資料　1

第10期
島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画
（素案）

令和８（2026）年10月

島本町

目次

1　第10期計画策定にあたって……1

1－1　計画策定の趣旨と背景……1
⑴　全国の動向……1
⑵　策定にあたって……2
1－2　計画の位置づけ……4
⑴　計画の性格（法的根拠等）……4
⑵　令和22(2040)年を見据えた地域包括ケア計画……4
⑶　上位計画、関連計画との関係……5
⑷　計画期間……6
1－3　計画策定体制……6
⑴　介護保険事業運営委員会の開催……6
⑵　アンケート調査の実施……6
⑶　パブリックコメントの実施……7
⑷　計画の進行管理……7

2　本町の高齢者の現状……8

2－1　人口構造……8
2－2　高齢者のいる世帯の推移……10
⑴　高齢者のいる世帯の推移……10
⑵　高齢者のいる世帯（形態別）の推移……10
2－3　高齢者のいる世帯の住居の状況……11
2－4　第1号被保険者の所得等の状況……12
2－5　要支援・要介護認定者等の状況……13
2－6　認知症高齢者の推移……15

3　第９期計画の取組状況と課題……16

3－1　保健事業……16
⑴　健康増進に向けた取組……16
⑵　各種保健事業……16
3－2　高齢者福祉事業……19
3－3　介護保険事業……22
⑴　被保険者数……22
⑵　認定申請者数……22
⑶　要支援・要介護認定者……23
⑷　居宅介護(支援)サービス受給者……23
⑸　介護保険サービスの利用実績と計画の比較……24
⑹　地域支援事業……28

３－４　自立支援・重度化防止等に向けた目標の達成状況 37
３－５　第９期計画期間における課題の総括 47
⑴　保健事業 47
⑵　高齢者福祉事業 47
⑶　介護保険事業 47

４　アンケートからみた現状と課題 48

５　第１０期計画の基本理念及び基本目標 49

５－１　計画の基本理念 49
５－２　計画策定の視点 50
⑴　一人ひとりの尊厳と意思・選択の尊重 50
⑵　地域共生社会の実現と地域福祉の推進 50
⑶　地域包括ケアシステムの深化と持続可能な高齢者支援 50
⑷　高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進 51
⑸　自立支援、介護予防・重度化防止の推進 51
５－３　計画の基本目標 52
⑴　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 52
⑵　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 52
⑶　認知症になっても安心して自分らしく生活できるまち 52
⑷　必要な介護保険サービスを利用できるまち 53

６　今後の施策・事業の展開 55

６－１　施策の体系（案） 55
６－２　具体的な施策 56
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 56
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 63
基本目標３　認知症になっても安心して自分らしく生活できるまち 70
基本目標４　必要な介護保険サービスを利用できるまち 73

１　第 10 期計画策定にあたって

１－１　計画策定の趣旨と背景

⑴　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、令和７（2025）年 10 月 1 日現在の 65 歳以上人口は 3,622 万人（高齢化率 29.4%）となっています。このうち、75 歳以上の高齢者人口は 2,127 万人、総人口に占める割合は 17.3%となり、65～74 歳人口を上回っています。今後も高齢化率は上昇を続け、令和 52（2070）年には国民の約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上、約４人に 1 人が 75 歳以上になると見込まれています。

今後は、85 歳以上人口の増加に伴い、医療と介護の双方を必要とする高齢者、認知症の人、単身高齢者等の増加が見込まれます。その一方で、生産年齢人口の減少により、介護人材をはじめとする支え手の確保が一層困難になることが想定されます。このため、限られた人材や地域資源を有効に活用しながら、地域の実情に応じた持続可能なサービス提供体制を構築することが求められています。

このような状況を踏まえて、国では、令和７（2025）年７月に「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ」を公表し、地域包括ケアシステムの深化、地域の人口動態やサービス需要に応じた提供体制の確保、介護人材の確保、職場環境の改善及び生産性の向上等の方向性が示されました。また、令和８（2026）年７月に開催された全国介護保険担当課長会議では、第 10 期の介護保険事業計画に係る基本指針の改正案を踏まえ、令和 22（2040）年度を含む中長期的な介護サービス見込量を推計するとともに、人口動態や介護需要の地域差に応じたサービス提供体制を検討することが示されました。あわせて、医療計画との整合、高齢者向け住まいの状況を踏まえたサービス量の見込み、認知症基本法に基づく施策の推進等を計画に反映する方向が示されています。

⑵　策定にあたって

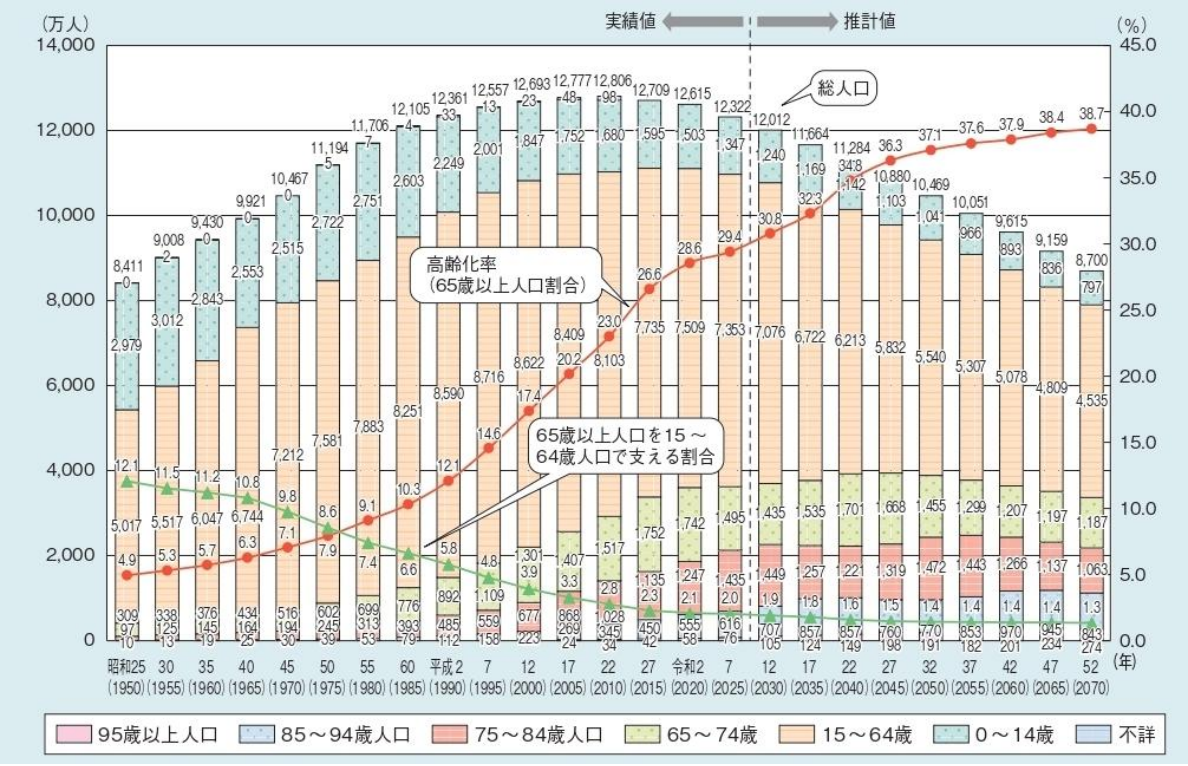
本町では、令和６（2024）年３月に「第９期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画（以下「第９期計画」という。）」を策定し、「高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるまち」を基本理念として、介護予防や健康づくり、生きがいづくり、認知症施策、生活支援、介護保険サービスの充実等、様々な施策を展開してきました。

また、第９期計画期間中には、団塊の世代が全て 75 歳以上となる令和７（2025）年を迎えました。今後は、85 歳以上の高齢者が急激に増加する局面となり、医療・介護双方のニーズを有する人や認知症の人、ひとり暮らし高齢者等の増加が見込まれます。

本町においても、今後、後期高齢者や 85 歳以上の高齢者のさらなる増加により、介護や生活支援に対するニーズが一層高まることが想定されます。このことから、介護人材の確保、在宅医療と介護の連携、地域における支え合いの充実、介護する家族への支援等について、引き続き取り組む必要があります。

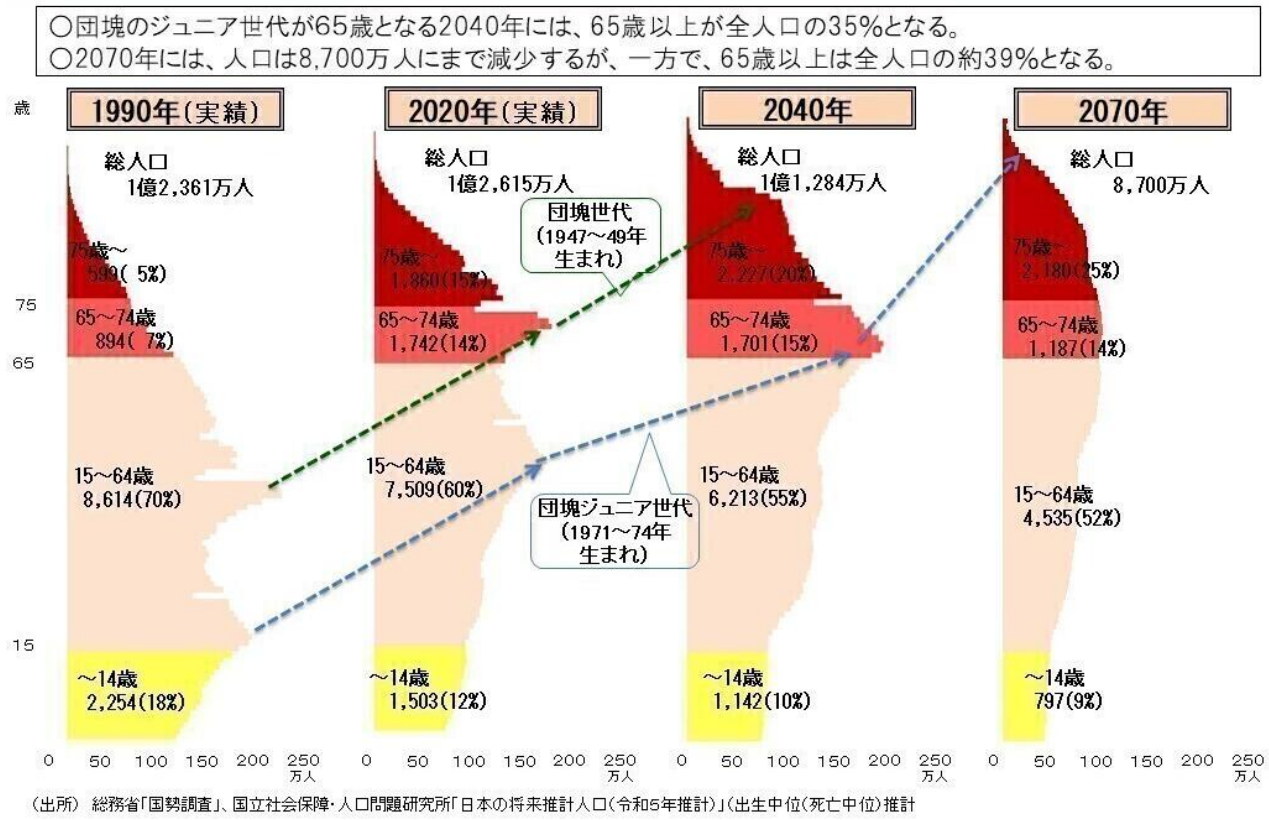
第９期計画の取組状況や各種調査の結果、人口及び介護サービス需要の将来推計等を踏まえ、令和 22（2040）年等の中長期を見据えながら、高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けられる地域づくりを推進するため、「第 10 期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画（以下「第 10 期計画」という。）」を策定します。

図表1：日本の高齢化の推移と将来推計



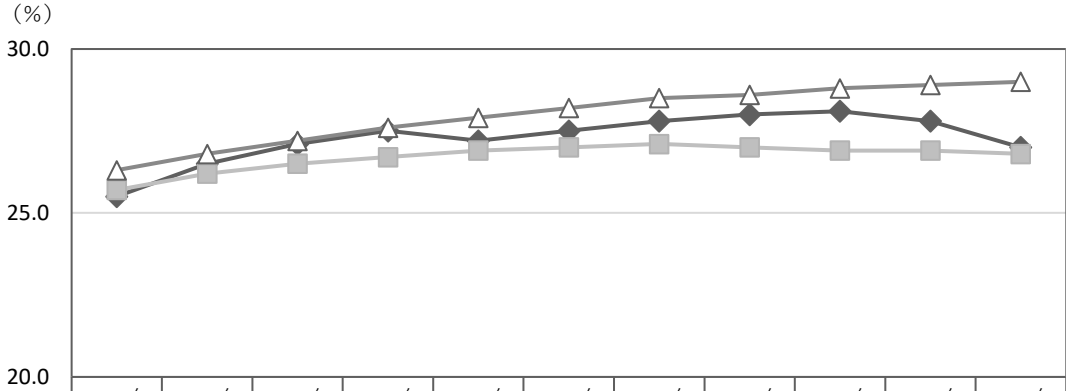
資料：令和８年版高齢社会白書

図表2：日本の人口ピラミッドの変化



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計）」を基に厚生労働省作成

図表3：高齢化率の推移【全国・大阪府との比較】



	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年
島本町	25.5	26.5	27.1	27.5	27.2	27.5	27.8	28.0	28.1	27.8	27.0
大阪府	25.7	26.2	26.5	26.7	26.9	27.0	27.1	27.0	26.9	26.9	26.8
全国	26.3	26.8	27.2	27.6	27.9	28.2	28.5	28.6	28.8	28.9	29.0

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」（各年１月１日現在）

１－２　計画の位置づけ

⑴　計画の性格（法的根拠等）

島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画は、老人福祉法第 20 条の８に基づく「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第 117 条に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定するものです。あわせて、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」（以下「認知症基本法」という。）第 13 条に基づく「市町村認知症施策推進計画」を包含する計画として位置づけます。

保健福祉計画は、すべての高齢者を対象とし、高齢者福祉サービスをはじめ、健康づくり、介護予防、生きがいづくり、社会参加、生活支援、認知症施策、権利擁護、福祉のまちづくり等に関する施策の基本的な方向を定めるものです。

介護保険事業計画は、厚生労働大臣が定める基本指針に即して、介護保険サービス及び地域支援事業の見込量や提供体制、介護保険料等を定めるものです。

また、認知症施策推進計画は、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共生社会の実現に向け、認知症の人や家族等の意見を踏まえながら、本町の実情に応じた認知症施策を総合的かつ計画的に推進するものです。

⑵　令和 22（2040）年を見据えた地域包括ケア計画

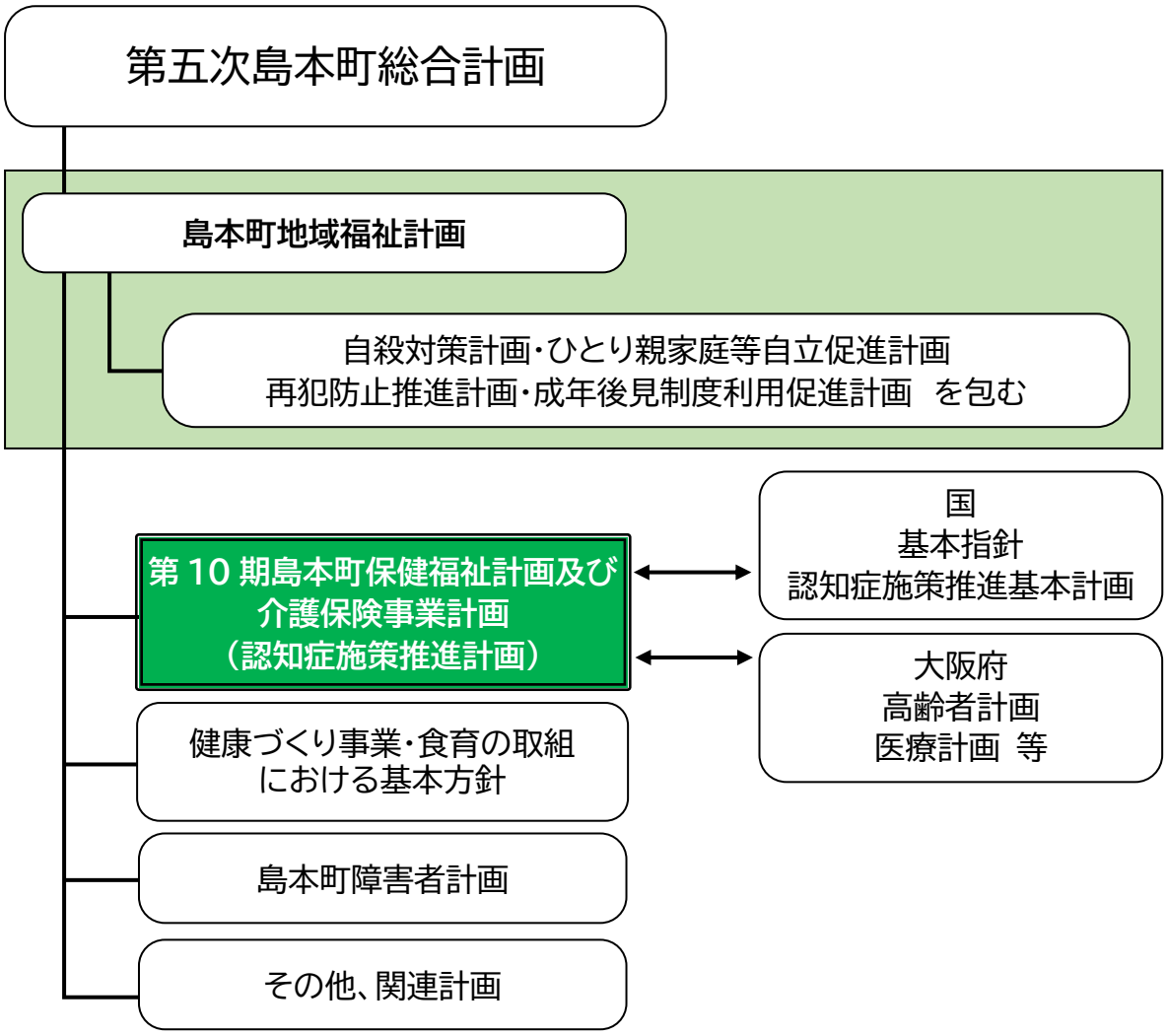
介護保険事業計画は第６期から「地域包括ケア計画」として位置づけられ、第 10 期計画も「地域包括ケア計画」として位置づけています。

また、令和 22（2040）年等の中長期的な人口動態や介護ニーズ、地域のサービス資源、介護人材の状況等を見据え、サービス基盤を引き続き計画的に整備するものとします。

⑶　上位計画、関連計画との関係

第 10 期計画は、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。加えて、「大阪府高齢者計画」、「大阪府医療計画」等、大阪府の各種計画を踏まえています。



⑷　計画期間

第 10 期計画の期間は、令和９（2027）年度から令和 11（2029）年度までの３年間とします。

また、令和 22（2040）年等の中長期的な人口動態や介護ニーズを見据えながら、計画期間ごとに取組の進捗状況や社会情勢、制度改正等を踏まえて見直しを行います。

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）	令和 12 年度 （2030 年度）	令和 13 年度 （2031 年度）	令和 14 年度 （2032 年度）
第９期計画			第 10 期計画			第 11 期計画		

令和 22(2040)年等の中長期を見据えた計画

１－３　計画策定体制

⑴　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、慎重な審議を重ねて策定します。

⑵　アンケート調査の実施

第 10 期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」、「ケアマネジャーアンケート調査」及び「介護人材実態調査」の４つのアンケート調査を実施しました。

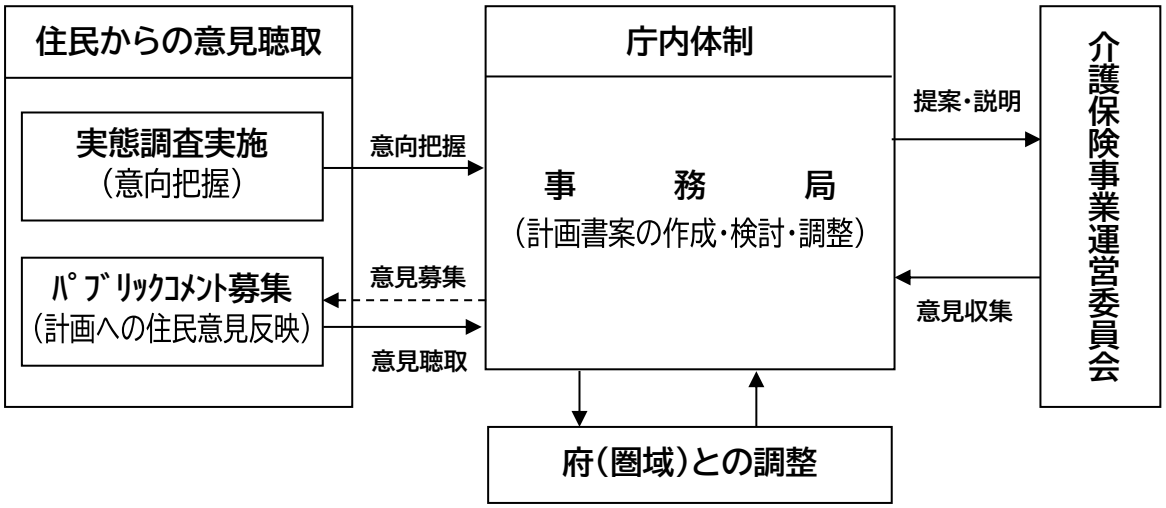
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は、65 歳以上で要介護認定を受けていない人または要支援認定を受けている人、「在宅介護実態調査」は 65 歳以上の要支援・要介護認定を受けている人、「ケアマネジャーアンケート調査」は本町の介護保険被保険者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）（以下「ケアマネジャー」という。）、「介護人材実態調査」は町内でサービス提供を行う施設・通所系、訪問系の各事業者を対象に、郵送・メールにてアンケートを行っています。

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。

⑶　パブリックコメントの実施

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、第 10 期計画案に対する住民の意見・提案・要望等を広く聴取し、可能な限り反映するよう努めます。

図表4：計画策定体制



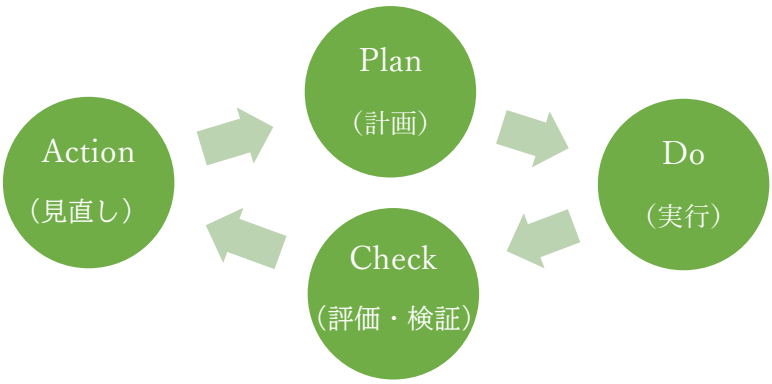
⑷　計画の進行管理

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、第 10 期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、第 10 期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5：PDCAサイクル



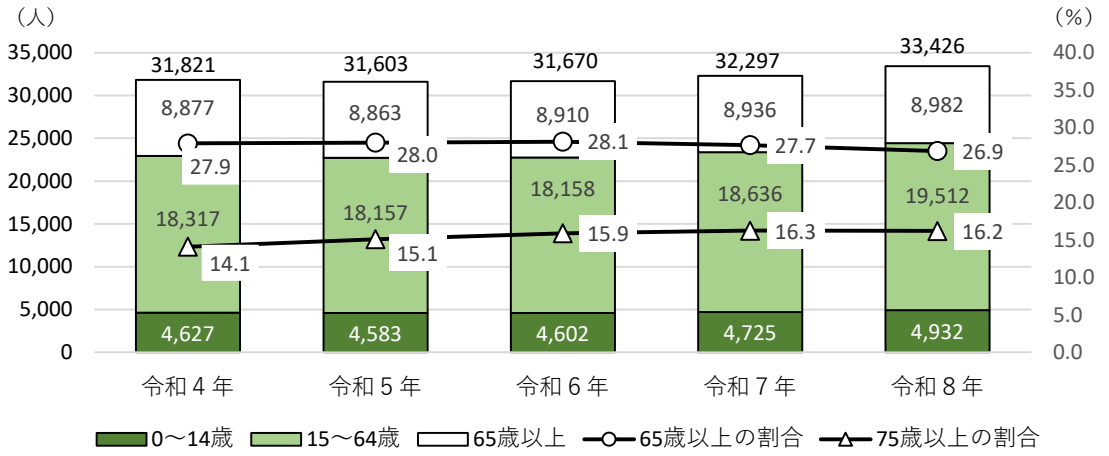
２　本町の高齢者の現状

２－１　人口構造

本町の総人口は令和８年４月１日時点で 33,426 人となっています。また、高齢者人口は 8,982 人と、前年に比べてわずかに増加しましたが、高齢化率は 26.9%と減少しています。

65～74 歳の前期高齢者は令和４年から減少傾向で推移する一方、75 歳以上の後期高齢者は大きく増加し、令和８年４月１日時点で 5,415 人、総人口に占める割合では 16.2%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８年に 60%を超え、その割合は急激に上昇しています。

図表6：総人口、年齢3区分別人口、高齢化率の推移（グラフ）



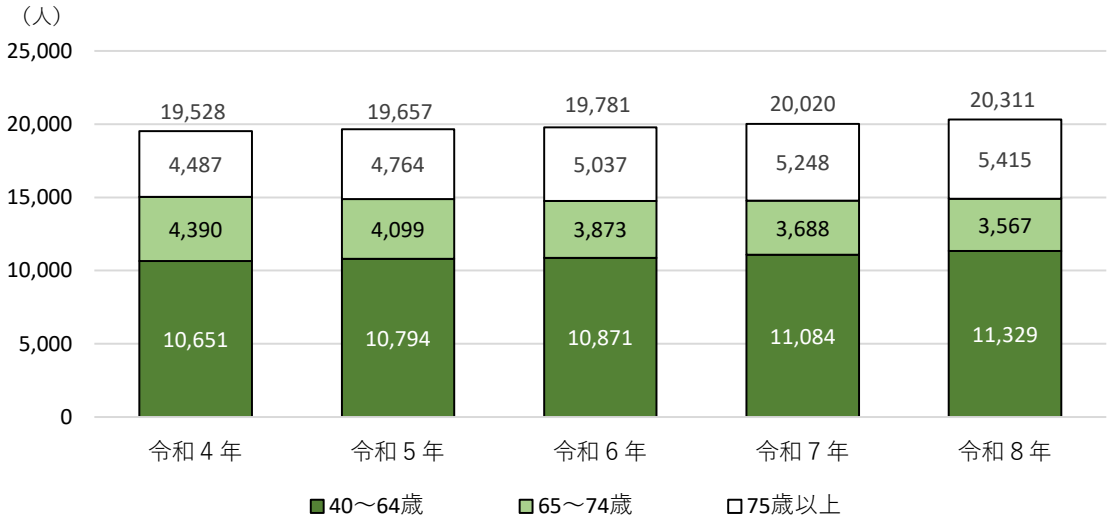
資料：住民基本台帳（各年４月１日現在）

図表7：総人口、年齢3区分別人口、高齢化率の推移

区分	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年
総人口	31,821 人	31,603 人	31,670 人	32,297 人	33,426 人
0～14 歳	4,627 人	4,583 人	4,602 人	4,725 人	4,932 人
14.5%	14.5%	14.5%	14.5%	14.6%	14.8%
15～64 歳	18,317 人	18,157 人	18,158 人	18,636 人	19,512 人
57.6%	57.6%	57.5%	57.3%	57.7%	58.4%
65 歳以上	8,877 人	8,863 人	8,910 人	8,936 人	8,982 人
27.9%	27.9%	28.0%	28.1%	27.7%	26.9%

資料：住民基本台帳（各年４月１日現在）

図表8：中高年齢者人口の推移（グラフ）



資料：住民基本台帳（各年４月１日現在）

図表9：中高年齢者人口の推移

区　分	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年	伸び率 (R4→R8)
総人口(A)	31,821 人	31,603 人	31,670 人	32,297 人	33,426 人	1.05
65 歳以上 (B)	8,877 人	8,863 人	8,910 人	8,936 人	8,982 人	1.01
40～64 歳(C)	10,651 人	10,794 人	10,871 人	11,084 人	11,329 人	1.06
比率(C)/(A)	33.5%	34.2%	34.3%	34.3%	33.9%	-
65～74 歳(D)	4,390 人	4,099 人	3,873 人	3,688 人	3,567 人	0.81
比率(D)/(A)	13.8%	13.0%	12.2%	11.4%	10.7%	-
比率(D)/(B)	49.5%	46.3%	43.5%	41.3%	39.7%	-
75 歳以上(E)	4,487 人	4,764 人	5,037 人	5,248 人	5,415 人	1.21
比率(E)/(A)	14.1%	15.1%	15.9%	16.3%	16.2%	-
比率(E)/(B)	50.6%	53.8%	56.5%	58.7%	60.3%	-
参考 (85 歳以上(F))	(1,325 人)	(1,392 人)	(1,429 人)	(1,495 人)	(1,546 人)	1.17
(比率(F)/(A))	(4.2%)	(4.4%)	(4.5%)	(4.6%)	(4.6%)	-
比率(F)/(B)	(14.9%)	(15.7%)	(16.0%)	(16.7%)	(17.2%)	-

資料：住民基本台帳（各年４月１日現在）

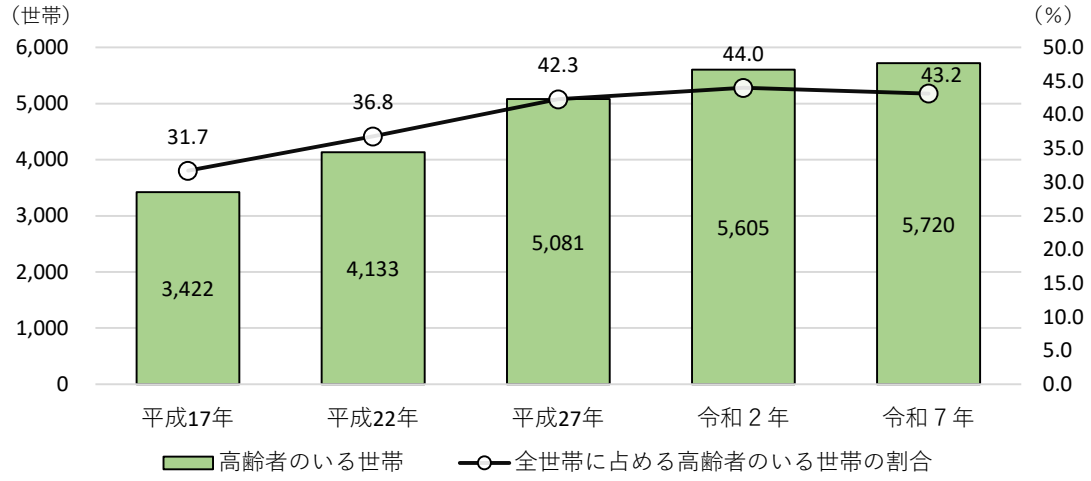
２－２　高齢者のいる世帯の推移

⑴　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 17 年に 3,422 世帯であったものが令和７年には 5,720 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 17 年の 31.7%に対し令和７年には 43.2%と 11.5 ポイント増加しています。

図表 10:高齢者のいる世帯の推移

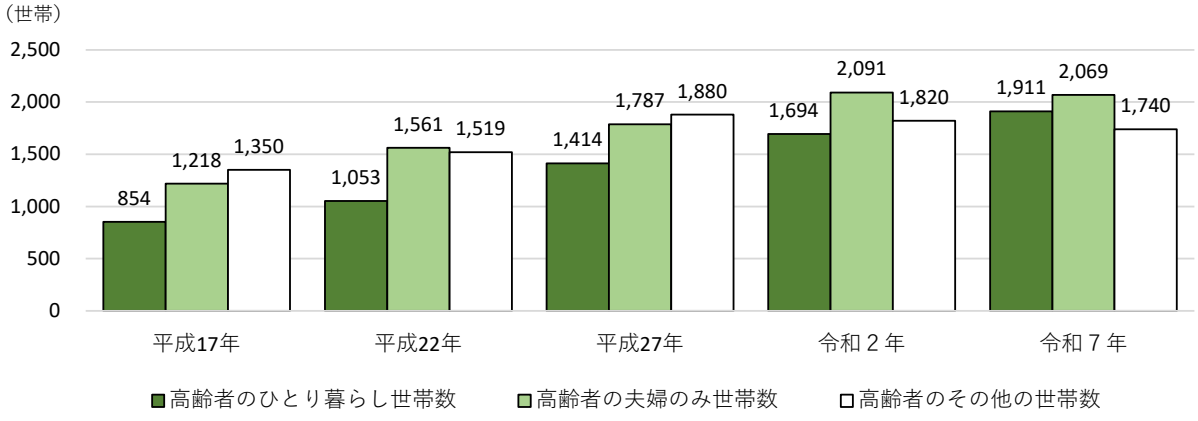


資料：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）

⑵　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が増加しています。令和７年では、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高齢者のみの世帯数は、全世帯の 30.0%、高齢者のいる世帯の 69.6%を占める状況となっています。

図表 11:高齢者のいる世帯(形態別)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７年の本町の持ち家比率は84.1%となっており、全国平均（81.5%）、大阪府平均（70.7%）と比較して高くなっています。

図表12:高齢者のいる世帯の住居の状況

区　分			平成27年		令和２年		令和７年	
			世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比
全世帯			12,001世帯	－	12,732世帯	－	13,254世帯	－
高齢者のいる世帯			5,081世帯	100.0%	5,605世帯	100.0%	5,720世帯	100.0%
	持ち家		4,258世帯	83.8%	4,712世帯	84.1%	4,812世帯	84.1%
	借家		787世帯	15.5%	849世帯	15.1%	855世帯	14.9%
		公営・公団・公社の借家	479世帯	9.4%	521世帯	9.3%	512世帯	9.0%
		民営の借家	304世帯	6.0%	322世帯	5.7%	339世帯	5.9%
		給与住宅	4世帯	0.1%	6世帯	0.1%	4世帯	0.1%
	間借り		18世帯	0.4%	35世帯	0.6%	31世帯	0.5%
	その他		18世帯	0.4%	9世帯	0.2%	22世帯	0.4%

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 18.5%で最も多く、次いで第５段階が 14.2%、第１段階が 12.6%となっています。

図表 13:第1号被保険者の所得区分別分布

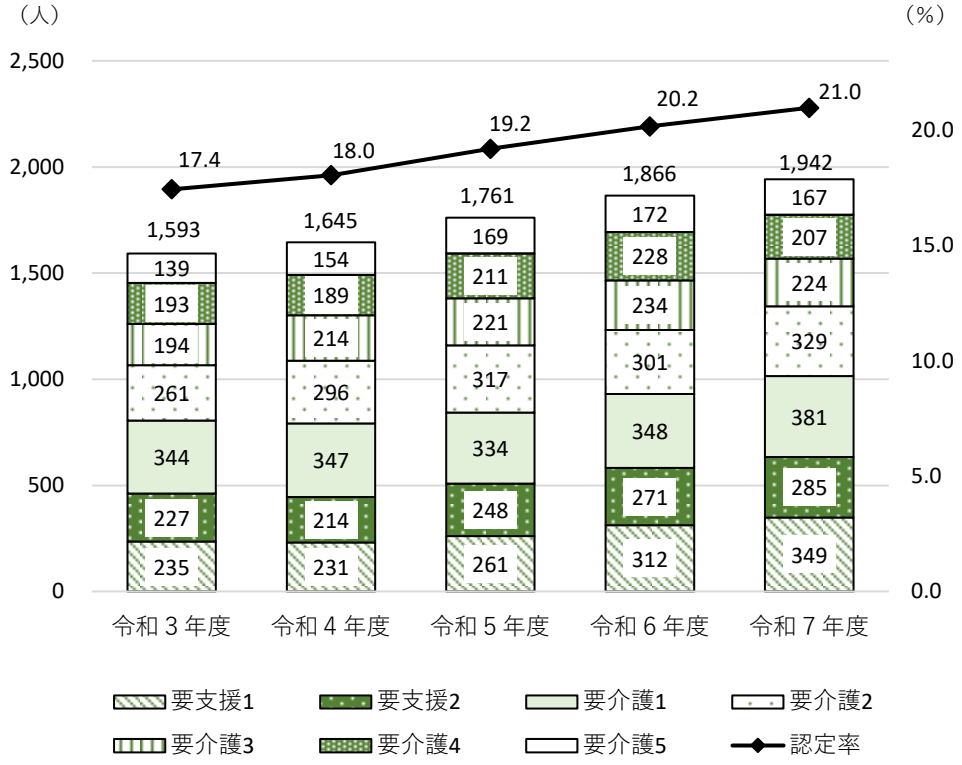
被保険者の区分		令和８年 ４月１日現在	所得区分別 比率（%）
第 1 段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の人	1,143 人	12.6%
第 2 段階	・世帯全員が住民税非課税で前年の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が 120 万円以下の人	759 人	8.4%
第 3 段階	・世帯全員が住民税非課税で第 1 段階及び第 2 段階に該当しない人	592 人	6.5%
第 4 段階	・本人が住民税非課税だが、住民税課税世帯で、本人の前年の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の人	1,044 人	11.5%
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	1,286 人	14.2%
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	1,041 人	11.5%
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	1,677 人	18.5%
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	767 人	8.5%
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 420 万円未満の人	329 人	3.6%
第 10 段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 420 万円以上 520 万円未満の人	149 人	1.6%
第 11 段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 520 万円以上 620 万円未満の人	66 人	0.7%
第 12 段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 620 万円以上 720 万円未満の人	41 人	0.5%
第 13 段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 720 万円以上 1,000 万円未満の人	65 人	0.7%
第 14 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	103 人	1.1%
合　　計		9,062 人	100.0%

２－５　要支援・要介護認定者等の状況

介護保険における要支援及び要介護認定を受けた者（以下「要支援・要介護認定者」という。）の数の推移は、近年増加傾向にあり、令和７年度で 1,942 人となっています。

介護度３区分別にみると、軽度者（要支援１・２、要介護１認定者）の伸びが最も大きくなっています（令和３年度から令和７年度にかけて 1.26 倍）。

図表 14：要支援･要介護認定者数の推移



資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在で介護保険事業状況報告（年報）での報告値）

※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。

図表 15:介護度3区分別要支援･要介護認定者数及び事業対象者の推移と伸び率
（令和3年度から令和7年度）

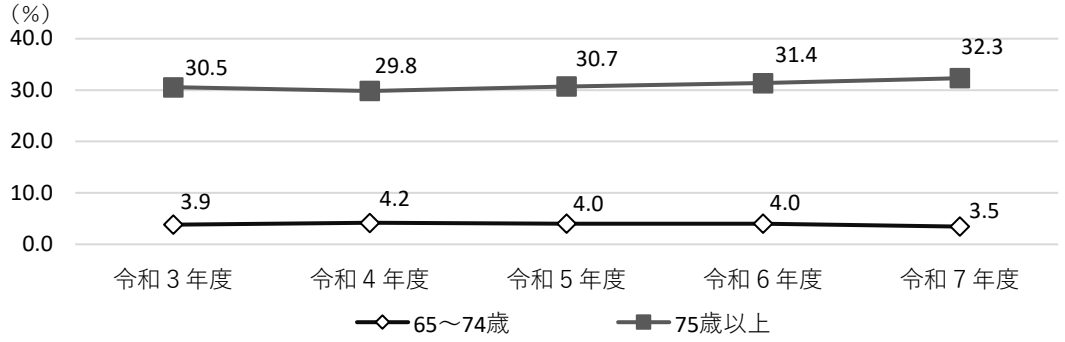
	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度	伸び率 (R3→R7)
軽度者	806 人	792 人	843 人	931 人	1,015 人	1.26
中度者	455 人	510 人	538 人	535 人	553 人	1.22
重度者	332 人	343 人	380 人	400 人	374 人	1.13
合計	1,593 人	1,645 人	1,761 人	1,866 人	1,942 人	1.22
事業対象者	85 人	78 人	52 人	40 人	32 人	0.38

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、令和４年度以降 75 歳以上・85 歳以上はともに増加傾向、65～74 歳は増減を繰り返しながら推移しています。令和７年度では 65～74 歳は 3.5%、75 歳以上は 32.3%、85 歳以上では 64.8%となっており、75 歳以上では約３割の方が、85 歳以上になると約６割の方が要介護認定を受けている状況となっています。

また年齢別要支援・要介護認定者数をみると、75 歳以上の要支援・要介護認定者が急激に増えている傾向にあります。

図表 16:年齢別要支援･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 17:年齢別要支援･要介護認定者数の推移

	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度
65～74 歳	170 人	172 人	157 人	149 人	125 人
75 歳以上	1,389 人	1,439 人	1,566 人	1,669 人	1,776 人
参考(85 歳以上)	(839 人)	(867 人)	(916 人)	(987 人)	(1,037 人)
合計	1,559 人	1,611 人	1,723 人	1,818 人	1,901 人
第２号被保険者	34 人	34 人	38 人	48 人	41 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８年で 985 人、65 歳以上人口の 11.0%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、年代人口の減少に伴い、認知症高齢者数も減少しています。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 18:認知症高齢者の推移

	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年
65 歳以上人口（高齢者人口）	8,877 人	8,863 人	8,910 人	8,936 人	8,982 人
うち認知症高齢者	821 人	840 人	919 人	958 人	985 人
割合	9.2%	9.5%	10.3%	10.7%	11.0%

【内訳】

	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年
65～74 歳人口	4,390 人	4,099 人	3,873 人	3,688 人	3,567 人
うち認知症高齢者	72 人	72 人	62 人	53 人	45 人
割合	1.6%	1.8%	1.6%	1.4%	1.3%
75 歳以上人口	4,487 人	4,764 人	5,037 人	5,248 人	5,415 人
うち認知症高齢者	749 人	768 人	857 人	905 人	940 人
割合	16.7%	16.1%	17.0%	17.2%	17.4%
（参考）85 歳以上人口	1,325 人	1,392 人	1,429 人	1,495 人	1,546 人
うち認知症高齢者	489 人	508 人	571 人	608 人	611 人
割合	36.9%	36.5%	40.0%	40.7%	39.5%

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」Ⅱａ以上の人とする。

３　第９期計画の取組状況と課題

３－１　保健事業

⑴　健康増進に向けた取組

内容は次回提示させていただきます。

⑵　各種保健事業

内容は次回提示させていただきます。

図表 19:各種保健事業の実施状況

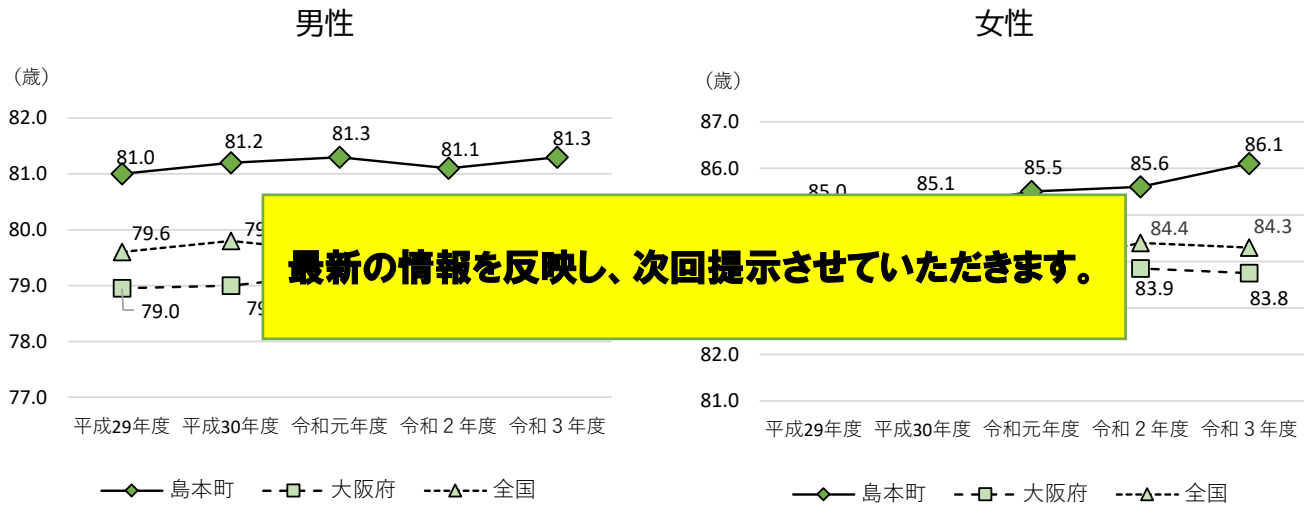
事業名		単位	令和６年度	令和７年度
健康教育		実施回数	66 回	64 回
		延べ受講者数	1,025 人	1,096 人
健康相談		実施回数	35 回	37 回
		延べ相談者数	585 人	616 人
健康診査・検診	特定健康診査	受診率	41.2%	39.7%
	肺がん検診		14.9%	15.0%
	胃がん検診		4.7%	4.6%
	大腸がん検診		11.0%	10.3%
	乳がん検診		9.9%	9.9%
	子宮頸がん検診		18.2%	18.1%
	前立腺がん検査	受診者数	317 人	273 人
	ピロリ菌検査		21 人	21 人
訪問指導		実人数	30 人	5 人
		延べ人数	68 人	5 人
健康手帳の交付		交付者数	453 人	306 人
歯科健康診査		受診者数	313 人	464 人
歯科健康相談		実施回数	6 回	－回
		延べ相談者数	66 人	－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	51.2%	52.5%
	新型コロナウイルス感染症		18.4%	5.9%
	成人用肺炎球菌ワクチン		31.3%	42.1%
	帯状疱疹ワクチン		―	26.9%

資料：島本町健康福祉部

※歯科健康相談は令和７年度から集団歯科健康診査と統合し、「ふれあい歯科健診～赤ちゃんから高齢者まで歯と口の無料相談会～」として実施

※帯状疱疹ワクチンは令和７年度から実施

図表 20:健康寿命の推移【全国・大阪府との比較】



最新の情報を反映し、次回提示させていただきます。

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」

※厚生労働省が全国及び都道府県単位で算出している健康寿命は、「国民生活基礎調査の結果」を用いているが、大阪府は市町村の健康寿命を算出するにあたり、「要介護認定者数」を用いているため、本データは厚生労働省の算出方法と異なる。

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）及び緊急通報装置設置事業については、令和７年度は大きく実績が増えています。特に緊急通報装置の設置は、令和７年度に実施したひとり暮らし高齢者等実態把握事業の調査票送付時に緊急通報装置設置事業の案内を同封したことで、大きな反響があり、新規申し込みが例年と比較して大きく増える結果となりました。

ひとり暮らし等高齢者実態把握事業については、例年、各年度における基準日を設け、基準日時点において、前年度調査実施以降、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 歳以上の高齢者に対象をしぼって調査票を送付し、実施していましたが、令和７年度はひとり暮らし高齢者等実態把握事業の調査結果で作成しているひとり暮らし高齢者台帳の情報を最新の情報に刷新するために、従来までの台帳登録者も含めて再度調査票の送付を行い、新たに登録を呼びかけたことから令和６年度と比較して、登録者数が大幅に増加しました。

福祉ふれあいバスについては、１日当たりの平均乗車人数はコロナ禍で大きく落ち込み、その後は徐々に回復傾向にありましたが、令和７年度はコロナ禍以前の令和元年度より多い人数なり、より多くの高齢者に利用が広がっているものと考えています。

高齢者健康と生きがいづくり推進事業については、年長者クラブ連合会が町内の高齢者を対象として実施しているハイキング・グラウンドゴルフ・健康づくりの講演会・カラオケ大会などの各取り組みにおいて、参加者が令和６年度よりそれぞれ増えたことが延べ参加者数の大幅な増加につながったものと考えています。

高齢者福祉に関する新たなサービスでは、介護予防や認知症予防を目的に「耳のフレイル」対策のひとつとして、補聴器の装着が必要な高齢者が購入する際の費用の一部助成（補聴器購入費助成）を令和６年度から開始しました。

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、適宜事業の内容やあり方を検討していく必要があります。

図表 21:高齢者福祉事業の実施状況

事業名	単位	令和６年度	令和７年度
給食サービス(配食)	利用人数※	48 人	67 人
	食数	7,913 食	9,216 食
緊急通報装置設置事業	設置台数※	171 台	200 台
	うち新規設置台数	31 台	60 台
移送サービス助成事業	実利用人数	217 人	227 人
街かどデイハウス事業	延べ利用人数	767 人	809 人
	延べ利用時間数	1,667 時間	1,980 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	130 人	1,036 人
	うちひとり暮らし高齢者	83 人	1,018 人
しまもと安心ボトル配付事業	配付数	80 人	75 人
高齢者祝品	贈呈人数	10 人	10 人
高齢者日常生活用具の給付	給付及び貸与件数	0 件	0 件
高齢者福祉センター	延べ利用人数	2,190 人	2,166 人
福祉ふれあいバス	運行日数	243 日	242 日
	1 日当たり平均乗車人数	117 人	122 人
年長者クラブ	単位クラブ数	23 クラブ	23 クラブ
	会員数	1,272 人	1,182 人
高齢者健康と生きがいづくり推進事業	延べ参加人数	1,277 人	1,617 人
補聴器購入費助成	助成人数	14 人	7 人

資料：島本町健康福祉部(※の数値は、各年度末現在)

※1　ひとり暮らし高齢者等実態把握事業は、令和６年度までは各年度で基準日を設け、基準日時点において、前年度調査実施以降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。令和７年度は当該実態把握事業の調査結果から作成しているひとり暮らし高齢者の台帳を最新の情報に刷新するため、令和６年度までの台帳登録者も含めて再度調査票を送付し、新たに登録を呼びかける全数調査を実施。

図表 22: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。
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出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）を給付します。
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。
補聴器購入費助成	両耳の聴力レベルがそれぞれ 40 デジベル以上の中等度難聴であって、耳鼻咽喉科の医師から補聴器使用の必要性を認められた 65 歳以上の高齢者を対象に、補聴器購入時に一人あたり 1 回のみ 25,000 円を上限に助成を行っています。

３－３　介護保険事業

本町では、令和６年３月に策定した第９期計画に基づき、各種事業を推進しています。第９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。

⑴　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 23:被保険者の状況

区　分	令和６年度	令和７年度
第 1 号被保険者 （65 歳以上）	9,016 人	9,067 人
第 2 号被保険者 （40 歳以上 65 歳未満）	11,082 人	11,329 人

資料：島本町健康福祉部（実績の数値は、各年度末現在）

⑵　認定申請者数

認定申請者数については、新規申請は年度により大幅な増減はなく、長期的な傾向として増えてきている状況にあります。一方で、更新申請については、前回認定時の有効期間の終了日が半年後から最長４年後までで、個人により違っていることから、年度によって大きく増減があります。

新規・更新・区分変更の合計である認定申請の総数については、令和７年度は 1,437 人であり、全体的な傾向として、最近は 1,400 人から 1,500 人程度で推移をしている状況です。

図表 24:認定申請者数

区　　分		令和６年度	令和７年度
新規申請	延べ人数	582 人	548 人
更新申請	延べ人数	597 人	734 人
区分変更	延べ人数	166 人	155 人

資料：島本町健康福祉部

⑶ 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６年度は 1,866 人、令和７年度は 1,942 人となっており、各年度ともに計画値を上回る結果となりました。

要支援・要介護認定別にみると、要支援１・要支援２が令和６年度・令和７年度ともに実績が計画値を大きく上回っており、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 25:要支援･要介護認定者数

区　分	令和６年度		令和７年度	
	計画	実績	計画	実績
要支援１	251 人	312 人	258 人	349 人
要支援２	214 人	271 人	217 人	285 人
要介護１	369 人	348 人	379 人	381 人
要介護２	316 人	301 人	326 人	329 人
要介護３	219 人	234 人	226 人	224 人
要介護４	192 人	228 人	201 人	207 人
要介護５	164 人	172 人	169 人	167 人
計	1,725 人	1,866 人	1,776 人	1,942 人

資料：島本町健康福祉部（実績の数値は、各年度末現在で介護保険事業状況報告（年報）での報告値）

⑷ 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、総数をみると、令和６年度は 1,259 人、令和７年度は 1,270 人と微増しています。

令和６年度と令和７年度の実績を要介護度別にみると、要支援１・要支援２、要介護１・要介護２の人数が増加する一方、要介護３・要介護４の人数が減少しています。

また、最近の実績を分析すると、要支援１・要支援２・要介護１のサービス受給者数が大きく増えており、軽度者の方が大きく増加していることが最近の本町の特徴となっています。

図表 26:居宅介護(支援)サービス受給者数

区　分	令和６年度	令和７年度
要支援１	137 人	142 人
要支援２	169 人	182 人
要介護１	283 人	309 人
要介護２	250 人	265 人
要介護３	163 人	152 人
要介護４	161 人	123 人
要介護５	96 人	97 人
計	1,259 人	1,270 人

資料：島本町健康福祉部（数値は、各年度末現在）

⑸ 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】

要支援者の介護サービス利用については、令和６年度・令和７年度ともに「②介護予防訪問看護」「④介護予防居宅療養管理指導」「⑤介護予防通所リハビリテーション」「⑩介護予防福祉用具貸与」「⑭介護予防支援」が計画値を大きく上回っています。

一方で、コロナ禍で大きく利用が伸びていた「③介護予防訪問リハビリテーション」については、第９期計画期間中の実績は計画値を下回っています。

図表 27:介護予防サービスの利用状況

区　分	令和６年度			令和７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	-
②介護予防訪問看護	276 人	295 人	106.9%	288 人	369 人	128.1%
③介護予防訪問リハビリテーション	240 人	154 人	64.2%	240 人	174 人	72.5%
④介護予防居宅療養管理指導	156 人	206 人	132.1%	168 人	237 人	141.1%
⑤介護予防通所リハビリテーション	960 人	1,271 人	132.4%	984 人	1,447 人	147.1%
⑥介護予防短期入所生活介護	0 人	9 人	-	0 人	20 人	-
⑦介護予防短期入所療養介護（老健）	0 人	5 人	-	0 人	11 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	-
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	-
⑩介護予防福祉用具貸与	1,956 人	2,220 人	113.5%	2,040 人	2,562 人	125.6%
⑪特定介護予防福祉用具購入費	84 人	33 人	39.3%	84 人	37 人	44.0%
⑫介護予防住宅改修費	60 人	52 人	86.7%	60 人	52 人	86.7%
⑬介護予防特定施設入居者生活介護	72 人	72 人	100.0%	84 人	88 人	104.8%
⑭介護予防支援	2,532 人	3,120 人	123.2%	2,652 人	3,621 人	136.5%

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６年度、令和７年度は、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 28:地域密着型介護予防サービスの利用状況

区　分	令和６年度			令和７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	0.0%	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	-
③介護予防認知症対応型共同生活介護	0 人	0 人	0.0%	0 人	0 人	0.0%

資料：島本町健康福祉部

【居宅サービス】

要介護者の介護サービス利用については、「⑦通所リハビリテーション」が令和６年度・令和７年度ともに計画値をやや上回っていますが、多くのサービスが計画値どおり、または計画値を下回る形で推移しています。

また、介護予防サービスと同様に、コロナ禍で大きく利用が伸びていた「④訪問リハビリテーション」については、第９期計画期間中の実績は計画値を下回っています。

図表 29:居宅サービスの利用状況

区　分	令和６年度			令和７年度		
	計画	実績	計画比	計画	実績	計画比
①訪問介護	4,104 人	3,825 人	93.2%	4,368 人	3,953 人	90.5%
②訪問入浴介護	228 人	199 人	87.3%	240 人	227 人	94.6%
③訪問看護	2,436 人	2,488 人	102.1%	2,544 人	2,668 人	104.9%
④訪問リハビリテーション	1,212 人	981 人	80.9%	1,272 人	1,026 人	80.7%
⑤居宅療養管理指導	3,732 人	3,813 人	102.2%	3,924 人	3,884 人	99.0%
⑥通所介護	4,428 人	3,639 人	82.2%	4,596 人	3,790 人	82.5%
⑦通所リハビリテーション	1,728 人	1,906 人	110.3%	1,788 人	1,882 人	105.3%
⑧短期入所生活介護	684 人	580 人	84.8%	732 人	569 人	77.7%
⑨短期入所療養介護(老健)	612 人	504 人	82.4%	648 人	524 人	80.9%
⑩短期入所療養介護(病院等)	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	-
⑫福祉用具貸与	7,332 人	6,801 人	92.8%	7,896 人	7,053 人	89.3%
⑬特定福祉用具購入費	108 人	123 人	113.9%	108 人	100 人	92.6%
⑭住宅改修費	84 人	102 人	121.4%	96 人	70 人	72.9%
⑮特定施設入居者生活介護	756 人	750 人	99.2%	768 人	769 人	100.1%
⑯居宅介護支援	9,720 人	9,458 人	97.3%	10,140 人	9,734 人	96.0%

資料：島本町健康福祉部

【地域密着型サービス】

「⑤小規模多機能型居宅介護」は、町内において新規のサービス提供事業所の立ち上げができなかったことから令和７年度は計画値を大きく下回っています。なお、「①定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「④認知症対応型通所介護」「⑤小規模多機能型居宅介護」は町内でサービス提供を実施している事業所はなく、いずれも住所地特例対象者が住民票のある他市においてサービス利用をされた実績となっています。

図表 30:地域密着型サービスの利用状況

区　分	令和６年度			令和７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	72 人	76 人	105.6%	84 人	71 人	84.5%
②夜間対応型訪問介護	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
③地域密着型通所介護	1,032 人	1,046 人	101.4%	1,056 人	1,124 人	106.4%
④認知症対応型通所介護	0 人	12 人	-	0 人	11 人	-
⑤小規模多機能型居宅介護	12 人	5 人	41.7%	120 人	1 人	0.8%
⑥認知症対応型共同生活介護	504 人	484 人	96.0%	504 人	470 人	93.3%
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	-
⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	372 人	348 人	93.5%	372 人	355 人	95.4%
⑨看護小規模多機能型居宅介護	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-

資料：島本町健康福祉部

【施設サービス】

施設サービスについては、町内にある施設の定員に変更はないことからおおむね計画値どおりの推移となっています。また、「③介護医療院」については令和７年度が計画値を大きく上回っています。

図表 31:施設サービスの利用状況

区　分	令和６年度			令和７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	960 人	931 人	97.0%	960 人	942 人	98.1%
②介護老人保健施設	1,440 人	1,450 人	100.7%	1,440 人	1,360 人	94.4%
③介護医療院	84 人	73 人	86.9%	84 人	111 人	132.1%

資料：島本町健康福祉部

（参考）町内の有料老人ホームの現在数：３施設　定員 108 人（令和８年７月１日現在）

町内のサービス付き高齢者向け住宅の現在数：１施設　定員 58 人（令和８年７月１日現在）

第９期計画の介護保険料

第９期計画における本町の 65 歳以上の人（第 1 号被保険者）から徴収する介護保険料については、国の基準である 13 段階よりも多い、14 段階で設定していました。

図表 32: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その他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の人	0.455 (0.285)	34,671 円 (21,717 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その他の合計所得金額の合計が 120 万円以下の人	0.685 (0.485)	52,197 円 (36,957 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	0.690 (0.685)	52,578 円 (52,197 円)
第 4 段階	・本人が住民税非課税だが、住民税課税世帯で、本人の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が 80 万円未満の人	0.900	68,580 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	1.000	76,200 円
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	1.200	91,440 円
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	1.300	99,060 円
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	1.500	114,300 円
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	1.700	129,540 円
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	1.900	144,780 円
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	2.100	160,020 円
第 12 段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が 620 万円以上の人 720 万円未満の人	2.300	175,260 円
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 1,000 万円未満の人	2.400	182,880 円
第 14 段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が 1,000 万円以上の人	2.500	190,500 円

資料：島本町健康福祉部

※令和６年度から令和８年度の保険料を表示しています。なお、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があります。（ ）内は公費投入による保険料軽減反映後の金額です。

本町の 65 歳以上の第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６年度及び令和７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 33:介護保険料の徴収状況

区　分	令和６年度	令和７年度
調定額	698,511,852 円	709,614,176 円
収納額	696,386,507 円	708,461,707 円
還付未済額	646,495 円	1,141,763 円
収納率	99.60%	99.68%

資料：島本町健康福祉部

⑹　地域支援事業

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。

当初は直営で運営をしていましたが、令和２年４月から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現在に至っています。

第９期計画期間中は、専門職による総合相談対応や高齢者虐待などのケース対応、ケアマネジャーの資質向上と支援などの業務とともに、地域包括支援センターがこれまでの活動で整備してきた高齢者虐待防止のための関係機関ネットワーク会議、町内の薬局と連携した支援の必要な高齢者の早期発見の取組や、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の継続運用に努めてきました。

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積極的に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。

図表 34:島本町地域包括支援センターでの
総合相談支援事業及び介護予防ケアマネジメント等事業の状況

（延べ件数）

事業名		内訳	令和６年度	令和７年度
総合相談支援事業	相談方法	電話及び来所	985 件	1,040 件
		訪問	327 件	383 件
		その他	42 件	38 件
		計	1,354 件	1,461 件
	相談内容	介護保険・総合事業に関すること	884 件	935 件
		住宅改修・福祉用具関係	153 件	177 件
		介護予防	57 件	94 件
		認知症	165 件	156 件
		虐待（疑いを含む）	54 件	37 件
		権利擁護・成年後見	39 件	34 件
		生活相談	39 件	75 件
		介護相談・介護者支援	39 件	20 件
		福祉サービス	32 件	41 件
		医療関係	60 件	67 件
		健康	0 件	1 件
		消費者被害	11 件	8 件
		モニタリング	17 件	12 件
		ケアマネジャー支援	10 件	35 件
		その他	132 件	199 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	2,805 件	3,125 件
		居宅介護支援事業所委託分	1,704 件	1,893 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。

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 35:「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、支援が必要な高齢者が抱えている問題の背景に、生活困窮、ひきこもり、8050 問題、身寄りがないなどの制度・分野をまたぐ課題も存在しており、これらに適切に対応していくためには、重層的な支援体制を整備していくことが重要となります。

図表 36:地域ケア会議の開催状況

事業名	内訳	令和６年度	令和７年度
自立支援検討型	事例	46 事例	47 事例
	回数	24 回	24 回
困難事例検討型	事例	3 事例	5 事例
	回数	3 回	5 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、第９期計画では、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、人生会議（ＡＣＰ）の取り組みを促進するために、実践ツールとして「わたしの思いカード」の作成・配布を開始し、併せて専門職や住民向けの研修会を新たに始めました。

今後は、このＡＣＰの取り組みをさらに促進していくとともに、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、大阪府が作成している医療計画とも連動しての在宅医療の提供体制の強化や町内の医療関係者と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に引き続き取り組んでいく必要があります。

図表 37: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)

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養成講座と小学生に対するキッズサポーター養成講座、より実践的に認知症当事者とともに歩むパートナー（オレンジパートナー）養成のためのステップアップ講座の開催、認知症初期集中支援チームによる早期支援、認知症カフェの活動支援や認知症ケアパスの改定などの取組を行っています。

認知症サポーターについては、オレンジパートナー養成講座の修了者の活動のための勉強会や情報交換を行うための定例会を開催し、その中で認知症になっても買い物を楽しむことができるようにする「買い物レク」の取り組みをはじめるなど、より認知症当事者の実際の生活に沿った実践的な支援での事業展開を進めました。

また、多くの方に認知症当事者を理解してもらうために、認知症希望大使を講師に招いての講演会・研修会も新たに行いました。

今後も認知症高齢者の増加が見込まれることから、「認知症基本法」にもとづき、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。

図表 38:認知症高齢者支援事業

事業名		単位	令和６年度	令和７年度
認知症高齢者等見守りネットワーク		登録者数※	47 人	58 人
		協力機関数※	54 か所	53 か所
認知症サポーター養成講座		実施回数	10 回	10 回
		受講者数	331 人	394 人
	キッズサポーター教室	実施回数	4 回	4 回
		受講者数	271 人	317 人
しまもとオレンジカフェ		設置か所数※	2 か所	2 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）	2 件 （1 件）
認知症地域支援推進員		配置人数	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。

⑺　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、訪問型サービスの利用実績は、令和５年度までは年々減少傾向であったものが、令和６年度・令和７年度は増加傾向となっています。一方で通所型サービスの利用実績は、令和元年度以降は減少傾向にあり、令和６年度・令和７年度はほぼ横ばいとなっています。

介護予防・生活支援サービスとしては、現在実施している内容以外に、高齢者の居場所づくりや移動支援に関する内容でのサービス構築も可能であり、他自治体で実施されている事例もあります。本町でもこれらのニーズはあると考えていることから新たなサービスの立ち上げについても今後、検討を進めていく必要があります。

図表 39:介護予防･日常生活支援総合事業の仕組み



図表 40:介護予防･生活支援サービス事業

事業名		単位	令和６年度	令和７年度
対象者	事業対象者	人数※	40 人	32 人
	要支援１	人数※	137 人	142 人
	要支援２	人数※	169 人	182 人
利用状況	訪問型サービス	延べ件数	1,169 件	1,228 件
	通所型サービス	延べ件数	1,648 件	1,634 件
介護予防ケアマネジメント		延べ件数	1,397 件	1,407 件

資料：島本町健康福祉部（※の数値は、各年度末現在）

⑷ 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。）を推進しており、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の取り組みを実施しています。

いきいき百歳体操の地域拠点は第９期計画期間中に新たに２か所の地域拠点が立ち上がりましたが、一方で会場確保と担い手不足で廃止となった拠点が３か所あり、令和８年 10 月時点では 44 か所となっています。

また、体操の参加者はコロナ禍で大きく減少し、その後令和４年度以降は回復傾向にありましたが、令和７年度はコロナ禍以外で初めて減少となりました。

令和８年度は本町でいきいき百歳体操が開始されて 20 年目であり、体操の継続により身体機能の維持や介護予防につながっている効果も得られていることから、再度、参加者が増加に転じるように積極的にＰＲなどを行っていく必要があります。

図表 41:一般介護予防事業

事業名	単位	令和６年度	令和７年度
いきいき百歳体操地域展開	実施か所数	45 か所	43 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	参加者数	564 人	553 人
75 歳以上人口におけるいきいき百歳体操の参加状況	参加者数	451 人	463 人
かみかみ百歳体操地域展開	実施か所数	41 か所	39 か所
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
	新規修了者数	8 人	10 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。当該ネットワークは、町内の高齢者福祉にかかわる関係団体等が参画し、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、地域に出向いての意見交換、講演会の開催など様々な活動を行っています。

また、高齢者の多様な居場所づくりに資する新たな取り組みとして、生活支援コーディネーターの働きかけによるコミュニティカフェの開設を令和６年度から開始しており、令和７年度末には町内の 15 か所で立ち上がっています。

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や地域がそれぞれ抱えている課題の解消に向けての検討を継続していく必要があります。

図表 42:生活支援体制整備事業

事業名	単位	令和６年度	令和７年度
生活支援コーディネーター	配置人数	１人	１人
ささえ愛ネットワーク会議	会議開催回数	３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る状況が続いており、介護の担い手確保の視点からの事業のあり方も含めて見直しを検討していく必要があります。

図表 43:訪問型サービスA従事者養成研修

事業名	単位	令和６年度	令和７年度
訪問型サービス A 従事者養成研修	開催数	２回	２回
	修了者	10 人	５人

資料：島本町健康福祉部

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、コロナ禍により令和３年度から事業を中止していましたが、令和７年度より事業を再開しました。

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 44:任意事業

事業名	単位	令和６年度	令和７年度
ケアプラン点検	対象事業所数	12 事業所	12 事業所
地域自立生活支援事業 （介護相談員派遣等事業）	事業所数	準備期間	6 事業所
成年後見制度利用支援事業	利用人数	0 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	51 人	50 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９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、基本目標ごとに施策を推進することで目指す目標像を設定し、その目標像の達成に資する指標を設定しています。

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 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	困ったときに相談できる			
指標	単位		令和６年度	令和７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	1 回	1 回
		実績	1 回	1 回
		計画比	100.0 %	100.0 %
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	－	70%
		実績	－	63.4%
		計画比	－	90.6%
総合相談支援事業	相談延べ件数	計画	1,400 件	1,500 件
		実績	1,354 件	1,461 件
		計画比	96.7%	97.4%
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	2 回	2 回
		計画比	66.7%	66.7%
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	24 回	24 回
		計画比	100.0 %	100.0 %
	検討事例数	計画	48 事例	48 事例
		実績	46 事例	47 事例
		計画比	95.8%	97.9%

【目標像①「困ったときに相談できる」の評価】==========

○取組・成果

・地域包括支援センターの相談件数は増加しており、認知度も前回調査から 7.1 ポイント上昇しました。また、高齢者虐待、消費者相談、薬局等とのネットワークやケアマネジャー部会を継続し、関係機関との連携を進めました。

○課題・今後の方向性

・ひとり暮らし高齢者の増加などに伴い、身寄りのない高齢者等からの相談増加が見込まれることから、地域包括支援センターを中心とした相談支援体制のさらなる強化が必要です。

==========

施策の内容	目標像②			
エ　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
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	計画	27 回	27 回
		実績	24 回	24 回
		計画比	88.9%	88.9%
医療・介護関係者に対する研修会の開催	開催回数	計画	2 回	2 回
		実績	1 回	1 回
		計画比	50.0%	50.0%
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	計画	1 か所	1 か所
		実績	1 か所	1 か所
		計画比	100.0 %	100.0 %
ＡＣＰ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	計画	－	40%
		実績	－	19.3%
		計画比	－	48.3%

【目標像②「安心して在宅療養できる」の評価】==========

〇取組・成果

・第８次大阪府医療計画（2024 年度～2029 年度）（以下「第８次大阪府医療計画」という。）において、島本町が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」、医療法人清仁会みなせ病院が「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置づけられたことを踏まえ、在宅医療・介護の連携体制の見直しを進めています。

・ＡＣＰ（人生会議）の取り組みでは、実践のためのツールとしての「わたしの思いカード」の作成や研修を実施しました。

〇課題・今後の方向性

・今後は、在宅医療・介護連携コーディネーターを中心に、関係機関の連携をさらに強化し、高齢者の在宅医療の提供体制をさらに充実させていく必要があります。

・ＡＣＰの認知度はまだまだ低い一方で、「もしものとき」について話し合う必要性への関心は高く、カードの普及等を通じた理解と実践の促進が必要です。

==========

施策の内容	目標像③			
オ　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
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	計画	120 人	120 人
		実績	130 人	1,036 人
		計画比	108.3%	863.3%
配食サービス	延べ利用者数	計画	580 人	590 人
		実績	597 人	686 人
		計画比	102.9%	116.3%
認知症高齢者等見守りネットワーク	年度末 登録者数	計画	55 人	60 人
		実績	47 人	58 人
		計画比	85.5%	96.7%
	協力機関数	計画	53 か所	54 か所
		実績	54 か所	53 か所
		計画比	101.9%	98.1 %

【目標像③「地域共生社会への意識や取組が定着する」の評価】==========

○取組・成果

・ひとり暮らし高齢者の登録台帳は、令和７年度に、既に台帳に登録されている方も含めてひとり暮らしと考えられる高齢者全員に対して調査を行い、登録情報の刷新を行いました。

・認知症高齢者等見守りネットワークは登録者が増加し、捜索協力依頼の実例も増えています。

○課題・今後の方向性

・ひとり暮らし高齢者の登録台帳については、今後も民生委員等と情報共有し、見守りや安否確認に活用していく必要があります。

・認知症高齢者の増加を見据え、ＧＰＳやスマートフォン等のデジタル機器の活用も含め、本人や家族がより安心できる見守り体制を検討する必要があります。

==========

施策の内容	目標像④			
カ　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
高齢者虐待等防止ネットワーク会議	開催回数	計画	1 回	1 回
		実績	1 回	1 回
		計画比	100.0%	100.0%
高齢者虐待防止・成年後見制度の研修会	開催回数	計画	1 回	1 回
		実績	0 回	1 回
		計画比	0.0%	100.0%

【目標像④「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」の評価】==========

○取組・成果

・高齢者虐待の早期発見･早期対応に向け、ケアマネジャーへの研修や相談窓口の周知、高齢者虐待等防止ネットワーク会議による関係機関の情報共有・連携を進めました。

○課題・今後の方向性

・高齢者虐待については、今後も迅速な対応体制を維持するとともに、虐待の予防にも取り組む必要があります。

・ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者、身寄りのない高齢者の増加を見据え、日常生活における意思決定や金銭管理、成年後見制度等について、必要な人が円滑に支援や制度につながる体制の充実が必要です。

==========

【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

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 イ　総合的な自立支援・介護予防の推進	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			
指標	単位		令和６年度	令和７年度
いきいき百歳体操地域展開	実施か所数	計画	45 か所	45 か所
		実績	45 か所	43 か所
		計画比	100.0%	95.6%
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	41 か所	39 か所
		計画比	100.0%	92.9%
いきいき百歳体操の参加者数	65 歳以上の参加者数	計画	550 人	600 人
		実績	564 人	553 人
		計画比	102.5%	92.2%
	（うち 75 歳以上の参加者数）	計画	(400 人)	(440 人)
		実績	(451 人)	(463 人)
		計画比	112.8%	105.2%
いきいき百歳体操サポーター育成講座	新規修了者数	計画	15 人	15 人
		実績	8 人	10 人
		計画比	53.3%	66.7%
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	－	85%
		実績	－	73.1%
		計画比	－	86.0%

【目標像①「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」の評価】==========

○取組・成果

・「いきいき百歳体操」は、第９期計画期間中に新たな拠点が立ち上がった一方、会場確保や担い手不足による廃止もあり、参加者数も令和７年度にコロナ禍以外で初めて減少となっています。

・令和６年度から新たに補聴器購入費助成を開始するとともに、令和７年度には、地域のサロン等で耳のフレイルに関する啓発を試行的に実施しました。

○課題・今後の方向性

・「いきいき百歳体操」への継続参加による介護予防等の効果を周知し、参加者や担い手の確保を進める必要があります。

・「聞こえ」に関することについては、補聴器購入後の生活の変化等を把握し、耳のフレイル対策のあり方を検討する必要があります。

==========

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
生活支援コーディネーター	配置人数	計画	1 人	1 人
		実績	1 人	1 人
		計画比	100.0%	100.0%
ささえ愛ネットワーク参加団体	団体数	計画	13 団体	14 団体
		実績	13 団体	12 団体
		計画比	100.0%	85.7%

【目標像②「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」 の評価】

〇取組・成果

・生活支援コーディネーターを中心に、ささえ愛ネットワークによる定例的な会議や講演会、地域での意見交換等を進め、地域の助け合い・支え合いの体制づくりに取り組みました。

〇課題・今後の方向性

・地域住民との座談会では、ゴミ出しや移動に関する支援の必要性が地域課題として挙げられており、今後は把握した課題を具体的な支援につなげていく必要があります。

==========

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
年長者クラブ	会員数	計画	1,330 人	1,350 人
		実績	1,272 人	1,182 人
		計画比	95.6%	87.6%
	65 歳以上人口における加入率	計画	15.0%	15.1%
		実績	14.3%	13.2%
		計画比	95.3%	87.4%
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	1,300 人
		実績	1,277 人	1,617 人
		計画比	106.4%	124.4%
シルバー人材センター	年度末 登録者数	計画	245 人	255 人
		実績	269 人	275 人
		計画比	109.8%	107.8%
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	－	65%
		実績	－	51.0%
		計画比	－	78.5%
街かどデイハウス	延べ利用人数	計画	850 人	900 人
		実績	767 人	809 人
		計画比	90.2%	89.9%

【目標像③「生きがいや役割を持つ高齢者が増える」の評価】==========

○取組・成果

・高齢者健康と生きがいづくり推進事業は、実施主体である島本町年長者クラブ連合会の積極的な事業展開もあり、計画値を上回る実績となっています。一方で、年長者クラブの会員数は減少しています。

・高齢者の多様な居場所づくりについては、そのひとつである街かどデイハウスの安定した運営を支援するとともに、令和６年度から生活支援コーディネーターの働きかけによるコミュニティカフェの開設を進め、令和７年度末には町内の 15 か所で立ち上がっています。

○課題・今後の方向性

・年長者クラブと連携して会員増加に取り組むとともに、多様な健康・生きがいづくりの機会を継続する必要があります。

・今後も身近な居場所や交流機会を広げ、高齢者の外出促進や孤立防止につながる環境を整備していく必要があります。

==========

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
住宅改修の利用	延べ利用件数	計画	156 件	156 件
		実績	154 件	122 件
		計画比	98.7%	78.2%
福祉用具の貸与・購入	延べ件数	計画	9,540 件	10,104 件
		実績	9,463 件	9,999 件
		計画比	99.2%	99.0%
緊急通報装置の利用	新規設置件数	計画	30 件	35 件
		実績	31 件	60 件
		計画比	103.3%	171.4%
安心ボトルの配布	新規配布件数	計画	100 件	110 件
		実績	80 件	75 件
		計画比	80.0%	68.2%
紙おむつ給付	給付人数	計画	45 人	45 人
		実績	51 人	50 人
		計画比	113.3%	111.1%
タクシー利用の助成（移送サービス）	実利用人数	計画	220 人	230 人
		実績	217 人	227 人
		計画比	98.6%	98.7%
福祉ふれあいバスの運行	延べ乗車人数	計画	24,200 人	26,620 人
		実績	28,355 人	29,693 人
		計画比	117.2%	111.5%

【目標像④「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」の評価】==========

〇取組・成果

・住宅改修や福祉用具、緊急通報装置、安心ボトルの配布等を行い在宅生活を支援しました。特に、緊急通報装置は、ひとり暮らし高齢者への周知方法を工夫したことで令和７年度に新規申請が大きく増加しました。

・移動支援では、タクシー利用助成や福祉ふれあいバスを継続するとともに、町全体での交通施策と課題を整理し、移動しやすいまちづくりを庁内の部署横断的に検討する会議（以下「交通環境に関する庁内検討会議」という。）が令和７年度から令和８年度にかけて開催されており、高齢者の移動環境の今後の方向性などの検討を進めました。

・令和７年度に、ゴミ出しが困難な世帯への「ふれあいサポート収集事業」を試行的に開始し、９人の利用がありました。

〇課題・今後の方向性

・交通環境に関する庁内検討会議での議論を受けてまとめられた高齢者が移動しやすいまちづくりの方向性を踏まえて高齢者の移動環境を整える必要があります。

・ひとり暮らし高齢者や 85 歳以上の高齢者の増加を見据え、地域の助け合いや団体による支え合いも組み合わせながら、多様な生活支援ニーズに対応する必要があります。

==========

【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

施策の内容	目標像①			
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	認知症になっても自分らしく生活できる			
指標	単位		令和６年度	令和７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	計画	55 人	60 人
		実績	47 人	58 人
		計画比	85.5%	96.7%
	協力機関数	計画	53 か所	54 か所
		実績	54 か所	53 か所
		計画比	101.9%	98.1%
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	計画	500 人	500 人
		実績	343 人	406 人
		計画比	68.6%	81.2%
認知症カフェの設置	開設か所数	計画	2 か所	2 か所
		実績	2 か所	2 か所
		計画比	100.0%	100.0%
認知症初期集中支援チームの支援件数	支援した件数	計画	4 件	4 件
		実績	4 件	2 件
		計画比	100.0%	50.0%
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	1 回	1 回
		計画比	100.0%	100.0%
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	－	33.0%
		計画比	－	66.0%

【目標像①「認知症になっても自分らしく生活できる」の評価】==========

○取組・成果

・認知症サポーター・キッズサポーターの養成に加え、オレンジパートナーの養成や定例会、当該活動を通じて認知症になっても買い物を楽しむことができるようにする「買い物レク」等を実施し、認知症当事者の実際の生活に沿った活動・支援へ展開しました。

・認知症当事者を講師とした講演会・研修会等を通じ、本人への理解促進に取り組みました。

○課題・今後の方向性

・認知症当事者や家族等の声を継続的に把握し、認知症施策に反映する仕組みづくりが必要です。

==========

【基本目標４】 必要な介護保険サービスを利用できるまち

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
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	計画	準備期間	1か所
		実績	準備期間	公募実施
		計画比	－	－
総合相談支援事業（再掲）	相談件数	計画	1,400件	1,500件
		実績	1,354件	1,461件
		計画比	96.7%	97.4%
配食サービス（再掲）	延べ利用者数	計画	580人	590人
		実績	597人	686人
		計画比	102.9%	116.3%
緊急通報装置の利用（再掲）	新規設置件数	計画	30件	35件
		実績	31件	60件
		計画比	103.3%	171.4%
タクシー利用の助成（移送サービス）（再掲）	実利用人数	計画	220人	230人
		実績	217人	227人
		計画比	98.6%	98.7%
街かどデイハウス（再掲）	延べ利用人数	計画	850人	900人
		実績	767人	809人
		計画比	90.2%	89.9%
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	計画	120人	120人
		実績	130人	1,036人
		計画比	108.3%	863.3%
安心ボトルの配布（再掲）	新規配布件数	計画	100件	110件
		実績	80件	75件
		計画比	80.0%	68.2%
高齢者祝品	贈呈人数	計画	15人	20人
		実績	10人	10人
		計画比	66.7%	50.0%
日常生活用具の給付	給付件数	計画	1件	1件
		実績	件	件
		計画比	0.0%	0.0%
福祉ふれあいバスの運行（再掲）	延べ乗車人数	計画	24,200人	26,620人
		実績	28,355人	29,693人
		計画比	117.2%	111.5%

【目標像①「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」の評価】=

〇取組・成果

・小規模多機能型居宅介護について令和７年度に初めて事業者公募を行いましたが、応募がなかったことから、令和８年度も募集を継続しています。

・見守り・安否確認、移動、介護保険外の集いの場等の高齢者福祉サービスは、多くが計画見込みと同程度または上回る利用となっています。

〇課題・今後の方向性

・在宅生活の継続を支えるサービスとして、引き続き複合型のサービス提供体制の整備に取り組む必要があります。

・介護保険以外の高齢者福祉サービスについて、ひとり暮らし高齢者や 85 歳以上の高齢者の増加を踏まえ、必要なサービスを継続しつつ、ニーズや利便性に応じて適宜必要な見直しをはかっていく必要があります。

==========

施策の内容	目標像①			
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
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	24 回	24 回
		計画比	100.0%	100.0%
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	2 回	2 回
		計画比	66.7%	66.7%
要介護認定の適正化	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	点検数	計画	12 事業所	12 事業所
		実績	12 事業所	12 事業所
		計画比	100.0%	100.0%
縦覧点検・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%

【目標像②「介護保険制度が適切に運営されている」の評価】==========

〇取組・成果

・ケアプラン点検、縦覧点検・医療情報との突合等を計画どおり実施するとともに、地域ケア会議やケアプラン点検、ケアマネジャー部会等を通じて、ケアマネジャーの自立支援・重度化防止に関する知識や資質の向上を図りました。

〇課題・今後の方向性

・今後、介護人材の不足が見込まれることから、新たな担い手の確保とともに、デジタル技術の活用等による介護現場の事務・業務負担の軽減を支援していく必要があります。

==========

３－５　第９期計画期間における課題の総括

⑴　保健事業

⑵　高齢者福祉事業

⑶　介護保険事業

内容は次回提示させていただきます。

４　アンケートからみた現状と課題

※６月３０日の会議において報告

内容は次回提示させていただきます。

５　第 10 期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９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、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、生活支援、認知症施策、介護サービス基盤の充実等に取り組んできました。第 10 期計画においても、この基本理念を引き継ぎます。

本町では、65～74 歳の前期高齢者が減少する一方、75 歳以上の後期高齢者、特に介護や医療のニーズが高くなる 85 歳以上の高齢者の増加が見込まれています。また、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみの世帯、認知症の人の増加などにより、生活支援や見守り、医療・介護の連携、権利擁護など、高齢者を取り巻く支援ニーズは今後さらに多様化していくことが想定されます。

一方で、生産年齢人口の減少により、介護人材をはじめとする地域の支え手の確保が一層重要となります。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、必要な介護サービスを安定して提供できる体制を確保するとともに、介護予防や健康づくり、地域での見守りや支え合い、社会参加などを通じて、高齢者一人ひとりの自立した生活を地域全体で支えていくことが必要です。

また、高齢者自身の価値観や希望する暮らし方は個人によってさまざまであり、一人ひとりの希望や状況に応じた支援が求められています。認知症になった場合や介護が必要になった場合においても、本人の意思や希望が尊重され、できる限り自分らしい生活を続けられる環境づくりが重要です。

このため、第 10 期計画では、令和 22（2040）年等の中長期を見据えながら、地域包括ケアシステムをさらに深化・推進するとともに、健康づくり・介護予防、地域での支え合い、社会参加、認知症施策、在宅医療・介護連携、家族介護者への支援、介護サービス提供体制の確保などを総合的に進め、高齢者一人ひとりが、その人らしい生き方や暮らし方を大切にしながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることのできるまちをめざします。

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。

⑴　一人ひとりの尊厳と意思・選択の尊重

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す。介護が必要な状態になっても、認知症になっても、一人ひとりの尊厳が守られ、本人の意思や希望、選択が尊重されながら、自分らしく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、高齢者一人ひとりの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、権利擁護や意思決定の支援も含めた一人ひとりの状況に応じたきめ細かな支援を進めます。なお、支援の推進にあたっては、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。

⑵　地域共生社会の実現と地域福祉の推進

高齢者のひとり暮らしや高齢者のみの世帯が増加し、生活課題が複雑化・複合化する中、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制度・分野をまたぐ複雑な課題にも対応できるよう、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。

⑶　地域包括ケアシステムの深化と持続可能な高齢者支援

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。

今後、85 歳以上の高齢者や認知症の人、ひとり暮らし高齢者等の増加により、医療と介護の双方を必要とする人や、日常生活を支える様々な支援を必要とする人の増加が見込まれます。町をはじめ、地域包括支援センター、医療・介護関係者、サービス提供事業者、地域の関係団体等が連携し、一人ひとりの状態や生活状況に応じて必要な支援につながる体制を充実します。

また、生産年齢人口が減少する中においても必要なサービスを安定して提供してい

くため、介護人材の確保・定着、職場環境の改善、介護現場の生産性向上等を進め、将来にわたって持続可能なサービス提供体制の確保に取り組みます。

⑷ 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者一人ひとりがこれまで培ってきた経験や知識、能力を生かしながら、生きがいや役割を持って地域で暮らすことは、本人の生活の充実だけでなく、健康づくりや介護予防、地域の活力にもつながります。

就労、趣味や学習、地域活動、ボランティアなど、一人ひとりの関心や心身の状態、生活状況に応じた多様な参加の機会の充実に努め、高齢者が無理なく人や地域とつながり、社会の中で活躍できる環境づくりを進めます。

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。

⑸ 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。

高齢者一人ひとりが自身の健康や生活機能に関心を持ち、主体的に健康づくりや介護予防に取り組めるよう支援するとともに、身近な地域で継続して介護予防や交流に取り組むことのできる環境づくりを進めます。

また、保健・医療・福祉・介護等の関係機関が高齢者の自立支援という共通の目標を持って連携し、状態の改善や生活機能の維持・向上を支援します。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施などを通じて、健康寿命の延伸と生活の質の向上を図ります。

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。

⑴　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自分らしい生活を続けることができるよう、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。

地域の中核的な相談支援機関である地域包括支援センターの機能強化を図るとともに、地域ケア会議等を通じた多職種・関係機関の連携を進め、高齢者本人や世帯の状況に応じた包括的な支援につなげます。また、在宅医療・介護連携や地域での見守り・支え合いを進め、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等が一体的に提供される体制の充実を図ります。

さらに、ひとり暮らし高齢者や認知症の人、頼れる身寄りのない高齢者等の増加も見据え、本人の意思や希望を尊重した権利擁護・意思決定支援や、家族介護者への支援を進めます。

⑵　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

高齢者ができる限り健康で自立した生活を続けることができるよう、健康づくりや生活習慣病予防を進めるとともに、一人ひとりの心身の状態に応じた介護予防・重度化防止の取組を推進します。また、住民主体の通いの場や地域での介護予防活動を支援し、高齢者が主体的かつ継続的に健康づくり・介護予防に取り組める環境づくりを進めます。

高齢者がこれまで培ってきた知識や経験、技能を生かし、生きがいや役割を持って地域で活動できるよう、多様な居場所や社会参加・活躍の機会づくりを進めます。また、高齢者自身を含む地域住民や団体等とともに地域の生活課題を把握し、地域での助け合い・支え合いによる生活支援の充実を図ります。

さらに、高齢者が住み慣れた地域で安全・安心に暮らし続けられるよう、住まい、移動、日常生活、防災・感染症対策等について、平時からの関係部局・関係機関と連携した生活環境づくりを進めます。

⑶　認知症になっても安心して自分らしく生活できるまち

国において示された認知症基本法及び「新しい認知症観」を踏まえ、認知症になってからも、一人ひとりが希望を持ち、本人の意思や意見が尊重され、地域の一員として自分らしく暮らし続けることのできる共生社会の実現をめざします。

認知症に関する正しい知識と理解の普及を進めるとともに、認知症の人が地域で役割を持ち、社会参加できる機会づくりを進めます。また、認知症の人や家族等の声を把握し、その意見や希望を施策・事業に反映できるよう、本人・家族等の参画を進め

ます。

さらに、認知症の早期の気づきから相談、医療・介護等の支援につながる体制や、地域での見守り、本人・家族を支える交流・相談の場等を充実し、認知症になっても安心して地域で生活できる環境づくりを進めます。

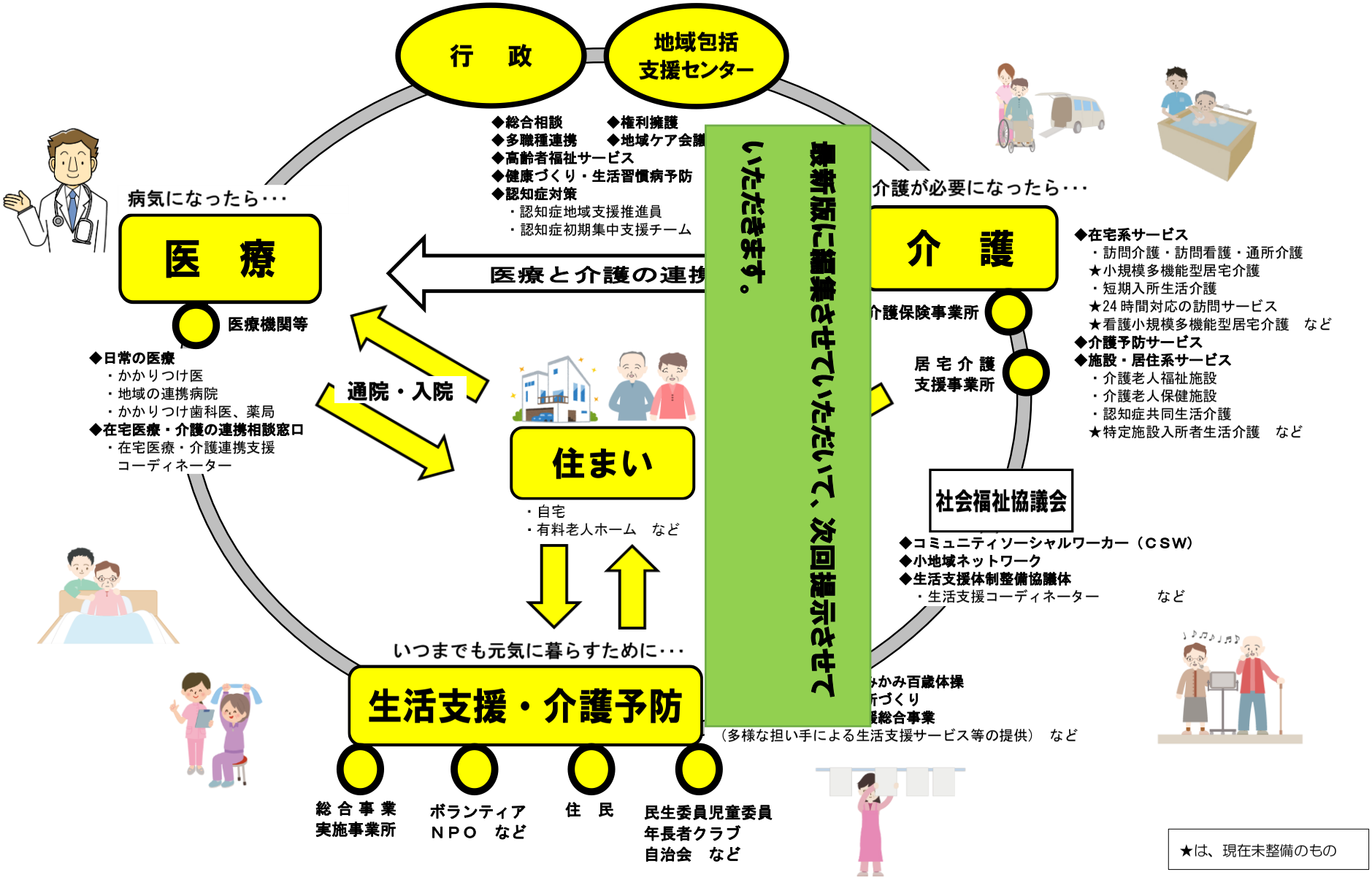
⑷ 必要な介護保険サービスを利用できるまち

高齢者が介護を必要とする状態になっても、本人や家族の状況や希望に応じて必要な介護・福祉サービスを利用し、地域で安心して生活を続けることができるよう、サービス提供体制の確保に取り組みます。

令和 22（2040）年等の中長期を見据えながら、今後の 85 歳以上の高齢者や介護需要の増加を鑑み、本町の実情に応じたサービス基盤の確保を進めます。

また、生産年齢人口の減少や介護人材不足が見込まれる中においても、必要なサービスを持続的に提供できるよう、福祉・介護人材の確保・定着や介護現場の生産性向上を支援します。あわせて、介護給付の適正化や事業者への支援・指導等を通じて、介護保険事業の適正かつ円滑な運営とサービスの質の確保を図ります。

図表 67: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（案）

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	⑴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機能強化と相談支援体制の充実
		イ　地域ケア会議を通じたケアマネジメントの向上
		ウ　高齢者や世帯の状況に応じた包括的な支援
		エ　在宅医療・介護連携の推進
		オ　地域支え合い体制の整備
		カ　権利擁護・意思決定支援の推進
	⑵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　安心して暮らせる住まい・移動・生活環境づくり
	⑶認知症になっても安心して自分らしく生活できるまち	ア　新しい認知症観に基づく共生のまちづくり
		イ　認知症の人の社会参加と本人・家族等の参画の推進
		ウ　認知症の支援体制の充実
	⑷必要な介護保険サービスを利用できるまち	ア　介護・福祉サービスの提供体制の確保
		イ　福祉・介護人材の確保・定着と介護現場の生産性向上
		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

85 歳以上の高齢者やひとり暮らし高齢者、認知症の人等の増加を見据え、地域包括支援センターを中核として、身近な相談支援、多職種連携、在宅医療・介護連携、地域の見守り・支え合い、権利擁護等を一体的に進めます。また、本人の意思や希望を尊重しながら、家族介護者や複合的な課題を抱える世帯も含め、必要な支援につながる地域包括ケア体制の充実を図ります。

【現状と課題】

■自宅での生活を続けるために身近に必要な支援として「気軽に相談できる窓口が身近にあること」が 64.6%（「ニーズ調査」）で最も高く、相談支援に対するニーズが高くなっています。

■地域包括支援センターの認知度は 63.4%（「ニーズ調査」）で増加傾向にあり、相談件数も増加しています。本町でも今後増加が見込まれる身寄りのない高齢者等への対応も含め、相談支援体制の一層の強化が必要です。

■在宅医療・介護連携については、大阪府医療計画を踏まえ、在宅医療・介護連携コーディネーターと連携し、日常生活・急変時・看取り等の各局面において、医療職と介護職がスムーズに連携できる体制の構築が必要です。また、ＡＣＰ（人生会議）の認知度（「知っている」「聞いたことはあるが、よく知らない」）は 19.3%（「ニーズ調査」）にとどまっていることから、本町が作成しているＡＣＰ実践ツール「わたしの思いカード」の普及を通じて、本人の意思を早期から支援者が共有する意識を醸成していくことが必要です。

■ひとり暮らし高齢者の増加に対応し、安心して地域で生活していただくために、ひとり暮らし高齢者等実態把握事業で作成した台帳を活用した地域での見守り活動を継続していくことが重要です。また、認知症高齢者等が増えることが見込まれる中、安心して在宅で生活をしていただくためには、見守りにデジタル機器の活用を含めた見直しも必要です。

■ひとり暮らしや認知症の人の増加に伴い、日常生活上の意思決定、金銭管理、成年後見制度の利用、高齢者虐待の予防・早期対応など、権利擁護と意思決定支援の体制の充実が必要です。

■主な介護者の悩みでは「将来の介護に不安がある」41.0%、「精神的な負担が大きい」37.6%（ともに「在宅介護実態調査」）となっており、家族介護者への相談・情報提供・負担軽減の支援が重要です。

■生活困窮、ひきこもり、8050 問題、ヤングケアラー、ダブルケア、身寄りのない高齢者など、制度・分野をまたぐ課題に対応するため、重層的支援体制整備事業の本町での整備が必要です。

基本目標１で目指す目標像①…「困ったときに相談できる」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
何かあったときの相談先がない人の割合 （ニーズ調査）	38.7%	41.0%	減少
地域包括支援センターの認知度 「知っている」人の割合 （ニーズ調査）	56.3%	63.4%	増加

【目標像①を実現するための施策の内容】

ア　地域包括支援センターの機能強化と相談支援体制の充実

（ア）相談窓口としての機能強化

高齢者の総合相談窓口として、広報・ホームページ、関係機関を通じた周知を継続し、必要な人が早期に相談につながる環境を整えます。相談内容の複雑化や身寄りのない高齢者等の増加を見据え、人員体制や専門性の確保、業務の効率化を含め、地域包括支援センターの機能強化を進めます。

（イ）関係機関とのネットワーク強化

町と地域包括支援センターの定期的な情報共有を行うとともに、高齢者虐待等防止ネットワーク、消費者相談、薬局等との連携ネットワークなど既存のつながりを活用し、複合的な相談にも円滑に対応できる体制を整えます。

（ウ）運営状況の点検・評価と改善

介護保険事業運営委員会（地域包括支援センター運営協議会）と連携して、運営状況の点検・評価と改善を継続し、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するとともに、地域課題や相談実績を踏まえた効果的な運営につなげます。

イ　地域ケア会議を通じたケアマネジメントの向上

（ア）自立支援に資する地域ケア会議の充実

地域包括支援センター、ケアマネジャー、リハビリテーション専門職等が連携し、高齢者の自立支援･重度化防止の視点から個別事例を検討する自立支援に資する地域ケア会議の定期開催を継続します。

（イ）困難事例への支援とケアマネジャー支援

複合的な課題を抱えるケースについて、行政・地域包括支援センター・関係機関が役割分担や支援方針を共有し、ケアマネジャーの活動支援と負担軽減につなげます。

ウ　高齢者や世帯の状況に応じた包括的な支援

（ア）一人ひとりの状態・生活状況に応じた支援

高齢者本人の心身の状態、生活環境、希望等を踏まえ、本人の有する力を生かした自立支援と重度化防止を基本に、必要な保健・医療・福祉・介護サービスにつなぎます。

（イ）分野を超えた包括的な相談支援（重層的支援体制整備事業）

生活困窮、ひきこもり、8050 問題、ヤングケアラー、ダブルケア、身寄りのない高齢者など、制度・分野をまたぐ課題に対応するため、「島本町地域福祉計画」において実施する重層的支援体制整備事業との整合性に留意しつつ、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）や、障害・子ども分野等との連携を強化します。

（ウ）介護に取り組む家族等への支援の充実

地域包括支援センターについては、家族からの介護の相談や支援に対応するためにも、引き続き、土曜日の開所と平日は午後６時までの開所時間で運営するとともに、介護離職の防止や介護負担の軽減に向け、介護保険サービス、福祉サービス、地域のインフォーマルな支援等を組み合わせた支援につなげます。

また、介護者の家族同士が同じ立場で、日常の苦労や悩み、不安等について語り合い、交流や情報交換を行う場や学びの機会を確保するために、介護者の家族の集まりができるように必要な支援を行います。

【目標像①を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	Ｒ７実績	Ｒ９	Ｒ１０	Ｒ１１
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	○○回	○○回	○○回
地域包括支援センターへの３職種の配置	配置人数	5 名	○○名	○○名	○○名
総合相談支援事業	相談延べ件数	1,461 件	○○件	○○件	○○件
介護保険事業者連絡会 ケアマネジャー部会	開催回数	2 回	○○回	○○回	○○回
自立支援に資する地域ケア会議	開催回数	24 回	○○回	○○回	○○回

基本目標１で目指す目標像②…「安心して在宅療養できる」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
在宅医療と介護連携の進行度 （ケアマネジャーアンケート調査）	5.4 点	5.9 点	**向上**
ＡＣＰの認知度 **「聞いたことがある」人の割合** （ニーズ調査）	16.4%	19.3%	**増加**

【目標像②を実現するための施策の内容】

エ　在宅医療・介護連携の推進

（ア）在宅医療提供体制の充実

第８次大阪府医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を担う島本町と「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を担う医療法人清仁会みなせ病院及び介護保険事業における「在宅医療・介護連携コーディネーター」の３機関が連携し、地域での医療・介護資源の把握や情報提供を含む、高齢者の在宅医療の提供体制の強化と充実に取り組みます。あわせて、かかりつけ医・歯科医・薬局等の普及啓発や、医療・介護資源に関する情報提供を進めます。

（イ）医療と介護の連携強化

日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り等の各局面で一体的に切れ目なく支援できるよう、医療・介護関係者の情報共有、相談、研修、地域ケア会議等を通じた連携を強化します。

（ウ）ＡＣＰ（人生会議）の普及・実践支援

本人の意思や希望を早い段階から家族や医療・介護関係者と共有できるよう、ＡＣＰの実践ツールである「わたしの思いカード」の普及と活用を進め、住民や医療・介護の関係者への普及啓発や情報発信を通じてＡＣＰへの理解と実践を促進します。

【目標像②を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	Ｒ７実績	Ｒ９	Ｒ１０	Ｒ１１
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	24 回	○○回	○○回	○○回
医療・介護関係者に対する研修会の開催	開催回数	1 回	○○回	○○回	○○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	○○か所	○○か所	○○か所

基本目標１で目指す目標像③…「地域で支え合いながら安心して暮らせる」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
友人・知人と会う頻度が 「ほとんどない」人の割合 （ニーズ調査）	21.7%	20.9%	減少
よく会う友人・知人が 「近所・同じ地域の人」の割合 （ニーズ調査）	46.0%	41.5%	増加

【目標像③を実現するための施策の内容】

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

ひとり暮らし高齢者等実態把握事業を通じて作成した登録台帳を民生委員児童委員等と共有し、ひとり暮らし高齢者の地域での日常的な見守りや安否確認に活用します。また、配食サービス事業者による見守りや町内の薬局と地域包括支援センターとの連携ネットワークなど、現在実施している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把握に引き続き努めるとともに、宅配事業者や生活関連事業者と町や地域包括支援センターとの連携による見守り体制の整備を検討します。

地域包括支援センターや社会福祉協議会、年長者クラブなどの地域で活動されている団体とも連携し、地域全体での高齢者の見守りや助け合いの活動のさらなる充実を進めます。

（イ）高齢者を孤立させない地域づくりの支援

「島本町地域福祉計画」と連動して、社会福祉協議会、民生委員児童委員、年長者クラブ、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。）の参加団体を中心に、地域における声かけ・見守り・居場所づくりを進めます。また、生活支援コーディネーターの働きかけにより住民が主体となって運営する「しまもとコミュニティカフェ」等、高齢者が地域で身近に集い交流できる場の充実を支援します。

（ウ）地域の支え合い活動との連携

生活支援コーディネーターや地域での見守りや支え合い活動・ネットワークを通じて把握した地域課題については町も共有し、解決策をともに検討していくとともに、支援を求めている高齢者を把握した際は必要な相談支援をつなぐことで、地域全体で高齢者の暮らしを支える体制を整えます。

【目標像③を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	R７実績	R９	R１０	R１１
ひとり暮らし高齢者登録台帳	年度末台帳登録件数	1,036 人	○○人	○○人	○○人
配食サービス	延べ利用者数	686 人	○○人	○○人	○○人
認知症高齢者等見守りネットワーク	年度末登録者数	58 人	○○人	○○人	○○人
	協力機関数	53 か所	○○か所	○○か所	○○か所

基本目標１で目指す目標像④…「高齢者の尊厳と意思が尊重され、自分らしさを守るための支援体制が整っている」

成果指標名	R４	R７	R１０目標値
高齢者の幸福度（全体平均）（ニーズ調査）	7.09 点	7.02 点	向上

【目標像④を実現するための施策の内容】

カ　権利擁護・意思決定支援の推進

（ア）高齢者虐待防止のための取組

虐待の相談窓口や通報義務の周知を進めるとともに、町、地域包括支援センター、高齢者施設、社会福祉協議会、保健所、警察等関係機関による高齢者虐待の防止をはかるネットワークを活用し、早期発見・早期対応と再発防止を図ります。また、複合的な世帯課題が背景にある場合は、生活困窮や障害者福祉などの関係機関とともに、分野を超えて支援できる体制を構築します。

（イ）施設等における虐待防止の取組

介護サービス事業者に対する、未然の予防や早期発見・通報の意識を高めるための研修や、相談・通報窓口の周知、外部の人員による相談の機会の設定、指導・監督等を通じ、施設従事者による虐待や不適切な身体拘束の未然防止と早期発見を図ります。

（ウ）成年後見制度等の利用促進と意思決定支援

認知症等により判断能力が低下した人の権利と利益を守るため、成年後見制度や日常生活自立支援事業（みまもーる）等の周知や積極的な活用に取り組みます。特に身寄りがない高齢者や経済的に困窮している方など、支援が必要な人が成年後見制度の円滑な利用につながる体制を整えることで、本人の意思をより尊重した支援が可能となる環境づくりを進めます。

（エ）消費者被害の防止

消費者相談の担当部局、地域包括支援センター、ケアマネジャー等が連携し、特殊詐欺や悪質商法等に関する情報共有・注意喚起、相談窓口の周知、啓発に引き続き取り組みま

す。

【目標像④を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	R７実績	R９	R１０	R１１
高齢者虐待等防止ネットワーク会議	開催回数	１回	○○回	○○回	○○回
高齢者虐待防止・成年後見制度の研修会	開催回数	１回	○○回	○○回	○○回

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

高齢者が心身の状態に応じて健康づくり・介護予防に主体的に取り組み、生きがいや役割を持って地域で活動できるよう支援します。あわせて、地域の住民や高齢者を支援する団体等とともに連携し、生活支援の仕組みを育て、住まい、移動、日常生活、防災等の環境を整えることで、年齢や心身の状態にかかわらず安心して地域生活を続けられるまちをめざします。

【現状と課題】

■要支援１・２及び要介護１の軽度者は令和３年度から令和７年度にかけて 1.26 倍に増加しています。また、令和７年度の要支援・要介護認定率は 75 歳以上で 32.3%、85 歳以上で 64.8%となっており、早い段階からの健康づくり・介護予防が重要です。

■「いきいき百歳体操」は、令和７年度実績では、地域拠点が 43 か所で参加者 553 人であり、コロナ禍以外で初めて参加者が減少となりました。また、担い手不足により活動を終了された拠点も発生しており、参加者の増加や担い手の確保が大きな課題です。

■補聴器購入費助成とあわせて取り組んでいる「耳のフレイル」は、補聴器の利用後の生活変化等を把握し、取組の効果や今後の進め方について検討が必要です。

■ささえ愛ネットワークでこれまで行ってきた地域住民との座談会では、高齢者のゴミ出しに関することや移動に関することが具体的な地域課題として挙がっていることから、その対応の検討を進めていくことが必要です。

■「ケアマネジャーアンケート調査」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「地域の社会資源や住民ニーズの把握」に次いで、「生活支援サービスの担い手の確保」が多くなっています。また、介護人材実態調査ではヘルパーなどの訪問系サービスの担い手の高年齢化と確保が課題として挙がっていることから、生活支援サービスの担い手を多様化していくことで、より介護の担い手の裾野を広げていくことが必要です。

■「ニーズ調査」では、地域活動に月１～３回以上参加している人は 51.0%で第９期計画値（65%）を下回っています。参加のきっかけや多様な居場所・活動機会を広げることが必要です。

■年長者クラブやひとり暮らし高齢者の会「すみれ会」の活動の活性化と継続にかかる支援を行い、高齢者が参加できる地域での多様な活動の選択肢を確保していくことが重要です。

■「避難行動要支援者名簿」及び「個別避難計画」の認知度は、令和７年度に実施した「ニーズ調査」では 22.5%であり、令和４年度に実施した「ニーズ調査」の実績値（26.0%）を下回っていたことから、引き続き制度の周知にも力を入れていく必要があります。

基本目標２で目指す目標像①…「健康づくりへの関心が高まり、介護予防・重度化防止に向けた主体的な取組が定着する」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操の認知度　「知っている」人の割合 （ニーズ調査）	74.0%	73.1%	増加
いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操を「知っており、参加している（参加したことがある）」人の割合　（ニーズ調査）	27.6%	30.0%	増加
週１回以上の運動習慣がある人の割合 （ニーズ調査）	51.8%	60.5%	増加
現在の健康状態で「とてもよい・まあよい」と答えた人の割合 （ニーズ調査）	77.8%	76.7%	増加

【目標像①を実現するための施策の内容】

ア　健康づくり・生活習慣病予防の推進

（ア）生活習慣病の予防

（イ）生活習慣病の早期発見・重症化予防

内容は次回提示させていただきます。

（ウ）ライフステージに応じた各種保健事業の推進

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

高齢者が主体的に取り組む介護予防事業である「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」の効果をわかりやすく発信し、参加者の増加と継続、地域拠点の運営の維持を支援します。また、担い手となる「いきいき百歳体操サポーター」の育成・活動支援を強化するとともに、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ことで、保健事業と一体化して参加者のフレイル予防に取り組みます。

（イ）地域リハビリテーションの充実

理学療法士や作業療法士及び言語聴覚士等のリハビリテーション専門職が地域の通いの場（百歳体操の地域拠点）や地域ケア会議に積極的に関わり、高齢者の身体機能・生活機能の維持向上、自立支援に資する助言を行う体制を継続します。

（ウ）保健事業と介護予防の一体的な取組の推進

医療・介護・健診情報等を活用して地域の健康課題を把握し、栄養・口腔・運動・社会参加等のフレイル対策を一体的に実施します。併せて、補聴器購入費助成の利用後の変化等を把握し、「耳のフレイル」に関する啓発・支援のあり方を検討します。

また、高齢者の自立支援と介護予防に関する取り組みとして、このほかに自立支援に資する地域ケア会議があることから、より効率的・効果的な事業となるように、整理・見直しの検討を進めます。

【目標像①を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	Ｒ７実績	Ｒ９	Ｒ１０	Ｒ１１
いきいき百歳体操地域展開	実施か所数	43 か所	○○か所	○○か所	○○か所
かみかみ百歳体操地域展開	実施か所数	39 か所	○○か所	○○か所	○○か所
いきいき百歳体操参加者数	65 歳以上の参加者数	553 人	○○人	○○人	○○人
	（うち 75 歳以上の参加者数）	（463 人）	○○人	○○人	○○人
いきいき百歳体操サポーター育成講座	新規修了者数	10 人	○○人	○○人	○○人

基本目標２で目指す目標像②…「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」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
地域活動への参加状況　「月１回以上地域活動に参加している」人の割合 （ニーズ調査）	54.2%	51.0%	増加
地域づくり活動に企画・運営として参加意欲がある高齢者の割合 （ニーズ調査）	33.8%	27.6%	**増加**

【目標像②を実現するための施策の内容】

ウ　生活支援体制の整備・充実

（ア）地域支え合い活動の支援

生活支援コーディネーターを中心に、ささえ愛ネットワーク、地域団体、サービス提供主体等の連携・情報共有のためのネットワーク化を進め、地域での助け合い・支え合い活動を支援します。また、高齢者自身が担い手として参画できる機会づくり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）地域課題の把握と地域資源の開発

地域住民との座談会やワーキング等を通じて地域課題・ニーズを把握し、既存資源の活用や新たな活動や資源の創出につなげていく必要があります。特に高齢者のゴミ出しや移動に関しては今後の高齢者の状況等を踏まえると整備を進めていく必要性が高いものであることから、関係部署や関係機関とも連携して、具体的な取り組みの検討を進めます。

（ウ）活動場所・担い手のマッチング

地域の活動場所や地域資源に関する情報を整理・発信し、活動したい高齢者や住民と、支援を必要とする地域・団体とのマッチングの仕組みを検討し、構築を進めます。

【目標像②を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	Ｒ７実績	Ｒ９	Ｒ１０	Ｒ１１
生活支援コーディネーター	配置人数	１人	○○人	○○人	○○人
ささえ愛ネットワーク参加団体	参加団体数	12 団体	○○団体	○○団体	○○団体

基本目標２で目指す目標像③…「生きがいや役割を持つ高齢者が増える」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
生きがいが「ある」人の割合 （ニーズ調査）	56.6%	63.5%	増加
社会的役割低下リスク者の割合 （ニーズ調査）	40.9%	39.0%	減少

【目標像③を実現するための施策の内容】

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

年長者クラブの活動の魅力や地域での取組を発信し、会員増加や活動継続に向けた支援を行います。また、島本町年長者クラブ連合会が広く会員以外も参加を呼びかけ、町内全体の高齢者の健康づくり、運動や趣味の活動機会として実施している健康・生きがいづくり事業について引き続き支援します。

（イ）多様な居場所づくり

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、年長者クラブ、ひとり暮らし高齢者の会「すみれ会」等町内で高齢者の活動の場や居場所づくりの事業や団体活動については、引き続き実施継続や必要な支援を行うとともに、生活支援コーディネーターの働きかけにより広がりをみせているコミュニティカフェ等、身近に気軽に集える場の充実と情報発信の支援などを行うことで町内に高齢者の多様な居場所を増やす取り組みを進めます。

（ウ）生きがいづくりと多様な社会参加・活躍への支援

高齢者の地域生活の支援を行う活動希望者と活動団体とのマッチング、年長者クラブやひとり暮らし高齢者の会「すみれ会」などの多様な地域活動への参加などを促進するとともに、シルバー人材センターの登録等を進めていくことで、高齢者の経験・知識・技能を生かした社会参加と活躍を促進します。

【目標像③を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	Ｒ７実績	Ｒ９	Ｒ１０	Ｒ１１
年長者クラブ	会員数	1,182 人	○○人	○○人	○○人
	65 歳以上人口における加入率	13.2%	○○%	○○%	○○%
高齢者健康と生きがいづくり推進事業	延べ参加者数	1,617 人	○○人	○○人	○○人
シルバー人材センター	年度末登録者数	275 人	○○人	○○人	○○人
街かどデイハウス	延べ利用人数	809 人	○○人	○○人	○○人

基本目標２で目指す目標像④…「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」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０目標値
「避難行動要支援者名簿」及び「個別避難計画」の認知度（在宅介護実態調査）	26.0%	22.5%	向上
転倒への不安が「とても不安・やや不安」である人の割合（ニーズ調査）	57.6%	58.3%	減少
外出を控えている人の割合（ニーズ調査）	43.2% ※コロナ禍の影響ありの数値	17.7%	減少

【目標像④を実現するための施策の内容】

オ　安心して暮らせる住まい・移動・生活環境づくり

（ア）高齢者が安心して暮らせる住まいの確保

住宅施策の担当部局、大阪府等の関係機関と連携し、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）に関する情報を把握し、必要に応じて支援者への情報提供を行います。また、住宅改修や福祉用具の活用を通じ、身体機能の変化に応じた住環境の整備と自立した在宅生活の継続を支援します。

（イ）大規模災害・感染症発生への備え

避難行動要支援者名簿や個別避難計画の周知・作成を進めるとともに、介護事業者の防災・感染症対策、ＢＣＰに基づく業務継続等を支援します。

（ウ）在宅生活を支える福祉サービスの充実

給食サービス（配食）、緊急通報装置設置事業、ひとり暮らし高齢者等実態把握事業、しまもと安心ボトル配布事業、高齢者日常生活用具の給付、移送サービス助成事業、福祉ふれあいバス、補聴器購入費助成の各高齢者福祉サービスについては、高齢者の安全・安心な住環境づくりや移動支援、居場所づくりとして必要なサービスであることから継続するとともに、利用実績やニーズを踏まえ、より効果的なものとなるように実施内容や対象要件等の見直しを適宜実施します。また、令和７年度に新たに開始した高齢者でゴミ出しが困難な世帯への「ふれあいサポート収集事業」についても、担当課と連携し、利用状況を踏まえた取組を進めます。

（エ）高齢者の移動支援

福祉ふれあいバスの運行やタクシー利用助成である移送サービスの事業については継続するとともに、令和７年度から取り組んでいる交通環境に関する庁内検討会議でとりまとめた今後の町内の高齢者の交通環境整備に向けての方向性にもとづき、高齢者が通院・買い物・地域活動等に参加しやすい移動環境の整備を進めます。

（オ）介護予防・生活支援サービス事業の充実

本町における介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスとして、

現在、ヘルパーとデイサービスのサービス提供を実施しています。介護予防・日常生活支援総合事業は地域の実情に応じて、それ以外に居場所づくりや移動支援・フレイル予防の取り組み等でも新たにサービス提供が可能となっている制度であることから、特に要支援者等がその状態やニーズに応じて必要なサービスを選択できるよう、地域で把握したニーズを踏まえ、新たな生活支援サービスや担い手確保策を検討します。

【目標像④を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	R７実績	R９	R１０	R１１
住宅改修の利用	延べ利用件数	122 件	○○件	○○件	○○件
福祉用具の貸与・購入	延べ件数	9,999 件	○○件	○○件	○○件
緊急通報装置の利用	新規設置件数	60 件	○○件	○○件	○○件
安心ボトルの配布	新規配布件数	75 件	○○件	○○件	○○件
紙おむつ給付	給付人数	50 人	○○人	○○人	○○人
タクシー利用助成（移送サービス）	実利用人数	227 人	○○人	○○人	○○人
福祉ふれあいバスの運行	延べ乗車人数	29,693 人	○○人	○○人	○○人

基本目標３　認知症になっても安心して自分らしく生活できるまち

認知症基本法と「新しい認知症観」を踏まえ、認知症になってからも本人が希望を持ち、意思や意見を表明しながら地域の一員として暮らし続けられる共生社会をめざします。認知症の人や家族等の声を尊重し、社会参加の機会を広げるとともに、相談・医療・介護・見守り・家族支援を切れ目なく提供する体制を充実します。

【現状と課題】

■第 10 期計画は、認知症基本法第 13 条に基づく市町村認知症施策推進計画を包含するため、本人の尊厳、意思・希望、社会参加、本人・家族等の参画を計画全体に反映することが必要です。

■第９期計画期間中には、認知症サポーター・キッズサポーターの養成に加え、オレンジパートナーの養成とその修了者の情報交換の場としての定例会、「買い物レク」など、認知症の人の実際の生活に沿った実践的な活動を始めています。

■地域や学校等で認知症サポーター養成講座を積極的に実施し、認知症の正しい理解を幅広い世代に対して広げていくことが必要です。

■「ニーズ調査」では、認知症の相談窓口を知っている人は 33.0%にとどまっていることからより一層の周知に取り組むことが必要です。また、一人暮らし高齢者が増える中で、認知症高齢者も増える見込みであることから、早期の気づきから相談、医療・介護等につながる仕組みの周知・充実が必要です。

■認知症の家族や本人が相談や情報交換、交流をはかることができるオレンジカフェなどの集まりの場を増やし、認知症の人や家族等の意見・希望の把握に努め、今後の認知症施策の展開に結び付けていくことが必要です。

■「在宅介護調査」では、認知症になっても地域で自分らしく生活するために必要なこととして「家族の負担を減らすための支援」60.7%、「認知症のことを相談できる窓口・体制」60.2%、「認知症に対応する医療機関の充実と受診のしやすさ」53.4%が上位となっています。

■今後の認知症施策について、認知症の人や家族等の声を把握し、計画・事業の検討や評価に反映する仕組みづくりが必要です。

基本目標３で目指す目標像①…「認知症になっても、自分らしく生活できる」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
認知症の相談窓口を 「知っている」人の割合 （ニーズ調査）	26.1%	33.0%	増加
新しい認知症観の認知度 「全く知らない」人の割合 （ニーズ調査）	―	61.8%	減少

【目標像①を実現するための施策の内容】

ア　新しい認知症観に基づく共生のまちづくり

（ア）「新しい認知症観」の理解促進

認知症地域支援推進員を中心に、認知症の日（９月 21 日）・認知症月間（９月）等を活用し、認知症の人を一方的に「支えられる人」と捉えるのではなく、希望を持って自分らしく暮らし、地域で役割を持つことができるという「新しい認知症観」の普及を進めます。また、軽度認知障害（ＭＣＩ）や若年性認知症を含め、住民や医療・介護の専門職等への認知症に対する正しい知識と理解の普及を図ります。

（イ）認知症サポーター・オレンジパートナー等の育成と活動支援

地域、学校、事業所等で認知症サポーター養成講座を実施し、幅広い世代に対して認知症への理解を広げます。さらに、認知症サポーターのステップアップのための講座を通じてオレンジパートナーを養成し、本人とともに活動する実践につながるよう、定例会や活動機会を支援します。

（ウ）認知症バリアフリーと地域での理解の促進

買い物、移動、地域活動、就労等の日常生活の場面で、認知症があっても基本的な生活に困らない環境づくりを関係機関・事業者等と連携して進めます。また、若年性認知症については、就労継続や生活上の不安に対応できる関係機関との連携を図ります。

イ　認知症の人の社会参加と本人・家族等の参画の推進

（ア）本人・家族等の声を施策に反映する仕組みづくり

オレンジカフェをはじめとした、相談支援の場、本人・家族の集まり等を活用し、認知症の人や家族等の意見・希望の把握に努め、本人・家族の視点も踏まえた、認知症施策の展開を図ります。

（イ）認知症の人の社会参加・役割づくり

オレンジパートナー等と連携し、「買い物レク」など本人の希望や生活に沿った活動を推進するとともに、趣味、地域活動、交流、就労等、認知症になっても参加しやすい機会づくりを進めます。

（ウ）家族等の参画と支え合い

家族が抱える負担や不安を把握するため、オレンジカフェや家族同士の交流機会の確保、相談・情報提供等の機会を通じて、家族の経験や意見を地域の支援づくりに生かす仕

組みづくりを検討します。

ウ　認知症の支援体制の充実

（ア）相談体制と認知症ケアパスの周知

地域包括支援センター、高齢介護担当窓口等が認知症の相談窓口であることを積極的に周知するとともに、「認知症あんしんガイドブック（島本町認知症ケアパス）」等を活用して、状態に応じた支援や相談先をわかりやすく伝えます。

（イ）早期発見・早期対応と医療・介護連携

認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、医師会・歯科医師会・薬剤師会等が連携し、認知症が疑われる人が早期に医療・介護・福祉の支援につながる体制を整備します。あわせて、民生委員・民間事業者等の気づきから相談につなぐ仕組みづくりも進めます。

（ウ）本人・家族を支える交流・相談の場

しまもとオレンジカフェへの認知症地域支援推進等の専門職派遣や周知を行い、本人・家族の交流、相談、情報交換を支援し、介護負担の軽減と地域とのつながりづくりを進めます。また、認知症高齢者本人同士が交流できる場の創出についても併せて支援を進めます。

（エ）見守り体制の充実

「島本町認知症高齢者等見守りネットワーク」の登録・協力機関の拡充に努め、行方不明時の早期発見・早期対応を図ります。

また、デジタル技術の活用による認知症高齢者の見守り体制のさらなる充実について、検討を進めます。

（オ）認知症の発症・進行を遅らせるための取組

運動、口腔、栄養、社会参加、生活習慣改善、難聴への対応等、認知症の発症や進行を遅らせる可能性のある取組について、健康づくり・介護予防施策と一体的に推進します。

【目標像①を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	R７実績	R９	R１０	R１１
【再掲】認知症高齢者等見守りネットワーク	年度末登録者数	58 人	○○人	○○人	○○人
	協力機関数	53 か所	○○か所	○○か所	○○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	406 人	○○人	○○人	○○人
認知症カフェの設置	開設か所数	2 か所	○○か所	○○か所	○○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	2 件	○○件	○○件	○○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	○○回	○○回	○○回

基本目標４　必要な介護保険サービスを利用できるまち

今後の介護需要のさらなる増加と生産年齢人口の減少を見据え、必要な人が必要な介護・福祉サービスを利用できる提供体制を確保し、長期的なスパンで維持していく必要があります。令和 22（2040）年等の中長期を見据えたサービス基盤の整備、介護人材の確保・定着、介護現場の生産性向上を進めるとともに、給付適正化や事業者への支援・指導を通じて、持続可能で質の高い介護保険事業の運営を図ります。

【現状と課題】

■85 歳以上の高齢者が大きく増加する局面をむかえることで、介護・医療双方のニーズがより一層高まる一方で、生産年齢人口の減少により介護人材をはじめとする支え手の確保が難しくなることが見込まれます。

■地域密着型サービスの整備では、小規模多機能型居宅介護の公募を令和７年度に初めて行いましたが応募がなく、令和８年度も募集を継続しています。本町では施設・入居系サービスの提供量に限りがあることから、在宅生活の継続を支える複合型サービス等の確保に引き続き取り組むことが必要です。

また、ケアマネジャーアンケート調査結果において、ニーズが見込まれるものや現有の供給量では不足が見込まれる地域密着型サービスについて、中長期的なスパンでの整備の必要性についても検討を進めていくことが必要です。

■「在宅介護実態調査」では、重度の介護が必要となった場合の暮らし方として「介護施設」が 42.4%、「介護サービスを利用して自宅や親族宅などで暮らす」が 34.6%となっており、多様な希望に対応できるサービス提供体制が必要です。

■見守り・安否確認、移動、集いの場等の各種取り組みとして実施している介護保険外の高齢者福祉サービスは、ひとり暮らし高齢者や 85 歳以上高齢者の増加を踏まえ、実施を継続しつつ利便性やニーズに応じた見直しの検討を進めていくことも必要です。

■要介護認定の適正化、ケアプラン点検、縦覧点検・医療情報との突合等は引き続き実施していくことで介護給付の適正化を進めるとともに、ケアマネジャー等の資質向上やサービスの質の確保も図っていくことが必要です。

■介護人材不足への対応として、新たな担い手の確保に加え、デジタル技術の活用等により介護現場の事務・業務負担を軽減し、生産性向上を支援していくことが必要です。

基本目標４で目指す目標像①…「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」

成果指標名	Ｒ４	Ｒ７	Ｒ１０ 目標値
現在の生活を継続するにあたって「不安に感じていることは特にない」介護者の割合 （在宅介護実態調査）	2.6%	9.4%	増加
ケアマネジャーアンケート調査の実施対象者となるケアマネジャー数 （ケアマネジャーアンケート調査）	49 名	49 名	増加
介護サービス自給率 （見える化システム）	49.77%	50.57%	増加

【目標像①を実現するための施策の内容】

ア　介護・福祉サービスの提供体制の確保

（ア）介護サービスの安定的な提供

サービス利用の実績、人口動態、要介護認定者数の見込み、利用者・家族のニーズ等を踏まえ、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、必要な介護サービス量を見込み、地域の実情に応じた提供体制を確保します。

（イ）令和 22（2040）年等を見据えたサービス基盤の整備

本町の高齢者人口の推移やそれに基づく中長期的な介護需要、大阪府医療計画との整合、高齢者向け住まい等の状況を踏まえ、在宅・居住系・施設サービスで必要なサービスの整備を検討し、進めます。特に、在宅生活の継続を支える複合型サービスである小規模多機能型居宅介護、ケアマネジャーアンケート調査で提供ニーズが高かった認知症対応型通所介護などについては、地域密着型サービスとして、各保険者で必要に応じて整備が可能なものであることから、整備に向け必要な取り組みを進めます。

また、認知症対応型共同生活介護については、サービス提供に限りがある中、需要が増えている現状もあることから、今後の中長期での需要も踏まえて整備の必要性等の検討を進めます。

（ウ）高齢者福祉サービスの推進

給食サービス（配食）、緊急通報装置設置事業、ひとり暮らし高齢者等実態把握事業、しまもと安心ボトル配布事業、高齢者日常生活用具の給付、移送サービス助成事業、福祉ふれあいバス、街かどデイハウス事業、高齢者祝品、補聴器購入費助成の各高齢者福祉サービスについては、高齢者の安全・安心な住環境づくりや移動支援、居場所づくりとして必要なサービスであることから継続するとともに、利用実績やニーズを踏まえ、より効果的なものとなるように実施内容や対象要件等の見直しを適宜実施します。

（エ）介護予防・生活支援サービス事業の充実（再掲）

本町における介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスとして、現在、ヘルパーとデイサービスのサービス提供を実施しています。介護予防・日常生活支援総合事業は地域の実情に応じて、それ以外に居場所づくりや移動支援・フレイル予防の

取り組み等でも新たにサービス提供が可能となっている制度であることから、特に要支援者等がその状態やニーズに応じて必要なサービスを選択できるよう、地域で把握したニーズを踏まえ、新たな生活支援サービスや担い手確保策を検討します。

【目標像①を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	R７実績	R９	R１０	R１１
【再掲】配食サービス	延べ利用者数	686 人	○○人	○○人	○○人
【再掲】緊急通報装置の利用	新規設置件数	60 件	○○件	○○件	○○件
【再掲】タクシー利用の助成（移送サービス）	実利用人数	227 人	○○人	○○人	○○人
【再掲】街かどデイハウス	延べ利用人数	809 人	○○人	○○人	○○人
【再掲】ひとり暮らし高齢者の台帳登録	新規登録件数	1,036 人	○○人	○○人	○○人
【再掲】安心ボトルの配布	新規配布件数	75 件	○○件	○○件	○○件
高齢者祝品	贈呈件数	10 件	○○件	○○件	○○件
日常生活用具の給付	給付件数	件	○○件	○○件	○○件
補聴器購入費助成	助成件数	件	○○件	○○件	○○件
【再掲】福祉ふれあいバスの運行	延べ乗車人数	29,693 人	○○人	○○人	○○人

基本目標４で目指す目標像②…「介護保険制度が持続可能で、適正かつ質の高いサービスが提供されている」

成果指標名	R４	R７	R１０ 目標値
ケアマネジャーとしての仕事のやりがい （ケアマネジャーアンケート調査）	平均 6.1 点	平均 5.9 点	向上
要介護認定者のうち 重度者（要介護３以上）の占める割合 （介護保険状況報告（年報））	33.9%	30.8%	減少
町内の介護保険サービス事業所（居宅介護支援事業所除く）における介護職員数の変化率 （各事業所の過去１年間の採用者数/離職者数） （介護人材実態調査）	―	102.1%	維持

【目標像②を実現するための施策の内容】

イ　福祉・介護人材の確保・定着と介護現場の生産性向上

（ア）多様な福祉・介護人材の確保・定着

大阪府や関係機関と連携し、介護の仕事の魅力発信、外国人介護人材や多様な人材の参入促進、訪問型サービスの担い手養成等を進めます。また、職場環境改善やハラスメント対策等も含め、人材の定着につながる取組を支援します。

（イ）ケアマネジャーや介護職員等の資質向上

島本町地域包括支援センターと協働し、島本町介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会、地域ケア会議等を通じて、制度・福祉サービスに関する情報提供等を行い、適切なケアマネジメントや質の高いサービス提供に必要な知識・技術の向上を支援します。

（ウ）介護現場の生産性向上・業務負担軽減

ＩＣＴ、介護テクノロジー、電子申請・届出システム、標準様式等の活用を促進し、事業所の事務・業務負担の軽減を図ります。大阪府が進める生産性向上や経営改善・協働化等の取組（大阪府介護生産性向上支援センター）とも連携し、持続可能な事業運営を支援します。

ウ　介護保険事業の適正・円滑な推進

（ア）介護給付の適正化

「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、要介護認定の適正化、ケアプラン点検、縦覧点検・医療情報との突合等を計画的に実施し、利用者の自立支援・重度化防止に資する適正なサービス利用を推進します。

（イ）広報・相談・情報提供の充実

介護保険制度や高齢者福祉サービスについて、ホームページ、パンフレット、相談窓口等を通じてわかりやすい情報提供を行い、サービス利用者や家族が自ら適切なサービスを選択できる環境を整えます。

また、介護サービス事業者がよりよいサービス提供の参考とするために、それぞれの事業の運営状況や取り組みの情報交換を行う場、情報発信を行う場の創出を検討します。

（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する指導・監督を適切に実施します。また、有料老人ホームに対しても同様に必要な立入検査や指導を行います。

集団指導において、個別の特定ができないように留意したうえでの事故報告の共有を図ることで、安全で質の高いサービス提供を支援します。

【目標像②を実現するための取組指標】

取組指標名	単位	Ｒ７実績	Ｒ９	Ｒ１０	Ｒ１１
【再掲】自立支援に資する地域ケア会議	開催回数	24 回	○○回	○○回	○○回
【再掲】介護保険事業者連絡会ケアマネジャー部会	開催回数	2 回	○○回	○○回	○○回

要介護認定の適正化	点検数	全件	○○回	○○回	○○回
ケアプラン点検の実施	点検数	12 事業所	○○事業所	○○事業所	○○事業所
縦覧点検・医療情報との突合	実施回数	12 回	○○回	○○回	○○回