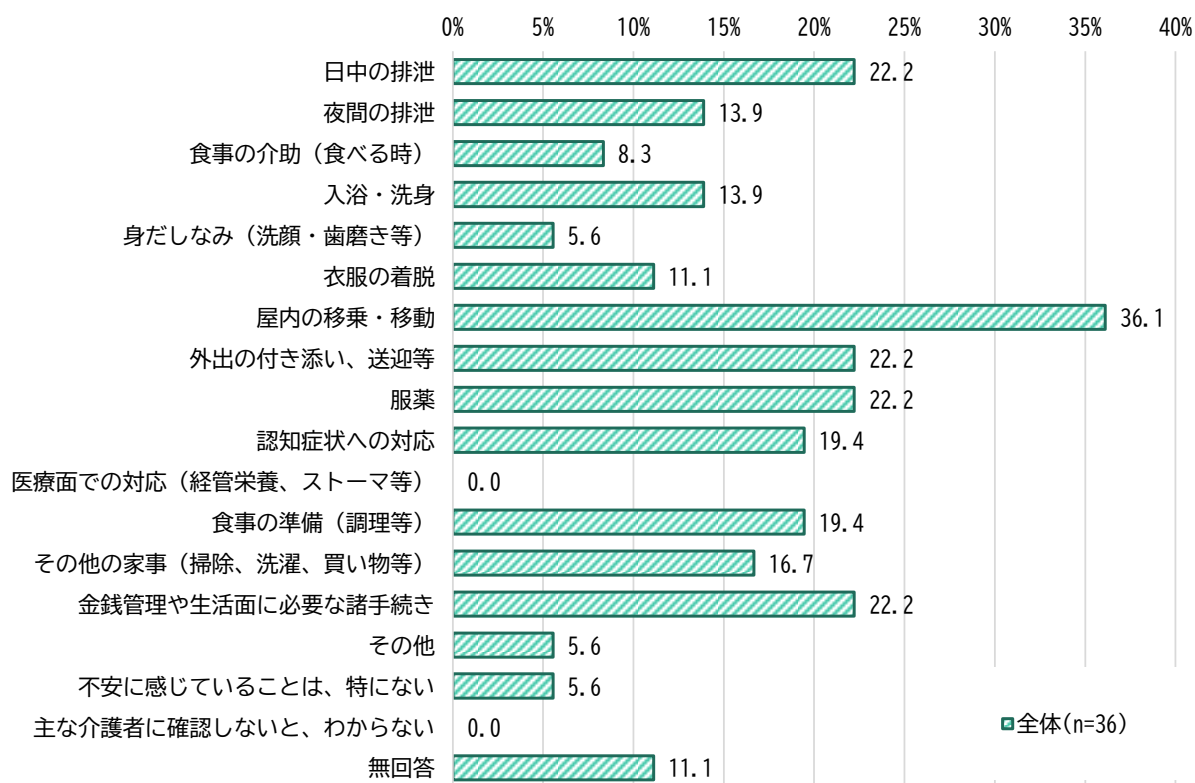
④主な介護者の今後の仕事の継続意向

「問題なく、続けていける」が61.5%、「問題はあるが、何とか続けていける」30.8%、「続けていくのは、やや難しい」が7.7%となっています。



⑤現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等について

現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等については、「屋内の移乗・移動」、「日中の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」、「服薬」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が多くなっています。



3. 介護サービス事業所実態調査

(1) 調査の目的

村内の福祉・介護事業所の現状や人材定着化に向けた取り組み、問題点、かつ福祉・介護人材の状況等を把握する目的で実施しました。

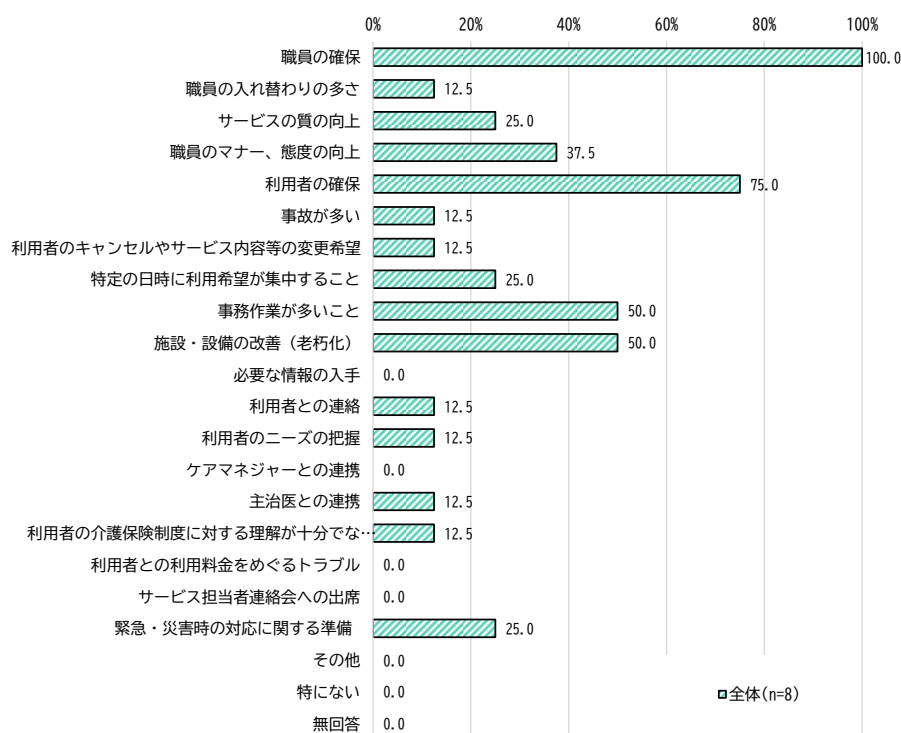
(2) 調査対象及び配布・回収の状況

配布方法・回収方法	メールによる配布回収
調査期間	令和5年10月1日～令和5年10月23日
回答法人数	8法人
回答事業所数	事業所

(3) 主な調査結果

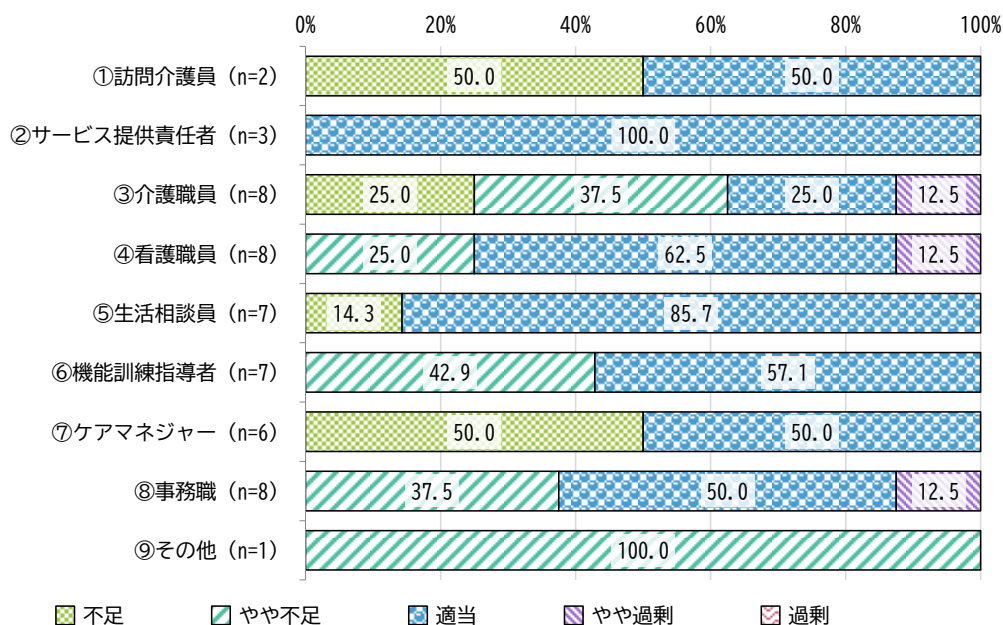
①事業を運営していく上で問題等

「職員の確保」については、全ての事業所において運営上の問題となっています。次いで「利用者の確保」が75.0%、「事務作業が多いこと」及び「施設・設備の改善（老朽化）」がともに50.0%となっています。



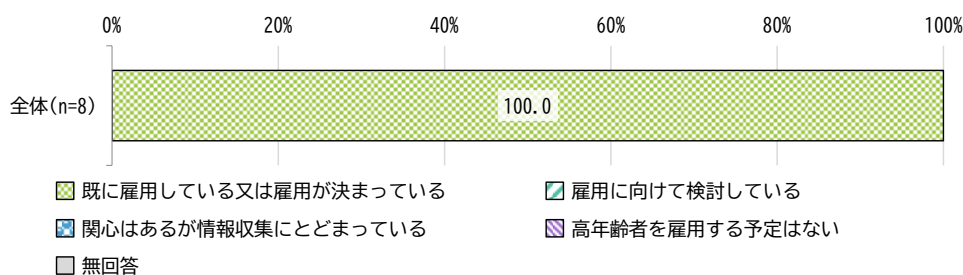
②職種ごとの従業員の過不足の状況

職種がいる事業所のみ（「その職種はいない」「無回答」除く）でみると、「介護職員」は約6割の事業者で不足していることが伺えます。また、「訪問介護員」、「ケアマネジャー」についても5割の事業所で不足していると回答しています。



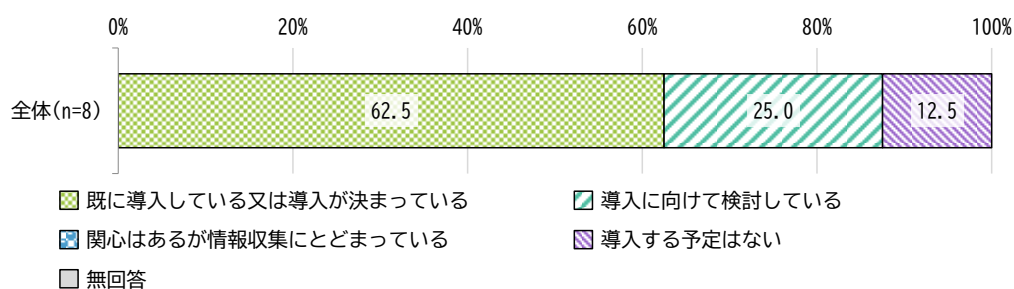
③60歳以上の高齢者の雇用

全ての事業所において、「既に雇用している又は雇用が決まっている」となっています。



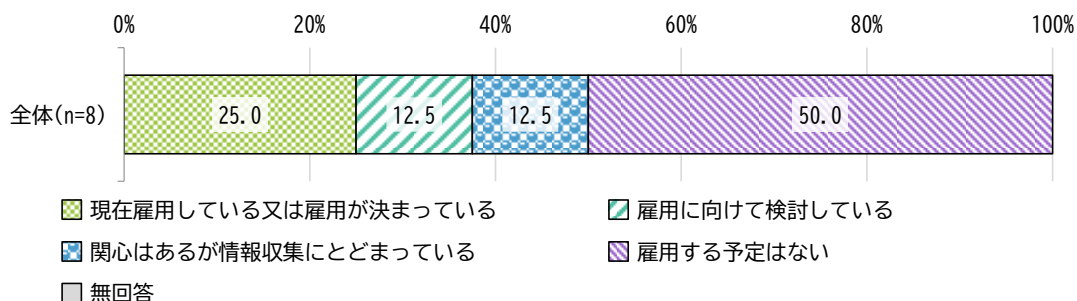
④介護ロボット・ICTの活用

既に導入している又は導入が決まっている」が62.5%、「導入に向けて検討している」が25.0%、「導入する予定はない」が12.5%となっています。



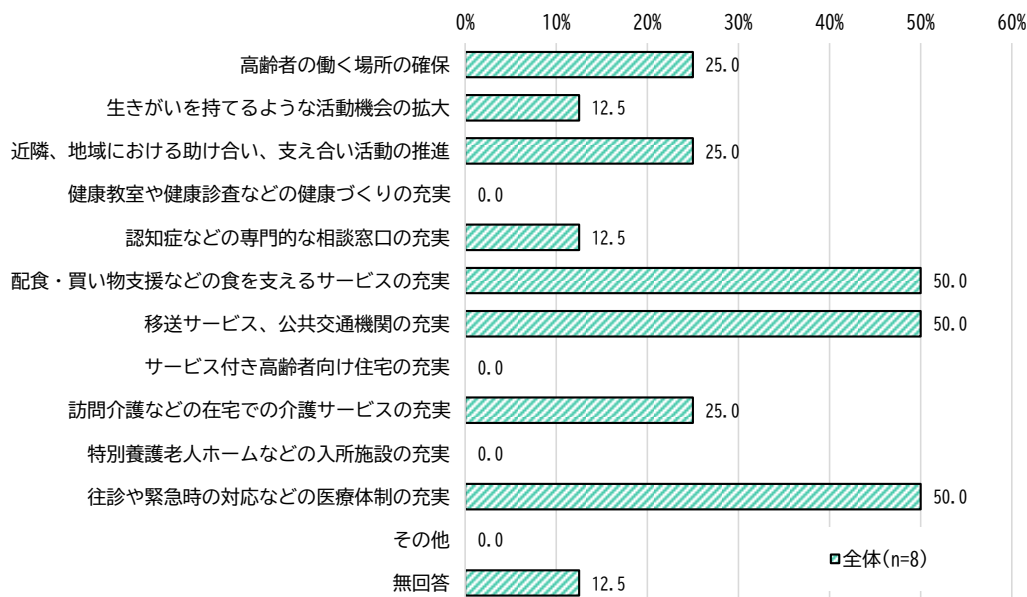
⑤外国人介護人材の活用

「現在雇用している又は雇用が決まっている」が25.0%、「雇用に向けて検討している」及び「関心はあるが情報収集にとどまっている」がともに12.5%、「雇用する予定はない」が50.0%となっています。



⑥これからの高齢化社会に向けて必要な取組

「配食・買い物支援などの食を支えるサービスの充実」、「移送サービス、公共交通機関の充実」及び「往診や緊急時の対応などの医療体制の充実」がともに50.0%と最も高く、次いで「高齢者の働く場所の確保」、「近隣、地域における助け合い、支え合い活動の推進」及び「訪問介護などの在宅での介護サービスの充実」がともに25.0%の順となっています。



4. 介護支援専門員調査

(1) 調査の目的

村内の事業所に勤務するケアマネジャーの業務内容や高齢者の現状等を把握する目的で実施しました。

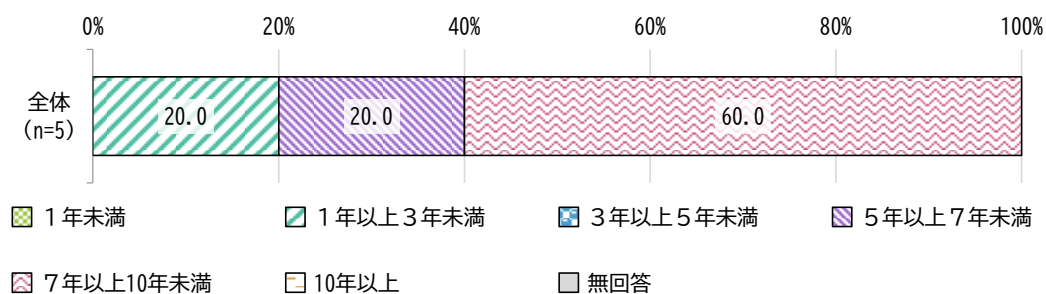
(2) 調査対象及び配布・回収の状況

配布方法・回収方法	メールによる配布回収
調査期間	令和5年10月1日～令和5年10月23日
回答法人数	5人
回答者数	5人

(3) 主な調査結果

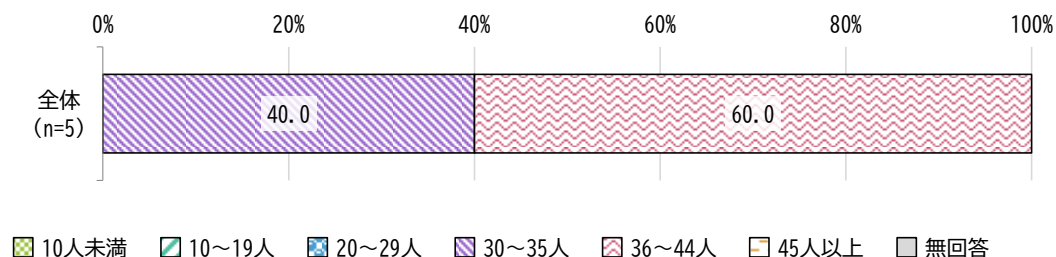
①介護支援専門員としての経験年数

「1年以上3年未満」及び「5年以上7年未満」がともに20.0%、「7年以上10年未満」が60.0%となっています。



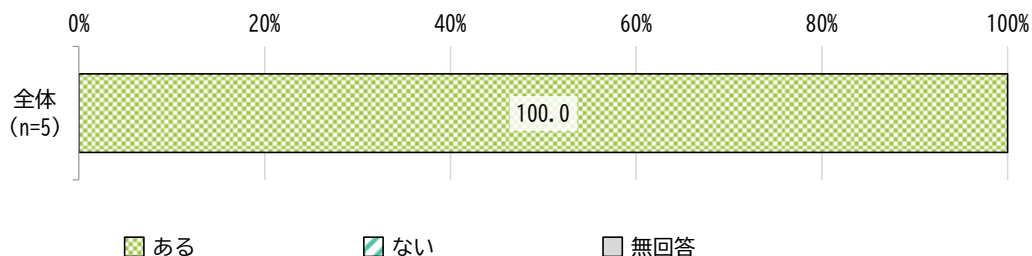
②現在のケアプラン担当件数

「30～35人」が40.0%、「36～44人」が60.0%となっています。



③在宅での生活が困難であり、施設入所が好ましいと思われるケース

全ての回答者において、施設入所が好ましいと思われるケースが「ある」となっています。



【ある場合の実際の件数】 23件

④ケアプラン作成における困りごと

- ・社会資源が少ない。
- ・訪問介護事業所が1ヶ所しかない等、限定された少ない社会資源の中でサービス調整を行わないといけない。
- ・介護保険サービスで対応できないところを埋める（ボランティア活動等）事業がない。
- ・介護サービスの利用者本人と家族の意見が違う場合の対応が難しい。

⑤その他

- ・高齢者の方が集まれる場所を提供し、そこに介護職員等が訪問することで、数人に支援が出来るような体制づくり。
- ・認知症専門医・眼科医・耳鼻科医による、最低でも月1回の診療が可能な体制づくり。
- ・業務負担軽減やコスト面の縮小等も考慮し、ICTの活用が必須。また、ケアプラン連携システムの重要性を感じる。

第3節 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画の取組状況

(1) 評価方法

以下の評価基準により、「南阿蘇村高齢者保健福祉計画・第8期南阿蘇村介護保険事業計画」の取組状況の評価を行いました。

■評価基準

①主な取組

個別の取組・事業について5段階評価（A～E）

評価	評価を行うための大まかなイメージ
A	当初のイメージどおりかそれ以上に推進ができ、達成率に直すと100%以上
B	当初のイメージどおりにほぼ推進ができ、達成率に直すと80～100%未満
C	大まかな推進はできたが一部未対応があり、達成率に直すと50～80%未満
D	一部推進は出来たが、未対応部分の方が多く、達成率に直すと20～50%未満
E	未対応または、ほぼ推進ができておらず、達成率に直すと20%未満

②総合評価

①の結果を基に数値化し、主要施策ごとに平均点を算出

数値化	①の平均点	主要施策
$(A \times 5 \text{ 点} + B \times 4 \text{ 点} + C \times 3 \text{ 点} + D \times 2 \text{ 点} + E \times 1 \text{ 点}) \div \text{取組} \cdot \text{事業数}$	4.5 以上	非常に効果的
	3.5～4.4	効果的
	2.5～3.4	おおむね効果的
	1.5～2.4	効果的でない
	1.5 以下	未実施・評価不可

(2) 評価結果総括

評価が「A 達成できた」、「B ほぼ達成できた」と評価した取組が57事業中23事業となり、全体の約4割を占めています。

一方、評価が「C 一部未対応」、「D 未対応部分が多い」は26事業となり、その内、コロナ禍による事業縮小の影響を主な理由とするものが12事業となっており、全体としてはおおむね順調だと言えます。

第8期計画では、2025年や2040年を見据え、新たな施策展開の基盤整備（「通いの場」の拡大、地域ケア会議の充実、配食サービスなど）を着実に進めてきました。これらの重要な成果について、取組の中で見えてきた課題を解決しながらさらに発展させていくことが求められます。

また、介護予防・健康づくりや地域包括支援センターの機能強化、介護保険の適正化など、人材不足により成果が十分とは言えない施策もありました。本計画では、明確に成果を意識した事業検討や指標・目標の設定が必要となります。

(3) 主要施策評価結果

基本目標1：健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

主要施策	A	B	C	D	E	総合評価
1. 地域における介護予防・健康づくりの推進	0	2	1	1	2	平均 2.5 おおむね効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護相当サービスを社会福祉協議会へ委託し実施（R3～5年度） ・「通いの場」の拡大（R3：24か所、R4：23か所、R5：22か所（10月現在）） ・認知症カフェ（R3活動自粛、R4～5毎月2回開催） ・生活支援コーディネーターの専属職員の未配置（包括支援センターの多職種の職員が担う） ・通いの場を訪問し、体操指導や健康指導を実施（R4、5） 						
2. 生きがいづくりの支援と社会参加の促進	1	0	4	0	0	平均 3.4 おおむね効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・老人クラブ補助金を交付による活動支援 ・シルバー人材センターの活動支援 ・教育委員会による高齢者学級が開催（R4～） ・福祉運動会を開催（R5） ・民生委員等による地域ケア会議（月1回） 						

基本目標2：安心して在宅生活を送ることができるむらづくり

主要施策	A	B	C	D	E	総合評価
1. 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり	1	1	1	3	2	平均 2.5 おおむね効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症予防教室「転ばぬ先の杖の会」の定期開催（R4.5） ・ 認知症サポーターの養成講座の実施（R3,4 実施なし、R5 3回予定） ・ 認知症カフェの実施 ・ 成年後見制度利用促進（R4 1名） 						
2. 安全・安心な暮らしを支えるむらづくり	4	4	3	1	0	平均 3.91 効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者のニーズにあった施設に関する情報提供（各施設で入所希望者の待機が発生） ・ 「外出支援サービス事業」、「福祉有償運送」の実施 ・ 在宅老人短期入所（養護老人ホーム湯の里荘）の実施 ・ 介護者手当（令和3年度 月14,000円、令和4、5年度 月13,000円支給） ・ 88歳到達者には祝金の支給、100歳到達者には祝金の支給及び表彰状の伝達を実施 ・ 配食サービスの実施（R3 35名、R4年 38名、R5年 9月末で新規7名の利用あり） ・ 村の消費者相談員による講話の実施（毎月・区長会） ・ 医療機関や介護施設と連携した防災訓練 ・ 民生委員による見守り、「やまびこネットワーク」による阿蘇郡市での連携 						
3. 高齢者の虐待防止	0	1	2	0	0	平均 3.3 おおむね効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 村ホームページにおける高齢者の虐待防止に関する相談窓口の周知 ・ 早期解決に向け関連機関と連携した対応、ケース会議による情報共有 						
4. 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築	0	0	1	4	0	平均 2.2 効果的でない
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修会や連絡協議会等への出席 ・ くまもとメディカルネットワークが活用 						

基本目標3：介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり

主要施策	A	B	C	D	E	総合評価
1. 地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化	1	2	4	1	0	平均 3.4 おおむね効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターのあり方を検討 ・ 地域ケア会議の実施 ・ 介護認定の適正化（認定調査員の研修会への参加） ・ 介護給付の適正化事業の実施（ケプラン点検、住宅改修等の点検、住宅改修等の点検、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費通知） 						
2. 地域支援事業の推進	6	0	0	0	1	平均 4.42 非常に効果的
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 包括的支援事業の実施（総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務） ・ 任意事業の実施 ・ 総合事業の評価 						
3. 介護保険サービスの基盤整備	0	0	0	0	3	平均 1.0 評価不可
【令和3年度～令和5年度の主な取組状況】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護人材の確保・定着に向けた具体的な取組は実施できず（情報提供、情報交換のみ） ・ 県との連携を図り、介護サービス事業所への研修会開催等の情報提供等 ・ 利用者からサービスに関する苦情等があった場合には適宜事業所に聞き取りを行い、必要な指導を実施 ・ ケアマネジャーとの積極的なコミュニケーションによる、ニーズや課題の把握 						

第3章 基本理念と計画策定の考え方

第1節 計画の目指す姿

1. 基本理念

本計画は、「第2次南阿蘇村総合計画」の医療・保健・福祉分野の政策目標である「安心・安全で幸せを感じるむらづくり」の実現に向けた、高齢者保健福祉の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものです。

また本村では、「南阿蘇村地域福祉計画」の基本的な考えである「安心して楽しく豊かに暮らせる支えあいの南阿蘇」から設定された計画のもと、各種施策を総合的に推進しています。

本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの深化・推進」を目指し、目標を住民や関係者と共有することにより、総合的かつ計画的に推進することを目的に、上位計画を踏襲した以下の基本理念を設定し、その実現に向けた施策の展開を図ります。

また、令和22（2040）年を見据えた中長期的な計画として、第8期計画における基本理念を引き継ぎつつ、その実現に向けた施策の継続的な展開と拡充を図ります。

第2次南阿蘇村総合計画 政策4 安心・安全で幸せを感じるむらづくり
施策20 高齢者が安心して暮らせる環境づくり



南阿蘇村地域福祉計画基本的な考え
安心して楽しく豊かに暮らせる支えあいの南阿蘇

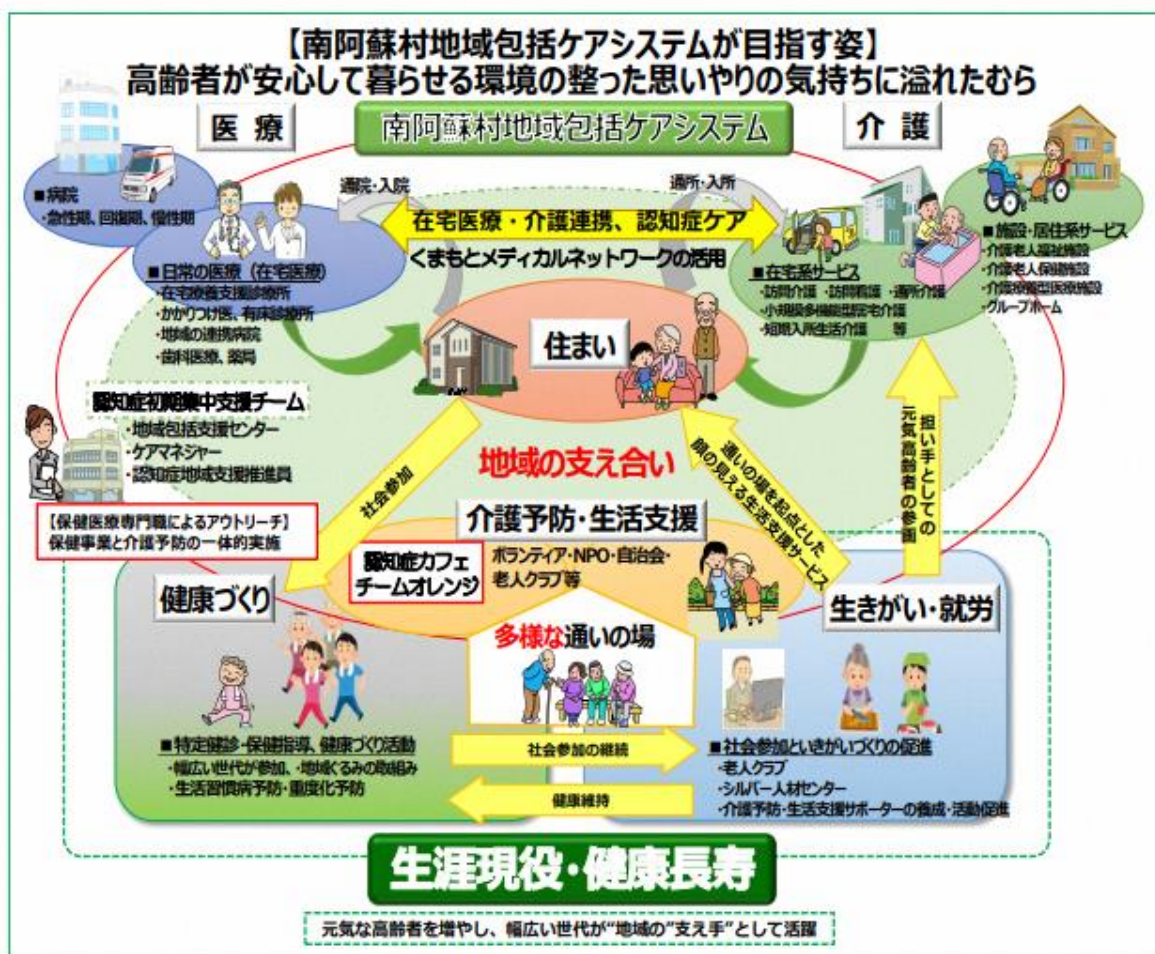
高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画基本理念

高齢者が安心して暮らせる環境の整った思いやりの気持ちにあふれたむら

本村では地域包括ケアシステムの深化に向けて、これまでも地域の通い場における介護予防の推進を図ってきました。今後も「自助・互助・共助・公助」の考え方のもと、通いの場の参加者の拡大と、地域住民の互助による支え合いの仕組みづくりを進めていきます。

認知症の人や一人暮らしの高齢者、障がい者、子どもなど、生活上の支援を必要とする人が、可能な限り住み慣れた地域で暮らせるよう、医療・介護の連携強化や地域共生社会の実現を目指します。

また、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるように、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進していきます。



2. 基本目標

本村は、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取り組みを推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けて、高齢者の暮らしに応じた3つの目標に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

基本目標1 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

基本目標2 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり

基本目標3 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり

第2節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み

1. 主要施策の概要

基本目標1

健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

【主要施策】

①地域における介護予防・健康づくりの推進

②生きがいづくりの支援と社会参加の促進

高齢者一人ひとりが、健康で、生きがいを持ち、自らの意思決定により自分らしい生活を送るためには、本人の意思によって心身の状態を維持していくことが重要となります。このため、これまで以上に高齢者が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、住民主体の介護予防の取り組みを支援し、毎週開催される通いの場を積極的に拡大していきます。

また、高齢者の生活支援にあたっては、生活支援コーディネーターと地域住民による課題の抽出と解決策の検討を行い、通いの場を中心とした住民の自発的な活動による新たなコミュニティづくりとして支援していきます。また、通いの場や地区サロンへ参加することが、高齢者の新たな生きがいづくりや社会参加の場となるよう、運営へ参加する高齢者同士の互助による支え合いを支援していきます。

介護予防・生活支援サービスにおける専門職の役割は、単に運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すのではなく、参加者の意欲の程度とその背景を配慮しながら、本人の目標設定を支援し、目標に到達するための手段としてインフォーマルサービス（公的制度以外のサービス）を含めた個々のサービスが選択されるよう、本人のセルフマネジメント能力の向上に取り組むものとします。

現役世代の人口が減少していく中、介護サービスを提供する事業所においても、ホームヘルパーをはじめとする介護の専門職の確保が難しい状況にあり、今後はさらに困難な状況となっていくことが予測されます。このため、通いの場における介護予防や生活支援の提供にあたっては、地域住民が主体となって取り組む環境づくりが重要となります。

【主要施策】

①認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり

②安全・安心な暮らしを支えるむらづくり

③高齢者の虐待防止

④医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

⑤地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

本計画では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会の実現に向けて、認知症の予防と共生に向けた取り組みを推進します。

特に、認知症予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になることを遅らせる」「認知症になっても進行をゆるやかにする」という意味であることを村民に向けて普及・啓発するとともに、認知症に関する相談窓口の周知に向けた取り組みを推進します。

また、軽度認知障害（MCI）の段階からの早期発見・早期対応の取り組みを充実させるために、包括支援センターが行っている物忘れ相談や認知症に関する相談窓口の認知度の向上に向けた取り組みを推進し、さらに認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの活動がこれまで以上に活発になるよう体制づくりを進めていきます。

さらに、令和2年に立ち上げを行った認知症カフェの充実と、認知症サポーターの計画的な養成を行い、認知症の本人の意思決定に基づいて、認知症の人と家族と認知症サポーターを中心とした支援（チームオレンジ）につなぐ仕組みを整備し、認知症バリアフリーの取り組みを推進します。

高齢者が住み慣れた地域で生活していくための基盤となる住まいが適切に整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提となります。このため、高齢者が自身の心身の状態に合わせて、「住まい方」を選択することができるよう、適切なサービスを提供する多様な住まいの整備を推進します。

感染症対策を介護事業者と連携して推進するとともに、近年増加傾向にある災害に対する備えについても地域、介護事業者と連携して取り組みます。

【主要施策】

①地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化

②地域支援事業の推進

③介護保険サービスの基盤整備

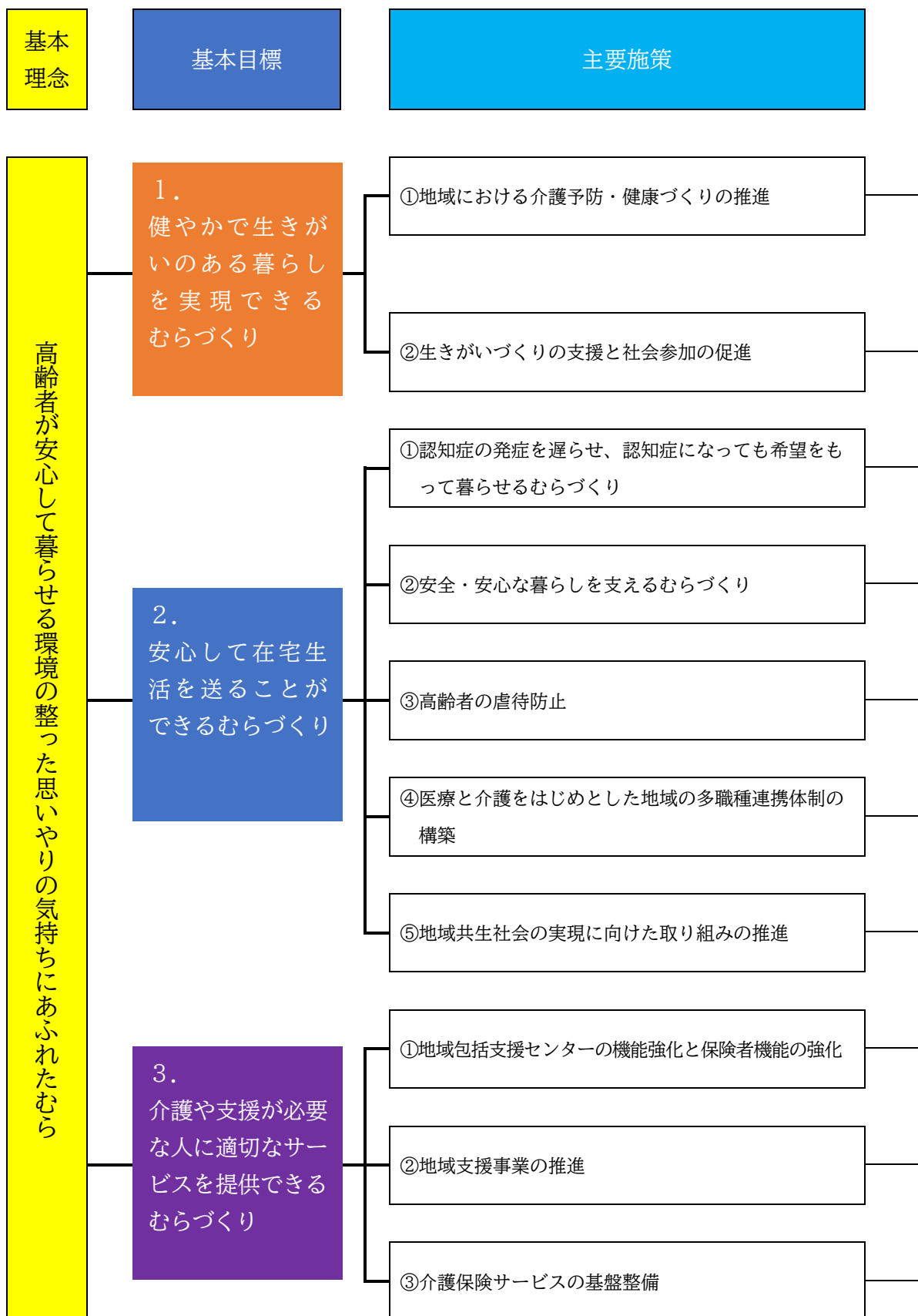
地域支援事業の効率的・効果的な推進のため、介護予防の推進と自立支援に向けた環境整備の観点から目標設定を行い、PDCA サイクルを推進していきます。

地域包括ケアシステムの目指す在宅生活の実現のための中核を担う地域包括支援センターの機能強化を図るため、医療と介護をはじめとした多職種が連携した地域ケア会議の定期的な開催を実施し、介護予防・自立支援に向けた内容、機能の充実を図っていきます。

介護給付適正化業務については、ケアプランの点検率の向上のための仕組みの検討や、住宅改修・福祉用具の点検における専門職の関与についても体制やノウハウの構築を行い、国の指標に基づいた、「サービス（ケアマネジメント）の適正化」と「質の向上」を図ります。

利用者負担軽減を含めた介護サービスに関する情報提供を充実するとともに、多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進します。

2. 施策の体系



事業内容

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実	
(2) 自立支援、介護予防・重度化防止の推進	
(3) 生活支援体制整備事業の推進	
(4) 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて	
(1) 老人クラブの活動の支援	
(2) 就労による生きがいづくりへの支援	
(3) 生涯学習・生涯スポーツの推進	
(4) 地域における支え合いの推進	
(1) 認知症予防教室の展開と認知症の早期発見・早期対応	
(2) 認知症初期集中支援チームの活動の活性化	
(3) 認知症サポーターの養成及び活動の活性化	
(4) 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進	
(5) 認知症カフェの拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進	
(6) 認知症に係る医療・介護の連携強化	
(7) 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進	
(8) 認知症の人の家族に対する支援の推進	
(1) 安心して暮らせる住まいの確保	(2) 高齢者の移動手手段の確保
(3) 高齢者福祉事業の推進	(4) 消費者保護・防犯体制の推進
(5) 防災体制の充実、災害時避難対策の強化	
(6) 感染症対策の強化	(7) 高齢者の見守り支援体制の強化
(1) 高齢者の虐待防止に関する啓発の充実	
(2) 虐待防止機能の強化	
(3) 虐待への対応	
(1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進	
(2) 多職種連携体制の構築	
(3) 在宅医療・在宅介護の普及・啓発	
(4) 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した医療・介護の連携推進	
(1) 地域包括支援センターの機能強化	
(2) 地域ケア会議の充実	
(3) 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	
(1) 包括的支援事業・任意事業の推進	
(2) 地域支援事業の連動性の向上	
(3) 総合事業のPDCAサイクルの推進	
(1) 介護保険サービスの安定的な提供	
(2) 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	
(3) 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	
(4) 本村の高齢者に関する今後の予測	
(5) 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策	
(6) 第9期介護保険料の算定	
(7) 2025年のサービス水準等の予測	

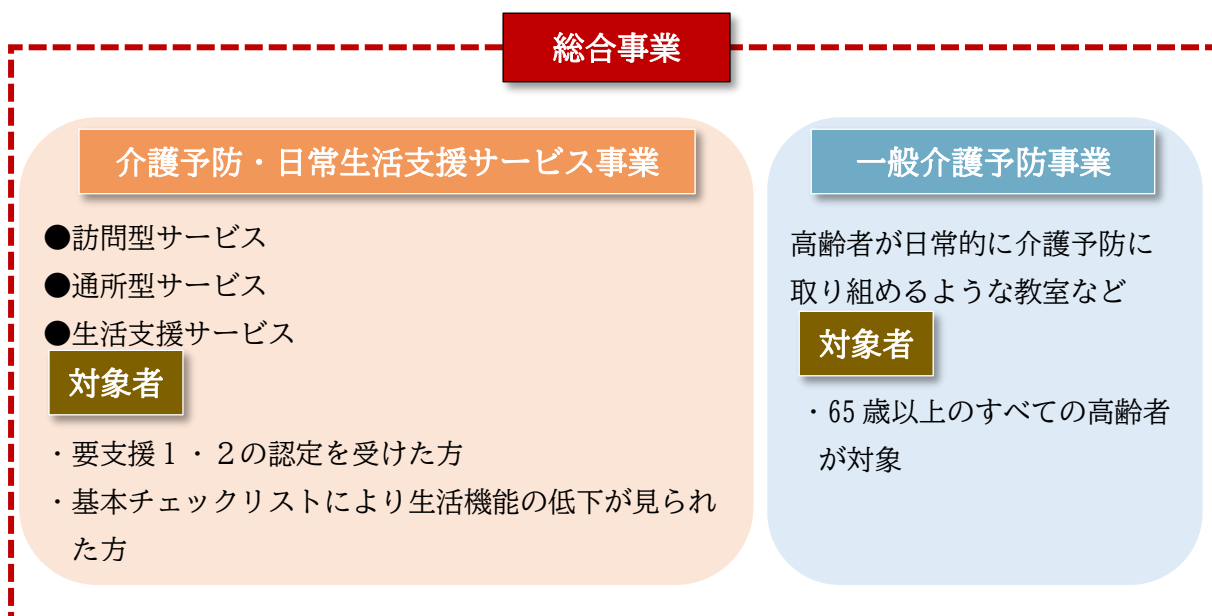
各論

第1章 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

第1節 地域における介護予防・健康づくりの推進

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

介護予防・日常生活支援総合事業は、本村の実情に応じて地域住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合いの体制づくりを推進する事業です。



(1) 訪問型サービス

総合事業の訪問型サービスとして、本村では現行の訪問介護相当サービスを継続して実施しています。担い手は社会福祉協議会への委託のみで実施されていますので、今後従事者不足の課題の課題に対応するため、専門職でなくてはならない介護以外の部分を介護予防サポーターやシルバー人材センター、ボランティアなど、村内にある社会資源を活用していく仕組みづくりについても検討していきます。

(参考) 国の示すサービスの類型

		提供中			
基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	③訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	③訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴うもの ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要</p>	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

(2) 通所型サービス

総合事業の通所型サービスとして、本村では現行の通所介護相当サービスと、通所型サービスAの「ゆうゆう教室」、及び通所型サービスC「元気になる学校」を実施しています。

また、短期集中予防サービスである通所型サービスCのサービス終了後の受け皿となる通いの場や他事業者による事業等を進めることで、国の示すサービス類型に沿った事業展開を図ります。

(参考) 国の示すサービスの類型

	提供中	提供中	提供中
基準	現行の通所介護相当		多様なサービス
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援) ③訪問型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場 生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成) 直接実施/委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者+ボランティア	ボランティア主体 保健・医療の専門職(市町村)

訪問・通所型サービス利用者数	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
現行訪問介護相当サービス(人)	6	6		6	6	6
現行通所介護相当サービス(人)	19	25		25	25	25
通所型サービスA「いきいき教室」(人)	0	委託契約なし	廃止			
通所型サービスA「ゆうゆう教室」★(人)	0	0		15	15	15
通所型サービスC「元気になる学校」★(人)	0	0		30	30	30

※R5は見込値

2. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

介護保険制度の理念である高齢者の自立支援・重度化防止を推進するためには、介護予防を地域の課題として位置づけ、地域における共通の目標を設定し、その達成に向けて取り組むことが重要です。

自立支援、介護予防・重度化防止等の取り組みについては、「通いの場の拡大」、「認知症施策の充実」を重点施策として実施していきます。

なお、本取り組みについての数値目標を設定し、毎年度、実施状況を把握しながら、進捗状況が未達成の場合は、改善策の検討・実施や目標の見直し等を行っていきます。

自立支援、介護予防・重度化防止等に向けた重点的な取り組み

通いの場の拡大

- 介護予防と高齢者の生活支援に関する担い手の拡大に取り組めます。
- 高齢者の社会参加の促進や介護予防のための通いの場の拡大に取り組めます。

介護予防・重度化防止

- 健康づくりに積極的な住民を増やすために、高齢者健康診査（いきいきくまもと健診）や健康教室等の活動の活性化・定着化に向けた支援を行っていきます。

認知症施策の充実

- 認知症の予防と早期発見・早期対応の充実に図ります。
- 認知症に係る医療・介護の連携を強化します。
- 「認知症カフェ」の充実・拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みを進めます。
- 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進を図ります。
- 認知症の人本人の発信支援を行います。
- 若年性認知症施策の推進を図ります。
- 高齢者の虐待防止と成年後見制度の利用促進を図ります。

介護保険法第117条に基づき、「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めます。重点的取組に設定した項目には「★」を付し、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行い、PDCAサイクルによる取組の推進を図ります。（掲載頁：P50、52、58、60、79、84）

3. 生活支援体制整備事業の推進

生活体制整備事業等により、在宅生活の支援体制の充実を図ります。

このためには、以下6つのプロセスが必要とされています。

- ①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- ②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
- ③関係者のネットワーク化
- ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
- ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発
- ⑥ニーズとサービスのマッチング

本村では、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化等を行う生活支援コーディネーターを地域包括支援センターに配置しており、地域課題や支え合いの体制づくりを検討する協議体と連携し、生活支援体制の整備を進めています。

今後は、より村独自の取り組みを展開していくため、生活支援コーディネーターとの連携、情報共有、業務の把握等が必要となると同時に、地域ケア会議とあわせて協議体での課題の検討方法や参加者についても見直しを行い、機能強化が図れるよう調整を行います。

生活支援体制整備	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
生活支援コーディネーター設置数（人）★	2	2	2	2	2	2
協議体の設置数	1	1	1	1	1	1

※R 5は見込値

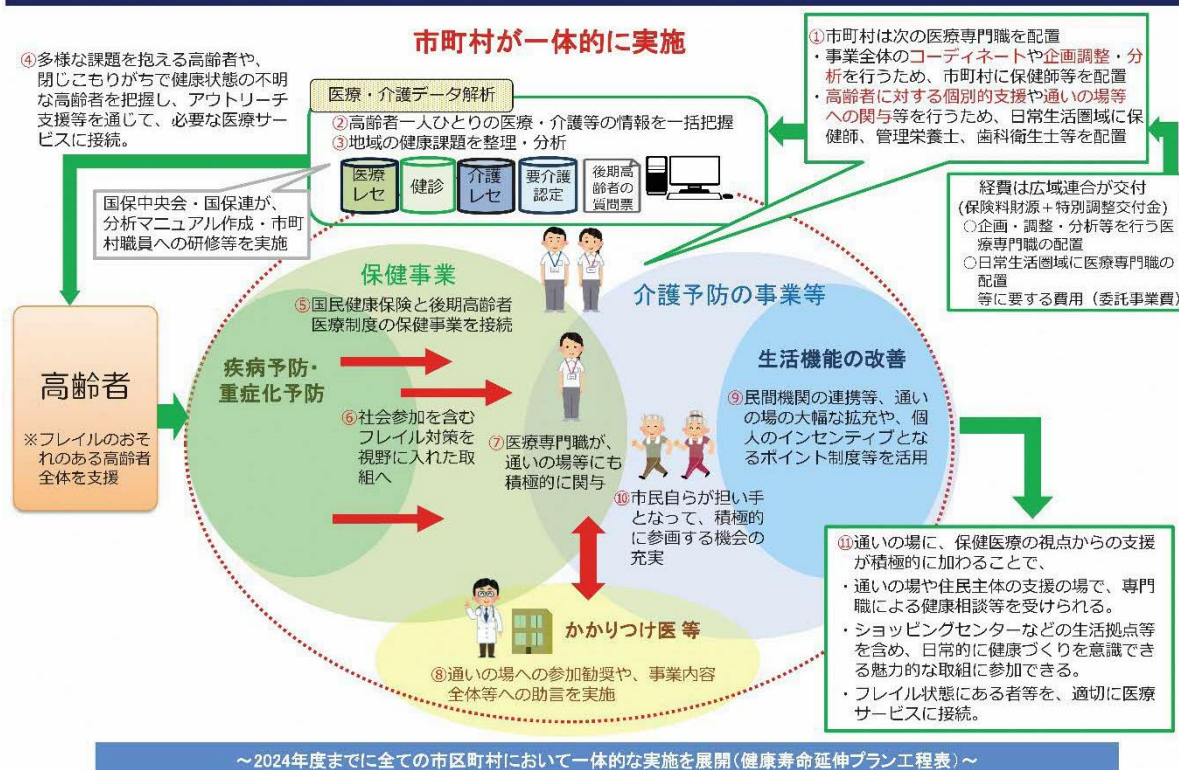
4. 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて

「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」の公布に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が求められており、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行い、必要な分析を行ったうえで、75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することとされています。

具体的には、健康診査・保健指導の実施、データ分析に基づく保健指導の推進、発症予防と重症化予防の推進などを図ること、また、健康状態不明者の把握を行い、医療・介護サービスの接続、通いの場を利用した相談事業、健康教育等の普及活動といった医療と健診、介護事業を一体的に取り組み、健康寿命の延伸を目指します。

今後は早期の事業開始を目指し、ここに示した事業方針に沿った事業展開に向けデータ分析を行い、分析結果に基づく事業立案、さらには外部委託を含めた実施体制の検討と体制確保を行い、関係する健康推進課保健係・医療保険係と連携した推進を図っていきます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



第2節 生きがいのづくりの支援と社会参加の促進

1. 老人クラブの活動の支援

老人クラブは、60歳以上の人を会員とする自主的な組織で、健康づくりや地域貢献等の目的で設置されています。

超高齢社会を迎え、高齢者の社会参加率の低下は重要な課題となっており、老人クラブ活動に参加することで、地域社会との交流の機会を増やし、高齢者の生きがいのづくりや介護予防につなげていくことがより重要になっています。

本村ではこれまでも、健康増進のための教室や講演、見守り活動や友愛訪問等の社会奉仕活動、福祉運動会やグランドゴルフ大会、研修などの生きがい活動等を積極的に行っている老人クラブに補助金を交付し、活動の支援を行ってきました。

一方、加入者の高齢化や就業する高齢者の増加等により加入率の減少が続いており、今後一層老人クラブ会員数の増加と社会参加の促進に取り組む必要があります。

今後も継続的な老人クラブへの支援を実施し、高齢者の社会参加や生きがいのづくりにつなげていくとともに、指導者の育成やクラブ間交流等を通して、加入の促進と活性化を図れるよう取り組みを推進していきます。

老人クラブ	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
クラブ数（箇所）	36	36	36	36	36	36
会員数（人）	2,848	2,740	2,504	2,600	2,650	2,700

※R5は見込値

2. 就労による生きがいづくりへの支援

就業を希望する高齢者が、地域の日常生活に密着した仕事に就くことにより、社会参加の促進が図れるとともに、健康や介護予防、生きがいの創出につながります。

シルバー人材センターは、おおむね60歳以上で、健康で働く意欲のある高齢者の就労の機会を確保するとともに、生きがいの創出や社会参加の促進を図るために設立され、会員に地域の臨時的・短期的な仕事を提供しています。

本村では、高齢者の就業に対する多様なニーズに対応するため、さらなる就業機会の拡大が図れるよう、運営費及び事業費に対して補助金を交付することで活動を支援しています。

今後は、シルバー人材センターの会員が、地域の高齢者の生活支援を担うことができる仕組みづくりについても検討を進めていきます。

シルバー人材センター	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
会員数（人）	23	27	37	32	34	36
受注件数（件）	337	375	415	235	240	245

※R 5は見込値

3. 生涯学習・生涯スポーツの推進

高齢社会に対応する安全・安心な暮らしと、社会参加のための学習機会を作ることは、個人の生きがいづくりにとどまらず、社会参加活動を通じて、地域とともに歩む高齢者像を築きます。

本村では、高齢社会に対応する知識や生きがい・健康づくりにつながる学習機会として、教育委員会が高齢者学級を年5回開催しています。

また、運動やスポーツは健康の保持増進だけでなく、生活習慣病の予防や心の健康などにも効果をもたらすことが認められています。誰もが健康、体力づくりに取り組むことができるよう、村民の健康体力づくりを推進します。

本村では、高齢者の健康増進、加えて同年代間での仲間づくりを目的とした「福祉運動会」を社会福祉協議会が実施しています。

高齢者の自主性や生きがいづくりを目的としたスポーツの推進や、それぞれの体力や年齢、技術、目的に応じた取り組み等、村民の誰もが気軽にスポーツに取り組むことができるように、幅広いスポーツの推進を図ります。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
高齢者学級開催回数（回）	0	1	3	5	5	5
高齢者学級参加人数（人）	0	154	570	600	600	600
福祉運動会延べ参加者数（人）	0	0	730	850	850	850

※R 5は見込値

4. 地域における支え合いの推進

一人暮らしなどにより日常生活に不安を抱える高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域において日常的に見守りが行われることが必要です。

本村では、民生委員・児童委員（以下「民生委員」という）による一人暮らし高齢者の訪問や、地域の見守り活動支援の実施、民生委員児童委員協議会とのネットワークの構築を図っています。また、地域ケア会議を民生委員会とあわせて行うことにより、民生委員との高齢者に関する情報提供・情報共有を円滑に行える体制を作っています。今後も民生委員が中心となった地域関係者の連携強化、各地域の状況に応じた活動の充実、さらに、高齢者サロンや老人クラブなど、見守り活動の基盤となる活動を社会福祉協議会等と連携して支援し、支え合う地域づくりを促進していきます。

また、今後も介護予防事業での高齢者の集いの場を基盤に、地域のネットワークづくりの推進を図ります。

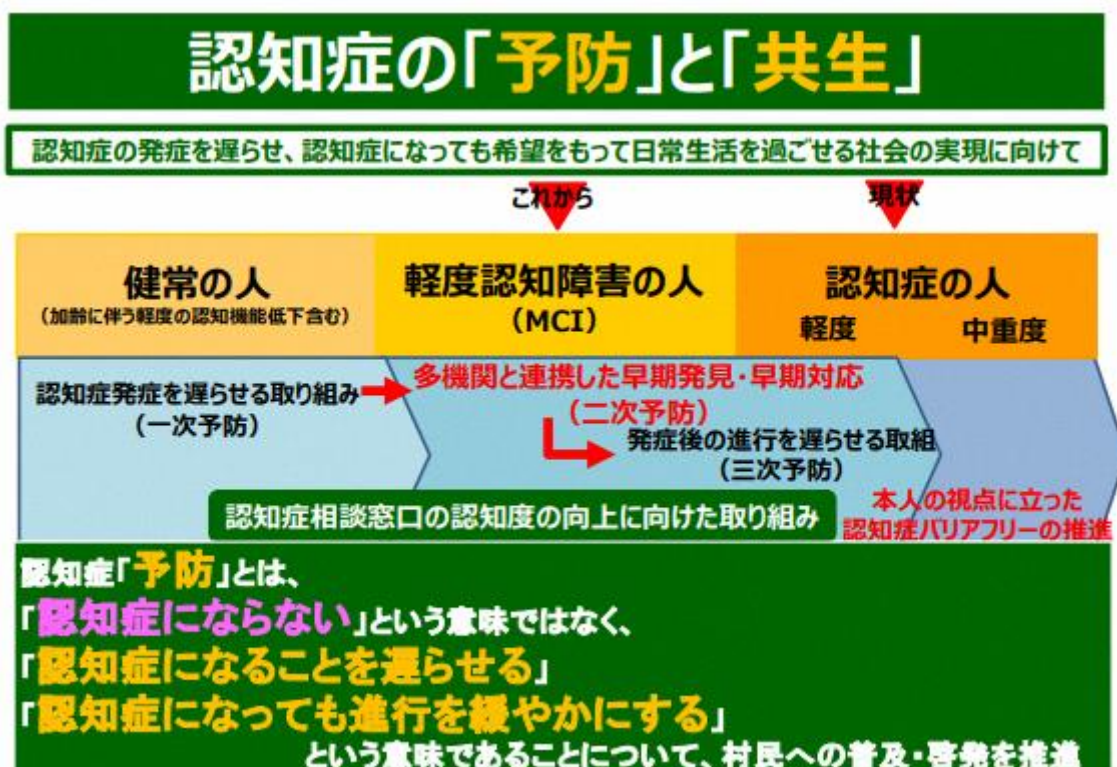
第2章 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり

第1節 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり

近年の認知症有病者数の推移からも、現代において認知症は、「誰もがなりうるもの」であり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものになっています。

国では令和元年6月に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、認知症の人や家族の視点に立ち、「共生」を重視しつつ、「予防」の取り組みを一層強化し、車の両輪として取り組む方向性が示されています。また認知症の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」とされています。2025年には65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症になるといわれています。

本村では、認知症の発症により生活上の困難が生じた場合でも、重度化を予防しつつ周囲や地域の理解と協力のもと、本人が希望を持って前を向き、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、安心して自分らしく暮らし続けることができるむらづくりを目指し、今後もさまざまな取り組みを行っていきます。あわせて、認知症の人をはじめとする高齢者の権利擁護、虐待防止に向けた取り組みを推進します。



1. 認知症予防教室の展開と認知症の早期発見・早期対応

認知症は、早期から適切な治療やケアをすることで生活機能を維持することが可能であるため、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームと連携しながら、今後も認知症の早期発見・早期対応の取り組みを推進していきます。

本村では、認知症に関する正しい知識の普及やセルフケアによる認知症の予防を図るため、認知症予防教室「転ばぬ先の杖の会」を各日常生活圏域で定期的を開催しています。

今後の新たな取り組みとしては、「認知症施策推進大綱」に掲げられている「普及啓発」「チームオレンジ」「通いの場の拡充」の3つの基本方針を一体的に捉え、認知症への興味関心が高まる前期高齢者を主な対象とした、認知症についての正しい理解や予防についての知識を普及する学びの場をつくり、参加者やサポーターの中で認知症の症状が見られた人を早期に発見し、そこがそのまま認知症の人の共生の場にもなっていく、「認知症になる前から居場所を作る」取り組みについても検討を行っていきます。さらに、この学びの場の参加者が担い手になってもらい、認知症予防に向けた新たな通いの場が形成されていく仕組みについても構築を目指します。

転ばぬ先の杖の会 (認知症予防教室)	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
延べ参加人数★(人)	150	150	150	200	200	200

※R 5は見込値

2. 認知症初期集中支援チームの活動の活性化

本村では、これまでも認知症の人や認知症が疑われる人、その家族を訪問し、観察・評価を行ったうえで支援の方向性を検討してきました。

第8期計画期間中は、包括支援センターと認知症地域支援推進員が連携し、相談等に対し迅速な対応を行った結果、認知症初期集中支援チームとしての稼働はありませんでした。今後は「認知症初期集中支援チーム」の再構築を行い、今後は地域住民に対してチームの周知・啓発を図るとともに、困難ケースに限らず認知症初期集中支援チームを活用していくよう仕組みづくりを行い、認知症初期集中支援チームの活動の活性化を図っていきます。

認知症地域支援推進員 認知症初期集中支援チーム	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認知症地域支援推進員 設置数（人）	2	2	2	2	2	2
認知症初期集中支援 チーム対応件数（件）	0	0	0	5	5	5

※R 5は見込値

3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化

地域の認知症支援の重要な役割を持つ認知症サポーター養成講座を今後も定期的に開催し、地域ぐるみで見守る体制づくりを進めるとともに、認知症の人の見守りを実践する認知症サポーターの組織化を図ることにより、人材活用や地域の関係機関とのネットワークづくりを進めていきます。

全国的に見ても認知症サポーター養成率の高い本県において、本村は養成数が少ない現状でもあるため、今後は担い手となれる世代のサポーターを増やすことが、人材の面だけでなく認知症に対する理解を広める意味でも重要となってきます。

また、認知症カフェに養成を受けたサポーターが運営支援に活用する仕組みを構築し、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で気軽に困っていることを相談できる体制の構築を図っていきます。

さらに第9期計画期間において、「南阿蘇村で育つ子どもは、中学校を卒業するまでに認知症について学ぶ機会があり、高齢者や地域について考えることができるようになる」ことを目的に、村内の中学校に訪問して「認知症ジュニアサポーター養成講座」の開催を開始しており、認知症の理解をより深め、認知症に対して正しい理解促進を図るとともに、教育分野との連携を図っています。

認知症サポーター 認知症ジュニアサポーター	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認知症サポーター 養成講座実施回数（回）	16	0	3	4	4	4
認知症サポーター 当該年度養成人数★ （人）	210	0	27	40	40	40
認知症サポーター 累計養成人数（人）	1,010	1,010	1,037	1,077	1,117	1,157
認知症ジュニアサポーター 養成講座実施学校数（校）	0	0	0	2	2	2

※R 5は見込値

4. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進

令和4年度に実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」において、認知症に関する相談窓口を「知っている」と答えた人が27.6%、「知らない」と答えた人が65.6%という結果でした。

本村では、令和2年度に作成した「認知症ケアパス」の配布等により、認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症医療に関する相談窓口の周知活動を行っています。

認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるような周知や普及・啓発の活動を行い、相談窓口の認知度の向上を図ります。

介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	第8期計画の実績値	第9期計画の計画値
	R 4	R 8
認知症相談窓口の認知度（%）	27.6%	50.0%

5. 認知症カフェの拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進

認知症になると、本人の気力の低下や、徘徊や事故などを家族が心配し、社会との接点を失うことで閉じこもりがちになり、症状の進行が加速してしまう恐れもあります。介護する側にとっても、常に閉鎖された家庭の中で介護を続けることは、大きなストレスです。

認知症カフェは、このような状況を回避し、当事者だけでなく、介護家族、専門職、地域の人々が集まり、同じ状況の仲間が、皆で認知症に向き合う場となります。

本村では、令和2年に2ヶ所の認知症カフェの立ち上げを行っており、今後も気軽に立ち寄れる集いの場としての運営方法も検討したうえで、カフェの拡充を目指します。

同時に、養成を受けたサポーターが積極的にカフェの運営支援にかかわることができる仕組みを構築し、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で、認知症の人の意思決定に基づく本人支援（チームオレンジ）の仕組みづくりを推進します。

認知症カフェ	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
設置数（箇所）	2	2	2	3	3	3

※R5は見込値

6. 認知症に係る医療・介護の連携強化

認知症の症状の変化に応じて適切なサービスが提供されるよう、今後も認知症疾患医療センターとの連携を図るとともに、地域ケア会議での検討ケースに応じた認知症疾患医療センターや認知症サポート医等への参加の働きかけを行っていきます。

7. 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進

2024年（令和6年）1月1日より、「認知症基本法」が施行されました。この法律では、「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」として、認知症の人を含む「共生社会」を強調されています。認知症の人が住み慣れた場所でより過ごしやすい地域を目指すために、地域住民に向けて認知症への理解を深めるための研修等、普及啓発に取り組んでいきます。

8. 認知症本人の意思の発信支援

2019年（令和元年）度に示された認知症施策推進大綱の中で、「希望大使」が創設されました。これは、認知症の人本人が体験や思いをまとめた「認知症とともに生きる宣言」を作成し、希望を持って前向きに自分らしく暮らし続けることを目指したものです。認知症本人が、認知症のこと、地域や生活のこと、家族のこと等を語る機会を増やすことで、認知症の理解を深めることにもつながります。

本村では、「認知症カフェ」等への参加によって、認知症の人の話を聞く機会を増やし、認知症の人が自ら発信しやすい環境づくりができるように努めます。

9. 若年性認知症の人への支援

認知症は、高齢者に多い病気ですが、65歳未満で発症した場合、「若年性認知症」といわれています。若年性認知症は、働き盛りの世代で発症するため、本人だけでなく、家族の生活にも大きな影響が出やすい特徴があります。さらに、本人や配偶者の親の介護も重なる可能性もあり、介護の負担が大きくなります。このように若年性認知症は社会的にも大きな問題ですが、企業や医療・介護の現場でもまだ認識が不足している現状です。

なお、発症年齢が若いことから、経済面や就労、年金等の支援が必要な場合は、障害福祉サービスの活用等、住民福祉課や関係機関と連携していきます。

10. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進

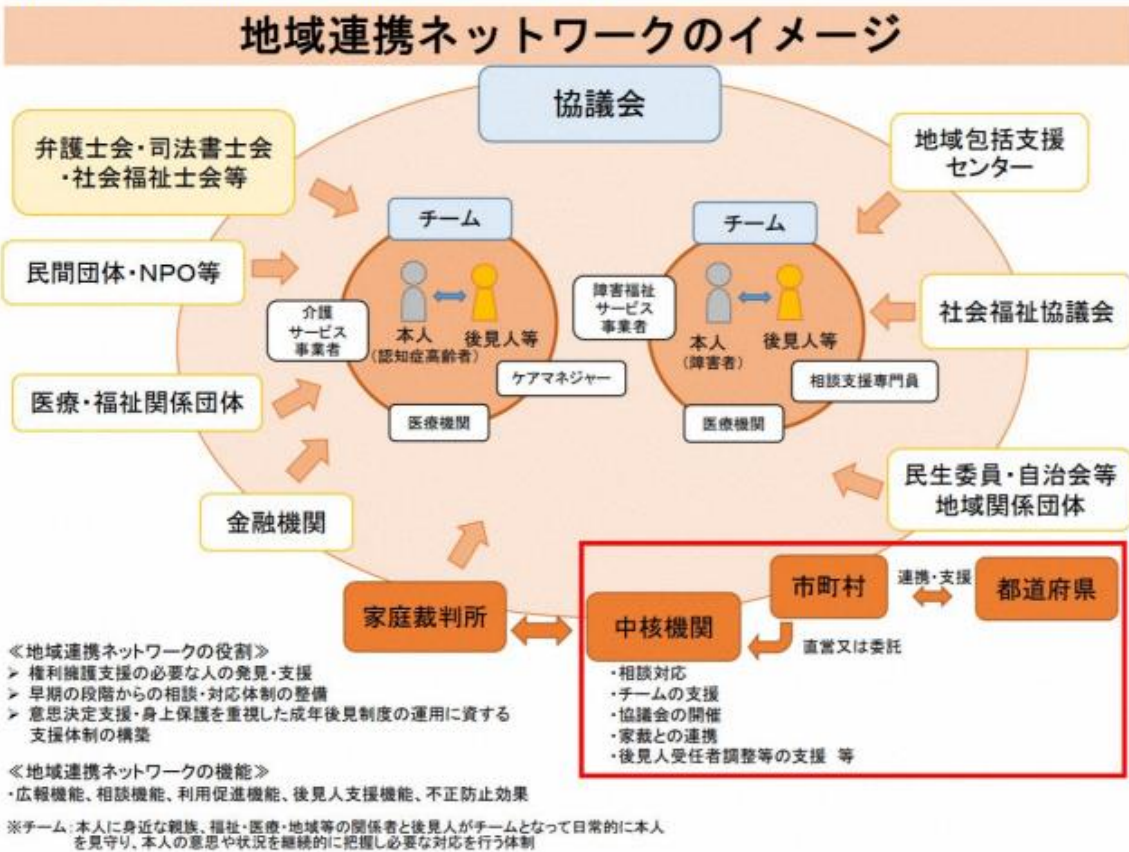
成年後見制度は、認知症等により自分で十分な判断をすることが困難な人に代わり、本人の権利や財産を守ることを目的とした制度です。

成年後見の申立ては本人・配偶者・親族等が行いますが、申立てを行う人がいない場合には、村長による申立てを行う（老人福祉法第32条審判の請求）とともに、生活困窮者及び生活保護世帯者などで申立てを行う場合には、申立てに掛かる費用や、後見人等の業務に対する報酬の助成を行うことで、成年後見制度の利用を支援します。

また、平成28年に施行された「成年後見制度の利用の促進に関する法律」及び「成年後見の事務の円滑化を図るための民法及び家事事件手続法の一部を改正する法律」により、「ノーマライゼーション」「自己決定権の尊重」「身上保護の重視」を3本柱の理念とした、より使いやすい制度への転換が図られています。

今後は中核機関を設置し、関係課・関係機関との連携を図りながら権利擁護の支援や成年後見制度の利用促進を推進していきます。

利用促進のための重層的支援体制の整備	・権利擁護支援の必要な人の発見・支援 ・早期の段階からの相談・対応体制の整備 ・意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度利用の運用に資する支援体制の構築
中核機関の役割	専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会の事務局等、コーディネートを担う機関 （1）広報・啓発の強化 （2）相談機能の強化 （3）成年後見制度の利用促進 （4）成年後見人等への支援



11. 認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症の人の介護者への支援を行うことは、認知症の人の生活の質の改善にもつながります。認知症カフェなどの場でニーズを把握しながら、家族など介護者の精神的・身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取り組みを検討していきます。

また、地域包括支援センターに配置している認知症地域支援推進員を中心に、医療・介護・保健・福祉のネットワークの充実を図り、認知症高齢者や家族への支援が円滑に行える体制整備を行っていきます。

また、介護支援講座等を開催し、認知症高齢者の家族に対する支援の充実を図ります。

第2節 安全・安心な暮らしを支えるむらづくり

1. 安心して暮らせる住まいの確保

住まいや交通手段は、地域包括支援システムの基礎となるものであり、高齢者が安心して、安全に、自立した生活を送るためには、それぞれの生活課題に応じた住環境の整備が必要となります。介護保険施設をはじめとする多様な施設や、住宅の確保に努めるとともに、適切な情報提供を行います。

環境上の理由や一定の経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な高齢者については、養護老人ホームに措置するとともに、有料老人ホーム等、その人に合った住まいに関する情報提供に努めています。

地域の特性に応じた介護サービス提供体制の整備の推進として、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅）の設置に関する情報については県と連携しながら情報共有を行っていきます。

養護老人ホーム	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
定員数（人）	50	50	50	50	50	50

※R 5は見込値

【本村の有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の設置状況】

	住宅型有料老人ホーム		サービス付高齢者向け住宅	
	設置数	定員総数	設置数	定員総数
長陽圏域	1	12	0	0
白水圏域	1	20	1	26
久木野圏域	1	18	1	10
合計	3	48	2	36

（令和5年11月時点）

2. 高齢者の移動手段の確保

本村では産業観光課にて、予約型乗合タクシーの運行を行っており、村民を対象に自宅から希望する指定乗降場所までの移動を乗合で行っています。

また、医療機関や公的機関（役場・金融機関等）への移動の際、公共交通機関の利用が困難な人への移送サービスとして「外出支援サービス事業」を実施しています。

今後も村民の利便性を考慮しながら、必要に応じた事業の見直し等を行い、高齢者の在宅生活の維持や社会参加の促進を図っていきます。

南阿蘇村予約型乗合タクシーのご利用方法

まずは、登録。

ステップ1
《利用登録》

利用登録は最初の一度だけ、まだ登録されていない方は必ず必要になります。登録をご希望の方は予約受付センターへお問い合わせください。

電話で予約!

ステップ2
《予約》

ご利用するには早朝の30分前までに予約が必要ですが、ただし、第1回目(8:30~9:30)は無料(週末を除く。)の午後5時までには予約が必要となりますのでご注意ください。

予約受付センター
0967-67-3030

電話番号は必ず電話番号でご確認ください。

ステップ3
《送迎》

自宅または指定乗降場所に車両が迎えに来ます。送迎ができる乗降場所は案内が記載されています。乗客のため乗車・降車時間は指定できません。また以下に該当する方の利用は遠慮していただく場合があります。

- ・ペット同伴の方、花嫁した方、保護者の同伴がない未成年者、自ら乗降できない方(ただし介助者が同乗する場合は可)等
- ・乗客との身振りが乗降料金を発生します。

ステップ4
《料金のお支払い》

料金

自宅 ⇄ 指定乗降場所 **400円**(小学生200円)

自宅 ⇄ 南阿蘇村役場 **200円**(小学生100円)

未就学児 **無料**(乳幼児同伴)

市議員の料金は、現金のみです。

自宅までも来てくれるの!

R5.9改訂版

南阿蘇村 予約型乗合タクシー

予約型乗合タクシーは村民の方を対象にし、ご自宅から希望する指定乗降場所までの移動を乗合いで運行する公共交通機関です。
※ご利用には、事前に登録申請が必要です。

お問い合わせ先 予約受付センター(午前8時30分から午後5時)

☎0967-67-3030

FAX 0967-67-2552

予約受付センターへのお問い合わせやご予約の際に、間違い電話が多数発生しています。お電話をする際は必ず電話番号のご確認をお願いします。

運行時間 (小学生)

第1便 8:30~ 9:30	第5便 13:30~14:30
第2便 9:30~10:30	第6便 14:30~15:30
第3便 10:30~11:30	第7便 15:30~16:30
第4便 11:30~12:30	第8便 16:30~17:30

※平日のみ運行。土日祝日・年末年始連休(12月29日から1月3日まで)
※乗合いでのため、指定時刻を厳守する必要があります。
※キャンセルする場合は必ず予約センターにご連絡ください。

発行元 南阿蘇村役場産業観光課
☎0967-67-1112 (直通) ☎0967-67-1111 (代表)

3. 高齢者福祉事業の推進

一人暮らしや高齢者のみの世帯等の増加により、介護サービスのみでは対応できない生活課題を抱えた高齢者が増加しており、さらなる高齢化の進行に伴い、介護サービスを補完する生活支援の必要性がますます増加することが見込まれています。

住み慣れた地域で自立した生活をするためには、それぞれの生活課題に応じた生活支援サービスを提供することが重要です。

社会的孤立の解消や心身機能の維持向上を図り、要介護状態になることを予防し、自立した生活をするができるよう、本村では以下のような事業を行っています。

在宅老人短期入所（養護老人ホーム湯の里荘）
65歳以上で介護保険の対象とならない一人暮らし高齢者や虚弱高齢者等を対象に、養護老人ホームに宿泊し、生活習慣の指導や体調調整等を行います。
緊急通報装置設置
65歳以上の一人暮らし高齢者等で、見守りが必要な人に対し、緊急通報装置を貸与することで在宅での生活を支援します。
介護者手当
村内に3ヶ月以上継続して居住している65歳以上の要介護4・5の認定を受けている在宅高齢者等で、寝たきりの状態が3ヶ月以上継続している人を常時介護している介護者に対して助成を行っています。
敬老祝金
長寿の高齢者に敬意を表して、88歳、100歳の高齢者に対してそれぞれ祝金を支給しています。
配食サービス
買い物や、調理が困難な65歳以上の協力者のいない、一人暮らしまたは高齢者のみの世帯の人に配食を行い、あわせて安否確認の見守りを行っています。
外出支援サービス
医療機関や公的機関（役場・金融機関等）への移動の際、公共交通機関の利用が困難な協力者のいない、一人暮らしまたは高齢者のみの世帯の人への移送サービスを実施しています。

4. 消費者保護・防犯体制の推進

近年増加している高齢者の消費者被害に対しては、相談窓口や消費生活相談員が商品やサービスの契約トラブルなど、消費生活に関する相談を受け付け、解決に向けた支援を行っています。

消費生活センターや県・警察と連携を図り、振り込め詐欺、架空請求、悪質な訪問販売、催眠商法、送り付け商法等の実態を高齢者に周知することで、被害の未然防止及び拡大防止を図っており、今後も、消費生活センターから情報を得ながら、民生委員を中心とした見守り体制の中で、ふれあいサロンや通いの場等での防犯に関する啓発を推進していきます。

また、村民が安全に安心して暮らせる地域社会づくりを目指し、地域や関係機関、近隣市町村、地域包括支援センターとの連携を深めながら、引き続き消費者行政の充実に取り組んでいきます。

さらに、消費者被害を未然に防止するため、区長をはじめ、民生委員やケアマネジャー等に対して、必要な情報を提供していきます。

5. 防災体制の充実、災害時避難対策の強化

災害時において、一人暮らしの高齢者等の要援護者の所在や安否を確認し、また適切な援助を迅速に行うためには、平常時から所在や実情を把握しておくことが必要になります。

本村では、各行政区ごとの災害時要援護者台帳を作成しており、民生委員をはじめとする住民の協力のもと、毎年台帳の更新を行っています。

今後も災害発生時に避難等が困難な高齢者等の災害時要援護者への支援が円滑に行われる環境を整備するとともに、自助・共助・公助の役割分担と一層の連携により、避難行動要援護者支援体制の整備を図ります。

また、社会福祉協議会と民生委員が連携し、要援護者避難に関する個別計画の策定を進めるとともに、重層的な安否確認体制を整備するため、介護事業者等との連携強化に向けた取り組みを推進します。

さらに、医療機関や介護事業所等への協力要請を行い、寝たきりの高齢者や障がい者等を避難収容する場の確保に努めるとともに、災害発生時だけでなく、災害発生後に学校などでの避難生活が困難な避難行動要援護者を受け入れることを想定した防災訓練等の実施を検討していきます。

加えて、介護事業所・施設等の防災訓練については、「水害・土砂災害予防計画」において、「浸水想定区域や土砂災害警戒区域内に位置し、村地域防災計画に名称及び所在地を定められた要配慮者利用施設の所有者または管理者は、関係

機関の協力を得て、水害や土砂災害が発生する恐れがある場合における避難確保に関する計画を想定し、それに基づき、避難誘導等の訓練を実施するものとする。」とされていることから、該当する施設との連携や訓練に関する協力を行っていきます。

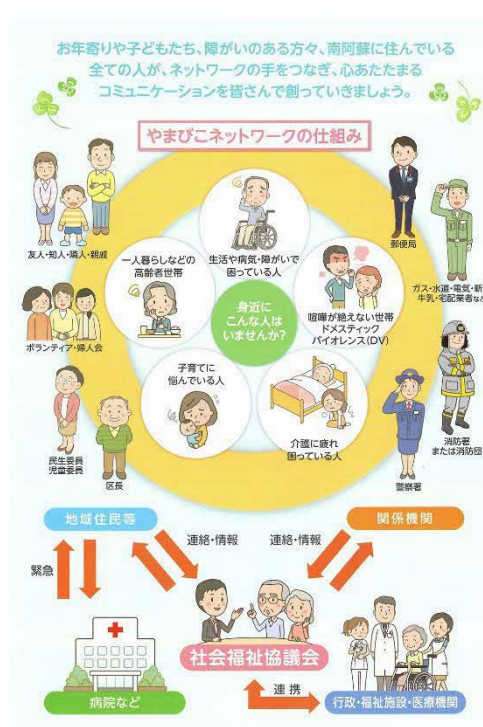
6. 感染症対策の強化

新型コロナウイルスをはじめとする感染症への対策として、関係機関や村内の介護事業所等と連携し、さまざまな感染症発生時の訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築などを行うことが重要です。特に、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所の職員が感染症に対する理解や知見を有したうえで業務にあたることができるよう、感染症に対する研修やICTを利用した代替方法等を検討していきます。また、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送の支援体制づくりに努めます。

7. 高齢者の見守り支援体制の強化

本村の各行政区では、民生委員を中心に、主にひとり暮らしの高齢者や障がい者の地域での見守りにあたっています。

また、阿蘇管内の7市町村の社会福祉協議会が中心となって平成9年からスタートした「やまびこネットワーク」では、高齢者や援護が必要な人が住み慣れた地域で安心していきいきと生活できるよう、近隣の住民が地域ぐるみで温かく見守り、支えていく地域づくりの推進を行っています。区長、民生委員、役場、住民等関係協力団体の担当で組織したネットワーク連絡会議を定期的に行うなど、ネットワーク活動の強化に努めています。



第3節 高齢者の虐待防止

1. 高齢者の虐待防止に関する啓発の充実

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」は、高齢者虐待の（再発）防止、虐待を受けた高齢者に対する保護、養護者の負担の軽減等、養護者に対する支援等を目的としており、虐待を受けた高齢者の保護や養護者の支援については、市町村が第一義的に責任を持つとされています。

高齢者虐待には、「身体的虐待」、「介護・世話の放棄、放任（ネグレクト）」、「心理的虐待」、「性的虐待」、「経済的虐待」の5つの類型があり、虐待を発見した者には、速やかに市町村に通報する努力義務が課されています。

高齢者虐待が発生しないよう、また、発生した場合は早期発見につながるよう、広報紙等を活用した普及・啓発に努めます。

2. 虐待防止機能の強化

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐためには、家族や近隣住民、民生委員や自治会などの地域組織、介護保険サービス事業者等高齢者を取り巻くさまざまな関係者が高齢者虐待に対する理解を深め、虐待の兆候に気づくことが大切です。

今後も、地域包括支援センターや警察、民生委員等との連携を強化し、関係機関とのネットワークの整備を行うことで、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備するとともに、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。

3. 虐待への対応

通報や届出等により虐待を受けている、もしくは虐待を受けている可能性がある高齢者の安全確認及び事実確認の調査を地域包括支援センターと連携して実施していきます。虐待が発生した場合の支援にあたっては、個別ケース会議において支援方針を決定し、必要に応じて保護の措置を講じるなどの緊急的な対応を図ります。また、認知症高齢者の増加に伴い、財産管理や介護サービス利用等への支援が求められることから、成年後見制度の周知・普及など、権利擁護の取組を進めます。

介護施設等については、従事者等の意識改革や資質の向上、高齢者虐待防止の体制の整備や強化に向けた取組を支援するなど、事業所・施設内での高齢者虐待の未然防止・早期発見に努めます。

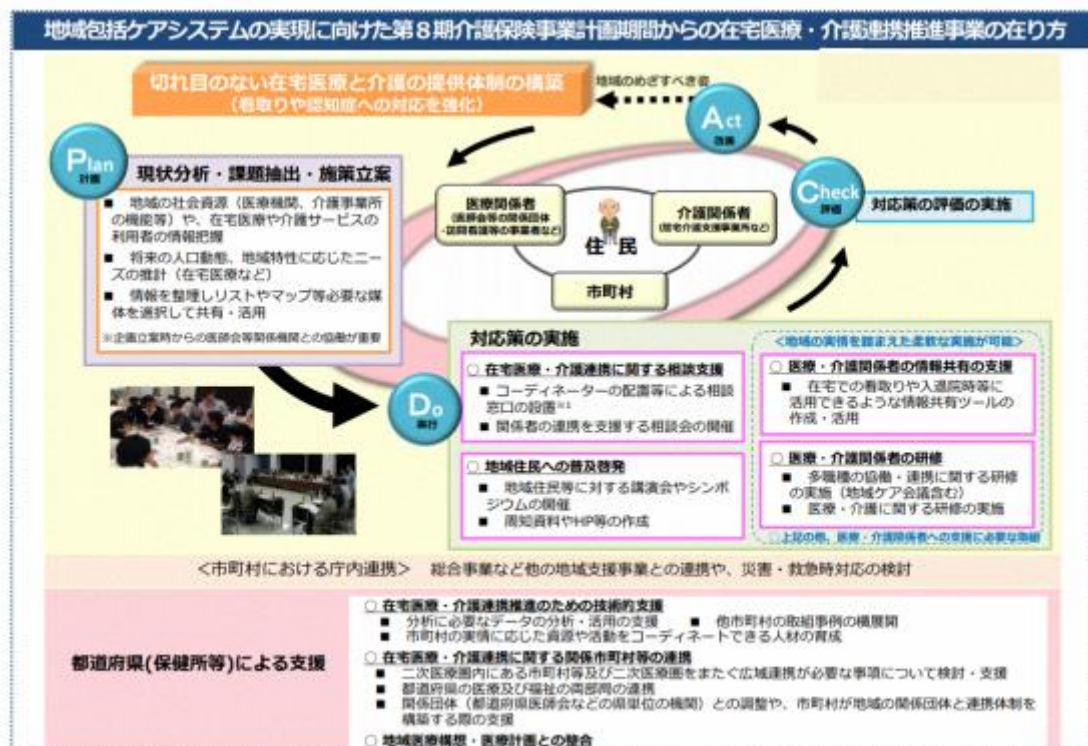
第4節 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進

医療と介護のニーズをあわせもつ高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、在宅医療と介護サービスの一体的な提供に向けて、関係者の連携を推進するための体制整備を図ることが求められています。

また、県では熊本県医師会をはじめ、熊本大学病院、関係団体が連携のもと、ICT（情報通信技術）を活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結ぶ「くまもとメディカルネットワーク」の運用を行っています。

在宅医療介護連携における視点から「くまもとメディカルネットワーク」の活用を推進し、阿蘇圏域市町村と連携を図りながら体制を構築していきます。



厚労省資料

2. 多職種連携体制の構築

地域医療の充実には阿蘇圏域全体で力を入れており、県、阿蘇郡市医師会、医療機関、居宅介護支援専門員協会等との連携により、在宅医療介護連携体制の充実を図っています。

阿蘇郡市ではおおむね2か月に1回、研修会や会議を行っており、多職種の連携を強化する場となっています。

また、一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業において、地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の配置などの取り組みからも、より効果的な医療と介護の連携における多職種連携体制づくりを推進しています。

在宅医療・介護連携 推進事業	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
多職種連携研修会 開催回数(回)	6	6	6	6	6	6

※R 5は見込値

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（優勝診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協同により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



厚労省資料

3. 在宅医療・在宅介護の普及・啓発

高齢化が進む本村では、人生の最期を住み慣れた自宅で過ごしたいという高齢者の願いを、高齢者自身だけでなくその家族、地域や関係機関が一体となって考えることが重要となっています。

地域住民の在宅医療・在宅介護に関する関心を高めるための啓発方法について、阿蘇圏域としての取り組みだけでなく、広報紙の活用など、村としての取り組みについても検討を進めます。

今後もあらゆる機会を通じて、在宅医療と在宅介護の普及に取り組んでいきます。

4. 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した在宅医療と介護の連携促進

熊本県においては、熊本県医師会をはじめ、熊本大学医学部付属病院、県、関係団体が連携のもと、ICTを活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として、「くまもとメディカルネットワーク」が平成27年12月から開始されています。病院、診療所、薬局、介護関係施設には、ICTを活用することで、水害時には紙情報の消失を防ぐことができ、その他災害時には迅速な情報共有を行うことができます。

また、住民が「くまもとメディカルネットワーク」へ登録することで、緊急搬送や災害時にかかりつけ医に通えない際の自身の健康情報を共有することができ、通常のおよりの診察・薬の処方を受けることができるメリットがあります。

今後も本村では「くまもとメディカルネットワーク」を活用し、在宅医療と介護の連携を強化していきます。

【在宅医療の充実のための取り組み例】

在宅医療の提供体制の充実	個別の疾患、領域等に着目した質の向上
<ul style="list-style-type: none"> ◇訪問診療・往診 <ul style="list-style-type: none"> ・医師の在宅医療導入研修 ・24時間体制等のための医師のグループ化 ◇訪問歯科医療 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅歯科医療連携室の設置支援 ・在宅歯科医療技術研修 ◇訪問看護 <ul style="list-style-type: none"> ・強化型訪問看護 ST や ST 空白地域への設置支援 ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化 ◇薬局・訪問薬剤管理指導 <ul style="list-style-type: none"> ・衛生材料等の供給拠点の設置支援 	<ul style="list-style-type: none"> ◇医療関係者への専門的な研修 ◇医療機関への支援 <ul style="list-style-type: none"> ・看取り ・精神疾患 ・褥瘡 ・口腔・栄養ケア ・在宅療養にかかる意思決定支援等 ・認知症 ・疾患に関わらない緩和ケア ・小児等在宅医療 ・難病在宅医療 ・末期がん ・リハビリ
<p>在宅医療に関する普及啓発</p>	
<p>一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等</p>	

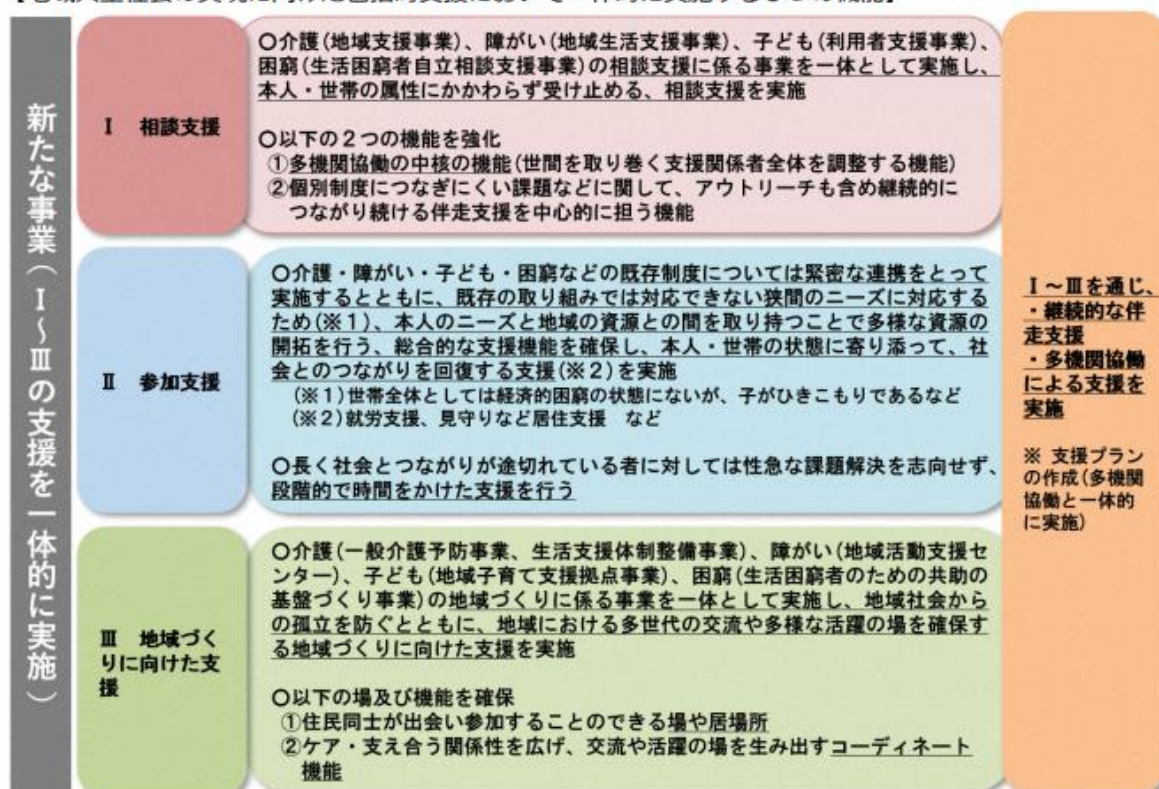
厚労省資料

第5節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

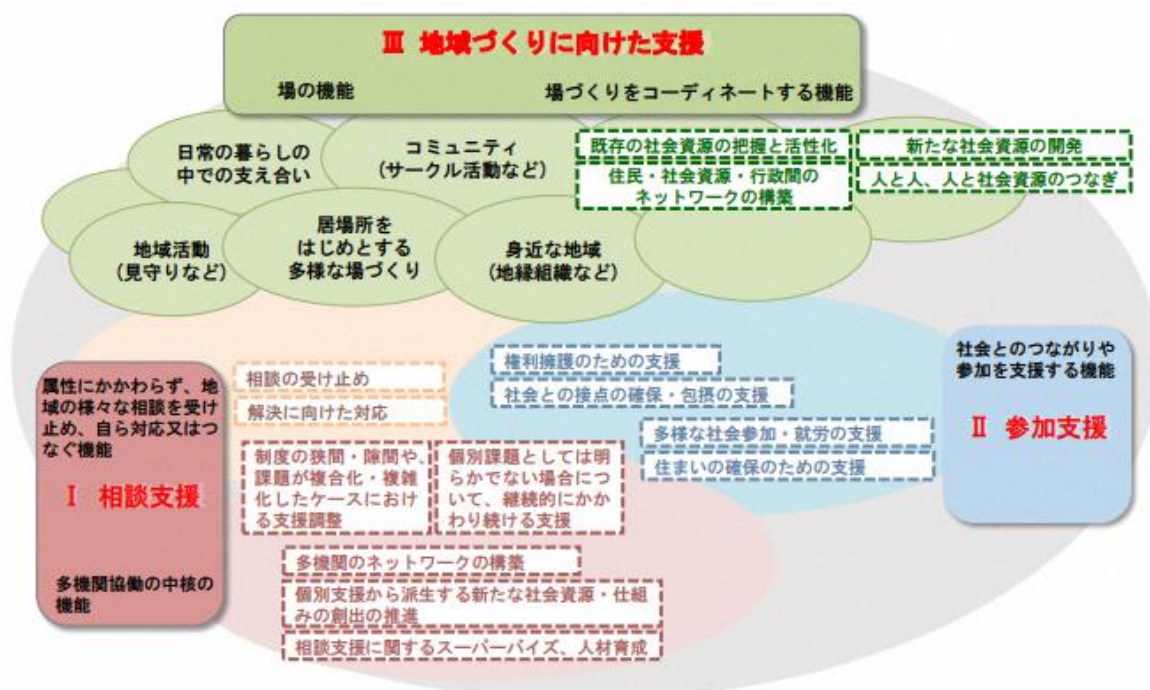
地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や、「支え手」と「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が、それぞれ『我が事』として参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいと地域をともに創っていく社会のことです。

高齢者のみならず、障がい者や子ども、生活上の困難を抱える人などが、地域において自立した生活を送ることができるよう、福祉サービスの提供や事業者による「共生型サービス」への展開のほか、地域包括支援センターの機能拡大など、地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制について、関係部局との検討を進めていきます。

【地域共生社会の実現に向けた包括的支援において一体的に実施する3つの機能】



【地域共生社会の実現に向けた包括的支援において一体的に実施する3つの機能のイメージ】



本村の総合相談・総合対応について（生活困窮・障がい等の困難事例への対応）
生活困窮や障がい、介護などに複合的課題を抱える世帯への総合的な対応の充実を進めます。

個別の相談事例を必要に応じて、関係部署・機関が情報を共有し、総合的な対応にあたります。

地域見守りネットワークでは、何らかの事情で福祉サービスや公的な支援につながっていないような事例を地域の目線で気づき、社協や村につなぐ役割をお願いしていきます。

（第3期南阿蘇村地域福祉計画より）

第3章 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり

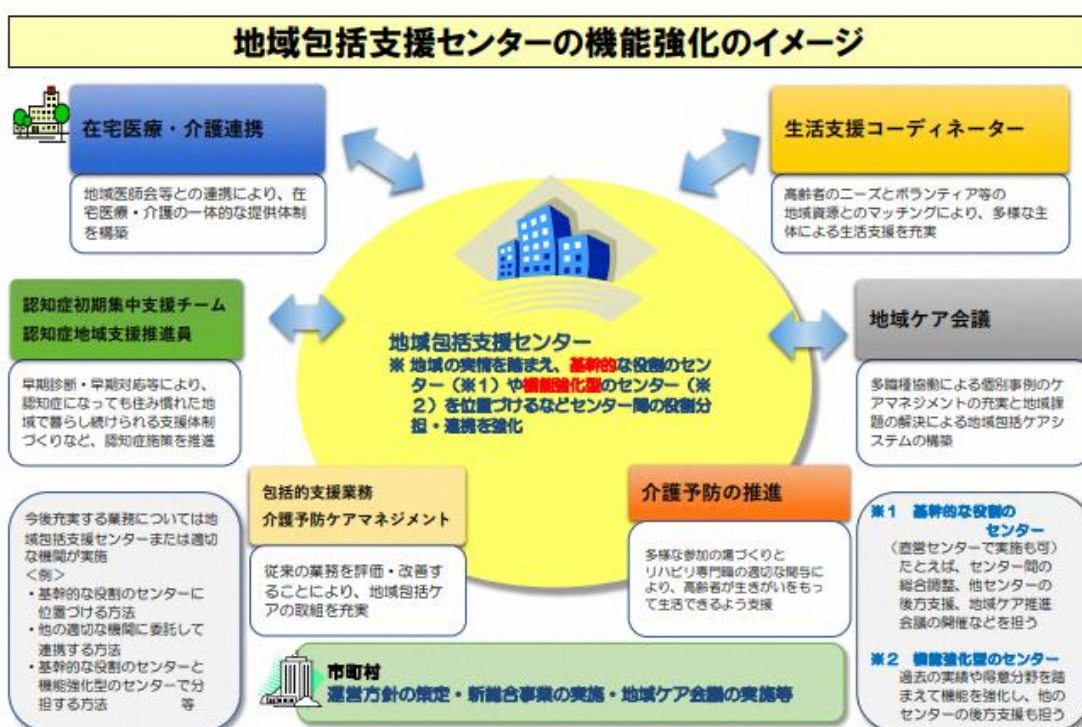
第1節 地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化

1. 地域包括支援センターの機能強化

本村の地域包括支援センターは、現在2法人への委託で運営されています。総合相談件数、困難事例も年々増えてきており、支援内容も複雑になっています。また、地域ケア会議、在宅医療介護と連携した体制づくりに加え、認知症対策や介護予防・日常生活支援総合事業の推進に関する業務などに対応していくうえで、地域包括支援センターの機能強化が必要不可欠となってきます。

そのため、今後は包括支援センターを1つに統合することも視野に入れ、令和8年度までに包括支援センターの機能強化を図ります。地域包括ケアシステムを構築するうえでも中核的な役割を担う機関であることから、主任ケアマネジャー・保健師・社会福祉士等の必須職種に加え、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターなどの専門職を継続して確保できるよう、適切な人員体制及び予算の確保に取り組んでいきます。

さらに、地域包括支援センターが地域の関係機関等と連携しながら、高齢者やその家族を取り巻くさまざまな相談や潜在的ニーズ、地域の課題等に対して適切に支援を行うとともに、必要に応じて専門機関等へつなげて解決を図っていきけるような体制を整えます。



2. 地域ケア会議の充実

本村では、地域ケア会議を住民福祉課が実施する民生委員会に合わせて実施しており、村内事業所のケアマネジャー、民生委員、包括支援センター、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター、リハビリ専門職等が参加し、情報共有や地域課題の抽出を行っています。

また令和元年度からは、「地域ケア個別会議」を毎月1回、ケアマネジャーから提供される個別の事例に対する検討を主な議題として行っています。

地域ケア会議を充実することは、本村のケアマネジャーの資質向上と高齢者個人に対する支援の充実、それらを支える社会基盤の整備にもつながります。

地域ケア会議で抽出した検討課題を基に、医療と介護の連携等を検討し、新たなサービスや地域の支え合いの推進に向けた検討を行っていきます。

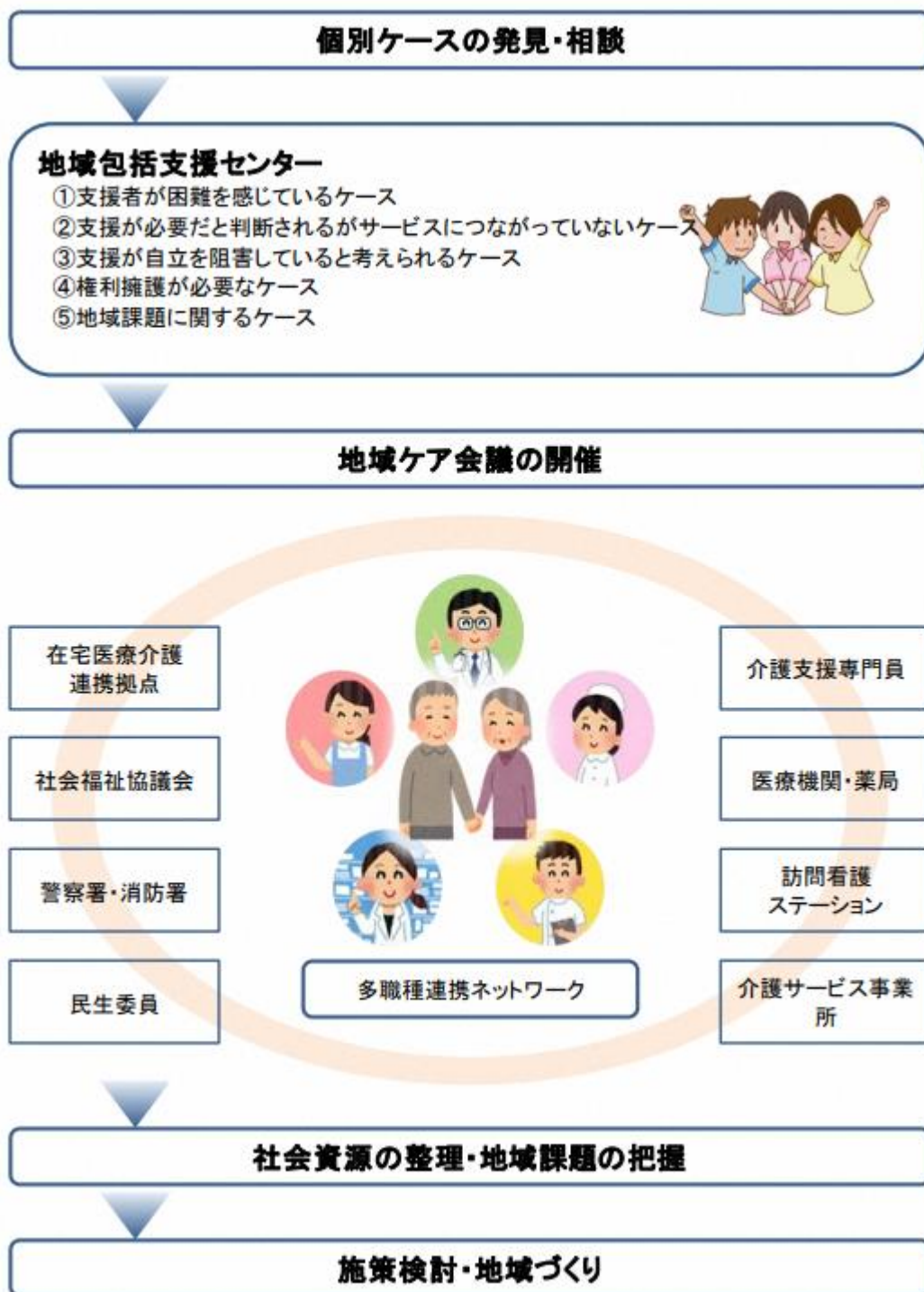
地域ケア会議	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
地域ケア会議 開催回数(回)	12	12	12	12	12	12
地域ケア個別会議 開催回数(回)	12	12	12	12	12	12
事例検討数(件)	6	6	6	12	12	12

※R5は見込値

【地域ケア会議の5つの機能】

	機能	概要
1	個別課題の解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
2	地域包括支援ネットワークの構築	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
3	地域課題の発見	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
4	地域づくり資源開発	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等、地域で必要な資源を開発する機能
5	政策の形成	地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

【個別事例検討をきっかけとした地域づくりのイメージ】



3. 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

今後、介護給付の増大が見込まれる中で、介護給付の適正化は継続的な取り組みが必要であることから、第8期計画から引き続き、「介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」の5つを柱に適正化に取り組みます。

また、給付実績を活用した分析・検証事業に取り組むことで、認定者の介護度の維持改善度合いを含めた事業評価を行うとともに、地域ケア推進会議やケアマネ研修会等の場における評価結果の公表をきっかけとして、よりよいサービス提供に向けた関係者による話し合いを行っていきます。

(1) 介護認定の適正化

要介護（要支援）認定は、全国一律の基準で公平・公正に行われることが重要であり、介護保険財政への影響も大きいことから、要介護認定者の出現率や要介護度分布の地域間格差を分析し検証するとともに、審査判定を平準化することが求められています。

適切な認定審査が行われるよう本村では、認定調査員の研修会を活用し、公平・公正かつ適切な認定調査を実施していくために必要な知識、技能の修得及び向上を図っていきます。

介護認定の適正化★	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認定調査の点検率(%)	100	100	100	100	100	100
認定調査員研修会参加回数(回)	3	3	3	3	3	3

※R 5は見込値

(2) ケアプランの点検

介護保険制度の理念としての自立には、「身体的自立」、「社会的・精神的自立」、「経済的自立」などがあります。村内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた適切なケアマネジメントとなっているかを検証することで、要介護者の自立支援に向けたケアマネジャーの資質向上の支援を行っていきます。

ケアプラン点検	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
点検率(%)	5	5	5	5	5	5

※R 5は見込値

(3) 住宅改修等の点検

利用者の実態に沿って適切な住宅改修や福祉用具の購入が行われるよう、施工前・購入前の申請書類、工事見積書及び施工後の改修箇所写真等の確認を行います。また、改修の内容が、利用者の重度化防止や自立支援に資するものであるか、また、その費用が適切であるかを点検していきます。

福祉用具貸与については軽度者を中心に点検を行っていきます。

住宅改修、福祉用具のリハビリテーション専門職による点検については、今後委託の検討等を行い、体制づくりに取り組みます。

住宅改修等の点検	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
住宅改修の施工前点検率 (%)	100	100	100	100	100	100
福祉用具購入点検率 (%)	100	100	100	100	100	100
軽度者の福祉用具貸与点検率 (%)	100	100	100	100	100	100

※R 5は見込値

(4) 縦覧点検・医療情報との突合

今後も引き続き、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行うことで、医療と介護の重複請求の確認を行っていきます。また、縦覧点検では受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行うことで、請求内容の誤りなどを早期に発見して適切な処置を行っていきます。

縦覧点検・医療情報との突合	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
縦覧点検の実施率 (%)	100	100	100	100	100	100
医療情報との突合の実施率 (%)	100	100	100	100	100	100

※R 5は見込値

(5) 介護給付費通知

受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求や費用の給付状況等について通知することにより、自分の受けているサービスを改めて確認していただき、適正な利用に向けた抑制効果を図っていきます。

介護給付費通知	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
通知率 (%)	100	100	100	100	100	100

※R 5は見込値

第2節 地域支援事業の推進

1. 包括的支援事業・任意事業の推進

(1) 介護認定の適正化

■総合相談支援業務

地域包括支援センターが行う総合相談支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことを目的としており、支援が必要な高齢者に対して、介護保険サービスだけでなく、地域のさまざまな社会資源を活用した支援を提供していく必要があります。

相談に対する支援にあたっては、地域包括支援センターの多職種がチームとして連携し、介護保険サービスやインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源、関係機関とのネットワークを活用しながら、横断的・多面的な援助を行います。

総合相談支援業務	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
総合相談件数（件）	661	622	625	650	660	670

※R5は見込値

■権利擁護業務

近年、高齢者虐待に対する相談や通報は全国的に増加傾向にあります。

地域包括支援センターでは「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応を行っていますが、今後も、虐待対応に関する知識や対応力の向上を図っていきます。

成年後見制度については、制度の一層の周知と活用を図っていきます。

また、近年増加傾向にある消費者被害を防止するため、関係機関と連携し、民生委員やケアマネジャー、訪問介護員等に対して必要な情報提供を行います。

■包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、村内のケアマネジャーを中心に毎月開催する地域ケア会議で、情報交換を行っています。今後も、地域ケア会議や医療機関との多職種連携を促進することで、地域のケアマネジャーと関係機関の連携体制を構築していきます。

また、村内のケアマネジャーの質の向上を図るため、地域ケア会議での積極的な事例検討や情報交換、学習会などを行い、スキルアップを図ります。さらに、ケアマネジャー相互の情報交換等を行うネットワークの構築を検討していきます。

他にも、地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例については、地域ケア会議による事例検討を行っていくほか、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となって支援方針を検討し、指導を行っています。

■介護予防ケアマネジメント業務

介護予防・日常生活支援総合事業の開始により、自立支援に向けたケアマネジメントの重要性がますます高まっています。

地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づき、事業対象者・要支援1・要支援2認定者の介護予防ケアプランを作成していきます。

(2) 任意事業

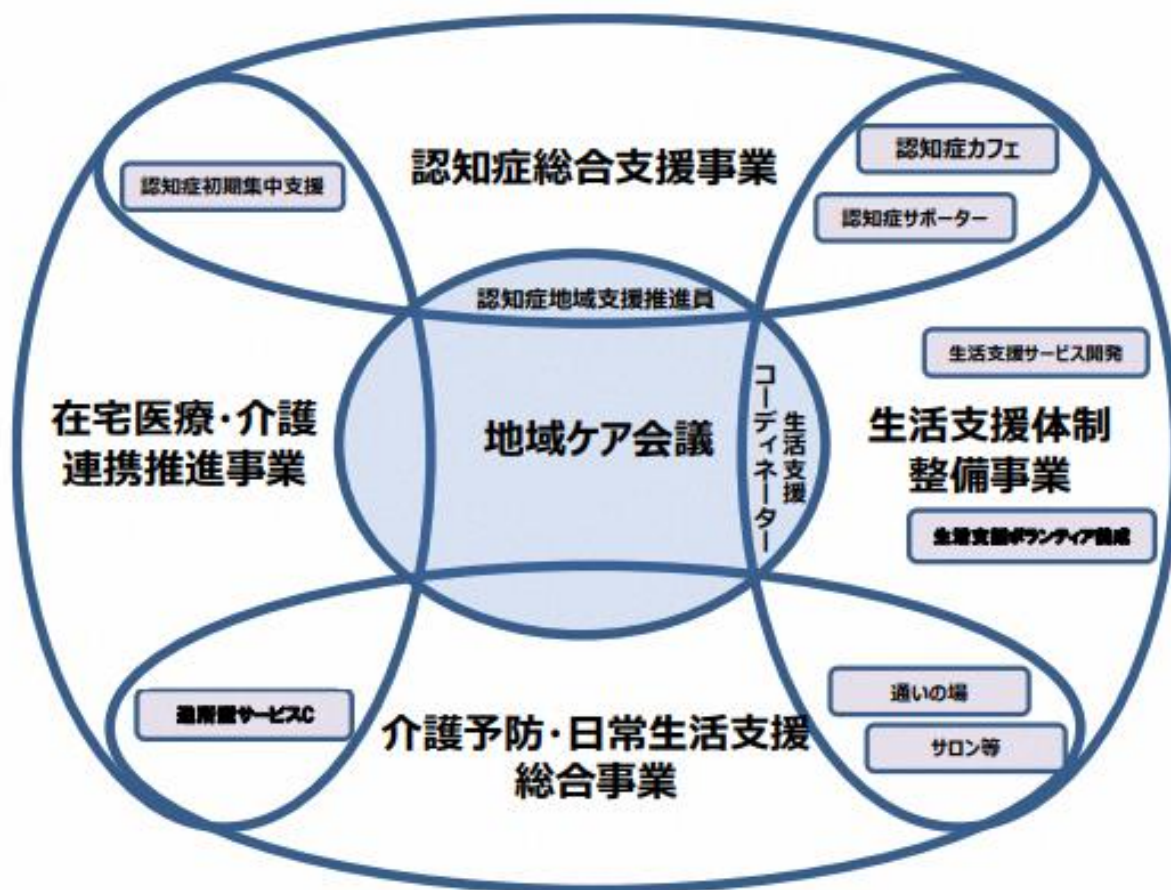
任意事業とは、村の判断により、国、県からの交付金や介護保険料を財源とする地域支援事業の中で行う事業です。安定した介護保険事業を運営するとともに、被保険者の自立した日常生活支援のために、今後も必要な事業を行います。

2. 地域支援事業の連動性の向上

包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、多職種により構成される地域ケア会議、個別ケースのケアマネジメント支援を行う地域ケア個別会議を行っています。

地域ケア会議では、医療・介護職従事者、民生委員、関係事業所、社会福祉協議会等、多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図り、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供に取り組んでいます。

地域ケア会議は地域包括ケアシステム構築における戦略づくりの中核を担う機能として位置付けられており、地域ケア会議を中核として4つの地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業）の連動性の向上を図りながら、効果的・効率的な地域包括ケアシステムの構築の推進を図ります。



3. 総合事業のPDCAサイクルの推進

今後、介護予防サービスの評価に加えて、総合事業全体の有効性に関してPDCAサイクルを構築するため、自立支援に向けた環境整備を主とした下記の指標を定め、毎年評価を行っていく仕組みの創出を目指します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
1. 事業の有効性			
1-1 介護予防の推進★			
① 1号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生率	3%以下	3%以下	3%以下
② 1号被保険者要介護（要支援）認定率	18.6%	18.9%	19.2%
③ 主観的健康観の高い人の割合	← +10% →		
④ 主観的幸福感の高い人の割合	← +10% →		
⑤ 週1回以上社会参加者割合	← +10% →		
1-2 自立支援に向けた環境整備★			
⑥ 週1回以上通いの場の箇所数	21箇所	23箇所	25箇所
⑦ 週1回以上通いの場の参加者割合	80%	82%	84%
⑧ 通所Cからの通いの場への接続件数	2件	4件	6件
2. 事業の効率性★			
① 予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		
② 介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		

※③④⑤は「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果を令和元年度実施分と比較

第3節 介護保険サービスの基盤整備

1. 介護保険サービスの安定的な提供

本村の高齢者人口は微増の状態にありますが、今後はピークを越え減少していく見込みであることや、村の現状などを総合的に勘案し、第9期計画期間における新たな基盤整備（新設・増設）は行わず、住民主体の介護予防の取り組み等を推進していくこととします。

よって、本計画において定める地域密着型サービスのうち、市町村介護保険事業計画で定める日常生活圏域ごとの3年間の必要利用定員総数は以下のとおりとします。

【本村の地域密着型サービスの必要利用定員総数】

	圏域	R 6		R 7		R 8	
		施設数	定員数	施設数	定員数	施設数	定員数
認知症対応 共同生活介護	長陽	1施設	18床	1施設	18床	1施設	18床
	白水	1施設	9床	1施設	9床	1施設	9床
	久木野	1施設	18床	1施設	18床	1施設	18床
	合計	3施設	45床	3施設	45床	3施設	45床
地域密着型特定施設入居者 生活介護	長陽	0	0	0	0	0	0
	白水	0	0	0	0	0	0
	久木野	0	0	0	0	0	0
	合計	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	長陽	1施設	20床	1施設	20床	1施設	20床
	白水	1施設	20床	1施設	20床	1施設	20床
	久木野	0	0	0	0	0	0
	合計	2施設	40床	2施設	40床	2施設	40床

2. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進

介護人材の不足については、本村においても、生産年齢人口の減少から、中長期的な課題となっており、介護従事者の離職の要因等を把握し、対応策を検討するなど、人材の質と量の維持・向上を図り、介護ニーズの多様化に対応していくことも求められています。

今後は、介護現場などの労働環境や待遇の維持・改善、組織マネジメントの改善、生産性の向上、介護人材の裾野の拡大、介護人材や経営者のスキルアップ等の対策も重要となることから、処遇改善加算による賃金向上の促進や処遇の改善を行った事業所の独自の評価など、本村で取り組むことのできる対応策を検討していきます。さらに、村内の小・中学生が介護職の意義や魅力を知る機会の増加を検討し、長期的な人材確保を図っていきます。

官民の各種の研修や講習等の人材育成に対する支援策については、関係機関との情報交換や関係団体のネットワークの中で行っていきます。

家族の介護を理由とした離職の防止等を図るべく「介護離職ゼロ」を推進し、その周知とそれに基づいた事業所の取り組みを支援します。

3. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

介護サービスの質の確保・向上に向けて、利用者の適切な選択のもとで良質なサービスが提供されるよう、情報の公表の義務付け、サービスの専門性・生活環境の向上、事業者規制の見直しを行います。ケアマネジメントについては、包括的・継続的マネジメントの推進、ケアマネジャーの資質・専門性の向上など、公正・中立の確保の観点から随時見直しを行っていきます。

また、県との連携を図りながら、事業者研修、ユニットケア基礎研修、訪問介護員研修、介護支援専門員研修等、介護サービスの質の向上に関するあらゆる研修・講習の情報提供に取り組めます。

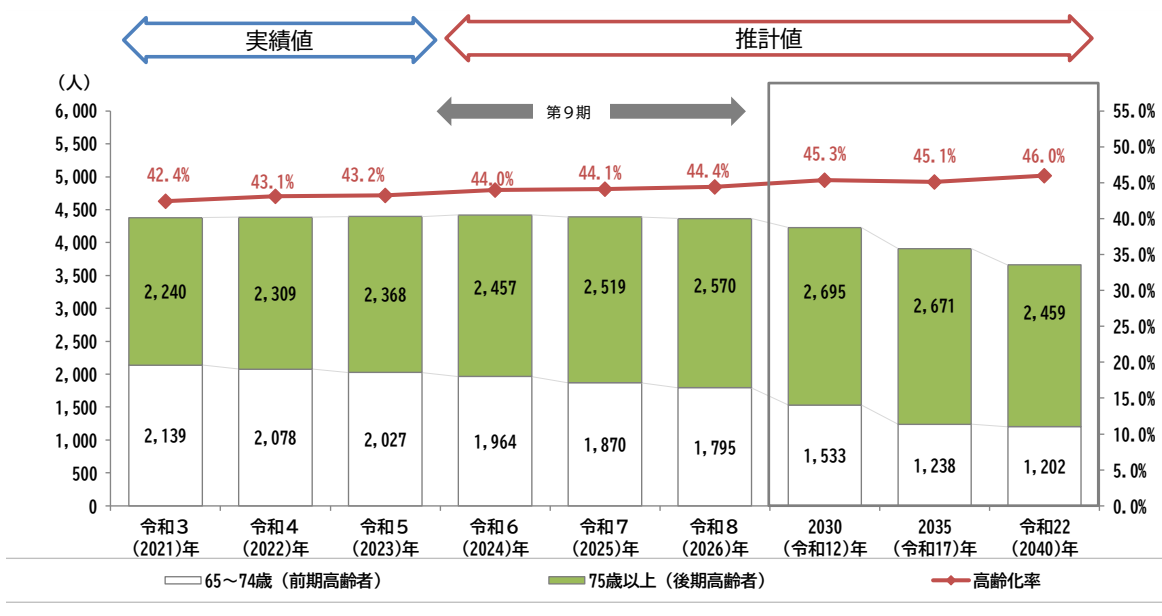
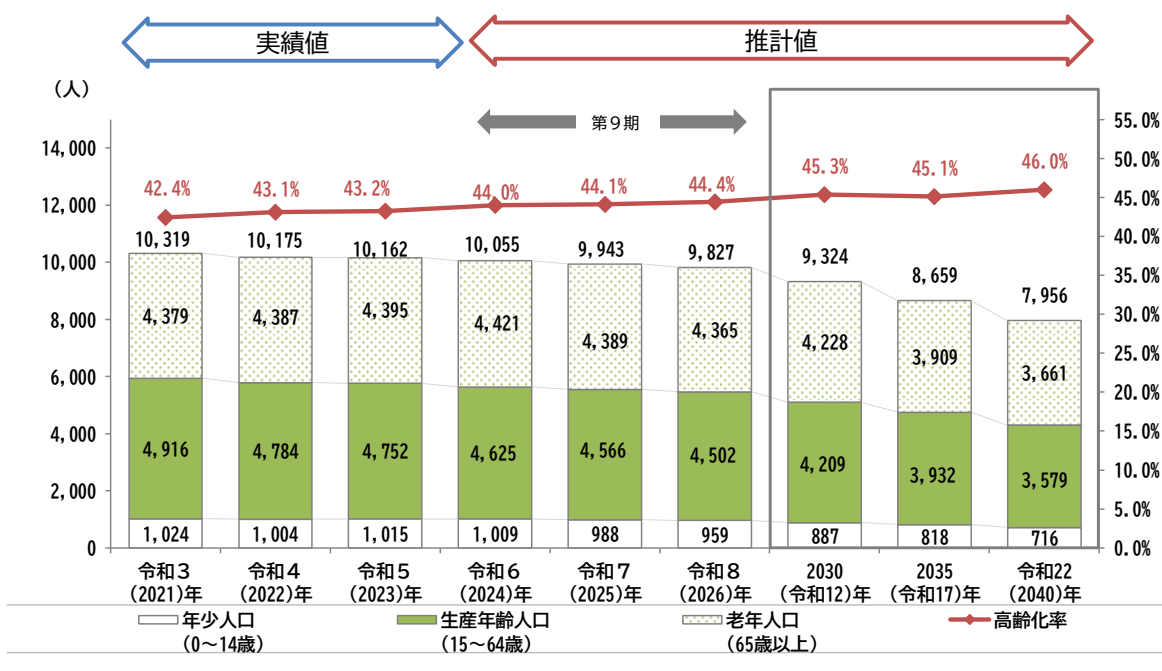
高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域、家庭で生活を維持するとともに、介護を理由とする離職等をゼロにするためには、介護保険サービスの充実を図っていく必要があります。居宅サービス、地域密着型サービスについては、サービスを必要とする人が、必要な時にいつでも利用できる環境づくりのため、今後も供給体制を確保するとともに、サービスの質の向上に取り組んでいきます。

地域密着型サービスの事業者指定にあたっては、利用者等が関与できる公平・公正で透明な仕組みを構築し、良質なサービスの提供に取り組めます。また、本計画に定める量を上回るサービスの供給について、抑制を図っていきます。

4. 本村の高齢者に関する今後の予測

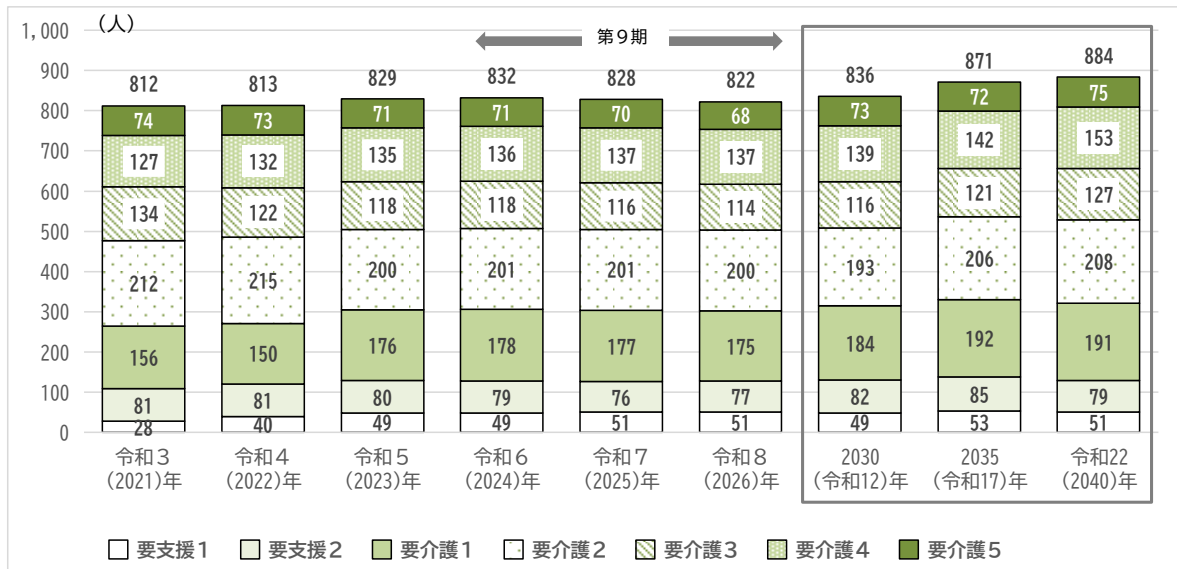
(1) 人口と高齢化率の予測

本村の総人口は今後も減少を続け、高齢者（65歳以上）の人口も減少の段階に入りますが、高齢化率は上昇し、令和22年（2040年）には46.0%に達すると予測されています。



(2) 認定者数と認定率の予測

地域包括ケア「見える化」システムの将来推計によると、本村の要介護（要支援）認定者数・認定率はともに令和22年まで毎年増加・上昇をしていくと予測されています。



5. 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策

介護保険サービスについては、令和22年（2040年）を見据えた介護保険事業計画の策定（地域包括ケア計画、中長期的な推計）に対応した視点を持ちつつ、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取り組みが求められています。

本項では、これまでの給付実績や村の現状、将来予測に関する各種のデータを用いて行った、第9期計画における介護保険サービスの事業量・事業費の推計とその確保策について示しています。

なお、ここで使用している介護保険サービスの事業量・事業費に関する各種データは、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを用いて算出しています。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、介護予防訪問介護サービスと介護予防通所介護サービスの当該年度の見込みについては、介護保険事業費ではなく地域支援事業費に見込んでいます。

（1）在宅サービス

■訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが自宅を訪問して、入浴・排泄・食事等の介護や、家事等の日常生活の援助を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	45,084	41,299	55,131	52,623	51,755	49,626	50,186	51,645
	回数(回/月)	1,453.5	1,252.9	1,681.2	1,594.1	1,563.2	1,503.2	1,507.7	1,562.3
	人数(人/月)	58	57	66	69	68	67	67	71

■訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車等で自宅を訪問して、入浴の介助を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	4,068	3,014	3,841	3,895	3,900	2,600	3,900	3,900
	回数(回/月)	27	20	25	25.2	25.2	16.8	25.2	25.2
	人数(人/月)	5	3	3	4	4	4	4	4
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

■訪問看護・介護予防訪問看護

主治医の指示に基づいて看護師等が自宅を訪問して、療養上の世話や手当てを行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	10,613	9,961	16,535	17,685	17,708	17,698	17,712	18,600
	回数(回/月)	154.8	167.0	275.4	296.4	296.4	296.5	296.0	314.6
	人数(人/月)	26	24	36	36	36	36	36	38
予防 給付	給付費(千円)	809	764	447	633	564	564	564	564
	回数(回/月)	11.6	9.7	7.2	9.2	8.1	8.1	8.1	8.1
	人数(人/月)	3	3	2	3	3	3	3	3

■訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示に基づいて作業療法士（OT）や理学療法士（PT）等が自宅を訪問して、普段の生活に必要なリハビリを提供するサービスを行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	12,658	11,167	10,674	11,576	11,591	11,591	11,321	11,573
	回数(回/月)	360.3	307.0	296.7	317.1	317.1	317.1	310.1	314.9
	人数(人/月)	32	30	33	34	34	34	33	34
予防 給付	給付費(千円)	1,403	1,580	2,185	2,333	2,336	2,336	2,336	2,336
	回数(回/月)	41.3	48.7	67.6	71.2	71.2	71.2	71.2	71.2
	人数(人/月)	6	6	7	8	8	8	8	8

■居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な人に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等が自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	5,839	5,626	6,845	6,722	6,643	6,556	6,528	6,819
	人数(人/月)	43	45	49	48	48	47	47	49
予防 給付	給付費(千円)	47	203	202	264	264	264	264	264
	人数(人/月)	0	2	3	4	4	4	4	4

■通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーション等を通じた機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	198,689	166,823	152,202	159,803	160,005	157,881	156,367	165,090
	回数(回/月)	2,011	1,704	1,545	1,584.5	1,584.5	1,566.2	1,552.4	1,643.1
	人数(人/月)	193	170	152	153	153	151	151	160

■通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	94,469	81,417	80,811	81,567	82,263	82,622	80,453	86,063
	回数(回/月)	1,031.4	883.9	904.0	876.2	880.6	882.4	866.6	928.1
	人数(人/月)	118	109	107	109	109	109	108	116
予防 給付	給付費(千円)	16,177	16,718	20,985	21,363	20,892	20,892	21,889	21,390
	人数(人/月)	37	41	48	48	47	47	49	48

■短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

施設等に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	53,294	43,952	52,016	49,778	50,243	50,243	48,241	54,093
	回数(回/月)	535.9	443.8	514.5	480.1	483.1	483.1	464.8	520.7
	人数(人/月)	58	49	48	48	48	48	47	52
予防 給付	給付費(千円)	56	723	1,187	1,335	1,337	1,337	1,337	1,337
	回数(回/月)	0.7	9.3	14.6	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0
	人数(人/月)	0	2	2	2	2	2	2	2

■短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

医療施設等に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	5,612	3,234	6,812	6,516	6,524	6,388	5,980	5,980
	回数(回/月)	44.8	25.6	56.1	51.6	51.6	50.6	47.6	47.6
	人数(人/月)	6	3	7	7	7	7	7	7
予防 給付	給付費(千円)	86	0	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0	0	0

■短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）

病院等に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0	0	0
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0	0	0

■短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（介護医療院）

介護医療院に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0	0	0
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0	0	0

■福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

心身の機能が低下した人に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフト等、日常生活を助ける用具を貸与します。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	34,238	32,047	33,039	33,426	32,971	32,292	32,342	33,605
	人数(人/月)	246	239	235	237	234	230	231	241
予防 給付	給付費(千円)	2,525	2,939	3,821	3,954	3,954	3,954	3,891	3,775
	人数(人/月)	37	44	54	56	56	56	56	54

■特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

在宅生活に支障がないよう、入浴や排泄に用いる福祉用具を利用し日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減等を目的として実施します。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	705	1,022	1,071	770	770	770	770	770
	人数(人/月)	2	3	3	2	2	2	2	2
予防 給付	給付費(千円)	176	218	0	388	388	388	388	388
	人数(人/月)	1	1	0	1	1	1	1	1

■住宅改修

在宅生活に支障がないよう、手すりの取り付け・段差解消・扉の交換・洋式便器への取り替え等、小規模な住宅改修をする目的として実施します。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	2,537	2,321	6,543	2,798	2,798	2,798	2,798	2,798
	人数(人/月)	3	3	8	4	4	4	4	4
予防 給付	給付費(千円)	991	520	2,042	2,071	2,071	2,071	2,071	2,071
	人数(人/月)	1	1	2	2	2	2	2	2

■特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等で、入浴・排泄・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	0	1,722	2,099	4,264	4,269	4,269	4,269	4,269
	人数(人/月)	0	1	1	2	2	2	2	2
予防 給付	給付費(千円)	1,208	201	0	714	715	715	715	715
	人数(人/月)	1	0	0	1	1	1	1	1

■居宅介護支援・介護予防支援

「居宅介護支援（介護予防支援）」は、要介護者がサービス（施設を除く）を利用する際に、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成します。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	59,275	56,147	53,998	55,063	55,177	55,026	55,229	57,575
	人数(人/月)	389	367	359	357	357	356	357	373
予防 給付	給付費(千円)	3,634	4,084	4,743	5,066	5,071	4,956	5,129	5,014
	人数(人/月)	67	75	88	89	89	87	90	88

(2) 地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、日常生活圏域を基本的な枠組みとして、サービス事業者の指定をすることになります。

■定期巡回・随時対応サービス

介護サービス事業所が定期的に巡回して利用者に短時間の訪問サービスを提供するほか、24時間365日体制で相談できる窓口を設置し随時の対応も行うサービスです。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	33,920	41,250	38,280	41,761	41,813	41,813	42,718	42,718
	人数(人/月)	16	18	18	18	18	18	19	19

■地域密着型通所介護

定員18人以下の小規模のデイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーション等を通じた機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	63,299	60,212	65,253	71,042	69,869	69,869	65,007	69,631
	回数(回/月)	568.4	549.8	592.8	624.6	613.7	613.7	578.2	617.2
	人数(人/月)	48	48	50	51	50	50	48	51

■小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

通所を中心に、利用者や家庭の状況に応じて、訪問や泊まりを組み合わせたサービスや機能訓練を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	57,052	54,731	52,853	55,809	57,566	57,566	57,566	57,566
	人数(人/月)	22	22	22	23	24	24	24	24
予防 給付	給付費(千円)	3,373	1,787	2,356	2,396	2,399	2,399	2,399	2,399
	人数(人/月)	4	2	2	2	2	2	2	2

■認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の世話や機能訓練等を行います。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	136,335	138,162	156,713	171,483	174,937	174,937	168,758	185,140
	人数(人/月)	43	44	49	53	54	54	52	57
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0	0	0

■地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員29人までの小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排泄・食事等の介護等日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	133,716	133,889	140,653	149,915	150,105	150,105	146,709	160,628
	人数(人/月)	40	40	41	43	43	43	42	46

■看護小規模多機能型居宅介護

医療依存度の高い人や退院直後で状態が不安定な人、在宅での看取り支援など、住み慣れた自宅での療養を支える介護保険サービスです。主治医との連携のもと、医療処置も含めた多様なサービス（訪問看護、訪問介護、通い、泊まり）を24時間365日提供します。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	3,287	3,291	3,291	3,291	3,291
	人数(人/月)	0	0	0	1	1	1	1	1

(3) 施設サービス

施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めるとともに、個室・ユニットケア化を進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組みます。

また、制度改正により、特別養護老人ホームの新規入所者については、中重度者への重点化が求められ、入所を原則要介護3以上とし、要介護1・2は特例的な対応が必要な場合に限るとされています。

そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

なお、介護療養型医療施設は令和6年3月末で廃止となります。

しかし、医療ニーズの高い中重度要介護の増大や慢性疾患、認知症を有する高齢者の増加が見込まれる中で、介護療養型医療施設が担う、要介護高齢者の看取りやターミナルケアを中心とした長期療養といった機能が今後ますます重要となると考えられることから、介護療養型医療施設の転換に伴う、施設サービス量の見込みについては、国の動向を踏まえ柔軟な対応を行うこととします。

■介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が難しい人が入所し、食事・入浴・排泄等の介助、機能訓練、健康管理等を行う施設サービスです。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	225,799	233,349	246,640	248,706	249,021	249,021	258,692	278,483
	人数(人/月)	71	73	76	76	76	76	79	85

■介護老人保健施設

病状が安定しており、看護や介護に重点を置いたケアが必要な人が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助等を行う施設サービスです。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	162,029	172,487	162,867	160,187	160,390	160,390	163,178	171,050
	人数(人/月)	48	51	49	49	49	49	50	52

■介護医療院

介護療養型医療施設からの新たな転換先（新介護保険施設）として創設されたもので、急性期は脱して全身状態は安定しているものの、まだ自宅へ退院できる状態ではなく、継続的な治療が必要なため、長期入院をする人に向けた施設サービスです。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	0	31,298	355,618	55,343	51,034	46,872	39,240	39,240
	人数(人/月)	0	8	84	13	12	11	10	10

■介護療養型医療施設

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な人が入所し、医療、療養上の管理、看護等を行う施設サービスです。なお、本サービスは令和6（2024）年3月末に廃止されます。

		第8期実績値			第9期推計値			中長期推計値	
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護 給付	給付費(千円)	29,203	18,097	4,410					
	人数(人/月)	8	5	1					

6. 第9期介護保険料の算出

(1) 事業費算出の流れ

介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（要支援）認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業が創設され、その事業費についても介護保険サービスと同様に第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされました。

介護保険給付の費用は、50%が公費負担、残りの50%が第1号被保険者と第2号被保険者による保険料負担となります。

なお、第1号被保険者の保険料負担割合は23.0%に据え置きとなっています。

		国	県	市町村	第1号	第2号
					被保険者	被保険者
介護保険サービス	居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
	施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
	包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	—

(2) 事業費の見込み

■ 予防給付費

予防給付費は、計画期間における、要支援1～2認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 介護予防サービス	33,055	32,521	32,521
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	633	564	564
介護予防訪問リハビリテーション	2,333	2,336	2,336
介護予防居宅療養管理指導	264	264	264
介護予防通所リハビリテーション	21,363	20,892	20,892
介護予防短期入所生活介護	1,335	1,337	1,337
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	3,954	3,954	3,954
特定介護予防福祉用具購入費	388	388	388
介護予防住宅改修	2,071	2,071	2,071
介護予防特定施設入居者生活介護	714	715	715
(2) 地域密着型介護予防サービス	2,396	2,399	2,399
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,396	2,399	2,399
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3) 介護予防支援	5,066	5,071	4,956
合計	40,517	39,991	39,876

■介護給付費

介護給付費は、計画期間における、要介護1～5認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 在宅サービス	431,423	431,440	425,334
訪問介護	52,623	51,755	49,626
訪問入浴介護	3,895	3,900	2,600
訪問看護	17,685	17,708	17,698
訪問リハビリテーション	11,576	11,591	11,591
居宅療養管理指導	6,722	6,643	6,556
通所介護	159,803	160,005	157,881
通所リハビリテーション	81,567	82,263	82,622
短期入所生活介護	49,778	50,243	50,243
短期入所療養介護(老健)	6,516	6,524	6,388
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	33,426	32,971	32,292
特定福祉用具購入費	770	770	770
住宅改修費	2,798	2,798	2,798
特定施設入居者生活介護	4,264	4,269	4,269
(2) 地域密着型サービス	493,297	497,581	497,581
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	41,761	41,813	41,813
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	71,042	69,869	69,869
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	55,809	57,566	57,566
認知症対応型共同生活介護	171,483	174,937	174,937
特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護老人福祉施設入所者生活介護	149,915	150,105	150,105
看護小規模多機能型居宅介護	3,287	3,291	3,291
(3) 施設サービス	464,236	460,445	456,283
介護老人福祉施設	248,706	249,021	249,021
介護老人保健施設	160,187	160,390	160,390
介護医療院	55,343	51,034	46,872
(4) 居宅介護支援	55,063	55,177	55,026
合計	1,444,019	1,444,643	1,434,224

■その他の給付等の見込み

①標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費（円）	1,484,536,000	1,484,634,000	1,474,100,000
特定入所者介護サービス費等給付額（円）	65,106,643	65,734,874	66,592,625
高額介護サービス費等給付額（円）	36,761,027	37,121,399	37,605,782
高額医療合算介護サービス費等給付額（円）	4,431,589	4,468,695	4,527,006
算定対象審査支払手数料（円）	1,452,640	1,464,820	1,483,930
標準給付費見込額（円）	1,592,287,899	1,593,423,788	1,584,309,343

②地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	35,628,885	35,820,887	35,979,385	
包括的 支援事業	地域包括支援センターの運営（円）	29,000,000	30,000,000	30,000,000
	任意事業（円）	4,329,462	4,298,124	4,272,663
	在宅医療・介護連携推進事業（円）	696,000	696,000	696,000
	生活支援体制整備事業（円）	3,600,000	3,600,000	3,600,000
	認知症初期集中支援推進事業（円）	2,410,000	2,410,000	2,410,000
	認知症地域支援・ケア向上事業（円）	5,128,000	5,128,000	5,128,000
地域支援事業費（円）	80,792,347	81,953,011	82,086,048	

③財政安定化基金

	令和6～8年度
財政安定化基金拠出金（円）	0
財政安定化基金拠出率（％）	0
財政安定化基金償還金（円）	0

④準備基金の残高と取崩額

	令和6～8年度
準備基金の残高（令和5年度末見込）（円）	265,995,832
準備基金取崩額（第9期）（円）	50,000,000

⑤市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市町村特別給付費等（円）	0	0	0

⑥予定保険料収納率

	令和6～8年度
予定保険料収納率（％）	98.0%

(3) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

(金額の単位：円)

標準給付費見込額	4,770,021,030
+	
地域支援事業費	244,831,406
=	
介護保険事業費見込額	5,014,852,436
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
=	
第1号被保険者負担分相当額	1,153,416,060
+	
調整交付金相当額	243,872,509
-	
調整交付金見込額	367,759,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
財政安定化基金取崩による交付額	0
-	
準備基金取崩額	50,000,000
-	
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	7,000,000
=	
保険料収納必要額	972,529,570
÷	
予定保険料収納率	98.0%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	12,548
÷	
年額保険料	79,200
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,600
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,600

(4) 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の第9期における所得段階別の高齢者数の見込み数及び保険料は以下のとおりとなります。

第9期における所得段階別の高齢者数の見込み

段階	令和6年度		令和7年度		令和8年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
第1段階	640	14.5%	636	14.5%	632	14.5%
第2段階	623	14.1%	618	14.1%	615	14.1%
第3段階	541	12.2%	537	12.2%	534	12.2%
第4段階	418	9.5%	415	9.5%	413	9.5%
第5段階	681	15.4%	677	15.4%	672	15.4%
第6段階	640	14.5%	636	14.5%	632	14.5%
第7段階	511	11.6%	507	11.6%	504	11.6%
第8段階	205	4.6%	203	4.6%	202	4.6%
第9段階	56	1.3%	56	1.3%	55	1.3%
第10段階	37	0.8%	36	0.8%	36	0.8%
第11段階	20	0.5%	20	0.5%	20	0.5%
第12段階	11	0.2%	11	0.3%	11	0.3%
第13段階	38	0.9%	37	0.8%	37	0.8%
計	4,421	100.0%	4,389	100.0%	4,363	100.0%

第9期における第1号被保険者の所得段階別保険料

	対象者	標準乗率	保険料率	年額基準額
第1段階	・生活保護被保護者等 ・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	0.445	0.285	22,560
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円超120万円以下	0.68	0.485	38,400
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が120万円超	0.69	0.685	54,240
第4段階	・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	0.9		71,280
第5段階	・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円超	1.0 (基準額)		79,200
第6段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額120万円未満	1.2		95,040
第7段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額120万円以上210万円未満	1.3		102,960
第8段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額210万円以上320万円未満	1.5		118,800
第9段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額320万円以上420万円未満	1.7		134,640
第10段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額420万円以上520万円未満	1.9		150,480
第11段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額520万円以上620万円未満	2.1		166,320
第12段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額620万円以上720万円未満	2.3		182,160
第13段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額720万円以上	2.4		190,080

※合計所得金額とは、収入金額から必要経費に相当する金額（収入の種類により計算方法が異なる）を控除した金額のことで、扶養控除や医療費控除等の所得控除をする前の金額。

課税年金収入額とは、国民年金、厚生年金等（遺族年金・障害年金は除く）の市民税の課税対象となる年金収入額。

7. 2040年のサービス水準等の推計

2040（令和22）年に向けた「地域包括ケア計画」として計画的・段階的に進めていくことで、どのように地域包括ケアシステムを作っていくのか、2040（令和22）年を見据えて中長期的にサービス水準等について推計しました。

2040（令和22年）年を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりとなります。

なお、ここで示す月額保険料については、国の示した地域包括ケア「見える化」システムを基に算出したものとなります。

	第9期		令和12年度		令和22年度	
	金額 (円)	構成比	金額 (円)	構成比	金額 (円)	構成比
総給付費	6,086	87.8%	6,775	87.8%	7,303	86.2%
在宅サービス	2,843	41.0%	3,154	40.9%	3,349	39.5%
居住系サービス	735	10.6%	805	10.4%	895	10.6%
施設サービス	2,508	36.2%	2,816	36.5%	3,058	36.1%
その他給付費	509	7.3%	558	7.2%	745	8.8%
地域支援事業費	382	5.5%	385	5.0%	429	5.1%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	-47	-0.7%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額	6,929	100.0%	7,718	100.0%	8,476	100.0%
準備基金取崩額	339	4.9%	639	8.3%	0	0.0%
保険料基準額	6,590	95.1%	7,078	91.7%	8,476	100.0%

資料編

■南阿蘇村介護保険事業計画及び南阿蘇村高齢者保健福祉計画策定委員会名簿

	氏名	分野	役職
副委員長	荒牧 カヨ子	学識経験者	民生委員・児童委員協議会会長
	二子石 敦男	学識経験者	民生委員・児童委員協議会副会長
	古莊 康博	学識経験者	民生委員・児童委員協議会副会長
	下田 裕二	学識経験者	民生委員・児童委員協議会副会長
	渡邊 悌児	関係団体の役員	特別養護老人ホーム水生苑施設長
	郷 和孝	関係団体の役員	南阿蘇村社会福祉協議会局長
	吉村 浩介	関係団体の役員	特別養護老人ホーム陽ノ丘荘施設長
	藤崎 英廣	住民代表	老人クラブ連合会会長(櫛須老人会)
副委員長	宮田 義久	住民代表	区長会会長(吉田三区長)
	吉里 真由美	住民代表	食生活改善推進員協議会会長
委員長	笠野 眞喜	南阿蘇村議会議員	文教厚生常任委員会委員長
	今村 輝宏	南阿蘇村議会議員	文教厚生常任委員会副委員長
	後藤 栄治	その他村長が必要と認める者	特別養護老人ホーム水生苑
	可徳 恵美里	その他村長が必要と認める者	居宅介護支援事業所グリーンウッド
	小沢津 弘美	その他村長が必要と認める者	特別養護老人ホーム陽ノ丘荘

■用語集

あ行	
IADL (アイ・エー・ディー・エル)	「Instrumental activities of daily living (手段的日常生活動作)」の略で、家事動作や管理能力、交通機関の利用など、生活の中の応用的な動作群のこと。
ICT (アイ・シー・ティー)	「Information and Communication Technology (情報通信技術)」の略で、通信技術を活用したコミュニケーションのこと。
アセスメント	事前評価、初期評価。一般的には環境分野において使用される用語であるが、介護分野においては、介護サービス利用者が直面している問題や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために、援助活動に先立って行われる一連の手続きをいう。
インフォーマル	フォーマルは、制度や法律等で定められた公的なもの。インフォーマルは、民間や地域住民、ボランティア等が行う非公的なもの。
NPO(エヌ・ピー・オー)	英語の Non Profit Organization の略であり、「民間非営利組織」として利益配分をしない組織(団体)のこと。商業を目的としない公益活動に取り組み、官と民の間で「民間の手による公益活動の分野」を創造する。その活動分野としては保健福祉の増進、社会教育の推進、まちづくり、文化・芸術・スポーツの振興、環境保全、人権擁護、国際協力等の多方面にわたる。
ADL (エー・ディー・エル)	「Activity of daily living (日常生活動作)」の略で、人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のこと。具体的には、①身の回り動作(食事、更衣、整容、トイレ、入浴の各動作)、②移動動作、③その他(睡眠、コミュニケーション等)がある。
か行	
介護給付	要介護認定により要介護と判定された被保険者に対する保険給付。居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費等について、保険給付が行われる。
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	要支援者・要介護者からの相談に応じ、サービス利用にあたりその心身の状況に合わせて適切なサービスを利用できるよう、介護サービス計画を作成し、サービス提供者や施設等との連絡・調整を行う人材。
介護予防 ケアマネジメント	要介護状態になることの予防と悪化防止を図るため、要支援認定者等に対して、総合事業によるサービス等が適切に提供できるためのケアマネジメントをさす。
介護予防・ 日常生活支援総合事業	介護サービスの基盤強化のため地域支援事業の中に創設され、市町村の主体性を重視し、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、要支援者等に対して介護予防や生活支援サービス等を市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供できる事業。
基本チェックリスト	65歳以上の高齢者で、介護の原因となりやすい生活機能低下の可能性について、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもり等の全25項目について「はい」「いいえ」で記入していただく質問票のこと。

キャラバン・メイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務めていただく人のこと。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。
ケアプラン	要支援者・要介護者がサービスを適切に利用するため、その希望をとり入れて作成されるサービス計画。サービスが効率的・計画的に提供されるよう目標設定や利用するサービスの種類、提供内容を具体的に決定し、それに基づいてサービスが提供される。計画は利用者の状態の変化に応じ、適宜変更される。
ケアマネジメント	要支援者・要介護者が適切なサービスを受けられるようにケアプランを作成し、必要なサービスの提供を確保する一連の管理・運用のこと。ケアが必要な人が、常に最適なサービスが受けられるよう、さまざまな社会資源を組み合わせ調整を行う。
KDB (ケイ・ディー・ビー)	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
権利擁護	自らの意思を表示することが困難な知的障害者や認知症高齢者等に代わって、援助者等が代理としてその権利やニーズの獲得を行うこと。
高額介護サービス費	所得に応じて一定額を超えた分の自己負担があった場合に、その超えた分を申請することにより高額介護サービス費として払い戻される制度。
さ行	
サロン活動	誰もが参加できる交流の場として、様々な世代の人たちが集まり、共同で企画を行い運営していく仲間づくり、居場所づくりをする活動。
サービス付き高齢者住宅	平成23年5月の「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の改正により創設された高齢者単身・夫婦世帯が居住できる賃貸等の住まい。
生活支援 コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす人材。
生活習慣病	「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義され、代表的な病気としては、虫歯、歯周病、骨そしょう症、アルコール性肝疾患、肥満症、痛風（高尿酸血症）、高血圧症、糖尿病、高脂血症、心臓病、脳卒中、がんなどがある。
成年後見制度	認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない人について、権利を守る援助者（家庭裁判所より選任された成年後見人等）を選ぶことで、法律的に支援する制度。

た行	
団塊の世代	昭和 22 年から昭和 24 年までの 3 年間にわたる第一次ベビーブームに出生した人々をさす。この世代の人が高齢者になる時期を迎え、様々な社会的影響が予測される。
団塊ジュニア世代	昭和 46 年から 1974 年までに生まれた世代をさす。最多は昭和 48 年出生の 210 万人で、団塊の世代の最多である昭和 24 年出生の 270 万人より少し少ない。第二次ベビーブーム世代とも呼ばれる。
地域ケア会議	地域包括ケアシステムの実現に向け多職種協働で高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に図っていくための手法又は協議体。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態になった場合においても可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業。
地域資源	地域住民を支えるための関係機関や専門職、あるいは地域のボランティア等、人的・物的な様々な資源。
地域包括ケアシステム	高齢者や障がい者等、何らかの支援を必要とする人が、身近な地域で生涯を安心して暮らしていけるよう、保健・医療・福祉・介護等の社会資源やマンパワー（人材活力）を広く活用し、支援を要する人を地域社会全体で支える仕組み。
地域包括支援センター	保健師又は経験のある看護師、主任ケアマネジャー及び社会福祉士を置き、介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント等を業務として介護保険法に規定された機関。地域包括支援センターは、生活圏域を踏まえて設置され、市町村又は市町村が委託した法人が運営する。
調整交付金	介護保険財政において、第 1 号被保険者のうち 75 歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生じる保険料基準額の格差調整のために国から交付されるもの。
チームオレンジ	近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取組。
な行	
認知症ケアパス	認知症の進行状況に合わせて提供される医療や介護のサービスの標準的な流れを示したもの。
認知症サポーター	認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として日常生活の中での支援をする人のこと。何かを特別に行うというものではなく、友人や家族にその知識を伝え、隣人として、あるいは商店街、交通機関等、まちで働く人として活動を行う。
認知症初期集中支援チーム	家族等の訴えにより、医療・介護の専門職が複数で認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的（概ね 6 か月）に行い、自立した生活のサポートを行うチーム。

は行	
被保険者	介護保険に加入している本人をいう。介護保険制度においては、①市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の人（第 1 号被保険者）、②市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者（第 2 号被保険者）を被保険者としている。
フレイル	高齢期に病気や老化などによる影響を受けて、心身の活力（筋力や認知機能など）を含む生活機能が低下し、将来要介護状態となる危険性が高い状態のこと。
保険者	保健事業を行う主体をいう。介護保険の保険者は、市町村と規定されている。保険者としての役割は、被保険者の管理、要介護認定、保険給付の支払事務、サービス基盤整備を推進するための市区町村介護保険事業計画の策定、介護保険特別会計の設置・運営、普通徴収による保険料の徴収などがある。
保険者機能強化推進交付金	自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を支援する交付金。
や行	
有料老人ホーム	食事提供などの日常生活に必要なサービスを提供する高齢者向けの賃貸住宅。
予防給付	要介護認定により要支援と判定された被保険者に対する保険給付。介護給付と比べると、訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護（デイサービス）、施設サービス、一部の地域密着型サービスなどが給付対象にならない点で異なる。