

飯 舘 村

〔第10期〕

高齢者保健福祉計画

〔第9期〕

介護保険事業計画

ともに
ささえあい
たすけあい
つながろう
いいたて



令和6年3月

飯 舘 村



● 目 次 ●

第1編 総 論.....	1
第1章 計画の基本的な考え方.....	3
第1節 計画策定の目的.....	3
第2節 計画の期間・位置づけ	4
1 計画の期間	4
2 法令等の根拠及び性格.....	4
3 計画の位置づけ	4
第3節 計画の策定体制と経緯	5
第4節 社会的背景（法制度の動向）	6
1 介護保険法等の主な改正の内容.....	6
2 第9期介護保険事業計画の基本指針	7
第2章 高齢者に関わる現状と今後.....	9
第1節 人口・高齢化率.....	9
第2節 要介護認定者数・介護保険サービス給付費	10
第3節 現状から見た高齢者施策の課題等	11
第3章 計画の基本的方向	17
第1節 基本理念.....	17
第2節 基本目標と施策の体系	18
第3節 基本施策.....	19
基本目標1 安心できるしくみのある村	19
基本目標2 健やかに暮らせる村	20
基本目標3 とともにささえあう村	21
第2編 各 論.....	23
第1章 基本目標1：安心できる介護のある村	25
第1節 地域包括ケアシステムの深化・推進.....	25
1 地域包括ケアシステムのネットワークづくり	25
2 認知症施策の推進	29
3 地域医療の充実.....	31
第2節 介護サービスの質と量の確保.....	34
1 介護サービスの充実	34
2 介護保険事業の円滑な運営	36

第2章 基本目標2：健やかに暮らせる村	39
第1節 疾病予防・健康づくりの推進	39
1 健康増進事業の推進	39
第2節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	42
1 一般介護予防事業の推進	42
2 介護予防・生活支援サービス事業の推進	43
第3章 基本目標3：ともにささえあう村	47
第1節 社会参加の促進	47
1 交流活動の促進	47
2 就労対策の推進	49
第2節 安全で快適な生活の確保	50
1 人にやさしいむらづくりの推進	50
2 安全安心なむらづくりの推進	50
第3節 支えあうむらづくりの推進	52
1 住民主体型の福祉社会の形成	52
2 地域支援事業（任意事業）・福祉事業の推進	54
第4節 被災者支援の拡充	55
1 支援体制の構築	55
2 安心して村で生活するための取組み	55
第3編 介護保険事業量の見込みと給付費の推計	57
第1章 介護保険サービス量の見込み	59
第2章 介護保険給付費等の見込み	61
第1節 介護保険給付費の見込み	61
第2節 地域支援事業費の見込み	63
第3章 第1号被保険者介護保険料の設定	64
第4編 計画の推進に向けて	67
第1章 庁内の推進体制	69
第2章 介護保険運営協議会の運営	69

第1編 総論

第1章 計画の基本的な考え方

第1節 計画策定の目的

わが国の総人口は、令和5(2023)年4月1日現在、約1億2,455万4千人と前年同月に比べ約51万7千人減少しています。一方で後期高齢者(75歳以上)人口は約1,975万5千人と前年同月に比べ約75万4千人増加し、高齢化率は29.1%となっています。また、団塊世代が後期高齢者(75歳以上)となる令和7(2025)年には高齢化率が32.1%、さらに団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年には37.7%となる見込みとなっています。高齢者や要介護者等を支える世代となる生産年齢人口(15～64歳)は7,401万人と前年同月に比べ約17万4千人減少しています。

本村においては、平成23年3月11日の東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所の事故がもたらした計画的避難区域指定に伴う避難指示が、平成29年3月に一部地域を除き避難指示解除となり、令和5年5月には帰村困難区域に指定されていた長泥地区での避難区分が変更され、一部避難指示解除となりました。

今後は、避難先から帰村し、慣れ親しんだふるさとでの生活を再開するための支援策と、村内での介護サービスの担い手を確保することが喫緊の課題となります。

また、現在も継続して避難先での生活を送られる方もおり、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた施策を推進していく必要があります。

「飯舘村第10期高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画(令和6～8年度)」は、こうした国の動向や村民のニーズ等をふまえ、すべての高齢者が個人の尊厳を保持しながら、住み慣れた地域でいつまでも心身ともに健やかに暮らせるよう、介護、保健福祉、生きがづくり、また感染症や自然災害への備えを含めて、高齢者が安心して暮らせる日常に向けた対策と併せ、各種施策の内容と、サービスの提供量、提供体制等を具体的に計画し、住民とともに推進していくことを目的に策定します。

【「障がい」の表記について】

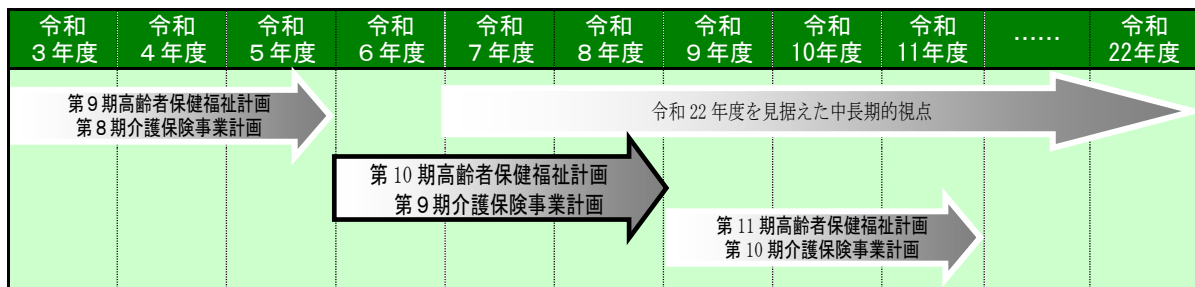
本村では、障害の「害」という漢字の表記について、「障がい」「障がい者」という表記にしています。ただし、法令や条例に基づく制度や、国出典のイラストやイメージ図については、漢字表記の障害としています。

第2節 計画の期間・位置づけ.....

1 計画の期間

計画期間は法に基づき令和6年度から8年度までの3年間となりますが、団塊ジュニア世代が65歳に達する令和22年度の高齢者像を見据えた方向性を示していきます。

●計画期間



2 法令等の根拠及び性格

- ・本計画は、老人福祉法第20条の8の規定による「市町村老人福祉計画」と介護保険法第117条の規定による「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定した計画です。
- ・国の「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」に基づき策定するものです。
- ・介護保険法第117条第2項第3号及び第4号の規定による「市町村介護給付適正化計画」を内包するものです。

3 計画の位置づけ

本計画は、高齢者の生活全般にかかる計画であるため、本村における取組の継続性を保てるように、「飯舘村第6次総合振興計画」との調和を保ちながら、前期介護保険事業計画との連続性、他の部門計画との整合性を確保するものです。

第3節 計画の策定体制と経緯

本計画の策定にあたっては、飯舘村介護保険運営協議会において、計画案について協議しました。会議は、保健医療関係者、福祉関係者、各種関係団体の長などにより編成し、さまざまな見地からのご意見を反映できるように努めました。

また、高齢者のご意見やご要望、生活状況等を踏まえるとともに、地域や高齢者全体の生活機能レベルを把握して計画づくりに反映させるため、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」および「在宅介護実態調査」を実施しました。

本計画は、避難生活から帰村に向けた取り組みに伴い、高齢者福祉及び介護保険事業を取り巻く環境が大きく変化している状況下で策定しています。このため、高齢者人口の急激な変動、要介護認定者数や施設入所者数の変動等、策定時には予測し得ない状況になる場合も想定されます。

ついては、本計画で想定する高齢者数や避難・帰村状況等と現実が大きく乖離した場合には、必要に応じて計画の改定を行うこととします。

第4節 社会的背景（法制度の動向）.....

1 介護保険法等の主な改正の内容

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」によって、こども・子育て支援の拡充、高齢者医療制度の見直し、医療保険制度の基盤強化等の改正が盛り込まれました。

主な改正の項目としては、以下のとおりです。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要（介護保険関係）

1. 介護情報基盤の整備

- 介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施
- ・ 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
- ・ 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする

※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

2. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- 介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備
- ・ 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け

※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。

- ・ 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

3. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- 介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進
- ・ 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設など

4. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める
- ・ サービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化など

5. 地域包括支援センターの体制整備等

- 地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備
- ・ 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

2 第9期介護保険事業計画の基本指針

令和5年7月31日の全国介護保険担当課長会議において、第9期介護保険事業計画の基本指針に記載を充実する事項として、以下の3項目の案が示されました。

第9期介護保険事業計画の基本指針において充実する事項の概要

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

①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必要性
- 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
- サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性

②在宅サービスの充実

- 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の重要性
- 居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・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
- 居宅要支援者を支えるための、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

①地域共生社会の実現

- 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 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
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 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
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待対応及び防止に向けた取組の強化
- 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

②医療・介護基盤情報の整備

- 医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
- 地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供

③保険者機能の強化

- 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

(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の向上の推進

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- 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
- 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
- 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
- 財務状況等の見える化
- 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

第2章 高齢者に関わる現状と今後

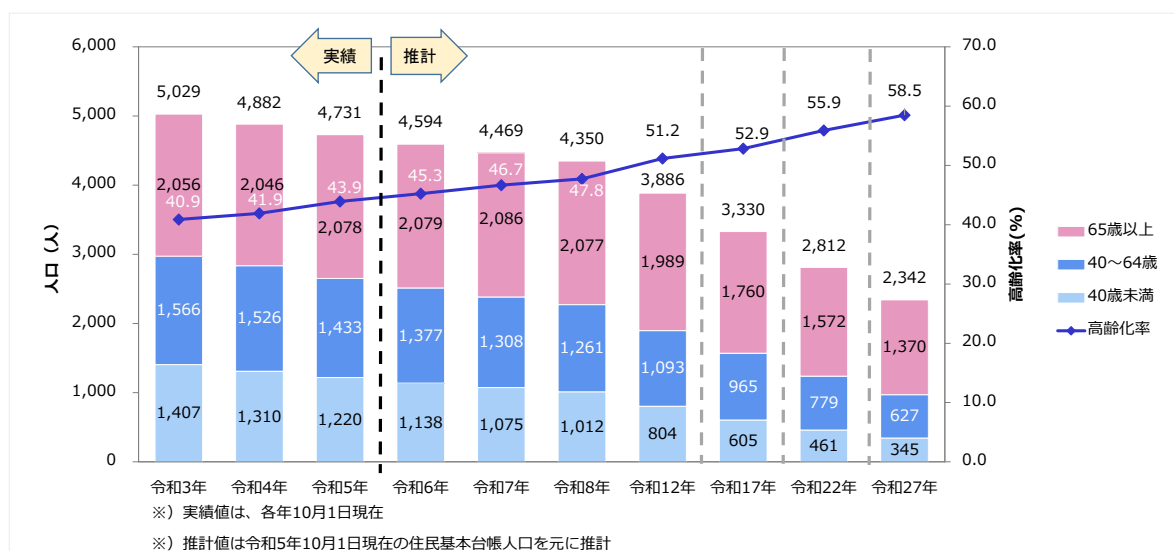
第1節 人口・高齢化率

住民基本台帳によると、本村の人口は年々減少しており、令和5年の4,731人が令和8年には4,350人に、令和27年には2,342人になると推計されます。

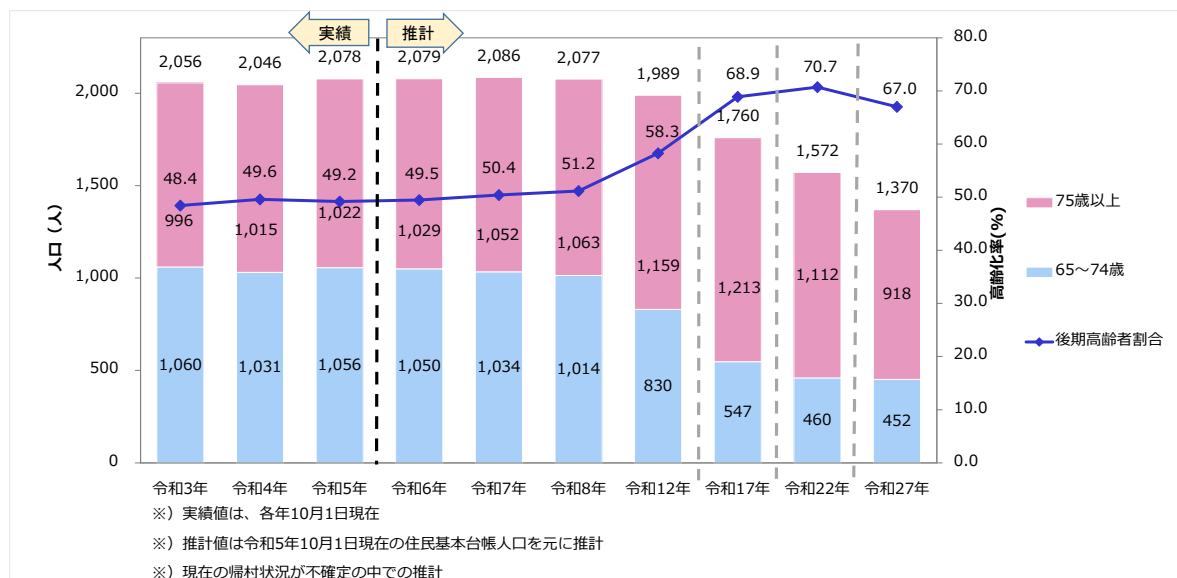
年齢層別にみると、40歳未満、40～64歳は減少傾向です。前期高齢者にあたる65～74歳は減少する見込みが、後期高齢者となる75歳以上は令和8年までは1,000人前後で推移、その後増減を繰り返す見込みです。

高齢化率は、令和5年の43.9%が令和12年には51.2%に上昇し、令和27年には58.5%になると推計されます。75歳以上の割合を示す後期高齢者比率は増加傾向となり、令和22年には70.7%になると推計されます。

人口の推移と推計



高齢者人口と高齢化率

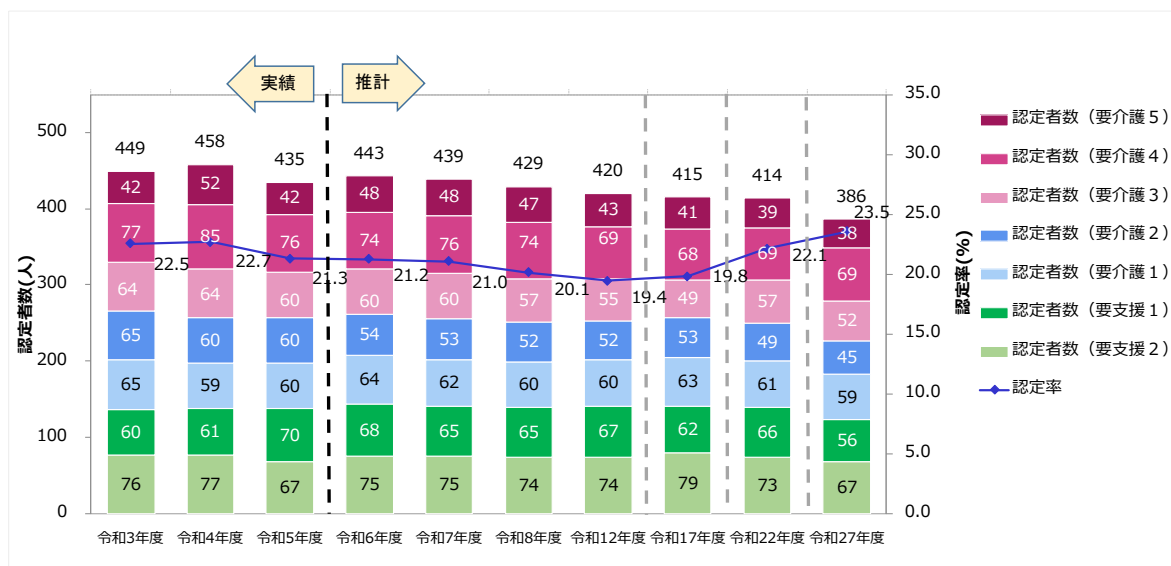


第2節 要介護認定者数・介護保険サービス給付費

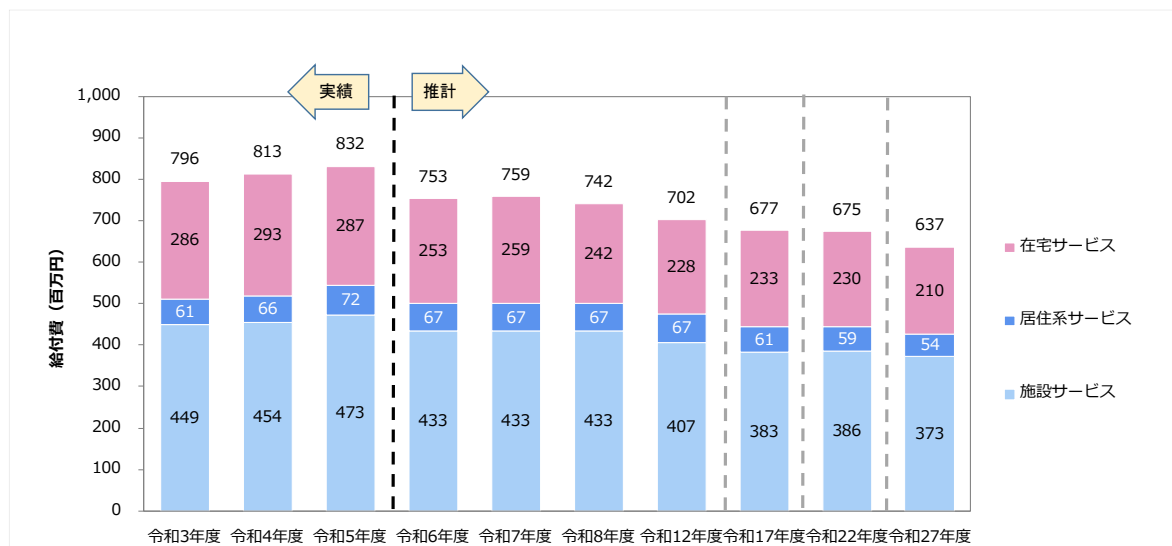
要介護認定者数は、430 人前後で推移する見込みです。認定率は令和 17 年度から増加傾向となり、令和 27 年度には 23.5%と見込まれます。

介護保険サービスの給付費は、令和 5 年度に 8 億 3,200 万円まで増加し、令和 7 年度以降減少傾向となり、令和 27 年度には 6 億 3,700 万円になる見込みです。

要介護認定者数の推移と推計



介護保険サービス給付費の推移と推計



第3節 現状から見た高齢者施策の課題等

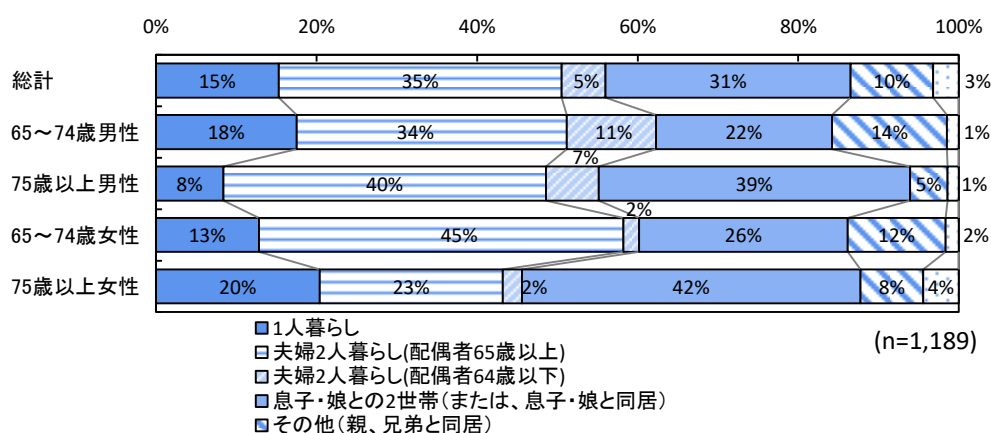
本村では、これまでの高齢者保健福祉事業や介護保険事業等への取組状況を踏まえ、飯舘村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画を策定するため、高齢者のニーズや地域課題を把握し、分析を行う基礎資料として、アンケート調査を実施しました。下記に主なアンケート調査結果と本村における高齢者施策の課題等を取りまとめます。

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

①家族構成について

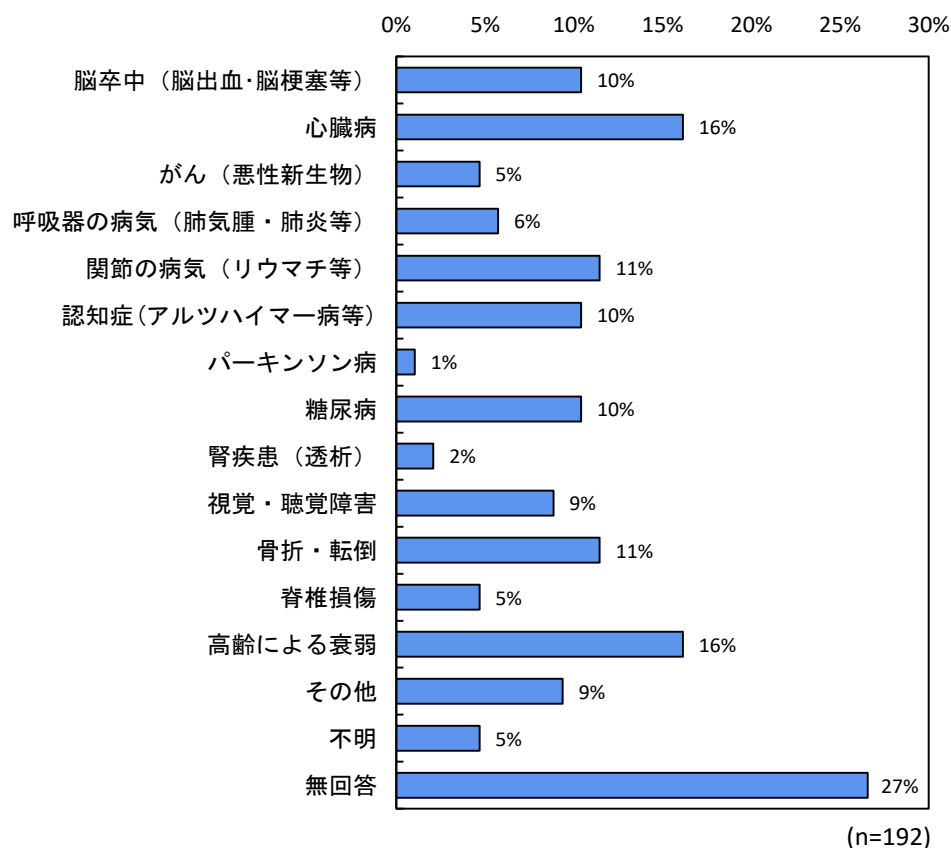
「夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上）」（35%）の割合が最も高く、次いで「息子・娘との2世帯（または、息子・娘と同居）」（31%）となっています。

令和2年の調査（以下、「前回」）結果と比較すると、「夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が3ポイント増加、「1人暮らし」が2ポイント増加しています。



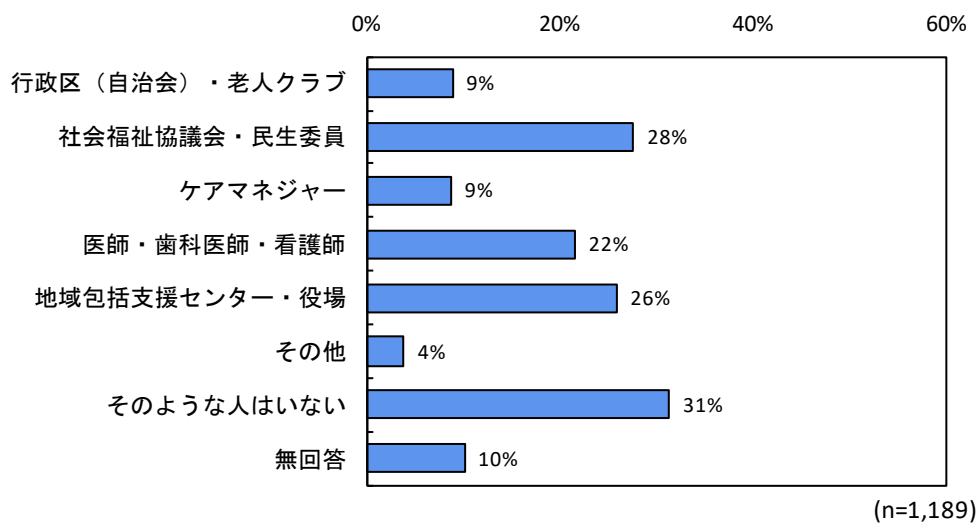
②介護・介助が必要になった主な原因について

介護・介助が必要になった主な原因は、「心臓病」、「高齢による衰弱」（16%）の割合が最も高く、次いで、「関節の病気（リウマチ等）」、「骨折・転倒」（11%）、「脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」、「認知症（アルツハイマー病等）」、「糖尿病」（10%）となっています。前回結果と比較すると、「認知症（アルツハイマー病等）」が5ポイント増加しています。



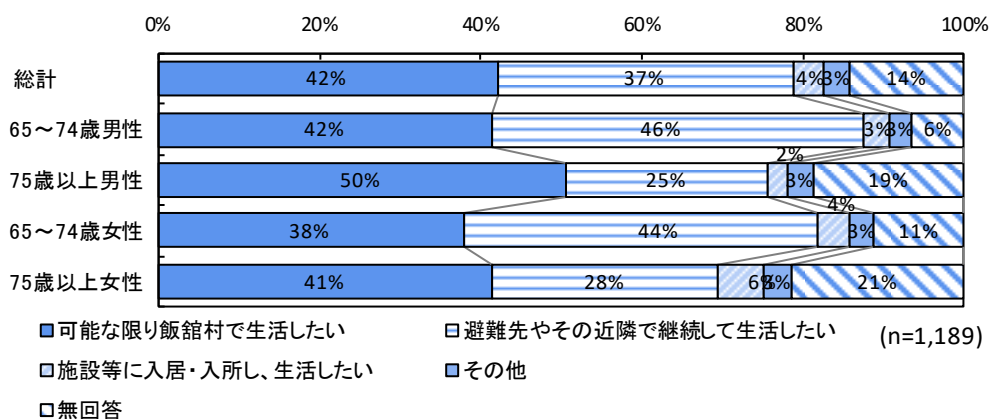
③何かあったときに相談する相手について

「家族や友人・知人以外の相談相手」については、「そのような人はいない」（31%）の割合が最も多く、次いで「社会福祉協議会・民生委員」（28%）となっています。前回結果と比較すると、「そのような人はいない」は、3ポイント増加しています。



④今後のお住まい（居住場所）等について

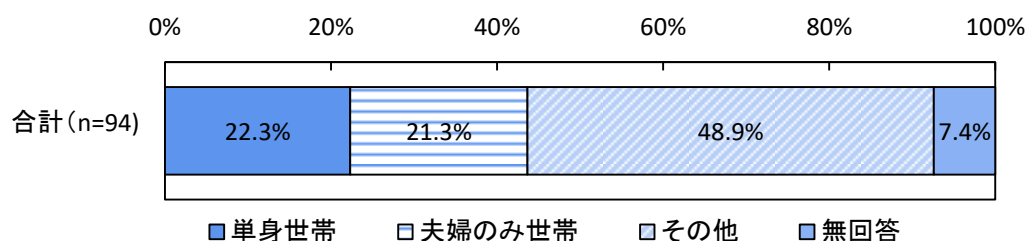
「可能な限り飯舘村で生活したい」（42％）の割合が最も高く、次いで「避難先やその近隣で継続して生活したい」（37％）となっています。前回結果と比較すると、「避難先やその近隣で継続して生活したい」は、8ポイント増加しています。



（２）在宅介護実態調査

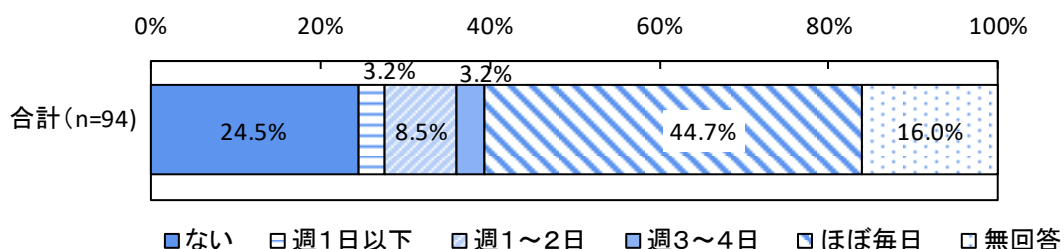
①世帯類型について

「その他」の割合が最も高く 48.9％となっています。次いで、「単身世帯（22.3％）」、「夫婦のみ世帯（21.3％）」となっています。前回結果と比較すると、「単身世帯」は6.1ポイント増加、「夫婦のみ世帯」は8.6ポイント増加しています。



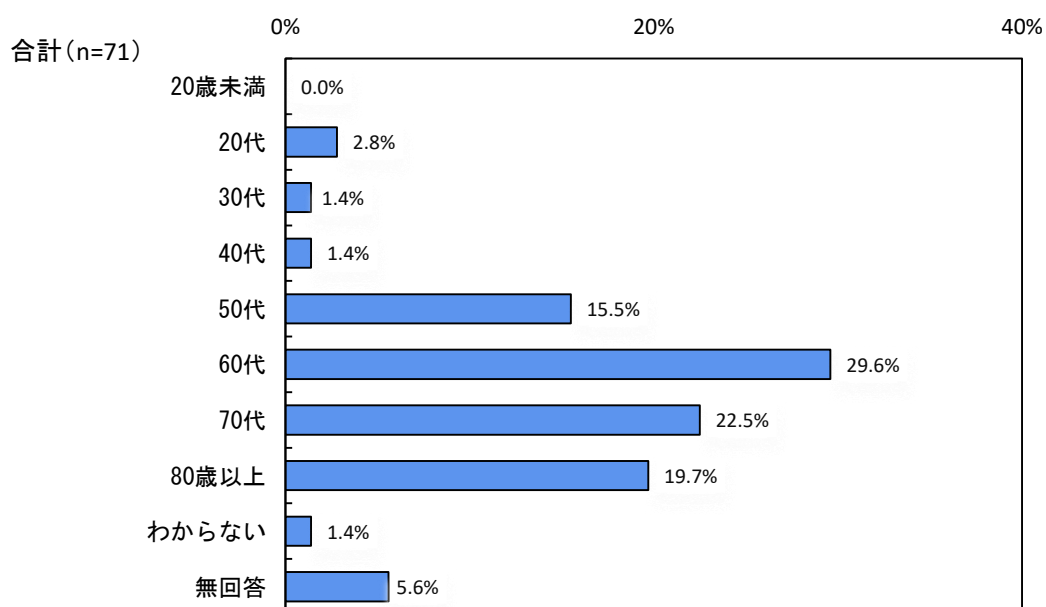
②家族等による介護の頻度について

「ほぼ毎日」の割合が最も高く 44.7%となっている。次いで、「ない(24.5%)」、「週 1～2 日 (8.5%) 」となっています。前回結果と比較すると、「ほぼ毎日」は 9.5 ポイント増加、「ない」は 5.8 ポイント減少しています。



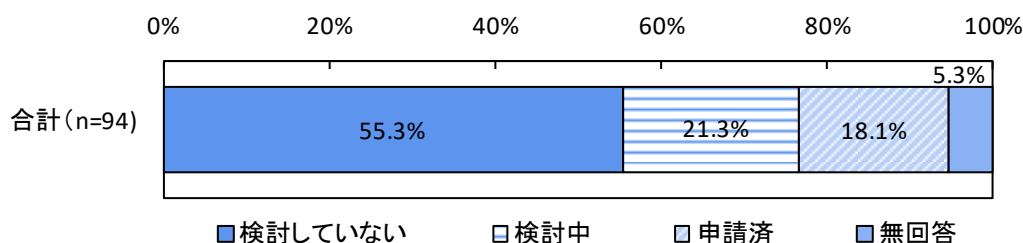
③主な介護者の年齢

「60 代」の割合が最も高く 29.6%となっている。次いで、「70 代 (22.5%) 」、「80 歳以上 (19.7%) 」となっています。前回結果と比較すると、「80 歳以上」は 9.6 ポイント増加、「70 代」は 3.3 ポイント増加しています。



④施設等検討の状況について

「検討していない」の割合が最も高く 55.3%となっている。次いで、「検討中（21.3%）」、「申請済み（18.1%）」となっています。前回結果と比較すると、「申請済み」は7.5ポイント増加しています。



(3) アンケート調査結果から見る高齢者施策の課題等

① 高齢者のみ世帯の増加

高齢者のみ世帯、また高齢者の単身世帯が増加傾向にあります。日常生活を支援するニーズも高くなることが想定されます。また、家族が要介護者になった場合の負担が大きくなることが想定されます。

②認知症(アルツハイマー病等)による要介護者の増加

認知症や認知症の予防に対する情報提供が求められます。また、権利擁護に関わる制度や認知症に対する理解等、地域で受け入れていく体制整備が求められます。

③相談する相手がいない人の増加

高齢者のみ世帯、単身世帯の増加や避難先での居住者が多いことから、相談相手がいない人が増加傾向にあります。地域共生社会の実現に向けて、困難な状況になる前に相談の機会が得られるよう、重層的な支援体制整備に向けた検討が求められます。

④避難先での生活を希望する人の増加

村内、村外のそれぞれの生活環境が大きく異なり、居住者のニーズが幅広くなることが想定されます。地域共生社会の実現を踏まえきめ細かなニーズへの対応や誰ひとり取り残さないような重層的な支援体制の整備に向けた検討が求められます。

⑤介護者の高齢化

高齢者のみ世帯も増加する状況で、いわゆる「老老介護」の世帯が増加傾向にあります。共倒れにならないような家族介護者に対する支援体制の構築、地域での支援等しくみづくりが求められます。

⑥施設入所ニーズの増加

高齢者のみ世帯、単身世帯が増加する状況で、要介護者の施設入所ニーズが増加しています。一方、施設サービスの増加は被保険者に対する経済的な負担を強いることになります。重度になっても、在宅での生活が継続できるような地域包括ケアシステムの構築が求められます。

第3章 計画の基本的方向

第1節 基本理念

第9期介護保険事業計画の基本指針として、国からは「地域共生社会の実現」が示されています。これまで取り組んできた、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域包括ケアシステムを深化・推進し地域共生社会の実現を図るとともに、介護保険制度の持続可能性の確保も必要となります。

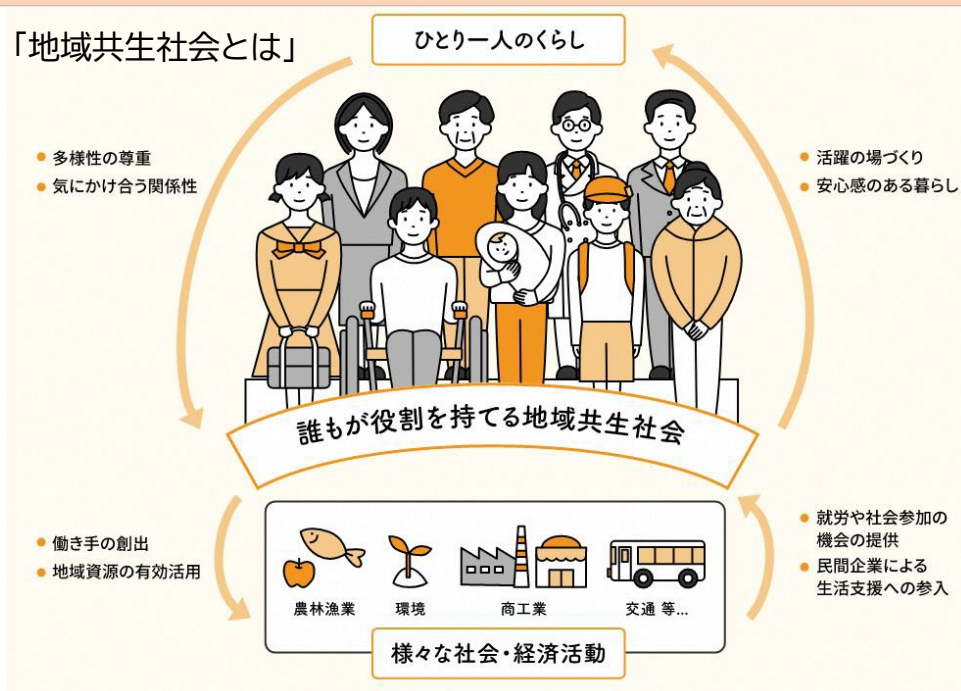
また、地域共生社会の実現には、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民と協働して、地域を創っていく体制づくりが必要となります。本計画の上位計画である、第6次総合振興計画の福祉分野の柱では『「出番」を作るしかけづくり』が掲げられており、誰もが役割を持てる地域共生社会につながる方向性となっています。

避難解除になった現在でも、避難先での生活を余儀なくされている村民もあり、地域全体で高齢者、要介護者を支える地域共生の考え方がさらに求められています。

この計画期間中も、帰村に向けた高齢者や家族の支援も含め、地域共生社会の実現を目指し、計画を推進するものとします。

「飯舘村第10期高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（令和6～8年度）」では、これらの考え方を示すものとして、「ともに ささえあい たすけあい つながろう いいたて」という基本理念を掲げ、施策を推進していきます。

《基本理念》 ともに ささえあい たすけあい つながろう いいたて



出典：厚生労働省「地域共生社会のポータルサイト」

第2節 基本目標と施策の体系

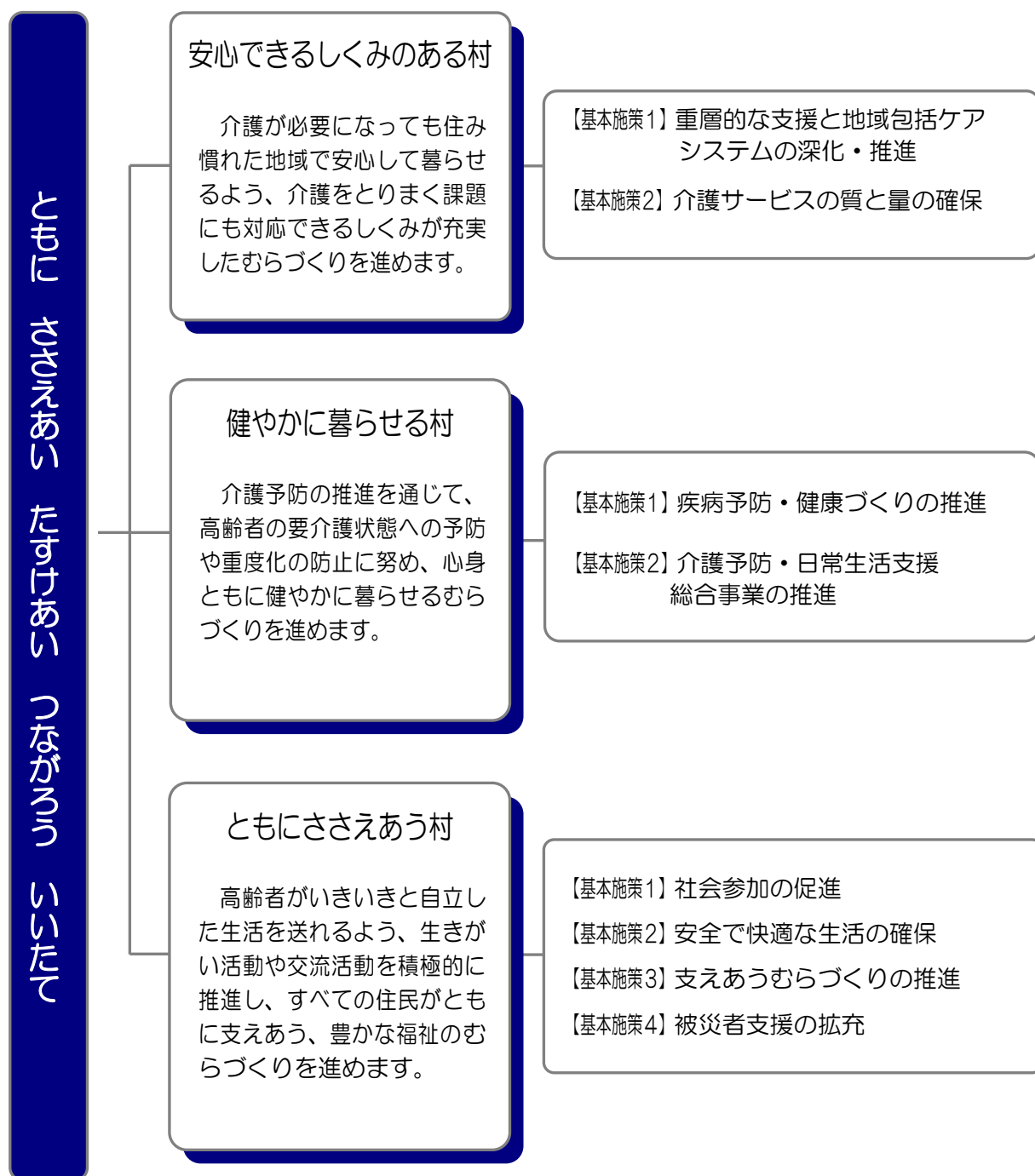
本計画の基本理念を達成するため、3つの基本目標と各目標に基づく基本施策を定めます。

●施策の体系

基本理念

基本目標

基本施策



第3節 基本施策

基本目標1 安心できるしくみのある村

介護や医療的ケアが必要な在宅の高齢者が安心して暮らしていけるよう、事業所における人材確保、経営安定化の促進及び業務の効率化に向けた施策の展開を図ります。また、介護をとりまく本人や家族を含めた課題に対応できる「地域包括ケアシステム」を一層推進するため、重層的な支援体制、総合的な相談支援、権利擁護、成年後見制度の活用などを推進するとともに、認知症初期集中支援チームによる支援や今後ニーズが増大する在宅医療・介護連携に向けたしくみの構築を進めます。

●施策体系

基本施策	施策項目	個別施策・サービス
1 重層的な支援と地域包括ケアシステムの深化・推進	(1) 地域包括ケアシステムのネットワークづくり	地域ケア会議によるネットワークづくり 重層的な支援体制の整備【新規】 総合的な相談支援の実施 高齢者虐待防止対策及びネットワークの充実 ヤングケアラーを含めた家族介護者の支援【新規】 権利擁護事業の利用促進 中核機関の設置・運営 市民後見人等の活動支援
	(2) 認知症施策の推進	認知症サポーターの養成 認知症サポーター活動支援 認知症に関する相談の実施 認知症ケアパスの運用 認知症初期集中支援チームによる支援の実施 義務教育学校への認知症出前講座
	(3) 地域医療の充実	かかりつけ医の重要性の啓発 在宅療養支援体制の充実促進 在宅医療推進事業【新規】
2 介護サービスの質と量の確保	(1) 介護サービスの充実	居宅サービスの充実 地域密着型サービスの充実 施設サービスの充実 共生型サービスの導入推進
	(2) 介護保険事業の円滑な運営	介護人材の育成 ケアマネジメントの質の向上 適切な要支援・要介護認定の実施 サービス評価の実施促進 介護サービス事業者との連携強化 介護給付等費用適正化 文書の削減・見直し ICT・介護ロボットの活用 自立支援及び重度化防止等に向けた取組 介護等人材確保推進支援事業【新規】

基本目標2 健やかに暮らせる村

住民の健康寿命の延伸を図るためには、生活習慣病などの疾病予防や早期発見・治療と併せて、寝たきり、認知症など要介護状態になることの予防を推進していくことが重要です。保健事業と介護予防の一体的な事業を通じて、健康管理と介護予防を併せて推進していきます。

具体的な取組みでは、運動と栄養の2つの柱で、これまで培ってきたサービスやケアマネジメントに関するノウハウを活かしながら、住民一人ひとりが自分の健康は自分で守るという意識のもと、主体的に健康づくり活動を実践することを支援していきます。

また、生活支援サービスに対しては、ボランティアの協力を得られるような制度の検討も進めます。

●施策体系

基本施策	施策項目	個別施策・サービス
1 疾病予防・健康づくりの推進	(1) 健康増進事業の推進	特定健康診査・がん検診等の推進 健康診断受診率向上事業【新規】 特定保健指導の推進 一般保健指導の推進 健康づくりの啓発
2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	(1) 一般介護予防事業の推進	介護予防把握事業の推進 介護予防普及啓発事業の推進 地域リハビリテーション活動支援事業の推進 一般介護予防事業評価事業の推進 保健事業と介護予防の一体的な事業の推進
	(2) 介護予防・生活支援サービス事業の推進	介護予防ケアマネジメントの実施 訪問型サービス・通所型サービスの実施 生活支援サービスの実施 介護支援ボランティア制度（ボランティアポイント）の導入

基本目標3 とともにささえあう村

高齢者が安心して、心身ともにいきいきと暮らしを送れるようにするためには、様々な世代の人達と交流するなど、地域社会に積極的に参加し、生きがいを持つことが大切であり、高齢者が多様な場に社会参加できるむらづくりを推進します。このため、多様な主体が、「支える側」、「支えられる側」の区別なく、我が事のように支え合いながら、世代や立場を越えて丸ごとつながる地域共生社会の実現を目指します。

一方、高齢者の安全で快適な生活の確保は、いまだ、避難先で生活されている方も多く、大きな課題です。交通手段の確保など、人にやさしいむらづくりを推進するとともに、安全なむらづくりにおいては、防災・災害発生時における避難・防犯・交通安全対策の充実に加え、感染症対策等についても取り組んでいきます。

また、高齢者を地域で支えるためには、福祉教育やボランティアの育成が重要なため、社会福祉協議会や学校、地域など様々な場で、意識の啓発や活動の促進、人材の育成に努め、支えあうむらづくりを推進していきます。

さらに、被災者支援の拡充を行い、帰村に向けた支援体制の構築も推進していきます。

●施策体系

基本施策	施策項目	個別施策・サービス
1 社会参加の促進	(1) 交流活動の促進	老人クラブの活性化 生涯学習機会の拡大 スポーツ・レクリエーション機会の拡大 地域活動への参加促進 サポートセンター「つながっぺ」の利用推進 地域活動支援センター「なのはな」への参加促進【新規】
	(2) 就労対策の推進	高齢者の雇用・就労の促進 高齢者生きがい事業の推進
2 安全で快適な生活の確保	(1) 人にやさしいむらづくりの推進	生活支援ワゴンの運行 村外介護サービス等送迎事業 高齢者が安心して暮らせる住まいの確保【新規】
	(2) 安全なむらづくりの推進	防災体制の充実 避難行動要支援者名簿と個別支援計画の普及 防犯対策の充実 交通安全対策の推進 感染症対策等の推進

基本施策	施策項目	個別施策・サービス
3 支えあうむら づくりの推進	(1) 住民主体型の福祉 社会の形成	福祉意識の啓発 福祉教育の推進 社会福祉協議会の体制強化の促進 ボランティア活動の活性化 地域での高齢者見守り体制の強化 地域お助け合い事業内容拡充推進事業【新規】
	(2) 地域支援事業（任 意事業）・福祉事 業の推進	日常生活自立支援事業の実施 日常生活用具貸出事業の実施 生活福祉資金貸付事業の実施 家族介護者への支援 介護予防教室の推進
4 被災者支援の 拡充	(1) 支援体制の構築	生活支援相談員事業の実施
	(2) 安心して帰村する ための取組み	サポートセンターの利用促進

第2編 各論

第1章

基本目標1：安心できる介護のある村

第1節 地域包括ケアシステムの深化・推進……………

1 地域包括ケアシステムのネットワークづくり

高齢者が住み慣れた場所で、安心して長く暮らし続けられるよう、近隣の支え合いやインフォーマルな関わり、介護予防のための活動やサービス、さらには介護・医療サービス等、様々な支援がその高齢者の状態に合わせて包括的に提供される「地域包括ケアシステム」をめざして、地域包括支援センター、民生委員、行政区、社会福祉協議会、ボランティア、介護や医療の専門職による高齢者支援の連携・協力ネットワークづくりを進めます。

また、認知症高齢者の権利擁護に対しては、成年後見制度の利用を推進する体制整備を進めます。

（1）地域ケア会議によるネットワークづくり

地域包括支援センターの主催により、民生委員や介護や医療の専門職等による地域ケア会議を定期的を開催し、生活課題を抱える高齢者一人ひとりに対する支援策を検討し、サービスの提供等につなげ、生活課題の改善・解決を図っていきます。

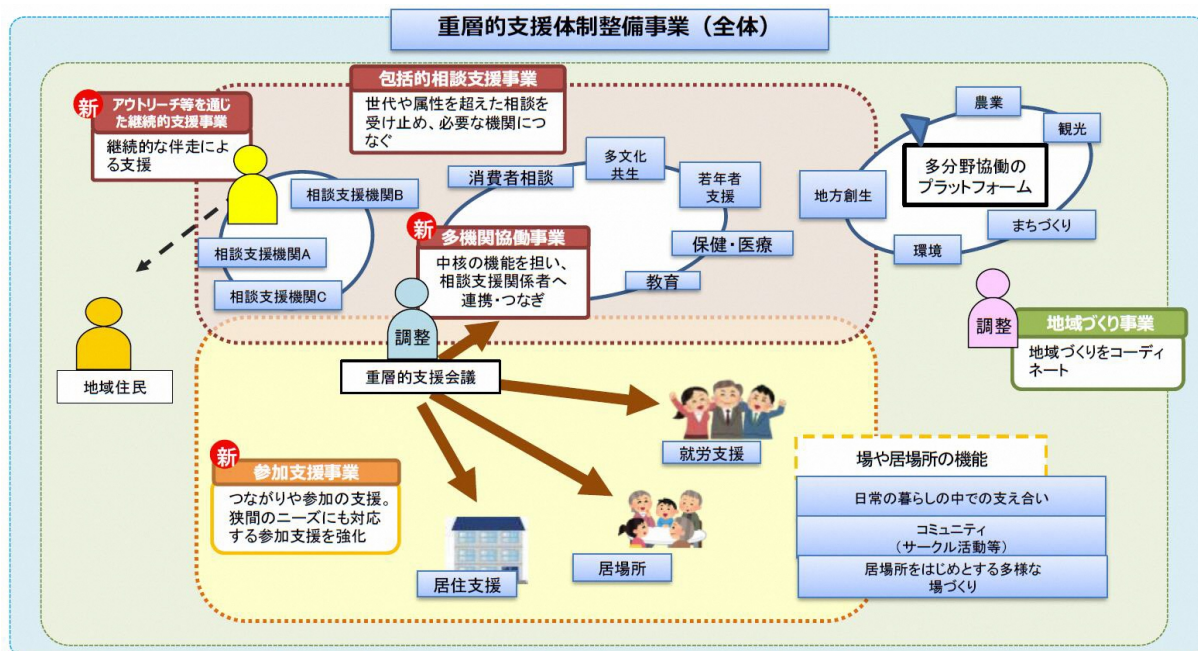
この地道な取り組みを推進し、本村のすべての高齢者とその家族介護者が生活困難や孤立、ひきこもり等を抱えることなく、安心して暮らせるネットワークづくりを図っていきます。

（2）重層的な支援体制の整備【新規】

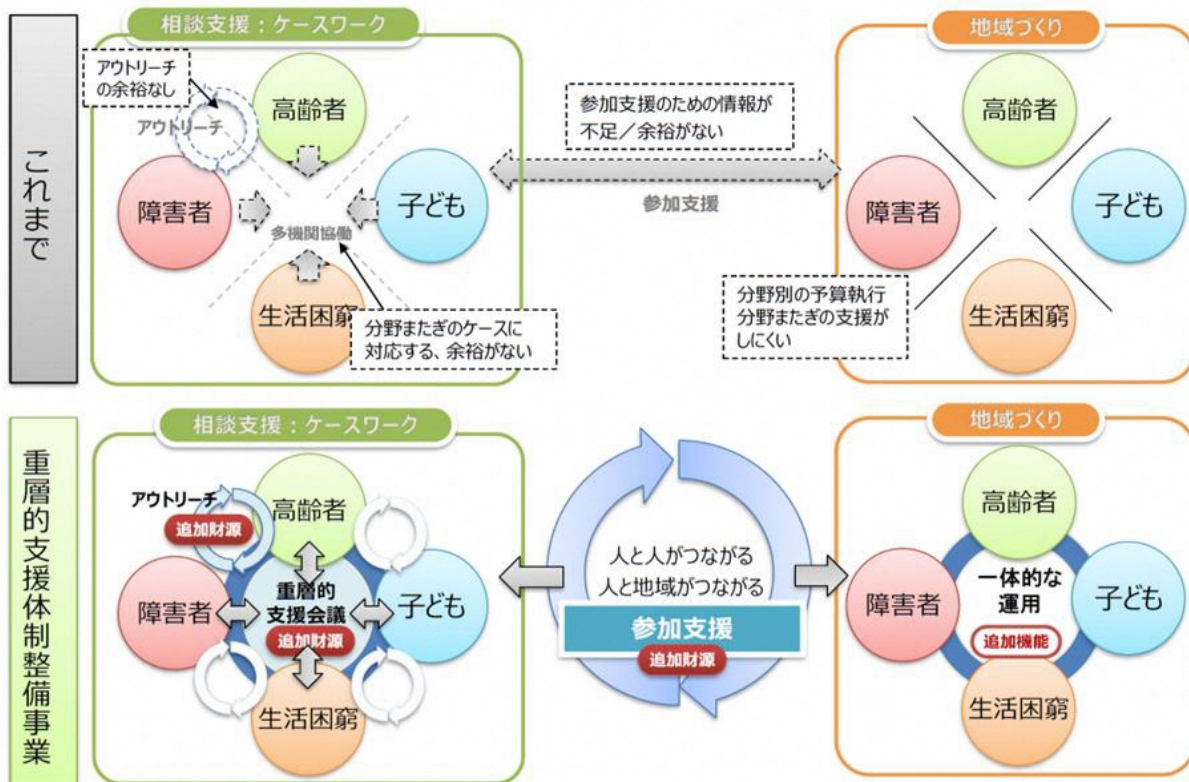
要介護高齢者がいる世帯において、その介護者である配偶者も要介護者である場合、あるいは子育て中の母親の場合等、介護以外の課題が複雑に絡み合っている場合があります。このような、老老介護をはじめ、ダブルケア、ヤングケアラー問題等、地域生活課題は複雑化・深刻化しており、さらに、ひきこもりや虐待、DV問題、生活困窮者など、様々な理由で支援を受けることができず、地域で孤立している人もいます。そのような「制度の狭間」にある人たちが地域社会とつながり、生きがいを持って暮らせるよう、制度・分野の枠や「支える側」と「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や民間団体等関係機関の人々が連携し、一体となって地域生活課題に対応しなければなりません。

そのためには、すべての住民を対象とする重層的支援体制の整備として、「断らない包括的な相談支援」等、地域のプラットフォームの形成を図る「地域づくりに

向けた支援」が求められます。村内の支援関係機関で地域共生の実現に向けた方向性を共有し、各機関が連携し、包括的な支援体制の構築に取り組むことで、多様な分野と連携したソーシャル・ワーク・仕組みづくりを進めていきます。



出典：厚生労働省・地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業の実施について



出典：三菱UFJリサーチコンサルティング株式会社「重層的支援体制整備事業に係る自治体等における円滑な実施を支援するためのツール等についての調査研究報告書」（2021）

(3) 総合的な相談支援の実施

村、地域包括支援センター、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所がそれぞれ相談窓口として、きめ細かな相談の実施に努めるとともに、各機関の連携強化を図ります。

また、地域包括支援センターでは、重層的な支援体制の構築に向けて、関係機関と連携し訪問などの対応も行います。

(4) 高齢者虐待防止対策及びネットワークの充実

高齢者虐待を早期に発見し、適切な対応を図るため、民生委員、地域包括支援センター、介護サービス事業者、社会福祉協議会、医療機関、警察等と連携を図りながら、高齢者虐待の防止へ迅速・的確な対応に努めます。

また、村や関係機関職員の研修会参加の促進や、住民への通報義務の周知等に努め、高齢者虐待防止の見守りネットワークの維持・強化に努めます。

(5) ヤングケアラーを含めた家族介護者の支援【新規】

福祉、介護、医療、教育等の関係機関で連携を図りながら、ヤングケアラーを含む介護者の問題を早期に発見し、適切な支援に迅速に繋げるよう努めます。

また、村や関係機関職員の研修会参加の促進や、住民への周知等により、ヤングケアラーへの理解を深め、連携の強化と支援の拡充に努めます。

※ヤングケアラーとは、本来大人が担うと想定されているような家事や家族の世話などを日常的に行っている子どものことです。状況によっては、学業や友人関係などに影響が出てしまうことがあります。



障害や病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている。



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている。



障害や病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている。



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている。



日本語が第一言語でない家族や障害のある家族のために通訳をしている。



家計を支えるために労働をして、障害や病気のある家族を助けている。



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している。



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている。



障害や病気のある家族の身の回りの世話をしている。



障害や病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている。

出典：こども家庭庁「ヤングケアラーについて」

（６）権利擁護事業の利用促進

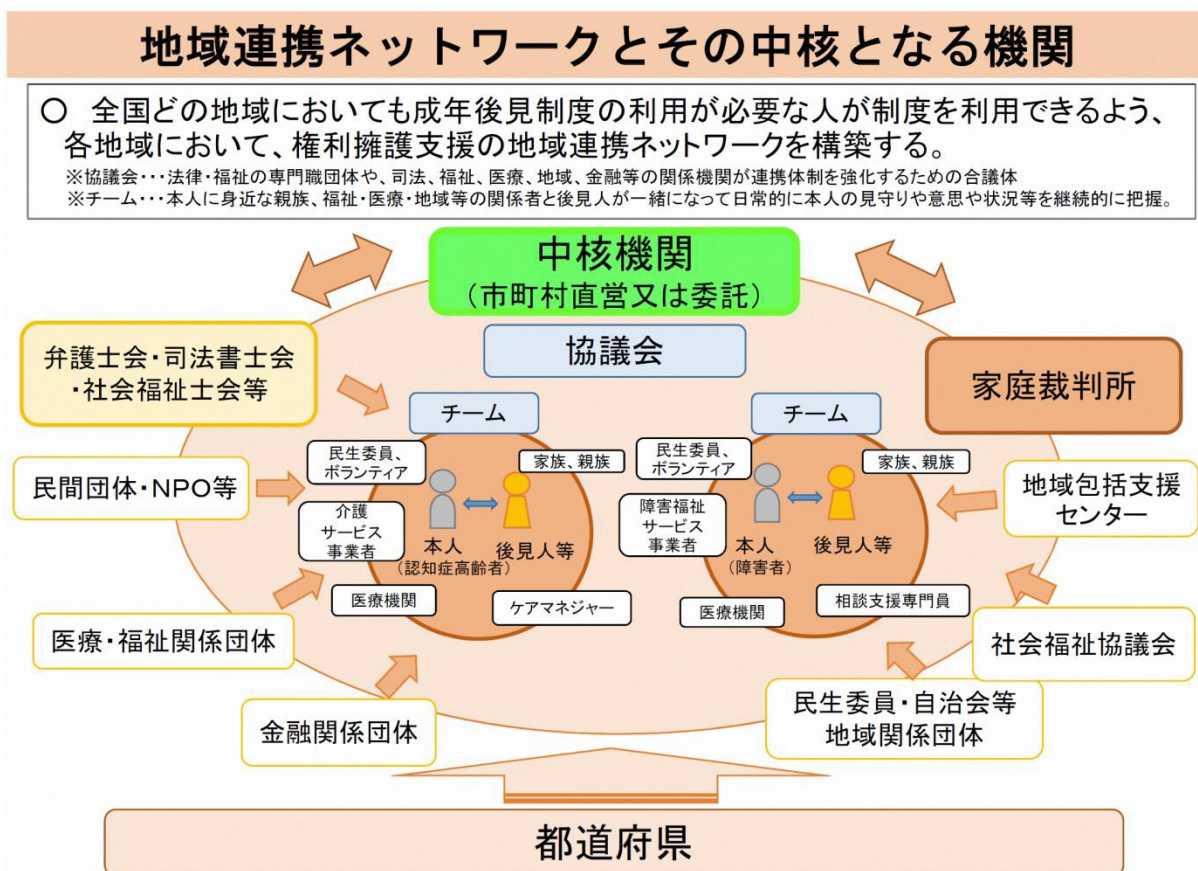
認知症や障がいなどにより、判断能力が不十分な方でも、自分にふさわしい制度やサービスを選択し、利用契約を締結したり、財産を適切に管理することが必要です。

地域包括支援センター等において、適切な相談や財産管理などを支援する日常生活自立支援事業、成年後見制度などの周知と利用を促進し、高齢者の権利擁護を図ります。

（７）中核機関の設置・運営

成年後見制度の利用を促進するため「中核機関」を中心に、地域連携ネットワークを構築します。地域連携ネットワークでは、成年後見制度の利用が必要な人を発見し、早期の段階からの相談・対応等の必要な支援につなげ、意思決定支援・身上保護を重視した活動を支援する役割を担います。現在、「中核機関の設置に向け、協議を進めています。

中核機関と地域連携ネットワークのイメージ

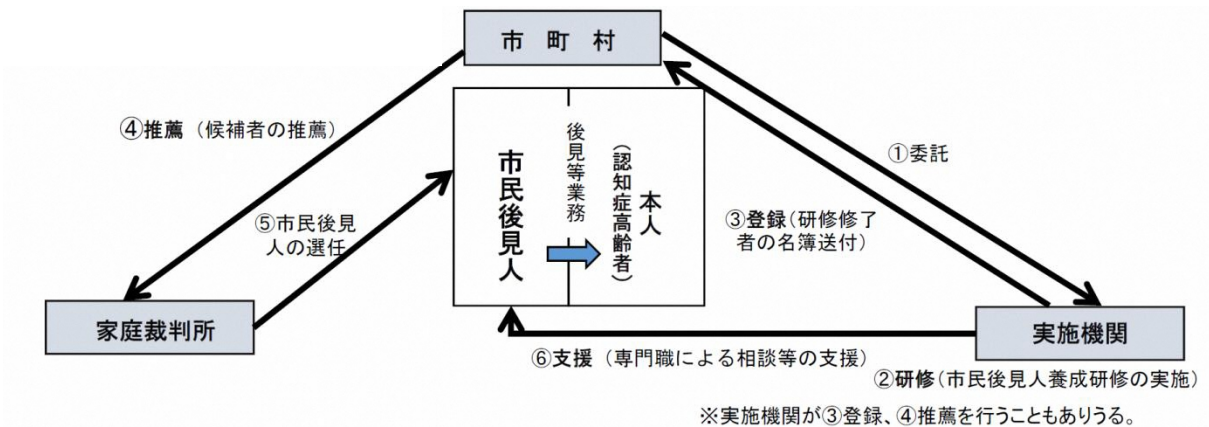


出典：厚生労働省「成年後見制度の現状」（令和２年６月）

（８）市民後見人等の活動支援

権利擁護支援の担い手としての市民後見人等の育成や親族後見人も含めた活動支援の在り方について検討します。

市民後見人を活用した取組例のイメージ



出典：厚生労働省「成年後見制度の現状」（令和２年６月）

２ 認知症施策の推進

認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、早期・事前的な対応を基本に、認知症対策を推進します。

子どもから高齢者まで認知症の症状や早期対応方法について正しく理解するための啓発を進めるとともに、医療機関や介護サービス事業者等関係機関との緊密な連携により、早期発見・早期対応、認知症の人の生活支援を推進していきます。

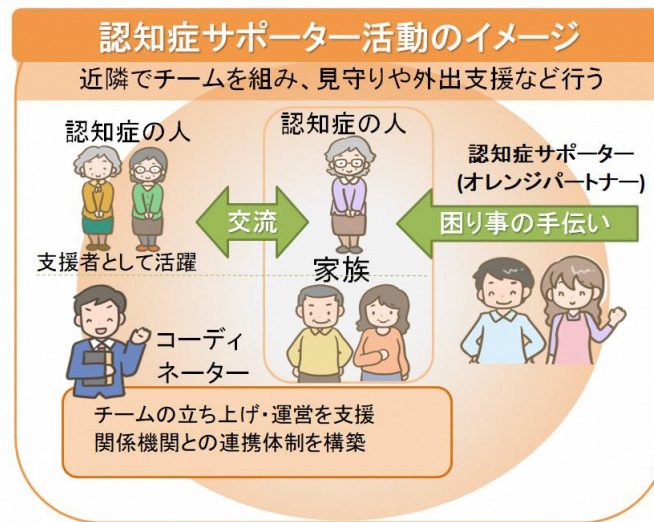
（１）認知症サポーターの養成

「認知症サポーター」は、日常生活の中で認知症の人と出会ったときに、その人の尊厳を損なうことなく、適切な対応をすることで、認知症の人や介護家族を見守り、応援する人です。認知症に対する住民の偏見をなくし、地域全体で認知症の人や家族を支える環境づくりを進めるため、「認知症サポーター」を養成していきます。

（２）認知症サポーター活動支援

認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら『認知症当事者同士の悩みや体験の共有、交流等活動の推進や認知症の人等の支援ニーズに認知症サポーターを繋げる仕組みの構築』を進め、認知症の人やその家族が安心して住み続けられる地域づくりを推進します。

認知症サポーター活動のイメージ



(3) 認知症に関する相談の実施

認知症は精神疾患の一つですが、疾患だからと言って治療の対象ととらえるのではなく、誰にでも起こりうる「老い」をめぐる一つの状況として、問題行動を肯定的に受け止め、家族や地域と共生することが重要です。

今後も、民生委員、ボランティアなど、地域住民が認知症の人を見守り、問題行動があった時や災害時等に適切な対応が取れる体制づくりを図っていきます。認知症に関する悩みや問題を本人や介護者が抱え込むことのないよう、村や社会福祉協議会・地域包括支援センター、医療機関、民生委員など、関係機関が連携しながら、相談事業を展開していきます。

また、相談の専門性を高めるため、村や地域包括支援センターの保健師等による、認知症相談に関する専門職である認知症地域支援推進員の資格取得を図っていきます。

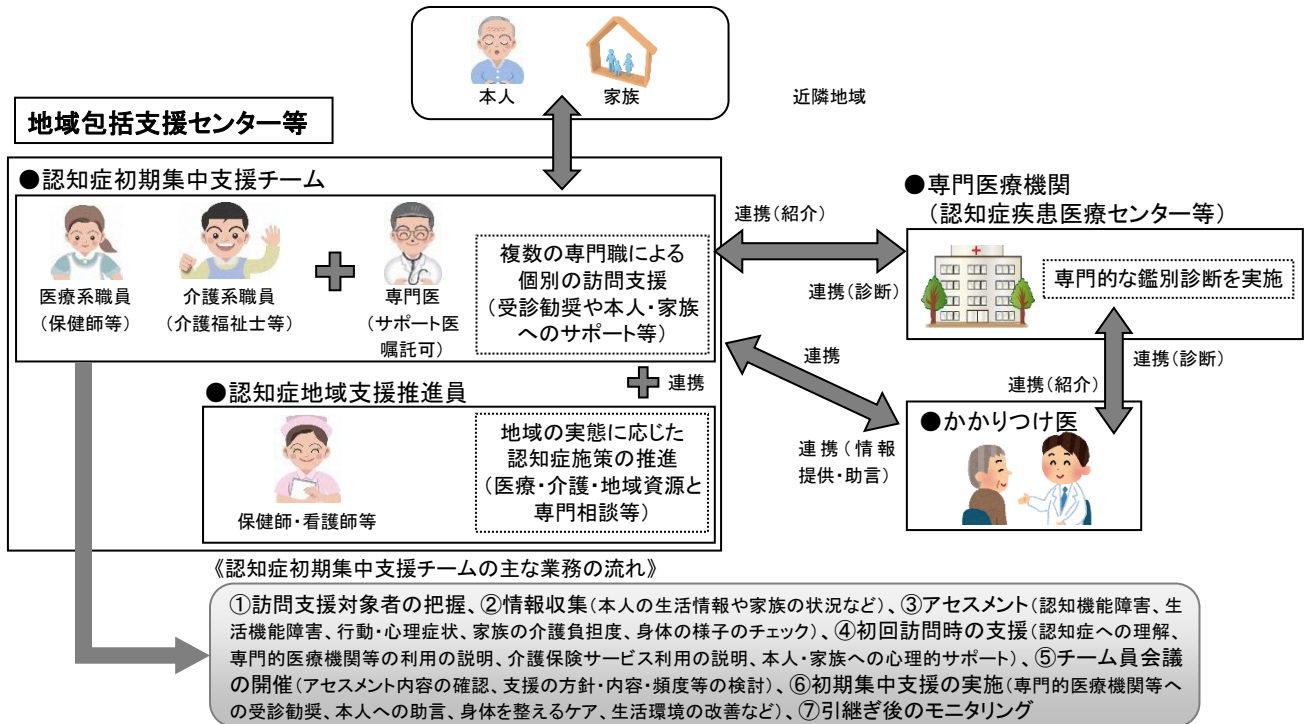
(4) 認知症ケアパスの運用

認知症と疑われる症状が発生したときや、認知症の人を支える場合に、誰が、いつ、どこで、何をしたらよいか、状態に応じた医療や介護などの提供の流れを示した認知症ケアパスを村や地域包括支援センター、社会福祉協議会等関係機関で共有し、訪問活動を通して広く住民にも周知していきます。

(5) 認知症初期集中支援チームによる支援の実施

認知症サポート医の協力のもと、地域の保健・介護の専門職や民生委員等が、認知症の人やその家族に早期にかかわり、専門医療機関とも連携しながら、早期診断、早期対応を行う「認知症初期集中支援チーム」による支援を実施していきます。

認知症初期集中支援チームによる支援のイメージ



(5) 義務教育学校への認知症出前講座

「いいたて希望の里学園」において、村職員や認知症サポーターにより、認知症に関する正しい知識と認知症の人に対する理解を促すための学習と情報提供を継続します。

3 地域医療の充実

(1) かかりつけ医の重要性の啓発

生活習慣病や老人性疾患などを適切に予防するには、日頃からかかりつけ医に、きめ細かく、継続的に診察を受け、生活習慣の改善などにつなげることが重要です。

住民が自身の健康についてかかりつけ医に気軽に相談でき、疾病の初期段階で適切な処置が行われるよう、かかりつけ医の重要性について啓発していきます。

(2) 在宅療養支援体制の充実促進

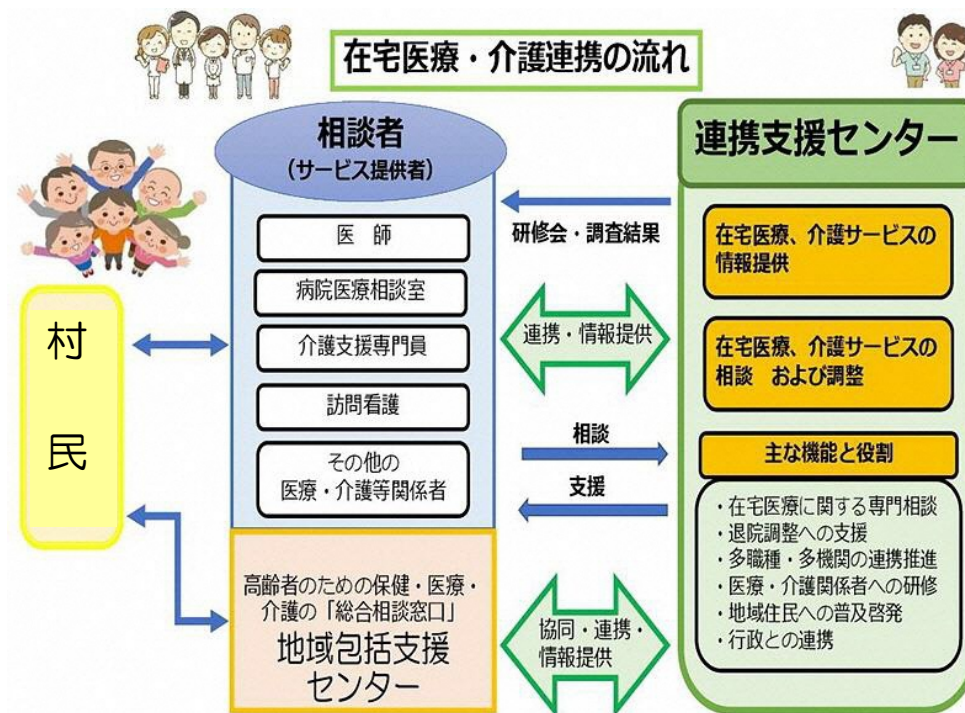
寝たきりなどのため、通院が困難な慢性疾患の高齢者に対する訪問診療や訪問看護など在宅療養支援の必要性が高まっています。

入院治療を受けて退院するケースなどに対し、入院施設の医療ソーシャルワーカー、医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどが多職種協働で「チームケア」を推進し、在宅療養を支える医療・リハビリテーション支援体制を充実していくことが重要です。

これに対し、訪問診療や訪問看護による在宅支援と併せて、介護保険の地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」として相馬地方在宅医療・介護連携支援センターを設置（令和6年4月）し、在宅療養支援における医療と介護の連携の取り組みをさらに推進していきます。

在宅医療・介護連携推進事業の内容

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供強化体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発

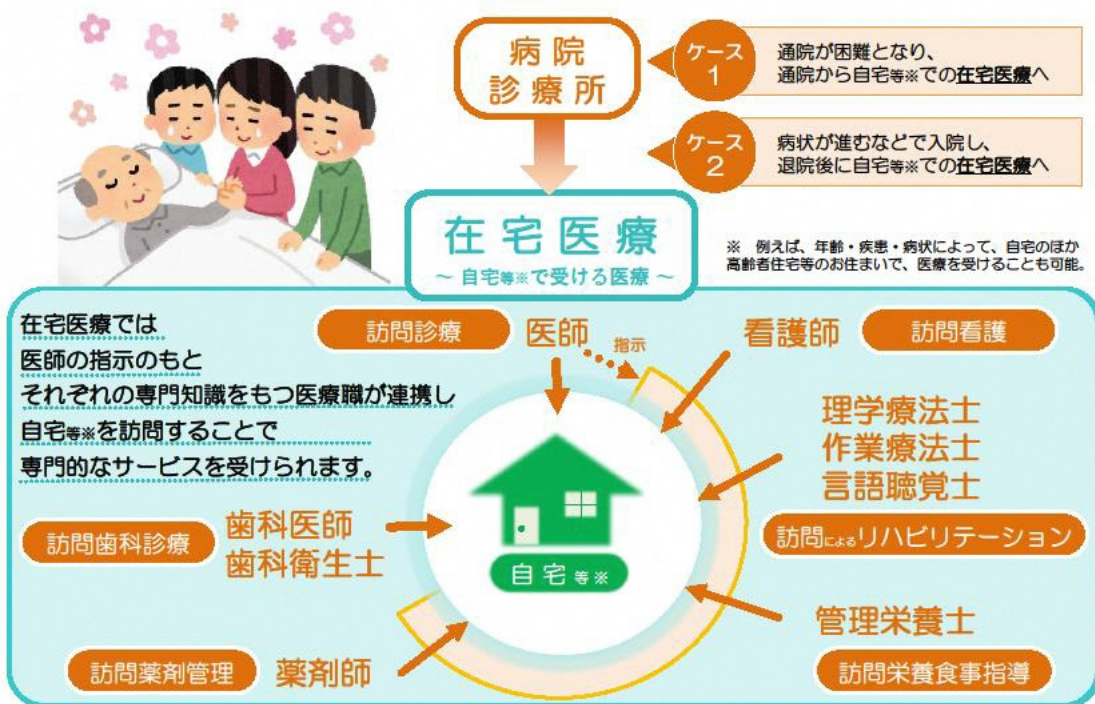


出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（厚生労働省老健局老人保健課）

（3）在宅医療推進事業【新規】

村と関わりながら人生を全うしたいと望む声もあり、自宅で看取りができるなど、在宅医療等の様々な医療サービスの充実を目指すとともに、福祉との連携を図っていきます。医療の資格を持たない方でもボランティアなどにより間接的な支援を行える体制づくりを目指します。

・ 自宅でも看取りができる在宅医療の推進



出典：在宅医療に関する普及・啓発リーフレット（厚生労働）

第2節 介護サービスの質と量の確保

1 介護サービスの充実

在宅の高齢者が、必要な時に必要なサービスを利用できるよう、介護サービスの提供体制の確保に努めます。

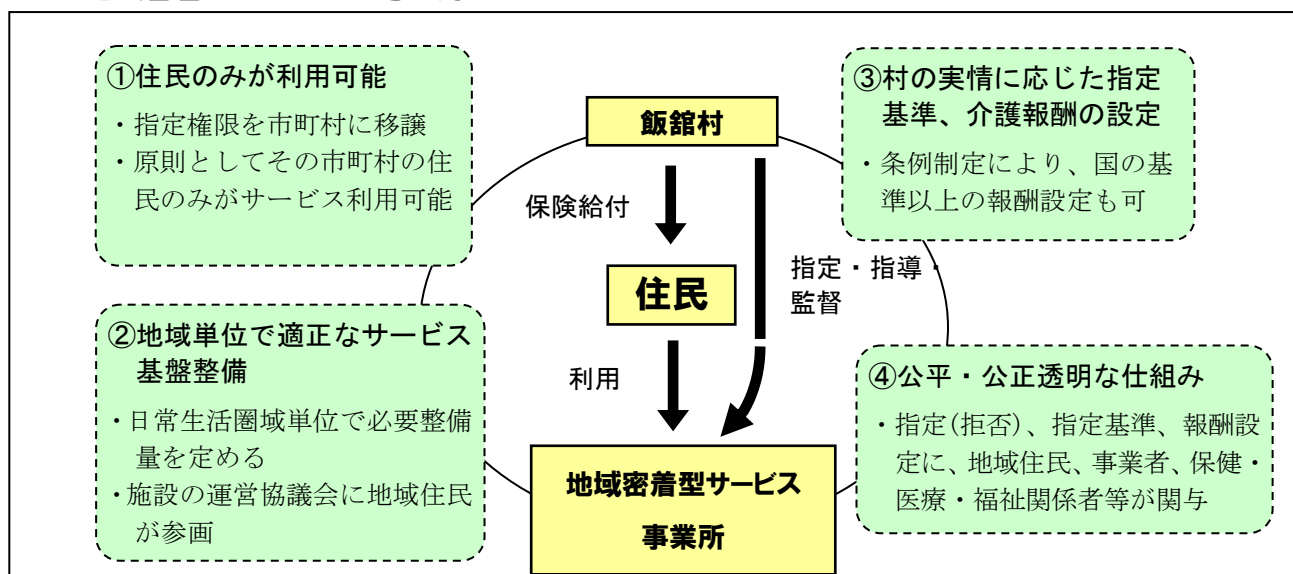
(1) 居宅サービスの充実

現在、村内での居宅サービスは、村内にサービス提供事業所がないため近隣市町村の事業所からのサービス提供になっています。避難先においては、ニーズに応じたサービスの種類と量が提供されていますが、今後、現体制では十分なサービス量が確保できないことも想定されます。村での生活支援推進と併せ、ニーズの把握等により整備すべきサービス等を検討する必要があります。

(2) 地域密着型サービスの充実

市町村が主体となり、身近な地域で、地域に即したサービスを提供することを目的とした地域密着型サービスについては、村に居住する要介護者の状況に応じ居宅サービスの確保状況に不足がある場合には、通所介護を中心に、訪問介護と短期入所介護とを、利用者の利便性に応じて組み合わせて提供することができる小規模多機能型居宅介護の整備を検討していきます。

■地域密着型サービスの考え方



※厚生労働省の資料をもとに作成

■地域密着型サービスの種類

サービスの種類	サービスの内容
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じ、短時間の定期巡回により訪問し、訪問介護や訪問看護サービスを一体的に提供するサービスです。
夜間対応型訪問介護	緊急時に通報により、24 時間、訪問介護が受けられるサービスで、主に要介護 3 以上の要介護者が対象となります。
認知症対応型通所介護	認知症の特性に配慮した通所介護です。
小規模多機能型居宅介護	身近な地域でのなじみの介護職員による多様なサービスをコンセプトに、登録定員 25 人の小規模多機能ホームへの通所を中心に、必要に応じて随時、その施設での短期入所や自宅での訪問介護を組み合わせ受けるサービスです。
認知症対応型共同生活介護	認知症の方を対象に、グループホームで入浴・排泄・食事などの介護、日常生活上の世話、機能訓練を行うサービスです。
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員 29 人以下の有料老人ホーム等で行われる介護サービスが介護保険の対象となるものです。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	居住地域内の小規模で 29 人以下の特別養護老人ホームです。
複合型サービス	小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせ提供されるサービスです。

(3) 施設サービスの充実

在宅での継続的な生活が困難な要介護者が、要介護状態区分等に応じて適切な施設を選択して利用できるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

現在、村内においては、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が運営されています。

今後、帰村し、入所を希望される方々のために、介護職員の確保支援に努め待機者の解消を進めていきます。

(4) 共生型サービスの導入推進

今後、障害福祉サービスを利用している方の高齢化が進むのに伴い、使い慣れた事業所の利用が継続できるよう、共生型サービスの導入を推進します。

共生型サービスのイメージ



2 介護保険事業の円滑な運営

質の高い介護サービスを安定的に確保するため、介護人材の育成を働きかけるとともに、サービス評価などの実施を促進していきます。

また、介護事業の指定等に関連する書類や、介護事業所における業務効率化や介護現場の負担軽減につながる施策についても取り組んでいきます。

(1) 介護人材の育成

ケアワーカーや生活相談員、ケアマネジャー、栄養士、看護師など、介護の現場で働く職員一人ひとりがいきいきと働き、高い水準のケアを展開することが、村全体の高齢者ケアの向上につながります。

そのため、村内の介護従事者が、新しい知識や技術を習得し、スキルアップを図れるよう、研修受講の支援や、介護従事者同士の積極的な情報交換・共有の促進に努めます。

(2) ケアマネジメントの質の向上

地域包括支援センターが、地域のケアマネジャーに対して、ケアプラン作成技術の指導・支援や、支援困難ケースに関する助言、ケアマネジャー同士の交流促進などを行い、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

(3) 適切な要支援・要介護認定の実施

要支援・要介護認定は、認定調査員の家庭訪問等による調査票と主治医の意見書により介護認定審査会で審査・判定します。

調査員一人ひとりに対して十分な研修・指導を行うなど、正確・公平な認定調査と審査会運営に努めていきます。

(4) サービス評価の実施促進

より高い水準のサービスの提供をめざし、自己評価や第三者評価など、村内の介護サービス事業所でのサービス評価の実施を促進していきます。

(5) 介護サービス事業者との連携強化

介護サービスの質的向上や地域に根ざしたサービスが展開されるように、サービス種別を超えた交流機会の創出を図るなど、介護サービス事業者間の連携を支援していきます。また、事業者と連携し、住民が介護に関する知識や技術を学べる講習会などが開催できるよう検討していきます。

(6) 介護給付等費用適正化

事業者による過度の利用者掘り起し抑制や不正請求などを防止し、長期的に安定した介護保険財政の運営につなげるため、給付内容の点検・確認などを行い費用の適正化に努めます。

(7) 文書の削減・見直し

電子申請システムの導入により、指定更新や変更届に伴う提出書類の削減を行い事業所の事務負担の軽減を図ります。

(8) ICT・介護ロボットの活用

地域医療確保総合確保基金補助金の活用により、介護現場における ICT 化や介護ロボットの導入を推進し、介護現場の負担軽減を図ります。また、県と連携を図りながら補助制度の周知及び申請手続きのサポートを行います。

(9) 自立支援及び重度化防止等に向けた取組

地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は軽減、若しくは、重度化防止への取組目標を設定し推進していきます。

自立支援・重度化防止の推進

項目	内容	令和6年度	令和7年度	令和8年度
活動指標	自立支援・重度化防止をテーマにした地域ケア会議の開催回数	4回	4回	4回
	通所型介護予防事業の開催回数と参加人数	23 回 (延べ 230 人)	23 回 (延べ 230 人)	24 回 (延べ 240 人)
成果目標	要介護認定者に占める要介護3～5の割合	41.0%	40.5%	40.0%
	要介護(要支援)認定率	21.0%	20.9%	20.8%

※令和4年度末の要介護3～5の割合 41.4%、認定率 21.2%

(10) 介護等人材確保推進支援事業【新規】

介護職員等の人材不足を解消し、将来的には在宅サービス等の再開もできるよう、専門学校への訪問や体験活動の実施などの多様な求人活動により、介護等の専門職の確保を支援します。

福祉の仕事が未経験の方に門戸を広げるため、様々な形での職場体験活動を行うことで、仕事への不安を解消し、スムーズな採用につながるよう支援します。また、介護職員の負担を減らしながら、安定したサービス提供を行うための村民ボランティアなど、間接的な支援も検討します。

第2章

基本目標2：健やかに暮らせる村

第1節 疾病予防・健康づくりの推進

1 健康増進事業の推進

特定健康診査やがん検診等により、疾病の早期発見を図るとともに、各種保健指導を推進し、村民の健康増進を図ります。また、一人ひとりの健康に対する意識づくりへの啓発も推進していきます。

さらに、保健事業と介護予防の一体的な事業展開により、情報の共有と連携を強化し、効果的なアプローチを進めていきます。

(1) 特定健康診査・がん検診等の推進

生活習慣病やがん等の早期発見・重症化予防を通して住民の生涯にわたる健康づくりのため、特定健康診査、後期高齢者健診、各種がん検診を推進します。

村では、40～74歳までの国民健康保険加入者を対象に内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した特定健康診査、75歳以上の後期高齢者を対象に後期高齢者健診の他、震災以降、福島県が実施する県民健康調査として、16歳以上の村民全てが検診の対象者となっています。

これらの健康診査・がん検診等は、未受診者の受診につながるよう、その必要性や内容についての啓発の強化に努めるとともに、医療機関・検診センター等の協力を得ながら、実施時期や場所など、受診しやすい環境づくりを図ります。

●健康診査・がん検診等の種類・対象年齢

16～19 歳	20～39 歳	40～49 歳	50～64 歳	65～74 歳	75 歳以上
		特定健康診査			後期高齢者健診
一般健診					
	子宮がん検診（女性）				
		胃がん検診			
		肺がん・結核検診			
		大腸がん検診			
		乳がん検診（女性）			
			前立腺がん検診		

50～70 歳まで

50～70歳まで

（２）健康診断受診率向上事業【新規】

村民の健康づくりを推進するため、地域サロンやサポートセンターつながっぺにて健康診断の重要性の周知や受診の呼びかけを行っていきます。また、検診を受けやすい環境づくりのために、集団検診では行政区ごとに日にちや時間を区切って案内し、待ち時間の短縮と混雑の回避に努めるとともに、検診会場内での保健指導を実施し、自身の健康と生活習慣を振り返る場を提供していきます。

健康診断の結果説明会は、参加者同士の意見交換を交えながら、自分自身で健康課題に気づき、生活習慣の改善を行えるように支援していきます。

（３）特定保健指導の推進

生活習慣病は、内臓脂肪型肥満に起因する 경우가多く、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。

そのため、特定健診の結果、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群」として特定保健指導の対象者と判定された方に対して、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善に関する特定保健指導を継続的に行い、糖尿病等の生活習慣病や、生活習慣病が重症化した虚血性心疾患、脳卒中等の発症リスクの低減に努めていきます。また、受診が必要な方へ対して、適切な受診勧奨に努めます。

（４）一般保健指導の推進

国保保健指導事業を活用した総合的な生活習慣病予防対策と、健康増進法に基づく一般健康指導として①行政区、老人クラブ、各サロンなどのグループに対する集団健康教育、②個別の保健指導（糖尿病や高血圧・脂質異常症など特定の疾病を有する方への個別指導）などを実施しています。

また、保健事業と介護予防の一体的な事業として、柔軟な保健指導の機会の確保や個々の高齢者に対する情報共有による連携を進め、迅速できめ細やかな対応に努めていきます。また、多くの住民が継続的に参加するように、実施内容については、工夫、検討を行っていきます。

（５）健康づくりの啓発

高齢者をはじめ誰もが、主体的に行える健康づくりを推進するためには、何よりも、住民一人ひとりが「自らの健康は自らつくる」という意識を持ち、主体的な取り組みを進めることが大切です。

そのため、広報などの媒体や健康教室、栄養教室、運動教室（地域包括支援セン

ターの介護予防事業を含む）等の各種教室などにより、「運動・栄養・休養」を基本とした健康意識づくりや健康づくりの知識の普及に努めます。また、地域・職域との連携を強化し、住民の健康づくりを促進していきます。

さらにストレス対処等についても「こころの健康教室」や「こころの健康講演会」を通じて、啓発と早期相談へつなげていきます。

第2節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

1 一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業と介護予防・生活支援サービス事業のさらなる推進を図ります。

地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取り組みを推進し、生活機能の維持、向上を図るための事業を展開し、できる限り介護状態にならずに、自らが望む生活を送り続けることができるよう支援していきます。

また、保健事業と介護予防の一体的な事業展開が可能になったため、さらに効果的な介護予防を目指し新たな取り組みを推進します。

(1) 介護予防把握事業の推進

介護予防活動への参加が望ましいにも関わらず、閉じこもり等で参加していない人を把握し、生活機能の低下のおそれがある高齢者の方を早期に介護予防へつなげるよう、「基本チェックリスト」を活用し、予防活動のメリットをわかりやすく説明しながら、サロン等通いの場への参加を働きかけていきます。

(2) 介護予防普及啓発事業の推進

介護予防についての基本的な知識を広く住民に普及を図るとともに、外出のきっかけづくりとなるように、介護予防教育・介護予防相談、訪問指導を実施していきます。

(3) 地域リハビリテーション活動支援事業の推進

地域リハビリテーション活動支援事業は、地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、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する事業です。

リハビリテーション専門職、すなわち理学療法士・作業療法士などにより、医療機関にかかっていない人も含め、本事業を積極的に活用し、地域リハビリテーションの底上げにつなげていきます。

(4) 一般介護予防事業評価事業の推進

一般介護予防事業評価事業は、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後評価を行う事業であり、このアンケートで把握する生活機能の低下のデータを経年で把握し、一般介護予防事業の成果を把握することができます。

（５）保健事業と介護予防の一体的な事業の推進

保健師等の保健医療専門職を配置することにより、経年的な健康診査の結果から地域の健康課題を分析し、フレイル等に該当する高齢者に対して、保健師や管理栄養士などの専門職による継続的な支援を行います。併せて住民主体の通いの場等へ保健師や栄養士などの専門職を派遣し、高齢者が自らの健康意識を高めるとともに、フレイル予防等の重要性について普及啓発を図ります。

２ 介護予防・生活支援サービス事業の推進

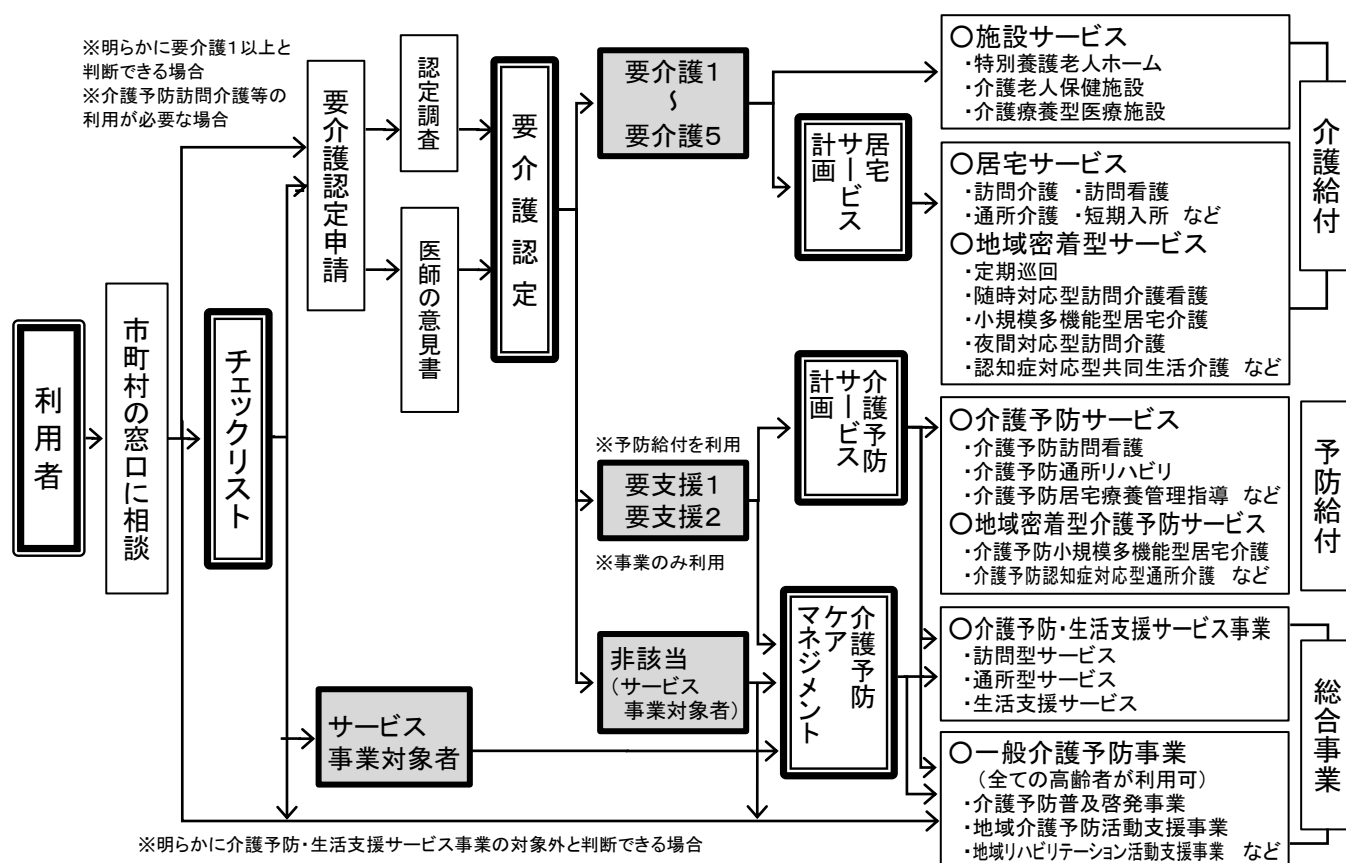
介護予防・日常生活支援総合事業のうち、訪問型サービス及び通所型サービスの介護予防・生活支援サービス事業を推進し、生活機能が低下し、要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、機能維持・改善につなげていきます。

（１）介護予防ケアマネジメントの実施

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者と「基本チェックリスト」でスクリーニングした方に対し、心身の状況等に応じ、必要な援助サービスをマネジメントする事業です。

介護予防・生活支援サービス事業では、要支援認定者への介護予防ケアマネジメントは、介護予防・生活支援サービス事業を利用するための介護予防ケアマネジメントと、介護保険予防給付を利用するための介護予防サービス計画の作成にわかれます。「基本チェックリスト」を活用し、介護予防ケアマネジメントの実施を図ります。

※明らかに要介護1以上と判断できる場合
※介護予防訪問介護等の利用が必要な場合



①訪問型サービス

特に今後は、元気な高齢者が生活支援の担い手となり、サービスを提供していくことは、社会参加の促進や介護予防、生きがいの充実の観点からも重要であることから、住民主体型のサービスである訪問型サービスBについて、早期の実施を検討します。

要支援者等に対し、機能訓練や集いの場等、日常生活上の支援を提供します。

（３）生活支援サービスの実施

介護予防・日常生活支援総合事業には、生活支援サービスが位置付けられています。具体的な事例として、①栄養改善を目的とした配食、②定期的な安否確認・

緊急時の対応などが例示されています。また、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」が「協議体」を通じて情報共有や連携強化を図り、事業を促進していくことが意図されています。

本村では、一般保健福祉施策においても、各種生活支援サービスを実施していますが、介護保険料も財源となる介護予防・日常生活支援総合事業への移行が妥当か、事業ごとに検討し、介護予防・日常生活支援総合事業での生活支援サービスを実施していきます。

また、生活支援体制整備事業を活用して、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の育成と「協議体」の設置を図るとともに、介護支援ボランティアポイント等の導入も検討していきます。

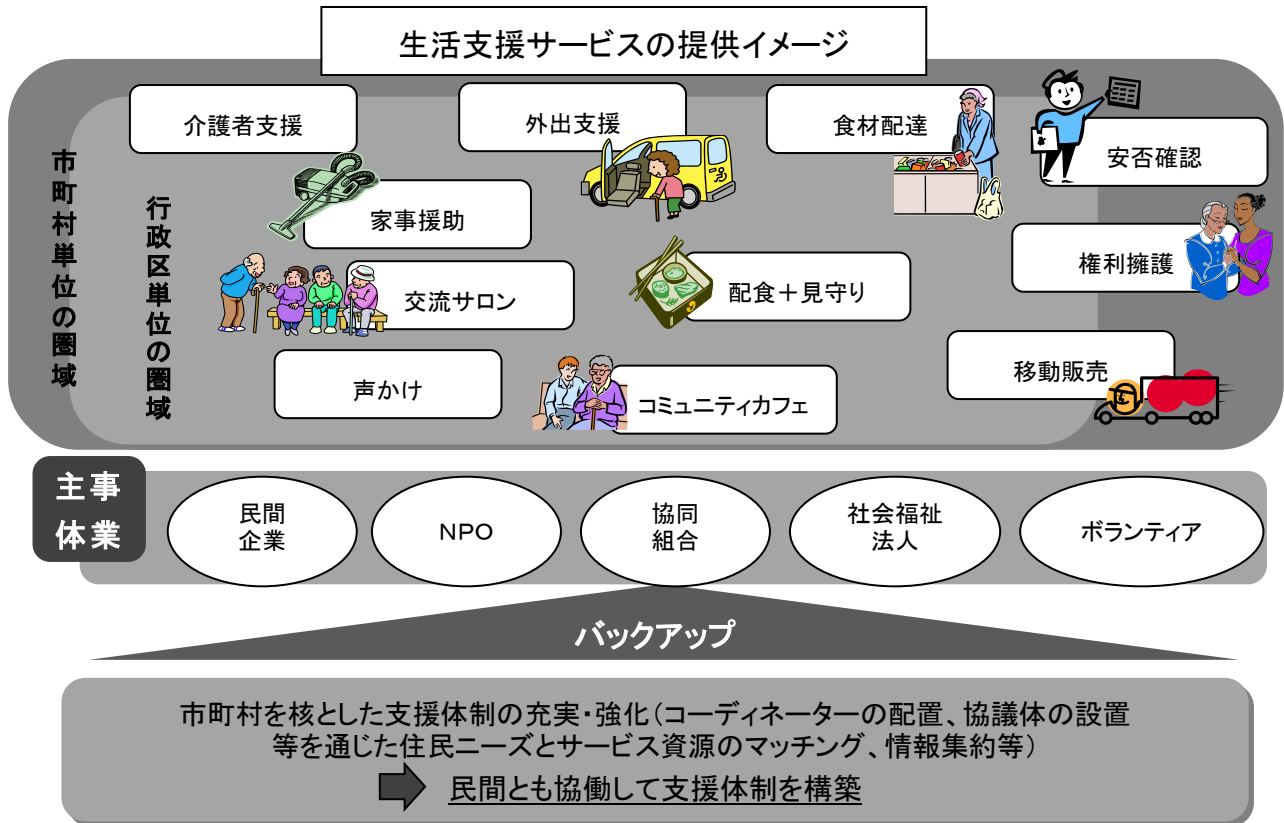
生活支援サービスのイメージ

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、共同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援



- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自動・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



（４）介護支援ボランティア制度（ボランティアポイント）の導入

要支援・要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者が、申請・登録を受け、受け入れ機関においてボランティア活動を行い、その活動時間に応じてボランティアポイントを付与され、交付金を受けることができる制度です。

高齢者自身の社会参加活動を通じた介護予防を推進するため、当制度の導入に努めます。

第3章

基本目標3：ともにささえあう村

第1節 社会参加の促進

1 交流活動の促進

高齢者の生涯学習・生涯スポーツなどへの参加を促進し、生きがいをづくりにつなげていきます。

(1) 老人クラブの活性化

高齢者の生きがいを高め、老人福祉の増進に積極的な役割を果たすものとして、老人クラブ活動は大変重要です。

今後も、会員相互の親睦や、高齢者が自ら得た知識・経験・技術を活かした社会貢献などを行う団体として、活動のさらなる活性化を図ります。そのために、単位クラブ間の交流や、他の地域団体との交流、地域行事への参加などを促進するとともに、健康づくりや介護予防などの事業との連携を図ります。また、広報等を通じて老人クラブの活動状況などの周知を図りながら、未加入者のクラブへの参加を働きかけていきます。

(2) 生涯学習機会の拡大

高齢者の生涯学習環境について、村では各種講座や教室の開催など学習機会の提供に努めています。

今後も高齢者の学習ニーズに対応した生涯学習情報の提供や講座の充実、自発的な学習活動の促進などに努めていきます。また、高齢者自身が長年培った知識や技術、経験を活かし活躍できる場の提供に取り組みます。

(3) スポーツ・レクリエーション機会の拡大

健康寿命の延伸や、介護予防・認知症予防のためには、長く続けることのできるスポーツや、楽しみながら身体を動かすレクリエーション活動が重要です。

今後も、村の生涯学習部門等が、多様なニーズに対応した講座やイベントなどの充実に努めるとともに、各種団体の自主的なスポーツ・レクリエーション活動への支援や、パークゴルフ場などの施設の利用促進に努めていきます。

また、スポーツ・レクリエーション活動を先導するリーダーの育成や、スポーツ施設の充実にも努めていきます。

(4) 地域活動への参加促進

高齢者の健康寿命の延伸を図る上で、気持ち、心のあり方は重要な要素であり、地域活動へ参加するなど、地域社会との関わりを持つことは、充実感や生きがいづくりにもつながります。地域社会においても、社会環境が大きく変化する中で、子育てや教育、福祉、防犯・防災、自然環境など、多種多様な課題が発生しており、高齢者の活躍に対する期待は高まっています。

そのため、ボランティア活動や村内の美化活動をはじめ、高齢者が多様な地域活動に積極的に参画し、いきいきと暮らせるように、地域における各種活動の機会の拡充や交流の場の充実を図ります。

(5) サポートセンター「つながっぺ」の利用推進

年齢を問わず村民が自由に集まり、交流する通いの場として飯舘村サポートセンター「つながっぺ」が開かれており、村民の方は誰でも利用できます。ここでは日中、軽運動やレクリエーションの他、趣味や製作活動等も行えます。また昼食も提供できるため、高齢者の社会参加、交流の場として広く利用を進めていきます。

(6) 地域活動支援センター「なのはな」への参加促進【新規】

令和5年10月より、障がいのある方が、地域において日常生活や社会活動を営むことができるよう、創作活動や地域交流活動の場として開所しました。村内での活動について周知を図り、参加を促すとともに、支援体制の構築・拡充に努めます。



飯舘村地域活動支援センター

なのはな



- ◎障がいのある方が地域において“日常生活や社会生活”を営むことができるように、創作的活動や地域交流活動の場を提供し、社会交流（地域とのつながり）の促進を行います。
- ◎日常生活の中での悩みなど、面談や電話で相談に応じます。
- ◎活動する仲間が集えるフリースペースとしての「居場所」作りを目的に活動しているセンターです。



●どんなことをするところ？

- *創作的活動（絵画・木工・料理教室など）
- *軽作業活動（プランター野菜の栽培や施設周辺の草むしりなど）
- *地域交流活動（地域で開催されるイベントの参加）
- *レクリエーション活動（ゲーム・カラオケ・軽運動など）
- *相談支援（日常生活での色々な問題や悩みについての相談ができます）



2 就労対策の推進

(1) 高齢者の雇用・就労の促進

高齢者の就労は、それまでの経験や知識を地域社会に還元する貴重な機会であるとともに、高齢者自身の介護予防や生きがいづくりにも多大な効果があると考えられます。

そのため、行政、ハローワーク、シルバー人材センター、企業等との連携を図り、高齢者の継続雇用や再就職、生きがい就労など、事業主への働きかけに努めていきます。

(2) 高齢者生きがい事業の推進

高齢者が、培ってきた知識や技術、職業経験や人脈などを活かしてして、ものづくりや販売などを行うことは、高齢者自身の生きがいづくりにつながるだけでなく、村の活性化のためにも重要です。本村の自然環境を活かした郷土色豊かな料理や土産品などの開発や生産など、高齢者の体力や能力、興味に応じた生産活動など、生きがい就労に重点を置いた取り組みでも、村の活性化に効果をもたらすことが期待されます。

そのため、国や県などの各種支援制度を活用しながら、高齢者が個人やグループで、本村の特産品等を活用した就労と生きがい活動が連動するような取り組みを村ぐるみで支援していきます。

第2節 安全で快適な生活の確保

1 人にやさしいむらづくりの推進

高齢者をはじめ、すべての人が安心して地域で快適に暮らせるむらづくりを推進します。

(1) 生活支援ワゴンの運行

高齢者にとって移動手段の確保が大きな課題になっています。現在、村では生活支援ワゴンを運行しています。役場、隣町での買物、村内クリニック、金融機関や道の駅への送迎をおこなっています。公共交通機関が少ない中で、今後も拡充を図っていきます。

(2) 村外介護サービス等送迎事業

自宅から村外のデイサービス、通所リハビリ等まで、利用者の要望に応え、それぞれの目的地まで送迎します。

(3) 高齢者等が安心して暮らせる住まいの確保【新規】

村内で生活する、一人暮らし高齢者や認知症高齢者、障がい者等が自宅での生活が困難になった際に、住まいと生活の一体的な支援ができるよう、関係機関と連携を図りながら、住まいの確保や見守り支援体制の構築に努めます。

2 安全安心なむらづくりの推進

防災・防犯・交通安全対策を進め、すべての人が安全に暮らせるむらづくりを推進します。

(1) 防災体制の充実

大規模災害の発生時に、地域の高齢者の安全確保が図れるよう、関係機関と連携しながら、緊急時の情報伝達や避難誘導、救助体制の充実を図ります。特に、一人暮らし高齢者や認知症高齢者、障がい者等に対して、一人ひとりの身体状況や生活状況に応じた情報伝達手段の確保と、地域包括支援センター、消防署・消防団、民生委員、自主防災組織が連携した避難支援対策を推進していきます。

(2) 避難行動要支援者名簿と個別支援計画の普及

災害時に、地域で要介護者、障がい者、ひとり暮らし高齢者、高齢者夫婦世帯など要配慮者を迅速・的確に支援できるよう、避難行動要支援者名簿の整備と定期的な更新を図るとともに、民生委員・児童委員、消防団、自主防災組織などの協力を

得ながら、要配慮者一人ひとりについて、誰が支援してどこに避難させるか等を定める個別支援計画の普及に努めます。

（３）防犯対策の充実

高齢者への犯罪を防止するため、高齢者が被害に遭いやすい悪質商法の未然防止などに取り組んでいます。

今後も、広報等を通じて防犯意識と地域連帯意識の高揚を図るとともに、相談活動・見守り活動を通じて発生の未然防止に努めます。また、高齢者を狙った悪質な商法など消費者被害の防止のため、民生委員や警察などによる高齢者への消費者相談・消費者教育の強化を促進・要望します。

（４）交通安全対策の推進

車社会といわれる現代において、高齢者の交通事故の危険性は日々高まっています。

高齢者が交通事故にあうことなく、安全に日常生活を営むことができるよう、高齢者の交通安全講座などを通じて高齢者やドライバーへの意識啓発を図るとともに、カーブミラー、横断歩道など交通安全施設の充実に努めていきます。

（５）感染症対策等の推進

新型コロナウイルス感染症はもとより、今後も新たな感染症等への対策が求められます。特に基礎疾患の多い高齢者への影響も大きいため、正確な情報把握及び提供、感染防止に向けた体制構築等、国、県また圏域市町村や医療等関連機関との連携の見直し等を含め、対策を推進していきます。

第3節 支えあうむらづくりの推進

1 住民主体型の福祉社会の形成

村民の福祉意識を啓発し、高齢者を地域で支えるボランティア活動の活性化を図ります。

(1) 福祉意識の啓発

少子高齢化や核家族化が進行するなか、福祉活動の重要性が拡大する一方、住民の福祉に関する意識や知識、技術は、まだまだ十分とはいえません。

地域全体で支えあうむらづくりをめざし、教育・福祉関係者、地域住民などが連携を図り、福祉問題に関する啓発に努めるとともに、誰もが気軽に体験しながら福祉について学べ、実践できる体制づくりを進めます。

(2) 福祉教育の推進

村内の義務教育学校では、福祉施設への訪問や地域の高齢者との交流などの活動を通じて福祉教育を推進しています。

今後も、村の教育部門と福祉部門、社会福祉協議会等が連携して体験型等の福祉教育を推進していきます。また、児童・生徒だけでなく、教職員に対する福祉教育分野の研修機会づくりに努めます。

(3) 社会福祉協議会の体制強化の促進

社会福祉協議会は、地域福祉の中心的な担い手として、また、高齢者や障がい者などへのサービス提供機関として、各種事業を推進しています。支援が必要な村民に、ニーズに沿った十分な介護や福祉が提供できるよう、事業運営などに対する支援を推進していきます。

(4) ボランティア活動の活性化

高齢者一人ひとりにきめ細かな支援を行っていくためには、介護保険などフォーマル（公的）なサービスだけでは限界があり、ボランティアの協力なしに、地域の介護・福祉を支えていくことができません。より多くの住民がボランティア活動に参加し、高齢者等の支援などの活動が活発に行われるよう、広報等による参加呼びかけや社会福祉協議会と連携した取り組みを展開していきます。

(5) 地域での高齢者見守り体制の強化

本村では、ひとり暮らし高齢者に対して、行政区、老人クラブをはじめ各種団体や、民生委員、隣近所の住民、行政職員などによる、高齢者の見守り活動が進めら

れています。今後、ますますひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加が予想され、高齢者を地域で見守る重要性が高まっていることから、こうした活動を継続して進めていくとともに、見守りボランティアや声かけボランティアなど、新たな住民主体の見守りシステムづくりを検討し、見守り体制の強化を図ります。また、プライバシーに配慮しながら、見守りが必要な高齢者に関する情報を相互に交換するなど、団体間の連携等を強化することで、効果的な事業実施に努めます。

（６）地域お助け合い事業内容拡充事業【新規】

介助等が必要で生活に困る方や孤独な子育てに悩む方など様々な方に向けて、これまで実施してきた地域お助け合い事業を拡充し、支え合いの仕組みを強化します。「できる時に・できる人が・できること」を少しずつ助け合う仕組みにより、支援する側の生きがいくつくりとなるよう展開します。

2 地域支援事業（任意事業）・福祉事業の推進

介護保険サービスでは対応できない生活支援ニーズに対し、在宅福祉サービスを実施していきます。

（１）日常生活自立支援事業の実施

本村では、日常生活自立支援事業として『あんしんサポート』を提供しています。この事業は、高齢者、障がい者等を対象にある程度判断能力がある方本人と県社協、村社協の３者で契約を結び、日常的金銭管理、書類預かりを行うサービスです。

（２）日常生活用具貸出事業の実施

地域福祉サービス事業のひとつとして、日常生活の中で、援助が必要な方に行う福祉用具の貸出事業です。

（３）生活福祉資金貸付事業の実施

他の貸付制度が利用できない、低所得世帯や障がい者世帯などの経済的自立と生活の安定を目指し、村社会福祉協議会が窓口になって県社会福祉協議会が貸し付けを行うものです。

（４）家族介護者への支援

寝たきりや重度の認知症の高齢者を介護する家族介護者に対して、紙おむつ、尿取りパッドなどの家族介護用品の支給などを実施しています。

今後も、同事業を引き続き推進していきます。

（５）介護予防教室の推進

高齢者を対象に、①低栄養予防教室、②腰痛・ひざ痛予防教室、③認知症予防教室、④口腔ケア教室、リハビリテーション専門職による教室・個別指導、⑤うつ・閉じこもりの方への訪問を行い、高齢者の介護予防を推進していきます。

第4節 被災者支援の拡充

1 支援体制の構築

村で生活する高齢者また、いまだ避難先の住宅等で暮らす高齢者の心身の健康及び安心した生活が継続できるように、支える仕組みの構築を進めています。このような、介護や高齢化に関する課題だけではない幅広い分野に対しても、重層的な支援が行き届くよう、分野を跨いだ支援体制の構築を推進します。

(1) 生活支援相談員事業の推進

村で生活する高齢者やいまだ避難先の住宅等で暮らす高齢者に対する生活復興支援のため、見守り、相談、福祉制度等の情報提供及び村内や避難先における交流の場づくり等に取り組む事業を推進します。

2 安心して村で生活するための取組み

被災者の心身の健康及び安心した生活が継続できるように、支援する仕組みの構築を進めています。

(1) サポートセンターの利用促進

サポートセンター「つながっぺ」の利用促進を通して、高齢者の日中の居場所づくりや、生きがいつくりの場所として活用し、住む場所に関わらず、高齢者が交流し支え合う場を作ることで、安心した生活を送れる体制づくりに努めます。

第3編 介護保険事業量の 見込みと給付費の推計

第1章 介護保険サービス量の見込み

第9期計画期間における介護保険サービス量（1月あたり平均利用人数・利用回数（日数））の見込みは以下の表の通りです。

介護保険サービス量の見込み

1 予防給付

区分		単位	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
(1) 介護予防サービス						
①	介護予防訪問入浴介護	回数	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0
②	介護予防訪問看護	回数	55	55	55	55
		人数	12	13	13	13
③	介護予防訪問リハビリテーション	回数	14	0	0	0
		人数	1	0	0	0
④	介護予防居宅療養管理指導	人数	3	2	2	2
⑤	介護予防通所リハビリテーション	人数	13	14	14	14
⑥	介護予防短期入所生活介護	日数	44	30	30	30
		人数	6	6	6	6
⑦	介護予防短期入所療養介護（老健）	日数	4	0	0	0
		人数	1	0	0	0
⑧	介護予防短期入所療養介護（病院等）	日数	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0
⑨	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	日数	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0
⑩	介護予防福祉用具貸与	人数	55	58	57	56
⑪	特定介護予防福祉用具購入費	人数	1	2	2	2
⑫	介護予防住宅改修	人数	0	0	0	0
⑬	介護予防特定施設入居者生活介護	人数	0	0	0	0
(2) 地域密着型介護予防サービス						
①	介護予防認知症対応型通所介護	回数	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0
②	介護予防小規模多機能型居宅介護	人数	0	0	0	0
③	介護予防認知症対応型共同生活介護	人数	0	0	0	0
(3) 介護予防支援		人数	72	75	73	73

※厚生労働省「地域包括ケア見える化システム」による推計値（以下同じ）。

※単位未満は四捨五入により端数処理を行っているため、合計が一致しない場合があります。

2 介護給付

区分		単位	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
(1) 居宅サービス						
①	訪問介護	回数	941	899	965	820
		人数	31	37	39	34
②	訪問入浴介護	回数	39	47	47	44
		人数	9	13	13	12
③	訪問看護	回数	206	229	229	223
		人数	27	30	30	29
④	訪問リハビリテーション	回数	15	18	9	9
		人数	2	2	1	1
⑤	居宅療養管理指導	人数	31	32	29	27
⑥	通所介護	回数	584	571	567	531
		人数	69	71	70	66
⑦	通所リハビリテーション	回数	138	132	132	132
		人数	20	17	17	17
⑧	短期入所生活介護	日数	375	398	398	388
		人数	34	35	35	34
⑨	短期入所療養介護(老健)	日数	41	63	78	63
		人数	4	6	7	6
⑩	短期入所療養介護(病院等)	日数	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0
⑪	短期入所療養介護(介護医療院)	日数	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0
⑫	福祉用具貸与	人数	86	85	87	83
⑬	特定福祉用具購入費	人数	1	1	1	1
⑭	住宅改修費	人数	0	0	0	0
⑮	特定施設入居者生活介護	人数	22	24	24	24
(2) 地域密着型サービス						
①	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	1	0	0	0
②	夜間対応型訪問介護	人数	0	0	0	0
③	地域密着型通所介護	回数	81	56	71	68
		人数	14	18	23	22
④	認知症対応型通所介護	回数	12	3	3	3
		人数	2	1	1	1
⑤	小規模多機能型居宅介護	人数	0	1	1	1
⑥	認知症対応型共同生活介護	人数	3	3	3	3
⑦	地域密着型特定施設入居者生活介護	人数	0	0	0	0
⑧	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数	0	0	0	0
⑨	看護小規模多機能型居宅介護	人数	4	0	0	0
(3) 施設サービス						
①	介護老人福祉施設	人数	93	96	96	96
②	介護老人保健施設	人数	31	33	33	33
③	介護医療院	人数	0	0	0	0
④	介護療養型医療施設	人数	0	0	0	0
(4) 居宅介護支援		人数	135	119	116	112

第2章 介護保険給付費等の見込み

第1節 介護保険給付費の見込み

介護給付費は、高齢者の安心・安全な暮らしを社会全体で支える介護保険制度のサービス利用料のうち、保険者である村が負担する金額のことを指します。

第9期計画期間における介護保険給付費の見込みは以下の表の通りです。

介護保険給付費の見込み

1 予防給付

(単位：千円)

区分		令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
(1)介護予防サービス					
①	介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
②	介護予防訪問看護	3,636	3,740	3,745	3,745
③	介護予防訪問リハビリテーション	518	0	0	0
④	介護予防居宅療養管理指導	555	321	321	321
⑤	介護予防通所リハビリテーション	5,646	5,468	5,475	5,475
⑥	介護予防短期入所生活介護	3,553	2,435	2,438	2,438
⑦	介護予防短期入所療養介護(老健)	218	0	0	0
⑧	介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0
⑨	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0
⑩	介護予防福祉用具貸与	6,912	6,815	6,688	6,579
⑪	特定介護予防福祉用具購入費	613	941	941	941
⑫	介護予防住宅改修	0	0	0	0
⑬	介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
(2)地域密着型介護予防サービス					
①	介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
②	介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
③	介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
(3)介護予防支援		3,874	4,091	3,986	3,986
予防給付費計		25,526	23,811	23,594	23,485

※合計欄は、各サービスの円単位の給付費を合計し、千円単位で表記したもの(以下同じ)。

※単位未満は四捨五入により端数処理を行っているため、合計が一致しない場合があります。

2 介護給付

(単位：千円)

区分		令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
(1) 居宅サービス					
①	訪問介護	36,975	35,414	37,713	32,221
②	訪問入浴介護	6,326	7,736	7,746	7,197
③	訪問看護	14,471	14,584	14,603	14,162
④	訪問リハビリテーション	590	701	351	351
⑤	居宅療養管理指導	3,958	3,853	3,496	3,181
⑥	通所介護	61,008	59,424	59,787	55,610
⑦	通所リハビリテーション	16,957	14,306	14,324	14,324
⑧	短期入所生活介護	42,297	40,084	40,135	39,054
⑨	短期入所療養介護(老健)	6,680	9,398	11,598	9,410
⑩	短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0
⑪	短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0
⑫	福祉用具貸与	19,407	14,340	14,866	14,019
⑬	特定福祉用具購入費	417	417	417	417
⑭	住宅改修費	0	0	0	0
⑮	特定施設入居者生活介護	61,544	57,317	57,389	57,389
(2) 地域密着型サービス					
①	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,765	0	0	0
②	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
③	地域密着型通所介護	7,805	5,400	6,852	6,563
④	認知症対応型通所介護	1,758	446	446	446
⑤	小規模多機能型居宅介護	0	2,226	2,228	2,228
⑥	認知症対応型共同生活介護	10,677	9,566	9,578	9,578
⑦	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
⑧	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
⑨	看護小規模多機能型居宅介護	16,045	0	0	0
(3) 施設サービス					
①	介護老人福祉施設	345,933	311,710	312,104	312,104
②	介護老人保健施設	127,289	120,905	121,058	121,058
③	介護医療院	0	0	0	0
④	介護療養型医療施設	0	0	0	0
(4) 居宅介護支援		23,520	20,951	20,497	19,730
介護給付費計		806,421	728,778	735,188	719,042

3 総給付費

(単位：千円)

区分	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
予防給付費計	25,526	23,811	23,594	23,485
介護給付費計	806,421	728,778	735,188	719,042
総給付費	831,947	752,589	758,782	742,527

第2節 地域支援事業費の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業や包括的支援事業などにより、予防重視型の施策展開を図るための地域支援事業費は以下の通り見込みます。

地域支援事業費の見込み

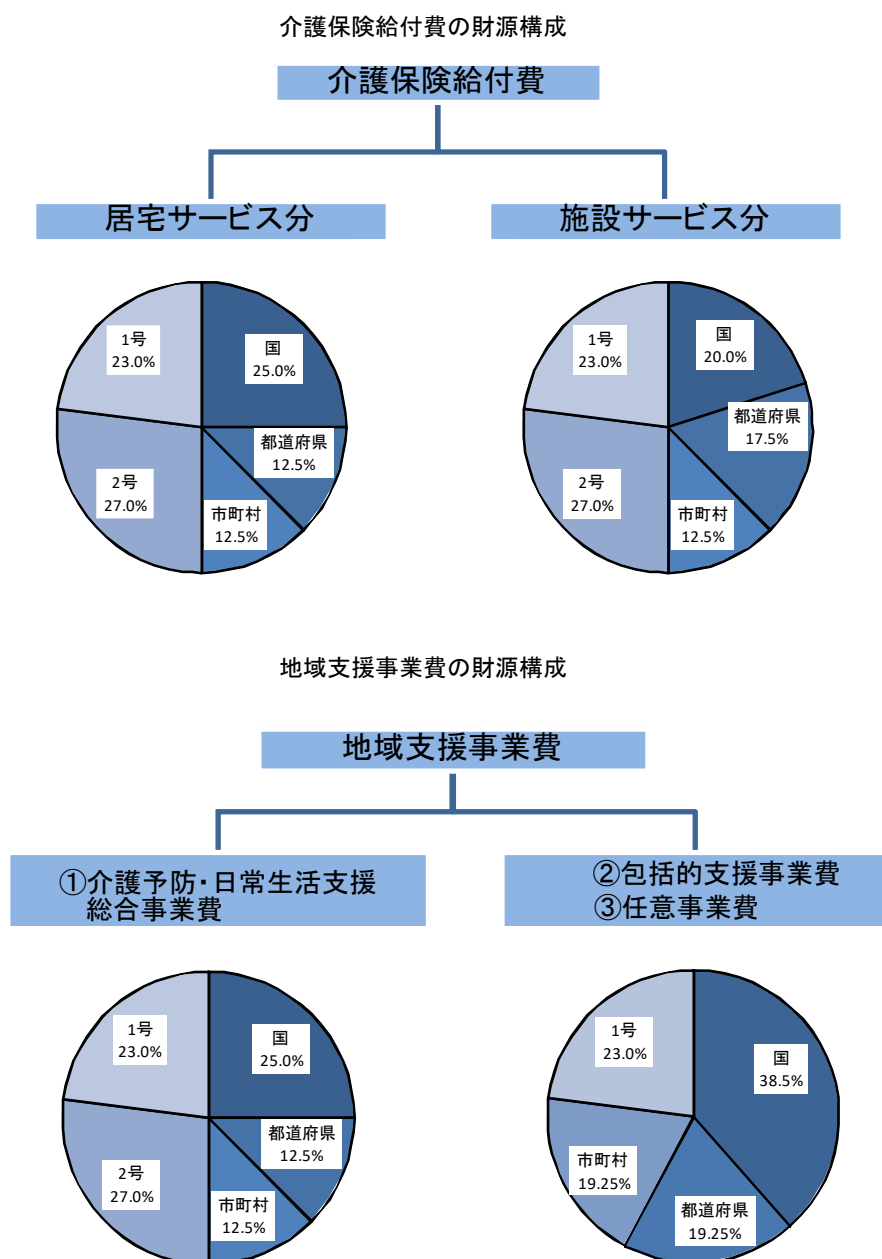
(単位：千円)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	23,047	23,047	23,047
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	11,907	11,907	11,907
包括的支援事業(社会保障充実分)	3,740	3,740	3,740
合計	38,694	38,694	38,694

第3章 第1号被保険者介護保険料の設定

第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の各所得段階別の介護保険料は、以下の通り見込みます。

まず、第9期計画期間の財源構成のうち、第1号被保険者の負担割合は、23%
第2号被保険者は、27%になります。



次に、第9期計画期間の第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の各所得段階別人数を過去の実績をもとに推計します。

介護保険給付費、地域支援事業費のほか、特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、算定対象審査支払手数料をまかなうのに必要な介護保険料は、基準額である所得段階「第5段階」の方で、年額75,600円（月額6,300円）と推計します。所得段階に応じてその0.285～2.4倍になります。

$$\text{各段階別基準年額} = \text{基準月額（6,300円）} \times 12 \text{ カ月} \times \text{各段階の乗率}$$

第1号被保険者の介護保険料の見込み

段階	令和6年度 被保険者数	人口 構成比	年額保険料 (単位：円)	保険料 の乗率	対象
1段階	409人	19.6%	34,400 (21,600)	0.455 (0.285)	世帯全員非課税及び合計所課税年金収入額が80万円以下
2段階	217人	10.4%	51,800 (36,700)	0.685 (0.485)	世帯全員が村民税非課税で本人の年金収入等が80万円超120万円以下
3段階	163人	7.8%	52,200 (51,800)	0.69 (0.685)	世帯全員が村民税非課税で本人の年金収入等が120万円超え
4段階	398人	19.2%	68,100	0.9	世帯課税で本人非課税及び合計所得+課税年金収入額が80万円以下
5段階 (基準)	407人	19.6%	75,600	1.0	世帯課税で本人非課税及び合計所得+課税年金収入額が80万円超え
6段階	183人	8.8%	90,800	1.2	本人課税で合計所得120万円未満
7段階	159人	7.7%	98,300	1.3	本人課税で合計所得120万円以上210万円未満
8段階	79人	3.8%	113,400	1.5	本人課税で合計所得210万円以上320万円未満
9段階	29人	1.4%	128,600	1.7	本人課税で合計所得320万円以上420万円未満
10段階	12人	0.6%	143,700	1.9	本人課税で合計所得420万円以上520万円未満
11段階	11人	0.5%	158,800	2.1	本人課税で合計所得520万円以上620万円未満
12段階	3人	0.1%	173,900	2.3	本人課税で合計所得620万円以上720万円未満
13段階	9人	0.4%	181,500	2.4	本人課税で合計所得720万円以上
計	2,079人	100.0%			

※月額保険料は、厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システムによる推計値で、これを12倍し、端数を切り捨てたものを年額保険料とする。

※所得段階別人口構成比は、3年間変わらないものと仮定して推計を行っている。

※1段階のカッコ内は、負担軽減措置対応による数値である。

第4編 計画の推進に向けて

第1章 庁内の推進体制

- 本計画は、高齢者の生活全般に係る計画であり、介護・福祉・保健・医療・教育・生活環境等と多岐の分野にわたるため、関係課、関係機関・団体などと連携を図りながら、総合的かつ計画的な計画の推進を図ります。
- 分野横断的な庁内の推進体制を整備し、計画の進捗状況の管理と情報の共有化を図り、各所管の責任や役割を認識し、互いに力を合わせながら、全庁的な取り組みを進めます。
- 本事業等の統計資料などにより、サービス利用の状況や財政の状況などを定期的に確認し、進捗状況を把握できるようにします。
- 事業の質的な評価を行っていけるよう、相談や苦情等をはじめ、住民・団体・事業者の意見・要望・評価などの収集・整理に努めます。
- 3年ごとの見直しの時点では、被保険者、事業者などを含め関係分野から意見を聴取し、幅広い視点からの評価を行います。

第2章 介護保険運営協議会の運営

- 介護保険事業に関しては、学識経験者及び被保険者等から構成される「飯舘村介護保険運営協議会」を設置しています。
- 本計画策定後も、定期的な事業運営状況の把握及び課題抽出・検討などを行い、本計画・本事業の円滑な運営を推進します。

第10期高齢者保健福祉計画 第9期介護保険事業計画

発行 令和6年3月

発行者・編集 飯舘村

〒960-1892 福島県相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢 580-1

TEL：0244(42)1611 FAX：0244(42)1601



飯 舘 村

