

椎葉村
第9次高齢者保健福祉計画
第8期介護保険事業計画

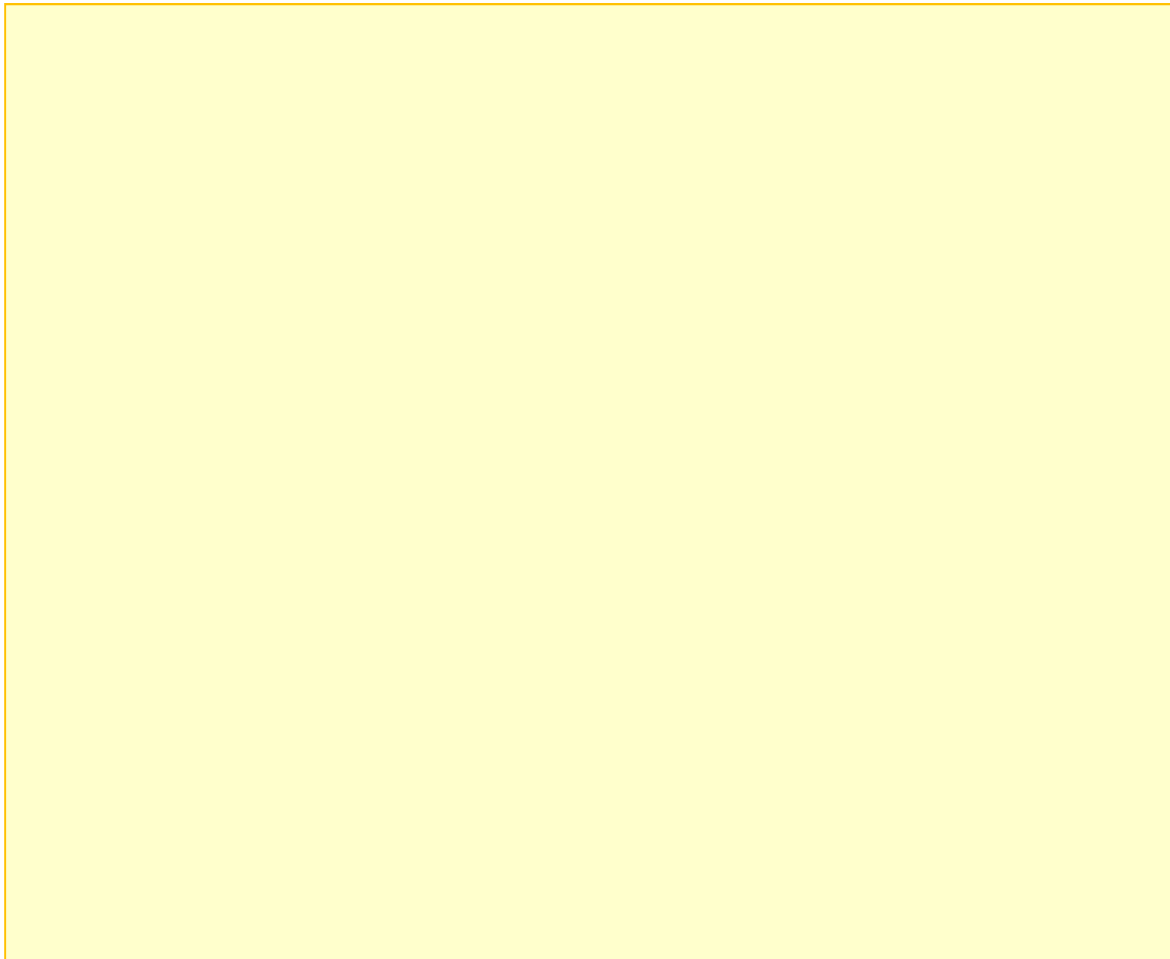
計画素案

令和3年1月

宮崎県 **椎葉村**

※白紙です

はじめに



令和3年3月

椎葉村長 **椎葉 晃充**

白紙ページです。

目 次

第1章 計画策定にあたって.....	1
1 計画策定の背景	1
2 計画の位置付け	2
3 計画の期間	2
4 住民意見の反映	3
5 日常生活圏域の設定	3
第2章 高齢者等を取り巻く現状と課題.....	4
1 総人口の推移	4
2 高齢化の状況	4
3 介護費用額の推移	7
4 実態調査等結果概要	8
5 高齢者を取り巻く課題	26
第3章 基本理念・基本目標.....	27
1 計画の基本理念	27
2 施策の体系	28
第4章 施策の展開	29
基本目標1 早い段階からの介護予防への取組	29
基本目標2 介護を支える仕組みの確立	35
基本目標3 認知症施策の強化	45
基本目標4 介護保険事業の円滑な推進	51
第5章 地域支援事業の推進.....	56
1 介護予防・日常生活支援総合事業	56
2 包括的支援事業	63
3 任意事業	63
4 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築.....	65
5 地域支援事業の費用	67
第6章 介護保険サービス量等の推計.....	68
1 第1号被保険者数の推計	68
2 要介護（要支援）認定者数の推計	68
3 介護保険サービスの基盤整備	69
4 標準的居宅サービス等利用者数の推計	69

5	事業量の推計	70
6	総費用の推計	79
第7章	介護保険料の算出	81
1	標準給付費等の見込み	81
2	第1号被保険者の保険料基準額	82
3	所得段階別保険料額	83
第8章	計画の推進	84
1	計画の推進体制	84
2	地域主体の福祉の推進	84
3	計画の進行管理	84
4	被保険者の日常生活自立支援、介護予防や重度化防止等に関する目標の達成状況の分析及び評価のための指標	85
資料編		87
1	椎葉村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会設置要綱	87
2	椎葉村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会 名簿	87
3	用語解説	87



第1章 計画の策定にあたって

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景

高齢者を社会全体で支える仕組みとして2000年（平成12年）にスタートした介護保険制度は、その創設から20年が経過し、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え550万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着・発展してきています。

総人口が減少に転じる中、高齢者数は今後も増加し、高齢化は進展していきます。介護保険制度においては、いわゆる団塊の世代全てが75歳以上となる2025年（令和7年）を見据え、制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくためには、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら十分な介護サービスの確保のみにとどまらず、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」を各地域の実情に応じて深化・推進してきました。

2014年（平成26年）には、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）により、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療制度改革と一体的に、地域包括ケアシステムの構築及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、地域支援事業の充実、低所得者の保険料軽減の強化、予防給付のうち訪問介護及び通所介護の地域支援事業への移行、特別養護老人ホームへの新規入所者を原則要介護3以上の高齢者に限定すること及び所得・資産のある人の利用者負担の見直し等を一体的に行う介護保険制度の改革が行われました。

また、2017年（平成29年）には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）により、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある利用者の負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの介護保険制度の見直しが行われました。

2025年が近づく中で、更にその先を展望すると、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）に向け、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれます。一方、保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もありますが、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者も多く、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備が重要です。また、世帯主が高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加、認知症の人の増加も見込まれるなど、介護サービス需要が更に増加・多様化することが想定される一方、

現役世代の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が重要です。こうした状況を踏まえ、2025年及び2040年を見据えながら、高齢者の健康の確保と福祉の増進、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を計画的に行うため、椎葉村第9次高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画を策定します。

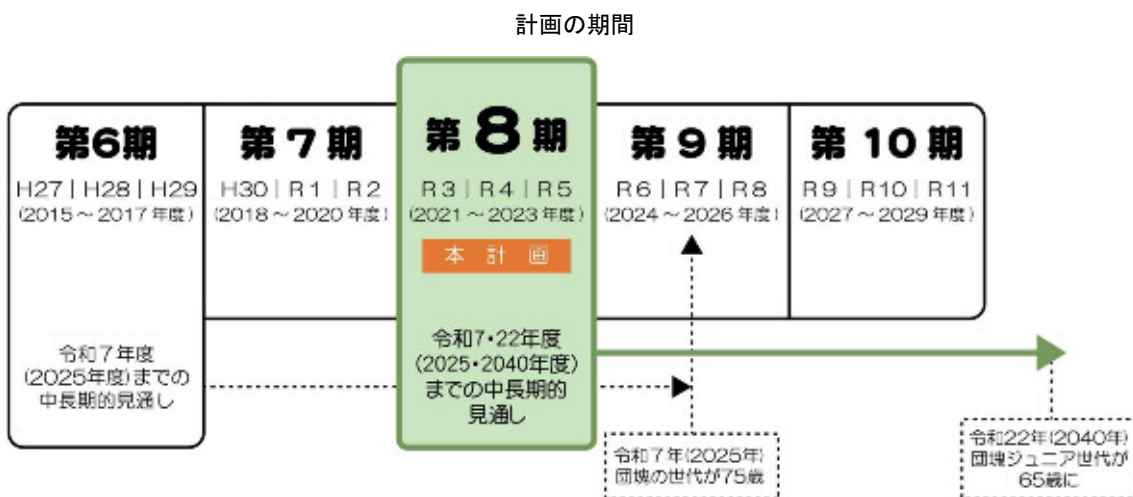
2 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく市町村老人福祉計画及び介護保険法第117条第1項の規定に基づく市町村介護保険事業計画として両計画を一体的に策定するものです。

高齢者保健・医療・福祉に関する村の役割・目標を示す行政計画であり、本村の基本構想・基本計画などの上位計画のほか、健康及び障がい者分野などの個別計画や県・国の計画と整合性を図るものとします。また、団塊の世代が75歳に到達する令和7年度を見据え、第6期で開始した地域包括ケア実現のための10年間の計画という位置付けを持ちます。

3 計画の期間

介護保険法第117条第1項の規定に基づき、令和3年度から令和5年度までの3年間を計画期間とします。



4 住民意見の反映

(1) 調査の実施

①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

本計画策定の基礎資料とするため、村内に居住する高齢者の実態や意識及び意向の調査を実施しました。

②在宅介護実態調査

本計画において「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を把握するための調査を実施しました。

③在宅要介護者調査

在宅要介護者及びその介護者に必要な支援検討のため、村独自の調査項目による聞き取り調査を実施しました。

④在宅生活改善調査

地域に不足する介護サービス等検討のための調査を実施しました。

⑤居所変更実態調査

住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等検討のための調査を実施しました。

⑥介護人材実態調査

介護人材の確保に向けて必要な取組等検討のための調査を実施しました。

(2) 策定委員会

本計画の策定にあたっては、学識経験者、福祉に関係する機関の代表、保健医療に関係する機関の代表、介護保険事業に関係する機関の代表、被保険者の属する各種団体の代表等から構成された「椎葉村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会」において各分野からのご意見をいただき、検討及び審議を行いました。

5 日常生活圏域の設定

本村では、保健福祉及び医療関係施設の多くが中心部に立地して村全体を網羅していること、人的ネットワークの活動拠点となる村庁舎や社会福祉協議会も中心部に位置し、村全体の活動に対応していることなどから、日常生活圏域を本村域全体1圏域として設定します。



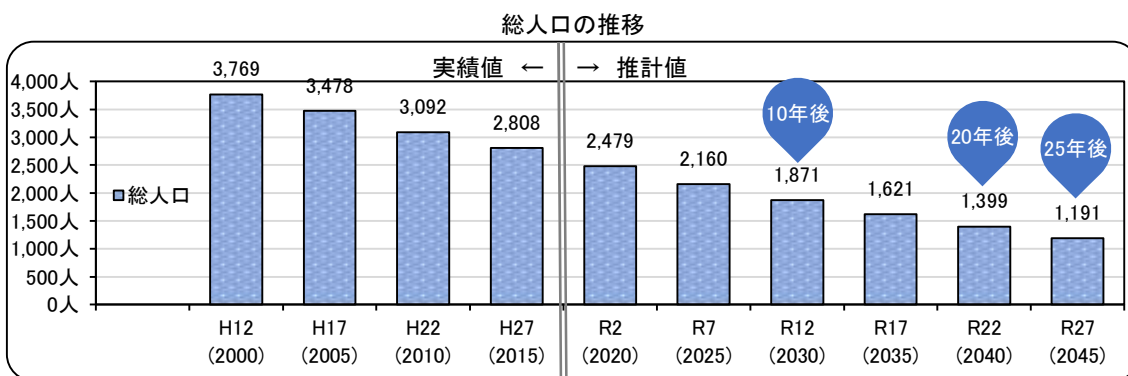
第2章

高齢者等を取り巻く現状と課題

第2章 高齢者等を取り巻く現状と課題

1 総人口の推移

総人口は年々減少傾向にあります。介護保険制度がスタートした平成12年と令和2年を比較すると、20年で約1,290人（約3割）減少しています。また、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本村の人口は今後も減少を続けるものと考えられており、10年後（R12/2030年）には1,871人、20年後（R22/2040年）には1,399人、25年後（R27/2045年）には1,191人となっています。

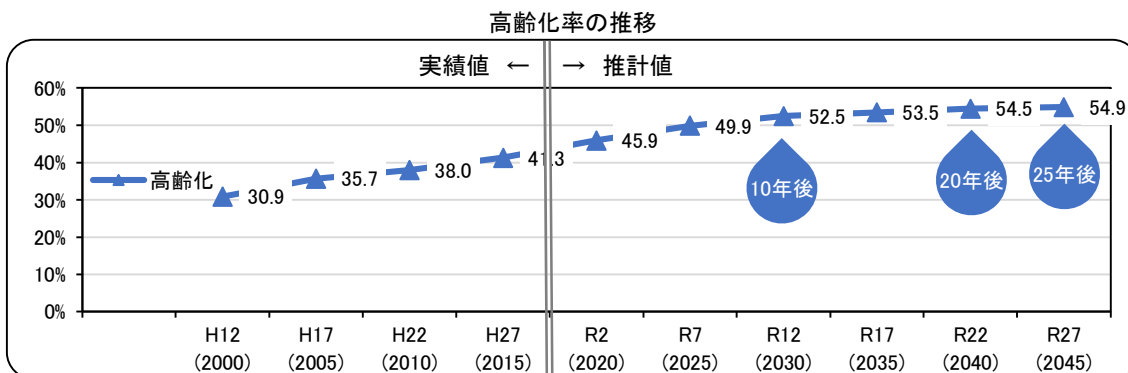


[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」 ※令和2年以降は推計値

2 高齢化の状況

(1) 高齢化率の推移

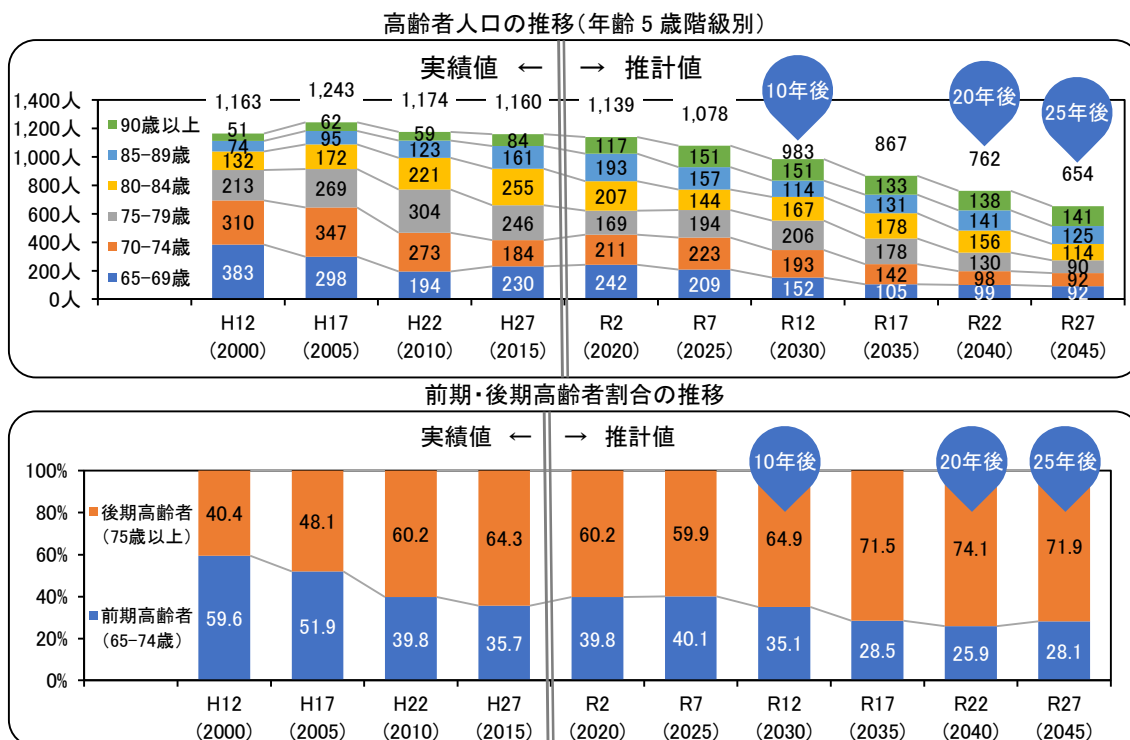
高齢化率は年々上昇傾向にあります。平成12年当時高齢者は約3人に1人の割合（30.9%）であったのに対し、令和2年には約2人に1人（45.9%）となっています。今後も高齢化は進行するものと考えられ、10年後（R12/2030年）には52.5%、20年後（R22/2040年）には54.5%、25年後（R27/2045年）には54.9%となっています。



[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」 ※令和2年以降は推計値

(2) 高齢者人口の推移

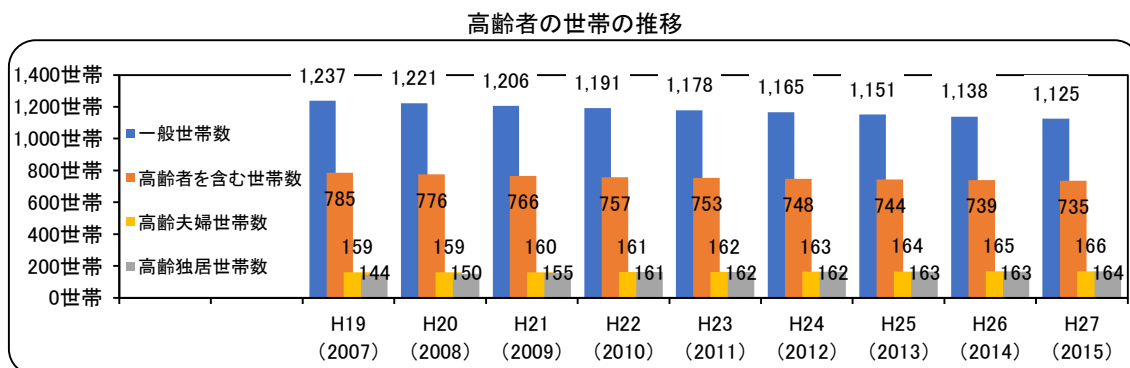
高齢者人口は平成17年頃をピークに年々減少傾向にあります。高齢者を前期高齢者(64~74歳)、後期高齢者(75歳以上)としてみると、平成22年以降後期高齢者が過半数を占め、今後も6割から7割を占めると予想されています。



[出典] 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」 ※令和2年以降は推計値

(3) 高齢者の世帯の推移

一般世帯及び高齢者を含む世帯はともに減少傾向にありますが、直近9年間の高齢者を含む世帯における高齢独居世帯と高齢夫婦世帯をみると、高齢夫婦世帯は約4%、高齢独居世帯は約14%増加しています。

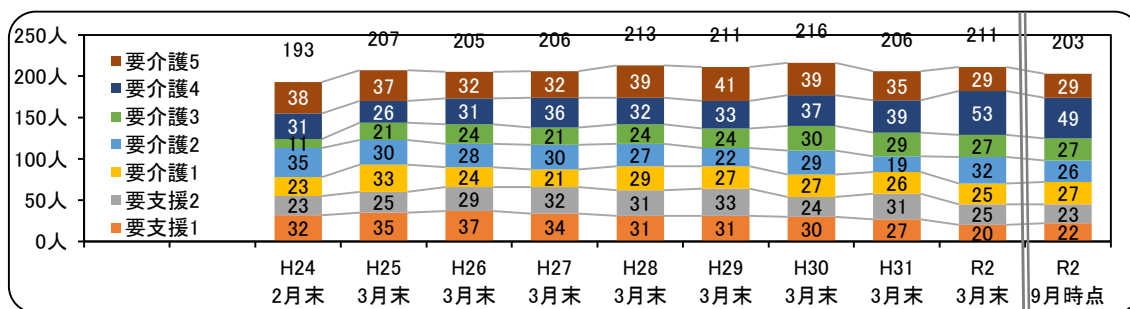


[出典] 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

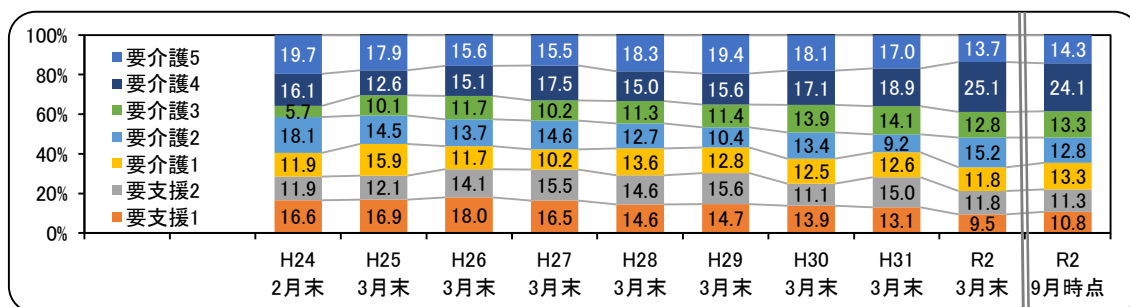
(4) 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数は平成29年以降横ばいで推移しています。平成24年と令和2年の認定区分別の割合をみると、要支援1及び要介護2・5で割合が低下し、要介護3・4で割合が上昇しています。

要支援・要介護認定者数(人数)の推移



要支援・要介護認定者数(割合)の推移



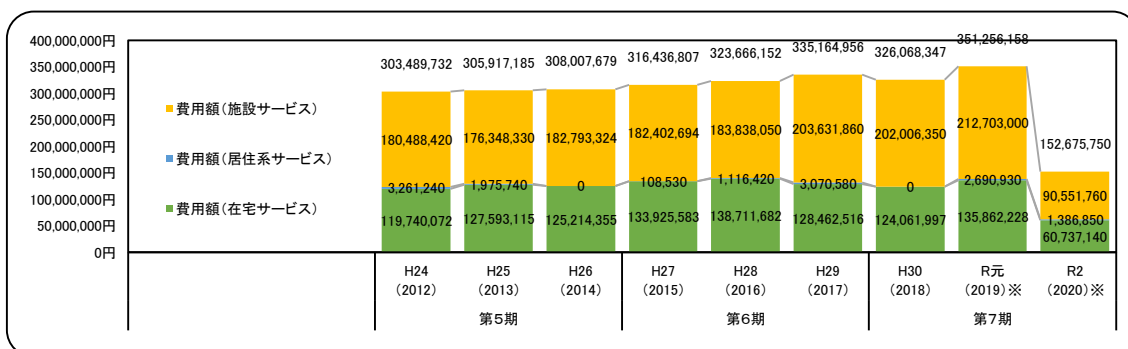
[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

※厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和元、2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

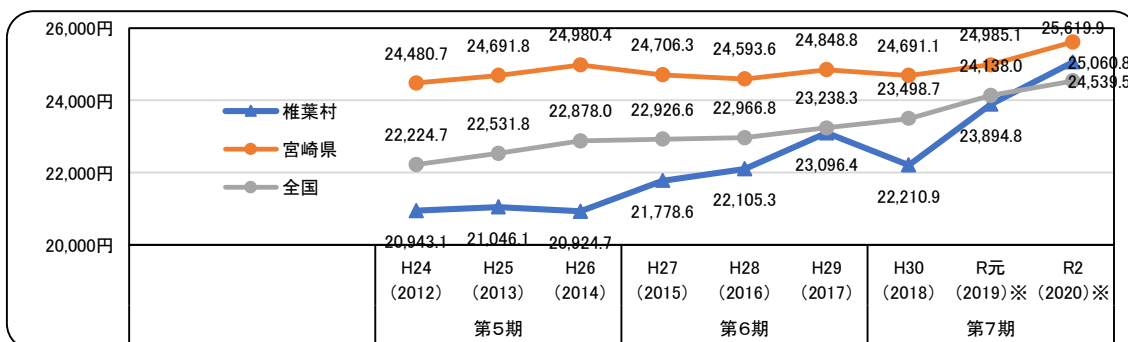
3 介護費用額の推移

介護費用額の推移をみると、微増傾向が続いています。第1号被保険者1人1月あたり費用額の推移について宮崎県及び全国と比較すると、県・国よりも低い費用額で推移していますが、第7期において上昇傾向が見られます。

介護費用額の推移



第1号被保険者1人1月あたり費用額の推移(宮崎県・全国との比較)



[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

【費用額】

平成24年度から平成30年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、令和元年度:「介護保険事業状況報告(月報)」の12か月累計、令和2年度:9月までの「介護保険事業状況報告(月報)」の累計(※補足給付は費用額に含まれていない)

【第1号被保険者1人あたり費用額】

「介護保険事業状況報告(年報)」(または直近月までの月報累計)における費用額を「介護保険事業状況報告(月報)」における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

4 実態調査等結果概要

(1) 調査概要

①調査の目的

令和3年度（2021年度）から令和5年度（2023年度）までを計画期間とする「椎葉村第9次高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」の策定に当たり、高齢者福祉及び介護保険事業の施策検討のための基礎資料とするため、高齢者の状況やニーズを把握するためにアンケートを実施し、課題分析等を行うことを目的とします。

②調査内容・配布回収状況等

調査種別	対象者	配布数	回収数	回収率	調査概要
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	一般高齢者、総合事業対象者、要支援認定の高齢者	1,032	773	74.9%	地域課題特定のため、国が示す調査項目による郵送調査 【調査時期】 令和2年1月
在宅介護実態調査	在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている高齢者	110	68	61.8%	介護離職ゼロにつなげるサービス検討のため、国が示す調査項目による聞き取り調査 【調査時期】 令和2年1月～3月
在宅要介護者調査	在宅要介護者（要介護・要支援認定者、未認定者）及びその介護者	要介護者 60 介護者 23	60 23	100% 100%	在宅要介護者及びその介護者に必要な支援検討のため、村独自の調査項目による聞き取り調査 【調査時期】 平成30年11月～平成31年1月

調査種別	対象者	配布数	回収数	回収率	調査概要
在宅生活改善調査	居宅介護支援事業所、小多機、看多機(ケアマネジャー)	2	2	100%	地域に不足する介護サービス等検討のため、国が示す調査項目による郵送調査 【調査時期】 令和2年9月
居所変更実態調査	介護施設等(サ高住・住宅型有料含む)	1	1	100%	住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等検討のため、国が示す調査項目による郵送調査 【調査時期】 令和2年9月
介護人材実態調査	介護事業所、介護施設等(サ高住・住宅型有料含む)	3	3	100%	介護人材の確保に向けて必要な取組等検討のため、国が示す調査項目による郵送調査 【調査時期】 令和2年9月

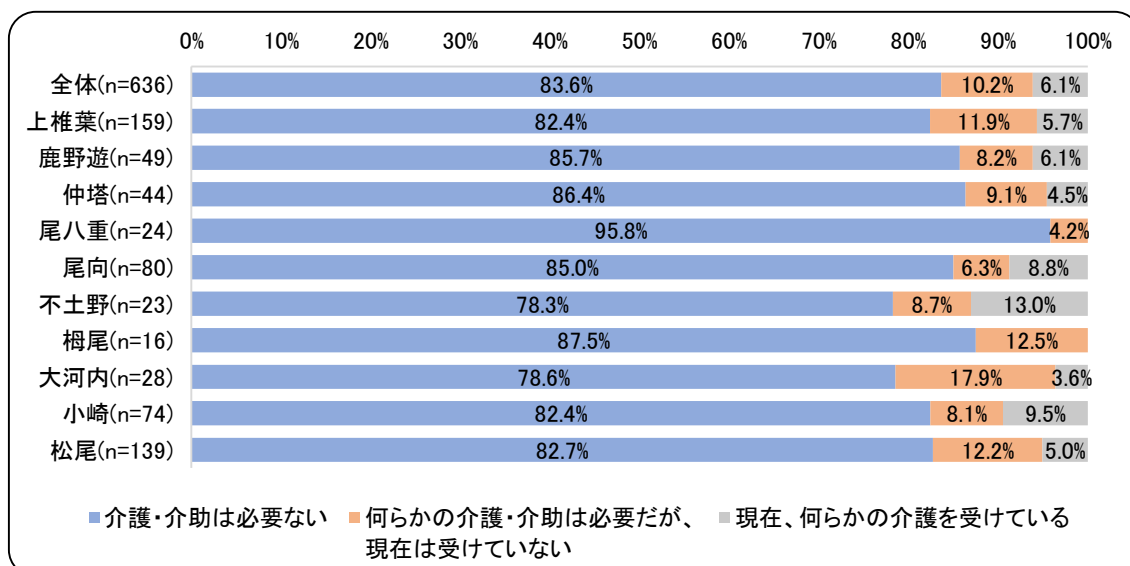
③本項を読むにあたっての注意点

- 回答比率は百分率の小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない場合があります
- 2つ以上の回答を要する(複数回答)質問の場合、その回答比率の合計は100%を超える場合があります
- 数表・図表は、レイアウトの都合上、文言等を省略している場合があります
- 無回答を除外して集計を行っています

(2) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

①介護・介助の必要性

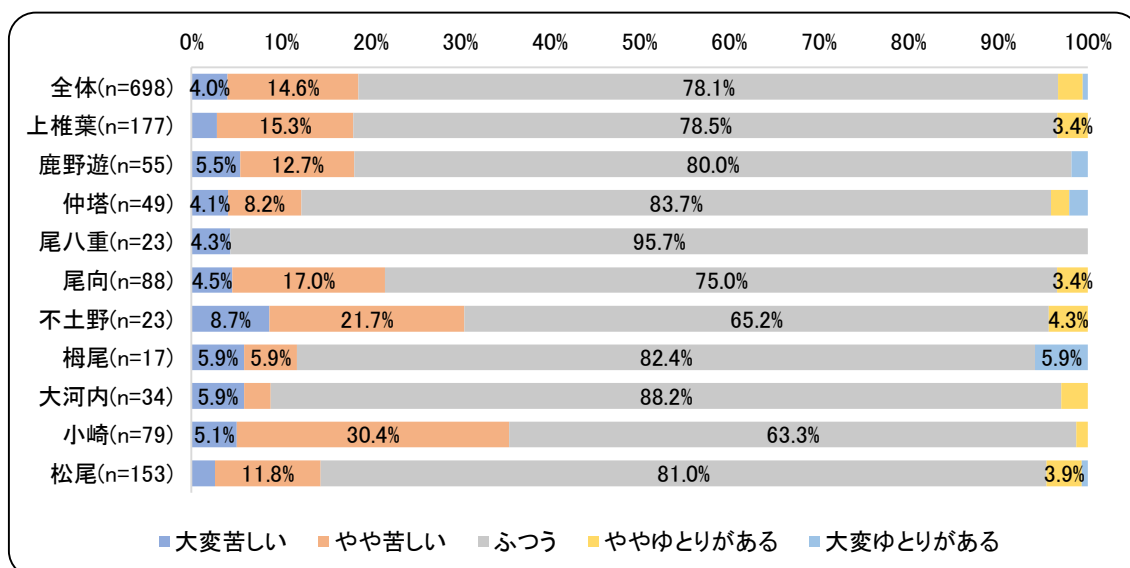
介護・介助の必要性については、全体の16.4%が「何らかの介護・介助が必要」「何らかの介護を受けている」と回答しています。



※ グラフの見やすさを考慮し、3%未満のラベルを非表示にしています。

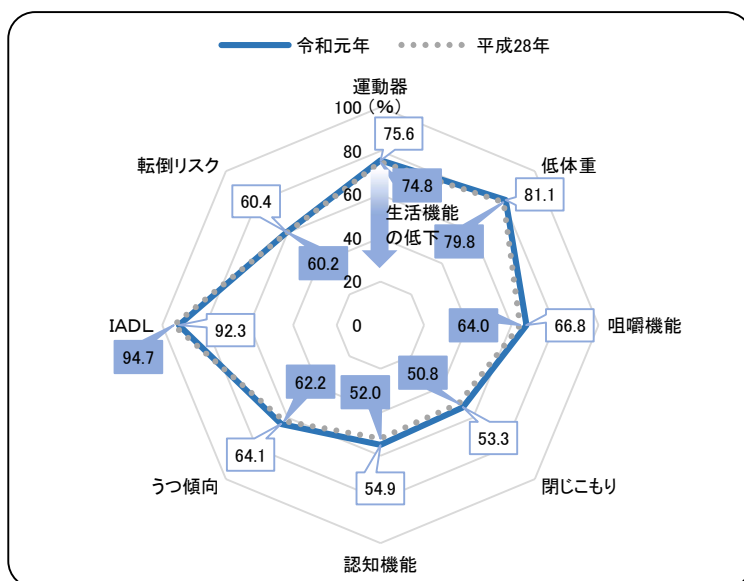
②主観的経済状態

主観的経済状態については、「ふつう」とする割合が8割弱を占めているものの、「大変苦しい」「苦しい」が合わせて18.6%となっています。



※ グラフの見やすさを考慮し、3%未満のラベルを非表示にしています。

③リスク判定結果

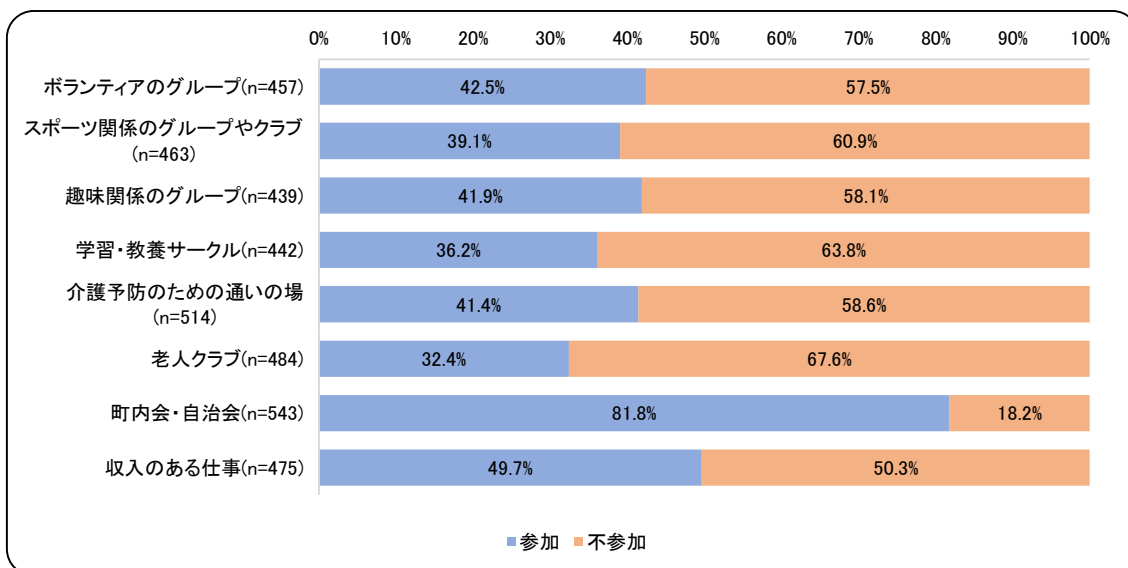


生活機能の評価項目ごとに非該当者（機能の低下等がみられない）の割合をみると、「IADL」が高く「閉じこもり」や「認知機能」が低くなっています。

前回調査（平成28年）との差は見られません。

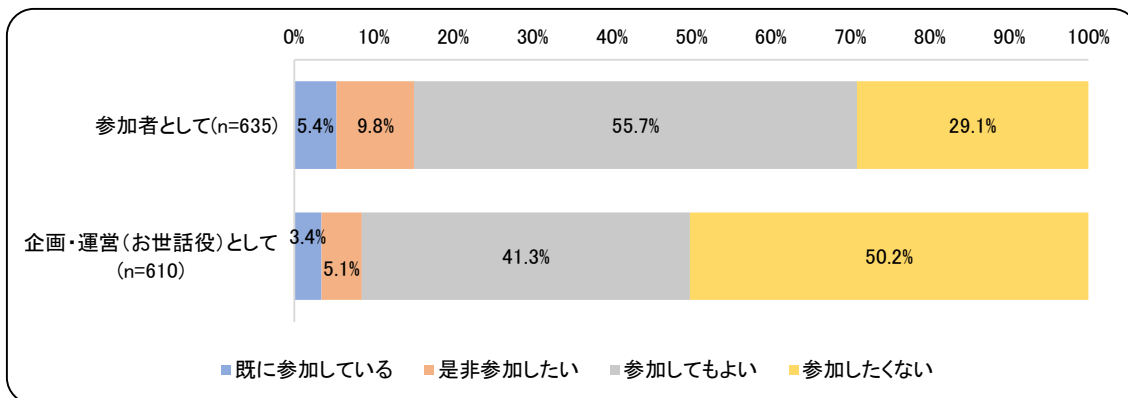
④社会参加の状況

様々な会やグループへの参加状況を見ると、「町内会・自治会」の参加割合が高く、「老人クラブ」や「学習・教養サークル」が低くなっています。



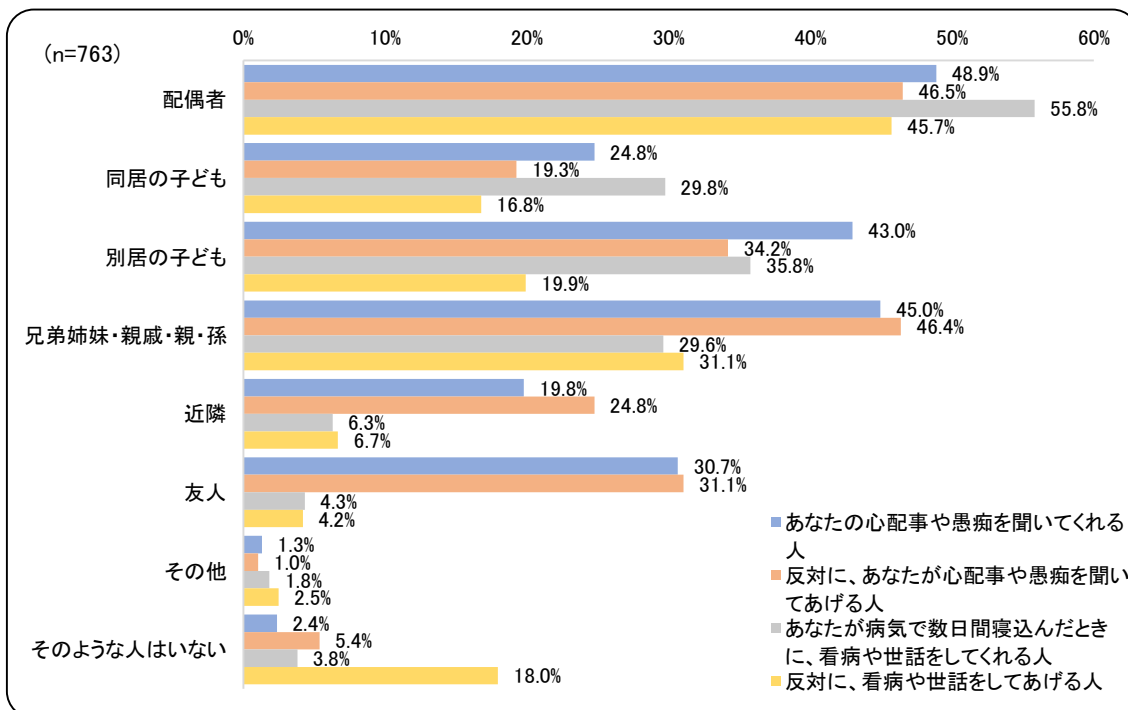
⑤地域づくりの場への参加意向

「是非参加したい」及び「参加してもよい」に「既に参加している」を含めたものを参加意向とした場合、参加者としては7割、企画・運営としては5割の参加意向があります。



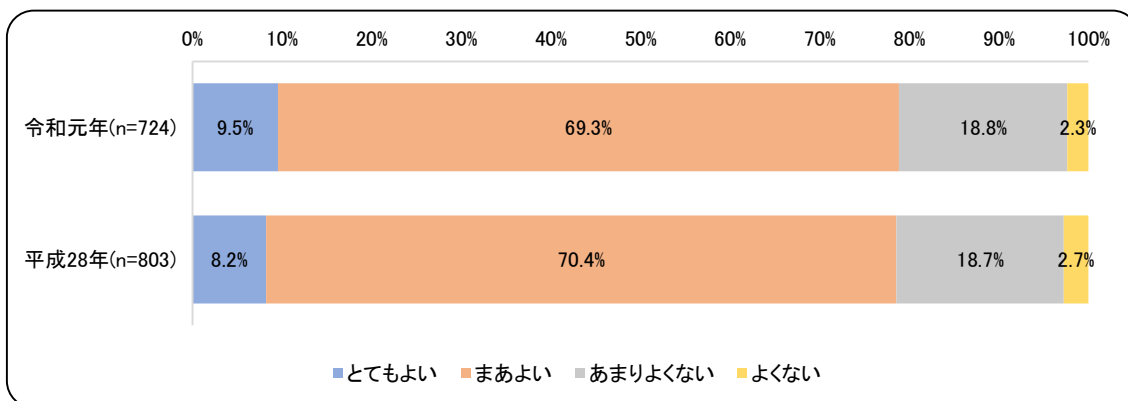
⑥助け合いの状況

助け合いの状況を見ると、全体的に配偶者を筆頭に家族・親族の割合が高くなっています。近隣や友人に対しては、心配事や愚痴の相談はするものの病気の世話を行う割合は低くなっています。また、病気の世話をしとあげる相手がない割合が18.0%となっています。



⑦主観的健康感

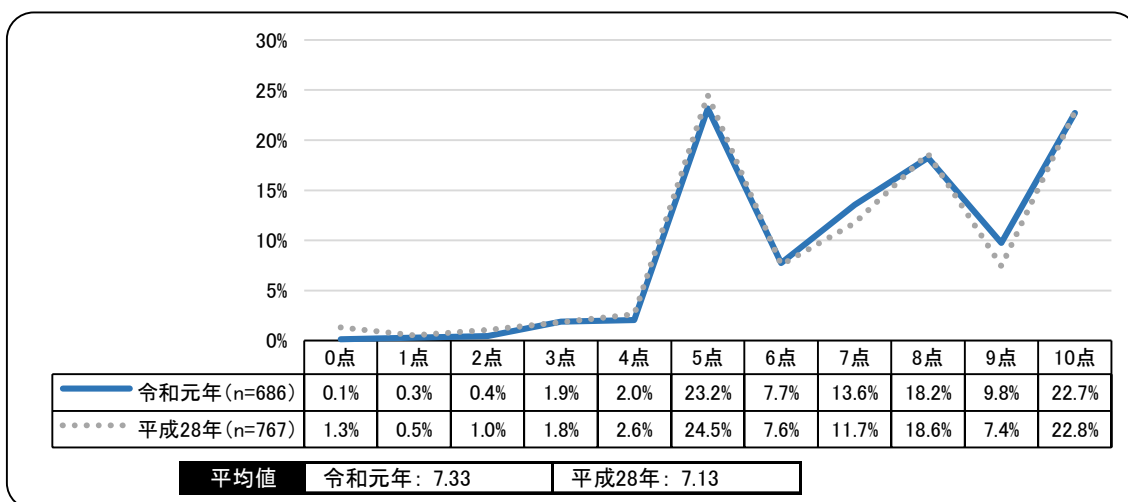
健康状態が「あまりよくない」「よくない」と感じている割合が約2割となっています。前回調査（平成28年）との差は見られません。



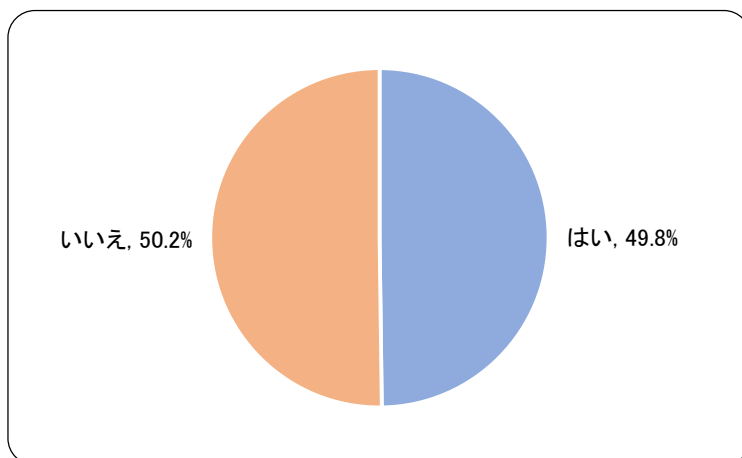
⑧主観的幸福感

現在、どの程度幸せであるかを、「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点として聞いたところ、全体の平均値は7.33点となりました。

前回調査（平成28年）との差は見られません。



⑨認知症に関する相談窓口の認知度

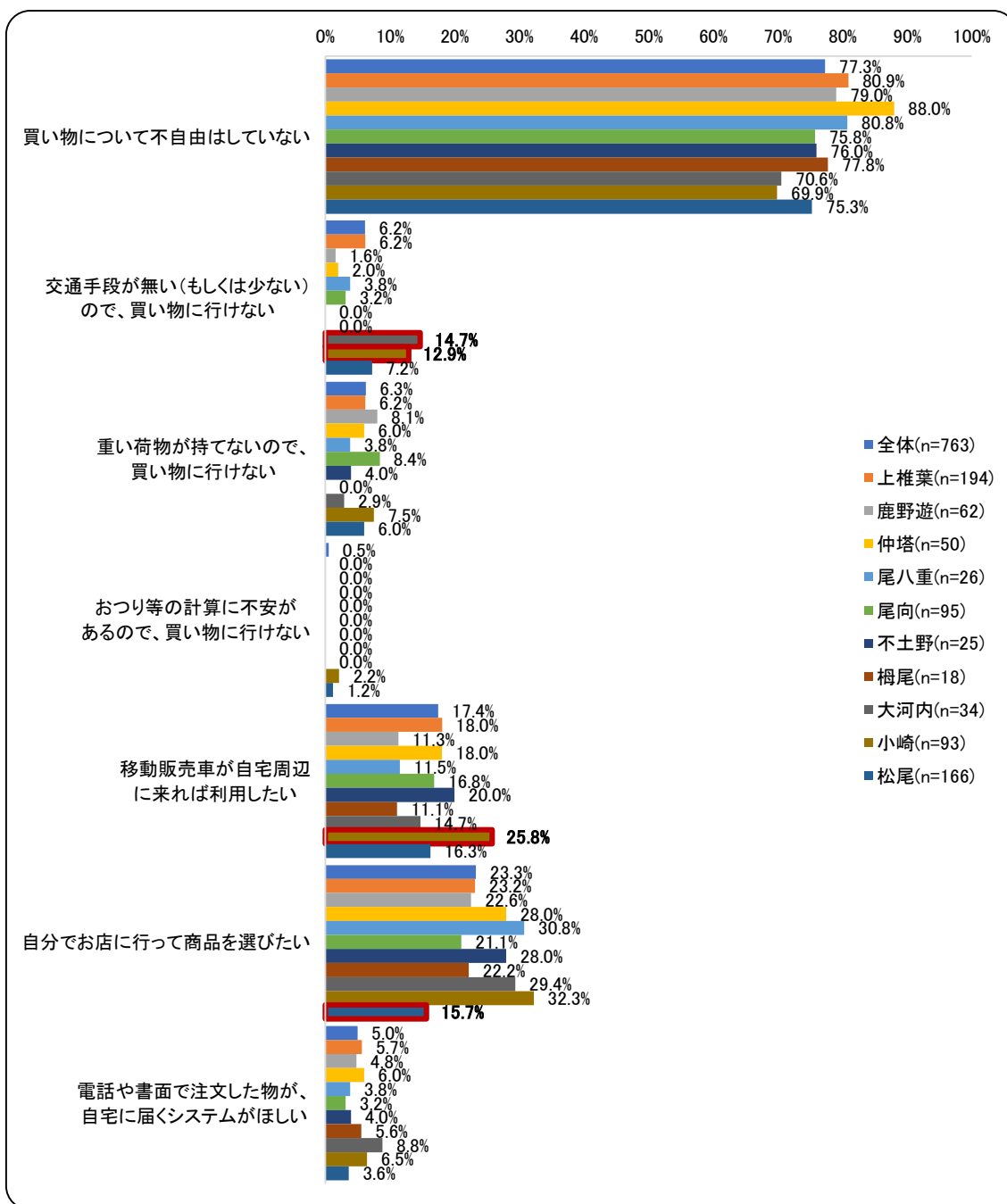


認知症に関する相談窓口の認知度は、「はい」が49.8%、「いいえ」が50.2%となっています。

⑩買い物(日用品・食料品)について

買い物(日用品・食料品)についてあてはまるものは、「不自由はしていない」の割合が最も高くなっています。

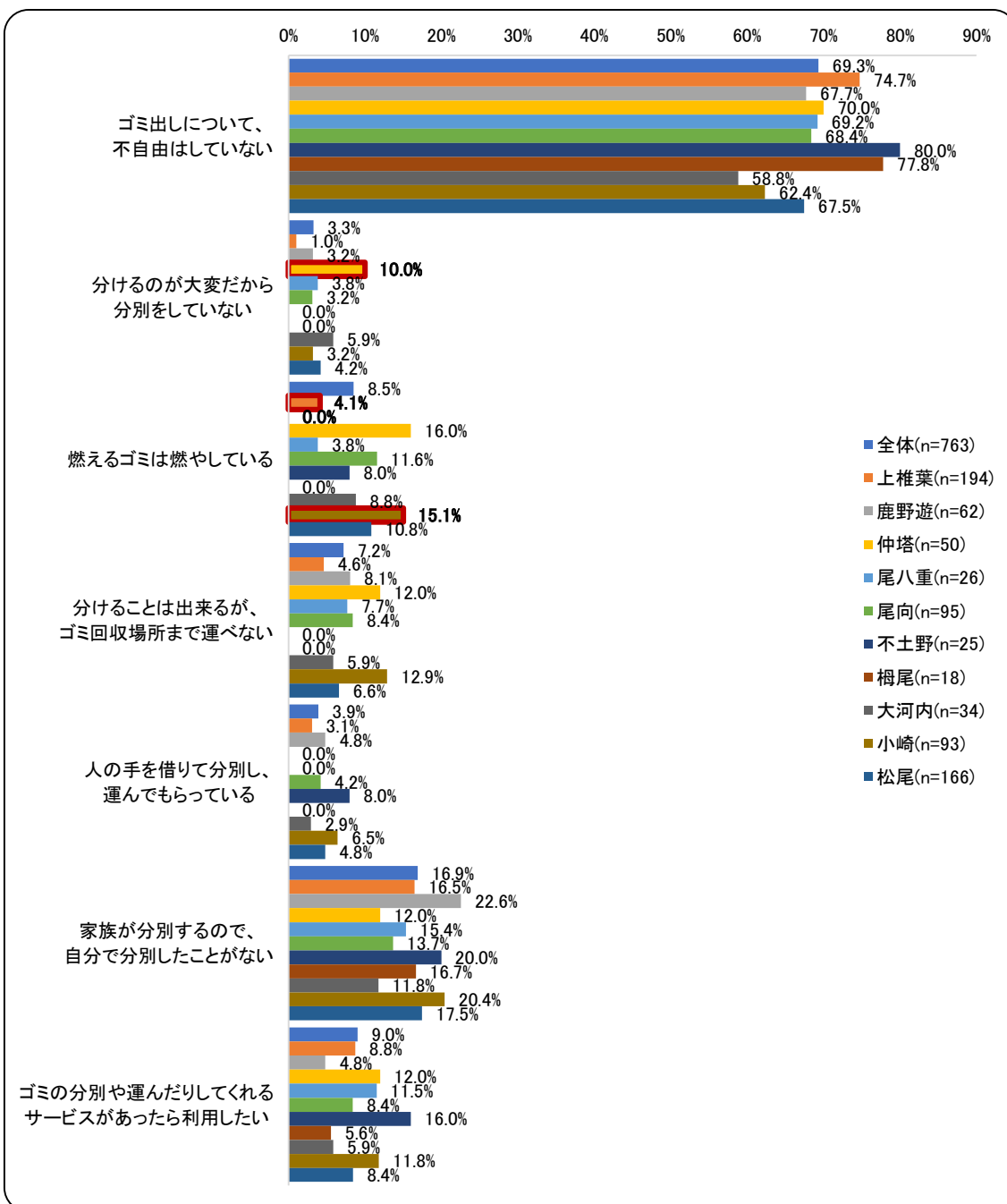
地域別にみると、「交通手段の不足」が大河内と小崎で高く、「移動販売車の希望」が小崎で高くなっています。また、松尾では「自分でお店に行って商品を選びたい」の割合が低くなっています。



⑪ゴミ出しについて

ゴミ出しについてあてはまるものは、「不自由はしていない」の割合が最も高くなっています。

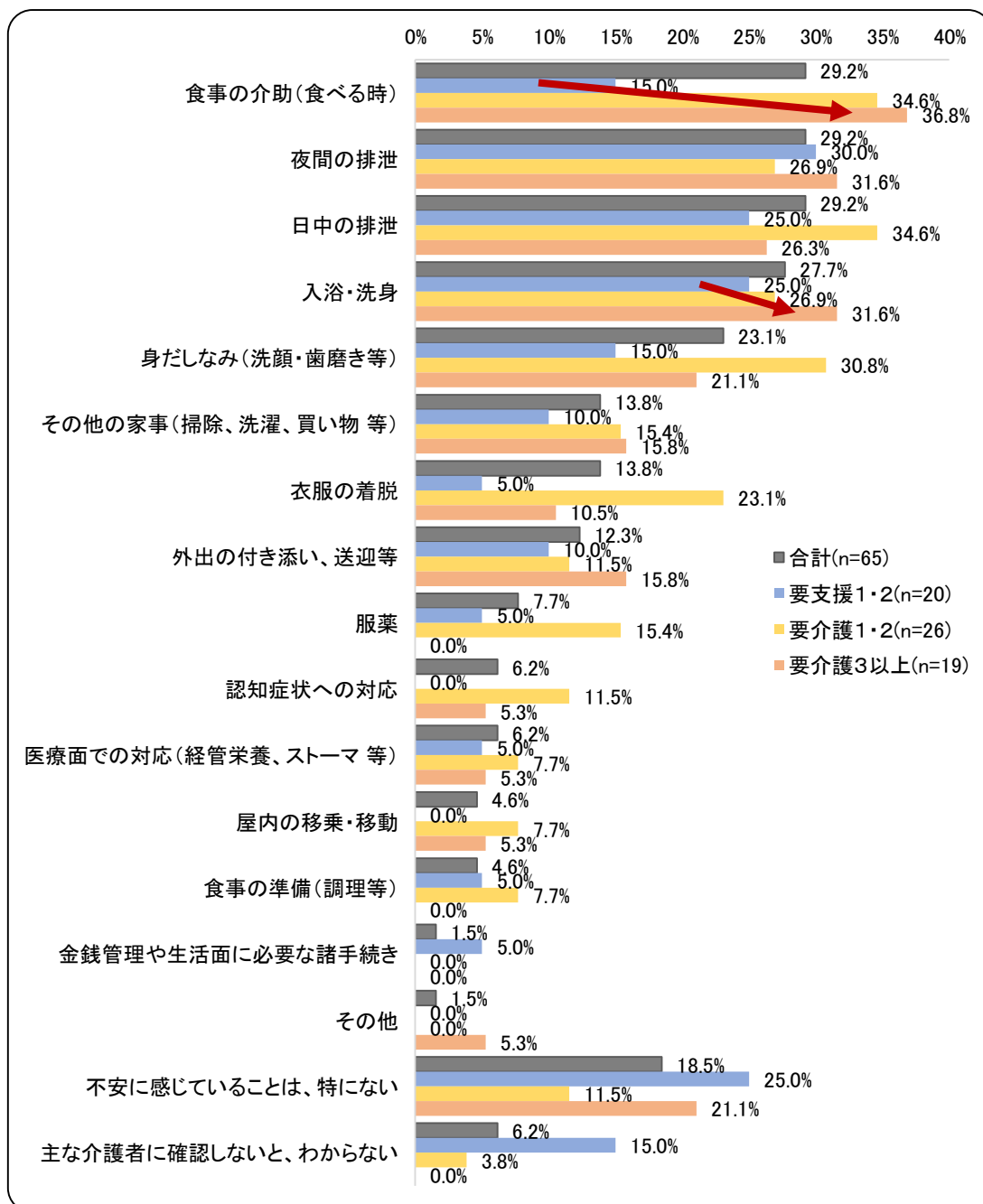
地域別にみると、「大変だから分別していない」が仲塔で高く、「燃えるゴミは燃やしている」が小崎で高く、上椎葉と鹿野遊で低くなっています。



(3) 在宅介護実態調査

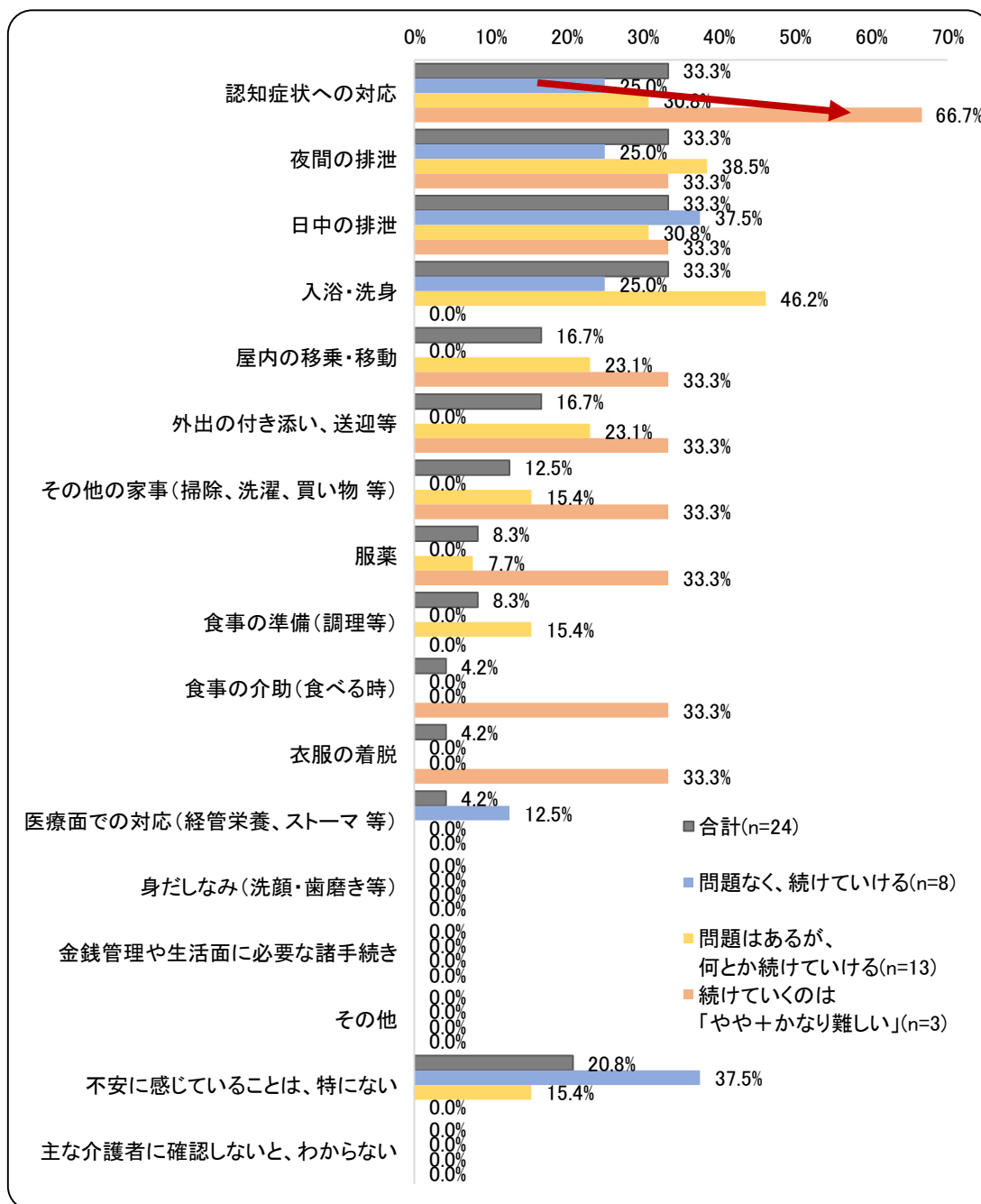
①介護者が不安に感じる介護(要介護度別)

要介護度別に介護者が不安に感じる介護についてみると、要介護3以上の重度者では、「食事の介助(食べる時)」の割合が36.8%で最も高く、次いで「夜間の排泄」と「入浴・洗身」が31.6%となっています。特に、「食事の介助(食べる時)」と「入浴・洗身」は、重度化するに従い不安に感じる割合が高まる傾向がみられます。



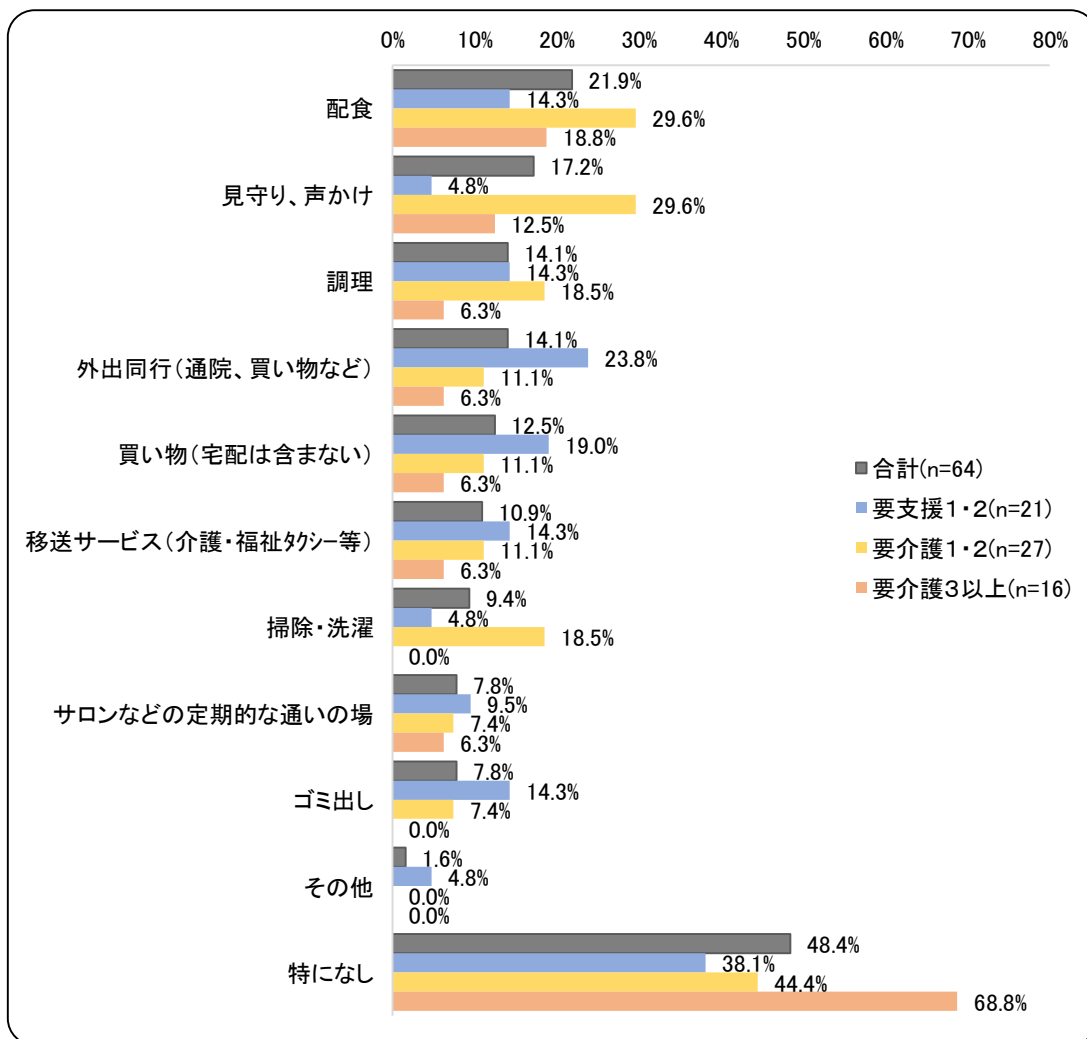
②介護者が不安に感じる介護(就労継続見込別)

就労継続の意向と介護者が不安に感じる介護の関係をみると、就労継続が難しいと感じるに従って、「認知症への対応」を不安に感じる割合が高くなる傾向がみられます。



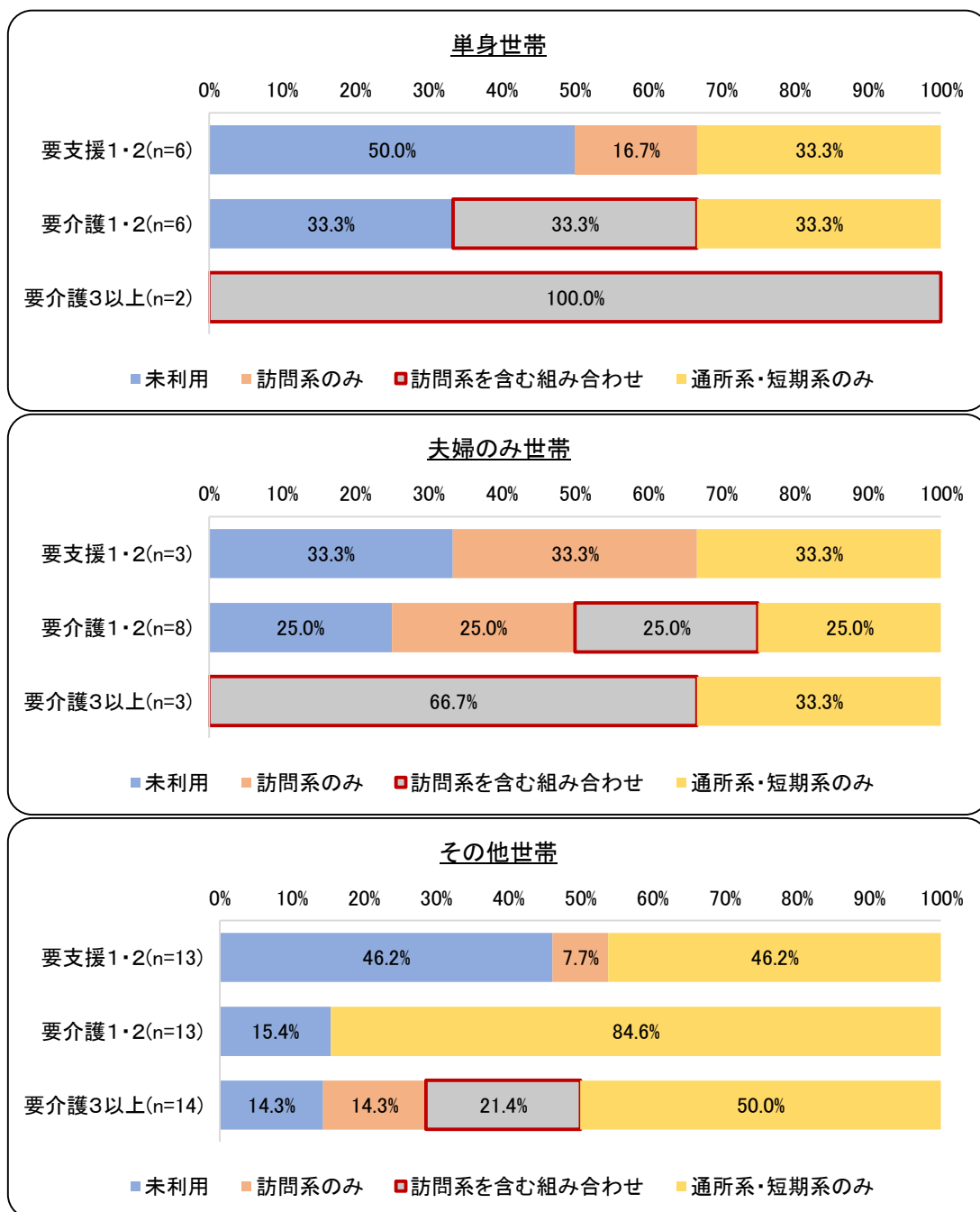
③在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

要介護度別の「在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス」をみると、「要介護3以上」においては、特に「配食」と「見守り、声かけ」のニーズが高い傾向がみられます。



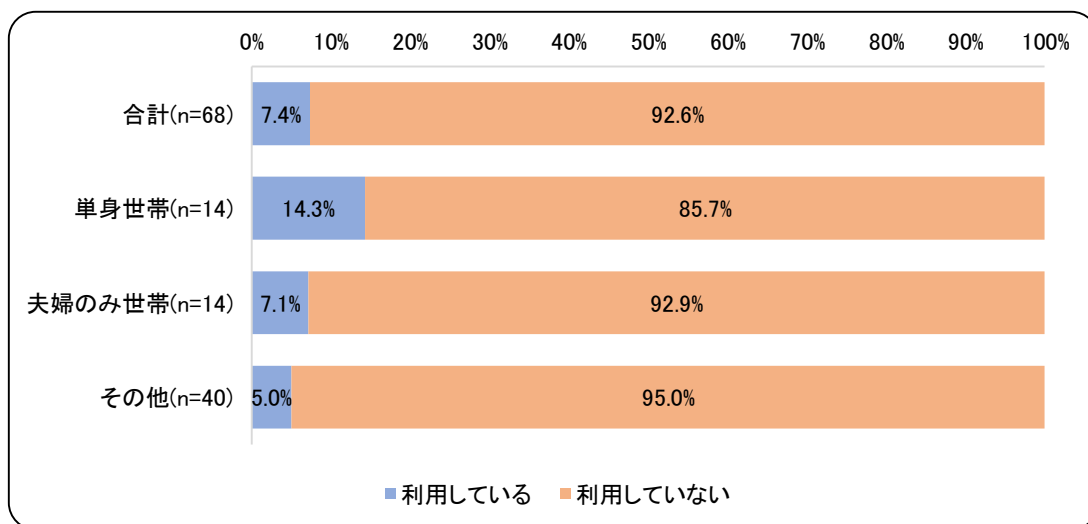
④サービス利用の組み合わせ

世帯類型別・要介護度別のサービス利用をみると、いずれの世帯類型においても要介護度の重度化に伴い「訪問系を含む組み合わせ」の割合が増加する傾向がみられます。



⑤訪問診療の利用状況

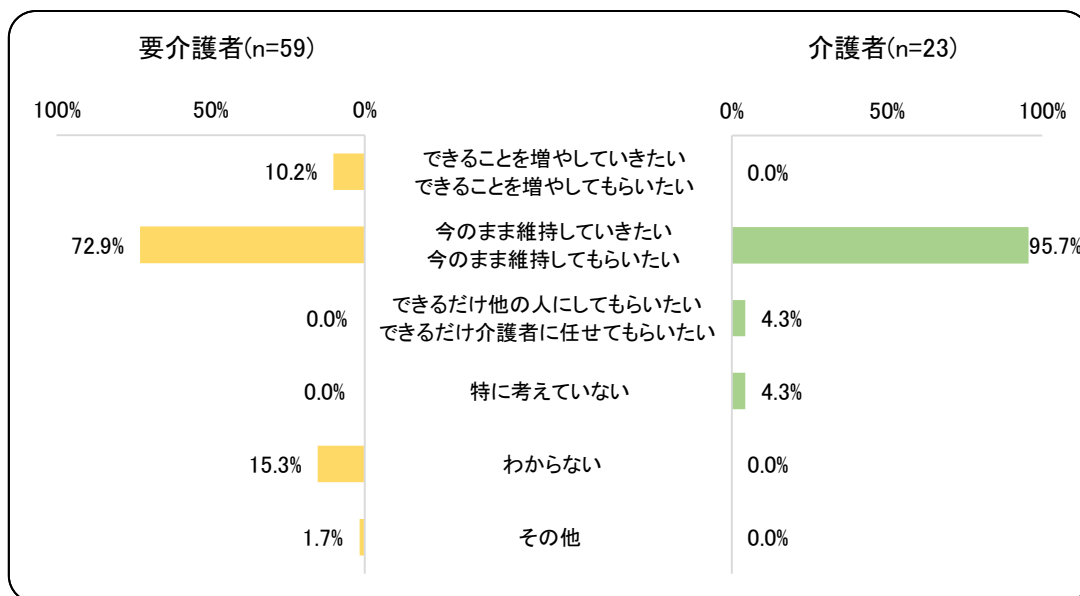
世帯類型別の「訪問診療の利用の有無」をみると、「単身世帯」の利用割合が14.3%で最も高く、次いで「夫婦のみ世帯」が7.1%、「その他」が5.0%となっています。



(3) 在宅要介護者調査

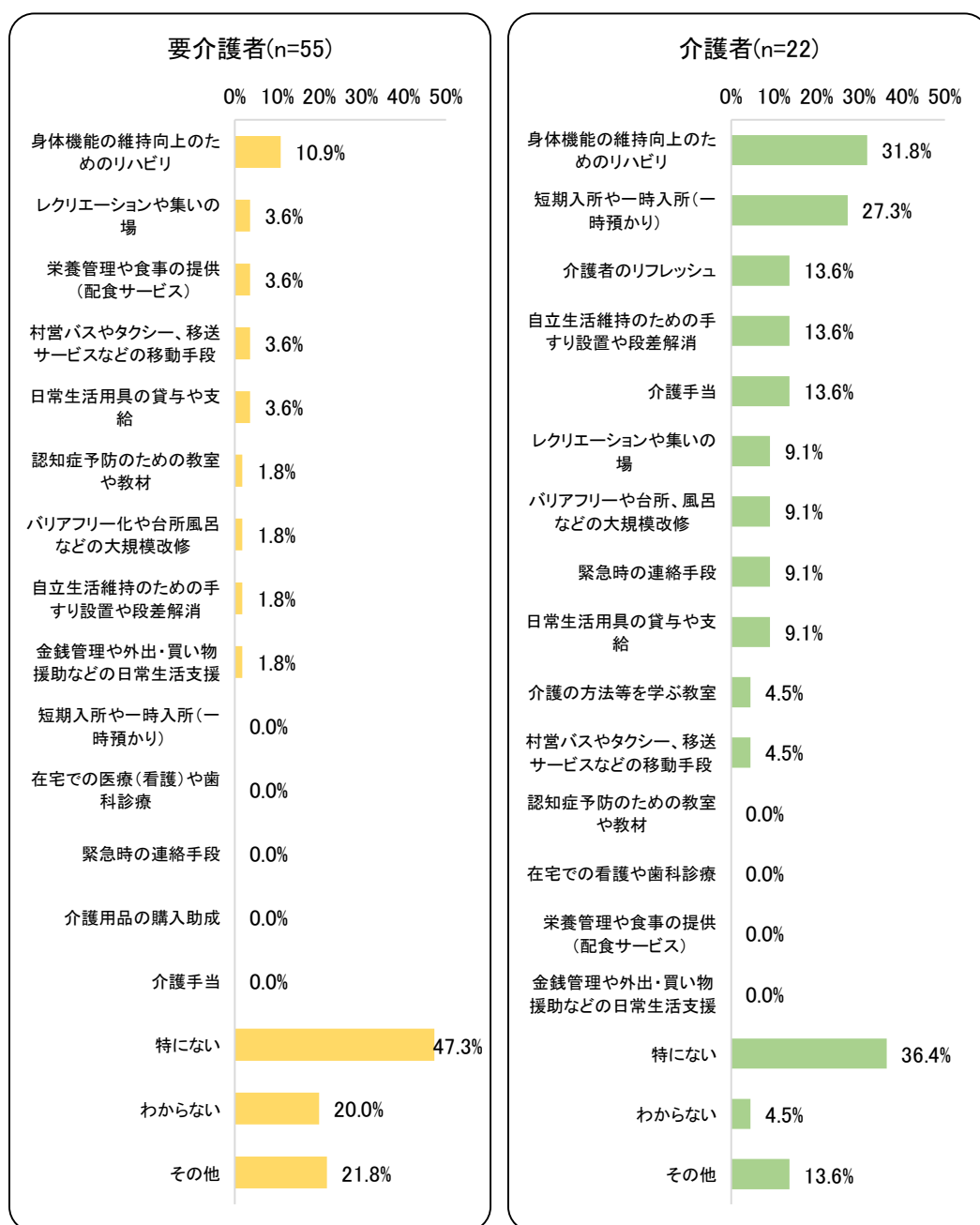
① 今後の希望について

物事の判断や身の回りのことを、今後どのようにしていきたいか（要介護者）、
 過ごしてもらいたいか（介護者）については、いずれも「今のまま維持」の割合
 が最も高く、特に介護者の割合が高くなっています。また、要介護者では「わか
 らない」とする意見もみられます。



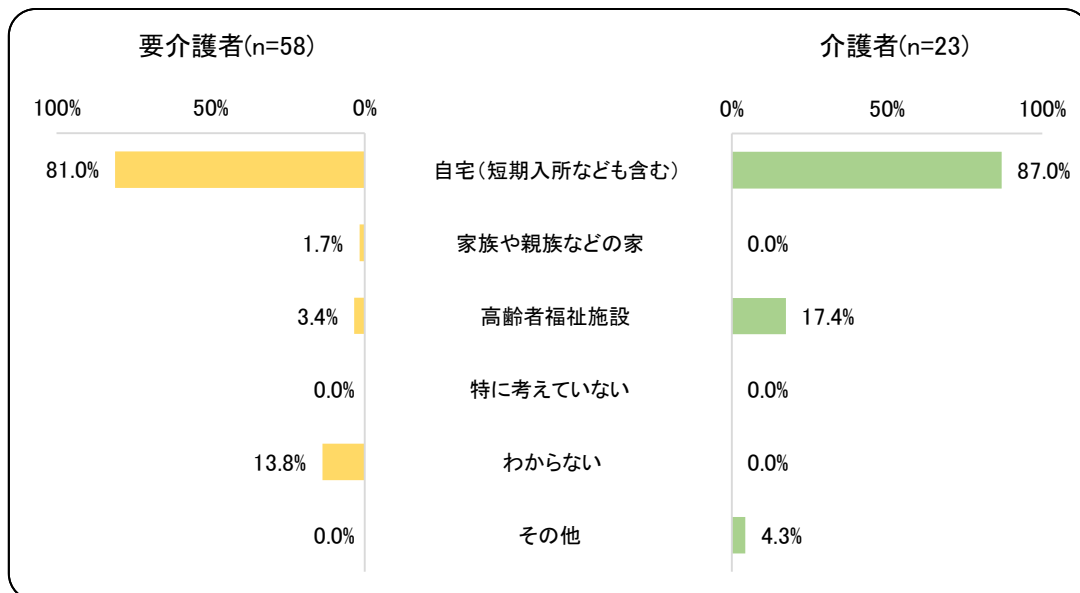
②今後の希望のために必要なことや不足していること

物事の判断や身の回りのことについて今後の希望のために、特に必要なことや不足していることは、要介護者、介護者ともに「身体機能向上のためのリハビリ」の割合が最も高くなっています。また要介護者が「レクリエーションや集いの場」「村営バスやタクシー、移送サービスなどの移動手段」といった社会活動を支援するニーズが高くなっていることに対し、介護者は「短期入所や一時入所（一時預かり）」「介護者のリフレッシュ」といったレスパイトケアのニーズが高くなっています。



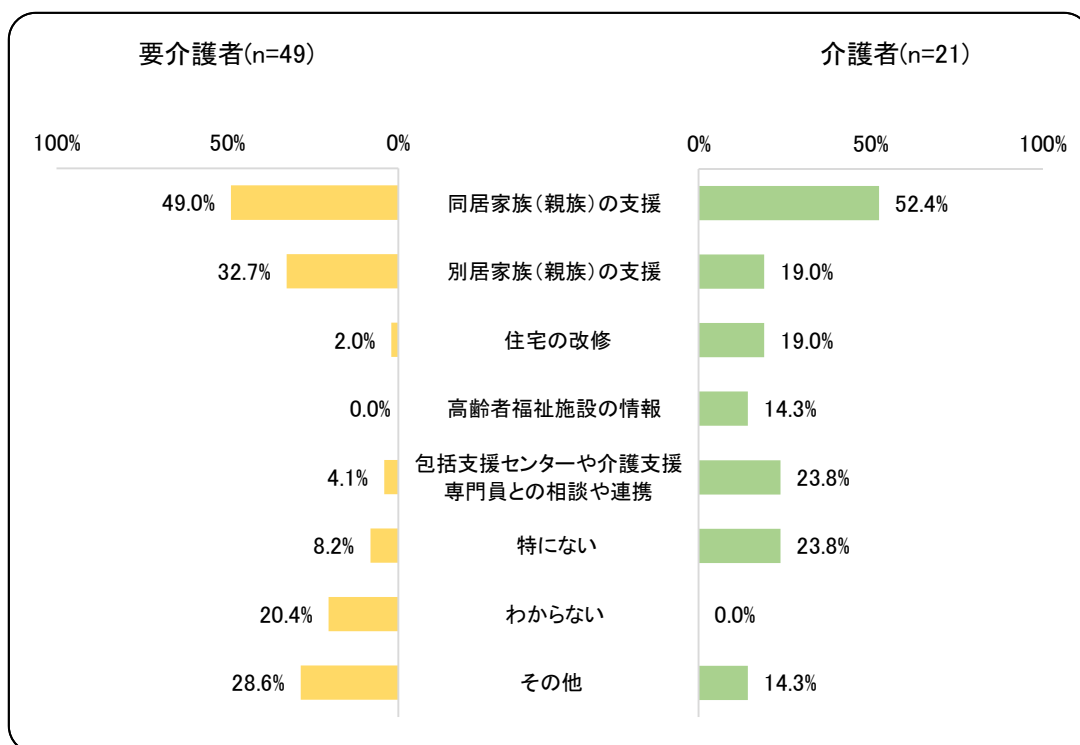
③今後の希望居住形態

将来どこで暮らしていきたいか(要介護者)、どこで暮らすことがよいと考えるか(介護者)については、いずれも「自宅(短期入所なども含む)」の割合が最も高くなっています。また、介護者では「高齢者福祉施設」の割合も高くなっています。



④今後の希望居住形態のために必要なことや不足していること

将来、良いと考える居住形態のために、特に必要なことや不足していることは、要介護者、介護者ともに「同居家族（親族）の支援」の割合が最も高くなっています。また介護者の「包括支援センターや介護支援専門員との相談や連携」「住宅の改修」「高齢者福祉施設の情報」に対するニーズが、要介護者と比べ高くなっています。



5 高齢者を取り巻く課題

年々減少を続けている総人口に対し、65歳以上の人口が横ばいで推移しているため、本村の高齢化率は上昇を続けています。前期・後期高齢者割合の推移を見ると、要介護状態となるリスクの高い75歳以上の割合が6割以上を占める状態が続き、15年度の令和17年（2035年）以降は7割を超えることが予想されます。

高齢者のいる世帯の状況を見ると、世帯数は減少傾向を示していますが、総世帯数に占める割合は上昇しており、中でも独居世帯や高齢夫婦のみの世帯が増加していることから、高齢者が孤立することのないように声かけや見守りの重要性が高まっています。

要介護（要支援）認定者数は、横ばいで推移しているものの、75歳以上人口割合の上昇に伴い要介護（要支援）認定率も上昇するおそれがあります。

このため第8期では、要介護状態となるリスクを低下させるため、介護予防と若年期からの健康づくりの連続的な取組や、介護が必要となっても重度化を防ぎながら在宅での生活を続けるための地域の仕組みづくりを加速する必要があります。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、閉じこもり傾向がみられます。また、ボランティアや会・クラブ等への参加割合も決して高いとはいえません。一方、地域づくりの場への参加意向は認められるため、生きがい活動支援通所事業やいきいきサロン事業等への参加率向上や内容の充実を図り、地域支援事業と緊密に連携することで健康づくりや介護予防、生きがいづくりを連続的に進めていく必要があります。

在宅介護実態調査では、要介護度が上がるほど「食事の介助（食べる時）」と「入浴・洗身」を不安に感じており、在宅生活の継続には「配食」と「見守り、声かけ」が必要されています。また、在宅要介護者調査では「身体機能向上のためのリハビリ」に加え、要介護者への社会活動の支援と介護者へのレスパイトケアの充実が求められていることから、専門的な支援と家族や地域による身近な支援を柔軟に組み合わせられる体制の充実が必要です。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果から、認知機能の低下が見られました。また、在宅介護実態調査結果から、就労継続が難しくなっている介護者が最も不安に感じる介護は「認知症への対応」という結果が得られました。

こうしたことから、認知症の正しい理解の促進や、容態に応じた適切な医療・介護等の提供、介護者への支援の充実が求められています。

以上のことから、本計画における重点取組課題は、以下の3点とします。

- 早い段階からの介護予防への取組
- 介護を支える仕組みの確立
- 認知症施策の強化



第3章 基本理念・基本目標

第3章 基本理念・基本目標

1 計画の基本理念

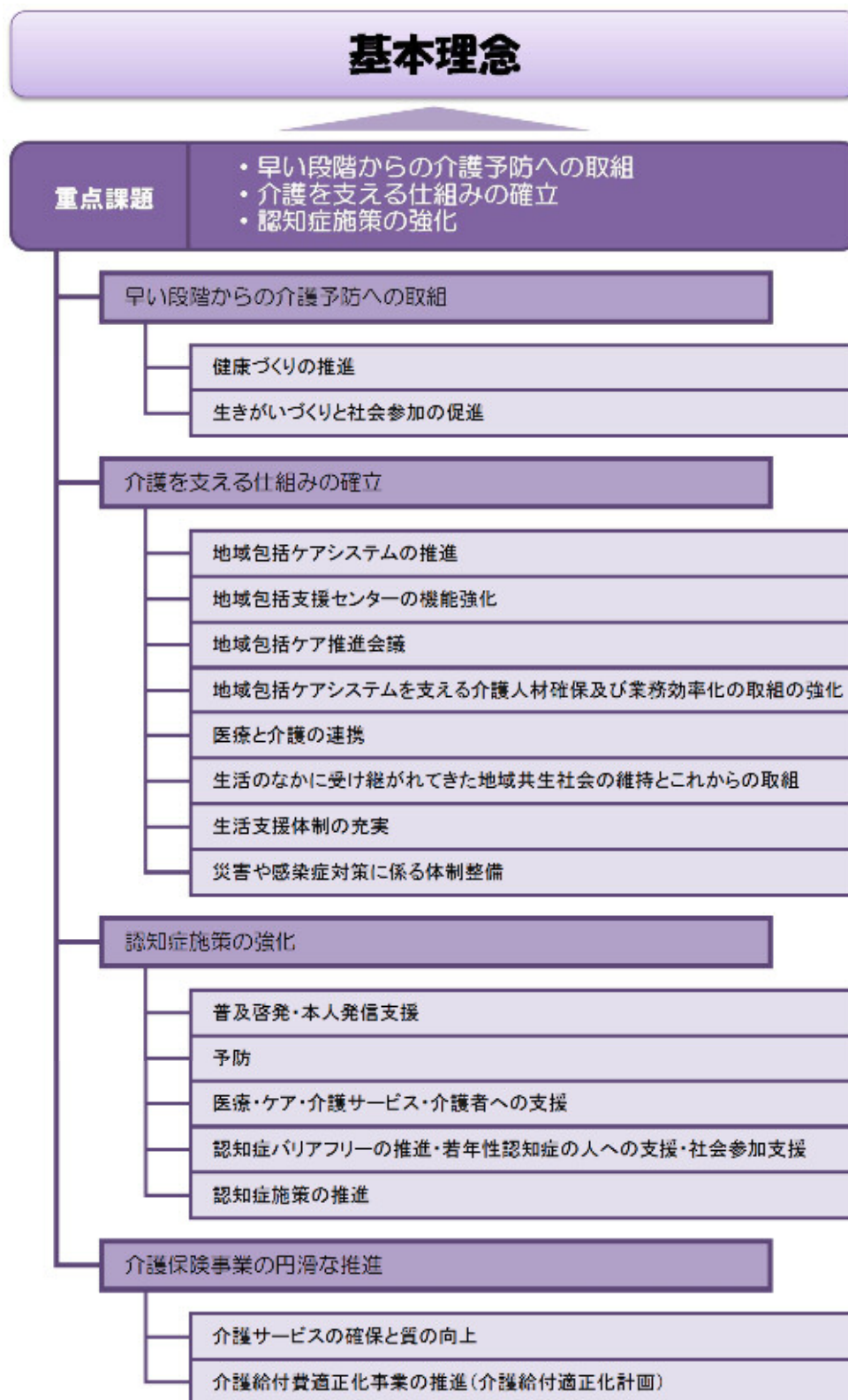
今後も高齢化が進展し、高齢者人口の増加が予測される本村においては、すべての高齢者がいきいきと生活し、支援や介護が必要になっても、住み慣れた地域で、心のふれあいや支え合いの中で安心して生活できるような社会を築いていくことが大切です。

このため、本計画においても、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の展開を図ります。

基本理念

1. 相互扶助「かてーり」の精神に基づき、地域で高齢者を見守り、また、高齢者自身も互いに支え合いながら、高齢者が安心して暮らせる生活環境を構築する。
2. 一般高齢者においては、生涯を通じて生きがいに満ち、心身ともに元気であることができるよう、生活機能低下の予防を重視したサービス提供体制を構築する。
3. 要支援高齢者においては、要介護状態にならないように、高齢者の心身の状態や環境等に応じて高齢者の選択に基づいた介護予防サービスを確立する。
4. 高齢者が介護を要する状態になった場合においても、適切な保健医療サービスや福祉サービスを提供される体制を構築するとともに、可能な限りその居住において、その人らしい生活を送れるよう、高齢者の尊厳を支えるケアを確立する。

2 施策の体系





第4章 施策の展開

第4章 施策の展開

基本目標1 早い段階からの介護予防への取組

高齢になってから介護が必要な状態となる身体機能の低下は、事故や怪我等によるものを除けば、そのほとんどが若い頃からの生活習慣の結果として徐々に現れます。したがって、壮年期（30～44歳）・中年期（45～64歳）の過ごし方次第で高年期（65歳以上）以降の健康状態は大きく変わるといえます。

そこで、村民一人ひとりが早い段階から生活習慣の重要性に気づき改善を促すため、高齢者福祉・介護部門だけでなく成人保健部門や関係者・機関・団体と連携し、継続的な介護予防に取り組む必要があります。

令和元年に成立した「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」により、市町村は介護予防を進めるにあたり、高齢者保健事業との一体的な実施に努めることとされました。本村においても、推進体制、具体的な事業内容とその担当部局、関係部局における医療・健診・介護に関する個人情報の閲覧の仕方等を定めた基本方針に基づき、保健事業と介護予防の一体的な実施に努めます。

（1）健康づくりの推進

①健康しいば21実践計画（第二次）

健康は、村民が住み慣れた家庭や地域で安心して暮らしていくための基礎であり、そのためには村民一人ひとりの健康づくりの取組が重要です。

健康しいば21実践計画（第二次）では、村民の自主的な健康づくりを支援するため、健康づくりに取り組みやすい環境づくりを進めるとともに、様々な機関・団体等と連携し、家庭・職場・地域など、本村のあらゆる場面で健康づくりを進めることを目的としています。

これらを通じて、子どもから高齢者まで村民誰もが安心していきいきと暮らせる村づくりの実現を図るため、「健やかで笑顔あふれる村づくり」を基本理念と定め、その実現に向けて以下の9つの分野別目標を設定し、健康づくりの推進を図ります。

健康しいば21実践計画(第二次)の目標

1 栄養・食生活	
<p>食生活は、人間にとって、生命の維持や健やかな成長、健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、生活習慣病予防のほか、生活の質の向上や社会機能の維持・向上の視点からも大切です。また、ライフスタイルや食環境の変化により、食習慣の乱れや栄養の偏り等様々な問題が浮かび上がってきています。そのため、健康づくりに必要な知識を身につけ、望ましい食生活の実践に向けた取組が求められています。</p>	
<p>主な取組</p>	
① 肥満	<ul style="list-style-type: none"> ● 村民へ現状の周知（広報誌、やまびこ通信等を活用） ● 肥満解消のための正しい知識の普及・啓発
② 間食	<ul style="list-style-type: none"> ● バランスの良い食生活についての知識の普及・啓発 ● 間食の摂り方についての知識の普及・啓発
③ 就寝前食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事の摂り方についての知識の普及・啓発
④ 低出生体重児	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊娠期の保健指導・栄養指導（家庭訪問による指導の実施） ● 妊娠期の歯科受診率の向上 ● 低出生体重児への適切な保健指導・栄養指導、将来の生活習慣病発症予防のための保健指導
⑤ 子どもの肥満	<ul style="list-style-type: none"> ● 関係機関との課題の共有 ● 小中学生、保護者も含めた保健指導・栄養指導
2 身体活動・運動	
<p>「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動作を、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・意図的に行われるものを指します。身体活動・運動を増やすことで、生活習慣病発症のリスク、生活機能低下のリスクを低くすることが明らかになってきています。多くの村民が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法や環境づくりが必要です。</p>	
<p>主な取組</p>	
① 運動習慣	<ul style="list-style-type: none"> ● 運動習慣の必要性について知識の普及・啓発 ● ライフステージに合わせた運動の啓発 ● 運動に関する正しい知識の普及 ● 運動事業の利用促進
② ロコモティブシンドローム	<ul style="list-style-type: none"> ● ロコモティブシンドローム予防の普及・啓発 ● ロコモティブシンドローム関連疾病の現状把握
3 休養・こころの健康	
<p>健康づくりを考える上で、身体の健康と同様に重要なものが、こころの健康です。こころの健康とは、人が健康で豊かな生活を送る上で重要な条件でもあり、人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択することまでを含めることで、一人一人の生活の質に大きく影響するものとなります。適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活などは、身体だけでなくこころの健康においても重要な要素となります。これに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素となっています。</p>	
<p>主な取組</p>	
① 睡眠	<ul style="list-style-type: none"> ● 睡眠について正しい知識の普及・啓発 ● 相談窓口の周知
② ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ● ストレスに関する正しい知識の普及・啓発 ● 適切なストレス解消法についての周知 ● 専門家による相談窓口の周知 ● 傾聴講座の実施 ● 聴きミミ隊訪問の継続
③ 地域とのつながり	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域とのつながりの必要性について啓発 ● ボランティア活動やサロン等の交流の場の参加促進

4 たばこ

喫煙はがん、循環器疾患、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などの生活習慣病を引き起こす最大の危険因子であるほか、低出生体重児や流産・早産など妊娠に関連した異常の原因となります。特に未成年の喫煙は、脳の発達に影響するとともに、ニコチン依存度も高くなるため、知識の普及が必要です。また、禁煙対策をすすめ、本人の健康被害と受動喫煙による周囲の人々への影響をなくすることが重要です。

主な取組	
① 喫煙率	<ul style="list-style-type: none"> ● 喫煙による健康被害について正しい知識の普及・啓発 ● 公共の場や職場等における禁煙または分煙の推進 ● 禁煙希望者への情報提供
② 未成年者や妊娠中の喫煙の防止	<ul style="list-style-type: none"> ● 喫煙が妊娠期や未成年に与える影響について、正しい知識の普及・啓発 ● 妊娠期の家族も含めた保健指導（家庭訪問による指導の実施） ● 公共の場や職場等における分煙の状況把握
③ COPDの（慢性閉塞性肺疾患）予防	<ul style="list-style-type: none"> ● COPD（慢性閉塞性肺疾患）の普及・啓発 ● COPD（慢性閉塞性肺疾患）治療者の現状把握

5 アルコール

過度な飲酒は、肝疾患、脳血管疾患、がん等の生活習慣病の原因になります。また、徐々に飲酒量が増加し、それが習慣化するとアルコール依存症となり、社会への適応力の低下を引き起こすことがあります。また、未成年の飲酒は、健全な成長を妨げるなど身体的発育に与える影響が大きいほか、社会的な問題を引き起こしやすくなるため、未成年者の飲酒を防止することが重要です。なお、女性は、男性よりアルコールによる健康障害を引き起こしやすいので注意が必要です。特に妊娠中の飲酒は胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こすことから妊娠中の飲酒は避けなければいけません。

主な取組	
① 適切な飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ● 適切な飲酒量について正しい知識の普及・啓発 ● 特定健診結果に基づいた個別指導
② 未成年者や妊娠中の飲酒の防止	<ul style="list-style-type: none"> ● 飲酒が妊娠期や未成年に与える影響について、正しい知識の普及・啓発 ● 妊娠期の飲酒について現状把握

6 歯の健康

歯と口腔の健康は、子どもの健やかな成長、生活習慣病の予防など全身の健康づくりに重要な役割を果たしています。また、食事や会話を楽しむなど生活の質にも深く関わっており、豊かな生活を送るためにも大切な事です。いつまでも自分の歯で健康に過ごすためには、歯の喪失原因であるむし歯や歯周疾患の予防が重要であり、生涯にわたる歯と口腔の健康づくりに取り組むことが必要です。

主な取組	
① 子どものむし歯有病率の抑制	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診、フッ素塗布の実施 ● 健診時の相談、指導の実施 ● 保育所や学校におけるフッ化物洗口の継続実施
② 口腔機能の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔機能の維持・向上についての知識の普及・啓発 ● 歯周疾患検診の実施 ● ライフステージに合わせた口腔機能訓練
③ 定期的な歯科健診受診	<ul style="list-style-type: none"> ● 定期的な歯科健診の必要性について正しい知識の普及・啓発 ● 要治療者への受診勧奨

7 糖尿病

糖尿病の症状は、初めのうちは痛みなどの自覚症状がないため、検査で異常が出て自分には関係ないと考えがちです。再検査など医療機関を受診しない人がいることが、糖尿病の一步手前の状態である「糖尿病予備群」の増加要因となります。また、糖尿病の一番の問題は、合併症を引き起こすことです。神経障害、網膜症、腎症といった合併症が重症化すると、人工透析だけでなく失明や生活の質にも大きな影響を及ぼすほか、日常生活の不便さに加えて多額の医療費が必要となります。さらに、心筋梗塞や脳卒中のリスクが上昇します。

主な取組

① 発症予防	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診等の受診勧奨 ● 特定健診等未受診者への個別訪問 ● 生活習慣病予防のための啓発 ● 保健指導の実施 ● 家族歴に基づいた保健指導の実施
② 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ● 未治療者、治療中断者の把握 ● 未治療者、治療中断者への保健指導 ● 医療機関等との連携による保健指導

8 循環器疾患

循環器疾患は、血管や心臓に起こる疾患のことで、がんに次ぐ日本人の主要死因であり、主なものとして脳卒中や心筋梗塞があります。また、死因に占める割合が大きだけでなく、後遺症によって介護が必要な状態になるなど、本人の生活の質の低下はもとより、家族など周りの人にとっても大きな負担となります。

主な取組

① 発症予防	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診等の受診勧奨 ● 特定健診等未受診者への個別訪問 ● 生活習慣病予防のための啓発 ● 保健指導の実施 ● 家族歴に基づいた保健指導の実施
② 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診結果に基づいた保健指導の実施 ● 未治療者、治療中断者の把握 ● 未治療者、治療中断者への保健指導 ● 医療機関等との連携による個別支援 ● 非肥満かつ危険因子重複者へ保健指導の実施

9 がん

がんの死亡数と罹患数は、人口の高齢化を主な要因として、ともに増加し続けています。平成29年人口動態統計によると、がんで死亡した人は約37万人（男性約22万人、女性約15万人）となっています。がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのが、がんの早期発見です。がんを早期発見するためには、自覚症状がなくても定期的に検診を受診することと、精密検査を受けることが重要です。

主な取組

① 発症予防	<ul style="list-style-type: none"> ● がんのリスクを高めない生活習慣の知識の普及・啓発 ● 肝炎ウイルス検査未受診者への受診勧奨
② がん検診受診率の向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 有効性が確立しているがん検診の実施 ● 若い世代への受診勧奨 ● 若い世代が受診しやすい環境づくり ● ピンクリボン活動などの啓発活動の推進 ● 要精密検査未受診者への受診勧奨

②身体機能の維持・増進

高齢者が長く健康で暮らしていくためには、自身の健康状態や運動能力に応じたスポーツ活動も大事になってきます。しかし、日常生活圏域ニーズ調査で、スポーツ関係のグループやクラブへの参加頻度が月に1回以上という高齢者は20.1%で、平成28年度の26.6%より低下しています。また、いきいきサロン事業において従事者の人材不足や実施内容の評価が課題となっています。今後は、要介護状態の大きな原因である運動機能障害を予防するために、引き続きいきいきサロン事業等の介護予防事業や生きがい活動支援通所事業の内容の充実及び開催回数を増やすことに加え他課やスポーツ推進委員との連携、リハビリ専門職等を活用することで、心身の健康における、スポーツ活動、レクリエーション活動の必要性を啓発し、楽しみながらスポーツやレクリエーション活動ができるよう普及推進していきます。

③特定健康診査・特定保健指導等の受診率の向上

特定健康診査は、日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病を予防し、高齢期に要介護状態となることを防ぐため、40歳以上の方を対象に行います。現在、村内10地区（11会場）で特定健診を行い、その結果を基に必要と思われる人に対し特定保健指導を行っています。しかしながら、若者の受診率が低いことや受診後に特定保健指導対象となった方の未受診といった課題があります。感染症により集団健診の実施が困難になるなどの問題もあります。未受診者に対しては、郵便や電話で受診勧奨を行い受診率の向上に努めます。また、告知端末による呼びかけや、個別電話連絡、特定健診のポスター配布箇所を増やすほか、広報誌等でも特定健診の重要性を啓発・周知していきます。

特定健診の実施にあたっては、いわゆる「3密（密閉・密集・密接）」を避け、受診者及び職員のマスク着用や手指消毒、体温測定を徹底することで感染を防止します。

④村独自の介護予防事業の実施

ア 栄養教室

食生活改善推進員による栄養教室（男性料理教室、低栄養教室、減塩調理）を実施しています。

イ 告知端末による情報発信

告知端末を活用して、村民に「声の健康だより」として保健師等が講話を放送したり、総務課による定時放送において「高齢者世帯向け特別番組」を放送したりしています。

(2) 生きがいつくりと社会参加の促進

①自己による生きがいつくり

高齢者が自ら生きがいを持てるように、趣味や実益、生産（農林業等）に関することなど様々な分野の自主学習や自己研鑽、技術習得に関する情報と機会の提供に努め、関係機関及び団体と連携した取組を支援していきます。

②仲間による生きがいつくり

各地区の集会施設等で行ういきいきサロン事業や、デイサービスセンターで行う生きがい活動支援通所事業をはじめ、老人クラブや趣味の会などの仲間同士での活動を通じた生きがいつくりを支援します。

いきいきサロンの実施にあたっては、多様なサロンを展開することで住民相互の交流や地域の結びつきを深め、高齢者自身が主体的に地域課題の解決に取り組めるような体制づくりを支援します。

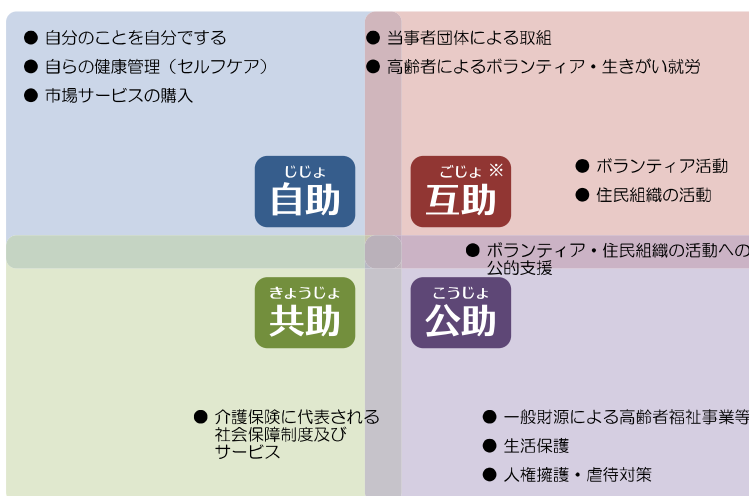
③第三者が関係する生きがいつくり

介護支援サポーターの養成研修会を行うなどボランティア活動の支援を強化し、意欲的な元気高齢者をはじめとした地域住民が積極的にボランティア活動に参加できるよう支援します。

また、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を育成・配置し、地域に不足しているサービスの創出、生活支援サービスの担い手となるボランティアの養成、元気高齢者等が活躍する場の確保、関係機関とのネットワーク化を行っていきます。

④社会参加の促進

地域行事や団体への参加、シルバー人材センターの活用等により、高齢者が持つ貴重な経験や技術・能力を地域に還元する機会を創出することで、地域活動やボランティア活動など地域社会での活躍を支援します。



※ 従前、このような活動を「共助」と定義していましたが、本計画では国の地域包括ケアシステムのあり方において示された定義に合わせ、「互助」としました。

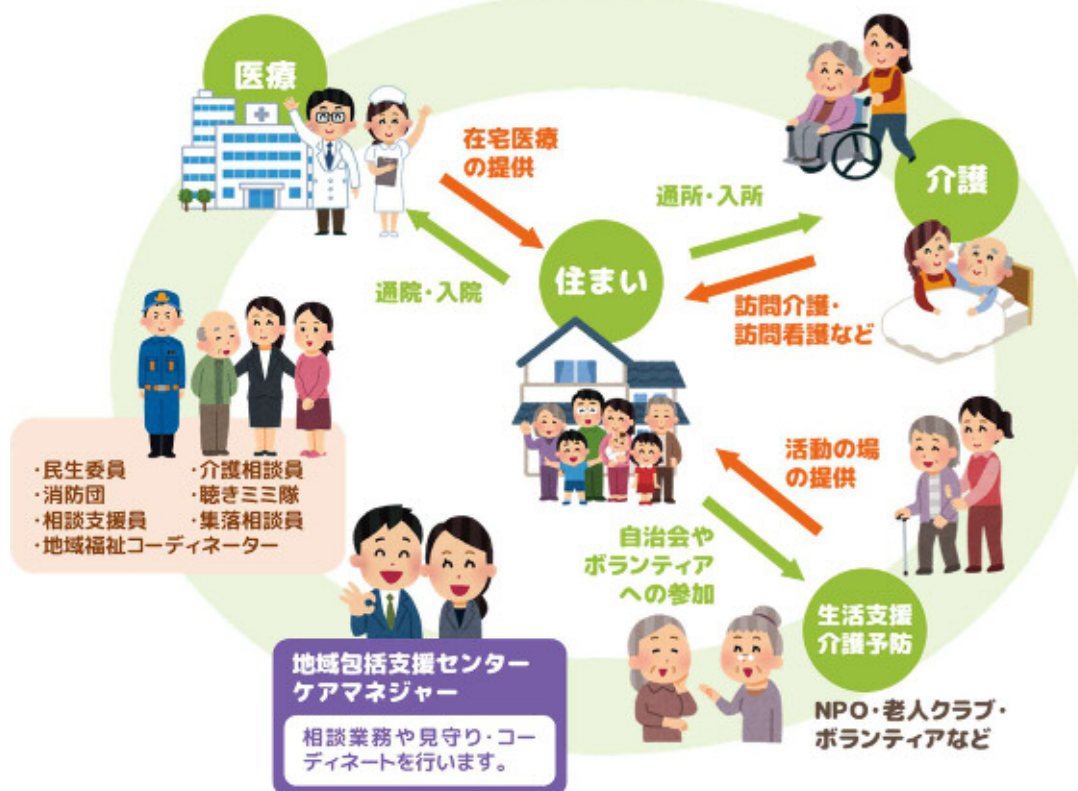
基本目標2 介護を支える仕組みの確立

本村では第6期介護保険事業計画より、地域包括ケアシステム（介護等が必要となっても住み慣れた地域で可能な限り自立した生活ができるようにするために「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」を一体的に提供する仕組み）の構築を推進してきました。

今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。以下同じ。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。地域共生社会の実現に向けて、地域住民と行政などが協働し、自助、互助、共助、公助のそれぞれが役割分担しながら、介護サービスや生活支援サービスを身近な生活圏域で利用できるよう、環境を整備（拠点施設等の適正配置、人材の確保等）するとともに、多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークの構築が必要です。

第8期では、社会資源が乏しく公的サービスにも限界がある中で、将来にわたって「住み続けたい椎葉」であり続けるために、古来より受け継がれてきた「かてーり」の仕組みや、幼少期から社会参加することの大切さを教える地域の伝統を生かしながら、今後進行する後期高齢者の増加に備え地域づくりを進めます。

地域包括ケアシステムの姿



(1) 地域包括ケアシステムの推進

介護保険事業計画は、第6期計画から2025年（令和7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しています。

地域包括ケアシステムは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、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体制です。令和7年に団塊の世代が後期高齢者となり、本村においても高齢者の6割以上が後期高齢者となり、要介護認定率が大幅に上昇することが予測されています。そのため、行政、事業者、専門機関、地域が手を取り合い、地域の特性を最大限にいかしながらあらゆるニーズに対応するための多様なサービスや活動を展開する必要があります。

特に、本村において75歳以上が人口に占める割合が最も高くなると予想される2040年（令和22年）頃までに直面する状況を見据え、実情に合わせた地域包括ケアシステムを推進していきます。

地域包括ケアシステムの構成要素



[出典]三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業);平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業;2016年

①第8期計画における推進の視点

第8期計画では、第7期計画の考え方を踏まえ、豊かな経験と能力のある高齢者が社会に貢献しやすく、地域で役割を持って活動できるようなまちづくりを推進するため、以下の視点に基づき、地域包括ケアシステムの広がりのある事業の展開を図っていきます。

ア 地域包括ケアシステムの普及啓発

地域包括ケアシステムの深化・推進には、地域で活動する医療・介護の事業者のほか、住民組織など地域の皆さんの理解や協力が欠かせません。それには、地域包括ケアシステムとは何か、自分で何ができるのか等、一人ひとりの意識を醸成し、つなぎ合わせていくことが重要です。住民、事業者、行政が一体となり、誰もが持てる力を発揮して活躍できる地域づくりを進めていきます。また、介護予防に関する基礎的な知識・情報を共有すると共に、心身機能改善の有効事例紹介などを通じ、重度化防止に向けたライフスタイルの普及に努めます。

イ 多様な主体の連携と協働

安全・安心に在宅生活を送るためには、医療や介護等の専門職、民生委員・児童委員や相談支援員等の福祉関係者、社会福祉法人、インフォーマルな生活支援サービスを提供する団体など、多様な主体の連携・協働が必要です。しかし本村ではインフォーマルな支え手の体制を構築することが困難であるため、社会福祉協議会を核として進めていくことが重要です。多様な主体との連携により、高齢者分野の枠を超えた協議の中で、村民の福祉を包括的に支援します。

ウ 地域包括ケアシステムの評価

地域包括ケアシステムを構成する住まいを中心とした保健・介護予防、生活支援、医療、介護の5つの要素を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築状況の把握と評価を行います。また、村が行う多様な施策について、地域包括ケアシステムに関連した取組であることを、わかりやすく周知していきます。

(2) 地域包括支援センターの機能強化

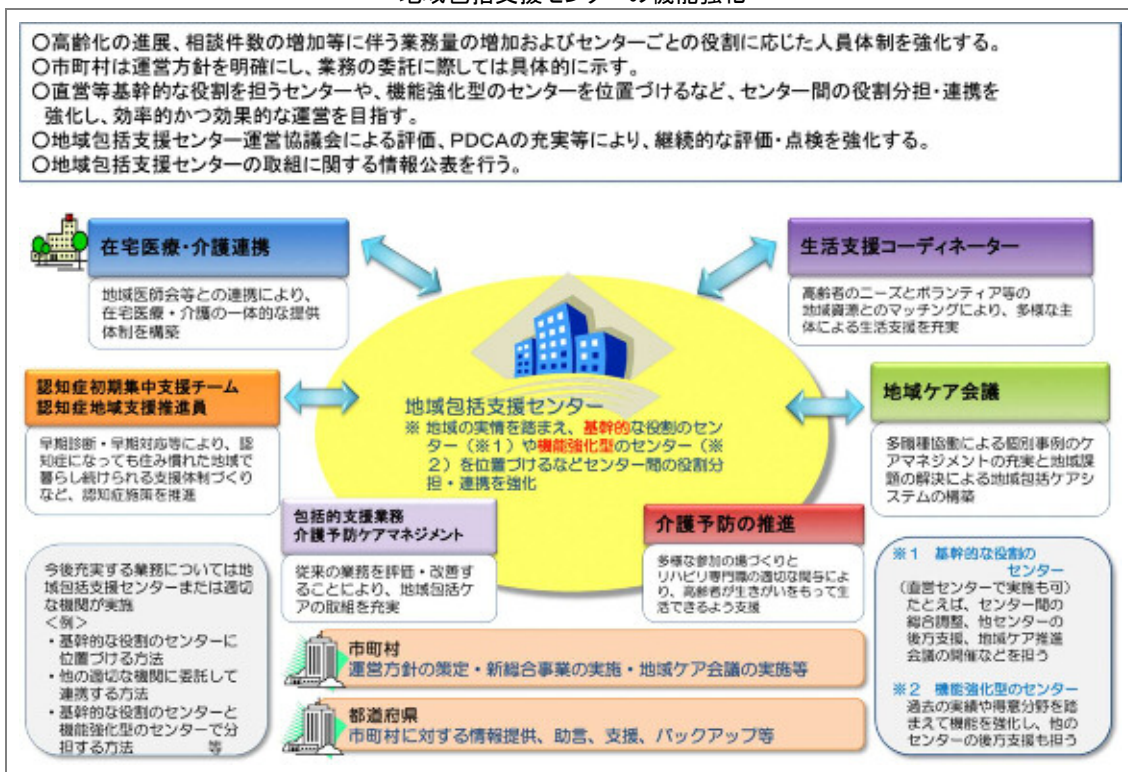
高齢者の心身の状況や変化に応じた生活の質の確保を目指し、高齢者に関する多様な相談を総合的に受け止め、心身の健康の保持と生活の安定のために、関係機関と連携して高齢者が適切なサービスや社会資源を活用していけるように情報提供を行うなど、地域包括支援センターの機能の充実を図っていきます。

また、PDCAの充実による効果的な運営の継続という観点から、実施する事業の質の評価を行い、事業の質の向上に努めます。

さらに、さまざまな機会や会議等を通じて地域の課題を捉え、地域住民や関係機関とともに地域のネットワークを構築しつつ、包括的・継続的な支援を行う地域包括ケアシステムの一部を担っていきます。

引き続き、在宅医療・介護連携に係る施策や認知症施策、生活支援・介護予防サービスの基盤整備等の推進を図るとともに、多様な主体との連携強化を図り、効率のかつ効果的な運営を目指します。

地域包括支援センターの機能強化

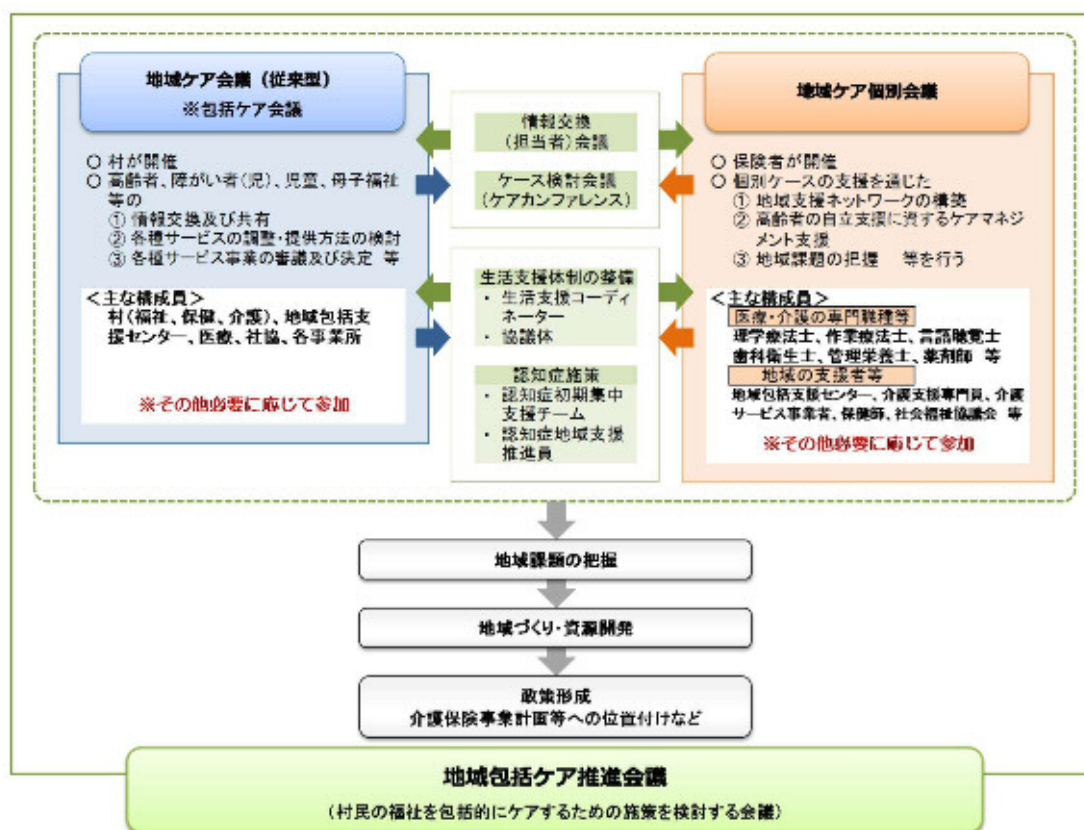


[出典]厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」

(3) 地域包括ケア推進会議

本村でこれまで実施してきた「地域ケア会議（従来型）」を「包括ケア会議」として高齢者、障がい者（児）等の支援について協議する場として内容を充実して実施し、「情報交換会議（サービス担当者会議）」や「ケース検討会議（ケアカンファレンス）」、自立支援に向けた「地域ケア個別会議」を有機的に連携することにより、村としての考え方や方針、役割分担を明確にする本村独自の「地域包括ケア推進会議」として機能させ、すべての村民の福祉を包括的にケアするための施策を充実させていきます。

地域包括ケア推進会議のイメージ



(4) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

地域包括ケアシステムの構築・深化・推進には、それを担う介護人材の確保が重要です。しかしながら、介護人材不足が深刻化していることが現状であり、また2025年（令和7年）以降は現役世代（介護の担い手）の減少が顕著となることも予想されており、介護人材の確保が大きな課題となります。

総合的な介護人材の確保のための取組に加え、介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、総合事業等の担い手確保（ポイント制度やボランティアの活用等）などの取組を検討していきます。

①介護人材の確保や定着に関する支援

介護従事者の担い手の確保施策や、介護従事者への知識・技術の習得の講座、個別就職相談、職場体験等を実施し、意識の啓発を図ります。

移住コーディネーター（地域おこし協力隊）により、有資格者等の介護スキルを有する人材の移住を支援します。

また、継続的にサービスを提供するための体制構築に向けて、近隣町村と協議を進めています。

②介護ロボット・ICTの活用による業務効率化の支援

業務効率化を進め職員の負担軽減を図る観点から、介護ロボットやICT導入を進めていくことが重要とされています。

国・県では、地域医療介護総合確保基金に基づくこれらの導入支援事業を計画しています。宮崎県と連携して優良事例についての情報収集を継続し、事業者等への情報提供に努めます。

③介護分野への元気高齢者等の参入促進

宮崎県と連携しながら新規介護人材の確保及び介護人材の定着支援を両輪で進め、子どもから高齢者まで幅広い世代の地域住民に対し介護職場の魅力を発信し、介護職場のイメージを刷新していきます。

④介護分野の文書に係る負担軽減の推進

人材不足の中で、介護現場の専門職が、利用者のケアに集中し、ケアの質を確保するために介護現場の業務効率化を推進することが求められています。

このため国では、介護分野における文書の負担軽減に関する専門委員会を設置し、指定申請や報酬請求、指導監査等に関する文書に関する負担軽減のあり方が検討されており、令和元年12月に中間とりまとめが行われました。これに基づき、関係法令・通知等の見直しが行われ、各種様式の統一化や、添付書類の簡素化が進められています。

国の示す方針に基づいて申請様式や添付書類の見直しや手続きの簡素化を図り、介護現場の業務効率化を推進します。

(5) 医療と介護の連携

本村の地域医療は、椎葉村立国民健康保険病院（以下「村立病院」）に負うところが非常に大きい状況です。

村立病院は、全村民のかかりつけ病院としての機能を担うため総合診療科を標榜し、症状に応じて適切な専門診療科を紹介した患者が、安定期またはサービスの調整段階となると、改めて受け入れ医療が受けられる仕組みづくりに取り組んでいます。

外来部門は、通常の外来業務に加え乳幼児健診や予防接種、救急外来、無医地区への巡回診療、通院困難者への訪問診療・訪問看護、村内老人福祉施設の嘱託医療業務を行っています。また入院病棟は、要介護者や難病患者を介護するご家族のためのレスパイト入院、災害予測時に医療依存度の高い要介護者の避難を目的とした悪化防止入院、通常は老人保健施設での対応となる通院困難な要介護者の訓練目的入院といった、いわゆる「小規模多機能型病院」とも言える役割を担っています。

①在宅医療・介護連携の推進

本村においては、村立病院が訪問診療を行っているものの、村内に訪問看護ステーション等の医療系サービスを提供する事業者はありません。医療機関と介護部門の連携としては、村立病院との入退院調整が多くを占めますが、村外の医療機関との連携も行っています。

第8期以降もさらに在宅医療を進めていくためには、介護保険のみならず医療保険の面においても医療系の訪問サービスが必要となりますが、現段階では、専門職の人材確保や事業所の参入が見込めないなどの課題があります。

住民サービスが低下することのないよう、村内医療の中心となる村立病院との連携を維持することを第一としつつ、日向入郷地域で協議を進めている、村立病院を含めた医療機関との連携を体系化し、住民が自ら自立に取り組む椎葉村を目指すために病院関係者の意識改革を進めることで、村外医療機関とのさらなる連携強化を図ります。

②医療計画との整合性の確保

宮崎県では、平成30年3月に「安全で質の高い医療を切れ目なく効率的に提供する体制の確立」を基本理念とする「第7次宮崎県医療計画」を策定しました。この見直しに伴い、二次医療圏ごとの特性や実情を踏まえて患者に応じた質の高い医療を効率的に提供する体制の構築を目的として地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化及び連携を推進する「地域医療構想」を策定しています。

本村においても、宮崎県「日向入郷地域医療構想」との整合性を確保しつつ、在宅医療・介護の連携を促進していきます。

(6) 生活のなかに受け継がれてきた地域共生社会の維持とこれからの取組

地域共生社会とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超え、地域住民や地域の多様な主体が「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、地域をともに創っていく社会のことです。

本村には、住民が相互に助け合う「かてーり」の仕組みが古来より受け継がれており、その精神は、隣歩班（隣近所）や地域内の婦人会や青年会、老人会などによる日頃からの見守りや手伝い、消防団などによる災害時の助け合いなど、様々な場所や場面で機能的に発揮されています。そこに、乳幼児や高齢者、妊婦、障がい者（児）、青壮年などの区別はなく、普段の生活の中で受け継がれており、さらに、民生委員・児童委員や社会福祉協議会などによる互助・共助の取組、行政の支援も垣根を越えて通常的に図られています。

しかしながら、人口減少、少子高齢化に伴い上昇を続ける高齢者世帯率、障がいを抱えながら在宅で暮らす方への支援、発達に不安のある子や子育てに悩む保護者への支援など大変重要であり、これらにどう取り組むかがこれからの課題となっています。

①住民すべてを巻き込んだ福祉の推進

脈々と受け継がれている相互扶助の仕組みも、人口の減少や高齢化により相互に助け合うことが困難になり、一方向からの扶助では受け継がれてきた「かてーり」の仕組みを維持できなくなることが懸念されます。

そこで、自助・互助・共助・公助の適切な役割分担を基本に、地域福祉推進体制を確立するための取組を推進していける人材の育成等、現在自然に行われている隣歩班（隣近所）や地域内の様々な組織による見守りや助け合いを体系化して、様々な場面で住民すべてがお互いに見守り、助け合う仕組みづくりがさらに深まるよう努めます。

また、本人・家族の希望を把握しながら、軽度者の住まいの確保方策を検討します。

②支えられる側から支える側への転換

人口減少、高齢化により支え手が少なくなることから、このままでは若年層が疲弊してしまうことが心配されます。

ボランティア活動体制の強化や、もっと多くの元気な高齢者が支え手として、様々な取組の中で一翼を担っていくような仕組みづくりを進め、支えられる側から支える側への転換を図ります。

③住み続けたい環境づくり

障がい者（児）や高齢者が同一事業でサービスを受けられることはもとより、拠点施設の有効利用や多様なサロン事業の展開により、母子、乳幼児、障がい者（児）、高齢者がつどい、活動し、日頃の生活の中で交流できるような仕組みづくりを進め、住み続けたい椎葉を目指します。

(7) 生活支援体制の充実

①良質な居住環境・住まいの確保

身体機能が低下しても住みやすくするため、住宅の改造・改修費用の一部を助成します。また、居宅での生活が困難なひとり暮らし高齢者に対して、健康で生き生きとした生活が送れる高齢者共同生活支援施設を提供します。

また、多様な介護ニーズの受け皿となっている有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の入居定員数を把握するとともに、宮崎県と連携し情報の共有を図ります。

②日常生活の支援

在宅での生活の継続と要介護状態への進行防止を目的に、簡易な日常生活上の援助を行ったり、日常生活の援助・指導を行ったりすることで、高齢者の自立や要介護状態への進行防止を図ります。また、シーツ貸与や配食・理美容・寝具洗濯サービスを行うことで、高齢者の日常生活を支援します。

今後は、高齢者福祉事業と介護保険事業との整合を図りつつ、より効果的な支援ができるよう事業体系を見直します。

③在宅での介護に対する支援

在宅での介護に必要な物品購入の助成や、介護者に代わって一時的に介護する必要がある場合に、短期間の宿泊により日常生活の支援を行います。また、寝たきり高齢者等を長期間介護している家族へ手当を支給します。

椎葉村の限られた資源の中でも実現可能なレスパイトケアの仕組みを構築し、介護者ができるだけ無理のない介護生活を続けられるよう支援します。

④移動支援

高齢者の移動手段を確保するため、村内公共交通機関の利用助成や、公共交通機関の利用が困難な方へのタクシー利用助成を行っています。また、一般の交通機関を利用することが難しい車いす利用の高齢者等に、サービス事業所や、医療機関までの送迎を福祉車両（リフト車）にて行います。

今後は、地域振興課や建設課とも連携しながら、移動支援の見える化や事業利用者要件見直しの情報提供を行います。

⑤安全・安心な生活環境の整備

緊急事態に迅速に対応ができるよう、緊急通報装置の設置や、見守りが必要な高齢者の情報の共有を図り、ネットワークの構築に取り組みます。

また、公共の道路のバリアフリー化推進や通行の支障となる段差・勾配を解消し、落石の除去や道路の補修に迅速に対応することで、タクシーや福祉車両等公共交通機関の安全な走行に貢献します。

⑥生きがいづくりや交流機会の提供

生きがい活動支援通所事業やいきいきサロン事業等により、健康増進や生きが

いづくりを行い、スポーツやレクリエーション、創作活動を通じて介護予防や交流を図ります。

また、老人クラブなどの団体について、地域ボランティア活動や世代間交流等を通して、高齢者自身が地域づくりの担い手として社会参加が出来るよう支援していきます。

さらに、生きがいづくりや交流の場として、高齢者センターの機能の充実と適切な管理を行っていきます。

⑦成年後見制度利用支援事業

村長等による審判請求によって家庭裁判所から選任された成年後見人等に係る報酬の全部又は一部を助成します。

(8) 災害や感染症対策に係る体制整備

①災害に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行っていくことが重要です。

このため、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的を確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促していきます。

②感染症に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、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等を行うことが重要です。

このため、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を確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等が必要です。また、感染症発生時も含めた宮崎県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備し、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・輸送体制の整備を行っていきます。

基本目標3 認知症施策の強化

国は、総合的に認知症対策を推進するため、「認知症施策推進大綱」の基本的な考え方（認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進）に沿った取組を提唱しています。

これまで、認知症になっても、いつまでも地域で住み続けられる体制づくりのため、認知症地域支援推進員の配置や、脳の健康教室サポーター・認知症サポーターの養成などの取組を進めてきました。

今後も、認知症の人やその家族の視点を重視し、認知症に対する理解の促進を図るとともに、相談支援体制の整備や社会資源を考慮した生活支援等、本村の実情に応じた多様な認知症施策を展開していきます。

認知症施策推進大綱（概要）

-令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議決定-

【対象期間】

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）まで

【基本的な考え方】

- ポイントは「共生」と「予防」

「共生」・・・認知症の人が、尊厳と希望をもって認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味。

「予防」・・・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穏やかにする」という意味。

【5つの柱】

1. 普及啓発・本人発信支援
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
5. 研究開発・産業促進・国際展開

(1) 普及啓発・本人発信支援

①認知症への理解を深めるための普及・啓発

認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職域において認知症の人や家族を支援する認知症サポーター等を養成します。

またスキルアップを図るための研修等を開催し、知識や経験の豊かな方を「家族介護支援事業」での聞き役として活動できるような体制をつくり、家族介護者の負担を軽減します。他にも活動の場を設けるよう検討していきます。

②本人ミーティングの実施・支援の検討

認知症の人が集い、自らの体験や希望・必要としていることを主体的に語り合う本人ミーティングの開催に向け、実施についての検討や具体的な支援等を検討します。

(2) 予防

①発症予防・進行予防の推進

加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が認知症の危険因子、運動、食事、余暇活動、社会的参加、認知訓練、活発な精神活動等が認知症の防御因子とされています。認知症の発症予防については、運動、口腔機能の向上、栄養改善、社会交流、趣味活動など日常生活における取組が、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンや体操教室の開催などを推進していきます。認知症の進行予防については、「自分の今を知る」ことが出発点になることから現状を理解する仕組みづくりを検討していきます。

(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

①早期診断・早期対応のための体制整備

認知症に関する正しい知識や村の取組などを地域住民や関係機関に周知・啓発し、認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期対応についての啓発に努めます。

また認知症予防教室など、認知症の予防、早期発見を目的とした各種教室も引き続き開催していきます。

さらに、医療と介護の連携協力についてはさらなる取組の充実を図り、早期発見・早期診断につながりやすい体制を整備します。

ア 認知症初期集中支援チームの活動

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症

初期集中支援チームの活動による、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築します。

②認知症の人の生活を支える介護の提供

ア 良質な介護を担う人材の確保

介護保険施設等の職員を対象に、認知症介護技術の向上を図るための研修への参加を促し、認知症介護に関する専門スキルを向上します。

認知症高齢者とその介護者に適切なケアマネジメントを行うため、ケアマネジャー等の関係機関に対して医療・介護の連携等に係る研修へ参加を促し、認知症への対応力の向上を図っていきます。

③医療・介護等の有機的な連携の推進

ア 認知症ケアパスの確立

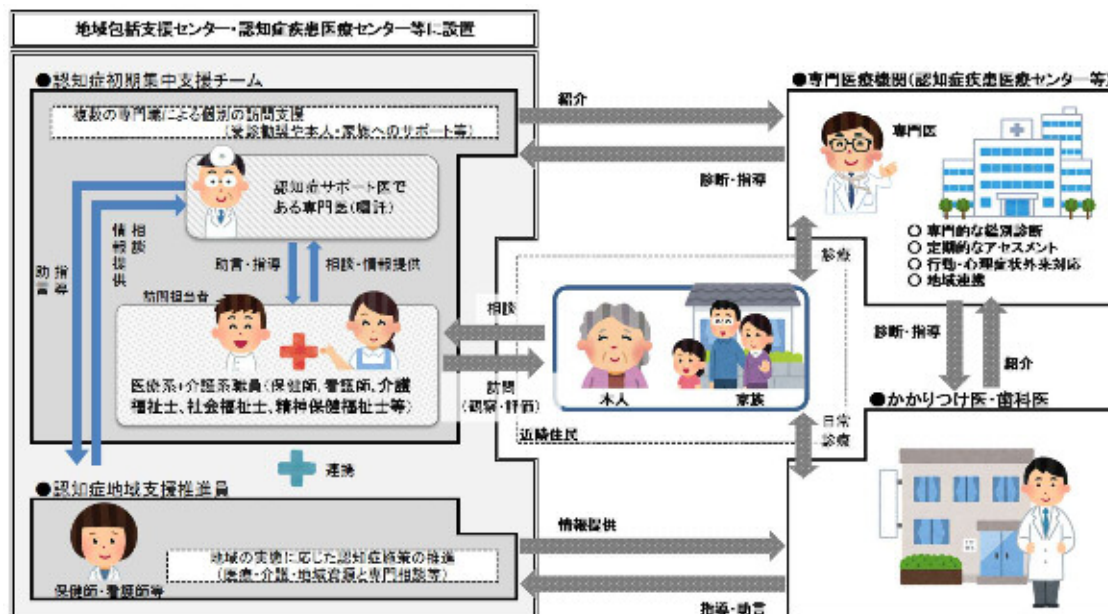
認知症ケアパスは、認知症の初期段階における予防方法や、医療機関、介護サービスなど、認知症の方が利用できるサービスの流れを体系的に示したものです。地域での認知症対策の充実が図れるよう関係機関と連携を強化します。また村民への周知・普及に努め、認知症の方だけでなく、その家族、地域の医療や介護に関わる人、すべての支援者が連携の仕組みを理解できるよう努めていきます。

イ 関係者間の情報共有・連携の推進及び認知症地域支援推進員の配置

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが重要です。

このため、本村では認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員を配置し、認知症地域支援推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ります。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員等の関係



[出典]全国介護保険担当課長会議資料(平成26年7月28日)より抜粋

(4) 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

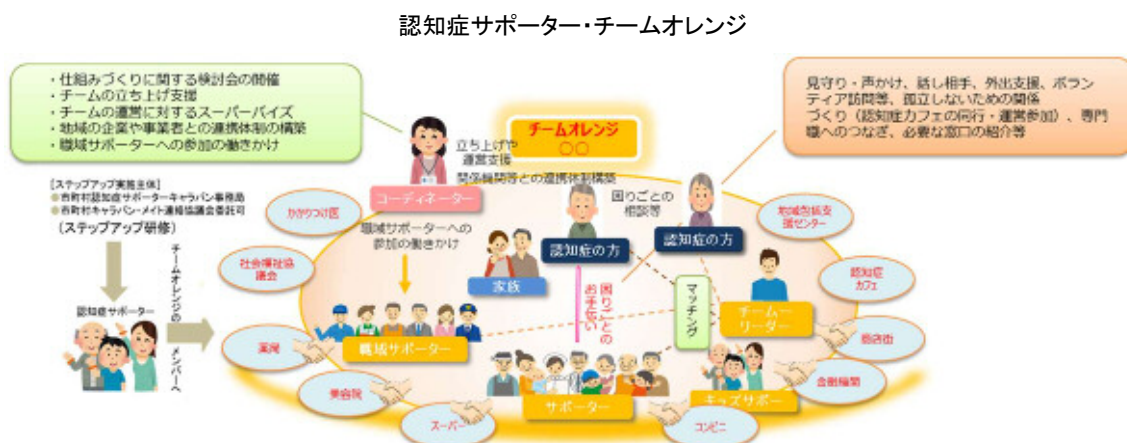
①認知症バリアフリーの推進

認知症バリアフリーは、認知症になっても住み慣れた地域で普通に暮らしていける環境が整っていることや、生活の妨げとなる障壁が排除されていることをいいます。

本村においても、移動手段の確保や交通安全、生活支援の確保等の地域における支援体制の構築を目指し、認知症の人の社会貢献や社会参加活動を促進していきます。

②チームオレンジ等の構築

チームオレンジとは、認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みです。本村でもチームオレンジの設置に向けた体制づくりを推進していきます。



[出典]厚生労働省「認知症サポーター活動促進事業」

③若年性認知症施策の強化

若年性認知症の方やその家族からの様々な悩みを聞き、居場所づくり、就職、社会参加等の様々な分野にわたる支援体制を構築するため、県の若年性認知症コーディネーターや関係機関と連携し、地域資源の把握や連絡調整等に努めます。

④認知症の人の介護者への支援

認知症の家族向け講座(研修や実習)を開催し、介護者の負担軽減を図ります。また、村民主体の「家族介護支援事業」への参加を呼びかけ、介護者家族同士の交流を深めることにより、家族の精神的負担を和らげるよう努めます。

⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

認知症となっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる、高齢者にやさしい地域づくりを進めるため、本人や家族の選択肢が広がるよう、一人

ひとりの状態や状況に応じた情報提供を行うなど、村民自らが生き方を考えるきっかけづくりに努めます。

ア 権利擁護

加齢や認知症などにより、判断力の低下した高齢者の権利を守り、契約や財産管理などにおいて高齢者が権利を侵害されないよう、成年後見制度や日常生活自立支援事業の周知を一層図るとともに、適切な制度の案内や利用援助が確実に行えるよう、職員の知識の向上に努めていきます。

また、親族などの協力が得られない高齢者については、村長申立てによる成年後見制度の利用がより円滑に行えるよう体制を整えていきます。

イ 虐待防止

高齢者虐待の防止のためには、早期発見、早期対応が重要です。そのため、福祉・保健・医療などの関係機関や地域が、それぞれの立場で、虐待を受けている高齢者等のサインを敏感に察知して気づくことが必要です。また虐待を把握した場合には、速やかに関係機関や地域が連携し、適切な対応をとることが求められます。

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合等の困難事例を把握した場合にも、関係機関や地域が一体となり、必要な支援を行える取組を推進します。

(5) 認知症施策の推進

①宮崎県との連携

施策の推進にあたっては、宮崎県が行う医療体制の整備や人材育成、広域に取り組む認知症施策も踏まえながら、宮崎県と連携します。

②関連施策との連携

認知症施策の実施にあたっては、認知症の人が地域で自立した日常生活を送るための支援のほか、教育、地域づくり、雇用その他の認知症に関連する施策と有機的に連携し、関係部門と連携しながら、総合的に推進します。

基本目標4 介護保険事業の円滑な推進

介護サービスを必要とする方が、快適かつ安心してサービスを受けられるよう、介護サービスの質の確保、向上を図ります。あわせて、要介護者の増加や介護保険料の上昇が見込まれる中、サービスを必要とする方を適切に認定したうえで、真に必要とするサービスが制度に従って適切に提供されるよう、介護給付の適正化に向けた取組等を推進していきます。

(1) 介護サービスの確保と質の向上

①介護保険担当者の資質向上

サービス提供者に対する適切な助言・指導を行うため、介護保険関連業務に携わる担当職員の資質向上に努めます。

②サービス提供者に対する助言・指導

定期的に意見交換会を実施し、事業運営に必要な情報提供、苦情相談対応の充実、事故防止のための助言・指導を行い、事業所の資質向上に繋がります。

また、介護サービス従事者に対しては、今後とも研修やサービス事業者間の情報交換を支援していくことで、サービス従事者の資質向上につなげていきます。

③研修・講習に関する情報提供

介護サービス従事者に対し、介護技術の研修等、学びの場を提供することで、資質の向上につなげていきます。

④介護保険基準該当サービス

基準該当サービスは、指定介護（介護予防）サービスの要件（人員・設備・運営基準）の一部を満たしていない事業者のうち、県条例（介護予防支援は、村条例）で定める一定の基準を満たすサービスをいいます。事業者は、村へ基準該当事業者として登録申請し、村が登録するとそのサービスは、保険給付の対象サービスとなります。ただし、サービス提供できる範囲は基準該当登録した市町村の範囲内だけになります。

(2) 介護給付費適正化事業の推進（介護給付適正化計画）

介護給付を必要とする受給者を適正に認定し、受給者が真に必要なサービス、事業者が適正に提供するように促すことで、不適切な給付を削減するとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築を図ります。

① 要介護認定の適正化

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

新規、区分変更、更新（一部委託）の認定調査及び調査員研修等への参加を実施してきました。全ての調査内容について点検を行い、適切かつ公平な要介護認定が確保されています。

イ 現状と課題

認定調査は有効期限に左右されるため、更新時期によって調査件数に片寄りがあります。

認定の一連の作業を期限内に終わらせるには、他の業務と同時進行で遂行する必要があり、職員異動がある場合は、調査事務に支障が出てくる場合があります。

ウ 第8期の取組方針と目標

新規、区分変更、更新（一部委託）の認定調査を継続して実施していくとともに、全ての調査内容の書類点検を継続していきます。

認定調査員の養成に対する関係機関への協力依頼を行い、県主催の研修会に参加することで調査解釈を統一するよう努めます。受講後は、調査員全員で共有を図ります。

②ケアプランの点検

【マニュアル等に基づくケアプランの点検】

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

ケース検討会議でケアプランの点検や指導を行っています。介護保険サービス内容が適切かどうか、担当介護支援専門員、地域包括支援センター、サービス事業者、医療従事者等により検討し、適正なサービスの利用を推進しています。

イ 現状と課題

月1回のケース検討会では点検の機会が少なく、また点検を実施するために必要な知識が十分とは言えないため、担当職員の質の向上を図る必要があります。

ウ 第8期の取組方針と目標

ケース検討会議で点検指導の機会をつくり、ケアプランの点検や指導を引き続き行います。

ケアプラン点検を行う担当職員の質の向上を図るため、研修会等へ参加します。

「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」を活用し、自己点検方法として活用できるよう介護支援専門員を支援していきます。

【地域ケア個別会議】

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

自立支援型の地域ケア個別会議を実施していくために、進め方や体制等について関係部署と協議を重ね、平成30年1月から実施しています。

イ 現状と課題

多職種協働で実施する地域ケア個別会議の実施において、本村には専門職が限られているので、関係機関の協力が必要不可欠です。

ウ 第8期の取組方針と目標

専門職を活用した多職種協働で実施する地域ケア個別会議を定期的開催し、利用者の自立支援に資するケアプランの質の向上を図ります。

専門職派遣事業を活用し、個別課題の解決、自立促進、重度化防止が図られるようサービス内容を検討します。

③住宅改修等の点検

【住宅改修】

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

全てにおいて、施工前の実態確認、見積内容の点検、施工後の訪問調査を行うほか、ケース検討会議にて住宅改修の必要性を確認しています。適切な改修や不適切な給付防止につながっています。

イ 現状と課題

保険者だけでなく、保健師や介護支援専門員等による書類確認のほか、状況等確認のため担当介護支援専門員にも現地に同行してもらい訪問調査を行っています。

ウ 第8期の取組方針と目標

全てにおいて、施工前、施工後の訪問調査を継続して実施するとともに、ケース検討会議にて行うケアプラン点検でも引き続き確認していきます。

施工にあたり、高齢者福祉事業との連携を深めていきます。

【福祉用具購入・貸与】

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

ケース検討会議にて、購入・貸与の必要性をプラン等により確認したり、担当介護支援専門員より状況を確認するなど、受給者の状態像に必要な福祉用具の提供を行っています。

イ 現状と課題

保健師や介護支援専門員、福祉用具貸与事業者との適切な事業実施に向けた関係者によるチェックがスムーズに行われています。

ウ 第8期の取組方針と目標

ケース検討会議でケアプラン点検を引き続き実施し、受給者の状態像に必要な福祉用具の提供を行うことで、出来るだけ自立した日常生活が送れるよう支援します。

また上記の点検に加えて、介護給付適正化システムを活用した単位数の確認、厚生労働省が公表する商品ごとの上限価格等を活用した価格点検に努めます。

④縦覧点検・医療情報との突合

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

平成28年度より宮崎県国民健康保険団体連合会へ事業を委託しています。介護給付適正化システムによる縦覧点検や医療情報との突合情報から、介護報酬の不適正・不正な請求を発見し、給付の適正化を図っています。

イ 現状と課題

縦覧点検や医療情報との突合は費用対効果が最も高く、今後も継続していく必要がありますが、村独自による点検は、人員体制により困難です。

ウ 第8期の取組方針と目標

引き続き、縦覧点検及び医療情報との突合点検を、宮崎県国民健康保険団体連合会に委託して実施し、より正確な給付が行われるよう連携を図っていきます。

適切な給付に関する指導が出来るよう、職員の研修会等への出席の機会を確保していきます。

⑤介護給付費通知

ア 第7期計画期間に実施した事業の評価

保険者から受給者本人（家族を含む）に対して、介護サービスを利用した費用の給付状況を通知しています。給付内容を確認していただくことで、過剰請求等の発見につながったり、適切なサービスの利用等の普及啓発が図られています。

イ 現状と課題

通知に金額が記載されているため、不要な不安を与えてしまう恐れがありますが、介護保険制度の持続的な運用の観点からも、受給者本人（家族を含む）が利用したサービス費用の給付状況を把握することは、今後も必要です。

ウ 第8期の取組方針と目標

年1回、通知の範囲を効果の期待できる対象者や対象サービスへ絞り込み、引き続き介護給付費通知を送付します。

広報誌等も活用しながら、理解を求めやすい通知文書の作成を心がけます。



第5章

地域支援事業の推進

第5章 地域支援事業の推進

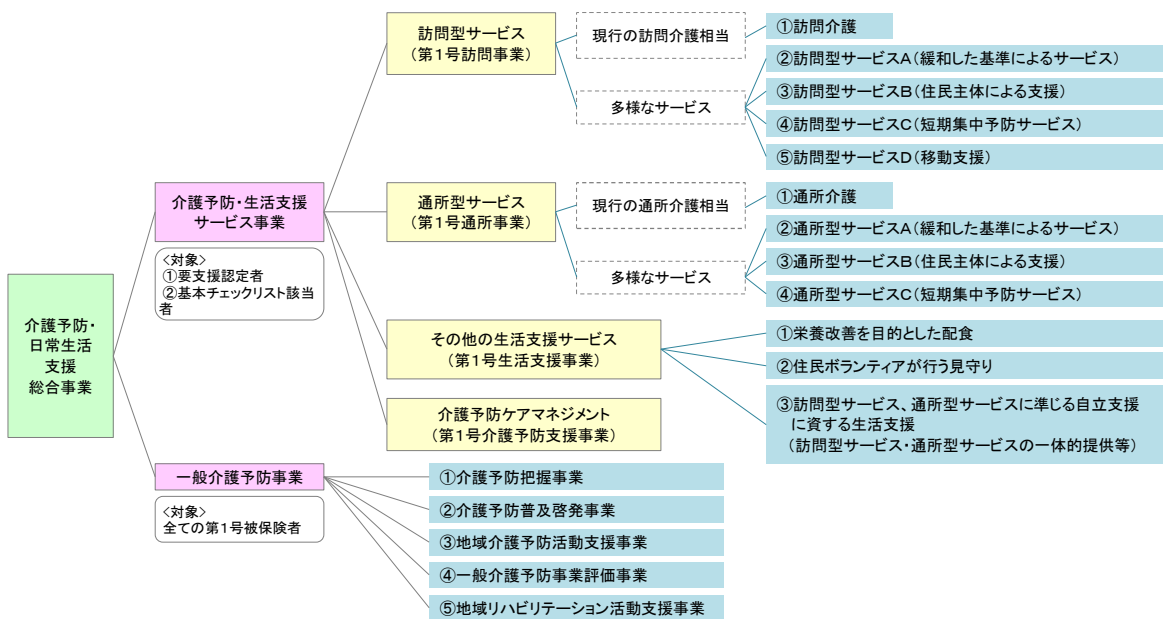
1 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防・日常生活支援サービス事業と一般介護予防事業に大きく分かれます。

介護予防・日常生活支援サービス事業としては、これまでどおり、介護の専門職による訪問型サービスと通所型サービスの提供を維持します。また、一般介護予防事業は、介護が必要となる前の段階から予防を行うことにより高齢者の健康と暮らしの質の向上を目指すものです。

今後は、保健事業と介護予防の一体的実施を図るとともに、「新しい生活様式」を踏まえ、高齢者が継続的に事業へ参加できるよう、実施方法の工夫や、DVDや動画配信、オンラインによる自宅での実施等、柔軟な支援を検討していきます。

介護予防・日常生活支援総合事業の体系



(1) 令和3年度からの取扱い

①総合事業の対象者の弾力化(要介護認定を受けた者)

総合事業のサービスのうち、介護予防・生活支援サービス事業(「第1号事業」をいう。)の対象者については、要支援者及び基本チェックリスト該当者(以下「要支援者等」という。)となっていますが、意見書を踏まえて必要な見直しを行うこととします。

具体的には、要支援者等に加えて市町村の判断により、要介護者についても介護予防・生活支援サービス事業の対象とすることが可能となります。

なお、要介護者が介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合についても、現行の要支援者等と同様の取扱いとすることになります。具体的な取扱いの例については、以下のとおりです。

ア 対象となるサービス(要支援者等と同様)

- 訪問型サービス及び通所型サービス(従前相当サービス及び多様なサービス(サービスA、B、C、D))、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント
- ※ 高額介護予防サービス費相当事業、高額医療合算介護予防サービス費相当事業を含む。

イ ケアマネジメント

- 介護給付と介護予防・生活支援サービス事業を併用する場合：居宅介護支援
- 介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合：介護予防ケアマネジメント

ウ 給付管理(要支援者等と同様)

- 介護給付の支給限度額の範囲内で、介護給付と介護予防・生活支援サービス事業を一体的に管理

②国が定めるサービス価格(単価)の上限の弾力化

総合事業のサービスのうち、介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格(単価)については、地域支援事業実施要綱において国が定める額を上限として、市町村が具体的な額を定めることとしていますが、意見書を踏まえ、所要の見直しを行うこととします。具体的には、介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格について、上限ではなく目安とすることとし、市町村においては、国が定める目安の額を勘案して具体的な額を定めることとします。なお、要介護者が介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合についても、同様の取扱いとします。

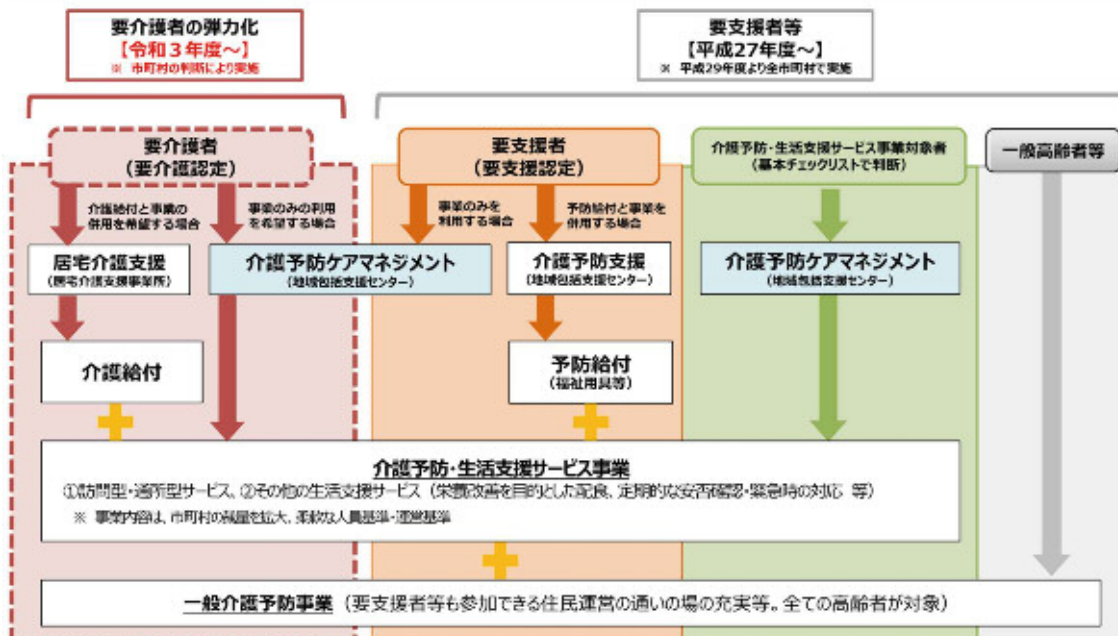
③総合事業の上限管理

市町村において、①の対象者の弾力化又は②のサービス価格(単価)の上限の弾力化を行った場合についても、その要する費用は、総合事業の事業費の上限管理の対象とします。

ただし、対象者の弾力化（上記①）により、新たに要介護者が総合事業を利用することによって、総合事業の事業費の上限額を超える場合については、個別協議を受け付けることが予定されています。

総合事業の対象者の弾力化

- 要支援者等に限定されている介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）の対象者について、**要介護認定を受けた場合も介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、地域とのつながりを継続する観点から、弾力化を行う。**
- 令和3年度からは、要支援者等に加えて、**市町村の判断により、要介護者についても、総合事業の対象とすることを可能とする。**



[出典]全国介護保険担当課長会議資料(令和2年7月31日)

(2) 介護予防・生活支援サービス事業

①訪問型サービス(第1号訪問事業)

訪問型サービスは、対象者に掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するサービスです。これまでの訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスから成り立ち、5つのサービスに分類されます。対象者は、要支援認定者、要介護認定者（弾力化対象）、基本チェックリスト該当者です。

本計画期間においては、訪問型サービスAの実施を見込んでいますが、必要に応じてその他のサービスも検討していきます。

	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	実人数	延人数	実人数	延人数	実人数	延人数
訪問型サービスA	7	84	7	84	7	84

参考

サービス名	サービス概要
訪問介護	ホームヘルパーが利用者の居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護や調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービスです。
訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	主に雇用労働者が生活援助として、掃除や洗濯、調理などの日常生活に対する援助を行うサービスです。
訪問型サービスB (住民主体による支援)	ボランティア主体で生活援助として、掃除や洗濯、調理などの日常生活に対する援助を行うサービスです。
訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	市町村の保健師等が居宅での退院後の体力改善に向けた相談指導業務等のプログラムを行うサービスです。保健・医療の専門職により提供される支援は、3～6か月の短期間で行われます。
訪問型サービスD (移動支援)	主にボランティアが主体となって外出時に移送前後の補助を行うサービスです。

②通所型サービス(第1号通所事業)

通所型サービスは、機能訓練や集いの場等、日常生活上の支援を提供するサービスです。これまでの介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスから成り立ち、4つに分類されます。対象者は、要支援認定者、要介護認定者(弾力化対象)、基本チェックリスト該当者です。

本計画期間においては、通所介護の実施を見込んでいますが、必要に応じてその他のサービスも検討していきます。

	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	実人数	延人数	実人数	延人数	実人数	延人数
通所介護	8	96	8	96	8	96

■ ■ 参考 ■ ■

サービス名	サービス概要
通所介護	日帰りで施設に通い、食事や入浴など日常生活上の介護や機能訓練等を受けることのできるサービスです。
通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	主に雇用労働者やボランティアが事業所内でミニデイサービスや運動・レクリエーション等を行うサービスです。
通所型サービスB (住民主体による支援)	ボランティア主体(住民主体)で、通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービスです。
通所型サービスC (短期集中予防サービス)	市町村保健師等が公民館等で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を3~6か月の短期間で行うサービスです。

③その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)

その他の生活支援サービスは、外出や調理の実施が困難な者等に対し、栄養改善を目的とした配食サービスや住民ボランティア等が行う見守り、「訪問型サービス」「通所型サービス」の一体的提供とした生活支援サービスを行う事業です。本計画期間においてはサービス体系の見直しを行い、必要に応じて実施を検討します。

④介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

介護予防ケアマネジメントは、要支援者認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象者と判断できる者に対して、高齢者の自立支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じ、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか、一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

本計画期間においては、ケアマネジメントAの実施を見込んでいますが、必要に応じてその他も検討していきます。

	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	実件数	延件数	実件数	延件数	実件数	延件数
ケアマネジメントA	10	120	10	120	10	120

■■ 参考 ■■

サービス名	サービス概要
ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)	地域包括支援センターが現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3ヶ月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっていきます。指定事業者のサービス及び訪問型サービスCや通所型サービスCを利用する場合に実施されます。
ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。
ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)	ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施していきます。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続します。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行いません。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行していきます。

(3) 一般介護予防事業

①介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる事業です。「基本チェックリスト」を用い、高齢者が定期的に自分の健康状態を把握するようにしていき、地域住民主体の介護予防活動へつなげていきます。

②介護予防普及啓発事業

介護予防の基本的な知識を普及啓発するため、パンフレットの作成配布や講座等を開催し、地域における自主的な介護予防の活動を支援します。

③地域介護予防活動支援事業

地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。

④一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。

第8期においては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施として、国保データベース（KDB）システム等により医療・介護のレセプトデータを活用・分析し、抽出した地域の健康課題の解決に取り組んでいきます。

⑤地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア個別会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。

2 包括的支援事業

包括的支援事業を実施する機関として設置された地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援を行い、地域ケア個別会議の充実を図ります。

また、地域包括支援センターを充実させ、センターを主として在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業を行います。

3 任意事業

任意事業とは市町村の判断により、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、必要な事業を継続して行います。

(1) 介護給付費適正化事業（別掲）

利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施します。

(2) 家族介護支援事業

介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施します。

①介護教室の開催

様々な場を利用して介護方法・健康づくりに関する知識や技術習得のための在宅介護教室を実施します。また、個別指導が必要な家庭に対し、介護指導を行います。

今後も、在宅介護の推進を図るため、事業の利用促進に努めます。

②家族介護継続支援事業（介護者交流会の開催）

介護から一時的に解放されることで介護者の元気回復（リフレッシュ）を図るため、日帰り旅行等により介護者相互の交流を行います。

一人でも多くの方が参加でき有意義なものとなるよう、実施方法を検討するとともに、新規の方の参加を促します。

(3) その他の事業

介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施します。

①地域自立生活支援事業

ア 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度の啓発活動を行います。

イ 認知症サポーター養成事業

認知症について理解を深めることを目的として講演等を実施し、認知症キャラバンメイトやサポーターの養成を行います。

認知症の理解者がさまざまな場所で活躍できるよう、広報活動とサポーター養成事業の充実に努めます。

ウ 介護サービスの質の向上に資する事業(介護相談員派遣事業)

介護相談員2名を派遣し、施設入所者や居宅サービス利用者及びその家族にサービス利用状態を聴取し、改善すべき点など、調査・報告を行います。

引き続き、在宅で暮らす高齢者等に対する訪問の目的説明や、施設・事業所へ聴取した情報のフィードバックを行いながら、事業の質の向上に努めます。

4 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築

「団塊の世代」が75歳以上に到達する2025年に向け、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくるのが想定されます。

本村においても、目指すべき方向性を明確化し、地域の特性を活かした地域包括ケアシステムを進化・推進していくことが求められています。

介護需要の地域差や、リハビリテーション専門職の従事者数やリハビリテーションのサービス量についても地域差があることを踏まえ、地域の実情と理想像を想定した適切な計画策定が必要です。

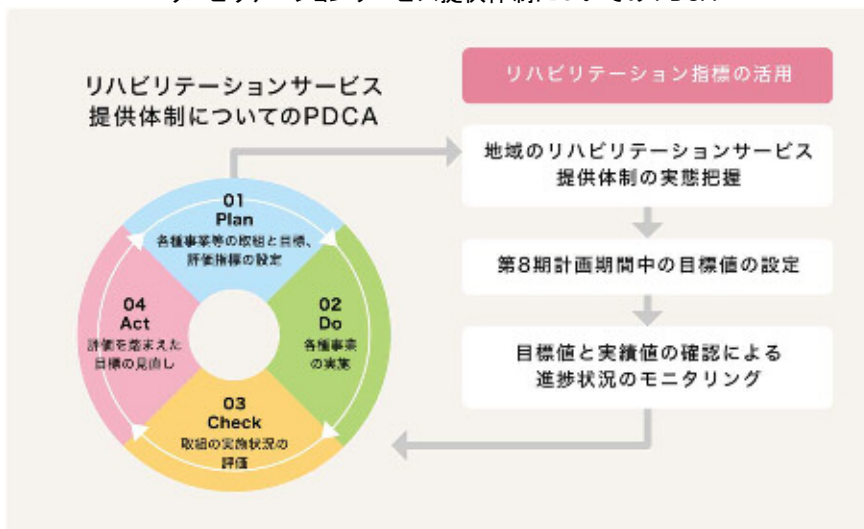
令和2年8月に公表された厚生労働省「介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き」では、実践に向けた取組や、進捗管理の方法について示されています。

手引きによる指標の概要

指標名	指標の内容等
ストラクチャー指標	<p>介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標。</p> <p>指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス提供事業所数 ○ 定員数 ○ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数
プロセス指標	<p>介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標。</p> <p>指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用率 ○ 定員あたりの利用延人員数 ○ 通所リハビリテーションの算定者数 ○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上の算定者数 ○ 短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 個別リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 生活機能向上連携加算算定者数 ○ 経口維持加算算定者数
アウトカム指標	<p>高齢者や要介護（支援）認定者の状態像の特徴や変化を測る指標。</p> <p>指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 主観的幸福感、健康観 ○ 社会参加への移行 ○ ADL の変化度 ○ IADL ○ 障害高齢者の日常生活自立度 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>アウトカム指標の「指標」は、引き続き検討がなされています。</p> </div>

今後、本村が目指すべきリハビリテーションの提供体制には、市区町村単位での理想像やビジョン（大目標）を掲げ、実態や課題の分析を通して、その目指すべき姿に向けた取組を加速していくことが重要です。

リハビリテーションサービス提供体制についてのPDCA



手引きによる指標の概要

リハビリテーションサービス提供体制構築のためのビジョンの明確化	要介護者・要支援者が、本人の状態に応じて、生活している地域において、必要なリハビリテーションを利用しながら、健康的に暮らすことができる。
---------------------------------	--

理想像実現のためのより具体的なビジョン	<ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションが必要な要介護者・要支援者を受け入れるサービスの基盤が構築できている ○ 要介護・要支援者が自立支援に取り組むサービスの提供がされている ○ 上記以外の目標
---------------------	---

指 標		現状		目標	
		令和2年度(2020)	令和5年度(2023)	令和2年度(2020)	令和5年度(2023)
サービス提供事業所数	S	0	0	0	0
地域課題解決の検討の場に参画しているリハ職員数	S	6	9	6	9
利用率 (訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院)	P	0	0	0	0

5 地域支援事業の費用

第8期（令和3～5年度）及び、令和7年度・令和22年度の地域支援事業の費用を、以下の通り見込みます。

（単位：円）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度 (2025年度)	令和22年度 (2040年度)
地域支援事業費	17,391,000	17,391,000	17,391,000	16,893,876	15,892,782
介護予防・日常生活支援総合事業費	10,810,000	10,810,000	10,810,000	10,312,876	9,311,782
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	3,800,000	3,800,000	3,800,000	3,800,000	3,800,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	2,781,000	2,781,000	2,781,000	2,781,000	2,781,000



第6章

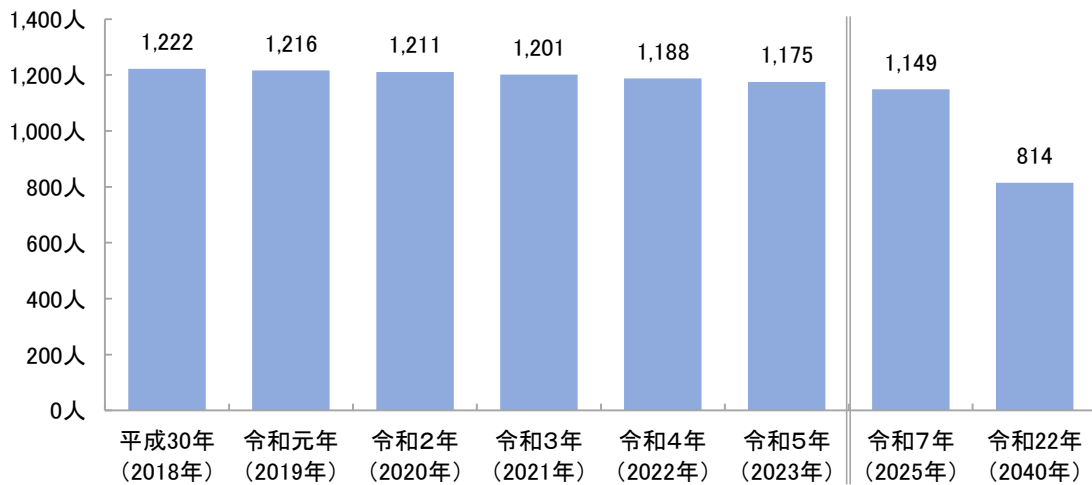
介護保険サービス量等の推計

第6章 介護保険サービス量等の推計

1 第1号被保険者数の推計

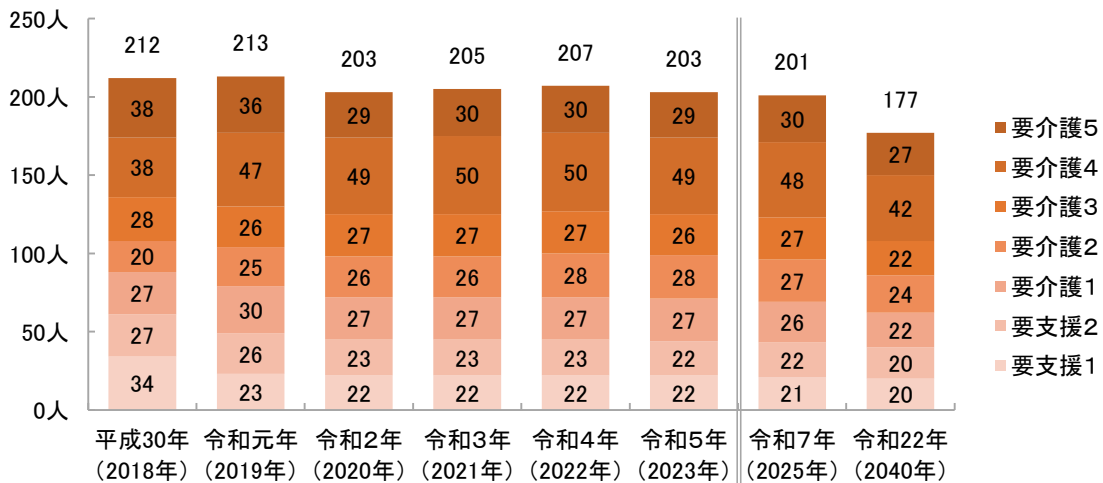
第1号被保険者数については、減少傾向を示しており、令和22年には814人となることが予想されます。

第1号被保険者の推移



2 要介護（要支援）認定者数の推計

要介護(要支援)認定者数の推移



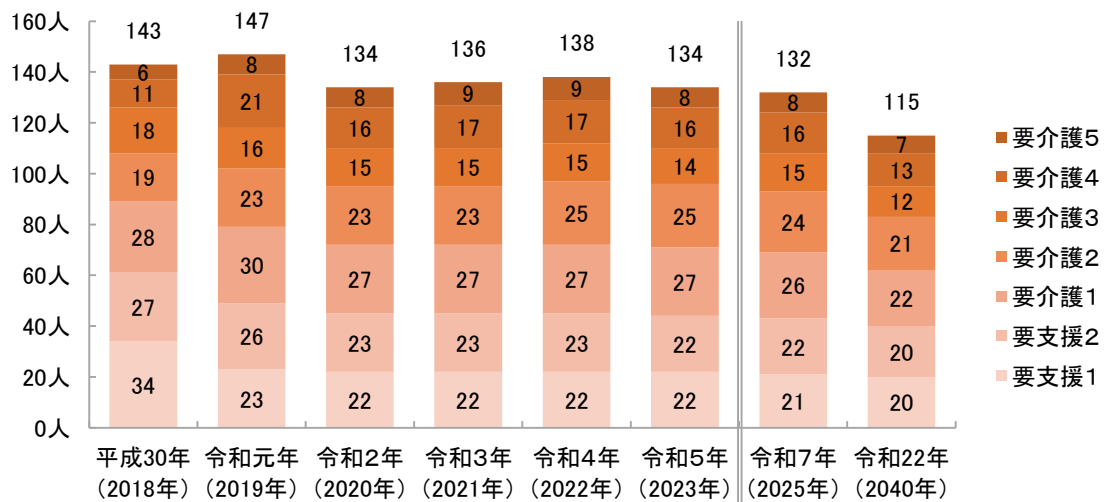
3 介護保険サービスの基盤整備

介護事業所の一覧

事業所名称	所在地	サービス種類	電話番号	FAX番号
社会福祉法人「清風会」 特別養護老人ホーム 平寿園	椎葉村大字下福良 54番地337	介護老人福祉施設 短期入所 介護予防短期入所 通所介護	0982-67-2488	0982-67-2470
社会福祉法人「清風会」 平寿園 居宅介護支援事業所	椎葉村大字下福良 54番地337	居宅介護支援	0982-67-2488	0982-67-2470
社会福祉法人 椎葉村社会福祉 協議会訪問介護事業所	椎葉村大字下福良 1762番地1	訪問介護	0982-67-2275	0982-67-2282
社会福祉法人 椎葉村社会福祉 協議会居宅介護支援事業所	椎葉村大字下福良 1762番地1	居宅介護支援	0982-67-2275	0982-67-2282

4 標準的居宅サービス等利用者数の推計

標準的居宅サービス等利用対象者数の推計



5 事業量の推計

(1) 居宅サービス

①訪問介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの介護（身体介護）や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活の支援（生活援助）をします。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	18,786	18,796	18,796	18,796
回数（回）	439.1	439.1	439.1	439.1
人数（人）	31	31	31	31

※給付費は年間累計の金額、回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。
以下すべてのサービスで同様に表記

②訪問看護・介護予防訪問看護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の心身機能の維持回復などを目的として、看護師などが疾患のある利用者の自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行います。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	2,576	2,576	2,576	2,576
回数（回）	66.6	66.6	66.6	66.6
人数（人）	4	4	4	4
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	0	0	0	0
回数（回）	0.0	0.0	0.0	0.0
人数（人）	0	0	0	0

③居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

サービス概要	在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービスです。また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行います。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	145	145	145	145
人数(人)	3	3	3	3
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	53	53	53	53
人数(人)	1	1	1	1

④通所介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。 利用者が通所介護の施設(利用定員19人以上のデイサービスセンターなど)に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。生活機能向上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	35,709	36,284	35,729	35,729
回数(回)	397.8	404.7	397.8	397.8
人数(人)	51	52	51	51

※第8期計画期間中に、サービス提供事業者が地域密着型通所介護に移行した場合は、本サービス見込量の一部を地域密着型通所介護として見込みます。

⑤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

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設（老人保健施設、病院、診療所など）に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	710	711	711	711
回数（回）	5.6	5.6	5.6	5.6
人数（人）	1	1	1	1
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	197	197	197	197
人数（人）	1	1	1	1

⑥短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。 特別養護老人ホームなどの施設に短期間入所し、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行います。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	49,393	49,420	49,420	49,420
日数（日）	524.1	524.1	524.1	524.1
人数（人）	33	33	33	33
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費（千円）	1,078	1,079	1,079	1,079
日数（日）	15.4	15.4	15.4	15.4
人数（人）	2	2	2	2

⑦福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた事業者が、利用者の心身の状況、希望及びその生活環境等をふまえ、適切な福祉用具を選ぶための援助・取り付け・調整などを行い、福祉用具を貸与します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
	第8期計画期間			
介護給付	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費 (千円)	10,546	10,766	10,317	10,317
人数 (人)	53	54	52	52
第8期計画期間				
予防給付	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費 (千円)	1,934	1,934	1,934	1,934
人数 (人)	23	23	23	23

⑧特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、福祉用具販売の指定を受けた事業者が、入浴や排泄に用いる、貸与になじまない福祉用具を販売します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
	第8期計画期間			
介護給付	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費 (千円)	413	413	413	413
人数 (人)	1	1	1	1
第8期計画期間				
予防給付	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費 (千円)	200	200	200	200
人数 (人)	1	1	1	1

⑨住宅改修費・介護予防住宅改修

サービス概要	在宅の利用者が、住みなれた自宅で生活が続けられるように、住宅の改修を行うサービスです。利用者だけではなく周りで支える家族の意見も踏まえて改修計画を立てていきます。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
	給付費(千円)	303	303	303
人数(人)	1	1	1	1
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
	給付費(千円)	100	100	100
人数(人)	1	1	1	1

⑩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

サービス概要	利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
	給付費(千円)	3,019	3,021	3,021
人数(人)	1	1	1	1
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
	給付費(千円)	600	600	600
人数(人)	1	1	1	1

⑪居宅介護支援・介護予防支援

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、ケアマネジャーが、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。特定のサービスや事業者に偏ることがないように、公正中立に行うこととされています。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
	給付費(千円)	13,469	13,915	13,535
人数(人)	82	85	83	84
予防給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
	給付費(千円)	1,325	1,379	1,325
人数(人)	25	26	25	25

居宅サービスのうち、以下のサービスについてはこれまで実施しておらず、第8期においても計画は未定です。

- 訪問入浴介護
- 訪問リハビリテーション
- 短期入所療養介護(老健)
- 短期入所療養介護(病院等)
- 短期入所療養介護(介護医療院)

(2) 地域密着型サービス

①地域密着型通所介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	6,157	6,161	6,161	6,161
人数(人)	4	4	4	4

地域密着型サービスのうち、以下のサービスについてはこれまで実施しておらず、第8期においても計画は未定です。

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 看護小規模多機能型居宅介護

②地域密着型サービスの必要利用定員総数

在宅での生活を継続できるようなケアマネジメントを基本に考えながら、要介護者の状況や今後の推移、施設配置状況、在宅サービスの提供等の現状を勘案し、施設サービスとして見込まれるものを計画的に整備します。

		必要利用定員総数			
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症対応型共同生活介護					
新規整備数		0	0	0	0
整備総数(箇所)		0	0	0	0
定員総数(床)		0	0	0	0
地域密着型特定施設					
新規整備数		0	0	0	0
整備総数(箇所)		0	0	0	0
定員総数(床)		0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設					
新規整備数		0	0	0	0
整備総数(箇所)		0	0	0	0
定員総数(床)		0	0	0	0

(3) 介護保険施設サービス

①介護老人福祉施設

サービス概要	入所者が可能な限り在宅復帰できることを念頭に、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	176,106	176,203	176,203	176,260
人数(人)	61	61	61	61

②介護老人保健施設

サービス概要	在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	22,236	22,248	22,248	22,248
人数(人)	6	6	6	6

③介護医療院

サービス概要	長期にわたって療養が必要である方の入所を受け入れ、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、療養上の管理、看護、介護、機能訓練、その他必要な医療と日常生活に必要なサービスなどを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	4,483	4,485	4,485	4,485
人数(人)	1	1	1	1

④介護療養型医療施設

サービス概要	長期にわたって療養が必要な方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、機能訓練や必要な医療、介護などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R7(2025)
給付費(千円)	0	0	0	
人数(人)	0	0	0	

6 総費用の推計

要介護者数及びサービス利用の見込量などを基に令和3年度から令和5年度及び令和7年度の給付費を次のように見込みました。

(1) 介護給付費

単位:千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
居宅サービス				
訪問介護	18,786	18,796	18,796	18,796
訪問看護	2,575	2,576	2,576	2,576
居宅療養管理指導	145	145	145	145
通所介護	35,709	36,284	35,729	35,729
通所リハビリテーション	710	711	711	711
短期入所生活介護	49,393	49,420	49,420	49,420
福祉用具貸与	10,546	10,766	10,317	10,317
特定福祉用具購入費	413	413	413	413
住宅改修費	303	303	303	303
特定施設入居者生活介護	3,019	3,021	3,021	3,021
地域密着型介護予防サービス				
地域密着型通所介護	6,157	6,161	6,161	6,161
施設サービス				
介護老人福祉施設	176,106	176,203	176,203	176,260
介護老人保健施設	22,236	22,248	22,248	22,248
介護医療院	4,483	4,485	4,485	4,485
居宅介護支援	13,469	13,915	13,535	13,818
介護給付費計	344,050	345,447	344,063	344,403

(2) 介護予防給付費

単位:千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
介護予防サービス				
介護予防居宅療養管理指導	53	53	53	53
介護予防通所リハビリテーション	197	197	197	197
介護予防短期入所生活介護	1,078	1,079	1,079	1,079
介護予防福祉用具貸与	1,934	1,934	1,934	1,934
特定介護予防福祉用具購入費	200	200	200	200
介護予防住宅改修	100	100	100	100
介護予防特定施設入居者生活介護	600	600	600	600
地域密着型介護予防サービス	0	0	0	0
介護予防支援	1,325	1,379	1,325	1,325
予防給付費計	5,487	5,542	5,488	5,488

(3) 総給付費

単位:千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
在宅サービス	143,093	144,432	142,994	143,277
居住系サービス	3,619	3,621	3,621	3,621
施設サービス	202,825	202,936	202,936	202,993
総給付費計	349,537	350,989	349,551	349,891



第7章 介護保険料の算出

第7章 介護保険料の算出

1 標準給付費等の見込み

要介護者数及びサービス利用の見込量などを基に令和3年度から令和5年度及び令和7年度の総給付費を以下のように見込みました。

第8期に要する介護給付費等の見込額は、標準給付費（総給付費、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、算定対象審査支払手数料）のほか、地域支援事業費等を加えた額となります。

■標準給付費（A）

単位：円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
総給付費	349,537,000	350,989,000	349,551,000	349,891,000
特定入所者介護サービス費等給付額 （財政影響額調整後）	28,685,368	27,751,698	27,217,869	26,950,216
高額介護サービス費等給付額 （財政影響額調整後）	7,141,405	7,211,077	7,071,733	7,002,060
高額医療合算介護サービス費等 給付額	979,336	988,890	969,781	960,227
算定対象審査支払手数料	287,401	290,248	284,627	281,780
標準給付費見込額	386,630,510	387,230,913	385,095,010	385,085,283

■地域支援事業費（B）

単位：円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
地域支援事業費	17,391,000	17,391,000	17,391,000	16,893,876
介護予防・日常生活支援総合事業費	10,810,000	10,810,000	10,810,000	10,312,876
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	3,800,000	3,800,000	3,800,000	3,800,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	2,781,000	2,781,000	2,781,000	2,781,000

2 第1号被保険者の保険料基準額

第1号被保険者（65歳以上の人）に負担していただく介護保険料は、第8期計画期間中（令和3年度～令和5年度）に必要とされる介護保険給付費の総額、地域支援事業費、第1号被保険者の人数や保険料の負担割合、保険料の収納率などによって算定します。

単位：円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
標準給付費見込額[A]	386,630,510	387,230,913	385,095,010	1,158,956,433
地域支援事業費[B]	17,391,000	17,391,000	17,391,000	52,173,000
第1号被保険者負担分相当額 [C]=[A]+[B]×23%	92,924,947	93,063,040	92,571,782	278,559,770
調整交付金相当額[D]	19,872,026	19,902,046	19,795,251	59,569,322
調整交付金見込額[E]	56,238,000	55,288,000	53,883,000	165,409,000
財政安定化基金拠出金見込額[F]				0
財政安定化基金償還金[G]				0
準備基金取崩額[H]				0
審査支払手数料差引額[I]	0	0	0	0
市町村特別給付費等[J]	0	0	0	0
市町村相互財政安定化事業負担額[K]				0
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額[L]				0
保険料収納必要額[M]				172,720,091
予定保険料収納率[N]				98.47%
所得段階別加入割合補正後被保険者数[O]	972	962	950	2,884
保険料基準額(年額)[P]=[M]÷[N]÷[O]				60,812
保険料基準額(月額)[Q]=[P]÷12か月				5,068

第8期(令和3年～令和5年)の
介護保険料基準額(月額)

5,068 円

3 所得段階別保険料額

第1号被保険者の介護保険料に係る所得段階の区分は、第7期計画に引き続き「9段階」とします。

所得段階別保険料額

段階	対象者	保険料の調整率	年額(円)
第1段階	世帯全員が住民税非課税 (合計所得金額+課税年金収入≤80万円)	0.50	30,406
第2段階	世帯全員が住民税非課税 (合計所得金額+課税年金収入≤120万円)	0.75	45,609
第3段階	世帯全員が住民税非課税(第1・第2段階以外)	0.75	45,609
第4段階	本人が住民税非課税 (公的年金等収入+合計所得金額≤80万円)	0.90	54,731
第5段階	本人が住民税非課税(上記以外)	1.00	60,812
第6段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(120万円)未満	1.20	72,974
第7段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(210万円)未満	1.30	79,056
第8段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(320万円)未満	1.50	91,218
第9段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(320万円)以上	1.70	103,380

所得段階別加入者数

段階	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
第1段階	445	37.1%	439	37.0%	436	37.1%
第2段階	114	9.5%	113	9.5%	112	9.5%
第3段階	73	6.1%	73	6.1%	72	6.1%
第4段階	244	20.3%	241	20.3%	239	20.3%
第5段階	123	10.2%	122	10.3%	120	10.2%
第6段階	97	8.1%	96	8.1%	95	8.1%
第7段階	59	4.9%	58	4.9%	57	4.9%
第8段階	22	1.8%	22	1.9%	21	1.8%
第9段階	24	2.0%	24	2.0%	23	2.0%
計	1,201	100.0%	1,188	100.0%	1,175	100.0%



第8章 計画の推進

第8章 計画の推進

1 計画の推進体制

本計画は、地域福祉計画や障がい者・障がい福祉計画など関連計画との調和・連携をはじめ、地域づくりなど多岐の分野に関わっていますので、計画の円滑な推進を図ります。

2 地域主体の福祉の推進

地域包括ケアシステムを構築し、円滑に推進するためには、高齢者の個別課題の解決や地域課題の把握について、保健・医療・介護等多職種の協働により取り組むことが重要です。また、地域課題の解決には、地域福祉の重要な担い手となる民生委員やボランティア、地域住民の自主活動組織等の主体的参画が重要となり、行政・地域包括支援センター・社会福祉協議会・介護事業所や医療機関等の専門職種・地域住民の協働と連帯に基づくパートナーシップを構築していきます。

3 計画の進行管理

本計画の進行状況を管理するために、高齢者福祉施策及び介護保険事業の各事業について、毎年の実行状況を把握・整理し、本計画策定の中心となった「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会」において計画の進行状況の点検や評価を行います。

また、次年度以降の計画推進及び施策内容の改善につなげるために、課題の抽出や重点的に取り組む事項などの検討を行い、効果的かつ継続的な計画の推進を図ります。

4 被保険者の日常生活自立支援、介護予防や重度化防止等に関する

目標の達成状況の分析及び評価のための指標

被保険者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする人に必要なサービスが提供されるようにするため、以下に示す目標に対する評価を行います。評価に当たっては、各目標の実現に必要なさらに具体的な取組等を年次計画において定め、進捗や達成状況に応じて見直しを行います。

(1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等

- ケアマネジメントに関する基本方針の周知
- 介護相談員派遣等事業の実施
- サービス提供上の事故報告方法策定及び周知
- 災害訓練の実施

(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議

- 基本方針決定及び地域包括支援センターへの周知
- 地域包括支援センターの体制充実
- 地域ケア会議における個別事例の検討及び地域課題の把握
- 地域包括支援センターの時間外連絡先設定及び周知

(3) 在宅医療・介護連携

- 医療・介護関係者等の連携強化
- 情報共有ツール整備の検討
- 広域的な医療介護連携に関する取組の企画・立案、実行

(4) 認知症総合支援

- 本計画「基本目標3 認知症施策の強化」の進捗管理
- 早期診断・早期対応に繋げるための体制構築

(5) 介護予防／日常生活支援

- 体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率向上
- 介護予防と保健事業の一体的実施
- 介護予防の場へのリハビリテーション専門職等の関与
- 社会福祉法人・医療法人・民間サービス等と連携した介護予防の取組
- 介護予防におけるデータ活用
- 高齢者の社会参加を促すための個人インセンティブ検討
- 就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置

(6) 生活支援体制の整備

- 生活支援コーディネーターへの支援
- 高齢者の住まいの確保・生活支援、移動に関する支援

(7) 要介護状態の維持・改善

- 要介護認定者の要介護認定の維持・改善
- 健康寿命延伸の実現



資料編

資料編

- 1 椎葉村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会設置要綱
- 2 椎葉村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会名簿
- 3 用語解説