

第8期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画

令和3年3月

大津町

はじめに

内閣府が2020年（令和2年）7月に公表した「高齢社会白書」によると、日本の総人口は現在、人口減少・少子高齢化の進展に伴い減少し続けており、2055年（令和37年）には1億人を割り込み、このうち、約4割（38.0%）の方が65歳以上の高齢者で、65歳から74歳の方（12.9%）より、75歳以上の後期高齢者の方（25.1%）の方が、倍近く多い状況になると見込まれております。

大津町では、全国の動きと異なり今後も人口が微増していく予測ですが、その中心は高齢者で、2025年（令和7年）には、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、介護や医療のニーズの高まりが見込まれています。

今後、高齢者人口の増加が見込まれる状況下で、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステム」の深化・推進が重要になります。そこで、町では今回、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」や「認知症の人に優しい地域づくり」、「介護人材の確保」などを盛り込んだ、令和3年度から令和5年度の3カ年を1期とした「第8期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」を策定しました。

この中で、介護保険事業についても今後3年間のサービス見込量等を踏まえ、令和3年度から3年間の介護保険料の設定を行っております。

町として、これからも基本理念である「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」の実現に向け、様々な施策に取り組んでまいりますので、今後とも皆さまのご理解・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、本計画の策定にあたり、ご審議等いただきました「大津町介護保険事業計画等策定委員会」の委員の皆さまをはじめ、貴重なご意見をいただきました皆さまや関係各位に対しまして、心よりお礼申し上げます。

2021年（令和3年）3月

大津町長 金田英樹

～ 目 次 ～

第1部 総論

第1章 計画の概要	1
第1節 計画策定の背景と趣旨	1
第2節 本町の地域特性	2
第3節 第7期計画期間中の主な取り組み	3
第4節 国の動向や介護保険制度改正を踏まえた計画策定	5
第5節 本計画の位置づけ	9
第6節 住民参画による地域性を活かした計画策定	11
第2章 本町の現状と将来予測	12
第1節 人口と高齢者の状況	12
第2節 介護給付分析結果から見える本町のようす	17
第3節 各種調査の概要	22
第3章 基本理念と計画策定の考え方	31
第1節 計画の目指す姿	31
第2節 目指す姿の実現に向けた基本目標等の設定	32
第3節 本計画期間中の重点的取組と目標の設定	34

第2部 各論

第1章 高齢者施策の推進	41
第1節 生涯現役社会の充実	41
第2節 地域包括ケアシステム構築の推進	54
第3節 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築	71
第4節 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	84
第5節 多様な住まい・サービスの整備促進	87
第6節 介護人材の確保とサービスの質の向上	92
第7節 防災と感染症対策	103
第2章 介護保険事業の展開	107
第1節 認定者等の推移と予測	107
第2節 介護保険サービスの量の見込みと確保策	109
第3章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出	127
第1節 介護保険事業費の算出	127
第2節 介護保険料の算出	131
第3節 2025年のサービス水準等の推計	133
第4章 計画の推進	135
第1節 町民、サービス提供機関、行政の役割	135
第2節 庁内関係部局の連携と進捗状況の管理	136
第3節 2040年のまちの姿の共有	137

第3部 資料編

第1節 策定委員会	141
第2節 用語解説	144

総論

第1章 計画の概要

第1節 計画策定の背景と趣旨

1 計画策定の背景と趣旨

平成12年にスタートした介護保険制度は、3年を1期とした第7期21年が経過しました。その間、国においては、年金や医療・介護・障害福祉といった社会保障給付費が上昇し続け、2025年（令和7年）には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、介護や医療のニーズがさらに高まることが予想されています。

さらに、人口推移をみると、すでに生産年齢人口の減少が始まっており、2040年（令和22年）には、団塊の世代ジュニアと呼ばれる現在40代後半の方が一斉に65歳を迎えることとなり、高齢者人口がピークを迎えることとなります。

そのため、国は、第8期計画策定に向けた基本方針として、「自立支援、介護予防・重度化防止の推進」「介護給付等対象サービスの充実・強化」「在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備」「日常生活を支援する体制の整備」「高齢者の住まいの安定的な確保」を掲げています。

本町では、これまで「生活支援体制整備事業の推進」、「医療と介護の連携」、「地域包括支援センターを中心とした介護予防事業の展開」、「認知症対策の総合的な推進」を4つの柱として、町民との協働・自主的な活動への支援とともに関係機関との連携により地域包括ケアシステムの構築を推進してきました。

今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくために、高齢者の健康づくりや生きがいづくり、互いに支え合う「地域共生社会」の考え方に立った、地域全体で支え合う仕組みづくりとなる「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが重要となります。

そのため、高齢者福祉サービスの整備（公助・共助）を検討しつつ、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動などで役割を担いつつ活躍できる取組み（自助・互助）の充実を図っていくことを目指し、2025年（令和7年）を見据えた中長期的な「地域包括ケア計画」の3期目の計画として、『第8期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画』を策定しました。

第 2 節 本町の地域特性

1 本町の地域特性

大津町は熊本市の東方約 19 キロメートル、阿蘇山との中間に位置しており、別府・阿蘇・雲仙などの国際観光ルートの路線上にあります。

阿蘇外輪山西部に連なる広大な森林、原野地帯とそれよりゆるやかな傾斜をなして広がる北部畑地帯、阿蘇山を源として東西に貫流する白川の豊かな流れによって南部平野は肥沃な水田地帯を形成しています。

国道 325 号（久留米～阿蘇～延岡）と国道 57 号（長崎～雲仙～大分）が縦・横断し、熊本空港、九州縦貫自動車道熊本 IC を近くに擁する交通条件に恵まれた田園産業都市です。

四季折々の自然の風景、人々の暮らしの風景、産業の進展、インフラの整備など、バランス良く調和し発展を続けています。

	
町花／つつじ	町木／杉

	
町鳥／ほおじろ	町章

第3節 第7期計画期間中の主な取り組み

1 住民主体の通いの場づくり支援事業（重点事業）

地域住民が公民館に集まって、週1回介護予防体操を行う「通いの場」の立ち上げ支援を行いました。介護予防体操はDVDを観ながら行い、本町は立ち上げから3ヶ月間、月1回、地域包括支援センターの職員と菊池地域広域リハビリセンター・地域密着リハビリセンターのリハビリテーション専門職等が訪問し、体力測定と体操指導などの後方支援を行いました。



また、住民が興味をもって取り組めるよう、まちづくり推進室と連携し周知啓発を行うとともに、新たに取り組む団体へも定着化するよう、運動だけでなく口腔・認知機能改善情報や具体的な実践方法の提供を行うことができました。

指標		単位	H29	H30	R1	R2
計画値	実施箇所数	箇所	3	9	18	27
実績値	実施箇所数	箇所	3	13	19	21

(R2 年度の実績は R2 年 7 月末現在)

2 外出支援サービス事業（重点事業）

身体状況により運転が不可能な高齢者で、公共交通機関を利用することが著しく困難な者に対して、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を助成する事業となります。

平成 29 年度まで、医療機関、役場、図書館等の町施設に利用範囲を制限していましたが、生活支援の充実を図るために、利用範囲を小売店等にも拡大しました。

また、本事業において福祉タクシーの利用を可能としたことや、公共交通再編による乗合タクシーの拡充により、公共交通の利便性が向上したことで、より重層的な支援体制が構築されています。

指標		単位	H29	H30	R1	R2
計画値	利用決定者数	人	110	130	145	160
実績値	利用決定者数	人	105	129	140	122

(R2 年度の実績は R2 年 7 月末現在)

3 認知症に関する広報・啓発活動の推進（重点事業）

認知症について、広く住民に正しく理解してもらうため、広報誌やホームページを活用するほか、認知症キャラバン・メイトを養成し、認知症サポーターの養成講座を開催しました。認知症を正しく理解し、手助けができる認知症サポーターの養成に力を入れて取り組みました。

認知症サポーター養成及び活動活性化については、地域での認知症に対する理解を深めるために、認知症サポーターを人口 20%約 6,800 人養成することを目指し、若い世代への働きかけとして、企業や学校での開催を積極的に行い、更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した。

また、養成講座で得た知識を活かして、ボランティア活動等を行いたいと希望するサポーターを町で登録し、あんしん声かけ訓練を始めとする町が実施する活動のボランティアや、認知症カフェ等の事業所が実施する活動のボランティア等に参加することができるよう周知を行いました。



(広報おおづ令和元年9月号より「認知症を身近に」)

指標		単位	H29	H30	R1	R2
計画値	受講者数	人	741	430	430	440
実績値	受講者数	人	793	686	762	295
計画値	受講者延べ人数	人	5,500	5,930	6,360	6,800
実績値	受講者延べ人数	人	5,563	6,249	7,011	7,306
計画値	活動した延べ人数	人	—	30	40	50
実績値	活動した延べ人数	人	—	17	8	0

(R2 年度の実績は R3 年 3 月末現在)

第4節 国の動向や介護保険制度改革を踏まえた計画策定

1 高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第8期計画策定に向けた基本指針として、以下7つの項目を掲げています。
この基本指針に従いつつ、本町の実情に応じた計画策定を行うことが重要となります。

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定

2 地域共生社会の実現

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

○一般介護予防事業の推進に関して「PDCA サイクルに沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載

○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載

○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定

○保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載

（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載）

○在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載

○要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載

○PDCA サイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載

○整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

5 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

○認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載

（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載）

○教育等他の分野との連携に関する事項について記載

6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載

○介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載

○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載

○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

7 災害や感染症対策に係る体制整備

○近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について

2 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要

国は、地域共生社会の実現を目指し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、以下5点の実現を確保するため、社会福祉法等の一部を改正しました。本計画はその実施計画の位置づけを持つものとなります。

改正の概要

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援

- ①市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行うための、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進

- ①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ②市町村の地域支援事業における関連データの活用努力義務を規定する。
- ③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

- ①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
- ②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報の安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

- ①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ②有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設

- ①社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業の体制整備と推進

高齢者の健康増進を図り、できる限り住み慣れた地域で自立した生活が送れる期間の延伸（健康寿命の延伸）と生活の質の維持向上を目指すために、高齢者の特性を踏まえた健康支援が必要となります。

特に高齢期においては、複数の慢性疾患に加え、加齢に伴う諸臓器の機能低下などの身体的な脆弱性のみならず、精神・心理的もしくは社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすく、いわゆるフレイル状態に陥りやすい状況に直面します。

そのため高齢者への支援、保健事業や介護予防の実施にあたっては、身体的、精神的及び社会的な特性（フレイル等）を踏まえ、保健事業と介護予防を一体的に実施し、効果的で効率的な健康支援を行うことが必要です。

また、切れ目のない支援を行うために、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職等が積極的に関わることができるような配置・体制の構築が重要です。

事業実施の体制については、高齢者支援を担う介護保険課と生涯を通じて支援を行う健康保険課が中心的な役割を担っていくとともに、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する事業実施方針」に基づき、大津町においても実施に係る方針の策定を予定しており、関係機関と連携を図りながら、各論でも記載している以下のような取組を行います。

（「大津町における高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業の実施にかかる方針（案）」一部抜粋）

1. 医療専門職等の配置

一体的な実施にあたり必要となる医療専門職として、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を配置し中核とすることで、地域の健康課題等の把握や医療関係団体との連携を進める。また、地域を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士・歯科衛生士等）が中心となり、高齢者のいる世帯へのアウトリーチ支援や通いの場等への積極的に関与する等の取組の充実を図る。

2. 通いの場等への医療専門職の積極的な関与

通いの場等を活用して保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職が関与することにより、高齢者が健康状態に関心を持ち、また広くフレイル予防に関心を持つ機会と位置付けることによって、フレイル予防の重要性について浸透を図ることを目的とする。

3. KDBシステム等による分析・地域の健康課題の整理・分析

KDBシステムや見える化システムを活用し、高齢者一人ひとりの医療レセプトや健診に係るデータ、介護レセプト、要介護度などの情報把握を行う。地区別比較や全国平均との比較、経年変化を追うことにより、健康リスクや重症化している疾病等の地域の健康課題を俯瞰的に把握する。

なお、健康課題の整理・分析にあたっては、健康保険・介護保険部門内で情報共有を図りながら行うこととする。

4. 対象者の抽出及び高齢者支援の実施

個別支援が必要な高齢者のアウトリーチ支援とフレイル予防対策を中心とした通いの場等への積極的関与としてポピュレーションアプローチの両者を実施する。

5. 国保保健事業と高齢者保健事業とのつながりと連携

高齢者の健康状態は、個人差が大きく、前期高齢者であってもフレイルの恐れや重症化予防の対象者となっている者もいる。青壮年期からの健康づくり・予防活動は重要であり、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した場合でも、支援が途切れることなく引き継いでいくことが重要である。切れ目のない支援の重要性を実施者側、支援される住民双方が理解し、情報共有と引継ぎが確実に実施していくことができる体制をつくる。

4 健診・医療・介護データの一体的分析から町の課題把握

後期高齢者の健診・医療・介護データの状況を県と比較すると特に高血圧で医療にかかっている人の割合が高い状況です。医療費が高額となる疾患、6カ月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全の治療者の割合は県と比較し高い状況にあります。

また、フレイル状態に陥りやすい疾患（心不全、骨折、認知症等）において生活習慣病の重なりをみると高血圧の治療をしている人の割合が高く、認知症については、糖尿病の治療者も多い状況です。一人あたり医療費について、特に医療費の高い入院は、7.1%の件数に対して、費用額全体の62.6%を占めている状況です。

これらの実態から予防可能な疾患である脳、心臓、腎臓、認知症などにおいて高血圧や糖尿病等の生活習慣病から引き起こされる重症化及び要介護状態の予防が課題と考えます。若い世代からの発症予防・重症化予防に取り組むことが必要であり、切れ目のない支援に向けた取組を目指します。

後期高齢者医療・介護の状況（H30年度）KDBシステムデータより抽出

	短期目標				中長期目標															
	高血圧		糖尿病		脳血管疾患		介護あり		心不全		介護あり		虚血性心疾患		介護あり		腎不全		介護あり	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
大津町	2,776	87.9	1,179	37.3	943	24.6	436	46.2	1,361	35.5	555	40.8	845	22.1	304	36.0	598	15.6	230	38.5
熊本県	199,371	85.8	90,315	38.9	67,204	23.9	33,514	49.9	98,630	35.1	44,259	44.9	59,196	21.1	23,699	40.0	42,753	15.2	19,018	44.5

後期高齢者医療費の状況（H31年3月分）KDBシステムデータより抽出

	件数				費用額			
	入院	%	外来	%	入院	%	外来	%
大津町	367	7.1	4,769	92.9	1億9178万円	62.6	1億1436万円	37.4

フレイルになりやすい疾患が併せ持つ生活習慣病の状況（H30年度）KDBシステムデータより抽出

	心不全が併せ持つ生活習慣病の状況								骨折が併せ持つ生活習慣病の状況								認知症が併せ持つ生活習慣病の状況							
	患者数		要介護認定者		+高血圧		+糖尿病		患者数		要介護認定者		+高血圧		+糖尿病		患者数		要介護認定者		+高血圧		+糖尿病	
	数	%	人	%	人	%	人	%	数	%	人	%	人	%	人	%	数	%	人	%	人	%	人	%
大津町	1,361	35.5	555	40.8	1,202	88.3	497	36.5	607	15.8	340	56.0	479	78.9	170	28.0	581	15.2	482	83.0	461	79.3	184	31.7
熊本県	98,630	35.1%	44,259	44.9%	84,529	85.7%	38,814	39.4%	46,453	16.5%	27,354	58.9%	36,231	78.0%	15,020	32.3%	45,108	16.1%	37,402	82.9%	34,268	76.0%	13,921	30.9%

第5節 本計画の位置づけ

1 計画の性格と位置づけ

(1) 法的根拠

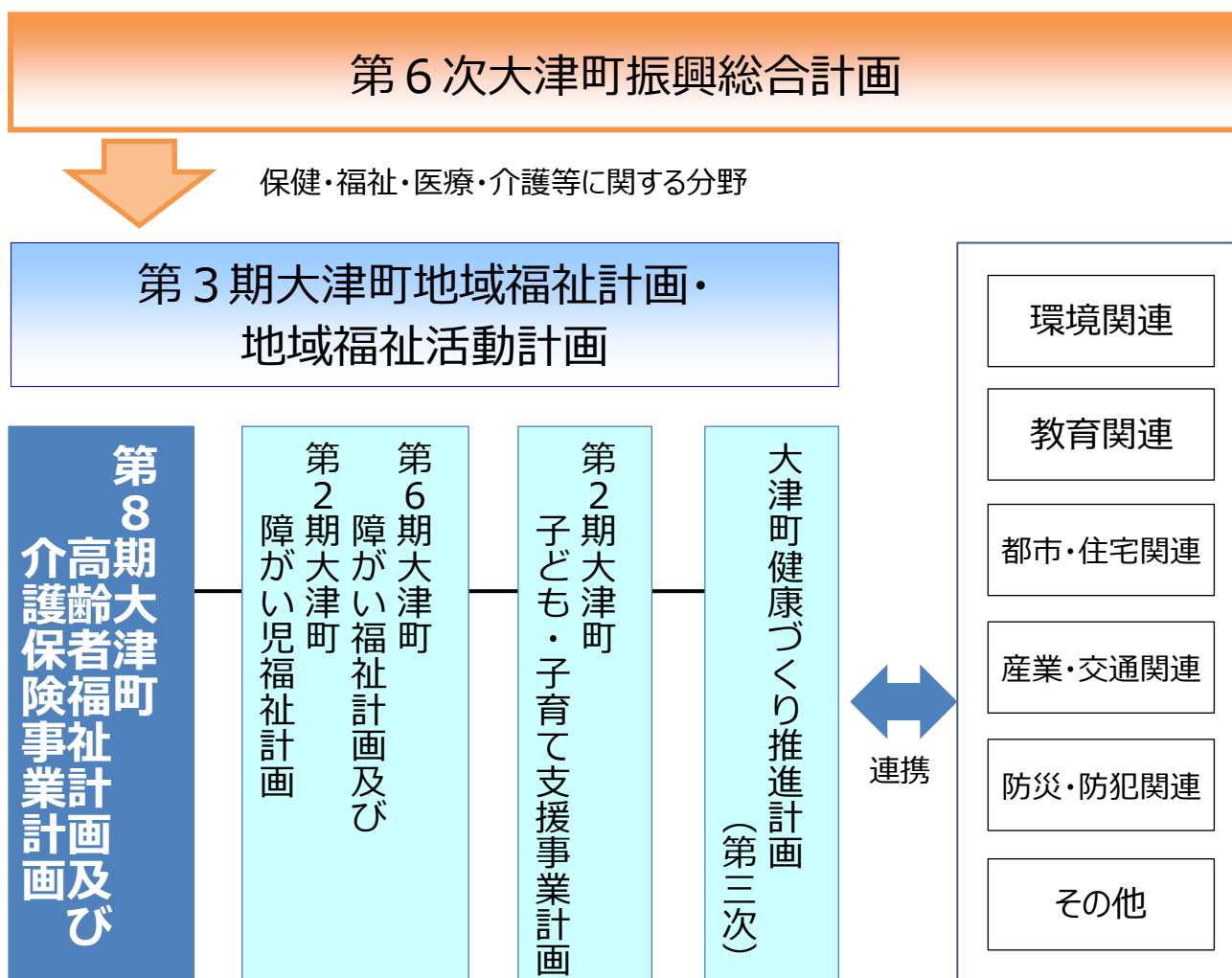
本計画は、老人福祉法第20条の8第1項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第117条第1項の市町村介護保険事業計画として策定するものであり、平成30年3月に策定した第7期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

(2) 計画の位置づけ

振興総合計画とは、まちづくりの行政運営指針の最上位計画で、まちの将来像や達成する目標などをとりまとめたものです。

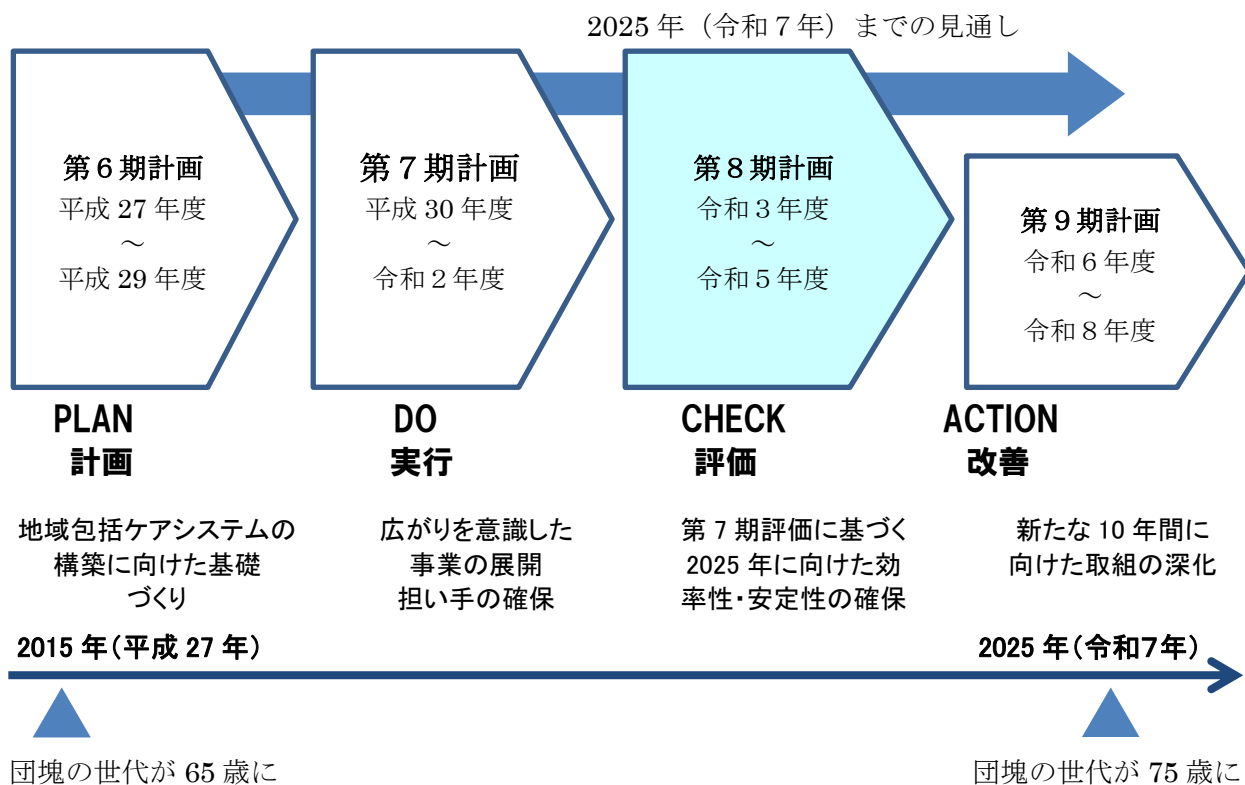
地域福祉計画は、総合計画の部門計画として、各個別計画の基本目標の実現に向けた計画としています。

本計画は、地域福祉計画の実施計画として、主に高齢者に関する施策の方針を掲げ、計画を推進しています。



2 計画の期間

団塊の世代が 75 歳に到達する 2025 年度（令和 7 年度）を見据え、地域包括ケアシステムを構築していくための 10 年間の計画という位置づけを持ちつつ、介護保険法第 117 条第 1 項の規定に基づく、令和 3 年度から令和 5 年度までの 3 年間の計画期間とします。



第6節 住民参画による地域性を活かした計画策定

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 日常生活圏域ニーズ調査

一般高齢者と要支援認定者を対象として、生活の状況や社会参加、今後の生活についての意見や潜在的なニーズ等を調査するため、郵送による配布回収にて、調査を行いました。

3 在宅介護実態調査

要介護認定者のうち、施設等入所者を除く方を対象として、家族介護の実態や介護離職の有無などを調査するため、認定調査員による訪問調査を行いました。

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。

第2章 本町の現状と将来予測

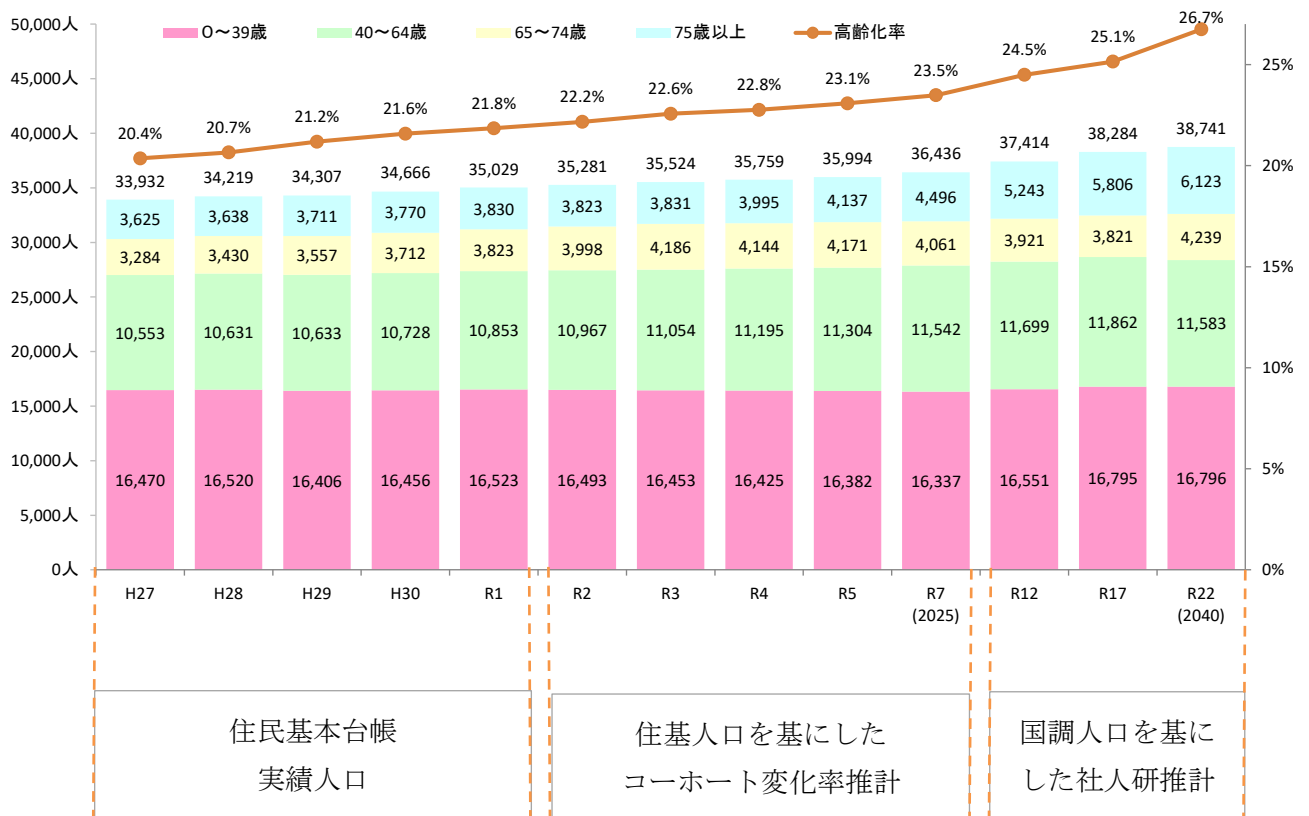
第1節 人口と高齢者の状況

1 総人口の推移

(1) 総人口と高齢者人口の推移

本町の人口は、平成27年に33,932人から令和元年には35,029人となり、1,097人の増加となっており、年齢区分別にみると高齢者人口がその中心となっています。

また、今後も人口増加がつづく予測となっていますが、引き続き増加の中心は高齢者人口であり、0-39歳、40-64歳人口は横ばいに推移する予測となっています。



コーホート変化率法とは

集団の一定期間における人口の変化率に着目し、その変化率が対象地域の年齢別人口変化の特徴であり、将来にわたって維持されるものと仮定して、将来人口を算出する方法です

- ① 短期の人口推計に向いているとされること
- ② 住基人口を基にするため、より精度が高い推計ができること 以上から、本計画で使用しています

2 高齢者人口の推移

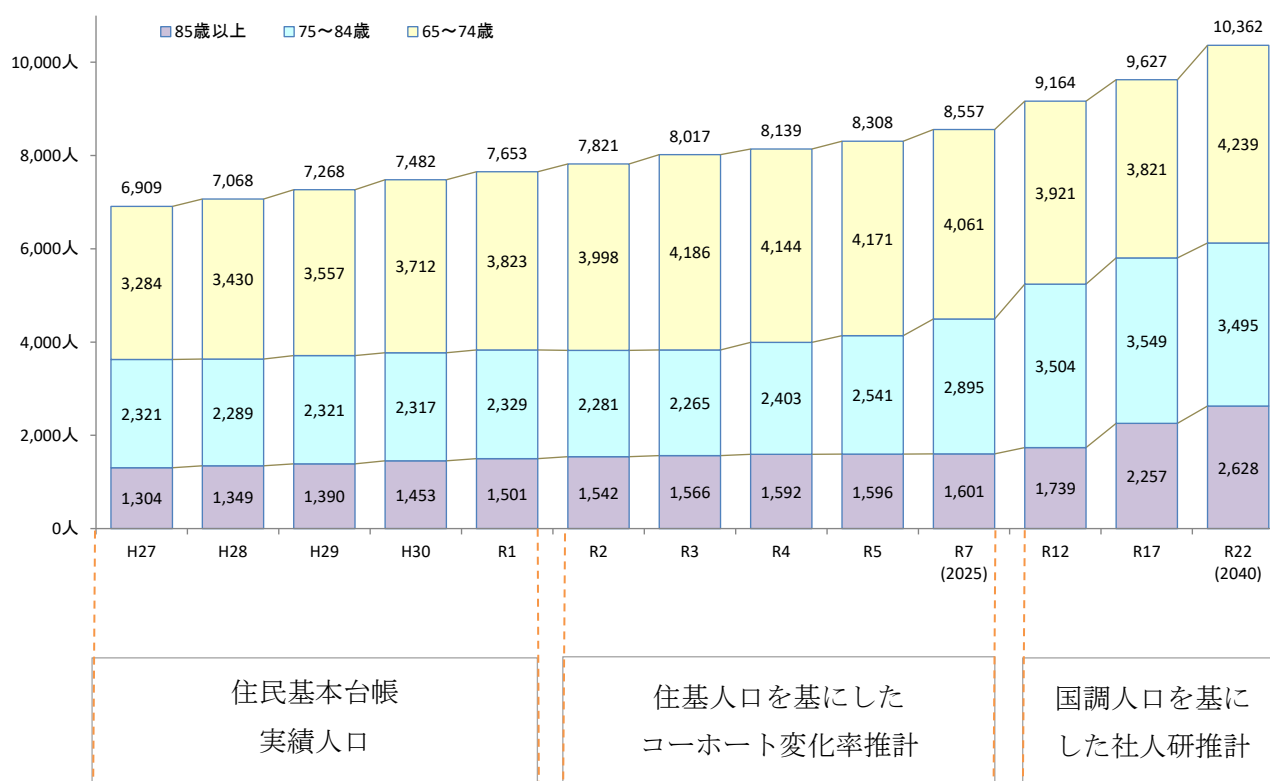
本町の高齢者人口は、平成 27 年に 6,909 人から令和元年に 7,653 人となっており年間 150 人ほどの増加で推移してきました。

今後も、高齢者人口の増加は進み、計画最終年となる令和 5 年には 8,308 人となる予想になっています。

また、年齢区分ごとでみると、これまでの高齢者人口の増加は 65～74 歳人口がその中心となっていました。今後は 75～84 歳人口の増加が予測されています。

さらに、令和 12 年以降は 85 歳以上人口が増加する予測となるため、要支援・要介護認定者が急激に増加する可能性があります。

(1) 高齢者人口の推計



3 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数（以下「認定者」と言います。）は、平成 24 年に 1,130 人から令和 2 年には 1,464 人まで右肩上がりに増加を続けてきました。

介護度別にみると平成 24 年の各認定数を 1.0 倍としたとき、令和 2 年度では要支援 1・2 の方は 1.56 倍、要介護 1～5 の方は 1.23 倍増加しています。要介護認定者の中でも要介護 1・2 の方は 1.41 倍、要介護 3～5 の方は 1.08 倍です。

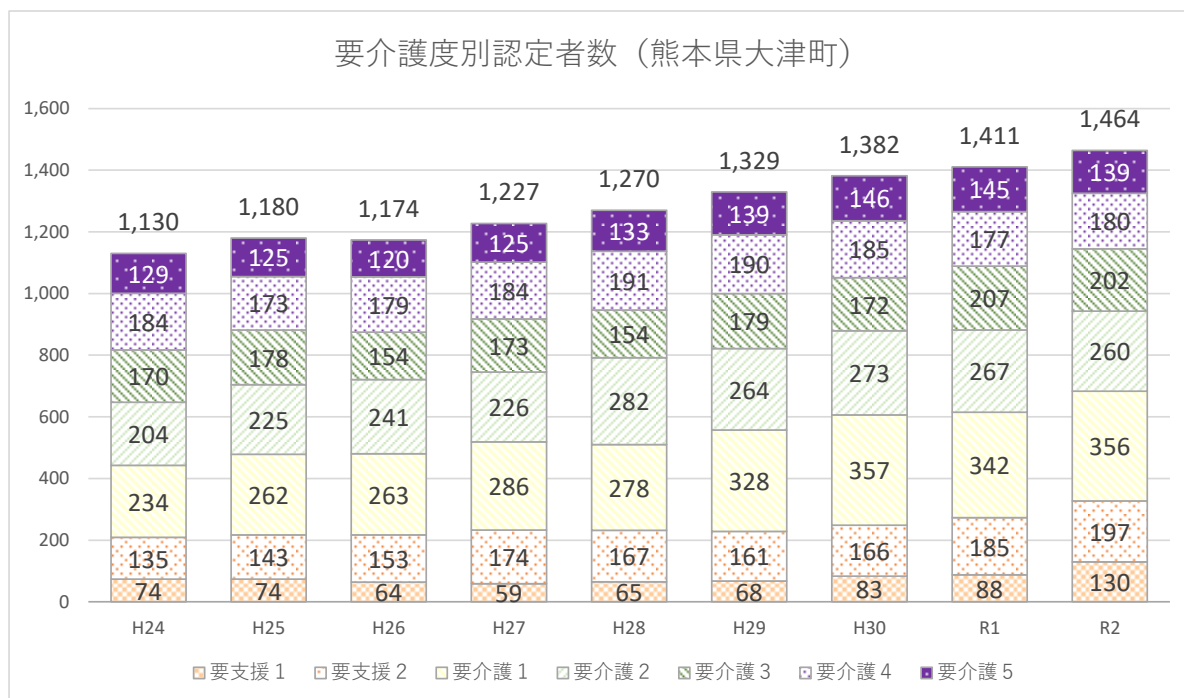
つまり、各認定者の増加率は、要支援 1・2 の方が最も増加しており、次いで要介護 1・2 が増加している一方で、要介護 3～5 は微増にとどまっています。

認定者が増加してきた要因としては、年齢階級別認定者数の推移から、84 歳以下の認定者数はおおむね横ばいで推移してきていますが、85 歳以上の認定者数は、年々増加しており、本町の 85 歳以上人口の増加と比例した伸びと考えられます。

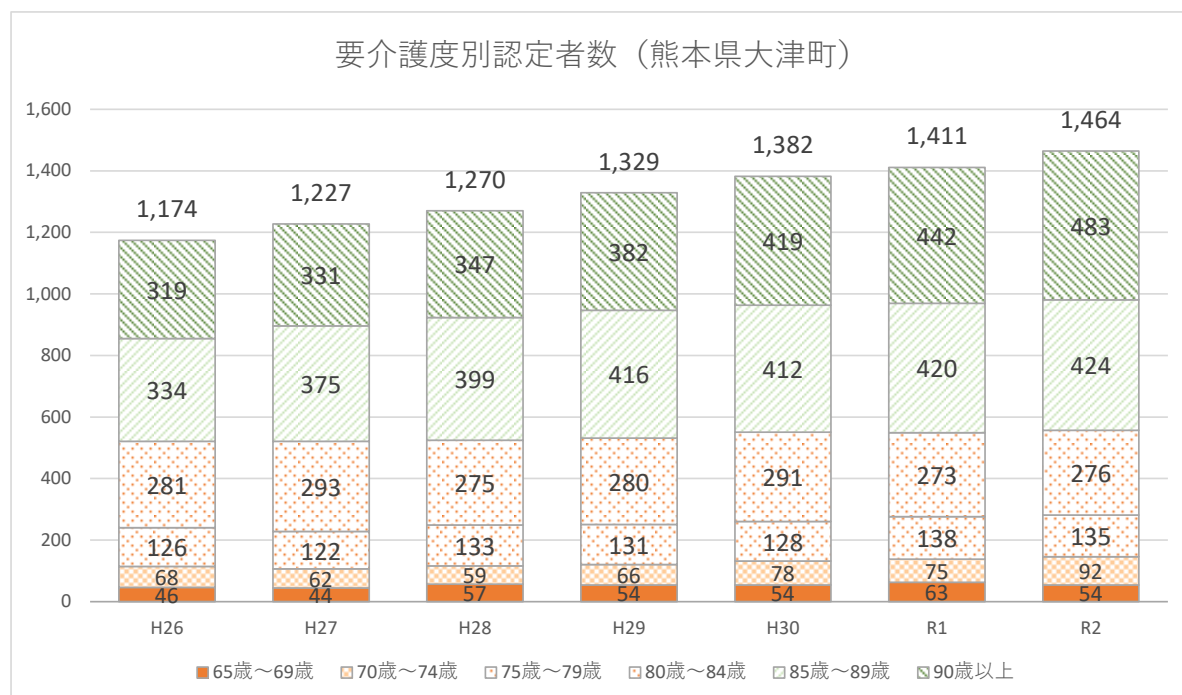
なお、要支援者は、総合事業の開始に伴い、認定を受けずとも利用できるサービスの開始により、増加を抑えることができてきましたが、令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響による申請増加の影響により、急激な増加となったと考えられます。

認定率は、平成 26 年に 17.7% まで低下していましたが、それ以降上昇傾向が続いており、令和元年の認定率は、18.6% で、国平均より高く、県平均よりは低くなっています。

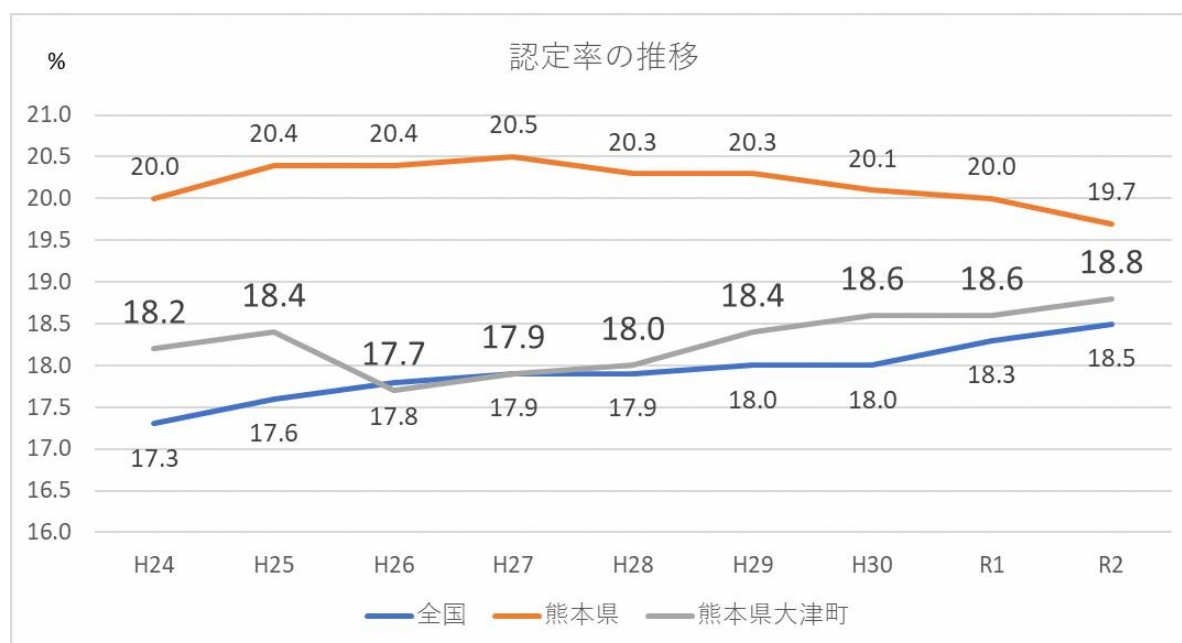
（2）介護度別認定者数の推移



(3) 年齢階級別認定者数の推移



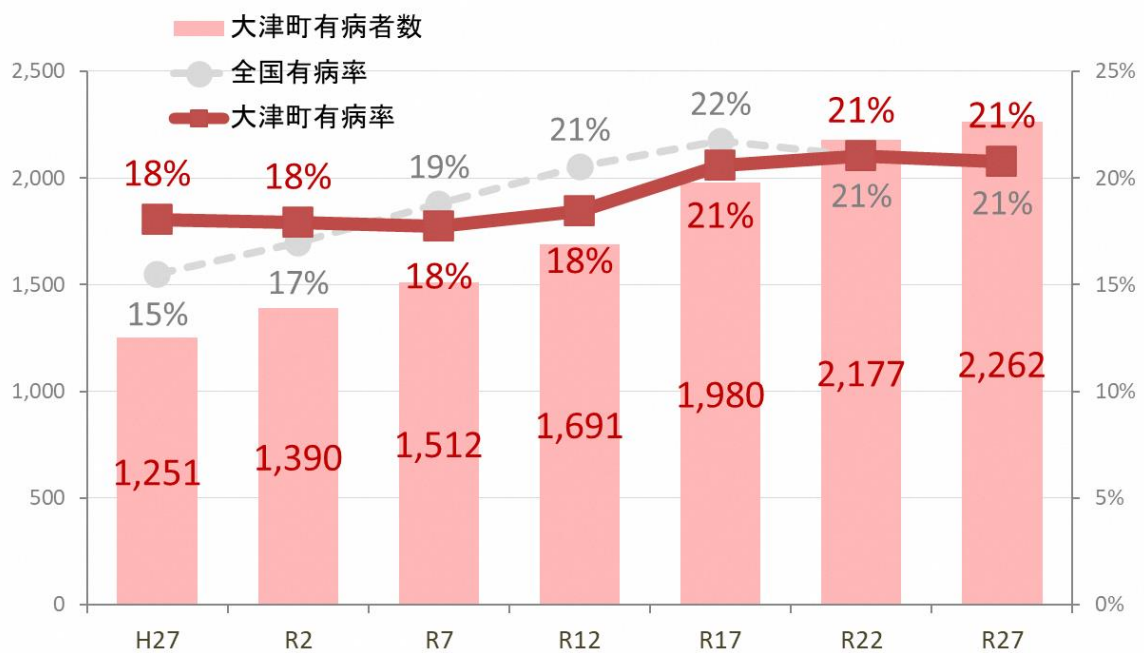
(4) 認定率の推移と国・県比較



4 認知症高齢者の推移

本町の認知症高齢者数の将来推計については、平成 27 年の 1,251 人（有病率 18%）から令和 22 年には、2,177 人（有病率 21%）まで上昇すると推計されています。

そのため、認知症に対応した医療・介護サービスの提供体制の確保を図ることが急務であるとともに、地域・関係団体等と一体となって、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指す「共生・予防」の推進が求められています。



本町独自試算

認知症高齢者人口の将来推計については、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究（厚生労働省科学研究費補助金平成 26 年度総括・分担研究）」報告書を参考として、長期の縦断的な認知症の有病率調査を行った久山町研究データから、数学モデルにより算出された性・年齢階級別認知症有病率を基に算出しています。

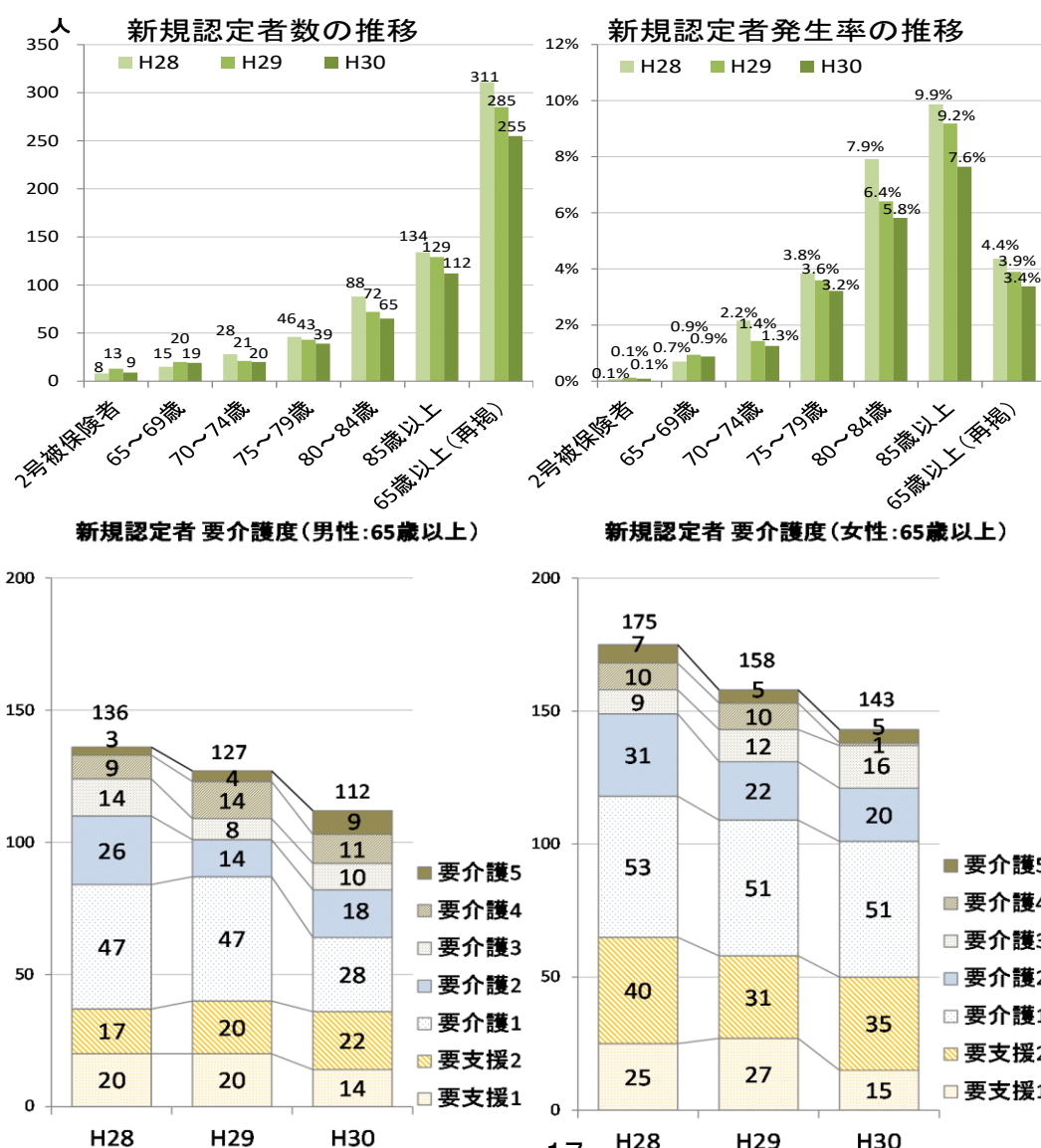
第2節 介護給付分析結果から見える本町のようにす

1 新規認定者数の推移

その年度に新たに認定を受けた方（新規認定者）は、3年間の平均で年間約280人となっています。新規認定者の発生率をみると、80～84歳では、75～79歳の約2倍に増加しています。本町の新規認定者の平均年齢が82.3歳となっており、80歳代に入ると認定を受ける方が急増することがわかります。

また、性別・介護度別にみると、男性は年間120名ほどが新規認定者となり、うち40名ほどが要支援となっており、女性は年間160名ほどのうち50名ほどが要支援となっています。運動機能等が低下した方の機能維持・改善、フレイル対策として総合事業を拡充し、閉じこもりの早期発見・介入による社会参加の推進を図るなど、本町の様々な事業を活用することで新規認定者数を適正化することが可能と考えられます。

なお、高齢者人口の増加に反し新規認定者数が減少しているのは、総合事業の開始に伴い、認定を受けずとも介護予防の各種サービスが受けられるようになったことが要因と考えられ、一定の効果が得られていると認識しています。



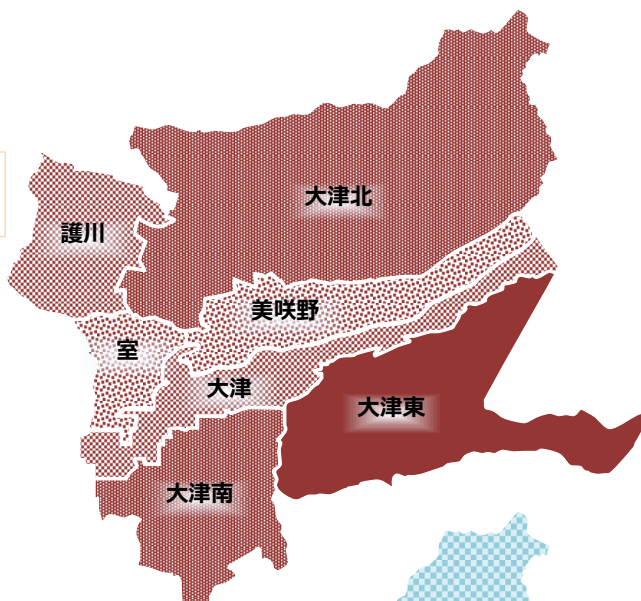
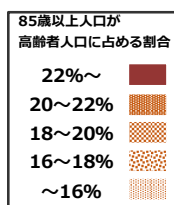
2 各地域における新規認定者の状況

本町では各地域の年齢構成には大きな差があり（①）、各地域を比較するためには、年齢構成の差を排除した「年齢調整済み認定率」で比較する必要があります。

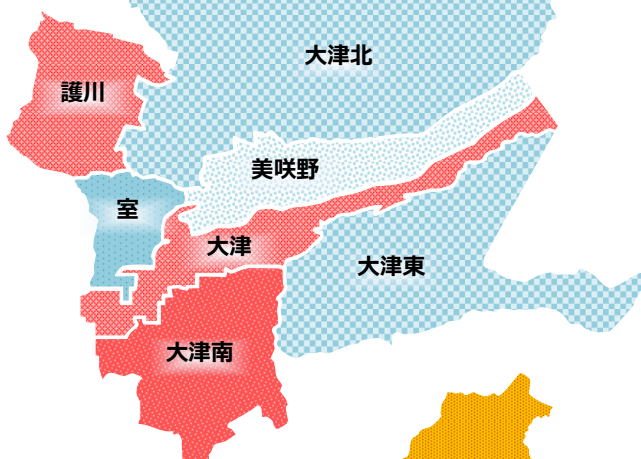
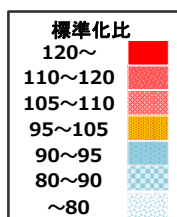
年齢調整済みの新規認定率（②）をみると、大津南小学校地区が本町平均よりも高くなっています。

年齢調整済み新規認定者に占める認知症高齢者自立度Ⅱ以上率（③）の割合が高いのは大津小学校地区となっています。

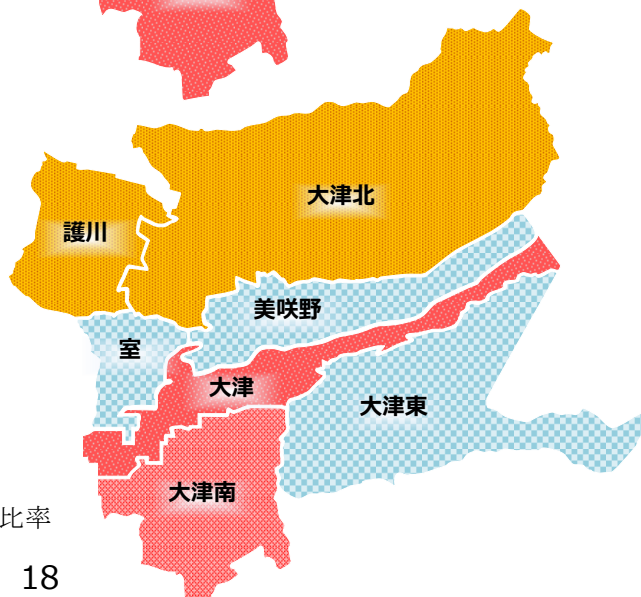
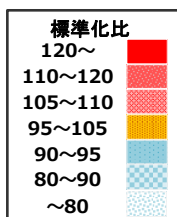
①高齢者人口に占める 85 歳以上割合



②年齢調整済み新規認定率



③年齢調整済み新規認定者に占める
認知症高齢者自立度Ⅱ以上率



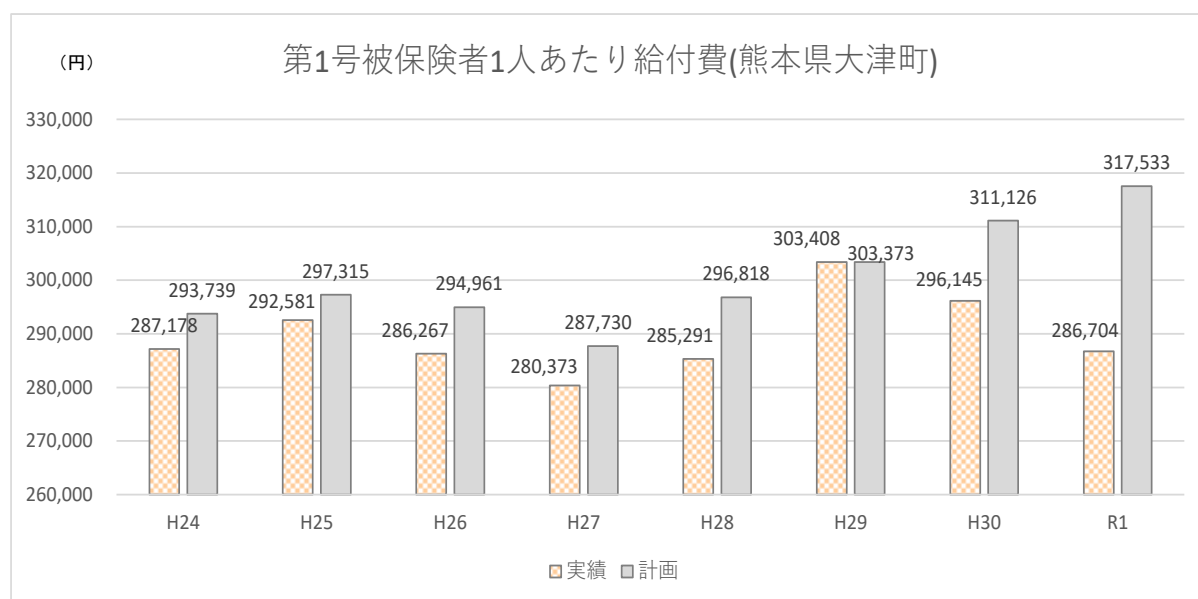
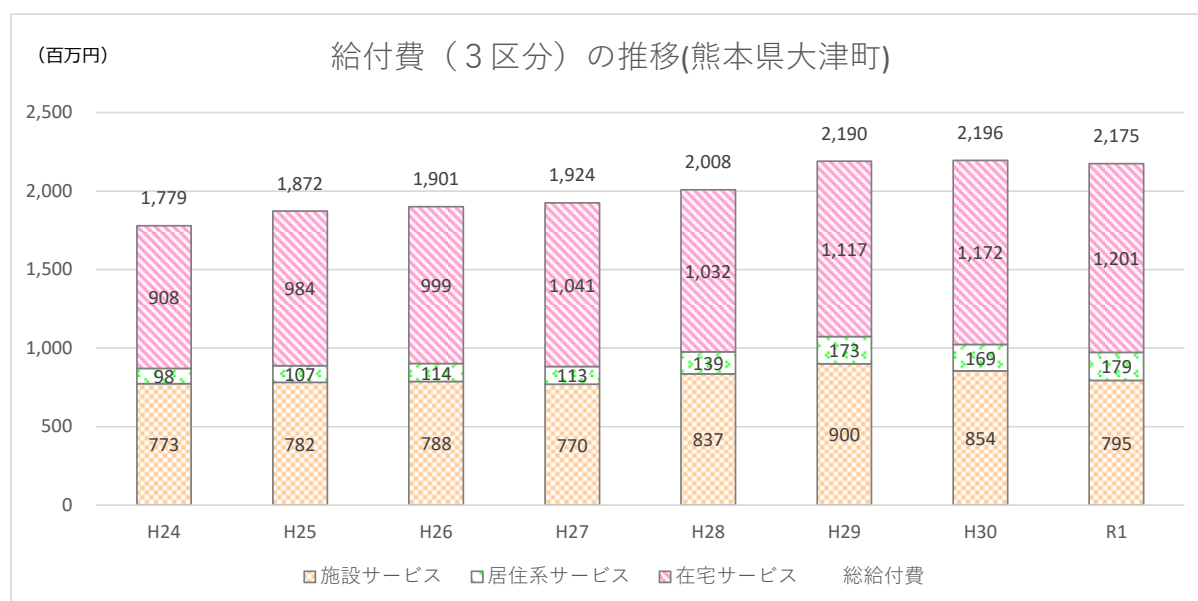
※標準化比：町全体を 100 とした場合の各地区の比率

3 介護給付費の推移

総給付費は、総合事業の開始に伴い要支援者の訪問介護と通所介護の費用が、地域支援事業に移行（予算枠の変更）となりましたが、平成 30 年度に 21 億 9,500 万円と過去最高を更新しました。

内訳をみると、平成 24 年度以降すべてのサービスで増加傾向にあります。（ただし、施設サービスのみ、平成 29 年度をピークに減少に転じています。）

1 人当たり給付費の実績値と計画値をみると、実績値は計画値ほどの伸びはないものの、平成 29 年度には過去最高の 30 万円を超えています。



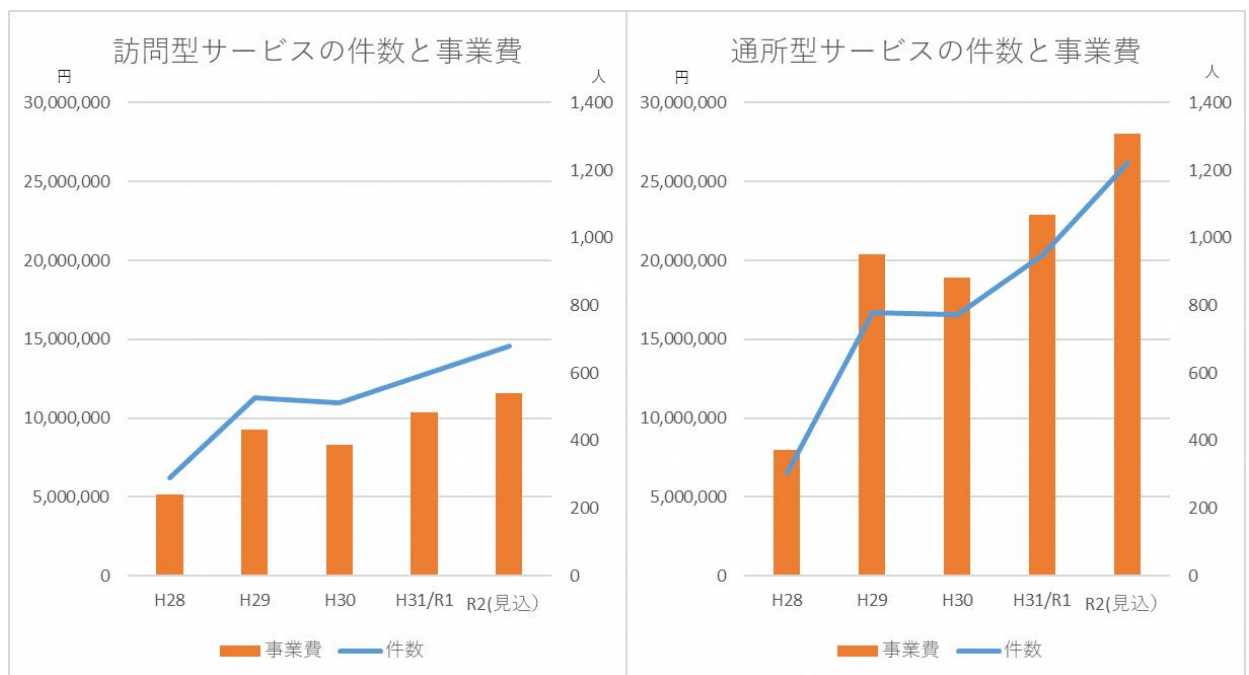
4 総合事業のうち従前相当サービスの推移

平成 28 年度の総合事業の開始に伴い要支援者の訪問介護と通所介護の費用が、地域支援事業に移行(予算枠の変更)となりましたが、訪問介護、通所介護ともに利用件数、総合事業費ともに増加しています。

訪問型サービスは、平成 28 年度の 291 件から令和 2 年度(見込み)は 679 件と 2.3 倍に増加しており、さらに通所型サービスも平成 28 年度の 304 件から令和 2 年度(見込み)は 1,223 件と 4.0 倍に増加しています。さらに、総合事業にかかる費用についても、約 3 倍となっています。

本町では、総合事業を開始した平成 28 年から令和 2 年までの 5 年間の間に、地域包括支援センターが中心となって、事業拡充と利用促進を図ってきたことで、利用者数、事業費ともに大きく増加しており、高齢者の介護予防・生活支援の中核を担う事業として成長しています。

	総合事業のうち従前相当サービス					
	訪問型		通所型		合計	
	件数	総合事業費	件数	総合事業費	件数	総合事業費
H28	291	5,160,705	304	8,007,475	595	13,168,180
H29	528	9,279,431	779	20,399,611	1,307	29,679,042
H30	512	8,289,599	773	18,884,335	1,285	27,173,934
H31/R1	597	10,373,693	950	22,915,296	1,547	33,288,989
R2(見込)	679	11,554,661	1,223	27,999,840	1,902	39,554,501



5 認定者の介護度の変化

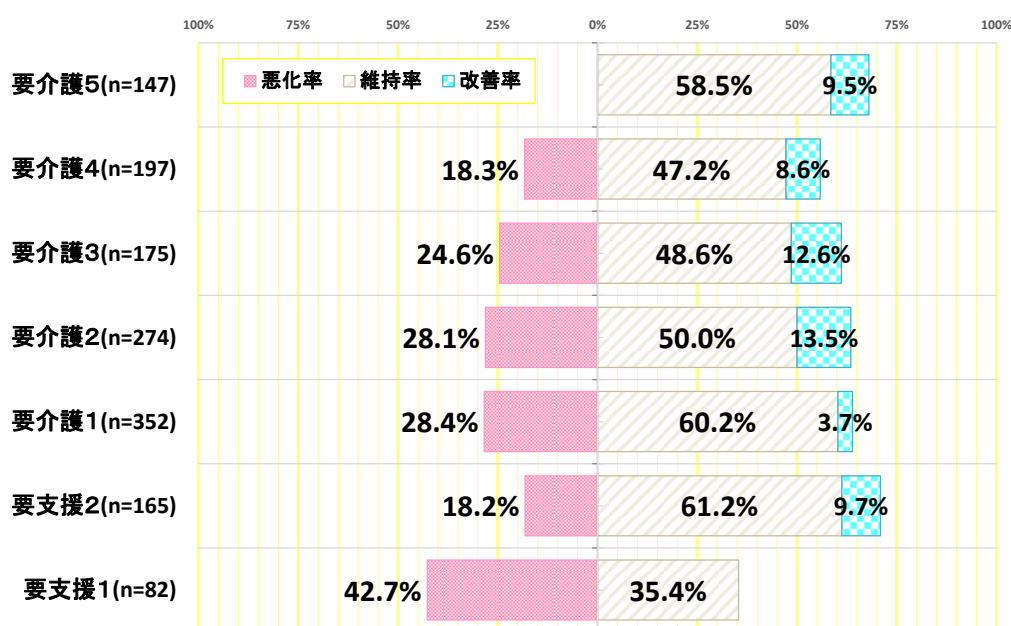
認定者が、平成 30 年 4 月 1 日時点にどの介護度であり、翌年にはどう変化したかを追跡した 1 年間の介護度の変化は、重度化数が改善数を大きく上回っています。

介護度別の重度化率では、要介護 1・2 が約 28%、要支援 1 が 42.7% となっており、自立支援・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、本町の介護度別の年間平均介護給付費は、要支援 1 で約 23 万円、要介護 1 で約 96 万円、要介護 5 で約 256 万円となっており、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		R01								総計
		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	非認定	
H30	要支援 1	29	23	8	3	0	1	0	18	82
	要支援 2	16	101	17	9	1	3	0	18	165
	要介護 1	7	6	212	57	24	15	4	27	352
	要介護 2	1	4	34	137	48	22	7	21	274
	要介護 3	1	2	4	15	85	31	12	25	175
	要介護 4			2	4	11	93	36	51	197
	要介護 5			1	1	1	11	86	47	147
	総計	54	136	278	226	170	176	145	207	1,392

大津町 要介護度の変化(H30→R01、全年齢)



※要支援 1 の重度化率が高い理由として、介護保険申請時、窓口にて機能改善を見込める方に対しては、総合事業への参加を促し、一方専門的なケアを要する方については、要支援認定を進めてきた経緯から、相対的に重度化しやすい方が要支援認定を受け、その結果重度化しやすかったと推察されます。

第3節 各種調査の概要

1 アンケート調査の概要

(1) 調査の目的

本計画の見直しにあたり、既存のデータでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査分析することにより、計画策定の基礎資料とするため日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査、大津町まちづくりアンケートを実施しました。

(2) 調査対象及び回収状況

調査票種類別の配布回収の状況については、以下のとおりとなります。

日常生活圏域ニーズ調査

	概要
配布回収方法	郵送による配布回収
抽出方法	介護認定を受けていない方、総合事業対象者、要支援1・2認定者、以上の方の中から無作為抽出
配布数	3,394 件
有効回答数	2,227 件
有効回答率	65.6%

在宅介護実態調査

	概要
配布方法 回収方法	認定調査員等による配布回収
抽出方法	要介護認定者のうち施設等入所を除く方
回答数	247 件

大津町まちづくりアンケート

	概要
配布回収方法	郵送による配布回収
抽出方法	年齢10代以上の方を無作為抽出
配布数	3,000 件
有効回答数	1,051 件
有効回答率	35.0%

2 日常生活圏域ニーズ調査

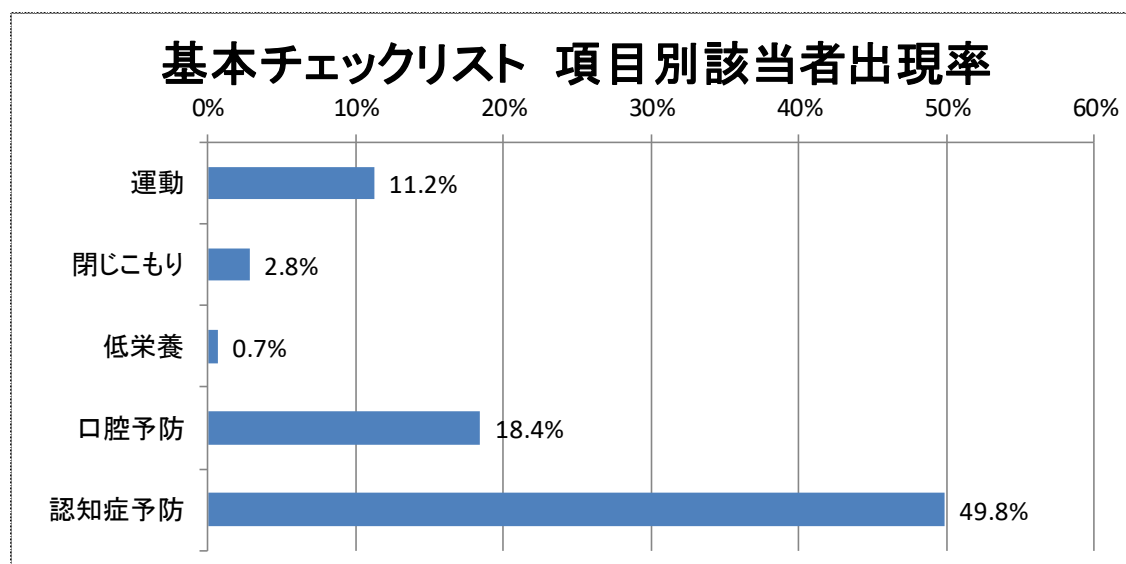
(1) 基本チェックリストの該当状況

すべての市町村では、総合事業、生活支援体制整備事業が開始されており、いずれの事業についても、サービスの対象となるのは、「基本チェックリストでリスク該当者と判定された方」がその基本条件となることから、調査でその総合事業候補者（介護予防リスクの項目の1つ以上に該当）の出現率を分析しました。

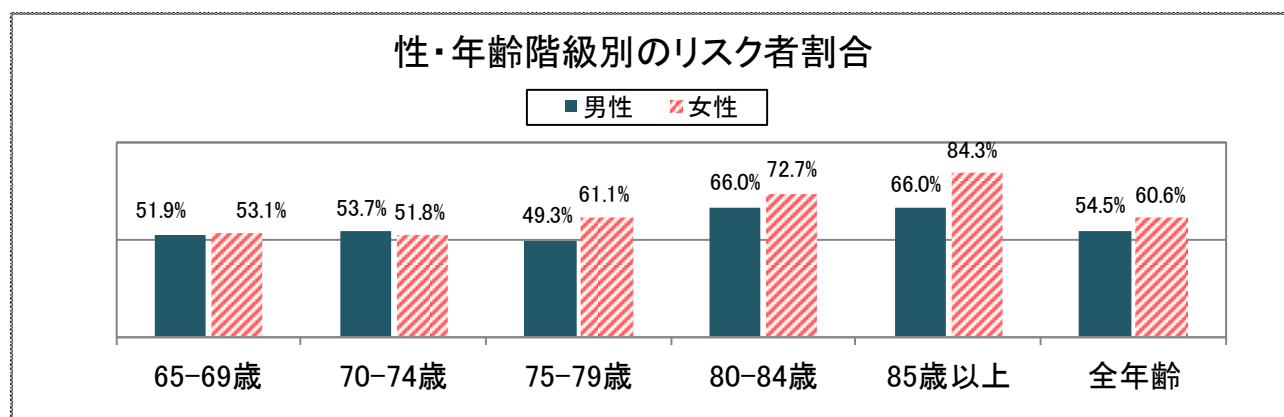
その結果、介護予防リスクの項目別では、特に認知症予防が49.8%と多く、次いで口腔予防18.4%、運動11.2%の出現率が高くなっています。

総合事業候補者は、男性54.5%、女性60.6%と男性より女性の出現率が高く、さらに年齢別にみると男性は80歳、女性は75歳を超えると6割以上の出現率となっており、加齢に伴い出現率が上昇しているようすがうかがえます。

基本チェックリストの項目別該当者出現率



総合事業候補者の性別・年齢階級別の出現率



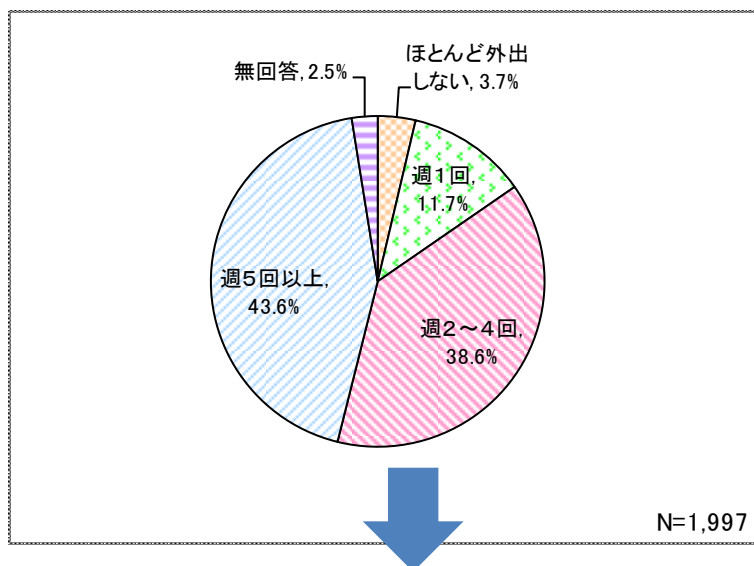
(2) 外出頻度と基本チェックリストの項目別該当の関係

調査項目の「週に1回以上は外出していますか」に対して、「週5回以上」または「週2～4回」の外出があると回答した方が8割ですが、「ほとんど外出しない（3.7%）」とした方も存在しています。

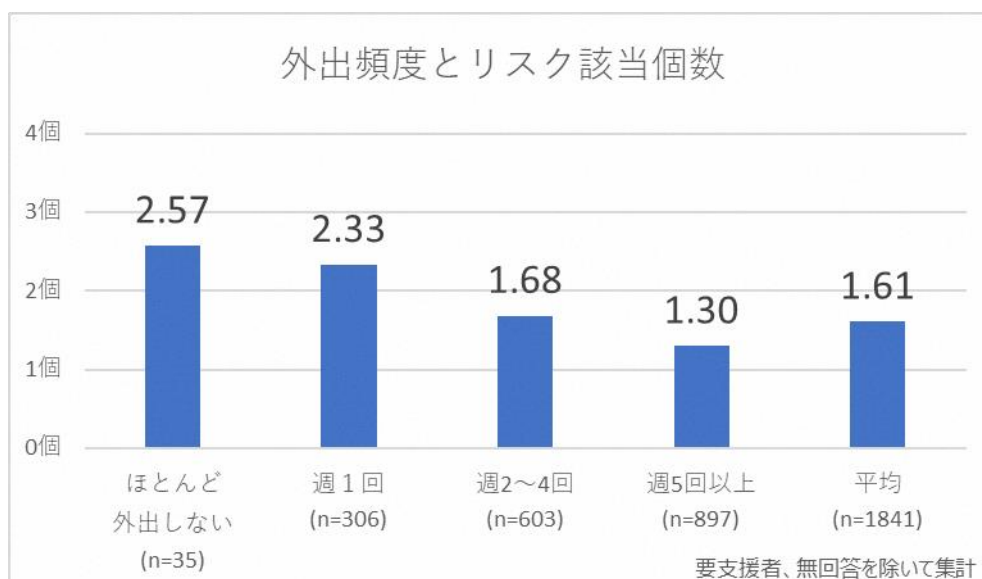
前述の基本チェックリストの項目別該当状況と外出頻度の関係を分析すると、「週5回以上」外出する方は、平均1.30個となっていました。一方「ほとんど外出しない」方は、平均2.57個のリスクを有しており、外出頻度とリスク数に関係があります。

そのため、介護予防リスクを低減するためには、多くの地域で通いの場が運営されている状態を作り、さらに、その通いの場への参加を促すことで、高齢者の外出機会を「いまの外出頻度よりさらに週1回」増やすような働きかけが重要となります。

外出頻度



外出頻度と基本チェックリストの項目別該当状況

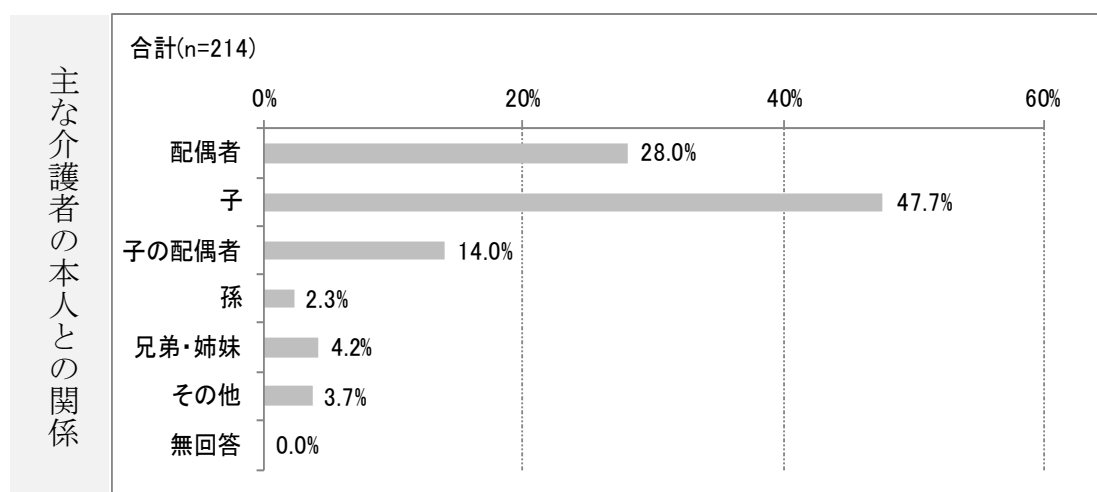
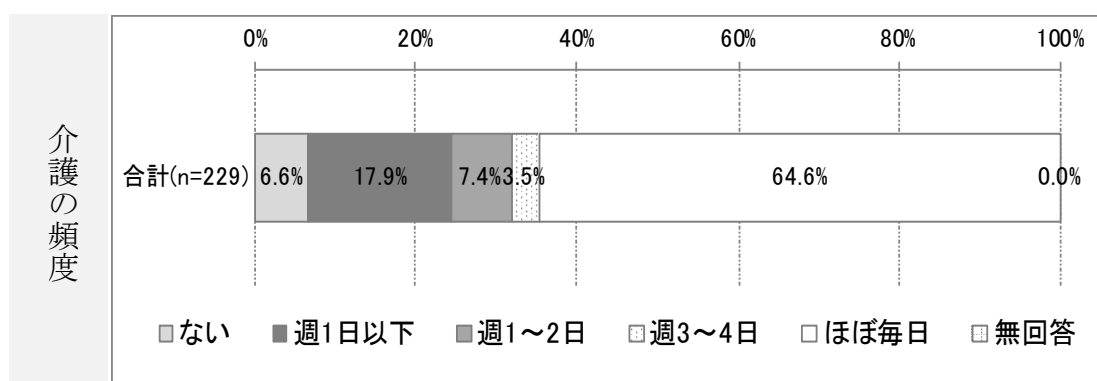
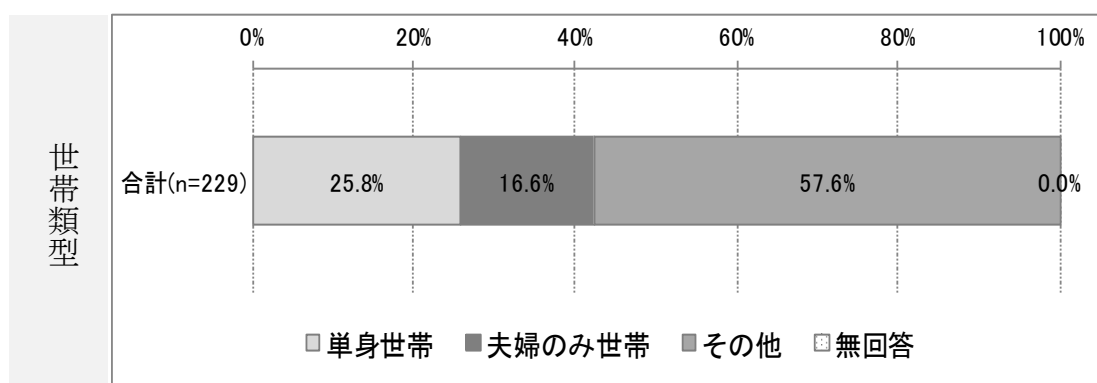


3 在宅介護実態調査

(1) 世帯類型と介護の頻度

単身でも夫婦のみでもない「その他」の世帯が 57.6%と最も多く、介護の頻度は、「ほぼ毎日」が 64.6%と最も多く、在宅で暮らす高齢者の多くが配偶者や身近な親族からの手厚い介護を受けながら暮らしている状況があります。

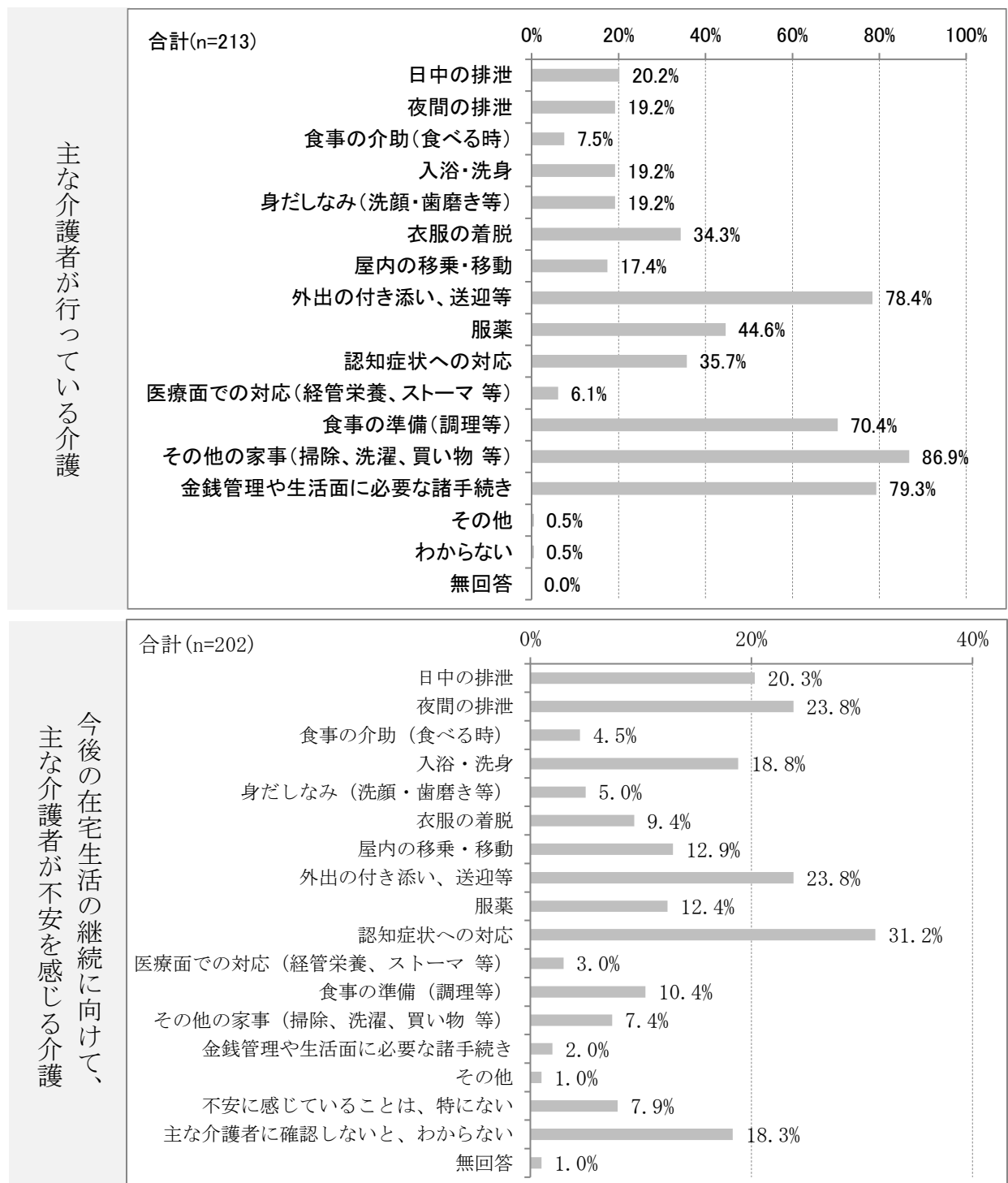
主な介護者は、「子」もしくは「子の配偶者」の合計が6割を超え、「配偶者」が3割となっており、その合計で全体の9割を占めています。



(2) 主な介護者が行う介護と不安を感じる介護

主な介護者が行っている介護は、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」、「外出の付き添い、送迎等」、「食事の準備(調理等)」など主に生活支援に関するものとなっています。

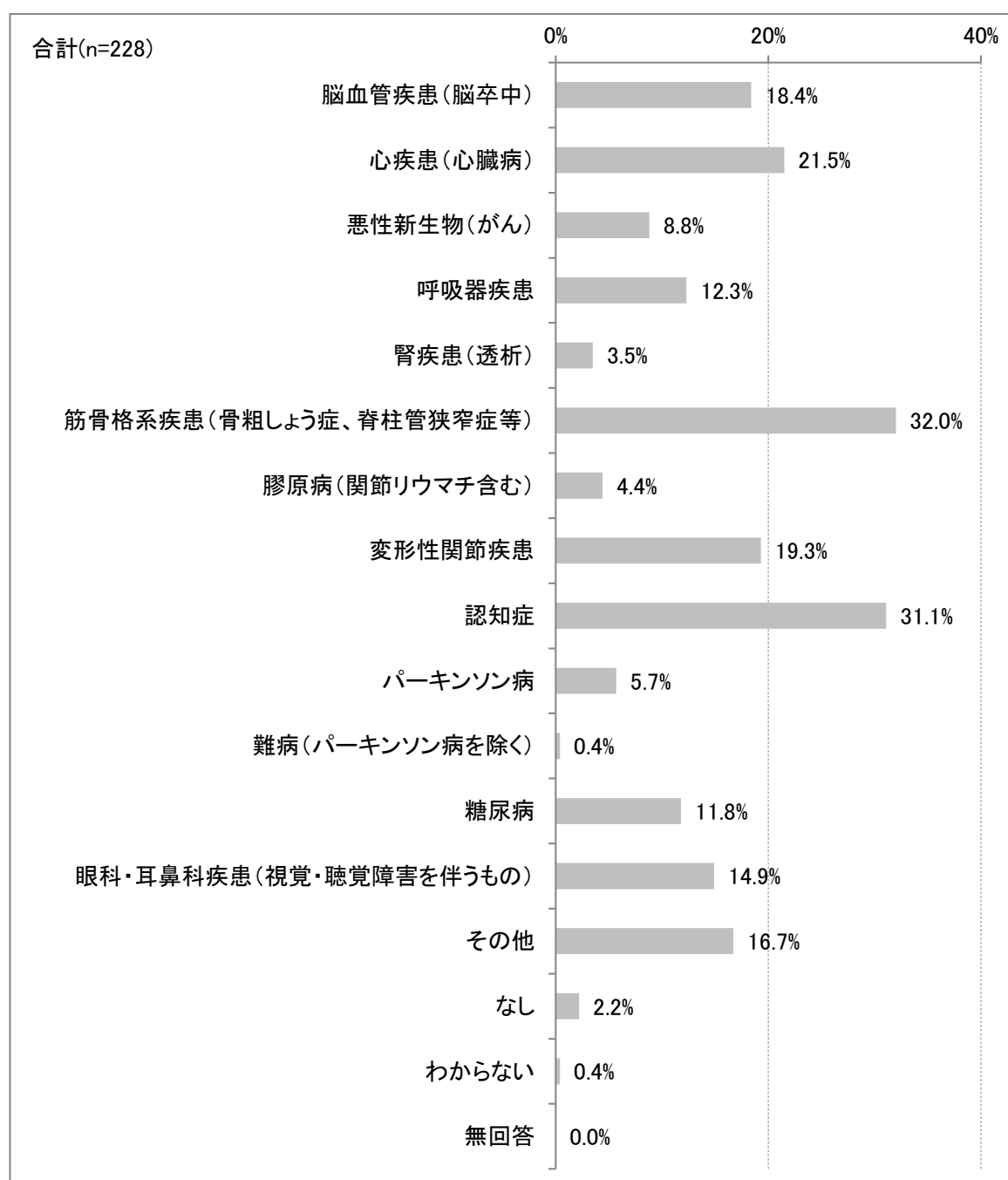
一方、今後不安を感じる介護は、「認知症状への対応」、「夜間の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」、「日中の排泄」、「入浴・洗身」など専門的なケアとなっています。



（３）本人が抱えている傷病

本人が抱えている傷病は、「筋骨格系疾患」、「認知症」がともに３割を超えており、「心疾患」、「変形性関節疾患」、「脳血管疾患」、「その他」などが上位となっています。

前述の介護者が不安を感じる介護でも、認知症状への対応が上位となっているため、認知症の方の家族への支援事業が重要となります。また、上位の傷病にならないように早期から取り組む健康づくりや介護予防事業、認知症になることを遅らせる、進行を緩やかにするための支援事業を強化していくことも必要です。



(4) 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

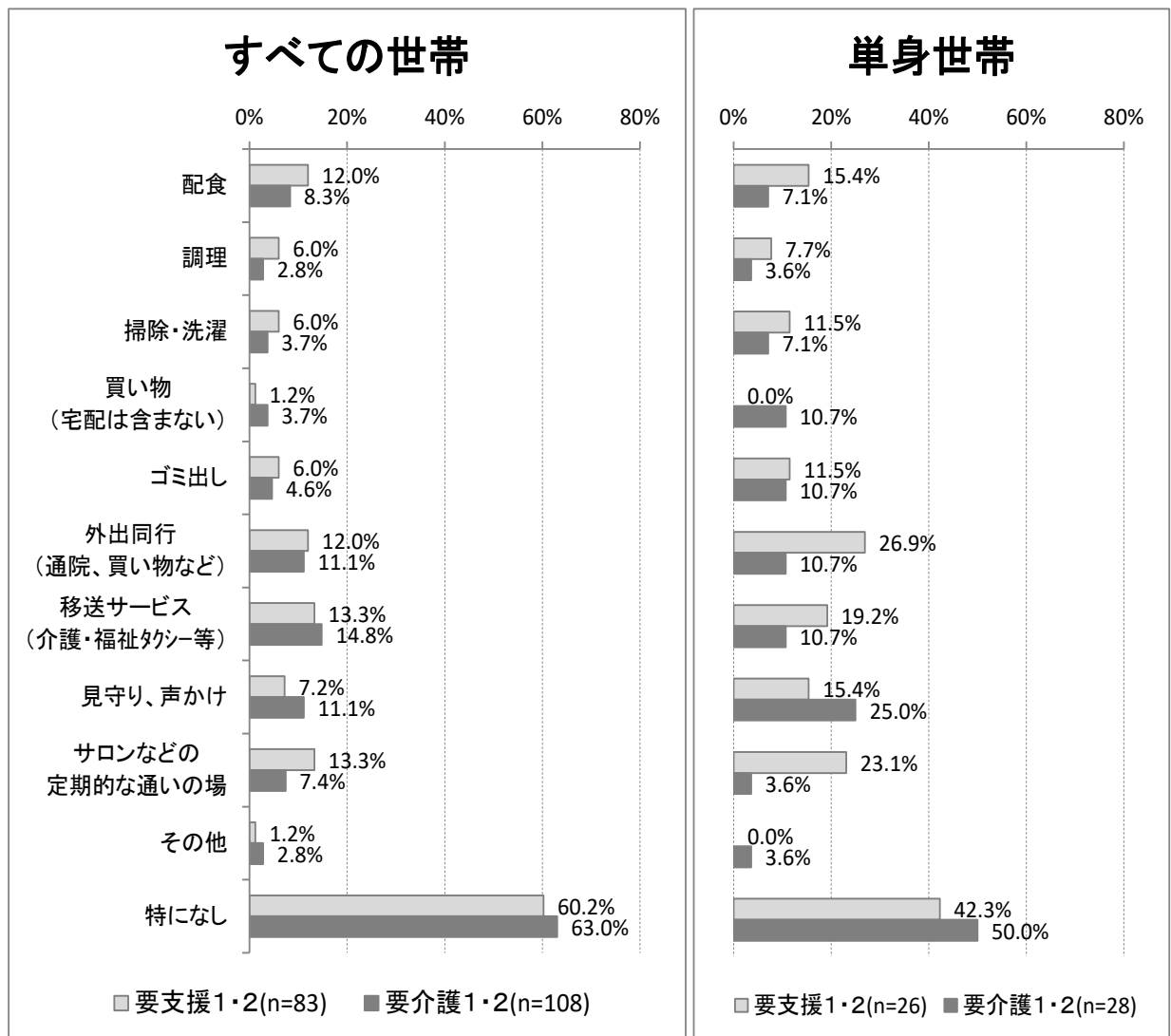
今後、在宅での生活を継続していくために必要なサービスの違いについて、①世帯による違い（単身世帯の特徴）、②介護度による違いを分析しました。

(単身世帯の要介護3～5の対象者が少なかったため除外して比較作表)

①単身世帯の特徴としては、すべての世帯と比較して、「特になし」の割合が減少し、多くのサービスの利用意向が増加しています。その中でも、「外出同行」、「見守り、声かけ」、「サロンなどの定期的な通いの場」などに対するニーズが高くなっています。

②介護度による違いとしては、すべての世帯では特徴はありませんでしたが、単身世帯では、要支援1・2の方のほうが多くのサービスに対するニーズが高くなっています。

今後、単身世帯への支援では、要支援1・2の方に対する生活支援ニーズの把握と必要なサービスへのつながりが重要となると考えられます。



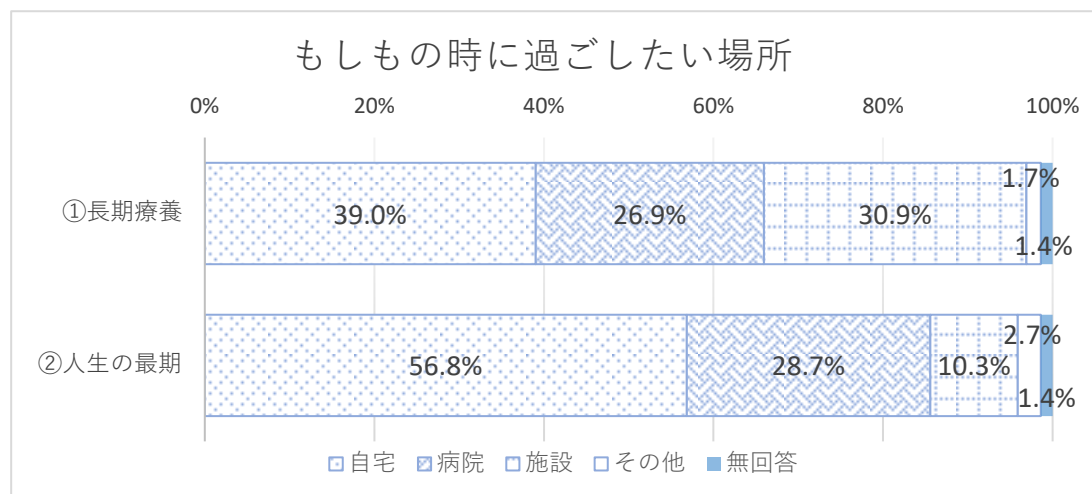
4 大津町まちづくりアンケート

(1) もしもの時に過ごしたい場所

①病気や要介護状態により長期の療養が必要になった時、どこで過ごしたいですか

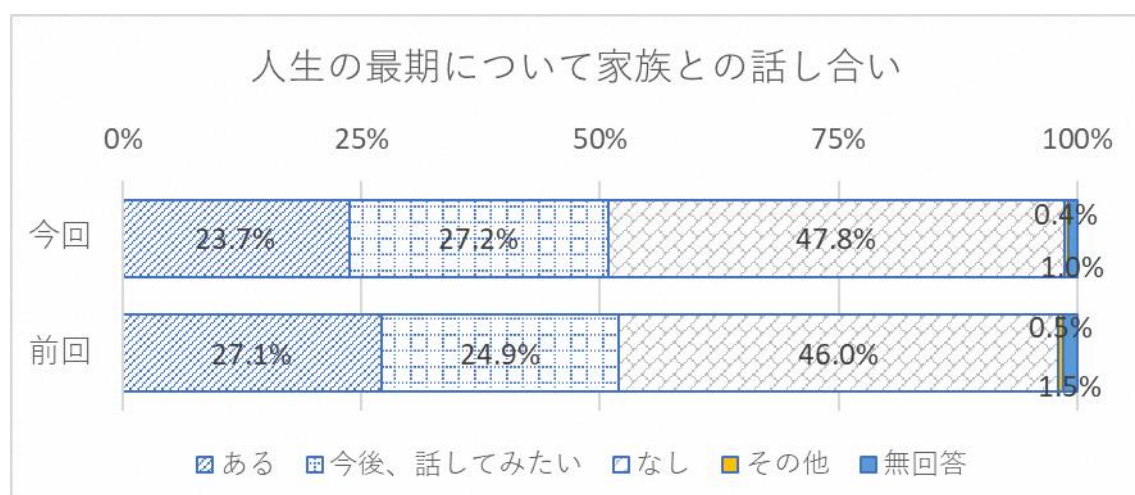
②がんなどの病気で人生の最期を迎える時、どこで過ごしたいと考えますか

上記2つの質問に対して、長期の療養の場所としては、自宅(39.0%)、病院(26.9%)、施設(30.9%)となっていました。人生の最期を過ごす場所としては、自宅(56.8%)、病院(28.7%)、施設(10.3%)となり、施設が減少し、自宅が増加となりました。



(2) 人生の最期について家族との話し合い

家族と自分の人生の最期について話し合ったことはありますかという質問に対しては、「ある」は前回 27.1%から今回 23.7%と減少しましたが、「今後話し合ってみたい」は前回 24.9%から今回 27.2%と増加しています。



今後は、これらの町民の意向を踏まえ、自宅で長期療養や看取りをすることが選択できるような体制整備や「家族等で人生最期について話し合い」などの重要性について普及啓発を行うことが必要となっています。

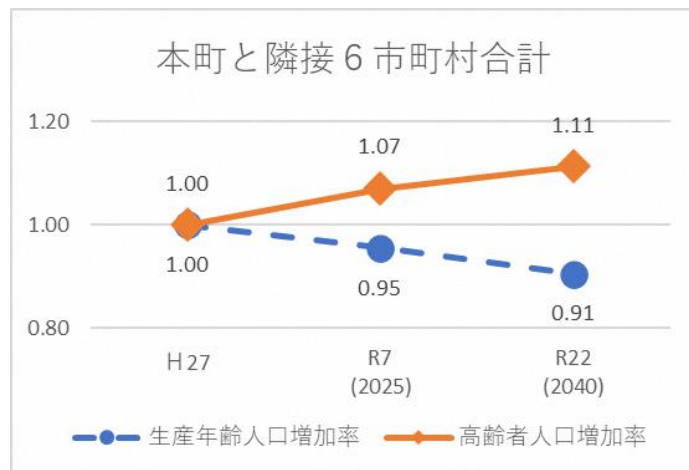
5 隣接市町村の人口推計から見た介護人材確保の重要性

社会保障人口問題研究所による人口推計を基に、本町と隣接する6市町村の生産年齢人口と高齢者人口を、平成27年を1とした場合の増加率で示したものが以下の作表となります。

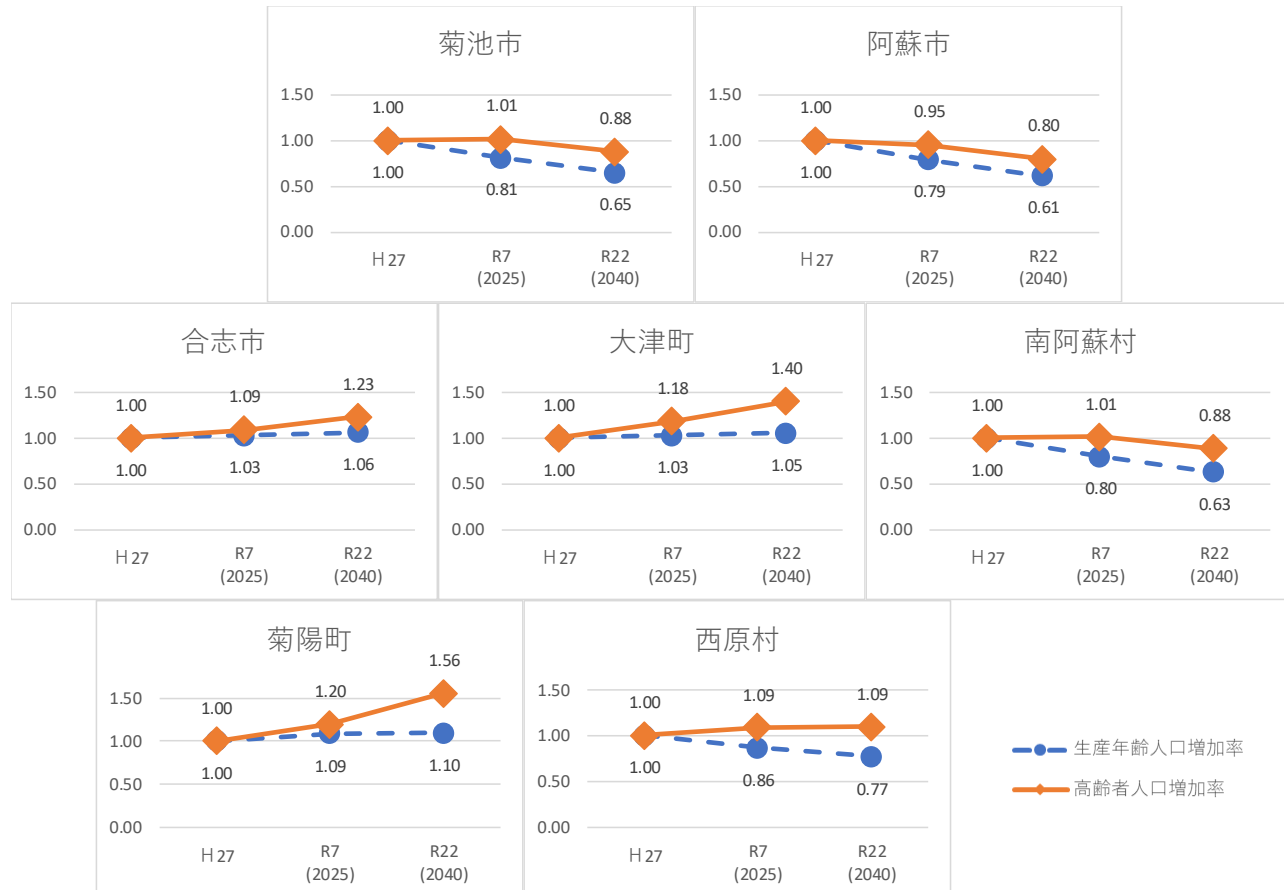
本町の令和22年の姿は、高齢者人口が1.40倍、生産年齢人口が1.05倍となるため、今とほぼ同じ生産年齢人口で、増加した高齢者を支えることになることが予想され、合志市、菊陽町も同様の推移をすると予測されています。

本町と隣接6市町村を合計した推移では、令和7年に高齢者人口が1.07倍、生産年齢人口が0.95倍、さらに令和22年には、高齢者人口が1.11倍、生産年齢人口が0.91倍となります。

そのため、本町近隣では、生産年齢人口の減少により、今以上に医療・介護・福祉・保健に関連した人材確保が難しくなることが予測されます。



本町と隣接6市町村の人口推移（H27を1とした比率）



第3章 基本理念と計画策定の考え方

第1節 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、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの実現」を目指し、目標を住民や関係者と共有することにより、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、地域包括ケアシステムを構築していくための10年間の計画という位置づけを持つ「地域包括ケア計画」の第3期目となることから、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

取り組み姿勢（テーマ）

“守ろう” “磨こう” “創ろう” 未来へつなぐ大津の宝

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8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**

第2節 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

「誰かの役に立っていると実感でき、
生きがいを持って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させることが重要です。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に取り組めます。

基本目標

3

「高齢者の状態に応じた介護サービスや生活支援等を安心して
受けられ、自分らしい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、自分らしい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、支えあいのあるまちをつくる」

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、住民同士の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

高齢者の生活を支える基盤の整備については、日常の生活を営む地域において様々なサービスを提供する拠点の整備が必要となります。

そのため、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。

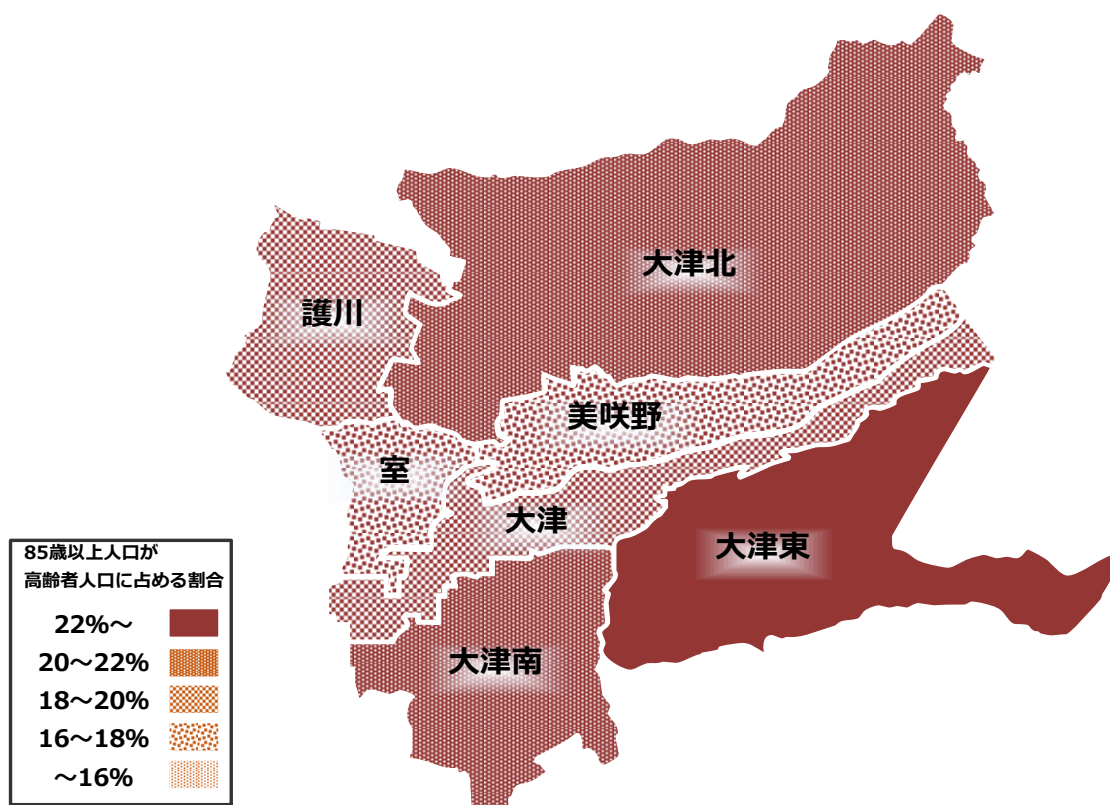
3 日常生活圏域の設定

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7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。



第3節 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、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

本町では、第7期の取り組みを評価した結果、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. 生きがい就労の促進
2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業
3. 地域包括支援センターの機能向上
4. 早期発見・早期対応の体制の構築（認知症施策）
5. 地域住民等による支援体制の整備・広報啓発活動の推進（認知症施策）
6. 高齢者虐待防止の推進（認知症施策）
7. 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり
8. ICTツールを活用した医療・介護の連携推進
9. 多様な介護人材の確保・育成
10. 介護給付費の適正化に向けた取組

第2部各論において、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。

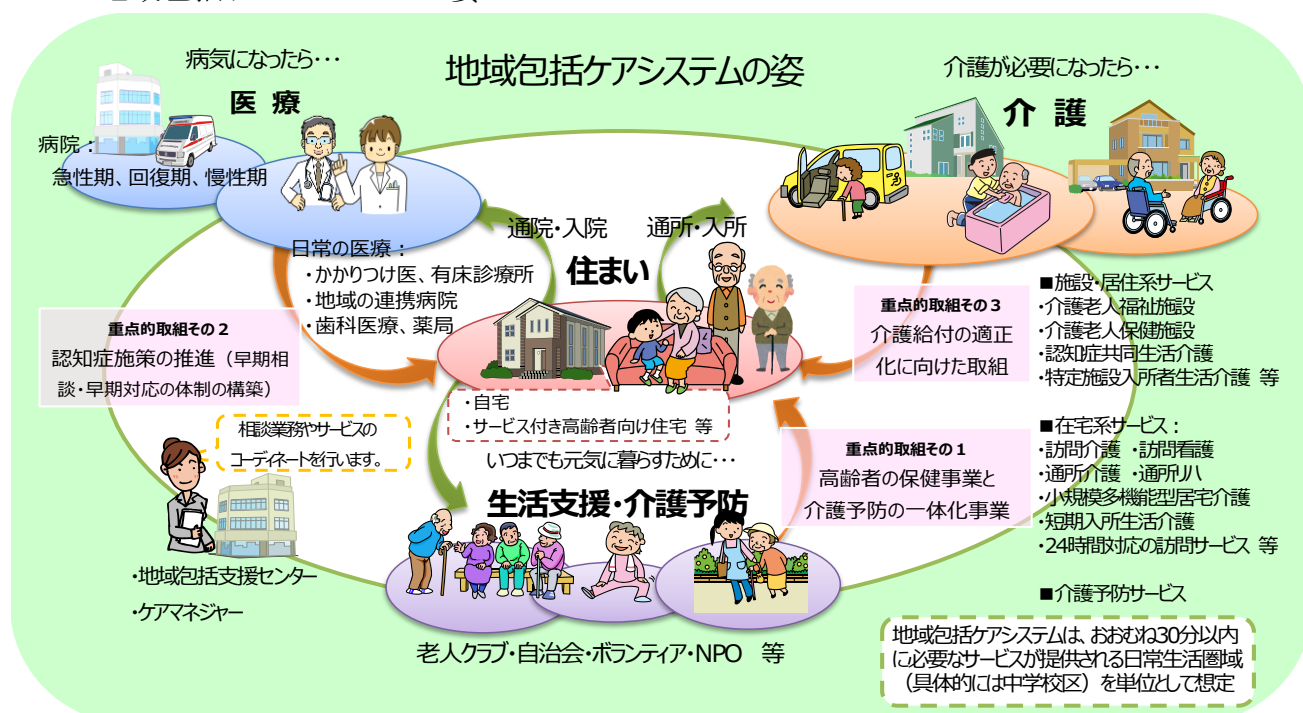
これらの重点的取組を推進することで、本町の地域包括ケアシステムにおける事業の連動が形作られることを目指します。

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。

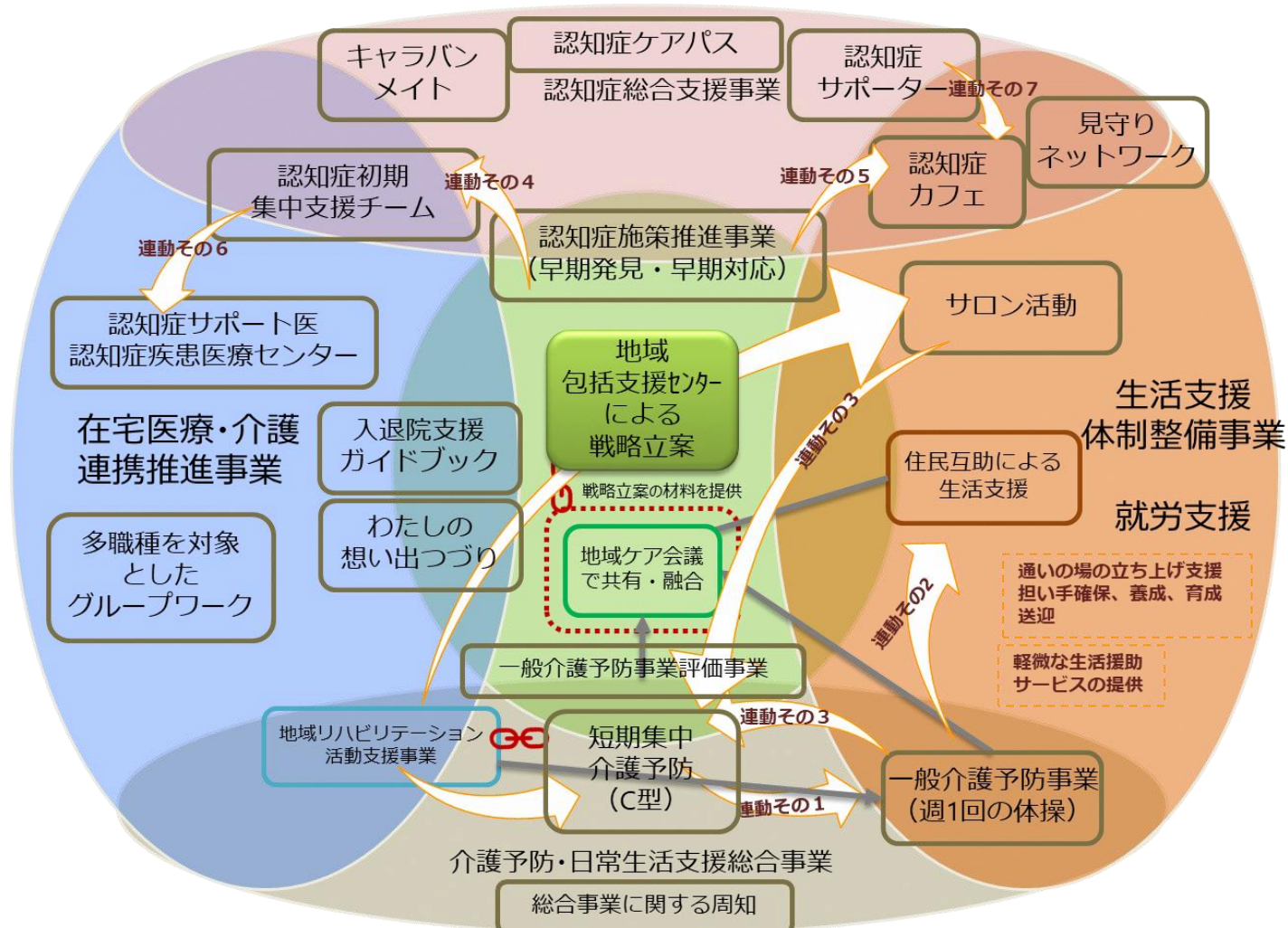
なお、これらの重点的取組は毎年度実績評価を行い、PDCAサイクルによる取組の推進を図っていきます。また、次の3つの重点的取組の実績評価結果については、介護保険法に基づく公表と県への報告を行います。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業
4. 早期発見・早期対応の体制の構築（認知症施策）
10. 介護給付費の適正化に向けた取組

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

「誰かの役に立っていると実感でき、
生きがいを持って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

「高齢者の状態に応じた介護サービスや
生活支援等を安心して受けられ、
自分らしい尊厳ある人生を
全うすることができる」

基本目標④

「住民同士の思いやり、
支えあいのあるまちをつくる」

(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化事業★

【主要施策 2】 地域包括ケアシステム 構築の推進

- 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 高齢者の生活を支える居住環境の整備
- 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 介護現場の負担軽減と定着促進
- 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

各論

第1章 高齢者施策の推進

第1節 生涯現役社会の充実

1 生きがい就労の促進 ★重点的取組

(1) シルバー人材センター育成事業

高齢者が、長年培ってきた知識と経験を活かし、本人の生きがい・健康保持・就労を目的として、シルバー人材センター事業の活用促進を図ります。

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	高齢者の働く場を提供し、追加的収入を得ることにより、生活安定と生きがいづくりに寄与し、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報誌等への掲載回数	回	1	3	1	1	1	1
会員数	人	283	306	310	320	330	340
第7期までの達成状況				その他事業効果			
R1年度に、会員拡大率が熊本県内2位となりました。センター事務局の会費減免などの工夫と努力が功を奏しています。				町外で行われる就労講習会についても、広報誌に掲載し、働いてみたいと思う人の後押しができないか工夫しました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	H30年度から補助金額を増額し、シルバー人材センターによる会員拡大事業を実施しており、効果を発揮しています。
残された課題	会員獲得に向けて、町としても広報誌等を活用し周知を図るとともに、地域支援事業等で委託をすることで、就業機会の創出の可能性について検討します。
今後の方向性	掲載内容はシルバー人材センターと共同で作成し、毎年定期的に広報誌掲載を行います。また、介護人材の確保にむけて介護アシスタント（配膳、シーツ交換などの周辺業務を担当する職員）の養成と施設等とのマッチングを共同ですすすめます。
第8期中に達成する目標	介護アシスタントを含めた会員数の増加継続を支援します。

(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きつくり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きつくりや、雇用創出を活性化します。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
シルバーささえ隊登録者数	人	20	40	41	60	70	80
年間延べ利用件数	件	261	356	400	500	600	700
第7期までの達成状況				その他事業効果			
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身の介護予防、また地域の支援の担い手として定着してきました。				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、高齢者の雇用促進を図りました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	R2年3月末、シルバーささえ隊登録者数40人、延べ利用者数356件と年々増加しており、住民や関わる人への周知・認知が進み利用につながっています。
残された課題	シルバーささえ隊を増やして、多様化するニーズに合わせたサービス提供の検討を行うことが必須です。ボランティアや高齢者の雇用拡大を図り、介護保険サービスを補う対応の柔軟さが必要になります。
今後の方向性	引き続き、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地域の課題は地域で解決できるような体制を確立していきます。
第8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、就労的活動支援コーディネーターを配置し、民間企業等を含めた高齢者の生きがいがづくりの仕組みづくりを構築します。

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が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ひろがり、どの地域に住んでいて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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報等への掲載回数	回	1	0	1	1	1	1
老人クラブ加入者数	人	718	672	649	650	650	650
第7期までの達成状況					その他事業効果		
加入者数は年々減少しているものの、活動は補助金を活用して活発に行なわれている。					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	高齢者の知識等を活かした地域貢献活動や健康づくり、生きがいづくりを促進し、高齢者の介護予防を促進することができました。地域の重要な交流の場として活用されています。
残された 課題	コロナ禍における老人クラブの在り方を検討する必要があります。
今後の 方向性	大津町老人クラブ連合会と定期的な協議の機会をつくり、コロナ禍において活動できる方法を検討します。
第8期中に 達成する目標	老人クラブの加入者数の維持を目標とします。

(2) 地域活動組織育成事業

介護予防ボランティアを養成し、通いの場の立ち上げや介護予防事業の運営補助等に活躍できるよう、自らの介護予防、生きがいづくりの創出を目指します。また、身近な地域で高齢者同士がお互いを支援できる高齢者ホームサポーターの育成も併せて行うことで、住民主体による支援（訪問型サービスB）を行います。

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立ち上げやより身近で継続した支援ができる人材を育成します。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生きがいづくりを支援します。
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	基礎講座6回を実施し、終了証及び修了証明書を発行する等、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人材の質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（高齢者ホームサポーター）の育成、生きがいづくりの創出を目指します。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
サポーター新規養成者数	人	9	10	10	10	30	30
活動に繋がった割合	%	—	0	10	10	30	30
第7期までの達成状況				その他事業効果			
受講者は微増しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、講座全6回の内4回しか実施できず、その後の活動へのつながりができませんでした。				個人の介護予防に関する知識・意欲向上につながり、各地区での取り組みに参加するなどの効果が出ています。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	介護予防ボランティアによる通いの場が2か所誕生しました。通いの場実施のための研修も対象者を既にボランティア活動を行っている人へ拡大し、実施したことでスキルアップ研修の参加者が増えています。地域における介護予防事業に関する支援の方法を学ぶ場になり、住民へ広く周知啓発をする展開の一つとなっています。
残された課題	養成講座の実施が、地域での各自主的活動へと展開せず、広がりにくい現状があります。R2年度から、高齢者ホームサポーターの活動の場となっている事業所（シルバー人材センター、大津町社会福祉協議会等）と連携を図ることで、地域住民が身近な場所で介護予防事業に取り組むことができるよう支援します。
今後の方向性	通いの場や地域アプリハ等、地域づくりの際のリーダー人材となるよう、ボランティアとしての基本的な知識、意識改革啓発が必要となってきます。また、その時代背景や町の実情に合わせた具体的な技術指導も定期的に行っていくことでボランティアとしての資質の向上を図り、高齢者のボランティア活動の共通した基礎講座となるよう体制・カリキュラムの再構築を行います。
第8期中に達成する目標	住民主体による支援活動（高齢者ホームサポーター）や介護予防支援の担い手を育成し、活動を希望する高齢者が生きがいをもって取り組むことができるよう、活躍の場の創出を併せて実施していきます。また、高齢者のボランティア活動の共通した基礎講座となるようカリキュラム等の再構築を行った上で養成していきます。

(3) 介護予防専門職派遣事業

各地域で住民が自主的に集い、DVD等活用しながら介護予防体操（いきいき百歳体操）を行うことで、高齢者が自ら介護予防活動を継続し、地域づくり活動へと繋がるよう支援を行います。また、町の高齢者が徒歩で通える場としての「通いの場」等の場所づくりを、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創出可能な事業展開や体制づくりを積極的に行っていきます。

1. 事業の内容

事業概要	各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、定期的な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	地域の公民館等で住民がDVD等の教材を使用し自主的に介護予防活動「いきいき百歳体操」を実施し、定期的にリハビリ専門職を派遣することで、介護予防活動を実践し継続できるよう支援します。
目指す姿	介護が必要とならないよう、また悪化しないために介護予防体操を自主的にを行い、地域づくり活動のきっかけとなる「通いの場」が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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
通いの場実施数	箇所	13	19	21	24	29	34
通いの場参加者数	人	245	352	387	437	487	537
第7期までの達成状況					その他事業効果		
県では通いの場参加者割合を8%と目標設定しており、本町は4.6%(R2.3月末)です。R1年度は新規8団体の取り組み開始予定でしたが、感染症蔓延のため6団体に留まり、町内全体では19団体となりました。					介護給付サービス費抑制、生きがい役割を持って生活できる地域づくり活動の場を創出しました。		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	住民が興味をもって取り組めるよう、地域づくり推進室と連携し周知啓発を行うことができました。また、新たに取り組む団体へも定着化するよう運動だけでなく口腔・認知機能の改善も行うことができました。
残された 課題	場所や機材の確保、主となるリーダーの育成など、地域によって取り組みの差が大きく、地域住民が自主的に無理なく、継続できると自信をつけることが大切です。新規取り組みに関するより細やかな支援や、関係団体や活用できる資源の情報の提供等、町も発信し活用推進していくことが必要です。
今後の 方向性	新たな取り組み団体を増やすため、R2年度より地域診断を実施し、高齢化、介護認定率等からハイリスクな地域を選定した、地域アップリハ事業の取り組みを開始しました。「高齢者が徒歩で通える場所」で、「地域住民が主体となって実施できる介護予防事業」の通いの場を継続して取り組めるよう、町は定期的に専門職の派遣等を実施して行きます。 高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業と併せて、健康で自立した生活を送ることができるよう、知識の普及啓発も併せて支援していきます。
第8期中に 達成する目標	現在、通いの場の取り組み団体を21団体から34団体まで増やします。そのために、R2年度から開始した地域アップリハ事業を継続して実施し、立ち上げ支援を行います。併せて参加する高齢者の割合を約500人（高齢者人口6.5%）まで到達できるように支援周知を行います。

(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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
100 歳到達者	人	11	12	11	—	—	—
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
各年度、対象者に贈呈することができました。					広報で 100 歳到達者の元気な姿を見せることで、喜ばしい話題を提供することができました。		

3. 事業評価と今後の取組

第 7 期までに解決した課題	対象者に町長から直接手渡すことを基本とし、ご本人や家族から喜ばれました。
残された課題	感染症予防のため、町長から直接手渡すことができないこともありました。
今後の方向性	町長から直接手渡すことができなくてもお祝いの気持ちが伝わるよう、広報で大きく掲載していきます。
第 8 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、町民の興味を引くページにしていきます。

（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	健康意識の向上につながることを目指します。

２．事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
周知回数	回	1	2	2	2	2	2
参加組数	組	44	36	35	40	45	50
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
R1 年度までは文化ホールでの記念式典を開催し、R2 年度は記念式典を中止しました。					—		

３．事業評価と今後の取組

第 7 期までに解決した課題	新型コロナウイルス感染症予防のため式典を中止し、代表夫婦 1 組のみの表彰式にしました。また代替策として、町内の写真館 2 社で利用できる記念撮影割引クーポン券の贈呈を行いました。
残された課題	今後も新型コロナウイルス感染症予防のため、式典は中止する可能性があります。
今後の方向性	式典の開催は不確定であるため、記念撮影割引クーポン券の贈呈を継続していきます。
第 8 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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
介護予防事業 開催数	回/年	31	32	48	48	48	48
利用者延べ人 数	人	22,406	18,594	24,500	24,520	24,540	24,560
第7期までの達成状況					その他事業効果		
新型コロナウイルス感染症予防により休館したため、利用者数は一時的に大きく減少しましたが、現在は回復しています。					指定管理者の運営する障がい福祉事業での地域貢献も図りました。		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	R3年4月からの受託法人の選定が完了し、引き続き社会福祉法人白川園が指定管理者となりました。
残された 課題	施設の老朽化により修繕等に費用がかかります。
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、モニタリングを行っていきます。また大規模改修の予算化を検討します。
第8期中に 達成する目標	モニタリング制度を活用し、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。

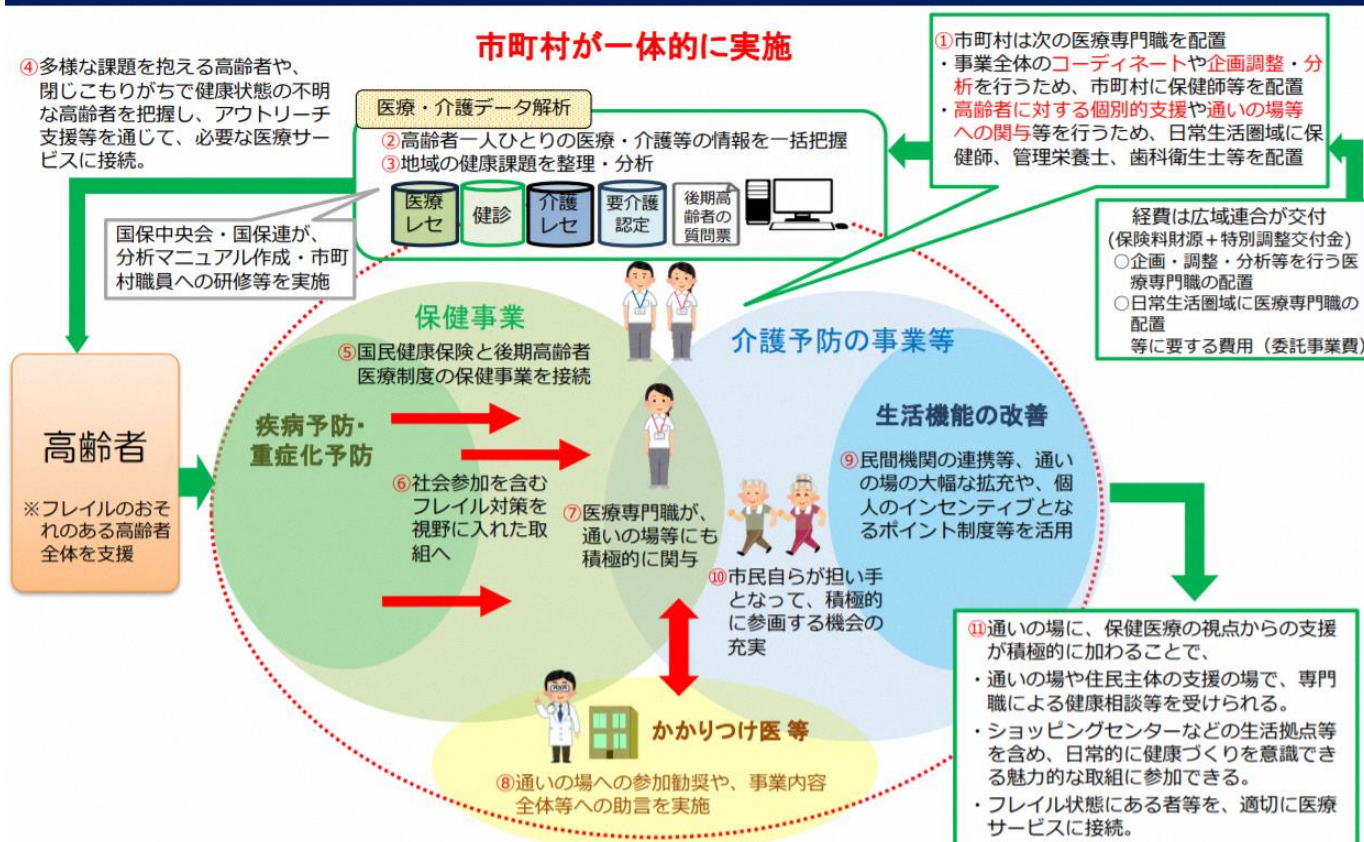
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体化作業 ★重点的取組

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が求められており、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行い、必要な分析を行ったうえで、75 歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することとされています。

本町では、健康診査・保健指導の実施、データ分析に基づく保健指導の推進、発症予防と重症化予防の推進などを図ること、また、健康状態不明者の把握を行い、医療・介護サービスとの接続、通いの場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、介護事業を関係各課（主に健康保険課）と一体的に取り組み、健康寿命の延伸を目指します。

※健康状態不明者とは、健康診査、医療機関の受診がなく、町が郵送で実施する基本チェックリストに未回答で、介護保険の利用もなく、健康なのかどうか判断できない人をいいます。

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）



(1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

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	町内 75 歳以上の高齢者
手段	町内 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訪問による管理栄養士等専門職の状態把握、及び保健栄養指導等を実施します。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＊維持改善率：対象者への聞き取り調査によるもの

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ハイリスク該当者の内支援数の割合	%	—	—	—	70	80	100
維持・改善率	%	—	—	—	60	60	60
第 7 期までの達成状況				その他事業効果			
新規事業のため実績はありません				—			

3. 事業評価と今後の取組

第 7 期までに解決した課題	R3 年度から開始するため、第 7 期中に予算化や関係各課との協議を重ね、新規事業に取り組むための体制整備にかかる協議や予算、事業の計画等の準備をしました。
残された課題	医療・介護における重症化予防対象者の抽出や支援を行う体制ができていなかったため、その体制及び予算などの確保、実施に関しての関係各課との役割分担などを構築する必要があります。
今後の方向性	データ分析に基づいた課題抽出と対象者の抽出を行うとともに、事業展開のための計画の策定等、対象となる高齢者に必要な介入を可能とする実施体制（保健師・管理栄養士、歯科衛生士等の配置）を整えます。地域リハビリ広域支援センター等に協力及び専門的な助言を求めます。また実施に際して、訪問指導に関するデータの取りまとめ等の様式等を整備します。

第8期中に 達成する目標	①町の健診・医療・介護データの抽出・分析を行い、課題を明確にし、活動方針等について書式などの整備を行います。（健康保険課、介護保険課） ②ハイリスク該当者に対しては管理栄養士等の専門職による訪問指導を行い、必要なサービスや医療や事業につなげます。（介護保険課） ③健康状態不明者に対しては実態把握のための訪問を行い、必要なサービスや医療や各種事業へつなげます。（健康保険課） ④②及び③の対象者に関しては、訪問を行うと同時にフレイル状態にならないよう身体機能や認知面、栄養口腔に関して維持改善できるよう支援し、必要時は相談内容に応じて関係機関へつなぐこととします。 また、本計画については、初年度取り組みのため、事業の円滑な運営、健康課題の抽出、方向性などを適宜評価し修正を行い、状況に即した効果的な支援の体制を整えていきます。
-----------------	---

【参考データ】

●令和元年度分「健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防対象者を把握する」シートより

①75歳以上被保険者数：3,834人

⇒②健康診査受診者：568人（14.8%）

⇒**⑧未治療・臓器障害あり：30人（0.8%）**

⇒③医療機関受診あり：3,659人（95.4%）

⇒**◎重症化予防：927人（24.2%）** 高血圧もしくは糖尿病

*◎については、年齢階級別に精査し対象者数を絞り込む

⇒④健康診査未受診者：3,266人（85.2%）

⇒**⑨健康状態不明者：126人（3.3%）***令和元年度に健診・医療・介護の実績がないもの

⑨については健康保険課において、実態把握を行い必要なサービス、医療・介護に繋げる対象者とする。

第2節 地域包括ケアシステム構築の推進

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、利用者一人一人に応じた身体的・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、必要が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、事業所の実地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）も行っていきます。

「大津町ケアマネジメントに関する基本方針（令和2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、高齢者一人一人ごとに、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はなく、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

介護保険の基本理念を実現するために、ケアマネジャー等は以下に留意してケアマネジメントに取り組むこととし、町はこれに対して支援を行う。

要支援・要介護状態になっても、利用者一人一人に応じた身体的・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む。

（２）地域ケア会議推進事業

住み慣れた地域で、自分らしい生活を継続するために高齢者を支援する関係者が集まり、自立支援に向けた検討や課題分析を行うことで、支援内容の充実とそれを支える社会基盤の整備を図るべく、定期的に地域ケア会議を開催していきます。

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、１回の地域ケア会議で２～３件のケースを検討します。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 ※R2 年度分よりケース検討数を毎週実施のケア会議分も含めることとしました。

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ケース検討数	件	35	26	157	172	174	178
認定率	%	18.5	18.5	18.8	18.5	18.6	18.5
第７期までの達成状況				その他事業効果			
介護関係者だけでなく理学療法士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士等の専門職の参加ができるようになり、事例提供をするケアマネジャーに対し、より専門的知見からの助言を提供することができました。また多様な専門職が助言することで、高齢者の個別課題の解決とケアマネジメントの資質向上につながり、要支援・要介護状態の悪化を防止できました。				本会議から出された課題から、政策の実現につながった事業もあり、政策の創出機会の場にもなっています。			

３．事業評価と今後の取組

第７期までに解決した課題	多方面の職種から参加しやすくする為、ＩＣＴを活用したオンラインでの会議参加も可能とするなど、参加者の意見を取り入れながら、会議の運営方法や事例提供のカテゴリ等を見直し、会議の質の充実を図ることができました。
残された課題	地域課題の明確化、資源開発や地域づくり等の新たな取組みに繋げる一連の流れの機能が不十分となっています。
今後の方向性	専門性を活かした多職種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るとともに、「地域課題」を「地域資源」に変えていける仕組みづくりを確立していきます。

第8期中に 達成する目標	地域ケア会議に高齢者に関わる住民や団体の参加をさらに求め、地域と一体となつて、具体的な政策の提言を図ります。
-----------------	--

2 介護予防の推進と生活支援体制の整備

要支援者・事業対象者に対して、要介護状態等の軽減若しくは悪化を防止し、いつまでも安心して在宅生活を送ることができるように支援していきます。

そのために、総合事業をはじめ各種在宅サービスの充実と大津町内の地域の実情に応じた介護予防や生活支援が必要です。地域ごとの課題を高齢化率・認定率・認知症発症率等のデータを用いて地域分析を更に進め、誰も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取組みにつなげていきます。第8期では、ボランティア等による住民主体による支援（訪問型サービスB）の創設を目指します。

（1）訪問型サービス事業（訪問介護相当サービス）

従前の介護予防訪問介護と同等のサービスで、第8期でも身体介護や服薬管理等の専門性のあるサービスを必要とする場合の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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数	人	512	597	650	650	640	630
維持・改善率	%	72.3	73.3	74	75	76	77
第7期までの達成状況				その他事業効果			
訪問介護相当から多様なサービス（訪問型サービスA等）へ移行する方もおり、自立支援の効果がみられました。				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7期までに 解決した課題	要支援認定を受けなくても、身体介護等の必要がある場合もサービスを受けることができ、利用者の身体状態に合わせたサービスが提供できました。
残された 課題	訪問介護職員の人員が不足しています。また、利用者のケアプランに位置付けられた自立支援への目標達成した時点で、本サービスを卒業できるよう利用者へも理解を求めていく必要があります。
今後の 方向性	身体介護が必要のない方は、住民主体による支援等の多様なサービス（ホームサポート事業・まごころ生活支援事業）を利用するだけでなく、担い手としての参加の役割創出につなげます。併せて、訪問介護職員の人員不足解消の一助とします。
第8期中に 達成する目標	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者を増加させます。

（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、大津町社会福祉協議会をはじめとする3事業所に委託し実施しています。第8期でも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、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数	人	189	163	150	140	130	130
認定率	%	18.6	18.5	18.8	18.5	18.6	18.5
第7期までの達成状況				その他事業効果			
1人暮らし高齢者等の日常生活上の支援が提供され、身体機能等の維持・改善を図り、介護予防給付の抑制に繋がりました。				元ヘルパーが高齢者ホームサポーターとして活動することで、再雇用や介護人材を創出しました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	利用者の心身状況に応じ、まごころ生活支援事業への移行をすすめ、住民相互の助け合いの仕組みにつなげ生活支援を行いました。
残された 課題	高齢者ホームサポーターの人員が不足しています。
今後の 方向性	誰かの役に立ちたいという高齢者が活躍できる仕組みづくりを行います。高齢者ホームサポーターやまごころ生活支援事業「シルバーささえ隊」の担い手を創出します。
第8期中に 達成する目標	高齢者ホームサポーターを増やします。

(3) 通所型サービス事業（通所介護相当サービス）

従前の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8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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数	人	773	950	1,200	1,150	1,100	1,050
維持・改善率	%	70.5	79.1	78	79	79	79
第7期までの達成状況				その他事業効果			
従前の通所介護相当から多様なサービス（通所型サービスA等）へ移行するなど自立支援の効果がみられました。				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7期までに 解決した課題	要支援認定を受けなくてもサービスを受けることができ、利用者の身体状態に合わせたサービスが提供できました。
残された 課題	利用者のケアプランに位置付けられた自立支援への目標達成した時点で、当サービスを通所型サービスAや地域の通いの場などへ移行していくよう利用者へも理解を求めていく必要があります。
今後の 方向性	通所型サービスA（介護予防はつらつ元気づくり事業）への移行を加速させます。
第8期中に 達成する目標	当サービスの卒業後の受け皿となる、通所型サービスA（介護予防はつらつ元気づくり事業）や地域の通いの場へ移行していく仕組みを再構築します。

（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8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、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数	人	1,421	1,368	1,340	1,400	1,500	1,600
認定率	%	18.6	18.5	18.8	18.5	18.6	18.5
第7期までの達成状況				その他事業効果			
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、認定率を引き下げ、効果的な介護予防につなげることができました。				通所型に参加することで、生活習慣のサイクルや仲間づくりによる精神面の安定が図られました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	閉じこもりがちな方の外出の機会や心身機能の維持向上を図りました。
残された課題	3事業所共通のカリキュラムの検討を行うとともに、委託事業所を増やし、利用者の拡大に応じた対応を行う必要があります。
今後の方向性	リハビリ特化型の委託事業所の拡大や利用者のニーズに合わせたサービス提供ができる事業所を増やし、利用者の拡大を図ります。
第8期中に達成する目標	委託事業所の拡大を図ります。

(5) ほりだし健康教室（短期集中通所型介護予防事業（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ヶ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連携。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	要支援者・事業対象者（おおむね65歳以上の高齢者でチェックリスト等により支援が必要とされたもの）
手段	週1回の運動機能向上を目標にした教室に、3ヶ月間継続して参加し、運動機能、栄養状態、口腔機能などの評価を行います。終了後は個人に必要な支援へのつなぎを行います。
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や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（R2年度は見込）

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
参加者数	人	80	67	85	80	80	80
維持・改善率	%	87.8	85.7	85	90	90	90
第7期までの達成状況				その他事業効果			
第7期計画で指標を設定しました。実施前後に身体評価・心理評価を実施しています。				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を図ることができました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	教室参加前後の身体・心理面の評価を行い、教室受講中、個々の状態把握を行い状況に合わせて各種サービス導入などの早期介入ができました。
残された 課題	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、受け皿となる通いの場等の普及が早急な課題です。加えて、終了後も継続的な支援が必要な高齢者が多く、地域で自主的な活動の場に移行できるよう、地域や介護予防支援団体へつなぐ必要があります。
今後の 方向性	地域アプリハ事業のように、本事業終了後、地域住民主体の介護予防事業を行っていくことが必要であり、R2年度より2つの地区を選定し、通いの場等の介護予防活動の場を開始しました。本事業を含め、介護予防事業全体の対象者の流れと目的を明確にし、個々人への対応を行っていくことが大切です。併せて継続的に支援していく地域の人材育成を行います。
第8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、実施期間中における維持・改善率を増加させます。また、本事業終了後に個人の状況を検討し、出来る限り住民主体の介護予防活動（通いの場、ミニデイ、サロン等）に移行できるよう支援していきます。また、介護予防事業のサイクルの一つとして、R2年度より開始した地域アプリハ事業を含んだ、各種地域活動の場へと連携できるよう、周知啓発を積極的に行っていきます。

（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、保険証交付時や 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等を行います。

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（認定者を除く）
手段	①保険証交付等に併せ基本チェックリスト、軽度認知障害チェック表等を郵送。結果を返送し、電話による保健及び運動指導を行います。 ②75 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。
目指す姿	高齢者が自分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や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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
節目健診の対象者数	人	—	—	1,109	1,050	1,225	1,247
節目健診の受検率	%	48.7	50.6	60	80	80	80
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
感染症予防対策のため、介護予防健診は R2 年 2 月から中止、代わるものとして郵送による基本チェックリスト回収、電話での保健指導等を実施しました。受検率は平均 50.6%と第 7 期計画の目標値を達成しています。					虚弱高齢者の早期抽出・対応により早期介護予防介入ができ、継続的に高齢者支援へとつなぐことができます。		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	節目健診（50.6%）、75歳以上基本チェックリスト回収率（61.9%）とともに当初目標値を上回っており、軽度認知障害チェック等で抽出された対象者に電話・訪問を行い、必要なサービスや介護予防事業へつなげることができました。
残された 課題	節目健診における若年層（65歳）の回答率を向上させることは、若い時から健康づくりの視点を持ち介護予防に取り組むきっかけとなります。また、75歳以上のチェックリスト未提出者を含め、医療、健診、介護の状況が全くつかめない健康状態不明者へのアプローチを行うことで、疾病の重症化予防やフレイル状態の悪化を防ぐ手立てとなります。
今後の 方向性	回収した基本チェックリスト等を元に、電話や訪問等による実態把握を行い、疾病が重症化しないための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することで、早期に介護予防に介入し、R3年度より実施する高齢者の保健事業と介護予防の一体化作業を推進していくための基礎となるデータや事業展開の基盤とします。
第8期中に 達成する目標	R3年度から実施する高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業の基礎とするために、基本チェックリスト等により把握した虚弱高齢者への早期介入を行うと同時に、健康状態不明者（未提出者）の実態把握に努めます。

（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、生きがいづくりの場につながっていきます。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。また参加し人と関わることで、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、太極拳、出前講座等） ③フレイル予防の視点に基づいたフットケア教室等を、年間を通して実施し、事業対象者や介護認定軽度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り組み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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ミニデイ開催地区	箇所	23	25	25	28	30	32
月平均登録者数	人	291	315	310	340	360	380
第7期までの達成状況					その他事業効果		
第7期計画で、指標を設定しました。ミニデイは現在25地区となり、今後介護予防拠点の展開をする上でも重要な取り組みになります。					フレイルの悪化の予防、生きがい役割をもって生活できる地域づくり活動の場を創出しました。		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	基本チェックリスト等で抽出されたケースを、早期に状態を見極め、必要な運動教室や地域介護予防事業へつなぐことが出来ました。また、地域や住民自らの希望により、介護予防拠点施設での自主運営にもつながっています。
残された課題	ミニデイが25箇所、通いの場が19箇所で開催しているが、徒歩で通うことのできる介護予防の提供できる場がすべての地域では網羅されていません。 また、高齢者が集まる場を活用しての保健・栄養指導の啓発が不十分で、高齢者自身の健康課題への支援ができておらず、疾患の悪化やフレイル状態の重症化に陥った高齢者へのアプローチが遅れることで、個々人の健康悪化や介護を必要とする状態へ拍車をかける要因となってしまいました。
今後の方向性	高齢者が地域や関わりのある集団の中で、自身の健康課題や介護予防につながる行動を起こせるよう、以下の取り組みを推進していきます。 ①すべての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順次創設していきます。 ②地域住民が自ら取り組むことのできる介護予防の体制づくりを、人材育成と共に、意識啓発を含め地域アップリハ事業等を活用し支援していきます。 ③一般介護予防事業の場を活用し、高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業と連動させ、疾病予防、フレイル予防の知識啓発を行っていきます。
第8期中に達成する目標	①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します。 ②一般介護予防事業の場を活用して、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ていきます。 ③実施している各事業について、高齢者が健康づくりの意識を持ち参加できるよう随時事業内容の検討を行い、魅力的な事業実施に努めます。

（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
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）で月１回、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
協議体開催数	回	12	10	10	12	12	12
次年度に向けた政策提言数	個	2	3	3	3	3	3
第７期までの達成状況			その他事業効果				
協議体の中で出た地域の課題解決のための、政策提言（課題解決提案）を所管課へ行うことで、政策立案につなげることができました。（移動販売車導入のための協力、空き家を活用した交流の場の創設）			地域ケア会議で抽出した課題の「高齢者の見守りの充実」に向けて、民間企業等と協定を締結し、ネットワーク構築を図ることができました。また、まちづくり懇談会を通じ、地域における高齢者等に関する課題を把握し、解決策を講じました。				

３．事業評価と今後の取組

第７期までに解決した課題	高齢者の見守り事業の充実に向けて、関係団体と現状及び課題を共有し、それに伴う解決策について協議することができました。
残された課題	協議体、地域ケア推進会議、在宅医療・介護連携推進会議等との連携を整理し、事業を展開する必要があります。
今後の方向性	協議体の構成員を多種多様な地域の団体等に拡大し、高齢者の課題解決のため地域のネットワーク構築や仕組みづくりを行います。
第８期中に達成する目標	生活課題ごと（ごみ出しや買い物等）に分科会を実施し、多種多様な参加者の意見から政策提言を行います。

(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又は全部を助成し、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又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、買い物等に行けるようにします。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用決定者数	人	129	140	160	160	170	180
利用延べ数	回	4,765	5,217	5,500	5,550	5,600	5,700
第7期までの達成状況				その他事業効果			
高齢者の外出の機会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が構築されています。				利用範囲を買い物等にも拡大したことで、利用者及び1人あたりの利用枚数が増加し、生活支援の充実を図りました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	H30年度から利用範囲を買い物等にも拡大したことで、利用者も増え、買い物支援の充実が図れています。またR1年度より福祉タクシー1社を本事業の委託業者に加え、介護が必要な方の利便性が向上しました。
残された課題	制度の周知不足です。
今後の方向性	公共交通機関とのすみ分けを図るため、公共交通対策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8期中に達成する目標	利用者の公平性と利便性の向上を期すために、当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。また、制度の周知を図ります。

（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の高齢者又は要介護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。（新要件：要介護者が住民税非課税であることが必要。）
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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ケアマネジャーに制度説明	回	1	1	1	2	2	2
要介護４・５在宅者に占める割合	%	60	61	62	63	64	65
第７期までの達成状況				その他事業効果			
年１回ケアマネジャーに対して、制度説明を行い制度利用の啓発を行いました。R1年度には６１人の利用で６１％となっています。 (２月時点、要介護４・５在宅者１００名)				—			

３．事業評価と今後の取組

第７期までに解決した課題	以前から利用者より対象の給付品目を増やしてほしいとの声があり、H30年８月に規則の一部を改正し、対象の給付品目を増やしました。
残された課題	国の制度改正により、所得要件が追加されたため、ケアマネジャーへ改正内容を正確に伝える必要があります。また、国では第９期からは廃止を予定しています。
今後の方向性	在宅介護を支援する観点から、大津町においては廃止ではなく、継続の方向で検討しています。
第８期中に達成する目標	第９期以降も継続するために、財源の安定的な確保（保険者機能強化推進交付金）に取り組めます。

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又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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用数	人	103	126	95	100	110	120
利用回数（受報・発報）	回	4,776	5,572	5,500	5,600	5,700	5,800
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
H31.4～R2.3 利用回数 5,572 件（受報 1,314 件、発報 4,258 件）のうち、救急搬送 22 件、連絡・相談 258 件の連絡を受け、必要時には訪問等を実施しました。					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 7 期までに解決した課題	利用者の状況把握、緊急時の早急な対応ができました。
残された課題	親族等の協力員のなり手不足、機器を上手く活用できていない利用者に対しての対応が必要です。
今後の方向性	引き続き、緊急時への対応のため事業を継続していきます。
第 8 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又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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数	人	138	163	160	180	200	200
利用回数（安否確認数）	回	6,772	7,270	7,200	7,300	7,400	7,400
第7期までの達成状況				その他事業効果			
在宅の独居高齢者の定期的な安否確認と栄養のとれた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。				ボランティア等が手渡しで渡す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気づき早期対応が図れました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	給食配達の際、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。
残された課題	調理員・配食ボランティア等の人員が不足しています。
今後の方向性	民間事業者との調整を図りながら今後も事業を継続していきます。
第8期中に達成する目標	調理員・配食ボランティア等の人員を増加させます。

4 地域包括支援センターの機能向上

★重点的取組

地域包括支援センターは、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ことを目的として、包括的支援事業を一体的に実施する役割を担う中核拠点として設置されています。

事業を適切に実施するため、①保健師、②社会福祉士、③主任ケアマネジャーの配置が必須とされています。また、その他にも、ケアマネジャー、看護師、在宅医療介護連携推進員、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、警察OB、事務職員と各種専門職を配置しています。（令和3年3月末現在）

事業成果や効果、業務量については、「大津町地域包括支援センター及び大津町地域密着型サービスに関する運営委員会」において報告し、センター機能の質の向上につなげています。

（１）地域包括支援センターの運営について

現在、町が直営にて運営していますが、高齢者人口や相談者が年々増加している状況の中、地域住民の利便性や地域の特性を尊重しながら、住民に身近なところで相談・支援できる拠点としてセンター機能を適切に発揮していく必要があります。

そのため、第7期に引き続き、大津町にとって最適・最善な運営方法を調査研究しながら、今後大津町の方針を定めていきます。

（２）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、令和元年6月から重層的支援のために設置された「くらしの相談窓口」をはじめ、各関係支援機関と連携をとりながら、迅速に対応していくよう努めていきます。

実績	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
新規相談件数	件	1,283	1,972		—	—	—

第3節 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

認知症の早期発見・早期相談に向けて、本人や家族が小さな異常を感じた時に身近な存在であるかかりつけ医や介護保険サービス事業所、地域の医師会、薬剤師会、行政等の関係機関は、適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援に繋げるように努めることが求められます。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。

1. 事業の内容

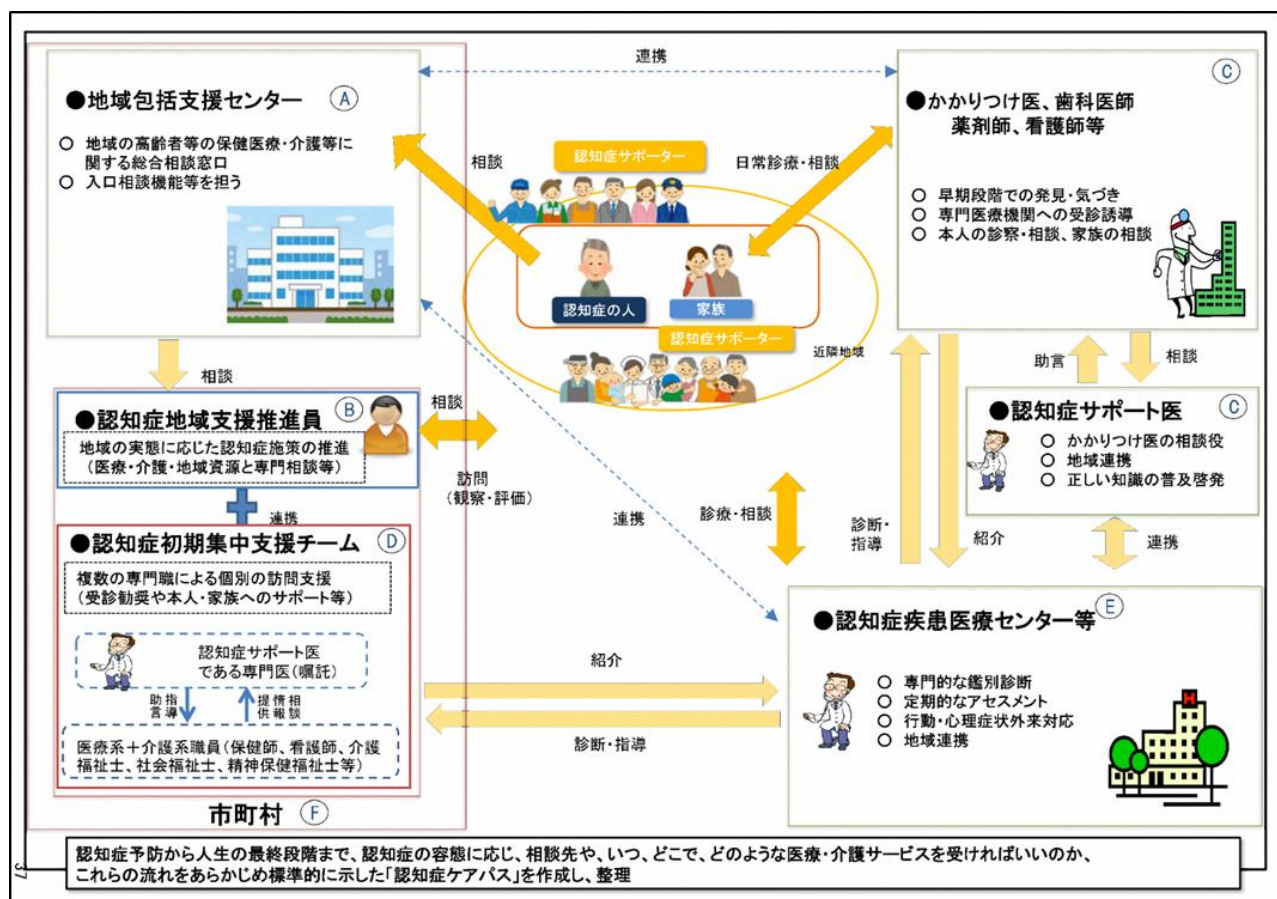
事業概要	住民への情報提供や認知症疾患医療センターや医療・介護の関係機関と連携を図り、早期発見・早期対応の体制の構築を図ります。
対象	住民、認知症疾患医療センター、地域の医療・介護の関係機関等
手段	早期発見や早期対応に関する住民向けの積極的な情報提供や認知症疾患医療センターの協力を得た認知症をテーマとした、医療・介護職向けの継続した学習・研修会を継続して取り組みます。 包括支援センターの認知症地域支援推進員や認知症疾患医療センターと連携したものの忘れ相談及び認知症初期集中支援チームの対応により、早期発見、専門医の受診に繋がります。
目指す姿	医療・介護関係機関の連携や地域住民への理解を促進し、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
対応延べ件数 (もの忘れ相談及び初期集中支援)	件	25	22	25	26	26	26
専門医受診や早期ケアに繋がった人数	人	6	13	14	15	15	15
第7期までの達成状況				その他事業効果			
早期に専門医受診に繋げることで、適切な医療・介護サービス等に繋ぐことができました。				認知症疾患医療センターとの連携により、専門の医師や連携室相談員、看護師等の助言を受けることができ、受診や介護保険サービスの導入に繋がりました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7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ケアに繋がりました。早期発見に繋がることを目的としたMCⅠ（軽度認知障害）チェックリストを導入し、早期対応に繋がりました。
残された 課題	相談や医療に繋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。
今後の 方向性	認知症疾患医療センター、医療・介護関係機関、地域の医師会、薬剤師会等と連携し早期相談・早期対応の体制構築を目指します。
第8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や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、早期発見・早期対応の体制づくりを目指します。



認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供（令和元年6月認知症施策推進大綱より）

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

認知症の人やその家族、誰もが住み慣れた地域で気軽に集い、認知症や介護について語らい、介護者間の繋がるきっかけとなる地域の認知症カフェ等を創設し、若年性認知症の人や認知症の人が社会参加や就労支援に繋がる誰もが気軽に立ち寄れる地域づくりを目指します。また介護者の孤立化を解消し、虐待防止に繋がります。

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	認知症カフェ等により、認知症の人やその家族が過ごし、社会参加や就労支援に繋がる場を創設します。
目指す姿	身近な地域で認知症の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繋がる場になることを目指します。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
開催回数	回	4	3	0	4	6	6
設置箇所数	箇所	1	2	0	2	3	3
第7期までの達成状況				その他事業効果			
R1年度において、町内介護保険サービス事業所の協力を得て、共同で開催しました。これまで認知症カフェに参加したことが無い介護者や認知症サポーターの参加に繋がりました。				認知症サポーターが認知症カフェの運営など地域で行う取組みに関して活動することができました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	町の公共施設以外で地域の身近な場所で認知症カフェを開催し、認知症サポーターが活動する場としても取り組むことができました。
残された課題	新型コロナウイルス感染症の影響により、対面での認知症カフェ等の開催を中止していますが今後は、継続できる方法を検討する必要があります。
今後の方向性	認知症の人とその家族が地域で安心して過ごすことができ、介護者同志の繋がる場から認知症の人の社会参加や就労支援に繋がる認知症カフェ等の展開に向けて、関係機関と連携を図り、検討します。
第8期中に達成する目標	町内の北部、中部、南部に認知症カフェ等を設置し、より身近な地域で誰もが気軽に立ち寄り、活躍できる場を目指します。

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★重点的取組

(1) 認知症の人に優しい地域づくりを目指して

大津町キャラバン・メイトを中心とした認知症サポーター養成講座により、身の回りのできる範囲で手助けができる認知症サポーター養成を継続し、取り組みます。さらにスキルアップ研修を受講した認知症サポーター・アクティブサポーターが個人やチームにより認知症の人やその家族等への具体的な支援に繋がる仕組みづくりを構築し、認知症の人にやさしい地域づくりを目指します。

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ます。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
スキルアップ講座実施回数	回	0	1	0	1	2	2
延べ活動者数	人	17	8	0	20	30	40
第7期までの達成状況				その他事業効果			
各世代に応じた各種養成講座の内容を検討し、実践形式を取り入れた講座を行い、一人ひとりが認知症のことを知る・考えるきっかけづくりに繋がりました。				大津町キャラバン・メイトの意見を積極的に取り入れ、資料づくりや講座内容の企画を行いました。R1年よりスキルアップ研修会を取り入れ、地域における積極的な活動を希望する認知症アクティブサポーター63名が誕生しました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7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内容を行うことができ、認知症の理解度をアップに繋がりました。更なるスキルアップを目指す認知症サポーターへの養成研修を行いました。
残された課題	認知症サポーター・アクティブサポーターが活躍できる場づくりに向けて大津町キャラバン・メイトをはじめとした関係機関と検討し、サポーターが参加しやすい体制を整理することが必要です。
今後の方向性	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ます。
第8期中に達成する目標	認知症サポーター・アクティブサポーターが個人やチームにより認知症の人やその家族等への具体的な支援に繋がる仕組みづくり（「チームオレンジ」）の整備に向けた検討を行います。

（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。

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2年現在、町内で活動する22の企業や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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
認知症サポーター養成講座、あんしん声かけ訓練等実施回数	回	18	14	13	15	20	25
延べ参加者数	人	709	832	454	520	530	550
第7期までの達成状況				その他事業効果			
福祉まつり等の様々な世代が参加するイベントにおいて見守りや声かけの方法を普及・啓発することができました。あんしん声かけネットワーク登録者への個別訪問や登録内容の見直しを行いました。				大津警察署から町に認知症高齢者等の情報提供を受け、早期支援に繋がりました。また、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繋がりました。 見守りネットワークを立ち上げ、地元企業と協定を結び、見守りの意識向上に繋げることができました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	町、警察署と双方に認知症高齢者等の情報共有ができ、早期対応に繋がりました。町内22事業所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繋げることができました。見守りネットワークのロゴマークや缶バッジを作成し、取組みの周知啓発を行いました。
残された課題	地元企業と連携を図り、日常の業務において実施できる取組みについて、企業の視点からアイデアを取り入れることが必要です。
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為、認知症サポーター養成講座やICTを活用した見守りの訓練等を継続して取組みます。
第8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
 九州電力株式会社 大津営業所
 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 (順不同)



令和2年11月 現在

（３）みんなの愛読書「大津町認知症ケアパス」を目指して

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内容を目指します。第７期中に更新し、世界アルツハイマー月間に合わせて、町内の全医療・介護関係機関に配布を行いました。



「大津町認知症ケアパス」QRコード



4 高齢者虐待防止の推進 ★重点的取組

高齢者施設及び養護者による高齢者虐待は依然として深刻な社会的問題となっています。高齢者虐待防止のため、地域包括支援センターでは警察等と連携を取りながら、高齢者虐待への迅速な対応及び措置、事業所等への研修等を通じて防止策を講じています。

第8期でも住民及び事業所などへ周知・啓発を図るとともに、関係機関との連携を取りながら、高齢者の権利保護のための対応を実施していきます。

また、施設等の従事者による虐待防止については、後述する施設との情報交換会や事業所の実施指導・集団指導の場面において防止策を共に検討していきます。

（１）介護サービス相談員派遣事業

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す。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ります。

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。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
受入施設数	施設	9	9	14	14	17	19
訪問実績	回	144	116	0	124	130	150
第7期までの達成状況				その他事業効果			
第三者的視点として、介護サービス相談員が各サービス事業所に訪問することで、利用者のサービスへの不安・不満解消と介護サービス事業所の資質向上と適正実施を図ることができています。				介護サービス相談員の利用者の不満の聴き取りや生活の観察等の活動から、介護サービス質の向上に繋がる気づきを施設側と共有し、職員の接遇向上等の取組みに繋がりました。			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	介護サービス相談員の利用者の不満の聴き取りや生活の観察等の活動から介護サービスの質の向上に繋がる気づきを施設側と共有、職員の接遇向上等の取組に繋がりました。
残された 課題	介護サービス相談員の確保、活動内容に関する住民、施設等への周知が必要です。
今後の 方向性	活動状況について積極的にPRし、町内の受入施設の数を増やすとともに、介護サービス相談員の確保を県へ要望を行っていく必要があります。
第8期中に 達成する目標	町内すべての有料老人ホーム等の入居施設で活動を実施します。また、活動を住民にPRし、透明性や介護サービスの質を向上させます。

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。

地域連携ネットワークは、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・強化を協議する協議会等を設置し、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。

第8期計画期間では、当面、地域ケア会議を協議会として活用し、多職種との連携強化の協議を行っていきます。

(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年度中に地域包括支援センター内に中核機関を設置し、以下の機能を担います。

【中核機能機能】

1. 広報機能

利用者の個別のニーズに応じ、後見・補助・保佐の活用を含めた早期の段階からの制度の利用を促進するため、広報やホームページ、各種イベント時を通じて周知・広報を実施していきます。

また、介護関係支援者等への研修会時を通じて、本制度の活用などの周知を行っていきます。

2. 相談機能

成年後見制度の利用に関する相談や書類作成の助言等、後見等ニーズの精査、見守り体制の調整を行います。

必要に応じて、弁護士会・司法書士会・社会福祉士会の支援を得て、必要な権利擁護に関する対応を実施します。

3. 成年後見制度利用促進機能

後見人になるにふさわしい親族後見人候補者の支援や本人の状況等に応じた、適切な後見人候補者のマッチングなどの受任者調整を行うための手段の検討を行います。

また、後見人候補者として市民後見人の育成を行い、地域で積極的な活用が可能となる仕組みづくりの検討を行います。

4. 後見人支援機能

後見人と本人に身近な親族、福祉・医療・地域等の関係者がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の状況を継続的に把握し適切に対応できる体制を検討します。

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をサポートします。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報活動	件	2	2	3	2	2	2
町長申立て 制度利用	件	0	1	1	2	2	2
第7期までの達成状況				その他事業効果			
新規事業のため、実績はありません。				—			

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	—
残された 課題	R1年6月に認知症施策推進大綱により、R3年度までに、各市町村に中核機関を設置することがKPI指標として掲げられており、達成に向けて推進していく必要があります。
今後の 方向性	R3年度中に地域包括支援センターに直営で中核機関を設置し、相談・広報機能を充実させながら運営していきます。 また、法の専門家を含めた協議会の設置を目指します。まずは地域ケア会議に協議会の機能を含め、成年後見申請に向けた個別ケースの検討、市町村長申し立ての妥当性、中核機関運営の在り方などを協議します。 なお、町内において法人後見を実施できる事業所の支援を実施し、将来的に中核機関の委託を検討していきます。
第8期中に 達成する目標	中核機関の設置を目指します。 町内において法人後見を実施できる事業所の支援を実施し、将来的に中核機関の委託を検討していきます。

（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し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し立てを行います。 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	成年後見の申し立てを行う親族がいない人
手段	町長が親族等にな変わって申し立てを行います。
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（再掲）

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報活動	件	2	2	3	2	2	2
町長申立て 制度利用	件	0	1	2	2	2	2
第７期までの達成状況				その他事業効果			
高齢者虐待により保護した高齢者について、成年後見制度町長申立てを実施したことにより、高齢者の権利が保持できました。				日常生活自立支援事業・生活困窮者自立支援事業との連携を図りました。			

３．事業評価と今後の取組

第７期までに 解決した課題	相談支援 19 件（重複相談あり） ②成年後見制度町長申立て 2 件
残された 課題	申立て手続きが煩雑で、費用がかかるため、成年後見制度の入り口から抵抗を感じている方が多い状況です。
今後の 方向性	相談対応の中で、認知症等により後見制度の必要性がある方を早期に発見し、制度利用につなげていきます。
第８期中に 達成する目標	増加している認知症高齢者が中核機関と連携することで、家族から孤立せず、家族を含めた関係機関と連携し、家族申立ての件数も増加させていきます。また、本人の意思決定を尊重しながら、後見人への情報提供やフォローアップ会議を開催していきます。

第4節 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協働・連携の推進を図ります。

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繋がり、顔の見える連携を目指した取組みを行います。
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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
研修実施回数	回	1	2	1	3	3	3
延べ参加者数	人	54	174	75	100	200	250
第7期までの達成状況				その他事業効果			
在宅医療・介護に関わる多職種の連携を深めることを目的とした学習やグループワークを毎年行い、双方の役割の理解や顔の見える関係づくりに繋がりました。				大津町在宅医療・介護連携推進会議を立ち上げ、多職種連携に向けた取組みや研修会の企画内容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7期までに解決した課題	在宅医療・介護に関わる多職種の連携を深めることを目的とした学習やグループワークを毎年行いました。また、菊池圏域において入院早期から退院までの切れ目のない支援・連携を目的とした「入退院支援ガイドブック」を作成しました。
残された課題	研修会参加状況について、医療に関わる参加者が少ない状況です。研修会は年に1回行っていましたが、定期的な開催を希望する声が多く聞かれています。
今後の方向性	医師会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、現場レベルでの在宅医療と介護の連携が促進されるような研修内容を企画し、積極的な参加を呼びかけます。
第8期中に達成する目標	医療と介護職の連携が欠かすことのできない認知症に関する支援や虐待防止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」QRコード



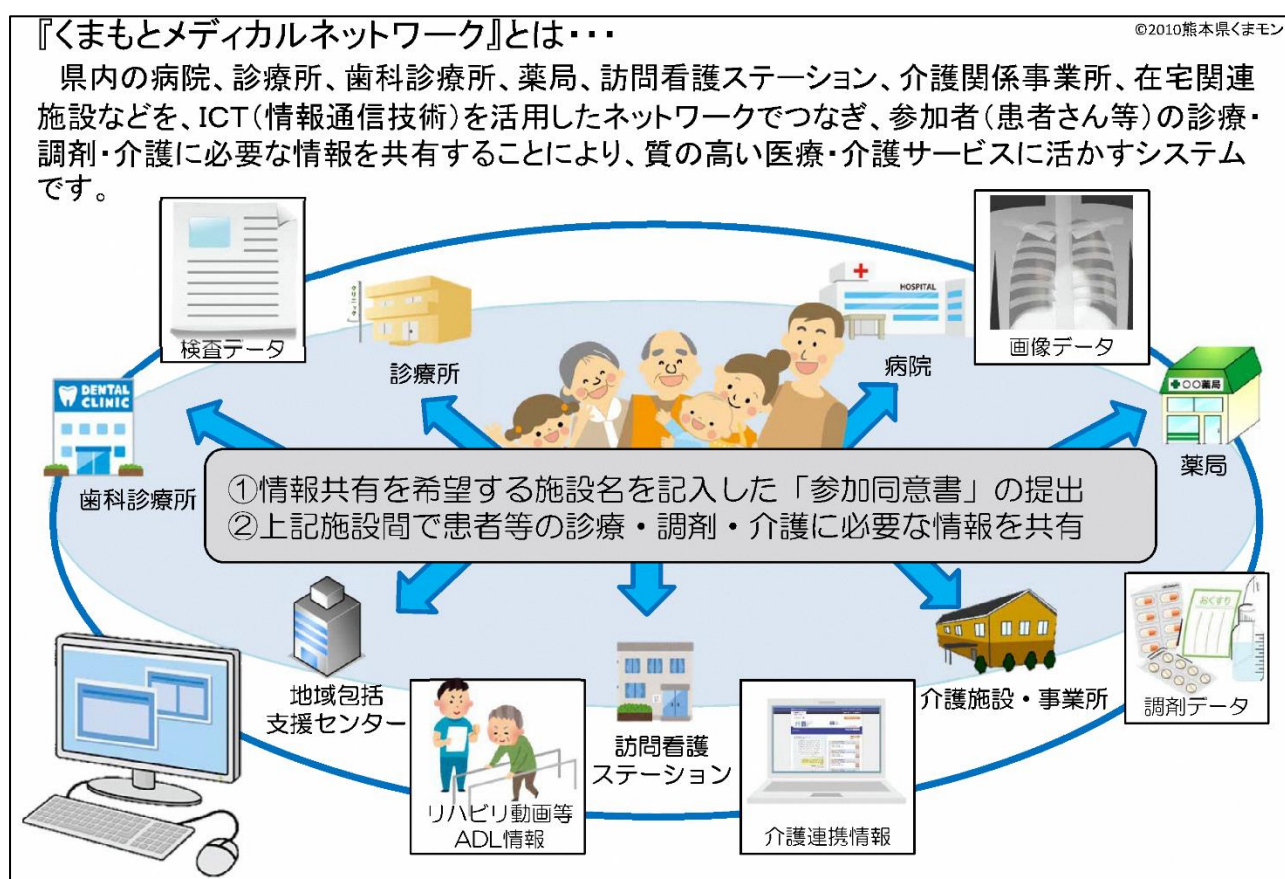
2 ICTツールを活用した医療・介護の連携推進

★重点的取組

(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。

災害時やコロナ禍における対面を極力控える状況下においても有効性が認められています。第7期中に導入に関する調査や研修会に取り組み、周知啓発に取り組みました。母子、健康推進、福祉部門にも参加を呼びかけ、ライフステージを通じた活用方法について共有する機会となりました。令和3年度以降に導入を予定し、町民や医療・介護関係機関への参加の呼びかけや周知を行います。



3 在宅での看取り等に関する広報・啓発活動の推進

町作成「わたしの思い出つづり」の活用や事例集作成、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、事例集の内容を検討します。
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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
看取りに関する周知・啓発の機会	回	37	31	2	6	12	12
自宅や施設等で最期を迎えた方の割合※ (人口動態調査)	%	19.7				25	25
第7期までの達成状況					その他事業効果		
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、在宅等での看取りに関する周知啓発ツールとして活用しました。人生の最終段階をどこで迎えたいか住民の意向について、町民アンケートを活用しました。					在宅医療・介護連携相談員の配置により、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。		

※第7次菊池保健医療計画「在宅医療推進に係る評価指標」に準じる

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	「わたしの思い出つづり」を軸とした出前講座や広報、町ホームページ等を活用し「在宅医療・介護」に関する積極的な周知啓発に繋がりました。
残された課題	「看取り」に関する相談を受けた際、本人、家族の不安や疑問に対応、刻一刻と変化する状態について、少しでも見通しを抱くことに繋がる資料が必要です。
今後の方向性	「看取り」を経験した家族や多職種からの言葉や経験に基づく事例集を作成し、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。
第8期中に達成する目標	事例集を作成し、在宅での看取りを一つの選択肢として考えることができるよう周知と普及啓発に努めます。

「わたしの思い出つづり」QRコード



第5節 多様な住まい・サービスの整備促進

1 高齢者の生活を支える居住環境の整備

高齢者が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。

また、低所得の高齢者等が、低廉な民間賃貸住宅等に円滑に入居できるよう、「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）の一部を改正する法律」の趣旨等の広報を福祉課と協同して行い、より多くの事業者が高齢者等に配慮した賃貸住宅を供給する登録業者になるよう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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報等での制度周知	回	1	1	1	1	1	1
申請率	%	100	100	100	100	100	100
第7期までの達成状況					その他事業効果		
住宅改修の需要は高く、自立支援に直結するサービスであり件数は増加して2件でした。今後も申請漏れがないよう、制度周知に努めます。					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	ケアマネジャーの制度の認知度が上がったと思われます。
残された 課題	住宅改修のみの利用であれば、リハビリ専門職が動作確認することができない場合が多くみられます。
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の中で記載していくとともに、理由書の作成の依頼を受けたケアマネジャーが、自立支援のためには住宅改修だけで足りるのか、について検討するよう促していきます。
第8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ないよう、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報等での 制度周知	回	1	1	1	2	2	2
利用者数	人	0	1	3	4	4	4
第7期までの達成状況					その他事業効果		
年1回ケアマネジャーへの制度説明を行いました。また、申請時に申請漏れがないよう説明を行いました。					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに 解決した課題	制度の周知が進み、利用者数が増加しています。
残された 課題	県の補助金制度を活用しているため、申請から着工までに時間を要することがあります。また、補助金手続きの関係から12月から3月までの利用ができません。
今後の 方向性	12月から3月の間に改修を希望したことにより助成を受けることを諦める事態にならないよう、制度の周知を年度当初に行っていきます。
第8期中に 達成する目標	必要な改造を諦める要支援・要介護者がいないよう、広報誌を活用した制度の周知を行います。

2 施設や多様な住まいにおける生活環境改善等の推進

サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームが町内に多く存在しています。介護保険施設に入所するのではなく、自宅に近い状態で生活をすることを選択する人が増加しています。

前掲「介護サービス相談員派遣事業」を活用しながら、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームのサービスの質の向上を支援します。

また、後掲「介護給付費等費用適正化事業」において、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームに入居する高齢者のケアプラン点検も行うことで、自立した生活の継続を支援します。

町内の状況（令和2年熊本県高齢者支援課による調査結果より抜粋）

名称	所在地	定員数（人）	入居者数（人）
ハッピービレッジ	岩坂	10	5
有料老人ホームゆう・あい	室	11	10
有料老人ホーム太寿園	室	70	60
有料老人ホーム野の花	灰塚	7	5
ライフグラン阿梨花	室	23	23
ライフサポートきよまろホーム	杉水	15	13
ぷらたなすの家	新	11	10
ケアガーデン陣内	陣内	35	34
ふるさとの奏	引水	53	45

熊本県の調査結果を分析すると、入居者の要介護度は要介護 1 から要介護 3 までの入居者が多く、介護老人福祉施設の入所相当（要介護 3 ～要介護 5）よりも前の段階から入居をする人が多いようです。

ただし、退所理由が「死亡」の場合も多く、介護保険施設に入居せずに最期まで自宅として利用をされている人も多い現状があります。

（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	新たに施設を設置又は改修等を行う事業者
手段	整備に係る費用の一部又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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
補助金の交付	回	1	1	1	1	1	1
施設の整備数	件	1	1	1	1	1	1
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
H30 年度介護予防拠点、R1 年度認知症対応型デイサービス、R2 年度は認知症高齢者グループホーム 18 床の施設整備の補助を行うなど毎年、計画している施設整備が計画通りに実施できています。					—		

３．事業評価と今後の取組

第 7 期までに解決した課題	新規開設や移転などにもなう建築費用等の補助をおこない、介護サービス等の選択肢を広げることができています。
残された課題	新規開設や改修等を行う事業者が補助金の活用ができるよう、制度の周知を続けていく必要があります。
今後の方向性	特別養護老人ホームの個室化、外国人の介護人材獲得のための寄宿舎の設置など、多様な整備に補助金を活用していきます。
第 8 期中に達成する目標	補助金の申請漏れがないよう、制度の周知に努めるとともに、具体的に計画がある事業者とスケジュール等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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
民生委員等へ 制度説明	回	1	1	1	1	1	1
新規措置者数	人	2	4	2	3	3	3
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
虐待・生活力が低下している等の理由で、在宅では生活が困難な方を措置入所することができました。					—		

３．事業評価と今後の取組

第 7 期までに 解決した課題	特に高齢者虐待による措置入所を適切に実施することができました。
残された 課題	措置後の対応が不十分になっています。例えば、入所したことで預貯金が増加し、入所理由が乏しくなっているケースもあります。また、措置が必要と思われる高齢者が措置に納得しないケースもみられます。
今後の 方向性	措置したことにより経済的な問題が解決した入居者の措置解除等を検討し、より多くの経済的困窮者が入所できるようにします。また、虐待対応についても施設の対応能力が求められているため、対応勉強会等を実施し、町と養護老人ホームの連携を強化していきます。
第 8 期中に 達成する目標	高齢者虐待の防止に向けた啓発や、民生委員等への制度説明を行うことにより、措置が必要な高齢者が一人でも多く入所できるよう取り組みます。

第6節 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

★重点的取組

福祉分野の人材不足が続いていることから、国は、多様な人材の福祉分野への参入を促進することで、仕事の魅力ややりがいを感じてもらい、定着につながるような取り組みを推進しており、本町はその周知に努めます。

(1) 未経験者による介護職転職の支援金貸付事業の周知

国は、介護職の未経験者が福祉分野に就職すると最大 20 万円の支援金を支払う制度を、令和 3 年度から創設します。

福祉分野の未経験者や無資格者が、本町のハローワークを通じた職業訓練などの介護職員初任者研修を受講し、高齢や障がいの分野で就職し、2 年間現場で働くことなどの条件を満たせば、返済を免除する仕組みとなります。また、職業訓練期間中も給付金を支給することで受講しやすい仕組みとなっています。

(2) 有資格者の現場復帰による介護職支援貸付事業の周知

国は、これまで全国で行っていた介護福祉士修学資金等貸付制度の再就職準備金貸付事業を拡大することで、介護福祉士やホームヘルパー 2 級、初任者研修修了などの介護系の資格（社会福祉士などを除く）を持ち、現場経験が 1 年以上ある方を対象として、最大 40 万円の支援金を支払う制度を開始します。

高齢や障がいの分野で現場に復帰し、2 年間現場で働くことなどの条件を満たせば、返済を免除することで、新型コロナウイルス感染症の影響で高齢者施設の業務が増大し、人手不足がさらに深刻化している現場に即戦力となる経験者をつなぐことを目指したものとなります。

また、これまで町が取り組めていなかった介護人材の確保について、具体的な事業を実施できるよう、施設等と定期的に情報交換会を設け、施設と町が協働して取り組める体制の構築を行います。

（３）介護職就職支援金貸付事業の周知

福祉分野の人材を充実すべく、多様な人材の参入を促進し、定着につながるような取り組みを推進します。

１．事業の内容

事業概要	国が実施する介護職就職支援金貸付事業について周知を行うことで、多様な人材の福祉分野への参入を促進し、定着につながるような取り組みを推進します。
対象	①未経験者に対する介護職転職の支援金貸付事業の周知 ②に対する有資格者の現場復帰による介護職支援金貸付事業の周知
手段	本町ホームページ、広報誌などを通じた広報を行います。
目指す姿	多様な人材が福祉分野への参入を促進することで、仕事の魅力ややりがいを感じ、定着につなげます。

２．事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
広報誌掲載	回	-	-	-	1	1	1
貸付利用者	認	-	-	-	1	1	1
第7期までの達成状況					その他事業効果		
—					—		

３．事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	—
残された課題	介護人材の確保について、町として具体的な取り組みを行いませんでした。
今後の方向性	本事業を通じた就業者が増えることで、多様な介護人材の確保を推進します。
第8期中に達成する目標	様々な媒体を用いた周知活動を行うことで、本事業を知っている人を増やし、本事業をきっかけとした介護人材の確保が進むことを目指します。

2 介護現場の負担軽減と定着促進

大津町シルバー人材センターと協力し、介護人材の確保にむけて介護アシスタント（配膳、シーツ交換などの周辺業務を担当する職員）の養成と施設等とのマッチングを共同で行ないます。

マッチングにおいては、地域包括支援センターに配置する「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	大津町シルバー人材センターが実施する介護講座を始めとする講座を受講した人が、介護アシスタントとして施設等で働くことができるようマッチングを推進します。
対象	介護アシスタントに興味がある人や受け入れを希望する施設等
手段	大津町シルバー人材センターと協力し、マッチング機能を構築します。
目指す姿	介護の現場で働いてみたいと思う人と、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
養成講座参加者数	人	—	—	—	5	7	10
介護アシスタント人数	人	—	—	3	5	7	10
第7期までの達成状況					その他事業効果		
—					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	大津町シルバー人材センターによる養成講座やマッチングにより、町内で3名の介護アシスタントの方が活躍されています。
残された課題	大津町シルバー人材センターとの情報交換等ができていませんでした。
今後の方向性	新型コロナウイルス感染症により増加した業務等にも対応できるよう、介護人材の確保に向けた重要な事業と位置づけて取り組みます。
第8期中に達成する目標	まずは、新規の介護アシスタントを増やすこと、受け入れ希望施設を増やすことを目標とします。

3 事業所の適切な指定と指導監督

(1) 事業所の実地指導と集団指導

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実地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実地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	実地指導は事業所に職員が赴き、運営指導と報酬請求指導を行います。集団指導は研修会を開催し、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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
実地指導件数	件	4	4	4	5	4	2
指摘事項件数	件	0	0	0	—	—	—
第7期までの達成状況					その他事業効果		
毎年度、計画通りに実地指導を行っており、不正等の指導が必要な事項はありませんでしたが、サービスの質向上のため指摘する事項は口頭や文書にて教示しました。					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	計画通りに実地指導を行うことができていましたが、新型コロナウイルス感染症予防の観点から R2 年度は事業所には行かず、点検項目を文書によるやり取りに替えました。
残された課題	感染症予防対策を講じながら、実地指導を適正に実施する必要があります。集団指導についても、方法を検討する必要があります。
今後の方向性	実地指導については、感染症予防対策を徹底して実施をしていきます。集団指導はオンラインによる実施を行います。
第8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、毎年確実に実地指導と集団指導を行います。

(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。

1. 事業の内容

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。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
社会福祉法人等に制度説明	回	0	0	1	1	1	1
利用者数	人	0	0	0	2	4	8
第7期までの達成状況					その他事業効果		
—					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	第6期中には対象者がいましたが、その後は実績がなく、課題解決に至っていません。
残された課題	社会福祉法人へ制度への協力依頼を行えていなかったため、今後は重点的に取り組む必要があります。また、補助金の交付には、一定数の利用者が必要であるため、少数の利用者では補助金の交付が困難という課題があります。
今後の方向性	社会福祉法人の本旨に基づき実施をお願いし、対象となる方の利用者負担額の軽減に向け、積極的に社会福祉法人に対し依頼していきます。
第8期中に達成する目標	利用者数を増加させ、補助金が交付できることを目標とします。

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、高齢者本人と家族に高齢者の心身の状態を確認します。

また、介護サービスの利用の入り口となる介護認定が適切に運営できるよう、認定調査員の適正な人員の確保と認定調査の資質向上に努めます。

1. 事業の内容

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. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
調査員人数	人	7	7	7	7	7	7
調査件数 (申請件数)	件	1,425	1,455	1,384	—	—	—
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
R2 年 2 月から 4 月まで新型コロナウイルス感染症の影響からか新規の認定申請が減少したが、5 月以降は増加傾向にあります。7 人体制で丁寧な調査が実施できています。					—		

3. 事業評価と今後の取組

第 7 期までに解決した課題	R2 年度から認定調査員が 7 名のうち、2 名を主任の認定調査員と位置づけ、5 人の調査員に対してアドバイスを行っています。またお互いの調査に同行するなどして、スキル向上に努めました。
残された課題	申請から 30 日以内に認定結果を出さなければならないが、間に合わない件数も多い現状があります。（主治意見書の到着待ちや、審査会の件数制限の要因もあり）
今後の方向性	主任の調査員を中心に、学びあう機会を増やし、認定調査員のスキル向上に努めます。また、熊本都市圏連携中枢都市でタブレット導入を共同で検討しており、本町におけるメリットについて研究します。
第 8 期中に達成する目標	認定調査員それぞれが、1 件あたりに係る時間を短縮できるよう努め、今後増加するものと見込んでいる認定申請者に対応できる体制づくりを行います。

(2) 介護認定審査会

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。

1. 事業の内容

事業概要	菊池広域連合で認定審査会を実施するための事務を行います。
対象	大津町介護保険の被保険者
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。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
第7期までの達成状況					その他事業効果		
—					—		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	R2年度から認定調査員が7名のうち、2名を主任の認定調査員と位置づけ、認定審査会の調整も担当業務とし、認定審査会に対応する体制の強化を行いました。
残された課題	菊池広域連合に設置している認定審査会に諮ることができる件数が4市町で定量を割り当てられていることもあり、30日以内の認定ができないこともあります。
今後の方向性	認定審査会の準備に係る業務の削減や30日以内の認定完了に向けて菊池広域連合との協議を行います。
第8期中に達成する目標	増加する新規認定申請にも十分に対応し、30日以内の認定完了が可能となる体制を菊池広域連合と圏域4市町で構築を目指します。

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	介護給付費の不正又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	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ケアプラン 点検数	件	60	60	20	20	20	20
6 評価項目 平均点 (2 点満点)	点	1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9
第 7 期までの達成状況					その他事業効果		
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 7 期までに 解決した課題	町内全ての居宅介護支援事業所に対してケアプラン点検を継続して実施し、ケアプランの単純な記載漏れや記載誤りは改善がみられます。
残された 課題	自立支援に資するケアマネジメントを作成できるスキルの高いケアマネジャーが増加した事業所と、育成が必要であると思われる事業所と格差が生じています。
今後の 方向性	R2 年度以降は点検件数を減らし、1 件ごとにかかる時間を増やしてケアマネジャーと一緒に丁寧にケアプランの検討を行います。
第 8 期中に 達成する目標	大津町独自の 6 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 1.9 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8期において、「ケアプランの点検」及び「医療情報突合・縦覧点検」を最重点項目、第7期における「要介護認定の適正化」に加え、「住宅改修の点検」「福祉用具購入・貸与調査」を重点項目として、介護給付適正化の推進に取り組みます。

3つの柱	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%
		eラーニングシステムの登録と活用	登録率 100%
		認定調査員の研修実施	年1回以上
ケアマネジメントの適正化	★ケアプランの点検	課題整理総括表を利用した居宅サービス利用者のケアプラン点検	点検率 5%以上
		地域ケア会議等を活用したケアプラン点検	実施月数 6月
		住宅型有料老人ホーム等入居者のケアプラン点検	点検率 5%以上
	☆住宅改修の点検	施行前点検	点検率 100%
		建築・リハビリ専門職による施工前点検の体制構築	点検率 10%
	☆福祉用具購入・貸与調査	軽度者（要支援、要介護1）の福祉用具貸与点検	点検率 100%
サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化	★医療情報突合・縦覧点検	医療情報突合の実施	全月点検
		縦覧点検の実施	全月点検

★最重点項目

○ケアプランの点検

ケアプランの記載内容について、作成者に提出を求める等の方法により、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことで、個々の利用者の自立支援につながる真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供の改善を図ることを目的とします。

○医療情報突合・縦覧点検

医療情報突合については、介護保険サービス受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の是正を目的とします。

縦覧点検については、介護保険サービス受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況（請求明細書内容）を点検し、提供されたサービスの整合性及び算定回数を確認するとともに、必要に応じて過誤申立て等の適切な処置を行うことを目的とします。

☆重点項目

○要介護認定の適正化

要介護認定は全国統一の基準により実施するもので、認定調査の内容を市町村職員等が点検することで、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ることを目的とします。

このために、認定調査の実施状況の把握と認定調査員の質の向上が不可欠であり、委託により実施した認定調査が、認定調査員テキストが示す内容に基づいて適切に実施されているか点検を行うとともに、認定調査員の研修等に取り組むこととします。

○住宅改修の点検

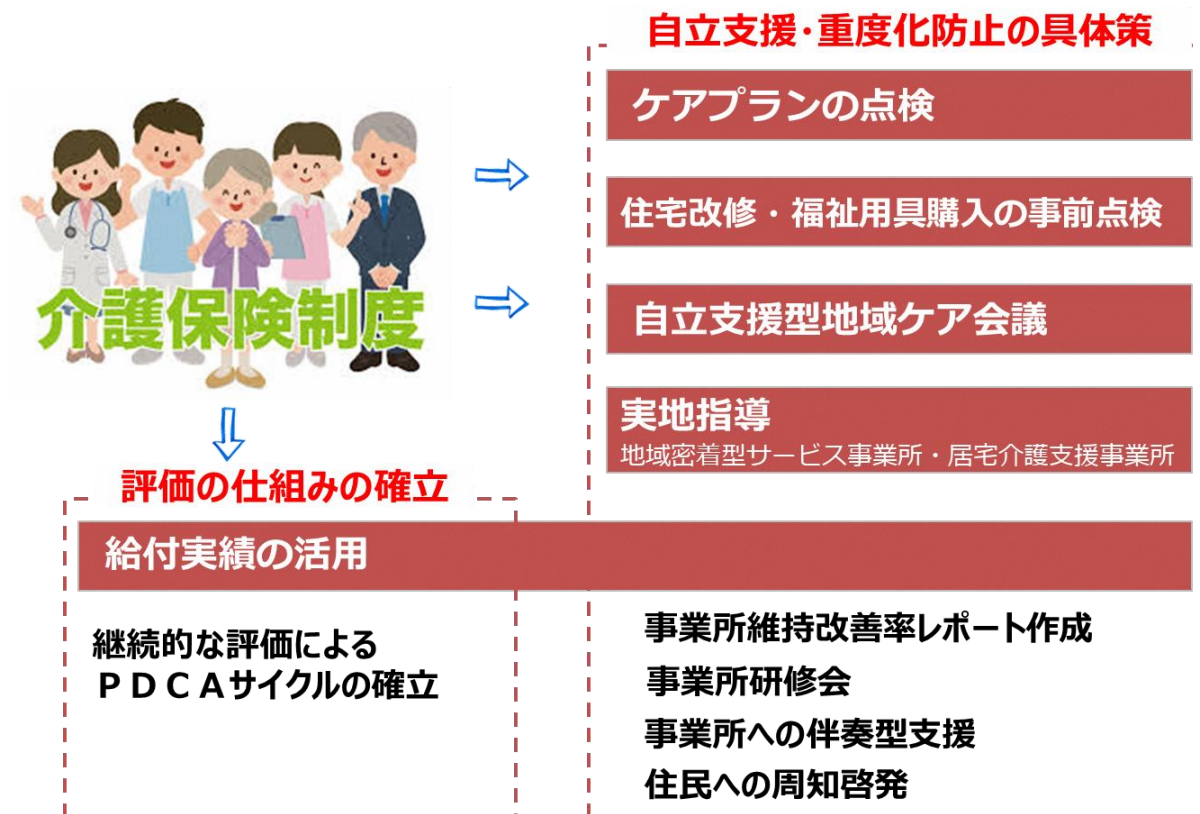
住宅改修においては、一般的にその改修費用が高額となる場合が多いこと、一度施工すると原状回復が困難であることから、施工前点検が重要となります。受給者の実態にそぐわない不適切または不要な住宅改修を施工前に是正することを目的とします。

このために、施工前の住宅改修支給申請書、工事見積書や施工後の改修箇所写真等の確認に加え、改修の内容が受給者の重度化防止や自立支援に資するものであるかケアプランで確認し、またその費用が適切であるか点検します。

○福祉用具購入・貸与調査

軽度者（要支援１・２、要介護１）の福祉用具の利用実態を把握し、不適切な福祉用具利用を是正することを目的とします。

本町が行った介護給付分析によると、要支援1の方の約4割、要介護1・2の方の約3割が1年後に介護度が重度化していたことから、第8期に向けて自立支援・重度化防止の推進と介護給付費等費用適正化事業の推進により、認定を受けている方が現在の心身機能を維持し自立した生活を続けることができる支援体制の拡充を図ります。



第7節 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

台風、局地的大雨や地震等の災害が起きたときに、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。

1. 事業の内容

事業概要	災害発生時に一般避難所で生活することが困難な高齢者や障がい者が、災害発生時に安心して避難できる福祉避難所の設置を行います。
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に、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に、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・災害対策本部）の連携体制の強化を図ります。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ケアマネジャーへの制度説明	回	1	1	1	1	1	1
ケアプランへの避難行動の記載率（ケアプラン点検分）	%	—	—	—	25	50	100
第7期までの達成状況					その他事業効果		
H28年の熊本地震では、4か所の福祉避難所に延べ2,276人の受け入れをしました。その後も、台風等の際に受け入れを行っています。					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7期までに 解決した課題	台風等では遅滞なく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。R2年度には、町防災訓練において、福祉避難所受け入れ訓練を実施し、福祉課・介護保険課の職員・保健師がスムーズに対応できるようになりました。
残された 課題	福祉避難が必要と思われる高齢者数と、福祉避難所で受け入れ可能な定員におおきな差があるため、大規模災害でもスムーズに福祉避難所への避難誘導ができる体制を再構築する必要があります。また、一般避難所においても避難生活ができるような福祉的配慮を実施し、一般避難所での受け入れ能力の向上となるような環境整備を進めることも必要です。
今後の 方向性	福祉避難が必要な高齢者数の精査と、福祉避難所のマッチングを事前に行いスムーズな避難誘導ができる状態を目指します。また、福祉的配慮を施した一般避難所の整備も並行的に進めます。 (福祉避難の対象者は、医療行為の必要性が低く、介護が必要な状態の高齢者を想定しています。また、避難生活が長引くような場合は、福祉避難を行った後に、ケアマネジャーの調整により短期入所サービスの利用に移行し、より安全な環境において生活できるよう随時見直しを行うことを想定しています。)
第8期中に 達成する目標	避難行動要支援者支援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、一般避難所の担当課である総務課と連携し、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

新型コロナウイルス感染症をはじめとする感染症対策に強い施設づくりを目指し、高齢者が安心してサービスを利用できるよう努めます。

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	業務継続計画（BCP）を策定する施設等を増やし、感染症の流行や災害が発生しても介護サービス等の提供を継続できる「強い」施設づくりを目指します。

2. 事業活動と成果

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
情報提供回数	回	—	45	60	20	10	5
業務継続計画策定割合	%	—	—	—	25	50	100
第7期までの達成状況					その他事業効果		
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を行いました。					新型コロナウイルス感染症では、介護関係の施設等における発生はありません（R2年12時点）		

3. 事業評価と今後の取組

第7期までに解決した課題	メールの配信体制や、ホームページの特設ページの開設を行い情報提供ができました。
残された課題	国が業務継続計画の作成にかかる参考様式を示したことから、今後各施設等での作成を促進する必要があります。
今後の方向性	業務継続計画の作成を求めています。また、そこで課題が見つかった場合は、町で支援できることがないか検討を行います。
第8期中に達成する目標	全ての施設等で業務継続計画が作成されるよう推進します。

(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をはじめとする感染症拡大防止のために、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

指標	単位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
補助金による経済的支援	回	0	0	1	0	0	0
備蓄している事業所の割合	%	—	—	—	100	100	100
第7期までの達成状況					その他事業効果		
新型コロナウイルス緊急対策支援事業として、町内全ての事業所等を対象に、備品や衛生用品を購入できる補助金を交付しました。					町備蓄分、県提供分、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7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、事業所等に衛生用品等の備蓄を促進しました。また、クラスター発生に備え、一定量の備蓄を行いました。
残された課題	衛生用品の価格高騰が依然として続いており、事業所等の経済的負担増が懸念されます。
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することで、事業所の経済的負担を軽減します。
第8期中に達成する目標	事業所等の衛生用品の備蓄率100%を目指します。

第2章 介護保険事業の展開

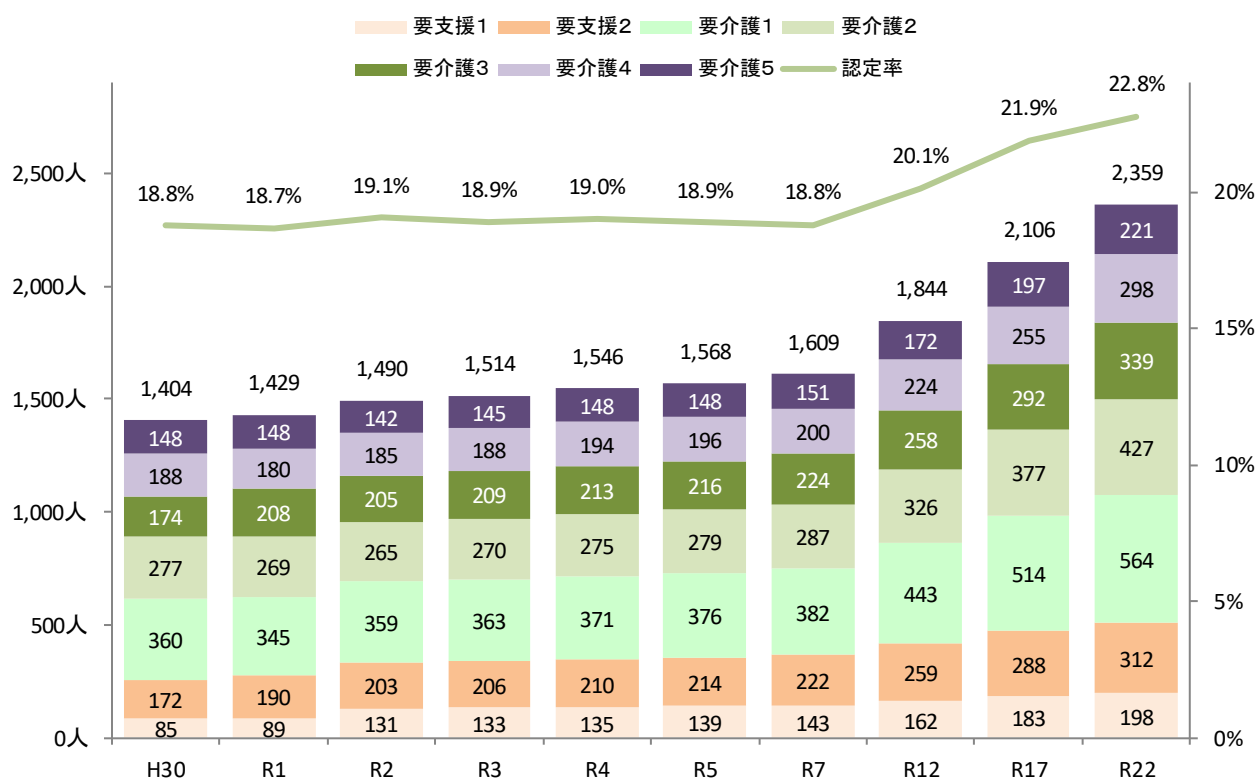
第1節 認定者等の推移と予測

1 認定者の状況と今後の予測

認定者は、平成30年度に1,404人となっていました。令和2年度は1,490人（86人の増加）となっています。

今後の予測は、令和5年度に1,568人となり、令和2年度と比較して78人の増加となります。

さらに、令和7年度には1,609人となると予測されます。



H30：年報、R1：月報12か月分の平均、R2以降：推計値

（第1部 総論の「介護度別認定者数の推移」の数値と異なります。）

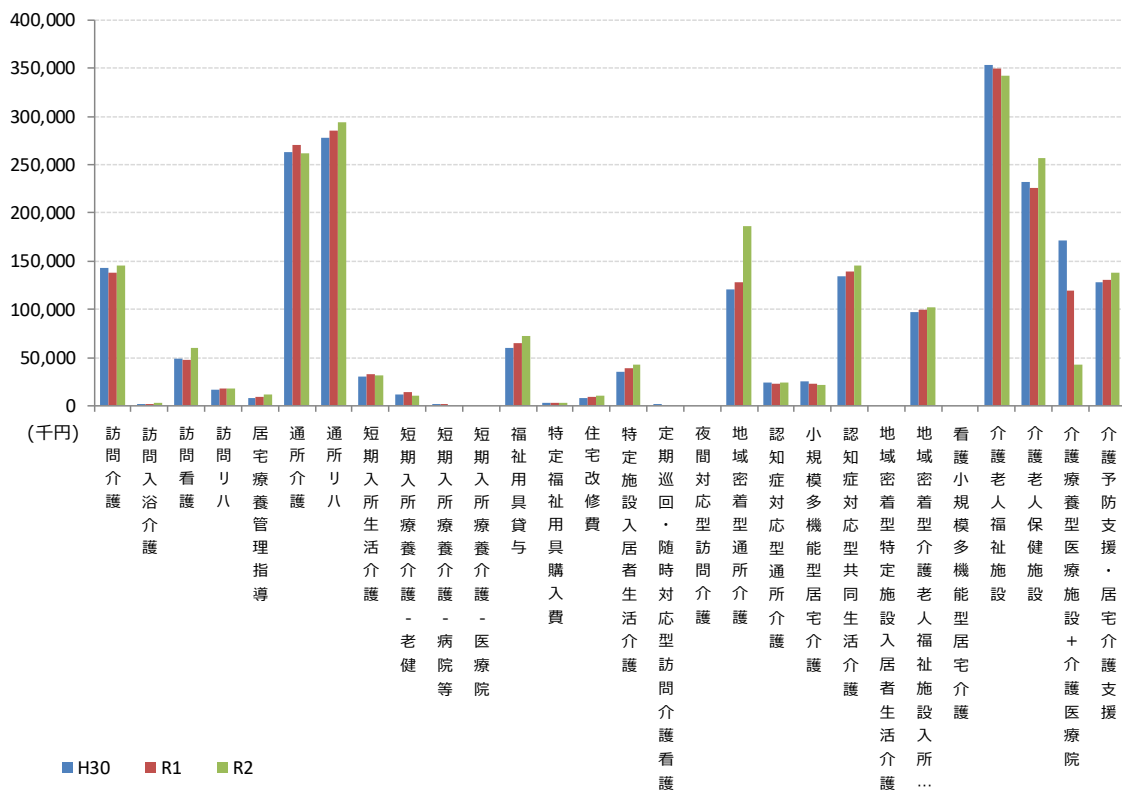
2 前期計画の評価

(1) 前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、平成 30 年度の 21 億 9,591 万円から、令和 2 年度は 22 億 2,445 万円と見込んでおり、2,854 万円の増加（平成 30 年度比 101%）となります。

給付費のサービス種類別内訳では、平成 30 年度比で、居宅サービスは 110%、居住系サービスは 111%、施設サービスは 87%と見込んでいます。

	H30	R1	前年比	R2	前年比	前々年比
居宅サービス(千円)	1,172,082	1,201,266	102.5%	1,290,391	107.4%	110.1%
居住系サービス(千円)	169,322	178,839	105.6%	188,166	105.2%	111.1%
施設サービス(千円)	854,431	794,827	93.0%	745,901	93.8%	87.3%
総計(千円)	2,195,836	2,174,933	99.0%	2,224,458	102.3%	101.3%



総給付費の実績値は、計画値に比べ令和元年度時点で 91.1%にとどまっています。

サービスの利用が増加した状況下のデータで推計しましたが、熊本地震の影響で計画していたよりも、実績が伸びていない状況です。特に施設サービスについては、当分の間増加するものと見込んでいましたが、認定率の軽度化も影響し減少しました。

反対に居宅サービスや居住系サービスが増加しています。

保険料収入が必要額よりも剰余しており、基金に積み立てを行っています。（1 億 4 千万円）

第2節 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、2025年（令和7年）を見据えた介護保険事業計画の策定（地域包括ケア計画、中長期的な推計）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2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 認知症対応型共同生活介護				
新規整備数	0	2	0	0
整備総数	5	7	7	7
定員総数	45	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

本町の施設待機者数は、令和元年4月時点で33人となり、前回調査（平成28年7月）の17人から約2倍に増加しており、施設整備の必要性はありと考えられます。

	在宅	在宅以外	合計
待機者数	4	29	33



医療機関	介護老人 保健施設	グループ ホーム	有料老人 ホーム	その他
11	13	1	3	1

一方で、従事する職員確保を考えると、近隣の市町村では、地域密着型特別養護老人ホームを整備しても、介護職員が充足できず一部未開設の事例があるなど、介護職員の不足が懸念されます。

また、仮に施設整備を行った場合、それまで在宅サービスの事業所に勤務していた介護職員が、施設に転職することも想像することができ、在宅サービスを担う介護職員が減少するといったことも懸念されます。

さらに、令和2年8月に実施した町内28法人に対する意向調査では、施設整備意向を持つ法人はありませんでした。

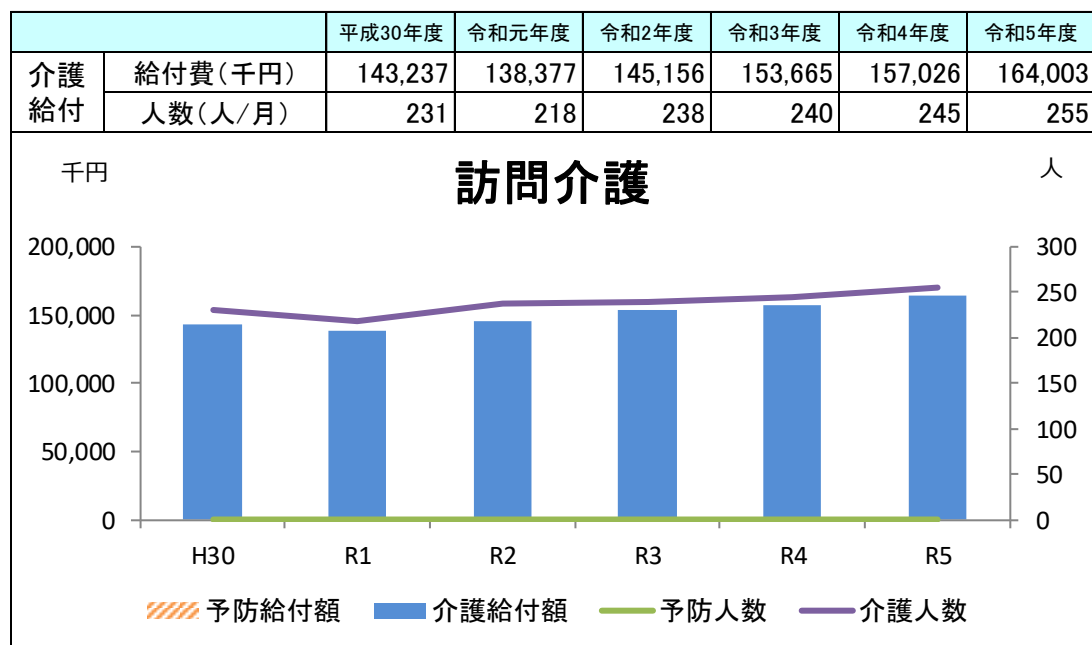
このような状況を総合的に勘案すると、現状のままでは、本町が施設整備を計画しても、実際に整備（実現）できるかどうか不透明であり、計画倒れになる可能性が高いと言えます。

そのため、第8期での施設整備は見送る一方で、介護人材確保の施策を強化することで人員基盤整備を図り、第9期以降、しかるべきタイミングでの施設整備を目指します。

3 居宅サービス

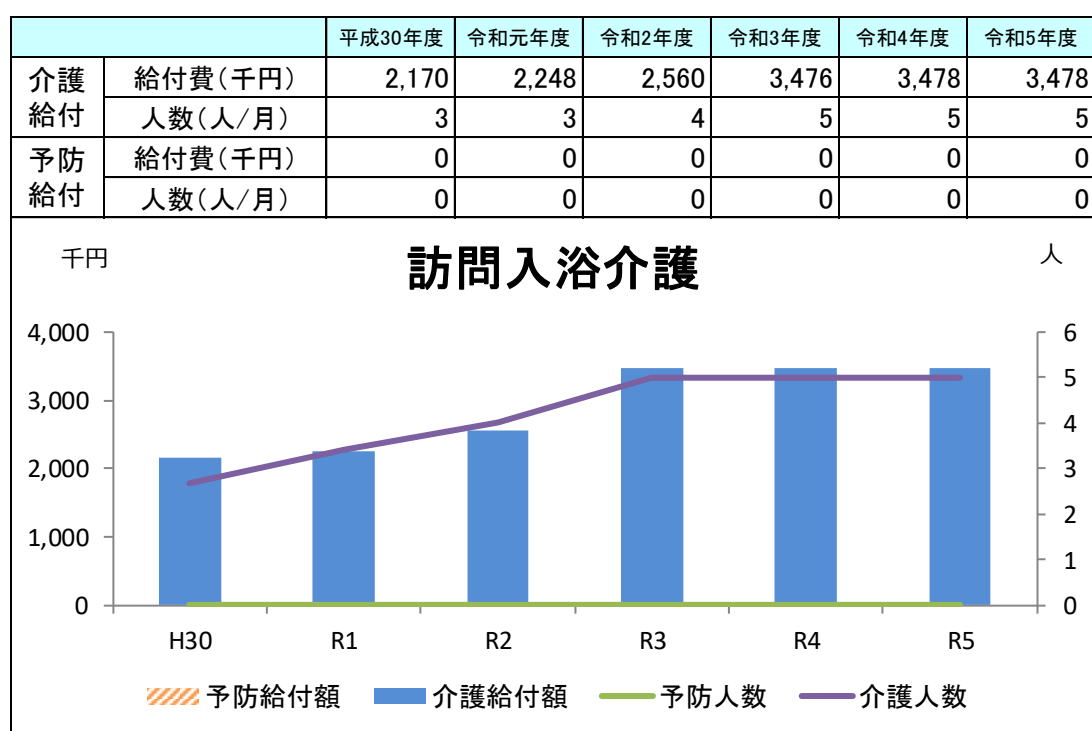
(1) 訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプ）

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。



(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

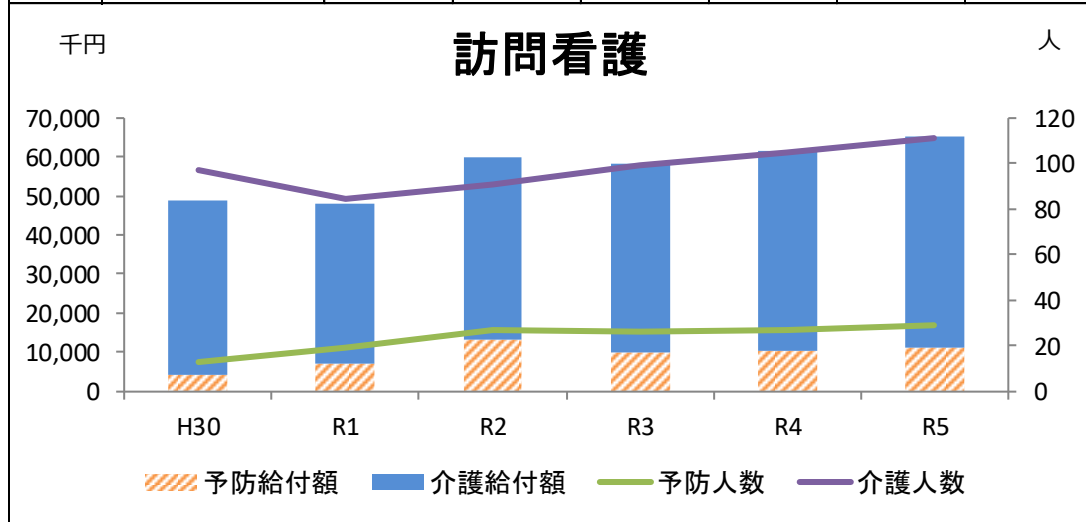
浴槽を積んだ入浴車などで自宅を訪問して、入浴の介助を行います。



(3) 訪問看護・介護予防訪問看護

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。

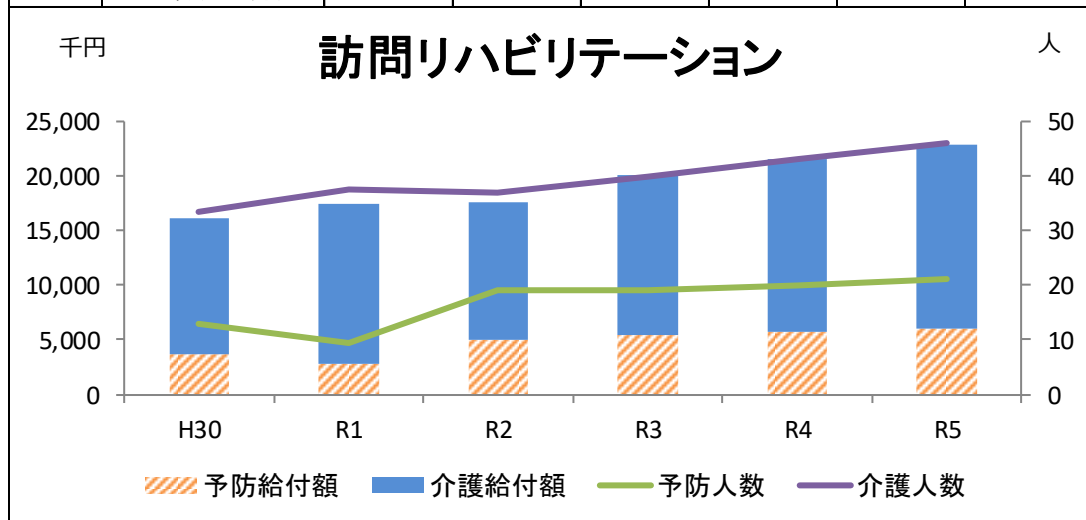
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	44,785	41,160	46,721	48,477	51,457	54,409
	人数(人/月)	97	84	91	99	105	111
予防 給付	給付費(千円)	4,212	6,982	13,144	9,820	10,275	10,988
	人数(人/月)	13	19	27	26	27	29



(4) 訪問リハビリテーション・介護予防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。

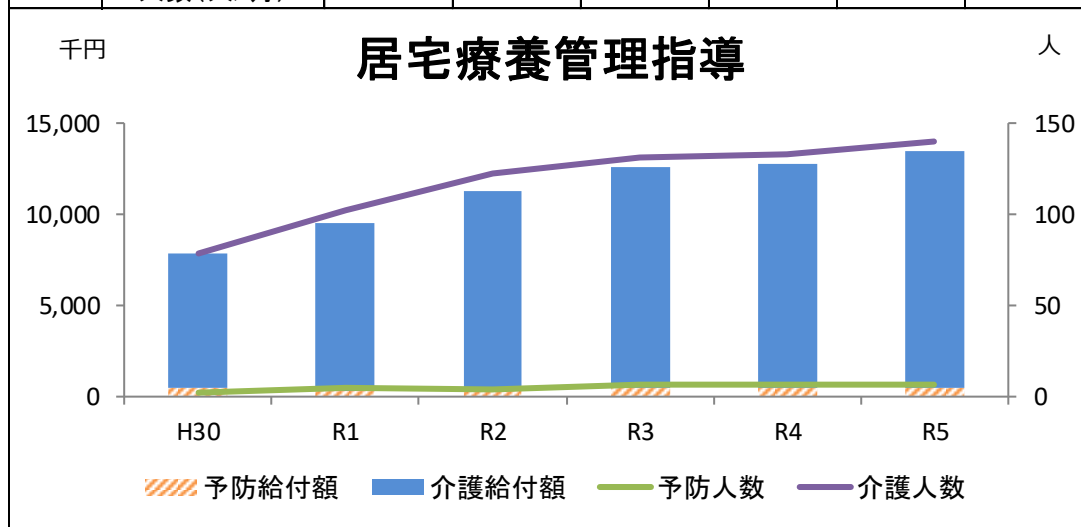
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	12,376	14,562	12,634	14,735	15,811	16,878
	人数(人/月)	34	38	37	40	43	46
予防 給付	給付費(千円)	3,748	2,871	5,038	5,371	5,688	6,002
	人数(人/月)	13	10	19	19	20	21



（５）居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

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。

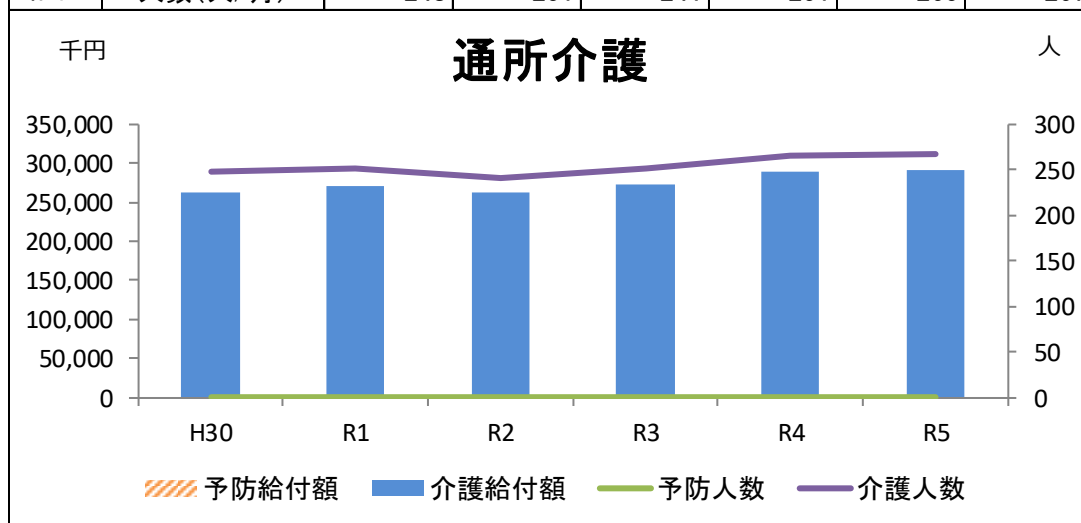
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	7,401	9,251	10,947	12,105	12,298	12,954
	人数(人/月)	78	102	122	131	133	140
予防 給付	給付費(千円)	407	277	338	492	492	492
	人数(人/月)	2	4	4	6	6	6



（６）通所介護（デイサービス）

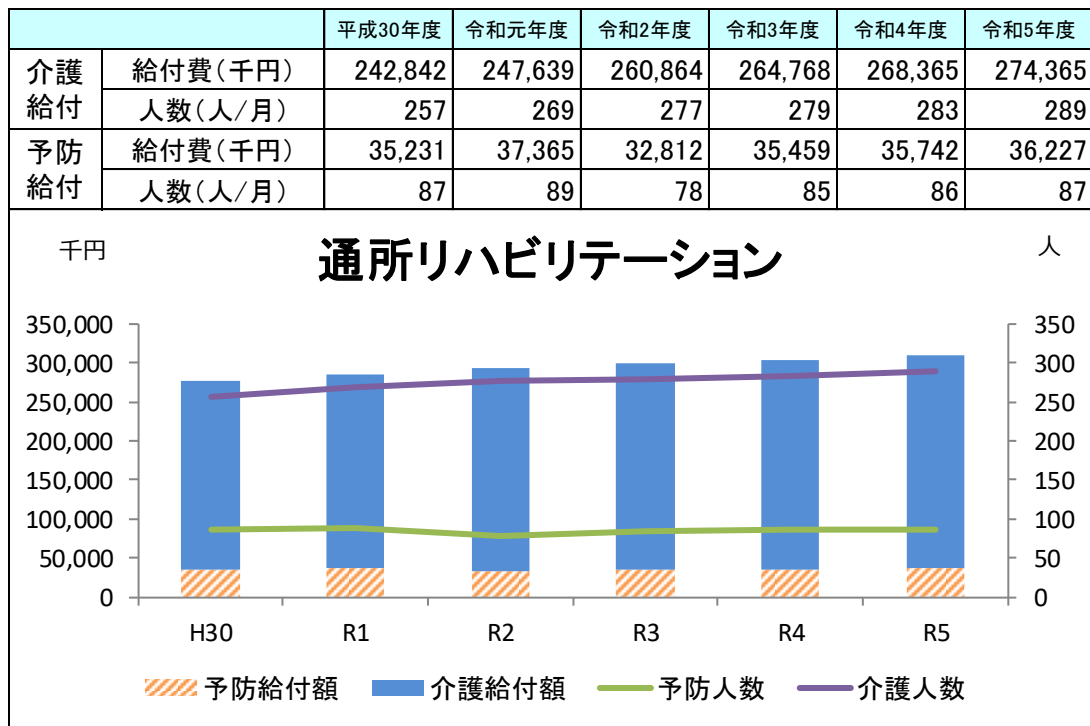
デイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行います。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	263,269	270,290	262,163	273,859	289,659	291,478
	人数(人/月)	248	251	241	251	265	267



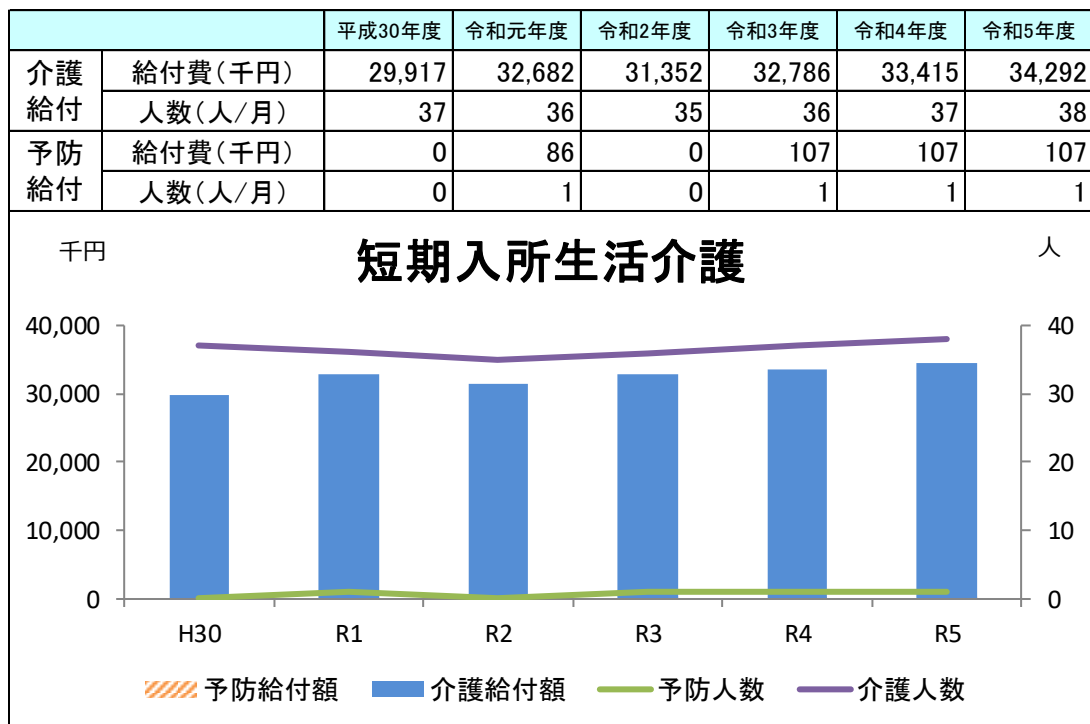
(7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います。



(8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

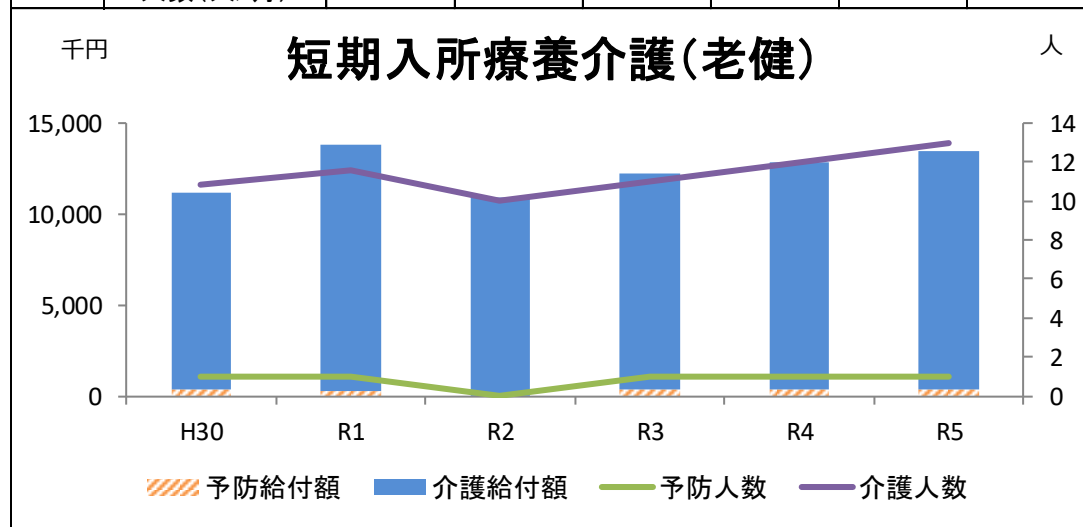
施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。



(9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（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。

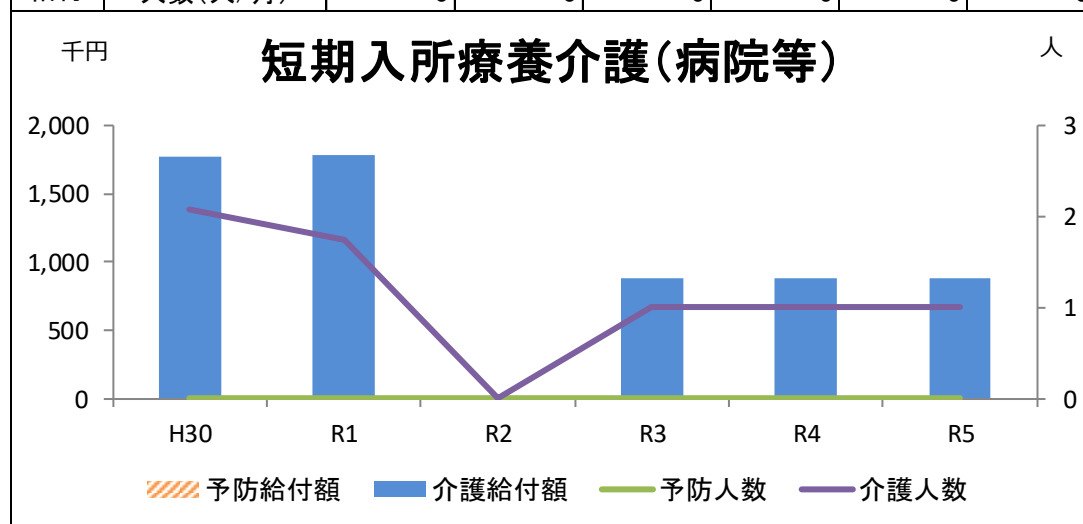
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	10,848	13,492	10,949	11,894	12,516	13,090
	人数(人/月)	11	12	10	11	12	13
予防 給付	給付費(千円)	318	312	0	371	371	371
	人数(人/月)	1	1	0	1	1	1



(10) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）

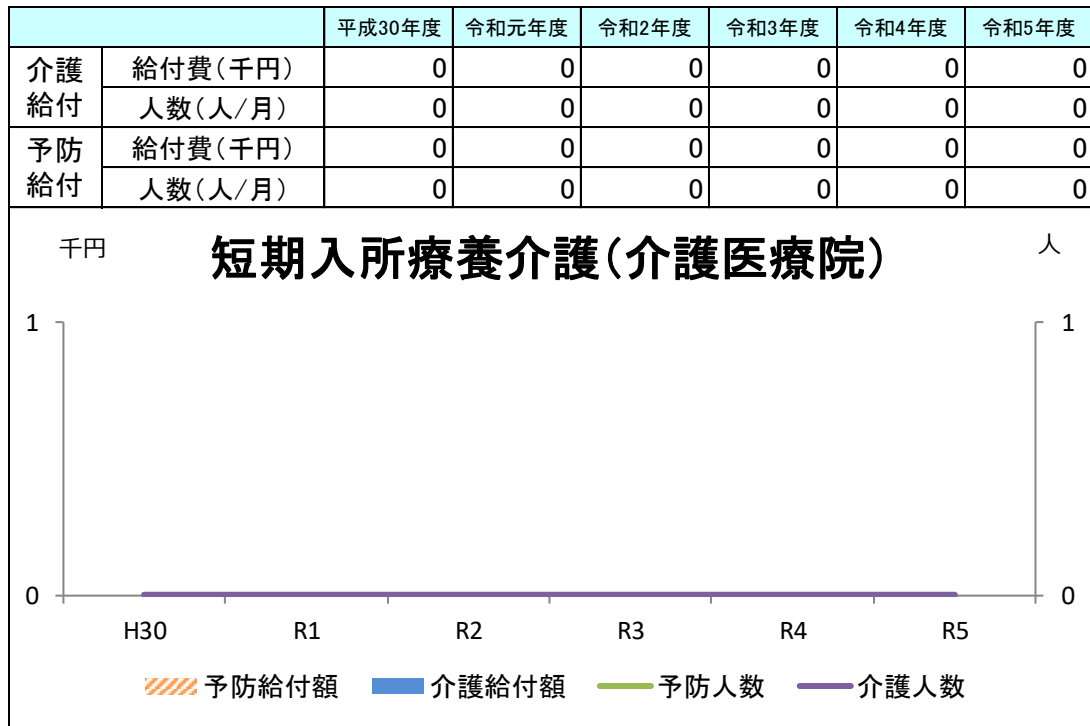
病院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	1,776	1,787	0	881	882	882
	人数(人/月)	2	2	0	1	1	1
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



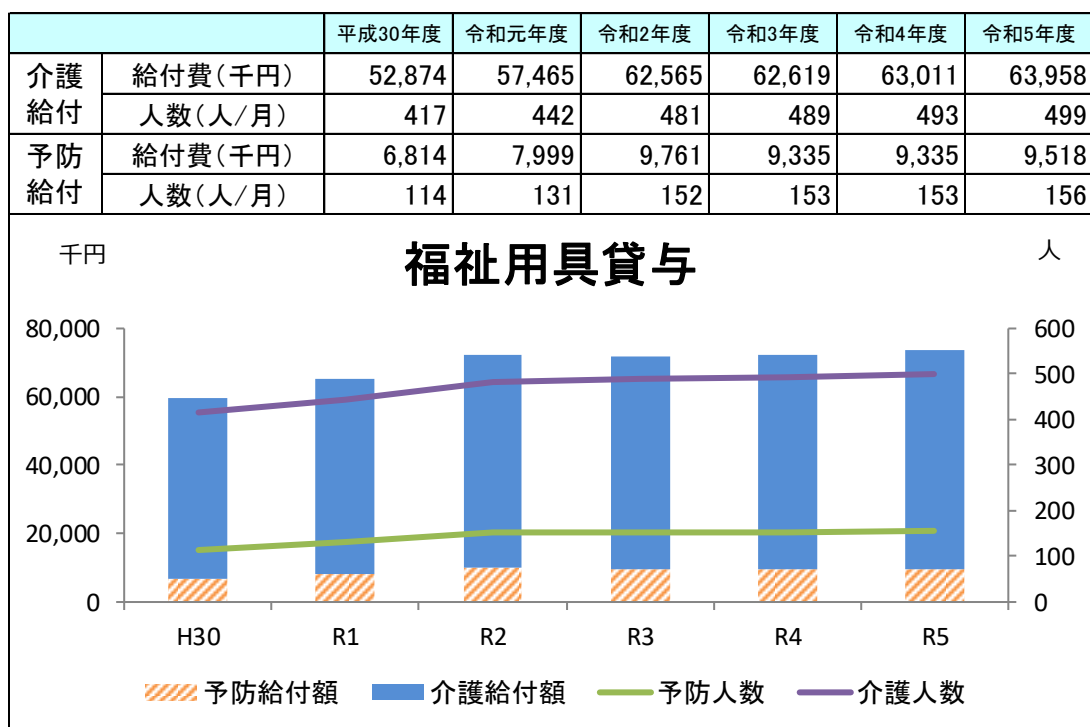
(11) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（介護医療院）

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。



(12) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

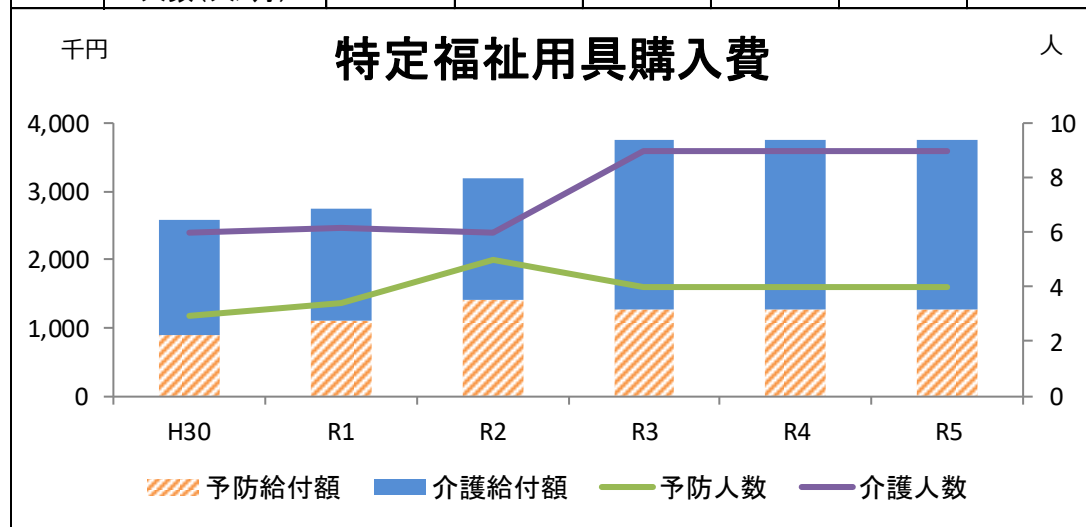
心身の機能が低下した人に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフトなど、日常生活を助ける用具を貸与します。



(13) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

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。

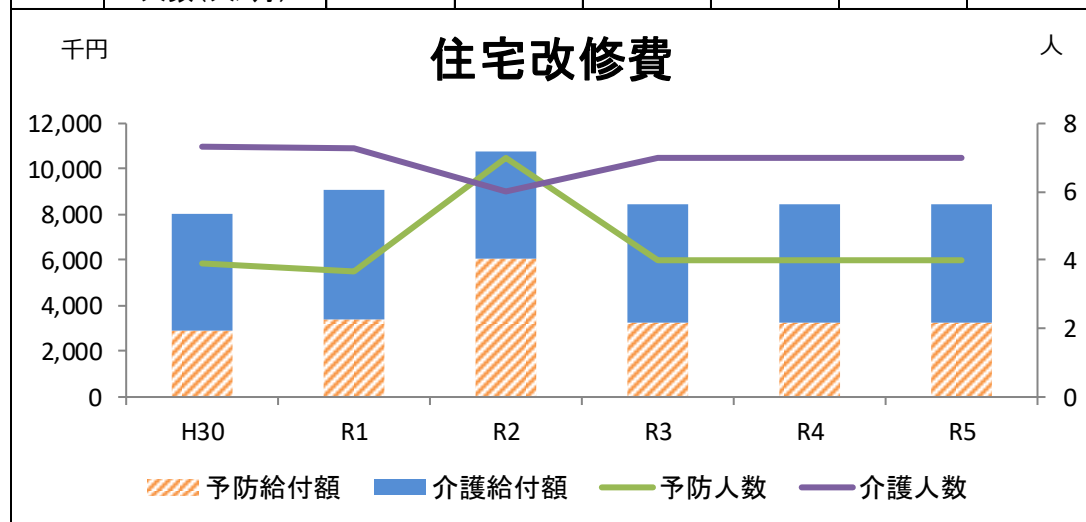
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	1,707	1,629	1,777	2,483	2,483	2,483
	人数(人/月)	6	6	6	9	9	9
予防 給付	給付費(千円)	884	1,106	1,413	1,260	1,260	1,260
	人数(人/月)	3	3	5	4	4	4



(14) 住宅改修

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。

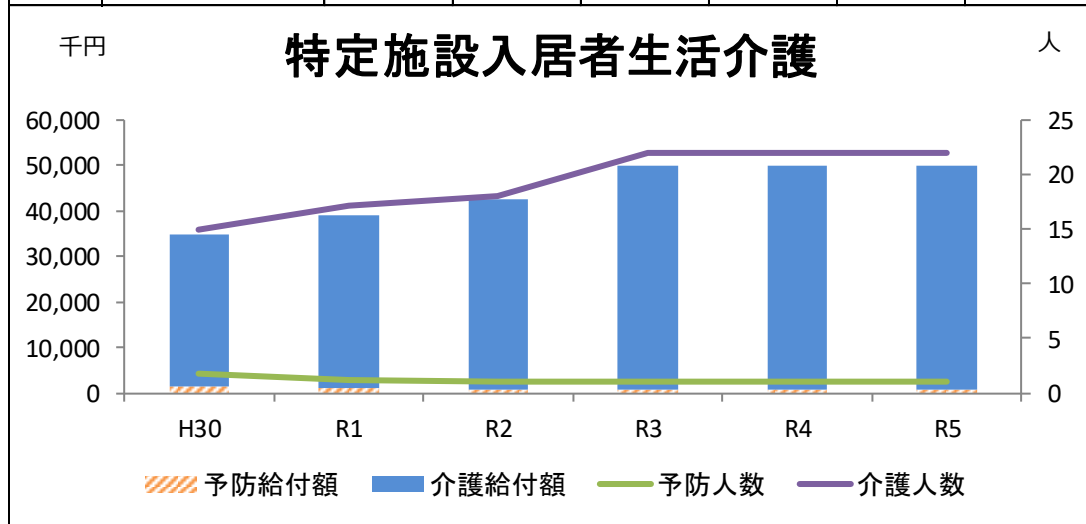
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	5,119	5,695	4,694	5,156	5,156	5,156
	人数(人/月)	7	7	6	7	7	7
予防 給付	給付費(千円)	2,890	3,382	6,058	3,272	3,272	3,272
	人数(人/月)	4	4	7	4	4	4



(15) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

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。

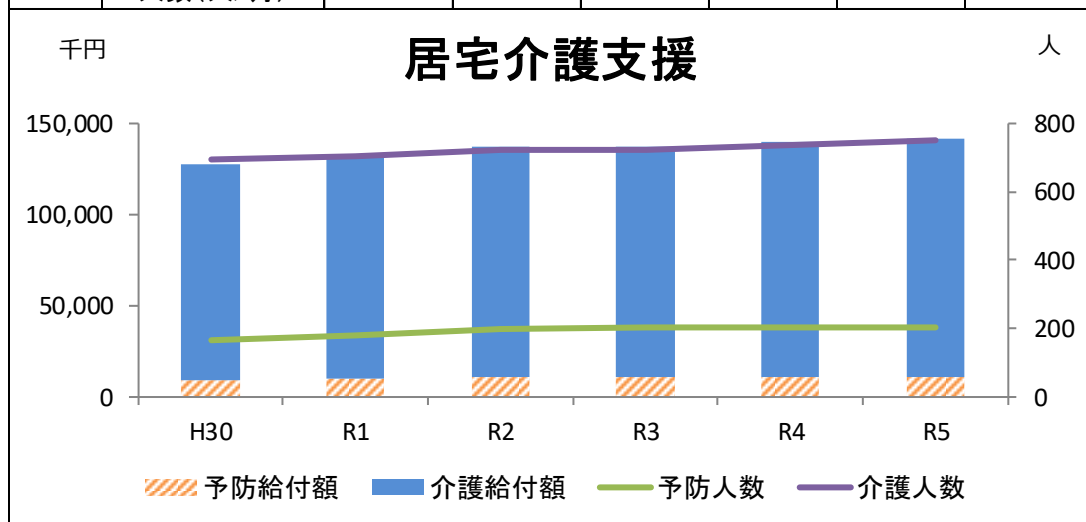
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	33,214	37,992	41,853	49,231	49,258	49,258
	人数(人/月)	15	17	18	22	22	22
予防 給付	給付費(千円)	1,587	986	707	681	681	681
	人数(人/月)	2	1	1	1	1	1



(16) 居宅介護支援・介護予防支援

「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。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	118,940	121,644	126,895	126,137	128,645	130,474
	人数(人/月)	695	704	723	724	738	749
予防 給付	給付費(千円)	8,672	9,550	10,682	10,795	10,855	10,908
	人数(人/月)	165	180	199	202	203	204

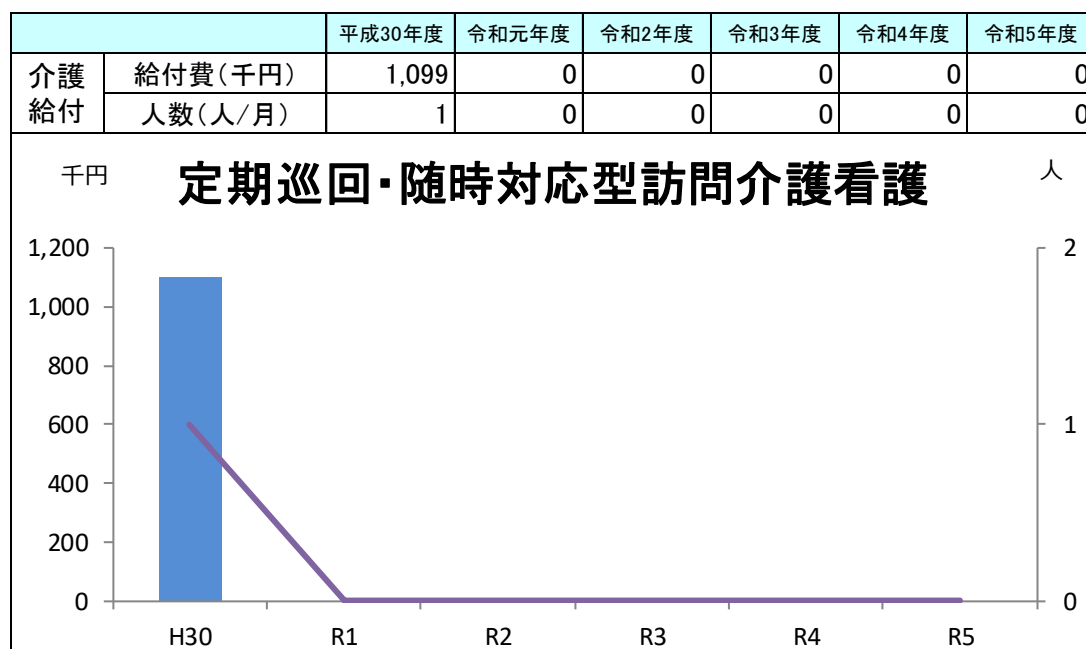


4 地域密着型サービス

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。

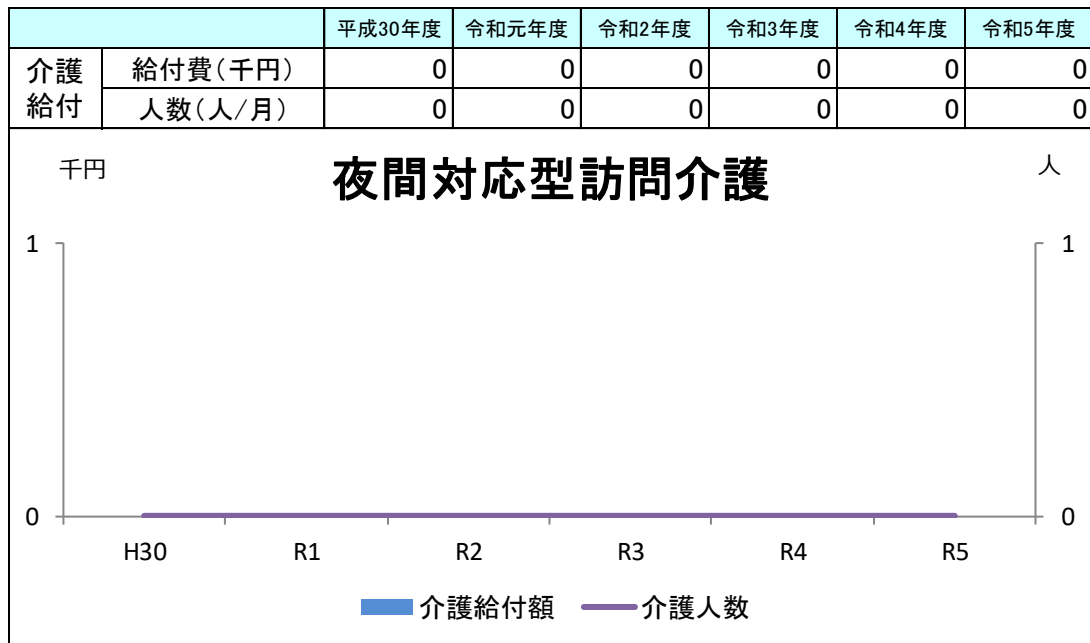
（１）定期巡回・随時対応サービス

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



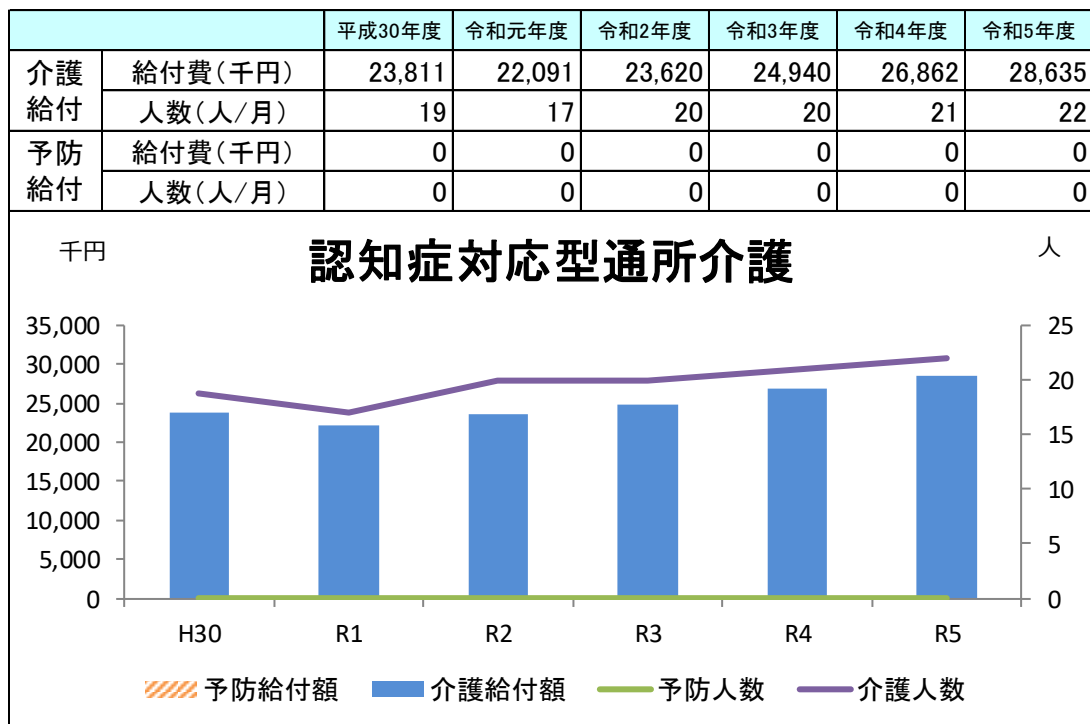
(2) 夜間対応型訪問介護

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。



(3) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

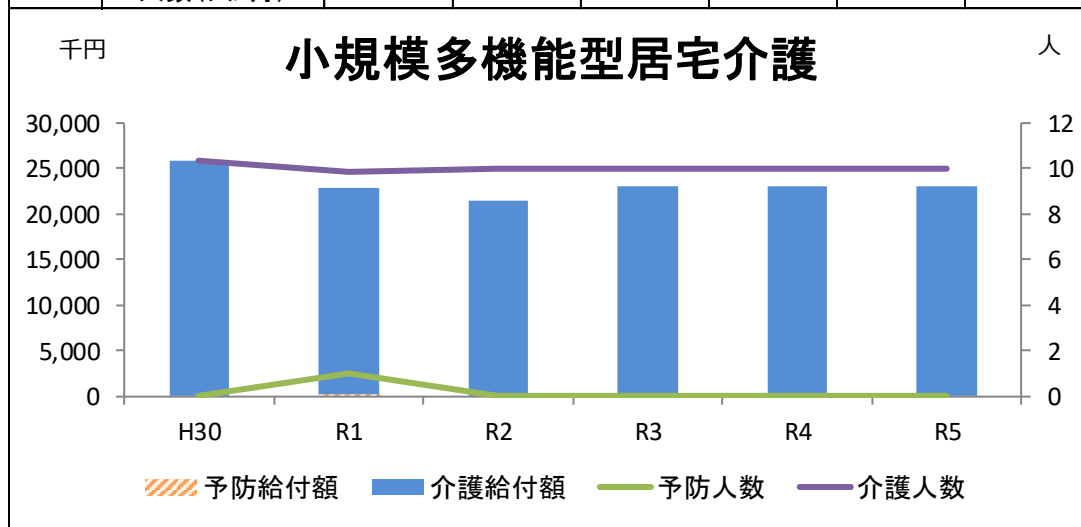
認知症の高齢者がデイサービスセンターなどに通い、機能訓練などを行います。



(4) 小規模多機能型居宅介護・介護予防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。

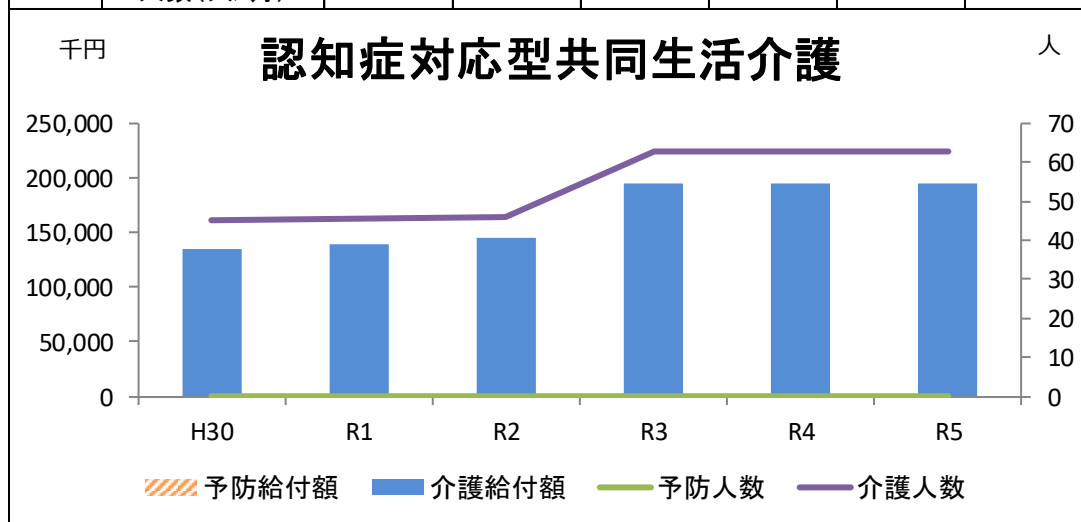
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	25,829	22,655	21,523	23,039	23,052	23,052
	人数(人/月)	10	10	10	10	10	10
予防 給付	給付費(千円)	0	181	0	0	0	0
	人数(人/月)	0	1	0	0	0	0



(5) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

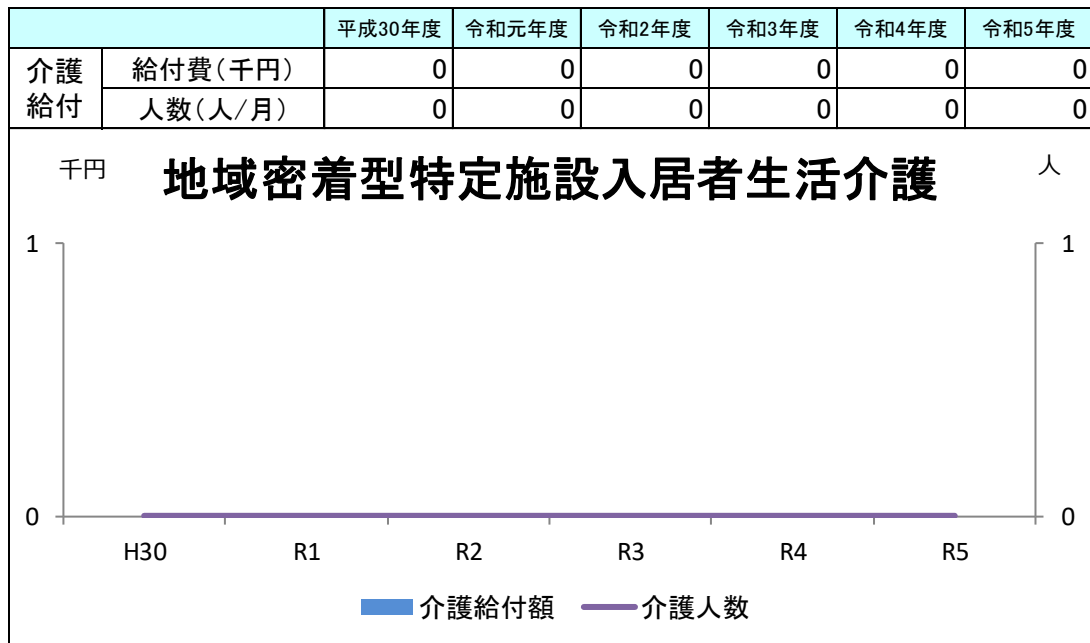
安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の世話や機能訓練などを行います。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	134,522	139,861	145,606	194,862	194,971	194,971
	人数(人/月)	45	46	46	63	63	63
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



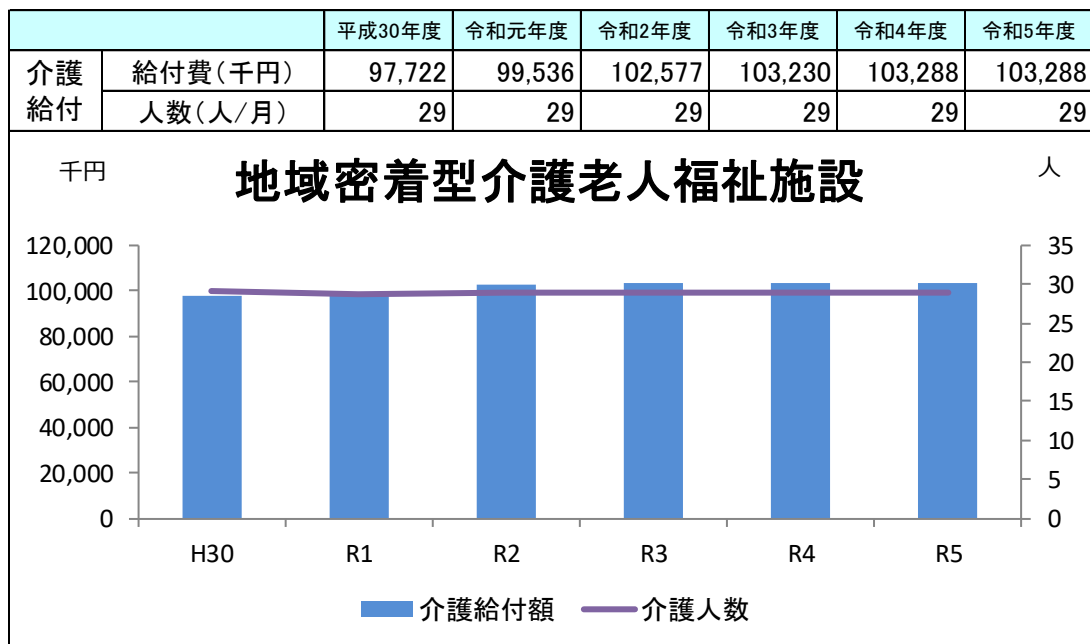
(6) 地域密着型特定施設入居者生活介護

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。



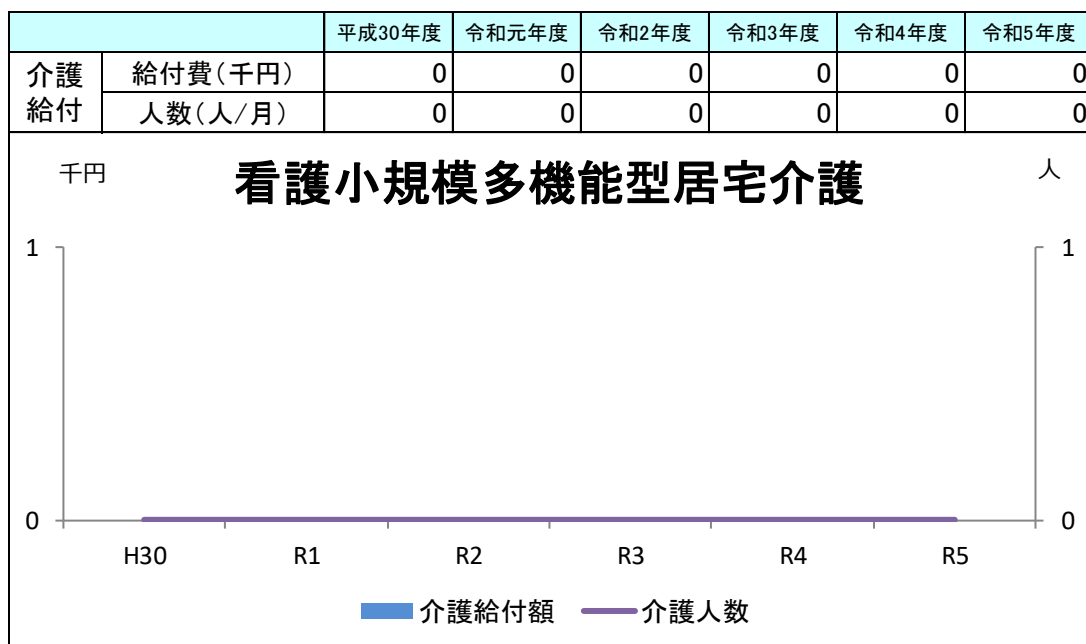
(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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。



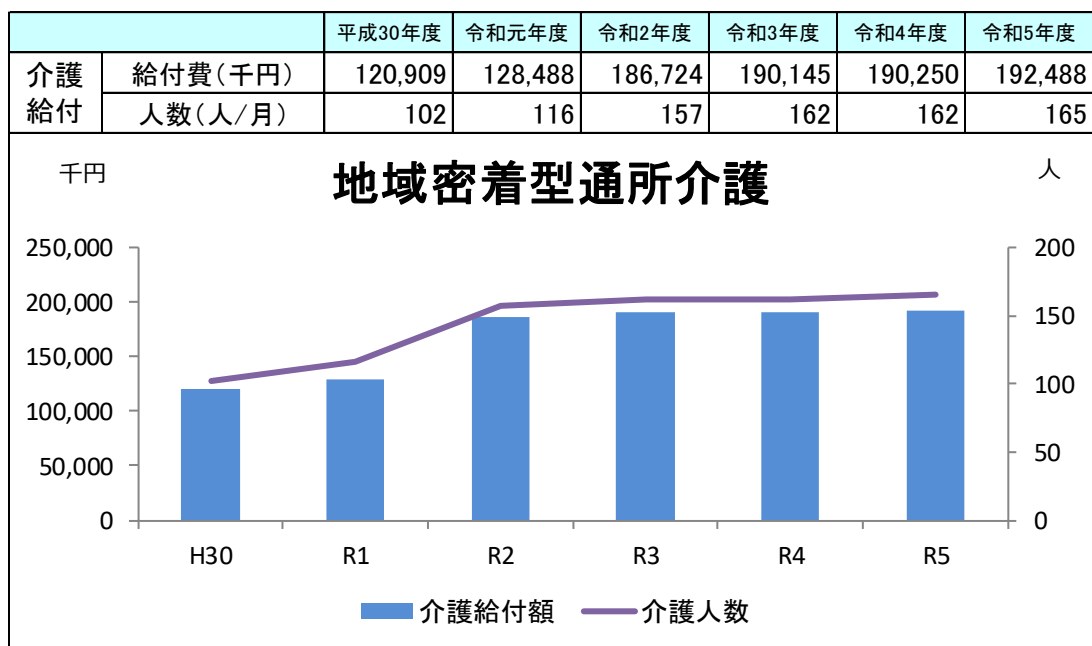
（８）看護小規模多機能型居宅介護

「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。



（９）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。



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みます。

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。

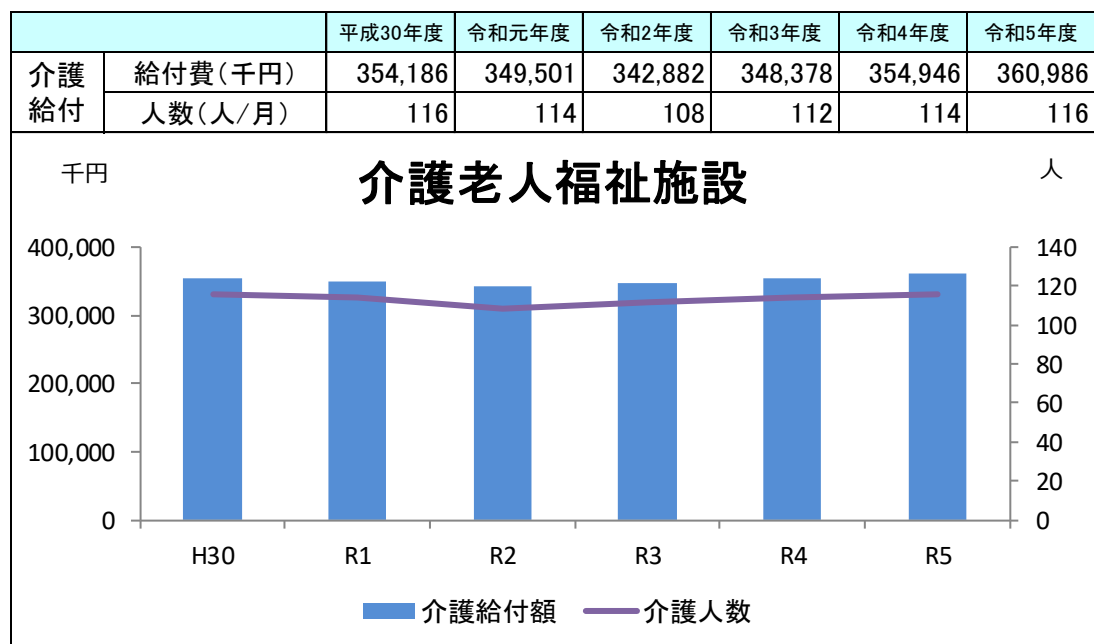
そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

なお、平成30年4月に「介護医療院」が創設されるとともに、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。

しかし、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。

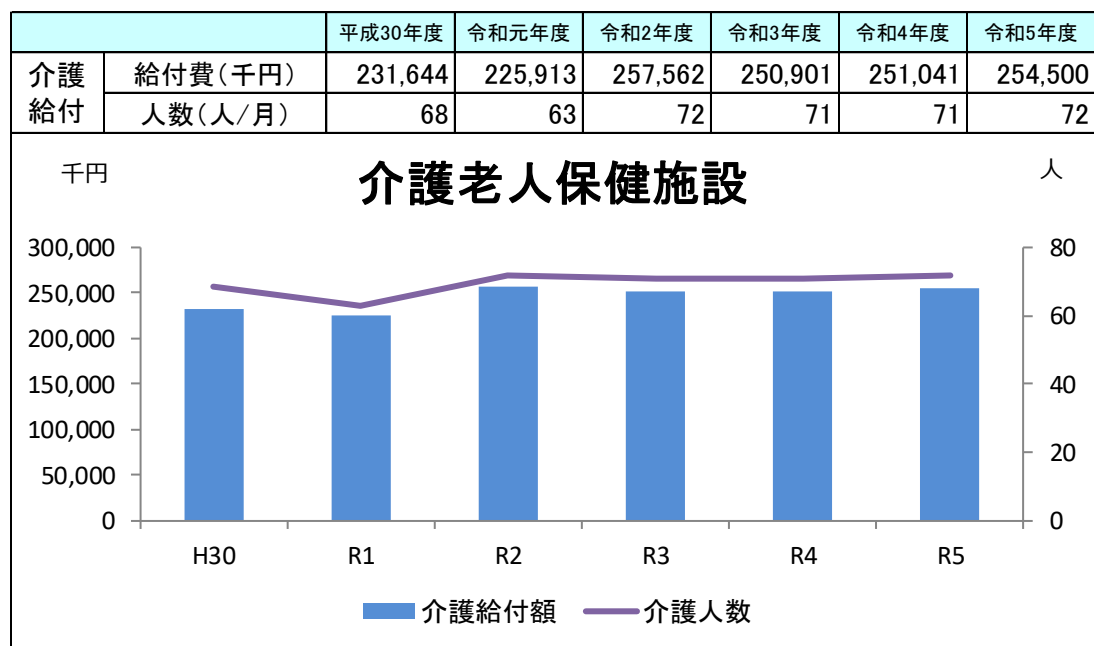
（１）介護老人福祉施設

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。



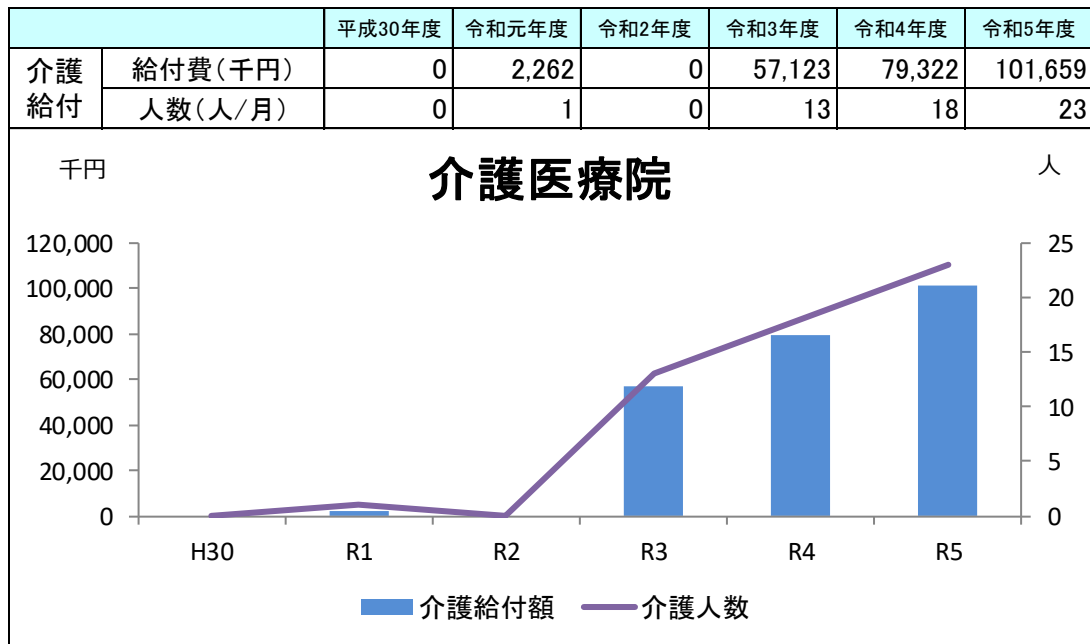
（２）介護老人保健施設

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。



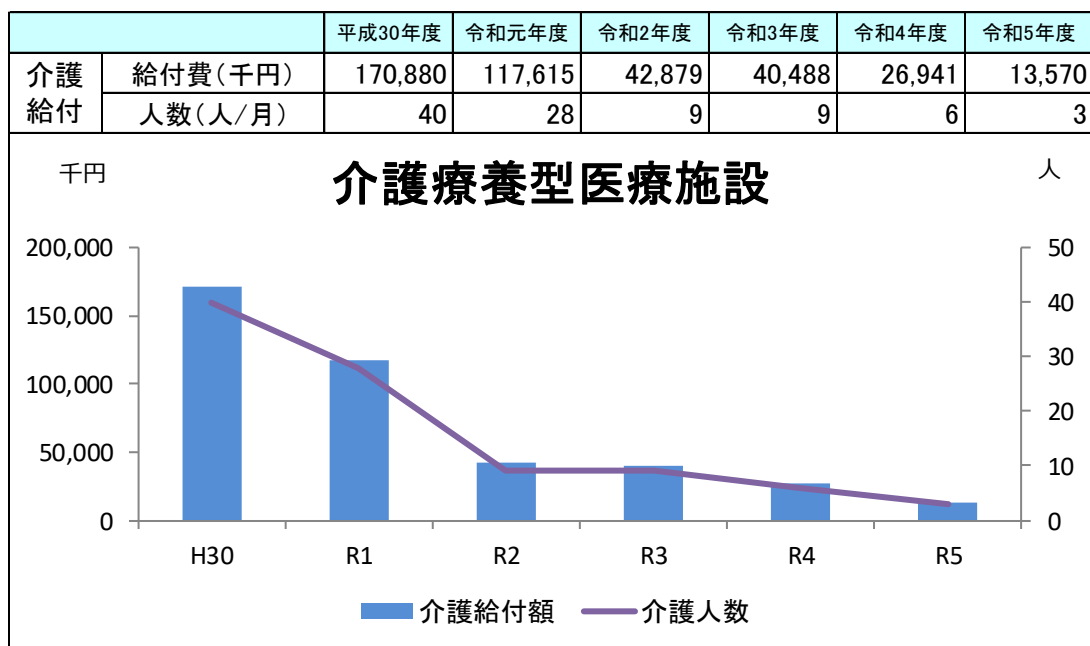
(3) 介護医療院

「介護医療院」は、介護療養型医療施設からの新たな転換先（新介護保険施設）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。



(4) 介護療養型医療施設

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な方が入所し、医療、療養上の管理、看護などを行う施設サービスです。



第3章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

第1節 介護保険事業費の算出

1 事業費算出の流れ

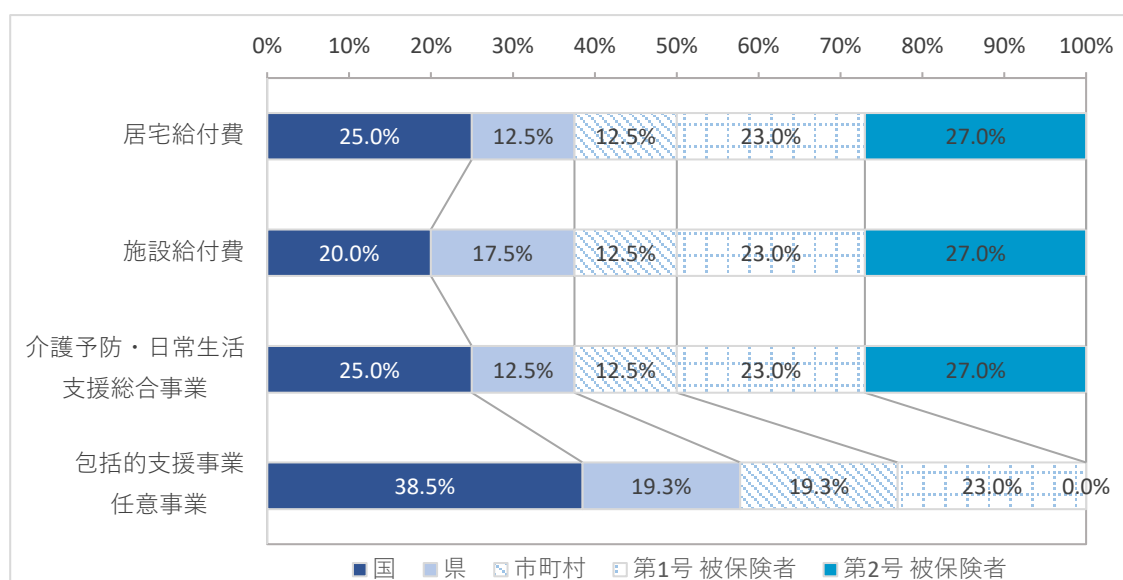
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

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、第8期の第1号被保険者の保険料負担割合は第7期と変わらず23.0%に据え置きとなっています。

	国	県	市町村	第1号被保険者	第2号被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防・日常生活支援 総合事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	—



2 事業費の見込み

(1) 予防給付費

予防給付費は、計画期間における、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3年度	令和4年度	令和5年度
(1)介護予防サービス	66,168	67,223	68,918
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	9,820	10,275	10,988
介護予防訪問リハビリテーション	5,371	5,688	6,002
介護予防居宅療養管理指導	492	492	492
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	35,459	35,742	36,227
介護予防短期入所生活介護	107	107	107
介護予防短期入所療養介護(老健)	371	371	371
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	9,335	9,335	9,518
特定介護予防福祉用具購入費	1,260	1,260	1,260
介護予防住宅改修	3,272	3,272	3,272
介護予防特定施設入居者生活介護	681	681	681
(2)地域密着型介護予防サービス	0	0	0
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	0	0	0
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	10,795	10,855	10,908
合計	76,963	78,078	79,826

(2) 介護給付費

介護給付費は、計画期間における、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3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 居宅サービス	936,135	964,815	986,684
訪問介護	153,665	157,026	164,003
訪問入浴介護	3,476	3,478	3,478
訪問看護	48,477	51,457	54,409
訪問リハビリテーション	14,735	15,811	16,878
居宅療養管理指導	12,105	12,298	12,954
通所介護	273,859	289,659	291,478
通所リハビリテーション	264,768	268,365	274,365
短期入所生活介護	32,786	33,415	34,292
短期入所療養介護(老健)	11,894	12,516	13,090
短期入所療養介護(病院等)	881	882	882
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	62,619	63,011	63,958
特定福祉用具購入費	2,483	2,483	2,483
住宅改修費	5,156	5,156	5,156
特定施設入居者生活介護	49,231	49,258	49,258
(2) 地域密着型サービス	536,216	538,423	542,434
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	190,145	190,250	192,488
認知症対応型通所介護	24,940	26,862	28,635
小規模多機能型居宅介護	23,039	23,052	23,052
認知症対応型共同生活介護	194,862	194,971	194,971
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	103,230	103,288	103,288
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
(3) 施設サービス	696,890	712,250	730,715
介護老人福祉施設	348,378	354,946	360,986
介護老人保健施設	250,901	251,041	254,500
介護医療院	57,123	79,322	101,659
介護療養型医療施設	40,488	26,941	13,570
(4) 居宅介護支援	126,137	128,645	130,474
合計	2,295,378	2,344,133	2,390,307

3 その他の給付等の見込み

(1) 標準給付費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費(円)	2,372,341,000	2,422,211,000	2,470,133,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	66,121,532	61,496,953	62,390,736
高額介護サービス費等給付額(円)	50,382,961	51,021,420	51,762,324
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	6,500,000	6,500,000	6,500,000
算定対象審査支払手数料(円)	2,699,970	2,969,960	3,266,970
標準給付費見込額(円)	2,498,045,463	2,544,199,333	2,594,053,030

(2) 地域支援事業費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	85,876,000	87,249,846	88,600,028
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	51,184,264	51,600,000	52,000,000
包括的支援事業(社会保障充実分)	14,581,256	14,720,000	14,720,000
地域支援事業費(円)	151,641,520	153,569,846	155,320,028

(3) 準備基金の残高と取崩額

	R3~5
準備基金の残高(令和2年度末)(円)	187,602,077
準備基金取崩額(第8期)(円)	0

(4) 市町村特別給付費等

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
市町村特別給付費等(円)	0	0	0

(5) 保険者機能強化推進交付金等

	R3~5
保険者機能強化推進交付金等(円)	12,000,000

(6) 予定保険料収納率

	R3~5
予定保険料収納率(%)	98.8%

第2節 介護保険料の算出

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	7,636,297,826
+	
地域支援事業費	460,531,394
=	
介護保険事業費見込額	8,096,829,220
×	
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	1,862,270,721
+	
調整交付金相当額	394,901,185
-	
調整交付金見込額	387,322,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
保険者機能強化推進交付金等	12,000,000
-	
準備基金取崩額	0
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	1,857,849,906
÷	
予定保険料収納率	98.8%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	24,485
=	
年額保険料	76,799
÷	
12 か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,400
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,750

2 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の介護保険料基準月額を設定し、さらに所得段階に応じた保険料設定を以下の通り行います。第1～第3段階は、消費税増税にあわせ軽減を実施しています。第8期は、本町独自の負担軽減策として第4段階の負担割合を0.9から0.8に引き下げます。

	軽減前	軽減後	負担割合
第1段階	3,200円	1,920円	0.50 → 0.30
第2段階	4,800円	3,200円	0.75 → 0.50
第3段階	4,800円	4,480円	0.75 → 0.70
第4段階	5,760円	5,120円	0.90 → 0.80
第5段階	6,400円	6,400円	1.00
第6段階	7,680円	7,680円	1.20
第7段階	8,320円	8,320円	1.30
第8段階	9,600円	9,600円	1.50
第9段階	10,880円	10,880円	1.70
第10段階	11,200円	11,200円	1.75
第11段階	12,160円	12,160円	1.90

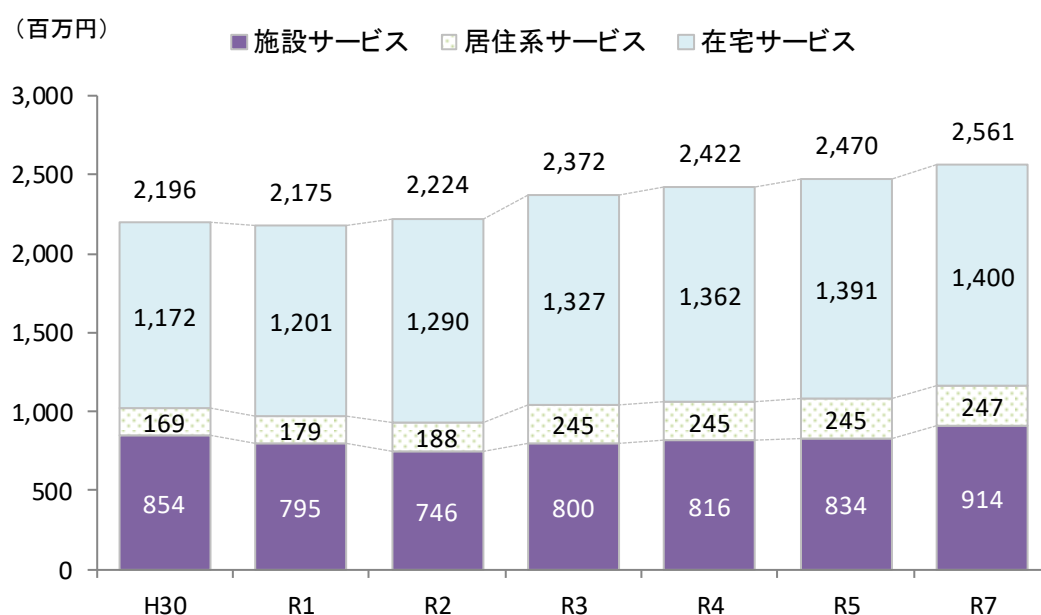
各段階の該当条件は以下のとおりです。

	該当条件	基準額に対する割合
第1段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.30
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.50
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入120万円超	0.70
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.80
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	1.00 基準
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.20
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円以上210万円未満	1.30
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額210万円以上320万円未満	1.50
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額320万円以上400万円未満	1.70
第10段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額400万円以上700万円未満	1.75
第11段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額700万円以上	1.90

第3節 2025年のサービス水準等の推計

1 2025年のサービス水準等の推計

団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）に向けた「地域包括ケア計画」として計画的・段階的に進めていくことで、どのように地域包括ケアシステムを作っていくのか、2025年（令和7年）を見据えて中長期的にサービス水準等について推計しました。

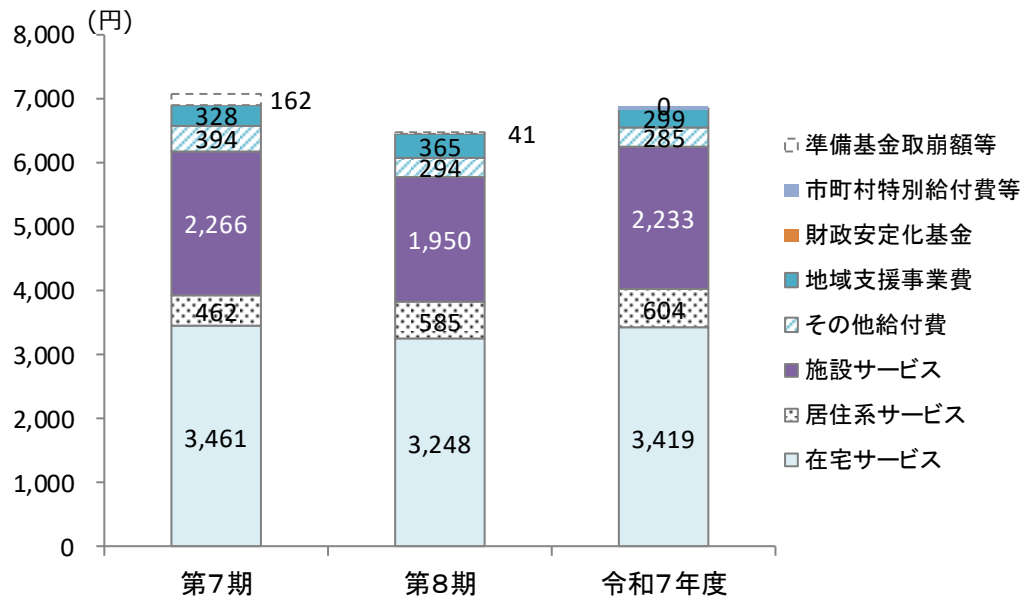


	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費	2,372,341	2,422,211	2,470,133
在宅サービス	1,327,447	1,361,763	1,391,220
居住系サービス	244,774	244,910	244,910
施設サービス	800,120	815,538	834,003

2 介護保険料基準額の経年変化

2025 年（令和 7 年）を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりとなります。

なお、ここで示す月額保険料については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。



	第7期		第8期		令和7年度	
	金額(円)	構成比	金額(円)	構成比	金額(円)	構成比
総給付費	6,189	89.6%	5,782	89.8%	6,256	91.5%
在宅サービス	3,461	50.1%	3,248	50.4%	3,419	50.0%
居住系サービス	462	6.7%	585	9.1%	604	8.8%
施設サービス	2,266	32.8%	1,950	30.3%	2,233	32.6%
その他給付費	394	5.7%	294	4.6%	285	4.2%
地域支援事業費	328	4.7%	365	5.7%	299	4.4%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額	6,911	100.0%	6,441	100.0%	6,840	100.0%
準備基金取崩額	162	2.3%	0	0.0%	—	—
保険者機能強化推進交付金等	—	—	41	0.0%	—	—
保険料基準額	6,750	97.7%	6,400	100.0%	6,840	100.0%

第4章 計画の推進

第1節 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。

第2節 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

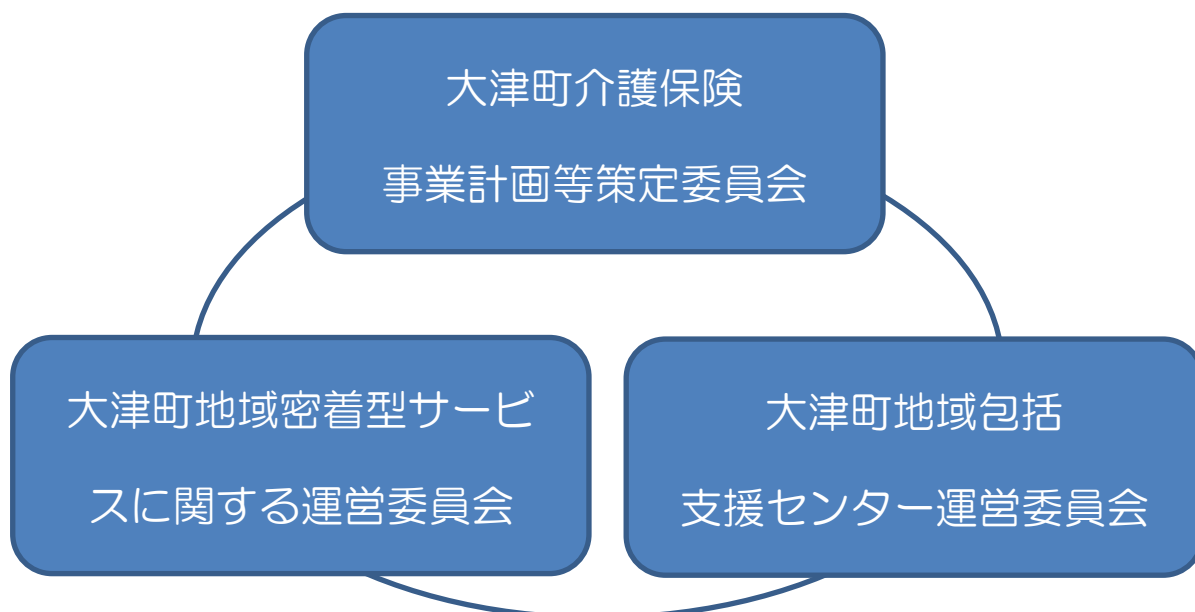
本町では、高齢者施策の推進を図るため、「大津町介護保険事業計画等策定委員会」、「大津町地域密着型サービスに関する運営委員会」、「大津町地域包括支援センター運営委員会」の3つの委員会を設け、それぞれに位置づけを持たせ、毎年の実行状況を整理し、計画の進捗状況の点検や評価を行います。

「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。

「大津町地域包括支援センター運営委員会」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。



第3節 2040年のまちの姿の共有

1 2040年の姿の推計方法

2040年（令和22年）の姿を推計するにあたり、以下2つのデータを基に推計を行っています。

一つ目は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」であり、国勢調査結果を基にした、日本全体だけでなく市町村別の将来推計人口となります。

二つ目は、直近の性別・5歳階級別高齢者人口と性別・5歳階級別認定者数を基に、各年齢群の認定率を算出しました。

以上のデータを基に、年齢階級別認定率が将来にわたって変化しないと仮定したうえで、2040年（令和22年）の人口（性別・5歳階級別高齢者人口）に認定率を掛けることで、認定者数を算出しています。

2 2040年の本町の人口・認定者数と基本的な方向性

本町では、2040年（令和22年）に人口38,741人、うち高齢者人口10,362人、年少人口と生産年齢人口は28,379人となり、現在と比較して、高齢者人口は2,541人の増加、年少人口と生産年齢人口は919人の増加となります。

認定者は、2040年（令和22年）に2,313人となり、現在と比較して852人の増加となります。

つまり、いまより852人増加した認定者を支えることが求められるまちと言えます。

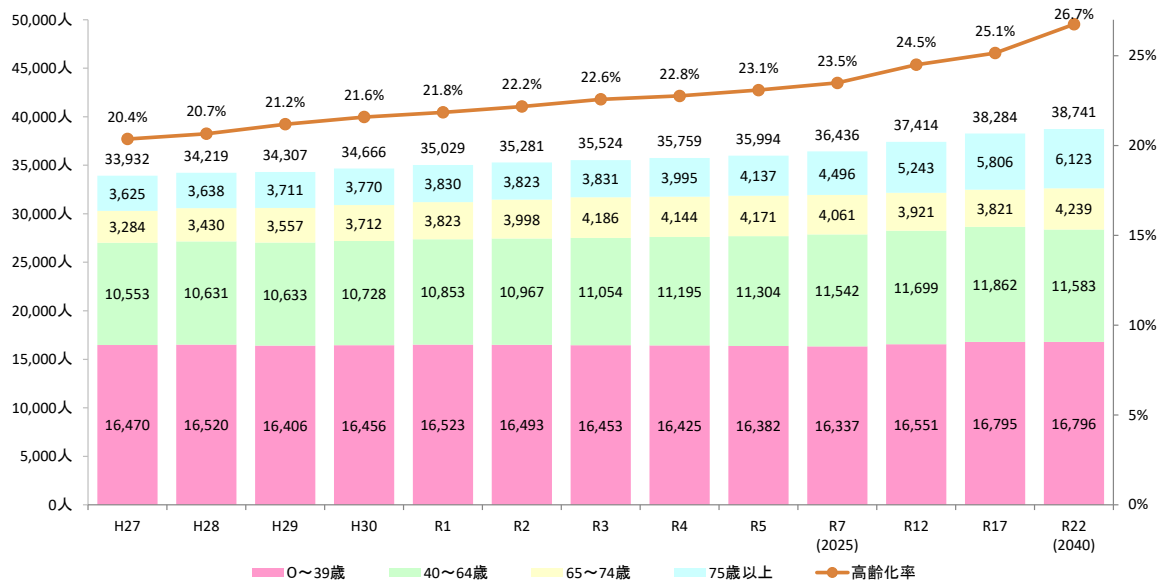
それは、効率化・簡素化といった生産性を高めることや、地域の見守り体制の強化拡充といった現状の施策の延長では到底支えることができそうにはない姿となります。

そのため、今言えることは、この予測の基礎となっている、「直近の年齢階級別認定率」が少しずつ下がることにつながるような「予防事業の革新」、仮に介護が必要になったとしても、いまよりもより医療・介護等の専門職と、地域の担い手が連携したチームとなって対応できる「チームケア」、さらには、生活支援体制整備事業等のさらなる推進による、コミュニティビジネスとしての「新たな支える形の創出」など、あらゆる場面で、いまの施策が革新された形が求められていると言えます。

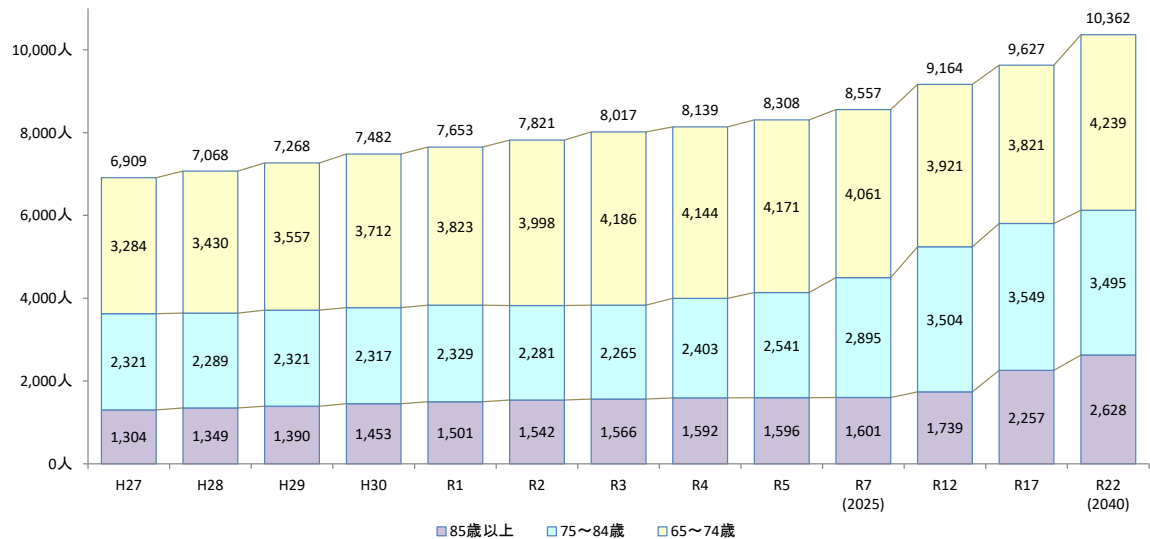
現時点では、具体的な施策までは提示できませんでしたが、20年後の2040年（令和22年）にはこのようなまちになるという共通認識をもって、現在実施している各種事業において、一步ずつでも小さな進化を積み重ねることができるよう、関係するすべての方と創意工夫を行うこととします。

高齢者福祉計画・介護保険事業計画

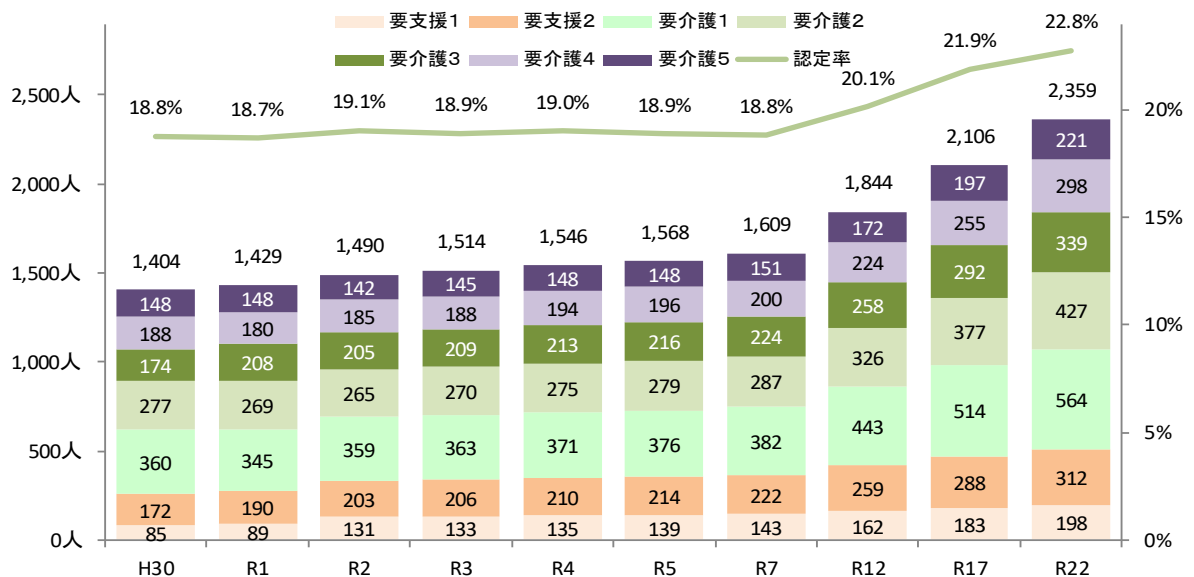
人口推計



高齢者人口推計



認定者推計



資料編

第1節 策定委員会

1 大津町介護保険事業計画等策定委員会設置要綱

平成11年1月18日

要綱第3号

(設置)

第1条 介護保険事業計画策定及び老人保健福祉計画の見直しのため、大津町介護保険事業計画等策定委員会(以下「策定委員会」という。)を設置する。

(任務)

第2条 策定委員会は、次に掲げる事項について調査・検討を行い、意見を述べる。

- (1) 介護保険事業計画策定及び老人保健福祉計画の見直しに関すること。
- (2) 前号に掲げる計画の進行管理に関すること。

(組織)

第3条 委員は、次の各号に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 社会福祉関係者
- (2) 保健・医療関係者
- (3) 行政関係職員
- (4) その他町長が必要と認めた者

2 委員の任期は、2年とし、欠員が生じた場合の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長等)

第4条 策定委員会に、委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長及び副委員長は、委員の互選により選出する。
- 3 委員長は、委員会を招集し、会議の議長となる。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故ある時はその職務を代理する。

(関係者の出席)

第5条 委員長は、必要に応じて関係者の出席を要請し、意見を求めることができる。

(企画委員)

第6条 策定委員会に第2条の調査・検討及び介護保険事業計画及び老人保健福祉計画を立案するため、企画委員会を置く。

- 2 企画委員は、町長が委嘱する。
- 3 企画委員会に委員長を置き、委員長は会務を総理する。
- 4 委員長は、会議を招集し、会議の議長となる。

(庶務)

第7条 策定委員会の庶務は、介護保険主管課で処理する。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、策定委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成11年2月1日から施行する。

附 則(平成18年3月30日要綱第4号)

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成20年3月21日要綱第6号)

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成26年3月25日要綱第7号)

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成29年4月1日要綱第27号)

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

2 委員会名簿

(敬称略)

	団体名及び役職名	氏名	備考
1	郡市医師会	樽美 光一	
2	郡市歯科医師会	片山 幸博	
3	郡市薬剤師会	宮野鼻 泰弘	
4	菊池地域リハビリテーション広域支援センター (熊本リハビリテーション病院)	槌田 義美	
5	熊本県認知症疾患医療センター (独立行政法人国立病院機構 菊池病院)	米村 律子	
6	大津町社会福祉協議会	松木 雄一郎	
7	施設代表 (特別養護老人ホーム つつじ山荘)	小西 豪志	
8	認知症対応型事業所代表 (認知症対応型通所介護にじいろぷらす)	荒木 新也	
9	通所系・訪問系事業所代表 (地域密着型通所介護 リハビリセンター S m i l e 大津)	山口 裕介	
10	介護支援専門員協会 菊池支部	府内 大知	
11	大津町議会	三宮 美香	
12	大津町民生委員児童委員協議会	吉田 和信	
13	大津町シルバー人材センター	中尾 仁	
14	大津町老人クラブ連合会	岡田 礒雄	
15	学識経験者 (元九州厚生局地域包括ケア推進課長)	山内 強	
16	学識経験者 (熊本県立大学名誉教授)	石橋 敏郎	
17	総務部長	藤本 聖二	
18	住民福祉部長	豊住 浩行	

第2節 用語解説

1 用語解説

用語	解説
アセスメント	ケアプランの作成にあたって、利用者について、その有する能力、既に提供を受けているサービスなど、その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で、解決すべき課題を把握すること。
NPO (Non Profit Organization)	非営利組織。政府や私企業とは独立した存在として、市民・民間の支援のもとで社会的な公益活動を行う組織や団体のこと。ボランティアグループや市民団体など、非営利活動を目的とする団体に法人格を与え、市民の社会貢献活動を促進するために、平成10年に「NPO法（特定非営利活動促進法）」が制定された。
M C I (Mild Cognitive Impairment)	M C I は軽度認知障害と略され、認知症の前の段階で認知機能の低下がみられる状態であるが、現状では認知症とされるほどではなく、日常生活に困難をきたすほどではない状態。
介護給付費	介護保険サービスの提供に関して保険財政から支出される費用またはその総額のこと。介護保険サービス費は、基本的にその1割を利用者が自己負担し、残りの9割は保険給付される。財源としては、半分を被保険者が保険料として負担し、残りの半分为公費で賄っている。
介護サービス／介護予防サービス	介護サービスとは、広義では介護保険サービス全般を指し、狭義では要介護1～5の認定者向けのサービスを指す。また、介護予防サービスとは、要支援1～2の認定者向けのサービスを指す。
介護認定審査会	要支援・要介護認定の審査判定を行うために設置される市町村の附属機関。保健・医療・福祉の専門家により構成され、認定調査の結果や主治医意見書などを資料に、介護の要否やその程度及びその有効期間について審査及び判定を行う。また判定に際して、サービス提供上の留意事項等の意見を付すことができる。
介護福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上または精神上の障害があることにより、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、またその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う。英語名はケアワーカー。
介護予防・日常生活支援総合事業	地域の実情に応じ、多様なマンパワーや社会資源の活用などを図りながら、要支援者や介護予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守りなどの切れ目のない総合サービスを提供することができる事業。
基本チェックリスト	二次予防事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全25項目について、「はい／いいえ」で回答する。

用語	解説
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護のサービスを指す。「介護を受けながら住み続けられる住まい」として位置づけられており、その施設整備については、施設サービスと同様に介護保険事業計画に基づいて行われる。
居宅	介護保険上の法律用語。自宅に限らず広く住まいとする場所のことを指す。ただし「自宅」「在宅」「居宅」「居住系」といった用語の定義は、介護保険上で明確に区分されてはいない。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関を指す。
居宅サービス	デイサービスやデイケア、ショートステイなど、居宅を起点として利用する介護サービスの総称。在宅サービスと表現した場合は、広義で地域密着型サービスを含む。
ケアプラン（介護サービス計画）	利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、また、その利用が利用者本人の自立した日常生活に資するよう、利用するサービスの種類や回数などを定めた計画のこと。ケアマネジャーによるケアマネジメントのもと作成される。在宅の場合は「居宅サービス計画」または「介護予防サービス計画」、施設の場合は「施設サービス計画」という。
ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野で、サービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には、①インテーク（受理面接）⇒②アセスメント（生活課題の分析）⇒③プランニング（計画の立案）⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング（進行中における中途評価）⇒⑥エヴァリュエーション（最終的な評価）⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。
ケアマネジャー（介護支援専門員）	都道府県知事から与えられる公的資格。要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、ケアプランを作成し、保険者や他の介護サービス事業者との連絡・調整などを取りまとめる。一般的にケアマネと略称される。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームの一類型。入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であり、入居後介護が必要となっても、その有料老人ホームが提供する介護付有料老人ホーム（ホームの介護職員等によるサービス）を利用しながら居室で生活を継続することが可能なものをいう。
権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。
高額介護サービス費	所得が一定以下の介護サービス利用者に対して、サービス利用料の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給する制度。

用語	解説
高額医療合算介護サービス費等給付額	高額医療・高額介護合算療養費制度は、医療費の負担と介護費の両方の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給するもので平成 20 年 4 月から設けられた制度。
高齢者虐待	家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為のこと。老人虐待とも称される。高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪し、心や身体に深い傷を負わせるもので、身体的虐待（身体的拘束を含む）、性的虐待、心理的虐待、介護や世話の放棄（自虐を含む）、経済的虐待といった種類がある。
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設のいわゆる介護保険 3 施設に入所して受けるサービスの総称。要介護 1～5 の認定者が利用できるとされているが、介護老人福祉施設については、平成 26 年度の介護保険法改正により、原則要介護 3 以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。
社会福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上もしくは精神上の障害があるなどの理由により、日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言や指導、福祉サービス提供者や医師などの関係者と連絡調整等の援助を行う。英語名はソーシャルワーカー。
重層的支援体制整備事業	既存の介護、障害、子ども子育て支援、生活困窮の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施するもの。
主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスのひとつで、要介護者の様態や希望に応じ「通所介護（デイサービス）を中心に、「訪問介護」、「泊まり（ショートステイ）」の 3 種類の介護サービスを提供することができる。
生活支援協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークのこと。
生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たすもののこと。

用語	解説
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。
成年後見制度	病気や障害のため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
前期高齢者／後期高齢者	一般的におおむね65歳以上の人を「高齢者」というが、高齢者のうち65歳以上74歳以下を「前期高齢者」、75歳以上を「後期高齢者」という。
第1号被保険者／第2号被保険者	介護保険制度は、原則として保険者（市区町村または広域連合）の区域内に住所を有する満40歳以上の者を当該保険者の被保険者とする。そのうち65歳以上を第1号被保険者といい、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者という。介護保険サービスを利用するには、要支援・要介護認定を受ける必要があるが、第2号被保険者の場合は、加齢に伴う特定の疾病（政令で定める16種類）によって介護が必要になった場合に限られる。
地域共生事業	高齢者と障がい者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに位置づけられた事業で、共生型サービスと呼ばれる。
地域ケア会議	保険者と地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供事業者など、医療・保健・福祉の現場職員を中心に、具体的ケースに基づいて協議を行うことで、効果的なサービスの総合調整や参加者の能力向上を図り、かつ地域包括ケアの向上につなげる仕組み。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。
地域包括ケア／地域包括ケアシステム	地域包括ケアとは、高齢者の人口の急増に伴い、要介護高齢者や認知症高齢者、医療ニーズの高い高齢者の増加、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の増加といった社会構造の変化に対応できるよう、次世代のヘルスケアとして提唱されている構想のこと。地域包括ケアシステムとは、可能な限り住み慣れた地域において継続して住み続けることができるよう、ニーズに応じた住宅が提供されることを前提に、医療、介護、予防、見守りなどの多様な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されていく体制のこと。体制の整備には、地域ごとに異なる課題や実情に応じた対策が必要となるため、現在も様々な取組や研究が行われている。
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市区町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。

用語	解説
地域包括支援センター三職種	社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師のこと。
地域密着型サービス	平成 18 年度の介護保険制度改正により新たに類型化されたサービス体系で、高齢者が介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域の中で、馴染みの人間関係等を維持しながら生活できるよう、地域の特性に応じた柔軟なサービスを提供するための仕組み。原則として保険者の区域内の住民のみが利用できる。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じた 24 時間体制で、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービス。
日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービス等を提供する施設の整備状況、地域コミュニティの活動単位など、様々な条件を総合的に勘案して設定される区域のこと。介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域、高齢者が住み慣れた地域として捉え、地域密着型サービスの基盤整備などにおいて用いる。また、地域包括ケアシステムにおいても、対象エリアの単位として用いられる。
日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、市町村の社会福祉協議会等が窓口となり、福祉サービスの利用援助等を行うもの。
認知症	狭義では「後天的な脳の器質的変化により知能が低下した状態」を指すが、医学的には、知能の他に記憶や見当識を含む認知の障害や人格変化などを伴った症候群として定義される。単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や統合失調症等による判断力の低下などは含まれない。学術的定義においては、高次脳機能障害（脳損傷に起因する認知障害全般のこと）による症状の 1 つ。原因となる疾患の種類によっていくつかの分類があり、症状はそれにより異なることが分かっている。また、原因疾患によっては手術や薬物治療により症状が改善され、光療法や回想法などその他の手段が有効な場合もある。近年は、物忘れ外来の設置や専門医の配置など医療環境の整備も進められており、様々な研究も行われている。
認知症ケアパス	認知症ケアパスとは、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みであり、認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となる。

用語	解説
認知症サポーター	認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある、受講者には認知症サポーターの証としてオレンジ色のリストバンドが渡される。平成26年9月末時点で全国に540万人以上のサポーターがいる。
認定調査員	要介護認定申請を受けて、被保険者宅（あるいは入院・入所先）を訪問し、被保険者本人との面接により、その心身の状況や置かれている環境について調査（認定調査）を行う者。調査の結果は、介護認定審査会における審査・判定の資料となる。
バリアフリー	障がい者が社会生活をしていくうえで、障壁（バリア）となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。
パブリックコメント	行政がいろいろなテーマの計画を策定するにあたり、住民に計画内容を案として公表し、その計画案について寄せられた意見を考慮して、計画内容の決定を行うとともに、寄せられた意見とそれに対する行政の考え方を公表するもの。
フレイル	フレイルとは、「加齢により心身が老い衰えた状態」のこと。 厚生労働省研究班の報告書では、「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされる。
包括ブランチ	ブランチは部門、支店などの意味を持つ言葉で、包括ブランチとは、住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」として地域に設置する出張所のようなもの。
ホームヘルパー	都道府県知事の指定する「訪問介護員養成研修」の課程を修了した者に与えられる認定。現在1級と2級があり、2級取得で訪問介護における身体介護・家事援助などの介護業務に従事できる。
民生委員・児童委員	民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者※である。また、児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者※である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。※行政実例では地方公務員法第3条第3項第2号に規定する「非常勤の特別職の地方公務員」（都道府県）に該当すると解されているが、奉仕者となるため無報酬である。

用語	解説
有料老人ホーム	老人福祉法に基づく高齢者向けの生活施設。多くの場合営利企業が経営しており、居住権形態では（終身）利用権方式、賃貸借方式、終身建物賃貸借方式がある。またサービス内容によって、介護保険の指定を受けて特定施設入居者生活介護サービスが提供される「介護付き有料老人ホーム（一般型／外部サービス利用型）」、生活支援等のサービスが提供され、介護が必要になった場合は外部の居宅サービスを利用できる「住宅型有料老人ホーム」、介護が必要になった場合は退去することになる「健康型有料老人ホーム」の3タイプに分けられる。介護付き有料老人ホームについては、要介護認定者のみが入居できるものを「介護専用型」、要支援認定者や自立者も入居できるものを「混合型」と呼称する。
要介護状態／ 要介護認定者	要介護認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要介護状態にあると認定された者をいい、要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、日常生活における基本的な動作について、常時介護を要すると見込まれる状態をいう。要介護状態には、要介護1から要介護5まで5つ区分が設けられており、その区分を要介護状態区分（要介護度もしくは介護度と通称される）という。
要支援状態／ 要支援認定者	要支援認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要支援状態にあると認定された者をいい、要支援状態とは、身体上もしくは精神上の障害があるために、日常生活における基本的な動作について常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に支援を要する、または日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいう。要支援状態には、要支援1と要支援2の2つの要支援状態区分が設けられている。介護保険法上、要介護状態の類型ではなく、別に区分して定義されているが、「要介護認定」や「要介護認定等」などの表現で総称されることも多い。
リハビリテーション専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障害のある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。
レクリエーション	レクリエーションはラテン語が語源とされ、英語では元気回復や滋養等が古い用例としてあり、日本の初期の訳語では復造力や厚生などがある。現在では生活の中でゆとりと楽しみを創造していく多様な活動の総称となっている。介護福祉領域などでは、人間性の回復などの理解もみられる。介護保険制度下では、通所介護や施設などで行われている。

第 8 期大津町
高齢者福祉計画及び
介護保険事業計画

令和 3 年 3 月

発行 大津町 住民福祉部 介護保険課
大津町 地域包括支援センター
〒869-1292
熊本県菊池郡大津町大字大津 1233
電 話 096-293-3511
F A X 096-293-0474
