

はじめに

現在、わが国では総人口が減少する中、65歳以上の高齢者人口は増加し続けており、令和7年にはいわゆる団塊の世代が75歳以上を迎えることとなります。本町においても、高齢化率が令和5年10月1日時点で36.1%と国や県の平均を上回っており、今後も上昇を続けると予想されています。要介護認定者や認知症のある方の増加、介護する家族の負担増や介護人材の不足などが予測され、これまで以上に高齢者を地域全体で支える取り組みが求められています。

このような状況の中、地域で高齢者を支えていくために、介護・予防・医療・生活支援・住宅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引き続き推進するとともに、介護予防による健康寿命の延伸や認知症対策、高齢者の社会参加や家族介護者への支援等に向けた取り組みがより一層重要となっています。

平成12年に創設された介護保険制度は、介護の問題を社会全体で支え合い、家族の介護負担を軽減するとともに、高齢者自らの選択と契約による幅広いサービスの提供を目指して運営されており、今回で第9期を迎えます。現在では、広く住民の生活に定着し、超高齢社会を支えるために必要不可欠な制度となっています。

今般の介護保険制度改正においては、地域特性に応じた介護サービス基盤の整備、地域包括ケアシステムの推進、介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進が掲げられています。

本町ではこれまで、高齢者が自ら役割を持ち、ともに支え合い、住み慣れた地域で安心して生活し続けることができるまちの実現を目指し、高齢者福祉施策のさらなる充実に取り組んでまいりました。國の方針や本町の現状を踏まえ、第8期計画で定めた『みんなが支え合い 生涯すこやかに生活する 安堵のまち』の基本理念を引き継ぎ、「安堵町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」を策定し、引き続き地域全体で支え合う体制づくりに取り組んでまいります。皆様の変わらぬご協力をどうぞお願いいいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、ご尽力を頂いた安堵町介護保険運営協議会の皆様をはじめ、ご意見、ご提案を頂きました住民や関係機関の皆様に心からお礼申し上げます。

令和6年3月

安堵町長 西本 安博

【目 次】

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の期間	2
3 第9期介護保険制度改革の主な内容	3
4 計画の基本理念	4
5 計画の基本目標	4
6 計画の体系	5
7 計画の位置づけ	6
8 計画の策定体制	7
第2章 高齢者を取り巻く現状	8
1 人口構造の状況	8
2 要支援・要介護認定者の状況	11
3 介護サービスの利用状況(第8期計画の取り組み状況)	12
4 地域支援事業の利用状況(第8期計画の取り組み状況)	23
5 日常生活圏域ニーズ調査からみる状況	25
6 在宅介護実態調査からみる状況	33
7 本町における課題と方針の整理	39
第3章 施策の展開	42
基本目標1 活力に満ちて、すこやかに生活できる	42
1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	42
2 生きがいづくりや社会参加の推進	48
基本目標2 自分らしく、安心・快適に生活できる	50
3 高齢者の認知症対策と権利擁護	50
4 高齢者と家族の日々の暮らしを支える支援の推進	57
基本目標3 地域全体で支え合って生活できる	61
5 地域包括ケアシステムの強化	61
6 介護保険制度運営の適正化	66
第4章 介護保険事業の推進	70
1 日常生活圏域の設定	70
2 予防給付・介護給付サービスの見込み量算定の流れ	70
3 介護保険事業対象者等の推計	72
4 介護保険サービスの見込み量	73
5 介護保険給付費の見込み	75
6 第1号被保険者の保険料について	78

第5章 計画の推進体制	81
1 情報提供・相談体制	81
2 広報体制の整備	81
3 計画の推進体制・点検体制	82
資料編	83
安堵町介護保険運営協議会設置条例	83
安堵町介護保険運営協議会委員名簿	85
策定経緯	86
用語解説	87

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして平成12年に介護保険制度が創設されてから20年以上が経過し、介護保険制度は高齢者の介護になくてはならないものとして定着しました。令和7年には、いわゆる団塊の世代が75歳以上を迎えることとなり、要介護認定率や介護給付費が急増する85歳以上人口は令和42年頃まで増加傾向が続くことが見込まれています。今後、急速に高齢化が進む地域もあれば、高齢化がピークを超える地域もあるなど、人口構成の変化や医療・介護ニーズ等の動向が地域ごとに異なります。国では、こうした地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取り組み内容や目標を検討することが重要であるとしています。

安堵町における高齢者人口（65歳以上）は、令和5年10月1日現在で2,553人となっており、総人口に占める高齢化率は36.1%で、約3人に1人が高齢者となっています。また、要介護認定率が高くなるとされる後期高齢者（75歳以上）は、令和5年10月1日現在で1,347人、総人口比19.0%だったものが、令和7年には1,469人、総人口比22.6%に増加すると見込まれています。

市町村の介護保険事業計画は、第6期（平成27～29年度）計画期間以降、「地域包括ケア計画」としても位置づけられ、令和7年度までの各計画期間を通じて、地域包括ケアシステムの段階的な構築が目指されてきました。本町においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、介護・予防・医療・生活支援・住宅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に向け、さらなる深化・推進を行っているところです。

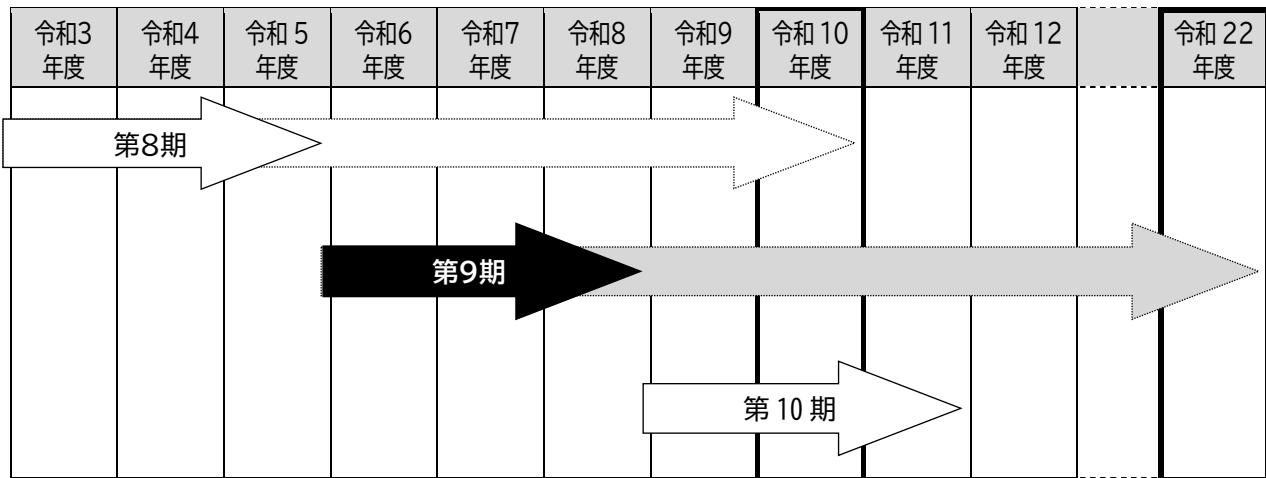
そのため、「安堵町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画（以下「本計画」という。）」は、「安堵町高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画（以下「第8期計画」という。）」に引き続き、『みんなが支え合い 生涯すこやかに生活する 安堵のまち』の考え方を踏まえながら、継続して地域包括ケアシステムの構築を進めるため、加えて現役世代の人口が急減する令和22年を念頭に置き、本町の高齢者一人ひとりが生きがいや役割を持って支え合い、住み慣れた地域で暮らし続けることができるまちを目指して策定するものです。

2 計画の期間

介護保険事業計画は、3年を1期として策定するものであることから、本計画の期間は令和6年度から令和8年度の3年間となります。

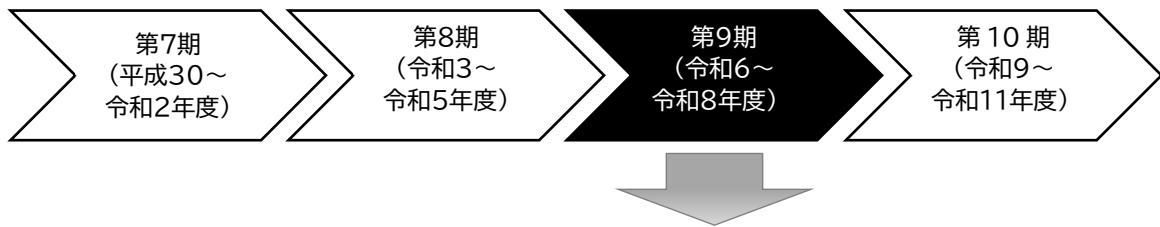
また、中長期的な視点として、高齢者人口がピークに達し、介護サービス需要が増加・多様化するとともに現役世代の減少が顕著になる令和22年度を見据えて計画を定めます。

■計画の期間



3 第9期介護保険制度改革の主な内容

- ・わが国では令和7年に、いわゆる“団塊の世代”が75歳以上の後期高齢者となる社会を迎えます。また、高齢者人口がピークを迎える令和22年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。
- ・第9期計画のための基本方針では、地域特性に応じた介護サービス基盤の整備、地域包括ケアシステムの推進、介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進が掲げられています。



1. 介護サービス基盤の計画的な整備

- 地域の実情に応じたサービス基盤の整備
 - ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要がある。
- 在宅サービスの充実
 - ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進。

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み

- 地域共生社会の実現
 - ・住まいと生活の一体的支援が重要となる。
- 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備
- 保険者機能の強化
 - ・保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取り組みの充実。

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ・都道府県主導のもとで生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進。

4 計画の基本理念

本計画においては、国の制度改革や地域包括ケアシステム構築に向けた施策継続を踏まえ、第8期計画で掲げた「みんなが支え合い 生涯すこやかに生活する 安堵のまち」の実現に向けた取り組みを一層強化することに重点を置き、理念を継承・深化しつつ、さらに地域力を高める施策を推進します。

《基本理念》

みんなが支え合い 生涯すこやかに生活する 安堵のまち

5 計画の基本目標

基本理念である「みんなが支え合い 生涯すこやかに生活する 安堵のまち」とともに、地域包括ケアシステムの構築を実現するため、次の3つの基本方針を設定し、総合的に取り組みます。

1 活力に満ちて、すこやかに生活できる ~総合事業の推進と生きがいづくり~

長寿社会を迎え、多くの高齢者は現役を退いてから長い人生を過ごすことになります。高齢者が健康でいきいきと暮らせる期間をできるだけ長く持てるよう、健康の維持や介護予防、社会参加、生きがいを見出すことが大切です。地域資源や人材の発掘を進めるとともに、様々なネットワークを構築しつつ総合的に生活支援体制の充実に取り組みます。

2 自分らしく、安心・快適に生活できる ~認知症対策と権利擁護の充実~

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることのできる社会の実現に向けて、「共生と予防」の考え方のもと、認知症に関する周知の啓発や認知症の早期発見・早期対応に努めます。また、高齢者やその家族が地域で、安心・快適に生活できるよう、成年後見制度の利用促進や高齢者虐待防止等の権利擁護を推進し、日々の暮らしを支える切れ目のない支援の充実に努めます。

3 地域全体で支え合って生活できる ~地域包括ケアシステムの強化~

疾病等を抱えてもできる限り住み慣れた自宅等での生活を継続するためには、医療・介護・福祉サービス等を含めた多様なサービスの切れ目のない提供と、インフォーマルな支え合い活動を重層的に組み合わせた地域包括ケア体制の充実が重要です。そのため、医療・介護関係者をはじめとした多職種協働による介護予防や疾病予防・重度化防止の一体的な取り組みを推進します。

6 計画の体系

みんなが支え合い 生涯すこやかに生活する 安堵のまち

第3章 施策の展開(高齢者福祉計画)

[基本理念]

[基本目標]

[施策の方向性(主要な施策)]

1

活力に満ちて、
すこやかに
生活できる

- 1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
 - (1)介護予防・生活支援サービスの推進
 - (2)一般介護予防事業
 - (3)生活支援コーディネーターによる地域づくりの推進
- 2 生きがいづくりや社会参加の推進
 - (1)生きがいづくりの充実
 - (2)高齢者の就労促進・社会参加

2

自分らしく、
安心・快適に
生活できる

- 3 高齢者の認知症対策と権利擁護
 - (1)認知症施策の推進
 - (2)権利擁護の推進
 - (3)高齢者虐待の防止
- 4 高齢者と家族の日々の暮らしを
支える支援の推進
 - (1)高齢者福祉の推進
 - (2)高齢者の住まいを支える支援の充実
 - (3)高齢者の外出を支える支援の充実
 - (4)家族介護者を支える支援の充実
 - (5)防災・感染症対策、防犯体制の推進

3

地域全体で
支え合って
生活できる

- 5 地域包括ケアシステムの強化
 - (1)地域包括ケア体制の整備・充実
 - (2)在宅医療・介護連携の推進
- 6 介護保険制度運営の適正化
 - (1)適切な要介護認定の実施
 - (2)サービスの質の向上

第4章 介護保険事業の推進(介護保険事業計画)

- 1 日常生活圏域の設定
- 2 予防給付・介護給付サービスの見込み量算定の流れ
- 3 介護保険事業対象者等の推計
- 4 介護保険サービスの見込み量
- 5 介護保険給付費の見込み
- 6 第1号被保険者の保険料について

7 計画の位置づけ

(1) 法令の根拠

本計画は、高齢者福祉計画と介護保険事業計画を総合的かつ一体的に策定したものです。

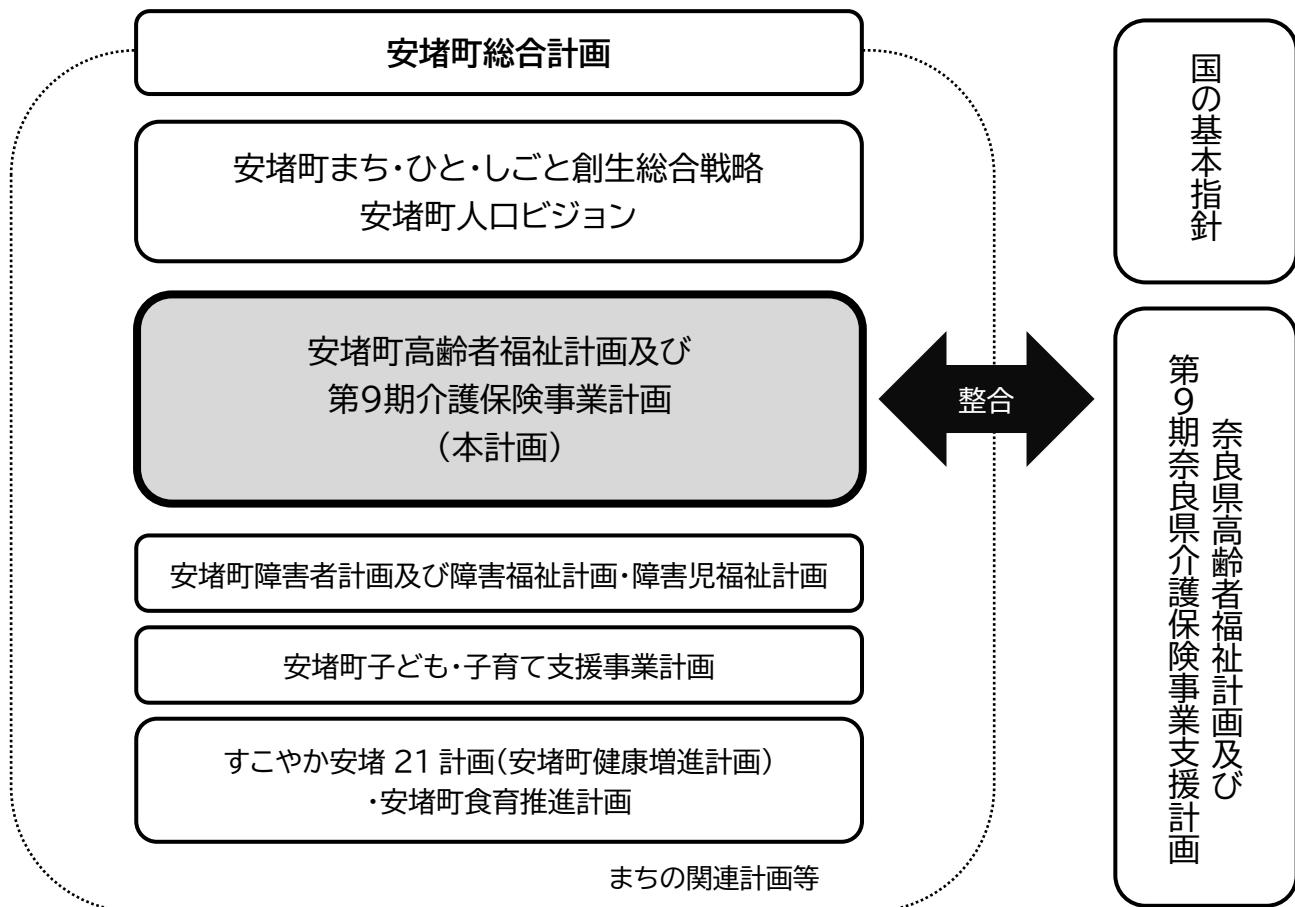
高齢者福祉計画は、老人福祉法第20条の8に基づく計画であり、高齢者に対する福祉サービス等の取り組みの供給体制の確保に関する計画です。

また、介護保険事業計画は、介護保険法第117条の規定に基づき、本町における要支援・要介護認定者数、介護サービスや介護予防サービスの利用意向等を勘案し、必要なサービス量を見込み、介護サービスや介護予防サービスを提供する体制を確保するなど、介護保険事業の円滑な実施に関する事項を定めるものです。

両計画は、地域における様々なサービス資源の活用方策等を盛り込んだ行政計画として位置づけられます。

(2) 上位計画・関連計画との関係

本計画は、「安堵町総合計画」を上位計画とする高齢者施策の部門別計画であり、また、国の基本指針や、「安堵町障害者計画及び障害福祉計画・障害児福祉計画」等の関連する計画との整合を図り、策定するものです。



8 計画の策定体制

(1)安堵町介護保険運営協議会の開催

広く意見を聴取するために、住民や有識者、関係団体、関係機関等で組織された「安堵町介護保険運営協議会」において、本計画についての意見交換及び審議を行いました。

(2)アンケート調査の実施

計画策定に先立ち、町内在住の高齢者の生活実態や介護に関する要望・意見等を把握し、効果的な介護予防の立案とその効果を評価していくこと等を目的として、アンケート調査を実施しました。

①日常生活圏域ニーズ調査

【アンケート調査概要】

調査地域：安堵町全域

調査対象者：令和5年8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（2,182人）※要支援認定者を含む

調査期間：令和5年8月14日～令和5年8月29日

調査方法：調査票による本人記入方式（本人の記入が困難な場合代筆可）、郵送配布・郵送回収

配布数	有効回収数	有効回収率
2,182件	1,441件	66.0%

※回収数は、回収期限を過ぎたものも含む。

※端数処理の関係上、回答結果の合計値が100.0%にならない場合があります。

②在宅介護実態調査(西和圏域7町共同実施)

【アンケート調査概要】

調査地域：西和圏域7町（平群町、三郷町、斑鳩町、安堵町、上牧町、王寺町、河合町）

調査対象者：町内在住の要支援認定（要支援1～2）・要介護認定（要介護1～5）を受け、在宅で生活をしている人

調査期間：令和4年12月～令和5年3月

調査方法：認定調査員による聞き取り調査

有効回収数
903件

※端数処理の関係上、回答結果の合計値が100.0%にならない場合があります。

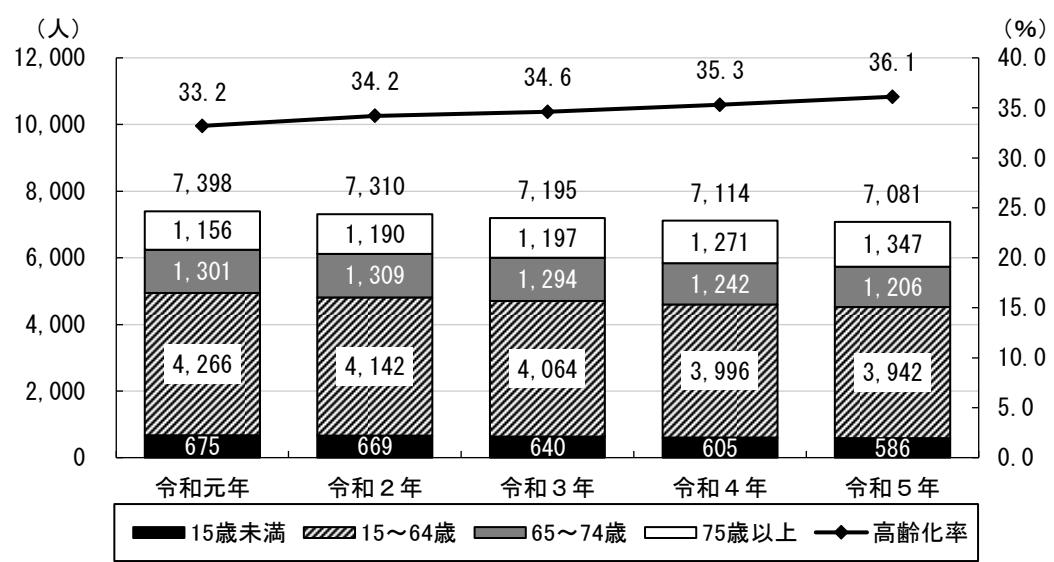
第2章 高齢者を取り巻く現状

1 人口構造の状況

(1) 総人口の推移

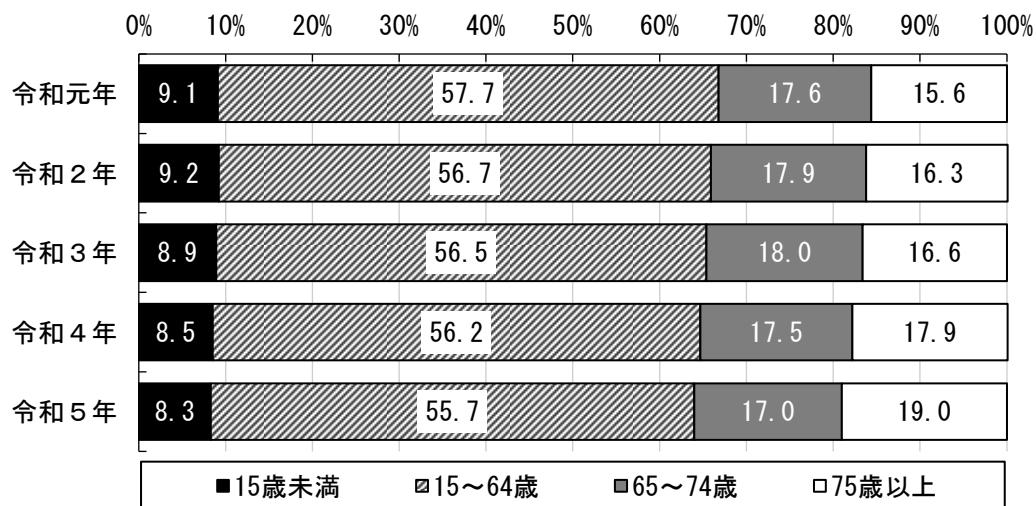
近年の本町における総人口は、減少傾向で推移しており、令和5年には 7,081 人となっています。また、高齢化率は増加傾向にあり、令和5年には 36.1% となっています。年齢4区分別人口構成比は、「15~64 歳」は減少傾向、「15 歳未満」「65~74 歳」は増減を繰り返しながら減少傾向、「75 歳以上」は増加傾向となっています。

■総人口(年齢4区分別)の推移



資料：住民基本台帳（各年 10月1日）

■年齢4区分別人口構成比の推移



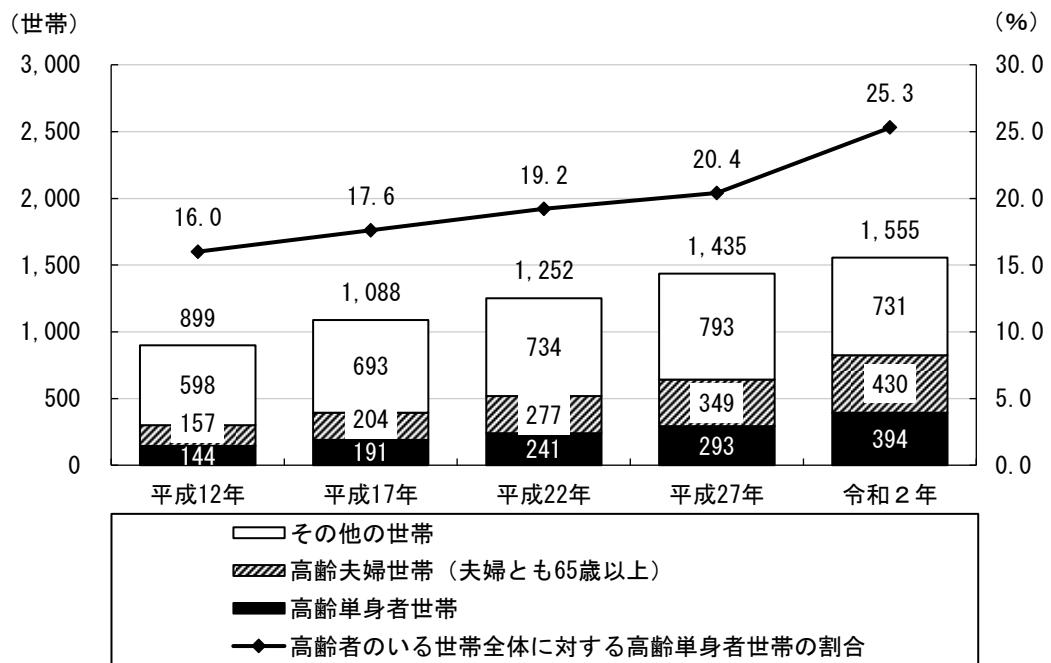
※端数処理の関係上、合計値が合わない場合があります。

資料：住民基本台帳（各年 10月1日）

(2)世帯の状況

本町の高齢者のいる世帯数は、平成12年以降増加傾向で推移し、令和2年には1,555世帯となっています。高齢者のいる世帯全体に対する高齢単身者世帯の割合は、平成12年以降増加傾向で推移し、令和2年には25.3%となっています。

■高齢者のいる世帯数の推移



資料：国勢調査

■高齢者のいる世帯の構成比の推移

単位：世帯

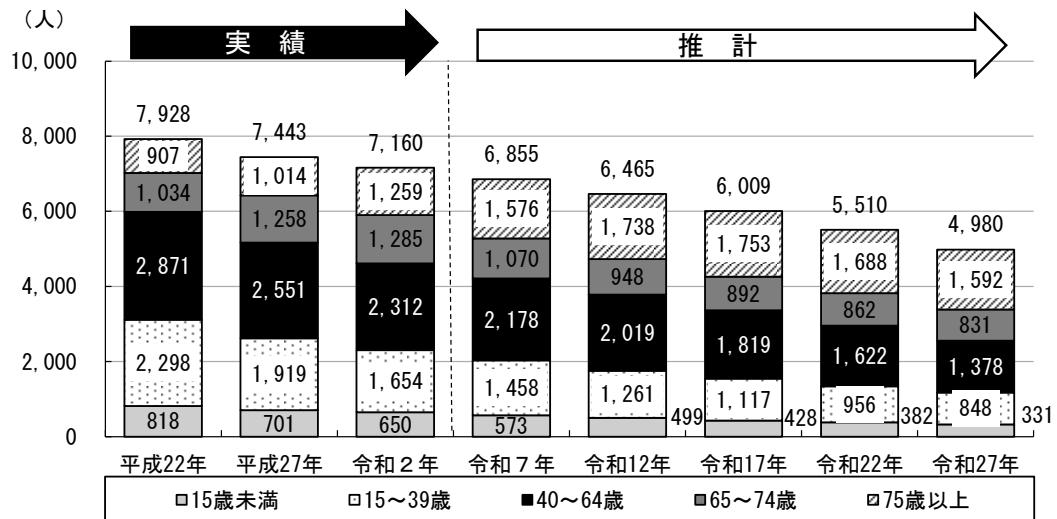
	平成12年		平成17年		平成22年		平成27年		令和2年	
	世帯数	構成比								
一般世帯数	2,732	—	2,837	—	2,932	—	2,872	—	3,064	—
65歳以上の高齢者いる世帯	899	100.0%	1,088	100.0%	1,252	100.0%	1,435	100.0%	1,555	100.0%
高齢単身者世帯	144	16.0%	191	17.6%	241	19.2%	293	20.4%	394	25.3%
高齢夫婦世帯(夫婦とも65歳以上)	157	17.5%	204	18.8%	277	22.1%	349	24.3%	430	27.7%
その他の世帯	598	66.5%	693	63.7%	734	58.6%	793	55.3%	731	47.0%

資料：国勢調査

(3) 将来推計人口

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、総人口は令和2年の7,160人から令和27年には4,980人になると予測されます。65歳以上の高齢者人口は令和12年までは増加がみられますが、以降は減少に転じる見込みです。また、高齢化率は増加傾向で推移し、令和2年の35.2%から令和27年には48.7%になると予測されます。国や県と比較すると、本町の高齢化率は高い水準にあります。

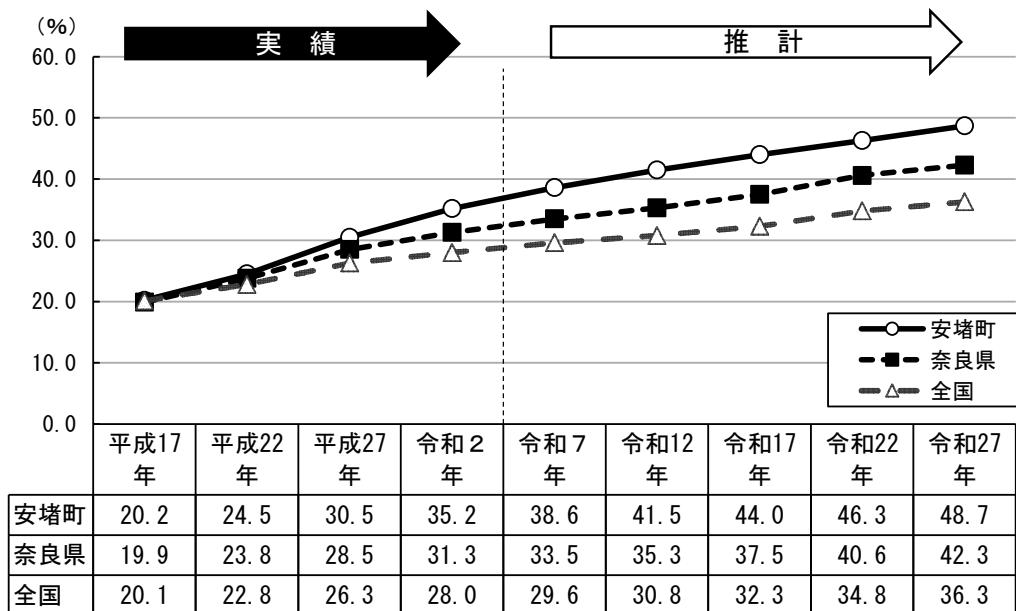
■年齢5区分別人口の推移と推計



資料：令和2年までは、国勢調査（平成22～令和2年）

令和7年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

■高齢化率の推移と推計



資料：令和2年までは、国勢調査（平成17～令和2年）

令和7年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

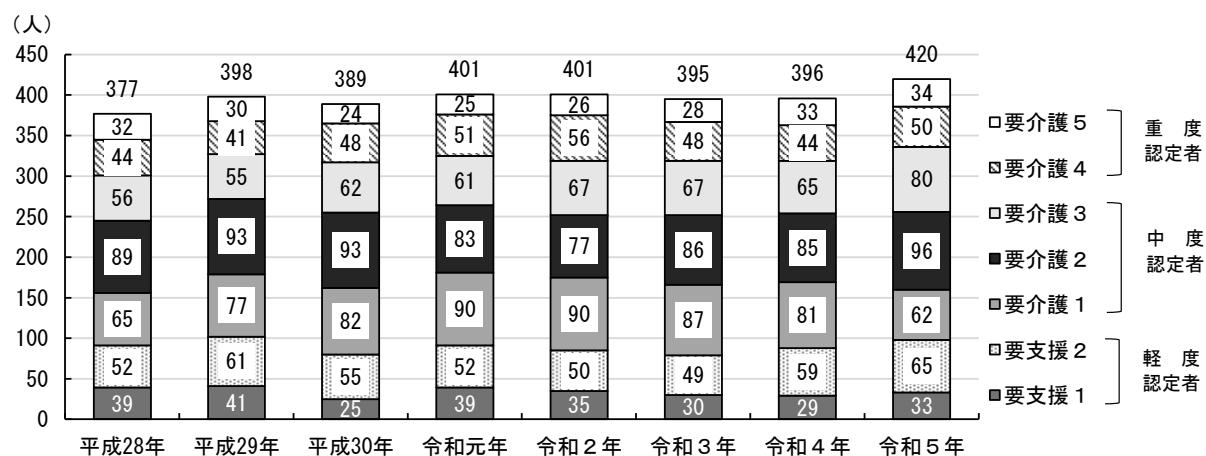
2 要支援・要介護認定者の状況

(1) 要支援・要介護度別認定者数等の推移

要支援・要介護認定者数は、増減を繰り返しつつ、増加傾向となっています。

要支援・要介護度別にみると、「要介護1」は令和2年まで増加傾向にありましたが、令和3年以降は減少傾向となっています。また、「要介護3」は令和5年で大幅に増加しています。その他は、増減を繰り返しつつ推移しています。

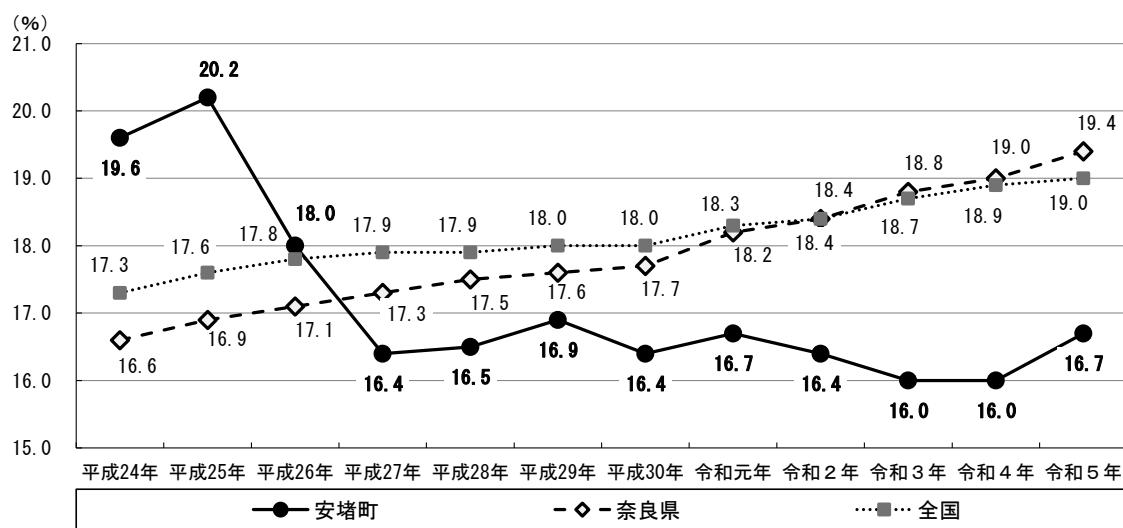
■要支援・要介護度別認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年3月末現在）

■第1号被保険者全体の要介護(要支援)認定率の推移(本町・県・全国)

要介護（要支援）認定率についてみると、第1号被保険者全体では第6期計画期間の平成27年以降、国や県を下回って推移しており、令和5年では16.7%となっています。



資料：介護保険事業状況報告（各年3月末現在）

3 介護サービスの利用状況(第8期計画の取り組み状況)

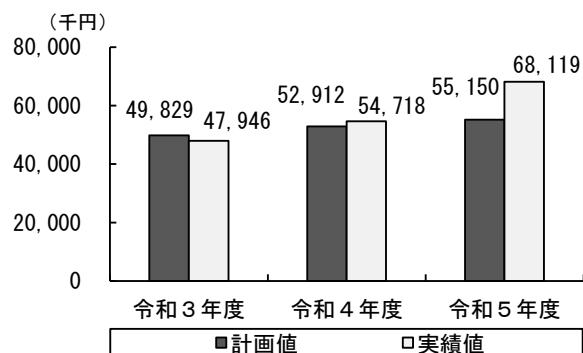
※実績値は、令和3年度、令和4年度については12か月分の合計値、令和5年度については4月から12月までの実績値から算出した見込み量となっています。

(1)居宅サービスの計画値と利用実績の比較

①訪問介護(要介護1～5)

訪問介護については、令和3年度は実績値が計画値を下回っていますが、令和4年度以降は上回っています。

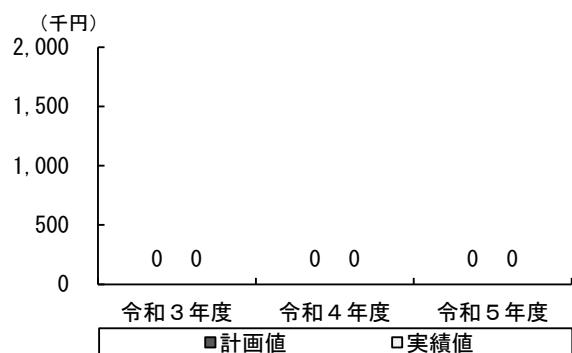
■訪問介護



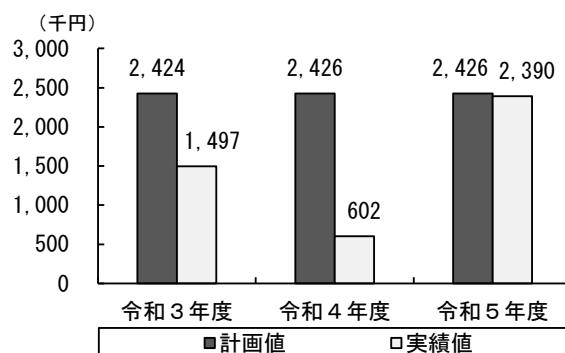
②介護予防訪問入浴介護(要支援1・2)／訪問入浴介護(要介護1～5)

介護予防訪問入浴介護については、計画値、利用実績ともにありません。
訪問入浴介護については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■介護予防訪問入浴介護



■訪問入浴介護

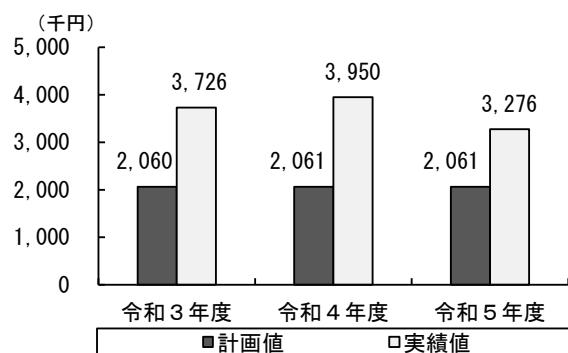


③介護予防訪問看護(要支援1・2)／訪問看護(要介護1～5)

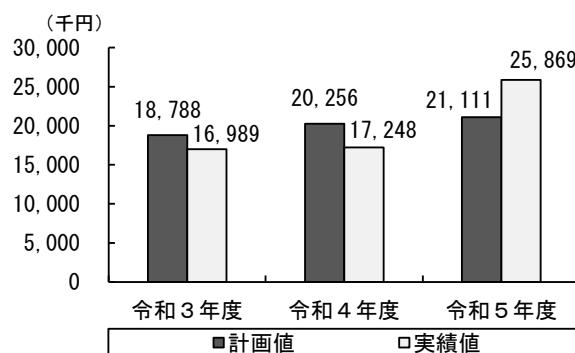
介護予防訪問看護については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

訪問看護については、令和4年度までは実績値が計画値を下回っています。

■介護予防訪問看護



■訪問看護

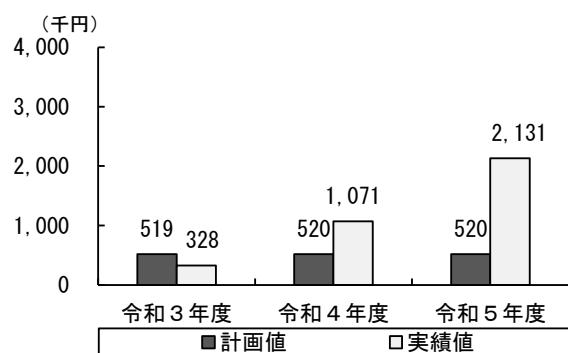


④介護予防訪問リハビリテーション(要支援1・2)／ 訪問リハビリテーション(要介護1～5)

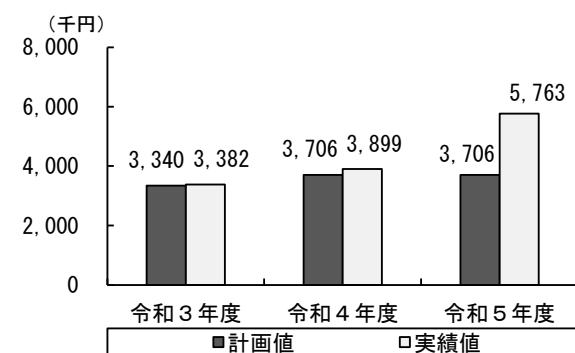
介護予防訪問リハビリテーションについては、令和3年度は実績値が計画値を下回っていますが、令和4年度以降は上回っています。

訪問リハビリテーションについては、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

■介護予防訪問リハビリテーション



■訪問リハビリテーション

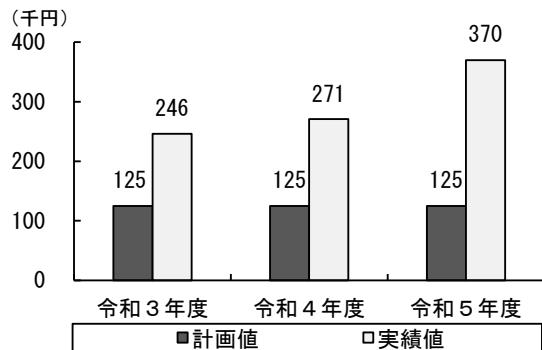


⑤介護予防居宅療養管理指導(要支援1・2)／居宅療養管理指導(要介護1～5)

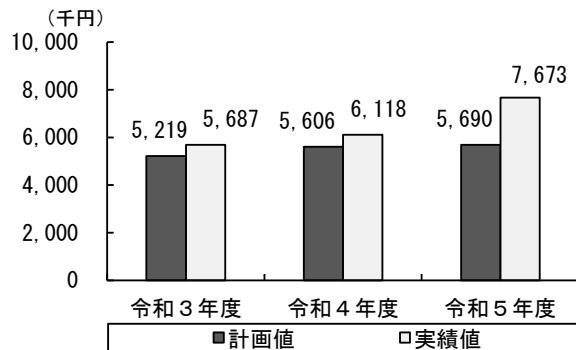
介護予防居宅療養管理指導については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

居宅療養管理指導については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

■介護予防居宅療養管理指導



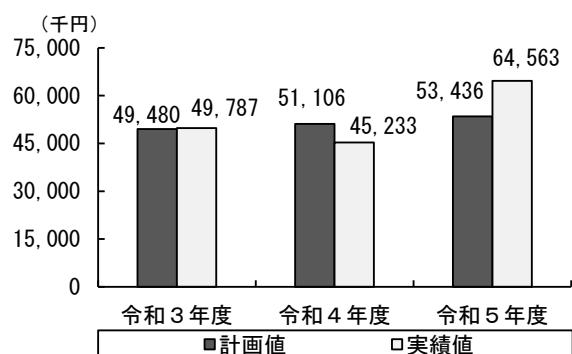
■居宅療養管理指導



⑥通所介護(要介護1～5)

通所介護については、令和3年度、令和5年度は実績値が計画値を上回っており、令和4年度は下回っています。

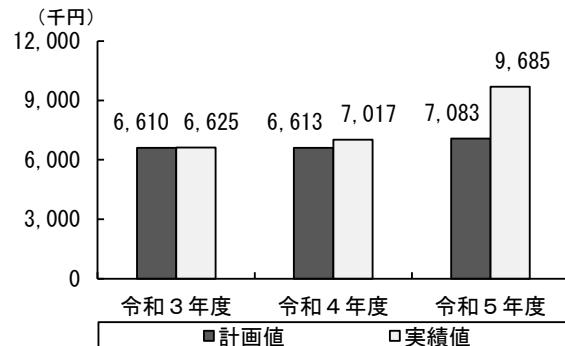
■通所介護



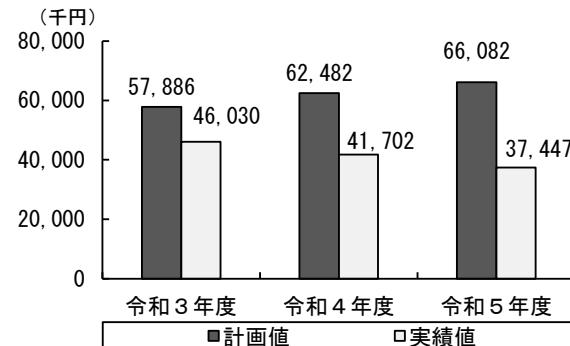
⑦介護予防通所リハビリテーション(要支援1・2)／ 通所リハビリテーション(要介護1～5)

介護予防通所リハビリテーションについては、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。
通所リハビリテーションについては、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■介護予防通所リハビリテーション



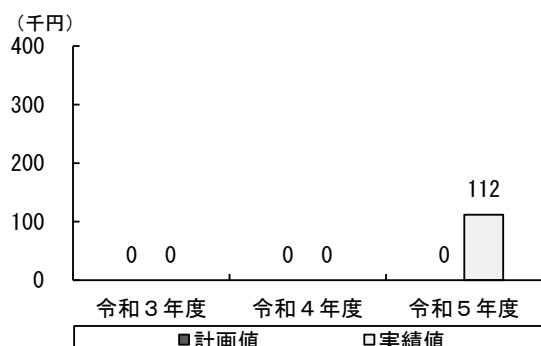
■通所リハビリテーション



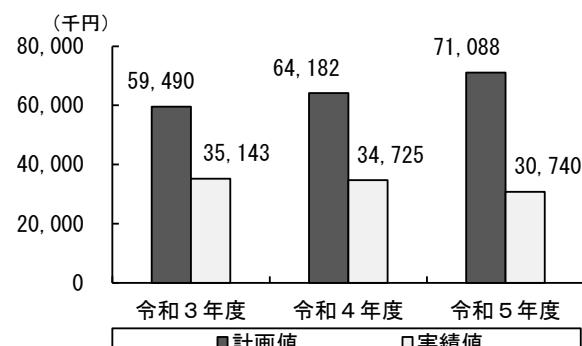
⑧介護予防短期入所生活介護(要支援1・2)／短期入所生活介護(要介護1～5)

介護予防短期入所生活介護については、令和5年度のみ利用実績がありました。
短期入所生活介護については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■介護予防短期入所生活介護



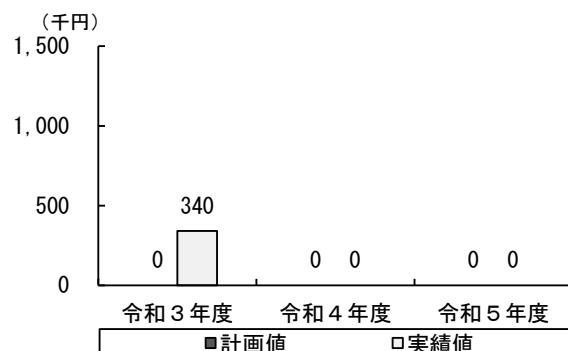
■短期入所生活介護



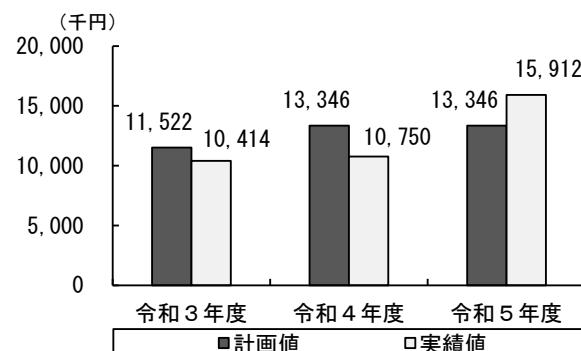
⑨介護予防短期入所療養介護(老健)(要支援1・2)／ 短期入所療養介護(老健)(要介護1～5)

介護予防短期入所療養介護（老健）については、令和3年度のみ利用実績がありました。
短期入所療養介護（老健）については、令和4年度までは実績値が計画値を下回っています。

■介護予防短期入所療養介護(老健)



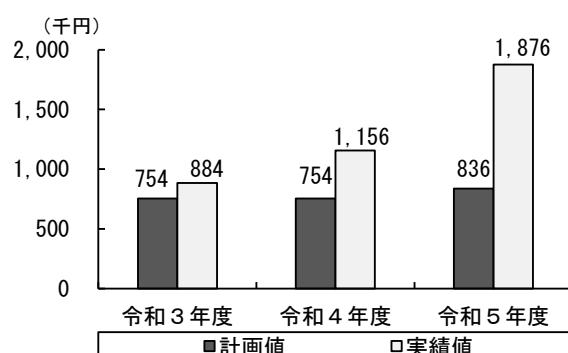
■短期入所療養介護(老健)



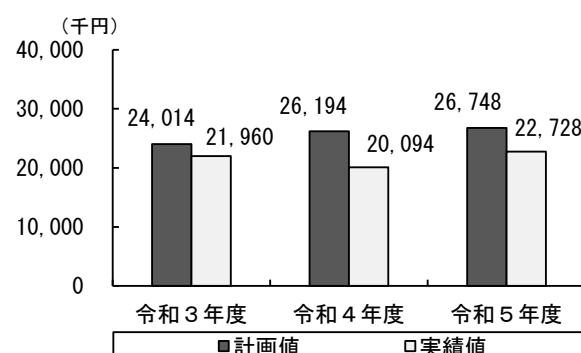
⑩介護予防福祉用具貸与(要支援1・2)／福祉用具貸与(要介護1～5)

介護予防福祉用具貸与については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。
福祉用具貸与については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■介護予防福祉用具貸与



■福祉用具貸与

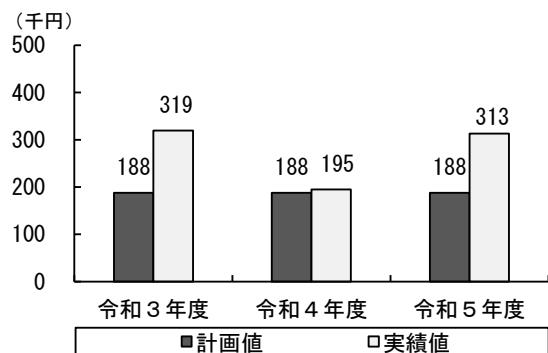


⑪特定介護予防福祉用具購入費(要支援1・2)／特定福祉用具購入費(要介護1～5)

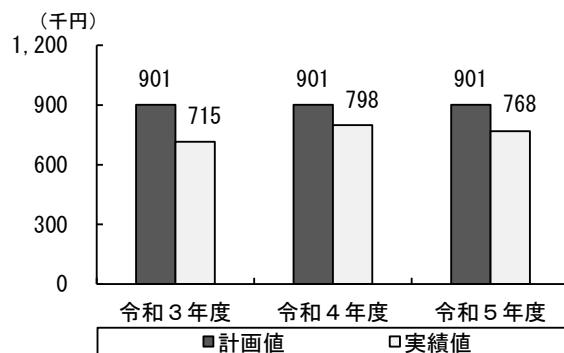
特定介護予防福祉用具購入費については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

特定福祉用具購入費については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■特定介護予防福祉用具購入費



■特定福祉用具購入費

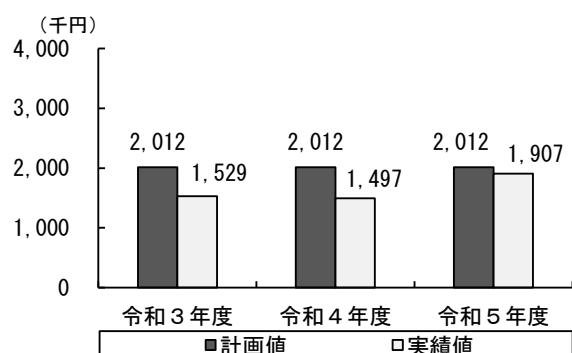


⑫介護予防住宅改修(要支援1・2)／住宅改修費(要介護1～5)

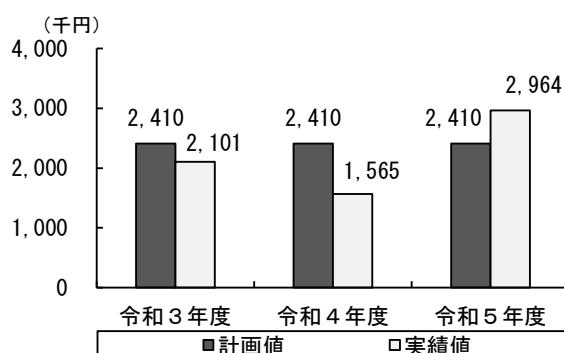
介護予防住宅改修については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

住宅改修費については、令和4年度までは実績値が計画値を下回っています。

■介護予防住宅改修



■住宅改修費

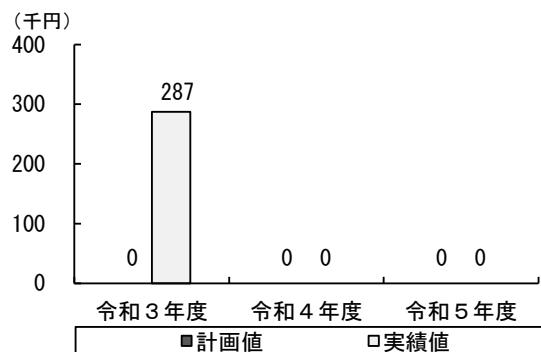


⑬介護予防特定施設入居者生活介護(要支援1・2)／ 特定施設入居者生活介護(要介護1～5)

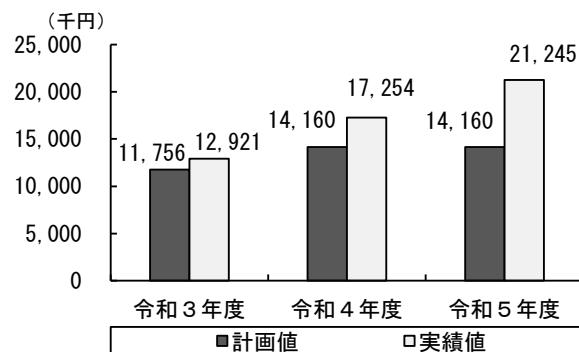
介護予防特定施設入居者生活介護については、令和3年度のみ利用実績がありました。令和4年度以降は計画値、利用実績ともにありません。

特定施設入居者生活介護については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

■介護予防特定施設入居者生活介護



■特定施設入居者生活介護

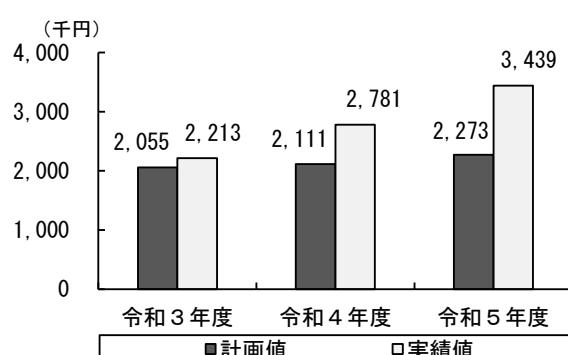


⑭介護予防支援(要支援1・2)／居宅介護支援(要介護1～5)

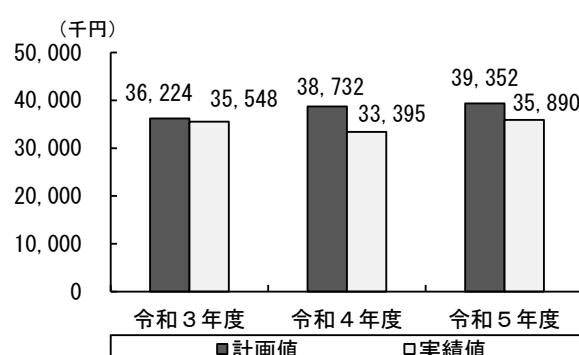
介護予防支援については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

居宅介護支援については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■介護予防支援



■居宅介護支援

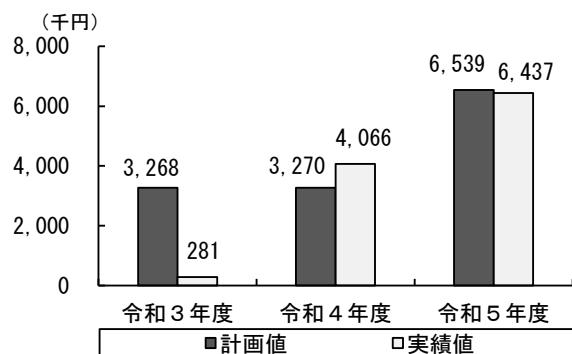


(2)地域密着型サービスの計画値と利用実績の比較

①定期巡回・隨時対応型訪問介護看護(要介護1～5)

定期巡回・随时対応型訪問介護看護については、令和3年度、令和5年度は実績値が計画値を下回っており、令和4年度は実績値が計画値を上回っています。

■定期巡回・随时対応型訪問介護看護

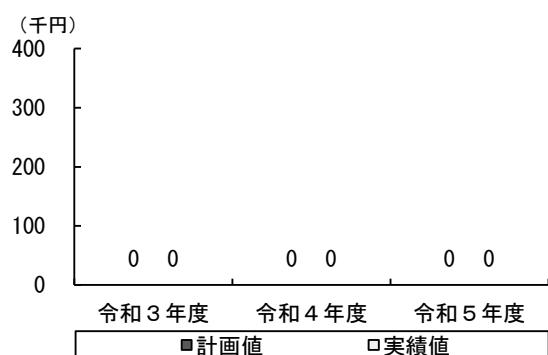


②介護予防小規模多機能型居宅介護(要支援1・2)／ 小規模多機能型居宅介護(要介護1～5)

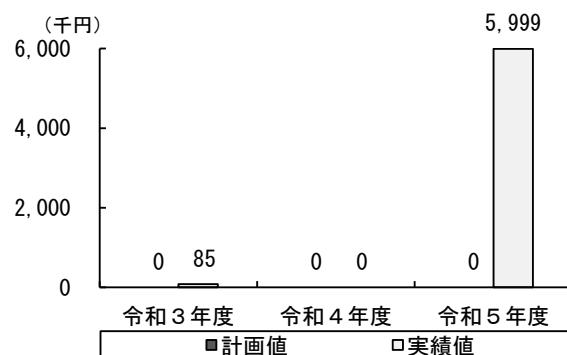
介護予防小規模多機能型居宅介護については、計画値、利用実績ともにありません。

小規模多機能型居宅介護については、令和3年度、令和5年度において利用実績がありました。

■介護予防小規模多機能型居宅介護



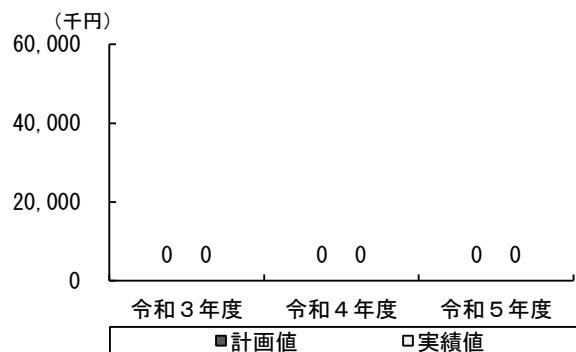
■小規模多機能型居宅介護



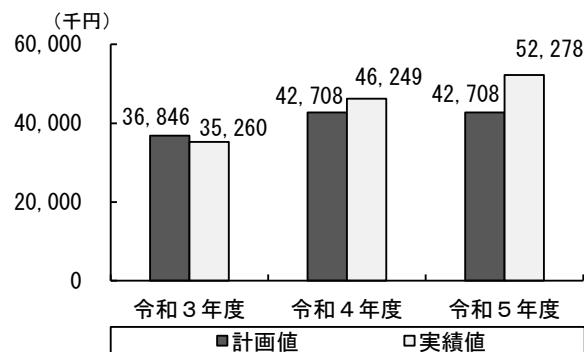
③介護予防認知症対応型共同生活介護(要支援1・2)／ 認知症対応型共同生活介護(要介護1～5)

介護予防認知症対応型共同生活介護については、計画値、利用実績ともにありません。
認知症対応型共同生活介護については、令和3年度は実績値が計画値を下回っており、令和4年度以降は上回っています。

■介護予防認知症対応型共同生活介護



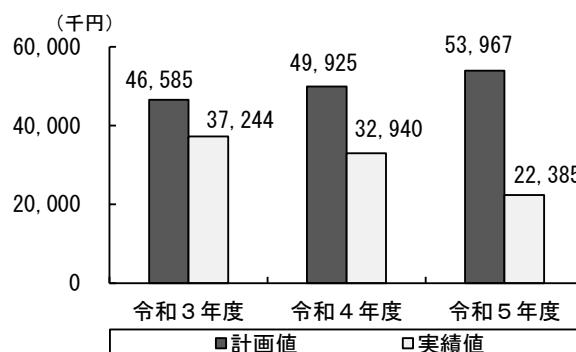
■認知症対応型共同生活介護



④地域密着型通所介護(要介護1～5)

地域密着型通所介護については、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■地域密着型通所介護

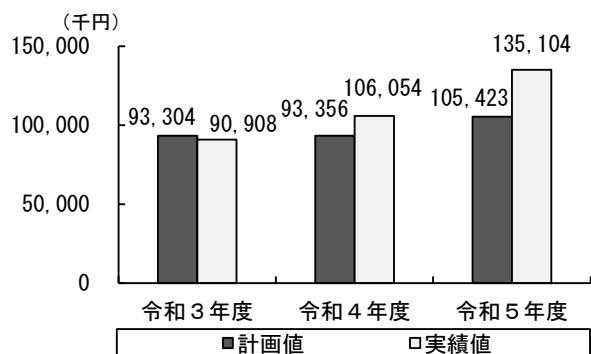


(3)施設サービスの計画値と利用実績の比較

①介護老人福祉施設(要介護1～5)

介護老人福祉施設については、令和3年度は実績値が計画値を下回っており、令和4年度以降は上回っています。

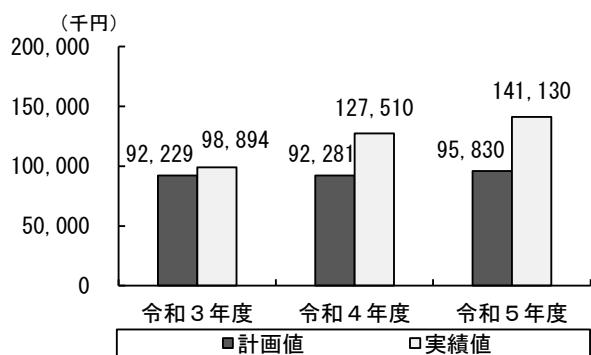
■介護老人福祉施設



②介護老人保健施設(要介護1～5)

介護老人保健施設については、各年度ともに実績値が計画値を上回っています。

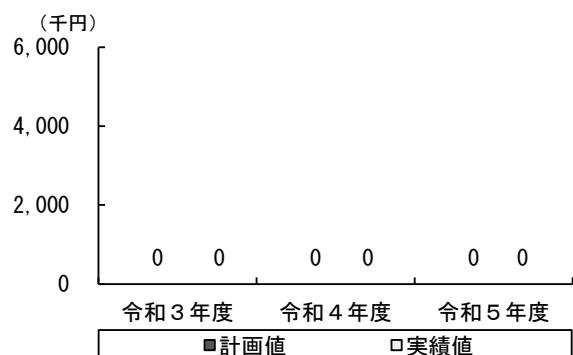
■介護老人保健施設



③介護療養型医療施設(要介護1～5)

介護療養型医療施設については、国の方針に基づき、介護医療院へと移行しつつあるため、各年度ともに計画値、利用実績はありません。

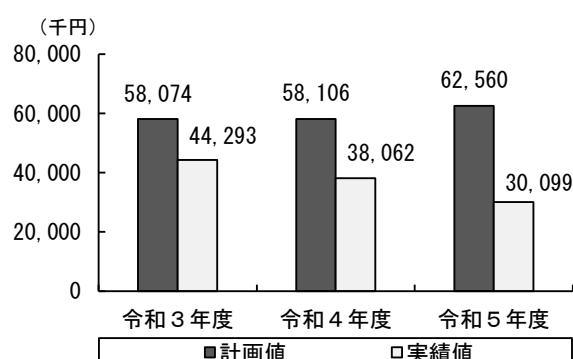
■介護療養型医療施設



④介護医療院(要介護1～5)

介護医療院については、国の方針に基づき、介護療養型医療施設から移行しつつありますが、各年度ともに実績値が計画値を下回っています。

■介護医療院



4 地域支援事業の利用状況(第8期計画の取り組み状況)

※実績値は、令和3年度、令和4年度については12か月分の合計値、令和5年度については4月から12月までの実績値から算出した見込み量となっています。

(1)介護予防・日常生活支援総合事業の実績

訪問介護相当サービスについては、令和4年度は令和3年度と比較して実績額が減少していますが、令和5年度には増加しています。

通所介護相当サービスについては、増加傾向にあります。

介護予防ケアマネジメントについては、令和4年度は令和3年度と比較して実績額が減少していますが、令和5年度には増加しています。

介護予防把握事業及び、介護予防普及啓発事業については、実績額がありません。

地域介護予防活動支援事業については、減少傾向にあります。

地域リハビリテーション活動支援事業については、令和4年度は令和3年度と比較して実績額が減少し、その後は横ばいとなっています。

単位：円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問介護相当サービス	3,486,010	3,461,068	4,022,390
通所介護相当サービス	5,714,311	6,721,619	6,965,486
介護予防ケアマネジメント	2,247,655	2,179,244	2,886,956
介護予防把握事業	0	0	0
介護予防普及啓発事業	0	0	0
地域介護予防活動支援事業	1,495,000	200,000	170,000
地域リハビリテーション活動支援事業	2,075,000	1,000,000	1,000,000
上記以外の介護予防・日常生活支援総合事業	0	0	67,000

(2)包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業の実績

包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)については、令和4年度は令和3年度と比較して実績額が減少していますが、令和5年度には増加しています。

任意事業については、増加傾向にあります。

単位：円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)	13,794,800	12,018,587	13,810,000
任意事業	654,554	702,607	765,000

(3)包括的支援事業(社会保障充実分)の実績

在宅医療・介護連携推進事業については、増加傾向にあります。

生活支援体制整備事業については、令和4年度は令和3年度と比較して実績額が減少し、その後は横ばいとなっています。

認知症初期集中支援推進事業については、令和4年度は皆減となっています。

認知症地域支援・ケア向上事業については、増加傾向にあります。

地域ケア会議推進事業については、令和4年度は令和3年度と比較して実績額が増加し、その後は横ばいとなっています。

単位：円

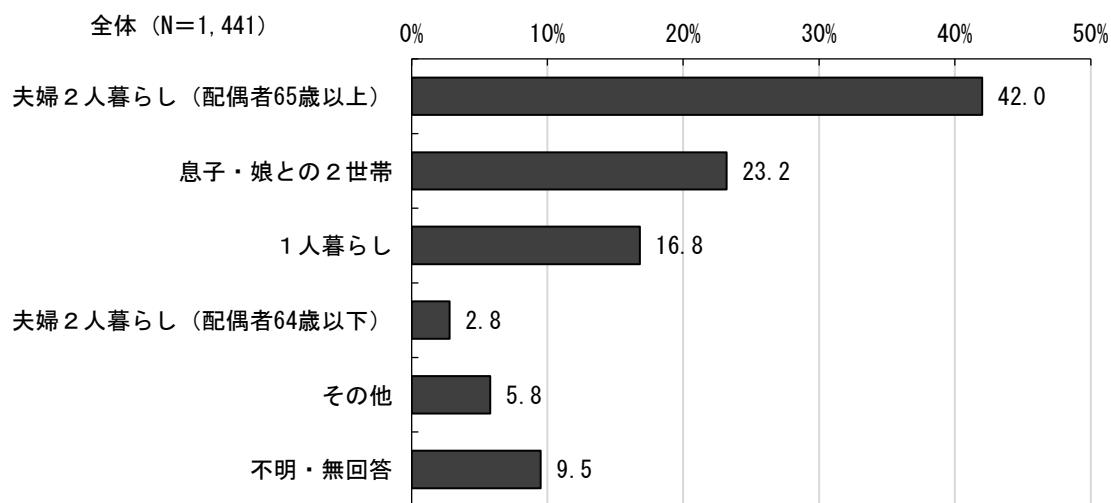
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
在宅医療・介護連携推進事業	330,000	360,000	2,010,000
生活支援体制整備事業	8,000,000	7,800,000	7,800,000
認知症初期集中支援推進事業	78,000	0	47,000
認知症地域支援・ケア向上事業	300,000	4,291,680	5,842,000
地域ケア会議推進事業	900,000	1,100,000	1,100,000

5 日常生活圏域ニーズ調査からみる状況

(1)回答者の家庭の状況

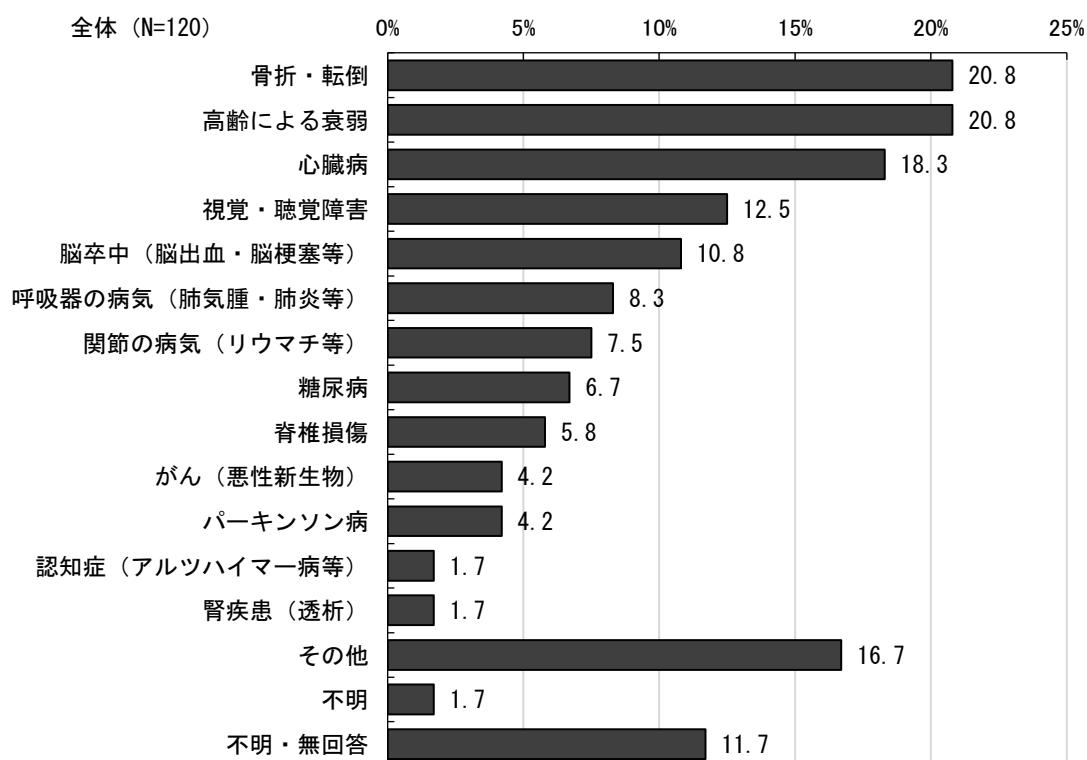
①家族構成

家族構成についてみると、「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」が42.0%と最も高く、次いで「息子・娘との2世帯」が23.2%、「1人暮らし」が16.8%となっています。また、「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」と「夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）」を合わせた『夫婦2人暮らし』は4割半ばとなっています。



②介護・介助が必要になった原因

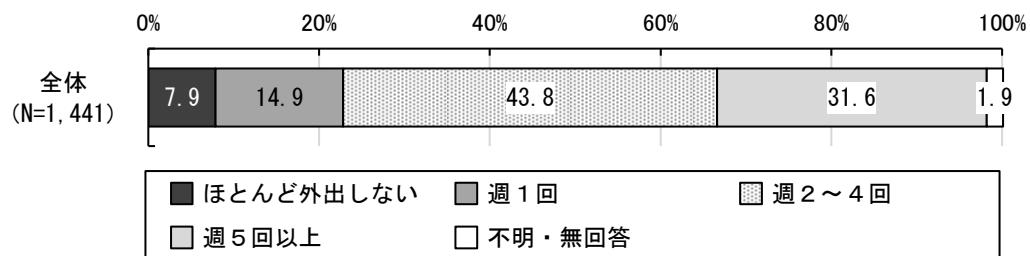
「介護・介助が必要」と回答した人の主な原因についてみると、「骨折・転倒」「高齢による衰弱」がともに20.8%、「心臓病」が18.3%となっています。



(2)外出の状況について

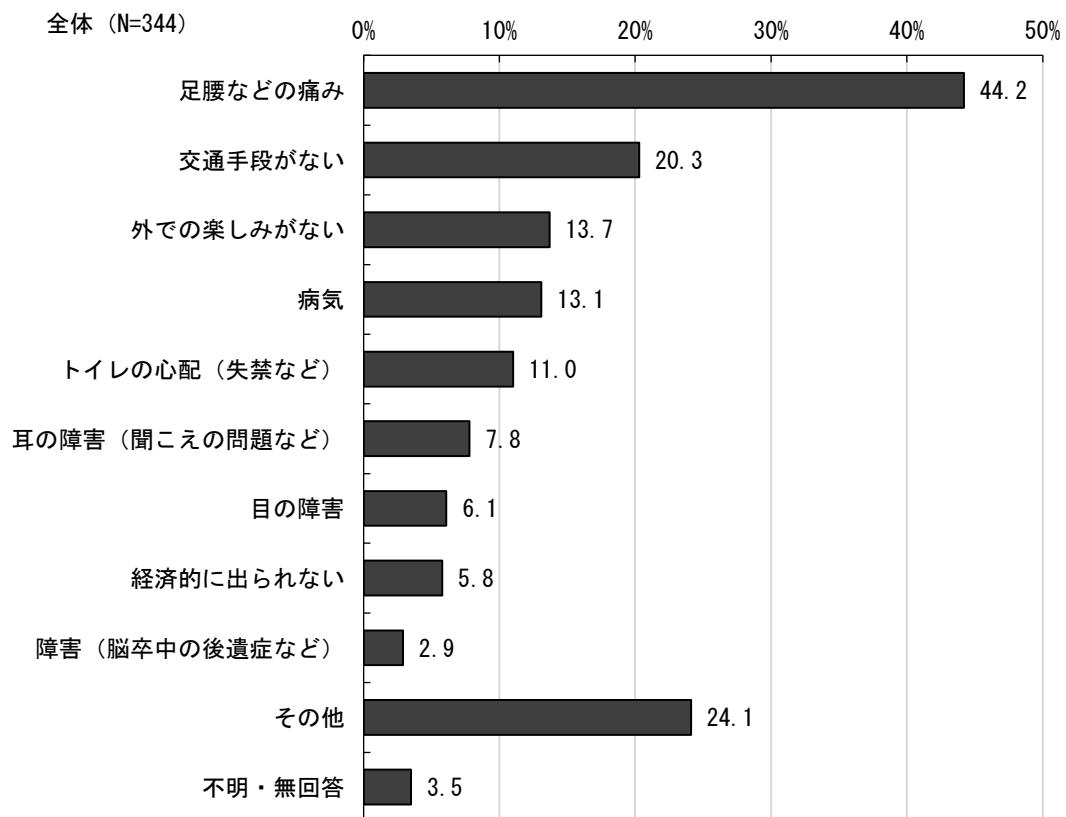
①外出の頻度

外出の頻度についてみると、「週2～4回」が43.8%と最も高く、次いで「週5回以上」が31.6%となっています。



②外出を控えている理由

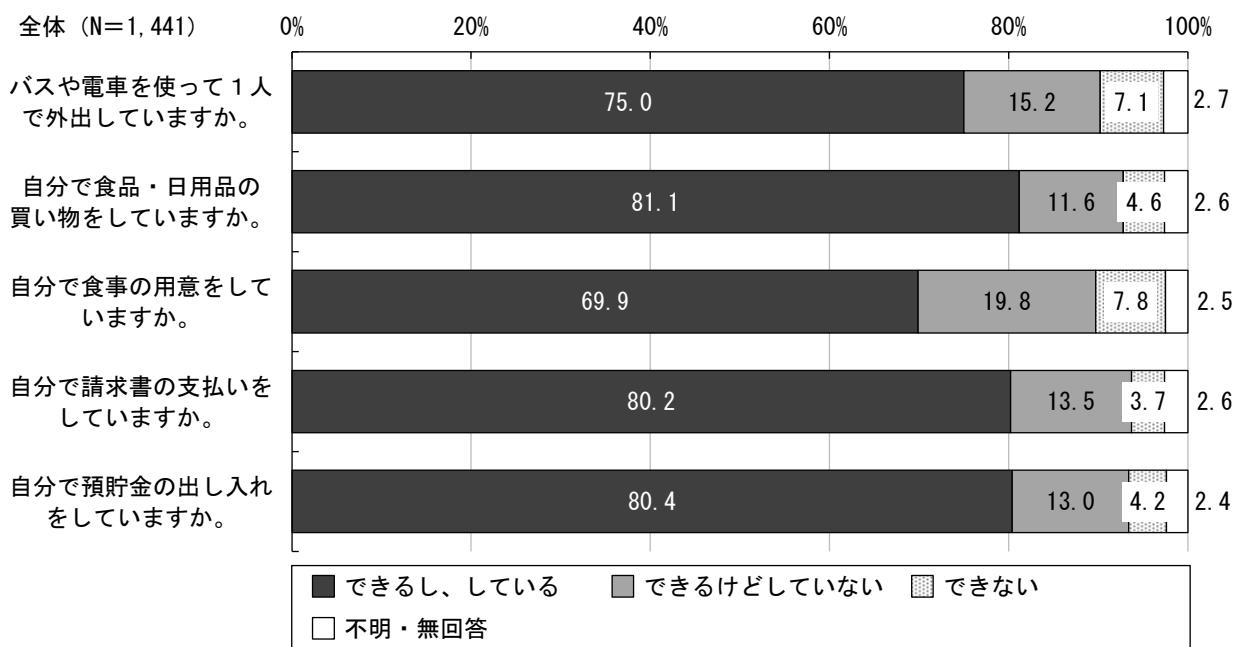
外出を控えている理由についてみると、「その他」を除き、「足腰などの痛み」が44.2%と最も高く、次いで「交通手段がない」が20.3%となっています。



(3)日常生活について

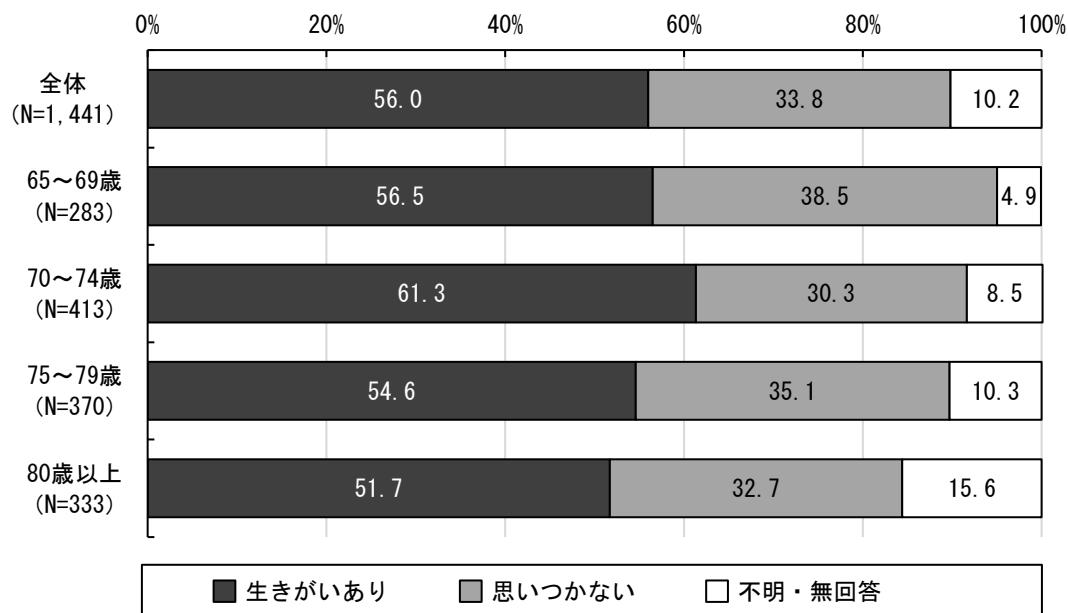
①日常生活の状況

日常生活における以下の動作についてみると、【自分で食品・日用品の買い物をしていますか】【自分で請求書の支払いをしていますか】【自分で預貯金の出し入れをしていますか】はいずれも「できるし、している」が8割程度となっています。【バスや電車を使って1人で外出していますか】は「できるし、している」が75.0%、【自分で食事の用意をしていますか】は「できるし、している」が69.9%となっています。



②生きがいはあるか

生きがいについてみると、全体では「生きがいあり」が56.0%となっており、【70～74歳】以降、年代が高くなるにつれて割合が低くなっています。



(4)地域活動について

①地域活動への参加状況

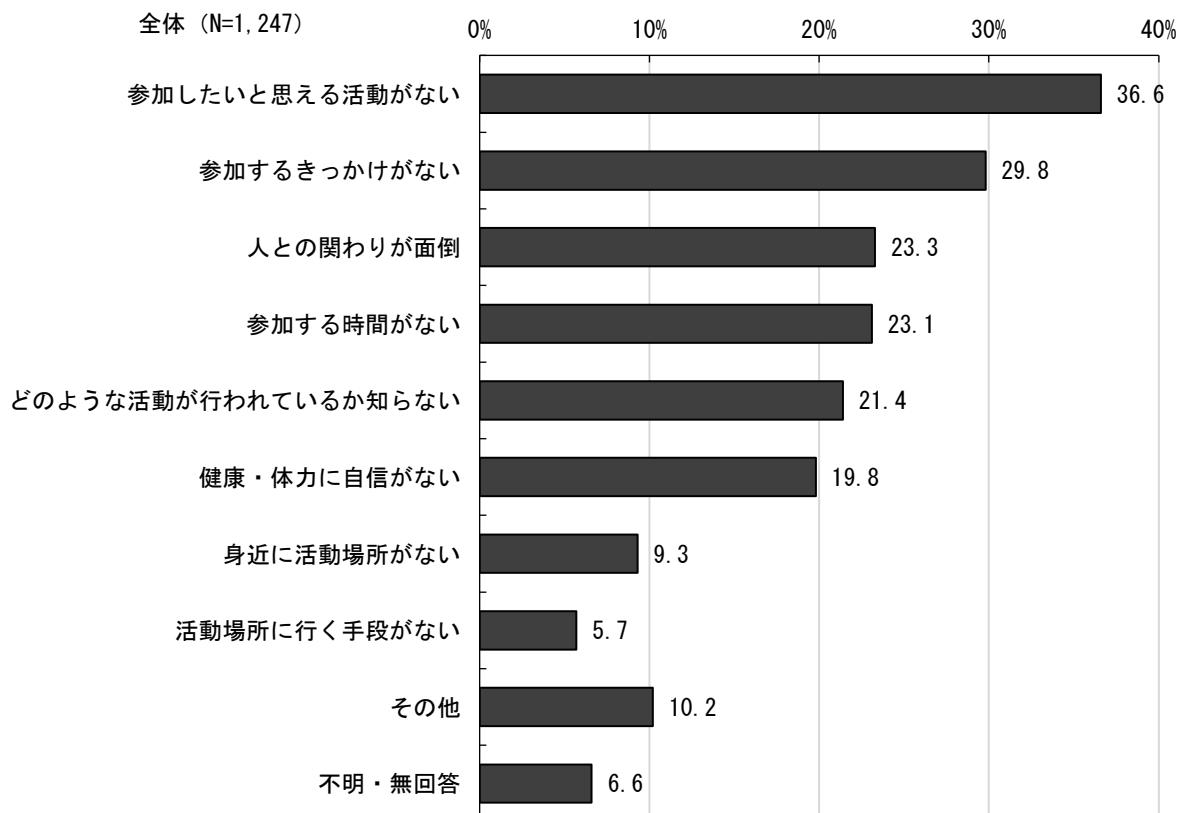
会・グループ等への参加状況についてみると、①～⑧のいずれにおいても「参加していない」が最も高くなっています。【町内会・自治会】(52.8%)と【趣味関係のグループ】(59.5%)以外の6つの項目で、「参加していない」が6割を超えています。

一方、【町内会・自治会】と【趣味関係のグループ】は、他の項目と比較して「参加している」の割合が高くなっています。

全体 (N=1, 441)						参加している	参加していない	不明・無回答
	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回			
①ボランティアのグループ	1.3	1.3	1.7	5.3	6.1	15.7	70.4	13.8
②スポーツ関係のグループやクラブ	2.9	7.3	5.3	4.2	2.7	22.4	65.8	11.9
③趣味関係のグループ	1.9	4.0	4.2	11.5	6.7	28.3	59.5	12.1
④学習・教養サークル	0.1	0.8	1.7	2.6	4.4	9.6	76.4	14.0
⑤介護予防のための通いの場	1.5	0.8	6.0	2.1	1.0	11.4	75.7	12.9
⑥老人クラブ（安寿会）	0.3	0.2	1.0	1.3	9.0	11.8	74.5	13.7
⑦町内会・自治会	0.5	0.1	0.8	3.7	28.5	33.6	52.8	13.6
⑧収入のある仕事	9.8	5.6	1.7	1.5	1.3	19.9	67.6	12.6

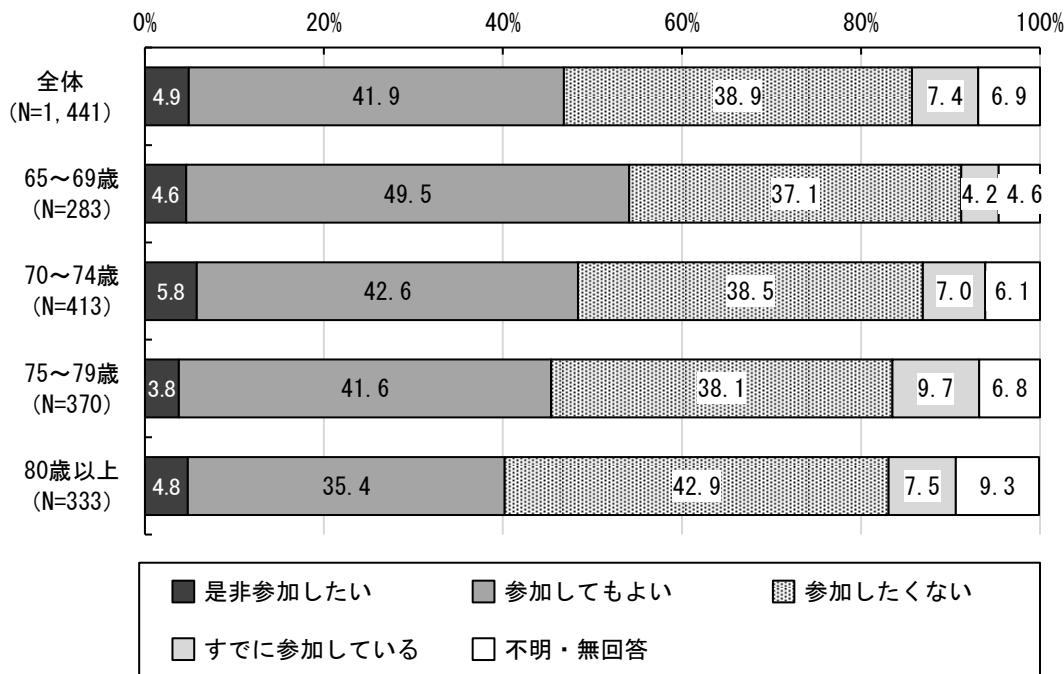
②地域活動に参加していない理由

会・グループ等に参加していないと回答した人の不参加の理由についてみると、「参加したいと思える活動がない」が36.6%と最も高く、次いで「参加するきっかけがない」が29.8%となっています。



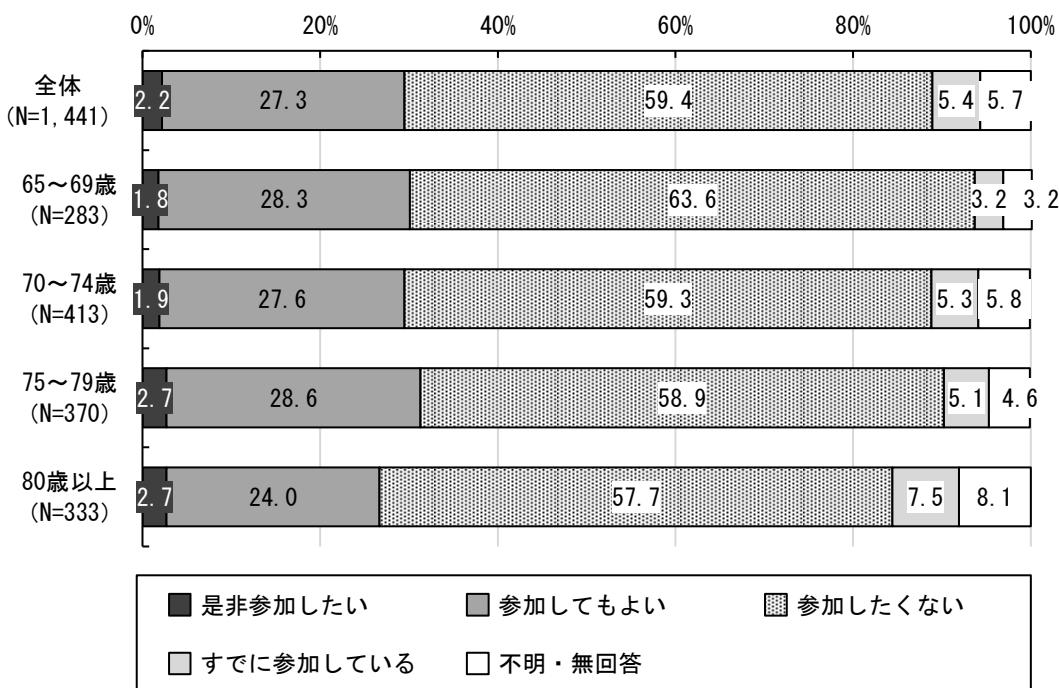
③会・グループに参加者として参加してみたいか

健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として参加してみたいと思うかについてみると、全体では「参加してもよい」が41.9%と最も高く、次いで「参加したくない」が38.9%となっています。年代別でみると、年代が上がるにつれて『参加したい』（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合計）の割合が減少しています。



④会・グループに企画・運営として参加してみたいか

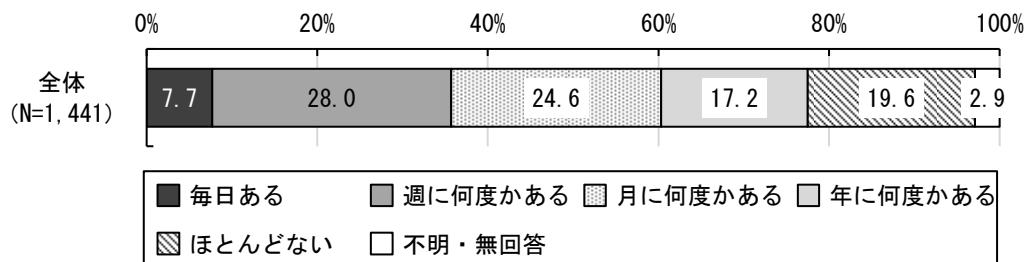
健康づくり活動や趣味等のグループ活動に企画・運営として参加してみたいと思うかについてみると、全体では「参加したくない」が59.4%と最も高く、次いで「参加してもよい」が27.3%となっています。年代別でみると、80歳以上を除いたいすれも『参加したい』（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合計）の割合は3割程度となっています。



(5)助け合いについて

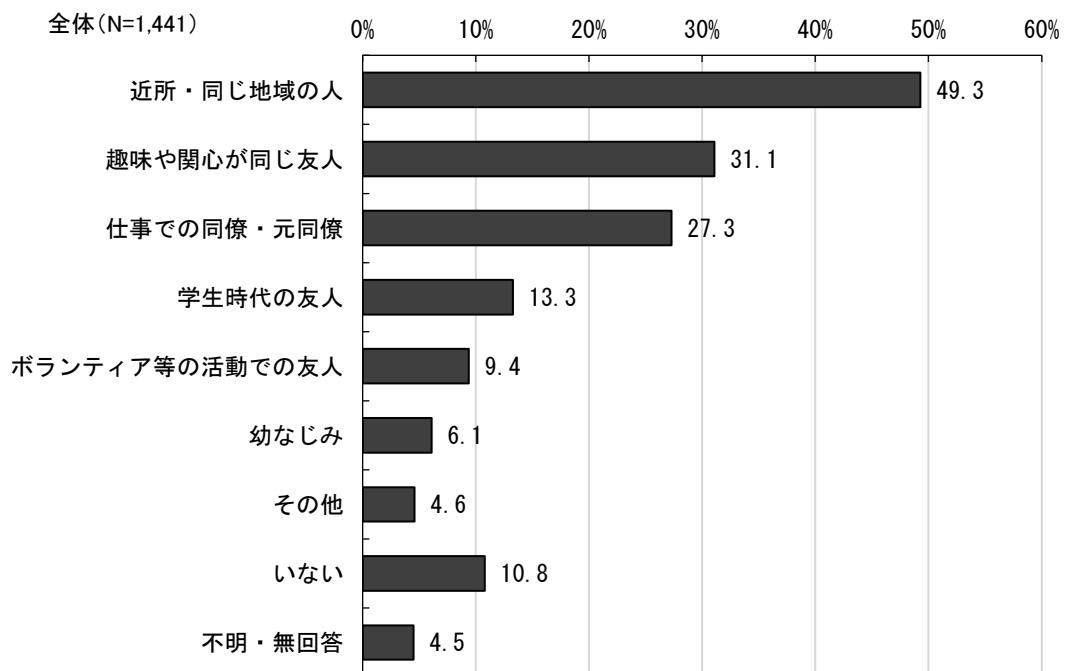
①友人・知人と会う頻度

友人・知人と会う頻度についてみると、「週に何度かある」が 28.0%と最も高く、次いで「月に何度かある」が 24.6%となっています。



②よく会う友人・知人の関係

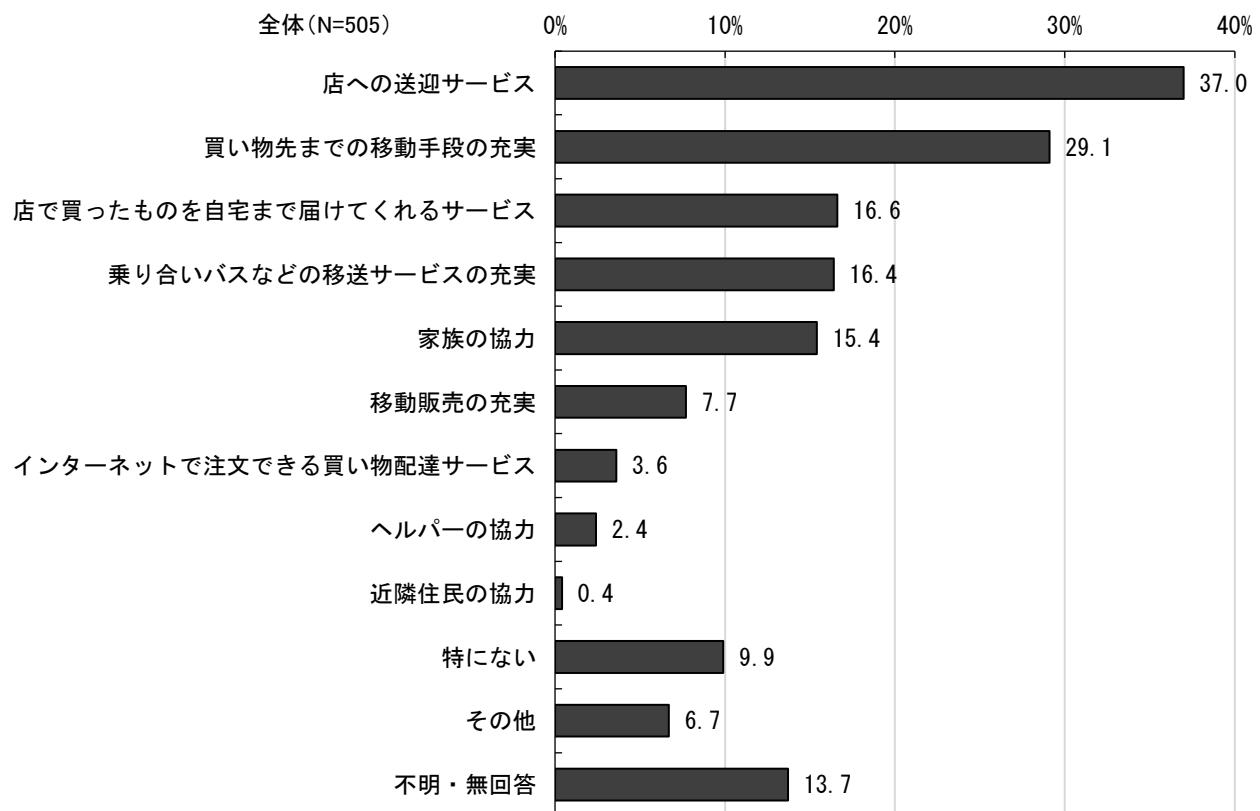
よく会う友人・知人の関係についてみると、「近所・同じ地域の人」が 49.3%と最も高く、次いで「趣味や関心が同じ友人」が 31.1%となっています。



(6)買い物について

①買い物の不便を改善するために必要なこと

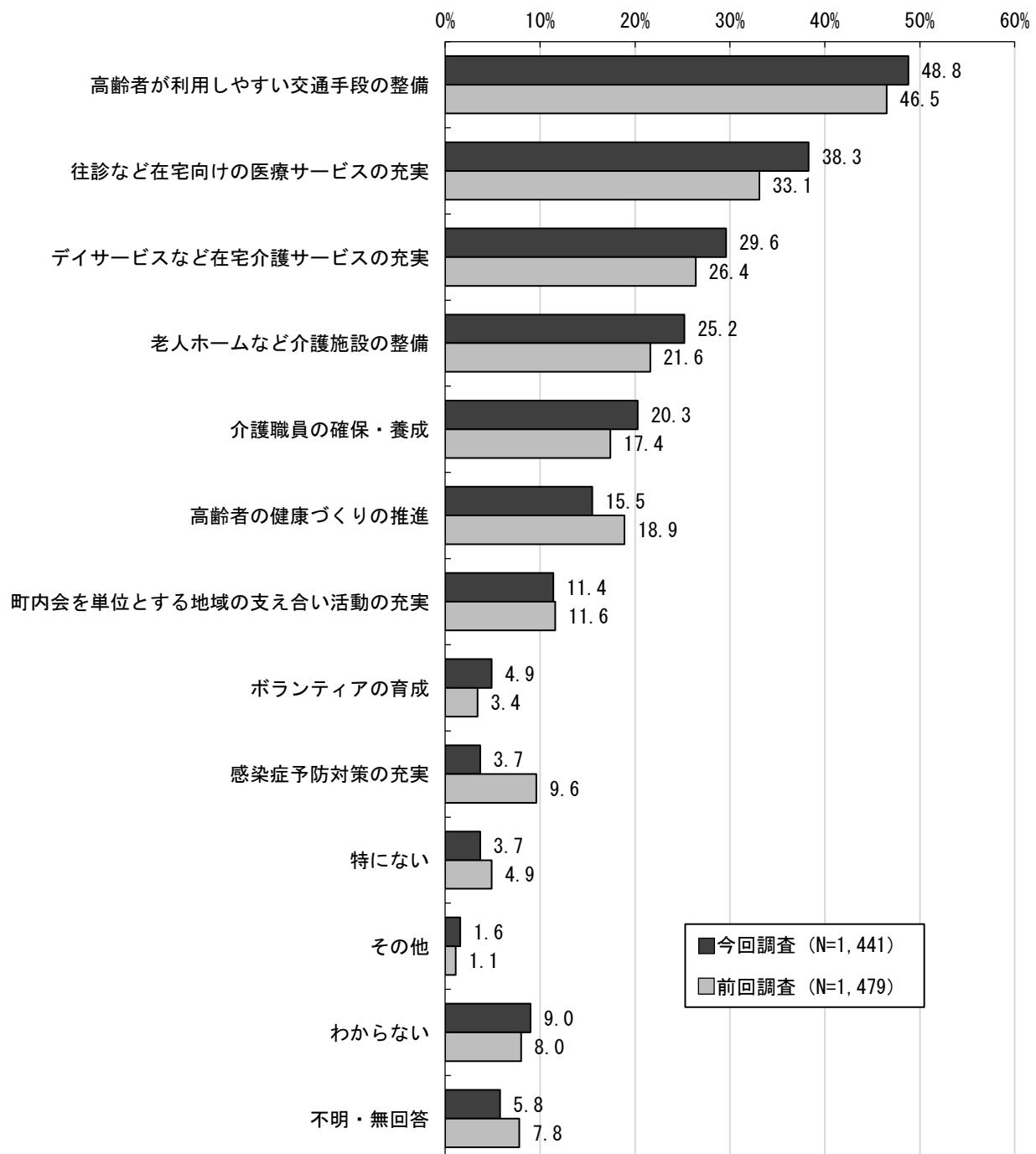
不便を改善するために必要なことについてみると、「店への送迎サービス」が 37.0%と最も高く、次いで「買い物先までの移動手段の充実」が 29.1%となっています。



(7)今後、重要な高齢社会への対応について

①本町において今後、重要な高齢社会への対応

本町で今後、高齢社会への対応として重要なことについてみると、「高齢者が利用しやすい交通手段の整備」が48.8%と最も高く、次いで「往診など在宅向けの医療サービスの充実」が38.3%となっています。前回調査（※）と比較すると、「往診など在宅向けの医療サービスの充実」が5.2ポイント増加し、「感染症予防対策の充実」が5.9ポイント減少しています。



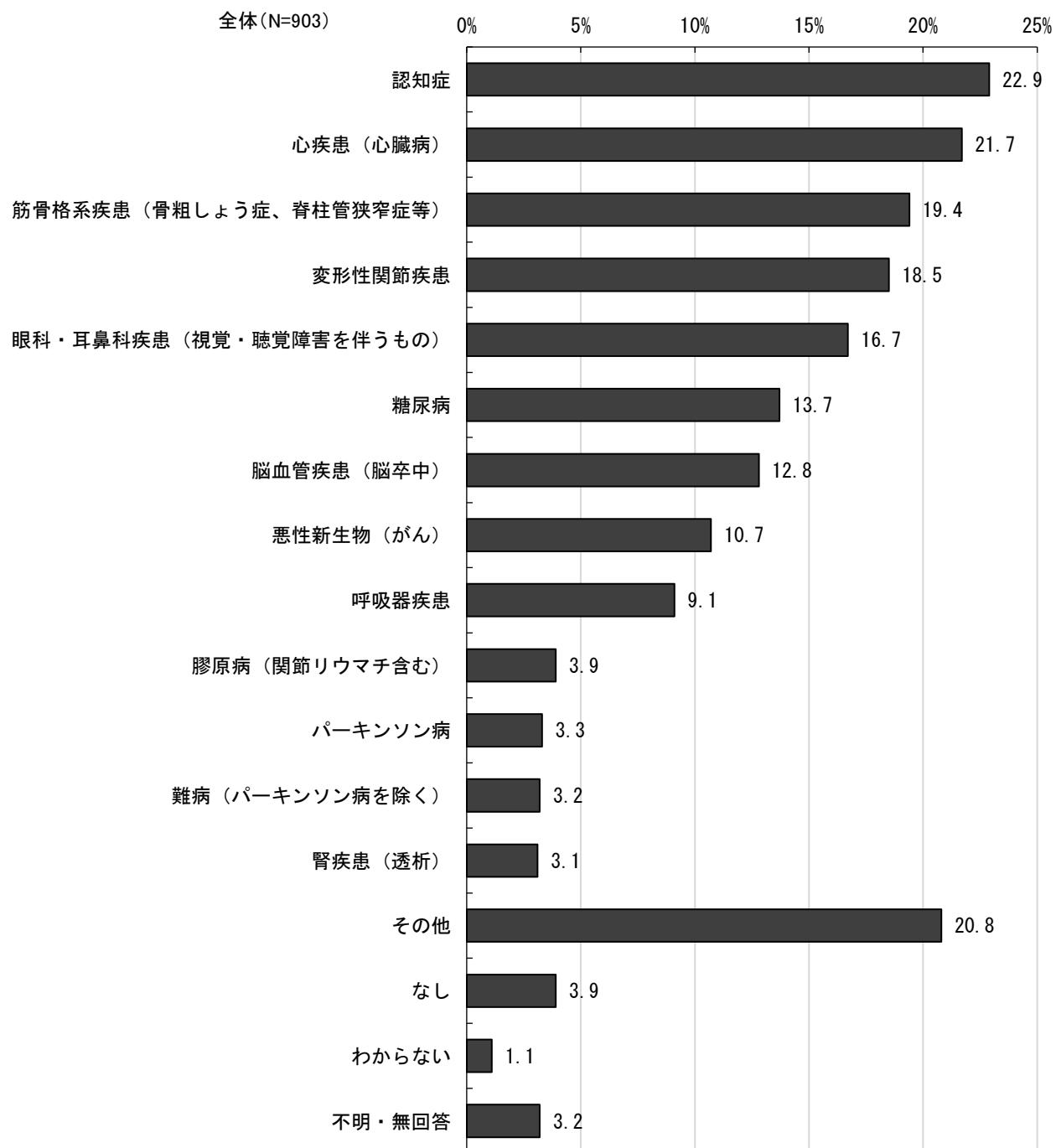
（※）前回調査…第8期計画における令和2年度日常生活圏域ニーズ調査。

6 在宅介護実態調査からみる状況

(1)要支援・要介護認定者本人について

①本人が抱えている傷病

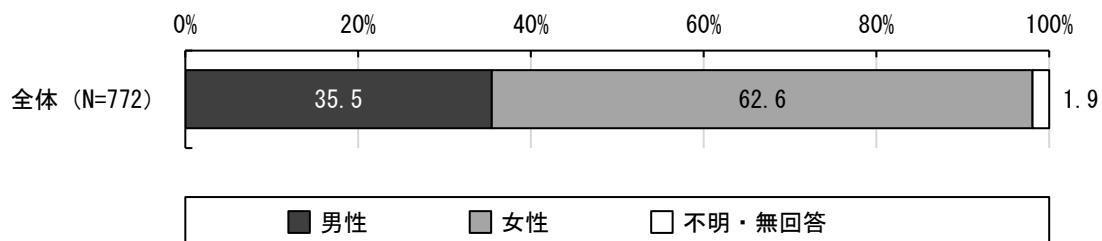
本人が抱えている傷病については、「認知症」が22.9%と最も高く、次いで「心疾患（心臓病）」が21.7%となっています。



(2)主な介護者について

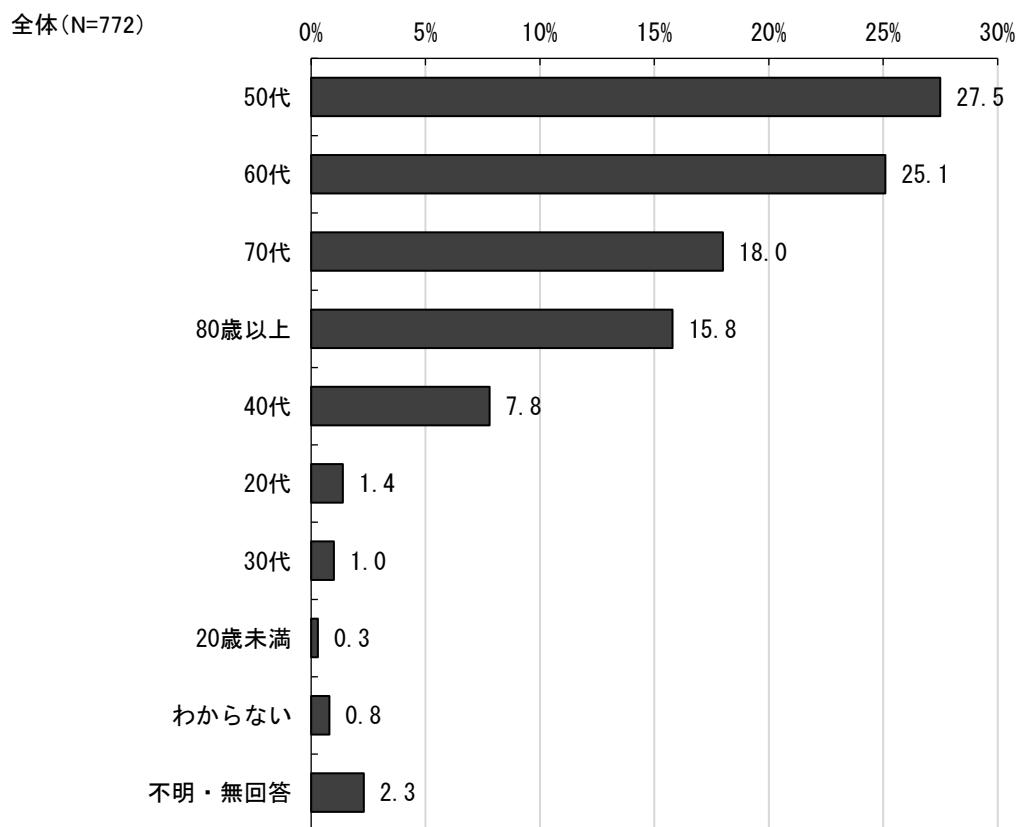
①主な介護者の性別

主な介護者の性別については、「男性」が35.5%、「女性」が62.6%となっています。



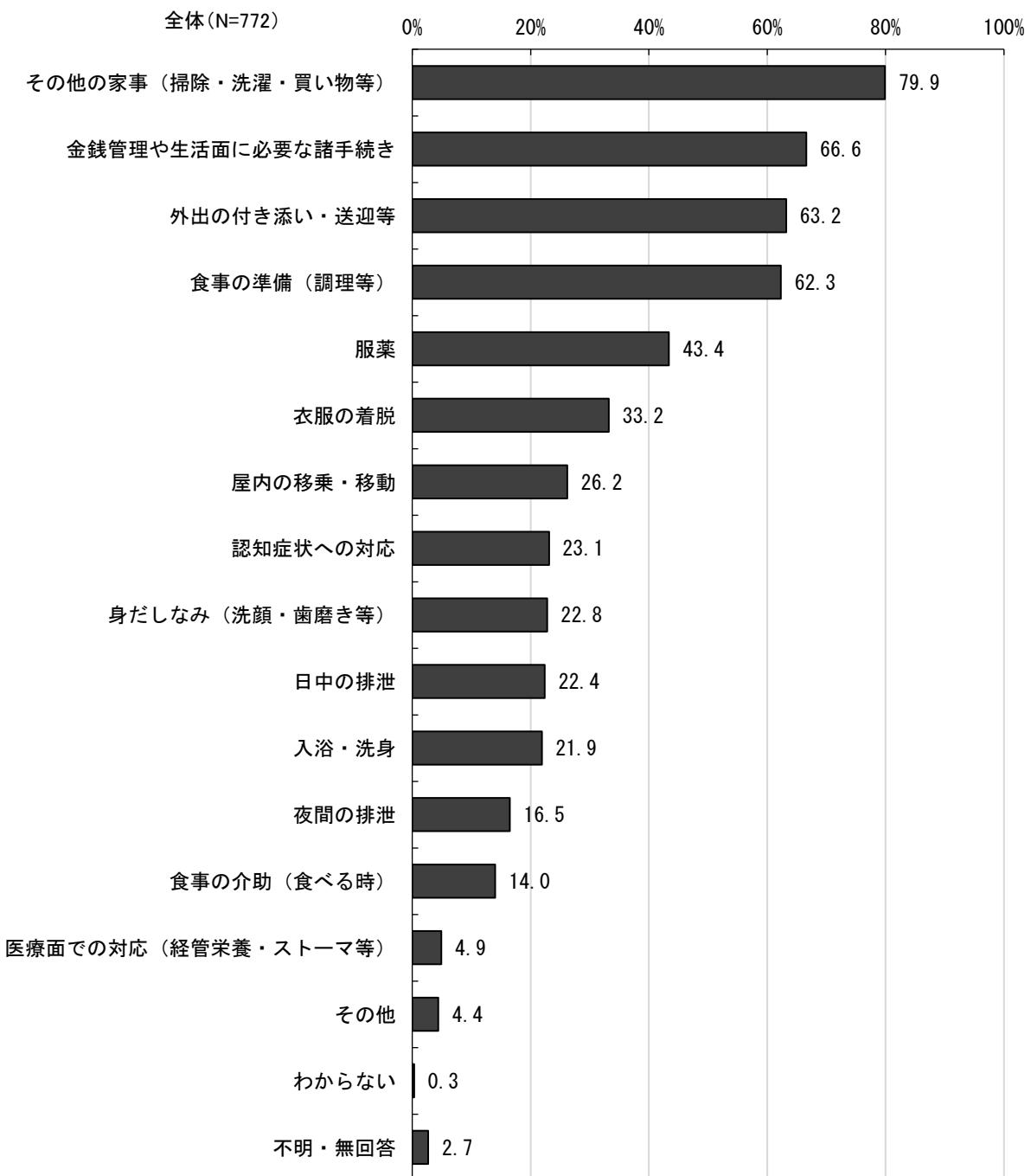
②主な介護者の年齢

主な介護者の年齢については、「50代」が27.5%と最も高く、次いで「60代」が25.1%となっています。



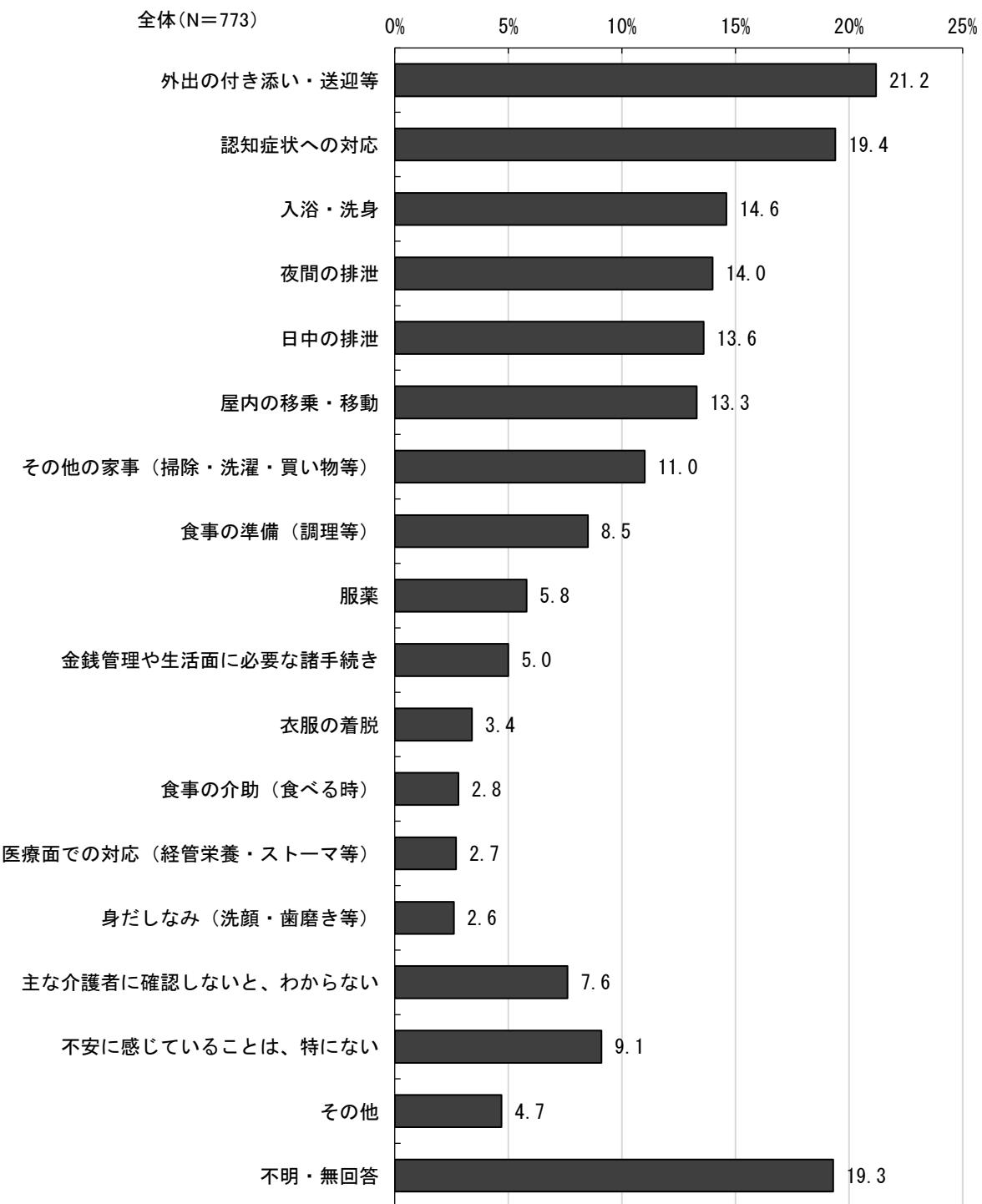
③主な介護者が行っている介護

主な介護者が行っている介護については、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が 79.9%と最も高く、次いで「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 66.6%となっています。



④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こと

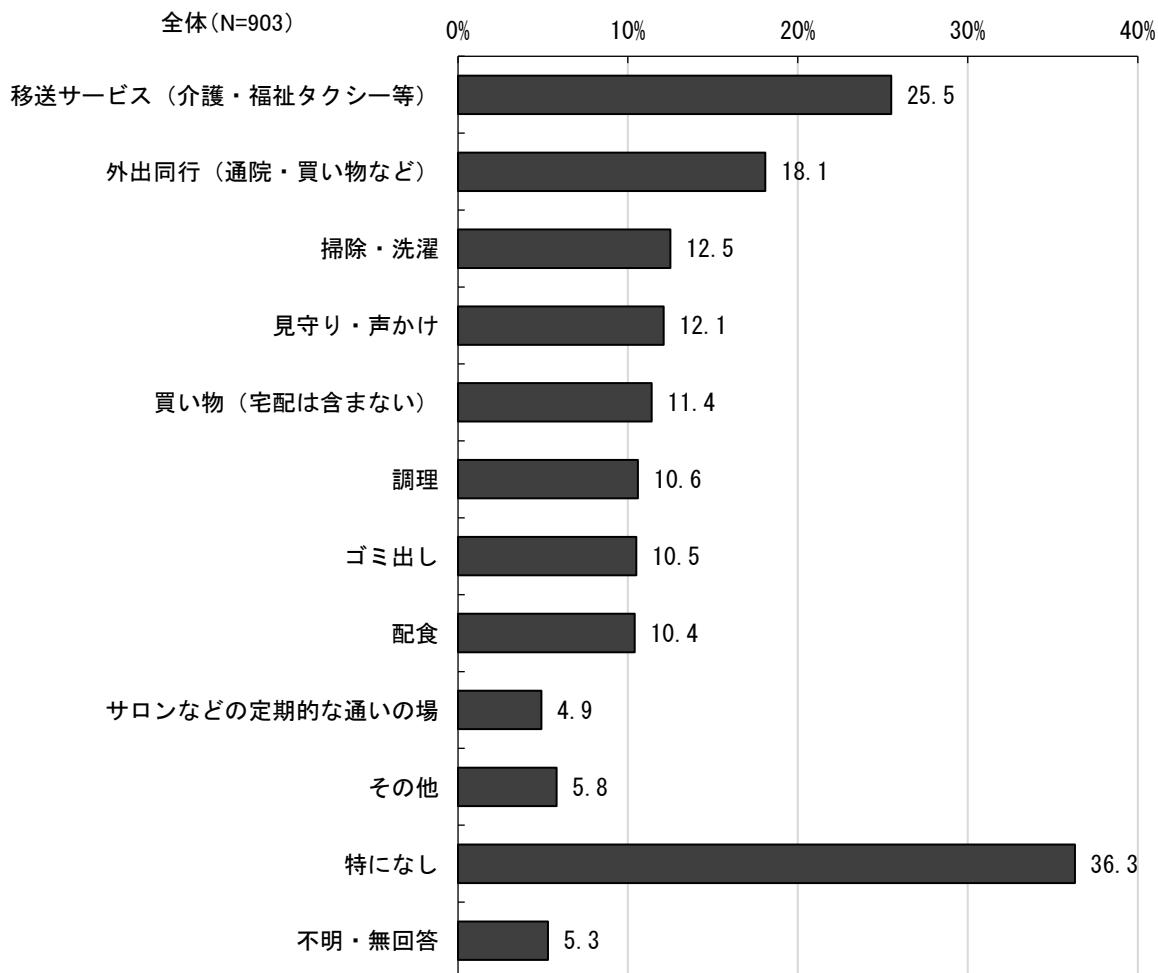
今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じることについては、「外出の付き添い、送迎等」が21.2%と最も高く、次いで「認知症状への対応」が19.4%となっています。



(3)介護サービスについて

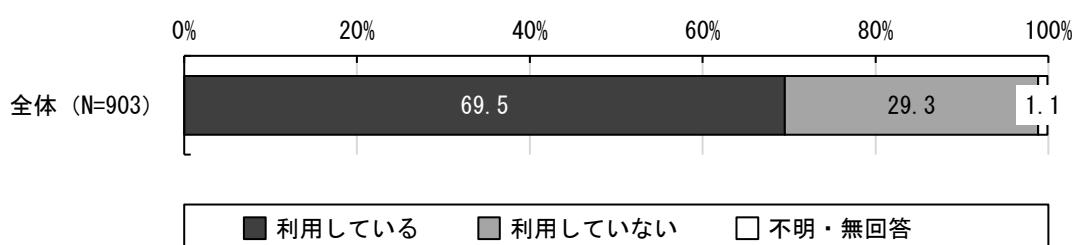
①在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス

在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについては、「特になし」(36.3%)を除き、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が25.5%と最も高く、次いで「外出同行（通院、買い物など）」が18.1%となっています。



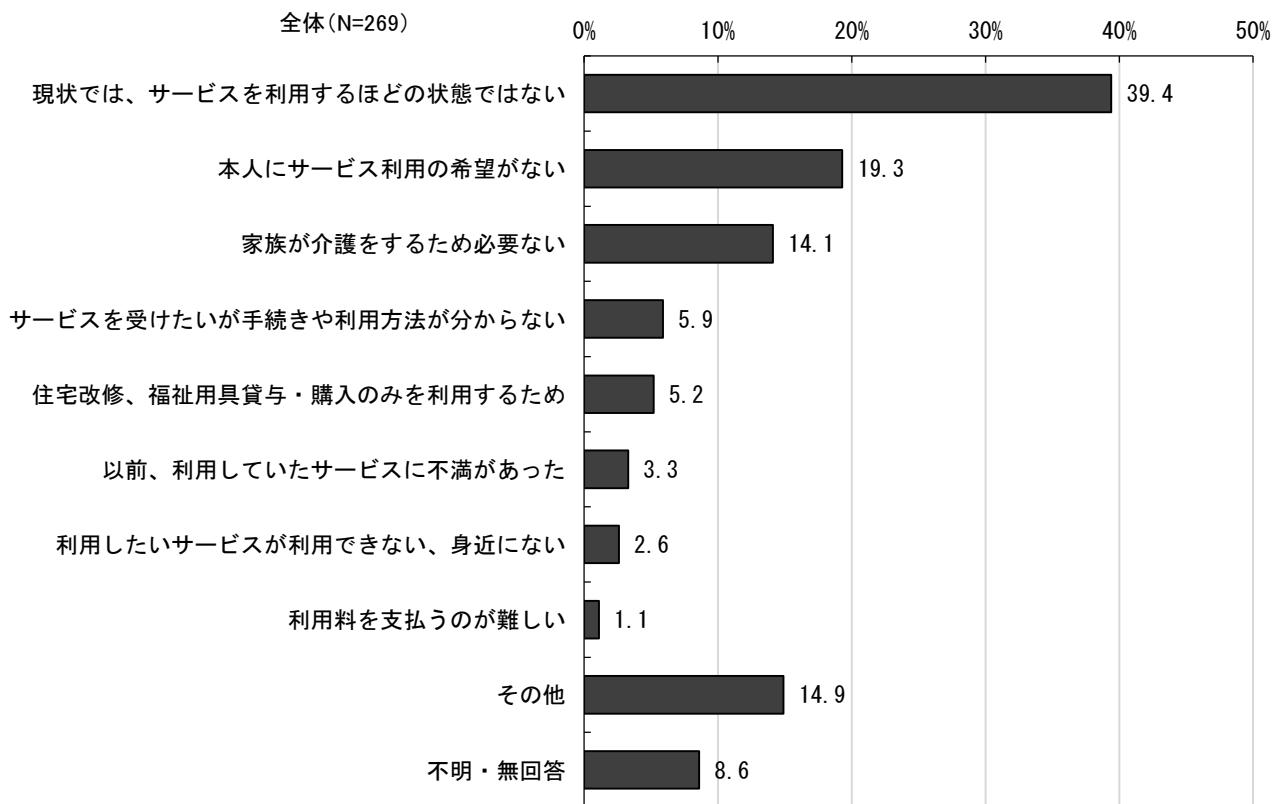
②介護保険サービスの利用の有無

介護保険サービスの利用の有無については、「利用している」が69.5%、「利用していない」が29.3%となっています。



③介護保険サービス未利用の理由

介護保険サービス未利用の理由については、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」が39.4%と最も高く、次いで「本人にサービス利用の希望がない」が19.3%となっています。



7 本町における課題と方針の整理

(1)介護予防の推進

本町における課題

後期高齢者の増加が見込まれている中で、元気なうちから介護予防に取り組み、認定者の増加を抑制し、健康寿命の延伸を図ることが求められます。また、健診の後、早期に介護予防の取り組みにつなげていく必要があります。

在宅介護実態調査をみると、本人が抱える傷病について「認知症」「心疾患（心臓病）」の割合が高くなっています。日常生活圏域ニーズ調査結果をみると、外出を控えている理由は「足腰などの痛み」の割合が最も高くなっています。また、介護予防のための通いの場に「参加している」と回答した人の割合は、他の会・グループへの参加頻度と比較して低くなっています、「参加していない」は7割を超えています。

課題に対する今後の方針

高齢者が元気なうちから介護予防に取り組むことで、認定者数の増加を抑制し、健康寿命の延伸を図ります。そのために、健診結果をもとに、健康づくり・介護予防に取り組むための支援をします。また、介護予防・日常生活支援総合事業を充実し、「いきいき百歳体操」をはじめとした通いの場への参加等をより多くの人に促すなど、気軽に健康づくりやフレイル予防、介護予防に取り組むことのできる地域づくりを充実させます。本町においては介護予防に関わる人材の確保も重要な課題であり、着実に施策を推進するため、関係機関や地域団体との連携を深め、支援に取り組みます。

(2)認知症フレンドリー社会の推進

本町における課題

高齢化の進行に伴い、認知症の人が増えていくことが予測されます。在宅介護実態調査結果をみると、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ことについて「外出の付き添い・送迎等」「認知症状への対応」の割合が高くなっています。本人が抱える傷病について「認知症」の割合が最も高くなっています。

認知症の人が地域で安心して暮らすことができるようになるためには、認知症の本人を中心とすることが大切です。認知症の発症初期から医療と介護が一体となり、適切なケアが受けられるよう、在宅サービスの充実や医療機関、地域等との連携の強化が求められます。また、認知症の人の支援だけでなく、その家族や介護者への支援も必要です。

課題に対する今後の方針

認知症の人を地域で支えるために、認知症地域支援推進員会議を定期的に開催し、認知症に関する課題の整理と計画的な事業の実施、「認知症サポーター」や「認知症キャラバン・メイト」の活躍と「チームオレンジ」との連携を通して、認知症フレンドリー社会の実現を目指します。また、本人や家族介護者への支援の充実、在宅介護を支える人の負担軽減、医療と介護の連携の強化等に取り組みます。第8期計画で推進してきた取り組みを継続するほか、成年後見制度等による認知症の人を含めた高齢者の権利擁護の取り組みに一層努めます。

(3) 移動手段確保等の生活支援サービス充実

本町における課題

在宅介護実態調査結果をみると、在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについては、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」の割合が最も高くなっています。日常生活圏域ニーズ調査結果でも、外出を控えている理由として「交通手段がない」の割合が高く、今後重要な高齢社会への対応について、「高齢者が利用しやすい交通手段の整備」の必要性の割合が最も高くなっています。さらに、買い物の不便を改善するために必要なことについてみると、「店への送迎サービス」「買い物先までの移動手段の充実」の割合が高くなっていることも踏まえて、移動手段の確保が求められています。

また、支援を必要とする高齢者の増加や福祉ニーズの多様化を踏まえると、公的サービスによる支援のみで対応することが困難になることが考えられます。住民間の支え合いや地域団体、NPO等、多様な主体による生活支援サービスを提供していくことが必要です。

課題に対する今後の方針

高齢化に伴う移動手段の確保等の生活支援サービス充実の必要性は認識しており、これまでコミュニケーションバスの維持や、公共タクシー利用に対する支援を進めてきました。引き続き、コミュニケーションバスの利便性の向上や公共タクシー利用の促進を図ります。一方で、公的サービスのみで高齢者等の移動手段を確保することには限界があることから、地域団体やNPOといった多様な主体による生活支援サービスを提供していくように関係機関や団体と協議し、移動手段の選択肢を広げるための新たな取り組みの支援を行います。

(4) 地域交流の推進

本町における課題

日常生活圏域ニーズ調査結果をみると、よく会う友人・知人は「近所・同じ地域の人」が最も高く、会・グループへの参加においては「町内会・自治会」が他の会・グループに比べ高くなっていることから、地域とつながりを持つ人が一定数いると考えられます。また、会・グループに参加していない理由については「参加したいと思える活動がない」「参加するきっかけがない」の割合が高くなっています。より多くの人が参加しやすい場や機会・きっかけの充実を図ることが必要です。

今ある地域とのつながりを活かして、地域における高齢者相互の交流活動や多世代の交流活動を活性化し、地域における支え合いの基盤づくりを進めることが重要です。

課題に対する今後の方針

介護予防や重度化防止の推進、認知症の人の見守り、高齢者の生きがいの創出、防災対策といった観点から、高齢者が長年培った知識や経験を活かし、地域の様々な活動にいきいきと参加し、活躍できる機会づくりに努めます。これまで地域団体の活動支援や関係機関との連携を通じて取り組みを進めてきましたが、引き続き地域における支え合いの基盤づくりを図るために、ボランティアやNPO、社会福祉法人、企業、自治会、民生児童委員、安堵町安寿会連合会等との連携を深めるとともに、地域活動にあまり参加されない一人暮らしの高齢者等に対し、安否確認や各種相談対応を行い、社会参加を促進します。

(5)地域全体で支え合う包括的な支援体制づくり

本町における課題

日常生活圏域ニーズ調査結果をみると、同居する家族は「夫婦2人暮らし（配偶者 65歳以上）」が最も高くなっています。在宅介護実態調査結果をみると、主な介護者の年齢は「50代」「60代」がそれぞれ2割半から約3割、「70代」「80歳以上」がそれぞれ1割半から約2割と、老々介護となっている家庭があることが分かります。また、日常生活圏域ニーズ調査結果をみると、本町で今後、高齢社会への対応として重要なことについて、「往診など在宅向けの医療サービスの充実」の割合が前回調査と比較して高くなっています。

高齢の同居家族介護者が多い中、在宅サービスのニーズが増加していることを踏まえ、高齢者の在宅医療、介護連携体制の強化や介護負担軽減のための取り組み等が必要となります。

課題に対する今後の方針

高齢者が自立して住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるよう、「医療・介護・介護予防・生活支援・住まい」の5つのサービスが一体的に提供される「地域包括ケア」を引き続き推進していきます。機能強化のための自立支援型地域ケア会議、医療介護連携事業、認知症総合支援事業、介護予防ケアマネジメント事業等の取り組みにより、関係機関と連携しつつ、地域共生社会の実現に向けて地域包括支援体制の充実を図ります。また、高齢化の進行に伴う多様なニーズに対応するため、ＩＣＴの導入や多様な人材の確保等、国や県が主導する取り組みをもとに、関係機関と連携しながら支援体制の強化に努めます。

第3章 施策の展開

基本目標1 活力に満ちて、すこやかに生活できる

1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 介護予防・生活支援サービスの推進

① 訪問型サービス

■ 現状と課題

訪問型サービスは、訪問介護員が行う現行の訪問介護に相当するサービスと、それ以外の多様な主体による支援からなります。従来の訪問介護サービスに加え、緩和された基準によって行われるサービスや住民主体による支援、保健・医療の専門職による支援を実施し、より多様なニーズに対応する必要があります。

しかし、緩和した基準によるサービスは、今後高齢化の進展により需要が増えることが予想され、担い手不足等の課題があるため、住民主体による支援は一層の理解促進の必要性があり、専門職による支援は財源確保が求められています。

■ 今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
サービス提供体制の確保	自立支援型地域ケア会議やケアプランチェックを通して、訪問型サービス利用者へ自立支援に資するケアマネジメントが行えるようケアマネジャーへの支援を行い、要介護状態になることを防ぐため、訪問介護事業所を中心として、サービス提供体制の確保に努めます。また、「訪問型元気アップ」の実施と効果検証により、口腔、栄養、運動も含めた総合的、効果的な事業実施を目指します。
担い手の育成・支援	緩和した基準によるサービスの担い手や、住民が主体となり自主活動として行う生活援助等の訪問型支援におけるボランティアのさらなる養成と強化に努めます。
訪問対象者の把握	医療機関や介護サービス事業所等の関係機関、地域の民生児童委員、近隣住民、ボランティア等との連携を強化することで、訪問が必要な対象者の把握に努め、早期介入につながる取り組みを継続します。また、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施によるポピュレーションアプローチと、前期高齢者に対する介護予防や担い手確保を目指します。

②通所型サービス

■現状と課題

通所型サービスは、通所介護事業者が行う現行の通所介護に相当するサービスと、それ以外の多様な主体による支援からなります。従来の通所型サービスに加え、緩和した基準によるサービスや住民主体による支援、保健・医療の専門職による支援を実施することで、より多様なニーズに対応する必要があります。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
サービス提供体制の確保	要介護状態になるおそれがある高齢者に対して、運動機能を高めるための通所型サービスを実施します。窓口相談や訪問活動の中で、必要な方をサービスにつなぐほか、自主的に介護予防が継続できるような居場所づくりに努めます。
担い手の育成・支援	体操や運動等の活動をはじめとする、通所型支援の主体となるボランティアの育成・確保に努めます。また、サポーターの活躍の場づくりや活動支援を通して、地域における互助の仕組みの強化を目指します。

③その他の生活支援サービス

■現状と課題

その他の生活支援サービスは、栄養改善を目的とした配食や、住民ボランティア等が行う見守り、訪問型支援、通所型支援に準じる自立支援に資する生活支援（訪問型・通所型の一体的提供等）からなります。

地域ケア会議や地域包括支援業務を通して地域課題の把握が進むとともに、高齢者の困りごとに對する互助の取り組みとして創設された「ワンコイン生活支援サービス」等により、互助の取り組みの強化と担い手の確保・育成、生活支援体制整備推進協議体との連携が必要です。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
地域課題の把握と担い手の確保	関係部署や地域包括支援センター等関係機関の情報共有により、地域ケア会議や地域包括支援センターから抽出された地域課題等の把握に努めます。また、先進事例の研究や研修への参加等を行い、地域関係機関・団体へ情報提供を行うことで、その課題の解決を担う人材の確保に努めます。
サービスの充実	地域で生活していくことが困難な高齢者を支援するため、ボランティア、NPO、社会福祉法人、民間事業所、自治会、民生児童委員、安堵町安寿会連合会等の主体と連携し、「ワンコイン生活支援サービス」や、生活支援（見守り・配食・外出支援・サロン等）の充実を図ります。

④介護予防ケアマネジメント

■現状と課題

介護予防ケアマネジメントは、要介護状態になることを予防するために介護予防ケアプランを作成し、高齢者が地域において自立した日常生活を行えるように支援するものです。

要支援1・2、事業対象者の人に対しては、できる限り要介護状態にならないように自立支援と目標指向型のサービス提供を推進しながら、介護予防ケアマネジメントを実施しています。引き続き、総合事業の趣旨や内容の周知に努めるとともに、適切なケアプランの作成が必要です。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
日常生活支援総合事業の充実と適切なケアマネジメント	住民やボランティア、様々な主体による日常生活支援総合事業の充実とともに、自立支援や重度化防止に基づいた適切なケアマネジメントとケアプラン作成に努めます。また、ケアプラン作成時に自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援に資するケアマネジメントの強化と地域課題の抽出、施策提言を行っていくとともに、生駒郡内介護支援専門員合同研修等を通じたケアマネジメントの質の向上を図ります。



(2)一般介護予防事業

■現状と課題

一般介護予防事業は、第1号被保険者のすべての人や支援活動に関わる人を対象に、介護予防が必要な人の把握や介護予防活動への参加促進、地域での介護予防活動の促進等を行う事業です。

本町では、「サロン活動」や「いきいき百歳体操」等を開催し、介護に関する適切な情報提供や介護予防の推進を行うとともに、閉じこもりや支援の必要な人を把握し、支援の必要な人にサービスを提供しています。今後は、高齢者がより主体的に介護予防活動に参加できるように、多様なニーズを把握し、取り組みを充実させることが必要です。また、自立支援の点から、様々な場面でのリハビリテーション等の専門的な視点が求められます。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
介護予防把握事業	KDBシステムの活用等により、要介護状態になるおそれがある高齢者や、閉じこもり等の何らかの支援を必要とする人を早期に把握するとともに、民生児童委員等の地域で活動する関係機関・団体との連携や保健事業と一緒に取り組むことにより、健診後のフォローを行い、高齢者の状況把握や適切なフレイル予防・介護予防活動の提供につなげるように努めます。
介護予防普及・啓発事業	パンフレットの作成・配布や、講演会等を開催するとともに、介護予防に関する基本的な知識の普及・啓発に努めます。また、通いの場でのモチベーションを維持できる仕組みづくり等に努めます。
地域介護予防活動支援事業	介護予防と地域づくりの推進を目的とした住民主体の「いきいき百歳体操」を支援し、住民同士の支え合いやつながりの構築を推進するとともに、「健康サポーター」を中心に地域の見守り強化を行い、後期高齢者や虚弱高齢者が参加しやすい環境づくりに努めます。
一般介護予防事業評価事業	事業評価項目に基づいてプロセス評価を中心に介護予防事業の事業評価を実施します。より効果的・効率的な介護予防事業の取り組みが展開できるように、一般介護予防事業の定量的な目標設定と実績値の収集を行い、専門家と連携した達成状況の検証及び事業評価を実施します。
地域リハビリテーション活動支援事業	医療機関やその他の関係機関・団体と連携するとともに、「訪問型元気アップ」を行うため、リハビリテーション専門職の確保及び関係性の強化を図ります。また、健診後のフォローとして、リハビリテーション専門職と連携し、機能低下のみられる高齢者が健康づくり・介護予防に取り組むための支援をします。

■取り組み実績と見込み

項目	実績値			目標値	
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	
保健事業と介護予防の一体的な事業 (健康状態把握事業)	健康状態を把握できた割合	97%	96%	94%	100%
	医療・介護サービス等が必要と判断される者の中 医療・介護サービス等につながった割合	100%	100%	100%	100%
いきいき百歳体操	実施か所数	15か所	15か所	13か所	17か所
	参加人数	209人	162人	162人	201人
健康センター ブラッシュアップ 講座	実施回数	1回	1回	0回	1回
	修了者数	20人	14人	—	20人
通所型サービスC (総合事業)	参加人数	9人	7人	5人	別の事業 へ移行



(3)生活支援コーディネーターによる地域づくりの推進

■現状と課題

一人暮らし高齢者や支援を必要とする高齢者の増加が見込まれる中で、総合事業においては、ボランティアやNPO、民間事業所等の多様な主体が参画する生活支援サービスの提供が求められています。生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の担い手を確保・育成し、地域資源を充実させるとともに、地域資源の開発を担う「生活支援コーディネーター」を社会福祉協議会に配置しています。地域の支え合い活動については生活支援体制整備推進協議体を設置し、活動のさらなる充実が求められます。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
地域づくりの推進	生活支援コーディネーターによる地域資源の開発や、地域包括支援センターを中心とした関係機関の連携、地域ケア会議や協議体の活動を通して、地域の支援ニーズとサービスとのマッチングの取り組みを充実し、地域の支え合い活動を推進します。

■取り組み実績と見込み

項目		実績値			目標値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーター配置	1人	1人	1人	2人
	協議体開催	0回	0回	0回	2回



2 生きがいづくりや社会参加の推進

(1)生きがいづくりの充実

■現状と課題

日々の暮らしを活気に満ちてすこやかに過ごすためには、健康づくりや介護予防に取り組むことはもとより、趣味を持ったり様々な人と交流したり、または生きがいや社会的役割を持って主体的に活動することが重要です。

引き続き、より多くの高齢者が生きがいを持ち、同時に地域の担い手等の役割を持つるように、各種活動への支援を行うとともに、広報・啓発の推進が求められます。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
安堵町安寿会連合会の活動支援	より多くの高齢者が安寿会の活動に参加できるように、「広報あんど」等を活用して周知に努めるとともに、会員の勧誘等の支援を進めます。また、高齢者が持つ知識・経験がボランティア活動等に活かされるよう、高齢者の健康づくりや生きがいづくりにつながる取り組みを支援します。
サロン活動の支援	「いきいき百歳体操」等の取り組みやすい体操やゲーム、レクリエーション、防災や介護予防に関する講演会等、多様な取り組みを実施し、より多くの人が参加できるサロン活動を推進します。また、サロン交流会の開催や、他地区・近隣自治体における先進事例や情報提供に努め、サロン活動の支援や活動の担い手育成を行います。
高齢者文化・スポーツ振興交流事業の推進	新たな担い手や参加者の増加が見込めるよう、地域や世代を超えた交流の機会を「広報あんど」やホームページ等で周知し、より多くの団体・住民の参加促進を図ります。
ボランティア活動の支援	ボランティアの担い手の人材育成を強化するとともに、活動条件の整備に努め、「広報あんど」やホームページ等を通してボランティア活動を積極的に広報します。また、高齢者への生活支援を補完できるように機能充実を図ります。
ボランティア養成講座の開催	ボランティア養成講座等の開催を通じて、ボランティアへの理解を深めるとともに、多様な担い手の確保・育成を支援します。

■取り組み実績と見込み

項目		実績値			目標値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
安堵町ボランティア	登録団体	9団体	11団体	13団体	15団体
	登録人数	157人	269人	282人	300人
よりそい隊 (地域支援ボランティア) 活動	会員数	4人	6人	6人	8人
	活動実績	62件	29件	11件	70件
支え愛サポーター活動 (ワンコイン生活支援 サービス)	利用会員数	40人	47人	39人	50人
	サポーター会員	14人	11人	9人	20人
	活動件数	117件	130件	188件	150件
安寿会(老人会)	会員数	932人	900人	803人	810人
	参加支部	13支部	13支部	12支部	12支部

(2)高齢者の就労促進・社会参加

■現状と課題

高齢者が楽しみや役割を見出すことができる場や、これまで培われてきた人生経験や職業経験を活かすことができる場に関して、事業所や団体等への働きかけを行い、高齢者の雇用機会や社会参加の充実を行います。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
就労促進の支援	高齢者が培ってきた職業経験や能力を活かし、活躍できる場の充実を図るため、シルバー人材やボランティアの活躍の促進により、雇用や活動の場等の確保に努めます。また、事業所等に対しても、高齢者の雇用等の働きかけを行います。
社会参加支援	高齢者が積極的に地域活動やボランティア活動等に参画し、地域や所属団体における役割を担い、交流を通じて、生きがいを感じられるように社会参加支援を積極的に進めます。

基本目標2 自分らしく、安心・快適に生活できる

3 高齢者の認知症対策と権利擁護

(1) 認知症施策の推進

① 医療・ケア・介護との連携、認知症への早期対応の推進

■ 現状と課題

高齢者数の増加に伴い、引き続き、認知症の人の増加が見込まれています。令和5年には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（認知症基本法）が成立しました。認知症にとっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で安心・快適に生活が続けられるように、切れ目ないサービスを提供するとともに、認知症の早期発見、早期対応ができるネットワークが必要です。

本町でも、認知症の人やその家族に早期に関わり、医療や適切なサービス利用等につなげるように、認知症初期集中支援チームを設置しています。今後も、認知症の早期受診や予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）、重度化防止等の適切な支援の提供体制を充実することが求められます。

■ 今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
認知症の早期発見・早期対応	初期対応として、認知症初期集中支援チームでの活動や、心のアウトリーチ支援事業による専門職の介入により、早期の受診につなげ、適切な支援サービスの提供に努めます。また、簡易検査機器を導入・活用し、健診の場等でスクリーニングを行い、認知症の疑いがある人を主治医・専門医につなげ、早期対応を図ります。
認知症ケアパスの活用・更新	認知症の人が症状の進行状態に応じて「いつ、どこで、どのような支援を受けられるか」という医療・介護サービス等に関する情報をまとめた「認知症ケアパス」の普及及び、その活用に取り組むとともに、新たな地域資源や情報等を踏まえた更新を行い、地域住民に幅広く周知します。
認知症予防に資する活動への参加	日常生活において運動不足を改善したり、生活習慣病の予防、通いの場等へ参加することで、孤立を防ぎながら自分の役割を持ち続けることにより予防に努めます。

②認知症バリアフリーの推進及び認知症に対する理解の促進

■現状と課題

認知症の人が地域で安心して暮らしていくためには、生活のあらゆる面での課題を減らしていく「認知症バリアフリー」の取り組みや、地域の人々の認知症に対する理解の促進が必要です。これまでに認知症センター養成講座やステップアップ講座の開催、認知症センターの活躍の場を設けるなど、認知症支援の地域づくりを推進してきました。

引き続き、地域全体で認知症の人を支えるため、認知症に関する正しい理解の促進と協力体制の強化を図る必要があります。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
認知症センター養成講座の開催	若年層や現役世代等、幅広い世代に認知症への正しい理解を広めていくため、認知症キャラバン・メイトによる「認知症センター養成講座」を開催します。また、コンビニや商店事業者を対象とした養成講座を開催し、センターのいる店の数を増やします。
養成講座受講者の活躍の場づくり	「認知症センター養成講座」受講者の活躍の場づくりとして発足した「チームオレンジ安堵」の活動支援等を行い、活躍の環境づくりを支援します。
若年性認知症対策の充実	若年性認知症の人の相談に対応するため、「広報あんど」やホームページ、「認知症ケアパス」等を用いて、相談窓口の周知に取り組みます。また、就労や社会参加を支援するため、「認知症センター養成講座」における啓発活動や、関係機関との連携推進を通じた若年性認知症対策の充実に努めます。
認知症フレンドリー社会の推進	認知症地域支援推進員と協働して、認知症に関する課題の整理と計画的な事業実施に努めます。また、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関のネットワークの強化を図るとともに、認知症キャラバン・メイトやチームオレンジ等との連携を通して、認知症の人や家族介護者等にやさしい地域づくりを進めます。
社会参加支援	介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動の導入支援を行うなど、認知症の人の社会参加活動を促進します。また、介護サービス事業所と連携し、認知症の本人と家族介護者等の一体的な支援を充実させます。
広報・啓発活動	認知症の症状の進行具合や適切な対応方法、発症の背景等のより深い知識や相談先について、あらゆる機会を通じて住民に周知します。また、認知症当事者からの情報発信の機会を増やし、認知症に対する正しい知識と理解を持つことを促進します。
見守り声かけ模擬訓練の実施	中学校等で模擬訓練を開催し、地域での認知症への理解を深め、認知症高齢者の気持ちに配慮した声かけや関わりを学ぶことにより、認知症になっても安心して暮らせる地域の仕組みづくりに取り組みます。

③本人と介護者への支援

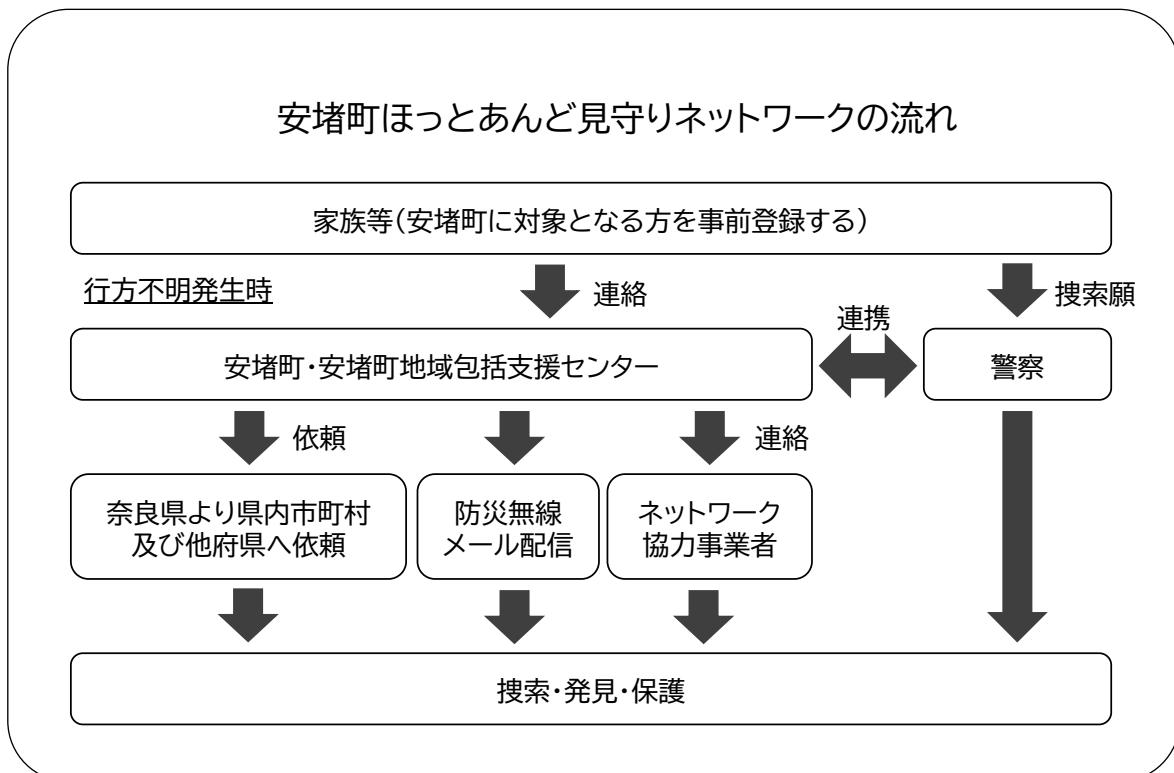
■現状と課題

認知症による徘徊等により、交通事故や行方不明のリスクが高まっています。行方不明者の早期発見・保護のためには、地域の一体的な支援や見守り体制等のネットワークの活用と一層の充実が必要です。また、介護者は身体的・精神的にも介護の負担が大きいことから、「オレンジかふえあんど（認知症カフェ）」や新たに設置した「あんど会（認知症本人家族の一体的支援プログラム）」の利用促進等を通じた、介護者への支援の充実が求められます。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
認知症高齢者の見守り・支援体制の強化	認知症による徘徊で生じる交通事故や行方不明リスクを軽減するために、行政や地域包括支援センター、県、警察、民生児童委員のほか、近隣の介護事業所等の様々な機関・団体で構成する「安堵町ほっとあんど見守りネットワーク」の活用と一層の充実に取り組みます。また、認知症ケアパスに見守り器機やヘルプカードの活用例を記載するなど、内容の更新を行います。
交流の場を利用した相談対応等	認知症の人やその家族が、情報交換や交流を行うことができる場所として設置した認知症カフェや、認知症本人家族の一体的支援プログラムにおいて、専門スタッフによる相談対応や助言機能を充実させ、認知症の人の生きがいづくりや家族等の負担軽減を図ります。

安堵町ほっとあんど見守りネットワークの流れ



■取り組み実績と見込み

項目		実績値			目標値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
認知症本人家族の 一体的支援プログラム	実施回数	—	—	5回	6回
	参加延べ人数	—	—	10人	48人
認知症サポーター	人数	693人	746人	810人	980人
キャラバン・メイト	人数	15人	15人	15人	18人
認知症サポーター養成講座	開催回数	5回	5回	2回	4回
	参加人数	27人	68人	79人	85人
	登録商店	9か所	15か所	15か所	20か所
オレンジかいふえあんど (認知症カフェ)	開催回数	1回	7回	12回	15回
	参加延べ人数	4人	57人	95人	150人
認知症家族の相談会	開催回数	—	7回	3回	12回
	相談延べ件数	—	7件	3件	12件



(2)権利擁護の推進

①日常生活自立支援事業の推進

■現状と課題

日常生活自立支援事業は、判断能力が不十分で日常的な金銭管理等が困難な人に対して、必要な福祉サービスの選択や契約、利用料の支払い等を行う際に、その権利を擁護し、手続きの援助や代行、日常的な金銭管理等の支援を行う事業です。

事業利用者数は年々増加傾向にあり、引き続き、ニーズが増えることが予想されます。必要な人が必要な時に利用できるように、サービス提供体制の確保と相談支援体制の強化が必要です。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
日常生活自立支援事業の利用促進	日常生活自立支援事業について、民生児童委員やケアマネジャーに周知・啓発を行って利用促進を図るとともに、相談対応の支援に努めます。また、判断能力が不十分な方でも安心して事業を利用できるよう、制度の検討・改善に努めます。
社会福祉協議会との連携の推進	事業実施窓口である社会福祉協議会と連携し、事業の活用が図られるように事業の趣旨や内容等の啓発に取り組みます。

■取り組み実績と見込み

項目		実績値			目標値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
権利擁護に関する相談件数	相談延べ件数	97 件	67 件	56 件	100 件
	実人数	21 人	14 人	29 人	25 人
	虐待（疑い含む）延べ件数	5 件	49 件	28 件	—

②成年後見制度利用促進事業

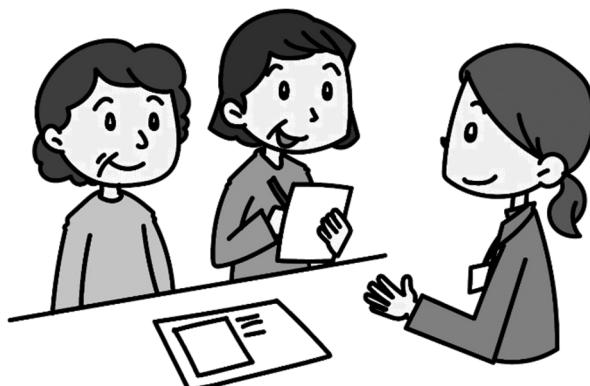
■現状と課題

成年後見制度は、判断能力が十分でない人が財産の管理や福祉施設の入退所の契約等、日常的な生活援助の範囲を超える支援を受ける場合に、その権利を擁護し、手続きの援助等を行う人を付けることができる制度です。市町村申立て等に係る低所得の高齢者に係る成年後見制度の申立てに要する経費や、成年後見人等の報酬の助成等を行います。

本町では、認知症の人の増加が考えられることを踏まえ、「成年後見制度の利用の促進に関する法律」に基づき国が策定した「成年後見制度利用促進基本計画」を勘案し、成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画を定め、障害福祉担当部署等と連携し、成年後見制度の利用の促進に関する施策を推進します。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
成年後見制度等の周知・啓発	成年後見制度の利用促進のため、制度についての相談対応や周知・啓発を図ります。また、成年後見制度利用促進事業と連動しながら、地域包括支援センターで行っている権利擁護について広く住民啓発を行うとともに、関係機関と連携した対応に努めます。
支援体制の構築	必要時に弁護士等と連携し、早期対応できる支援体制の構築と、判断能力等の状況に応じた権利擁護支援に努めます。また、市町村申立てに係る低所得の高齢者については、申立てに要する経費や後見報酬の助成を行います。
地域連携ネットワークの構築	関係機関と連携を図りながら、成年後見制度を必要な人が利用できるよう、地域連携ネットワークの構築を推進します。



(3)高齢者虐待の防止

■現状と課題

家庭内や施設内での高齢者を対象とした暴力・虐待は、一般的に外部からはみえにくく、発見が遅れるケースがあります。

家族介護者等の介護負担の軽減を図るとともに、地域での見守りやサポート体制の充実、虐待防止についての啓発等を行うなど、高齢者虐待を地域で防止し、高齢者が自分らしく生活できる体制づくりが必要です。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
高齢者虐待の防止や相談窓口の普及・啓発	高齢者虐待の防止について、介護予防パンフレットや、「広報あんど」、ホームページ等で普及・啓発を行います。また、地域包括支援センターを中心とした相談窓口の充実を図ります。
ネットワークの構築	地域包括支援センターを中心としたネットワークの構築ができるよう努め、高齢者に対する虐待に関する情報の共有を一層進めます。また、各機関・団体が高齢者虐待防止に向けた周知を行います。
家族介護者への支援の充実	本人・家族の相談会や認知症カフェ、認知症本人家族の一体的支援プログラムの実施に加え、家族介護者等への相談窓口の周知やヤングケアラー、介護離職に関する相談窓口の周知を行い、早期に専門機関と連携した関わりが行える体制づくりに努めます。



4 高齢者と家族の日々の暮らしを支える支援の推進

(1)高齢者福祉の推進

■現状と課題

本町では、高齢者が地域で安心・快適に暮らせるように、民生児童委員等の地域団体や日常業務の中で地域の見守り活動を行う奈良県農業協同組合、大和郡山・安堵郵便局といった関係機関と連携した見守り活動を実施しています。引き続き、介護保険サービスに限らず、地域生活を支える取り組みの充実が求められます。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
高齢者見守り ネットワークの充実	見守り活動を実施する団体との連携を推進するとともに、より多くの主体が多様な方法で見守り活動を行えるように、見守り声かけ模擬訓練との連動や、事業の周知・協力の呼びかけを行います。
食の自立支援サービス	栄養バランスのとれた食事を居宅に配食するとともに、高齢者の安否確認を行います。緊急時には適切な対応を図ることで、高齢者が安心・快適に生活できるように支援します。
訪問理美容サービス	委託事業者が利用者の居宅に訪問して理美容を行います。事業者の出張、移動に要する経費を本町が負担し、居宅で手軽に理美容が受けられるように支援を行います。
緊急通報装置貸与事業	一人暮らし高齢者等が、急病や災害時にボタンを押すだけでコールセンターを呼び出すことができる通報装置の貸与事業です。あらかじめ登録している協力者等の連絡体制により、迅速・適切な対応を図り、安心・快適に生活できるように支援します。また、保健・医療・介護等の連携により、多方面からの緊急支援体制の構築と強化を図ります。
救急医療情報キット	ご本人の「かかりつけ医」「服薬」「持病」等の医療情報を入れた専用の保管容器を冷蔵庫に入れ、万一の緊急時に救急隊員等が冷蔵庫から取り出し、適切な救急医療活動に活用しています。

(2)高齢者の住まいを支える支援の充実

■現状と課題

地域において生活のニーズに合った住まいが提供され、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活を実現することが、保健・医療・介護等のサービス提供の前提となります。高齢者が地域で安心・快適に暮らすことができるよう、既存の養護老人ホーム等の取り組みと連携しながら、ニーズの高まりが見込まれるケアハウス（軽費老人ホーム）やサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の住まいの確保に努めるとともに、居宅で可能な限り自立して暮らすことができるよう、住環境整備の支援を行います。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
養護老人ホーム	65歳以上で身体的・精神的または経済的な理由等により自宅での日常生活が困難な方を対象にした施設です。引き続き、事業の周知及び連携に努めます。また、必要に応じて個別の相談対応を行います。
ケアハウス (軽費老人ホーム)	60歳以上の高齢者で、自炊ができないなどの軽度の身体機能低下がみられるか、または、高齢等により、独立して生活することに不安がある人で、家族等の援助を受けることが困難な人が入所し、高齢者が自立して、安心で快適な生活ができるように工夫された施設です。必要とする人に適切な情報提供ができるように、施設との連絡調整を行います。
有料老人ホーム及び サービス付き高齢者 向け住宅	有料老人ホームは、要介護度の高い人の受け入れを前提とし、入浴、排泄、清掃等の生活全般の介助、食事の提供、健康管理を行う介護施設です。サービス付き高齢者向け住宅は、安否確認サービスや生活相談サービス等のサービスを受けながら生活できる民間事業者等によって運営される介護施設で、比較的健康な高齢者や要支援段階の方の利用があります。未届けの施設等を確認した場合には、県に情報提供するとともに、質の確保を図ります。
住環境整備の支援	高齢者向けの住宅改修に関する相談・情報提供や、住宅改修費に関する助言を行い、可能な限り自宅で自立した生活が送れるよう住環境整備を支援します。

(3)高齢者の外出を支える支援の充実

■現状と課題

奈良交通株式会社が運行する路線バスに加え、町コミュニティバスを運行するとともに、バス路線がない地域に対しては、公共タクシー運賃の助成を行い移動手段の確保を図っています。また、運転免許証の自主返納者に対しては、町コミュニティバス等に利用できる助成券を交付するなど外出の支援を行っています。

今後は、公的サービスのみで高齢者等の移動手段を確保することにも限界があることから、移動手段の選択肢を広げられるよう新たな取り組みが必要です。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
多様な移動手段の確保	日常的な買い物や通院といった高齢者の外出を支えるため、移動手段の選択肢を広げられるように、新たな移動手段の確保について検討を進めます。

(4)家族介護者を支える支援の充実

■現状と課題

家族介護者の身体的・精神的負担を軽減できるよう、介護用品等支給事業、家族介護慰労金等給付事業を通した支援の充実が必要です。また、介護離職ゼロを目指して、仕事と介護の両立支援の必要性が生じています。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
介護用品等支給事業	家族介護用品等（紙おむつ等）を支給し、家族の経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活を支援します。
家族介護慰労金等給付事業	介護保険サービス（年間1週間程度のショートステイ利用を除く）を1年間利用せずに、要介護4・5の要介護者を介護している町民税非課税世帯の家族に対して慰労金等の給付を行います。
仕事と介護の両立支援の推進	共働き世代の一般化やライフスタイルの多様化により、仕事や子育てをしながら介護を両立させる人が増えています。家族介護者の負担軽減を進めるため、介護保険事業や日常生活支援総合事業を展開するとともに、労働局等の関係機関等とも連携して、相談体制の充実や民間事業所等への理解促進に取り組みます。

(5)防災・感染症対策、防犯体制の推進

■現状と課題

高齢者が安心・快適に、すこやかに生活できるように、安堵町地域防災計画に基づく防災対策、感染症対策を進めるとともに防犯対策に取り組み、日常生活上の不安の解消や災害時の心身の負担軽減につなげることが求められます。

これまで地域防災計画に基づき対策を講じてきましたが、今後も風水害、震災等の自然災害や新型ウイルス感染拡大のおそれがあることから、より一層の対策の充実が必要となります。このため、防災部局と連携を図り、下記の方向性の取り組みを行います。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
避難行動要支援者名簿登録制度の普及促進	災害時に自ら避難することが困難な人に、災害対策基本法に基づく避難行動要支援者名簿に登録してもらい、個別避難計画を作成するため、防災部局と連携を図ります。また、安全な避難行動がとれるような整備、情報更新に取り組み、地域団体や住民と連携して普及を図ります。
安否確認が必要な高齢者の見守り	災害時に避難行動要支援者となりやすい、一人暮らしの高齢者等を普段から見守るために、民生児童委員や地域団体等と連携を図り、地域の中で声かけを行うなど、地域で高齢者を守る取り組みを進めます。
災害対策の充実	県や周辺自治体、相互支援協定をした社会福祉協議会、及びその他関係団体と支援・応援体制の構築を図るとともに、日頃から連携することで、災害ボランティアの養成、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況について確認します。また、事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的に確認するとともに、災害の種類別に避難経路等の確認、国や奈良県のマニュアル等の情報提供、総合的な支援を行います。
感染症対策の推進	「安堵町新型インフルエンザ等対策行動計画」及び「安堵町地域防災計画新型インフルエンザ等対策編」に基づき、日頃から事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知・啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築を行います。また、感染症発生時も含めた県や保健所、各種機関等と連携した支援体制の整備を進めます。
地域における防犯体制の充実	高齢者が犯罪に巻き込まれることがないように、犯罪を予防するための適切な知識や情報を周知・啓発し、消費者サポートネットワークや警察等との連携を強化して未然防止に努めます。また、各地域の民生児童委員や自治会長、安堵町防犯推進協議会とも連携しながら、一体的に未然に防ぐ体制づくりに取り組みます。

基本目標3 地域全体で支え合って生活できる

5 地域包括ケアシステムの強化

(1) 地域包括ケア体制の整備・充実

① 地域包括支援センタ一体制の充実

■ 現状と課題

本町では、地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメント業務や総合相談支援業務、高齢者の権利擁護業務等を実施し、高齢者の生活を支える総合機関として様々な業務に取り組んでいます。

地域包括ケアシステムの強化に向けて、住民一人ひとりに対する介護保険制度の理念の周知を進めるとともに、今後も地域包括支援センターの体制充実が必要となります。そのためには地域包括ケアシステムを支える多様な人材の確保及び、ケアマネジャー等の従事者のさらなる資質向上も求められます。

【地域包括支援センターの業務・役割】

業務・役割	内 容
介護予防ケアマネジメント業務	できるだけ長く自立した生活を送れるように、重度化防止の観点から、身体的・精神的・社会的機能向上を目指とする「介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）」の作成と、計画に基づいたサービス利用に関する支援を行います。
総合相談支援業務	高齢者が地域で安心して暮らすことができるよう、住民の各種相談を幅広く受け付け、適切なサービスや制度の利用、関係機関につなげる支援を行います。
権利擁護業務	判断能力の十分でない人の権利や財産を守る成年後見制度や日常生活自立支援事業の普及・啓発及び活用を図ることで、必要なサービスや関係機関につなげます。また、地域包括支援センターは高齢者虐待に関する窓口の一つであるため、関係機関と連携し、高齢者の虐待防止や権利擁護に取り組みます。
包括的・継続的ケアマネジメント業務	ケアマネジャーの研修や、関係機関との意見交換・情報共有の場を設け、ケアマネジャーの資質向上及びネットワークが構築できるよう支援します。また、本人や家族が必要な時に必要な地域資源を切れ目なく活用できるよう、医療機関等との協力体制づくりを行います。

■取り組み実績と見込み

項目		実績値			目標値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
介護予防 ケアマネジメント事業	ケアプランチェック	57回	70回	78回	63回
	ケアプラン評価	47回	56回	73回	50回
	地域ケア会議において検討	39回	49回	29回	44回
総合相談 アウトリーチ支援	訪問実施回数	—	—	7回	12回
	対象人数	—	—	7人	12人
総合相談対応	相談回数	996件	768件	1,191件	1,300件
	内訳	電話	596件	440件	748件
		訪問	213件	156件	204件
		来所・その他	187件	170件	239件
包括的・継続的 ケアマネジメント事業	地域ケア会議 困難事例型ケア会議	5回	5回	5回	7回
	ケアマネ連絡会 安堵カウンファレンス	6回	6回	11回	12回
	ケアマネ連絡会 事例検討会	1回	1回	0回	1回

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
地域包括支援センター等の情報公開	介護保険制度の理念の浸透を図るために、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント業務や、総合相談支援業務といった業務内容等をまとめ、「広報あんど」やホームページ、「地域包括支援センターだより」の配布等で周知を行います。
運営機能の強化	自立支援や重度化防止の観点から、地域包括支援センター職員の研修会等への参加を促し、社会福祉士や保健師、主任ケアマネジャー等の専門職の資質向上を図るとともに、その専門性を活かし、地域包括支援センターが本来の機能を十分に発揮できるよう支援します。
関係機関・団体との連携の推進	高齢者やその家族が抱える多様なニーズに対応するため、関係機関や事業所をはじめ、民生児童委員、ボランティア等との連携を充実させることで、効率的・効果的な運営に努めます。
相談支援の充実・強化	地域包括支援センターの相談窓口の周知を図るとともに、認知症の人や高齢者の虐待防止等に関する相談対応・支援について、対応体制の充実に努めます。

取り組み	内 容
自立支援に向けた会議の充実	自立支援や重度化防止に向けた適切なケアマネジメントが行われるよう、リハビリテーションや様々な専門職との意見交換を行ながら、“その人らしく生活できる”支援に向けて検討を行います。
地域資源の開発・マッチング	生活支援コーディネーターや様々な専門職との協働により、地域での生活課題に対して、資源の発掘・ニーズに対してのマッチング等を行います。

②地域ケア会議の充実とケアマネジメントの向上

■現状と課題

地域包括ケアシステム体制の充実のために、地域団体やリハビリテーション、栄養、口腔、医療職等の専門的視点を有する多職種協働による地域ケア会議の充実が求められます。地域ケア会議には、「個別課題の解決」「ネットワークの構築」「地域課題の発見」「地域づくり・資源開発」「政策の形成」の5つの機能があります。

本町では近隣自治体と形成している広域での地域ケア会議及び、本町単独の地域ケア会議（「安堵カソファレンス」や「自立支援型地域ケア会議」）を行っています。今後は、これまで行ってきた個別事例の検討や情報共有を通して、地域づくり・地域資源の開発や政策形成につなげていくための専門職の確保等が課題となります。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
個別支援の充実	支援に困難を感じているケース等の個別事例の検討を通じて課題解決の方策を話し合うことにより、解決力の向上を図り、支援の質を高めることにつなげます。また、課題の発生や重度化の防止に向けた支援体制を強化し、多職種協働によるネットワークを構築することで、さらなる個別支援の充実を図ります。
地域課題解決のための体制整備	地域ケア会議で抽出された地域課題に対して、専門職の確保に努めるなど、課題解決のための体制を整備します。
医療分野との連携	本町に加え、近隣自治体の医療関係者との連携を進めることで、医療と介護の連携をより一層促進し、地域ケア会議の円滑な実施体制の充実を図ります。

■取り組み実績と見込み

項目	自立支援型	実績値			目標値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
地域包括ケア会議	自立支援型	17回	20回	18回	20回
	困難事例型	5回	5回	4回	5回

(2)在宅医療・介護連携の推進

■現状と課題

地域包括ケアシステムの推進にあたっては、在宅医療の充実とともに、医療と介護の連携強化が重要です。本町では、生駒郡4町や西和圏域7町と連携し、医療と介護の連携を進めています。

引き続き、「奈良県地域医療構想」との整合を図るとともに、医療と介護の連携を図る多様な人材の確保・育成や、近隣自治体にある関係機関も含めた関係者間の連携強化、情報共有のより一層の強化が求められます。

■今後の方針性・取り組み

取り組み	内 容
かかりつけ医の啓発	健康管理や疾病予防、重度化の防止等について生涯にわたって相談・指導等を受け、高齢期の生活の質を確保できるように、かかりつけ医を持つことに対する意識の啓発を進めます。
在宅医療サービスの推進	寝たきりの高齢者等が居宅で適切な療養生活を送ることができるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護、訪問介護等について、近隣自治体と連携を図りながら、必要となるサービスの提供体制確保に努めます。
在宅医療・介護に関する地域資源の把握	地域における在宅医療・介護に関する情報の収集及び整理を図るとともに、情報の活用と啓発を推進します。
在宅医療と介護の連携体制の強化	医療関係者及び介護サービス事業者等と在宅医療・介護連携に関する課題の共有・検討を行う場を設置し、協議内容は他の医療・介護関係者へ周知を行います。また、在宅ケアの推進に向けて、入退院調整ルールマニュアルを活用し、医療従事者と介護従事者等の連携や退院後の円滑な在宅生活への移行支援を行います。医療と介護の連携に係る相談支援体制やコーディネート機能、終末期対応の充実に努めます。
多様な人材の確保	県や地域団体と連携しながら、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保、就業支援を行うなど、介護現場全体の人手不足対策を図ります。ICT導入や人材不足についての課題整理を行い、新規介護人材の確保及び介護人材の定着支援に取り組みます。
医療・介護関係者への研修の実施	医療・介護関係者等が参加する多職種勉強会や研修会を積極的に開催し、在宅医療や介護・福祉に関する情報の共有や、必要な知識の習得を支援します。
地域住民への普及・啓発	地域住民を対象とした在宅医療や介護・福祉に関する講座を近隣自治体と連携して開催することで、在宅医療・介護連携の重要性についての理解促進、普及・啓発に努めます。
近隣自治体との広域連携の推進	生駒郡4町や西和圏域7町において、在宅医療・介護連携についての課題の共有・検討を行います。県の管轄と支援のもと、関係機関と連携し、広域における専門職への相談支援体制の強化に努めま

	す。
--	----

■取り組み実績と見込み

項目	実績値			目標値	
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度		
在宅医療 介護連携 事業	生駒郡地域ケア会議	2回	2回	3回	2回
	多職種勉強会	1回	1回	2回	1回
	市民公開講座	2回	1回	1回	1回
	生駒郡内在宅医療介護資源集作成 会議	7回	1回	3回	6回
	入退院調整ルールづくり アンケート（ケアマネ対象）	1回	1回	1回	1回
	入退院調整ルールづくり全体会議	0回	1回	1回	1回
	西和メディケアフォーラム 地域検討会	2回	2回	2回	2回
	多職種事例検討会	0回	1回	2回	1回
	電話相談窓口利用件数	28件	20件	23件	25件
	マネジメント部会	5回	7回	6回	6回



6 介護保険制度運営の適正化

(1) 適切な要介護認定の実施

■現状と課題

介護保険制度における要介護認定は、保険者である町がその責任と権限に基づき、高齢者が「介護が必要な状態にあるかどうかを一定の基準により確認する行為」です。介護保険サービスを利用するには、要介護認定を受けることが必要であり、認定調査結果と主治医意見書をもとに介護認定審査会において判定されます。客観的かつ公平・公正な審査判定ができるように、認定調査の質の向上を図るとともに、提出された認定訪問調査項目内容が全国統一の基準に基づき判断されているか確認し、審査会において適正な介護認定の判定を行えるようにしていくことが求められます。

高齢者の増加に伴って要介護認定の申請件数の増加も見込まれるため、引き続き要介護認定が客観的かつ公平・公正であることを保つために、認定調査の精度を高め平準化を図るとともに、研修会等の開催により資質向上が必要となります。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
適正な調査の確保	申請窓口担当に限らず介護担当部門の職員の研修への参加や、認定調査員への指導を進めることで、認定調査員の資質向上を通じた適正な認定調査の確保に努めます。

(2) サービスの質の向上

■現状と課題

高齢者等が住み慣れた地域で可能な限り活気に満ちて、すこやかに生活を送ることができるよう、地域包括支援センターや西和圏域7町、町内事業所等と連携したネットワークの構築や情報の共有を行っています。また、地域包括支援センターにおいて、相談や苦情の解決、介護サービスの評価等を実施しています。

引き続き、介護保険サービスの利用者増加が見込まれる中、より一層のサービスの質の向上が求められます。

■今後の方向性・取り組み

取り組み	内 容
地域におけるネットワークの構築	地域包括支援センターと連携を図り、介護予防・生活支援サービスの総合調整や介護サービス事業者の指導・援助、介護サービス事業者間の連絡調整を実施することで、地域におけるネットワークの充実を図ります。また、医療・介護関係者の交流会の実施等により、“顔の見える関係”的強化を図り、生駒郡4町や西和圏域7町等広域での取り組みの推進を目指します。

取り組み	内 容
西和圏域7町における調整会議の実施	町域を越えた介護サービスの利用・提供が行われるように、近隣自治体との連携を図るため、西和圏域7町で開催してきた「介護保険事務担当者会議」を継続して実施し、広域における連絡調整を行います。また、必要に応じて介護サービス事業者を対象とした研修会を共同開催するなど、連携体制の強化を図ります。
苦情解決体制の強化	介護保険上、原則として苦情処理機関は、奈良県国民健康保険団体連合会となっていますが、高齢者介護に関わる地域の相談窓口として、福祉保健センター内に地域包括支援センターを設置しており、本町における相談・苦情処理の核となっています。住民にとって身近な存在となり、きめ細かく相談に応じるために、迅速かつ適切な対応を図ります。この他、相談相手となるケアマネジャーや保健・医療・福祉のサービス提供機関、地域の民生児童委員、ボランティアとの連携を図り、情報の収集や管理に努めます。
介護サービス評価事業等の検討	介護サービスが介護保険制度の目的に沿って適切に給付されているか、町のチェック機能を一層強化し、介護サービスの給付適正化に努めます。また、サービス事業者による自己評価や事業者間の相互評価の実施を促し、その課題を改善することでサービス水準の向上を図ります。
ケアプランの点検	ケアマネジャーにより作成されたケアプランの内容について、「ケアプラン点検支援マニュアル」を活用して、定期的に自立支援型地域ケア会議等によって点検・支援することで、適切かつ効果的な介護サービスの提供に努めます。
住宅改修等の点検	住宅改修費受給者の住宅の実地確認を行うなど、受給者の状態に合った効果的で効率的な住宅改修の施工ができるように、施工状況の点検に努めます。
ＩＣＴやロボットの活用・業務効率化の推進	国や県等によるＩＣＴやロボット導入に関する取り組み・制度の周知及び利用促進を図ります。介護関係者だけでなく、医療等様々な職種とも連携していく上で、個人情報保護の観点も十分に考えながら、支援者間での情報共有の効率化を目指します。また、本町における指定申請や実地指導時の提出書類を削減し、事業所の負担軽減に努めます。
新たな事業への展開	保険者機能強化推進交付金や介護保険保険者努力支援交付金等を活用し、高齢者の自立支援、重度化防止等に向けた必要な取り組みを進めるとともに、新たな事業への積極的な展開を含めて、本計画において取り組む事業の一層の充実を図ります。また、円滑な事業運営に向けて、様々な機関と連携しつつ、必要な人材の確保に努めます。

■介護保険サービス一覧

サービス名	サービス内容
居宅（介護予防）サービス	訪問介護 日常生活に支障のある要介護認定者を対象に、介護福祉士や訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の身体介護や調理、洗濯、掃除等の生活援助を行います。
	訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護 浴槽で入浴が困難な人を対象に、利用者の居宅を訪問し簡易浴槽を使用した入浴介助を行い、心身機能の維持を図ります。
	訪問看護・介護予防訪問看護 医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェックや療養上の世話、必要な診療補助を行います。
	訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション 医師の指示に基づき、理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復及び日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行います。
	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 居宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導、助言等を行います。
	通所介護 食事、入浴、その他必要な日常生活上の世話や機能訓練等を日帰りで提供し、利用者の心身機能の維持向上と家族の負担軽減を図ります。
	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 介護老人保健施設や診療所、病院等の医療機関で、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法、その他必要なりハビリテーションを行い、心身機能の維持回復を図ります。
	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 介護老人福祉施設等に短期間入所している利用者に対して、食事、入浴、その他日常生活上の世話や機能訓練等を行い、利用者の心身機能の維持と介護する家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 介護老人保健施設、介護療養型医療施設等へ短期間入所している利用者に対して、医師や看護職員、理学療法士等による介護、機能訓練等を行い、利用者の心身機能の維持と介護する家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 心身の機能が低下し、日常生活に支障がある人を対象に、日常生活上の便宜や機能訓練に役立つ福祉用具（車いす、特殊寝台、歩行器等）を貸与します。
特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売	福祉用具のうち、入浴や排泄関連の用具（腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具等）を販売します。
住宅改修・介護予防住宅改修	在宅生活をしている人が住み慣れた居宅で生活を続けられるよう、手すりの取り付け、段差の解消等の小規模な住宅改修を行います。
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	介護保険の指定を受けた有料老人ホームや養護老人ホーム、ケアハウス（軽費老人ホーム）等に入居している利用者に対し、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談、助言、機能訓練、療養上の支援を行います。

サービス名		サービス内容
居宅介護支援・介護予防支援		居宅介護支援は、要介護認定を受けた人が適切に介護サービスを利用できるよう、介護支援専門員が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿ってケアプランを作成し、各種介護サービスの連絡・調整等を行います。介護予防支援は、要支援認定を受けた人に対し、介護予防プランの作成や、サービス事業所との連絡・調整等を行います。
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、定期巡回と随時の対応を行います。
	夜間対応型訪問介護	夜間に定期的な巡回による訪問介護サービス、利用者の求めに応じた随時の訪問介護サービス、利用者の通報に応じて調整・対応するオペレーションサービスを行います。
	認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護	デイサービスセンター等において、認知症の高齢者を対象に通いでの入浴、排泄、食事等の介護や生活等に関する相談、健康状態の確認、機能訓練等を行います。
	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護	通いのサービスを中心に、利用者の希望等に応じて訪問や宿泊を組み合わせ、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練を行います。
	認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症の高齢者が少人数での共同生活を行います。入居している利用者に対して入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話や機能訓練等のサービス提供を行います。
	地域密着型特定施設入居者生活介護	介護保険の指定を受けた入居定員が 29 人以下の有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス（軽費老人ホーム）等で入居している利用者に対して、入浴、排泄、食事等の介護や日常生活上の世話を行います。
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員が 29 人以下の介護老人福祉施設への入所者に対して、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を行います。
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて、一つの事業所が一体的にサービスを提供します。小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組み合わせが提供可能サービスとして定められています。
施設サービス	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	寝たきりや認知症等で、常に介護が必要で居宅での生活が難しい人（原則として要介護3～5の人）のための施設です。入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話等を行います。
	介護老人保健施設	入所者に対してリハビリテーション等の医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設です。
	介護療養型医療施設	急性疾患の回復期にある人や慢性疾患有する方のために、介護職員が手厚く配置された医療機関（施設）です。（令和6年3月末廃止）
	介護医療院	「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・タミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。

第4章 介護保険事業の推進

1 日常生活圏域の設定

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、介護保険事業計画では、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、日常生活圏域を定めることとなっています。

本町においては一体的な整備を行っていくという観点から、引き続き、町全体を一つの日常生活圏域とし、各事業者が提供するサービス内容を十分吟味しながら自己決定できる、選択の幅の広い枠組みを目指します。

2 予防給付・介護給付サービスの見込み量算定の流れ

a

第1号・第2号被保険者数の推計

- ・令和元年～令和5年の住民基本台帳の実績を用いたコーホート変化率法による将来人口推計。

b

要支援・要介護認定者数の推計

- …「a（第1号被保険者数の推計）」×（年齢別、男女別、要介護度別割合の要介護認定率）
- ・過去の要介護認定率の実績の推移から、年齢別、男女別、要介護度別の令和8年度までの毎年度及び令和12年度、令和17年度、令和22年度、令和27年度、令和32年度の要介護認定率を設定し、第1号被保険者数に掛け合わせて認定者数を算出。

c

施設・居住系サービス利用者数の推計

- ・過去実績、今後の整備予定等から、施設・居住系サービスの利用者数を設定。

d

在宅サービス等の対象者数の推計

- …「b（要支援・要介護認定者数）」－「c（施設・居住系サービス利用者数）」
- ・「b（要支援・要介護認定者数）」から「c（施設・居住系サービス利用者数）」を差し引いて、在宅でサービスを受ける可能性がある対象者数を算出。

e

在宅サービス等の利用者数の推計

- …「d（在宅サービス等対象者数）」×（各在宅サービス等利用率）
・令和3年度～令和5年度の実績から、各在宅サービス利用者数を「d 在宅サービス等対象者数」で割り、各年度の各在宅サービス等利用率（要介護度別）を算出し、実績の伸びを踏まえ、令和6年度以降の各在宅サービス等利用率を設定。「d 在宅サービス等対象者数」に各在宅サービス等利用率を掛け合わせ各在宅サービス等利用者数を算出。

f

在宅サービス等の利用量の推計

- …「e（在宅サービス等の利用者数）」×（各在宅サービス1人1か月あたり利用回（日）数）
・令和3年度～令和5年度の実績から、1人1か月あたりの利用回（日）数（要介護度別）を算出し、実績の伸びを踏まえ、令和6年度以降の1人1か月あたりの利用回（日）数を設定。「e 各在宅サービス等の利用者数」に各在宅サービス等の1人1か月あたりの利用回（日）数を掛け合わせ各在宅サービス等の利用量を算出。（単位が人数のものは、利用者数が利用量に該当）

g

サービス給付額の推計

- …「c（施設・居住系サービス利用者数）」×「各施設・居住系サービス1人1か月あたり給付額」+「f（在宅サービス等の利用量）×「各在宅サービス1人1か月あたり給付額」
・令和3年度～令和5年度の実績から、施設・居住系サービス及び在宅サービスの要介護度別の1人1か月あたりの給付額を設定し、施設・居住系サービス、在宅サービス等の利用者数、利用量に掛け合わせ算出。
※介護報酬改定率等の影響を反映。

h

給付額の推計

- …「g（サービス給付額）」+「特定入所者介護サービス費」+「高額介護サービス費」+「高額医療合算介護サービス費」+「算定対象審査支払手数料」+「地域支援事業費」
・特定入所者介護サービス費等の各種費用及び地域支援事業費の実績に、施設入所の伸び率や高齢者数の伸び率等を掛け合わせ算出。

保険料の推計（第9期）

3 介護保険事業対象者等の推計

(1)被保険者数の推計

本町の総人口は減少が見込まれており、高齢化率も増加することが予測されます。第9期計画期間における総人口は、令和6年の6,997人が令和8年には6,818人となり、高齢化率は令和6年の36.8%が令和8年には37.8%となります。

単位：人

	実績			推計							
	第8期			第9期			長期推計				
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年
40～64歳	2,361	2,342	2,309	2,265	2,234	2,194	2,064	1,894	1,664	1,441	1,270
65～74歳	1,294	1,242	1,206	1,171	1,122	1,087	1,033	968	938	902	810
75歳以上	1,197	1,271	1,347	1,401	1,455	1,491	1,547	1,537	1,463	1,362	1,300
総人口	7,195	7,114	7,081	6,997	6,913	6,818	6,469	5,980	5,475	4,960	4,478
高齢化率	34.6%	35.3%	36.1%	36.8%	37.3%	37.8%	39.9%	41.9%	43.9%	45.6%	47.1%

※推計値は、住民基本台帳の人口（令和元年から令和5年の各年10月1日現在）を用いて、国立社会保障・人口問題研究所が定める推計方法に基づいて算出しました。

(2)要支援・要介護認定者数の推計

団塊の世代が後期高齢者となる年齢を迎えることで、第9期計画期間の要介護認定者数は増加していくことが予測されます。第1号被保険者の認定率も上昇傾向が続くことが見込まれます。

単位：人

	実績			推計							
	第8期			第9期			長期推計				
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年
総数	411	428	459	465	481	487	540	575	571	535	505
要支援1	25	41	31	31	33	32	34	33	33	30	31
要支援2	54	65	78	78	81	81	86	91	86	81	77
要介護1	96	76	62	62	66	67	77	81	81	75	71
要介護2	88	89	111	111	115	116	129	141	141	133	125
要介護3	69	74	72	74	76	78	85	91	92	86	80
要介護4	43	48	68	70	72	73	83	90	89	84	78
要介護5	36	35	37	39	38	40	46	48	49	46	43
認定率	16.5%	17.0%	18.0%	18.1%	18.7%	18.9%	20.9%	23.0%	23.8%	23.6%	23.9%

※実績は、介護保険事業状況報告（各年9月末時点）、推計値の算出方法は、「被保険者数の推計」と同じ。

4 介護保険サービスの見込み量

(1) 介護サービスの見込み量

単位：回／年・日／年・人／年

	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
居宅サービス					
訪問介護	回数	1,915.7	1,969.9	2,012.8	2,113.1
	人数	88	91	93	99
訪問入浴介護	回数	16.1	18.1	18.1	18.1
	人数	5	6	6	6
訪問看護	回数	361.1	382.4	382.4	420.1
	人数	41	43	43	47
訪問リハビリテーション	回数	144.7	144.7	156.1	167.5
	人数	14	14	15	16
居宅療養管理指導	人数	55	57	58	63
通所介護	回数	865.4	895.7	938.1	979.3
	人数	89	92	97	101
通所リハビリテーション	回数	377.9	394.6	409.9	432.5
	人数	47	49	51	54
短期入所生活介護	日数	327.8	327.8	327.8	396.7
	人数	19	19	19	23
短期入所療養介護（老健）	日数	117.4	125.0	132.6	149.3
	人数	15	16	17	19
福祉用具貸与	人数	150	156	159	173
特定福祉用具購入費	人数	3	3	3	3
住宅改修費	人数	3	3	3	4
特定施設入居者生活介護	人数	10	10	10	12
地域密着型サービス					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	4	4	4	4
夜間対応型訪問介護	人数	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	回数	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人数	5	6	6	6
認知症対応型共同生活介護	人数	18	18	18	19
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	人数	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回数	241.7	250.7	261.2	303.2
	人数	24	25	26	30

	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
施設サービス					
介護老人福祉施設	人数	41	42	42	49
介護老人保健施設	人数	36	37	37	46
介護医療院	人数	7	8	8	8
居宅介護支援	人数	206	214	219	240
					260

(2)介護予防サービスの見込み量

単位：回／年・日／年・人／年

	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護	回数	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
介護予防訪問看護	回数	96.3	106.5	116.7	116.7
	人数	11	12	13	13
介護予防 訪問リハビリテーション	回数	55.2	62.9	72.4	72.4
	人数	6	7	8	8
介護予防 居宅療養管理指導	人数	6	7	8	9
介護予防 通所リハビリテーション	人数	22	23	23	24
介護予防 短期入所生活介護	日数	1.0	1.0	1.0	1.0
	人数	1	1	1	1
介護予防 短期入所療養介護（老健）	日数	1.5	1.5	1.5	1.5
	人数	1	1	1	1
介護予防福祉用具貸与	人数	40	42	42	43
特定介護予防 福祉用具購入費	人数	1	1	1	1
介護予防住宅改修	人数	2	2	2	2
介護予防特定施設入居者 生活介護	人数	0	0	0	0
地域密着型介護予防サービス					
介護予防 認知症対応型通所介護	回数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防 小規模多機能型居宅介護	人数	0	0	0	0
介護予防 認知症対応型共同生活介護	人数	0	0	0	0
介護予防支援	人数	62	64	65	68
					67

5 介護保険給付費の見込み

(1)介護給付(居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス)

単位：千円

	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
居宅サービス					
訪問介護	67,689	69,604	71,075	74,738	82,279
訪問入浴介護	2,503	2,816	2,816	2,816	2,816
訪問看護	23,756	25,004	25,004	27,448	28,735
訪問リハビリテーション	5,101	5,107	5,491	5,893	6,198
居宅療養管理指導	8,065	8,347	8,514	9,261	9,972
通所介護	75,163	77,796	81,731	85,145	91,970
通所リハビリテーション	39,806	42,258	43,623	46,072	51,091
短期入所生活介護	35,204	35,249	35,249	42,952	45,108
短期入所療養介護（老健）	17,760	18,993	20,204	22,901	25,102
福祉用具貸与	22,799	23,644	24,128	26,123	28,663
特定福祉用具購入費	1,017	1,017	1,017	1,017	1,339
住宅改修費	3,323	3,323	3,323	4,692	6,061
特定施設入居者生活介護	23,964	23,994	23,994	28,770	28,770
地域密着型サービス					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8,788	8,799	8,799	8,799	11,472
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	7,227	9,168	9,168	9,168	9,168
認知症対応型共同生活介護	55,717	55,788	55,788	59,012	65,192
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	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	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	24,307	25,125	26,149	30,473	33,314
施設サービス					
介護老人福祉施設	127,315	130,632	130,632	152,859	168,586
介護老人保健施設	128,131	131,728	131,728	163,720	174,683
介護医療院	31,998	36,765	36,765	36,765	36,765
居宅介護支援	37,021	38,503	39,437	43,169	46,735
介護給付費計	746,654	773,660	784,635	881,793	954,019

※端数処理の関係上、合計値が合わない場合があります。

(2)予防給付費(介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス)

単位：千円

	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	3,966	4,393	4,815	4,815	4,815
介護予防訪問リハビリテーション	1,939	2,214	2,548	2,548	2,548
介護予防居宅療養管理指導	684	786	886	986	986
介護予防通所リハビリテーション	9,822	10,129	10,129	10,682	10,682
介護予防短期入所生活介護	82	82	82	82	82
介護予防短期入所療養介護（老健）	159	159	159	159	159
介護予防福祉用具貸与	1,854	1,941	1,941	1,990	1,990
特定介護予防福祉用具購入費	322	322	322	322	322
介護予防住宅改修	1,907	1,907	1,907	1,907	1,907
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
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	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0
介護予防支援	3,603	3,723	3,782	3,956	3,900
予防給付費計	24,338	25,656	26,571	27,447	27,391

※端数処理の関係上、合計値が合わない場合があります。

(3)標準給付費

単位：円

	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
在宅サービス	403,867,000	420,409,000	432,299,000	468,114,000	507,414,000
居住系サービス	79,681,000	79,782,000	79,782,000	87,782,000	93,962,000
施設サービス	287,444,000	299,125,000	299,125,000	353,344,000	380,034,000
総給付費(A)	770,992,000	799,316,000	811,206,000	909,240,000	981,410,000

特定入所者介護サービス費等 給付額(B)	23,011,351	23,841,879	24,142,407	27,013,325	28,600,237
高額介護サービス費等 給付額(C)	16,753,617	17,358,650	17,577,456	19,667,239	20,823,032
高額医療合算介護サービス費 等給付額(D)	2,768,270	2,863,520	2,899,240	3,214,760	3,399,310
算定対象審査支払手数料(E)	891,902	922,574	934,076	1,035,748	1,095,175

標準給付費見込額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	814,417,140	844,302,623	856,759,179	960,171,072	1,035,327,754
---------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------------

※端数処理の関係上、合計値が合わない場合があります。

(4)地域支援事業費

単位：円

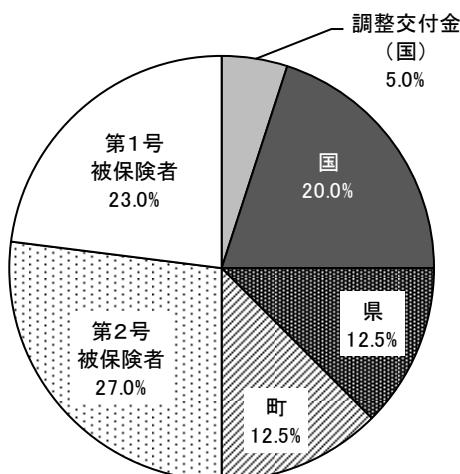
	第9期（推計）			長期推計	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	21,512,000	22,488,000	23,392,000	27,408,000	37,448,000
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	12,758,000	12,967,000	13,410,000	14,843,000	17,943,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	19,641,000	20,211,000	20,961,000	22,061,000	24,661,000
地域支援事業費	53,911,000	55,666,000	57,763,000	64,312,000	80,052,000

6 第1号被保険者の保険料について

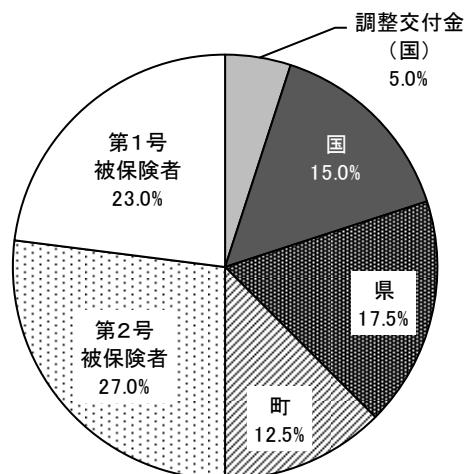
(1)介護保険事業費の財源構成

介護保険の財源は、第1号被保険者の保険料のほか、第2号被保険者の保険料、国・県・町の負担金、国の調整交付金によって構成されます。第1号被保険者の負担割合は23.0%です。

①保険給付費の財源構成

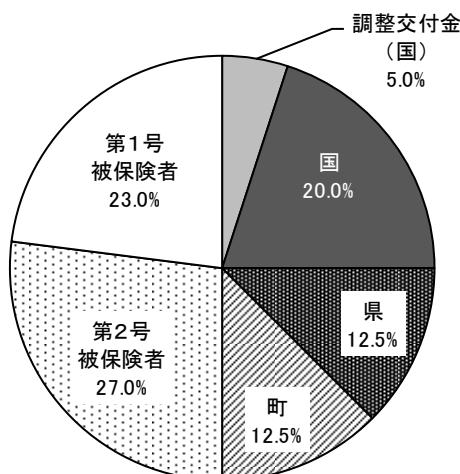


居宅給付費

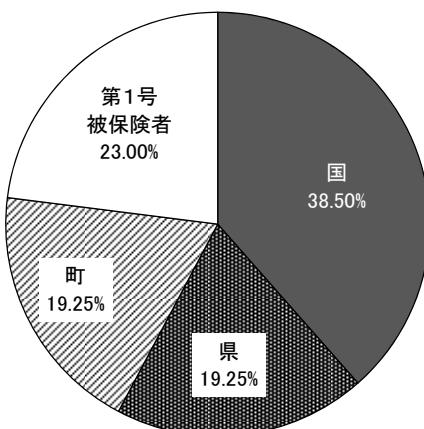


施設等給付費

②地域支援事業費の財源構成



介護予防・日常生活支援総合事業費



包括的支援事業・任意事業費

(2) 第9期介護保険事業計画期間における介護保険事業費の見込み

第1号被保険者の介護保険料の額は、下記の手順で算定しています。

■介護保険事業費の見込み

単位：円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
標準給付費	814,417,140	844,302,623	856,759,179	2,515,478,942
地域支援事業費	53,911,000	55,666,000	57,763,000	167,340,000
合計	868,328,140	899,968,623	914,522,179	2,682,818,942

1

標準給付費+地域支援事業費合計見込み額（令和6年度～令和8年度）
2,682,818,942 円

2

第1号被保険者負担分相当額（令和6年度～令和8年度）
617,048,357 円 (1 ×23%)

3

+ 調整交付金差額分 54,263,547 円
 (+ 調整交付金相当額 129,143,547 円
 - 調整交付金見込み額 74,880,000 円)
 - 準備基金取崩額 77,000,000 円
 - 保険者機能強化推進交付金等の交付見込額 10,963,000 円

4

保険料収納必要額
583,348,904 円

÷

5

所得段階別加入割合補正後被保険者数 7,574 人
 (基準額の割合によって補正した令和6年度～令和8年度までの被保険者)

÷ 12か月

6

予定収納率を考慮した基準月額 6,700 円程度
 (収納率 95.80%)

(3)第1号被保険者の保険料の段階設定について

第9期所得段階区分（13段階）		基準額に対する割合
第1段階	●生活保護受給者 ●老齢福祉年金受給者で、世帯全員が住民税非課税の人 ●世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入金額+合計所得金額が80万円以下の人	×0.285 (0.455)
第2段階	●世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入金額+合計所得金額が80万円を超え120万円以下の人	×0.485 (0.685)
第3段階	●世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入金額+合計所得金額が120万円を超える人	×0.685 (0.690)
第4段階	●世帯に住民税を課税されている人がいて、本人は住民税非課税かつ、課税年金収入金額+合計所得金額が80万円以下の人	×0.90
第5段階 (基準額)	●世帯に住民税を課税されている人がいて、本人は住民税非課税で、課税年金収入金額+合計所得金額が80万円を超える人	×1.00
第6段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円未満の人	×1.20
第7段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	×1.30
第8段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	×1.50
第9段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	×1.70
第10段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	×1.90
第11段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	×2.10
第12段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	×2.30
第13段階	●本人が住民税課税で、合計所得金額が720万円以上の人	×2.40

第1号被保険者の保険料については、低所得者の保険料軽減を強化するため、給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入する仕組みが改正介護保険法で設けられており、()は軽減前の割合になります。

第5章 計画の推進体制

1 情報提供・相談体制

(1) 地域包括支援センター

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳を保ち、その人らしく、すこやかに暮らし続けていくためには、介護・予防・医療・生活支援・住宅支援が地域において一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の推進が必要となります。高齢者ができる限り要介護状態にならないよう、介護予防サービスに取り組むとともに、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される、包括的かつ継続的なサービス体制を確立する必要があります。

安堵町福祉保健センター内に設置されている地域包括支援センターを本町における地域包括ケアシステムを支える中核機関として位置づけ、適切なケアマネジメントを行う「介護予防ケアマネジメント事業」、高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐ「総合相談支援事業」、虐待の防止等高齢者の権利擁護に努める「権利擁護事業」、高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活かしたケアマネジメント体制の構築を支援する「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」からなる包括的支援事業を実施します。

(2) 連携体制の充実

高齢者福祉施策に関する町内の相談支援体制は、介護保険申請担当者窓口である福祉保健センター内の健康福祉推進室を中心とし、地域の高齢者の身近な相談場所として位置づけられる地域包括支援センターの体制充実を図り、双方が高齢者個々の介護サービス及びその他の福祉サービス利用に関する総合相談窓口としての役割を担うとともに、相互連携に努めます。

2 広報体制の整備

(1)「広報あんど」

本町の「広報あんど」は毎月1回発行され、住民の家庭に全戸配布しています。保健・福祉をはじめ、町行事の開催予定、各種手続きについてのお知らせ等、多くの情報を掲載しています。

これまでも介護保険制度や高齢者の保健・福祉に関する情報や手続きについて、適宜掲載してきました。今後も必要に応じて掲載し、広く住民に周知し、理解を深めていくよう努めます。

(2)ホームページの活用

町ホームページでは、ＩＴを活用したまちの案内・情報等を公開しています。
今後も利用者の立場に立った情報の提供に努めます。

安堵町ホームページアドレス

<http://www.town.ando.nara.jp/>

(3)各種パンフレット

介護保険制度や高齢者の福祉制度に関するパンフレットを作成し、住民の周知を図るとともに、役場や福祉保健センター、その他関連窓口等に設置しています。

今後も住民に対する啓発や制度の理解を深めるためにも、随時、必要なパンフレット等を作成して周知していきます。

3 計画の推進体制・点検体制

高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の推進にあたっては、その推進状況の確認や評価、住民が利用する各サービスの質・量の点検等の対策を講じる必要があります。

このため、本町では、健康福祉推進室を中心に、計画の進行管理を行うとともに、安堵町介護保険運営協議会に報告を行います。また、必要に応じて、西和圏域7町や奈良県との連絡・調整を図り、広域的に整合性を図りながら計画を推進していきます。

資料編

安堵町介護保険運営協議会設置条例

安堵町介護保険運営協議会設置条例

(平成 28 年 9 月 15 日条例第 20 号)

(設置)

第1条 高齢者の保健、福祉、医療の各分野における基盤を整備すべく高齢者保健福祉及び介護保険（以下「介護保険等」という。）に関する施策の企画立案並びにその実施について、町民の意見を十分に反映しながら円滑かつ適切に行われることに資するため、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 138 条の4第3項に規定する町長の附属機関として、安堵町介護保険運営協議会（以下「協議会」という。）を置く。

(所掌事項)

第2条 協議会は、次に掲げる事項について調査審議する。

- (1) 高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の策定又は変更に関する事項
- (2) 地域包括支援センターの運営、設置等に関する事項
- (3) 地域密着型サービスの質の確保、運営評価に関する事項
- (4) 認知症初期集中支援チームの設置、運営及び検討等に関する事項
- (5) 第 1 号から第 4 号までに掲げるもののほか、介護保険等に係る施策に関する重要事項その他地域包括支援センターの適切な運営、公正性及び中立性の確保並びに地域密着型サービスの適正な運営を確保する観点から町長が必要があると認める事項

(意見の具申)

第3条 協議会は、前条の規定により調査審議した結果必要があると認めるときは、同条各号に掲げる事項に関して町長に意見を述べることができる。

(組織)

第4条 協議会は、委員 20 人以内をもって組織する。

2 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) 町民を代表する者
- (2) 保健・医療・福祉・介護等に関し学識又は経験を有する者
- (3) 介護サービス等に関する事業に従事する者

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

4 委員は、再任されることができる。

(会長及び副会長)

第5条 協議会に会長及び副会長を置く。

2 会長及び副会長は、委員の中から互選により選出する。

3 会長は、協議会を代表し、会務を総括する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故ある時はその職務を代理する。

(会議等)

第6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、可否同数の時は議長の決するところによる。

(守秘義務)

第7条 委員は、会議で知り得た情報の保護に万全を期すとともに、その知り得た情報等を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(会議の公開)

第8条 協議会の会議は公開するものとする。ただし、個人の秘密を保つため必要があると認めるときは、非公開とすることができます。

(庶務)

第9条 協議会の庶務は、健康福祉推進室が所掌する。

(委任)

第10条 この条例に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、公布の日から施行する。

（特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例の一部改正）

2 特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例（昭和43年安堵村条例第1号）の一部を次のように改正する。

〔次のように〕 略

附 則（令和4年3月17日条例第9号）

この条例は、令和4年4月1日から施行する。

安堵町介護保険運営協議会委員名簿

(敬称略)

	組織名（第4条第2項）	所 屬（職 名）	氏 名
1	保健医療福祉学識経験者	帝塚山大学教授	石田 慎二 (会長)
2	関係機関町民関係団体	安堵町民生児童委員協議会代表	山崎 真季 (副会長)
3	町民代表	安堵町区長会代表	胡内 秀則
4	町民代表	安堵町安寿会連合会代表	松井 瞳美
5	関係機関町民関係団体	安堵町社会福祉協議会代表	桂木 正一
6	町民関係団体	安堵町手をつなぐ育成会代表	奥西 豊子
7	町民関係団体	安堵町健康づくり推進員代表	飯田 昭代
8	議会議員	安堵町議会議員	淺野 勉
9	議会議員	安堵町議会議員	福井 保夫
10	保健医療福祉経験者	安堵町医師	山内 優美
11	保健医療福祉経験者	安堵町歯科医師会代表	胡内 秀規
12	保健医療福祉経験者	一般財団法人信貴山病院 ハートランドしげさん 認知症サポート医	長 徹二
13	保健医療福祉経験者	みむろ訪問看護ステーション管理者	下城 明子
14	保健医療福祉経験者	あくなみ苑施設長	田中 将史

任期：令和5年4月1日から令和8年3月31日（3年）

策定経緯

令和4年度		
令和4年 12月～ 令和5年3月	在宅介護実態調査の実施	・町内在住の要支援認定（要支援1～2）・要介護認定（要介護1～5）を受け、在宅で生活をしている人に対する聞き取り調査
令和5年度		
令和5年 8月 14日 ～29日	日常生活圏域ニーズ調査（住民アンケート調査）の実施	・町内在住の要介護認定（要介護1～5）を受けていない65歳以上の人に対するアンケート調査
令和5年 11月 6日	第1回安堵町介護保険運営協議会	・委員委嘱 ・計画策定及び介護保険料に係る諮問 ・住民アンケート調査結果の報告 ・安堵町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画（骨子案）の審議
令和5年 12月 26日	第2回安堵町介護保険運営協議会	・安堵町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画（素案）の審議
令和6年 2月 7日	第3回安堵町介護保険運営協議会	・安堵町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画（答申案）の審議

用語解説

あ

◆いきいき百歳体操

おもりを使った筋力運動で、高齢者向けの運動プログラムとして、平成 15 年に高知市で開発された。この体操は、高齢者の健康を維持・増進する運動（柔軟性・筋力づくり・バランス）の要素が含まれている。

◆NPO法人

ボランティア活動をはじめとする住民の自由な社会貢献活動としての非営利活動の健全な発展を促進し、公益の増進に寄与することを目的として成立した団体で、社会の様々な分野で、営利を目的とせず、社会的使命を意識して活動する民間組織。

か

◆介護予防

高齢者が要介護状態等になることの予防や、要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うもの。心身機能の改善だけを目指すのではなく、日常生活の活動を高め、社会への参加を促し、生きがいのある生活を送ることができるよう支援する。

◆介護予防・日常生活支援総合事業

市町村が介護予防及び日常生活支援のための施策を総合的に行えるよう創設された事業で、「介護予防・生活支援サービス事業」、「一般介護予防事業」からなる。「介護予防・生活支援サービス事業」には、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配食サービス等）、介護予防ケアマネジメント（ケアマネジャーによるケアプラン。地域包括支援センターで行う）があり、基本チェックリストにより事業対象者と判定された 65 歳以上の高齢者や要支援 1・2 と認定された被保険者を対象とする事業。

◆ケアプラン

居宅（介護予防）サービス計画のこと。介護保険の認定を受けた方が介護保険サービスを利用するにあたり、本人の状態に合ったサービスを位置づけた計画。

◆ケアマネジメント

本人の状態や状況に応じた適切なサービスを利用できるよう、アセスメントやケアプランの作成、モニタリングを行うこと。

◆ケアマネジャー

介護支援専門員のこと。要介護認定の申請の代行や、本人の希望や状態に基づいて適切なサービスを位置づけたケアプランを作成する資格を持つ者。

◆KDB システム

国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。地域の現状把握や健康課題の明確化、保健事業の効率化等のために使用される。

◆健康寿命

健康上の理由で日常生活が制限されることなく自立した生活を送ることができる期間。

◆権利擁護

自己の権利や援助のニーズを表明することが困難な認知症高齢者や障害のある人等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うこと。

◆高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費

介護保険では、1か月間に利用したサービスの1割または2割の自己負担の合計額（同じ世帯に複数の利用者がいる場合には、世帯合計額。高額医療合算介護サービス費の場合は医療費も含めた合計額）が負担上限額を超えたときは、超えた分が「高額介護サービス費」「高額医療合算介護サービス費」として後から支給される費用。

さ

◆サービス付き高齢者向け住宅

高齢者世帯の孤立化等を防ぎ、高齢者が安心して生活できるように、見守りや介護保険サービス等を組み合わせて提供する形態の高齢者住宅。

◆サロン活動

地域の仲間づくりや社会参加等を目的として、地域の公民館等を活用して行われている、地域の高齢者や住民が気軽に集える住民主体の憩いの場づくりの活動。

◆若年性認知症

65歳未満で発症する認知症のこと。脳血管障害やアルツハイマー病等によって、もの忘れ、言語障害などの症状が生じ、現役世代では仕事を続けることが難しくなるなど、生活にも大きな影響を与える。

◆スクリーニング

「ふるいわけ」を意味する言葉で、医学的には、迅速に実施可能な検査試験により、自覚のない疾患や欠陥を暫定的に見分ける目的で行われる選別検査のこと。

◆生活支援コーディネーター

生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援、介護予防の担い手の養成・発掘等、地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチング等を行う人。

◆生活支援体制整備推進協議体

専門職や地域住民等によって構成され、地域の課題や資源の情報を集め、課題解決のための取り組みの検討などを目的として設置された話し合いの場。

◆成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分になった人の法律行為（財産管理や契約の締結等）を、家庭裁判所が選任した成年後見人等が本人を代理して契約を行ったり、同意なく結んだ不利益な契約を取り消すといった保護や支援を行う民法の制度。制度の利用には、家庭裁判所に本人、配偶者、四親等内の親族が申立てを行うことになる。なお、身寄りのない人の場合、市町村長に申立て権が付与されている。

た

◆第1号被保険者、第2号被保険者

第1号被保険者は65歳以上、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の人ことをいう。第1号被保険者は、要介護認定を受けた場合は原因を問わず介護保険サービスを利用できるのに対し、第2号被保険者は、サービス利用が特定の疾病による場合に限定される。

◆団塊の世代

第二次世界大戦後、数年間のベビーブームの時期に生まれた世代（昭和22年から昭和24年頃までのこと）。人口規模が大きいため、その動向や志向は社会的影響が大きい。

◆地域共生社会

高齢者・障害のある人・子ども等のすべての人々が、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と地域社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる社会。

◆地域ケア会議

地域包括支援センターや市町村が主催し、高齢者支援について医療や介護、福祉等の専門職、地域の関係者が協働して行う会議。個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明らかにし、地域課題の解決につなげる。

◆地域支援事業

介護保険制度において、被保険者が要介護状態や要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、市町村が行う事業。「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」からなる。

◆地域包括ケアシステム

主に介護・高齢者福祉分野で進められている取り組みであるが、高齢者だけでなく、子育て世帯、障害のある人を含むその地域に暮らすすべての人が、住み慣れた地域で自分らしい生活を持続できるよう、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「予防・保健」「生活支援・福祉サービス」「住まいと住まい方」といったらつの分野からの支援を一体的に提供する仕組みのこと。

◆地域包括支援センター

地域の高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた機関。市町村または老人介護支援センターの設置者、一部事務組合、医療法人、社会福祉法人等のうち、市町村から包括的支援事業の委託を受けたものが設置することができる。保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職が配置されている。

な

◆日常生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で、安心していつまでも生活を継続できるように、地域密着型サービスを中心とした介護基盤の整備の単位として、人口、旧行政区、生活形態、地域活動等を考慮し、市町村域を複数のエリアに区分した地域。なお、本町は1圏域となっている。

◆認知症

一度獲得された知能が、脳の器質的な障害により持続的に低下したり、失われることをいう。一般に認知症は記憶力、思考力、判断力等の障害がみられ、知覚、感情、行動の異常も伴ってみられることが多い。

◆認知症カフェ

認知症の本人や家族、医療・介護の専門職、地域住民等が集い、気軽に交流したり、情報を共有したりする場で、全国の市区町村で地域の実情に応じた様々なカフェが開設されている。

◆認知症キャラバン・メイト

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」を開催し、講師役を務める人のことで、キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。

◆認知症ケアパス

認知症の人の病状等の進行状況に合わせて、多職種が連携してどのように支援を行っていくかを、時間軸に沿った一覧表などで分かりやすく示したもの。

◆認知症サポーター

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者となるための「認知症サポーター養成講座」を受講した人。

◆認知症初期集中支援チーム

認知症や認知症が疑われる人とその家族を複数の専門職が訪問し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行い、本人や家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。

◆認知症地域支援推進員

認知症の医療や介護の専門知識及び経験を持ち、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関との連携を図ったり、認知症の人やその家族に対する相談支援業務等を行う人。

◆認知症本人家族の一体的支援プログラム

認知症本人と家族を一つの単位として一体的に支援を行う事業。定期的に本人と家族が話し合い、思いを共有したり、一緒に活動を楽しむことで、思いのすれや葛藤を調整、再構築を図る。また、活動の場で他の家族と出会い、関係性のあり方の気づきを得ることができる。

◆認定調査

介護保険制度において、要介護認定・要支援認定のために行われる調査。調査は、市町村職員や委託事業者の職員等が被保険者の自宅や入所・入院先等を訪問し、受けているサービスの状況、置かれている環境、心身の状況、その他の事項について、全国共通の認定調査票を用いて公正に行われる。

は

◆バリアフリー

障害のある人が社会生活をしていく上で、障壁（バリア）となるものを除去するという意味で、建物内の段差の解消等の物理的障壁の除去のみではなく、障害のある人の社会参加を困難にしている社会的、制度的、心理的なすべての障壁を除去しようという考え方。

◆PDCAサイクル

事業活動等において、品質管理や進捗管理等を円滑に進める手法。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）の4段階を繰り返すことで、業務を継続的に改善することが可能となり、計画を適切に推進することができる。

◆フレイル（フレイル予防）

フレイルとは、年齢とともに筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康な状態と要介護状態の中間の段階のことをいう。バランスの良い「栄養」の摂取、「身体運動（運動）」、「社会参加」によって予防することができる。フレイルを予防することは、その先にある要介護状態の予防、健康寿命の延伸につながる。

◆訪問型元気アップ

日常生活や趣味活動等の生活行為に支障のある人を対象に、理学療法士や作業療法士等の専門職が自宅を訪問し、個々の生活環境を踏まえた上で生活環境改善に向けた提案・指導・助言を行う事業。

◆保険者

介護保険の保険者は市町村であり、実施する事務として、被保険者の資格管理、要介護認定・要支援認定、保険給付、地域密着型サービス事業者に対する指定及び指導監督、地域支援事業、市町村介護保険事業計画、保険料等に関する事務が挙げられる。

や

◆要介護認定・要支援認定

介護保険制度において、介護給付（予防給付）を受けようとする被保険者が給付要件を満たしているかどうかを確認するために行われる認定。保険者である市町村が、全国一律の客観的基準（要介護認定基準／要支援認定基準）に基づいて行う。

◆予防給付

要支援1・2の認定を受けた方に対して行われる介護保険給付。

安堵町高齢者福祉計画及び 第9期介護保険事業計画

発行年月 令和6年3月
発 行 安堵町 住民生活部 健康福祉推進室
〒639-1061
奈良県生駒郡安堵町大字東安堵 853 番地
TEL:0743-57-1590
FAX:0743-57-1592
