

## 第9期

# 水上村高齢者福祉計画・介護保険事業計画

令和6（2024）年度～令和8年（2026）年度



令和6年3月

熊本県 水上村



## はじめに

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、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。一方で急速に高齢化が進行しており、2025年には団塊の世代が全員75歳以上となり、さらに2040年頃には高齢者人口がピークを迎え、65歳以上の人口が全人口の約35%になる見込みとなっています。

今後は、認知症の高齢者や単身高齢者の増加に伴う介護サービスの需要の増大・多様化に対して、確実に対応するとともに、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」をさらに深化・推進させることが重要となります。

このような状況を踏まえ、地域が持つ資源を最大限活用し、関係機関が連携・協力しながら「高齢者が元気に活躍しみんなで支え合う地域社会」の実現を目指して、令和6年度から令和8年度までを計画期間とする「第9期水上村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」を策定いたしました。

心身ともに健やかに誇りと生きがいを持って可能な限り継続して地域での生活ができるよう、国や県、関係団体及び村民の皆様と連携を図りながら、共に支え合う地域共生社会の実現に向けて取り組んでまいりますので、引き続き、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画策定にあたり、アンケート調査等を通じ貴重なご意見・ご提言をいただきました村民の皆様、各団体関係機関、ご審議いただきました水上村介護保険推進協議会及び水上村地域福祉審議会の委員の皆様にご心から感謝とお礼を申し上げます。

令和6年3月

水上村長 中嶽 弘継

## ～ 目 次 ～

<b>第1章 計画策定の概要</b> .....	<b>1</b>
1 計画策定の背景と趣旨 .....	1
2 計画の位置付け .....	1
3 計画の期間 .....	2
4 計画の策定方法 .....	3
5 介護保険制度の改正経緯 .....	4
6 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント .....	5
7 日常生活圏域の設定 .....	6
<b>第2章 高齢者を取り巻く状況</b> .....	<b>7</b>
1 人口・世帯の状況 .....	7
2 要介護（要支援）認定者等の状況 .....	9
3 要介護（要支援）認定者における認知症高齢者の状況 .....	12
4 介護費用額及び第1号被保険者1人1月当たり費用額等の推移 .....	14
5 第1号被保険者1人当たり給付月額分布 .....	15
6 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果からみる本村の状況 .....	16
7 在宅介護実態調査結果からみる本村の状況 .....	25
8 本村の課題 .....	30
<b>第3章 基本理念等</b> .....	<b>33</b>
1 基本理念 .....	33
2 全体目標 .....	34
3 基本目標 .....	34
4 重点的取組と目標設定 .....	35
5 施策の体系 .....	36
<b>第4章 施策の展開</b> .....	<b>38</b>
第1節 高齢者が元気で活躍する社会の実現と自立支援の推進 .....	38
1 地域・社会活動の推進 .....	38
2 いきがい就労の促進 .....	39
3 健康寿命の延伸に向けた健康づくり・介護予防の推進 .....	40
4 地域リハビリテーションの推進・地域包括支援センター等の機能強化 .....	44
5 地域生活の基盤整備 .....	47
6 見守りネットワークの構築 .....	50
第2節 認知症予防と認知症に対する支援体制の充実 .....	51
1 医療体制の整備 .....	51
2 介護体制の整備 .....	52

3	地域支援体制の整備及び社会参加の充実.....	52
4	高齢者の権利擁護・虐待防止の推進.....	54
第3節	在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携推進.....	55
1	訪問診療・訪問看護等の在宅医療の提供体制の充実.....	55
2	在宅医療と介護を支える多職種連携の促進.....	56
3	ICTを活用したネットワークづくり.....	58
第4節	多様な住まい・サービス基盤の整備.....	59
1	多様なサービス基盤の整備.....	59
2	多様な住まいの確保.....	59
第5節	安心を支える介護人材の確保と介護サービスの質の向上.....	60
1	多様な介護人材の確保・育成.....	60
2	介護現場の生産性向上と定着促進.....	61
3	県と連携した指導・監査等の充実.....	61
4	介護給付の適正化の推進.....	62
第6節	災害や感染症への対応.....	65
1	要配慮者の被害防止対策と被災者への支援.....	65
2	感染症に対応したサービス提供体制の整備.....	66
<b>第5章</b>	<b>介護予防サービス、介護サービスの見込量.....</b>	<b>67</b>
1	介護予防サービス、居宅サービス等.....	67
2	地域密着型サービス.....	75
3	施設サービス.....	78
4	地域支援事業見込量.....	80
<b>第6章</b>	<b>第1号被保険者の介護保険料の設定.....</b>	<b>81</b>
1	財源構成.....	81
2	被保険者数・要介護（要支援）認定者推計.....	82
3	サービスごとの給付費の見込み.....	83
4	地域支援事業費の見込み.....	85
5	標準給付費等の見込み.....	87
6	所得段階別加入者を見込み.....	87
7	第1号被保険者の介護保険料基準額の算定.....	88
8	所得段階に応じた保険料額の設定.....	89
9	令和22年（2040年）の姿.....	90
<b>第7章</b>	<b>計画の推進と進行管理.....</b>	<b>91</b>
1	計画の推進と進行管理.....	91
2	目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表.....	92



## 第1章 計画策定の概要

### 1 計画策定の背景と趣旨

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、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。

全国的にみると、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が75歳以上となる令和7年を見据え、介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。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る見込みとなっています。また、高齢者の単独世帯や高齢者夫婦のみの世帯の増加、認知症の人の増加、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者の増加も見込まれています。このような状況に対応するために、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となっています。

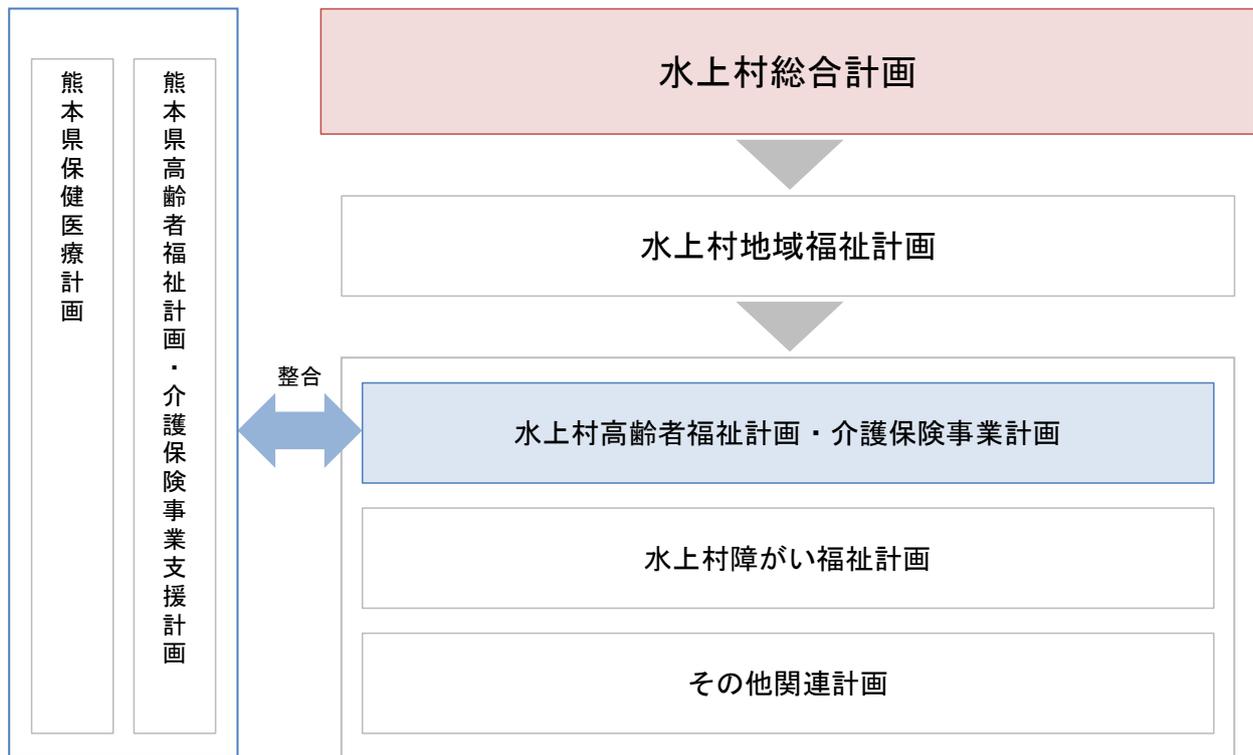
以上の状況を踏まえ、令和7年及び令和22年の推計人口等から導かれる介護需要など中長期的な視野に立って「第9期水上村高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定します。

### 2 計画の位置付け

高齢者福祉計画は「老人福祉法第20条の8第1項」、介護保険事業計画は「介護保険法第117条第1項」により規定され、それぞれはお互い整合性をもって作成することとされており、高齢者に関する施策全般の計画として、その内容において介護保険事業計画を包含するもので、基本的な政策目標を設定するとともに、その実現に向かって取り組むべき施策全般を盛り込むものです。

介護保険事業計画は、地域における要介護者等の人数やサービスの利用移行等を勘案して、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み、当該見込み量の確保のための方策等を定めるものです。

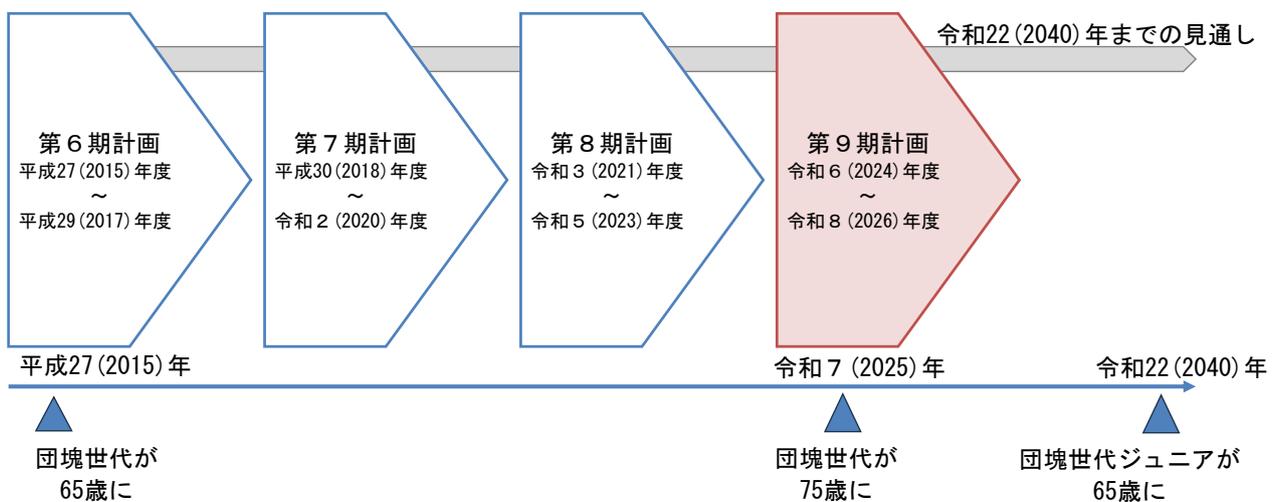
また、村の行政運営指針の最上位計画である「水上村総合計画」におけるむらづくりの理念等を踏まえた上で、高齢者福祉分野の個別計画として策定します。さらに、在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築を一層推進するため、熊本県保健医療計画との整合性を確保します。



### 3 計画の期間

本計画の期間は3年を1期とし、令和6年度から令和8年度までとします。

また、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年を見据えた計画とし、中長期的な視点に立った施策の展開を図ります。



## 4 計画の策定方法

### (1) 水上村介護保険推進協議会・水上村地域福祉審議会合同会議

学識経験を有する者、保健・医療・福祉関係者、村民代表等により構成された「水上村介護保険推進協議会・水上村地域福祉審議会合同会議」を開催し、計画案について、協議、検討を行いました。

### (2) 各種調査等の実施

#### ① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

##### ア) 目的

地域の抱える課題の特定に資することなどを目的として実施しました。

##### イ) 調査対象者及び実施方法

村内在住の65歳以上で、要介護認定を受けていない方を対象とし、郵送による配布・回収を行いました。

##### ウ) 配布数・有効回答数・有効回答率

配布数	有効回答数	有効回答率
769人	576人	74.9%

#### ② 在宅介護実態調査

##### ア) 目的

「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検討することを目的として実施しました。

##### イ) 調査対象者及び回答数

65歳以上の要介護認定を受けている方で、介護保険施設に入所していない方を対象とし、32人から回答がありました。

### (3) パブリックコメント

計画案に対し、広く住民の意見を聴取・反映することを目的に、令和6年1月22日から2月5日までパブリックコメントを実施しました。

## 5 介護保険制度の改正経緯

介護を家族だけでなく、社会全体で支える仕組みとして、平成12年に介護保険制度が創設されました。平成24年には、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た日常生活を営むことができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が開始され、平成27年には、地域包括ケアシステムの構築に向けた見直しとして、在宅医療・介護連携や認知症施策の推進が位置づけられたほか、要支援者向けの介護予防訪問介護・介護予防通所介護が「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行されました。平成30年には、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みが制度化されました。令和3年には、市町村の包括的な支援体制の構築の支援や医療・介護のデータ基盤の整備の推進が位置付けられました。

### 介護保険制度の主な改正の経緯

第1期 (平成12年度～)	平成12年4月 介護保険法施行
第2期 (平成15年度～)	平成17年改正(平成18年4月等施行) ○介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。地域包括支援センターを創設、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ○小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
第3期 (平成18年度～)	平成20年改正(平成21年5月施行) ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等
第4期 (平成21年度～)	平成23年改正(平成24年4月等施行) ○地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日) ○医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
第5期 (平成24年度～)	平成26年改正(平成27年4月等施行) ○地域医療介護総合確保基金の創設 ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等) ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ○低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(平成27年8月)等 ○特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化
第6期 (平成27年度～)	平成29年改正(平成30年4月等施行) ○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ○「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院の創設 ○特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など
第7期 (平成30年度～)	令和2年改正(令和3年4月施行) ○地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 ○医療・介護のデータ基盤の整備の推進
第8期 (令和3年度～)	

出典：厚生労働省資料

## 6 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント

国から提示された第9期介護保険事業計画基本指針のポイントは下記のとおりです。

### (1) 基本的考え方

- ・次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えること
- ・高齢者人口がピークを迎える2040年には、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口の急減が見込まれること
- ・都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標の優先順位を検討した上で介護保険事業（支援）計画を定める重要性があること

### (2) 見直しのポイント

#### ① 介護サービス基盤の計画的な整備

##### ア) 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

##### イ) 在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

## ② 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

### ア) 地域共生社会の実現

- ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

### イ) デジタル技術の活用

- ・介護事業所間や医療・介護間で連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

### ウ) 保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

## ③ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

## 7 日常生活圏域の設定

市町村は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して、各市町村の高齢化のピーク時までには目指すべき地域包括ケアシステムを構築する区域を念頭において、中学校区単位等、地域の実情に応じた日常生活圏域を定めることとされています。

本村においては、村全体を一つの「日常生活圏域」と設定します。介護サービスを必要とする一人一人の地理的条件や交通等の利便性を確保しつつ、各事業者が提供するサービス内容を十分に吟味しながら自己決定できる、選択の幅の広い枠組みを目指すものとして。

## 第2章 高齢者を取り巻く状況

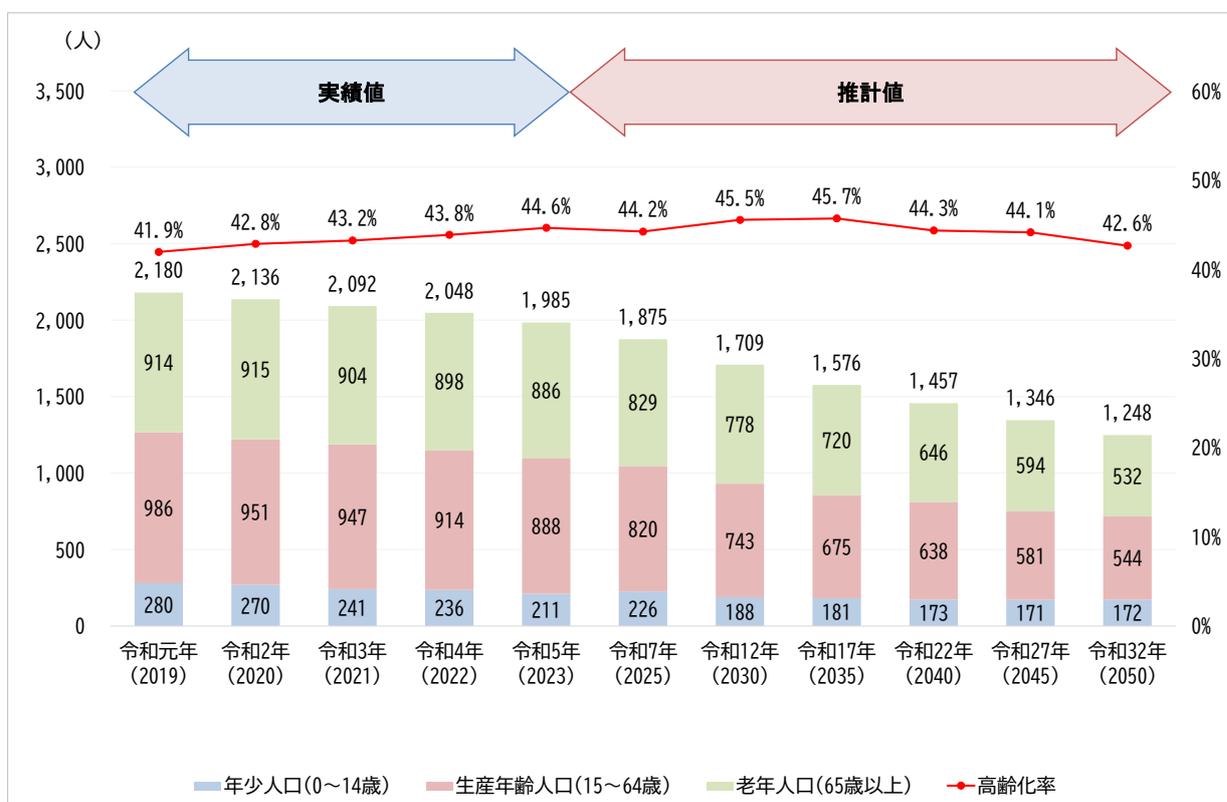
### 1 人口・世帯の状況

#### (1) 人口の推移

本村の総人口は令和5年10月1日で1,985人となっており、65歳以上の老年人口は886人、総人口に占める割合は44.6%となっています。また、年齢3区分別にみると、生産年齢人口（15～64歳）が減少し、高齢者人口（65歳以上）は増加していることから、高齢化率は年々高くなっています。なお人口の将来推計をみると、高齢者人口（65歳以上）は減少傾向にあります。

(単位：上段 人、下段(総人口に占める割合)%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総人口	2,180	2,136	2,092	2,048	1,985
年少人口 (0～14歳)	280 12.8	270 12.6	241 11.5	236 11.5	211 10.7
生産年齢人口 (15～64歳)	986 45.2	951 44.5	947 45.3	914 44.6	888 44.7
高齢者人口 (65歳以上)	907 41.9	911 42.8	915 43.2	914 43.9	915 44.6



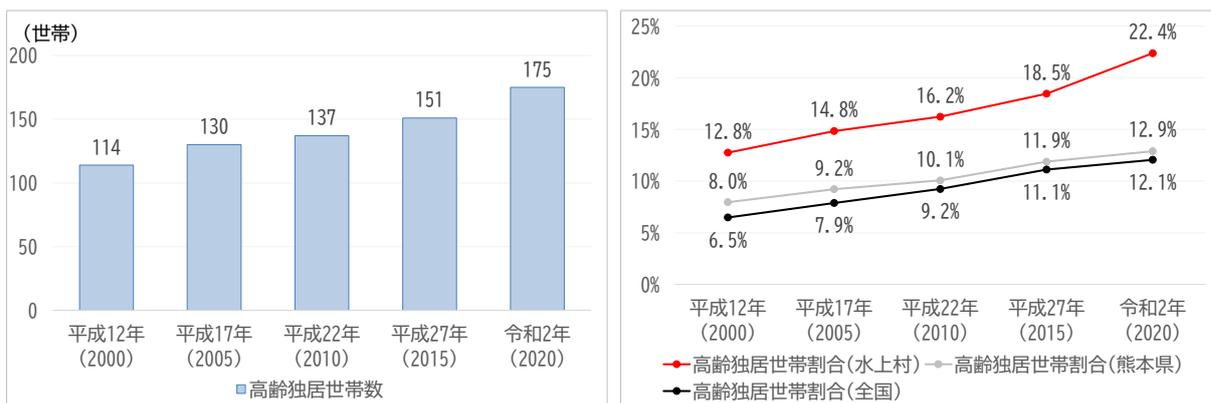
出典：令和元年（2019年）～令和5年（2023年）まで住民基本台帳（各年度10月1日現在）  
令和7年（2025年）以降 水上村人口ビジョン

## (2) 高齢世帯の推移

### ① 高齢独居世帯の状況

本村の高齢独居世帯数は令和2年で175世帯となっています。

高齢独居世帯割合は令和2年で22.4%となっており、上昇傾向となっています。また、全国、熊本県平均と比較し高くなっています。

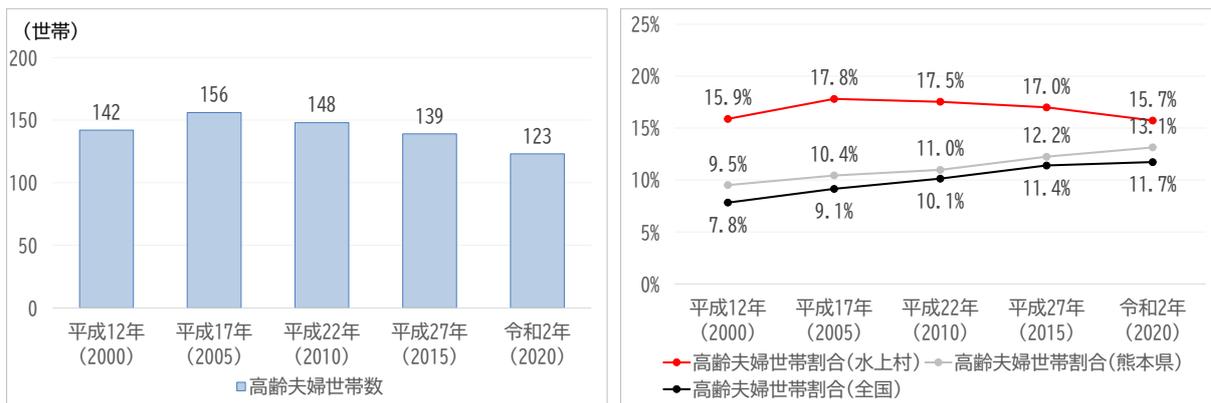


出典：国勢調査

### ② 高齢夫婦世帯の状況

本村の高齢夫婦世帯数（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯数）は令和2年で123世帯となっています。

高齢夫婦世帯割合は令和2年で15.7%となっています。また、全国、熊本県平均と比較し高くなっています。

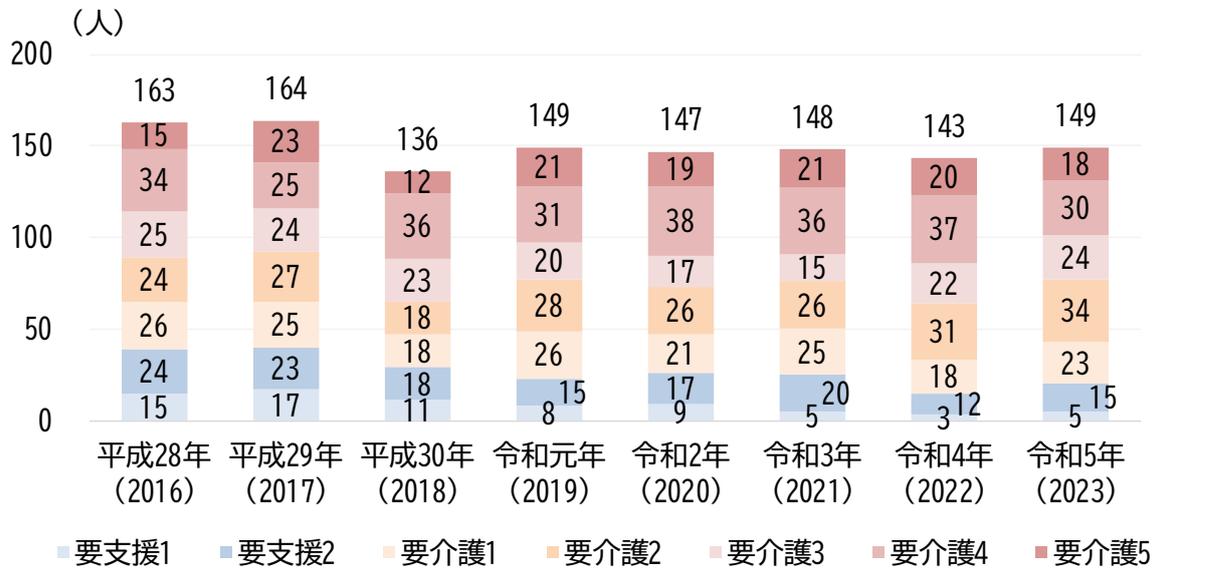


出典：国勢調査

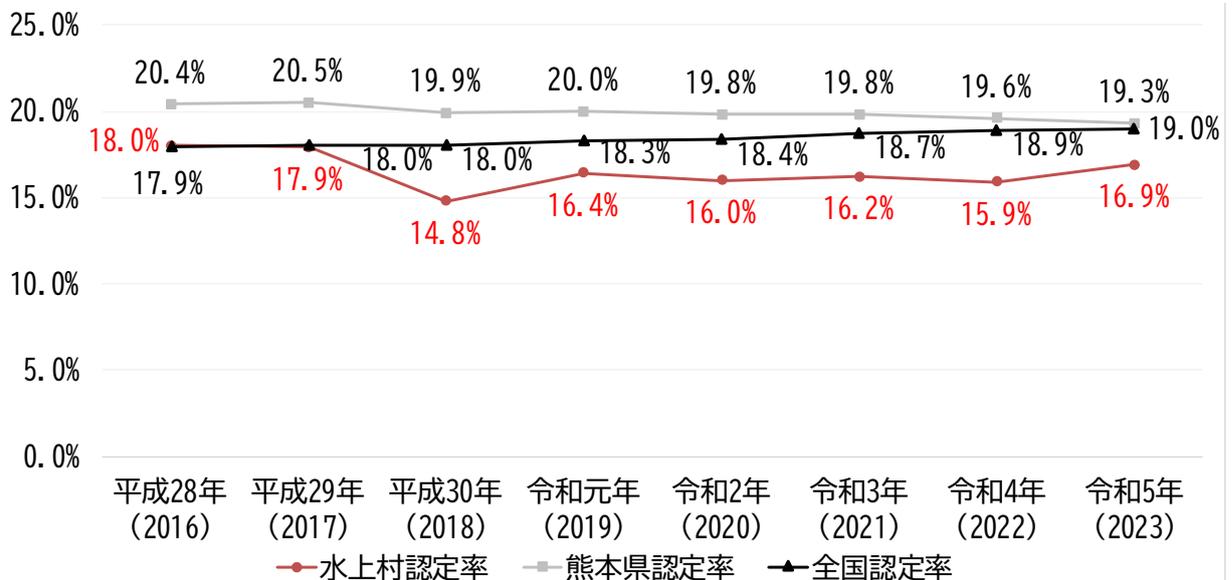
## 2 要介護（要支援）認定者等の状況

### (1) 要介護（要支援）認定者数の推移

令和5年3月時点での本村の要介護（要支援）認定者は149人、第1号被保険者に占める要介護認定率は16.9%で全国、熊本県平均を下回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

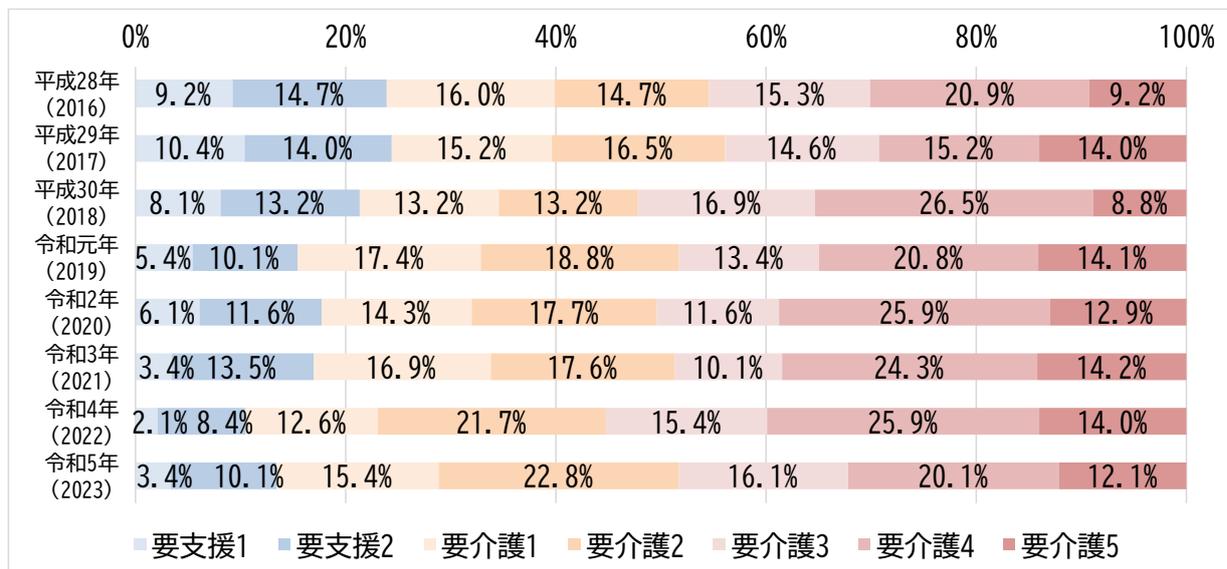


出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

### (2) 要介護度別認定者割合の推移

令和5年3月時点での本村の要介護度別認定者割合をみると、軽度（要支援1～要介護2）の認定者が51.7%、重度（要介護3～5）48.3%となっています。

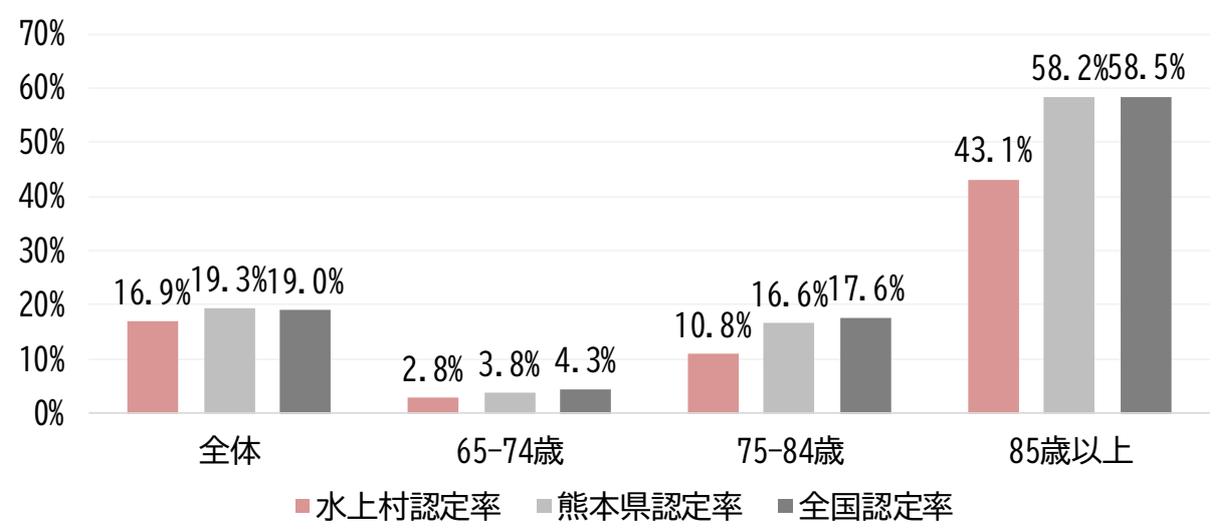
平成28年と令和5年の比較で、認定者割合のうち軽度者が2.9%減少し、重度者は2.9%の増加となっています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

### (3) 年齢3区分別認定者割合

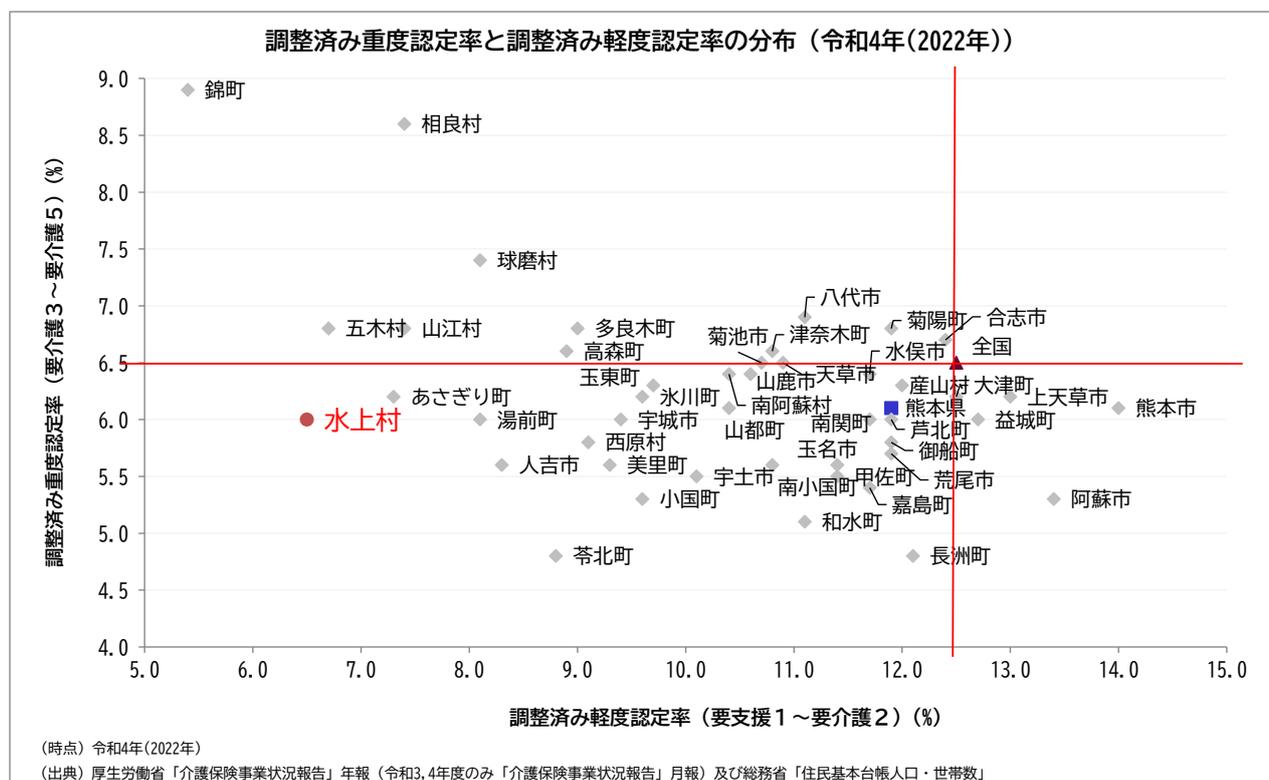
令和5年3月末日現在での年齢3区分別認定者割合は、65～74歳が2.8%、75～84歳が10.8%、85歳以上が43.1%で、全ての年齢区分で全国、熊本県平均を下回っています。



出典：介護保険事業状況報告（令和5年3月月報）

#### (4) 調整済み重度認定率と軽度認定率の分布

本村の調整済み「軽度（要支援1～要介護2）認定率」と「重度（要介護3～要介護5）認定率」の状況をみると、重度認定率、軽度認定率のいずれも全国平均を下回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※ 調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※ 調整済み認定率とは、認定率の大小に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率を意味します。

一般的に後期高齢者の認定率は前期高齢者のそれよりも高くなるのがわかっています。第1号被保険者の性・年齢別人口構成が、どの地域も、ある地域又は全国平均の1時点と同じになるよう調整することで、それ以外の要素の認定率への影響について、地域間・時系列で比較がしやすくなります。後期高齢者の割合が高い地域の認定率は、調整することで下がります。

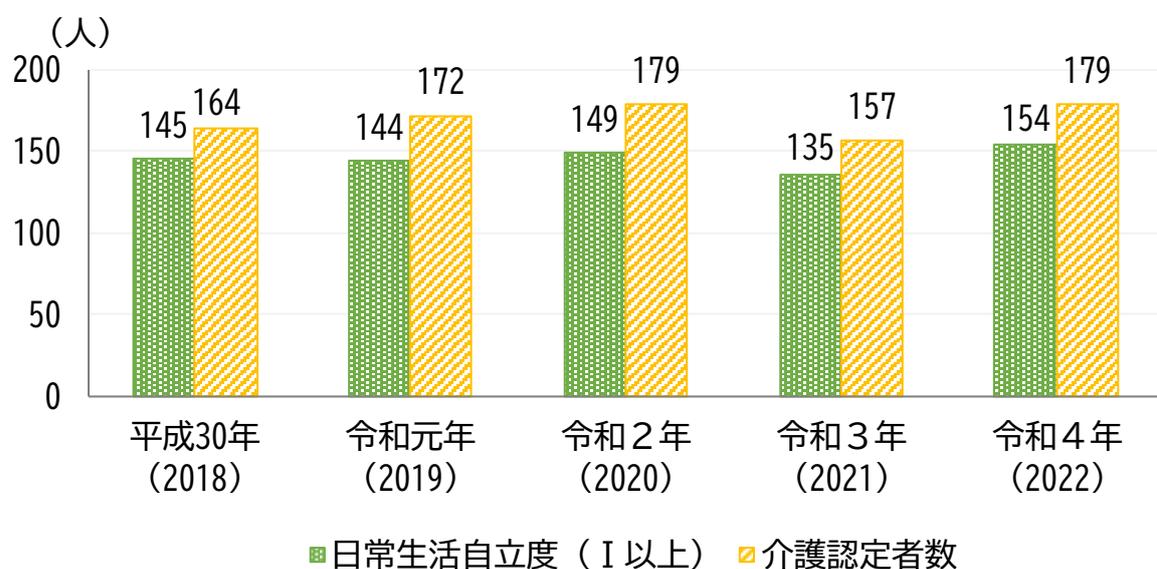
### 3 要介護（要支援）認定者における認知症高齢者の状況

#### (1) 認知症高齢者の推移

令和4年の要介護（要支援）認定者における認知症高齢者は154人で、平成30年の145人から9人増加しています。

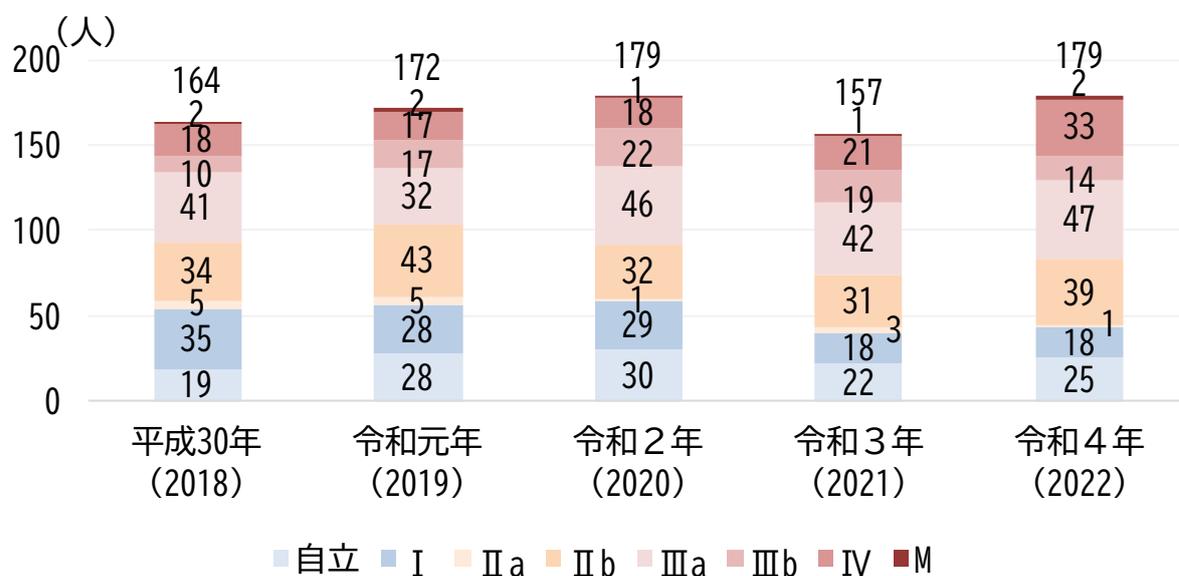
また、令和4年の日常生活自立度をみると、誰かが注意していれば自立ができる「Ⅱb」が39人、介護を必要とする「Ⅲa」が47人、「Ⅲb」が14人、常に介護を必要とする「Ⅳ」が33人、専門医療を必要とする「M」が2人となっています。

【認知症高齢者の推移】



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（各年10月末日現在）

【要介護（要支援）認定者における日常生活自立度の状況】



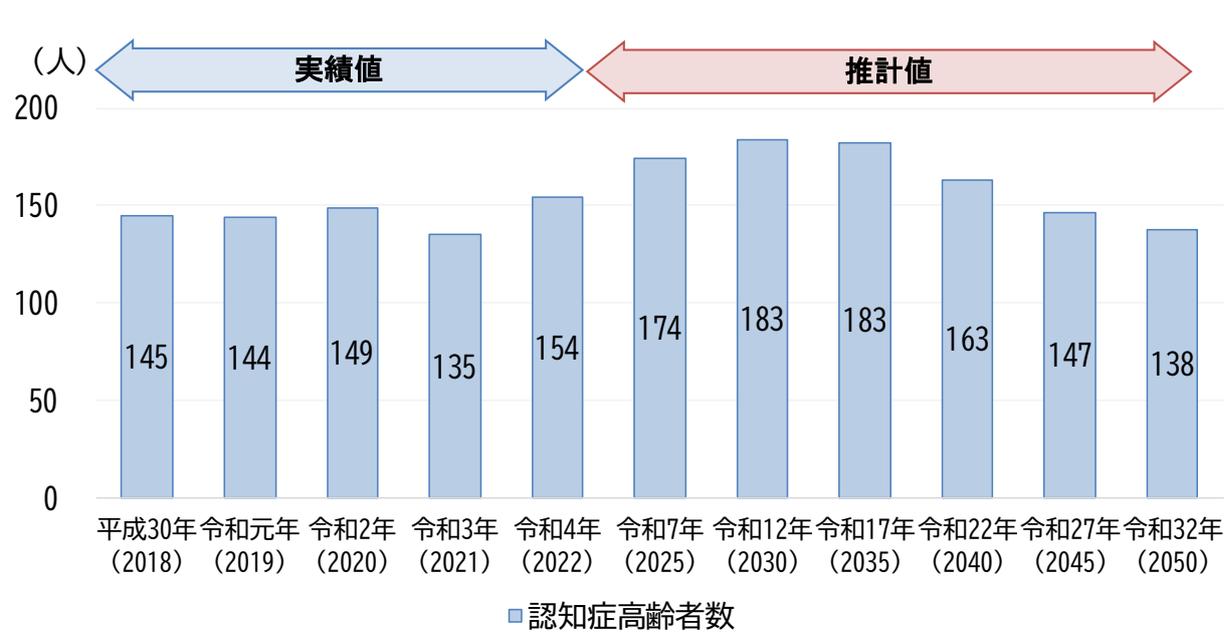
出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（各年10月末日現在）

【日常生活自立度判定基準】

自立度	判定基準
I	何等かの認知症は有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している
II a	家庭外で日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
II b	家庭内でも日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
III a	日中を中心として、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
III b	夜間を中心として、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

## (2) 認知症高齢者の推移及び推計

認知症有病率が上昇すると仮定した場合、令和22年の認知症高齢者数は163人となる見込みとなっています。

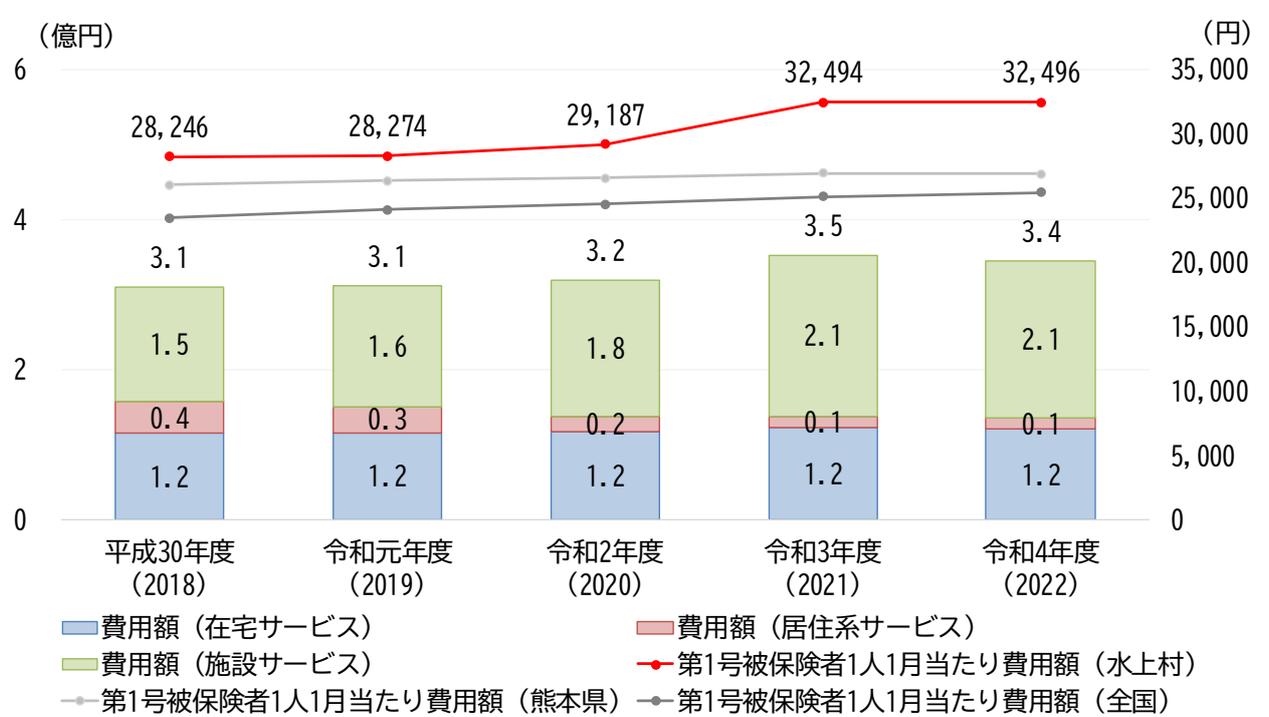


出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（平成30年～令和4年）

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」を基に推計（令和7年～）

#### 4 介護費用額及び第1号被保険者1人1月当たり費用額等の推移

本村の令和4年度の介護費用額は3.4億円となっています。また、第1号被保険者1人1月当たり費用額は32,496円で全国、熊本県平均を上回っています。



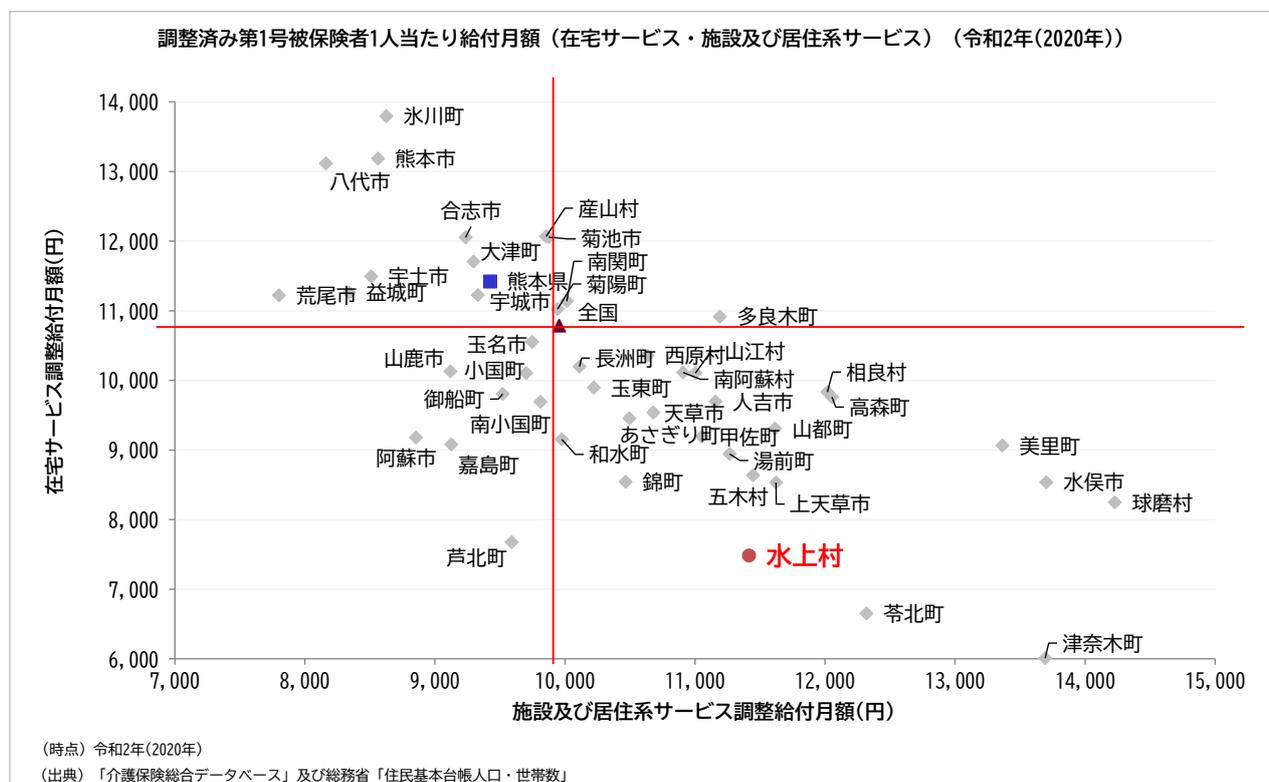
出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

#### ※「施設サービス」、「居住系サービス」、「在宅サービス」の内訳

指標名	含まれるサービス
施設サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定福祉用具購入費、住宅改修費、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

## 5 第1号被保険者1人当たり給付月額分布

本村の調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額の状況をみると、在宅サービスは全国平均を下回っていますが、施設及び居住系サービスは全国平均を上回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※ 調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※ 第1号被保険者に占める後期高齢者の割合が全国平均よりも高い地域は、調整を行っていない給付月額より調整済み給付月額が低くなる傾向があります。

## 6 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果からみる本村の状況

※単一回答における構成比(%)は、百分比の小数点第2位を四捨五入しているため、合計は100%と一致しない場合があります。

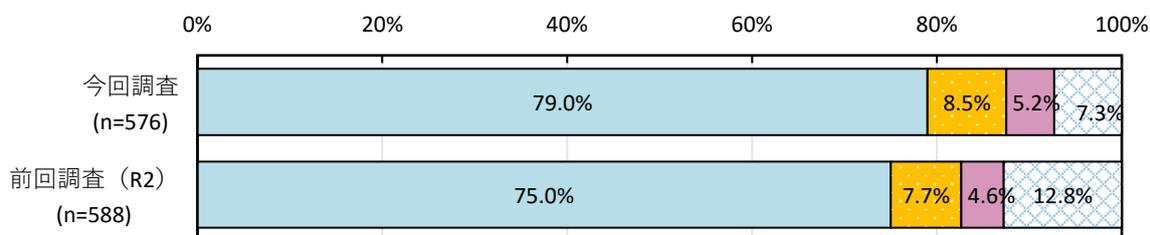
※構成比(%)は、回答人数を分母として算出しています。

※表記中のnは、回答者数を表しています。

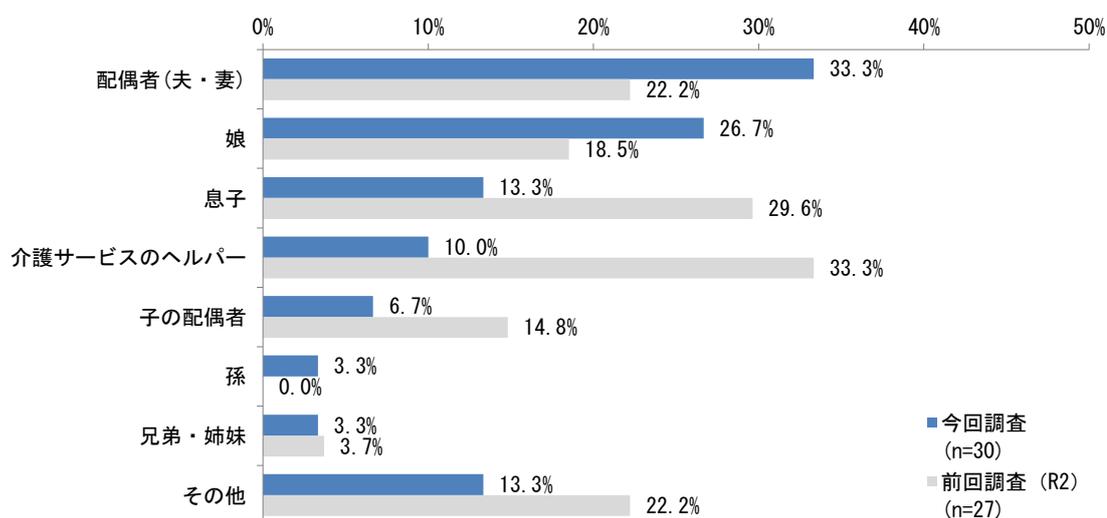
### (1) 介護の必要性及び疾病

「何らかの介護を受けている」方の割合は全体で5.2%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」方の割合は全体で8.5%となっています。

- 介護・介助は必要ない
- 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
- 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）
- 無回答



○主な介護者については、配偶者(夫・妻)が33.3%で最も高くなっています。



○現在治療中、または後遺症のある病気については、「高血圧」53.6%が最も高く、次いで「目の病気」15.8%となっています。

○現在治療中、または後遺症のある病気を性別で比較すると、男性は「糖尿病」、「腎臓・前立腺の病気」などの割合が、女性と比較し高くなっています。女性は「筋骨格の病気」などの割合が男性と比較し高くなっています。

		サンプル数	ない	高血圧	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	心臓病	糖尿病	高脂血症 (脂質異常)	呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	胃腸・肝臓・胆のうの病気	腎臓・前立腺の病気	筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)
複数回答のため合計は100%にならない												
上段:回答者数 下段:構成比												
■ 上位1項目												
今回調査		576	64 11.1%	309 53.6%	22 3.8%	51 8.9%	62 10.8%	46 8.0%	21 3.6%	28 4.9%	38 6.6%	83 14.4%
前回調査(R2)		588	48 8.2%	307 52.2%	21 3.6%	67 11.4%	58 9.9%	45 7.7%	21 3.6%	30 5.1%	40 6.8%	104 17.7%
性別	男性	245	31 12.7%	129 52.7%	12 4.9%	30 12.2%	37 15.1%	15 6.1%	7 2.9%	18 7.3%	32 13.1%	4 1.6%
	女性	331	33 10.0%	180 54.4%	10 3.0%	21 6.3%	25 7.6%	31 9.4%	14 4.2%	10 3.0%	6 1.8%	79 23.9%

		サンプル数	外傷 (転倒・骨折等)	がん (悪性新生物)	血液・免疫の病気	うつ病	認知症 (アルツハイマー病等)	パーキンソン病	目の病気	耳の病気	その他
複数回答のため合計は100%にならない											
上段:回答者数 下段:構成比											
■ 上位1項目											
今回調査		576	20 3.5%	7 1.2%	4 0.7%	3 0.5%	6 1.0%	4 0.7%	91 15.8%	31 5.4%	44 7.6%
前回調査(R2)		588	20 3.4%	13 2.2%	4 0.7%	8 1.4%	5 0.9%	3 0.5%	95 16.2%	30 5.1%	37 6.3%
性別	男性	245	7 2.9%	5 2.0%	2 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.2%	37 15.1%	18 7.3%	20 8.2%
	女性	331	13 3.9%	2 0.6%	2 0.6%	3 0.9%	6 1.8%	1 0.3%	54 16.3%	13 3.9%	24 7.3%

(2) 配食ニーズ及び買物ニーズ

- 「自分で食事の用意をしていますか」の設問に「できない」と回答した「配食ニーズあり」の方の割合は全体で5.0%となっています。性別でみると、男性が7.3%、女性が3.3%となっています。
- 「配食ニーズあり」の方の割合を年代別でみると、75歳以上が6.8%となっています。

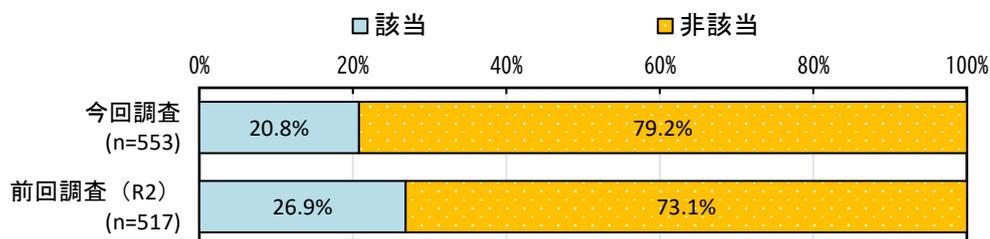
小数点第2位を四捨五入しているため、合計は100%と一致しない場合がある 上段:回答者数 下段:構成比 ■ 上位1項目		サンプル数	できるし、している	いけるけどしてない	できない	無回答
今回調査		576 100.0%	408 70.8%	127 22.0%	29 5.0%	12 2.1%
前回調査(R2)		588 100.0%	388 66.0%	129 21.9%	44 7.5%	27 4.6%
性別	男性	245 100.0%	113 46.1%	109 44.5%	18 7.3%	5 2.0%
	女性	331 100.0%	295 89.1%	18 5.4%	11 3.3%	7 2.1%
年齢	65~74歳	252 100.0%	186 73.8%	54 21.4%	7 2.8%	5 2.0%
	75歳以上	324 100.0%	222 68.5%	73 22.5%	22 6.8%	7 2.2%

- 「自分で食品・日用品の買い物をしていますか」の設問に「できない」と回答した「買物ニーズあり」の方の割合は全体で3.8%となっています。性別でみると、男性が2.9%、女性が4.5%となっています。
- 「買物ニーズあり」の方の割合を年代別でみると、男性の75歳以上が6.2%となっています。

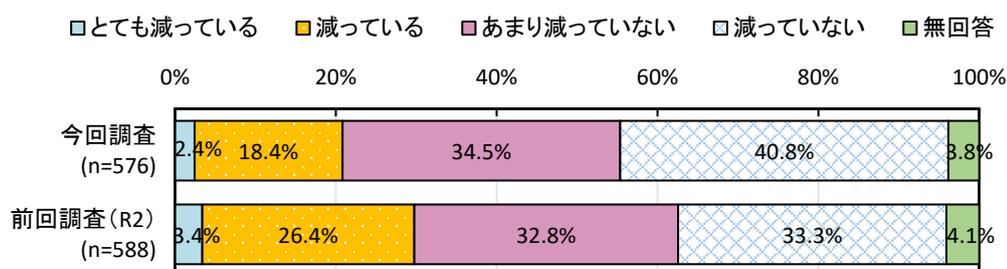
小数点第2位を四捨五入しているため、合計は100%と一致しない場合がある 上段:回答者数 下段:構成比 ■ 上位1項目		サンプル数	できるし、している	いけるけどしてない	できない	無回答
今回調査		576 100.0%	471 81.8%	70 12.2%	22 3.8%	13 2.3%
前回調査(R2)		588 100.0%	454 77.2%	76 12.9%	30 5.1%	28 4.8%
性別	男性	245 100.0%	189 77.1%	43 17.6%	7 2.9%	6 2.4%
	女性	331 100.0%	282 85.2%	27 8.2%	15 4.5%	7 2.1%
年齢	65~74歳	252 100.0%	224 88.9%	20 7.9%	2 0.8%	6 2.4%
	75歳以上	324 100.0%	247 76.2%	50 15.4%	20 6.2%	7 2.2%

(3) 外出及び交通手段

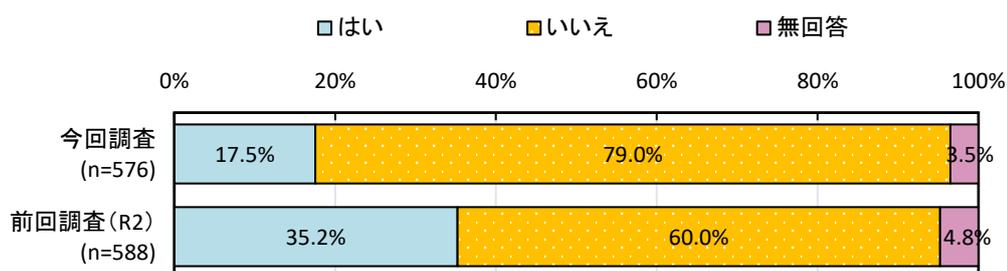
○閉じこもり傾向リスク該当者は20.8%となっています。



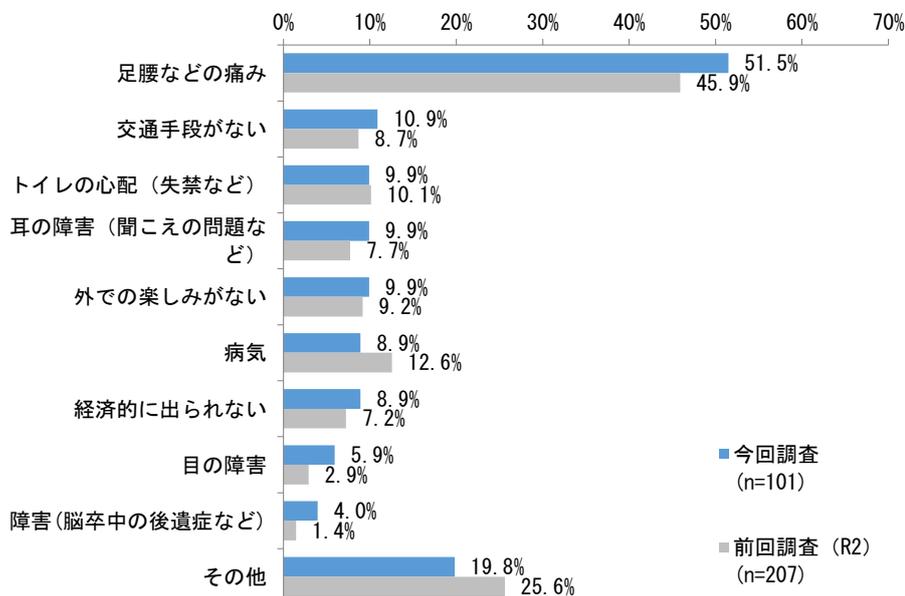
○昨年と比べて外出回数が減っているかについては、減っている方の割合(「とても減っている」及び「減っている」の合計)が全体で20.8%となっています。



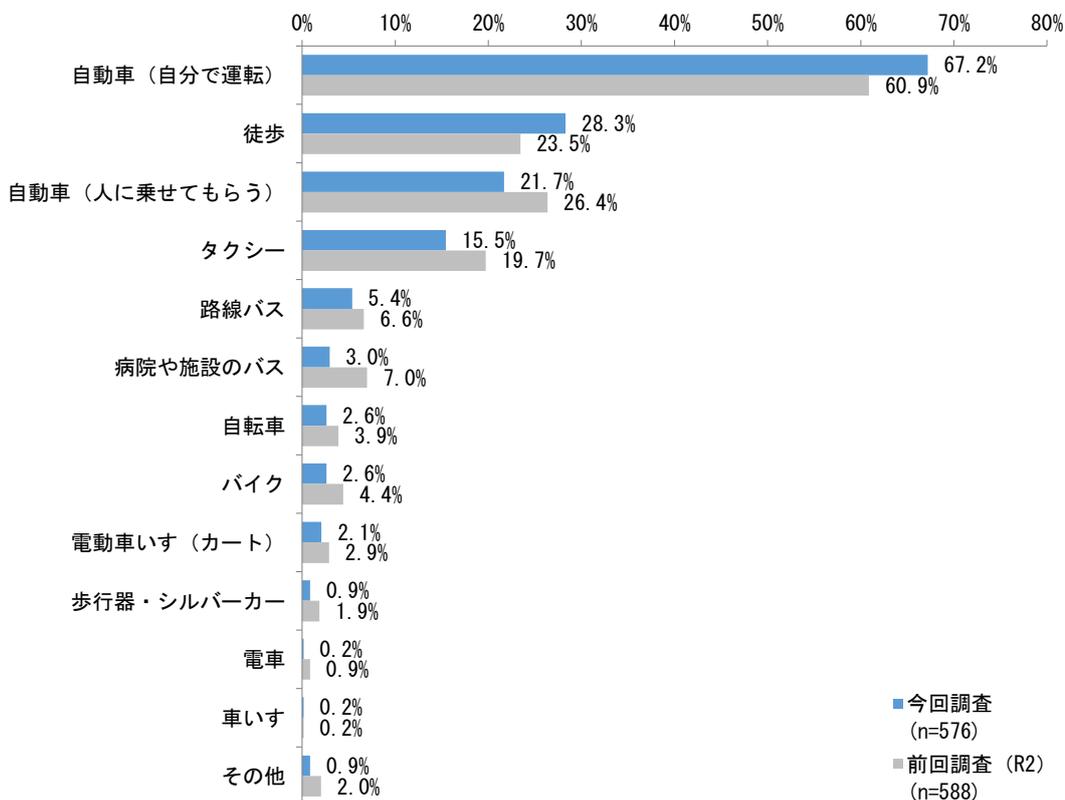
○外出を控えているかについては、「はい」が17.5%となっています。



○外出を控えている理由については、「足腰などの痛み」51.5%が最も高く、次いで「その他」19.8%、「交通手段がない」10.9%となっています。

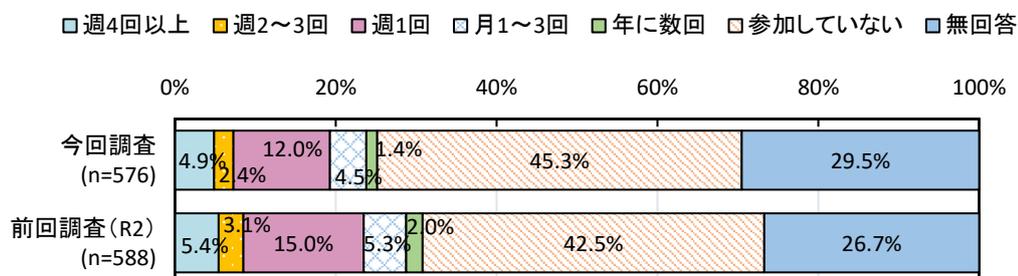


○外出する際の移動手段については、「自動車 (自分で運転)」64.3%が最も高く、次いで「徒歩」30.7%、「自動車 (人に乗せてもらう)」が24.7%となっています。

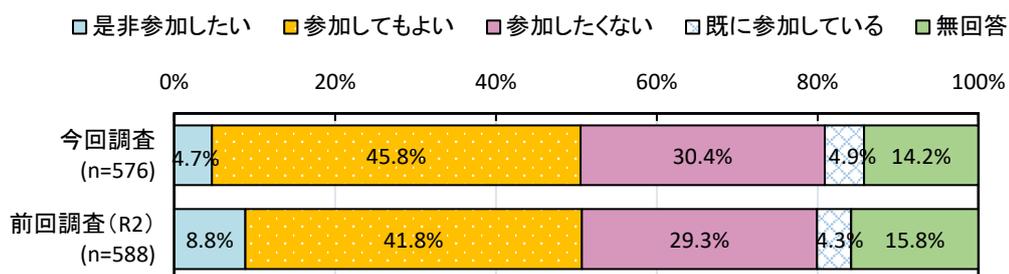


(4) 地域での活動について

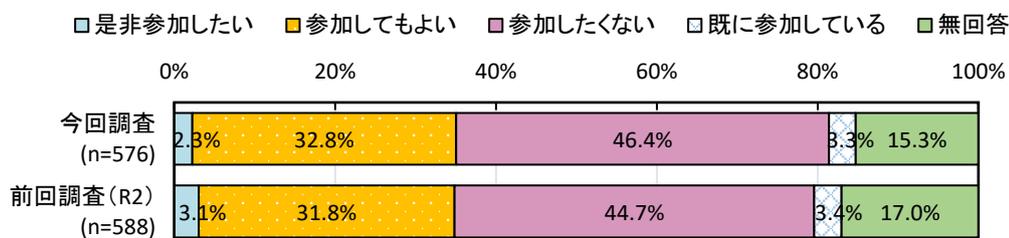
○介護予防のための通いの場への参加頻度については、「参加していない」が45.3%となっています。



○地域づくりの活動に参加者として参加してみたいかについては、「参加意向あり（「是非参加したい」及び「参加してもよい」の合計）が50.5%となっています。

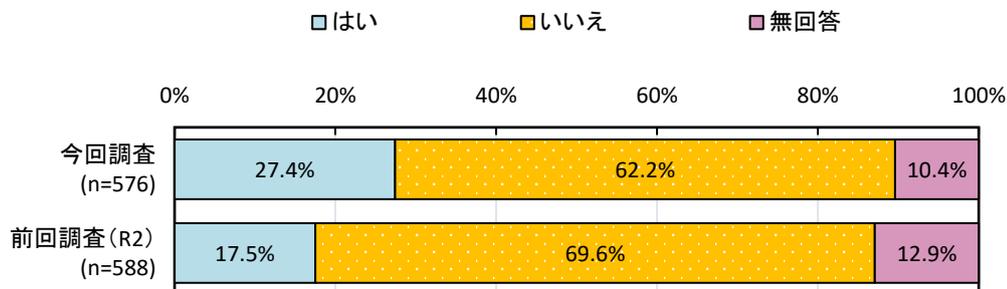


○地域づくりの活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいかについては、「参加意向あり（「是非参加したい」及び「参加してもよい」の合計）が35.1%となっています。

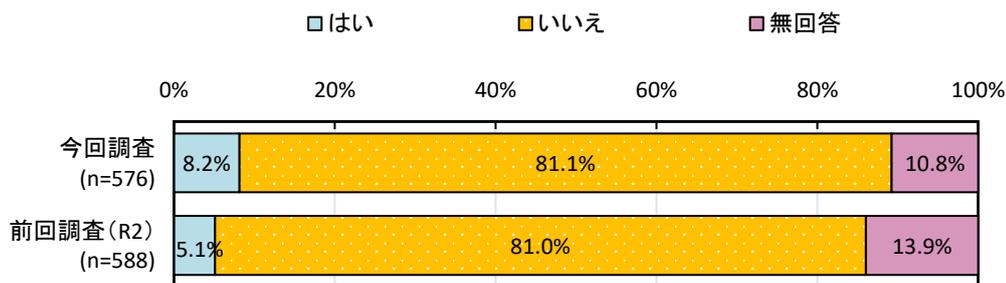


(5) 認知症にかかる相談窓口等の把握について

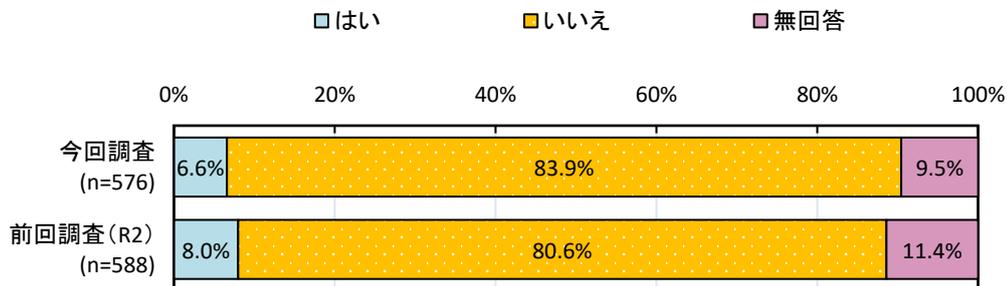
○認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「はい」が27.4%となっています。



○認知症初期集中支援チームを知っているかについては、「はい」が8.2%となっています。

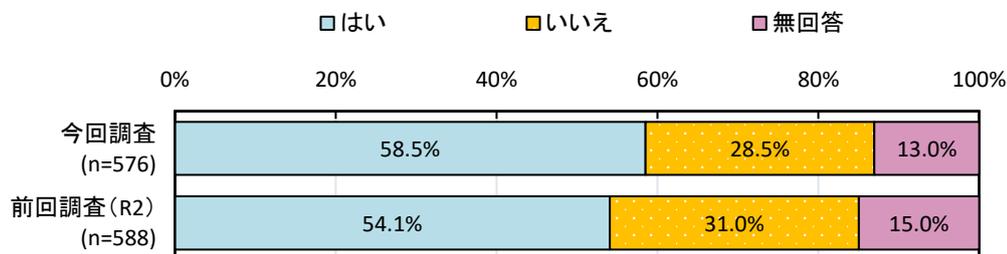


○認知症サポーター養成講座を受けたことがあるかについては、「はい」が6.6%となっています。

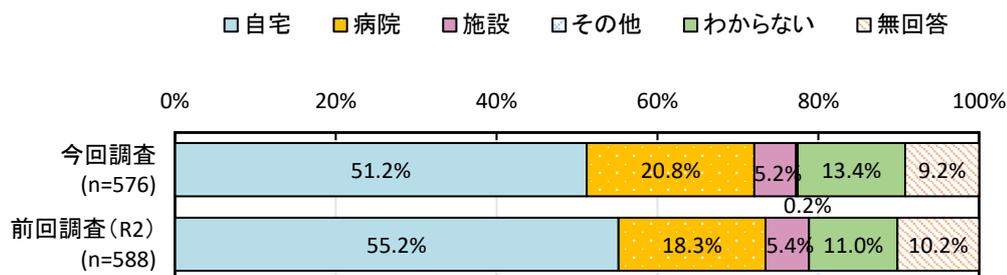


(6) 在宅医療について

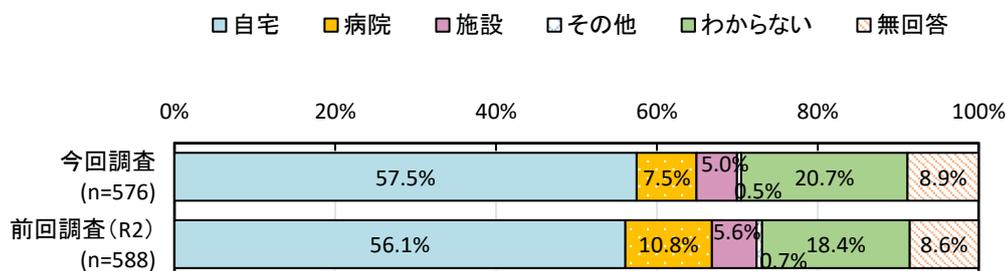
○在宅医療というのはどのようなものか知っているかについては、「はい」が58.5%となっています。



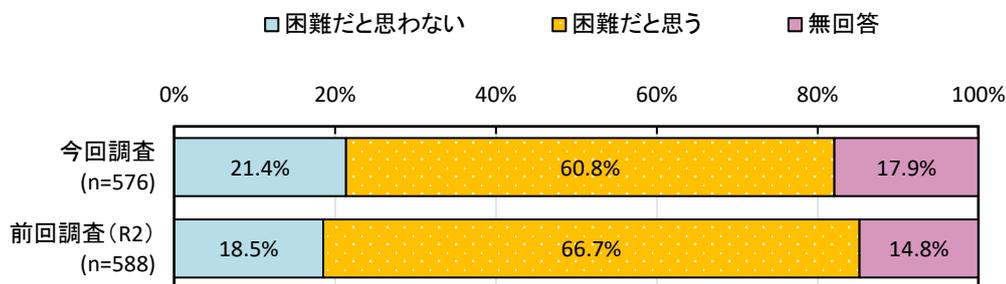
○病院でも自宅でも治療方法は同じと言われたら、どこで療養したいと思うかについては、「自宅」が51.2%となっています。



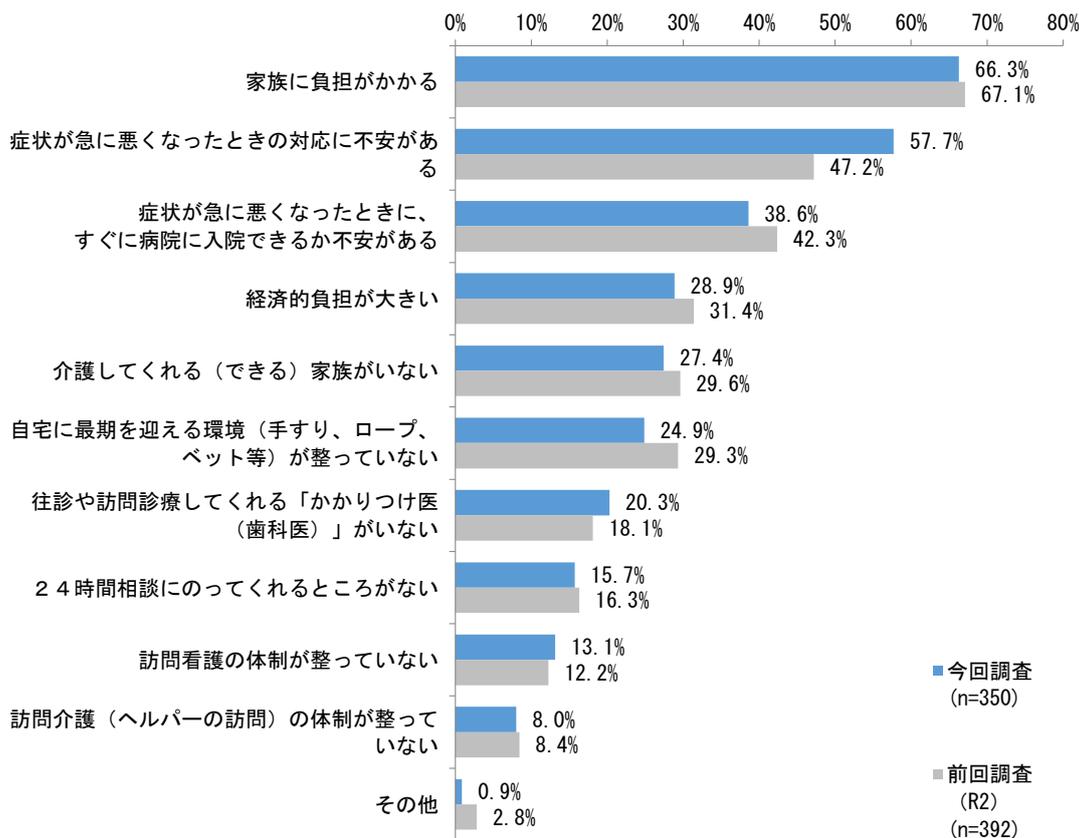
○人生の最期の時間はどこで過ごしたいと思うかについては、「自宅」が57.5%となっています。



○現実的に、自宅での療養や最期を迎えることが困難だと思うかについては、「困難だと思う」が60.8%となっています。



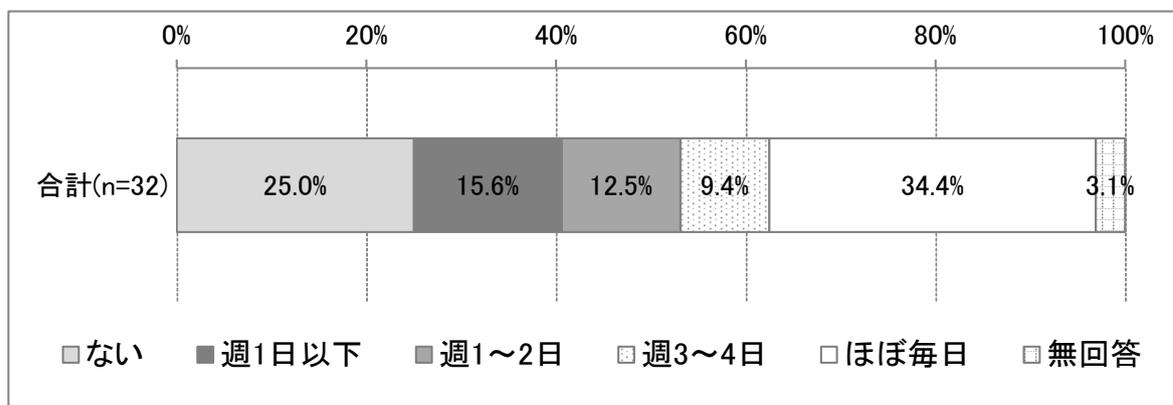
○現実的に、自宅での療養や最期を迎えることが困難だと思う理由については、「家族に負担がかかる」66.3%が最も高く、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に不安がある」57.7%、「症状が急に悪くなったときに、すぐに病院に入院できるか不安がある」38.6%となっています。



## 7 在宅介護実態調査結果からみる本村の状況

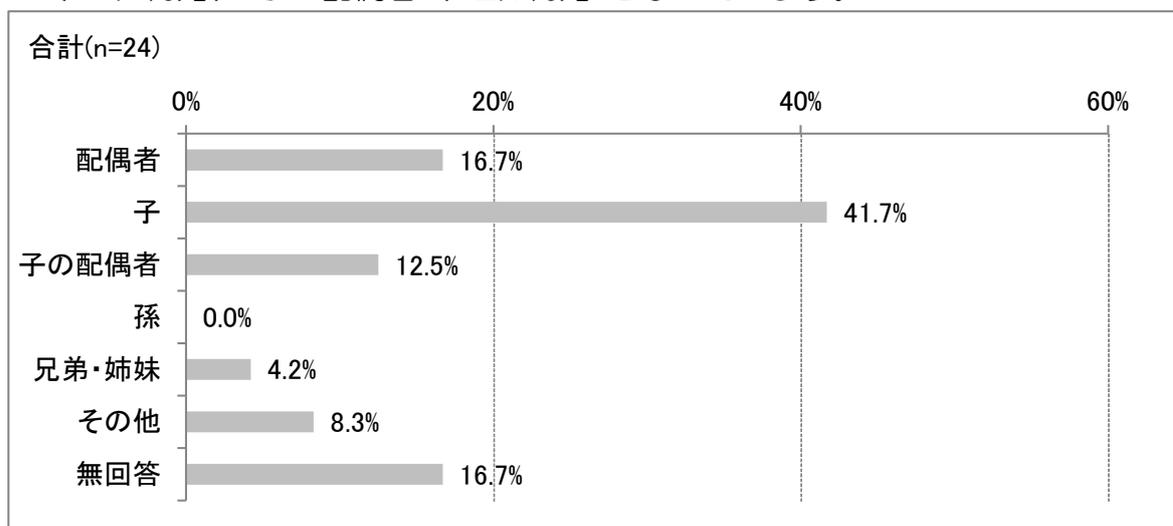
### ① 家族等による介護の頻度

「ほぼ毎日」の割合が最も高く 34.4%となっています。次いで、「ない (25.0%)」、「週1日以下 (15.6%)」となっています。



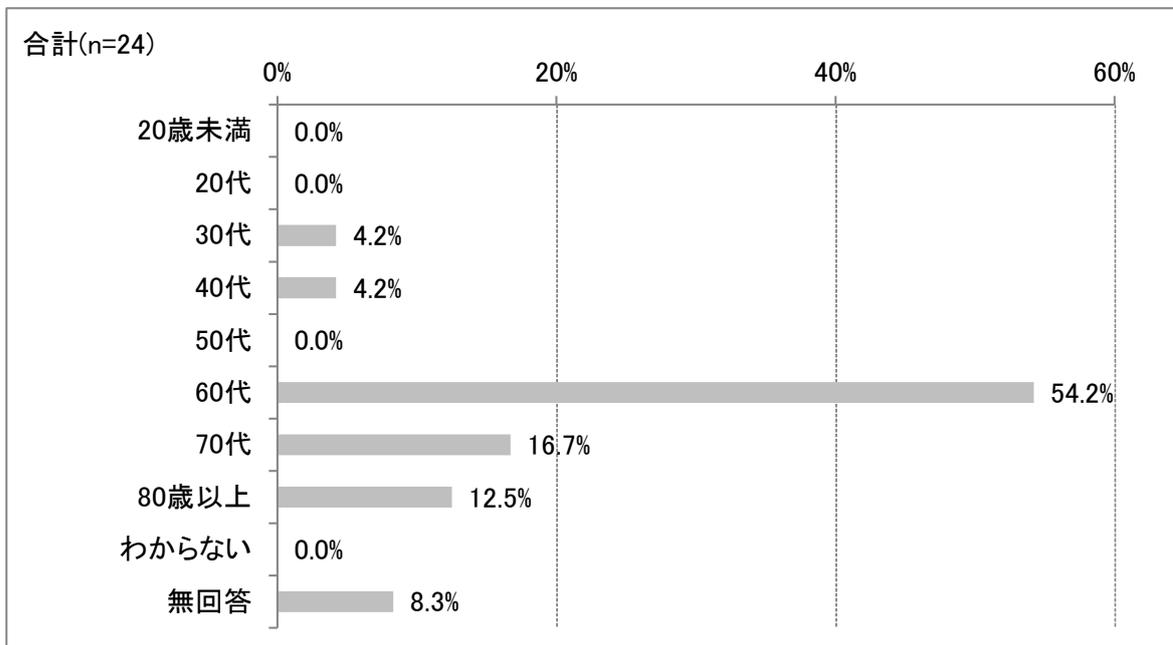
### ② 主な介護者

「子」の割合が最も高く 41.7%となっています。次いで、「配偶者 (16.7%)」、「子の配偶者 (12.5%)」となっています。



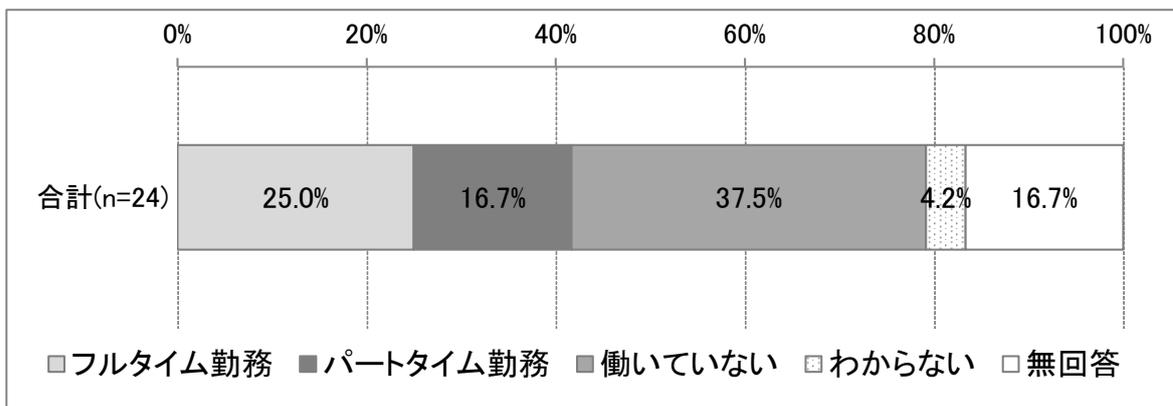
③ 主な介護者の年齢

「60代」の割合が最も高く54.2%となっています。次いで、「70代（16.7%）」、「80歳以上（12.5%）」となっています。



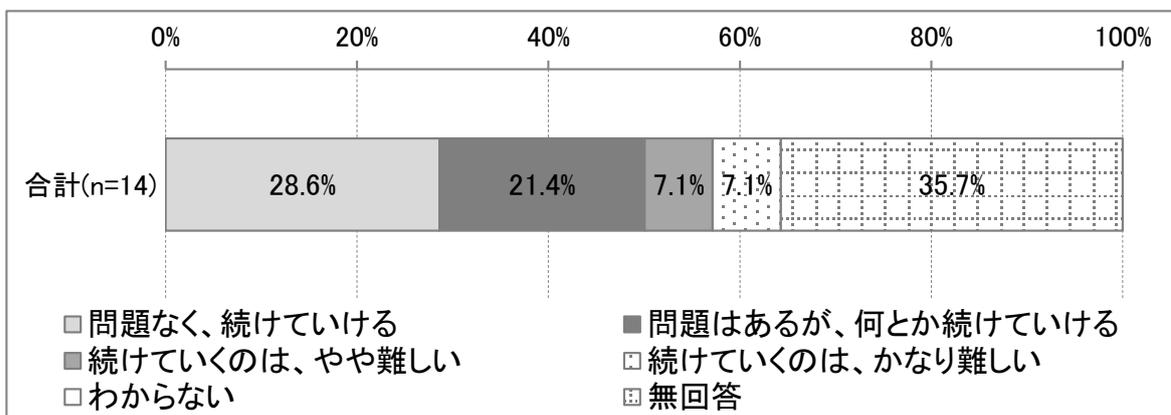
④ 主な介護者の勤務形態

「働いていない」の割合が最も高く37.5%となっています。次いで、「フルタイム勤務（25.0%）」、「パートタイム勤務（16.7%）」となっています。



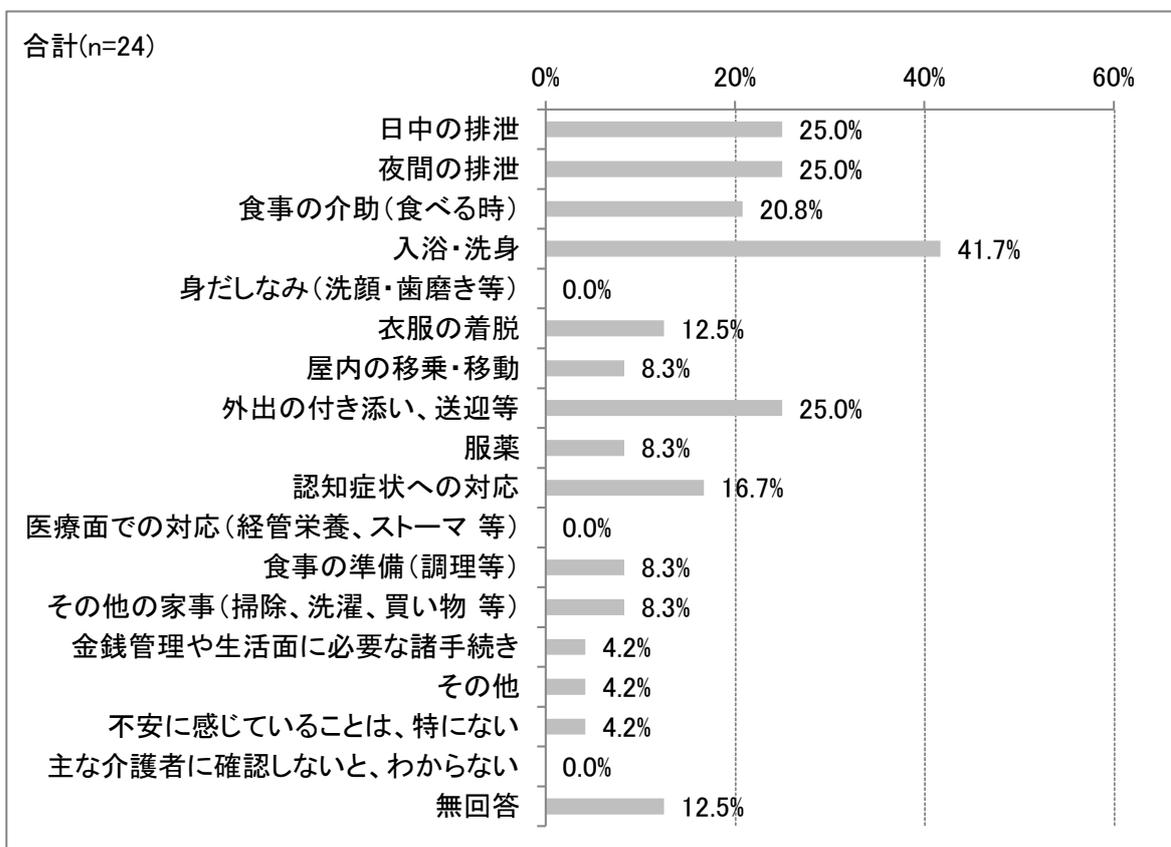
⑤ 主な介護者の就労継続の可否に係る意識

「問題なく、続けていける」の割合が最も高く 28.6%となっています。次いで、「問題はあるが、何とか続けていける (21.4%)」、「続けていくのは、やや難しい (7.1%)」、「続けていくのは、かなり難しい (7.1%)」となっています。



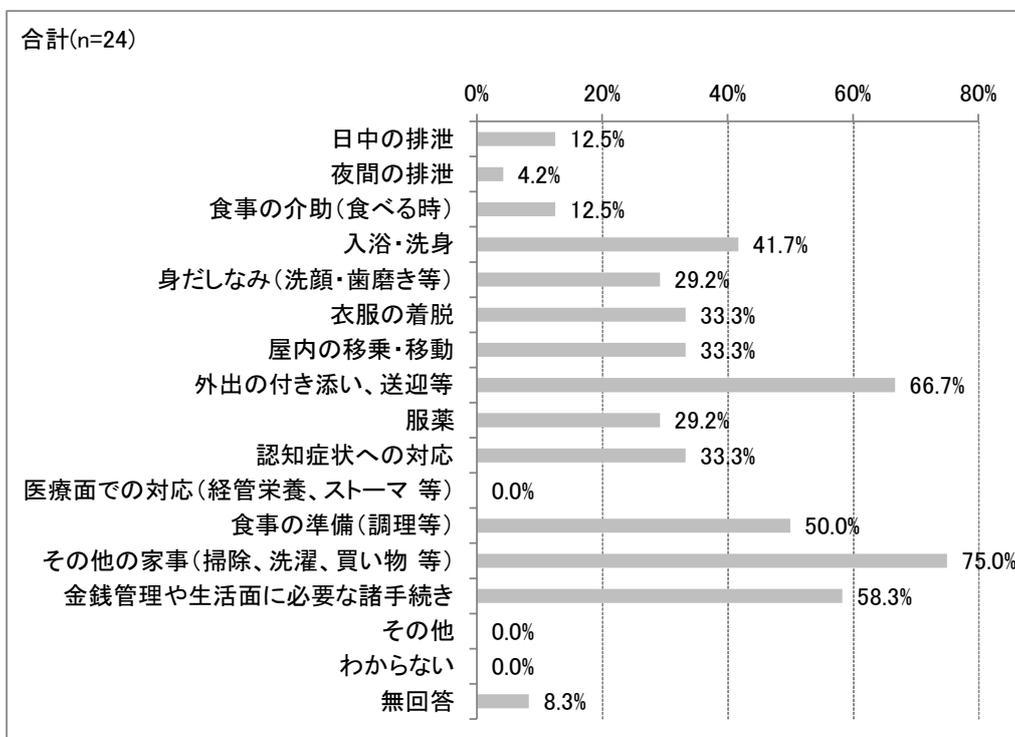
⑥ 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護

「入浴・洗身」の割合が最も高く 41.7%となっています。次いで、「日中の排泄 (25.0%)」、「夜間の排泄 (25.0%)」、「外出の付き添い、送迎等 (25.0%)」、「食事の介助 (食べる時) (20.8%)」となっています。



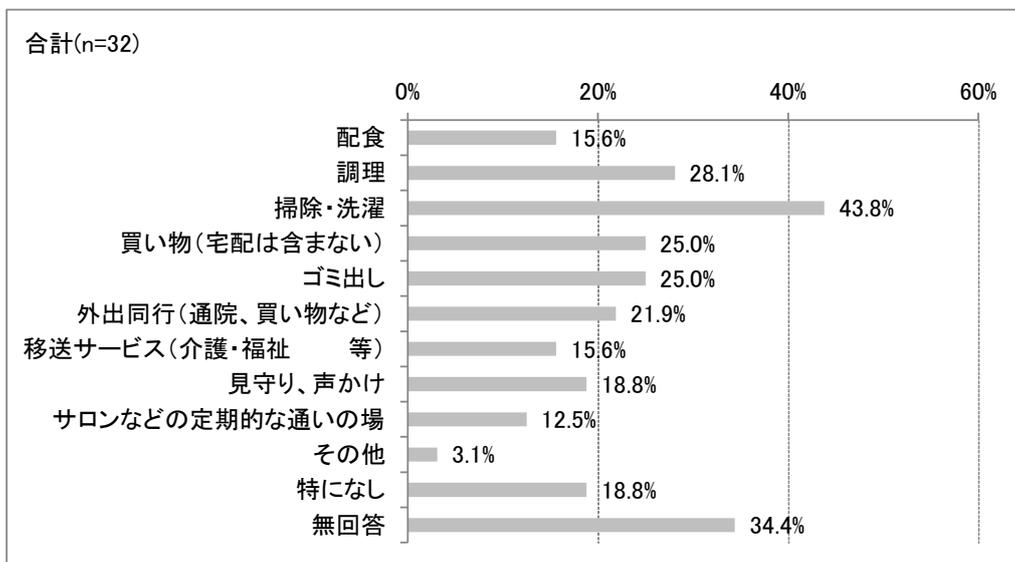
⑦ 主な介護者が行っている介護

「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」の割合が最も高く75.0%となっています。次いで、「外出の付き添い、送迎等（66.7%）」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き（58.3%）」となっています。



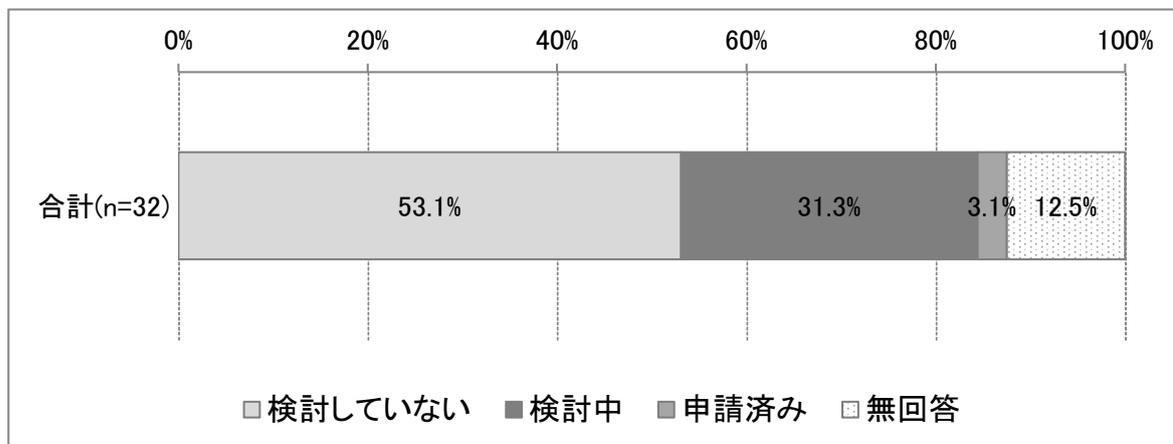
⑧ 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス

「掃除・洗濯」の割合が最も高く43.8%となっています。次いで、「調理（28.1%）」、「買い物（宅配は含まない）（25.0%）」、「ゴミ出し（25.0%）」となっています。



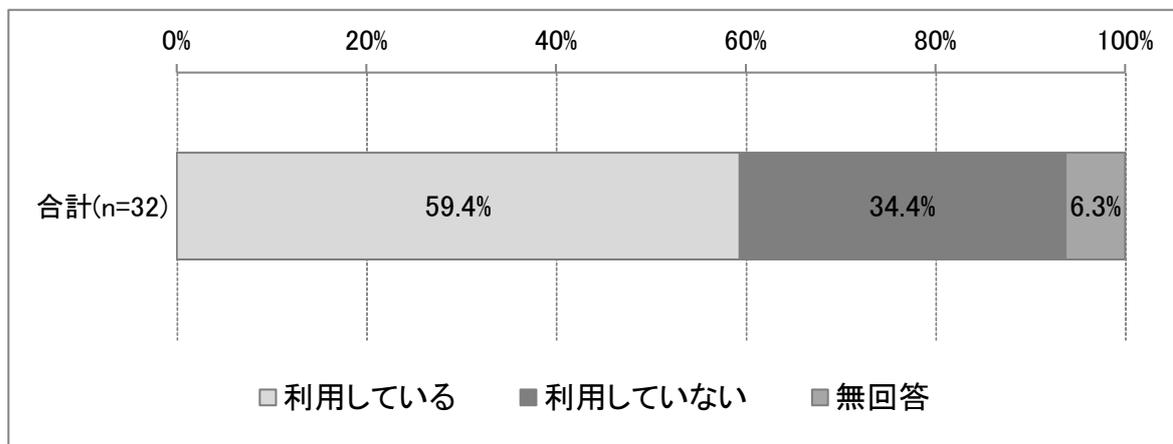
## ⑨ 施設等検討の状況

「検討していない」の割合が最も高く53.1%となっています。次いで、「検討中（31.3%）」、「申請済み（3.1%）」となっています。



## ⑩ 介護保険サービスの利用の有無

「利用している」が59.4%、「利用していない」が34.4%となっています。



## 8 本村の課題

### (1) 人口動態

水上村人口ビジョンの推計によると、本村の令和22年の人口は1,457人に減少すると予想されています。

65歳以上の高齢者数をみると、令和5年の886人から令和22年には646人に減少する予想です。また、高齢者単独世帯割合や高齢者夫婦のみ世帯割合の上昇、認知症高齢者の有病率の上昇も見込まれるなど、今後は介護サービスに対する需要が多様化することが想定されています。

一方、15歳から64歳までの生産年齢人口をみると、全国的には急減すると予想されています。本村においても令和5年の888人から令和22年には638人に減少すると推計されています。介護ニーズが高い後期高齢者割合の上昇が見込まれる中で、介護を支える人材不足は年々深刻化しており、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が今後さらに大きな課題となっていくことが示唆されています。

### (2) 要介護（要支援）認定者等

本村の調整済み認定率を全国や県と比較すると、重度認定率、軽度認定率のいずれも全国、熊本県平均を下回っています。比較的低い認定率を維持していくことは介護保険事業を運営していく上で重要なポイントとなっていることから、今後も、「①認定を受けているがサービスを利用していない人の状況を確認し、介護認定の適正化を図る。」、「②軽度認定者を減少させるため、自立支援・重度化防止に向けたサービスの創出を図る。」、「③介護状態にならないための自助努力を促す出前講座を開催し、介護保険の理念の周知を図る。」等の認定率の上昇を抑制するための取組を更に推進していく必要があります。

### (3) 第1号被保険者1人当たり給付月額

本村の調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額の状態をみると、在宅サービスは全国平均を下回っていますが、施設及び居住系サービスは全国平均を上回っています。

本村の軽度者（要介護2以下）のニーズに対応したサービスが提供されているかという視点から、それらのサービスの充足状況を確認する必要があると考えられます。また、施設・居住系サービスが在宅サービスを代替していないかを確認する必要があります。

#### (4) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

##### ① 介護の必要性及び疾病

加齢に伴い介護・介助の必要性は高くなる傾向にあります。若い年代から介護予防事業の取組を進めることが必要です。

また、男性では現在治療中、または後遺症のある病気として、「糖尿病」など、食事や運動、喫煙などの生活習慣に起因する疾病の割合が女性に比べて高いため、介護予防の観点からは、生活習慣病予防に関する取組が重要であることがうかがえます。一方女性では、「筋骨格の病気」の割合が高く、転倒予防、筋骨格系の機能の維持増進に関する介護予防事業の展開が重要であることがうかがえます。

##### ② 配食ニーズ及び買物ニーズ

「配食ニーズあり」、「買物ニーズあり」については、ともに75歳以上が高くなっています。関係機関と連携し、支援を必要としている人へ確実に支援が届くように事業の実施を行うことが重要です。

##### ③ 外出及び交通手段

「閉じこもり傾向リスク」、「昨年と比べて外出回数が減っているか」、「外出を控えているか」については、「地域性」が要因であるのか「交通手段が不便なのか」など地域別の要因を明らかにした上での適切な施策展開が求められます。

外出する際の移動手段については、「自動車（自分で運転）」が67.2%となっていますが、今後の後期高齢者の増加を見据えた適切な施策展開が求められます。

##### ④ 地域での活動について

介護予防のための通いの場への参加頻度については、「参加していない」が45.3%となっています。あらゆる機会を捉えた参加への働きかけが求められます。

「地域づくりへの参加意向のある高齢者」については、50.5%が参加意向ありとなっています。「地域づくりへの企画・運営としての参加意向のある高齢者」については35.1%が参加意向ありとなっています。潜在的に参加意向のある方を実際に参加してもらうための施策展開が望まれます。

⑤ 認知症にかかる相談窓口等の把握について

認知症に関する相談窓口について認知している方の割合は 27.4%となっています。また、認知症初期集中支援チームについて認知している方の割合は 8.2%となっています。様々な媒体による周知が求められます。

認知症サポーター養成講座を受けたことがあるかについては、「はい」が 6.6%となっています。あらゆる機会を捉えた講座の開催が求められます。

⑥ 在宅医療について

病院でも自宅でも治療方法は同じと言われたら、どこで療養したいと思うかについては、「自宅」が 51.2%となっています。また、人生の最後の時間はどこで過ごしたいと思うかについては、「自宅」が 57.5%となっています。

一方で、現実的に、自宅での療養や最期を迎えることが困難だと思うかについては、「困難だと思う」が 60.8%となっています。その理由については、「家族に負担がかかる」66.3%が最も高く、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に不安がある」57.7%、「症状が急に悪くなったときに、すぐに病院に入院できるか不安がある」38.6%となっています。

可能な限り住み慣れた地域で安心して住み続けられるように、県や圏域で連携したうえでの在宅医療・在宅介護についての施策の推進が求められます。

(5) 在宅介護実態調査

「主な介護者の年齢」については、「60代以上」の割合が 83.4%となっています。今後の高齢化の進展による老老介護の増加が懸念されます。また、在宅医療・長期療養の不安が解消されていくよう、在宅医療介護体制の整備とともに、在宅医療介護に関する具体的な事例を踏まえた情報発信が重要と考えられます。

「主な介護者の就労継続の可否に係る意識」については、「問題なく、続けていける」28.6%が最も高く、次いで「問題はあるが、何とか続けていける」21.4%、「続けていくのは、やや難しい」、「続けていくのは、かなり難しい」7.1%となっています。

「今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護」については、「入浴・洗身」の割合が最も高く 41.7%となっています。次いで、「日中の排泄」25.0%、「夜間の排泄」25.0%、「外出の付き添い、送迎等」25.0%、となっています。

今後の「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就業継続」の実現のため、上記結果を踏まえた介護サービスや生活支援サービスの在り方を検討することが重要です。

## 第3章 基本理念等

### 1 基本理念

高齢化が進む中、高齢者のライフスタイルや生活意識、ニーズ等がさらに多様化していくことが予測され、高齢期を迎えても、それぞれの人が、豊富な経験や知識、特技等を地域社会に活かすことができる環境づくりとともに、お互いに助け合い支え合う、参加と協働の地域づくりを推進していく必要があります。

一方で、要介護者が増加する中、介護・医療等の支援を必要とする高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で個人の尊厳やその人らしい生き方が尊重され、自立し安心して生活していくことができるよう、地域住民、事業者等と連携・協働して、高齢者の地域生活を支える地域包括ケアシステムを推進し、着実に計画を進めていく必要があります。

これらの水上村の状況や国の考え方、第5次水上村総合計画における保健・医療・福祉・社会保障分野のサブテーマである「健康でいきいきと暮らせる村づくり」の実現に向けて次の基本理念を踏まえ、保健福祉施策及び介護保険事業施策を推進します。

#### 【基本理念】

1. 要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態にならないよう介護予防に努めます。
2. 高齢者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、高齢者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者や施設から総合的かつ効率的に提供される体制を構築します。
3. 高齢者が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、そ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します。
4. 低所得者に対する保険料を含む配慮や介護予防につながる健康づくりへの積極的な推進を図っていきます。

## 2 全体目標

基本理念の実現に向け、計画の全体目標を「地域包括ケアシステムの深化・推進～高齢者が元気に活躍しみんなで支え合う地域社会の実現～」とします。

### 地域包括ケアシステムの深化・推進 ～高齢者が元気に活躍しみんなで支え合う地域社会の実現～

## 3 基本目標

全体目標の達成に向けた取組を6つの基本目標として設定し、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）、団塊の世代ジュニアが65歳以上となる令和22年（2040年）を見据えた中長期的な施策の展開を図ります。

- 1 高齢者が元気で活躍する社会の実現と自立支援の推進
- 2 認知症予防と認知症に対する支援体制の充実
- 3 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携推進
- 4 多様な住まい・サービス基盤の整備
- 5 安心を支える介護人材の確保と介護サービスの質の向上
- 6 災害や感染症への対応

## 4 重点的取組と目標設定

介護保険法第117条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

本村では、「地域包括ケアシステムの深化・推進～高齢者が元気に活躍しみんなで支え合う地域社会の実現～」という基本理念を踏まえ、以下の取組を本計画期間中の重点的取組と目標を設定しました

これらの項目については、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行い、PDCAサイクルによる取組の推進を図ります。

### (1) 被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止の取組の推進

高齢になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるには、要介護状態等となることの予防、要介護状態の軽減・悪化の防止といった考え方を広く地域全体で共有し取り組んでいく必要があります。高齢者の自立支援と重度化防止の取組として、地域全体への自立支援・介護予防に関する啓発、通いの場の充実等を進めていきます。

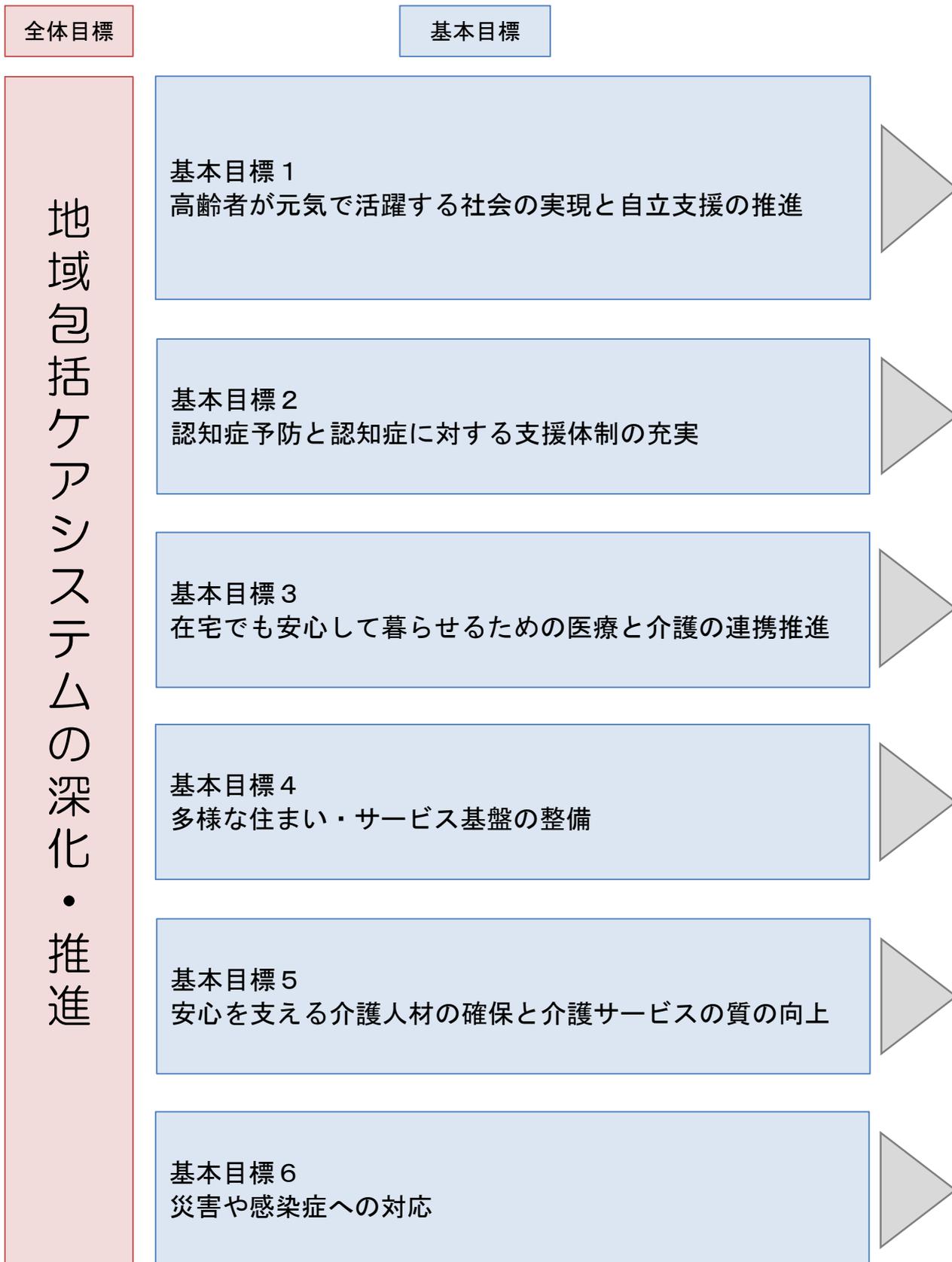
目標		実績 見込値	目標値				掲載頁
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度		
通いの場の 拡充推進	全高齢者の25%の参加を目標とし、通いの場の拡充に努めます。 ※( )内は高齢者に対する参加者の割合	190人	210人 (24%)	217人 (25%)	223人 (26%)	43頁	
リハビリテ ーション専 門職との 連携強化	通いの場や、運動教室等への専門職等の関与の回数を増やし、地域における介護予防の取組の機能強化に努めます。	65回	70回	75回	80回	44頁	

### (2) 介護給付適正化に向けた取組の推進

介護給付等に要する費用の適正化を図るとともに、利用者本位の質の高い介護サービスが提供されるように努めます。

目標	掲載頁
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアプラン点検 (課題整理総括表利用、高齢者向け住まい入所者：点検率30%/年、地域ケア会議による点検：点検月数12月/年)</li> <li>・ 住宅改修点検 (専門職による施工前点検：点検率100%/年)</li> <li>・ 医療情報との突合、縦覧点検(点検月数12月/年)</li> </ul>	63頁 ～ 64頁

## 5 施策の体系



## 主要施策

- 1 地域・社会活動の推進
- 2 いきがい就労の促進
- 3 健康寿命の延伸に向けた健康づくり・介護予防の推進
- 4 地域リハビリテーションの推進・地域包括支援センター等の機能強化
- 5 地域生活の基盤整備
- 6 見守りネットワークの構築

- 1 医療体制の整備
- 2 介護体制の整備
- 3 地域支援体制の整備及び社会参加の充実
- 4 高齢者の権利擁護・虐待防止の推進

- 1 訪問診療・訪問看護等の在宅医療の提供体制の充実
- 2 在宅医療と介護を支える多職種連携の促進
- 3 ICTを活用したネットワークづくり

- 1 多様なサービス基盤の整備
- 2 多様な住まいの確保

- 1 多様な介護人材の確保・育成
- 2 介護現場の生産性向上と定着促進
- 3 県と連携した指導・監査等の充実
- 4 介護給付の適正化の推進

- 1 要配慮者の被害防止対策と被災者への支援
- 2 感染症に対応したサービス提供体制の整備

## 第4章 施策の展開

### 第1節 高齢者が元気で活躍する社会の実現と自立支援の推進

高齢者が元気で活躍する社会の実現のためには、高齢者が生涯を通じていきいきと活躍できる社会の実現やそれを支える健康づくりが必要です。

また、地域リハビリテーションや地域包括支援センターによる支援など、高齢者の自立支援につながるケアマネジメントを通じて、高齢者が住みたいと思う地域で、できる限り生活し続けられるようにすることが必要です。

#### 1 地域・社会活動の推進

高齢者の社会参加活動は、高齢者の生きがいのみならず、閉じこもり防止、身体機能の向上、地域貢献につながる等、多様な意義があります。高齢者の社会参加が進み、高齢者が支えられる側だけではなく支える側にもなり、地域活動の担い手となることが、地域共生社会の観点から重要です。これまでの経験や能力を活かせる活動場所の確保や豊富な知識・技能を持った高齢者が参加する地域づくり活動等を通じて、高齢者の社会参加等の機会の充実に努めます。

#### 【主な取組】

##### (1) 老人クラブ等の活動支援

老人クラブは、地域に住んでいる高齢者の福祉を目的に結成・運営されています。「健康」、「友愛」、「奉仕」の活動により、高齢者の閉じこもりの予防や生きがいづくり、地域福祉活動の担い手としての役割を果たしています。

しかし近年、会員の高齢化や就労者の増加に伴う参加者の減少、役員のなり手不足等により会員数が減少しています。

区長会や村の広報を通じ、老人クラブの活動の周知、広報を強化し、水上村社会福祉協議会と連携のうえ加入促進に努めます。また、研修会等を開催し不足しているリーダーの人材育成にも力を入れる必要があります。老人クラブがより活性化し、地域活動の拠点として発展できるよう老人クラブからの要望事項も検討しながら、老人クラブの運営を支援していきます。

##### (2) 生涯学習の充実

高齢者の増加に伴い、高齢者の学習機会の需要も多くなると予想されることから、高齢者の生きがいづくりのため、公民館を中心に「奥球磨セミナー&日本遺産講座」、「水上元気クラブ」等の講座が開催されています。内容についても高齢者の多様な学習意欲に応えるよう整備し、活動の周知のため、村内広報による紹介や教育委員会からの回覧や文書の配布を行う等、新規の方でも参加しやすい環境を整えていきます。

### (3) ボランティア活動の充実

高齢者のみの世帯の増加に伴い、高齢者が安心して在宅生活を送るためには、日常生活における支援が必要となってきています。しかしながら、日常生活圏域ニーズ調査では、月に1回以上ボランティアグループに参加している割合は5.1%と低くなっています。

このことから、地域福祉の活動拠点である社会福祉協議会とも連携し、今あるボランティアグループの支援、新たな地域資源の発掘、ボランティア活動の普及啓発に努め、高齢者の社会参加を促します。

### (4) スポーツ・レクリエーション活動の促進

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切となることから、本村では、「水上元気クラブ」等の一般向け教室や、自主活動の会でグラウンドゴルフやゲートボールが行われています。しかし、「水上元気クラブ」については、新規で加入する方が少ないため、開催状況や活動内容の周知を図り、コミュニケーションの場としても活用してもらえよう、参加を促していきます。

## 2 いきがい就労の促進

高齢者が住み慣れた地域で、本人の希望や能力を生かしながら、生きがいや役割をもって活躍できる「生涯現役社会」を実現するため、元気高齢者の就労機会を拡大する取組を推進します。

### 【主な取組】

#### (1) 高齢者の就労の場の確保（シルバー人材センター）

シルバー人材センターは高齢者就労支援の中核組織です。近年、会員数は維持しているものの高齢化等に伴い受託できる作業数が減ってきています。

今後の方針として

- ①会員拡大に向けた広報・勧誘活動の実施
- ②民間・公共・一般家庭分野の就業開拓
- ③事故発生件数ゼロ
- ④会員の資質・技能向上等

を行い、シルバー人材センターの機能強化を図ります。

### 3 健康寿命の延伸に向けた健康づくり・介護予防の推進

高齢者がいきいきと健やかに住み慣れた地域で生活するために、高齢者の健康づくり施策の充実を図ります。また、高齢者が気軽に参加できる通いの場等で、自立支援ケアマネジメントが受けられる等の村民一体となった活動を続け、自身の健康状態を知り、健康の保持増進に努められるような体制を整備します。さらに、必要な治療の継続と生活習慣の改善により、疾病の重症化や要介護状態に陥ることを予防します。

#### 【主な取組】

##### (1) 特定健康診査・特定保健指導等の受診率の向上

現在、満40歳から満74歳までの国民健康保険の被保険者に対し、毎年3地区を巡回して特定健診を行い、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。また、令和5年度（2023年度）から医療機関に定期的に通院し検査を受けている方が、検査結果を村に提供することで、特定健診を受診したとみなす「みなし健診」も導入し、更なる受診率の向上に努めています。

今後は、各医師会との契約による施設健診の導入を検討し、更なる受診率の向上に努めます。また、保健指導については、実施時期や方法について明確にしていきます。

##### (2) がんセット検診・人間ドック助成事業による疾病予防と早期発見

疾病予防に早期に取り組むことで、将来の医療・介護につながらない体制づくりを目指します。また、受診しやすい検診体制を整備し健康寿命の延伸を目指します。

##### (3) 後期高齢者に対する歯科・口腔健診の受診率向上

口腔機能の低下は、飲み込む力の低下、低栄養、糖尿病や心臓病等の全身の病気にも関係しています。後期高齢者（村内在住の方）全員に、無料で歯科口腔健診が受けられる受診券を送付して受診勧奨を行っていますが、受診率は約1割にとどまっています。

広報誌等での周知や、高齢者の方が集まる場等で啓発を行う等、歯科口腔健診の重要性を周知・啓発するとともに、受診率の向上を目指します。

#### (4) 健康課題の抽出と周知・啓発

健康寿命の延伸を目指し、住民が健康に関する正しい知識に基づき主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、特定健診等データ管理システム、国保データベースシステム（KDBシステム）、データヘルス計画等に基づく健康課題の抽出、事業評価を実施し、周知・啓発に努めます。

#### (5) 介護予防・生活支援サービスの提供体制の充実

本村においては、平成27年度（2015年度）の介護保険制度改正に伴い、平成29年度（2017年度）から、予防給付のうち訪問介護及び通所介護を「新たな介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行しました。

今後は、従来の介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスを継続しながらも、利用者のサービス利用の選択肢を増やすために環境の構築を行います。

##### ① 訪問型サービス（第1号訪問事業）

介護保険事業所の専門職による従来の訪問介護相当サービスに加え、令和3年度（2021年度）から「訪問型サービスC」を開始しました。また、介護予防サポーター等の地域住民やNPO等のボランティアによる訪問型サービスの検討も行います。

	多様なサービス			
サービス種別	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスB (住民主体による支援)	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	生活援助等	住民の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談支援	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	状態等をふまえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		<ul style="list-style-type: none"> <li>・体力の改善に向けた支援が必要なケース</li> <li>・ADL、IADLの改善に向けた支援が必要なケース</li> </ul> ※3～6カ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者（例）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

② 通所型サービス（第1号通所事業）

介護保険事業所の専門職による従来の通所介護相当サービスに加え、必要に応じて緩和した基準による「通所型サービスA」の検討を行い、自立支援の観点から要介護状態に向かわせない体制づくりを目指します。

	多様なサービス		
サービス種別	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスB (住民主体による支援)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動等 自主的な通いの場	生活機能を改善するための 運動器の機能向上や 栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	状態等をふまえながら、住民主体による支援等 「多様なサービス」の利用を促進		・ADL、IADLの改善に向けた 支援が必要なケース ※3～6カ月の短期間で行う
実施方法	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の 最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

要支援認定を受けた方、または事業対象の基準に該当した方に対して、介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス事業や様々な社会資源を活用し、自立支援に向けたケアマネジメントを実施します。

(6) 一般介護予防事業の推進

① 介護予防の普及・啓発

ア) 介護予防に関する講演会

高齢者を対象に介護予防の普及・啓発に努めます。また令和4年度（2022年度）から取り組んでいる「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業を活用し、通いの場で認知症や高齢者のフレイル等に関する講演を行っています。

今後も要介護状態に陥りやすい脳血管疾患、廃用症候群、認知症に関する知識の普及に重点的に取り組んでいきます。

イ) 介護予防教室の充実

高齢者等が要介護状態になることをできる限り防止し、自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防の知識の普及啓発、生活相談、健康診断、生活指導及び運動機能訓練等に関する介護予防教室を開催していきます。（元気クラブ・運動教室等）

**ウ) ふれあい会事業の充実**

65歳以上の高齢者を対象に、介護予防・健康づくりや交流の機会を増やすため、ふれあい会事業を実施しています。地区単位で年3回～4回、大字単位では毎月開催し、高齢者のふれあいの場として今後も継続していきます。

**エ) 男性料理教室**

男性高齢者の閉じこもり予防、食に対する意識の向上や栄養改善につながる地域交流の場の提供を、今後も継続して実施します。

**オ) 介護予防拠点の整備**

各行政区の公民館について、高齢者等の集いの場や地域の介護予防拠点施設となりうるよう、今後も必要に応じて改修を検討し、整備していきます。

**② 地域介護予防活動支援事業**

高齢者を対象に介護予防の普及・啓発に努め、地域の自主グループの育成、活動支援を行います。

**ア) 「住民主体の通いの場づくり」の本格展開**

平成29年度（2017年度）から県のモデル事業「地域づくりによる介護予防推進事業」に取り組み、本村の16行政区のうち15行政区で実施され、200人を超える人が参加しています。また、令和元年（2019年）より、福祉・介護分野の地域おこし協力隊の採用や高齢者いきいき体カアップ促進事業を行い、参加意欲の活性化を図っています。さらに、通いの場で実施されている百歳体操の継続で、体力の向上や健康の改善効果も出ています。

今後は、未実施地区において、区長や代表の方々に通いの場のメリットを説明し、実施を促進します。

**イ) 地域の自主グループの育成、活動支援**

地域の自主グループについては、熊本県が地域福祉支援計画の重要施策として推進する「地域の縁がわ登録票」に登録を促し、地域福祉に関する情報等が得られるよう活動を支援します。

**ウ) 「メンズシェッド」の推進**

令和5年度（2023年度）から男性の社会的孤立・孤独を防ぐことを目的として男性の集いの場「メンズシェッド」の設立を行いました。また、このような事業に参加した高齢者が、スタッフとして様々な活動の場に参加するという動機づけを図り、住民主体の活動的な場が持続的に拡大していくよう取り組んでいきます。

### ③ 介護予防把握事業

介護予防事業の対象者の把握方法について、地域の実情に応じた効果的・効率的な方法で実施することが求められるため、保健師の訪問や通いの場等で介護予防サポーターからの聞き取りを行い、対象者の把握に努めます。また、サービス調整会議により介護予防事業につなげます。

### ④ 一般介護予防事業評価事業

国の示す「介護予防マニュアル改訂版」を参考としながら、介護保険事業計画に定める目標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実施します。

## 4 地域リハビリテーションの推進・地域包括支援センター等の機能強化

一人でも多くの高齢者が少しでも長い期間、心身ともに健康で身近な地域の活動に参加しながら安心して暮らすことができるよう、医療・介護等、様々な分野の多職種の専門職と連携・協力して地域リハビリテーションを推進します。

地域包括支援センターは、高齢者に対する様々な支援を継続的かつ包括的に提供する地域包括ケアを実現する機関として、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行っています。高齢者の増加に伴い、地域ケア会議、在宅医療介護と連携した体制づくりに加え、認知症対策や介護予防・日常生活支援総合事業の移行に伴う業務等、今後の新たな事業に対応していく上で地域包括支援センターの機能強化が必要不可欠となってきます。研修等を通じ、地域包括支援センターの体制強化を推進します。また、障がい分野や児童福祉分野など他分野との連携促進を図ります。

### 【主な取組】

#### (1) 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強化するために、地域ケア会議、運動教室、住民主体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、地域包括支援センターと連携して行います。

#### (2) 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、公正・中立な立場に立つ、高齢者が地域で生活していくための保健福祉の総合的な相談窓口です。その業務は「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」等広範囲にわたり、認知症施策、在宅医療・介護連携の推進等にあたり、その中核を担います。運営については水上村・湯前町・多良木町の3町村合同で、球磨郡公立多良木病院へ委託しています。

今後は、要支援認定者及び総合事業対象者が重度化している傾向にあり、地域における介護予防の推進と自立支援の充実を図るためにも、リハビリテーション専門職との連携の在り方について検討を進めていきます。また、行政と地域包括支援センターの連携を図りながら住民からの相談に早期に対応できる体制を維持していきます。

### (3) 相談体制・ケアマネジメントの充実

#### ① 総合相談支援業務

社会福祉士が中心となり、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続されるよう、高齢者やその家族、近隣に暮らす人から介護、健康、福祉、医療、日常生活等の様々な相談を受け、適切な関係機関と連携した支援を継続して行います。また、週1回開催している水上村サービス調整会議等を通して支援が必要な住民の情報を共有し、早期介入により状態の改善と悪化防止に努め、要介護認定率の低下を目指します。さらに、住民の方に相談機関として地域包括支援センターを認知してもらうため、ふれあい会や老人会等あらゆる機会を通じて周知に努めます。

地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されることも踏まえ、高齢者だけでなく、経済的困窮者、単身・独居者、障がい者、ひとり親家庭、ヤングケアラーに該当する世帯やこれらが複合したケースなどに対応するため、生活困窮分野や障がい分野、児童福祉分野など他分野と連携促進を図っていきます。

#### ② 総合相談窓口業務

相談内容に応じた適切な支援ができるよう職員のスキルアップや関係機関との密な連携等相談体制の充実を図り、その周知徹底に努めます。また、高齢者に係る総合相談窓口として、サービスに関する情報提供等の初期的相談対応や継続的・専門的な相談支援の充実にも努めるとともに、相談につながっていない潜在的な支援ニーズへの対応も強化していきます。これまで構築してきた地域の関係機関・団体等との情報交換をより密にすることで、ネットワーク機能を強化し、支援体制の充実にも努めます。

今後は、オンライン研修等を利用した職員のスキルアップを推進します。また、民生委員会や地域の会合等に積極的に参加することによりネットワーク機能を強化し、相談につながっていない潜在的なニーズを把握する等相談窓口としての機能を充実させます。

### ③ 実態把握

行政、保健センター、民生委員、各介護サービス事業所等との連携により把握された情報を基に、高齢者宅の個別訪問や同居されていない家族との情報共有、近隣住民との連携により、実態や地域でのサービス提供状況の把握に努め、独居高齢者の在宅生活を支援していきます。また、毎週開催している水上村サービス調整会議を通して、個々のニーズの把握に努めていきます。

### ④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

主任介護支援専門員が中心になり、高齢者一人一人の状態の変化に対応した長期マネジメントを後方支援するため、主治医・介護支援専門員との多職種協働や地域の関係機関との連携により次の業務にあたります。

#### ア) 日常的個別指導・相談業務

地域の介護支援専門員に対する個別の相談窓口を設置し、ケアプランの作成技術を指導、サービス担当者会議の開催を支援する等、専門的な見地から個別指導・相談への対応を行います。また、必要に応じて、地域包括支援センターの他の職種（保健師・社会福祉士）や関係機関とも連携のうえ、事例検討会や研修、制度や施策等に関する情報提供を実施し、地域の介護支援専門員の資質の向上を図ります。

#### イ) 支援困難事例への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの他の職種（保健師・社会福祉士）や地域の関係者、関係機関と連携のもと具体的な支援方針を検討し、指導・助言等にあたります。

#### ウ) 介護支援専門員のネットワークづくり

介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定する等介護支援専門員のネットワークを構築し、地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援します。

介護支援専門員が地域ケア会議で各専門職から得たアドバイス（自立支援に向けた視点）を、実際のケアプランに落とし込みができるよう地域包括支援センターと圏域にある居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が協力して支援していきます。

### ⑤ 地域包括支援センターの評価・公表

地域包括支援センターの業務について、国において示される評価指標に基づき、地域包括支援センターの業務の実施状況や量等の程度を村が把握し、評価・点検を行います。

#### (4) 地域ケア会議の充実

地域包括ケアの構築には、高齢者の実態を把握し、そこから地域課題を抽出し解決していく地域ケア会議が重要となってきます。地域ケア会議には、

- ①個別課題解決機能
- ②地域ネットワーク構築機能
- ③地域課題発見機能
- ④地域づくり・資源開発機能
- ⑤政策形成機能

の5つの機能があります。

今後も、地域ケア会議を機能別に開催し、開催数の増加、多職種からの参加促進等に取り組み、地域ケア会議の充実を図っていきます。

### 5 地域生活の基盤整備

高齢者の在宅生活を支えるためには、地域での支え合い、見守り体制、生活支援が欠かせません。高齢者等が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、地域において高齢者の生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けた調整を行い、事業を推進していきます。

また、専門の介護職員の他にも、住民ボランティアや老人クラブ、民間団体等の担い手を多様な主体に広げる必要があり、講座等を通して積極的に参加してもらえるよう働きかけていきます。

さらに、高齢者の移動手手段の確保に努めます。

#### 【主な取組】

##### (1) 多様な生活支援サービスの充実・開発

###### ① 生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置

高齢者等が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、地域において高齢者の生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けた調整を行い、日常生活支援サービスを構築する役割を担う「生活支援コーディネーター」を平成28年度（2016年度）に配置し、水上村社会福祉協議会へ委託してコーディネーター事業を実施しています。

引き続き「地域のニーズと資源の把握」、「多様な主体間のネットワーク構築」、「地域支え合いの担い手養成やサービス開発」、「支援を要する高齢者へのマッチング支援」を行う協議体の設立に向けて、包括支援センター等からの助言を仰ぎつつ、社会福祉協議会と協議を行って立ち上げを検討し、コーディネート機能の強化、日常生活支援サービスの充実を図ります。

**② 介護予防サポーターの育成・活動の場の提供**

介護予防サポーター養成講座を実施し、ボランティアの担い手となる人材の育成を図ります。また、意欲的なサポーターには、介護予防教室や通いの場の運営に積極的に参加していただくよう働きかけます。

サポーターの活動の場はますます広がってくるため、サポーターの育成と併せ、資源を活用するための新たな取組の検討を行い、介護予防事業の強化・充実に努めていきます。

**③ 地域支え合い活動事業（ボランティアポイント制度）**

豊かな経験と知識、技能を生かした社会参加、地域貢献活動を行うことに対し、地域支え合い活動の実績に基づくボランティアポイントを付与するとともに、当該評価ポイントに応じて、みずかみ商品券もしくは温泉入浴券を交付します。当該事業については水上村社会福祉協議会に委託して実施しています。

今後は介護予防サポーターを巻き込んで機運を高めていき、有償ボランティアグループに代わるものとして位置付け、地域社会づくりの構築を目指します。

**(2) 在宅生活を支えるサービスの充実**

**① 在宅ねたきり高齢者等介護**

日常生活において常時介護を必要とする、ねたきり高齢者・重度障がい者及び認知症のある方を在宅で介護している方に対して、精神的・経済的負担を少しでも軽減できるよう、介護手当を支給する事業です。

今後も継続して実施していきます。

**② 敬老祝金事業**

80歳到達者、90歳到達者に敬老祝金を給付して敬老の意を表し、併せて福祉の増進を図ります。

**③ 長寿者祝金支給事業**

100歳到達者に長寿祝金を支給して、長寿を保つ高齢者に敬意を評し、併せて福祉の増進を図ります。

**④ 元湯温泉無料券**

住民の福祉向上、健康増進を目的に、70歳以上の高齢者が元湯温泉を年12回無料で利用できる温泉券を発行しています。また12回分を使い切った方には、通常の入浴料の半額で利用できるサービスを実施しています。なお、送迎も行います。

### (3) 低所得者の負担軽減

#### ① 高額介護（介護予防）サービス費給付

介護保険のサービスに対して支払った1か月ごとの利用者負担（1割負担分）の合計が、世帯の所得状況等により設定された一定の上限を超えた場合、超えた分を高額介護サービス費として支給します。

#### ② 高額医療・高額介護合算制度

医療保険と介護保険の両方の自己負担を合算し、世帯の所得状況等により設定された一定の上限を超えた場合、超えた分を高額医療合算介護サービス費として支給します。

#### ③ 特定入所者介護（介護予防）サービス費給付

施設サービスの居住費や食費等の利用者負担額が、世帯の所得状況等により設定された利用限度額を超えた場合、超えた分を特定入所者介護サービス費として支給します。

#### ④ 利用者負担軽減制度

低所得者で生計が困難な介護保険サービス利用者の利用者負担額を軽減する社会福祉法人等に対し、その軽減額を助成することにより、低所得者の利用支援を図ります。また、生計困難な方が必要な介護保険サービスを受けられるよう、社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度の周知も行っています。

#### ⑤ 認知症対応型共同生活介護 事業所（グループホーム）家賃等助成事業

認知症対応型共同生活介護事業所において、費用負担が困難な低所得者に対し、利用者負担の軽減を行っている事業者を対象として助成を行うことにより、低所得者の経済的負担を軽減しています。

今後も利用者負担軽減のため継続し、周知を行っていきます。

### (4) 高齢者の移動手段の確保

#### ① 福祉部局・交通部局 等関係者の連携強化

本村の地域公共交通状況、地理的条件等により、地域ケア会議や認知症初期集中支援チーム員会議では度々課題となっており、今後の高齢者の生活の足の問題は避けて通れません。

今後も、高齢者の生活にとって必要とされる交通施策を展開していくために、福祉部局・介護部局と交通部局の連携を強化し、早期のサービス創設に向けて取り組んでいきます。

## ② 高齢者等タクシー利用助成事業の充実

平成27年度（2015年度）から毎年度助成条件及び内容を変更しながら実施しています。

今後も、高齢者が日常生活を営むうえで、より効果の高い地域公共交通体制の検討を行い、交通弱者の生活交通確保を行い、健康高齢者の増加及び運転免許証返納を推進し、高齢運転者の交通事故を未然に防止する等の効果を発揮する施策として推進していきます。

## ③ 移動支援サービスの情報提供

移動支援サービス（訪問型サービスD）に取り組む意向のある事業者に対しては、積極的に情報の提供を行います。

# 6 見守りネットワークの構築

高齢者の安全・安心の確保のため、高齢者の見守りネットワークの構築及びその機能強化について、引き続き推進していきます。

### 【主な取組】

#### （1）高齢者の見守りネットワークの充実

平成23年（2011年）4月より「水上村高齢者等見守りネットワーク事業」を展開しており、高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域住民と行政、水上村社会福祉協議会、民生委員等の各関係団体が協力し、地域全体で高齢者等を見守り支えあう取組を実施しています。

今後も、見守りネットワーク事業について回覧等で定期的に住民向けの周知・啓発を行い、見守りが必要な高齢者の困りごとを把握し、各種相談支援や必要なサービスの利用につなげます。

#### （2）配食サービス

「食」の自立の観点から、定期的に居宅を訪問して、栄養バランスの取れた食事を提供するとともに、利用者の安否確認を行い、異常が認められる場合は関係機関へ連絡します。

#### （3）緊急通報支援サービス

65歳以上の一人暮らしや高齢者のみの世帯、身体障がい等により必要と認められる世帯に緊急通報装置を設置し、定期的な健康状態の確認や通報内容の状況に合わせた的確な判断のもと救急車が必要な場合、救急車の要請、親族、協力員、民生委員等への連絡を迅速に行います。ただし、協力員の方の不在時や急行できない時は、委託している警備会社の職員が急行し、安否の確認を行います。

今後も民生委員児童委員との連携を図りながら周知徹底を継続して行います。

## 第2節 認知症予防と認知症に対する支援体制の充実

認知症の当事者は、高齢化の進展に伴い増加していくことが見込まれています。

このため、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」やその他関連する計画等に基づき、認知症の当事者を含めた住民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進するため、医療、介護、地域支援・社会参加の3つを柱として取り組みます。

### 1 医療体制の整備

認知症医療・介護体制の充実・強化を図ることで、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができますようにします。

#### 【主な取組】

##### (1) 認知症初期集中支援体制の構築

認知症の早期発見・早期対応に向けたネットワークとして、上球磨地域（水上村・湯前町・多良木町）合同で、認知症初期集中支援チーム員会議を毎月開催し、認知症サポート医の協力を得ながら個別ケースに応じた支援内容を検討し必要なサポートを行っています。

今後も月1回のチーム員会議を開催し認知症の早期発見早期対応を目指すとともに、研修を行う等チーム員の資質の向上を目指します。

##### (2) 認知症地域支援推進員の配置

認知症地域支援推進員は、認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するために、医療機関やその他関係機関をつなぐコーディネーターとして大きな役割を果たします。本村では、保健師と上球磨地域包括支援センターの職員が研修に参加し、認知症地域支援推進員を兼務する形で配置しています。また、認知症の方等の情報を認知症初期集中支援チーム員会議にて共有し、推進員が中心となり対応にあたりるとともに、多職種連携の場である地域ケア会議においても、継続的に情報や意見の交換を図っています。

今後も、認知症地域支援推進員が中心となって、医療や介護等の生活支援ネットワークの構築と認知症施策や事業の企画調整を行っていきます。また、推進員だけでなく幅広く地域住民を巻き込んだ生活支援ネットワークの構築を行い、地域包括ケアシステムの醸成を目指します。

## 2 介護体制の整備

認知症の当事者の状態は、周囲の人々の関わり方やケアにより、大きく左右されます。そのため、認知症の当事者を介護する人は、認知症のことをよく知り、適切に対応することが必要です。特に、認知症の当事者に関わる機会が多い介護サービス事業所等においては、認知症のことをよく知り、本人主体の介護を実践するなど、認知症の当事者に対する介護の質の向上に取り組む必要があります。介護サービス事業所等の職員等の認知症介護研修等の受講について働きかけます。

また、介護サービス事業所等において、高齢者の尊厳が守られ、高齢者虐待を防止するための取組を進めます。

### 【主な取組】

#### (1) 介護サービス事業所等の職員の研修受講への働きかけ

認知症の当事者の尊厳とその家族の支援を重視した適切な認知症ケアを確保するため、介護サービス事業所等の職員等の認知症介護研修等の受講について働きかけます。

#### (2) 介護サービス事業所等における高齢者虐待の防止

介護サービス事業所等の職員を対象にした、高齢者虐待の防止、身体拘束の廃止及び高齢者の権利擁護の視点を学ぶ研修への受講を働きかけます。また、介護サービス事業所等の自主的な取組を促進します。

## 3 地域支援体制の整備及び社会参加の充実

認知症の当事者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送り、その家族も安心して生活ができるような状態を実現することが求められています。

このため、介護する家族の支援を含めた、認知症の抱える課題に対して、地域の中で理解を深め支え合う体制づくりを目指します。

また、家族や地域住民が認知症を正しく理解するとともに、保健・医療・福祉に関する関係機関が相互に連携し、地域で支える体制づくりの整備が必要です。

認知症について、広く住民に正しく理解してもらうため、広報やホームページを活用するほか、認知症キャラバン・メイトを養成し、認知症サポーターの養成講座を開催します。それにより、認知症を正しく理解している住民が増えていく土壌を持った地域づくりを目指します。

**【主な取組】****(1) 地域におけるネットワークの形成**

支援を必要とする高齢者を見だし、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつながりを行うことや、継続的な見守りを行うことにより、認知症高齢者やその家族等を支える事ができる地域づくりを進めるため、認知症に関する理解促進と地域におけるネットワークの強化に努めます。

認知症等の高齢者や精神・知的障がい者の徘徊や不慮の事故に対処するため、水上村高齢者等見守りネットワーク事業実施要綱に定められている実施機関等の連携の在り方等について、ネットワークの強化につながるよう対応していきます。また、介護保険関係事業所と事業所連絡会を開催する等、ネットワーク構築と連携強化に努めていきます。

**(2) 認知症サポーターの養成及び活動の活性化**

認知症の高齢者やその家族が安心して住み慣れた地域で生活していくことができるためには、地域住民の理解が大切になっています。これまで、各地区及び老人会、女性の会、村内事業所、消防団等の各種団体や児童生徒向けに養成講座を実施しサポーターを養成してきました。

引き続き「認知症サポーター」の養成講座を幅広い年齢層を対象に開催していき、認知症に関する理解を深め、認知症高齢者や家族のよき理解者・支援者となれるよう取り組んでいきます。また、サポーターの養成を目指し、活動の活性化については、キャラバン・メイトのスキルアップ研修への積極的な参加を促すとともに、サポーターをリスト化し活動の活性化を図ります。さらに、チームオレンジについても積極的に取り組んでいきます。

**(3) 地域における日常生活・家族の支援の充実**

令和5年度（2023年度）から認知症の当事者、家族、専門職、認知症に関心のある方がだれでも気軽に集え、情報共有や相互理解を深めるための場として認知症カフェを設立しました。

今後も引き続き事業に取り組み、事業に興味のある住民には様々な情報を提供し、支援を行っていきます。

**(4) 認知症ケアパスの作成・普及**

認知症ケアパスは、認知症の当事者だけでなくその家族、地域の医療や介護に関わる人が連携の仕組みを理解し、できるだけ安心して地域の中で過ごせるように平成30年度（2018年度）に認知症初期集中支援チームが作成し、様々な場面をとおして配布し普及・啓発に努めています。

今後も、認知症の当事者やその家族ができるだけ安心して地域で過ごせるように、出前講座や公民館行事等の際に配布し、認知症ケアパスの普及・啓発に努めます。

#### (5) 認知症関連ツールの活用

QRコードが印刷されたシールを認知症当事者の身体の一部や持ち物に貼り、行方不明になった際に発見者がQRコードを読み込むと、事前に登録してある連絡先が表示され、身元の特定に繋がることが期待される「おかえりシール」等認知症関連ツールの普及を図ります。

また、認知症当事者の家族におかえりシールの利用を促し、認知症当事者の緊急時の保護や支援に結び付くよう、普及・啓発に努めます。

### 4 高齢者の権利擁護・虐待防止の推進

地域包括支援センター及び社会福祉協議会等との連携により、認知症高齢者等の権利擁護に関する制度の周知を図ります。また、認知症高齢者等を支援することを目的として、成年後見制度に係る経費の一部について助成する制度を実施します。

高齢者の尊厳が守られ、地域で安心して暮らすことができるよう、高齢者虐待の早期発見・早期対応をするための体制の充実・強化及び高齢者虐待の防止に向けた普及・啓発を行うとともに、介護者等の負担軽減により発生防止に努めます。

#### 【主な取組】

##### (1) 成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進

認知症高齢者等の権利を守る成年後見制度や福祉サービスの利用契約、通帳の管理、預貯金の出し入れ等、財産や人権が守られるよう支援します。令和3年（2021年）4月より人吉球磨圏域の中核機関として、人吉球磨成年後見センターへ委託しています。

中核機関としては、成年後見制度の広報、申し立ての支援や制度利用等の相談業務、制度の利用促進を行い、地域連携ネットワークの構築を目指しています。

##### (2) 成年後見制度の相談体制の充実

平成27年（2015年）4月より「人吉球磨成年後見センター」が人吉球磨圏域の1市9町村で共同設置され、その運営を人吉市社会福祉協議会へ委託しています。

成年後見制度についての相談や手続き、申し立てに関するアドバイス等を行い高齢者等の支援を行います。また、利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善かつ権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりの観点から「成年後見制度利用促進基本計画」の策定を検討します。

### (3) 虐待防止・権利擁護業務

困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるように、通報窓口のさらなる周知を図り、虐待等の権利擁護に係る問題の早期発見・早期対応に努めるとともに、「成年後見制度」等、支援制度の利用促進に努めます。虐待発生時は高齢者虐待対応マニュアルを活用し、行政や関係機関と連携しながら初期段階における迅速かつ的確な対応を行います。高齢者虐待を未然に防ぐ取組として、行政や関係機関との連携による認知症高齢者、虐待ハイリスク高齢者への早期発見と介入、本人の状態や家族の介護負担に応じた適切なサービス等の活用へつなげ、地域福祉権利擁護、成年後見制度についての理解を深め、利用促進に努めます。

### (4) 高齢者虐待に関する相談体制の充実

現在、高齢者虐待に関する相談窓口は、保健福祉課及び地域包括支援センターとなっています。

相談窓口を担当する職員や介護支援専門員の高齢者虐待に関する専門的知識の向上を図るとともに、関係機関との連携のもと、相談しやすい体制の構築を図ります

### (5) 高齢者虐待を早期発見・早期対応できる体制の整備

高齢者虐待は高齢者の尊厳を冒す重大な問題であるとの認識のもと、「高齢者虐待防止法」に定められた事項等について周知し、社会全体で取り組む体制づくりに努めます。また、養護者に該当しない者からの虐待防止やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止についても高齢者の権利擁護業務として対応する必要があることから、関係部署・機関等との連携体制強化を図っていきます。

## 第3節 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けられるようにするためには、在宅において、適切に医療と介護が受けられるような基盤の整備が必要です。また、多職種が連携して高齢者を支える体制の充実が求められています。

### 1 訪問診療・訪問看護等の在宅医療の提供体制の充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、訪問診療・訪問看護等の提供体制の充実を図ります。

**【主な取組】**

**(1) 医療系訪問支援をはじめとした基盤の充実**

在宅医療基盤を充実させるために、「人吉球磨在宅医療・介護連携推進事業」において郡・市医師会との連携を継続し、医療と介護の双方を必要とする高齢者の在宅療養生活を支援します。

**2 在宅医療と介護を支える多職種連携の促進**

在宅で医療と介護を必要とする高齢者が、今後も増加していくと予想されることから、在宅医療・介護の連携による供給体制を整備していくことが重要です。

在宅医療・介護連携推進事業として、市町村主体で、郡市の医師会をはじめ地域の医療・介護の関係機関と協力し、下記の(1)から(9)までの取組を実施してきました。引き続き、人吉球磨圏域で「人吉球磨在宅医療・介護連携推進事業」を実施し、単独の自治体では医療・介護の連携が困難な項目、あるいは圏域で実施することで、より実効効果の高い項目に圏域単位で取り組んでいきます。

また、地域での多職種連携体制の構築において中心的な役割を果たす地域包括支援センターの体制強化、訪問看護サービスの充実を推進します。

なお、令和5年の法改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ、必要となる在宅医療・介護連携の体制を充実させていきます。

**【主な取組】**

実施項目	内容
(1)地域の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「人吉球磨医療・介護事業所ガイド」のホームページ掲載</li> <li>・社会資源確認シート（資源リスト）の定期更新</li> </ul>
(2)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上球磨地域ケア会議での課題抽出</li> <li>・認知症初期集中支援チーム員会議での課題抽出</li> <li>・地域ケア推進会議での対応策の検討</li> <li>・多職種間で情報を共有・グループワーク等で検証（スキルの向上）</li> <li>・認知症等の高齢者及び精神・知的障がい者の徘徊や不慮の事故への対応</li> <li>・関係機関・団体・事業所等との平時からの情報交換・共有（ネットワークの強化）</li> </ul>

実施項目	内容
(3)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域での共通したルール（入退院ルール）づくり、情報共有ツール等を検討</li> </ul>
(4)医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域での共通したルールづくり、情報共有ツール等を検討</li> <li>・くまもとメディカルネットワーク（KMN）の推進</li> </ul>
(5)在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ネットワークを活用した総合相談や退院時の相談支援</li> <li>・入退院時における人吉球磨圏域での統一したルールの策定</li> </ul>
(6)医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報共有ツールに関する関係者研修、専門職・多職種向けの研修会への積極的な参加または開催</li> <li>・くまもとメディカルネットワーク（KMN）の推進についての検討</li> <li>・アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の普及についての課題検討</li> <li>・村民向け公開講座の開催、看取り事例検討会</li> </ul>
(7)地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普及啓発のための媒体の作成（DVD・ポスター等）</li> <li>・地区の公民館、地域のサロン等での啓発活動</li> <li>・広報及び回覧等による啓発</li> <li>・球磨郡公立多良木病院の出前講座又は講演会の開催</li> <li>・各地区の通いの場やサロン等でくまもとメディカルネットワーク（KMN）、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の推進のための啓発及び出前講座の開催</li> <li>・住民向けの講演会を開催し、地域住民の意識醸成のための啓発活動</li> </ul>
(8)在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人吉球磨在宅医療・介護連携推進事業による定期的な連携会議の開催</li> <li>・事業推進のため、人吉球磨地域内の行政、郡市医師会、介護事業所等と広域で連携</li> <li>・くまもとメディカルネットワーク（KMN）、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の推進についての検討</li> <li>・在宅看取りの普及についての課題検討</li> <li>・住民向け公開講座の開催、看取り事例検討会 等</li> </ul>

実施項目	内容
<p>(9)くまもとメディカルネットワーク（KMN）を活用した医療・介護の連携推進</p>	<p>くまもとメディカルネットワーク（KMN）は、熊本県医師会をはじめ、熊本大学医学部附属病院、県、関係団体が連携のもと、ICT（情報通信技術）を活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的としています。</p> <p>くまもとメディカルネットワーク（KMN）の推進・拡大にあたっては、多くの住民の参加と、導入後の利活用の促進が重要となるため、人吉球磨在宅医療・介護連携推進事業においても、多職種連携を図る手段としての利活用について協議しています。</p> <p>今後も、介護保険担当者や保健師、包括支援センターで連携・協力しながら、介護認定新規認定者や更新者等、地域住民等へ、くまもとメディカルネットワーク（KMN）の周知・参加促進します。また、くまもとメディカルネットワーク（KMN）を活用した情報把握、関係機関との情報の共有を強化します。</p>

### 3 ICT を活用したネットワークづくり

くまもとメディカルネットワーク（KMN）を運用し、高齢者をはじめ住民の疾病や介護等の状態に応じた質の高い医療や介護サービスを提供できるようにします。

#### 【主な取組】

##### (1) くまもとメディカルネットワーク（KMN）の推進

介護保険担当者や保健師、包括支援センターで連携・協力しながら、介護認定新規認定者や更新者等、地域住民等へ、くまもとメディカルネットワーク（KMN）の周知・参加促進します。また、くまもとメディカルネットワーク（KMN）を活用した情報把握、関係機関との情報の共有を強化します。

## 第4節 多様な住まい・サービス基盤の整備

高齢者が住み慣れた地域で自分の希望に沿った介護サービスが受けられるようにするため、地域の実情に応じた施設・居住系サービス基盤の整備や高齢者向け住まいの整備を推進することが必要です。

### 1 多様なサービス基盤の整備

施設・居宅系サービスを中心とした介護基盤の整備については、今後の高齢者人口の動向を踏まえ、計画に沿った整備を進めます。また、居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるように、本村の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を推進します。

#### 【主な取組】

##### (1) 早急な対応が必要な方への対応

早急に対応が必要な方（要介護3以上又は認知症度Ⅱ以上）への施設の整備については、今後その必要性が高まった場合には、居住系サービスの増設を検討しますが、当面は既存のサービス基盤を最大限活用し、新たな施設の整備は行いません。

### 2 多様な住まいの確保

独居高齢者等の増加が見込まれる中、住まいをいかに確保するかは地域共生社会の実現の観点から非常に重要な課題です。高齢者向け住宅等がニーズに応じて適切に供給される環境を確保します。

#### 【主な取組】

##### (1) 高齢者向け住まいの確保

一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加しており、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくための住宅型の有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に関する情報の提供を積極的に行います。また、本村では新たに有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の整備は検討しておりませんが、県との情報連携を強化し、情報提供の強化や質の確保等に努めます。

住宅改修については、介護保険対応による住宅改修や村要綱による高齢者等住宅改造補助金事業を実施しています。通常、介護保険対応による住宅改修の場合、介護認定が必要となりますが、介護認定を受けられない場合にも住宅改修が行える補助の制度を備えています。また、介護保険サービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅の事業者に対して、介護サービスの利用状況を調査し、介護支援専門員のケアプランを点検することで適切なサービスの提供を図ります。

今後は、公営住宅に居住する高齢者の増加にともない、建設部局と情報を共有し、公営住宅におけるバリアフリー化を図るとともに、高齢者の優先入居及び社会福祉施設への併設等について検討します。

## 第5節 安心を支える介護人材の確保と介護サービスの質の向上

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた介護を支えるための人材の確保及び介護現場の生産性向上と定着の促進、高齢者等への適切な介護サービスを提供するためのサービスの質の維持・向上等の推進が必要です。

### 1 多様な介護人材の確保・育成

高齢化の進行に伴い、介護サービスの質の向上や多様化するニーズへの対応も必要となってきます。多様化する介護サービスを支える介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な社会資源であり、その確保は重要な課題です。今後も、介護人材の確保及び育成に対し効果的な対策を講じ、村内の介護サービス事業所、介護施設に従事する人材の確保と定着、さらにスキルアップを図り、安定した介護サービスの提供を目指します。

#### 【主な取組】

##### (1) 介護人材を増やす取組

介護サービス事業所への各種研修会の参加案内の周知や介護に対するマイナスイメージを払拭し、介護分野への人材の参入を促進するため、介護の魅力ややりがいを発信する取組を行い、広報を通して就職希望者を増やすことを目指します。

##### (2) 多様な人材の参入と活躍の場の創出

地域のボランティアや福祉・介護の仕事に関心のある人等、多様な人材が介護の職場に参入できる仕組みや、幅広い活躍の場の創出について検討します。

##### (3) スキルアップに向けた取組

平成12年（2000年）からスタートした介護保険制度は、サービス提供事業所が年々増加してきた中で、保険者と各事業所が連携し相談対応の充実や事故防止に努め、サービスの質の向上が図られてきました。

引き続き、介護サービスの質の向上を図るため、地域包括支援センター等による研修を実施し、また県主催の研修会等の受講を促し、スキルアップを推進します。研修内容については、地域ケア会議等の場において現状と課題を分析し、それらを踏まえてプログラムの充実を図ります。

## 2 介護現場の生産性向上と定着促進

介護分野の人的制約が強まる中、質の高いサービスを維持していくためには、介護現場の生産性向上に取り組む必要があります。また、介護現場の負担軽減、働きやすい職場づくりを進め、職員の定着を図る必要があります。

### 【主な取組】

#### (1) 業務の改善と効率化の周知

介護事業所に業務の改善・効率化について取り組むための意識づけを行うために、先進事例等の情報の周知を進めます。

#### (2) 介護ロボット・ICT等の活用

業務の効率化を図るための介護ロボットやICTの活用事例を周知するとともに、導入に向けた取組を進めます。

#### (3) 申請手続き文書の削減

村への申請手続き文書については、国及び県の方針に基づき簡素化を図ります。

## 3 県と連携した指導・監査等の充実

介護保険制度では、利用者が事業者を選択する仕組みとなっていることから、利用者が良質なサービスを選び、安心して利用できるようにすることが重要です。介護サービスに関する情報提供の仕組みを充実させ、分かりやすい情報提供を行います。また、サービスについての質問や苦情等の受付体制を整備し、関係機関が情報を共有できる仕組みについて検討します。

### 【主な取組】

#### (1) 情報提供の充実

介護保険制度や各種サービスに関する情報提供については、村の広報やホームページに掲載しているほか、地域包括支援センター等の相談窓口やケアマネジャー等を通じてサービス利用に関する各種情報を提供しています。

今後も、介護保険サービスが多様化・複雑化しているなかで、利用者やその家族等がサービスに関する情報を正しく理解・活用できるよう、様々な媒体や機会を通じて、分かりやすい情報の提供に努めます。

### **(2) 介護保険サービス等の苦情処理・相談体制の強化**

介護保険を利用するための支援や情報提供等、様々な疑問や要介護認定に対する不満・制度運営上の苦情等については、県や県国民健康保険団体連合会、村、地域包括支援センター、サービス提供事業者等が随時相談を受け付けています。

今後も、関係機関の連携のもと、苦情・相談を円滑かつ総合的に受け付ける体制の整備を図るとともに、相談窓口を周知し、適切な対応および解決に努めます。また、村または地域包括支援センターへの相談等が多いこともあり、ケア会議等で情報を共有し、包括的な支援へとつなげるよう努めます。

### **(3) 指導監視体制の強化**

地域密着型サービスについては、村に事業者指定の権限のほか、指導・監督権限が付与されています。利用者本位の適正な介護サービスの提供が図られるよう、地域密着型サービスにおける監視・指導体制の強化を図ります。

また、少なくとも年に1回の運営指導を実施し、事業所との意見交換を定期的に行い、適正なサービスが提供されるよう事業所への指導・助言を行います。

### **(4) 評価体制の構築**

村が定める運営方針を踏まえた効果的・効率的な運営がされているか等について、点検・評価を適切に行い、公平性・中立性の確保や効果的な取組の充実を図ります。また、不十分な点については、改善に向けた取組を行う体制を構築します。さらに、研修会等へ参加し職員のスキルアップに努めるとともに、県や専門機関からの助言を積極的に仰ぐ体制を構築していくことも必要です。

## **4 介護給付の適正化の推進**

介護保険事業を適正に運営していくため、介護給付等費用適正化計画を下記のとおり策定し、介護給付等の適正化への取組を推進します。

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を事業者が適切に提供できるよう促し、介護保険制度への信頼を高めるとともに持続可能な制度構築を図るため、国が示す「介護給付適正化計画に関する指針」を踏まえ、介護給付等の適正化を実施します。

具体的には「要介護認定の適正化」、「ケアプラン点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」の主要3事業の取組を推進します。

また、必要に応じサービス事業者への助言・指導等必要な措置を講じます。

## 【主な取組】

## (1) ケアプラン点検

ケアプラン点検については、県が実施する研修会に積極的に参加し、熊本県国民健康保険団体連合会から提供される給付実績等からケアプランの確認が必要と思われるケースについて随時点検を実施します。また、課題整理総括表を活用したケアプラン点検、高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検も実施します。実施に当たっては専門的見地から有効な助言ができるよう、県や関係団体と連携していきます。

実績値及び 計画値	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
課題整理総括表を利用したケアプラン点検 ※点検率＝点検数/居宅サービスの利用者数	点検率 11%	点検率 8%	点検率 13%	点検率 13%	点検率 14%	点検率 15%
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検	点検率 33%	点検率 33%	点検率 25%	点検率 30%	点検率 30%	点検率 30%
地域ケア会議等を活用した多職種によるケアプラン点検	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月

## (2) 住宅改修の点検に関する調査

住宅改修は事前・事後の書類審査及び事後の現地確認検査を実施しています。また、事前に専門職による住宅改修の施行前点検を行い、現地を訪問し状況を確認したうえで改善等の助言指導を行います。

実績値及び 計画値	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
専門職による住宅改修の施行前点検	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**(3) 医療情報との突合、縦覧点検**

医療情報と介護情報の給付内容を突合し、重複した給付や不適切な給付については、給付費の返還（過誤）を促します。また、介護給付の請求内容を点検し算定可能な給付内容であるかを確認し、過誤調整を図ります。これらの事業は熊本県国民健康保険団体連合会等への委託により実施します。

給付費の適正化の推進のために、国保連合会への委託と併せ、職員のチェックも行うダブルチェック体制が望ましいことから、職員においても積極的に研修等へ参加し、必要な知識の習得に努めます。

実績値及び計画値	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療情報突合の実施	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
縦覧点検の実施	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
活用帳票及びチェック項目の明確化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療給付情報突合確認票</li> <li>・ 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表</li> <li>・ 入退所を繰り返す受給者縦覧一覧表</li> <li>・ 重複請求縦覧チェック一覧表</li> <li>・ 軽度者の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表</li> <li>・ 単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表</li> <li>・ 算定期間回数制限縦覧チェック一覧</li> <li>・ 居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表</li> <li>・ 要介護認定有効期間の半数を超える短期入所受給者一覧表</li> <li>・ 月途中要介護状態変更受給者一覧表</li> <li>・ 独自報酬算定事業所一覧表</li> </ul>					

## 第6節 災害や感染症への対応

地震、台風、集中豪雨等の自然災害は全国各地で頻発しており、土砂災害や風水害等甚大な被害が発生し、平時からの災害への備えが重要となっています。

また、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生時にも、介護サービスが必要な高齢者が継続してサービスを受けられるよう、介護施設等における感染症対策への備えが重要となっています。

### 1 要配慮者の被害防止対策と被災者への支援

高齢者施設等における平時からの防災対策の強化を推進するとともに、災害発生時にも必要なサービスの提供が継続できる支援体制や応援体制として、令和5年（2023年）7月に「上球磨地域介護事業所連絡会災害時等における協力協定」を締結しました。本協定の締結により、災害等が発生した際、町村・事業所が協力して、資材や備蓄品の提供、被災した事業所等から被災していない事業所への入所または利用者の受け入れ、避難所対応などを行うことができるようになりました。

また、要配慮者のうち避難行動要支援者が安全・安心して避難できるよう、その支援体制の強化に取り組みます。

#### 【主な取組】

##### （1）災害対策に係る体制の充実

災害発生時に備え、自力避難困難者の多い高齢者の安全を確保することができるよう、介護施設等において、災害対策に係る体制を充実させる必要があります。

災害発生時に高齢者の安全を確保するため、平時からの備えが必要であり、介護施設等における非常災害対策計画等の策定や避難訓練の実施についての周知・啓発、必要物資の備蓄を促す等、災害対策に係る体制の充実や連携を図ります。

##### （2）業務継続計画（BCP）策定等の支援

介護保険施設等において災害時であっても、最低限のサービスの提供を維持できるよう、業務継続に向けた計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に係る必要な助言など適切な支援を行います。

## 2 感染症に対応したサービス提供体制の整備

感染症の特徴に合わせた対応等について、迅速かつ適切に情報提供を行います。また、高齢者施設等における平時からの感染対策を強化します。

新興感染症が流行・発生した場合においても、サービスの提供を継続できるよう支援します。

### 【主な取組】

#### (1) 感染症対策に係る体制の充実

感染症発生時に備え、介護サービスが必要な高齢者が継続的にサービスを受けられるよう、介護施設等において、感染症対策に係る体制を充実させる必要があります。

また、感染症発生時においても介護サービスを継続的に提供できるよう、平時からの備えが必要であり、介護施設等における感染拡大防止策の周知・啓発や施設職員への感染症に対する研修等の実施、必要物資の備蓄を促す等、感染症対策に係る体制の充実や連携を図ります。

#### (2) 平時における感染対策への支援

介護保険施設等において新興感染症等が発生した場合にあっても、サービスの提供が継続できるよう、業務継続に向けた計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に係る必要な助言など適切な支援を行います。

## 第5章 介護予防サービス、介護サービスの見込量

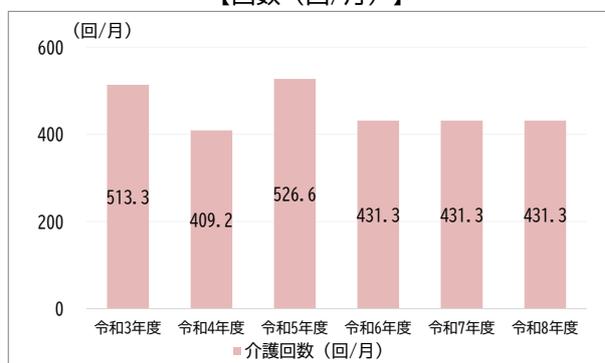
### 1 介護予防サービス、居宅サービス等

#### (1) 訪問介護

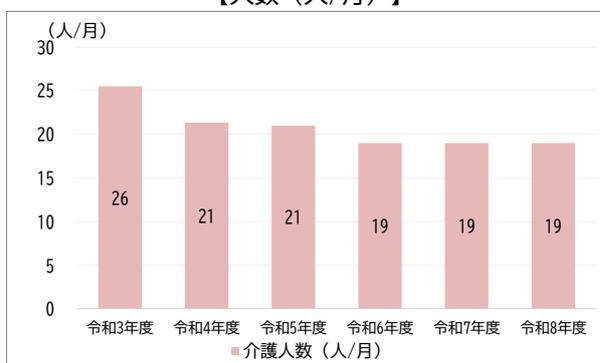
利用者の居宅にホームヘルパー等が訪問し、食事や入浴、排泄の介助等の身体介護や買い物、洗濯、掃除等の生活援助を行うものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	回数 (回/月)	513.3	409.2	526.6	431.3	431.3	431.3
	人数 (人/月)	26	21	21	19	19	19

【回数 (回/月)】



【人数 (人/月)】



#### (2) 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護

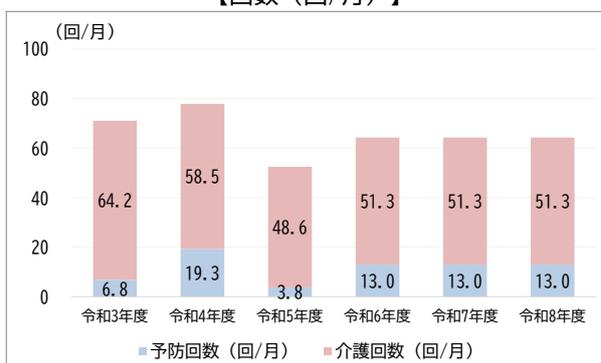
利用者の居宅に移動入浴車等の入浴設備を持ち込み、入浴、洗髪の介助を行い、身体の清潔の保持、心身機能の維持を行うものです。本計画期間の利用は見込んでいません。

### (3) 介護予防訪問看護・訪問看護

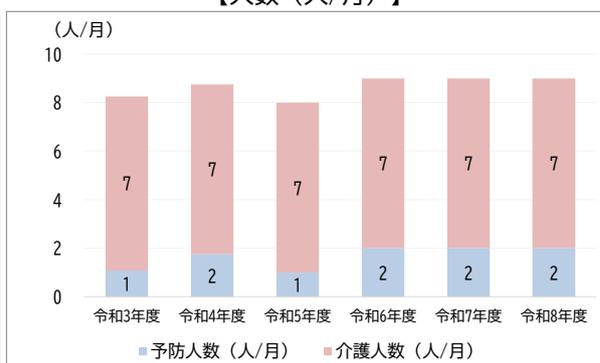
利用者の居宅に看護師が訪問し、主治医の指示のもとで病状の管理や処置等を行うものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数 (回/月)	6.8	19.3	3.8	13.0	13.0	13.0
	人数 (人/月)	1	2	1	2	2	2
介護 給付	回数 (回/月)	64.2	58.5	48.6	51.3	51.3	51.3
	人数 (人/月)	7	7	7	7	7	7

【回数 (回/月)】



【人数 (人/月)】

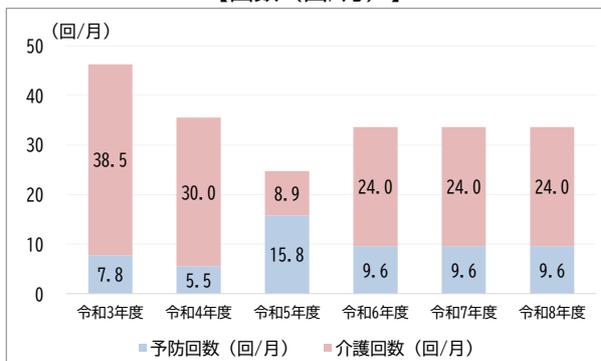


### (4) 介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

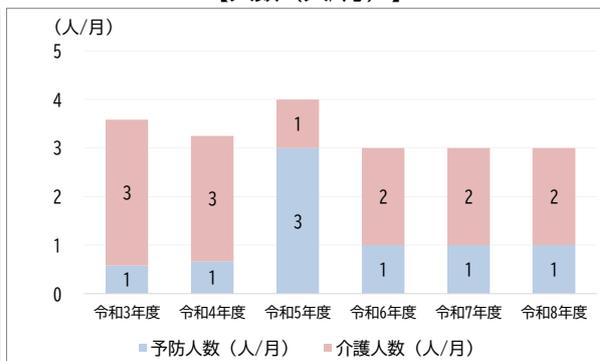
病院・診療所または介護老人保健施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを行うものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数 (回/月)	7.8	5.5	15.8	9.6	9.6	9.6
	人数 (人/月)	1	1	3	1	1	1
介護 給付	回数 (回/月)	38.5	30.0	8.9	24.0	24.0	24.0
	人数 (人/月)	3	3	1	2	2	2

【回数 (回/月)】



【人数 (人/月)】

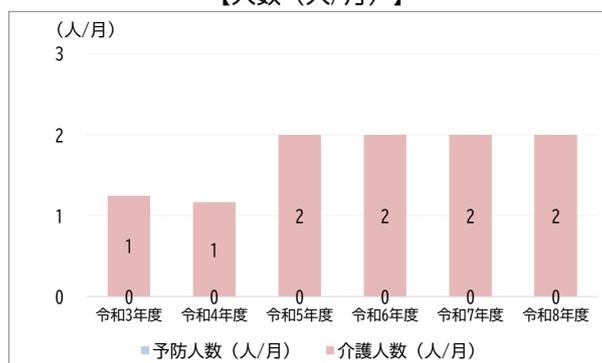


**(5) 介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導**

利用者の居宅に医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士等が訪問し、療養上の管理指導を行うものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数 (人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	人数 (人/月)	1	1	2	2	2	2

【人数 (人/月)】

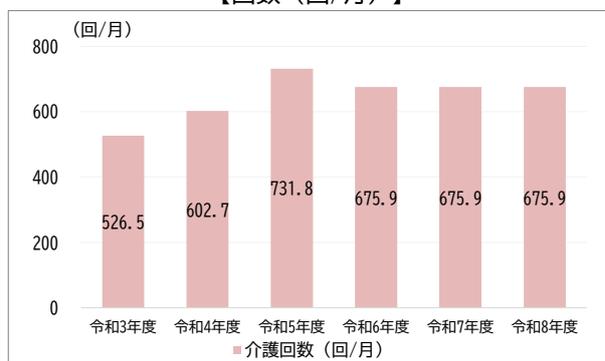


**(6) 通所介護**

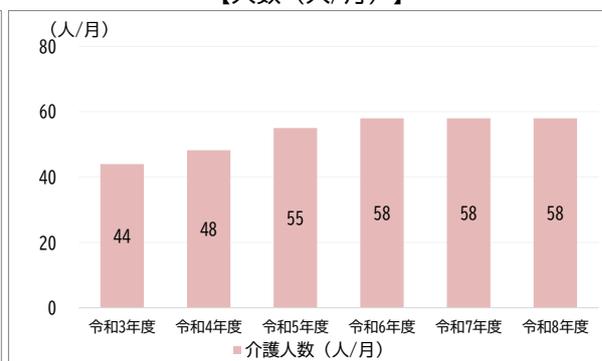
利用者が通所介護事業所（デイサービスセンター）に通い、食事や入浴等の日常生活上の世話を受ける他、機能訓練や社会交流による日常生活能力の維持を図るものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	回数 (回/月)	526.5	602.7	731.8	675.9	675.9	675.9
	人数 (人/月)	44	48	55	58	58	58

【回数 (回/月)】



【人数 (人/月)】

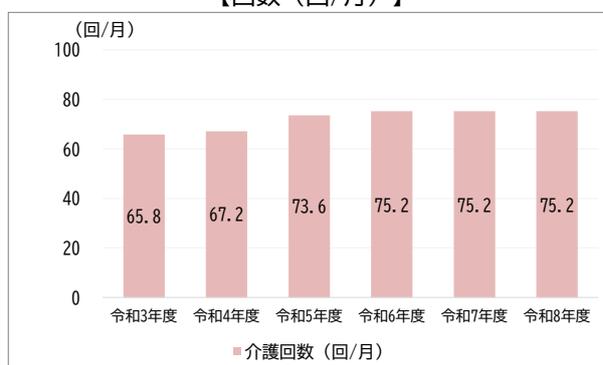


### (7) 介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション

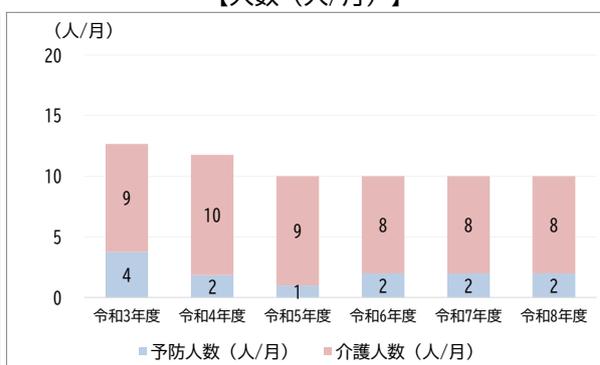
利用者が通所リハビリテーション事業所（デイケア）に通い、心身機能の維持回復を目的に、理学療法士や作業療法士の指導の下で専門的なリハビリテーションを受け、送迎・入浴・食事等のサービスも受けられます。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数 (回/月)	-	-	-	-	-	-
	人数 (人/月)	4	2	1	2	2	2
介護 給付	回数 (回/月)	65.8	67.2	73.6	75.2	75.2	75.2
	人数 (人/月)	9	10	9	8	8	8

【回数 (回/月)】



【人数 (人/月)】

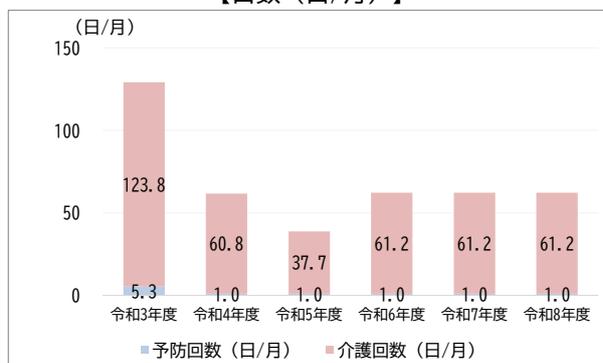


### (8) 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護

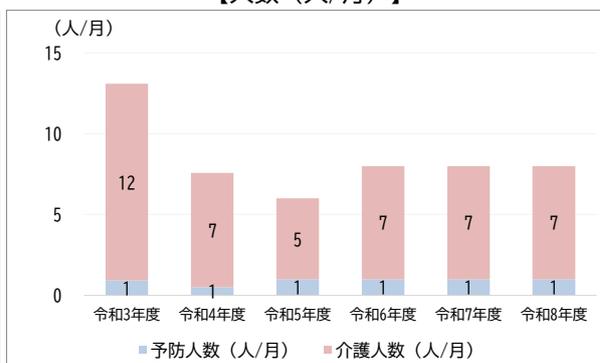
介護者の事情により居宅での介護が困難になった際に、施設に一定期間入所し、入浴・食事・排泄等の介護や日常生活の世話、機能訓練等を受けるものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数 (日/月)	5.3	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	人数 (人/月)	1	1	1	1	1	1
介護 給付	回数 (日/月)	123.8	60.8	37.7	61.2	61.2	61.2
	人数 (人/月)	12	7	5	7	7	7

【日数 (日/月)】



【人数 (人/月)】

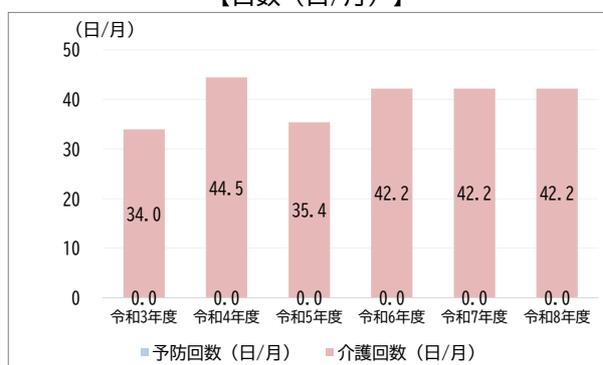


**(9) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（老健）**

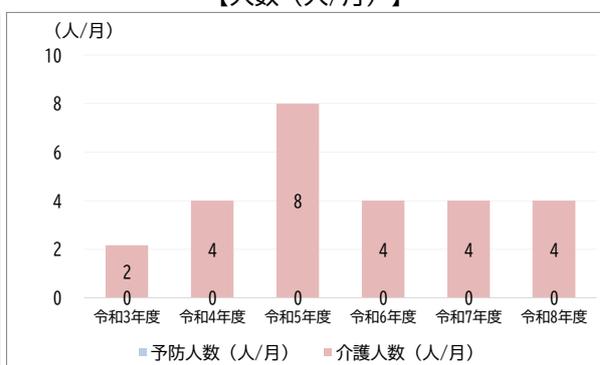
介護者の事情により居宅での介護が困難になった際に、老健施設に一定期間入所し、入浴・食事・排泄等の介護や日常生活の世話、機能訓練等を受けるものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数 (日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	回数 (日/月)	34.0	44.5	35.4	42.2	42.2	42.2
	人数 (人/月)	2	4	8	4	4	4

【日数 (日/月)】



【人数 (人/月)】



**(10) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（病院等）**

介護者の事情により居宅での介護が困難になった際に、病院等に一定期間入所し、入浴・食事・排泄等の介護や日常生活の世話、機能訓練等を受けるものです。本計画期間の利用は見込んでいません。

**(11) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（介護医療院）**

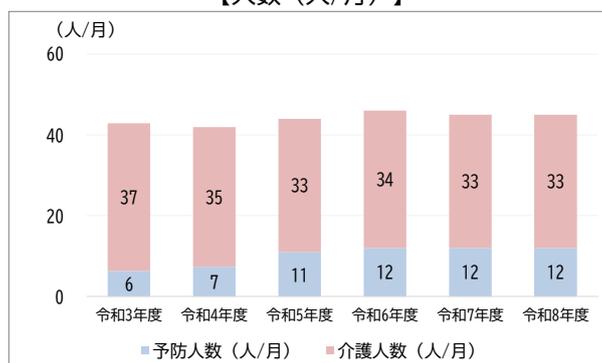
介護者の事情により居宅での介護が困難になった際に、介護医療院に一定期間入所し、入浴・食事・排泄等の介護や日常生活の世話、機能訓練等を受けるものです。本計画期間の利用は見込んでいません。

**(12) 介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与**

利用者が日常生活を営むために、心身の状況や環境等に応じて適切な福祉用具の選定・貸与を受けるものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数 (人/月)	6	7	11	12	12	12
介護 給付	人数 (人/月)	37	35	33	34	33	33

【人数 (人/月)】

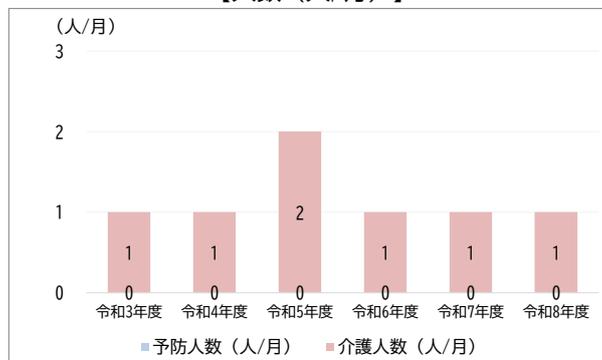


**(13) 特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売**

居宅で介護を円滑に行うことができるように、5種類の特定福祉用具の購入費として年間10万円を上限として支給が受けられるものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数 (人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	人数 (人/月)	1	1	2	1	1	1

【人数 (人/月)】

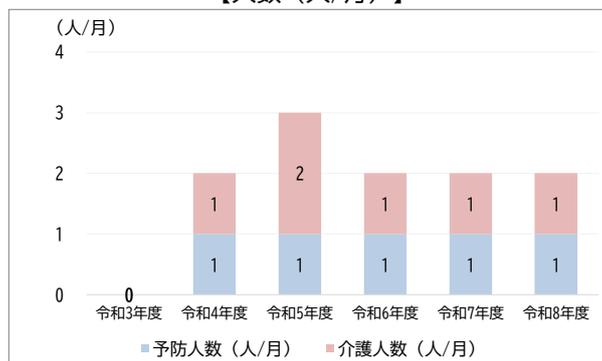


**(14) 介護予防住宅改修・住宅改修**

在宅生活に支障がないように段差解消等住宅の改修を行った際に、20万円を上限として費用の支給が受けられるものです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数 (人/月)	0	1	1	1	1	1
介護 給付	人数 (人/月)	0	1	2	1	1	1

【人数 (人/月)】



**(15) 介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護**

特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等）の入居者に対し、当該特定施設が提供するサービスの内容（入浴、排泄、食事の介護その他の介護サービス）等を計画に基づき提供することをいいます。本計画期間の利用は見込んでいません。

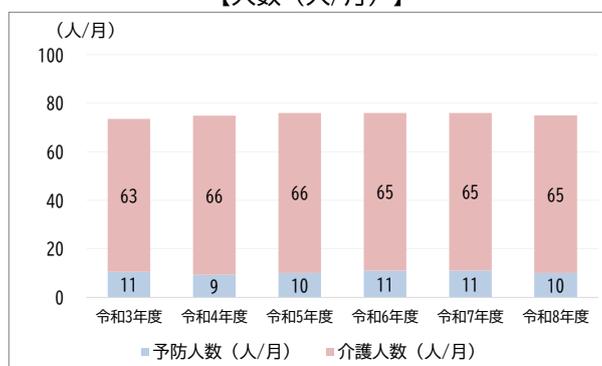
(16) 介護予防支援・居宅介護支援

利用者の意向や自立支援を基にした介護支援専門員（ケアマネジャー）等によるケアプランの作成やサービス提供事業者との連絡調整等居宅サービス利用にかかわる総合調整を行うものです。

本サービスは、要支援1～2の人に対しては地域包括支援センター、要介護1～5の人に対しては居宅介護支援事業所でサービスの提供をしています。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数（人/月）	11	9	10	11	11	10
介護 給付	人数（人/月）	63	66	66	65	65	65

【人数（人/月）】



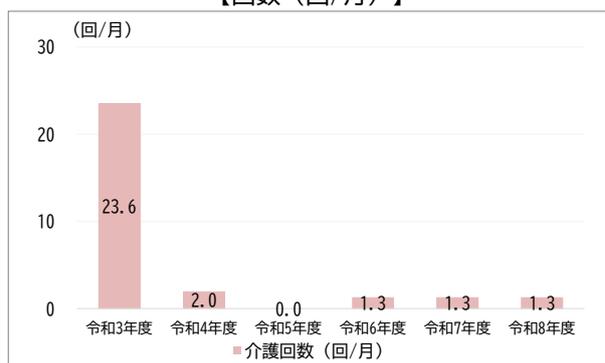
## 2 地域密着型サービス

### (1) 地域密着型通所介護

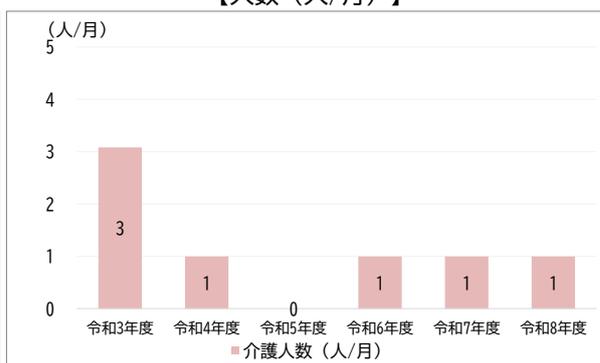
在宅の要介護者等を対象に、定員18名以下の小規模事業所が実施する通所介護サービスです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	回数 (回/月)	23.6	2.0	0.0	1.3	1.3	1.3
	人数 (人/月)	3	1	0	1	1	1

【回数 (回/月)】



【人数 (人/月)】



### (2) 介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護

徘徊等の認知症を持つ利用者が、少人数で共同生活を行いながら、精神的に安定した日常生活を送ることを目的とした施設です。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数 (人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	人数 (人/月)	4	4	4	4	4	4

【人数 (人/月)】

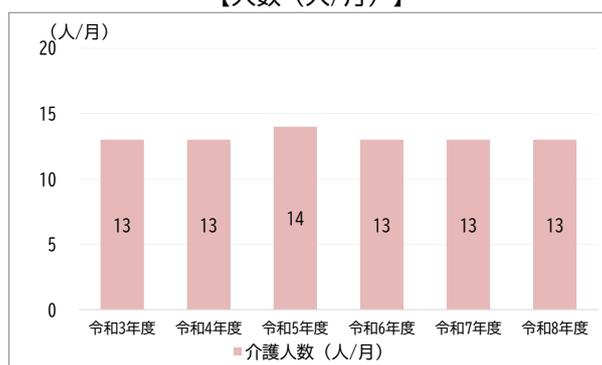


**(3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護**

定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームです。常に介護が必要で在宅生活が困難な要介護者の生活の場として、入浴・排泄・食事等の介護や機能訓練等のサービスを提供する施設です。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数 (人/月)	13	13	14	13	13	13

【人数 (人/月)】



**(4) 定期巡回・随時対応サービス**

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

**(5) 介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護**

認知症の高齢者がデイサービスセンターなどに通い、機能訓練などを行います。本計画期間の利用は見込んでいません。

**(6) 介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護**

通所を中心に、利用者や家庭の状況に応じて、訪問や泊まりを組み合わせたサービスや機能訓練を行います。本計画期間の利用は見込んでいません。

**(7) 地域密着型特定施設入居者生活介護**

地域密着型特定施設での入浴・排せつ・食事等の介護など、日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。本計画期間の利用は見込んでいません。

**(8) 夜間対応型訪問介護**

夜間の定期的な巡回訪問や、通報に応じて介護福祉士などに来てもらう介護サービスです。本計画期間の利用は見込んでいません。

【地域密着型サービスの必要利用定員総数の設定】

本計画において定める、地域密着型サービスのうち市町村介護保険事業計画で定める3年間の必要利用定員総数は、以下のとおりとします。

	令和5年度		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
認知症対応型 共同生活介護	1か所	9人	1か所	9人	1か所	9人	1か所	9人
地域密着型 特定施設入居者 生活介護	0か所	0人	0か所	0人	0か所	0人	0か所	0人
地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	1か所	29人	1か所	29人	1か所	29人	1か所	29人

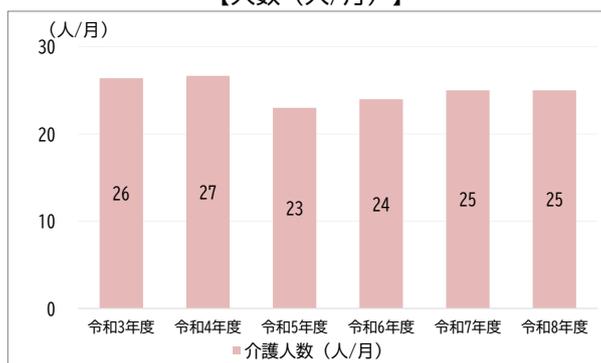
### 3 施設サービス

#### (1) 介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が困難な方に、食事・入浴・排泄等の介助、その他、機能訓練や健康管理等を行う施設サービスです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数 (人/月)	26	27	23	24	25	25

【人数 (人/月)】

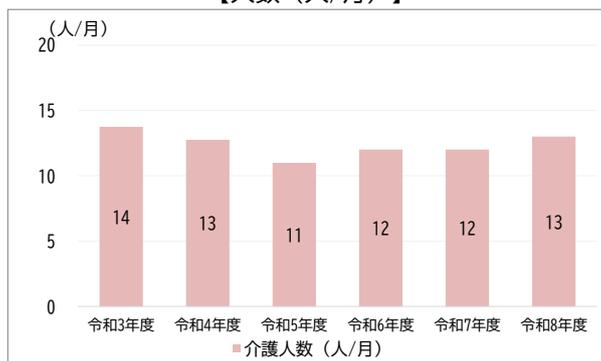


#### (2) 介護老人保健施設

病状が安定し、看護や介護が必要な方が入所し、医療的な管理の下で介護や機能訓練、さらに日常生活を送る上で必要な介助等を受ける施設サービスです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数 (人/月)	14	13	11	12	12	13

【人数 (人/月)】



**(3) 介護医療院**

継続的な治療と介護の両方を必要とする方のための、医療と医学的管理のもとに行われる介護を行う施設サービスです。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数 (人/月)	1	1	1	1	1	1

【人数 (人/月)】



#### 4 地域支援事業見込量

地域支援事業は、介護が必要にならないように原則 65 歳以上の方を対象に、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進し、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から市町村が実施する事業で、事業内容により「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」の3つの事業に分かれます。

なお、介護予防・日常生活支援総合事業の見込みを次のとおり設定します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
<b>介護予防・生活支援サービス事業</b>			
訪問型サービス			
訪問介護相当サービス（延べ人数/年）	84 人	84 人	84 人
訪問型サービス A（人数/年）	-	-	-
訪問型サービス B（人数/年）	-	-	-
訪問型サービス C（延べ人数/年）	96 人	96 人	96 人
訪問型サービス D（人数/年）	-	-	-
通所型サービス			
通所介護相当サービス（延べ人数/年）	228 人	228 人	228 人
通所型サービス A（延べ人数/年）	-	-	-
通所型サービス B（人数/年）	-	-	-
通所型サービス C（延べ人数/年）	-	-	-
<b>一般介護予防事業</b>			
介護予防ケアマネジメント（延べ人数/年）	320 人	320 人	320 人
介護予防普及啓発事業			
介護予防教室（延べ回数/年）	98 回	98 回	98 回
地域リハビリテーション活動支援事業			
リハ職派遣回数（回数/年）	80 回	80 回	80 回

## 第6章 第1号被保険者の介護保険料の設定

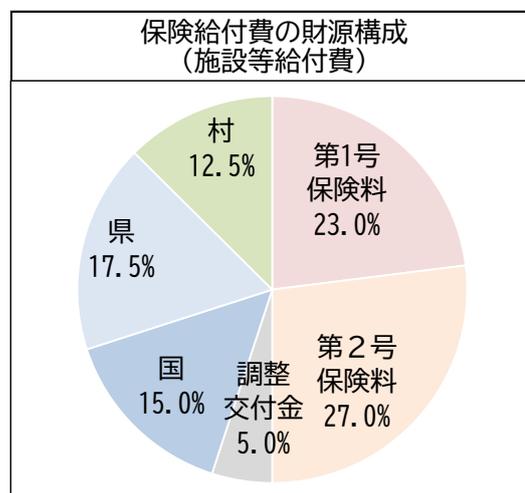
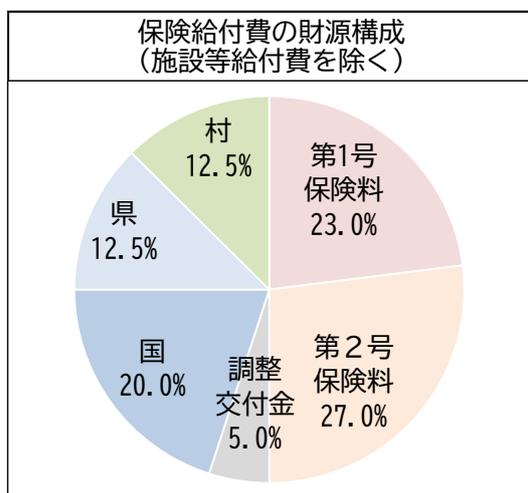
### 1 財源構成

全国の介護保険被保険者が公平に費用（介護給付費・地域支援事業費）負担するように、第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、3年（事業計画期間）ごとに、全国規模の人口比率で定められています。

本計画期間（令和6年度から令和8年度まで）の第1号被保険者の負担割合は、第8期計画と同様に23%となります。

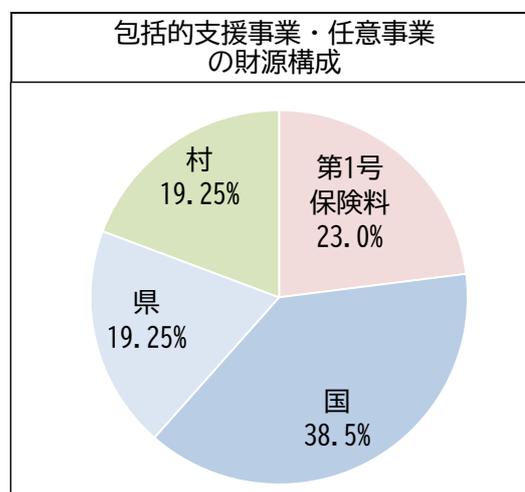
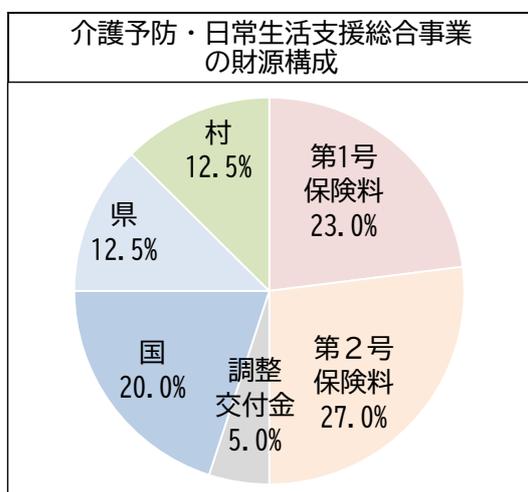
#### (1) 介護給付費の財源構成

介護給付に係る財源の2分の1は公費で、残りの半分は介護保険料でまかなわれており、それぞれの財源構成は次のとおりとなっています。



#### (2) 地域支援事業費

地域支援事業に係る財源は、介護予防・日常生活支援総合事業と包括的支援事業・任意事業とは異なり、それぞれの財源構成は次のとおりとなっています。



## 2 被保険者数・要介護（要支援）認定者推計

### (1) 被保険者数推計

単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1号被保険者数	875	871	858
第2号被保険者数	560	539	521
総数	1,435	1,410	1,379

### (2) 要介護（要支援）認定者数推計

単位：人

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
総数	要支援1	8	8	7
	要支援2	16	16	15
	要介護1	25	25	25
	要介護2	32	32	32
	要介護3	26	27	26
	要介護4	29	28	29
	要介護5	15	15	15
	合計	151	151	149
うち第1号被保険者	要支援1	8	8	7
	要支援2	16	16	15
	要介護1	25	25	25
	要介護2	32	32	32
	要介護3	26	27	26
	要介護4	29	28	29
	要介護5	15	15	15
	合計	151	151	149

### 3 サービスごとの給付費の見込み

#### (1) 介護予防サービス給付費の見込み

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
<b>(1) 介護予防サービス</b>				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	659	659	659	1,977
介護予防訪問リハビリテーション	327	328	328	983
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	933	934	934	2,801
介護予防短期入所生活介護	69	69	69	207
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	825	825	825	2,475
介護予防特定福祉用具購入費	0	0	0	0
介護予防住宅改修費	144	144	144	432
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
<b>(2) 地域密着型介護予防サービス</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
<b>(3) 介護予防支援</b>	586	587	534	1,707
<b>予防給付費計</b>	<b>3,543</b>	<b>3,546</b>	<b>3,493</b>	<b>10,582</b>

(2) 介護サービスの給付費の見込み

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
<b>(1) 居宅サービス</b>				
訪問介護	14,254	14,272	14,272	42,798
訪問入浴介護	0	0	0	0
訪問看護	2,760	2,763	2,763	8,286
訪問リハビリテーション	823	824	824	2,471
居宅療養管理指導	319	320	320	959
通所介護	60,479	60,556	60,556	181,591
通所リハビリテーション	7,103	7,112	7,112	21,327
短期入所生活介護	6,164	6,172	6,172	18,508
短期入所療養介護（老健）	6,084	6,091	6,091	18,266
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
福祉用具貸与	5,154	4,989	4,989	15,132
特定福祉用具購入費	336	336	336	1,008
住宅改修費	240	240	240	720
特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
<b>(2) 地域密着型サービス</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	101	101	101	303
認知症対応型通所介護	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	13,037	13,053	13,053	39,143
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	48,255	48,316	48,316	144,887
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
<b>(3) 施設サービス</b>				
介護老人福祉施設	85,450	89,325	89,325	264,100
介護老人保健施設	42,352	42,405	45,655	130,412
介護医療院	3,651	3,655	3,655	10,961
<b>(4) 居宅介護支援</b>				
	11,169	11,183	11,183	33,535
<b>介護給付費計</b>	<b>307,731</b>	<b>311,713</b>	<b>314,963</b>	<b>934,407</b>

## (3) 総給付費の見込み

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
予防給付費計	3,543	3,546	3,493	10,582
介護給付費計	307,731	311,713	314,963	934,407
給付費計	311,274	315,259	318,456	944,989

## 4 地域支援事業費の見込み

## (1) 介護予防・日常生活支援総合事業

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
訪問介護相当サービス	128	128	128	384
訪問型サービスA	0	0	0	0
訪問型サービスB	0	0	0	0
訪問型サービスC	600	650	700	1,950
訪問型サービスD	0	0	0	0
訪問型サービス(その他)	0	0	0	0
通所介護相当サービス	447	447	447	1,341
通所型サービスA	0	0	0	0
通所型サービスB	0	0	0	0
通所型サービスC	0	0	0	0
通所型サービス(その他)	0	0	0	0
栄養改善や見守りを目的とした配食	0	0	0	0
定期的な安否確認、緊急時の対応、 住民ボランティア等の見守り	0	0	0	0
その他、訪問型サービス・通所型サービス の一体的提供等	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	1,000	1,000	1,000	3,000
介護予防把握事業	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	4,750	4,750	4,750	14,250
地域介護予防活動支援事業	720	720	720	2,160
一般介護予防事業評価事業	0	0	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0	0
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	0	0	0	0

(2) 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

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
包括的支援事業 （地域包括支援センターの運営）	4,000	4,000	4,000	12,000
任意事業	550	550	550	1,650

(3) 包括的支援事業（社会保障充実分）

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
在宅医療・介護連携推進事業	1,564	1,564	1,564	4,692
生活支援体制整備事業	960	960	960	2,880
認知症初期集中支援推進事業	3,000	3,000	3,000	9,000
認知症地域支援・ケア向上事業	0	0	0	0
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	0	0	0	0
地域ケア会議推進事業	250	250	250	750

(4) 地域支援事業費合計

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
介護予防・日常生活支援総合事業費	7,645	7,695	7,745	23,085
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	4,550	4,550	4,550	13,650
包括的支援事業（社会保障充実分）	5,774	5,774	5,774	17,322
地域支援事業費	17,969	18,019	18,069	54,057

## 5 標準給付費等の見込み

単位：円

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
総給付費(財政影響額調整後)	311,274,000	315,259,000	318,456,000	944,989,000
特定入所者介護サービス費等 給付額(財政影響額調整後)	29,374,243	29,411,415	29,021,861	87,807,519
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	11,387,224	11,403,000	11,251,962	34,042,186
高額医療合算介護サービス費 等給付額	1,079,363	1,079,363	1,064,777	3,223,503
算定対象審査支払手数料	252,689	252,689	248,997	754,375
標準給付費見込額	353,367,519	357,405,467	360,043,597	1,070,816,583

## 6 所得段階別加入者の見込み

単位：人

所得段階 区分	割合	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期 合計
第1段階	19.9%	174	174	170	518
第2段階	13.6%	119	118	117	354
第3段階	8.5%	74	74	73	221
第4段階	13.2%	116	115	114	345
第5段階	16.4%	144	143	140	427
第6段階	13.2%	116	115	114	345
第7段階	8.0%	70	70	69	209
第8段階	3.9%	34	34	33	101
第9段階	1.2%	10	10	10	30
第10段階	0.8%	7	7	7	21
第11段階	0.5%	4	4	4	12
第12段階	0.1%	1	1	1	3
第13段階	0.7%	6	6	6	18
計	100.0%	875	871	858	2,604

## 7 第1号被保険者の介護保険料基準額の算定

単位：円

標準給付費見込額	1,070,816,583
+	
地域支援事業費（3年間）	54,057,000
=	
介護保険事業費見込額（3年間）	1,124,873,583
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
=	
第1号被保険者負担分相当額（3年間）	258,720,924
+	
調整交付金相当額（3年間）	54,695,079
-	
調整交付金見込額（3年間）	122,115,000
+	
財政安定化基金拠出金見込額	0
-	
準備基金取崩額	0
+	
市町村特別給付費等	0
-	
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	4,100,000
=	
保険料収納必要額（3年間）	187,201,003
÷	
予定保険料収納率	99.67%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数（3年間）	2,372人
÷	
年額保険料	79,200
÷	
12か月	
=	
月額保険料（基準額）	6,600
(参考) 第8期の第1号被保険者の保険料の基準額（月額）	6,200

## 8 所得段階に応じた保険料額の設定

所得状況に応じて、第1号被保険者の介護保険料月額を13の所得段階区分により設定します。各所得段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりとなります。

区分	対象者	保険料基本率	保険料月額	保険料年額
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で、世帯非課税の者及び世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	0.455 (0.285)	3,003円 (1,881円)	36,036円 (22,572円)
第2段階	世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入額＋合計所得金額が120万円以下の者	0.685 (0.485)	4,521円 (3,201円)	54,252円 (38,412円)
第3段階	世帯全員が住民税非課税で上記以外の者	0.69 (0.685)	4,554円 (4,521円)	54,648円 (54,252円)
第4段階	世帯課税で本人が住民税非課税の者で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	0.9	5,940円	71,280円
第5段階	<b>【基準額】</b> 世帯課税で本人が住民税非課税の者で、上記以外の者	1.0	6,600円	79,200円
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の者	1.2	7,920円	95,040円
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の者	1.3	8,580円	102,960円
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の者	1.5	9,900円	118,800円
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の者	1.7	11,220円	134,640円
第10段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の者	1.9	12,540円	150,480円
第11段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の者	2.1	13,860円	166,320円
第12段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の者	2.3	15,180円	182,160円
第13段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の者	2.4	15,840円	190,080円

※括弧内は低所得者軽減措置後の保険料基本率、月額保険料、年額保険料

## 9 令和22年(2040年)の姿

本村の総人口は、団塊の世代の子ども世代が65歳以上となる令和22年(2040年)には1,457人で、令和5年の人口と比べ528人減少すると推計されています。

高齢者数は令和5年の915人から令和22年(2040年)は646人と269人減少すると推計されています。

高齢化率は令和5年の44.6%から令和22年(2040年)には44.3%と、0.3ポイント減少する見込みとなっています。

介護を必要とする要介護認定者数は、令和5年の149人から令和22年(2040年)には136人と13人減少する見込みで、令和5年に対する増加率は91.3%となっています。要介護3以上の中重度の認定者数は令和5年の72人から令和22年(2040年)には67人と5人減少する見込みとなっています。

【人口の推移】

	単位	令和5年	指数	令和22年	指数
総人口	人	1,985	100.0	1,457	73.4
高齢者数	人	915	100.0	646	70.6
高齢化率	%	44.6	-	44.3	-

【要介護認定者数の推移】

	単位	令和5年	指数	令和22年	指数
要介護認定者数	人	149	100.0	136	91.3
65歳以上に占める要介護認定率	%	16.9	-	20.5	-
要介護3以上の中重度者数	人	72	100.0	67	93.1
要介護認定者に占める重度者の割合	%	48.3	-	49.3	-

## 第7章 計画の推進と進行管理

### 1 計画の推進と進行管理

本計画の「基本理念」や「全体目標」を実現するため、次のような視点に留意しつつ計画を推進します。

#### (1) 「令和22年(2040年)」を見据えた中長期的な施策展開

「団塊ジュニア」の人たちが65歳以上となる令和22年(2040年)を見据えて、村や日常生活圏域における将来像を描きながら、そこへ至るステップとして本計画の施策を展開します。

#### (2) 介護保険法の一部改正への対応

「地域包括ケアシステム」の深化・推進とともに、介護保険制度の持続可能性の確保を図るための介護保険制度の改正について、その円滑な対応に努めます。

#### (3) リハビリテーションサービス提供体制の推進

要介護(支援)者の必要に応じたリハビリテーションサービスが利用できるよう、急性期・回復期から生活期への切れ目のないサービス提供が求められています。

リハビリテーションサービスと他のサービスや活動との連携を図りながら、要介護(支援)者が生活している地域で健康的に暮らすことができるように県と連携して基盤整備に努めます。

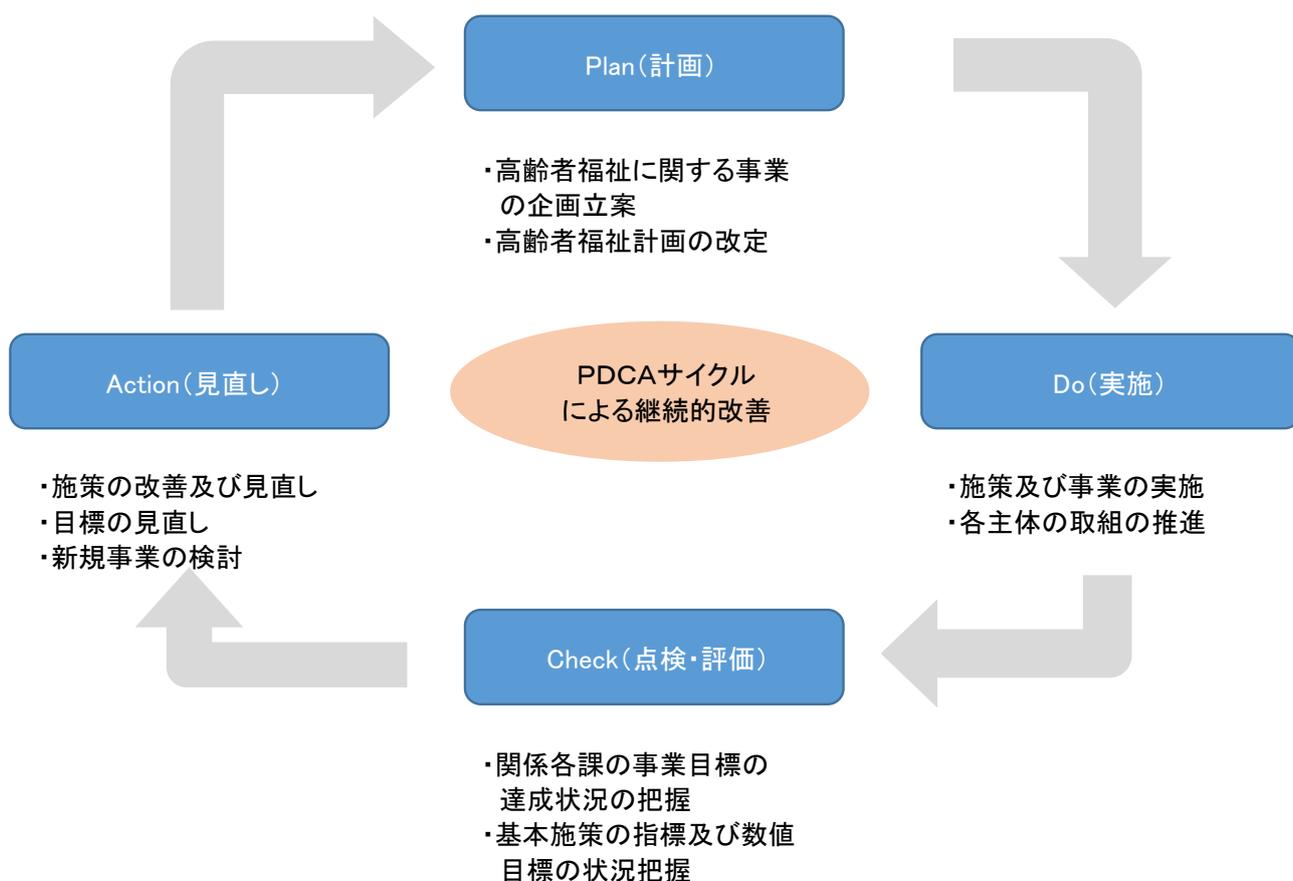
#### (4) 「地域包括ケアシステム」の強化に向けた施策の推進と評価

「地域包括ケアシステム」に不可欠な構成要素である「医療・介護の連携強化」、「介護サービスの充実強化」、「介護予防の推進」、「多様な担い手による生活支援サービスの提供」、「高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者の住まいの整備」、「認知症施策の推進」等について、各要素の施策の進捗を定期的に評価しつつ、必要な見直しを行って、さらに施策を推進します。

## 2 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表

計画に定める事業推進方針や事業目標数値等の実施・進捗状況については、「水上村介護保険推進協議会」で、毎年度、把握・点検・評価を行っていきます。

また、計画の最終年度の令和8年度（2026年度）には、目標の達成状況を点検、評価し、その結果を村の広報やホームページ等で公表します。



---

第9期  
水上村高齢者福祉計画・  
介護保険事業計画

令和6（2024）年度～令和8（2026）年度

---

令和6年3月  
発行 水上村 保健福祉課

〒868-0795

熊本県球磨郡水上村大字岩野 90 番地

電話 0966-44-0311（代表） 0966-44-0313（直通）

---