

大間町
第9期介護保険事業計画
・高齢者福祉計画

令和6年3月
青森県 大間町

はじめに

わが国では総人口が減少を続ける一方で、世界で例を見ないスピードで高齢化が進行しています。団塊の世代が75歳以上を迎え、高齢者人口が全体の3割に達すると予測された2025年が目前となりました。今後は、85歳以上人口が急増することで多様な支援を必要とする高齢者が増加し、一方で生産年齢人口が急減することで介護人材の不足が見込まれています。



本町においても、町民の3人に1人以上が65歳以上という本格的な高齢社会を迎えています。

これまで本町では、介護予防活動の普及推進、また住民による見守りや支え合いの地域を創るための生活支援体制の整備、認知症になっても自分らしく暮らせるための認知症施策の推進など、健康寿命の延伸や高齢者が安心して暮らせる地域づくりに取り組んでまいりました。

「大間町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」は、3年前に策定した第8期計画の取組をさらに進めるものであり、住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の仕組みを活用し、多様な主体がともに地域を創る「地域共生社会」の実現へとつながるよう、高齢者人口や介護サービスなどのニーズを中長期的に見据えつつ、今後3年間の高齢者の福祉や介護保険事業についての計画として策定するものであり、一人ひとりがいきいきと暮らし、共に創る全世代型の「地域共生社会」の実現を目指します。

高齢化と生産年齢人口の急減という厳しい状況に対峙するためには、「地域包括ケアシステム」を引き続き推進するとともに、住民、地域の組織や団体、介護や福祉サービスの事業者、行政関係者等が連携しあい、「支え手」「受け手」という関係を超えて、高齢者やその家族を地域全体で見守り、ともに生き、ともに支え合い、安心して暮らせる地域を創っていかねばなりません。皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にあたりご尽力を賜りました「大間町介護事業計画策定委員会」の皆様をはじめ、ご意見、ご提案を賜りました町民の皆様、ならびに関係者の皆様に心からお礼申し上げます。

令和6年3月

大間町長 野崎 尚文

目次

第1章 計画策定にあたって	3
1 計画策定の趣旨	3
2 計画の法令根拠と位置づけ	4
(1) 法令根拠.....	4
(2) 計画の位置づけ	4
(3) 他計画との関係	4
3 計画の策定期間と計画期間.....	5
(1) 計画策定の時期	5
(2) 計画期間.....	5
(3) 計画の公表.....	5
4 計画見直し体制等	6
(1) 計画見直し体制	6
(2) 住民参加の事項	6
(3) 調査の実施.....	6
(4) 地域ケア会議の活用.....	6
5 関連法律等の動向	7
6 改正基本指針に基づいた計画改訂ポイント	8
第2章 高齢者の現状等と今後の高齢者像	11
1 高齢者等の統計データ	11
(1) 人口の推移と推計	11
(2) 高齢者のいる世帯の状況.....	13
(3) 高齢者のいる世帯の住居の状況.....	14
(4) 被保険者の状況	14
(5) 要支援・要介護認定者の状況	14
2 日常生活圏域の設定	18
3 介護給付実績からの地域特性	19
4 第9期計画の策定における課題整理.....	23
第3章 計画の基本理念と重点施策	27
1 計画の基本理念	28
2 基本目標.....	28
3 施策の体系.....	30

第4章 施策の展開	35
基本目標Ⅰ 健やかで元気あふれる まちづくり	36
1 高齢者の社会参加と生きがいつくり.....	36
(1) 高齢者の活動の場の確保.....	36
(2) 社会教育の推進.....	37
(3) その他の生きがい対策.....	37
(4) 高齢者の就業支援.....	37
2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施.....	38
(1) 医療専門職の配置.....	39
(2) 健康づくりの推進.....	39
(3) 疾病予防対策の推進.....	39
(4) 高齢者の感染症の予防対策.....	39
3 一般介護予防事業の推進.....	40
(1) 介護予防把握事業.....	40
(2) 介護予防普及啓発事業.....	40
(3) 地域介護予防活動支援事業.....	40
(4) 一般介護予防事業評価事業.....	41
(5) 地域リハビリテーション活動支援事業.....	41
4 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取組.....	42
基本目標Ⅱ いつまでも安心して暮らせる まちづくり	43
1 高齢者福祉施策の充実.....	43
(1) 介護予防・生活支援サービス事業.....	43
2 介護予防・日常生活支援総合事業.....	44
(1) 訪問型サービス.....	44
(2) 通所型サービス.....	45
(3) その他の支援事業.....	46
(4) 家族介護支援事業.....	46
(5) 相談サービス.....	46
3 ほのぼのコミュニティ21推進事業.....	47
(1) ほのぼの交流協力員事業.....	47
4 その他の福祉活動等.....	48
(1) 社会福祉協議会の活動.....	48
(2) ボランティア活動等の民間活動.....	49

5	高齢者の居住安定に係る施策	49
(1)	養護老人ホームや軽費老人ホームへの入所措置	50
(2)	住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の確保	50
6	災害時における高齢者に対応した備え	50
基本目標Ⅲ 大間町らしい地域包括ケアシステムの推進		51
1	地域包括ケアシステムの深化・推進	51
(1)	地域包括ケアシステムの構成と役割	52
(2)	地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上	53
2	地域包括支援センターの機能強化	54
(1)	地域包括支援センターの運営	54
(2)	機能強化に向けた自己評価と町評価の実施	55
3	在宅医療・介護連携の推進	56
(1)	在宅医療・介護連携体制整備の推進	56
(2)	二次医療圏内・近隣市町村との連携	57
4	認知症施策の推進	58
(1)	普及啓発・本人発信支援	61
(2)	予防	61
(3)	医療・ケア、介護サービス	61
(4)	認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援・社会参加支援	62
(5)	地域の見守りネットワークの構築	63
5	生活支援・介護予防サービスの体制整備	63
(1)	生活支援事業の基盤整備	64
6	地域ケア会議の推進	65
(1)	地域ケア会議の運営と課題検討	66
(2)	多職種協働によるネットワークの構築や資源開発	66
基本目標Ⅳ 持続可能な介護保険事業の運営		67
1	効果的・効率的な介護給付の推進	67
2	保険者機能の強化	67
(1)	介護給付適正化事業（第6期介護給付費適正化計画）	67
(2)	居宅サービス等の質的向上	70
(3)	施設サービス等の質的向上	71
(4)	介護人材の確保策	71
(5)	その他	72
3	介護保険給付サービスのメニュー	73

4	介護保険給付サービスの実績・見込み	74
(1)	居宅・介護予防サービス	74
(2)	地域密着型サービス	78
(3)	施設サービス	80
5	適正な介護保険料をめざして	81
(1)	介護保険料のあり方について	81
(2)	介護保険料の段階設定	81
(3)	介護保険料・費用等の軽減措置	82
6	介護サービス事業費の見込み	83
(1)	財源構成	83
(2)	推計方法の手順	84
(3)	総給付費の見込み	85
(4)	第9期計画期間における基準月額保険料の設定	87
第5章	計画の評価・推進等	93
1	計画運用に関するPDCAサイクルの推進	93
2	保険者機能強化に向けた交付金に係る評価指標の活用	93
3	計画の推進、評価及び公表	94
資料編		97
1	調査結果からみえた高齢者の現状	97
(1)	調査の目的	97
(2)	調査の概要	97
(3)	「介護予防・日常生活圏域二一ズ調査」調査結果	98
(4)	「在宅介護実態調査」調査結果	104
2	大間町介護保険事業計画策定委員会設置要綱	108
3	策定委員会委員名簿	110
4	社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度実施要綱	110

第1章

計画策定にあたって

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

介護保険制度は創設から23年が経過し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着し、発展してきました。

この間、総人口は減少傾向の一方、65歳以上の高齢者数は増加傾向である中、介護保険制度は、いわゆる団塊の世代全てが75歳以上となる令和7年と、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年を見据え、制度の持続可能性を維持しながら、介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（以下「地域包括ケアシステム」という。）を地域の実情に応じて深化・推進してきました。

令和22年に向け、高齢者数全体は減少傾向に転じることが見込まれる一方、高齢者の中でも75歳以上の後期高齢者数は増加が見込まれるとともに、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯、さらには認知症高齢者の増加が見込まれます。

今後は、介護サービスや生活支援の需要がさらに増加・多様化することが想定されることから、需要に対応した介護サービス提供基盤の確保をはじめ、地域共生社会※の実現に向けた「地域包括ケアシステム」のさらなる深化・推進が必要となります。

こうした状況を踏まえ、大間町（以下「本町」という。）では、今後3年と中長期（令和22年）を見据えた「大間町第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画」（以下「第9期計画」という。）を策定し、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保や地域支援事業の実施を計画的に図っていきます。

※地域共生社会

地域の課題の解決のため、高齢者、障がい者、子ども・子育て支援、生活困窮といった制度・分野ごとの『縦割り』や「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる社会のことです。

2 計画の法令根拠と位置づけ

(1) 法令根拠

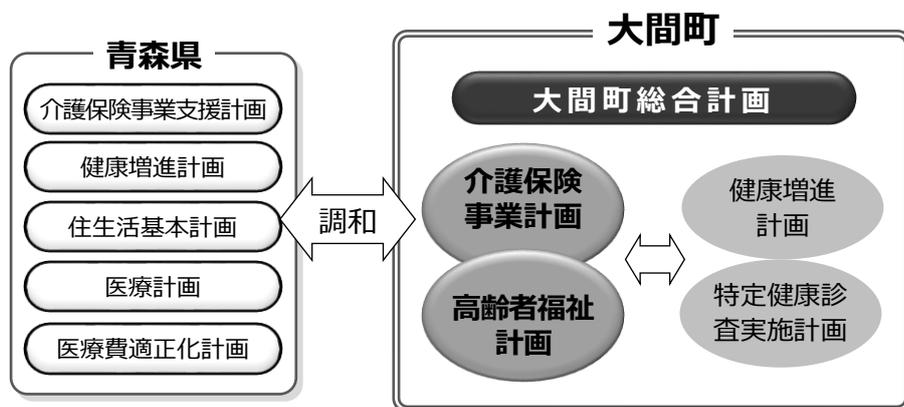
第9期計画は、老人福祉法第20条の8と介護保険法第117条に規定された計画です。

なお、高齢者保健事業は老人保健法第46条の18が平成20年3月末に廃止されたことに伴い、これに関連した事業は健康増進法や高齢者の医療の確保に関する法律の中で実施されています。

(2) 計画の位置づけ

第9期計画は、介護保険事業計画と高齢者福祉計画を一体的に作成し、町総合計画、健康増進計画との整合性を保つとともに、青森県関連計画との調整も行いました。

■ 計画の位置づけ



(3) 他計画との関係

平成30年度に策定した第7期計画以降、県の介護保険事業支援計画、医療計画の作成・見直しのサイクルが一致するため、効率的で質の高い医療提供体制の構築と、在宅医療・介護の充実等を図る地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、県計画や医療計画との調整も図りました。また、要介護者等の保健、医療、福祉または居住に関する事項を定める計画であることから、地域福祉計画、障害福祉計画、健康増進計画、その他の法律の規定による計画との調和を図りました。

3 計画の策定期間と計画期間

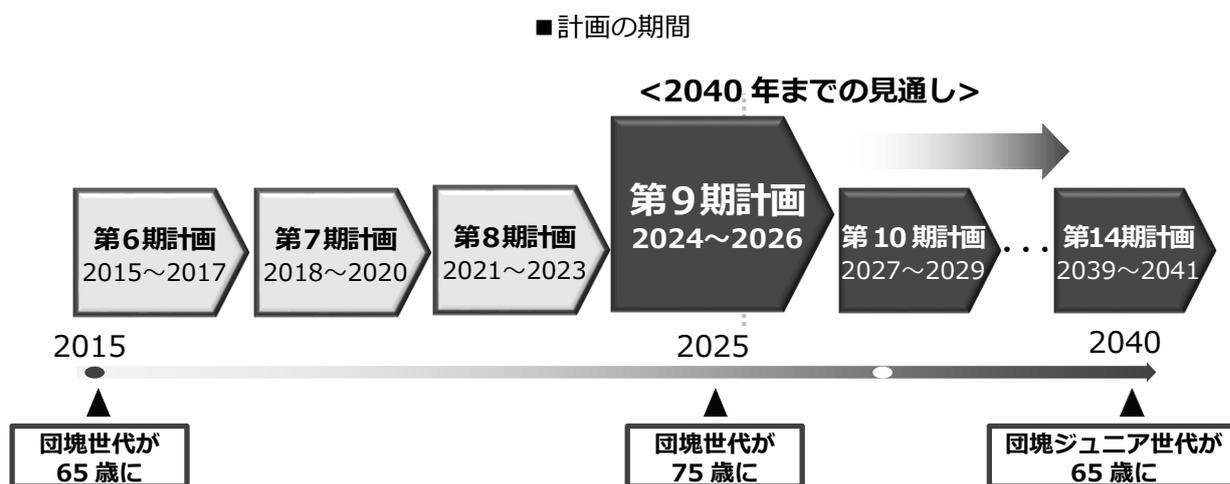
(1) 計画策定の時期

第9期計画は、令和6年度から3年間の介護給付等対象サービス及び地域支援事業の見込み量等について定めるため、令和5年度中に策定しました。また、高齢者福祉計画を一体のものとして策定しなければならないことから、第9期計画と同時に見直しました。

(2) 計画期間

計画期間は、おおむね3年を通じ財政の均衡を保つものでなければならないとされる保険料算定の基礎となる介護給付等対象サービス及び地域支援事業の量的見込み等について定めるため、3年を1期として作成しています。

そのため、第9期計画の期間は令和6年度～令和8年度とします。



(3) 計画の公表

第9期計画の公表は、町ホームページの掲載、情報コーナーでの計画閲覧等を通して周知を図ります。

4 計画見直し体制等

(1) 計画見直し体制

計画見直しの基本的な考え方は、目標達成度、課題等を整理するとともに介護保険法の理念と地域の実情に応じた特色のある計画とし、高齢者福祉計画も同様の考え方で見直します。さらには、関係者（機関）で構成された介護保険事業計画策定委員会における審議結果を反映しました。

(2) 住民参加の事項

計画の見直しにより第9期介護サービスの提供量等を定めることから、介護保険料にも影響が及ぶため、被保険者の意見を反映させるための措置を講じることが義務づけられています。本町では地域包括支援センターの職員や介護支援専門員を通してサービス利用者からの意見、町担当職員が被保険者からの意見を収集し、計画に反映させました。

(3) 調査の実施

日常生活圏域ごとに、被保険者の心身の状況や置かれている環境その他の事情等、要介護者等の実態及びサービスの利用意向等を把握するため、調査「日常生活圏域二ーズ調査等」を令和5年7月に実施しました。この調査結果をもとに、生活支援サービスや介護予防事業の充実等の取組を計画に定め、要介護者等の推計やサービス量の見込みを行いました。

(4) 地域ケア会議の活用

地域ケア会議の活用により、高齢者個人の生活課題に対して単に既存サービスを提供するだけでなく、その課題の背景にある要因を探り、個人と環境に働きかけることによって自立支援に資するケアマネジメント支援を行います。また、課題分析や支援の積み重ねを通じて、地域共通の課題や有効な支援策を明らかにし、課題の発生予防及び重度化予防に取り組むとともに、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築や社会基盤の整備に取り組み、さらなる個別支援の充実につなげます。

地域ケア会議の運営にあたっては、担当課と地域包括支援センターが役割分担を行いながら、地域に不足する資源の開発や有効な支援策の普遍化等について検討し、日常生活圏域二ーズ調査等の結果と照らし合わせながら施策につなげていきます。

5 関連法律等の動向

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）が令和6年4月に一部施行されます。

改正法のうち、介護保険関係の主な改正事項は次のとおりです。

【改正の概要】

I. 介護情報基盤の整備

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

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- 介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備
 - 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
 - ※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

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

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

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

V. 地域包括支援センターの体制整備等

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

6 改正基本指針に基づいた計画改訂ポイント

第9期計画策定のガイドラインとなる「基本指針」では、社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえ、以下は計画の記載内容の充実を図ることとされました。

1 介護サービス基盤の計画的な整備

- 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の实情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
- 医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
- サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
- 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
- 居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスのさらなる普及
- 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
- 地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供
- 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
- 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組(標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化)
- 財務状況等の見える化
- 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

第2章

高齢者の現状等と 今後の高齢者像

第2章 高齢者の現状等と今後の高齢者像

1 高齢者等の統計データ

(1) 人口の推移と推計

① 人口の推移

本町の総人口は、平成30年の5,382人から令和5年には4,802人となり、580人減少しています。

一方、高齢者人口は概ね増加傾向であり、平成30年から令和5年にかけて27人増加しています。

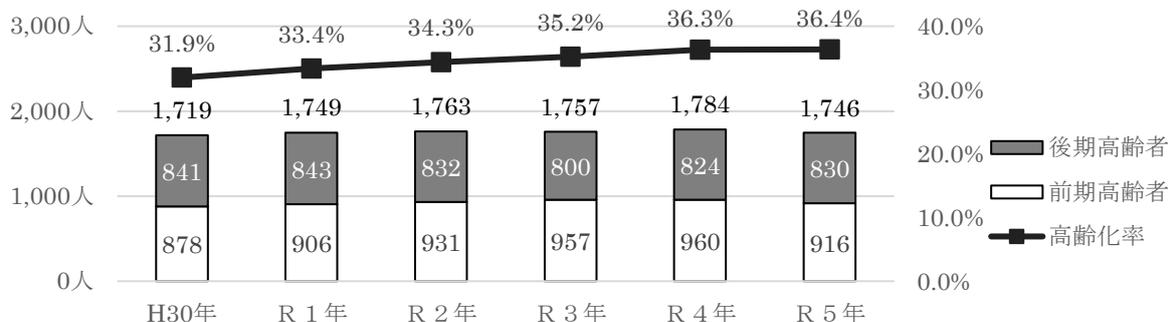
高齢化率は平成30年の31.9%から令和5年には36.4%と4.5ポイント増加しており、前期高齢者の比率が後期高齢者を上回っています。

■人口の推移

単位:人

	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年	
総人口 A	5,382	5,244	5,133	4,986	4,912	4,802	
40～64歳人口 B	1,856	1,787	1,735	1,678	1,625	1,599	
比率 B/A	34.5%	34.1%	33.8%	33.7%	33.1%	33.3%	
前期高齢者人口 C	878	906	931	957	960	916	
比率 C/A	16.3%	17.3%	18.1%	19.2%	19.5%	19.1%	
後期高齢者人口 D	841	843	832	800	824	830	
比率 D/A	15.6%	16.1%	16.2%	16.0%	16.8%	17.3%	
高齢者人口 E	1,719	1,749	1,763	1,757	1,784	1,746	
比率 E/A	31.9%	33.4%	34.3%	35.2%	36.3%	36.4%	
高齢化率	青森県	32.6%	33.3%	33.7%	34.3%	34.8%	
	全国	28.1%	28.4%	28.6%	28.9%	29.0%	

■高齢者人口と高齢化率の推移



資料:住民基本台帳(各年10月)、青森県及び全国は総務省推計人口(R5年は未確定)

② 年齢階級（3区分）別人口の推移

年齢3区分別の人口推移をみると、令和5年の人口構成割合は年少人口9.5%、生産年齢人口54.1%、老年人口36.4%となり、平成30年と比べて年少人口割合が1.5ポイント、生産年齢人口割合は2.9ポイント低下し、老年人口割合は4.5ポイント上昇しています。

年少人口指数が低下傾向にある一方で、老年人口指数・従属人口指数が概ね上昇傾向にあり、高齢化が進展しています。また、老年化指数は382.9となり、15歳未満の子ども1人に対しほぼ3.8人の高齢者がいることとなります。

■ 年齢3区分別人口の推移

単位：人

	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年
総人口 A	5,382	5,244	5,133	4,986	4,912	4,802
年少人口 B	593	545	538	511	491	456
比率 B/A	11.0%	10.4%	10.5%	10.2%	10.0%	9.5%
生産年齢人口 C	3,070	2,950	2,832	2,718	2,637	2,600
比率 C/A	57.0%	56.3%	55.2%	54.5%	53.7%	54.1%
老年人口 D	1,719	1,749	1,763	1,757	1,784	1,746
比率 D/A	31.9%	33.4%	34.3%	35.2%	36.3%	36.4%
年少人口指数 B/C	19.3	18.5	19.0	18.8	18.6	17.5
老年人口指数 D/C	56.0	59.3	62.3	64.6	67.7	67.2
従属人口指数 (B+D)/C	75.3	77.8	81.3	83.4	86.3	84.7
老年化指数 D/B	289.9	320.9	327.7	343.8	363.3	382.9

資料：住民基本台帳(各年10月)

※年少人口指数

生産年齢人口(15～64歳人口)に対する年少人口(15歳未満人口)の割合。生産年齢人口が年少人口をどれだけ扶養しているかを示した指数。

※老年人口指数

生産年齢人口に対する老年人口(65歳以上)の割合。高齢化を示す指標としてよく用いられる。老年人口指数が年々上がっているということは、「高齢化が進んでいる」と分析することができる。

※従属人口指数

生産年齢人口に対する年少人口と老年人口の割合。生産年齢人口が年少人口と老年人口をどれだけ扶養しているかを示した指数。

※老年化指数

年少人口に対する老年人口の割合。年少人口と比較することで、高齢化の度合いをより敏感に示すことができると言われている。

③ 人口の将来推計

令和6年以降の推計人口は、住民基本台帳人口をもとに、1歳階級別のコーホート変化率法を用いて推計しています。

前期高齢者は、減少に転じる見込みである一方、後期高齢者は、第9期計画期間中は増加傾向で推移する見込みです。令和7年以降は、後期高齢者が前期高齢者を上回ると予測されます。

高齢化率は、令和5年の36.4%から令和8年には39.0%、令和22年には47.3%と総人口の半数近くが高齢者という状況が予測されます。

■人口の将来推計

単位：人

	実績			推計			
	R3年	R4年	R5年	R6年	R7年	R8年	R22年
総人口 A	4,986	4,912	4,802	4,689	4,585	4,479	3,031
40～64歳人口 B	1,678	1,625	1,599	1,557	1,509	1,453	887
比率 B/A	33.7%	33.1%	33.3%	33.2%	32.9%	32.4%	29.3%
前期高齢者人口 C	957	960	916	884	850	814	560
比率 C/A	19.2%	19.5%	19.1%	18.9%	18.5%	18.2%	18.5%
後期高齢者人口 D	800	824	830	869	900	932	875
比率 D/A	16.0%	16.8%	17.3%	18.5%	19.6%	20.8%	28.9%
高齢者人口 E	1,757	1,784	1,746	1,753	1,750	1,746	1,435
比率 E/A	35.2%	36.3%	36.4%	37.4%	38.2%	39.0%	47.3%

資料：実績は住民基本台帳（各年10月）、
推計はコーホート変化率法による推計

（2）高齢者のいる世帯の状況

総世帯数は、平成12年の2,210世帯から増減を繰り返しながら、令和2年には2,086世帯となっています。

高齢者のいる世帯の割合は、上昇傾向で推移しており、令和2年には一般世帯数の54.7%を占めています。特に、平成27年以降、高齢者単身世帯が大幅に増加しており、今後ますます様々な生活支援とともに、介護サービスの必要性が高まることが予想されます。

■高齢者世帯の推移

単位：世帯

	H12年	H17年	H22年	H27年	R2年
一般世帯数 A	2,210	2,177	2,326	2,149	2,086
高齢者のいる世帯 B	920	1,024	1,036	1,061	1,140
比率 B/A	41.6%	47.0%	44.5%	49.4%	54.7%
高齢者単身世帯 C	158	201	221	262	379
比率 C/A	7.1%	9.2%	9.5%	12.2%	18.2%
高齢者夫婦世帯 D	167	212	170	242	271
比率 D/A	7.6%	9.7%	7.3%	11.3%	13.0%

資料：国勢調査（各年10月1日）

(3) 高齢者のいる世帯の住居の状況

高齢者のいる世帯の住居の形態は、「持ち家」(92.0%)が最も高く、次いで「公営・公社・公団住宅」(3.4%)、「民間住宅」(3.2%)となっています。

■ 高齢者世帯の住居の状況

単位:世帯

	持ち家	公営・公社 ・公団住宅	民間住宅	社宅・官舎	間借り	その他	計
総世帯数	1,506	92	259	48	44	137	2,086
高齢者のいる世帯	1,049	39	36	-	12	4	1,140
比率	92.0%	3.4%	3.2%	-	1.1%	0.4%	100.0%

資料:令和2年国勢調査(10月1日)

(4) 被保険者の状況

令和5年9月末現在の第1号被保険者は1,757人、第2号被保険者が1,599人で合計3,356人となっています。平成30年と比較すると、第1号被保険者が38人増加、第2号被保険者が257人減少し、被保険者全体で219人の減少となっています。

■ 被保険者の推移

単位:人

	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年
第1号被保険者	1,719	1,751	1,770	1,767	1,793	1,757
65～74歳	877	905	933	960	962	918
75歳以上	842	846	837	807	831	839
第2号被保険者 (40～64歳)	1,856	1,787	1,735	1,678	1,625	1,599
計	3,575	3,538	3,505	3,445	3,418	3,356

資料:介護保険事業状況報告月報(各年9月末)

(5) 要支援・要介護認定者の状況

① 要支援・要介護度別認定者数の推移

第1号被保険者における要支援・要介護認定者数は、令和5年9月末現在で257人となっており、平成30年から令和3年にかけて増加傾向でしたが、その後は減少に転じています。

第1号被保険者における介護度の内訳は、令和5年9月末現在、要支援1・2が54人(21.0%)、要介護1・2が81人(31.5%)、要介護3以上が122人(47.5%)となっています。

■第1号被保険者の要支援・要介護度別認定者数の推移

単位:人

	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年
要支援1	18	21	15	19	17	17
要支援2	26	35	47	51	43	37
要介護1	47	43	42	52	36	42
要介護2	45	55	55	41	59	39
要介護3	35	42	54	52	49	51
要介護4	45	49	46	48	54	49
要介護5	42	34	29	26	29	22
合計	258	279	288	289	287	257
認定率	15.0%	15.9%	16.3%	16.4%	16.0%	14.6%

資料:介護保険事業状況報告月報(各年9月末)

第2号被保険者における要支援・要介護認定者数は、年によって増減が見られます。

■第2号被保険者の要支援・要介護度別認定者数の推移

単位:人

	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年
要支援1	0	0	0	0	0	0
要支援2	1	1	1	2	0	0
要介護1	2	0	0	1	0	0
要介護2	0	0	1	0	0	0
要介護3	1	1	1	1	1	1
要介護4	0	0	1	0	0	1
要介護5	2	2	1	2	0	0
合計	6	4	5	6	1	2
認定率	0.3%	0.2%	0.3%	0.4%	0.1%	0.1%

資料:介護保険事業状況報告月報(各年9月末)

② 第1号被保険者における要支援・要介護認定者数の推計

第1号被保険者における要支援・要介護認定者数は、第9期計画期間中は増加傾向で推移する見込みであり、その後、令和22年に向けて減少していくものと予測されます。

■要支援・要介護認定者数の推計（第1号被保険者）

単位：人

	R6	R7	R8	R22
要支援1	17	17	17	16
要支援2	38	41	41	36
要介護1	41	41	43	39
要介護2	40	42	44	39
要介護3	52	52	54	48
要介護4	55	58	59	52
要介護5	24	24	26	22
合計	267	275	284	252
認定率	15.2%	15.7%	16.3%	17.6%

資料：地域包括ケア「見える化」システム

③ 在宅サービス利用者の状況

居宅サービスの延べ利用者数は、介護予防支援・居宅介護支援が1,500人台から1,600人台で推移しており、そのほかのサービスでは、福祉用具貸与の利用者が最も多く、次いで通所介護、短期入所生活介護、訪問介護と続いています。

■在宅サービス延べ利用者数の推移

単位：延べ人／年度

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
訪問介護	278	311	271	253	266
訪問入浴介護	156	145	166	88	55
訪問看護	119	128	126	77	79
訪問リハビリテーション	0	0	0	0	0
居宅療養管理指導	6	19	9	16	19
通所介護	762	703	633	652	750
地域密着型通所介護	3	0	0	0	3
通所リハビリテーション	22	27	19	17	12
短期入所生活介護	457	484	523	526	455
短期入所療養介護(老健)	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	967	1,083	1,128	1,014	965
特定福祉用具販売	6	21	18	7	5
住宅改修	4	7	2	8	7
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	3	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	53	70	90	121	98
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
介護予防支援・居宅介護支援	1,501	1,638	1,631	1,598	1,563

資料：地域包括ケア「見える化」システム

④ 居住系サービス利用者の状況

居住系サービスの利用者数は、認知症対応型共同生活介護が400人台で推移しており、最も多く、次いで特定施設入居者生活介護が続いています。

■ 居住系サービス利用者数の推移

単位：延べ人／年度

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
特定施設入居者生活介護	2	22	28	35	26
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	470	436	434	452	430

資料：地域包括ケア「見える化」システム

⑤ 施設サービス利用者の状況

施設サービスの利用者数は、介護老人福祉施設が平成30年度の500人台から600人台に増加しており、最も利用者数の多いサービスであり、次いで地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設と続いています。

■ 施設別入所者数の推移

単位：延べ人／年度

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
介護老人福祉施設	522	581	599	614	640
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	118	89	83	102	118
介護老人保健施設	54	52	70	71	70
介護医療院	0	0	0	0	0
介護療養型医療施設	0	0	0	0	0

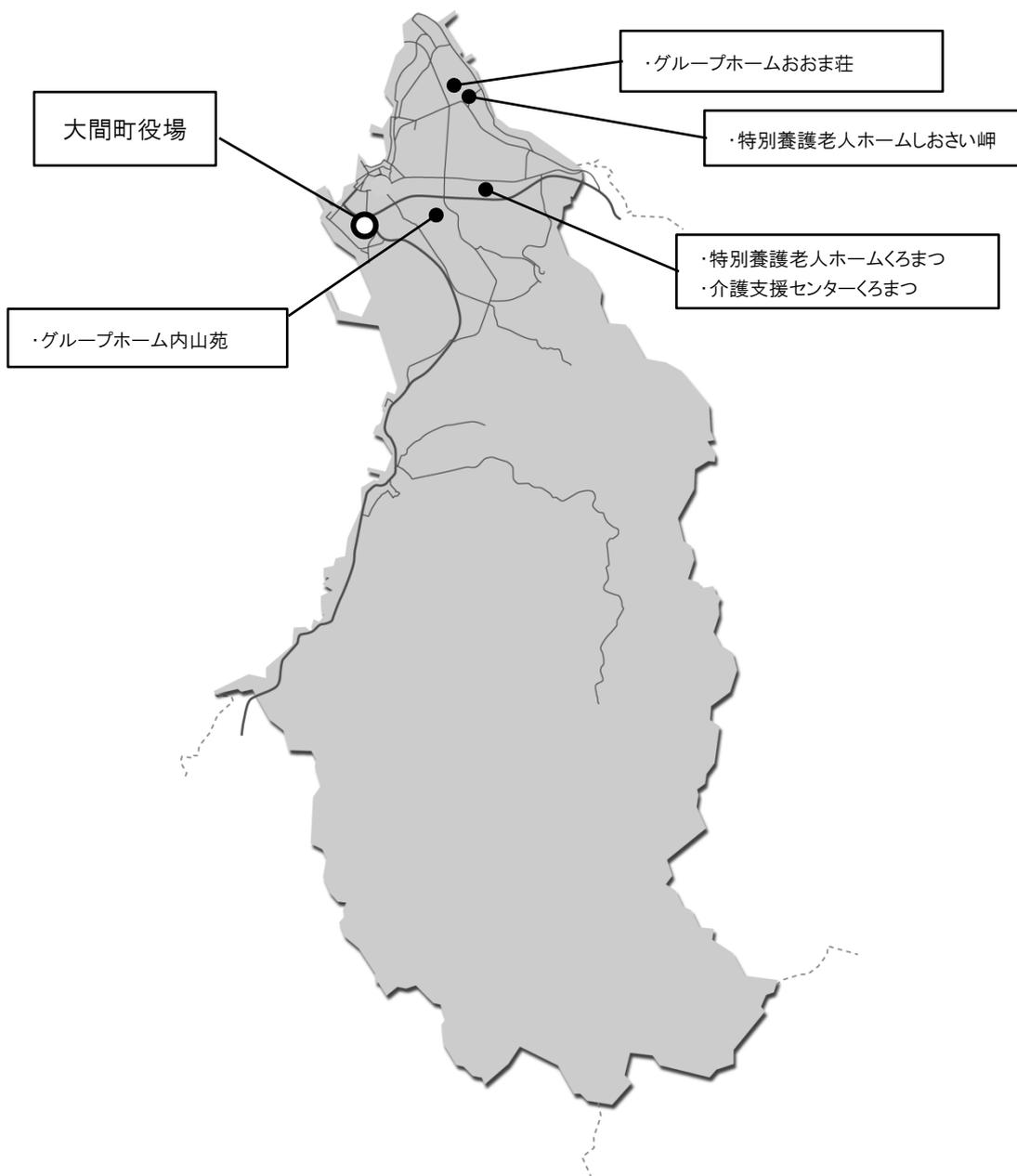
資料：地域包括ケア「見える化」システム

2 日常生活圏域の設定

地域の高齢者が住み慣れた地域で、適切なサービスを受けながら生活できるように、地域における地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して本町では日常生活圏域を1圏域として設定しています。

日常生活圏域においては、地域包括支援センターが中心となり地域の施設及びマンパワーの連携を図りながら、元気な高齢者への健康福祉サービスから要支援高齢者に対する介護予防事業、要介護高齢者に対する介護サービスまで幅広い支援を行い、地域ケア体制の中心的役割を担っています。

■ 日常生活圏域内の施設配置

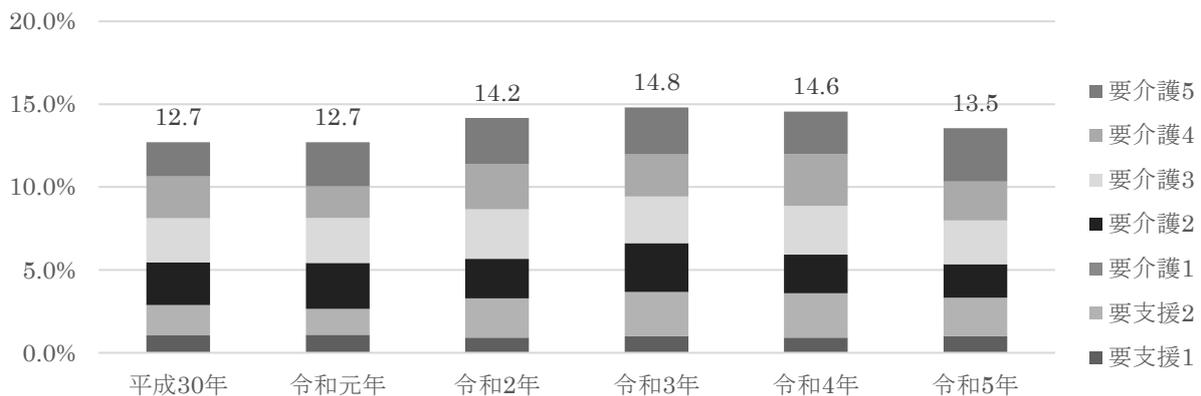


3 介護給付実績からの地域特性

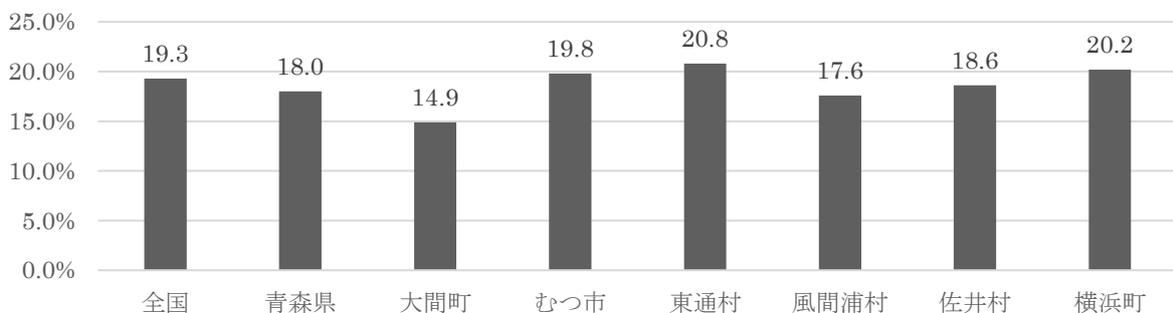
地域包括ケア「見える化」システムを活用し、取得データから大間町の地域分析を行い、その結果を以下に記載しました。

- ① 認定率は、平成30年の12.7%から令和5年には13.5%と、年によって増減はあるものの概ね上昇傾向となっています。また、全国（19.3%）、青森県（18.0%）を下回る水準で、近隣自治体の中でも最も低くなっています。

■ 要支援・要介護度別認定率の推移（各年3月末）



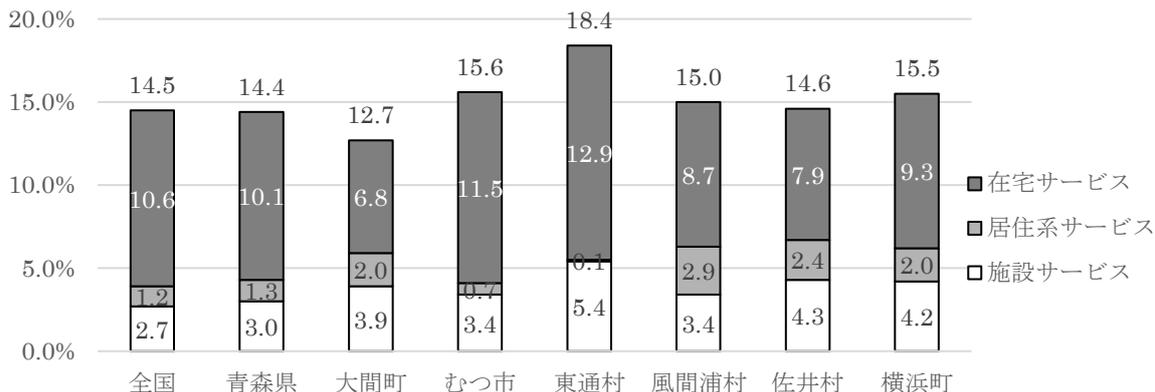
■ 認定率の比較（令和5年10月末）



資料：厚生労働省「介護保険事況報告」月報

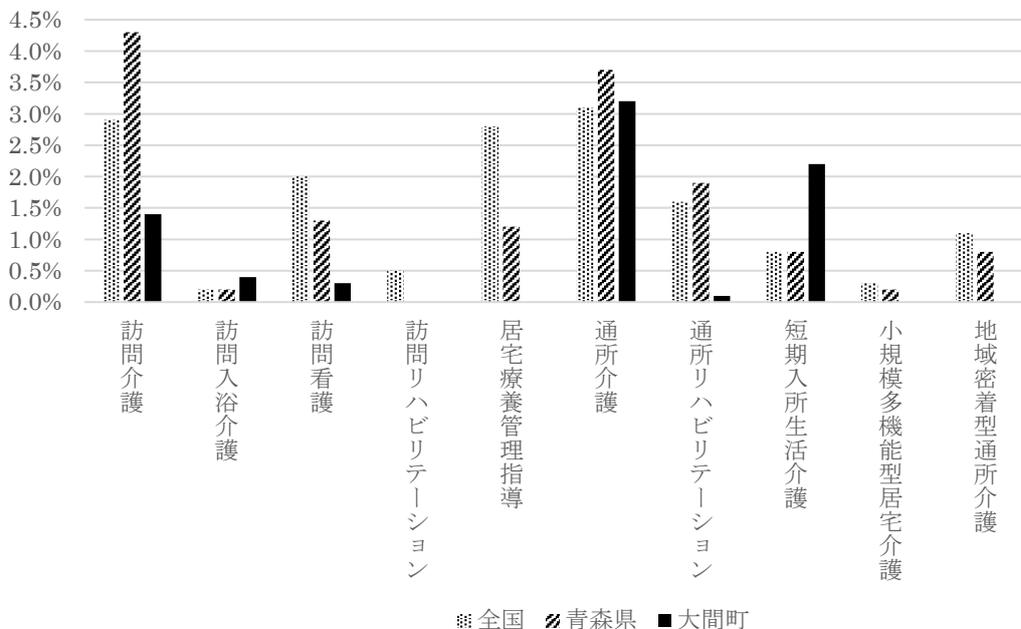
② 介護給付受給率は、令和5年実績で12.7%と、全国（14.5%）、青森県（14.4%）を下回る水準であり、近隣自治体の中でも最も低くなっています。また、施設サービスの3.9%、居住系サービスの2.0%は、全国や青森県を上回っている一方、在宅サービスの6.8%は下回っている状況です。また、主な在宅サービスでは、概ね全国や青森県を下回る受給率である一方、短期入所生活介護は上回る水準となっています。

■ サービス系列別受給率に関する比較（令和5年）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

■ 主な在宅サービス別受給率に関する比較（令和5年）



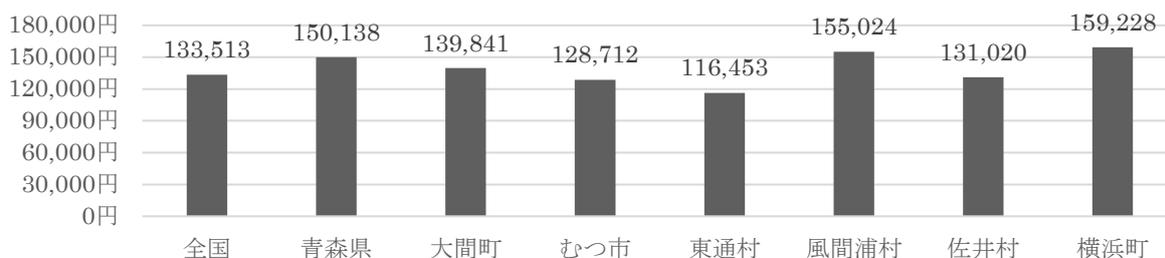
資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

- ③ 受給者1人あたり給付月額、令和5年度は139,841円となっており、令和3年度と令和4年度は、コロナ禍による影響を反映して、他の年度よりも低い水準となっています。また、全国（133,513円）よりも高く、青森県（150,138円）よりも低い額となっています。

■ 受給者1人あたり給付月額（在宅および居住系サービス）の推移



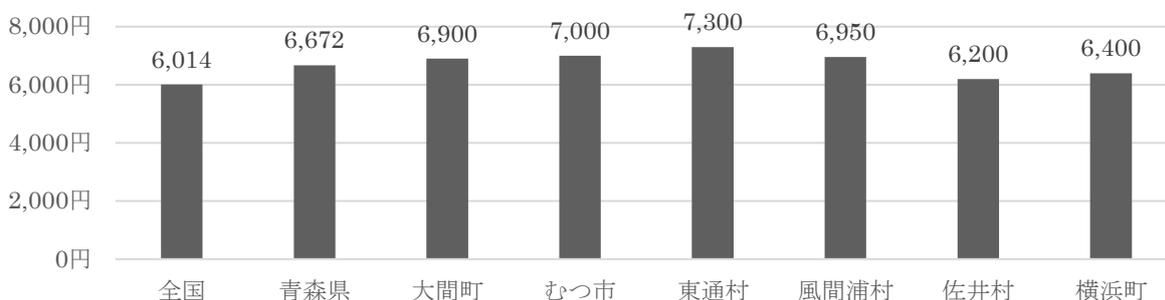
■ 令和5年度受給者1人あたり給付月額（在宅および居住系サービス）の比較



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

- ④ 第8期における第1号保険料基準月額は、当町は6,900円であり、全国（6,014円）や青森県（6,672円）を上回る額となっています。

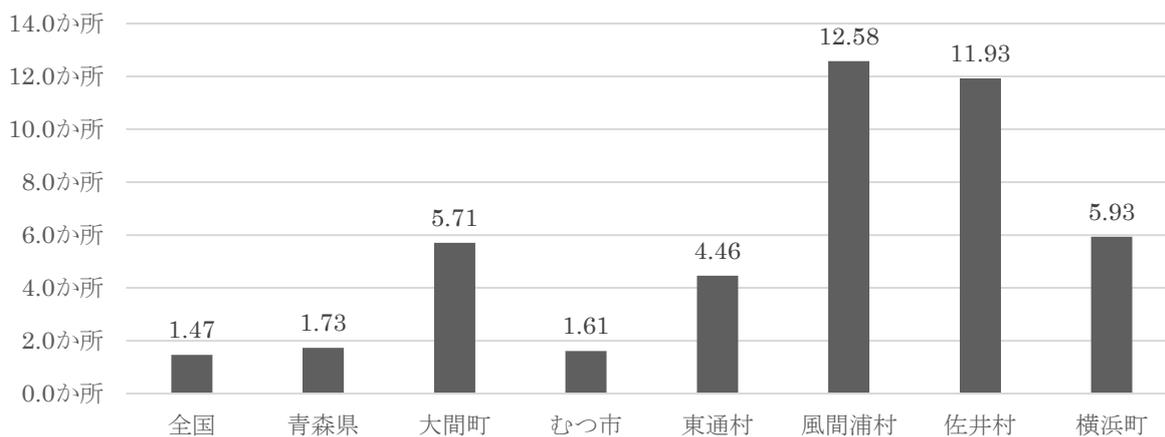
■ 第8期（令和3～5年度）における第1号保険料基準月額の比較



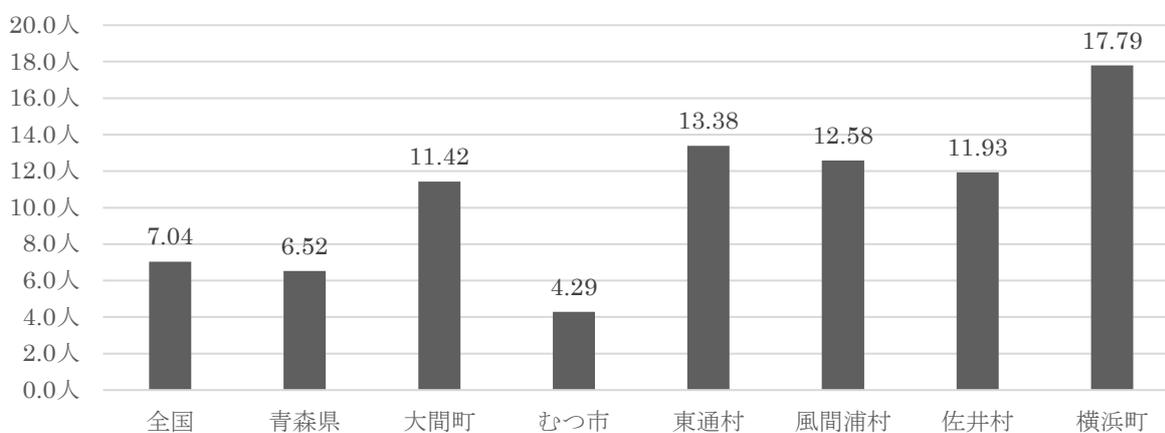
資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報
【保険料基準額】介護保険事業計画に係る保険者からの報告値

- ⑤ 地域包括支援センターの設置数は、65歳以上人口1万対で5.71か所となっており、全国（1.47）や青森県（1.73）を上回る水準となっています。また、3職種の人員体制は、65歳以上人口1万対で11.42人となっており、全国（7.04）や青森県（6.52）を上回る水準となっています。

■ 65歳以上人口1万対 地域包括支援センター設置数（令和4年）



■ 65歳以上人口1万対 地域包括支援センター人員体制（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種）（令和4年）



資料：厚生労働省「地域包括支援センター運営状況調査」

4 第9期計画の策定における課題整理

第9期計画の策定にあたっては、アンケート結果や地域の現状を踏まえて、以下のように課題を整理しました。

課題1 フレイル対策など、介護予防、自立支援・重度化防止の取組の推進

一般高齢者や要支援認定者（要介護認定者以外）の中には、「認知機能低下」が43.5%、「うつ傾向」が43.3%、「閉じこもり傾向」が30.3%見られます。また、「転倒リスクあり」が35.1%、「口腔機能の低下」が20.9%、「運動機能低下」が18.4%という状況です。

介護予防を目的とするサービスについて、今後3年以内に利用したい人（サービスの内容次第で利用したいという人を含む）は30%以上となっており、今後はフレイル※の対策をはじめ、介護予防、自立支援・重度化防止に向けた取組の推進により、高齢者がその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援していくことが重要となります。（ニーズ調査の結果）

※フレイル

要介護状態に至る前段階として位置付けられ、「身体的側面（運動器の障がいで移動機能が低下（ロコモティブシンドローム）、筋肉の衰え（サルコペニア）など）」、「精神・心理面（うつ状態や軽度の認知症など）」、「社会的側面（独居や経済的困窮など）」の3つの種類に分かれます。

課題2 認知症施策の総合的な推進

認知症に関する相談窓口については、高齢者の70%近くは「知らない」と回答し、認知症の家族がいる人に限定しても、認知度は約40%という状況です。

認知症高齢者の増加が見込まれる中で、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、国の「認知症施策推進大綱（令和元年6月18日）」や令和5年6月に成立した認知症基本法に基づき、地域包括支援センターが相談窓口であること、認知症初期集中支援チームを設置していること、認知症ケアパスを作成していることなどの周知とともに、認知症に対応した介護サービス等の確保や家族支援の取組など、認知症施策の総合的な推進が求められています。（ニーズ調査の結果、国の法制度）

課題3 地域住民同士のふれあいや見守り強化

1人暮らしの高齢者が増加する中で、「病気の時に看病や世話をしてくれる人がいない」との回答は、1人暮らしの人の11.7%となっています。また、家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談できる人が「いない」という人が高齢者全体の35.3%となっており、地域住民同士のふれあいの機会や見守り体制の強化が課題です。（ニーズ調査の結果）

課題4 外出支援の取組の充実

外出の回数が昨年より減少している人は30%以上となっており、外出を控えている人は高齢者全体で28.6%、1人暮らしでは40.0%という状況です。控えている理由は「足腰などの痛み」に次いで、「交通手段がない」や「経済的に出られない」との理由が比較的多くなっています。

一方、要介護認定者においては、在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスとして、「移送サービス（介護・福祉外等）（18.2%）」が上位にあがっており、高齢者が安心して外出でき、買い物や通院など、日常生活の外出・移動を支援する取組の充実が課題です。（ニーズ調査の結果、在宅介護実態調査の結果）

課題5 地域活動や生活支援サービスの担い手の発掘

健康づくり活動や趣味等のグループ活動について、「既に参加している」「是非参加したい」という積極派は高齢者の7.5%おり、「参加してもよい」という人が約40%を占めています。

一方、要介護認定者においては、在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスとして、「配食（15.2%）」や「ゴミ出し（15.2%）」が比較的上位にあがっており、地域活動や生活支援サービスの担い手をより一層発掘していくことが求められます。（ニーズ調査の結果、在宅介護実態調査の結果）

課題6 2040年を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者の1人暮らしや高齢者夫婦世帯、認知症高齢者の増加等を背景として、また、生産年齢人口の急減が見込まれる2040年を見据えると、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るためには、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会「地域共生社会」の実現に向けた取組が必要となります。

まちづくりを担う地域住民、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体、NPO、ボランティア団体など、地域活動に対する支援施策が課題となります。（国の基本的な指針）

課題7 高齢者への負担軽減に向けた、介護給付費の適正化対策の強化

団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者数がピークを迎える令和22年を見据えつつ、介護保険制度の持続可能性を確保するために引き続き高齢者が自身の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるような支援が必要とされています。

高齢者の半数近く（47.2%）が、現在の暮らしの経済的な状況について「大変苦しい」「やや苦しい」と回答しており、保険料高騰を抑えるためにも、介護サービスの適正な利用や介護サービス事業者への指導強化など、介護給付費の適正化対策の強化が必要となります。（ニーズ調査の結果）

課題8 家族介護者への支援の強化

介護を理由に離職した主な介護者は13.3%です。また、働いている介護者の就労継続の意識は「問題はあるが、何とか続けていける」が66.7%と最も多く、今後の在宅生活の継続に向けて不安を感じる介護は「認知症状への対応」が30.0%と最も多くなっています。認知症の家族のいる介護者をはじめ、仕事と介護の両立や在宅生活の継続に向けた主な介護者への支援の強化が求められます。（ニーズ調査の結果）

第3章

計画の基本理念と 重点施策

第3章 計画の基本理念と重点施策

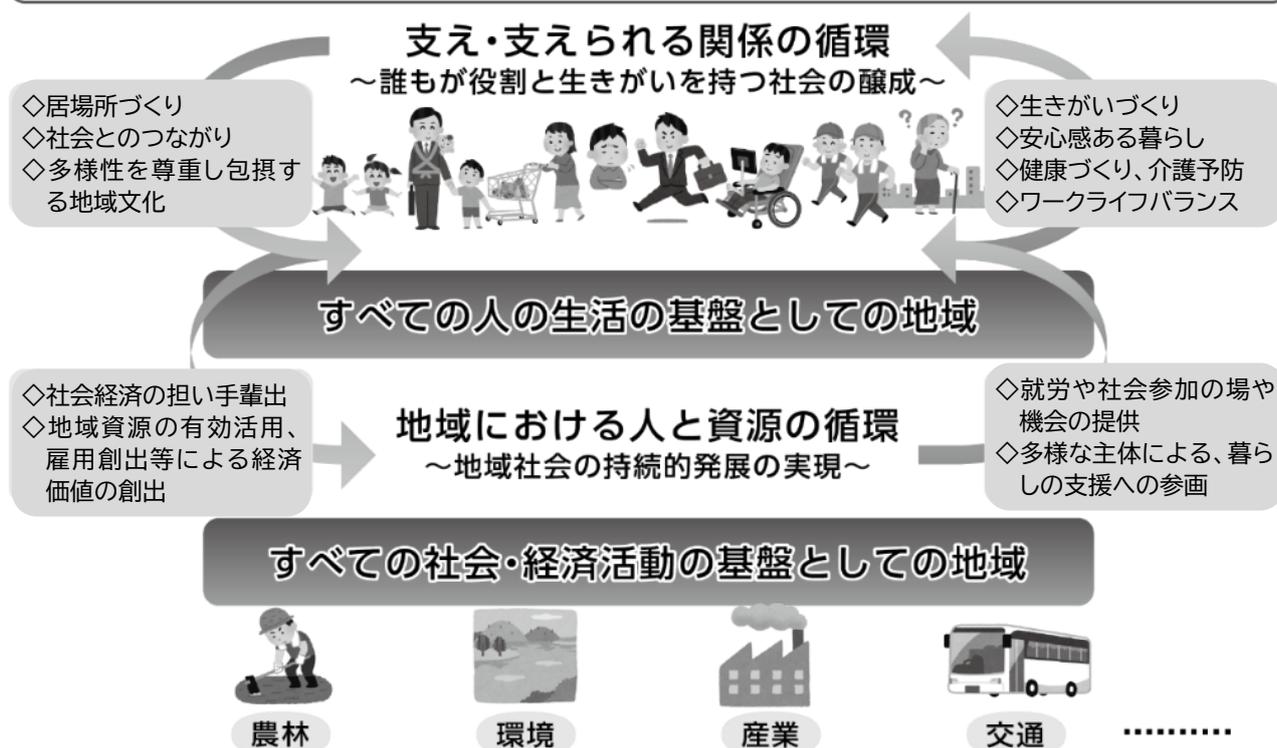
～令和22年を見据えた地域共生社会の実現～

今後、高齢化が一層進む社会の中で、地域で高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」は、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となるものです。

高齢者人口がピークとなり、生産年齢人口の急減が見込まれる令和22年を見据えて、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支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて、介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現をめざします。

地域共生社会とは

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会



1 計画の基本理念

本町は「大間まぐろ」をはじめとする豊富な水産資源、美しい自然環境・自然景観、さらには魅力あふれる伝統文化など様々な地域資源に恵まれています。その一方、人口減少による地域活性力の低下や基幹産業の低迷と取り巻く環境は厳しいものになっています。

第6次総合計画では、大間町民の良さである人情あふれるあたたかさを活かしながら、今後も持続可能なまちであり続けるため、『力強く、おおらかな、本州最北端のまち「大間」』をまちの目指す将来像としています。

以上のことから、第9期計画の基本理念は総合計画が掲げた『将来像』とともに、高齢者世代が基本目標Ⅰの「誰もが健康で安心して「暮らし続けたい」と思うまち」を実現できるよう、前期計画を引き継ぎました。

基本理念

健やかに暮らし元気あふれるまちづくり

2 基本目標

介護保険法の基本的理念を踏まえ、介護保険給付等対象サービスを提供する体制の確保と地域支援事業の実施に関する基本目標は、第8期計画の以下の4つの目標を継承し、施策を計画的に推進していきます。

基本目標Ⅰ 健やかで元気あふれる まちづくり

豊かな老後生活を営むためには、心身ともに健康でなければなりません。

介護保険制度は高齢者が自身の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減・悪化防止を理念としています。

また、地域の中で親しい仲間とともに社会貢献等の活動をすることにより、さらに充実感のある生活となります。そのため、若者が少ない本町において高齢者はまちづくりの大切な資源であることから、元気な高齢者の社会参加を通して安心できる地域社会を構築していきます。(課題1・2・4・5に対応)

基本目標Ⅱ いつまでも安心して暮らせる まちづくり

単身または高齢者夫婦世帯、認知症高齢者の増加に対応し、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援を含む日常生活上の支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して在宅生活を続けていくためには多様な生活支援・介護予防サービスの整備が必要となります。

また、一般介護予防事業の積極的な展開により、地域の実情に応じた効果的・効率的な取組を推進していきます。(課題1・2・3・4・5に対応)

基本目標Ⅲ 大間町らしい地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、地域住民による多様な活動の展開をしながら、地域の保健医療サービスや福祉サービスを総合的に提供できる環境づくりが必要となります。そのため、地域包括支援センターを核として多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークをめざします。

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後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業者など関係者との連携をさらに推進します。

また、認知症になっても住み慣れた地域で尊厳を持ちながら穏やかに生活できるよう、認知症に関する知識や情報の普及啓発、認知症予防に関する活動の実施、地域全体で認知症高齢者の生活を支えていく体制の整備が必要となります。さらに、家族介護者の負担軽減のための支援、権利擁護への取組を推進していきます。

(課題1・2・5・6・8に対応)

基本目標Ⅳ 持続可能な介護保険事業の運営

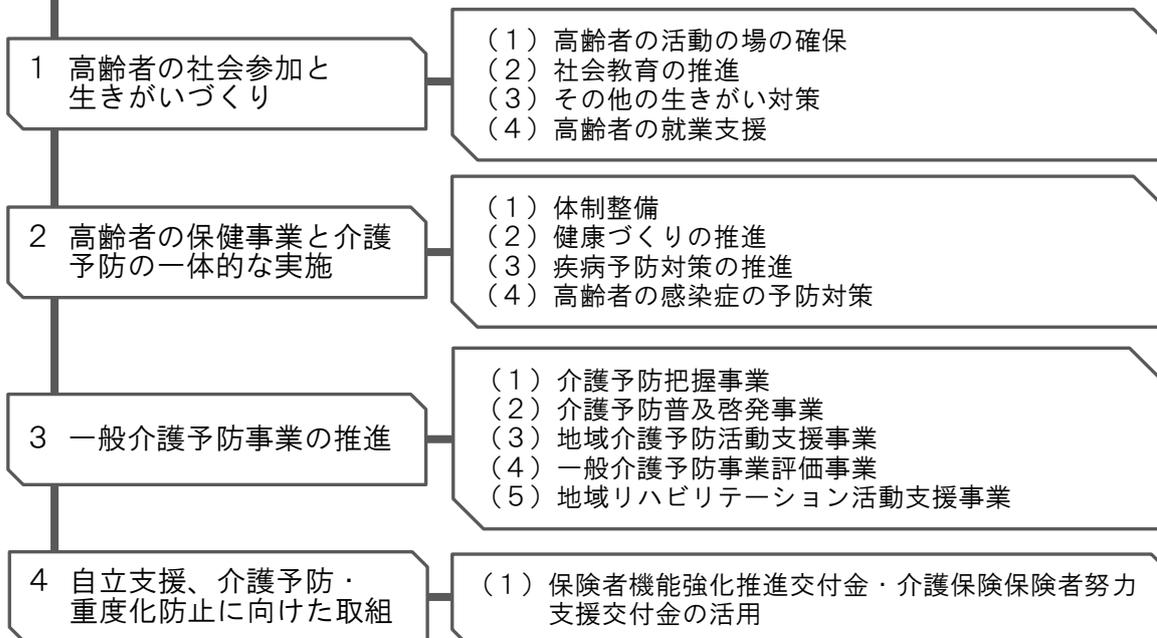
介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを事業者が適切に提供できるよう促します。適切なサービス提供の確保とともに費用の効率化を通して、介護給付の適正化を図りながら介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な制度の構築につなげます。

また、地域包括ケアシステムを推進し制度の持続可能性を維持するための保険者機能の強化を目的に創設された、「保険者機能強化推進交付金」「介護保険保険者努力支援交付金」を活用し、さらなる高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組の推進とともに、新たな予防・健康づくりに資する取組の推進を図ります。(課題1・6・7に対応)

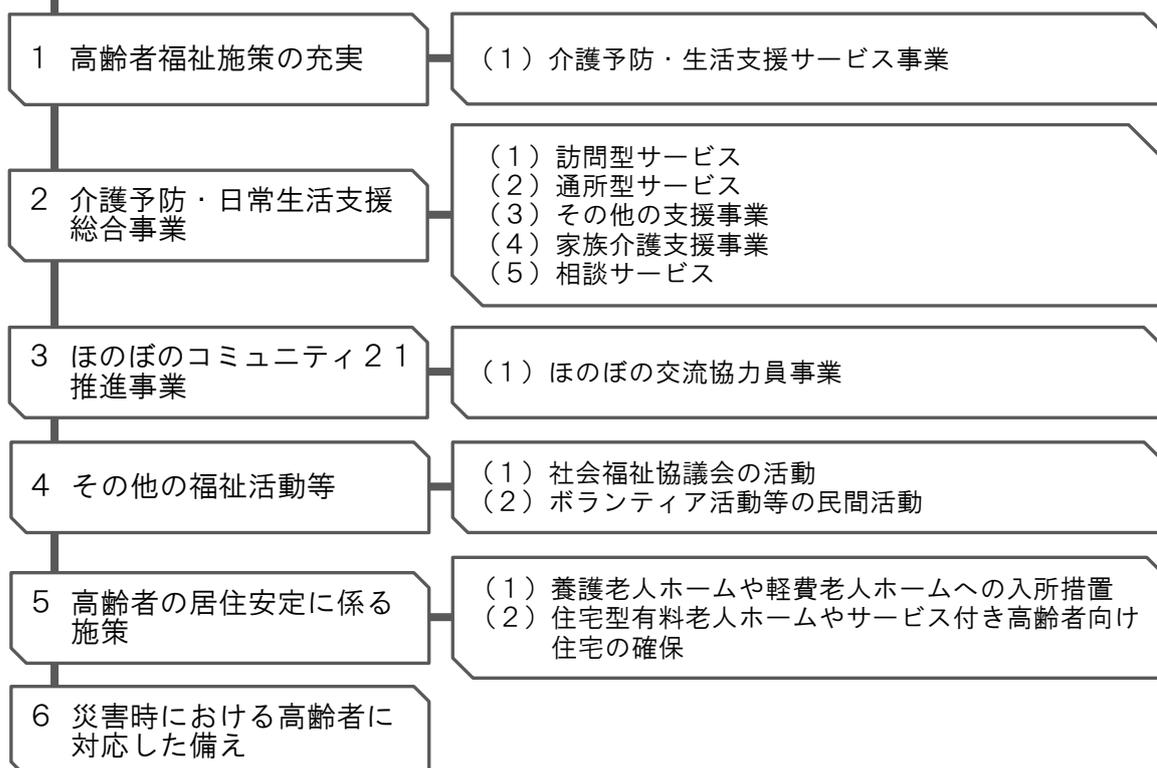
3 施策の体系

健やかに暮らし元気あふれるまちづくり

基本目標Ⅰ 健やかで元気あふれる まちづくり



基本目標Ⅱ いつまでも安心して暮らせる まちづくり



基本目標Ⅲ 大間町らしい地域包括ケアシステムの推進

1 地域包括ケアシステムの 深化・推進	(1) 地域包括ケアシステムの構成と役割 (2) 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び 資質の向上
2 地域包括支援センターの 機能強化	(1) 地域包括支援センターの運営 (2) 機能強化に向けた自己評価と町評価の実施
3 在宅医療・介護連携の推進	(1) 在宅医療・介護連携体制整備の推進 (2) 二次医療圏内・近隣市町村との連携
4 認知症施策の推進	(1) 普及啓発・本人発信支援 (2) 予防 (3) 医療・ケア、介護サービス (4) 認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人へ の支援・社会参加支援 (5) 地域の見守りネットワークの構築
5 生活支援・介護予防サー ビスの体制整備	(1) 生活支援事業の基盤整備
6 地域ケア会議の推進	(1) 地域ケア会議の運営と課題検討 (2) 多職種協働によるネットワークの構築や資源開発

基本目標Ⅳ 持続可能な介護保険事業の運営

1 効果的・効率的な介護給付 の推進	(1) 介護給付適正化事業 (第6期介護給付費適正化計画) (2) 居宅サービス等の質的向上 (3) 施設サービス等の質的向上 (4) 介護人材の確保策 (5) その他
2 保険者機能の強化	
3 介護保険給付サービスの メニュー	
4 介護保険給付サービスの 実績・見込み	(1) 居宅・介護予防サービス (2) 地域密着型サービス (3) 施設サービス
5 適正な介護保険料を めざして	(1) 介護保険料のあり方について (2) 介護保険料の段階設定 (3) 介護保険料・費用等の軽減措置
6 介護サービス事業費の 見込み	(1) 財源構成 (2) 推計方法の手順 (3) 総給付費の見込み (4) 第9期計画期間における基準月額保険料の設定

第4章

施策の展開

第4章 施策の展開

介護保険制度は、地域包括ケアシステムを推進する観点から共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関わる取組を進めてきました。

第9期計画の施策展開にあたっては、計画の基本理念「健やかに暮らし元気あふれるまちづくり」の実現をめざすため、包括的な支援体制構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組をはじめ、4つの基本目標に関連する多様な施策を一体的に展開していきます。

基本目標Ⅰ 健やかで元気あふれる まちづくり

1 高齢者の社会参加と生きがいくくり

高齢者が家庭、地域、企業等社会の各分野において、これまで培った豊かな経験と知識をもとに技能を発揮して、生涯を通じ健康でかつ生きがいを持った社会活動ができることが望まれています。

(1) 高齢者の活動の場の確保

主な活動は、地域における行事の世話や健康活動となっています。

また、イベント開催も多様な内容があり、セカンドライフのサークル活動を活発にするために民間による自主的グループの構築を促進します。

① 老人クラブの活動

老人クラブの活動目的は、おおむね60歳以上の会員が自らの力によって生活を健全で豊かにすることです。同一地域に居住する高齢者が自主的に集まって自らの教養の向上、健康の増進や社会奉仕活動等、主に地域社会との交流を実施しています。

■老人クラブの実績と目標

現状	○単位老人クラブの10団体、会員総数141人の組織であり、高齢者人口の1割強が老人クラブの会員となっています。 ○以前から後期高齢者会員が多いため活動が停滞ぎみになっています。						
今後の方策	○老人クラブの新規会員は、前期高齢者を中心に勧誘します。 ○老人クラブの新たな活動として、町づくり関連事業に積極的に参加を呼びかけます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
クラブ数	団体	10	10	10	10	10	10
会員数	人	161	152	141	140	140	140

■単位老人クラブ会員数と結成年月日(令和5年12月)

クラブの名称		会員数	結成年月日
1	第一若松会	23人	1970(昭和45)年4月1日
2	第二若松会	3人	
3	第三若松会	9人	
4	第四若松会	16人	
5	第五若松会	21人	
6	第六若松会	15人	
7	奥戸第一老人クラブ	8人	
8	奥戸第二老人クラブ	15人	
9	奥戸第三老人クラブ	11人	
10	奥戸第四老人クラブ	20人	
合計		141人	
大間町老人クラブ連合会		10団体	1970(昭和45)年4月1日

(2) 社会教育の推進

大間町社会教育の方針は「地域住民が心のふれあいを深め、生涯にわたって生きがいのある充実した生活を送るとともに、豊かで住みよい地域社会の実現ができるよう、一人一人の学習と社会参加を実現する社会教育の推進に努める。」であるため、生涯各時期における学習活動の充実を図り、創意と活力のある社会教育の推進に努めます。

① 高齢者教室

高齢者が年々増加していく中で、高齢者自身が仲間づくりを通じて生きがいと社会参加を積極的に行う活動を支援するため、ニーズに応じた体験的、継続的学習の支援の充実を図ります。

② ボランティア活動の支援

ボランティア活動の一層の支援・推進を図るため、関係機関並びに団体との連携を強化し、事業の充実を図ります。

③ 学校開放の推進

生涯学習の推進の拠点として、大間小学校、奥戸小学校、大間中学校の特別教室、体育館等の活用を図ります。また、町民の学習、文化、スポーツなどの生涯学習の場としての役割をはたすように努めます。

(3) その他の生きがい対策

様々な事業等を通じて、スポーツ・レクリエーション、生涯学習や学び直しなど、高齢者の生涯にわたる活躍と生きがいづくりを支援します。また、各種教室の指導者となる高齢者の指導者養成に努め、高齢者の地域活動を支援します。

(4) 高齢者の就業支援

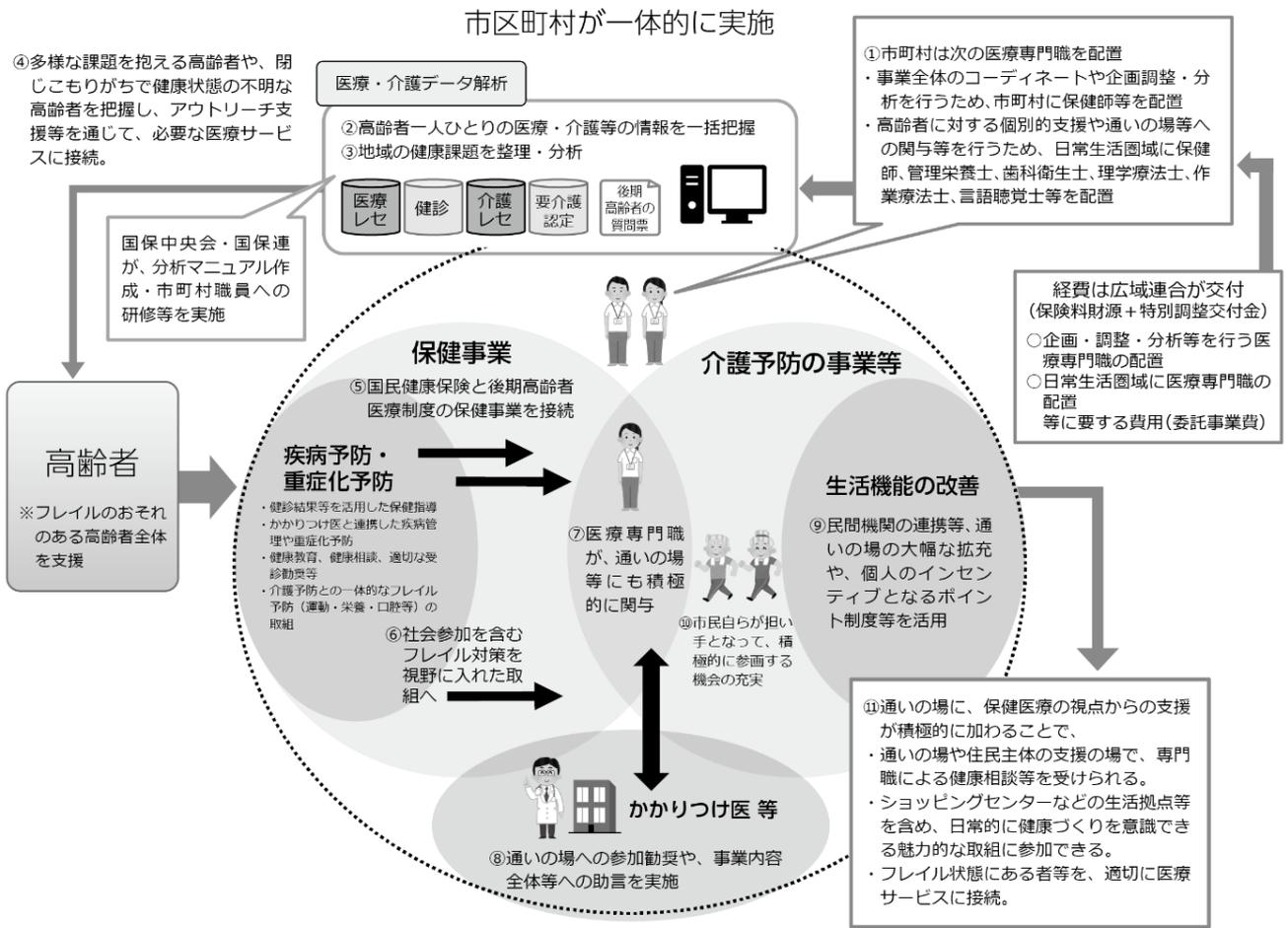
超高齢社会を迎えるにあたり、介護人材の不足が懸念される中、貴重な労働力としても期待されています。高齢者の就労機会の拡充を図るため、令和6年度よりシルバー人材センターを設置予定とし、就労的活動支援コーディネーターの配置も検討してまいります。また、元気な高齢者が介護あるいは介護予防サービスの担い手として活躍できる場の創出など、介護予防事業との連携による就労の場の創出に努めます。

2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業を令和5年度から実施しており、今後も運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握した上で適切な医療サービス等につなげるなど、疾病予防・重症化予防の促進をめざします。

また、本町では、町民一人ひとりが自らの健康づくりに積極的に取り組み、地域で安心して生活できるよう、ライフステージに合わせた健康づくり施策を推進していきます。

■ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開（健康寿命延伸プラン工程表）～

(1) 医療専門職の配置

保健師等の医療専門職が中心となり、コーディネーター役として事業全体の企画・調整等を担います。

また、医療専門職のアウトリーチ支援や通いの場等への積極的な関与を推進します。

(2) 健康づくりの推進

若い時から健康づくり習慣を身につけることができるように、関係機関が連携をとり、ウォーキングや気軽に取り組める運動の普及や仲間づくりを支援します。

また、高齢者が積極的に取り組めるように、安全で楽しめる健康づくりの実践を推進します。

(3) 疾病予防対策の推進

高齢者が疾病や要介護状況に陥る危険要因について、個々の高齢者に対してきめ細かに情報の把握や評価を行って予防対策を推進します。特定健康診査の受診勧奨と特定保健指導の充実を図り、生涯を通じた健康づくりや健康管理体制づくりに取り組みます。

また、糖尿病や動脈硬化などの生活習慣病予防対策を強化し、寝たきりや認知症の予防を推進します。

(4) 高齢者の感染症の予防対策

町の広報やホームページを通じて感染症対策に関する情報発信を継続するとともに、医療や福祉、介護関係の事業所等に対して、各種ガイドラインに沿った感染予防、感染拡大防止の対策を促していきます。

また、全介護サービス事業所に令和6年3月までの策定が義務づけられているBCP（事業継続計画）に基づく取組を促していきます。

3 一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業の推進にあたっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要です。

一般介護予防事業を効果的・効率的に実施するため、地域における保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の関与、また地域ケア会議や短期集中予防サービス、生活支援体制整備事業等の地域支援事業の他の事業との連携を推進しながら、取り組んでいきます。

(1) 介護予防把握事業

地域の実情に依りて、収集した情報等の活用により閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動につなげる事業です。ニーズ調査や地域の関係機関から収集した情報の活用により対象者の把握を行っていきます。

(2) 介護予防普及啓発事業

高齢者を対象に健康づくりや介護予防の普及啓発に向けた講話や各種教室を行います。

① パンフレット等の作成・配布

介護予防に関する基本的な知識について、普及・啓発するためのパンフレット等を作成・配布の実施を推進します。

② 講演会や相談会の開催

有識者等による講演会や相談会等の開催の実施を推進します。

③ 介護予防教室等の開催

介護予防につながる運動、栄養、口腔等に関する介護予防教室等の開催の実施を推進します。

④ 介護予防手帳の配布

介護予防に関する知識や情報、また、介護予防事業実施の記録等を管理するための「介護予防手帳」の作成・配布の実施を推進します。

(3) 地域介護予防活動支援事業

高齢者を対象に、健康教育・健康相談等の取組を通じて、介護予防に関する活動の普及・啓発及び地域において自発的な介護予防に結びつくよう支援を行います。

- ① ボランティア等の人材育成のための研修開催
介護予防ボランティアの人材を育成するため、研修会等の開催の実施を推進します。
- ② 多様な地域活動組織の育成・支援
介護予防に関する地域における活動組織を育成し、活動の支援を行います。
- ③ 社会参加活動の実施（通いの場等）
通いの場等、社会参加につながる活動の実施を推進します。

（４）一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を目的とする事業です。

介護予防事業を効率的・効果的に実施するために、PDCAサイクルに沿った評価や改善を推進します。

（５）地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所・訪問・地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。今後の実施に向けて、リハビリテーション専門職等関係機関と協議していきます。



4 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取組

高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえ、地域の実情に応じて、具体的な取組を進めていきます。

高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけでなく、生きがいを持って日常生活を過ごすことが重要です。具体的には、高齢者が趣味や特技、サークル活動等を通じて地域社会と交流できる場、高齢者がこれまでに得た技能や経験を活かしたボランティア活動、就労的活動を通じて、地域や社会を構成する一員として社会貢献できる場の提供に努めます。

なお、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金を活用しつつ、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、次のような取組を通じて保険者としての機能強化をめざしていきます。

- ① 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）養成
- ② 介護保険制度の普及・啓発
- ③ 在宅医療・介護連携推進のための人材育成
- ④ 支え合う地域づくり座談会の開催
- ⑤ 元気高齢者に対するボランティア養成講座の開催

基本目標Ⅱ いつまでも安心して暮らせる まちづくり

1 高齢者福祉施策の充実

多くの高齢者は、長年生活してきた地域で暮らし続けることを望んでおり、介護や支援が必要な状態になっても安心して生活を送ることができるよう、高齢者を地域で支えられる体制を構築する必要があります。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

多くの高齢者は、身体機能が低下しても可能な限り地域社会で家族や隣人と暮らしていくことを望んでいることから、在宅生活を支援していくために在宅福祉サービスのさらなる充実が求められています。

また、高齢者のニーズが多様化していることから、サービスの量的拡大にとどまらず、質的な向上を図っていくことが必要であり、利用者の立場に立ったサービスを確保します。

① 外出支援サービス

本町では、移送用車両により居宅と老人福祉施設や医療施設などへ送迎しています。

■ 外出支援サービスの実績と目標

現状	○移動手段に乏しい方を対象に移送サービスを行っています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延べ利用者数	人	470	567	941	900	900	900

② 軽度生活支援サービス

軽易な日常生活上の援助（軽微な修理、雪下ろし、外出時の援助など）を行うサービスです。これにより、在宅の一人暮らし高齢者等の自立した生活を継続可能とするとともに、要介護状態への進行を防止するものです。

■ 軽度生活支援サービスの実績と目標

現状	○軽度な援助が必要な独居高齢者向けに生活援助サービスを行っています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延べ利用者数	人	26	52	27	40	40	40

③ 生きがい活動支援通所サービス

本町では、閉じこもりがちな高齢者に対してデイサービスを受けるための送迎をしています。

■生きがい活動支援通所サービスの実績と目標

現状	○外出機会に乏しい方向けにいきいきデイサービスを実施しています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施件数	件	146	162	146	150	150	150

④ ホームヘルプ支援サービス

本町では、高齢者が可能な限り自宅で自立した生活を送ることができるよう、ホームヘルプを実施しています。

2 介護予防・日常生活支援総合事業

単身や夫婦のみの高齢者世帯等の支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援など、生活支援の必要性が高まり、地域の実情に応じた多様な主体による生活支援・介護予防サービスの提供が必要とされています。

また、ボランティア活動や就労的活動など、高齢者の社会参加を通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待されています。

様々な主体によるサービス提供体制の整備に努めるとともに、サービス事業の実施にあたっては、事業の適切かつ効率的な実施の観点から、サービスの種類ごとに支援等を提供する事業者等が遵守すべき基準やサービス単価、利用者負担(利用料)を定めていきます。

(1) 訪問型サービス

① 訪問介護相当サービス

訪問介護事業者の訪問介護員による掃除、洗濯、食事の準備などの生活援助や、入浴・着替えの介助などの身体介護を行うサービスです。要支援者等も対象者として実施しています。

■訪問介護相当サービスの実績と目標

現状	○ホームヘルプセンターくろまつで現行相当の訪問介護が実施されています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
利用者数	人	18	19	19	20	20	13

② 生活支援訪問型サービス

訪問介護事業者以外の事業者による掃除、洗濯、食事の準備などの生活援助に限定して行うサービス、または地域住民やボランティアの団体が主体となり、ゴミ出しや庭の除草といった日常生活のちょっとした困りごとに対して支援を行う、生活援助等のサービスです。

高齢者が地域で生活を継続するための支援ニーズは多岐にわたることから、公的介護サービス以外で、対象者の状態等を踏まえながら支援等を行う「多様なサービス」の創出に努めます。

③ 訪問型短期集中型サービス

体力改善、ADL・IADLの改善に向けた支援が必要な高齢者を対象として、保健師等の保健・医療の専門職が居宅で相談指導などを、3～6か月の短期間で行うサービスです。町保健師を中心として今後の実施の検討を進めます。

(2) 通所型サービス

① 通所介護相当サービス

要支援認定者に対し、通所介護事業者による食事や入浴などの日常生活上の介護や、生活機能向上をめざした機能訓練などを行うサービスです。

■通所介護相当サービスの実績と目標

現状	○デイサービスセンターくろまつで現行相当の通所介護が実施されています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)		目標			中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
利用者数	人	35	34	34	34	34	24

② 生活支援通所型サービス

通所介護事業者以外の事業者による介護予防に関する講話やミニデイサービス、趣味活動、運動・レクリエーションなどのサービス、または地域住民やボランティアの団体が主体となり、体操・運動等やサロンなどの活動を自主的に行うサービスです。

住民主体による通いの場などのサービスの創出を図ります。

③ 通所型短期集中型サービス

保健・医療のリハビリ専門職等が運動機能向上、栄養改善等の生活機能を改善するプログラムを3か月程度の期間限定で行うサービスです。

リハビリ専門職等の現状を把握し、サービスの実施について検討していきます。

(3) その他の支援事業

① 配食サービス

栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者に対する見守りとともに行う配食サービスです。現在、地域支援事業の任意事業として実施しています。

■配食サービスの実績と目標

現状	○社会福祉協議会に業務委託をして実施しています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)		目標			中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
利用者数	人	345	303	300	300	300	300

② 見守り（定期的な安否確認と緊急時の対応）

定期的な安否確認と緊急時の対応するために、住民ボランティアなどが行う訪問による見守りサービスです。

(4) 家族介護支援事業

① 家族介護支援特別事業

介護による家族の身体的、精神的、経済的負担を軽減するための事業です。本町では介護用品の支給を実施しています。

■家族介護支援特別事業の実績と目標

現状	○在宅で介護している世帯に介護用品の支給を実施しています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)		目標			中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
利用者数	人	8	8	6	6	6	6

② 福祉用具・住宅改修支援事業

福祉用具・住宅改修に関する相談・情報提供や、住宅改修に関する助言を行うとともに、住宅改修費の支給の申請に係る理由書を作成した場合の経費を助成します。

(5) 相談サービス

高齢者の相談窓口は、地域包括支援センターで随時対応しています。介護離職を防ぐ観点からも、在宅介護に関する総合的な相談に依拠しており、相談内容では介護方法、制度の利用方法（医療費・日常生活用具・ヘルパー等）、施設への対応方法、家族関係の調整等の相談が多くあります。

また、地域包括支援センターは特別養護老人ホーム「くろまつ」に併設されており、町の広報などで住民への周知・啓発をしています。

3 ほのぼのコミュニティ21推進事業

(1) ほのぼの交流協力員事業

住み慣れた地域で暮らせる地域社会を築いていくため、地域のボランティアで構成する「ほのぼの交流協力員」を配置し、友愛訪問等により一人暮らし高齢者等の世帯の孤独感の解消、安否の確認を行います。

■ほのぼの交流協力員活動状況（令和4年度）

町内会名	訪問世帯数 (世帯)	協力員数 (人)	延訪問回数 (回)
材木地区	6	1	92
浜町第二	3	1	36
浜町第一	4	2	33
上仏町	0	0	0
向町	12	4	115
第二根田内	3	2	39
第一根田内	11	4	135
上町	14	3	375
ときわ	0	0	0
浜町	4	2	96
割石地区	5	2	164
日和	4	2	82
カットシ	2	2	36
汐見町	0	0	0
合計	68	25	1,203

① こどもほのぼの交流員事業

大間小学校や奥戸小学校の協力を得て、高学年等から「こどもほのぼの交流員」を選出します。活動は約4名で1グループを編成し、「ほのぼの交流協力員」と一緒に安否確認のための訪問活動を行います。

■こどもほのぼの交流員事業の実績と目標

現状	○大間小学校、奥戸小学校に協力いただき実施しています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
児童数	人	11	10	6	6	5	4
対象世帯数	世帯	13	14	16	15	14	13
活動日数	日	2	4	5	5	4	3

② ふれあいサロンの開催事業

一人暮らし高齢者の孤独感の解消とほのぼのの交流協力員との交流を目的に実施しています。また、保健師等の協力により健康相談も併せて実施しています。

■ ふれあいサロンの開催事業の実績と目標

現状	○大間町内を3地区に分けてサロンを実施しています。						
今後の方策	○今後、参加者数が増加すれば開催地区を増やす予定です。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催回数	回	16	12	17	15	15	15
開催場所	か所	3	3	3	3	3	3
参加者数	人	244	150	210	220	220	220

③ ボランティア活動促進事業

ほのぼののコミュニティ21推進事業に属する協力員等に対し、ボランティア活動保険への加入を推進しています。

■ ボランティア活動促進事業の実績と目標

現状	○活動しているほのぼのの協力員に加入いただいています。						
今後の方策	○今後も継続していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
保険加入者数	人	161	141	142	140	130	120

4 その他の福祉活動等

(1) 社会福祉協議会の活動

大間町社会福祉協議会は、個人の尊重、利用者本位、福祉サービスの質の向上を基本理念として、介護保険指定事業を実施しながら地域福祉・在宅福祉の充実を図っています。さらに、住民とのつながりを深め、「ささえあい・たすけあいの心」の育成に一層の努力を重ね、行政をはじめ関係機関、諸団体との連携を密にし、誰もが安心して暮らせる「福祉の町づくり」をめざして積極的な活動を推進しています。

社会福祉協議会の事業内容は、次ページの表のとおり5分野で推進しており、介護保険制度の施行とともに、特別養護老人ホーム「くろまつ」、デイサービスセンター「くろまつ」、訪問入浴介護事業所、居宅介護支援事業所、ホームヘルプセンターの介護保険事業者として住民の介護サービスの提供を担っています。

■ 社会福祉協議会の事業内容

基本目標の項目	
○事業内容	
1 地域福祉活動の推進	
○ほのほのコミュニティ21推進事業の推進 ○福祉安心電話サービス事業 ○生活支援体制整備事業 ○地域福祉啓発活動費の助成 ○福祉団体等の活動支援	○65歳以上一人暮らし高齢者友愛訪問活動 ○学童・生徒ボランティア活動推進事業 ○放課後ボランティア教室事業 ○ボランティアセンター事業
2 地域福祉サービスの推進	
○介護保険事業の運営 ○障害福祉サービス事業の運営 ○外出支援サービス事業 ○軽度生活支援サービス事業 ○生きがい活動支援通所事業	○ホームヘルプ支援事業 ○配食サービス事業 ○家族介護支援事業 ○特例移送サービス事業 ○福祉用具の貸与
3 福祉情報の提供・総合相談・生活支援機能の充実	
○地域包括支援センターくろまつの管理運営 ○心配ごと相談事業 ○たすけあい資金貸付事業 ○生活福祉資金貸付事業 ○子育てはつらつ応援事業	○日常生活自立支援事業の協力 ○要援護者台帳の管理 ○いきいき高齢者医療費一部助成事業 ○成年後見制度利用促進事業
4 広報、啓発活動の推進	
○地域福祉推進セミナーの開催 ○社協だよりの発行	○社協ホームページの開設
5 社協運営及び組織基盤の充実強化	
○理事会、評議員会の充実 ○各種委員会の充実 ○監査会の充実	○福祉専門職としての資質向上 ○会員制度の理解と加入促進 ○共同募金運動への協力

(2) ボランティア活動等の民間活動

地域社会の連帯意識が希薄になり家庭機能が弱体化する中、ボランティア活動は、特定の人達への奉仕にとどまらず地域社会全体へ奉仕することで、地域社会の連帯を強化するという重要な役割を持っており、地域社会を根底で支える最も大きな力となっています。

本町では、福祉・社会教育を通じてボランティア活動を担う人材の確保を拡大していきます。さらには各関係機関との連携や団体の育成、援助のための事業等を展開し、地域に根ざしたボランティア活動の振興に努めていきます。

5 高齢者の居住安定に係る施策

住まいは地域包括ケアシステムの基礎となるため、地域においてそれぞれの生活のニーズに合った住まいが提供され、かつ生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活の実現が、保健・医療・介護などサービス提供の前提となります。

今後は、生活困窮者や社会的に孤立する高齢者など、多様な生活課題を抱える高齢者の増加が見込まれることから、住まいの確保と生活の一体的な支援体制を整備しつつ、低廉な家賃の住まいを活用した高齢者の居住の確保を図る施策を推進します。

(1) 養護老人ホームや軽費老人ホームへの入所措置

養護老人ホームは、身体もしくは精神上または環境上の理由及び経済的な理由により、在宅での生活が困難な高齢者が入所する施設です。設置主体は、地方公共団体または社会福祉法人となっており、この施設への入所は町の措置決定に基づき行われます。

養護老人ホームは、引き続き市町村の措置となります。現在入所中または今後入所される方々の日常生活上の身体機能が低下すると、介護サービスが必要となることから、施設側と連絡を取り合って必要な対応を行います。

■養護老人ホーム・軽費老人ホームへの入所措置の実績と目標

現状	○在宅での生活が困難な方には適宜、措置入所を行っています。						
今後の方策	○今後も施設側と連携しながら行っていきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
措置入所者数	人	5	7	5	5	5	5

(2) 住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の確保

本町には住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅はありませんが、近年、全国的に増加し、これらが多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、将来に必要な介護サービス基盤の整備量の見込みを適切に定めるため、県と連携してこれらの設置状況等の情報把握に努めます。

6 災害時における高齢者に対応した備え

近年の災害の発生状況を踏まえ、日頃から介護施設や事業所と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認が必要となります。

また、災害が発生したときに、自ら避難することが困難な高齢者や障がいのある方の「避難行動要支援者名簿登録」を進めており、今後は名簿に登録した避難行動要支援者について、支援者、避難場所、必要な配慮等を記載した「個別避難計画」の作成を進めます。

さらに、災害などの緊急事態が起こった際に事業を継続していくための計画（業務継続計画（BCP））の策定が介護サービス事業所に義務づけられたことを踏まえ、計画に基づく訓練等の定期的な実施を促していくほか、本町、関係団体、県が連携した災害発生時の支援・応援体制の構築を図ります。

基本目標Ⅲ 大間町らしい地域包括ケアシステムの推進

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

本町は法の基本的理念を踏まえ、介護給付または予防給付に係る居宅サービス等を提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を図り、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に努めています。

これまでの地域包括ケアシステムの実現に向けた取組の中では、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体を中心となり、サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう配慮しながら高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めてきました。

この地域包括ケアシステムは高齢期におけるケアが念頭に置かれていますが、必要な支援を地域の中で包括的に提供し地域での自立した生活を支援するという考え方は、障害者の地域生活への移行や、困難を抱える地域の子どもや子育て家庭に対する支援等にも応用可能な概念です。

本町では、以上のような考え方を発展させた地域共生社会の実現をめざし、障害者、児童、生活困窮者等を含む地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できるコミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して、助け合いながら暮らすことのできる地域づくりを推進します。

■ 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた目標

高齢者の自立と尊厳を支えるケアを実現するため、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者数がピークを迎える令和22年を見据え、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化・推進を図ることを目標とします。

■大間町地域包括ケアシステムの姿



(1) 地域包括ケアシステムの構成と役割

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、その支援が包括的に確保される体制の構築をめざします。そのため、地域、町、町社会福祉協議会、その他関係機関がそれぞれの役割を果たしながら、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に推進していきます。

■地域包括ケアシステムにおけるそれぞれの役割

地域の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○地域住民の役割は、身近な活動(挨拶や声かけ)、支え合いや助け合いなどの福祉活動等への参加や協力を行うことです。 ○相談員の役割は、地域住民を中心に選考された人であり、相談業務、サロン活動の応援、情報の収集、地域ケアシステムの啓発活動などを行うことです。 ○町内会、民生児童委員や高齢者クラブ、ボランティアなどの人達の役割は、地域で行われる福祉活動への支援を行うことです。
町(行政)の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○保健福祉相談コーナーを中心に庁内外の保健・医療・福祉部門の連携による相談体制の確立を図り、相談員をバックアップします。
町社会福祉協議会の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の社会福祉を増進させることなどを目的とした民間の社会福祉法人であるため、関係機関や地域の福祉活動を側面から支援します。
関係機関の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センターの役割は、在宅介護に関する総合的な相談を受ける機関であるため、関係機関と連携して住民からの問題解決にあたります。 ○その他各種関係機関・団体は、地域住民の要望に応えた地域福祉活動を支援します。

(2) 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上

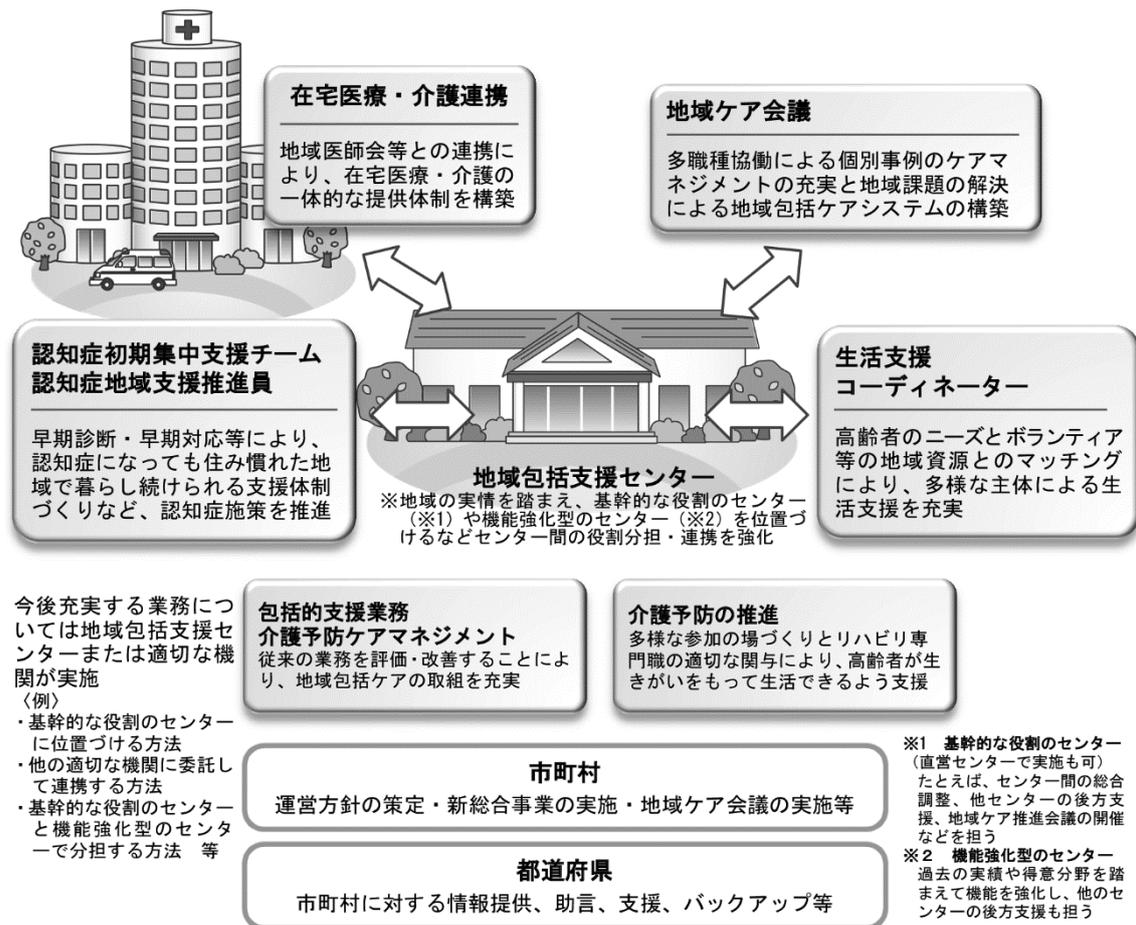
地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護給付等対象サービスや地域支援事業に携わる人材を安定的に確保するための取組が重要です。そのため、県と連携しながら、支え手となるボランティア、NPOの育成、町民後見人の育成、認知症サポーターの養成など、必要な施策に取り組みます。

また、高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)や協議体を中心となり、サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めていきます。

2 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターの運営については、現状と課題を適切に把握するとともに、業務量に応じた適切な人員配置、センターと担当課との業務の役割分担の明確化と連携強化、PDCAの充実による効果的な運営の継続、という観点から複合的に機能強化を図ります。また、継続的に安定した事業実施につなげるため、センターは自らその実施する事業の質の評価を行うことによって事業の質の向上に努めるとともに、運営協議会と連携しながら定期的な点検を行い、運営に対して適切に評価を行います。

■ 地域包括支援センターの機能強化



(1) 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターの現状と課題を適切に把握するとともに、①業務量や業務内容に応じた適切な人員配置、②地域包括支援センターと行政との業務の役割分担の明確化と連携強化、③PDCAの充実による効果的な運営の継続、という観点から複合的に機能強化を図っていきます。

① 介護予防ケアマネジメント事業

自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標とし、高齢者に対してスクリーニングを行い、地域包括支援センターに提示した介護予防事業対象者の名簿に基づき、①一次アセスメント、②介護予防ケアプランの作成、③サービスの提供後の再アセスメント、④事業評価のプロセスにより実施する事業です。

また、地域包括支援センターでは、介護報酬を財源として予防給付（介護予防サービス）に関するマネジメント業務も併せて実施します。

② 総合相談支援事業

地域の高齢者に対し、介護サービスにとどまらない様々な形での支援を可能とするため、①地域における様々な関係者とのネットワーク構築、②ネットワークを通じた高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握、③サービスに関する情報提供等の初期相談対応や、継続的・専門的な相談支援（支援方針に基づく様々なサービス等の利用へのつなぎ）が必要な高齢者への対応などの支援を行います。

③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

ケアマネジメントの支援を目的に、地域の介護支援専門員等に対する個別相談窓口を設置して、ケアプラン作成技術、日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例への指導助言等を行います。医療機関を含む関係施設やボランティアなど様々な地域の社会資源との連携・協力体制の整備など、包括的・継続的なケア体制の構築を行います。

④ 地域包括支援センターや生活支援・介護予防サービスの情報公表

地域包括ケアシステム構築に向けては、医療・介護サービスの情報に加えて地域包括支援センターや生活支援・介護予防サービスの所在地や、事業・サービス内容について地域で共有される資源として広く住民に伝えていくことが必要となります。

そのため、厚生労働省が運用する介護サービス情報公表システムを活用して積極的に情報発信するよう努めます。

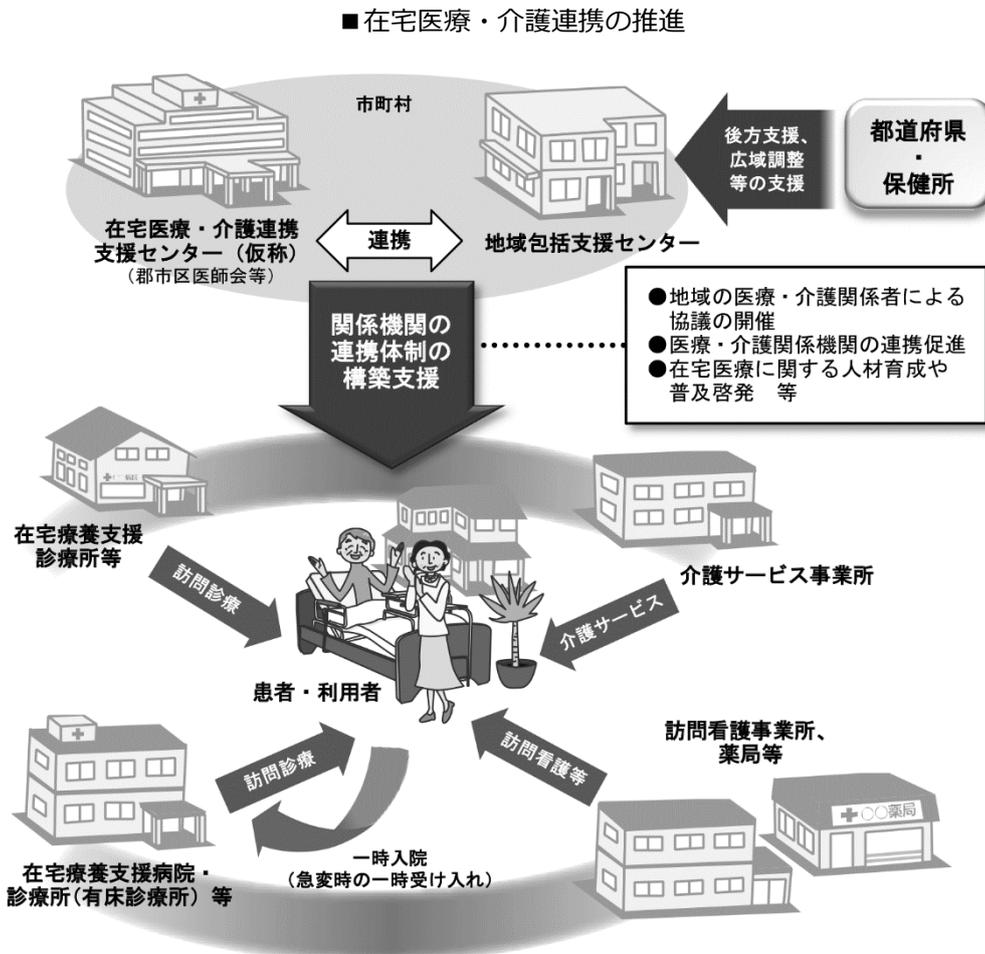
（2）機能強化に向けた自己評価と町評価の実施

継続的に安定して事業を実施できるよう、地域包括支援センターが実施する事業の質の評価を自ら行い、事業の質の向上に努めます。

また、本町及び地域包括支援センターは運営協議会と連携を行いながら、定期的な点検を行い、地域包括支援センターの運営に対して適切な評価を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携推進事業の実施を通じて、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後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進します。事業内容は、以下のとおりです。



(1) 在宅医療・介護連携体制整備の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が在宅医療と介護サービスを一体的に利用できるようにするため、令和4年度から国民健康保険大間病院に在宅介護・医療連携推進事業を委託しており、在宅医療の連携拠点として、多職種協働による支援体制の充実に努めます。

地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供ができるよう体制づくりを進め、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる町をめざします。

① 地域の医療・介護サービス資源の把握

医療機関や介護サービス事業者などの状況を定例の連絡会にて情報交換し、その内容をまとめ、関係者間の情報共有を図ります。

② 在宅医療・介護連携の課題の抽出

定例の連絡会にて様々な専門職に参加していただき、事例検討からの課題抽出を進め、今後の施策提言につなげていきます。

③ 切れ目のない在宅医療・介護サービス提供体制の構築

在宅医療と介護サービスの連携拠点である町内を中心とした医療機関が中心となり、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供される体制づくりを進めていきます。

なお、国民健康保険大間病院の取組を通じて、住み慣れた自宅や介護施設等における看取りを推進します。

④ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

在宅医療を提供する医療機関の連携拠点である町内を中心とした医療機関と相談窓口を設置の検討を進め、一元的に様々な相談に対応できる窓口の設置を進めていきます。

⑤ 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護が必要となった際、その相談先やサービス事業者などをわかりやすくまとめたパンフレットの作成、及びその他様々な媒体にて周知していきます。

また、人生の最終段階におけるケアのあり方や在宅での看取りについて、住民の理解が深まるよう、パンフレットの窓口への設置などを図ります。

⑥ 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

町内を中心とした医療機関を連携拠点として、相談窓口の設置を進めることで、情報の集約を図り、ICTなどを活用しながら、関係者との情報の共有を進めます。

⑦ 医療・介護関係者の研修

近隣市町村を含めた定例の連絡会で、医療・介護関係者など他職種での検討・勉強会を実施しています。

(2) 二次医療圏内・近隣市町村との連携

在宅医療・介護連携や介護予防の推進、認知症施策や生活支援・介護予防サービスの充実など地域包括ケアシステムの構築にあたっては、下北圏域で連携を図り、地域資源の有効活用、保健医療サービスや福祉サービスの水準の向上を図ります。

4 認知症施策の推進

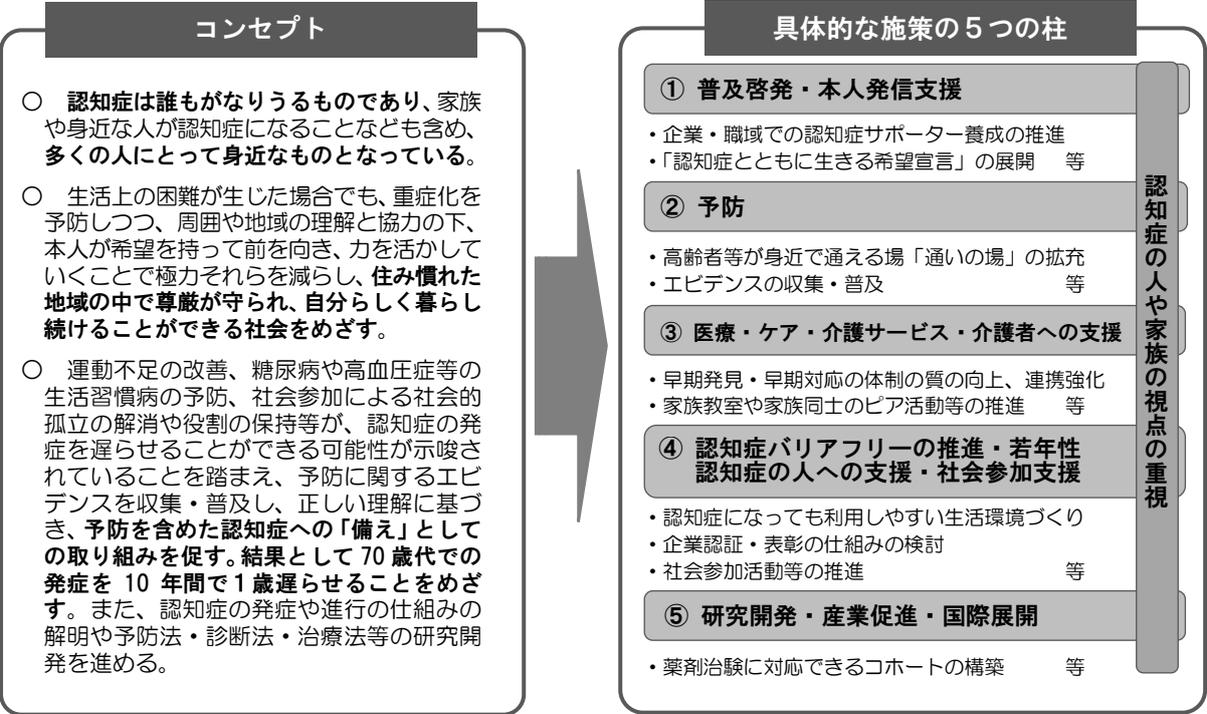
国は、令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議において「認知症施策推進大綱」をとりまとめました。大綱では、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」をめざし、その障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大などの「予防」の取組を進めることとしています。

また、令和5年6月11日に成立した認知症基本法は、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することを目的とした法律です。

高齢化の進行に伴い、今後も認知症高齢者の増加が見込まれる中、本町の認知症施策の推進においても、認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とし、たとえ認知症になっても地域の中で尊厳と希望を持ち、安心して暮らすことができるよう、施策を総合的に推進します。

認知症施策推進大綱（概要）（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）

【基本的考え方】
 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進
 ※1「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味
 ※2「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



対象期間：2025（令和7）年まで

■共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1. 基本理念

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

2. 国・地方公共団体等の責務等

- 国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。
 - 国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。
 - 政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。
- ※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

3. 認知症施策推進基本計画等

- 政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）
- 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

4. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
 - ◆ 国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
- ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ◆ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ◆ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
 - ◆ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ◆ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
 - ◆ 認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
 - ◆ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けられることができるための施策
 - ◆ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ◆ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備等】
 - ◆ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ◆ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
 - ◆ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及等
 - ◆ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用等
 - ⑧【認知症の予防等】
 - ◆ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ◆ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

5. 認知症施策推進本部

- 内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。
- ※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

(1) 普及啓発・本人発信支援

① 認知症サポーターの養成と活用

認知症サポーターの養成や活動の支援などの取組を推進し、社会全体で認知症の人を支える基盤を整備します。

また、認知症サポーターのフォローアップの研修や町の事業等への協力、ボランティア活動など、認知症サポーターの知識等を活かせる場づくりにも努めていきます。

② 認知症に関する情報提供

認知症に対する適切な対応を可能にするために、認知症に関する知識や情報を広報活動や福祉教育等を通じ、広く普及していきます。また、認知症の人本人の発信機会の拡大を推進します。

(2) 予防

① 認知症予防に関する健康教室の実施

認知症予防に関する情報や予防活動を健康教育のカリキュラムに盛り込むとともに、各地域で開催されているサロン等の「通いの場」の拡充、「通いの場」等におけるかかりつけ医・保健師・管理栄養士等の専門職による健康相談等、認知症予防に取り組める活動を支援していきます。

(3) 医療・ケア、介護サービス

① 認知症地域支援推進員の活動の推進

認知症の早期発見、早期治療のため、認知症地域支援推進員による活動を通じて、相談支援体制の充実を図るとともに、地域包括支援センターを中心としたネットワークづくりと、認知症初期集中支援チームへ適切につなぐ役割を果たしていきます。

また、「認知症ケアパス」の活用の促進、認知症カフェを活用した取組の実施を推進していきます。

② 認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

健康づくり推進課に設置した認知症初期集中支援チームによる活動を通じて、認知症の早期診断・早期対応とともに、地域支援推進員による相談対応等により認知症になっても生活できる地域の実現をめざします。

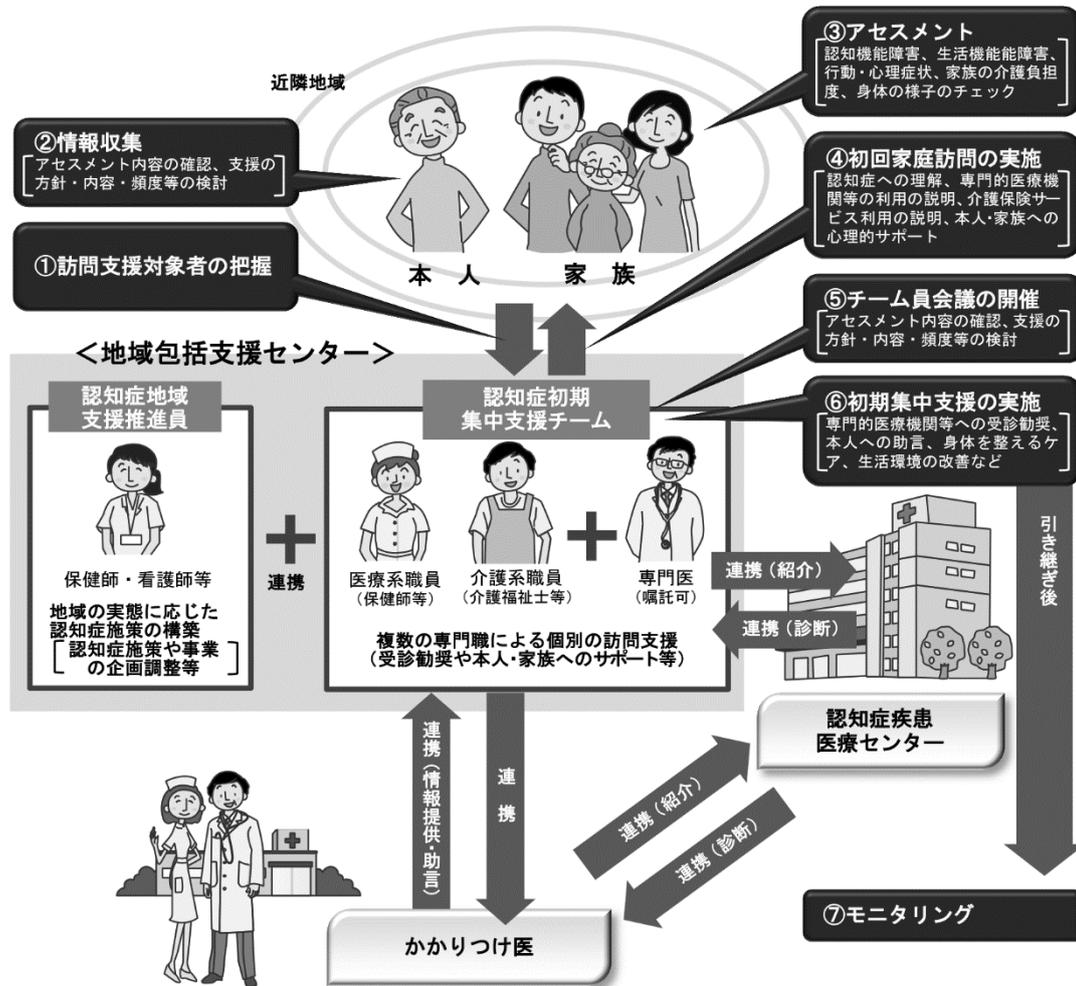
③ 認知症の特性を踏まえた介護サービスの提供

認知症の人に対して、一人ひとりの特性を踏まえた介護サービスを提供できるよう、介護サービス基盤整備や介護人材確保とともに、無資格の介護職員への認知症介護基礎研修の受講が義務づけられたことを踏まえつつ、介護従事者の認知症対応力向上のための取組を推進します。

④ 介護者への支援

認知症の人の介護者の負担軽減や生活と介護の両立が図れるよう、認知症の人及びその介護者が集う「認知症カフェ」等の取組、家族教室や家族同士のピア活動を推進します。

■ 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員のイメージ



(4) 認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援・社会参加支援

① 認知症の人やさしい地域づくりネットワーク形成事業の推進

地域での見守り体制整備や検索ネットワークの構築、近隣市町村との連携等により、認知症の人にやさしい地域づくりを推進します。

② チームオレンジ等の活動の推進

認知症サポーター、認知症の人やその家族を中心とし、ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み「チームオレンジ」等の活動を推進します。

③ 権利擁護の取組の推進

地域包括支援センターや家庭裁判所等関係機関と連携し、身寄りがない等の理由により、法定後見等の開始の審判の申立人が確保できない高齢者に対し、町長申立により後見等開始の審判請求を行い、成年後見制度の利用を支援する成年後見制度利用支援事業を推進します。

また、一人暮らし高齢者の増加に伴い、家族を後見人にすることが不可能な利用者が増えることから、後見人確保のための市民後見人の育成に努めます。

④ 若年性認知症の人への支援・社会参加支援

若年性認知症支援コーディネーターの充実等による若年性認知症の人への支援や、地域支援事業等を活用した認知症の人の社会参加活動の促進を図ります。

(5) 地域の見守りネットワークの構築

① 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者の見守り体制を構築するため、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問などを行う事業です。

本町では平成19年度より、地域住民に認知症に関する知識の啓発のためにパンフレットによるPRを行っています。

② 認知症高齢者対策促進のための関係機関の連携

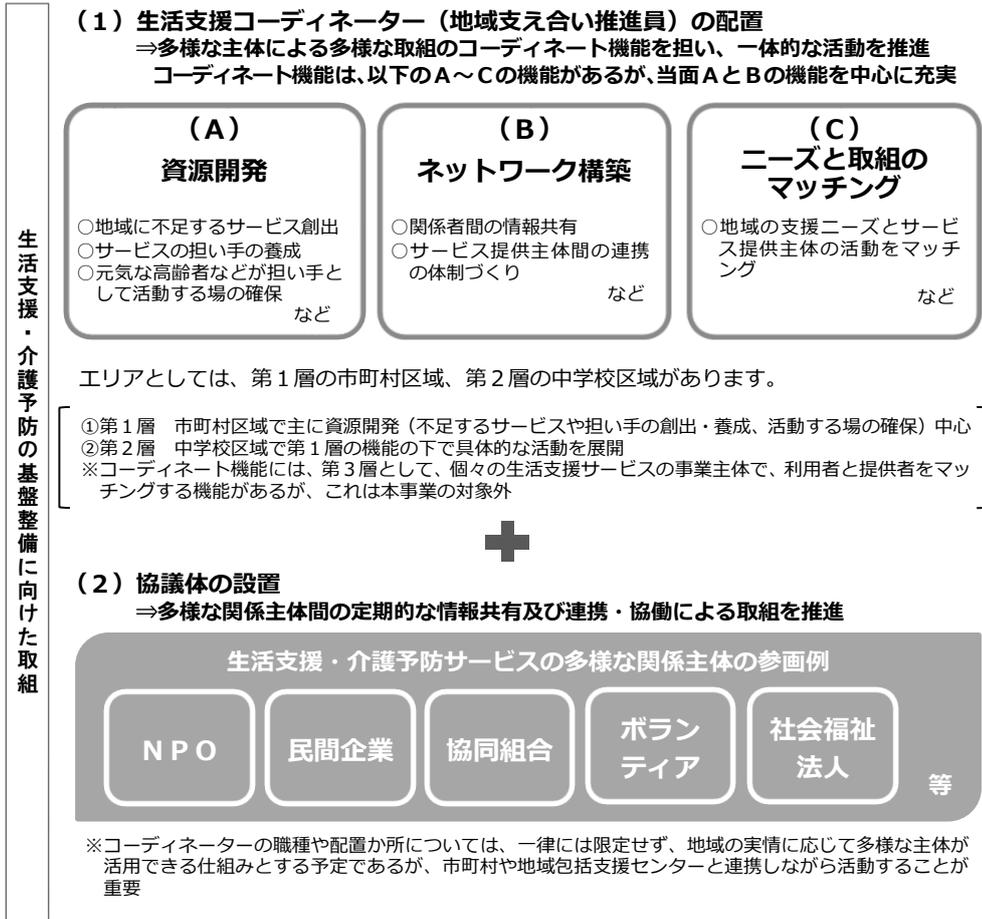
定期的に地域ケア会議を開催し、ケース検討会を実施しています。そこで検討されたケースについては、健康づくり推進課による訪問などの対応を行うとともに、町外で実施している精神保健福祉相談を活用します。

5 生活支援・介護予防サービスの体制整備

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者が増加する中、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくためには、医療・介護サービスの充実を図るとともに、日常生活を支えていく生活支援サービスの体制整備を同時に図っていくことが不可欠です。また、地域の中で役割を持って活動・生活することが生きがいや介護予防にもつながっていきます。

こうした生活支援サービスや社会参加へのニーズは、地域の高齢化や社会資源等の状況に応じて様々なものが想定されるため、できるだけ多様な主体（NPO、民間企業、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等）の参画を得ながら連携体制を構築し、それぞれの主体の持ち味を活かした地域の支援体制の充実・強化を図ります。

■生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



(1) 生活支援事業の基盤整備

生活支援サービスの体制整備を促進する事業を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、地域の体制整備を推進する生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の活動や、その活動を支える協議体による取組を推進します。

① 協議体の設置

生活支援・介護予防サービスの充実のため、地域のニーズや課題、資源を把握した上で、コーディネート機能の充実や協議体の設置を行い、多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進します。

■協議体の設置の実績と目標

現状	○地域づくり座談会を行い、出てきたニーズについて協議体で協議しています。						
今後の方策	○引き続き座談会を続けていき、住民のニーズに対応したサービスの創設を行います。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
協議体開催回数	回	1	0	0	1	1	1

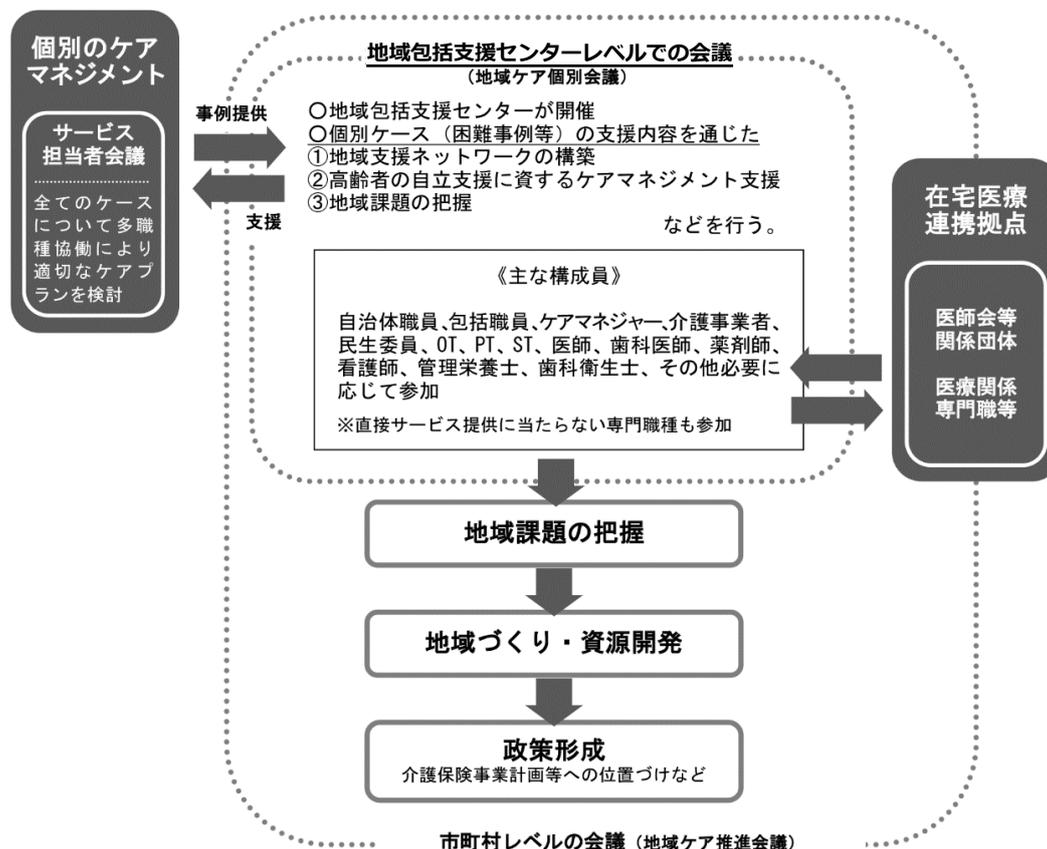
② 生活支援コーディネーターによる活動の推進

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が中心となり、サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう高齢者の社会参加等を進め、地域資源とのマッチングなどを行っていきます。

6 地域ケア会議の推進

本町では地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたり、民生委員や自治会等の地域の支援者・団体や専門的視点を持つ多職種を交え、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり、資源開発、⑤政策の形成という5つの機能を持つ地域ケア会議を活用し、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に推進します。

■ 地域ケア会議の推進



(1) 地域ケア会議の運営と課題検討

保健・医療・福祉サービスに関する住民直接の窓口として、地域包括支援センター機能の充実を図るとともに、事業者の介護支援専門員及びサービス実務担当者との連携強化に努めます。

さらに、健康づくり推進課の窓口では、保健・医療・福祉サービスに関する相談や苦情に適切に対応するとともに民生委員・児童委員、各関連機関や事業者間の連携を密にしていきます。

(2) 多職種協働によるネットワークの構築や資源開発

地域ケア会議で個別事例の検討において行う課題分析やケアマネジメント支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにするとともに、地域に不足する資源の開発や有効な支援策などを検討しました。

これらの課題分析や支援の積み重ねを通じて地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、課題の発生や重度化予防に取り組むとともに多職種協働によるネットワークの構築や資源開発等に取り組み、さらなる個別支援の充実につなげていきます。

基本目標Ⅳ 持続可能な介護保険事業の運営

1 効果的・効率的な介護給付の推進

第9期計画期間中には、団塊の世代が75歳以上となる令和7年を迎え、また団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者数がピークを迎える令和22年も見据えつつ、介護保険制度の持続可能性を確保するために引き続き高齢者が自身の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるような支援が必要とされています。

また、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化防止といった制度の理念を堅持して、質が高く必要なサービスを提供するとともに、財源と人材をより重点的・効率的に活用する仕組みづくりが求められています。

効果的・効率的な介護給付を推進するためには、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとす過不足のないサービスを事業者が適切に提供するように促します。これにより適切なサービス提供の確保と、その結果として費用の効率化を通じた介護給付の適正化を図りながら介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度の構築につなげます。

また、サービスの種類ごとの量の見込みやそのために必要な保険料水準を推計し、持続可能な制度とするため中長期的な視点で見直したうえで、第9期計画に反映しました。

さらに、高齢者の多様なニーズに対応しつつ、介護を受けながら住み続けることができる介護保険施設などの住まいの確保に努めます。

2 保険者機能の強化

(1) 介護給付適正化事業（第6期介護給付費適正化計画）

適正化対策事業については、都道府県が介護保険事業の健全かつ円滑な事業運営を図るために必要な助言・援助を行うべき立場にあることを踏まえ、これまで5期にわたり、都道府県において介護給付適正化計画を策定し、都道府県と市町村が一体となって適正化に向けた戦略的な取り組みを推進し、展開を図ってきました。

そして国や青森県の指針を踏まえて、「第9期介護保険事業計画」に定めた事項を推進するため、「第6期介護給付適正化計画」を策定します。

計画期間は、第9期計画の期間との整合性を考慮し、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

1) 計画の位置付け

介護給付適正化の基本は、介護給付を必要とする受給者を適切に認定したうえで、受給者が真に必要なとす過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことにあります。

介護給付の適正化は、利用者に対する適切な介護サービスの確保による費用の効率化、不適切な給付の削減による介護保険制度の信頼感の向上につながり、持続可能な介護保険制度の構築をめざすうえで重要な取組です。

本町においても、今後、令和22年を見据え、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、包括的に支援する基盤を整えていく必要があります。

こうした中で、介護給付適正化の取り組みの重要性はさらに高まるものと考えられることから、これまでの実施状況等を踏まえ、より効率的・効果的な取り組みを継続していくこととします。

2) 第5期の検証

本町では、青森県が策定した「第5期青森県介護給付適正化計画」に基づき、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」を引き続き実施しました。

第5期において、国の指針に掲げる主要適正化5事業すべてに取り組み、適切な介護サービスの確保、不適切な給付の削減、介護給付費や保険料増大の抑制等、持続可能な介護保険制度の構築に資することができました。

3) 現状と課題

平成12年4月に介護保険制度が始まり23年以上が経過した現在では、介護サービスの利用は大幅に拡大しています。その一方で、過剰なサービスや不適切なサービスの提供という問題も存在しています。

適正化対策事業の実施体制について、職員による対応と国保連への委託により実施していますが、「専門知識を持つ職員がいない」などの理由により、充分に取り組めていないのが現状です。

しかし、利用者が真に必要とする適切かつ過不足のないサービスを確保するため、また公平かつ効率的な介護保険制度の運営をめざす観点から、県、町、国保連が連携を図り、より実効性の高い介護給付適正化の事業を進めていく必要があります。

4) 第6期の取組方針と目標

本町では、必要な給付を適切に提供するための適正化対策事業を引き続き実施することが不可欠であるとの考えのもとで、第6期においては、国の介護給付適正化事業の見直し（令和6年度より主要5事業が3事業に統合）を踏まえつつ、必要なサービスが必要な人に供給されるよう、現在の事業の方法を工夫・変更しながら介護給付適正化に努めます。

① 要介護認定の適正化

認定調査が基準に沿って実施されているか、主治医意見書が適切に記載されているか、調査票と意見書の内容に相違はないか、審査会での判定が合理的であるか等、適切な認定に向けた適正化に取り組みます。要介護認定に係る認定調査の内容については、書面による全件点検を行い適切かつ公平な要介護認定の確保を図っています。

■要介護認定の適正化の実績と目標

現状	○認定調査員と給付適正化担当職員が同じため、平行して業務を行っている。内容の正誤については審査会とも連携して点検しています。						
今後の方策	○審査会とも連携しつつ、適正化を行っていきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
新規申請点検数	件	66	57	70	70	70	70
更新申請点検数	件	188	177	144	150	150	150
区分変更申請点検数	件	40	27	27	30	30	30

② ケアプラン等の点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が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を改善しています。

介護支援専門員に対する支援・研修等を通じてケアマネジメントの適正化につなげる取組を進めます。

住宅改修については工事見積書、図面などの書類の点検と施工前後の写真での確認を行い、自立支援に資する必要な利用又は改修となっているかを点検します。

第8期も引き続き見積書等書類の点検や必要に応じた利用確認を実施していきます。

■ケアプラン点検の実績と目標

現状	○大間町地域包括支援センターくろまつに業務委託を行い、専門職を派遣してもらっています。点検するケアプランは本町で選定しています。						
今後の方策	○今後も大間町地域包括支援センターに業務委託し、連携しながら実施していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
書面による点検数	件	0	0	0	0	0	0
面接による点検数	件	1	1	2	2	2	2
指導件数	件	1	1	2	2	2	2

■住宅改修及び福祉用具購入・貸与の点検の実績と目標

現状	○住宅改修、福祉用具購入・貸与の事務処理担当と給付適正担当が同じため、平行しながら業務を行っています。						
今後の方策	○必要に応じて県の専門職派遣事業を利用し、点検を行っていきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
住宅改修の点検							
施行前点検数	件	7	7	4	5	5	5
施工後点検数	件	0	0	0	0	0	0
指導件数	件	0	0	0	0	0	0
福祉用具購入・貸与の点検							
ケアマネジャーへの確認件数	件	7	5	6	5	5	5
訪問による確認件数	件	0	0	0	0	0	0

③ 縦覧点検・医療情報との突合

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見し、適切な処置を行っています。引き続き、国保連に委託し、医療情報との突合を行い、請求内容等の過誤をチェックしていきます。

■縦覧点検・医療情報との突合の実績と目標

現状	○国保連に業務委託して事業実施しています。						
今後の方策	○今後も国保連に業務委託して実施していきます。						
指標	単位	実績(見込)			目標		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
縦覧点検による指導・確認件数	件	1,291	975	1,000	1,000	1,000	1,000
医療との突合による確認件数	件	393	342	350	350	350	350

(2) 居宅サービス等の質的向上

① 介護予防サービスのケアマネジメント

介護予防サービスを提供する際、軽度認定者の支援要素に対応したサービスメニューが必要であるため、介護予防ケアマネジメントの過程で設定される個別の目標に基づき、一体的なプログラムとして提供します。

また、利用者の意向に基づいて専門家の支援も得ながら、利用者の生活機能の維持・向上に対する積極的な意欲を引き出す働きかけも行います。

② 介護支援専門員の中立・公正な活動の確保

ケアプラン内容等を確認すると、介護支援専門員が所属するサービス事業者に利益誘導するような偏った傾向は見あたらず、サービス利用者からの苦情も発生していない状況にあります。今後とも、介護支援専門員の中立・公正な活動を確保していきます。

③ 介護支援専門員の資質向上

介護支援専門員の資質向上については、地域ケア会議の中で事例検討やケアプラン作成等の研修を行っていますが、さらに介護支援専門員の資質向上をめざした研修を企画していきます。

また、介護支援専門員に対して県などが主催する研修会等の情報提供と参加要請をします。

④ 訪問介護員・訪問看護師の資質向上

利用者が求めている充実したサービスを提供するために、サービス提供責任者の養成、訪問介護員や訪問看護師に対する研修など、専門的な資質の向上を図るための活動を支援しています。サービス事業者に対して県などが主催する研修会の情報提供と参加要請を行います。

⑤ 介護相談員派遣事業の取組

介護相談員がサービス利用者サービス事業者との間の橋渡しを行うことにより、利用者の疑問や不満・不安が解消される効果が考えられます。このため、今後は介護相談員の養成研修を含めた取組を検討します。

(3) 施設サービス等の質的向上

世代間の交流や地域事業への参加など、地域に開かれた施設が施設入所者や地域住民から強く望まれています。このため、地域に開かれた施設となるよう施設事業者と協議を進めます。

(4) 介護人材の確保策

介護需要の拡大と人材不足を見据えつつ、人材確保のための事業所への支援のほか、就労を希望する高齢者やUターンを希望する町外者、外国人人材の活用等、幅広い人材確保の在り方について検討を進めます。

また、県と連携しながら関係者の協働のもと取組の周知等を進めるなど、介護職場のイメージ刷新に努めます。

(5) その他

① 「介護サービス情報の公表」制度の活用

「介護サービス情報の公表」制度は、利用者が介護サービス事業者を適切に選択できるよう、事業者に対して介護サービス情報の公表を義務づけるものです。このため、介護サービス利用者や介護支援専門員が有効に活用できるよう制度の周知に努めます。

② 介護サービスの情報提供

要介護認定の申請時や認定調査時、認定結果の通知時には、介護資源マップの配布やインターネットにおける介護サービスの情報提供・周知を充実させていきます。

③ サービス事業者の振興・健全育成

定期的（月1回）に開催する地域ケア会議がサービス事業者との協議の場となっており、医師、保健師、地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス事業者などで構成されています。このケア会議では、介護サービスの質的向上を目的とした情報交換、事例検討によるケアプランの作成からサービス提供方法等について意見交換や研修を行っています。

また、介護給付サービス等を分析した結果は、サービス事業者等へ情報提供し、適正なサービス供給量の確保やサービスの質的向上をめざします。

④ 介護サービス事業者の運営基準の遵守

町内や近隣にあるサービス事業者を定期的に訪問してサービスの提供内容や運営基準の遵守などを確認します。

また、町外サービス事業者に対しては自主評価シートの提出を求め、この回答結果からサービスの提供内容や運営基準の遵守などを確認していきます。さらには、サービス事業者自らが定期的に自主評価することを要請します。

⑤ 更新認定における有効期間

更新期間の判定は、主に要介護（要支援）者の様態が安定していると判断された場合は4年間、要介護度に変化があった場合は6か月間、変化が著しい場合は3か月間で更新認定します。

⑥ 文書負担軽減に向けた取組

業務の効率化の取組として、介護現場におけるICTの活用等や介護分野の文書に係る負担軽減のため、個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化やICT等の活用を推進し、県による支援や県及び近隣市町村との連携を図ります。

3 介護保険給付サービスのメニュー

国が示した介護給付サービスの種類としては、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス別に各種サービスのメニューがあります。その中で、地域密着型サービスについては、本町で提供できるサービスに限りがあります。

■介護保険給付サービスのメニュー

	予防給付	介護給付
都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○介護予防福祉用具貸与</p> <p>○特定介護予防福祉用具販売</p>	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>○特定施設入居者生活介護</p> <p>○福祉用具貸与</p> <p>○特定福祉用具販売</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護医療院
市町村が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防支援</p> <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 	<p>◎居宅介護支援</p> <p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○看護小規模多機能型居宅介護
その他	○介護予防住宅改修	○居宅介護住宅改修

4 介護保険給付サービスの実績・見込み

(1) 居宅・介護予防サービス

① 訪問介護

訪問介護は、訪問介護員（ホームヘルパー）等が家庭を訪問し、入浴・排泄・食事などの介護や身のまわりの世話をするサービスです。

■訪問介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	16,993	23,500	23,832	23,862	26,493	23,862
	回数	回/月	463	659	659	659	733	659
	人数	人/月	22	28	28	28	31	28

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

② 訪問入浴介護

訪問入浴介護は、要介護認定者等の家庭を訪問し、浴槽搭載の入浴車等から家庭内に浴槽を持ち込んで入浴介護を行うサービスです。

■訪問入浴介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	1,796	3,141	3,770	3,775	3,775	3,775
	回数	回/月	12	21	25	25	25	25
	人数	人/月	4	5	6	6	6	6
予防 給付	給付費	千円/年	242	146	148	148	148	148
	回数	回/月	2	1	1	1	1	1
	人数	人/月	1	2	2	2	2	2

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

③ 訪問看護

訪問看護は、主治医の判断に基づき、看護師や保健師が家庭を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。

■訪問看護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	1,264	2,239	3,444	3,449	3,449	2,578
	回数	回/月	21	40	54	54	54	45
	人数	人/月	7	10	12	12	12	11
予防 給付	給付費	千円/年	0	0	0	0	0	0
	回数	回/月	0	0	0	0	0	0
	人数	人/月	0	0	0	0	0	0

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

④ 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、主治医の判断に基づき、理学療法士や作業療法士などが家庭を訪問して日常生活の自立を助けるための機能訓練を行うサービスです。

現在、本町では実施していないサービスです。

⑤ 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師などが家庭を訪問して療養上の管理や指導を行うサービスです。

■居宅療養管理指導

区分	単位	実績		見込			計画		中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度		
介護 給付	給付費	千円/年	175	0	0	0	156	0	
	人数	人/月	1	0	0	0	1	0	
予防 給付	給付費	千円/年	10	0	0	0	0	0	
	人数	人/月	1	0	0	0	0	0	

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑥ 通所介護（デイサービス）

通所介護は、デイサービスセンターで、入浴・排泄・食事などの介護、その他の日常生活の世話や機能訓練を行うサービスです。

■通所介護

区分	単位	実績		見込			計画		中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度		
介護 給付	給付費	千円/年	30,393	35,542	36,687	38,025	39,284	34,155	
	回数	回/月	328	374	381	393	407	354	
	人数	人/月	63	58	59	61	63	55	

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑦ 通所リハビリテーション（デイケア）

通所リハビリテーションは、老人保健施設・病院などで、心身の機能の維持回復や日常生活の自立を助けるための機能訓練を行うサービスです。

■通所リハビリテーション

区分	単位	実績		見込			計画		中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度		
介護 給付	給付費	千円/年	832	837	848	850	850	850	
	回数	回/月	8	8	8	8	8	8	
	人数	人/月	1	1	1	1	1	1	
予防 給付	給付費	千円/年	0	0	0	0	0	0	
	人数	人/月	0	0	0	0	0	0	

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑧ 短期入所生活介護（ショートステイ）

短期入所生活介護は、居宅の要介護者等が介護老人福祉施設等に短期間入所し、入浴・排泄・食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練等を受けられるサービスです。

■短期入所生活介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	55,297	58,491	59,317	62,029	64,456	58,082
	日数	日/月	568	601	601	628	653	589
	人数	人/月	34	39	39	41	42	38
予防 給付	給付費	千円/年	2,070	1,503	2,151	2,154	2,154	2,154
	日数	日/月	28	19	29	29	29	29
	人数	人/月	4	3	4	4	4	4

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑨ 短期入所療養介護（老健・病院等・介護医療院）

短期入所療養介護は、居宅の要介護者等が医療機関や介護老人保健施設、介護医療院に短期間入所し、看護や医学的管理のもとに行われる介護、機能訓練、その他必要な医療、日常生活上の世話等を受けられるサービスです。

現在、本町では実施していないサービスです。

⑩ 福祉用具貸与

福祉用具貸与は、要介護認定者等の日常生活上の自立を助ける用具や機能訓練のための用具、福祉用具を貸与するサービスです。

■福祉用具貸与

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	9,452	8,967	8,967	9,300	9,909	8,634
	人数	人/月	59	55	55	57	61	53
予防 給付	給付費	千円/年	2,384	2,045	2,045	2,157	2,157	1,933
	人数	人/月	22	17	17	18	18	16

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑪ 特定福祉用具購入費

特定福祉用具購入費は、要介護認定者等の日常生活上の自立を助ける用具のうち、貸与になじまない排泄・入浴に関する用具（特定福祉用具＝腰掛便座、特殊尿器、入浴用いすなど10品目）について、その購入費用に対して保険給付が認められています。

■特定福祉用具購入費

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	166	169	359	359	359	359
	人数	人/月	1	1	1	1	1	1
予防 給付	給付費	千円/年	0	0	0	0	0	0
	人数	人/月	0	0	0	0	0	0

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計(R5年実績見込：健康づくり推進課調べ11月時点)

⑫ 住宅改修費

住宅改修費は、居宅での手すりの取り付け、段差の解消など小規模な改修費用の一部を支給するサービスです。

■住宅改修費

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	778	179	943	943	943	943
	人数	人/月	1	1	1	1	1	1
予防 給付	給付費	千円/年	190	300	0	0	0	0
	人数	人/月	1	1	0	0	0	0

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計(R5年実績見込：健康づくり推進課調べ11月時点)

⑬ 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）において特定施設サービス計画介護（施設ケアプランに相当）に沿って、入浴・排泄・食事などの介護サービス、調理・洗濯・掃除などの家事援助サービス、生活や健康に関する相談など、要介護認定者が日常生活を送るにあたって必要なサービスを提供します。

■特定施設入居者生活介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	4,204	5,698	5,779	5,786	5,786	5,786
	人数	人/月	2	3	3	3	3	3
予防 給付	給付費	千円/年	0	0	0	0	0	0
	人数	人/月	0	0	0	0	0	0

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑭ 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援は、在宅サービス等を適切に利用できるように介護支援専門員が心身の状況や環境、本人や家族の希望を受けて利用するサービスの種類・内容等の計画を作成します。そして、サービス提供確保のため事業者等と連絡調整を行い、介護保険施設入所が必要な場合には施設への紹介等を行うサービスです。

■ 居宅介護支援・介護予防支援

区分	単位	実績		見込			計画		中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度		
介護 給付	給付費	千円/年	16,603	15,841	16,388	17,064	17,522	15,302	
	人数	人/月	103	100	102	106	109	95	
予防 給付	給付費	千円/年	1,455	1,081	1,096	1,152	1,152	1,043	
	人数	人/月	27	20	20	21	21	19	

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

(2) 地域密着型サービス

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、定期的な巡回や随時通報への対応など、利用者の心身の状況に応じて、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供します。また、サービスの提供にあたっては、訪問介護員だけでなく看護師なども連携しているため、介護と看護の一体的なサービスの提供をします。

現在、本町では実施していないサービスです。

② 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護は、夜間帯に訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問するサービスです。「定期巡回」と「随時対応」の2種類のサービスがあります。

現在、本町では実施していないサービスです。

③ 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護は、利用者が地域密着型通所介護の施設（利用定員19人未満のデイサービスセンターなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。

現在、本町では実施していないサービスです。

④ 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護は、認知症の利用者が通所介護の施設（デイサービスセンターやグループホームなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで見守り提供することにより、自宅にこもりきりの利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的としています。また、施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。

■ 認知症対応型通所介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	2,142	2,609	3,594	3,599	3,599	3,099
	回数	回/月	35	41	48	48	48	44
	人数	人/月	6	4	6	6	6	5
予防 給付	給付費	千円/年	617	235	650	651	651	651
	回数	回/月	9	3	9	9	9	9
	人数	人/月	2	1	2	2	2	2

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑤ 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行うサービスです。

現在、本町では実施していないサービスです。

⑥ 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、比較的軽度の認知症の利用者が共同生活を営みながら入浴、排泄、食事などの介護、その他の日常生活の世話や機能訓練を受けるサービスです。1つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が、介護スタッフとともに共同生活を送ります。

■ 認知症対応型共同生活介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	100,809	101,272	102,702	106,096	111,950	102,832
	人数	人/月	34	33	33	34	36	33
予防 給付	給付費	千円/年	4,251	2,360	2,393	2,396	2,396	2,396
	人数	人/月	2	1	1	1	1	1

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護は、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた入居定員30人未満の有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

現在、本町では実施していないサービスです。

⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設生活介護は、定員29名以下の有料老人ホームやケアハウスなどの特定施設に要介護者が入居して、食事や排泄、入浴などの日常生活の世話や機能訓練、療養上の世話を提供するサービスです。

■地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	33,609	32,349	32,806	32,847	32,847	32,847
	人数	人/月	10	10	10	10	10	10

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、「訪問（訪問介護）」「通い（通所介護）」「泊まり（短期入所）」の介護サービスに「訪問看護」の機能が加わった、介護と看護を一体的に提供するサービスです。

現在、本町では実施していないサービスです。

(3) 施設サービス

① 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、要介護認定者の自宅復帰を念頭に置きつつ、施設サービス計画（施設ケアプラン）に基づき、入浴や排泄・食事・相談など日常生活上の介護、機能訓練、療養上の世話をを行う施設サービスです。

■介護老人福祉施設

区分	単位	実績	見込	計画			中長期	
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度	
介護 給付	給付費	千円/年	157,431	166,572	175,041	184,168	190,316	163,012
	人数	人/月	53	56	58	61	63	54

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

② 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、病状が安定している高齢者が、在宅復帰をめざし看護・介護サービスを中心とした医療ケア・リハビリテーション・生活支援を受ける施設サービスです。

■介護老人保健施設

区分	単位	実績	見込	計画			中長期
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
介護 給付	給付費	千円/年	17,698	14,669	14,876	14,894	14,894
	人数	人/月	6	5	5	5	5

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

③ 介護医療院

長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設です。

現在、本町では実施していないサービスです。

5 適正な介護保険料をめざして

(1) 介護保険料のあり方について

給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴って、介護保険料が上昇する仕組みとなっています。介護保険料は市町村によって差がありますが、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることで対応しています。しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であることから、介護保険料の水準が過重なものにならないよう配慮をして保険料を設定しています。

(2) 介護保険料の段階設定

高齢化がますます伸展する現状では、介護保険料の上昇は避けられない状況となっています。そうした状況下において、所得段階に応じた介護保険料を設定することで低所得者への負担軽減となるよう、国の標準所得段階区分の見直しに合わせて所得段階を13段階に分けた介護保険料を設定しています。

(3) 介護保険料・費用等の軽減措置

① 介護保険料の軽減措置

震災、火災、風水害などにより、著しい被害を受けた特別な事情で、主たる生計維持者の収入が著しく減少し、介護保険料の納付が困難であると認められる場合には、申請に基づき一定の基準の範囲内で介護保険料が減免される場合があります。

② 特定入所者介護サービス費の給付

住民税非課税世帯の要介護者が介護保険3施設に入所（入院）した時やショートステイを利用した時、食費・居住費（滞在費）の利用者負担は、所得に応じた一定額（負担限度額）となり、負担の軽減を行っています。

③ 高額介護サービス費の給付

高額介護（介護予防）サービス費とは、介護サービスを利用して支払った1割の自己負担額が、1か月の合計で規定額の上限額を超えた分（同一世帯に複数の利用者がある場合は世帯全体の負担額が上限を超えた額）を、高額介護（介護予防）サービス費として支給（払い戻し）する制度です。ただし、この自己負担額には福祉用具購入費・住宅改修費の1割負担や、施設入所中の食費・居住費（滞在費）及び日常生活費等の利用料は含まれません。

④ 高額医療合算介護サービス費の給付

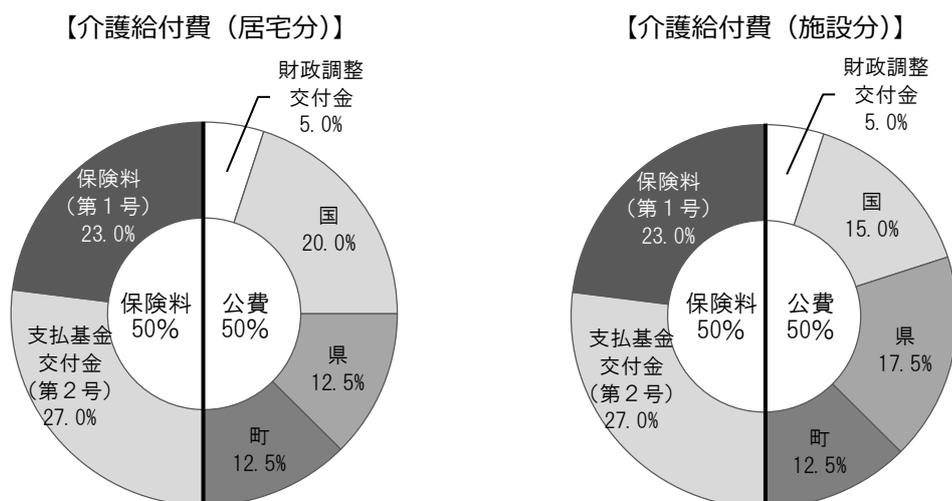
1年間に医療保険と介護保険の両方のサービスを利用した世帯の自己負担額の合計が高額になる場合には、限度額（年額）を超えた金額を高額医療合算介護サービス費として支給しています。

6 介護サービス事業費の見込み

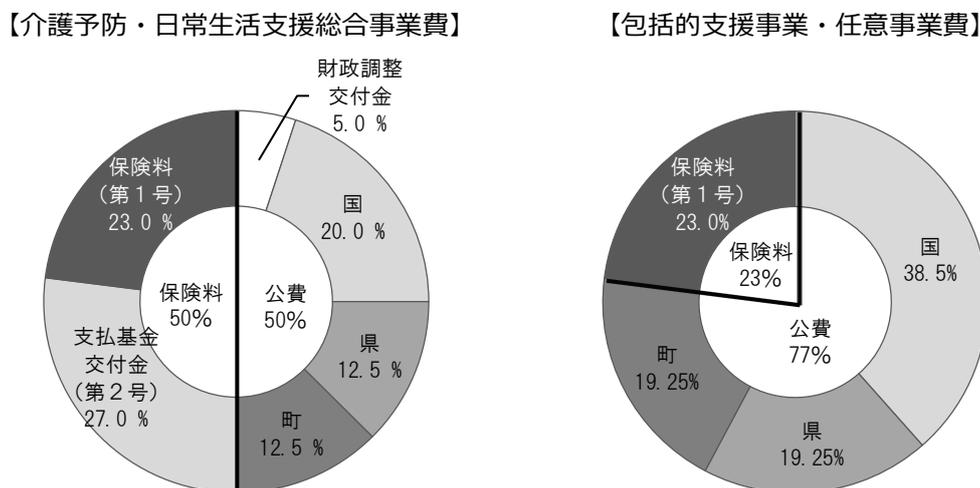
(1) 財源構成

介護保険の財源は、下図のとおり、国・県・市の公費（税金）、40歳以上の被保険者が支払う介護保険料等でまかなわれており、被保険者の負担割合については、65歳以上の第1号被保険者が23.0%、40歳から64歳までの第2号被保険者が27.0%となり、第8期から変更はありません。

■ 介護保険費用の負担割合



■ 地域支援事業費の負担割合



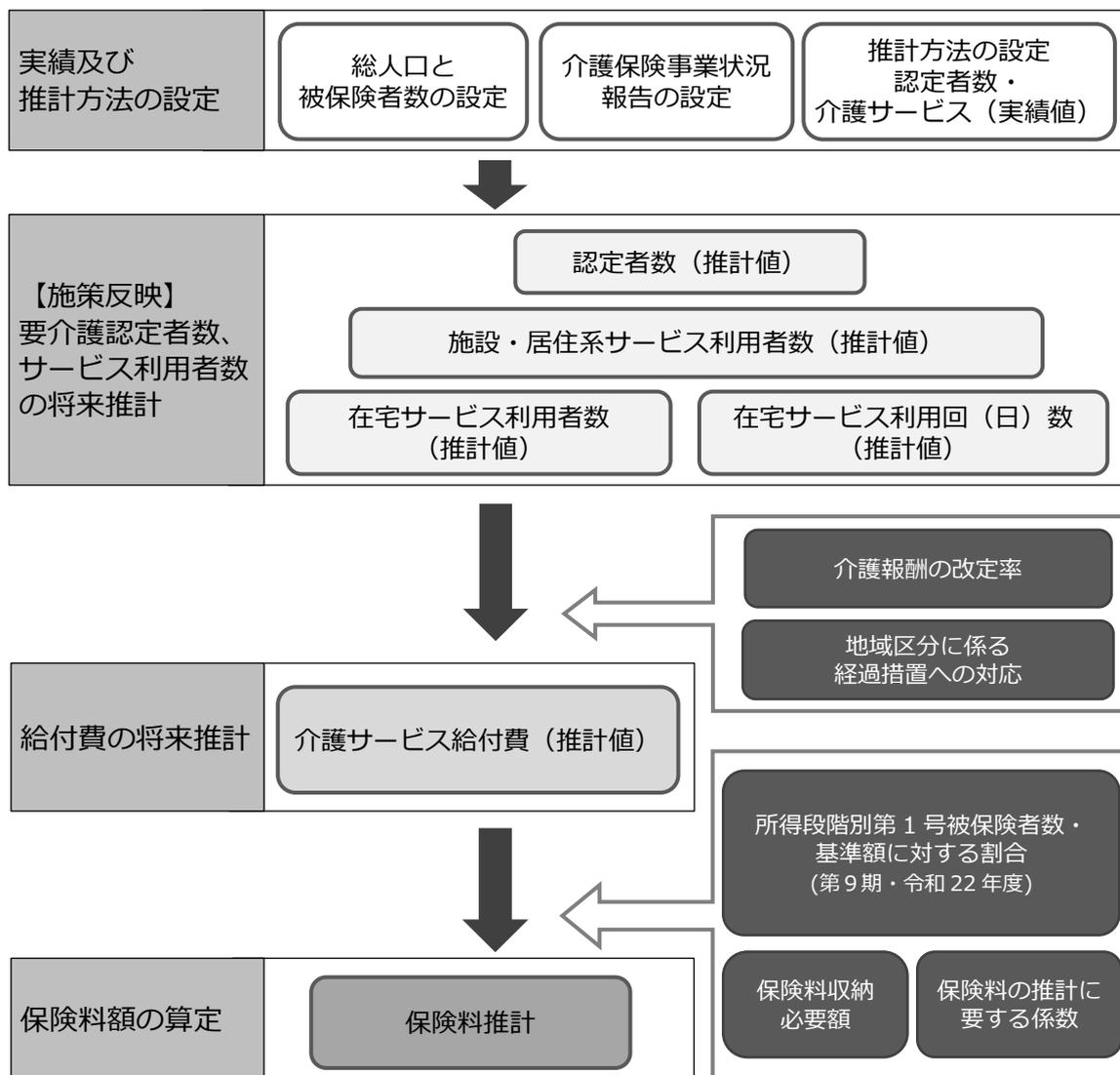
※財政調整交付金の「5%」は全国平均の率であり、実際には自治体の第1号被保険者（65歳以上）の後期高齢者比率や所得水準等の状況により異なります。

※その他、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金は地域支援事業に充当できます。

(2) 推計方法の手順

第9期計画の介護保険サービス事業費の推計は、過去のサービス利用実績等をもとに下記の手順により見込みました。

■介護保険料の推計手順



(3) 総給付費の見込み

① 介護給付費の推計

第9期（令和6年度～令和8年度）及び令和22年度の介護給付費推計は、下記のとおりです。

■介護給付費の推計

単位：千円

	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
(1) 居宅サービス	143,946	148,378	155,460	139,024
① 訪問介護	23,832	23,862	26,493	23,862
② 訪問入浴介護	3,770	3,775	3,775	3,775
③ 訪問看護	3,444	3,449	3,449	2,578
④ 訪問リハビリテーション	0	0	0	0
⑤ 居宅療養管理指導	0	0	156	0
⑥ 通所介護	36,687	38,025	39,284	34,155
⑦ 通所リハビリテーション	848	850	850	850
⑧ 短期入所生活介護	59,317	62,029	64,456	58,082
⑨ 短期入所療養介護(老健)	0	0	0	0
⑩ 短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0
⑪ 短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0
⑫ 福祉用具貸与	8,967	9,300	9,909	8,634
⑬ 特定福祉用具購入費	359	359	359	359
⑭ 住宅改修費	943	943	943	943
⑮ 特定施設入居者生活介護	5,779	5,786	5,786	5,786
(2) 地域密着型サービス	139,102	142,542	148,396	138,778
① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
② 夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
③ 地域密着型通所介護	0	0	0	0
④ 認知症対応型通所介護	3,594	3,599	3,599	3,099
⑤ 小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
⑥ 認知症対応型共同生活介護	102,702	106,096	111,950	102,832
⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	32,806	32,847	32,847	32,847
⑨ 看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
(3) 施設サービス	189,917	199,062	205,210	177,906
① 介護老人福祉施設	175,041	184,168	190,316	163,012
② 介護老人保健施設	14,876	14,894	14,894	14,894
③ 介護医療院	0	0	0	0
(4) 居宅介護支援	16,388	17,064	17,522	15,302
介護給付費計	489,353	507,046	526,588	471,010

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

② 介護予防給付費の推計

第9期（令和6年度～令和8年度）及び令和22年度の介護予防給付費推計は、下記のとおりです。

■ 介護予防給付費の推計

単位：千円

	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
(1) 介護予防サービス	4,344	4,459	4,459	4,235
① 介護予防訪問入浴介護	148	148	148	148
② 介護予防訪問看護	0	0	0	0
③ 介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0	0
④ 介護予防居宅療養管理指導	0	0	0	0
⑤ 介護予防通所リハビリテーション	0	0	0	0
⑥ 介護予防短期入所生活介護	2,151	2,154	2,154	2,154
⑦ 介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0	0
⑧ 介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0
⑨ 介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0
⑩ 介護予防福祉用具貸与	2,045	2,157	2,157	1,933
⑪ 特定介護予防福祉用具購入費	0	0	0	0
⑫ 介護予防住宅改修	0	0	0	0
⑬ 介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
(2) 地域密着型サービス	3,043	3,047	3,047	3,047
① 介護予防認知症対応型通所介護	650	651	651	651
② 介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
③ 介護予防認知症対応型共同生活介護	2,393	2,396	2,396	2,396
(3) 介護予防支援	1,096	1,152	1,152	1,043
介護予防給付費計	8,483	8,658	8,658	8,325

資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

③ 総給付費の推計

■ 総給付費の推計

単位：千円

	R6年度	R7年度	R8年度	R22年度
介護給付費計	489,353	507,046	526,588	471,010
介護予防給付費計	8,483	8,658	8,658	8,325
総給付費	479,096	497,836	515,704	479,335
第9期計画期間中の合計	1,548,786			

(4) 第9期計画期間における基準月額保険料の設定

① 標準給付費

■ 標準給付費見込額

単位:円

	R6年度	R7年度	R8年度	合計
総給付費	497,836,000	515,704,000	535,246,000	1,548,786,000
特定入所者介護サービス費等給付額	37,632,078	38,800,286	40,060,945	116,493,309
高額介護サービス費等給付額	12,562,351	12,954,125	13,375,018	38,891,494
高額医療合算介護サービス費等給付額	1,384,300	1,425,469	1,471,784	4,281,553
算定対象審査支払手数料	372,182	383,258	395,754	1,151,194
標準給付費見込額計	549,786,911	569,267,138	590,549,501	1,709,603,550

※特定入所者介護サービス費等給付額

介護施設での食費・居住費について、低所得者の負担上限額との差額を給付で補うための経費

※高額介護サービス費等給付額

介護サービスに対する自己負担が高額となった場合の負担軽減のための経費

※高額医療合算介護サービス費等給付額

医療と介護の両方を合わせた自己負担が高額となった場合の負担軽減のための経費

※審査支払手数料

国保連に委託している介護給付費請求書の審査及び支払事務の手数料

② 地域支援事業費

■ 地域支援事業費見込額

単位:円

	R6年度	R7年度	R8年度	合計
介護予防事業・日常生活支援総合事業費	17,299,215	18,104,508	18,748,875	54,152,598
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)・任意事業費	16,054,180	18,054,468	20,054,757	54,163,405
包括的支援事業(社会保障充実分)	7,867,666	9,008,778	10,149,889	27,026,333
地域支援事業費見込額計	41,221,061	45,167,754	48,953,521	135,342,336

③ 第1号被保険者数と所得段階別加入割合

■ 第1号被保険者数と所得段階別加入割合

単位：人

	R6年度	R7年度	R8年度	合計
第1号被保険者数	1,752	1,747	1,746	5,245
（うち前期(65～74歳)）	884	849	814	2,547
（うち後期(75歳～)）	868	898	932	2,698
所得段階別 加入割合				
（第1段階）	35.8%	35.7%	35.7%	35.7%
（第2段階）	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%
（第3段階）	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%
（第4段階）	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%
（第5段階）	7.1%	7.2%	7.2%	7.2%
（第6段階）	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%
（第7段階）	7.8%	7.8%	7.8%	7.8%
（第8段階）	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%
（第9段階）	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%
（第10段階）	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%
（第11段階）	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
（第12段階）	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
（第13段階）	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%
所得段階別 被保険者数	1,752	1,747	1,746	5,245
（第1段階）	627	624	623	1,874
（第2段階）	158	158	158	474
（第3段階）	123	123	123	369
（第4段階）	219	218	218	655
（第5段階）	125	125	125	375
（第6段階）	203	203	203	609
（第7段階）	137	136	136	409
（第8段階）	75	75	75	225
（第9段階）	32	32	32	96
（第10段階）	19	19	19	57
（第11段階）	6	6	6	18
（第12段階）	4	4	4	12
（第13段階）	24	24	24	72

④ 保険料収納必要額

■ 保険料必要収納額

単位：円、%

	R6年度	R7年度	R8年度	合計
標準給付費見込額 A	549,786,911	569,267,138	590,549,501	1,709,603,550
地域支援事業費見込額 B	41,221,061	45,167,754	48,953,521	135,342,336
小計 A+B C	591,007,972	614,434,892	639,503,022	1,844,945,886
第1号被保険者負担分相当額 C×23% D	135,931,834	141,320,025	147,085,695	424,337,554
調整交付金相当額 E	28,354,306	29,368,582	30,464,919	88,187,807
調整交付金見込交付割合	6.93%	6.15%	5.66%	
調整交付金見込額 F	39,299,000	36,123,000	34,486,000	109,908,000
準備基金取り崩し額 G				22,500,000
財政安定化基金償還金 H	0	0	0	0
保険料収納率及び収納必要額 D+E-F-G+H			95.00	380,117,361

⑤ 介護保険料基準月額の算定

■ 第1号被保険者の介護保険料基準額算出

標準給付費見込額計(第9期合計)	1,709,603,550	円
	+	
地域支援事業費見込額計(第9期合計)	135,342,336	円
	=	
介護保険総事業費見込額	1,844,945,886	円
	×	
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	424,337,554	円
	+	
調整交付金相当額	88,187,807	円
	-	
調整交付金見込額	109,908,000	円
	+	
財政安定化基金拠出金見込額	0	円
	+	
財政安定化基金償還金	0	円
	-	
準備基金取崩額	22,500,000	円
	=	
保険料収納必要額	380,117,361	円
	÷	
予定保険料収納率	95.0	%
	÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数 [※]	4,506	人
	=	
介護保険料基準額(年額)	88,798	円
	÷	
12か月	12	か月
	≒	
第9期介護保険料基準額(月額)	7,400	円

※第1号被保険者保険料に不足を生じないよう、所得段階ごとに人数と保険料率を乗じた数の合計(=所得段階別加入割合補正後被保険者数)を被保険者数とみなして基準値を算定します。

■ 介護保険料基準額の推移と推計

単位:円、%

	第8期	第9期	(参考)第14期
第1号被保険者の介護保険料基準額(月額)	6,900	7,400	8,411
(参考)財政安定化基金償還金の影響額	0	0	未定
(参考)準備基金取崩額の影響額	0	438	未定
(参考)第8期からの増減率(保険料の基準額)	-	7.2%	21.9%

⑥ 第1号被保険者保険料（第9期）の設定

■ 第1号被保険者の介護保険料（第9期）

単位：円

所得段階	調整率	対象者	月額保険料	年額保険料
第1段階	基準額× 0.285	生活保護受給者または住民税非課税世帯 (課税年金収入等が80万円以下)	2,109円	25,308円
第2段階	基準額× 0.485	住民税非課税世帯 (課税年金収入等が80万円超～120万円以下)	3,589円	43,068円
第3段階	基準額× 0.685	住民税非課税世帯 (課税年金収入等が120万円超)	5,069円	60,828円
第4段階	基準額× 0.900	本人住民税非課税者 (課税年金収入等が80万円以下)	6,660円	79,920円
第5段階	基準額	本人住民税非課税者 (課税年金収入等が80万円超)	7,400円	88,800円
第6段階	基準額× 1.200	本人住民税課税者 (本人所得が120万円未満)	8,880円	106,560円
第7段階	基準額× 1.300	本人住民税課税者 (本人所得が120万円以上210万円未満)	9,620円	115,440円
第8段階	基準額× 1.500	本人住民税課税者 (本人所得が210万円以上320万円未満)	11,100円	133,200円
第9段階	基準額× 1.700	本人住民税課税者 (本人所得が320万円以上420万円未満)	12,580円	150,960円
第10段階	基準額× 1.900	本人住民税課税者 (本人所得が420万円以上520万円未満)	14,060円	168,720円
第11段階	基準額× 2.100	本人住民税課税者 (本人所得が520万円以上620万円未満)	15,540円	186,480円
第12段階	基準額× 2.300	本人住民税課税者 (本人所得が620万円以上720万円未満)	17,020円	204,240円
第13段階	基準額× 2.400	本人住民税課税者 (本人所得が720万円以上)	17,760円	213,120円

※第1段階から第3段階の調整率割合は、低所得者対策としての公費投入による負担割合の軽減後

第5章

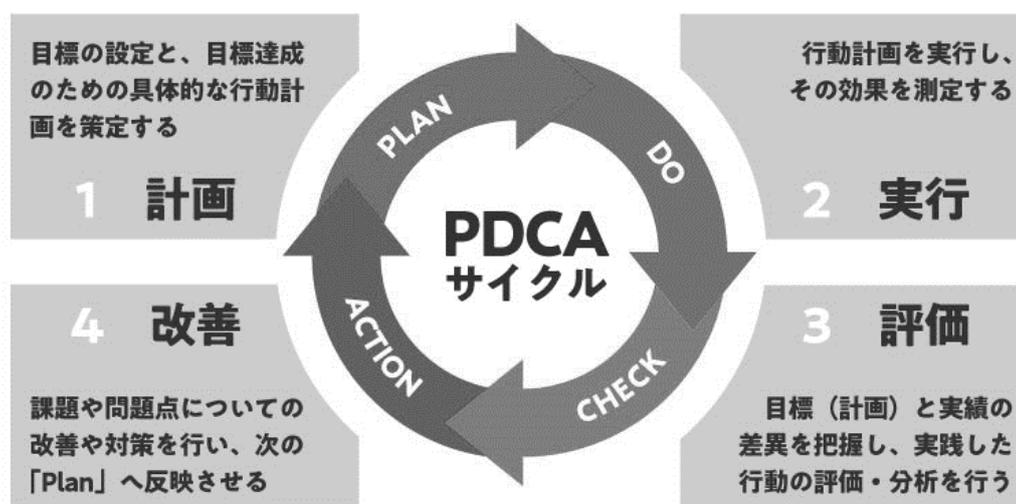
計画の評価・推進等

第5章 計画の評価・推進等

1 計画運用に関するPDCAサイクルの推進

高齢者の自立支援や重度化防止の取組を推進するためには、PDCAサイクルを活用して本町の保険者機能の強化を行います。

■ PDCAサイクル図



2 保険者機能強化に向けた交付金に係る評価指標の活用

平成30年度より、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための「保険者機能強化推進交付金」が創設されました。

また、令和2年度には、新たな予防・健康づくりに資する取組に重点化した「介護保険保険者努力支援交付金」が創設されました。

そのため、保険者機能強化推進交付金等を活用して、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた必要な取組を進めるとともに、新たな事業への積極的な展開を含めて、各種取組の一層の強化を図っていきます。

■保険者機能強化推進交付金等の評価結果（2022年度）

単位：項目、点

評価指標の項目	項目数	配点	大間町の得点	平均点	
				青森県	全国
I P D C Aサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	24	170	110	115	104
II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進	167	1,775	925	995	932
(1)介護支援専門員・介護サービス事業所等	20	100	70	67	58
(2)地域包括支援センター・地域ケア会議	21	165	100	102	95
(3)在宅医療・介護連携	20	120	100	95	89
(4)認知症総合支援	20	140	110	102	91
(5)介護予防／日常生活支援	48	560	180	291	276
(6)生活支援体制の整備	14	90	65	63	58
(7)要介護状態の維持・改善の状況等	24	600	300	275	265
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進	50	240	134	134	117
(1)介護給付の適正化等	24	120	95	81	64
(2)介護人材の確保	26	120	39	53	53
合計	241	2,185	1,169	1,244	1,153

3 計画の推進、評価及び公表

地域課題を分析して地域の実情に即して高齢者の自立支援や重度化防止の取組に関する目標を計画に記載し、目標に対する実績評価と評価結果の公表を行います。また、実績の評価結果については速やかに県へ報告します。

本町では、高齢者への自立支援の効果、地域における日常生活の継続状況、在宅と施設のサービスの量の均衡等、介護保険事業計画の達成状況を分析・評価し、さらなる保険者機能強化に取り組んでいきます。



資料編

1 調査結果からみえた高齢者の現状

(1) 調査の目的

令和5年7月～8月に第9期計画の策定を目的とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を実施しました。

この調査では、高齢者等の日常生活実態及び介護者の介護実態を把握し、計画策定の基礎資料としました。

(2) 調査の概要

① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

	調査票配布数	有効回答数	有効回答率
	1,000 人	402 人	40.2%
調査対象者	大間町に居住する65歳以上の一般高齢者及び要支援1・2認定者(要介護1～5認定者を除く)1,000人を無作為抽出		
調査期間	令和5年7月24日～令和5年8月4日		
調査方法	郵送方式による配布・回収		

② 在宅介護実態調査

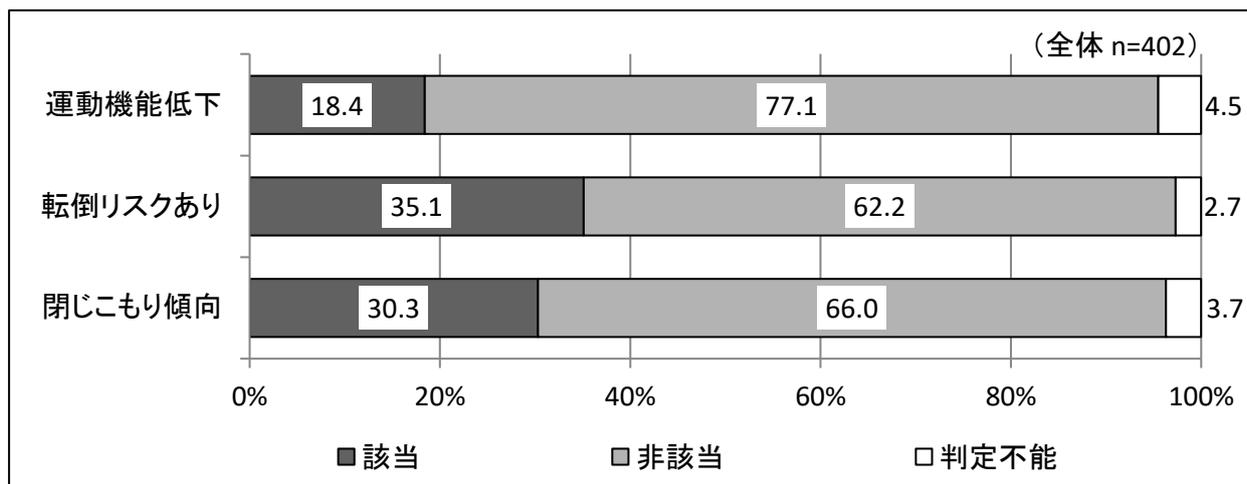
	調査票の配布数	有効回答数	有効回答率
	184 人	66 人	35.9%
調査対象者	大間町に居住する65歳以上の要介護認定者184人		
調査期間	令和5年7月24日～令和5年8月4日		
調査方法	郵送方式による配布・回収		

(3) 「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」調査結果

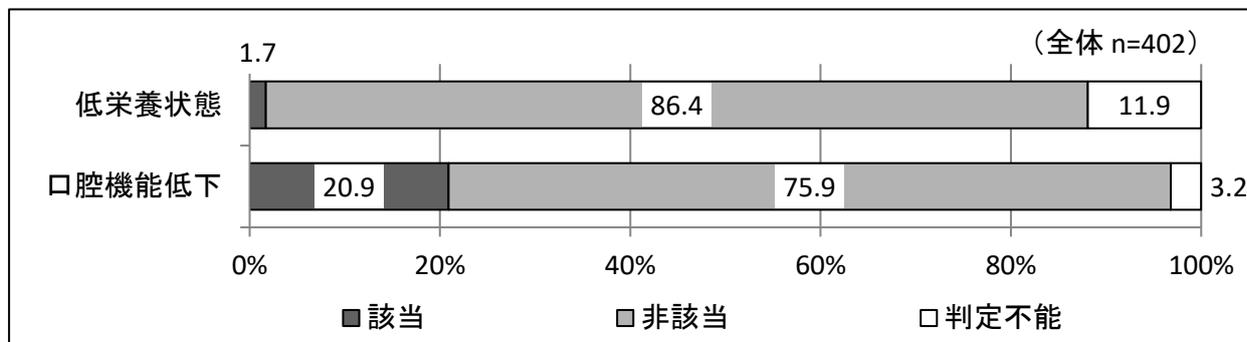
① リスクに該当する高齢者の出現率

○生活機能評価を見ると、「該当(リスクあり)」の出現率は、運動機能低下が18.4%、転倒リスクありが35.1%、閉じこもり傾向が30.3%、低栄養状態が1.7%、口腔機能低下が20.9%、認知機能低下が43.5%、うつ傾向が43.3%となっています。

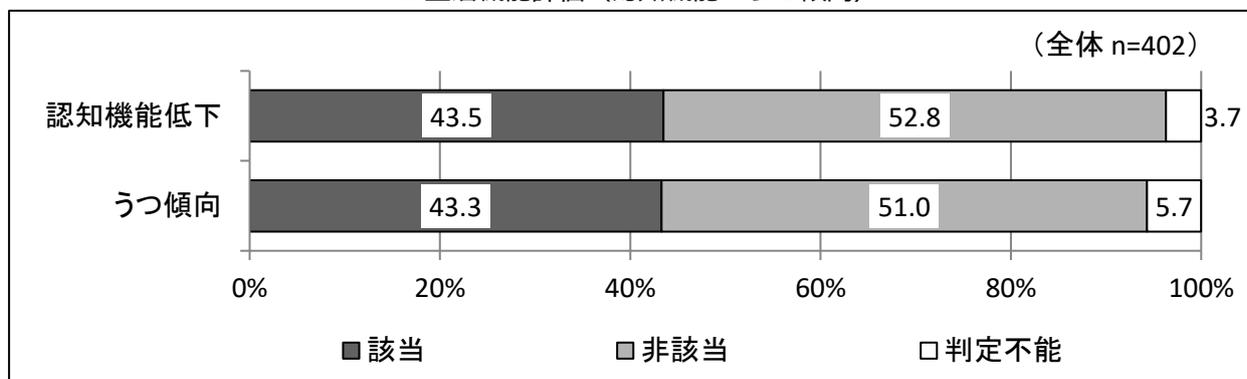
■生活機能評価(運動器機能・転倒リスク・閉じこもり)



■生活機能評価(低栄養・口腔機能)



■生活機能評価(認知機能・うつ傾向)

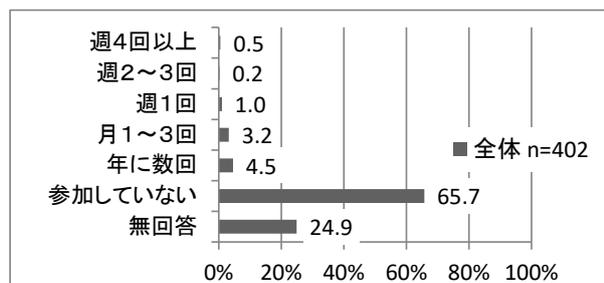


② 高齢者の地域活動への参加状況

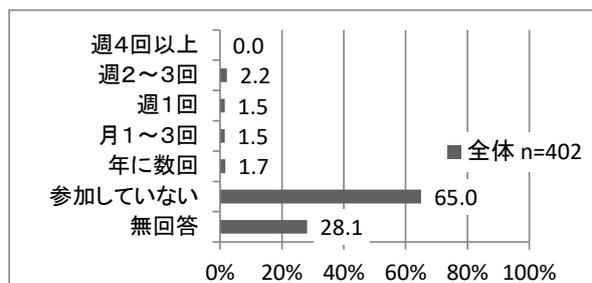
○参加している割合（年に数回以上）が高いのは、「⑦町内会・自治会」が23.5%、「⑧収入のある仕事」が19.8%、「⑤介護予防のための通いの場」が12.6%と、これらが上位3つです。

■地域活動・グループ活動等への参加の有無

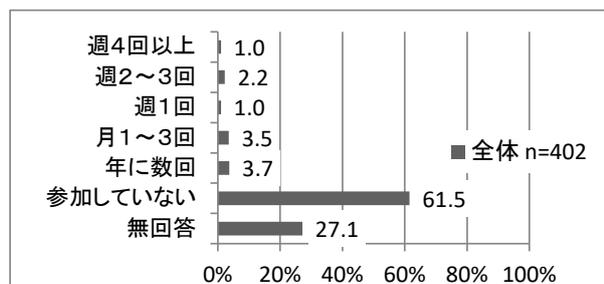
① ボランティアのグループ



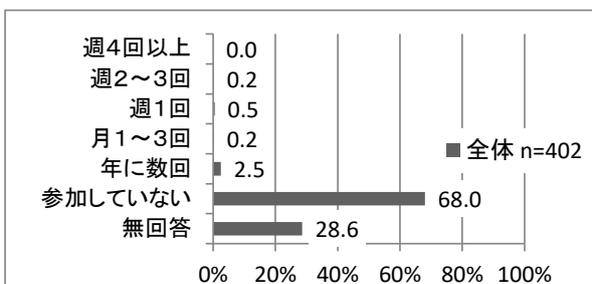
② スポーツ関係のグループやクラブ



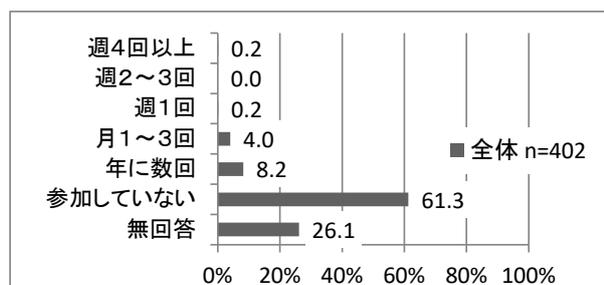
③ 趣味関係のグループ



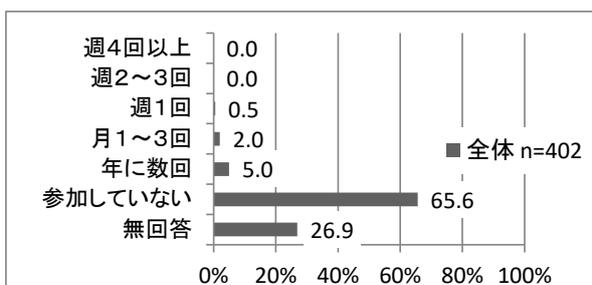
④ 学習・教養サークル



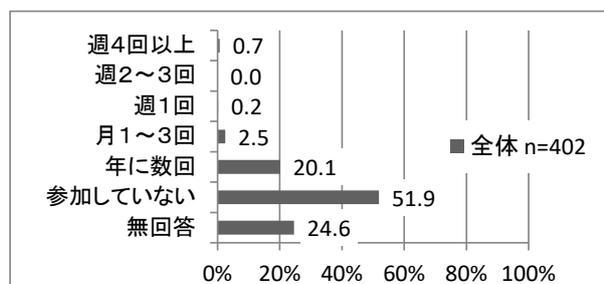
⑤ 介護予防のための通いの場



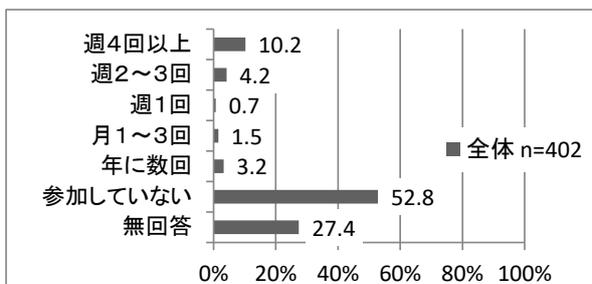
⑥ 老人クラブ



⑦ 町内会・自治会



⑧ 収入のある仕事

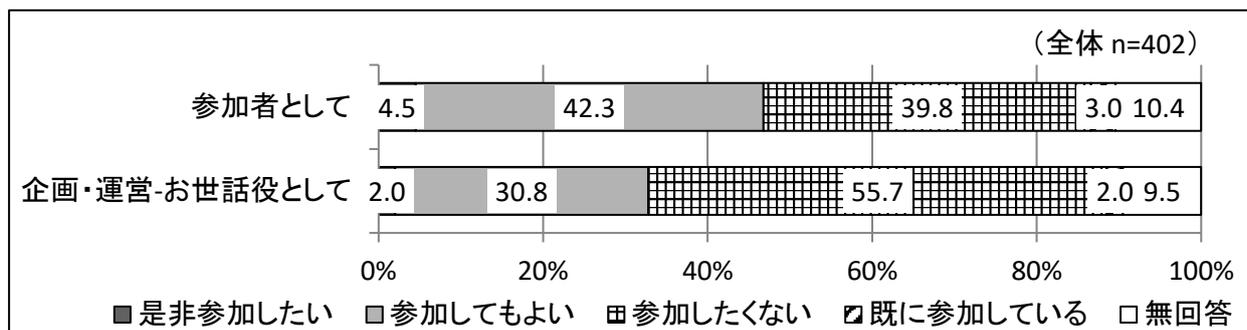


③ 高齢者の地域活動への参加状況

○参加者としての参加意向は、「参加してもよい」、「是非参加したい」、「既に参加している」を合わせた割合は49.8%です。

○企画・運営者としての参加は、「参加してもよい」、「是非参加したい」、「既に参加している」を合わせた割合は34.8%です。

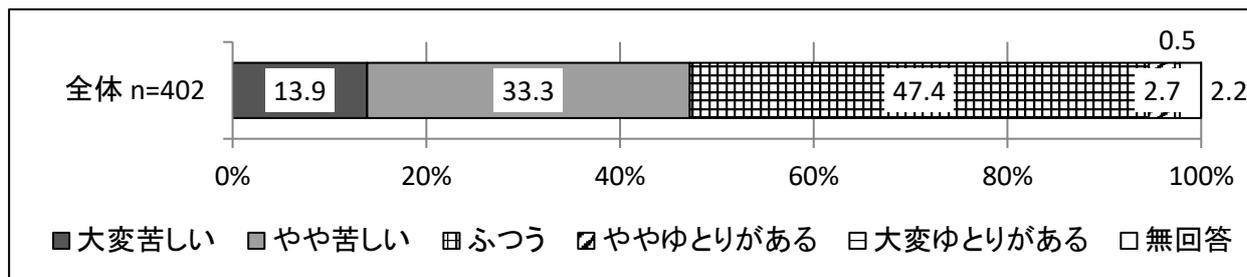
■地域づくりのためのグループ活動等への参加意向



④ 現在の経済的状況

○「ふつう」が47.4%と最も高く、次いで「やや苦しい」が33.3%、「大変苦しい」が13.9%と続いています。「やや苦しい」と「大変苦しい」を合わせた割合は47.2%です。

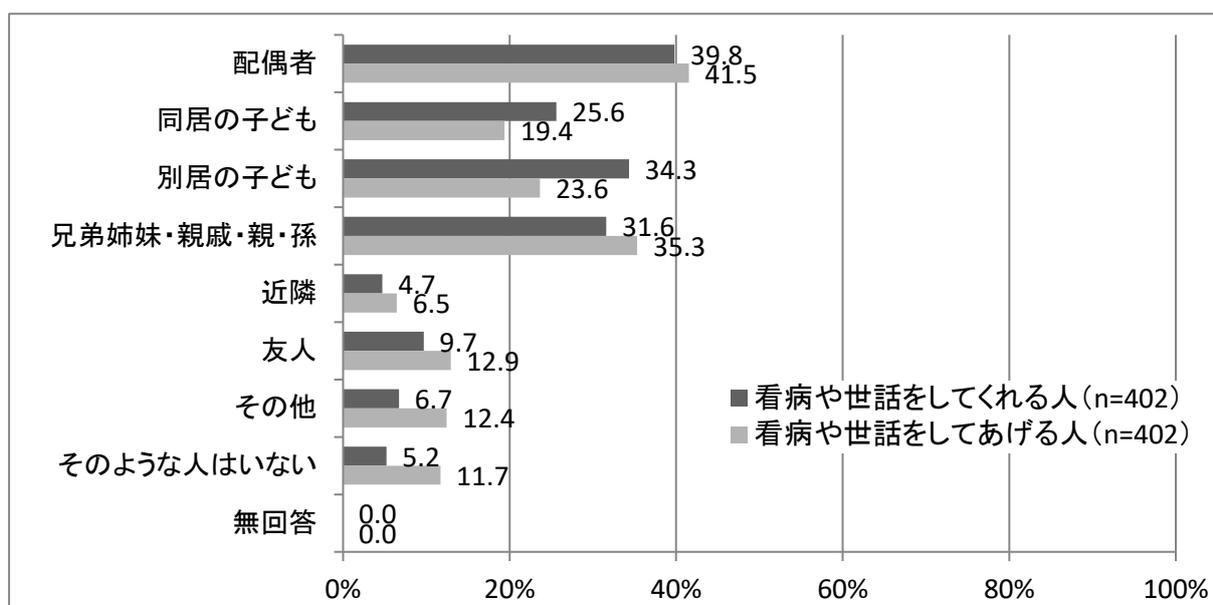
■現在の暮らしの経済的状況



⑤ たすけあいの状況

○看病や世話をしてくれる人、看病してあげる人ともに「配偶者」の割合が40%前後で最も多く、次いで看病や世話をしてくれる人は「別居の子ども」、看病や世話をし
てあげる人は「兄弟姉妹・親戚・親・孫」と続いています。

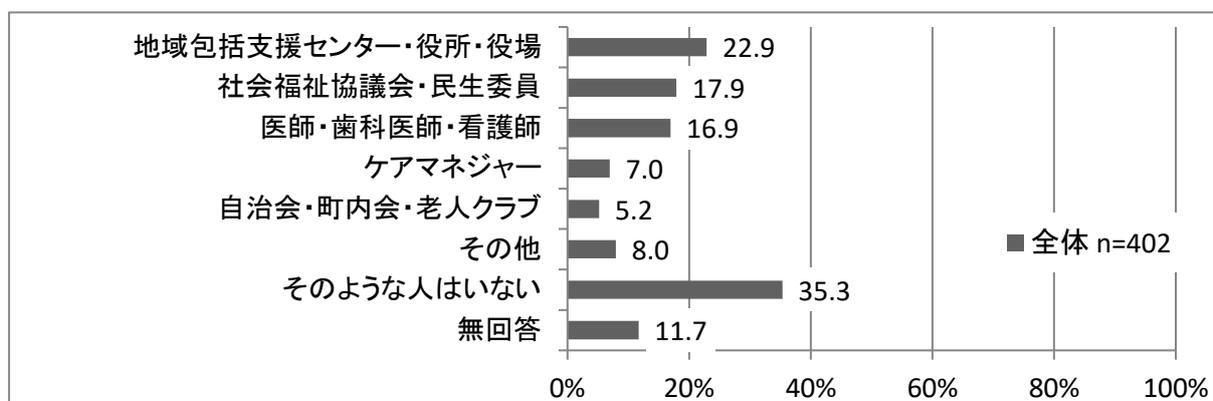
■看病や世話をしてくれる人・してあげる人



⑥ 何かあったときに相談する相手

○「そのような人はいない」が35.3%と最も高く、次いで「地域包括支援センター・役所・役場」が22.9%、「社会福祉協議会・民生委員」が17.9%と続いています。

■家族や友人・知人以外の相談相手

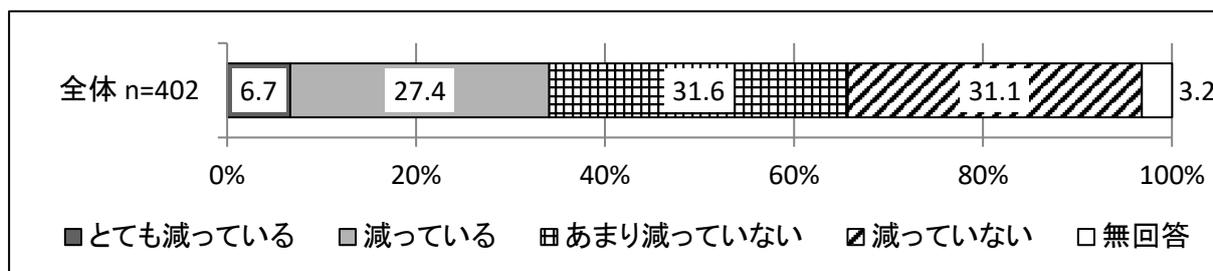


⑦ 高齢者の外出状況

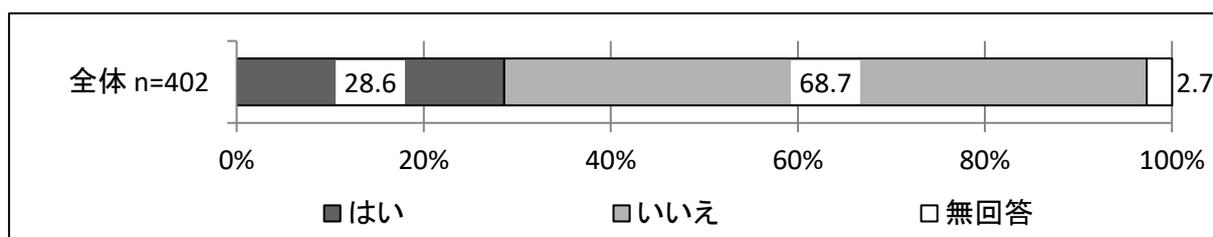
○「あまり減っていない」が31.6%、「減っていない」が31.1%とこれらが上位2つで、次いで「減っている」が27.4%と続いています。外出の回数が減っている（「減っている」又は「とても減っている」）割合は34.1%です。

○「はい（外出を控えている）」が28.6%です。

■ 昨年と比較した外出の頻度



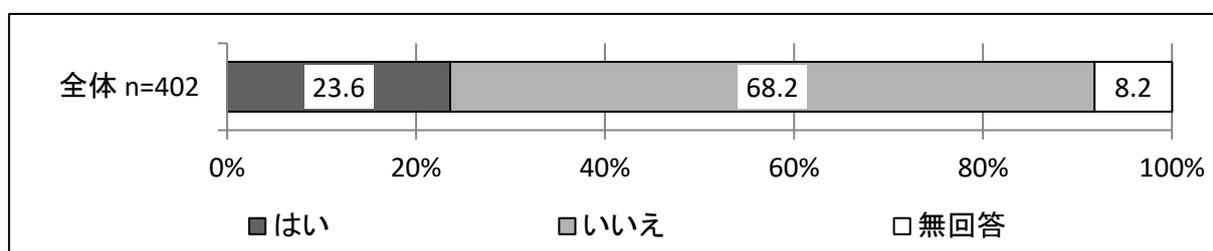
■ 外出を控えているか



⑧ 認知症にかかる相談窓口の把握

○「はい（知っている）」が23.6%となっています。

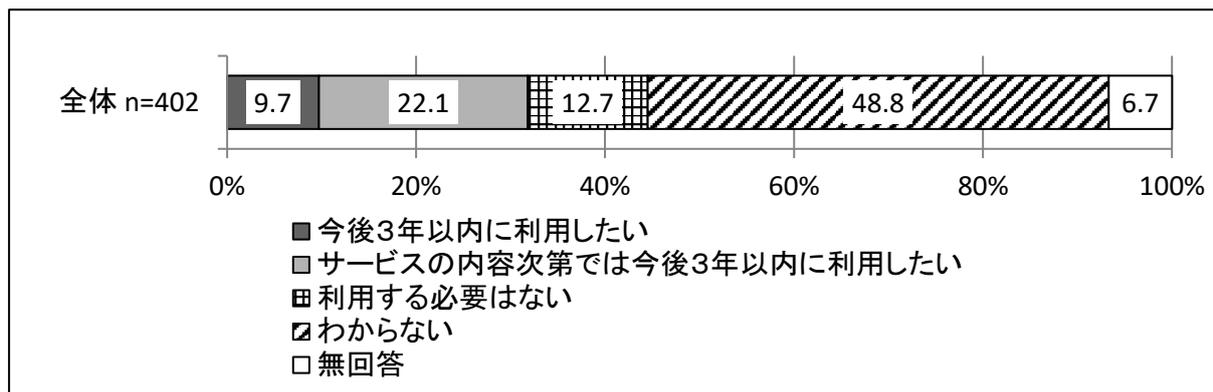
■ 認知症に関する相談窓口の認知度



⑨ 介護予防を目的とするサービスの利用意向

○「わからない」が48.8%と最も高く、次いで「サービスの内容次第では今後3年以内に利用したい」が22.1%、「利用する必要はない」が12.7%と続いています。「今後3年以内に利用したい」と「サービスの内容次第では今後3年以内に利用したい」を合わせると31.8%となっています。

■ 介護予防を目的とするサービスの利用意向



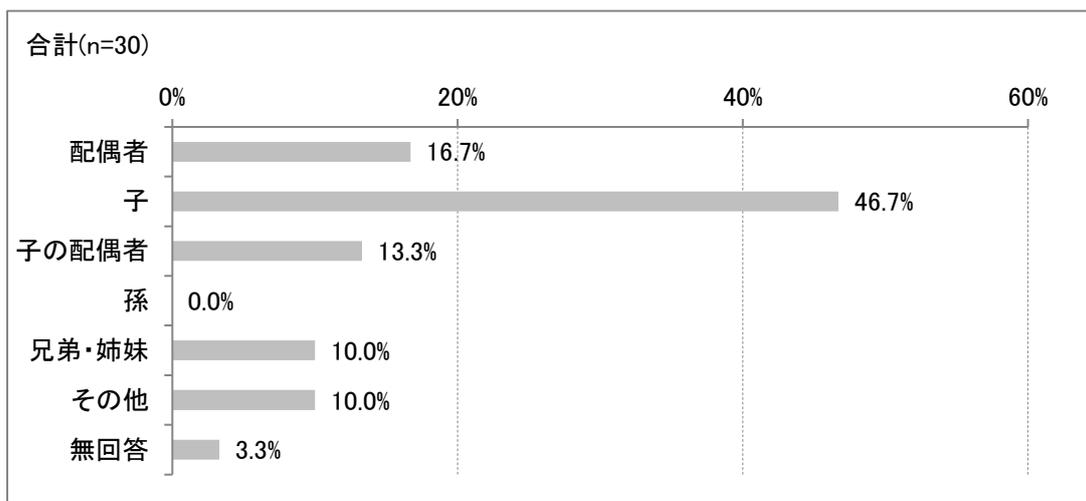
(4) 「在宅介護実態調査」調査結果

① 主な介護者の状況

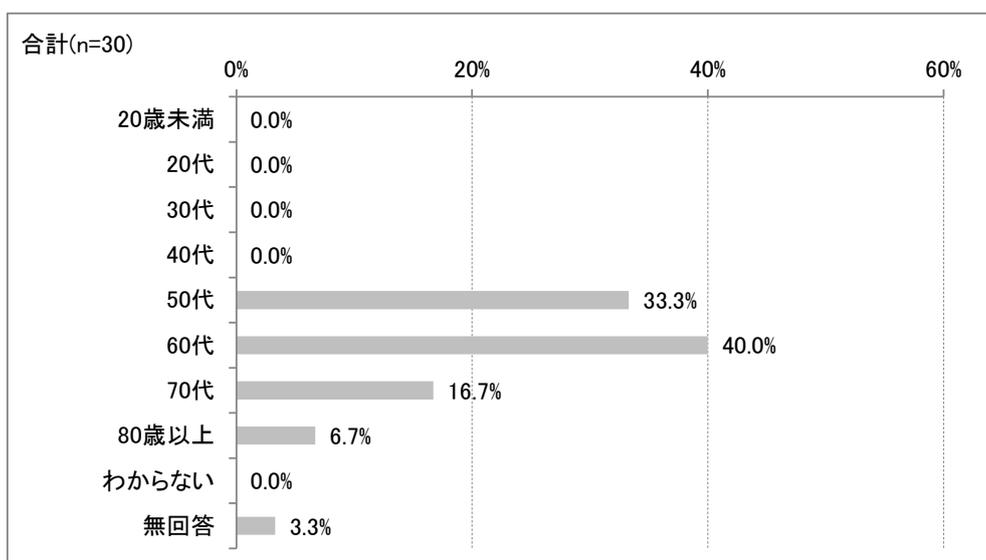
○「子」の割合が最も高く46.7%となっています。次いで、「配偶者(16.7%)」、「子の配偶者(13.3%)」となっています。

○主な介護者の年齢は、「60代」の割合が最も高く40.0%となっています。次いで、「50代(33.3%)」、「70代(16.7%)」となっています。

■ 主な介護者



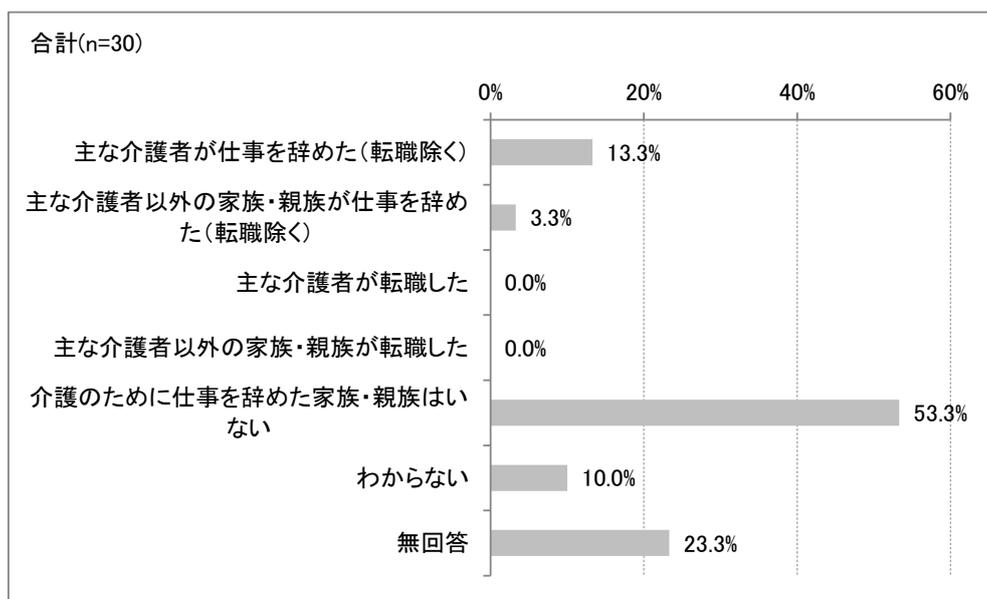
■ 主な介護者の年齢



② 家族介護のために離職・転職した状況

○「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」の割合が最も高く53.3%となっています。次いで、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）（13.3%）」、「わからない（10.0%）」となっています。

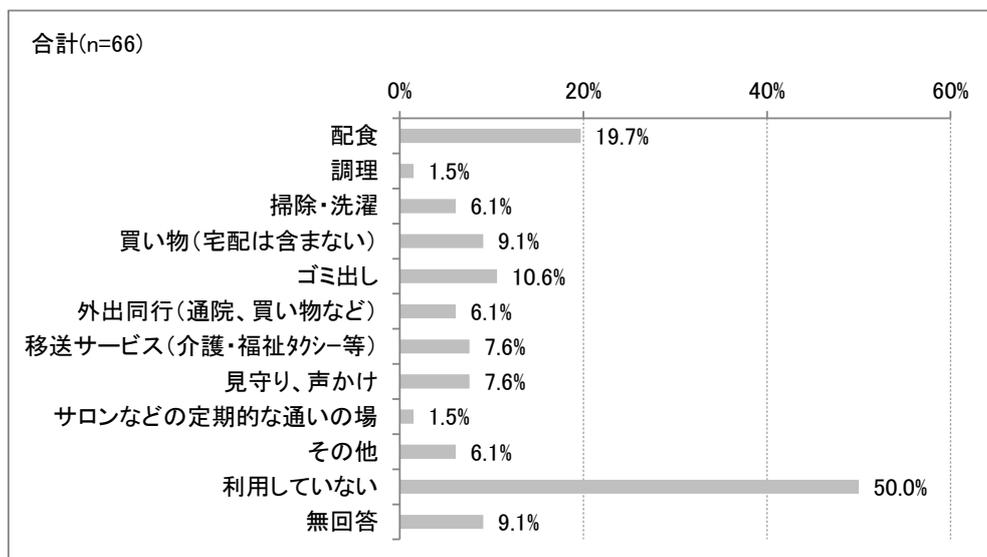
■ 家族・親族が介護を理由に離職・転職した状況



③ 在宅生活を続けていくために必要な支援・サービス

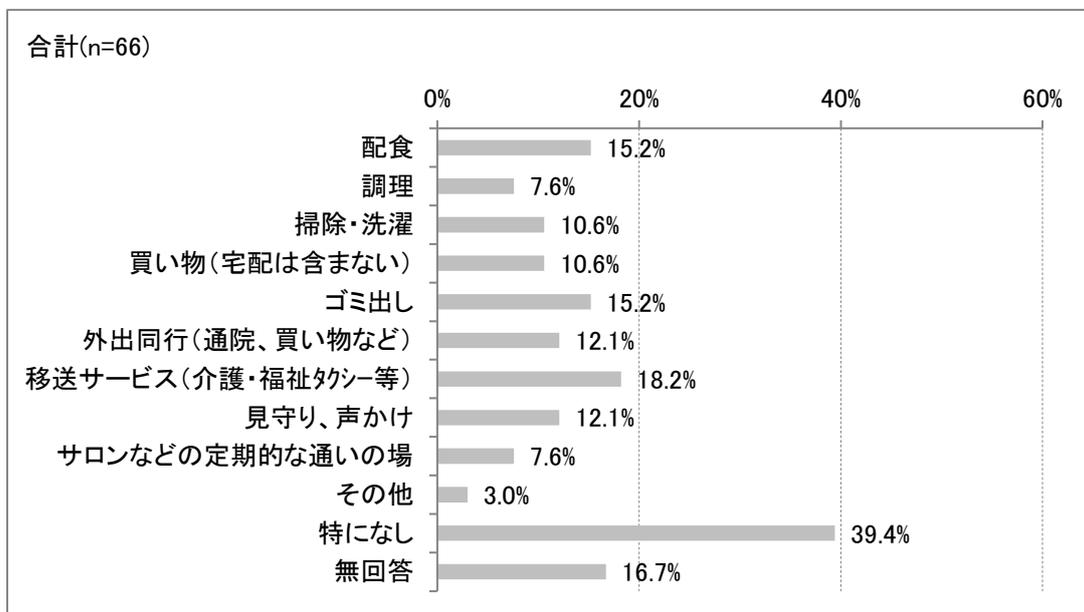
○介護保険サービス以外の支援・サービスの利用状況を見ると、「利用していない」の割合が最も高く50.0%となっています。次いで、「配食（19.7%）」、「ゴミ出し（10.6%）」となっています。

■ 介護保険サービス以外の支援・サービスの利用状況



○在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスは、「特になし」の割合が最も高く39.4%となっています。次いで、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)(18.2%)」、「配食(15.2%)」、「ゴミ出し(15.2%)」となっています。

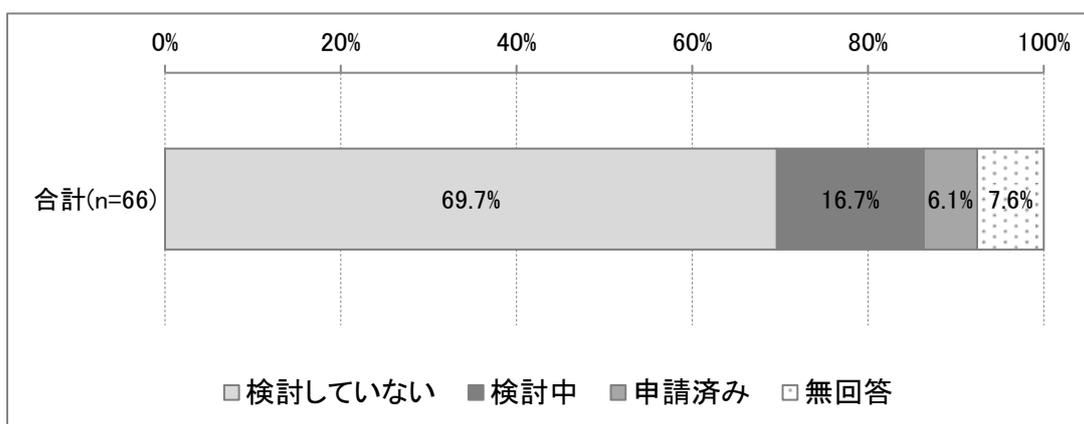
■在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス



④ 施設等への入所・入居の検討状況

○「検討していない」の割合が最も高く69.7%となっています。次いで、「検討中(16.7%)」、「申請済み(6.1%)」となっています。

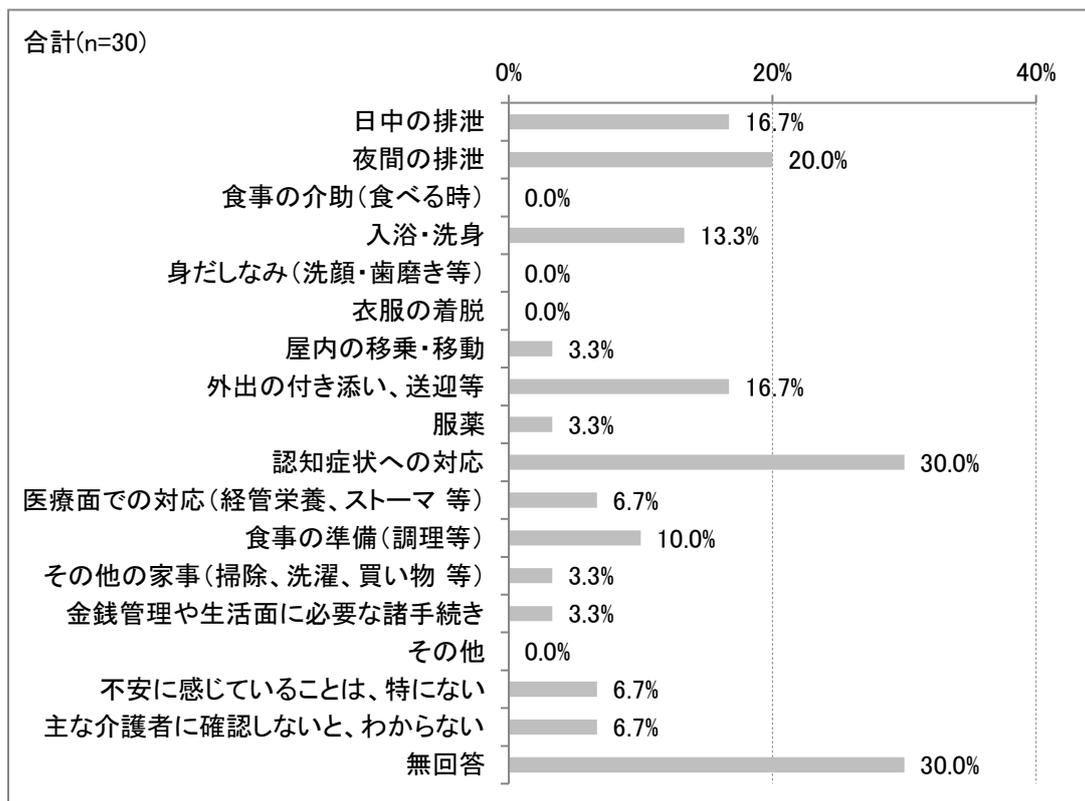
■施設等への入所・入居に関する検討状況



⑤ 主な介護者の介護実態

○在宅生活を送る要介護者を介護している主な介護者が不安を感じる介護をみると、「認知症状への対応」の割合が最も高く30.0%となっています。次いで、「夜間の排泄（20.0%）」、「日中の排泄（16.7%）」、「外出の付き添い、送迎等（16.7%）」となっています。

■今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安を感じる介護





2 大間町介護保険事業計画策定委員会設置要綱

平成23年12月5日訓令甲第13号

改正

平成30年1月11日訓令甲第1号

令和2年3月23日訓令甲第5号

令和3年3月31日訓令甲第7号

大間町介護保険事業計画策定委員会設置要綱

(設置)

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画の策定並びに老人福祉法（昭和38年法律第133号）の規定に基づき、大間町介護保険事業計画策定委員会（以下「計画策定委員会」という。）を設置する。

(審議事項)

第2条 計画策定委員会は、大間町介護保険事業計画（案）について審議し事業計画を決定する。

(組織)

第3条 計画策定委員会は次の者をもって組織し、町長が委嘱する。

- (1) 大間町社会福祉協議会事務局長
- (2) 大間町民生委員児童委員協議会会長
- (3) 大間病院院長
- (4) 老人福祉施設施設長
- (5) 大間町老人クラブ連合会会長
- (6) 大間町国民健康保険運営協議会会長
- (7) 大間町障害者自立支援協議会会長
- (8) 大間町職員関係者若干名

(運営)

第4条 計画策定委員会に会長及び副会長を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。

- 3 会長は会を代表し、会務を総理する。
- 4 委員会は会長が招集し、会長が議長となる。
- 5 副会長は、会長を補佐し会長に事故あるときは、その職務を代行する。

(事務局)

第5条 計画策定委員会の事務局は健康づくり推進課に置く。

(雑則)

第6条 この要綱に定めるもののほか、計画策定委員会の運営に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、公布の日から施行する。
- 2 大間町介護保険事業計画等作成委員会設置要綱（平成10年9月8日訓令甲第8号）は、廃止する。
- 3 大間町介護保険事業計画等策定検討委員会設置要綱（平成10年9月8日訓令甲第7号）は、廃止する。

附 則（平成30年1月11日訓令甲第1号）

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年3月23日訓令甲第5号）

この訓令は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年3月31日訓令甲第7号抄）

(施行期日)

- 1 この訓令は、令和3年4月1日から施行する。



3 策定委員会委員名簿

■ 策定委員会委員（敬称略）

氏 名	職 名
傳 法 厚 史	町の国民健康保険事業の運営に関する協議会会長
伊 藤 亮	特別養護老人ホームくろまつ施設長
畠 山 章	大間町民生委員児童委員協議会会長
林 誠	大間町社会福祉協議会事務局長
佐々木 純 六	大間町老人クラブ連合会会長
安 齋 遥	大間病院院長
中 新 由記子	住民福祉課長
傳 法 裕 一	税務課長
藤 巻 航	健康づくり推進課 保健師

4 社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、低所得で生計が困難である者及び生活保護受給者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、介護保険サービスの利用者負担（以下「利用者負担」という。）の軽減を行うことにより、当該介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。

（軽減の対象となる介護保険サービス及び費用）

第2条 利用者負担の軽減の対象となる介護保険サービスは、社会福祉法人等が提供する介護保険法（1997（平成9）年法律第123号）に定める訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護とする。

2 利用者負担の軽減の対象となる費用は、前項の介護保険サービスの利用者負担額並びに食費、居住費又は滞在費及び宿泊費に係る利用者負担額とする。

（軽減の対象者）

第3条 利用者負担の軽減の対象となる者は、市町村民税非課税世帯であって、次の各号すべてに該当する者のうち、収入、世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として町長が認めた者（旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセント以下の者を除く。）及び生活保護受給者とする。ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセント以下の者であってもユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については軽減の対象とする。また、生活保護受給者については、個室の居住費に係る利用者負担額について軽減の対象とする。

- 1 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- 2 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- 3 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- 4 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- 5 介護保険料を滞納していないこと。

（社会福祉法人等の申出）

第4条 利用者負担の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、利用者負担軽減申出書（様式第1号）により県知事及び町長に申し出なければならない。

2 前項の申出を行った社会福祉法人等が複数の介護保険サービスを提供している場合は、原則として、第2条第1項に規定するすべての介護保険サービスについて利用者負担の軽減を行うものとする。

（軽減の申請）

第5条 利用者負担の軽減を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（様式第2号）に同意書（様式第3号）を添えて、町長に提出しなければならない。

（軽減の決定等）

第6条 町長は、前条の規定による申請があったときは、軽減の可否を決定の上、軽減することを決定したときには社会福祉法人等利用者負担軽減対象者決定通知書（様式第4号）及び社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証（様式第5号。以下「確認証」という。）を交付するものとし、軽減しないことを決定したときには社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書により申請者に通知するものとする。

2 第4条の規定により申出を行った社会福祉法人等は、前項の確認証を提示した利用者については、その確認証の内容及び、利用者負担の軽減を行うものとする。

（軽減の程度等）

第7条 軽減の程度は、利用者負担の4分の1（老齢福祉年金受給者は2分の1とする。）

を原則とし、免除は行わない。この場合において、町長は申請者の収入、世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案して、個別に決定し、確認証に記載するものとする。ただし、生活保護受給者については、利用者負担の全額とする。

(他の利用者負担軽減措置との適用関係)

第8条 障害者施策によるホームヘルプサービス利用者についての利用者負担軽減措置との適用関係については、まず、これらの措置の適用を行い、その後、生計困難である者に該当すると判断される場合には、社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置を適用するものとする。

(高額介護サービス費等との適用関係)

第9条 社会福祉法人等による利用者負担の軽減が行われた場合には、利用者が実際に負担した額(軽減後の額とする。)を介護保険サービスに係る利用者負担額として、高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費を計算するものとする。

(町による所要の支援)

第10条 町長は、利用者負担を軽減した社会福祉法人等に対して、その一部について助成するものとする。

2 助成措置の対象は、社会福祉法人等が大間町介護保険被保険者の利用者負担を軽減した総額のうち、当該社会福祉法人等の本来受領すべき利用者負担収入(軽減対象の介護保険サービスに関するものに限る。)の、おおむね1パーセントを超えた部分とし、当該社会福祉法人等の収入状況等を踏まえて、その2分の1以内を助成するものとする。ただし、助成額の決定に当たっては、社会福祉法人等の申請に基づき、かつ、県の配分に関する意見を参考にして町長が行うものとし、また、交付時期についても県と協議の上、適宜定めるものとする。

3 前項本文の規定にかかわらず、指定地域密着型老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減した社会福祉法人等については、軽減総額のうち、当該施設の運営に関し、本来受領すべき利用者負担収入に対する割合10パーセントを超える部分について、全額を助成措置の対象とするものとする。この場合において助成額の算定は、事業所及び施設を単位として行うものとする。

(確認証の有効期限等)

第11条 確認証の有効期限は、申請のあった日の属する年度の翌年度の6月30日までとする。

2 第6条第1項の規定により確認証の交付を受けた者は、毎年4月1日から5月31日までの間に申請者に確認証を添えて町長に提出し、確認証の更新を申請しなければならない。

(状況の報告)

第12条 利用者負担を軽減した社会福祉法人等は、毎月の実施状況を社会福祉法人等利用者負担軽減実施状況報告書(様式第6号)に記載し、当該月分を取りまとめの上、翌月20日までに町長に提出しなければならない。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、2011(平成23)年4月1日から施行する。





大間町第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

発行日 令和6年3月

発行者 青森県大間町

住 所 〒039-4601

青森県下北郡大間町大字大間字奥戸下道 20-4

TEL 0175-37-2111 (代) FAX 0175-37-2562

URL <https://www.town.ooma.lg.jp/>

