

第9期
島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画
(素案)

令和5年12月

島本町

1 第9期計画策定にあたって

1-1 計画策定の趣旨と背景

(1) 全国の動向

日本の総人口は長期の人口減少過程に入っており、国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計人口（令和5（2023）年推計）」では、令和22（2040）年には1億1,284万人、令和52（2070）年には8,700万人になると推計されています。

一方、高齢者人口は年々増加しており、令和2（2020）年で3,603万人（高齢化率28.6%）が、令和25（2043）年にピークを迎えると推計されています。また、高齢化率は今後一貫して上昇し、令和52（2070）年で38.7%と、令和2（2020）年から10ポイント以上の増加が見込まれています。高齢者人口の年代構成をみると、現在、団塊の世代の高齢化の進展により、75歳以上の高齢者人口が急速に増えている状況にあり、それに伴って介護ニーズも高まっている傾向にあります。今後さらなる高齢化の進展に伴い、より介護ニーズの高い85歳以上高齢者人口が急速に増えていくことで単身高齢者や夫婦のみ世帯の増加、認知症¹を有する人が増加する等、高齢者に対する支援・サービスがさらに増加・多様化すると想定されています。

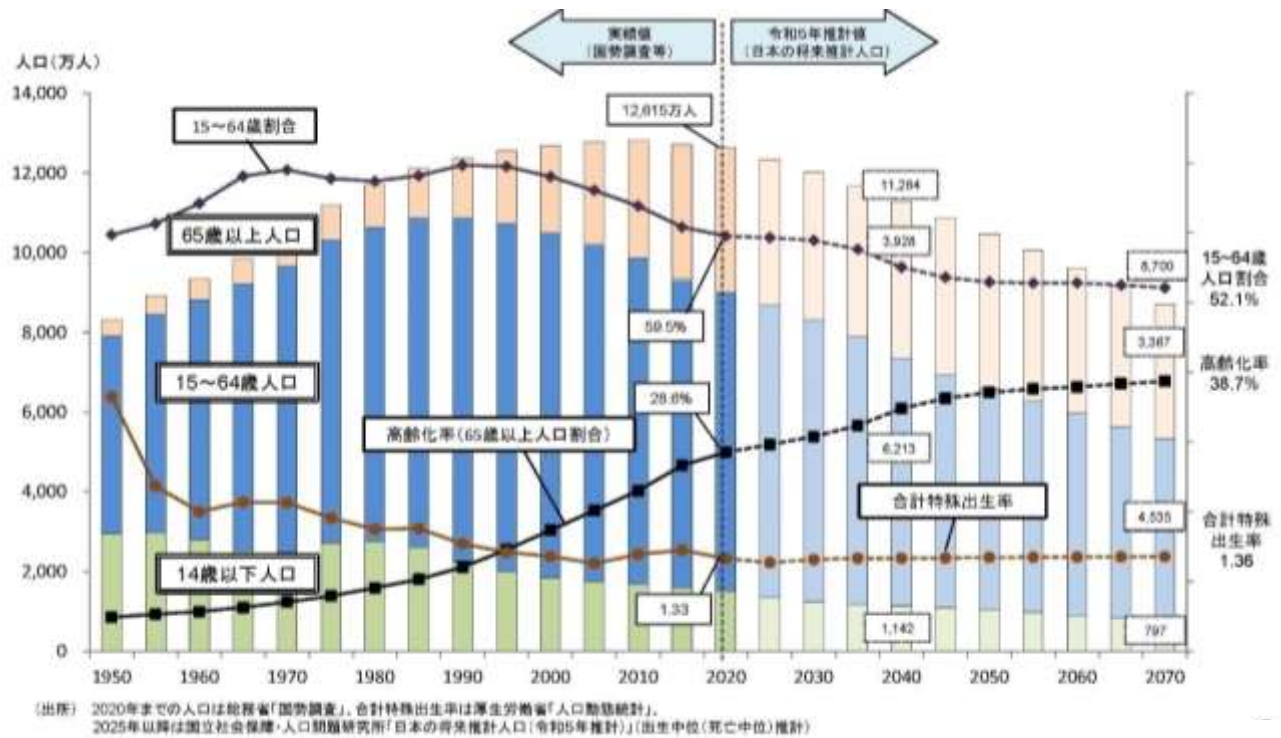
このような状況の中、令和4（2022）年12月20日に開催された社会保障審議会介護保険部会において「介護保険制度²の見直しに関する意見」が出され、それを踏まえた第9期計画における基本指針（案）では、「介護サービス基盤の計画的な整備」、「地域包括ケアシステム³の深化・推進に向けた取組」、「地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上」の3点が見直しのポイントとして示されました。

1 認知症：脳やからだの様々な病気によって、普段の社会生活に支障をきたすような状態の総称。記憶力や見当識（時間・場所・人を識別できること）、判断力、計画力等に障害がみられる。

2 介護保険制度：寝たきりの高齢者や認知症等で常に介護を必要とする状態（要介護状態）、常に介護が必要ではないが家事や身支度等の日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になったとき、状況に応じて、一定の自己負担で介護サービスが受けられる社会保険方式の制度。

3 地域包括ケアシステム：地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。

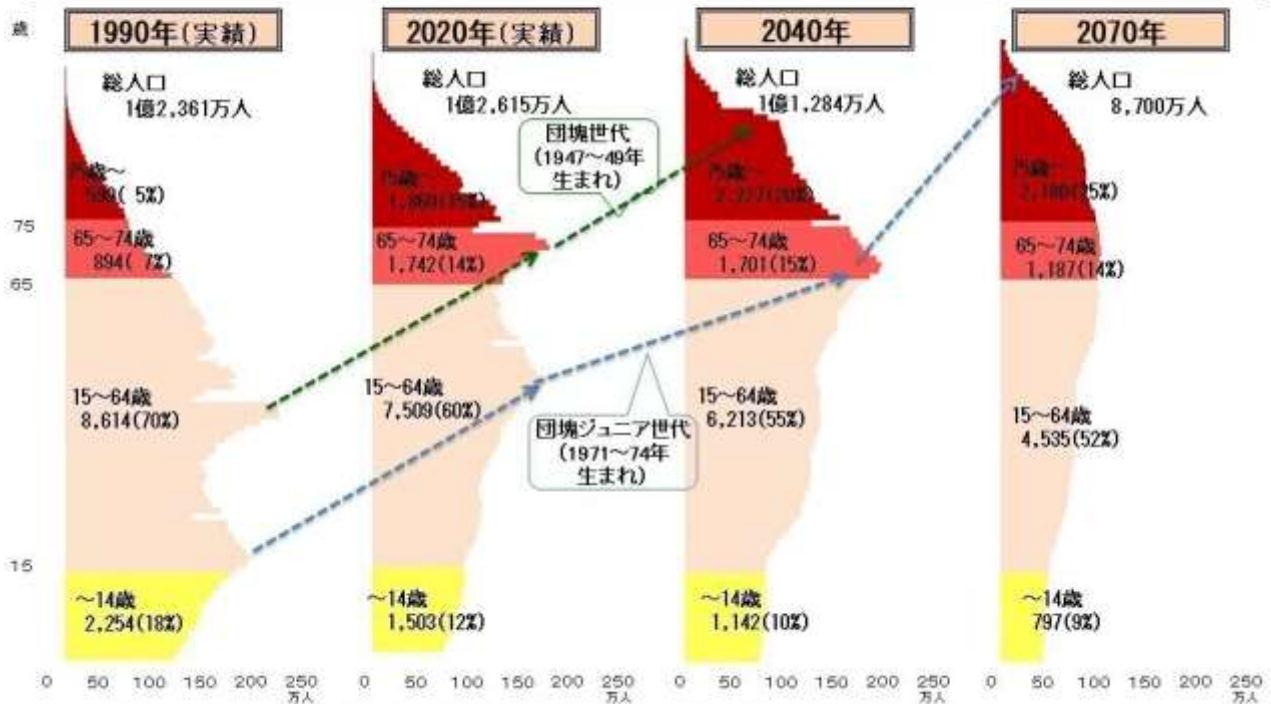
図表：日本の人口の推移と将来推計人口



資料：第3回社会保障審議会年金部会（2023年5月8日）資料3「将来推計人口（令和5年推計）の概要」

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となる。
○2070年には、人口は8,700万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約39%となる。



資料：厚生労働省ホームページ「人口の推移、人口構造の変化」

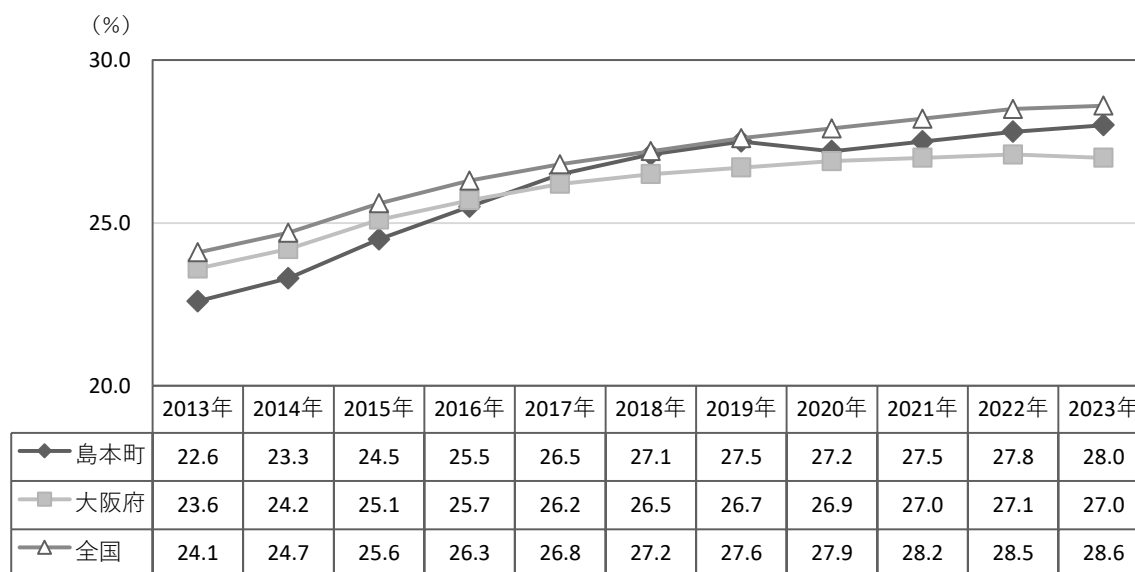
(2) 策定にあたって

本町では、令和3（2021）年3月に「第8期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画（以下、「第8期計画」という。）」を策定し、「高齢者が、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まち」を基本理念に、介護予防や健康づくり・生きがいつくり、認知症施策、生活支援や介護保険サービスの充実等、様々な施策を展開してきました。

本町も全国と同様に年々高齢化が進んでおり、平成28（2016）年までは全国・大阪府より高齢化率は低い状況にありましたが、近年は大阪府を上回り、全国と大阪府の中間程度の値で推移しています。

本町の最近の高齢化率の伸びは鈍化傾向がみられるものの、総人口の減少を勘案すれば今後も高齢化がさらに進むことが想定されることから、人口動態や社会動向を踏まえつつ、計画期間中に迎える団塊の世代が75歳となる令和7（2025）年に対応し、また団塊ジュニアの世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えた「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画（以下、「本計画」という。）」を策定します。

図表：高齢化率の推移【全国・大阪府との比較】



資料：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

※2013年までは3月31日現在、2014年以降は1月1日現在

1-2 計画の位置づけ

(1) 計画の性格（法的根拠等）

保健福祉計画は、老人福祉法第20条の8に基づき策定するもので、すべての高齢者を対象とした計画であり、高齢者福祉サービスをはじめ、健康づくりや生きがいづくり、認知症施策、福祉のまちづくり等に関する施策を計画の対象としています。

介護保険事業計画は、介護保険法第117条に基づき、厚生労働大臣が定める「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」を踏まえ策定するものです。

(2) 令和22（2040）年を見据えた地域包括ケア計画

介護保険事業計画は第6期から「地域包括ケア計画」として位置づけられ、本計画の介護保険事業計画も「地域包括ケア計画」として位置づけています。

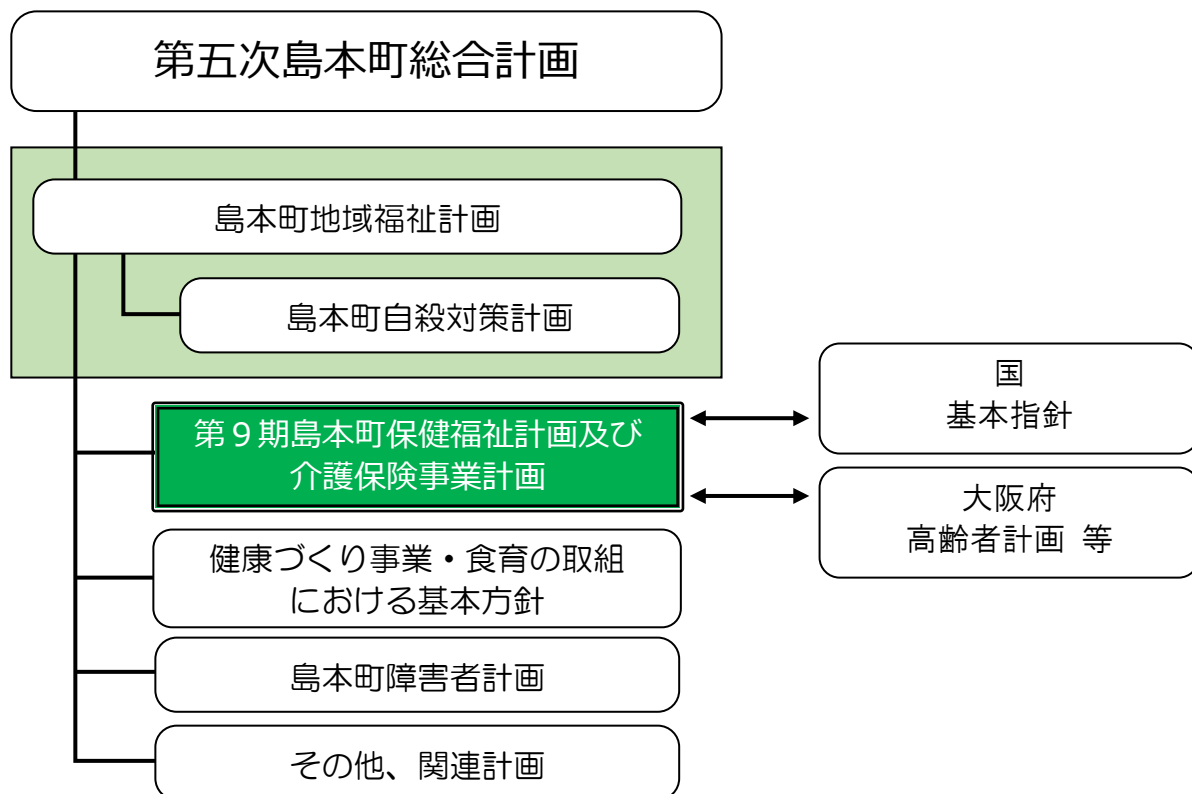
また、令和22（2040）年を見据えサービス基盤を計画的に整備するものとします。

(3) 上位計画、関連計画との関係

本計画は、本町の最上位計画である「第五次島本町総合計画」の高齢者施策に関わる部門別計画です。

また、福祉計画の上位計画である「島本町地域福祉計画」をはじめ、「健康づくり事業・食育の取組における基本方針」や「島本町障害者計画」等の関連計画と整合を図り、策定します。

また、「大阪府高齢者計画」等、大阪府の各種計画を踏まえます。



(4) 計画期間

本計画の期間は、令和 6（2024）年度から令和 8（2026）年度までの 3 年間で、令和 22（2040）年を見据え、策定するものです。

また、本計画は令和 8（2026）年度に見直しを行い、令和 9（2027）年度を初年度とする第 10 期計画を策定する予定です。

令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)	令和 5 年度 (2023 年度)	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)	令和 9 年度 (2027 年度)	令和 10 年度 (2028 年度)	令和 11 年度 (2029 年度)
第 8 期計画			本計画（第 9 期）			第 10 期計画		

令和 7（2025）年を迎え、
令和 22（2040）年を見据えた計画

1－3 計画策定体制

(1) 介護保険事業運営委員会の開催

計画策定にあたっては、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に即した計画とすることが求められています。

このため、学識経験者、保健、医療、福祉の関係者、介護保険の事業所、各種団体の代表者及び公募による被保険者の代表者からなる島本町介護保険事業運営委員会において、慎重な審議を重ね、計画を策定します。

(2) アンケート調査の実施

本計画を策定するため、高齢者の健康状態や介護予防に対する意向、介護保険サービスの利用状況やニーズ、提供体制、介護人材確保における課題等を把握するために「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」及び「ケアマネジャーアンケート」の 3 つのアンケート調査を実施しました。

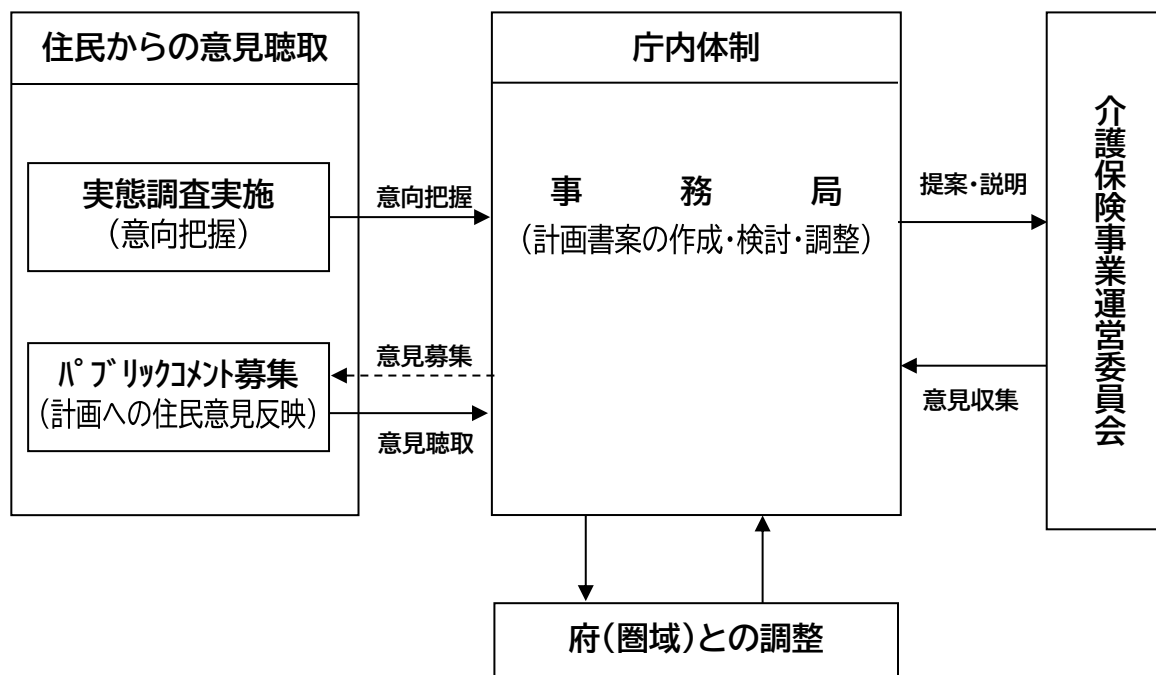
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は、65 歳以上で要介護認定を受けていない人または要支援認定を受けている人、「在宅介護実態調査」は 65 歳以上の要支援・要介護認定を受けている人、「ケアマネジャーアンケート」は本町の介護保険被保険者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）（以下「ケアマネジャー」という。）を対象に、郵送にてアンケートを行っています。

なお、調査結果は、介護保険事業計画のサービス量の見込みや保健福祉計画の見直しをするための基礎資料として活用します。

(3) パブリックコメント⁴の実施

計画策定過程において、広報しまもと、町のホームページ等を活用し、本計画案に対する住民の意見・提案・要望等を広く聴取し、本計画に可能な限り反映するよう努めます。

図表:計画策定体制



4 パブリックコメント：町の基本的な計画や条例の策定等を行おうとするときに、あらかじめ素案等を公表して住民の意見を募集し、提出された意見等を考慮して、最終的な意思決定を行うもの。

(4) 計画の進行管理

円滑に事業計画を推進していくため、「島本町介護保険事業運営委員会」において進行管理を行うとともに、本計画の推進にあたっては庁内関係各課をはじめ、町内の各種団体や大阪府等と連携を図りながら各種高齢者施策・事業の推進を図ります。

進行管理にあたってはPDCAサイクルに基づき、各年度において、本計画の数値目標の達成状況や、各種事業の進捗状況の点検・評価等を行います。

また、その内容については、町のホームページ等を通じて住民に公表します。

図表:PDCAサイクル



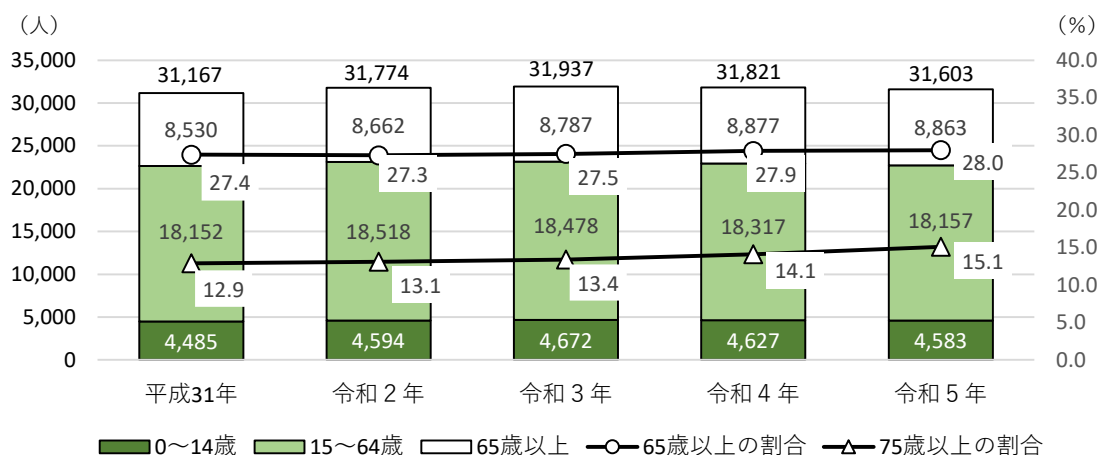
2 高齢者を取りまく状況

2-1 人口構造

本町の総人口は令和5年で31,603人となっています。

令和5年の高齢者人口は8,863人と、前年に比べてわずかに減少しましたが、高齢化率は28.0%と増加しています。65～74歳の前期高齢者が令和4年から減少に転じている一方、75歳以上の後期高齢者は大きく増加し、令和5年で4,764人、総人口に占める割合では15.1%となっています。また、65歳以上の高齢者人口に占める75歳以上人口の割合は令和4年に50%を超え、その割合は急激に上昇しています。

図表：総人口、年齢3区分別人口、高齢化率の推移



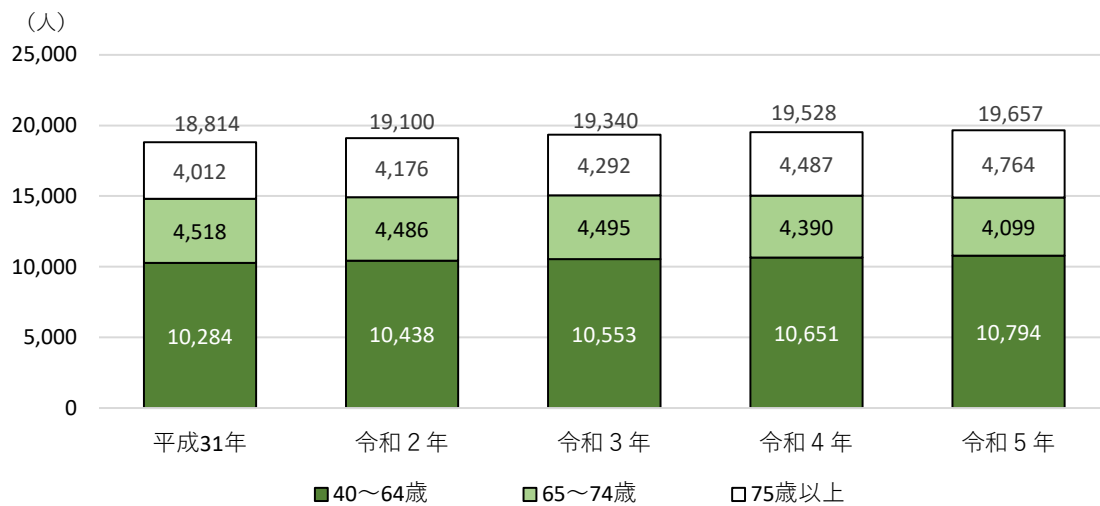
資料：住民基本台帳（各年4月1日現在）

図表：総人口、年齢3区分別人口、高齢化率の推移

区分	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
総人口	31,167人	31,774人	31,937人	31,821人	31,603人
0～14歳	4,485人	4,594人	4,672人	4,627人	4,583人
構成比	14.4%	14.4%	14.6%	14.5%	14.5%
15～64歳	18,152人	18,518人	18,478人	18,317人	18,157人
構成比	58.2%	58.3%	57.9%	57.6%	57.5%
65歳以上	8,530人	8,662人	8,787人	8,877人	8,863人
構成比	27.4%	27.3%	27.5%	27.9%	28.0%

資料：住民基本台帳（各年4月1日現在）

図表：中高年齢者人口の推移



資料：住民基本台帳（各年4月1日現在）

図表：中高年齢者人口の推移

区 分	平成 31 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年	伸び率 (H31→R5)
総人口(A)	31,167 人	31,774 人	31,937 人	31,821 人	31,603 人	1.01
40～64 歳(B)	10,284 人	10,438 人	10,553 人	10,651 人	10,794 人	1.05
比率(B)/(A)	33.0%	32.9%	33.0%	33.5%	34.2%	-
65～74 歳(C)	4,518 人	4,486 人	4,495 人	4,390 人	4,099 人	0.89
比率(C)/(A)	14.5%	14.1%	14.1%	13.8%	13.0%	-
75 歳以上(D)	4,012 人	4,176 人	4,292 人	4,487 人	4,764 人	1.19
比率(D)/(A)	12.9%	13.1%	13.4%	14.1%	15.1%	-
参考 (85 歳以上(E))	(1,126 人)	(1,188 人)	(1,282 人)	(1,325 人)	(1,392 人)	1.24
比率(E)/(A)	(3.6%)	(3.7%)	(4.0%)	(4.2%)	(4.4%)	-

資料：住民基本台帳（各年4月1日現在）

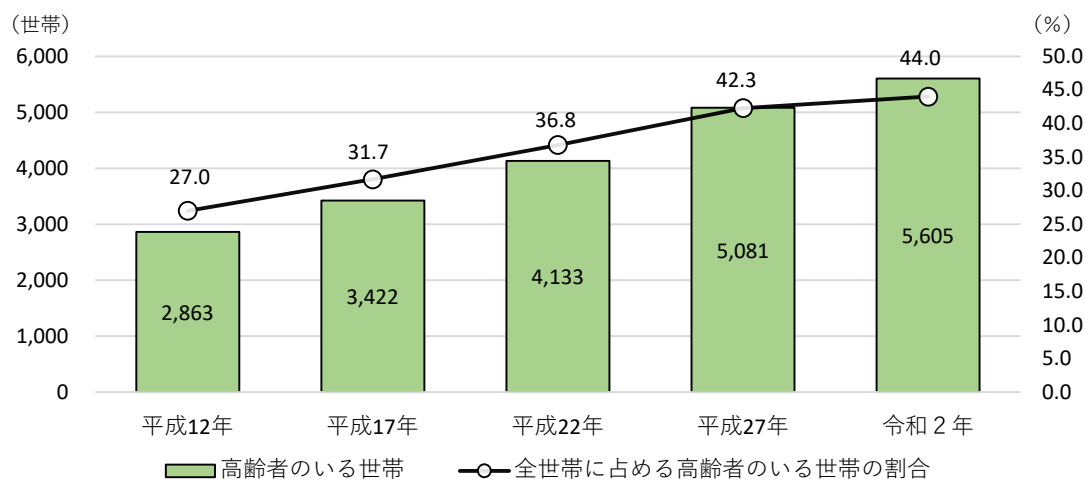
2-2 高齢者のいる世帯の推移

(1) 高齢者のいる世帯の推移

高齢者のいる世帯（高齢者ひとり暮らし世帯、高齢者夫婦のみ世帯、高齢者その他の世帯）数については、平成12年に2,863世帯であったものが令和2年には5,605世帯と、高齢化の進展により増加を続けています。

また、全世帯に占める高齢者のいる世帯の割合は、平成12年の27.0%が令和2年には44.0%と17.0ポイント増加しています。

図表：高齢者のいる世帯の推移

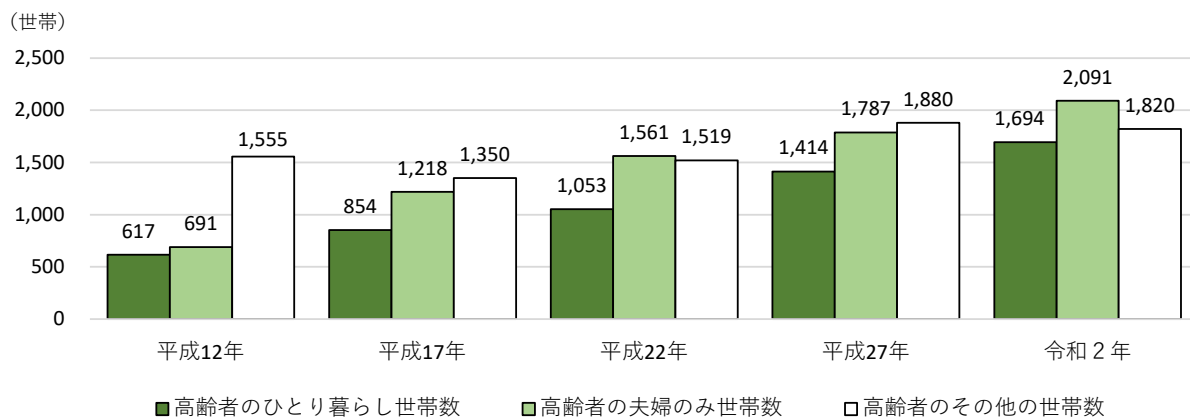


資料：国勢調査（各年10月1日現在）

(2) 高齢者のいる世帯（形態別）の推移

本町の高齢者のいる世帯を形態別にみると、高齢者ひとり暮らし世帯数や高齢者夫婦のみ世帯数が増加しています。令和2年には、高齢者ひとり暮らし世帯と高齢者夫婦のみ世帯を合わせた高齢者のみの世帯数は、全世帯の29.7%、高齢者のいる世帯の67.5%を占める状況となっています。

図表：高齢者のいる世帯の推移



資料：国勢調査（各年10月1日現在）

2-3 高齢者のいる世帯の住居の状況

高齢者のいる世帯数は一貫して増加しており、国勢調査の結果における世帯の住居の状況は次のとおりとなっています。令和2年の本町の持ち家比率は84.1%となっており、全国平均（81.9%）、大阪府平均（69.9%）と比較して高くなっています。

図表：高齢者のいる世帯の住居の状況

区 分	平成 22 年		平成 27 年		令和 2 年	
	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比
全世帯	11,238 世帯	-	12,001 世帯	-	12,732 世帯	-
高齢者のいる世帯	4,133 世帯	100.0%	5,081 世帯	100.0%	5,605 世帯	100.0%
持ち家	3,451 世帯	83.5%	4,258 世帯	83.8%	4,712 世帯	84.1%
借家	661 世帯	16.0%	787 世帯	15.5%	849 世帯	15.1%
公営・公団・公社の借家	413 世帯	10.0%	479 世帯	9.4%	521 世帯	9.3%
民営の借家	242 世帯	5.9%	304 世帯	6.0%	322 世帯	5.7%
給与住宅	6 世帯	0.1%	4 世帯	0.1%	6 世帯	0.1%
間借り	19 世帯	0.5%	18 世帯	0.4%	35 世帯	0.6%
その他	2 世帯	0.0%	18 世帯	0.4%	9 世帯	0.2%

資料：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）

2-4 第1号被保険者の所得等の状況

第1号被保険者（65歳以上）の所得等の状況は以下のとおりです。

保険料段階では、第7段階が16.7%で最も多く、次いで第6段階が14.5%、第1段階が13.9%となっています。

図表：第1号被保険者の所得区分別分布

被保険者の区分		令和5年 4月1日現在	所得区分別 比率（%）
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の人	1,237 人	13.9 %
第2段階	・世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入と合計所得金額の合計が120万円以下の人	696 人	7.8 %
第3段階	・世帯全員が住民税非課税で第1段階及び第2段階に該当しない人	583 人	6.5 %
第4段階	・本人が住民税非課税だが、住民税課税世帯で、本人の前年の課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の人	1,149 人	12.9 %
第5段階	・本人が住民税非課税だが、住民税課税世帯で、第4段階に該当しない人	1,227 人	13.7 %
第6段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人	1,293 人	14.5 %
第7段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	1,489 人	16.7 %
第8段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	667 人	7.5 %
第9段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上450万円未満の人	301 人	3.4 %
第10段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が450万円以上700万円未満の人	147 人	1.5 %
第11段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が700万円以上1,000万円未満の人	53 人	0.6 %
第12段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が1,000万円以上の人	86 人	1.0 %
合 計		8,928 人	100.0 %

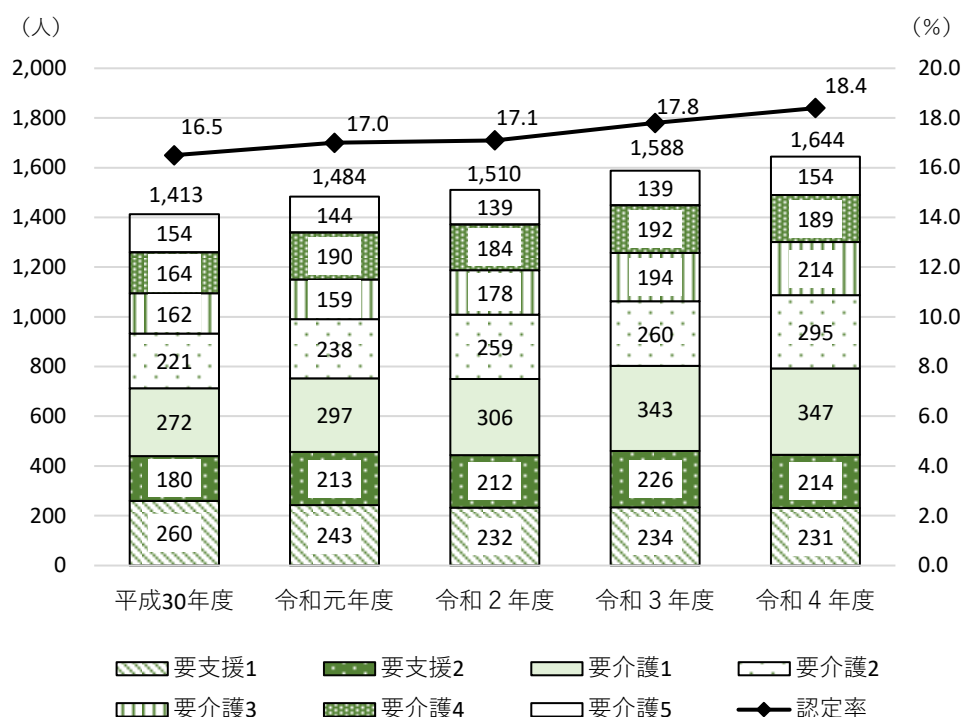
2-5 要支援・要介護者等の状況

介護保険における要支援及び要介護認定者数の推移は、近年増加傾向にあり、令和4年度で1,644人となっています。

介護度3区分別にみると、中度者（要介護2・3認定者）の伸びが最も大きくなっています（平成30年度から令和4年度にかけて1.33倍）。

また、平成29年度から開始された介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）において、基本チェックリスト⁵の実施により生活機能の低下がみられることにより総合事業の利用対象となった者（以下「事業対象者」という。）は、平成30年度の75人から令和4年度は78人と1.04倍となっています。

図表：要支援者・要介護者数の推移



資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在）

※軽度者（要支援1・2、要介護1認定者）、中度者（要介護2・3認定者）、重度者（要介護4・5認定者）とする。

5 基本チェックリスト：厚生労働省が作成した25項目の質問。

図表：介護度3区分別要支援者・要介護者数及び事業対象者の推移と伸び率
(平成30年度から令和4年度)

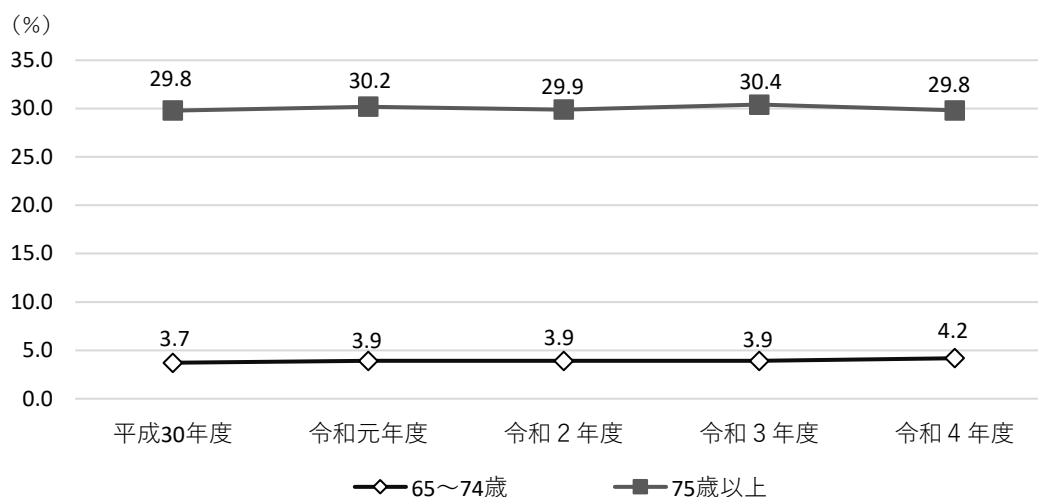
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	伸び率 (H30→R4)
軽度者	712人	753人	750人	803人	792人	1.11
中度者	383人	397人	437人	454人	509人	1.33
重度者	318人	334人	323人	331人	343人	1.08
合計	1,413人	1,484人	1,510人	1,588人	1,644人	1.16
事業対象者	75人	92人	96人	85人	78人	1.04

資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在）

年齢別要支援・要介護認定率をみると、平成30年度以降65～74歳は増加、75歳以上は増減を繰り返しながら推移しています。令和4年度では65～74歳は4.2%、75歳以上は29.8%となっており、65～74歳と75歳以上では25.6ポイントの差がみられます。

年齢別要支援者・要介護者数をみると、要支援者・要介護者の多くが75歳以上となっており、平成30年度以降、64歳以下の第2号被保険者および65歳から74歳で要支援者・要介護者となっている者の人数はほぼ横ばいとなっていますが、75歳以上では人口の増加とともに、要支援者・要介護認定者の人数も増えてきています。

図表：年齢別要支援者・要介護認定率の推移



資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在）

図表:年齢別要支援者・要介護者数の推移

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
65～74 歳	169 人	175 人	176 人	170 人	172 人
75 歳以上	1,211 人	1,276 人	1,301 人	1,384 人	1,438 人
参考(85 歳以上)	(710 人)	(758 人)	(810 人)	(839 人)	(866 人)
合計	1,380 人	1,451 人	1,477 人	1,554 人	1,610 人
第 2 号被保険者	33 人	33 人	33 人	34 人	34 人

資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在）

2-6 認知症高齢者の推移

認知症高齢者は年々増加しており、令和5年で836人、65歳以上人口の9.4%となっています。

年齢別に認知症高齢者数をみると、65～74歳では、年代人口は減少傾向にあるものの、認知症高齢者数はほぼ横ばいの人数となっています。一方で、75歳以上では、年代人口の増加に伴い、認知症高齢者数も増加している傾向となっています。

今後も、75歳以上の人口の増加に伴い、認知症高齢者数も併せて増加していくことが見込まれます。

図表：認知症高齢者の推移

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
65歳以上人口（高齢者人口）	8,530人	8,662人	8,787人	8,877人	8,863人
うち認知症高齢者	744人	779人	791人	821人	836人
割合	8.7%	9.0%	9.0%	9.2%	9.4%

【内訳】

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
65～74歳人口	4,518人	4,486人	4,495人	4,390人	4,099人
うち認知症高齢者	64人	75人	69人	72人	72人
割合	1.4%	1.7%	1.5%	1.6%	1.8%
75歳以上人口	4,012人	4,176人	4,292人	4,487人	4,764人
うち認知症高齢者	680人	704人	722人	749人	764人
割合	16.9%	16.9%	16.8%	16.7%	16.0%
（参考）85歳以上人口	1,126人	1,188人	1,282人	1,325人	1,392人
うち認知症高齢者	443人	465人	485人	489人	507人
割合	39.3%	39.1%	37.8%	36.9%	36.4%

資料：島本町健康福祉部（各年4月1日現在）

※本表における「認知症高齢者」とは、要支援・要介護認定調査の主治医意見書をもとに「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」とされる「認知症高齢者の日常生活自立度⁶」Ⅱa⁷以上の人とする。

- 6 認知症高齢者の日常生活自立度：高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すもの。ランクがⅠ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Mの段階があり、Ⅰに近いほうが軽く、Mに近くなるほど重くなる。
- 7 Ⅱa：家庭外で生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

3 第8期計画の取組状況と課題

3-1 保健事業

(1) 健康増進に向けた取組

本町では平成31年3月に「健康づくり事業・食育の取組における基本方針」を作成し、「全ての住民が健やかで心豊かに長生きすること」を基本理念に、住民一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組むことができるよう、関係機関、地域等と連携して健康づくり事業・食育の取組の展開を進めています。

具体的には、「食育（栄養・食生活）」や「身体活動・運動」、「健康チェック・病気の予防」等の、健康増進に重要な7分野を設定し、ライフステージに応じた健康増進事業の実施、住民一人ひとりの健康づくり活動を支援しています。

(2) 各種保健事業

コロナ禍において、各種事業については、事業の中止や縮小、実施方法の見直しを行う等の感染症対策を講じながら取り組んでまいりました。コロナ禍においても健康への意識を持ち、健康づくりへの行動がすすむよう、「食生活」や「健康な体づくり」等に関して、ホームページやSNSの活用、動画の配信等により啓発に努めました。また、大阪府が実施している大阪府民の健康をサポートするアプリ『アスマイル』の啓発に努めました。

特定健康診査⁸をはじめとした各種健（検）診については、個別通知等による受診勧奨に努め、受診者数はコロナ禍前の状況に戻りつつありますが、引き続き受診率の向上を図る必要があります。

新たな取組として、令和3年10月に明治安田生命保険相互会社と「住民の健康増進等に関する連携協定」を締結し、住民の健康増進、高齢者支援、介護予防等に関するについて、町が実施する講座やイベント等において連携を図っています。

本町の健康寿命は男性は横ばいで経過、女性は延伸しています。今後さらに住民の健康寿命を延ばすために、若い時からの健康づくり活動を支えるとともに、令和4年度から開始した、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、効果的な事業実施に努める必要があります。

⁸ 特定健康診査：平成20年4月から、医療保険者が40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査。

図表：各種保健事業の実施状況

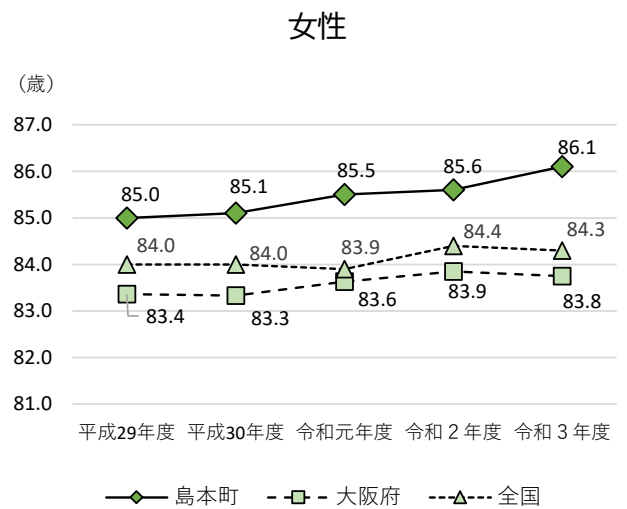
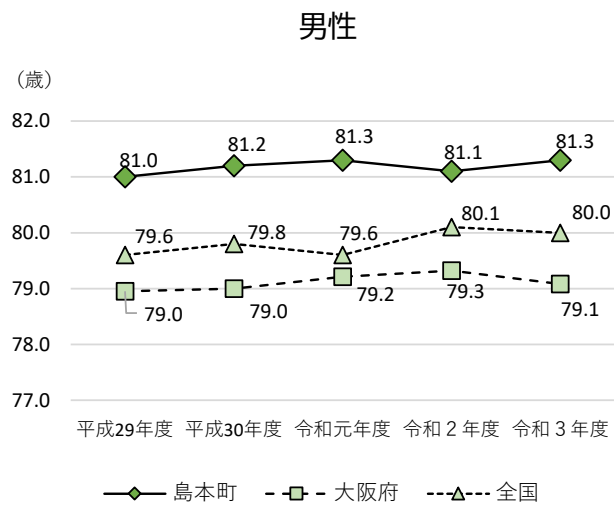
事業名		単位	令和3年度	令和4年度
健康教育		実施回数	4回	50回
		延べ受講者数	59人	691人
健康相談		実施回数	41回	41回
		延べ相談者数	679人	704人
健康診査・検診	特定健康診査	受診人数 (受診率)	4,332人 (35.2%)	4,026人 (38.1%)
	肺がん検診		2,808人 (30.5%)	2,930人 (14.6%)
	胃がん検診		458人 (5.1%)	540人 (4.1%)
	大腸がん検診		2,016人 (22.5%)	2,092人 (10.6%)
	乳がん検診		566人 (17.7%)	529人 (9.9%)
	子宮頸がん検診		1,251人 (34.6%)	1,190人 (17.7%)
	前立腺がん検査	受診者数	344人	358人
	ピロリ菌検査		29人	21人
訪問指導		実人数	42人	32人
		延べ人数	111人	68人
健康手帳の交付		交付者数	483人	489人
歯科健康診査		受診者数	305人	307人
歯科健康相談		実施回数	4回	6回
		延べ相談者数	69人	73人
高齢者に対する 予防接種	高齢者インフルエンザ	接種率	53.9%	63.5%
	成人用肺炎球菌ワクチン		17.8%	15.1%

資料：島本町健康福祉部

※がん検診受診率は、R3年度までは推計対象者数としていたが、R4年度から対象年齢の全人口数に変更している。

※成人用肺炎球菌ワクチンについては、令和元年度から対象者が2巡目となり、今まで未接種の人が対象となっている。

図表：健康寿命の推移



資料：大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課「健康寿命算出方法の指針」

3-2 高齢者福祉事業

高齢者福祉の増進に資する施策として、給食サービス（配食）や緊急通報装置の設置、福祉ふれあいバスの運行等を行っています。

給食サービス（配食）については、町内事業者の参入やコロナ禍による在宅での食事のニーズの増加もあり、3年間で大きく実績が伸びています。

会食会については、コロナ禍により事業実施が困難であったことから令和3年度以降は中止しています。

街かどデイハウスについては、コロナ禍による休止の期間があったことと利用登録者の減少により、年間の利用人数が大きく減少しました。

高齢者福祉センターについては、令和4年9月30日に施設の老朽化等の理由により、浴室を廃止したことに伴い、令和4年度の実績が大きく減少しています。

福祉ふれあいバスについては、コロナ禍以前は1日当たりの平均乗車人数が120人程度であったことと比較すると、令和2年度以降はコロナ禍の影響で大きく利用が落ち込んでいましたが、徐々に利用者数が回復する傾向となっています。

高齢者健康と生きがいづくり推進事業については、コロナ禍の影響により令和2年度・令和3年度は事業の中止を余儀なくされたものもありましたが、令和4年度は新たに年長者クラブの女性部が趣味の集まりを立ち上げられたことから、参加人数が大きく増えています。

今後の各種高齢者福祉サービスについては、本町の高齢者を取り巻く状況やニーズ等を踏まえながら、事業のあり方を検討していく必要があります。

図表：高齢者福祉事業の実施状況

事業名	単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
給食サービス(配食)	利用人数※	22 人	33 人	51 人
	食数	2,640 食	5,074 食	6,514 食
ひとり暮らし高齢者等給食サービス事業(会食会)	開催回数	25 回	中止	中止
	延べ利用人数	1,084 人	—	—
緊急通報装置設置事業	設置台数※	191 台	182 台	183 台
	うち新規設置台数	25 台	26 台	30 台
	通報件数 (消防出動依頼件数)	27 件	37 件	25 件
移送サービス助成事業	実利用人数	164 人	196 人	209 人
	延べ利用日数	1,201 日	1,321 日	1,501 日
街かどデイハウス事業	延べ利用人数	1,485 人	733 人	631 人
	延べ利用時間数	6,731 時間	3,235 時間	2,468 時間
ひとり暮らし高齢者等実態把握事業※1	新規登録者数	166 人	114 人	110 人
	うちひとり暮らし高齢者	110 人	84 人	80 人
しまもと安心ボトル配付事業	配付数	109 人	102 人	92 人
高齢者祝品	贈呈人数	9 人	6 人	7 人
高齢者日常生活用具の給付	給付及び貸与件数	3 件	0 件	0 件
高齢者福祉センター	延べ利用人数	13,700 人	5,200 人	3,988 人
福祉ふれあいバス	運行日数	240 日	244 日	243 日
	1日当たり平均乗車人数	120 人	79 人	91 人
年長者クラブ	単位クラブ数	25 クラブ	23 クラブ	23 クラブ
	会員数	1,575 人	1,465 人	1,365 人
高齢者健康と生きがいづくり推進事業	延べ参加人数	1,192 人	363 人	928 人

資料：島本町健康福祉部(※の数値は、各年度末現在)

※1 各年度で基準日を設け、基準日時点において、前回調査後に新たに住民基本台帳上ひとり暮らしとなったと考えられる65歳以上の高齢者を対象に実施しています。

図表：高齢者福祉事業の実施状況

事業名	内容
給食サービス(配食)	要介護認定で要支援または要介護と認定された人、もしくはは事業対象者で 65 歳以上のひとり暮らし高齢者等が買物や食事づくりが困難な場合、食事を配食することにより、食生活の充実等を図るとともに配食時に安否を確認し、高齢者の在宅生活を支援することを目的とした事業です。
ひとり暮らし高齢者等給食サービス事業（会食会）	65 歳以上のひとり暮らし高齢者または 70 歳以上の高齢者夫婦の人が月 2 回ふれあいセンターでの会食会形式による食事（昼食）を通じて、ふれあいや生きがいを持っていただくことを目的とした事業です。
緊急通報装置設置事業	在宅で生活している 65 歳以上のひとり暮らし高齢者（日中独居含む）等を対象に、健康や緊急時の不安を感じておられる人に緊急通報装置を貸与する事業です。
移送サービス助成事業	要介護認定で要介護 2 以上と認定された 65 歳以上の高齢者を対象に、病院への通院や施設の入退所、役場等の官公署へ手続きに向くため等に利用された場合に、寝台車及びタクシーの移送費を助成する事業です。
街かどデイハウス事業	65 歳以上の介護保険サービス等を利用していない高齢者を対象に、健康チェックや趣味等を生かしたレクリエーションを行う事業です。
ひとり暮らし高齢者等実態把握事業	65 歳以上のひとり暮らし高齢者等のうち、「ひとり暮らし高齢者等実態把握事業同意書」に同意いただいた人の情報をもとに台帳を作成し、日頃の見守りや安否確認に活用する事業です。
しまもと安心ボトル配付事業	65 歳以上のひとり暮らし高齢者等を対象に、救急医療情報キット「しまもと安心ボトル」（かかりつけ医等の情報や緊急時の連絡先等を記入した用紙を入れておく容器）を配付する事業です。
高齢者祝品	年度内に 100 歳に到達される方及び最高齢者に長寿のお祝いとして、祝品を 9 月の高齢者福祉月間に贈呈する事業です。
高齢者日常生活用具の給付	寝たきり等の 65 歳以上の高齢者を対象に、日常生活用具（火災警報器、自動消火器、電磁調理器、老人用電話）を給付・貸与します。
高齢者福祉センター	ふれあいセンターの 2 階部分を高齢者福祉センターとして、60 歳以上の高齢者を対象に健康の増進、教養の向上及び生きがいづくりを目的とした教室等を行っています。
福祉ふれあいバス	65 歳以上の高齢者等の外出支援を目的とした福祉巡回バスとして、町内を 1 日 6 ルート運行しています。
年長者クラブ	概ね 60 歳以上の高齢者がスポーツ、趣味の他、社会奉仕や友愛訪問等の活動をしています。
高齢者健康と生きがいづくり推進事業	町内の概ね 60 歳以上の高齢者を対象にしたスポーツ・レクリエーション・講座等を年長者クラブが開催しています。

3-3 介護保険事業

本町では、令和3年3月に策定した第8期計画に基づき、各種事業を推進しています。第8期計画で示した計画値とこれまでの実績から、介護保険事業の分析を行い、今後の介護保険事業の推計を行います。

なお、コロナ禍の影響による分析が必要な項目については、令和元年度の実績を参考として併せて記載しています。

(1) 被保険者数

被保険者数については、本町の高齢者人口に、住所地特例者など他市町村に居住しているが本町が介護保険の保険者となっている者の人数を含める一方で、他市町村が保険者で本町に居住している者の人数は除いた数となります。本町が保険者である第1号被保険者の数は横ばい、第2号被保険者の数は増加傾向と、人口の推移と同じ傾向となっています。

図表：被保険者の状況

区 分	令和3年度	令和4年度
第1号被保険者 (65歳以上)	8,941人	8,928人
第2号被保険者 (40歳以上65歳未満)	10,651人	10,794人
計	19,592人	19,722人

資料：島本町健康福祉部（実績の数値は、各年度末現在）

(2) 認定申請者数

認定申請者数については、新規申請はコロナ禍の影響もあり、令和2年度・令和3年度は令和元年度より落ち込んだ数となりました。また、更新申請は、要介護認定の有効期間の延長により令和2年度は令和元年度と比較し落ち込みましたが、令和4年度はいずれも令和元年度より多い数となりました。区分変更は、コロナ禍による落ち込みは見られず、令和4年度はそれまでに比べ大きく増加しています。

図表：認定申請者数

区 分		(参考) 令和元年度	(参考) 令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規申請	延べ人数	505人	387人	478人	526人
更新申請	延べ人数	725人	386人	613人	849人
区分変更	延べ人数	107人	120人	125人	171人

資料：島本町健康福祉部

(3) 要支援・要介護認定者

要支援・要介護認定者数については、実績数は、令和3年度は1,588人、令和4年度は1,644人となっており、各年度ともに計画値を下回る結果となりましたが、総数の推移をみると、コロナ禍以前の令和元年度は1,484人であったことから、年々増加している傾向にあります。

要支援・要介護認定別にみると、要介護2及び要介護3が令和3年度・令和4年度ともに実績が計画を上回っており、この区分が特に増えていることが本町の特徴といえます。

図表:要支援・要介護認定者数

区 分	(参考) 令和元年度	令和3年度		令和4年度	
		計画	実績	計画	実績
要支援1	243人	240人	234人	246人	231人
要支援2	213人	223人	226人	235人	214人
要介護1	297人	333人	343人	350人	347人
要介護2	238人	255人	260人	265人	295人
要介護3	159人	172人	194人	179人	214人
要介護4	190人	227人	192人	237人	189人
要介護5	144人	145人	139人	152人	154人
計	1,484人	1,595人	1,588人	1,664人	1,644人

資料：島本町健康福祉部（実績の数値は、各年度末現在）

(4) 居宅介護(支援)サービス受給者

在宅でのサービスである居宅介護（支援）サービスの受給者数については、総数を見ると、コロナ禍以前の令和元年度は 873 人、令和 3 年度は 977 人、令和 4 年度は 1,041 人と年々増加傾向にあります。

要介護度別にみると、要介護 1 から要介護 3 の人数が特に年々増加している傾向にあります。

図表：居宅介護(支援)サービス受給者数

区 分	(参考) 令和元年度	令和 3 年度	令和 4 年度
要支援 1	76 人	81 人	83 人
要支援 2	124 人	126 人	122 人
要介護 1	208 人	260 人	282 人
要介護 2	189 人	223 人	243 人
要介護 3	106 人	122 人	135 人
要介護 4	102 人	100 人	99 人
要介護 5	68 人	65 人	77 人
計	873 人	977 人	1,041 人

資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在）

(5) 介護保険サービスの利用実績と計画の比較

【介護予防サービス】

「③介護予防訪問リハビリテーション⁹」が令和3年度及び令和4年度ともに計画値を大きく上回っています。また、「④介護予防通所リハビリテーション」も令和4年度は計画値を上回り、コロナ禍の令和元年度実績も上回っていることから、要支援者では、リハビリテーションに関するニーズが高くなっている傾向がみられます。

図表:介護予防サービスの利用状況

区 分	(参考) 令和元年度	令和3年度			令和4年度		
		計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
①介護予防訪問入浴介護	0人	0人	0人	-	0人	0人	-
②介護予防訪問看護	160人	264人	273人	103.4%	276人	242人	87.7%
③介護予防訪問リハビリテーション	73人	108人	188人	174.1%	108人	232人	214.8%
④介護予防居宅療養管理指導	173人	276人	199人	72.1%	300人	166人	55.3%
⑤介護予防通所リハビリテーション	444人	444人	375人	84.5%	468人	567人	121.2%
⑥介護予防短期入所生活介護	9人	36人	10人	27.8%	36人	5人	13.9%
⑦介護予防短期入所療養介護（老健）	2人	0人	4人	-	0人	1人	-
⑧介護予防短期入所療養介護（病院等）	0人	0人	0人	-	0人	0人	-
⑨介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0人	0人	0人	-	0人	0人	-
⑩介護予防福祉用具貸与	1,749人	1,956人	1,872人	95.7%	2,052人	1,843人	89.8%
⑪特定介護予防福祉用具購入費	37人	60人	27人	45.0%	72人	33人	45.8%
⑫介護予防住宅改修費	55人	120人	53人	44.2%	132人	51人	38.6%
⑬介護予防特定施設入居者生活介護	96人	192人	99人	51.6%	204人	49人	24.0%
⑭介護予防支援	2,137人	2,292人	2,300人	100.3%	2,448人	2,391人	97.7%

資料：島本町健康福祉部

【地域密着型介護予防サービス】

令和3年度、令和4年度における地域密着型介護予防サービスの利用はありませんでした。

図表:地域密着型介護予防サービスの利用状況

区 分	(参考) 令和元年度	令和3年度			令和4年度		
		計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
①介護予防認知症対応型通所介護	0人	0人	0人	0.0%	0人	0人	0.0%
②介護予防小規模多機能型居宅介護	0人	0人	0人	-	0人	0人	-
③介護予防認知症対応型共同生活介護	0人	0人	0人	0.0%	0人	0人	0.0%

9 リハビリテーション：身体障害や精神障害、事故や病気による後遺症を持つ人等に、最大限の機能回復と社会生活への復帰をめざして行われる総合的な治療と訓練。

資料：島本町健康福祉部

【居宅サービス】

「③訪問看護」、「④訪問リハビリテーション」、「⑤居宅療養管理指導」、「⑨短期入所療養介護(老健)」の4つのサービスが令和3年度及び令和4年度ともに計画値を上回っています。また、「①訪問介護」もコロナ禍の中でも大きく利用者数を伸ばしていることから、特に訪問系のサービスに関するニーズが高くなっている傾向がみられます。

図表：居宅サービスの利用状況

区 分	(参考) 令和元年度	令和3年度			令和4年度		
		計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
①訪問介護	2,633 人	3,240 人	3,051 人	94.2 %	3,492 人	3,602 人	103.2 %
②訪問入浴介護	230 人	264 人	200 人	75.8 %	288 人	217 人	75.3 %
③訪問看護	1,401 人	1,704 人	1,843 人	108.2 %	1,836 人	1,973 人	107.5 %
④訪問リハビリテーション	473 人	636 人	645 人	101.4 %	696 人	795 人	114.2 %
⑤居宅療養管理指導	2,216 人	2,556 人	2,638 人	103.2 %	2,712 人	3,023 人	111.5 %
⑥通所介護	3,153 人	3,408 人	3,149 人	92.4 %	3,624 人	3,566 人	98.4 %
⑦通所リハビリテーション	1,486 人	1,716 人	1,584 人	92.3 %	1,800 人	1,627 人	90.4 %
⑧短期入所生活介護	685 人	708 人	546 人	77.1 %	768 人	520 人	67.7 %
⑨短期入所療養介護(老健)	355 人	420 人	454 人	108.1 %	432 人	459 人	106.3 %
⑩短期入所療養介護(病院等)	0 人	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
⑪短期入所療養介護(介護医療院)	0 人	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
⑫福祉用具貸与	4,689 人	5,652 人	5,406 人	95.6 %	6,048 人	6,013 人	99.4 %
⑬特定福祉用具購入費	97 人	96 人	79 人	82.3 %	108 人	96 人	88.9 %
⑭住宅改修費	75 人	96 人	72 人	75.0 %	108 人	80 人	74.1 %
⑮特定施設入居者生活介護	520 人	660 人	622 人	94.2 %	696 人	650 人	93.4 %
⑯居宅介護支援	7,070 人	8,280 人	8,006 人	96.7 %	8,772 人	8,732 人	99.5 %

資料：島本町健康福祉部

【地域密着型サービス¹⁰】

「⑤小規模多機能型居宅介護」が令和３年度及び令和４年度ともに計画値を上回っています。なお、「①定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「⑤小規模多機能型居宅介護」は本町で実施している事業所はありませんが、他市において利用されています。（住所地特例対象）

図表：地域密着型サービスの利用状況

区 分	(参考) 令和元年度	令和３年度			令和４年度		
		計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	31 人	84 人	16 人	19.0 %	84 人	52 人	61.9 %
②夜間対応型訪問介護	0 人	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
③地域密着型通所介護	791 人	1,140 人	1,041 人	91.3 %	1,176 人	959 人	81.5 %
④認知症対応型通所介護	0 人	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
⑤小規模多機能型居宅介護	13 人	12 人	33 人	275.0 %	12 人	15 人	125.0 %
⑥認知症対応型共同生活介護	377 人	444 人	381 人	85.8 %	468 人	282 人	60.3 %
⑦地域密着型特定施設入居者生活介護	0 人	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	355 人	372 人	354 人	95.2 %	372 人	347 人	93.3 %
⑨看護小規模多機能型居宅介護	0 人	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-

資料：島本町健康福祉部

【施設サービス】

「③介護医療院」が令和３年度及び令和４年度ともに計画値を上回っています。また、一方で「④介護療養型医療施設」は計画値より大きく下回っています。これは、国において介護療養型医療施設から介護医療院への移行が進められていることによるものです。

図表：施設サービスの利用状況

区 分	(参考) 令和元年度	令和３年度			令和４年度		
		計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
①介護老人福祉施設	981 人	1,008 人	915 人	90.8 %	1,008 人	933 人	92.6 %
②介護老人保健施設	1,219 人	1,356 人	1,129 人	83.3 %	1,356 人	1,292 人	95.3 %
③介護医療院	0 人	60 人	74 人	123.3 %	60 人	65 人	108.3 %
④介護療養型医療施設	28 人	72 人	12 人	16.7 %	72 人	12 人	16.7 %

資料：島本町健康福祉部

(参考) 有料老人ホームの現在数：3施設 定員 108 人 (令和５年７月１日現在)

10 地域密着型サービス：第３期計画より新たに創設されたサービス。高齢者が要介護状態となっても、できる限り住みなれた地域で生活できるようにする観点から、日常生活圏域ごとに提供するサービス。

第8期計画の介護保険料¹¹

第8期計画の介護保険料については、国の基準である9段階よりも多い、12段階で設定していました。

図表：所得段階別の介護保険料

被保険者の区分		乗率	年額保険料
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.3	21,240円
第2段階	・世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入と合計所得金額の合計が120万円以下の人	0.5	35,400円
第3段階	・世帯全員が住民税非課税で第1段階及び第2段階に該当しない人	0.7	49,560円
第4段階	・本人が住民税非課税だが、住民税課税世帯で、本人の前年の課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.9	63,720円
第5段階	・本人が住民税非課税だが、住民税課税世帯で、第4段階に該当しない人	1.0	70,800円
第6段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人	1.2	84,960円
第7段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	1.3	92,040円
第8段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	1.5	106,200円
第9段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上450万円未満の人	1.7	120,360円
第10段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が450万円以上700万円未満の人	1.8	127,440円
第11段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が700万円以上1,000万円未満の人	1.9	134,520円
第12段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が1,000万円以上の人	2.0	141,600円

資料：島本町健康福祉部

※令和5年度の保険料を表示しています。第1段階から第3段階までの保険料は、国の保険料軽減対策により引き下げられた金額となっています。

11 介護保険料：介護保険の被保険者が納める保険料で、40歳以上のすべての国民が納める。本図表の対象者は65歳以上の人のみ。

本町の第1号被保険者から徴収している介護保険料の状況については、令和3年度及び令和4年度ともに99%以上の収納率でした。なお、保険料は、原則として特別徴収（年金からの天引き）での徴収となります。

図表：介護保険料の徴収状況

区 分	令和3年度	令和4年度
調定額	627,438,430 円	630,616,120 円
収納額	626,149,590 円	629,116,960 円
還付未済額	642,090 円	763,610 円
収納率	99.69 %	99.64 %

資料：島本町健康福祉部

(6) 地域支援事業¹²

ア 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、高齢者の地域での生活を支援していくための中核機関として平成18年度から町内に1か所設置しています。

令和2年4月から人員体制の更なる整備や高齢者や介護者のニーズの複雑・多様化に対応するために、民間委託による地域包括支援センターの運営を開始し、専門職種の増強や開所日時・開所時間の延長などの機能強化を図りました。

また、コロナ禍の中でも、可能な範囲でネットワークづくりの推進やケアマネジャーの資質向上と支援などにつながる取組を進め、これまでに高齢者虐待¹³防止のための関係機関ネットワーク会議、町内の薬局との連携した支援の必要な高齢者の早期発見の取組や、町の消費者相談員と協力し、しまもと消費者相談情報ねっとを活用してのケアマネジャーへの消費者被害の情報発信などの取組が、地域包括支援センターの主導により始まるなどの成果をあげることができました。

高齢者の地域での生活に対する身近な支援として、気軽に相談ができる窓口に対する需要が高いことから、今後も町内での高齢者の総合相談窓口としての周知をはかるとともに地域包括支援センターの活動がより充実したものとなるようにしていく必要があります。

12 地域支援事業：高齢者を対象として、要介護状態となることの予防や要介護状態となった場合においても、可能なかぎり地域で自立した日常生活を営むことができるように支援するために行う介護保険制度上の事業。

13 高齢者虐待：高齢者に対して、家族や施設の職員等、高齢者を養護する人から行われる虐待の行為。類型としては、①身体的虐待、②介護、世話の放棄、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待がある。

図表：総合相談支援事業及び介護予防ケアマネジメント¹⁴等事業の状況

(延べ件数)

事業名		内訳	令和３年度	令和４年度
総合相談支援事業	相談方法	電話及び来所	845 件	980 件
		訪問	263 件	219 件
		その他	32 件	23 件
		計	1,140 件	1,222 件
	相談内容	介護保険・総合事業に関すること	672 件	762 件
		住宅改修・福祉用具関係	146 件	121 件
		介護予防	5 件	3 件
		認知症	134 件	135 件
		虐待（疑いを含む）	30 件	80 件
		権利擁護	28 件	27 件
		生活全体	22 件	33 件
		介護相談・介護者支援	40 件	31 件
		福祉サービス	67 件	40 件
		医療関係	48 件	62 件
		健康	6 件	3 件
		栄養・消費者被害	3 件	2 件
		モニタリング	18 件	16 件
		ケアマネジャー支援	19 件	12 件
		その他	118 件	144 件
介護予防ケアマネジメント等事業（介護予防支援・第１号介護予防支援）		地域包括支援センター作成分	2,383 件	2,476 件
		居宅介護支援事業所委託分	1,704 件	1,589 件

資料：島本町健康福祉部

※相談内容は相談1件につき複数カウントする場合があります。

14 介護予防ケアマネジメント：要支援・要介護状態になる恐れのある人や要支援1・2の人を対象に、本人との相談による介護予防のケアプランを作成して通所型の予防サービスや訪問指導を行い、要支援・要介護状態になることを防止する取組。

イ 地域ケア会議

自立支援に資する地域ケア会議は、「自立」「自立支援」の定義に基づきケアマネジャー等が高齢者の自立支援につながるケアマネジメントやサービス提供に取り組むことができるように、介護や保健、リハビリテーションの専門職が助言や指導を行うもので、定例的に開催しています。

図表:「自立」「自立支援」の定義

島本町における「自立」「自立支援」の定義

※この定義は、平成27年度自立支援に資する地域ケア会議研修会において、医療・介護関係者で話し合った結果をまとめたものです。

【自立】

1. 身のまわりの生活で、できることは自分で行なうこと。
2. 希望、目標、意欲をもって、自分らしい生活ができること。
3. 前向きな自己決定ができること。

※どんな状態になっても、たとえできなかったとしても、ともに努力する。

【自立支援】

1. その人の生活課題を明確化し、最大能力を引き出すこと。
2. その人個人を知り、尊重すること。
3. できることや成功体験を積み上げ自信を持てるようにすること。

※生活能力評価と課題の明確化を行ない、自分でやる意思をもってもらい、多職種が連携してその人の最大能力を引き出していく。

※その人個人や環境因子を知り尊重し、達成可能な目標をともに考える。それを可能とする身体機能の向上をする。多職種で希望、目標を共有し、理解するとともに協力していく。インフォーマル資源も活用する。そして、達成できたことは正のフィードバックをする。

※本人ができることに目を向け、前向きな様々な選択肢や手段の提示をする。小さな成功体験を積み上げて自信を持てるようにしていく。人との関わりを持つことを支援する。

困難事例を検討する地域ケア会議は、支援が困難となっている事例について関係機関が集まり、情報の共有と今後の支援の役割分担や方向性を検討するため、事例が発生した際に随時開催しています。

今後、本町における地域包括ケアシステムをさらに充実したものとしていくためには、高齢者を支援する専門職の資質向上や介護・医療等の専門職が連携して支援を行うネットワークの活用がより一層重要なものとなります。また、地域ケア会議を通して把握できた様々な地域が抱える課題等について、集約し、解決策を検討していく仕組みづくりも重要となります。

図表：地域ケア会議の開催状況

事業名	内訳	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
自立支援検討型	事例	44 事例	45 事例	42 事例
	回数	19 回	23 回	23 回
困難事例検討型	事例	1 事例	6 事例	3 例
	回数	1 回	8 回	3 回

資料：島本町健康福祉部

ウ 在宅医療・介護連携事業

在宅医療・介護連携支援コーディネーターを配置し、医療や介護関係者のための在宅医療・介護に関する相談窓口を設置すると共に、関係者の情報共有や研修会の実施、在宅で診てくれる医師を増やす取組を進めています。

また、今後増えてくると考えられる高齢者の看取り期への対応に焦点をあて、令和5年度には、在宅医療・介護連携の普及啓発に関する事業として、住民及び町内の医療と介護の関係者を対象とした人生会議（ACP）¹⁵をテーマとした講演会を行います

今後は、高齢者が最後まで住み慣れた地域での生活を安心して送ることができるよう、町内の医師・歯科医師・薬局等の医療関係者と介護事業所等の介護関係者の連携がより一層図りやすくなる環境づくりを引き続き進めていく必要があります。

図表：在宅医療・介護連携に関する相談支援事業

相 談 窓 口	一般社団法人高槻市医師会(委託)
受 付 時 間	毎週月曜日 13時～16時（祝日、年末年始は除く）
相 談 員	在宅医療・介護連携支援コーディネーター(訪問看護師)

15 人生会議（ACP）：もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の愛称。

エ 認知症高齢者支援事業

認知症高齢者に関する支援として、認知症高齢者等見守りネットワークの運用、住民等に対する認知症サポーター¹⁶養成講座と小学生に対するキッズサポーター養成講座の開催、認知症初期集中支援チーム¹⁷による早期支援の取り組み、認知症カフェの活動支援や認知症ケアパスの作成などの取組を行っています。

認知症サポーター養成講座やしまもとオレンジカフェ（認知症カフェ¹⁸）などコロナ禍により活動が中止もしくは縮小を余儀なくされた事業もありましたが、認知症サポーター養成講座については、令和4年度にキッズサポーター教室の実施方法の見直しを行い再開しました。なお、キッズサポーター教室は、コロナ禍以前に実施していた学年に加え、令和4年度はコロナ禍で中止となった学年に対しても実施したため、令和元年度より受講者数が増えています。

また、しまもとオレンジカフェについては、令和5年度に新たに2か所目が開設されています。

今後も認知症高齢者の増加が見込まれることから、令和5年に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法¹⁹」の目的にもある「認知症の人も含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現」に向け、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことのできる地域づくりを目指し、町としてこれまで取り組んできた事業の継続とさらなる充実を図っていく必要があります。

16 認知症サポーター：「認知症サポーター養成講座」を受けた、認知症を正しく理解し、認知症の人やそのご家族を自分のできる範囲で暖かく見守り支えていく人のこと。全国統一で認知症サポーターのシンボルとして、プレスレット（オレンジリング）を配布している。

17 認知症初期集中支援チーム：医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、日常生活のサポートを行うチーム。

18 認知症カフェ：認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場。

19 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現の推進を企図し、令和5年6月16日に公布。

図表：認知症高齢者支援事業

事業名	単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
認知症高齢者等見守りネットワーク	登録者数※	38 人	47 人	55 人
	協力機関数※	49 か所	50 か所	51 か所
認知症サポーター養成講座	実施回数	12 回	5 回	12 回
	受講者数	470 人	38 人	684 人
キッズサポーター教室	実施回数	4 回	0 回	8 回
	受講者数	308 人	0 人	623 人
しまもとオレンジカフェ	設置か所数※	1 か所	1 か所	1 か所
認知症初期集中支援チーム	支援事例数 (うち当該年度に新規で支援を開始した件数)	4 件 (3 件)	5 件 (4 件)	4 件 (3 件)
認知症地域支援推進員 ²⁰	配置人数	1 人	1 人	1 人

資料：島本町健康福祉部(※の数値は、各年度末現在)

オ 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援認定者及び事業対象者が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65 歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」で構成されています。

20 認知症地域支援推進員：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等を行う人。

(7) 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定者及び事業対象者に対し、洗濯や掃除等の日常生活上の支援を行う「訪問型サービス」、機能訓練や入浴や食事等の支援を行う「通所型サービス」、要支援認定者や事業対象者への総合事業のサービスが適切に提供できるようにケアプランの作成を行う「介護予防ケアマネジメント」を実施しています。

サービスの利用状況については、訪問型サービス・通所型サービスともに減少傾向となっています。対象者の総数も同じく減少傾向にありますが、いずれのサービスも令和2年度に大きく利用者数が減少していることからコロナ禍による影響との両方により減少傾向にあるものとみています。

図表:介護予防・日常生活支援総合事業の仕組み

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・生活支援サービス事業

- 要介護認定で要支援1・2の判定を受けた人
 - 基本チェックリストにより生活機能の低下が見られた人(事業対象者)
- } が利用
できます

訪問型サービス

- 訪問介護相当サービス
自立した生活を営むために、訪問介護員等が、洗濯、掃除などの日常生活上の支援を行います。
- 訪問型サービスA
自立した生活を営むために、30分～45分以内で身の回りの掃除や洗濯など軽度な家事支援を行います。



通所型サービス

- 通所介護相当サービス
通所介護施設で、機能訓練や入浴、食事などの支援を行います。
- 通所型サービスA
通所介護施設で、健康管理や運動などの支援を短時間(2～3時間)で行います。(食事や入浴はありません。)
- 通所型サービスC
リハビリの専門職が、居宅でのセルフトレーニングメニューの提示や環境設定、通いの場(いきいき百歳体操)での環境設定を3～6か月の間で行います。(他の通所型サービスとの併用はできません。)



図表：介護予防・生活支援サービス事業

事業名		単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
対象者	事業対象者	人数※	92 人	85 人	78 人
	要支援1	人数※	243 人	234 人	231 人
	要支援2	人数※	213 人	226 人	214 人
利用状況	訪問型サービス	延べ件数	1,677 件	1,413 件	1,295 件
	通所型サービス	延べ件数	2,231 件	2,007 件	1,924 件
介護予防ケアマネジメント		延べ件数	2,212 件	1,837 件	1,727 件

資料：島本町健康福祉部（※の数値は、各年度末現在）

(イ) 一般介護予防事業

介護予防事業として、「いきいき百歳体操」及び「かみかみ百歳体操」（以下「百歳体操」という。）を推進しています。

町では、この百歳体操を拡充するための支援として、地域での継続や実施による効果を上げるための各地域拠点でのおさらい活動の実施、各地域拠点の交流を図るための代表者の研修会の開催、いきいき百歳体操のサポーターを育成する講座の開催などに取り組み、コロナ禍までは、町内での実施拠点数・参加者数ともに増加していましたが、コロナ禍による地域拠点での活動休止期間の長期化や外出控えなどの影響もあり、令和4年度現在では65歳以上・75歳以上ともに参加率が大きく落ち込んでしまいました。

高齢者の介護予防・重度化防止のためには、百歳体操の取組は重要なものであることから、再び、参加者数が増えていくように働きかけるとともに、令和4年度から開始した高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組と百歳体操の連携を進めるなど、健康寿命の延伸に向けての取組も併せて進めていく必要があります。

図表：一般介護予防事業

事業名	単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
いきいき百歳体操地域展開	実施か所数	41 か所	45 か所	45 か所
65歳以上人口におけるいきいき百歳体操の参加状況	参加率	8.0%	—	5.7%
75歳以上人口におけるいきいき百歳体操の参加状況	参加率	11.8%	—	8.2%
かみかみ百歳体操地域展開	実施か所数	39 か所	40 か所	40 か所
地域活動支援（拠点立ち上げ・おさらい月間・交流大会等含む）	延べ回数	77 回	—	50 回
いきいき百歳体操サポーター育成講座	延べ回数	5 回	5 回	5 回
	実人数	11 人	9 人	8 人

資料：島本町健康福祉部

カ 生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーター²¹を1名配置し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的とした「島本町生活支援体制整備協議体（ささえ愛ネットワーク）（以下「ささえ愛ネットワーク」という。）」を設置しています。ささえ愛ネットワークは、町内の福祉関係団体等、13団体が参画し、生活支援コーディネーターを中心に各団体の活動状況の情報の交換や共有を行っています。

また、この活動を通じて、参加団体による「買いもん行こカー」や地域サロン&認知症カフェの開設など、高齢者を地域で支援する新たな取組ができるなどの成果を上げることができました。

今後も、高齢者の様々なニーズに対応していくために、ささえ愛ネットワークの参加者と生活支援コーディネーターが連携しながら、地域における助け合い・支え合いを広げる基盤づくりを継続していくことが重要です。

図表:生活支援体制整備事業

事業名	単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
生活支援コーディネーター	配置人数	1人	1人	1人
ささえ愛ネットワーク会議	会議開催回数	3回	2回	3回

資料：島本町健康福祉部

地域における生活支援体制の整備の一環として、生活支援等サービスに係る担い手の養成を目的として、訪問型サービスAの従事者の養成研修を実施しています。

受講者の拡大に向け、様々な機会を通じて周知活動を行っているものの、修了者数は伸び悩んでいます。しかしながら、当該取組は介護人材の確保にもつながる取組であることから、引き続き、受講者が増えるよう事業の周知に努めるとともに、サービスを提供する事業所等と連携を図る等、修了者の就労につながるような取組を進めて行く必要があります。

図表:訪問型サービスA従事者養成研修

事業名	単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
訪問型サービスA従事者養成研修	開催数	1回	2回	2回
	修了者	2人	3人	5人

資料：島本町健康福祉部

21 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）：高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組を推進していくことを目的とし、地域において生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進する者。

キ 任意事業

介護給付等費用適正化事業では、介護サービスの利用者に対してサービスの利用実績（介護保険の給付費）に関する通知を送付し、事業者の過剰請求や架空請求等の不適切な請求の防止に努めています。

地域自立生活支援事業として実施している介護相談員の高齢者施設への派遣に関する事業については、コロナ禍により、施設において職員や利用者以外の者の受け入れが大きく制限されていたことから、令和3年度及び令和4年度は中止としました。

任意事業としては、そのほかに、高齢者の権利擁護のため親族等による成年後見の申立てが困難な場合に、町長による申立てを行う成年後見制度利用支援事業や在宅で常時紙おむつが必要な高齢者を介護している人に対して、紙おむつを給付する家族介護継続支援事業（在宅高齢者紙おむつ給付事業）を実施しています。

図表:任意事業

事業名	単位	(参考) 令和元年度	令和3年度	令和4年度
介護給付等費用適正化事業 (介護給付費通知)	実施回数	4 回	4 回	2 回
地域自立生活支援事業 (介護相談員派遣等事業)	施設訪問回数	3 回	中止	中止
成年後見制度利用支援事業	利用人数	0 人	2 人	0 人
家族介護継続支援事業 (在宅高齢者紙おむつ給付事業)	利用人数	35 人	38 人	42 人

資料：島本町健康福祉部

3-4 自立支援・重度化防止等に向けた目標の達成状況

第8期計画では、高齢者の自立支援・重度化防止等及び計画の推進に向け、基本目標ごとに指標を設定しています。

指標は延べ29事業に対し、延べ36項目を設定しています。

実績については以下の通りです。

基本目標1 地域包括ケアシステムの進化・推進に向けた取組

指標	単位		令和3年度	令和4年度
地域包括支援センターの点検、評価 (運営協議会の開催)	開催回数	計画	2回	2回
		実績	1回	1回
		計画比	50.0%	50.0%
介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会	開催回数	計画	3回	3回
		実績	3回	1回
		計画比	100.0%	33.3%
総合相談支援事業	相談延べ件数	計画	1,200件	1,300件
		実績	1,140件	1,222件
		計画比	95.0%	94.0%
自立支援に資する地域ケア会議	開催回数	計画	24回	24回
		実績	23回	23回
		計画比	95.8%	95.8%
	検討事例数	計画	48事例	48事例
		実績	45事例	42事例
		計画比	93.8%	87.5%
医療・介護関係者が参画する会議の開催	開催回数	計画	2回	3回
		実績	1回	0回
		計画比	50.0%	0%
医療・介護関係者に対する研修会の開催	開催回数	計画	3回	3回
		実績	0回	0回
		計画比	0%	0%
地域包括支援センターの認知度 (ニーズ調査より)	知っていると答えた人の割合	計画		60%
		実績		56.3%
		計画比		93.8%

【評価】

第8期計画期間中は、令和2年度から発生した新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、人との接触を最小限にする必要があったことから、様々な活動に制約を余儀なくされたため、事業の中止や縮小により当初の目標達成が困難な項目も多くありました。

地域包括ケアシステムの中核機関として高齢者の総合相談窓口などを担っている地域包括支援センターの認知度については、計画目標を超えることはできませんでしたが、前回令和元年度の調査時点より5.9ポイントアップしていることから、徐々に相談窓口としての認識がひろがっているものとみています。

また、毎年度、島本町地域包括支援センターの事業計画や事業の実績・活動状況を、地域包括支援センターの運営協議会である島本町介護保険事業運営委員会に報告し、いただいた意見や評価を次の活動につなげるというサイクルを確立することができました。

一方で、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で生活を送るためには、医療関係者と介護関係者が連携して支援を行っていく必要があります。このことから、今後、医療と介護の連携において重要となってくる事項をテーマに取り上げての研修会・講演会の実施を計画していましたが、コロナ禍により、医療と介護の関係者を集めての研修会・講演会開催は難しい状況であったことから令和3年度・令和4年度は実施を見送りました。なお、令和5年度は医療と介護の連携に関する講演会として、人生会議をテーマとしたものを実施する予定です。

今後も、高齢者の地域での生活に対する身近な支援として、気軽に相談ができる窓口に対する需要はさらに高まっていくことから、その中核機関である地域包括支援センターの活動がより充実したものとなるように、また、高齢者への支援にあたって医療と介護の関係者がうまく連携を図ることができる環境づくりに取り組んでいく必要があります。

基本目標 2 認知症施策の充実（認知症施策推進大綱に基づく認知症施策の推進）

指標	単位		令和 3 年度	令和 4 年度
認知症高齢者等見守りネットワーク	登録者数	計画	45 人	50 人
		実績	47 人	55 人
		計画比	104.4%	110.0%
	協力機関数	計画	50 か所	55 か所
		実績	50 か所	51 か所
		計画比	100.0%	92.7%
認知症サポーター養成講座	実施回数	計画	10 回	10 回
		実績	5 回	12 回
		計画比	50.0 %	120.0 %
	受講者数	計画	400 人	400 人
		実績	38 人	684 人
		計画比	9.5%	171.0%
認知症サポーターステップアップ講座	実施回数	計画	準備期間	1 回
		実績		準備期間
		計画比		—
	受講者数	計画		10 人
		実績		準備期間
		計画比		—
認知症カフェの設置	延べ設置数	計画	1 か所	1 か所
		実績	1 か所	1 か所
		計画比	100.0 %	100.0 %
認知症初期集中支援チームの相談件数	支援した件数	計画	5 件	5 件
		実績	5 件	4 件
		計画比	100.0 %	80.0%
認知症の理解・啓発のための研修会・講演会	実施回数	計画	1 回	1 回
		実績	0 回	0 回
		計画比	0%	0%
認知症の相談窓口の認知度 （ニーズ調査より）	知っていると答えた 人の割合	計画		50%
		実績		26.1%
		計画比		52.2%

【評価】

認知症高齢者等見守りネットワークや認知症初期集中支援チームは、コロナ禍であっても概ね当初の計画通りに事業を展開することができました。

認知症サポーター養成講座は、当初はコロナ禍による事業縮小を余儀なくされましたが、令和 4 年度は実施方法の工夫等を行い、再開することができました。今後は、現在準備中の認知症サポーターの修了者のためのステップアップ講座の実施とあわせて、広く認知症への理解促進と実践的な関わりを学ぶことができる環境づくりを目指します。

認知症の理解・啓発のための研修会・講演会は、第 8 期計画期間中はコロナ禍により大人数を集めての研修会などの開催が難しい状況にあったことから実施を見送りました。

また、認知症の相談窓口の認知度は、当初計画の目標を大きく下回るものとなりました。

今後、認知症高齢者はさらに増えていくことが見込まれるため、認知症であっても、地域で尊厳を持って安心して生活することのできる地域づくりをめざし、認知症への理

解を促進する取組を進めるとともに、認知症の相談窓口として町や地域包括支援センターがあるということの認知度を高めていく必要があります。

基本目標 3 安全、安心、快適に暮らせる住まいとまちづくり

指標	単位		令和 3 年度	令和 4 年度
住宅改修の利用	利用者数	計画	216 人	240 人
		実績	125 人	131 人
		計画比	57.9%	54.6%
住宅改修の適正化	点検回数	計画	1 回	1 回
		実績	0 回	0 回
		計画比	0 %	0 %

【評価】

住宅改修の利用者数については、実績が当初の計画見込みを下回る結果となっていますが、介護が必要となった高齢者の自立支援や在宅での生活継続のため、必要な手すりの設置・段差の解消等を目的とした事業であることから、今後も継続が必要な事業です。

また、住宅改修の適正な利用のため、実施後の点検として、対象者を抽出して町の職員による現地確認を行っていますが、令和 3 年度・令和 4 年度はコロナ禍で高齢者の自宅への訪問をできるだけ控える必要もあったことから、実施を見合わせましたが、当該取組は住宅改修の適正な運用と合わせて、住宅改修の理由書作成者であるケアマネジャーの資質向上にもつながるものであることから、コロナ禍が落ち着いた後の速やかな再開を目指します。

第 9 期計画以降も、本町の要支援・要介護認定者の人数はさらに増えていくことが見込まれていることから、高齢者が住み慣れた自宅で自身の能力に合わせて、安全・安心に生活を送ることができるよう、当該事業の周知と適切な運用に務めていきます。

基本目標 4 介護予防と健康づくりの推進

指標	単位		令和3年度	令和4年度
いきいき百歳体操地域展開	実施か所数	計画	43 か所	44 か所
		実績	45 か所	45 か所
		計画比	104.7%	102.3%
かみかみ百歳体操地域展開	実施か所数	計画	41 か所	42 か所
		実績	40 か所	40 か所
		計画比	97.6%	95.2%
いきいき百歳体操の参加率	65 歳以上人口における参加率	計画	8.2%	8.3%
		実績	—	5.7%
		計画比	—	68.7%
	75 歳以上人口における参加率	計画	12.0%	12.1%
		実績	—	8.2%
		計画比	—	67.8%
いきいき百歳体操サポーター育成講座	延べ回数	計画	1 コース 5 回	1 コース 5 回
		実績	1 コース 5 回	1 コース 5 回
		計画比	100.0 %	100.0 %
	修了者数	計画	15 人	15 人
		実績	9 人	8 人
		計画比	60.0 %	53.3 %
いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操の認知度（ニーズ調査より）	知っていると答えた人の割合	計画		80%
		実績		74.0%
		計画比		92.5%
特定健康診査受診率	受診率	計画	52%	56%
		実績	35.2%	38.1%
		計画比	67.7%	68.0%
高齢者健康と生きがいづくり推進事業	延べ参加者数	計画	1,200 人	1,250 人
		実績	363 人	928 人
		計画比	30.2%	72.4%

【評価】

百歳体操の地域展開については、第8期計画期間中は、概ね当初の計画目標に近い実績となっています。しかしながら、百歳体操の参加者数については、コロナ禍の間に3割程度減少したことから、65 歳以上・75 歳以上の参加率ともに大きく減少しています。

また、百歳体操のサポーター育成講座については、コロナ禍以前と比べ、修了者数が少し減少している傾向にあります。百歳体操の認知度については、令和5年2月に実施した「介護予防・日常生活支援ニーズ調査」で、知っていると答えた方の割合は74%であり、目標までいかなかったものの多くの方に認知されている事業であることがわかりました。

今後、75 歳以上の高齢者の増加が急激に見込まれる中、要支援・要介護になる状況を少しでも遅らせるためには、日ごろから介護予防に取り組んでいただく環境づくりが重要となることから、百歳体操に多くの方が参加されるように必要な支援や働きかけを引き続き行っていきます。

基本目標 5 介護サービスの充実強化

指標	単位		令和3年度	令和4年度
地域密着型サービス事業所の運営状況の点検（介護保険事業運営委員会の開催）	開催回数	計画	1回	1回
		実績	1回	1回
		計画比	100.0%	100.0%
総合相談支援事業（ケアマネジャー支援）	相談件数	計画	40件	45件
		実績	19件	12件
		計画比	47.5%	26.7%
介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会（再掲）	開催回数	計画	3回	3回
		実績	3回	1回
		計画比	100.0%	33.3%
認定調査票の点検	点検数	計画	全件	全件
		実績	全件	全件
		計画比	100.0%	100.0%
ケアプラン点検の実施	点検件数	計画	28件	28件
		実績	28件	28件
		計画比	100.0%	100.0%
住宅改修の適正化（再掲）	点検件数	計画	1件	1件
		実績	0件	0件
		計画比	0%	0%
福祉用具購入・貸与調査	点検回数	計画	12回	12回
		実績	12回	12回
		計画比	100.0%	100.0%
医療情報との突合	実施回数	計画	12回	12回
		実績	12回	12回
		計画比	100.0%	100.0%
縦覧点検の実施	実施回数	計画	12回	12回
		実績	12回	12回
		計画比	100.0%	100.0%
介護給付費の通知回数	通知回数	計画	4回	4回
		実績	4回	2回
		計画比	100.0%	50.0%

【評価】

介護サービスの充実・強化をはかるため、第8期計画では、介護保険の利用プランを作成するケアマネジャーの資質向上、地域密着型サービスの運営状況の点検、給付の適正化に関する取組を実施してきました。

地域包括支援センターによる総合相談でのケアマネジャー支援については、件数は当初の計画目標より下回っていますが、あわせて介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会でのケアマネジャーの勉強会の開催や自立支援に資する地域ケア会議での助言・指導などを行うことで本町のケアマネジャーの資質の向上を進めてきました。

給付の適正化につなげることを目的に実施している介護給付費を各利用者へお知らせする通知については、令和3年度までは年4回に分けて送付しておりましたが、事務処理の費用削減や負担軽減のために、令和4年度は通知する内容は変えずに、送付する回数を年2回に変更しました。

第9期計画においても、介護サービスの強化や安定的かつ適正な介護保険事業の運営につなげるための取組を計画し、進めていく必要があります。

基本目標 6 福祉・介護サービス基盤の充実

指標	単位		令和 3 年度	令和 4 年度
訪問型サービス A 従事者養成研修	開催数	計画	2 回	2 回
		実績	2 回	2 回
		計画比	100.0 %	100.0 %
	修了者数	計画	10 人	10 人
		実績	3 人	5 人
		計画比	30.0 %	50.0 %
介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会 (再掲)	開催回数	計画	3 回	3 回
		実績	3 回	1 回
		計画比	100.0 %	33.3 %
総合相談支援事業 (ケアマネジャー支援) (再掲)	相談件数	計画	40 件	45 件
		実績	19 件	12 件
		計画比	47.5 %	26.7 %
自立支援に資する地域ケア会議 (再掲)	開催回数	計画	24 回	24 回
		実績	23 回	23 回
		計画比	95.8 %	95.8 %
	検討事例数	計画	48 事例	48 事例
		実績	45 事例	42 事例
		計画比	93.8 %	87.5 %
総合事業の緩和型サービス等の提供事業所 数	事業所数	計画	8 事業所	9 事業所
		実績	9 事業所	10 事業所
		計画比	112.5 %	111.1 %

【評価】

本町での福祉・介護サービス基盤を充実させるため、第 8 期計画では、介護保険の利用において一番重要な役割を担うケアマネジャーの資質向上と福祉・介護人材確保に向けた取組を実施してきました。

このうち、福祉・介護人材確保に向けた取組のひとつとして総合事業の訪問型サービス A 従事者養成研修を実施しましたが、修了者数が当初の計画の目標を下回り、増えないことが課題となっています。

本町の介護人材については、ケアマネジャーアンケート調査の結果からヘルパー不足が懸念されています。訪問型サービス A の従事者を増やしていくことは、この問題の有効な解決策のひとつであることから、今後も受講者を増加させるための工夫をしていく必要があります。

今後、介護人材はさらに不足していくという課題は本町だけのことではないことから、町独自で増やす努力をしつつ、より広域的に連携して取り組んでいくことも必要となります。

基本目標 7 生きがいの推進

指標	単位		令和3年度	令和4年度
年長者クラブ	会員数	計画	1,589 人	1,596 人
		実績	1,465 人	1,365 人
		計画比	92.2%	85.5%
	65 歳以上人口における加入率	計画	18.1%	18.1%
		実績	16.7%	15.4%
		計画比	92.3%	85.1%
高齢者健康と生きがいづくり推進事業（再掲）	延べ参加者数	計画	1,200 人	1,250 人
		実績	363 人	928 人
		計画比	30.2%	72.4%
シルバー人材センター	登録者数	計画	241 人	242 人
		実績	257 人	258 人
		計画比	106.6%	106.6%
地域活動への参加状況（ニーズ調査より）	月 1～3 回以上地域活動に参加していると答えた人の割合	計画		60%
		実績		54.2%
		計画比		90.3%
街かどデイハウス	延べ利用人数	計画	1,500 人	1,550 人
		実績	733 人	931 人
		計画比	48.9%	60.1%

【評価】

年長者クラブについては、多くの高齢者が加入し、活動されている団体ですが、会員数が年々減少している傾向にあることが課題となっています。

その年長者クラブが中心となって実施している高齢者健康と生きがいづくり推進事業については、コロナ禍で活動の縮小を余儀なくされたこともあり、大きく参加者数が落ち込みましたが、令和4年度は年長者クラブの女性部が新たに趣味の集まりを立ち上げられたことから参加者数が大きく増えました。

高齢者の生きがいづくりの場として、年長者クラブが果たしている役割は大きなものであることから、年長者クラブの活動がより活発なものになるよう、引き続き、年長者クラブの活動に対する補助、年長者クラブの魅力や活動内容に関する情報発信等を行っていく必要があります。

街かどデイハウスについては、コロナ禍により休所しなければいけない期間などがあったこともあり、利用人数が計画を下回る結果となりました。

今後も、高齢者の生きがいづくりにつなげるために、高齢者が気軽に集い、活動ができる場所の整備や活動の支援について、継続して取り組んでいく必要があります。

3-5 第8期計画期間における課題の総括

(1) 保健事業

住民一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組むことができるよう、関係機関、地域等と連携して健康づくり事業・食育の取組を進めています。特定健康診査をはじめとした各種健（検）診について、コロナ禍による制約はあったものの、個別通知等による受診勧奨に努め、受診者数はコロナ禍前の状況に戻りつつありますが、引き続き受診率の向上を図る必要があります。

また、本町の健康寿命は、男性は横ばいで経過、女性は延伸しております。今後さらに住民の健康寿命を延ばすために、若い時からの健康づくり活動を支えるとともに、令和4年度から開始した、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、効果的な事業実施に努める必要があります。

(2) 高齢者福祉事業

高齢者福祉の増進に資するため各種事業を行っており、第8期計画期間中は配食サービス、緊急通報装置の設置、移送サービスや福祉ふれあいバスなどの事業を、第7期計画に引き続いて実施しました。

今後の各種高齢者福祉サービスについては、コロナ禍での利用実績やニーズの変化、本町の高齢者の特色として、75歳以上の高齢者数、高齢者の単身世帯及び高齢者のみ世帯が増加している状況にあること、介護保険以外で高齢者が参加・活動できる場所づくりや移動手段の確保などに関するニーズがあるなどの点を踏まえ、事業の見直しを図るとともに、必要な事業については継続や拡充に向け、取り組んでいく必要があります。

(3) 介護保険事業

第8期計画期間中は、新型コロナウイルス感染症が多くの住民の日常生活に影響を与え、本町の介護事業所においても、入所施設における面会制限など各事業所が感染拡大防止の対策に追われることとなりました。令和5年5月8日から感染症法上の位置付けは5類感染症になったものの、高齢者や事業所等への情報提供などは、これまでと同様に取組を進めていく必要があります。

第8期計画における介護保険サービスの利用実績は、介護予防訪問リハビリテーションなどの総利用者数の少ないサービスについては計画の見込みを上回ったものもありますが、給付費の総額としては計画値と大きな乖離はなく推移しています。

通所サービス等において新型コロナウイルス感染症の影響による利用控えと推測される傾向はあったものの、反対に訪問サービス等は利用の増加も見られました。給付費全体としての増加傾向は依然として変わらないことから、実績を踏まえた適切なサービス量を見込んでいく必要があります。

また、第8期計画においても、第7期計画に引き続き、いわゆる団塊の世代が、介護ニーズが高くなる75歳以上となる2025年を見据え、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、医療・介護・介護予防・住まい等の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの確立とその深化・推進に取り組んできました。第9期計画では、期間中に2025年を迎えることになり、実際に第8期計画期間中から75歳以上の高齢者人口が急激に増え、それに合わせて要介護認定者数やサービス受給者数も増えている状況となっています。また、その先2035年頃にかけて85歳以上の高齢者人口が急激に増加し、団塊ジュニア世代が65歳を迎える2040年以降に高齢者人口のピークが来ると予測していることから、2025年以降もさらに介護ニーズは高くなっていくものとみています。

これらの状況を踏まえ、町内の高齢者が地域で安心して生活ができるように、必要な介護サービスや社会資源の整備や相談支援体制の強化をさらに進めていく必要があります。

4 アンケートからみた現状と課題

「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定」のための基礎資料を得ることを目的に、①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(以下「ニーズ調査」という。)、②在宅介護実態調査(以下「在宅介護調査」という。)、③ケアマネジャーアンケート調査(以下「ケアマネ調査」という。)の3種類の調査を実施しました。

(1) 調査対象・回収状況

	①介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	②在宅介護実態調査	③ケアマネジャー アンケート調査
調査期間	令和5年2月21日から令和5年3月10日まで		令和5年7月7日から 令和5年7月21日まで
調査方法	郵送による配布・回収		
調査対象	65歳以上で、要介護認定を受けていない人または要支援認定を受けている人。	65歳以上で要支援・要介護認定を受けている人。	島本町介護保険被保険者のケアマネジメントを担当するケアマネジャー。
調査対象者数	1,000人 (未認定者800人、 要支援者200人)	300人 (要支援者150人、 要介護者150人)	49人
回答調査票数	733人	192人	33人
有効調査票数	733人	192人	33人
有効回収率	73.3%	64.0%	67.3%

なお、ニーズ調査については、要介護者の回答が5件と少ないことから、図表に結果を掲載しているものの分析の対象外としています。また、総合事業対象者の数は「要支援者」に含めています。

在宅介護実態調査については、現在の介護度（認定区分）が非該当の回答（1件）について、認定区分別集計には含めていません。

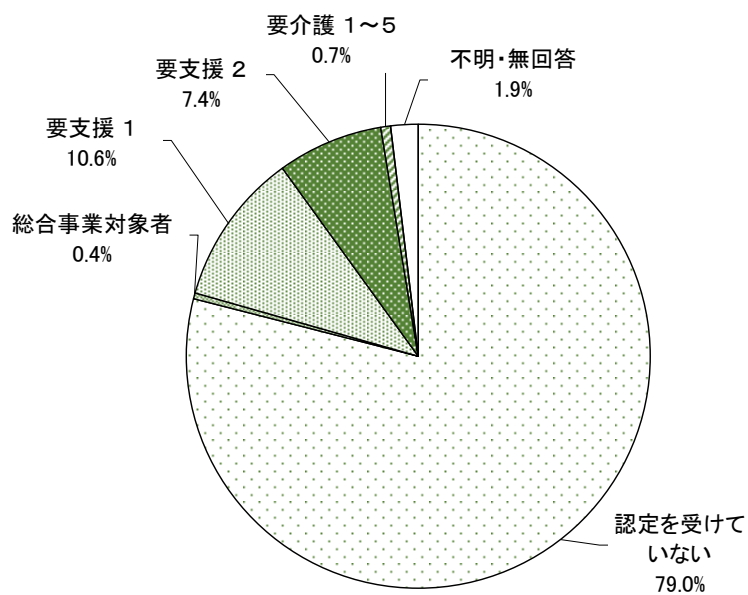
(2) 主な調査結果

【現在の介護度】

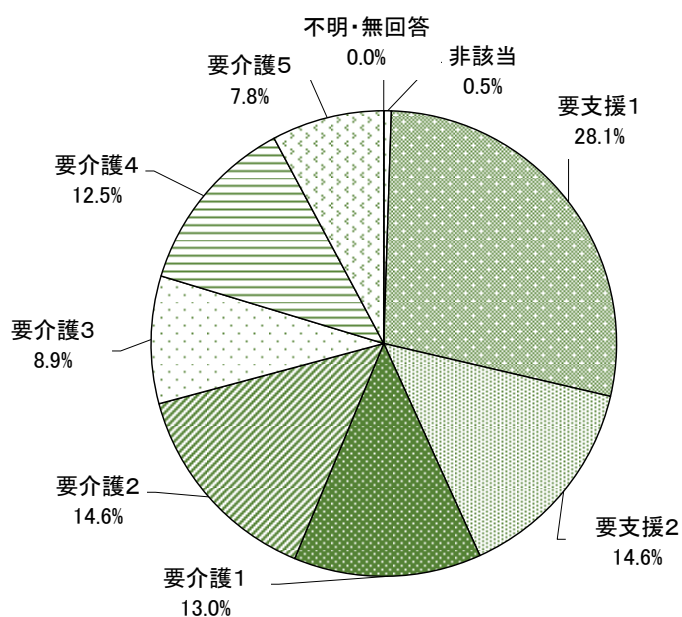
「ニーズ調査」では「認定を受けていない」が79.0%で最も多く、次いで「要支援1」が10.6%、「要支援2」が7.4%となっています。

「在宅介護調査」では「要支援1」が28.1%で最も多く、次いで「要支援2」「要介護2」が14.6%、「要介護1」が13.0%となっています。

図表:現在の介護度(ニーズ調査)



図表:現在の介護度(在宅介護調査)



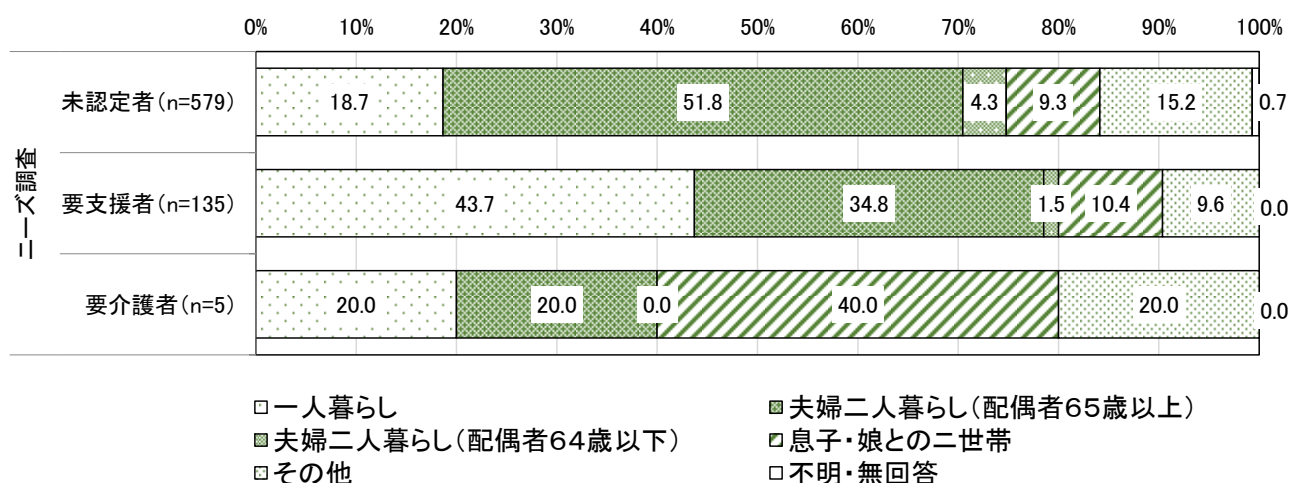
【家族構成】

「ニーズ調査」の未認定者は「夫婦二人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 51.8%で最も多く、次いで「一人暮らし」が 18.7%となっています。要支援者は「一人暮らし」が 43.7%で最も多く、次いで「夫婦二人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 34.8%となっています。

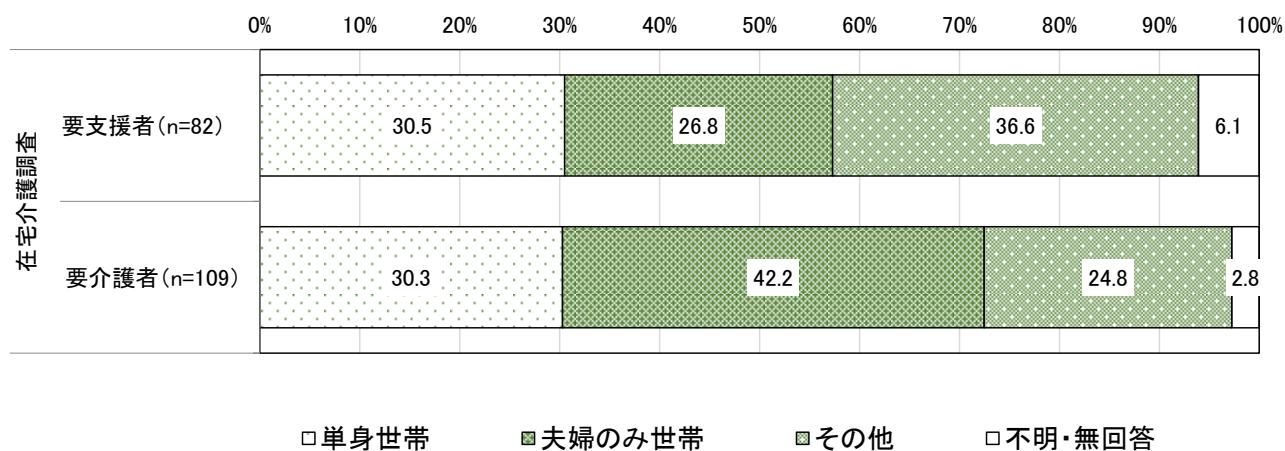
「在宅介護調査」の要支援者は「その他」が 36.6%で最も多く、次いで「単身世帯」が 30.5%となっています。要介護者は「夫婦のみ世帯」が 42.2%で最も多く、次いで「単身世帯」が 30.3%となっています。

ニーズ調査・在宅介護調査ともに、高齢者のみの世帯が多く、特にニーズ調査における要支援者の「一人暮らし」の増加が顕著にみられます。

図表：家族構成（ニーズ調査）



図表：家族構成（在宅介護調査）

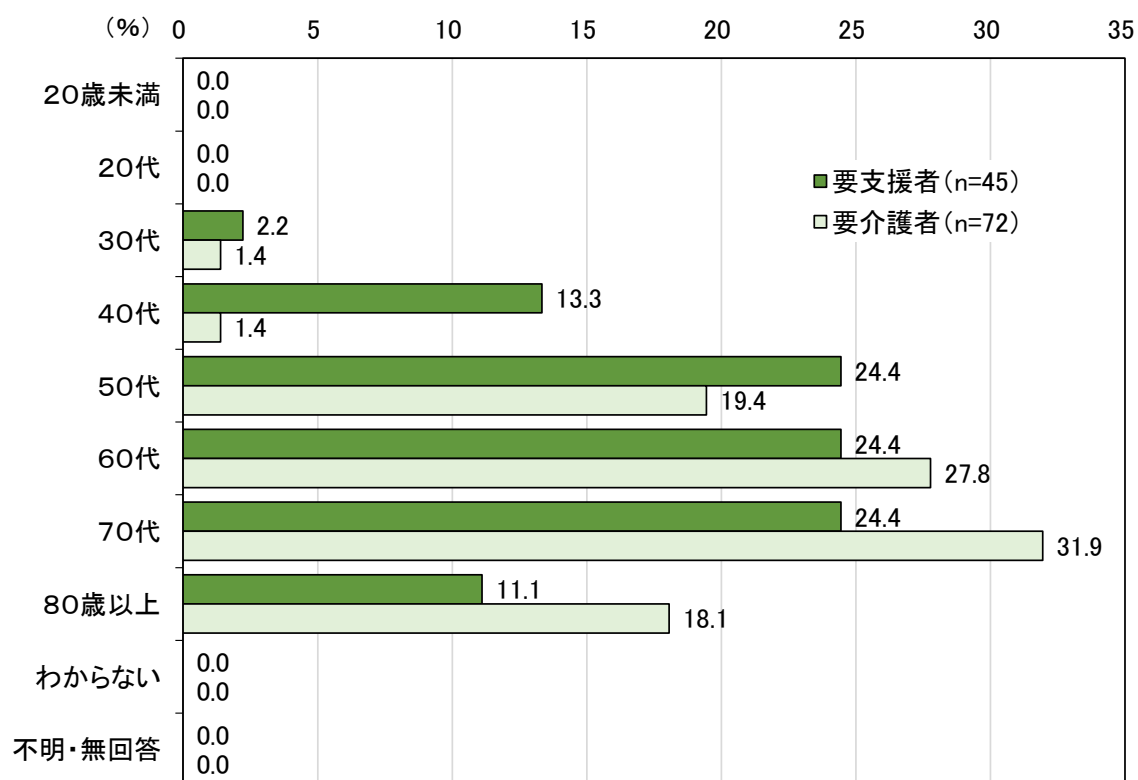


【介護者の年齢】（在宅介護調査）

要支援者の介護者は「50代」「60代」「70代」がともに24.4%で最も多くなっています。要介護者の介護者は「70代」が31.9%で最も多く、次いで「60代」が27.8%となっています。

第8期計画では、要支援者、要介護者の介護者ともに「60代」が最も多くなっており、介護者の高齢化がうかがえます。

図表:介護者の年齢

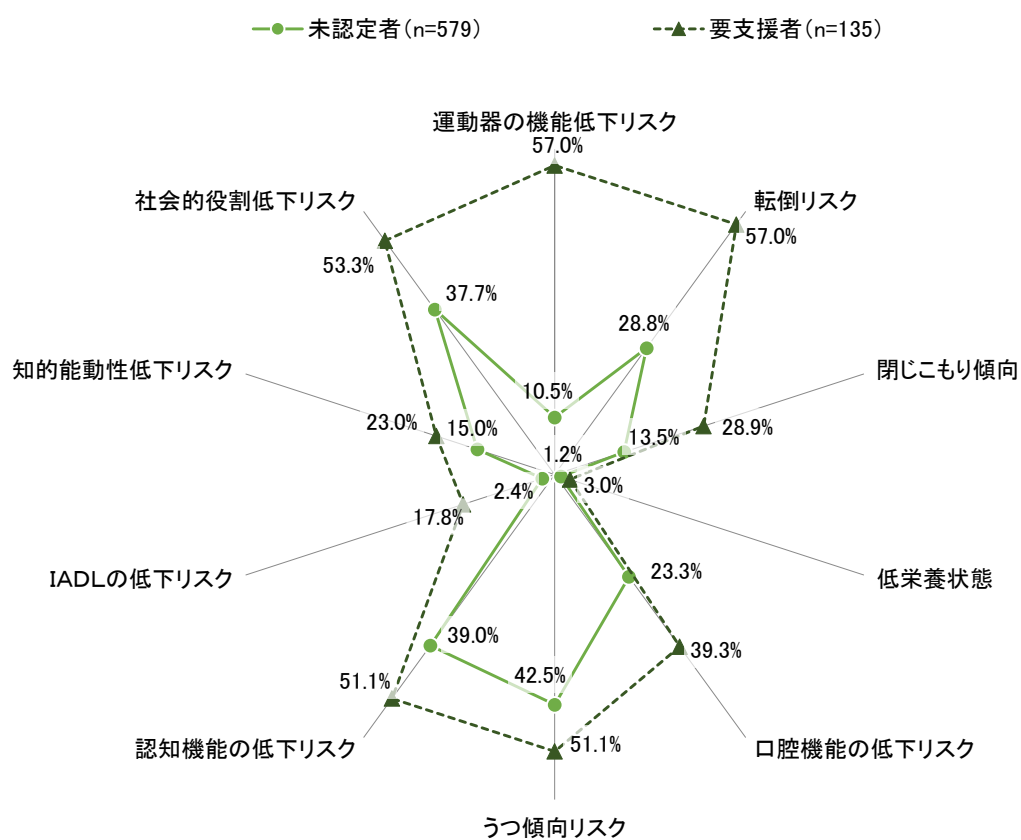


【認定別リスク分布】（ニーズ調査）

ニーズ調査の調査項目から判定する各リスクの「リスク有り」の分布を認定別にみると、すべての項目で未認定者より要支援者の方が「リスク有り」の割合が高くなっていますが、特に「運動器の機能低下リスク」「転倒リスク」ではその差が大きくなっており、「運動器の機能低下リスク」「転倒リスク」の増大が、要支援者となる要因として大きく影響することがうかがえます。

一方、「うつ傾向のリスク」「認知機能の低下リスク」「社会的役割低下リスク」は未認定者も「リスク有り」が40%前後と比較的高くなっています。

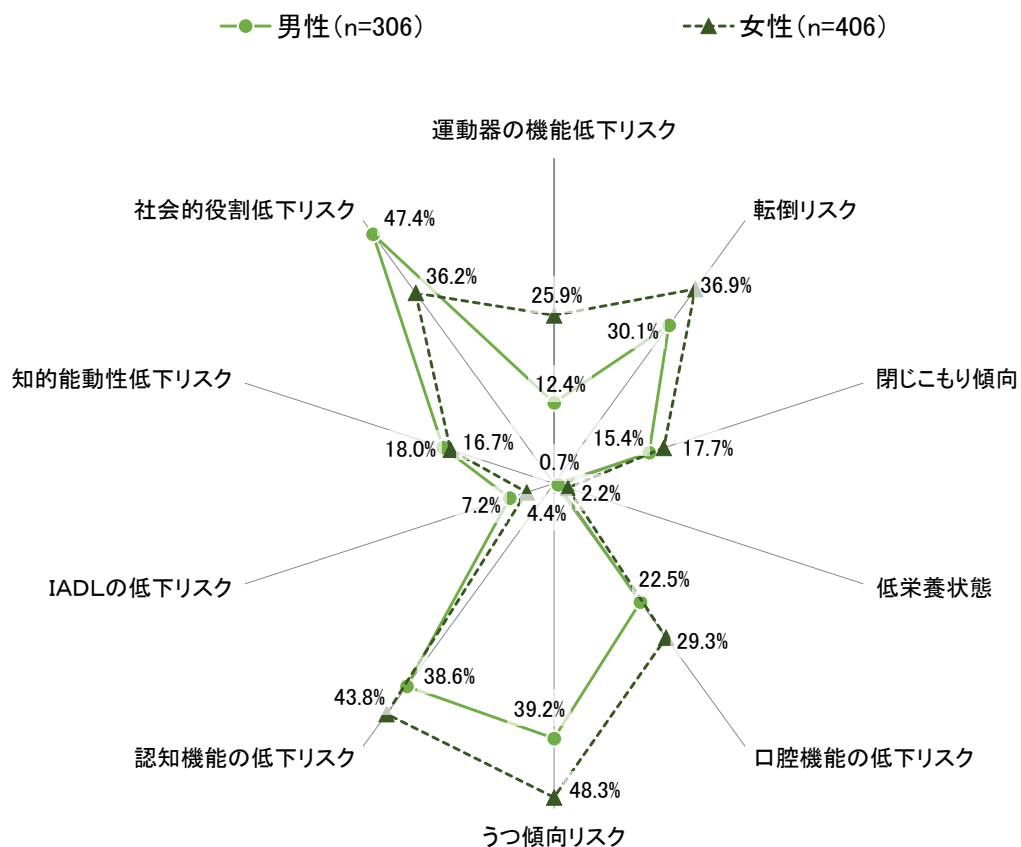
図表:認定別リスク分布



【性別リスク分布】（ニーズ調査）

「リスク有り」の分布を性別にみると、男性は「社会的役割の低下リスク」、女性は「運動器の機能低下リスク」「うつ傾向リスク」でそれぞれ 10 ポイント程度高くなっています。また、「知的能動性低下リスク」「社会的役割低下リスク」をのぞき、男性よりも女性のほうが「リスク有り」の割合が高くなっています。

図表:性別リスク分布

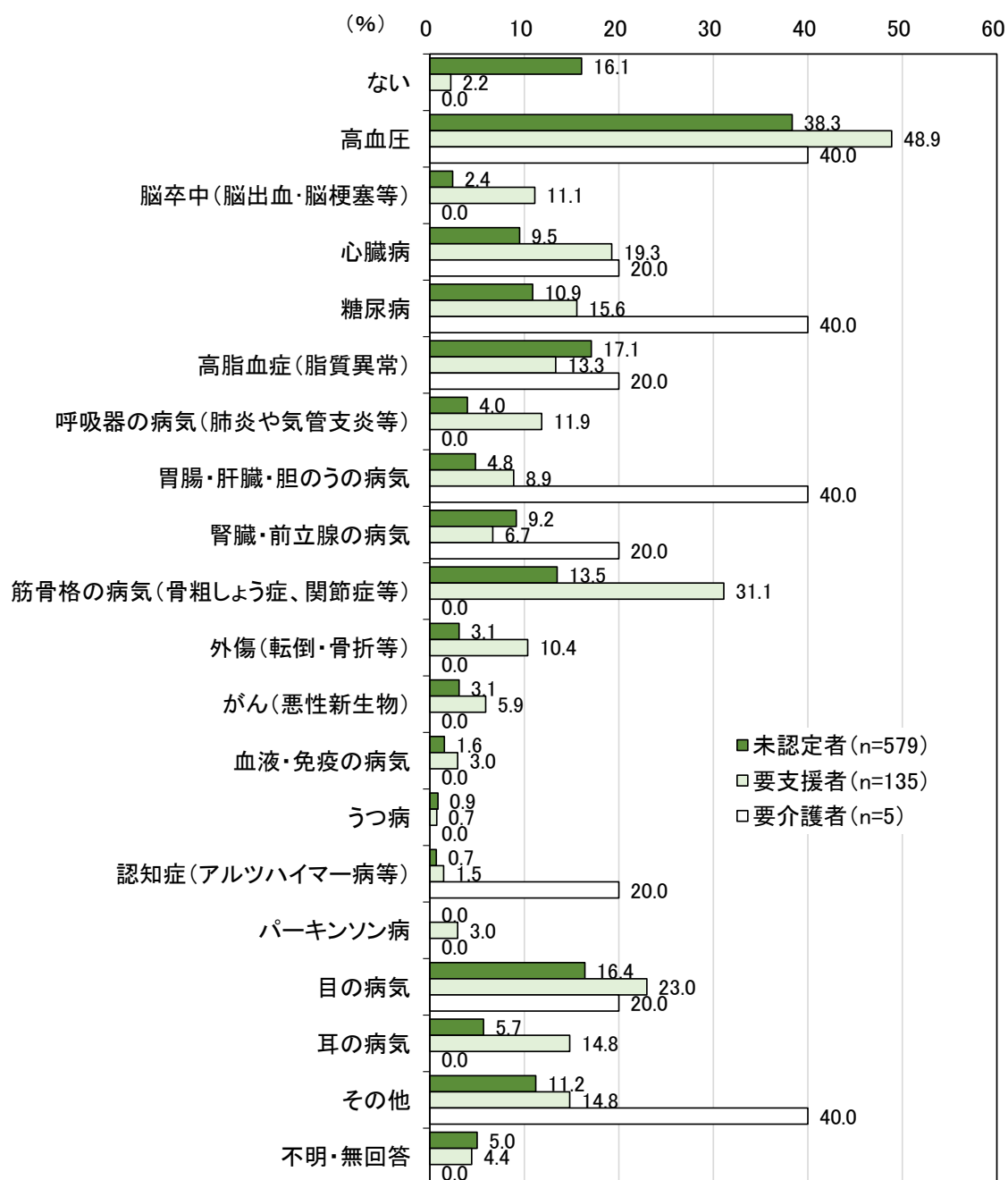


【現在治療中、または後遺症のある病気】（ニーズ調査）

未認定者は「高血圧」が38.3%で最も多く、次いで「高脂血症」が17.1%、「ない」が16.1%となっています。要支援者は「高血圧」が48.9%で最も多く、次いで「筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）」が31.1%、「目の病気」が23.0%となっています。

特に「筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）」では要支援者が未認定者を大きく上回り、要支援となる大きな要因の一つと考えられます。

図表：現在治療中、または後遺症のある病気



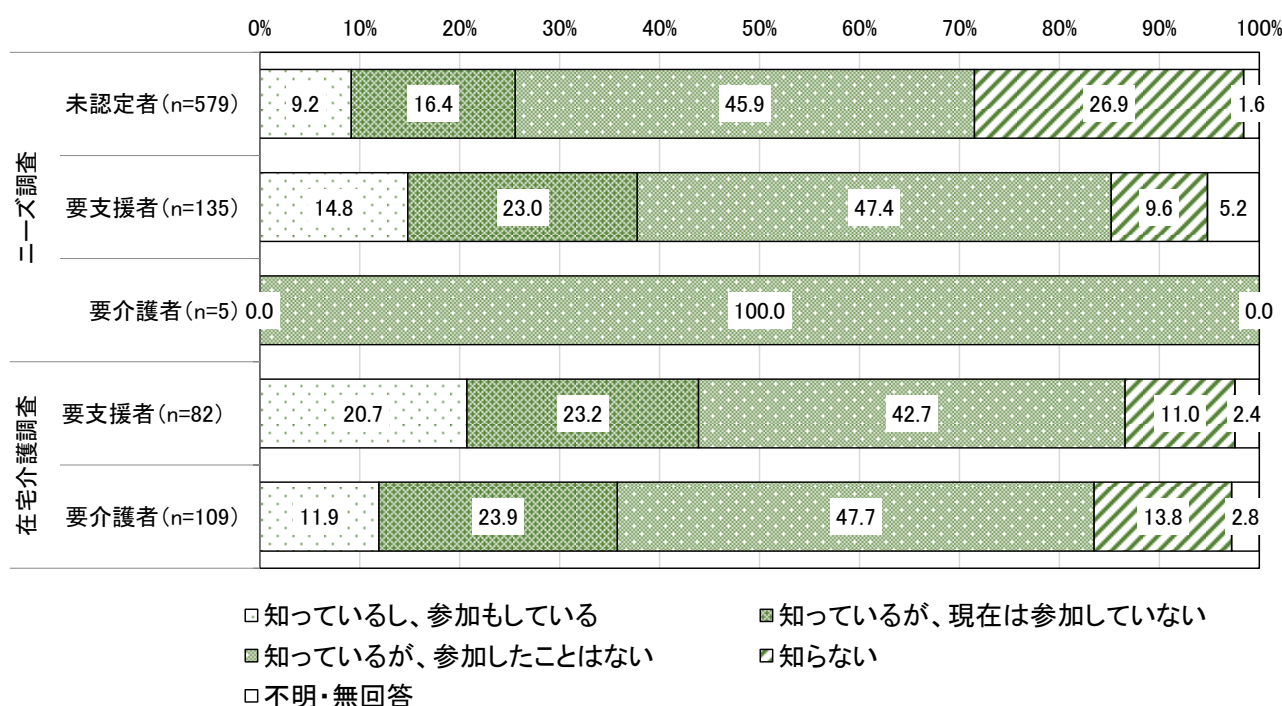
【「百歳体操」の認知度】

「ニーズ調査」では、未認定者、要支援者ともに「知っているが、参加したことはない」が最も多く、5割前後となっています。また、未認定者では「知らない」が26.9%で、要支援者より17.3ポイント高くなっています。

「在宅介護調査」でも、要支援者、要介護者ともに「知っているが、参加したことはない」が4割を超えて最も多くなっています。

特にニーズ調査の未認定者では、「知らない」が3割に迫る結果となっていることから、事業や介護予防の重要性について周知・啓発が必要です。

図表:「百歳体操」の認知度

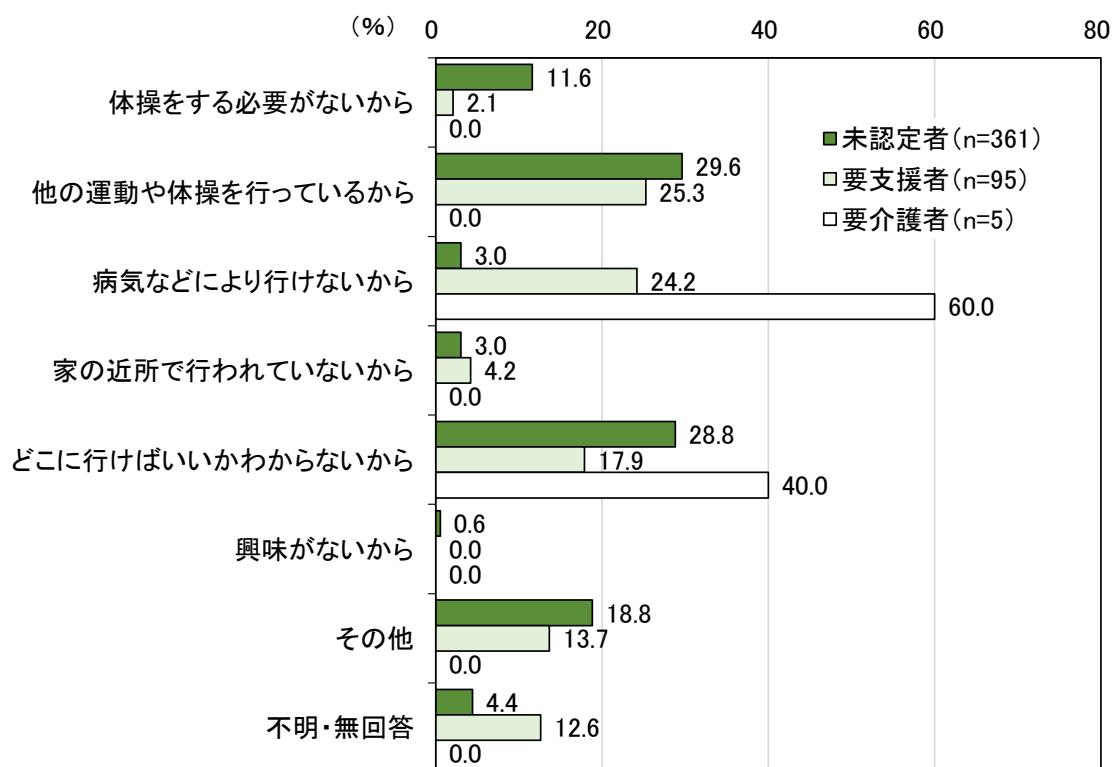


【「百歳体操」に参加していない理由】（ニーズ調査）

未認定者は「他の運動や体操を行っているから」が29.6%で最も多く、次いで「どこに行けばいいかわからないから」が28.8%、「その他」が18.8%となっています。要支援者は「他の運動や体操を行っているから」が25.3%で最も多く、次いで「病気などにより行けないから」が24.2%、「どこに行けばいいかわからないから」が17.9%となっています。

他の運動や体操を行っている人も一定数いる一方、どこに行けばいいのかわからないという回答も比較的多くみられることから、事業や介護予防の重要性について引き続き周知・啓発を行うとともに、参加しやすいような環境づくりが必要です。

図表:「百歳体操」に参加していない理由



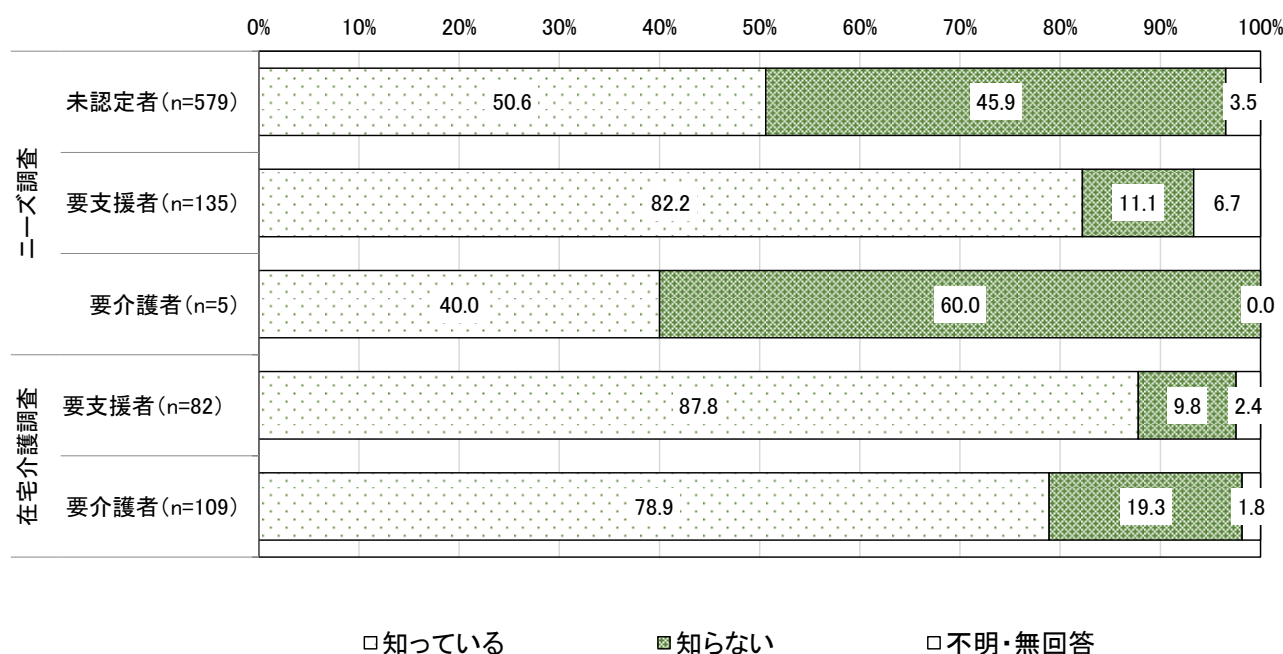
【地域包括支援センターの認知度】

「ニーズ調査」の未認定者は「知っている」が50.6%、「知らない」が45.9%となっています。要支援者は「知っている」が82.2%、「知らない」が11.1%となっています。

「在宅介護調査」の要支援者は「知っている」が87.8%、「知らない」が9.8%となっています。要介護者は「知っている」が78.9%、「知らない」が19.3%となっています。

ニーズ調査の未認定者は約半数が「知らない」と答えていることから、今後も継続して地域包括支援センターの周知を行う必要がありますが、第8期計画の認知度（「知っている」の割合）をみると、「ニーズ調査」では、未認定者は46.3%、要支援者は67.4%、「在宅介護調査」では、要支援者は83.5%、要介護者は62.4%となっており、認知度はいずれも増加しています。

図表：地域包括支援センターの認知度

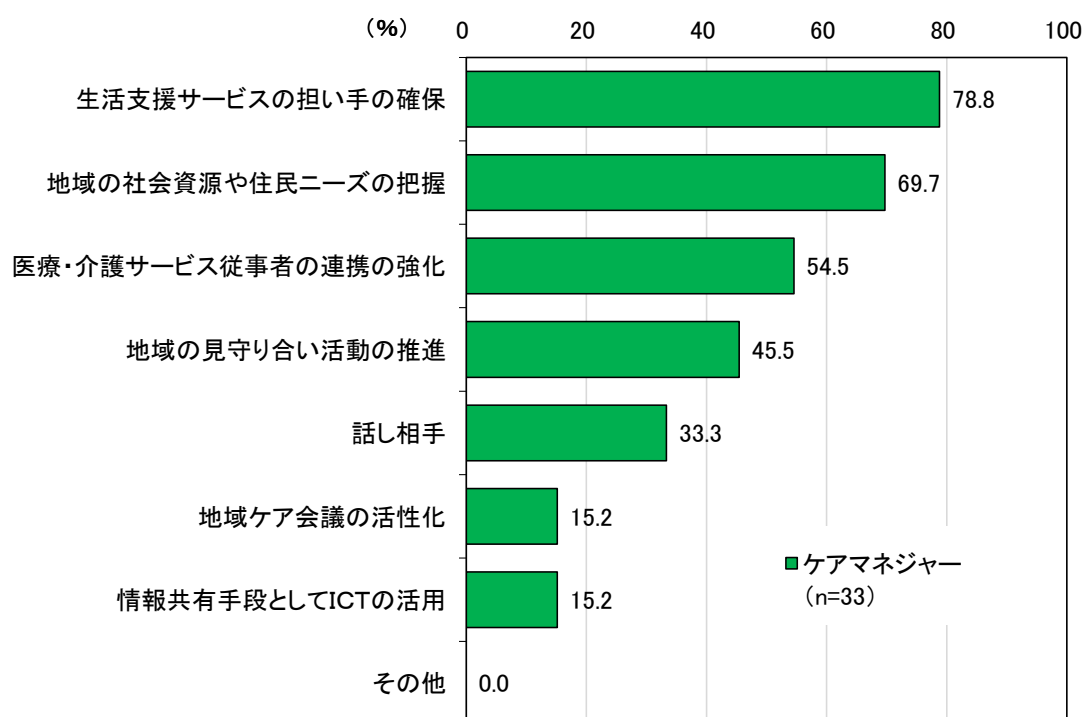


【地域包括ケア体制の強化に必要なこと】（ケアマネ調査）

「生活支援サービスの担い手の確保」が78.8%で最も多く、次いで「地域の社会資源や住民ニーズの把握」が69.7%、「医療・介護サービス従事者の連携の強化」が54.5%となっています。

地域包括ケアシステムの推進・深化により、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に取り組むとともに、地域共生社会の実現を図るために、制度の持続可能性を確保することにも配慮し、地域のニーズを把握し、さまざまな担い手が活躍し、連携できる体制づくりが必要です。

図表：地域包括ケア体制の強化に必要なこと



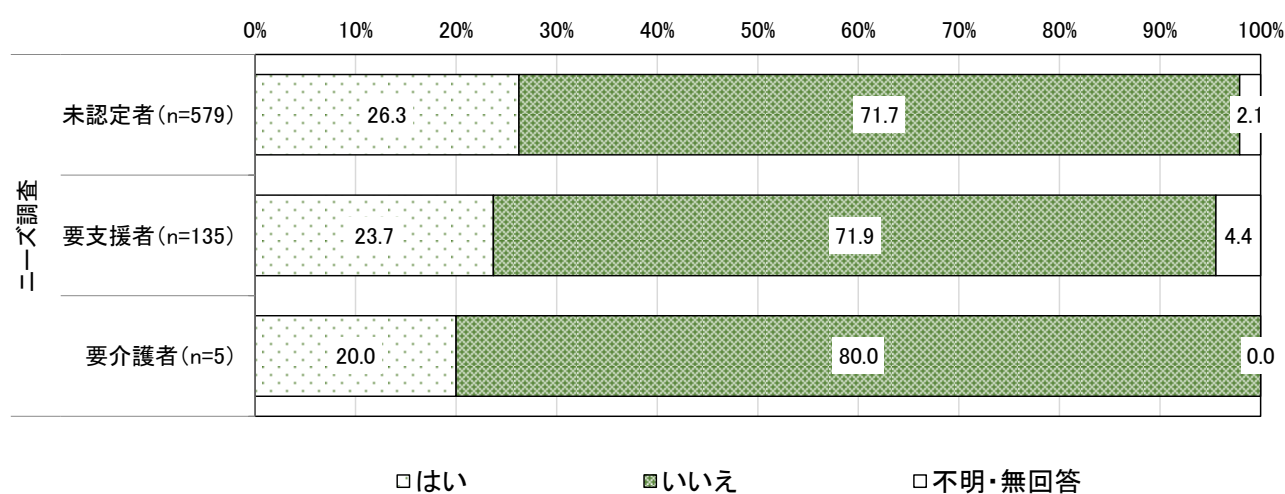
【認知症に関する相談窓口・認知症サポーターの認知度】（ニーズ調査）

認知症に関する相談窓口の認知度については、未認定者は「いいえ」が71.7%、「はい」が26.3%、要支援者は「いいえ」が71.9%、「はい」が23.7%となっています。

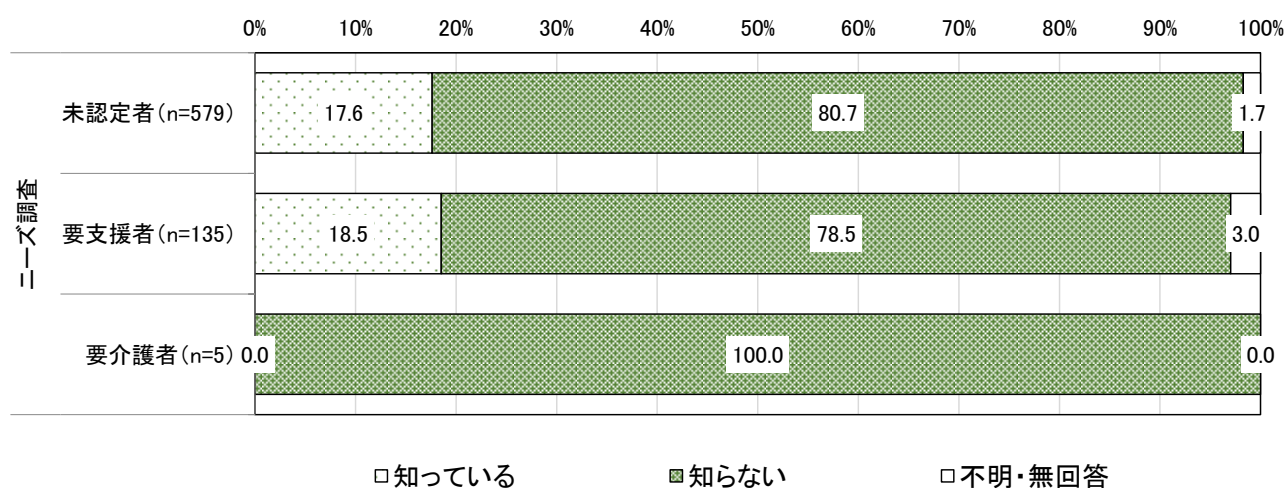
認知症サポーターの認知度については、未認定者は「いいえ」が80.7%、「はい」が17.6%、要支援者は「いいえ」が78.5%、「はい」が18.5%となっています。

認知症に関する相談窓口については約7割、認知症サポーターは約8割の高齢者が知らないと答えていることから、相談窓口や認知症サポーターの取組について、今後も継続して周知を行う必要があります。

図表: 認知症に関する相談窓口の認知度



図表: 認知症サポーターの認知度

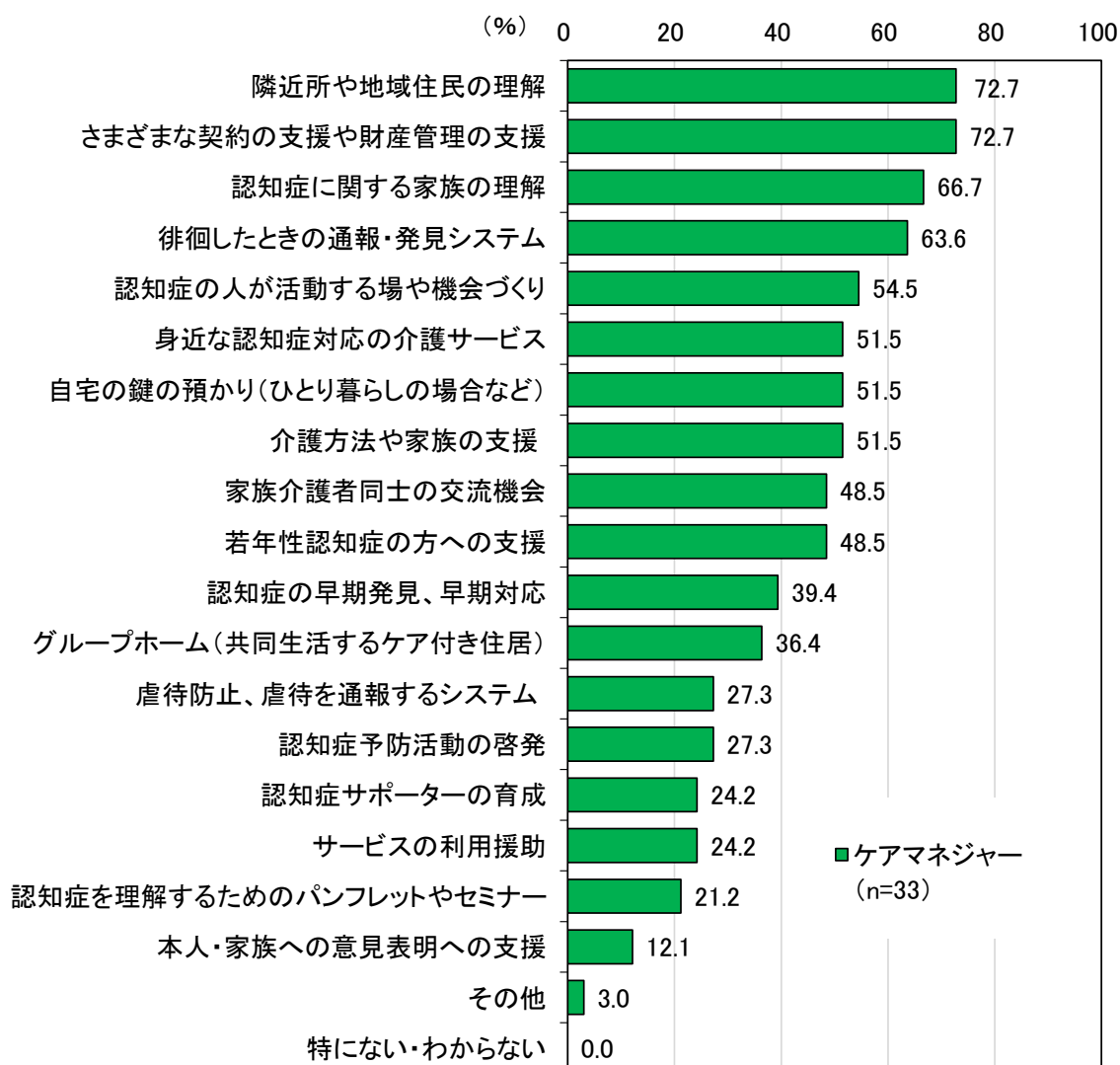


【認知症の高齢者に特に必要な支援・サービス】（ケアマネ調査）

「隣近所や地域住民の理解」「さまざまな契約の支援や財産管理の支援」がともに72.7%で最も多く、次いで「認知症に関する家族の理解」が66.7%、「徘徊したときの通報・発見システム」が63.6%となっています。

認知症になっても安心して日常生活を過ごせるまちづくりを進めるために、地域や家族の啓発と理解促進を進めるとともに、認知症の高齢者や家族の視点を重視しながら、さまざまなサポートが受けられるしくみを整えていく必要があります。

図表：認知症の高齢者に特に必要な支援・サービス



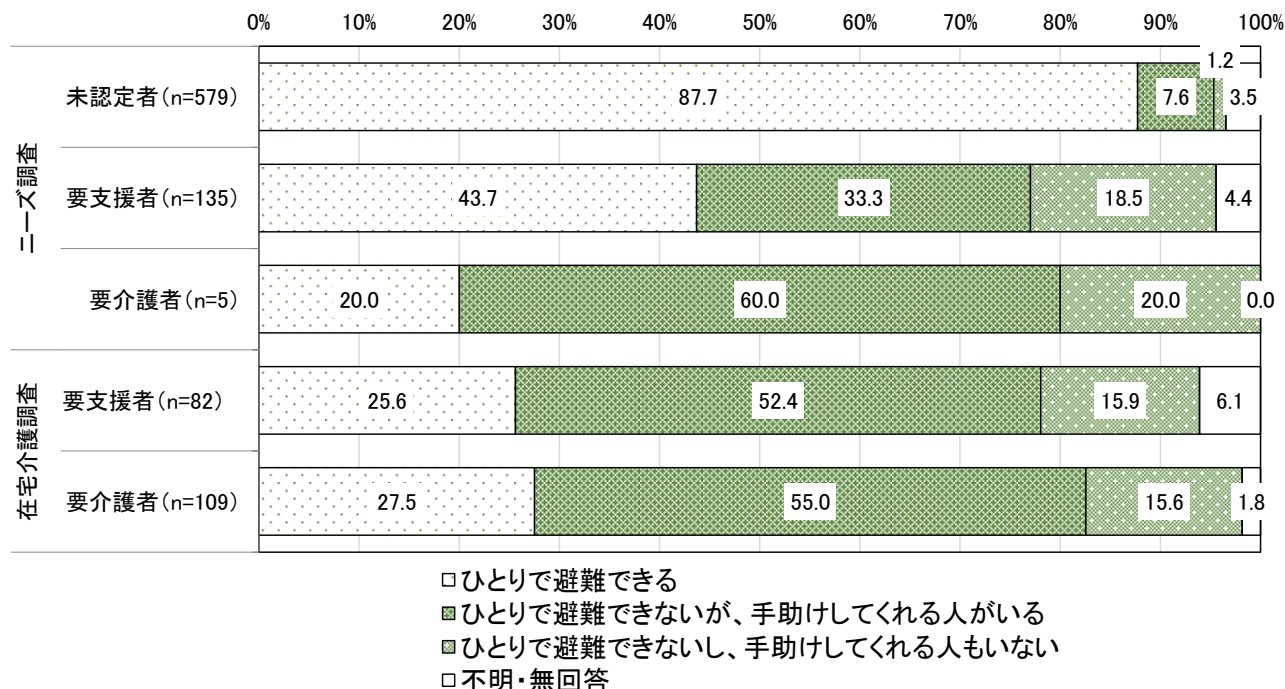
【災害時に手助けしてくれる人の有無】

「ニーズ調査」の未認定者は「ひとりで避難できる」が87.7%で最も多く、次いで「ひとりで避難できないが、手助けしてくれる人がいる」が7.6%、「ひとりで避難できないし、手助けしてくれる人もいない」が1.2%となっています。要支援者は「ひとりで避難できる」が43.7%で最も多く、次いで「ひとりで避難できないが、手助けしてくれる人がいる」が33.3%、「ひとりで避難できないし、手助けしてくれる人もいない」が18.5%となっています。

「在宅介護調査」の要支援者は「ひとりで避難できないが、手助けしてくれる人がいる」が52.4%で最も多く、次いで「ひとりで避難できる」が25.6%、「ひとりで避難できないし、手助けしてくれる人もいない」が15.9%となっています。要介護者は「ひとりで避難できないが、手助けしてくれる人がいる」が55.0%で最も多く、次いで「ひとりで避難できる」が27.5%、「ひとりで避難できないし、手助けしてくれる人もいない」が15.6%となっています。

ニーズ調査・在宅介護調査ともに、「ひとりで避難できないし、手助けしてくれる人もいない」が要支援者・要介護者で2割弱みられます。要支援者は一人暮らしの人が多いことから、一人暮らしの要支援者の状況について把握し、災害時に迅速に対応できる体制を整備するとともに、普段からの声かけや見守りも重要と考えられます。

図表：災害時に手助けしてくれる人の有無

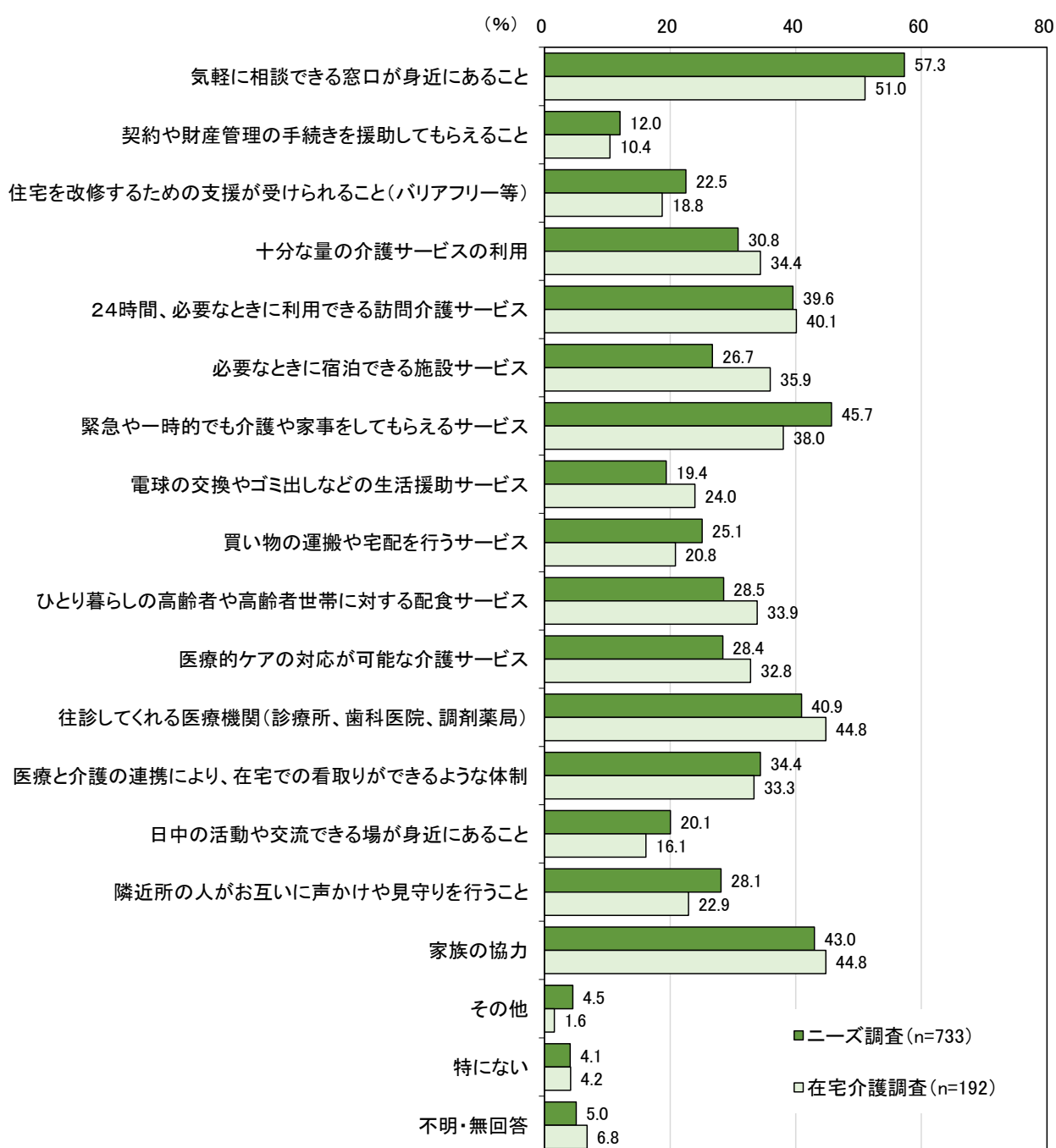


【どのような支援があれば自宅での生活を続けていくことができるか】

在宅生活継続で必要と考えられる支援については、ニーズ調査と在宅介護調査ともに「気軽に相談できる相談窓口が身近にあること」がもっとも高い結果となっています。

そのほかには、「家族の協力」「往診してくれる医療機関」「緊急や一時的でも介護や家事をしてもらえるサービス」「24時間、必要なときに利用できる訪問介護サービス」などの答えが多くなっています。

図表:どのような支援があれば自宅での生活を続けていくことができるか

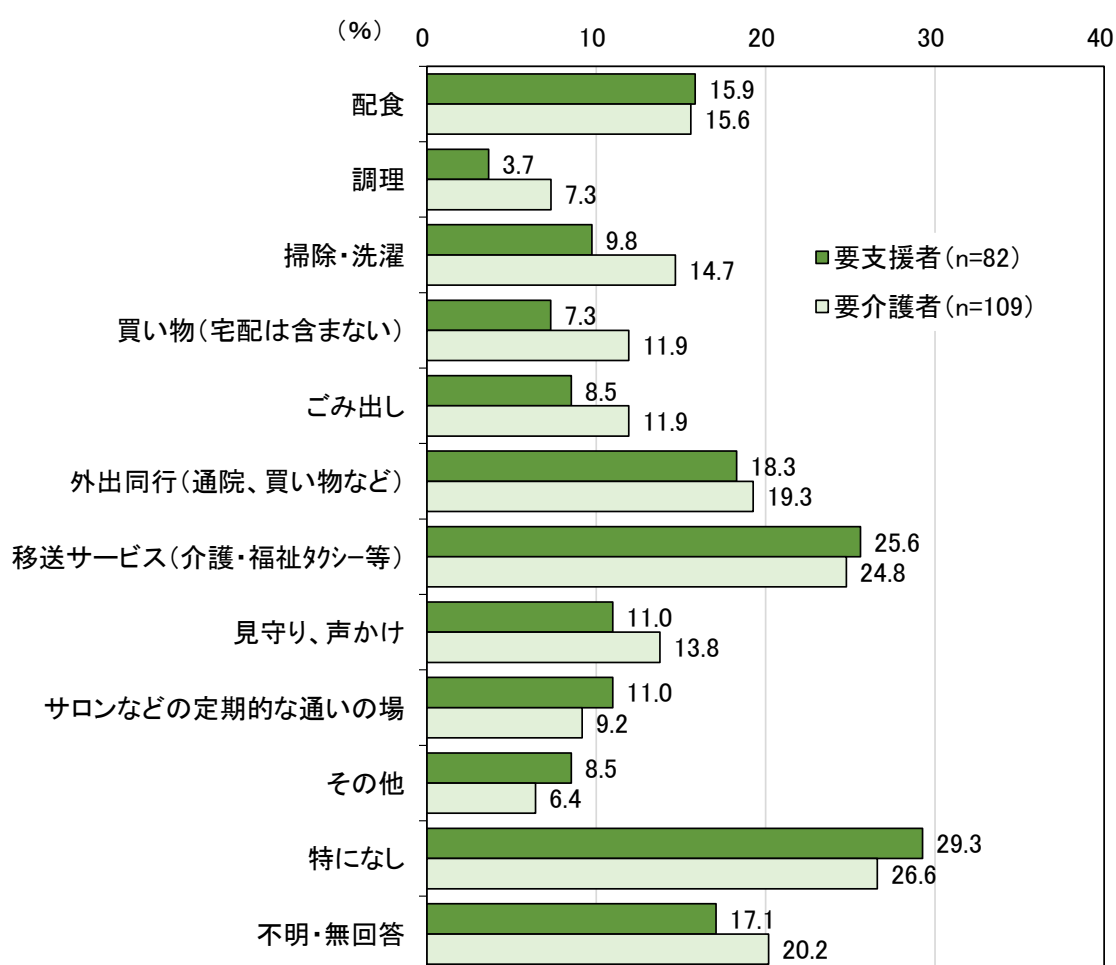


【今後の在宅生活の継続に必要と感じるサービス】（在宅介護調査）

在宅で介護をされている方や介護を受けている方からみた今後の在宅生活継続に必要と感じているサービスについては、「特になし」を除くと、要支援者・要介護者ともに上位は同順となっており、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が25.6%（要支援者）・24.8%（要介護者）で最も多く、次いで「外出同行（通院、買い物等）」が18.3%（要支援者）・19.3%（要介護者）、「配食」が15.9%（要支援者）・15.6%（要介護者）となっています。

要支援者・要介護者ともに移動に関する支援へのニーズが高くなっています。

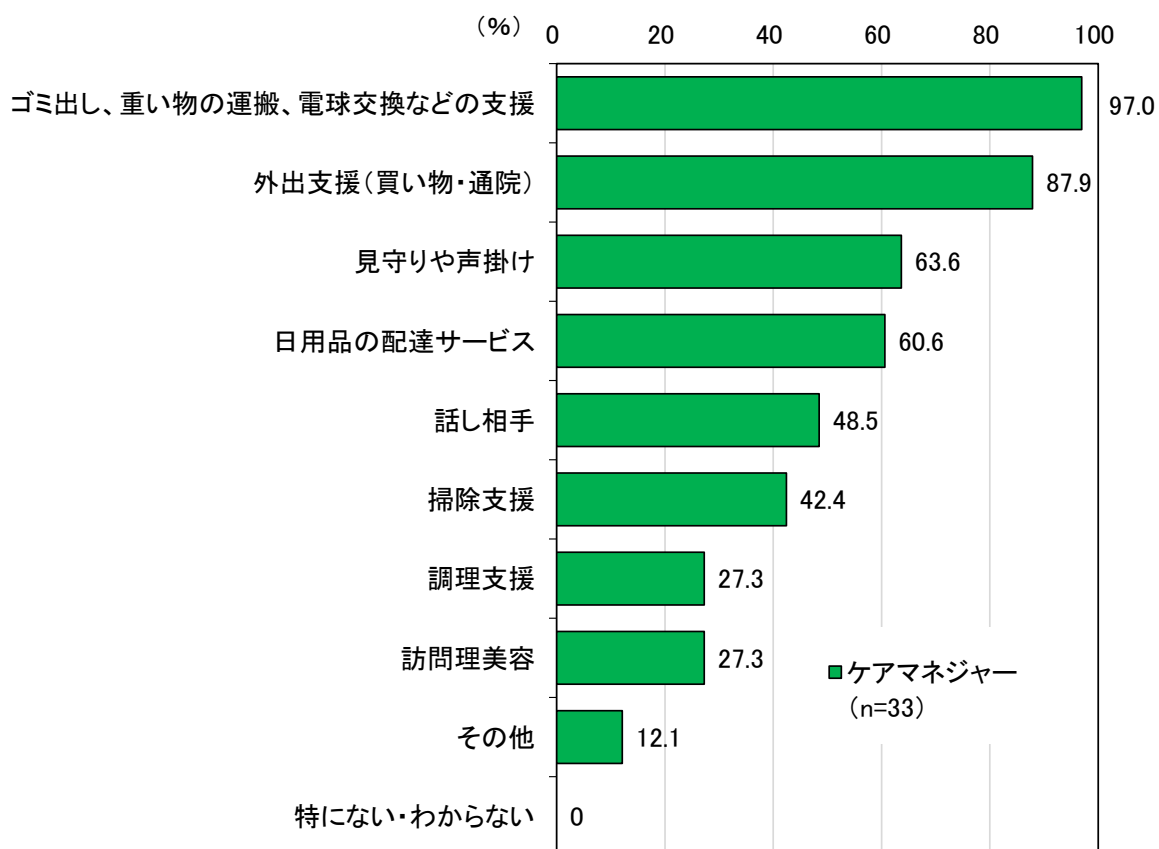
図表:今後の在宅生活の継続に必要と感じるサービス



【高齢者が在宅生活を継続するうえで必要と感じるサービス】（ケアマネ調査）

ケアマネジャーからみた高齢者が在宅生活を継続するうえで必要と感じるサービスについては、「ゴミ出し、重い荷物の運搬、電球交換などの支援」が97.0%、次いで「外出支援（買い物・通院）」が87.9%と特に多くなっています。

図表：高齢者が在宅生活を継続するうえで必要と感じるサービス



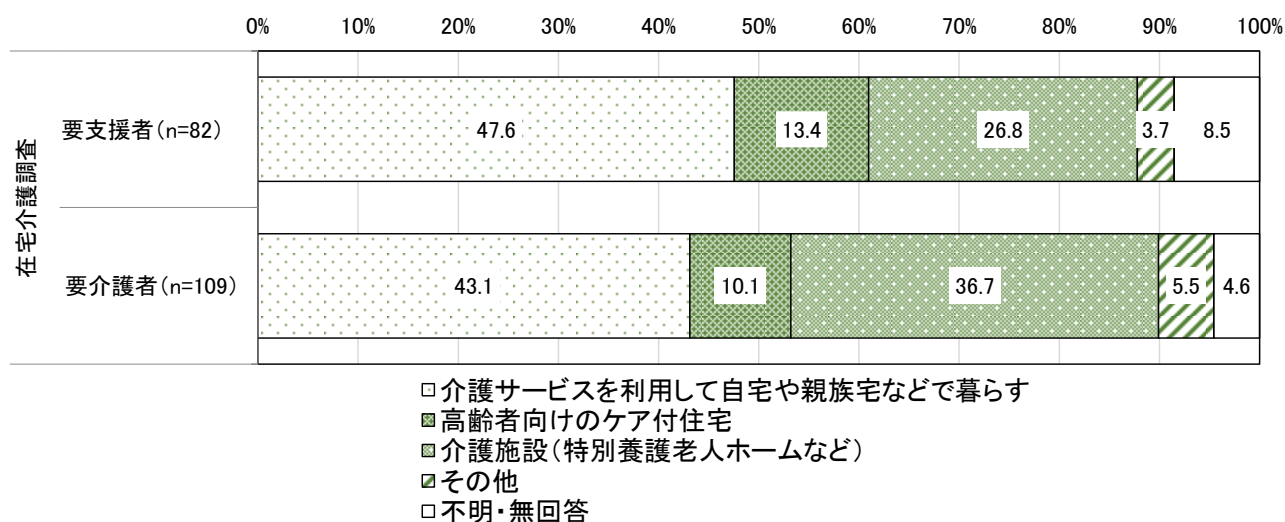
【寝たきり等の重度の介護が必要になった時、どこで暮らしたいか】（在宅介護調査）

要支援者は「介護サービスを利用して自宅や親族宅などで暮らす」が47.6%で最も多く、次いで「介護施設（特別養護老人ホームなど）」が26.8%、「高齢者向けのケア付住宅」が13.4%となっています。要介護者は「介護サービスを利用して自宅や親族宅などで暮らす」が43.1%で最も多く、次いで「介護施設（特別養護老人ホームなど）」が36.7%、「高齢者向けのケア付住宅」が10.1%となっています。

要支援者・要介護者ともに、在宅での生活を望む人がやや多くなっていますが、施設での生活を望む人も一定数いることから、在宅サービス・施設サービスをバランスよく整備することが重要です。

第8期計画では、要支援者の44.0%、要介護者の47.1%が「介護サービスを利用して自宅や親族宅などで暮らす」と最も多くなっていました。

図表:寝たきり等の重度の介護が必要になった時、どこで暮らしたいか

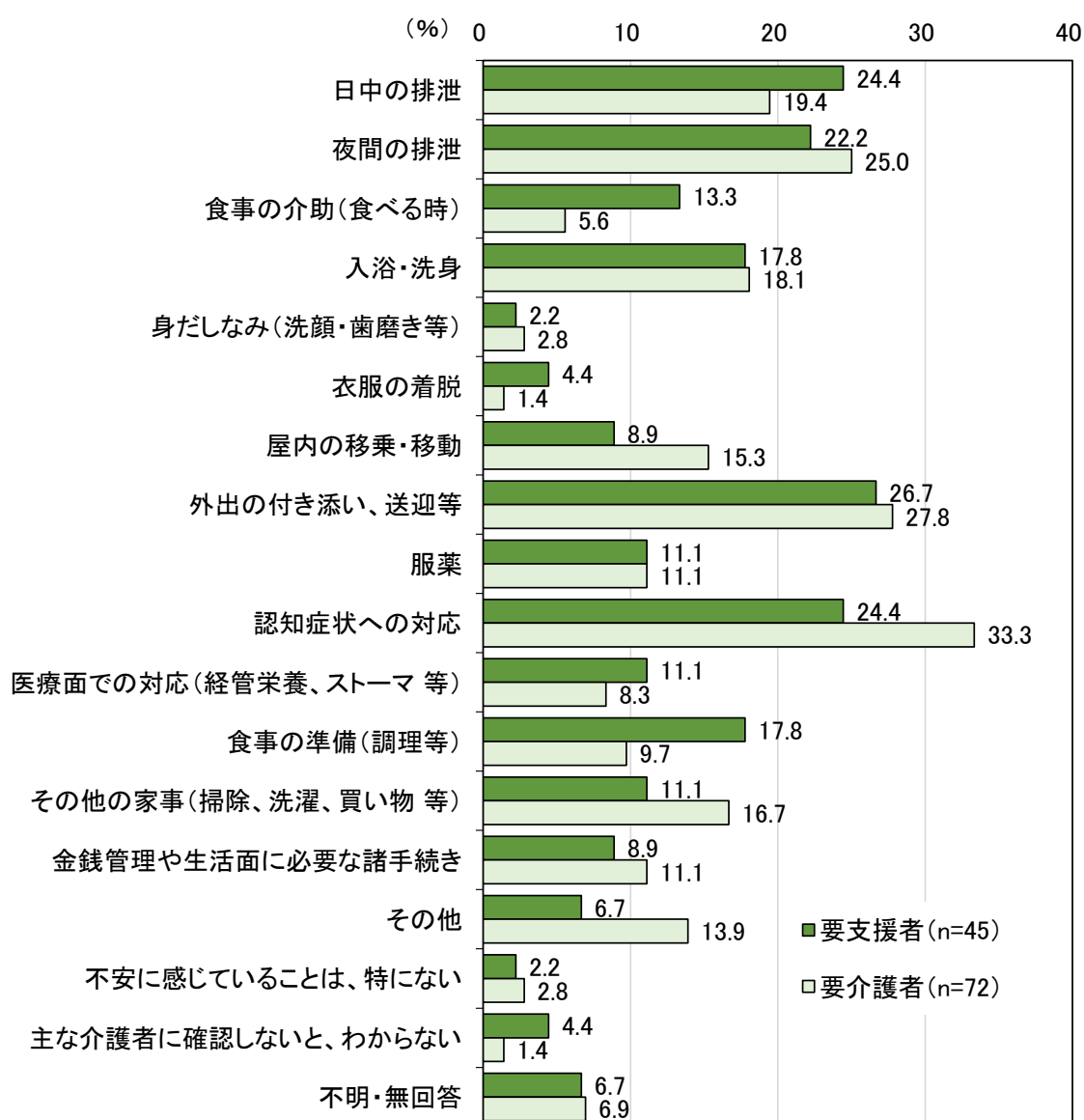


【現在の生活の継続に、主な介護者が不安を感じる介護等の内容】（在宅介護調査）

要支援者は「外出の付き添い、送迎等」が26.7%で最も多く、次いで「日中の排泄」「認知症状への対応」がともに24.4%となっています。要介護者は「認知症状への対応」が33.3%で最も多く、次いで「外出の付き添い、送迎等」が27.8%となっています。

要介護者の家族が不安を感じる介護の内容として認知症状への対応、外出の付き添い、送迎等が多いことから、介護者の負担が過度にならず、在宅生活を続けることができるよう、各種介護保険サービスや介護保険以外のサービスによる支援が必要です。

図表：現在の生活の継続に、主な介護者が不安を感じる介護等の内容



【主な介護者は、今後も働きながら介護が継続できるか（フルタイム・パートタイム就労者のみ）】

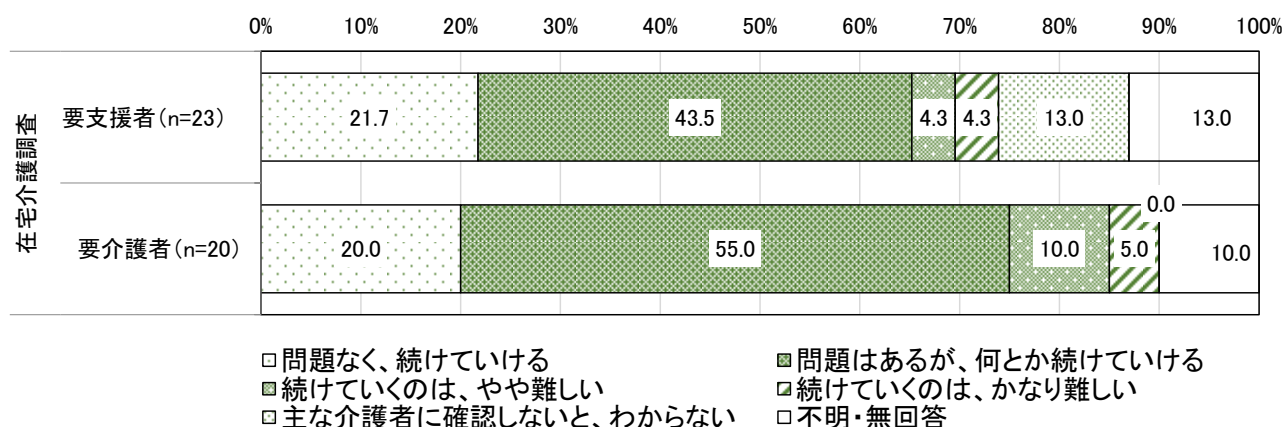
(在宅介護調査)

要支援者は「問題はあるが、何とか続けていける」が43.5%で最も多く、次いで「問題なく、続けていける」が21.7%、「続けていくのは、やや難しい」「続けていくのは、かなり難しい」がともに4.3%となっています。要介護者は「問題はあるが、何とか続けていける」が55.0%で最も多く、次いで「問題なく、続けていける」が20.0%、「続けていくのは、やや難しい」が10.0%となっています。

過半数の介護者が働きながら介護を続けられると答えていますが、続けるのは難しいと答える人も一定みられることから、要支援・要介護者の身体状況や介護者の状況等を把握し、必要な支援につなげていく必要があります。

第8期計画では、要支援者の52.6%、要介護者の47.8%が「問題はあるが、何とか続けていける」と最も多くなっていました。

図表:就労しながら介護を続けていくこと



5 本計画の基本理念及び基本目標

5-1 計画の基本理念

高齢者が、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まち

第8期計画では、第五次島本町総合計画の高齢者福祉の分野において、めざすまちの姿として掲げる「高齢者が、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まち」を基本理念とし、第6期計画から構築を進めてきた地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、健康づくりや介護予防の推進、高齢者が安全、安心、快適に暮らせる生活環境の整備、認知症施策の充実、介護サービス基盤の充実等に取り組みました。

一方で、令和2年度から約3年間にわたるコロナ禍で、高齢者の外出自粛、百歳体操などの介護予防や地域活動での事業の休止など、これまで構築してきた人や社会のつながりが中断してしまう期間が発生したことにより、高齢者のフレイルの進行や孤立の発生・深刻化が危惧される状況にあります。

また、本町の人口推移をみると、団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年を迎える中で、介護ニーズが高くなる75歳以上の高齢者人口が急激に増えており、その後も2030年頃まで増加していくものと見込まれます。さらには、団塊ジュニアの世代が65歳を迎え、国において高齢者人口がピークとなるとみられている2040年を見通すと、2030年頃から要介護状態や認知症の方の割合が高くなる85歳以上の高齢者人口が急激に増加していくことが見込まれます。加えて、町内の世帯状況では、高齢者ひとり暮らし世帯と高齢者夫婦のみ世帯を合わせたいわゆる高齢者のみ世帯の割合が増加しており、今後は特に高齢者のひとり暮らしが増加していくものと見込まれます。

このような本町を取り巻く予測を踏まえると第9期計画以降も介護需要は増え続ける一方で、全国的に、介護が必要となる高齢者を支える生産年齢人口は、今後、減っていくことが見込まれ、介護人材や介護の基盤の不足が深刻化することが懸念されます。

本計画では、第8期計画から引き続き「高齢者が、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まち」を基本理念とし、このような本町の課題と今後の見通しを踏まえ、理念の実現と課題の解消に向けて各施策の果たすべき成果を意識しながら、高齢者のみなさんが安心して、住み慣れた地域（島本町）で自分らしい暮らし（今までの生活）をできる限り続けていけるまちを目指して、地域包括ケアシステムの強化や認知症施策の更なる推進、介護サービス基盤の計画的な整備、人や社会とのつながりの場の充実などを推進していきます。

5-2 計画策定の視点

本町の基本理念である、「高齢者が、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まち」の実現に向け、以下の5点を基本的視点として計画を推進します。

(1) 人権の尊重

人権は、誰もが生まれながらにしてもっている、人として幸せに生きていくための基本的な権利であり、介護が必要な状態になっても、認知症になっても、誰もが尊厳を保って生活できる地域の実現をめざします。

また、近年の社会環境の変化をはじめ、障害の有無、心身の状況、家庭環境等、高齢者一人ひとりを取り巻く多様な状況やニーズに応じ、必要なときに必要な支援・サービスが受けられるよう取り組みます。なお、高齢者一人ひとりに対し、きめ細かな取組を推進するにあたっては、町と関係機関（者）間において、個人情報の適切な取扱いに留意します。

(2) 地域共生社会の実現と地域福祉の推進

今後も高齢化が進む中、日常生活を支える生活支援や見守りを推進していくには「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、地域全体で助け合いながら暮らしていくことができる地域共生社会の実現が求められています。

地域共生社会の実現に向けては、高齢者のみならずその家庭の状況や地域住民の複合・複雑化したニーズに対応した支援に取り組めるように、高齢・障害・その他に関する福祉全体で重層的かつ包括的な支援体制を整備していくことが必要であり、上位計画である「島本町地域福祉計画」と連動して取組を進めていきます。

(3) 高齢者支援の充実

高齢者の地域での生活を支えるためには、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に提供される「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが求められています。

町はもとより、サービス提供事業者をはじめ、保健・医療・介護の関係機関等、様々な人たちとの連携・協働により、すべての高齢者が必要な支援を受けながら、自立した日常生活が営めるまちづくりを進めていきます。

また、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保や介護現場の生産性の向上が喫緊の課題となっていることから、その解消に向けた取組もあわせて進めていきます。

(4) 高齢者の積極的な社会参加の実現

高齢者一人ひとりが生きがいと役割を持ちながら積極的に社会参加し、その能力を最大限発揮できるよう生涯学習²²や働く機会づくりに努め、健康で生きがいをもった高齢者が多数いるまちづくりの実現に努めます。

また、高齢者や障害のある人をはじめとするすべての住民が、心身の状態に関係なく共生できるようユニバーサルデザイン²³の視点に基づき、あらゆる場や機会に参加できるまちづくりを引き続き推進します。

(5) 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

介護保険制度は、高齢者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることをめざしており、そのためには、要介護状態等の軽減や重度化の防止を進める必要があります。

自立支援や介護予防に対する個々の関心を高めながら、地域における介護予防活動を推進していくとともに、高齢者の自立支援を共通目標に、医療・福祉・介護等の関係機関が連携しての支援を行う環境づくりを進めていきます。

また、住民一人ひとりの主体的な健康づくりが、長く自立した日常生活の継続につながることから、ライフステージに応じた健康づくり活動を支援し、住民の健康寿命の延伸を図ります。

22 生涯学習：それぞれのライフステージで自らの生活や職業能力の向上・充実に努め、各人が自発的意志に基づき、また必要に応じて適した手段・方法を選び、生涯を通じて続けていく学習。

23 ユニバーサルデザイン：あらかじめ、障害の有無、年齢、性別、人種等にかかわらず多様な人々が利用しやすいよう都市や生活環境をデザインする考え方。

5-3 計画の基本目標

計画の基本目標を次のように設定します。

(1) 地域の中で安心して暮らせる地域包括ケアシステムのまち

高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるために、本町の実情に応じた地域包括ケアシステムをさらに深化・推進していく必要があります。

高齢者の生活を地域で支えるために、地域の中核的な拠点として設置した地域包括支援センターについて、高齢者の総合相談窓口及び家族介護者支援の窓口としての役割を十分に果たせるよう機能強化を進めるとともに、日常生活圏域²⁴において、「医療」、「介護」、「予防」、「住まい」、「生活支援」のサービスが切れ目なく一体的に提供できる体制の整備に努めます。

(2) 高齢者等が健やかに生活し、安心して社会参加ができるまち

介護が必要な状態となることの予防や重度化の防止に向けた介護予防・健康づくりを進め、健康寿命の延伸に努めるとともに、住民主体の介護予防活動のさらなる促進に努めます。

高齢者の社会参加や生きがいづくりの促進に向け、様々な場や機会の提供に努めます。また、高齢者がこれまで培ってきた知識や経験、技能が生かせるよう、年長者クラブやシルバー人材センター、ボランティア²⁵活動等、高齢者が活躍できる様々な場の周知・啓発、活動支援に努めます。

さらに、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安全、安心、快適に暮らし続けることができるように、災害や感染症等、緊急時における高齢者に配慮したまちづくりの施策について、平時からの関係部局・関係機関の連携により展開し、安全、安心、快適に暮らせる住まいとまちづくりに取り組みます。

(3) 認知症になっても地域の中で安心して生活できるまち

国において示された「認知症施策推進大綱²⁶」及び「共生社会を実現するための認知症基本法」（以下「認知症基本法」という。）を踏まえ、認知症予防を推進するとともに

24 日常生活圏域：住民が日常生活を営む地域として地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護サービス提供施設の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して定める区域。地域密着型サービスについては、日常生活圏域ごとに整備をする。

25 ボランティア：自発的な意志に基づく個人の「時間」、「技術」、「能力」、「経験」等を活かして、社会や他人のために貢献できる行為。

26 認知症施策推進大綱：認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱」を令和元年6月18日にとりまとめ、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」をめざし、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大等、「予防」の取組を進める方針を示した。

に、認知症に関する地域の理解の促進や切れ目ない保健医療サービス提供体制の整備及び認知症の人の生活におけるバリアフリー化を推進するための施策など、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに取り組みます。

また、本町における施策・事業等の立案にあたっては、認知症の人や家族等の意見や考えを反映できる仕組みづくりに取り組み、家族介護者の負担を軽減するため相談体制や地域の見守り体制の強化を図ります。

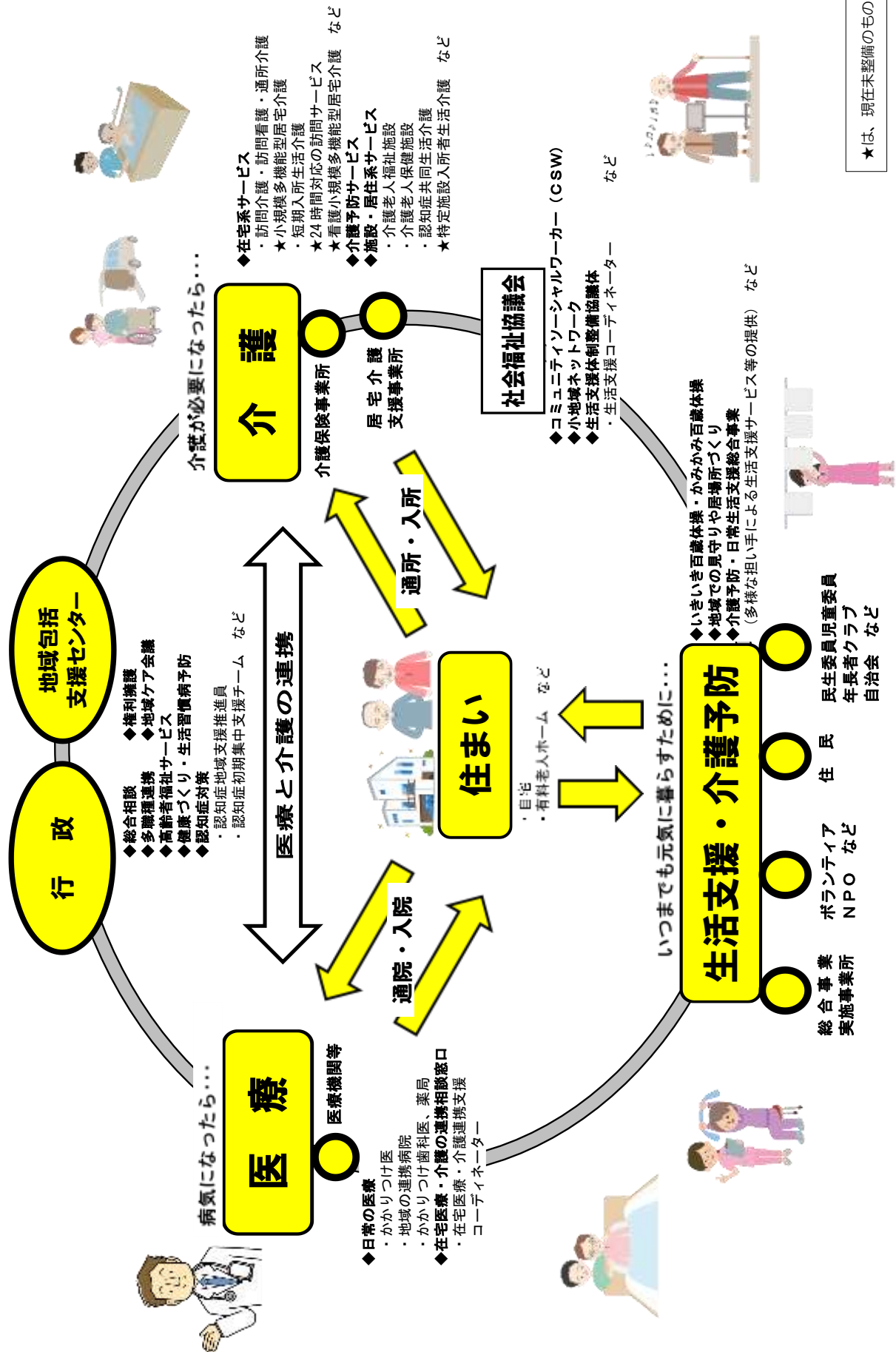
(4) 必要な介護保険サービスを利用できるまち

介護保険制度は、高齢者を支える重要な社会システムとして定着していますが、さらに、介護サービスを充実強化するための施策を展開します。

高齢者の動向や介護保険サービスの利用状況等を踏まえ、本町の実情に応じた福祉・介護サービスの基盤整備に努めます。

また、あわせて介護保険制度への信頼を高め、介護保険事業を適正・円滑に推進するために、ケアプランの点検等の介護給付適正化に取り組みます。

図表:島本町地域包括ケアシステム



6 今後の施策・事業の展開

6-1 施策の体系

基本理念に基づき、4つの基本目標の実現に向けた、施策の内容を示します。

基本理念	基本目標	施策の内容
高齢者が、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まち	(1)地域の中で安心して暮らせる地域包括ケアシステムのまち	ア 地域包括支援センターの適切な評価と運営支援
		イ 地域ケア会議の充実とケアマネジメントの向上
		ウ 一人ひとりの高齢者の状況に応じた支援
		エ 医療・介護連携の推進
		オ 地域支え合い体制の整備
		カ 権利擁護の推進
	(2)高齢者等が健やかに生活し、安心して社会参加できるまち	ア 健康づくり・生活習慣病予防の推進
		イ 総合的な自立支援・介護予防の推進
		ウ 生活支援体制の整備・充実
		エ 生きがいづくり支援と社会参加の促進
		オ 安全で安心な生活環境づくり
	(3)認知症になっても地域の中で安心して生活できるまち	ア 認知症と共生するまちづくり
		イ 認知症の支援体制の充実
		ウ 認知症予防の推進
	(4)必要な介護保険サービスを利用できるまち	ア 介護・福祉サービスの充実
		イ 福祉・介護人材に対する支援
		ウ 介護保険事業の適正・円滑な推進

6-2 具体的な施策

基本目標1 地域の中で安心して暮らせる地域包括ケアシステムのまち

ア 地域包括支援センターの適切な評価と運営支援

高齢者の在宅生活継続のために身近にあればと考える支援について、「ニーズ調査」・「在宅介護調査」とともに半数以上の人が「気軽に相談できる窓口が身近にあること」と答えています。地域包括支援センターは、高齢者の総合相談窓口としての役割を果たしていることから、地域の身近な相談先として、さらに多くの住民に認知してもらえるように今後も引き続き周知・啓発に努めます。

また、今後、介護ニーズが高くなる75歳以上の高齢者のさらなる増加が見込まれ、そのニーズも多様化している状況であることから、それらに適切に対応できるように地域包括支援センターの人員体制の整備と質の確保に努めます。

さらには、地域包括支援センターの活動がより充実したものとなるように、地域包括支援センター運営協議会²⁷の役割を担っている介護保険事業運営委員会と連携して、運営状況の点検や評価・改善に取り組むとともに、必要に応じ地域包括支援センターの業務負担軽減について検討します。

地域包括ケアシステムがより効果的に機能するように、活動を通じて把握した地域課題やニーズに対応するため、町と地域包括支援センター間の連絡会議を定期的に行うことで、情報共有や連携の強化を図ります。

イ 地域ケア会議の充実とケアマネジメントの向上

今後、75歳以上の高齢者の割合が大きく増加する見込みであることから、医療と介護両方の支援を必要とする高齢者が増えることが見込まれます。このことから、高齢者のニーズや心身の状態、生活環境等を十分に把握し、それらを踏まえて必要なサービスが利用できるように支援するケアマネジメントの実施や自立支援・重度化防止に向け、地域包括支援センターやリハビリテーション専門職と連携して、自立支援に資する地域ケア会議を定期的開催し、ケアマネジャーなど介護の専門職の資質向上とケアマネジメントの質の更なる向上を図ります。

また、地域で支援が困難となっているケースについては、地域包括支援センターや行政が中心となって、関係機関間の情報の共有と今後の支援の役割分担や方向性について検討を行う困難事例の地域ケア会議を適宜開催することで、ケアマネジャーの活動の支援と負担軽減を図ります。

さらには、地域共生社会の実現に向けて生活支援コーディネーター等が把握して

27 地域包括支援センター運営協議会：市町村が地域包括支援センターの円滑かつ適正な運営を図るために、事業者・職能団体や被保険者等から意見を聴取する場として設置している会議。本町では、「島本町介護保険事業運営委員会」をその機能を有する会議として位置づけている。

いる高齢者の生活支援のニーズと照らし合わせながら、地域ケア会議で得た地域における課題の解消に向けた分析や共有化に取り組み、新たな資源開発や困難事例の対応、地域活動の推進等、様々な施策展開に活用します。

ウ 一人ひとりの高齢者の状況に応じた支援

(ア) 一人ひとりの高齢者の状態への対応

高齢者のニーズ、抱えている課題や解消すべき課題は一人ひとりの置かれている環境や身体の状態などにより様々であることから、その状態を踏まえた支援体制を構築していく必要があります。また、ケアマネジメントを行っていくにあたっては、対象となる方の自立に向けた支援と重度化の防止という点を意識して行っていくことも重要です。

このことから、地域包括支援センターと連携し、介護の専門職の様々な関係機関との連携体制や資質向上に関する取組を進めます。

(イ) 重層的支援を見据えた相談支援体制の構築

生活困窮や 8050 問題に代表されるひきこもり、ヤングケアラーなど、複合的な課題を抱えている高齢者やその家族の不安や悩みの解消につなげ、高齢者が安心して必要なサービスを利用できるよう、地域包括支援センターが、民生委員児童委員、社会福祉協議会、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）²⁸、などの障害分野や児童福祉分野など他分野の関係機関と連携し、より総合的な視点からの高齢者や家族介護者の抱える課題解決に取り組めるネットワークの構築を進めます。また、「島本町地域福祉計画」との整合性に留意しつつ、重層的支援体制の構築など、相談支援体制の強化について検討を進めます。

(ウ) 介護に取り組む家族等への支援の充実

「ニーズ調査」においては、「2人暮らしの高齢者世帯」が増加しており、また、その年齢層が高くなっていることと、主な家族での介護者として「配偶者」が介護されている割合が増加しています。結果、介護は身体的・精神的・経済的負担を伴うものであることから、介護者家族に寄り添い、負担をできる限り軽減するため、高齢者を介護している家族同士が同じ立場で語り合い、介護に伴う苦労や悩み、日常の不安等を解消できるような交流の機会、情報提供や学びの機会を確保するため、介護者家族の会などの介護者の集まりや活動について、引き続き支

28 コミュニティソーシャルワーカー（CSW）：地域に基盤を置いた、住民に身近な福祉の総合相談員。年齢や障害の有無に関わらず、社会的な課題を抱えるすべての地域住民を対象とし、地域住民や関係機関と連携・協力しながら支援を行う。

援します。

また、「在宅介護調査」において、働いている主な介護者に今後も働きながら介護が続けられるか尋ねたところ「続けていける」との答えが約7割という結果であり、働きながらも介護を続けていける方が多い一方で、働きながらの介護の継続は難しいと答えている方も割合は少ないものの一定数おられます。このことから、家族からの相談窓口も担っている島本町地域包括支援センターについては、引き続き、土曜日の開室と平日午後6時までの開室時間とするとともに、要介護者や家族が求める支援を的確に把握し、インフォーマル・サービス²⁹も含めた適切な支援・サービスにつなげることで、介護を理由とした離職の防止や介護者の介護負担の軽減を図ります。

エ 医療・介護連携の推進

(ア) 在宅医療の充実

高齢者の在宅生活継続のために身近にあればと考える支援について、「ニーズ調査」「在宅介護調査」とともに3～4割程度の人が、「往診してくれる医療機関」「医療と介護の連携により、在宅での看取りができるような体制」と答えていることから、在宅医療に対するニーズは高い状況にあります。

高齢者の在宅における療養生活を支援するため、医師会、歯科医師会及び薬剤師会等と連携し、かかりつけの医師や歯科医師、かかりつけ薬局制度の普及・啓発を促進するとともに、急変時に後方支援を行う医療機関や在宅医療の地域での推進役となる拠点の整備に努めます。

また、「在宅医療・介護支援ガイドブック」の情報更新など医療・介護情報の収集・整備に努めるとともに、その情報発信や在宅医療への理解促進を積極的に推進することで安心して在宅療養が行えるよう支援します。

(イ) 医療と介護の連携強化

高齢者一人ひとりの状況や状態に応じた適切な医療・介護のサービス利用につなげるため、在宅医療・介護連携支援コーディネーターを配置し、地域での医療・介護資源の把握や情報提供、医療や介護関係者を対象とした在宅医療と介護の連携に関する相談に対応できる体制の整備を進めます。

また、高齢者が住み慣れた地域で、在宅で生活していくにあたって、医療及び介護の多職種が協働して、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応や看取りなどの様々な局面において、地域で必要な医療や介護のサービス等を一体的に切れ目なく提供することができるよう、医療・介護関係者の情報共有の促進や在

29 インフォーマル・サービス：正式な登録や認可を受けていないサービス提供のこと。しばしば小規模かつ地域密着型であり、地域コミュニティの基本的なニーズを満たすために重要な役割を果たす。

宅医療・介護に関する研修会の実施など関係者間の連携強化に取り組めます。

自立支援に資する地域ケア会議の定例開催により、高齢者の身体状況に応じて、医療と介護のサービス等を適切に組み合わせたケアプランの作成につながるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）（以下「ケアマネジャー」という。）に対する知識の普及を図る取組や、事例を通じて、医療と介護の関係者が情報の共有や連携を図る場の確保に努めます。

㊦ 在宅療養・在宅看取りについての普及・啓発

今後、本町の高齢者の人口構成は、中長期的に見ると、75 歳以上の高齢者が増加し、その後は 85 歳以上の高齢者人口が増加する見込みであり、介護や医療の複合的なニーズを抱えた高齢者への対応がますます重要になってきます。

医療や介護が必要になった人が、適切なサービスを選択できるよう、地域における医療や介護に関する資源とその機能を把握するとともに、その情報発信を積極的に進めていきます。また、人生の最終段階におけるケアのあり方を考えておくべき年代の高齢者が増えていくことから、医療と介護の関係者がサービス提供や看取りについて把握した本人の意向を共有しながら連携して、本人の人生の最終段階のケアの支援をしていくために重要となる人生会議（ACP）について、住民や医療・介護の関係者への普及啓発や情報発信に取り組むことで、在宅での療養や看取りにあたって本人の意志を踏まえて、多職種が連携できる環境づくりを目指します。

オ 地域支え合い体制の整備

(ア) 高齢者を地域全体で支えるための体制整備

町内において、高齢者のひとり暮らし世帯数が増えており、突然の病気や災害発生時などをはじめ、単身であるために日常生活に多少の不安がある高齢者が増加しています。また、「ニーズ調査」「在宅介護調査」とともに、在宅生活継続のために身近にあればと考える支援として、「隣近所の人がお互いに声かけや見守りを行うこと」と回答した人が、単身世帯で他の世帯の回答割合より高くなっています。

このことから、ひとり暮らし高齢者等実態把握事業を通じた民生委員児童委員によるひとり暮らし高齢者の地域での日常的な見守り体制の整備を引き続き進めます。

また、高齢者のみの世帯数も増えていることから、年長者クラブ等が実施している地域での助け合い活動、社会福祉協議会による助け合い活動の「たのむ和³⁰」、配食サービスの事業者による見守りや町内の薬局で支援が必要な高齢者を把握したら地域包括支援センターと連携するネットワーク等、現在実施している地域の様々な社会資源を通じて地域で支援が必要となっている高齢者の早期の把握や安否確認等が行える体制づくりを進めます。

さらには、宅配事業者や生活関連の事業者などの協力のもと、日常の業務の中で、利用されている高齢者の異変を把握した場合、町や地域包括支援センターに報告をするような見守りのネットワーク構築も有効と考えられることから、その整備に向けての取組に努めます。

地域包括支援センターによる地域の実態把握、社会福祉協議会による生活支援コーディネーターの地域でのネットワークづくり活動や小地域ネットワーク³¹及び地区福祉委員による見守り活動等とも連携・協力し、地域全体での高齢者の見守りや助け合いの活動が充実し、広がっていくように努めます。

(イ) 高齢者を孤立させない地域づくりの支援

高齢者のひとり暮らし世帯や高齢夫婦世帯の数が増加していることから、地域で孤立しやすい状況におかれている方への対応がこれまで以上に必要となってきます。高齢者が地域で孤立することなく、安心して暮らせるよう、「島本町地域福

30 たのむ和：要支援認定者及び事業対象者に対し、介護保険サービス等の公的サービスでは対応できない、日常の困りごと（ごみ出し、窓ふき、電球の交換等）を支援する事業。

31 小地域ネットワーク：おおむね小学校区を基本とする小地域を単位として援助が必要な高齢者や障害のある人を対象に、保健、医療、福祉の関係者と住民が協働して進める、見守り・援助活動で、ひとり暮らしや寝たきりの高齢世帯等すべてが地域の中で孤立することなく、安心して生活できるよう地域住民による助けあい活動を展開し、合わせて地域における福祉の啓発とすみよい福祉のまちづくりをすすめること。

祉計画」と連動して、社会福祉協議会や民生委員児童委員、年長者クラブやひとり暮らし高齢者の会「すみれ会」、その他島本町生活支援体制整備協議体（ささえ愛ネットワーク）（以下「ささえ愛ネットワーク」という。）を構成している地域で活動している団体などを中心に、地域住民が共に助け合い、支え合う地域づくりを実現するための声かけや見守り等の地域でのネットワーク構築の必要性を啓発し、働きかけていくとともに、これらのネットワークなどを通じて支援を求めている高齢者を把握した際には速やかに、介護・福祉・医療の関係者と緊密に連携・協力できる関係づくりを進めます。

また、百歳体操などの地域での介護予防の取組や、高齢者のより身近な地域で気軽に集うことのできる場所づくりを進めることで、町内での高齢者の居場所づくりの充実に努めます。

カ 権利擁護の推進

(ア) 高齢者虐待防止のための取組

高齢者虐待は高齢者が安心して地域で生活することを阻害する深刻な権利侵害であることから、把握した際には地域包括支援センターと連携し、すみやかに虐待を受けた高齢者を適切に保護や支援につなげるとともに、高齢者虐待の防止や早期発見に向け、高齢者虐待の相談窓口である行政や地域包括支援センターへの通報義務について、住民、ケアマネジャー、介護サービス事業者や医療機関等に対して広く周知・啓発を進めていきます。

高齢者虐待の防止や対応にあたっては、警察や高齢者施設や介護サービス事業者との情報共有や連携が必要であることから、高齢者虐待等防止ネットワーク会議などを通じて、早期対応の円滑化や連携の強化に努めます。

また、高齢者虐待が発生する背景に、認知症の問題や家族の介護負担や経済的困窮、引きこもりの問題など世帯として抱えている複合的な課題が原因であることも多くなっていることから、生活困窮や障害者福祉などの関係機関とともに、連携して対応できるように支援機関同士の連携強化を進めていきます。

さらには、町内の高齢者虐待の実態把握や対応した事案の点検・検証を通じて、高齢者虐待に対応する行政職員や地域包括支援センター職員の対応技量の維持・向上を図ります。

(イ) 施設等における虐待防止の取組

国の「令和３年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果では、介護施設従事者による高齢者虐待の主な発生要因は「教育・知識・介護技術等による問題」「職員のストレスや感情コントロールの問題」「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管

理体制等」「倫理観や理念の欠如」となっています。

介護施設内での従事者による虐待や身体拘束の防止に向けては、介護サービス事業者に対して、施設における介護で高齢者虐待が発生している主な実態やそれを防止するための知識や介護技術等の研修を実施することで、未然の予防や早期発見・通報の意識を高める取組を進めるとともに、そのような事案を把握した場合の相談や通報窓口について周知し、相談・通報をしやすい体制の整備を図ります。

また、介護施設における高齢者虐待の防止には第三者の目を入れることによる発見も効果的であることから、介護相談員等の外部の人員による相談の機会を設けることやその受け入れ促進を、介護サービス事業者に働きかけます。

(ウ) 成年後見制度等の普及啓発及び利用促進

認知症高齢者が増加傾向にある中、認知症等により判断能力が不十分で意思決定が難しくなっている高齢者の権利と利益を守るために、支援者に対する成年後見制度の理解促進と普及啓発に取り組み、必要な方への早期の利用につなげます。また、身寄りのない人や申立人になる人がいない高齢者には町長による成年後見の申立ての活用を進めます。

判断能力の低下はあるものの意思決定や契約能力がある人に対しては、社会福祉協議会と連携し、金銭管理等を行う日常生活自立支援事業³²（みまもーる）の制度の周知や積極的な活用に取り組みます。

(I) 消費者被害の防止

「ニーズ調査」においては 65.6%の人が、「詐欺等の被害にあわないように対策をしている」と答えており、消費者被害の防止への関心は高いことから、消費者相談の担当部局や地域包括支援センターと連携し、ケアマネジャーなどに消費者被害に関する最新の情報発信や情報共有・注意喚起を行うことで、消費者被害の防止に努めます。

また、消費者被害の防止に取り組んでいる消費者相談の認知度は、「ニーズ調査」において 26.2%と低い割合であったことから担当部局と連携し、相談窓口である消費者相談の高齢者への周知に努めるとともに、消費者被害防止の啓発や講座の開催に取り組みます。

32 日常生活自立支援事業：認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち、判断能力が十分でない方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う事業。

基本目標2 高齢者等が健やかに生活し、安心して社会参加できるまち

ア 健康づくり・生活習慣病予防の推進

本町の「健康づくり事業・食育の取組における基本方針」に基づき、「全ての住民が健やかで心豊かに長生きすること」の実現と健康寿命の延伸に努めます。

(ア) 生活習慣病の予防

住民一人ひとりが健康づくりへの関心を高め、生活習慣病を予防できるよう、栄養・食生活や運動、休養、飲酒、喫煙等、様々な生活習慣の改善を目的とする取組を推進します。

また、住民が健康づくり活動を行えるような情報提供と働きかけから「自分の健康は自分でつくる」という主体的な健康づくりを進めるとともに、地域・社会全体で住民の健康づくり活動を支える気運の醸成に努めます。

(イ) 生活習慣病の早期発見・重症化予防

生活習慣病の早期発見に有効な特定健診やがん検診の受診率向上に努めます。また、特定保健指導を実施し、生活習慣病の早期発見及び重症化予防に向けた取組を行います。

(ウ) ライフステージに応じた各種保健事業の推進

介護予防や重度化の防止にあたって、各世代に応じた意識変容や行動、健康づくり活動が必要であることから、ライフステージに応じたきめ細かな健康づくりの取組を推進します。

a 健康教育

自らの健康は自らが守ることができるよう、正しい知識の普及を図り、適切な指導や支援を行い、健康の保持増進に努めるとともに、栄養に関する知識の普及・啓発にあわせて取り組みます。

b 健康相談

住民が気軽に相談ができるよう、ふれあいセンターや地域に出向いて実施します。

また、介護保険制度の活用に係る相談については、地域包括支援センター等と連携を図りながら実施します。

c 健康診査

特定健診・がん検診の受診率向上に努めるとともに、集団健（検）診における保育の継続実施、がん検診と特定健診の同時実施等、受診しやすい環境整備に努めます。

また、医師会等関係機関と連携を図り、実施体制の充実を図るとともに、精度管理の向上に努めます。

d 訪問指導

保健部門と地域包括支援センターやコミュニティソーシャルワーカー（CSW）等の関係機関との連携を密にし、対象者の把握に努めるとともに、認知症高齢者等の支援が必要な方に対して、継続して訪問を実施します。

e 健康手帳の交付

健（検）診や各種保健事業の際に活用し、自らの健康管理に役立てられるよう、引き続き啓発に努めます。

f 歯科保健事業

歯科健康診査の受診率向上を目指し、健診の体制整備を図るとともに、かかりつけ歯科医の必要性等について普及・啓発に努めます。

また、口腔機能維持の重要性について啓発し、介護予防につなげます。

g 高齢者に対する予防接種

広報誌や町ホームページ、予防接種委託医療機関等における周知とともに、健康教育を実施する際に情報提供する等、今後も継続して実施します。

イ 総合的な自立支援・介護予防の推進

(ア) 一般介護予防事業の推進

加齢に伴い、身体機能や認知機能などが衰えることは誰にでも起こり得ることでありますが、元気なうちから個人個人が介護予防に関心を持ち、積極的に取り組んでもらうことで、その機能の低下を遅らせることができ、健康寿命の延伸や将来的な介護サービス量や給付費の増加の抑制、ひいては介護従事者の負担の軽減につながることができます。

本町では、高齢者が主体的に取り組む介護予防事業として「いきいき百歳体操」・「かみかみ百歳体操」を推進しており、これまで地域展開の拡大と参加者の増加、

取組の継続に力を入れてきましたが、コロナ禍による一時的な中断とそれに伴う参加者の大幅な減少が発生しています。コロナ禍での中断により、百歳体操へ通うことができなくなった人が再び介護予防に取り組めるように地域包括支援センターやリハビリテーション専門職と連携して働きかける取組に力を入れます。

また、体操の効果に関する積極的な情報発信や「いきいき百歳体操サポーター」の育成、保健師やリハビリテーション専門職が百歳体操を行っている地域に指導・助言を行う取組を継続するとともに、保健事業と一体化して参加者のフレイル予防に取り組めます。

(イ) 地域リハビリテーションの充実

介護予防や高齢者の自立に向けてのケアマネジメントのより効果的な実践を進めていくには、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士など、リハビリテーション専門職の積極的な関与が必要となります。

百歳体操の地域拠点において、リハビリテーション専門職による体操の実施方法の評価や検証・助言・指導等を行うとともに、その評価や助言等を分析し、各地域拠点に情報共有を図ることで、地域における介護予防の取組の強化を引き続き推進します。

また、自立支援に資する地域ケア会議において、地域包括支援センターなどとともに、リハビリテーション専門職が、高齢者の有する能力を評価し、日常生活活動（ADL・IADL）の自立度の向上につながる方法や改善の可能性をケアマネジャーに助言する機会をつくるなど連携した介護予防や自立支援に資する取組を推進します。

(ウ) 保健事業と介護予防の一体的な取組みの推進

高齢者は、複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的な繋がりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい傾向にあることから、心身の多様な課題に対応したよりきめ細かな支援を実施するため、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防と、フレイル対策等の介護予防を一体的に実施することが必要となります。

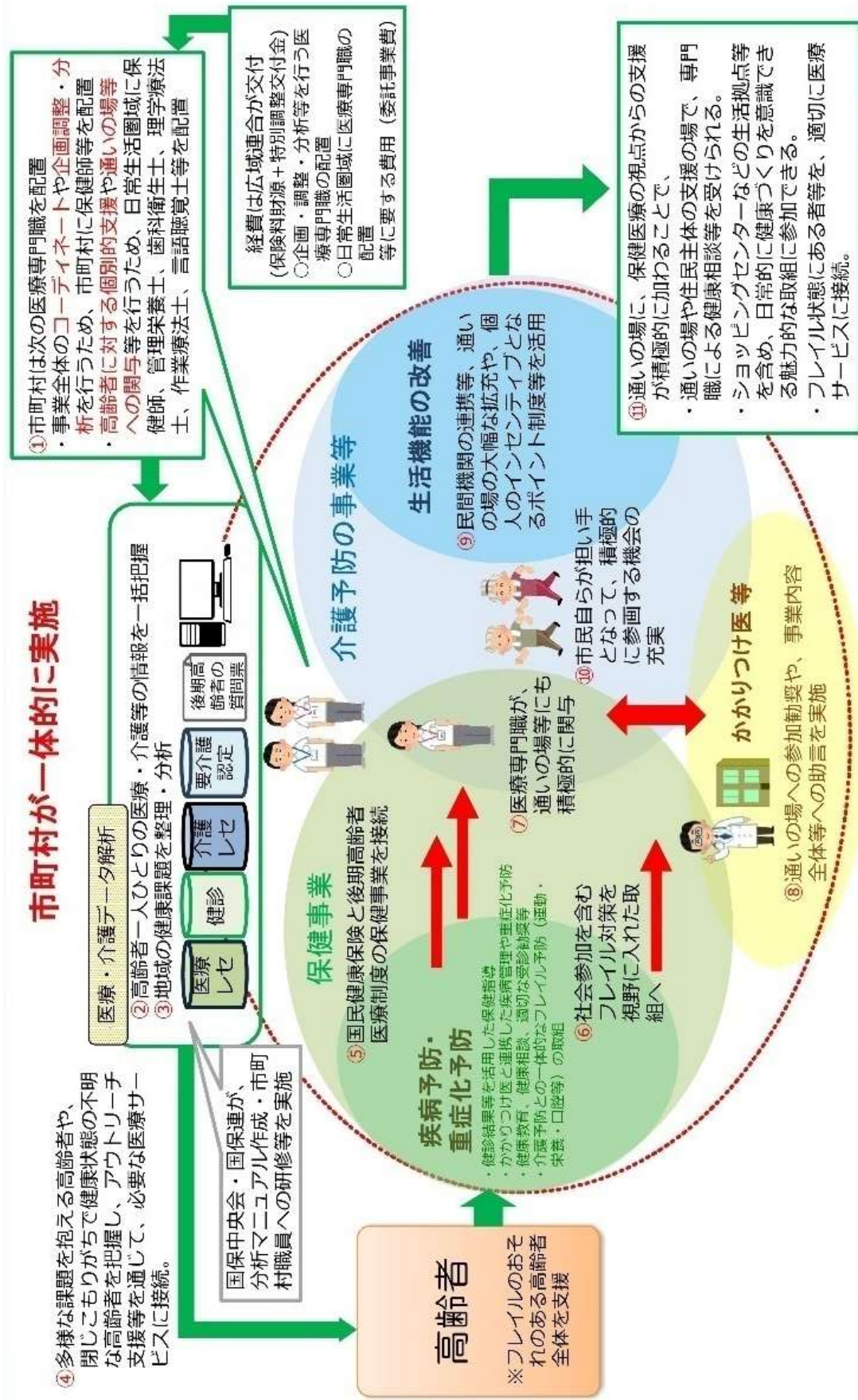
このことから、市内の後期高齢者医療の担当課と連携し、本町の介護予防の取組である百歳体操において、フレイル対策として参加されている高齢者の栄養状態の把握などを令和4年度に開始しました。

今後は、年齢に限らず百歳体操などの通いの場の参加者から低栄養や生活習慣病の個別栄養相談に応じられるよう、実施体制の充実に努めます。加えて、自立支援に資する地域ケア会議で把握したケースに対して、ケアマネジャーと栄養士が同行して訪問を行う体制を整備することで、更なる高齢者の健康増進や介護予防の充実を図ります。

また、医療・介護・健診情報等を活用して高齢者の健康課題を分析し、地域に

おける健康講座・健康相談の実施や、訪問等による健康支援に取り組めます。

図表：高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開（健康寿命延伸プラン工程表）～

資料：厚生労働省保健局高齢者医療課「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について」

(I) 介護予防・生活支援サービス事業の充実

ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増加する中、「ニーズ調査」や「在宅介護調査」において、高齢者が自宅で生活をしていくために必要な身近な支援として「緊急時や一時的でも介護や家事をしてもらえるサービス」との答えが上位にきていることから家事支援等の生活支援に対する需要は増えてくると見込まれます。また、「ケアマネ調査」においても、自宅で生活をしていくために必要と感じるサービスとして「ゴミ出し、重い物の運搬、電球交換などの支援」が97.0%と高くなっています。

平成29年度から始まった介護予防・生活支援サービス事業では、従来までの介護サービス事業者だけではなく、様々な主体が、その地域の実情に応じ、要支援者等の自立した日常生活を支援していくためのサービスを提供できるようになりました。本町でも、これまで、従来の介護予防訪問介護、介護予防通所介護に相当するサービスに加え、要支援者等の状態や必要性に応じた選択を可能とするために、生活援助を主体とした訪問型サービスや介護予防に取り組むために百歳体操の地域拠点に通うことができるようになることを目的とした通所サービスを実施していることから、引き続き、これらのサービスについて、必要な高齢者が積極的に利用できるように、制度の周知や見直しを進めるとともに、先述している計画の調査において、需要が増えてくると見込まれるものや地域ケア会議やささえ愛ネットワークの事業等で把握した地域で求められているニーズとそれに対する解決策としての新たな介護予防・生活支援サービスの検討やその提供に努めます。

また、介護予防・生活支援サービスは、高齢者も含めて、各地域で実施する養成研修を受講することでサービスの担い手として参画し、活躍することができる仕組みとなっています。本町の訪問型サービスAは、今後、ひとり暮らし高齢者等の増加により、さらに需要が増えてくる要支援者等の生活支援に関するニーズをまかなうためには重要となってくるサービスであると考えられることから、その従事者確保のために養成研修の受講者増加につながるような事例や周知方法に関する調査を進めます。また、介護サービス事業所と連携を図り、研修修了者の就労につながるよう、取り組みます。

ウ 生活支援体制の整備・充実

(ア) 地域支えあい活動の支援

今後、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみ世帯の増加とともに、その年齢の高齢化もより一層進むことが見込まれることから、高齢者が地域でいきいきと安心して暮らせるよう、地域での支えあい活動のさらなる推進が必要となります。「ケアマネ調査」では、地域包括ケア体制の強化のために必要なこととして、「生活支

援サービスの担い手の確保」が約８割、次いで「地域の社会資源や住民ニーズの把握」が約７割と高くなっており、地域包括ケアの推進にあたっては、地域での支え合い体制を整備していくことが求められています。

地域における助け合い、支え合いの体制づくりを推進するため、生活支援コーディネーターを中心に地域が抱える課題・資源の把握や高齢者等が担い手として活動する場の開発、ささえ愛ネットワークを通じて地域で活動している団体やサービス提供主体の間の連携や情報共有のためのネットワーク化を図り、その活動を活性化させることで高齢者が地域社会と交流できる場の創出や世代を超えて地域でお互い助け合い・支え合う取組がさらに広がるように努めます。

(イ) 地域資源の開発とネットワークづくりの強化

生活支援体制整備に係る取組として、生活支援コーディネーターとささえ愛ネットワークの参画団体が連携し、町内を４つの地域にわけ、その地域で活動されている団体の方と、地域課題やニーズについて議論や検討を行う地域支え合い活動座談会やワーキングなどの取組を進めています。そして、その議論をきっかけにこれまでに、男性主体の体操の取組の立ち上げ、ささえ愛ネットワークの参画団体による高齢者の買い物支援「買いもん行こカー」の開始、地域の集いの場としてのサロンとオレンジカフェの開設などの新たな取組が生まれました。

今後も、生活支援コーディネーターとささえ愛ネットワークを中心に、地域の既存の活動者のネットワーク化を進め、町内の地域課題や高齢者のニーズ把握に努めるとともに、高齢者のちょっとした困りごとや住民同士の交流を促進できる活動場所の希望などを踏まえ、地域での新たな資源の創出に向け取組を進めます。

また、地域で活動場所として活用できる場所をデータベース化し、活動を始めるにあたって場所を探している人への情報提供や地域で社会貢献を考えている高齢者と活動場所とのマッチングなどの取組を進めることで、より多くの方が地域での支え合いに協力する豊かでつながりのある地域づくりを目指します。

エ 生きがいづくり支援と社会参加の促進

(ア) 年長者クラブの活性化に向けた支援

島本町年長者クラブは、現在、会員数が１,３００人以上であり、町内で最も大きな規模で活動されている高齢者の団体です。しかしながら、近年は会員数が減少傾向にあり、会員数を増やすことが今後の活動のさらなる活性化に向けての課題となっています。このことから、年長者クラブの魅力や様々な地域活動や社会活動の様子などを広報やホームページなどを活用し、発信することで、周知・啓発をはかるとともに、会員が増加している他自治体の情報を得る等、会員数の増加に向けた取組を年長者クラブとともに検討します。

また、高齢者の健康と生きがいを推進するための事業として、年長者クラブが実施する高齢者の仲間づくりやグラウンドゴルフの実施などの運動を通しての介護予防や健康づくりにつながる活動を支援することで、町内の高齢者の地域活動や社会活動のさらなる充実を図ります。

(イ) 高齢者の多様な居場所づくり

高齢者のそれぞれのニーズに応じた多様な居場所づくりのため、街かどデイハウス事業や島本町ふれあいセンターでの高齢者趣味の教室を引き続き実施するとともに、地域での高齢者の活動場所としての役割も担っている年長者クラブやひとり暮らし高齢者の会「すみれ会」の活動を継続して支援していくことで、町内の高齢者の居場所の充実を図ります。

また、高齢者により身近な地域で気軽に集う場所は、高齢者が社会とのつながりを維持し、孤立化しないための重要な役割を持っていることから、生活支援コーディネーターなどと協力し、高齢者がより身近な地域で、気軽に出かけていき、くつろいだり、他の高齢者や多世代の方と話したり交流できる場、健康づくりや学び、趣味の活動に参加できる場など、高齢者の趣向に応じた居場所を地域に増やす取組を検討します。

さらには、高齢者の外出のきっかけや地域での交流の輪がひろがるように、このような居場所の情報発信に積極的に取り組みます。

(ウ) 生きがいと多様な活動への支援

高齢者の生きがいの一環として、趣味を通じて仲間づくりと教養の向上を図ることができるように高齢者趣味の教室を引き続き開催するとともに、年長者クラブにおいて実施されている健康と生きがいを推進する事業への補助を継続して行います。

社会福祉協議会のボランティアセンターと連携し、地域におけるボランティア活動などで活動したい高齢者と活動してほしい人を求めている団体とのマッチングを図りながら、高齢者の生きがいと社会参加の促進、地域でのボランティア活動の支援を進めます。

また、年長者クラブの単位クラブやひとり暮らし高齢者の会「すみれ会」で取り組まれている地域の高齢者の友愛訪問の活動については、地域福祉の向上と、地域の高齢者の見守りや交流を図る意味においても重要な取組であることから、その活動の充実に向けて支援を行います。

さらには、高齢者が長年培ってきた知識・経験・技能等を生かし、社会貢献できるよう、臨時的かつ短期的またはその他の軽易な仕事を提供するシルバー人材センターの運営に対する支援に努めます。

オ 安全で安心な生活環境づくり

(ア) 高齢者が安心して暮らせる住まいの整備

地域共生社会の実現という観点から住まいと生活の一体的支援は重要です。

高齢者の住まいを安定確保するために、住宅施策の担当部局や大阪府と連携して、住宅（賃貸住宅やサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームや特別養護老人ホーム等）に関する利用情報の把握と必要な人への提供を行います。

また、生活困窮者や社会的に孤立する高齢者の住まいにも対応できるように、軽費老人ホームや養護老人ホームについても、近隣の自治体の施設の情報を収集し、必要な人が出てきた場合、支援者に対して情報の提供などを行います。

また、高齢となり身体機能や認知機能等が衰えると、住み慣れた自宅であっても、暮らしにくくなることから、安心・安全な生活環境を整えることが必要となります。このことから、在宅生活の維持のために自宅の段差解消や手すりの設置等の改修が必要な方については、介護の専門職による視点のもと、介護保険における住宅改修費が活用できることを、より多くの高齢者に知ってもらうことで、当該補助を活用して、自宅のバリアフリー化を進めてもらい自立した在宅生活の継続の支援を推進します。

(イ) 大規模災害・感染症発生への備え

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみ世帯の増加により、災害時に孤立するおそれのある高齢者が多くなることが懸念されます。本町では、災害発生時に町や地域の支援機関が協力し、要介護高齢者などへの支援を円滑におこなえるよう、災害時に支援が必要な方の情報を事前に登録し、地域の支援機関と共有する「避難行動要支援者登録制度」を実施していますが、「在宅介護調査」において、「避難行動要支援者名簿」に「すでに登録した」人は3.6%であり、「知っている」人の割合も約2割にとどまっていることから、引き続き制度の周知と必要な方の登録の呼びかけを進めます。

また、当該名簿により災害時に要介護高齢者が適切に避難できるように、本人同意のもと、地域の支援機関やケアマネジャーなどと協力し、個別の避難経路や支援内容等を定める「避難行動要支援者避難個別支援プラン（個別計画）の作成」を進めます。

また、介護サービス事業者に対しては、関係機関と連携し、日ごろから防災・減災、感染症対策に関する正しい知識の習得や、水害や土砂災害などの自然災害や大規模な感染症の発生を想定した対応マニュアルの作成、避難などの訓練の実施、必要物資の備蓄などの災害に備える対策を整えておくことを促すとともに、緊急時・災害時であっても必要な介護サービスが継続的に提供できるように、介護サービス事業者の業務継続に向けた計画（BCP）の策定などにおいて、必要

な助言や指導に取り組めます。

(ウ) 在宅生活への支援

高齢者のみ、高齢者単身の世帯が増えていることから、緊急時の対処や見守りとして活用できる対策などが在宅生活継続にあたって求められます。

町が実施する高齢者の在宅福祉に関する事業として、緊急通報装置の設置や配食事業者による配食サービス、火災報知器や電磁調理器などの日常生活用具の給付事業を継続して実施するとともに、より多くの対象となる方が活用できるように支援者への周知に努めます。

また、「在宅介護調査」において、重度の介護が必要となった時に、どこで暮らしたいかという質問に対して、約半数の方が介護サービスを利用しての自宅での生活を希望すると答えられており、重度の介護が必要となっても在宅での生活ニーズは高い状況にあります。このため、重度の方を在宅で介護する家族の経済的負担の軽減対策も図る必要があることから、在宅高齢者を介護する家族に対する紙おむつの給付事業にも引き続き取り組みます。

(I) 高齢者の移動支援

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増えていることから、高齢者が地域において様々な活動に参加したり、通院や介護サービスを利用するにあたっては、移動が大きな課題となります。また、「ケアマネ調査」において、自宅で生活を続けていくために必要と感じるサービスとして「外出支援」が87.9%と高くなっています。

高齢者の外出を支える交通手段として、福祉ふれあいバスの町内巡回を継続することに努めるとともに、山間部で福祉ふれあいバスの運行ができない地域については、タクシー利用補助を引き続き実施することで高齢者の移動手段の確保に努めます。

また、要介護認定者などで在宅生活を送る上で通院・通所等の交通手段としてタクシーを利用する必要がある人に対して、タクシーを利用した場合の費用の一部を補助する移送サービスの事業についても継続して取り組みます。

さらには、今後、高齢者の外出支援に対するさらなる需要増やタクシーやバスの運転手不足などの要因により、より一層、高齢者の移動手段の確保が難しい状況が発生することが懸念されることから、その解消に向けた他地域での取組について、情報収集を進めるとともに、本町の高齢者の移動手段のあり方についての検討も進めます。

基本目標3 認知症になっても地域の中で安心して生活できるまち

令和5年6月16日に公布された「認知症基本法」の主な内容は以下の通りです。この内容に基づき本町での認知症施策の充実に取り組みます。

認知症基本法

【1. 目的】

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

【2. 基本理念】

- ①全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる
- ②国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる
- ④認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

ア 認知症と共生するまちづくり

(ア) 認知症に対する理解の促進と本人発信支援

「ケアマネ調査」では、認知症の高齢者に特に必要な支援として、「隣近所や地域住民の理解」、「さまざまな契約の支援や財産管理の支援」との答えがともに7割強と高くなっています。

認知症地域支援推進員を中心に、軽度認知障害（MCI）³³や若年性認知症³⁴なども含めた認知症全般に関する地域住民や企業などの理解の促進に努めるとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を送り続けることができるよう、認知症の本人からの地域づくりに関する発信を行う機会をつくることで、認知症の人やその家族の視点を反映した地域づくりができる仕組みを検討します。

さらに、認知症の人を支えられる側の人にとらえるのではなく、認知症の人とともによりよく生きていける社会を目指し、地域の様々な機関や団体などと連携し、認知症バリアフリーの環境整備に向けての取り組みを検討します。

(イ) 相談先の周知

「ニーズ調査」において、7割以上の人が認知症に関する相談窓口を知らないと答えていることから、地域包括支援センターと高齢介護課が認知症の相談窓口であることを、より多くの住民に知ってもらえるように広報やホームページなどを積極的に活用し、引き続き周知に努めます

また、「在宅介護調査」において、主な介護者が本人の生活を継続していくにあたって不安に感じることをして「認知症状への対応」と答えている人の割合が約3割と最も高い結果となっており、介護する人にとって認知症への対応は大きな不安要素のひとつとなっています。このことから認知症と疑われるもしくは認知症の人を支える場合に、いつ、どこで、どのような支援を受けることができるかなどの情報を網羅した「認知症あんしんガイドブック（島本町認知症ケアパス）」の活用促進に引き続き努めます。

また、若年性認知症をはじめとした認知症の人は、認知症の診断を受け、適切な治療を開始できたとしても、今後の家庭生活や仕事などに大きな不安を抱えることとなり、心理面、生活面の早期からの支援が必要です。家族の負担軽減を図るためにも、認知症の本人やその家族の意見を重視しながら、認知症地域支援推進員や地域包括支援センターが連携し、速やかに地域の医療機関や介護・障害福

33 軽度認知障害（MCI）：物忘れが主たる症状だが、日常生活への影響はほとんどなく、認知症とは診断できない状態。Mild Cognitive Impairment（MCI）ともいう。

34 若年性認知症：65歳未満で発症した認知症。認知症は、一般的に高齢者に多い病気であるが、65歳未満で発症した場合「若年性認知症」とされ、全国で約35,700人と推計。（令和2年3月厚生労働省発表）

祉サービスなどの必要な支援機関につなぐことができるように医療や介護との連携強化を進めます。

(ウ) 認知症サポーターの育成と活動促進

認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、サポートする応援者（サポーター）を地域で増やしていくために、地域や学校、企業等、様々な場や機会を活用して、認知症サポーター養成講座を開催し、これまで多くの方が受講しています。

一方で、「ニーズ調査」において、認知症サポーターの認知度は未認定者・要支援者ともに2割弱にとどまっていたことから、地域包括支援センターや社会福祉協議会等とも連携し、認知症サポーター養成講座の更なる回数実施に取り組みます。

また、認知症サポーター養成講座を受けた方が、認知症の方やその家族への支援につながるよう、より実践的な内容を学ぶステップアップ講座を実施し、受講者がオレンジカフェなどでの活動に結びつくように支援します。

イ 認知症の支援体制の充実

(ア) 認知症の早期発見・早期対応体制の充実

認知機能の低下がみられる人への早期の気づきや早期の支援は、その進行を緩やかにすることを可能にします。

認知症が疑われる症状がある人で、継続的な医療に結びついていない、適切な介護サービスに結び付いていないなどのケースについては、引き続き、複数の専門職が、短期集中的に関わる認知症初期集中支援チームによる早期の介入につなぐことで、本人に必要な医療や介護サービス等につなげ、本人及び家族の負担の軽減、不安の解消に努めます。

また、認知症初期集中支援チームの活動がより効果的なものとなるように、サポートするチーム医師との定期的な会議、医師会・歯科医師会・薬剤師会の協力のもとチームの活動状況等の報告と検討を行う会議を開催します。

認知機能低下に伴う日常生活上の変化を早期に発見するためには、家族はもちろんのこと、ひとり暮らしの場合などは、民生委員や郵便局・宅配業者等による周囲の気づきが重要となります。こうした気づきから専門的な支援につなげるような体制づくりについても検討し、進めます。

さらには、本人からの早期の相談につながるような仕組みとして、物忘れ相談会などの取り組みも併せて検討します。

(イ) 認知症高齢者や家族への支援体制の整備

認知症の人やその疑いのある人、家族、地域住民、専門職など誰でも参加でき、認知症についての学びや悩みを相談したり、情報交換や交流を行うことを目的として活動している「しまもとオレンジカフェ」の運営支援のため、必要に応じて認知症地域支援推進員などの専門職を派遣して、家族の悩みや困りごとの傾聴、本人や介護者同士のつながり作りを図るとともに、認知症の人を介護する家族の負担の軽減に努めます。

また、オレンジカフェの認知度の向上や地域包括支援センターなどと連携して必要な人がオレンジカフェにつながるように支援します。

認知症の方が地域での暮らしが継続するためには、周囲の理解と家族も含めて地域で支え、見守る体制の構築も必要です。協力機関との連携により、認知症高齢者等の日頃からの見守りと行方不明時の早期発見・早期対応を目的とした「島本町認知症高齢者等見守りネットワーク」のさらなる充実を図るため、より多くの店舗や事業所に、協力機関になってもらえるよう登録を啓発し、認知症に対する理解促進や地域での見守りに対する意識の向上を図るとともに、日頃からの支援の場等様々な機会を通じて、より多くの認知症高齢者等の登録が進むように周知や働きかけに取り組めます。

ウ 認知症予防の推進

「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」などの認知症予防については、適度な運動、口腔に係る機能の向上、生活習慣や栄養改善、社会との交流や趣味の活動による社会的孤立の解消など日常生活における取組が、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いとされており、介護予防とも通じる部分があります。このことから、百歳体操などの介護予防の取組や健康と生きがいづくりに関する活動を充実させることで高齢者が認知症予防に取り組める環境を整備するとともに、これらの機会を活用して認知症予防に関しての情報提供を積極的に行います。

また、高血圧や糖尿病など生活習慣病、難聴や喫煙などは認知症のリスク因子とされていることから、これらの要因をとりのぞいていくための取組も併せて検討することで、さらなる認知症の予防を図ります。

基本目標4 必要な介護保険サービスを利用できるまち

ア 介護・福祉サービスの充実

(ア) 介護サービスの充実

「在宅介護調査」で重度の介護が必要になったときに暮らしたい場所は、「介護サービスを利用して自宅や親族宅などで暮らす」が最も多く、在宅志向が高い状況にあることから在宅での介護サービスを充実させていく必要があります。

高齢者の日常生活を支える各種介護保険サービスの充実に向け、これまでのサービス利用の動向などを踏まえ、地域包括支援センターやケアマネジャー、サービス提供事業者など地域の実情をよく知る介護の関係者とも議論を重ねながら、サービスの確保を図るとともに、本町に提供事業所がない地域密着型の複合サービス等について、需要や提供できる主体の有無なども踏まえながら、今後検討を進めます。

また、地域密着型サービス事業者の指定などにあたっては、学識経験者、保健、医療、福祉の関係者、介護保険の事業所、各種団体の代表者及び公募による被保険者の代表者からなる「島本町介護保険事業運営委員会」の意見を反映し、引き続き、事務の公平・公正な運営を確保するように取り組みます。

(イ) 介護サービス基盤の充実

介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう必要なサービスを提供できる体制を整備することは、地域包括ケアシステムの構築には欠かすことができないものです。また、本計画中にはいわゆる団塊世代が後期高齢者となり、今後、介護サービスの需要はさらに増えていくことが予測されることから、第9期計画期間中だけではなく、より中長期的な人口動態や介護サービスの見込み等も踏まえて、地域の実情に応じたサービス基盤を計画的に確保していくことが重要となります。

在宅や居住系のサービスについては、介護を必要とする人が適切なサービスを受けられるよう、サービス利用見込量に応じた供給量のバランスを見極めながら整備します。また、できる限り在宅生活の継続を希望するニーズが高いことから、現在、本町にサービス提供事業者がない地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護などの在宅サービスの整備についても、検討します。

また、施設サービスについては、これまでの利用実績や入所待機者の状況、介護保険料への影響などを考慮しながら、中長期的な視点から必要数を検討します。

(ウ) 高齢者福祉サービスの推進

高齢者ができる限り住み慣れた地域にある自宅で安心して生活を継続するため

には、緊急時の対応や見守り、地域での移動手段の確保、社会参加や生きがいがいくつにつながるサービスを充実させることも重要であることから、介護保険サービスを補完する各種高齢者在宅福祉サービスの継続実施に努めます。

a 給食サービス（配食）

高齢者の食生活と安否確認の充実を図ることを目的として実施しており、近年、利用者が大きく増えてきていることから、継続して実施します。また、現在は、安否確認がメインで実施している事業となっていることから、今後は高齢者の栄養とれた食生活を確保する観点からの事業実施について検討します。

b 緊急通報装置設置事業

ひとり暮らし高齢者等が在宅生活を送る上で、緊急時に通報ができる装置が自宅にあることは、大きな安心確保につながっています。

本町のひとり暮らし高齢者は増えており、今後も利用ニーズは高いと考えられることから、継続して実施します。さらには、高齢者のみの世帯も増えてきていることから、ひとり暮らし高齢者以外であっても、何らかの理由で在宅生活での緊急時の対応に不安を持っておられる方についても、必要に応じて、柔軟に利用してもらえるように要件等の見直しを検討します。

c ひとり暮らし高齢者等実態把握事業

ひとり暮らし高齢者が増えている中で、その実態を把握し、民生委員児童委員と連携した日ごろからの見守り活動や緊急時の安否確認に活用する当該事業の重要性はますます高くなることから、継続して実施します。

d しまもと安心ボトル配付事業

高齢者が自宅において、急病等により救急搬送される際に、医師などに円滑につながぐために必要な事項を記載し、保管する「しまもと安心ボトル」は、緊急時の万一に備えるものであることから、継続して希望者に配付を行うとともに、より多くの方に活用してもらえるように周知に努めます。

e 高齢者日常生活用具の給付

ひとり暮らし高齢者が増えている中で、電磁調理器や火災報知器など、安全な在宅生活を送る上で必要な用具を給付する事業であることから継続して実施します。併せて、対象としている用具など、制度の見直しについて検討します。

f 移送サービス助成事業

「ケアマネ調査」において、自宅で生活を続けていくために必要と感じるサービスとして「外出支援」が87.9%と高い割合となっています。

介護を必要としている高齢者が通院や施設利用、行政等への手続きに赴く際の交通手段の確保は地域での安心な生活を送る中では必要であり、その一助となっている制度であることから継続して実施します。

g 福祉ふれあいバス

「福祉ふれあいバス」は65歳以上の高齢者等の外出支援を目的として運行しており、多くの高齢者に利用していただいていることから、引き続き運行します。

なお、高齢者の移動手段の確保は、本町の課題となっていることから、福祉ふれあいバスや移送サービス以外の手段のなどについての情報収集を進めます。

h 街かどデイハウス事業

高齢者のニーズが多様化する中で、より多様な居場所・活動場所の確保・整備を行っていくことは重要であることから継続して実施します。

また、今後は、介護予防・生活支援サービス事業での展開も含め、高齢者の地域での多様な居場所・活動場所を増やしていく観点から、事業のあり方についての検討を進めます。

i 高齢者祝品

長寿を町としてお祝いすることは、高齢者の生きがいづくりにも資するものであることから、新たに、100歳を迎えた高齢者と町内の最高齢者に対し、祝品の贈呈を継続します。

イ 福祉・介護人材に対する支援

(ア) 福祉・介護人材の確保

75歳以上の高齢者人口の増加に伴い、今後、介護需要や支援を必要とする人はさらに増加することが見込まれることから、介護人材不足の解消や地域の担い手の育成を進めていく必要があります。

介護人材の新たな担い手を増やしていくために、訪問型サービスの従事者の養成研修について、受講者を増加するための工夫を検討しながら、引き続き実施します。さらには、大阪府や関係機関などと連携し、介護職への理解と魅力の発信

に取り組むとともに、外国人介護人材の受け入れや多様な人材の参入促進、ハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくりなど、様々な取組の調査・検討に努めます。加えて、介護現場における ICT の活用や大阪府が主導で行う予定の介護の経営の協働化・大規模化を含む生産性向上に資する取組との連携に努めます。

また、「ケアマネ調査」では、本町においては、訪問介護に従事する人員不足が指摘されており、その対応策として、必ずしも専門的な介護技術を要しない軽易な家事支援などについて、介護保険サービス外での受け皿の創設などが求められていることから、介護事業所以外での対応の仕組みについても検討します。

(イ) ケアマネジャーや介護職員への研修

利用者の状態や生活環境等に応じて、介護保険サービス、医療やインフォーマル・サービスなども組み合わせた適切なケアマネジメントを行うため、地域包括支援センターと連携し、島本町介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会や自立支援に資する地域ケア会議などを通じて、ケアマネジャーが適切なケアマネジメントを実践するための必要な知識の習得などを推進し、資質向上を図ります。

また、「ケアマネ調査」では、ケアマネジメントを行う上で特に必要な行政の支援として、「処遇困難者への対応またはその支援」に次いで、「介護保険制度・町の高齢者福祉事業に関する情報の提供」のニーズが高くなっていることから、ケアマネジャーや介護事業所に対して町の高齢者福祉や介護保険制度に関する情報提供や給付適正化に関する情報発信を積極的に行います。

(ウ) 介護現場の負担軽減

業務効率化による介護人材の負担軽減を図るため、事業所からの提出文書の負担軽減のために国が策定した標準様式や「電子申請・届出システム」の導入を速やかに進め、介護保険事業所の各種申請手続きの簡素化について、国や大阪府と連携して進めます。

ウ ケアマネ事業の適正・円滑な推進

(ア) 給付適正化の取組

「大阪府介護給付適正化計画」をもとに適切に目標を設定し、計画的に実施することで、介護給付の適正化を図ります。

a 要介護認定の適正化

要介護認定については、町職員による点検を実施する等、認定調査の適正化

に取り組むとともに、要介護認定を遅滞なく適正に実施するため、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化を進めます。

また、認知症等、様々な疾病や障害の状態を正確に反映させるため、介護認定審査会委員及び認定調査員に対する研修において以下の事項を周知し、引き続き公平・公正で適切な要介護認定を実施するよう取り組みます。

- (a) 必要な人の認定調査への同席について配慮します。
- (b) 障害等により、通常より介護の手間が必要と見込まれる場合には、認定調査の特記事項に的確に記載し、介護認定審査会において、その記載内容を審査・判定に適切に反映させます。

b ケアプランの点検

ケアマネジャーに対して、自立支援に資する適切なケアプランとなっているかを点検し、必要に応じてケアマネジャーへ指導していきます。また、自己点検シートの活用や大阪府が開催する研修会への参加の働きかけ等に取り組みます。また、住宅改修や福祉用具購入・貸与についても、受給者（利用者）の状態に応じた適切なものになるよう取り組みます。

c 縦覧点検・医療情報との突合

国保連合会の介護給付適正化システムを活用し、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見し、適切な処置を行っていきます。また、入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求がないよう、取り組みます。

(1) 広報・相談体制の充実

介護サービスに対する需要が増加し、また、ニーズも多様化している中、サービス利用者の一人ひとりの異なるニーズに応え、疑問や不安の解消を図り、介護保険を利用しやすい環境を整えるため、広報・相談体制の充実が必要となります。

このことから、高齢者が必要に応じて適切なサービスを受けられるよう、介護保険や高齢者福祉の各種サービスの情報提供を行うとともに、苦情・相談に適切に対応できるよう体制の充実を図ります。

また、介護保険制度は、利用者の選択が基本であることから、その適切な選択に資するため、ホームページなどを活用しての介護サービスの情報提供や認定結果の通知への居宅介護支援事業所の一覧の同封などを行うなどの取組を進めます。併せて、介護保険制度にかかるわかりやすいパンフレットの作成などを行い、高齢者やその家族がサービスについての情報を得やすくなるように努めます。

(ウ) 介護サービス事業者への指導・監督

介護サービスの質の向上を図り、利用者に対して適切なサービスが提供されるよう、地域密着型サービス事業所、居宅介護支援事業者、総合事業の事業者に対し、特に権利擁護やサービスの適正利用・質の確保の観点から保険者として必要な監査や調査の実施、指導に取り組みます。また、有料老人ホームに対しても同様に必要な監査や指導を行うことで、適正な事業所運営が行われるように支援します。

また、事業者が推進会議などを開催する際には、保険者としても積極的に出席することで事業所運営の透明化を進めます。

さらには、事業所からの事故報告については、個別の特定ができないように工夫した上で、その概要や原因等を他事業所とも共有できる機会をつくることにより、介護現場の安全性の確保やリスクマネジメントにつながる取組を検討します。

6-3 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた目標

高齢者の自立支援・重度化防止等及び計画の推進に向け、本計画で定めた基本目標ごとに指標を定め、各施策の推進により目指す目標像を設定するとともに、事業の進捗状況等について評価・点検を重ねていきます。

【基本目標1】 地域の中で安心して暮らせる地域包括ケアシステムのまち

施策の内容	目標像①			
ア 地域包括支援センターの適切な評価と運営支援	困ったときに相談できる			
イ 地域ケア会議の充実とケアマネジメントの向上				
ウ 一人ひとりの高齢者の状況に応じた支援				
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
地域包括支援センターの点検、評価 (運営協議会の開催)	開催回数	1回	1回	1回
地域包括支援センターの認知度(ニーズ調査より)	知っていると 答えた人の割合	—	70%	—
総合相談支援事業	相談延べ件数	1,400件	1,500件	1,600件
介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会	開催回数	3回	3回	3回
自立支援に資する地域ケア会議	開催回数	24回	24回	24回
	検討事例数	48事例	48事例	48事例
施策の内容	目標像②			
オ 医療・介護連携の推進	安心して在宅療養できる			
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
医療・介護関係者が参画する会議の開催(自立支援に資する地域ケア会議含む)	開催回数	27回	27回	27回
医療・介護関係者に対する研修会の開催	開催回数	2回	2回	2回
在宅医療と介護の連携を担うコーディネーター配置	配置か所数	1か所	1か所	1か所
A C Pの認知度(ニーズ調査より)	聞いたことが あると答えた人 の割合	—	40%	—
施策の内容	目標像③			
カ 地域支え合い体制の整備	地域共生社会への意識や取組が定着する			
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
ひとり暮らし高齢者の台帳登録(ひとり暮らし実態把握事業から)	新規登録件数	120人	120人	120人
配食サービス	延べ利用者数	580人	590人	600人
認知症高齢者等見守りネットワーク	年度末登録者数	55人	60人	65人
	協力機関数	53か所	54か所	55か所

施策の内容	目標像④			
キ 権利擁護の推進	高齢者の尊厳と人権が尊重され、 自分らしさを守るための支援体制が整っている			
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
高齢者虐待等防止ネットワーク会議	開催回数	1回	1回	1回
高齢者虐待防止・成年後見制度の研修会	開催回数	1回	1回	1回
消費者相談員の認知度（ニーズ調査より）	知っていると 答えた人の割合	—	50%	—

【基本目標2】 高齢者等が健やかに生活し、安心して社会参加ができるまち

施策の内容	目標像①			
ア 健康づくり・生活習慣病予防の推進	健康づくりへの関心が高まり、介護予防、 重度化防止へ向けた主体的な取組が定着する			
イ 総合的な自立支援・介護予防の推進				
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
いきいき百歳体操地域展開	実施か所数	45 か所	45 か所	46 か所
かみかみ百歳体操地域展開	実施か所数	41 か所	42 か所	43 か所
いきいき百歳体操の参加者数	65 歳以上の参加 者数	550 人	600 人	650 人
	（うち 75 歳以上 の参加者数）	（400 人）	（440 人）	（480 人）
いきいき百歳体操サポーター育成講座	新規修了者数	15 人	15 人	15 人
いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操の認知度 （ニーズ調査より）	知っていると 答えた人の割合	—	85%	—
特定健康診査受診率	受診率	40%	44%	48%
水中歩行訓練事業	延べ利用者数	3,280 人	3,690 人	4,100 人
高齢者健康と生きがいづくり推進事業	延べ参加者数	1,200 人	1,300 人	1,400 人
施策の内容	目標像②			
ウ 生活支援体制の整備・充実	高齢者自身も参画しながら、 地域課題をともに考え、解決を目指す			
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
生活支援コーディネーター	配置人数	1 人	1 人	1 人
ささえ愛ネットワーク参加団体	団体数	13 団体	14 団体	15 団体

施策の内容		目標像③			
エ 生きがいづくり支援と社会参加の促進		生きがいや役割を持つ高齢者が増える			
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	
年長者クラブ	会員数	1,330 人	1,350 人	1,370 人	
	65 歳以上人口に おける加入率	15.0%	15.1%	15.2%	
高齢者健康と生きがいづくり推進事業（再掲）	延べ参加者数	1,200 人	1,300 人	1,400 人	
シルバー人材センター	年度末登録者数	245 人	255 人	265 人	
地域活動への参加状況（ニーズ調査より）	月 1～3 回以上 地域活動に参加 していると答え た人の割合	—	65%	—	
街かどデイハウス	延べ利用人数	850 人	900 人	950 人	
施策の内容		目標像④			
オ 安全で安心な生活環境づくり		災害時も含めて高齢者の地域での 安全・安心な暮らしが確保されている			
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	
住宅改修の利用	延べ利用件数	156 件	156 件	156 件	
福祉用具の貸与・購入	延べ件数	9,540 件	10,104 件	11,448 件	
緊急通報装置の利用	新規設置件数	30 件	35 件	35 件	
安心ボトルの配布	新規配布件数	100 件	110 件	120 件	
紙おむつ給付	給付人数	45 人	45 人	45 人	
タクシー利用の助成（移送サービス）	実利用人数	220 人	230 人	240 人	
福祉ふれあいバスの運行	延べ乗車人数	24,200 人	26,620 人	29,040 人	

【基本目標 3】 認知症になっても地域の中で安心して生活できるまち

施策の内容		目標像①			
ア 認知症と共生するまちづくり		認知症になっても自分らしく生活できる			
イ 認知症の支援体制の充実					
ウ 認知症予防の推進					
指標	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	
認知症高齢者等見守りネットワーク（再掲）	年度末登録者数	55 人	60 人	65 人	
	協力機関数	53 か所	54 か所	55 か所	
認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座	受講者数	500 人	500 人	500 人	
認知症カフェの設置	開設か所数	2 か所	2 か所	2 か所	
認知症初期集中支援チームの支援件数	支援した件数	4 件	4 件	4 件	
認知症の理解・啓発のための研修会・講演会	実施回数	1 回	1 回	1 回	
認知症の相談窓口の認知度（ニーズ調査より）	知っている と答えた人の割合	—	50%	—	

【基本目標4】 必要な介護保険サービスを利用できるまち

施策の内容		目標像①			
ア 介護・福祉サービスの充実		介護サービスを必要とする高齢者が過不足なくサービスを受けることができる			
指標	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
地域密着型サービス事業所の整備（小規模多機能型居宅介護を予定）	整備か所数	準備期間	1 か所	—	
総合相談支援事業（再掲）	相談件数	1,400 件	1,500 件	1,600 件	
配食サービス（再掲）	延べ利用者数	580 人	590 人	600 人	
緊急通報装置の利用（再掲）	新規設置件数	30 件	35 件	35 件	
タクシー利用の助成（移送サービス）（再掲）	実利用人数	220 人	230 人	240 人	
街かどデイハウス（再掲）	延べ利用人数	850 人	900 人	950 人	
ひとり暮らし高齢者の台帳登録（ひとり暮らし実態把握事業から）（再掲）	新規登録件数	120 人	120 人	120 人	
安心ボトルの配布（再掲）	新規配布件数	100 件	110 件	120 件	
高齢者祝品	贈呈件数	15 件	20 件	20 件	
日常生活用具の給付	給付件数	1 件	1 件	1 件	
福祉ふれあいバスの運行（再掲）	延べ乗車人数	24,200 人	26,620 人	29,040 人	
施策の内容		目標像②			
イ 福祉・介護人材に対する支援 ウ 介護保険事業の適正・円滑な推進		介護保険制度が適切に運営されている			
指標	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
自立支援に資する地域ケア会議	開催回数	24 回	24 回	24 回	
介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会（再掲）	開催回数	3 回	3 回	3 回	
要介護認定の適正化	点検数	全件	全件	全件	
ケアプラン点検の実施	点検数	12 事業所	12 事業所	12 事業所	
縦覧点検・医療情報との突合	実施回数	12 回	12 回	12 回	

7 介護保険事業量等の見込み

7-1 高齢者人口及び要支援・要介護認定者数の推計

(1) 推計人口

人口推計については、過去5年間の人口移動率を用いつつ、宅地開発の状況を加味し、推計を行いました。

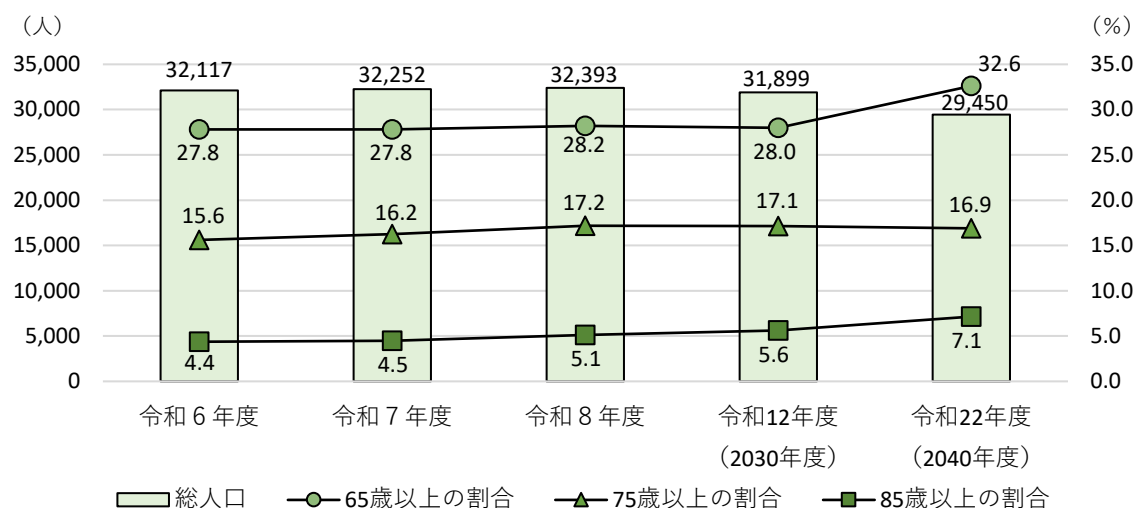
その結果、総人口は令和8年度には32,393人、高齢者人口は9,132人、高齢化率は28.2%になると予測されます。

図表:推計人口

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
総人口(A)	32,117人	32,252人	32,393人	31,899人	29,450人
40～64歳人口(B)	10,995人	11,134人	11,194人	11,320人	9,083人
比率(B)/(A)	34.2%	34.5%	34.6%	35.5%	30.8%
65～74歳人口(C)	3,908人	3,728人	3,574人	3,461人	4,637人
比率(C)/(A)	12.2%	11.6%	11.0%	10.8%	15.7%
75～84歳人口(D)	3,608人	3,789人	3,897人	3,675人	2,876人
比率(D)/(A)	11.2%	11.7%	12.0%	11.5%	9.8%
85歳以上人口(E)	1,408人	1,446人	1,661人	1,787人	2,100人
比率(E)/(A)	4.4%	4.5%	5.1%	5.6%	7.1%
65歳以上人口(F)	8,924人	8,963人	9,132人	8,923人	9,613人
比率(F)/(A)	27.8%	27.8%	28.2%	28.0%	32.6%

※令和12年度、令和22年度は参考値

図表:推計人口(グラフ)



(2) 要支援・要介護認定者の推計

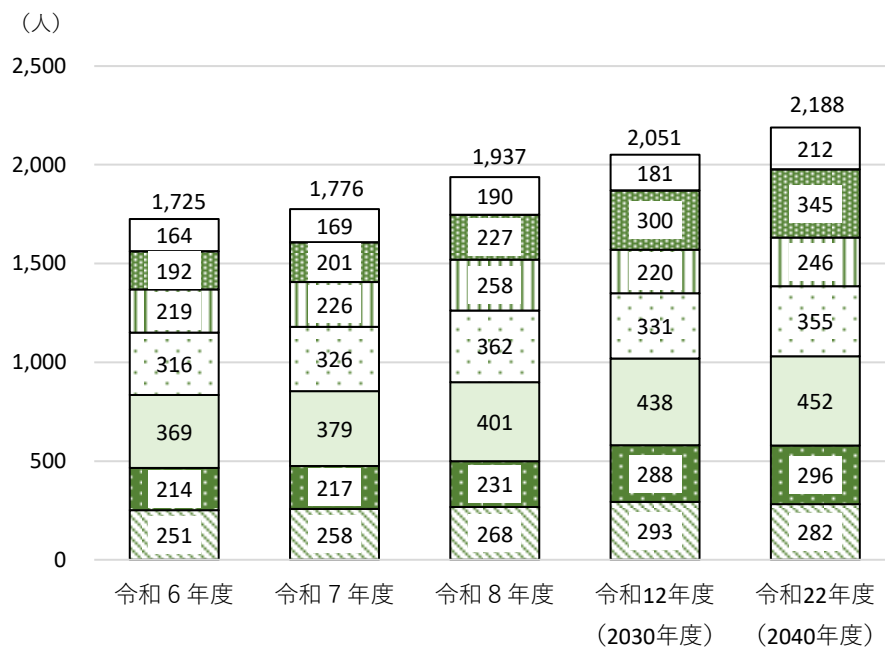
令和 22 年度までの要支援・要介護認定者数の推計は下表のとおりです。
本計画期間末の令和 8 年度では 1,937 人、認定率は 21.2%となっています。

図表:要支援・要介護認定者の推計

区 分	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 12 年度 (2030 年度)	令和 22 年度 (2040 年度)
要支援 1	251 人	258 人	268 人	293 人	282 人
要支援 2	214 人	217 人	231 人	288 人	296 人
要介護 1	369 人	379 人	401 人	438 人	452 人
要介護 2	316 人	326 人	362 人	331 人	355 人
要介護 3	219 人	226 人	258 人	220 人	246 人
要介護 4	192 人	201 人	227 人	300 人	345 人
要介護 5	164 人	169 人	190 人	181 人	212 人
合計	1,725 人	1,776 人	1,937 人	2,051 人	2,188 人
総合事業対象者	93 人	100 人	105 人	128 人	133 人

※令和 7 年度、令和 22 年度は参考値

図表:要支援・要介護認定者の推計(グラフ)



□要支援1 ■要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 ■要介護4 □要介護5

7-2 日常生活圏域の設定

これまでも本町では、町域全体をひとつの日常生活圏域として捉え、地域密着型サービスの確保や介護予防事業を展開してきました。

日常生活圏域の考え方として、平成31年3月に策定した「第4期島本町地域福祉計画」においては、地域福祉の取組の単位である小学校区域を基本単位としていますが、圏域が小さければきめ細かなサービスの展開が可能である一方で、「1. 整備の単位が増えること」、「2. サービス提供基盤の均質・均等な整備において財政的な問題が生じること」が見込まれます。

地域密着型サービスは、日常生活圏域単位での整備を基本としており、平成29年度に地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を整備し、令和元年に地域密着型通所介護を整備しましたが、そのほかのサービスについては、事業運営の難しさや一定居宅サービスが充足していること等、様々な要因を背景に参入がありませんでした。

日常生活圏域を細分化することにより、事業所の参入がさらに難しくなることが考えられるため、本計画においては、これまでと同様に町域全体をひとつの日常生活圏域としていきます。また、介護保険サービスについては町域全体をひとつとした整備を進めていきますが、介護予防事業等さらに身近な地域単位での活動が必要なものについては、柔軟に地域特性に応じた事業を展開していきます。

7-3 施設・居住系サービスの必要利用定員総数

本計画においても、町全域をひとつの日常生活圏域と位置づけることから、各サービス見込量は、町全域と日常生活圏域は同じ見込量とします。

地域密着型施設・居住系サービスの整備数及び必要利用定員総数の見込みは以下のとおりとなります。

	単位	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護	整備数	1 か所	1 か所	1 か所
	必要利用定員	29 人	29 人	29 人
認知症対応型共同生活介護	整備数	2 か所	2 か所	2 か所
	必要利用定員	44 人	44 人	44 人
地域密着型特定施設入居者生活介護	整備数	0 か所	0 か所	0 か所
	必要利用定員	0 人	0 人	0 人

7-4 介護保険サービス事業量の推計（地域密着型含む）

(1) 介護予防給付事業

介護予防給付サービス量の見込みは、国の示す算出手順に沿って、令和3年度から令和5年度までの介護保険サービスの利用実績をもとに、高齢者人口の伸びや要支援認定者の伸び等を考慮し推計しています。

各種介護予防サービスの確保に努めます。

【介護予防】

図表：介護予防給付等サービス量見込み

(単位：人/年)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
(1)介護予防サービス					
①介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
②介護予防訪問看護	276	288	300	312	324
③介護予防訪問リハビリテーション	240	240	252	264	276
④介護予防居宅療養管理指導	156	168	180	192	204
⑤介護予防通所リハビリテーション	960	984	1,032	1,092	1,104
⑥介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0	0
⑦介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0	0
⑧介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
⑨介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
⑩介護予防福祉用具貸与	1,956	2,040	2,148	2,196	2,292
⑪特定介護予防福祉用具購入費	84	84	84	84	96
⑫介護予防住宅改修費	60	60	72	84	108
⑬介護予防特定施設入居者生活介護	72	84	84	84	96
⑭介護予防支援	2,532	2,652	2,856	2,940	2,976
(2)地域密着型介護予防サービス					
①介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
②介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
③介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0

※令和12年度・令和22年度は参考値

※サービス事業者の参入等により、この見込量以上のサービス提供を妨げるものではありません。（施設・居住系サービスを除く）

(2) 介護給付事業

介護予防給付サービス量の見込みは、国の示す算出手順に沿って、令和3年度から令和5年度までの介護保険サービスの利用実績をもとに、高齢者人口の伸びや要介護認定者の伸び等を考慮し推計しています。

加齢に伴い介護を必要とする高齢者が増える中、介護需要を中長期的に見据えながら、提供基盤の充実を図っていきます。

【介護】

図表：介護サービス量見込み

(単位：人/年)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度 (2030年度)	令和 22年度 (2040年度)
(1)居宅サービス					
①訪問介護	4,104	4,368	5,088	5,232	5,628
②訪問入浴介護	228	240	312	324	336
③訪問看護	2,436	2,544	2,940	3,012	3,276
④訪問リハビリテーション	1,212	1,272	1,428	1,464	1,620
⑤居宅療養管理指導	3,732	3,924	4,512	4,788	4,860
⑥通所介護	4,428	4,596	5,208	5,268	5,760
⑦通所リハビリテーション	1,728	1,788	1,980	2,004	2,064
⑧短期入所生活介護	684	732	852	852	900
⑨短期入所療養介護（老健）	612	648	756	768	816
⑩短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
⑪短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
⑫福祉用具貸与	7,32	7,896	9,144	9,288	10,104
⑬特定福祉用具購入費	108	108	120	120	132
⑭住宅改修費	84	96	108	120	132
⑮特定施設入居者生活介護	756	768	864	888	960
⑯居宅介護支援	9,720	10,140	11,424	11,568	12,528
(2)地域密着型サービス					
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	72	84	84	96	108
②夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
③地域密着型通所介護	1,032	1,056	1,164	1,176	1,236
④認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
⑤小規模多機能型居宅介護	12	120	120	120	132
⑥認知症対応型共同生活介護	504	504	504	504	528
⑦地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	372	372	372	384	444
⑨看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
⑩複合型サービス	0	0	0	0	0
(3)施設サービス					
①介護老人福祉施設	960	960	960	1,044	1,200
②介護老人保健施設	1,440	1,440	1,440	1,608	1,872
③介護医療院	84	84	84	96	120

※令和12年度・令和22年度は参考値

※サービス事業者の参入等により、この見込量以上のサービス提供を妨げるものではありません。（施設・居住系サービスを除く）

7-5 地域支援事業の事業量の推計

地域支援事業の事業量の見込みにあたり、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、介護予防・生活支援サービス事業は、令和2年度から令和5年9月までの各サービスの利用実績及びそれまでの予防給付における訪問介護や通所介護の利用状況、高齢者人口の伸び等を勘案し、推計しています。また、一般介護予防事業、包括的支援事業、任意事業は令和2年度から令和5年9月までの事業実績をもとに推計しています。

【地域支援事業】

図表：地域支援事業の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
(1)介護予防・生活支援サービス事業					
①介護予防ケアマネジメント (延べ件数)	1,942 件	2,001 件	2,102 件	2,460 件	2,478 件
②訪問型サービス（現行相当） (延べ利用人数)	1,407 人	1,450 人	1,523 人	1,782 人	1,795 人
③訪問型サービスA（緩和した基準 によるもの）（延べ利用人数）	108 人	120 人	132 人	192 人	264 人
④通所型サービス（現行相当） (延べ利用人数)	2,076 人	2,139 人	2,246 人	2,628 人	2,647 人
⑤通所型サービスA（緩和した基準 によるもの）（延べ利用人数）	24 人	24 人	36 人	36 人	48 人
⑥通所型サービスC（短期集中予 防）（延べ利用人数）	30 人	40 人	50 人	60 人	70 人
(2)一般介護予防事業					
①いきいき百歳体操 実施か所数	45 か所	45 か所	46 か所	50 か所	55 か所
②かみかみ百歳体操 実施か所数	41 か所	42 か所	43 か所	47 か所	52 か所

※令和12年度・令和22年度は参考値

包括的支援事業

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 12 年度 (2030 年度)	令和 22 年度 (2040 年度)
①地域包括支援センター数	1 か所	1 か所	1 か所	1 か所	1 か所
②3 職種の最低配置基準	5 名	5 名	5 名	6 名	7 名
③総合相談支援事業	1,400 件	1,500 件	1,600 件	2,000 件	2,400 件
④在宅医療・介護連携推進コーディネーター配置	1 か所	1 か所	1 か所	1 か所	1 か所
⑤地域ケア会議の開催（自立支援型）	24 回	24 回	24 回	24 回	24 回
⑥認知症地域支援推進員の配置	1 名	1 名	1 名	1 名	1 名
⑦認知症初期集中支援チームの設置	1 チーム	1 チーム	1 チーム	1 チーム	1 チーム
⑧生活支援コーディネーター配置	1 名	1 名	1 名	1 名	1 名
⑨訪問型サービスA従事者養成研修受講者数	10 名	10 名	10 名	15 名	20 名

※令和 12 年度・令和 22 年度は参考値

任意事業

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 12 年度 (2030 年度)	令和 22 年度 (2040 年度)
①ケアプラン点検	12 事業所	12 事業所	12 事業所	12 事業所	12 事業所
②介護相談員派遣等事業所数	3 事業所	3 事業所	3 事業所	4 事業所	5 事業所
③成年後見制度町長申し立て数	2 人	2 人	2 人	4 人	10 人
④家族介護継続支援事業（紙おむつ給付事業）	45 人	45 人	45 人	50 人	55 人
⑥認知症サポーター養成研修・ステップアップ講座受講者数	500 人	500 人	500 人	600 人	700 人

※令和 12 年度・令和 22 年度は参考値

7-6 市町村特別給付等

介護保険法に定められた介護給付及び予防給付以外に、保険者が独自に条例で定め、行う市町村特別給付に要する財源は、第1号被保険者の保険料で賄うこととなっており、実施することで保険料の引き上げにつながることから、第1号被保険者の理解を得ることが重要で、引き続き慎重に検討する必要があります。

(1) 市町村特別給付

「第8期計画」と同様に、介護保険法に定められた介護サービスの範囲内で介護保険としてのサービス提供を行っていくこととします。

介護保険対象事業以外のサービスについては、実施すべき事業について検討し、島本町保健福祉計画のなかで位置づけ、取り組むこととします。

(2) 上乗せサービス

「上乗せ給付」については、「第8期計画」において、介護保険法定内のサービスを確実に提供する体制を整備することが引き続き重要との判断から、関係機関と調整を図りながら、必要量の確保に向けた供給体制整備を優先させ、介護保険法に定められた介護サービスの範囲内でサービス提供を行ってきました。

実施することで保険料に影響するため、慎重に検討する必要があります。

(3) 一般会計の活用

令和2年度から保険者機能強化推進交付金³⁵⁾が、一般会計による高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止に資する取組等にも活用できるようになりました。

重度化防止等を一層強化するため、高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の取組を介護保険事業特別会計で行う取組のみならず、一般会計でも行うことができるかを検討します。

35) 保険者機能強化推進交付金：平成29年の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化。この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県のような取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するために創設された交付金。