

**第 9 期大津町高齢者福祉計画
及び介護保険事業計画**

(答申)

令和 6 年 2 月

大津町介護保険事業計画等策定委員会

～ 目 次 ～

第1章	計画策定の概要	1
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	計画の策定体制	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	5
第2章	高齢者を取り巻く状況	7
1	人口と高齢者の状況	7
2	各種調査結果からみる本町の状況	13
第3章	基本理念と計画策定の考え方	27
1	計画の目指す姿	27
2	目指す姿の実現に向けた基本目標等の設定	28
3	本計画期間中の重点的取組と目標の設定	30
第4章	高齢者施策の推進	34
主要施策1	生涯現役社会の充実	34
主要施策2	地域包括ケアシステムの深化・推進	45
主要施策3	認知症になっても安心して暮らせる体制の構築	64
主要施策4	在宅で安心して暮らし続けるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実	75
主要施策5	多様な住まい・サービスの整備促進	79
主要施策6	介護人材の確保とサービスの質の向上	83
主要施策7	防災と感染症対策	90
第5章	介護保険事業の展開	94
1	認定者等の推移と予測	94
2	介護保険サービスの量の見込みと確保策	95
第6章	介護保険事業に係る費用と保険料の算出	112
1	介護保険事業費の算出	112
2	介護保険料基準額の算出	116
第7章	計画の推進	118
1	町民、サービス提供機関、行政の役割	118
2	庁内関係部局の連携と進捗状況の管理	119

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(2025)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(2025)年が近づく中で、更にその先を展望すると、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年に向け、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢人口がピークを迎える見込みとなっています。また、世帯主が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が増加も見込まれるなど、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。

このような状況を踏まえ、令和7(2025)年及び令和22(2040)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つて「第9期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」を策定します。

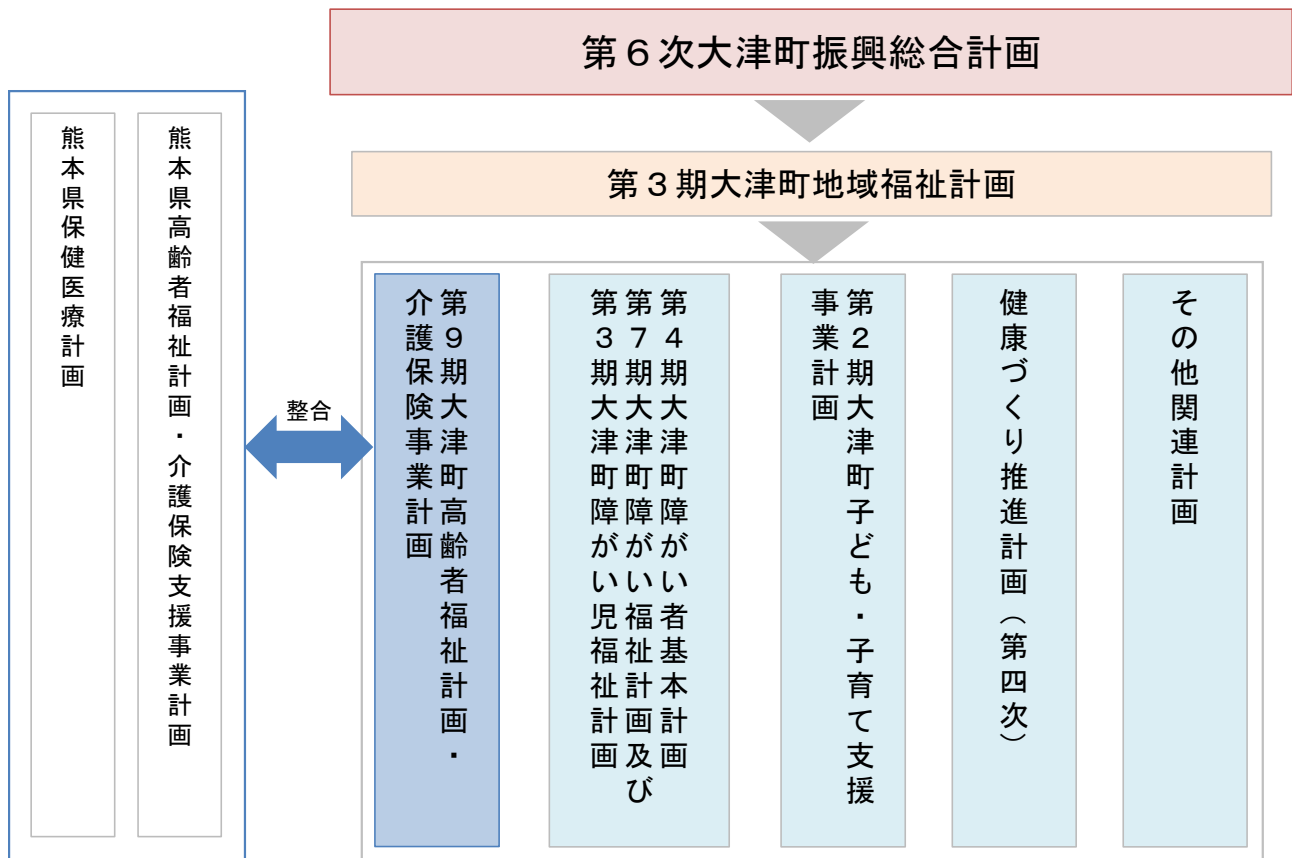
2 計画の位置付け

高齢者福祉計画は「老人福祉法第20条の8」、介護保険事業計画は「介護保険法第117条」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意向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、町の行政運営指針の最上位計画である「大津町振興総合計画」や、福祉関連計画の上位計画である「地域福祉計画」の基本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。

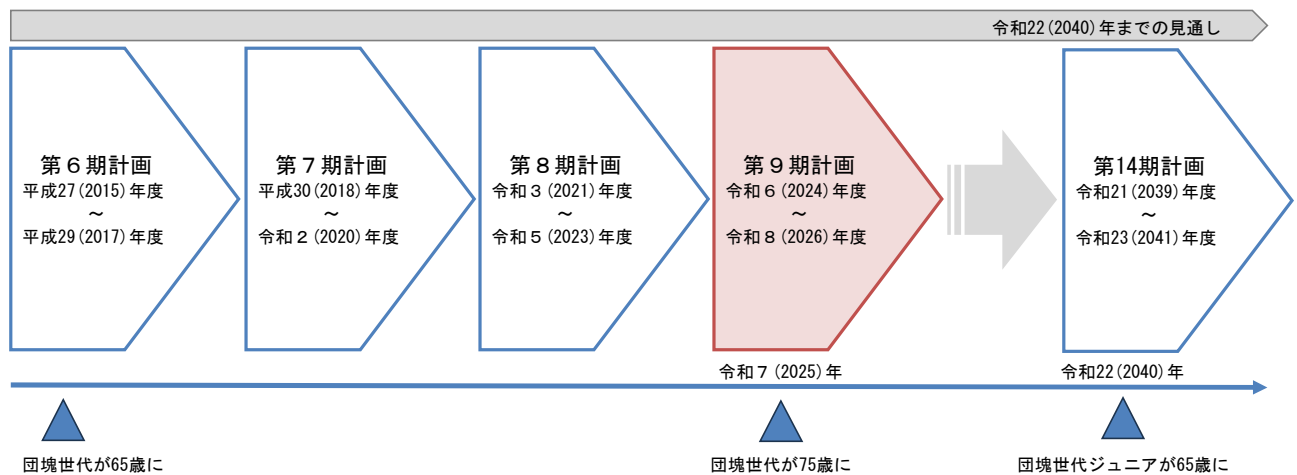
さらに、在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築を一層推進するため、熊本県保健医療計画との整合性を確保します。



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（2040）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 計画の策定体制

(1) 大津町介護保険事業計画等策定委員会

本計画を検討するため、医療・保健・福祉関係者、学識経験者、地域団体関係者等で構成する大津町介護保険事業計画等策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者を対象に、現在の生活状況や社会参加、今後の生活についての意向など、地域の抱える課題の特定に資することを目的として実施しました。

(3) 在宅介護実態調査

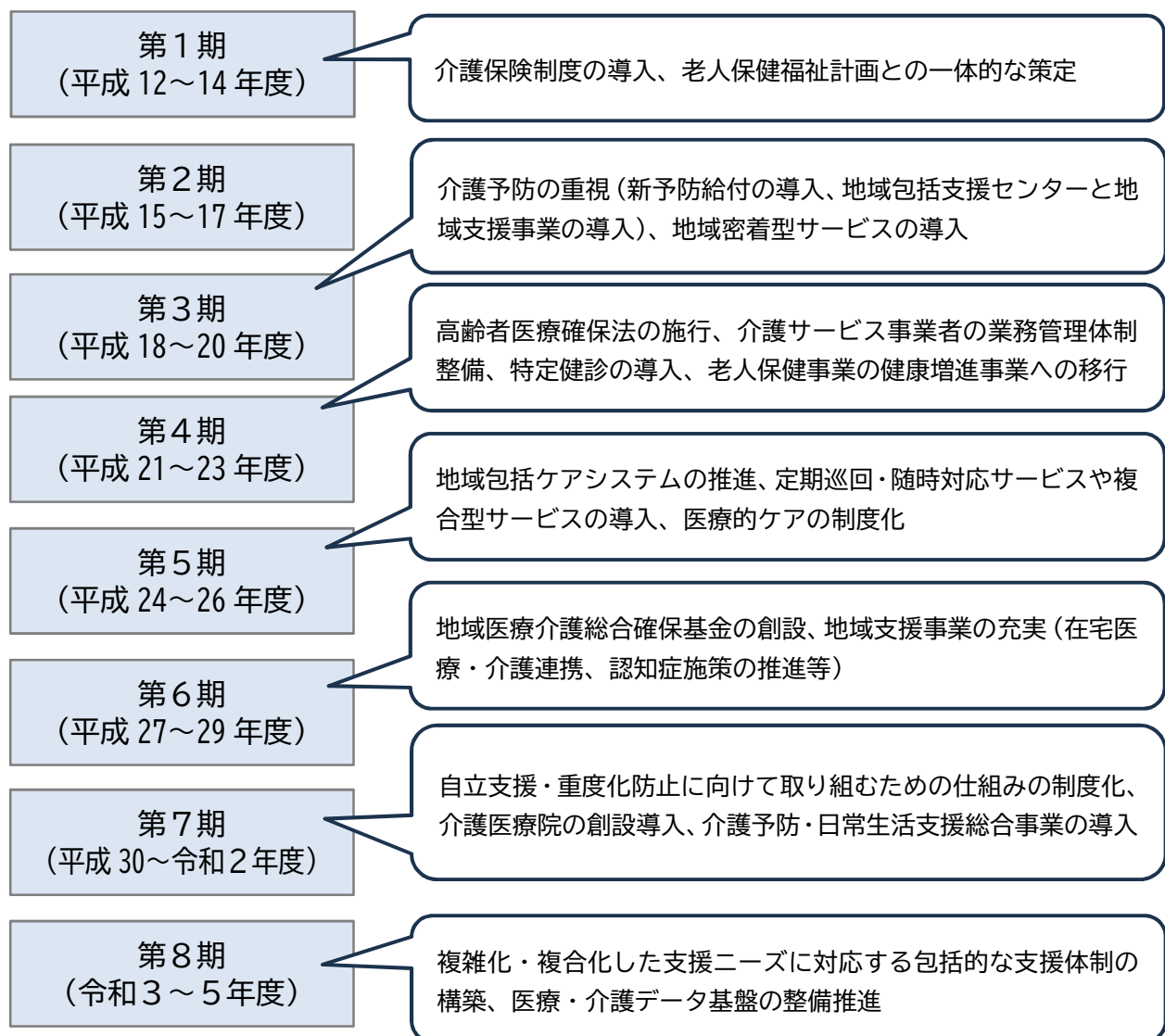
「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点を計画に盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスのあり方を検討することを目的として実施しました。

(4) パブリックコメントの実施

計画について、幅広く町民の声を聞くため、ホームページに掲載するとともに、本庁介護保険課などで閲覧できるようにするなど内容を公開し、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（2000）年に介護保険制度が創設されました。平成 24（2012）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（2015）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（2018）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（2021）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。



6 第9期介護保険事業計画の基本指針

(1) 基本的考え方

- 第9期介護保険事業計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- 全国的には、高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、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、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- 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、優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

(2) 見直しの要点

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

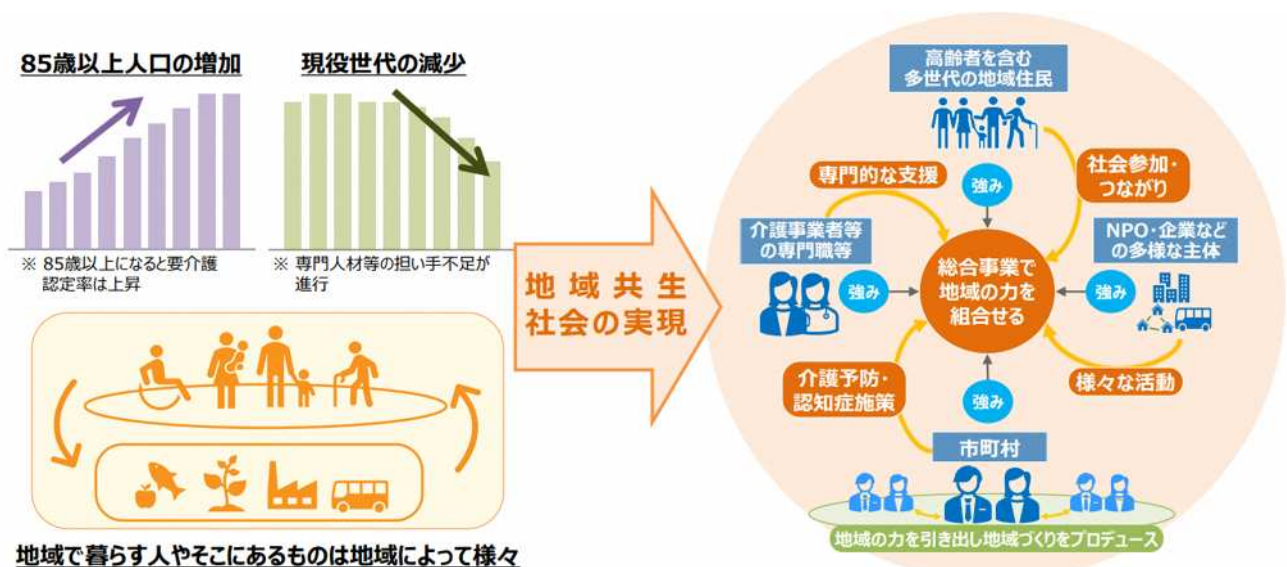
イ) デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

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



第2章 高齢者を取り巻く状況

1 人口と高齢者の状況

(1) 年齢3区分別人口構成の推移及び推計

本町の総人口は令和5年時点で35,967人となっており、65歳以上の老年人口は8,333人、総人口に占める割合は23.2%となっています。

全国的に少子高齢化が進展していくなか、大津町は今後も総人口は増加し続け、令和22年には総人口40,014人、高齢化率25.6%となることが予測されています。



出典：住民基本台帳（令和3～5年）

コーホート変化率法による推計（令和6年～）

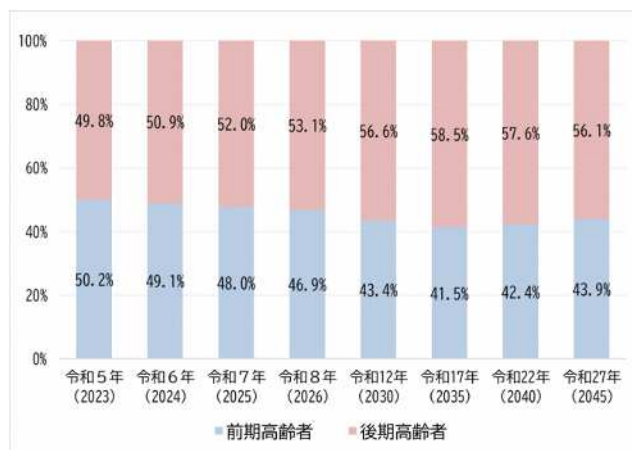
(2) 高齢者年齢2区分別人口、構成の推移及び推計

本町の高齢者人口は令和5年時点で8,333人、そのうち前期・後期高齢者の割合はほぼ同水準となっています。今後は後期高齢者が増加していく推計となっており、令和22年の後期高齢者人口は5,914人、構成割合は57.6%となることが予測されています。

【高齢者年齢2区分人口】



【高齢者年齢2区分構成割合】

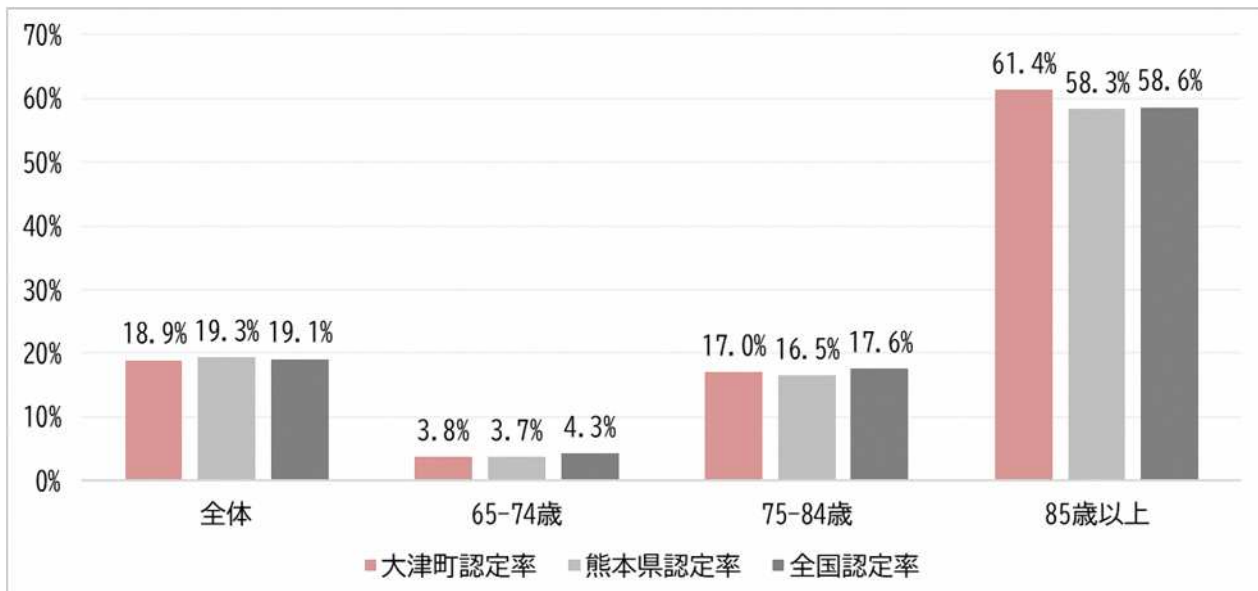


出典：住民基本台帳（令和5年）

コーホート変化率法による推計（令和6年～）

(3) 年齢3区分別認定者割合

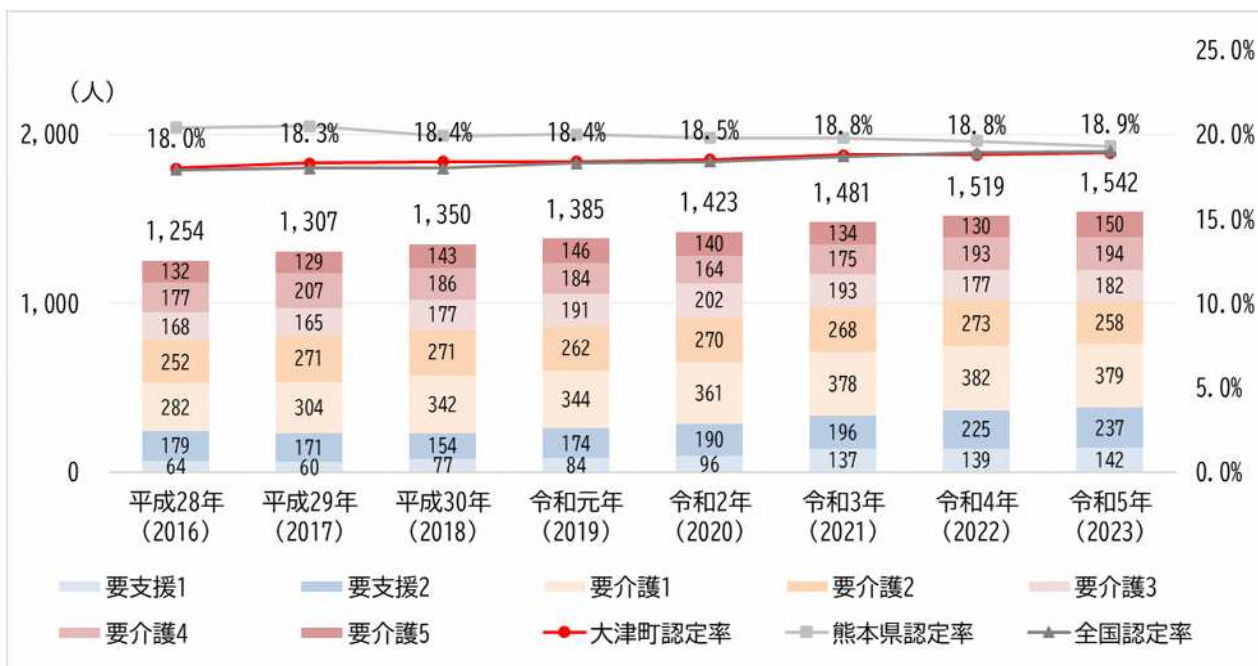
令和5年5月時点での認定者割合は、65～74歳が3.8%、75～84歳が17.0%、85歳以上が61.4%で、特に85歳以上の認定者割合が全国及び熊本県平均と比べて高くなっています。



出典：介護保険事業状況報告月報（令和5年5月分）

(4) 第1号被保険者に占める要介護認定率の推移

令和5年3月時点での大津町の要介護（要支援）認定者は1,542人、第1号被保険者に占める要介護認定率は18.9%で全国平均と同程度、熊本県平均をやや下回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(5) 認定者の介護度の変化

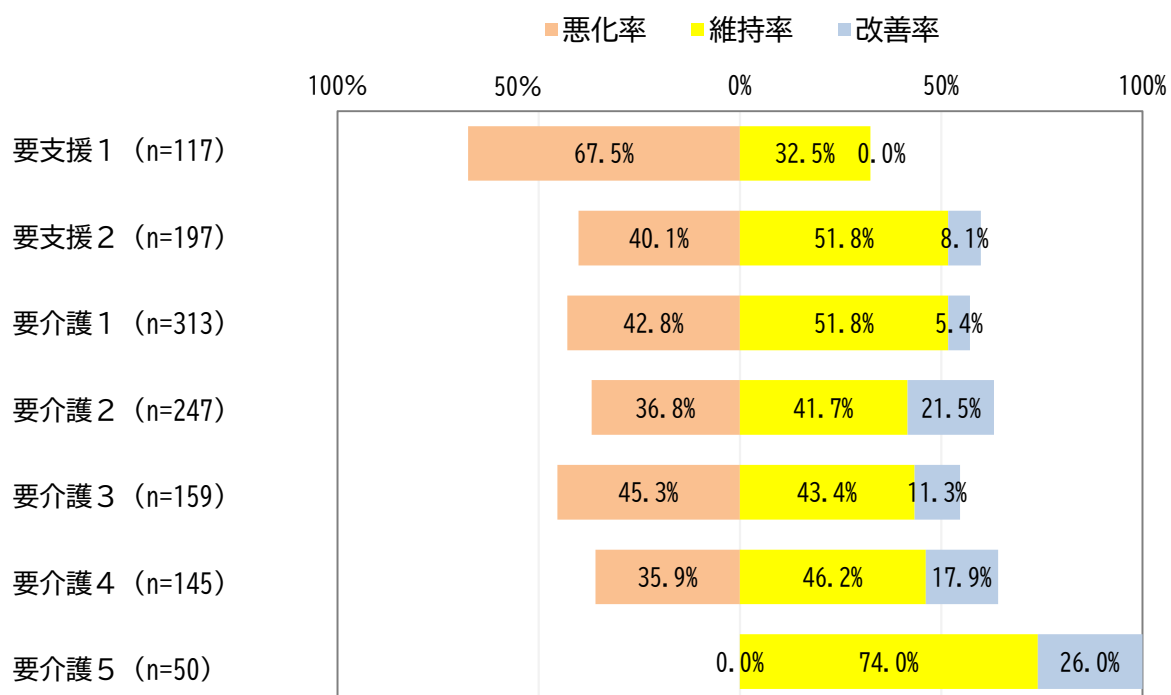
認定者が、令和3年4月1日時点にどの介護度であり、翌年にはどう変化したかを追跡した1年間の介護度の変化は、重度化数が改善数を大きく上回っており、重度化防止に向けた取組の強化が求められています。

なお、介護度が重度化することで、本人にとっては利用負担額が高くなり、保険者にとっては一人あたり給付費が上昇することで総給付費が増大し、本町のすべての高齢者にとっては、保険料の上昇要因となります。

全年齢		R 4								総計
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
R 3	判定なし	1	64	61	65	28	16	18	7	260
	要支援1	0	38	40	28	7	1	3	0	117
	要支援2	0	16	102	28	30	13	5	3	197
	要介護1	0	7	10	162	68	34	22	10	313
	要介護2	0	2	6	45	103	42	35	14	247
	要介護3	0	0	0	6	12	69	47	25	159
	要介護4	0	0	0	3	5	18	67	52	145
	要介護5	0	0	0	0	0	1	12	37	50
総計		1	127	219	337	253	194	209	148	1,488

※： 改善、 : 維持、 : 悪化

大津町 要介護度の変化（R3→R4、全年齢）

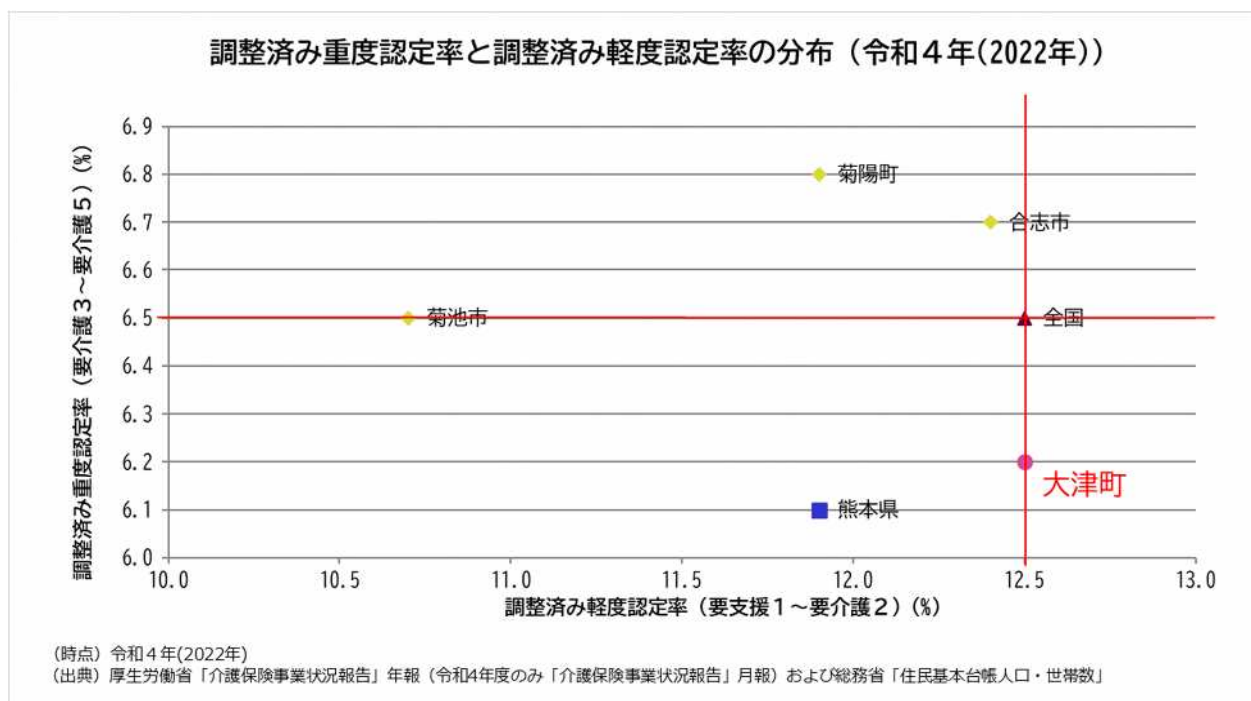


(6) 調整済み重度認定率と軽度認定率の分布

本町の調整済み「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、軽度認定率については全国平均と同程度、熊本県平均を上回っています。一方、重度認定率については全国平均を下回っており、近隣市町村と比較しても低くなっています。

本町は、介護保険事業が始まる以前から、各地域での介護予防型ミニデイサービスや介護予防はつらつ元気づくり事業や高齢者学級、老人クラブへの活動支援などを長年実施しています。また、通いの場づくり等高齢者の様々な事業を行うことで介護予防に取り組んでいます。これらの事業を継続することで、比較的軽い認定率を維持できていることが考えられます。

比較的軽い認定率を維持していくことは、持続可能な介護保険制度を実現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、不要な更新認定を減らす、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、などの認定率の上昇を抑制するための取組をさらに推進していく必要があります。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

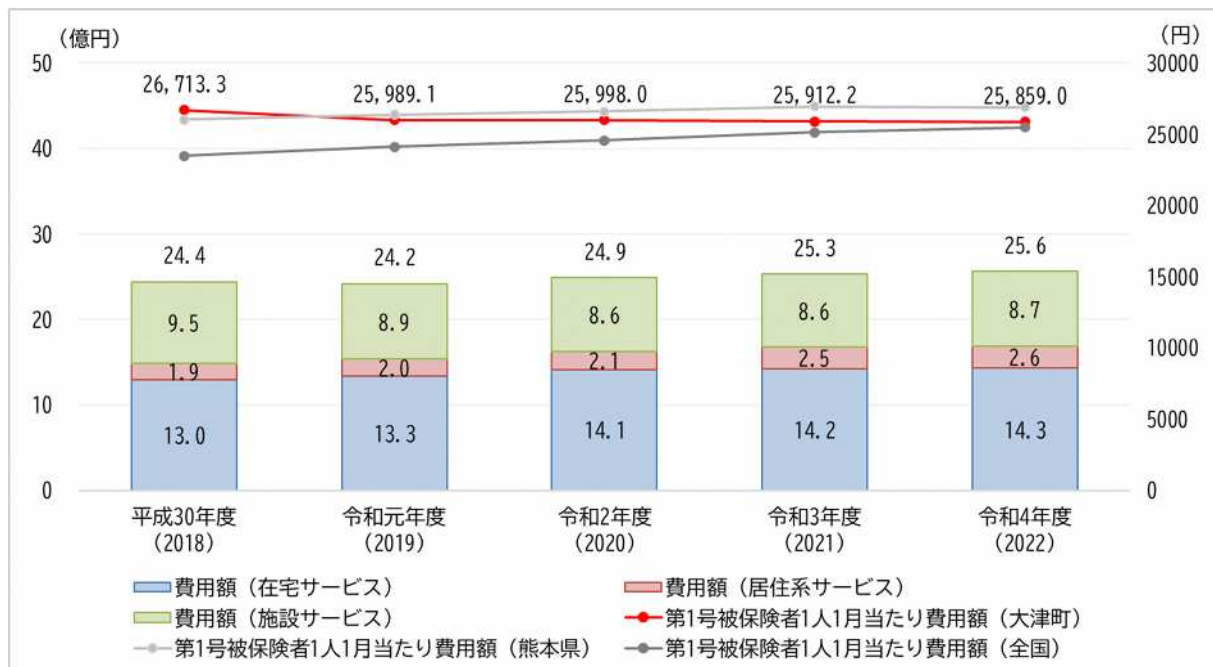
※調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※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ことがわかっています。第1号被保険者の性・年齢別人口構成が、どの地域も、ある地域または全国平均の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。

(7) 介護費用額及び第1号被保険者1人1月当たり費用額の推移

本町の令和4年度の介護費用額は25.6億円となっています。また、第1号被保険者1人1月当たり費用額は25,859.0円で全国平均と同程度、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

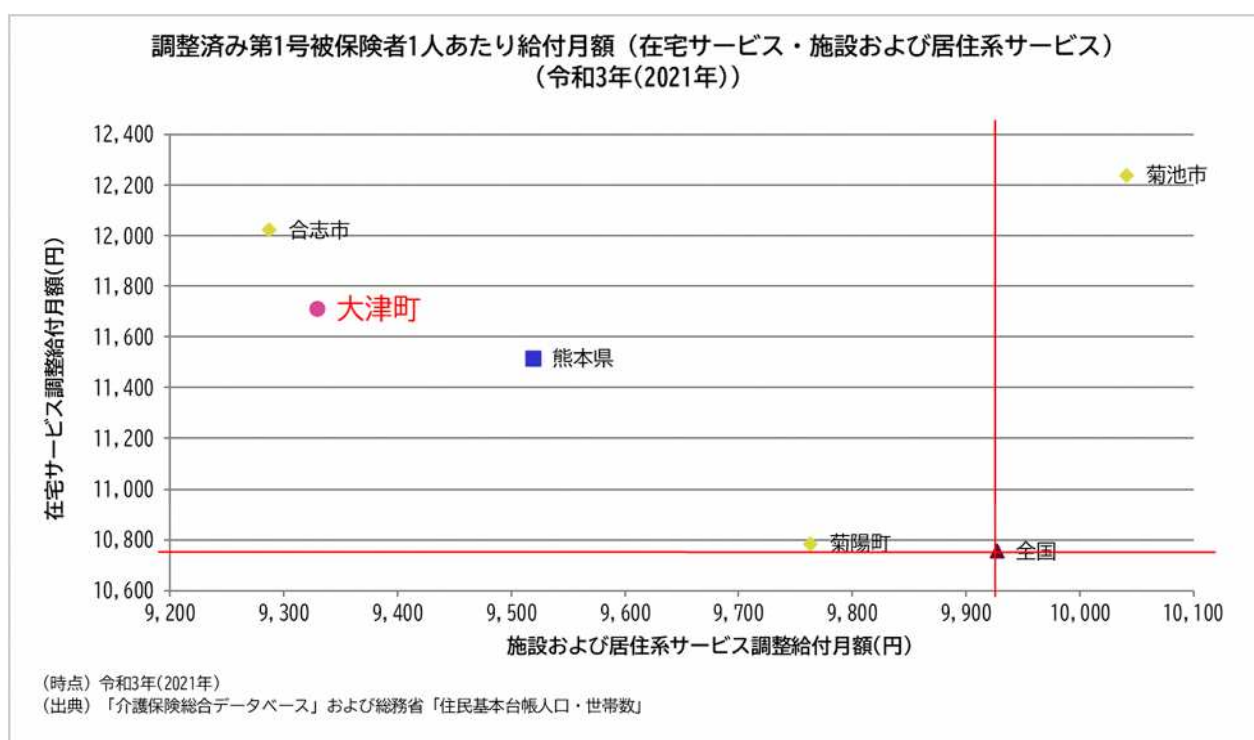
※「施設サービス」、「居住系サービス」、「在宅サービス」の内訳

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、介護療養型医療施設
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、訪問入浴介護、訪問看護、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

(8) 第1号被保険者1人当たり給付月額の分布

本町の調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額の状況を見ると、施設及び居住系サービスは全国及び熊本県平均を下回っており、在宅サービスは全国及び熊本県平均を上回っています。菊池圏域の他市町と比較すると、施設サービスに該当する施設は少ない一方で、訪問看護、訪問リハビリテーション、地域密着型通所介護など在宅サービスに該当する施設が多く、在宅サービスの給付費が高くなっている状況です。

中・重度者（要介護3以上）のニーズに対応したサービスが提供されているか、在宅サービスが施設及び居住系サービスを代替していないかなどについて、地域ケア会議等において現状を把握することが重要となります。また、ケアプランチェック、レセプトの内容確認等の介護給付適正化事業に基づく検証が必要と考えられます。



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。

2 各種調査結果からみる本町の状況

(1) 各種調査の概要

①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【調査の目的】

地域の抱える課題の特定に資することなど

【調査実施時期】

令和5年2月

【調査対象者】

町内在住の65歳以上で、要介護認定（要介護1～5）を受けていない方

【実施方法】

郵送による配布・回収

【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
3,595 件	2,297 件	63.9%

②在宅介護実態調査

【調査の目的】

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

【調査実施時期】

令和5年1月～令和5年2月

【調査対象者】

町内在住の在宅で要支援・要介護認定を受けている方

【実施方法】

認定調査員による配付・回収

【配布数・有効回答数・有効回答率】

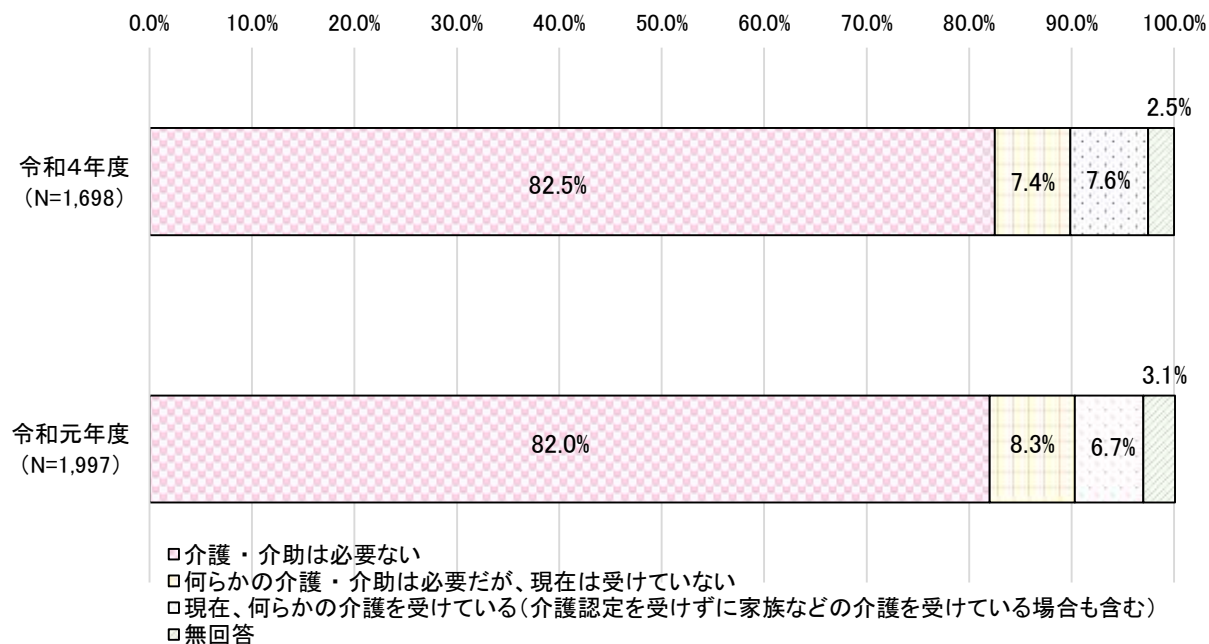
配布数	有効回答数	有効回答率
97 件	97 件	100.0%

(2) 介護の必要性及び疾病

①現状

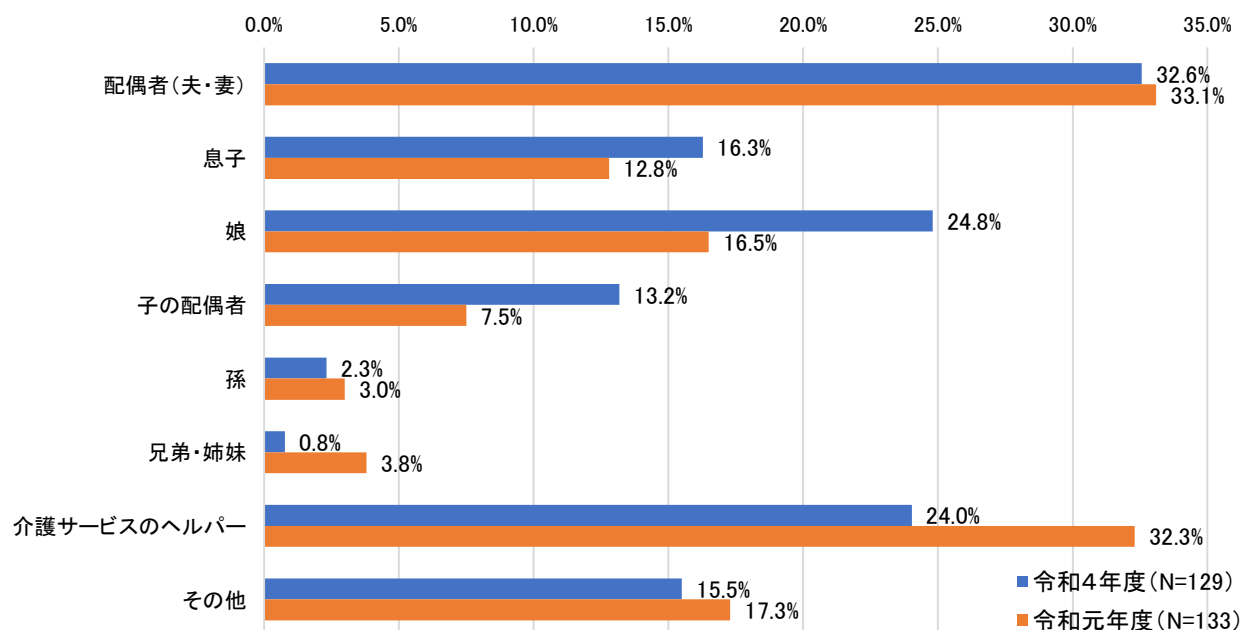
○現在、何らかの介護を受けている方の割合は全体で7.6%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」方の割合は全体で7.4%となっている。

○年代別では、介護が必要な方、介護を受けている方の割合は年齢があがるにつれて高くなっている。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

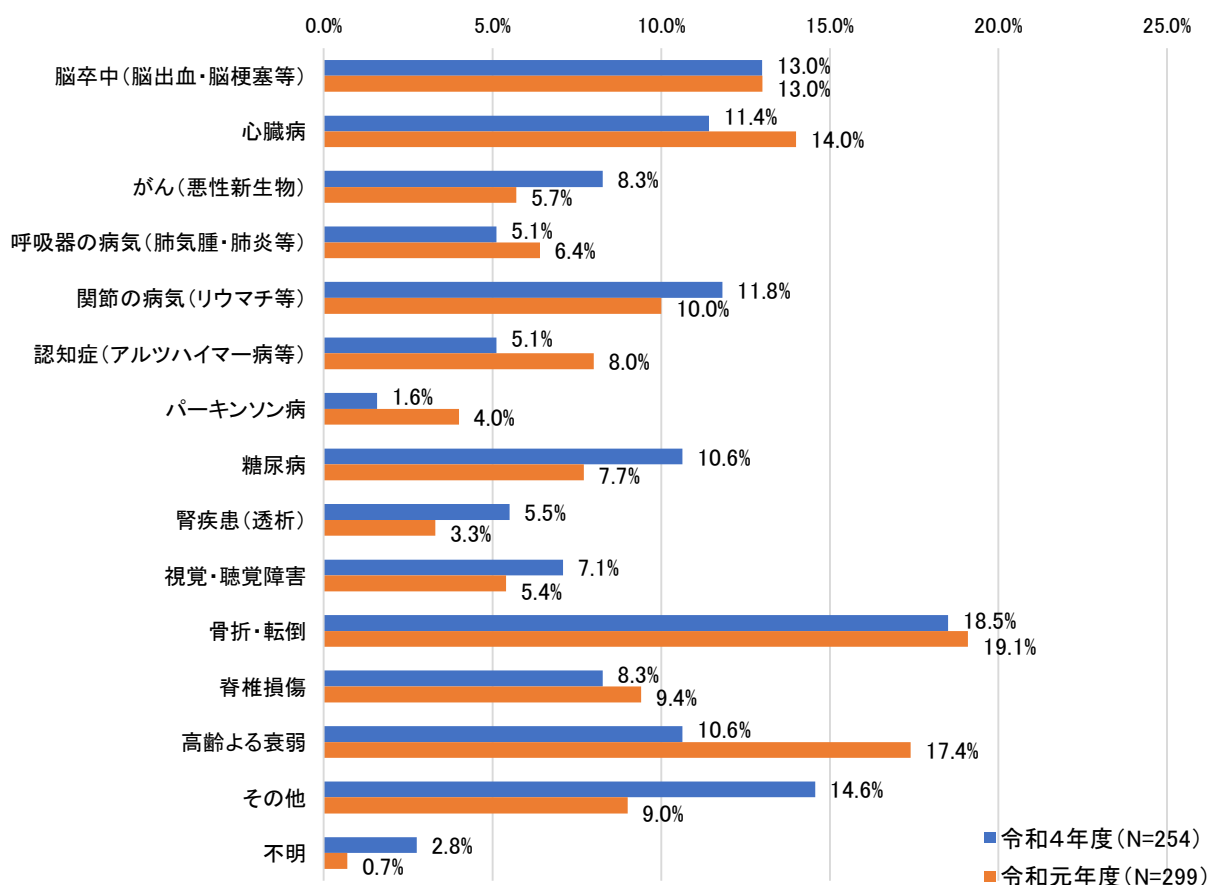
○主な介護者については、配偶者が約3割で最も高くなっている。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

○介護・介助が必要となった原因としては、「骨折・転倒」18.5%が最も高く、次いで「脳卒中」13.0%となっている。

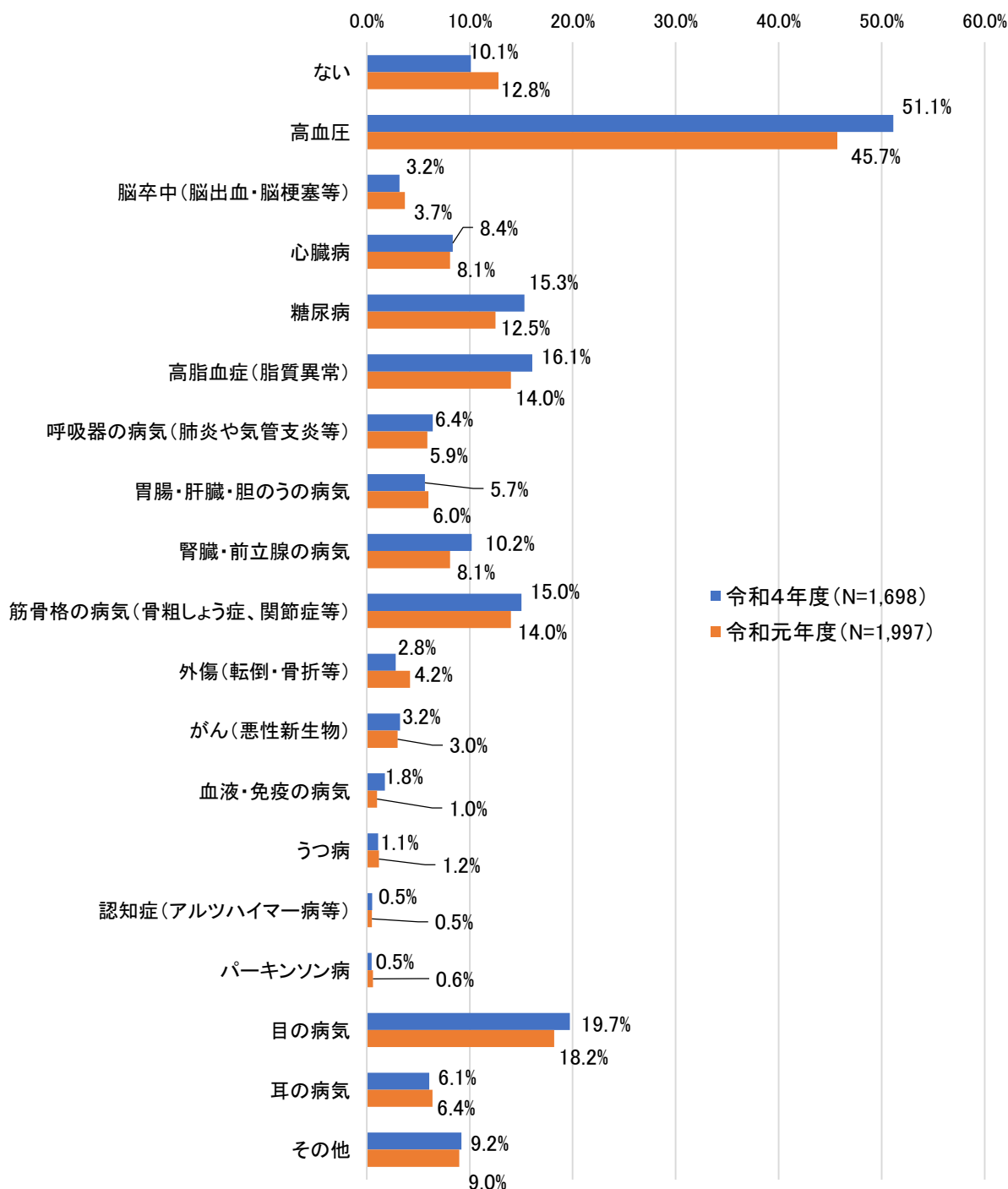
○介護・介助が必要になった主な原因を性別で比較すると、男性は「心臓病」、「呼吸器の病気」などの割合が、女性と比較し高くなっている。女性は「関節の病気」、「骨折・転倒」などの割合が男性と比較し高くなっている。



	脳卒中	心臓病	がん	呼吸器の病気	関節の病気	認知症	パーキンソン病	糖尿病	腎疾患	視覚・聴覚障害	骨折・転倒	脊椎損傷	高齢による衰弱	その他	不明
(%)															
全体	13.0	11.4	8.3	5.1	11.8	5.1	1.6	10.6	5.5	7.1	18.5	8.3	10.6	14.6	2.8
男性	14.9	14.9	6.4	9.6	3.2	6.4	1.1	11.1	8.5	9.6	10.6	7.4	8.5	16.0	4.3
女性	11.9	9.4	9.4	2.5	16.9	4.4	1.9	10.0	3.8	5.6	23.1	8.8	11.9	13.8	1.9

【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

- 現在治療中、または後遺症のある病気が「ない」方の割合は全体で 10.1%となっている。
- 現在治療中、または後遺症のある病気としては、「高血圧」51.1%が最も高く、次いで「目の病気」19.7%、「高脂血症」16.1%となっている。
- 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」、「心臓病」、「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る。女性は「高脂血症」、「筋骨格の病気」などの割合が男性と比較し高くなっている。



(%)	ない	高血圧	脳卒中	心臓病	糖尿病	高脂血症	呼吸器の病気	胃腸・肝臓・胆のうの病気	腎臓・前立腺の病気	筋骨格の病気
全体	10.1	51.1	3.2	8.4	15.3	16.1	6.4	5.7	10.2	15.0
男性	10.7	52.7	3.4	11.0	20.1	12.4	6.9	6.3	20.5	4.2
女性	9.7	50.0	3.0	6.5	11.9	18.8	6.1	5.2	2.7	22.8

(%)	外傷	がん	血液・免疫の病気	うつ病	認知症	パーキンソン病	目の病気	耳の病気	その他
全体	2.8	3.2	1.8	1.1	0.5	0.5	19.7	6.1	9.2
男性	2.4	3.7	1.7	1.0	0.3	0.3	17.4	6.3	8.6
女性	3.1	2.9	1.8	1.2	0.7	0.6	21.4	5.9	9.6

【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

②課題及び施策展開

加齢に伴い介護・介助の必要性は高くなる傾向にあり、特に 85 歳を超えるとその必要性が急速に増すことから、若い年代から介護予防事業の取組を進めることが必要となっています。

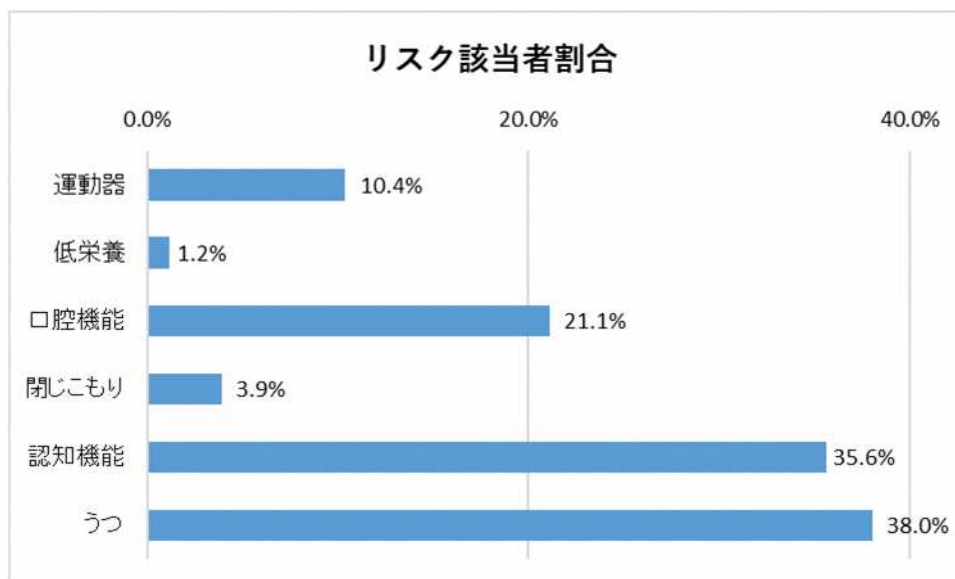
また、介護・介助が必要になった原因として、「脳卒中」、「心臓病」、など、食事や運動、喫煙などの生活習慣に起因する疾病が上位となっているため、介護予防の観点からは、生活習慣病予防に関する取組が重要であることがうかがえます。性別で見ると、女性では、「骨折・転倒」、「関節の病気」の割合が男性に比べて高く、全体としても高いため、転倒予防、筋骨格系の機能の維持増進に関する介護予防事業の展開が重要であることがうかがえます。

(3) 各種評価項目の該当状況

①現状

【リスクの該当状況】

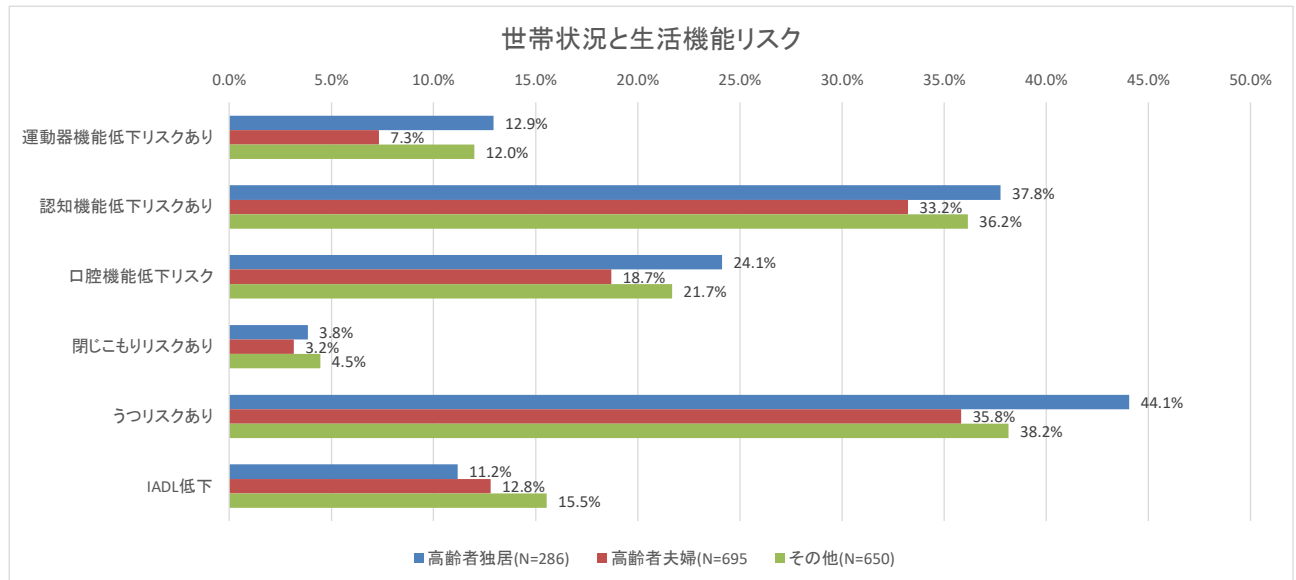
各種評価項目のリスク該当者割合について、特にうつ傾向リスクが 38.0%と高く、次いで認知機能低下リスク 35.6%、口腔機能低下リスク 21.1%となっています。



※「各種評価項目の該当状況」とは、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の設問の回答によって、高齢者の加齢や生活の状況による心身の衰えのリスクの判定を行った結果である。

【世帯状況と生活機能リスク】

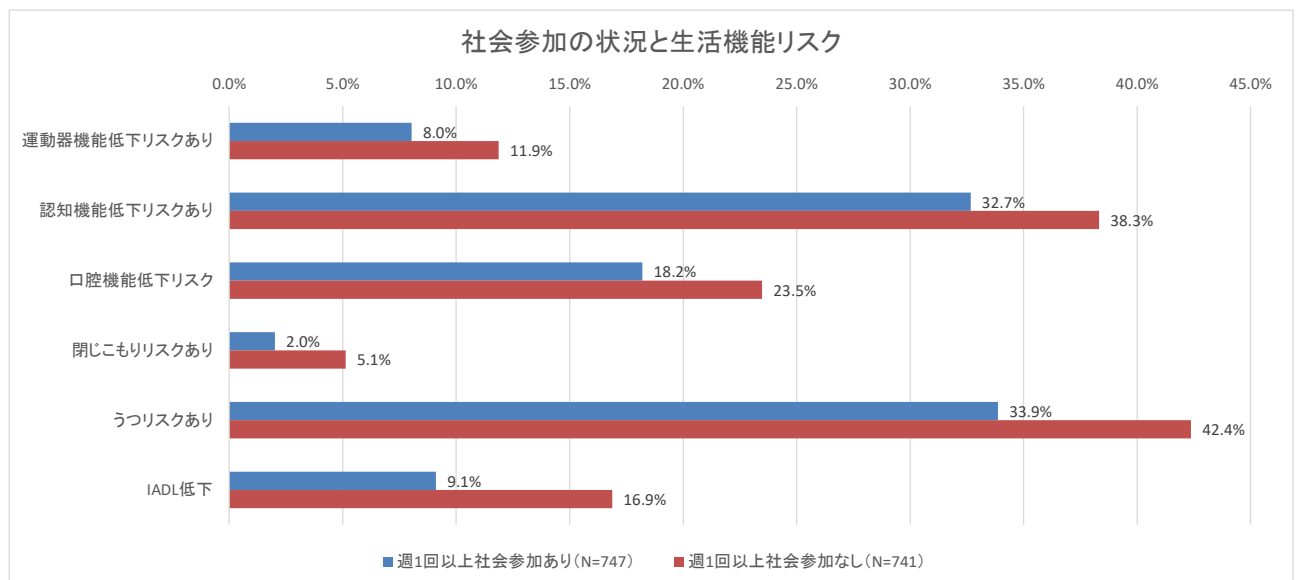
運動器機能低下リスク、認知機能低下リスク、口腔機能低下リスク、うつ傾向リスクについて、高齢者独居世帯の高齢者におけるリスク該当者が多くなっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

【社会参加の状況と生活機能リスク】

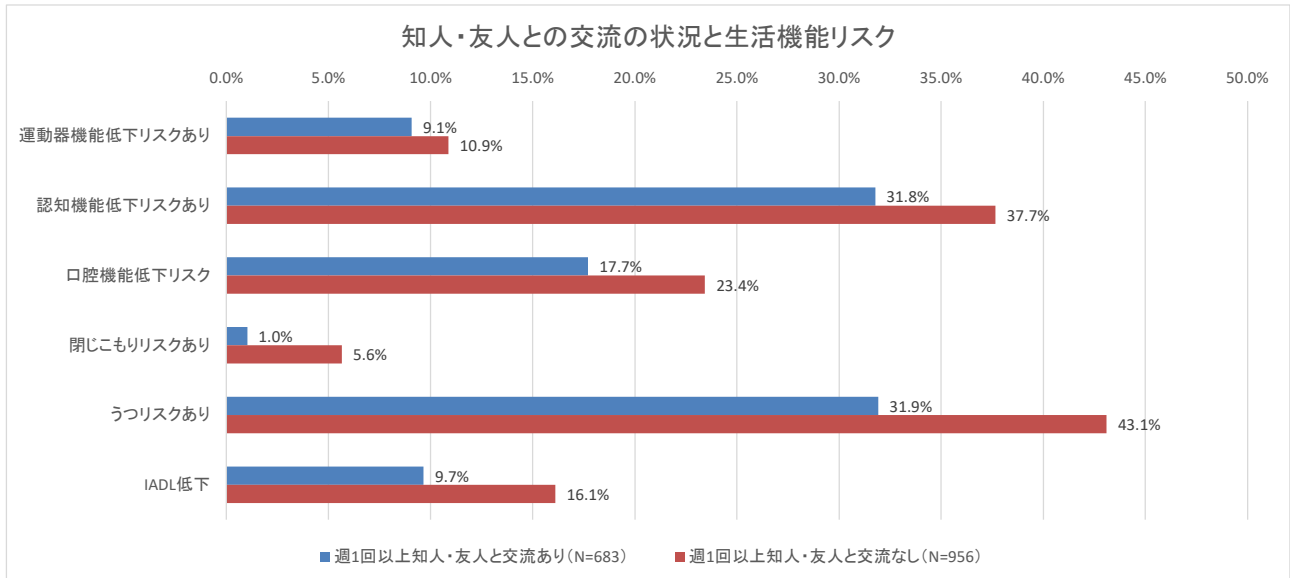
週1回以上の社会参加がある高齢者は、1回以上の社会参加がない高齢者と比較して、全ての生活機能リスク該当者が低い状況となっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

【知人・友人との交流の状況と生活機能リスク】

週1回以上の知人・友人との交流がある高齢者は、週1回以上の知人・友人との交流がない高齢者と比較して、全ての生活機能リスク該当者が少ない状況となっています。



【介護予防・日常生活圏域二一ズ調査】

②課題及び施策展開

リスク該当者の多かったうつリスクについては、介護予防はつらつ元気づくり事業や介護予防型ミニデイふれあい事業、ほりだし健康教室、通いの場等を通じて、外出機会の創出や人とのつながりを実感できる機会を増やすことで、効果的な事業実施が可能と考えられます。

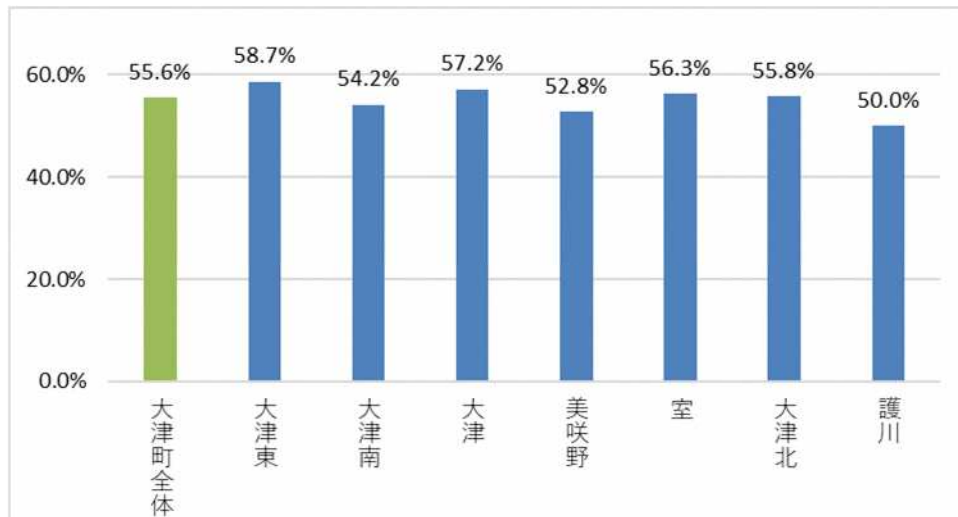
認知機能低下リスクについては、認知症予防に関する取組などを実施するとともに、ほりだし健康教室や介護予防はつらつ元気づくり事業、介護予防型ミニデイふれあい事業、通いの場等運動機能向上教室や地域で実施されているサロン、介護予防体操などの機会を通じて、認知機能向上に資する複合的なプログラム提供が必要となります。

フレイル予防については、医療・介護双方の視点から高齢者の状態を判断した上で必要な方へ、社会参加の促進を含むフレイル予防等の取組(重症化予防や低栄養防止等の取組、通いの場等への参加勧奨)など、課題に対応した高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組につなげていくことが重要となります。

(4) 地域づくりへの参加意向

①現状

○「地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合」は大津町全体で 55.6%となっています。
小学校区別でみると、大津東、大津が高く、美咲野、護川が低くなっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

○「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の割合」は大津町全体で 33.0%となっています。小学校区別でみると、大津東、大津が高く、美咲野、室が低くなっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

②課題及び施策展開

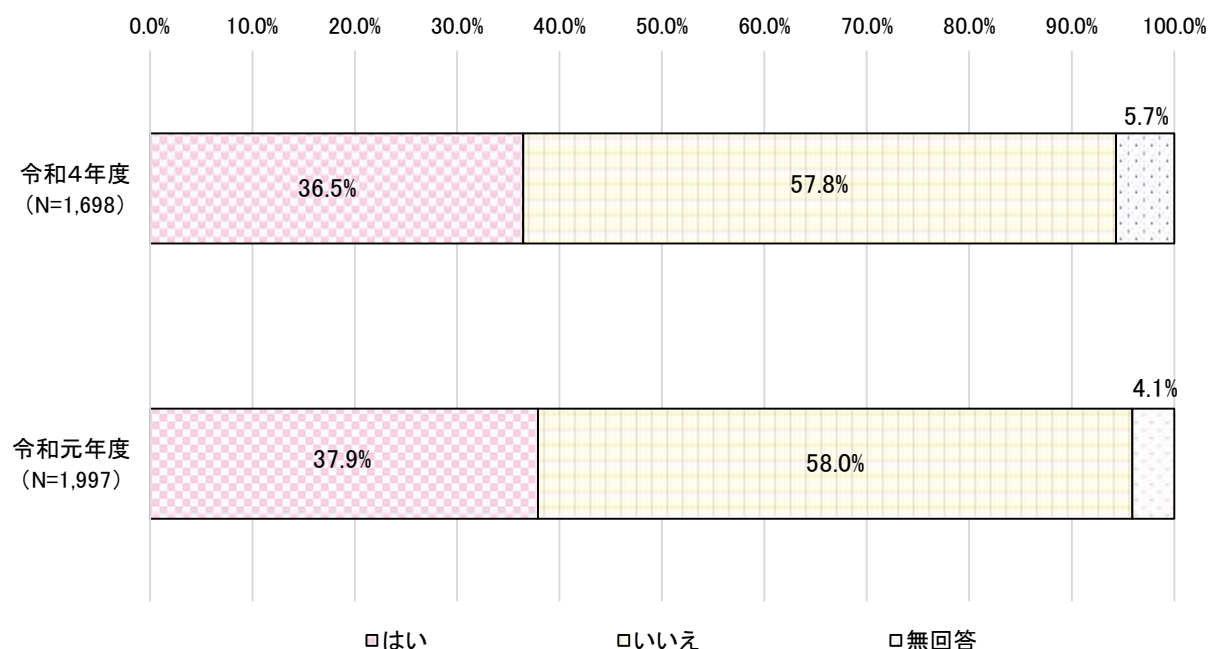
「地域づくりへの参加意向のある高齢者」については、地域差が生じているものの、全体の 55.6%が参加意向ありとなっています。「地域づくりへの企画・運営としての参加意向のある高齢者」についても同様に地域差が生じているものの、全体の 33.0%が参加意向ありとなっています。より多くの方に参加してもらうため、地域活動の周知や内容の見

直しの検討が必要となっています。

(5) 認知症及び成年後見制度

①現状

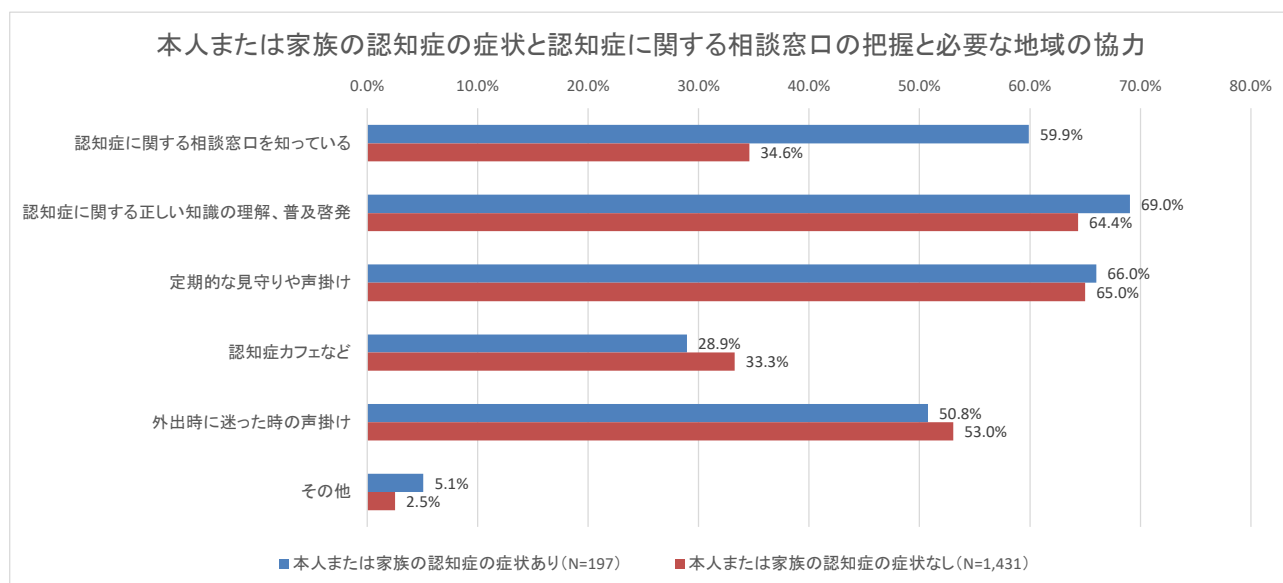
○「認知症に関する相談窓口を知っているか」については、「はい」が36.5%、「いいえ」が57.8%となっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

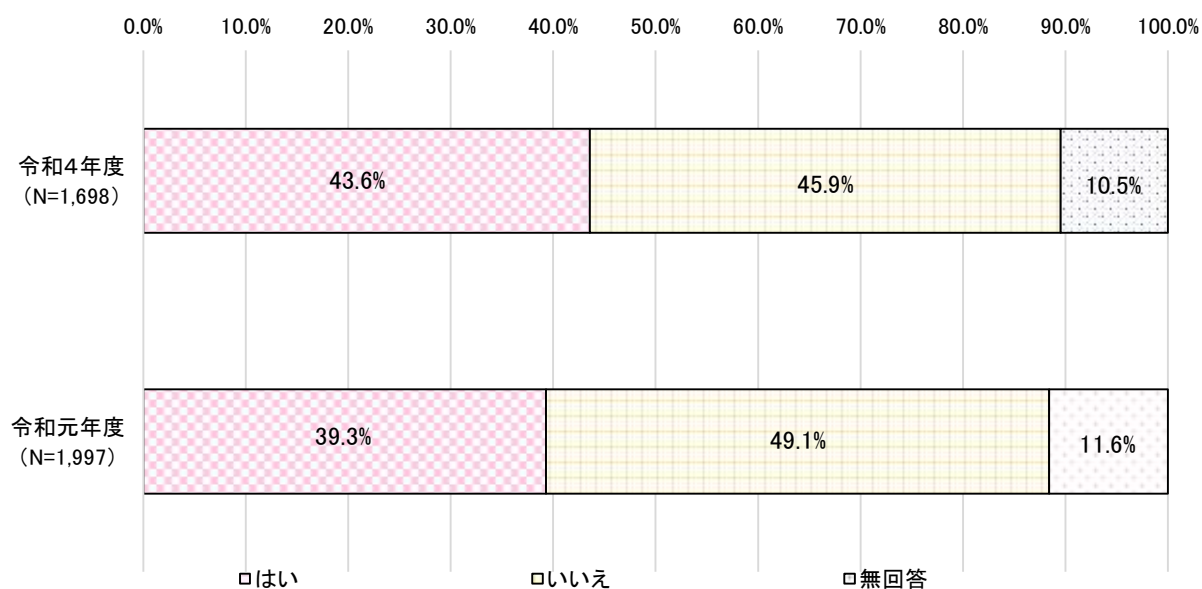
○「認知症に関する相談窓口の把握」について、本人または家族に認知症の症状がない高齢者の認知症相談窓口の認知度は、34.6%にとどまっています。

○また、「認知症の方への必要な地域の協力」については、認知症に関する正しい知識の理解・普及啓発・定期的な見守りや声掛け、外出時に迷った時の声掛けが特に求められています。



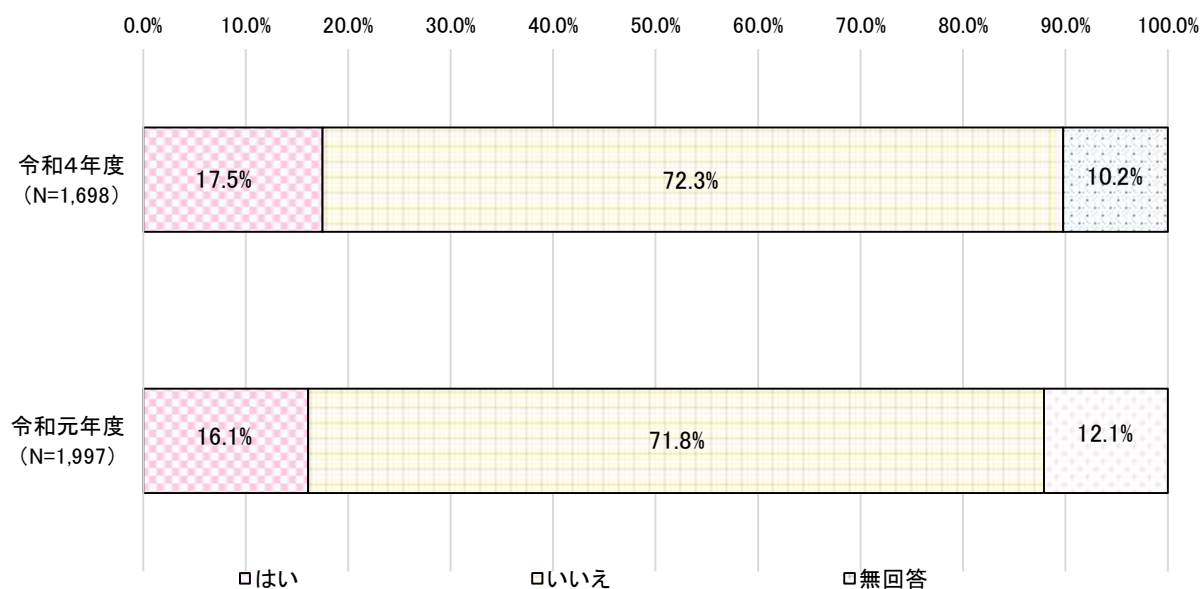
【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

○『成年後見制度』という言葉を知っているか』については、「はい」43.6%、「いいえ」45.9%となっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

○『成年後見制度』の相談窓口を知っているか』については、「はい」17.5%、「いいえ」72.3%となっています。



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

②課題及び施策展開

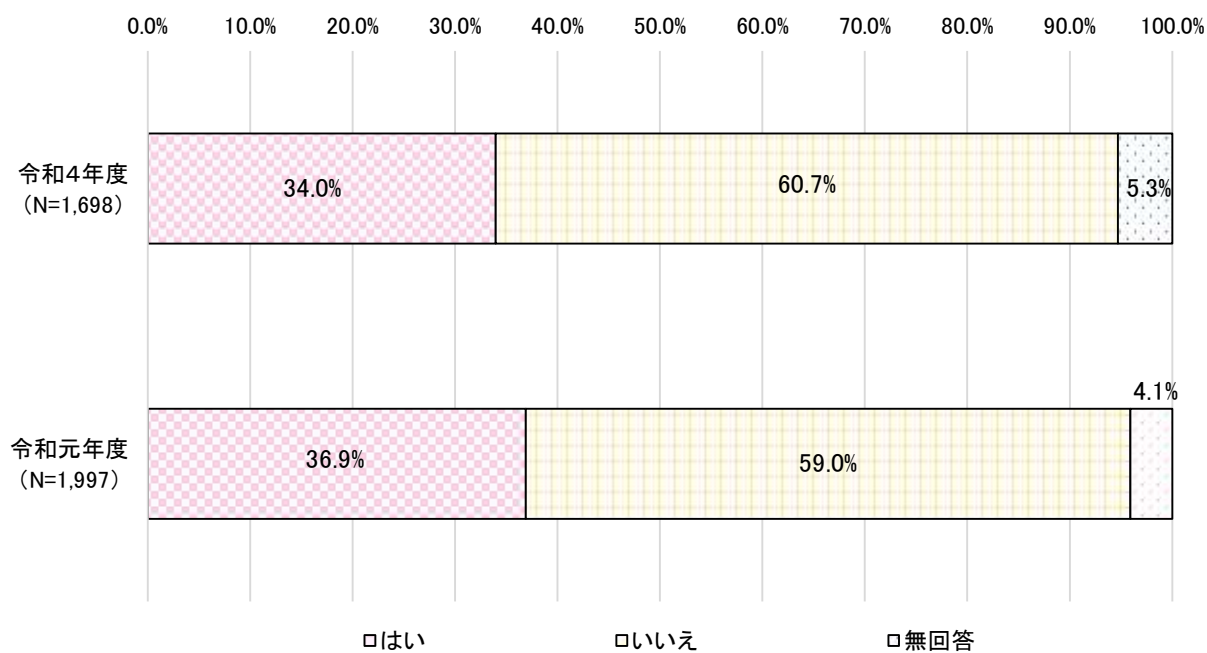
認知症に関する相談窓口の認知度が 36.5%にとどまっており、前回調査から認知度の向上がみられていない状況となっているため、普及啓発していく必要があります。

成年後見制度という言葉を知っていると回答した方は 43.6%、相談窓口の認知度は 17.5%となっています。様々な媒体による周知を推進していく必要があります。

(6) 在宅医療及び在宅介護

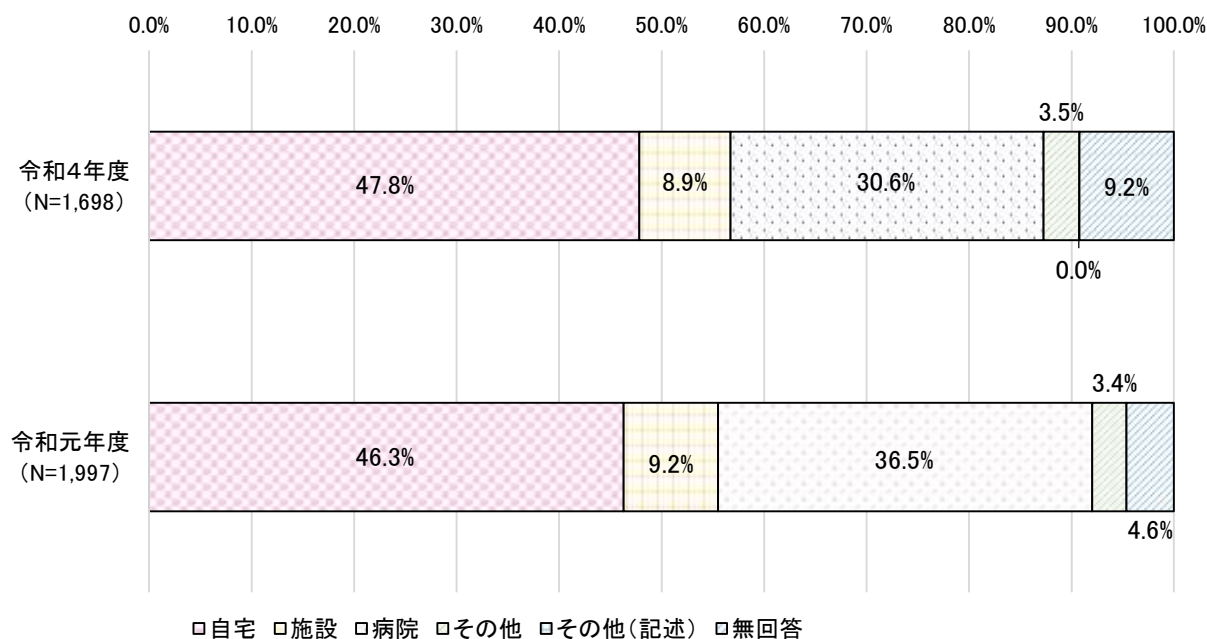
①現状

○「家族と、人生の最期について話し合ったことはあるか」については、「はい」34.0%、「いいえ」60.7%となっています。



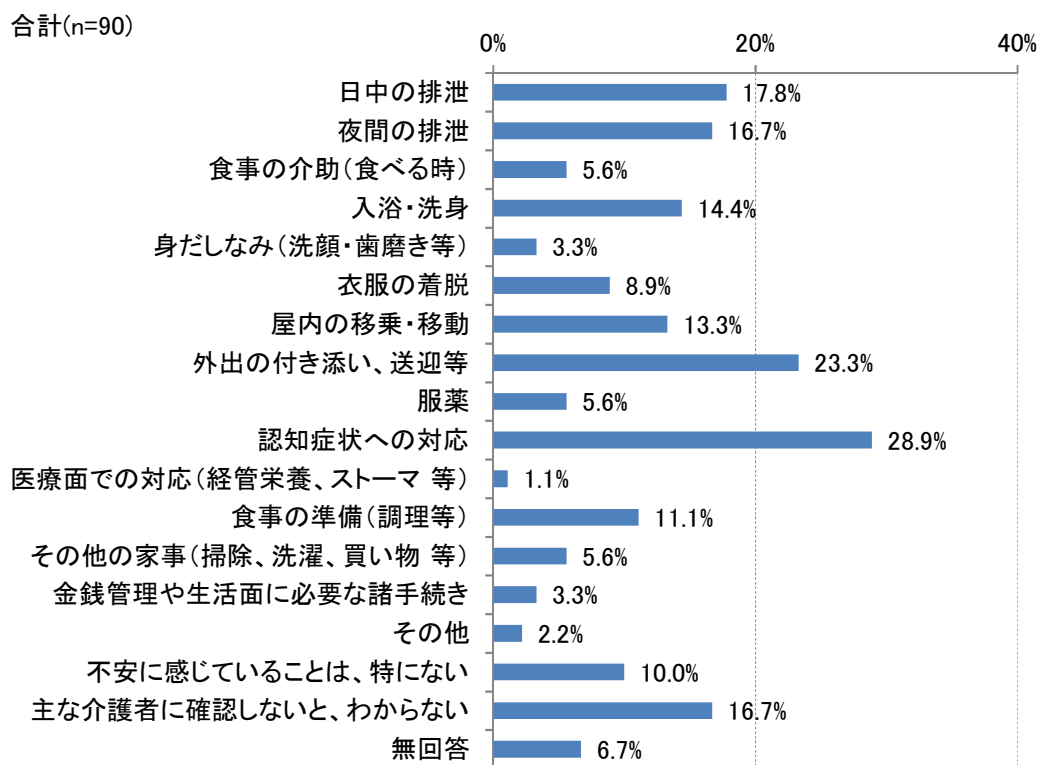
【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

○「人生の最後をどこで過ごしたいか」については、「自宅」47.8%が最も高くなっています。



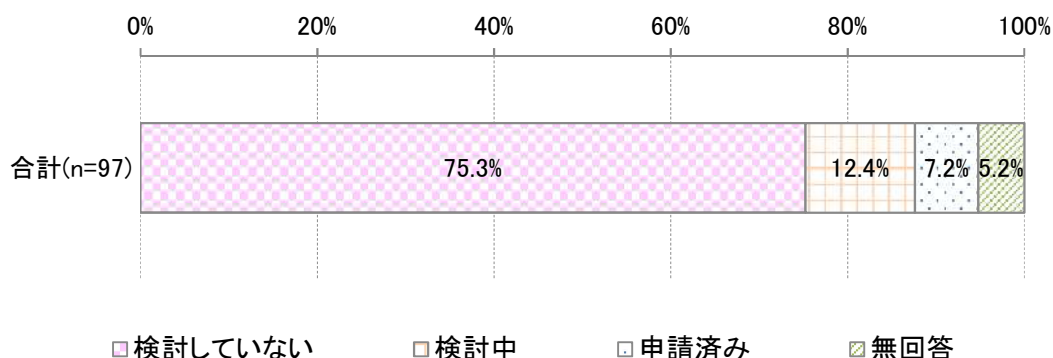
【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

○「現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護」について、特に「認知症状への対応」、「外出の付き添い、送迎等」が2割以上となっています。



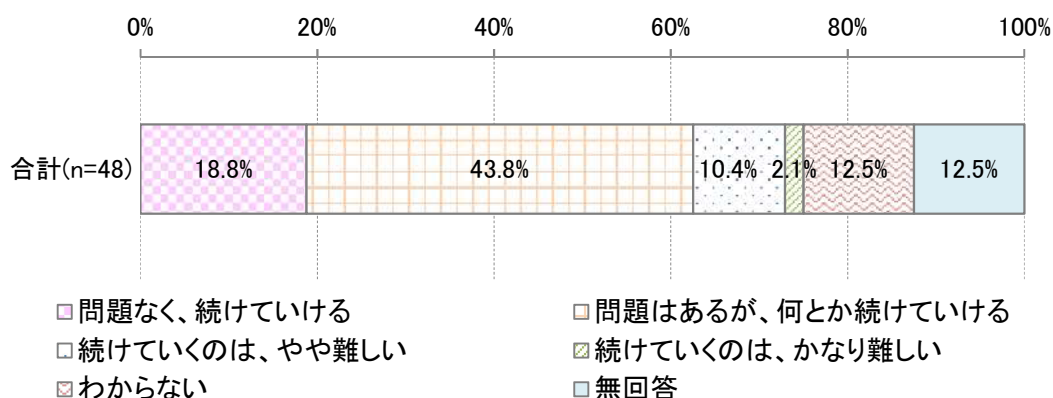
【在宅介護実態調査】

- 「施設等検討の状況」については、「検討していない」が75.3%、「検討中」が12.4%、「申請済み」が7.2%となっています。



【在宅介護実態調査】

- 「主な介護者の就労継続の可否に係る意識」については、「問題はあるが、何とか続けていける」が43.8%と最も多くなっています。「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」を合わせた割合は12.5%となっています。



【在宅介護実態調査】

②課題及び施策展開

「人生の最後を迎えたいと思う場所」については、「自宅」が約5割と最も高くなっており、自宅で生活したいと考える高齢者が多いことが分かります。このことから、医療と介護をはじめとした多職種連携の体制づくりが必要と考えられます。（主要施策4参照）

現在の生活を継続していくにあたって、特に「認知症への対応」、「外出の付き添い、送迎等」について、介護者の不安が大きい傾向がみられました。今後も働きながら介護を「続けていくのは、やや難しい」若しくは「続けていくのは、かなり難しい」と回答した方は12.5%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のあり方を検討することが重要です。（主要施策3参照）

第3章 基本理念と計画策定の考え方

1 計画の目指す姿

(1) 基本理念と基本目標

本計画は、第6次大津町振興総合計画の将来像である「夢と希望がかなう 元気大津」の実現に向けた高齢者保健福祉分野の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものとなります。

そのため、本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、地域の実情に応じて医療・介護・予防・生活支援・住まいなどが一体的に提供される「地域包括ケアシステムの深化・推進」を目指し、目標や施策の実施状況を地域住民を含めた関係者へ周知することにより、総合的、かつ、計画的に推進することを目的に策定します。

なお、第9期計画においても、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図ります。

第6次大津町振興総合計画 将来ビジョン

夢と希望がかなう 元気大津

第3期大津町地域福祉計画・地域福祉活動計画基本理念

**共に支え合う地域コミュニティづくり
～大津モデルの実現～**

大津町第9期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画 基本理念

**高齢者が生きがいをもって、
健康で安心して暮らすことができるまち**

2 目指す姿の実現に向けた基本目標等の設定

(1) 基本目標の設定

本計画の基本理念を実現するため、以下の4つの基本目標を設定します。

基本目標1

生きがいを持って自分らしくいきいきと暮らすことができる

高齢者がいきいきと輝いて暮らすには、地域社会の担い手の一員として、これまで培ってきた能力や経験を活かすことが重要です。そのため、高齢者が活躍できる場や機会の確保に努めます。

基本目標2

早くから介護予防に取り組み、
健康で自立した生活を送ることができる

早くから介護予防に取り組むことで健康寿命を伸ばし、自立した生活を継続することが重要です。そのため、効果的な介護予防の取り組みを大津町全体に広げること努めます。

基本目標3

心身の状態に応じた介護サービス等を安心して受けられ、
尊厳ある人生を全うすることができる

自立支援の観点から、できるだけ重度化しないことに取り組むとともに、必要な介護サービス等を適切に利用して、尊厳ある生活を継続させることが重要です。

たとえ介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅で生活できるよう環境整備に努めます。

基本目標4

住民同士の思いやり、支え合いのあるまちで
安心して暮らすことができる

高齢者人口が増加し過疎化が進む地域、反対に高齢化率が極端に低く高齢者の孤立が懸念される地域、大津町の中でも、地域によって抱える課題は様々です。どの地域に住んでいても、高齢者が安心していきいきと暮らすためには、住民同士の支え合いが重要となります。また、災害時に助け合うためにも、日頃から地域の支え合いを深めておくことが必要となります。

高齢者同士の支え合い、現役世代との支え合い、子どもたちとの支え合いなど様々な支え合いを念頭に置き、「支え手」「受け手」という関係を超えて住民同士が支え合い、思いやりがあふれる地域が大津町全体に広がるよう努めます。

（２）日常生活圏域の考え方

第３期以降の「市町村介護保険事業計画」においては、高齢者が住み慣れた環境で生活を継続できるようにするために、市町村内を１つまたは複数に区分した「日常生活圏域」を設定し、同圏域を基本的な枠組みとして地域密着型サービスの提供体制を整えていくこととされました。

高齢者が安心して住みなれた地域で生活を継続できるよう、町の区域を分割した「日常生活圏域」ごとに必要なサービスや社会資源を検討し、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組むことが重要となります。

（３）日常生活圏域の設定

大津町では、町中心部より全域が 30 分以内での移動が可能な距離にあり、保健福祉及び医療関係施設の多くが中心部に立地して町全域を網羅していること、人的ネットワークの活動拠点となる役場庁舎、老人福祉センターや生涯学習センターも中心部に位置し、町全域の活動に対応しています。

そのため、第８期に引き続き、日常生活圏域を大津町全体１圏域として設定します。

これに伴い、地域住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する「地域包括支援センター」についても、引き続き１か所で運営します。

ただし、小学校地区別にみると大津東、大津南、大津北小学校地区は、85 歳以上人口が占める割合が高いなど地域差が存在するため、事業展開においては、地域性を考慮しつつ地域住民と一体となった事業展開を行うこととします。

3 本計画期間中の重点的取組と目標の設定

(1) 重点的取組と目標の設定

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、介護予防または重度化防止」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。

本町では、以下の取組を本計画期間中の重点的取組として決めました。

- | | |
|--------------------------|------------|
| ① 介護予防の推進と生活支援体制の整備 | (主要施策 2-2) |
| ② 地域包括支援センターの機能向上 | (主要施策 2-4) |
| ③ 早期発見・早期対応の体制の構築 | (主要施策 3-1) |
| ④ 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり | (主要施策 4-1) |
| ⑤ 介護現場の生産性向上と定着促進 | (主要施策 6-2) |
| ⑥ 介護給付費の適正化に向けた取組 | (主要施策 6-5) |

第4章において、各事業を記載しますが、これらの重点的取組に設定した事業については、「★重点的取組」を付し、具体的な目標値を記載しています。

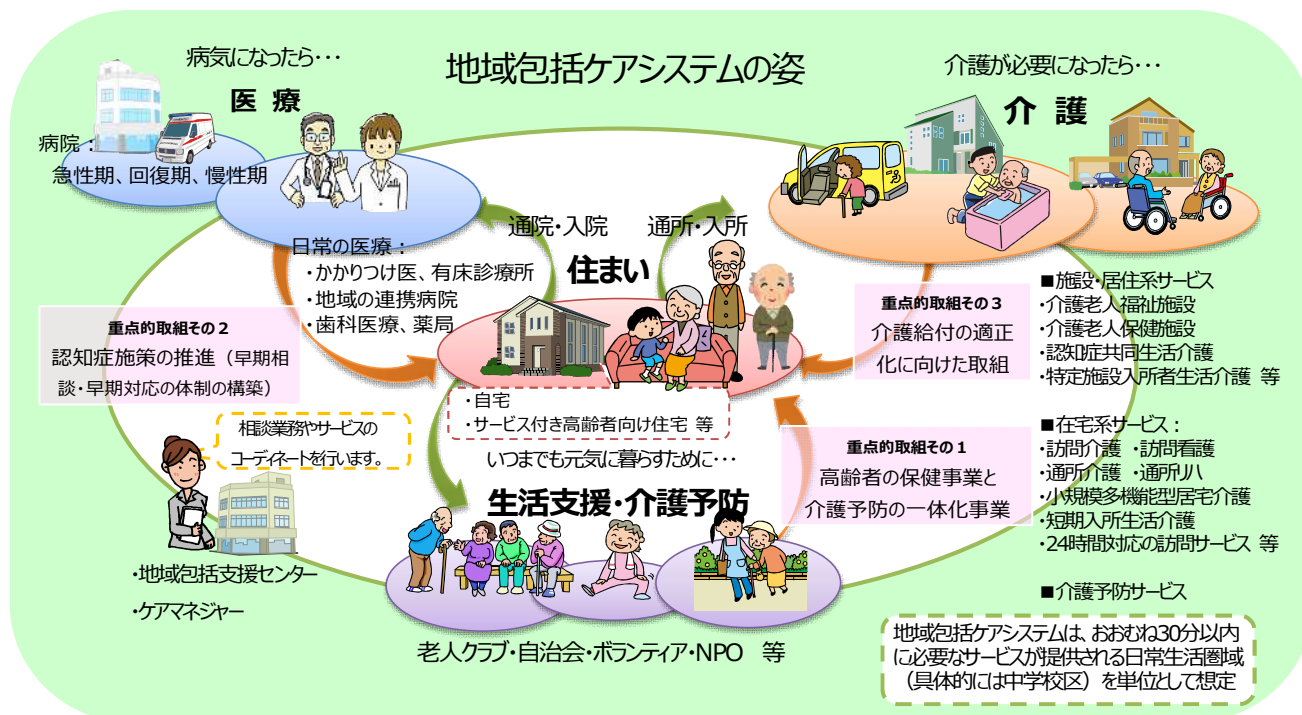
これらの重点的取組を推進することで、本町の地域包括ケアシステムにおける事業の連動が形作られることを目指します。

さらには、各種事業が連動することにより、「介護予防事業から地域活動への新たな人の流れ」が生まれ、高齢者がより健康で充実した生活を送ることができるようになることを目指します。

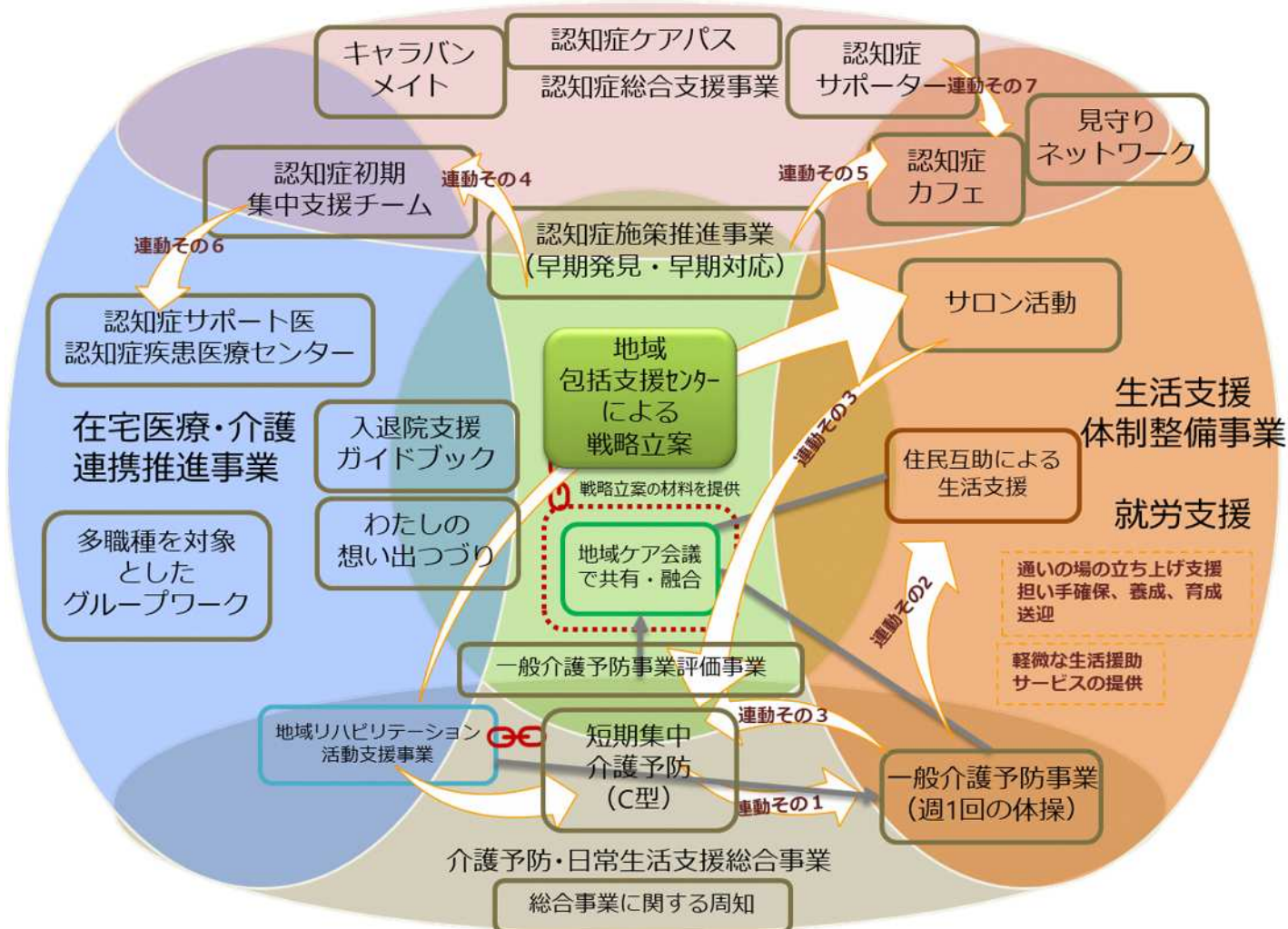
なお、これらの重点的取組は毎年度実績評価を行い、PDCAサイクルによる取組の推進を図っていきます。また、次の3つの重点的取組の実績評価結果については、介護保険法に基づく公表と県への報告を行います。

- | | |
|---------------------|------------|
| ① 介護予防の推進と生活支援体制の整備 | (主要施策 2-2) |
| ③ 早期発見・早期対応の体制の構築 | (主要施策 3-1) |
| ⑥ 介護給付費の適正化に向けた取組 | (主要施策 6-5) |

地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステムの深化に向け各種事業が連動したイメージ



(2) 基本理念と目標・施策体系

基本理念

高齢者が生きがいをもって、
健康で安心して暮らすことができるまち

基本目標

基本目標1

生きがいを持って自分らしくいきいきと
暮らすことができる

基本目標2

早くから介護予防に取り組み、
健康で自立した生活を送ることができる

基本目標3

心身の状態に応じた介護サービス等を
受けられ、尊厳ある人生を全うすることが
できる

基本目標4

住民同士の思いやり、支え合いのあるまち
で安心して暮らすことができる

(基本理念の意図)

人生の最期まで個人として尊重され、自分らしく暮らしたいということは、すべての人の願いです。そのためには、地域で生きがいを持ちながら活動することで、健康を維持すること、そして、たとえ介護が必要な状態になっても、その人の生き方や考え方が尊重され、尊厳が保持されることによって心の健康を保ちながら、その人らしい生活を送り続けることが必要です。

町の取り組みだけでなく、介護、医療、地域の様々な主体の活動を連携させることで、暮らしたいと思う場所・地域で、可能なかぎり在宅での生活を送ることができるような地域包括ケアシステムを構築し、老後の「不安」を「安心」に変えるまちづくりを目指します。

施策の方向性

主要施策1 生涯現役社会の充実

- 1 生きがい就労の促進
- 2 地域・社会活動の取組
- 3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

主要施策2 地域包括ケアシステムの 深化・推進

- 1 自立支援に向けたケアマネジメントの充実
- 2 介護予防の推進と生活支援体制の整備 ★
- 3 見守りネットワークの推進
- 4 地域包括支援センターの機能向上 ★

主要施策3 認知症になっても安心 して暮らせる体制の構築

- 1 早期発見・早期対応の体制の構築 ★
- 2 認知症の人や家族介護者への支援
- 3 地域住民等による支援体制の整備・広報啓発活動の推進
- 4 高齢者虐待防止対策の推進
- 5 成年後見制度の利用促進に向けた取組

主要施策4 在宅で安心して暮らし続けるための医療と介護の 連携・在宅医療基盤の 充実

- 1 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり★
- 2 ICTツールを活用した医療・介護の連携推進
- 3 在宅での看取り等に関する広報・啓発活動の推進

主要施策5 多様な住まい・ サービスの整備促進

- 1 高齢者のニーズに応じた居住環境の整備
- 2 施設や多様な住まいにおける生活環境改善等の推進

主要施策6 介護人材の確保と サービスの質の向上

- 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 事業所の適切な指定と指導監督
- 4 要介護認定の適切な運営
- 5 介護給付費の適正化に向けた取組 ★

主要施策7 防災と感染症対策

- 1 災害時の緊急対応
- 2 感染症予防対策の推進

第4章 高齢者施策の推進

主要施策1 生涯現役社会の充実

1 生きがい就労の促進

(1) シルバー人材センター育成事業

高齢者が就労により生きがいを持てるよう、シルバー人材センターの新規会員数拡大・利用促進及び雇用創出の活性化を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	大津町シルバー人材センターに補助することによりシルバー人材センターの育成を行っています。
対象	公益社団法人大津町シルバー人材センター
手段	シルバー人材センターの管理運営費に対する補助を行います。
目指す姿	高齢者に働く場を提供し、就労による生きがいづくりに寄与することで、生涯現役社会の実現を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
会員数（人）	305	306	310	320	330	340
第8期までの達成状況	コロナ禍で、活動を自粛する高齢者も多い中、広報誌に掲載することでシルバー人材センターの周知ができました。また、会員数については新規加入者を獲得しながら維持できています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	毎年継続してシルバー人材センターによる会員数拡大と維持のために後押しを行うことができました。就労による高齢者の生きがいづくり、健康の増進、介護予防にも寄与しています。
今後の方向性	就労的活動支援コーディネーターと連携しながら会員数を増やし、高齢者の生きがいづくりにつなげていきます。
第9期中に達成する目標	会員数 340 人、新規の加入会員数 60 人、就業率 80%を目指し支援を継続します。

(2) まごころ生活支援事業

シルバー人材センターに登録している元気な高齢者（「シルバーささえ隊」）を、地域の担い手として「支える側」の役割をもつ機会とし、働く高齢者自身の生きがいをつくることと介護予防につなげていきます。

また、社会とのつながりを維持させるために、企業や社会福祉法人、NPO法人等とも連携を図りながら、更に高齢者が活躍できる場を創出するために、地域包括支援センター内に「就労的活動支援コーディネーター」を配置し、ノウハウを持った高齢者が福祉分野以外でも活躍できる仕組みづくりを構築していきます。

1. 事業の内容

事業概要	「シルバーささえ隊」が、日常生活に困っている高齢者宅を訪問し簡単な家事援助などのサービスを提供します。
対象	日常生活上の困りごとがある高齢者及び障がい者
手段	「シルバーささえ隊」が、町内の日常生活上の困りごとのある高齢者等の自宅を訪問し、軽度な家事や生活援助などのサービスを提供します。
目指す姿	地域での困りごとを地域で解決し、また、高齢者自身の生きがいづくりや、雇用創出を活性化します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
「シルバーささえ隊」登録者数（人）	47	51	55	60	60	60
年間延べ利用件数（件）	591	415	360	500	500	500
第8期までの達成状況	ゴミ出しや居宅の掃除等、簡単な家事援助を元気な高齢者が担うことで、高齢者の社会参加や自信の介護予防、また、地域の支援の担い手として活動ができています。					
その他事業効果	生きがい役割をもって生涯現役の実現ができる地域づくり活動の場の創出、高齢者の雇用促進ができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	住民や、民生委員等関わる人への周知し、生活支援の利用につながりました。早急な対応できるように制度を見直し、利便性を向上させることができました。
今後の 方向性	地域の担い手に関する啓発や高齢者の雇用拡大を図り、介護予防の支援事業としての体制を構築します。
第9期中に 達成する目標	「シルバーささえ隊」の登録者を増やす仕組みを検討し、更なる住民相互による支え合いの支援制度を構築していきます。また、生活支援コーディネーターと就労的活動支援コーディネーターが民間企業等を含めた高齢者の生きがいをつくるためのマッチングの仕組みを作ります。

2 地域・社会活動の取組

(1) 老人クラブ補助事業

老人クラブの活動に対して補助金を交付することにより、老人クラブの運営を支援し、高齢者の知識や技術等を活かした地域貢献活動や健康づくり及び生きがいづくり活動を推進します。

1. 事業の内容

事業概要	単位老人クラブと老人クラブ連合会に補助することにより老人クラブの運営を支援します。
対象	単位老人クラブ及び大津町老人クラブ連合会
手段	老人クラブ活動に対して補助金を交付します。
目指す姿	老人クラブまたは同様の高齢者の集まりが町全域に広がり、どの地域に住んでも高齢者が楽しみをもって健康づくりができる状態を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
老人クラブ加入者数(人)	550	506	441	450	460	470
第8期までの達成状況	加入者数は年々減少しているものの、補助金を活用して活動が行われています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	地域貢献活動や健康づくり活動が行われ、高齢者の介護予防を促進することができました。また、地域の重要な交流の場として活用されています。
今後の 方向性	加入者数の減少の対策として、広報誌等を活用しクラブの活動状況を周知するとともに、クラブの運営の担い手確保のための策を老人クラブ連合会と連携しながら検討していきます。
第9期中に 達成する目標	老人クラブの加入者数の増加を目指します。

(2) 地域活動組織育成事業

地域には様々な得意分野を持った多様な人材がいらっしやいます。それらの人々を発掘し、周りの人が支え、誰かに強制されるのではなく、緩やかにつながり、協力し合いながら活動していくことで地域が活性化されます。「個々の人材育成強化」「人材の総合交流とネットワーク化」「外部人材活用に対する支援」の三つの柱を実施します。

1. 事業の内容

事業概要	介護予防ボランティアの養成講座を開講し、地域でサロンや通いの場の運営やより身近で継続した支援ができる人材を育成し、住民主体による支援を行います。また町の介護予防事業の運営の補助業務に参加してもらうことにより、高齢者の介護予防と高齢者の生きがいをつくることへの支援をします。
対象	町内在住で介護予防事業における支援活動や各ボランティア活動に興味がある人、すでにボランティアとして活動している人、また自身の介護予防活動を実践したい人
手段	講座を実施し、修了証及び修了証明書を発行するなど、介護予防に関わる人材としての育成を行います。また、その後の活動の場を提供するとともに、継続したボランティア活動のための講座を実施していきます。
目指す姿	生活支援や介護予防の担い手となるボランティアを養成することで、自らの介護予防、住民主体による支援活動の育成、高齢者の生きがいをつくることへの創出を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
サポーター新規 養成者数（人）	3	6	6	10	10	10
活動につながっ た割合（％）	30	46	21	30	30	30
第8期までの 達成状況	通いの場など地域づくりの際のリーダー的人材となるように、ボランティアとしての具体的な技術指導及び意識改革啓発を進めるほか「大津町介護に関する入門的研修」の研修内容に則したカリキュラムになるよう再構築を行い学生にも対象を拡大し人材育成に努めました。					
その他事業効果	夏休み期間に講座を実施し、医療、福祉の専門職を目指す高校生らが参加。通いの場やデイサービスを体験してもらい、将来の人材育成に努めました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	介護予防サポーター養成講座修了生による通いの場を3か所創設しています。
今後の 方向性	介護予防サポーター養成講座修了生による地域活動組織育成の継続を行います。
第9期中に 達成する目標	活動したいと考えている人に対して、定期的に講座を実施し社会参加しやすい環境を整備します。定年退職者に対しても趣味がボランティア活動のセカンドライフの充実を強化します。

(3) 介護予防専門職派遣事業

介護予防のためにはフレイル状態への対策が重要であり、その解消には栄養状態と口腔機能、運動器の機能向上をバランスよく組み合わせてトレーニングすることが必要であると言われています。そこで、地域リハビリ広域支援センター等に協力及び専門的な支援を求めながら地域の住民と一緒に体制づくり等を積極的に行っていきます。

1. 事業の内容

事業概要	通いの場、サロン等地域で住民が自主的に集まり、DVD等活用しながら介護予防体操を行うにあたり、年2回の体力測定、結果説明、インボディ測定と管理栄養士による講話等の専門職派遣等を行うことで、住民による主体的な介護予防の活動の実施と地域づくりのきっかけの場となるよう支援するものです。
対象	おおむね 65 歳以上の高齢者
手段	①通いの場、サロン等地域で住民が自主的に集まり、DVD等活用しながら介護予防体操を行います。 ②理学療法士等による年2回の体力測定、結果説明、インボディ測定と管理栄養士による講話等を行います。
目指す姿	介護予防を目的に自主活動を行っている団体にリハビリテーション専門職等を派遣し、適切な運動内容の助言や運営内容の助言を行い住民の通いの場を充実させること並びに町全域に広がることを目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
通いの場実施数 (箇所)	19	23	23	36	36	36
通いの場参加者 数(人)	244	292	292	800	800	800
第8期までの 達成状況	令和2年度から開始した地域アップリハ事業において、コロナ禍もあったため令和2～4年にかけて6地区実施し、5地区において地域のサロンや通いの場、介護予防型ミニデイふれあい事業に移行しました。					
その他事業効果	介護予防型ミニデイふれあい事業サービスを起点に通いの場を進めていくことで通いの場の周知を図ることを行っています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	地域アップリハ事業と地域リハ広域センター派遣事業を組み合わせながら 通いの場の創設につながりました。
今後の 方向性	町全域の通いの場において、理学療法士等による年2回の体力測定、結果説明、 インボディ測定と管理栄養士による講話等を行います。
第9期中に 達成する目標	通いの場において、理学療法士等による年2回の体力測定と、結果説明、イン ボディ測定と管理栄養士による講話等行うことにより住民の通いの場を 充実させること並びに町全域に広がることを目指します。(36 か所、800 人、 人口1万人におおむね10カ所、高齢者人口のおおむね1割)

(4) 敬老事業

町内の100歳到達者へ敬老祝い金を贈呈し、町民の敬老意識と健康志向の向上を啓発しま
す。

1. 事業の内容

事業概要	100歳到達者へ敬老祝金を贈呈し、広報でお祝い記事を掲載します。
対象	100歳到達者
手段	内閣総理大臣からの表彰状と銀杯の贈呈にあわせて、町からは祝い金(5万円) を贈呈します。
目指す姿	長寿を祝い、町民の敬老意識と健康志向を高めます。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
100歳到達者(人)	12	12	24	—	—	—
第8期までの 達成状況	各年度、対象者に敬老祝金等を贈呈し、広報で100歳到達者の長寿を祝う ことができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	100歳を迎えた方に敬老祝金等を提供することができ、長寿を祝うことができました。
今後の 方向性	今後も広報に掲載し、健康志向の啓発につなげていきます。
第9期中に 達成する目標	健康の秘訣などのインタビューを加えるなど広報の記事を充実させ、町民の興味を引く内容にしていきます。

(5) 金婚表彰事業

結婚50周年を迎える夫婦を祝福し、記念式典を開催し記念品を贈呈します。

1. 事業の内容

事業概要	熊本日日新聞社と共催で金婚夫婦表彰式を開催し、記念品を贈呈します。
対象	結婚50周年を迎える夫婦
手段	熊本日日新聞社が表彰状と記念品を贈呈することにあわせ、町で式典を開催し、町からも記念品と記念写真を贈呈します。
目指す姿	互いの健康と長寿を喜び、さらなる健康意識の向上を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
参加組数(組)	39	56	40	65	65	65
第8期までの 達成状況	各年度、文化ホールで記念式典を開催しました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	記念式典を開催するとともに町内の写真館2社で利用できる記念撮影割引クーポンの贈呈を行いました。
今後の 方向性	今後も記念式典を開催し、継続して金婚を祝福していきます。
第9期中に 達成する目標	申し込み漏れがないよう周知し、多くの夫婦に参加していただくことを目指します。

(6) 楽善ふれあいプラザ指定管理委託

介護予防拠点施設である「大津町楽善ふれあいプラザ」をより多くの町民が安全に利用できるよう、施設の管理を行います。また、地域交流の場としての活性化を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	大津町楽善ふれあいプラザの指定管理委託
対象	大津町楽善ふれあいプラザを利用できる町民や地域住民
手段	社会福祉法人白川園に指定管理委託することにより実施します。
目指す姿	指定管理者が適切な施設管理運営を行うことにより、介護予防拠点施設としての目的と地域交流施設としての活用を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
介護予防事業開催数（回／年）	17	46	48	48	48	48
利用者延べ人数（人）	23,127	18,498	20,000	20,100	20,200	20,300
第8期までの達成状況	コロナ禍で3B体操や太極拳などの介護予防事業を開催できなかった時期もありましたが、令和4年度以降は平常どおり開催しました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	空調設備改修工事や備品購入、トイレ改修工事等を行い、快適に利用できる施設として維持できています。
今後の方向性	指定管理者の特色を生かした介護予防事業、地域交流事業の展開をお願いし、モニタリングを行い適切な運営状況を確認してきます。また、修繕等については個別施設計画に基づき行っていきます。
第9期中に達成する目標	指定管理者による介護予防事業、地域交流事業の展開を支援し、利用者の増加を目指します。

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

現在の医療保険制度は、年齢が 75 歳に到達すると、それまで加入していた国民健康保険制度や社会保険制度等から、後期高齢者医療制度へ移行します。この結果 74 歳までの保健事業と介護予防事業を継続的に実施することができないということが課題となります。

このため、令和 2 年 4 月に「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が施行され、国により、高齢者の保健事業と介護予防事業を市町村が一体的に実施するための体制が整えられました。

本町においても、高齢者が住み慣れた地域で安心して健康の保持増進を図り健康寿命を延伸することを目標として、健康保険課、介護保険課の庁内関係課及び関係団体との連携のもと令和 3 年度から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組んでいます。

(1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体化作業

健康診査・保健指導等の結果に基づき、対象者を抽出し管理栄養士等専門職による訪問指導等を実施します。また、切れ目のない医療・介護サービスの連携、通いの場等を利用した相談・健康教育の普及活動を行い、町民の健康寿命の延伸を目指します。

1. 事業の内容

事業概要	健康診査・保健指導の結果に基づき抽出した対象者や健康状態不明者への訪問等による個別指導を実施し、必要な人を医療・介護サービスへつなぎます。
対象	75 歳以上の高齢者
手段	75 歳以上の高齢者に対して、健康診査・保健指導の結果に基づき、対象者を抽出し、ハイリスク対象者へは、管理栄養士等専門職による訪問保健指導及び状態把握を行います。また、介護予防把握事業や後期高齢者のデータベースを活用した健康状態不明者の把握を行い、医療・介護サービスへつなぎます。
目指す姿	データから抽出されたハイリスク者・健康状態不明者の状態把握を行い、医療・介護サービス等適切な支援へのつなぎを行います。また、通いの場等介護予防事業を利用した相談事業、健康教育等の普及活動といった医療と健診、介護予防事業を一体的に取り組み健康寿命の延伸を目指します。

2. 事業活動と成果

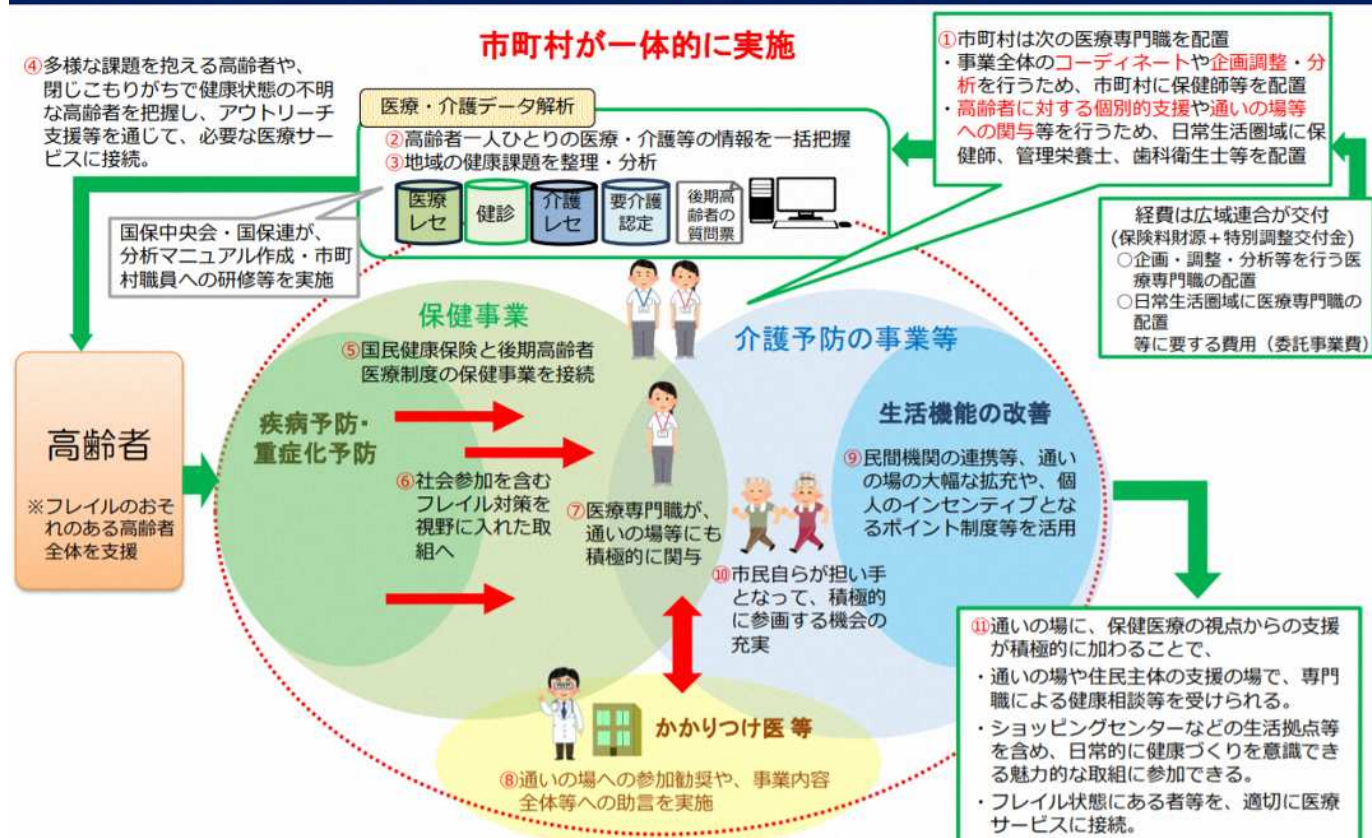
指標	第 8 期			第 9 期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
ハイリスク該当者の内支援数の割合 (%)	73.6	80.4	80.5	75	80.5	81
改善率 (%)	70.6	94	94	71	95	96

第8期までの達成状況	データの取りまとめに関して、健康保険課と連携しながら、KDBや特定健診等データ管理システム等を使用し、健診結果経年表や指導用教材等を作成しました。必要に応じて、介護保険申請及びもの忘れ相談へつなぎ、介護予防事業（健康教室）や就労支援等にもつなぐことができました。
その他事業効果	介護予防型ミニデイふれあい事業や通いの場等においてポピュレーションアプローチを行い、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防の周知・啓発につなげることができました。

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	令和3年度から事業を実施。ハイリスク対象者、健康状態不明者に対して訪問指導を実施。医療サービスへつなげることができました。
今後の方向性	切れ目のない医療・介護サービスの連携、介護予防事業を利用し、町民の健康寿命の延伸を目指します。
第9期中に達成する目標	健康診査や保健指導等の結果からわかる町の特徴を受診勧奨に活かし、健診の啓発を行います。ポピュレーションアプローチ及びハイリスク対象者へ、町の各種事業を案内し、継続的にフレイル予防に努めます。健康状態不明者に対し、現在の状況を国保データベース（KDB）等活用しながらフォローしていきます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



主要施策2 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援に向けたケアマネジメントの充実

(1) 自立支援、重度化防止等の推進について

高齢者が要支援・要介護状態になっても、利用者一人ひとりに応じた身体的・精神的・社会的に自立した日常生活を営み続けることができるよう、自立支援型のケアマネジメントに取り組んでいます。

令和元年度から「大津町ケアマネジメントに関する基本方針」を定め、ケアマネジメントのあり方を町（保険者）と介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」と言います。）及び地域包括支援センター職員とで共有しています。ケアマネジメントの質を向上させることにより、適正な介護保険制度の運営を図るとともに、被保険者とその家族の生活の質を向上させ、幸せな暮らしの一助となることを目指します。

その具体策として、ケアプランの点検を行い、ケアマネジャーが作成したケアプランが高齢者の自立支援に資するものとなっているか、保険者とケアマネジャーと一緒に検討を行い、必要であれば改善を求めています。

ケアプランの点検は、ケアマネジャーとマンツーマンで実施するほか、住宅改修や福祉用具購入の事前点検、地域ケア会議、事業所の運営指導などの場面でも実施します。

また、地域包括支援センターでは、総合事業の利用にあたり、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員（以下「主任ケアマネジャー」と言います。）の三職種を配置し、専門的視点から必要な援助を行っています。今後も、効果的な介護予防ケアマネジメントの観点から、関係者間（本人、家族、ケアマネジャー、サービス事業所等）での意識の共有を継続していきます。また、広く町民にむけた啓発（サービスを利用することで維持改善を目指すこと）も行っています。

「大津町ケアマネジメントに関する基本方針（令和5年度）」より抜粋

高齢者の自立支援とは

制度上「自立」の定義が明確化されていないため、高齢者一人ひとりごとに、その人にとっての自立支援とは何なのかを考える必要があります。身体的な自立だけでなく、精神的な自立（意欲の向上・意思決定ができる）や社会的な自立（地域や家族等の中で役割がある、地域会社における活動等さまざまな活動に参加する）を踏まえて、自立支援を考えます。

大津町においては、介護保険を「卒業」することだけを自立支援と捉えておらず、たとえ介護度が重度であっても、その人に応じた自立支援を行うことができると捉えています。

大津町におけるケアマネジメントのあり方

要支援・要介護状態になっても、利用者一人ひとりに応じた身体的・精神的・社会的な自立を目指すことで、利用者と家族の生活の質がより良いものへと変化していくことができるような自立支援型のケアマネジメントに取り組みます。

(2) 地域ケア会議推進事業

地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたり、民生委員や自治会等の地域の支援者・団体や、専門的視点を有する多職種を迎え「個別課題の解決」「地域包括支援ネットワークの構築」「地域課題の発見」「地域づくり、資源開発」及び「政策の形成」「介護支援専門員の実践力向上」の6つの機能を有する地域ケア会議により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を行います。

1. 事業の内容

事業概要	保健医療と福祉に関する専門職や支援者により、高齢者個人のケース検討を行い、高齢者自身の自立支援や地域課題の解決を検討する場です。
対象	高齢者、支援に関わる専門職等
手段	月1回、高齢者を支援する関係者が集まりケースの検討を行います。また、週1回、サービス導入の可否決定とあわせて、自立支援のためのケア会議も実施しています。
目指す姿	高齢者個人に対する支援の充実と社会基盤の整備により、地域で尊厳ある、その人らしい生活の継続を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
ケース検討数 (件)	187	115	127	128	128	128
認定率 (%)	18.8	18.67	18.66	19.1	19.1	19.1
第8期までの 達成状況	コロナ禍のためオンライン会議を取り入れ、会場参加者とハイブリッド型で実施しました。また、多職種の意見を伺い「個別課題の解決」に取り組みました。ケース検討数については、毎週実施のケア会議分も含めています。					
その他事業効果	民生委員と介護支援専門員とで意見交換を行い、ネットワーク構築を行いました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	多職種の意見を伺い「個別課題の解決」に取り組みました。コロナ禍で実施ができておりませんでした。令和5年中に民生委員と介護支援専門員との交流会として意見交換を行いお互いの役割を確認することができました。
今後の 方向性	ケース検討によって「個別課題の解決」を行うのみならず、更に地域課題の明確化、資源開発や地域づくりの新たな取り組みにつなげる仕組みづくりを強化します。
第9期中に 達成する目標	個別課題に応じ、高い専門性を有する専門職に参加を要請することで、更なる自立支援を目指したケアマネジメント向上を図ります。 「地域課題」を「地域資源」に変えていけるよう、地域ケア個別会議から地域ケア推進会議へと強化します。

2 介護予防の推進と生活支援体制の整備

★重点的取組

(1) 訪問型サービス事業（訪問介護相当サービス）

介護予防訪問介護と同等のサービスで、身体介護・生活援助等の専門的なサービスを必要とする場合における日常生活の支援を継続して実施していきます。

1. 事業の内容

事業概要	要支援認定者・事業対象者の居宅に、訪問介護員等が訪問して、身体介護や掃除、洗濯等の日常生活の支援を提供することで、高齢者の自立した生活の援助等を行い、その家族の負担軽減を図ります。
対象	要支援認定を受けた者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）
手段	訪問介護員等が訪問し、身体介護や掃除、洗濯等の日常生活の支援を提供します。
目指す姿	自立した生活の援助、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担軽減を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延べ利用者数 (人)	679	721	714	692	670	648
維持・改善率(%)	98.5	58.3	60.0	65.0	65.0	65.0
第8期までの 達成状況	高齢者ホームサポートやまごころ生活支援事業などの事業への移行は担い手不足や対応困難もあり移行者の増加までには至っていない状況です。					
その他事業効果	総合事業対象者が引き続き同等のサービス利用の場合に、要支援認定を受けることなく利用することができたことで、調査にかかる費用を削減することができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	介護支援専門員への事業の説明を行いました。
今後の 方向性	生活援助のみについては、高齢者ホームサポートやまごころ生活支援事業などの事業へ移行します。
第9期中に 達成する目標	介護支援専門員との共通の理解を図り 生活援助のみについては、高齢者ホームサポートやまごころ生活支援事業などの事業へ移行することを目標にします。

(2) 高齢者ホームサポート事業（訪問型サービスA）

身体介護以外の掃除・洗濯等の生活援助サービスで、町内の訪問介護サービス事業所に委託し実施しています。

1. 事業の内容

事業概要	要支援認定者・事業対象者の居宅に、高齢者ホームサポーターが訪問して、掃除、洗濯等の日常生活の支援を提供することで、高齢者の自立した生活の援助等を図るとともに、その家族の苦労の軽減を図ります。
対象	要支援認定を受けた者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）
手段	高齢者ホームサポーターが訪問し、掃除、洗濯等の日常生活の支援を提供します。
目指す姿	自立した生活の援助、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上を図るとともに、その家族の身体的・精神的な苦労の軽減を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数（人）	72	51	67	70	70	70
認定率（％）	18.8	18.67	18.66	19.1	19.1	19.1
第8期までの達成状況	事業所内で担い手が確保できず、委託先が3事業所から2事業所となりました。事業所との意見交換会を実施しています。					
その他事業効果	訪問介護員の職員が不足していることから、シルバー人材センターに委託している「まごころ生活支援サービス事業」へ、簡単な支援の内容は移行することができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	介護に関する入門的研修を実施し、本事業の担い手を育成する仕組みを構築しました。
今後の方向性	介護に関する入門的研修を実施し高齢者ホームサポーターの担い手を創設します。
第9期中に達成する目標	介護に関する入門的研修を実施し、高齢者ホームサポーターの増員を目指します。

(3) 通所型サービス事業（通所介護相当サービス）

介護予防通所介護と同等のサービスで、住み慣れた地域で自立した生活が維持できるよう、第9期でも日常生活の支援や日常生活動作訓練を指定事業所において提供します。

1. 事業の内容

事業概要	指定事業所において、要支援認定者・事業対象者に対し、生活指導や日常動作訓練を提供することで、自立的生活の助長、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上を図ります。
対象	要支援認定を受けた者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）
手段	通所の方法により、生活指導や日常動作訓練を提供します。
目指す姿	自立的生活の助長、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上等を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数（人）	1,251	1,340	1,317	1,251	1,186	1,121
維持・改善率（%）	98.3	52.3	55.0	60.0	65.0	65.0
第8期までの達成状況	通所型サービスA（介護予防はつらつ元気づくり事業）や通所型サービスC（ほりだし健康教室）などへの移行については、周知不足やサービス内容の違いもあり移行に至っていない状況です。					
その他事業効果	総合事業対象者は介護保険の認定調査を受けないため、認定調査に係る費用を削減することができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	要支援認定を受けた者や基本チェックリスト該当者（事業対象者については、まず短期集中通所型介護予防事業ほりだし健康教室（通所型サービスC）や介護予防はつらつ元気づくり事業（通所型サービスA）の利用を検討する流れができました。
今後の方向性	利用者やケアマネジャーに対し、通所型サービスAや通所型サービスCなどの事業を周知徹底し、それらの事業への移行を加速させます。
第9期中に達成する目標	地域ケア会議等で検討しながら通所型サービスA及び通所型サービスCへの移行を行います。

（４）介護予防はつらつ元気づくり事業（通所型サービスＡ）

住み慣れた地域で自立した生活が維持できるよう、第９期でも日常生活の支援や日常生活動作訓練を委託事業所において提供します。

また、身体機能維持のためリハビリに特化したプログラムを提供したり、利用者の生活サイクルや身体状況に合わせ短時間の通所が可能な事業所を増やしたり、より利用者のニーズに合わせた事業展開をしていきます。

１．事業の内容

事業概要	委託事業所において、要支援認定者・事業対象者に対し、生活指導や日常動作訓練を提供することで、自立的生活の助長、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上を図ります。
対象	要支援認定を受けた者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）
手段	生活指導や日常動作訓練を提供します。
目指す姿	自立的生活の助長、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上等を図ります。

２．事業活動と成果

指標	第８期			第９期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延べ利用者数（人）	1,156	1,004	819	1,000	1,000	1,000
認定率（％）	18.8	18.67	18.66	19.1	19.1	19.1
第８期までの達成状況	当事業の利用により、自立促進や重度化予防、認知症予防につながり、効果的な介護予防につなげています。					
その他事業効果	本事業に参加することで、生活習慣の確立や仲間づくりによる精神面の安定が図られています。					

３．事業評価と今後の取組

第８期までに解決した課題	短期集中通所型サービス事業（サービスＣ）の実施後の受け皿の役目を果たしています。
今後の方向性	通所介護相当サービスの代替となるサービスとして、短期集中通所型介護予防事業ほりだし健康教室（通所サービスＣ）の実施の方法を取り入れるなどの実施内容を見直し利用者を増やします。また、サービスの卒業及び地域で活躍するために改善率を上げます。
第９期中に達成する目標	要支援認定を受けた者の増加及び改善率の上昇を目指します。

(5) 短期集中通所型介護予防事業ほりだし健康教室（通所サービスC）

運動機能、栄養状態、口腔機能などが低下した要支援認定を受けた者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）に対して、短期間、集中的に機能改善に向けた指導を行うことで、健康寿命の延伸をめざします。

また、地域の介護予防事業の実践へ向けて自主的活動を実践できるよう個々人への支援を行います。

1. 事業の内容

事業概要	3か月～4か月間、集中的に運動機能、身体状況の評価を行い、高齢者が主体的に運動習慣を継続できるよう専門職との連携を図ります。終了後は地域の自主活動や個々人に必要なサービス利用のための支援を行います。
対象	要支援認定を受けた者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）
手段	年間を通して教室を実施し、実施終了毎に運動機能、栄養状態、口腔機能などの評価を行います。
目指す姿	身体機能の低下・悪化を早期に発見し、フレイル状態や閉じこもり、認知機能低下の改善を図ることで、健康で安心して暮らすことができるよう努めます。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
参加者数（人）	47	64	60	60	70	80
維持・改善率（%）	63	67	80	80	80	80
第8期までの達成状況	実施前後に身体・心理評価を行い、高齢者が主体的に運動習慣を継続できるよう専門職と連携を図りフレイル予防や閉じこもり防止につなげました。また終了後は、地域の自主活動や個々人に必要なサービス利用へつなげています。					
その他事業効果	教室参加により、運動の習慣化や仲間づくりが期待でき、閉じこもりがちな高齢者の精神面の安定につながっています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	年間を通して教室に参加できるようにしました。また、教室参加前後に身体・心理評価を行い個人の状態把握をすることで、個人の状態把握を行い、状況に合わせた各種サービス導入等の早期介入することができています。また終了後は、個人に応じ住民主体の介護予防活動（通いの場、介護予防型ミニデイふれあい事業、サロン等）につなげることができました。
今後の 方向性	教室参加後の取り組みについては、教室参加前後の身体・心理面の評価を行い、受講中から個人の状態に合わせ地域の自主活動や各種サービス利用のための支援に努めます。 今後効果的な取組を行うために、事業評価を適宜行い、短期集中通所型の介護予防事業ほりだし健康教室（通所サービスC）の提供方法を検討していきます。
第9期中に 達成する目標	基本チェックリスト等により対象者の抽出を行い、定期的に教室へ案内し、フレイル予防や閉じこもり防止につなげ、健康寿命の延伸を目指します。また教室終了後、継続して利用可能な地域での活動の場が少ないため、受け皿となる場づくり等の検討を行います。

（6）介護予防把握事業

高齢者が自身の体力や身体機能について理解し、自らの健康づくりに積極的に取り組む高齢者を増やすため、75 歳以上の高齢者に対して郵送による介護保険等の情報提供・基本チェックリスト等の問診票配布を行います。

本事業によって把握・抽出された高齢者へのアプローチを行い、健康課題の解決に向けた支援を行います。

1. 事業の内容

事業概要	自分の体力等を評価する機会を持つことで、高齢者自ら健康づくりに積極的に取り組むきっかけを提供します。
対象	①65、70、75 歳節目にあたる高齢者（介護保険、前期高齢、後期高齢の節目） ②75 歳以上の高齢者（介護認定者を除く）
手段	65 歳以上の高齢者に基本チェックリスト等を郵送し回収します。 ※各年度で対象者選定を行い、抽出し郵送します。
目指す姿	高齢者が自身の体力や身体機能について理解し評価を行うことで各種介護予防事業へ積極的に取り組めるようにします。また、抽出をすることで必要な高齢者への訪問等を適切に実施し、フレイル状態や疾患の重症化、ハイリスク対象者となることを未然に防ぎます。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
節目の対象者数 (人)	1,072	1,032	1,050	1,050	1,050	1,050
節目の参加率 (%)	53	43	55	55	55	55
第8期までの 達成状況	コロナ禍のため、令和4年9月より介護予防健診（節目健診）を再開しました。65歳からの健康づくり、介護予防に取組む動機づけを行っています。					
その他事業効果	高齢者支援として、各種教室に案内し、介護予防の介入を行っています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	節目健診において、保健師や管理栄養士、運動指導士等による講話を実施することで健康づくりの視点を持ち介護予防に取組む動機付けになりました。
今後の 方向性	インボディ測定の経年的結果や基本チェックリスト等の結果等を元に、介護予防事業及び必要なサービスにつなげます。また軽度認知障害の早期発見やフレイル状態にある高齢者を抽出し、早期に介護予防につなげます。
第9期中に 達成する目標	第8期までは節目健診において体力測定を実施してきましたが、第9期においては、インボディ測定と専門職による結果説明及び講話を行い、住民が健康づくりの視点を持ち、自ら介護予防を目指すことができる様に支援します。また、75歳以上の方で介護保険の利用がない方を対象にチェックリストを送付し介護予防把握に取り組みます。また、80歳と85歳の方にはチェックリストの送付にあわせて、必要な方に電話連絡や看護師の訪問を行います。また、早期発見、早期介入するためのアウトリーチの方法について検討いたします。

（７）介護予防普及啓発事業

地域の公民館や介護予防拠点施設等で介護予防の体操等を住民主体で実施することで、積極的に健康づくりや介護予防に関心を持ち、生きがいをつくる場につながるように支援していきます。また、地域での身近な施設で実施することで、高齢者が日常的に健康づくりを意識できる等の魅力的な取り組みを推進していきます。

１．事業の内容

事業概要	住民が介護予防に関する知識を習得する場として、様々な形態での一般介護予防事業を実施します。また参加し他者と関わることで、より積極的にフレイル予防や健康づくりに取り組むことができます。
対象	おおむね 65 歳以上の高齢者
手段	①地域の公民館等での介護予防型ミニデイふれあい事業 ②介護予防拠点施設での一般介護予防事業（３Ｂ体操、太極拳、出前講座等） ③フレイル予防の視点に基づいた教室等を、年間を通して実施し、事業対象者や介護保険軽度認定者への事業展開を行います。
目指す姿	高齢者が地域の公民館等で介護予防に関する取組や生きがい活動に参加し、より積極的に自身の体や健康について理解し介護予防に取り組むことが出来るようになります。

２．事業活動と成果

指標	第 8 期			第 9 期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
介護予防型ミニデイふれあい事業開催地区（箇所）	26	26	27	28	29	30
月平均登録者数（人）	281	288	292	299	306	313
第 8 期までの達成状況	介護予防型ミニデイふれあい事業は現在 27 地区となり、各地区で介護予防拠点として展開し、積極的に健康づくりや介護予防に関心を持ち、生きがいづくりをつくる場として取り組みました。					
その他事業効果	地域づくりの活動を行う場づくりに努めることができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	身近な公民館や介護予防拠点施設等で介護予防の体操等を実施することで、フレイル予防や健康づくりにつながることができました。
今後の 方向性	介護予防型ミニデイふれあい事業が現在27地区、通いの場が20箇所を実施。すべての地区ではまだ網羅出来ていないため、今後も創設を検討していきます。
第9期中に 達成する目標	各地域に徒歩で通うことのできる介護予防の提供できる場を増やす。また、一般介護予防事業の場を活用し、高齢者の疾病予防、フレイル予防に関する地域啓発等を関係する専門職と共に実施します。

(8) 生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターが高齢者の困りごとや地域の課題を多様な関係者で組織される協議体で解決策等を協議します。また、就労的活動支援コーディネーターを配置し、民間企業や団体等と協力して高齢者の有する能力を生かすことができる場や仕組みを創出し、課題解決と高齢者の生きがいや社会参加を推進します。

1. 事業の内容

事業概要	多様な関係者で組織する協議体において地域の課題やそれに係る解決策等について協議し、新たな資源開発等を推進します。
対象	住民、施設等
手段	生活支援コーディネーターと就労的活動支援コーディネーターを配置します。地域の関係者（包括、社会福祉協議会、保険者、関係課等）で組織する協議体（名称：地域福祉推進会議）で地域の課題を協議します。
目指す姿	高齢者の有する能力を生かし、困りごとや地域課題を解決する仕組みづくりを行います。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
協議体開催数 (回)	12	4	5	5	5	5
次年度に向けた 政策提言数(個)	5	3	3	3	3	3
第8期までの 達成状況	地域ケア会議等で把握した地域課題に対して、課題解決のための政策提言（課題解決提案）を協議体や所管課へ行うことで、政策提言につなげることができました。（移動販売車のルート、公民館と連携した人材発掘・育成等）					
その他事業効果	介護事業所において業務が多忙である課題に対して、研修等を受けた高齢者が傾聴やレクリエーション等を行う介護アシスタント活動を導入しました。介護事業所は業務負担が軽減でき、高齢者は生きがい活動や社会参加ができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	買い物や居場所といった高齢者の困りごとの他、介護事業所の業務負担と高齢者の役割創出といった異なる課題同士を掛け合わせて解決策とし取り組みました。
今後の 方向性	コロナ禍で停滞した地域活動を更に活発化し、介護予防等に取り組む通いの場を地域の拠点として強化します。また、高齢者の移動に関する課題解決に向け、関係機関と公共交通等の制度の住み分けを明確化し、重層的体制整備事業としての仕組みづくりの強化を図ります。
第9期中に 達成する目標	介護予防等に取り組む通いの場を地域の拠点とし、住民の困りごと（地域課題）を解決できる小地域活動を推進します。

(9) 高齢者外出支援サービス事業

高齢者の閉じこもり防止及び移動手段確保のため、経済的負担を軽減し、安心して医療、公共機関、買い物等に行くことができる環境を整備するため外出支援券を交付しています。

北部地区、南部地区、中部地区の一部に乗合タクシーが運用されていますが、認知症や身体状況等により乗合タクシーが利用できない高齢者のセーフティネットとなっています。また、高齢者の免許返納後の移動手段の代替にもなっていますが、制度について約6割が「内容は分からない」「聞いたことがない」との意見があることから、更に周知をしていきます。

1. 事業の内容

事業概要	身体状況により運転、公共交通機関の利用、家族による移送が困難な高齢者に対して、タクシー費用の一部または全部を助成し、生活支援を行います。
対象	住民税が非課税世帯であり、身体状況により運転が不可能で、公共交通機関の利用及び家族による移送が困難な高齢者
手段	居宅と医療機関等の区間の送迎にかかるタクシー費用の一部または全部を助成します。
目指す姿	経済的な面も含め、安心して医療機関、公共機関、買い物等に行くことができるようにします。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用決定者数(人)	131	156	160	180	180	180
利用延べ数(回)	5,183	5,496	5,680	6,000	6,000	6,000
第8期までの達成状況	高齢者の外出の際の経済的負担軽減を図ることで、安心して外出ができる環境を構築しています。					
その他事業効果	買い物等にも利用できるようにしたことで、外出機会の創出、閉じこもり予防につながりました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	外出支援券の新年度の配布方法について一部見直しを行い、事務分担の軽減と利用者への速やかな配布を行うことができました。
今後の方向性	公共交通機関とのすみ分けを図るため、公共交通会議にも福祉分野として参加し、高齢者の移動手段の確保に努めます。
第9期中に達成する目標	利用者との公平性と利便性の向上を期すために、本事業について公共交通担当課とも協議しながら随時見直しを図ります。

(10) 家族介護用品支給事業

在宅で要介護者を介護する家族に介護用品給付券を支給して経済的に支援することで、在宅生活の継続を支援します。

1. 事業の内容

事業概要	在宅で要介護者を介護する家族に対し介護用品給付券の支給を行います。
対象	要介護4・5の高齢者または要介護3で排尿・排便全介助の高齢者を在宅で20日以上介護する家族（要介護者が住民税非課税であることが要件）
手段	対象者に介護用品給付券を交付し、紙おむつ等の購入を助成します。
目指す姿	家族介護者を経済的に支援することで、在宅でできるだけ長く生活ができるように支援します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数(人)	59	56	60	62	64	66
第8期までの達成状況	各年度3月の利用人数は令和3年度59人、令和4年度56人でした。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	購入できる店舗が多くあるため、利用者の購入促進につながっています。また、在宅家族介護者の経済的負担の軽減を図ることができました。
今後の方向性	補助を必要としている対象者の方に利用していただくよう周知を図ります。
第9期中に達成する目標	事業を継続し家族介護者を経済的に支援します。

3 見守りネットワークの推進

(1) ほっとライン体制整備事業

独居高齢者等に対して、緊急通報装置を貸与し、24 時間 356 日体制で委託警備会社が、急病や災害等に対応し、安心して生活を送れるよう支援しています。

平成 28 年熊本地震において被災し、災害公営住宅等へ入居している方へも緊急通報装置を貸与していますが、貸与期間満了後（災害公営住宅入居後 2 年間）でも緊急通報装置の貸与が必要な方には、本事業へ移行していきます。

1. 事業の内容

事業概要	一人暮らしの高齢者等に緊急通報装置を貸与し、委託を受けた警備会社が 24 時間 365 日体制で、急病や災害等に対応します。
対象	一人暮らしの高齢者または高齢者のみの世帯等
手段	緊急通報装置を貸与し、委託を受けた警備会社が 24 時間 365 日体制で、急病や災害等に対応します。
目指す姿	緊急時に 24 時間体制で迅速かつ適切な対応を図り、高齢者が自立し、安心した生活を送れるようにします。

2. 事業活動と成果

指標	第 8 期			第 9 期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用数（人）	97	120	140	160	160	160
利用回数（受報・発報）（回）	5,902	4,819	4,500	4,800	4,800	4,800
第 8 期までの達成状況	令和 4 年度利用回数 4,819 件のうち、救急搬送 12 件、連絡・相談 476 件受け付け、必要時には訪問等を実施しています。					
その他事業効果	月 2 回、委託事業者から様子伺いの電話をし、定期的な安否確認ができています。					

3. 事業評価と今後の取組

第 8 期までに解決した課題	災害公営住宅等へ入居されている方に対する事業が終了しました。引き続き、必要な方については本事業への移行が完了しました。
今後の方向性	引き続き、緊急時の対応のため本事業を継続する。同じ見守りを目的とする食の自立支援事業とのすみ分けを行い、対象者を明確にします。
第 9 期中に達成する目標	高齢者が気軽に相談や通報ができる体制を整えます。

(2) 食の自立支援事業

在宅のひとり暮らし高齢者等に配食ボランティア等が手渡しで給食を届けることで、定期的な高齢者の安否確認を行うとともに、栄養バランスのとれた食事により、食生活の改善と健康増進につながっています。民間事業者との調整を図りながら、今後も継続して実施していきます。

1. 事業の内容

事業概要	調理の困難な高齢者に対し、栄養バランスのとれた給食を配達し、食生活の改善と健康増進を図るとともに配達ボランティア等が手渡しで届けることで、安否確認を行います。
対象	一人暮らしの高齢者または高齢者のみの世帯等で、自分で食事の調理が困難な高齢者
手段	栄養バランスのとれた給食を配達ボランティア等が手渡しで届け、安否確認を行います。
目指す姿	食生活の改善と健康増進を図るとともに、自立し、安心した生活を送れるようにします。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数(人)	143	141	140	140	140	140
利用回数(安否確認数)(回)	6,871	5,830	5,800	5,800	5,800	5,800
第8期までの達成状況	在宅の独居高齢者の定期的な安否確認と食の提供を行うことで、安心した在宅生活を送ることができています。					
その他事業効果	ボランティア等が手渡しすることで、安否確認だけでなく高齢者の認知面の低下などの異変にいち早く気づくことで早期対応が図れています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	給食配達の際に安否確認を行うことで、緊急時に早急に対応することができました。
今後の方向性	ほっとライン体制整備事業や民間の配食サービスとのすみ分けを行い、利用者に最も適したサービスを提供できるよう検討していきます。
第9期中に達成する目標	他の事業や民間サービスとのすみわけを行った結果で、町の現状に適したサービスとなるように事業内容の見直しを図ります。

4 地域包括支援センターの機能向上

★重点的取組

(1) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）について

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上や福祉の増進を包括的に支援する施設です。地域包括支援センターの機能を適切に発揮していくために、地域包括支援センターは、直接運営し職員数については条例で管理しています。また、令和4年から「重層的支援事業」において次の取り組みを実施しています。①包括的相談支援事業（断らない相談支援）、属性や世代を問わず包括的に相談を受けとめること。②支援機関のネットワークで対応すること。③複雑化・複合化した課題については適切に他機関協働事業につなぐこと。

(2) 介護予防ケアマネジメント業務（第1号介護予防支援事業）

介護予防ケアマネジメントは、利用者に対して、介護予防および生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行います。

(3) 総合相談支援事業

地域包括支援センターに寄せられる相談では、高齢者の介護や認知症等に関する相談の他に、精神疾患、生活困窮、ペット、ごみ問題、高齢の親が子どもを支える「8050問題」等のさまざまな複合的な課題に関する相談が増加してきています。世帯全体を包括的に相談・対応することが求められるため、令和4年から重層的支援体制整備事業の一つとして、「ふくしの相談窓口」として、地域包括支援センターの総合相談対応者が、各関係支援機関と連携をとりながら、迅速に対応しています。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
相談件数（件）	1,733	1,494	1,100	1,100	1,100	1,100

(4) 権利擁護業務

日常生活自立支援事業、成年後見制度の権利擁護を目的とするサービスや制度を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや医療機関につなぎ適切な支援を提供することにより高齢者の生活の維持を図ります。①成年後見制度の活用促進②老人福祉施設への措置の支援③高齢者虐待への対応④困難事例への対応⑤消費者被害への防止に取り組んでいます。

(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ①包括的・継続的なケア体制の構築②地域における介護支援専門員のネットワークの活用
③日常的個別指導・相談④支援困難事例等への指導・助言に取り組んでいます。

重層的支援体制整備事業の枠組み等について

- 市町村において、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する断らない包括的な支援体制を整備するため、①相談支援(包括的相談支援事業、多機関協働事業、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業)、②参加支援事業、③地域づくり事業を一体的に実施する事業を創設した。
- 当該事業は、実施を希望する市町村の手上げに基づく任意事業である。
- このほか、事業の実施に要する費用にかかる市町村の支弁の規定及び国等による補助の規定を新設した。この中で、国の補助については、事業に係る一本の補助要綱に基づく申請等により、制度別に設けられた各種支援の一体的な実施を促進する。

重層的支援体制整備事業における3つの支援の内容

新たな事業(Ⅰ～Ⅲ)の支援を一体的に実施

Ⅰ 相談支援

- ① 介護(地域支援事業、障害(地域生活支援事業)、子ども(利用者支援事業)、困窮(生活困窮者自立相談支援事業)の相談支援にかかる事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める、包括的相談支援事業を実施
- ② 複合課題を抱える相談者にかかる支援関係機関の役割や関係性を調整する多機関協働事業を実施。
- ③ 必要な支援が届いていない相談者にアウトリーチ等を通じた継続的支援事業を実施。

Ⅱ 参加支援事業

- 介護・障害・子ども・困窮等の既存制度については緊密な連携をとって実施するとともに、既存の取組では対応できない狭間のニーズに対応するため(※1)、本人のニーズと地域の資源との間を取り持ったり、必要な資源を開拓し、社会とのつながりを回復する支援(※2)を実施
- (※1)世帯全体としては経済的困窮の状態にないが、子がひきこもりであるなど
(※2)就労支援、見守り等居住支援 など

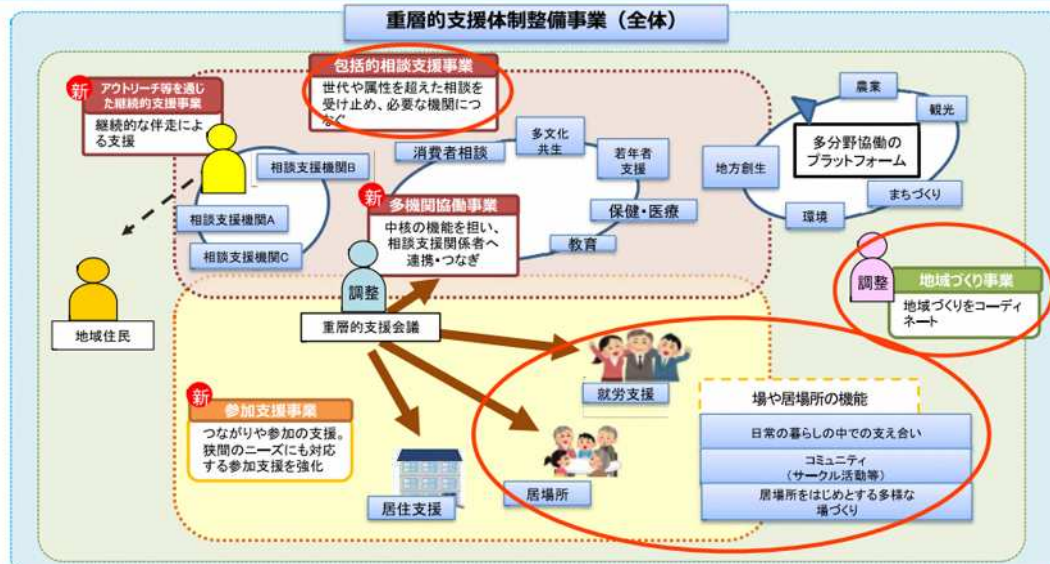
Ⅲ 地域づくり事業

- 介護(一般介護予防事業、生活支援体制整備事業)、障害(地域活動支援センター)、子ども(地域子育て支援拠点事業)、困窮(生活困窮者のための共助の基盤づくり事業)の地域づくりに係る事業を一体として実施し、地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する地域づくりに向けた支援を実施

- 事業の実施に当たっては、以下の場及び機能を確保
- ①住民同士が出会い参加することのできる場や居場所
 - ②ケア・支え合う関係性を広げ、交流や活躍の場を生み出すコーディネート機能

重層的支援体制整備事業について(イメージ)

- 相談者の属性、世代、相談内容に関わらず、包括的相談支援事業において包括的に相談を受け止める。受け止めた相談のうち、複雑化・複雑化した事例については多機関協働事業につなぎ、課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関が円滑な連携のもとで支援できるようにする。
- なお、長期にわたりひきこもりの状態にある人など、自ら支援につながることが難しい人の中には、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業により本人との関係性の構築に向けて支援をする。
- 相談者の中で、社会との関係性が希薄化しており、参加に向けた支援が必要な人には参加支援事業を利用し、本人のニーズと地域資源の間を調整する。
- このほか、地域づくり事業を通じて住民同士のケア・支え合う関係性を育むほか、他事業と相まって地域における社会的孤立の発生・深刻化の防止をめざす。
- 以上の各事業が相互に重なり合いながら、市町村全体の体制として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築していく。



主要施策3 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築

1 早期発見・早期対応の体制の構築 ★重点的取組

(1) 認知症施策推進事業

認知症施策については、平成27年「認知症施策総合推進総合戦略」(新オレンジプラン)、令和元年には「認知症施策推進大綱」、令和5年には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。①普及啓発・本人発信支援②予防③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加に重点を置きます。これをもとに、本人や周囲が早く気づき、早期対応できるよう積極的な情報提供を行い、認知症疾患医療センターや地域の関係機関の連携強化を図り、早期発見・早期対応の体制構築を目指します。

なお、施策の実施等に当たっては、令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が可決されました。これに基づいて国が策定する「認知症施策推進基本計画」等で示される内容等を踏まえ、地域の実情に応じて必要な対応を行います。

1. 事業の内容

事業概要	住民への情報提供や認知症疾患医療センターや医療・介護の関係機関等の連携を図り、早期発見・早期診断・早期対応の体制構築を図ります。
対象	住民、認知症疾患医療センター、地域の医療・介護の関係機関等
手段	早期発見や早期対応に関する住民向けの積極的な情報提供や認知症疾患医療センターの協力を得た認知症をテーマとした、医療・介護職向けの継続した学習・研修会に取り組みます。 包括支援センターの認知症地域支援推進員や認知症疾患医療センターと連携したもの忘れ相談及び認知症初期集中支援チームの対応により、早期発見、専門医の受診につなげます。
目指す姿	本人や周囲が早く気づき、早期対応できるよう積極的な情報提供を行い、認知症疾患医療センターや地域の関係機関間の連携強化を図り、早期発見・早期対応の体制構築を目指します。医療・介護関係機関の連携や地域住民への理解を促進し、早期相談・早期対応の充実を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
対応延べ件数（もの忘れ相談及び初期集中支援）（件）	20	18	32	32	32	32
専門医受診や早期ケアにつながった人数（人）	17	18	20	22	24	26
第8期までの達成状況	認知症地域支援推進員や認知症疾患医療センターとの連携により早期に受診につなげることができ、適切な医療・介護につなぐことができています。					
その他事業効果	認知症疾患医療センターとの連携により、専門医や医療連携室相談員の助言を受けることができ、受診や介護サービスの導入につながっています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	認知症地域支援推進員や認知症疾患医療センターとの連携により受診や介護サービス等につながりました。
今後の方向性	相談や医療につながった時点で認知症の中度～重度のケースが多くみられます。認知症が住民にとって身近なものであることを感じ、早期相談できるよう、継続的に住民への普及啓発を検討する必要があります。
第9期中に達成する目標	認知症疾患医療センターや地域の医師会、薬剤師会等と連携し認知症に関する研修会の開催を検討します。また、認知症ケアパスを介して、地域の医療・介護関係機関、認知症地域支援推進員間の連携強化を図り、早期相談・早期対応の体制づくりを目指します。

2 認知症の人や家族介護者への支援

(1) 誰もが気軽に立ち寄り、活躍できる地域を目指して

認知症の人の介護者の負担軽減や生活と介護の両立が図れるよう、認知症の人及びその介護者が集う「オレンジカフェ」の取り組みを推進します。

1. 事業の内容

事業概要	認知症の人とその家族、地域住民や専門職などが気軽に集うことができる認知症カフェ等を設置し、認知症の人とその家族が安心して過ごすことができる場を創設します。
対象	住民、医療・介護関係機関、認知症の人と家族の会、認知症サポーター等
手段	「オレンジカフェ」等により、認知症の人やその家族が過ごし、社会参加や就労支援につながる場を創設します。
目指す姿	身近な地域で「オレンジカフェ」等の創設により、認知症の人やその家族の社会参加や就労支援につながる場になることを目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
開催回数（回）	0	1	6	6	6	6
設置箇所数（箇所）	0	1	2	3	3	3
第8期までの達成状況	町の公共施設と共同で認知症に関する上映会と懇談会を開催しました。「オレンジカフェ」等に参加したことがない本人や家族、介護者、認知症サポーターの参加につながりました。					
その他事業効果	認知症の人とその家族等が気軽に集うことができる場を設けることができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	認知症サポーター養成講座受講後の受講者の活躍できる場所を提供しています。
今後の方向性	認知症の本人や家族が気軽に集まれ、語らいが出来る場を検討する必要があります。
第9期中に達成する目標	認知症の本人や家族が、気軽に立ち寄られる認知症サポーターによるカフェ等の設置を目指します。通いの場等において「オレンジカフェ」を実施しながら、早期発見を目指します。

3 地域住民等による支援体制の整備・広報啓発活動の推進

(1) 認知症の人に優しい地域づくりを目指して

認知症バリアフリーの推進として、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取り組みを行っています。また、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みの構築「チームオレンジ」の構築、成年後見制度の利用促進など、地域における支援体制の整備を推進します。

若年性認知症の人への支援として、若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人の支援を推進します。また、認知症の社会参加活動を推進します。

1. 事業の内容

事業概要	認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる地域づくりを構築します。
対象	住民、大津町キャラバン・メイト、認知症サポーター等
手段	認知症サポーター養成講座を小中高等学校、企業、一般住民向けに積極的に実施し、さらなるスキルアップを目指すアクティブサポーターの養成研修を行います。
目指す姿	認知症の正しい知識や適切な対応について普及啓発し、地域で認知症の人やその家族を見守る、認知症サポーター・アクティブサポーターを養成し、やさしい地域づくりの担い手を増やし、「チームオレンジ」の構築を推進します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
スキルアップ講座実施回数(回)	1	0	1	1	2	2
延べ活動者数(人)	19	0	26	30	40	50
第8期までの達成状況	各世代に応じた内容を検討し、養成講座を実施しました。認知症のことを知る・考えるきっかけづくりにつなげています。					
その他事業効果	大津町キャラバン・メイトの方と資料作りや講座内容を企画することで、各世代に応じた講座を行うことができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	大津町キャラバン・メイトを中心に年代に応じた資料づくりや企画を行うことで、認知症の理解度アップにつながり、認知症サポーターへの養成研修を行っています。
今後の 方向性	認知症の人や家族を見守る、認知症サポーターやアクティブサポーターを養成し、やさしい地域づくりの担い手を増やします。
第9期中に 達成する目標	認知症の人やその家族等への具体的な支援につながる仕組みづくり、「チームオレンジ」の整備に向けて各関係機関と意見交換を行います。

(2) 認知症高齢者等の見守り事業

認知症は誰もがなりうるものであり、生活に身近な地域、企業、警察、行政等の関係機関で見守るネットワークづくりの構築により安心できる日常の暮らしを続けられる地域を目指します。

また、令和元年度に大津町と民間企業や団体が「高齢者等見守りネットワーク協定」を締結し、普段の業務や関わりの中で気づいた異変を地域包括支援センターに連絡することで、早期に相談や介入することを目指します。令和5年現在、町内で活動する26の団体と協定を結んでいます。

1. 事業の内容

事業概要	認知症の人とその家族等を地域全体で見守るネットワークを構築します。
対象	住民、地元企業、大津警察署等
手段	あんしん声かけ訓練やあんしん声かけネットワーク（大津警察署への事前登録）、ICTを活用した見守りツールの普及・啓発や地域や企業等における認知症サポーターの養成に取り組みます。
目指す姿	大津警察署や町、「見守りネットワーク」の協定を締結した地元企業等との連携を図り、安心できる日常の暮らしを継続できる地域を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
認知症サポーター 養成講座実施回数 (回)	9	9	15	20	20	20
延べ参加者数(人)	388	604	650	700	700	700

第8期までの達成状況	大津警察署から町に認知症高齢者等の情報提供を受け、あんしん声かけネットワーク登録につなげ、早期支援につながりました。また令和3年度よりICTを活用した見守りツールを導入し、認知症高齢者等の早期対応に努めています。
その他事業効果	町が情報提供したあんしん声かけネットワークによる事前登録により、不明人の早期発見につながっています。

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	町、大津警察署と双方に認知症高齢者等の情報共有ができ、早期対応につながりました。 地域における見守り力向上に向け、認知症サポーター養成講座や声かけ訓練を実施。動画による声かけ訓練を作成しました。 町内の26団体と見守りネットワーク協定を締結し、地域の見守り力向上につなげることができました。
今後の方向性	認知症は、誰もがなりうるものであり、地域における見守り力向上のため、今後も認知症サポーター養成講座やICTを活用した見守り訓練等を継続して取り組みます。
第9期中に達成する目標	高齢者等見守りネットワークの参加企業や団体を増やします。

■ 大津町高齢者等見守りネットワーク協力団体一覧

有限会社 日野環境、有限会社 矢ヶ部燃料店、株式会社 オオツカガス、
 株式会社 大津共同ガス供給センター、ネオガス熊本 株式会社、有限会社 千石屋石油、
 (有)中島商店、有限会社 今村燃料店、大津菊陽水道企業団、
 有限会社 熊日大津北販売センター、(有)熊日大津南販売センター、
 佐川急便(株) 阿蘇営業所、イオン九州株式会社 イオン大津店、
 グリーンコープ生活協同組合くまもと、合資会社 浜食品、
 NPO法人いきいきサポートタ焼け小やけ、福祉 日吉タクシー、
 (株)大阿蘇大津タクシー、菊池地域農業協同組合大津中央支所、
 九州電力送配電株式会社 大津配電事業所、生活協同組合くまもと、
 大津町内郵便局・簡易郵便局 10局、
 大津郵便局、室郵便局、陣内郵便局、大津居島郵便局、錦野郵便局、矢護川簡易郵便局、
 大津美咲野簡易郵便局、吹田団地簡易郵便局、大津つつじ台簡易郵便局、
 大津平川簡易郵便局
 九州電力株式会社 大津営業センター、肥後大津ロータリークラブ、
 日本生命保険相互会社 熊本支社、大津町商工会 (順不同)

令和5年12月現在

(3) みんなの愛読書「大津町認知症ケアパス」

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援を目的とし、認知症の基礎知識や段階に応じた支援の内容、相談窓口等をまとめたものが認知症ケアパスです。

本町では軽度認知障害（MCI）の自己セルフチェックや認知症の発症及び重症化予防に必要な内容を掲載しています。

まずは手にとってもらい、認知症を知るきっかけとなることを目指します。第8期中に9月の世界アルツハイマー月間に合わせて、町内の医療・介護関係機関に配布を行いました。第9期中においては、随時新しい情報等を掲載し更新していきます。



大津町認知症ケアパス

4 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待については、平成17年に高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律「高齢者虐待防止法」施行されました。虐待発生件数は平成18年以降増加傾向にあり、対策が急務となっています。

①高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化として、広報、普及啓発、ネットワーク構築、庁内連携、行政機関連携及び調整が必要です。②養護者による高齢者虐待への対応強化については、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導、助言等を行い、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止に取り組みます。また、養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止にも取り組みます。③養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化については、県と協働で虐待の防止に取り組みます。

(1) 介護サービス相談員派遣事業について

令和2年度以前は、施設等に介護サービス相談員を派遣し、入所者と会話をする中で日頃感じている不満や疑問などの相談に対応していました。何らかの問題が生じた場合の事後的な対応ではなく、苦情に至る前に利用者から直接聞き取って施設側に相談することで、サービスの質の向上と利用者の権利擁護を図っていました。

令和3年度以降はコロナ禍のため活動ができていない状況です。今後は介護サービス相談員の確保について県へ要望し、大津町の方針を定めていきます。

1. 事業の内容

事業概要	施設等に介護サービス相談員を派遣し、利用者の不満や不安等の解消及び介護サービスの質の向上につながるよう支援を行います。
対象	介護サービス利用者及び家族
手段	施設等に介護サービス相談員を派遣し、利用者の相談に応じることや、生活の観察を行い、問題の早期発見や利用者と事業所の橋渡しの役割を担います。
目指す姿	利用者の権利擁護とサービスの質向上を目的とします。

5 成年後見制度の利用促進に向けた取組

成年後見制度は高齢者の権利擁護、虐待防止を図る上で重要な制度であり、認知症高齢者や独居高齢者の増加に伴い、判断能力が不十分な人のために、より一層の利用促進を図る必要があります。

成年後見制度利用促進法に基づいた成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的方針は第3期大津町地域福祉計画・地域福祉活動計画に定めていますが、具体的な施策は第二期成年後見制度利用促進基本計画を基に本計画に記載します。

(1) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

地域において、権利擁護に関する支援の必要な人（財産管理や必要なサービスの利用手続きを自ら行うことが困難な状態であるにもかかわらず、必要な支援を受けられていない人や虐待を受けている人など）の発見に努め、速やかに必要な支援に結びつけるため、関係部署や機関との地域連携ネットワーク構築を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	地域において、権利擁護に関する支援の必要な人の発見に努め、速やかに必要な支援に結びつけるため、関係部署や機関との地域連携ネットワーク構築を図り、後見人や専門職団体を加えた「チーム」づくりのサポートを行います。
対象	住民・関係機関・専門職団体
手段	年2回の権利擁護ネットワーク協議会を開催し、中核機関を事務局として権利擁護に関する事業の周知や専門職団体との連携の推進の取組について事例を通して検討します。又、大津町の権利擁護課題の検討も行います。
目指す姿	大津町の障がい者、高齢者を問わず、権利擁護を必要とする方への支援が速やかに結びつくよう、関係機関への事業周知を行いながら、連携方法や大津町が抱える権利擁護支援の課題等を協議し、連携を強化します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
大津町権利擁護ネットワーク協議会の開催回数（回）	1	2	2	2	2	2
ネットワーク協議会参加・連携団体	20	26	27	30	35	40

第8期までの達成状況	令和4年2月に大津町権利擁護ネットワーク協議会を設置し、①本人の状況に応じ、本人に身近な親族や福祉・医療・地域の関係者と後見人を一つの「チーム」として支え・関わる体制と、②法律・福祉の専門職団体や関係部署・機関が協力してチームを支援するため連携・強化を協議し、多職種間での地域課題の検討・調整・解決を行っていきます。特に、法人後見事業へ助成を令和4年から開始し、後見人とのマッチング強化や、市民後見人の育成等の人材育成と広報を行いながら、後見、司法をより身近なものに捉えていただけるように取り組みました。
その他事業効果	弁護士、司法書士、社会福祉士等と一体的に取り組む中で関係機関の体制の周知や各事業の評価も一体的におこない、権利擁護支援の研修効果や虐待等に関する理解にもつながっています。

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	高齢者関係機関が中心となっていた事業開始であったが、障がい者基幹相談支援センターが一体となったことで、障がい者支援団体との連携の機会が増えました。
今後の方向性	消費生活支援センター等との連携や障がい者支援施設の参加を検討する。参加団体や個別ケースの応じた権利擁護ニーズに合わせた課題の解決を行います。
第9期中に達成する目標	第9期計画期間では、権利擁護ネットワーク協議会に加え、権利擁護支援チームを活用した具体的な個別事案の対応や後見人サポートを行っていきます。

(2) 中核機関の設置

住民が身近な地域で成年後見制度の利用について相談でき、地域連携ネットワークを構築し、適切に運営していくためには、中核となる機関が必要となります。

令和3年度に地域包括支援センターに中核機関の事業を手順化し、相談機能や関係機関と連携強化を行いました。

1. 事業の内容

事業概要	地域の権利擁護支援・成年後見制度利用促進機能の強化に向けて全体構想の設計と、その実現に向けた進捗管理・コーディネートを行います。
対象	住民・関係機関
手段	相談支援、成年後見制度利用促進に向けた広報、制度利用の検討・協議、書類作成の助言、後見人等の選任後における支援の調整を行います。
目指す姿	成年後見制度をより使いやすく、親族の申請書類記入のサポートをします。成年後見制度の普及に向け広報を行います。市民後見人の育成や支援等のサポートを行います。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
広報活動（件）	2	2	2	2	2	2
相談件数（件）	12	21	30	40	40	40
第8期までの達成状況	令和3年度に中核機関を設置し、令和4年2月から「大津町権利擁護ネットワーク協議会」を開催。合計3回の開催を行いました。また、困難な個別ケースの解決や後見人候補者のマッチングに向けた「権利擁護支援チーム会議」も開催しました。					
その他事業効果	窓口の広報活動等を行いながら、大津町権利擁護ネットワーク協議会を開催することで、関係機関への事業周知等を行いました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	中核機関と連動し、町に相談窓口があることで町長申立てだけではなく、親族申立てにつなげることや認知症高齢者が孤立せず、関わりを継続するケースが増えました。
今後の方向性	権利擁護支援チームを活用し、町長申立ての必要性や後見人とのマッチング機能の拡充や成年後見申立ての適正な運用も検討していく予定です。また、報酬助成の拡充についても関係課と協議し検討を行っていく予定です。
第9期中に達成する目標	権利擁護支援チームと連携し、町長申立ての適正運用やマッチング機能の向上を行います。

(3) 成年後見制度利用支援事業

認知症や障がい等により判断能力が不十分で日常生活を営むことに支障があり、申立てを行う親族がいない場合や虐待等で本人の権利が侵害されている場合に、町長が申立てを実施し、高齢者等の権利を確保します。

1. 事業の内容

事業概要	成年後見制度の利用ため裁判所に申立てを行う際に申し立てを行う親族がいない等の場合に町長が申立てを行います。また、町長が申し立てた結果、成年後見制度を利用することになった場合、成年後見人に報酬を支払う決定がなされたものの支払う事が出来ない人に対して報酬の一部を助成します。
対象	成年後見の申立てを行う親族がいない人
手段	町長が親族等にならって申立てを行います。
目指す姿	成年後見制度を利用し本人の保護と権利擁護を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
広報活動（件）	2	2	2	2	2	2
町長申立て制度利用（件）	4	1	3	4	4	4
第8期までの達成状況	中核機関と連動することで、親族申し立てに関するサポートや弁護士や司法書士等専門職へのつながりができました。また、町長申立て後の後見人へのフォローもでき、その後の経過支援も継続して行いました。					
その他事業効果	専門職への繋ぎから連携回数も増え、情報のやり取りもスムーズになりました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	中核機関と連動し、専門職との連携をしながら利用支援事業の利用拡充に向けた動きを行いました。利用支援事業だけではカバーできない担い手不足の部分においては、大津町社会福祉協議会へ法人後見補助事業の開始を行うことができました。
今後の方向性	中核機関や法人後見事業と連携し、適正な運用を行いながら、要望のあがっている利用支援事業の対象者の拡充を検討していきます。
第9期中に達成する目標	運用の見直しに向けて、県や関係課と連携・協議を行います。

主要施策4 在宅で安心して暮らし続けるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

1 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり ★重点的取組

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を切れ目なく提供するために医療や介護の多職種の連携・協働の推進を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	医療・介護の多職種の連携を実現するために、多職種を対象としたグループワーク等の方法で多職種連携・協働に関する研修を行います。
対象	医療・介護関係者、保健所、地域の医師会等の関係機関
手段	地域の医療・介護関係者等を対象とした意見交換や学習会等を介し、双方の役割の理解につながり、顔の見える連携を目指した取組を行います。
目指す姿	在宅医療及び介護が円滑に切れ目なく提供される仕組みの構築を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
研修実施回数 (回)	1	1	1	1	1	1
延べ参加者数 (人)	60	66	70	70	70	70
第8期までの 達成状況	多職種連携研修会を行い、在宅医療・介護に関わる多職種の連携を深め、双方の役割の理解や顔の見える関係づくりにつながっています					
その他事業効果	在宅医療・介護連携推進会議にて多職種連携に向けた取組や研修会の企画等について検討することができました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	コロナ禍でありましたが、令和3年度は認知症家族の方からの講演、R4年度は在宅医療を実際されている医師による研修会を実施しました。 認知症家族の方からの講演は、本人と家族への支援の必要性を学んでもらうことができました。また、研修会において、グループワークを通し、多職種間の顔の見える関係づくりにつなげることができました。
今後の 方向性	医療に関わる参加者が少ない状況のため、医師会や保健所等の協力を得ながら、医療側の参加者を増やし、医療・介護関係者が双方の専門性や役割等への理解を深め、在宅医療と介護の連携が促進されるような研修を企画し、参加を呼びかけます。
第9期中に 達成する目標	今後も定期的に会議や研修会を実施します。認知症に関する支援や在宅医療、在宅での看取りをテーマとした研修会や学習会の開催を行っていきます。



入退院支援ガイドブック

2 ICTツールを活用した医療・介護の連携推進

(1) くまもとメディカルネットワーク

参加者が「くまもとメディカルネットワーク」への参加に同意し、情報共有・閲覧を許可した利用施設間でのみ、病歴や処方歴、検査情報（画像含む）等の診療情報、介護に関わる情報を共有することができ、ICT（情報通信技術）による迅速かつ円滑な多職種間の連携により、医療・介護サービスの提供に活かすことができます。

令和3年度より導入した、ICT（情報通信技術）を活用し、町民や医療・介護関係機関へ普及啓発を行いました。令和4年度は、登録者数の増加がみられ、今後も継続的に普及啓発に努めます。

3 在宅での看取り等に関する広報・啓発活動の推進

町版エンディングノート「わたしの思い出つづり」の活用や研修会、セミナーなどを通じて、「在宅での看取り」について普及啓発を行います。

本人、家族、支援者が十分に認識・理解し、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるよう支援を行います。

1. 事業の内容

事業概要	看取りに関する事例集の作成や研修会、セミナー、出前講座等による普及啓発を行います。
対象	住民、医療・介護関係者
手段	町民アンケート結果、大津町在宅医療・介護連携推進会議委員や関係機関と協力し内容を検討します。
目指す姿	人生の最終段階における望む場所での看取りの実現に向けた支援を行います。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
看取りに関する周知・啓発の機会（回）	6	30	36	40	40	40
自宅や施設等で最期を迎えた方の割合第7次菊池地域保健医療計画より ※（人口動態調査）（％）	22.7	—	—	25	25	25

第8期までの達成状況	町版エンディングノート「わたしの思い出つづり」を作成し、人生の最終段階において、望む場所での看取を行えるように、介護予防事業で周知啓発をしました。
その他事業効果	在宅医療・介護連携相談員を配置しており、町民や医療・介護関係者からの相談対応に応じることができました。

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	町版エンディングノート「わたしの思い出つづり」を活用し、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるよう普及啓発ができました。
今後の方向性	「看取り」に関する相談を受けた際、本人、家族の不安や疑問の対応に少しでも見通しを立てることにつながる資料作成の検討が必要です。また、多職種間で「看取り」について意見交換できる研修会の企画等も必要です。
第9期中に達成する目標	町版エンディングノート「わたしの思い出つづり」を軸とした出前講座を行い、本人、家族、支援者が十分に理解し、人生の最終段階において望む場所での看取りを行えるよう周知啓発に努めます。また、多職種が「看取り」について学び意見交換できる研修会等も行っていきます。



町版エンディングノート
「わたしの思い出つづり」

主要施策5 多様な住まい・サービスの整備促進

1 高齢者のニーズに応じた居住環境の整備

今後、独居の困窮者・高齢者等の増加が見込まれる中、住み慣れた自宅で生活を継続するには、高齢者にとって安全な環境であることが必要です。段差や、手すりがないなどの状況では、かえって転倒による骨折などで重度化してしまい、施設入所を選択せざるを得ない状況になってしまいます。

改修を行う際は、リハビリ専門職による動作確認を事前に行うよう、ケアマネジャーに働きかけを行います。

(1) 介護保険住宅改修申請支援事業助成金

住宅改修のみを希望し、その他の介護(予防含む)サービス等の給付を受けない要支援・要介護者が住宅改修費の給付を受けるために町へ提出する「理由書」をケアマネジャーが作成した場合、ケアマネジャーへ1件あたり2,000円を助成します。

1. 事業の内容

事業概要	住宅改修理由書を作成したケアマネジャーに作成費用を助成します。
対象	ケアマネジャー
手段	1件当たり2,000円の作成費用をケアマネジャーに助成します。
目指す姿	住宅改修のみを希望する要支援・要介護者が住宅改修費の給付をスムーズに受けることができることを目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
申請件数(件)	5	2	5	5	5	5
申請率(%)	100	100	100	100	100	100
第8期までの達成状況	ケアマネジャーに周知を図り、令和3年度に5件、令和4年度に2件の実績がありました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	住宅改修の必要性をケアマネジャーが確認することで、住宅改修の適正な実施を図りました。
今後の方向性	動作確認の重要性をケアマネジメント方針に記載します。
第9期中に達成する目標	理由書の作成を行ったケアマネジャーの申請漏れが無いよう、申請率100%を継続します。

(2) 高齢者住宅改造助成事業

在宅で生活する要支援・要介護者が、住環境の整備が必要と認められる大規模な改造を行った場合に、住宅改造に係る費用の一部を補助し、できるだけ長く在宅で自立した生活が送れるように支援します。

1. 事業の内容

事業概要	住宅の大規模な改造等が必要な高齢者に改造費用の一部を補助します。
対象	在宅で生活する要支援・要介護者
手段	住宅改造に係る費用の一部を補助します。
目指す姿	住環境を整備し、できるだけ長く在宅で自立した生活ができるよう目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数（人）	1	0	1	1	1	1
第8期までの達成状況	令和3年度に1件の実績がありました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	費用の一部を補助することで、利用者の経済的負担軽減を図るとともに、自宅で自立した生活を継続することで、介護給付費の削減にもつながりました。
今後の方向性	県の補助金を活用し補助を継続します。
第9期中に達成する目標	ケアマネジャーに制度の周知を行い、自立支援に向けた適切な住宅改造の申請につなげていきます。

2 施設や多様な住まいにおける生活環境改善等の推進

(1) 介護基盤緊急整備特別対策事業補助金

新たな施設を設置・改修等を行う事業者に対して、施設整備に係る費用を補助し、施設整備を推進することにより、介護サービスの選択肢の幅を広げます。

1. 事業の内容

事業概要	施設整備に係る事業者への補助金
対象	新たに施設を設置または改修等を行う事業者
手段	整備に係る費用の一部または全部を補助します。
目指す姿	施設整備を推進し、サービスの選択肢の幅を広げます。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
施設の整備数 (件)	0	1	1	1	1	1
第8期までの 達成状況	看取り環境の整備や多床室の個室化への補助を行いました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	補助金を活用し施設の環境を整備することで、介護サービスの充実を図ることができました。
今後の 方向性	事業者からの要望を聞きながら、多様な整備に補助金を活用していきます。
第9期中に 達成する目標	補助金の申請漏れが無いよう、制度の周知を図り、事業者との情報共有に努めます。

(2) 老人保護措置委託

経済的・環境上の理由から在宅で生活することが困難な高齢者が安心して生活できるよう養護老人ホームに入所措置を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	経済的・環境上の理由から在宅で生活することが困難な高齢者を養護老人ホームに入所措置を行います。
対象	65 歳以上の高齢者で生活環境上の理由及び経済的な理由により、居宅における生活が困難な人
手段	措置対象者であるか調査を行い、菊池圏域老人ホーム合同入所判定委員会に諮って、養護老人ホーム等に入所を行います。
目指す姿	環境上の理由や経済的な理由により、居宅で生活が困難な高齢者が安心して老後の生活ができるようにします。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
新規措置者数 (人)	1	0	1	1	1	1
第8期までの 達成状況	在宅で生活することが困難なケースについて措置入所を行いました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	措置入所を適切に実施することができました。
今後の 方向性	養護老人ホームと連携を図り、スムーズな措置入所ができるよう体制を整えます。
第9期中に 達成する目標	経済的困窮者や住環境により措置が必要とされる高齢者が入所できるよう取り組んでいきます。

主要施策6 介護人材の確保とサービスの質の向上

1 多様な介護人材の確保・育成

今後生産年齢人口の減少が見込まれる中、更なる介護現場の人手不足が指摘されており、国・県は、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などの取組を推進しています。

町としても国・県と連携しながら介護人材の確保を推進していきます。県が行う取組として、福祉人材無料職業紹介、就職セミナー及び再就職支援、介護事業者団体等が行う人材確保・育成の取組への支援、修学資金や再就職のための経費等の貸付け、外国人介護人材の受入促進、介護職のイメージアップのための取組、各種研修の実施などがありますので、その情報収集に努め、住民や事業者に広く周知します。

2 介護現場の生産性向上と定着促進

★重点的取組

処遇改善等の人材確保策と並行して、介護現場において、テクノロジーの導入等により質を確保しつつ効率的なサービス提供を行うことや、職員の負担軽減を図り働きやすい職場環境づくりにつなげていく必要があるため、県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を推進していきます。具体的には、介護職員の負担軽減や介護現場の業務効率化につながる介護ロボット・ICTの導入支援を推進することや、文書作成等に係る負担軽減を推進するため、国が示す方針に基づく個々の申請様式、添付書類及び手続きに関する簡素化や様式例の活用による標準化を進め、令和7年度までに「電子申請・届出システム」の導入を行います。

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国が示している事故報告様式を活用して、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等の取組を推進していきます。

また、本町では「生活支援コーディネーター」と「就労支援コーディネーター」が協力して介護アシスタントの養成を行います。マッチングにおいては、「就労的活動支援コーディネーター」がその役割を担い、介護施設等との定期的な情報交換会を活用して、より魅力ある施設づくりに協働して取り組みます。

1. 事業の内容

事業概要	介護予防サポーター養成講座をはじめとする受講生や高齢者の社会参加として、施設等で介護アシスタントとしてボランティア活動できるようにマッチングを推進します。
対象	介護保険事業所等の施設
手段	施設の業務のうち介護アシスタントで可能な活動の切り出しを行い、講座を受講した介護アシスタント等をマッチングさせる。また、ICTの利活用について検討します。
目指す姿	介護の現場で活動することで社会貢献や自身の介護予防等に取り組み、受け入れを希望する施設が増加することで、専門職である介護職員の負担が軽減することを目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
養成講座参加者数（人）	11	25	33	50	50	50
介護アシスタント人数（人）	3	7	25	30	30	30
第8期までの達成状況	就労的活動支援コーディネーターが町内介護保険事業所を巡回し、9施設で介護アシスタントの業務の切り出しを行い、介護アシスタントをマッチングしました。					
その他事業効果	養成講座のプログラム終了後から介護アシスタントとして活動される方もおり、社会参加や生きがいにもつながっています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	就労的活動支援コーディネーターが介護アシスタントで行える業務の切り出しや養成講座・説明会等を体系化させました。
今後の方向性	町内の施設等へ介護アシスタントの説明を行い、受け入れる施設等を増大させる。介護アシスタントの養成やマッチング機能について効果的な方策について検討します。
第9期中に達成する目標	町内全ての介護保険事業所への説明を行い、受け入れ事業所を増やします。介護アシスタントへ介護に関する知識の他に高齢者虐待防止について研修を行い、高齢者虐待を未然に防ぎます。

3 事業所の適切な指定と指導監督

(1) 事業所の運営指導と集団指導

町が指定し指導監督する地域密着型サービス事業所と居宅介護支援事業所に対して運営指導と集団指導を行うことで、利用者の自立支援と尊厳の保持、また介護サービスの質の確保と保険給付の適正化を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	町が指定し指導監督する地域密着型サービス事業所と居宅介護支援事業所に対して運営指導と集団指導を行います。
対象	町が指定し指導監督する地域密着型サービス事業所と居宅介護支援事業所
手段	運営指導は事業所に職員が赴き、人員基準や設備の確認及び報酬請求指導を行います。集団指導は介護保険法の趣旨目的の理解促進・指定事務等の制度説明・好事例等の紹介・非常災害対策等の周知などを行います。
目指す姿	適切な指定と指導監督を行うことにより、利用者の保護とサービスの質の向上や介護保険制度への信頼確保を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
運営指導件数 (件)	5	6	4	3	5	4
第8期までの 達成状況	計画通りに運営指導を実施し、介護サービスの質の向上のため指摘事項を文書にて通知しました。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	給付費の請求が正しく行われているか等を確認し、誤りについては是正を求めました。
今後の 方向性	運営指導については指摘事項の漏れが無いよう行っていきます。また、集団指導については引き続きオンラインで実施します。
第9期中に 達成する目標	研修に参加するなどして職員の指導監督に関するスキルアップを図ります。

(2) 介護保険低所得者対策事業

生活保護受給者や生計困難者の介護サービス利用控えを避けるべく、介護サービスの利用者負担額を軽減した社会福祉法人に対して補助を図り、社会福祉法人の公益的取り組みを推進します。

事業概要	対象となる利用者に「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」を発行し、実際に軽減を行い、一定額以上に至った場合に社会福祉法人からの申請により補助します。
対象	生活保護受給者や生計困難者が利用する、介護保険サービスの利用者負担額を軽減した介護保険サービス事業所を運営する社会福祉法人
手段	対象となる利用者に「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」を交付し、実際に軽減を行い、一定額以上に至った場合に社会福祉法人からの申請により補助します。
目指す姿	経済的に困窮した高齢者が介護サービスの利用を控えるような事態にならず、かつ、社会福祉法人の公益的な取り組みを推進します。

4 要介護認定の適切な運営

(1) 介護認定調査

介護認定申請後に認定調査員が訪問による調査を行い、申請者と家族に高齢者の心身の状態を確認します。

7人体制で調査を行っており、引き続き認定調査員の適正な人員の確保に努めるとともに、研修を受講することで調査員の資質の向上を目指します。

事業概要	介護認定調査員による認定調査を行います。
対象	介護保険サービスの利用を希望する大津町介護保険の被保険者
手段	認定調査員が申請者を訪問し、基本調査 74 項目について調査を行います。
目指す姿	公平公正で正確な調査を行うことで、認定結果に対する疑義が生じない状態を目指します。

(2) 介護認定審査会

菊池広域連合が実施する介護認定審査会では、認定調査員による聞き取り結果と主治医の意見書をもとに介護認定の最終判定が行われます。高齢者の増加に伴う、介護申請数の増加にも十分対応し、介護保険制度の適正な運営をすべく介護認定審査会調整担当を配置し業務分担体制を図ります。

事業概要	菊池広域連合で介護認定審査会を実施するための事務を行います。
対象	介護認定申請者
手段	介護保険運営に係る事務を行います。
目指す姿	介護保険制度の適正な運営をします。

5 介護給付費の適正化に向けた取組

★重点的取組

(1) 介護給付費等費用適正化事業

国保連帳票及びケアプラン点検を行い、適正な介護給付費の支払いを確保し、自立支援型ケアマネジメントを徹底することにより、給付費の適正化を図ります。

1. 事業の内容

事業概要	給付費請求に関する帳票の点検とケアプラン点検を行います。
対象	介護保険サービス事業者及びケアマネジャー
手段	熊本県国民健康保険連合会が作成する帳票を活用した給付費請求に関する点検と、ケアマネジャーが作成するケアプランを確認し、よりよいケアプランになるよう検討を行います。
目指す姿	介護給付費の不正または誤った請求をなくし、すべてのケアマネジャーが自立支援型ケアマネジメントを作成できるようになることで、高齢者の生活の質が向上するとともに給付費の適正化ができる状態を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
ケアプラン点検数(件)	20	20	20	20	20	20
6 評価項目平均点(2点満点)(点)	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8
第8期までの達成状況	給付費請求に関する帳票の点検は 100%実施しており、ケアプラン点検は毎年継続して実施できています。					

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	ケアプラン点検やヒアリングを積み重ねることで、ケアプランの記載内容がより具体的になりました。また、町の助言をもとに適正なケアマネジメントの実践に努めるケアマネジャーが増えています。
今後の方向性	引き続き精査・助言を必要とする事業所やケアマネジャーを中心として点検を行っていきます。
第9期中に達成する目標	大津町独自の6つの評価項目(基本事項、アセスメントシート、第1表、第2表、第3表、第4-6表)の平均点が1.8まで上がるようにケアマネジャーのスキルアップを支援します。

大津町では第9期において、「要介護認定の適正化」、「ケアマネジメント等の適正化」、「医療情報突合・縦覧点検」の主要3事業についての目標を定め、介護給付適正化の推進に取り組めます。なお、取組状況については公表することとします。

主要3事業	重点項目	保険者の取組目標	数値目標
要介護認定の適正化	要介護認定の適正化	委託による認定調査の点検	点検率 100%
ケアマネジメントの適正化	最重点項目 ケアプランの点検	適正化システムにより出力された給付実績の帳票のうち、効果が高いと見込まれる帳票を活用し、ケアプラン点検を実施する。 【活用する帳票】 ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表 ・支給限度額一定割合超一覧表	点検率 50%以上
	住宅改修の点検	リハビリテーション専門職（建築専門職、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上を含む）による住宅改修の施工前点検の体制構築	点検率 10%
	福祉用具購入・貸与調査	リハビリテーション専門職（建築専門職、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上を含む）による福祉用具貸与後の点検の体制構築	点検率 10%
サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化	最重点項目 医療情報突合・縦覧点検	医療情報突合の実施	全件点検
		縦覧点検の実施	全件点検

主要施策7 防災と感染症対策

1 災害時の緊急対応

(1) 福祉避難所の設置

日頃から介護保険事業所と連携し、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行うなど、災害時であっても必要な介護サービス継続的に提供できる体制を構築することが重要です。このために、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的を確認するとともに災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促し、必要な助言及び適切な支援を行うことが必要です。

1. 事業の内容

事業概要	災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築することは重要であり、指定基準により、全ての介護サービス事業所を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられています。管内の介護サービス事業者に対し必要な助言、適切な援助を行います。
対象	避難行動要支援者 福祉避難所の協定を締結している施設等（8施設、1学校）
手段	福祉避難が必要な人をあらかじめ把握できるよう、避難行動要支援者個別計画の作成を推進します。また、福祉避難所の協定を締結している施設と、平常時から連絡会を開催することで、連携体制を強化します。
目指す姿	避難行動要支援者がスムーズに福祉避難所を利用できるよう、ケアマネジャー・福祉避難所・町（地域包括支援センター・福祉課・防災交通課）の連携体制の強化を図ります。

2. 事業活動と成果

第8期までの達成状況	平成28年の熊本地震では、4か所の福祉避難所に延べ2,276人の受け入れを行いました。その後も、台風等の際に受け入れを行っています。
その他事業効果	ケアマネジャーが、平常時の支援だけではなく、災害時の対応も考慮してケアプランの作成を行っています。

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに 解決した課題	大津町老人福祉センターに福祉避難所を開設する体制ができています。令和2年～令和4年には、町の防災訓練において、福祉避難所受け入れ訓練を行いました。
今後の 方向性	福祉避難が必要な高齢者を把握し、福祉避難所と連携を図りながらスムーズな避難誘導ができる体制を整えます。
第9期中に 達成する目標	民生委員、行政区嘱託員、地域福祉推進委員、ケアマネジャーと協力し円滑な避難誘導ができる様に、日頃から意思の疎通を深め、一般避難所での避難生活が困難な高齢者等に対して、福祉避難所へ避難誘導することで安心して避難できる体制整備を図ります。避難行動要支援者の担当課である福祉課と連携し、個別計画の策定についてケアマネジャーと協力して進めます。また、防災交通課と連携し、必要な福祉的配慮の内容を協議し、一般避難所の機能向上を進めます。

2 感染症予防対策の推進

(1) 介護保険施設等における感染症対策の強化

日頃から介護事業所と連携し、感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要です。介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務にあたることができるように感染症に対する研修の充実を図る必要があります。また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備、さらに、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備が必要となります。

加えて、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」等を踏まえ、高齢者施設等が感染症への適切な対応を行うことができるよう、介護保険担当部局は必要に応じて平時から関係部局・関係機関と連携することが重要となります。

1. 事業の内容

事業概要	感染症予防対策に関する情報や、県の各種補助金の情報を提供し、施設の感染症対策強化を支援します。
対象	介護保険施設、介護サービス事業所等
手段	メールによる通知やホームページによる情報提供を行います。
目指す姿	感染症が発生しても介護サービス等の提供を継続できる施設づくりを目指します。

2. 事業活動と成果

第8期までの達成状況	新型コロナウイルス感染症に関する情報は全てホームページに掲載し、特に重要なものは施設等に直接通知しました。新型コロナ感染症における介護施設への支援物資の提供、情報提供、新型コロナワクチンの高齢者施設接種等を実施しました。
------------	--

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	新型コロナウイルス感染症対策室と連携し、高齢者施設接種を実施することで感染拡大防止に努めました。
今後の方向性	感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続計画等が策定されているか確認し、必要な助言及び適切な援助を行います。
第9期中に達成する目標	各事業所が業務継続計画に基づき、感染症の流行があっても介護サービス等の提供を継続できる体制づくりを目指します。

(2) 感染症の拡大防止のための必要備品の備蓄と配布

新型コロナウイルス感染症等拡大防止のために、高齢者や町内介護保険サービス事業所等に配布するための衛生用品について備蓄し、必要時に配布できる体制を整えていきます。また、各事業所等が、町からの配布を待たずして一時的に凌ぐことができる必要数を、常に備蓄している状態を保つよう促進していきます。

1. 事業の内容

事業概要	感染症拡大防止策として、衛生用品を備蓄し、提供配布できるように必要量の把握と体制整備を図ります。
対象	高齢者や町内介護保険サービス事業所等
手段	衛生用品を備蓄し、感染症流行時に高齢者や事業所に向けて配布を行い、安全な事業運営を支援します。
目指す姿	各事業所等が必要な分は常時備蓄できており、クラスター発生などの特別な状態に陥った場合に町が追加的に供給する状態を目指します。

2. 事業活動と成果

第8期までの達成状況	町の備蓄分、県からの提供分、企業からの寄付による衛生用品の配布を行いました。
------------	--

3. 事業評価と今後の取組

第8期までに解決した課題	新型コロナウイルス緊急対策支援事業を活用することで、事業所に衛生用品等の備蓄を進めました。
今後の方向性	平常時に使用する分は事業所が常時備蓄し、クラスター発生など特別な状態に陥った場合に町が追加的に供給します。
第9期中に達成する目標	事業所の衛生用品の備蓄率 100%を目指します。

第5章 介護保険事業の展開

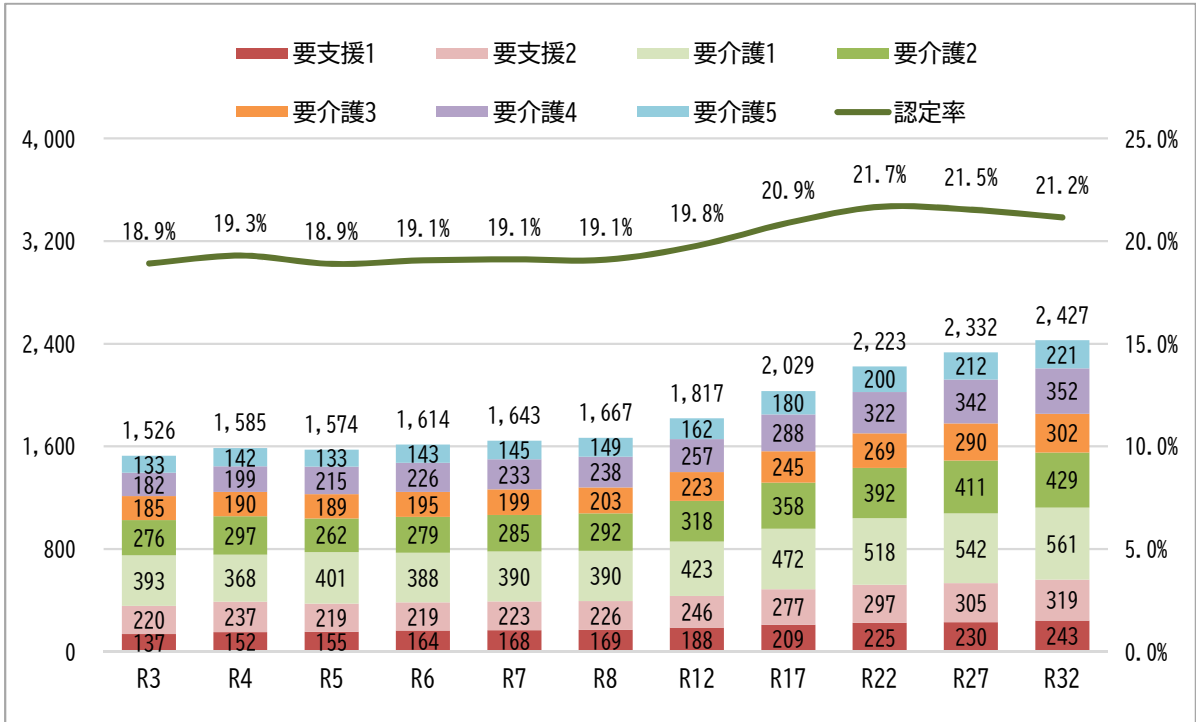
1 認定者等の推移と予測

(1) 認定者の状況と今後の予測

認定者は、令和3年度に1,526人となっていました。令和5年度は1,574人（48人の増加）となっています。

今後の予測は、令和8年度に1,667人となり、令和5年度と比較して93人の増加となります。

さらに、令和12年度には1,817人となると予測されます。



見える化システムより

2 介護保険サービスの量の見込みと確保策

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

なお、ここで使用している介護保険に関する各種データは、国の示した「地域包括ケア見える化システム」を用いて算出したデータです。

（１）入所系サービスの必要利用定員総数について

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

	令和５年度	令和６年度	令和７年度	令和８年度
（１）認知症対応型共同生活介護				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	5	5	5	5
定員総数	63	63	63	63
（２）地域密着型特定施設入居者生活介護				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0
（３）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	1	1	1	1
定員総数	29	29	29	29

（２）施設整備の必要性について

①介護老人福祉施設

新たな整備は行いません。第９期計画の利用見込みは現状維持とします。

②介護老人保健施設

新たな整備は行いません。第９期計画の利用見込みは現状維持とします。

※１月当たりの利用者数

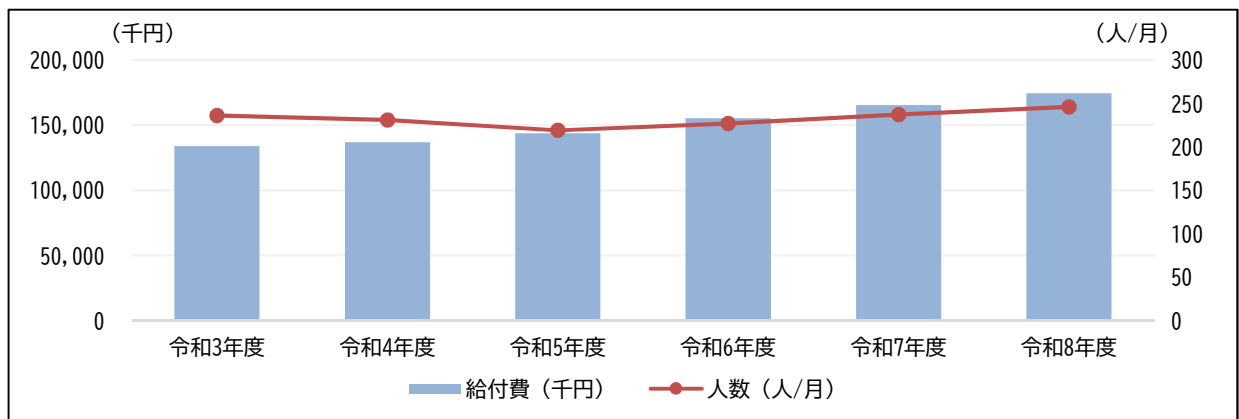
	必要利用定員総数		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度
介護老人福祉施設	110 人	110 人	110 人
介護老人保健施設	86 人	86 人	86 人

(3) 居宅サービス

①訪問介護

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

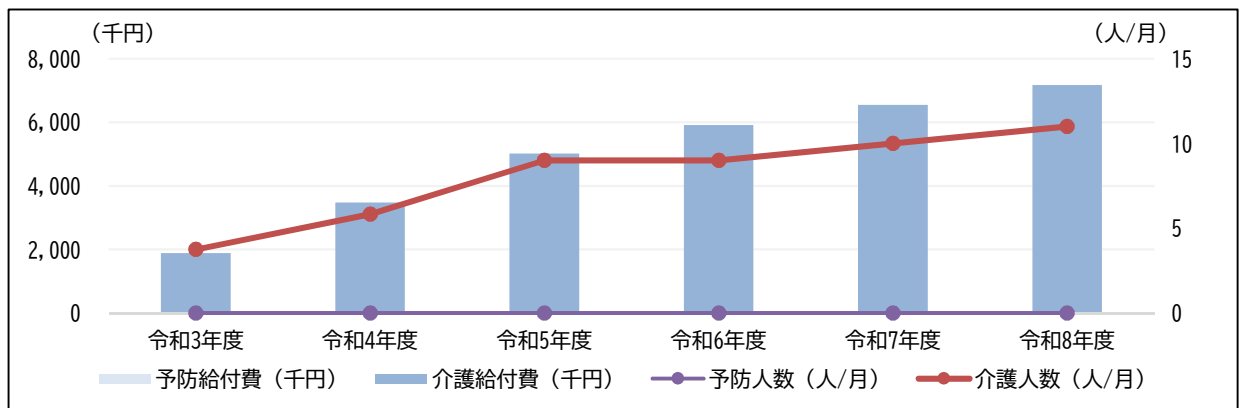
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	給付費（千円）	133,930	136,848	143,732	155,220	165,336	174,384
給付	人数（人/月）	236	231	219	227	237	246



②介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車などで自宅を訪問して、入浴の介助を行います。

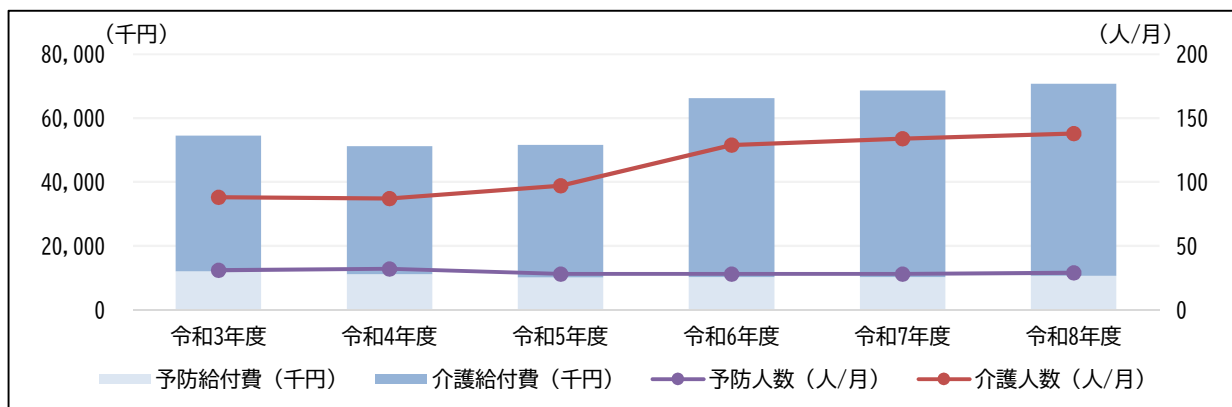
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
給付	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
介護	給付費（千円）	1,881	3,471	5,007	5,908	6,539	7,162
給付	人数（人/月）	4	6	7	9	10	11



③介護予防訪問看護・訪問看護

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

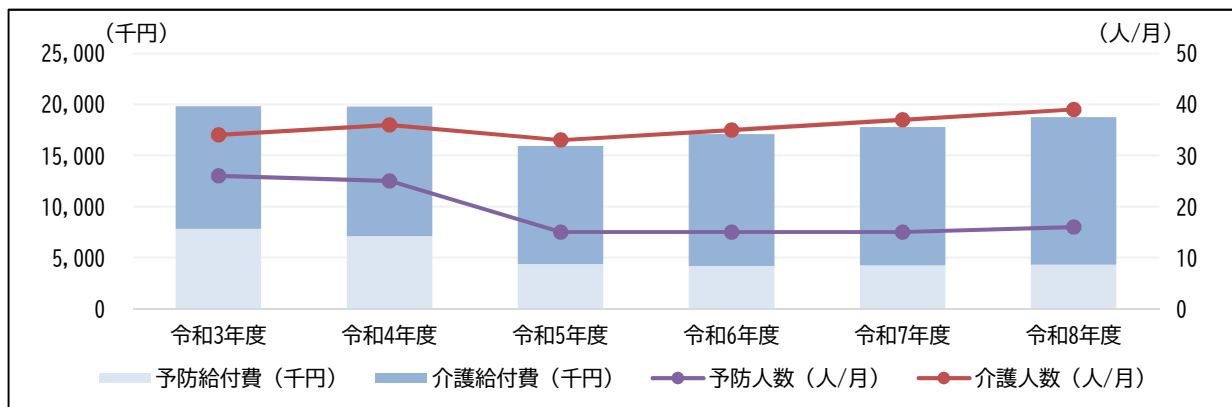
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	11,936	11,038	10,045	10,186	10,199	10,567
	人数（人/月）	31	32	28	28	28	29
介護 給付	給付費（千円）	42,564	40,149	41,488	56,070	58,405	60,193
	人数（人/月）	88	87	97	129	134	138



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

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

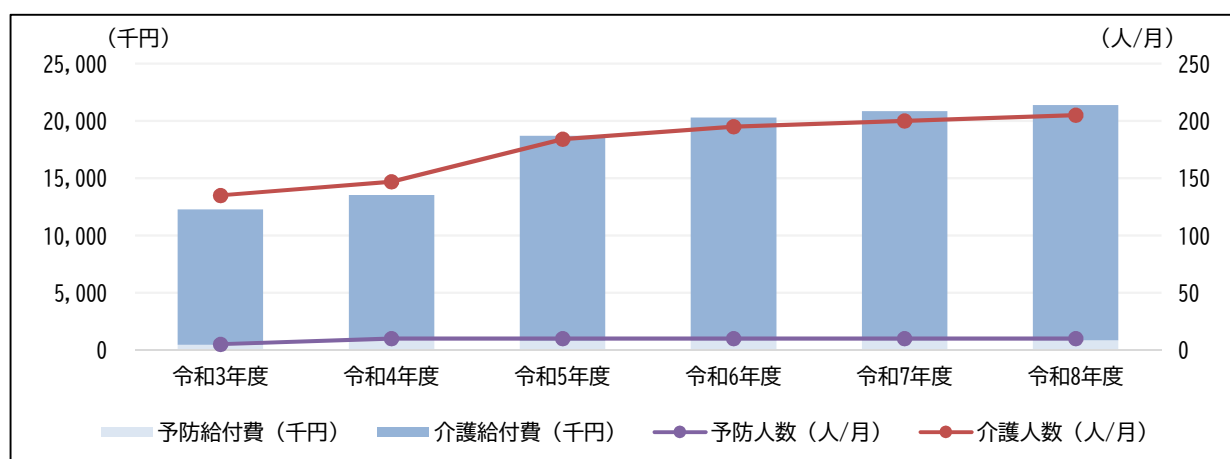
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	7,816	7,075	4,345	4,154	4,234	4,290
	人数（人/月）	26	25	15	15	15	16
介護 給付	給付費（千円）	11,998	12,691	11,560	12,918	13,546	14,442
	人数（人/月）	34	36	33	35	37	39



⑤介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導

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

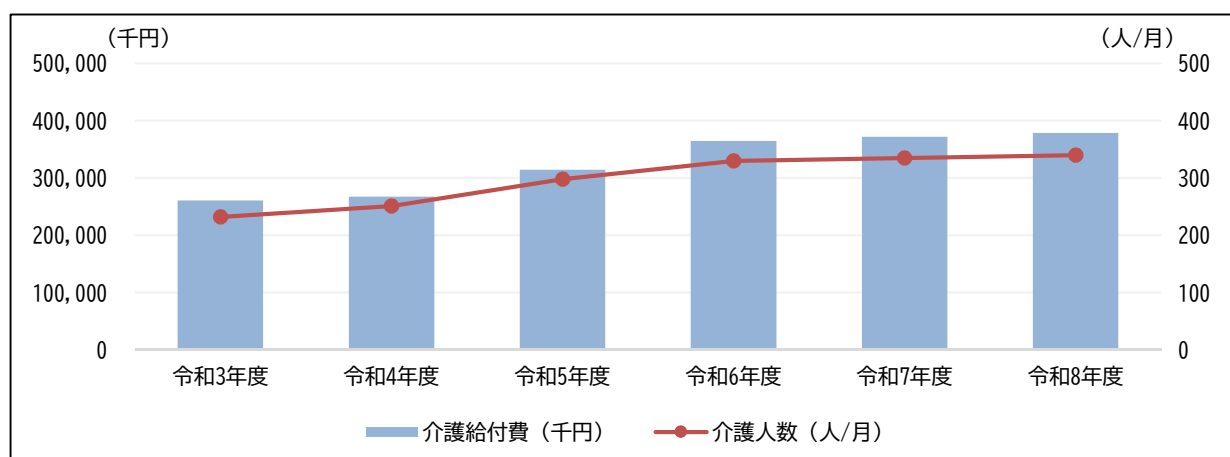
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	442	1,002	804	815	816	816
	人数（人/月）	5	10	10	10	10	10
介護 給付	給付費（千円）	11,811	12,510	17,894	19,459	20,020	20,561
	人数（人/月）	135	147	184	195	200	205



⑥通所介護

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

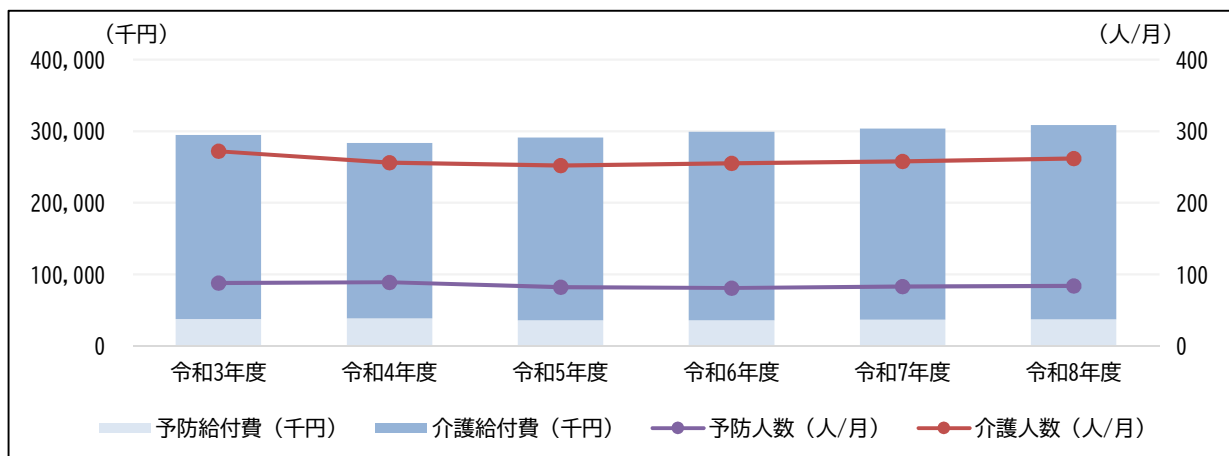
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	260,473	267,506	314,263	364,360	371,681	378,541
	人数（人/月）	232	251	298	330	335	340



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

医療施設に通って、食事・入浴の提供や生活機能の向上のための機能訓練を行います。

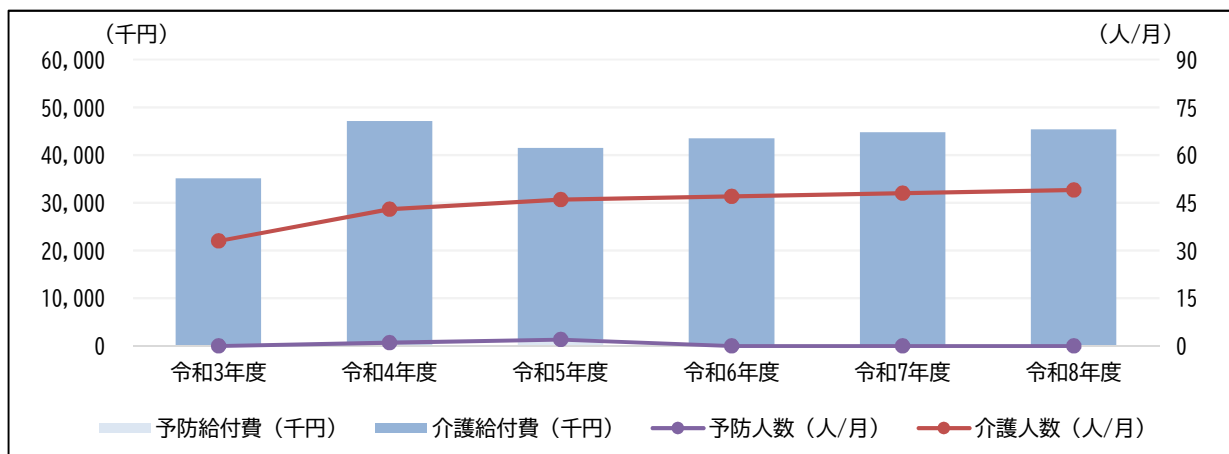
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	37,357	38,103	35,600	35,598	36,425	36,929
	人数（人/月）	88	89	82	81	83	84
介護 給付	給付費（千円）	257,240	245,445	255,329	263,543	266,992	271,623
	人数（人/月）	272	256	252	255	258	262



⑧介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護

施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

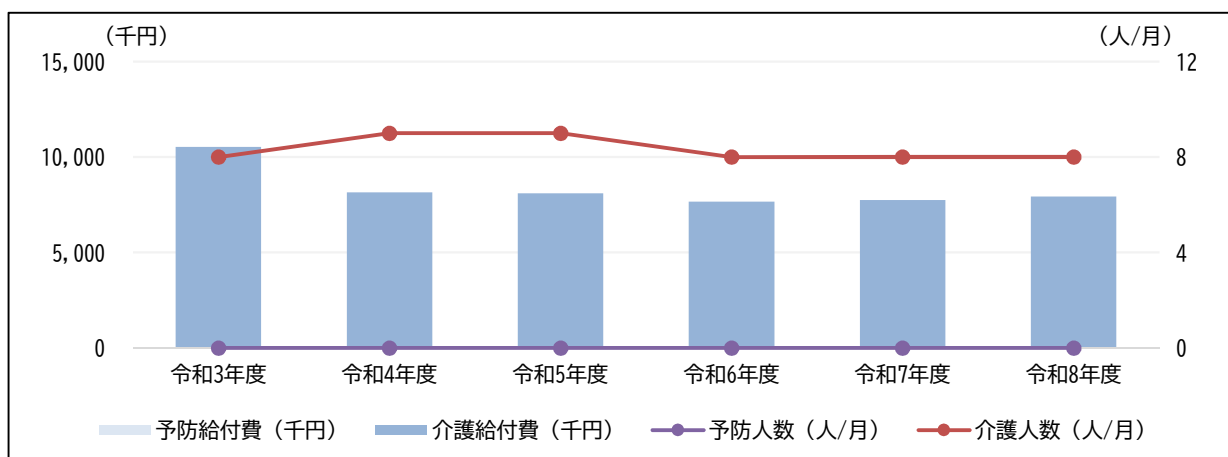
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	0	296	1,280	0	0	0
	人数（人/月）	0	1	2	0	0	0
介護 給付	給付費（千円）	35,124	46,796	40,200	43,493	44,752	45,376
	人数（人/月）	33	43	46	47	48	49



⑨介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（老健）

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

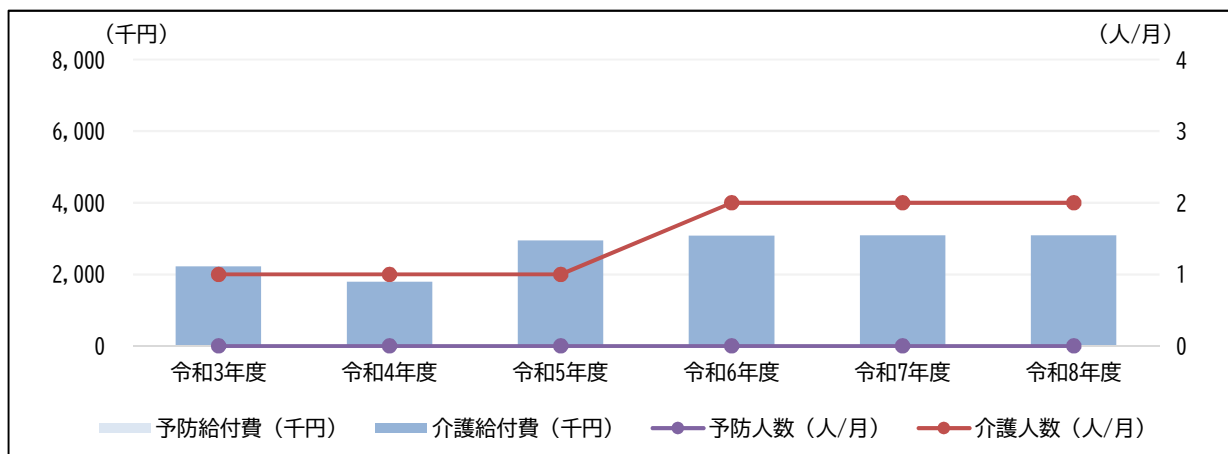
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費（千円）	10,523	8,150	8,101	7,649	7,747	7,924
	人数（人/月）	8	9	9	8	8	8



⑩介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（病院等）

病院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

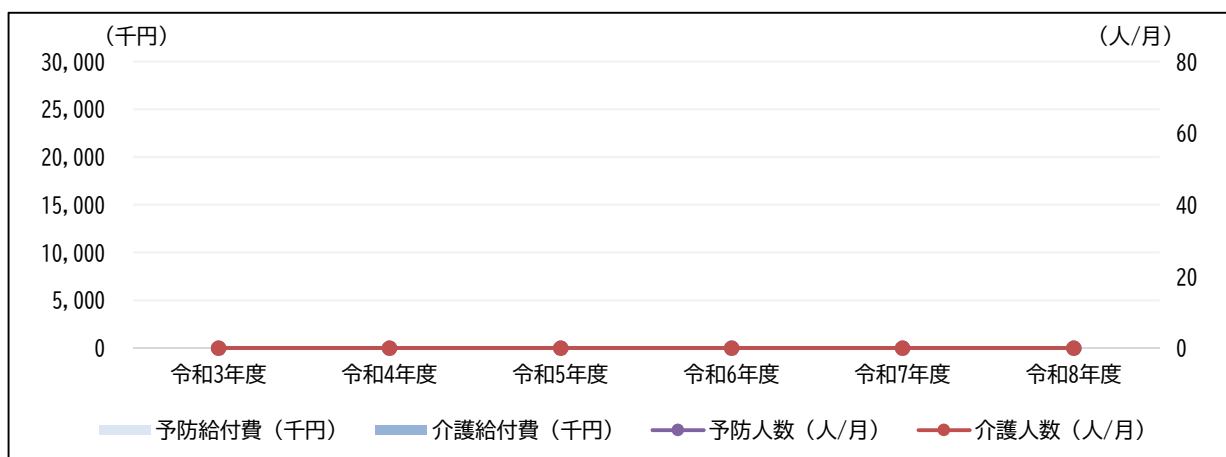
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費（千円）	2,225	1,791	2,946	3,080	3,084	3,084
	人数（人/月）	1	1	1	2	2	2



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）

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

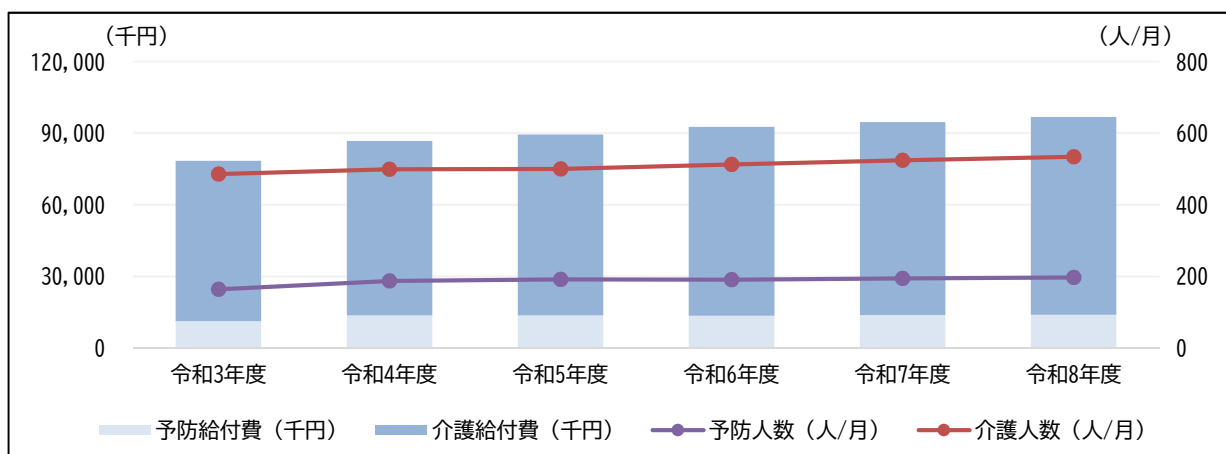
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0



⑫介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

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

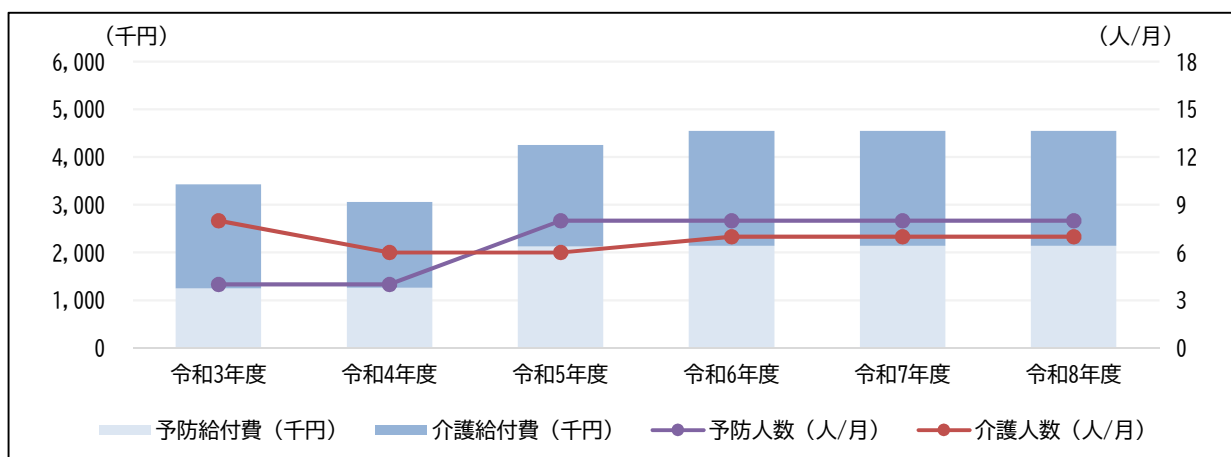
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	11,193	13,525	13,527	13,451	13,661	13,870
	人数（人/月）	164	187	192	191	194	197
介護 給付	給付費（千円）	67,147	73,156	75,800	79,105	81,019	82,881
	人数（人/月）	486	499	500	513	524	534



⑬特定介護予防福祉用具購入費・特定福祉用具購入費

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

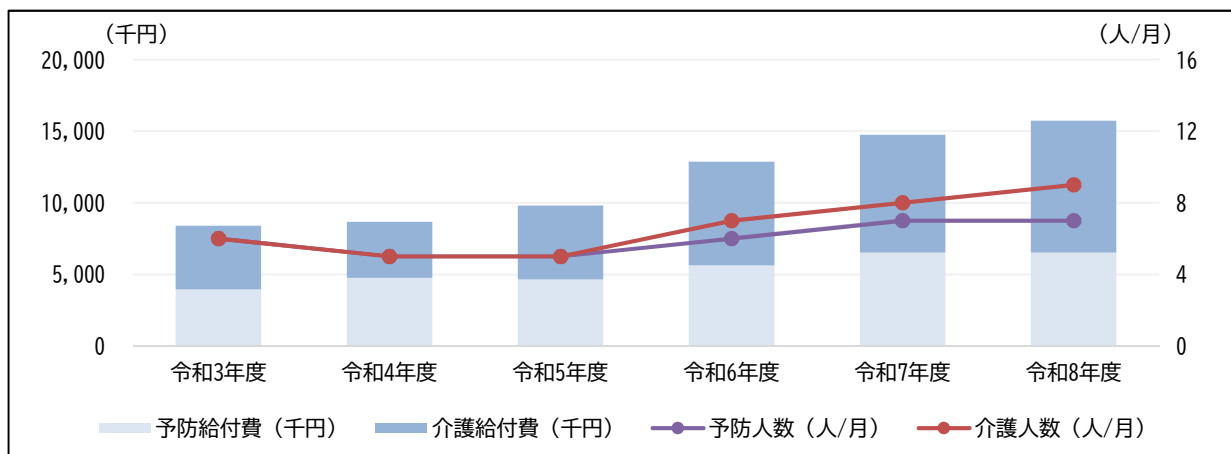
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	1,247	1,257	2,127	2,134	2,134	2,134
	人数（人/月）	4	4	8	8	8	8
介護 給付	給付費（千円）	2,180	1,800	2,122	2,413	2,413	2,413
	人数（人/月）	8	6	6	7	7	7



⑭介護予防住宅改修・住宅改修費

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

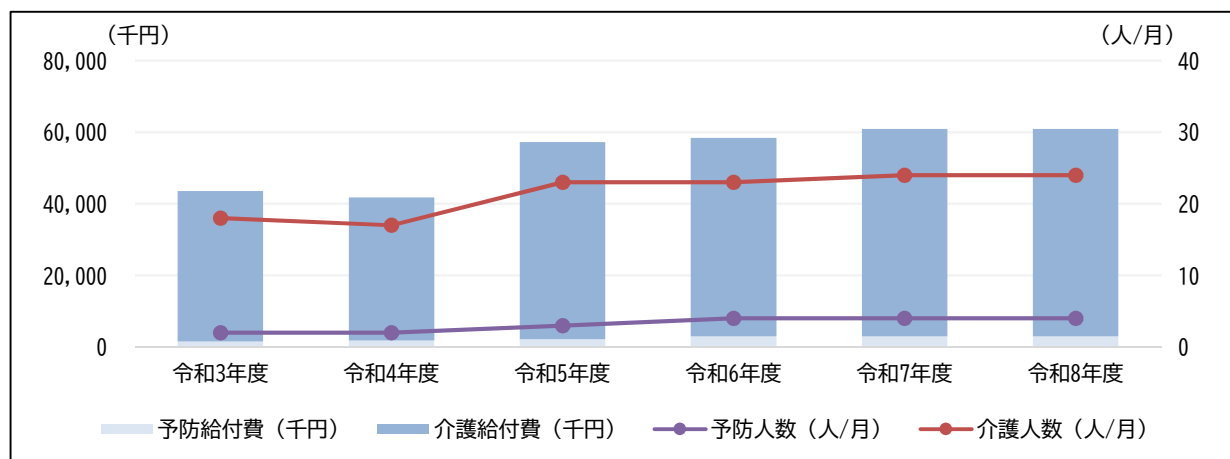
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	3,939	4,744	4,633	5,622	6,507	6,507
	人数（人/月）	6	5	5	6	7	7
介護 給付	給付費（千円）	4,456	3,924	5,161	7,231	8,223	9,214
	人数（人/月）	6	5	5	7	8	9



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

有料老人ホームなどで、入浴・排せつ・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。

		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	給付費（千円）	1,455	1,717	2,132	2,883	2,886	2,886
	人数（人/月）	2	2	3	4	4	4
介護 給付	給付費（千円）	42,090	39,984	55,086	55,526	58,014	58,014
	人数（人/月）	18	17	23	23	24	24



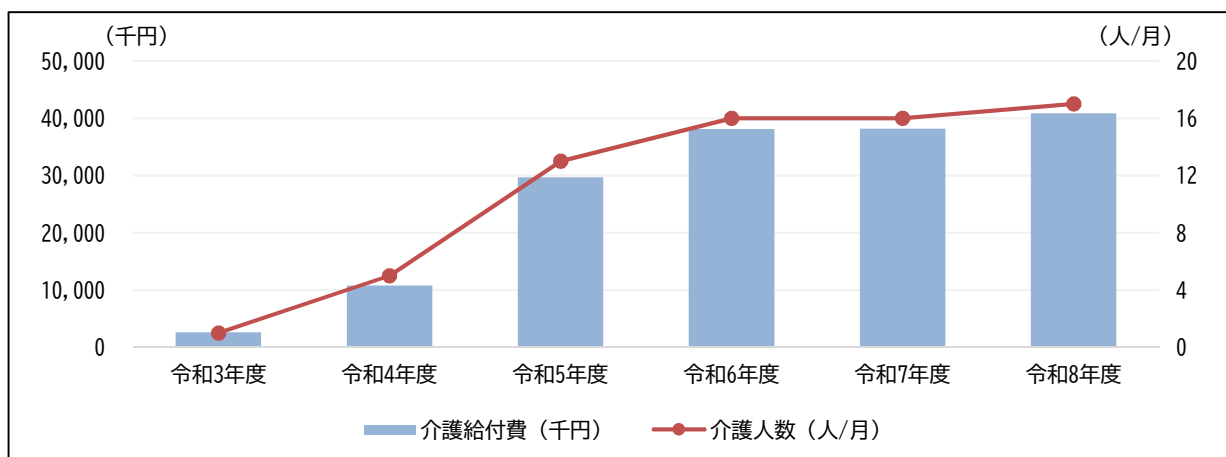
(4) 地域密着型サービス

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

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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。

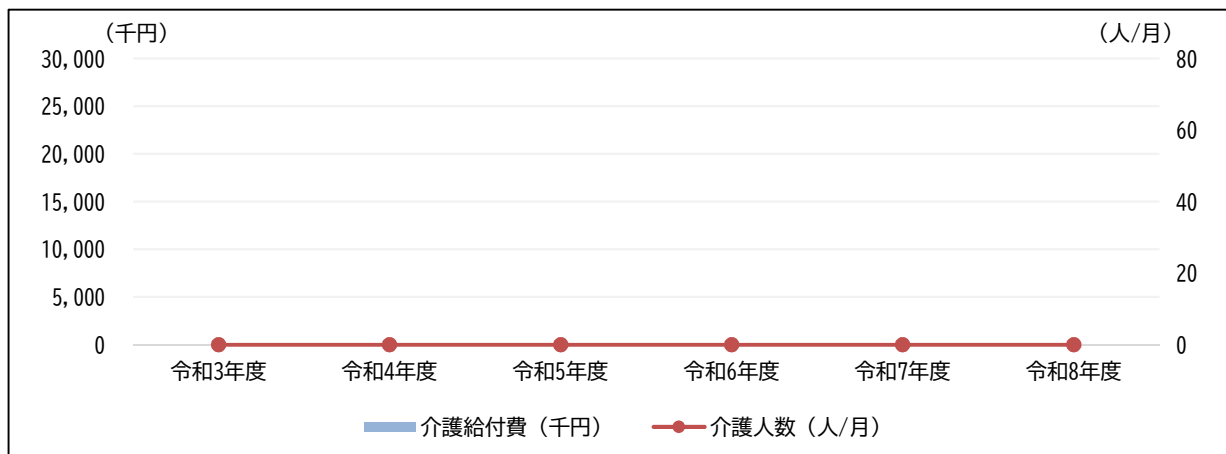
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	2,615	10,738	29,628	38,091	38,139	40,823
	人数（人/月）	1	5	13	16	16	17



②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。

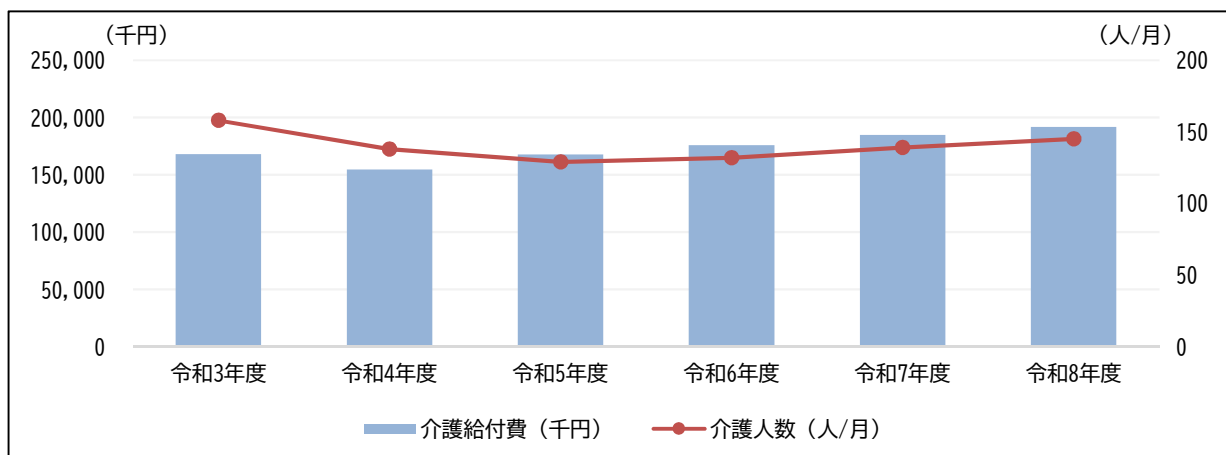
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0



③地域密着型通所介護

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

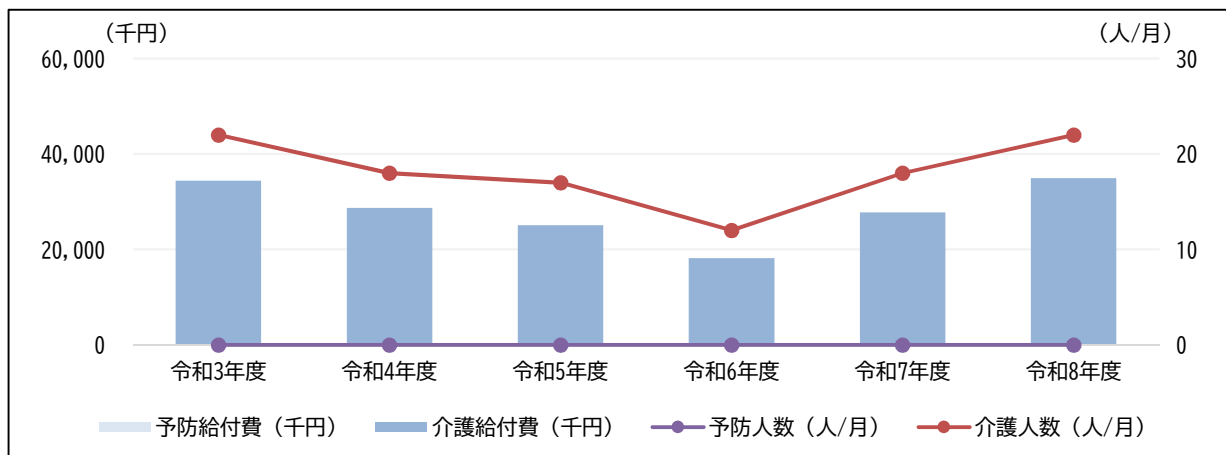
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	167,819	154,535	167,628	175,676	184,596	191,716
	人数（人/月）	158	138	129	132	139	145



④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。

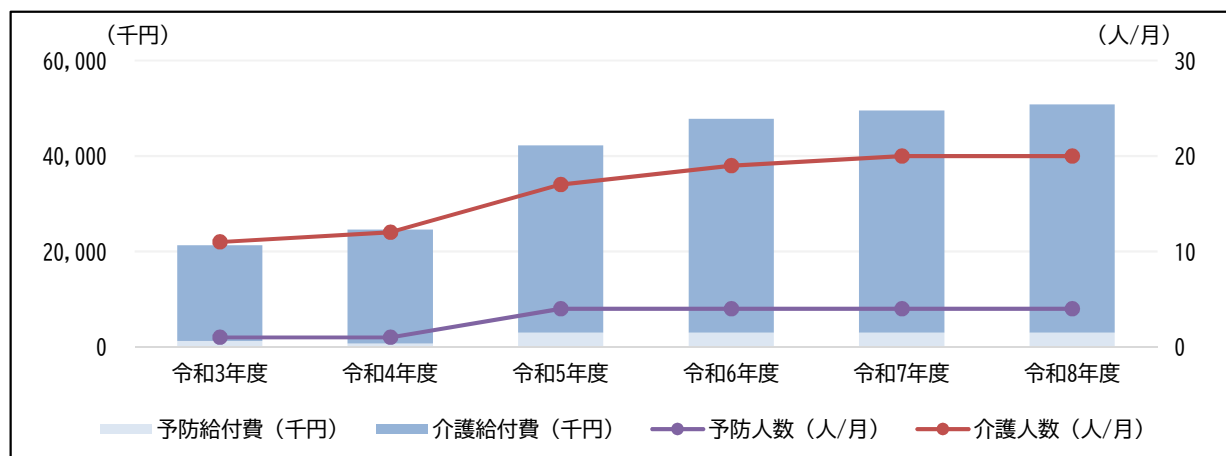
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費（千円）	34,388	28,680	25,038	18,171	27,747	34,919
	人数（人/月）	22	18	17	12	18	22



⑤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。

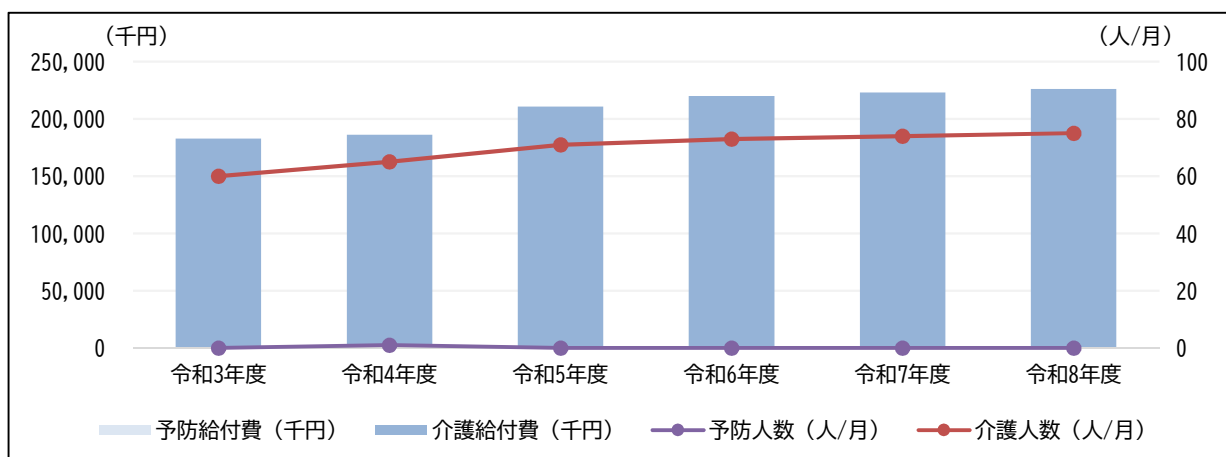
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	1,206	692	2,991	2,995	2,999	2,999
	人数（人/月）	1	1	4	4	4	4
介護 給付	給付費（千円）	20,073	23,905	39,192	44,759	46,494	47,780
	人数（人/月）	11	12	17	19	20	20



⑥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

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

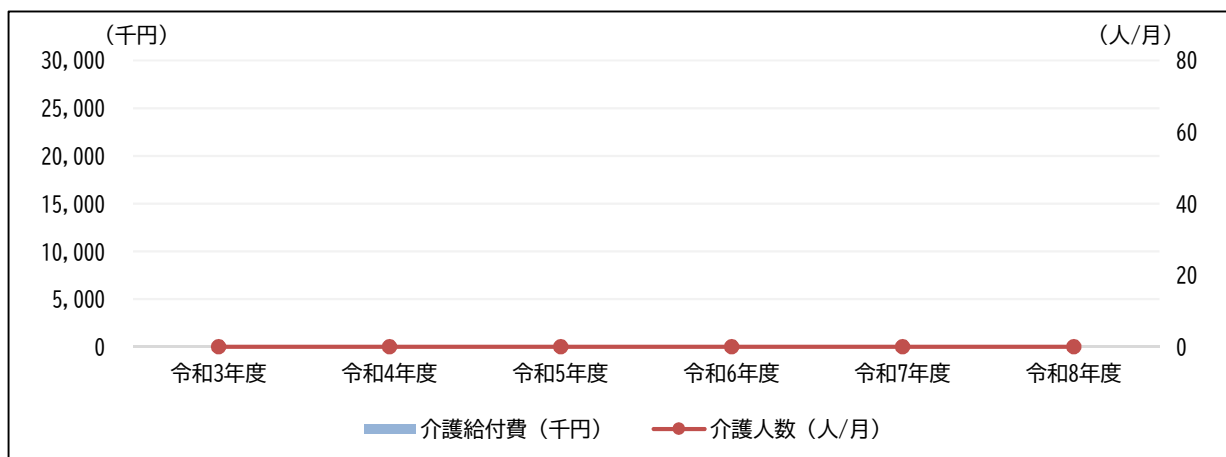
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	給付費（千円）	0	212	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	1	0	0	0	0
介護 給付	給付費（千円）	182,573	185,799	210,510	219,784	223,027	226,033
	人数（人/月）	60	65	71	73	74	75



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。

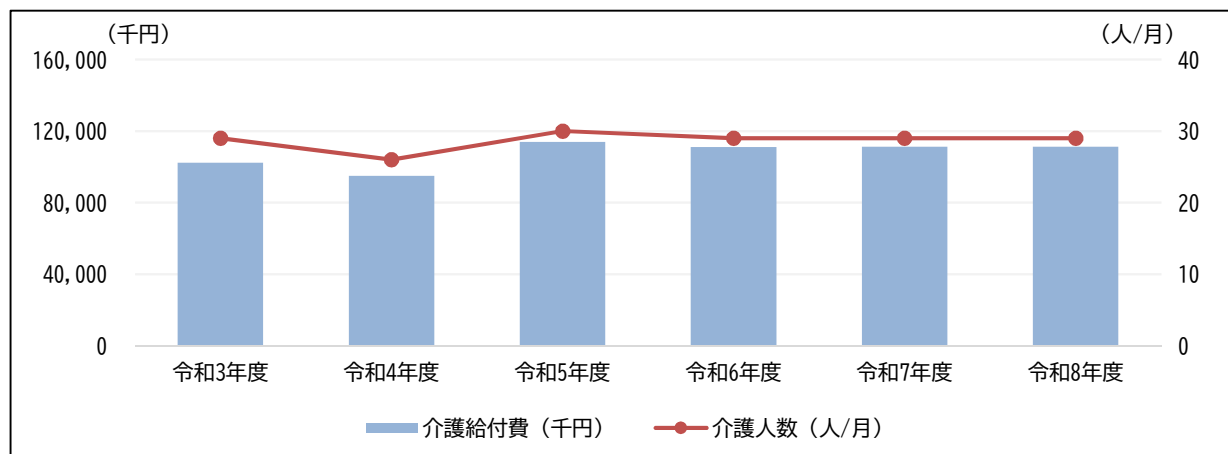
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0



⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、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。

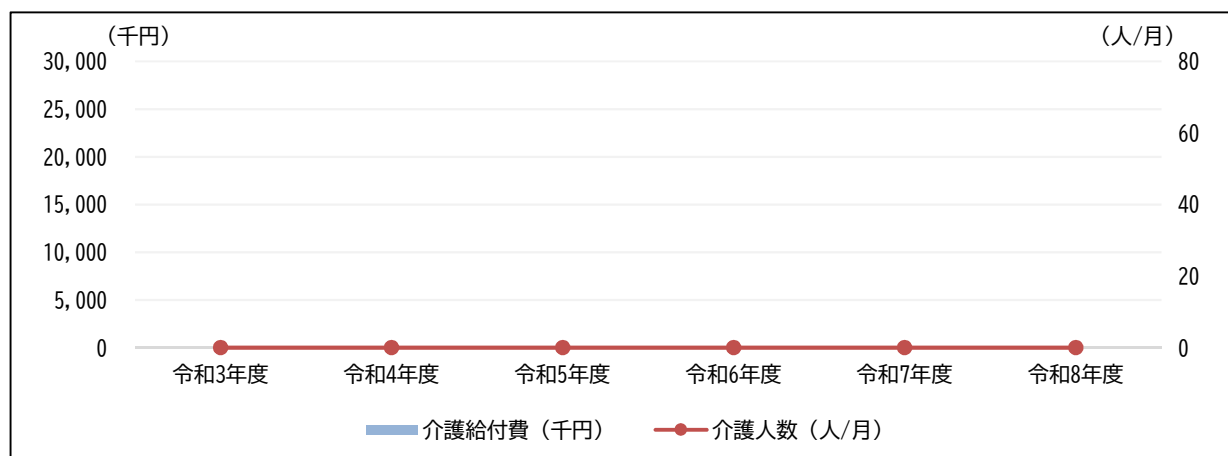
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	102,280	94,882	113,805	110,975	111,116	111,116
	人数（人/月）	29	26	30	29	29	29



⑨看護小規模多機能型居宅介護

「通い」「泊まり」「訪問」の3種類のサービスと「訪問看護」サービスを、介護と看護の両面から柔軟に組み合わせて提供します。

		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
介護 給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0



(5) 施設サービス

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

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

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

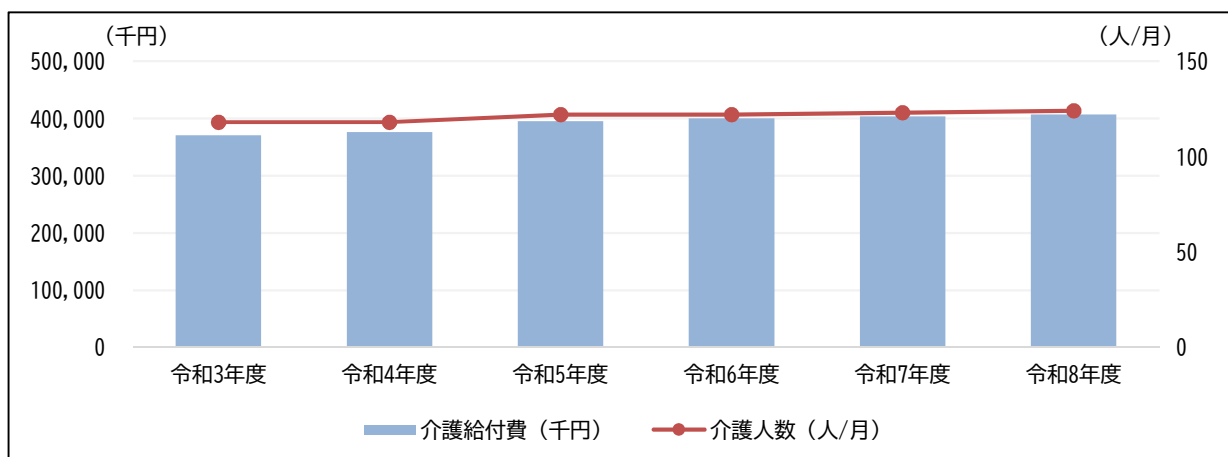
なお、介護療養型医療施設に関する経過措置の期限は令和6年3月末まで延長されており、介護療養型医療施設についてはこの期間内に介護医療院などの施設への移行等が必要になります。

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

①介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が難しい方が入所し、食事・入浴・排せつなどの介助、機能訓練、健康管理などを行う施設サービスです。

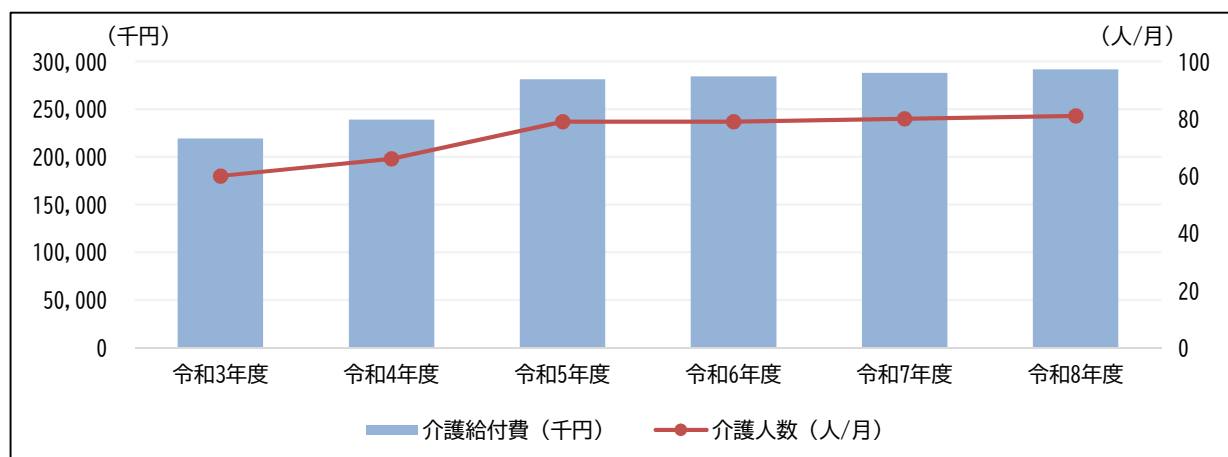
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	給付費（千円）	370,462	375,975	395,074	399,887	403,369	406,345
給付	人数（人/月）	118	118	122	122	123	124



②介護老人保健施設

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

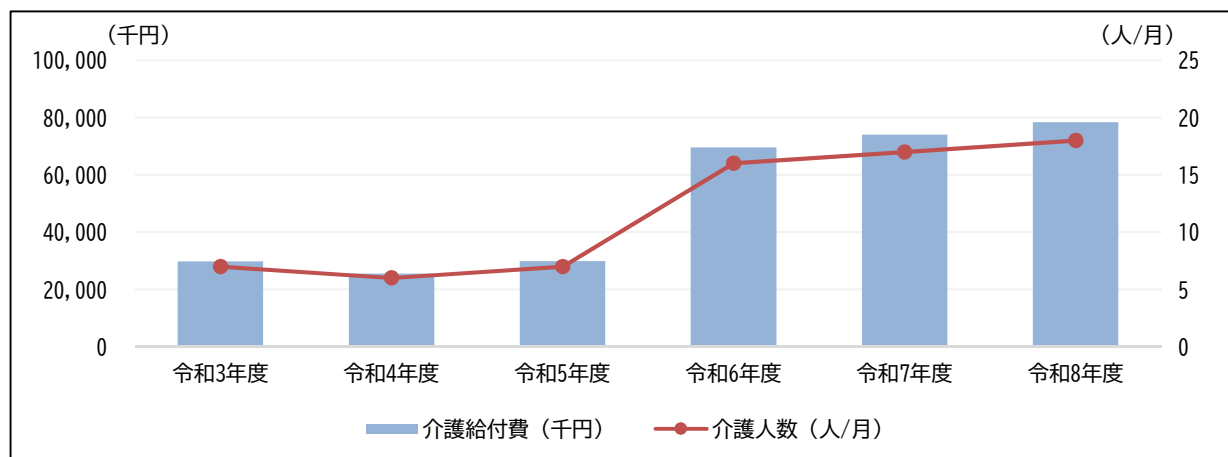
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	219,137	238,994	281,174	284,059	287,952	291,485
	人数（人/月）	60	66	79	79	80	81



③介護医療院

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

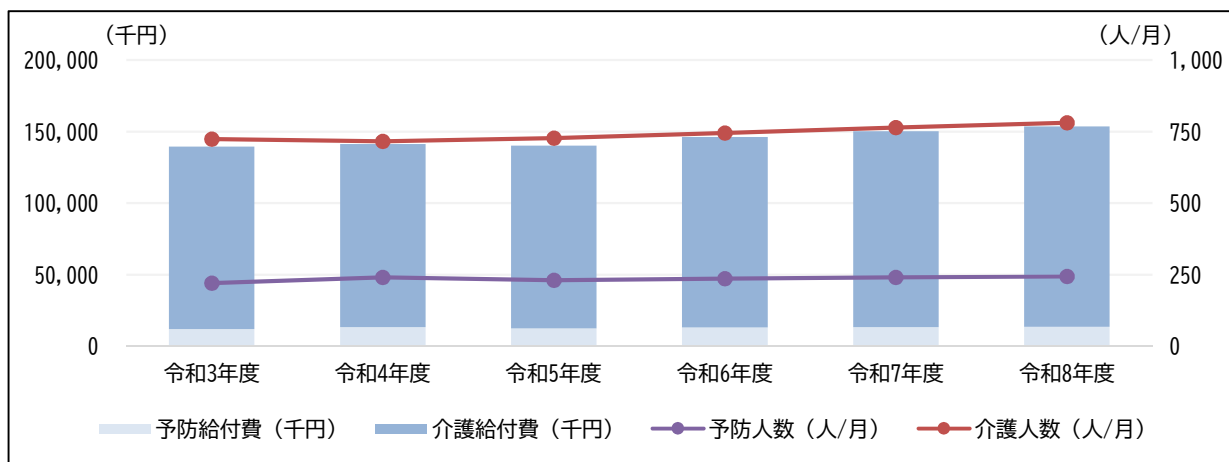
		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費（千円）	29,747	25,469	29,794	69,570	74,028	78,397
	人数（人/月）	7	6	7	16	17	18



(6) 介護予防支援・居宅介護支援

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

		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	給付費（千円）	12,082	13,232	12,539	13,047	13,284	13,449
	人数（人/月）	221	241	231	237	241	244
介護 給付	給付費（千円）	127,420	128,065	127,460	133,060	136,836	140,015
	人数（人/月）	724	716	727	745	764	781



第6章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

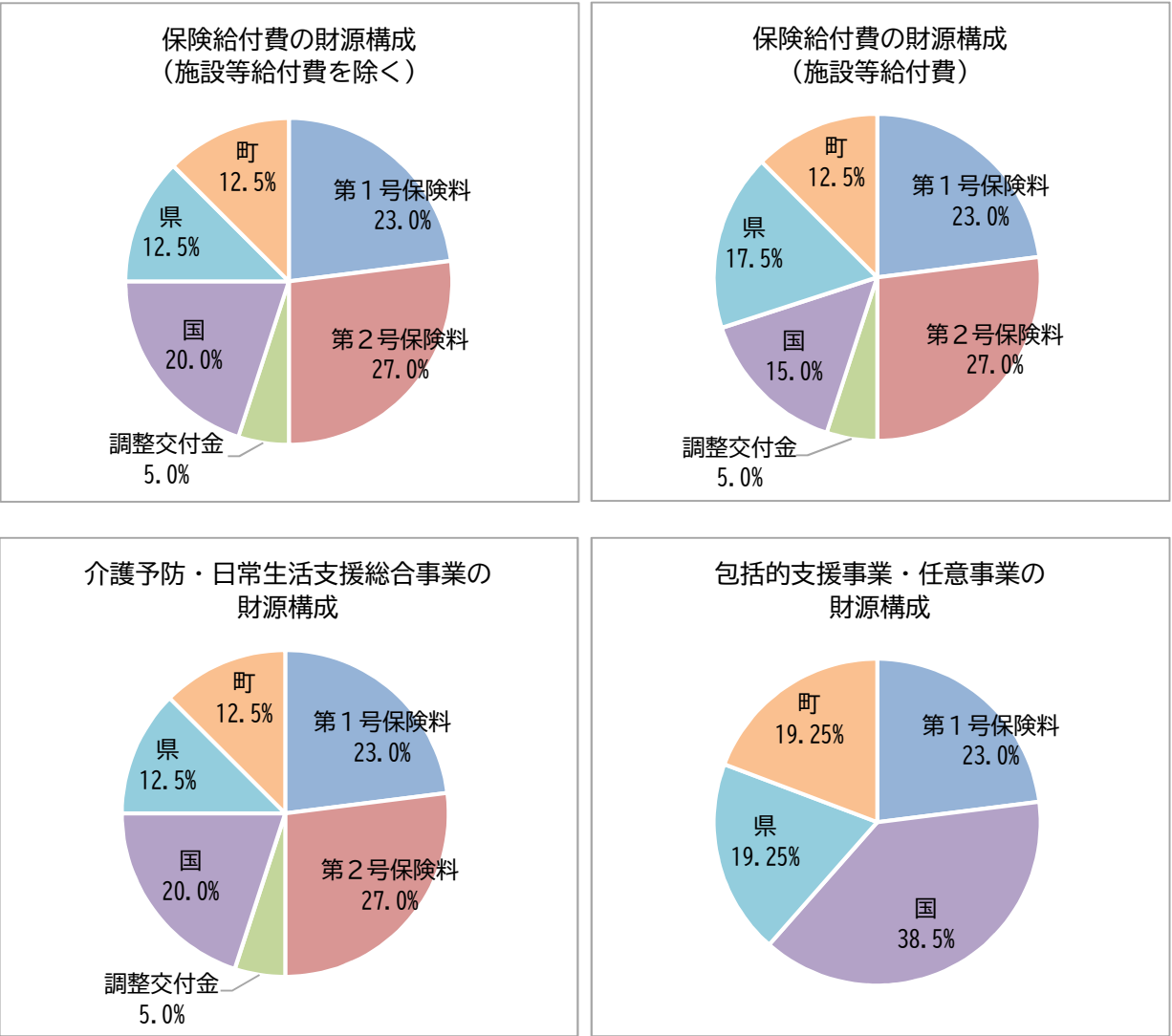
1 介護保険事業費の算出

(1) 事業費算出の流れ

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

認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業費についても介護保険サービスと同様に第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされています。介護保険給付の費用は、50%が公費負担、残りの50%が第1号被保険者と第2号被保険者による保険料負担となります。

なお、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23.0%となります。



①予防給付費

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

単位：千円

	令和６年度	令和７年度	令和８年度
(１) 介護予防サービス	74,843	76,862	77,999
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	10,186	10,199	10,567
介護予防訪問リハビリテーション	4,154	4,234	4,290
介護予防居宅療養管理指導	815	816	816
介護予防通所リハビリテーション	35,598	36,425	36,929
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	13,451	13,661	13,870
特定介護予防福祉用具購入費	2,134	2,134	2,134
介護予防住宅改修	5,622	6,507	6,507
介護予防特定施設入居者生活介護	2,883	2,886	2,886
(２) 地域密着型介護予防サービス	2,995	2,999	2,999
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,995	2,999	2,999
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(３) 介護予防支援	13,047	13,284	13,449
合計	90,885	93,145	94,447

②介護給付費

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

単位：千円

	令和６年度	令和７年度	令和８年度
(１) 居宅サービス	1,075,975	1,107,771	1,135,812
訪問介護	155,220	165,336	174,384
訪問入浴介護	5,908	6,539	7,162
訪問看護	56,070	58,405	60,193
訪問リハビリテーション	12,918	13,546	14,442
居宅療養管理指導	19,459	20,020	20,561
通所介護	364,360	371,681	378,541
通所リハビリテーション	263,543	266,992	271,623
短期入所生活介護	43,493	44,752	45,376
短期入所療養介護（老健）	7,649	7,747	7,924
短期入所療養介護（病院等）	3,080	3,084	3,084
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
福祉用具貸与	79,105	81,019	82,881
特定福祉用具購入費	2,413	2,413	2,413
住宅改修費	7,231	8,223	9,214
特定施設入居者生活介護	55,526	58,014	58,014
(２) 地域密着型サービス	607,456	631,119	652,387
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	38,091	38,139	40,823
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	175,676	184,596	191,716
認知症対応型通所介護	18,171	27,747	34,919
小規模多機能型居宅介護	44,759	46,494	47,780
認知症対応型共同生活介護	219,784	223,027	226,033
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	110,975	111,116	111,116
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
(３) 施設サービス	753,516	765,349	776,227
介護老人福祉施設	399,887	403,369	406,345
介護老人保健施設	284,059	287,952	291,485
介護医療院	69,570	74,028	78,397
介護療養型医療施設			
(４) 居宅介護支援	133,060	136,836	140,015
合計	2,570,007	2,641,075	2,704,441

(3) その他の給付等の見込み

①標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費（円）	2,660,892,000	2,734,220,000	2,798,888,000
特定入居者介護サービス費等給付額（円）	62,644,000	63,834,000	64,855,000
高額介護サービス費等給付額（円）	59,880,000	61,077,000	62,115,000
高額医療合算介護サービス費等給付額（円）	10,257,000	10,456,000	10,629,000
算定対象審査支払手数料（円）	3,255,000	3,325,000	3,395,000
標準給付費見込額（円）	2,796,928,000	2,872,912,000	2,939,882,000

②地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費（円）	94,351,000	89,347,350	88,226,989
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（円）	64,582,000	66,196,550	67,851,464
包括的支援事業（社会保障充実分）（円）	17,710,000	18,152,750	18,606,570
地域支援事業費（円）	176,643,000	173,696,650	174,685,023

③準備基金の残高と取崩額

準備基金の残高（令和5年度末）（円）	397,783,282
準備基金取崩額（令和6～8年度）（円）	218,770,000

④市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市町村特別給付費等（円）	0	0	0

⑤保険者機能推進交付金等

	令和6～8年度
保険者機能推進交付金等（円）	24,696,000

⑥予定保険料収納率

	令和6～8年度
予定保険料収納率（％）	99.20％

2 介護保険料基準額の算出

(1) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

標準給付費見込額	8,609,722,000
+	
地域支援事業費	525,024,673
=	
介護保険事業費見込額	9,134,746,673
×	
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	2,100,991,735
+	
調整交付金相当額	444,082,367
-	
調整交付金見込額	300,457,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
保険者機能強化推進交付金等	24,696,000
-	
準備基金取崩額	218,770,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	2,001,151,102
÷	
予定保険料収納率	99.20%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	26,265
=	
年額保険料	76,805
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,400
(参考)前期の保険料(基準額)	6,400

(2) 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。また、本町独自の負担軽減策として、第8期より引き続き、第9期においても第4段階の負担割合を0.9から0.8に引き下げます。

区分	対象者	基準額に対する割合
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町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	0.285
第2段階	世帯全員が町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	0.485
第3段階	世帯全員が町民税非課税で上記以外の者	0.685
第4段階	世帯課税で本人が町民税非課税の者で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	0.8
第5段階	【基準額】 世帯課税で本人が町民税非課税の者で、上記以外の者	1.0
第6段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の者	1.2
第7段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の者	1.3
第8段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の者	1.5
第9段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の者	1.7
第10段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の者	1.9
第11段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の者	2.1
第12段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の者	2.3
第13段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の者	2.4

第7章 計画の推進

1 町民、サービス提供機関、行政の役割

(1) 町民、サービス提供機関、行政の役割

本計画の実現に向けて、地域を支える町民、サービス提供機関、行政が相互に連携し、それぞれの役割を果たすことを目指しており、次に掲げる役割が求められます。

①町民の役割

尊厳ある生活や幸福の追求は、個々人の自助努力が前提となります。町民は、常に健康の維持や増進を図るとともに、医療や介護が必要な状態になった場合も、できるかぎり自立した生活が送れるよう努力することが大切です。

また、支えあう地域社会の形成のため、社会を構成する一員として、さまざまなかたちでの地域の支えあいに積極的に参加していくことが求められます。

②サービス提供機関の役割

公的サービスの担い手として社会的役割の重要性を十分理解し、地域とのつながりを保ち、地域福祉活動に貢献することが求められます。

また、サービスの質を高めると同時に、異なる介護サービスの提供機関とも連携し、利用者の生活の支援や健康の維持において、その役割を担うことで、十分な効果を発揮するよう努める必要があります。

③行政の役割

本計画を推進するため、主な取り組みとして掲げた事業を効率的に運営していくとともに、町民やサービス提供機関の活動体制を支援していきます。事業の運営にあたっては、厳しい財政状況を踏まえ、計画の進捗状況を検証し、より効果的な運営を推進します。

また、高齢化の進展に伴い、多様化する高齢者のニーズに対応することが極めて重要です。行政には、支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供体制を構築し、高齢者が暮らしやすい環境を整備する義務があります。

2 庁内関係部局の連携と進捗状況の管理

(1) 関係各課の連携

本計画は、保健・福祉・医療分野をはじめ、教育、就労、まちづくり等多様な分野の施策が関連するため、全庁的な連携のもと、計画を推進していきます。併せて社会福祉協議会や大津町地域包括支援センター、大津町シルバー人材センター、専門医療機関や事業所などの民間関係機関や、県の関係機関等とも連携を図り計画を推進します。

(2) 3つの委員会・協議会等を活用したPDCAサイクルの構築

本町では、高齢者施策の推進を図るため、「大津町介護保険事業計画等策定委員会」、「大津町地域密着型サービスに関する運営委員会」、「大津町地域包括支援センター運営委員会」の3つの委員会を設け、それぞれに位置づけを持たせ、毎年の実行状況を整理し、計画の進捗状況の点検や評価を行います。

「大津町介護保険事業計画等策定委員会」では、本計画の策定から実施体制の検討、事業評価などについて審議しています。

「大津町地域密着型サービスに関する運営委員会」では、本町の地域密着型サービスの提供体制の確保などについて審議することで、介護保険制度の安定的な運営を図っています。

「大津町地域包括支援センター運営委員会」では、高齢者福祉事業の進捗管理を中心に審議し、施策の推進を図っています。

今後も、これらの委員会において、本計画の円滑な進捗管理を図ります。

