

椎葉村
第10次高齢者保健福祉計画
第9期介護保険事業計画

令和6年3月

宮崎県 椎葉村

はじめに

日本の人口は 2008 年をピークに減少傾向となり、少子高齢化が進行し約 46 年後の 2070 年には総人口も 9000 万人を割り込み、高齢化率は 39 パーセントの水準にまで達するという推計が出ております。

本村においても令和 6 年 2 月に高齢化率が 46 パーセントに達しており、団塊の世代が 75 歳に達する 2025 年には 49.7 パーセント、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）には 52 パーセントを超えると見込んでおり、高齢者を支える現役世代への負担が重くなってくると考えられます。そこで、支え手の負担を減らすために、高齢になっても長く働き続けたり、社会参加ができる環境づくりが必要となっております。

このような状況の中で、今回の介護保険制度改正では、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・推進に向けた取組、介護人材確保及び介護現場の生産性向上などを重点的に取り組むこととされております。

本計画では地域包括ケアシステム（医療・介護の連携や介護予防・生活支援、認知症施策）を更に推進し、高齢者福祉サービスを充実させていきます。

これからは、村民一人ひとりが何事も「我がごと」としてとらえ社会参画することが重要です。高齢者が地域において役割や出番を見出し活動が活性化することは生きる意欲にもつながります。また本村に昔から受け継がれている助け合いの仕組み「かて〜り」のもとで、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい自立した暮らしを人生の最後まで続けることが出来るよう地域ぐるみで包括的に支える体制づくりをさらに進めていきます。

今後も、本計画を推進するにあたっては、村民の皆様をはじめ、関係者の方や関係団体・関係機関と連携・協働が不可欠ですので、ご理解とご協力をお願いするところであります。

結びに、本計画を策定するにあたり、貴重なご意見、各種調査・アンケートにご協力いただきました村民の皆様をはじめ、様々な視点から熱心にご審議をいただきました高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会の委員並びに関係者の皆様に、心から熱くお礼申し上げます。

令和 6 年 3 月

椎葉村長 **黒木 保隆**

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 国の動向	3
5 住民意見の反映	7
6 日常生活圏域の設定	7
第2章 高齢者等を取り巻く現状と課題.....	8
1 総人口の推移	8
2 高齢化の状況	8
3 介護費用額の推移	11
4 実態調査等結果概要	12
5 高齢者を取り巻く課題	19
第3章 基本理念・基本目標.....	20
1 計画の基本理念	20
2 施策の体系	21
第4章 施策の展開	22
基本目標1 介護予防と健康づくりの連携と推進	22
基本目標2 地域で支える包括的な支援体制の推進	29
基本目標3 認知症の予防と共生	39
基本目標4 介護保険事業の円滑な推進	46
第5章 地域支援事業の推進.....	49
1 介護予防・日常生活支援総合事業	49
2 包括的支援事業	54
3 任意事業	54
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.....	55
5 地域支援事業の費用	57
第6章 介護保険サービス量等の推計.....	58
1 第1号被保険者数の推計	58
2 要介護（要支援）認定者数の推計	58
3 介護保険サービスの基盤整備	59

4	標準的居宅サービス等利用者数の推計	59
5	事業量の推計	60
6	総費用の推計	67
第7章	介護保険料の算出	69
1	標準給付費等の見込み	69
2	第1号被保険者の保険料基準額	70
3	所得段階別保険料額	71
第8章	計画の推進	73
1	計画の推進体制	73
2	地域主体の福祉の推進	73
3	計画の進行管理	73
資料編		74
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	74
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	76
3	用語解説	77



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年以上が経過し、サービス利用者は制度創設時の3倍を超えており、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。

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、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。

令和7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歳以上となる令和22(2040)年に向け、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢人口がピークを迎えます。75歳以上人口は令和37(2055)年まで増加傾向となっており、介護ニーズの高い85歳以上人口は令和17年頃まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和42(2060)年頃まで増加傾向が見込まれます。また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっています。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、都市部を中心に令和22(2040)年まで増え続ける保険者も多く、人口構成の変化や介護需要の動向

は地域ごとに異なります。また、中山間地域等では、介護の資源が非常に脆弱な地域も存在します。こうした各地域の中長期的な介護ニーズ等の状況に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備していくことが重要です。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のほか、85 歳以上人口の増加に伴い、認知症の人や認知機能が低下した高齢者の増加が見込まれる中で、地域で生活する高齢者等の意思決定支援や権利擁護の重要性が高まります。必要な介護サービス需要が変化することが想定される一方、生産年齢人口の急減に直面することを踏まえ、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や介護現場における生産性の向上の推進等が重要です。

こうした状況を踏まえ、中長期的な将来を見据えながら、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 10 次高齢者保健福祉計画・第 9 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します。また、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和 22(2040)年度を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進のため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 6 年度から令和 8 年度までの 3 年を計画期間とします。



4 国の動向

国は、第9期介護保険事業計画のポイントとして、(1) 介護サービス基盤の計画的な整備 (2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組 (3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の3つを示しています。

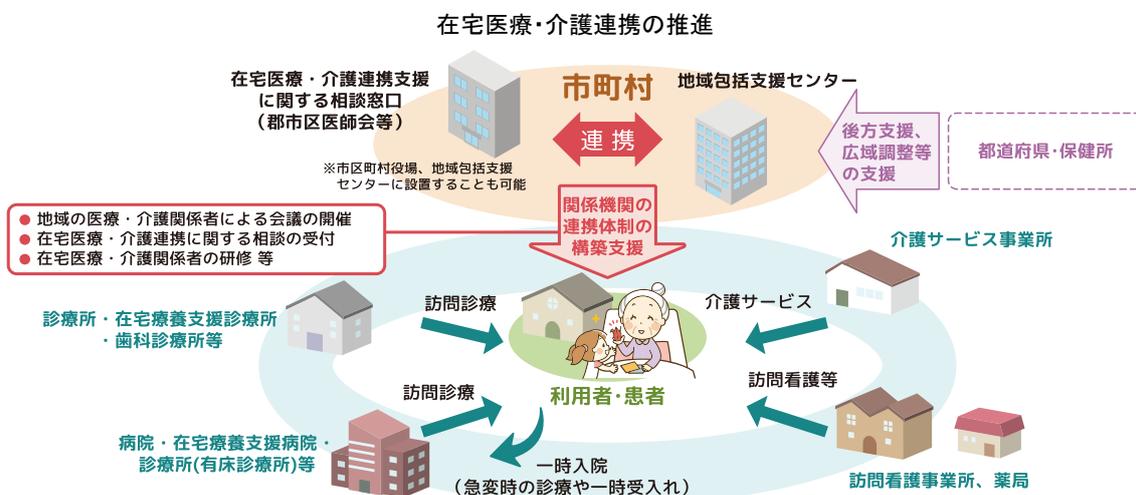
(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえたサービス基盤の整備

将来的な人口動態によるサービス需要の見込みや生産年齢人口の動向を踏まえ、施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランスよく組み合わせさせて整備することが重要。

② 在宅医療・介護連携の推進

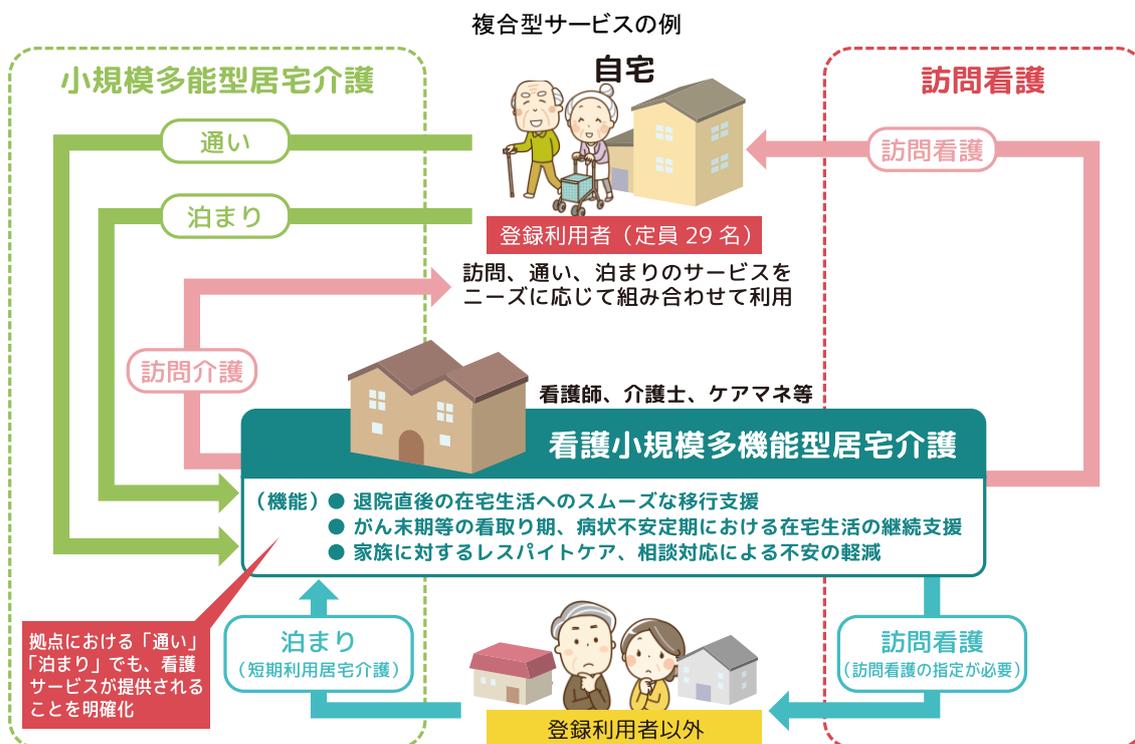
高齢者単身世帯や85歳以上人口が増加する中で、医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加が予想されることから、市区町村を中心に、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制を強化するなど、医療・介護の更なる連携強化が重要。



[資料]厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料を基に作成

③在宅サービスの充実

単身・独居や高齢者のみ世帯の増加、介護ニーズの多様化・増大に備え、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上、家族負担の軽減を図るため、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要。



その他、第9期計画において記載を充実する事項

- サービス提供事業者を含め、地域関係者とサービス基盤整備の在り方を議論することの重要性
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護など、地域密着型サービスの更なる普及

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進

① 地域共生社会の実現

地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていくうえで、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、引き続き、「地域共生社会」の実現を目指すことが重要。

- 介護保険制度の改正に伴う地域包括支援センターの体制整備の推進及び他分野との連携
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた認知症施策に係る対応策の検討
- 地域支援事業の更なる取組の推進
- 介護予防・日常生活支援総合事業の充実化、集中的な取組の推進

② 医療・介護情報基盤の整備

今後、整備される介護情報基盤を利用し、医療機関・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用することで、更なる地域包括ケアシステムの深化・推進を図ることが重要。

③ 保険者機能の強化(介護給付適正化事業の見直し)

介護給付適正化の取組を推進する観点から、給付適正化事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ、効果的・効率的に事業を実施するための見直しが必要。

- 現在の主要5事業を3事業に統廃合することで取組の重点化を図り、実施率100%を目指す。

その他、第9期計画において記載を充実する事項

- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性 等

(3) 介護人材及び介護現場の生産性の向上

生産年齢人口の急減で、介護人材の確保は一段と厳しくなることが想定される中、介護人材を確保するための総合的な取組を実施していくことが重要。

- 介護サービス事業所の財務状況等の見える化
- 外国人介護人材を受け入れるための環境整備の推進
- ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進 等

また、将来にわたって安定的な介護サービスの提供体制を確保していく観点から、介護現場の生産性向上の取組を一層推進していくことが重要。

- 都道府県主導のもと、生産性向上に資する様々な支援・施策の総合的な推進
- 介護の経営の協働化・大規模化による人材及び資源の有効活用
- 文書負担軽減に向けた取組（標準様式例の仕様の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
- 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化 等

その他、第9期計画において記載を充実する事項

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性

5 住民意見の反映

(1) 調査の実施

○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) 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。

6 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。



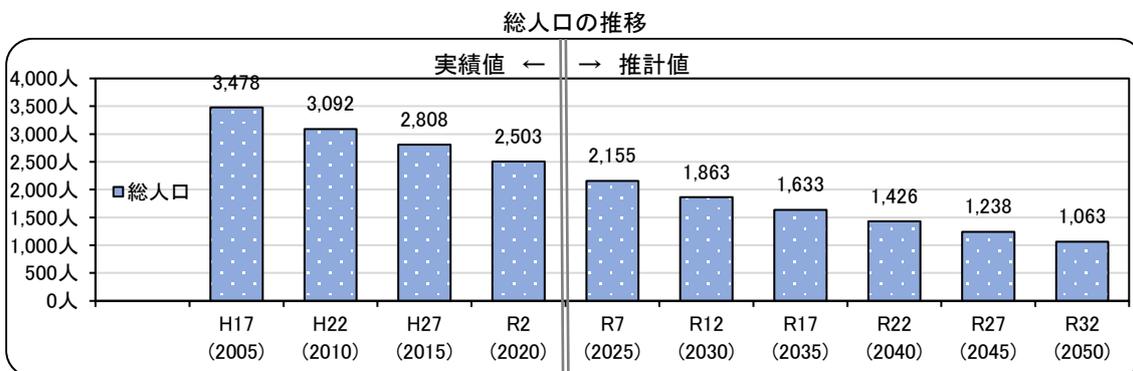
第2章

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。平成17年と令和2年を比較すると、15年間で約975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、令和12年には1,863人、令和22年には1,426人、令和32年には1,063人となっています。

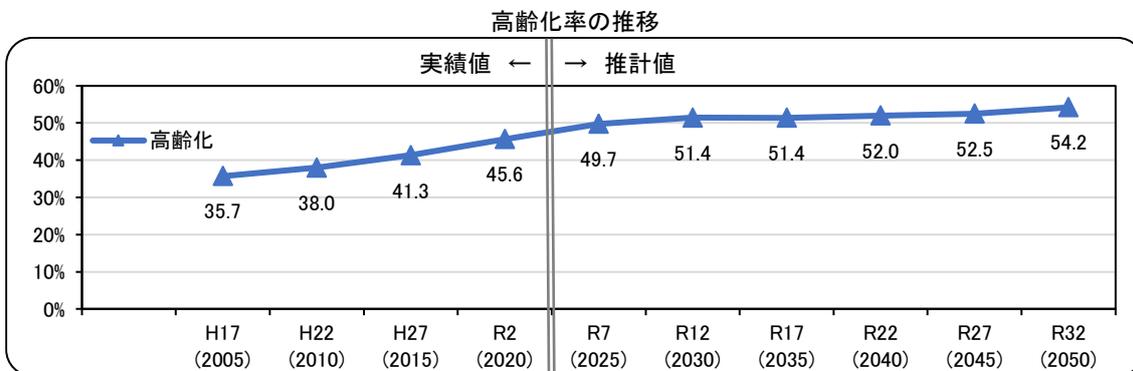


[資料] 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の地域別将来推計人口 (令和5(2023)年推計)

2 高齢化の状況

(1) 高齢化率の推移

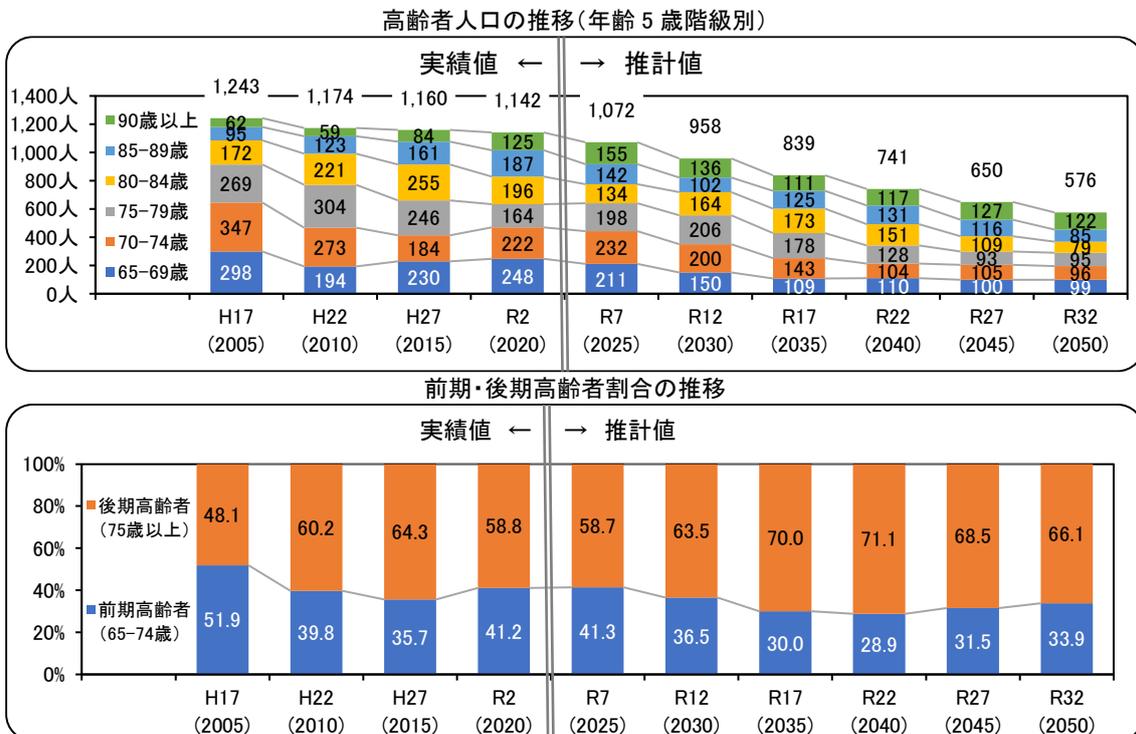
高齢化率は年々上昇傾向にあります。平成17年当時高齢者は35.7%であったのに対し、令和2年には45.6%となっています。今後は高齢化の進行は少し鈍化するものの、令和12年には51.4%、令和22年には52.0%、令和32年には54.2%となっています。



[資料] 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の地域別将来推計人口 (令和5(2023)年推計)

(2) 高齢者人口の推移

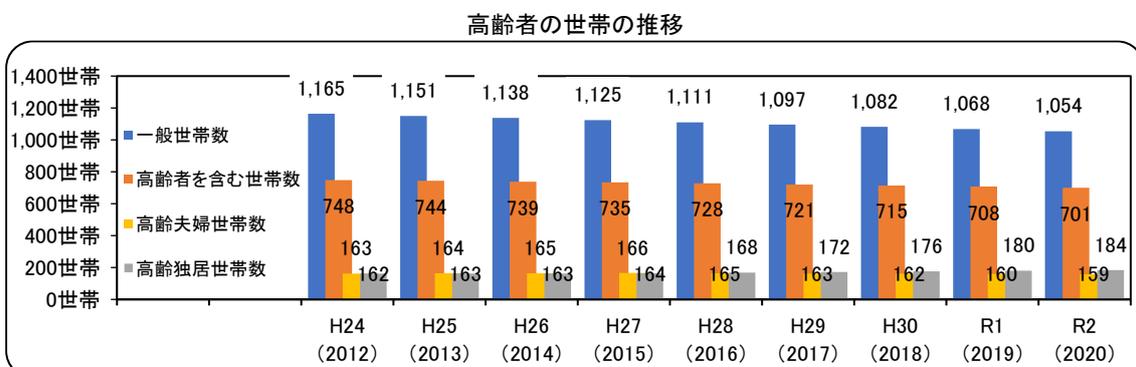
高齢者人口は年々減少傾向にあります。高齢者を前期高齢者（65～74歳）、後期高齢者（75歳以上）としてみると、平成22年以降後期高齢者が過半数を占め、今後も6割から7割を占めると予測されています。



[資料] 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)

(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。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、高齢独居世帯が約14%増加しています。

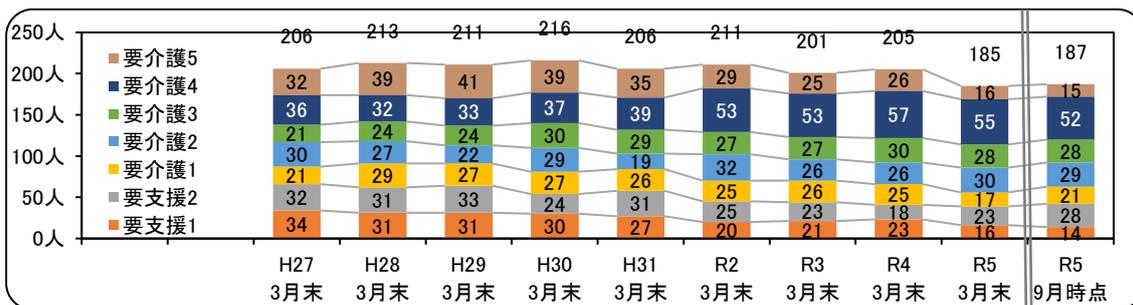


[資料] 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

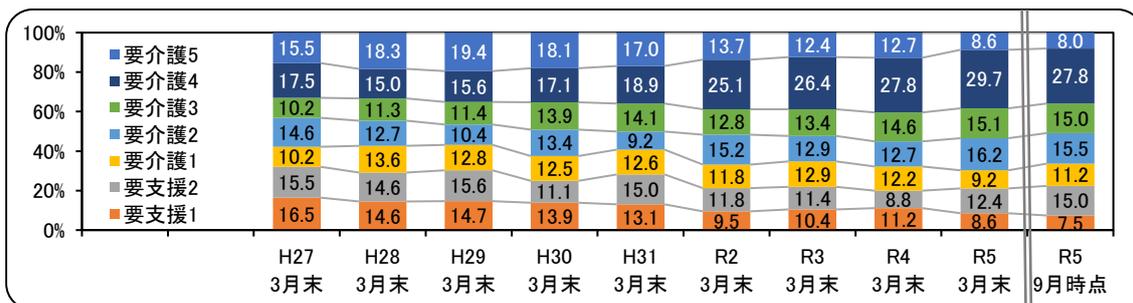
(4) 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数は横ばいで推移してきましたが、令和5年に減少しています。平成27年と令和5年の認定区分別の割合をみると、要支援1～2及び要介護1・5で割合が低下し、要介護2～4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



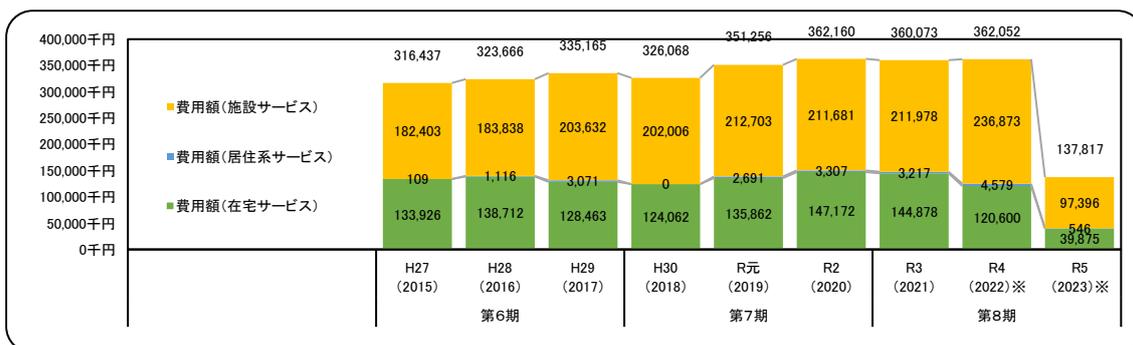
[資料]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

※厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和4、5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

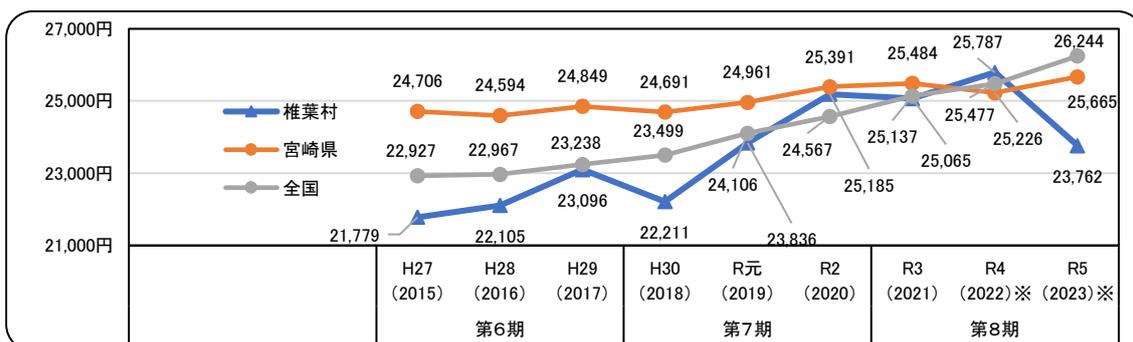
3 介護費用額の推移

介護費用額の推移をみると、令和2年度以降横ばいで推移しています。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きましたが、令和元年度以降は同水準となっています。

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27年度から令和3年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、令和4年度:「介護保険事業状況報告(月報)」の12か月累計、令和5年度:直近月までの「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目的

令和6年度から令和8年度までを計画期間とする「椎葉村第10次高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」の策定にあたり、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	984	673	68.4%	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4年12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	102	61	59.8%	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5年6月～10月
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5年10月

調査種別	対象者	配布数	回収数	回収率	調査概要
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5年10月

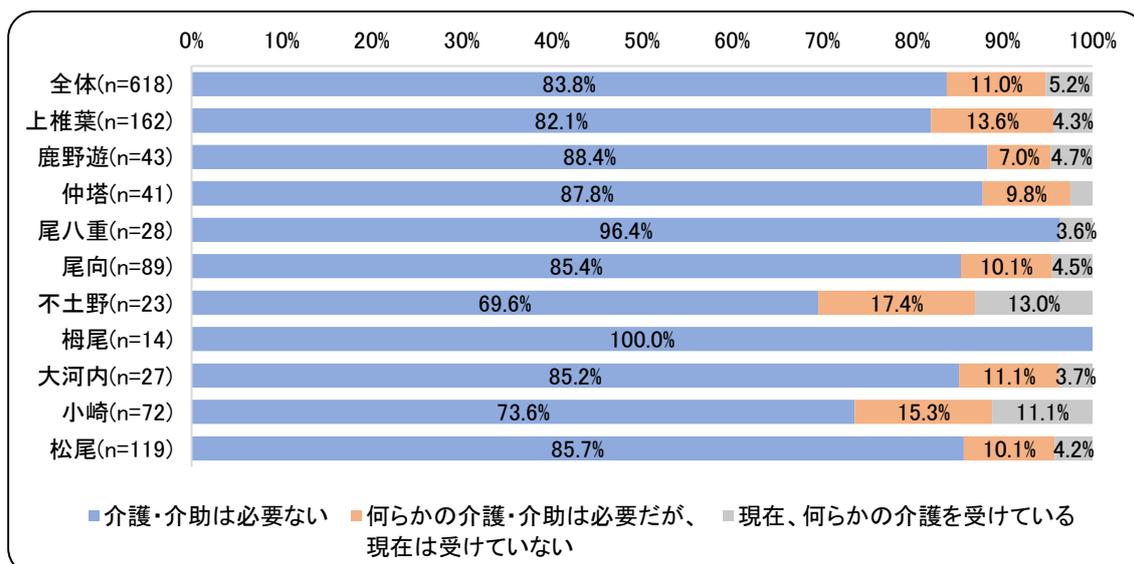
③本項を読むにあたっての注意点

- 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

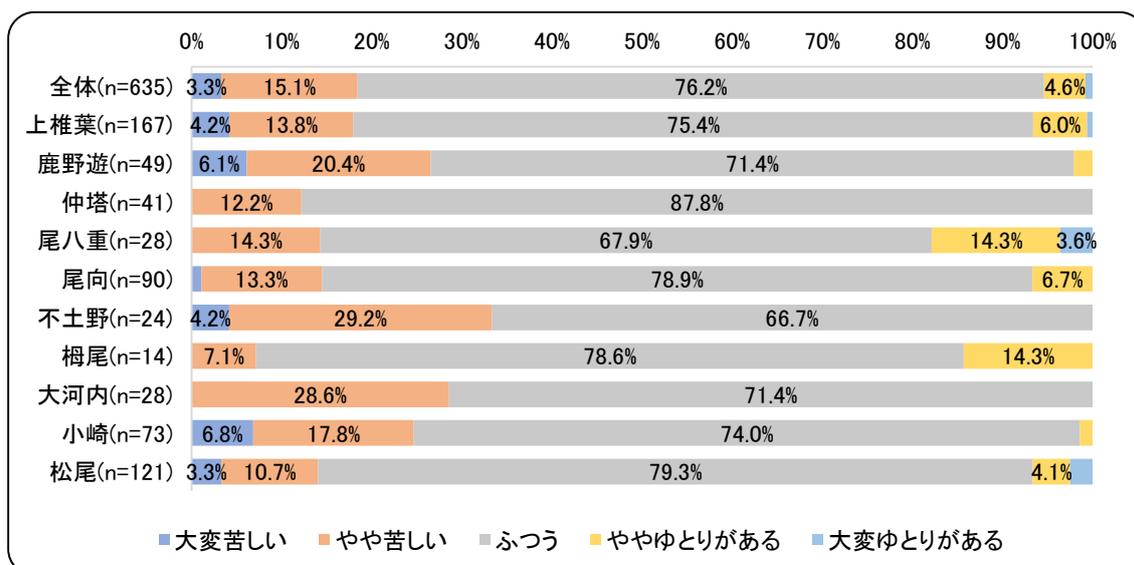
介護・介助の必要性については、全体の16.2%が「何らかの介護・介助が必要」「何らかの介護を受けている」と回答しています。



※ 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。

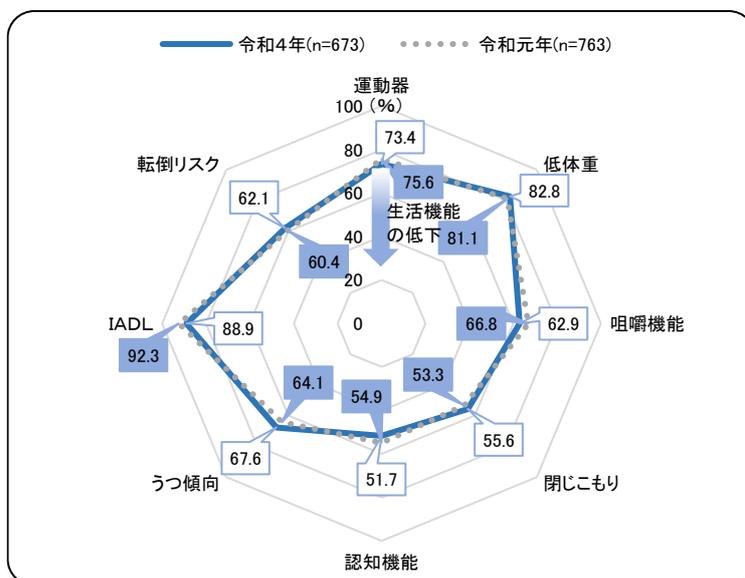
②主観的経済状態

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18.4%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

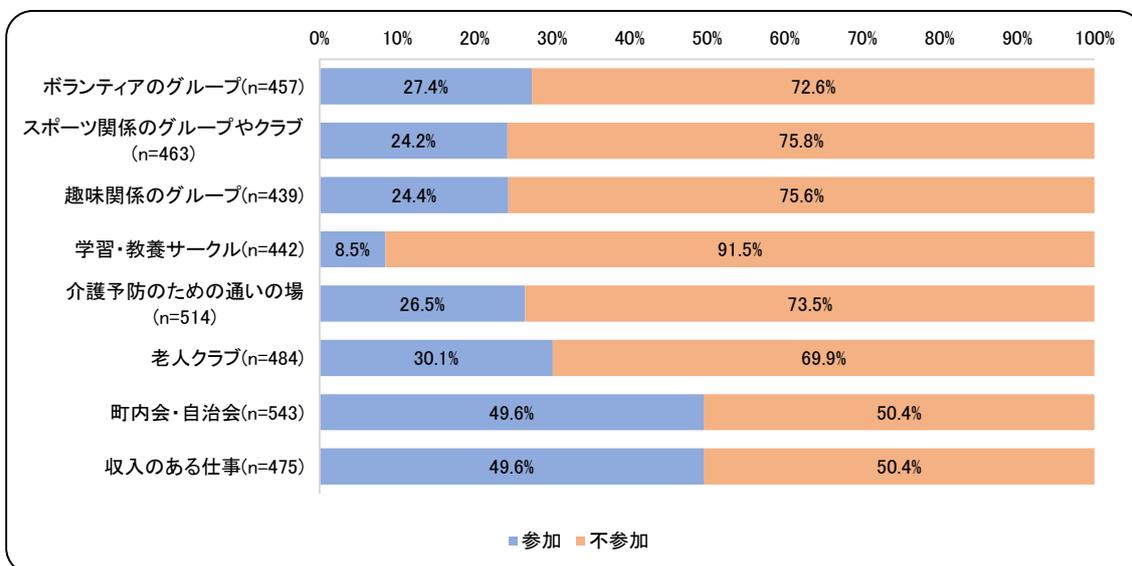


生活機能の評価項目ごとに非該当者（機能の低下等がみられない）の割合をみると、「IADL」が高く「閉じこもり」や「認知機能」が低くなっています。

前回調査（令和元年）との差は見られません。

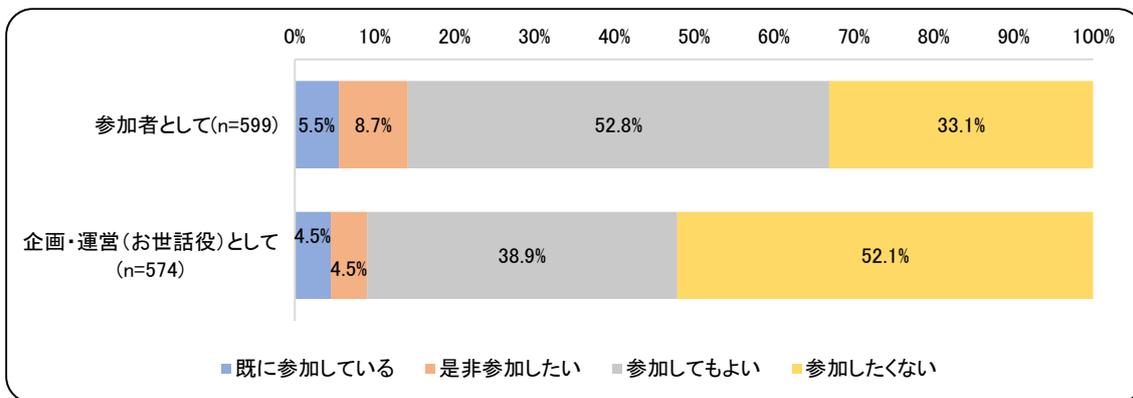
④社会参加の状況

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」や「収入のある仕事」の参加割合が高く、「学習・教養サークル」が低くなっています。



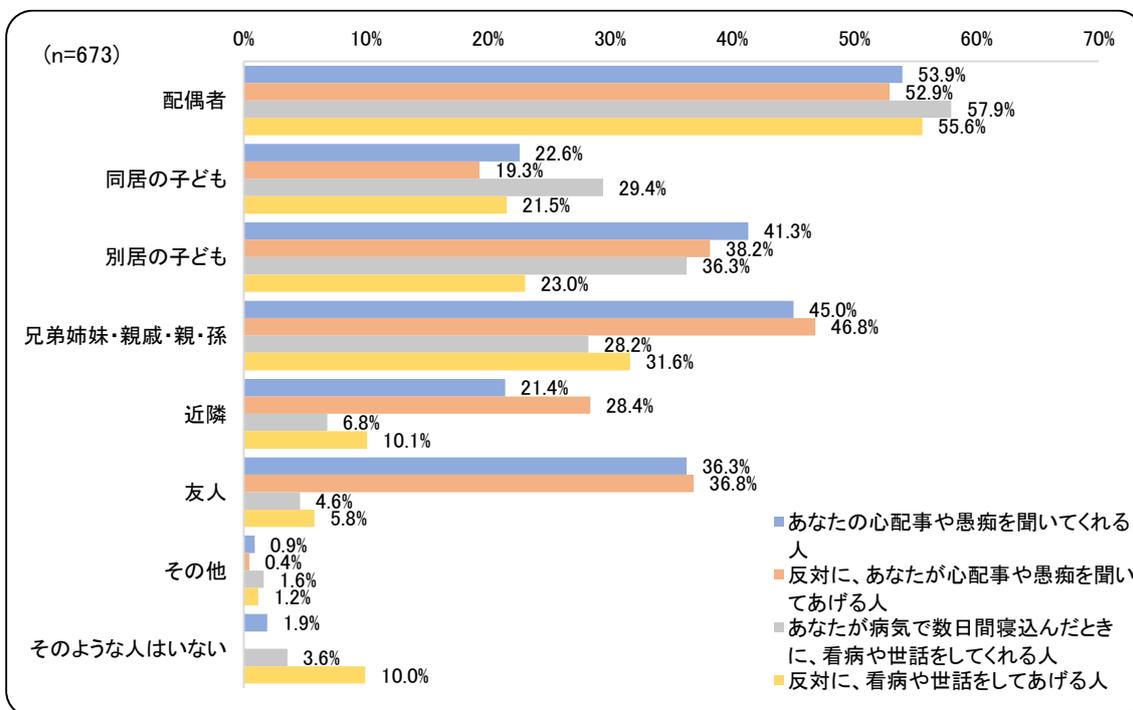
⑤地域づくりの場への参加意向

「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、参加者としては約7割、企画・運営としては約5割の参加意向があります。



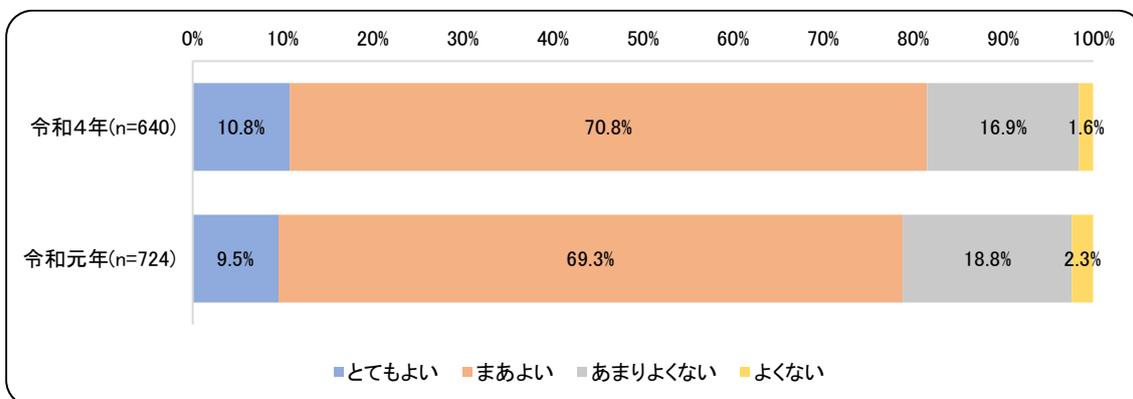
⑥助け合いの状況

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。



⑦主観的健康感

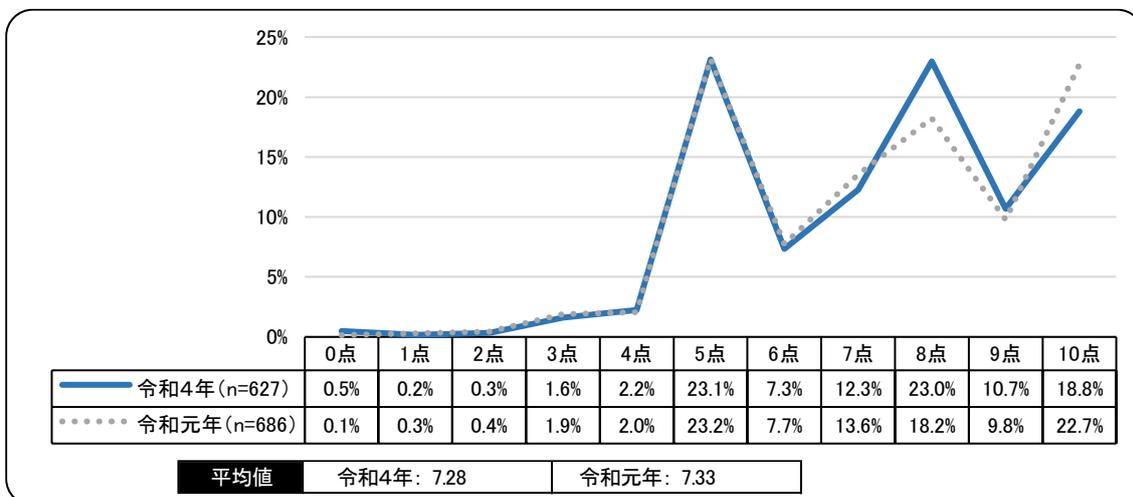
健康状態が「あまりよくない」「よくない」と感じている割合が約2割となっています。前回調査（令和元年）との差は見られません。



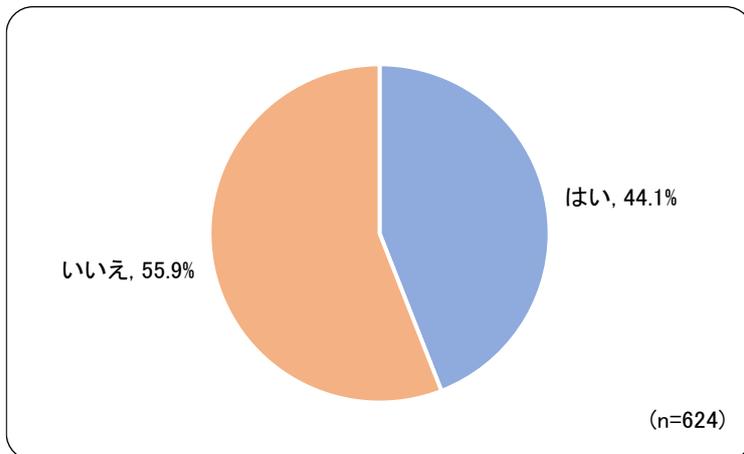
⑧主観的幸福感

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7.28点となりました。

前回調査（令和元年）との差は見られません。

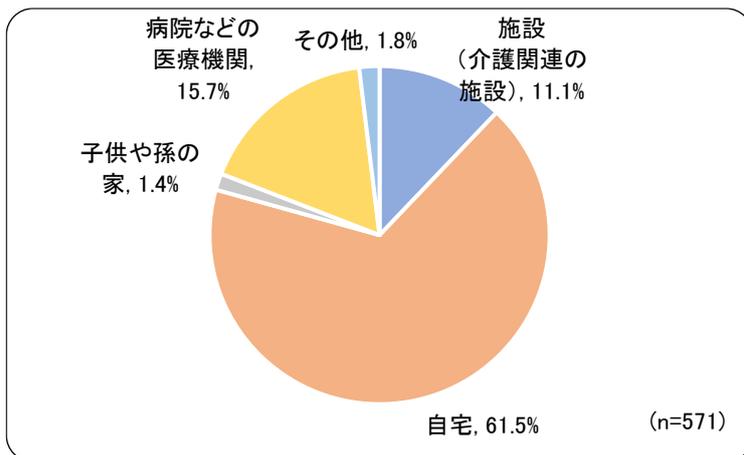


⑨認知症に関する相談窓口の認知度



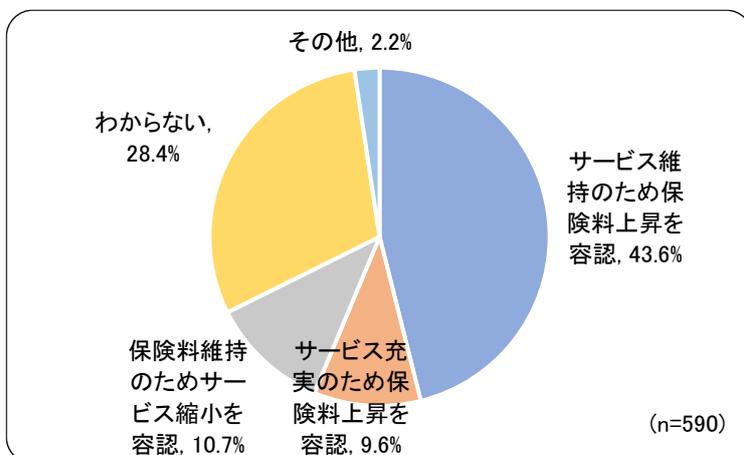
認知症に関する相談窓口の認知度は、「はい」が44.1%、「いいえ」が55.9%となっています。

⑩人生の終末を迎えたい場所



どこで人生の終末を迎えたいかは、「自宅」が61.5%を占め、「病院などの医療機関（緩和ケア病棟やホスピスを含む）」が15.7%、「施設（介護関連の施設）」が11.1%で続いています。

⑪今後の介護保険と介護サービスのあり方



今後の介護保険と介護サービスのあり方についての考え方は、「サービス維持のため保険料上昇を容認」が43.6%、「わからない」が28.4%となっています。

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て、65歳以上の人口も減少しているものの比較的穏やかなため、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、令和17年には7割に達することが予測されます。

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9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・一体的な取組や、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。一方で、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。

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。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。

- 介護予防と健康づくりの連携と推進
- 地域で支える包括的な支援体制の推進
- 認知症の予防と共生



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

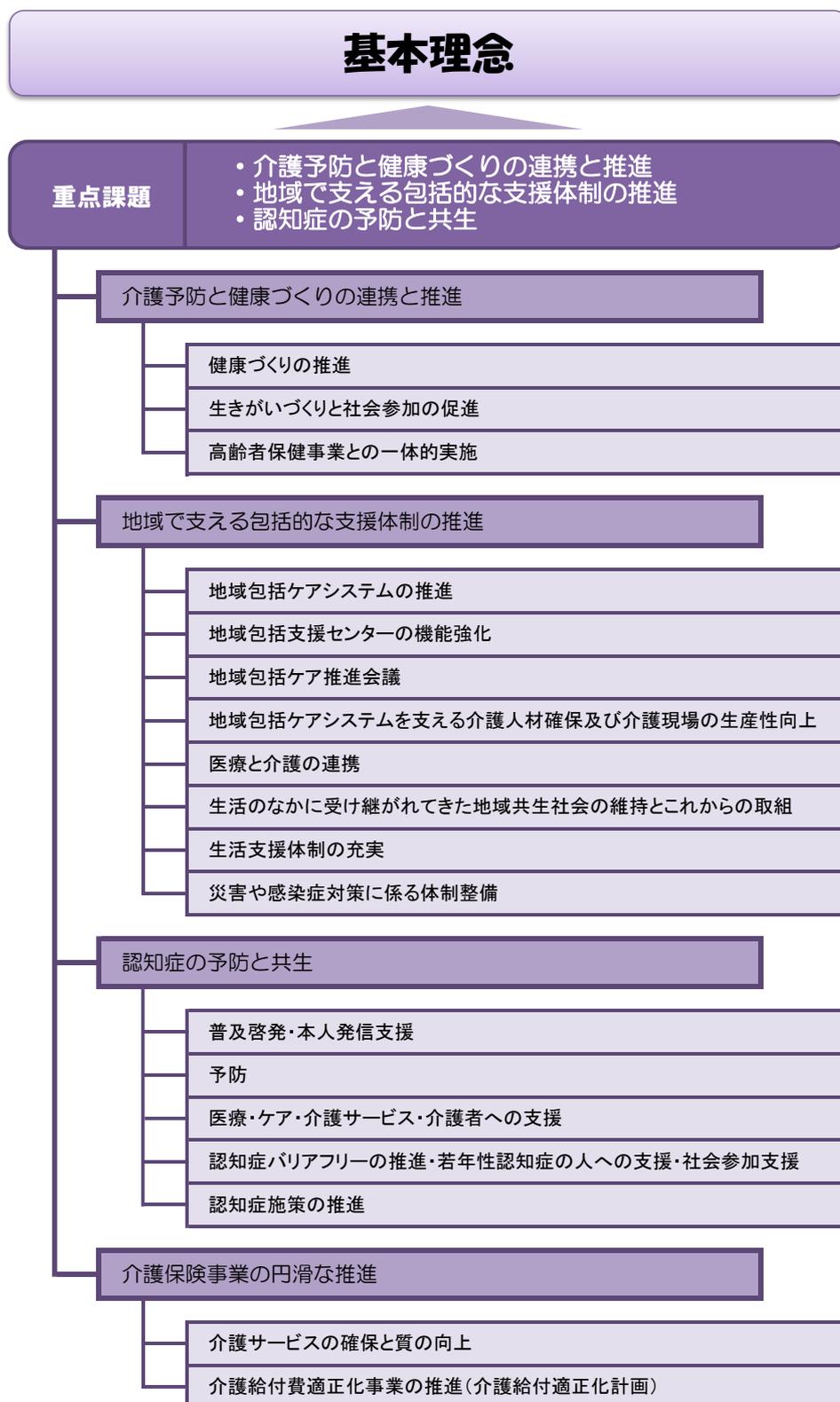
今後も高齢化が進展し、高齢者人口の増加が予測される本村においては、すべての高齢者がいきいきと生活し、支援や介護が必要になっても、住み慣れた地域で、心のふれあいや支え合いの中で安心して生活できるような社会を築いていくことが大切です。

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 介護予防と健康づくりの連携と推進

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。

健康づくりや介護予防の取組は高齢者のみならず、村民一人ひとりの主体的な取組が何よりも重要です。高齢期を迎える前から健康の保持増進を意識し、要介護（要支援）の状態の原因となる生活習慣病を予防することで主体的な健康意識の向上を促すため、高齢者福祉や介護のみならず多様な関係機関や団体などと連携しながら進めていきます。また、いつまでも生涯現役で暮らしていくためには、高齢者自身が高齢期を第2の現役世代として前向きにとらえ、健康づくりや介護予防の活動を通じて生き生きと過ごしていけるように、高齢者等の意識啓発等も重要です。

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>	
主な取組	
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>	
主な取組	
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>	
主な取組	
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、糖尿病の一手手前の状態である「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（2017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16.5%で、令和元年度の20.1%より低下しています。また、いきいきサロン事業において自主サロンへの移行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民間企業・スポーツ推進委員との連携、観光・教育などを活用したウォーキングなど屋外に出る機会づくりを推進することで、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。各地区で特定健診を行い、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。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、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。

④村独自の健康づくりの実施

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）を実施します。

イ 告知端末による情報発信

広報誌を活用して村民に「健康だより」として掲載します。総務課において放送している「高齢者世帯向け特別番組」の中で、包括の視点を盛り込んだ内容でお伝えします。

(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。また、地域の婦人会や公民館活動など年齢の枠を超えた仲間づくりが生きがいつくりにもつながります。

いきいきサロンの実施にあたっては、自主的な展開のサロンを実施し高齢者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。

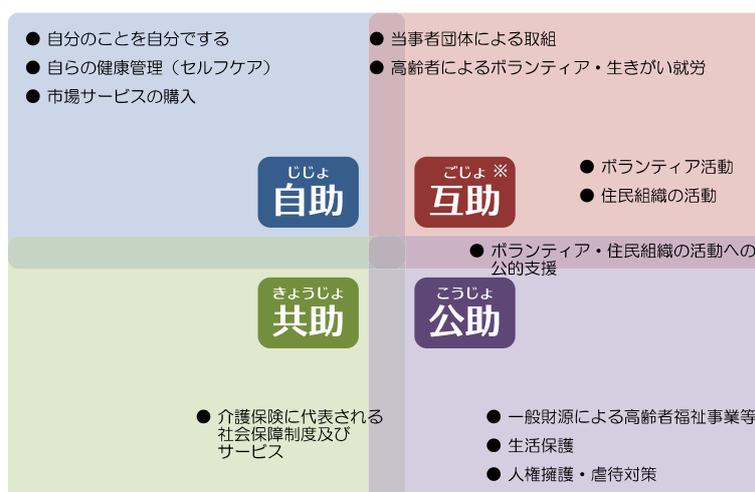
③第三者が関係する生きがいつくり

地域での支え合いを通じて、生き生きとした地域社会を作るために、意欲的な元気高齢者をはじめ、地域住民が積極的にボランティアの場に参入できる体制の構築を行っていきます。

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。

(3) 高齢者保健事業との一体的実施

「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、健康教育などの普及活動といった医療と健診、介護予防事業を一体的に取り組み、健康寿命の延伸を目指します。

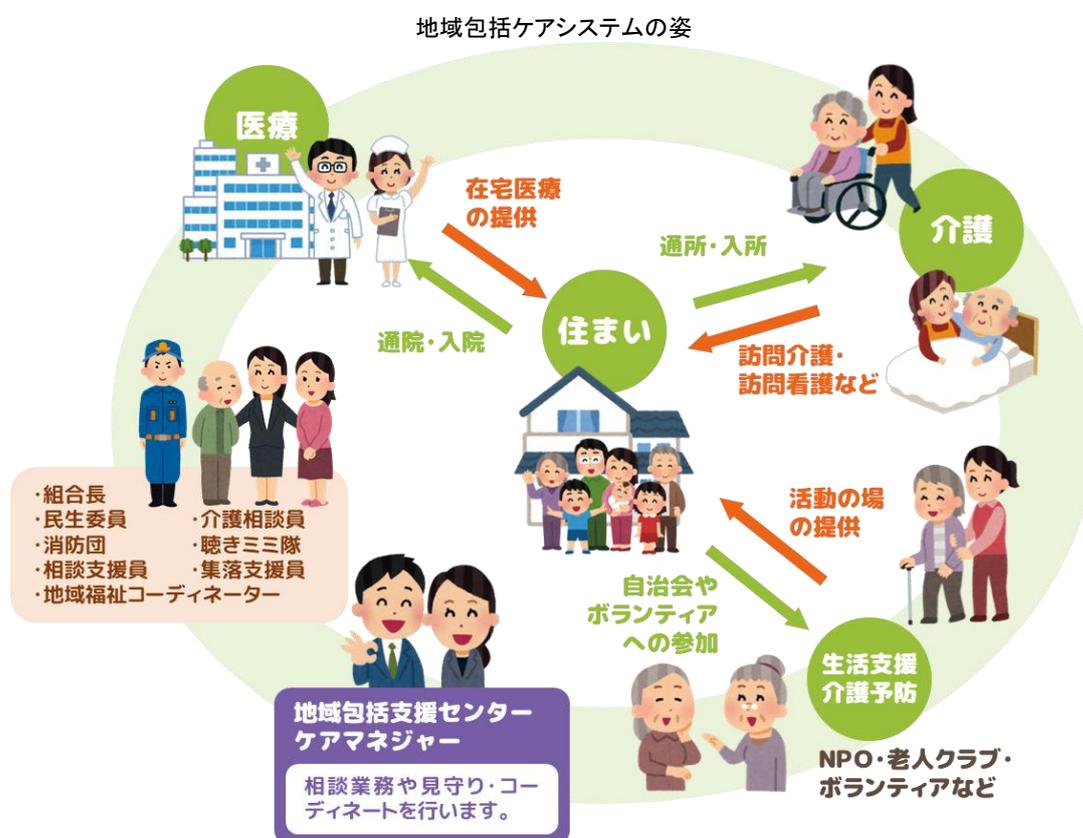
本村では、ハイリスクアプローチとして健診結果に応じた重症化予防事業、健診未受診者に対する健康状態不明者の状況確認、また、ポピュレーションアプローチとして、サロン等に出向き、健康相談や健康教室を実施し、高齢者の様々な課題に応じて事業を実施します。

基本目標2 地域で支える包括的な支援体制の推進

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。

社会資源が乏しく公的サービスにも限界がある中で、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで続けていくため、制度の枠組みだけでは困難だった多様な課題に対応すべく、村独自で受け継がれてきた助け合いや、地域住民や多様な主体が「我がごと」としてとらえ支え合う地域づくりを進めます。



(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 (2025) 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等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令和 22 (2040) 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9期計画における推進の視点

第9期計画では、第8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

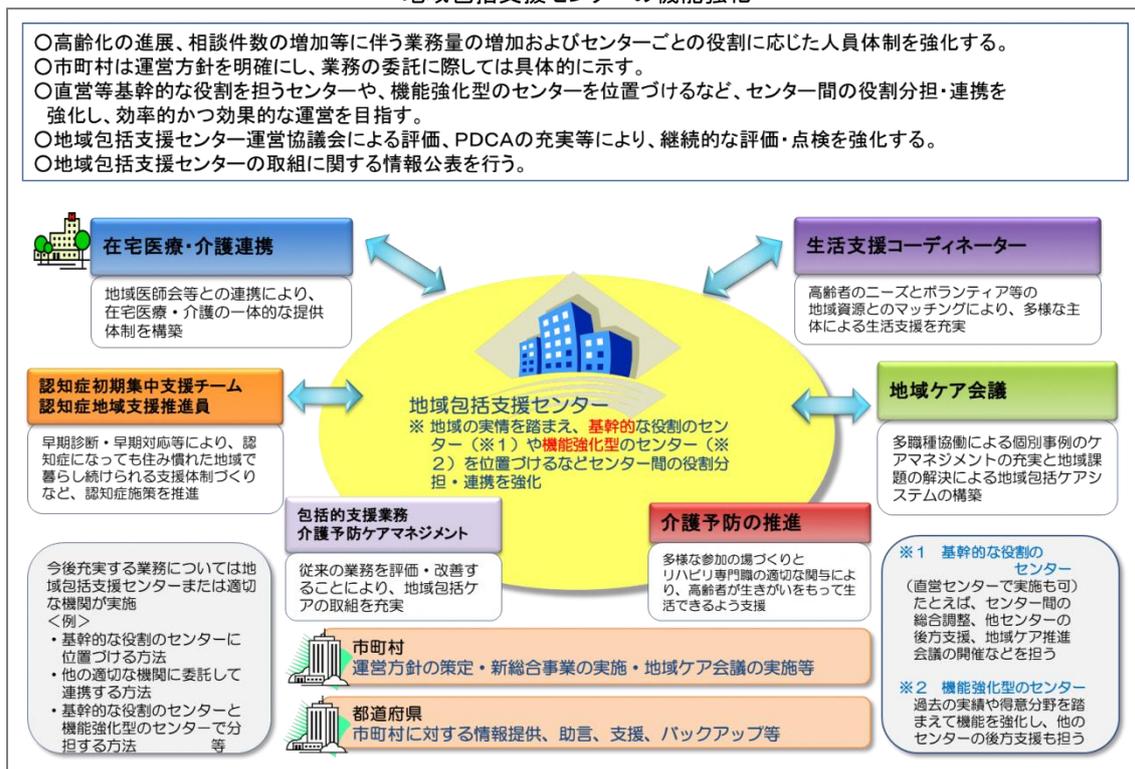
高齢者の心身の状況や変化に応じた生活の質の確保を目指し、高齢者に関する多様な相談を総合的に受け止め、心身の健康の保持と生活の安定のために、関係機関と連携して高齢者が適切なサービスや社会資源を活用していけるように情報提供を行うなど、地域包括支援センターの機能の充実を図っていきます。

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

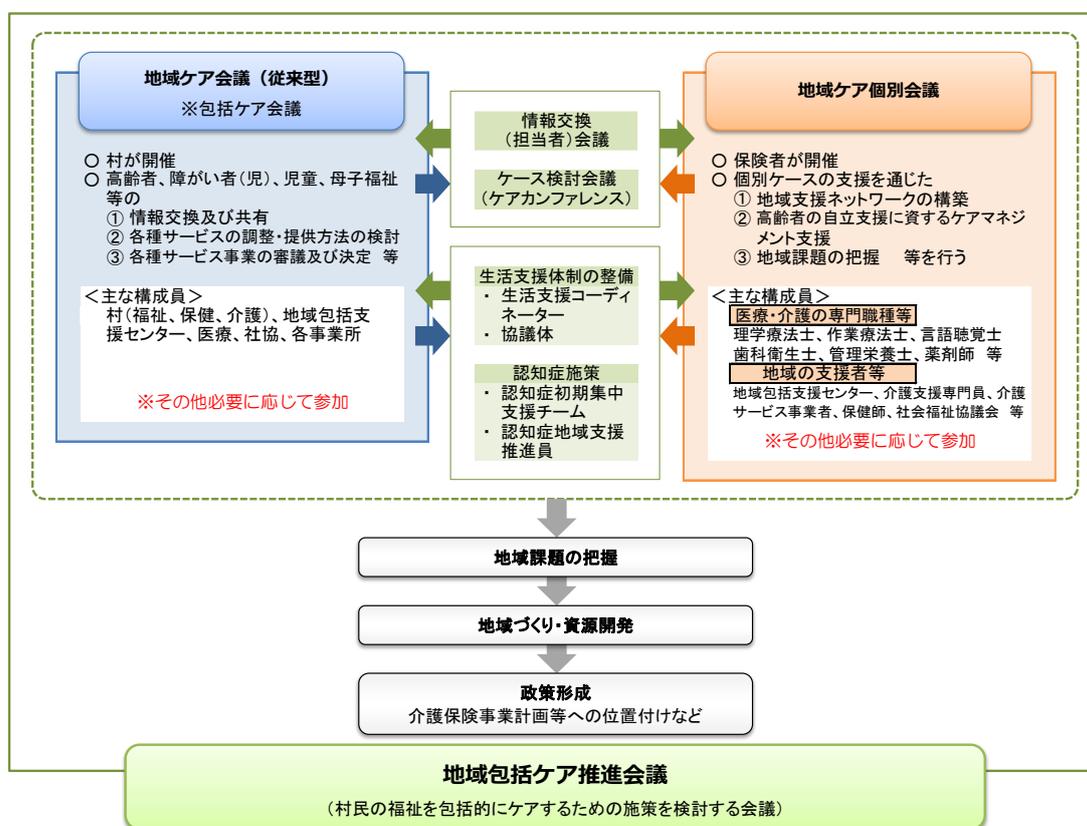


[出典]厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」

(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介護現場の生産性向上

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、また今後は現役世代（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

介護人材の確保と定着を図るため、「参入促進」、「処遇の改善」、「資質の向上」の3つの視点から、総合的な対策を講じ、質の高い介護人材の確保に努めます。介護サービスを継続して提供するためには、若者をはじめ、潜在介護経験者、元気高齢者など、多様な人材の参入を促進する必要があります。現役の介護現場で働いている方々も含め、やりがいをもって働き続けられる環境づくりや処遇改善に重点を置きつつ介護人材定着のための体制整備に努めます。また、介護現場の中核を担う人材の育成、各種専門性を高める取り組みを支援します。

さらに、介護従事者、養成機関、教育機関など、幅広い関係者と連携の場を設け、介護職員の確保状況や課題等について意見交換や協議を行うことにより、具体的かつ実効性のある対策について検討を進め、人材の育成及び確保に努めます。

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進めています。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4年11月に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、各種様式の標準化や添付書類の簡素化、「電子申請・届出システム」の利用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された患者が、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という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9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、村民が自ら自立に取り組むこと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、令和6年3月に「県民が、安全で質の高い医療を切れ目なく受けられる持続可能な医療提供体制の実現」を基本理念とする「第8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。

②固定的な役割意識の変革

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、もっと多くの高齢者が一人ひとりの持てる能力を最大限に発揮することにより、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・支える側といった固定的な役割意識の変革を促します。

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。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。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、宮崎県や関係機関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・寝具洗濯サービス等を行うことで、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。

本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活動拠点として、高齢者センターのみならず、各地域の集会センターや交流拠点施設などを利用して世代を超えた集いの場となるような機会をつくります。

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に確認するとともに、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に確認するとともに、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を整備し、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 認知症の予防と共生

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。

また、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しました。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あいながら共生する活力ある社会（共生社会）の実現を推進することを目的とした法律です。

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歳以上となる令和7年（2025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

認知症基本法の基本理念

-令和5年6月16日 公布-

1. 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
2. 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
3. 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
4. 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
5. 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
6. 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
7. 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

(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

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、認知症に関する窓口の認知度は44.1%と半数を下回る結果となりました。(18ページ参照)

そこで、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するなど、認知症への理解を深めるための普及・啓発に努めます。

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・学校等の協力を得ながら、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。

健診会場やサロン等、本人・家族が希望すれば、認知症チェックリストやMMSE、HDS-Rなどのツールを使用し、本人の認知症の状態を把握していきます。

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

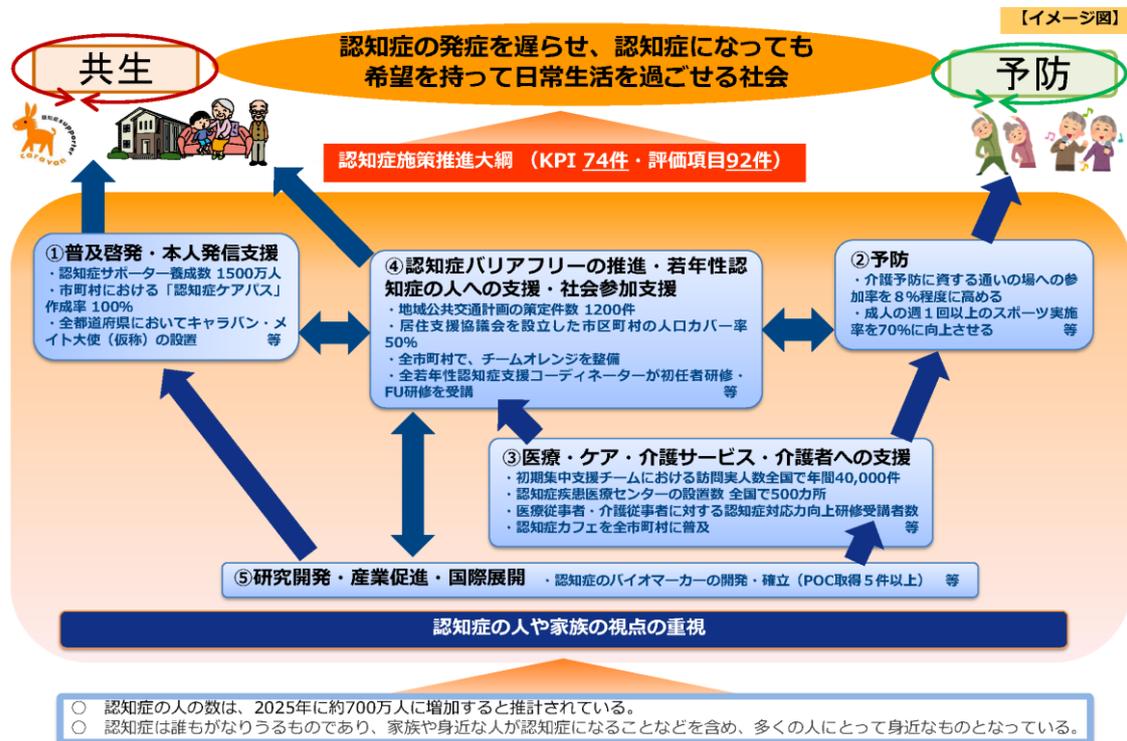
認知症ケアパスは、認知症の初期段階における予防方法や、医療機関、介護サービスなど、認知症の方が利用できるサービスの流れを体系的に示したものです。地域での認知症対策の充実が図れるよう関係機関と連携を強化します。また村民への周知・普及に努め、認知症の方だけでなく、その家族、地域の医療や介護に関わる人、すべての支援者が連携の仕組みを理解できるよう努めていきます。

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、本村では椎葉村国保病院やかかりつけ医、認知症疾患医療センターを含む医療機関・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。

認知症施策推進大綱 KPI 全体のイメージ



[出典]認知症施策推進関係閣僚会議(第4回)参考資料

(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

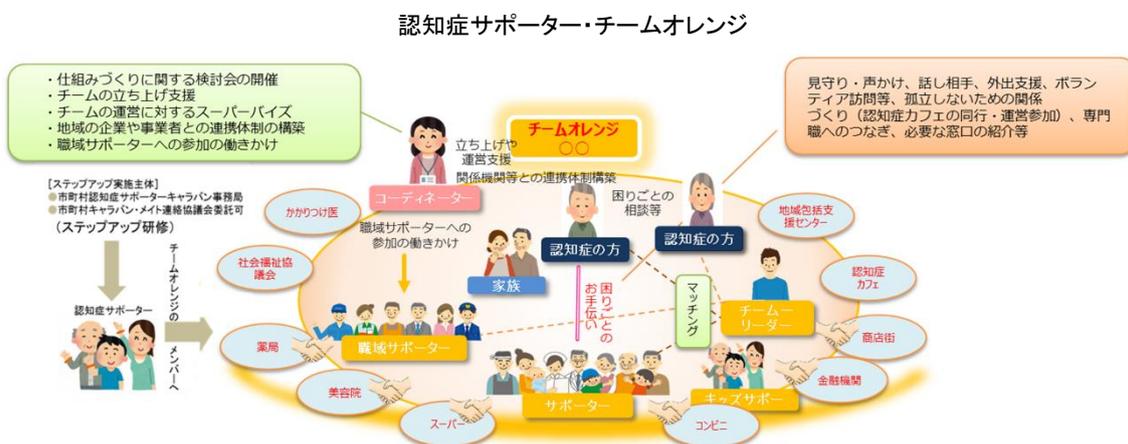
① 認知症バリアフリーの推進

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します。



[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「家族介護者リフレッシュ事業」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、判断能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普及啓発・利用促進に努め高齢者が福祉サービスを適切に利用し、地域で自立した生活を送ることができるよう体制を整えていきます。

また、成年後見制度の利用が必要な人を発見し、適切に必要な支援につなげる仕組みとして、弁護士や社会福祉士等の専門職、家庭裁判所等の関係機関と連携しながら地域連携ネットワークを構築し、その中心となる中核機関の機能の充実に取り組みます。

さらに、関係職員の資質の向上、社会福祉協議会等による法人後見受任体制の強化、市民後見人（法人後見支援員）の育成など、人材の発掘・確保に努めます。

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) 介護サービスの質の確保と向上

①介護サービスの充実

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に取り組んでいきます。

②介護サービス事業者の適切な指定、指導・監査の実施

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、事業所への適切な指導・監査を実施していくため、担当者が当該研修等への参加の機会を通じて、知識の研鑽を図っていきます。

③サービス事業所への情報提供、助言・指導

介護サービスの質の向上につなげるため、介護技術の研修等、学びの場を提供します。また、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) 介護給付適正化への取組と目標

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過不足のないサービスを、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

要介護認定はサービス利用者の心身の状況等を把握するために職員等によって行われる認定調査と主治医の意見書を基に保険・医療・福祉の専門家で構成される認定審査会で審査判定が行われます。

要介護認定に係る調査は複数の職員等で内容等を点検し、適切かつ公平な要介護認定の確保を図っています。

また、日向入郷地域において調査員研修等を実施し参加することで、調査内容の点検や調整を行います。

【第9期の取組と目標】

職員等による認定調査(新規・区分変更・更新)を継続していくために、調査内容の点検を実施します。また、認定調査の質の向上や適正化のため、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(保健所)の主催する研修会等に参加する事で調査解釈の統一を図り、一層の適正化に努めます。

② ケアプラン等の点検及び住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査

ケアプラン点検とは、ケアマネジャーが作成したケアプランが「自立支援」につながる適切なプランになっているかを、保険者が検証・確認することです。点検を通じてケアマネジャーの「気付き」を促し、「自立支援に資するケアマネジメント」に向けた支援を行います。

【第9期の取組と目標】

給付費の適正化だけでなく、「ケアマネジメントの適正化」を図っていくことが重要であり、そのためには「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」を活用し、更に点検を行う職員としての質の向上をはかるため、研修等へ参加します。

また、利用者の実態に合わせて、適切な住宅改修及び福祉用具購入・貸与が行われるよう、施工前の点検等を実施し、リハビリテーション専門職とも情報共有しながら点検を実施していきます。

③ 医療情報との突合・縦覧点検

医療情報との突合では、受給者の後期高齢者や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検をおこなうことで、医療と介護の重複請求の確認をおこないます。

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い状況(請

求明細内容)を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検等をおこない請求内容の誤りを早期に発見します。

このように介護報酬の不適正・不正な請求を発見し、給付の適正化を図っていくために宮崎県国民健康保険団体連合会へ事業委託しています。

【第9期の取組と目標】

医療情報との突合点検や縦覧点検は費用対効果が最も高く今後も継続していく必要性がありますが、村独自での対応が人員不足により困難です。

引き続きこの事業を宮崎県国民健康保険団体連合会に委託・実施することでより正確な給付がおこなわれるように連携を図っていきます。また適切な給付に関する指導ができるよう、職員の研修参加の機会を確保します。

④村が監督するサービス事業所への運営指導

【第9期の取組と目標】

村が監督する居宅介護支援事業所や訪問介護事業所においては、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みます。



第5章 地域支援事業の推進

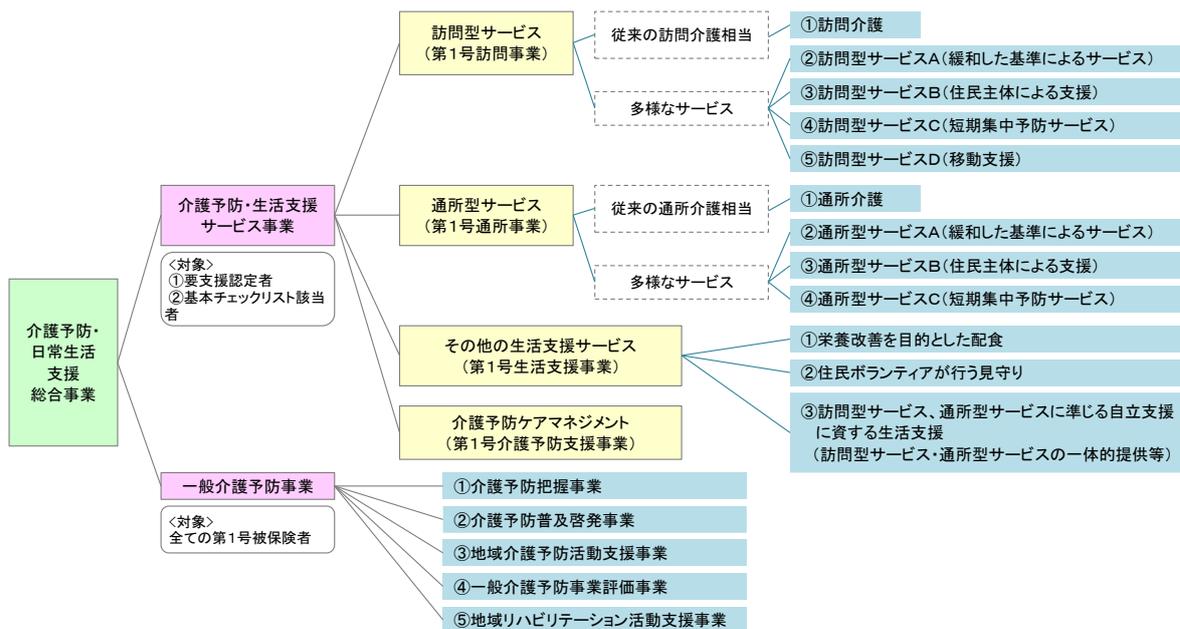
第5章 地域支援事業の推進

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・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・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生活の質(QOL)の向上を目指すものです。

介護予防・日常生活支援総合事業の体系



(1) 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6年度 (2024年度)		令和7年度 (2025年度)		令和8年度 (2026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	6	72	6	72	6	72

■ ■ 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6年度 (2024年度)		令和7年度 (2025年度)		令和8年度 (2026年度)	
	実人数	延人数	実人数	延人数	実人数	延人数
通所型サービスA	20	240	20	240	20	240

■■ 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6年度 (2024年度)		令和7年度 (2025年度)		令和8年度 (2026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	30	30	30	30	30	30

■ ■ 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6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。

(2) 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9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。

地域包括支援センターは包括的支援事業を実施する機関とし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っています。そのため、地域の関係機関と連携しながら、高齢者やその家族を取り巻く様々な相談や地域の課題等に対して適切に支援し、必要に応じて専門機関等につなげて課題解決に向け充実した地域ケア会議にします。

また、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とも連携しながら地域包括支援センターの機能強化を図ります。

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の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研修会等を実施し、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歳以上に到達する令和7(2025)年、団塊ジュニア世代が65歳以上に到達する令和22(2040)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ことが想定されており、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深化・推進していくことが求められています。

本村においても、地域包括ケア「見える化」システム等のデータを活用し、地域の実情に応じたリハビリテーションサービス提供体制のあり方やその実現のための具体的な取組について検討していきます。また、県や医師、看護師、リハビリテーション専門職等と連携を図り、リハビリテーションサービス提供体制の構築に向けた取組を推進します。

リハビリテーション指標の概要

指標名	指標の内容等
ストラクチャー指標	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。 指標 ○ 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	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。 指標 ○ 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	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。 指標 ○ 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

アウトカム指標は、引き続き検討がなされています。

リハビリテーション指標

指標		現状	目標
		令和5(2023)年度	令和8(2026)年度
サービス提供事業所数	S	0箇所	1箇所
地域課題解決の検討の場に参画しているリハ職員数	S	17人	20人

5 地域支援事業の費用

第9期（令和6～8年度）及び、令和22(2040)年度・令和32(2050)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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)	令和32年度 (2050年度)
地域支援事業費	14,806,081	14,806,081	14,806,081	10,501,681	8,388,287
介護予防・日常生活支援総合事業費	9,769,168	9,769,168	9,769,168	6,413,135	4,732,855
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	2,897,375	2,897,375	2,897,375	1,949,008	1,515,894
包括的支援事業(社会保障充実分)	2,139,538	2,139,538	2,139,538	2,139,538	2,139,538



第6章

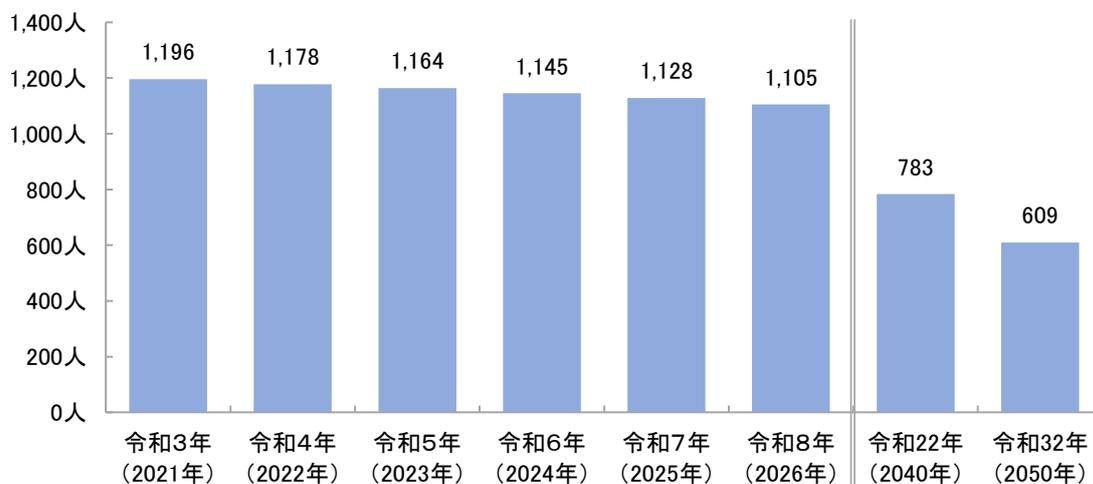
介護保険サービス量等の推計

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

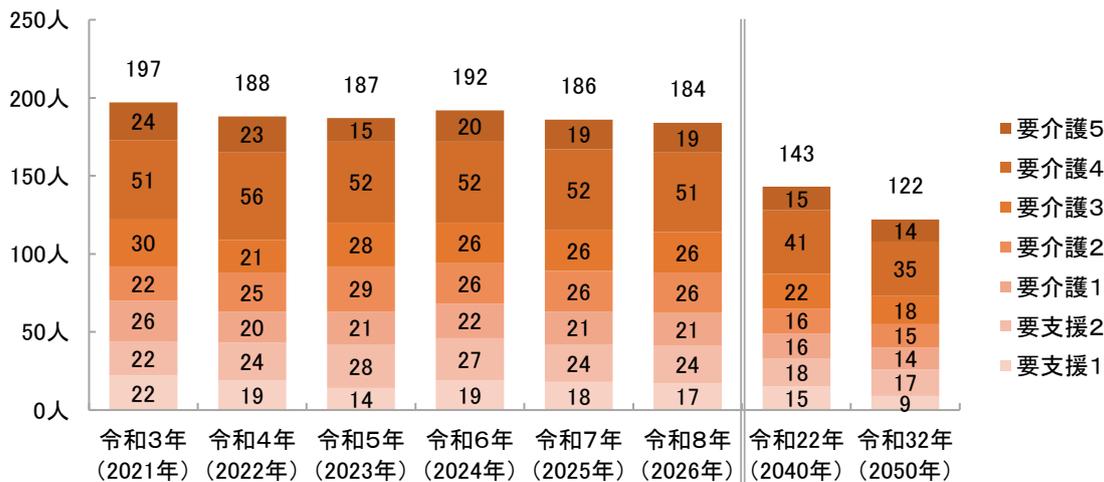
第1号被保険者数については、減少傾向を示しており、令和32(2050)年には609人となることが予測されます。

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



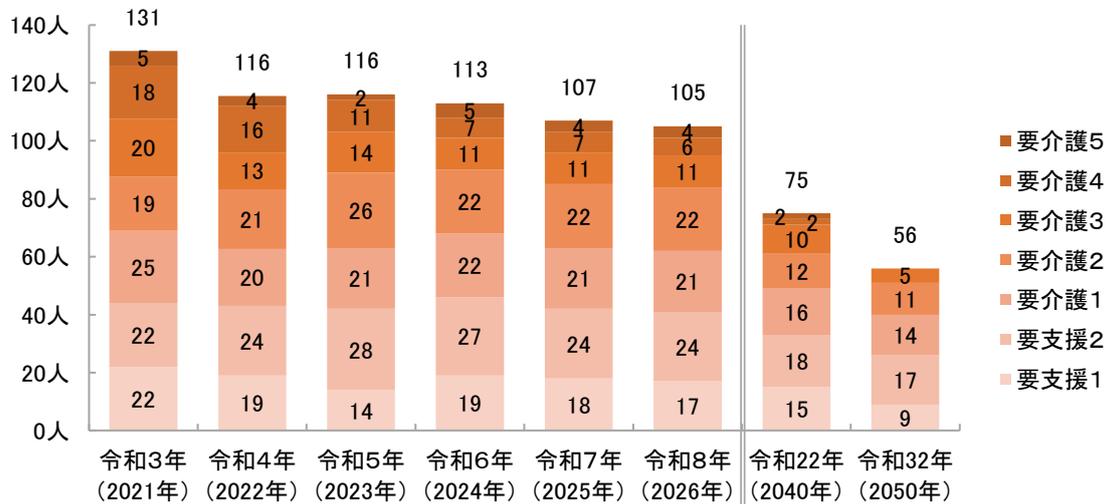
3 介護保険サービスの基盤整備

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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費（千円）	10,418	9,639	9,120	5,906
回数（回）	269.7	251.4	239.3	154.2
人数（人）	18	17	16	10

※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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費（千円）	521	522	522	0
回数（回）	14.1	14.1	14.1	0.0
人数（人）	1	1	1	0
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	112	112	112	39
人数(人)	2	2	2	1
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R6(2024)	R22(2040)
給付費(千円)	127	128	128	0
人数(人)	2	2	2	0

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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	10,362	10,375	10,375	0
回数(回)	106.5	106.5	106.5	0.0
人数(人)	10	10	10	0

⑤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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	21,564	20,566	19,047	11,235
日数(日)	227.7	218.6	203.9	120.2
人数(人)	19	18	17	10
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	530	531	531	531
日数(日)	7.4	7.4	7.4	7.4
人数(人)	1	1	1	1

⑥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。			
介護給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	6,893	6,646	6,385	4,317
人数(人)	35	34	33	22
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	1,961	1,714	1,714	1,379
人数(人)	24	21	21	17

⑦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。			
介護給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	330	330	330	0
人数(人)	1	1	1	0
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

⑧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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	420	420	420	0
人数(人)	1	1	1	0
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

⑨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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	4,798	4,804	4,804	4,804
人数(人)	2	2	2	2
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

⑩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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	9,616	9,265	9,068	6,193
人数(人)	56	54	53	36
予防給付	第9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	1,318	1,265	1,210	935
人数(人)	24	23	22	17

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の実績が極めて少なく、第9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
- 通所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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	21,289	21,316	21,316	17,692
回数(回)	209.0	209.0	209.0	176.0
人数(人)	20	20	20	17

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9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

		必要利用定員総数			
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	206,680	206,942	206,942	177,253
人数(人)	70	70	70	60

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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	19,216	19,240	19,240	15,294
人数(人)	5	5	5	4

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9期計画期間			
	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R22(2040)
給付費(千円)	9,104	9,115	9,115	9,115
人数(人)	2	2	2	2

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6年度から令和8年度及び令和22(2040)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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
居宅サービス				
訪問介護	10,418	9,639	9,120	5,906
訪問看護	521	522	522	0
居宅療養管理指導	112	112	112	39
通所介護	10,362	10,375	10,375	0
短期入所生活介護	21,564	20,566	19,047	11,235
福祉用具貸与	6,893	6,646	6,385	4,317
特定福祉用具購入費	330	330	330	0
住宅改修費	420	420	420	0
特定施設入居者生活介護	4,798	4,804	4,804	4,804
地域密着型サービス				
地域密着型通所介護	21,289	21,316	21,316	17,692
施設サービス				
介護老人福祉施設	206,680	206,942	206,942	177,253
介護老人保健施設	19,216	19,240	19,240	15,294
介護医療院	9,104	9,115	9,115	9,115
居宅介護支援	9,616	9,265	9,068	6,193
介護給付費計	321,323	319,292	316,796	251,848

(2) 介護予防給付費

単位:千円

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
介護予防サービス				
介護予防居宅療養管理指導	127	128	128	0
介護予防短期入所生活介護	530	531	531	531
介護予防福祉用具貸与	1,961	1,714	1,714	1,379
特定介護予防福祉用具購入費	0	0	0	0
介護予防住宅改修	0	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護予防サービス	0	0	0	0
介護予防支援	1,318	1,265	1,210	935
予防給付費計	3,936	3,638	3,583	2,845

(3) 総給付費

単位:千円

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
在宅サービス	85,461	82,829	80,278	48,227
居住系サービス	4,798	4,804	4,804	4,804
施設サービス	235,000	235,297	235,297	201,662
総給付費計	325,259	322,930	320,379	254,693



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6年度から令和8年度及び令和22(2040)年度の総給付費を以下のように見込みました。

第9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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
総給付費	325,259,000	322,930,000	320,379,000	254,693,000
特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	33,937,343	32,918,405	32,564,446	24,924,402
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	9,713,946	9,423,270	9,321,944	7,125,902
高額医療合算介護サービス費等 給付額	796,091	771,214	762,921	592,922
算定対象審査支払手数料	284,262	275,356	272,436	211,700
標準給付費見込額	369,990,642	366,318,245	363,300,747	287,547,926

■地域支援事業費（B）

単位：円

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
地域支援事業費	14,806,081	14,806,081	14,806,081	44,418,243
介護予防・日常生活支援総合事業費	9,769,168	9,769,168	9,769,168	29,307,504
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	2,897,375	2,897,375	2,897,375	8,692,125
包括的支援事業(社会保障充実分)	2,139,538	2,139,538	2,139,538	6,418,614

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9期計画期間中（令和6年度～令和8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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
標準給付費見込額[A]	369,990,642	366,318,245	363,300,747	1,099,609,634
地域支援事業費[B]	14,806,081	14,806,081	14,806,081	44,418,243
第1号被保険者負担分相当額 [C]=[A]+[B]×23%	88,503,246	87,658,595	86,964,570	263,126,412
調整交付金相当額[D]	18,987,991	18,804,371	18,653,496	56,445,857
調整交付金見込額[E]	50,622,000	49,004,000	46,932,000	146,558,000
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]				1,593,000
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]				700,000
保険料収納必要額[M]				170,721,269
予定保険料収納率[N]				99.57%
所得段階別加入割合補正後被保険者数[O]	931	918	899	2,748
保険料基準額(年額)[P]=[M]÷[N]÷[O]				62,400
保険料基準額(月額)[Q]=[P]÷12か月				5,200

第9期(令和6～8年)の
介護保険料基準額(月額)

5,200 円

3 所得段階別保険料額

第9期の第1号介護保険料に係る所得区分については、所得水準に応じてきめ細やかな保険料設定を行うため、国の定める標準の段階設定は、13段階となっています。

本村においても、より所得に配慮した設定とするため、13段階として負担軽減を図っていきます。

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)	0.455 [※]	28,300
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)	0.685 [※]	42,700
第3段階	世帯全員が住民税非課税(第1・第2段階以外)	0.690 [※]	43,000
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)	0.900	56,100
第5段階	本人が住民税非課税(上記以外)	1.000	62,400
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	1.200	74,800
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	1.300	81,100
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	1.500	93,600
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(420万円)未満	1.700	106,000
第10段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(520万円)未満	1.900	118,500
第11段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(620万円)未満	2.100	131,000
第12段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(720万円)未満	2.300	143,500
第13段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が基準所得金額(720万円)以上	2.400	149,700

※ 第1～3段階の調整率については、公費により更に引き下げられます

所得段階別加入者数

段階	令和6年度 (2024年度)		令和7年度 (2025年度)		令和8年度 (2026年度)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
第1段階	395	34.5%	389	34.5%	381	34.5%
第2段階	127	11.1%	125	11.1%	122	11.0%
第3段階	83	7.2%	81	7.2%	80	7.2%
第4段階	187	16.3%	184	16.3%	181	16.4%
第5段階	115	10.0%	114	10.1%	111	10.0%
第6段階	102	8.9%	100	8.9%	98	8.9%
第7段階	81	7.1%	80	7.1%	78	7.1%
第8段階	26	2.3%	26	2.3%	25	2.3%
第9段階	13	1.1%	13	1.2%	13	1.2%
第10段階	6	0.5%	6	0.5%	6	0.5%
第11段階	2	0.2%	2	0.2%	2	0.2%
第12段階	2	0.2%	2	0.2%	2	0.2%
第13段階	6	0.5%	6	0.5%	6	0.5%
計	1,145	100.0%	1,128	100.0%	1,105	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。



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

(平成29年8月31日要綱第21号)

(設置)

第1条 椎葉村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画（以下「計画」という。）の策定に資するため、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（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について審議する。

- (1) 計画の策定及び進行管理に関すること
- (2) 前号に掲げるもののほか、計画の策定及び進行管理に必要な事項に関すること

(組織)

第3条 委員会は、委員14人以内で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから村長が委嘱する。

- (1) 学識経験を有する者
- (2) 福祉に関係する機関を代表する者
- (3) 保健医療に関係する機関を代表する者
- (4) 介護保険事業に関係する機関を代表する者
- (5) 被保険者の属する各種団体を代表する者
- (6) 議会議員を代表する者
- (7) その他村長が必要と認める者

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長及び副委員長は委員の互選により決定する。

3 委員長は会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は委員長が欠けたときはその職務を代理する。

(任期)

第5条 委員の任期は3年とし、再任を妨げない。

2 委員が欠けた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第6条 委員会は委員長が招集する。

2 委員長は会議の議長となる。

3 委員会は、委員の半数以上が出席しなければ会議を開くことができない。

4 委員会の議事は、出席委員の過半数で可決し、可否同数の場合は議長の決するところによる。

5 委員会は、必要に応じ関係者の出席を求め、意見又は説明を聞くことができる。

(報告)

第7条 委員長は、委員会の審議の結果を村長に報告しなければならない。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は福祉保健課において処理する。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は委員長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、公布の日から施行する。

2 この要綱の施行日以後最初に行われる会議は、第6条第1項の規定にかかわらず、村長がこれを招集する。

3 椎葉村高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会設置要綱（平成18年4月1日施行）は廃止する。

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

【委員】

委員任期：令和3(2021)年4月1日～令和6(2024)年3月31日

No.	分野	氏名	備考
1	福祉に関する機関を代表する者	椎葉 明子	椎葉村民生委員・児童委員協議会会長
2		河口 吉弘	椎葉村身体障害者福祉協議会会長
3		那須 力男	椎葉村社会福祉協議会事務局長
4	保健医療に関する機関を代表する者	吉持 徹信	椎葉村国民健康保険病院院長
5		大森 健一	椎葉おおもり歯科医院院長
6	介護保険事業に関する機関を代表する者	黒木 武人	特別養護老人ホーム「平寿園」園長
7		椎葉 邦子	椎葉村地域包括支援センター
8	被保険者の属する各種団体を代表する者	中瀬 裕	椎葉村公民館連合会会長
9		那須 清重	椎葉村老人クラブ連合会会長
10		甲斐 ミハル	椎葉村地域婦人連絡協議会会長
11	議会議員を代表する者	河口 吉弘	椎葉村議会産業福祉常任委員長
12	その他村長が必要と認める者	—	—

3 用語解説

あ行

アセスメント

課題分析などと訳される。利用者が直面している生活上の問題・課題（ニーズ）や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために、必要なサービスの提供や援助に先立って行われる一連の手続きのことをいう。ケアマネジメントの一環として、ケアマネジャーがケアプランを作成する前に利用者のニーズ、状況等を詳細に把握するために行なわれる。

いきいきサロン事業

地域の住民が気軽に集える場所をつくることを通じ、地域の「仲間づくり」「出会いの場づくり」「健康づくり」をするための活動。定期的集まることで顔なじみの輪を広げ、いきいきとした楽しい生活を送ることを目的としている。

生きがい

人生の意味や価値など、人の生を鼓舞し、その人の生を根拠づけるものを広く指す。

ADL(エー・ディー・エル)

日常生活動作と訳される。人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことであり、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。ADLとは別に、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をIADL（手段的日常生活動作）という。

か行

介護

老化や病気・障害などにより、心や体が不自由となり、ADL・IADLといった日

常生活とその動作の一部・全部に、手助け（援助）が必要となった状態の人に、支援や手助けをすること。アセスメントにより、手助けの必要性（ニーズ）を明確にし、ニーズに応じたサービス提供や援助を行う。なお、「〇〇さんの食事の介助」などのように、特定の場面では「介助」という表記・表現を用いることもある。

介護医療院

令和5度末に経過措置が終了し、廃止期限を迎えた介護療養病床（介護療養型医療施設）と医療療養病床の移行先となる「新たな施設類型」の名称。長期療養が必要な要介護者に医療・介護を一体的に提供するため、「日常的な医学管理」「看取り・ターミナル」などの機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設となることが期待されている。

介護給付

要介護（要介護1～5）の認定を受けた利用者（被保険者）が利用できるサービスとその利用料を保険料・税金から補助（支給）すること（保険給付）をいう。原則、利用料の9割または8割が補助され、残りの1割または2割が利用者の自己負担となる。

介護支援専門員【ケアマネジャー】

介護保険制度で、利用者の生活や介護に関する相談に応じるとともに、利用者がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市区町村、サービスを提供する事業所、施設などとの連絡調整等を行う人のこと。「介護支援専門員」は、ケアマネジャーの仕事に必要な資格の名称でもある。

介護認定審査会

介護保険制度において、要介護認定・要支援認定の審査判定業務（二次判定）を行うために、市区町村が設置する機関。認定の申請者（被保険者）一人ひとりについて、認定調査票の「基本調査」「特記事項」および主治医意見書に基づき、要介護状態また

は要支援状態に該当するか否か、該当する場合には、どの要介護度（要介護状態区分〔要介護1～5〕または要支援状態区分〔要支援1・2〕）に相当するのかが等の、審査判定を行う。また、第2号被保険者の利用条件である、特定疾病についても、主治医意見書から確認する。

介護報酬

介護保険制度下のサービスを提供する事業所・施設が、サービスを提供した場合にその対価として支払われる利用料（報酬）のこと。その額については、厚生労働大臣（国）が定める。原則として利用者はその1割また2割を自己負担し、残りの9割または8割については市区町村（保険者）から国民健康保険団体連合会を經由して事業所・施設に支払われる。

介護保険施設

介護保険法による施設サービスを行う施設で、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と介護老人保健施設、介護療養型医療施設のことをいう。介護保険施設はいずれも、施設のケアマネジャー（介護支援専門員）が入所者一人ひとりのケアプラン（施設サービス計画）を作成して、施設の介護職員等がケアプランに沿ったサービスの提供を行う。指定介護老人福祉施設は介護、日常生活上の世話や健康管理を、介護老人保健施設は医学的管理の下における機能訓練（リハビリ）、介護や日常生活上の世話を主な目的としている。なお、介護保険施設として規定されていた介護療養型医療施設については、平成23(2011)年の同法の改正によって規定が削除されたが、令和6(2024)年3月までの間は、従来どおり運営することができる。介護療養型医療施設（介護療養病床）と医療療養病床の移行先となる新たな施設類型として「介護医療院」が創設された。

介護保険制度

加齢に伴い要介護状態または要支援状態に陥ることを保険事故（この制度の保険料・税金で補助する生活上の出来事）とする保険制度の総称。社会保険の一つ（他には、年金保険、医療保険、雇用保険、労災

保険がある）。介護保険は、被保険者の要介護状態や要支援状態に関して必要な保険給付（サービスの利用料を保険料・税金で補助すること）を行う。

介護保険料

介護保険事業に要する費用に充てるために拠出する金額で、市区町村（保険者）が被保険者から徴収する。第1号被保険者の保険料は、一定の基準により算定した額（基準額）に所得に応じた率を乗じて得た額となる。第2号被保険者の保険料は、加入している医療保険の算定方法に基づき算定した額となり、医療保険の保険料と一括して徴収される。

介護予防

高齢者が、要介護状態等になることの予防や、要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。介護保険制度下では、市区町村を実施主体とする地域支援事業において、すべての第1号被保険者（高齢者）およびその支援のための活動にかかわる者を対象として、一般介護予防事業が展開されている。この事業では、「年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通して、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する」などの方針のもと、さまざまな取組が行われており、厚生労働省の特設WEBサイト「地域がいきいき 集まろう！通いの場」でも確認できる。

介護予防・日常生活支援総合事業

市区町村が介護予防および日常生活支援のための施策を総合的に行えるよう、平成23(2011)年の介護保険制度の改正において創設された事業で、平成26(2014)年の制度改正により新たに再編成され、現在は、「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」からなっている。介護予防・生活支援サービス事業には、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配食サービス等）、介護予防ケアマネジメント（ケアマネジャーによるケアプラン、地域包括支援センターで行う）があり、要介護（要支援）認定で「非該当」に相当す

る第1号被保険者（高齢者）や要支援1・2と認定された被保険者を対象とする。介護予防訪問介護と介護予防通所介護がそれぞれ訪問型サービス、通所型サービスに移行するとともに、この新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、平成29(2017)年3月末までに全市区町村で整備された。

介護予防サービス

介護予防サービスとは、要介護状態になることをできるだけ防ぐとともに、要支援状態になっても状態の悪化を防ぐことに重点をおいたサービス。要介護認定・要支援認定で「要支援1」「要支援2」に認定された人が利用するサービスに相当する。

QOL(キュー・オー・エル)

(☞ 生活の質)

基本チェックリスト

厚生労働省により作成されたもので、介護予防が必要である65歳以上の高齢者を早期に発見し、介護を必要とする生活を未然に防ぐための25個のチェック項目をいう。

共助

介護保険のようにお互いを助け合う社会保障制度をいう。介護保険、医療保険、年金など。

協働

同じ目的のために、協力して働くこと。

居宅

一般に、住まいという意味。介護保険制度下における「居宅」は、「利用者が住む自宅や、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など」と解釈される。介護保険施設は該当しない。

居宅サービス

自宅に居ながら利用できる介護サービスを指す。施設に入っている場合であっても、そこが居宅とみなされる場合は、その施設でのサービスは居宅サービスに含まれる。

ケア

広義の意味では「世話をすること」。英文字

で綴ると「care」となる。高齢者福祉や介護保険分野などでは、「介護」の同義語として使用することが多く、高齢者等の生活の手助け（支援・援助）という意味に相当する。一方、昭和62(1987)年に、ミルトン・メイヤロフが著した『ケアの本質』では、「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである」としている。ケアという言葉を表記・表現した場面によっては、このような意味合いを込めていることもある。

ケアプラン

利用者個々のニーズに合わせた介護保険制度内外の適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、ケアマネジメントという手法を用い、利用者・家族と相談しながら作成するサービスの利用計画のこと。ケアプランは、①利用者のニーズの把握、②援助目標の明確化、③具体的なサービスの種類と役割分担の決定、といった段階を経て作成され、公的なサービスだけでなく、インフォーマルな社会資源をも活用して作成される。

ケアマネジメント

生活困難な状態になり援助を必要とする利用者が、迅速かつ効果的に、必要とされるすべての保健・医療・福祉サービスを受けられるように調整することを目的とした援助展開の方法。①インテーク（導入）、②アセスメント（課題分析）の実施、③ケアプラン原案の作成、④サービス担当者会議の開催、⑤ケアプランの確定と実施（ケアプランに沿ったサービス提供）、⑥モニタリング（ケアプランの実施状況の把握）、⑦評価（ケアプランの見直し）、⑧終了、からなる。利用者和社会資源の結び付けや、関係機関・施設との連携において、この手法が取り入れられている。介護保険においては、「居宅介護支援」「介護予防支援」などで行われている。

ケアマネジャー

(☞ 介護支援専門員)

健康

「健康」の定義として、昭和22(1947)年に採択されたWHO憲章では、「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」としている。福祉や介護・介護予防分野などでも、このような高齢者等の「健康」とその保持を、支えているといえる。

健康寿命

「健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間」とされる。平成28(2016)年の健康寿命は、男性72.14歳・女性74.79歳。同じ年の平均寿命は、男性80.98歳・女性87.14歳である。平均寿命と健康寿命との差は、男性約9年・女性約12年で、その期間は、日常生活に制限のある「不健康な期間」となる。過去の平成13(2001)年において、健康寿命は、男性69.40歳・女性72.65歳、平均寿命は、男性78.07歳・女性84.93歳であった。2016年と2001年を比べると、両寿命・男女ともに延伸している。しかし、平均寿命と健康寿命との差は、2001年も、男性約9年、女性約12年であり、2016年と比べると、その際は縮小していない。健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(健康日本21〔第2次〕)では、「健康寿命の延伸」を掲げているが、「平均寿命との差の縮小」にも着目する必要があるといえる。

権利擁護

自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。アドボカシー(代弁)ともいう。

高額医療合算介護サービス費

介護保険制度下の利用者負担(現物給付の1割または2割・3割の自己負担分)と医療保険制度の患者負担の1年間(毎年8月から翌年7月まで)の合計額(同じ世帯に複数の利用者がある場合、医療保険の種類ごとの世帯の合計額)が、一定額(年齢お

よび所得に応じて設定される負担限度額)を超えたときは、超えた額を医療保険・介護保険の自己負担額の比率に応じて案分して、各保険の保険者が支給する仕組みを「高額医療・高額介護合算制度」という。この内、介護保険制度の保険者から支給するものを「高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給」といい、高額介護(介護予防)サービス費の支給を受けた後に適用される。

高額介護サービス費

介護保険では、1か月間に利用したサービスの、1割または2割の自己負担の合計額(同じ世帯に複数の利用者がある場合には、世帯合計額)が、負担上限額を超えたときは、超えた分が「高額介護サービス費」として後から支給される(償還払い)。高額介護サービス費の支給を受けるには、介護保険担当窓口で「高額介護サービス費支給申請書」の提出が必要。

高齢化率

総人口に占める65歳以上の人口(老年人口)の割合。老年人口割合ともいう。総務省統計局によると、わが国における、令和4(2022)年10月1日時点の高齢化率は29.0%、令和5(2023)年8月時点には29.1%となっている。

高齢者

一般に65歳以上の者を指す。65~75歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者という。

高齢者虐待

家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為。この行為では、高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪(じゅうりん)し、心や身体に深い傷を負わせるようなもので、次のような種類がある。①身体的虐待、②性的虐待、③心理的虐待、④ネグレクト(介護や世話の放棄)、⑤経済的虐待等。

高齢者世帯

65歳以上の者のみで構成するか、または、これに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

それぞれの組織・団体の取組を連携して、高齢者が健康に生活できるようにするための仕組み。市町村は、事業のコーディネーターや調整・分析を行うために医療専門職を配置したり、通いの場を活用して高齢者への健康指導や相談を行ったりすることで、適切な医療サービスへの継続が可能になる。

国民健康保険団体連合会

国民健康保険の保険者が、共同してその目的を達成するために設立している法人。各都道府県ごとに設置されている。介護保険法における業務として、①サービスを提供した事業所・施設からの介護給付費（介護報酬）の請求に対する審査・支払、②介護サービスの質の向上に関する調査とサービス事業者・施設に対する指導・助言（オンブズマン的業務）がある。介護保険制度の利用者にとっては、苦情処理機関としての役割を担っている。

互助

インフォーマルな相互扶助。家族や地域で互いに支え合い、助け合うこと。

さ行

サービス担当者会議

ケアプランの作成にあたってケアマネジャーが開催する会議。利用者とその家族、ケアマネジャー、ケアプランに位置づけた、利用者のサービス提供に関連する事業所の担当者等から構成される。ケアマネジャーによって課題分析された結果をもとに、利用者と家族に提示されるケアプランの原案を協議し、利用者の同意を得てケアプランを確定し、ケアプランに沿ったサービス提供につなげる。また、その後、利用者や家族、サービスの担当者がケアプランの見直しが必要と考えた場合には、担当者会議が要請され適宜開かれる。

サービス付き高齢者向け住宅

平成23(2011)年の「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登録制度に、登録されている住宅。一定の面積(床面積が原則25m²以上)、設備(台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室)と、バリアフリー構造等を有する、高齢者向けの賃貸住宅または有料老人ホームであって、入居した高齢者に対して、状況把握(安否確認・見守り)サービス、生活相談サービスなどを提供する。

在宅医療・介護連携

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られるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業所等の関係者が連携すること。

在宅介護

病気・障害や老化のために生活を自立して行うことができない人が、自分の生活の場である家庭において介護を受けること。またはその人に対して家庭で介護を提供すること。家庭は利用者の持つ多面的なニーズに対応しやすく、ノーマライゼーションの観点からも重要な介護の場である。

作業療法士(OT)

厚生労働大臣の免許を受け、リハビリテーションの一つ「作業療法」を行う者のこと。医師の指導のもと、手芸・工作・家事といった作業を通じ、身体の回復や精神状態の改善などを図り、社会的適応能力を回復させることを目的とする。

指定

一般に、行政が法律等に基づき、特定の資格を与えることをいう。介護保険制度下においては、行政(都道府県・市区町村)が、介護保険制度下の人員、設備および運営に関する基準等を遵守して、良質なサービスを提供すると認められた事業所・施設に対して、介護保険制度下のサービス提供を認めることをいう。指定は、居宅サービス、施設サービス(介護保険施設)、介護予防サービ

スについては、都道府県（都道府県知事）が行い、地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービス、居宅介護支援、介護予防支援については、市区町村（市区町村長）が行う。行政は指定後、事業所・施設を指導・監督し、6年ごとの指定更新なども行う。なお、指定を取得するためには、原則として、法人格（株式会社、社会福祉法人、医療法人、NPO法人など）が必要である。

市民後見人

成年後見制度の仕組みの一つ。市区町村が行う研修により、成年後見人等の活動に必要な法律や福祉の知識、実務対応能力を身に付け、成年後見人等の活動を行う一般市民のこと。研修修了者は市区町村に登録され、親族等による後見等が困難な場合などに、市区町村からの推薦を受けて、家庭裁判所から選任され、本人に代わり、財産の管理や介護サービス契約などの法律行為を行う。成年後見制度の普及に伴い、市民後見人への支援・指導や家庭裁判所、市区町村等との連携体制が一層求められている。成年後見制度の利用の促進に関する法律でも、「市民の中から成年後見人等の候補者を育成しその活用を図ることを通じて成年後見人等となる人材を十分に確保すること等により、地域における需要に的確に対応すること」としている。

社会福祉協議会

社会福祉法の規定に基づき組織される地域福祉の推進を目的とする団体で、一般的には、「社協」の略称で呼ばれることが多い。市区町村を単位とする市区町村社会福祉協議会、指定都市の区を単位とする地区社会福祉協議会、都道府県を単位とする都道府県社会福祉協議会がある。社会福祉を目的とする事業を営む者および社会福祉に関する活動を行う者が参加するものとされているおり、さまざまな福祉サービスや相談、ボランティア活動や市民活動の支援、共同募金など地域の福祉の向上に取り組んでいる。介護保険制度下のサービスを提供している社協もある。

社会福祉士

社会福祉士及び介護福祉士法に基づき、国

家試験に合格し厚生労働大臣の免許を受けた者。社会福祉の専門的知識および技術をもって、身体上もしくは精神上の障害があること、または環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者、または医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡および調整その他の援助を行う専門職である。介護保険制度においては、市区町村の地域支援事業における包括的支援事業を適切に実施するため、地域包括支援センターに配置されている。

社会福祉法人

社会福祉事業を行うことを目的として社会福祉法に基づいて設立された法人をいう。社会福祉法人は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律や公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律に規定される公益法人よりも、設立要件を厳しくしており、公益性が極めて高い法人であるといえる。このため、自主的な事業経営の基盤強化、透明性の確保、提供するサービスの質の向上といった観点求められる一方、税制上の優遇措置などがとられるといった特徴がある。介護保険制度下のサービスを提供する主な法人の1つである。

主治医

ある患者（利用者）や家族の診療を長期的に担当する、かかりつけの医師のこと。また病院等では、ある患者に関し複数の医師が関与するが、その中でも診察から治療までのすべての過程で中心的に担当する医師のこともいう。介護認定審査会での審査・判定（二次判定）を行う際は、主治医の意見書が必要。

障害

先天的な原因や、老化や病気・けがなどの後天的な原因により、心身の器官が、本来の機能を果たすことができない状態。また、それに伴い長期間、日常生活に制限を受けたり、社会生活に支障をきたした状態。

自立支援

一般に「自立」とは、他人からの援助を受けずに、自分の力で生きていくこと・生活していくことをいうが、福祉や介護分野における「自立」とは、援助を受けていようと・受けていなくても、自分のことは自分で決めながら（自己決定）、自分がそうしたいと思う生活を営むことをいう。「自立支援」とは、たとえ支援や介護が必要となっても、生活の中で、できることは自分で決め、自分で行ってもらいながら、できないこと・難しいこと・不安なことなどについて、必要な援助やサービス提供を行うことで、その人らしい生活を営んでもらえるように支え、手助けすることに相当する。認知症の人などに対しては、アドボカシー（代弁）の視点も大切となる。社会福祉法や介護保険法などでも、利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援する・給付を行う旨を明記している。

シルバー人材センター

高齢者が働くことを通じて生きがいを得ると共に、地域社会の活性化に貢献する組織。センターは、原則として市町村単位に置かれ、基本的に都道府県知事の指定を受けた社団法人であり、それぞれが独立した運営をしている。

生活機能

人が日常生活を営むための能力や働き。食事・排泄・歩行などの基本的な身体機能のほか、交通機関の利用や金銭管理など社会に参加する力も含めていうことがある。

生活支援コーディネーター

地域支え合い推進員。高齢者のニーズとボランティアなどの地域資源とマッチングさせることで、生活支援を充実させることを主な役割とする。

生活習慣病

心臓病・高血圧症・糖尿病・がん（癌）・脂質異常症など、不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣に起因すると考えられる病気。従来は成人病とよばれてきたが、平成8（1996）年に厚生省（現厚生労働省）がこの名称を導入した。

生活の質

一般的な考えは、生活者の満足感・安定感・幸福感を規定している諸要因の質。諸要因の一方に生活者自身の意識構造、もう一方に生活の場の諸環境があると考えられる。この両空間のバランスや調和のある状態を質的に高めて充足した生活を求めようということ。この理念は、医療、福祉、工学その他の諸科学が、自らの科学上・技術上の問題の見直しをする契機になった。社会福祉および介護従事者の「生活の場」での援助も、生活を整えることで暮らしの質をよりよいものにするという生活の質の視点をもつことによって、よりよい援助を行うことができる。QOLとも呼ばれる。なお、QOLは、Quality of Life（クオリティ・オブ・ライフ）の略語である。

成年後見制度

認知症の高齢者や知的障害者、精神障害者等、判断能力が不十分な成人の財産管理や契約、福祉サービスの利用契約、遺産分割協議などについて、選任された成年後見人が代理して行う制度。判断能力に障害を有していても、自己決定能力がないとみなすのではなく、その残存能力と自己決定を尊重しながら、財産保護と自己の意思を反映させた生活を社会的に実現させる、というノーマライゼーションの思想が背景にある。

成年後見人

精神上の障害により判断能力に欠けるとして、家庭裁判所により後見開始の審判を受けた者（成年被後見人）の、財産に関するすべての法律行為について、代理権を有する者のこと。成年後見人は、成年被後見人のために、どのような保護・支援が必要かなどの事情に応じて、家庭裁判所が選任する。本人の親族以外にも、法律・福祉の専門家や市民後見人といった第三者、福祉関係の公益法人その他の法人が選ばれる場合がある。

世代間交流

世代の異なる人々が相互に交流し、互いの生活文化や価値観の理解を深めるために行われる活動。

た行

団塊ジュニア世代

年間の出生数が 200 万人を超えた第 2 次ベビーブームの 1971～74 年生まれを指す。

団塊世代

1947～49 年頃の第 1 次ベビーブームに生まれた世代を指す。

地域医療介護総合確保基金

団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 (2025) 年に向けて、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題となる。このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度である地域医療介護総合確保基金（以下、基金という）が創設され、各都道府県に設置された。第 186 回通常国会において成立した医療介護総合確保法では、厚生労働大臣は「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（以下「総合確保方針」という。）を定めなければならない。」と規定しており、これに基づき、平成 26(2014)年 9 月 12 日に総合確保方針が告示され、基金を充てて実施する事業の範囲として、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業が定められている。

地域共生社会

制度・分野ごとの“縦割り”や“支え手・受け手”という関係を超えて、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。

地域ケア個別会議

個別の事例を多職種協働によって検討することで、地域に必要な取組を明らかにし、地域包括ケアシステムを推進することを目的として実施する会議。

地域支援事業

介護保険制度において、被保険者が要介護状態や要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等と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ため、市区町村が行う事業。「介護予防・日常生活支援総合事業」「包括的支援事業」「任意事業」からなる。

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

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（プログラム法）に基づく措置として、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進し、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うため、平成 26(2014)年、「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」（以下、医療介護総合確保推進法という。）が制定された。高齢化の進展に伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加が見込まれる中、急性期の医療から在宅医療、介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保する必要がある。今回の改正は、こうした観点から、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進するものである。

地域福祉計画

地域の福祉施策について、各自治体における方針や整備すべき社会福祉サービスなどについて目標が明記されたもの。社会福祉法において地域福祉の推進が求められ、施設福祉中心であった従来の福祉制度の見直しが行われている。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活を送れるように支えるために、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援（住まい、医療、介護、予防、生活支援）を、継続的かつ包括的に提供する仕組みをいう。地域包括ケアシステムの実現に向けて、日常生活圏域（中学校区等おおむね30分以内で必要なサービスを提供できる圏域）で地域包括ケアを有効に機能させる地域の中核機関として、地域包括支援センターの制度化が平成17(2005)年の改正介護保険法に盛り込まれた。また平成23(2011)年の同法の改正においても同様の趣旨の改正が行われた。

地域包括支援センター

地域の高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた施設。市区町村および老人介護支援センターの設置者、一部事務組合、医療法人、社会福祉法人などのうち包括的支援事業の委託を受けたものが設置することができる。主な業務は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、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）、②介護予防支援、③要介護状態等になるおそれのある高齢者の把握などで、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職が配置されている。

地域密着型サービス

住み慣れた自宅や地域で可能な限り生活を続けられるよう、地域ごとの実情に応じた柔軟な体制で提供される介護保険サービスであり、平成18(2006)年4月に創設された。原則として居住している市町村内でのみサービスの利用が可能。

閉じこもり

一日のほとんどを家で過ごし、週に1回も外出しないこと。

な行

日常生活圏域

市町村介護保険事業計画において、地理的条件、人口、交通事情などを勘案して定める区域のこと。国では概ね30分以内に必要なサービスが提供される区域としている。

認知症

一度獲得された知能が、脳の器質的な障害により持続的に低下したり、失われることをいう。一般に認知症は器質障害に基づき、記憶・記憶力、思考力、計算力、判断力、見当識の障害がみられ、知覚、感情、行動の異常も伴ってみられることが多い。記憶に関しては、短期記憶がまるごと失われることが多いが、長期記憶については保持されていることが多い。従来使用されていた「痴呆」という用語は侮蔑を含む表現であることなどから、「認知症」という表現が使用されることとなった。

認知症ケアパス

認知症の人とその家族が地域の中で本来の生活を営むため、必要な支援や医療と福祉の連携を一目でわかるように概略を示したもの。

認知症サポーター

都道府県等が実施主体となる「認知症サポーター養成講座」の受講者で、友人や家族への認知症に関する正しい知識の伝達や、認知症になった人の手助けなどを本人の可能な範囲で行うボランティアをいう。受講者には認知症を支援する目印としてオレンジリングが授与される。講座は厚生労働省が平成17(2005)年度より実施している「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の一環である「認知症サポーター100万人キャラバン」によるもの。

認定調査

介護保険制度において、要介護認定・要支援認定のために行われる調査をいう。調査は、市区町村職員や委託を受けた事業者の

職員等が被保険者宅の自宅や入所・入院先などを訪問し、受けているサービスの状況、置かれている環境、心身の状況、その他の事項について、全国共通の74項目からなる認定調査票を用いて公正に行われる。

は行

ハイリスクアプローチ

健診などでスクリーニングして疾病の発症リスクが高い人を特定し、リスクを下げないように働きかけることを指す。例)健康診断でメタボリックシンドローム予備群の人たちを早期に発見し、治療が必要な状態になる前に保健指導を徹底して、生活習慣の改善を促すアプローチ等。

バリアフリー

原義は「障害・障壁のない」という意味。日常生活や社会生活における物理的、心理的な障害や、情報に関わる障壁などを取り除いていくことをいう。高齢者や障害者にとって安全かつ、住みよい社会を作るための概念。バリアフリーは誰もが使えて使用者を選ばない「ユニバーサルデザイン」の中に含まれる概念といえる。

被保険者

社会保険の制度に共通する用語で、制度を利用できる人、すなわち必要な給付(保険料・税金による補助)を受けられる人を指す。介護保険制度における被保険者は、①第1号被保険者(市区町村の区域内に住所を有する65歳以上の者)、②第2号被保険者(市区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)、からなる。

福祉

一般に「幸せ」という意味がある。高齢者福祉をはじめとする、社会福祉における、さまざまな取り組みは、「たとえ生活上の困りごとが生じたとしても、必要な援助やサービス提供などを受け、困りごとの解決・解消を図るとともに、安心して幸せに、生活していけるように支えていくこと」と

いえる。

訪問介護員【ホームヘルパー】

介護保険制度において、訪問介護や夜間対応型訪問介護などのサービスを提供する者。ホームヘルパーとも呼ばれる。介護福祉士の資格をもつ者や、都道府県知事または都道府県知事の指定する者の行う研修(介護職員初任者研修など)を受け、研修を修了した証明書の交付を受けた者が従事する。

保険給付

保険事故(制度の対象となる出来事を指す。介護保険は「要介護状態」または「要支援状態」)が発生した場合に、被保険者に支給される金銭や提供されるサービス・物品をいう。介護保険制度では、1割または2割負担で提供されるサービスと、その利用料の9割または8割を税金・保険料で補助することを指す。

保険者

一般的には、保険契約により保険金を支払う義務を負い、保険料を受ける権利を有する者をいう。全国健康保険協会管掌健康保険の保険者は全国健康保険協会、組合管掌健康保険は健康保険組合、国民健康保険は市区町村または国民健康保険組合、各種共済組合は共済組合、国民年金、厚生年金保険は政府である。高齢者医療確保法の保険者は医療保険各法の規定により医療の給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市区町村、国民健康保険組合または共済組合などである。介護保険の保険者は市区町村であり、実施する事務として、被保険者の資格管理、要介護認定・要支援認定、保険給付、地域密着型サービス事業者に対する指定および指導監督、地域支援事業、市町村介護保険事業計画、保険料等に関する事務が挙げられる。

ポピュレーションアプローチ

集団や環境全体に働きかけて、健康リスクを減らそうとする方法。リスクの有無や大きさに関わらず、対象を限定せずに働きかけるため、集団全体の潜在的な健康リスク

の予防・軽減を目的としている。例)喫煙可能場所の制限によるリスク要因の軽減や、ウォーキング等の健康増進イベントの実施等。

ボランティア

自発的な意志に基づき、他人や社会に貢献する行為。

ま行

民生委員・児童委員

民生委員法に基づき、各市区町村の区域に置かれる民間奉仕者。都道府県知事の推薦により厚生労働大臣が委嘱し、任期は3年とされている。職務は、①住民の生活状態を適切に把握すること、②援助を必要とする者が地域で自立した日常生活を営むことができるよう相談・助言・その他の援助を行うこと、③援助を必要とする者が福祉サービスを適切に利用するための情報提供等の援助を行うこと、④社会福祉事業者等と密接に連携し、その事業または活動を支援すること、⑤福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力すること、が規定されている。なお、民生委員は児童福祉法による児童委員を兼務する。介護保険制度下では、制度利用に関する相談や申請の代行、ケアマネジャー等と連携した利用後のフォローなどの役割を担っている。

モニタリング

ケアマネジャーが行うケアマネジメントの一過程。ケアプランに照らして状況把握を行い、現在提供されているサービスで十分であるか、あるいは不必要なサービスは提供されていないか等を観察・把握すること。モニタリングされた事項は、ケアマネジャーのもとで評価され、必要に応じてサービス担当者会議などによりケアプランの変更を検討する。

や行

ヤングケアラー

法律上の定義はないが、一般社団法人日本ケアラー連盟は、ヤングケアラーを、「家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている、18歳未満の子どものこと」と定義している。ヤングケアラーに対しては、高齢、病気・障害、失業、生活困窮、ひとり親家庭などの家庭の状況と、それに伴うニーズに応じた、適切な支援やサービス提供につなげられるよう、重層的・包括的な支援体制が必要となっている。

有料老人ホーム

老人福祉法に基づき、有料老人ホームとは、①食事の提供、②介護（入浴、排せつ、食事）の提供、③洗濯、掃除等の家事の供与、④健康管理、のサービスのうち、いずれかのサービス（複数も可）を提供している施設と定義される。有料老人ホームの設置にあたっては、都道府県知事への届出が必要である。設置主体は問わない中、株式会社が一番多く、半数を超えている。他に、医療法人、有限会社、社会福祉法人などが運営している。なお、老人福祉法では、利用者保護の観点から、「家賃、敷金および介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除くほか、権利金その他の金品を受領してはならない」「終身にわたって受領すべき家賃などの全部または一部を前払金として一括して受領する場合は、前払金の算定の基礎を書面で明示し、かつ、前払金について返還債務を負うこととなる場合に備えて、必要な保全措置を講じなければならない」などを規定している。

要介護者

介護保険制度においては、①要介護状態にある65歳以上の者、②要介護状態にある40歳以上64歳以下の者であって、要介護状態の原因である障害が末期のがんなど特定疾病による者をいう。保険給付の要件となるため、その状態が介護認定審査会（二次判定）の審査・判定によって、該当するかどうか客観的に確認される必要がある。

要介護状態

身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、6か月間にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態で、要介護状態区分（要介護1～5）のいずれかに該当する者をいう。

要介護認定

介護保険制度において、介護給付を受けようとする被保険者が給付要件を満たしているかどうかを確認するために行われる認定。保険者である市区町村が、全国一律の客観的基準（要介護認定基準）に基づいて行う。要介護認定の手順は、被保険者からの申請を受けた市町村が被保険者に対し認定調査を行うと同時に、被保険者の主治医に意見書を求め、これらの調査結果等を介護認定審査会に通知し、要介護状態への該当、要介護状態区分等について審査・判定を求める。

要支援者

介護保険法においては、①要支援状態にある65歳以上の者、②要支援状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が特定疾病によって生じたものであるものと規定されている。予防給付を受けようとする被保険者は、要支援者に該当することおよびその該当する要支援状態区分（要支援1・2）について市区町村の認定（要支援認定）を受けなければならない。

要支援状態

身体上もしくは精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、6か月間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、または身体上もしくは精神上の障害があるため、6か月間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態で、要支援状態区分（要支援1・2）のいずれかに該当する者をいう。

要支援認定

介護保険制度において、予防給付を受けようとする被保険者が給付要件を満たしているかどうかを確認するために行われる認定。保険者である市区町村が全国一律の客観的基準（要支援認定基準）に基づいて行う。要支援認定の手順は基本的には要介護認定と同様（要介護認定と同時に行われる）。

予防給付

介護保険における要支援認定を受けた被保険者に対する保険給付であり、要介護状態にならないよう予防することを目的とする。

ら行

ライフスタイル

生活の様式・営み方。また、人生観・価値観・習慣などを含めた個人の生き方。

理学療法士(PT)

身体に障害のある人のリハビリテーションを受け持ち、理学療法を行う専門職。国家試験に合格した者が厚生労働大臣から免許を受ける。

リスクマネジメント

リスクの影響から組織を守るためのプロセスである。実際は、リスクマネジメント委員会やリスクマネジャーの設置、リスク情報の定期的分析とフィードバックの実施などにより行われる。介護現場におけるリスクマネジメントには、主に利用者の事故の予防（事前対応）と事故対策（事後対応）の二つの柱がある。リスク情報は、事故情報やヒヤリハット情報、苦情・クレーム、業務フロー分析結果などから、顕在化・潜在化したリスクを抽出し、軽減し、取り除くことが重要である。介護保険制度下では、サービスを提供する事業所・施設に対して、事故発生時の対応として、市町村や利用者の家族等への連絡と必要な措置、事故状況および処置等の記録、賠償すべき事

故発生時における速やかな損害賠償などを規定している。

リハビリテーション

心身に障害のある者の全人間的復権を理念として、高齢者や障害者の能力を最大限に発揮させ、その自立を促すために行われる専門的技術をいう。

利用者負担

福祉サービスなどを利用した際に、サービスに要した費用のうち、利用者が支払う自己負担分。介護保険法においては応益負担（定率負担）が原則とされ、その負担割合はサービスに要した費用（利用料）の1割または2割である。なお、施設入所などにおける食費や居住費（滞在費）については、全額利用者負担となっている（低所得者に対する軽減策〔特定入所者介護サービス費の支給〕はある）。

療養

病気やけがの手当てをし、身体を休めて健康の回復をはかること。治療と養生。

レクリエーション

レクリエーションはラテン語が語源とされ、英語では元気回復や滋養等が古い用例としてあり、日本の初期の訳語では復造力や厚生などがある。現在では生活の中にゆとりと楽しみを創造していく多様な活動の総称となっている。介護福祉領域などでは、人間性の回復などの理解もみられる。介護保険制度下では、通所介護や施設などで行われている。

老人

老人福祉法や介護保険法、国民年金法、高齢者虐待防止法など、主だった法律上では、老人すなわち高齢者を、65歳以上としている。一方で、平均寿命が伸び、高齢の就業者も増えて、「人生100年時代」と言われる中、普段の暮らしやサービス提供の現場において、「老人（老いた人）」と言われることに、抵抗感や不快感を抱く65歳以上の人は少なくない。「年配の人」「〇歳の方」あるいは「〇〇さん」と名前を言うなど、状況に応じて配慮することが適切とい

える。

老人クラブ

おおむね60歳以上の高齢者が、身近な地域を基盤として、自主的に参加・運営する組織。親睦・健康づくり・地域貢献など老人福祉の増進を目的とした活動を行う。

老人福祉計画

老人福祉法に基づき策定する計画で、市区町村が策定する市町村老人福祉計画と、都道府県が策定する都道府県老人福祉計画がある。市町村老人福祉計画には、当該市区町村の区域において確保すべき、老人福祉事業の量の目標を定め、都道府県老人福祉計画には、当該都道府県が定める区域ごとの、当該区域における養護老人ホームおよび特別養護老人ホームの必要入所定員総数その他老人福祉事業の量の目標を定めることとなる。計画は3年を1期とし、3年ごとに見直しを行う。なお、介護保険法で規定されている市町村介護保険事業計画および都道府県介護保険事業支援計画と、それぞれ一体のものとして作成されなければならない。

老人福祉施設

老人福祉法に基づき設置される、高齢者の福祉を図る施設の総称。老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センターの7種がある。設置主体は、都道府県、市区町村、社会福祉法人など。これらのうち、養護老人ホームは、福祉の措置により入所する措置施設であるが、軽費老人ホームは、入所者と施設との契約により入所する契約施設である。また、上記の7種類の他に、高齢者の福祉を図る施設として、有料老人ホーム、老人憩の家、老人休養ホームなどがあるが、老人福祉施設の位置づけにはなっていない。

老人福祉法

第1条にて、「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を

図ることを目的とする」としている。また、第2条および第3条では、基本的理念として、老人は、「多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」「老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする」「その希望と能力とに応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする」と規定している。なお、同法では、「高齢者」という表記は使用していないが、65歳以上を「老人」としている。

椎葉村第 10 次高齢者保健福祉計画及び第 9 期介護保険事業計画

発 行 椎 葉 村

企画・編集 椎葉村 福祉保健課

〒883-1601 宮崎県東臼杵郡椎葉村大字下福良 1762 番地 1

電話 0982-68-7513 (福祉保健課)

発 行 日 令和 6 年 3 月

