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３(2021)年度から令和５(2023)年度までを計画期間とする「大淀町第８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、少子高齢化の進行が著しい状態です。本町においても、高齢化率は上昇傾向が続き、令和２(2020)年度には高齢化率が33.8%にのぼる一方、総人口は減少が進んでいます。高齢化率の上昇とともに、社会の家族形態の変化など、高齢者を取り巻く環境も変化してきており、単身の高齢者、高齢者のみの世帯が増加していくことが予測され、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、国では、団塊の世代のみなさまが75歳となられる令和７(2025)年に向けて、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」の構築をめざしており、本町においても、地域包括ケアシステムの実現に向けて取り組みを進めてまいりました。

本計画では、これまでの基本理念や基本目標を引き継ぎながらも、感染症対策などの新たな課題に取り組むとともに、地域共生社会を目指した地域包括ケアシステムの更なる推進のもと、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３年３月

大淀町長　　岡下　守正

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
　　（１）法的根拠 2
　　（２）関連する計画との関係 2
　３．計画の策定体制 3
　　（１）高齢者等の現状を把握するための実態調査の実施 3
　　（２）大淀町介護保険運営協議会の開催 3
　４．計画の期間 3

第２章　高齢者及び介護保険の状況 4
　１．人口及び高齢化率の推移 4
　２．介護保険被保険者数の推移 5
　３．要支援・要介護認定者数の推移 6
　４．介護サービスの状況 7
　５．高齢者及び家族介護者等の意識・実態 8
　　（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 8
　　（２）在宅介護実態調査 21

第３章　計画の基本理念と施策体系 28
　１．基本理念 28
　２．基本目標 29
　３．施策体系 31

第４章　施策の展開（各論） 32
　１．生涯現役で暮らすことができるまちづくり 32
　　（１）高齢者の生きがいづくりを推進します 32
　　（２）自立した生活を支援します 36
　　（３）健康づくり・介護予防を充実します 40
　２．住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり 46
　　（１）地域包括ケアシステムを推進します 46
　　（２）介護サービスを充実します 50
　　（３）認知症高齢者への支援を充実します 55
　３．地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり 61
　　（１）地域福祉活動を支援します 61
　　（２）高齢者の人権を大切にします 63

４．安全で快適なくらしやすいまちづくり……65
（１）快適な住宅、住環境の向上をめざします……65
（２）安全で安心な生活環境を推進します……67

第５章　介護サービスの充実と質の向上……70
１．高齢者等の見込み……70
（１）人口推計……70
（２）要支援・要介護認定者数の推計……71
２．介護サービスの量の見込み……72
（１）居宅サービスの必要量の推計……72
（２）地域密着型サービスの必要量の推計……74
（３）施設サービスの必要量の推計……74
３．介護保険事業費の見込み……75
（１）総給付費の推計……75
（２）標準給付費の推計……77
（３）地域支援事業費の推計……77
（４）保険料収納必要額の推計……78
４．第１号被保険者の介護保険料……79
（１）介護給付等の財源……79
（２）保険料段階……80
（３）第１号被保険者の介護保険料……81

第６章　計画の推進について……83
１．計画に関する啓発・広報の推進……83
２．計画推進体制の整備……83
（１）連携及び組織の強化……83
（２）医療・介護・保健福祉・地域住民等との連携……83
（３）奈良県及び近隣市町村との連携……84
３．進捗状況の把握と評価の実施……84

資料編……86
１．大淀町介護保険運営協議会規則……86
２．大淀町介護保険運営協議会委員名簿……88
３．大淀町第８期介護保険事業計画の策定について（答申）……89

第１章　計画の考え方

１．　計画の背景と目的

我が国は、高齢化の進展に加え、単身世帯、高齢者のみ世帯の増加など世帯構造の変化が並行して進んでいます。また、団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年、さらには団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり高齢人口がピークを迎える令和22(2040)年に向けて、介護サービス需要がさらに増加、多様化していくことが見込まれています。さらに、令和７(2025)年以降は現役世代の減少が顕著となり、令和22(2040)年に向けて、高齢者介護を支える人材の確保も大きな課題となっています。

このような我が国の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)年を展望して取り組みを進めることが必要となります。

これまで、本町では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、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。地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた基盤となることから、今後も一層推進していく必要があります。

また、世界的な新型コロナウイルス感染症の感染拡大が、これまでの社会のあり方を変えようとしています。高齢者や基礎疾患のある人は重症化しやすいと考えられ、特に注意が必要であり、厚生労働省が提唱する「新しい生活様式」等に対応した、新たな高齢者福祉サービスのあり方を早急に検討、確立させていくことが必要です。

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、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８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。

※地域共生社会とは
地域共生社会とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことをいいます。厚生労働省においては、「地域共生社会」の実現を基本コンセプトとして、平成 30(2018)年度からの生活困窮者自立支援制度の見直しなど、2020 年代初頭の全面展開をめざし改革を実行しており、都道府県・市町村にも同様の取り組みが求められています。

２． 計画の位置づけ

（１）法的根拠

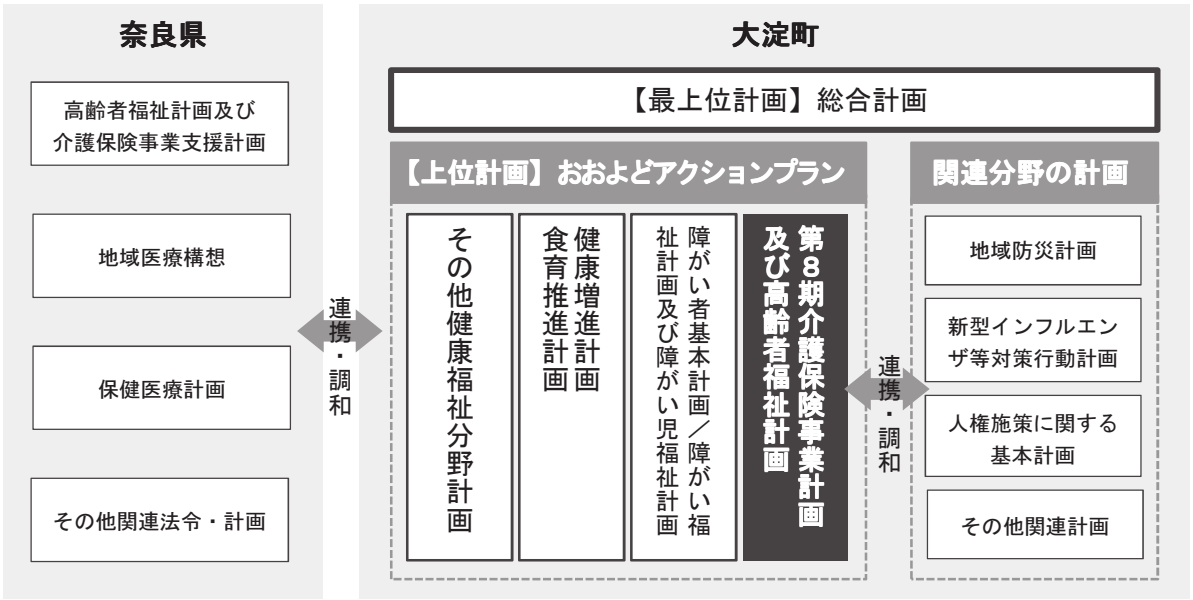
介護保険事業計画は、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 117 条の規定に基づき、高齢者福祉計画は、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の８に規定する「老人福祉計画」に基づき策定するものです。

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８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」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「おおよどアクションプラン（大淀町地域福祉計画・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６期障がい福祉計画及び大淀町第２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２次）／大淀町食育推進計画（第２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。

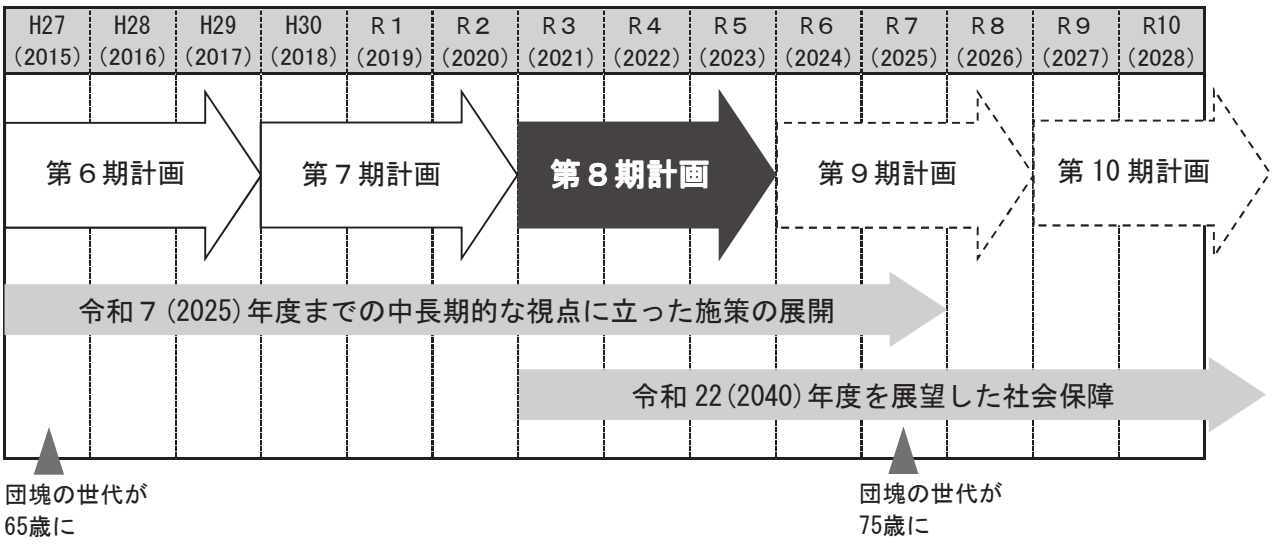
（２）大淀町介護保険運営協議会の開催

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。

４． 計画の期間

本計画の期間は、令和３(2021)年度から令和５(2023)年度までの３年間を計画期間とします。

また、本計画では、団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年度、さらに団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり高齢人口がピークを迎える令和 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。

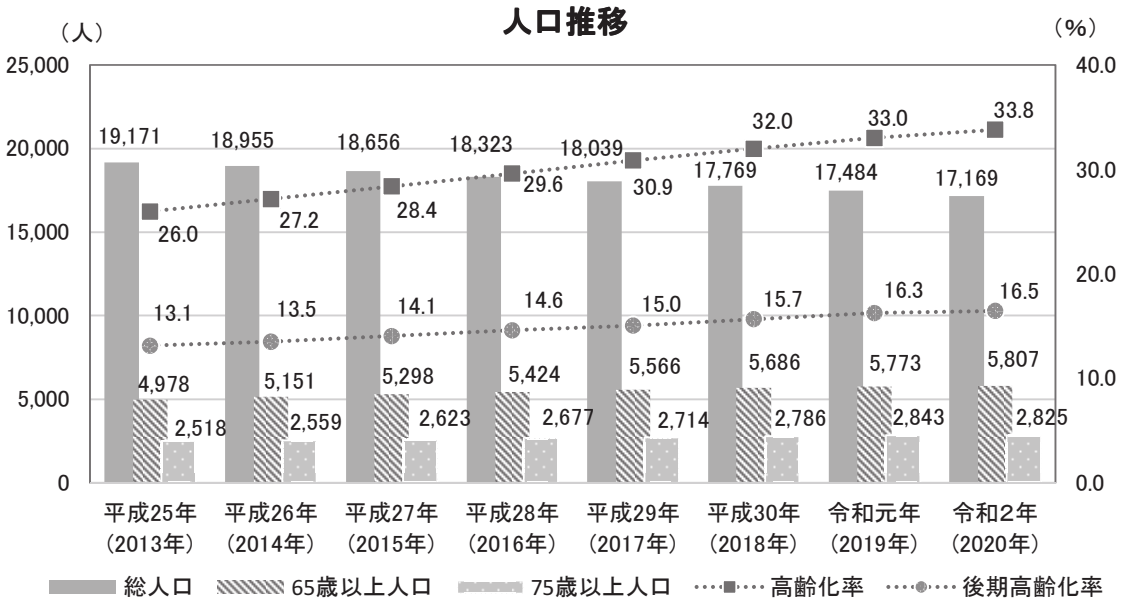


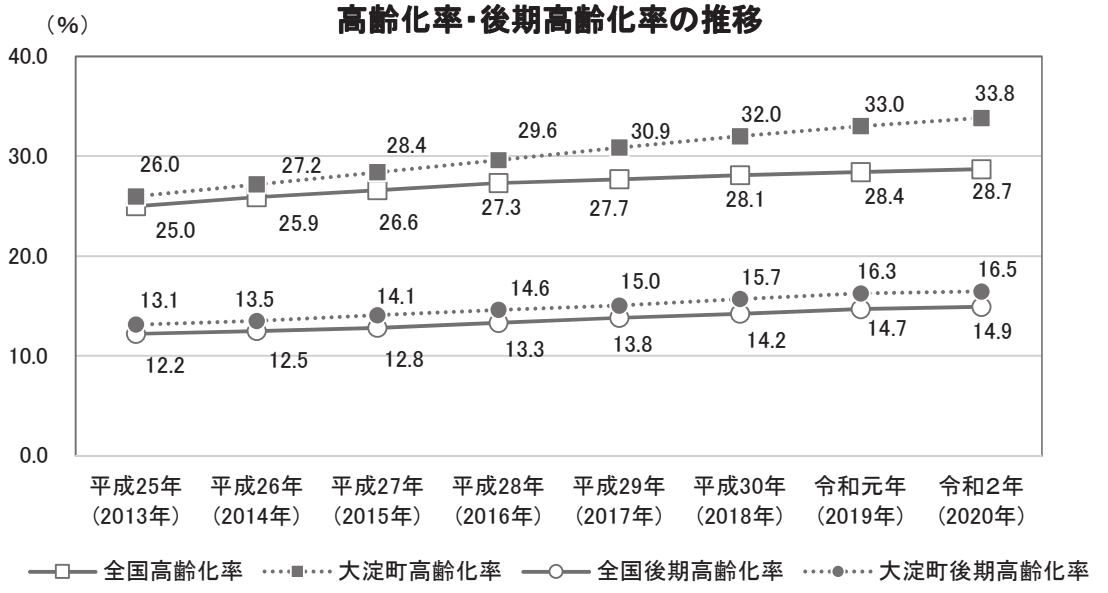
第２章　高齢者及び介護保険の状況

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２(2020)年度では 17,169 人となっています。

一方で、65 歳以上人口及び高齢化率（総人口に占める 65 歳以上人口の割合）については増加傾向となっており、令和２(2020)年度には 5,807 人で 33.8%と、全国の高齢化率より高い水準で推移しています。



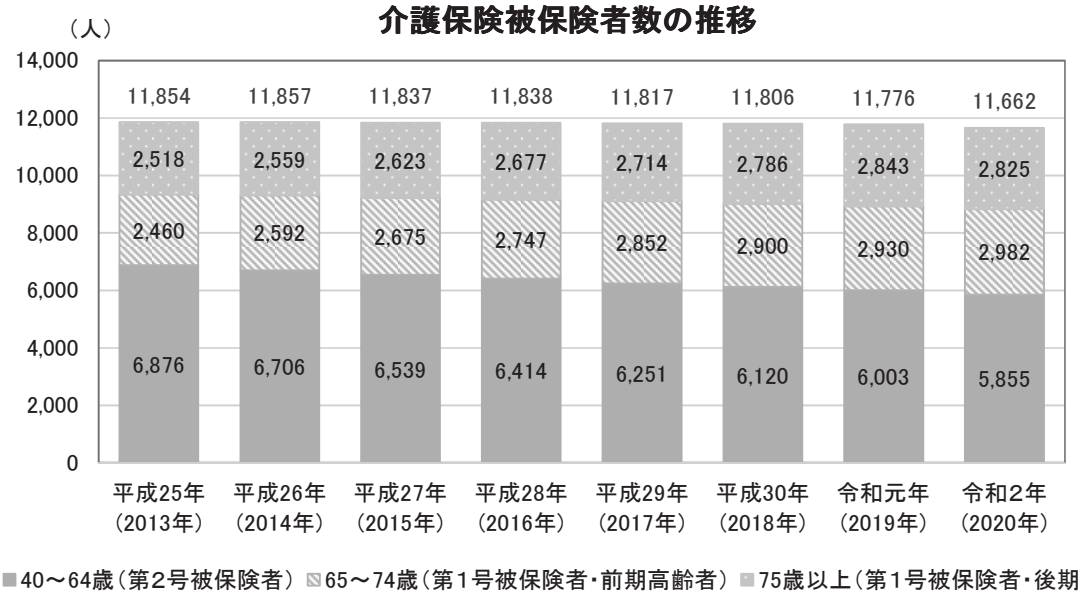


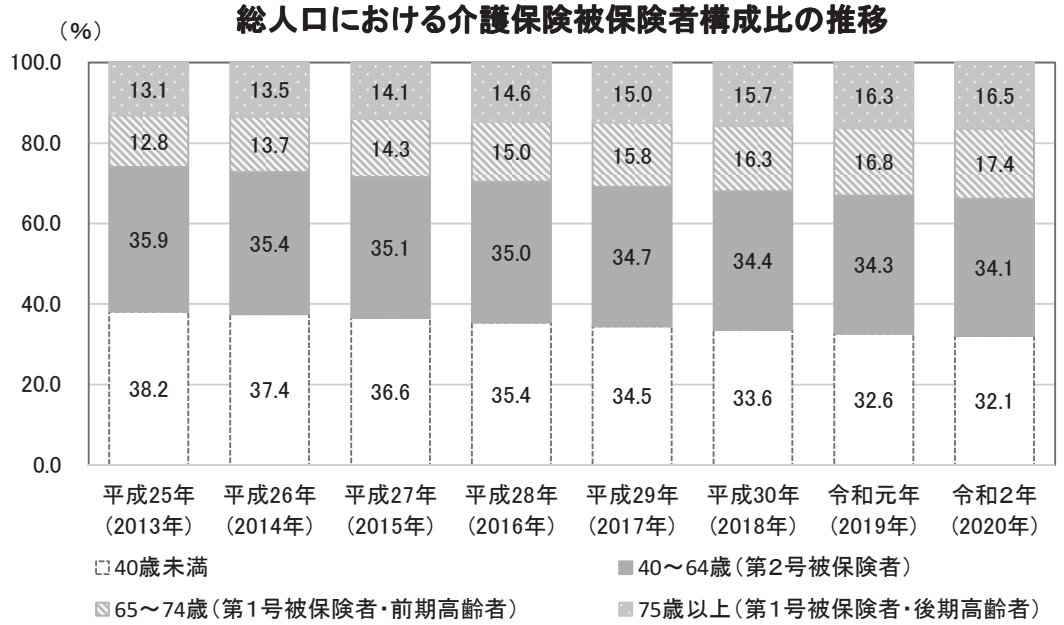
資料：大淀町は住民基本台帳（各年9月末）
全国は総務省統計局「人口推計」（各年 10 月1日、令和2年は概算値）

２．　介護保険被保険者数の推移

介護保険被保険者数は横ばい傾向で推移しており、令和２(2020)年度では 40～64 歳の第２号被保険者は 5,855 人、65～74 歳の第１号被保険者・前期高齢者は 2,982 人、75 歳以上の第１号被保険者・後期高齢者は 2,825 人となっています。

また、総人口が減少している中において、第２号被保険者の構成比は減少傾向ですが、第１号被保険者の構成比は増加傾向となっています。





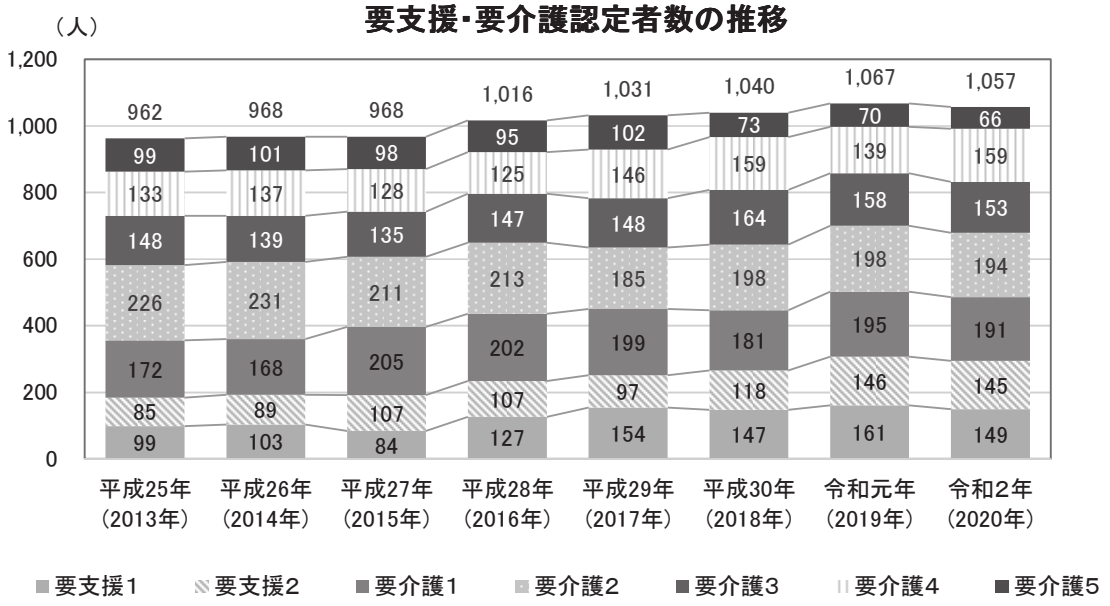
資料：住民基本台帳（各年9月末）

3． 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（第２号被保険者を含む）は、平成 27(2015)年度までは横ばいで推移していましたが、平成 28(2016)年度以降は増加傾向がみられ、令和２(2020)年度では要支援認定者が 294 人、要介護認定者が 763 人となっています。

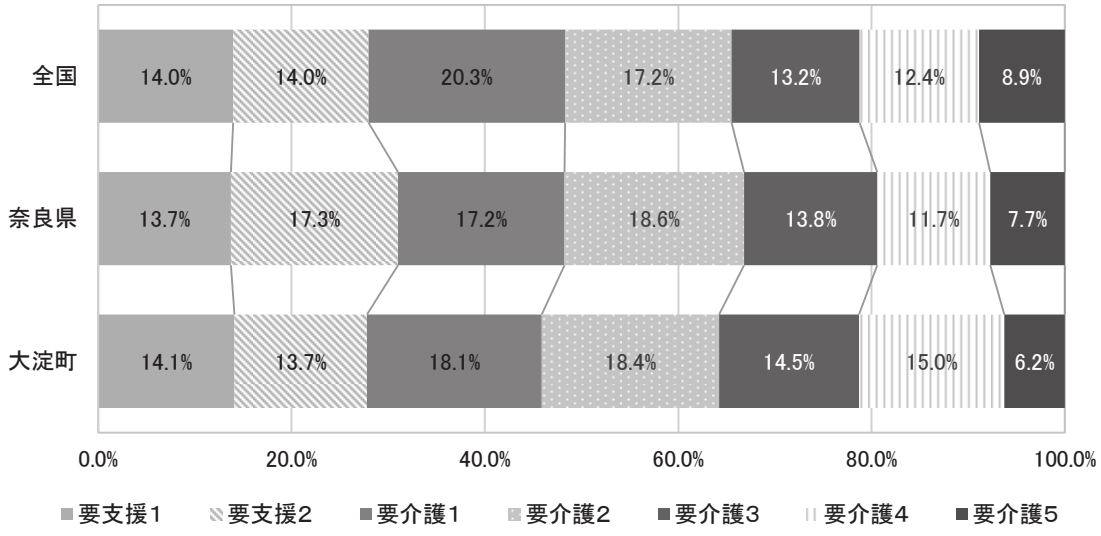
また、令和２(2020)年度における要支援・要介護認定者の構成比をみると、本町は奈良県と比べて、要介護認定者の割合がやや高くなっています。

要支援･要介護認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告書（各年9月月報）

令和2年度における要支援･要介護認定者構成比



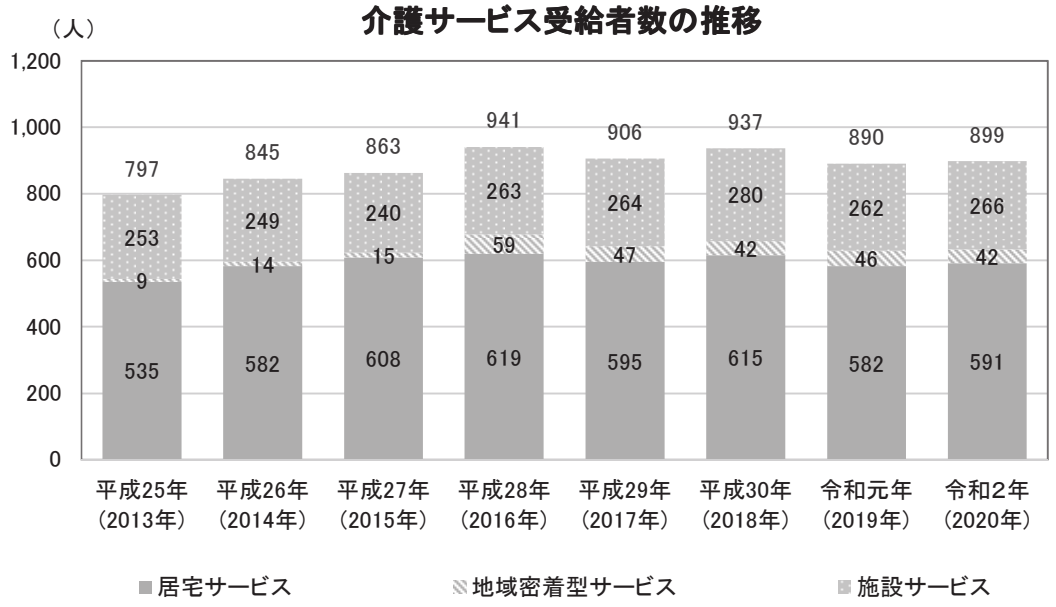
資料：介護保険事業状況報告書（令和2年9月月報）

4． 介護サービスの状況

介護サービス受給者数は増減を繰り返しており、令和２(2020)年度では居宅サービスが 591 人、地域密着型サービスが 42 人、施設サービスが 266 人となっています。

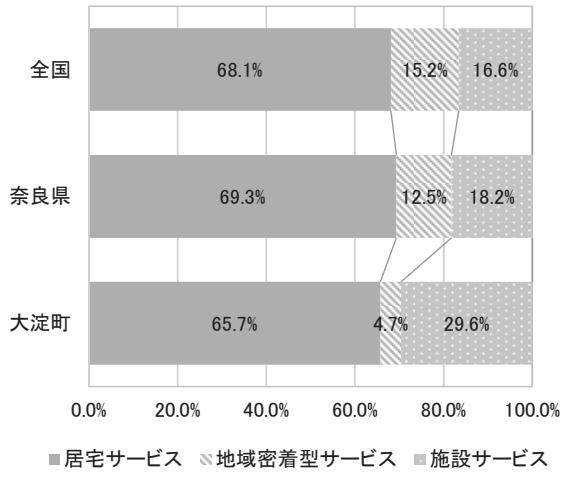
また、サービスの受給者及び給付額の割合について、本町は全国及び奈良県と比べて、施設サービスの受給者及び給付額の割合が高くなっています。

介護サービス受給者数の推移

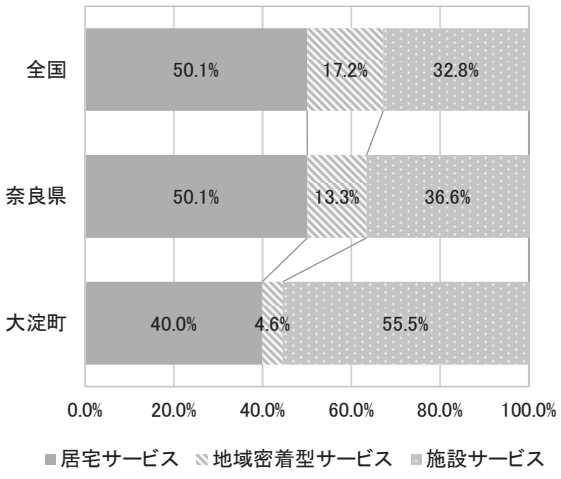


資料：介護保険事業状況報告書（各年9月月報）

サービスの受給者割合（令和2年9月分）



サービスの給付額割合（令和2年9月分）



資料：介護保険事業状況報告書（令和2年9月月報）

５．　高齢者及び家族介護者等の意識・実態

（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

①調査の概要

【調査目的】

計画策定の基礎資料として、また、町が実施する介護予防・日常生活支援総合事業の評価等に活用することを目的として実施したものです。

【調査対象】

令和２年６月１日現在、町内在住の要介護認定（要介護１～５）を受けていない 65 歳以上の人から無作為抽出。

【調査方法】

郵送配布・郵送回収

【調査期間】

令和２(2020)年６月 12 日（金）～７月 10 日（金）

【回収結果】

配布数	回収数	回収率
2,500 件	1,721 件	68.8%

【集計表の見方】

（１）図表中の「ｎ（number of case)」は、有効標本数（集計対象者総数）を表しています。

（２）回答結果の割合「%」は有効標本数に対して、それぞれの回答数の割合を小数点以下第２位で四捨五入したものです。そのため、単数回答であっても合計値が 100.0%にならない場合があります。

（３）複数回答の設問の場合、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。

（４）図表中に次のような表示などがある場合は、複数回答を依頼した質問を示しています。

・ＭＡ %（Multiple　Answer）：回答選択肢の中からあてはまるものをすべて選択する場合

・３ＬＡ%（3 Limited Answer）：回答選択肢の中からあてはまるものを３つ以内で選択する場合

これ以外の場合は、特に断りがない限り、単一回答（回答選択肢の中からあてはまるものを１つだけ選択する）形式の設問です。

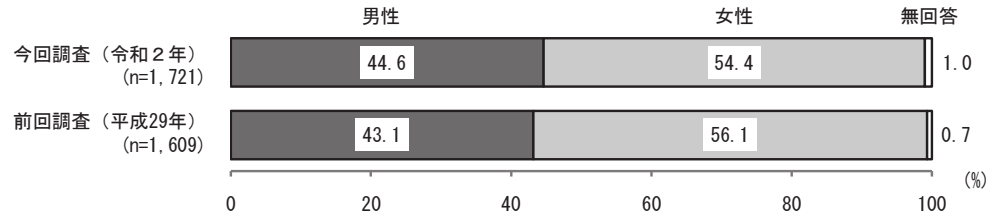
（５）図表中において「無回答」とあるものは、回答が示されていない、または回答の判別が著しく困難なものです。

②回答者の属性

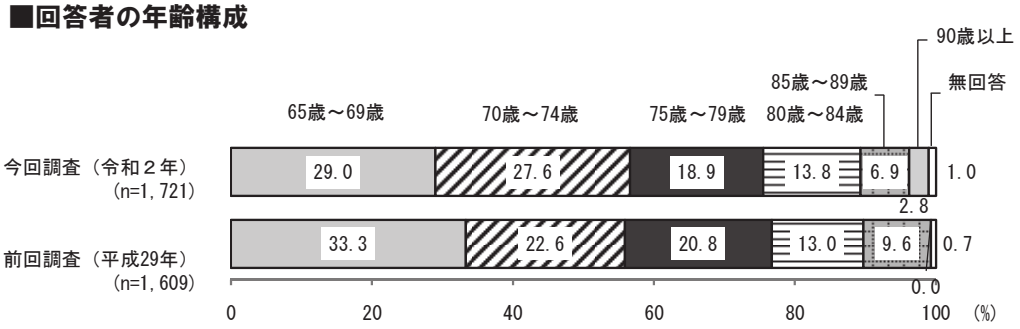
【性別・年齢】

回答者の性別は「男性」44.6%、「女性」54.4%、年齢は「65～69 歳」が 29.0%と最も多く、80 歳未満が７割台半ば（75.5%）となっています。

■回答者の性別



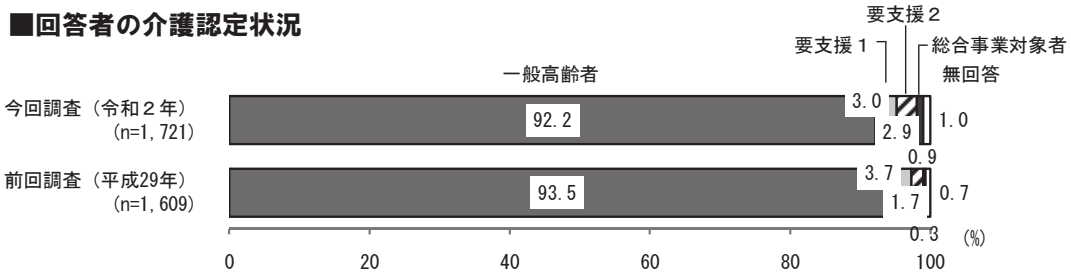
■回答者の年齢構成



【介護認定状況】

一般高齢者が 92.2%、要支援認定者・総合事業対象者は合計 6.8%となっています。

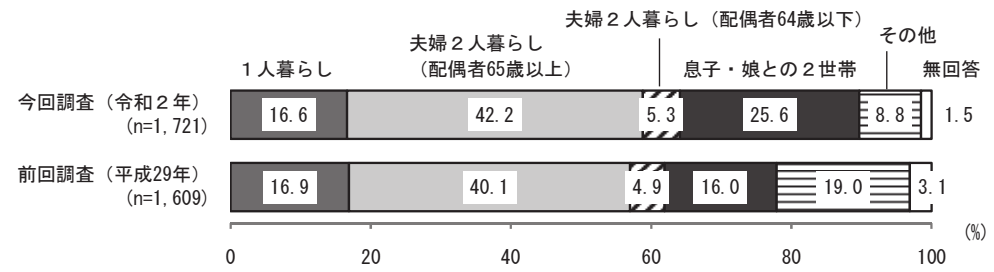
■回答者の介護認定状況



【家族構成】

「夫婦２人暮らし（配偶者 65 歳以上)」が 42.2%と最も多く、次いで、「息子・娘との２世帯」が 25.6%、「１人暮らし」が 16.6%となっています。

■回答者の家族構成



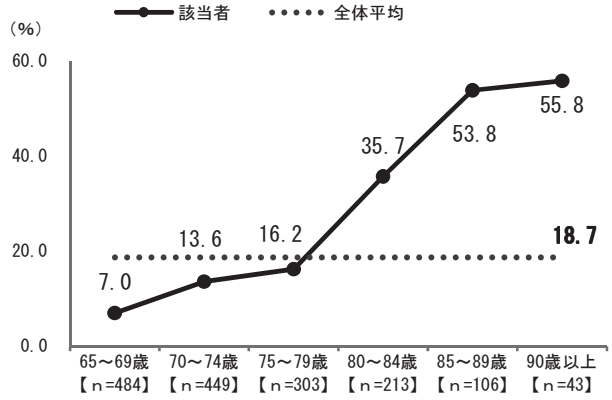
③生活機能評価等

本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、「手段的自立度（ＩＡＤＬ）」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っています。

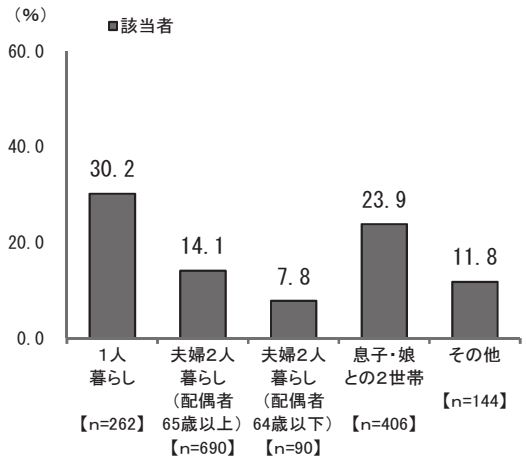
【運動機能が低下している高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 18.7%、一般高齢者で 14.6%、要支援認定者・総合事業対象者で 76.4%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には１人暮らし、息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



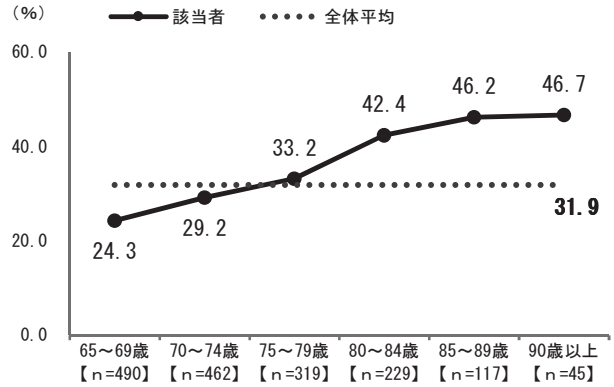
■家族構成別



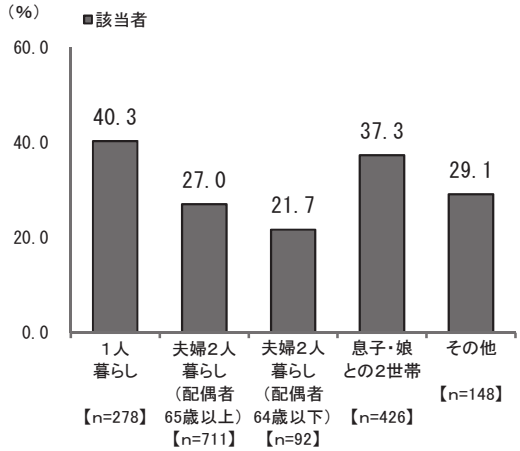
【転倒リスクのある高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 31.9%、一般高齢者で 30.1%、要支援認定者・総合事業対象者で 57.8%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には１人暮らし、息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



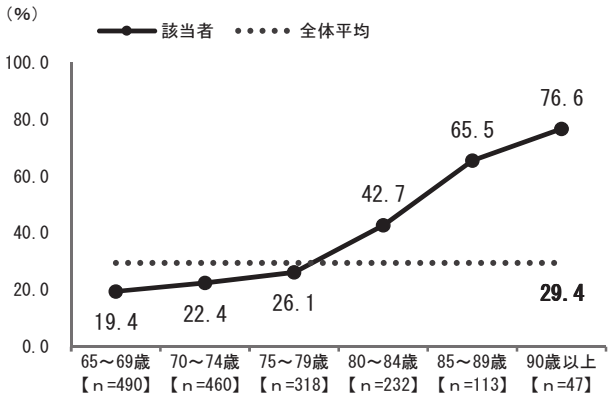
■家族構成別



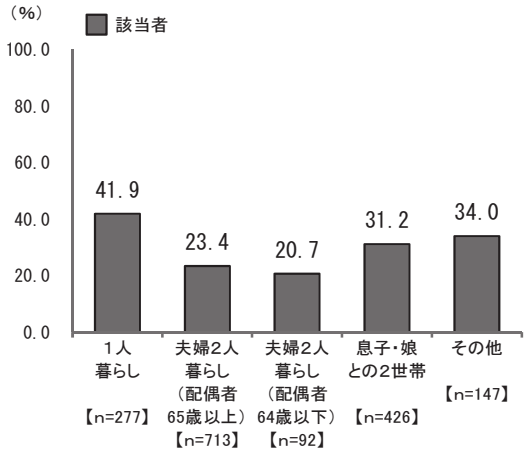
【閉じこもり傾向のある高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 29.4%、一般高齢者で 27.0%、要支援認定者・総合事業対象者で 63.5%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には 1 人暮らしで多くなっています。

■年齢別



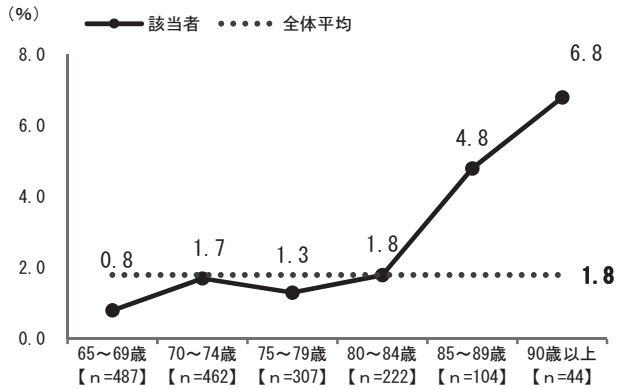
■家族構成別



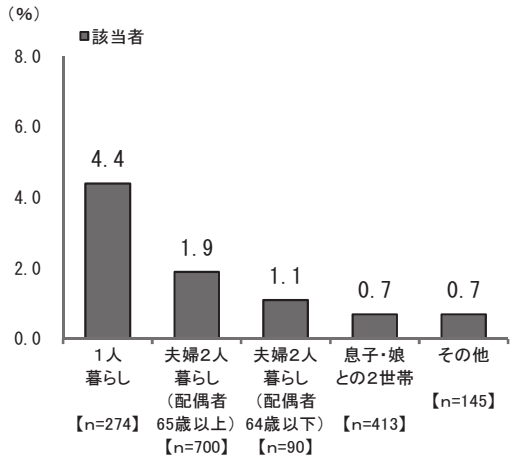
【低栄養に該当する高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 1.8%、一般高齢者で 1.5%、要支援認定者・総合事業対象者で 4.6%となっています。年齢別には 85 歳以上、家族構成別には 1 人暮らしで多くなっています。

■年齢別



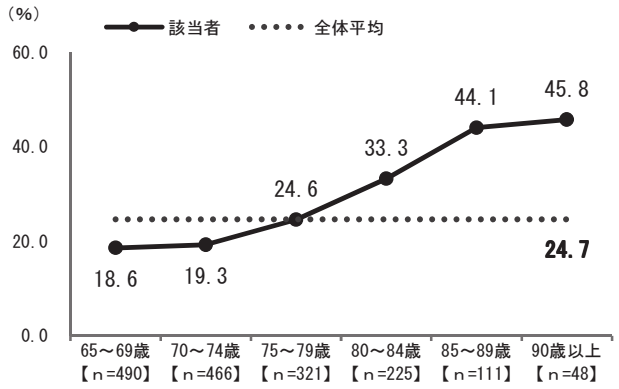
■家族構成別



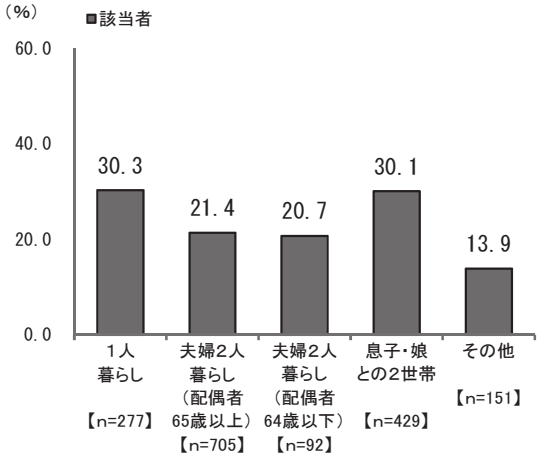
【口腔機能が低下している高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 24.7%、一般高齢者で 22.8%、要支援認定者・総合事業対象者で 47.0%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には 1 人暮らし、息子・娘との 2 世帯でやや多くなっています。

■年齢別



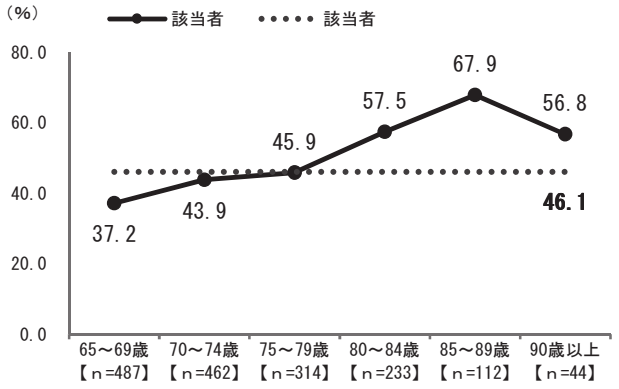
■家族構成別



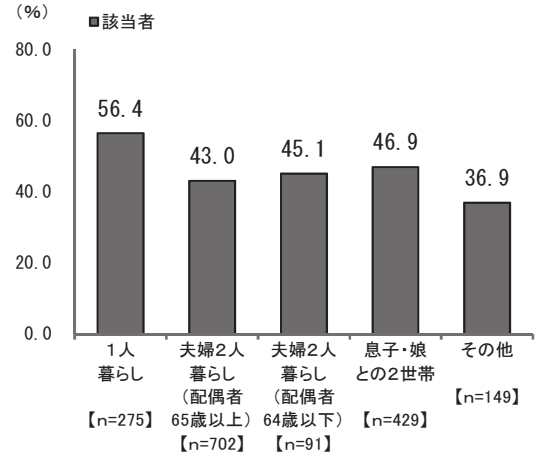
【認知機能の低下がみられる高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 46.1%、一般高齢者で 45.1%、要支援認定者・総合事業対象者で 61.3%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には 1 人暮らしで多くなっています。

■年齢別



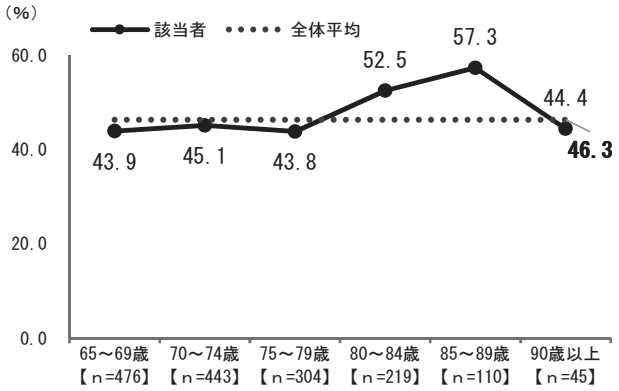
■家族構成別



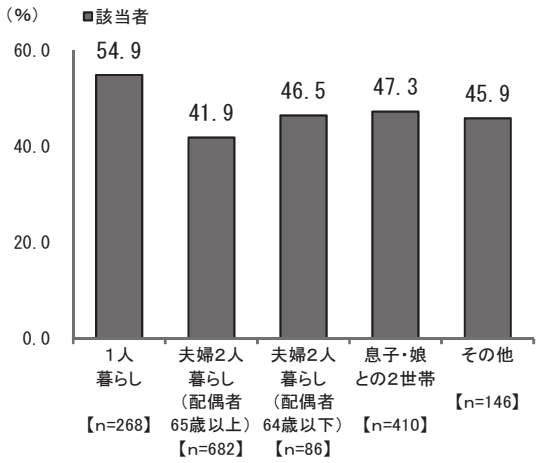
【うつ傾向がみられる高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 46.3%、一般高齢者で 44.6%、要支援認定者・総合事業対象者で 70.4%となっています。年齢別には 80～89 歳、家族構成別には 1 人暮らしで多くなっています。

■年齢別



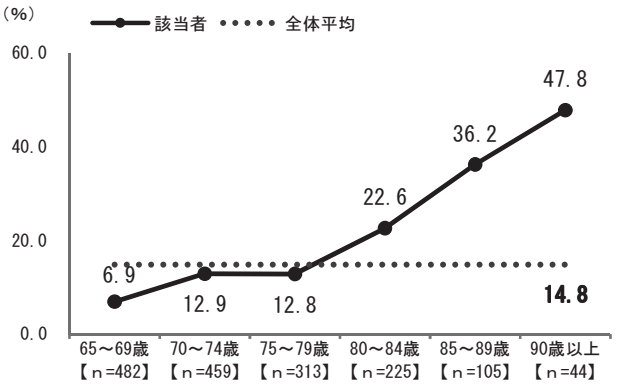
■家族構成別



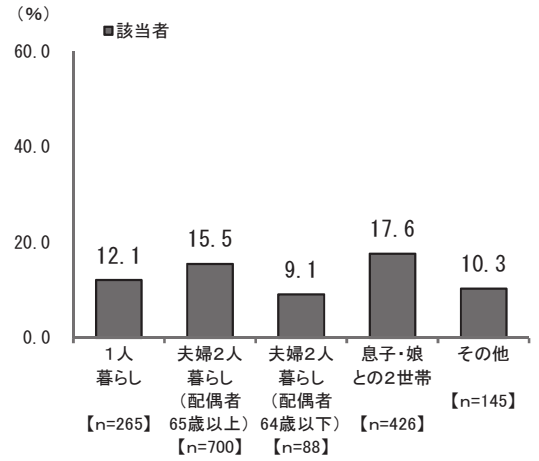
【手段的自立度（IADL）※の低下がみられる高齢者】

低下者（「やや低い」「低い」の計）は全体で 14.8%、一般高齢者で 12.7%、要支援認定者・総合事業対象者で 45.7%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



■家族構成別

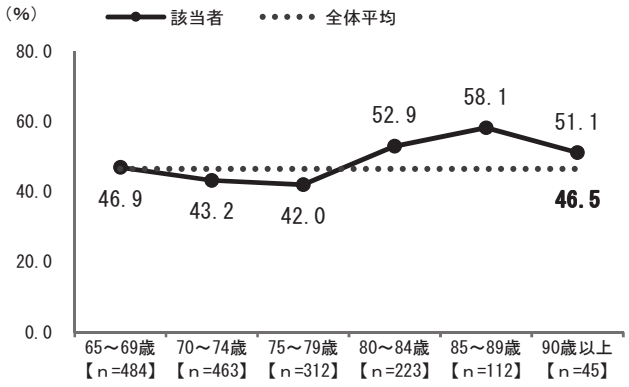


※手段的自立度（IADL）…家事動作や管理能力、交通機関の利用など、活動的な日常生活をおくるための能力

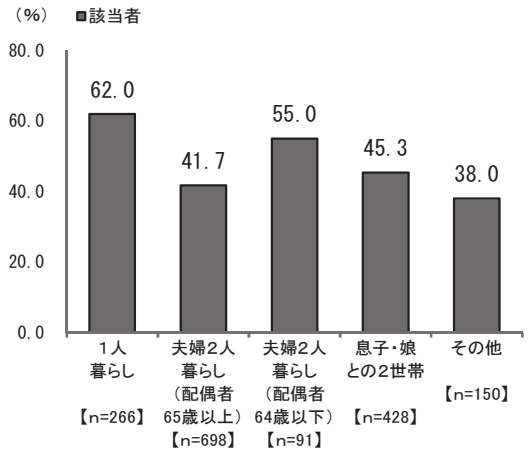
【知的能動性※の低下がみられる高齢者】

低下者（「やや低い」「低い」の計）は全体で 46.5%、一般高齢者で 45.1%、要支援認定者・総合事業対象者で 68.2%となっています。年齢別には 85～89 歳、家族構成別には 1 人暮らし、夫婦 2 人暮らし（配偶者 64 歳以下）で多くなっています。

■年齢別



■家族構成別

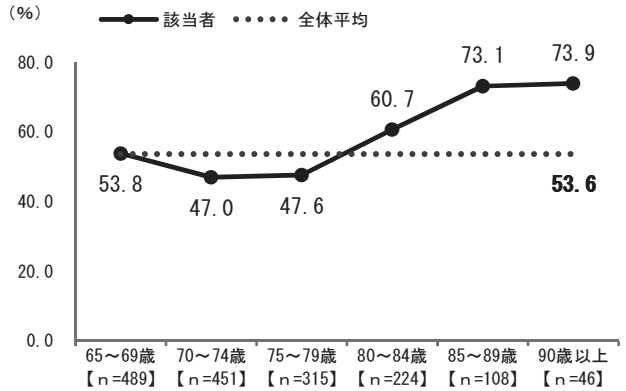


※知的能動性…本や新聞などを積極的に読むなど、高齢者の余暇や創作など生活を楽しむ能力

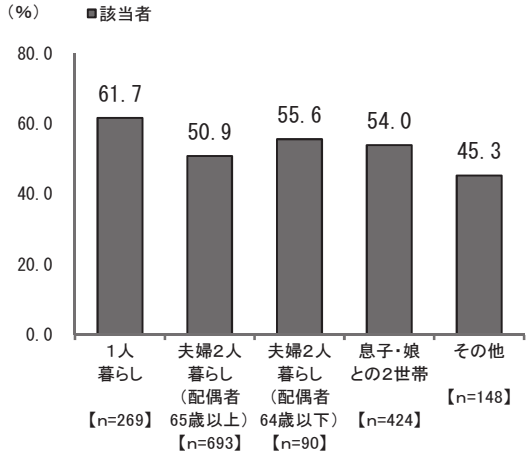
【社会的役割※の低下がみられる高齢者】

低下者（「やや低い」「低い」の計）は全体で 53.6%、一般高齢者で 51.9%、要支援認定者・総合事業対象者で 76.4%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には 1 人暮らしで多くなっています。

■年齢別



■家族構成別



※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

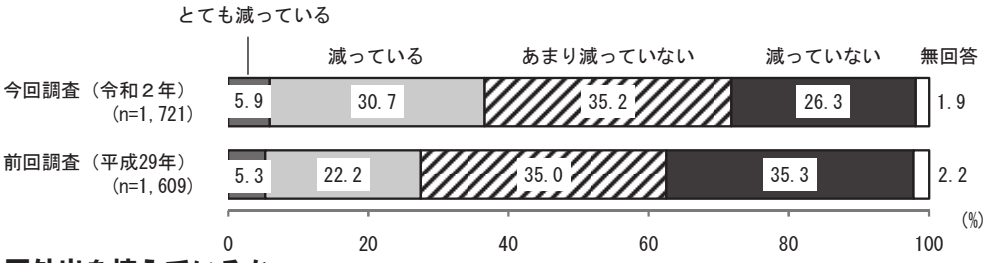
④その他の調査結果

【外出の状況】

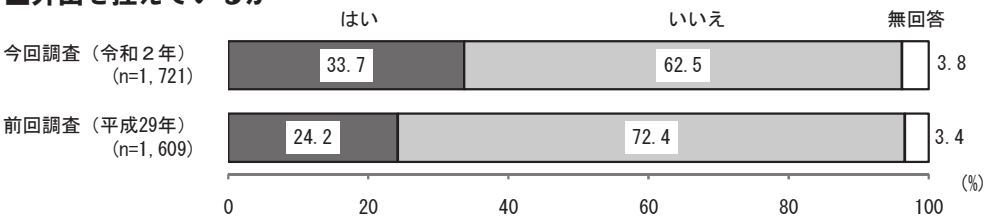
外出の機会が『減っている』(「とても減っている」と「減っている」の合計）は36.6%、外出を『控えている』(「はい」と回答）は33.7%となっています。

また、外出を控えている理由は、「足腰などの痛み」が38.6%と最も多くなっています。

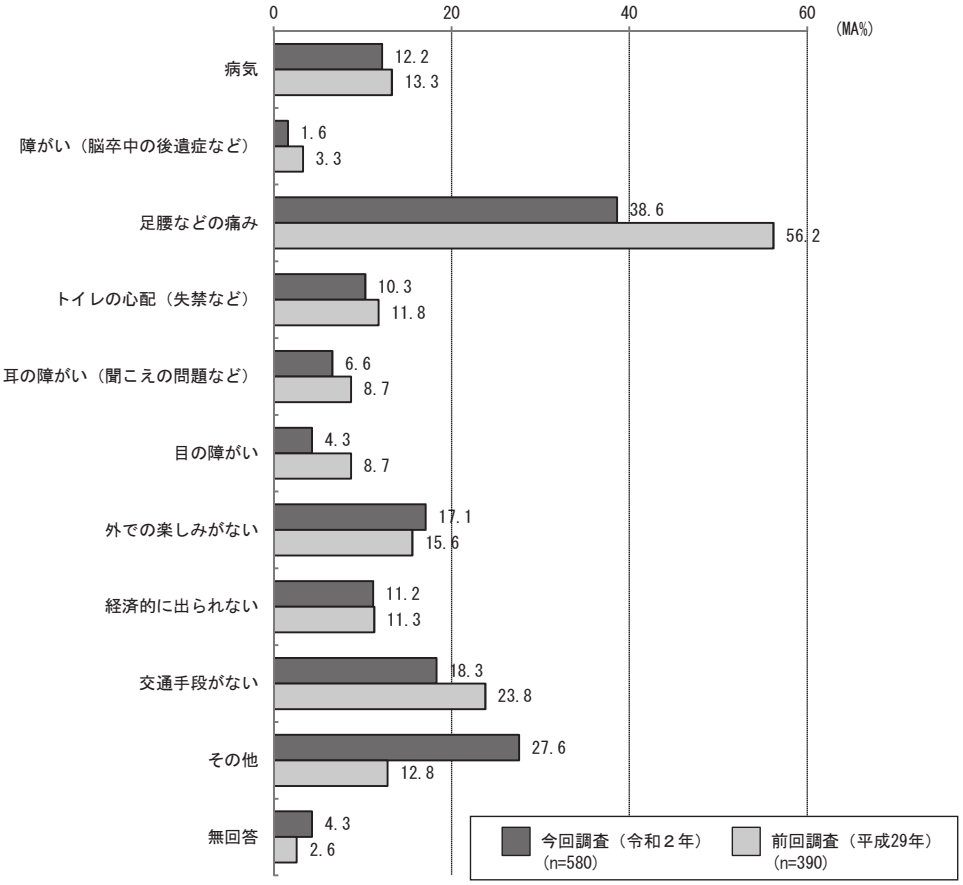
■外出機会が減っているか



■外出を控えているか



■外出を控えている理由

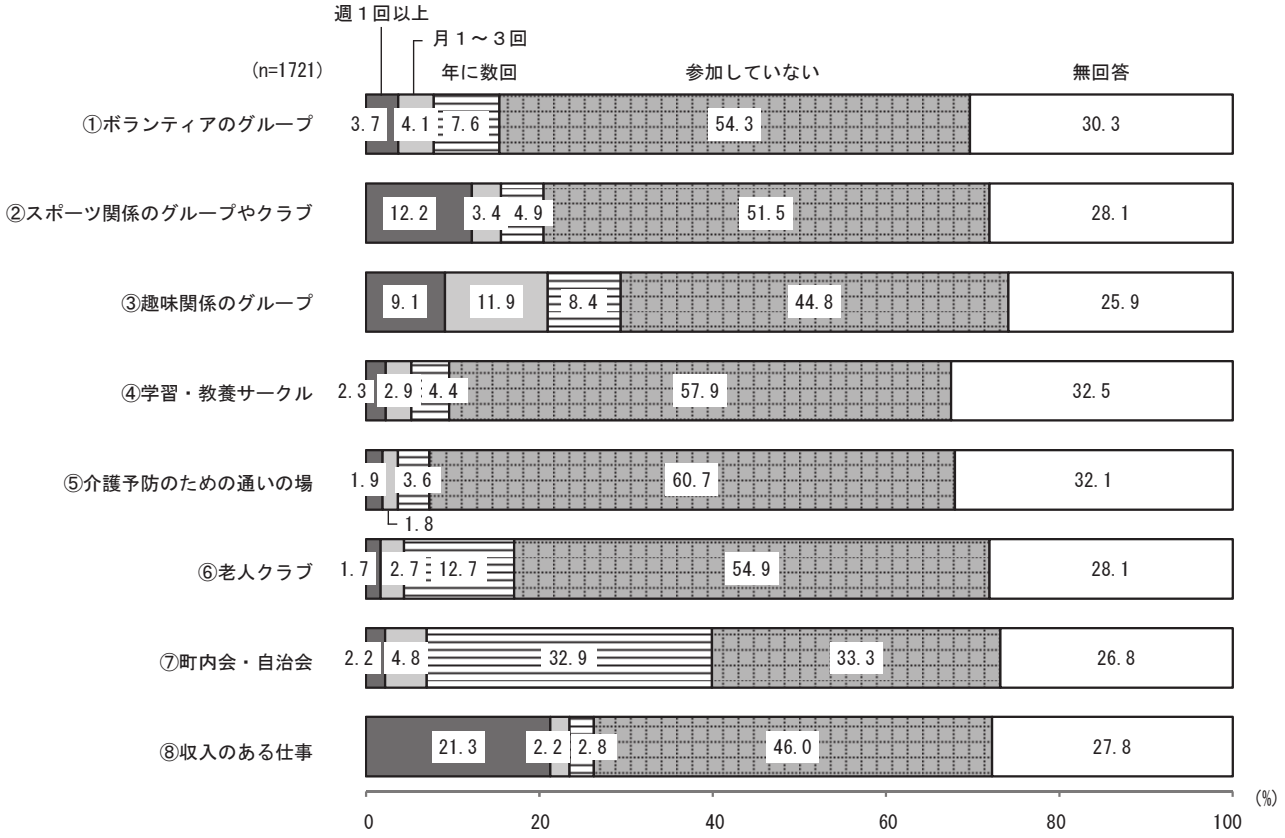


※「その他」27.6%（160件）のうち、「新型コロナウイルス感染症の影響」等の回答が全体の14.8%（86件）みられた。

【地域活動への参加状況】

地域の会・グループ等に『参加している』(「週４回以上」から「年に数回」までの合計）については、町内会・自治会が 39.9%と最も多く、次いで、趣味関係のグループが 29.4%、収入のある仕事が 26.3%となっています。

■地域の会・グループ等への参加状況



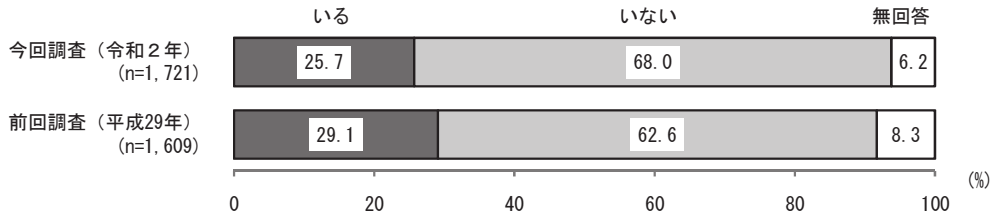
(%)

	n	参加している	週４回以上	週２～３回	週１回	月１～３回	年に数回	参加していない	無回答
①ボランティアのグループ	1721	15.4	1.0	1.4	1.3	4.1	7.6	54.3	30.3
②スポーツ関係のグループやクラブ	1721	20.5	3.0	5.8	3.4	3.4	4.9	51.5	28.1
③趣味関係のグループ	1721	29.4	1.6	3.7	3.8	11.9	8.4	44.8	25.9
④学習・教養サークル	1721	9.6	0.3	0.8	1.2	2.9	4.4	57.9	32.5
⑤介護予防のための通いの場	1721	7.3	0.3	0.6	1.0	1.8	3.6	60.7	32.1
⑥老人クラブ	1721	17.1	0.5	0.7	0.5	2.7	12.7	54.9	28.1
⑦町内会・自治会	1721	39.9	0.5	0.8	0.9	4.8	32.9	33.3	26.8
⑧収入のある仕事	1721	26.3	12.6	7.4	1.3	2.2	2.8	46.0	27.8

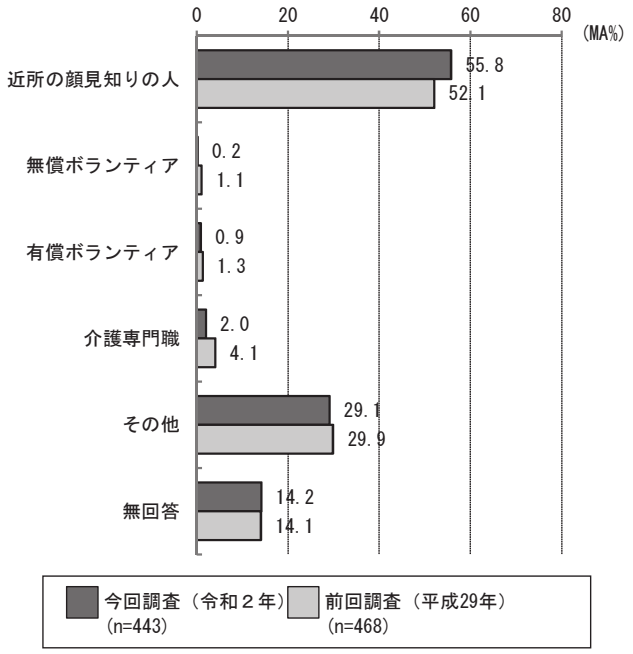
【日常生活の手助け】

ゴミ出し等の手伝いをしてくれる人が「いる」は 25.7%で、手伝ってくれるのは「近所の顔見知りの人」が 55.8%と最も多くなっています。手伝ってくれる人が「いない」は 68.0%で、手伝ってほしいと思う人は「近所の顔見知りの人」が 34.3%と最も多く、次いで、「無償ボランティア」が 23.7%となっています。

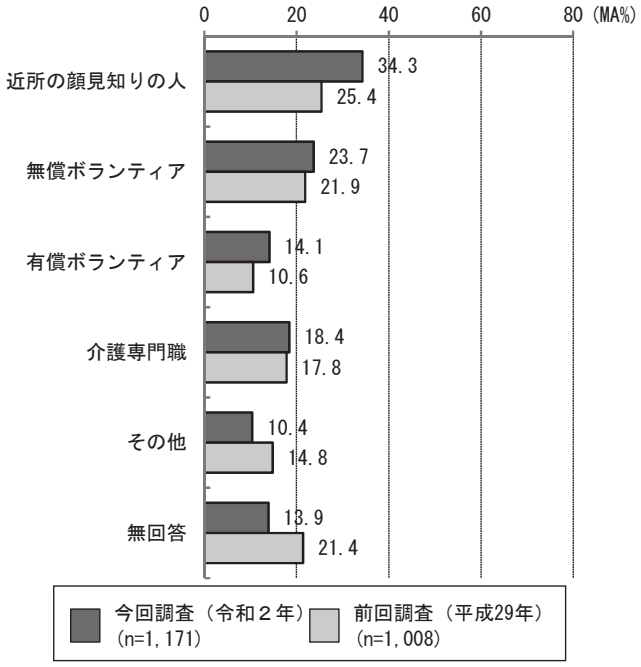
■ゴミ出し等の手伝いをしてくれる人の有無



■手伝ってくれる人



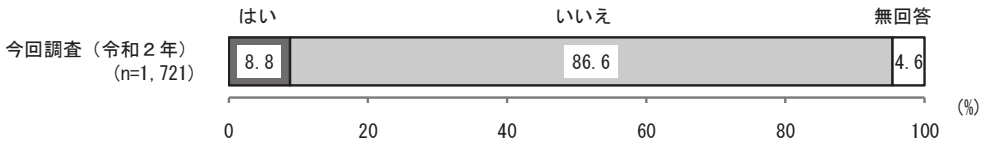
■手伝ってほしい人



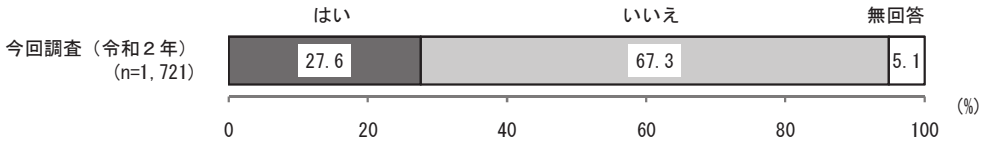
【認知症について】

自身や家族に認知症の症状が『ある』(「はい」と回答)は 8.8%、相談窓口を『知っている』(「はい」と回答)は 27.6%となっています。

■認知症状の有無



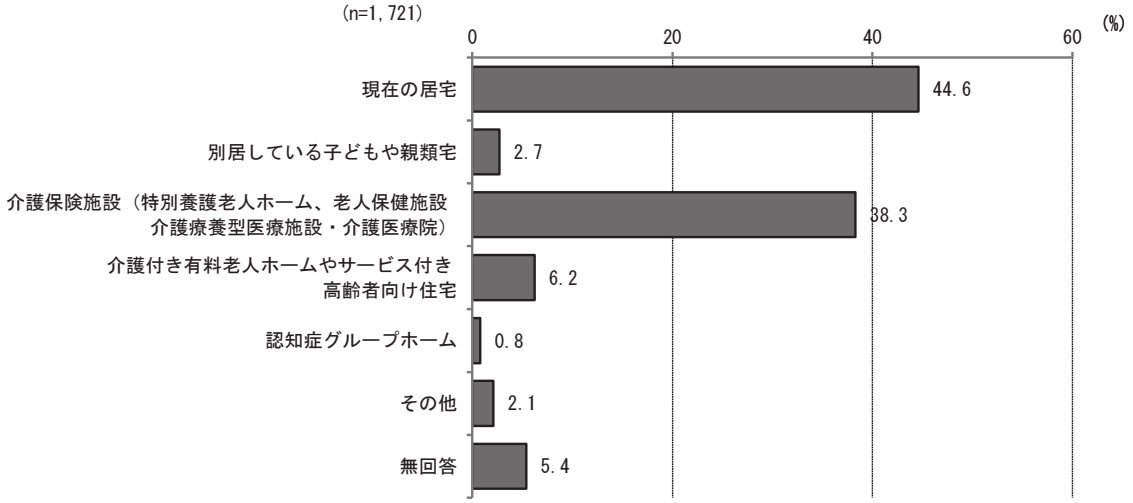
■認知症相談窓口の認知



【将来介護を受けたい場所】

将来、介護を受けたい場所については、「現在の居宅」が 44.6%と最も多く、次いで、「介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設・介護医療院)」が 38.3%となっています。

■介護を受けたい場所

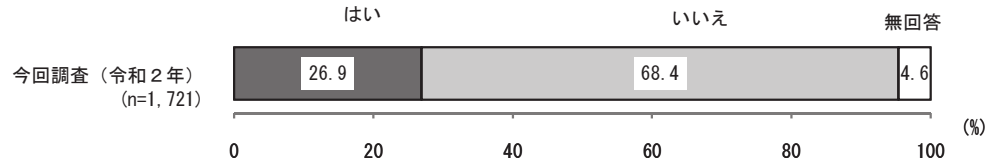


【人生の最終段階に向けて】

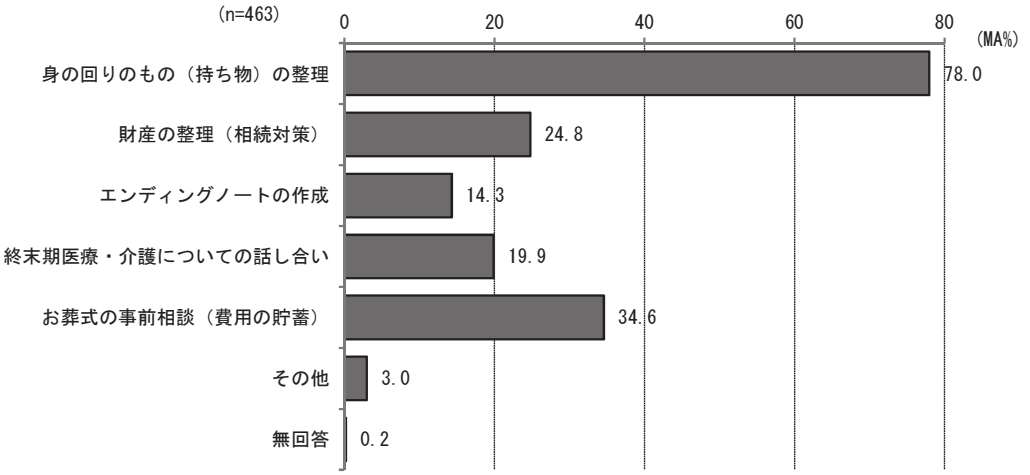
人生の最終段階に向けて準備していることが『ある』(「はい」と回答）は 26.9%で、その内容は、「身の回りのもの（持ち物）の整理」が 78.0%と最も多く、次いで、「お葬式の事前相談（費用の貯蓄)」が 34.6%となっています。

また、人生の最終段階に向けて家族と「すでに話し合っている」は 21.1%、「時期が来たら話し合いたい」が 56.4%となっています。

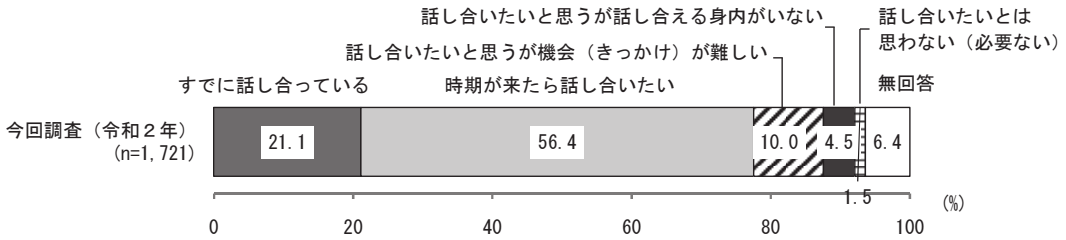
■人生の最終段階に向けて準備しているか



■準備していること



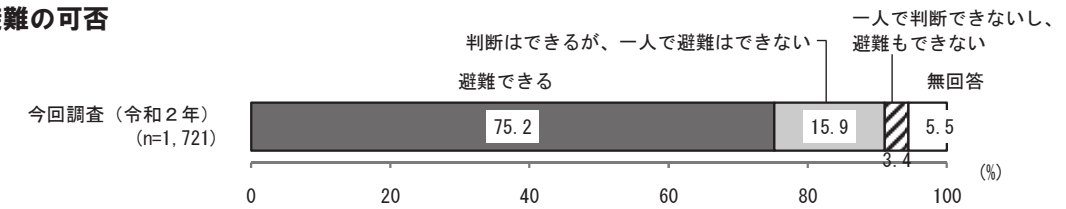
■家族との話し合い



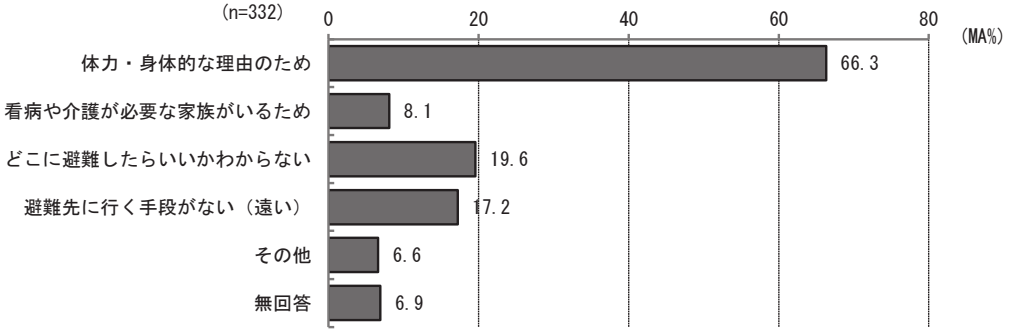
【災害時の対応】

災害時や緊急時の避難の可否については、「避難できる」が 75.2%、『避難できない』(「判断はできるが、一人で避難はできない」、「一人で判断できないし、避難もできない」の合計) は 19.3%で、避難できない理由は「体力・身体的な理由のため」(66.3%) が最も多くなっています。

■避難の可否

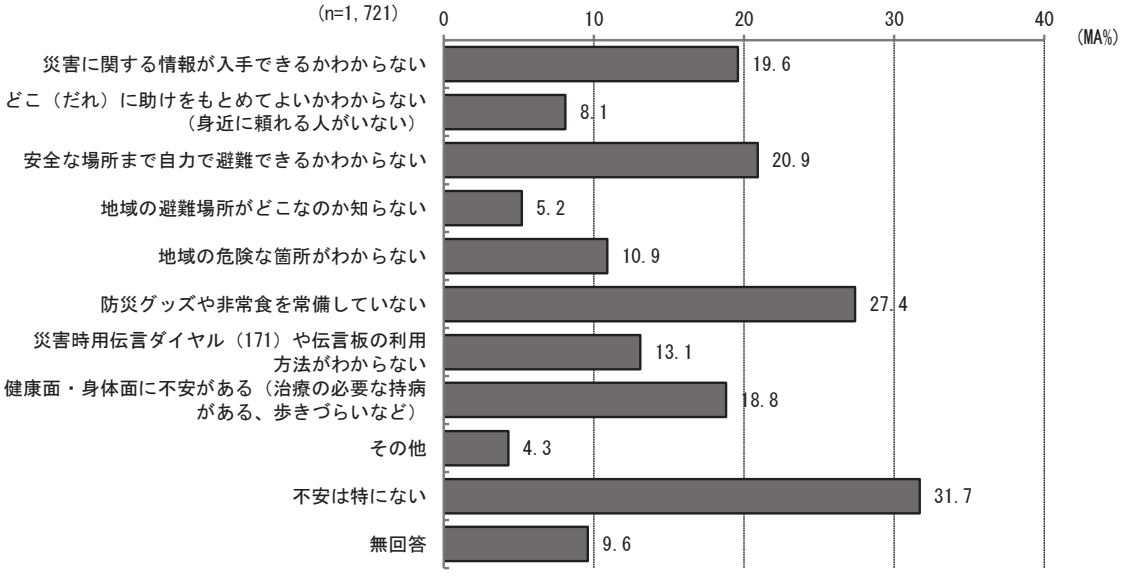


■避難できない理由



災害時に不安に思うことは、「防災グッズや非常食を常備していない」(27.4%)、「安全な場所まで自力で避難できるかわからない」(20.9%)、「災害に関する情報が入手できるかわからない」(19.6%) などが多くなっています。一方、「不安は特にない」も 31.7%みられます。

■災害時に不安に思うこと



（２）在宅介護実態調査

①調査の概要

【調査目的】

計画策定において、「高齢者等の適切な住宅生活の継続」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あり方を検討することを目的としています。

【調査対象】

在宅で生活している要支援・要介護者のうち、下記の期間に「要支援・要介護認定の更新申請・区分変更申請」を行った人を対象としました。

【調査方法】

認定調査員の聞き取りにより実施しました。

【調査期間】

令和元(2019)年６月１日（土）～令和２(2020)年１月31日（金）

【回収結果】

159 件

【集計表の見方】

（１）図表中の「ｎ（number of case)」は、有効標本数（集計対象者総数）を表しています。

（２）回答結果の割合「%」は有効標本数に対して、それぞれの回答数の割合を小数点以下第２位で四捨五入したものです。そのため、単数回答であっても合計値が100.0%にならない場合があります。

（３）複数回答の設問の場合、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。

（４）図表中に次のような表示などがある場合は、複数回答を依頼した質問を示しています。

・ＭＡ %(Multiple Answer)：回答選択肢の中からあてはまるものをすべて選択する場合

・３ＬＡ%(3 Limited Answer)：回答選択肢の中からあてはまるものを３つ以内で選択する場合

これ以外の場合は、特に断りがない限り、単一回答（回答選択肢の中からあてはまるものを１つだけ選択する）形式の設問です。

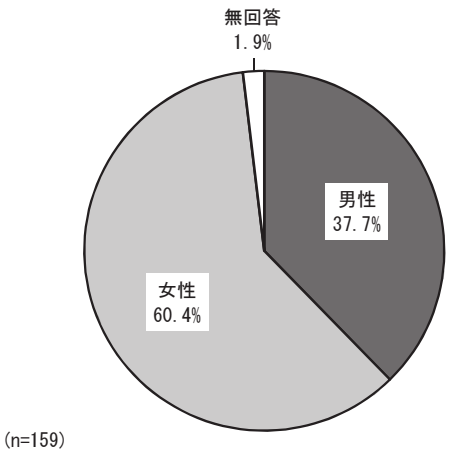
（５）図表中において「無回答」とあるものは、回答が示されていない、または回答の判別が著しく困難なものです。

②回答者の属性

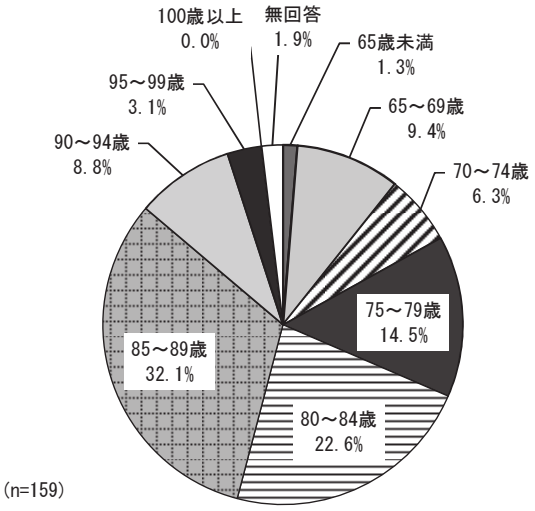
【性別・年齢】

性別は「男性」37.7%、「女性」60.4%、年齢は「85～89 歳」が 32.1%と最も多く、80 歳以上が６割台半ば（66.6%）となっています。

■回答者の性別



■回答者の年齢構成

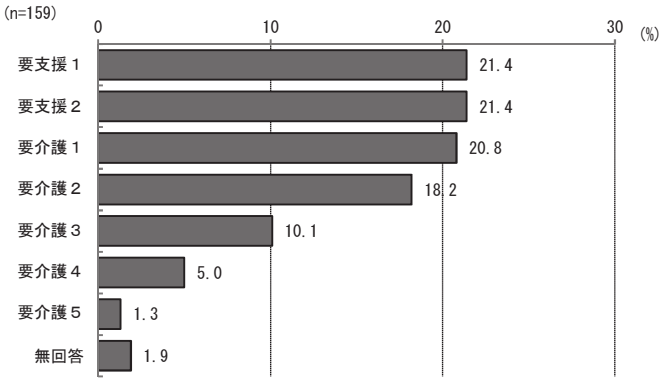


【介護認定状況】

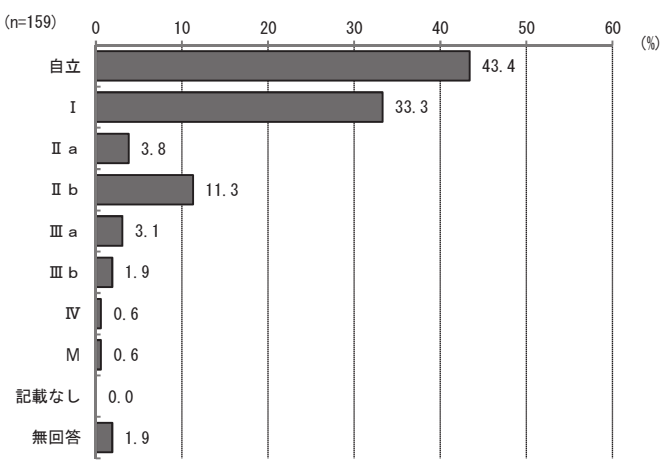
介護認定状況は、「要支援１」「要支援２」がそれぞれ 21.4%と最も多く、次いで、「要介護１」が 20.8%となっています。

認知症高齢者の日常生活自立度は、「自立」が 43.4%と最も多く、次いで、「Ⅰ」が 33.3%となっています。

■回答者の介護認定状況



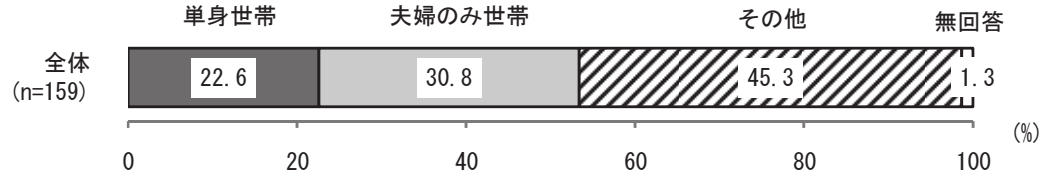
■認知症高齢者の日常生活自立度



③回答者に対する調査結果

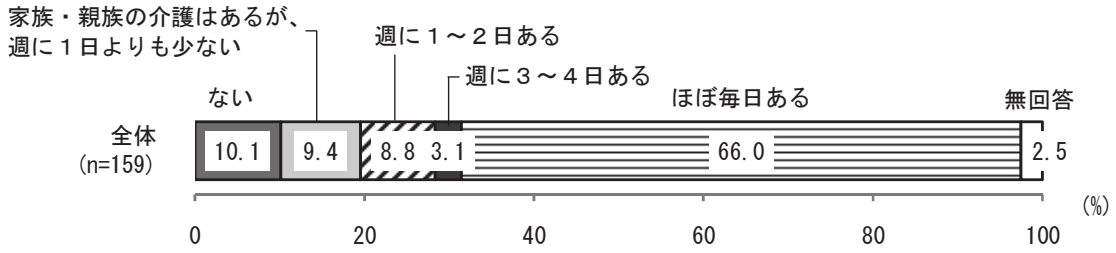
【世帯類型】（単数回答）

単身世帯が 22.6%、夫婦のみ世帯が 30.8%、その他が 45.3%となっています。



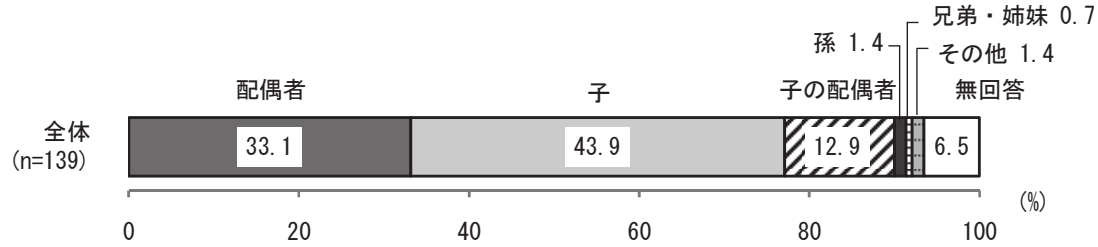
【家族等による介護の頻度】（単数回答）

家族・親族による介護の頻度は、「ほぼ毎日ある」が 66.0%と最も多く、次いで、「家族・親族の介護はあるが、週に 1 日よりも少ない」が 9.4%となっています。



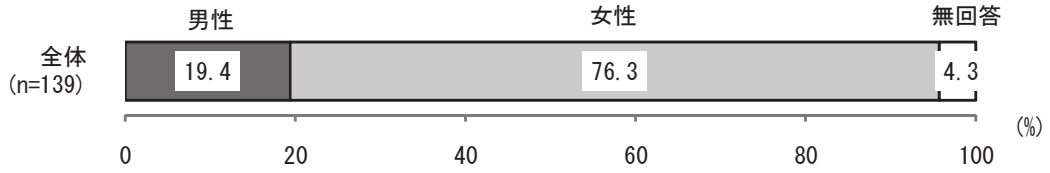
【主な介護者の本人との関係】（単数回答）

主な介護者は「子」が 43.9%と最も多く、次いで、「配偶者」が 33.1%、「子の配偶者」が 12.9%となっています。



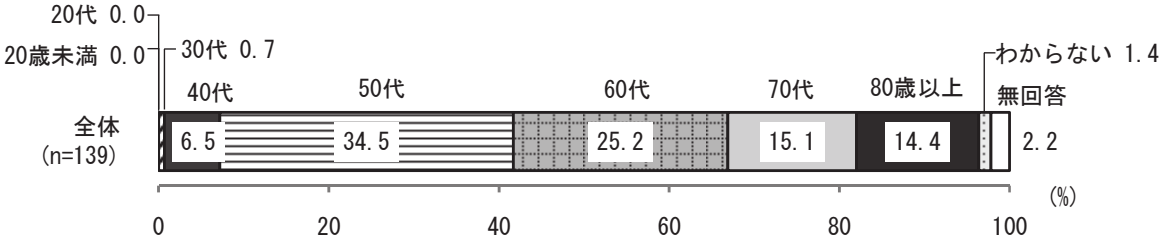
【主な介護者の性別】（単数回答）

主な介護者の性別は、「女性」が 76.3%と多くなっています。



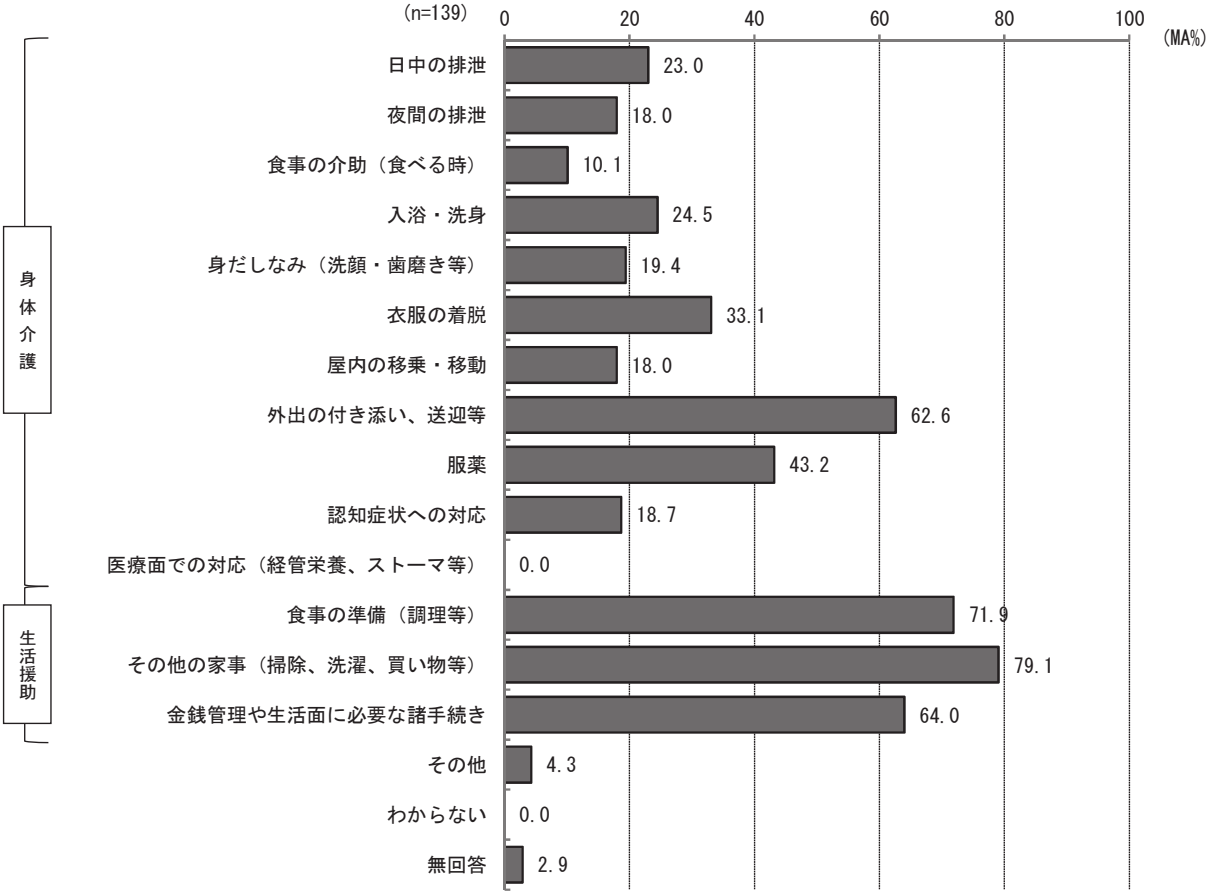
【主な介護者の年齢】（単数回答）

主な介護者の年齢は、50 代が 34.5%と最も多く、次いで、60 代が 25.2%となっています。60 代以上による介護が合計 54.7%と半数以上を占めています。



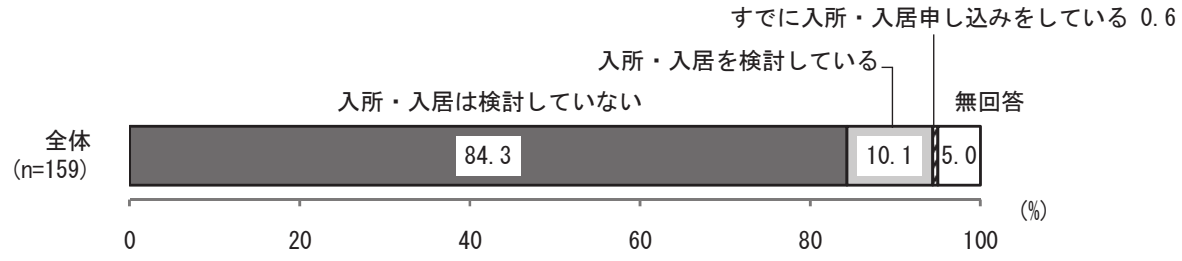
【主な介護者が行っている介護】（複数回答）

主な介護者が行っている介護は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が 79.1%と最も多く、次いで「食事の準備（調理等）」が 71.9%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 64.0%と、生活援助で多くなっています。身体介護では、「外出の付き添い、送迎等」が 62.6%となっています。



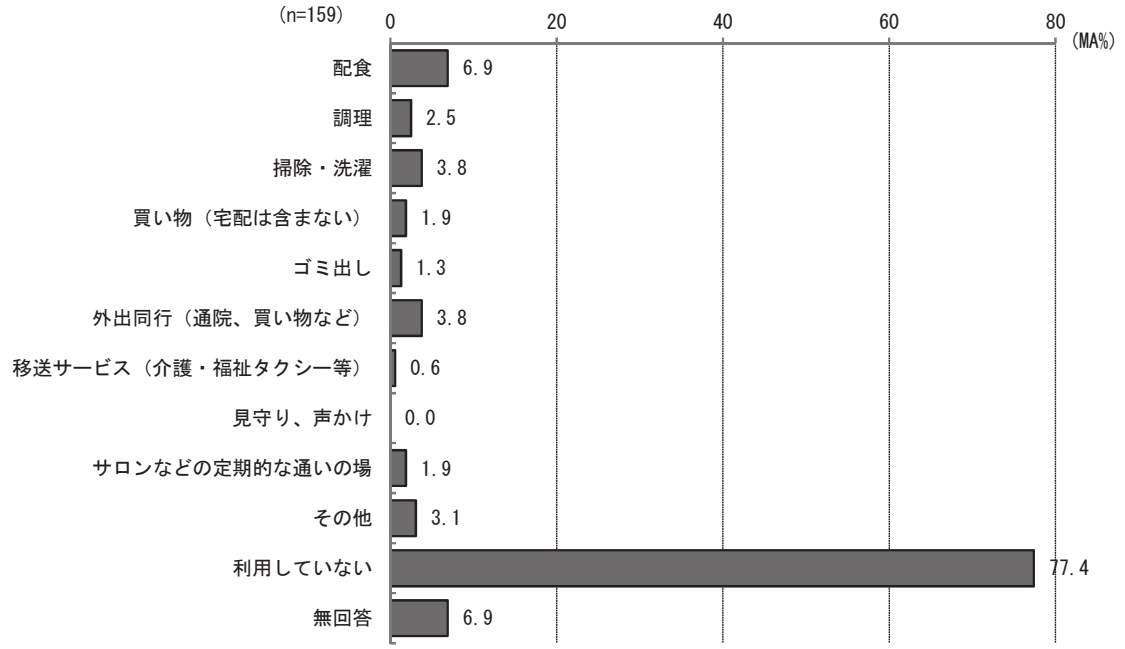
【施設等検討の状況】（単数回答）

施設等入所の検討状況については、「入所・入居を検討している」が 10.1%、「すでに申し込みをしている」は 0.6%となっています。



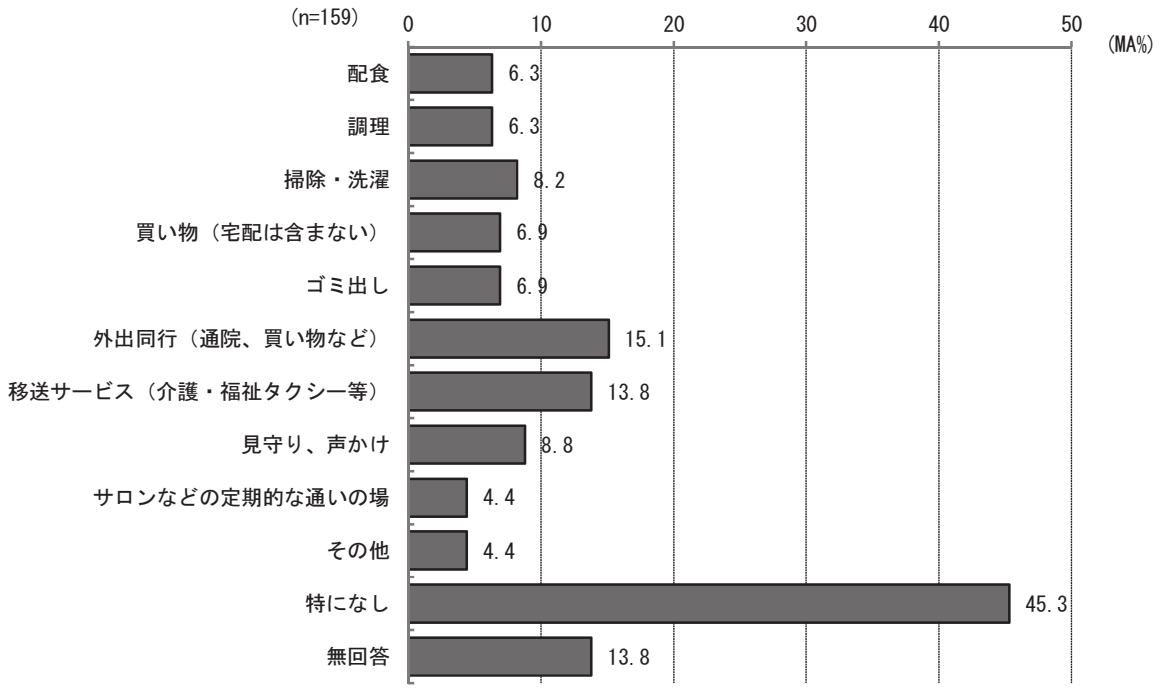
【保険外の支援・サービスの利用状況】（複数回答）

介護保険外の支援・サービスについては、「配食」が 6.9%と最も多く、「利用していない」が 77.4%を占めています。



【在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス】（複数回答）

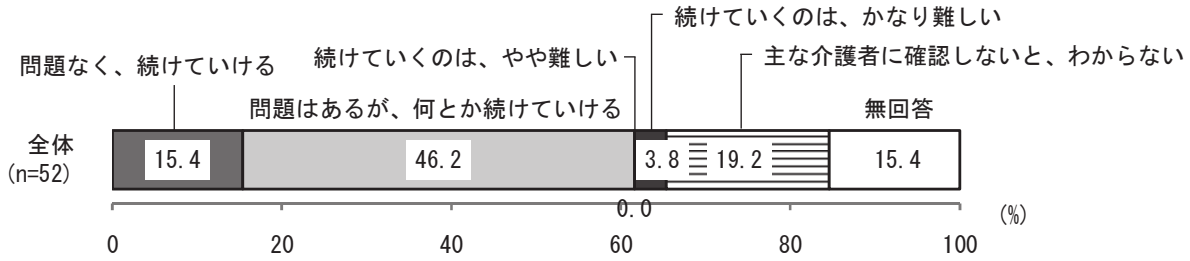
在宅生活の継続に必要と感じる支援･サービスは､「外出同行(通院､買い物など)」が 15.1%と最も多く、次いで､「移送サービス（介護・福祉タクシー等)」が 13.8%となっています。



④介護者に対する調査結果

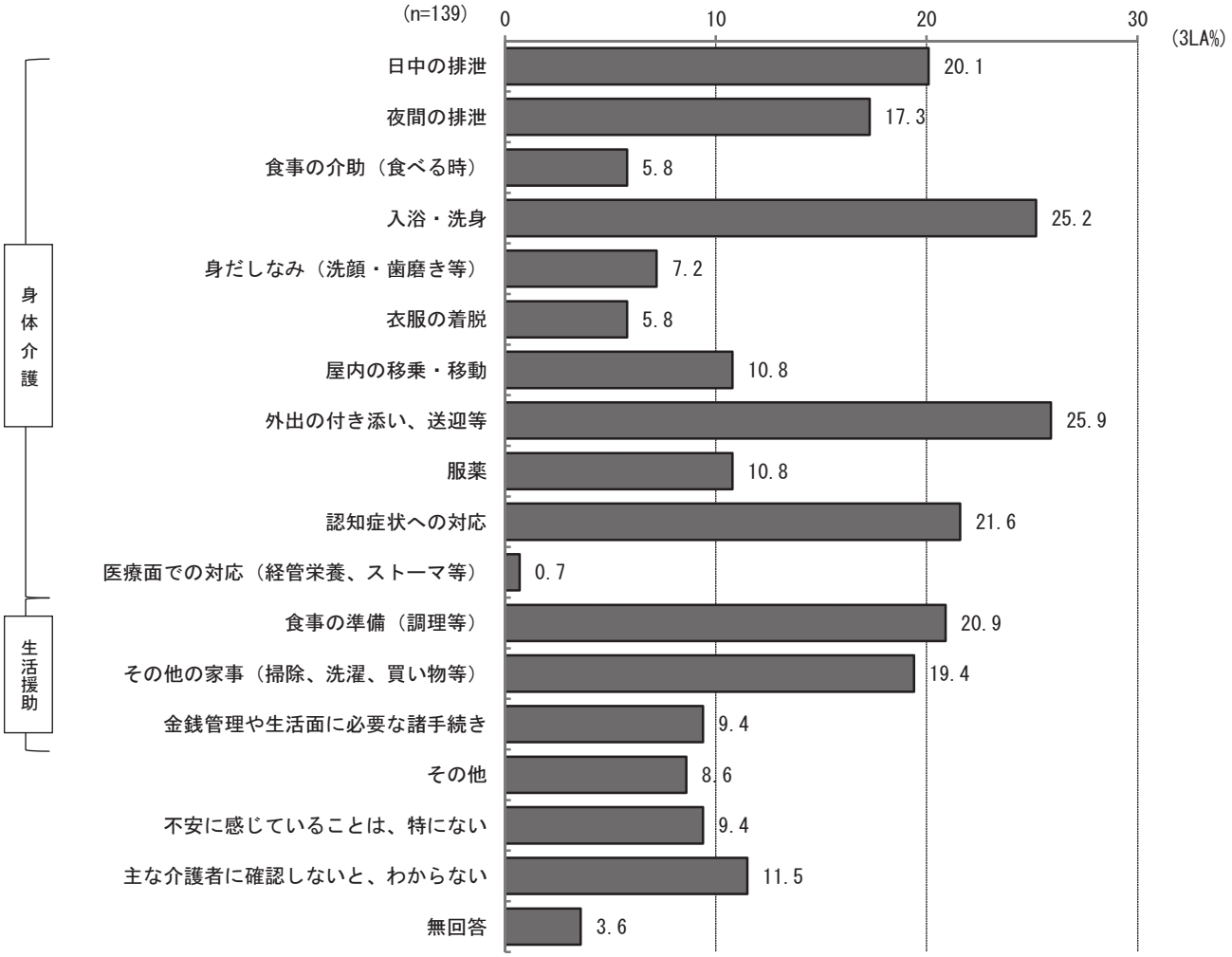
【主な介護者の就労継続の可否に係る意識】（単数回答）

主な介護者の就労継続の可否について、就労を『続けていける』は合計 61.6%となっていますが、46.2%は「問題はある」と回答しています。



【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】（複数回答）

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は、「外出の付き添い、送迎等」が 25.9%と最も多く、次いで、「入浴・洗身」が 25.2%となっています。



第３章　計画の基本理念と施策体系

Ⅰ．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を一体的に推進するための体制の整備・充実を図ります。

また、高齢者が住み慣れた地域社会のなかで、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社会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の仕組みを創出し、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、「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。

近年増加する認知症高齢者に対しては、令和元(2019)年６月にとりまとめられた「認知症施策推進大綱」を踏まえ、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、地域社会で受け止め、世代を超えた支え合いやふれあい」という連携によ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ます。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ます。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、近年、十数年に一度という規模の自然災害の発生や感染症の流行が生じています。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。さらに感染症対策のため、「新しい生活様式」等に対応した高齢者福祉サービスのあり方を検討・推進し、安全・安心なまちづくりに取り組みます。

3． 施策体系

基本理念	豊かな長寿社会の実現 健康で生きがいのある生活の実現 お互いに思いやり、助け合う共生社会の実現

基本目標１　生涯現役で暮らすことができるまちづくり

施策の方向	施策の項目
（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 ②生涯学習、文化活動、レクリエーション活動の促進
（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 ②家族介護者への支援 ③生活支援サービスの提供体制の整備
（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 ②介護予防・日常生活支援総合事業の推進 ③自立支援・介護予防・重度化防止の確実な実行

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

施策の方向	施策の項目
（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 ②医療・介護・保健福祉の連携強化
（２）介護サービスを充実します	①介護サービスの提供 ②介護人材の確保・資質向上及び業務効率化 ③介護保険制度の適正かつ円滑な運営
（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 ②認知症の予防・早期発見・早期対応の推進 ③認知症高齢者の見守り・支援体制の強化

基本目標３　地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり

施策の方向	施策の項目
（１）地域福祉活動を支援します	①地区組織活動の支援 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
（２）高齢者の人権を大切にします	①人権意識の普及啓発 ②権利擁護の推進

基本目標４　安全で快適なくらしやすいまちづくり

施策の方向	施策の項目
（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 ②ユニバーサルデザインのまちづくりの推進
（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 ②災害に備えた高齢者支援体制の確立 ③感染症対策の推進

第４章　施策の展開（各論）

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

【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、地域社会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。

○本町では、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、町においても、その活動を支援していますが、近年、会員の高齢化や生活スタイルの多様化等により会員数が減少傾向にあり、それに伴い活動休止となっている地区も出てきている状況です。今後も活動の維持・継続に向け、より魅力ある老人クラブ活動の展開や周知を行うことが求められています。

○高齢者の就労は、家庭生活や地域での活動、余暇と並んで充実したシニアライフを送るうえで大切な要素となりますが、本町では高齢化が進展しているものの、シルバー人材センターの会員数は増加しておらず、活動内容やメンバーが固定化されていることが課題となっています。シルバー人材センターとの連携強化及び周知を図るとともに、今後は、人材不足が深刻な介護現場における元気な高齢者の活躍促進や、活動の場を提供できる企業・団体等と連携を図るなど、多様な活躍の場を創出し、希望に応じて生涯現役で社会貢献できる地域社会づくりが必要です。

【主な取り組み】

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。

老人クラブ活動への支援

○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。

シルバー人材センターの活用

〇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社会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。

高齢者による地域活動の促進

〇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及び、訪問介護員（生活援助）等の介護現場における活動支援を推進するとともに、就労的活動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。

敬老祝い品の交付

〇高齢者の長寿を祝い、新 100 歳の人に敬老祝い品の交付を行います。

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】

〇高齢者はこれからも増加すると見込まれますが、スポーツやボランティア活動、就労などに意欲的な人も少なくありません。このため、地域活動を支える人材として高齢者が活躍できるよう支援することで、積極的な社会参加を促すことが必要です。

〇社会資源が少ない本町にとって、各種生涯学習や文化活動、スポーツ、レクリエーション活動の場は、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、参加者や事業内容の固定化がみられる活動もあり、多様化する価値観やライフスタイルに対応し、より多くの高齢者にとって利用しやすいものとなるよう、高齢者のニーズに応じた活動の場の拡充が求められています。

〇今後は、住民主体の通いの場を支援するために、地域で活動しているグループ活動の全体像を把握し、連携強化を図ることが必要です。

【主な取り組み】

生涯学習への支援

〇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。本町では、社会教育課が主体となって、「高齢者学級」を実施しており、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います。

高齢者運動会の共催

〇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。

高齢者福祉大会

〇おおむね 60 歳以上の高齢者を対象に、敬老の日の前後に式典及び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。

高齢者のグループ活動への支援

〇高齢者運動会、グラウンドゴルフ大会の開催や各単位老人クラブの活動を支援することで、高齢者の健康と活力の維持向上に努めます。

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出来る支援拠点として、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。

○センター開設 20 周年を経過する期間となりますので、施設の老朽化等への対応を検討します。

健康づくりセンター利用料交付金

○65 歳以上の高齢者や身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉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、大淀町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。

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への掲載、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。

（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

【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。

○住み慣れた地域で高齢者が自立した日常生活を継続できるよう、公的サービスの充実とともに、近隣の助け合いやボランティアなどの活性化・連携強化が一層求められており、介護予防・日常生活支援総合事業の枠組みも含め、必要な高齢者に必要な支援が提供される仕組みづくりが重要です。

【主な取り組み】

ひとり暮らし老人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。

高齢者福祉タクシーサービス

○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、基本料金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。

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、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）。

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、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。

○また、地域見守りネットワーク体制の強化を進めます。

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。

福祉制度のＰＲ

○高齢者が自分に合ったサービスを選択できるよう、介護や福祉サービスに関するパンフレットの配布、広報紙やホームページへの掲載、あらかしテレビでの自主放送など、福祉制度をＰＲします。

入院時洗濯サービス事業

○支援できる身寄りのいない非課税世帯（生活保護受給者）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。

②家族介護者への支援

【現状と課題】

○高齢者の多くは住み慣れた家庭で暮らし続けることを希望しており、介護が必要になっても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」が増えることが考えられ、家族介護者の負担軽減を図る必要があります。

○一方、介護者が働き盛り世代で、職場において職責の重い仕事に従事する人も少なくありません。介護は期間や方策も多種多様であることから、仕事と介護の両立が困難となることも考えられます。介護休業・休暇制度の周知を行う等、介護離職の防止に向けた情報発信等を推進し、家族の介護を抱えている労働者が仕事と介護を両立できる社会の実現をめざします。

【主な取り組み】

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。

○また、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。

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家族介護者交流事業は、利用者からの要望も高い事業です。

○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。

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、心身共に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が介護者に情報提供できるよう支援します。

③生活支援サービスの提供体制の整備

【現状と課題】

〇生活支援サービスには、介護予防・日常生活支援総合事業だけでなく、住民主体の地域の助け合いや、民間企業による市場サービス、町の単独事業等も含まれ、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・検討する必要があり、生活支援コーディネーターおよび協議体にその役割が期待されています。

〇現在、町では生活支援コーディネーターを設置していますが、今後は生活支援コーディネーターと協議体とのより適正で効果的な連動を進め、地域課題の共有とその課題解決に向け、生活支援コーディネーターの役割強化を図る体制の構築が必要です。

【主な取り組み】

生活支援コーディネーターの養成・配置

〇地域包括ケアシステムを構築するにあたり、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。

〇また、社会福祉協議会との協働により、町内において活動内容や範囲が異なる地域ごと（小学校区など）に第２層の生活支援コーディネーターを配置し、それぞれの地域に応じた生活支援体制の構築をめざします。

生活支援コーディネーターと協議体との連動

〇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、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、地域で活動する多様な活動主体の“出会い”と“つながり”を活発化させるとともに、地域の課題や地域に必要な活動を創造する場を起点に、住民主体のまちづくりを進めます。

（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

【現状と課題】

○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。

○高齢者の健康を保持するためには、医療、介護、保健分野が連携し、分野の垣根を越えて高齢者一人ひとりを必要なサービスに結びつけていくことが重要です。今後は、庁内の医療・介護・保健福祉に関係する取り組みを円滑に調整することができる枠組みの構築を検討し、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施を推進する必要があります。

【主な取り組み】

健康教室と相談の実施

○年間テーマを決めて、医師の講演の企画や公民館への巡回健康相談･栄養士、保健師によるミニ講座を実施します。

○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。

○依頼を受け、町内の機関や団体にむけて出前講座を行います。

特定健康診査の受診促進

○受診料金無料で実施します。

○本庁での集団健診を実施します。

○広報紙、ホームページや町ケーブルテレビでの広報を行い、健診の認知度を上げるとともに、受診方法を周知します。

○対象者への個別勧奨として、未受診者にハガキの送付による受診勧奨を行います。

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を活用し、受診促進や歯周疾患予防の啓発を行います。

健康づくりの推進

〇健康づくり推進員、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。

かかりつけ医を持つことの普及啓発

〇医療機関と連携し、かかりつけ医を持つことへの意識啓発を進めます。
〇広報紙等を活用し、かかりつけ医を持つことの重要性の啓発を行います。

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施の推進

〇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取り組みを進めます。

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（以下：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。

○総合事業では「自立支援」を主眼に置きながら、多様な生活支援の充実、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくりを推進し、介護予防や重度化防止をめざした支援を続けることが重要です。

○今後は、「自助」「互助」「共助」に基づく地域づくり推進のため、元気な高齢者やＮＰＯ、ボランティア等の多様な主体による様々なサービス提供を検討するとともに、南和広域医療企業団等と連携して一般介護予防事業への医療専門職の関与を促進し、より自立支援に資する効果的な事業のあり方を検討する必要があります。

○また、地域の実情に応じたより効果的な総合事業の推進に向け、令和３(2021)年度より、総合事業のうち、介護予防・生活支援サービス事業の対象者やサービス単価の弾力化を可能とした制度改正が行われます。具体的には、要支援者等に加えて、市町村の判断により、要介護者についても当事業の対象とすることができるほか、これまで国が定めていた上限サービス価格を、上限ではなく目安とすることとし、市町村の判断において具体的な額を定めることが可能となりました。今後は地域の実情を踏まえ、より柔軟な事業展開を検討・推進することが求められます。

【主な取り組み】

≪介護予防・生活支援サービス事業≫

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。

○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訪問型サービスＣ等、地域の実情に応じたサービスを展開します。

○また、介護保険制度では届かない支援をきめ細やかに実施するため、地域住民との協働により生活支援の充実を推進します。

通所型サービス（第１号通所事業）

○通所型サービスとして、通所介護施設（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。

介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）

○適切なアセンスメントを実施し、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。

≪一般介護予防事業≫

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。

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、有識者等によ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。

いきいきふれあい教室事業

○介護予防に関するボランティア養成事業で立ち上げた介護予防リーダースマイルが中心となり、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教室を地域住民との協働により実施します。

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研修や介護予防につながる地域活動組織を育成・支援します。

○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。

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。

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ます。

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】

○介護保険制度の基本理念は「自立支援」、すなわち、高齢者が自らの意思に基づき、障がいや疾病というマイナス面に着目せず、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ことをめざしており、前計画である７期計画から、自立支援、重度化防止、介護給付の適正化等に関する取り組み及びその目標に関する事項が必須掲載事項として追加されました。（参照：第６章）

○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、「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」が創設され、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となりました。取り組みの達成状況の見える化が一層進められており、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送られるように支援するための取り組みを計画的に進めることがより強く求められています。

○高齢化が進展する中で、自立支援・介護予防・重度化防止を確実に実行するため、国の諸指標や制度等も活用しながら、データに基づき実施状況を検証し、取り組み内容を改善していく PDCA プロセスを推進していくことが必要です。

【主な取り組み】

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。

自立支援・介護予防・重度化防止における出前講座やアウトリーチの推進

○地域住民に対して、自立支援・介護予防や重度化防止に関する出前講座等を実施し、普及啓発に努めます。

○また、主体的なアウトリーチにより介護や地域福祉の情報を提供します。

地域リハビリテーションサービス提供体制の構築検討

○地域がめざすべきビジョンを掲げ、その実現に向けた各種取り組みと目標を設定し、計画的にリハビリテーションを提供できる体制の構築を検討します。

○要介護認定者等に対するリハビリテーションについては、国が示す指標を参考に数値目標を設定することが推奨されており、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、本町におけるリハビリテーション指標の設定及び目標達成に努めます。

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に係る評価指標の活用

〇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。

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

【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」の実現に向けた取り組みを推進する必要があります。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。

○本計画は、高齢者の福祉の向上に対する施策が主な内容となっていますが、高齢者の福祉施策を推進するためには、高齢に至るまでの過程における切れ目のない施策や、若年層、子育て世代などの高齢者を支える側の施策、高齢者も含めて多くの人が生活する地域づくりなど、分野を超えて、あらゆる世代が一体となって、地域の福祉の向上に取り組むことが重要です。高齢者、障がい者、児童、生活困窮者等を含む地域のあらゆる住民一人ひとりと、行政をはじめ地域の様々な関係機関や団体が協働しながら、誰もが暮らしやすい地域をつくっていく必要があるため、「地域共生社会」の実現に向けた住民の意識の醸成や分野を超えて困難を抱える人への支援・サービスを整備することが求められています。

○地域共生社会の実現に向け、属性や世代に捉われないより包括的な支援ができるよう、各相談支援機関との連携を強化し、「断らない相談支援」をめざした体制構築の検討が必要です。

【主な取り組み】

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・事務評価等に取り組みます。

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。

事例検討による地域ケア会議の推進

○地域ケア会議において、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包括ケア会議において共有し、課題解決に向けた協議につなげます。

介護予防ケアマネジメント事業

○適切なアセンスメントを実施し、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、介護予防サービスおよび地域資源を踏まえたケアマネジメントを実施します。

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が送れるよう、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。

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、次のような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。

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。

重層的支援体制の整備

○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。

○地域共生社会の実現に向け、高齢者のみならず、障がい者や子どもなど生活上の課題を抱える場合でも地域において自立した生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援とを連動させ「断らない相談支援」をめざした体制構築を検討します。

②医療・介護・保健福祉の連携強化

【現状と課題】

〇医療･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、要介護状態になることや要介護状態になってもその悪化を出来る限り防ぐことが必要です。

〇団塊の世代が 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、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で、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。

〇医療・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。

【主な取り組み】

【再掲】高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施の推進

〇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取り組みを進めます。

在宅医療と介護サービス、保健の連携強化

〇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。

〇また、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。

緩和ケア・看取りを支える在宅医療の整備、理解促進

〇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。

〇また、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。

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が送れるよう努めます。

○また、医療圏域を超えた入退院調整ルールの整理や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。

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。

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。

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事業所としてサービス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、障がい者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）介護サービスを充実します

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。団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年、さらには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。（参照：第５章）

○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、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おいては、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。

【主な取り組み】

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提供となるよう努めます。

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およびサービス内容の周知に努めます。特に、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護が一体的に提供される小規模多機能型居宅介護の整備に向けた調査・研究を進めます。

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
②夜間対応型訪問介護
③認知症対応型通所介護
④小規模多機能型居宅介護（訪問介護・通所介護・ショートステイ）
⑤認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護
⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
⑧看護小規模多機能型居宅介護（複合サービス）
⑨地域密着型通所介護

施設サービスの安定利用

〇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、特別養護老人ホーム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。

②介護人材の確保・資質向上及び業務効率化

【現状と課題】

〇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。令和７(2025)年以降は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。

〇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。

〇必要な介護サービス量を確保・供給することとともに、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。

【主な取り組み】

福祉・介護人材の確保

〇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。

〇また、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。

福祉・介護人材の定着に向けた取り組みの実施

〇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、様々な方面から支援していきます。

介護職のイメージ刷新・魅力発信

〇若い世代に、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・中学校等への出前講座等を通じて発信してくことを検討します。

〇また、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。

ケアマネジャーへの支援

〇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。

〇また、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。

介護サービス業務の効率化への支援

〇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。

〇文書量削減に向け、国の指針に基づく申請様式や添付書類の簡素化などに取り組み、介護保険事業所の業務負担の軽減を支援します。

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。

○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。

【主な取り組み】

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」「介護給付費通知」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。

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。

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。

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・相談に対応します。

○また、苦情申立者の視点に立った対応のなか、県や介護サービス事業所等との連携を図り、適切な対応、問題解決となるよう努めます。

（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

【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より一層重要です。

○令和元(2019)年６月にとりまとめられた「認知症施策推進大綱」では「認知症があってもなくても同じ社会で共に生きる」という意味の『共生』の重要性が示されています。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、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不可欠です。

○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。

【主な取り組み】

認知症に対する正しい知識の普及、啓発活動の推進

○地域サロンや個別のグループ、民間企業等との協働により認知症の正しい知識の普及啓発に努めるとともに、認知症サポーター養成講座受講修了者や介護サービス事業者に対して、チームオレンジやピアサポートなど、見守りからサポートへと発展的な啓蒙を進めます。

○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の情報を普及啓発に活かします。

○広報紙等を通じて、世界アルツハイマーデー（９月 21 日）・月間（９月）の時期を中心に普及啓発を実施します。

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

○小・中学生を対象に、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ことができるよう出前講座の実施を検討します。

○また、認知症の人を地域ぐるみで支援する気運を高めるため、中学校・高等学校で開催している認知症サポーター養成講座を拡大します。

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付き、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。

○町では、地区医師会等と連携し、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。

【主な取り組み】

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等）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」が継続的に拡大していく地域づくりをめざします。

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。

認知症ケアパスの普及・活用

○認知症ケアパスとは、地域に住む認知症の人の生活機能障害の進行にあわせ、『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。

○第７期介護保険事業計画中に策定した認知症ケアパスについて、新たな取り組み等を加えた最新版を作成し、広報等により配布します。

認知症初期集中支援チーム

〇認知症初期集中支援チームとは、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族について、訪問、観察、評価、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行うチームを指します。

〇認知症は、早期発見、早期対応により進行を遅らせることができたり、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。

③認知症高齢者の見守り・支援体制の強化

【現状と課題】

〇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、町内民間企業等の連携により、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。

〇町では、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「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歩前進させ、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。

【主な取り組み】

認知症地域支援推進員の配置

〇認知症地域支援推進員とは、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者を指します。

〇第７期介護保険事業計画において設置した認知症地域支援推進員について、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を増員します。

認知症サポーター養成講座・チームオレンジの設置

〇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。

〇また、「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症サポーター活動をさらに一歩前進させ、地域の認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと、認知症サポーターを結びつける仕組み（チームオレンジ）の設置を検討します。認知症サポーターを対象に、チームオレンジのメンバーとなるためのステップアップ講座を開催します。

医療機関との連携

〇地域の医療機関（主治医や物忘れ外来）、認知症疾患センターとの連携により、認知症の早期発見・早期治療につなげます。

〇また、専門医等で構成する認知症支援推進検討委員会を通じて、町の取り組みを適時適切に評価します。

官学民による協働事業

〇医療・介護・保健福祉の専門職との協働、連携のもと、きめ細やかな支援体制を構築します。特に、本町の強みである奈良県立奈良南高等学校や南奈良看護専門学校等の教育機関との連携を中心に、官学民が一体となった取り組みを進めます。

地域での見守り・支え合いの体制づくり

〇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や啓発などにより、認知症への理解を高め、見守りや支え合いの体制づくりに努めます。

〇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や啓発などにより、認知症への理解を高め、見守り体制を拡大します。

〇また、ピアサポートやチームオレンジを通じて、地域における支え合いの体制の構築を進めます。

認知症バリアフリーの推進

〇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こと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。

〇公共施設をはじめ、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。

家族の支援の強化

〇認知症の人とその家族が安心して過ごせるよう、認知症の人やその家族に対する支援を推進します。

〇また、認知症の相談や支援が適切に実施できるようアウトリーチにより地域ニーズの把握に努めます。

認知症カフェ事業

〇認知症の人やその家族が相談や情報を交換できる場として、また、認知症を正しく学習する機会創出の場として、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が可能で、お茶を飲みながら交流することで、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。

認知症支援フラッグ事業

〇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、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。

見守りあんしんシール交付事業

〇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。

〇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。

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

【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、地域社会の中で孤立・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、地域包括支援センター等との連携を深めることが求められています。

【主な取り組み】

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。

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医療・介護・保健福祉分野の関係機関が連携し、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求められています。

○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ことが必要です。

【主な取り組み】

地域の関係機関、団体、サービス提供事業者等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。

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。

（２）高齢者の人権を大切にします

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。

○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社会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。高齢者虐待という状態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。

【主な取り組み】

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。

高齢者虐待防止の普及啓発

○献身的に介護をする家族介護者も、知らず知らずに虐待してしまうケースもあり、地域住民の虐待への啓蒙が重要です。

○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普及啓発を引き続き行います。

②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ように、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が増しており、支援にあたる人材や財源を確保することが必要となっています。

○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っていきます。

【主な取り組み】

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。

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。

○一方、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、広域的な視点による中核機関の設置の検討を進めます。

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いない等の理由による場合に、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。

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。

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

【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。

○また、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い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。

【主な取り組み】

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配慮した公営住宅の良好な維持、管理に努めます。

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。

○また、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住宅の設置状況

	有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅
大淀町 （令和3年4月1日予定）	1か所	0か所
【参考】南和保健医療圏域（五條市・吉野郡）（令和2年4月1日現在）	0か所	1か所（戸数9）

資料：南和保健医療圏域は、奈良県「令和2年度高齢者福祉対策の概要」より

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】

○本町では、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、庁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ことが必要です。

【主な取り組み】

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。

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連携の仕組みを検討します。

（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

【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、継続した啓発に努めることが必要です。

○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】

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。

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、啓発活動を引き続き実施します。

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、関係機関と連携して、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。

②災害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。

○本町では、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され、作成後は全戸配布を行います。

○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、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。

【主な取り組み】

防災意識の高揚

○消防団員による啓発活動やホームページ及び広報による啓発、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。

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出来るよう、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。

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。

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。

③感染症対策の推進

【現状と課題】

〇新型コロナウイルス感染症の世界的な感染拡大により、世界規模での感染症対策が喫緊の課題となっています。我が国においても緊急事態宣言が発令されるなど、様々な感染症対応がとられており、新型コロナウイルス感染症の感染を予防するための「新しい生活様式」を日常生活に取り入れて実践していく必要があります。特に、高齢者や基礎疾患のある人は重症化しやすいと考えられ、一層の注意が必要であり、国や県、介護サービス事業所等との連携を密にし、「新しい生活様式」等に対応した新たな高齢者福祉サービスのあり方を検討、確立させることが不可欠です。

【主な取り組み】

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

〇新型コロナウイルス感染症も含め、新型インフルエンザ等に関する感染症に関して、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。

〇また、住民が日常生活において「新しい生活様式」等の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。

介護サービス事業所と連携した
新型コロナウイルス感染症等の感染症対策の推進

〇新型コロナウイルス感染症などの感染拡大期等において、介護サービス等が適切に提供されるよう介護サービス事業所等との連携を図ります。

〇また、介護サービス事業所等において、クラスター発生予防のため、県との連携を強化するとともに、例えクラスター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。

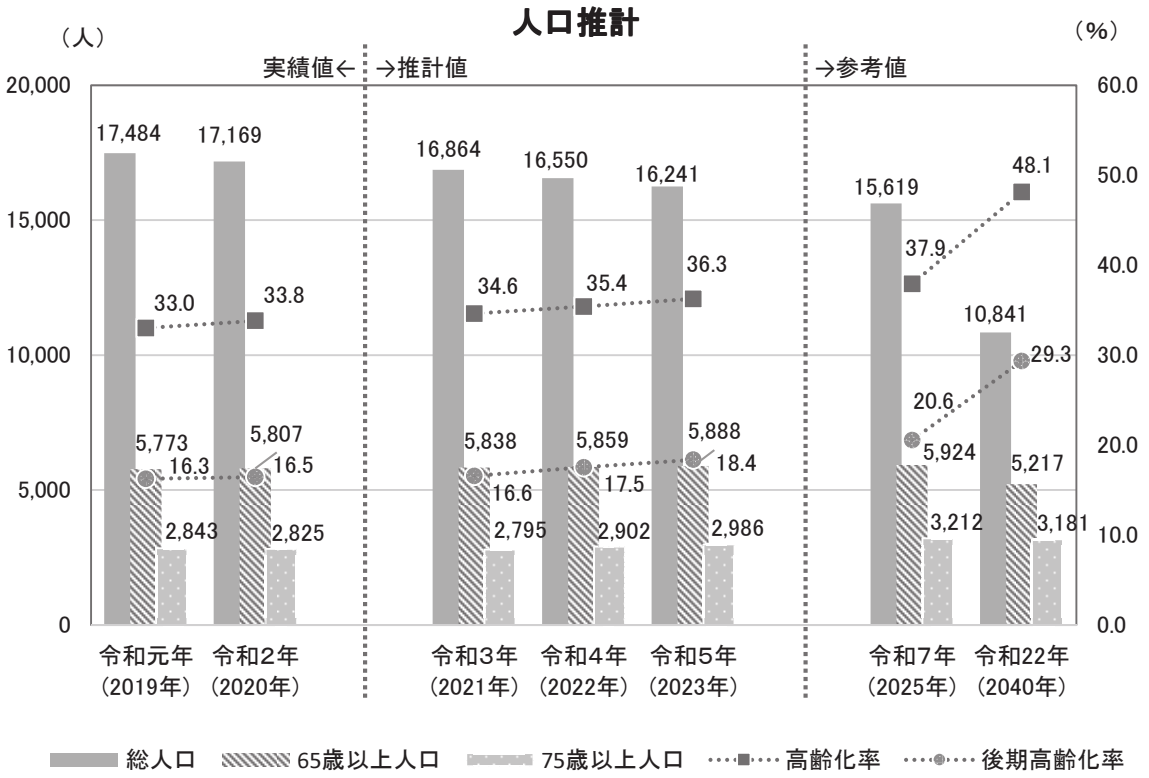
第５章　介護サービスの充実と質の向上

１．高齢者等の見込み

（１）人口推計

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５(2023)年度には、総人口は 16,241 人、65 歳以上人口が 5,888 人（高齢化率 36.3%）、75 歳以上人口が 2,986 人（後期高齢化率 18.4%）になると見込まれます。

なお、参考値として令和７(2025)年度、令和 22(2040)年度についても推計を行っています。

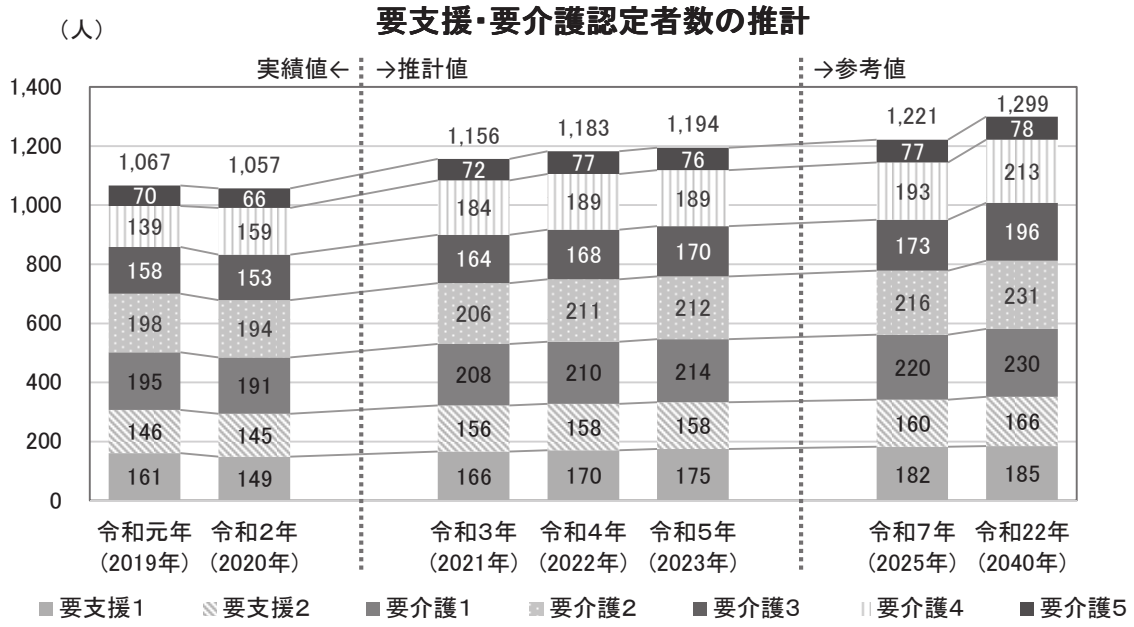


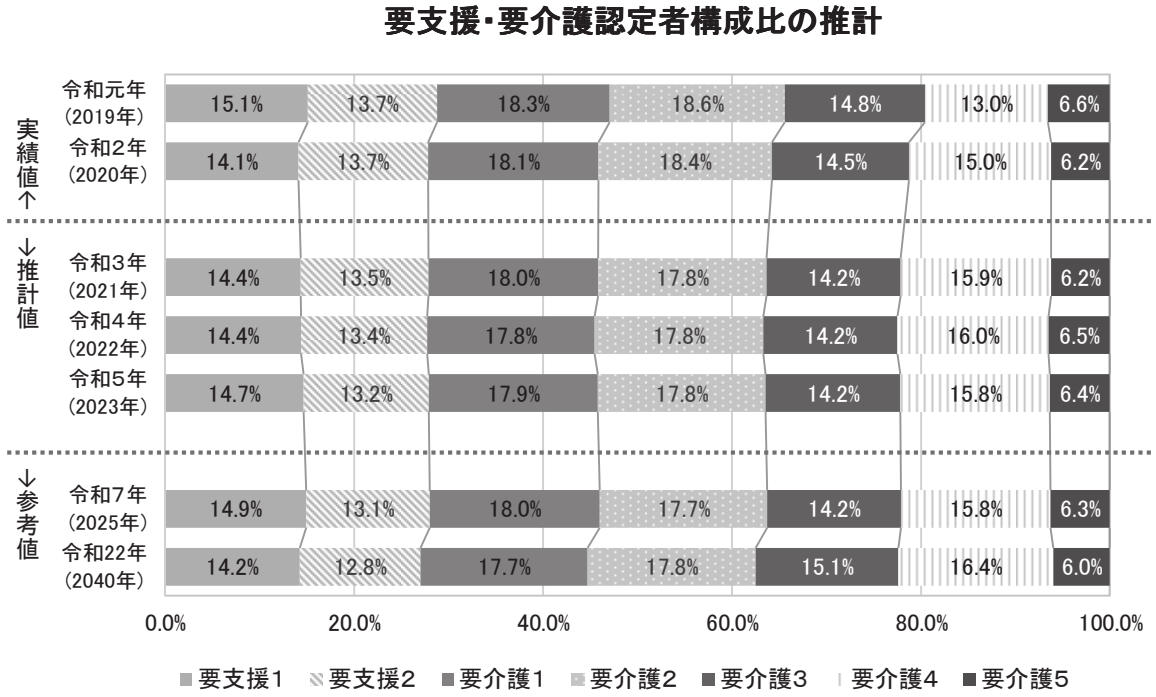
資料：令和2年までは住民基本台帳（各年9月末）
令和3年以降は推計値

介護サービスの見込みのための人口推計については、近い将来を推計するため、直近5か年の実績値（平成 28 年～令和2年の住民基本台帳人口）をもとにコーホート変化率法により人口推計を行いました。

（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号被保険者も含む）を推計すると、令和５(2023)年度には認定者数が 1,194 人になると見込まれます。





資料：令和2年までは介護保険事業状況報告書（各年9月月報）
令和3年以降は見える化システム将来推計

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７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３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
訪問介護	利用回数（回/月）	2,649.9	2,807.4	2,843.1
	利用者数（人/月）	180	189	193
訪問入浴介護	利用回数（回/月）	28.7	33.9	33.9
	利用者数（人/月）	6	7	7
訪問看護	利用回数（回/月）	637.8	675.7	693.9
	利用者数（人/月）	108	114	117
訪問リハビリテーション	利用回数（回/月）	171.1	171.1	177.3
	利用者数（人/月）	32	32	33
居宅療養管理指導	利用者数（人/月）	38	39	40
通所介護	利用回数（回/月）	1,798.6	1,845.8	1,872.8
	利用者数（人/月）	194	199	202
通所リハビリテーション	利用回数（回/月）	565.4	582.2	591.7
	利用者数（人/月）	65	67	68
短期入所生活介護	利用日数（日/月）	533.1	533.1	546.1
	利用者数（人/月）	46	46	47
短期入所療養介護（老健）	利用日数（日/月）	63.6	63.6	63.6
	利用者数（人/月）	10	10	10
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）	238	248	256
特定福祉用具購入費	利用者数（人/月）	5	5	5
住宅改修費	利用者数（人/月）	6	6	6
特定施設入居者生活介護	利用者数（人/月）	26	27	27
居宅介護支援	利用者数（人/月）	344	354	364

介護予防サービス		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 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）	128.4	128.4	133.7
	利用者数（人/月）	18	18	19
介護予防訪問リハビリテーション	利用回数（回/月）	97.2	97.2	97.2
	利用者数（人/月）	18	18	18
介護予防居宅療養管理指導	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	利用者数（人/月）	16	16	16
介護予防短期入所生活介護	利用日数（日/月）	10	10	10
	利用者数（人/月）	2	2	2
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）	123	126	128
介護予防特定福祉用具購入費	利用者数（人/月）	3	3	3
介護予防住宅改修	利用者数（人/月）	3	3	3
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）	142	148	150

（２）地域密着型サービスの必要量の推計

第７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３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	利用者数（人/月）	0	0	0
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）	230.5	230.5	230.5
	利用者数（人/月）	25	25	25
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）	26	26	26
認知症対応型共同生活介護	利用者数（人/月）	18	20	20
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）	0	0	0

地域密着型介護予防サービス		令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 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７期計画期間における実績等をもとに施設サービスの見込みを試算すると、次のとおりです。

施設サービス		令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）
介護老人福祉施設	利用者数（人/月）	171	171	171
介護老人保健施設	利用者数（人/月）	88	88	88
介護医療院	利用者数（人/月）	22	22	23
介護療養型医療施設	利用者数（人/月）	1	1	1

３． 介護保険事業費の見込み

（１）総給付費の推計

第８期計画期間におけるサービス給付費の見込みは、次のとおりです。

（単位：千円）

介護給付費		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
居宅サービス					
	訪問介護	94,303	100,245	101,289	295,837
	訪問入浴介護	4,611	5,446	5,446	15,503
	訪問看護	52,316	55,524	57,022	164,862
	訪問リハビリテーション	5,800	5,803	6,009	17,612
	居宅療養管理指導	5,505	5,659	5,776	16,940
	通所介護	157,129	162,595	165,026	484,750
	通所リハビリテーション	60,689	63,039	64,147	187,875
	短期入所生活介護	50,671	50,699	51,939	153,309
	短期入所療養介護（老健）	7,498	7,502	7,502	22,502
	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	40,357	42,423	43,683	126,463
	特定福祉用具購入費	1,704	1,704	1,704	5,112
	住宅改修費	4,987	4,987	4,987	14,961
	特定施設入居者生活介護	56,355	58,705	58,705	173,765
地域密着型サービス					
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
	地域密着型通所介護	20,653	20,664	20,664	61,981
	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	3,282	3,284	3,284	9,850
	認知症対応型共同生活介護	51,241	57,309	57,309	165,859
	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	0	0	0	0
施設サービス					
	介護老人福祉施設	518,854	519,142	519,142	1,557,138
	介護老人保健施設	278,059	278,213	278,213	834,485
	介護医療院	101,415	101,471	106,263	309,149
	介護療養型医療施設	2,723	2,725	2,725	8,173
居宅介護支援		61,879	63,866	65,619	191,364
合計		1,580,031	1,611,005	1,626,454	4,817,490

（単位：千円）

介護予防給付費	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 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	9,251	9,256	9,572	28,079
介護予防訪問リハビリテーション	3,328	3,330	3,330	9,988
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	6,836	6,840	6,840	20,516
介護予防短期入所生活介護	916	916	916	2,748
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	8,780	9,029	9,168	26,977
介護予防特定福祉用具購入費	1,125	1,125	1,125	3,375
介護予防住宅改修費	3,569	3,569	3,569	10,707
介護予防特定施設入居者生活介護	1,219	1,220	1,220	3,659
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	7,504	7,828	7,933	23,265
合計	42,528	43,113	43,673	129,314

（単位：千円）

総給付費	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）	合計
①介護サービス	1,580,031	1,611,005	1,626,454	4,817,490
在宅サービス	571,384	593,440	604,097	1,768,921
居住系サービス	107,596	116,014	116,014	339,624
施設サービス	901,051	901,551	906,343	2,708,945
②介護予防サービス	42,528	43,113	43,673	129,314
在宅サービス	41,309	41,893	42,453	125,655
居住系サービス	1,219	1,220	1,220	3,659
合計　①+②	1,622,559	1,654,118	1,670,127	4,946,804

（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か月間に支払った自己負担額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（国保連合会に支払う審査手数料）を加えた標準給付費の見込みは、以下のとおりです。

（単位:円）

標準給付費見込額	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
①総給付費	1,622,559,000	1,654,118,000	1,670,127,000	4,946,804,000
②特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	82,964,518	78,013,195	79,768,495	240,746,208
③高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	40,374,624	40,503,871	41,416,634	122,295,129
④高額医療合算介護サービス費等給付額	5,310,033	5,355,289	5,475,972	16,141,294
⑤算定対象審査支払手数料	1,777,840	1,792,963	1,833,433	5,404,236
合計	1,752,986,015	1,779,783,318	1,798,621,534	5,331,390,867

（３）地域支援事業費の推計

第８期計画期間における地域支援事業費の見込みは、以下のとおりです。

（単位:円）

地域支援事業費	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
介護予防・日常生活支援総合事業	56,276,161	58,889,955	60,941,901	176,108,017
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）・任意事業	35,768,935	35,897,599	36,075,280	107,741,814
包括的支援事業（社会保障充実分）	5,467,000	5,467,000	5,467,000	16,401,000
合計	97,512,096	100,254,554	102,484,181	300,250,831

（４）保険料収納必要額の推計

第８期計画期間における保険料収納必要額の見込みは、以下のとおりです。

	単位	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
標準給付費見込額	円	1,752,986,015	1,779,783,318	1,798,621,534	5,331,390,867
地域支援事業費	円	97,512,096	100,254,554	102,484,181	300,250,831
第１号被保険者負担分相当額	円	425,614,566	432,408,711	437,254,314	1,295,277,591
調整交付金相当額	円	90,463,109	91,933,664	92,978,172	275,374,944
調整交付金見込額	円	85,397,000	81,453,000	75,312,000	242,162,000
調整交付金見込交付割合	%	4.72%	4.43%	4.05%	－
後期高齢者加入割合補正係数	－	1.0478	1.0610	1.0782	－
所得段階別加入割合補正係数	－	0.9658	0.9657	0.9656	－
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	－	－	－	29,700,000
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	－	－	－	1,298,790,535
予定保険料収納率	%	－	－	－	98.00%

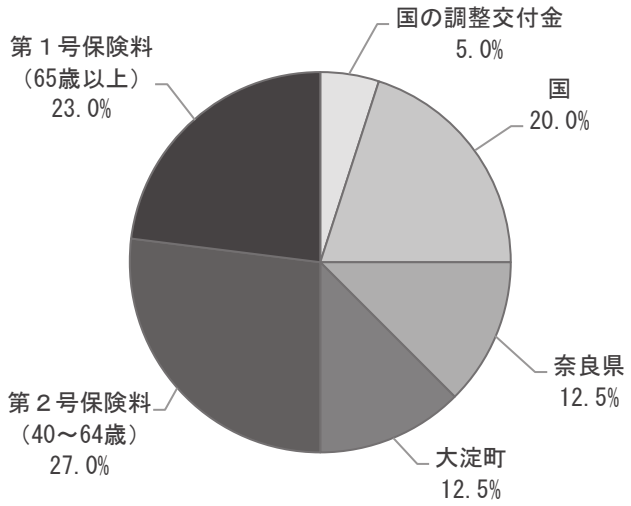
４．　第１号被保険者の介護保険料

（１）介護給付等の財源

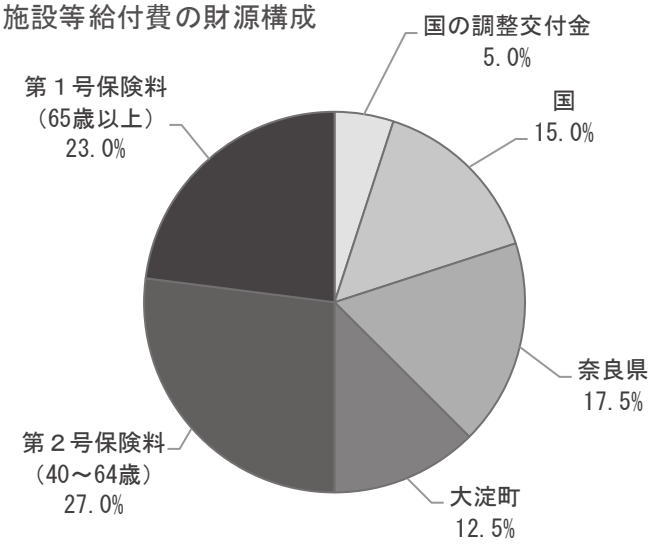
全国の介護保険被保険者が公平に費用（介護給付費＋地域支援事業費）を負担するように、第１号被保険者と第２号被保険者の負担割合は、３か年（事業計画期間）ごとに、全国規模の人口比率で定められており、第８期計画期間の第１号被保険者の負担割合は、第７期に引き続き 23%となります。

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。

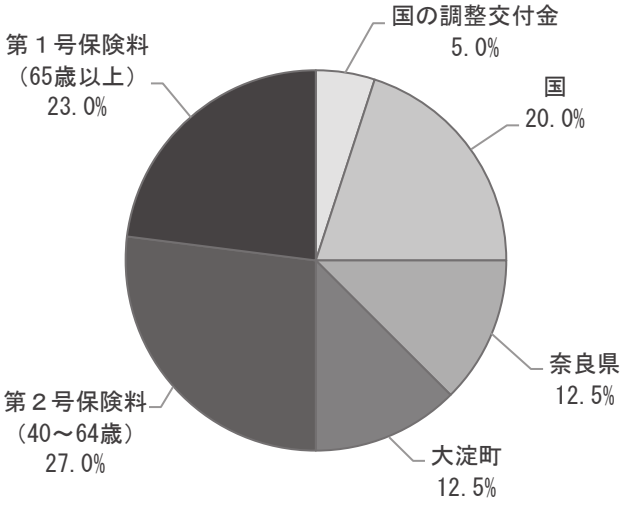
居宅給付費の財源構成



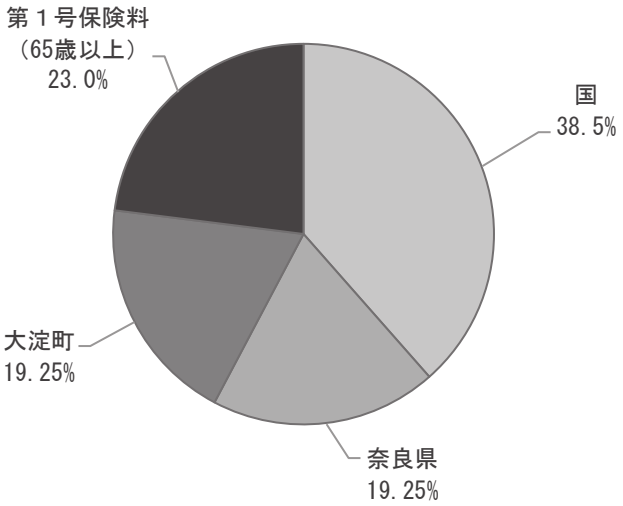
施設等給付費の財源構成



介護予防・日常生活支援総合事業の財源構成



包括的支援事業・任意事業の財源構成



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、負担能力に応じた保険料賦課の観点から、国の標準段階（９段階）を多段階化し、１１段階に設定しました。

	国の標準段階（9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かつ老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.50
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下	0.75
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万円超	0.75
第4段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.90
第5段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超	1.00
第6段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20
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	1.30
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	1.50
第9段階	住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	1.70

	大淀町の所得段階（11 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かつ老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.50
第２段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下	0.75
第３段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万円超	0.75
第４段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.90
第５段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超	1.00
第６段階	住民税課税かつ合計所得金額 80 万円未満	1.18
第７段階	住民税課税かつ合計所得金額 80 万円以上 120 万円未満	1.20
第８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	1.30
第９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	1.50
第 10 段階	住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上 490 万円未満	1.70
第 11 段階	住民税課税かつ合計所得金額 490 万円以上	1.90

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３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
第1段階	1,284	1,289	1,295	3,868
第2段階	426	428	430	1,284
第3段階	379	381	383	1,143
第4段階	940	943	948	2,831
第5段階	660	662	665	1,987
第6段階	409	410	412	1,231
第7段階	461	463	465	1,389
第8段階	695	697	701	2,093
第9段階	321	322	324	967
第 10 段階	158	158	159	475
第 11 段階	105	106	106	317
合計	5,838	5,859	5,888	17,585
所得段階別加入割合補正後被保険者数	5,641	5,660	5,689	16,990

（３）第１号被保険者の介護保険料

1	標準給付費＋地域支援事業費合計見込額（令和3年度～令和5年度） 5,631,641,698 円…①

↓

2	第1号被保険者負担分相当額 1,295,277,591 円（①×23%）

＋調整交付金相当額　275,374,944 円
－調整交付金見込額　242,162,000 円
－準備基金取崩額　29,700,000 円

↓

3	保険料必要収納額（収納率 98%で補正後） 1,325,296,464 円

÷

4	所得段階別加入割合補正後被保険者数　16,990 人 （基準額の割合によって補正した令和3年度～令和5年度までの被保険者数）

↓

保険料基準月額　6,500 円

所得段階	所得の条件	基準額に対する割合	保険料（月額）	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かつ老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下	0.30※	1,950円	23,400円
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下	0.50※	3,250円	39,000円
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円超	0.70※	4,550円	54,600円
第4段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下	0.90	5,850円	70,200円
第5段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超	1.00	6,500円	78,000円
第6段階	住民税課税かつ合計所得金額80万円未満	1.18	7,670円	92,040円
第7段階	住民税課税かつ合計所得金額80万円以上120万円未満	1.20	7,800円	93,600円
第8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	1.30	8,450円	101,400円
第9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	1.50	9,750円	117,000円
第10段階	住民税課税かつ合計所得金額320万円以上490万円未満	1.70	11,050円	132,600円
第11段階	住民税課税かつ合計所得金額490万円以上	1.90	12,350円	148,200円

※令和元年 10 月に消費税が 10%に引き上げられたことにともない、第1段階から第3段階（住民税非課税世帯）については、公費負担による保険料の軽減措置が実施されます。そのため、基準額に対する割合は、第 1 段階を 0.50→0.30、第 2 段階を 0.75→0.50、第三段階を 0.75→0.70 として算定しています。

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」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、個人情報の保護を遵守しつつ、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、保健福祉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おいては、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。

【本計画の主な数値目標】

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、下記の通り数値目標を設定します。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。

基本目標Ⅰ　生涯現役で暮らすことができるまちづくり

項 目		実績	目 標		備 考
		令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
生きがい活動支援事業	利用人数	1,532 人	1,800 人	1,500 人	ふれあい活動センターにおける事業　利用者の固定と減少がみられ、事業縮小・形態変更が課題
老人クラブ連合会運動会	参加人数	378 人	350 人	300 人	老人クラブへの加入者が減少
健康づくりセンター補助制度	利用人数（延べ）	256 人	200 人	200 人	利用料の一部補助 今後は、新型コロナウイルス感染症等の感染症との共存を図りながら展開
高齢者福祉大会	参加人数	400 人	400 人	400 人	事業内容変更
家族介護教室及び交流事業	参加人数	5 人	50 人	70 人	
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	24.4%	60%	60%	担当課との連携
介護予防リーダー	スマイルの加入者数	50 人	80 人	100 人	
いきいきふれあい教室	開催回数	第 3 クール	第 3 クール	第 3 クール	
	開催回数（延べ）	18 回	24 回	24 回	
一般介護予防事業	スマイルの派遣回数（延べ）	12 回	20 回	30 回	住民主体の通いの場の創設
生活支援コーディネーター	配置人数	1 人	4 人	4 人	第2層の生活支援コーディネーターの配置をめざす
介護予防事業への専門職(理学療法士等)の参加	派遣回数	2 回	2 回	2 回	町実施の介護予防事業

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

項 目		実績	目 標		備 考
		令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
地域ケア会議（住民主体の会議）	実施回数	2 回	10 回	10 回	第2層の協議体の配置をめざす
地域ケア会議（個別ケース会議）	実施回数	36 回	30 回	30 回	主に困難事例を対象
地域ケア会議（庁内会議）	実施回数	8 回	9 回	9 回	各種事業の検討や決定
地域包括支援センター運営協議会	開催回数	1 回	1 回	1 回	
地域の実情に応じた介護サービスの検討会議	開催回数	9 回	12 回	12 回	短期集中訪問型事業や移動支援の実現に向けて
集団指導	実施回数	2 回	2 回	2 回	事業所連絡会と併せて、近隣町村との合同実施
指定事業所の指導監督	実施件数	3 回	2 回	2 回	指定の更新に併せて
ケアプラン点検	実施件数	139 件	50 件	50 件	面談方式の導入
介護給付費通知	送付回数	4 回	4 回	4 回	
福祉用具購入における事前審査	実施割合	100%	100%	100%	
認知症サポーター養成講座	開催回数	10 回	5 回	5 回	中・高生への実施をめざす
認知症サポーター	人数（累計）	1,198 人	1,300 人	1,400 人	
認知症キャラバンメイト	養成人数（累計）	43 人	60 人	70 人	
認知症初期支援チーム	活動回数	0 回	2 回	2 回	
認知症地域支援推進員	配置人数	3 人	5 人	7 人	地域事業所へ委嘱を検討
認知症カフェ	実施回数	7 回	12 回	24 回	地域事業所へ委託等を検討
認知症ケアパスの普及		第 2 版配布	第 3 版配布	第 3 版配布	
見守りあんしんシールの交付	配布人数	2 人	15 人	30 人	

基本目標３　地域みんなで支え合い、ふれあうまちづくり

項 目		実績	目 標		備 考
		令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
地域住民グループ主体の介護予防の場	場所数	0 か所	5 か所	7 か所	各担当課との連携
権利擁護の推進	社会福祉士の数	2 人	2 人	2 人	包括支援センターに配置

基本目標４　安全で快適なくらしやすいまちづくり

項 目		実績	目 標		備 考
		令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
交通安全啓発活動	実施回数/月	2 回	2 回	2 回	担当課との連携
災害時における福祉避難所協定	協力事業所数	2 か所	3 か所	3 か所	担当課との連携
介護サービス事業所と連携した防災訓練	実施回数	0 回	1 回	1 回	担当課との連携 各区の代表者に向けて
要支援者名簿	掲載人数（延べ）	1,505 人	1,814 人	1,894 人	

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	辻　壮作	住民代表
	更井　完子	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
	尾上　恭平	大淀町歯科医師会　代表
	久保　和子	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	社会福祉法人綜合施設美吉野園 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	植田　善彦	大淀町区長会　会長
	麻田　伸夫	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
	中谷　千津代	大淀町地域婦人団体連絡協議会 会長
	大谷　奉明	大淀町民生児童委員協議会 会長
（8）町議会を代表する者	池田　加代子	大淀町議会　議長
	保田　憲治	大淀町議会　文教厚生委員長

３．大淀町第８期介護保険事業計画の策定について（答申）

令和３年２月４日

大淀町長　岡下　守正 様

大淀町介護保険運営協議会
会 長　保田　憲治

大淀町第８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３年１月２８日に諮問のあった「大淀町第８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

我が国は、高齢化の進展に加え、単身世帯、高齢者のみ世帯の増加など世帯構造の変化が平行して進んでいます。また、団塊の世代が 75 歳以上となる令和７（2025）年、さらに団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり高齢人口がピークを迎える令和 22（2040）年に向けて、介護サービス需要がさらに増加、多様化していくことが見込まれています。一方、現役世代の減少が顕著となり、高齢者介護を支える人材の確保も大きな課題となっています。

この様な状況のなか、高齢者等が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町をめざし、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を推進してきました。

また、世界的な新型コロナウイルス感染症の感染拡大や近年異常な集中豪雨等による災害が増加しています。特に、新型コロナウイルス感染症においては高齢者や基礎疾患のある人は重症化しやすいことが報告されており、コロナ禍における支援のあり方は早急に検討し確立させていくことが必要です。

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、高齢者が町内で引き続き自分らしい暮らしを続けられる環境を実現するために、「大淀町第８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８期介護保険事業計画の実現をめざし、住民のみなさま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、近隣町村との協力や国およ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８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、高齢化の進展など変化する社会のあり方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、住民のみなさまにとって住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生最期まで続けることができる町であり続けるために、共生社会の実現に向け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あります。

さらに、現役世代の減少が顕著になるこれからに備え、限られた財源や人材を効果的かつ効率的に活用し、介護保険事業所に対する指導監督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、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

高齢化の進展により介護保険制度における高齢者の費用負担は増加の一途をたどっていましたが、世界的な新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う社会情勢を受け、介護保険制度創設以来、高齢者人口の増加とともに増加していた負担割合が今回初めて据え置きされました。

町行政から示された第８期計画における介護保険料は、第７期期間と同額の年額７８，０００円（基準月額６，５００円）であり、その内容を慎重に審議した結果、各種の将来推計を踏まえ、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、高齢者の介護保険料負担は限界に達していることは事実であり、高齢者の生活を根底から揺るがしかねない大きな問題は残ったままであると考えます。

このことから、高齢者の収入に見合った費用負担を前提とした介護保険制度となるよう強く国及び奈良県へ要請することを求めます。

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を尽くすことを求めます。

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	39,000 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	58,500 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	58,500 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	92,040 円	本人課税 合計所得金額 80 万円未満
第 7 段階	93,600 円	本人課税 合計所得金額 80 万円以上 120 万円未満
第 8 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 9 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 10 段階	132,600 円	本人課税 合計所得金額 320 万円以上 490 万円未満
第 11 段階	148,200 円	本人課税 合計所得金額 490 万円以上

◇　その他

高齢化の進展に加え、世帯構造の変化および 8050 問題などこれまでの枠組みを超えて多様化する課題に対応するためには、各関係機関の連携強化が必須となります。困難な課題に対し、チーム力での解決を望みます。

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には、介護人材不足、認知症対策、災害や感染症に対する対策など課題は山積しています。そのほかにも中山間地域特有の課題もあります。それらの課題に対し、町政として真摯に受け止め、取り組むことを求めます。

最後に、情報をうまく収集できない人に対する周知・啓発についての創意工夫も要望します。

以　上

大淀町第８期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

令和３(2021)年３月

編集・発行　大淀町

〒638-8501
奈良県吉野郡大淀町桧垣本 2090
TEL　0747-52-5501（代表）