

大淀町
第9期介護保険事業計画及び
高齢者福祉計画

【令和6（2024）年度～令和8（2026）年度】

令和6（2024）年3月
大 淀 町

はじめに

このたび、本町のまちづくりの基本理念・将来像である「来たい、住みたい、住み続けたいまち 大淀町～次世代へつなぐ 共創のまちづくりをめざして～」の実現に向けて、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までを計画期間とする「大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」を策定しました。

我が国の高齢化率は年々上昇を続けており、令和22(2040)年に向けて高齢者人口がピークを迎えると見込まれています。本町においても、高齢化率は上昇を続け、令和5(2023)年10月末の高齢化率が36.5%にのぼる一方、総人口はもとより、生産年齢人口は減少の一途をたどっています。また、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯も増加傾向にあり、今後、求められるサービスも多様化してくることが考えられます。

このような状況において、令和7(2025)年には、団塊の世代のみなさまが75歳以上となられることから、たとえ要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んでいるところです。

本計画では、ウィズコロナからアフターコロナへの対応が必要となる中で、これまでの基本理念や基本目標を引き継ぎながらも、地域共生社会を目指した地域包括ケアシステムのもと、医療・介護・保健・福祉分野の連携を強化し、地域の支え合いと公的支援が連動する包括的な支援体制づくりに取り組んでまいります。

また、本計画は、住民のみなさま・事業者・行政それぞれが主体的に参画し、協働と連帯に基づくパートナーシップを構築しながら、その理念の実現を目指すものであります。どうか、今後ともみなさまの一層のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、本計画の策定にあたりまして、ご審議いただきました大淀町介護保険運営協議会の委員のみなさまをはじめ、関係機関のみなさま、アンケート調査等を通じ多くの貴重なご意見をいただいた住民のみなさまに厚くお礼申し上げます。

令和6年3月

大淀町長 辻本 真宏

目次

第1章 計画の考え方.....	1
1. 計画の背景と目的.....	1
2. 計画の位置づけ.....	2
3. 計画の期間.....	3
4. 本計画とSDGsの関係.....	3
5. 計画の策定体制.....	4
6. 日常生活圏域の設定.....	4
第2章 高齢者及び介護保険の状況.....	5
1. 人口及び高齢化率の推移.....	5
2. 高齢者のいる世帯の状況.....	6
3. 高齢者の就労の状況.....	7
4. 健康寿命.....	8
5. 要支援・要介護認定者数の推移.....	9
6. 介護サービスの状況.....	10
7. 高齢者及び家族介護者等の意識・実態.....	13
第3章 計画の基本理念と施策体系.....	30
1. 基本理念.....	30
2. 基本目標.....	31
3. 施策体系.....	33
第4章 施策の展開.....	37
基本目標1 生涯現役で暮らすことができるまちづくり.....	37
基本目標2 住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり.....	53
基本目標3 地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり.....	70
基本目標4 安全で快適なくらしやすいまちづくり.....	75
第5章 介護サービスの充実と質の向上.....	80
1. 高齢者等の見込み.....	80
2. 介護サービスの量の見込み.....	82
3. 介護保険事業費の見込み.....	85
4. 第1号被保険者の介護保険料.....	89

第6章 計画の推進について.....	93
1. 計画に関する啓発・広報の推進.....	93
2. 計画推進体制の整備.....	93
3. 進捗状況の把握と評価の実施.....	94
資料編.....	95
1. 大淀町介護保険運営協議会規則.....	95
2. 大淀町介護保険運営協議会委員名簿.....	97
3. 大淀町第9期介護保険事業計画の策定について（答申）.....	98

第1章 計画の考え方

1. 計画の背景と目的

日本の人口は、平成22(2010)年以降、年々下降していますが、今後ますます高齢化が進展し、令和7(2025)年にはいわゆる団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者となり、その後、令和22(2040)年には、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となり、現役世代が減少する中で、医療と介護双方のニーズの高い85歳以上の高齢者が急速に増加し、1,000万人を超えると見込まれています。

このような状況の中、介護に係る情勢はより一層厳しくなることが想定され、現在も人材面・財政面をはじめ多方面において課題が山積している状況であり、今後の生産年齢人口の減少により、介護保険料の40歳から64歳までの現役世代の負担はますます増加することが予想され、公的保険制度による介護ニーズへの対応にも限界がある状況です。

このような高齢者を取り巻く状況を踏まえ、国では、第6期介護保険事業(支援)計画以降、団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年を展望して、中長期的な視点に立った施策の展開を図ってきました。今後は、令和7(2025)年にとどまらず、その先の令和22(2040)年を展望した取り組みを進めることが必要とされています。

大淀町(以下「本町」という。)では、これまで、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、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、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を推進してきました。

さらに今後は、現代の複雑化した様々な課題に対応するために、公的サービスだけでなく、あらゆる町民が役割を持ち、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を育成し、福祉などの公的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」を実現することが重要です。また、少子高齢化と人口減少が深刻化している状況においても、「地域包括ケアシステム」を構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域共生社会」の実現に向けて「地域包括ケアシステム」をさらに深化させていかなければいけません。

以上のような動向を踏まえながら、これまでの取り組みを継承しつつ、町内で生活するすべての高齢者が、生きがいを持って安心して生活できる環境を実現するために、「大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」(以下「本計画」という。)を策定します。

2. 計画の位置づけ

(1) 法的根拠

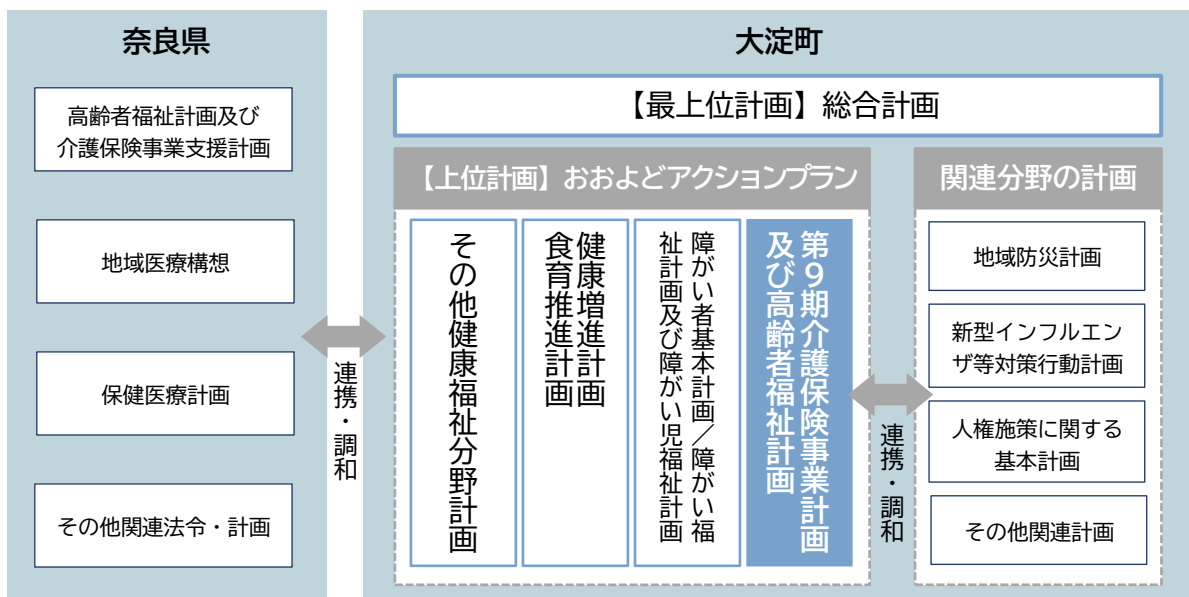
介護保険事業計画は、介護保険法（平成9年法律第123号）第117条の規定に基づき、高齢者福祉計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8に規定する「老人福祉計画」に基づき策定するものです。

介護保険事業計画と高齢者福祉計画は一体的に作成する必要があるため、本町では、「大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」として策定します。

(2) 関連する計画との関係

本計画は、本町における最上位計画である「第4次大淀町総合計画 後期基本計画」のまちづくりの基本理念・将来像である“来たい、住みたい、住み続けたいまち 大淀町 ～次世代へつなぐ 共創のまちづくりをめざして～”の実現に向けた高齢者福祉に関する個別計画として策定するものです。

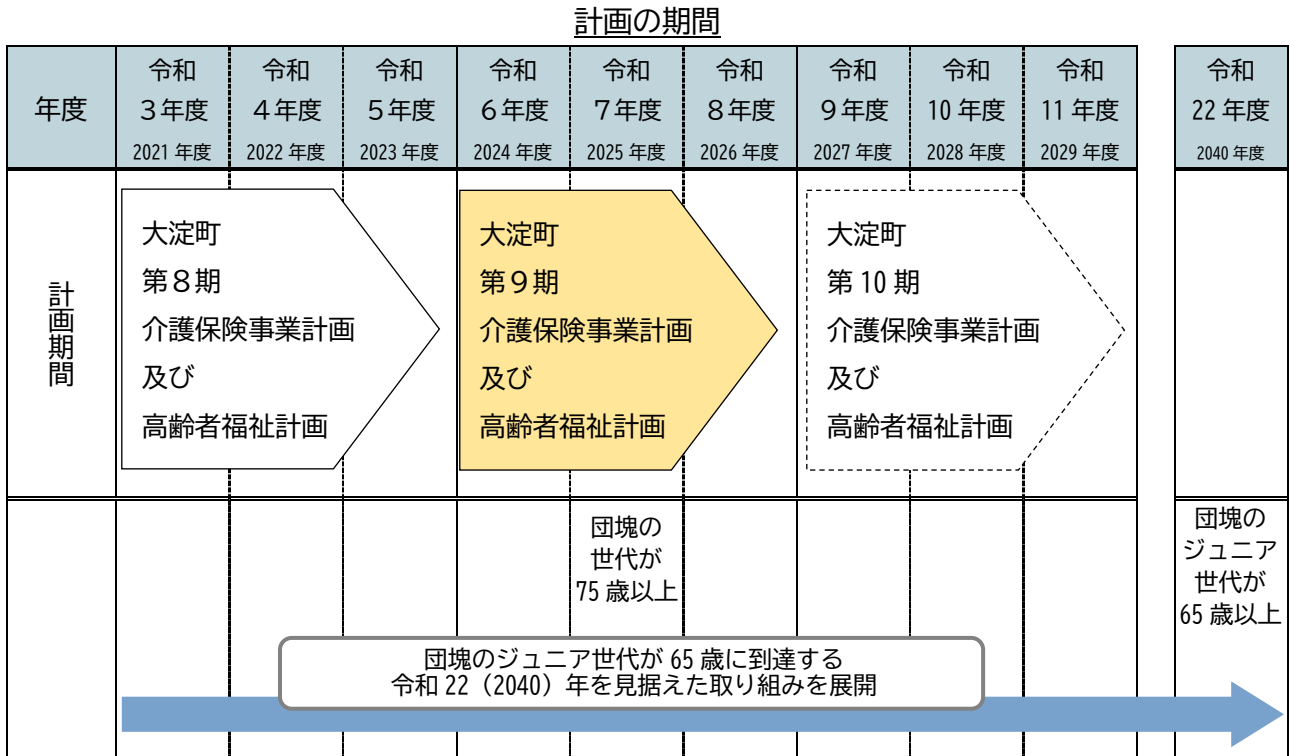
また、上位計画として町の地域福祉を推進するための「第3次おおよどアクションプラン（第3次大淀町地域福祉計画（重層的支援体制整備計画を包含）・地域福祉活動計画）」をはじめ、障がいのある人の自立支援については「大淀町第3次障がい者基本計画／大淀町第7期障がい福祉計画及び大淀町第3期障がい児福祉計画」、介護予防や高齢期に向けた壮年期からの健康づくり、生活習慣病予防対策などについては「大淀町健康増進計画（第3次）」、「大淀町食育推進計画（第3次）」、また、県が策定する「高齢者福祉計画及び介護保険事業支援計画」、「地域医療構想」、「保健医療計画」など各分野の関連計画との連携・調和を図っています。



3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間とします。

また、本計画では、団塊のジュニア世代が65歳に到達する令和22(2040)年度に向けて、中長期的な視野に立ち、段階的に施策を展開します。



4. 本計画とSDGsの関係

平成27(2015)年国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」における国際目標として、持続可能な開発目標(SDGs)が掲げられ、本町では令和4(2022)年に策定した「第4次大淀町総合計画後期基本計画」において、各施策をSDGsの17の分野と関連づけ、本町の取り組みがSDGsに資するものとなっているかを意識しながら各施策を進めています。

本計画では、特に関係が深いSDGsの2つの目標である「目標3 すべての人に健康と福祉を」、「目標11 住み続けられるまちづくりを」を踏まえて関連する取り組みを実施していきます。

関連する主なSDGs



5. 計画の策定体制

本計画の策定にあたり、以下に掲げる方法等により、医療・介護・保健・福祉関係者、高齢者等の住民の参画を求め、幅広い意見の聴取と、施策に対する広報・啓発に努めました。

(1) 高齢者等の現状を把握するための実態調査の実施

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を実施し、生活実態やニーズの把握に努め、分析結果を本計画に反映しました。

(2) 大淀町介護保険運営協議会の開催

本計画の策定にあたっては、社会全体で高齢社会に対する取り組みを行っていく必要があるため、行政機関だけでなく、医療・介護・保健・福祉関係者、介護保険の被保険者等、広く住民の参加を求める必要があることから、「大淀町介護保険運営協議会」を開催し、住民のみなさまの幅広い意見の反映に努めました。

6. 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、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、その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の条件を総合的に勘案して、市町村が定める区域です。

本町では、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域での生活を継続できるように、町内全域をひとつの日常生活圏域として設定し、基盤整備に取り組んでいます。

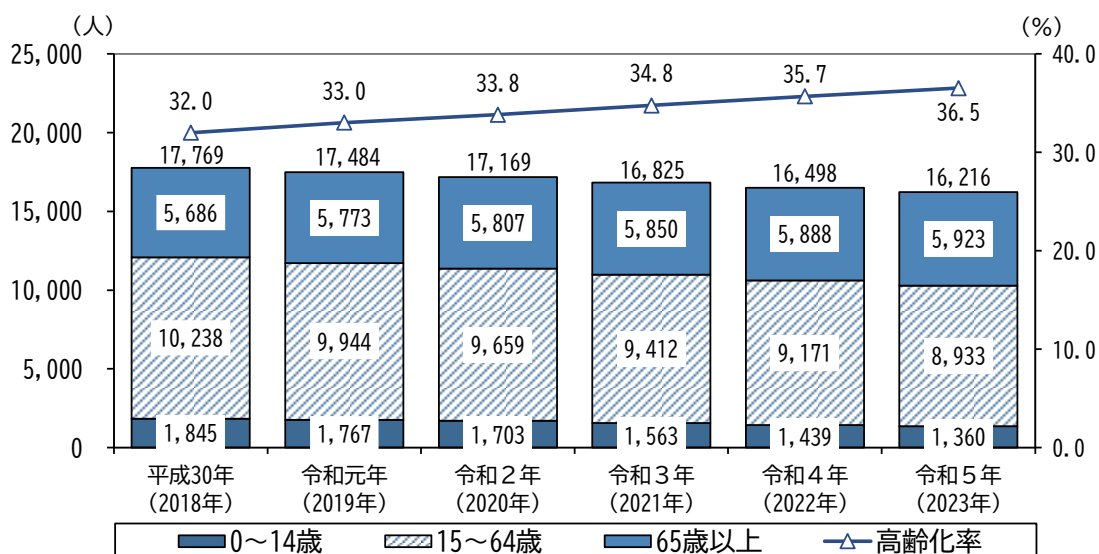
第2章 高齢者及び介護保険の状況

1. 人口及び高齢化率の推移

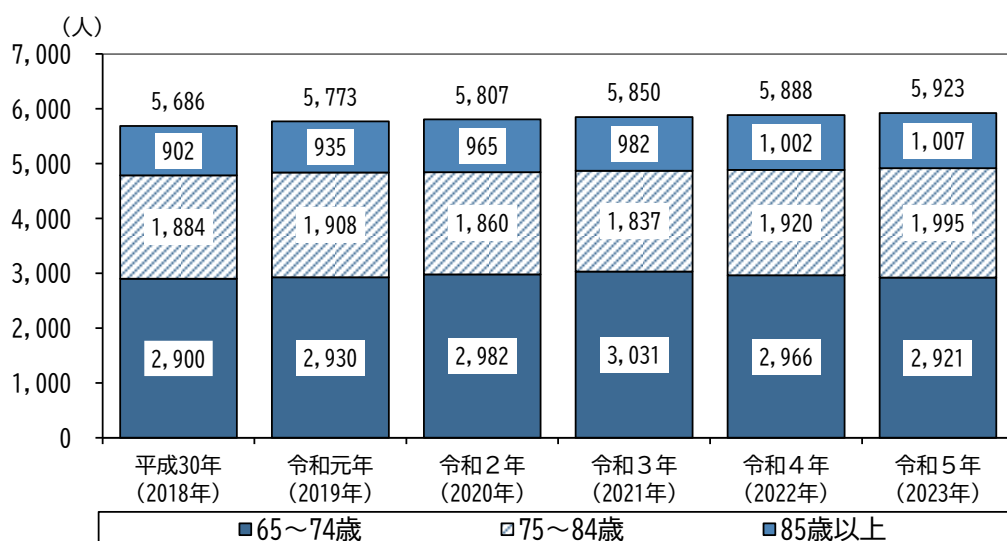
本町の総人口は減少傾向で推移しており、令和5(2023)年は16,216人となっています。

また、65歳以上の高齢者人口については増加傾向で推移しており、令和5(2023)年は5,923人で、高齢化率(総人口に占める65歳以上人口の割合)は、令和5(2023)年は36.5%となっています。

人口及び高齢化率の推移



65歳以上人口の推移



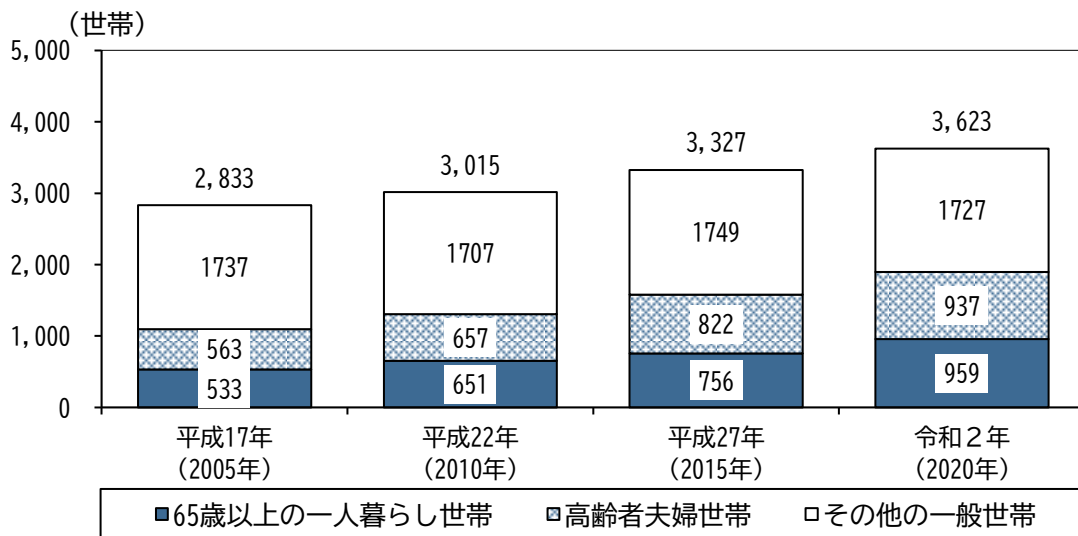
資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

2. 高齢者のいる世帯の状況

本町の高齢者のいる世帯数は令和2（2020）年で3,623世帯と、平成17（2005）年と比べて790世帯増加しています。

また、65歳以上の一人暮らし世帯は増加傾向で推移し、令和2（2020）年で959世帯となっており、一般世帯（6,498世帯）のうち、14.8%が65歳以上の一人暮らし世帯となっています。

高齢者のいる一般世帯の状況



(単位：世帯、%)

	平成17年 (2005年)	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	令和2年 (2020年)
一般世帯総数	6,497	6,588	6,499	6,498
高齢者のいる一般世帯	2,833	3,015	3,327	3,623
	43.6	45.8	51.2	55.8
65歳以上の一人暮らし世帯	533	651	756	959
	8.2	9.9	11.6	14.8
高齢者夫婦世帯	563	657	822	937
	8.7	10.0	12.6	14.4
その他の一般世帯	1,737	1,707	1,749	1,727
	26.7	25.9	26.9	26.6

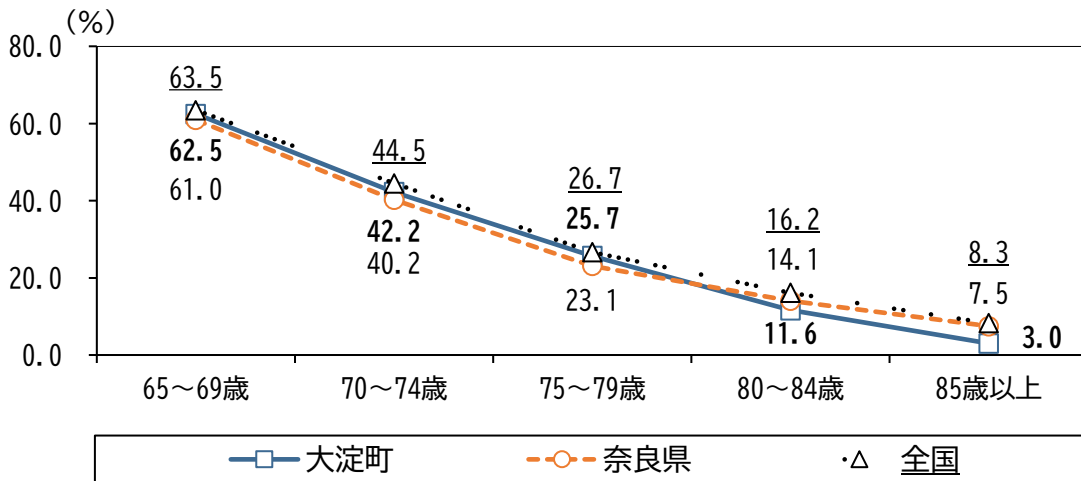
※ 下段は一般世帯総数に占める割合

資料：総務省統計局「国勢調査」

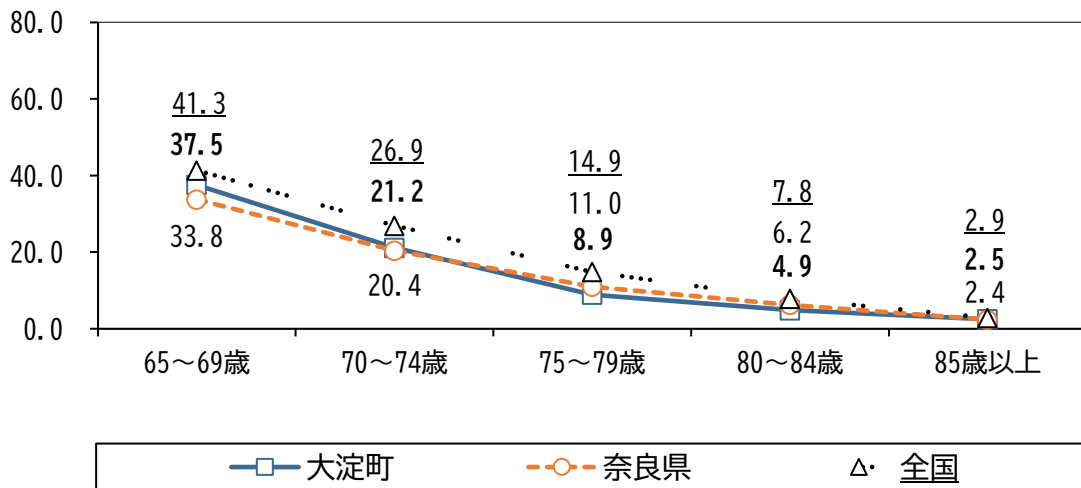
3. 高齢者の就労の状況

本町の65歳以上の労働力率をみると、男性・女性いずれも全ての年齢階級で全国より割合が低くなっています。

労働力率 男性（令和2（2020）年）



労働力率 女性（令和2（2020）年）



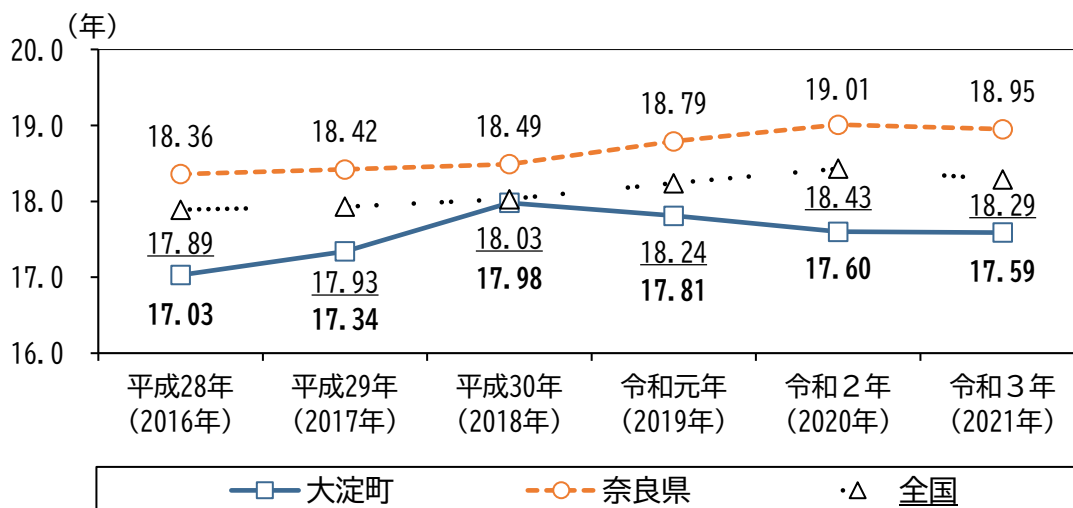
資料：総務省統計局「令和2年国勢調査」

※ 労働力率とは、15歳以上人口に占める労働力人口（就業者と完全失業者を合わせたもの）の割合のことをいいます。

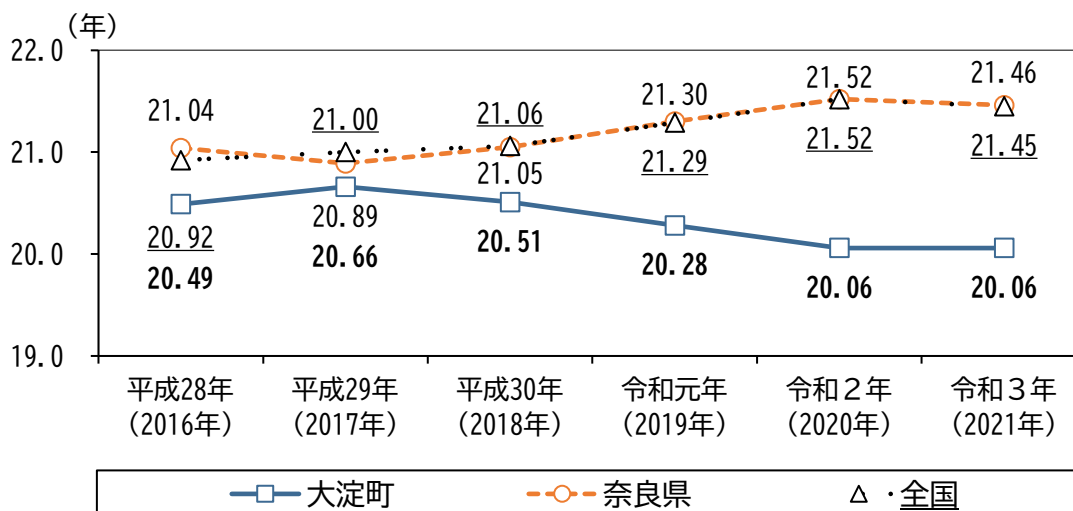
4. 健康寿命

本町の健康寿命(日常的に介護を必要とせず、健康で自立した生活できる期間(65歳からの期間))については、令和3(2021)年で男性は17.59年、女性は20.06年となっており、男女いずれも奈良県及び全国より低くなっています。

健康寿命の推移 男性



健康寿命の推移 女性



資料：奈良県「奈良県民の健康寿命」

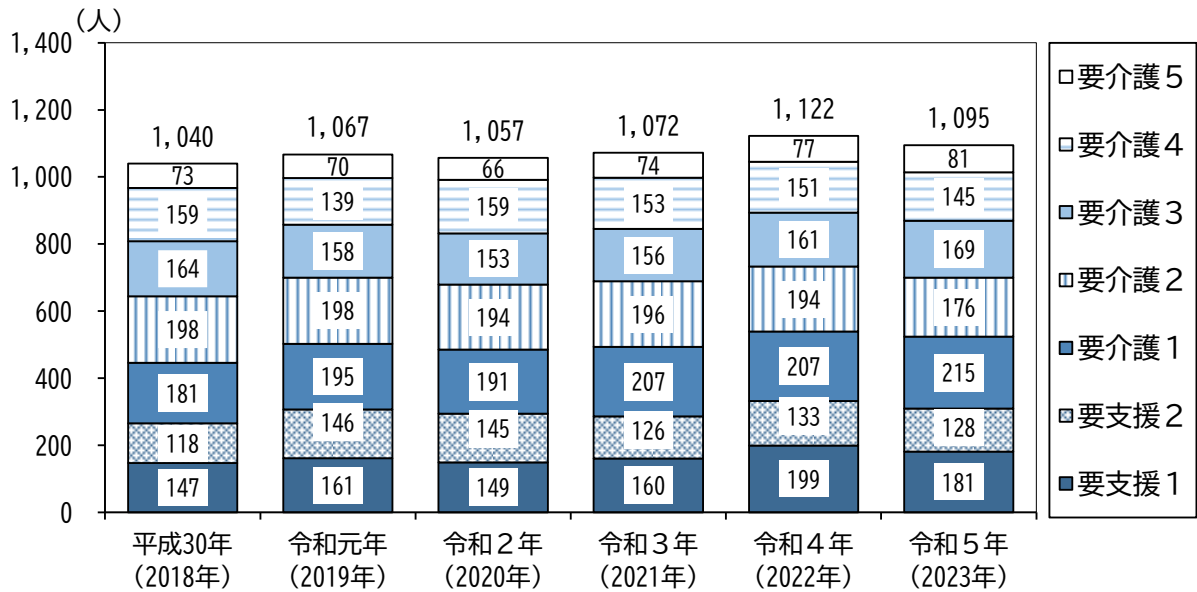
※ 健康寿命とは、日常的に介護を必要とせず、健康で自立した生活ができる期間であり、平均余命から介護が必要な期間(平均要介護期間)を差し引いた期間に相当します。

5. 要支援・要介護認定者数の推移

本町の要支援・要介護認定者数は、増減を繰り返しながら推移しており、令和5（2023）年で1,095人となっています。

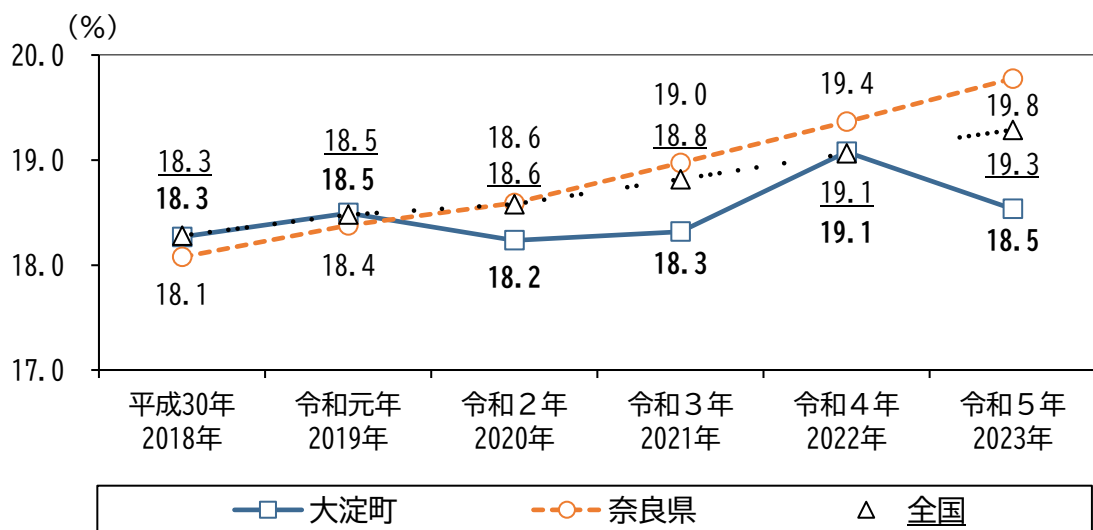
また、本町の第1号被保険者における要支援・要介護認定率についても増減を繰り返しながら推移しており、令和5（2023）年は18.5%で、奈良県及び全国より低くなっています。

要支援・要介護認定者数の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報）

要支援・要介護認定率の推移（第1号被保険者）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報）

6. 介護サービスの状況

(1) 居宅（介護予防）サービス

本町の居宅（介護予防）サービス受給者数は、令和5（2023）年は627人で、居宅（介護予防）サービス受給率は、令和元（2019）年より奈良県及び全国より低く推移しており、令和5（2023）年は57.3%となっています。

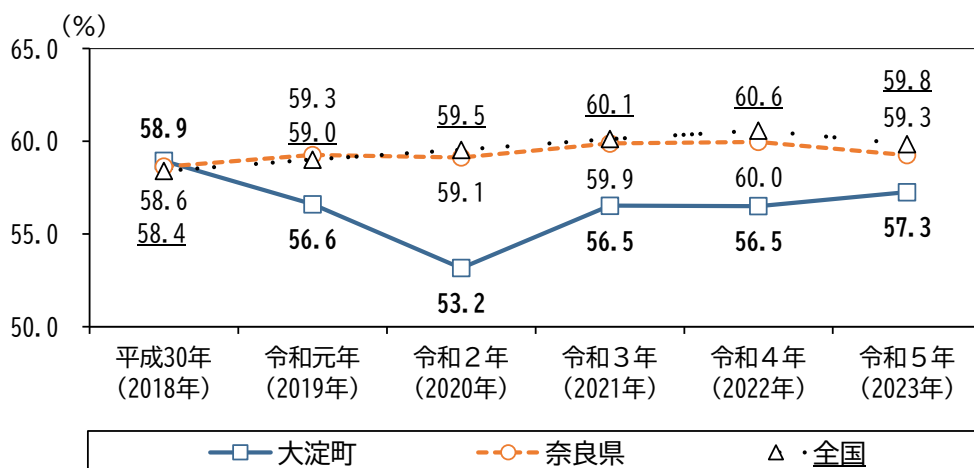
居宅（介護予防）サービス受給者数の推移

（単位：人、%、円）

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
大淀町	要支援・要介護 認定者数	1,040	1,067	1,057	1,072	1,122	1,095
	居宅（介護予防）サ ービス受給者数	613	604	562	606	634	627
	居宅（介護予防）サ ービス受給率	58.9	56.6	53.2	56.5	56.5	57.3
	受給者1人あたりの 給付費	83,106.4	84,513.0	91,225.4	94,770.8	88,434.7	90,654.2
奈良県	居宅（介護予防） サービス受給率	58.6	59.3	59.1	59.9	60.0	59.3
	受給者1人あたりの 給付費	93,121.8	94,653.7	97,494.9	97,310.8	96,139.5	98,195.4
全国	居宅（介護予防） サービス受給率	58.4	59.0	59.5	60.1	60.6	59.8
	受給者1人あたりの 給付費	98,991.6	99,942.7	102,710.9	102,769.5	101,475.4	103,613.8

※ 受給率は要支援・要介護認定者数に対する割合

居宅（介護予防）サービス受給率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報、11月月報（9月サービス分））

※ 居宅（介護予防）サービス…訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定施設入居者生活介護、介護予防支援・居宅介護支援

(2) 地域密着型（介護予防）サービス

本町の地域密着型（介護予防）サービス受給者数は、令和5（2023）年は55人で、地域密着型（介護予防）サービス受給率は、奈良県及び全国より低く推移しており、令和5（2023）年は5.0%となっています。

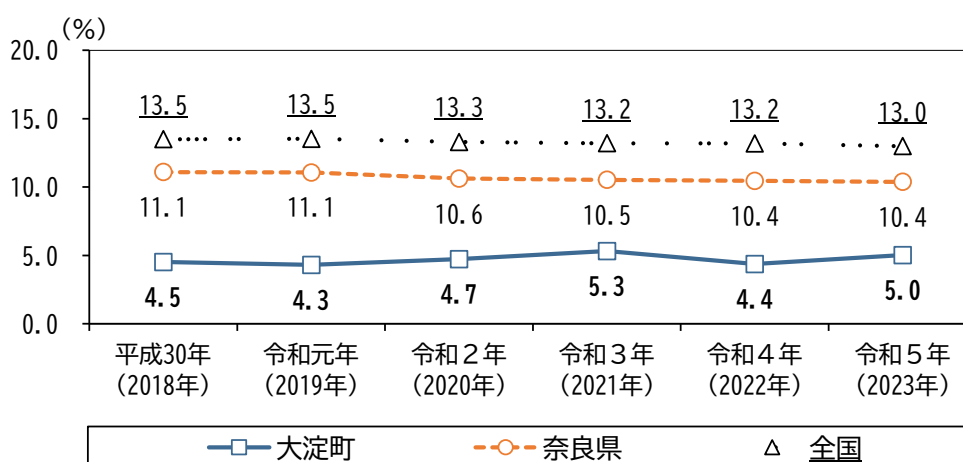
地域密着型（介護予防）サービス受給者数の推移

（単位：人、%、円）

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
大淀町	要支援・要介護 認定者数	1,040	1,067	1,057	1,072	1,122	1,095
	地域密着型（介護 予防）サービス受 給者数	47	46	50	57	49	55
	地域密着型（介護 予防）サービス 受給率	4.5	4.3	4.7	5.3	4.4	5.0
	受給者1人あたり の給付費	124,997.7	134,632.2	132,652.5	117,085.9	129,529.0	117,500.4
奈良県	地域密着型（介護 予防）サービス 受給率	11.1	11.1	10.6	10.5	10.4	10.4
	受給者1人あたり の給付費	132,287.6	136,345.8	145,361.7	147,330.9	148,037.9	150,662.4
全国	地域密着型（介護 予防）サービス 受給率	13.5	13.5	13.3	13.2	13.2	13.0
	受給者1人あたり の給付費	147,982.0	149,139.5	156,937.1	159,055.0	157,696.5	159,528.0

※ 受給率は要支援・要介護認定者数に対する割合

地域密着型（介護予防）サービス受給率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報、11月月報（9月サービス分））

※ 地域密着型（介護予防）サービス…定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス

(3) 施設サービス

本町の施設サービス受給者数は、令和5（2023）年は253人で、施設サービス受給率は、奈良県及び全国より高く推移しており、令和5（2023）年は23.1%となっています。

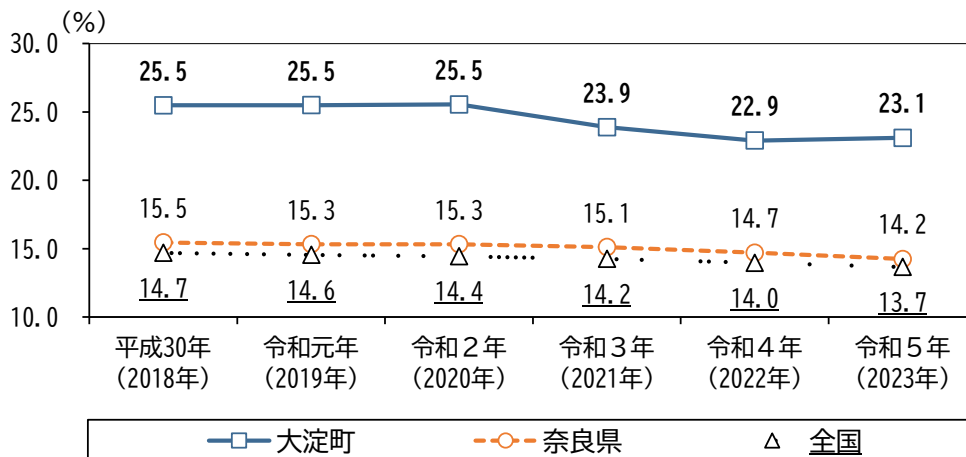
施設サービス受給者数の推移

(単位：人、%、円)

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
大淀町	要支援・要介護 認定者数	1,040	1,067	1,057	1,072	1,122	1,095
	施設サービス 受給者数	265	272	270	256	257	253
	施設サービス 受給率	25.5	25.5	25.5	23.9	22.9	23.1
	受給者1人あたり の給付費	251,776.0	244,410.3	258,143.4	263,443.3	257,894.1	267,424.7
奈良県	施設サービス 受給率	15.5	15.3	15.3	15.1	14.7	14.2
	受給者1人あたり の給付費	257,419.3	260,934.9	268,296.4	273,645.4	270,977.7	276,629.2
全国	施設サービス 受給率	14.7	14.6	14.4	14.2	14.0	13.7
	受給者1人あたり の給付費	264,192.3	265,851.9	273,650.5	276,421.6	276,455.8	280,853.3

※ 受給率は要支援・要介護認定者数に対する割合

施設サービス受給率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報、11月月報（9月サービス分））

※ 施設サービス…介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

7. 高齢者及び家族介護者等の意識・実態

(1) 調査の概要

本計画を策定するにあたり、要介護状態になる前的高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定することや、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用することを目的とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、また、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的とした「在宅介護実態調査」を実施しました。

調査の概要

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査の目的	要介護状態になる前的高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定することや、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用する	「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討する
調査対象	本町在住の要介護認定を受けていない 65 歳以上の方及び要支援 1・2 の方 2,500 人を無作為抽出	下記調査期間に介護保険の更新申請を行い、認定調査を受けた在宅の要介護認定者
調査期間	令和 5（2023）年 6 月 8 日（木）～ 令和 5（2023）年 7 月 10 日（月）	令和 4（2022）年 9 月 13 日（火）～ 令和 5（2023）年 6 月 30 日（金）
調査方法	郵送による配布・回収	認定調査員による聞き取り
回収状況	有効回答数：1,630 件 有効回答率：65.2%	有効回答数：114 件

■調査結果を見る際の留意点

- 調査結果の図表は、原則として回答者の構成比(百分率)で表現しています。
- 図表中の「n」は、「Number of case」の略で、構成比算出の母数を示しています。
- 集計は、回答者数（該当質問については該当者数）を 100%として算出し、本文及び図表の数字に関しては、全て小数点第 2 位以下を四捨五入し、小数点第 1 位までを表記します。そのため、単数回答（複数の選択肢から 1 つの選択肢を選ぶ方式）であっても合計値が 100.0%にならない場合があります。また、複数回答（複数の選択肢から 2 つ以上の選択肢を選ぶ方式）の設問の場合、回答は選択肢ごとの有効回答数に対して、それぞれの割合を示しています。そのため、合計が 100.0%を超える場合があります。

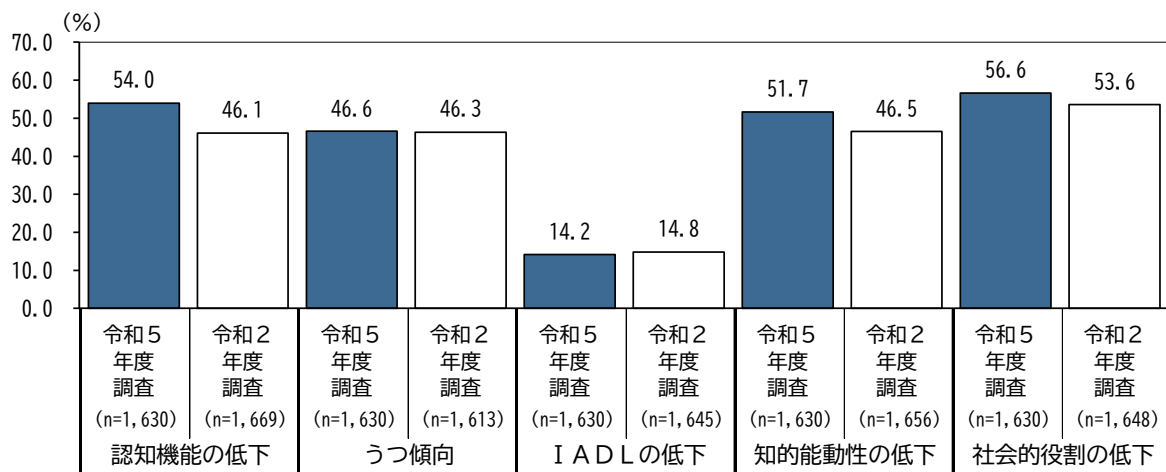
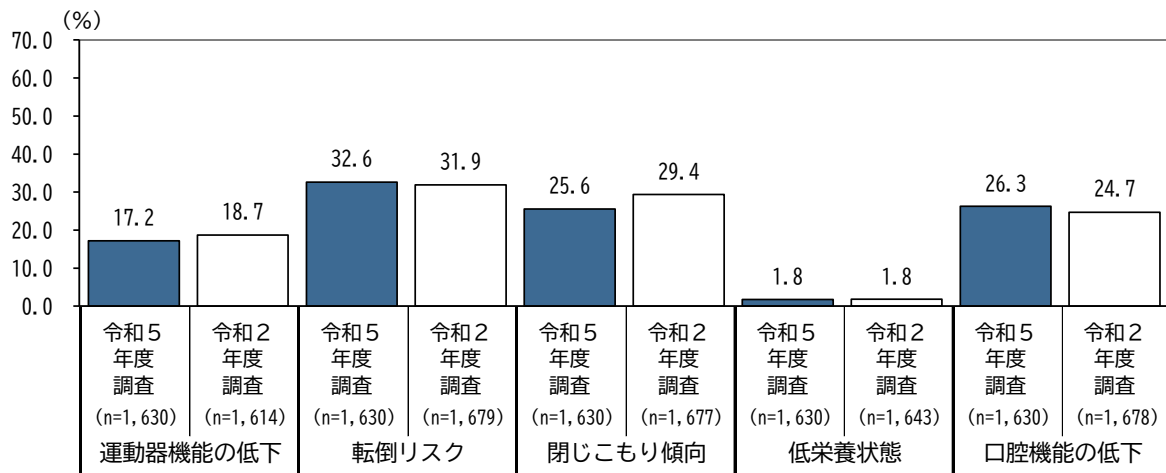
(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

① 要介護状態になる前の高齢者のリスク

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査項目に設定されている、介護予防事業の「基本チェックリスト」や、「IADL（手段的自立度）」など指標の判定に関する項目を使用し、各指標のリスク判定を行いました。

その結果、認知機能の低下（54.0%）が、令和2（2020）年度調査（46.1%）と比べて大きく増加しています。

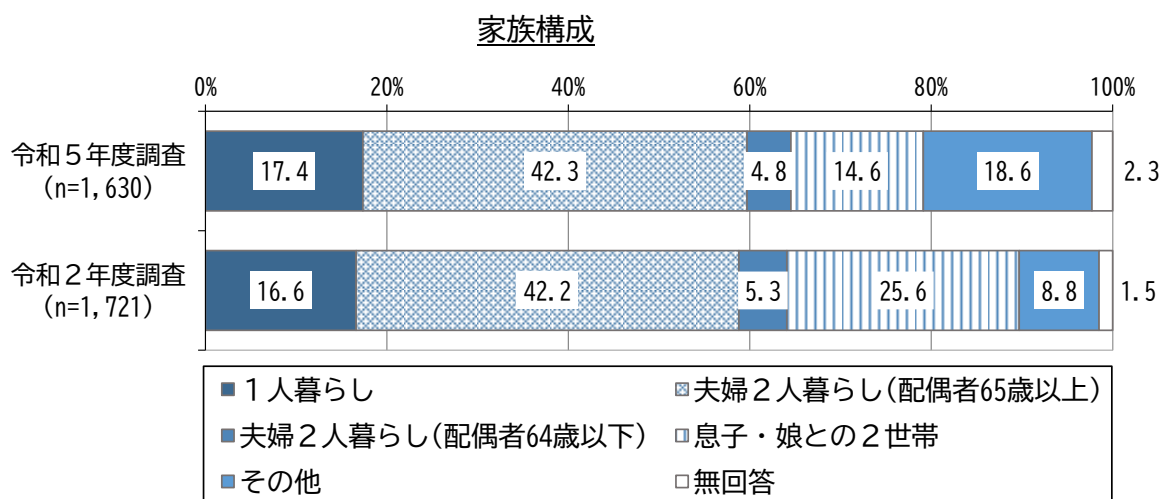
要介護状態になる前の高齢者のリスク



※ IADL（手段的自立度）…家事動作や管理能力、交通機関の利用など、活動的な日常生活をおくるための能力
 知的能動性…本や新聞などを積極的に読むなど、高齢者の余暇や創作など生活を楽しむ能力
 社会的役割…家族の相談にのる、病人を見舞うなど、地域で社会的な役割を果たす能力

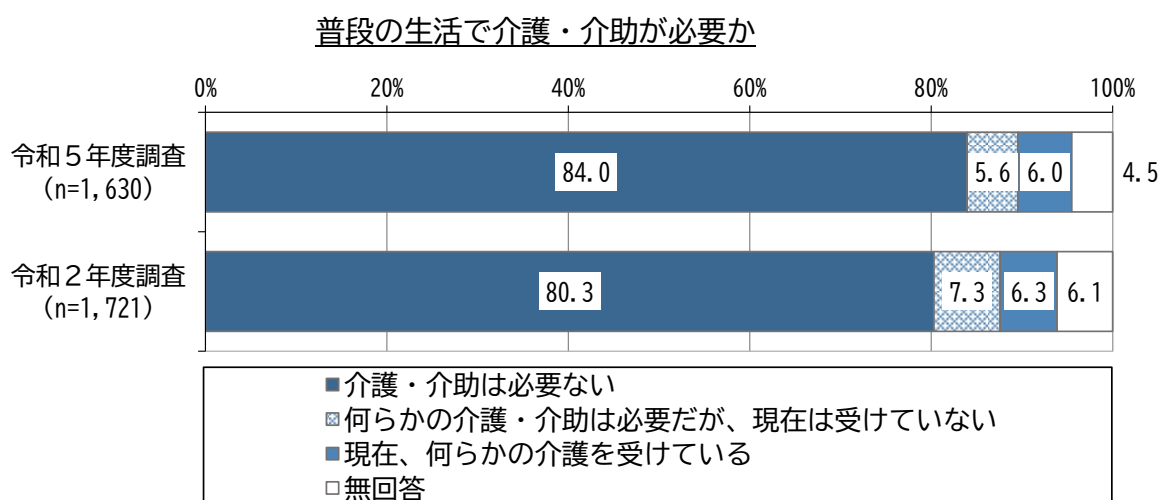
② 家族構成

家族構成については、「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が42.3%で最も高く、次いで「その他」が18.6%、「1人暮らし」が17.4%と続いており、「その他」(18.6%)では、令和2(2020)年度調査(8.8%)より9.8ポイント増加しています。



③ 普段の生活で介護・介助が必要か

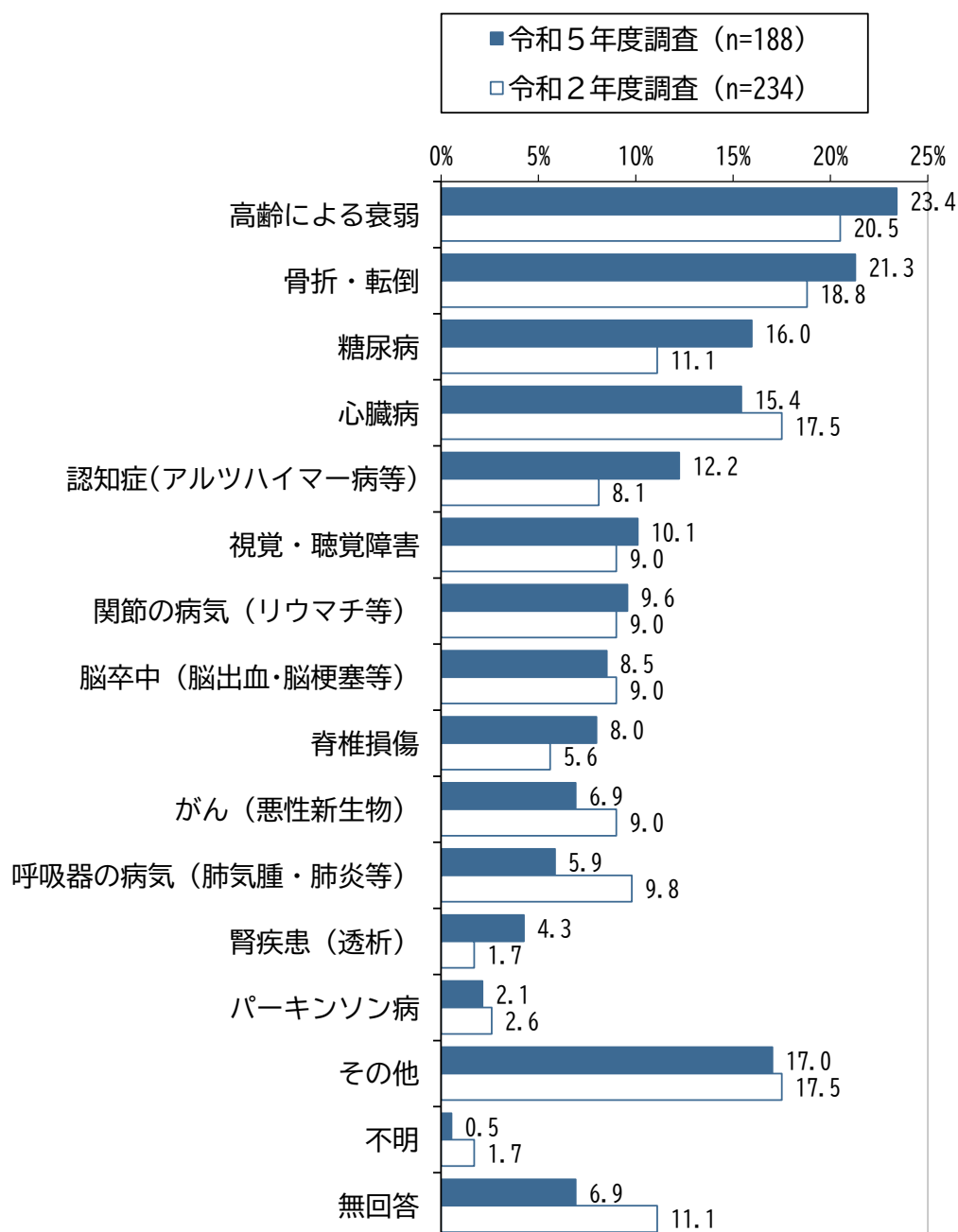
普段の生活で介護・介助が必要かについては、「介護・介助は必要ない」が84.0%で最も高く、次いで「現在、何らかの介護を受けている」が6.0%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が5.6%となっており、「介護・介助は必要ない」(84.0%)では、令和2(2020)年度調査(80.3%)より3.7ポイント増加しています。



④ 介護・介助が必要になった主な原因

介護・介助が必要になった主な原因については、「高齢による衰弱」が23.4%で最も高く、次いで「骨折・転倒」が21.3%、「その他」が17.0%と続いており、「糖尿病」(16.0%)では、令和2(2020)年度調査(11.1%)より4.9ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

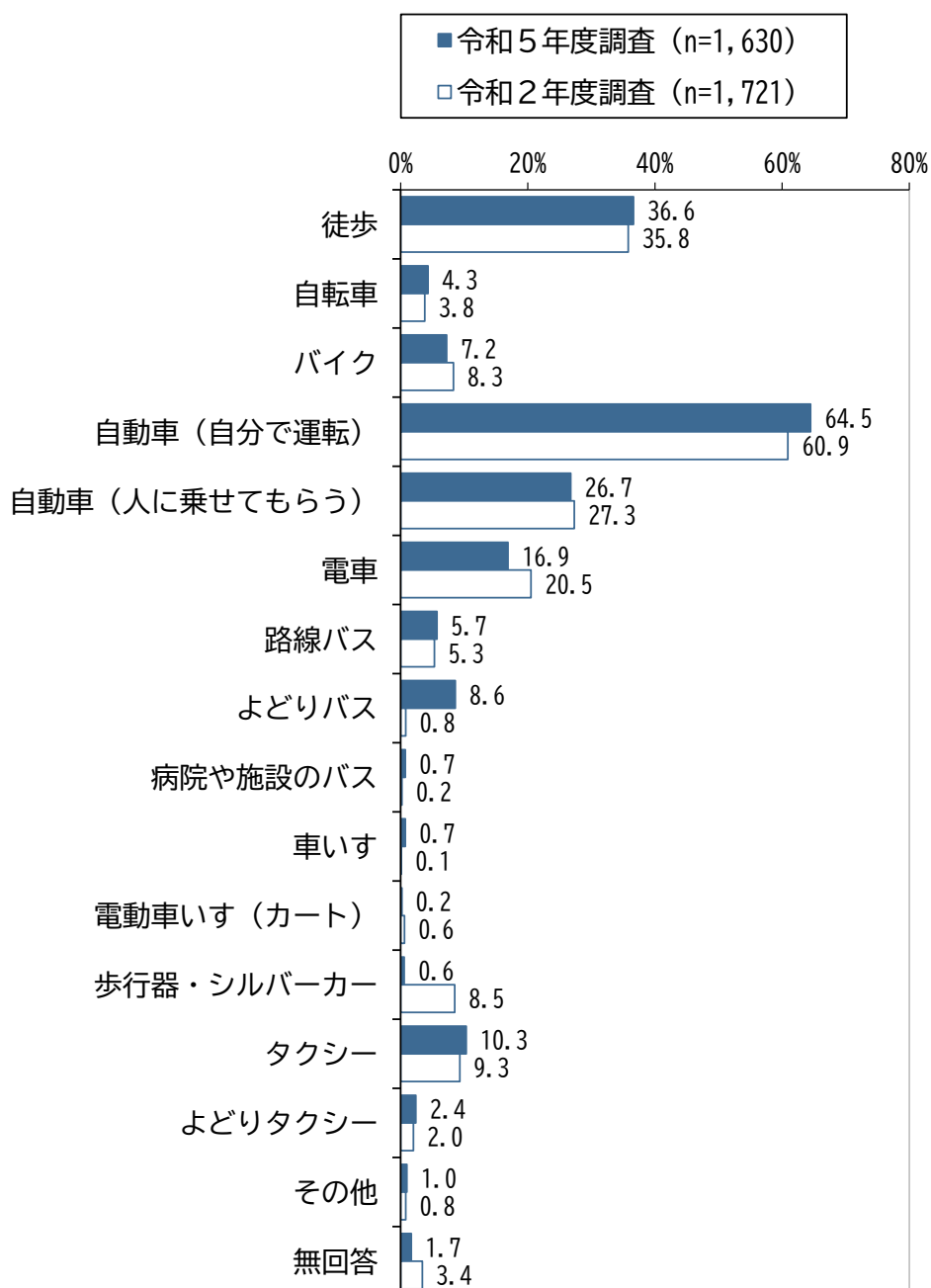
介護・介助が必要になった主な原因



⑤ 外出する際の移動手段

外出する際の移動手段については、「自動車（自分で運転）」が64.5%で最も高く、次いで「徒歩」が36.6%、「自動車（人に乗せてもらう）」が26.7%と続いており、「よどりバス」（8.6%）では、令和2（2020）年度調査（0.8%）より7.8ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

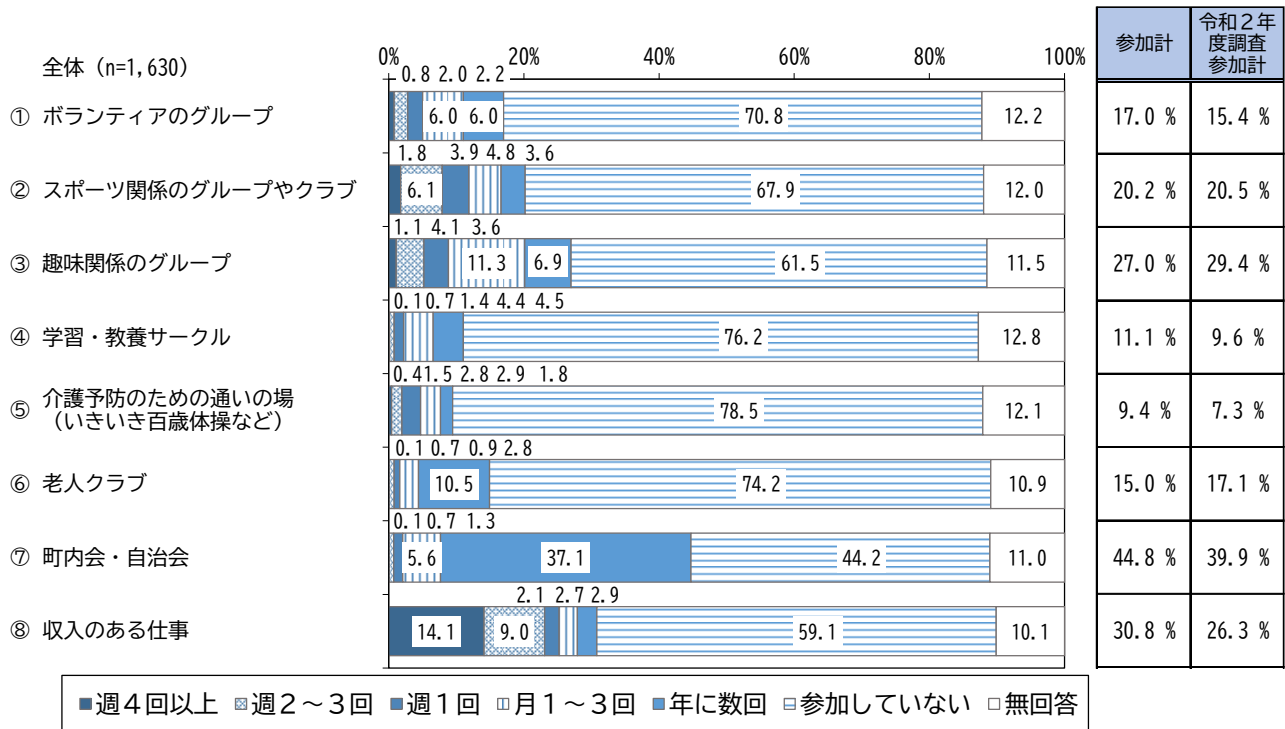
外出する際の移動手段



⑥ 社会活動への参加状況

社会活動への参加状況について、令和2（2020）年度調査と比較すると、参加している人（年に数回以上の参加）の割合は、「② スポーツ関係のグループやクラブ」、「③ 趣味関係のグループ」、「⑥ 老人クラブ」を除く全ての項目で令和2（2020）年度調査よりも割合が増加しています。

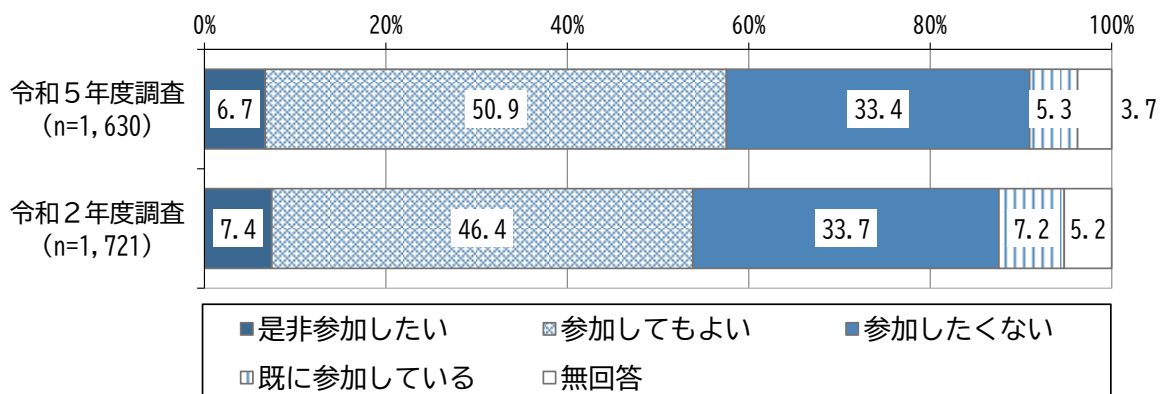
社会活動への参加状況



⑦ 地域住民のグループ活動による地域づくりに参加者として参加したいか

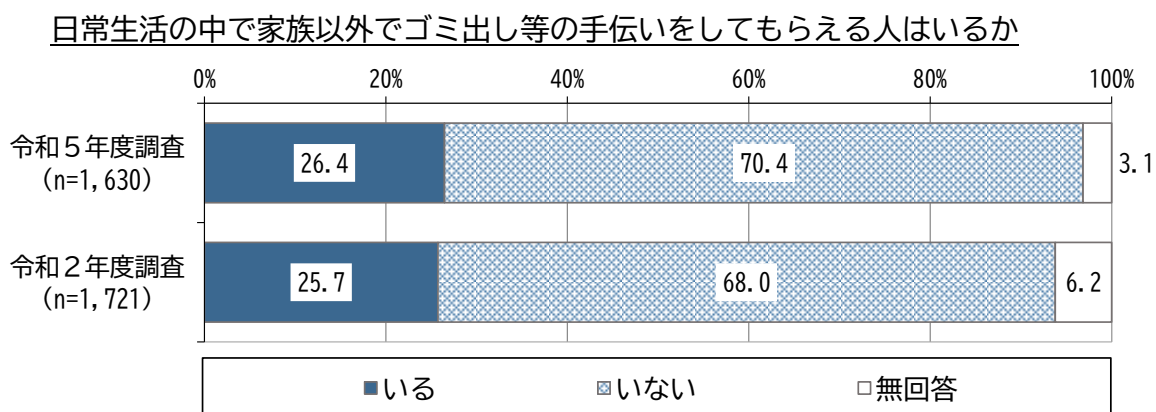
地域住民のグループ活動による地域づくりに参加者として参加したいかについては、「参加してもよい」が50.9%で最も高く、次いで「参加したくない」が33.4%、「是非参加したい」が6.7%と続いており、「参加してもよい」(50.9%)では、令和2（2020）年度調査(46.4%)より4.5ポイント増加しています。

地域住民のグループ活動による地域づくりに参加者として参加したいか



⑧ 日常生活の中で家族以外でゴミ出し等の手伝いをしてもらえる人はいるか

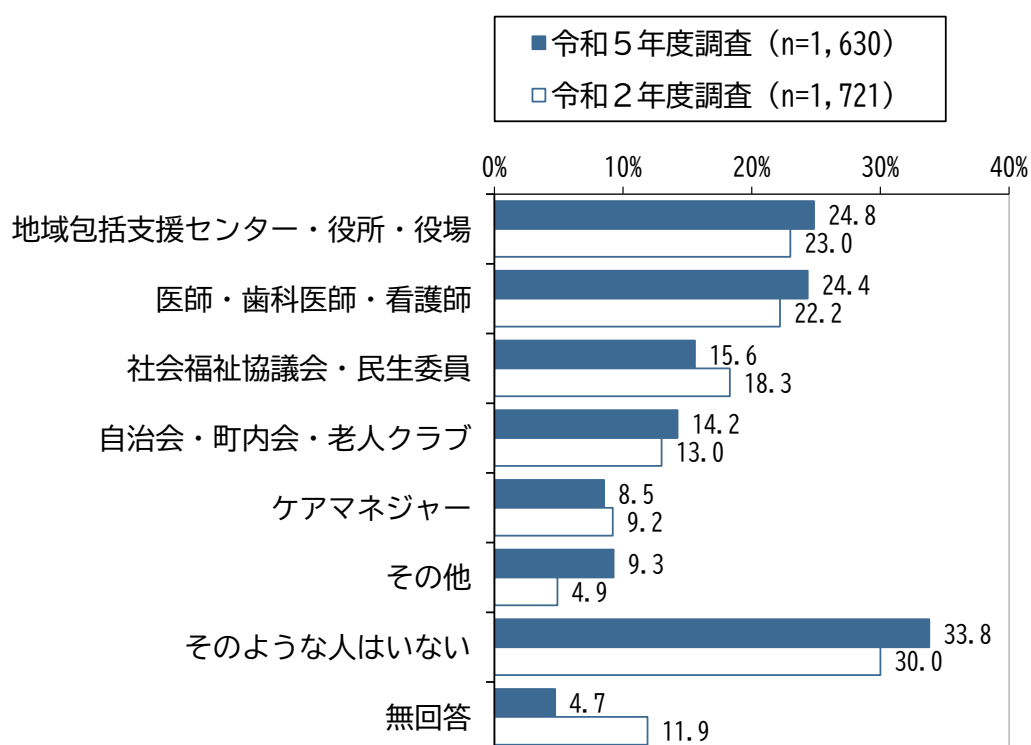
日常生活の中で家族以外でゴミ出し等の手伝いをしてもらえる人はいるかについては、「いる」が26.4%、「いない」が70.4%となっており、令和2（2020）年度調査と比較すると、大きな差はみられません。



⑨ 家族や友人・知人以外で何かあったときに相談する相手

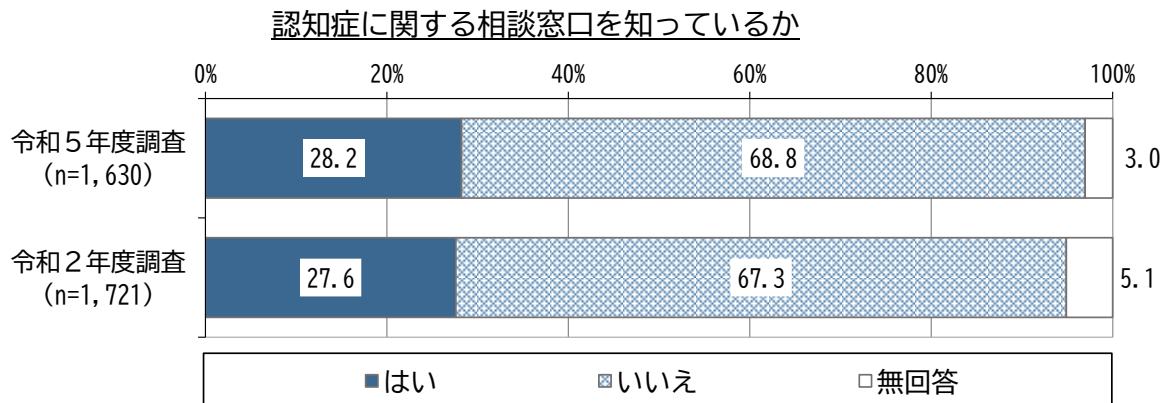
家族や友人・知人以外で何かあったときに相談する相手については、「そのような人はいない」が33.8%で最も高く、次いで「地域包括支援センター・役所・役場」が24.8%、「医師・歯科医師・看護師」が24.4%と続いており、「そのような人はいない」（33.8%）では、令和2（2020）年度調査（30.0%）より3.8ポイント増加しています。

家族や友人・知人以外で何かあったときに相談する相手



⑩ 認知症に関する相談窓口を知っているか

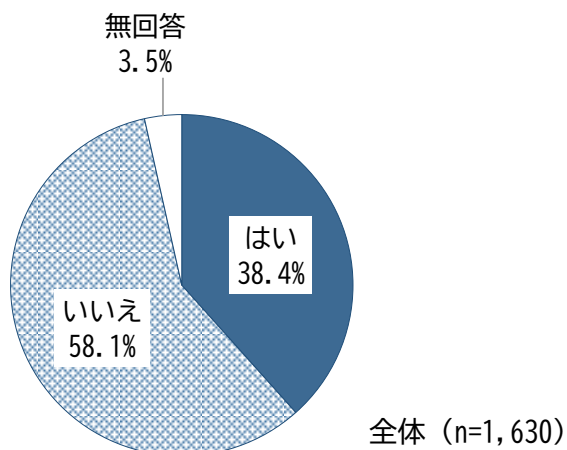
認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「はい」が28.2%、「いいえ」が68.8%となっており、令和2（2020）年度調査と比較すると、大きな差はみられません。



⑪ 認知症が疑われる際に受診する病院やその診療科目を知っているか

認知症が疑われる際に受診する病院やその診療科目を知っているかについては、「はい」が38.4%、「いいえ」が58.1%となっています。

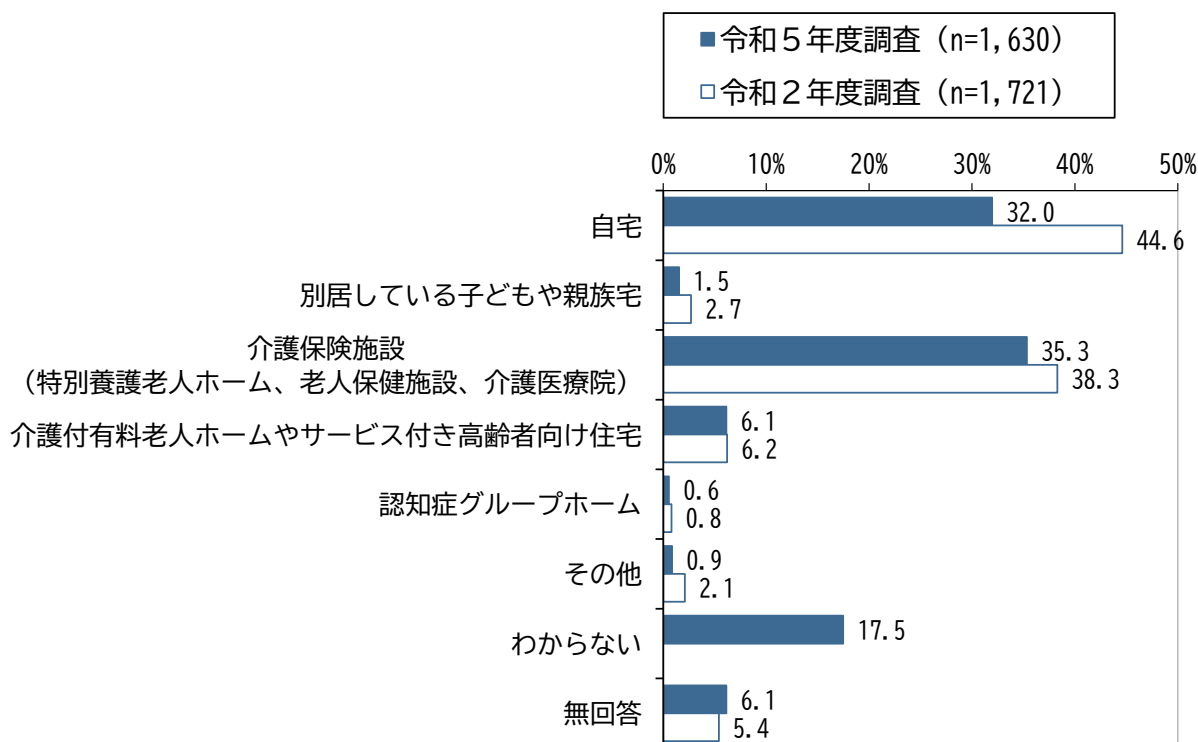
認知症が疑われる際に受診する病院やその診療科目を知っているか



⑫ 身の回りのことができなくなったときにどこで介護を受けたいか

身の回りのことができなくなったときにどこで介護を受けたいかについては、「介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院）」が35.3%で最も高く、次いで「自宅」が32.0%、「わからない」が17.5%と続いています。

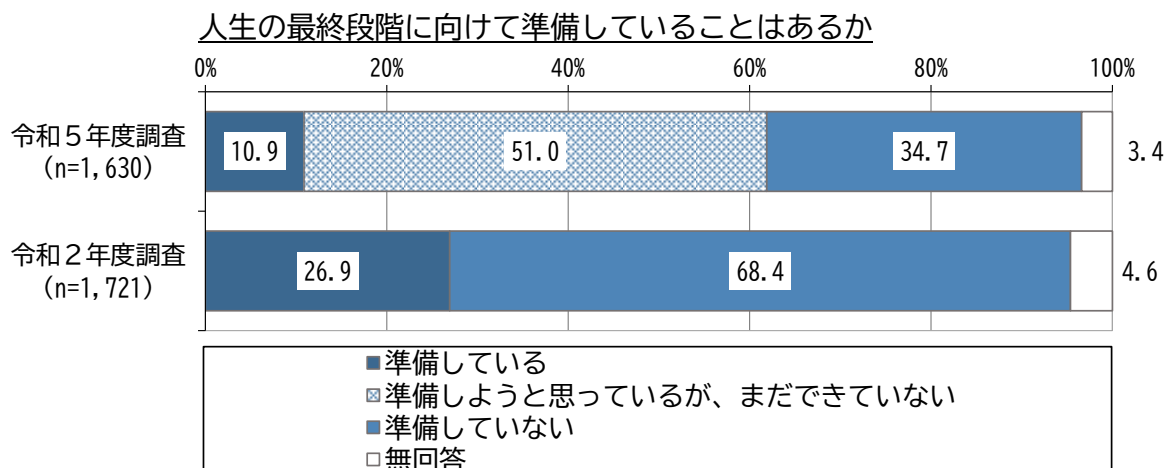
身の回りのことができなくなったときにどこで介護を受けたいか



※ 「わからない」は令和5年度調査からの選択肢

⑬ 人生の最終段階に向けて準備していることはあるか

人生の最終段階に向けて準備していることはあるかについては、「準備しようと思っているが、まだできていない」が51.0%で最も高く、次いで「準備していない」が34.7%、「準備している」が10.9%と続いています。

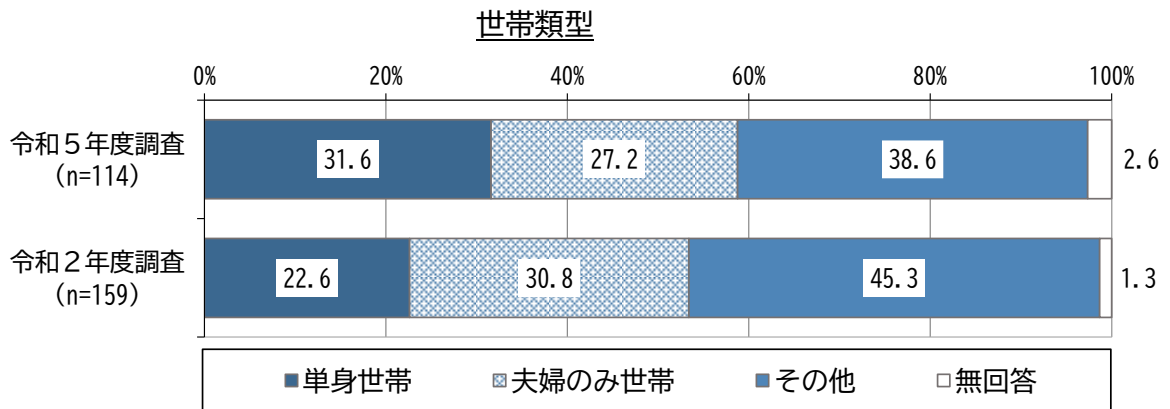


※ 「準備しようと思っているが、まだできていない」は令和5（2023）年度調査からの選択肢

(3) 在宅介護実態調査

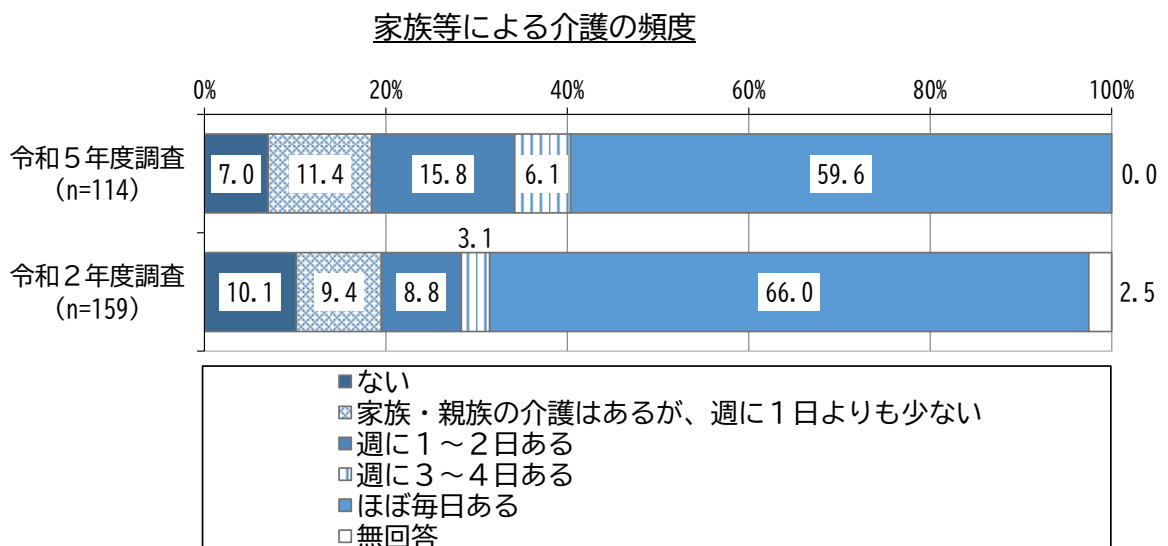
① 世帯類型

「その他」が38.6%で最も高く、次いで「単身世帯」が31.6%、「夫婦のみ世帯」が27.2%となっており、「単身世帯」(31.6%)では、令和2(2020)年度調査(22.6%)より9.0ポイント増加しています。



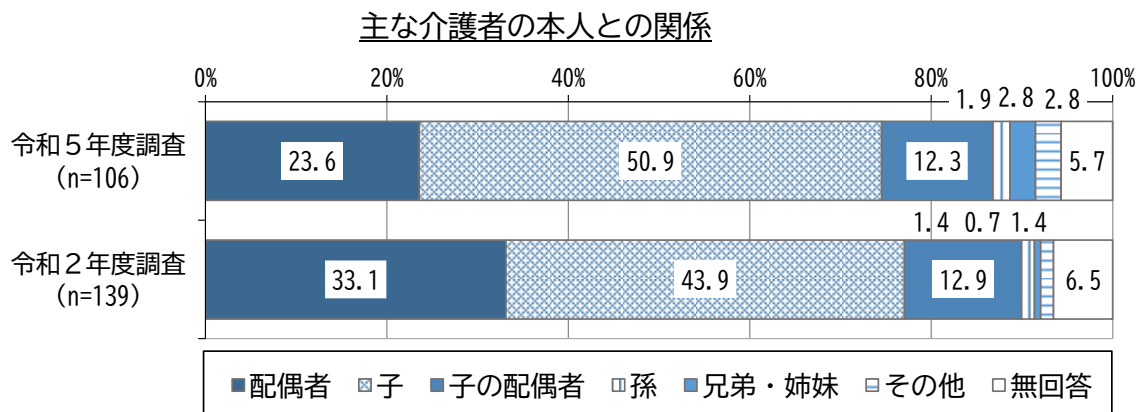
② 家族等による介護の頻度

「ほぼ毎日ある」が59.6%で最も高く、次いで「週に1～2日ある」が15.8%、「家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」が11.4%と続いており、「ほぼ毎日ある」(59.6%)では、令和2(2020)年度調査(66.0%)より6.4ポイント減少しています。



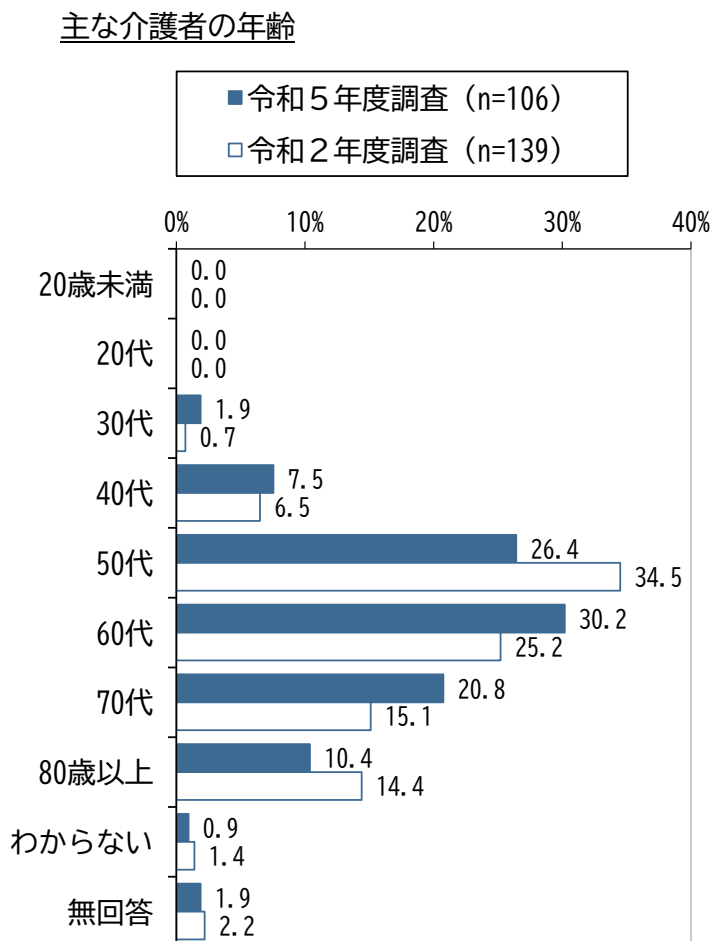
③ 主な介護者の本人との関係

「子」が50.9%で最も高く、次いで「配偶者」が23.6%、「子の配偶者」が12.3%と続いており、「配偶者」(23.6%)では、令和2(2020)年度調査(33.1%)より9.5ポイント減少しています。



④ 主な介護者の年齢

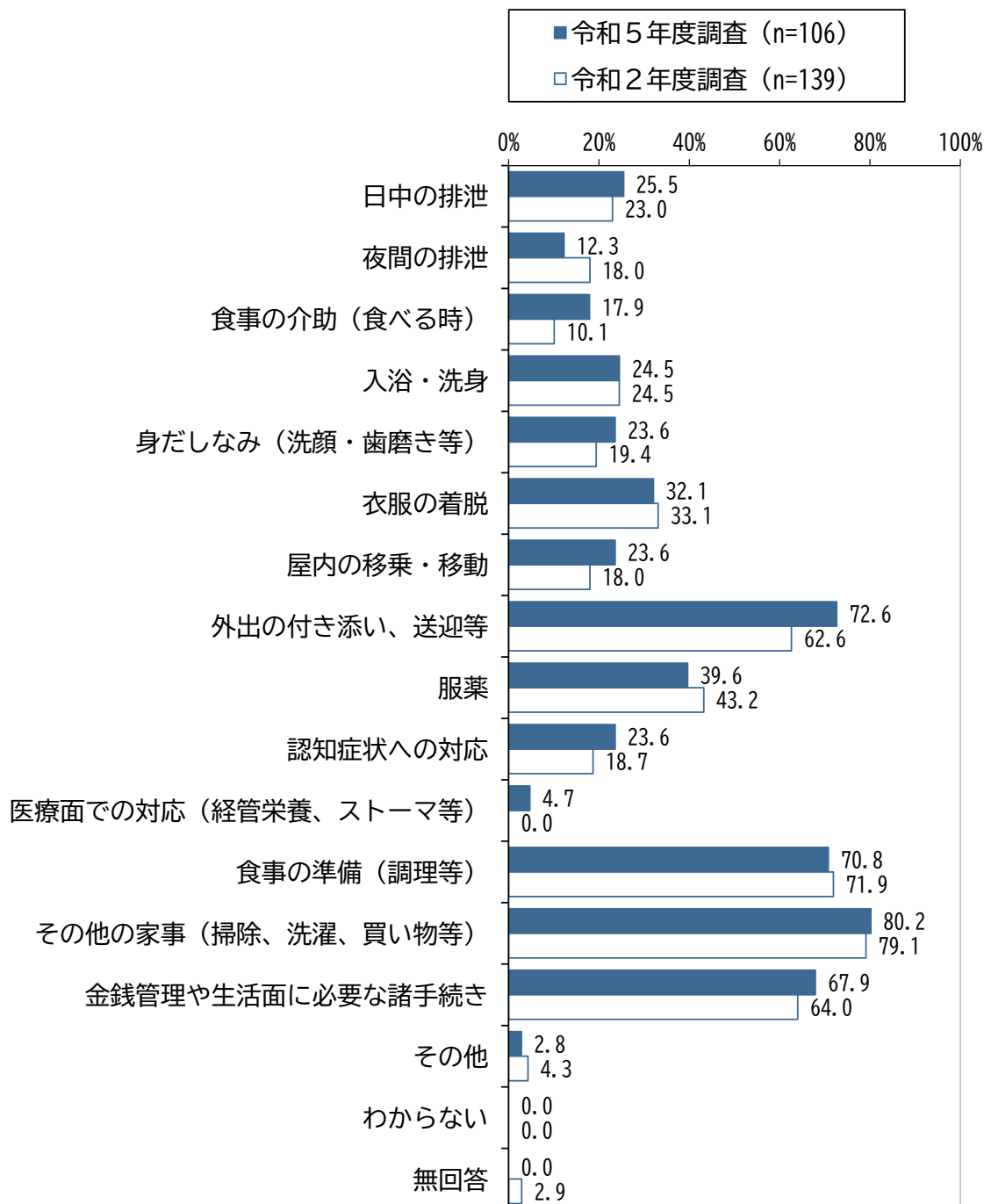
「60代」が30.2%で最も高く、次いで「50代」が26.4%、「70代」が20.8%と続いており、「70代」(20.8%)では、令和2(2020)年度調査(15.1%)より5.7ポイント増加しています。



⑤ 主な介護者が行っている介護

「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が80.2%で最も高く、次いで「外出の付き添い、送迎等」が72.6%、「食事の準備（調理等）」が70.8%と続いており、「外出の付き添い、送迎等」（72.6%）では、令和2（2020）年度調査（62.6%）より10.0ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

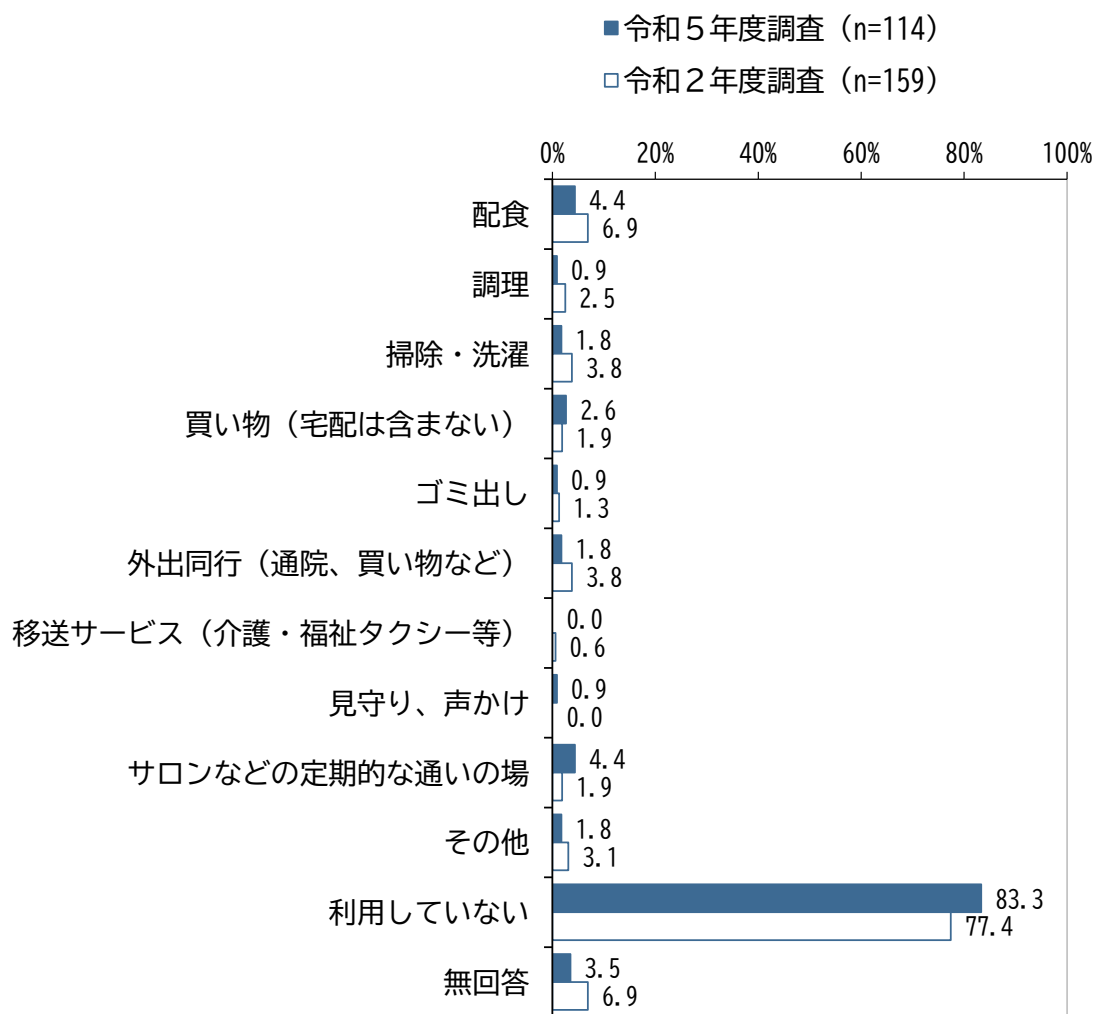
主な介護者が行っている介護



⑥ 保険外の支援・サービスの利用状況

「利用していない」が83.3%で最も高く、次いで「配食」、「サロンなどの定期的な通いの場」がいずれも4.4%と続いており、「利用していない」(83.3%)では、令和2(2020)年度調査(77.4%)より5.9ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

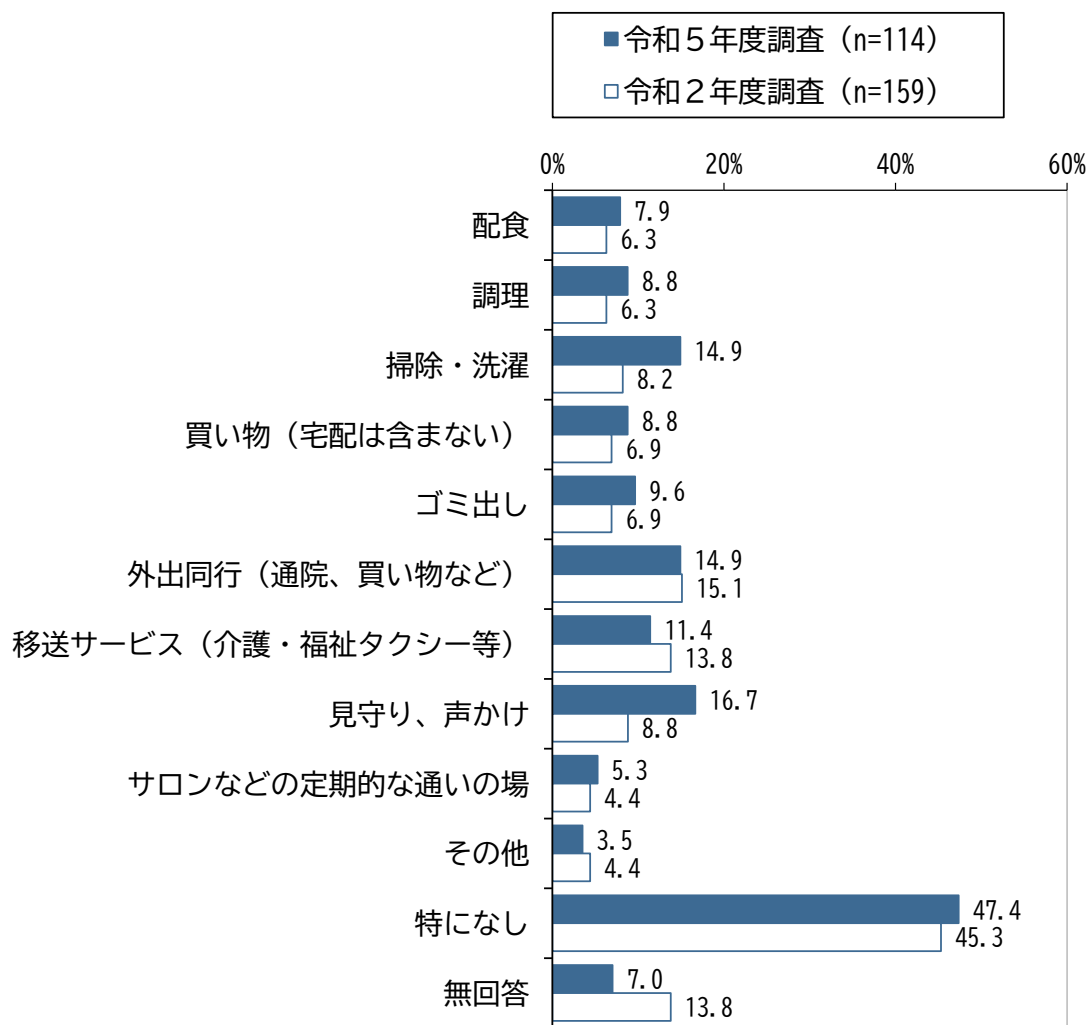
保険外の支援・サービスの利用状況



⑦ 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス

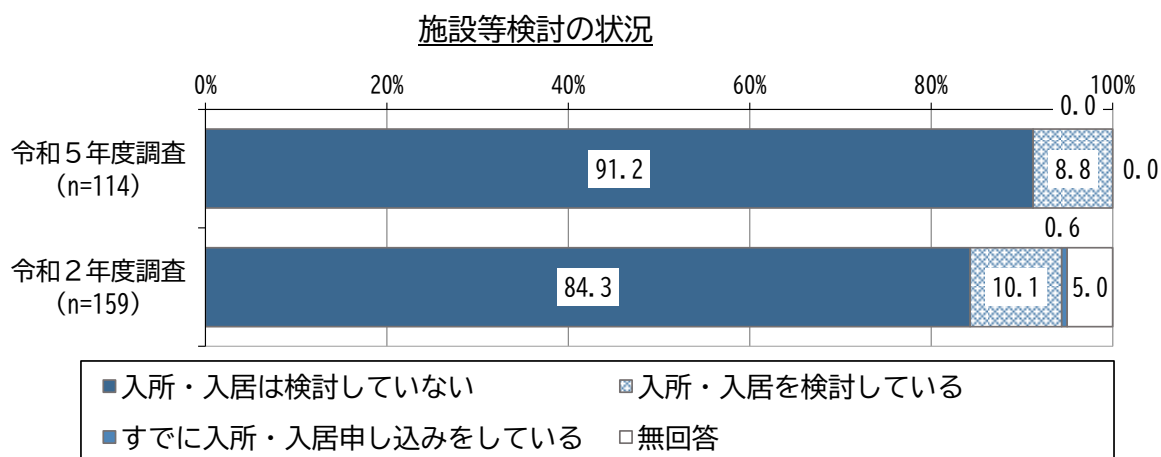
「特になし」が47.4%で最も高く、次いで「見守り、声かけ」が16.7%、「掃除・洗濯」、「外出同行（通院、買い物など）」がいずれも14.9%と続いており、「見守り、声かけ」（16.7%）では、令和2（2020）年度調査（8.8%）より7.9ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス



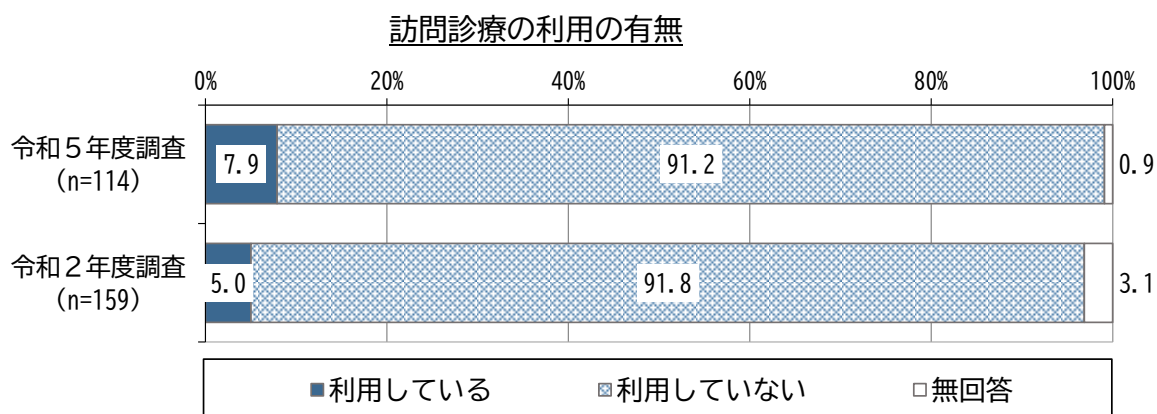
⑧ 施設等検討の状況

「入所・入居は検討していない」が91.2%で最も高く、次いで「入所・入居を検討している」が8.8%となっており、「入所・入居を検討していない」(91.2%)では、令和2(2020)年度調査(84.3%)より6.9ポイント増加しています。



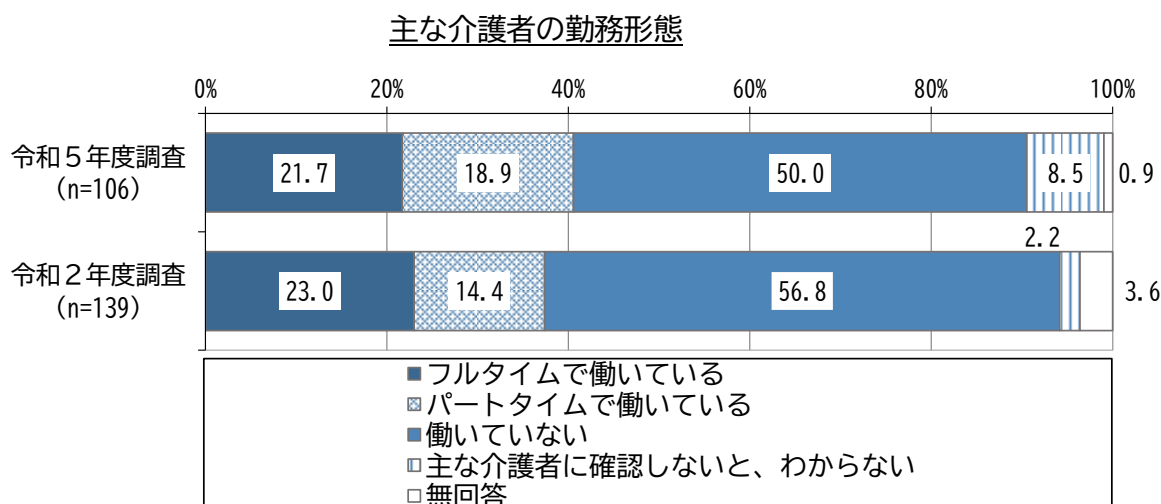
⑨ 訪問診療の利用の有無

「利用している」が7.9%、「利用していない」が91.2%となっており、令和2(2020)年度調査と比較すると、大きな差はみられません。



⑩ 主な介護者の勤務形態

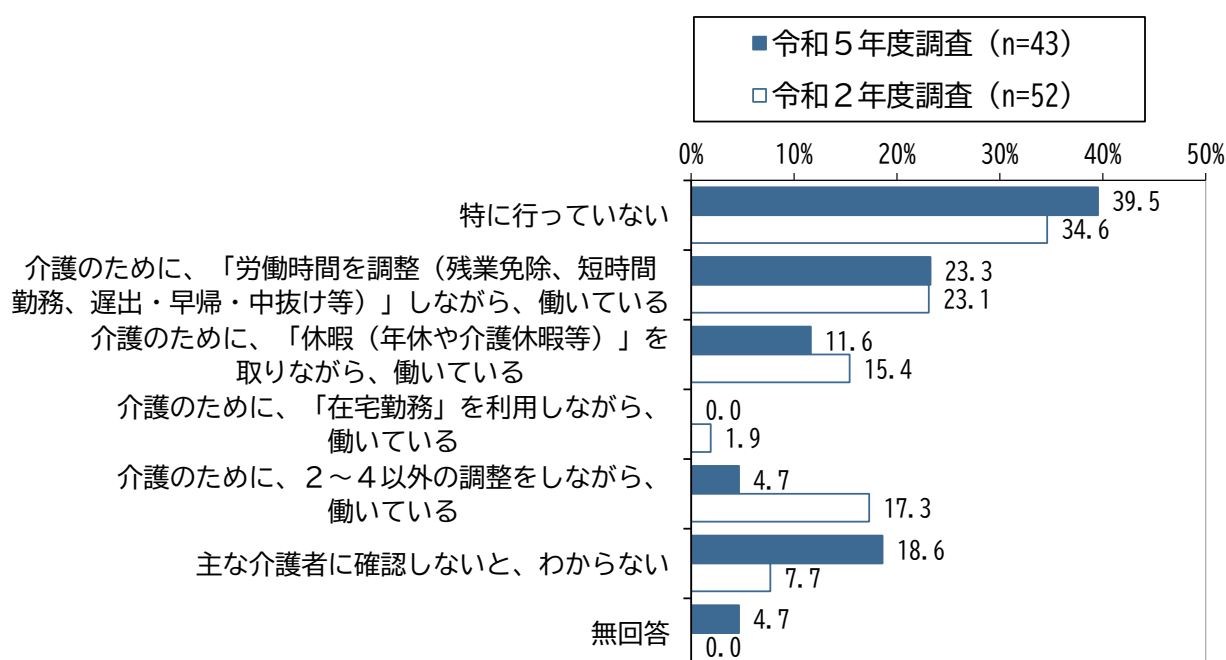
「働いていない」が50.0%で最も高く、次いで「フルタイムで働いている」が21.7%、「パートタイムで働いている」が18.9%と続いており、「パートタイムで働いている」(18.9%)では、令和2(2020)年度調査(14.4%)より4.5ポイント増加しています。



⑪ 主な介護者の方の働き方の調整の状況

「特に行っていない」が39.5%で最も高く、次いで「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」が23.3%、「主な介護者に確認しないと、わからない」が18.6%と続いています。

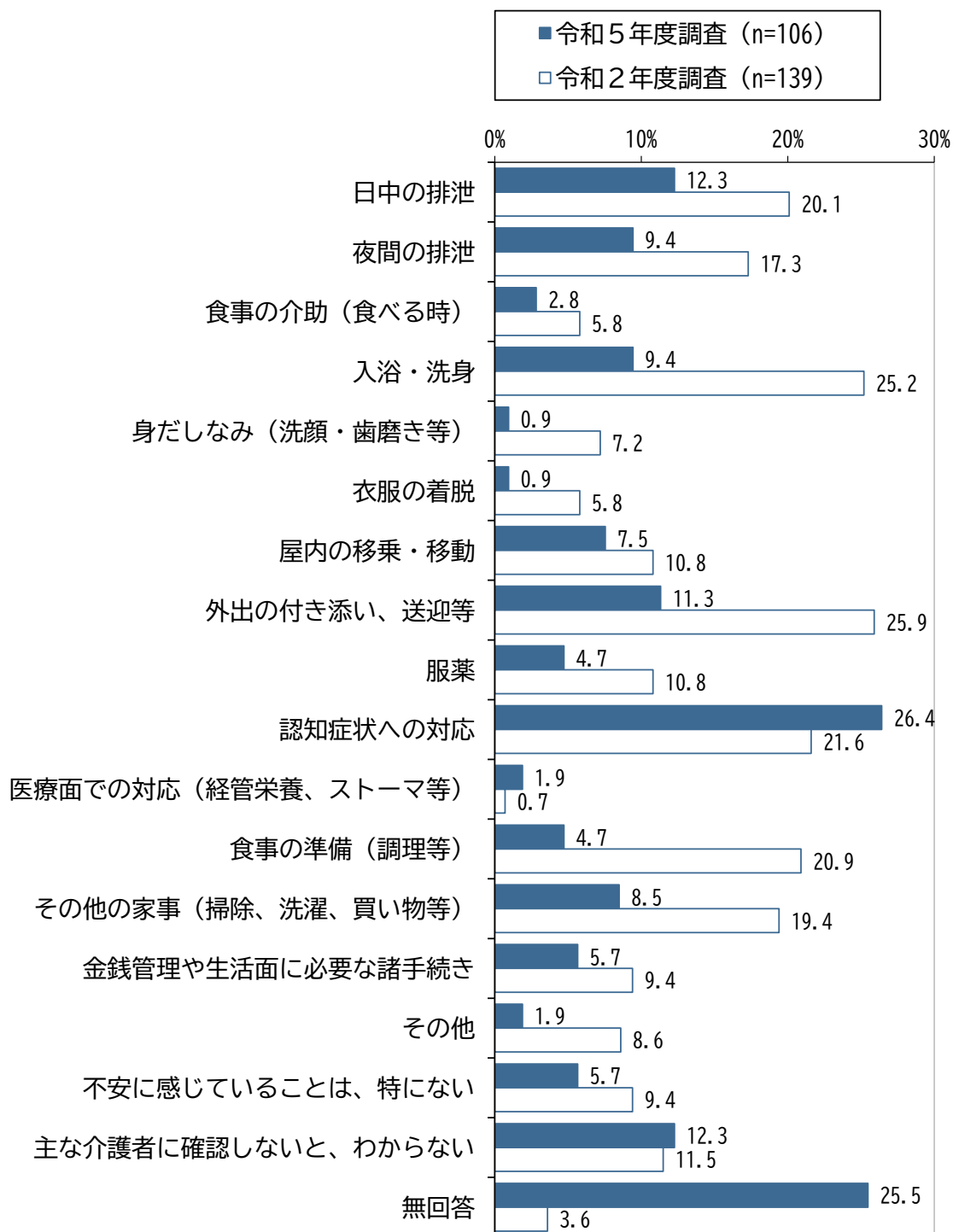
主な介護者の働き方の調整の状況



⑫ 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

「認知症状への対応」が26.4%で最も高く、次いで「日中の排泄」、「主な介護者に確認しないと、わからない」がいずれも12.3%と続いており、「認知症状への対応」(26.4%)では、令和2(2020)年度調査(21.6%)より4.8ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

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3章 計画の基本理念と施策体系

1. 基本理念

本町では、住民誰もが長寿を喜び、世代や性別を超えて協働と連帯の精神に支えられた地域共生社会の中で、高齢者が健やかに、一人ひとりが自立していきいきと暮らすことができるまちづくりをめざし、高齢者福祉施策を推進してきました。

本計画においても、これまでの基本理念を引き継ぎ、医療・介護・保健・福祉の連携はもとより、地域住民・事業者・行政それぞれが主体的に参画し、協働と連帯に基づくパートナーシップを構築しながら、その実現をめざしていきます。

<基本理念1>

豊かな長寿社会の実現

高齢者一人ひとりの生き方や個性が尊重され、人間としての尊厳が守られる社会の実現をめざします。

また、社会のあらゆる分野で高齢者に配慮した対応をこころがけ、誰もが住み慣れたまちで安心して暮らし続けられる地域共生社会の創造をめざします。

<基本理念2>

健康で生きがいのある生活の実現

高齢者一人ひとりの生き方を尊重し、いつまでも健康でいきいきと暮らし、自己実現ができる社会の実現をめざします。

たとえ介護や支援を必要とする状態になったとしても、在宅で自立した生活を維持し、その人らしい生活が送れるよう、地域全体で要介護（要支援）者を支援する社会をめざします。

<基本理念3>

お互いに思いやり、助け合う共生社会の実現

すべての住民がお互いに思いやり、助け合う地域共生社会の実現をめざします。

そのために、若い世代や高齢者世帯、また地域の活動団体等、そして行政がお互いに支え合うネットワークを形成し、「共に生きる社会」、「連帯する社会」をめざします。

2. 基本目標

高齢者が住み慣れた地域で、健康で生きがいのある生活を送り、地域みんなで支え合い、安全・安心なまちづくりが実現できるよう、基本理念の実現に向けて、以下の4つの基本目標を設定します。

<基本目標1>

生涯現役で暮らすことができるまちづくり

高齢者がいつまでも生涯現役で過ごせることの基本の一つは健康であることです。健康づくりや介護予防の活動を通じて健康寿命を伸ばす取り組みは、高齢者のみならず、住民一人ひとりの主体的な取り組みが何よりも重要であることから、住民が主体となる地域ぐるみの取り組みの活性化に努めるとともに、保健事業と介護予防の一体的な実施を展開します。

また、高齢者が住み慣れた地域のなかで、今まで培ってきた経験や知識を活かせる居場所や、元気な高齢者が地域を支える新たな担い手として活躍できるよう、就労的な活動も含めた社会参画を促進し、生涯現役社会の実現をめざします。

<基本目標2>

住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり

高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域包括支援センターを中核に据え、医療・介護・保健・福祉の関係者をはじめ、地域の各種団体や住民が連携し、地域全体で高齢者を支え、総合的かつ効果的なサービスが提供できるよう、重層的支援体制整備事業を実施するなど、「地域包括ケアシステム」のさらなる体制強化を進めます。

また、今後も在宅生活支援や居宅サービスを中心とした介護サービス等の整備・充実及び人材確保を継続的に推進し、介護保険制度の円滑な実施及び安定した供給体制の確保に努めます。

さらに認知症高齢者に対しては、令和4（2022）年に行われた「認知症施策推進大綱」の中間評価と、令和5（2023）年6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を踏まえ、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、認知症予防や早期発見・早期対応に向けた取り組みを進めるとともに、認知症に関する正しい知識の普及啓発、専門医療機関とかかりつけ医との連携等を推進し、認知症高齢者とその家族を地域全体で見守り、共生する地域づくりを推進します。

<基本目標3>

地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり

今後高齢化が一層進む中で、住民の抱えるそれぞれの課題に取り組むためには、「高齢者も子どもも障がいのある人も、誰もが住み慣れた地域で暮らすために、地域の中で世代を超えて支え合い、ふれあうことのできる地域づくり」が重要です。行政として、公的サービスの充実だけでなく、住民と連携して課題解決するための仕組みづくりが求められていることから、住民による福祉活動を支援する取り組みを進めるとともに、各活動・組織間の連携強化を図り、多様な活動の活発な展開を促進します。

また、高齢者虐待や消費者被害等の問題を防止する取り組みなど、地域住民がお互いの人権を尊重し合い、尊厳を持ち続けられる地域づくりにおいて、高齢者の人権を守ることが重要な課題となっています。人権尊重の理念や加齢に伴う高齢者の様々な問題に対する住民の理解を深める啓発活動に取り組み、地域全体で高齢者を見守るまちづくりをめざし、虐待の防止及び早期発見・早期解決のため、虐待防止ネットワークを推進するとともに、成年後見制度等の権利擁護事業を推進します。

<基本目標4>

安全で快適なくらしやすいまちづくり

高齢者が住み慣れた家や地域でいきいきとくらし続けるためには、安全で快適な住居の確保やまちの環境整備が必要です。県と連携した高齢者向け住宅の情報提供等を推進するとともに、高齢者をはじめ、すべての人にやさしいユニバーサルデザインのまちづくりに取り組みます。

また、災害や感染症への対応について、それぞれの立場において平時から発生時に備えた事前準備や予防対策が重要となります。住民の防災・防犯・感染予防の意識向上をはじめ、行政や介護事業者等の危機管理意識の強化を図り、地域と連携して高齢者を守る体制を構築します。

3. 施策体系

基本目標1 生涯現役で暮らすことができるまちづくり

1. 高齢者の生きがいづくりを推進します	(1) 高齢者の社会参加と参画の促進	① 生きがい活動支援通所事業
		② 老人クラブ活動への支援
		③ シルバー人材センターの活用
		④ 高齢者による地域活動の促進
		⑤ 敬老祝品の交付
	(2) 生涯学習、文化活動、レクリエーション活動の促進	① 生涯学習への支援
		② 高齢者運動会の共催
		③ 高齢者福祉大会
		④ ふれあい活動センターの運営
		⑤ 健康づくりセンター利用料金助成
⑥ 活動に関する情報提供の充実		
2. 自立した生活を支援します	(1) 在宅支援サービスの充実	① ひとり暮らし高齢者等緊急通報体制支援事業
		② 高齢者福祉タクシー事業
		③ 訪問理美容サービス
		④ 高齢者地域見守り協定事業
		⑤ 生活管理指導短期宿泊事業
		⑥ 入院時洗濯サービス事業
	(2) 家族介護者への支援	① 相談・支援体制の充実
		② 家族介護者教室
		③ 家族介護者交流事業
		④ 介護離職防止に向けた取り組み
	(3) 生活支援サービスの提供体制の整備	① 生活支援コーディネーターの養成・配置
		② 生活支援コーディネーターと協議体との連動

3. 健康づくり・介護予防を充実します	(1) 壮年期からの健康づくり	① 健康教室と相談の実施
		② 特定健康診査の受診促進
		③ 生活習慣病重症化予防事業の実施
		④ 歯周疾患検診の受診促進
		⑤ 健康づくりの推進
		⑥ かかりつけ医を持つことの普及啓発
		⑦ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進
	(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	① 介護予防・生活支援サービス事業
		② 一般介護予防事業
	(3) 自立支援・介護予防・重度化防止の確実な実行	① データの利活用によるPDCAサイクルの推進
		② 自立支援に資する地域ケア会議の推進
		③ 介護予防に資する通いの場の充実
		④ 介護予防リーダー「スマイル」との協働
		⑤ 大淀町地域包括ケア専門職会議との協働
		⑥ 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金制度に係る評価指標の活用

基本目標2 住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり

1. 地域包括ケアシステムを推進します	(1) 地域包括支援センターの運営・体制強化	① 地域包括支援センターの充実
		② 地域包括支援センター運営協議会の開催
		③ 事例検討による地域ケア会議の推進
		④ 介護予防ケアマネジメント事業
		⑤ 指定介護予防支援事業
		⑥ 総合相談支援事業
		⑦ 包括的・継続的ケアマネジメント業務
		⑧ 重層的支援体制の整備
		⑨ 地域包括支援センターの業務負担軽減の推進
	(2) 医療・介護・保健・福祉の連携強化	① 在宅医療と介護サービス、保健の連携強化
		② 緩和ケア・看取りを支える在宅医療の整備、理解促進
		③ 退院時、入院時の連携強化
		④ 本人や家族の意思を終末期医療・介護に活かす支援
		⑤ 地域医療体制の整備

2. 介護サービスを充実します	(1) 介護サービスの提供	① 居宅サービス供給体制の安定確保
		② 地域密着型サービス供給体制の安定確保
		③ 施設サービスの安定利用
		④ 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析
		⑤ 共生型サービスの整備
	(2) 介護人材の確保・資質向上及び業務効率化	① 福祉・介護人材の確保
		② 福祉・介護人材の定着に向けた取り組みの実施
		③ 介護職のイメージ刷新・魅力発信
		④ ケアマネジャーへの支援
		⑤ 介護サービス業務の効率化への支援
	(3) 介護保険制度の適正かつ円滑な運営	① 介護給付適正化事業の推進
		② 事業者情報公表制度・第三者評価の周知
		③ 介護サービス事業者への助言・指導
		④ 介護サービスに対する苦情処理体制
		⑤ 介護認定業務の適正化
3. 認知症高齢者への支援を充実します	(1) 認知症に対する正しい知識の普及啓発	① 認知症に対する正しい知識の普及、啓発活動の推進
		② 小・中学校、高等学校における認知症・高齢者理解につながる教育・交流の推進
		③ 大淀町認知症キャラバン・メイト連絡会との協働
	(2) 認知症の予防・早期発見・早期対応の推進	① 認知症予防事業の推進
		② 認知症の兆候に関する情報提供
		③ 認知症ケアパスの普及・活用
		④ 認知症初期集中支援チーム
	(3) 認知症高齢者の見守り・支援体制の強化	① 認知症地域支援推進員の配置
		② チームオレンジの設置
		③ 認知症カフェ事業
		④ 地域での見守り・支え合いの体制づくり
		⑤ 見守りあんしんシール交付事業
		⑥ 認知症支援フラッグ事業
		⑦ 認知症バリアフリーの推進
		⑧ 認知症当事者の本人発信と社会参加機会の創出

基本目標3 地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり

1. 地域福祉活動を支援します	(1) 地区組織活動の支援	① 多様な場所の活用による交流・活動の支援
	(2) 地域と行政の協働による地域包括ケアシステムの推進	① 地域の関係機関、団体、サービス提供者等とのネットワークの構築 ② 住民グループとの連携による地域包括ケアシステムの推進
2. 高齢者の人権を大切にします	(1) 人権意識の普及啓発	① 高齢者の人権に関する啓発の推進
	(2) 高齢者虐待防止の推進	① 高齢者虐待への対応強化
		② 高齢者虐待防止の普及啓発
		③ 高齢者虐待防止ネットワークの推進
	(3) 権利擁護の推進	① 権利擁護事業
		② 中核機関の設置
③ 成年後見制度利用支援事業		

基本目標4 安全で快適なくらしやすいまちづくり

1. 快適な住宅、住環境の向上をめざします	(1) 高齢者にやさしい居住環境の推進	① 公営住宅の管理 ② 住まいに関する情報提供
	(2) ユニバーサルデザインのまちづくりの推進	① 公共施設のバリアフリー化 ② 高齢者の移動手段確保のため交通担当部門との連携検討
2. 安全で安心な生活環境を推進します	(1) 事故や犯罪から高齢者を守る取り組み	① 消費生活相談との連携
		② 防犯意識の高揚
		③ 交通安全対策の推進
	(2) 災害と感染症に備えた高齢者支援体制の確立	① 防災意識の高揚
		② 災害時要援護者支援の推進
		③ 災害時における福祉避難所協定の推進
		④ 個別避難計画の策定
⑤ 介護サービス事業所と連携した災害対策の推進		
⑥ 新型インフルエンザ等対策行動計画に基づく感染症対策の推進と感染拡大防止策の周知啓発		
⑦ 介護サービス事業所と連携した感染症対策の推進		

第4章 施策の展開

基本目標1 生涯現役で暮らすことができるまちづくり

1-1. 高齢者の生きがいづくりを推進します

1-1-(1) 高齢者の社会参加と参画の促進

【現状と課題】

- 高齢化が急速に進んでいく中、高齢者が今までの人生で培ってきた知識や経験を活かして、地域の担い手としての役割を果たしていくことが求められています。併せて、高齢者が生きがいを持っていきいきと暮らしていくことが重要です。
- 高齢者の社会参加・生きがいづくりの中心的な地域活動組織のひとつである老人クラブが、地域生活を支える各種活動を行っており、本町においても、その活動を支援しています。
- 第8期計画期間中においては、新型コロナウイルス感染症の影響により、高齢福祉行事の多くは開催を見送らざるを得ない状況でしたが、各老人クラブ単位はそれぞれが地域の特性を活かし、趣向を凝らした活動を行っていました。しかし、会員数の減少に加えクラブ数も年々減少傾向にあり、今後は活動の維持、継続に向け魅力ある老人クラブ活動の支援が必要です。

【主な取り組み】

① 生きがい活動支援通所事業

- ふれあい活動センターにおいて、在宅の虚弱高齢者や家庭に閉じこもりがちな高齢者に対し、レクリエーションや創作等の生きがい活動などの通所サービスを提供することにより、これらの高齢者の生活の充実、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ります。
- 多様な介護ニーズに対応するため、介護保険制度（介護予防・日常生活支援総合事業）における通所介護事業へとブラッシュアップすることをめざします。

② 老人クラブ活動への支援

- 令和6（2024）年度は老人クラブ連合会設立60周年となります。この節目となる年を契機に自助・互助・共助に繋がる地域活性化に取り組むとともに、老人クラブの魅力の発信及び活動の向上を図ります。
- 老人クラブ活動について、ボランティア活動をはじめとする地域を豊かにする各種地域活動や高齢者の生きがいと健康づくり、研修などの各種事業を支援します。
- 老人クラブへの参加者が減少するなか、老人クラブとともに、魅力ある活動を広報紙やホームページ、SNSへ掲載し、新規会員の入会を促進します。

③ シルバー人材センターの活用

- 高齢者の労働能力を活用し、自らの生きがいづくりや社会参加を通じて活力ある地域をつくることを目的に、高齢者の能力・経験に応じた仕事を紹介する事業として、仕事内容の充実及び会員の指導・意識の向上を支援します。
- 元気な高齢者の活躍の場を拡大・拡充するため、シルバー人材センターとともに、介護保険制度（介護予防・日常生活支援総合事業）の緩和型訪問介護サービスの創設をめざします。

④ 高齢者による地域活動の促進

- 高齢者が生きがいを感じながら生涯現役でいきいきと活動・活躍できるよう、ボランティア活動の支援を推進するとともに、就労の場を提供できる企業・団体等と連携した体制の構築を検討します。
- 地域共生社会の実現をめざし、高齢者が地域住民とともに集うことができる地域活動や、健康増進となるいきいき百歳体操を普及するための取り組みを進めます。

⑤ 敬老祝品の交付

- 高齢者の長寿を祝い、新 100 歳の人を対象に敬老祝い品の交付を行います。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度 (見込み)	R 6年度	R 7年度	R 8年度
生きがい活動支援事業 利用人数	人 (延べ)	1,870	1,767	1,788	1,800	1,800	1,800
老人クラブ連合会 会員数	人	1,684	1,609	1,509	1,500	1,500	1,500

1-1-(2) 生涯学習、文化活動、レクリエーション活動の促進

【現状と課題】

- 人や社会とのつながりが豊かな人ほど健康寿命が長い事がわかっています。そのため、多様な社会参加の機会を提供するとともに、活動に関する情報提供など、参加がしやすくなる取り組みが必要です。
- 本町の各種学習会や文化、スポーツ、レクリエーションの活動の場は、高齢者の健康寿命を延伸するために重要な役割を担っていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で多くの行事が見送らざるを得ない状況が続き、活動自粛が余儀なくされてきました。今後は、ウィズコロナ・アフターコロナを見据え、心身機能の低下やフレイルの予防を念頭に置いたより魅力的な活動の場を提案・提供していく必要があります。

【主な取り組み】

① 生涯学習への支援

- 本町では社会教育課が主体となって「高齢者学級」を実施しています。現状の評価や参加者のニーズに応じた事業の立案を行うなど生涯学習事業を実施しており、今後も引き続き年齢を問わず住民一人ひとりが生涯を通じて学習できるよう、多様な学習の機会を提供することで、誰もが学びたいときに学べる環境づくりを推進します。
- ふれあい活動センターで実施している各種講座の周知を図るとともに、地域のニーズを踏まえた新たな講座の実施をめざします。

② 高齢者運動会の共催

- 本町と老人クラブ連合会による高齢者運動会を開催し、高齢者の生きがい・健康づくりを推進します。
- ウィズコロナ・アフターコロナの視点を盛り込んだ内容とし、高齢者が意欲的に参加できる運動会となるよう企画・実施します。

③ 高齢者福祉大会

- 老人クラブ連合会設立60周年を記念した学習会や交流イベントを実施します。(令和6(2024)年度)
- 町内在住の高齢者を対象に、敬老の日の前後に日常生活や地域活動に役立つ学習型・体験型のイベントを実施し、高齢者の社会参加と自己啓発の場を提供します。

④ ふれあい活動センターの運営

- 高齢者間の交流、ふれあいの場を提供し、生きがいを持って暮らすことができる支援拠点として、カラオケ教室、パソコン教室、書道教室の他に、健康チェック、体操、介護予防教室、音楽療法、入浴を通じて住民の交流と活動の場を提供します。また、多様化する住民ニーズに加え、年齢や性別に関わらず、地域住民が集える場としての役割や機能を充実します。
- 施設の老朽化等に伴い、施設の修繕も年々増加傾向にあり、今後、センターのあり方に関する検討が課題となるなか、中長期的な視点による運用を検討します。

⑤ 健康づくりセンター利用料金助成

- 高齢者や身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の交付を受けた人などが自身の健康増進を図るための支援として、健康づくりセンターを使用する際の利用料の一部を補助します。
- 広報紙やホームページ、SNSへ掲載、各公共施設へのポスターの掲示を通じて、積極的に情報発信し、利用者の増加をめざします。

⑥ 活動に関する情報提供の充実

- 様々な施設や団体からの情報提供により、学習や文化活動等を把握し、広報紙やホームページ、SNSへ掲載、各公共施設へのチラシやポスターの掲示依頼を通じて、情報提供を行います。
- 出前講座等、地域住民と出会う場（アウトリーチ活動）において、積極的な情報発信に努めます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
健康づくりセンター助成 利用人数（延べ）	人	93	79	108	150	150	150
高齢者福祉大会 参加人数	人	未実施	未実施	250	500	500	500

1-2. 自立した生活を支援します

1-2-(1) 在宅支援サービスの充実

【現状と課題】

- 高齢化の進展とともに、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯数は、今後さらに増えていくものと思われます。自立生活に不安をもつ高齢者等に対し、介護給付によらないサービスを提供することで、安心して自立した豊かな生活が送れるように支援していくことが求められています。
- 高齢者が住みなれた地域で安心して生活できるように、様々な事業を行い、在宅支援のサービスを展開しています。訪問理美容サービス、生活指導短期宿泊事業、入院時洗濯サービス事業は、利用状況が僅かな状況ですが、高齢者が必要な時に必要な支援を提供するという観点からは重要な施策であると考えます。そのため、今後も高齢者が安心して自立した豊かな生活を送れるよう支援していくとともに、サービスの周知が必要です。また、ひとり暮らし高齢者等緊急通報体制支援事業による緊急通報装置利用に関しては、高齢者の増加に伴いサービス利用を希望する人が増加することが予想されることから、将来的には受益者負担を検討していかなければならない状況です。

【主な取り組み】

① ひとり暮らし高齢者等緊急通報体制支援事業

- ひとり暮らしの高齢者に対して、緊急通報装置を貸与・設置し、急病や災害等の緊急時にあらかじめ組織された地域支援体制等により、迅速かつ適切な対応を図ります。
- 現在の電話回線だけではなく、高齢者それぞれの状態像や住環境に応じた支援体制となるよう、ICTの活用やファックスの活用などにより支援体制のさらなる充実を図ります。

② 高齢者福祉タクシー事業

- 生活保護の支給を受けている世帯に属する70歳以上の高齢者に対して福祉タクシーの利用券（年間12枚）を交付し、初乗り運賃を助成することで移動にかかる経済的負担の軽減を図ります。
- 移動支援が全町的な課題となるなか、運転手不足等の課題や財源の確保の取り組みと連動させながら、より多くの高齢者の移動を支援できるよう、高齢者福祉タクシー事業の見直しを含めた移動支援の検討を進めます。

③ 訪問理美容サービス

- 要介護4以上の高齢者等を対象に、高齢者の衛生と生活の潤い、家族の介護負担の軽減を図るため、本町が委託した理美容事業者による訪問理美容サービスを提供します（調髪にかかる費用は自己負担）。
- 広報紙やホームページ、SNSへ掲載、各公共施設へのポスターの掲示を通じて、積極的に情報発信し、利用者の増加をめざします。

④ 高齢者地域見守り協定事業

- 配達・配送・集金等を日常業務として行っている民間事業者と連携することで、当該業務中に異変のある高齢者等を早期に発見し、必要な支援が行えるように、新たな協定締結事業者の増加を含め、地域資源を活かした地域見守りネットワーク体制を構築します。
- ICTの活用などにより地域見守りネットワーク体制の強化を図ります。

⑤ 生活管理指導短期宿泊事業

- 日常生活が困難な在宅高齢者等に対して、短期間の宿泊により、日常生活に対する支援・指導を行い、要介護状態への進行を予防し、体調の調整を図ります。

⑥ 入院時洗濯サービス事業

- 概ね 65 歳以上の単身世帯または高齢者のみ世帯で非課税世帯に属する高齢者に対し、町内及び近隣の医療機関へ入院された場合に限り、入院時に必要となる洗濯サービスを実施します。
- 入院時洗濯サービス事業の利用を促進するため、介護サービス事業者や民生委員・児童委員等の支援者に対して、入院時洗濯サービス事業の周知を進めます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置利用者	人	148	136	140	150	150	150
高齢者福祉タクシー事業 利用者	人	93	86	90	100	100	100
訪問理美容サービス	回	4	2	3	5	5	5
生活指導短期宿泊事業	回	1	4	0	2	2	2
入院時洗濯サービス事業	回	0	5	0	2	2	2

1-2-(2) 家族介護者への支援

【現状と課題】

- 介護が必要になっても住み慣れた自宅での暮らしが継続できるよう支援していくには、家族等の介護者を支援するサービスの充実や周囲の理解を深める環境づくりが重要となります。
- 高齢化の進展に伴い、高齢者が高齢者の介護を行ういわゆる「老々介護」の増加や認知症の人の介護負担の増加が考えられることから、家族介護者の負担軽減を図る必要があります。
- 家族介護者教室については、新型コロナウイルス感染症の影響で第8期期間中に実施することができませんでしたが、要介護者を在宅で介護する家族の介護知識と技術の習得や外部サービスの適切なサービス利用が負担軽減に繋がることから、実施する必要があります。また、家族介護者交流事業についても実施することができませんでしたが、同じ境遇の人との交流により、ストレスの軽減や情報の交換の場として有用なことから、実施する必要があります。
- 介護離職については、今後要介護者が増加していく状況の中で重要な課題となることから、対応する制度や介護サービスの情報の発信等を推進する必要があります。
- 社会的な問題となっているヤングケアラーについて、早期に発見し、適切に支援する必要があります。

【主な取り組み】

① 相談・支援体制の充実

- 地域共生社会をめざした重層的支援体制整備事業にて実施する「福祉のお困りごと窓口」で幅広い相談支援を行います。
- 地域包括支援センターを中心に、介護に関する高齢者や家族の相談を受け、介護保険サービスにとどまらない幅広い地域資源等の情報提供も含め、適切な支援を行います。

② 家族介護者教室

- 家庭において高齢者を介護する家族が、より安心して介護ができるよう、要介護者を寝たきりにさせないことに配慮した、家族介護者教室を実施します。
- 適切な介護の知識・技術の習得、外部サービスの適切な利用方法を習得することで、介護についての精神的・身体的な負担軽減を図ります。

③ 家族介護者交流事業

- 同じ境遇の人と話をすることでストレスや負担の軽減につながるよう、家族介護者交流事業を実施します。
- 中重度の要介護高齢者を介護する家族及び同程度の介護負担が必要となる家族などを対象に、心身の疲労を癒すとともに、介護する人同士の交流を図ることにより、介護者が気持ちを新たに家族介護に取り組めるよう、介護者の心身のリフレッシュを図ります。

④ 介護離職防止に向けた取り組み

○介護離職とは、要介護状態等にある家族を介護するため離職することを指します。介護離職防止のため、通所介護、訪問看護等の整備・充実を図り、精神的にも体力的にも無理なく仕事と介護を両立できるよう介護者へ配慮した居宅介護サービスの推進に努めます。また、介護休業・休暇制度やハローワーク等の各種相談窓口などの必要な情報を介護者に情報提供できるよう支援します。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
家族介護者教室の開催	回	0	0	0	1	2	2
家族介護者交流事業の参加者	人	0	0	0	5	10	10

1-2-(3) 生活支援サービスの提供体制の整備

【現状と課題】

- 生活支援サービスは、地域の多様なサービス・活動を視野に、高齢者一人ひとりの状態に応じた支援を創出・検討する必要があるとあり、生活支援コーディネーター及び協議体はその役割が期待されています。現在、生活支援コーディネーター業務は社会福祉協議会へ委託しています。
- 生活支援コーディネーターによる生活支援サービス等のコーディネート業務については、新型コロナウイルス感染症の影響により地域サロンの活動が休止しているところもあり、地域の拠点づくりとして、通いの場である「いきいき百歳体操」の立ち上げ支援業務を主に取り組んでいます。今後は、地域資源の把握・分析、地域のニーズと地域資源のマッチングについても積極的に取り組んでいく必要があります。
- 地域の課題やニーズを把握するうえで重要な仕組みとなる協議体については、社会福祉協議会が実施主体となり第1層協議体が整備されています。今後は、小学校区単位を想定した第2層協議体の設置、及び第2層生活支援コーディネーターの設置を実現していく必要があります。

【主な取り組み】

① 生活支援コーディネーターの養成・配置

- 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、地域住民による自助、互助、共助、公助を適切に組み合わせた地域活動を拡大するため、生活支援コーディネーター（第1層）を起点に、地域支援の開発と地域内ネットワークを構築するとともに、ニーズと地域活動とのマッチング体制の構築を進めます。
- 第1層生活支援コーディネーターを中心に、それぞれの地域に応じた生活支援体制の構築が実現できるよう、地域単位で第2層生活支援コーディネーターの配置をめざします。

② 生活支援コーディネーターと協議体との連動

- 地域福祉の担い手である社会福祉協議会が組織する協議体事業と、本町が実施する生活支援コーディネーター事業を適切に連動させ、地域の課題解決や地域に必要な活動を支援することで、住民主体のまちづくりを進めます。
- 第2層協議体としての役割が期待される通いの場において、住民のニーズや課題について、生活支援コーディネーターと協力しながら把握し、課題解決に向けて対応できる体制を整えます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
第1層 生活支援コーディネーター 配置人数	人	1	1	1	1	1	1
第2層 生活支援コーディネーター 配置人数	人	0	0	0	3	4	5
第2層 協議体 設置数	箇所	0	0	0	3	3	3

1-3. 健康づくり・介護予防を充実します

1-3-(1) 壮年期からの健康づくり

【現状と課題】

- フレイルと要介護状態を予防し、高齢者がいきいきと元気に暮らしていくためには、壮年期からより良い生活習慣を身につけ、実践していくことが大切です。そのためには、住民一人ひとりが健康意識や価値観を高め、健康について自ら考え、実践するための知識や技術を、地域ぐるみで普及啓発していくことが必要です。
- 平均寿命だけでなく、元気に自立して過ごせる期間“健康寿命”に着目することが重要です。各種健診の受診勧奨を推進するとともに、疾病の予防や健康づくりを進め、特に要介護状態や認知症などの原因にもなる生活習慣病についての知識や予防の啓発を行い、健康寿命の延伸を図る必要があります。
- 高齢者が地域で安心して自立した生活を送るためには、普段から「かかりつけ医」を定めて健康管理に取り組むことが重要であり、その大切さについて、広報紙等を活用し周知を図る必要があります。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、人権住民保険課、健康こども課と連携しながら、健康状態不明者への支援（ハイリスクアプローチ）、健康教室の実施等（ポピュレーションアプローチ）に取り組んでいます。今後は、国保データベース（KDB）システムや検診データを効果的に活用するとともに、いきいき百歳体操などの通いの場を活用した事業展開を進める必要があります。

【主な取り組み】

① 健康教室と相談の実施

- 生活習慣病予防についてのテーマを決めて、栄養士、保健師が健康教室や相談を実施します。
- 運動習慣の定着を目的として、短時間でできる運動や座ったままでできる運動を啓発します。
- 調理実習をとおして食習慣の見直しの機会となる栄養教室を実施します。
- 町内の機関や団体に向けて生活習慣病予防や健康づくりをテーマにした出前講座を行います。
- 特定健康診査を受診した方に、健診結果の説明会を実施し、各々の生活習慣に応じた保健指導を行います。また、メタボリックシンドロームや予備群に該当する方（特定保健指導対象者）には、生活習慣改善に向けた継続支援を行います。

② 特定健康診査の受診促進

- 受診料無料で実施します。
- 本庁舎での集団健診を実施します。
- 広報紙やホームページ、あらかしテレビを活用し、健診普及啓発や受診方法を広く周知するとともに、対象者への個別勧奨として、未受診者へはハガキによる受診勧奨を行います。
- 特定健康診査の受診券発送時に啓発物品を配布し、健康意識や検診受診率の向上に取り組みます。

③ 生活習慣病重症化予防事業の実施

- 特定健康診査の結果から検査値が基準値以上かつ治療歴がない人に、医療機関への受診勧奨通知を送付し、重度化予防を行います。
- 糖尿病性腎症の重症化リスクの高い人に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導を行い、人工透析への移行を防ぐ取り組みを行います。

④ 歯周疾患検診の受診促進

- 健康増進事業の歯周疾患検診の受診票を対象者に発行し、受診を勧奨します。
- 受診券発行時の同封資料や広報紙を活用し、受診促進や歯周疾患予防の啓発を行います。

⑤ 健康づくりの推進

- 健康づくり推進員、食生活改善推進員、元気アップセミナー、がん予防推進員など地域の健康づくりのリーダーであるヘルスサポーターと協働し、健康ウォーキングなどの健康に関するイベントを企画・実施します。

⑥ かかりつけ医を持つことの普及啓発

- 医療機関と連携し、かかりつけ医を持つことへの意識啓発を進めます。
- 広報紙等を活用し、かかりつけ医を持つことの重要性の啓発を行います。

⑦ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

- 介護予防と生活習慣病等の疾病予防、重症化予防を一体的に実施するために、関係各課と相互に連携を図りながら計画的に取り組みを進めます。
- 国保データベース（KDB）システムや検診データを積極的に活用して、健康状態不明者や低栄養者の支援を行うとともに、通いの場において健康教室等を実施します。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
特定健診の受診促進 40歳以上75歳未満の国民健康保険加入者の受診率	%	25.1	26.3	30	35	40	45
支援が必要とされる健康状態不明者の割合	%	3.4	2.8	2.5	2.2	1.9	1.6
支援が必要とされる低栄養者の割合	%	9.4	10.0	9.5	9.0	8.5	8.0
通いの場等における健康教室の実施	回	—	8	9	11	13	15

1-3-(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

【現状と課題】

- 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）とは、従来予防給付として全国一律に提供されていた一部サービスを、本町では平成 29(2017)年度から実施する事業として移行したもので、住み慣れた地域で、できる限り健康で自立した生活を送れるよう、多様な社会資源や多様な主体を活用した生活支援サービスを総合的に提供するものです。
- 現在実施している介護予防・日常生活支援総合事業は、現行相当のサービス提供にとどまっています。第 8 期介護保険事業計画期間中に緩和型サービスとして訪問型サービス C（短期集中予防サービス）の検討を行いました。地域のリハビリ専門職の人材不足により導入には至っていない状況です。今後は、通所型サービス C（短期集中予防サービス）の検討をより推進するなど、「自立支援」を主眼に置きながら、多様なサービスの導入を検討する必要があります。
- 今後も高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、一般介護予防事業は、住民のニーズに合った事業の充実を図り、積極的な周知を行う必要があります。

【主な取り組み】

① 介護予防・生活支援サービス事業

i) 訪問型サービス（第 1 号訪問事業）

- 訪問型サービスとして、ホームヘルパーが訪問し、利用者の見守りやお風呂等の掃除、洗濯、食事の準備や調理、買い物の代行等の自立支援をめざした生活支援を行います。
- シルバー人材センターと協働し、生活援助を中心とする緩和した基準によるサービスの導入等、地域の実情に応じたサービスの展開をめざします。

ii) 通所型サービス（第 1 号通所事業）

- 通所型サービスとして、通所介護事業所（デイサービスセンター）で、生活機能の維持向上のためのレクリエーションや体操、筋力トレーニングなどを日帰りで受けることができます。
- 医療サービスから介護サービスへ適切に移行するためのリハビリや閉じこもり等の防止を目的とした短期集中予防サービスの導入等、地域の実情に応じたサービスの展開をめざします。

iii) 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）

- 適切なアセスメントを実施し、一人ひとりの自立に向け、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者が主体的にその達成に向けて取り組んでいけるよう、介護予防サービス及び地域資源を踏まえたケアマネジメントの実施を支援します。

② 一般介護予防事業

i) 介護予防把握事業

○アウトリーチの推進や地域活動団体等との連携により、地域に暮らす高齢者等の情報を適切に把握します。また、把握した情報から閉じこもり等、何らかの支援を要する高齢者を見つけ出し、適切な支援へつなげます。

ii) 介護予防普及啓発事業

○介護予防につながる基本的な知識の普及啓発を行うため、パンフレットの作成・配布、あらかしテレビでの健康体操等の放送、健康に関する講演会等を開催し、介護予防に関する自発的な活動が広く実施されるよう支援します。また、新型コロナウイルス感染症などの感染症予防に対応したフレイル予防策についての啓発を推進します。

iii) 地域介護予防活動支援事業

○介護予防に関するボランティア等の人材育成のための講座「介護予防リーダー養成講座」の実施や介護予防につながる地域活動組織の育成・支援に取り組みます。また、担い手と支援を必要とする人とのマッチングの仕組みの構築をめざします。

iv) 一般介護予防事業評価事業

○介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。また、事業評価の結果に基づき、事業の適正化を推進します。

v) 地域リハビリテーション活動支援事業

○地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、関係団体・関係機関等と協働して取り組みを行います。

1-3-(3) 自立支援・介護予防・重度化防止の確実な実行

【現状と課題】

- 高齢者が自らの有する能力を最大限活かして、本人の有する能力に応じ自立した日常生活を居宅において送ることができるよう、自立支援・介護予防・重度化防止を確実に実行する必要があります。そのためには、国の諸指標や制度等も活用しながら、データに基づく実施状況の検証、取り組み内容の改善を行うことが求められており、今後は、自立支援に資する地域ケア会議や大淀町地域包括ケア専門職会議等をより積極的に活用しながら、事業実施に努める必要があります。
- 今後、介護予防の拠点となる通いの場「いきいき百歳体操」については、現時点で 51 ある行政区の中で約 40 の地区で実施されています。また通所型サービスCの実施検討をする際に卒業（修了）者の受け皿ともなり得ることから、今後は、未実施の地域においても積極的な立ち上げ支援を実施する必要があります。
- 「保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金制度」は、全市町村が保険者機能を発揮して自立支援・重度化防止に取り組むよう、市町村の取り組み状況に応じたインセンティブが付与される仕組みです。今後も保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標に基づく事業実施に努め、効果を検証したうえで選択と集中を行い、取り組みの見直しを行っていく必要があります。

【主な取り組み】

① データの利活用によるPDCAサイクルの推進

- 地域包括ケア「見える化」システム等のデータ利用や、地域ケア会議などを通じて地域の課題を把握し、課題分析により地域に応じた高齢者の自立支援や重度化防止に関する目標を立てるとともに、事業を進める中で実績評価を行い必要な見直しを行います。

② 自立支援に資する地域ケア会議の推進

- 総合事業対象者・要支援者が自立した生活を営むことができるよう、また、重度化の防止につながるために、自立支援に資するケアマネジメントの質を向上させる手段として、地域ケア会議の活用を推進するとともに、自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域ケア体制の整備に努めます。
- 自立支援に資するケアマネジメントの考え方を、町内の介護保険サービス提供事業所と共有するために、取り組みの周知、啓発に努めます。

③ 介護予防に資する通いの場の充実

○住民主体の通いの場を地域の介護予防の拠点と定め、町内の各地区で通いの場の立ち上げ支援を展開します。また、通いの場において継続して活動できるよう立ち上げ後の支援にも取り組みます。

○特に通いの場において、運動機能の維持向上、閉じこもり予防及び認知症予防、重度化防止等の効果が期待される「いきいき百歳体操」を実施している団体に対しては、立ち上げ又は継続に係る経費の助成を行うことを検討します。

④ 介護予防リーダー「スマイル」との協働

○介護予防リーダー「スマイル」は、本町が主催する介護予防リーダー養成講座を受講された人を対象に結成された住民主体のボランティア団体です。介護予防・健康づくりを通じて地域づくりとそこに集まる町民同士の繋がりを築くことを目的に活動しています。

○本町の良きパートナーとして活動している介護予防リーダー「スマイル」との協働により、高齢者の閉じこもり防止、運動機能改善・向上、レクリエーションを通じて介護予防と地域の交流を目的とした事業を実施します。

⑤ 大淀町地域包括ケア専門職会議との協働

○大淀町地域包括ケア専門職会議は、平成 27（2015）年度に畿央大学教授等の協力のもと、奈良県理学療法士協会、奈良県作業療法士会及び地域の医療・介護事業所に所属するリハビリ専門職の協力により、自助・互助による住民主体の介護予防の実施をはじめ、本町の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築するために立ち上げた会議体です。

○大淀町地域包括ケア専門職会議に所属しているリハビリ専門職の協力のもと、自立支援に資する多様なサービスの検討を進めるとともに、自立支援に資する地域ケア会議や通いの場等にリハビリ専門職が関わる体制を整備します。

○要介護認定者等に対するリハビリテーションについて、大淀町地域包括ケア専門職会議と協働しながら、国が示す指標を参考に数値目標を設定するとともに、他サービスや地域資源等を考慮のうえ、関係者と協議・調整を行い、計画的にリハビリテーションを提供できる体制の構築に取り組みます。

⑥ 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金制度に係る評価指標の活用

○国の保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金制度の指標を活用し、客観的に地域課題を分析し、計画の進捗管理に活用するとともに、保険者機能の推進に役立てます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
自立支援に資する地域ケア会議の実施	回	0	10	6	8	10	12
いきいきふれあい教室の開催回数(延べ)	回	8	18	24	18	12	12
通いの場(いきいき百歳体操)の立ち上げ支援(累計)	箇所	3	7	19	11	3	3
介護予防事業等へのリハビリ専門職の参画 派遣回数	回	0	8	8	12	12	24

基本目標2 住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり

2-1. 地域包括ケアシステムを推進します

2-1-(1) 地域包括支援センターの運営・体制強化

【現状と課題】

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために心身の健康の保持と安心してその人らしい生活を継続できるよう医療、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」の更なる深化・推進をめざす必要があります。地域包括支援センターを拠点として、関係部局の横断的な連携のもとに、医療機関をはじめサービス提供事業所等の関係機関と協力し、地域ニーズや課題の把握を踏まえた地域包括ケアシステムが求められています。
- 地域包括支援センター業務は、これまで社会福祉協議会へ委託していましたが、人材不足による業務の停滞、「8050 問題」等に対応した重層的支援体制整備事業の実施など、地域包括支援センター業務の質及び持続可能性の向上を図るため、第8期計画期間中に直営化しました。雇用形態も委託型から派遣型、出向型へと形を変える中で、今までの住民サービスの質を落とさず、組織横断的な取り組みをスムーズに住民サービスに反映することができるかが今後の課題となっています。
- 重層的支援体制整備事業は、本町全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施することを必須にしています。「地域共生社会」の実現に向けた整備について、重層的支援体制整備事業の試行実施を令和3（2021）年度から開始し、包括的相談支援、多機関協働、アウトリーチ等を通じた継続的支援、参加支援については先行して進めており、令和6（2024）年度から本格実施を予定しています。住民やその世帯が抱える課題に対し、既存の介護、障がい、子育て、生活困窮の相談支援等の取り組みを活かしつつ、複雑・複合化した支援ニーズに対応するため、包括的な支援体制を整備する必要があります。課題として、多機関協働は庁内については連携した支援が進んでいるものの、庁外の機関については重層的支援体制整備事業を知ってもらうことから始めなければならぬため、周知啓発を進める必要があります。また、地域づくり事業については、地域活動を把握していても人材不足や地域の後継者不足があり、継続した連携について課題がある状況です。

【主な取り組み】

① 地域包括支援センターの充実

- 地域包括支援センターの機能（総合相談支援業務・権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務、地域ケア会議）を充実させるため、3職種（保健師等、社会福祉士、主任ケアマネジャー）の配置を確実にし、必要な職員体制を確保するとともに、その資質向上・事務事業評価等に取り組みます。

② 地域包括支援センター運営協議会の開催

○地域包括支援センターの公正・中立性を確保する観点から、円滑なセンターの運営や事業等を評価します。

③ 事例検討による地域ケア会議の推進

○個別ケース会議において、ケアマネジャーや医療・介護・保健・福祉専門職による個別事例検討を行い、その中で把握できた地域課題については生活支援体制整備事業や地域ケア推進会議等で共有し、課題解決に向けた協議につなげます。

④ 介護予防ケアマネジメント事業

○適切なアセスメントを実施し、一人ひとりの自立に向け、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者が主体的にその達成に向けて取り組んでいけるよう、介護予防サービス及び地域資源を踏まえたケアマネジメントを実施します。

⑤ 指定介護予防支援事業

○介護保険における予防給付の対象となる要支援者が自立した生活を送ることができるよう、その心身の状態、置かれている環境等を考慮した介護予防サービスを提案するとともに、介護予防計画に基づく、指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整を実施します。

⑥ 総合相談支援事業

○地域の高齢者に対し、介護サービスにとどまらない様々な形での支援を可能とするため、次の取り組みを行います。

- ・相談者の状態像に応じて適切な支援を速やかに実施します。
- ・多様化する課題等に対応するため、地域における様々な関係者とのネットワークにより支援します。
- ・サービスに関する情報提供等の初期相談対応や各種サービス利用へつなぎます。

⑦ 包括的・継続的ケアマネジメント業務

○高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医、ケアマネジャーなどとの多職種協働や地域の関係機関との連携を通じ、ケアマネジメントの後方支援として、地域のケアマネジャー等に対して、個別指導・相談及び支援（困難事例等への指導助言等）、医療機関を含む関係施設やボランティア等の様々な地域における社会資源との連携・協力体制の整備など、包括的・継続的な支援体制の形成を推進します。

⑧ 重層的支援体制の整備

○令和6（2024）年度から重層的支援体制整備事業を本格実施します。住民やその世帯が抱える課題に対し、既存の高齢、障がい、子育て、生活困窮の相談支援等の取り組みを活かしつつ、地域住民が抱える複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、各担当部署との連携を強化し、重層的支援体制の整備に取り組みます。本計画の上位計画である第3次大淀町地域福祉計画（計画期間：令和5（2023）年10月～令和12（2030）年3月）に重層的支援体制整備事業実施計画を包含し一体的に取り組みます。

○相談者の属性、世代、相談内容等に関わらず、住民からの相談を幅広く受け止める「福祉のお困りごと相談窓口」を令和6（2024）年度より福祉介護課に設置します。

⑨ 地域包括支援センターの業務負担軽減の推進

○地域包括支援センターの業務は多岐にわたり、業務範囲が広いことに加え、複雑化・複合化した要因が含まれる相談への対応が増加していることから、事務作業の削減・簡素化や業務の見える化等を検討することで業務負担軽減を図ります。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
地域ケア会議（個別ケース会議）の実施回数	回	8	4	4	5	5	5
地域包括支援センター運営協議会の開催回数	回	2	2	1	1	1	2
広報紙等へ「福祉のお困りごと相談窓口」の周知記事を記載	—	—	—	—	実施	実施	実施

2-1-(2) 医療・介護・保健・福祉の連携強化

【現状と課題】

- 医療・介護・保健・福祉が連携強化を図ることによって、より効果的な事業を推進し、フレイル対策や介護予防、また要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐことが必要です。
- 団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる令和7(2025)年以降、在宅で医療と介護の両方を必要とする高齢者が急激に増加することが予測され、医療・介護・保健・福祉の連携が必要となる場面は、今後ますます増加すると考えられます。住み慣れた地域で人生の最期まで自分の希望する暮らしを続けられるよう、特に「入退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」の4つの場面において、医療と介護が適切に提供され、かつ連携を図ることのできる体制の整備が求められています。
- 医療・介護連携については、入退院調整ルールの設定・活用など、部分的には連携の成果がみられていますが、歯科分野での連携が課題であり、高齢者のフレイル等に大きな影響を与える口腔ケアにかかる連携が急務となっています。今後は高齢者の日常生活レベルにおいても、医療分野の関与がより一層進むよう、さらなる連携強化が必要です。
- 身寄りのない人については、急変時に病院や施設への受け入れがスムーズにいかないことや、行政の関わりに限界や課題があることから、事前に関係機関との調整が必要不可欠となっています。また、身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援についても、病院等を含めた関係機関との事前の調整も同様に必要不可欠となっています。

【主な取り組み】

① 在宅医療と介護サービス、保健の連携強化

- 在宅医療を受ける高齢者への支援は、介護サービスだけにとどまらず、医療・歯科・保健サービス等を組み合わせる必要があることから、適切なサービスを総合的に受けられるように、各機関との連携を推進します。
- 医療機関や保健機関における早期相談、早期診断の重要性から、医療機関や保健機関につなげるための相談窓口を積極的に周知します。
- 自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤の整備を奈良県や近隣市町村と検討します。

② 緩和ケア・看取りを支える在宅医療の整備、理解促進

- 本人や家族の選択を尊重し、希望に応じて、在宅での看取りを可能にするため、医師やサービス従事者などの終末期医療及びケアに関する情報の周知を図ります。
- 看取りを近くで支える家族等が安心できるよう情報提供等を行います。

③ 退院時、入院時の連携強化

- 近隣の市町村や保健所、管内の医療機関等とともに作成した入退院調整ルールを活用し、入院時、退院時の情報共有を強化することで本人や家族が安心して在宅生活を送れるよう努めます。
- 医療圏域を超えた入退院調整ルールの整理を行うとともに、よりきめ細やかな入退院調整となるよう連携強化を推進します。

④ 本人や家族の意思を終末期医療・介護に活かす支援

- ACP（人生会議）とは、もしもの時のために、本人が望む医療や介護等について前もって考え、家族や医療・介護チームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことを指します。
- 人生の最期をどこでどのように過ごしたいか、これからをどう生きたいかを自ら考え、行動し、医療や介護を効果的に利用していけるよう学ぶ機会を設けるために、ACP（人生会議）の普及啓発を図ります。

⑤ 地域医療体制の整備

- 南奈良総合医療センターを中心に、救急医療体制の整備を図るとともに、医師会との連携により、安定的な地域医療体制の整備に努めます。
- 医師会、医療機関等と情報共有や連携を図ることにより地域医療体制の円滑な実施を図ります。

2-2. 介護サービスを充実します

2-2-(1) 介護サービスの提供

【現状と課題】

- 介護サービスを必要とする人やその家族が安心してサービスを受けることができるよう、良質なサービス供給体制を安定確保することが必要です。団塊ジュニア世代が65歳以上となり高齢者人口がピークを迎える令和22(2040)年を見据え、中長期的な視野に立った介護サービス基盤の整備が求められています。
- 地域の将来推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえ、関係者と介護サービス基盤整備のあり方を検討し、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスそれぞれの適切なサービス供給体制の安定確保を図るとともに、地域密着型サービスについては、住民のサービス利用意向など町の状況を踏まえて町の裁量で提供するサービスの種類や事業者の指定を行うこととなります。
- 高齢者の単身化や高齢者のみ世帯の増加と超高齢社会により施設等への入所希望者のさらなる増加が見込まれるなか、本町の高齢者等の施設ニーズと県の施設整備計画、近隣市町村の施設整備状況を踏まえ、居住系サービスやその他の地域密着型サービスと調整を図っていくことが重要となります。
- 高齢者の更なる増加とニーズの多様化に備え、住み慣れた地域で最期まで在宅療養を希望される人への対応として、令和6(2024)年中に看護小規模多機能型居宅介護を開設する予定としています。
- 今後は、介護老人福祉施設等の入所待機者等の動向を注視しながら、在宅サービスの充実に向けて介護サービスだけではなくインフォーマルサービスの充実をめざす必要があります。

【主な取り組み】

① 居宅サービス供給体制の安定確保

- サービス供給体制を安定的に確保していくため、本町の要介護(要支援)認定者数、サービス利用状況、今後の要介護等高齢者推計人口やサービス必要見込量等の介護保険に関する情報提供を適時実施するとともに、サービス提供事業者等と連携を深め、適切かつ良質なサービスを提供できるよう努めます。

② 地域密着型サービス供給体制の安定確保

- 住み慣れた地域での生活を支えるサービスのひとつとして、地域密着型サービス提供体制の整備及びサービス内容の周知に努めます。
- 住み慣れた地域で最期まで在宅医療を希望される方に対応するために、看護小規模多機能型居宅介護について、令和6(2024)年度中に、新規にサービス提供の開始をめざし、通院直後の在宅生活への移行支援、看取り期や不安定期の在宅生活の継続支援、家族に対するレスパイトケアや相談対応による不安軽減を図ります。

③ 施設サービスの安定利用

○本計画の進捗状況や県の施設整備計画及び近隣市町村の状況、さらに、介護老人福祉施設等の待機者の状況を踏まえ、利用者が適切にサービス利用できるよう取り組みます。

④ 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析

○効率的かつ持続可能な介護サービス提供体制の構築に向けた政策の検討や、物価上昇や新興感染症の影響等を踏まえた介護事業者への支援策の検討等のために、介護サービス事業者の経営情報を定期的に収集及び把握し分析を行います。

⑤ 共生型サービスの整備

○障がい者が65歳になっても今まで利用してきた障がい福祉サービス事業所で、従来から受けてきたサービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなど）が利用できるよう、新しい共生型サービスを位置づけ、障がい福祉サービス事業所が介護サービスを、また、介護サービス事業所が障がい福祉サービスを提供できるよう支援します。

○移行をスムーズにできるよう、障がい分野の相談支援専門員とケアマネジャーの連携を推進していきます。

2-2-(2) 介護人材の確保・資質向上及び業務効率化

【現状と課題】

○介護人材の不足は近年ますます深刻さを増しています。地域包括ケアシステムの構築には、専門の介護職等に限らず介護分野で働くその他の人材の確保・育成が必要不可欠で、喫緊の課題となっています。今後、現役世代の減少により、介護人材の不足がより深刻になると考えられ、県や近隣市町村と連携し、計画的に人材確保を進めることが求められています。

○介護人材の需給の状況を踏まえ、若い世代・子育てを終えた世代・元気な高齢者世代・外国人人材の受入等、多様な人材の活躍を促進することが重要です。また、介護職のイメージを刷新し、その魅力を発信することも必要です。

○必要な介護サービス量を確保・供給するとともに、サービスの質の向上、事業者やケアマネジャー等の資質の向上が求められています。地域ケア会議や研修会等を通じて職員の資質向上を図るほか、ICT（情報通信技術）・介護ロボット等の導入検討や、各種文書の簡素化を推進するなど、介護サービス業務の効率化を支援し、それぞれの力を最大限発揮できるような環境を整備することが必要です。

○県の介護人材確保対策総合支援事業を活用し、町内施設に就職した介護初任者研修受講者を対象とした助成事業を実施していますが、年々深刻な状況となっている介護人材の不足に備え、県の補助事業等を活用しながら、10年、20年後を見据えた新たな対策を行っていかねばならない状況です。

【主な取り組み】

① 福祉・介護人材の確保

- 介護サービスの円滑な提供を図るためには介護職員等人材の確保が不可欠であり、県内の医療系教育機関との連携を含め、人材確保につながる事業を実施します。
- また、近隣市町村とも連携した人材確保策を行うための協力体制構築の検討を進めます。

② 福祉・介護人材の定着に向けた取り組みの実施

- 介護人材の定着を目的として、介護職員初任者研修やスキルアップ研修等の働くステージごとの課題に応じた「階層別研修」の実施や、結婚・出産しても働き続けられる職場環境の整備促進等、様々な方面からの支援を検討します。
- 介護に従事する人材の確保及び介護職員の資質の向上を図るため、介護職員初任者研修課程を修了した方で、町内の介護事業所等で介護職員として一定期間就労した方を対象に、1人5万円を上限とした受講料の一部を助成する事業を実施します。
- 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り組みを推進します。
- 介護人材の確保を本町の重要施策として位置づけ、先進的な事例を調査・研究し、人材確保に繋がる事業の実施をめざします。

③ 介護職のイメージ刷新・魅力発信

- 若い世代に、介護を魅力ある職場のひとつとして認識してもらえるよう、介護のプロとして現場でいきいきと働く職員や関係者の声を、小学校・中学校・高等学校等への出前講座等を通じて発信していくことを検討します。
- また、地域の子どもたちが将来において地域で活躍できるよう（活躍したいと思えるよう）、郷土愛を育むとともに、地域のつながりを強化する取り組みを積極的に実施します。

④ ケアマネジャーへの支援

- 自立支援の視点と自助、互助、共助による適切なケアマネジメントにより利用者のニーズに応じた支援となるようケアマネジャーからの相談等にきめ細やかに対応します。
- また、ケアマネジャーが抱える支援困難ケースなどへの対応を通じてケアマネジメント力の向上を図ります。

⑤ 介護サービス業務の効率化への支援

- ICT（情報通信技術）や介護ロボットの導入に関する情報提供や、国・県の補助制度の周知など介護サービス事業所への導入支援に取り組みます。
- 介護分野における文書負担の軽減を図っていくため、指定申請や報酬請求等の標準様式と「電子申請・届出システム」の使用の基本原則化に向けて取り組むとともに、介護保険事業所の業務負担の軽減を支援します。

2-2-(3) 介護保険制度の適正かつ円滑な運営

【現状と課題】

- 介護保険制度の円滑かつ安定的な運営を図るためには、限られた財源を効果的に活用し、適正なサービスを真に必要な人に提供していくことが重要です。
- 持続可能な介護保険制度の円滑な運営を図るため、適切な要介護認定や介護保険事業にかかる評価・分析、情報の公表、さらには介護サービスの給付の適正化を図り、保険者として介護保険制度の円滑な運営に努める必要があります。
- 近年、利用者による過度なニーズに起因する苦情も増加傾向にあるため、サービス事業者への指導・助言のみならず、利用者に対し、介護保険制度の趣旨や内容等についてより一層周知する努力が必要です。
- 介護サービス事業者への助言・指導について、集団指導は定期的には実施していますが、指定している個別事業所への実地指導は十分な取り組みができていない状況です。今後は、事業所指定の更新の際や県が行う実地指導の際には必ず本町からも実地指導を行うなど、計画的に実地指導を行うよう取り組む必要があります。
- ケアプラン点検の実施にあたっては、担当職員のスキルに起因するところが大きく、人事異動により担当職員が変わっても同様のレベルで点検ができるようマニュアル等の作成が必要です。今後は、地域包括支援センターを直営化したことから、地域包括支援センター職員による直接実施や専門業者へ委託するなど、実施方法の検討を行う必要があります。

【主な取り組み】

① 介護給付適正化事業の推進

- 介護保険制度の円滑かつ安定的な運営を図るため、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」の適正化事業を継続し、介護保険制度への信頼を高めるとともに、持続可能な介護保険制度の構築に努めます。

② 事業者情報公表制度・第三者評価の周知

- 利用者がサービス提供事業者を選択する際に利用できる県の事業者情報公表制度や地域密着型サービス第三者評価（外部評価）制度を積極的にPRします。

③ 介護サービス事業者への助言・指導

- 実地指導・集団指導を実施しながら、指定権者・保険者としてサービスの質の確保及び適正化を図るため、町内の介護サービス事業者に対し、適切な助言・指導を行います。
- 地域包括支援センターが活用している町内事業所向けのメーリングリストを活用し、国・県からの情報や町の施策等の情報を共有します。

④ 介護サービスに対する苦情処理体制

○利用者からの苦情や相談に対応し、介護保険担当職員や地域包括支援センター職員による施設訪問等を実施するとともに、県や国民健康保険団体連合会との連携を図り、迅速かつ適切に各種苦情・相談に対応し、問題の解決に努めます。

⑤ 介護認定業務の適正化

○介護認定に係る認定審査事務の管理及び執行については、五條・吉野地域（1市3町8村）の広域で協議会（南和協議会）を設置しています。介護認定審査並びに認定事務の効率化に向けた取り組みについては、南和協議会の構成市町村と検討を進めます。

○適切な要介護認定を実施するために、研修を受講するなど調査員のさらなる知識の修得を図り、自前調査率の向上に努めます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
ケアプラン点検 実施件数	件	60	57	55	60	60	60
福祉用具購入における事前審査 実施割合	%	100	100	100	100	100	100
指定事業所の指導監督 実施件数	件	0	0	1	3	3	3
集団指導 実施回数	回	1	1	1	1	1	1

2-3. 認知症高齢者への支援を充実します

2-3-(1) 認知症に対する正しい知識の普及啓発

【現状と課題】

- 認知症高齢者数は増加傾向にあります。平成 27(2015)年 1 月に厚生労働省が発表した「新オレンジプラン」では、令和 7(2025)年には、高齢者人口の約 5 人に 1 人が認知症になると予測されており、今後は、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が一層重要です。
- 令和 5(2023)年 6 月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しました。今後は、「認知症施策推進大綱」の中間評価と、認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ、たとえば認知症になってもその人らしく尊厳を持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるため、本人や家族はもちろんのこと、地域住民が認知症を正しく理解し、自らの問題と捉えることができるよう、地域で暮らす認知症高齢者本人による当事者視点の声を発信するなど、認知症に関する正しい知識の普及啓発の取り組みをさらに充実させる必要があります。
- 今後は、地域で暮らす認知症本人による当事者視点の声を発信するなど、認知症に関する正しい知識の普及啓発の取り組みをさらに充実させるとともに、理解促進にとどまらず、支援活動につながるようなアプローチが求められています。
- 認知症サポーター養成講座については、地域住民向けの講座(年 1 回)や、民間企業などからの依頼による講座、高校生向けの講座の開催に加え、新型コロナウイルス感染症の影響で中止していた中学生向け、また、令和 5(2023)年には初めて本町職員向けの講座に取り組むことができました。
- 毎年 9 月に実施している「世界アルツハイマー月間」については、認知症啓発の取り組みが定着してきており、オレンジガーデニングプロジェクトなど町内の介護事業所を巻き込んだ認知症啓発を実施しています。
- 認知症本人による当事者視点の発信に関しては、十分な取り組みには至っていないことから、今後、チームオレンジを活用しながら、当事者が関わり認知症の啓発ができる取り組みが必要です。

【主な取り組み】

① 認知症に対する正しい知識の普及、啓発活動の推進

- 年齢や性別等に関わりなく、広く地域住民に対して、認知症の正しい理解を啓発し、誰もが認知症になっても住み慣れた地域で生活できるよう、認知症サポーター養成講座を実施します。また、地域サロンや個別のグループ、民間企業等に対しても、認知症サポーター養成講座の積極的な実施に努めます。
- 認知症サポーター養成講座の受講者や認知症の基礎的な知識がある方を対象に、認知症について更なる理解を深めるとともに、認知症サポーターから一歩踏み込んで認知症の人やその家族を早期から支援する方法や地域全体で支える仕組みについて学べる、認知症サポーターステップアップ講座を実施します。
- 認知症当事者の思いや望む支援のあり方など、認知症カフェ等を通じて収集した当事者視点に立った情報の普及啓発に努めます。
- 世界アルツハイマーデー（9月21日）・月間（9月）の時期を中心に、広報紙等での啓発や認知症の人の作品等の展示、オレンジガーデニングプロジェクトの取り組みなどを通じて、普及啓発を実施します。

② 小・中学校、高等学校における認知症・高齢者理解につながる教育・交流の推進

- 若い世代の人にも認知症への正しい理解を促進し、認知症の人や高齢者の気持ちや接し方等について考える機会を提供することを目的に、小学生、中学生、高校生を対象とした認知症サポーター養成講座の実施を進めていきます。
- 認知症の人を地域ぐるみで支援する気運を高めるため、認知症カフェなどに中学生・高校生が参画できるような取り組みを推進します。

③ 大淀町認知症キャラバン・メイト連絡会との協働

- キャラバン・メイトは認知症サポーターを養成する認知症サポーター養成講座を企画、開催し、講師を務める人のことです。本町では、定期的に大淀町認知症キャラバン・メイト連絡会を実施し、町内のキャラバン・メイトと協力して認知症サポーター養成講座を開催しています。
- 大淀町認知症キャラバン・メイト連絡会の更なる活躍の場の拡大をめざすとともに、キャラバン・メイトの担い手の確保に努めます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
認知症サポーター養成講座の受講者（サポーター累計）	人	1,296	1,397	1,700	1,800	1,900	2,000
大淀町認知症キャラバン・メイト連絡会の実施	回	3	1	3	3	3	3
小学生向けサポーター養成講座の実施	回	—	—	—	1	1	1
中学生向けサポーター養成講座の実施	回	0	0	1	1	1	1
高校生向けサポーター養成講座の実施	回	1	1	1	1	1	1

2-3-(2) 認知症の予防・早期発見・早期対応の推進

【現状と課題】

- 令和元(2019)年の「認知症施策推進大綱」において、『共生』とともに車の両輪として『予防』の重要性が示されています。ここでの『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」、「進行を緩やかにする」という意味で用いられており、運動不足の解消や生活習慣病予防、社会参加による社会的孤立の解消等、認知症予防に資する可能性が示唆されている取り組みを推進することが重要です。
- 認知症は、早期発見と早期対応が症状の進行予防や改善につながるとされており、認知症の初期症状に気づき、適切な医療へとつなぐ取り組みが非常に重要です。本人や身近な人が小さな異変に気づき、速やかに適切な機関に相談できるよう情報発信や相談支援に取り組むとともに、認知症地域支援推進員や地域包括支援センターが相談窓口となり、介護サービス事業者や医療機関等との連携を図る必要があります。
- 医師会等と連携し、認知症初期集中支援チーム体制を構築しています。今後も、相談窓口の周知を強化するなど、支援が必要なケースの早期発見に努め、チーム員体制を有効に活用することが求められています。
- 認知症初期集中支援チームの活動については、チームでの活動実績はなく、認知症の人への支援が必要なケースがあっても、サポート医がかかわることがなく、地域包括支援センター内で対応、解決している状況です。そのため、認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターの役割を明確にして、認知症初期集中支援チームをより効率よく活用していくことが課題となっています。
- サポート医を含めた認知症初期集中支援チーム員会議が十分にできていないことから、顔の見える関係づくりを構築するためにも定期的な意見交換の場を設けていくよう努める必要があります。また、認知症初期集中支援チームがより実情に即した活動ができるように、更なる見直しを進める必要があります。

【主な取り組み】

① 認知症予防事業の推進

- 介護予防事業のプログラムに、認知症予防を目的としたプログラムメニュー（例：体を動かしながら単語の発声など同時に二つのことをする脳トレなど）を取り入れ、認知症予防の推進に努めます。
- 認知症予防に資する「通いの場」の立ち上げ支援及び継続支援を行い、地域全体で認知症予防に取り組める体制を構築します。

② 認知症の兆候に関する情報提供

- 認知症の人や認知症が疑われる人に対して早期に適切な対応が行われるよう、認知症の兆候やシグナルについて必要な知識の普及を図ります。

③ 認知症ケアパスの普及・活用

- 認知症ケアパスは、地域に住む認知症の人の生活機能障害の進行に合わせ、『いつ』、『どこで』、『どのような医療・介護サービスを受けることができるのか』の道筋となる情報を取りまとめた冊子の名称です。
- 国の最新情報を常に把握し、認知症施策に繋げるとともに、必要に応じて適時認知症ケアパスを更新して新たな取り組み等を掲載します。あわせて、更新後は最新版を作成し、広報紙等により配布します。

④ 認知症初期集中支援チーム

- 認知症サポート医の指導の下、医療と介護の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族に対して、必要に応じて訪問、観察、評価等の支援を初期の段階から包括的、集中的に行います。
- 認知症は、早期発見、早期対応により進行を遅らせることができ、軽度認知障害（MCI）については、回復するケースがあります。早期発見、早期対応を実現するとともに、認知症支援にかかる高度な対応が可能となる認知症初期集中支援チームによる直接支援や後方支援により、認知症施策の充実を図ります。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
認知症初期支援チーム活動回数	回	0	0	0	1	3	5

2-3-(3) 認知症高齢者の見守り・支援体制の強化

【現状と課題】

- たとえ認知症になってもその人らしく尊厳を持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、医療、介護、地域住民、民生委員、官民の連携等により、認知症の人とその家族を支える地域ネットワーク体制の整備が求められています。
- 令和3（2021）年には、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての人の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を持っていない人について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられました。
- 認知症について正しい知識を持ち、認知症の人とその家族を見守る応援者である「認知症サポーター」の養成に取り組んできました。今後は「認知症があってもなくても同じ社会で共に生きる」共生社会を実現するため、これまでの活動を一步前進させ、困りごとなどの支援ニーズと認知症サポーターを結びつける仕組みづくりを構築することや、認知症の人やその家族、地域住民等が交流し、当事者間のつながりや地域全体での支援の輪づくりを促進することが重要です。
- 認知症の人とその家族の困りごとを早期から継続して支援ができる体制を構築していくために、第8期介護保険事業計画期間中にチームオレンジを立ち上げました。今後は、チームオレンジの活動内容や活動頻度、チーム員のモチベーション維持も含め、立ち上げ後の支援が重要です。

【主な取り組み】

① 認知症地域支援推進員の配置

- 認知症地域支援推進員は、認知症の人の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように、医療機関や介護サービス、地域の支援機関の間の連携支援や、認知症の人やその家族を対象とした相談業務などを行う専門職です。
- 認知症地域支援推進員について現在5名配置していますが、これまで以上に、支援機関をつなぐネットワークの構築や認知症の人やその家族を支援する相談業務を充実するため、地域の介護サービス事業所との協働により認知症地域支援推進員の増員をめざします。

② チームオレンジの設置

- チームオレンジは、認知症サポーターの活動をさらに一步前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズを認知症サポーターや認知症地域支援推進員、地域包括支援センターへ結びつけたり、認知症の人への見守り、声かけ、話し相手になるなど、早期から支援を行う取り組みであり、今後、チームオレンジの立ち上げ支援や拡大に努めます。
- チームオレンジのメンバー誰もが楽しみながら役割を果たし、認知症の人やその家族等が引きこもりがちな生活になることを未然に防ぐとともに、①認知症の人が居る視点で地域を「見る」、②認知症があり困っている人を「見つける」、③認知症の人を「見守りそばに寄り添う」といった認知症の人の目線に立った取り組みができるように努めます。

③ 認知症カフェ事業

- 認知症の人やその家族が相談や情報を交換したり、認知症を正しく学習する機会の場合として、認知症カフェを設置・運営します。認知症の人だけでなく、地域住民や専門職等の誰もが参加可能で、お茶などを飲みながら気軽に交流できる場を提供し、当事者間のつながりや地域全体での支援の輪づくりを促進・支援します。
- 認知症カフェの定期的な開催をめざすとともに、広く町内で認知症カフェが開催できるように介護事業所等での認知症カフェの実施をめざします。

④ 地域での見守り・支え合いの体制づくり

- 地域のネットワークを活かして認知症の人やその家族が安心して生活できるよう、認知症地域推進員による相談対応、チームオレンジによる見守り活動、認知症カフェ事業による集いの場の確保などを通じて、地域における見守りや支え合いの体制の構築を進めます。

⑤ 見守りあんしんシール交付事業

- 認知症等によって行方不明となるおそれのある人を対象に「見守り・安心シール(QRコード)」を交付します。シールは、認知症の人の衣類や持ち物に貼ることで、行方不明になった際に、発見者がQRコードを読み取ることができ、そのQRコードから接続された伝言板サイトに発見場所などを入力すると、家族(介護者)あてにメールが自動送信される仕組みです。
- 早期発見につなげるためには、一人でも多くの人に、このシールの存在・仕組みを知ってもらう必要があることから、地域住民への積極的な周知・啓発活動に努めます。

⑥ 認知症支援フラッグ事業

- 認知症になっても住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けられるまちづくりをめざしていくために、事業所(商店や金融機関等)単位で認知症サポーター養成講座を受講した事業所に対して、その地域貢献を認定するとともに、認知症の人やその家族が安心して利用できる認知症に配慮した事業所であることの目印(認知症支援フラッグ)を交付する事業を検討します。

⑦ 認知症バリアフリーの推進

○認知症バリアフリーとは、認知症になっても不自由や不便を感じる事が少ない生活空間や環境のことを指します。認知症バリアフリー推進のためには、当事者の立場に立って、生活環境の改善を図る必要があります。

○公共施設をはじめ、小売店・金融機関等の民間企業や地域住民の理解・協力を促し、認知症バリアフリーを推進します。

⑧ 認知症当事者の本人発信と社会参加機会の創出

○認知症に関する施策において、ピアサポート活動など当事者発信の機会を充実させ、認知症の人の社会参加の機会を創出するような施策を検討します。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
認知症地域支援推進員 配置人数	人	3	3	5	5	7	7
認知症カフェ 実施回数	回	2	5	11	15	20	24
見守りあんしんシールの交付 配布人数	人	2	4	4	7	10	15

基本目標3 地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり

3-1. 地域福祉活動を支援します

3-1-(1) 地区組織活動の支援

【現状と課題】

- 高齢者をはじめすべての住民が安心して生活するためには、公的なサービスの充実だけでなく、「自助」の取り組みのほか、地域の中で孤立・孤独にならないよう支え合いや助け合いによる「互助」の活動が大切です。行政は、様々な福祉活動が地域で活発に展開されるように個人や組織・団体等の活動を支援していくことが重要であり、そうすることが、すべての住民の生きがいづくり、健康の保持へとつながっていきます。
- 今後、小地域単位での活動がますます重要となることから、地区組織活動の充実を図ることが必要であるとともに、ボランティア個人や団体による地域福祉活動の推進が望まれ、それらの活動への支援を充実させていく必要があります。また、地域福祉活動者や団体が、地域に根ざした活動を活発化していくためには、地域内外の関係機関等との連携を深めることが求められています。
- 現在、いきいき百歳体操の活動を中心とした通いの場の立ち上げに向けて取り組んでおり、今後は、この通いの場を地域全体で展開させるとともに、現時点では健康の維持向上のための場ですが、地域福祉活動の拠点となるよう支援していく必要があります。

【主な取り組み】

① 多様な場所の活用による交流・活動の支援

- 高齢者の交流・活動拠点については、高齢者向けの施設に限らず、高齢者が家に閉じこもらず、ゆっくり安心して過ごし、気軽に通うことができる場所として、町内の公共施設の環境面での工夫や配慮を行います。
- 赤ちゃんから高齢者まですべての年代の人々が集える共生型拠点の整備の検討を進め、高齢者が多様な人と関わり合え、気軽に通うことのできる居場所づくりの創設に取り組み、高齢者の閉じこもり予防や交流・活動の支援を行います。
- 地域共生社会を実現するための小地域の通いの場を主催する各種団体等の取り組みが持続可能となるようマッチングを含めた支援を実施します。また、高齢、障がい、子ども子育て、生活困窮等の分野に限定せず、すべての地域住民が通える場として拡充・拡大できるよう、地域活動団体等と一緒に取り組みを進めます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
参加支援の機会（重層的支援体制整備事業における参加支援の場）	箇所	—	—	1	3	6	9
地域活動団体同士の協議の機会	回	—	—	1	5	10	15

3-1-(2) 地域と行政の協働による地域包括ケアシステムの推進

【現状と課題】

- 現代の複雑化した様々な課題に対応するために、公的サービスだけでなく、あらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、共に助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現することが重要です。
- 高齢者一人ひとりの状態に応じて関係機関が連携し、介護サービスや地域支援事業、医療・介護・保健・福祉サービス、その他のボランティア等によるインフォーマルサービス等、地域の様々な資源を統合した包括的なケアを持続的に提供することで、地域全体と協働した地域ケアシステムを推進することが可能となります。
- 限られた社会資源が有機的に連動できるよう、コアとなる活動・団体の洗い出しのほか、地域活動グループの全体像が把握できていないことも課題となっています。今後は町が把握できていない活動の積極的な実態把握及び連携強化に努める必要があります。
- 地域共生社会の実現をめざし、令和3（2021）年度から令和5（2023）年度は重層的支援体制整備事業の移行準備期間として、「属性を問わない相談支援（包括的相談支援事業）」、「参加支援事業」、「庁内連携（多機関協働事業）」に取り組み、令和6（2024）年度より重層的支援体制整備事業を本格的に取り組み予定です。今後は、担当課だけでなく、関係各課との連携を図りながら事業を進めていくとともに、地域住民への周知が重要です。

【主な取り組み】

- ① 地域の関係機関、団体、サービス提供者等とのネットワークの構築
 - 社会福祉協議会、医療機関や介護サービス事業所等と協力し、医療・介護サービスに限らず、地域の保健・福祉サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行います。
- ② 住民グループとの連携による地域包括ケアシステムの推進
 - 高齢者が要支援・要介護状態になることを事前に防止し、住み慣れた地域で元気に暮らせるように、地域全体で適正な介護予防事業を推進するため、地域住民グループと連携した取り組みを行います。
 - また、規模の大小等に関わらず、地域の活動グループとの連携が容易になるよう、地域ニーズの把握に努めます。

3-2. 高齢者の人権を大切にします

3-2-(1) 人権意識の普及啓発

【現状と課題】

○あらゆる差別をなくし、誰もが幸せを感じる人権文化のまちの構築に向けて、人権意識の普及啓発を行うことは大切なことであり、そのうち高齢者の人権を守ることが重要な課題の一つになっています。特に、高齢者への配慮や加齢に伴う様々な問題について、住民の理解を深めていく必要があります。

【主な取り組み】

① 高齢者の人権に関する啓発の推進

○人権のまちづくりを推進し、広報紙や人権を学ぶ啓発講座、啓発事業を通じて、高齢者の人権問題を含め、幅広く啓発を行っており、今後も引き続き取り組みます。

3-2-(2) 高齢者虐待防止の推進

【現状と課題】

○高齢者が住み慣れた地域で人としての尊厳を持ち続け、安心して暮らしていけるように、虐待や暴力に関する問題を認識し、解決していける地域づくりが必要となります。

○高齢者虐待については、残念ながら年々増加傾向にありますが、「虐待」の定義が曖昧に捉えられている傾向がみられます。高齢者虐待になっていたにも関わらず、虐待であると認識されず、適切なタイミングで通報されないケースもあり、虐待の定義や支援体制等について今一度広く周知することが必要です。

○高齢者虐待については、昔ながらの夫婦関係（亭主関白等）から当事者自身も虐待と認識しないうちに大きな問題に発展するケースもあり、また、高齢者と障がい者が同居するケースにおける虐待事案もあります。そのため、社会的弱者に対する思いやりの心を育む取り組みや周知啓発に努める必要があります。

○高齢者虐待は複雑化・複合化してきており、その対応についても、担当課だけでは対応できない場合や、担当職員（一般行政職員）だけでは対応が困難となってきています。対応体制の強化に向けて、専門知識を有する人材の更なる確保が必要です。

【主な取り組み】

① 高齢者虐待への対応強化

○虐待が発生した場合には、虐待を受けている高齢者の保護と虐待を行った養護者に対する相談や指導・助言等を行うとともに、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止に取り組みます。また、養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止にも取り組みます。

② 高齢者虐待防止の普及啓発

○献身的に介護する家族介護者も、知らず知らずに虐待してしまうケースもあることから、高齢者虐待は、誰にでも起こりうるということを地域住民に理解してもらうとともに、高齢者虐待についての正しい知識と早期発見、早期対応となるように引き続き普及啓発を行います。

③ 高齢者虐待防止ネットワークの推進

○高齢者虐待を早期発見するための関係機関との連携を強化します。また、高齢者虐待の発見から対応までの協力体制の充実を図ります。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
広報紙へ高齢者と障がい者の虐待防止の記事を記載	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施

3-2-(3) 権利擁護の推進

【現状と課題】

- 多様化、複雑化する社会の中で、虐待や消費者被害、必要なサービスを受けられないといった高齢者の抱える問題もますます深刻な状況となっています。また、認知症の人やひとり暮らし高齢者等の増加により、権利擁護にかかるサービスはますますその重要性を増しており、支援にあたる人材や財源を確保することが課題となっています。
- 成年後見制度利用支援事業の利用促進については、高齢者が抱える問題に対処していく一助となるため、地域包括支援センターの総合相談業務の中で、継続して普及啓発の取り組みを行う必要があります。
- 高齢化が進むなか、特に南和地域については成年後見人の人材不足が深刻化しています。高齢者の人権が守られるよう、広域的な中核機関の設置や法人後見等の担い手の発見、育成を検討していく必要があります。

【主な取り組み】

① 権利擁護事業

○自己の権利等の意思表示が困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活ができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行います。

② 中核機関の設置

○中核機関は、様々な権利擁護のケース等に対応できる法律・福祉等の専門知識や、地域の専門職等から円滑に協力を得るノウハウ等を蓄積し、地域における連携・対応強化の推進役としての役割が期待されています。

○中核機関を設置するためには、人材と財源の確保が課題となります。このことから、県を中心に、南和地域をひとつの圏域とした中核機関の広域設置の検討を進めます。

③ 成年後見制度利用支援事業

○判断能力が不十分な認知症の人等で親族がない等の理由による場合は、町長が成年後見人等の申し立てを行ったり、低所得の高齢者を対象として成年後見制度の申し立てに要する費用負担を支援します。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
成年後見に係る町長申立て件数	件	1	1	1	2	2	2
成年後見に係る継続的費用負担等の支援件数	件	3	1	3	4	4	4

基本目標4 安全で快適なくらしやすいまちづくり

4-1. 快適な住宅、住環境の向上をめざします

4-1-(1) 高齢者にやさしい居住環境の推進

【現状と課題】

- 住み慣れた家で暮らし続けるためには、介護が必要な状態になっても、長く住み続けることができる居住環境の確保が必要であることから、本町では、住民等に住宅に関する情報を提供し、制度の周知を図るとともに、自宅の住宅改修における費用の補助や情報提供、高齢者をはじめ、誰もが安心して住めるよう配慮した公営住宅の良好な維持及び管理を行っています。
- 加齢による生活スタイルの変化等による住み替えニーズにも応える必要があります。高齢者が新たに「住まい」を探すときには、保証人等の様々な問題により、スムーズに住まいが決まらないことが少なくありません。高齢者が安心・安全で多様な住まいを選択できるよう、サービス付き高齢者向け住宅等や県の居住支援策の情報発信等、県や近隣市町村と連携し、適切な支援を行うことのできる体制づくりが必要です。
- 現在、住環境の整備や確保にかかる相談は増加傾向にありますが、その相談の多くは、経済的理由や身元引受人がない等の困難を抱えている高齢者からの相談となっています。住宅情報の提供だけでは問題が解決できないのが現状であり、健康で安全な「住まい方」に関する情報発信・支援を提供し、その効果を検証していく必要があります。
- 身寄りがないひとり暮らし高齢者における施設等への入所に際しては、保証人や身元引受人がない事によりスムーズに入所できないケースがあります。また、経済的な理由で住む場所の確保が困難なケースもあります。誰もが安心して暮らすために必要となる居住環境の確保が重要です。

【主な取り組み】

① 公営住宅の管理

- 高齢者をはじめ誰もが安心して暮らせるように配慮した公営住宅の良好な維持、管理に努めます。

② 住まいに関する情報提供

- 高齢者が安心・安全で多様な住まいを選択できるよう、県や近隣市町村と連携し、公的施設以外の有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等の設置状況の把握や情報提供に努めます。
- 健康で安全な「住まい方」に関する情報発信や、そのための支援を推進し、高齢者が自宅での生活の質を向上できるよう取り組みます。

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（令和5年4月1日現在）

	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
大淀町	1 箇所	0 箇所
南和保健医療圏域（五條市・吉野郡）	1 箇所 （大淀町）	1 箇所（戸数9） （五條市）

資料：奈良県「令和5年度 高齢者福祉対策の概要」

4-1-（2）ユニバーサルデザインのまちづくりの推進

【現状と課題】

- 県の「奈良県住みよい福祉のまちづくり条例」に基づき、公共施設や交通機関のバリアフリー化や改善に一層の取り組みを図っています。特に、高齢者にとっては、身体機能が低下した場合でも健康な人と同じように外出ができ、公共施設の利用、日常的な活動や社会参加活動が特に支障なく行えるよう、市内の交通担当部門とのさらなる連携強化に努め、環境整備の充実を図ることが重要です。
- 今後は、高齢者の移動手段の整備や充実だけでなく、居住している住まいへの支援、高齢者が訪れる公共施設の改修等により、安心して生活できるユニバーサルデザインによる福祉のまちづくりを重要なテーマとして取り組む必要があります。
- 高齢者に免許返納を促す動きが強まっている一方で、マイカーに代わる移動手段が課題となっています。本町では、よどりバス（コミュニティバス）やよどりタクシー（デマンド型乗合タクシー）を実施していますが、場所や時間によっては使い勝手が悪いとの意見もあります。また、要支援者であっても介護保険制度の狭間で十分に活用できない場合もあります。現状に即した新たなサービスの提供には至っていないため、引き続き検討を進める必要があります。

【主な取り組み】

① 公共施設のバリアフリー化

- 高齢者、障がい者等の移動等の円滑化の促進に関する法律及び奈良県住みよい福祉のまちづくり条例に基づく整備及び点検改修を行います。
- 今後も引き続き、管理施設の点検や整備を実施するとともに、今後、整備を行う公共施設等については、ユニバーサルデザインの実現に努めます。

② 高齢者の移動手段確保のため交通担当部門との連携検討

- 高齢者の移動手段確保のため、地域公共交通部門と高齢者福祉部門の関係者が、地域の課題について認識を共有し、必要な対策を共に講じることができると連携の仕組みを検討します。

4-2. 安全で安心な生活環境を推進します

4-2-(1) 事故や犯罪から高齢者を守る取り組み

【現状と課題】

- 悪質商法による高齢者の消費者被害は、被害額も大きく、繰り返し被害にあうことも多いため、地域包括支援センターと消費生活相談窓口等の関連機関が連携し、注意喚起の啓発を強化することと合わせ、利用しやすい相談体制の一層の充実を図ることが求められます。
- 防犯については、地域ぐるみの見守り・パトロール活動の強化を図るなど防犯組織の充実を図り、住民一人ひとりの防犯意識を高めるために、継続的な啓発活動を行うことが必要です。
- 高齢者の増加に伴い、高齢ドライバー数は近年増加していますが、高齢期における認知機能・運転技能の低下から事故の危険性を高めることが指摘されています。地理的な理由からマイカーが日常的な移動手段である本町にとって、特に高齢者の交通事故防止対策は重大な課題と言えます。

【主な取り組み】

① 消費生活相談との連携

- 高齢者に対する悪質な訪問販売等の現状を把握している消費生活相談窓口と地域包括支援センターとが連携し、高齢者からの相談を受け、早期に対応できる体制を整え、対応に努めます。

② 防犯意識の高揚

- 住民一人ひとりが、防犯意識を高めて、安全で安心な住みよいまちにするため、警察及び関係団体と連携し、啓発活動を引き続き実施します。

③ 交通安全対策の推進

- 高齢者が関係する交通事故が急増しています。本町ではマイカーが日常的な移動手段になっているため、警察及び交通安全団体等と連携して、高齢者に対する交通安全啓発を実施するなど、高齢者の交通事故防止に取り組みます。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
交通安全啓発活動 実施回数	回	24	24	24	24	24	24

4-2-(2) 災害と感染症に備えた高齢者支援体制の確立

【現状と課題】

- 我が国は自然災害大国であり、近年異常な集中豪雨などによる災害も増加しており、本町においても水害をはじめとする災害が想定されます。高齢者には、自力で避難ができず支援が必要な場合が少なくありません。ひとり暮らしの高齢者や、高齢者のみの世帯が増えているなか、迅速な避難を行うためには、各関係機関や地域住民等との連携による支援が重要です。
- 住民の防災意識を高めるために、「地震防災マップ」や「洪水ハザードマップ」を発行し、全戸に配布しています。令和2(2020)年度の地域防災計画の見直しにあわせてハザードマップも更新し、作成後は全戸配布を行いました。
- 住み慣れた地域で安心して暮らすことのできるまちづくりをめざし、要介護(要支援)高齢者など災害時に何らかの手助けが必要な人の情報を地域で共有し、災害時等に支援の手が差しのべられるよう、避難行動要支援者の支援の取り組みを推進しています。
- 現在の福祉避難所の協定状況は3か所(定員70名)ですが、災害規模によっては現状の定員数では受け入れきれない可能性があります。今後も町内福祉施設に協定の締結に向けた働きかけを進めるとともに、福祉避難所に避難することができない要支援者への支援を検討する必要があります。また、介護サービス事業所等とも連携した防災訓練などの機会を充実する取り組みが求められます。
- 災害時に連携が取れるよう、病院や福祉施設などと、支援や連携が可能な体制を整えておくことが重要です。要介護(要支援)高齢者等の要支援者リストについて、令和5(2023)年度より3ヶ月に1回、定期的に更新を行う体制を整えています。今後は、個別避難計画の作成に向けて取り組む必要があります。

【主な取り組み】

① 防災意識の高揚

- 本町及び消防団による啓発活動やホームページ及び広報紙等による啓発、また、防災訓練・自主防災組織の育成などにより防災意識を高めていきます。今後も、あらゆる機会を捉えて、防災意識の高揚に努めます。

② 災害時要援護者支援の推進

- 避難行動要支援者名簿を基礎情報とし、要配慮者に対する情報の伝達や安否確認、避難誘導、避難所における支援などが円滑に実施できるよう、福祉担当部局、防災担当部局、関係機関と連携し、避難支援体制の整備を推進します。

③ 災害時における福祉避難所協定の推進

- 大規模災害発生時に一般の避難所では対応が困難な高齢者や居宅での居住が困難となった高齢者で特別な配慮を必要とする人が、安心して避難生活を送るため、町内の介護老人福祉施設等を福祉避難所として利用できるよう、協定を結んでおり、この協定に基づき大規模災害時等に、福祉避難所を開設します。

④ 個別避難計画の策定

○令和5（2023）年度に県と共に実施した個別避難計画策定モデル事業で得た知見を踏まえ、必要性が高い高齢者の個別避難計画の策定を推進します。また、福祉避難所に避難することができない要支援者への支援を検討します。

⑤ 介護サービス事業所と連携した災害対策の推進

○介護サービス事業所と連携した防災訓練や、事業所の災害対応に関する具体的計画・備蓄等の確認を定期実施するなど、事業所と連携した災害対策を推進します。

○介護サービス事業所において、感染症や災害に備えた業務継続計画（BCP）の策定が義務付けられたことから、未策定の事業所に対し、必要な支援を行います。

⑥ 新型インフルエンザ等対策行動計画に基づく感染症対策の推進と感染拡大防止策の周知啓発

○感染症に関して、地域における感染拡大を最小限に抑えるため、平時から非常時の備え等、県や保健所と連携しながら、対策を構築していきます。

○また、正しい感染症対策を実践できるよう、感染症防止に関する周知・啓発及び知識の普及に努めます。

⑦ 介護サービス事業所と連携した感染症対策の推進

○介護サービス事業所等において、集団感染症が発生した場合であってもサービスの提供が継続できるよう支援・連携体制を構築します。

取り組みの実績値及び目標値

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込み)	R6年度	R7年度	R8年度
災害時における福祉避難所協定協力事業所数	事業所	3	3	3	3	3	3
介護サービス事業所と連携した防災訓練 実施回数	回	0	0	0	1	1	1
個別避難計画 掲載人数	人	0	0	30	500	800	1,300

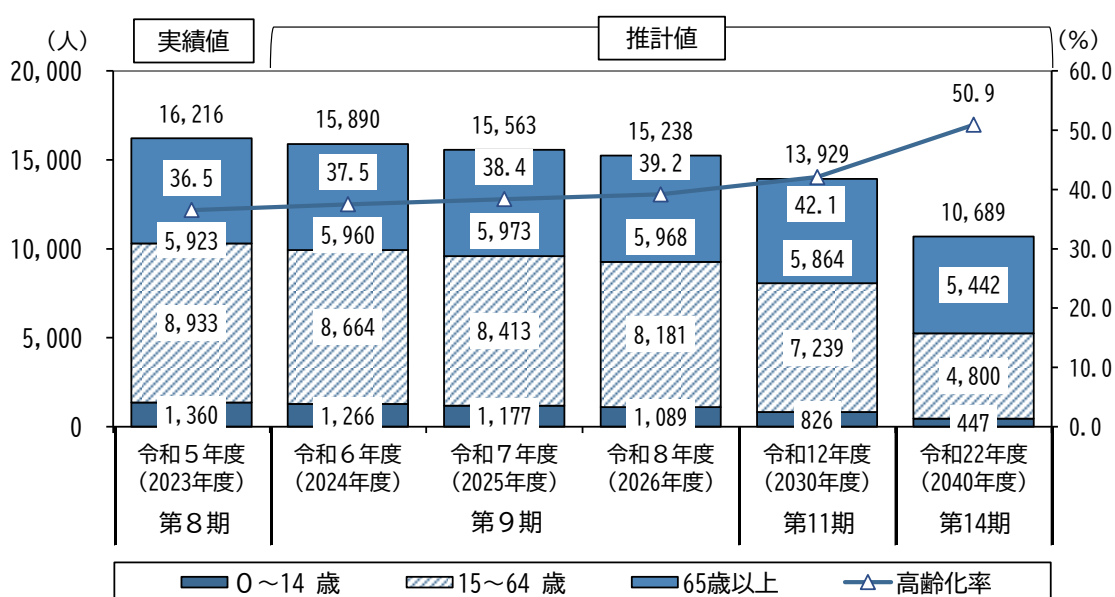
第5章 介護サービスの充実と質の向上

1. 高齢者等の見込み

(1) 人口推計及び被保険者数の推計

今後の本町の総人口を推計すると、本計画期間の最終年度の令和8(2026)年度には、総人口は15,238人、第1号被保険者数は5,861人になると見込まれます。

総人口の推計



※ 令和元(2019)年から令和5(2023)年の各年10月1日現在の住民基本台帳の男女別年齢別人口を用い、コーホート変化率法(各コーホート(同じ年に生まれた人々の集団)について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法)で人口を推計

被保険者数の推計

(単位:人)

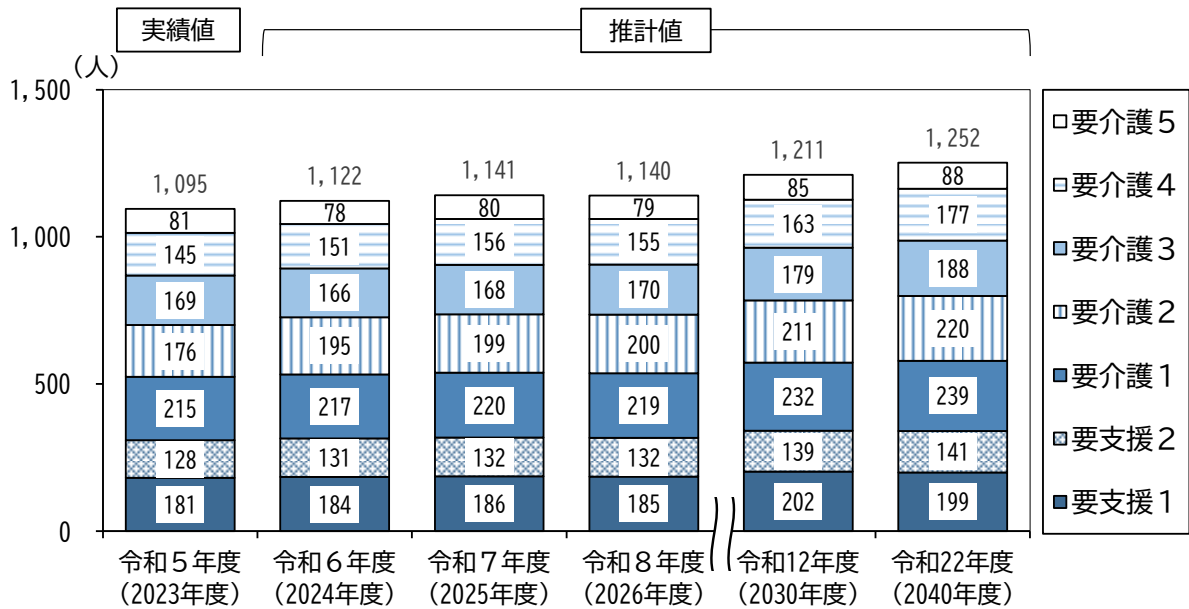
		実績値	推計値				
		第8期	第9期			第11期	第14期
		令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
第1号被保険者数	65~74歳	2,887	2,804	2,713	2,632	2,327	2,154
	75~84歳	1,957	2,077	2,160	2,226	2,400	1,891
	85歳以上	972	970	992	1,003	1,024	1,288
	合計	5,816	5,851	5,865	5,861	5,751	5,333
第2号被保険者数		5,523	5,381	5,265	5,165	4,662	3,175
被保険者総数		11,339	11,232	11,130	11,026	10,413	8,508

※ 上記の人口推計値を基に、住所地特例者を勘案して推計

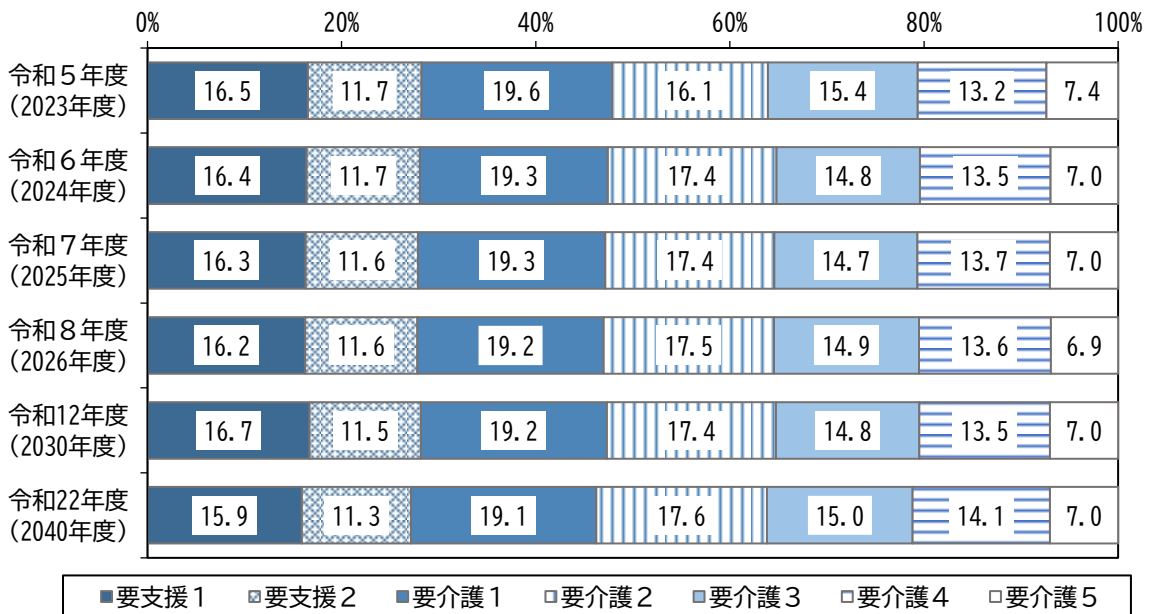
(2) 要支援・要介護認定者数の推計

今後の要支援・要介護認定者数（第2号被保険者を含む）を推計すると、令和8（2026）年度には1,140人になると見込まれます。

要支援・要介護認定者数の推計



要支援・要介護認定者の構成比の推計



資料：令和5年度は厚生労働省「介護保険事業状況報告」（9月月報）

2. 介護サービスの量の見込み

(1) 居宅サービスの必要量の推計

第8期計画期間における実績等をもとに居宅サービス及び介護予防サービスの見込みを試算すると、次のとおりです。

居宅サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
訪問介護	利用回数(回/月)	3,008.5	3,001.1	3,001.1
	利用者数(人/月)	158	158	158
訪問入浴介護	利用回数(回/月)	52.7	61.8	61.8
	利用者数(人/月)	12	14	14
訪問看護	利用回数(回/月)	536.6	538.5	532.5
	利用者数(人/月)	93	93	92
訪問リハビリテーション	利用回数(回/月)	353.0	362.0	362.0
	利用者数(人/月)	42	43	43
居宅療養管理指導	利用者数(人/月)	66	69	68
通所介護	利用回数(回/月)	2,224.4	2,237.7	2,232.9
	利用者数(人/月)	202	204	204
通所リハビリテーション	利用回数(回/月)	447.4	462.1	470.4
	利用者数(人/月)	58	60	61
短期入所生活介護	利用日数(日/月)	432.5	422.7	422.7
	利用者数(人/月)	39	38	38
短期入所療養介護(老健)	利用日数(日/月)	57.8	57.8	65.9
	利用者数(人/月)	8	8	9
短期入所療養介護(病院等)	利用日数(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	利用日数(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
福祉用具貸与	利用者数(人/月)	313	325	324
特定福祉用具購入費	利用者数(人/月)	5	6	6
住宅改修費	利用者数(人/月)	4	5	4
特定施設入居者生活介護	利用者数(人/月)	21	21	21
居宅介護支援	利用者数(人/月)	438	452	451

介護予防サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護予防訪問入浴介護	利用回数(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
介護予防訪問看護	利用回数(回/月)	115.0	115.0	115.0
	利用者数(人/月)	20	20	20
介護予防訪問リハビリテーション	利用回数(回/月)	80.1	80.1	80.1
	利用者数(人/月)	9	9	9
介護予防居宅療養管理指導	利用者数(人/月)	5	5	5
介護予防通所リハビリテーション	利用者数(人/月)	13	13	13
介護予防短期入所生活介護	利用日数(日/月)	2.7	2.7	2.7
	利用者数(人/月)	1	1	1
介護予防短期入所療養介護 (老健)	利用日数(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	利用日数(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	利用日数(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	利用者数(人/月)	121	122	122
特定介護予防福祉用具購入費	利用者数(人/月)	2	2	2
介護予防住宅改修	利用者数(人/月)	4	4	6
介護予防特定施設入居者生活介護	利用者数(人/月)	1	1	1
介護予防支援	利用者数(人/月)	145	147	146

(2) 地域密着型サービスの必要量の推計

第8期計画期間における実績等をもとに地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスの見込みを試算すると、次のとおりです。

地域密着型サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	利用者数(人/月)	1	1	1
夜間対応型訪問介護	利用者数(人/月)	0	0	0
地域密着型通所介護	利用回数(回/月)	301.8	301.8	301.8
	利用者数(人/月)	34	34	34
認知症対応型通所介護	利用回数(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	利用者数(人/月)	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	利用者数(人/月)	18	18	18
地域密着型特定施設入居者生活介護	利用者数(人/月)	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	利用者数(人/月)	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	利用者数(人/月)	11	22	25

地域密着型介護予防サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護予防認知症対応型通所介護	利用回数(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	利用者数(人/月)	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	利用者数(人/月)	0	0	0

(3) 施設サービスの必要量の推計

第8期計画期間における実績等をもとに施設サービスの利用者数を推計すると、次のとおりです。

施設サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護老人福祉施設	利用者数(人/月)	155	156	158
介護老人保健施設	利用者数(人/月)	88	89	89
介護医療院	利用者数(人/月)	18	18	18

3. 介護保険事業費の見込み

(1) 総給付費の推計

第9期計画期間におけるサービス給付費は、次のとおりです。

(単位：千円)

介護給付費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
居宅サービス				
訪問介護	104,351	103,154	103,154	310,659
訪問入浴介護	8,678	10,199	10,199	29,076
訪問看護	41,909	42,523	41,890	126,322
訪問リハビリテーション	11,363	11,653	11,653	34,669
居宅療養管理指導	10,475	10,988	10,803	32,266
通所介護	192,718	193,292	192,501	578,511
通所リハビリテーション	50,821	52,813	53,702	157,336
短期入所生活介護	44,409	43,518	43,518	131,445
短期入所療養介護(老健)	8,121	8,131	9,301	25,553
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0
福祉用具貸与	59,951	62,494	62,349	184,794
特定福祉用具購入費	2,357	2,948	2,948	8,253
住宅改修費	3,904	4,788	3,904	12,596
特定施設入居者生活介護	48,161	48,222	48,222	144,605
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	3,698	3,702	3,702	11,102
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	25,245	25,276	25,276	75,797
認知症対応型通所介護	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	57,908	57,981	57,981	173,870
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	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	0
看護小規模多機能型居宅介護	28,899	57,657	64,917	151,473
施設サービス				
介護老人福祉施設	493,646	497,773	504,518	1,495,937
介護老人保健施設	301,424	305,602	305,602	912,628
介護医療院	74,826	74,921	74,921	224,668
居宅介護支援	78,594	81,405	81,188	241,187
合計	1,651,458	1,699,040	1,712,249	5,062,747

(単位：千円)

介護予防給付費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
介護予防居宅サービス				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	8,123	8,133	8,133	24,389
介護予防訪問リハビリテーション	2,301	2,304	2,304	6,909
介護予防居宅療養管理指導	592	592	592	1,776
介護予防通所リハビリテーション	5,313	5,320	5,320	15,953
介護予防短期入所生活介護	257	257	257	771
介護予防短期入所療養介護 (老健)	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	7,891	7,965	7,965	23,821
介護予防特定福祉用具購入費	596	596	596	1,788
介護予防住宅改修費	3,468	3,468	5,203	12,139
介護予防特定施設入居者 生活介護	754	755	755	2,264
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	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
介護予防支援	7,992	8,112	8,057	24,161
合計	37,287	37,502	39,182	113,971

(単位：千円)

総給付費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
①介護サービス	1,651,458	1,699,040	1,712,249	5,062,747
在宅サービス	675,493	714,541	721,005	2,111,039
居住系サービス	106,069	106,203	106,203	318,475
施設サービス	869,896	878,296	885,041	2,633,233
②介護予防サービス	37,287	37,502	39,182	113,971
在宅サービス	36,533	36,747	38,427	111,707
居住系サービス	754	755	755	2,264
合計 ①+②	1,688,745	1,736,542	1,751,431	5,176,718

(2) 標準給付費の推計

総給付費に特定入所者介護サービス費（低所得者が施設に入所、あるいは短期入所サービスで滞在したときの食費・居住費の補足給付）、高額介護サービス費（介護保険の利用者が1か月間に支払った1割負担が一定の上限を超えた場合に払い戻される給付）、高額医療合算介護サービス費（医療保険と介護保険の自己負担額の合計が基準額を超えた場合にその超えた金額を給付）、算定対象審査支払手数料（算定対象となる国保連合会に支払う手数料）を加えた標準給付費は、以下のとおりです。

(単位：千円)

標準給付費見込額	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
①総給付費	1,688,745	1,736,542	1,751,431	5,176,718
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）	82,233	83,731	83,658	249,621
③高額介護サービス費等給付額 （財政影響額調整後）	43,736	44,539	44,500	132,775
④高額医療合算介護サービス費 等給付額	5,179	5,266	5,262	15,706
⑤算定対象審査支払手数料	1,929	1,962	1,960	5,851
合計	1,821,821	1,872,040	1,886,811	5,580,672

(3) 地域支援事業費の推計

本期間における地域支援事業費は、以下のとおりです。

(単位：千円)

地域支援事業費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
介護予防・日常生活支援総合事業	57,531	57,105	56,145	170,781
包括的支援事業（地域包括支援 センターの運営）・任意事業	19,909	19,276	17,758	56,943
包括的支援事業（社会保障充実分）	17,819	17,313	16,142	51,274
合計	95,259	93,695	90,044	278,998

(4) 保険料収納必要額の推計

本計画期間における保険料収納必要額は、以下のとおりです。

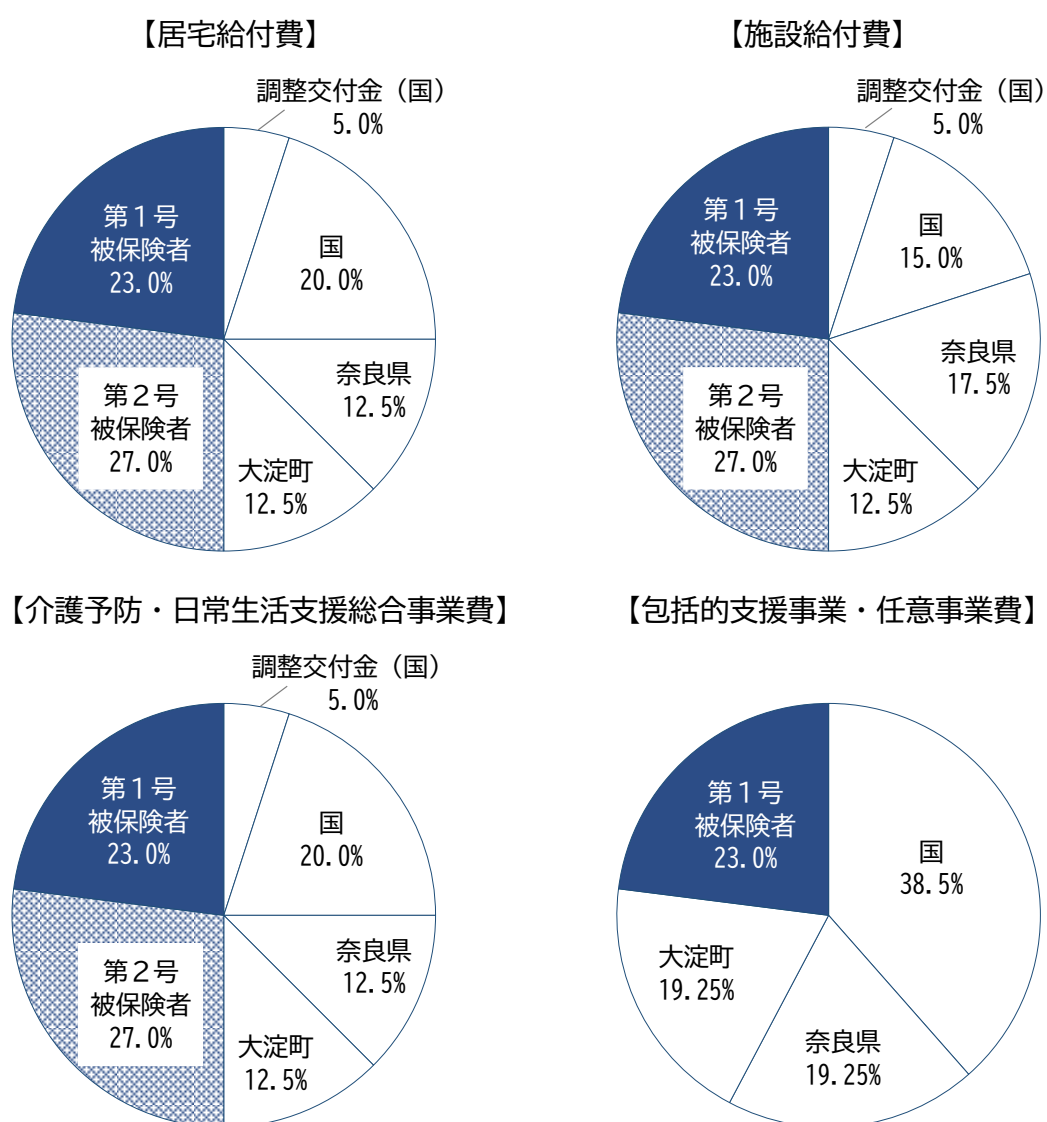
	単位	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
標準給付費見込額	円	1,821,820,962	1,872,040,242	1,886,810,504	5,580,671,708
地域支援事業費	円	95,259,000	93,694,672	90,044,075	278,997,747
第1号被保険者負担分相当額	円	440,928,391	452,119,030	454,676,553	1,347,723,975
調整交付金相当額	円	93,967,598	96,457,260	97,147,763	287,572,621
調整交付金見込額	円	66,341,000	67,713,000	64,506,000	198,560,000
調整交付金見込交付割合	%	3.53	3.51	3.32	-
後期高齢者加入割合補正係数	-	1.0890	1.0900	1.0982	-
所得段階別加入割合補正係数	-	0.9769	0.9769	0.9772	-
財政安定化基金拠出金見込額	円	-	-	-	0
財政安定化基金償還金	円	-	-	-	0
介護保険財政調整基金取崩額	円	-	-	-	113,200,000
審査支払手数料差引額	円	0	0	0	0
市町村特別給付費等	円	0	0	0	0
市町村相互財政安定化事業負担額	円	-	-	-	0
保険者機能強化推進交付金等の 交付見込額	円	-	-	-	0
保険料収納必要額	円	-	-	-	1,323,536,596
予定保険料収納率	%	-	-	-	99.00

4. 第1号被保険者の介護保険料

(1) 介護給付等の財源

全国の介護保険被保険者が公平に費用（介護給付費＋地域支援事業費）を負担するように、第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、3か年（事業計画期間）ごとに、全国規模の人口比率で定められており、第9期計画期間の第1号被保険者の負担割合は、第8期に引き続き23%となります。

介護給付にかかる財源の2分の1は公費で、残りの半分は介護保険料でまかなわれており、それぞれの財源構成は次のとおりです。



ただし、公費のうち「国の調整交付金」は、市町村間の第1号被保険者の保険料格差を是正するために交付されるものであり、第1号被保険者に占める後期高齢者（75歳以上の人）の割合や所得分布の状況により変動する仕組みとなっています。

(2) 保険料段階

本町では、国の標準段階である 13 段階に設定しました。

	国の標準段階（13 段階）	基準額に 対する割合
第 1 段階	・生活保護被保護者 ・世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.285 (0.455)
第 2 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.485 (0.685)
第 3 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 120 万円超	0.685 (0.69)
第 4 段階	本人が住民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.9
第 5 段階	本人が住民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円超	1.0
第 6 段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.2
第 7 段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.3
第 8 段階	住民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.5
第 9 段階	住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上 420 万円未満	1.7
第 10 段階	住民税課税かつ合計所得金額 420 万円以上 520 万円未満	1.9
第 11 段階	住民税課税かつ合計所得金額 520 万円以上 620 万円未満	2.1
第 12 段階	住民税課税かつ合計所得金額 620 万円以上 720 万円未満	2.3
第 13 段階	住民税課税かつ合計所得金額 720 万円以上	2.4

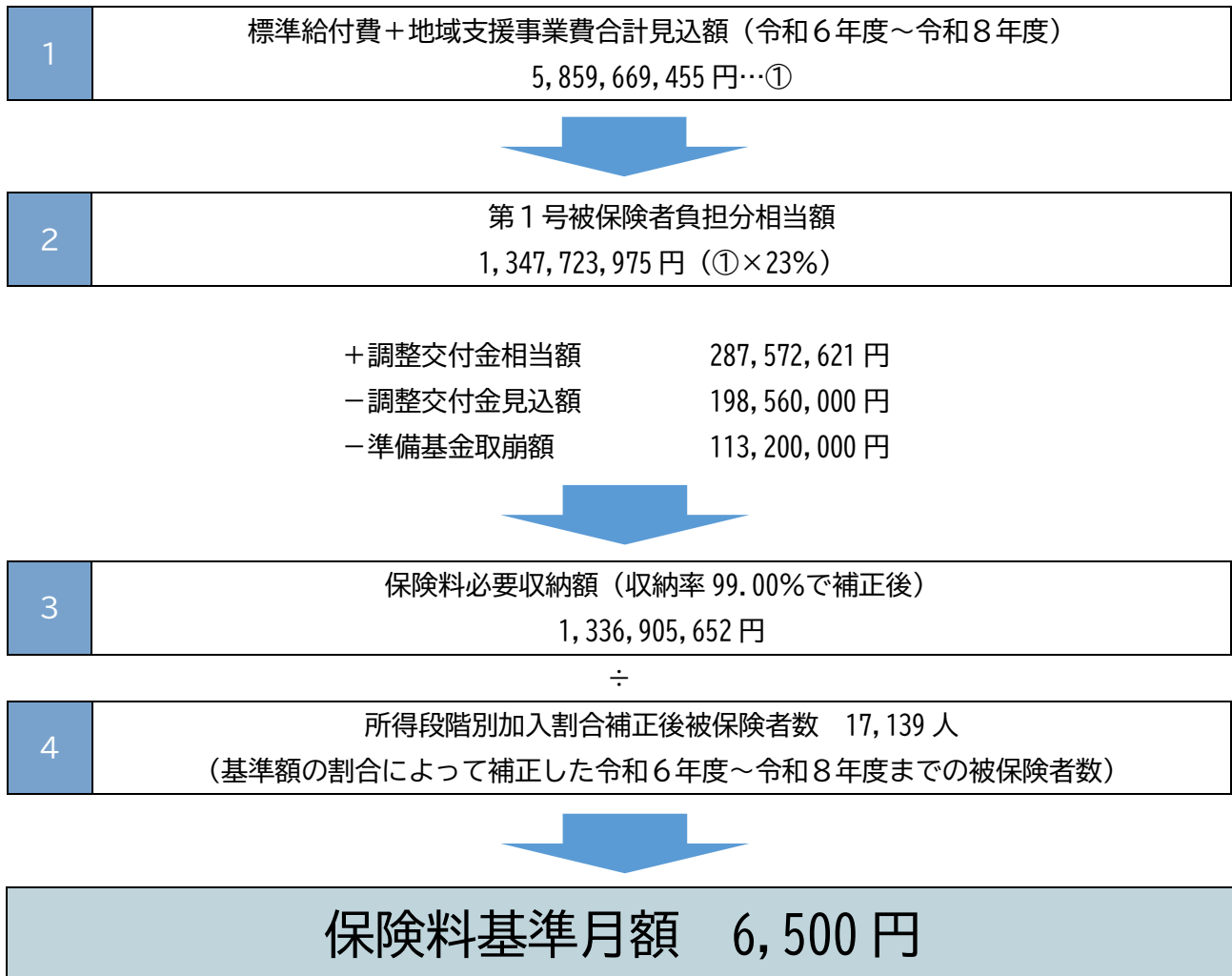
※（ ）は「公費による保険料軽減の強化」による軽減幅を反映前の割合

所得段階別被保険者数については、現状の所得段階別人口割合から見込みました。

(単位：人)

	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)	合計
第 1 段階	1,199	1,201	1,201	3,601
第 2 段階	451	452	452	1,355
第 3 段階	407	408	407	1,222
第 4 段階	796	798	797	2,391
第 5 段階	740	742	741	2,223
第 6 段階	788	791	790	2,369
第 7 段階	853	855	855	2,563
第 8 段階	333	334	334	1,001
第 9 段階	125	125	125	375
第 10 段階	54	54	54	162
第 11 段階	21	21	21	63
第 12 段階	16	16	16	48
第 13 段階	68	68	68	204
合計	5,851	5,865	5,861	17,577
所得段階別加入割合 補正後被保険者数	5,705	5,719	5,715	17,139

(3) 所得段階別の介護保険料



所得段階	所得の条件	基準額に対する割合	保険料月額(参考)	保険料年額
第1段階	・生活保護被保護者 ・世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.285	1,853円	22,230円
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.485	3,153円	37,830円
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.685	4,453円	53,430円
第4段階	本人が住民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等80万円以下	0.9	5,850円	70,200円
第5段階	本人が住民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等80万円超	1.0	6,500円	78,000円
第6段階	住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.2	7,800円	93,600円
第7段階	住民税課税かつ合計所得金額120万円以上210万円未満	1.3	8,450円	101,400円
第8段階	住民税課税かつ合計所得金額210万円以上320万円未満	1.5	9,750円	117,000円
第9段階	住民税課税かつ合計所得金額320万円以上420万円未満	1.7	11,050円	132,600円
第10段階	住民税課税かつ合計所得金額420万円以上520万円未満	1.9	12,350円	148,200円
第11段階	住民税課税かつ合計所得金額520万円以上620万円未満	2.1	13,650円	163,800円
第12段階	住民税課税かつ合計所得金額620万円以上720万円未満	2.3	14,950円	179,400円
第13段階	住民税課税かつ合計所得金額720万円以上	2.4	15,600円	187,200円

※ 第1～第3段階の割合は、「公費による保険料軽減の強化」による軽減幅を反映後の割合

第6章 計画の推進について

1. 計画に関する啓発・広報の推進

本計画並びに基本施策の概要について、高齢者はもとより幅広い住民への周知・啓発を行うため、広報紙やホームページへの掲載、町行事、関係する各種団体・組織等の会合など、多様な機会を活用します。

2. 計画推進体制の整備

(1) 連携及び組織の強化

本計画に掲げる幅広い施策を円滑かつ効果的に進め、「第4次大淀町総合計画 後期基本計画」に掲げる理念の実現につなげるため、庁内や関係機関との連携の充実や組織の強化を行っていきます。

- ①高齢者の在宅での生活が確保されるために、医療、介護サービス、総合事業、保健そして地域福祉に基づく地域での取り組みなどが、一体的かつ適切に提供されるよう高齢者医療、介護保険、高齢者保健、高齢者福祉、地域福祉の担当課間において、担当者レベル及び管理職レベルでの日常的な調整や情報交換を充実します。
- ②医療・介護・保健・福祉サービスにかかる対象者情報については、個人情報保護を遵守しつつ、適正に共有化されるよう、各担当課間や社会福祉協議会、地域包括支援センター等との情報交換の仕組みづくりに引き続き努めます。
- ③本計画の総合的な推進のためには、関連する庁内各課との連携を強化していく必要があります。情報交換や課題解決に向けて、全庁的な取り組みを行うことで、総合的な事業計画の推進を図ります。

(2) 医療・介護・保健・福祉・地域住民等との連携

ニーズの把握から各サービスの提供まで迅速かつ的確に行うとともに、コミュニティづくりを通して地域に根ざした健康づくりや生きがい、交流等が進められるよう、地域包括支援センターを中心として、関係団体、関係機関との医療・介護・保健・福祉の連携を強化します。

また、地域福祉の重要な担い手となる民生・児童委員やボランティア、地域住民の自主活動組織、老人クラブ等とも連携を強化し、地域共生社会の実現に向けた地域づくりを推進します。

(3) 奈良県及び近隣市町村との連携

介護保険制度の円滑な運営については、介護サービスの広域的利用など、周辺地域との関わりも大きいため、県や近隣市町村との連携が不可欠となります。

そこで、県や近隣市町村との情報交換や連絡体制の強化を図り、近隣地域とも一体となった介護保険事業及び保健福祉事業の展開を進めます。

3. 進捗状況の把握と評価の実施

本計画の目標実現に向けて、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、進捗状況の点検、評価を「大淀町介護保険運営協議会」において実施します。

また、庁内の進捗体制として、引き続き高齢者福祉及び介護保険を所管する課が中心となり、関係各課や関係機関との緊密な連携のもと、本計画を推進します。

本計画の目標実現に向けては、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、数値目標を設定し、進捗状況の点検、評価を毎年度実施し、取り組みの見直しや改善につなげるため、PDCAサイクルに基づく進行管理を行います。

資料編

1. 大淀町介護保険運営協議会規則

平成12年3月24日

規則第3号

(目的)

第1条 この規則は、大淀町介護保険条例(平成12年3月大淀町条例第1号)第12条第5項の規定に基づき、大淀町介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(所掌事務)

第1条の2 協議会は、次に掲げる事項について協議するものとする。

- (1) 介護保険制度の円滑な運営に関すること。
- (2) 介護保険事業計画の見直しに関すること。
- (3) その他介護保険等に係る施策に係る重要な事項に関すること。

(組織)

第2条 協議会の委員は、次に掲げる者のうちから、町長が委嘱する。

- (1) 第1号被保険者を代表する者
- (2) 第2号被保険者を代表する者
- (3) 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する者
- (4) 介護保険関係施設を代表する者
- (5) 居宅介護支援事業者を代表する者
- (6) 居宅サービス事業者を代表する者
- (7) 公共的団体を代表する者
- (8) 町議会を代表する者
- (9) その他町長が必要と認める者

2 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

3 欠員による補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第3条 協議会に会長及び副会長各1名を置き、それぞれ委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議等)

第4条 協議会の会議(以下「会議」という。)は、必要に応じて会長が招集する。

2 会議の議長は、会長とする。

3 協議会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことができない。

4 会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(資料提出の要求等)

第 5 条 協議会は、その職務を遂行するため必要があると認めるときには、関係者に出席を求め、又は資料の提出及び協力を求めることができる。

(庶務)

第 6 条 協議会の庶務は、住民福祉部において処理する。

(その他)

第 7 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、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成 12 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日以後最初に開かれる会議は、第 4 条第 1 項の規定にかかわらず、町長が招集する。

附 則(平成 13 年 12 月 17 日規則第 18 号)

この規則は、平成 14 年 1 月 1 日から施行する。

2. 大淀町介護保険運営協議会委員名簿

(敬称略)

構成組織	氏名	備考
(1) 1号被保険者を代表する者	田中 義信	住民代表
	杉本 志津代	住民代表
(2) 第2号被保険者を代表する者	福西 廣祐	住民代表
(3) 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する者	溝上 晴久	大淀町医師会 代表
	岡下 守正	大淀町歯科医師会 代表
	久保 重和	吉野郡薬剤師会 学術代表
(4) 介護保険関係施設を代表する者	森川 敬介	社会福祉法人総合施設美吉野園 副理事長
(5) 居宅介護支援事業者を代表する者 (6) 居宅サービス事業者を代表する者	中出 栄一	社会福祉法人大淀町社会福祉協議会 常務理事
(7) 公共的団体を代表する者	池田 政則	大淀町区長会 会長
	南 義則	大淀町老人クラブ連合会 会長
	仲西 愛子	大淀町ボランティア連絡協議会 会長
	森川 幸子	大淀町地域婦人団体連絡協議会 副会長
	中元 秀典	大淀町民生児童委員協議会 会長
(8) 町議会を代表する者	岡向 正道	大淀町議会 議長
	山本 勲	大淀町議会 文教厚生委員長

3. 大淀町第9期介護保険事業計画の策定について（答申）

令和6年2月8日

大淀町長 辻本 眞宏 様

大淀町介護保険運営協議会
会長 山本 勲

大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画の策定について（答申）

令和6年2月1日に諮問のあった「大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」について、審議の結果、別紙のとおり答申します。

はじめに

【別紙】

我が国では、高齢化率が年々右肩上がりに上昇する状況であり、第9期介護保険事業計画期間である2025年には、団塊の世代が全員75歳以上となり、さらには、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年には、高齢者人口がピークを迎えることとなります。

このことは、85歳以上人口がさらに増加し、それに従い医療・介護のニーズを有する要介護高齢者が増加するなか、生産年齢人口の急減と相まって、高齢者の生活を守るための各種サービスの需給バランスが不安定化する将来リスクへとつながります。また、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者がさらに増加することが予測されており、介護する家族の負担が過度となることや介護職員の人材不足などの課題に直面しています。

このように課題が山積する中で、介護が必要となった場合でも高齢者等が健やかに、また一人ひとりの生き方や個性が尊重され自立した暮らしを続けることができるよう住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化について、地域全体で支え合えるよう地域と行政の協働等機能をさらに充実させることが必要となっています。

以上のような動向を踏まえながら、前期計画の取り組みを継承しつつ、社会のあらゆる分野で高齢者に配慮した取り組みを推進し、誰もが住み慣れた町で安心して暮らし続けることができる地域共生社会を実現するため、「大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」（骨子案）が関係資料とともに諮問されました。

町長は、答申の内容を最大限に尊重のうえ、理想論に終わらずに確実な第9期介護保険事業計画の実現をめざし、町民や関係団体等との連携を密にしながら、継続して高齢者福祉施策の充実や介護保険制度の安定的運営はもちろんのこと、多様化する課題に取り組むことを強く求めます。

また、課題解決に向けての諸施策を講ずるとともに、近隣市町村との協力や国及び奈良県へ強く要望されることを求めます。

◇総論

町から諮問された第9期介護保険事業計画は、前期計画の基本理念を引き継ぎながら、看護付き小規模多機能型居宅介護サービスの事業開始など、高齢化が一層加速する社会に対応できる施策の充実が盛り込まれています。高齢者のみならず、町民にとって住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる町をつくるため、地域共生社会の実現に向けた自助、互助、共助に公助を適切に組み合わせた地域包括ケアシステムをより一層推進することが必要です。

さらに、これからの現役世代の急激な減少を見据え、限られた財源や人材を効果的かつ効率的に活用するとともに、介護保険事業所に対する指導監督等給付の適正化も含めた持続可能な介護保険制度の運営を強く求めます。

◇ 各論

(1) 豊かな長寿社会の実現

高齢者一人ひとりの生き方や個性が尊重され、人間としての尊厳が守られる社会の実現をめざしてください。

また、社会のあらゆる分野で高齢者に配慮した対応をこころがけ、誰もが住み慣れたまちで安心して暮らし続けられる地域社会の創造をめざしてください。

(2) 健康で生きがいのある生活の実現

高齢者一人ひとりの生き方を尊重し、いつまでも健康でいきいきと暮らし、自己実現ができる社会の実現をめざしてください。

たとえば、介護や支援を必要とする状態になったとしても、在宅で自立した生活を維持し、その人らしい生活が送れるよう地域全体で要介護（要支援）者を支援する社会をめざしてください。

(3) お互いに思いやり、助け合う共生社会の実現

すべての住民がお互いに思いやり、助け合う地域共生社会の実現をめざしてください。

そのために、若い世代や高齢者世代、また地域の活動団体等そして行政がお互いに支え合うネットワークを形成し、「共に生きる社会」、「連携する社会」をめざしてください。

◇ 介護保険料

町行政から示された第9期計画期間における月額基準保険料は、第8期計画期間と同額の6,500円ですが、介護保険法施行令の一部を改正する政令等の公布（令和6年政令第13号）により1号被保険者の標準段階を現行の標準9区分から標準13区分に多段階化されるとともに、低所得者の保険料段階第1段階から3段階までの標準乗率の軽減及び第6段階から13段階の標準乗率が引き上げとなります。また、少子高齢化が一層加速するなか、自助、互助、共助による介護予防事業や認知症予防事業など、町民にとって住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる地域社会の実現をめざした各種の施策が必要となります。

これらを踏まえ、第9期計画期間における月額基準保険料の妥当性について、慎重に審議した結果、先行きの見えない物価高騰等の影響及び本町の介護保険事業の持続可能性の向上の視点を踏まえ、高齢者等が安心して暮らし続けるために必要となる介護サービスを維持・確保するためにはやむを得ないものと委員の意見が一致しました。しかしながら、物価高騰など高齢者の各種負担はより大きなものとなっていることから、これ以上の負担増とならないよう強く国及び奈良県へ要請することを求めるとともに、介護保険制度の適正な運営を願います。

また、町行政においては、介護保険料について、高齢者から理解を得られるよう懇切丁寧な説明に尽力することを求めます。

保険料月額基準額 6,500 円		
所得段階	保険料額 (年額)	対象者
第1段階	22,230 円	生活保護被保護者、非課税世帯 合計所得金額等 80 万以下
第2段階	37,830 円	非課税世帯 合計所得金額等 80 万円超 120 万円以下
第3段階	53,430 円	非課税世帯 合計所得金額等 120 万円超
第4段階	70,200 円	課税世帯 本人非課税 合計所得金額等 80 万円以下
第5段階	78,000 円	課税世帯 本人非課税 合計所得金額等 80 万円超
第6段階	93,600 円	本人課税 合計所得金額 120 万円未満
第7段階	101,400 円	本人課税 合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満
第8段階	117,000 円	本人課税 合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満
第9段階	132,600 円	本人課税 合計所得金額 320 万円以上 420 万円未満
第10段階	148,200 円	本人課税 合計所得金額 420 万円以上 520 万円未満
第11段階	163,800 円	本人課税 合計所得金額 520 万円以上 620 万円未満
第12段階	179,400 円	本人課税 合計所得金額 620 万円以上 720 万円未満
第13段階	187,200 円	本人課税 合計所得金額 720 万円以上

※第1段階、第2段階及び第3段階については、介護保険法施行令の規定による公費軽減割合を反映（令和6年度から令和8年度まで）

◇ その他

少子高齢化や核家族化の進行や地域社会のつながりが希薄化する等、地域社会を取り巻く環境が刻々と変化し、住民のニーズが多様化複雑化しています。

このような状況の中で、問題に対応していくためには関係部署のさらなる連携が必須となります。また、住民だれもが地域社会で自分らしくいきいきとして暮らしていくために、老人クラブ等の地縁団体の活性化、介護人材の確保、認知症対策及び地域全体で支え合う組織の構築など問題が山積しております。「支える側」、「支えられる側」に関わらず、地域共生社会を築くための持続的な取り組みを行政に求めます。

以 上

大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

令和6(2024)年3月

編集・発行 大淀町

〒638-8501

奈良県吉野郡大淀町榎垣本 2090

TEL 0747-52-5501 (代表)
