

由布市高齢者保健福祉計画

第 8 期介護保険事業計画

『みんなでつくる

自分らしく健康に 地域で安心してらせる

支えあいのまち』

令和 3 年 2 月

由 布 市

目 次

第1章	計画の基本的な考え方	1
1.	計画策定の背景	1
2.	第8期計画の基本指針	1
3.	計画期間	3
4.	第8期計画において記載を充実させる事項	4
第2章	高齢者を取り巻く状況	6
1.	高齢者人口、世帯等の状況	6
2.	認定者の現状	8
3.	介護保険サービスの利用状況	10
4.	アンケート結果	11
5.	課題のまとめ	31
第3章	計画の基本方針	33
1.	計画の基本理念	33
2.	日常生活圏域の設定	34
3.	計画の大綱とグランドデザイン	35
4.	計画のグランドデザイン	36
第4章	地域支援事業の実績と今後の方向性について	55
1.	地域支援事業の内容と位置づけ等	55
2.	地域支援事業の実施状況	57
3.	地域支援事業の今後の展開	61
第5章	介護保険事業にかかる費用と保険料の算出	69
1.	事業費算出の流れ	69
2.	認定者数の推計	70
3.	利用量の見込み	71
4.	給付費の推計	73

第6章 計画の推進体制	76
1. 施策の実現に向けて	76
2. 計画の進め方と評価及び進行管理	76
3. 第8期計画の評価指標	77

第1章 計画の基本的な考え方

1. 計画策定の背景

本市においては、令和2年6月末現在、高齢者数は11,489人で、高齢化率は33.6%です。また、高齢者数のうち、後期高齢者が占める割合は、52.9%と過半数に達しており、戦後のベビーブーム期に生まれた世代、いわゆる「団塊の世代」がすべて後期高齢者になる令和7年(2025年)には、介護が必要な方が急増する状況が予想されます。いわゆる2025年問題が待ち構えている第8期計画では、持続可能な介護保険制度の確立も模索していく必要があります。

また、一方で、健康寿命も延びており、男性72.14歳、女性74.79歳と、前期高齢期間（65歳～74歳）では、いきいきと積極的な暮らし方ができる高齢者も増加しています。

第8期計画では、介護が必要な高齢者が安心して暮らせる持続可能な介護保険事業の推進を進めるとともに、高齢者が住み慣れた地域で、いきいきと積極的な暮らしの実現が可能となる地域包括ケアシステムのさらなる深化を進めていくことが必要となります。

2. 第8期計画の基本指針

○介護保険法第116条において、厚生労働大臣は地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めることとされています。

○基本指針では、以下の事項について定めることとされています。

- ・介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施に関する基本的事項
- ・市町村介護保険事業計画において介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準その他市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項
- ・その他介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するために必要な事項

○「高齢者福祉計画」は、老人福祉法第20条の8により、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画として定めることとされています。

○第8期(令和3年度～令和5年度)においては、第7期計画での目標や具体的な施策を踏まえ、2025年を目指した地域包括ケアシステムの整備、更に現役世代が急減する2040年の双方を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えることについて第8期計画に位置付けることが求められます。

市町村老人福祉計画(老人福祉法第20条の8)

高齢者施策全般に関わる理念や基本的な方針、目標を定めた計画であり、
高齢者の福祉に関わる総合的な計画です。

市町村介護保険事業計画(介護保険法第117条)

適正な介護サービスの実施量および地域支援事業に関する事業量など
を見込むとともに、それに基づく介護保険料を算定する計画です。

最上位計画

由布市総合計画

地域自治を大切にしたい住み良さ日本一のまち 由布市



上位計画

由布市地域福祉計画



由布市高齢者保健福祉計画及び
介護保険事業計画

関連計画

由布市障がい者基本計画、由布市障がい福祉計画

由布いきいきプラン(健康増進計画)

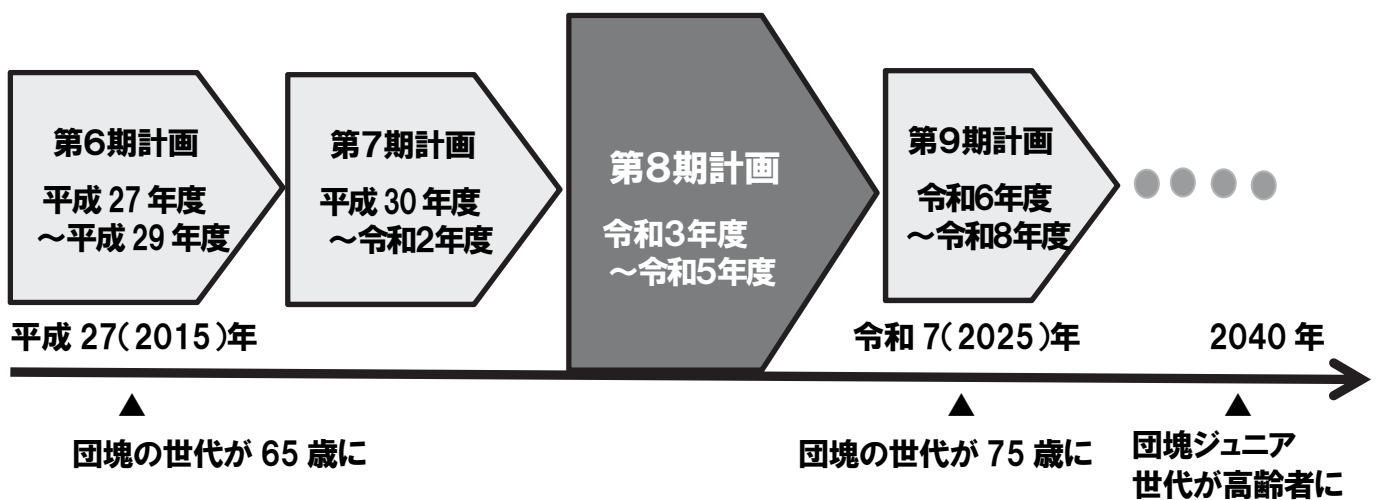
など

3. 計画期間

本計画は、介護保険法第117条第1項の規定に基づき、令和3年度から令和5年度の3年間を計画期間とします。

令和3年度から3年間の計画ではありますが、団塊の世代が後期高齢者となることで、介護・医療ニーズが急増する、いわゆる「2025年問題」を見据えた長期的な視点を持った計画づくりが求められています。また、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年をも見据えた計画づくりを行います。

さらに、本計画は、本市の特性を活かした高齢者施策の課題解決の視点を持ち、「高齢者福祉計画」と「第8期介護保険事業計画」を一体的に策定していくこととします。



4. 第8期計画において記載を充実させる事項

本計画は、国の基本指針に基づき、以下の方向性を示した計画とします。

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえた計画とします。

2 地域共生社会の実現

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取り組みについて、由布市地域福祉計画と連携した計画とします。

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

○一般介護予防事業の推進

- ・PDCAサイクルに沿った推進
- ・専門職の関与
- ・他の事業との連携

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組み

○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえた計画づくり

○保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進

○在宅医療・介護連携の推進

○看取りや認知症への対応強化等

○要介護（支援）者に対するリハビリテーションの推進

4 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

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

○教育等他の分野との連携に関する事項

5 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取り組みの強化

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保

○介護現場における業務仕分けの推進、ロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入

○介護現場に革新をもたらすための方策等

○総合事業等の担い手確保

○要介護認定を行う体制の整備

○文書負担軽減に向けた取り組み

6 災害や感染症対策に係る体制整備

○地震や水害などの自然災害、新型コロナウイルス感染症をはじめとする感染症に対する対策

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

○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載

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

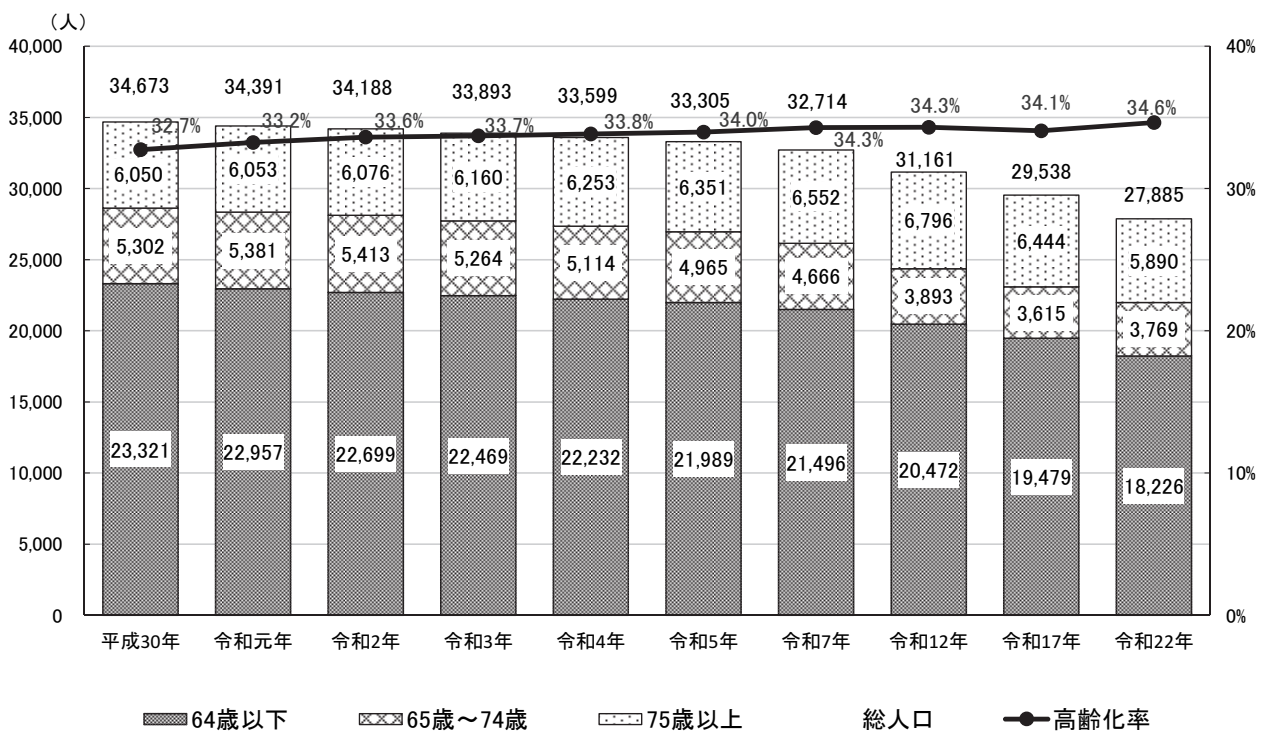
第2章 高齢者を取り巻く状況

1. 高齢者人口、世帯等の状況

1) 年齢区分別人口の推移・推計

全国的に少子高齢化・人口減少が進む中、本市においても高齢化が進行しており、令和2年には高齢化率が33.6%となっています。推計人口をみると、今後高齢化率の伸びは鈍化すると推計されていますが、75歳以上の後期高齢者の割合が大きくなると見込まれています。

年齢区分別人口の推移および推計



資料：令和2年まで住民基本台帳（各年6月1日現在）

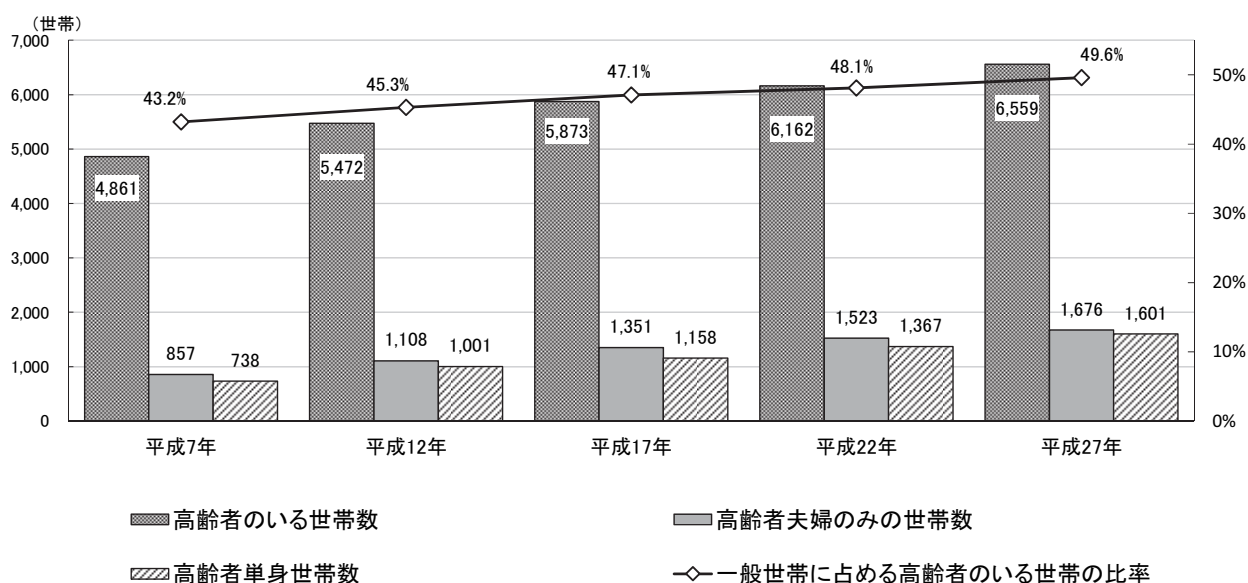
令和3年からはコーホート要因法による人口推計

2) 高齢者世帯

高齢者のいる世帯数は増加が続いており、一般世帯に占める高齢者のいる世帯の割合についても一貫して増加しています。

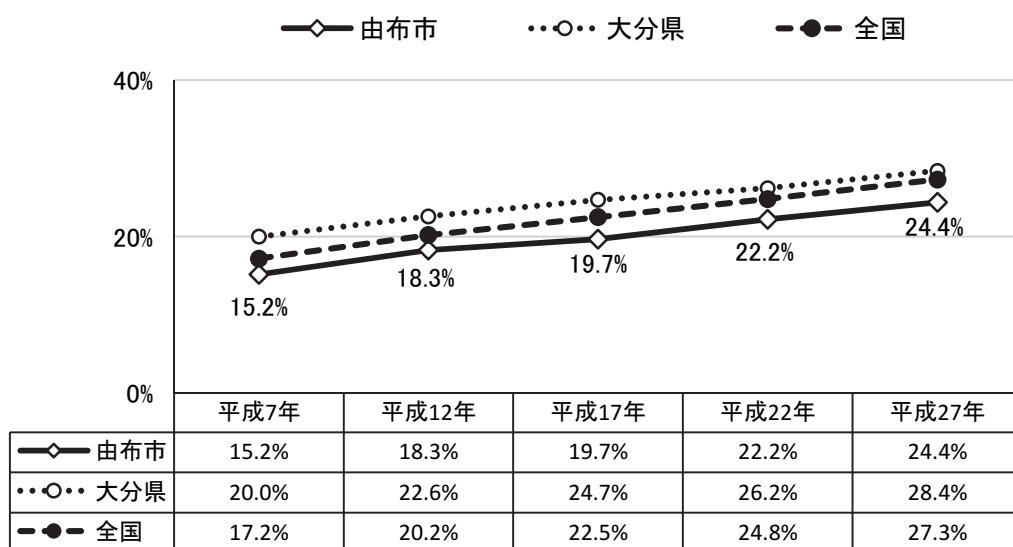
高齢者のいる世帯における高齢者単身世帯の割合の推移についてみると、一貫して増加が続いていますが、国、県の平均より低い水準で推移しています。

高齢者世帯の状況



資料：国勢調査（各年）

高齢者のいる世帯における高齢者単身世帯率



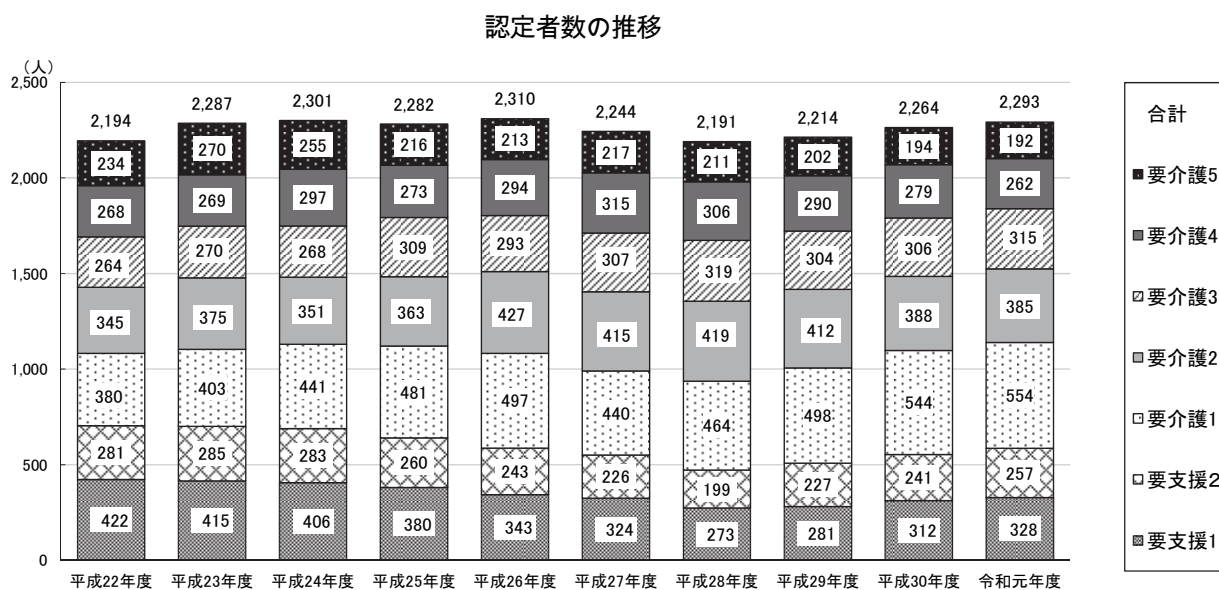
資料：国勢調査（各年）

2. 認定者の現状

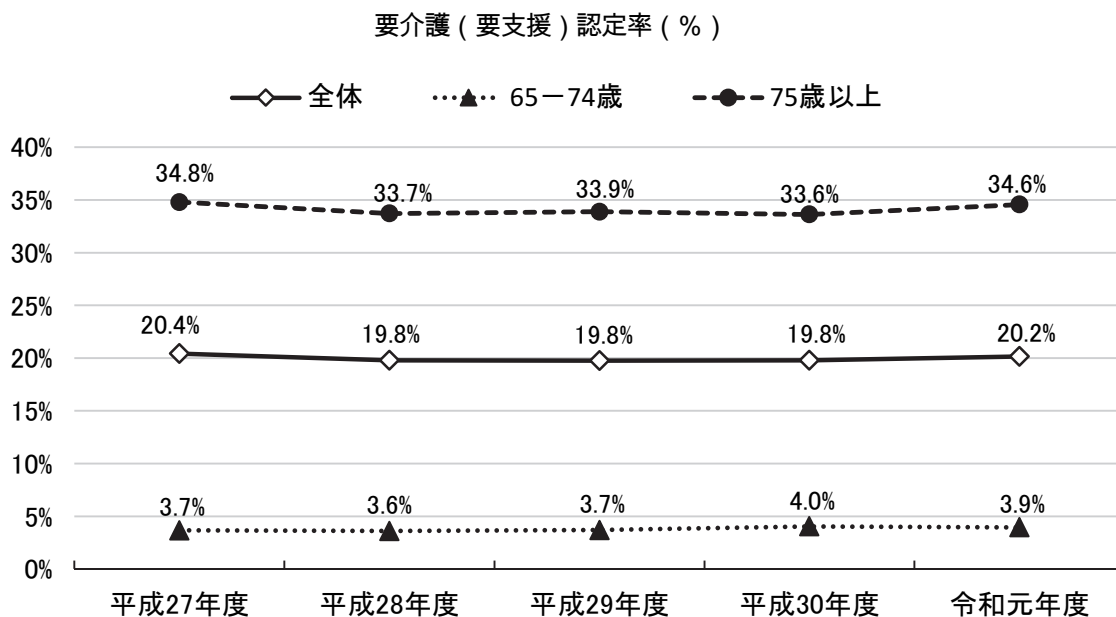
1) 要介護（支援）認定者推移・推計

要介護（支援）認定者数は、令和元年度時点で 2,293 人となっており、平成 22 年度と比較すると 99 人増加しています。

認定率の推移をみると、全体の認定率では平成 28 年度以降 19.8%となっていますが、令和元年度は 20.2%と少し増加しています。令和元年度は 65～74 歳で 3.9%、75 歳以上で 34.6%となっています。



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（各年 3 月末）

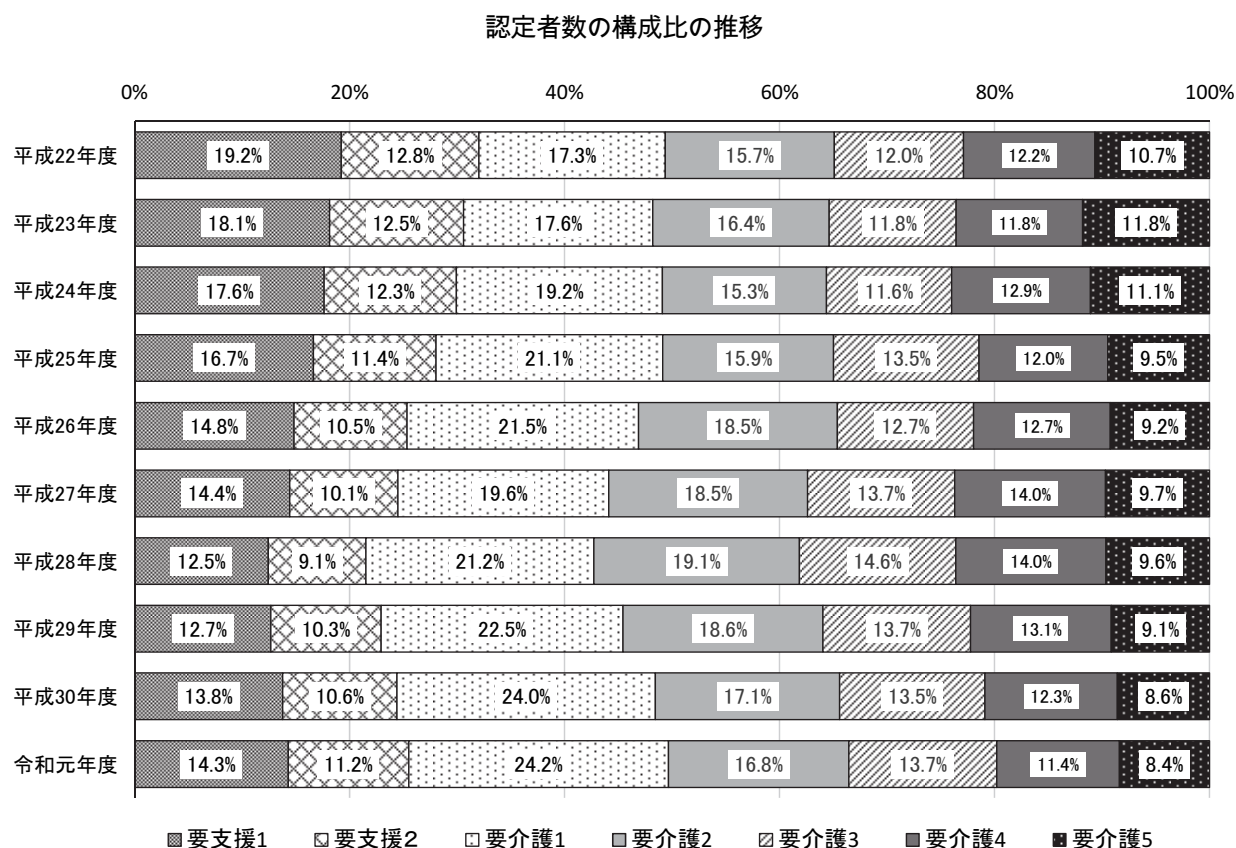


資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（各年 3 月末）

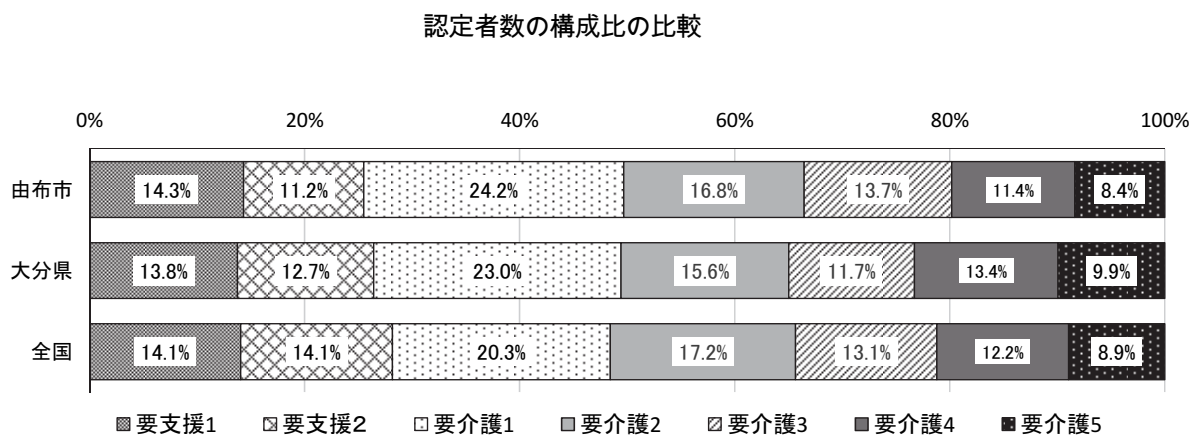
2) 認定者数の構成比の推移

認定者数の構成比の推移をみると、平成 28 年度までは要支援 1、2 が減少傾向となっていますが、それ以降は増えており、要介護 2～5 は平成 28 年度を境に減少傾向となっています。

また、構成比を国、県と比較すると、要支援 2 と要介護 4、5 が低くなっており、要支援 1 と要介護 1、3 が国、県より高くなっています。



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（各年 3 月末）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和元年(2019 年)

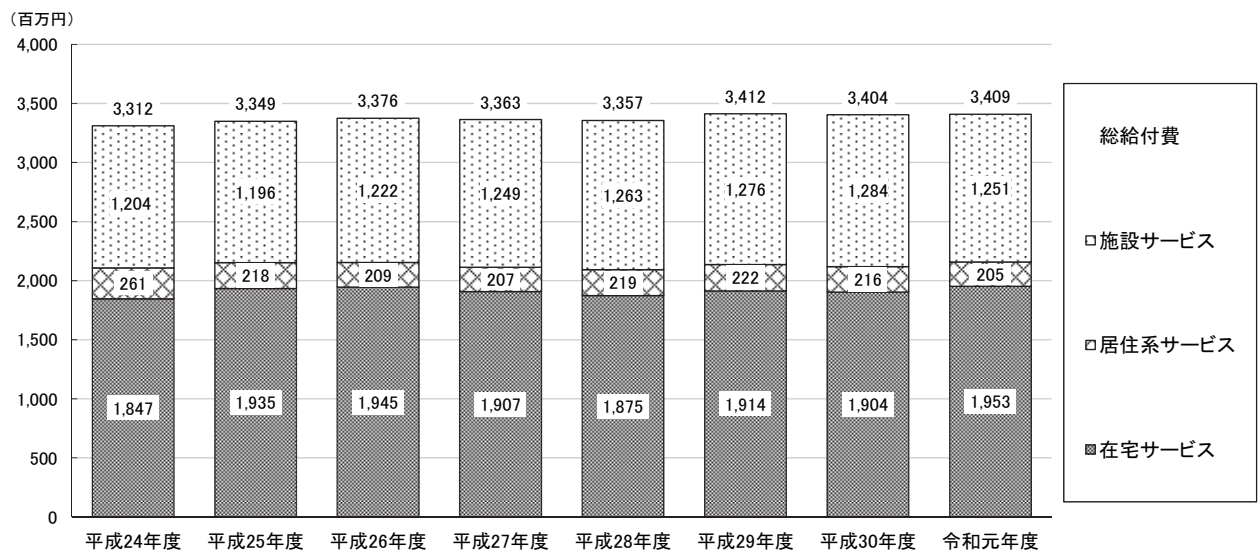
3. 介護保険サービスの利用状況

1) サービス区分別給付費

介護（予防）サービスの給付費の状況をみると、平成 29 年度に少し増加し、その後横ばい傾向となっています。

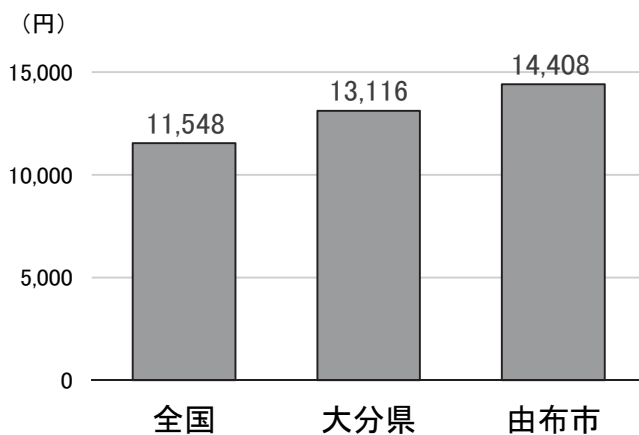
また、給付費割合の国、県との比較をみると、施設および居住系の割合は同程度となっており、在宅サービスについては国、県より高くなっています。

サービス区分別給付費の推移

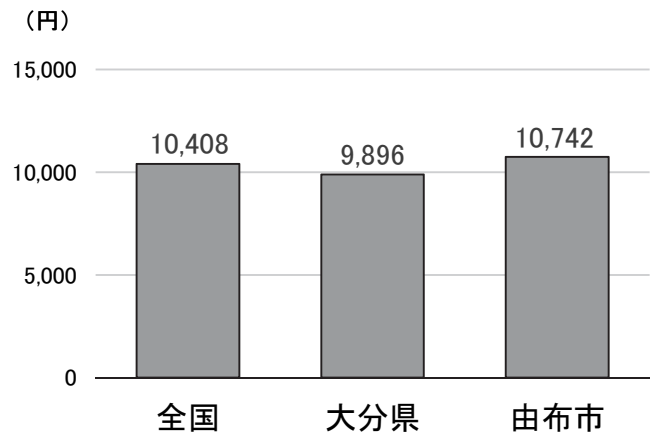


資料：【実績値】厚生労働省「介護保険事業状況報告」9 月月報。「総給付費」は厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額
（在宅サービス）



第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額
（施設および居住系サービス）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和元年(2019 年)

4. アンケート結果

1) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査の概要

(1) 調査概要

- ・調査地域 : 由布市全域
- ・調査対象者 : (介護予防・日常生活圏域二一ズ調査)
・市内在住の65歳以上の方(要介護認定者の方は除く)
- ・調査期間 : 令和元年12月28日 ~ 令和2年1月31日
- ・調査方法 : 郵送による配布・回収
- ・回収状況

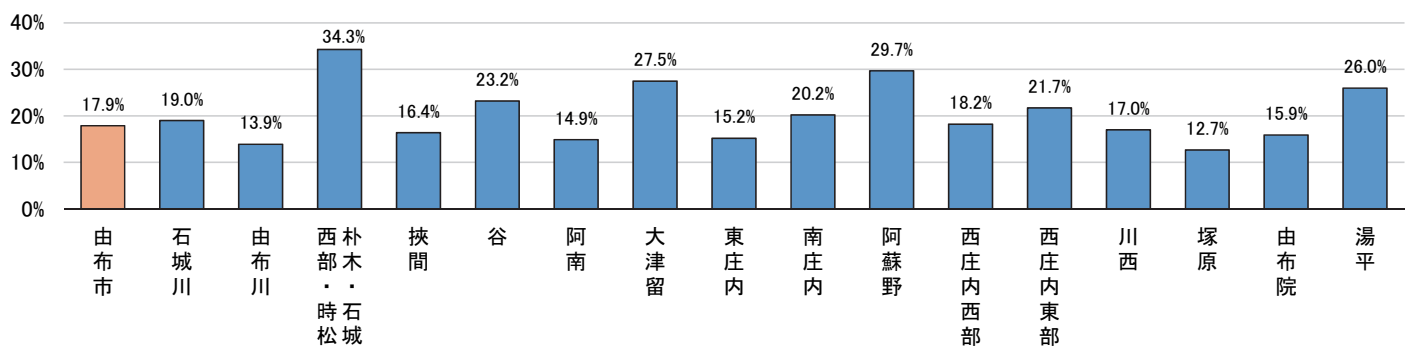
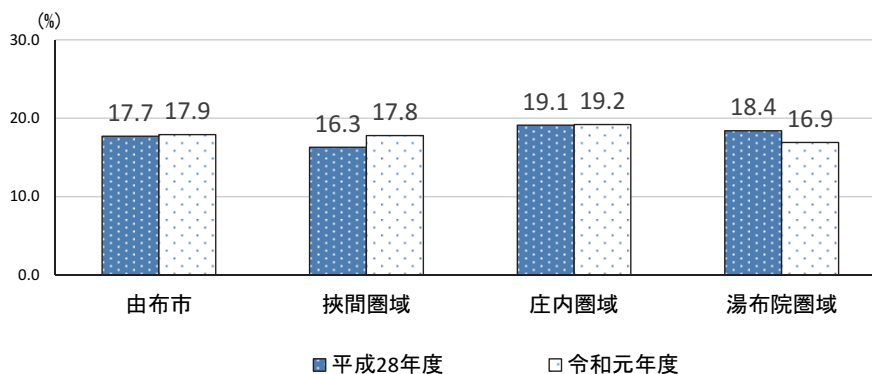
配布数 (A)	回収票数 (B)	回収率 (B) / (A)
9,448	5,238	55.4%

(2) 結果概要(地域包括ケア「見える化」システムより)

指標 E1 運動器機能リスク高齢者の割合

令和元年度の運動器機能リスクは17.9%で、平成28年度より増加しています。

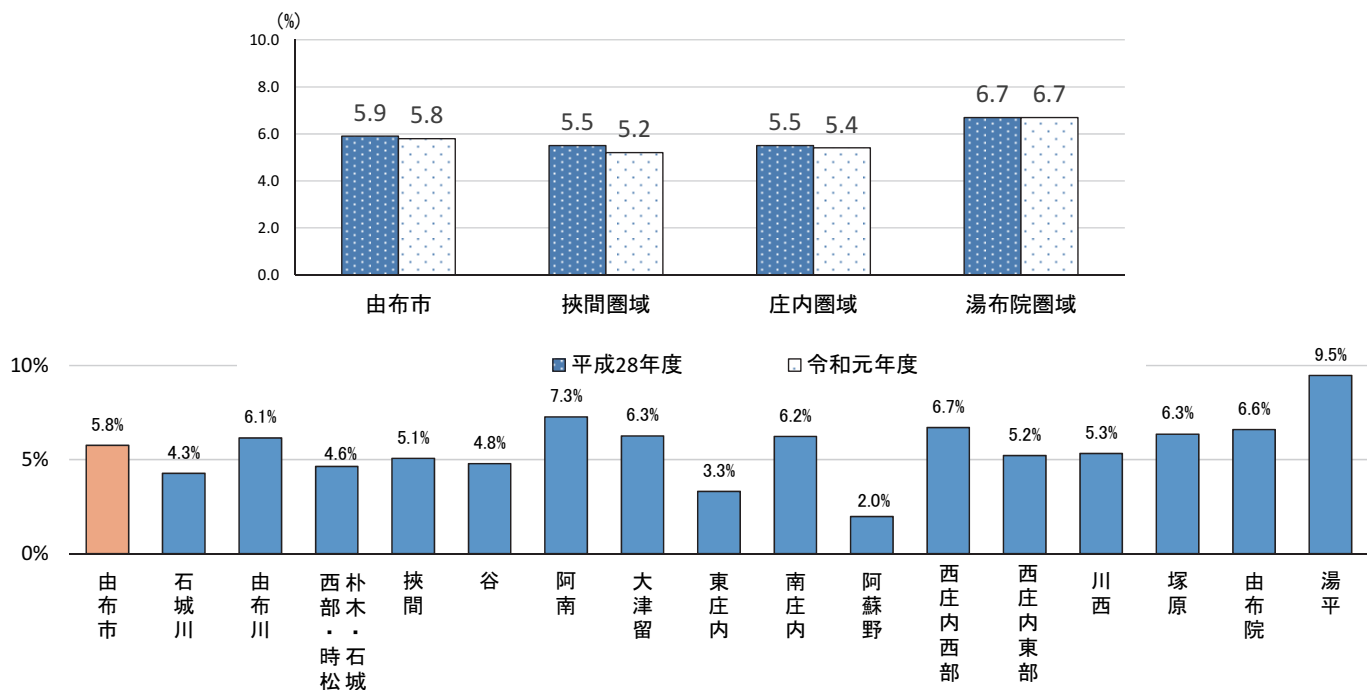
地域別でみると、朴木・石城西部・時松地区が最も高く34.3%、次いで阿蘇野地区29.7%、大津留地区27.5%、湯平地区26.0%となっています。



指標 E2 栄養改善リスク高齢者の割合

令和元年度の栄養改善リスク高齢者の割合は 5.8%で、平成 28 年度より減少しています。

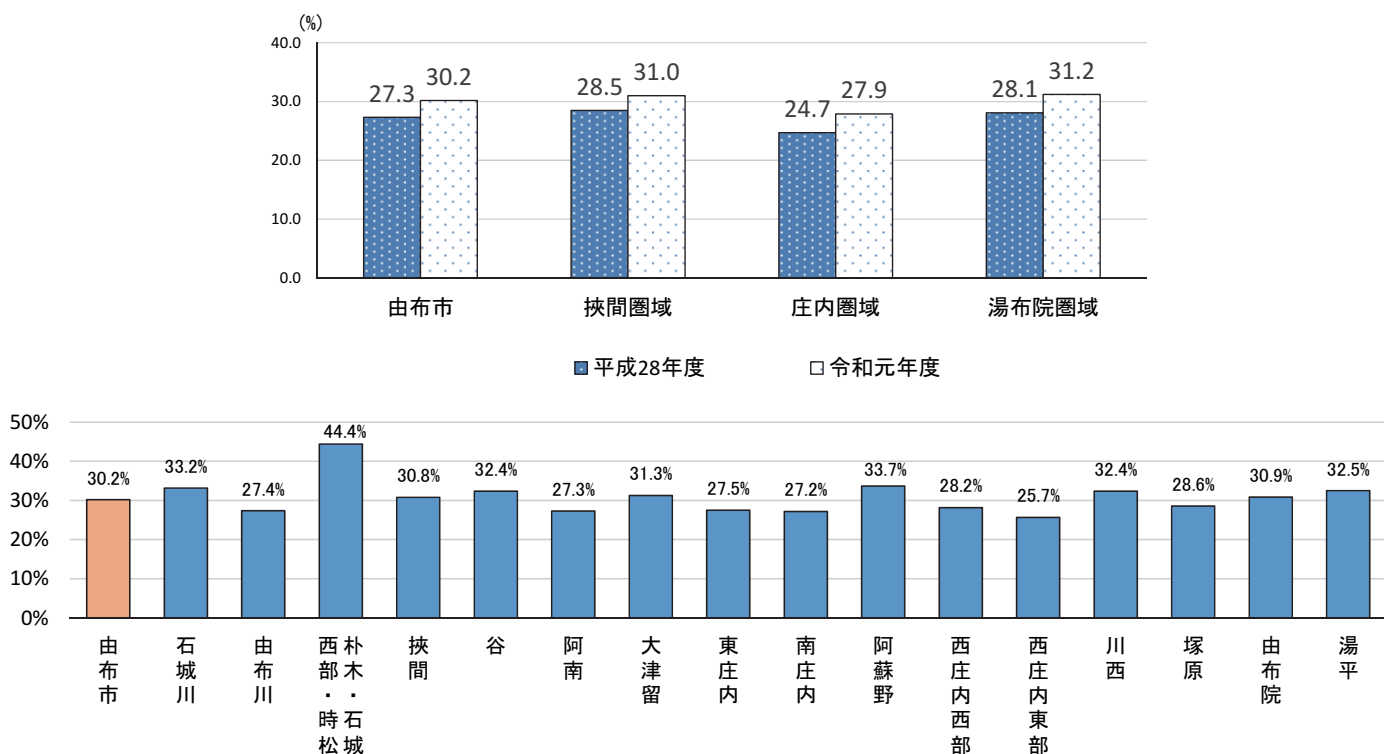
地域別でみると、湯平地区が最も高く 9.5%、次いで阿南地区 7.3%、西庄内西部地区 6.7%となっています。



指標 E3 咀嚼機能リスク高齢者の割合

令和元年度の咀嚼機能リスク高齢者の割合は 30.2%で、平成 28 年度より増加しています。

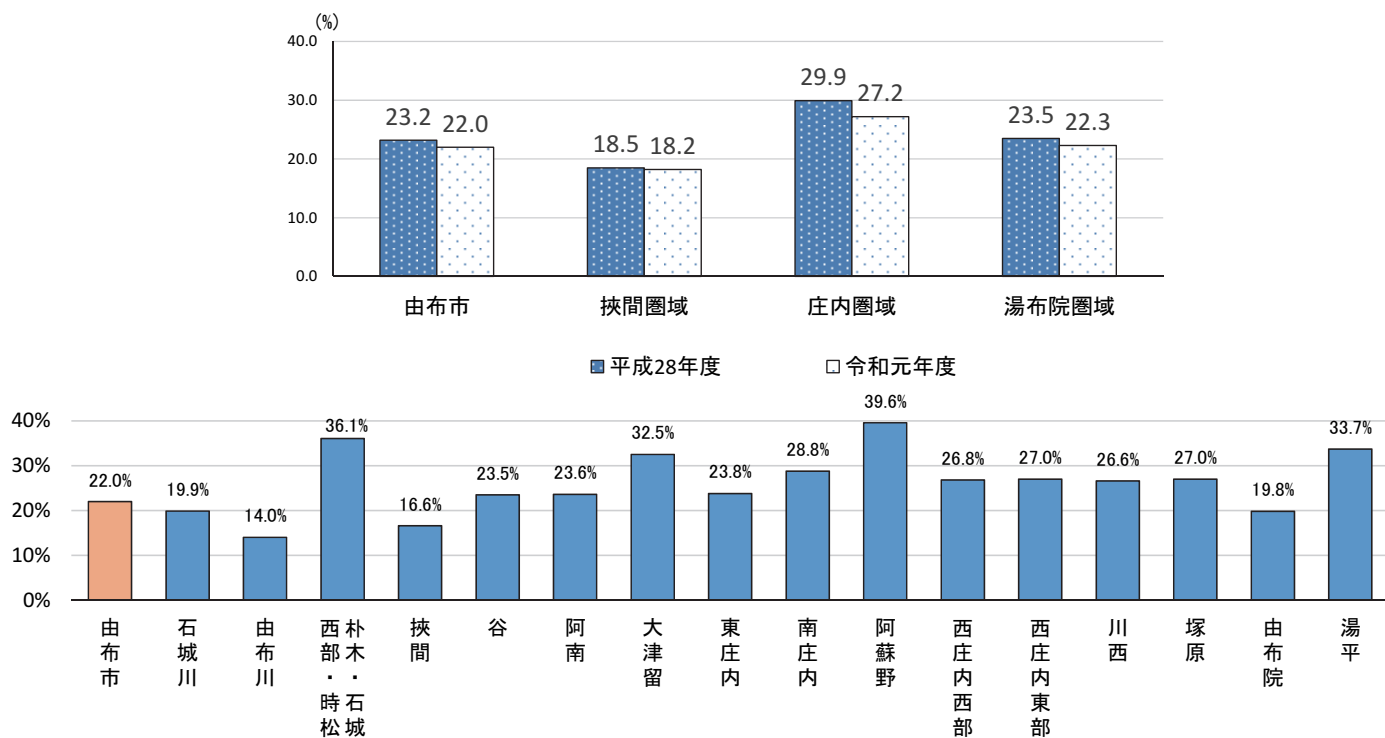
地域別でみると、朴木・石城西部・時松地区が最も高く 44.4%、次いで阿蘇野地区 33.7%、石城川地区 33.2%、湯平地区 32.5%となっています。



指標 E4 閉じこもりリスク高齢者の割合

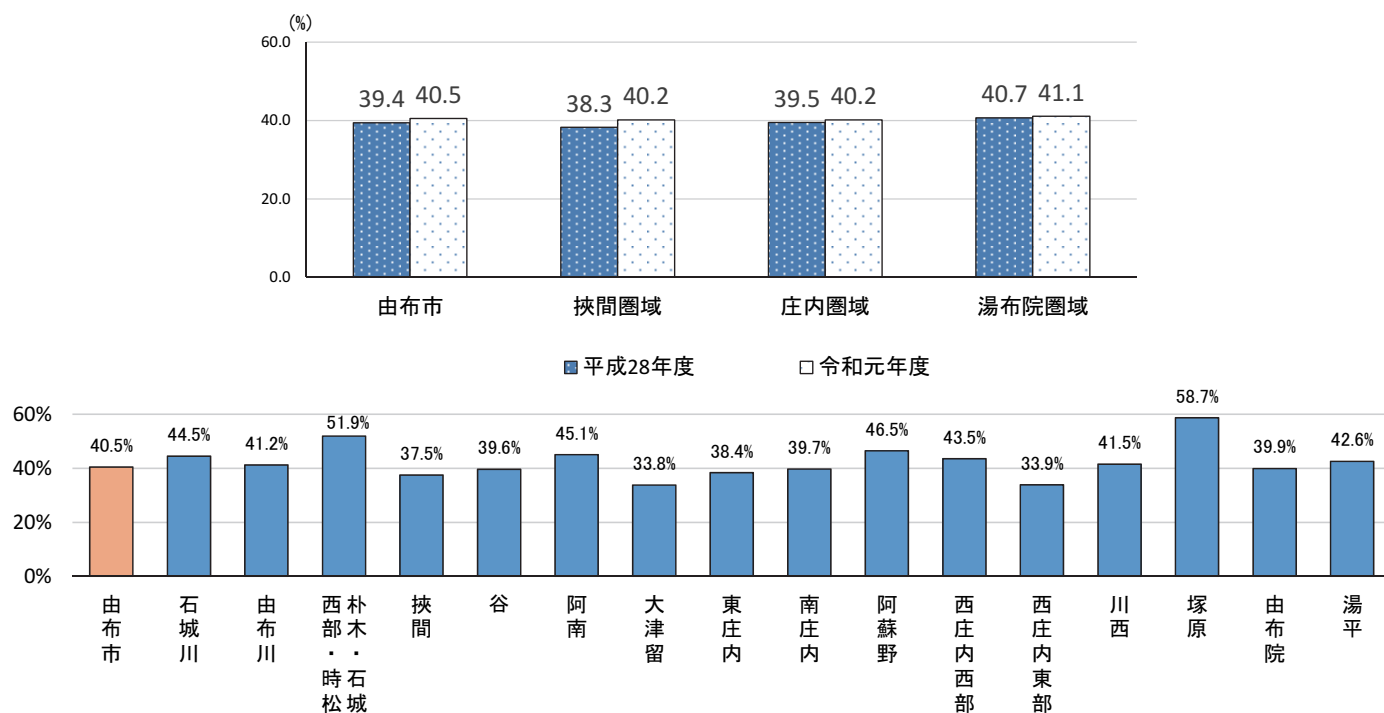
令和元年度の閉じこもりリスク高齢者の割合は22.0%で、平成28年度より減少しています。

地域別でみると、阿蘇野地区が最も高く39.6%、次いで朴木・石城西部・時松地区36.1%、湯平地区33.7%、大津留地区が32.5%となっています。



指標 E5 認知症リスク高齢者の割合

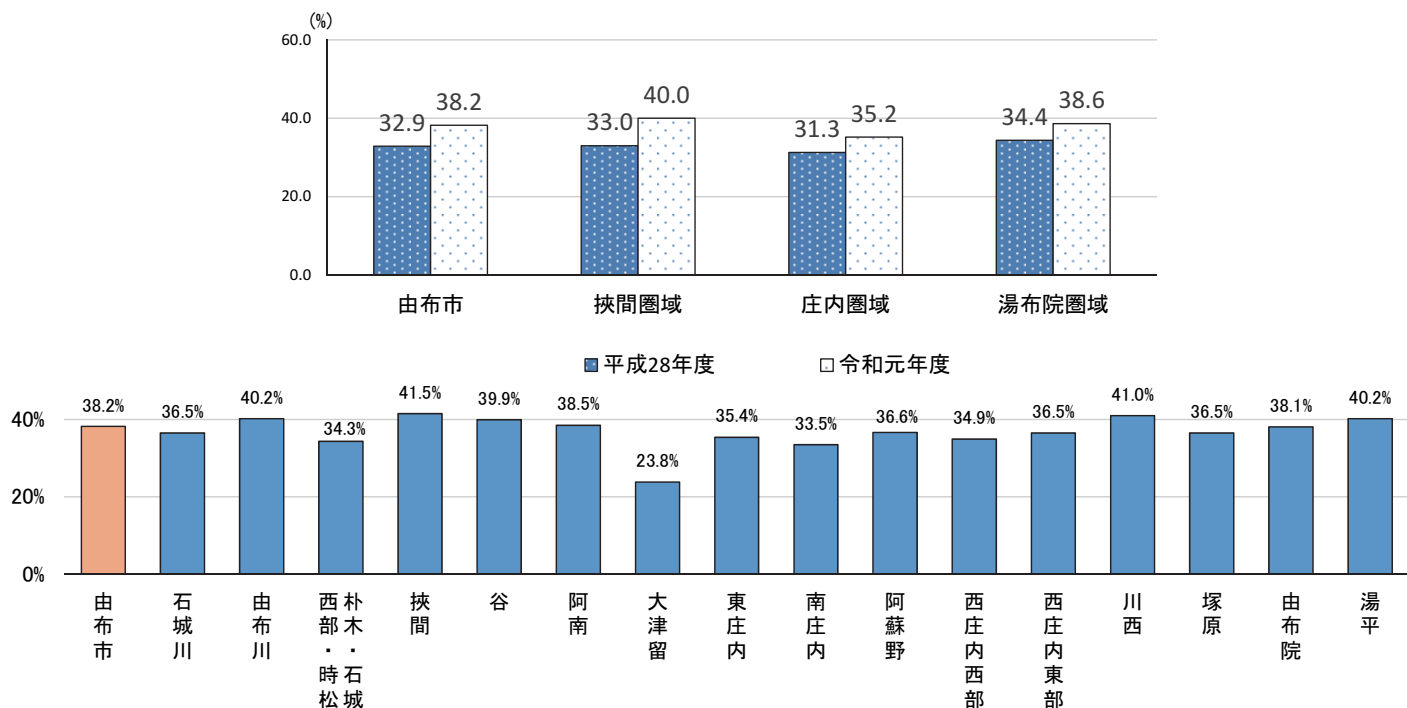
令和元年度の認知症リスク高齢者の割合は40.5%で、平成28年度より増加しています。地域別でみると、塚原地区が最も高く58.7%、次いで朴木・石城西部・時松地区51.9%、阿蘇野地区46.5%、阿南地区が45.1%となっています。



指標 E6 うつリスク高齢者の割合

令和元年度のうつリスク高齢者の割合は 38.2%で、平成 28 年度より増加しています。

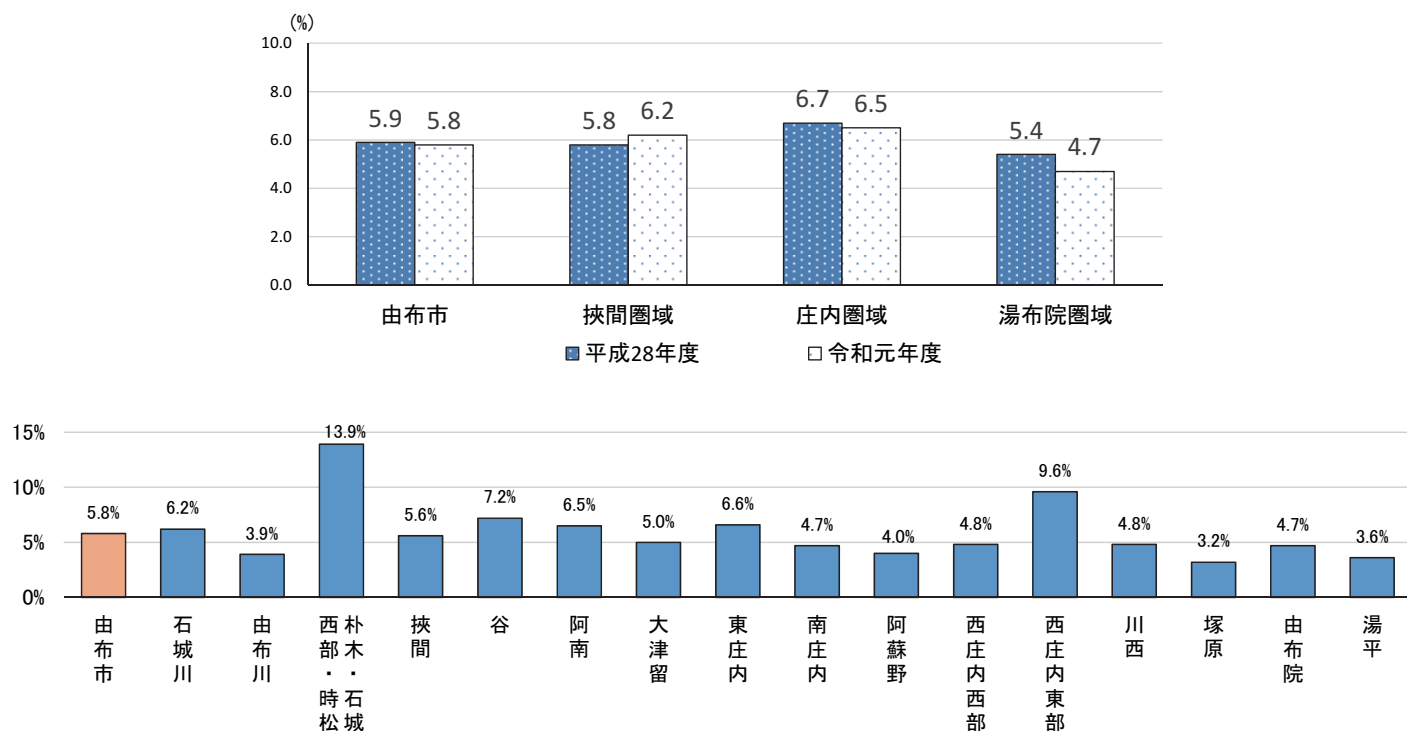
地域別でみると、挾間地区が最も高く 41.5%、次いで川西地区 41.0%、由布川地区、湯平地区がともに 40.2%となっています。



指標 E7 IADL が低い高齢者の割合

令和元年度の IADL が「低い」高齢者の割合は 5.8%で、平成 28 年度より減少しています。

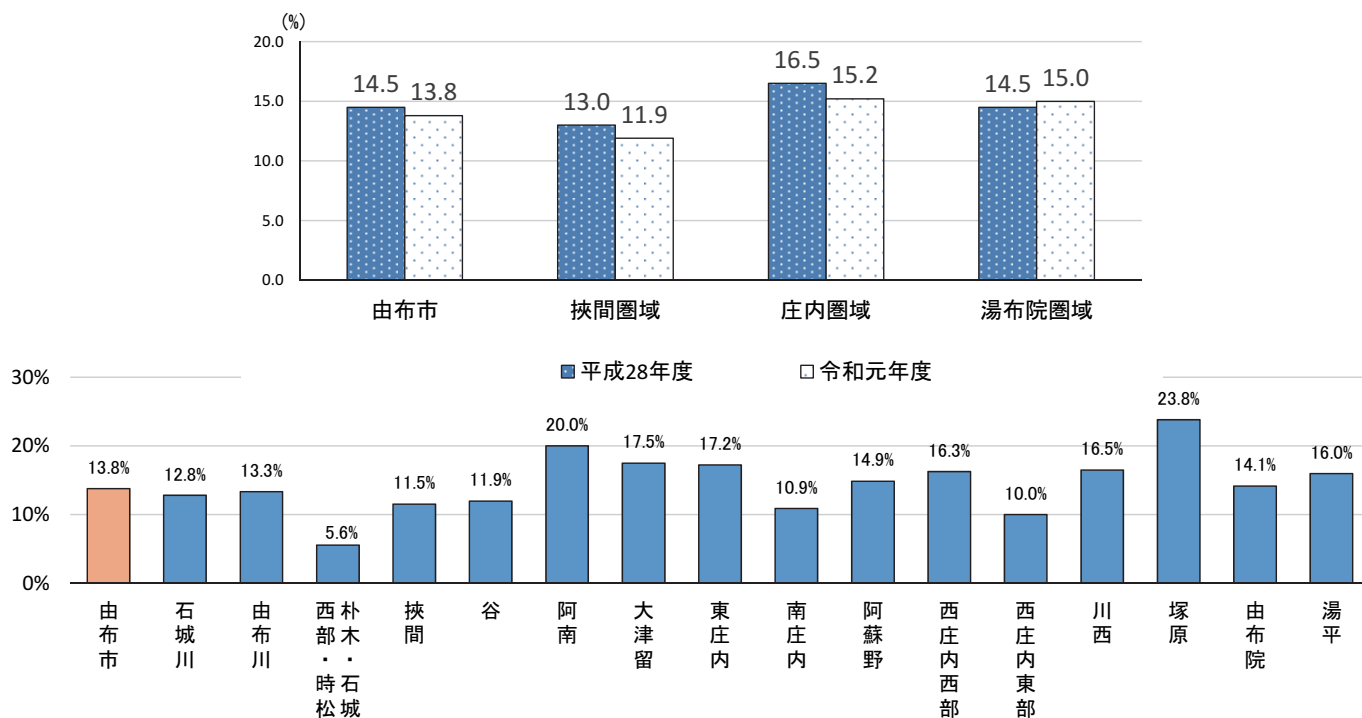
地域別でみると、朴木・石城西部・時松地区が最も高く 13.9%、次いで西庄内東部地区 9.6%、谷地区 7.2%となっています。



指標 E8 ボランティアに参加している高齢者の割合

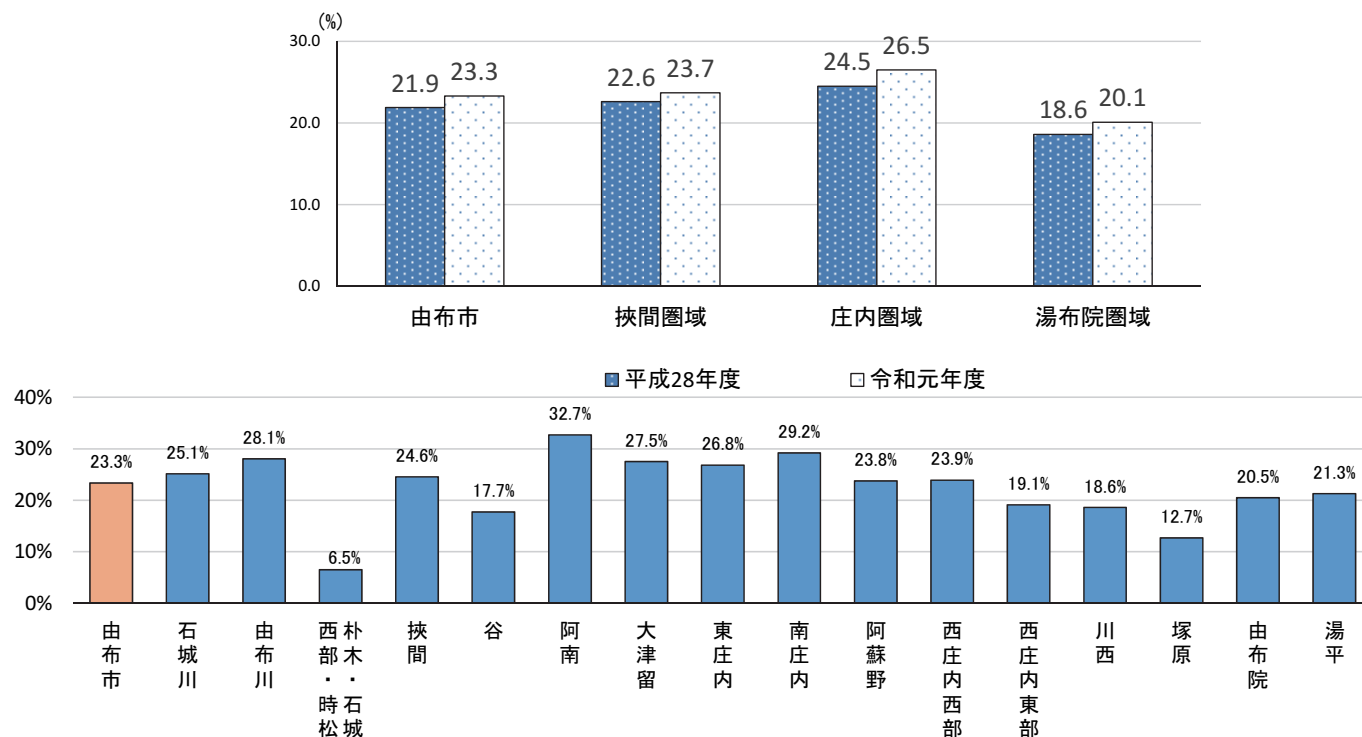
令和元年度のボランティアに参加している高齢者の割合は 13.8%で、平成 28 年度より減少しています。

地域別でみると、塚原地区が最も高く 23.8%、次いで阿南地区 20.0%、大津留地区 17.5%、東庄内地区 17.2%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く 5.6%となっています。



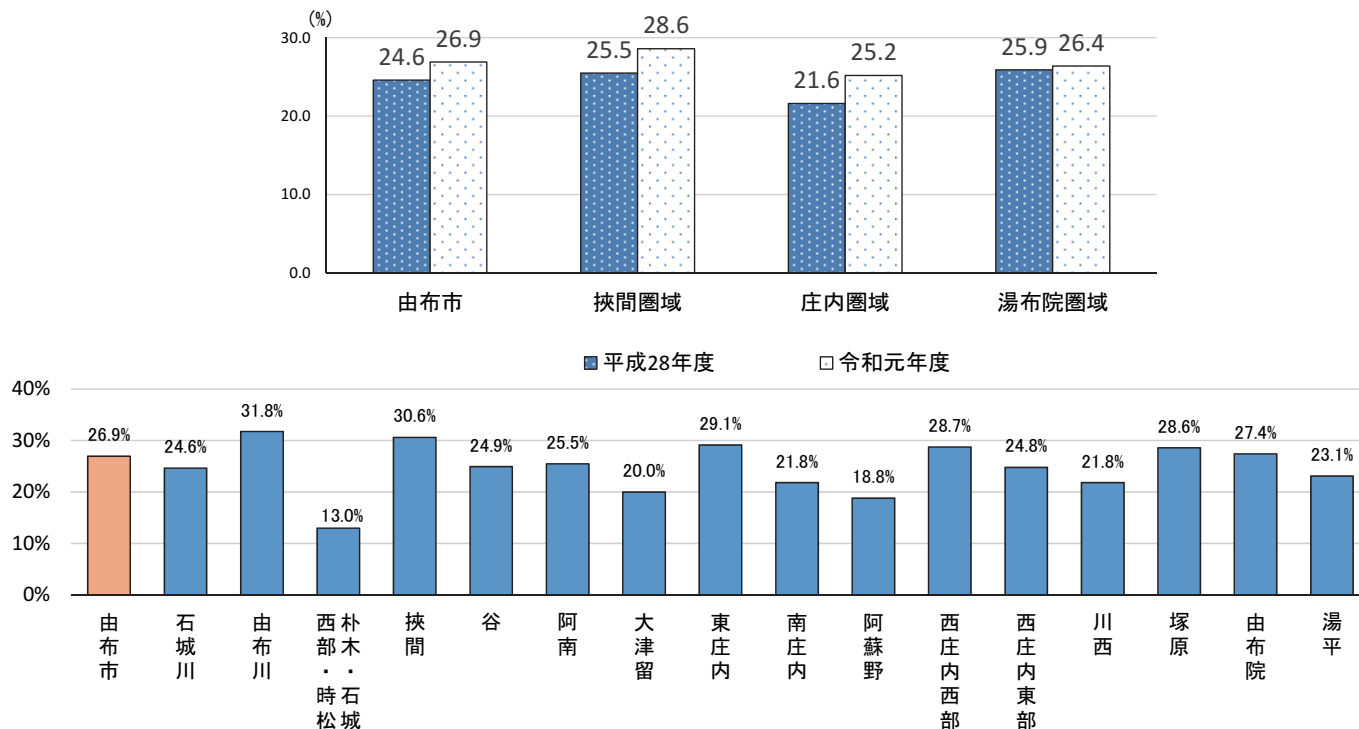
指標 E9 スポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者の割合

令和元年度のスポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者の割合は 23.3%で、平成 28 年度より増加しています。地域別でみると、阿南地区が最も高く 32.7%、次いで南庄内地区 29.2%、由布川地区 28.1%、大津留地区 27.5%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く 6.5%となっています。



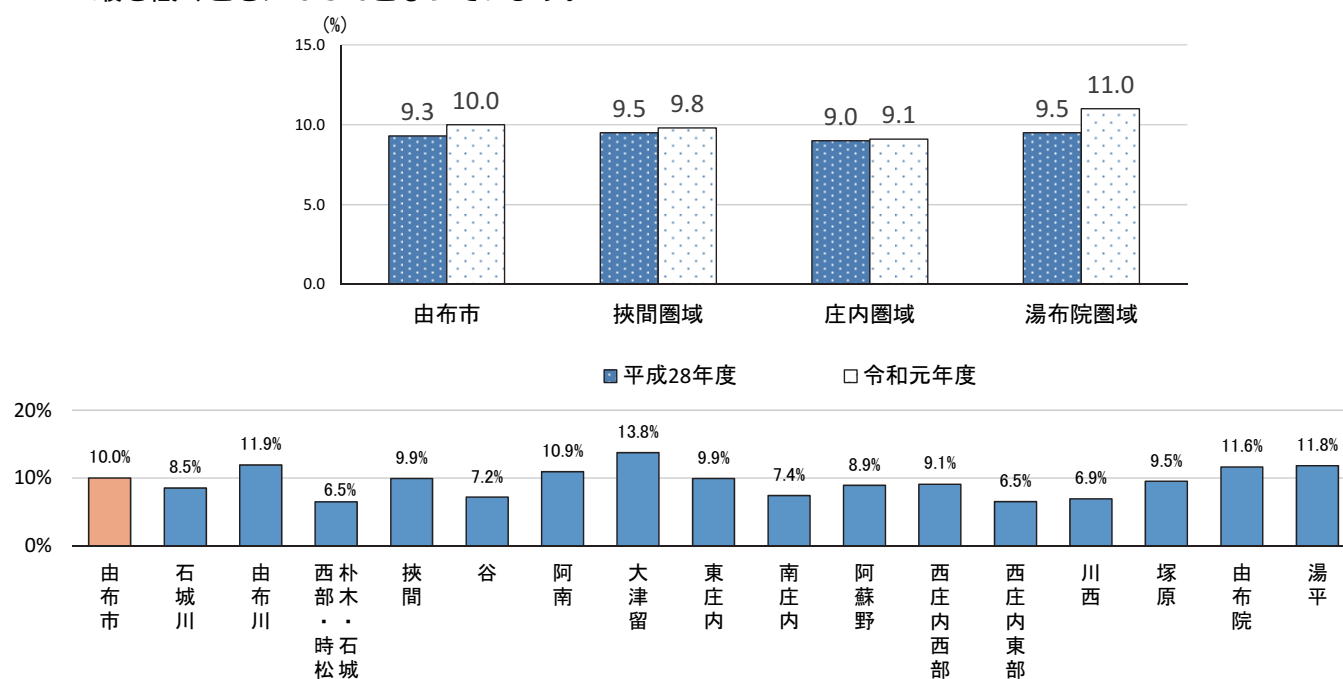
指標 E10 趣味関係のグループに参加している高齢者の割合

令和元年度の趣味関係のグループに参加している高齢者の割合は 26.9%で、平成 28 年度より増加しています。地域別でみると由布川地区が最も高く 31.8%、次いで挾間地区 30.6%、東庄内地区 29.1%、西庄内西部地区 28.7%、塚原地区 28.6%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く 13.0%となっています。



指標 E11 学習・教養サークルに参加している高齢者の割合

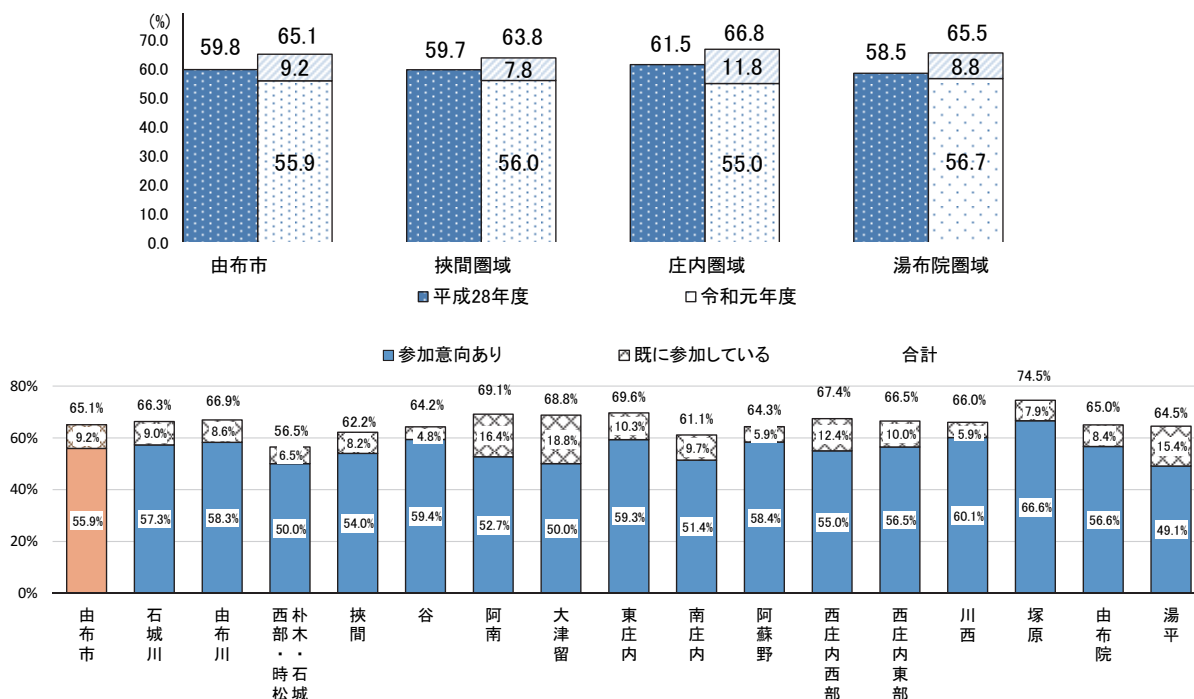
令和元年度の学習・教養サークルに参加している高齢者の割合は 10.0%で、平成 28 年度よりも増加しています。地域別でみると大津留地区が最も高く 13.8%、次いで由布川地区 11.9%、湯平地区 11.8%、由布院地区 11.6%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区と西庄内東部地区が最も低くともに 6.5%となっています。



指標 E12 地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合

令和元年度の地域づくりに参加意向のある高齢者の割合（すでに参加している人を含む）は、65.1%で、平成28年度よりも増加しています。

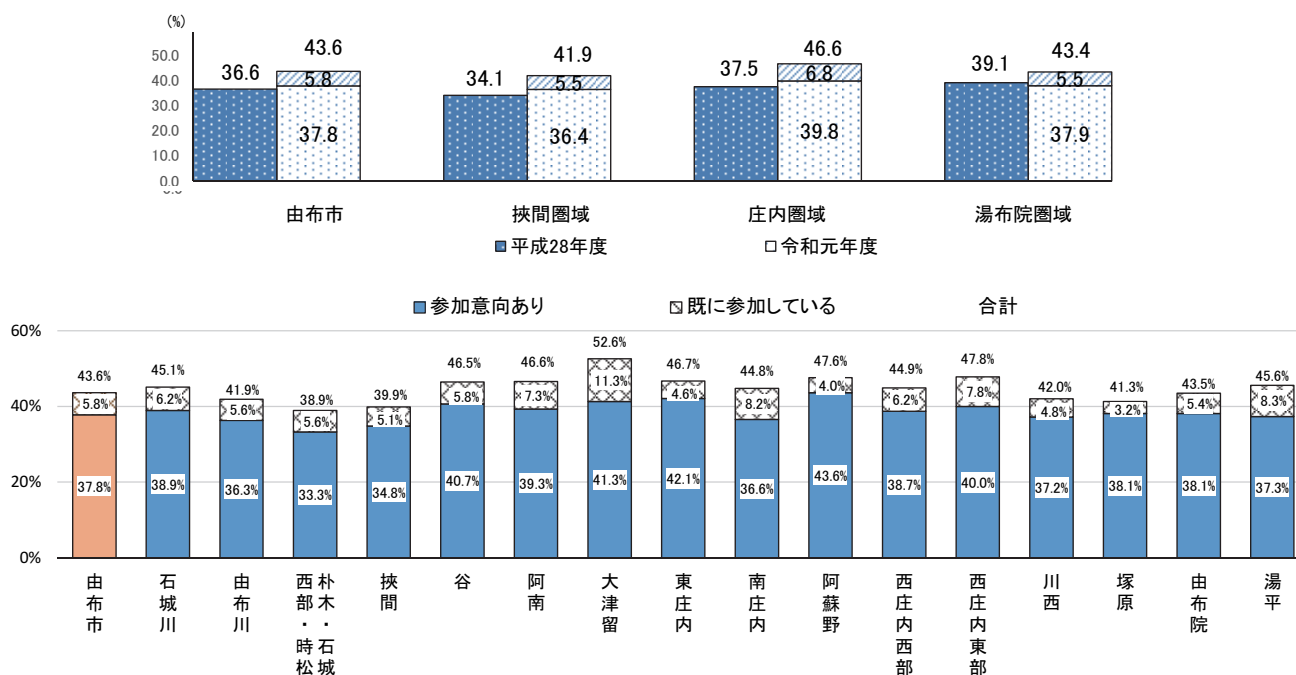
地域別でみると塚原地区が最も高く74.5%、次いで東庄内地区69.6%、阿南地区69.1%、大津留地区68.8%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く56.5%となっています。



指標E13 地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者の割合

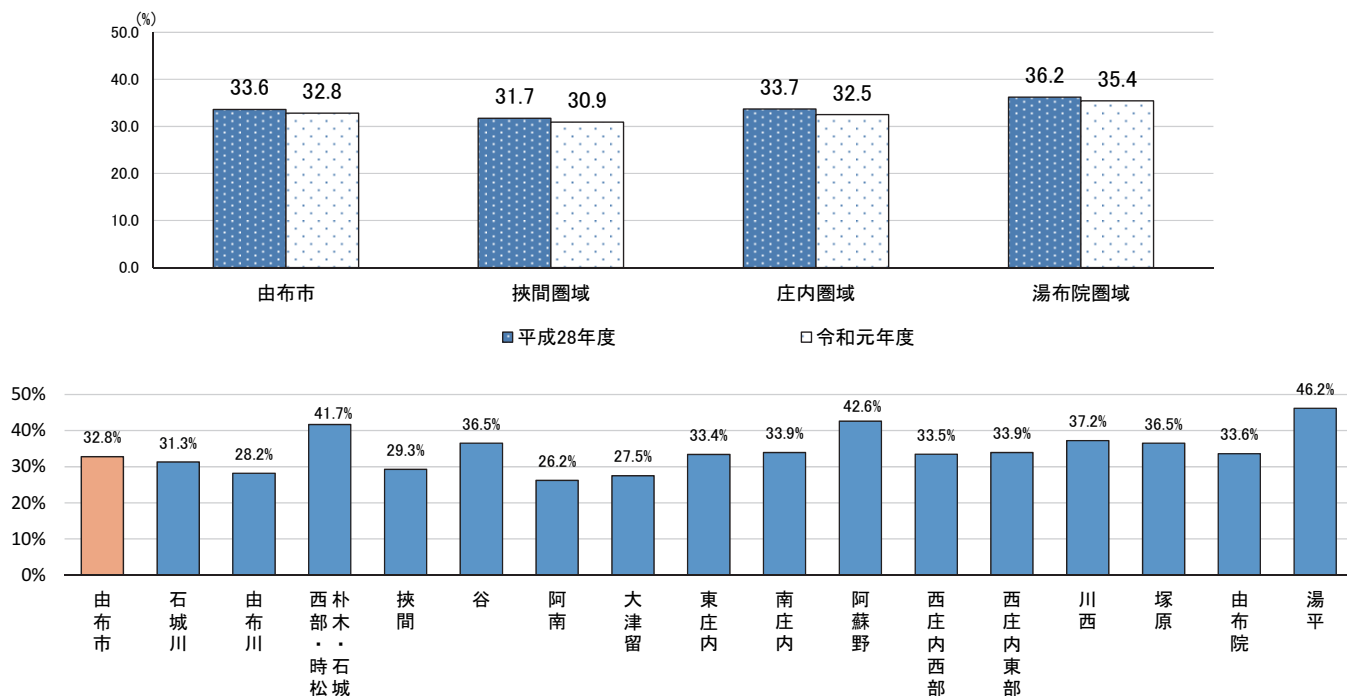
令和元年度の地域づくりへの企画・運営(お世話役)として、参加意向のある高齢者の割合は、43.6%で、平成28年度よりも増加しています。

「参加意向あり」と「すでに参加している」を合わせたものを地域別でみると大津留地区が最も高く52.6%、次いで西庄内東部地区47.8%、阿蘇野地区47.6%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く38.9%となっています。



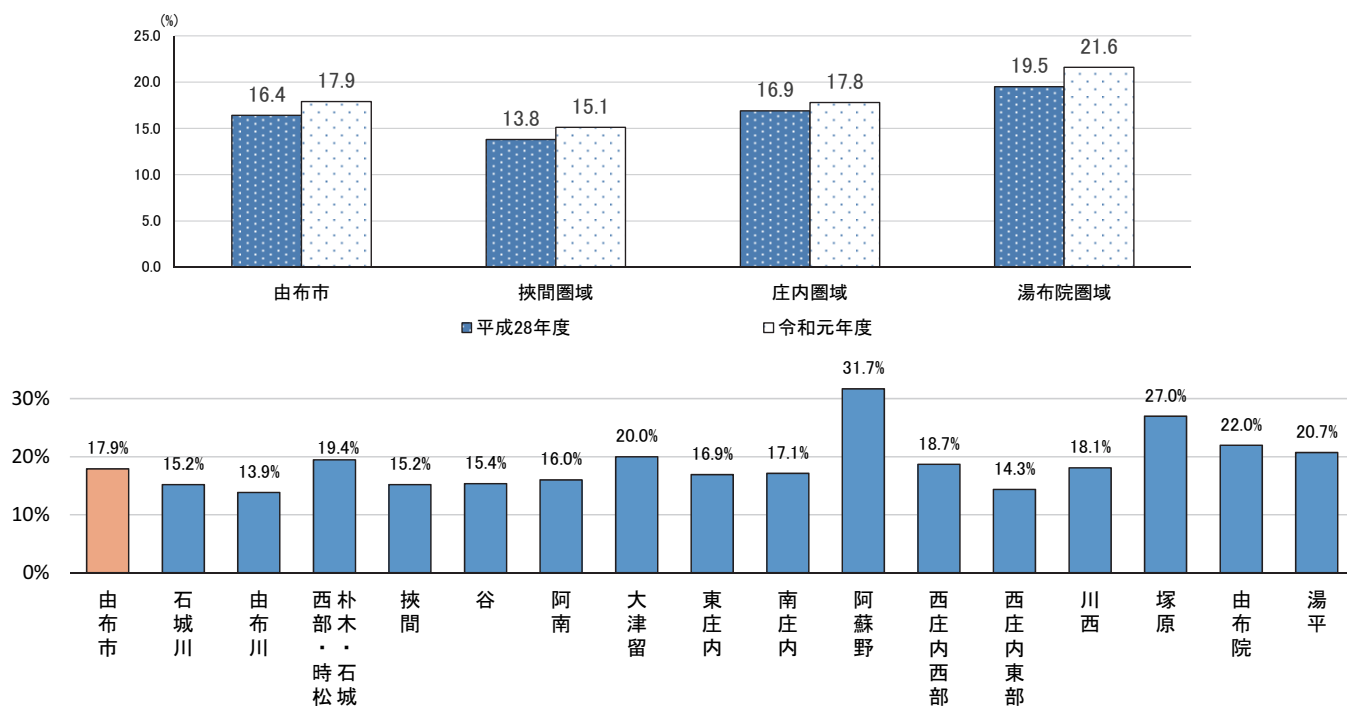
指標 E14 転倒リスク高齢者の割合

令和元年の転倒リスク高齢者の割合は 32.8%で、平成 28 年度より減少しています。圏域別では、湯布院圏域が 35.4%と高くなっています。地域別でみると、湯平地区が最も高く 46.2%、次いで阿蘇野地区 42.6%、朴木・石城西部・時松地区 41.7%、川西地区 37.2%となっています。



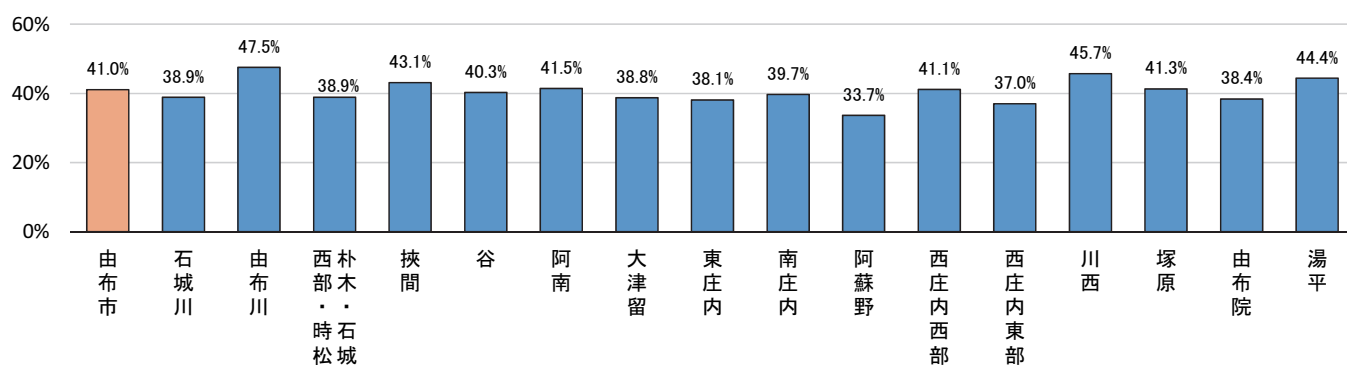
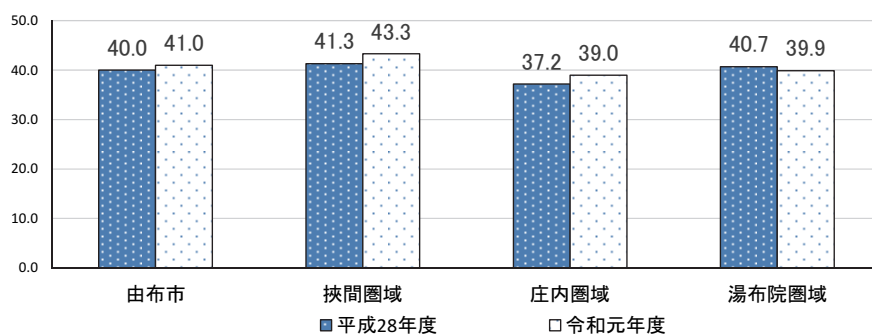
指標 E15 独居高齢者の割合

令和元年度の本市の独居高齢者の割合は 17.9%で、平成 28 年度よりも 1.5%増加しています。特に湯布院圏域は、2.1%の増加となっています。地域別でみると阿蘇野地区が最も高く 31.7%、次いで塚原地区 27.0%、由布院地区 22.0%となっています。一方、由布川地区が最も低く 13.9%となっています。



指標 E16 夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上）の高齢者の割合

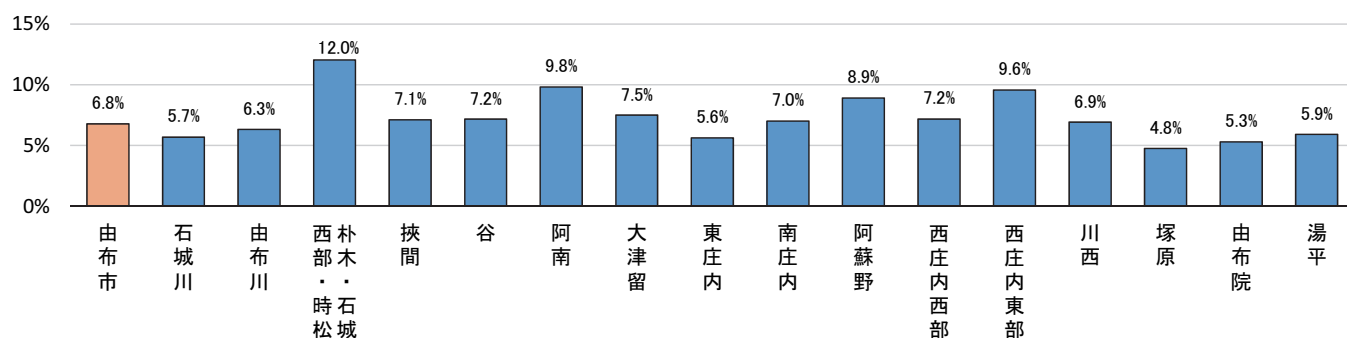
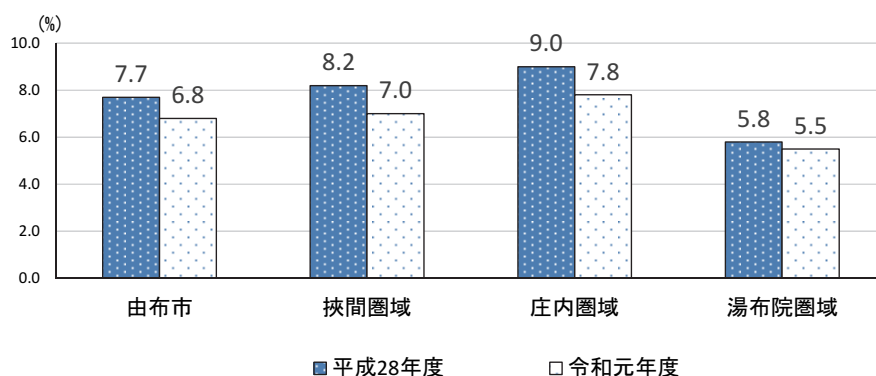
令和元年度の本市の夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上）高齢者の割合は 41.0%で、平成 28 年度よりも 1.0%増加しています。特に挟間圏域は、2%の増加を示しています。地域別でみると由布川地区が最も高く 47.5%、次いで川西地区 45.7%、湯平地区 44.4%となっています。一方、阿蘇野地区が最も低く 33.7%となっています。



指標 E17 配食ニーズありの高齢者の割合

令和元年度の配食ニーズがある高齢者の割合は 6.8%で、平成 28 年度よりも減少しています。

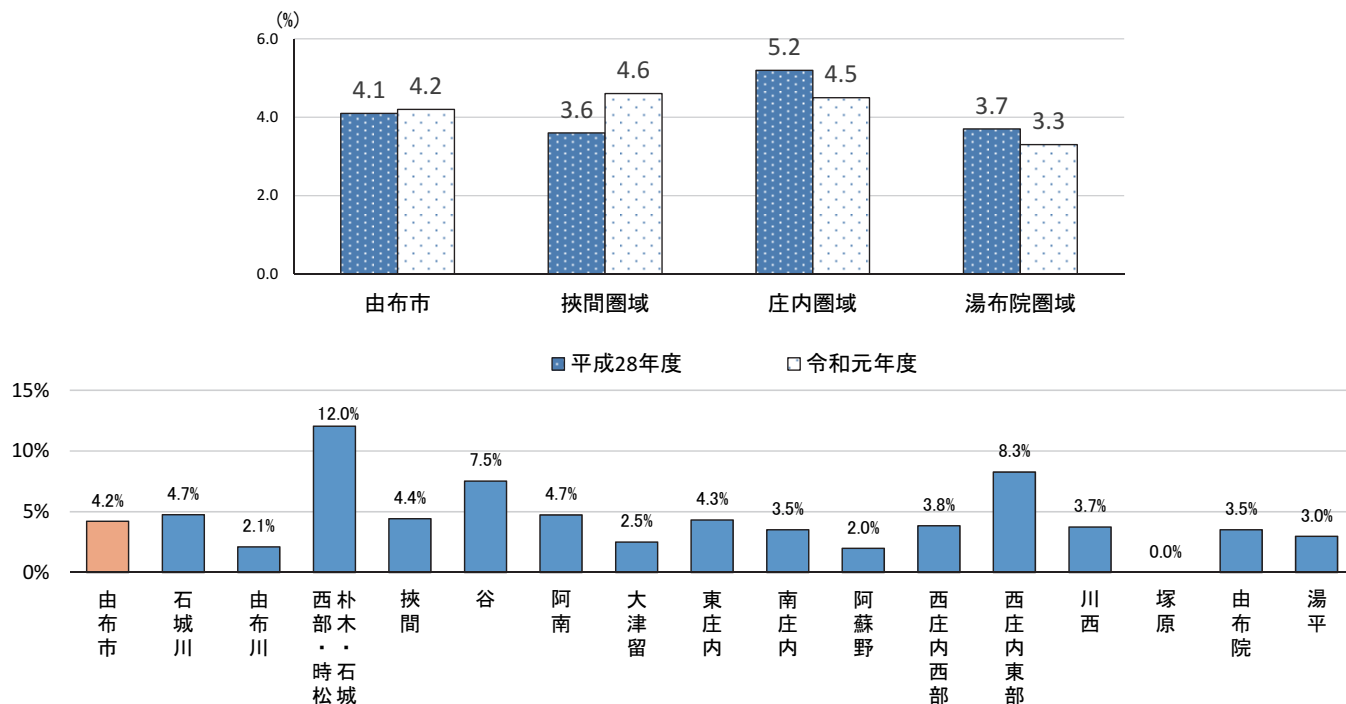
地域別でみると朴木・石城西部・時松地区が最も高く 12.0%、次いで阿南地区 9.8%、西庄内東部地区 9.6%、阿蘇野地区 8.9%となっています。一方、塚原地区が最も低く 4.8%となっています。



指標 E18 買い物ニーズありの高齢者の割合（独居高齢者等）

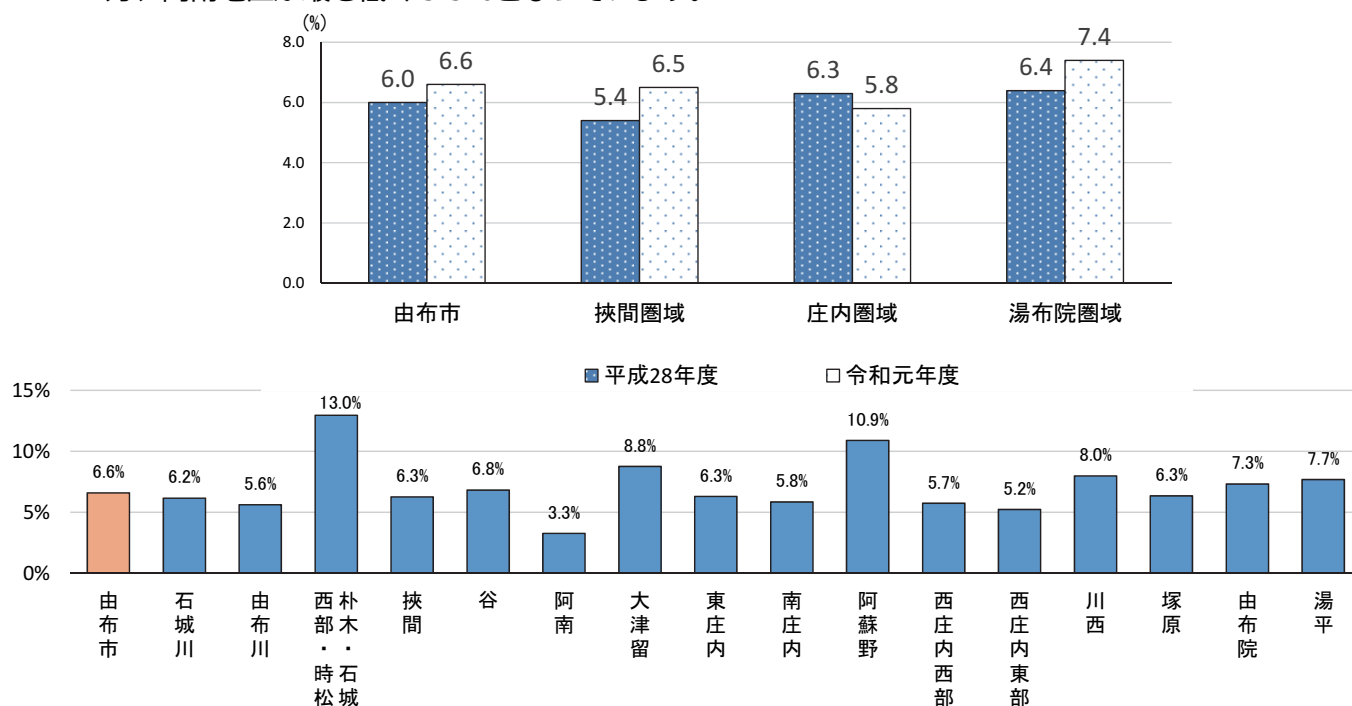
令和元年度の買い物ニーズがある高齢者の割合は 4.2%で、平成 28 年度よりも増加しています。

圏域別でみると挾間圏域は増えており、庄内圏域と湯布院圏域は減っています。地域別でみると朴木・石城西部・時松地区が最も高く 12.0%、次いで西庄内東部地区 8.3%、谷地区 7.5%となっています。一方、塚原地区では自分で食品などの買い物ができないと答えた人はいませんでした。



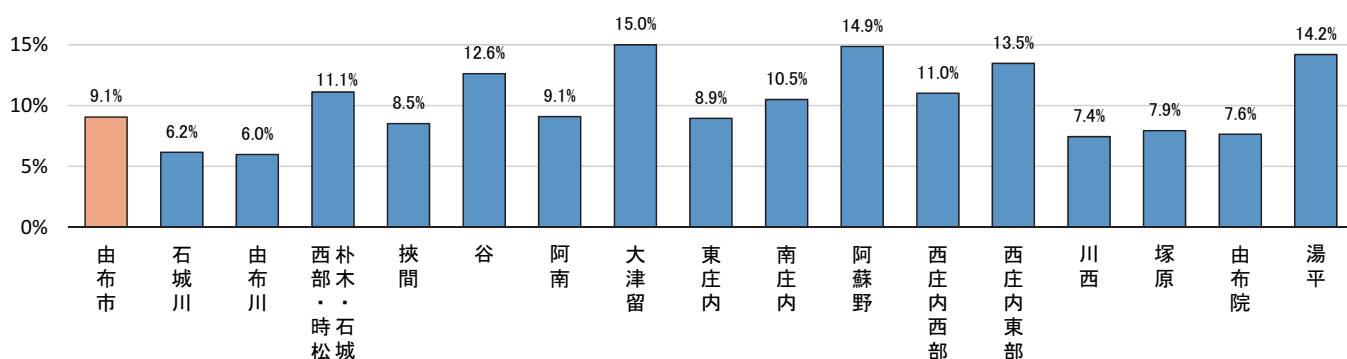
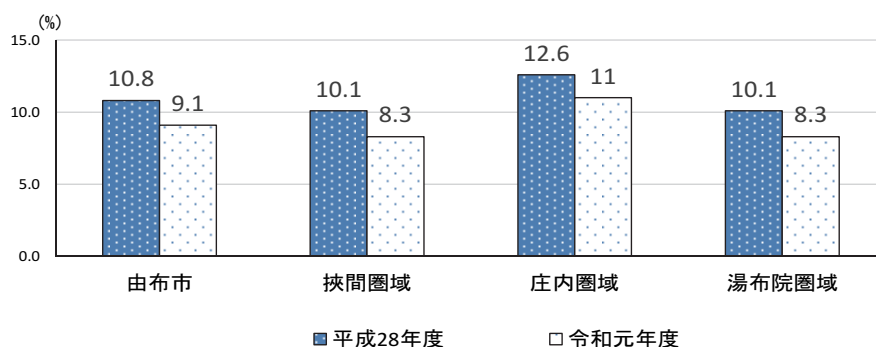
指標 E19 介護が必要な高齢者の割合

令和元年度の介護が必要な高齢者の割合は 6.6%で、平成 28 年度よりも増加しています。圏域別でみると挾間圏域と湯布院圏域は増えており、庄内圏域は減っています。地域別でみると朴木・石城西部・時松地区が最も高く 13.0%、次いで阿蘇野地区 10.9%、大津留地区 8.8%となっています。一方、阿南地区が最も低く 3.3%となっています。



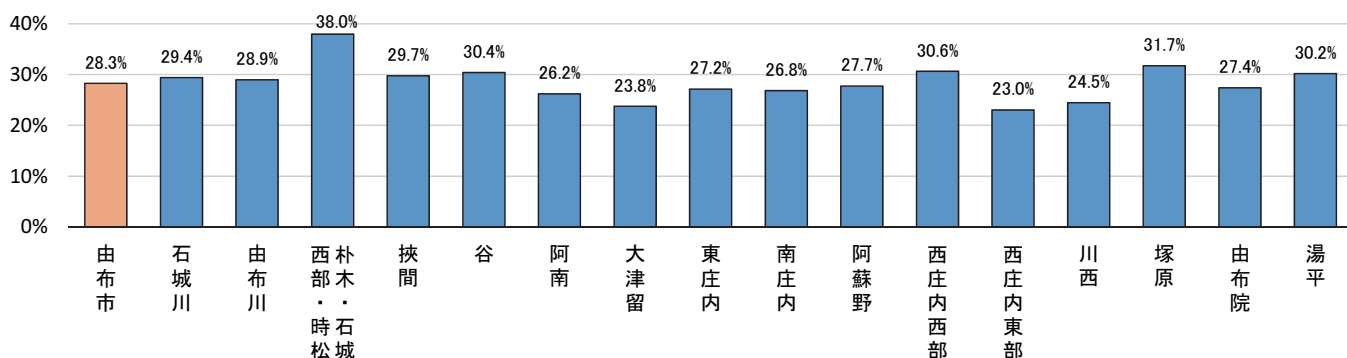
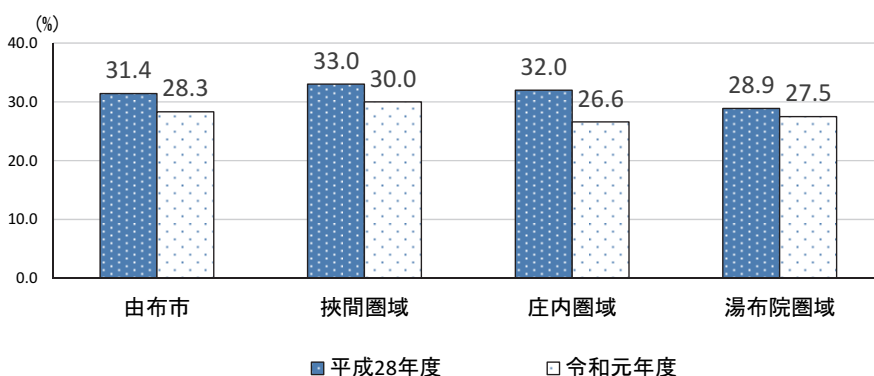
指標 E20 介護が必要だが現在は受けていない高齢者の割合

令和元年度の介護が必要だが現在は受けていない高齢者の割合は9.1%で、平成28年度よりも減少しています。地域別でみると大津留地区が最も高く15.0%、次いで阿蘇野地区14.9%、湯平地区14.2%となっています。一方、由布川地区が最も低く6.0%となっています。



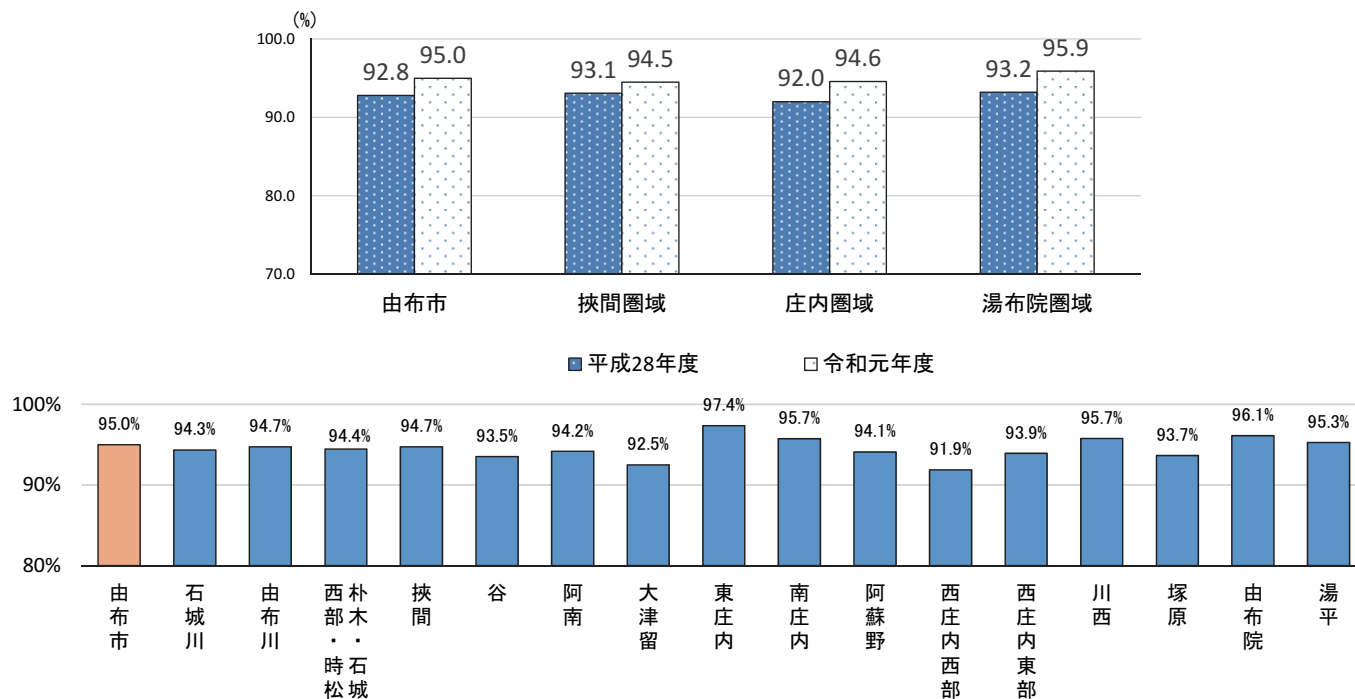
指標 E21 現在の暮らしが苦しい高齢者の割合

令和元年度の現在の暮らしが苦しい高齢者の割合は28.3%で、平成28年度よりも減少しています。地域別でみると朴木・石城西部・時松地区が最も高く38.0%、次いで塚原地区31.7%、西庄内西部地区30.6%となっています。一方、西庄内東部地区が最も低く23.0%となっています。



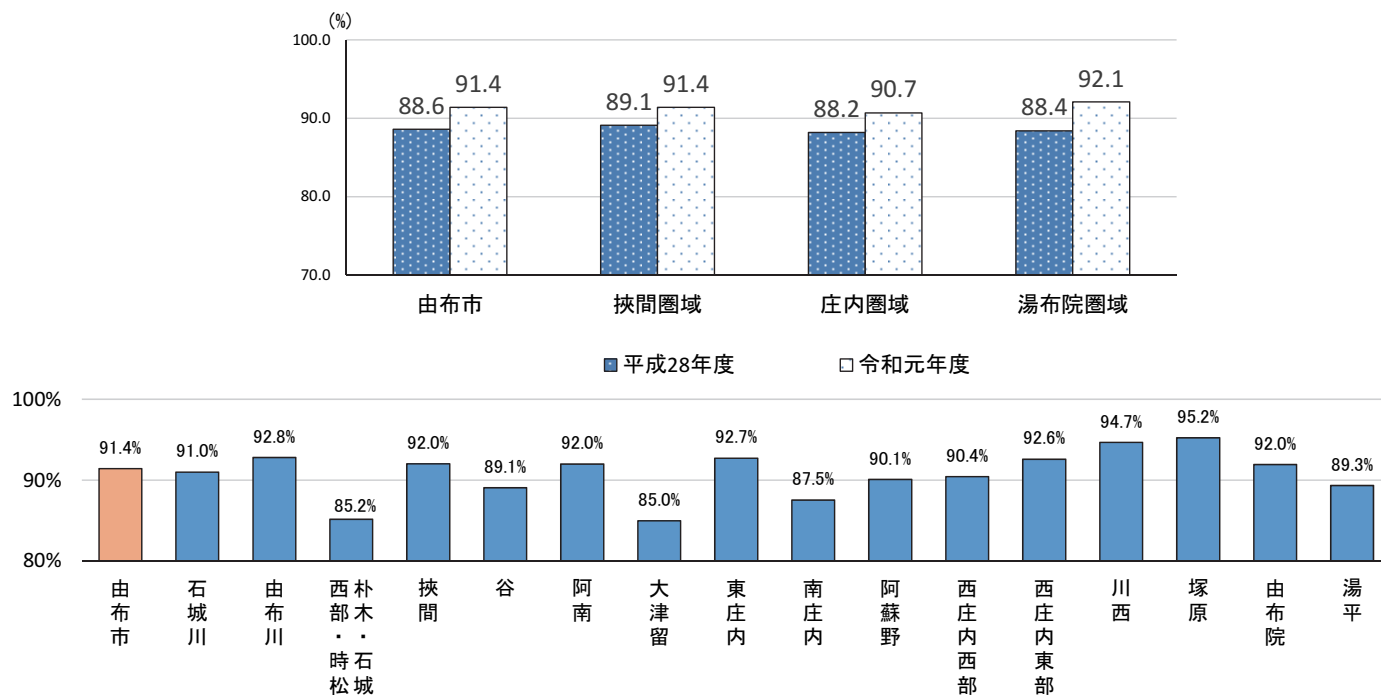
指標 E22 情緒的サポートをくれる相手がいる高齢者の割合

令和元年度の情緒的サポートをくれる相手がいる高齢者の割合は 95.0%で、平成 28 年度よりも増加しています。地域別でみると東庄内地区が最も高く 97.4%、次いで由布院地区 96.1%、川西地区と南庄内地区がともに 95.7%となっています。一方、西庄内西部地区が最も低く 91.9%となっています。



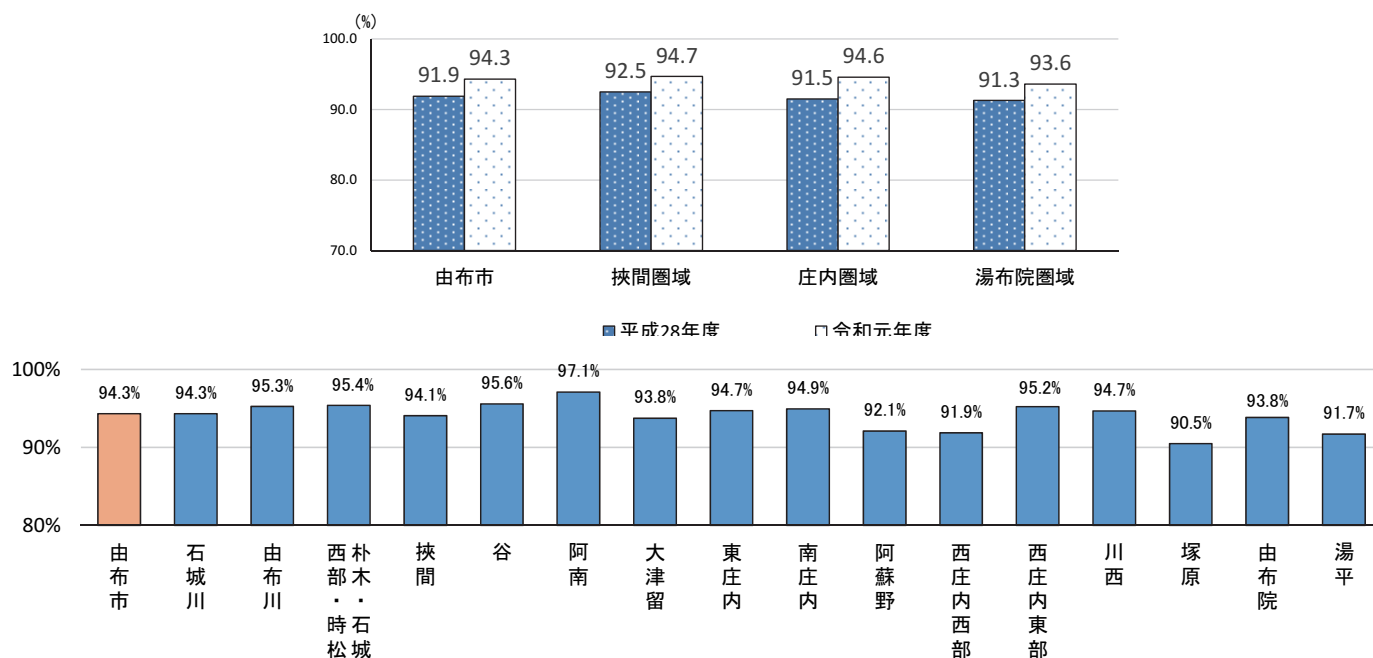
指標 E23 情緒的サポートを与える相手がいる者の割合

令和元年度の情緒的サポートを与える相手がいる高齢者の割合は 91.4%で、平成 28 年度よりも増加しています。地域別でみると塚原地区が最も高く 95.2%、次いで川西地区 94.7%、由布川地区 92.8%、東庄内地区 92.7%となっています。一方、大津留地区が最も低く 85.0%となっています。



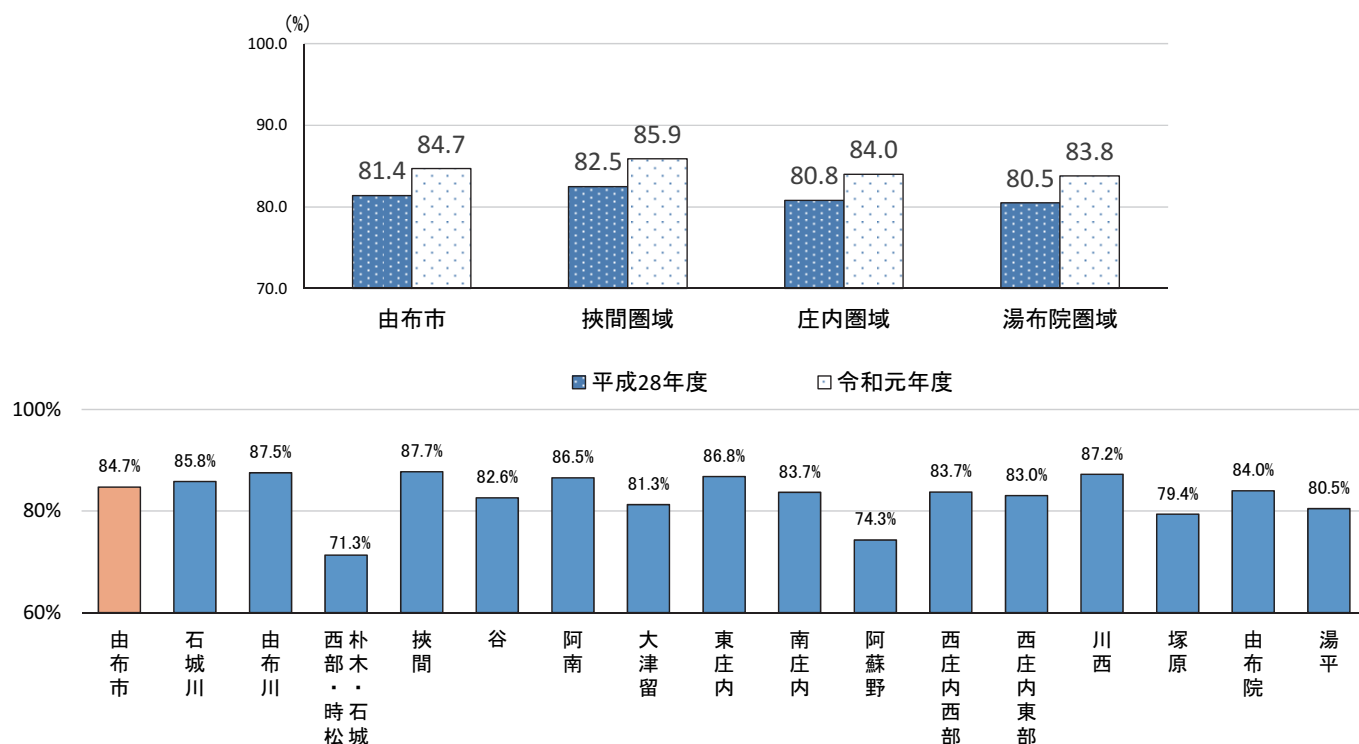
指標 E24 手段的サポートをくれる相手がいる者の割合

令和元年度の手段的サポートをくれる相手がいる高齢者の割合は 94.3%で、平成 28 年度よりも増加しています。地域別でみると阿南地区が最も高く 97.1%、次いで谷地区 95.6%、朴木・石城西部・時松地区 95.4%、由布川地区 95.3%となっています。一方、塚原地区が最も低く 90.5%となっています。



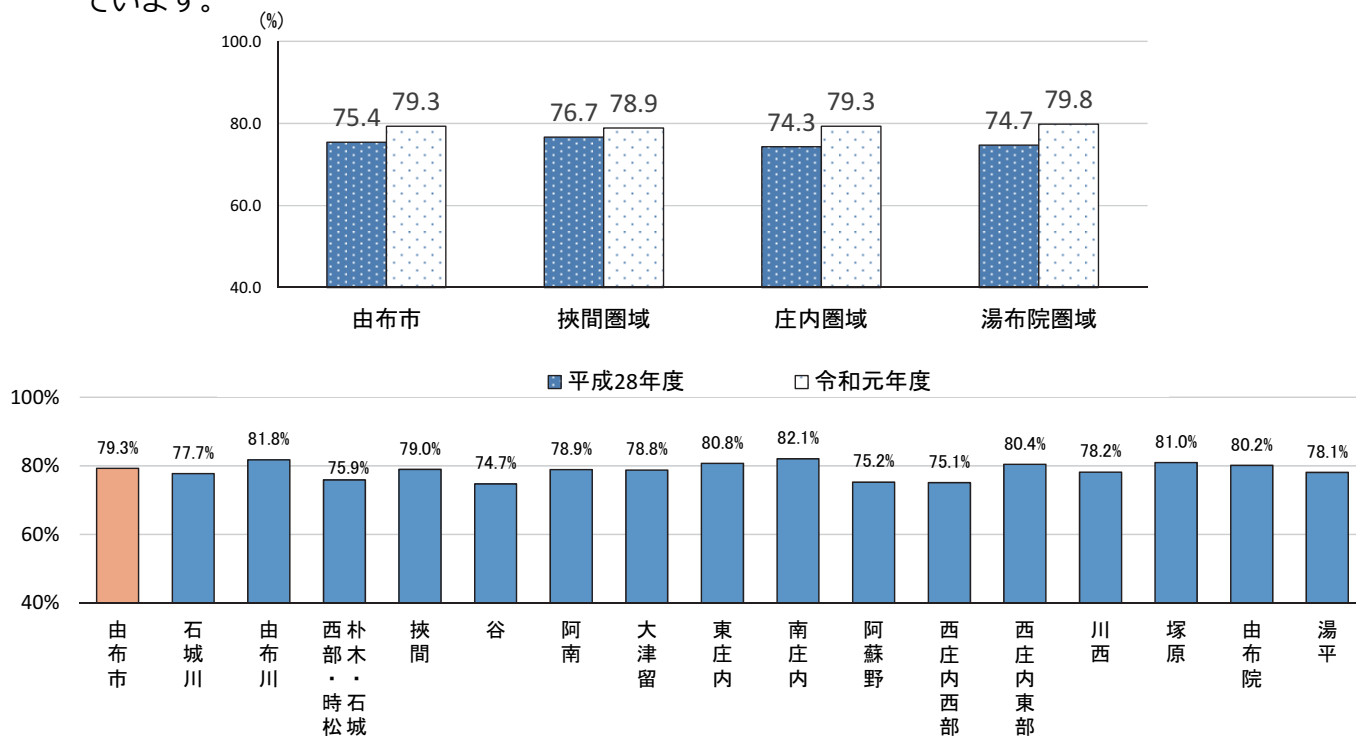
指標 E25 手段的サポートを与える相手がいる者の割合

令和元年度の手段的サポートを与える相手がいる高齢者の割合は 84.7%で、平成 28 年度よりも増加しています。地域別でみると挾間地区が最も高く 87.7%、次いで由布川地区 87.5%、川西地区 87.2%、東庄内地区 86.8%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く 71.3%となっています。



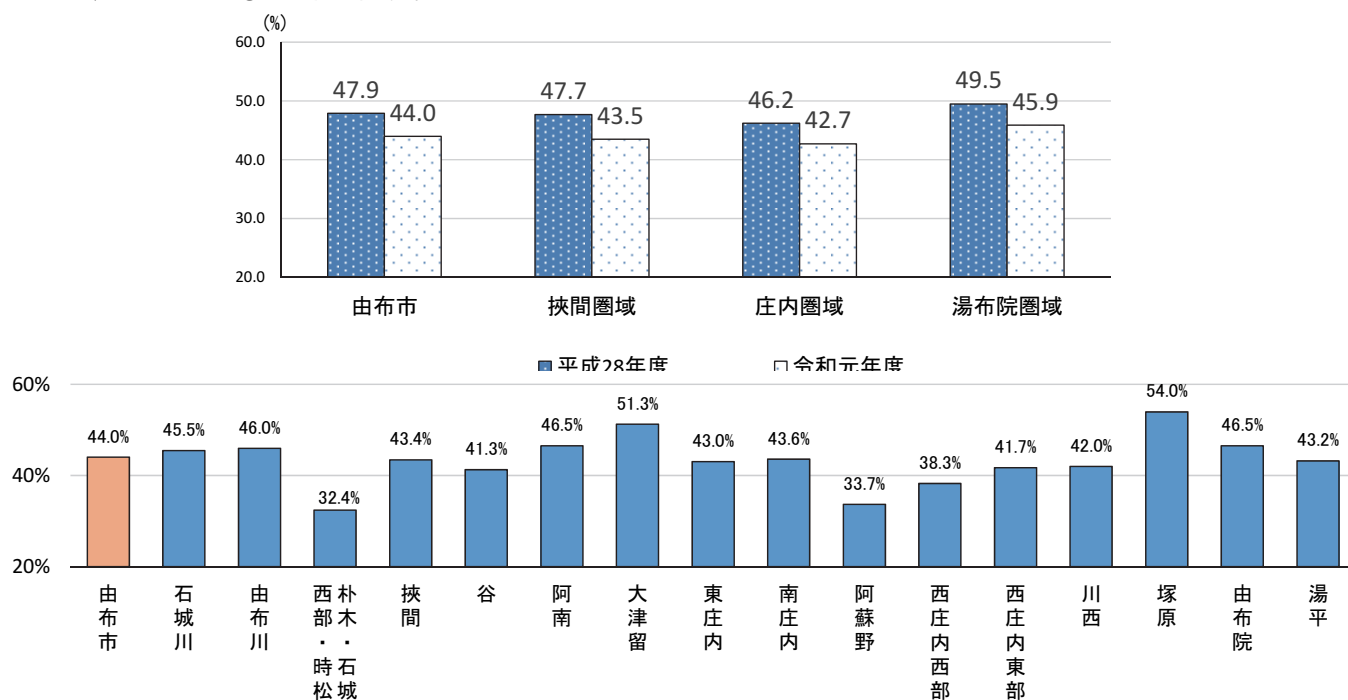
指標 E26 主観的健康観の高い高齢者の割合

令和元年度の主観的健康観の高い高齢者の割合は 79.3%で、平成 28 年度よりも増加しています。地域別でみると南庄内地区が最も高く 82.1%、次いで由布川地区 81.8%、塚原地区 81.0%、東庄内地区 80.8%となっています。一方、谷地区が最も低く 74.7%となっています。



指標 E27 主観的幸福感の高い高齢者の割合

令和元年度の主観的幸福感の高い高齢者の割合は 44.0%で平成 28 年度よりも減少しています。地域別でみると塚原地区が最も高く 54.0%、次いで大津留地区 51.3%、阿南地区と由布院地区がともに 46.5%となっています。一方、朴木・石城西部・時松地区が最も低く 32.4%となっています。



2) 在宅介護実態調査概要

※集計結果は、国の見える化システムによる集計結果をもとにグラフ化しています。

(1)調査概要

- ・調査地域 : 由布市全域
- ・調査対象者 : (在宅介護実態調査)
市内在住の要支援要介護認定を受けた65歳以上の方
- ・調査期間 : 令和元年12月～令和2年1月
- ・調査方法 : 郵送による配布・回収 (一部訪問聞き取り調査による)
- ・回収状況

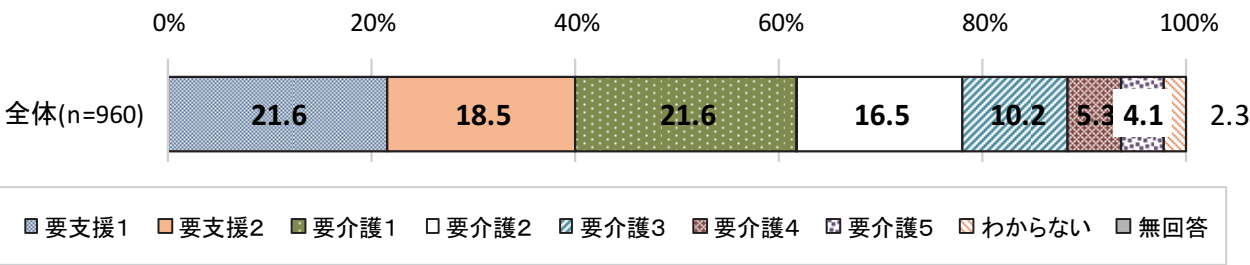
配布数(A)	回収票数(B)	回収率 (B)/(A)
1,746	960	55.0%

(2)結果概要

① 要介護度について

回答者が介護している要介護者の介護度は、要支援1が21.6%、要支援2が18.5%、要介護1が21.6%、要介護2が16.5%、要介護3が10.2%、要介護4が5.3%、要介護5が4.1%となっています。

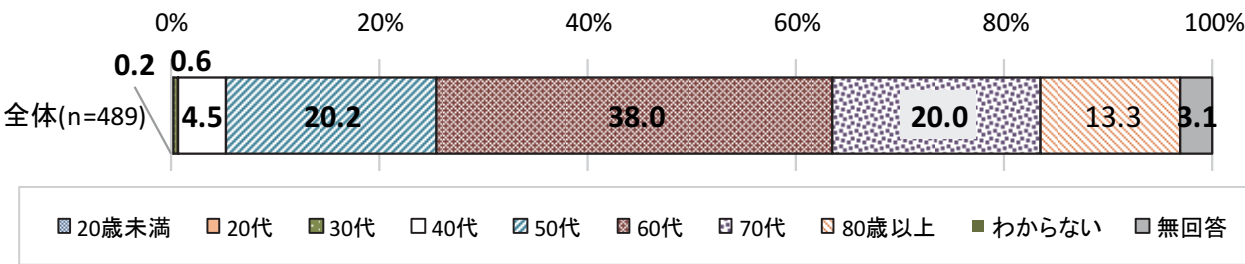
要介護3以上の要介護者は、全体の19.6%となっています。



② 介護者の年齢について

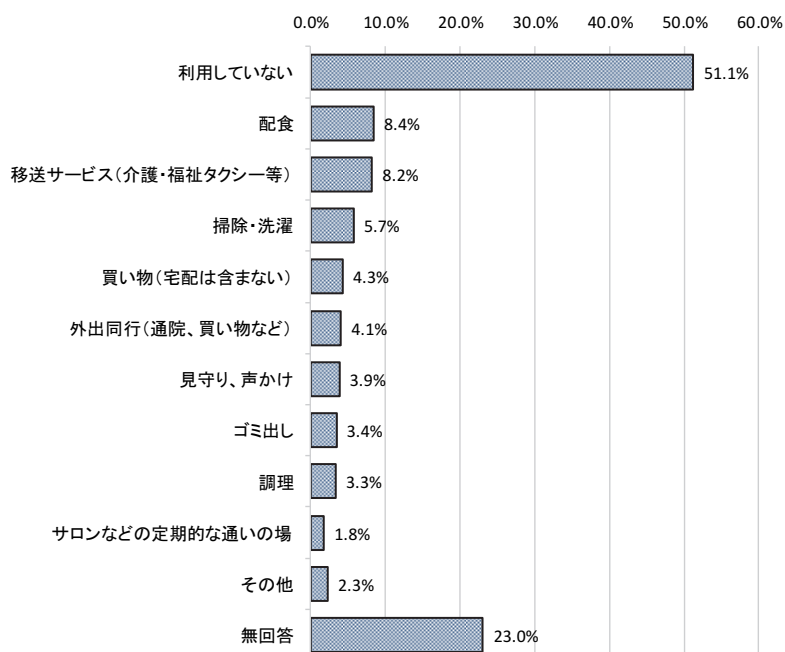
主な介護者は60歳以上が全体の3/4を占めています。

介護者の高齢化が進んでいることがうかがえます。



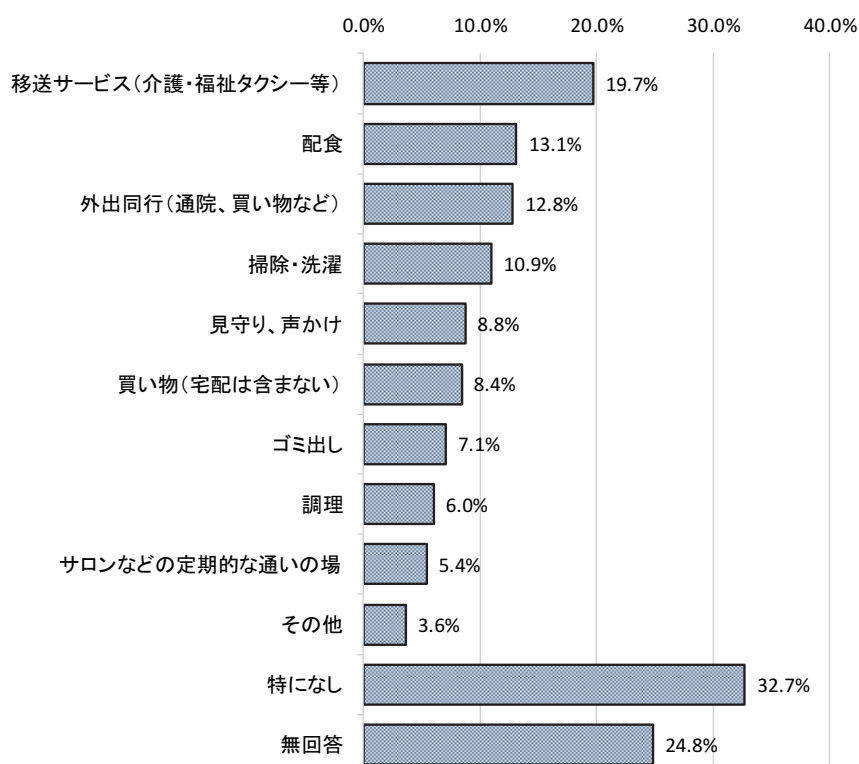
③ 利用中の「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて

介護保険以外の支援・サービスで利用されているものは、「配食」(8.4%)、「移送サービス」(8.2%)、「掃除・洗濯」(5.7%)が利用されています。



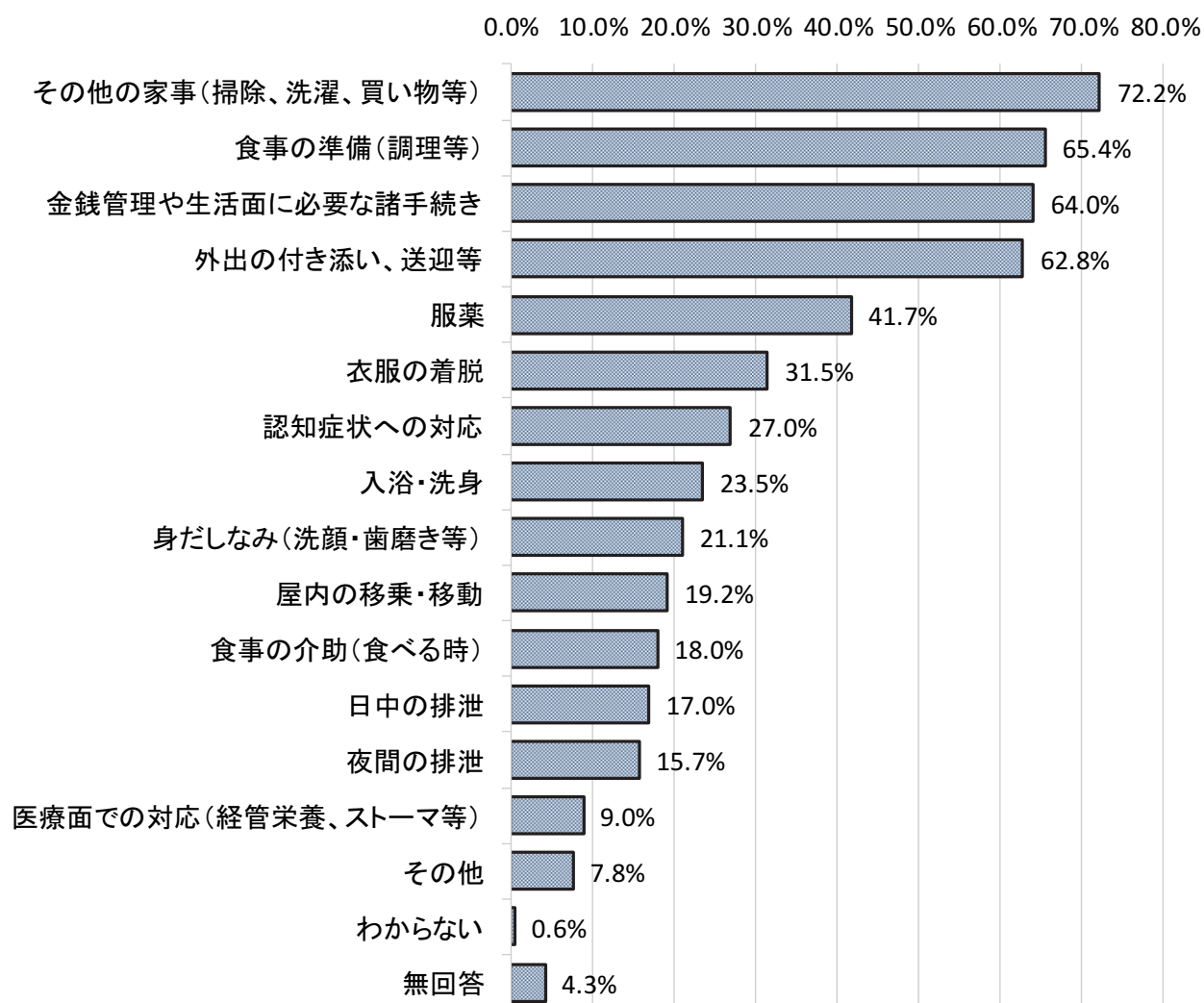
④ 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについては、「移送サービス」(19.7%)、「配食」(13.1%)、「外出同行(通院・買い物)」(12.8%)、「掃除・洗濯」(10.9%)が多くなっています。「見守り・声かけ」(8.8%)、「ごみ出し」(7.1%)、「調理」(6.0%)、「定期的な通いの場」(5.4%)等の軽度の生活支援サービスについても希望が見受けられました。



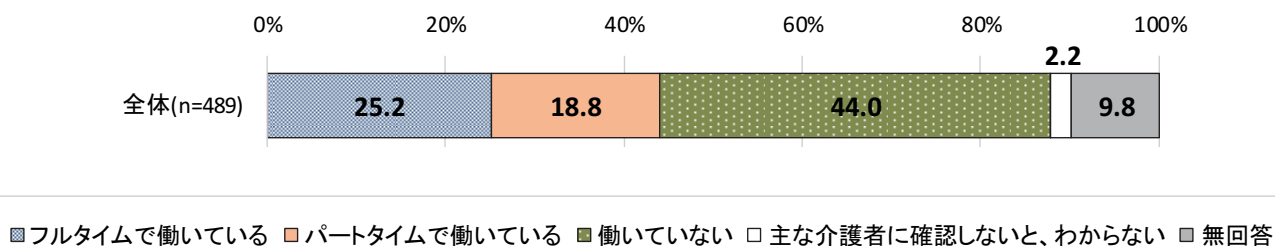
⑤ 主な介護者の方が行っている介護等について

主な介護者の方が行っている介護等については、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」(72.2%)が最も高く、次いで「食事の準備（調理等）」(65.4%)、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(64.0%)となっています。



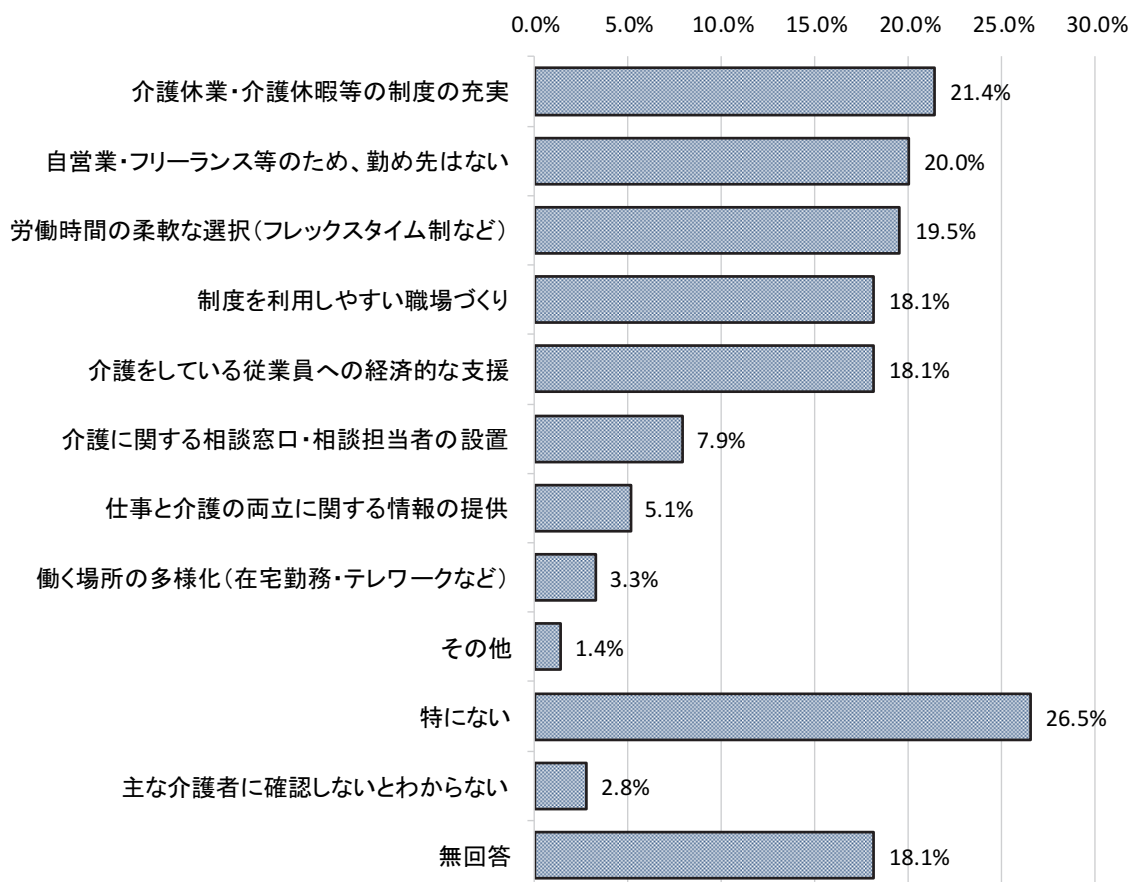
⑥ 主な介護者の勤務形態について

主な介護者の勤務形態については、「働いていない」(44.0%)が最も高く、次いで「フルタイムで働いている」(25.2%)、「パートタイムで働いている」(18.8%)となっています。



⑦ 仕事と介護の両立に効果がある支援について

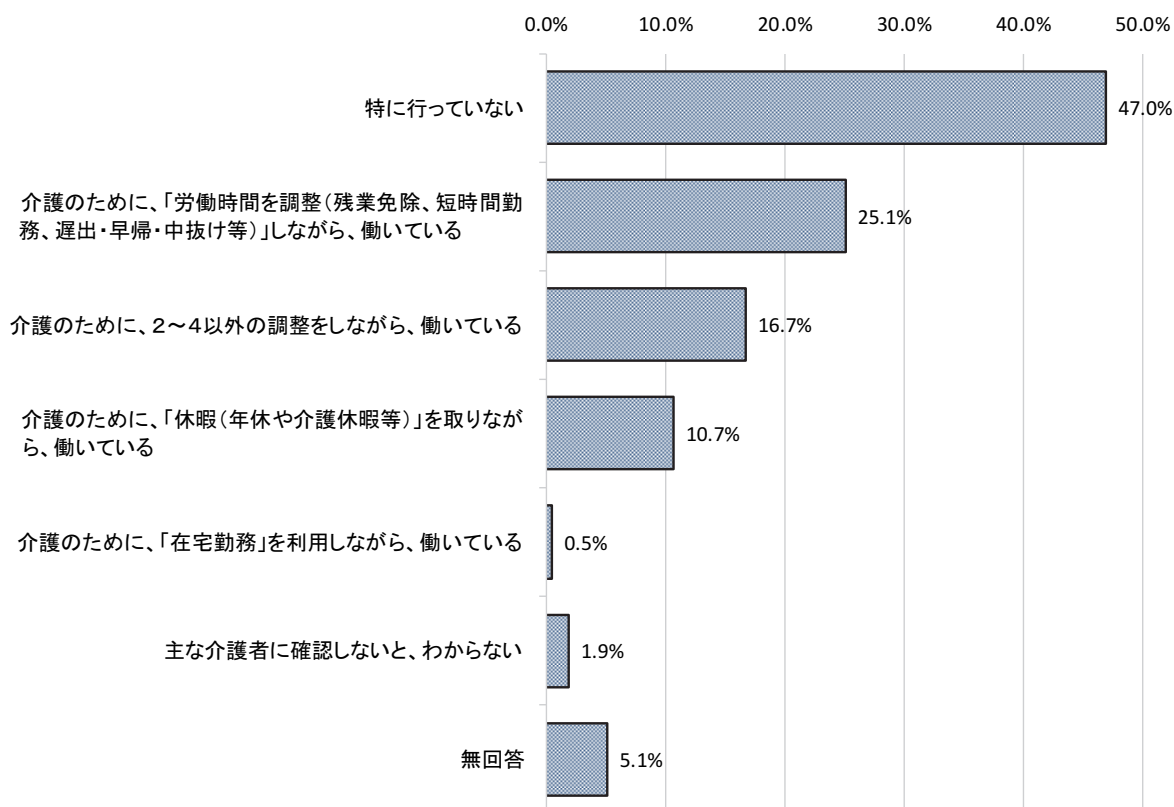
主な介護者の方が仕事と介護の両立のために、勤め先からどのような支援があれば良いかについては、「特にない」(26.5%)が最も高く、次いで「介護休業・介護休暇等の制度の充実」(21.4%)、「自営業・フリーランス等のため、勤め先はない」(20.0%)となっています。



⑧ 主な介護者が行っている働き方の調整について

主な介護者で働き方を調整している人は、全体の46.0%となっています。（全体から「特に行っていない」、「無回答」、「わからない」を除く。）

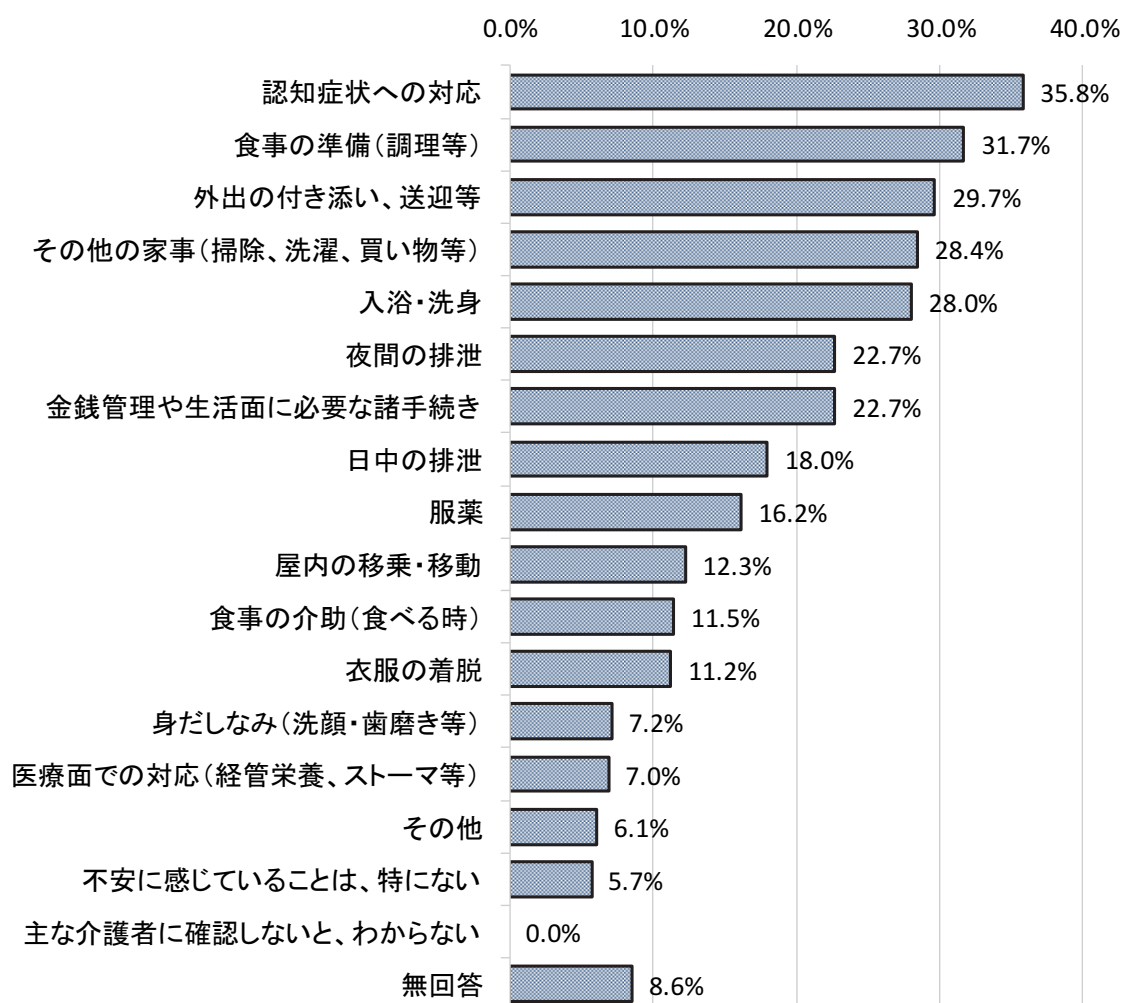
調整のなかで最も多いのは、「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」の25.1%となっています。



⑨ 介護者の方が不安に感じる介護について

介護者が不安に感じる介護について、「特にない」と回答した方は、5.7%にとどまり、大半の方は、何らかの不安に感じる介護があると回答しています。

最も多かったのは、「認知症状への対応」(35.8%)、次いで「食事の準備(調理等)」(31.7%)、「外出の付き添い、送迎等」(29.7%)となっています。



5. 課題のまとめ

1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査からのまとめ

(1) 閉じこもりリスクや買い物ニーズ等

本市の閉じこもりリスクがある高齢者の割合は、22.0%となっており、前回調査より低減しています。しかし、「朴木・石城西部・時松地区」は36.1%、「阿蘇野地区」は39.6%、「湯平地区」33.7%と高くなっており、周辺部に一部リスクが高い地域が見受けられます。

また、買い物ニーズがある高齢者は、市全体が4.2%であるのに対し、「朴木・石城西部・時松地区」は12.0%、「西庄内東部地区」は8.3%、「谷地区」は7.5%となっています。

(2) 認知症リスク高齢者について

認知症リスクのある高齢者の割合は、平成28年度39.4%であったのが令和元年度では40.5%となっており、認知症リスクが高くなっています。

リスクが5割を超えている地域は、「朴木・石城西部・時松地区」(51.9%)、「塚原地区」(58.7%)となっています。

また、これらの地域は、独居高齢者の多い地域との関連性が見受けられます。

(3) 高齢者の社会参画について

高齢者の社会参画について、最も高い参画主体は、「地域づくり」(55.9%)で、前回調査よりも低下したものの、過半数を超えています。

スポーツ(23.3%)、趣味関係(26.9%)、学習・教養サークル(10.0%)については、地域づくり活動よりも参加率は低くなっていますが、いずれも前回調査より高くなっており、高齢者の多様な社会参画の状況が見受けられます。

戦後生まれの団塊の世代が後期高齢者となる第8期からは、この傾向がさらに強くなることが予想されます。

(4) 地域づくりへの企画・運営（お世話役）としての参加意向について

地域づくりへの企画・運営（お世話役）としての参加意向が前回調査では、36.6%であったのが、今回調査では、37.8%と増加しており、高齢者の能動的な社会参画意識が高くなっていることが見受けられます。

2) 在宅介護実態調査からのまとめ

(1) 主な介護者の特性等

主な介護者の年齢は60歳代が38.0%、70歳代が20.0%、80歳以上が13.3%です。介護者の7割が60歳以上という状況から、「老々介護」が進んできており、介護する側の高齢者へのサポートを充実する必要があります。

(2) 必要とされる介護保険以外のサービス

高齢者が高齢者の介護を行っていることが背景にある状況のなかで、「配食」(8.4%)、「移送サービス」(8.2%)、「掃除・洗濯」(5.7%)に対する介護サービスのニーズが高くなっています。主な介護者の方が行っている介護等についても、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」(72.2%)、「食事の準備(調理等)」(65.4%)、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(64.0%)となっており、介護保険サービスではカバーしきれない支援が介護者によってなされています。

一方、介護者が必要であると回答したサービスは、「移送サービス」(19.7%)、「配食」(13.1%)、「外出同行(通院・買い物)」(12.8%)、「掃除・洗濯」(10.9%)等のサービスとなっています。必要だとされるサービスを利用しているのは約半分の割合になっており、今後必要とされるサービスの普及を図っていく必要があります。

(3) 勤務と介護の両立について

主な介護者の方が働き方について、46.0%の人が時短、年休、介護休業等、何らかの調整を行いながら、介護と勤務の両立を続けています。

また、介護と勤務の両立のための施策としての希望では、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が最も多く21.4%となっており、介護者のニーズに沿った就労が可能となるよう、多様な働き方の構築を推進する必要があります。

(4) 認知症について

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」が35.8%と最も多くなっています。また、在宅の要介護者が現在抱えている傷病についても「認知症」と回答した方が2番目に多く26.5%となっています。

在宅での介護を継続するためには、認知症対応が大きな課題の一つとなっています。

第3章 計画の基本方針

1. 計画の基本理念

住み慣れた地域で、いきいきと暮らしていけるように、市民と行政、地域社会が一体となって「健康長寿」と「生活の質の向上」を目指すため、平成25年に「健康立市」宣言を行い、地域全体で健康づくりに取り組んでいます。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に控え、地域包括ケアシステムの構築を進め、地域住民と行政が一体となり、協働してまちづくりを進めています。

第8期計画は、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見据え、地域共生社会の考え方を取り入れた新しい「地域包括ケア計画」として策定します。

～ 基本理念 ～

『みんなでつくる

自分らしく健康に 地域で安心してくらせる

支えあいのまち』

一人ひとりの人権を尊重し、互いに認め合い、だれもが住み慣れた地域で生きがいを持って、健やかでいきいきと安心して暮らしていける地域社会をつくれます。

2. 日常生活圏域の設定

第3期以降の市町村介護保険事業計画においては、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、市町村内を日常生活の圏域に分けることとしています。

日常生活圏域の設定においては、地理的条件や圏域内交流、風土、交通事情及びその他社会的条件を総合的に勘案します。

旧3町を単位として、引き続き「挾間圏域」「庄内圏域」「湯布院圏域」の3圏域を設定し、施策の展開を図ります。

また、由布市全体を第1層、各日常生活圏域を第2層とし、各層に「由布市支え合い推進会議」を設置し、地域の特性を活かした住民主体の活動が行える場づくりの推進を引き続き行います。

■由布市 日常生活圏域等



第1層

由布市全域

由布市第1層支え合い推進会議

第2層

挾間圏域

庄内圏域

湯布院圏域

由布市第2層支え合い推進会議

〈各圏域の状況〉

	由布市	挾間圏域	庄内圏域	湯布院圏域
総人口	33,954 人	16,933 人	7,120 人	9,901 人
65 歳以上人口	11,490 人	4,606 人	3,288 人	3,596 人
高齢化率	33.8%	27.2%	46.2%	36.3%
面積	319.320 km ²	51.120 km ²	140.228 km ²	128.472 km ²
人口密度	106.3 人/km ²	331.2 人/km ²	50.8 人/km ²	77.1 人/km ²

資料：由布市住民基本台帳(令和3年1月1日現在)

〈各圏域の人口、65 歳以上人口、高齢化率〉

(人)

		由布市	挾間圏域	庄内圏域	湯布院圏域
平成31 年1月1日現在	全体	34,653	16,764	7,493	10,396
	65 歳以上	11,373	4,511	3,276	3,586
	高齢化率	32.8%	26.9%	43.7%	34.5%
平成28 年1月1日現在	全体	35,349	16,437	8,001	10,911
	65 歳以上	11,106	4,293	3,279	3,534
	高齢化率	31.4%	26.1%	40.9%	32.4%

資料：由布市住民基本台帳

3. 計画の大綱とランドデザイン

第8期計画は、令和3年度から令和5年度の間の介護保険事業の円滑な推進のための計画とともに、団塊の世代が後期高齢者となる2025年及び団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた計画とすることが必要とされています。本計画では、「計画の大綱」とともに、2040年を見据えた長期的視野に基づく「ランドデザイン」を掲げます。

基本理念	ランドデザイン（計画の長期的方向性）
みんなでつくる 自分らしく健康に 地域で安心してくらせる 支えあいのまち	1 地域包括ケアシステムの深化・推進
	1 介護予防・健康づくり施策の充実・推進
	2 地域包括支援センター事業の充実・推進
	3 地域ケア会議の充実・推進
	2 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・介護者への支援
	4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
	5 産学官の連携
	3 医療・介護連携の推進
	1 ICTの活用による効率的な連携の推進
	2 現状分析・課題抽出・施策立案
	3 対応策の実施
	4 医療・介護関係者の情報共有の支援や研修
	4 地域互助力の強化推進による地域共生社会の実現
	1 新しい地域福祉の推進
	2 安心して住み続けられるまちづくりの推進
	3 積極的な社会参画の推進
	4 防災施策
	5 感染症対策
	5 介護サービスの充実
	6 居宅及び施設、地域密着型サービスの充実
	7 介護給付の適正化

4. 計画のグランドデザイン

1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

平成 30 年に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組みの推進」、「医療・介護の連携の推進」、「地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等」が第 7 期計画よりスタートし、地域包括ケアシステムの充実が進められています。

今後、団塊の世代が 75 歳以上となる 令和 7 年(2025 年)、さらには団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 令和 22 年(2040 年)を見据え、地域包括ケアシステム、介護保険制度を基盤として地域共生社会づくりや介護サービス需要の更なる増加・多様化、現役世代(担い手)の減少への対応が重要となっています。

また令和元年(2019 年)6 月に、「認知症施策推進大綱」がとりまとめられ、認知症施策を推進していくことが示され、地域包括ケアシステムは、さらに具体的な展開が求められています。

第 8 期計画においては、これらの施策をより具体的に深化・推進していくために、これまでの施策の強化・充実に加え、地域資源の活用、住民主体の取り組み等についても、地域共生社会の概念を取り入れ、活力のある地域包括ケアシステムの展開を図っていきます。

(1) 介護予防・健康づくり施策の充実・推進(地域支援事業等の効果的な実施)

① PDCA(計画・実行・評価・改善)サイクルに沿った一般介護予防事業の推進

生活機能の低下した高齢者に対して、身体機能の改善だけでなく高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促進することで、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、生活の質の向上を目指します。

地域で高齢者が自主的に介護予防に取り組んでいけるよう、通いの場への参加促進、参加者数や参加者の健康状態等の把握、リハビリテーション専門職等と協同し、自ら介護予防に取り組む機運の醸成をすすめます。

② PDCA(計画・実行・評価・改善)サイクルに沿ったデータの利活用と環境整備

P D C A サイクルに沿った取り組みを推進するためには、企画・検証等をおこなう体制が重要であり、人口や認定率、介護レセプト等のデータを分析した上で、それに基づく対策が実施できるように、医師会等専門職能団体や関係機関(社会福祉法人・医療法人・NPO・民間サービス等)と連携して情報通信技術の活用を図ります。

③ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の検討

介護予防の効果的な推進の観点から、医療保険制度における保健事業との一体的な実施が求められており、健康増進課、保険課及び大分県後期高齢者医療広域連合等と連携して一体的な実施に向

けた検討を行っていきます。

④ 自立支援・重度化防止に向けた取り組み

自立支援に資する取り組みを推進し、介護サービス事業所自らが高齢者の自立支援に向けた質の高いサービスが提供できるよう、リハビリテーション専門職等の関与を促進する事業を通じて支援します。また自立支援・重度化防止に取り組む介護サービス事業所に対する評価を実施します。

⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な活用推進

総合事業の効果的な推進に向けて、介護予防・生活支援サービス事業を受けていた要支援者等が、要介護認定を受けても本人の希望により引き続き介護予防・生活支援サービス事業が受けられるよう、介護サービス事業所の意向も踏まえ、対象者や単価の弾力化を検討します。

また短期集中型サービス（サービスC）を実施し、サービス終了後に通いの場や一般介護予防事業につなぐ取り組みを実施していきます。

⑥ 保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）等を活用した施策の充実

介護予防における様々なデータ活用により、地域の多様な関係団体や専門職等と協議を重ね、課題に沿った介護予防活動を実施していきます。

⑦ 在宅医療と介護の連携の推進

在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、由布地域包括ケア推進協議会を中心に市の関係部署及び関係機関と連携して、引き続き取り組みます。さらに看取りや認知症への対応強化の観点を踏まえ、県や他市町村の医療・介護等の関係者との情報連携を、そのツールである「ゆーふーネット」を通じて推進していきます。

⑧ 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標

要介護者・要支援者が本人の状態に応じて、リハビリテーションに取り組み、機能回復を図って健康的な暮らしを継続できるよう支援します。

⑨ 健康立市推進事業との連携

健康立市推進事業（健康に対する意識の高揚を目的とした健康マイレージ事業、湯布院健康温泉館での65歳以上年12回無料開放・水中運動教室の開催など既存健康施設等の活用促進を図る事業など）との積極的な連携を図ります。

⑩ 健康増進事業との連携

「第2期由布いきいきプラン（健康増進計画・母子保健計画・食育推進基本計画）」において、健康教室や健康相談、健康診査、がん検診などの健康増進事業を推進しています。

これらの施策と連携し、壮年期からの健康づくりや高齢者の健康維持に積極的に努めます。

⑪ 国保保健事業との連携

65 歳から 74 歳までの前期高齢者に対して、毎年 1 回、特定健診の受診勧奨を行うとともに、健診結果を健康づくりに活かす取り組みを推進します。75 歳以上の後期高齢者に対しても、健康診断の受診勧奨を行います。

また、高齢者の医療・健診データを活用し、疾病の予防・疾病管理の側面からの介護予防施策を展開するため、国保保健事業との連携を図ります。

⑫ 栄養改善を目的とした配食

65 歳以上のみの世帯で、総合事業または要介護認定等を受けていて、配食サービス事業利用基準対象者に対して、定期的に配食サービスを提供することにより、生活の基本である食の確保を図ります。また、配食の際に、高齢者の安否確認を行います。

(2) 地域包括支援センターの事業の充実・推進

地域包括支援センターは、高齢者の暮らしを地域でサポートするための拠点として設置されている機関です。介護保険をはじめ、住民主体の活動の支援や個々の相談支援、地域でのワンストップ相談窓口として、地域包括ケアシステムの根幹となる機関です。

第 8 期計画では、地域の特性を生かした住民活動の支援、地域福祉やまちづくりとの連携、地域の特性にあった自立支援・重度化防止の推進、市の総合計画との連携等、より身近な高齢者支援の窓口として包括的な取り組みをさらに進めていきます。

① 地域包括支援センターの体制充実

地域包括支援センターは、地域の最前線に立ち、高齢者の総合相談、権利擁護、介護予防ケアマネジメント及び地域ケア会議等を通じたケアマネジメント支援等を業務とし、市と一体となって、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを推進する中核的機関として体制強化を図っていきます。

地域包括支援センターの運営にあたり、対応機能の強化のため、地域ケア会議や地域への訪問、実態把握等の活動を十分に行えるよう、保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員のほか、3 職種以外の専門職や事務職を配置します。

② 市との連携強化

地域包括支援センターの業務を明確にするため、運営方針を定めるとともに、市と地域包括支援センターとの連絡会議を定期的の実施することにより、情報の共有をはかります。

③ 効果的な運営の継続

地域包括支援センター運営協議会を開催し、地域包括支援センター業務の実施状況等について協議を行うとともに、機能の充実・強化を図っていきます。協議にあたっては、全国で統一して用い

られている「評価指標」を活用して効果的な運営に取り組みます。

④ 地域の他の相談支援機関との連携

総合相談支援を効果的に推進するため、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、医療機関、民生委員等のほか、障がい福祉サービスなど、地域における多様な支援者との連携を図っていきます。

⑤ 働く家族も含めた相談体制の充実・情報提供

所在地や営業日、業務内容などについて、パンフレットや市のホームページ、介護サービス情報公表システム等にて情報提供します。緊急対応や働く家族等からの連絡が受けられるよう、平日以外においても連絡を受けられる体制を整えます。労働局や民間企業等と連携し、介護保険制度や介護休業制度等の周知を図り介護離職防止に向けた取り組みに努めます。

⑥ 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメント

自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関する基本方針を定め、福祉や医療サービス、地域資源などとそれを必要とする住民のニーズをつなぎます。

新規に配置された者を対象とした研修や、地域の課題等をテーマとした研修を定期的実施することにより、職員が制度改正や社会情勢の変化にも柔軟に対応していけるよう、資質向上に向けて取り組みます。

(3) 地域ケア会議の充実・推進

地域ケア会議は、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とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。地域ケア会議には、「個別課題の解決機能」「ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」「地域づくり・資源開発機能」「政策形成機能」といった5つの機能があります。

医療や介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力を高めていきます。また、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を発見し、地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげていきます。

① 地域ケア会議(個別事例検討)

地域ケア会議は、市と地域包括支援センターが主催する「地域ケア個別会議」を医療や介護等の多職種と協働で実施します。

地域ケア会議の開催にあたって、対象事例の選定や対応方法などを市と地域包括支援センターが協議のうえ、それぞれの役割を共有します。また、主催者である市や地域包括支援センターは、事例提供者とも困りごと等の課題を事前に共有し、会議で検討する論点を整理しながら進めていきます。会議では、介護支援専門員や介護サービス事業者等多職種等をつなぐ場としても活用され、

多職種からの知識や技術等を具体的に伝えることによって、介護支援専門員等の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力を高めることに努めます。

② 地域ケア推進会議(地域課題整理)

「地域ケア会議」に生活支援コーディネーターが参加することにより、地域資源の情報を伝えるとともに、個別事例から地域の課題と資源の把握、地域資源の充実（強化、開発）につなげていきます。また、必要に応じて「地域ケア推進会議」を開催します。「地域ケア推進会議」では、市の担当部署における各事業の担当者や関係者、由布市社会福祉協議会といった関係機関とともに、地域ケア会議での議論や各事業の取り組みから把握できた地域課題等を整理し、各事業の取り組み内容の見直しや介護保険事業計画等へ反映などの政策形成につなげていきます。

2) 認知症施策の推進

第7期計画においても、新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）にもとづき、認知症施策の推進を行ってきましたが、2019(令和元)年6月に、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪とする「認知症施策推進大綱」がとりまとめられ、認知症施策を推進していくことが示されました。認知症施策を具体的に進めていくために、大綱では、「1. 普及啓発・本人発信支援」、「2. 予防」、「3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」、「4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」、「5. 研究開発・産業促進・国際展開」の5つの柱に沿って施策を推進することとされています。

第8期計画においては、認知症の理解促進に関する住民への普及啓発活動、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員による地域支援体制の整備、かかりつけ医や認知症サポート医、専門医療機関との連携による早期診断・早期対応に繋げるための体制の構築、地域における認知症高齢者支援に係る取り組み、認知症サポーターを活用した地域支援体制の構築等を具体的に進めていきます。

(1) 普及啓発・本人発信支援

認知症に関する講演会、認知症サポーター養成講座を開催し認知症に関する正しい理解を深めるとともに、認知症の人とその家族の思いやメッセージを発信する機会を設けて、認知症についての関心を高めていきます。

世界アルツハイマー月間（毎年9月）に合わせて、認知症に関する取り組みや相談窓口の周知、市立図書館での認知症に関する企画展等のイベントを実施していきます。

認知症に関する情報を掲載している「由布市認知症あんしんガイド」を活用してより多くの方に正しい認知症の知識を普及します。

(2) 予防

大綱と本計画では「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」と定義されています。

認知症予防に資する可能性が示唆されている、運動不足の解消、生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等ができるよう、地域で高齢者が身近に通える場を拡充していきます。

早期発見・早期対応により認知症の進行を緩やかにする可能性があることから、発症前からの理解、発症の気づき、適切な医療・介護の支援、継続した地域とのつながりなど認知症に備えるための取り組みを行います。

(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

① 認知症の人を介護する人への支援

介護者が一人で悩み地域で孤立することがないように、認知症の人やその家族が集い、当事者同士で気持ちを語り合い、情報交換できる場として認知症カフェを普及していきます。

ひとり歩きのおそれのある高齢者等の早期発見と、速やかな身元確認が行えるよう引き続きオレンジステッカーの交付を行ないます。

② 認知症の早期診断・早期対応に繋げる体制の構築

大分オレンジドクターや認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症の医療に関する相談窓口の周知を行います。

「由布市認知症あんしんガイド」をもとに認知症ケアパスの周知を図り、その時の状態に応じた支援が受けられるよう内容の充実を図ります。

③ 医療・介護関係者の情報共有の支援や研修

由布市認知症あんしんガイドと併せて、意思決定を支援する「あんしんノート」を使用することで、医療や介護が必要となったときに専門職が本人の意思を尊重したケアができるよう、普及・活用に努めます。

また、認知症支援に関する研修を多職種で実施し、由布市でできる個人・家族・地域への支援について共有することで、協働・連携できる体制づくりを図ります。

④ GPS機器による位置情報検索サービス導入経費助成事業

認知症高齢者等の事故を未然に防止するとともに、その家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的として、GPS機器による位置情報検索サービスの初期費用の助成を行います。

(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 地域支援体制の整備

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援など初期の支援を集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームと、医療や介護サービス等の利用を希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応を行う認知症地域支援推進員が連携し、支援につないでいく体制を構築していきます。

② 地域支援体制の強化

オレンジステッカーの交付とともに、認知症の人が行方不明となった場合は、認知症高齢者等の見守り SOS 事業「由布市あんしんネット」の協力事業所と関係機関に情報提供し早期発見を図ります。また、認知症地域推進員や地域包括支援センターが中心となって、認知症高齢者やその家族に「由布市あんしんネット」への登録を勧め、見守り体制の充実を図ります。

③ 若年性認知症の人への支援

大分県が実施している若年性認知症コールセンターを周知し、若年性認知症コーディネーターと連携して、若年性認知症の人への支援を図ります。

また、「由布市認知症あんしんガイド」に若年性認知症の方への支援について掲載し、情報提供を行います。

④ 成年後見制度の利用促進

判断能力が不十分な高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し安心して暮らしていくため、成年後見制度の利用を図ります。また財産管理のみならず、本人の意思や身上保護を重視した制度利用や、支援が必要な人が必要な支援を受けられる制度利用体制を整えます。

(5) 産学官の連携強化

大分大学や市内企業から認知症に関わる委員会や会議（認知症初期集中支援チーム検討委員会、認知症施策推進会議、認知症ケアパス検討委員会等）に参画してもらい、認知症に関する新しい施策や取り組みについて連携して協議・推進していく体制を構築します。

3) 医療・介護連携の推進

平成 26 年の介護保険法改正により、第 7 期計画から地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられました。

介護予防・生活支援に加え、医療や介護が一体的に提供され、重度の要介護状態になっても住み慣

れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるための地域包括ケアにおける取り組みや、「認知症施策推進大綱」の柱の1つである「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」等、さまざまな取り組みがなされています。第8期計画では、これに加え、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、PDCAサイクルに沿った取り組みを新たに加えた医療・介護連携の推進に取り組みます。また、推進にあたっては、事業の理解の促進についても取り組み、医療と介護の連携を更に充実したものとしていくこととします。

(1) ICTの活用による効率的な連携の推進

介護が必要となる高齢者の増加に対し、それを支えるマンパワーの増加が見込めない中、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療と介護の連携は不可欠であり、効率的かつ効果的な連携をすすめるため、ゆーふーネットを構築して2018年より運用を開始しています。

ゆーふーネットの活用によって、関係者の情報共有が容易に図れるようになるなど、不足するマンパワーを補うためのツールとして効果を発揮しており、ゆーふーネットの普及によって更に介護現場の効率化を進めます。

(2) 現状分析・課題抽出・施策立案

地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）情報を把握し整理して「由布地域在宅医療介護連携ガイドブック」や「ゆーふーネット」等で共有し、活用します。「由布地域包括ケア推進協議会」を中心に各班活動（連携推進班・調査研修班・研修班・広報啓発班）の充実を図ります。各班活動を通じて、将来の人口動態、地域特性に応じた在宅医療・介護などのニーズ把握を行うことで、在宅医療・介護連携の課題を抽出し施策の立案を行います。

(3) 対応策の実施

入院時から在宅復帰を見据えた円滑な連携ができるよう、中部医療圏域において作成された「入退院時情報共有ルール」の普及を図ります。加えて、ルールをより日常的かつ効果的に運用できるよう、「ゆーふーネット」をはじめとした情報共有ツールの活用促進に取り組みます。

また、医療・介護に関する参加型の研修や多職種協働・連携に関する研修、ワークショップ等を実施します。

(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援や研修

在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールである終活支援ノート「あんしんノート」を活用していきます。また医療・介護に関する参加型の研修、多職種の協働・連携に関する研修やワークショップ等を実施します。

4) 地域互助力の強化推進による地域共生社会の実現

支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、令和3年4月より「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が施行されることとなり、第8期計画では地域共生社会の推進がより具体化することとなります。

具体的には、包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取り組みの強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等、高齢者施策にとどまらず、地域福祉との連携により、高齢者施策が「支援」から「共助」の考え方を取り入れた施策の展開や、世代を問わない福祉施策の展開が可能となります。

第8期計画では、住民主体の地域の取り組みについて、包括的に取り組み、福祉やまちづくりと連携した通いの場の設置をはじめとする「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を取り入れ、地域生活課題について、住民や福祉関係者、関係機関との連携等による解決方策の構築、体制の整備に取り組みます。

(1) 新しい地域福祉の推進

① 我が事丸ごと地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

地域福祉推進のため、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について把握し、関係機関との連携等による解決を図っていけるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備していきます。

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で個々の能力に応じて自立した日常生活を続けていけるよう、医療、介護、生活支援・介護予防、住まい等の支援が包括的にできる「地域包括ケアシステム」の深化に向けた取り組みを継続して推進します。

「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備に努め、地域のあらゆる住民が役割を持ち、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共生社会の実現を目指していくため、包括的な支援体制づくりを進めていきます。

(ア) 我が事丸ごと受け止める相談支援体制の推進

相談者の世代や内容に関わらず包括的に相談を受け止め、関係課及び関係多機関へつなぐ。

(イ) 通いの場の創設と生活支援体制の整備

高齢者を中心に多世代が集まり交流できる居場所をつくり、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持って支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティの育成を図る。

② 権利擁護

高齢者や障がい者、その他支援を必要とする方々が、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしていくことができるよう、成年後見制度の利用をはじめとする専門的・継続的な支援等を行うことにより、高齢者等の権利擁護と福祉の増進を図ります。

高齢者や障がい者本人の意思や身上に配慮した制度利用を図るための体制を整備します。

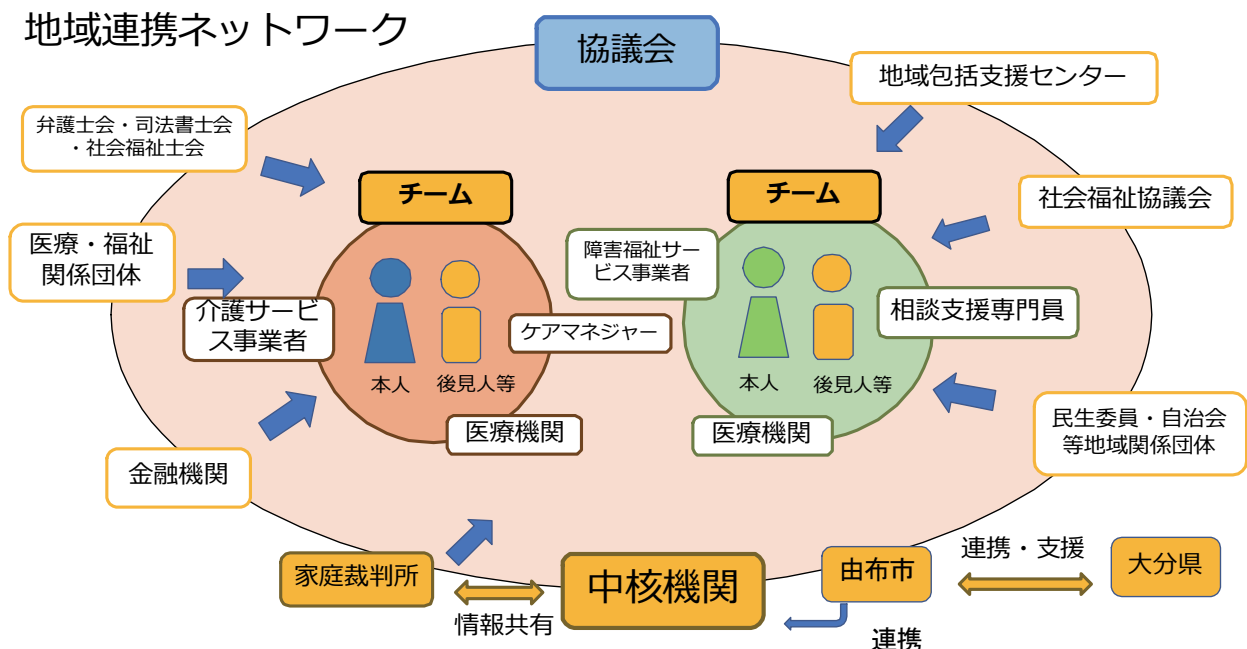
法人後見や市民後見の仕組みづくり、市長申立て等の利用補助など制度利用が必要な人が必要な支援を受けることができる体制を構築します。

(ア) 中核機関の設置

成年後見制度の利用促進を図るため、①広報機能（権利擁護の必要な人の発見や制度の周知・啓発）②相談機能（相談対応・見守り体制の調整）③利用促進機能（適正な後見人の選任）④後見人支援機能（本人を取り巻くチームによる支援）⑤不正防止機能（不正事案の発生抑止）の機能を備えた中核機関を広域での連携を含め検討・設置し、制度利用の体制を整備します。

(イ) 地域連携ネットワークの構築

制度の利用の必要な人が必要な支援を受けられる体制として、本人を取り巻く「チーム」と、地域や福祉・法律の専門職等の関係機関とで組織される「協議会」からなるネットワークを構築します。



(ウ) 法人後見・市民後見

今後の後見人の需要予測から、第三者後見人として法人後見人・市民後見人等のニーズが高まっており、多様な後見人の確保に向け、法人後見事業の支援や、新たな担い手として期待される市民後見人の養成を中核機関や関係団体と連携して取り組みます。

(エ) 成年後見制度利用支援

国が定めた「成年後見制度の利用の促進に関する法律」に基づき、成年後見制度の利用の促進に関する施策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、由布市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画に盛り込み、「成年後見制度利用促進基本計画」として定め取り組みます。

成年後見制度の利用にあたっては、本人や親族による申立てが困難な場合において、市長申立てによって制度が利用できるように支援するとともに、成年後見制度の申立てに係る費用及び後見人の報酬の助成を行います。

③ 高齢者虐待防止

虐待の通報件数は年々増加しており、依然として深刻な状況にあります。このため高齢者の虐待防止・再発防止に向けた施策を推進します。

(ア) 養護者による虐待防止

高齢者に身近に接している福祉従事者、市民及び民生委員児童委員等を対象として、認知症や精神疾患等に対する正しい理解を図るための研修を行うとともに、家庭内における権利意識の啓発、福祉・介護サービス利用による養護者の負担軽減等の周知を行います。また地域での虐待の早期発見及び早期解決に向けた連携体制の充実に取り組みます。

(イ) 養介護施設従事者による虐待防止

養介護事業者等に対して高齢者虐待防止に関する正しい知識や技術を身に付けるための研修及び虐待を未然に防止するための組織づくりを目的とした研修を行います。

(ウ) 高齢者及び障がい者虐待防止ネットワーク

虐待の防止や早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する適切な支援を行うため、関係機関や民間団体との連携協力体制の充実に取り組みます。

住民が中心の早期発見・見守りネットワーク、医療・福祉施設を中心とした保健医療福祉サービス介入ネットワーク、弁護士等関係専門機関介入支援ネットワーク等の役割分担等を明確にすることで、虐待の早期発見と防止に努めます。

(エ) 成年後見制度の利用

認知症により判断能力が不十分かつ虐待等で適切なケアがされていない高齢者に対して、成年

後見制度の利用を検討します。また身寄りが無いなど、申し立てをする親族がいない場合に市長申し立てを行います。

(オ) 相談・支援

家族の不安や悩み権利擁護に関する相談窓口の市民への周知を図ります。また家族や事業者からの相談に対し助言や指導等を行うため、相談窓口に専門職（社会福祉士、保健師等）を配置するなど相談機能の強化を図り、また関係機関との連携・支援体制の充実に取り組みます。

④ 社会福祉協議会の機能強化

地域福祉の推進役となる社会福祉協議会のさらなる機能の充実を進めます。地域の福祉施設等と連携して、高齢者のニーズに即した支援に取り組みます。

(2) 安心して住み続けられるまちづくりの推進（まちづくり、交通、住宅等、防災、感染症対策）

地域共生社会の実現のためには、住まいやまちづくり、交通等との連携も必要となってきます。

第8期計画は、由布市総合計画に位置付けられた計画の1つであり、地域づくりと連携した計画づくりを推進していきます。

また、これまでの避難行動要支援者対策等に加え、高齢者全体の防災対策について、由布市地域防災計画に沿って、地域の防災施策と連携した取り組みを推進します。

また、感染症対策についても、地域の保健施策と連携しながら、安心・安全な地域づくりを推進していきます。

① まちづくりの推進

本市では、自治会や自主防災組織、まちづくり協議会等、多様な主体、団体が連携し、地域課題の解決に向けて取り組む協働のまちづくりをすすめています。

自治組織での活動をはじめ、地域の助け合いによって、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます。

② 安心できる住まいの確保

本市には、サービス付き高齢者向け住宅の設置はなく、有料老人ホームが12施設設置されており、利用定員は299名となっています。

高齢期を安全で安心して過ごすためには、良質な住まいの確保が不可欠であり、その確保にあたっては、有料老人ホーム等が一定の役割を果たすものと見込まれています。入居者の生活基盤の安定のために、事業者の情報等について、大分県との緊密な情報交換を通じ、有料老人ホームをはじめとした質の高い生活基盤の確保を支援します。

③ 移動に関する支援

人口減少によって公共交通機関の衰退が進む中、住民の移動手段を確保するため「由布市地域公共交通活性化協議会」を組織して検討しています。高齢者にとっては、移動手段の確保は容易ではなく、通院など自由に外出するためには公共交通機関の利用が不可欠です。

通院など高齢者の外出を支援する介護予防・生活支援サービス事業による移動支援について調査・研究を行い、持続可能な支援方法を検討します。

④ 生活困窮者自立支援事業

相談員を配置し、複雑で多岐にわたる課題を抱える高齢者等を、アウトリーチで早期に発見し、自立に向け、個別の課題について包括的に支援を実施します。

⑤ ねたきり老人等介護手当支給事業

在宅のねたきり老人及び重度認知症高齢者の介護者に対し、介護の労をねぎらい、経済的負担の軽減を図ることを目的に介護手当を支給します。

⑥ 紙おむつ等購入助成事業

一定の要件に該当する常時紙おむつ等を使用している在宅の高齢者等に対し、購入費の一部を助成することにより、肉体的、精神的および経済的な負担を軽減するとともに、高齢者福祉の向上に努めます。

⑦ はり・きゅう・あん摩・マッサージ施術料助成事業

高齢者に対し、あん摩・マッサージ・指圧・はり・きゅう施術料の一部を助成することにより、高齢者の健康保持と福祉向上に努めます。

⑧ 長寿祝品支給事業

卒寿・百歳・最高齢の人へ長寿祝品（商品券）を贈呈することにより、高齢者福祉の増進に努めます。

⑨ 住宅改修支援事業

高齢者の自立を促進し、介護者の負担を軽減するため、住宅を改造する際の理由書作成について支援を行います。

⑩ 在宅高齢者住宅改造助成事業

高齢者等のいる世帯が、住宅設備を在宅高齢者の生活に適するように改造する場合、その経費の一部を助成します。

⑪ 高齢者・子育て世帯リフォーム支援事業

高齢者のいる世帯において、高齢者の自宅内の安全確保や住環境の向上を図るため、バリアフリー改修工事等を行った場合に、工事に要する経費の一部を助成します。

⑫ 高齢者等の訪問・見守り活動支援

一人暮らし高齢者や、障がい者世帯等を定期的に訪問し、体調の悪化や犯罪被害防止等のための見守りを行います。

⑬ 緊急通報システム事業

ひとり暮らし高齢者の急病や災害時等の緊急時に、迅速かつ適切な対応を図るため、緊急通報装置を設置します。

⑭ 緊急医療情報キット配布事業

ひとり暮らし高齢者及び高齢者夫婦世帯等を対象に、緊急時の安心・安全の確保を図ることを目的に、緊急連絡先・かかりつけ医等の情報を記載した台帳を冷蔵庫に保管する容器（緊急医療情報キット）の配布を行います。

(3) 積極的な社会参画の推進（ボランティア、有償ボランティア、自主活動等）

介護ニーズの増加や介護人材の不足、地域コミュニティの希薄化、一人暮らし高齢者の増加等により、介護保険等の社会保障制度だけでは、地域包括ケアの維持が困難な状況が予測されます。

一方で、高齢者の社会参画意識も向上しており、先に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、6割を超える人が地域づくりに対して参加の意向を示しています。

今後は、地域におけるマッチングを行い、住民主体の活動の促進、ボランティア支援や新しい互助サービスの創出をすすめます。

第8期計画においては、さまざまな分野で住民主体の活動を推進し、互助のしくみの充実・普及を図っていきます。互助の仕組みの充実・普及にあたり、生活支援コーディネーターが関与をしていきます。

① 高齢者の就労支援

高齢者等の雇用相談・援助等業務について、市内企業への周知を図るとともに、シルバー人材センターや有償ボランティア（暮らしの応援隊）への登録及び活動を促進することで就労支援を図ります。

② 認知症サポーターの活用

認知症施策において、認知症サポーター養成講座を受講した方のうち、地域での活動を希望する方により認知症に関する理解を深めるステップアップ講座を開催し、地域の認知症の人やその家族の支援ニーズに合った支援につなげる仕組み（チームオレンジ）を構築していきます。

③ 老人クラブの育成

高齢者の知識と経験を活かし、生きがいと健康づくりのための多様な社会活動を通じて、高齢期の生活を豊かにするとともに、明るい長寿社会づくりを実現するよう、地域資源であるクラブ会員の増加や老人クラブ活動の活性化を支援します。

④ 介護支援ボランティア事業

介護保険施設等の登録事業所で、レクリエーションの補助や見守り、話し相手等の軽微な活動を実施し、高齢者自身の社会参加を通じた介護予防を行っています。

⑤ 由布市コミュニティバス等を活用した移動の円滑化

コミュニティバスなどの活用を中心とした、移動の円滑化をすすめます。

⑥ 「大分あったか・はーと駐車場利用証制度」の利用促進

市内の主要な公共施設等に、「大分あったか・はーと駐車場利用証」を利用できる駐車スペースを整備することにより、高齢者等を介助する家族等への利便性の向上をすすめます。

⑦ 公民館活動への参画

高齢者が様々な人と交流し、生きがいのある生活を実現できるよう、公民館活動への参加を促進することによって、社会参加の機会を拡大します。

⑧ 各種活動への参加勧奨の推進

介護予防教室や各種交流事業等において、男性高齢者の参加を促進するため、内容の充実を図ることによって魅力度を高め、活性化を図ります。

⑨ 生涯学習の機会の拡大

高齢になっても生きがい活動や趣味などに取り組めるよう、学習機会・情報の提供に努めます。
高齢化やメンバーの固定化に対応した参加勧奨、学習団体やサークルの育成などを行うことにより各種活動の支援を行います。

⑩ 生涯スポーツの推進

高齢になっても無理なくできるスポーツなど、高齢者に適したニュースポーツの普及を図ります。

⑪ 青少年の健全育成への参加

豊富な社会経験と豊かな生活の知恵を持った高齢者に、青少年との交流を通じ、健全育成の担い手として活躍を求めます。

⑫ シルバー人材センターの活用

シルバー人材センターは、高齢者に対し、技術取得のための講習会や研修会の実施、就業に関する

る情報提供及び就労指導を行っています。高齢者に適した仕事を確保するとともに、高齢者の個々の能力や特技を活かせる仕事を提供するシルバー人材センターの活性化を図り、高齢者の就労先の拡大を図ります。

(4) 防災施策

安心・安全な暮らしの確保には、防災対策が不可欠です。

避難行動要支援者への支援について、地域と連携し、災害時の避難対応だけでなく、平常時の見守り等も含めた施策を展開します。

また、災害時にすべての地域住民が円滑に避難可能となるよう、避難情報発令のタイミングや指定避難場所及び緊急指定避難場所、福祉避難所の確認や避難方法についての周知を図ります。

(5) 感染症対策

抵抗力の弱い高齢者が感染症に罹患すると、症状が重症化する恐れが高く、命の危険にさらされることも考えられます。感染症の発生時は、迅速で適切な対応が求められることから、保健所や地域の医療機関と緊密に連携して対応します。

高齢者が罹患しないよう感染症予防の啓発に取り組むとともに、発生時の情報提供に努めます。

また、高齢者が利用する福祉施設や通いの場においては、集団感染が発生する可能性が高いため、管理者に対して、利用者の検温など健康状態の把握を求め、より効果的な感染予防の実施を求めています。

5) 介護サービスの充実

介護保険制度は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくための基盤となるものです。介護保険事業が適正に運用され、また、持続可能な運営となるためには、介護サービス基盤の充実と保険者機能の強化を進める必要があります。利用者にとってより質の高い介護サービスが提供されるよう、介護サービス事業者に対して適切な指導監督を行うとともに、利用者がサービスの選択が容易にできるよう、関係機関と連携した広報の強化に努めます。

また、制度の持続可能性と信頼性を高め、サービスの質の向上、公平・公正なサービス利用、自立支援に資する適正なサービス提供などに向けた取り組みを進めます。通報、苦情などを受け、運営基準違反などが疑われる事業者については確認を行うために、事業者への指導・監査等を行います。

(1) 相談、苦情対応体制の充実

地域包括支援センターをはじめ、地域の関係機関等が相互に連携し、相談機能の充実を図ります。また、国民健康保険団体連合会とも連携し、苦情処理体制の充実を図ります。

(2) 情報公開とサービス評価の推進

介護サービスの質を確保し、向上を図っていく観点から、サービスの内容を点検・評価し、この結果を活かして改善を続けていくサービスの評価が重要です。このため、介護サービス事業者自らが行うサービス評価の普及を図るとともに、県が実施している「大分県介護サービス評価情報提供システム」を活用しながら、利用者が望むサービス情報の提供をすすめます。

(3) 介護人材の確保

高齢化による介護需要の増加により、介護人材の不足が顕著になって現れています。介護の魅力を発信するなどして幅広い人材の参入を促進します。

(4) 介護機器の導入支援

介護職員の腰痛防止など身体的負担の軽減を図るため、リフトなどの介護機器を活用した業務の効率化を支援します。

(5) ノーリフティングポリシーの普及

介護従事者の中には、介護にかかる手間と時間を省くために、抱え上げての移乗や入浴の介護を行う人が少なくありません。従って安全衛生上の教育を徹底するとともに、介護機器の利用によって行う抱え上げない介護は、介護従事者の腰痛・離職予防だけでなく、介護を受ける人の不安を取り除き、拘縮を抑えることが期待できます。介護をする側とされる側の双方にとって効果のあるノーリフティングを、広く普及することによって介護のイメージの転換を図ります。

(6) 事業所の指導及び監査の実施

介護保険の利用者が適切なサービスを受けられるよう、地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所に対して実地指導や集団指導を行います。

6) 居宅及び施設、地域密着型サービスの充実

第8期介護保険事業計画においては、既存施設の有効な利活用を行います。必要に応じ、第8期介護保険事業計画の変更を検討する中で、介護保険施設、地域密着型サービス（地域密着型通所介護を除く）の新たな施設整備を行います。

(1) 居宅介護サービス等の充実

居宅サービスは、在宅ケアを支えるものとして、サービスの質の向上が求められています。

今後も利用状況や意向を把握し、サービス提供事業者等の協力を得ながら、居宅サービスの提供体制の充実に努めます。

(2) 地域密着型サービスの充実

地域密着型サービスは、今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域の事情に則して提供されるサービスです。市が事業者の指定や監督を行い、事業者が所在する市町村に居住する人が利用対象者となります。第8期介護保険事業計画においては、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「看護小規模多機能居宅介護」の2事業の実施を見込んでいます。

(3) 施設サービス

高齢者が、在宅での生活が困難となった場合に利用するサービスです。由布市内には、特別養護老人ホームが5事業所、老人保健施設が3事業所の合計8事業所によってサービスが提供されています。

7) 介護給付の適正化

介護保険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る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、適切なサービスの確保と費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図ります。

高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、限られた資源の効率的・効果的な活用に資するため、介護給付適正化に取り組めます。

(1) 認定調査状況チェック

居宅介護支援事業所等に委託して行った認定の変更等にかかる調査内容をチェックします。

(2) ケアプラン点検

利用者の自立支援に資する適切なケアプランであるか等に着目した点検を実施します。

(3) 住宅改修・福祉用具販売等の点検

住宅改修費支給申請時に、請求者宅の実態確認、工事見積書の点検等を行います。

福祉用具購入費支給申請時に適正であるかの内容チェックを行います。

(4) 医療情報との突合等

入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスとの整合性の把握と体制整備に努めます。

(5) 介護給付費通知

利用者本人（または家族）に対して、サービスの請求状況及び費用等について通知します。

第4章 地域支援事業の実績と今後の方向性について

1. 地域支援事業の内容と位置づけ等

1) 地域支援事業とは

地域支援事業は、介護保険事業における介護予防事業です。地域支援事業の目的は、介護サービスを必要としない早い段階から、高齢者ができる限り自立した生活を送れるように支援することにより、要支援や要介護状態の予防、重度化の予防と改善を図ることで、介護保険の基本理念を広めていくための事業として位置づけられています。

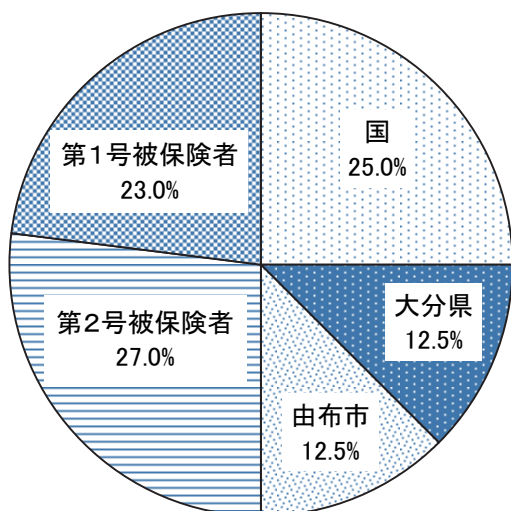
また、高齢者が住み慣れた地域で健やかに過ごすために医療、介護、地域の連携が重要となってくることから、地域支援事業の取り組みを広げることにより「地域包括ケア」の体制整備を図ります。

2) 地域支援事業の財政的裏付け

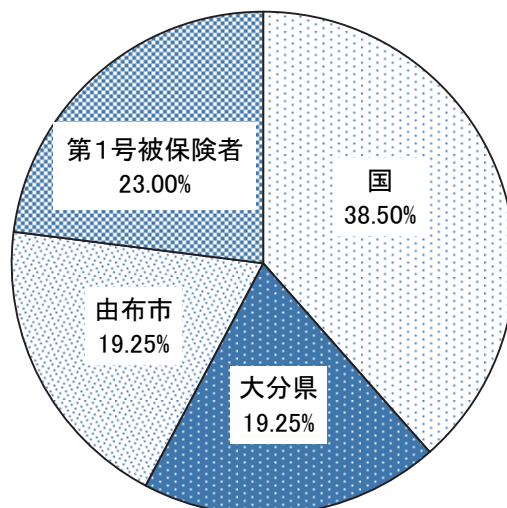
地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」と「包括的支援事業」、「任意事業」に分類されます。「介護予防・日常生活支援総合事業」の財源構成は、国 25.0%、県 12.5%、市町村 12.5%、第2号被保険者保険料 27.0%、第1号被保険者保険料 23.0%となっています。

「包括的支援事業」と「任意事業」は、国 38.5%、県 19.25%、市町村 19.25%、第1号被保険者保険料 23.0%となっています。

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



3) 具体的な事業内容

「介護予防・日常生活支援総合事業」は、①介護予防・生活支援サービス事業と②一般介護予防事業から構成されています。

「包括的支援事業」は、地域包括支援センターの運営や介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務(虐待の防止等)、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を実施するとともに、社会保障の充実をはかる事業として、以下の業務が含まれます。

- (Ⅰ) 認知症施策の推進
- (Ⅱ) 在宅医療・介護連携の推進
- (Ⅲ) 地域ケア会議の実施
- (Ⅳ) 生活支援コーディネーターの配置

2. 地域支援事業の実施状況

第7期計画（平成30年度～令和2年度）の施策の実施状況は以下のとおりです。

第7期介護保険事業計画進捗状況

施策	指標項目	目標値	2018年度	2019年度	2020年度 (12月末時点)
1	ゆーふーネット登録事業所割合 (登録事業所数/由布市内の医療・介護機関)	30%	33%	49%	52%
1	認知症サポーター	6,600人	4,893人	5,213人	5,393人
1	あんしんネット登録者	35人	47人	56人	80人
1	第1層協議体の設置	1箇所	1箇所	1箇所	1箇所
2	お茶の間サロン・シニアエクササイズ（住民主体型の通いの場）の数	75団体	46団体	58団体	75団体
2	健康応援団派遣事業 専門職派遣数（延べ人数）	延200人	延199人	延236人	延162人
2	生きがい応援団派遣事業等 ボランティア講師派遣数（延べ人数）	延600人	延163人	延350人	延250人
3	権利擁護センターの設置	1箇所	0箇所	0箇所	0箇所
3	避難行動要支援者登録数	4,030人	1,997人	2,088人	2,066人
4	まちづくり協議会への参画	3地域	3地域	3地域	3地域
5	地域ケア会議で検討した個別事例のフォローアップについて、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築する。	100%	100%	100%	100%
5	地域ケア会議で検討した個別事例のフォローアップについて、その後の変化等のモニタリングを実施する。（フォローアップ件数/個別事例）	20%	50%	100%	72%

施策 1 地域での暮らしを支える仕組み

(1) 医療・介護関係者の情報共有の支援

在宅医療と介護の連携では、由布地域包括ケア推進協議会の取り組みを継続するとともに、その取り組みをより多くの市民や関連機関へと広げてきました。

多職種が連携して医療・介護サービスを提供する多職種連携シート、ケアカンファレンスシートの利用やゆーふーネットによるICT化を全市へ広げることに努め、瞬時に、効果的かつ効率的に情報共有を行える基盤を整えています。

(2) 認知症高齢者支援団体等の活動促進

地域における認知症高齢者の見守りや、認知症に関する広報・啓発活動、認知症高齢者やその家族の集いの場づくりなどを行う支援団体（由布市オレンジの会、認知症の人と家族の会等）への支援や、幅広い世代の認知症サポーターを養成しました。認知症サポーター養成講座は、市内中学校や市内企業（スーパー等）の職員を対象に実施しています。

認知症地域活動支援ボランティア事業として、ステップアップ講座を行い、その修了者や認知症に関する専門職で組織する「オレンジの会」や市民ボランティア等で、認知症患者とその家族がいきいきと生活できる地域づくりに取り組む活動事業を支援しました。認知症カフェは増加し、4か所で活動しています。

今後は、認知症ピアサポーター派遣事業を活用した活動支援や、認知症施策に本人や家族といった当事者等の声を反映させていくことが必要です。

(3) 認知症高齢者等に対する支援

認知症高齢者等の行方不明が発生した際に、行方不明者の情報を共有し連携協力して搜索活動を行い早期発見・保護につなげる、地域の関係機関や協力企業等による緊急連絡ネットワーク（高齢者等SOSネットワーク事業「あんしんネット」）を活用するため、地域包括支援センターや認知症地域支援推進員が中心となって登録者を増やしています。

また、認知症初期集中支援チームが認知症高齢者等を早期に支援して、適切な医療や介護サービスにつないでいます。このことは、認知症高齢者本人の生活の質の向上につながり、介護を担う家族の負担軽減に寄与しています。

今後は、地域社会全体が認知症への理解を深められるように徘徊模擬訓練や声かけ訓練等を通じて、市民への普及啓発を行い、認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう取り組みを進めます。

(4) 地域で支え合うしくみづくり

生活支援体制整備事業における第2層生活支援コーディネーターが、まちづくり協議会（第3層）と連携し、通いの場、移動の問題等に着眼した地域づくりを推進しています。

市全体を単位とする第1層協議体において、第2層・第3層の各種活動を通じて抽出された地域課題を整理し、解決できない課題については、今後、市に政策として提言していきます。

施策2 健康づくり・介護予防の取り組み

(1) 地域づくりによる介護予防の推進

茶話会やレクリエーション等、高齢者が生活に潤いを感じられる活動を行うことで、介護予防や生きがいづくりを促進し、充実した生活を送れるように、お茶の間サロン活動補助金を交付し支援しています。高齢者自身がサロン活動の中で役割を持ち、支える側になる等、参加者相互の交流を通じた地域内での支えあい体制の確立を図っています。

団体数は年々増加傾向にありますが、分布には地域差があり、今後もお茶の間サロン等の活動が少ない地域や、介護予防日常生活圏域ニーズ調査で判明した要介護リスク判定の高い地域へのサロンの活動の周知および立ち上げ支援が必要です。

感染症の流行・自然災害等の健康危機的状況やサロン代表者の高齢化等で活動の継続が困難となる場合があります。そうした地域の実情に応じた活動が継続できるよう支援をより強化していくことが求められています。

(2) 地域介護予防活動への支援

“健康応援団”としてリハビリテーション専門職等を派遣し、介護予防に関するセルフケア能力を高められるよう支援しています。健康応援団はお茶の間サロン等の住民主体の通いの場へ派遣することで、継続的な活動に寄与しています。

また、お茶の間サロン等に市民等によるボランティア講師を派遣することで、高齢者等が趣味や特技を活かして、社会参加できる機会をつくるとともに、高齢者相互の生きがいづくりを促進しています。

今後、お茶の間サロンを中心とした住民主体の通いの場が、地域包括ケアシステムにおける地域支えあいの場としての機能を更に発揮できるよう、リハビリテーション専門職およびボランティアの協力を得ながら支援をしていく必要があります。

施策3 自立と安心につなげる取り組み

(1) 権利擁護センター

高齢化に伴い認知症高齢者等の増加が見込まれ、判断能力に応じて日常生活を過ごすことができるよう、介護保険サービスの利用援助や日常生活上の金銭管理等の支援から成年後見制度の利用に至るまで、支援が切れ目なく一体的に確保されるよう、認知症高齢者等の権利擁護に関する取組が必要です。成年後見制度等に関する相談窓口の必要性から、広域連携を含めた権利擁護センターの体制等について協議、検討しました。

(2) 災害時における避難行動要支援者への支援

災害時における避難行動要支援者への支援また、状況に応じた個別支援計画策定を、本人・家族・地域等と共同して進めています。あわせて、災害の発生時において迅速かつ効果的に行動できるよう、民生委員等の協力を得ながら登録者の状況の把握に努めています。

施策4 社会参加・生きがいの取り組み

(1) 地域コミュニティづくりへの参画

高齢者の知識と経験を生かした地域貢献ができるよう、生活支援体制整備事業の一貫である生活支援コーディネーターの活動を通じて、まちづくり協議会等を主体とした、地域コミュニティづくりへの参画を推進してきました。

現状では、まちづくり協議会への参画については3地域ともに実施していますが、まちづくり協議会が設立しておらず準備会の状態の地域もあり、地区の状況等を見ながら、今後も必要に応じて参画していきます。

施策5 介護保険サービスに関する取り組み

(1) 地域ケア会議の充実

地域ケア個別会議の中で、自立支援型ケアマネジメントの浸透を図り、介護支援専門員及び介護職等に自立支援に資する質の向上を促してきました。地域ケア個別会議で検討した事例では、所定の様式を用いてモニタリングを実施し、事例提供者の負担軽減と評価指標の統一化を図ることができ、事例提供後のフォロー体制も確立できました。

また、地域ケア会議で浮き彫りになった地域課題は、高齢者個人に対する支援が充実できるよう、生活支援・介護予防の視点で整理し、由布市支え合い推進会議（第1層協議体）等を通じて課題解決に取り組んでいきます。

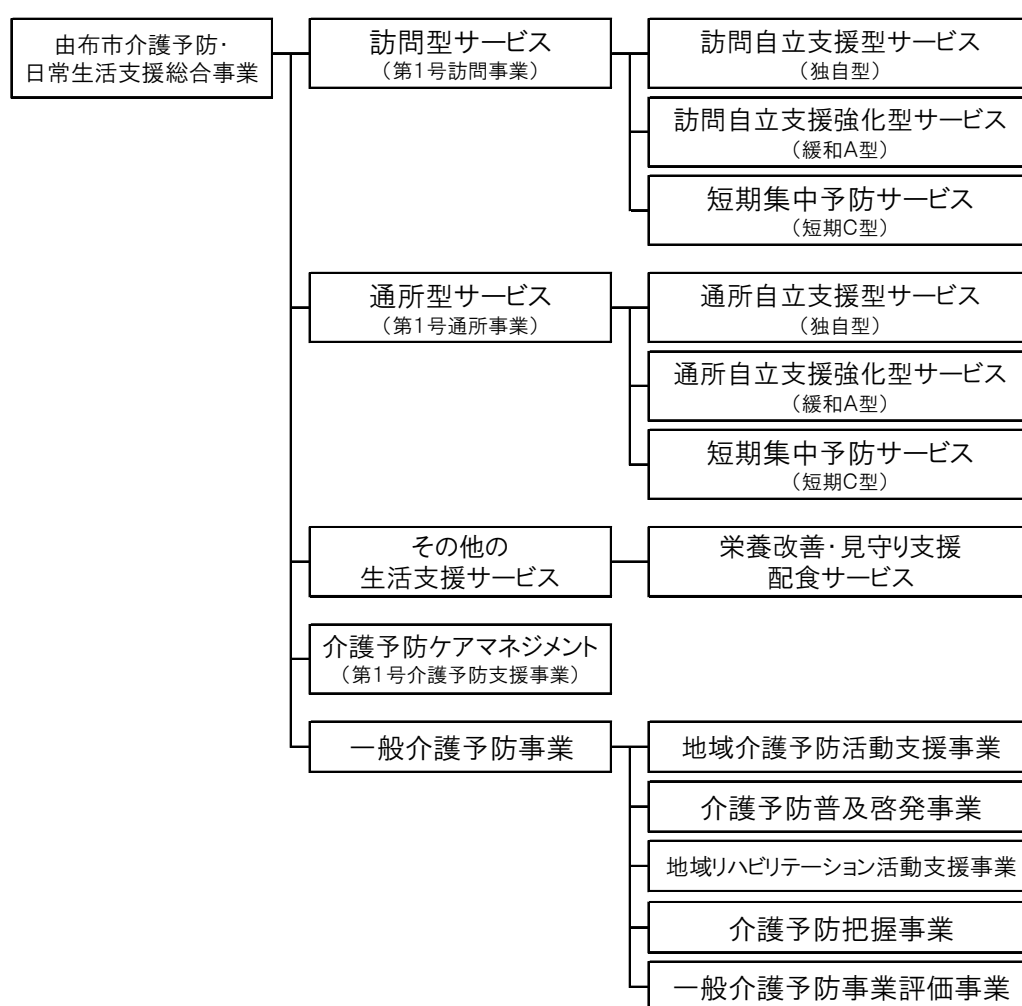
3. 地域支援事業の今後の展開

1) 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業による卒業を見据えた自立支援の推進

高齢者の有する能力を活かした生活の継続を支援するために、従前の通所や訪問によるサービスに加え、短期間で効果的に機能改善を図るサービスや多様な主体によるサービスによって、心身機能・生活機能が維持向上できる仕組みづくりを強化していきます。

《由布市総合事業体系図》



(2) 健康づくり・介護予防の推進

高齢者が自らの健康に関心を持ち、健康づくり・介護予防に取り組むことを支援するために、地域のニーズに合った活動・参加の機会を提供できる体制整備を進めます。推進に当たっては、地域住民および高齢者支援に資する関係機関と協働で取り組みます。

また、高齢者がフレイル状態に陥ったとき、より早期に機能改善が図れるよう、高齢者自らが相談しやすい環境づくりや関係機関と連携した早期発見の体制づくりに取り組みます。

(3) 地域づくりによる介護予防の推進

お茶の間サロン等の住民主体の通いの場を拡充することで、高齢者が体操や茶話会、趣味活動等の介護予防に取り組みやすい環境の整備に努めます。

また、通いの場が元気な高齢者の介護予防の場としてだけでなく、要支援・要介護等の認定者も社会参加を続けられる場となるよう、リハビリテーション専門職や関係機関、ボランティア等の協力を得ながら支援します。

さらに、まちづくりの取り組みや生涯学習、ボランティア活動、就労等、通いの場に限らず多様な活動が介護予防・生きがいづくりに繋がるよう、関係機関と連携して支援します。

(4) 地域包括ケアシステムの深化を目指す連携・協働

高齢者支援に資する関係機関との連携だけでなく、福祉・健康・交通・商工・生涯学習等の機関と連携し、すべての世代で支え合う仕組みづくりをすすめます。

(5) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の保健事業に資する関係課および後期高齢者医療保険者との連携により、健診や医療費データを活用し、疾病の予防および重度化予防の視点を踏まえた健康づくり・介護予防の取り組みを進めていきます。

また、健康立市推進事業との連携により、高齢者が自らの健康増進・介護予防に取り組むことに対するインセンティブとして「健康マイレージポイント」の付与を行い、より多くの高齢者が積極的に健康づくりに取り組めるよう支援します。

2) 自立支援、重症化防止等に資する施策の推進

(1) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の人材育成・資質向上

各種研修会や説明会を通じて、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援・居宅介護支援等における基本方針等を示し、自立支援型ケアマネジメントの浸透を図ります。また、由布市介護支援専門員協会とも連携し、自立支援・重症化防止に資するケアマネジメントを提供していきます。

(2) 地域ケア会議の拡充

地域ケア個別会議において個別事例の検討を行い、多職種からの助言による個別課題への多角的な支援の検討を実施することで、介護支援専門員や介護サービス事業者等の自立支援・重症化防止に向けた利用者支援を推進します。

また、地域ケア個別会議において明らかになった地域課題は、地域ケア推進会議において更なる現状把握や解決する優先順位、解決の手立て等の検討を実施します。地域ケア推進会議で検討した結果は、由布市地域支え合い推進会議や由布地域包括ケア推進協議会等、関係機関への提言を行い、政策や施策へ反映できるよう努めます。

3) 地域包括支援センターの充実、機能強化

(1) 総合相談機能の充実

総合相談窓口である地域包括支援センターが中核となって、民生委員や介護サービス事業所等関係機関の連携を強化します。相談事例によっては、必要に応じて、市の関係課に支援を要請し、早期解決を図ります。

地域包括支援センターが、高齢者の相談等に 24 時間 365 日対応できること、いつでも市民の相談に応じる体制が整備されていることの周知をすすめます。

(2) ケアマネジメント業務への支援

一人ひとりの介護予防と重症化予防に資する自立支援型ケアマネジメントを提供するために、介護支援専門員等の相談窓口を設置し、ケアプランの作成技術の指導・助言、関係機関との連携・協力体制の整備、包括的・継続的なケア体制の構築を進めます。

(3) 権利擁護

消費者被害の防止や予防に努め、民生委員や由布市介護支援専門員協会等の関係機関に情報提供します。

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者やその家族等に、成年後見制度の説明や申立ての支援を行います。

高齢者やその家族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等の困難事例を把握した場合は、配置されている3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）が相互に連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討して必要な支援を早期に行います。

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

ケアプランにインフォーマルサービスやセルフケア、多様な地域の社会資源を位置づけて、自立支援型ケアマネジメントを具現化します。

4) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

(1) 地域の医療・介護の資源の把握

地域を包括した、医療・介護資源マップまたはリストを作成し、地域の実情を把握します。

さらに連携に有用な項目（在宅医療の取り組み状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を由布地域在宅医療介護連携ガイドブックとして関係者間で共有、公表します。

(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

KDBを用いた医療情報と介護給付費・要介護状態の推移等から、在宅復帰支援のあり方として必要な介護サービスや医療との連携方法を分析します。その結果、見出された課題を由布地域包括ケア推進協議会で協議・検討します。

また、地域ケア会議等で抽出された在宅医療・介護に関する地域課題についても、由布地域包括ケア推進協議会で協議・検討を進めます。

(3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

由布地域包括ケア推進協議会における各班会議、事務会議、推進会議、拡大会議を経て、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取り組みを企画・立案していきます。

さらに、度重なる自然災害等に備え、在宅生活の継続に必要な災害時の支援や救急も含めた医療・介護の提供体制についても協議・検討します。

(4) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療・介護連携支援センター（市直営）を中核として、医療・介護関係者、地域包括支援センターからの在宅医療・介護連携に関する相談に対応し、医療・介護連携のさらなる深化を図ります。

在宅医療・介護連携支援センターの設置方法・機能等については、必要に応じ由布地域包括ケア推進協議会で検討及び協議を行います。

(5) 地域住民への普及啓発

各地域において医療・介護の支援が必要とされる高齢者が増加することが見込まれるため、由布地域包括ケア推進協議会の広報啓発班を中心に、地域での出前講話や市民公開講座等で、在宅での療養介護に関する理解を促す普及・啓発活動を行っています。

(6) 医療・介護関係者の情報共有の支援

高齢者の在宅生活において、医療と介護サービス等が効果的かつ効率的につながるように、ゆーふーネットを情報共有ツールとして活用できる仕組みづくりに努めます。

由布地域包括ケア推進協議会が作成した多職種連携シートや、ケアカンファレンスシートのゆーふーネットでの活用によって、関係者間の情報共有を支援します。

(7) 医療・介護関係者の研修

在宅医療介護連携の必要性や在宅医療の実際の技法、多職種連携の実際、医療保険・介護保険上の各種手続きなど、関係職種が実際に業務をすすめる上で必要になる様々な事項を全体研修やグループワーク等を通じて周知を行い、対応力の向上を図ります。

また、各種手続きや連絡調整に係る時間等の効率化のため、ゆーふーネットを活用した連携方法の好事例等をまとめて、ゆーふーネットの利用事業所等に提供し、効率的な事業の運営を支援します。

(8) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

中部医療圏域で作成した「入退院時情報共有ルール」を運用し、医療・介護サービス提供施設間の連携体制の強化を支援します。

二次医療圏内の他市との連携や二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項は、中部保健所由布保健部や大分県の指導・助言を得ながら、検討していきます。

5) 認知症高齢者に対する支援

(1) 認知症高齢者を支える地域ネットワークの構築と活用

① 認知症への理解を深める啓発

地域住民や家族を対象とした認知症に関する学習の機会の充実を図り、正しい知識の普及と啓発をすすめます。

アルツハイマー月間には、市内図書館での認知症に関する企画展示や読み聞かせ、市民講座等を行います。

② 関係機関の連携

保健・医療・福祉等の関係機関や担当部局が連携し、それぞれの地域の実情に応じて、介護保険サービス事業者や、介護保険対象外のサービス、ボランティア、地域の団体等との連携によるインフォーマルサービスも含めた総合的なサービスの提供体制を充実し、認知症の方のサポートを行います。

③ 認知症高齢者支援団体等の活動促進

地域における認知症高齢者の見守りや認知症に関する広報・啓発活動、認知症高齢者やその家族の集いの場づくりなどを行う団体（由布市オレンジの会等）への支援や、認知症サポーターの幅広い世代における養成を推進していきます。

④ 認知症地域活動支援ボランティア事業

認知症サポーター養成講座修了者を対象にステップアップ講座を開催します。ステップアップ講座修了者は、認知症に関する専門職で組織する「オレンジの会」などを通じて活動しています。

ステップアップ講座修了者やオレンジの会の会員が、支援チームとなって認知症者やその家族のニーズにあった支援を行えるよう、地域での支援体制（チームオレンジ等）の構築をすすめます。

(2) 支援体制の充実

① 認知症ケアパスの活用促進

認知症者の支援の流れを取りまとめた認知症ケアパス「由布市認知症あんしんガイド」を活用し、高齢者の状態に応じた対応ができるよう、市民への周知と適切な運用を促進します。

② 認知症初期集中支援チームの充実

複数の専門職が、認知症が疑われる人やその家族を早期に訪問し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行い、高齢者や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活をサポートしています。

チーム員会議や検討委員会を経て、高齢者やその家族に対する支援を検証し、より一層の質の向上と支援体制の充実を図ります。

③ 認知症地域支援推進員活動の拡充

由布市地域包括支援センター等に認知症の医療・介護における専門的知識や経験を有する認知症地域支援推進員を配置し、地域の支援機関の連携や認知症者、その家族を支援する相談業務等を行うほか、認知症に関わる様々な事業の実施や施策を進めていきます。

④ 認知症施策推進会議

医療・介護・福祉の専門職と連携を図り、認知症者やその家族等全市民への効果的な支援を行うために、認知症施策についての方向性を協議します。今後は、本人ミーティングのような認知症高齢者や若年性認知症者、認知症の家族の声を聞く場を設け、施策に反映していきます。

⑤ オレンジカフェ

認知症者やその家族の相談や集いの場であるオレンジカフェが市内 4 か所に開設されています。引き続き、認知症地域支援推進員を中心に活動を支援していきます。

⑥ 見守り体制の充実

認知症者を支える地域住民や関係者、関係機関の連携強化として、徘徊模擬訓練や声かけ訓練を実施し、認知症者にやさしいまちづくりを支援します。

(3) 認知症予防、早期発見のための体制整備

① 予防のための社会参加の充実

認知症にならないためには、規則正しい生活、健康づくり、社会参加による人とのふれあいが大切です。このため、地域のサロン活動（お茶の間サロン等）等を活用した社会参加の機会の充実に図ります。一般介護予防事業において認知症予防の講話を実施することで、高齢者の認知症予防のセルフケアの支援も行います。

② 高齢者等 SOS ネットワーク事業「あんしんネット」

認知症高齢者等の行方不明者が発生した場合、行方不明者の情報を共有し、連携・協力して捜索活動を行うことにより、早期発見・保護につなげるため、地域の関係機関等による緊急連絡体制の構築を図ります。

地域包括支援センターや認知症地域支援推進員を通じて高齢者やその家族、介護支援専門員等に啓発を行い、登録者の増加を図ります。

今後はオレンジステッカーを登録者に配付し、早期発見・保護につながるような仕組みの定着に努めます。

6) 生活支援体制の整備

(1) 生活支援コーディネーターの活動の充実

生活支援コーディネーターを、第1層（市全体）に1人、第2層（各地域）に3人配置しています。通いの場であるお茶の間サロンの活動支援やまちづくり協議会に参画することで、地域のニーズを把握しています。

今後は、把握した地域ニーズに生活支援サービスをマッチングさせることで、多様なサービスの提供を図ります。

また、地域ケア会議に参加し、介護サービスの利用を卒業された高齢者を地域の通いの場であるお茶の間サロン等の参加を促すことで高齢者のセルフケアや自立支援につなげます。

(2) 支え合い推進会議

生活支援コーディネーターが把握した地域ニーズや、地域ケア会議で明らかになった地域課題を、第1層・第2層協議体の支え合い会議で協議・検討を行い、地域包括ケア推進協議会や市の担当部局に対して政策提言を行います。

(3) 生活支援サービス事業

介護保険サービスとして提供されないゴミ出しや草取り作業をはじめとした生活支援サービスを提供することで、高齢者が自立した生活が送れるように支援します。

生活支援サービスの提供には、誰もが気軽に利用できる仕組みが必要なため、利用しやすいサービス提供体制の構築を、支え合い推進会議を通じてすすめます。

生活支援サービスの担い手は、有償ボランティアの活用を想定しており、有償ボランティアは、暮らしの応援隊養成講座を開催して養成を図ります。

買い物支援や外出支援等の移動支援について生活支援サービスで提供できないか、関係部局や関係機関等と協議を進めます。

第5章 介護保険事業にかかる費用と保険料の算出

1. 事業費算出の流れ

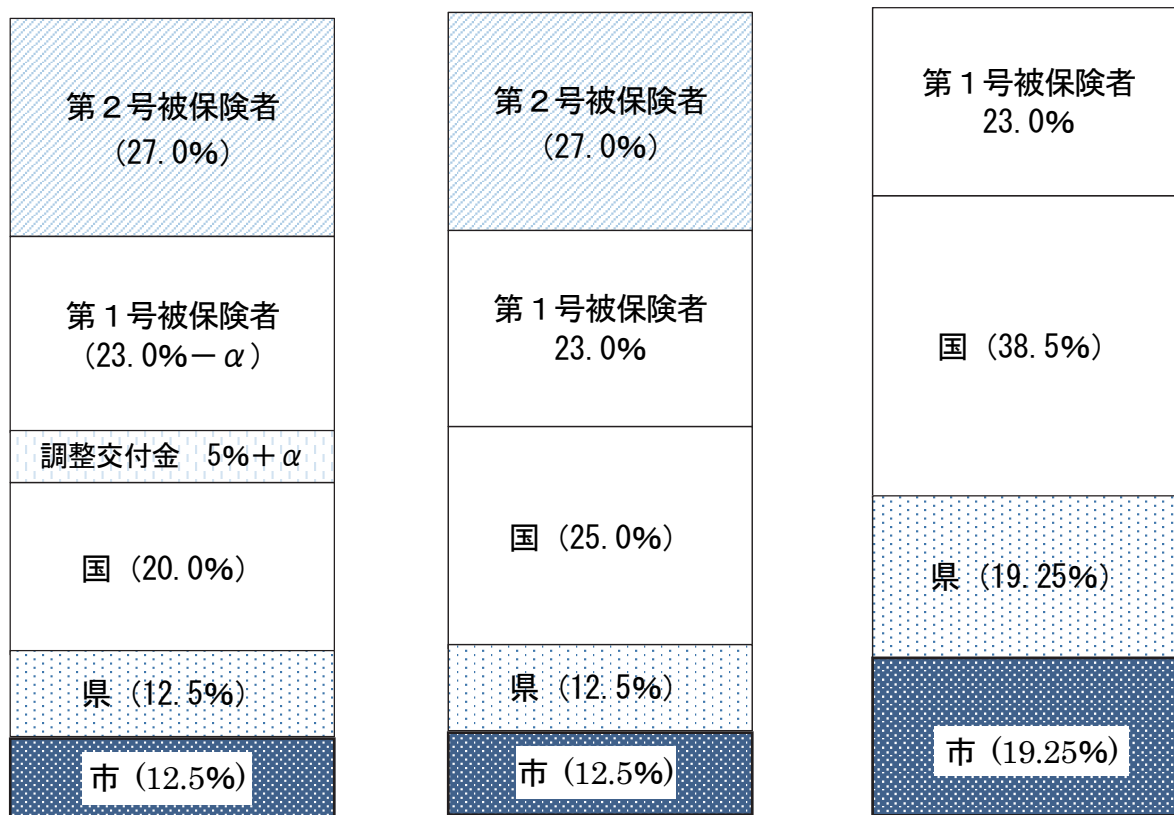
介護保険事業費及び第1号被保険者介護保険料は、第8期計画期間（令和3年度～令和5年度）における第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業にかかる費用見込み等をもとに算定します。

総給付費（介護サービス及び介護予防サービスの利用者負担以外の部分）にかかる財源の半分は公費で、残りの半分は第1号被保険者と第2号被保険者の保険料によってまかなわれます。このうち、第1号被保険者の負担割合は、23.0%と定められており、介護保険料は所得などに応じて決めることになります。

介護予防・日常生活支援総合事業にかかる財源の構成は、調整交付金はありませんが、第1号被保険者の負担割合は23.0%、総給付費と同じです。包括的支援事業及び任意事業も、第1号被保険者の負担割合は23.0%ですが、第2号被保険者の負担はありません。

《介護サービス・介護予防サービス》 《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》



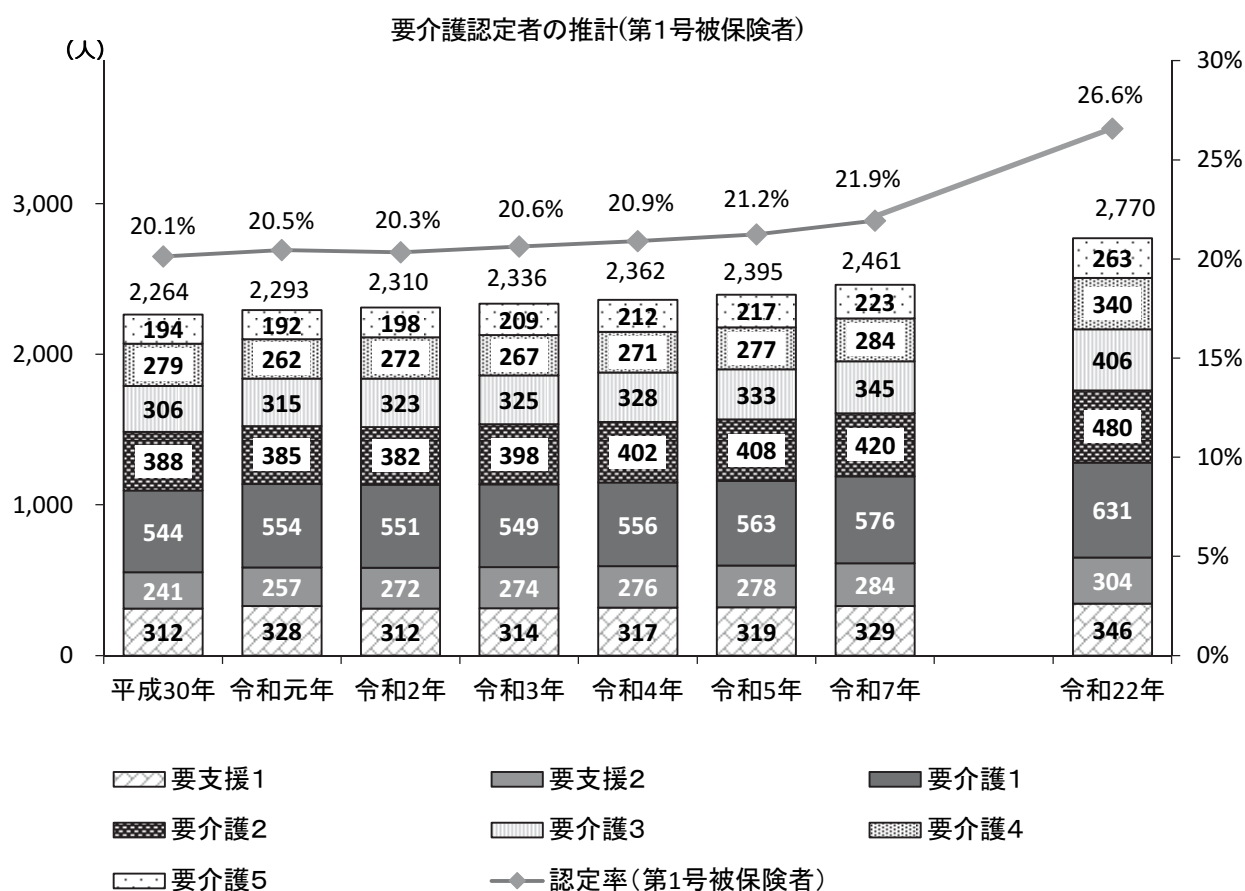
2. 認定者数の推計

要介護(要支援)認定者及び認定率の推計

(単位:人)

	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年	令和 7 年	令和 22 年
第 1 号被保険者	2,248	2,304	2,310	2,336	2,362	2,395	2,461	2,770
要支援1	312	328	312	314	317	319	329	346
要支援2	241	257	272	274	276	278	284	304
要介護1	544	554	551	549	556	563	576	631
要介護2	388	385	382	398	402	408	420	480
要介護3	306	315	323	325	328	333	345	406
要介護4	279	262	272	267	271	277	284	340
要介護5	194	192	198	209	212	217	223	263
第 2 号被保険者	25	20	21	21	21	21	21	21
認定者数合計	2,289	2,313	2,331	2,357	2,383	2,416	2,482	2,791
認定率 (第 1 号被保険者)	20.1%	20.5%	20.3%	20.6%	20.9%	21.2%	21.9%	26.6%

出典：厚生労働省「見える化システム」



3. 利用量の見込み

(1) 在宅サービス利用量の推計（介護予防サービスを含む）

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
訪問介護	回数(回)	3,956	4,292	3,983	4,966	5,023	5,156	5,148	6,048
	人数(人)	208	187	161	200	202	206	209	240
訪問入浴介護	回数(回)	10	24	17	18	18	18	18	25
	人数(人)	2	6	4	5	5	5	5	7
訪問看護	回数(回)	738	960	950	1,021	1,039	1,067	1,078	1,211
	人数(人)	115	137	132	138	140	143	146	162
訪問リハビリテーション	回数(回)	406	283	382	442	442	442	442	502
	人数(人)	47	32	33	40	40	40	40	46
居宅療養管理指導	人数(人)	171	177	177	183	186	190	192	224
通所介護	回数(回)	8,229	8,333	8,064	8,147	8,273	8,444	8,561	9,896
	人数(人)	493	494	472	481	488	498	506	581
通所リハビリテーション	回数(回)	2,452	2,512	2,236	2,342	2,377	2,407	2,469	2,797
	人数(人)	469	482	429	436	442	447	458	505
短期入所生活介護	日数(日)	1,064	2,247	4,171	3,183	3,185	3,185	3,185	3,827
	人数(人)	105	104	100	103	106	107	109	126
短期入所療養介護(老健)	日数(日)	34	42	24	30	30	30	30	36
	人数(人)	5	7	4	7	7	7	8	11
短期入所療養介護(病院等)	日数(日)	102	105	53	30	30	30	30	30
	人数(人)	5	5	4	3	3	3	4	4
短期入所療養介護(介護医療院)	人数(人)	0	0	0	0	0	1	1	1
福祉用具貸与	人数(人)	680	731	745	765	774	788	801	907
特定福祉用具購入費	人数(人)	11	9	10	10	10	10	10	12
住宅改修費	人数(人)	11	10	7	10	10	10	10	12
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数(人)	1	0	0	11	11	11	23	28
夜間対応型訪問介護	人数(人)	0	0	0	0	0	3	3	3
地域密着型通所介護	回数(回)	211	248	350	349	349	360	374	419
	人数(人)	18	26	30	32	32	33	34	39
認知症対応型通所介護	回数(回)	935	900	984	1,017	1,044	1,057	1,081	1,222
	人数(人)	78	76	78	80	82	83	85	96
小規模多機能型居宅介護	人数(人)	66	71	71	73	78	79	81	92
看護小規模多機能型居宅介護	人数(人)	0	1	0	0	0	2	2	2
居宅介護支援・介護予防支援	人数(人)	1,287	1,321	1,307	1,345	1,359	1,378	1,413	1,577

※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) 居住系サービス利用量の推計

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
特定施設入居者生活介護	人数(人)	22	27	32	34	34	35	36	42
認知症対応型共同生活介護	人数(人)	56	48	45	45	45	49	49	56

(3) 施設サービス利用量の推計

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
介護老人福祉施設	人数(人)	259	238	236	247	254	261	273	306
介護老人保健施設	人数(人)	113	117	116	118	124	128	134	144
介護医療院	人数(人)	0	0	0	3	3	3	5	6
介護療養型医療施設	人数(人)	3	4	3	5	5	5		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数(人)	48	48	48	48	48	49	49	49

4. 給付費の推計

(1) 在宅サービス給付費の推計（介護予防サービスを含む）

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
訪問介護	(千円)	129,083	138,258	132,034	166,807	168,709	173,243	172,682	203,018
訪問入浴介護	(千円)	1,379	3,422	2,334	2,457	2,458	2,458	2,458	3,369
訪問介護	(千円)	52,359	60,971	60,134	64,600	65,822	67,538	68,292	76,816
訪問リハビリテーション	(千円)	13,906	9,876	13,562	15,734	15,742	15,742	15,742	17,952
居宅療養管理指導	(千円)	14,346	16,270	15,882	16,497	16,781	17,113	17,340	20,182
通所介護	(千円)	743,854	751,698	732,165	746,024	758,889	775,209	783,250	910,280
通所リハビリテーション	(千円)	276,674	282,679	256,282	268,784	272,768	276,377	282,676	316,421
短期入所生活介護	(千円)	132,468	128,064	149,182	153,532	158,709	160,673	162,971	189,722
短期入所療養介護(老健)	(千円)	4,378	5,246	2,687	3,493	3,495	3,495	3,495	4,146
短期入所療養介護(病院等)	(千円)	8,851	8,814	5,331	2,637	2,638	2,638	2,638	2,638
短期入所療養介護(介護医療院)	(千円)	0	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	(千円)	73,759	81,295	87,668	90,375	91,579	93,532	94,587	108,590
特定福祉用具購入費	(千円)	3,818	3,293	3,565	3,678	3,678	3,678	3,678	4,378
住宅改修費	(千円)	12,501	11,287	8,436	11,395	11,395	11,395	11,395	13,194
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(千円)	732	65	0	4,371	4,373	4,373	4,373	8,746
夜間対応型訪問介護	(千円)	0	0	0	0	0	217	217	217
地域密着型通所介護	(千円)	18,565	20,239	28,073	28,102	28,117	28,911	30,191	33,900
認知症対応型通所介護	(千円)	102,968	98,466	107,301	111,394	114,565	115,961	118,512	134,967
小規模多機能型居宅介護	(千円)	137,871	146,270	156,292	160,603	173,392	176,595	182,623	207,432
看護小規模多機能型居宅介護	(千円)	0	1,903	0	0	0	8,242	8,242	8,242
居宅介護支援・介護予防支援	(千円)	176,353	185,020	184,959	192,453	194,745	197,814	202,677	228,798
在宅サービス 計	(千円)	1,903,865	1,953,136	1,945,887	2,042,936	2,087,855	2,135,204	2,168,039	2,493,008

(2) 居住系サービス給付費の推計（介護予防サービスを含む）

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
特定施設入居者生活介護	(千円)	45,057	57,711	72,507	74,693	74,734	77,075	79,108	93,829
認知症対応型共同生活介護	(千円)	171,065	147,310	135,608	136,288	136,363	148,554	148,554	169,826
居住系サービス 計	(千円)	216,122	205,021	208,115	210,981	211,097	225,629	227,662	263,655

(3) 施設サービス給付費の推計

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
介護老人福祉施設	(千円)	758,575	709,378	747,906	792,873	818,330	843,347	880,387	983,398
介護老人保健施設	(千円)	370,760	389,781	400,214	410,972	434,523	450,071	470,471	501,748
介護医療院	(千円)	0	0	0	0	0	0	14,919	18,649
介護療養型医療施設	(千円)	8,735	10,639	8,480	13,745	13,752	13,752		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(千円)	146,194	141,385	143,241	144,121	144,201	146,991	148,264	149,458
施設サービス 計	(千円)	1,284,264	1,251,183	1,299,841	1,361,711	1,410,806	1,454,161	1,514,041	1,653,253

(4) 総給付費

		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 22 年度
在宅サービス	(千円)	1,903,865	1,953,136	1,945,887	2,042,936	2,087,855	2,135,204	2,168,039	2,493,008
居住系サービス	(千円)	214,653	203,774	207,553	209,849	209,965	225,629	226,530	263,655
施設サービス	(千円)	1,284,264	1,251,183	1,299,841	1,361,711	1,410,806	1,454,161	1,514,041	1,653,253
総給付費	(千円)	3,402,782	3,408,093	3,453,281	3,614,496	3,708,626	3,814,994	3,908,610	4,409,916

(5) 標準給付費

(単位: 千円)

区分	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 12 年度	令和 17 年度	令和 22 年度
総給付費(一定以上所得者負担 の調整後)(A)	3,615,628	3,709,758	3,814,994	3,909,742	4,113,617	4,290,403	4,409,916
特定入所者介護サービス費等 給付費(B)	191,065	193,172	195,847	201,197	211,817	224,544	226,246
高額介護サービス費等給付額 (C)	88,544	89,521	90,761	93,240	98,161	104,059	104,848
高額医療合算介護サービス費 等給付額(D)	15,726	15,900	16,120	16,560	17,434	18,482	18,622
保険給付費(E) = (A)+(B)+ (C)+(D)	3,910,963	4,008,351	4,117,722	4,220,739	4,441,029	4,637,488	4,759,632
算定対象審査支払手数料(F)	3,948	3,991	4,047	4,157	4,377	4,640	4,675
標準給付費 = (E)+(F)	3,914,911	4,012,343	4,121,769	4,224,896	4,445,406	4,642,128	4,764,307

(6) 地域支援事業費

(単位: 千円)

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度	令和 12 年度	令和 17 年度	令和 22 年度
地域支援事業費	272,221	282,723	300,958	252,747	252,275	246,426	239,155
介護予防・日常生活支援総 合事業費	158,769	167,101	183,050	146,348	147,677	144,168	137,855
包括的支援事業(地域包括 支援センターの運営)及び任 意事業費	76,226	76,777	77,284	72,144	70,344	68,003	67,044
包括的支援事業 (社会保障充実分)	37,227	38,845	40,624	34,255	34,255	34,255	34,255
保険給付見込額(E)に対す る割合	7.0%	7.1%	7.3%	6.0%	5.7%	5.3%	5.0%

第6章 計画の推進体制

1. 施策の実現に向けて

高齢者福祉の総合的な推進にあたっては、さまざまな観点からの行政施策の推進が必要であり、各分野における事業展開において、高齢者の視点を盛り込んでいくことが重要となります。

そこで、本市の関係部局が幅広く連携し、高齢者の視点に立った「地域包括ケアのまちづくり」を進めます。

また、住民の自主的な取り組みや多様な主体による地域づくり等、行政だけでなく、地域住民が主体となった取り組みは、今後ますます重要となると予想され、行政は、その地域づくりや健康づくり等、住民が主体となって進める地域の健康・介護予防、生きがいづくり、住まいの整備等について、高齢者をサポートする幅広い取り組みを計画的・総合的に進めます。

2. 計画の進め方と評価及び進行管理

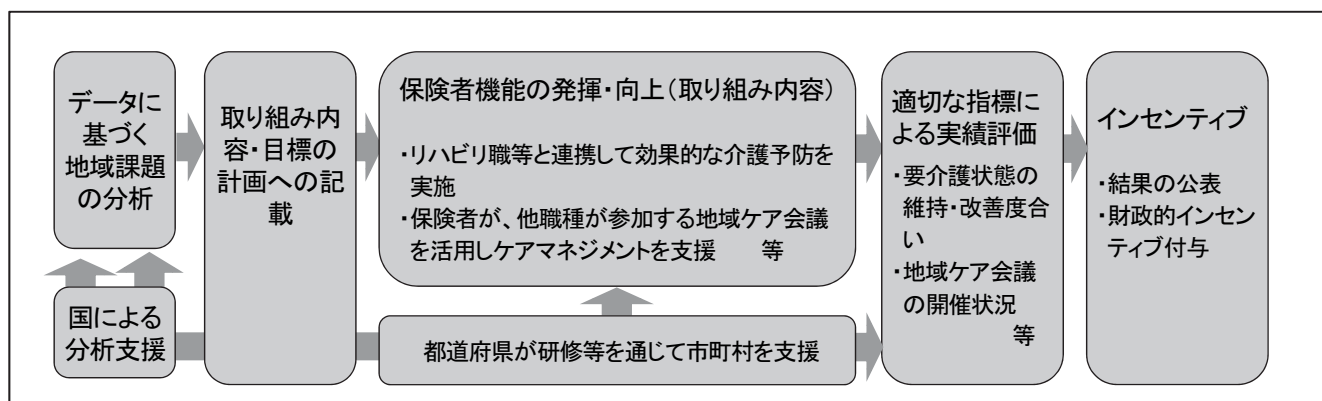
(1) 計画の進め方について

高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取り組みや、都道府県による保険者支援の取り組みを、PDCA（計画→実行→評価→改善）サイクルを使って検証する制度が導入され、全国の都道府県と市町村で行われています。

この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取り組み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り組みを支援するための新たな交付金として、「保険者機能強化推進交付金」と「保険者努力支援交付金」が創設されました。評価指標については、各保険者における高齢化率や地域資源の違い等を踏まえ、市町村や都道府県の創意工夫による取り組みを推進することができるよう、多様な観点で設定されています。

第8期計画では、インセンティブ項目に沿った計画を策定するとともに、計画の方向性や達成状況が反映される計画づくりを行います。

■自治体へのインセンティブ付与のイメージ



(2) 計画の進行管理について

本計画に基づく施策を総合的に推進するため、計画の進捗状況を保健・医療・福祉に関して総合的な見地から進行管理を行うため、「由布市介護保険事業計画策定委員会」において推進状況を評価・確認していきます。

評価指標については、以下のとおりです。

3. 第8期計画の評価指標

第8期計画の評価指標は、以下のとおりです。

施策	指標項目	基準値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)	備考
1(1)	通いの場への参加率＝ 「つどいの場ガイドブック」掲載団体の参加者数／ 日常生活圏域ニーズ調査の対象者	9.1%	15%	
1(1)	主観的健康感で「とてもよい」と答えた人の割合	12.7%	25%	
1(1)	介護予防・生活支援サービス事業からの卒業率 (＝一般介護予防事業等への移行率)	1.6%	10%	
1(2)	総合相談業務の充実(対面での実態把握) ＝対面での実態把握数／日常生活圏域ニーズ調査の対象者	10.6%	25%	
1(3)	地域ケア個別会議の年間検討事例件数	45件	100件	
1(3)	地域ケア推進会議からの政策提言件数	2件	5件	
2	初期集中支援チームの新規支援(介入)件数	13件	20件	
2	本人・家族(家族会含む)等が市の事業や施策に 参画する件数	1件	5件	
2	認知症に関する相談窓口の認知度 ＝日常生活圏域ニーズ調査で「認知症に関する相談窓口を知っている人の割合」	37.5%	60%	
2	65歳未満の認知症サポーター養成講座の受講者数	0人	200人	
3	在宅医療・介護連携の強化 ＝日常生活圏域ニーズ調査で、在宅での看取りを希望する者の割合	22.5%	40%	
3	ゆーふーネット登録事業所割合 ＝登録事業所数／由布市内の医療・介護機関	52%	80%	
4	シルバー人材センターの登録者数	213人	256人	