

藤崎町
高齢者福祉計画
第9期介護保険事業計画

(令和6年度～令和8年度)

令和6年3月
青森県 藤崎町

はじめに

わが国の総人口は、長期の人口減少の過程に入っており、令和 11（2029）年に人口 1 億 2,000 万人を下回った後も減少を続け、令和 35（2053）年には 1 億人を割るとされる一方、65 歳以上の人口は増加し続け、令和 22（2040）年には高齢者人口がピークを迎えようとしております。本町においては、これまで増加で推移していた 65 歳以上の人口は、令和 6 年度には減少に転じると見込まれますが、現役世代の減少のほか、後期高齢者が増加することで、高齢化率の上昇は続くと推計されています。



このように急速な高齢人口の増加は喫緊の課題であり、団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7（2025）年、さらには、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となり始める令和 22（2040）年を見据え、課題に包括的に対応すべく「藤崎町高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画」を策定したものであります。

本計画では、基本理念を「みんながつながり 安心して暮らせるまち ふじさき」とし、福祉分野で上位計画に当たる「藤崎町地域福祉計画」の理念を踏まえ、福祉分野において取組を協調・連携し、目的や目標を一体的に捉えることを主眼としております。

また、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう医療、介護、生活支援、介護予防が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、介護サービス基盤の整備や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ほかの分野との連携、介護予防・健康づくりの充実、認知症の人ができる限り地域で自分らしく暮らすための認知症施策の推進などを据えております。

さらに、社会福祉協議会や N P O 法人等多様な団体の活動と連携を深めるとともに、ボランティア団体や地域団体など住民主体の支援活動により施策の展開を強化します。

そして、高齢者福祉の向上について、高齢者自身やその家族はもとより、地域全体でつながり、理解を深めることを積極的に推し進めることで、計画全体の実効性を高め、より良い高齢者福祉の構築につなげて参りますので、引き続き皆様のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

最後に、本計画策定にあたり、アンケート調査にご協力くださいました住民の皆様をはじめ、貴重なご意見を賜りました介護保険運営協議会の委員の皆様には厚くお礼申しあげます。

令和 6 年 3 月

藤崎町長 平 田 博 幸

目次

第1章 計画の策定に当たって	3
1 計画策定の背景と趣旨	3
2 計画策定に当たってのポイント	4
3 計画策定の根拠と位置づけ	6
4 計画の期間	8
5 事業の達成状況の点検及び評価	8
(1) 計画の達成状況の点検と評価及び公表	8
(2) 事務・事業評価と事業の見直し	9
第2章 高齢者の現状と取り巻く環境	13
1 人口等の状況	13
2 要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移	14
3 介護費用額の推移	16
4 実績値と計画値の比較	17
(1) 第1号被保険者数、要介護認定者数、認定率の計画値と実績値の比較	17
(2) 給付費の計画値と実績値の比較	17
第3章 アンケート調査結果からみる今後のニーズ等	23
1 アンケート調査の実施概要	23
(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	23
(2) 在宅介護実態調査	23
2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状等	24
(1) 家族構成について	24
(2) 身体活動状況と地域活動への参加について	24
(3) 現在治療中または後遺症のある病気について	27
3 在宅介護実態調査からみた高齢者の現状等	28
(1) 家族等による介護の頻度について	28
(2) 主な介護者の年齢について	28
(3) 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについて	29
(4) 主な介護者の勤務形態について	29
(5) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護について	30
第4章 前計画の振り返りと計画課題	33
1 前計画の施策の実施状況	33
(1) 基本目標1 高齢者が健康長寿でいられる地域づくり	33
(2) 基本目標2 高齢者にやさしい地域づくり	33
(3) 基本目標3 高齢者が安心して暮らせる地域づくり	34
(4) 基本目標4 介護保険制度の適切な運営	35
2 計画の重点課題	36
(1) 健康づくり・介護予防・自立支援・重度化防止の推進	36
(2) 認知症施策の推進	37
(3) 介護給付適正化へ向けた取組の推進	37
第5章 将来ビジョン	41
1 計画の基本理念	41
2 基本目標	42
3 日常生活圏域の設定	43

4 施策の体系	44
第6章 施策の展開	47
基本目標1 高齢者が健康長寿でいられる地域づくり	47
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実	47
(2) 認知症施策の推進	52
(3) 健康づくりの推進	54
(4) 社会参加と生きがいづくりの推進	57
基本目標2 つながりを深める地域での支え合い	59
(1) 地域で支え合う環境づくりの推進	59
(2) 自立生活を支える福祉サービス及び生活支援の充実	61
(3) 暮らしやすい生活への支援の充実	63
基本目標3 高齢者にやさしく、安心して暮らせる体制づくり	65
(1) 地域ケア体制の充実	65
(2) 権利擁護の推進	68
(3) 安全・安心な地域づくりの推進	70
基本目標4 持続可能な介護保険制度の運用	72
(1) 介護保険サービス基盤の充実	73
(2) 利用者に配慮したサービス提供体制の充実	77
(3) 円滑な制度運営のための体制整備の推進	78
第7章 介護保険サービス見込み量と保険料の算出	83
1 介護保険サービス量の見込み	83
(1) 第1号被保険者数、要介護認定者数の見込み	83
(2) 居宅サービスの見込み	84
(3) 施設・居住系サービスの見込み	86
(4) 地域密着型サービスの見込み	86
2 介護保険事業費の見込み	87
(1) 介護保険給付費の見込み	87
(2) 第1号被保険者の保険料	89
(3) 所得段階別保険料額の設定	92
第8章 計画の推進体制について	95
1 本計画の推進における重点項目数値指標	95
2 計画の推進体制の整備	96
3 介護保険事業の進捗状況などの把握	96
4 住民への広報・啓発	97
資料編	101
1 策定経過	101
2 策定協議	102
(1) 藤崎町介護保険条例（一部抜粋）	102
(2) 藤崎町介護保険運営協議会規則	103
(3) 藤崎町介護保険運営協議会委員	105

第1章 計画の策定に当たって

第1章 計画の策定に当たって

1 計画策定の背景と趣旨

わが国における高齢化の進行は依然として世界的に顕著で、2位以下のイタリアやフランス、ドイツ、イギリス、アメリカといった欧米を上回る水準となっています。まもなく到来する令和7（2025）年には、団塊の世代がすべて75歳以上となり、高齢者の人口や介護ニーズが急増することが見込まれています。

介護や支援が必要な高齢者に対して、社会全体で費用やサービスを給付する制度として整備された介護保険制度は23年を経過し、様々なサービス提供体制が充実してきており、高齢者の介護になくはないものとして定着・発展しているところです。

また、地域での高齢者の医療や介護、住まい、介護予防、生活支援などを一体的に提供する地域包括ケアシステムの実現が求められているところであり、町や県が協力して、介護サービス基盤の計画的な整備や連携強化を進めるとともに、高齢者がいきいきと活躍でき、住み慣れた地域で安心して生活できる社会づくりに貢献するために、介護保険の枠組みを超えた地域住民同士の相互理解や支え合いを推進する必要性が高まっています。

さらに、高齢者の多様なニーズに応えるべく、地域の実情に応じた柔軟な対応が求められているほか、介護人材の確保や生産性の向上など、介護サービスの質や効率の改善に向けた取組が不可欠となっています。

本町における高齢化も進んでおり、住民基本台帳では令和5年10月時点における高齢化率は33.8%にのぼり、県を下回るものの、国を上回っています。今後もこの傾向が継続すると見込まれているとともに、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の増加も見込まれ、家族や親族のみならず、地域で支え合うシステムを深化・推進していく必要性が一層高まっています。

本町においては、「高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画」を策定し、総合的な高齢者施策に取り組んできたところですが、令和5年度には、計画期間（令和3年度～令和5年度）が終了します。よって、こうした国等の動向を踏まえるとともに、施策の実施状況や効果を検証した上で、中・長期的な視点も持ちながら、3年後の令和8（2026）年度を目標年度とする「高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」（以下「本計画」という。）を策定し、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組みます。

2 計画策定に当たってのポイント

平成12年度に介護保険制度がスタートしたのちにおいて、高齢者人口や要介護高齢者、介護保険サービスの利用、高齢者の生活等に関わる各種動向の推移に合わせて高齢者福祉施策・介護保険制度は見直しが繰り返されてきました。

令和3年度からスタートした第8期介護保険事業計画は、介護サービス基盤の計画的な整備、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組、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を主な柱とし、介護保険制度の持続可能性の確保に向けた取組が求められていました。

本町ではこれまで、介護が必要となっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を行ってきました。

介護保険制度については、計画の期間に合わせ、3年ごとに大きな見直しが行われます。第9期計画に合わせて行われる今回の制度改正において、介護サービス基盤の計画的な整備、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み、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、給付と負担のあり方などについての議論が行われてきました。

なお、介護保険事業計画の策定に係る基本指針に関する事項は下記のとおりです。

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、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
- 医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
- サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
- 居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- 居宅要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

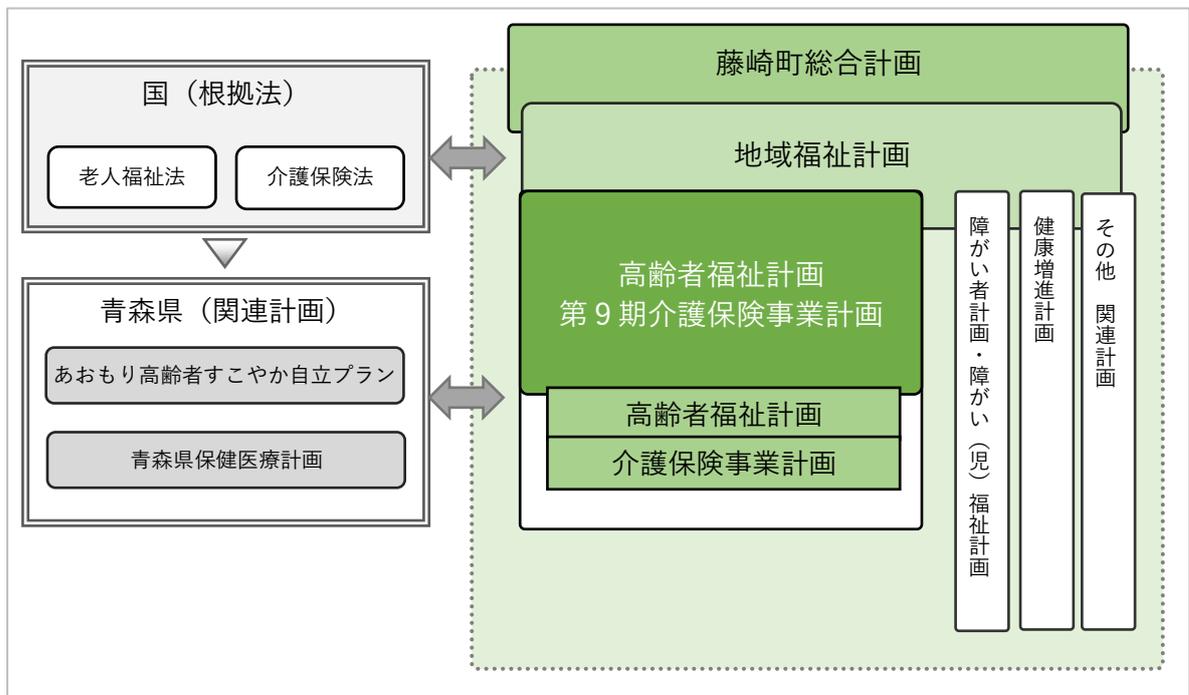
※厚生労働省

3 計画策定の根拠と位置づけ

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく「市町村老人福祉計画」及び介護保険法第117条に基づく「介護保険事業計画」を一体的に策定したものであり、本町における高齢者保健福祉施策の総合的指針として位置づけるものです。

また、本町の総合的な行政運営の方針を示した「藤崎町総合計画」「地域福祉計画」を上位計画として、「障がい者計画・障がい福祉計画・障がい児福祉計画」「健康増進計画」など、他の関連する計画や青森県が策定する「あおり高齢者すこやか自立プラン」及び「青森県保健医療計画」などの関連計画の内容を踏まえたものとしします。

□計画の位置づけ□



□総合計画との関連□

藤崎町第2次総合計画

【将来像】 みんなで築く 希望に満ち、活力があふれるまち
ふじさき

<基本目標>

2 しあわせあふれる 健康・福祉の環境づくり	1 出会い・結婚・妊娠・出産・子育て支援の充実
	2 高齢者支援の充実
	3 障がい者支援の充実
	4 地域福祉の充実
	5 社会保障等の充実
	6 健康保健活動・地域医療体制の充実

4 計画の期間

介護保険事業計画は3年ごとに見直しを行うことになっており、今回策定する第9期介護保険事業計画の期間は令和6年度から令和8年度となります。

また、高齢者福祉計画も介護保険事業計画と一体的に整備することから、同様に3年間を計画期間と定めます。

引き続き団塊の世代のすべての人が75歳以上の高齢者となる令和7（2025）年、さらに、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えて施策を展開します。

□計画の期間□

	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
地域福祉計画	第3次（平成30 年度～）		第4次				（次期）		
介護保険事業計画	第8期			第9期			（第10期）		
高齢者福祉計画	前期			当期			（次期）		

5 事業の達成状況の点検及び評価

（1）計画の達成状況の点検と評価及び公表

本計画に基づく事業を円滑に推進していくためには、計画の進捗状況やサービスの利用状況等を定期的に把握するとともに、町民に速やかに公表し、町民の意見を反映させていくことが重要になります。

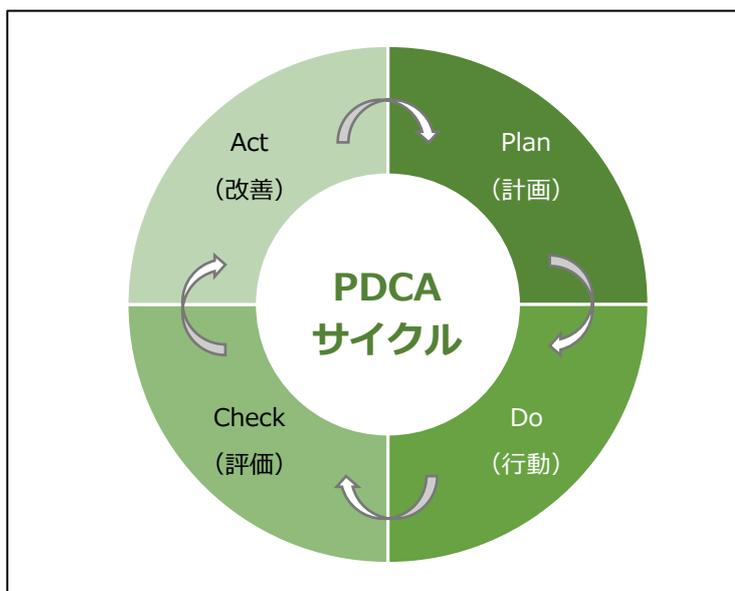
そのため、社会の情勢や町民の意向を踏まえながら、計画の効果的な推進に向けて適切な見直しを行っていきます。

介護保険給付においては、要支援・要介護認定者の状況を常に把握し、施設サービスや居宅サービス、地域密着型サービスの各サービスの利用状況、さらには介護サービス事業者の事業に関する意向等を確認しながら、次期計画の策定に合わせて計画の達成状況を点検・評価します。

(2) 事務・事業評価と事業の見直し

計画に基づく施策を総合的・計画的に推進し、実効性を確保するには、計画の進行状況の定期的なフォローアップが必要です。高齢者福祉計画・介護保険事業計画を推進する関係課が中心となり、施策の計画目標をもとに、毎年の進捗状況を庁内で点検し、課題の整理や改善への取組を行います。その結果をもとに、PDCAサイクルでより効率的、かつ効果的な施策の推進を目指していきます。

□ PDCAサイクル □



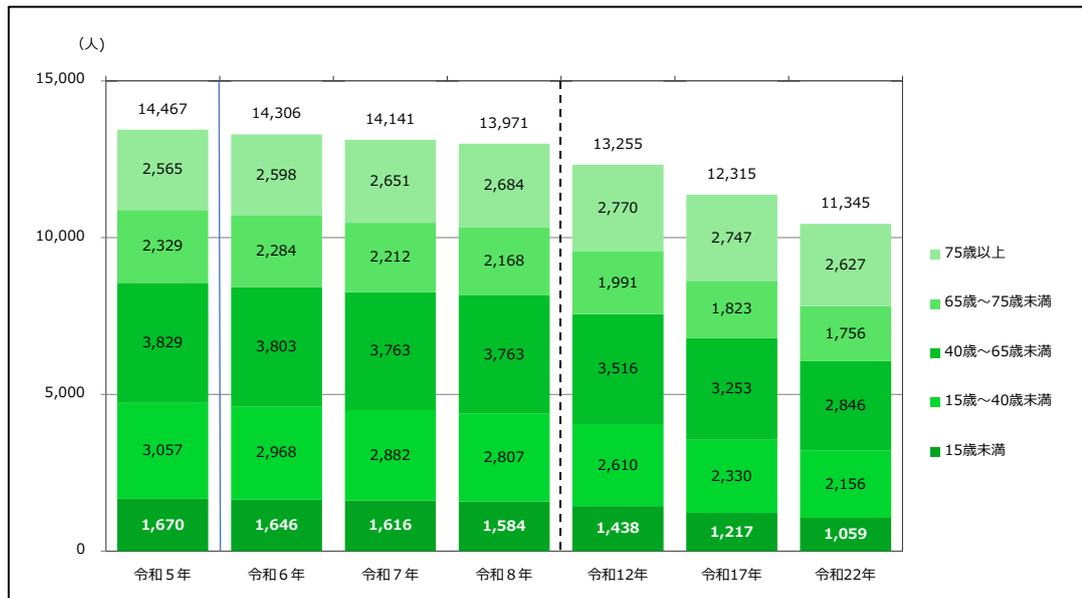
第2章 高齢者の現状と取り巻く環境

第2章 高齢者の現状と取り巻く環境

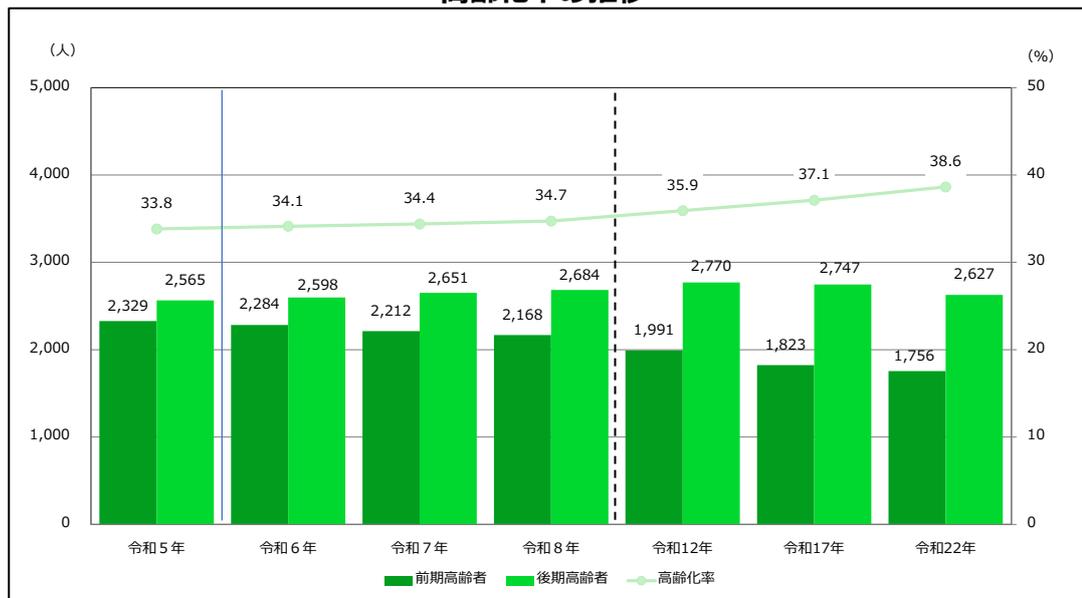
1 人口等の状況

本町の人口の推移をみると、これまで増加で推移していた65歳以上の人口は、令和5年から令和6年にかけて減少に転じると見込まれます。高齢化率が上昇する中、後期高齢者が増加し、令和22年には人口のおよそ4人に1人が後期高齢者になると予測されており、本町においても、団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22年を見据えて、各種の高齢者施策を展開していく必要があります。

□人口の推移□



□高齢化率の推移□



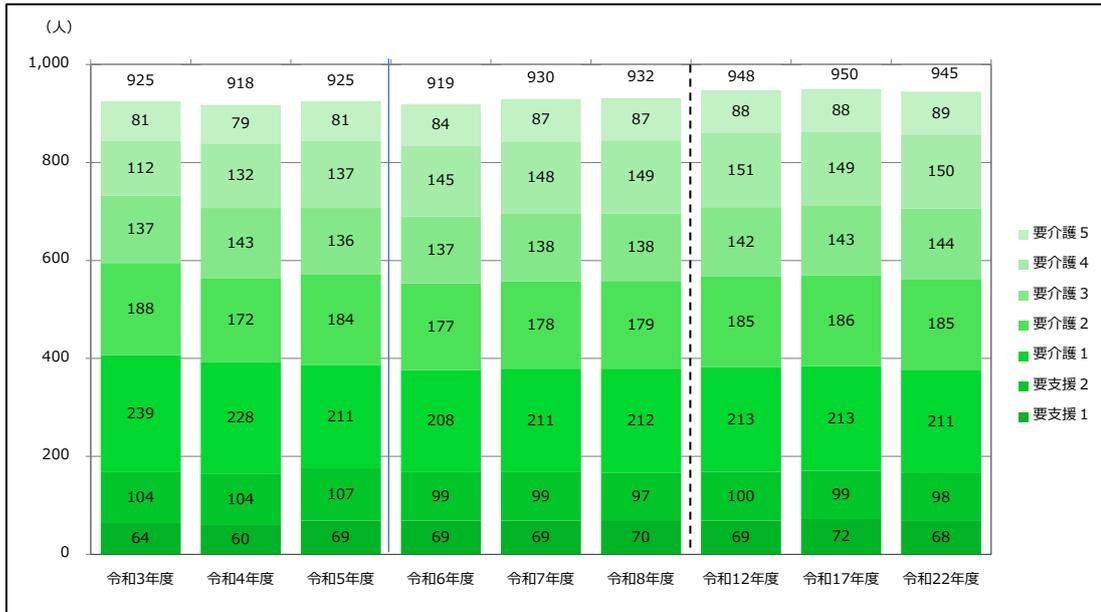
(出典) 住民基本台帳 (各年 10月1日現在)

令和5年は実績値、令和6年以降は推計値。(コーホート変化率法)

2 要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移

本町の要介護（要支援）認定者数と要介護（要支援）認定率の推移をみると、要支援認定者は160人前後、要介護認定者は750人程度で、認定者数全体では概ね横ばいで推移しており、当面は同様の傾向で推移すると見込まれます。第1号被保険者数が増加傾向にある中、認定率は減少傾向にあったものの、令和2年から令和3年にかけて増加に転じ、18%台で推移しています。

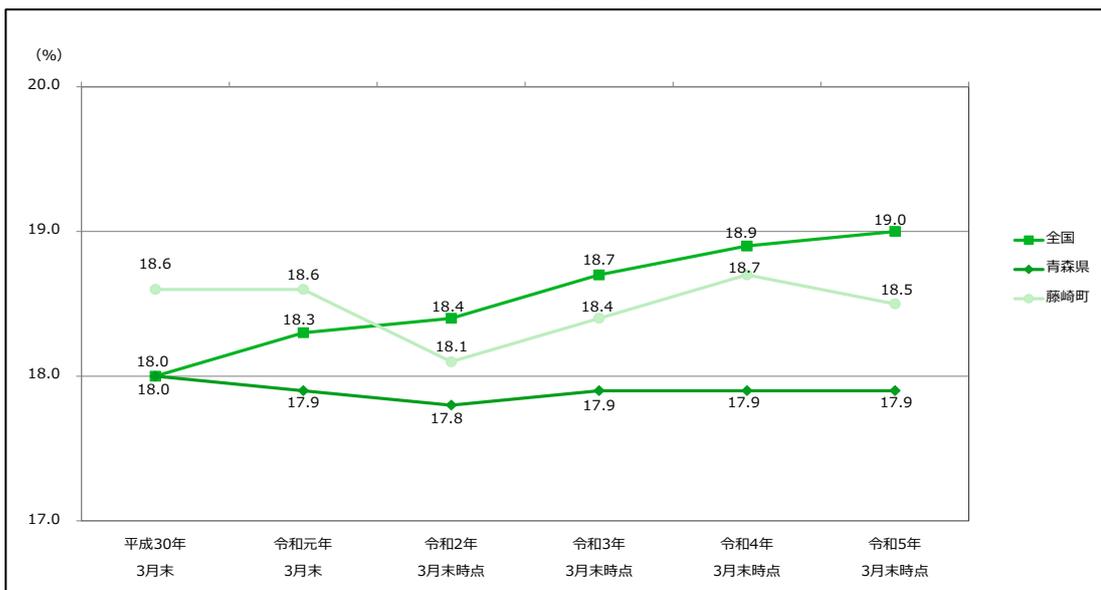
□要介護（要支援）認定者数の推移□



(出典) 厚生労働省地域包括ケア「見える化」システムより

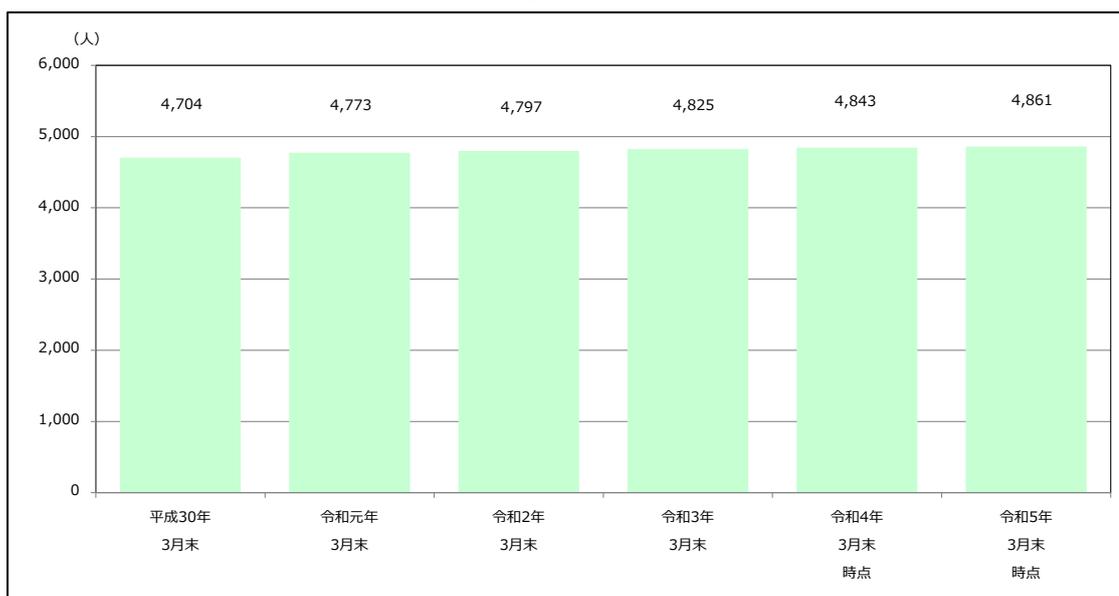
令和5年度まで：実績値、令和6年度以降：推計値

□要介護（要支援）認定率の推移（国・県・町）□



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）、（月報）」

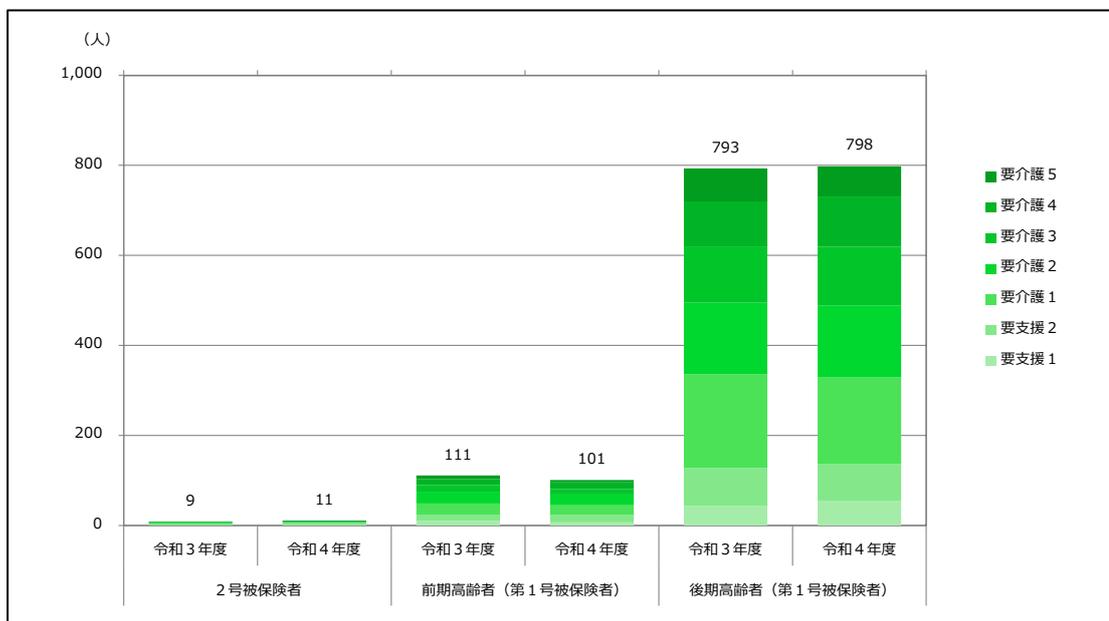
□第1号被保険者数□



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)、(月報)」

要介護認定者数を被保険者別にみると、令和4年度において「後期高齢者」が798人と大部分を占め、要介護認定者全体(910人)の約88%を占めています。また、介護度が要介護1以上の被保険者は令和4年度が744人で、要介護認定者全体の約82%を占めています。

□被保険者別要介護認定者数□



単位：人

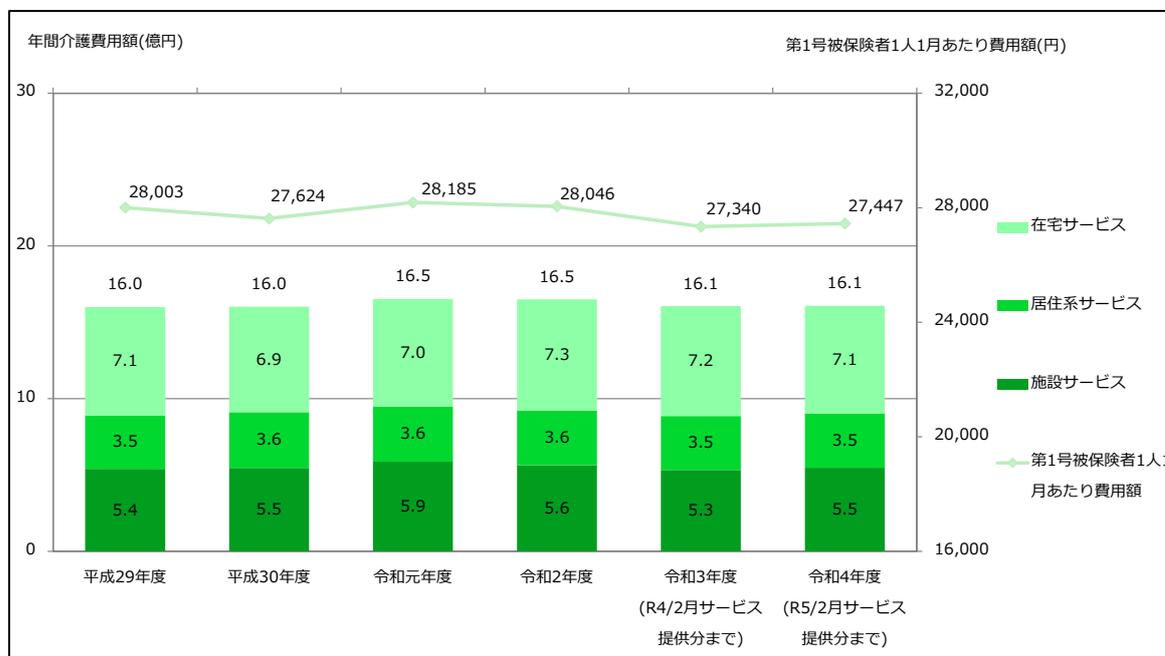
	2号被保険者		前期高齢者（第1号被保険者）		後期高齢者（第1号被保険者）	
	令和3年度	令和4年度	令和3年度	令和4年度	令和3年度	令和4年度
要介護5	1	2	8	5	73	67
要介護4	0	1	13	15	100	112
要介護3	2	1	15	12	125	130
要介護2	2	1	26	24	159	160
要介護1	1	1	26	21	208	192
要支援2	2	3	13	17	84	82
要支援1	1	2	10	7	44	55
合計	9	11	111	101	793	798

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

3 介護費用額の推移

本町の介護費用額の推移をみると、概ね横ばいで推移しており、サービス別費用額では、在宅サービス費用額が近年においてやや減少傾向にあります。また、第1号被保険者1人当たり費用額は27,000円～28,000円台で推移しています。

□介護費用額の推移□



（出典）【費用額】厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）、（月報）」

【第1号被保険者1人当たり費用額】「介護保険事業状況報告（年報）」（または直近月までの月報累計）における費用額を「介護保険事業状況報告月報」における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

4 実績値と計画値の比較

(1) 第1号被保険者数、要介護認定者数、認定率の計画値と実績値の比較

第1号被保険者数、要介護認定者数、認定率について、第8期計画の計画値と比較すると、すべてにおいて、実績値に近い数値となっています。

□第1号被保険者数、要介護認定者数、認定率の計画値と実績値の比較□

単位：人・%

区分	令和3年			令和4年		
	計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
第1号被保険者	4,841	4,859	100.4	4,847	4,848	100.0
要介護認定者数	896	911	101.7	905	907	100.2
要介護認定率	18.5	18.7	101.3	18.7	18.7	100.2

(出典)【実績値】厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

(2) 給付費の計画値と実績値の比較

第8期の給付費についてサービスごとにみると、介護給付費について、各サービスとも概ね計画を下回る実績となっています。

なお、介護予防給付費については、居宅サービスは実績値が計画値を上回り、地域密着型サービスは実績値が計画値を下回る状況です。

地域支援事業費は計画値に近い実績値となっています。

<介護給付費>

単位：千円・%

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)	計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)
居宅サービス	小計	676,011	626,468	92.7	684,740	615,526	89.9
	訪問介護	213,164	178,784	83.9	215,624	184,067	85.4
	訪問入浴介護	3,399	2,656	78.1	3,401	2,000	58.8
	訪問看護	13,717	12,821	93.5	13,725	13,722	100.0
	訪問リハビリテーション	6,241	5,354	85.8	6,244	3,997	64.0
	居宅療養管理指導	1,578	1,450	91.9	1,579	1,546	97.9
	通所介護	192,975	192,450	99.7	194,819	167,264	85.9
	通所リハビリテーション	56,235	43,660	77.6	56,266	43,230	76.8
	短期入所生活介護	86,884	93,183	107.2	89,593	101,392	113.2
	短期入所療養介護(老健)	696	678	97.4	697	347	49.8
	短期入所療養介護(療養型)	0	0	-	0	0	-
	短期入所療養介護(医療院)	0	0	-	0	0	-
	福祉用具貸与	25,633	24,993	97.5	26,257	26,896	102.4
	福祉用具購入費	1,013	688	67.9	1,013	812	80.1
	住宅改修費	2,700	1,785	66.1	2,700	2,076	76.9
	特定施設入居者生活介護	1,220	551	45.1	1,221	806	66.0
介護予防支援・居宅介護支援	70,556	67,416	95.5	71,601	67,372	94.1	

出典：【実績値】「介護保険事業状況報告（年報）」

単位：千円・%

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)	計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)
地域密着型 サービス	小計	349,144	329,336	94.3	358,281	330,232	92.2
	地域密着型通所介護	2,783	3,855	138.5	2,785	3,720	133.6
	認知症対応型通所介護	12,373	9,655	78.0	12,380	8,553	69.1
	認知症対応型共同生活介護	333,988	315,827	94.6	343,116	317,959	92.7
介護保険施 設サービス	小計	532,783	478,979	89.9	533,078	491,916	92.3
	介護老人福祉施設	250,738	225,630	90.0	250,877	244,070	97.3
	介護老人保健施設	273,157	243,623	89.2	273,308	234,884	85.9
	介護療養型医療施設	0	0	-	0	0	-
	介護医療	8,888	9,726	109.4	8,893	12,961	145.7

出典：【実績値】「介護保険事業状況報告（年報）」

<予防給付費>

単位：千円・%

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)	計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)
居宅サービス	小計	11,554	13,431	116.2	11,558	14,485	125.3
	訪問入浴介護	0	0	-	0	0	-
	訪問看護	0	93	-	0	460	-
	訪問リハビリテーション	0	381	-	0	910	-
	居宅療養管理指導	0	0	-	0	0	-
	通所リハビリテーション	6,403	6,914	108.0	6,406	6,032	94.2
	短期入所生活介護	0	97	-	0	877	-
	短期入所療養介護（老健）	0	0	-	0	0	-
	短期入所療養介護（療養型）	0	0	-	0	0	-
	短期入所療養介護（医療院）	0	0	-	0	0	-
	福祉用具貸与	1,694	2,336	137.9	1,694	2,682	158.3
	福祉用具購入費	455	93	20.5	455	195	42.8

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)	計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)
	住宅修繕費	803	882	109.8	803	575	71.6
	特定施設入居者生活介護	0	0	-	0	0	-
	介護予防支援・居宅介護支援	2,199	2,634	119.8	2,200	2,754	125.2

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)	計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)
地域密着型 サービス	小計	3,497	955	27.3	3,498	0	0
	介護予防地域密着型通所介護	0	0	-	0	0	-
	介護予防認知症対応型通所介護	840	0	0	840	0	0
	介護予防認知症対応型共同生活 介護	2,657	955	36	2,658	0	0

出典：【実績値】「介護保険事業状況報告（年報）」

<地域支援事業費>

単位：千円・%

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)	計画値	実績値	対計画比 (実績値/ 計画値)
	介護予防・日常生活支援総合事業費	48,221	49,203	102.0	48,062	48,579	101.1
	包括的支援事業・任意事業	38,273	39,424	103.0	41,169	40,053	97.3
	合計	86,495	88,627	102.5	89,231	88,631	99.3

出典：【実績値】町決算資料

第3章 アンケート調査結果からみる 今後のニーズ等

第3章 アンケート調査結果からみる今後のニーズ等

1 アンケート調査の実施概要

藤崎町では、本計画策定に向け、高齢者の日常生活の実態等を把握し、藤崎町高齢者福祉計画の見直し及び第9期介護保険事業計画策定の基礎資料とするためにアンケート調査を実施しました。実施概要は以下のとおりです。

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

項目	内容
調査対象	令和5年4月1日現在、満65歳以上の方で介護認定を受けていない方と要支援認定者の方
調査時期	令和5年5月
調査方法	郵送法
配布数	1,000件
調査地域	藤崎町全域
回収結果	531件（回収率：53.1%）

(2) 在宅介護実態調査

項目	内容
調査対象	要支援・要介護認定を受けている町民（施設居住者を除く）とその家族 92件
調査時期	令和5年2月～3月
調査方法	郵送法／認定調査員による聞き取り
調査地域	藤崎町全域

2 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査からみた高齢者の現状等

(1) 家族構成について

家族構成については、「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が3割強で、最も多くなっています。

第8期計画策定時のアンケート(以下「前回アンケート」という)では、「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」(29.5%)、「息子・娘との2世帯」(29.0%)、「1人暮らし」(10.0%)などとなっており、2世帯家族が減少する一方、単身世帯が増加していることがうかがえます。高齢化が進行する本町において、単身高齢世帯は今後において増加することが見込まれます。

□家族構成□

(%)	1人暮らし	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	息子・娘との2世帯	その他	無回答	n
全体	17.1	31.3	3.2	24.9	18.6	4.9	531

※「n」は回答数。なお、小数点第2位以下四捨五入のため、合計が100%にならない場合がある。以下、同様。

(2) 身体活動状況と地域活動への参加について

身体を動かすことのうち、「15分位続けて歩く」、「階段を手すりや壁を伝わらずに昇る」については、前回アンケートと同様に、8割程度の方が「できるし、している」あるいは「できるけどしていない」と回答していますが、「椅子から何もつかまらずに立ち上がる」については、「できない」が約5ポイント上昇しています。

また、過去1年間で転倒歴のある方は3割台半ばで、転倒に対する不安は「とても不安」「やや不安」を合わせると6割弱を占めており、前回アンケートより約7ポイント上昇しています。属性別にみると、性別では男性より女性、年齢別では前期高齢者より後期高齢者の転倒に対する不安が多いことがうかがえます。

□身体を動かすことについて□

(%)	できるし、している	できるけどしていない	できない	無回答	n
階段を手すりや壁を伝わらずに昇れるか	59.5	17.7	20.5	2.3	531
椅子から何もつかまらずに立ち上がれるか	74.4	11.9	12.1	1.7	531
15分位続けて歩けるか	67.0	20.2	11.5	1.3	531

□過去1年間の転倒経験□

(%)	何度もある	1度ある	ない	無回答	n
全体	11.5	22.8	65.0		531

□転倒に対する不安□

(%)	とても不安である	やや不安である	あまり不安ではない	不安ではない	無回答	n
全体	18.1	40.1	21.8	15.4	4.5	531
性別						
男性	13.0	34.5	25.1	21.5	5.8	223
女性	21.8	44.2	19.5	11.0	3.6	308
年齢						
前期高齢者	13.7	37.7	26.1	19.0	3.5	284
後期高齢者	23.1	42.9	17.0	11.3	5.7	247

週1回以上外出している人は9割弱にのぼる一方で、「ほとんど外出しない」という方が約6%となっています。

地域活動への参加者としての参加意向については、4割台半ばの方が示しており、活動内容の充実や周知等による参加を促進し、地域との関わりを深めるための仕組みづくりが必要です。

□週に1回以上の外出□

(%)	ほとんど外出しない	週1回	週2～4回	週5回以上	無回答	n
全体	5.8	17.9	37.7	33.3	5.3	531

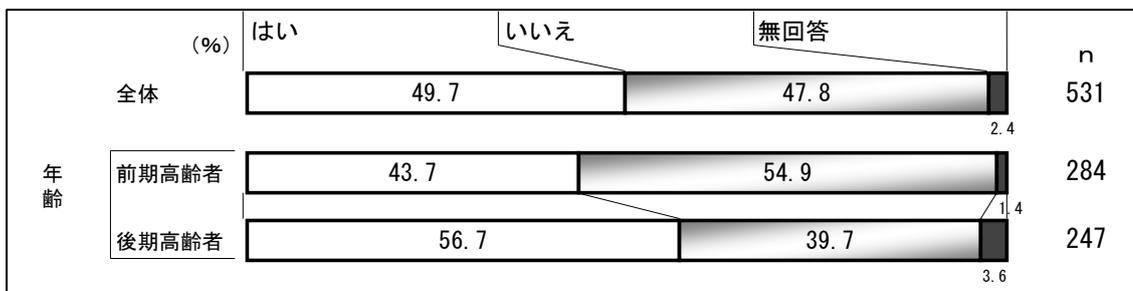
□地域活動への参加者としての参加意向□

(%)	是非参加したい	参加してもよい	参加したくない	既に参加している	無回答	n
全体	3.8	41.2	44.3	5.6	5.1	531

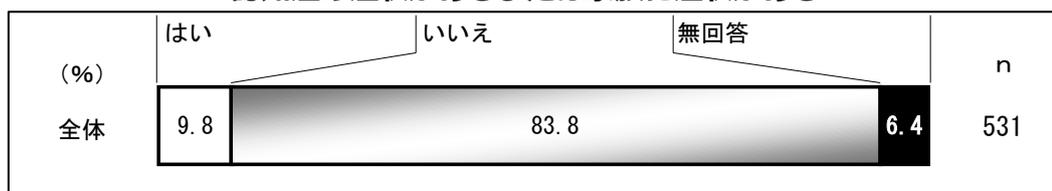
物忘れが多いと感じるかについては、前回アンケートと同様に、約5割の方が「はい」と回答しており、年齢別にみると、後期高齢者では6割弱を占めます。

また、「認知症の症状があるまたは家族に症状がある」という方は約1割を占めており、早期からの認知症予防対策や重度化対策が重要となります。

□物忘れが多いと感じる□



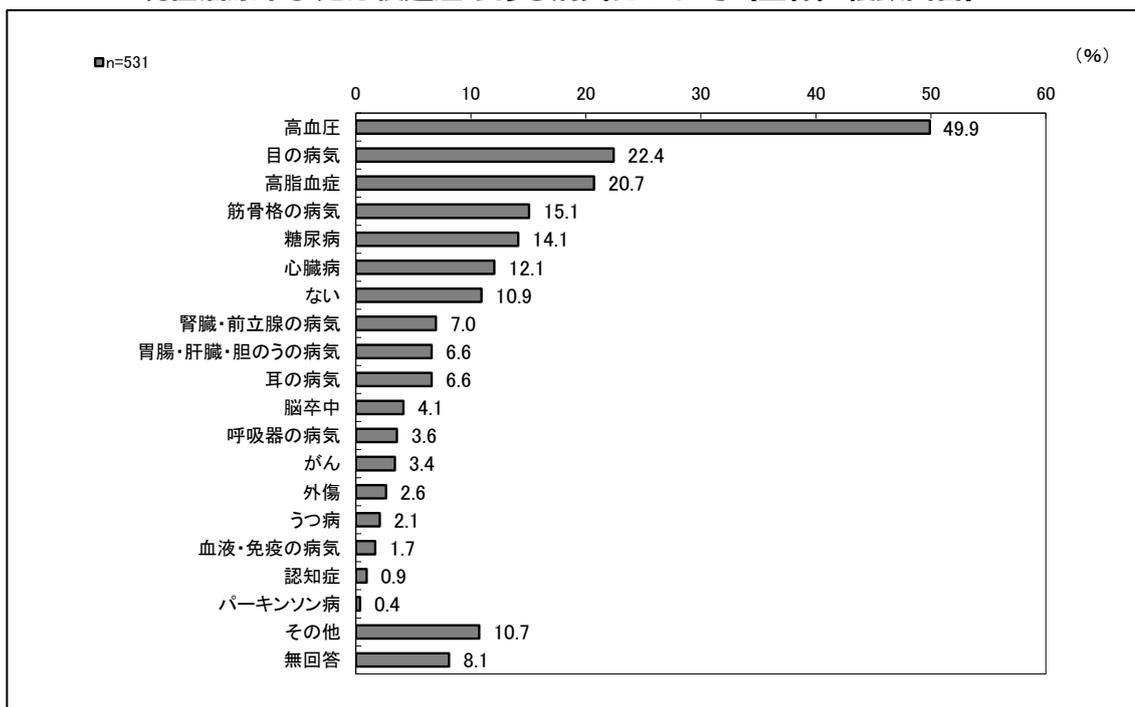
□認知症の症状があるまたは家族に症状がある□



(3) 現在治療中または後遺症のある病気について

現在治療中または後遺症のある病気については、「高血圧」が他を引き離して第1位、次いで「目の病気」「高脂血症」が続いており、「ない」と回答した方と無回答の方を除く約8割の方が何らかの疾患等を抱えている状況です。上位項目については、前回調査と同様となっており、引き続き、生活習慣病の抑制を中心とする取組が重要です。

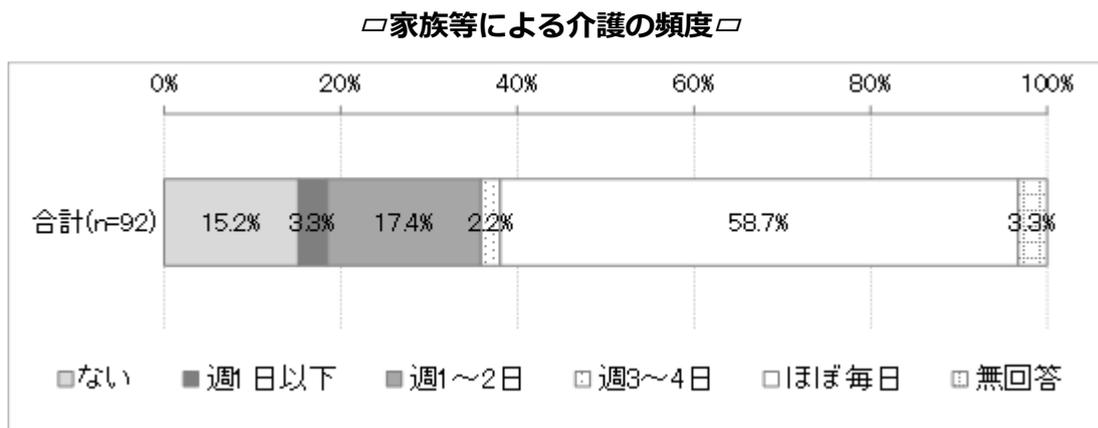
□現在治療中または後遺症のある病気について（全体／複数回答）□



3 在宅介護実態調査からみた高齢者の現状等

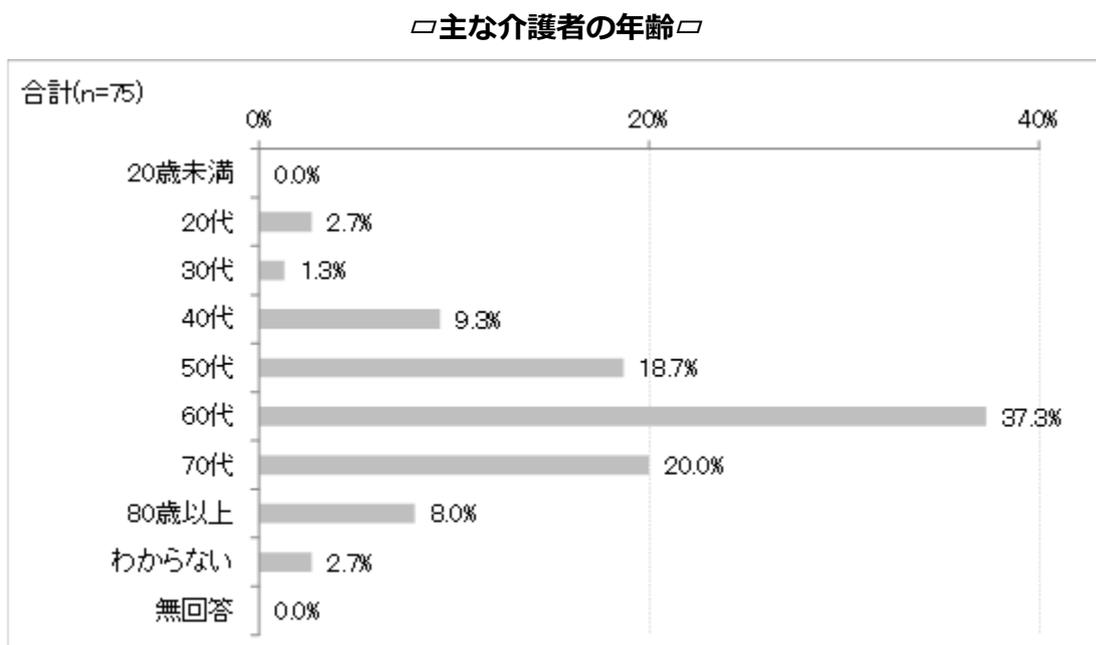
(1) 家族等による介護の頻度について

家族等による介護の頻度については、「ほぼ毎日」(58.7%)、「週1～2日」(17.4%)、「ない」(15.2%)、「週1日以下」(3.3%)、「週3～4日」(2.2%)となっています。



(2) 主な介護者の年齢について

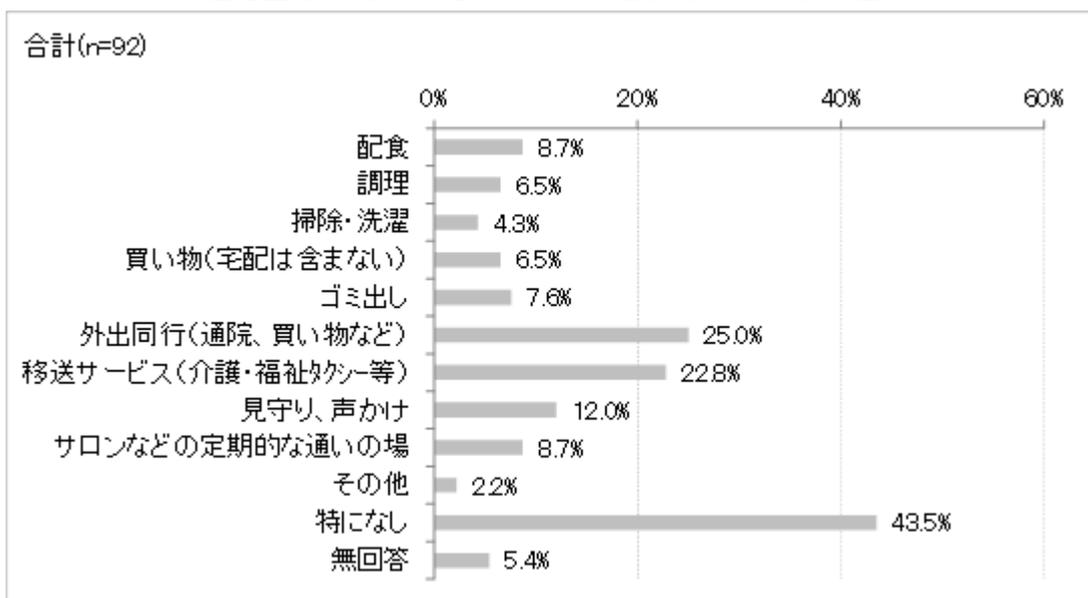
主な介護者の年齢については、「60代」(37.3%)、「70代」(20.0%)、「50代」(18.7%)、「40代」(9.3%)、「80歳以上」(8.0%)、「20代」(2.7%)、「30代」(1.3%)となっており、60歳以上の介護者が6割を超えます。



(3) 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについて

在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについては、具体的には、「外出同行(通院、買い物など)」(25.0%)、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」(22.8%)、「見守り・声かけ」(12.0%)、「配食」・「サロンなどの定期的な通いの場」(同率8.7%)などとなっています。なお、「特になし」は43.5%でした。

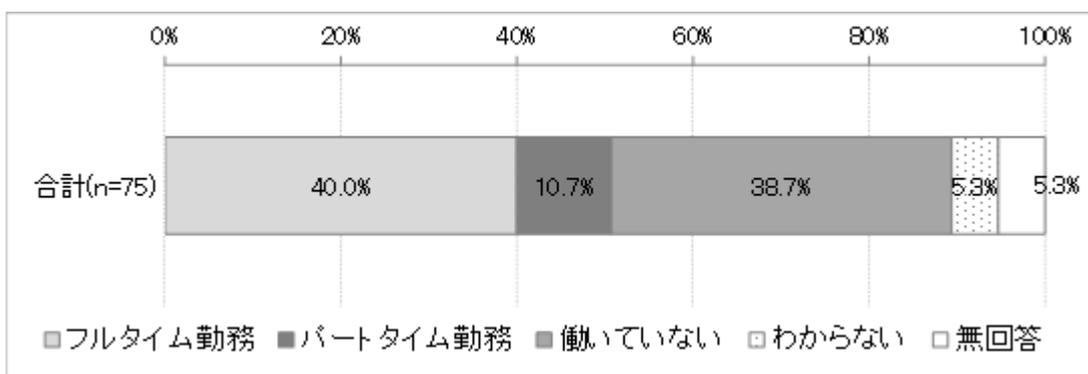
□在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス□



(4) 主な介護者の勤務形態について

主な介護者の勤務形態については、「フルタイム勤務」(40.0%)、「働いていない」(38.7%)、「パートタイム勤務」(10.7%)となっています。

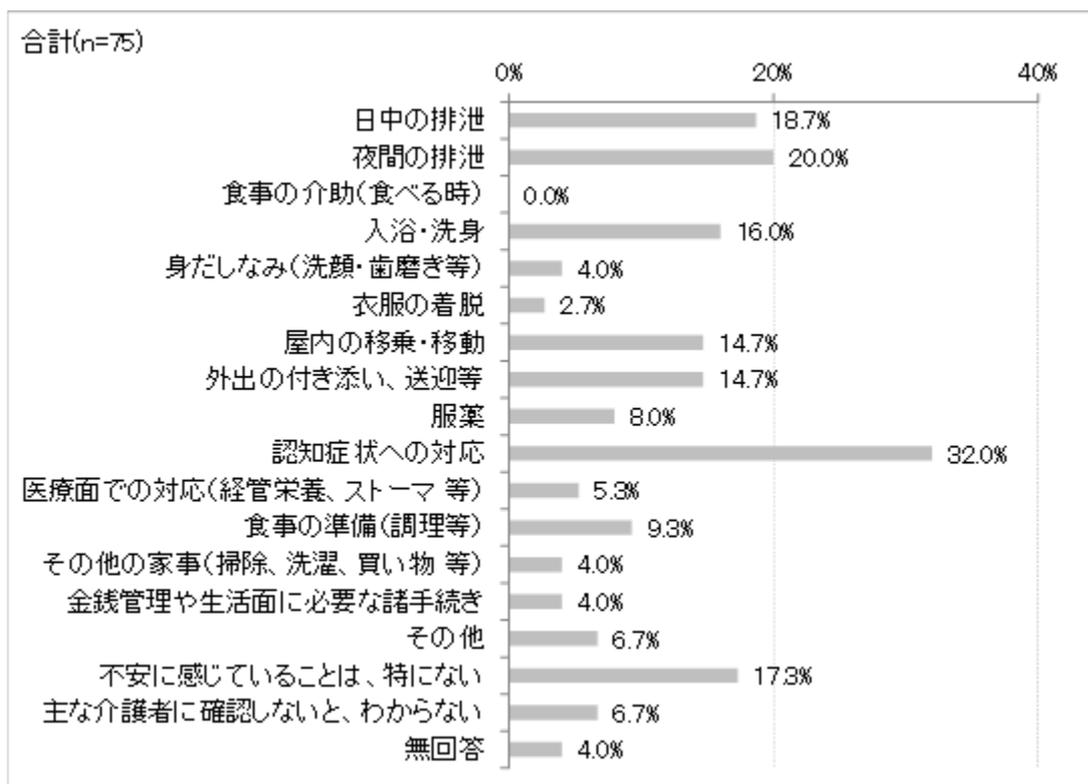
□主な介護者の勤務形態□



(5) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護について

今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護については、「認知症状への対応」(32.0%)、「夜間の排泄」(20.0%)、「日中の排泄」(18.7%)、「入浴・洗身」(16.0%)、「屋内の移乗・移動」・「外出の付き添い、送迎等」(同率14.7%)などとなっています。

□今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護□



第4章 前計画における取組状況

第4章 前計画の振り返りと計画課題

1 前計画の施策の実施状況

(1) 基本目標1 高齢者が健康長寿でいられる地域づくり

高齢者が健康長寿でいられる地域づくりに向けて、介護予防・日常生活圏域総合事業の充実、認知症施策の推進、健康づくりの推進、社会参加・生きがいづくりの推進に取り組んできましたが、下記の課題が挙げられます。

- 介護予防教室の周知や参加率向上に努める
- 参加者の介護予防が図られていると考察するが、改めて参加と介護予防の因果関係等評価検証が必要である
- 参加者数が比較的他教室より多い事業もあるが、更なる充実を検討する必要がある
- 実施町内の増加と、内容充実のためメニュー提案などの意見交換を実施検討する必要がある
- 1号訪問と訪問型サービスBの内容すりあわせにより、きめ細かなサービス提供を検討する必要がある
- 参加者の減少及び固定化されてきている事業がある
- 認知症患者の家族や男性対象者の参加が増えるよう対策する必要がある
- 軽度の認知症で廃用症候群の状態にある方について、日常生活を想定し、筋力トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、期間を区切って通所施設で行う必要がある

(2) 基本目標2 高齢者にやさしい地域づくり

高齢者にやさしい地域づくりに向けて、地域で支え合う関係性の構築、自立生活への福祉サービス・生活支援の実施、暮らしやすい生活への対応に取り組んできましたが、下記の課題が挙げられます。

- 福祉ボランティアの人材育成や福祉教育の一層の促進
- 広報等を通じて、地域での支え合いの重要性を幅広くPRし、福祉意識を醸成する
- 一人暮らし高齢者などが地域内で孤立しないように、地区民生委員等が定期的な訪問するなどにより、安否確認や状況把握を行い、関係機関と連携を図り、問題解決に取り組む
- 地域住民等が協議会を組織した地域が、地元社会福祉法人と協力し、独自に買い物支援のためのバスを運行します。
- 関係機関の協力のもと、地域一体の体制整備に向けて取り組む

- 福祉活動に関する講座を開催し、住民相互の助け合いや地域のつながり強化を図る
- 新型コロナウイルス感染予防のため、介護保険施設での学習は難しい
- 認知症サポーター養成講座との組み合わせにより教育を継続する
- 地域のボランティア活動の活性化を目標に、多様化するニーズに対応していくため、ボランティア同士の連携や情報交換等を行い活動の支援を行う
- 町公共施設の利用を円滑にするための交通手段の確保
- 介護予防教室や買い物支援等のための交通手段の確保
- 日常的な買い物が難しい方が多い町内等に対する買い物支援
- 手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修の際の支援

(3) 基本目標3 高齢者が安心して暮らせる地域づくり

高齢者が安心して暮らせる地域づくりに向けて、地域ケア体制の整備、権利擁護の周知・推進、安全・安心な地域づくりの推進に取り組んできましたが、下記の課題が挙げられます。

- 多様な相談支援に関し、困難事例が多数見受けられる傾向にあり、かつ要因が複数あるなどし、解決までの時間がかかる場合があり、担当の負担が増している
- 地域の社会資源やニーズの把握に努め、地域の生活支援ニーズや社会的孤立の防止
- 各関係機関と連携し、支援を必要とする高齢者の総合相談へとつなげるとともに、当該高齢者を見守る関係者等の関わりを深める
- 権利擁護制度等の意識啓発や支援体制の充実
- 地域ケア体制の構築・強化のため、行政からの積極的情報提供により、行政・包括相互の連携強化を図り、ケアマネジャーへの地域資源の情報共有の拡大につなげる
- ケアマネジャーの質の向上を見据えたケアプラン作成技術、サービス担当者会議開催支援などへ取り組み、底上げ
- 複雑化する相談ケースへの対応や職員の確保による、体制構築・強化
- 弘前圏域権利擁護支援センターによる相談事業や後見制度周知・充実
- 高齢者に対して福祉サービスの利用支援や金銭管理などのサービスを提供し、地域で安心して生活ができる支援体制
- 協議会開催による情報共有に加え、実効性の高い体制・制度構築の検討による、虐待防止の強化
- 不安を訴える高齢者ニーズの把握による電話設置と設置による利用実績の把握
- 独居など対象となる高齢者に対し、降雪・積雪による除排雪や除雪支援
- 弘前圏域権利擁護支援センターによる市民後見人育成充実
- 相談窓口紹介ネットワークの活用による、情報共有や相談支援体制等の充実

(4) 基本目標 4 介護保険制度の適切な運営

介護保険制度の適切な運営に向けて、介護保険サービス基盤の充実、利用者に配慮したサービスの提供、円滑な制度運営のための体制整備に取り組んできましたが、下記の課題が挙げられます。

- ホームヘルパーによる食事や洗濯、掃除、身の回りの世話、買い物、通院介助、その他必要な家事・介護サービスの充実
- 入浴が困難な寝たきりのお年寄りなどの家庭を訪問し、入浴施設や簡易浴槽を積んだ移動入浴車等で訪問し、入浴の介助の充実
- 理学療法士や作業療法士の家庭訪問による、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーション（機能訓練）の提供の充実
- 医師や歯科医師、薬剤師などが家庭を訪問することによる、療養上の管理・指導の充実
- デイサービスセンター等への通いによる、健康チェックや食事・入浴の提供、日常動作訓練、レクリエーションの提供の充実
- 介護老人保健施設や医療機関等への通い、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションの提供の充実
- 利用者の生活機能の状態を踏まえた福祉用具の貸与や住宅改修費用支給
- 介護予防を目的として利用者の入浴に対する支援や基礎疾患を抱えつつ廃用症候群対策の充実
- 認知症で様々な心身の機能が低下した状態にある方について、日常生活上の世話及び機能訓練の充実
- 地域包括支援センターなどを通じて利用者への的確な情報提供に努めることで、必要とする介護サービスを適切に利用できるよう配慮するとともに、各種利用者の負担軽減制度の周知を図るなど、利便性向上にも配慮する
- 要介護度に応じた適切なケアプランの作成とサービス提供が行われるよう、事業者に対する働きかけや改善効果の高いケアプラン、サービス内容等について、町及び地域包括支援センターを通じて情報提供を行い、サービスの質的な向上を促進する
- 公平かつ迅速な要介護認定を推進できるよう、適正な認定調査の実施や介護認定審査会における審査判定の充実に継続して取り組む
- 青森県との情報共有の推進による、適切な介護基盤整備や関連交付金の活用などについての連携強化
- 高齢者の生活全般にわたる支援を行うための、庁内関係課との施策連携の強化
- 地域包括支援センターにおける、支援困難事例を抱える介護支援専門員への支援としての相談体制の整備、ケアマネジャー及び事業所サービス提供者への研修会等の実施などを行うことによる、スタッフ及び事業所等の質的向上

- 高齢者が住み慣れた地域で在宅での生活を可能な限り続けることができる環境づくりに資するべく、地域包括支援センターが担う包括的・継続的なケアマネジメントや総合相談・指導について適切かつ積極的な取り組み

2 計画の重点課題

国等の動向やこれまでの本町における取組状況、高齢者を取り巻く現状等を踏まえると、計画策定に当たっての重点課題は以下のとおりです。

(1) 健康づくり・介護予防・自立支援・重度化防止の推進

高齢者が生涯にわたっていきいきと過ごせるよう、食生活の改善、運動習慣の定着、禁煙、適正な睡眠などの生活習慣の見直しによる健康づくりが重要であり、生活習慣病の予防や重度化の防止、介護予防や転倒予防、認知症予防などに効果的と考えられることから、できるだけ早い段階から生活習慣病の予防を意識し、筋力の維持、積極的な社会参加など、フレイル予防へ意識を変えていく必要があります。

また、適切な運動は、身体機能の維持・向上や自立支援にも役立つとともに、社会参加の促進は、心身の健康や生きがいを高めることにもつながることから、運動や各種社会参加のしやすい環境づくりに取り組む必要があります。

さらに、高齢者が自立した生活を送るためには、介護予防が重要であることから、身体的・精神的・社会的な要因によって引き起こされる介護度が進行することを防ぐべく、介護予防サービスや地域包括ケアシステムなどの利用促進を図る必要があります。

なお、高齢者の生活習慣やフレイル、認知症などの予防や重度化の防止に当たっては、高齢者の保健事業と介護予防の事業を連携して取り組むことが重要です。

自立支援は、高齢者が自分らしく生きるために必要な支援を受けられるようにすることであり、医療・介護・福祉・保健などの専門的なサービスだけでなく、家族や友人、地域住民などの日常的な関わりを持ちながら、自分に合ったサービスを探せる環境づくりを進める必要があります。

生活習慣病や認知症などの病気が重くならないよう重度化防止に向けては、早期発見・早期対応が重要であることから、定期的に健康診断を受けたり、自己チェックを行ったりすることで、異常を早く見つけることができる取り組みを強化するとともに、多職種（医療・介護・福祉・保健など）が連携して、高齢者のニーズに応じたサービス提供体制を充実する必要があります。

(2) 認知症施策の推進

今後において、認知症高齢者の増加が見込まれる中、認知症にならないための予防対策はもとより、認知症になっても住み慣れた地域で暮らせるよう各種サービスを充実するほか、認知症についての正しい知識の普及が重要となっています。

特に、認知症についての正しい知識の普及は、認知症の予防や早期発見につながり、患者や家族の支援においても寄与することから、各種活動や多様な機会を通じて、啓発活動を兼ねた取組が重要となります。

また、認知症は生活習慣の改善や薬物治療によって進行を遅らせることが可能であることから、食生活の改善、運動習慣の定着、禁煙、適正な睡眠、社会参加を促進するほか、医療・介護・福祉・保健などの多職種が連携してニーズに応じたサービスを提供することが必要です。

さらに、家族への支援として、気軽にでかけられる場所や交流機会を提供する必要があるほか、認知症患者の社会参加の促進には、周囲が理解と配慮を示し、安心して暮らせる環境をつくることが求められます。

(3) 介護給付適正化へ向けた取組の推進

調査員の資質・能力の向上や業務負担の軽減、医療・介護・福祉・保健などの多職種との連携強化等による、認定調査の適正化、ケアマネジャーの資質・能力の向上や業務負担の軽減、介護サービス事業者や医療関係者などとの連携強化等によるケアマネジメントの適正化、介護報酬の不正請求や不適切な算定を防止するための監査・調査・指導等による介護報酬の適正化に取り組み、介護サービスの適正な提供を行う必要があります。

また、介護保険制度の安定的な運営に向けて、高齢化社会における介護ニーズの増大や人口減少による財源不足などを踏まえて、介護保険料などの財源確保や給付費削減などの財政改革を行うとともに、高齢者や家族、地域社会などの多様なニーズや実情に応えるために、高齢者施策やサービス内容などを見直し、柔軟で効果的な制度運用を行う必要があります。

第5章 将来ビジョン

第5章 将来ビジョン

1 計画の基本理念

本町においては、介護保険制度の改正に対応し、高齢者保健福祉施策と一体的に介護予防に重点を置いた施策・事業を進め、地域包括ケアの深化・推進に向けて各種施策に取り組んできました。

第8期（前計画期間）においては、それまでの計画の基本理念を継承しつつ、地域共生の視点を取り入れ、「みんなで作る しあわせあふれるまち ふじさき」と定め、基本目標の達成を目指してきたところです。

第9期（本計画期間）においては、藤崎町における福祉分野の上位計画である地域福祉の基本理念である「みんながつながる 福祉充実のまち ふじさき」に合わせて定めます。この基本理念に基づき、課題を踏まえながら、高齢者はもとより、住民一人ひとりが地域の中での自分の役割を果たし、日常からつながりを育み、支え合い、だれもが住み慣れた地域でしあわせあふれる生活を生涯にわたって続けていけるよう、健康の維持・増進や介護予防を目指した各方策に重点的に取り組みます。

また、介護が必要となっても状態の維持改善への方策と合わせ、在宅で自立した生活を続けることができるよう介護保険サービスの推進に努めるとともに、介護保険制度の適正な運営の強化を図ります。

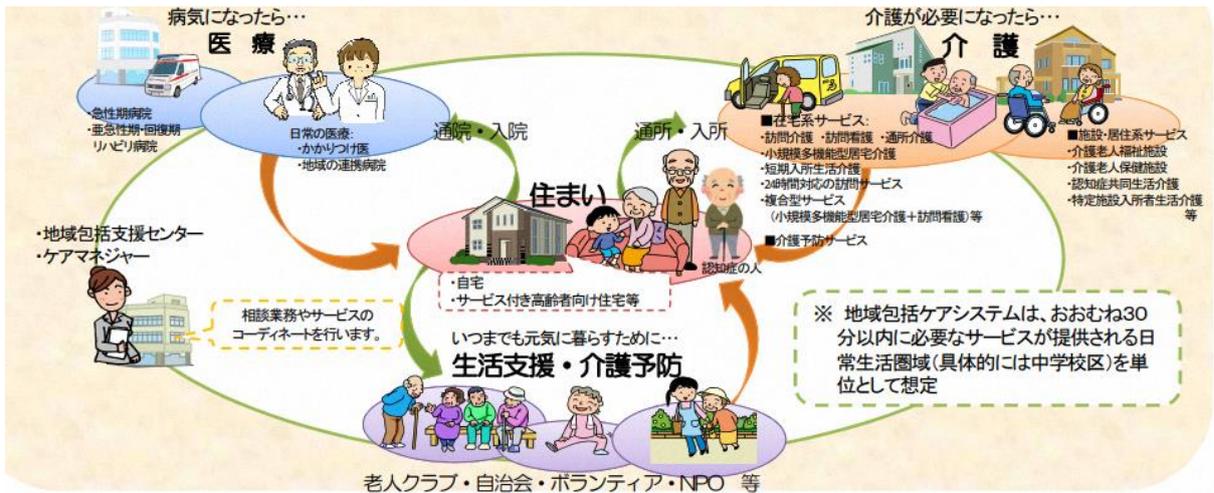
さらに、住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人・資源が分け隔てなく「丸ごと」つながることで、その人らしい生活を送り、生きがいを持って暮らせるように、地域全体で互いに支え合う“共生社会”のまちづくりに取り組みます。

本計画は、今後、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年、さらには団塊ジュニア世代が高齢者になり始める令和22年を見据え、高齢者が住み慣れた地域で、様々な支援を受けながら安心して暮らし続けるため、地域包括ケアシステムの深化・推進を鑑みながら、介護保険事業及び高齢者福祉事業を推進していきます。

□基本理念□

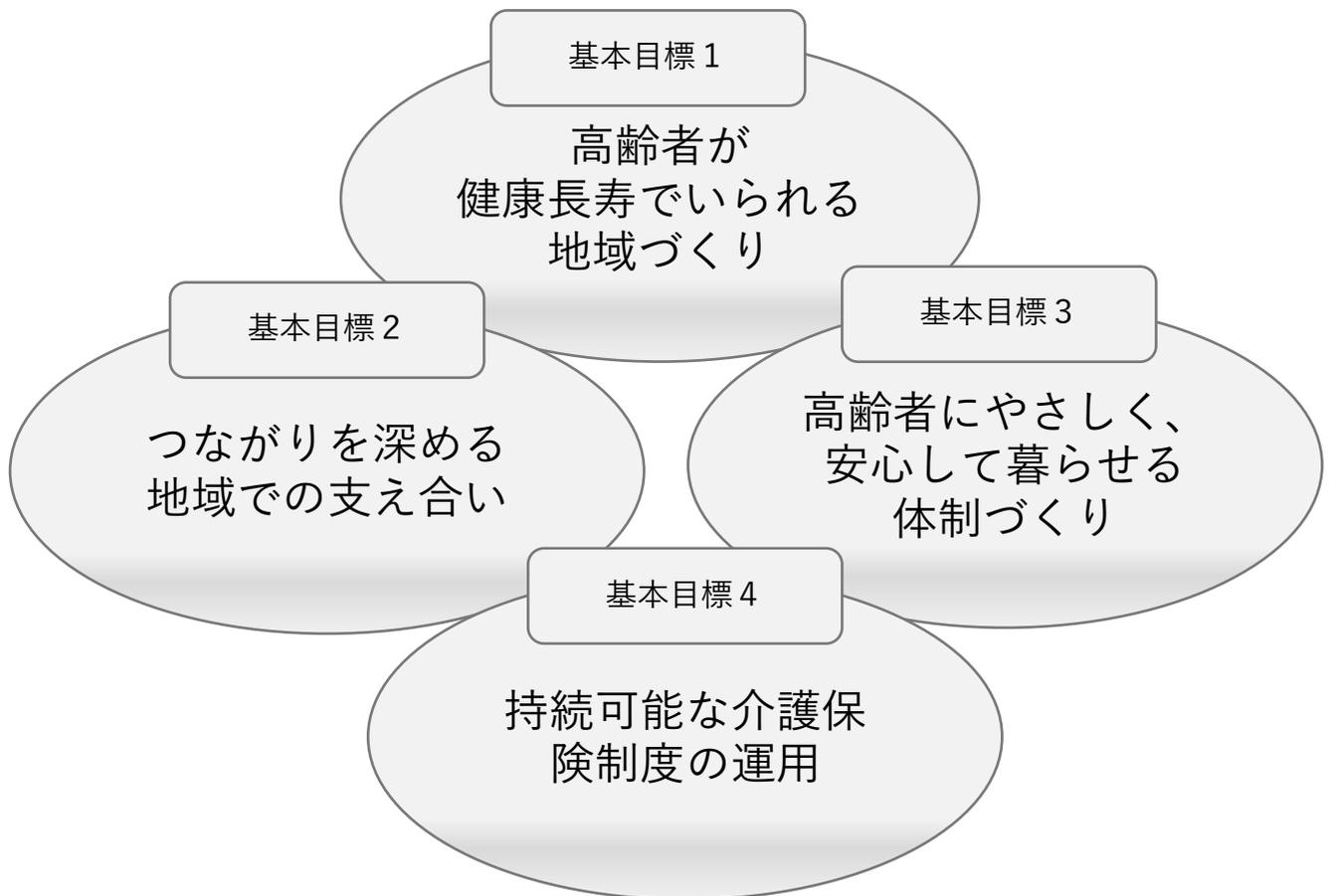
みんながつながり 安心して暮らせるまち ふじさき

□地域包括ケアシステムのイメージ□



2 基本目標

本町における高齢者を取り巻く状況や計画課題を踏まえ、高齢者が住み慣れた地域や家庭で、生涯にわたって尊厳を持ち、しあわせを感じながら最後まで自分らしい暮らしを送ることができるよう、本計画期間に達成すべき目標を、地域全体で互いに支え合う地域共生社会のもと、高齢者や住民の目標として、次のように定めます。



3 日常生活圏域の設定

第3期計画以降の「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地域での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になっています。

圏域の設定に当たっては、以下のような事項を踏まえ、地域の特性を総合的に考慮する必要があります。

<圏域設定に当たっての考慮事項>

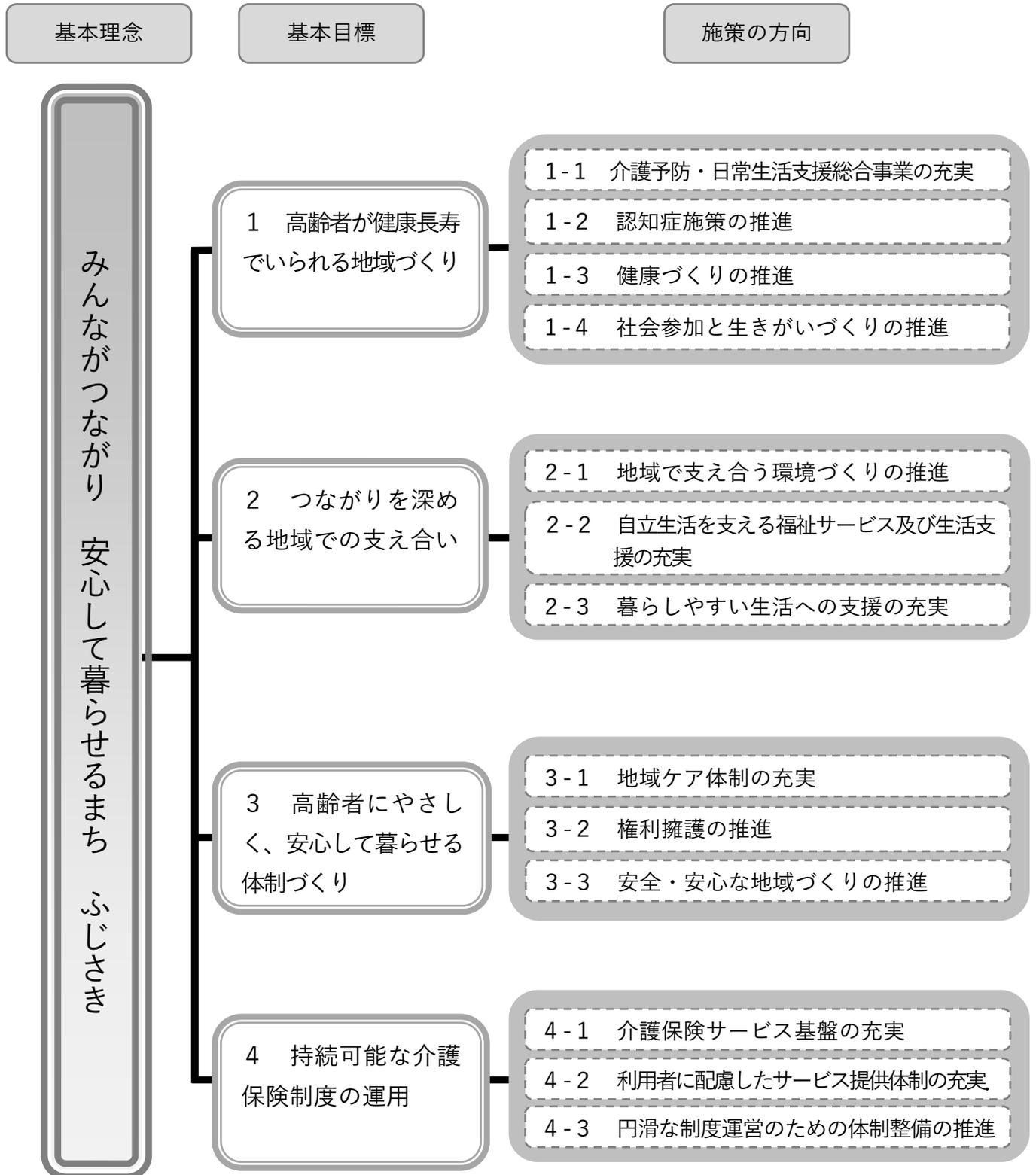
① 地域住民の生活形態
② 地理的条件（交通事情・面積）
③ 人口及び世帯・高齢化の状況
④ 介護給付等対象サービス基盤の整備状況
⑤ その他社会的条件

日常生活圏域の設定に当たっては、必要最小限の設定により町内のサービス供給のバランスを取り、利用者の利便性を高める枠組みが必要です。また、利用者のニーズに即した適切なサービス量を確保するためには、現在の枠組みを活用した柔軟なサービス利用が可能となる設定が求められます。

日常生活圏域の設定について、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の条件を総合的に勘案した結果、これまでの設定と同様に、必要なサービスが継続的かつ包括的に提供できるエリアとして、第9期においても引き続き「全町域」を1つの日常生活圏域とします。

4 施策の体系

計画の基本目標の実現に向け、以下の施策の体系で、施策を展開します。



第6章 施策の展開

第6章 施策の展開

基本目標1 高齢者が健康長寿でいられる地域づくり

日本における平均寿命は、世界の中でも依然として最も長くなっていますが、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間、いわゆる健康寿命は平均寿命より10年程度低く、介護保険事業の持続可能性の確保においても、健康寿命の延伸は重要な役割を果たします。

健康づくり、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防などの取組を、地域が一体となって推進し、可能な限り介護を必要としない自立した高齢期を過ごせる地域づくりを目指します。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

「サービス事業対象者」や「要支援」の高齢者に対しては、介護予防、生活支援、社会参加を含めたサービスを提供し、「非該当（自立）」の方には、自発的に参加・取組ができるよう介護予防の充実を図ります。

また、総合事業においては、リハビリテーションの理念等を踏まえ、より質の高い取組が推進されるよう、関係団体、関係機関等を含めた協議の場において、医療や介護の専門職の関与等に関する検討を行います。

さらに、地域支援事業全体として、総合事業を含め多様なサービスを展開し、要介護状態と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送ることができるよう、事業の充実を図るなど、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指します。

①介護予防の普及啓発

介護予防対象者の実態把握、介護予防教室の周知を図り、参加率の向上に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
介護予防の普及啓発	介護予防の必要な対象者の把握を十分に行うよう、高齢者が多く集まる場所でのチェックの実施など、より多くの方に受けてもらえるよう、広報やパンフレット等を活用し、普及啓発に取り組みます。 また、介護予防対象者の実態把握、介護予防教室の検証、周知を図り、参加率の向上に努めます。

②一般介護予防事業

すべての高齢者を対象に、できるだけ自立した日常生活を送れるよう、目的に応じた教室を開催するとともに、自発的な参加者の受け入れや、将来要介護等に移行するリスクの高い高齢者に参加を促すなど、地域における介護予防活動へつなげることで、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す地域づくりを推進します。

なお、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進するため、関係団体・関係機関等と協働して取組を行います。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
介護予防把握事業	<p>(ア) 閉じこもり予防事業（げんき教室） 社会福祉法人千栄会さんふじが主催し、体操や脳トレ、手工芸や料理教室、遠足などを通じて閉じこもり防止や生きがいづくりを実施します。 ◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：月2回、隔週火曜日 午前9時30分～正午 ◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月2回、隔週木曜日 午前9時30分～正午</p> <p>(イ) 閉じこもり予防事業（らく楽教室） NPO 法人町文化協会が主催し、文化協会会員と事務局職員が協働で、書道や絵画、生け花やお茶、歌などの趣味の教室を開催して、参加者に幅広く事業に触れてもらい、それによって閉じこもり防止や生きがいづくりを目的に実施します。 ◎藤崎会場 藤崎町文化センター 日時：月2回、隔週水曜日 午前9時30分～午前11時30分 ◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月2回、隔週水曜日 午前9時30分～午前11時30分</p>
地域リハビリテーション活動支援事業	<p>(ア) 運動機能向上支援事業（にこにこわいわい健康教室） NPO 法人町スポーツ協会が主催し、健康運動指導士の指導のもとタオルやボール、新聞を使って、元気に体を動かすトレーニングやストレッチ、リズム体操やふじさき生き生き健康体操を実施します。 ◎藤崎会場 藤崎町文化センター 日時：月2回、隔週火曜日 午前9時30分～午前11時 ◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月2回、隔週木曜日 午前9時30分～午前11時</p>

事業名	事業の実施概要・今後の取組
地域介護予防活動支援事業	<p>(ア) 認知症予防教室（脳トレ教室）</p> <p>【住民主体による支援】</p> <p>住民ボランティア団体「脳トレ咲楽」が主体となって教室を運営し、公文の教材を使った「読み書き」「計算」や介護予防の講話や簡単な運動を実施します。</p> <p>◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：月4回、毎週金曜日 午前9時30分～午前11時</p> <p>◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月4回、毎週火曜日 午前9時30分～午前11時</p>
	<p>(イ) 地域サロン事業（通いの場づくり）</p> <p>【住民主体による支援】</p> <p>従来町の社会福祉協議会開催のいきいきふれあいサロン事業とは異なり、地域の町内会や老人クラブ等の地域団体の方が、「地域サロン」を自主的に開催し、地域住民の交流や健康づくり、趣味やレクリエーションに関するメニューを行うことで閉じこもりの予防や参加者同士の心身の状態を見守っていく事業を実施します。</p> <p>近年において新型コロナウイルスの流行と参加者の高齢化等で通いの場の参加率が低下していることから、参加率の向上及び実施団体の増加に向けて取り組みます。</p>
	<p>(ウ) 認知症予防サロン（脳トレ咲楽ん坊）</p> <p>【住民主体による支援】</p> <p>住民ボランティア団体「脳トレ咲楽ん坊」が主体となり、認知症予防のトレーニングやレクリエーションを実施し、参加者同士の交流を深めるサロンを開催します。</p> <p>◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：第4水曜日 午前9時30分～午前11時30分</p> <p>◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：第3水曜日 午前9時30分～午前11時30分</p>

③介護予防・生活支援サービス

要支援者や基本チェックリストの該当者に対しては、多様な生活支援ニーズに応えるため、介護予防ケアマネジメントのもと、民間事業者、ボランティアを含めた多様な担い手による訪問サービス、通所サービス及びその他の生活支援サービスを提供します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
訪問型サービス	<p>(ア) 第1号訪問事業 「現行の予防訪問介護相当」のサービスで、ホームヘルパーに居宅訪問してもらい、食事・入浴・排せつなどの身体介護や調理・洗濯などの生活援助が受けられるサービスです。</p>
	<p>(イ) 訪問型サービスB 【住民主体による支援】 生活機能の低下がみられる高齢者に対して、地域団体や個人（担い手さん）が、見守りや声がけなど日常生活の簡単な支援や話し相手など、介護専門職以外の方が提供する援助サービスです。町助け合い生活支援・介護予防協議体において、サービス内容などを協議し、担い手の育成やニーズの掘り起こしなどを行います。</p>
通所型サービス	<p>(ア) 第1号通所事業 「現行の予防通所介護相当」のサービスで、通所介護施設（デイサービスセンター）で、食事、入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などの支援が日帰りで受けられるサービスです。</p>
	<p>(イ) 通所型サービスC（筋力あつぷ教室） ときわ会病院に通院し、運動の機能低下による介護状態となることを予防することを目的として、専門職が個別に3ヶ月の短期集中プログラムを作成して、ストレッチ運動等の筋力トレーニングを実施します。 ◎ときわ会病院 日時：週1回</p>

④包括的支援事業

地域包括支援センターを核とし、地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業、ケアマネジメント支援などを包括的に行います。

なお、総合相談支援業務の一部委託や介護予防支援の見直し等について検討します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
在宅医療・介護連携推進事業	<p>医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができるよう、包括的かつ継続的な在宅医療と介護サービスを提供する連携体制構築を協議し、課題解決を図ります。認知症の早期発見・早期対応のため、町内医療機関とのスムーズな情報提供に努めます。</p> <p>また、当町は南黒医師会管内である、黒石市・平川市・大鰐町・田舎館村と協定を結び、協働で事業を実施します。</p>
地域ケア会議の充実	<p>高齢者が住み慣れた地域で、自立した日常生活が継続できるよう医療、介護、介護予防、住まい等の各種サービスや地域における社会資源の総合調整を行い、統一的な支援体制の整備を推進します。</p>
保健事業と介護予防事業の一体的実施 高齢者に対する個別支援(ハイリスクアブローチ)	<p>保健部門と連携し、糖尿病性腎症重症化予防対象者等に対する支援を、75歳を過ぎても途切れないよう、高齢者も同様の支援を実施します。</p> <p>ア 低栄養・重症化予防の取組 イ 重複投与者等の相談・支援 ウ 健康状態不明高齢者の把握・支援</p> <p>また、訪問等により表出する世帯の重層的課題の早期発見・早期対応に取り組みます。</p>

⑤任意事業

高齢者が可能な限り住み慣れた地域において自立した生活を継続することができるよう、認知症高齢者等がいる家族介護支援を行います。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
認知症高齢者等GPS利用促進事業	<p>認知症等により徘徊症状のある在宅の高齢者等を介護する家族等が、GPS機器を貸与利用して、高齢者の所在を探索することができることで、家族等が安心して生活できるように支援します。</p>
成年後見制度助成事業	<p>成年後見制度の利用に係る申し立てに要する経費や成年後見人等の報酬について、支払が困難な方に助成を行います。</p>

(2) 認知症施策の推進

厚生労働省の「認知症施策推進大綱」に掲げる、「共生」と「予防」を両輪として展開する「普及啓発・本人発信支援」、「予防」、「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」、「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」、「研究開発・産業促進・国際展開」を踏まえ、認知症になっても、住み慣れた地域や家庭で、尊厳を持ちながら暮らすことができるよう、地域全体で支援する体制づくりを推進します。

①認知症への理解・地域支援体制の整備

認知症予防の普及啓発はもとより、認知症に対する正しい知識や理解を深めるためにも、介護教室の実施、認知症ケアパスの活用、認知症サポーターの養成などに取り組み、認知症高齢者やその家族が地域で安心して暮らせるよう、認知症対策の総合的・継続的な支援体制の整備に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
介護予防普及啓発事業	地域サロン等において、認知症予防の普及啓発活動を行います。
家族介護教室	高齢者を介護している家族等を対象に、認知症に関する正しい理解と上手な対応に役立つ情報提供や、介護者の休養や健康管理に役立つ社会資源等の活用について情報提供を行います。
認知症ケアパスの活用	要介護認定の申請時などに、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを記載したケアパスを活用し、認知症に関する情報提供や理解促進を図ります。
認知症サポーターの育成・活躍	認知症サポーターを育成し、地域に認知症への理解を深める活動を展開します。
認知症情報ツール「あおもり医療・介護手帳」の活用	認知症の方やその家族などの介護者の方が、住み慣れた地域で安心して生活することができるよう「あおもり医療・介護手帳」を交付します。

②認知症高齢者支援

認知症の症状に応じた適切なサービスが受けられるよう、介護保険サービスをはじめとする各種サービスを充実します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
認知症予防教室 【住民主体による支援】	住民ボランティア団体「脳トレ咲楽」が主体となって教室を運営し、公文の教材を使った「読み書き」「計算」や介護予防の講話や簡単な運動を実施します。 ◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：月4回、毎週金曜日 午前9時30分～午前11時 ◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月4回、毎週火曜日 午前9時30分～午前11時
認知症予防サロン 【住民主体による支援】	住民ボランティア団体「脳トレ咲楽ん坊」が主体となり、認知症予防のトレーニングやレクリエーションを実施し、参加者同士の交流を深めるサロンを開催します。 ◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：第4水曜日 午前9時30分～午前11時30分 ◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：第3水曜日 午前9時30分～午前11時30分
在宅医療・介護連携推進事業	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができるよう、包括的かつ継続的な在宅医療と介護サービスを提供する連携体制構築を協議し、課題解決を図ります。認知症の早期発見・早期対応のため、町内医療機関とのスムーズな情報提供に努めます。 また、当町は南黒医師会管内である、黒石市・平川市・大鰐町・田舎館村と協定を結び、協働で事業を実施します。
認知症カフェ 【住民主体による支援】	地域住民がだれでも参加できる「オープン型認知症カフェ」を設置することにより、認知症の人とその家族が気軽にでかけられる場所となり、参加者相互の交流や情報交換、認知症に関する相談、認知症に関する理解を促進します。 ◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：月1回、午後1時～午後3時 ◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月1回、午後1時～午後3時
認知症高齢者等GPS利用促進事業	認知症等により徘徊症状のある在宅の高齢者等を介護する家族等が、GPS機器を貸与利用して、高齢者の所在を探索することができることで、家族等が安心して生活できるように支援します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
認知症対応型通所介護 (介護保険)	認知症で廃用症候群(寝かせきりなどの状態で心身の不使用・不活発によって起こる機能低下)の状態のある者について、日常生活上の世話及び機能訓練を通所施設で行います。
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) (介護保険)	認知症で廃用症候群の状態のある者について、その共同生活を営むべき住居において、日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
介護予防認知症対応型通所介護 (介護保険)	軽度の認知症で廃用症候群の状態のある者について、日常生活を想定しつつ、筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、通所施設で行います。
介護予防認知症対応型共同生活介護 (介護保険)	軽度の認知症で廃用症候群の状態にある者について、日常生活を想定し、筋力トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、期間を区切り集中的にグループホームで行います。
成年後見制度	財産管理や在宅サービスの利用などで自分に不利な契約を結ぶことがないように、成年後見制度の周知を図ります。
日常生活自立支援事業	判断能力が不十分なため、日常生活に困っている住民に対して、自立した地域生活が安心して送れるように、福祉サービス等の利用支援や日常的な金銭管理、重要書類の預かりなどの支援を行います。

(3) 健康づくりの推進

高齢者の心身の特性を考慮し、健康を維持し安心して暮らせるよう、様々な機会を設けて高齢者の健康づくりを支援します。

また、生活習慣に起因する病気の予防や早期発見、健康診断や高齢者の心のケアなど、適切な健康管理ができる体制づくりを進めていきます。

また、自らの健康は自らが守っていく意識の高揚を促進するため、引き続き案内状やパンフレット等による広報、健康づくりへの周知や参加勧奨を行うとともに、啓発活動につながるイベントなどを充実させ、病気の早期発見・早期治療につながる保健事業を実施します。

① 特定健康診査・特定保健指導の実施

生活習慣病の予防のために40歳から74歳までの方を対象にメタボリックシンドロームに着目して実施する特定健診・特定保健指導について、実施率向上に努めるとともに、健診未受診者対策と保健事業への参加者の拡充に取り組んでいきます。

②保健事業の推進

40歳から75歳未満を対象とした特定健診・特定保健指導を実施するほか、75歳以上の方を対象とした保健事業と介護予防の一体的実施に取り組みます。

また、健康に関する教育や相談など、幅広い健康づくり事業により、日頃から健康に対する関心が高まるよう取り組みます。

さらに、ライフステージに応じた保健事業の推進を目指します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
健康手帳の交付	健康状態や健診・医療・介護の結果などを記録し、健康管理に役立てるほか、介護予防事業の参加者も対象として追加し、介護予防事業との連携を図ります。
健康診査	<p>高齢者が介護を要する状態となることを予防し、自立を支援することを目的に、後期高齢者健康診査及び成人歯科健康診査、肝炎ウイルス検診を行います。</p> <p>また、生活習慣病予防対策の一環として、疾患の疑いや危険因子を早期に発見し、生活習慣改善指導や適切な治療に結びつけるため、壮年期から健康についての認識と自覚の高揚を図ることを目的に、特定健診及び成人歯科健康診査、肝炎ウイルス検診を実施します。</p>
健康教育	生活習慣病や要介護状態の予防等に関すること、また、体力づくり、心の健康づくり等の健康増進を集団健康教育として実施します。希望者の把握に当たっては町広報紙等における周知を図り、利便向上のため各地区においても開催することとします。
健康相談	生活習慣病や要介護状態の予防を目的として生活習慣の改善指導や、その他心身の健康に関することの個別相談を毎週1回の定例開催のほか、役場相談室利用や電話相談などを実施します。
訪問指導	対象は、健康診査の要指導者等及び介護予防の観点から支援が必要な者とし、実施に当たっては、重点対象疾患の予防や介護予防及び保健サービスと医療・福祉等他のサービスとの調整を図ることを事業の目的とし、介護保険給付対象者への介護保険給付と内容的に重複するサービスについては行わないこととします。
保健事業と介護予防事業の一体的実施 高齢者に対する個別支援(ハイリスクアップローチ)	<p>保健部門と連携し、糖尿病性腎症重症化予防対象者等に対する支援を、75歳を過ぎても途切れないよう、高齢者も同様の支援を実施します。</p> <p>ア 低栄養・重症化予防の取組 イ 重複投与者等の相談・支援 ウ 健康状態不明高齢者の把握・支援</p>

事業名	事業の実施概要・今後の取組
保健事業と介護予防事業の 一体的実施 通いの場等へ の積極的な関与(ポピュレー ションアプローチ)	通いの場等において、健康課題をもとに医療専門職が健康教育、健康相談や高血圧教室、生活習慣病予防教室等を実施します。 ア 通いの場等での健康教育等 イ 通いの場等でフレイル状態等にある高齢者等の把握、支援 ウ 把握した高齢者に対する健診・医療受診勧奨、介護サービスの利用勧奨

③住民の主体的な活動の推進

住民が自らの意思で、自分たちの生活や地域の課題を解決するために積極的に活動することは、地域福祉の理念に通じることであり、その重要性が高まっていることから、住民主体の介護予防や健康づくりに取り組む活動を支援するとともに、その活動範囲を広められることができるよう、地域の施設情報の周知を図ります。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
自主グループの育成	介護予防・健康づくり活動、地域サロンの活動を行う自主グループ等の育成を行い、住民の自主的な取組を支援します。
指導者等の養成	運動教室等において指導者やサポーター（ボランティア等）育成を推進します。
地域施設の活用	スポーツプラザ藤崎のトレーニングルームの活用により、個人で積極的な健康増進を図れるよう、周知します。また、老人福祉センター等の施設を、運動教室等に活用できるように支援を行います。

(4) 社会参加と生きがいの推進

人生100年時代といわれる中、高齢者の心の豊かさや生きがいの充足の機会が求められるとともに、地域社会に貢献し、世代間交流や相互扶助の意識の醸成にもつながることから、シルバー人材センターを中心として、生きがいに結びつく、働く機会が確保されるよう、多様な機会の確保に努めるとともに、趣味や地域活動、高齢者同士や他世代との交流の場を提供し、社会参加を促進します。

①生涯学習機会の充実

学習内容及び方法の工夫・充実、世代別・性別の特性への配慮など、高齢者が学びやすい環境整備を行い、多様な学習機会を提供するとともに、その周知に努めます。

また、児童・生徒が学習の場で高齢者と交流する機会の充実についても、積極的に推進しています。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
生涯学習等に関する情報提供	より多くの高齢者の社会参加を推進するため、公民館講座や図書館情報など、生涯学習に関する情報提供を広報紙などを通して提供します。
趣味の教室の周知	NPO 法人町文化協会の活動を周知するなど、趣味を通じた生涯学習活動への参加を促します。

②社会参加の推進

高齢者の社会参加は、高齢者の孤立や孤独を防ぐために必要であり、心の豊かさや生きがいが得られること、自身の健康にもつながるとされていることから、社会参加のできる環境を整備し、内容の拡充に努めるとともに、交流機会など様々な社会参加機会の創出に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
社会参加のきっかけづくり	介護予防に関連する地域資源情報を一元的に提供し、切れ目のない外出機会の創出につなげることで、社会参加・社会交流の促進を図ります。
世代間交流の推進	各学校の福祉教育を通じて実施されている、学校事業への地域の一人暮らし高齢者の招待や福祉施設への慰問活動等を通じて、高齢者との世代間交流を推進します。
一人暮らし高齢者ふれあい昼食会事業	一人暮らし高齢者を対象とした昼食会事業を行い、参加者相互並びに地域ボランティアなどとの社会交流を促します。また、安否・状態確認も兼ねながら、日常生活の相談や支援を行います。
閉じこもり予防支援事業 (げんき教室、らく楽教室)	家に閉じこもらず、生きがいを持って生活を送るための支援として、手工芸、調理、レクリエーション等を実施します。
いきいきふれあいサロン	地域で生活している高齢者等に対して、町社会福祉協議会が実施する交流の場（サロン）への参加を促し、高齢者の閉じこもり防止や仲間づくりに努めます。また介護予防について啓発を行い、自立した日常生活を継続できるように支援します。
いきいき手形	65歳以上の希望者に、町各老人福祉センターの温泉入浴料を低額とする「いきいき手形」を発行することで、温泉利用を促進し、温浴効果による健康増進と利用者同士の交流による社会交流を図ります。

③就労機会の創出

高齢者が意欲と能力に応じて、年齢にかかわらず働き続けることができる社会参加の体制構築を図ります。

また、就労的活動を支援する人材など、就労支援の人材確保・活用に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
シルバー人材センター	高齢者の豊かな経験や技術を生かし、就労を通して仲間づくり・生きがいづくり、就労や社会貢献の意欲向上に努めます。

基本目標2 つながりを通じた地域での支え合い

高齢者が地域で安心して暮らすためには、公的なサービスやボランティアなどの活動だけでなく、高齢者同士や地域住民とのつながりを構築することが重要です。

「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参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、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地域共生社会の理念を踏まえ、住民一人ひとりが積極的に地域活動やボランティア活動に参加できるように、きっかけづくりと活動機会の創出をすることで、高齢者にやさしい地域づくりに取り組んでいきます。

(1) 地域で支え合う環境づくりの推進

高齢者も含め住民一人ひとりが地域を支える一員であることを自覚し、隣近所をはじめとする地域住民とのより良い関係性の構築や他者へ配慮をすることができるよう、住民意識の醸成に努めます。

また、高齢者に寄り添い、見守りや声かけを積極的に行うことができる地域づくりを目指します。

①地域における支え合い意識の醸成

町のみならず、住民、関係機関等が主体となり高齢者の生活支援などを行うなど、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦の見守り・声かけ等の支援体制整備を含め、地域全体で支え合う意識の醸成に努めます。

また、現在実施している見守り・声かけ活動の継続・拡大に向け、スムーズな伝達体制や活動のフォロー体制等の基盤整備の強化を図ります。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
福祉意識の醸成	福祉ボランティアの人材育成や福祉教育、ホームページや広報紙等を通じて、地域での支え合いの重要性を幅広くPRし、福祉意識の醸成に努めます。
地域見守り活動事業	地域に「ほのぼの交流協力員」を配置し、在宅で生活している一人暮らし高齢者などを対象に、安否確認や状況把握に努めます。

②ボランティアの育成支援

ボランティア活動は、自発的な意思に基づく自主的な活動で、社会貢献、福祉活動等への関心が高まり、様々な構成員がともに支え合い、交流する地域社会づくりに寄与することから、社会福祉協議会と連携し高齢者を含め、ボランティアの育成を支援します。

また、福祉活動に関する講座や学校を通じた福祉教育など、ボランティア精神を醸成する環境づくりを推進し、地域活動を支援するボランティアの育成を支援します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
人材の育成	一般介護予防事業や訪問型サービス B など地域福祉活動を担う人材を育成するため、ホームページや広報紙等で希望者を募集し、講座や研修を実施します。
福祉教育の推進	町内の3小学校、2中学校をボランティア活動推進校に指定し、各校において福祉活動に取り組みながら、福祉意識の高揚とともに、児童生徒による世代間交流等のボランティア活動を推進します。また、2中学校においては、認知サポーター養成講座を開催し、認知症への理解と支援の意識を醸成します。
地域見守り活動事業	地域に「ほのぼの交流協力員」を配置し、在宅で生活している一人暮らし高齢者などを対象に、安否確認や状況把握に努めるとともにボランティアの発掘と育成に努めます。
ボランティア連絡協議会	地域のボランティア活動の活性化を目標に、多様化するニーズに対応していくため、活動者相互の連携や情報交換を図り、活動を支援します。

③住民主体の集いの場等の創出や担い手の育成

地域住民が主体的に健康増進に取り組み、交流機会を創出できるよう、地域活動を支援するとともに、活動を担う人材の育成に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
地域サロン 【住民主体による支援】	地域の町内会や老人クラブ等が、「地域サロン」を自主的に開催し、地域住民の交流や健康づくり、趣味やレクリエーションに関するメニューを行うことで閉じこもりの予防や参加者同士の心身の状態の見守りに努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
認知症予防サロン 【住民主体による支援】	<p>(ア) 住民ボランティア団体「脳トレ咲楽」が主体となって教室を運営し、公文の教材を使った「読み書き」「計算」や介護予防の講話や簡単な運動を実施します。</p> <p>◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：月4回、毎週金曜日 午前9時30分～午前11時</p> <p>◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：月4回、毎週火曜日 午前9時30分～午前11時</p>
	<p>(イ) 住民ボランティア団体「脳トレ咲楽ん坊」が主体となり、認知症予防のトレーニングやレクリエーションを実施し、参加者同士の交流を深めるサロンを開催します。</p> <p>◎藤崎会場 藤崎老人福祉センター 日時：第4水曜日 午前9時30分～午前11時30分</p> <p>◎常盤会場 常盤老人福祉センター 日時：第3水曜日 午前9時30分～午前11時30分</p>

(2) 自立生活を支える福祉サービス及び生活支援の充実

一人暮らし高齢者や介護・支援が必要な高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で自立して生活できるよう、事業者等との連携や支援体制の構築のもと、日常生活を支援するサービスを充実します。

①自立支援・在宅支援サービスの提供

生活上の支援を必要とする高齢者に対するサービスの更なる充実を図り、自立支援や安否確認、閉じこもりの防止に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
高齢者支援対策事業	<p>独居やこもりがち、家族の遠方居住など、高齢者を取り巻く環境の変化に応じ、長期的・継続的な支援が可能となるよう包括的な情報収集や個別の支援・連絡体制の構築を図ります。</p>
日常生活用具給付事業	<p>障がい者等に対し、日常生活用具を給付することにより日常生活の便宜を図ります。</p> <p>また、個々の障がいの程度や自立促進の支援のあり方を踏まえ、給付対象品目や必要となる用具の選定方法等について、随時検討を進めます。</p>

事業名	事業の実施概要・今後の取組
一人暮らし高齢者ふれあい 昼食会事業	町社会福祉協議会が、一人暮らしの高齢者を対象とした昼食会事業を行い、参加者相互並びに地域ボランティアなどとの社会交流を促します。 また、安否・状態確認も兼ねながら、日常生活の相談や支援を行います。
高齢者補聴器購入費助成事業	認知症予防の観点から、障がい者手帳に該当しない軽度及び中等度難聴の65歳以上の高齢者に対し助成します。

②家族介護者への支援

在宅の要介護者が増えていく中で、家族介護者も今後ますます増えていくと見込まれていることから、家族介護者の負担軽減に向けて、ニーズに合った支援を提供します。

また、交流事業や家族介護教室へ多くの家族が参加できるよう、周知方法を検討するなど、事業の促進に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
家族介護者交流事業	高齢者を介護している家族の身体的・精神的・経済的負担軽減に向け、日帰り旅行や施設見学等を活用した交流を行います。また、参加者が少なく固定化されているため、より多くの家族が参加できるよう事業展開を図ります。
家族介護教室	高齢者を介護している家族や援助者等を対象に、介護方法や介護予防、介護者の健康づくり等に関する知識・技術等の教室を開催します。また、参加できない住民への支援対策等についても検討を行います。
紙おむつ支給事業	藤崎町に在住の在宅で介護を要する高齢者等に対して、紙おむつを支給し、家族の経済的負担の軽減をします。
家族介護慰労金支給事業	重度の在宅介護者を介護している非課税世帯の家族等に対し、慰労金（100,000円/年）を支給します。
心配ごと相談事業	定期的な窓口を開催し、相談に対応します。また、多様な相談内容に対応できるよう、専門知識等を有した人材の育成や関係機関との連携を積極的に進めます。

③生活支援コーディネーターや協議体の活動による取組

多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進するとともに、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すべく、生活支援コーディネーターの配置や協議体を設置し、地域の支え合い体制づくりを推進します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
助け合い生活支援協議体の設置	高齢者が住み慣れた地域でつながりや生きがいを持ちながら生活ができるように、協議体を設置し、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として情報共有、連携・共同によるサービスや資源開発等を実施します。
生活支援コーディネーターの配置	町全域において利用者のニーズに合った生活支援等サービスが行われるように、地域に不足するサービスの創出や資源開発、関係者間の情報共有やサービス提供主体間の連携体制づくりなどのネットワーク構築を実施します。

(3) 暮らしやすい生活への支援の充実

地域包括ケアシステムを構成する五つの要素（医療、介護、介護予防、住まい、生活支援）の中でも、高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために基本となる「住まい」の確保を図ります。

また、公共施設や道路、公園、交通機関利用環境等のバリアフリー化を促すとともに、移動手段の確保に向けて総合的に検討するなど、高齢者が外出しやすい環境の整備を進めます。

①外出・移動支援の充実

自動車等の移動手段を持たない高齢者が、公共交通が利用しにくい事等を理由に、地域交流や医療受診、買い物の機会を失うことのないよう、移動手段の充実・確保に努めます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
福祉有償運送事業	要介護認定を受けているなど一定要件を満たす方で、公共交通機関を使用しての移動が困難な方を対象に、通院や外出の支援をします。
公共施設巡回バス	町公共施設の利用を円滑にするため、町内を巡回するバスを運行します。
福祉バス	住民の福祉向上の目的のため、バスを貸し出し運行します。
移動販売事業	日常の買い物が難しい方が多い町内等に対し、コンビニエンスストアの移動販売車が定期訪問し、買い物支援を図ります。町内等から要望を受け、訪問日時の調整を行います。
福祉バスの巡回時期及び運行ルート of 拡充	冬期間に限定していた福祉バス（冬バス）の運行について、運行ルートを町内全域とし、運行時期を通年に拡充します。
タクシー利用助成による外出支援促進事業	65歳以上で、免許を取得していない、または、返納済みの条件を満たす方に、ひと月あたり初乗り運賃の往復相当額を12か月助成します。

②住環境の整備

自宅のバリアフリー化への支援として、住宅改修支援等について周知し、利用を促進するほか、町営住宅における高齢者対策の推進について、引き続き検討を行います。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
住宅改修支援事業	住宅改修を希望する居宅介護支援を受けていない要支援・要介護の在宅高齢者に対し、住宅改修について必要書類を作成するケアマネジャー等に作成費用を助成します。
住宅改修（介護保険）	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、20万円を上限に費用を支給します。

基本目標3 高齢者にやさしく、安心して暮らせる体制づくり

高齢になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した暮らしができるためにも、多様なニーズに柔軟に対応できる体制づくりや自立を支える各種サービスの充実が求められているとともに、高齢化の進行に伴う、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦の世帯数の増加が見込まれるため、地域が一体となった、生活全般への支援の重要性が高まっています。

介護保険サービスのほか、地域の保健医療サービスや福祉サービス、ボランティアや民間団体によるサービスを包括的なマネジメントのもとで、地域とともに支え合っていく仕組みの強化を図り、高齢者を地域全体で支える体制整備を推進します。

また、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、地域包括支援センターとの調和を図り、専門性の高い、多様なサービス提供に努め、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する体制の強化を図ります。

(1) 地域ケア体制の充実

地域包括支援センターにおける総合的な相談支援と既存の地域活動や関係機関と連携するなど、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制を構築します。

①多様な相談支援

多様化あるいは複合化する高齢者の様々な相談を受け止め、適切な機関や制度、サービス等につなぎ、継続的にフォローアップしていくことにより、地域包括ケアの「入り口」としての充実を図ります。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
困難事例への対応	高齢者やその家庭に重層的な課題が存在している場合や、高齢者自身が支援を拒否している場合など、解決困難と思われる場合において、地域包括支援センターの各専門職等と連携し、その解決を図ります。

②地域ネットワークの構築

関係機関との連携のもと、住民のニーズ等を把握し、支援が必要な高齢者を総合相談につなげるとともに、適切な支援・継続的な見守り等により、新たなリスクの発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワーク構築を推進します。

また、地域活動等の様々な機会を通じて、権利擁護制度の利用促進、虐待防止、認知症高齢者の支援といった多岐に及ぶ支援のニーズを汲み取り、横断的に解決に向けて取り組めるよう、関係機関との協力体制の強化を図ります。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
地域の社会資源やニーズの把握	地域の社会資源やニーズの把握に努め、地域の生活支援ニーズや社会的孤立の防止をします。
地域におけるネットワークの構築	地域における住民参加の可能なネットワークの構築を図ります。
地域住民への啓発活動	地域住民への地域包括ケアシステムの重要性を発信する啓発活動を行います。

③包括的支援事業（包括的・継続的ケアマネジメント支援）

地域包括ケアシステムの充実を図り、保健・医療・福祉の連携や地域の人々の支援について、継続性のあるマネジメント体制の確立を目指します。

また、地域包括支援センターでの地域の高齢者の総合的な相談や権利擁護に関する相談・助言、介護予防ケアマネジメント等により、体制強化を図ります。

積極的な情報の提供等により、町と地域包括支援センター相互の連携強化を図り、ケアマネジャーへの地域資源の情報共有の拡大につなげるなど、マネジメント体制の構築・強化を図るとともに、定期的な研修の開催や困難事例の研究等によるケアマネジャーの質の向上に取り組めます。

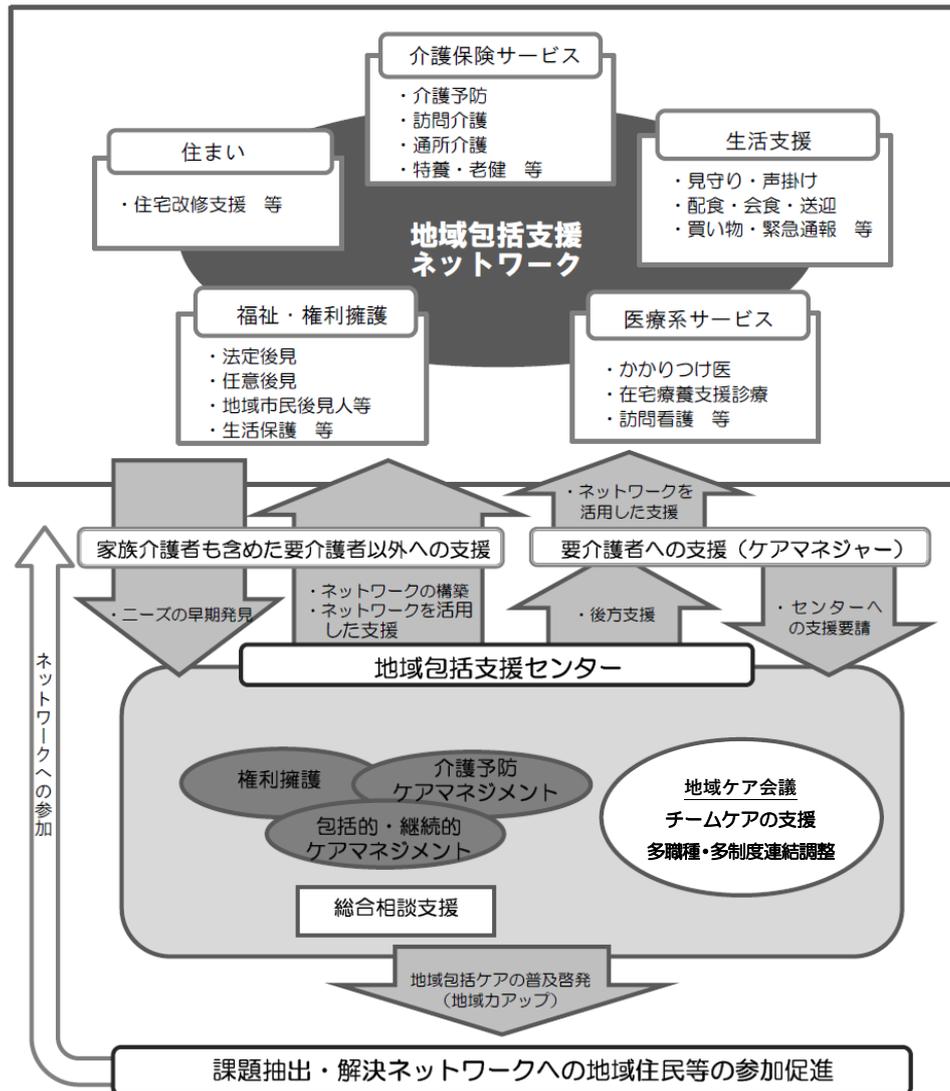
事業名	事業の実施概要・今後の取組
包括的・継続的なケアマネジメントの体制構築	<p>介護保険以外の関わりも含め、包括的・継続的ケアを可能にする体制をつくり、主任介護支援専門員が地域の介護支援専門員を支援し、個々の介護支援専門員が他職種・多機関と連携を図りながら高齢者を支える活動ができるよう推進します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①関係機関との連携体制づくり ②医療機関との連携体制づくり ③地域のインフォーマルサービスとの連携体制づくり ④サービス担当者会議開催支援 ⑤入院(所)・退院(所)時の連携
介護支援専門員に対する個別支援	<p>主任介護支援専門員を配置し、以下のような取組を通して地域の介護支援専門員への支援体制の整備を推進します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①相談窓口 ②支援困難事例を抱える介護支援専門員への対応 ③個別事例に対するサービス担当者会議開催支援 ④質の向上のための研修 ⑤ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導 ⑥介護支援専門員同士のネットワーク構築 ⑦介護支援専門員に対する情報支援

④地域包括支援センターの機能強化

高齢者一人ひとりを多方面の分野が連携して支える地域包括支援ネットワークを支えるため、適切な人員体制の確保や町と地域包括支援センターの役割分担・連携、効果的なセンター運営に向けて取り組みます。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
包括的・継続的なケアマネジメントの体制構築	<p>高齢者一人ひとりを多方面の分野が連携して支える地域包括支援ネットワークの構築に向けて、地域包括支援センターの機能充実を図ります。また、高齢者世帯の重層的課題の早期発見・早期対応に向け、支援体制の整備や関係機関との連携強化に取り組みます。</p>

□地域包括支援ネットワークのイメージ□



(2) 権利擁護の推進

認知症等になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、かつ、良質な環境で暮らし続けることができるよう、権利擁護に関する情報の提供や、権利擁護に関する研修会の開催、権利擁護に関する相談窓口の設置などにより、権利擁護を推進します。

①成年後見制度の活用・権利擁護の推進

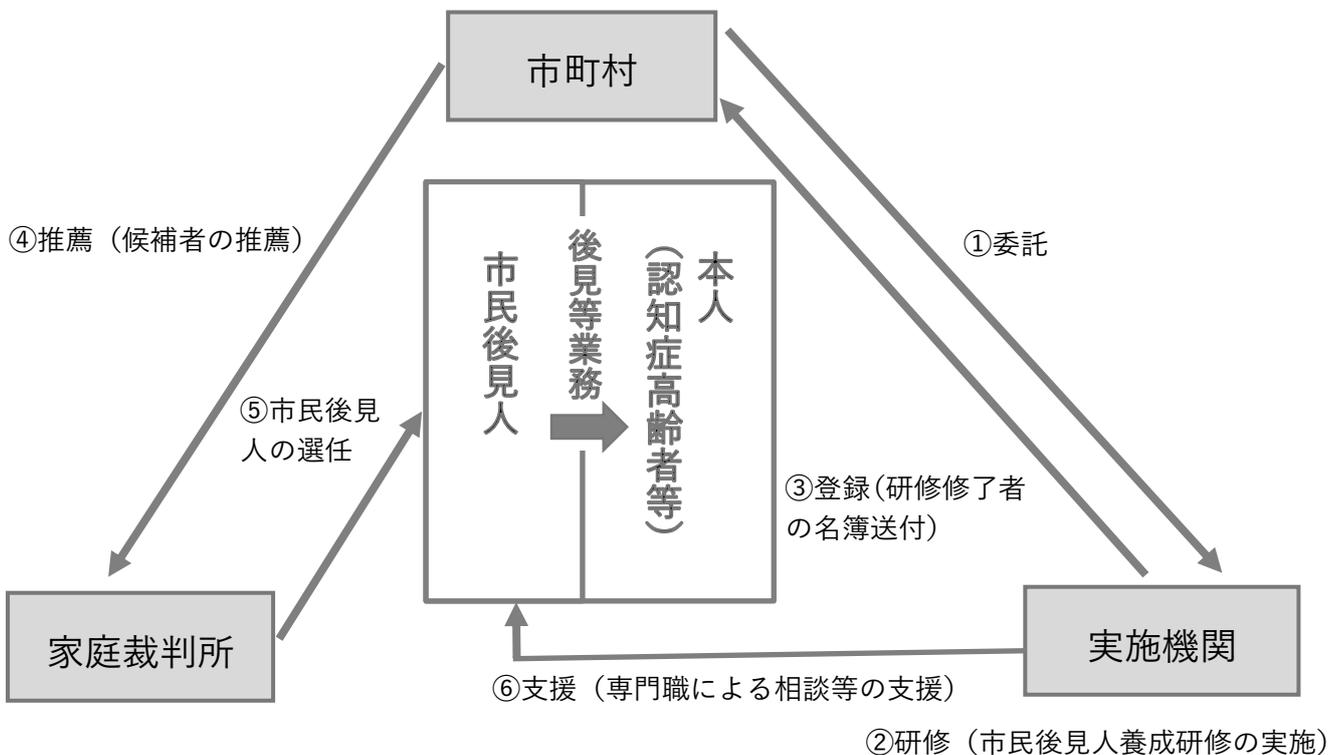
一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加に伴い、判断能力の不十分な人々を保護し支援するための権利擁護の必要性が高まっている現状から、成年後見制度の

活用を推進します。

また、成年後見制度を地域全体で考え、支えるため、権利擁護に関する意識啓発、養成研修会等により、市民後見人の育成を図ります。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
弘前圏域権利擁護支援センターの設置	弘前圏域において、権利擁護に関する専門員を配置し、日常生活を送る上で不安がある方が、安心して暮らせるよう相談支援を行います。
成年後見制度	財産管理や在宅サービスの利用などで自分に不利な契約を結ぶことがないように、成年後見制度の周知を図ります。
日常生活自立支援事業	判断能力が不十分なため、日常生活に困っている住民に対して、自立した地域生活が安心して送れるように、福祉サービスの利用支援や日常的な金銭管理、重要書類の預かりなどの支援を行います。
市民後見人の育成	成年後見の担い手として、法律や福祉の専門職に限らない市民後見人を育成し、地域ぐるみで成年後見制度を支える体制を推進します。

□市民後見人を活用した取組例□



②虐待等防止対策

養護者や介護者、養介護施設従事者等による高齢者虐待に対し、関係機関と協力した速やかな対応により高齢者の生命と安全の確保を図り、安全な生活確保に努めます。

また、虐待等防止協議会を中心に、実効性の高い体制・制度構築の検討を図るなど、虐待等防止対策を推進します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
虐待等防止協議会	町及び関係団体・機関等が連携を図り、虐待等の防止及び早期発見並びに被害者及び家族への支援を目指し、協議会・ケース会議を開催します。
虐待事例への対応	虐待通報や虐待が疑わしいとされる事例に対し、関係機関と連携し、被害高齢者の生命と安全を確保するための対応をします。

(3) 安全・安心な地域づくりの推進

近年において全国的に頻発する災害や消費者被害などの危険から高齢者の安全を確保できるように、また、日常生活の利便性を確保できるよう、住民をはじめ関係機関や町との協働による安全・安心のまちづくりを推進し、一人暮らし高齢者等が、地域において安心して生活できる環境の充実に取り組めます。

①安全・安心を支える基盤整備

軽度生活援助事業や福祉安心電話設置事業等の福祉関連サービスの充実と周知を図り、サービスの利用の推進により、高齢者の安全・安心を支えるきめ細かな支援体制を整備します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
軽度生活援助事業	独居など対象となる高齢者に対し、外出の付き添いや買い物、家内の掃除など軽度な生活援助により住み慣れた生活の継続を支援します。利用者増や利便性向上のため、事業内容の見直しに取り組めます。
福祉安心電話サービス事業	地域での見守り体制の一環として、電話機器設置により24時間の連絡体制を確立し、在宅生活の不安・孤立の解消を図ります。
高齢者見守りネットワークの強化	民生委員やボランティア等による高齢者等の生活の見守り支援体制を強化します。また、町内の企業・事業所などとの連携による見守り支援の構築を図ります。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
消費者被害の防止	高齢者等の消費生活に関する悩み事の解消や、トラブルの未然防止に取り組みます。地域民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター等と連携し、消費相談窓口の紹介、消費者被害情報の共有を図るとともに、相談事例を町内介護保険事業所に通知し、関係機関での一体的な未然防止に努めます。
除排雪困難世帯巡回等事業 高齢者世帯等除雪援助事業	独居など対象となる高齢者に対し、降雪・積雪による除排雪の状況を定期的に巡回し確認します。対象者からの依頼により、生活道路の確保のため除雪の支援を行います。

②災害や感染症等への対策

起こりうる災害を想定し、備蓄や避難訓練などの対策を講じるとともに、新型コロナウイルスなどの感染症発症の対策強化を図り、高齢者等の特に配慮が必要な人への支援体制を整備します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
災害や感染症を想定した支援対策	<p>災害時に支援が必要な高齢者の状況の把握及び要援護者台帳の整備を進めるとともに、関係機関及び地域住民との連携・協力を得ながら、迅速に避難できる体制づくりを進めます。また、介護予防教室や地域サロン活動等における感染症予防の対応徹底や感染症発生時の対応想定などに取り組みます。</p> <p>また、業務継続計画（BCP）策定の義務化により、各事業所での策定を促します。</p>

基本目標 4 持続可能な介護保険制度の運用

要介護（支援）認定者数はほぼ横ばいで推移しており、給付費も同様の傾向となっています。しかしながら、高齢化率の上昇や、第2号被保険者の減少など、本町の介護保険制度を取り巻く状況を踏まえると、介護保険料の上昇につながる要因もあり、持続可能な制度の運営を支えるために、介護職員の処遇改善等による人材確保対策の強化、給付の適正化の推進が重要となります。

また、介護予防に寄与する地域密着型サービスの整備・利用促進や地域支援事業の提供体制の拡充も必要です。

これらのことを踏まえ、介護保険サービスをできる限り効率的に提供できるよう、計画期間における、各種介護サービスの供給見込み量に基づく、適正な介護サービスの提供を図ります。

また、今後の需要の増加に備え、介護予防サービスの充実、利用促進とともに、要介護度の重度化を抑制します。

なお、本町における住宅型有料老人ホームの設置状況は下表のとおりです。今後は、県の指導監督等による質の確保や介護保険サービスの必要な整備検討に、県と連携して努めます。

【住宅型有料老人ホーム 既存施設】

施設名	定員数	入居対象となる者			入居者数（時点：令和5年7月1日）								
		自立	要支援	要介護	計	自立	要支援		要介護				
							1	2	1	2	3	4	5
シルバーハウスたんぽぽ	20	否	可	可	20	1	0	0	0	2	0	2	15
えびす	13	可	可	可	13	0	3	7	1	1	1	0	0
コミュニティーハウス メイブルの里ふじさき	23	否	可	可	21	0	1	2	6	5	3	4	0
ふじの郷	43	否	可	可	33	0	2	1	10	6	1	6	7
桜花の郷	37	否	否	可	34	0	0	0	8	12	8	2	4

(1) 介護保険サービス基盤の充実

①介護保険制度についての周知

介護保険制度の利用方法や制度の仕組み、利用の手続き等について再認識してもらえるよう、全地区への出前講座、パンフレット配布等により、周知を図ります。

②介護サービス

介護保険制度の適正な運営に努めるとともに、必要なサービス量を確保します。また、介護サービスの質的向上及び介護給付費適正化のためのケアプランチェックを引き続き行います。

なお、高齢化に伴い、利用者の増加が見込まれることから、訪問リハビリテーションの更なる普及を推進します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
訪問介護	ホームヘルパーによる食事や洗濯、掃除、身の回りの世話、買い物、通院介助、その他必要な家事・介護サービスを行います。
訪問入浴介護	入浴が困難な寝たきりのお年寄りなどの家庭を、入浴施設や簡易浴槽を積んだ移動入浴車等で訪問し、入浴の介助を行います。
訪問看護	主治医が認めた者に対し、訪問看護ステーションの看護師や保健師等が家庭を訪問し、主治医と連絡を取りながら病状を観察し、また、床ずれの手当等を行います。
訪問リハビリテーション	主治医が認めた者に対し、理学療法士や作業療法士が家庭を訪問し、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーション（機能訓練）を提供します。
居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師などが家庭を訪問し、療養上の管理・指導を行います。
通所介護（デイサービス）	デイサービスセンター等に通り、健康チェックや食事・入浴の提供、日常動作訓練、レクリエーションを提供します。
通所リハビリテーション（デイケア）	主治医が認めた者に対し、介護老人保健施設や医療機関等に通り、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションを提供します。
短期入所生活介護（ショートステイ）	短期間（1週間程度）介護老人福祉施設に入所しながら介護や機能訓練等を提供します。
特定施設入居者生活介護	特定施設の入居者に対し、介護サービスを提供します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
福祉用具貸与	日常生活の自立を助けるものや機能訓練のための用具等の貸与を行います。
特定福祉用具販売	居室において使用する福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつのための用具を購入した際、10万円を限度に費用を支給します。
住宅改修	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、20万円を上限に費用を支給します。
居宅介護支援	介護支援専門員（ケアマネジャー）によるケアプラン作成のほか、計画に基づくサービス提供確保に向けた連絡調整等を行います。

③介護予防サービス

事業名	事業の実施概要・今後の取組
介護予防訪問入浴介護	介護予防を目的として利用者の入浴に対する支援を居宅で行います。
介護予防訪問看護	基礎疾患を抱えつつ廃用症候群(寝かせきりなどの状態で心身の不使用・不活発によって起こる機能低下)対策を行うほか、利用者の基礎疾患の管理を居宅で行います。
介護予防訪問 リハビリテーション	日常生活を想定し、運動療法や作業習慣のレベルアップ等を中心としたリハビリテーションを短期集中的に居宅で行います。
介護予防 居宅療養管理指導	日常生活を想定し、利用者の生活機能を向上させるための療養指導、栄養指導、口腔清掃等を居宅で行います。
介護予防通所 リハビリテーション	日常生活を想定し、運動療法や作業習慣のレベルアップ等を中心としたリハビリテーションを短期集中的に施設で行います。
介護予防 短期入所生活介護	退所後の日常生活を想定し、筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、施設に短期間入所させ集中的に行います。
介護予防 短期入所療養介護	利用者の基礎疾患を管理しつつ、日常生活を想定した廃用症候群対策としての機能訓練等を中心に、施設に入所させて行います。
介護予防特定施設 入居者生活介護	日常生活を想定し、筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、期間を区切り集中的に特定施設で行います。
介護予防福祉用具貸与	利用者の生活機能の状態を踏まえ、福祉用具のうち当該生活機能の向上に真に必要なものの貸与を行います。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
特定介護予防 福祉用具販売	利用者の生活機能の状態を踏まえ、福祉用具のうち当該生活機能の向上に真に必要なものであって、貸与になじまない入浴や排せつのための用具を購入した際、10万円を限度に費用を支給します。
住宅改修	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、20万円を上限に費用を支給します。
介護予防支援 (介護予防ケアマネジメント)	地域包括支援センターのケアマネジャー等が中心となり「介護予防プラン」を作成します。

④施設サービス

高齢化に伴い、利用者の増加が見込まれることから、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を推進します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
介護老人福祉施設	特別養護老人ホームにおいて、施設サービス計画に基づいて入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。
介護老人保健施設	老人保健施設において、施設サービス計画に基づいて看護や医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療のほか、日常生活上の世話を行うサービスです。
介護医療院	主として長期の療養が必要である要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常の世話等を行うサービスです。

⑤地域密着型サービス

現時点の地域密着型サービスは、グループホームを中心とした提供になっており、今後も適切なサービス提供に努めます。

また、既存施設の有効活用等を図るとともに、指定の事前同意等による広域利用を検討します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
認知症対応型通所介護※	認知症で様々な心身の機能が低下した状態にある方について、日常生活上の世話及び機能訓練を通所施設で行います。
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ※	認知症で様々な心身の機能が低下した状態にある方について、その共同生活を営むべき住居において、日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
夜間対応型訪問介護	夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護を組み合わせ、包括的にサービス提供を行います。
小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービスを提供し、在宅での生活継続を支援します。
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・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行います。
看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を行います。
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の入所者に対し、日常生活上の世話及び機能訓練、健康管理、療養上の世話を行います。
介護予防 認知症対応型通所介護※	軽度の認知症で廃用症候群の状態のある者について、日常生活を想定しつつ、筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、通所施設で行います。
介護予防 認知症対応型共同生活介護※	軽度の認知症で廃用症候群の状態にある者について、日常生活を想定し、筋力トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、期間を区切り集中的にグループホームで行います。
介護予防 小規模多機能型居宅介護	軽度の認知症がある者を主たる対象者とし、日常生活を想定し、筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、短期集中的に利用者の居宅またはサービス拠点で行います。
地域密着型通所介護	日中、利用定員 18 人以下の小規模の老人デイサービスなどに通ってもらい、食事、入浴、その他必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰り提供します。

※本町で指定するサービス

(2) 利用者に配慮したサービス提供体制の充実

①介護サービス利用者への的確な相談・情報提供の推進

必要とする介護サービスを適切に利用できるよう、地域包括支援センターなどを通じて利用者への的確な情報提供に努めるとともに、各種利用者の負担軽減制度の周知を図るなど、利便性向上に配慮します。

②保険料負担への配慮

第1号被保険者の保険料については、所得に応じた負担への措置を実施するとともに、消費税増税による低所得者の負担増に対し、保険料段階に応じた軽減措置を実施します。

③サービスの質の向上

要介護度に応じた適切なケアプランの作成とサービス提供が行われるよう、事業者に対する働きかけや改善効果の高いケアプラン、サービス内容等について、町及び地域包括支援センターを通じて情報提供を行い、サービスの質的な向上を促進します。

④公平・中立な要介護認定の推進

公平かつ迅速な要介護認定を推進できるよう、適正な認定調査の実施や介護認定審査会における審査判定の充実に継続して取り組みます。

⑤関係機関、施策・事業との連携

県との情報共有の推進により、適切な介護基盤整備や関連交付金の活用などについて連携強化に努めます。

また、高齢者の生活全般にわたる支援を行うため、庁内関係課との施策連携を強化していきます。

⑥介護保険サービス事業所との連携

介護保険制度が利用者本位の制度として円滑に機能するため、また、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を継続することができるよう支援するために、民間事業者等と連携し、高齢者や介護者等の支援ニーズに合ったサービスが円滑に提供できる環境づくり、基盤整備を推進します。

事業名	事業の実施概要・今後の取組
困難事例等に対する相談体制の整備	地域包括支援センターにおいて、支援困難事例を抱える介護支援専門員への支援として、相談体制を整備します。
地域内研修会の実施	地域包括支援センターにおいて、ケアマネジャー及び事業所サービス提供者への研修会等を地域内で行い、サービスの質的向上に努めます。
ケアプラン作成指導	地域包括支援センターにおいて、ケアマネジャーへのケアプラン作成等の指導を行い、ケアマネジメントの充実を図ります。
ケアマネジャーへの研修等に関する情報提供	地域包括支援センターにおいて、地域内外の研修会及び困難事例に関する事例など、ケアマネジメントに係る情報提供を行い、スタッフ及び事業所等の質的向上を図ります。
指導監査の実施	<p>高齢者の尊厳が保持され、適切で良質なサービスの提供を確保するため、サービス提供事業者に対する調査や指導・監督を行い、サービスの質的向上を図ります。</p> <p>また、ケアプランをチェックし、居宅介護支援事業所のケアプラン作成能力の向上とケアマネジメントの適正化を図ります。</p>
介護サービスに関する第三者評価や情報提供の充実	施設に関する第三者評価や、指定情報公表センターによる介護情報の公表など、介護サービスに関する情報提供の充実を図ります。

(3) 円滑な制度運営のための体制整備の推進

①ケアマネジメント機能の強化

高齢者が住み慣れた地域で在宅での生活を可能な限り続けることができるよう、地域包括支援センターが担う包括的・継続的なケアマネジメントや総合相談・指導について適切かつ積極的に取り組みます。

②介護予防事業の積極的な推進

要介護状態になる前から要支援等に至るまでの高齢者に対して、地域支援事業における介護予防事業や、予防給付（介護予防サービス）を実施し、要介護状態の発生やその悪化の予防に取り組みます。

また、保険者機能強化推進交付金等の評価やPDCAサイクルを活用し、介護予防や健康づくりの充実に努めます。

③介護給付の適正化

介護給付の適正化は、利用者にとって適切な介護サービスを確保するとともに、介護給付費及び介護保険料の増大の抑制につながり、将来にわたって持続可能な制度の運営を支えるための重要な取組です。

本町においても、人口構造等を踏まえた上でサービスと負担にも考慮しつつ、利用者に対する適切な介護サービスを確保することが必要です。

過剰な利用などの不適切な給付の削減を図るとともに、介護報酬請求の適正化などにより、制度の信頼感を高めるための取組を強化します。

国が示す下記の主要3事業のほか、認定審査の平準化や地域密着型サービス事業所への指導・監査などを行い、持続可能な介護保険制度を構築します。

事業名	事業概要	第9期実施予定
①認定調査票の点検	認定調査の平準化のため、介護保険認定調査票の内容を検討し、不備などについて当該調査員に確認します。 必要に応じて修正などを行い、スムーズに介護認定審査会につながるよう努めます。	随時
②ケアプランの点検及び住宅改修、特定福祉用具購入に関する実態調査	利用者のケアプランが利用者の心身の状態や環境などを考慮した適切なものとなっているかをケアマネジャーとともに確認します。また、介護給付適正化システムにより、要介護認定結果と給付状況を突合し、給付の矛盾性を検証し、ケアマネジャーと協議しながらケアプランの質の向上を支援します。	ケアプラン点検 60件/年
	住宅改修・特定福祉用具購入に際し、利用者の居宅を訪問し改修・利用状況を確認することで、利用者にとって必要なものであるかケアマネジャーと確認します。	随時
③縦覧点検、医療情報との突合	青森県国民健康保険団体連合会からの資料をもとに、医療保険給付と介護保険給付の重複受給の確認、介護保険給付内の重複受給、誤請求などを確認し、過誤調整などをします。	随時

④介護保険サービスに携わる人材の確保

(ア) 人材確保に向けた PR の実施

官民協働により、福祉・介護の職場に対するイメージアップに努めるとともに、正確な情報を周知し、社会的な役割ややりがいなど、介護の魅力の PR に努めます。

(イ) 人材確保に向けた各種研修の実施と支援

介護者、介護ボランティアから介護職員までが、それぞれの立場で介護知識・技術の向上が図られるよう関係機関との連携により、各種研修の開催・参加支援に取り組めます。

また、介護事業者との連携による、職員の処遇改善、資格取得支援を継続するとともに、定住促進やU・I・Jターン事業などとの連携による人材確保対策にも取り組めます。

(ウ) 福祉教育の推進

将来の福祉を担う若者に対し、福祉・介護への関心を高めてもらうとともに、高齢化による社会構造の変化に対応できるよう、学校教育の中で福祉・介護について学ぶ機会をつくるため関係機関などとの連携を図ります。

第7章 介護保険サービス見込み量と保険料 の算出

第7章 介護保険サービス見込み量と保険料の算出

1 介護保険サービス量の見込み

量の見込みに当たっては、在宅医療の整備状況や整備目標を踏まえてサービス量を見込んでいます。

(1) 第1号被保険者数、要介護認定者数の見込み

介護保険サービス量の見込みについては、これまでの利用実績や利用者数の推移、今後の認定者数、事業者からの参入希望などを踏まえて推計しています。

なお、認定者数の見込み値は以下のとおりです。

□第1号被保険者数、要介護認定者数の見込み□

【令和6年度】

単位：人

総数	合計	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
第1号被保険者	926	70	104	217	186	129	142	78
認定者数全体	939	71	108	220	187	131	142	80

【令和7年度】

総数	合計	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
第1号被保険者	932	70	102	220	184	130	146	80
認定者数全体	945	71	106	223	185	132	146	82

【令和8年度】

総数	合計	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
第1号被保険者	929	70	99	221	184	129	147	79
認定者数全体	942	71	103	224	185	131	147	81

(参考)

【令和12年度】

総数	合計	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
第1号被保険者	945	71	100	225	190	130	148	81
認定者数全体	958	72	104	228	191	132	148	83

【令和17年度】

総数	合計	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
第1号被保険者	953	73	102	227	193	131	148	79
認定者数全体	966	74	106	230	194	133	148	81

【令和22年度】

総数	合計	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
第1号被保険者	952	70	104	224	191	131	149	83
認定者数全体	964	71	108	226	192	133	149	85

(2) 居宅サービスの見込み

居宅サービス（介護予防サービスを含む）の各サービスの利用者数については、これまでの利用実績などを踏まえ、次のとおり見込みました。

□居宅サービスの見込み□

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護	(回)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
介護予防訪問看護	(回)	20.7	20.7	20.7
	(人)	1	1	1
介護予防訪問リハビリテーション	(回)	41.8	41.8	41.8
	(人)	3	3	3
介護予防居宅療養管理指導	(人)	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	(人)	15	15	15
介護予防短期入所生活介護	(日)	10.8	10.8	10.8
	(人)	1	1	1
介護予防短期入所療養介護 (老健)	(日)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	(日)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	(日)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	(人)	40	40	40
特定介護予防福祉用具購入費	(人)	1	1	1
介護予防住宅改修	(人)	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	(人)	0	0	0
介護予防支援	(人)	54	54	54

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス				
訪問介護	(回)	6,664.7	6,751.9	6,735.5
	(人)	177	178	179
訪問入浴介護	(回)	25.4	30.1	30.1
	(人)	6	7	7
訪問看護	(回)	276.7	286.1	283.1
	(人)	39	41	40
訪問リハビリテーション	(回)	132.9	132.5	132.5
	(人)	10	10	10
居宅療養管理指導	(人)	27	29	28
通所介護	(回)	1,963.1	1,999.6	2,038.2
	(人)	208	206	210
通所リハビリテーション	(回)	494.1	497.6	489.7
	(人)	56	57	56
短期入所生活介護	(日)	943.5	922.7	902.5
	(人)	47	46	45
短期入所療養介護 (老健)	(日)	10.4	10.4	10.4
	(人)	2	2	2
短期入所療養介護 (病院等)	(日)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
短期入所療養介護 (介護医療院)	(日)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
福祉用具貸与	(人)	216	218	216
特定福祉用具購入費	(人)	3	3	3
住宅改修費	(人)	3	3	3
特定施設入居者生活介護	(人)	2	2	2
居宅介護支援	(人)	413	420	421

(3) 施設・居住系サービスの見込み

介護保険施設及び介護専用居住系サービスの利用者数については、第8期計画期間中における利用者数の推移などにより推計しました。

施設・居住系サービスについては、公募による整備定員を設定しません。

なお、介護老人福祉施設のサービス見込み量について、特例入所も含め地域の実情を踏まえた適切な運用を前提とする設定が適当です。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
施設サービス				
介護老人福祉施設	(人)	82	83	84
介護老人保健施設	(人)	76	76	76
介護医療院	(人)	4	4	4

(4) 地域密着型サービスの見込み

地域密着型サービス（介護予防サービスを含む）の各サービスの利用者数については、これまでの実績と今後の施設の増加などを勘案して推計しました。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護	(回)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	(人)	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	(人)	1	1	1
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(人)	0	0	0
夜間対応型訪問介護	(人)	0	0	0
地域密着型通所介護	(回)	0.0	0.0	0.0
	(人)	0	0	0
認知症対応型通所介護	(回)	87.2	87.4	87.4
	(人)	6	6	6
小規模多機能型居宅介護	(人)	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	(人)	102	103	103
地域密着型特定施設入居者生活介護	(人)	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(人)	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	(人)	0	0	0

※回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

2 介護保険事業費の見込み

(1) 介護保険給付費の見込み

①介護給付費

□介護保険給付費の見込み□

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス			
訪問介護	221,366	224,686	224,222
訪問入浴介護	3,797	4,505	4,505
訪問看護	16,760	17,453	17,230
訪問リハビリテーション	4,615	4,607	4,607
居宅療養管理指導	2,252	2,414	2,328
通所介護	183,040	186,820	190,583
通所リハビリテーション	50,944	51,640	50,522
短期入所生活介護	89,766	87,971	86,023
短期入所療養介護（老健）	887	888	888
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
福祉用具貸与	30,084	30,561	30,388
特定福祉用具購入費	1,025	1,025	1,025
住宅改修費	4,040	4,040	4,040
特定施設入居者生活介護	1,230	1,232	1,232
地域密着型サービス			
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	0	0	0
認知症対応型通所介護	9,832	9,865	9,865
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	319,153	322,760	322,760
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	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
施設サービス			
介護老人福祉施設	266,467	269,751	272,697
介護老人保健施設	268,819	269,159	269,159
介護医療院	19,091	19,116	19,116
居宅介護支援	69,680	71,023	71,182

②予防給付費

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	1,174	1,175	1,175
介護予防訪問リハビリテーション	1,428	1,430	1,430
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	6,706	6,714	6,714
介護予防短期入所生活介護	894	895	895
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,905	2,905	2,905
特定介護予防福祉用具購入費	337	337	337
介護予防住宅改修	1,862	1,862	1,862
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護予防支援	2,975	2,979	2,979
地域密着型介護予防サービス			
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	2,796	2,800	2,800

※給付費は年間累計の金額

③地域支援事業費の推計

単位：円

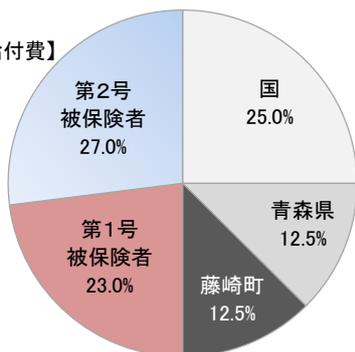
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費	88,631,127	88,631,127	88,631,127
介護予防・日常生活支援総合事業費	48,578,570	48,578,570	48,578,570
包括的支援事業・任意事業費	40,052,557	40,052,557	40,052,557

(2) 第1号被保険者の保険料

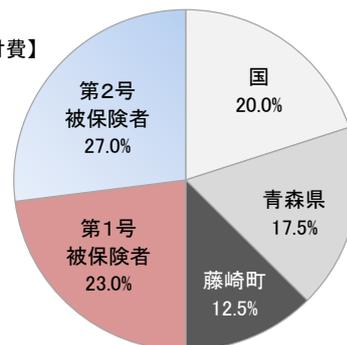
① 保険給付費の財源

介護保険制度における給付費の財源構成は、原則として50%を被保険者の保険料、残りの50%を公費としています。また、被保険者の保険料のうち、23%を第1号被保険者、27%を第2号被保険者がまかなうことになります。

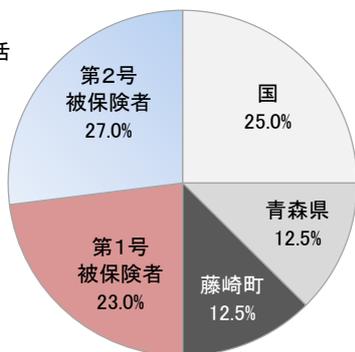
◆ 介護給付 【居宅・地域密着型給付費】



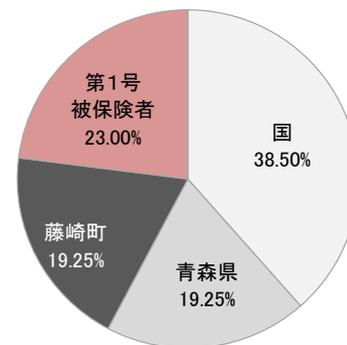
【介護保険施設給付費】



◆ 地域支援事業費 【介護予防・日常生活 支援総合事業】



【包括的支援事業・ 任意事業】



②介護保険料の算出

第9期介護保険事業計画期間中の介護保険サービス事業量を見込み、各種諸費用、保険料収納率、所得段階別被保険者数の見込み量などを踏まえ、介護保険料基準月額を算定します。

【標準給付費】

1) 総給付費

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費	1,583,925,000	1,600,613,000	1,603,469,000

2) 特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	69,047,200	69,873,659	70,023,923
特定入所者介護サービス費等給付額	68,000,000	68,813,925	68,961,910
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	1,047,200	1,059,734	1,062,013

3) 高額介護サービス費等給付額

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
高額介護サービス費等給付額	46,673,080	47,231,734	47,333,308

4) 高額医療合算介護サービス費等給付額

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
高額医療合算介護サービス費等給付額	4,300,000	4,351,469	4,360,826

5) 算定対象審査支払手数料

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
算定対象審査支払手数料	1,365,969	1,382,299	1,385,210
審査支払手数料一件当たり単価	71	71	71
審査支払手数料支払件数(件)	19,239	19,469	19,510
審査支払手数料差引額(K)	0	0	0

◇地域支援事業費

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費	88,631,127	88,631,127	88,631,127
介護予防・日常生活支援総合事業費	48,578,570	48,578,570	48,578,570
包括的支援事業・任意事業費	40,052,557	40,052,557	40,052,557

◇保険料額の算定

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
第1号被保険者負担分相当額	412,606,746	416,779,156	417,496,781	1,246,882,683
調整交付金相当額	87,694,491	88,601,537	88,757,542	265,053,569
調整交付金見込額	132,243,000	130,067,000	124,793,000	387,103,000
財政安定化基金拠出金見込額				0
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額				8,850,000
準備基金取崩額				34,100,000
審査支払手数料1件当たり単価	71	71	71	
保険料収納必要額				1,081,883,253
保険料の基準額(標準段階)年額				81,600
保険料の基準額(標準段階)月額				6,800

(3) 所得段階別保険料額の設定

本町では、介護保険料について、国の標準段階区分に従った所得段階設定を行い13段階とし、各段階を次のとおり設定します。

なお、() は第1段階から第3段階において、低所得者向け保険料軽減措置が適用された場合の率及び金額となります。

第9期		令和6年度～令和8年度		
所得段階	所得区分	基準割合	保険料年額	保険料月額
第1段階	生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢 福祉年金受給者 世帯全員が市町村民税非課税かつ本 人年金収入等 80 万円以下	0.455 (0.285)	37,128 円 (23,256 円)	3,094 円 (1,938 円)
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人 年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.685 (0.485)	55,896 円 (39,576 円)	4,658 円 (3,298 円)
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本 人年金収入等 120 万円超	0.69 (0.685)	56,304 円 (55,896 円)	4,692 円 (4,658 円)
第4段階	本人が市町村民税非課税（世帯に課 税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.90	73,440 円	6,120 円
第5段階 (基準額)	本人が市町村民税非課税（世帯に課 税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円超	1.00	81,600 円	6,800 円
第6段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20	97,920 円	8,160 円
第7段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.30	106,080 円	8,840 円
第8段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.50	122,400 円	10,200 円
第9段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上 420 万円未満	1.70	138,720 円	11,560 円
第10段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 420 万円以上 520 万円未満	1.90	155,040 円	12,920 円
第11段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 520 万円以上 620 万円未満	2.10	171,360 円	14,280 円
第12段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 620 万円以上 720 万円未満	2.30	187,680 円	15,640 円
第13段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 720 万円以上	2.40	195,840 円	16,320 円

第8章 計画の推進体制について

第8章 計画の推進体制について

1 本計画の推進における重点項目数値指標

計画推進に当たり重点項目を定め、各項目について数値指標を設定し、事業計画期間中の改善を図る目安とします。

重点項目	設定項目	数値指標
自立支援	要介護（要支援）認定率	18.72%（介護保険事業状況報告 令和5年3月）
<p>【取組方針】</p> <p>介護予防・日常生活支援総合事業の充実とスポーツ・文化・町内活動等既存資源の活用推進を図り、広報・ホームページなど多様な媒体による周知を強化することで、要介護（要支援）認定率の改善を図る。</p>		
介護予防・ 重度化防止	介護度の維持改善率	66.2%（介護給付適正化支援システム例月指標 令和5年5月）
	住民主体の通いの場の数	15か所（令和5年度）
	認知症予防教室参加者数	931名（令和4年度 延べ人数）
<p>【取組方針】</p> <p>自立支援に向けたケアプランの質の向上により、介護度の維持改善率の向上を図る。 社会福祉協議会など関係機関と連携し、住民主体の通いの場の設置を促進する。 認知症予防教室の内容充実・参加周知を図り、教室参加者数の増加に取り組むことにより、認知症予防の強化を図る。</p>		
介護給付 適正化	事業計画内給付費 （計画給付費＞給付費実績）	事業計画内、各介護保険給付費の見込み参照
	第1号被保険者1人当たり 保険給付額	311,907円 （介護保険の実態 令和4年度）

【取組方針】

介護給付適正化主要3事業の取組強化等により、介護給付費の計画内の実績に努める。
実地指導や集団指導、ケアプラン点検などにより適正なサービス提供について指導・助言し、関係機関や介護保険サービス事業所との連携強化により、真に必要なサービス提供を目指し重度化を予防することで、給付費の抑制に努める。
介護給付適正化事業については、保険者の事務負担の軽減を図りつつ、効果的・効率的に事業を実施するため、国保連合会の介護給付適正化システムにより出力される給付実績等の帳票を活用し、効果等が期待される帳票を優先して点検を行うとともに、国保連合会への委託等を検討することが重要であり、取組状況については公表していく。
地域差改善や介護給付費の適正化に向けては、県と議論を行い、計画に反映させていく。

2 計画の推進体制の整備

介護保険事業等運営協議会において、介護保険事業の運営について協議し、計画目標の達成状況の調査分析結果の報告・評価を行います。

また、地域包括ケアシステムの深化・推進のため、関係機関と連携して地域ケア会議などを充実します。

3 介護保険事業の進捗状況などの把握

介護サービスの利用状況、地域支援事業の実施状況などについて、定期的に計画値との比較・検証を行うとともに、次期計画の策定に向けたニーズ調査を行うなど、計画の進捗評価を行います。

なお、地域包括ケアシステムの構築状況に関する自己点検の結果も参考にしながら、既存の地域資源を活用した地域包括ケアの推進及び地域づくりにつなげていくという視点で取り組むことが重要であり、また、県はこれらの視点を持って、町に対する伴走型支援を含め市の支援を行うことが重要です。

よって、計画の進捗状況については、国が提供する自己点検をするための支援ツールも参考にしながら、保健・医療・福祉に関して総合的な見地から推進状況を評価・確認していきます。

4 住民への広報・啓発

本計画の推進に向けては、一般高齢者や要介護認定者などをはじめ、広く町民に介護・福祉サービスの種類・内容、サービス提供事業者などの情報を提供していくことが必要です。

そのため、本計画策定後は、広報や町のホームページなどでの計画内容の概要紹介や目標の達成状況の評価の公表、新たな事業・制度の利用方法、申請方法などの情報提供をはじめ、各種事業を通じて広報活動に努めます。

資料編

資料編

1 策定経過

日時	会議等	協議内容等
令和5年 6月27日	介護保険運営協議会 組織会 及び第1回会議	○高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について ・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等について
令和5年 8月23日	介護保険運営協議会 第2回会議	○高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について ・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等について
令和5年 12月14日	介護保険運営協議会 第3回会議	○高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について ・骨子案（第1章 計画の策定に当たって～第5章 将来ビジョン） ・介護保険料の推計経過
令和6年 2月14日	介護保険運営協議会 第4回会議	○高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について ・素案（第6章 施策の展開～第8章 計画の推進体制について） ・パブリックコメントの実施について
令和6年 3月1日	パブリックコメント募集開始	
令和6年 3月15日	パブリックコメント募集締切	意見公募実績なし

2 策定協議

(1) 藤崎町介護保険条例（一部抜粋）

(平成 17 年 3 月 28 日条例第 110 号)
改正 平成 30 年 3 月 9 日条例第 4 号

第 3 章 介護保険運営協議会

(目的及び設置)

第 10 条 介護保険に関する施策の企画立案及びその実施が、町民の意見を十分に反映しながら円滑かつ適切に行われることに資するため、介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)を置く。

(所掌事務)

第 11 条 協議会は、次に掲げる事項について調査審議する。

- (1) 法第 117 条第 1 項の規定による介護保険事業計画の策定又は変更に関する事項
- (2) 前号に掲げるもののほか、町の介護保険に関する施策の実施状況の調査その他介護保険に関する施策に関する重要事項

(意見の具申)

第 12 条 協議会は、前条の規定により調査審議した結果必要があると認めるときは、同条各号に掲げる事項に関して、町長に意見を述べることができる。

(組織)

第 13 条 協議会は、委員 15 人以内をもって組織する。

2 委員は、次の各号に掲げるもののうちから、当該各号に定める数の範囲内において、町長が任命する。

- (1) 被保険者を代表する者 5 人
- (2) 介護に関し学識又は経験を有する者 5 人
- (3) 介護サービスに関する事業に従事する者 5 人

3 委員の任期は 3 年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 委員は、再任されることができる。

5 町長は、第 2 項第 1 号の委員を任命するにあたっては、できるだけ町民各層の幅広い意見が反映されるように選任しなければならない。

(規則への委任)

第 14 条 前 3 条に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は、規則で定める。

(2) 藤崎町介護保険運営協議会規則

(平成 17 年 3 月 28 日規則第 91 号)

改正 平成 18 年 12 月 20 日規則第 36 号

(趣旨)

第 1 条 この規則は、藤崎町介護保険条例(平成 17 年藤崎町条例第 110 号。以下「条例」という。)

第 14 条の規定により、藤崎町介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(定足数)

第 2 条 協議会は、条例第 13 条で規定する定数の半数以上の出席がなければ会議を開くことができない。

(招集)

第 3 条 協議会は、会長が招集する。ただし、委員の定数の 3 分の 1 以上の者から招集の請求があった場合は、協議会を招集しなければならない。

2 町長から諮問があった場合は、会長は、これを招集しなければならない。

3 会長は、協議会を招集するときは、町長に通知しなければならない。

4 協議会の会長が未決定の場合は、町長がこれを招集する。

(運営)

第 4 条 協議会に、会長及び会長職務代理者を置く。

2 会長及び会長職務代理者は、委員の互選により定める。

3 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

4 会長職務代理者は、会長を補佐し会長に事故があるときは、その職務を代行する。

(議長)

第 5 条 会議の議長は、会長をもって充てるものとする。

(採択)

第 6 条 協議会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数の場合は、議長が決するものとする。

(関係者の出席等)

第 7 条 会長は、必要と認める場合は、協議会に被保険者その他の利害関係者の出席を求めることができる。

第 8 条 町長及び副町長その他の関係職員は、協議会に出席して意見を述べることができる。

(資料の提出要求)

第 9 条 会長は、職務遂行上必要がある場合は、町長に資料の提出を求めることができる。

2 前項の要求があった場合、町長はこれに応じなければならない。

(書記の任命)

第 10 条 協議会に書記を置き、町長がこれを任命する。

2 書記は、会長の指揮を受け庶務に従事する。

(会議録)

第 11 条 会長は、会議録を調製しなければならない。

2 会議録に署名する委員は、会長が会議において、条例第 13 条第 2 項の各号の委員から、それぞれ 1 人を指名する。

3 会長は、会議の都度、会議録の写しを添え会議の結果を町長に報告しなければならない。

(公印)

第 12 条 会長の印章は、別記による。

(雑則)

第 13 条 この規則に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、協議会が定める。

附 則

この規則は、平成 17 年 3 月 28 日から施行する。

附 則(平成 18 年 12 月 20 日規則第 36 号)

この規則は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

(3) 藤崎町介護保険運営協議会委員

任期 令和5年6月1日～令和8年5月31日

区分	氏名	所属等	備考
被保険者を代表する者	工藤春光	藤崎町行政連絡員 代表	会長職務代理者
	高木アツ子	藤崎町婦人会 会長	
	舘山新一	藤崎町老人クラブ連合会 会長	
	白取新一	被保険者 代表	
	高木美雪	被保険者 代表	
介護に 関し 学識 又は 経験を 有する 者	加川 實	藤崎町民生委員児童委員協議会 会長	
	成田 全弘	藤崎町社会福祉協議会 事務局長	
	横山 恵子	一般介護予防事業 脳トレ咲楽 代表	
	荒谷 百合子	元藤崎町役場職員	
従介護サービスに関する事業に 従事する者	藤田 秀幸	特別養護老人ホームさんふじ 施設長	会 長
	赤石 真彦	特別養護老人ホームときわ 施設長	
	山本 達生	介護老人保健施設 明生園 施設長	
	小野 真嗣	テレサ苑 統括施設長	
	野呂 隆文	デイサービスセンターえびす 総括管理者	



藤崎町

青森県 藤崎町
高齢者福祉計画
第9期介護保険事業計画

令和6年3月
発行 藤崎町
編集 福祉課

〒038-3803

住所 青森県南津軽郡藤崎町大字西豊田一丁目1番地

TEL 0172-88-8198 FAX 0172-75-2515

ホームページ <http://www.town.fujisaki.lg.jp/>

E-mail 介護保険係 <kaigo@town.fujisaki.lg.jp>