

千早赤阪村  
高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画  
(第7期)

素案

平成30年1月

千早赤阪村



## 目次

<b>第1章 計画の策定に当たって</b> .....	<b>1</b>
1. 計画策定の趣旨.....	3
2. 計画の位置付け.....	3
3. 計画の期間.....	4
4. 計画の策定体制.....	5
5. 日常生活圏域の設定.....	6
6. 本計画策定の視点.....	6
<b>第2章 高齢者を取り巻く状況</b> .....	<b>9</b>
1. 総人口の推移と将来推計.....	11
2. 高齢者のいる世帯の状況.....	13
3. 要支援・要介護認定者の推移と将来推計.....	14
4. アンケート調査結果からみる現状.....	15
5. 介護保険の現状と評価.....	55
<b>第3章 計画の基本理念</b> .....	<b>63</b>
1. 基本理念.....	65
2. 基本目標.....	67
3. 施策体系.....	68
<b>第4章 施策の展開</b> .....	<b>71</b>
1. 地域包括ケアシステムの深化・推進.....	73
2. 高齢者の権利擁護の推進.....	82
3. 高齢者にやさしいまちづくりの推進.....	86
4. 高齢者の健康づくりと生きがいづくりの推進.....	88
5. 介護保険サービス等の充実.....	90
<b>第5章 介護保険サービスの見込み</b> .....	<b>99</b>
1. 介護給付の見込み量.....	101
2. 介護保険料基準額の設定.....	105
<b>第6章 計画の推進体制</b> .....	<b>111</b>
1. 計画の推進体制.....	113
2. 計画の進捗管理.....	114
3. 計画の周知・啓発.....	114

※「障がい」の「がい」は基本的にひらがなで表記していますが、「障害福祉」等の単語や病名、法律名等の固有名詞については、元の表記を使用しています。

# 第1章 計画の策定に当たって



## 1. 計画策定の趣旨

我が国の人口は、国勢調査によれば横ばいから減少傾向に移りつつありますが、平均寿命の延伸等により高齢者人口は増加を続けており、平成 27 年の国勢調査では、65 歳以上の高齢者人口は約 3,346 万人、高齢化率は 26.6%となっています。

本村においては、平成 29 年9月末現在で高齢者人口が 5,391 人、高齢化率が 43.2%と全国の高齢化率を大幅に上回っており、高齢化がより顕著な状況となっています。

今後はより高齢化が進行し、平成 37 年には団塊世代が 75 歳以上となるため、後期高齢者の割合が大幅に増加するものと予想されます。

こうした状況の中、本村では、介護保険制度が施行された平成 12 年以降、6期にわたり「千早赤阪村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」を策定し、サービス基盤の整備や高齢者保健福祉施策の充実及び介護保険事業の円滑な運営に努めてきました。

「千早赤阪村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画(第6期)」(以下、「第6期計画」という。)では、「(1)人権の尊重」、「(2)利用者本位の施策推進」、「(3)地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み」、「(4)本村による主体的な施策展開と大阪府との連携強化」、「(5)介護保険制度を維持し、充実させる取組み」の5つを基本理念として、地域包括ケアシステムの構築を始めとした様々な施策に取り組んできました。

今回、第6期計画の計画期間が終了することから、平成 37 年を見据え、引き続き、地域包括ケアシステムの構築及び深化を目指す計画として、平成 30 年度から平成 32 年度までを計画期間とする「千早赤阪村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画(第7期)」(以下、「本計画」という。)を策定するものです。

## 2. 計画の位置付け

### 2-1. 法令の根拠

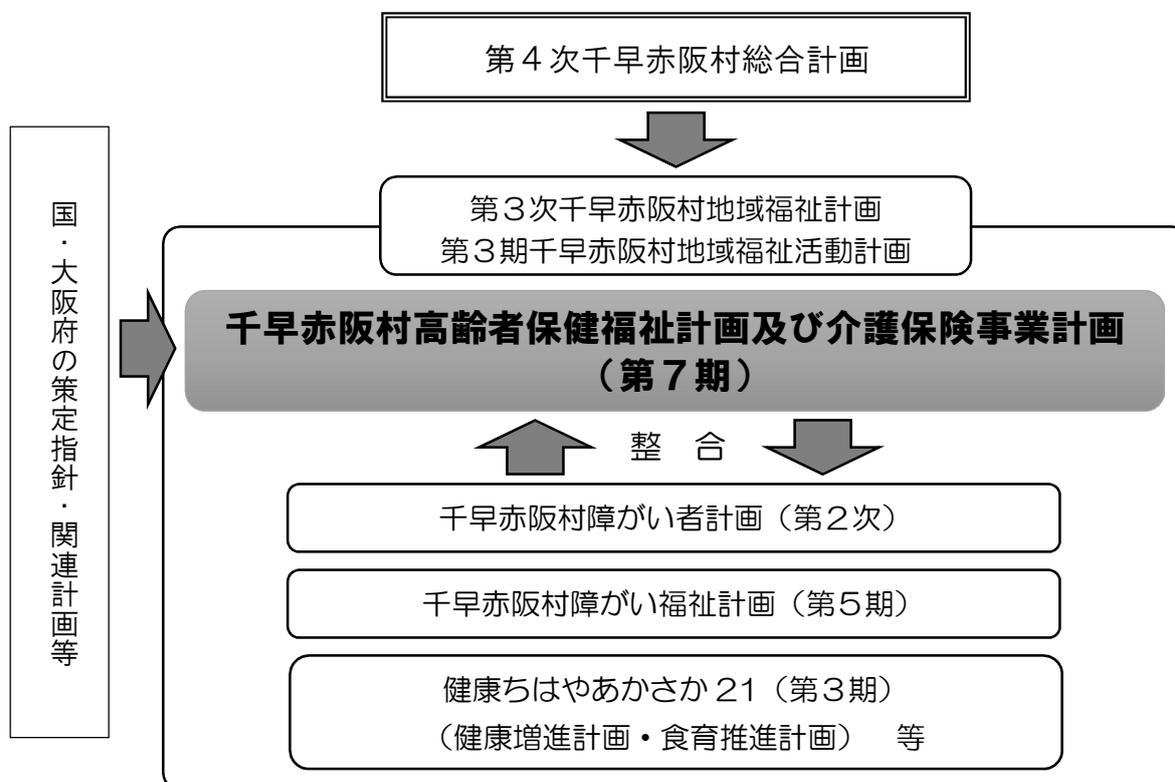
本計画は、老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」及び介護保険法(平成9年法律第 123 号)第 117 条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定するものです。

本計画のうち、「高齢者保健福祉計画」は、本村のすべての高齢者を対象とした計画で、健康づくりや生きがいづくり、日常生活支援、権利擁護等、高齢保健福祉施策全般を範囲とする計画です。

また、「介護保険事業計画」は、65 歳以上の要介護等認定者(40~64 歳における老化が原因とされる特定疾病者も含む。)ができる限り住み慣れた家庭や地域で、自らの意思に基づき利用する介護保険サービスを選択し、自立した生活を送れるよう、必要となるサービスに関する整備目標等を取りまとめたものです。

## 2-2. 関連計画との関係

本計画は、国や大阪府の策定指針や関連計画等を踏まえ、「第4次千早赤阪村総合計画」及び「第3次千早赤阪村地域福祉計画・第3期千早赤阪村地域福祉活動計画」を上位計画として、本村の福祉関連計画との整合を図りつつ、策定するものです。



## 3. 計画の期間

本計画は、平成30年度から平成32年度までの3年間とし、平成32年度に計画の見直しを行います。

平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度	平成37年度	平成38年度
第6期計画			第7期計画 (本計画)			第8期計画			第9期計画		

## 4. 計画の策定体制

### 4-1. 高齢者の意識・実態把握

本計画の策定に当たり、高齢者の意識・実態を把握するため、アンケート調査を実施しました。アンケート調査の実施概要は以下の通りです。

調査名称	介護保険・福祉に関するアンケート調査	日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象	村在住で要介護2以上の認定を受けている方	村在住で65歳以上の方及び、要介護1以下の認定を受けている方	太子町、河南町、千早赤阪村の3町村に在住の町民及び村民のうち、在宅で生活している要支援・要介護認定を受けており、調査期間中に更新等の申請手続きに伴う認定調査を受けた方
調査方法	郵送による配布回収		郵送による配布回収及び窓口での聞き取り調査
調査期間	平成29年1月		平成28年12月～平成29年6月
配布数	100通	400通	529通(29通)
有効回収数	44通	257通	352通(29通)
有効回収率	44.0%	65.3%	66.5%(100.0%)

※在宅介護実態調査の「配布数」、「有効回収数」、「有効回収率」は3町村全体のもの。かつこ内が千早赤阪村の配布・回収状況

### 4-2. 計画推進委員会

本計画は、老人クラブ等、各種団体の関係者の参画による計画推進委員会を設置し、幅広い住民の意見等を踏まえ策定しました。

また、計画推進委員会では、この計画の進捗状況について点検を行います。

### 4-3. 村民の意見の反映

本計画の策定に当たり、村民の意見を反映するためにパブリックコメントを実施し、村民の意見を聴取しました。

## 5. 日常生活圏域の設定

本村では、村域や人口規模等を勘案し、引き続き、村全域を日常生活圏域と設定し、村民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、様々な支援が提供されるよう努めます。

## 6. 本計画策定の視点

### 6-1. 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

平成30年4月に施行される(一部は平成30年8月施行予定)「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」の目的は、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。」とされています。

「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」の具体的な内容は、以下のとおりです。

#### I. 地域包括ケアシステムの深化・推進

##### 1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組む仕組みの制度化

- ①データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
- ②適切な指標による実績評価
- ③インセンティブの付与

##### 【その他の取組】

- ・地域包括支援センターの機能強化(市町村による評価の義務付け等)
- ・認知症施策の推進(新オレンジプランの基本的な考え方を介護保険制度に位置付ける)
- ・居宅サービス事業者等の指定に対する保険者の関与強化(小規模多機能等の更なる普及に向け、指定拒否の仕組み等の導入)

##### 2. 医療・介護の連携の推進等

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院を創設

※現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長

### 3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等

「我が事・丸ごと」の地域づくり・包括的な支援体制の整備

- ①「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定
- ②この理念を実現するため、市町村が包括的な支援体制づくりに努める旨を規定
- ③地域福祉計画の充実

また、高齢者と障がい児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける

#### 【その他の取組】

- ・有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化(事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等)
- ・介護保険適用除外施設の住所地特例の見直し(入所前の市町村を保険者とする)

## II. 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする  
(平成30年8月施行)

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする(月額44,400円の負担の上限あり)

2. 介護納付金への総報酬割の導入(平成29年8月の介護納付金から適用)

各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする(激変緩和の観点から段階的に導入)

出典:全国介護保険担当課長会議(平成29年7月3日)資料より

## 6-2. 本計画策定に向けて

本計画では、上記の介護保険法等の一部を改正及び国の基本指針、大阪府の計画策定指針を踏まえ、以下の事項に取り組んでいきます。

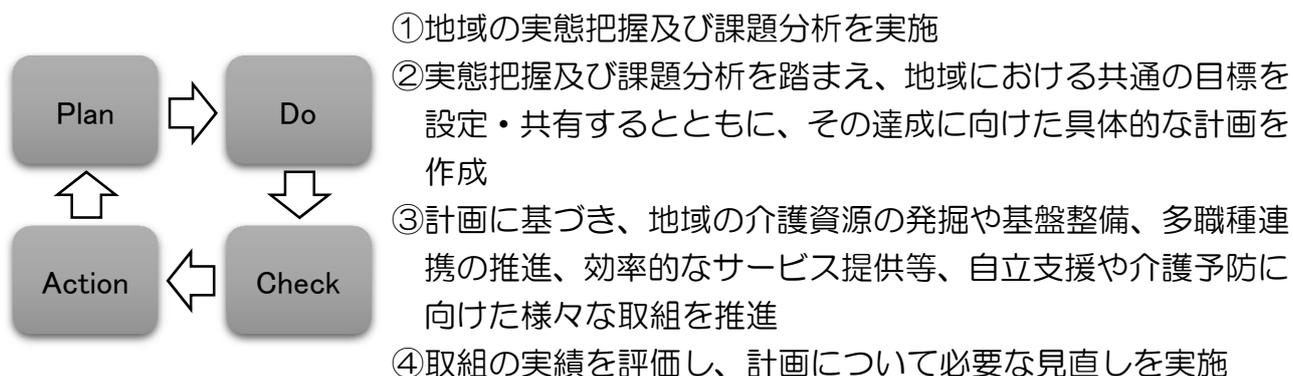
### ■2025年度(平成37年度)を見据えた計画の策定

- ・団塊の世代が75歳以上となる平成37年に向け、地域包括ケアシステムを段階的に構築していき、団塊ジュニア世代が65歳以上となる平成52年に向け、地域の実情に合わせて地域包括ケアシステムを深化・推進していく計画とする
- ・第7期計画中の取組を基本として、平成37年度の介護需要、サービス種類ごとの量の見込みや保険料水準を推計

- ・平成 37 年度の量の見込みや保険料水準を踏まえ、第7期計画から第9期計画における段階的な充実の方針とその中での第7期計画の位置付けを明らかにし、第7期計画の具体的な取組内容やその目標を計画に位置付ける

### ■保険者機能の強化と地域マネジメントの推進

- ・PDCAサイクルに基づいて下記の①～④を繰り返し、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組である「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していく



### ■医療計画との整合性の確保

- ・高度急性期から在宅医療・介護までの一連的なサービス提供体制の一体的な確保を図るため、大阪府が作成する第7次医療計画、第7期介護保険事業支援計画との整合性を確保する
- ・医療計画の一部として作成される「地域医療構想」と、第7期計画におけるサービス種類ごとの量の見込みとの整合性を確保できるよう、大阪府と村の関係者による協議の場を設置し、より緊密な連携が図られるような体制整備に努める

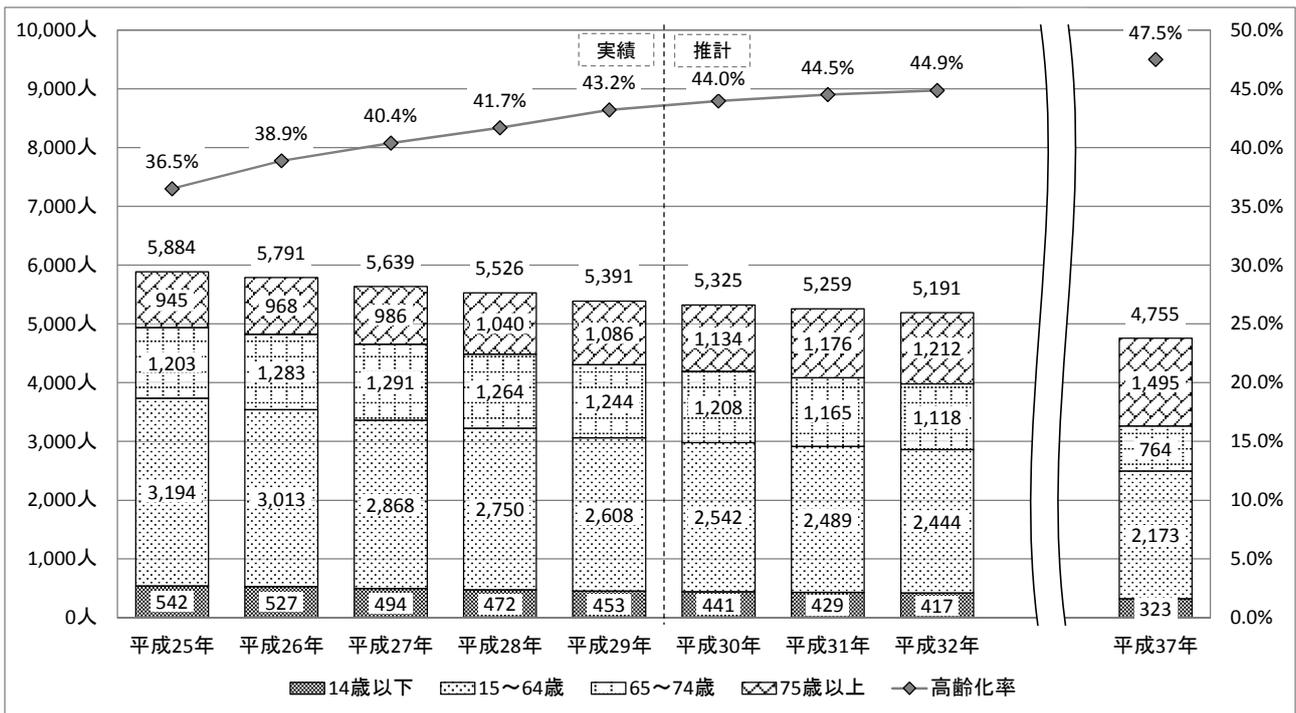
## 第2章 高齢者を取り巻く状況



# 1. 総人口の推移と将来推計

本村の総人口の推移をみると、年々減少し続けており、平成29年には5,391人となっています。将来人口の推計においても減少傾向が見込まれており、平成32年には5,191人、平成37年には4,755人になることが予想されています。

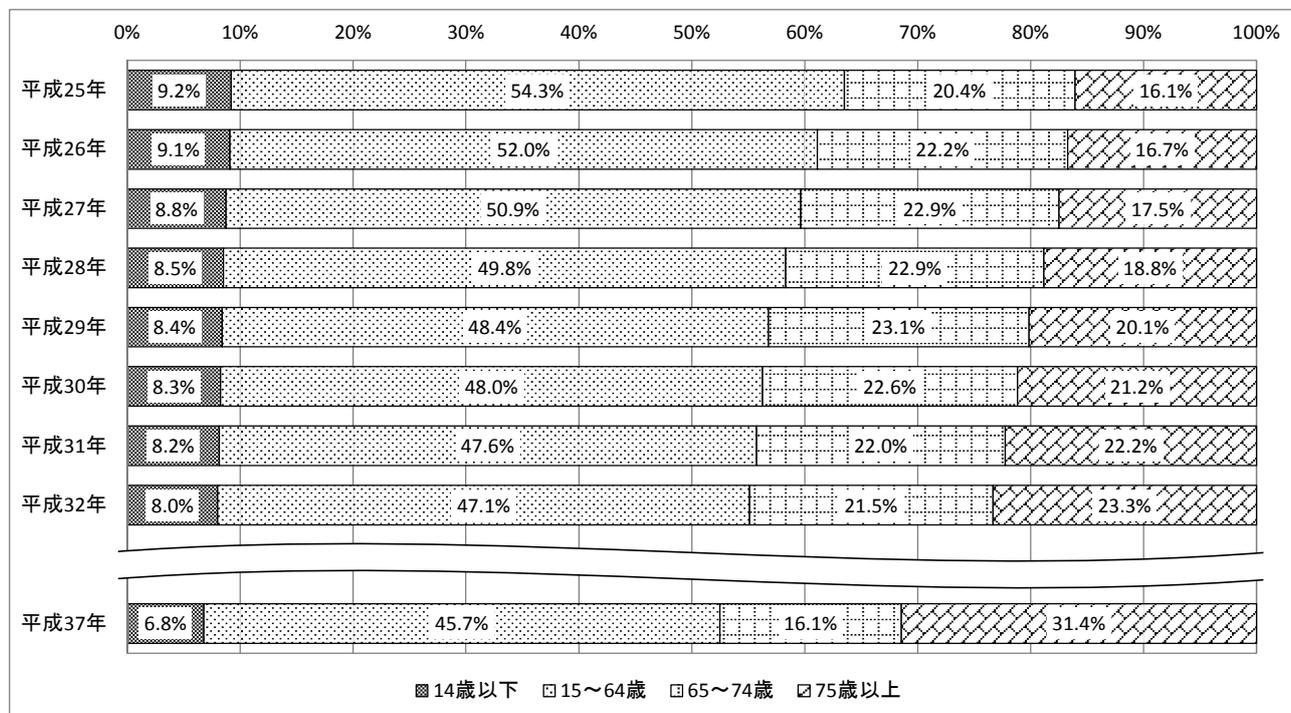
また、高齢化率をみると、平成29年時点で43.2%となっており、今後も増加を続け、平成32年には44.9%、平成37年には47.5%に到達すると予想されています。これは、本村の人口の半数近くが、65歳以上の高齢者となることを示しています。



※各年9月末時点。平成25～29年は住民基本台帳より。平成30年以降は地域経済分析システム(RESAS:リーサス)より(平成30～31年は推計値から補完して算出)

年齢4区分別の割合の推移をみると、「14歳以下」と「15～64歳」は減少傾向となっており、「65～74歳」は平成29年をピークとして減少傾向に転じる見込みとなっています。それに対して、「75歳以上」は今後も増加していく見込みとなっています。

平成32年には「14歳以下」が8.0%、「15～64歳」が47.1%、「65～74歳」が21.5%、「75歳以上」が23.3%となることが予想されています。

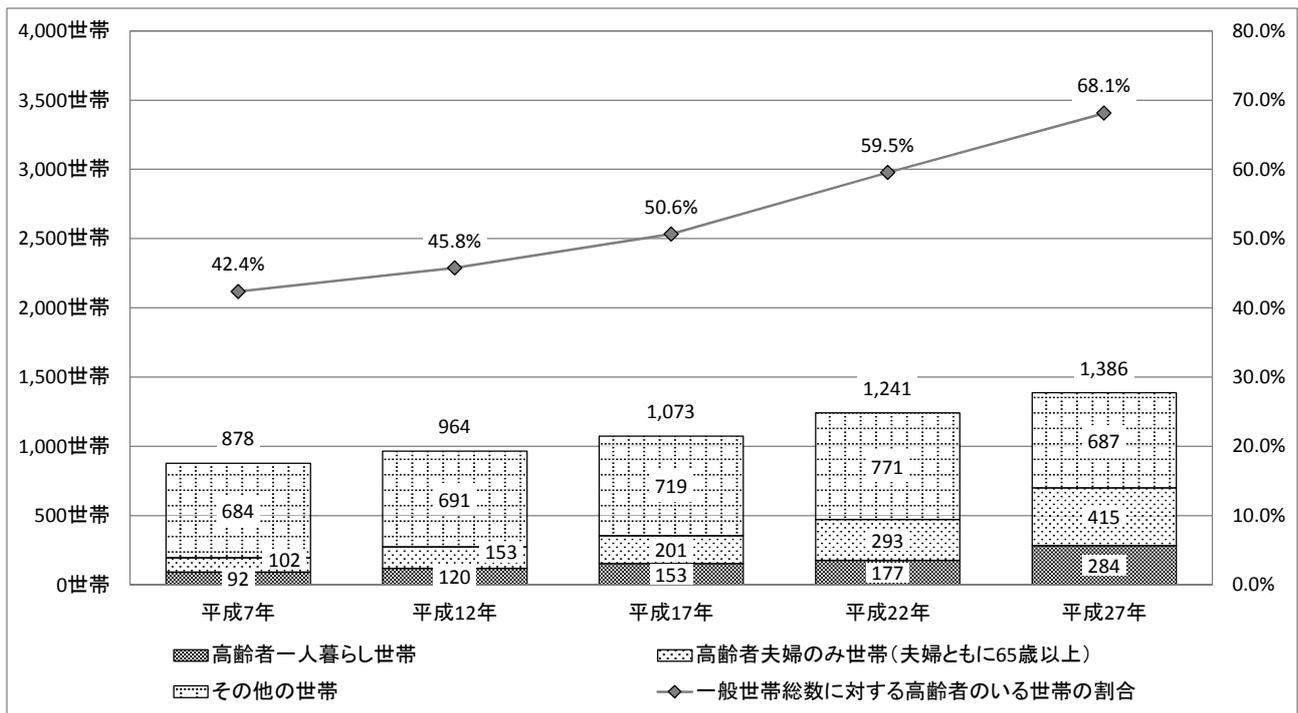


※各年9月末時点。平成25～29年は住民基本台帳より。平成30年以降は地域経済分析システム(RESAS:リーサス)より(平成30～31年は推計値から補完して算出)

## 2. 高齢者のいる世帯の状況

高齢者のいる世帯の状況をみると、総数は増加を続けており、平成 27 年には 1,386 世帯となっています。これは一般世帯総数に対する割合では 68.1%と、7割近くを占めています。

高齢者のいる世帯の内訳をみると、平成7年以降は「高齢者一人暮らし世帯数」と「高齢者夫婦のみ世帯数(夫婦ともに65歳以上)」が増加を続けています。どちらも平成 22 年から平成 27 年にかけて大きく増加しており、高齢者のいる世帯に占める割合は、合わせて5割を超えました。



※国勢調査より

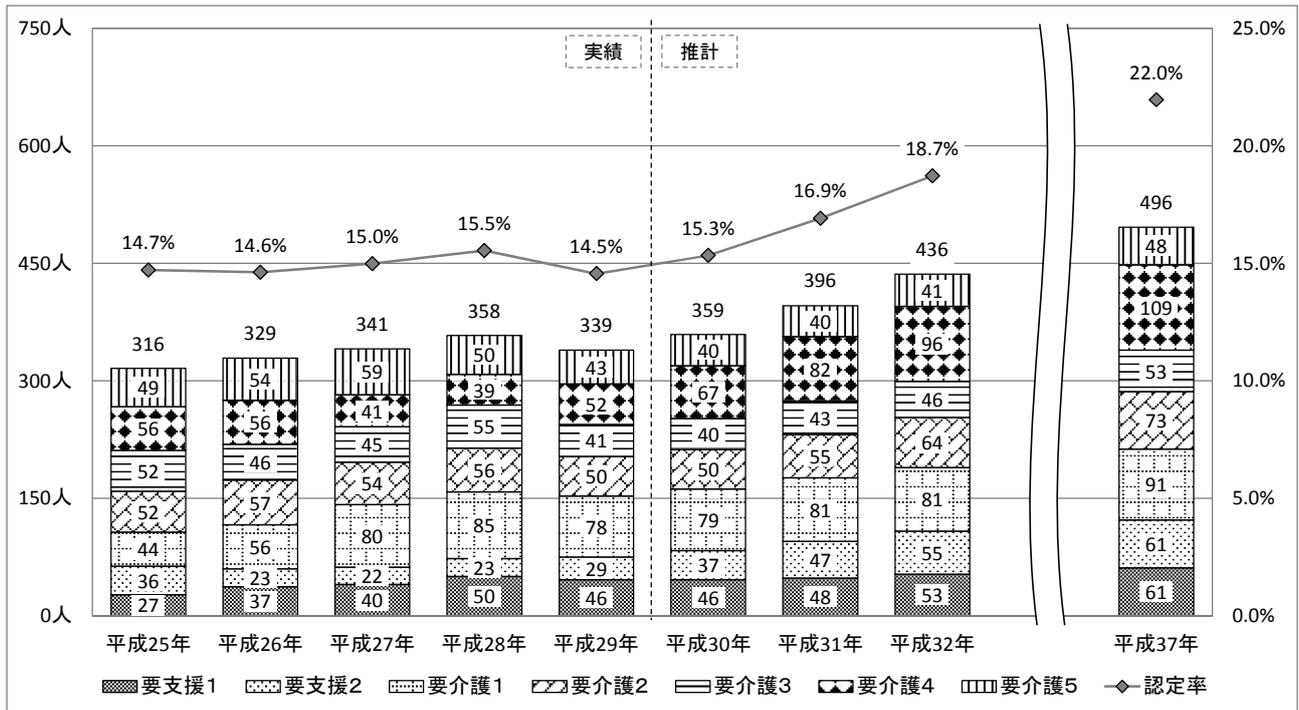
	平成7年		平成12年		平成17年		平成22年		平成27年	
	世帯数	構成比								
一般世帯総数	2,072	100.0%	2,106	100.0%	2,119	100.0%	2,084	100.0%	2,035	100.0%
高齢者のいる世帯	878	42.4% (23.4%)	964	45.8% (27.2%)	1,073	50.6% (31.8%)	1,241	59.5% (35.2%)	1,386	68.1% (39.1%)
高齢者一人暮らし世帯	92	10.5% (23.9%)	120	12.4% (27.1%)	153	14.3% (29.8%)	177	14.3% (32.2%)	284	20.5% (34.0%)
高齢者夫婦のみ世帯 (夫婦ともに65歳以上)	102	11.6% (17.3%)	153	15.9% (20.2%)	201	18.7% (22.2%)	293	23.6% (23.8%)	415	29.9% (25.1%)
その他の世帯	684	77.9% (58.8%)	691	71.7% (52.7%)	719	67.0% (48.0%)	771	62.1% (44.1%)	687	49.6% (41.0%)

※国勢調査より。構成比の下段、カッコ付きの割合は大府の構成比

### 3. 要支援・要介護認定者の推移と将来推計

要支援・要介護認定者の推移をみると、平成 28 年までは増加傾向でしたが、平成 29 年はやや減少して 339 人となっており、認定率は 14.5%となっています。

将来推計をみると、高齢化の進行に伴って認定者数も増加していくものと見込まれており、平成 32 年には 436 人、認定率は 18.7%になるものと予想されます。



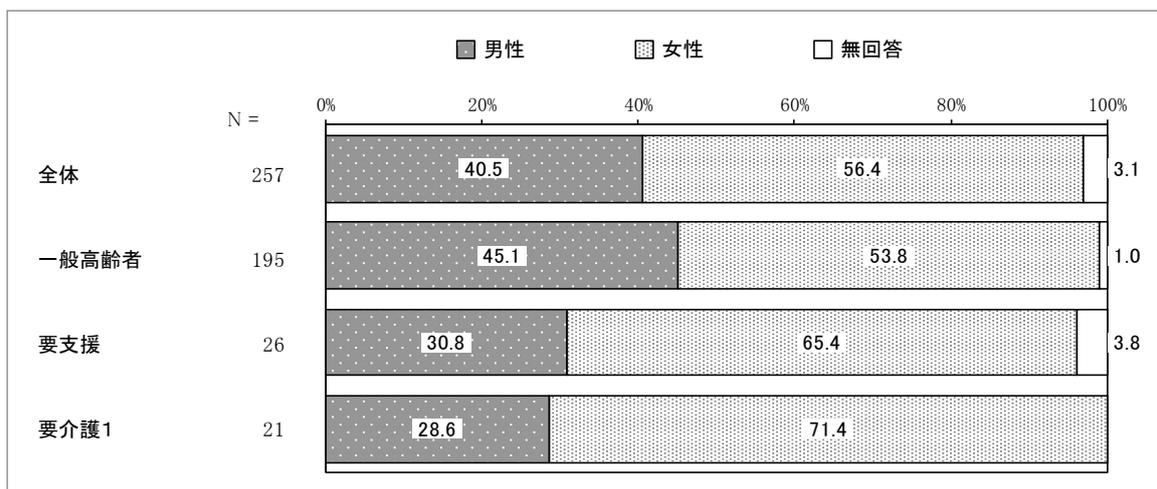
※各年9月末時点。平成 25～29 年までは介護保険事業状況報告より。平成 30 年以降は「地域包括ケア『見える化』」システムの推計結果より

## 4. アンケート調査結果からみる現状

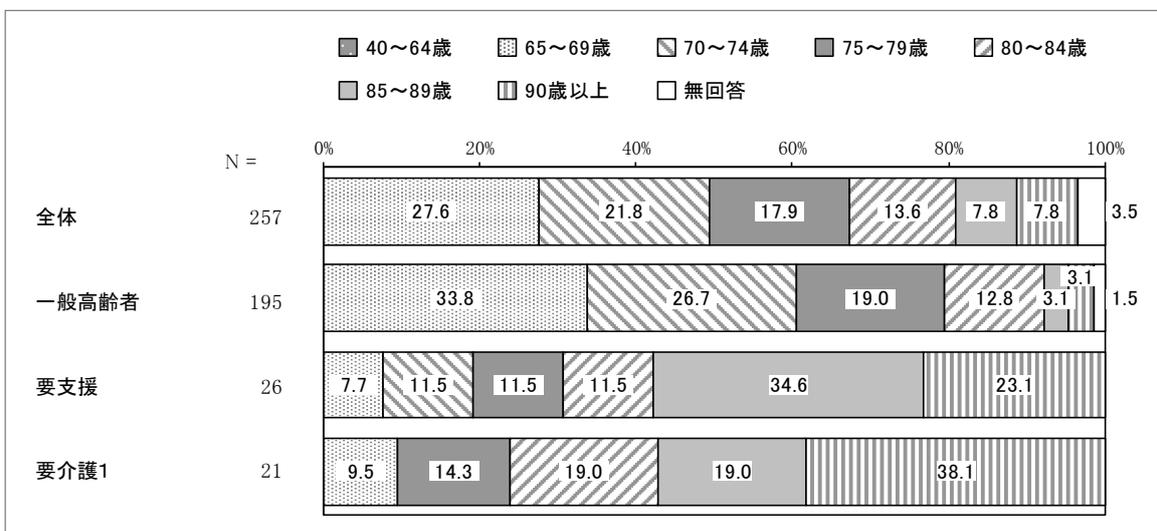
### 4-1. 日常生活圏域ニーズ調査結果

#### (1) 回答者のプロフィール

##### ■ 回答者の性別



##### ■ 回答者の年齢

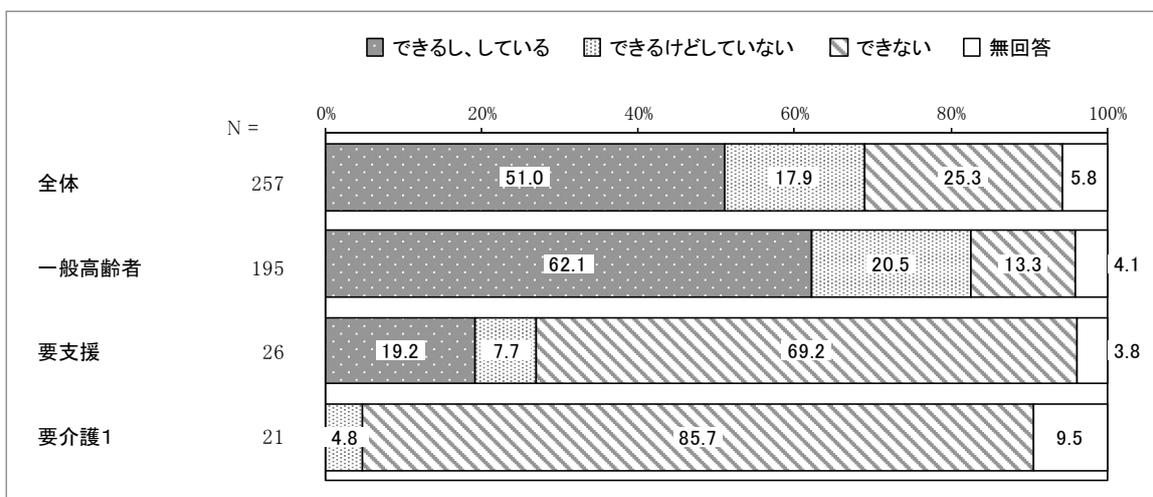


## (2) からだを動かすことについて

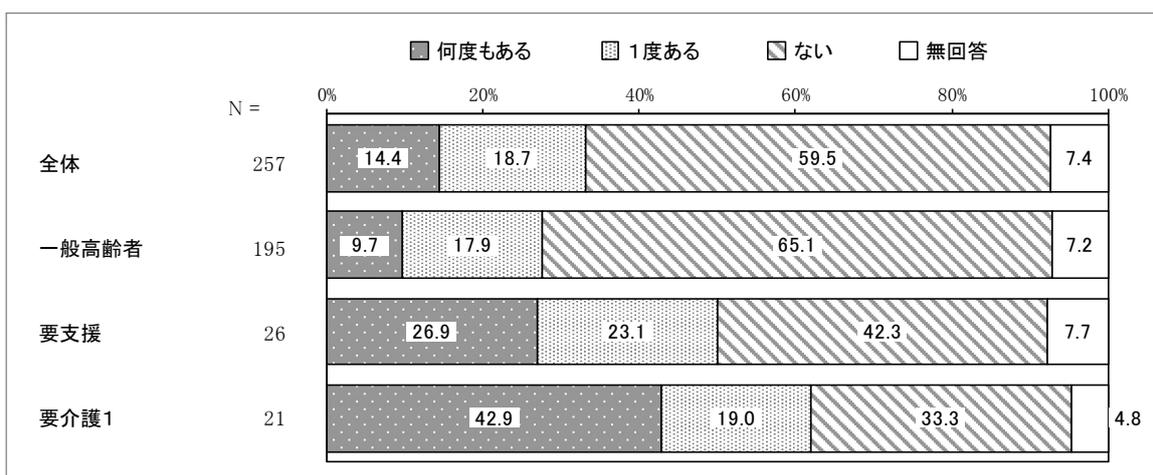
階段を手すりや壁をつたわずに昇っている人が半数程度であることや、過去1年間に『転倒経験がある』(「何度もある」と「1度ある」の合計)という人が約3人に1人となっているため、運動機能の低下予防や転倒への注意喚起を行うことが大切です。

外出状況では、週2回以上外出している人が7割程度となっているため、この状況を維持しつつ、外出回数の少ない人や外出を控えている人への支援を検討する必要があります。今後に向けては、公共交通機関が不便であるという意見も踏まえ、自動車を運転できなくなった場合や運転ができない人への外出支援を検討していくことが重要です。

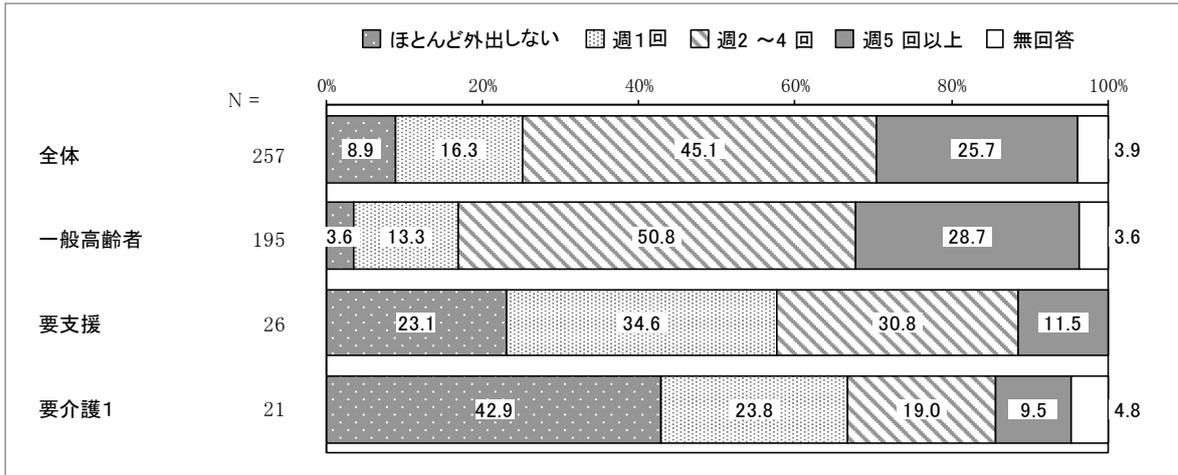
### ■階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか



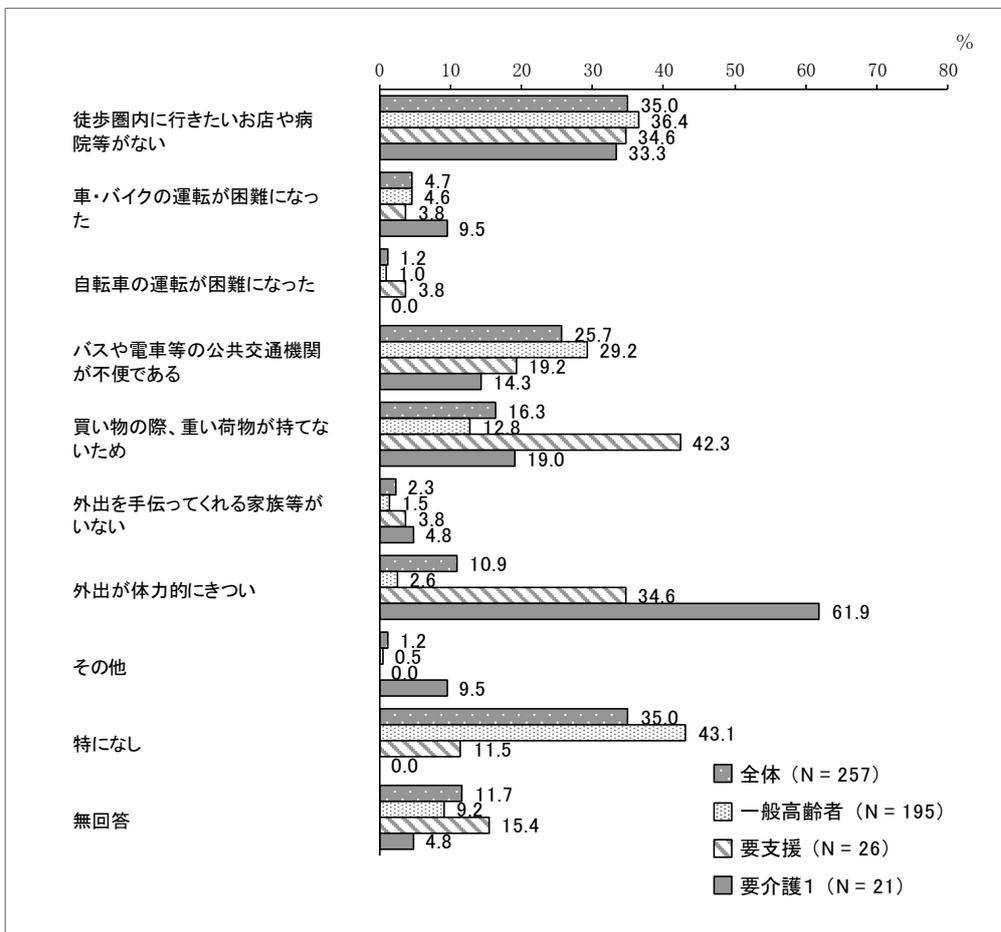
### ■過去1年間に転んだ経験がありますか



■週に1回以上は外出していますか



■外出する際に困っていることは何ですか

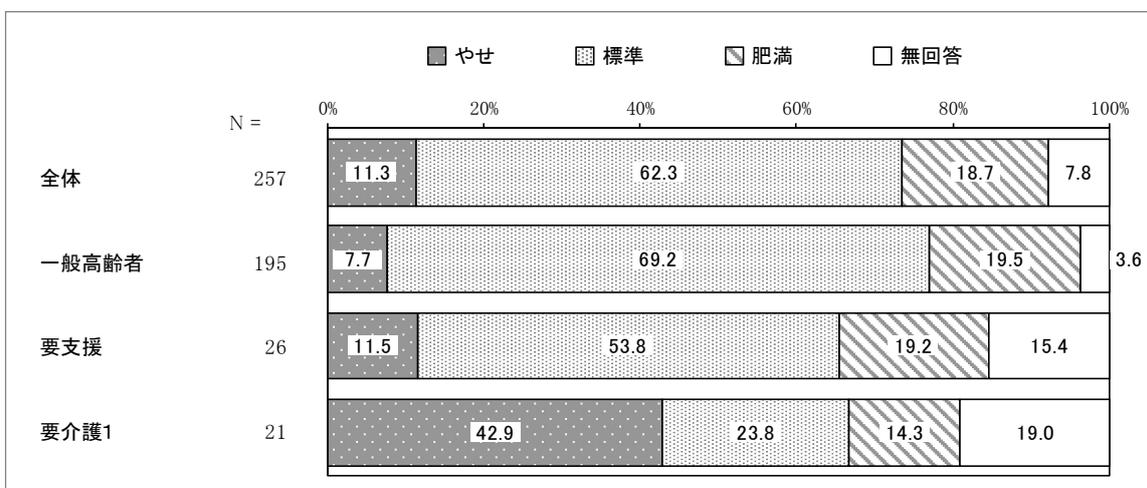


### (3) 食べることについて

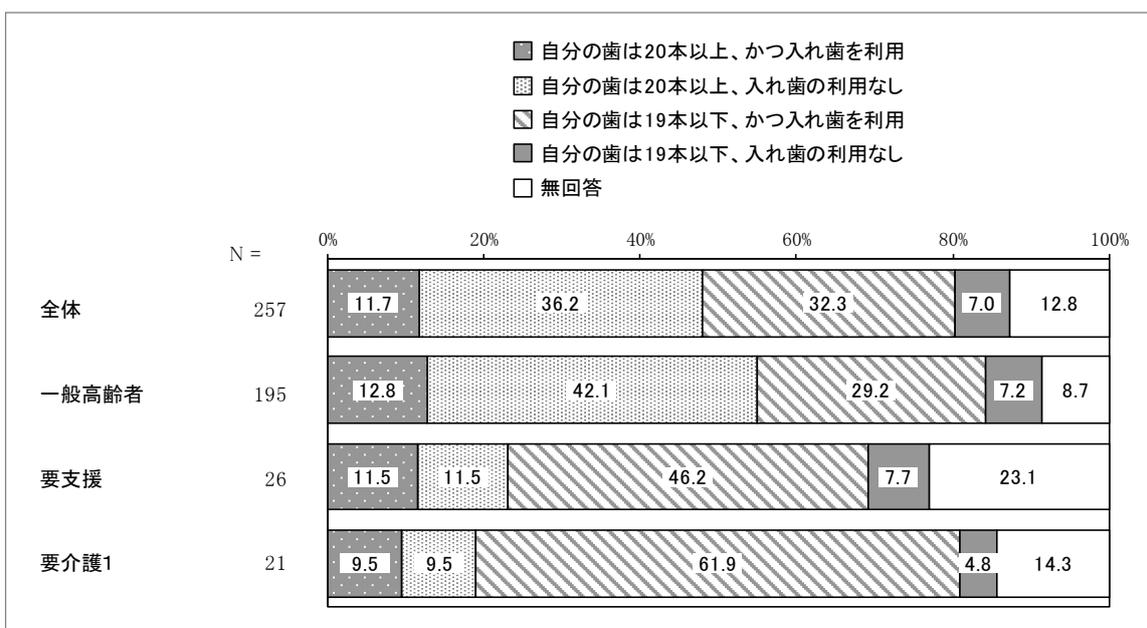
「やせ」の人が1割強、「肥満」の人が2割弱を占めているため、生活習慣病予防も兼ねて、正しい食生活の啓発が必要と考えられます。

また、口腔機能では『自分の歯は19本以下』（「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」と「自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし」の合計）の人が約4割、『入れ歯を利用』（「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」と「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の合計）している人が4割台半ばとなっていることから、高齢になっても健康的な生活を送るための口腔ケアの啓発を推進することが重要です。

#### ■ BMI



#### ■ 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください



#### (4) 毎日の生活について

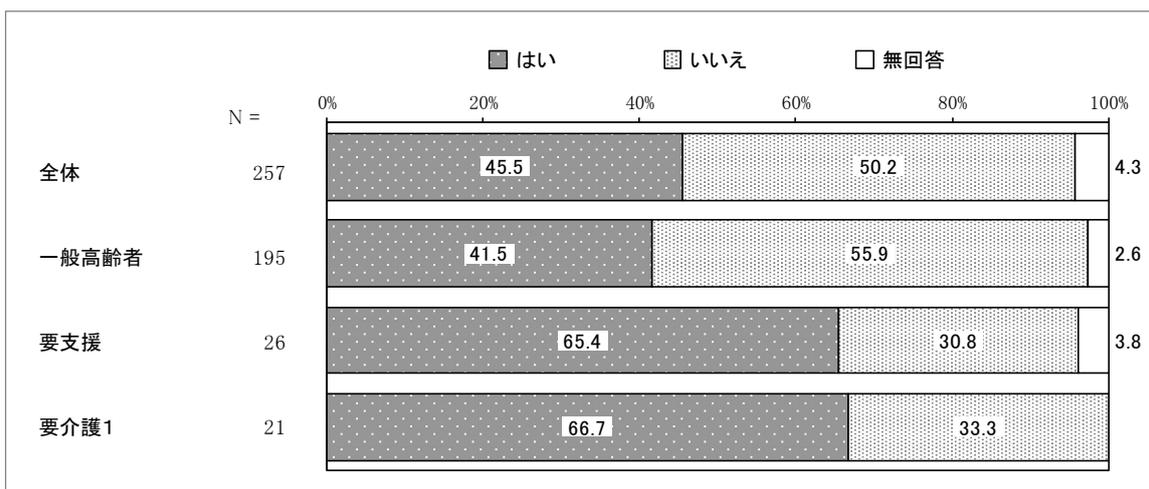
物忘れが多いと感じるかで「はい」が4割以上となっており、認知機能の低下がみられる高齢者が少なくない可能性が考えられることから、今後に向けて、生活習慣や日頃のトレーニング等で認知症を予防していくことと、高齢者の家族や介護者に向けた認知症の啓発に努め、早期発見・治療につなげていくことが重要になると考えられます。

他者との関わりについては、友人の家を訪ねている人は半数程度となっていますが、病人を見舞うこと等で他者との関わりを持っている人は現状でも多くいると考えられます。引き続き、この状況を維持するとともに、関わりがより多くなるよう、更なる交流機会の創出等、交流に関する支援や交流の場への移動支援等を検討することが必要です。

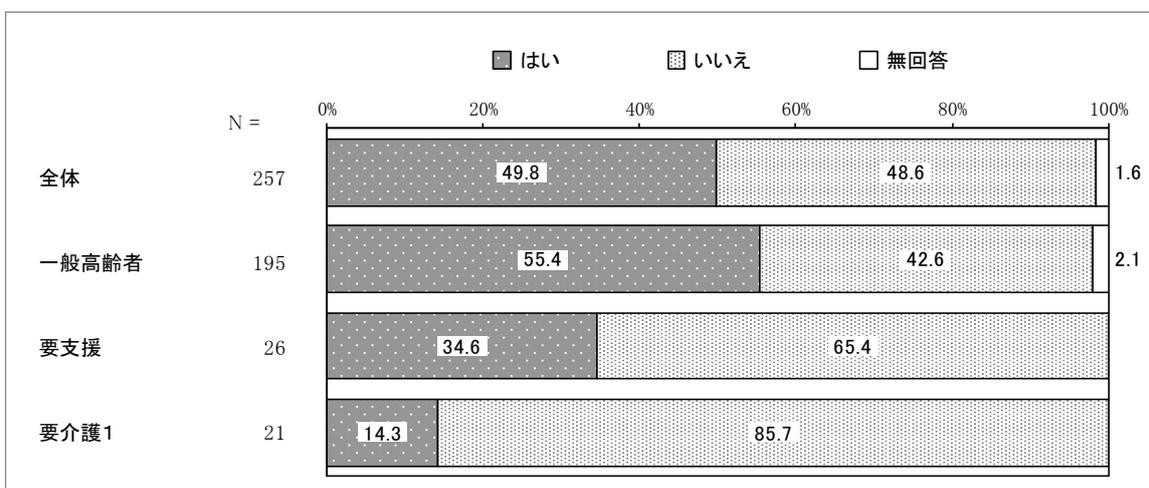
趣味や生きがいは7割以上の人があるとしており、趣味は社会参加のきっかけになることも考えられるため、こうした活動を支援することも大切です。

日常生活で不安を感じることで、自身や家族の健康が6割以上となっているため、健康づくりに関する周知や啓発に努めていくことも求められています。

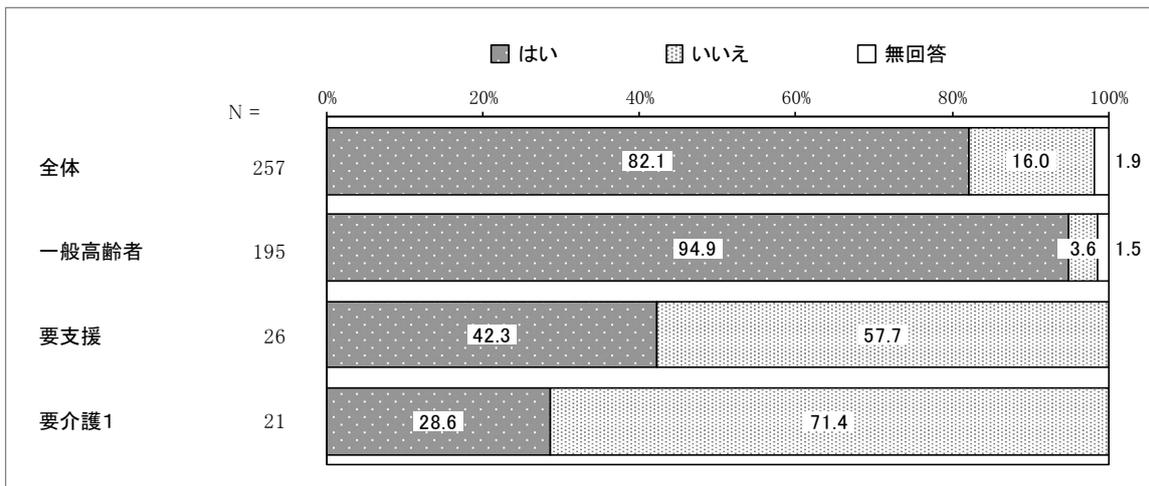
#### ■物忘れが多いと感じますか



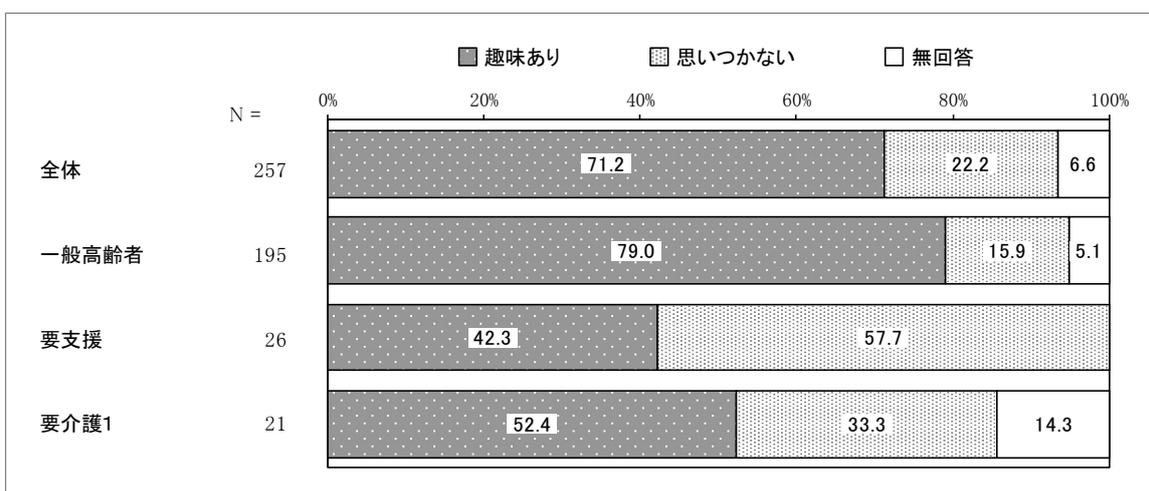
#### ■友人の家を訪ねていますか



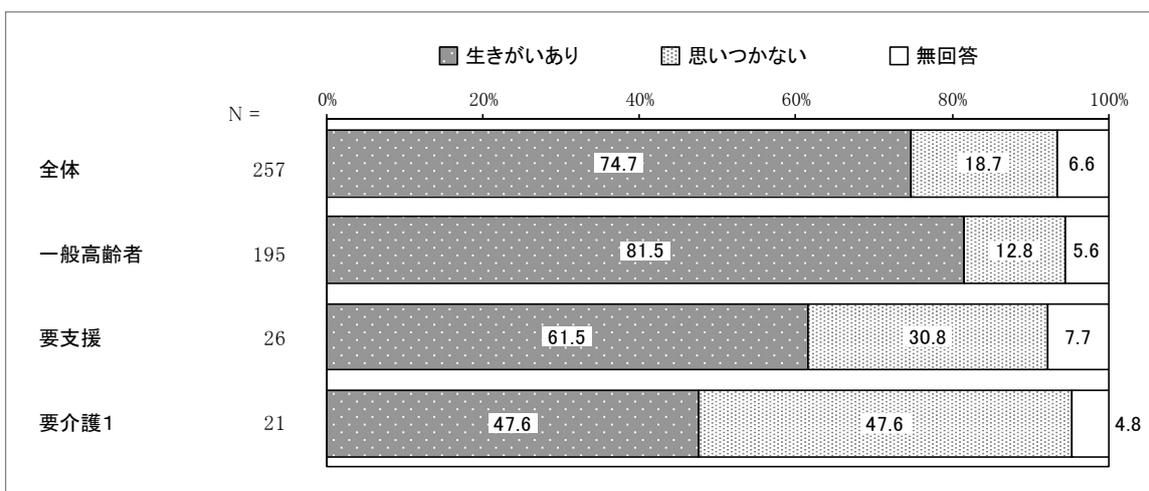
■ 病人を見舞うことができますか



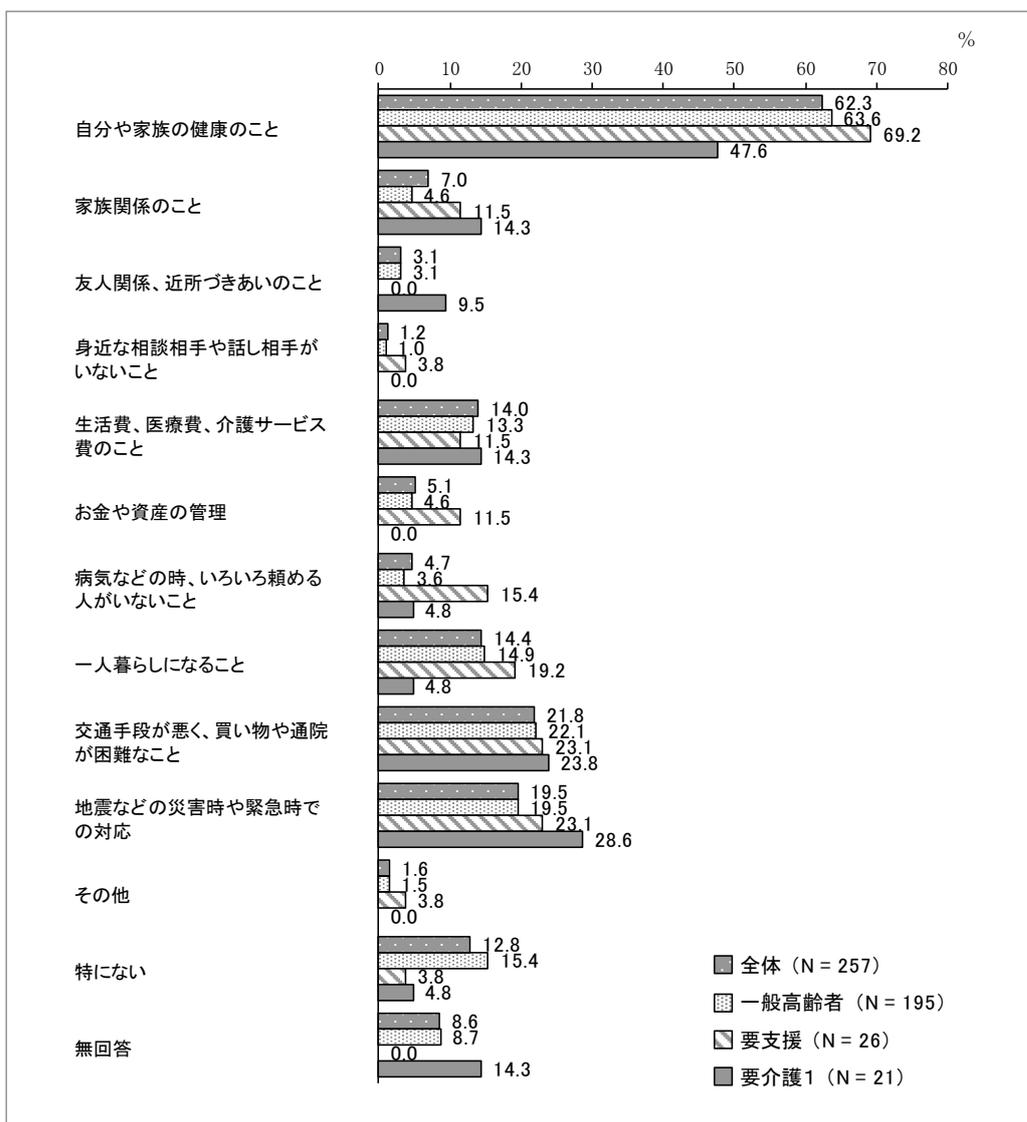
■ 趣味はありますか



■ 生きがいがありますか



## ■ 日常生活で不安を感じるのはどんなことですか



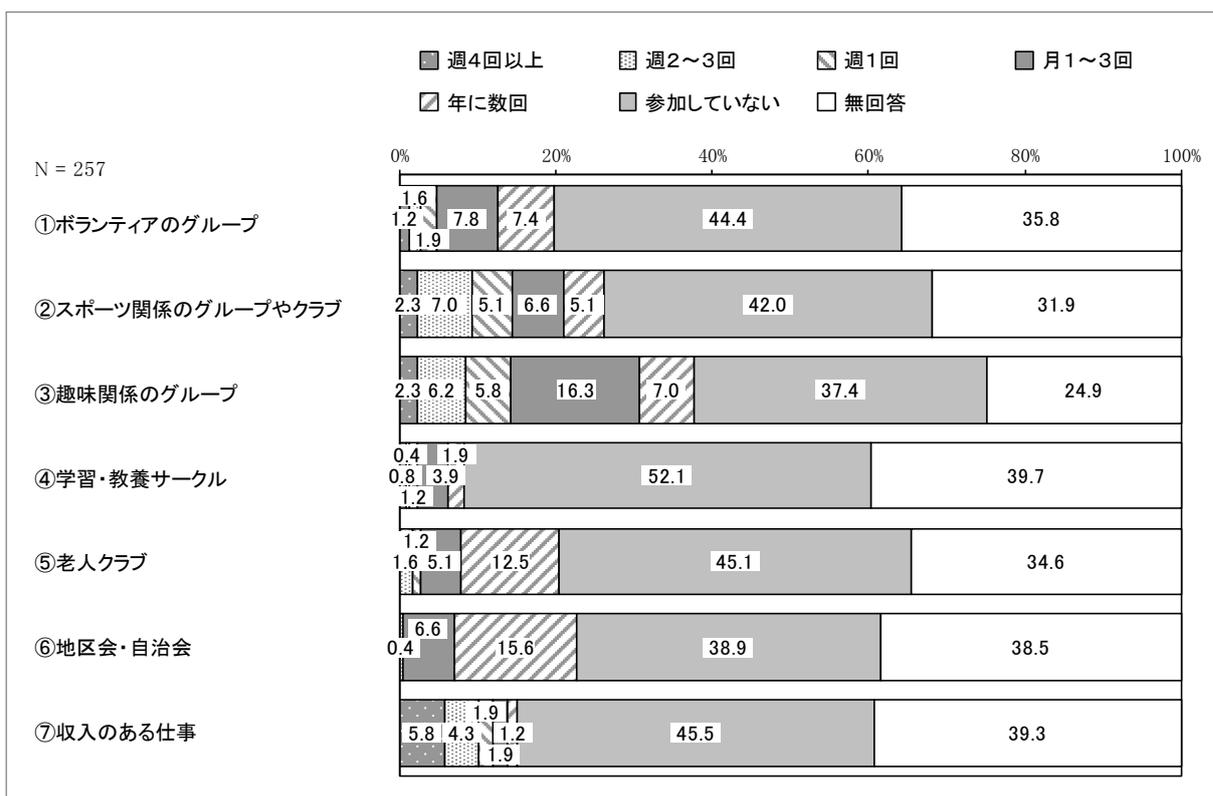
## (5) 地域での活動について

地域での様々な活動は、趣味関係のグループで『参加している』（「週4回以上」～「年に数回」の合計）割合が4割弱と比較的多くなっていますが、その他の活動では『参加している』割合は2割前後にとどまっています。

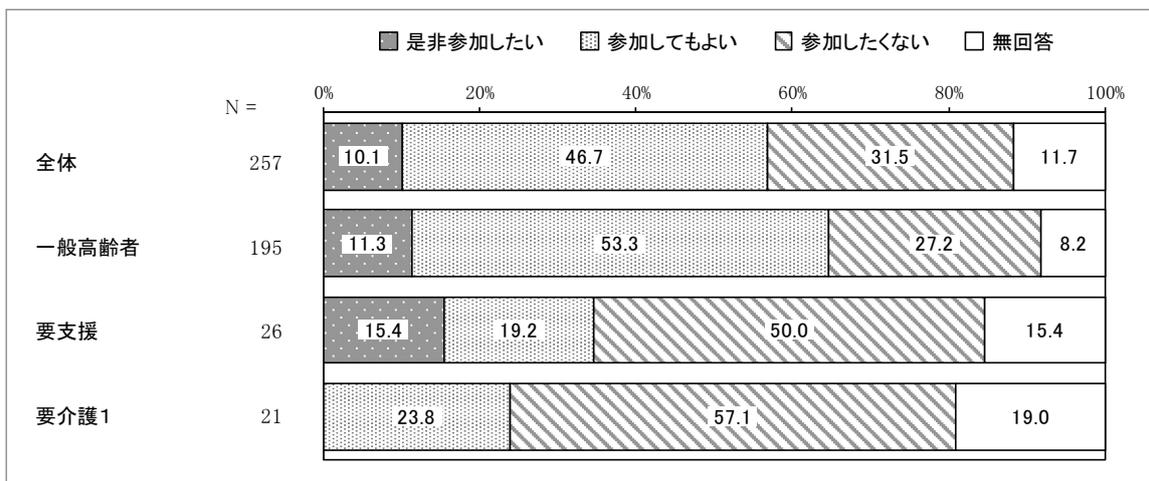
しかし、地域づくり活動への参加意向は、『参加者として参加意向がある』（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合計）が5割台半ば、『企画・運営（お世話役）として参加意向がある』が3割台半ばとなっているため、活動によってはより多くの参加が見込める可能性があります。今後の地域活動の活性化に向けて、活動の周知や参加しやすい環境づくり等、参加意向を実際の参加に結び付けるための取組が重要になると考えられます。

2か所のいきいきサロンは、利用したことがある人は約3人に1人となっており、利用している人の利用頻度は比較的高くなっています。その一方で未利用の人が6割近くとなっているため、いきいきサロンの利用促進を図ることも大切です。

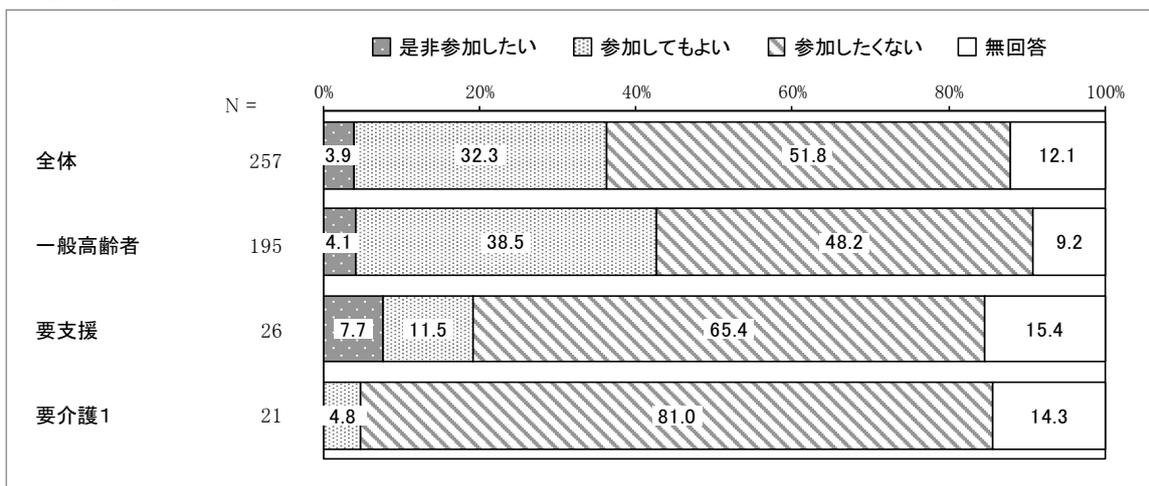
### ■ 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか



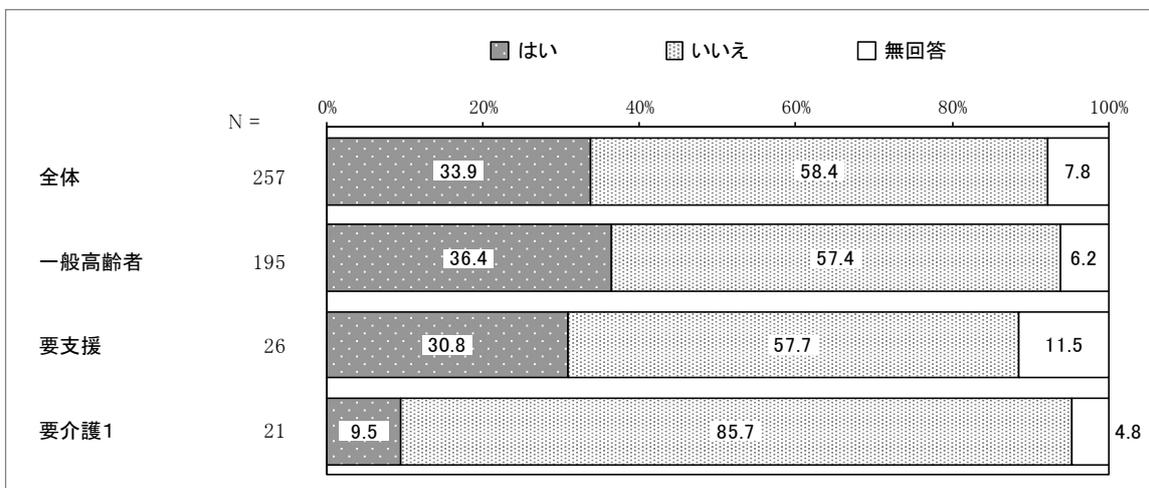
■いきいきした地域づくりの活動に参加者として参加してみたいと思いますか



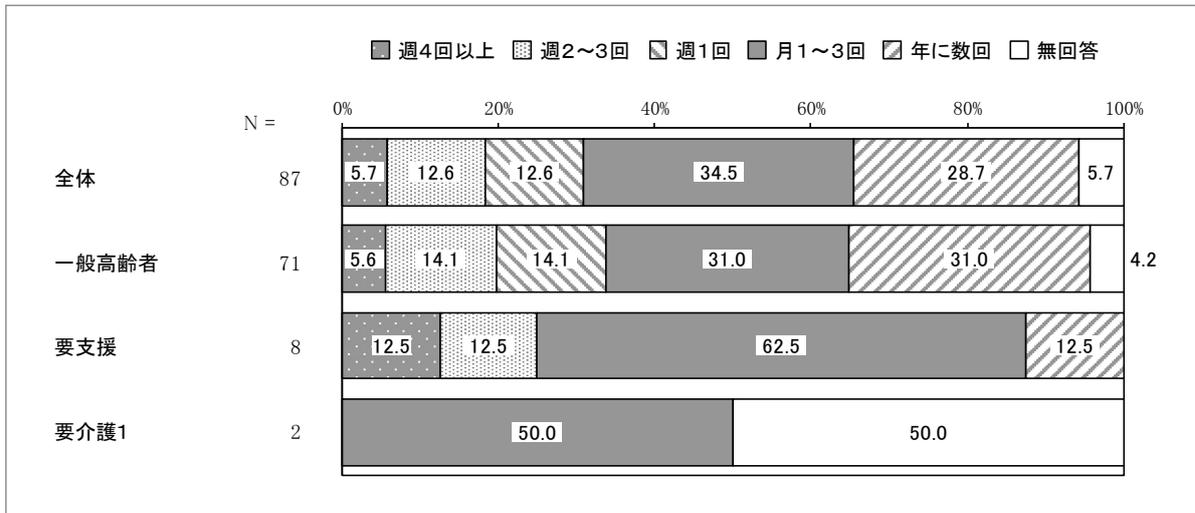
■いきいきした地域づくりの活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか



■「いきいきサロンくすのき」や「いきいきサロンやまゆり」を利用したことがありますか



■ 「いきいきサロンくすのき」や「いきいきサロンやまゆり」をどのくらいの頻度で利用していますか



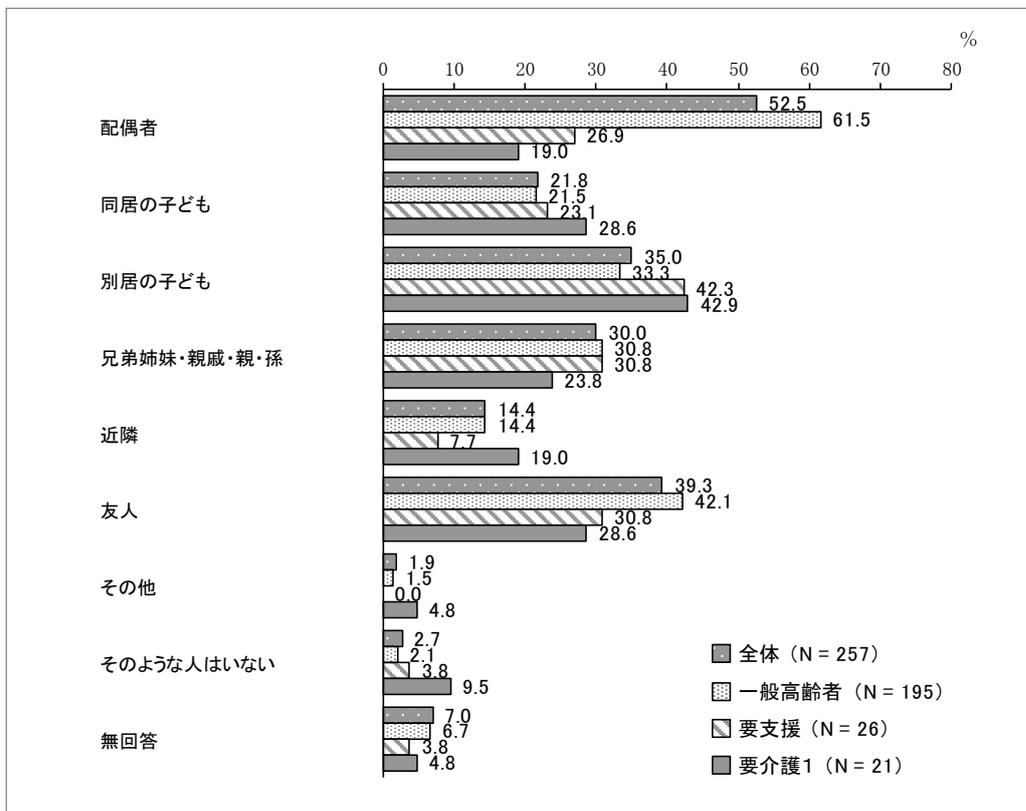
## (6) たすけあいについて

たすけあいの相手は「配偶者」が最も多くあげられており、病気の看病では親族以外が少なくなっていることから、こうした場合の1人暮らし高齢者への支援が必要と考えられます。

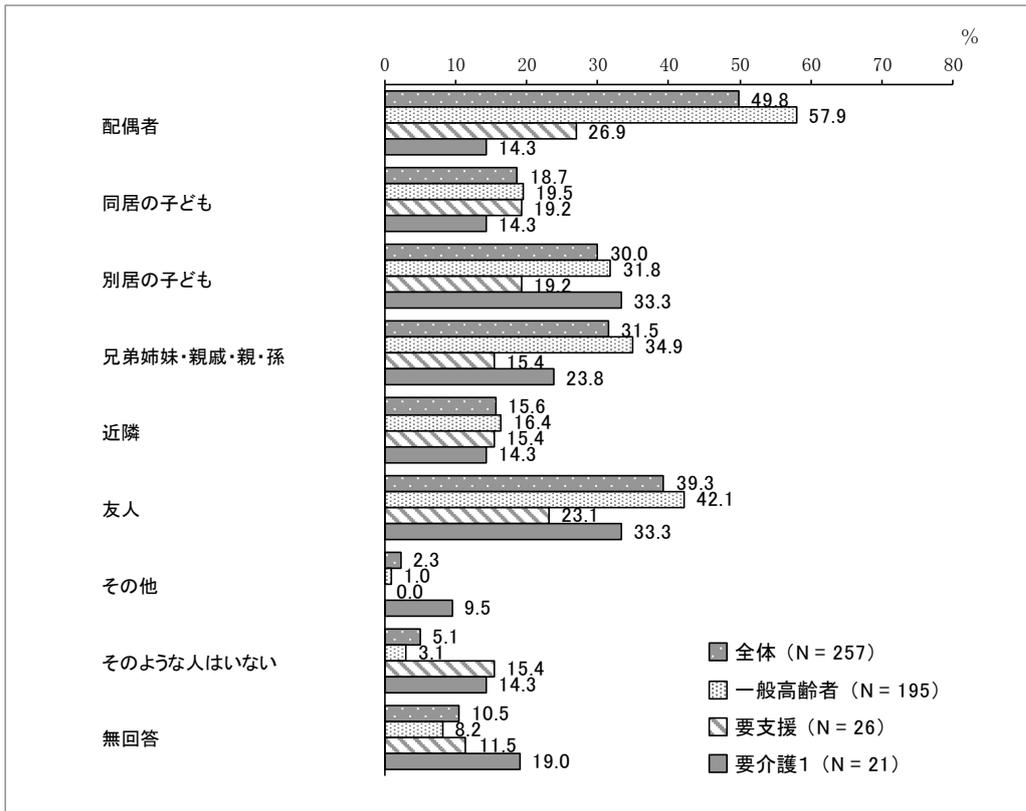
また、家族や知人以外の相談相手では、医師等が相談相手としてあげられていますが、いないという人も同程度となっているため、相談経路や相談窓口等を整備し、周知を図ることも重要です。

友人・知人と会うことが『月に何度か以上ある』（「毎日ある」と「週に何度かある」、「月に何度かある」の合計）という人は約3人に2人の割合となっており、近所や地域での交流や趣味等の交流が活発といえます。今後に向けては、地域とのつながりの構築や閉じこもりの防止に、交流が継続されるよう支援を行っていくことも大切です。

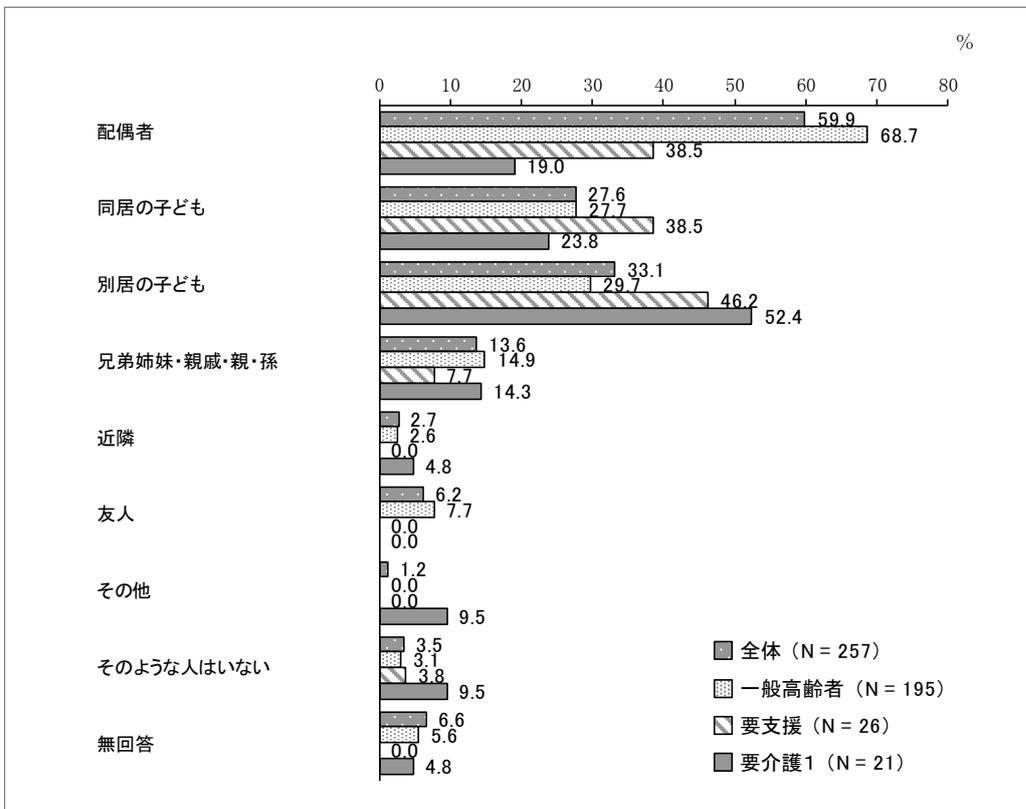
### ■ あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか



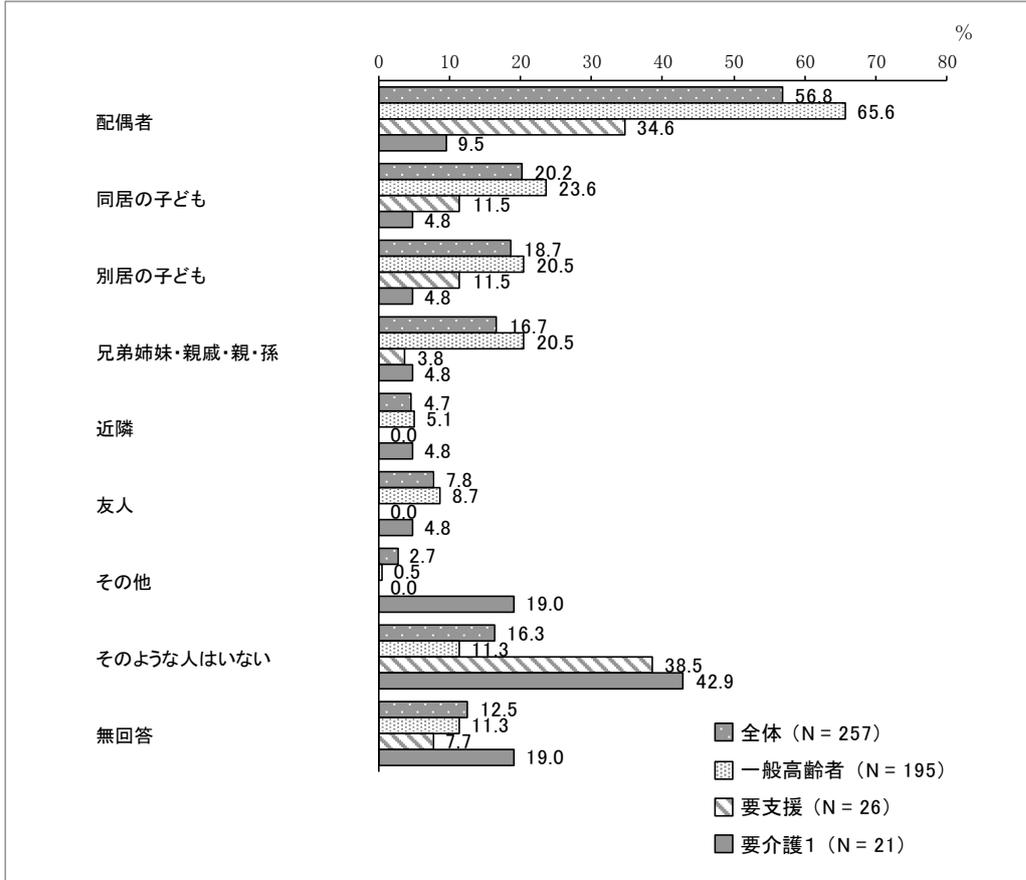
■ 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はいますか



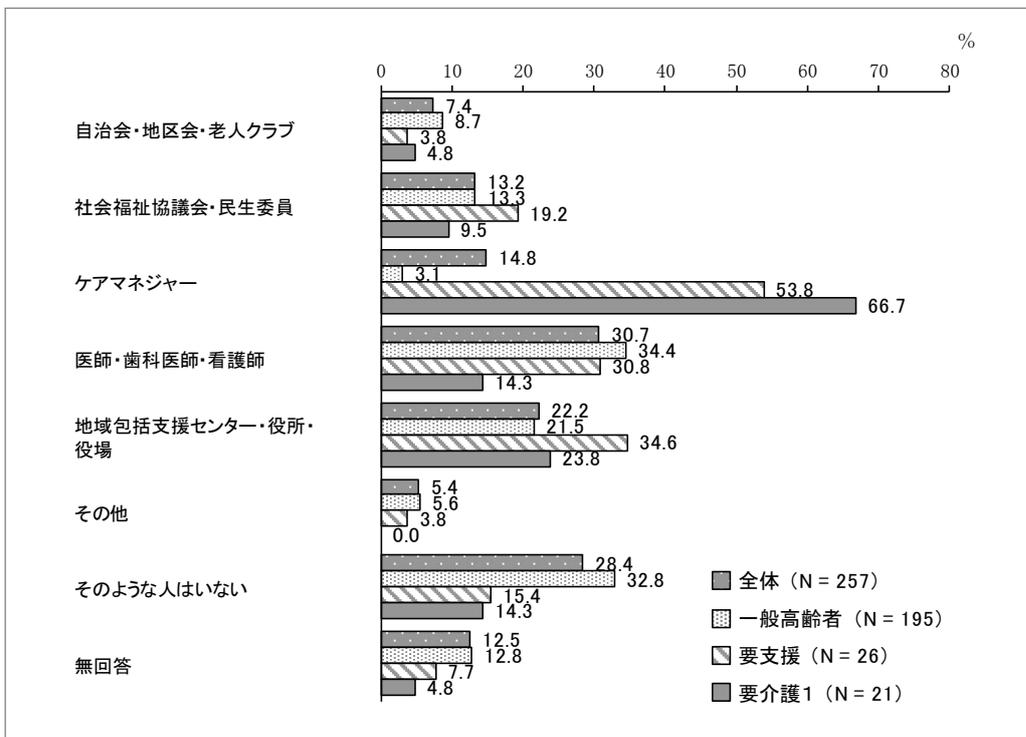
■ あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人はいますか



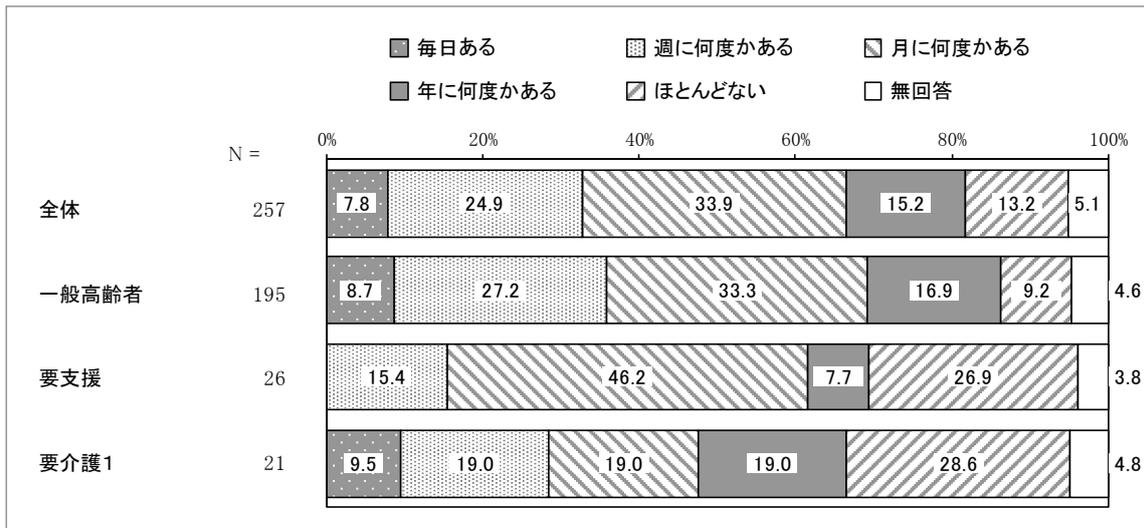
■ 反対に、看病や世話をしあげる人はいますか



■ 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください



■友人・知人と会う頻度はどれくらいですか



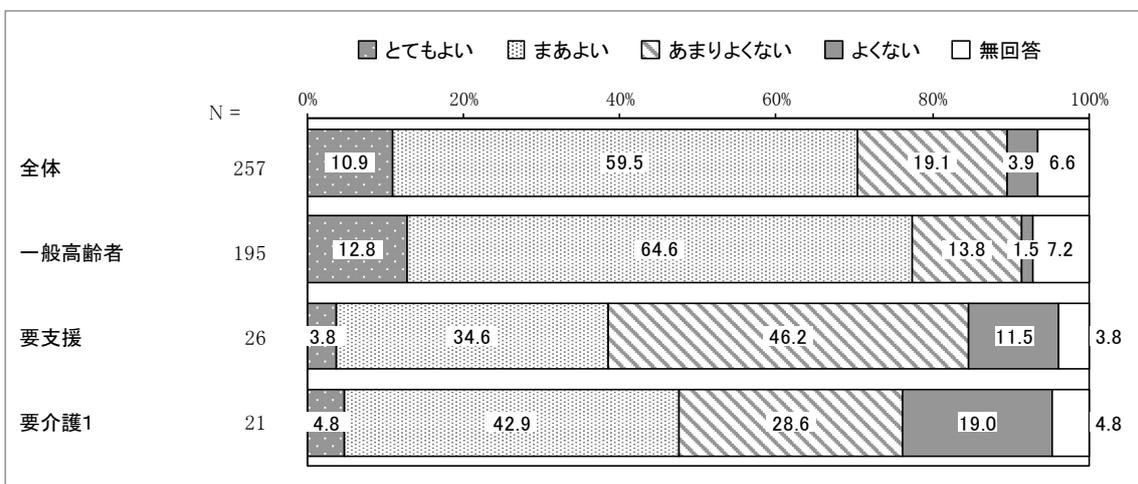
## (7)健康について

『健康状態はよい』(「とてもよい」と「まあよい」の合計)という人が7割を占めており、幸福を感じている人も多くなっています。一方で、2～3割の人が、ゆううつな気持ちや心から楽しめない感じになるとしているため、うつ予防に取り組んでいくことが重要と考えられます。

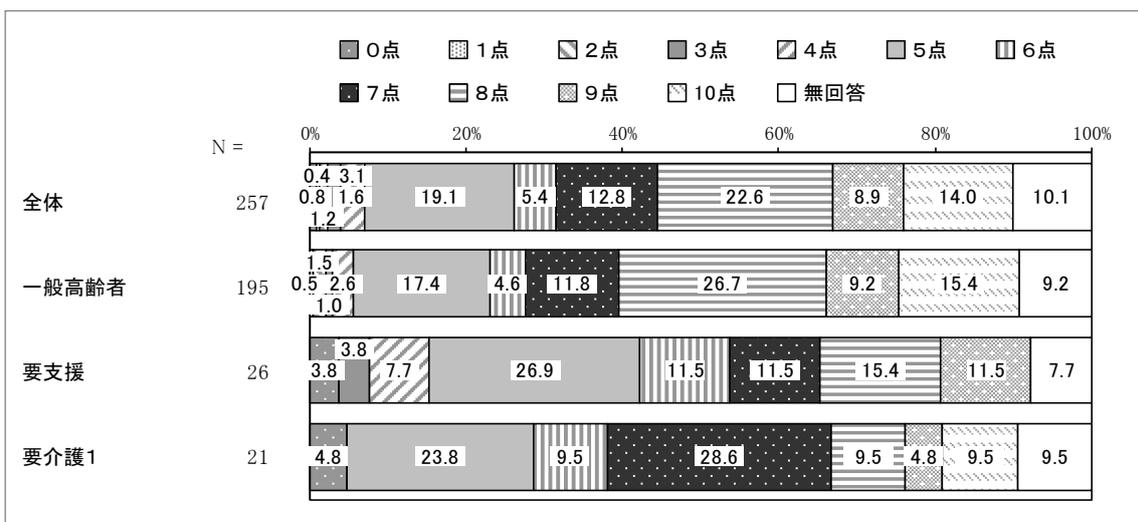
飲酒に関しては、毎日飲酒をしている人が約2割となっているため、健康寿命の延伸の観点から、適切な飲酒量等の啓発を行っていくことが大切です。

現在治療中・後遺症のある病気では、高血圧や糖尿病等の生活習慣病が上位にあげられており、また、健康のために、運動やバランス良い食生活等に気をつけている人も少なくないため、望ましい生活習慣や食習慣の周知・啓発に努め、生活習慣病の予防を含めた健康づくりを推進していくことが重要です。

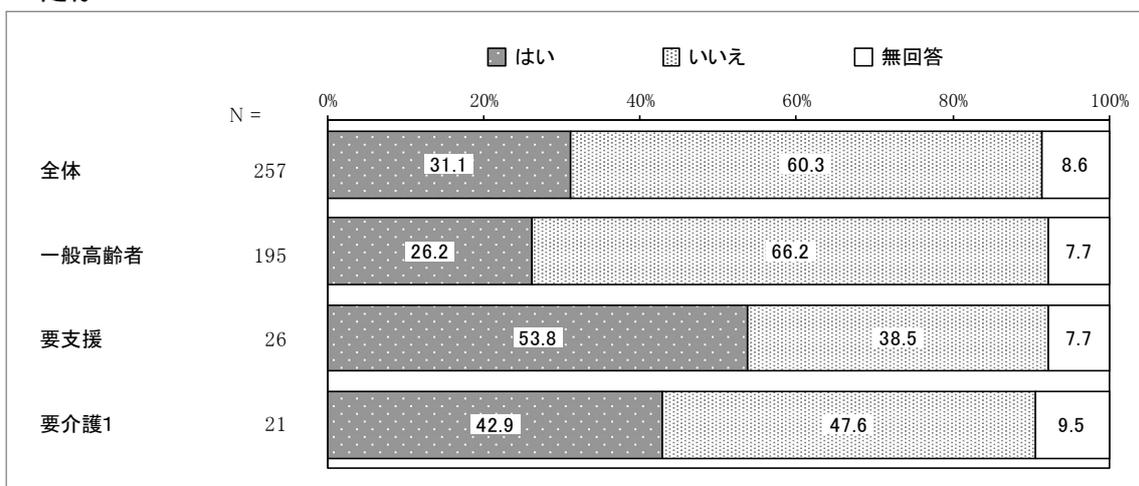
### ■現在のあなたの健康状態はいかがですか



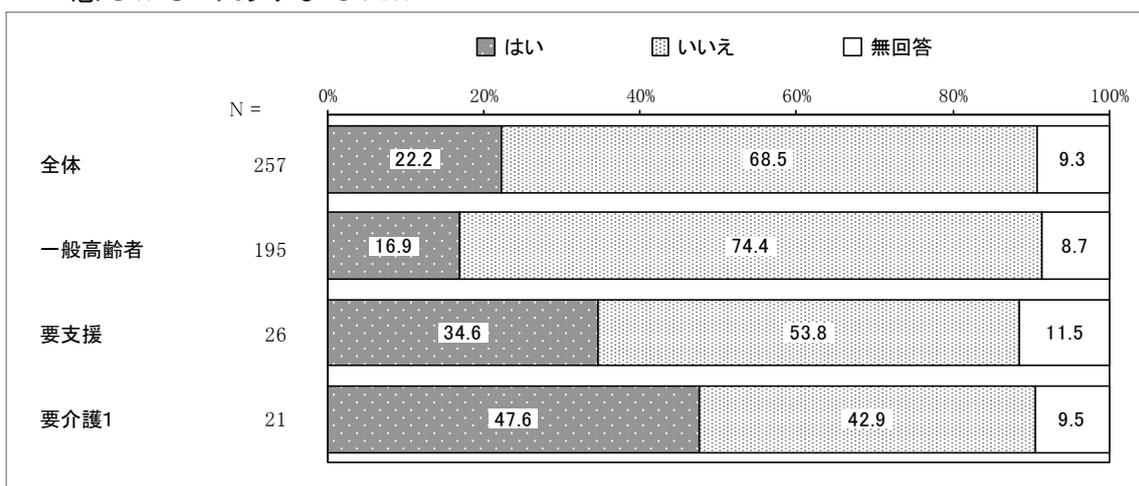
### ■あなたは、現在どの程度幸せですか



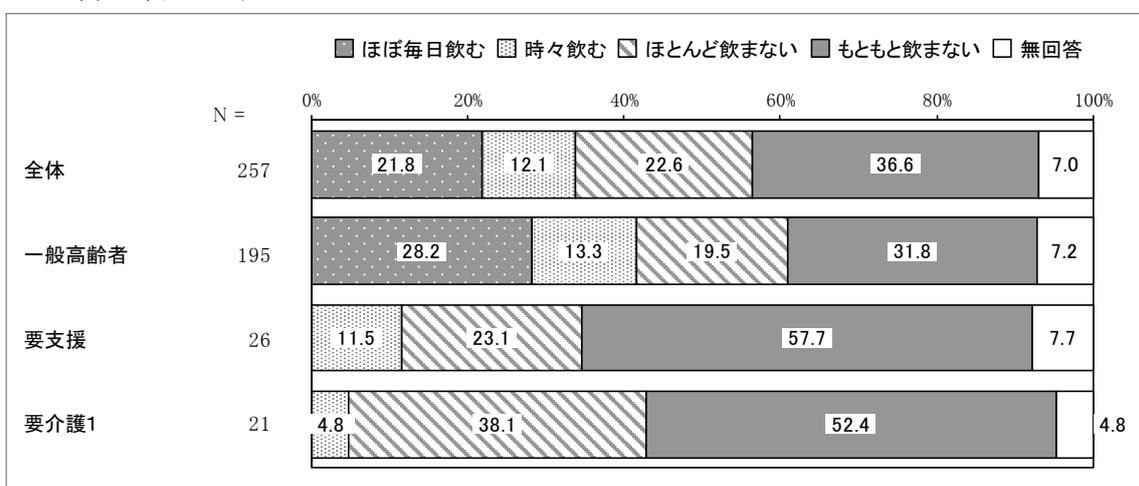
■この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか



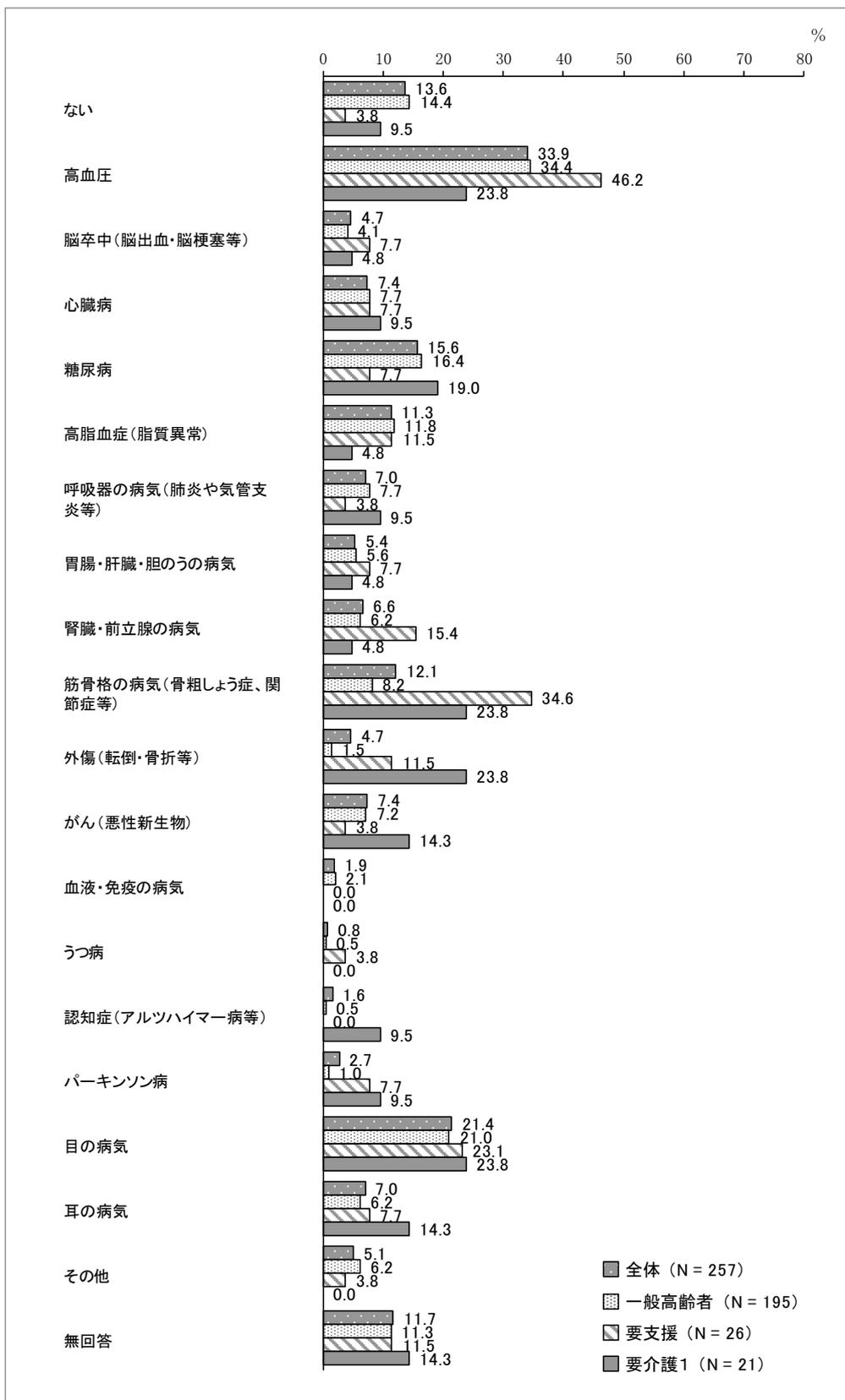
■この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか



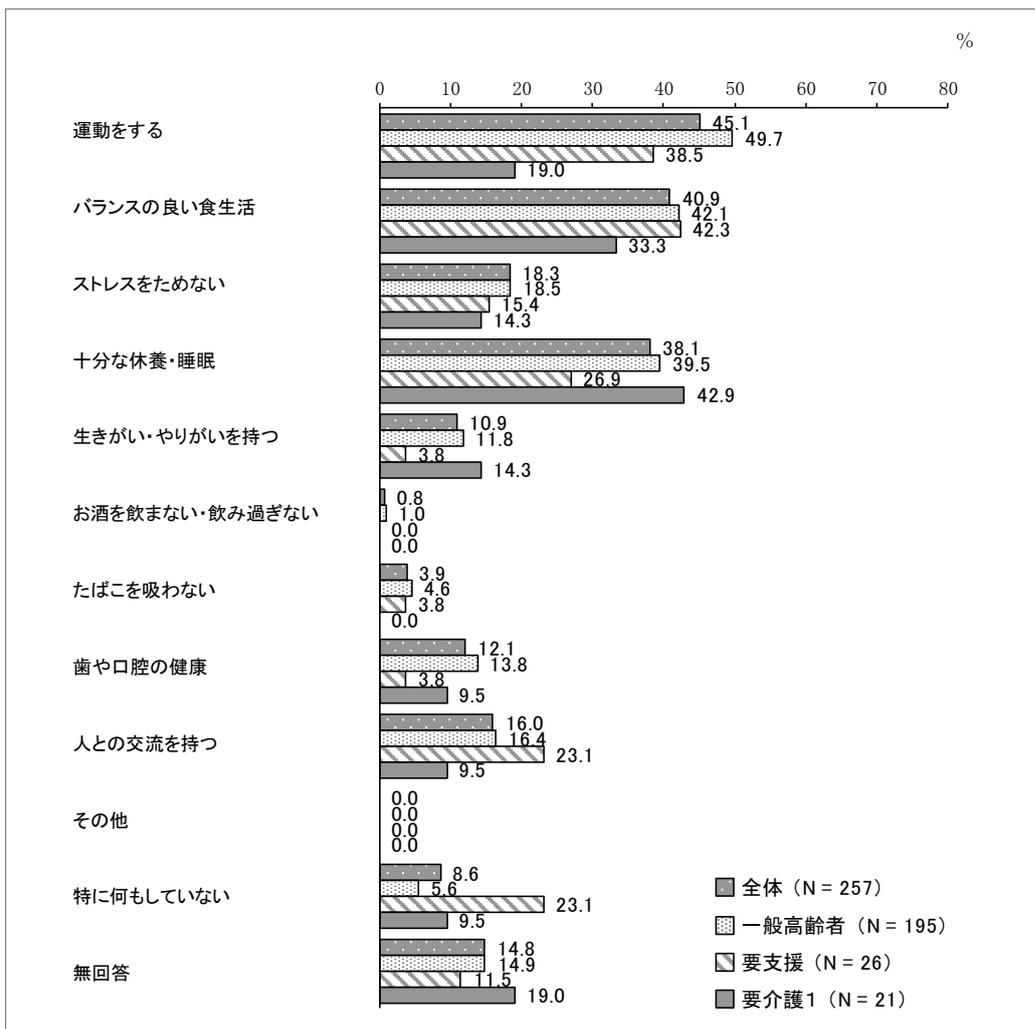
■お酒は飲みますか



■現在治療中、または後遺症のある病気はありますか



■健康のために特に気をつけていることは何ですか

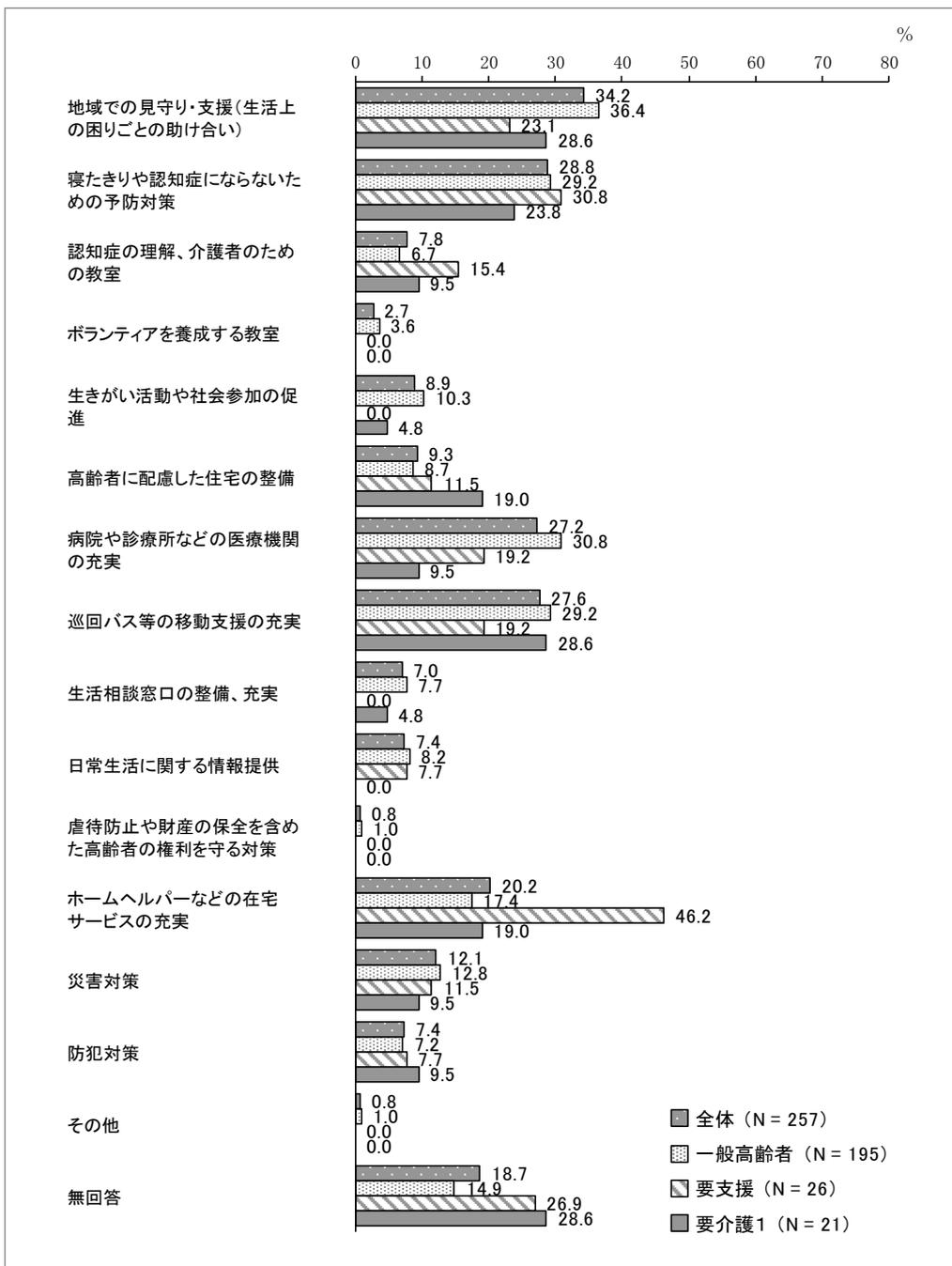


## (8) 今後の高齢者福祉施策やボランティアについて

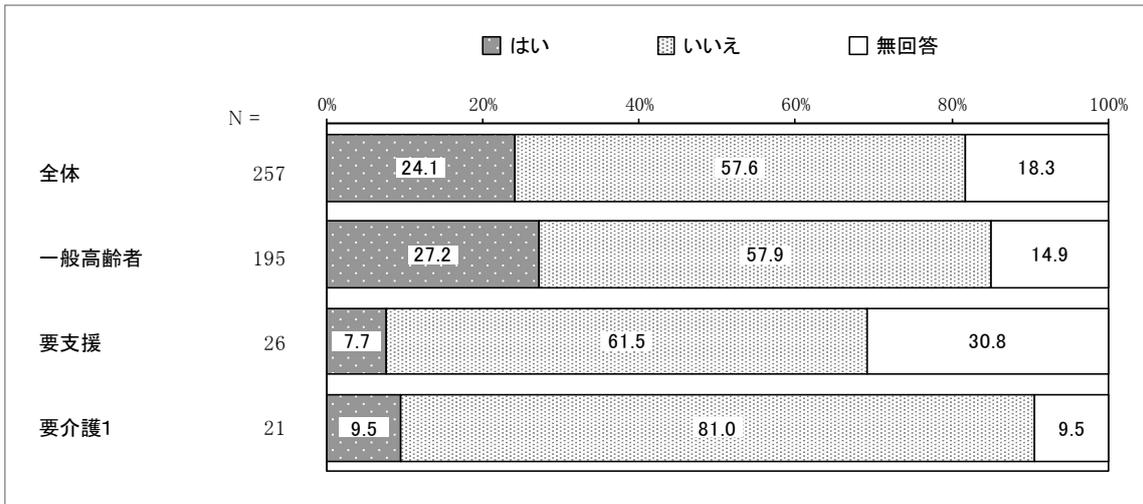
地域での日常的な支援や介護予防の対策、移動支援の充実等が、住みよい地域づくりのために求められています。

介護支援のボランティアとしての参加意向がある人は約4人に1人となっており、また、参加可能なボランティア活動では、日常的な見守りや話し相手、移動支援等があげられていることから、住みよい地域づくりへの意見と合わせて、住民相互の支援について検討していくことが大切です。

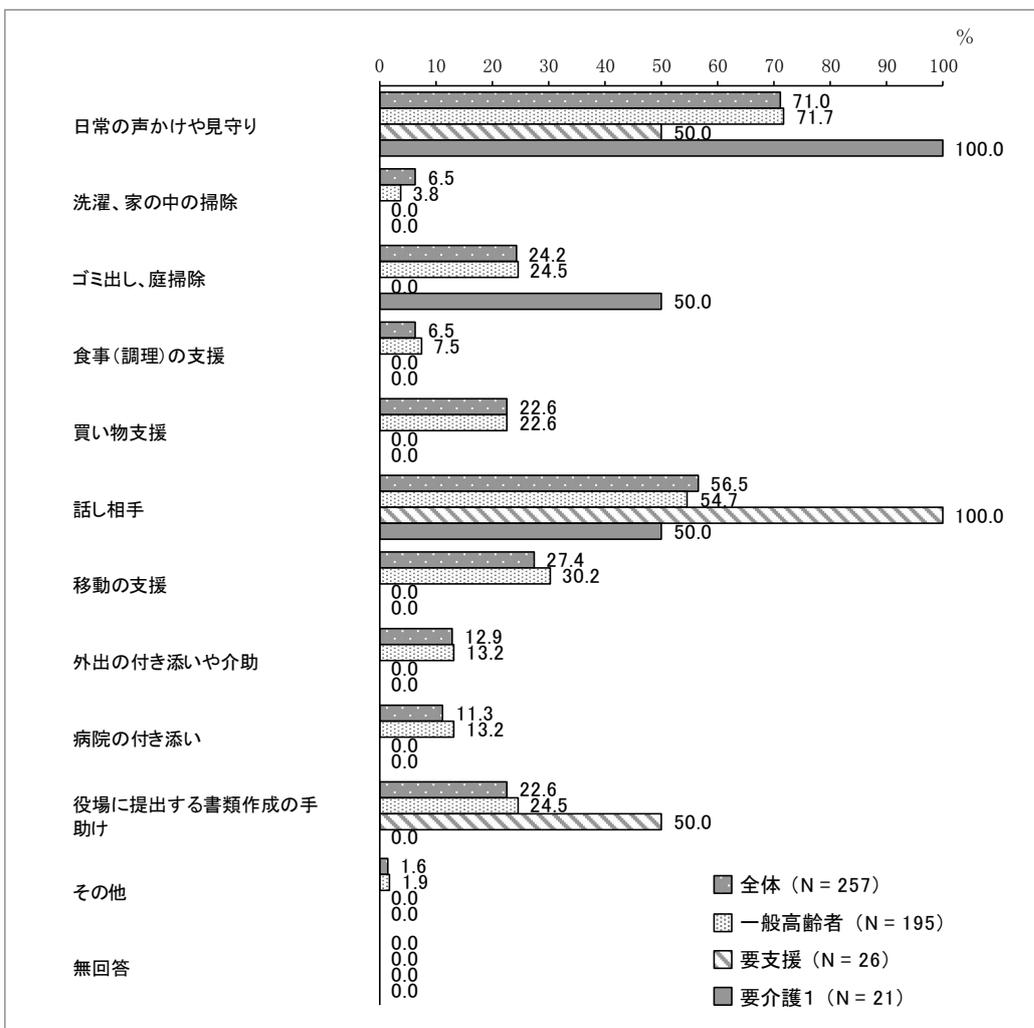
### ■住みよい地域づくりのためには、どのような施策が重要だと思いますか



■身近な地域で高齢の方などが安心して暮らしていけるよう、有償もしくは無償の介護支援の担い手（ボランティア）として活動に参加したいと思いますか



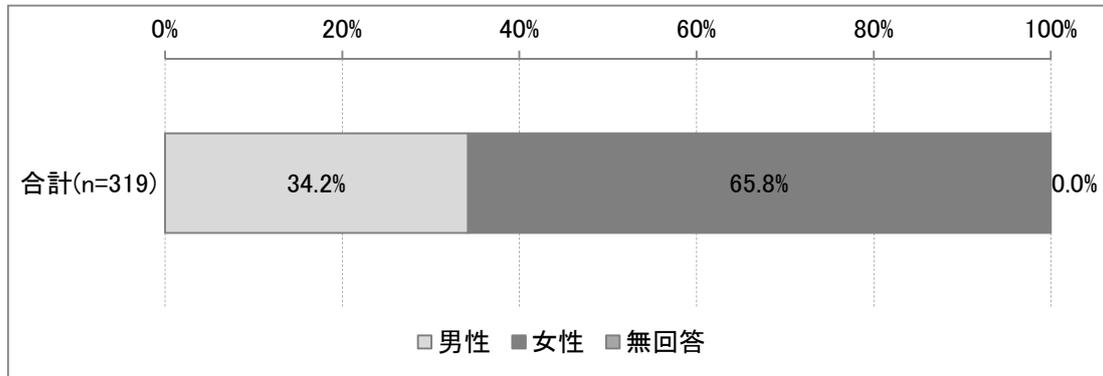
■どのようなボランティアなら参加できますか



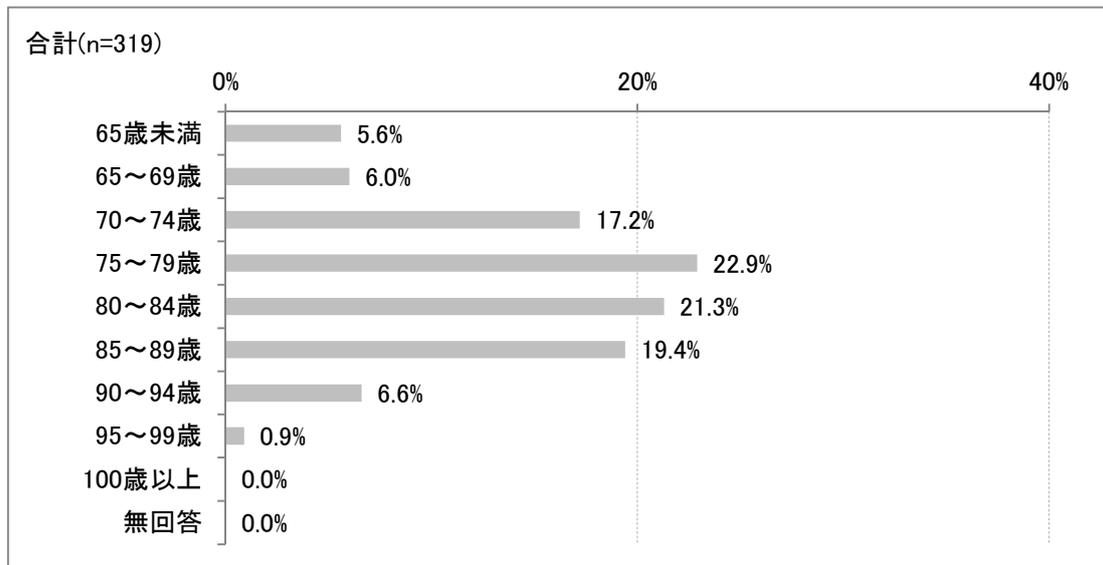
## 4-2. 在宅介護実態調査結果

### (1) 本人のプロフィール

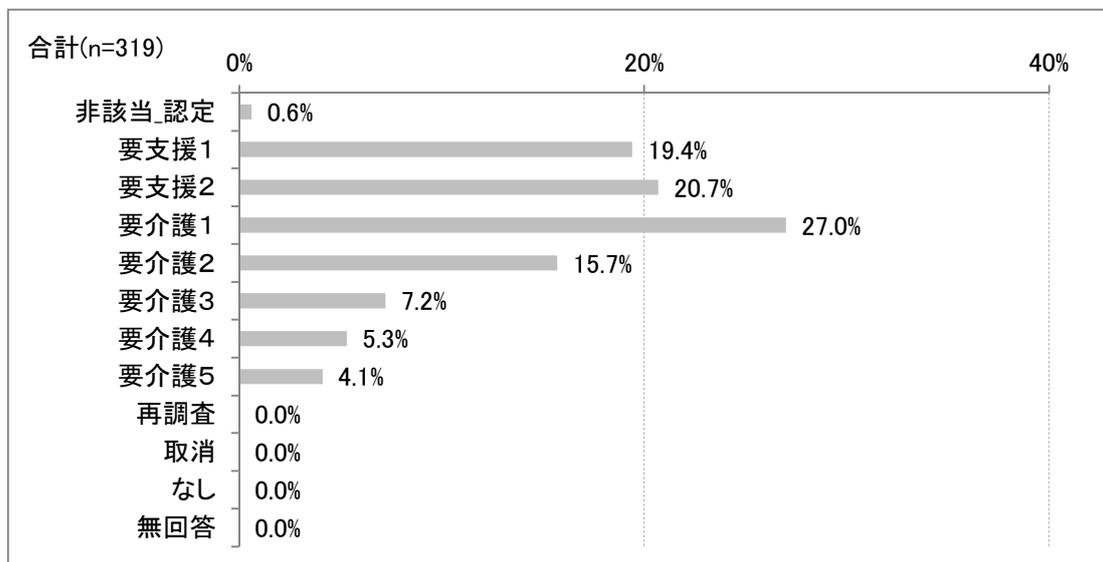
#### ■ 本人の性別



#### ■ 本人の年齢

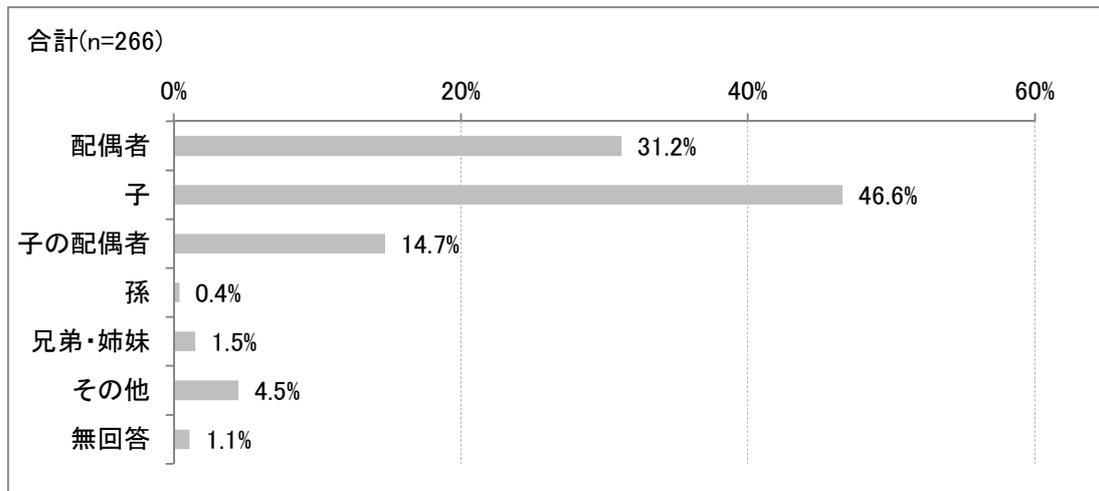


#### ■ 本人の要介護度

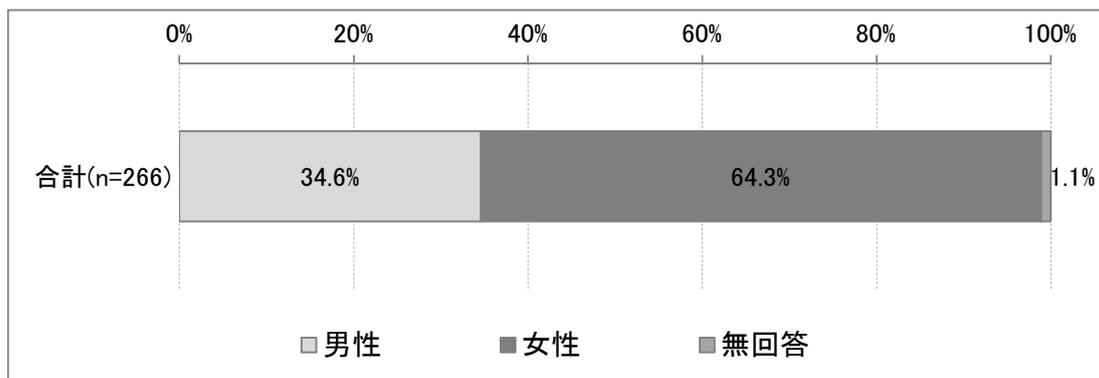


## (2) 主な介護者のプロフィール

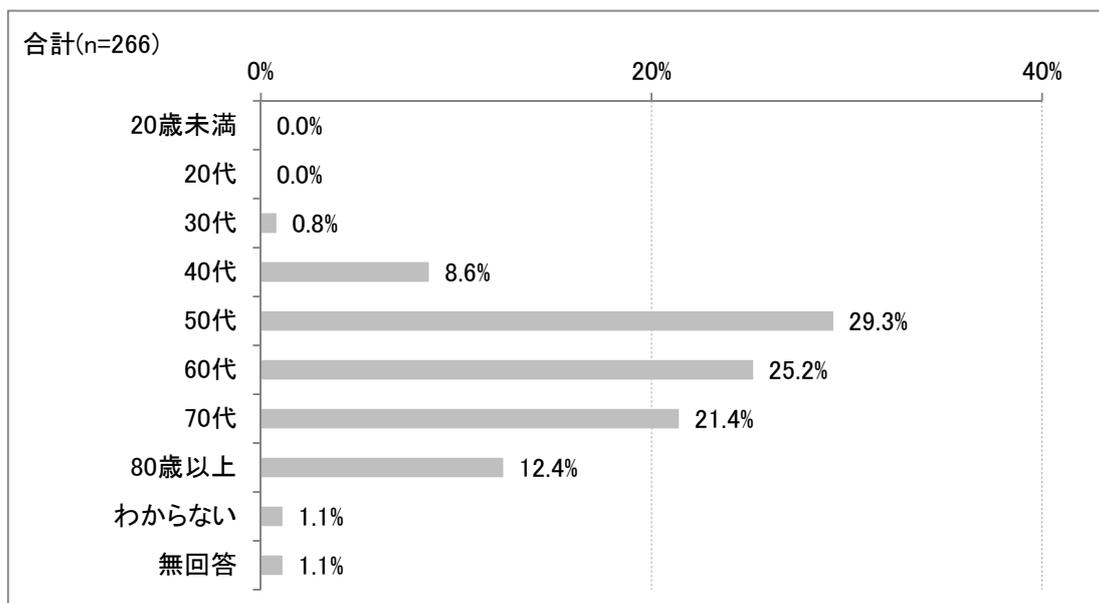
### ■ 本人との関係



### ■ 主な介護者の性別



### ■ 主な介護者の年齢

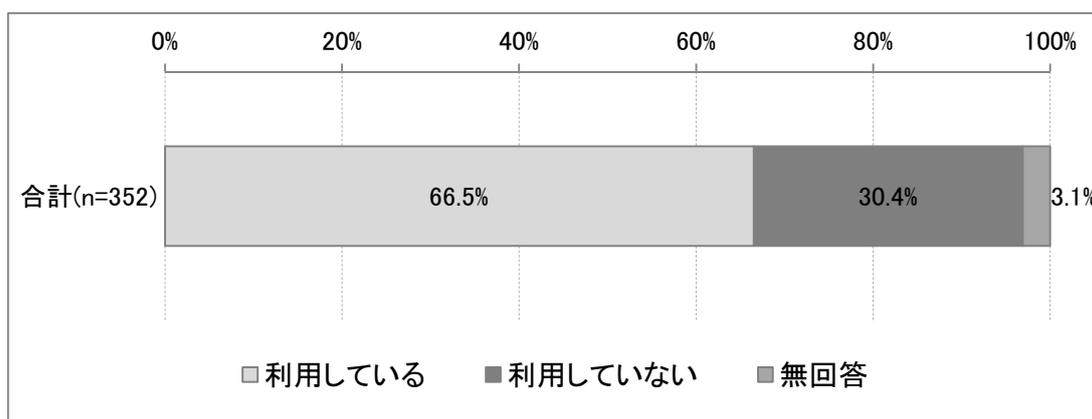


### (3) 各種サービス等の利用状況

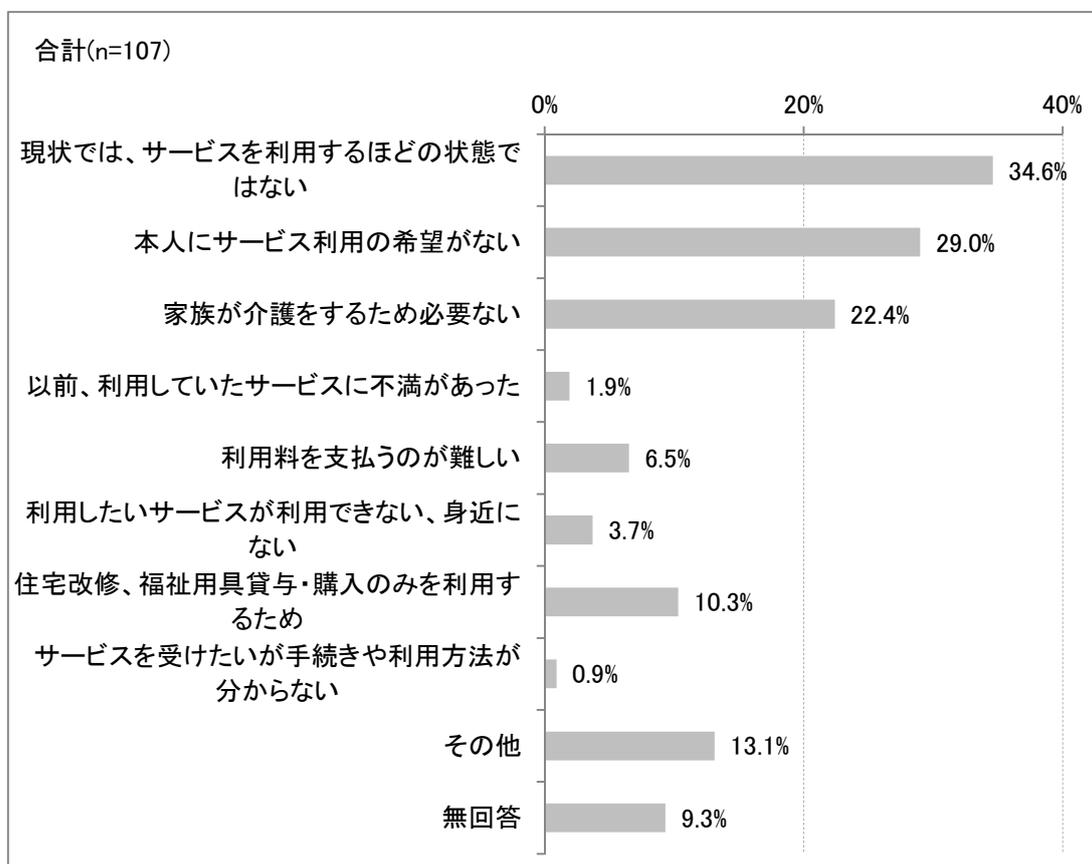
介護保険サービスの利用は約3人に2人の割合となっています。また、サービス未利用の理由として、本人の利用希望がないことや家族の介護があげられているため、重度化の予防や介護をする家族等の負担を軽減するため、適切なサービスの利用を促進していく必要があると考えられます。

介護保険以外の支援・サービスは、現状ではそれほど利用が多くありませんが、今後も在宅生活を続けるためには、移送サービスを始めとした多様なニーズがみられました。

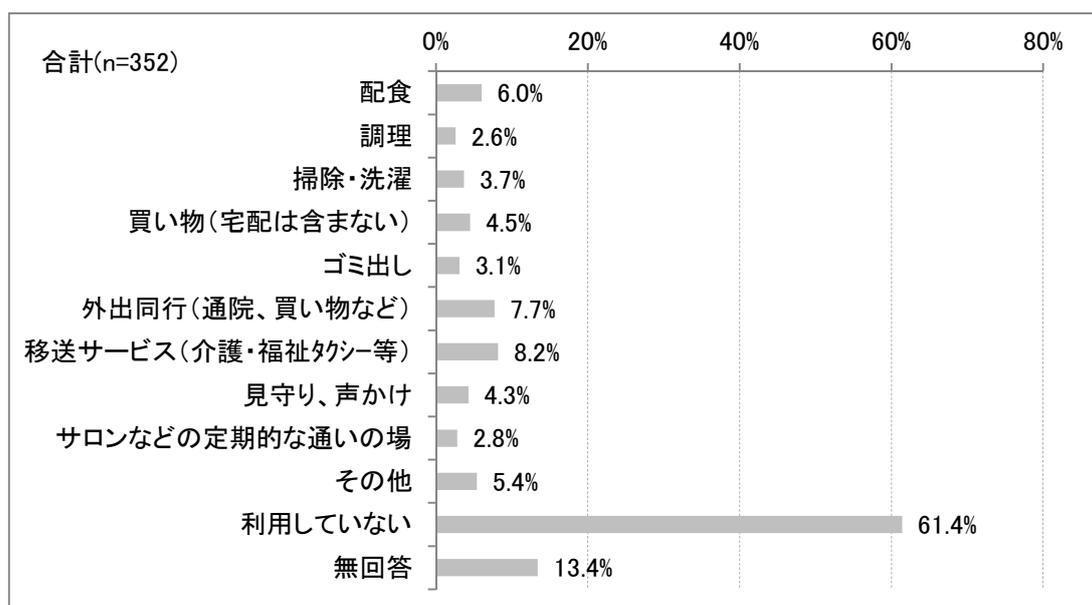
#### ■ 介護保険サービスの利用状況



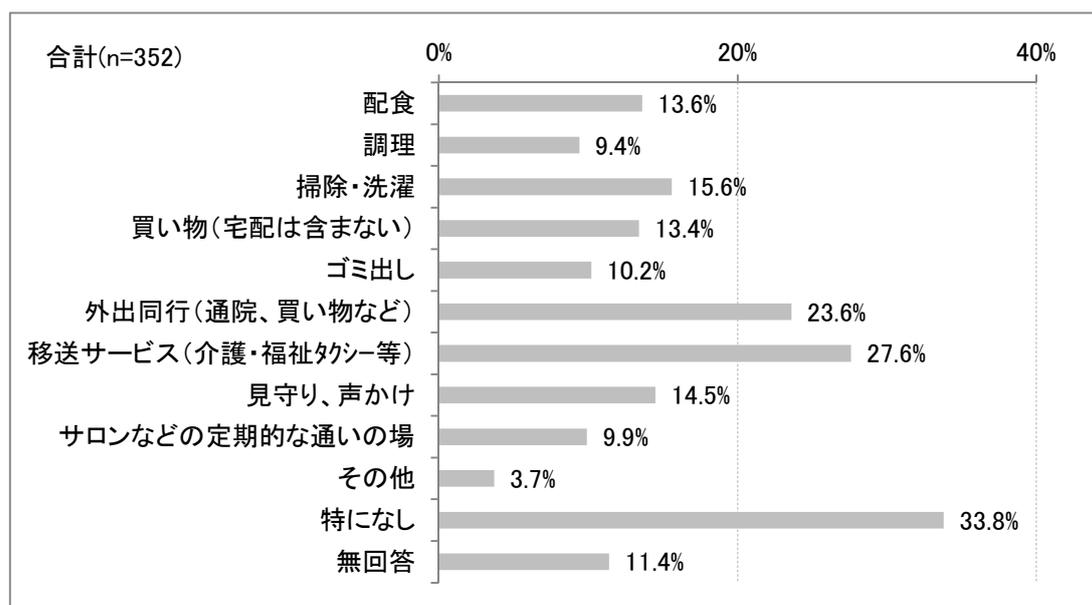
#### ■ 介護保険サービスを利用していない理由



■介護保険以外の支援・サービスの利用状況



■在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

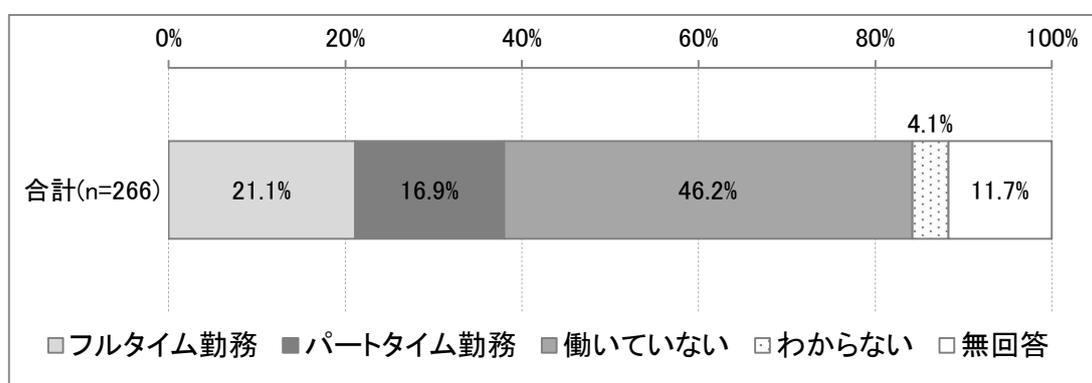


#### (4) 主な介護者の就労に関する意識

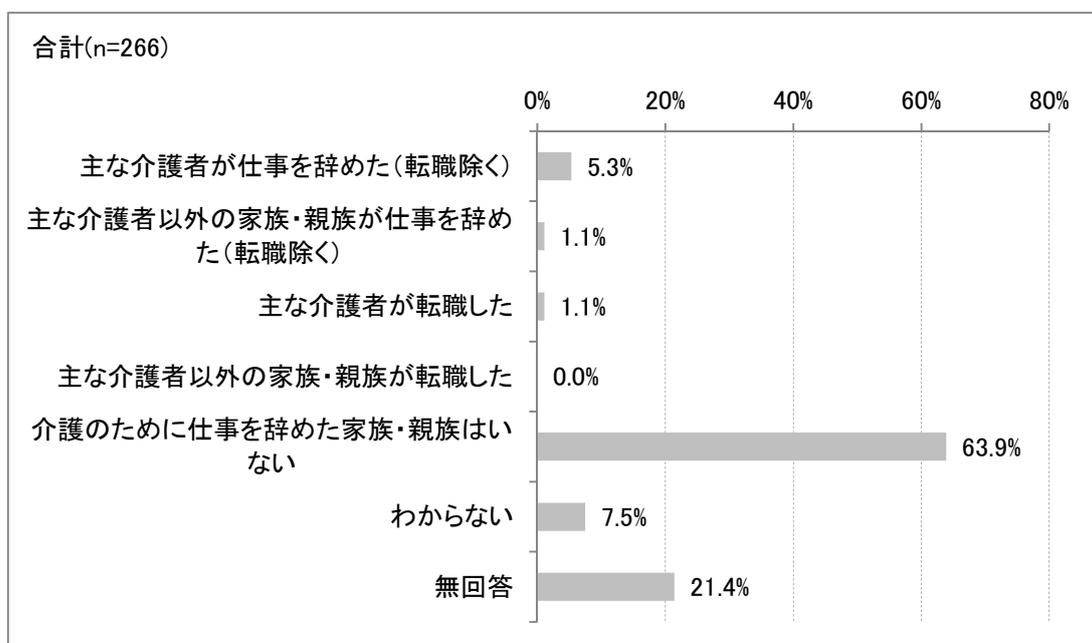
主な介護者のうち、就労している人が4割近くとなっており、現状では、介護のために離職・転職をしていない人が多くなっています。しかし、その一方で、就労継続への意識では続けていけるものの問題を感じている人が半数近くを占めているため、介護離職ゼロを目指すためには、就労している介護者が感じている様々な問題への支援を行っていくことが重要と考えられます。

また、就労継続への勤め先からの支援は、介護休業・休暇等の制度の充実や労働時間の柔軟な選択が上位にあげられていることから、仕事と介護の時間の折り合いをつけやすい労働環境の整備等を、企業等へ働きかけていくことが大切です。

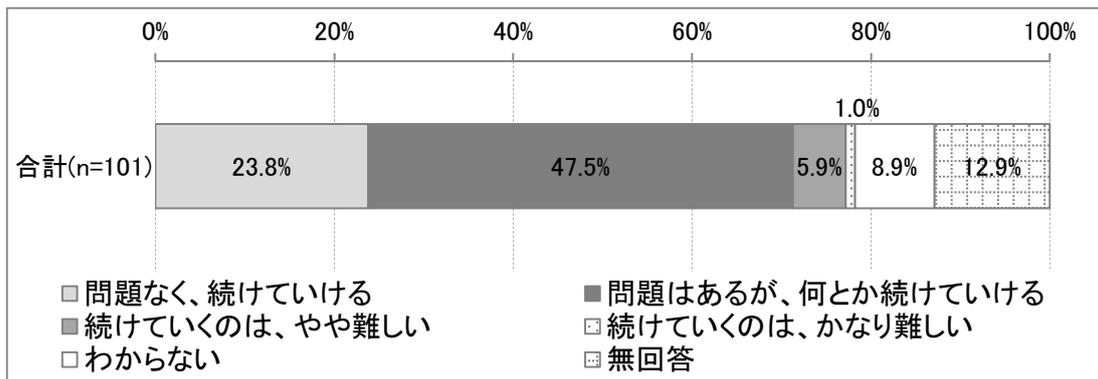
#### ■ 主な介護者の勤務形態



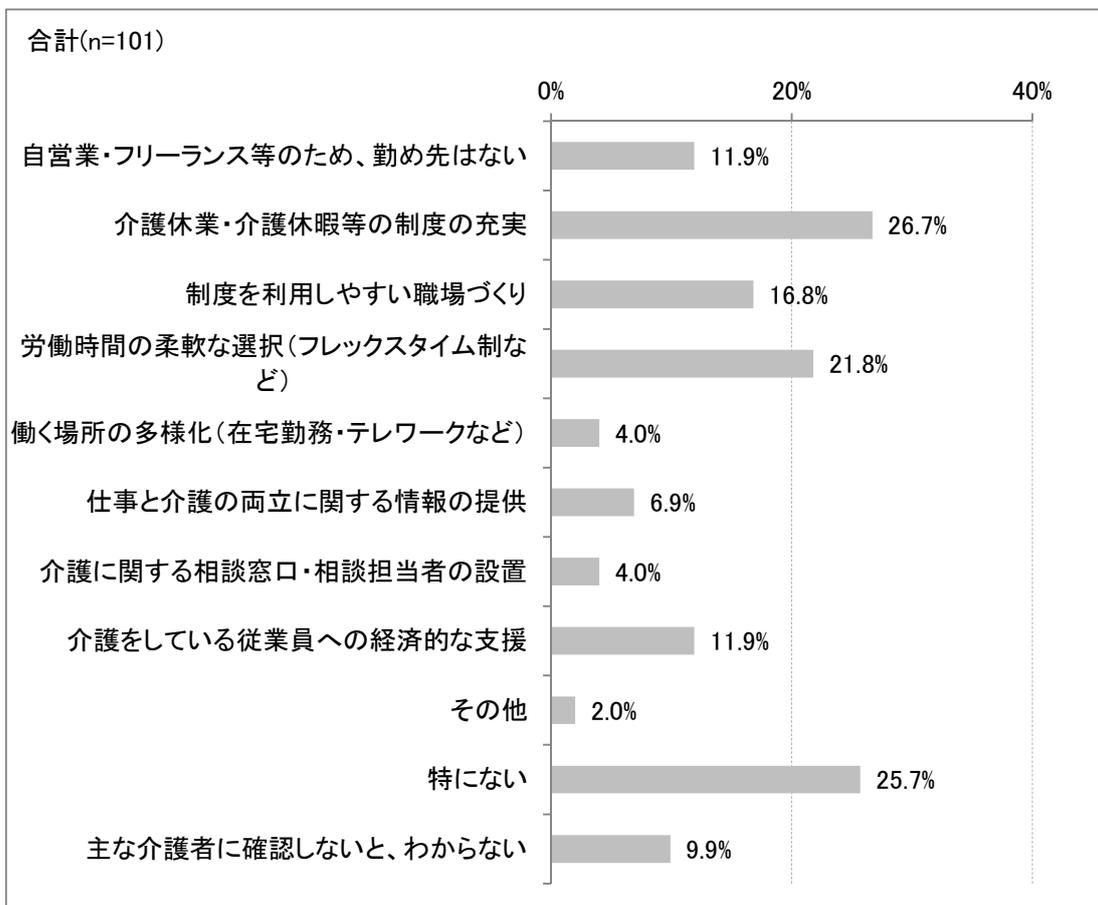
#### ■ 主な介護者の介護のための離職の有無



■ 主な介護者の就労継続への意識



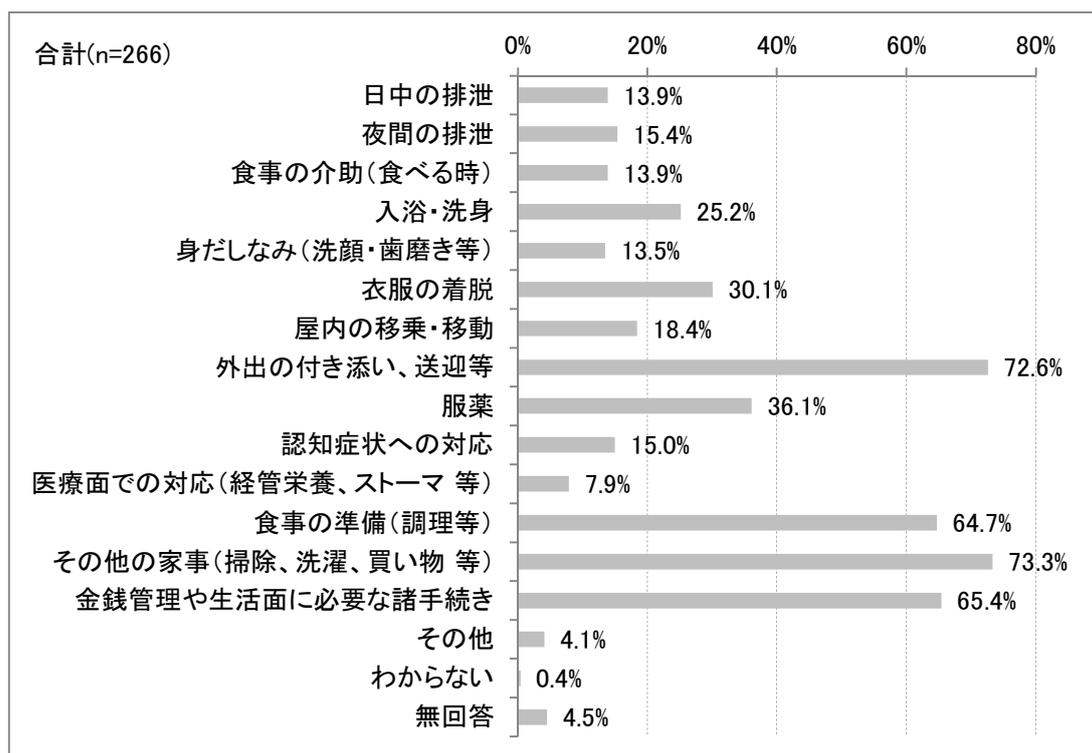
■ 主な介護者の就労継続に向けて効果的であると考えられる勤め先からの支援



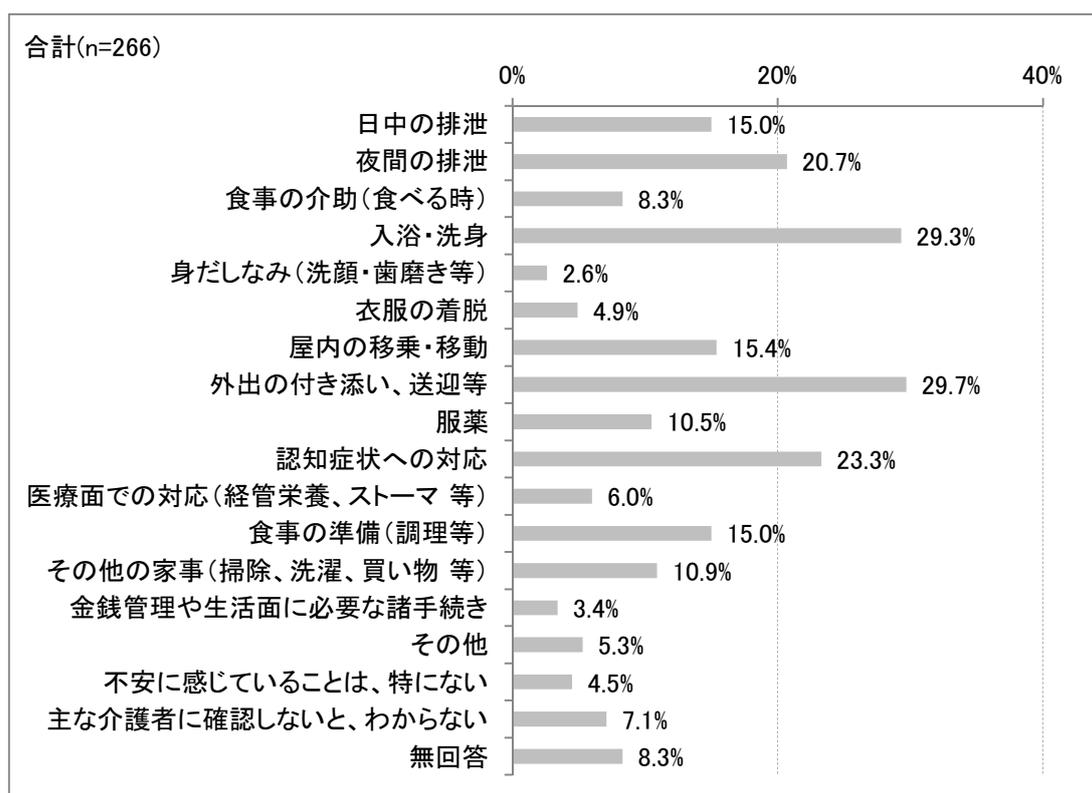
### (5) 主な介護者が行っている介護、不安に感じる介護

行っている介護と不安に感じる介護で、上位にあげられている介護を支援するサービス等のニーズは高いと考えられます。「外出の付き添い、送迎等」は、共通して上位にあげられていることから、特にニーズが高いことが予想されます。また、「認知症状への対応」は、今後に向けて重要なことと考えられるため、主な介護者と介護される人が適切に認知症へ対応できるよう、啓発に努めることが大切です。

#### ■ 主な介護者が行っている介護



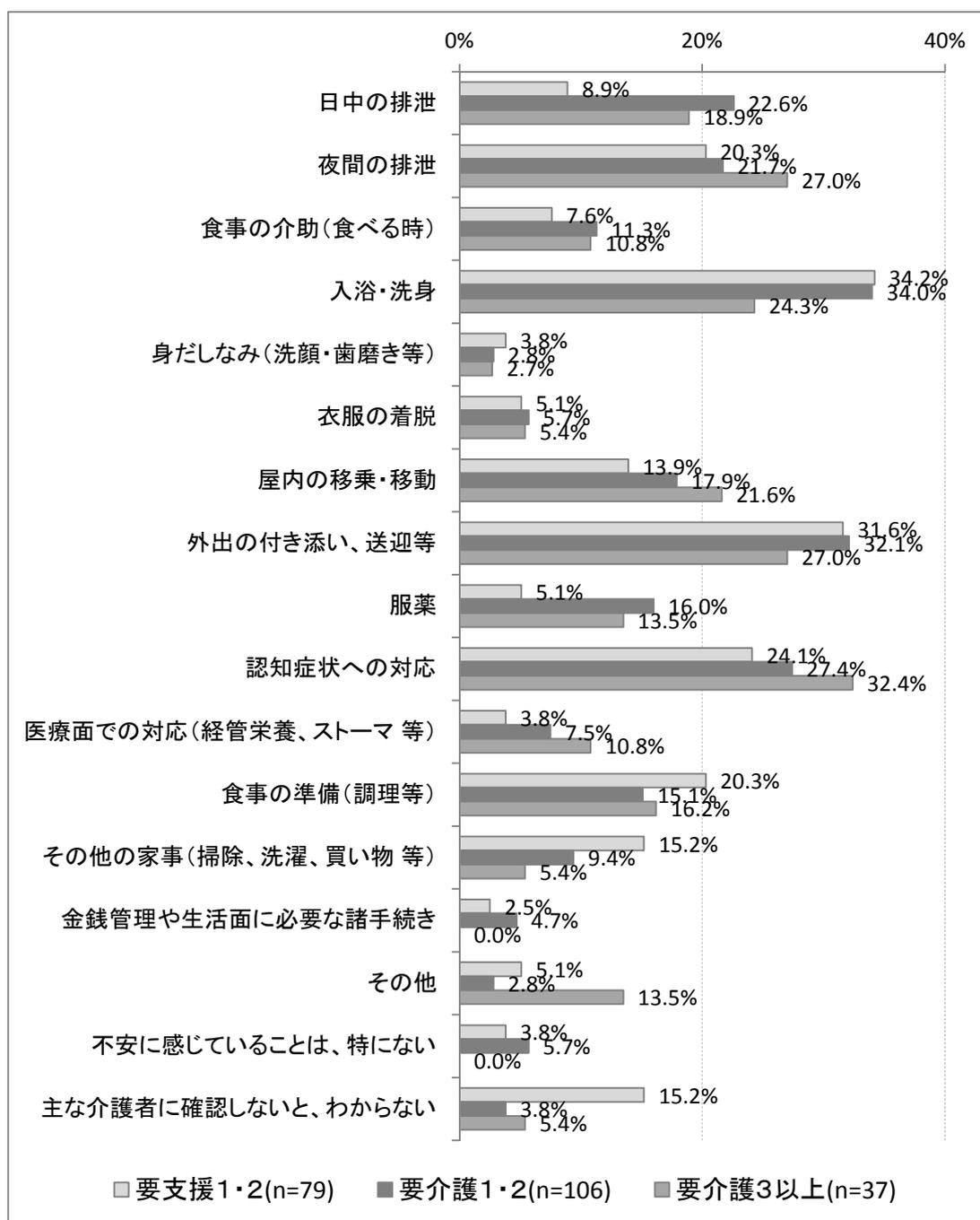
■在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護



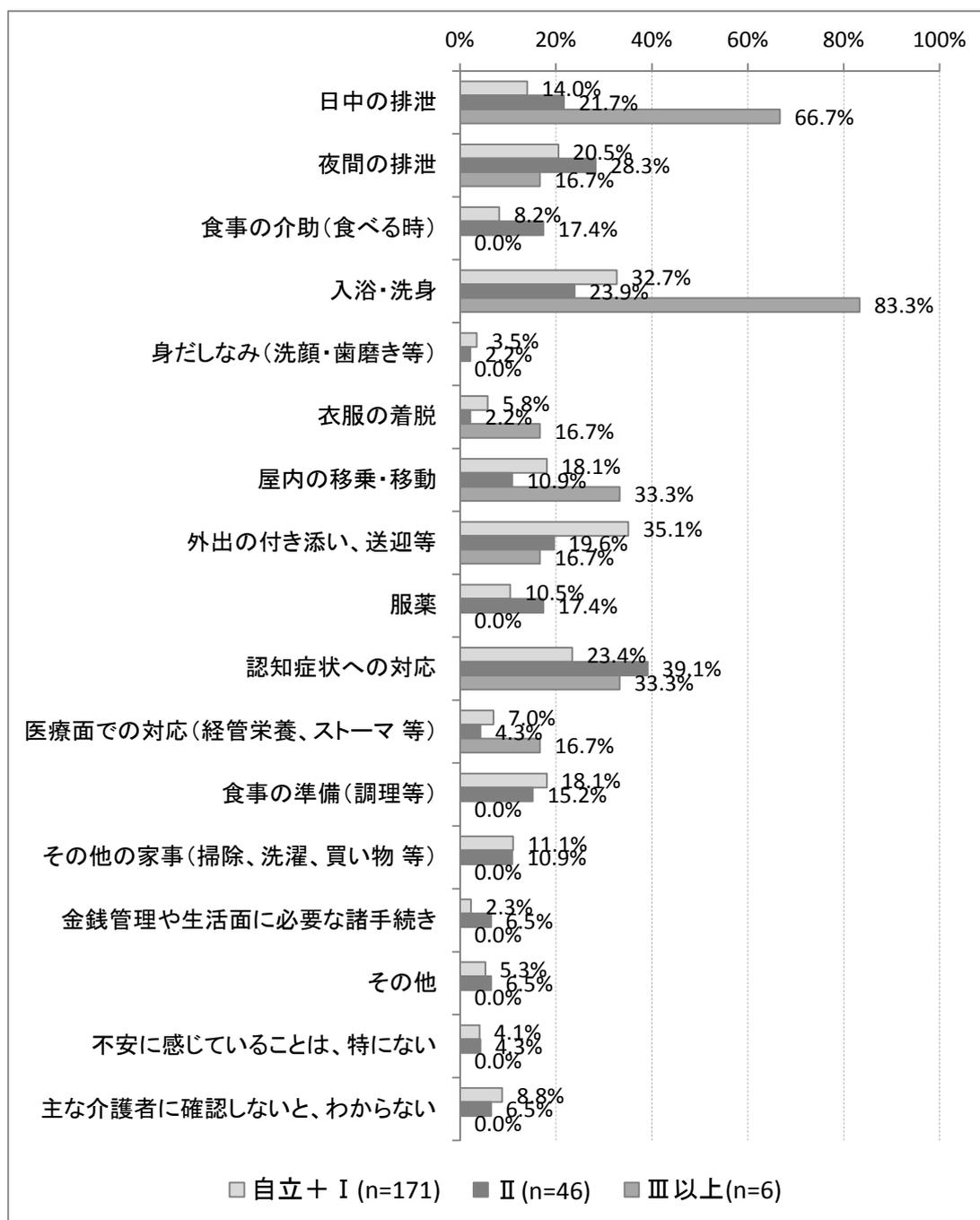
## (6) 在宅限界点の向上のための支援・サービスの提供体制の検討

在宅での介護を継続していくためには、要介護度や認知症自立度が重度化した際に不安を感じている割合が多くなる介護に対して、支援やサービスを受けたい人に向けて適切に提供できるよう努めることが重要です。特に、排せつ行為の介護や認知症状への対応等は、要介護度別、認知症自立度別でともに重度化に比例して増加しているため、今後に向けて注意が必要です。

### ■ 主な介護者が不安を感じる介護（要介護度別）



■ 主な介護者が不安に感じる介護（認知症自立度別）

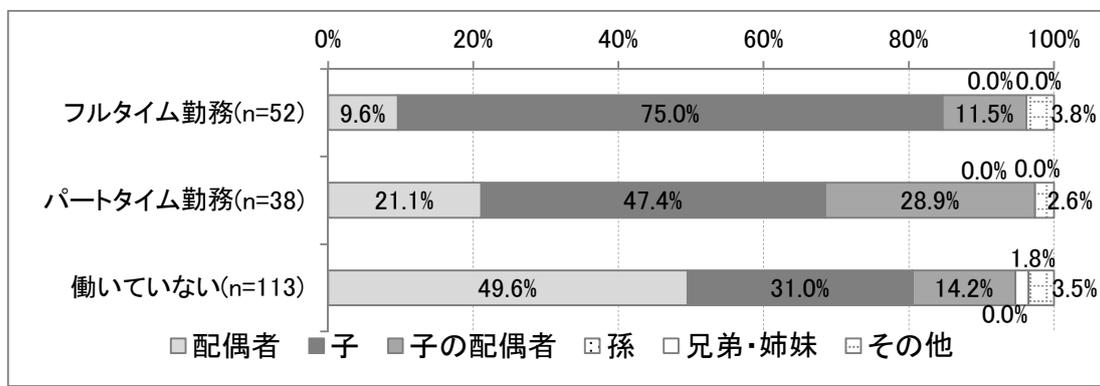


### (7) 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスの提供体制の検討

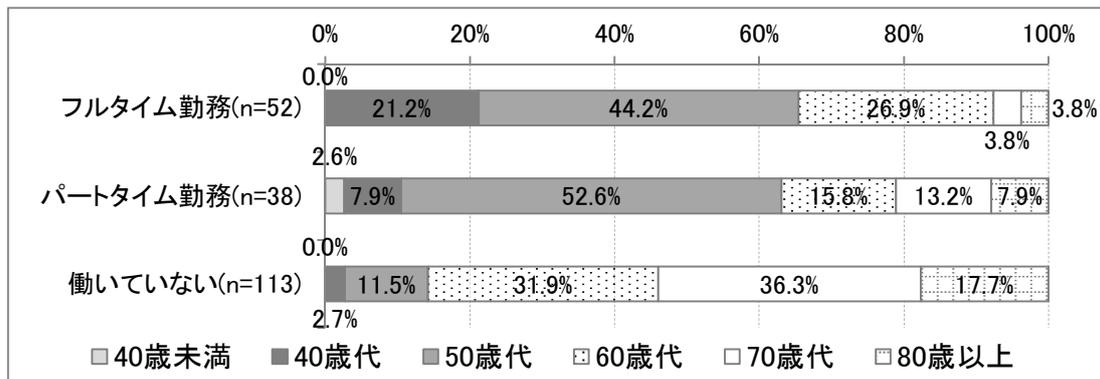
就労状況によって、主な介護者やその年齢層、介護の頻度等に違いがあり、また、就労継続見込みにも違いがみられたことから、介護者の就労状況別に適切なサービスが提供できるよう検討していくことが重要です。

フルタイム勤務者は保険外の支援・サービスを利用していない人が多くなっていますが、在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスでは、多様な支援・サービスの割合が多くなっていることから、必要な支援・サービスが受けられていない現状が考えられます。提供されている支援・サービスの周知等に努め、必要な支援・サービスが受けられるよう努めることが求められています。

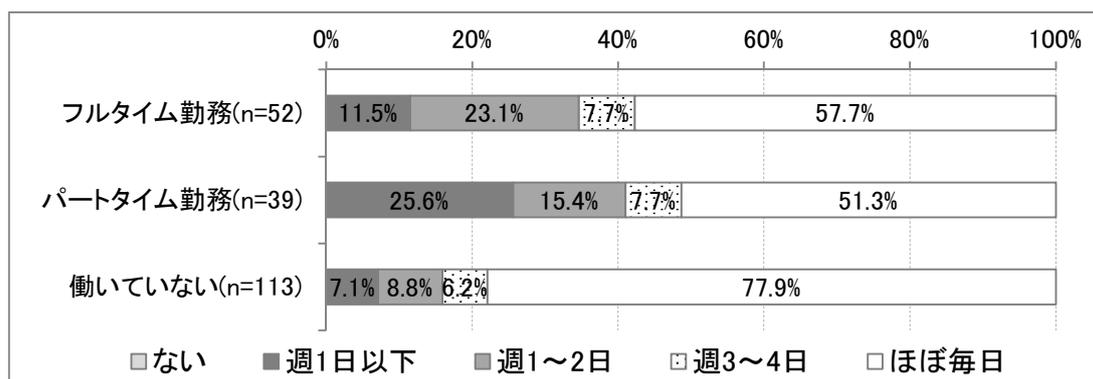
#### ■ 主な介護者と本人との関係（就労状況別）



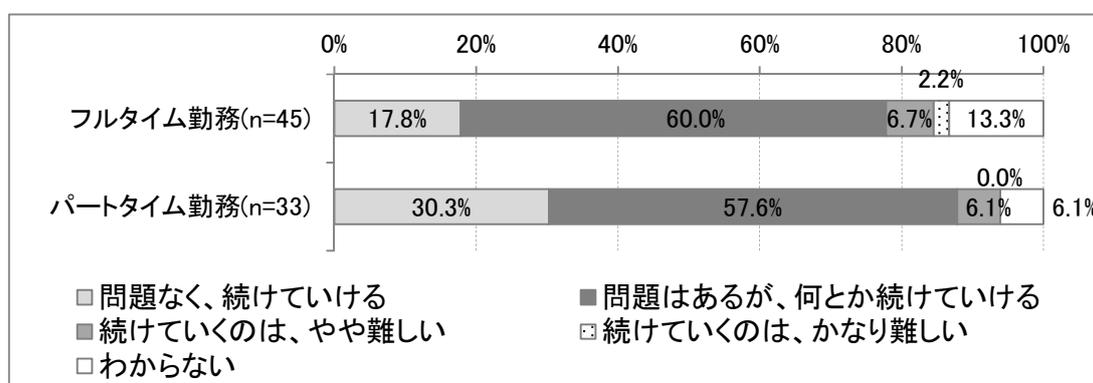
#### ■ 主な介護者の年齢（就労状況別）



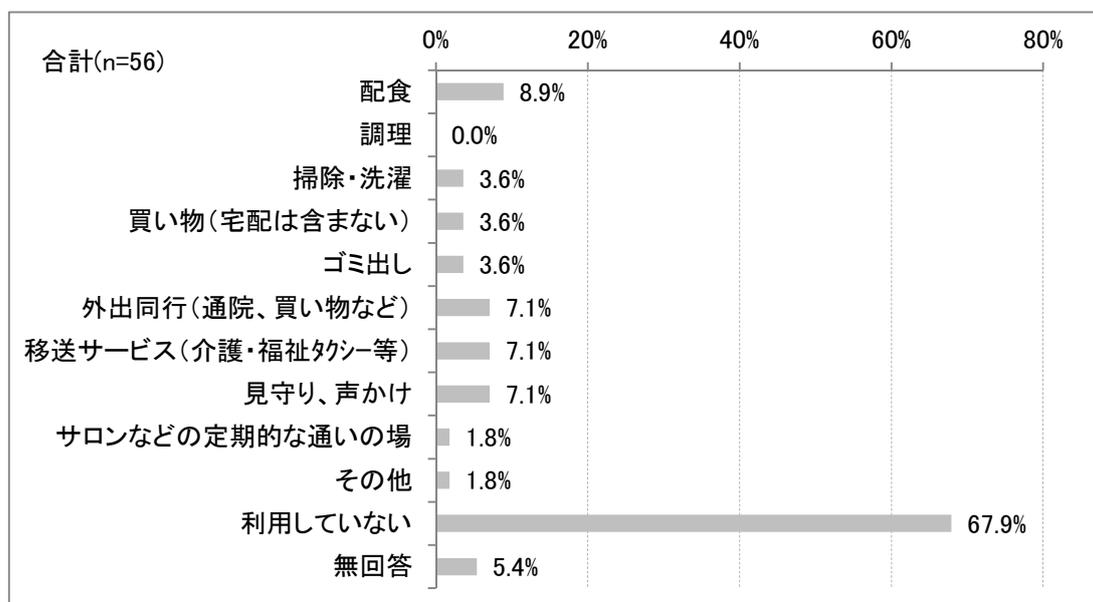
■家族等による介護の頻度（就労状況別）



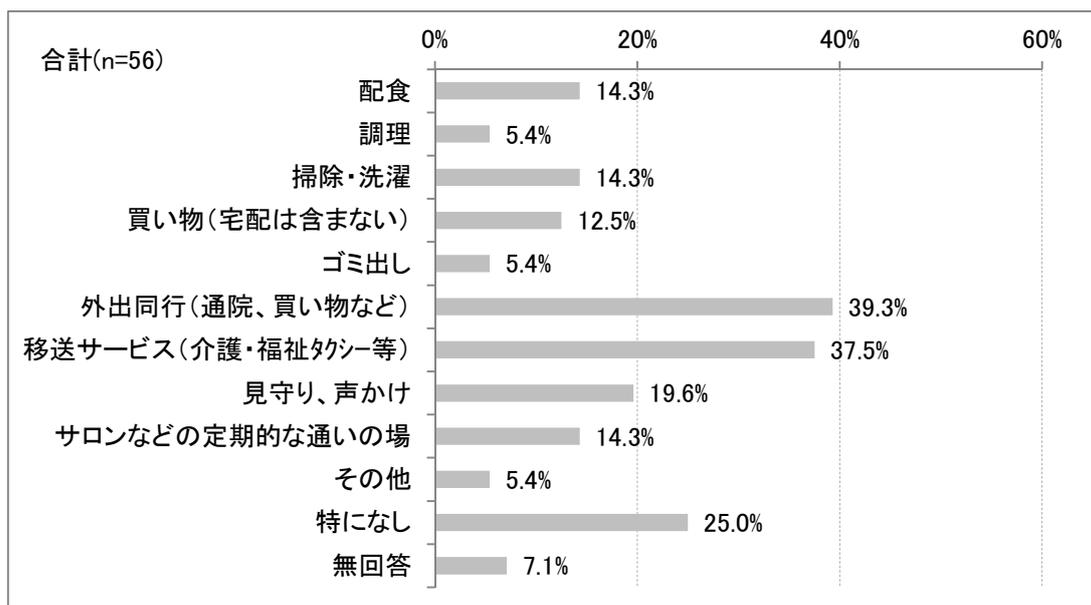
■主な介護者の就労継続見込み（就労状況別）



■利用している保険外の支援・サービス（フルタイム勤務者）



■在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（フルタイム勤務者）

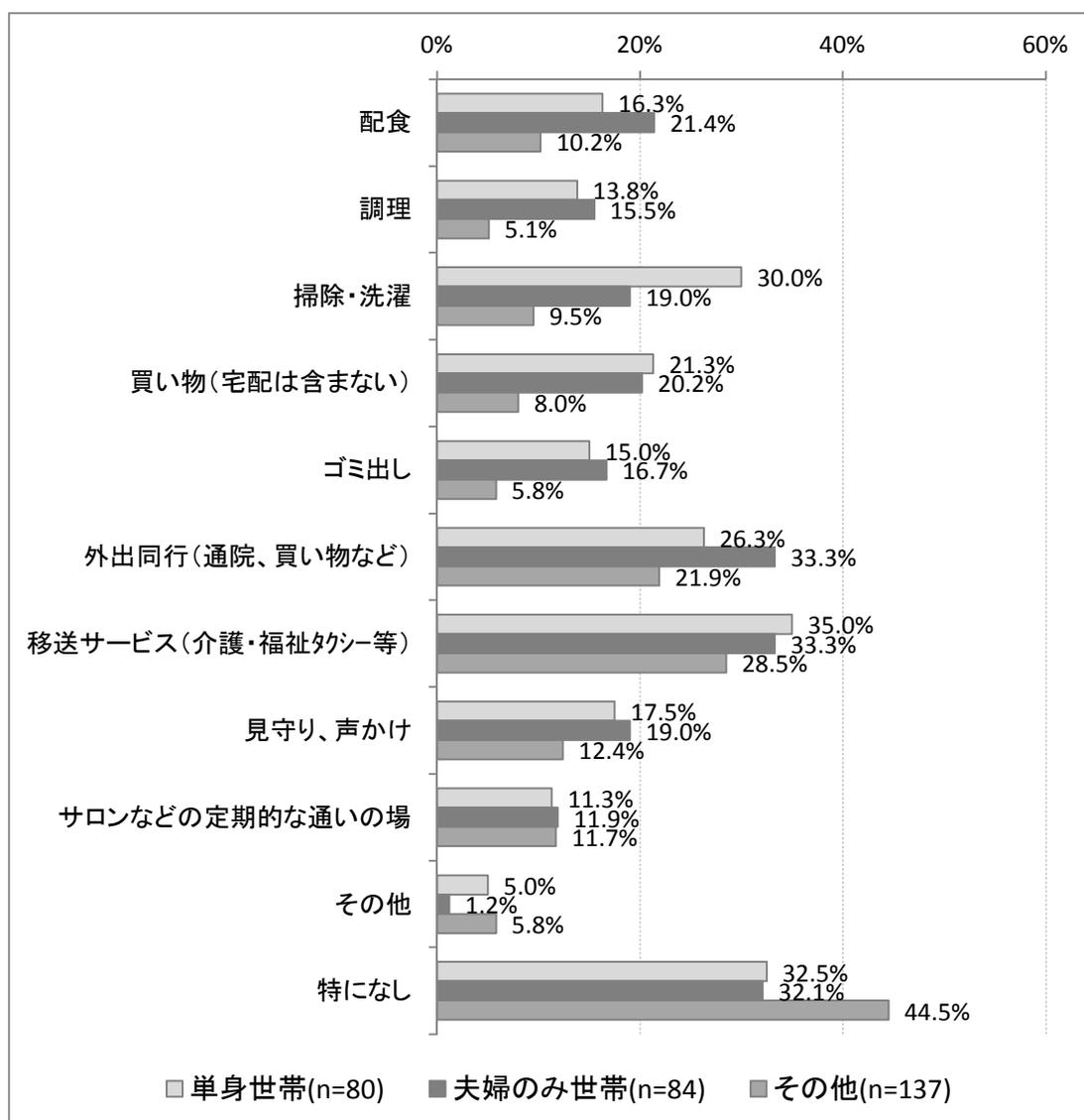


## (8) 保険外の支援・サービスを中心とした地域資源の整備の検討

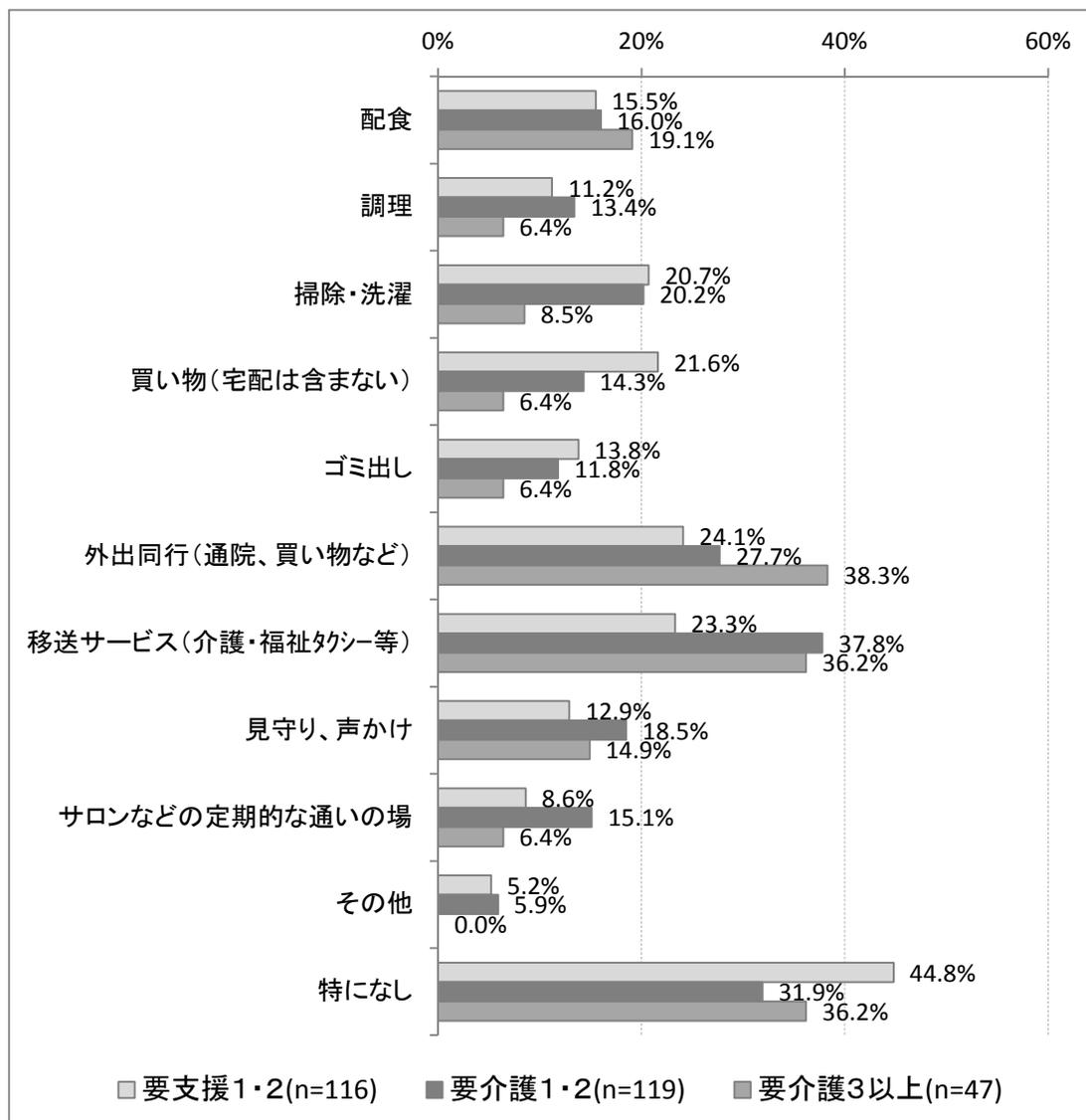
世帯類型や要介護度によって、必要とされている支援・サービスは違うため、利用者が必要なサービスを適切に選べる仕組みや体制整備が必要と考えられます。

また、前項でフルタイム勤務者について触れたのと同様に、保険外の支援・サービスの利用割合に対して、必要と感じる支援・サービスの割合が多くなっていることから、必要な支援・サービスの利用がされていない可能性が考えられるため、適切な支援・サービスの利用促進に努め、重度化を予防し、できるだけ在宅で生活できるよう支援することも大切と思われます。

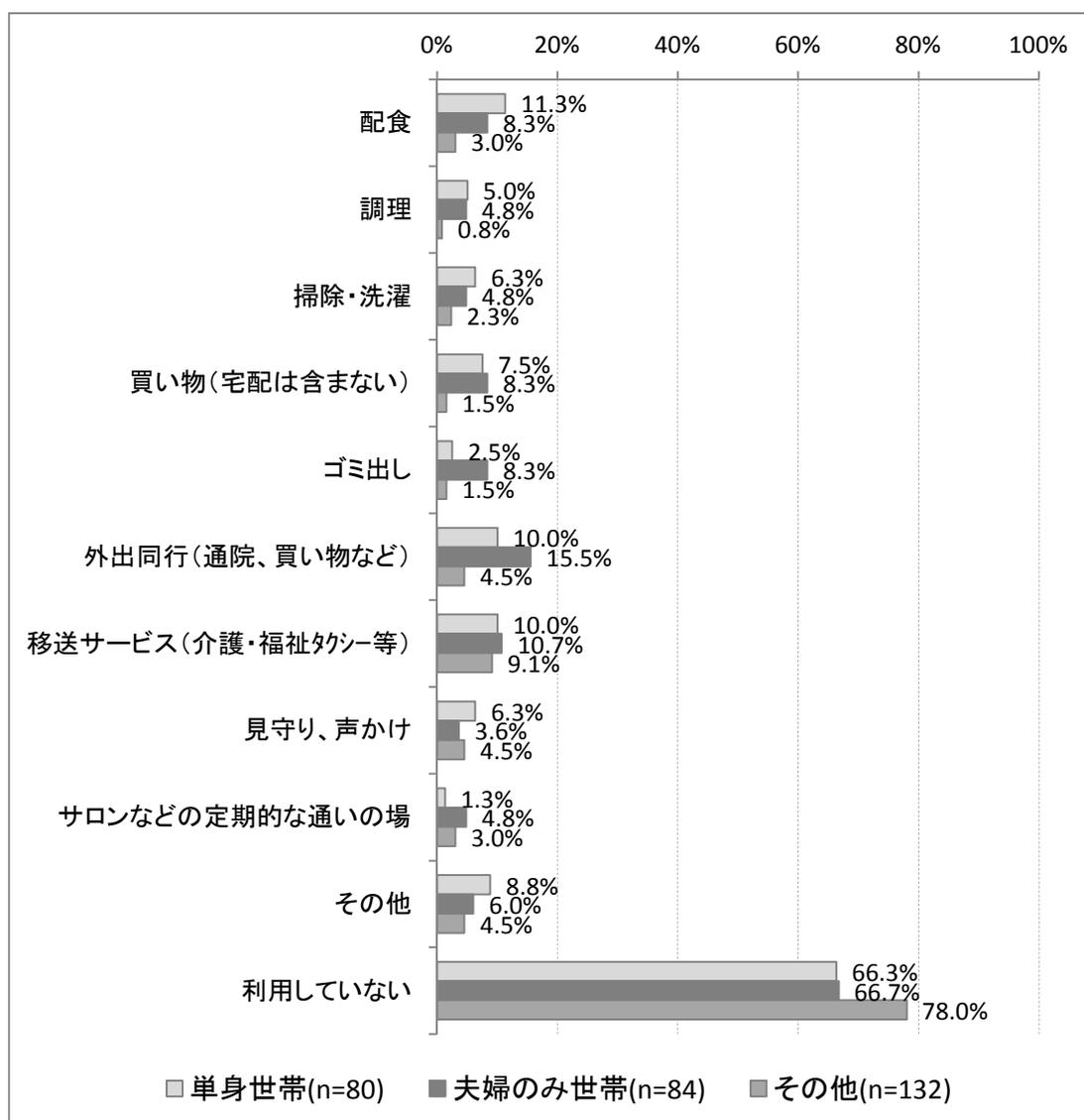
### ■ 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（世帯類型別）



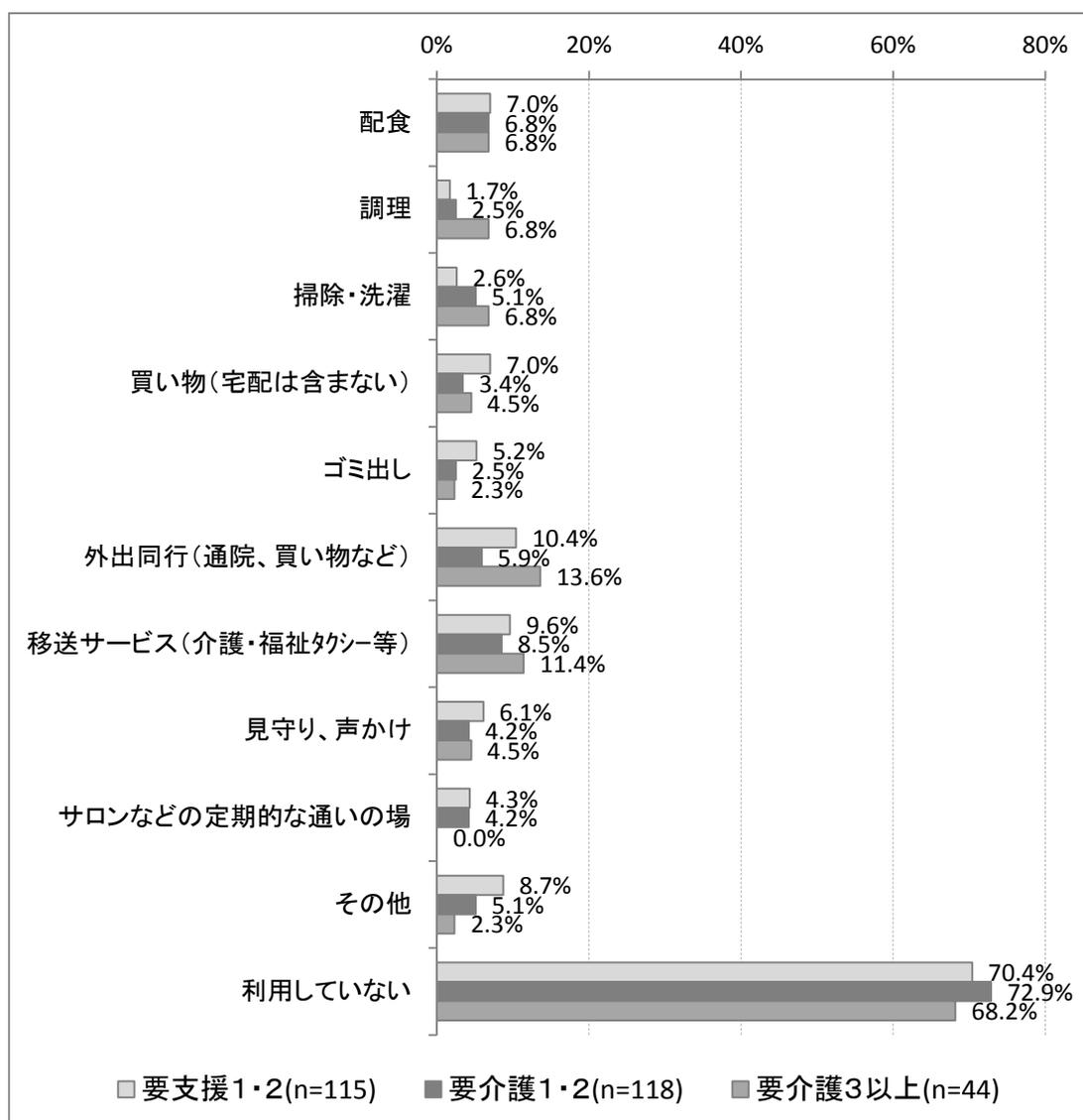
■在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（要介護度別）



■保険外の支援・サービスの利用状況（世帯類型別）



■保険外の支援・サービスの利用状況（要介護度別）

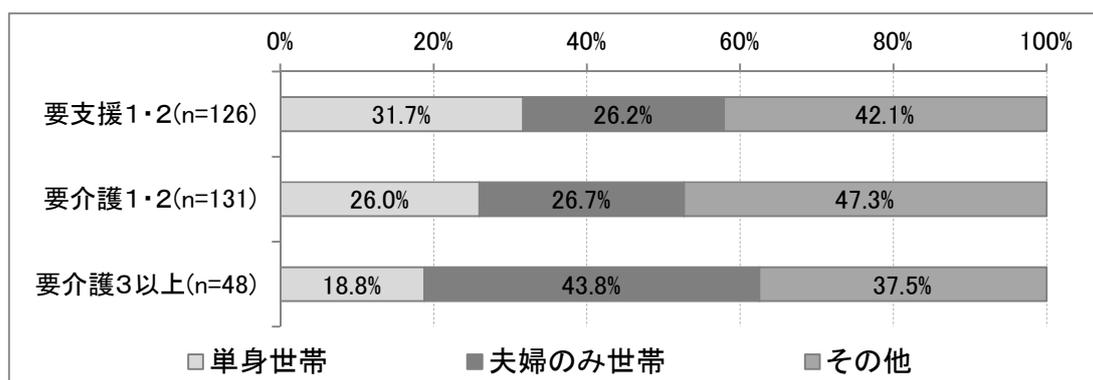


### (9) 将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討

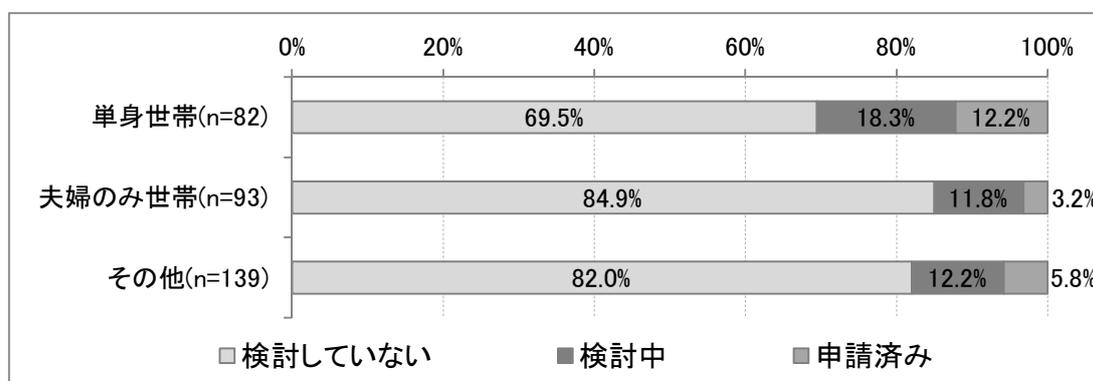
要介護度が高くなるにつれて、単身世帯の割合が減少していることや施設への入所の検討や申請をする人が増加していることから、在宅生活が困難になっていると考えられます。

また、今回の調査では単身世帯で「ほぼ毎日」介護を受けている人が2割近くいることから、近くに住んでいる家族等からの介護を受けている状況が考えられます。夫婦のみ世帯における要介護度の重度化による介護負担の増加と合わせて、本人と介護者の負担軽減につながるサービス提供及びサービスの利用促進が必要と考えられます。

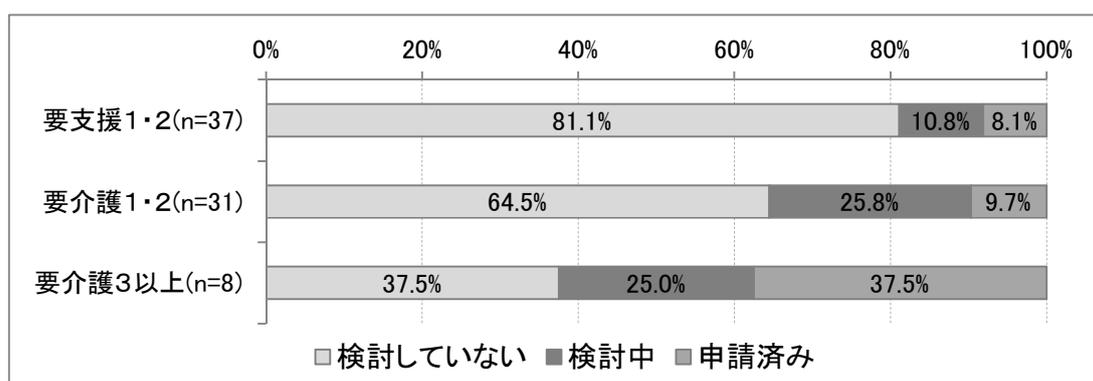
#### ■世帯類型（要介護度別）



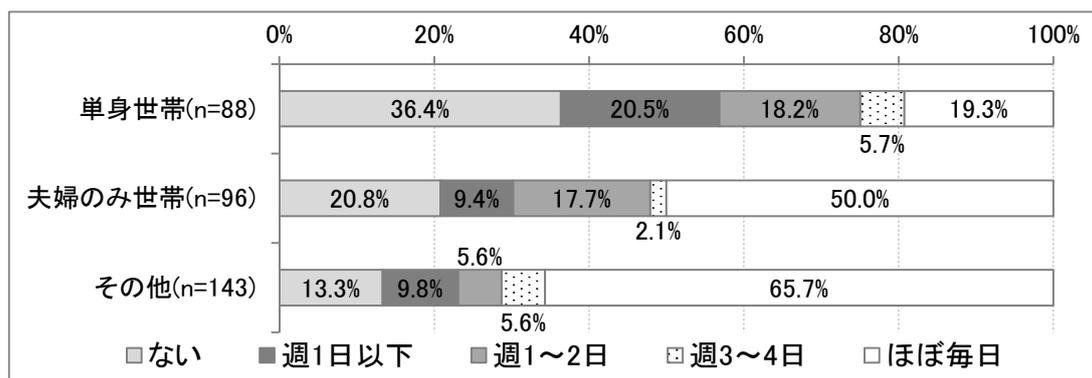
#### ■施設等への入所の検討状況（世帯類型別）



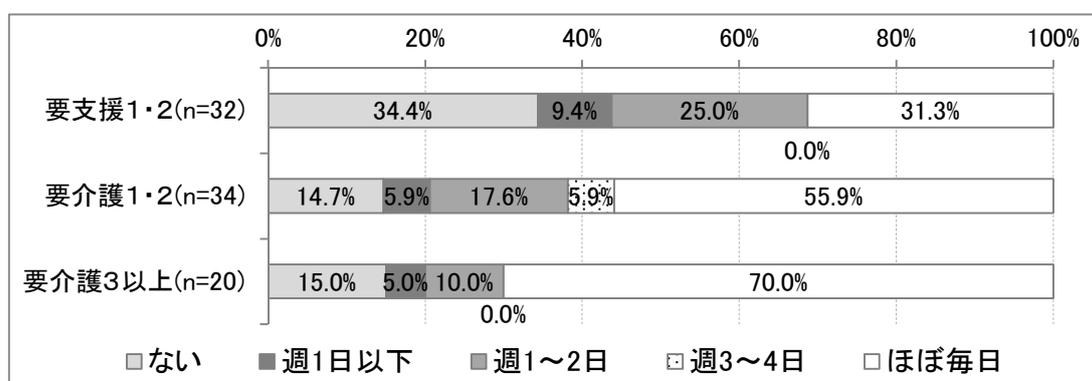
#### ■施設等への入所の検討状況（要介護度別・単身世帯）



■ 家族等による介護の頻度（世帯類型別）



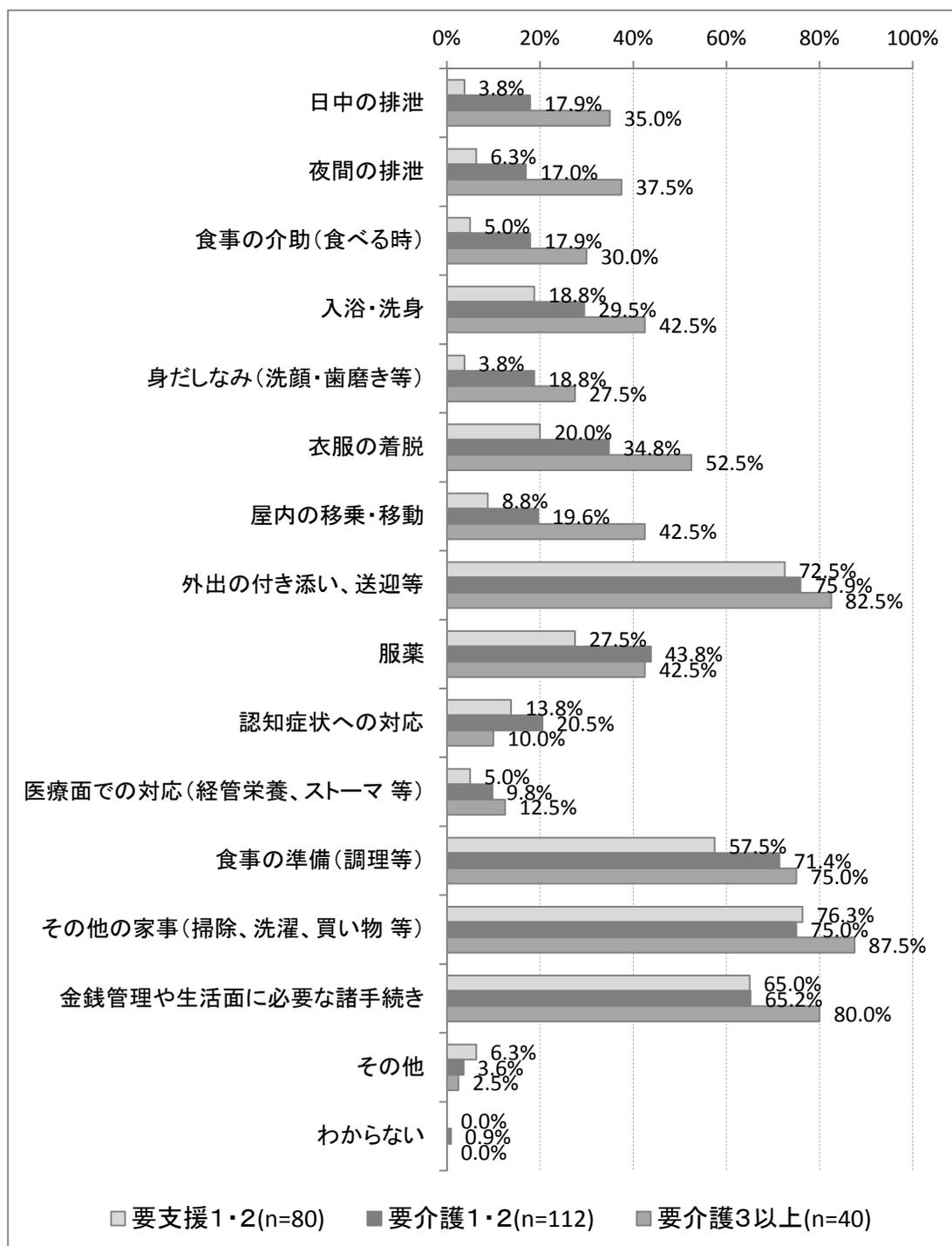
■ 家族等による介護の頻度（世帯類型別・夫婦のみ世帯）



## (10) 医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービスの提供体制の検討

要介護度が高い人を介護している人は、多くの介護を行っていることがみてとれます。また、介護される人の状況に合わせた支援・サービスの提供体制の整備や利用できる支援・サービスの周知を行うことが重要です。

### ■ 主な介護者が行っている介護（要介護度別）



## 5. 介護保険の現状と評価

### 5-1. 第6期計画の取組の振り返り

#### (1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み

第6期計画では、地域包括ケアシステムをより一層機能的かつ地域に根ざしたシステムに改善するため、様々な取組を行ってきました。

まず、地域包括支援センターの機能強化に努め、小規模自治体の特性を生かし、地域における問題の解決及び高齢者とその家族に対するフォローを行ってきました。また、居宅介護支援事業所やサービス提供事業者との連絡調整を密に行い、高齢者の日常の支援にも取り組んできました。

さらに、医療・介護連携の推進として、民生委員や地区福祉委員会に対する情報収集や村内診療所と連携した情報収集に努め、医療ニーズが高い住民の早期発見及び適切なサービス提供につなげてきました。

これらの取組については、問題対応時の具体的なスキームが構築されていないことが課題となっており、加えて、医療・介護の連携では、病院の入退院時における連携不足の改善が必要です。

地域において様々な課題を抱える高齢者を早期に発見し、必要なサービスにつないでいくため、地域支え合い体制の整備にも取り組んできましたが、核家族化の進行等により、地域による差が大きい点が課題となっています。

高齢者の日常生活の支援としては、平成 28 年から生活支援コーディネーターを健康福祉課内に配置するとともに、平成 29 年4月から介護予防・日常生活支援総合事業を開始しました。また、配食サービスを通して見守りと自立支援に取り組んできましたが、自立支援を兼ねた事業であることが浸透しておらず、自立支援につなげづらい状況もみられました。

高齢者の権利擁護としては、虐待防止や成年後見制度、日常生活自立支援事業等にも取り組んでおり、件数的にはそれほど多くないものの、支援が必要な状況における成年後見制度の利用を促進してきました。今後に向けては、制度等について周知・啓発を行い、より一層の利用促進が必要と考えられます。

## (2) 認知症高齢者支援策の充実

本村では、認知症に対する総合的な支援を行う地域支援事業として、医療との連携、認知症への早期対応の推進、認知症に対する理解の促進と支援体制の構築等に取り組んできました。

認知症ケアパスについては、第6期計画中に作成までは至りませんでした。今後、枠組みの構築を図ります。

また、医療との連携、認知症への早期対応の推進、認知症に対する理解の促進と支援体制の構築については、認知症支援推進員を2名配置するとともに、小規模自治体の特性を生かして、関係機関・団体、庁内等において細やかな連絡調整を行い、介護サービスや医療との連携に努めてきました。

これまで相談や問題等に対しては個々の担当者が個別に対応していましたが、今後に向けては、認知症地域支援推進員も含めて、基本的な対応スキームの構築を検討していくとともに、さらに増加すると予想される認知症高齢者への具体的な取組についても検討していく必要があります。

## (3) 安全、安心、快適に暮らせる住まいとまちづくり

高齢者が安心して暮らせるよう、住まいの確保・整備や災害時における高齢者支援の体制整備に努めてきており、平成 28 年度には要援護者支援名簿を作成し、平成 29 年度に地域の支援関係者に配布し、災害時の高齢者支援体制の整備を進めています。

今後は、要援護者支援名簿の活用方法を含めた、具体的な支援体制の整備に取り組んでいくことが求められています。

## (4) 介護予防と健康づくりの推進

平成 29 年4月から介護予防・日常生活支援総合事業を開始していますが、村では現行相当サービスのみの提供となっております。現状では、緩和型サービス等の導入、地域住民の高齢化や介護サービスの担い手不足により住民主体サービスの実施が困難であること等が課題となっております。

介護予防の充実の一環として、地域支援事業において、「ふれあい元気教室」、「シニアステップアップスクール」等、高齢者の身体レベルに応じた教室を開催し、介護予防に努めてきました。各種教室等への参加者も年々増え、教室OBの自主グループも発足して活動しています。その一方で、事業運営に関する人員不足等が課題となっております。

健康づくりや生活習慣病の予防としては、「健康ちはやあかさか 21(第3期)」等に基づいて健康手帳の交付や健診、各種検診、健康教育、健康相談等を実施しており、今後も引き続き、関連計画等と連携を図りつつ、村民の健康づくりに取り組んでいきます。

さらに、**高齢者の雇用**・就業対策については、村シルバー人材センターとの連携を更に強化し、対策を図ります。

## (5) 介護サービスの充実強化

介護サービスの充実強化を目指し、介護保険制度の適正・円滑な運営や適切な要介護認定の実施に努めてきましたが、要介護認定においては、認定調査員のスキルアップや審査判定の平準化、病院との連携強化等が課題となっています。

サービス事業者に対しては、適切なサービスが提供されるよう指導・助言等を行うとともに、施設等における虐待防止や個人情報の適切な利用についても支援を行ってきました。

また、高齢者が適切なサービスを選択できるよう制度の周知に努めるとともに、相談や苦情への体制の整備を図り、迅速かつ適切な対応を行えるよう取り組んできました。

さらに、今後も介護保険制度が持続して運営されるよう介護給付の適正化にも取り組み、国民健康保険団体連合会の給付データ等を活用した縦覧点検等を実施してきました。また、ケアプラン点検については平成29年度から実施していますが、点検件数を増やすことが今後の課題といえます。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度については、周知に努めてきましたが、対象となる利用者が現在は存在しません。

## (6) 福祉・介護サービス基盤の充実

本村では、居宅介護サービスや生活支援としての福祉サービス等の事業を安定して提供し続けられるよう取り組んできました。しかし、本村は山間部であることから新規事業者の参入が見込みづらいことが課題となっています。

地域密着型サービスについては、普及啓発を図りつつ整備を行ってきましたが、利用者のニーズがそれほど高くないことから、サービスの趣旨に特化した運営が難しい状況です。

福祉や介護に携わる人材の確保も重要な取組ですが、こちらについても山間部であるため、効果的な取組が難しい状況となっています。

## 5-2. 第6期計画の介護保険事業の計画と事業実績の比較

### (1) 介護給付

介護給付の各サービスにおける計画値と実績値の推移をみると、居宅サービスでは訪問看護や通所リハビリテーション等は計画値を上回っていますが、通所介護を始めとした多くのサービスで計画値を下回っています。

地域密着型サービスでは、平成 28 年度から開始された地域密着型通所介護の利用が計画値を上回っています。また、認知症対応型共同生活介護は平成 29 年度の利用が多くなっています。

施設サービスでは、介護老人保健施設の利用が減少しており、平成 28 年度以降は計画値を下回っています。

		平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度(見込み)	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
◆居宅サービス							
訪問介護	事業量(回)	14,012	15,163	14,224	14,022	15,321	15,643
	給付費(円)	38,272,583	40,536,308	39,939,149	38,028,246	42,640,769	45,044,134
訪問入浴介護	事業量(回)	247	441	260	291	274	260
	給付費(円)	3,036,504	5,290,894	3,226,680	3,514,538	3,352,674	3,203,664
訪問看護	事業量(回)	2,792	3,847	3,080	4,080	3,477	4,752
	給付費(円)	15,022,935	17,791,526	15,891,019	18,055,228	17,481,019	18,697,715
訪問 リハビリテーション	事業量(回)	279	218	318	200	351	125
	給付費(円)	693,573	680,792	781,336	539,900	871,455	337,153
居宅療養管理指導	事業量(人)	608	483	655	422	719	512
	給付費(円)	7,135,115	6,020,571	7,737,241	5,044,772	8,605,718	6,161,494
通所介護	事業量(回)	14,063	12,823	13,977	10,953	15,404	9,292
	給付費(円)	119,678,002	102,733,945	118,007,857	82,356,092	129,349,454	68,663,391
通所 リハビリテーション	事業量(回)	550	581	615	1,008	658	1,174
	給付費(円)	5,308,366	4,318,325	5,998,536	7,399,950	6,405,908	7,385,957
短期入所生活介護	事業量(日)	4,139	3,275	4,421	2,554	4,718	2,704
	給付費(円)	36,667,591	27,275,991	38,197,894	21,019,452	40,202,948	22,300,723
短期入所療養介護	事業量(日)	305	392	354	444	395	98
	給付費(円)	4,282,344	4,148,798	4,876,138	4,667,092	5,321,380	957,148
特定施設入居者 生活介護	事業量(人)	108	68	132	107	150	140
	給付費(円)	20,499,460	14,473,747	24,807,132	20,541,604	29,642,568	25,480,289
福祉用具貸与	事業量(人)	1,158	1,072	1,239	1,062	1,348	1,056
	給付費(円)	16,572,085	15,388,892	17,140,114	14,708,936	18,150,462	14,706,008
特定福祉用具販売	事業量(人)	23	32	23	28	28	19
	給付費(円)	1,160,039	1,031,755	1,214,985	927,964	1,540,245	802,875

※実績値は「地域包括ケア『見える化』システム」の実績値より

		平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度(見込み)	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
<b>◆地域密着型サービス</b>							
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	事業量(人)	0	10	0	6	0	0
	給付費(円)	0	2,135,580	0	1,126,050	0	0
夜間対応型訪問介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
小規模多機能型 居宅介護	事業量(人)	12	10	12	1	12	0
	給付費(円)	3,552,015	3,580,690	3,560,543	299,093	3,582,836	0
認知症対応型 共同生活介護	事業量(人)	108	78	132	73	137	170
	給付費(円)	27,610,311	19,875,147	33,147,146	17,505,361	34,883,147	42,905,941
地域密着型特定施設 入居者生活介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護	事業量(人)	0	11	0	1	0	0
	給付費(円)	0	2,185,381	0	372,484	0	0
看護小規模多機能型 居宅介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	事業量(人)			125	233	138	167
	給付費(円)			13,111,984	14,172,271	14,372,162	12,385,589
<b>◆その他サービス</b>							
住宅改修	事業量(人)	34	29	40	28	42	13
	給付費(円)	2,808,500	2,578,156	3,027,071	3,327,472	3,323,844	962,366
居宅介護支援	事業量(人)	1,782	1,806	1,890	1,816	2,076	1,729
	給付費(円)	23,146,413	23,654,042	24,326,049	23,805,315	26,590,870	22,481,275
<b>◆施設サービス</b>							
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	事業量(人)	725	696	780	789	876	820
	給付費(円)	169,231,632	167,309,824	183,260,906	179,862,150	206,055,822	189,229,819
介護老人保健施設	事業量(人)	312	313	384	252	504	166
	給付費(円)	84,383,510	83,726,752	103,107,657	67,183,606	134,610,816	44,736,618
介護療養型医療施設	事業量(人)	18	13	18	4	18	0
	給付費(円)	7,003,179	4,299,152	7,036,560	1,423,504	7,036,560	0

※実績値は「地域包括ケア『見える化』システム」の実績値より

## (2) 予防給付

予防給付の各サービスにおける計画値と実績値の推移をみると、介護予防サービスでは介護予防訪問看護と介護予防通所介護の利用が計画値を上回っています。

	平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度(見込み)		
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値	
◆介護予防サービス							
介護予防訪問介護	事業量(人)	219	239	243	218	86	191
	給付費(円)	3,384,332	3,674,501	3,732,229	3,371,042	1,320,469	2,753,847
介護予防訪問入浴介護	事業量(回)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	事業量(回)	327	806	406	1,268	484	1,050
	給付費(円)	1,548,746	2,370,128	1,661,851	3,974,312	1,818,933	3,098,498
介護予防 訪問リハビリテーション	事業量(回)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
介護予防 居宅療養管理指導	事業量(人)	59	33	69	13	80	8
	給付費(円)	359,695	392,709	374,935	95,514	407,495	21,024
介護予防通所介護	事業量(人)	157	258	183	264	20	251
	給付費(円)	4,640,714	5,834,426	5,608,105	5,763,385	595,590	5,683,401
介護予防 通所リハビリテーション	事業量(人)	59	34	59	37	77	42
	給付費(円)	1,680,718	1,190,443	1,774,550	968,648	1,997,344	1,031,058
介護予防 短期入所生活介護	事業量(日)	17	7	22	4	28	2
	給付費(円)	113,940	36,064	142,676	31,536	184,648	12,026
介護予防 短期入所療養介護	事業量(日)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
介護予防特定施設 入居者生活介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	事業量(人)	131	143	135	147	159	147
	給付費(円)	489,873	447,712	518,664	639,102	593,779	655,996
特定介護予防 福祉用具販売	事業量(人)	7	4	8	5	8	7
	給付費(円)	354,742	105,112	376,714	154,425	391,207	177,841

※実績値は「地域包括ケア『見える化』システム」の実績値より

		平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度(見込み)	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
◆地域密着型介護予防サービス							
介護予防認知症対応型 通所介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能 型居宅介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型 共同生活介護	事業量(人)	0	0	0	0	0	0
	給付費(円)	0	0	0	0	0	0
◆その他サービス							
介護予防住宅改修	事業量(人)	25	10	28	17	28	16
	給付費(円)	2,348,910	1,013,994	2,472,273	1,501,248	2,513,769	1,087,710
介護予防支援	事業量(人)	416	544	492	594	526	584
	給付費(円)	1,738,598	2,476,706	2,000,723	2,755,502	2,127,592	2,642,433

※実績値は「地域包括ケア『見える化』システム」の実績値より



## 第3章 計画の基本理念



## 1. 基本理念

本村においては、国が定める「老人福祉法」及び「介護保険法」並びに国及び大阪府の定める計画策定に係る指針、さらに「第4次千早赤阪村総合計画」等を踏まえ、住民の保健・医療・福祉の課題と問題に対応するため、以下のことを「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」の基本理念として掲げるものとします。

### 1-1. 人権の尊重

著しく高齢化が進む本村において、全ての高齢者の人権を尊重するという視点に立ち、障がいの有無や程度、心身の状況、人生経験、社会環境等、高齢者一人ひとりの多様な状況に応じ、個性を尊重し、高齢者が主体的に、必要な時に必要な所で、必要な情報やサービスを利用できるよう、施策のあらゆる場面において、きめ細かな取組を推進します。

### 1-2. 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、「地域包括ケアシステム」の構築を目指しており、高齢者への支援や介護予防、要介護状態等の軽減、重度化の防止を理念としています。

この理念の実現に向けて、自立支援・介護予防に関する地域全体への普及啓発や地域包括支援センターの機能強化等の様々な取組を、本村の実態や状況に応じて計画的に推進します。

### 1-3. 高齢者の自立と尊厳を支える体制の整備・施策の推進

真に支援を必要とする利用者に対する確かな支援を行うことは、地域包括ケアシステムを深化・推進だけでなく、介護保険制度の持続可能性の維持や制度への信頼を高めることにもつながります。

そのため、高齢者が要介護状態等になっても、自分の意思で自分らしい生活を営むことを可能とする「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」を確立することが重要であることを踏まえ、可能な限り住み慣れた地域において、継続して日常生活を営むことができるよう、高齢者の意思及び自己決定を最大限尊重する視点に立った体制の整備やきめ細かな取組の実施に努めます。

#### **1-4. 地域包括ケアシステムの深化・推進における協働の重要性**

---

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、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に提供される「地域包括システム」の深化・推進のためには、医療・介護の連携体制の整備、日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等、地域の実情に応じた体制整備が不可欠です。

本村においては、第6期計画までの取組の成果や課題等を踏まえ、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、大阪府や近隣市町村と連携を図りつつ、地域における多様な関係者との協働を図り、本村の実情に応じた特色ある高齢者施策を推進します。

#### **1-5. 中長期的な視点に立った施設整備と在宅サービスの在り方**

---

全国的には、団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)が大きな節目となっていますが、大阪府においては、要介護認定率は平成47年(2035年)、介護需要は平成52年(2040年)に向けて、更に高まっていくことが予測されています。また、本村においては、今後も著しい高齢化の進行が見込まれています。

こうした状況においても介護保険制度を持続可能なものとするため、平成37年及びそれ以降を見据えて、中長期的な視点からサービス基盤の在り方を検討していきます。

#### **1-6. 災害時における福祉サービスの継続と関係機関の連携**

---

高齢者人口の増加に伴い、災害が発生した際の高齢者に対する支援等の重要性が増しています。特に、災害発生後にも支援が必要な高齢者に対して、必要なサービスが提供される体制を確立することが重要となります。

そのため、災害が発生した後に、関係者と連携を図りながら、サービス提供を継続するために必要な体制を確立する方策の検討を進めます。

また、介護サービス事業者に対しても、災害時における対応に関するマニュアルの整備等、災害対策を進めるように働きかけます。

## 2. 基本目標

### 2-1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者ができるだけ住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう、地域共生社会の考え方の浸透や地域包括支援センターの機能強化、医療・介護連携の推進、地域における支え合い体制の強化等を図るとともに、高齢者の自立支援や介護予防・重度化防止を推進し、地域に根差したシステムとして、地域包括ケアシステムの深化に取り組みます。

### 2-2. 高齢者の権利擁護の推進

すべての高齢者の人権が尊重され、地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症に関する医療との連携強化や認知症ケアパスの活用等を推進し、地域の認知症への理解を深めるとともに、高齢者への虐待防止に向けた取組の充実を図ります。

### 2-3. 高齢者にやさしいまちづくりの推進

高齢者、障がい者をはじめとするすべての人が安心して暮らし続けられるよう、住まいの確保につながる取組や福祉のまちづくりを推進するとともに、災害時に支援が必要な高齢者等への支援体制の整備に取り組みます。

### 2-4. 高齢者の健康づくりと生きがいづくりの推進

高齢者が健康を維持し、社会参加することが生きがいづくりにつながることから、高齢者の通いの場を視野に入れた健康づくりや生活習慣病を含めた介護予防を推進するとともに、高齢者の雇用と就業支援を検討していきます。

### 2-5. 介護保険サービス等の充実

地域包括ケアシステムの深化を推進するため、支援を必要とする高齢者が希望するサービス等の支援を適切に受けられるよう、ケアマネジャーへの支援や相談支援体制の充実を図るとともに、本村の地域ニーズに合わせて居宅サービスや地域密着型サービス、福祉系サービス等の充実を検討していきます。

### 3. 施策体系

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進	
1-1. 地域共生社会の実現に向けて	
1-2. 地域包括支援センターの機能強化	
	(1)適切な運営と実施事業の質の向上
	(2)職員の確保と資質の向上
	(3)情報発信等の強化
1-3. 地域ケア会議の推進	
1-4. 医療・介護連携の推進	
	(1)在宅医療の充実
	(2)医療・介護連携の推進
	(3)医療計画との整合性の確保
1-5. 地域の支え合い体制の整備	
	(1)地域における見守り体制の強化
	(2)生活困窮者への支援
	(3)孤立死防止に向けた見守りの推進
1-6. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	
	(1)介護予防・生活支援サービスの推進
	(2)一般介護予防事業の推進
	(3)地域における日常生活支援体制の整備
1-7. 人材の確保及び資質の向上	
	(1)介護離職ゼロの実現に向けて
	(2)人材の確保と育成
2. 高齢者の権利擁護の推進	
2-1. 認知症施策の推進	
	(1)新オレンジプランの推進
	(2)医療連携及び早期発見・早期対応の推進
	(3)認知症に対する理解促進と地域における支援体制の強化
	(4)介護者家族への支援の充実
2-2. 高齢者虐待防止の推進	
	(1)高齢者虐待防止に関する取組の充実
	(2)相談・支援体制の充実
	(3)施設等による虐待防止の促進
2-3. 成年後見制度及び日常生活自立支援事業	
	(1)成年後見制度利用支援事業
	(2)日常生活自立支援事業

3. 高齢者にやさしいまちづくりの推進
3-1. 住まいの確保に向けた取組の推進
(1) 住まいの安定確保
(2) 安心して暮らせる住まいの整備
3-2. 福祉のまちづくりの推進
3-3. 災害時における支援体制の強化
(1) 高齢者の支援体制の整備
(2) 福祉サービスの継続と関係機関との連携体制の強化
4. 高齢者の健康づくりと生きがいの推進
4-1. 健康づくり・生活習慣病予防の推進
(1) 健康増進計画に基づいた健康づくりの推進
(2) 特定健康診査・特定保健指導
4-2. 雇用・就業支援の推進
5. 介護保険サービス等の充実
5-1. 介護保険サービスの充実強化
(1) 介護保険サービスの充実
(2) 介護支援専門員への支援の充実
(3) 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の活用促進
(4) 相談苦情解決体制の充実
5-2. 居宅介護サービスの充実
5-3. 地域密着型サービスの充実
(1) 地域密着型サービスの普及と参入促進
(2) 地域密着型サービスの充実
5-4. サービス提供事業者への支援の充実
(1) サービス提供事業者への指導・助言
(2) 個人情報の適切な利用の推進
5-5. 個々の高齢者の状況に応じたサービスの提供
(1) 個々の高齢者の状態への対応
(2) 介護保険サービス等の周知・啓発の充実
(3) 相談支援体制の充実
5-6. 福祉系サービスの充実
5-7. 介護に取り組む家族等への支援の充実
5-8. 適正な介護給付の推進(第4期介護給付適正化計画)
(1) 要介護認定の適正化(認定調査状況チェック)
(2) ケアプランの点検(ケアプランチェック)
(3) 住宅改修の適正化
(4) 福祉用具購入・貸与調査
(5) 医療情報との突合
(6) 縦覧点検
(7) 介護給付費通知
(8) 給付実績の活用



## 第4章 施策の展開



## 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1-1. 地域共生社会の実現に向けて

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域の住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。

地域共生社会の実現に向けた「我が事・丸ごと」の考え方は、地域包括ケアシステムの「必要な支援を包括的に提供する」という考え方を、障がい者や子ども等への支援、介護と育児を同時に行う等の課題が複合化している人への支援等、生活上の困難を抱える人々の支援に対応できるように拡大していくことであることから、これを推進していくことは地域包括ケアシステム自体の強化にもつながると考えられます。

また、「地域における支え合い」の考え方についても、これまでのサービス提供者と利用者が「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性にとらわれずに、世代を超えて地域住民がともに「支え合う」という考え方の、より一層の浸透が求められます。

本村では、こうしたことを踏まえ、地域の日常的な課題等を「我が事」と受け止められるような地域づくりの推進や、様々な課題及び相談に対して「丸ごと」対応していけるような環境・体制の整備(場の創出や関係機関等とのネットワーク構築、適切な機関等へつなげられる体制の整備等)を通じて、包括的な支援体制の整備に努めます。

### 1-2. 地域包括支援センターの機能強化

#### (1) 適切な運営と実施事業の質の向上

地域包括支援センターは地域包括ケアシステムの中核的な役割を担い、地域の高齢者の実態把握に努めながら、高齢者とその家族の支援や地域における問題の解決等につながる様々な事業等を実施します。

地域包括支援センターが実施している様々な事業の質をより高めるため、「地域包括支援センター運営協議会」に運営状況を報告し、定期的に事業の評価を行い、事業内容の改善に努めます。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域包括支援センター運営協議会 開催数	1回	1回	1回

## (2) 職員の確保と資質の向上

地域包括ケアシステムの深化を図るため、地域包括支援センターに保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職を配置し、その専門性を十分に発揮できるよう適正な職員配置に努めます。

また、地域包括支援センターが地域における総合的な相談機能を果たし、様々な課題や問題に適切に対処していけるよう、職員への研修機会の確保等によるスキルアップや問題等に対応する際の手順の明確化等に取り組むとともに、「地域包括支援センター運営協議会」における事業評価の結果等に基づいた体制の強化に努め、サービス提供体制の充実を目指します。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
大阪府等が開催する研修会への参加	1回以上/人	1回以上/人	1回以上/人

## (3) 情報発信等の強化

地域包括ケアシステムの構築及びその深化に向けては、医療や介護サービス、地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービス等に関する様々な情報を、地域で共有される資源と捉えて広く村民に伝えていくことが重要です。

本村では、地域包括支援センター運営協議会や地域ケア会議に住民代表を選出して情報の共有を図るとともに、情報公開システム等を活用し、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう積極的に情報を発信していくよう努めます。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域包括支援センター運営協議会 開催数	1回	1回	1回
地域ケア会議 開催数	1回	1回	1回

### 1-3. 地域ケア会議の推進

保健・医療・福祉・介護等の様々な分野に関わる多職種が参加する地域ケア会議を開催し、地域のニーズや社会資源の把握及び情報共有を行いつつ、個別ケース(困難事例等)の検討・協議を行うことで対応スキルの向上や地域のネットワーク強化等に努め、高齢者に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を推進します。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域ケア会議 開催数	1回	1回	1回

## 1-4. 医療・介護連携の推進

---

### (1) 在宅医療の充実

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加に対応していくには、かかりつけ医の確保や24時間体制で往診する在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーションの充実と、これら相互の連携が重要となります。そのため、医師会、歯科医師会、薬剤師会及び訪問看護ステーション協会と連携し、在宅医療の充実に取り組みます。

また、在宅医療が必要な時に利用できるよう、住民に周知することも大切であることから、訪問(歯科)医や認知症専門医、訪問看護ステーション等、地域における医療情報の収集と医療マップ等による情報発信を推進するとともに、民生委員や地区福祉委員会等と連携して地域の情報を収集し、医療を必要とする人の早期発見に努めます。

### (2) 医療・介護連携の推進

地域包括ケアシステムを深化させ、医療と介護の両方を必要とする状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、適切な医療・介護サービスを切れ目なく提供していくには、地域における医療・介護連携の強化が重要となります。

本村では、富田林医師会及びサービス提供事業所等と密に連携し、様々な情報の共有等を通じて、高齢者の医療・介護の切れ目ないサービス提供体制の構築・強化に取り組みます。

また、地域ケア会議の開催や在宅医療に関係する医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士、介護支援専門員、サービス提供者、そして地域包括支援センター職員等を対象とした富田林医師会が開催する多職種研修会に参加し、医療関係者と介護・福祉関係者の情報共有や情報交換を通じた、地域における「顔の見える関係」の構築に取り組みます。さらに、村民の医療・介護連携に対する理解を深めるため、的確な情報提供を行っていきます。

### (3) 医療計画との整合性の確保

高度急性期から在宅医療・介護までの一連的なサービス提供体制の一体的な確保を図るため、大阪府が作成する「大阪府保健医療計画」及び「第7期介護保険事業支援計画」との整合性をこれまで以上に確保することが必要とされます。

「大阪府保健医療計画」の一部として作成される「大阪府地域医療構想」と、「第7期大阪府高齢者計画」及び本計画におけるサービス種類ごとの量の見込みとの整合性を確保できるよう、大阪府を含めた、医療・介護関係者による協議の場を開催し、より緊密な連携が図られるような体制整備に取り組みます。

## 1-5. 地域の支え合い体制の整備

---

### (1) 地域における見守り体制の強化

今後も高齢者が増加していくことが予想されているため、一人暮らし高齢者や認知症高齢者等の見守りが必要な高齢者も増加していくことが見込まれます。

見守りが必要な高齢者に対して、健康福祉課と地域包括支援センターが中心となって、医療機関やサービス提供事業者、社会福祉協議会、民生委員・児童委員及びCSW等との連携・協力のもと、家族や近隣住民、自治会、地区福祉委員会、ボランティア、商店、郵便局、金融機関、配食事業者等が参画する地域の見守りネットワークの整備・充実を図ります。

また、健康福祉課及び地域包括支援センターと、地域の見守りネットワークが相互に情報を共有し、対応が必要な事案の早期発見や相談対応を行い、適切なサービスや関係機関等へつないでいける体制の整備に取り組みます。

#### ①社会福祉協議会との連携

社会福祉協議会は、「地域福祉」の核となる団体として、「住民参加の福祉サービス」のコーディネートや、村の公的サービスと一体となった実態に即した福祉サービスの供給が期待されているため、本計画の推進に当たっては、社会福祉協議会との連携強化に努め、村内のあらゆる社会資源を活用した福祉サービスの供給に取り組みます。

#### ②民生委員・児童委員との連携

高齢化社会の到来に伴い、特に在宅福祉を中心に高齢者の保健・福祉に関わる活動が多くなっており、介護保険制度の利用についての相談や関係機関との連携・調整等、行政等との緊密な連携が必要とされています。また、一人暮らし高齢者調査及び訪問等、村の様々な事業の実施についても、民生委員・児童委員の協力を得ています。

今後も、地域における高齢者の保健・福祉の中心的役割を担う民生委員・児童委員とともに、地域の福祉ニーズを的確に把握し、情報交換等を行う等、緊密な連携のもと、積極的な地域福祉活動を行っていきます。

#### ③地区福祉委員会との連携

地区福祉委員会は、地区・自治会、民生委員・児童委員、ボランティア団体、社会教育団体等で構成された組織で、村内では千早地区、赤阪地区、小吹台地区の3地区に区分して活動しており、支援の必要な人を近隣住民で見守り、援助する「小地域ネットワーク活動」に取り組んでいます。今後もこうした取組を推進します。

## (2) 生活困窮者への支援

生活困窮状態にある高齢者は、その背景に複合的な要因を抱えていることや、いわゆる「制度の狭間」に陥っていることが多いため、地域包括支援センターや大阪府富田林子ども家庭センターを始めとして、地域の様々な支援機関が連携して幅広く対応することが重要です。

そのため、生活困窮状態にある高齢者に対しては、生活困窮者自立支援法に定める各種事業やその他の支援制度に適切につなぐことができるよう、地域における支援体制の強化に努めます。

### ◆はと・ほっと相談室（生活困窮者自立支援促進事業）

大阪府富田林子ども家庭センターが中心となって、失業や多重債務、介護やひきこもり、ニート等の問題で最低限度の生活ができなくなるおそれのある人の自立に向けた支援や相談業務を行っています。

本村では、適切な支援につながるよう、大阪府富田林子ども家庭センターと連携を強化し、生活困窮者の自立を支援します。

## (3) 孤立死防止に向けた見守りの推進

高齢者の一人暮らし世帯や夫婦のみ世帯が増加しており、地域におけるつながりの希薄化も社会問題となっている中で、高齢者が地域社会から孤立して生活することによる孤立死が危惧されています。

本村では、地域ぐるみで高齢者等を見守り、地域社会からの孤立や孤立死を防止し、安心して生活できる地域づくりを目指し、地域包括支援センターを中心として地域の見守り体制の拡充を図ります。

その一環として、村内郵便局等と「千早赤阪村高齢者等地域見守り推進事業協力に関する協定」を結んでおり、郵便物を配達する際に高齢者等の異変に気付いた場合や郵便窓口において高齢者等の異変に関する通報があった場合に、その情報の提供を受ける等の協力を得ており、情報提供を受けた場合は関係機関と連携して適切な対応をすることとしています。

また、小地域ネットワーク活動を促進し、身近な地域内での交流や見守り等、地域住民同士の自主的な支え合い活動を支援していきます。

## 1-6. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

### (1) 介護予防・生活支援サービスの推進

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援認定者と基本チェックリストの該当者を対象としたサービスです。

平成 29 年4月より「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」の2つのサービスが介護予防・生活支援サービスへと移行しており、引き続き、以前のサービス内容に相当するサービスを提供します。

また、サービス提供事業所による既存のサービスに加えて、民間企業やボランティア等、地域の多様な主体を活用した高齢者を支援する取組の実施を検討します。

さらに、元気な高齢者が虚弱な高齢者を支えるという住民互助活動の推進は、地域における介護サービスの担い手不足の解消や支える側の高齢者の介護予防にもつながることから、元気な高齢者を中心とした地域の支え合い体制の整備に努めます。

#### ①地域における高齢者の通いの場の充実

ボランティアや地域住民等が運営する通いの場を充実させ、人と人のつながりを通じて、地域における通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。

#### ②地域資源と連携した生活支援の創出

ボランティア等を始めとした多様な主体が、地域のニーズに合った生活支援サービスを提供できる仕組みの構築を検討します。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
訪問型サービス 延利用者数	22人	24人	26人
通所型サービス 延利用者数	38人	40人	41人

## (2) 一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業は、すべての高齢者を対象としたサービスです。

地域住民が主体的に運営する通いの場の充実を図り、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりに努めます。

また、介護予防教室のさらなる充実を図り、自立支援と介護予防、重度化防止を推進していきます。

### ①地域づくりによる介護予防

誰もが身近な地域で介護予防に取り組み、それが自主的かつ日常的なものとして定着するよう、高齢者一人ひとりの身体状況等に応じた、身近で参加しやすい教室の開催等を支援します。

### ②自立支援と介護予防・重度化防止の普及啓発

住民の介護予防への関心や意識を高め、自主的な取組の促進を図るため、パンフレット等による周知や講演会、講座、教室等への参加による理解促進を図り、自立支援と介護予防・重度化防止の普及啓発に努めます。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護予防教室 参加実人数	65人	65人	65人

### (3) 地域における日常生活支援体制の整備

高齢者が住み慣れた地域でできるだけ自立して暮らし続けることができるよう、日常生活支援体制の充実を図るには、地域における状況の把握や地域全体で多様な主体によるサービス提供を促進していくことが重要となります。

介護予防・生活支援サービス事業の基盤の整備に当たっては、生活支援コーディネーターの活動や協議体の立ち上げ等を通じて、地域のニーズや地域資源の把握、ボランティア等との橋渡し、多様な関係者間のネットワーク構築、生活支援の担い手養成、地域における住民主体のサービス創出等に取り組み、生活支援の充実を目指します。

また、高齢者自身も支援活動の主体として積極的に参加し、地域で役割を担い、必要とされることで、高齢者の生活の充実や介護予防につながるため、高齢者の社会参加の促進に努めます。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
生活支援コーディネーター 配置数	3人	3人	3人
地域ケア会議 開催数	1回	1回	1回

## 1-7. 人材の確保及び資質の向上

### (1) 介護離職ゼロの実現に向けて

現在、国では、2020 年代初頭までに家族の介護を理由とした離職の防止等を図るべく「介護離職ゼロ」を推進していくこととしており、必要な介護サービスの確保と、働く環境改善・家族支援を両輪として取り組んでいます。

介護離職ゼロでは、介護サービスが利用できず、やむを得ず離職する人をなくすとともに、介護老人福祉施設に入所が必要であるにもかかわらず自宅待機する高齢者を解消することを目指しており、国では、第6期計画において設定した平成 32 年(2020 年)における介護サービス等の見込み量(162 万人)と、平成 27 年3月の介護サービス等の利用者数(124 万人)の差分である 38 万人に加えて、2020 年代初頭までに 12 万人分の介護サービス等を整備することとしています。

本村においても、介護離職ゼロに向けた整備目標を設定し、必要な環境整備等に取り組んでいきます。

◆本村における介護離職ゼロへ向けた整備目標

(A)介護・看護を理由とする離転職者数 (総務省「平成 24 年就業構造基本調査」より)	4.0
(B)介護老人福祉施設申込者のうち、要介護3以上の自宅で入所待機している人 (平成 28 年4月1日現在)	2.0
(1):介護サービスが利用できずやむを得ず離職する者をなくすための整備分 (A×15%×4年)	2.4
(2):介護老人福祉施設に入所が必要であるにもかかわらず自宅待機する 高齢者を解消するための整備分 (B÷6年×4年)	1.3
(3):(1)と(2)の重複分 ( (1)×0.7 )	1.7
2020 年代初頭の介護離職ゼロへ向けた整備目標	2.1

(2)人材の確保と育成

平成 37 年には団塊の世代が 75 歳以上となり、これまで以上に高齢者への各種支援サービス等の供給が必要とされることから、地域包括ケアシステムの深化を推進するに当たり、その支えとなる人材を安定的に確保していくことが重要となります。

本村では、「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」に基づき、各種研修会・勉強会等の開催による担い手の養成・資質の向上や従事者に対する相談体制の整備、事業者や関係団体等のネットワーク構築、雇用環境及び労働環境の改善等、地域の特色を踏まえたきめ細かな人材確保の取組等の検討を行い、ボランティアの育成、認知症サポーターの養成等、必要な取組や情報公表制度を活用し、従業者に関する情報の公表を推進していきます。

また、福祉に携わる人材のすそ野を広げ、必要なサービス提供体制を確保していくため、若年層を始めとした幅広い年齢層への福祉意識の醸成や多様な人材の参入促進に努めます。

## 2. 高齢者の権利擁護の推進

### 2-1. 認知症施策の推進

#### (1) 新オレンジプランの推進

認知症施策については、平成29年5月に成立した「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、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の基本的な考え方を法律上にも位置付け、以下のような内容を介護保険法に規定しています。

- ① 認知症への理解を深めるための知識の普及や啓発
- ② 認知症の人の介護者への支援の推進
- ③ 認知症及びその家族の意向の尊重の配慮

この他、特に医療との連携の観点から、関係団体との調整等について都道府県が市町村に適切に支援できるよう、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等の認知症施策の推進に関する取組や権利擁護の取組に関する都道府県の市町村への支援が努力義務として規定されています。

本村では、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、地域での見守り体制の構築や関係機関との連携強化に取り組みます。

#### (2) 医療連携及び早期発見・早期対応の推進

認知症は早期発見・早期治療が重要であるため、医療機関や介護サービス事業所、地域の支援機関をつなぐ連携支援の強化や、認知症の人を支えていく仕組みを整理した「認知症ケアパス」の作成・普及、認知症の人とその家族の支援等が必要とされています。

本村では、認知症地域支援推進員を配置し、認知症の早期発見・早期対応と医療・介護の連携が密に行われるよう支援に努めています。今後は高齢者の増加に伴い、認知症高齢者の増加も見込まれることから、認知症の人ができる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、かかりつけ医及び認知症サポート医や大阪府指定の認知症疾患医療センターである大阪さやま病院を中心とした認知症専門医療機関等との連携を図りながら、対応に関する手法や体系等の整理・共有を図り、効果的な支援の検討に取り組みます。

##### ① 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員は、医療機関や介護サービス事業所、地域の支援機関をつなぐ連携の支援を図り、認知症の人とその家族からの相談等に応じて、医療と介護の連携がスムーズに行われるよう支援を行います。

## ②認知症初期集中支援事業

認知症になった場合、早期に専門医療機関への受診や適切な介護サービスに結び付かない高齢者に対し、本人及びその家族のもとを訪問し、認知症の早期発見・治療及び早期対応をするため、医療・介護の専門職及び認知症サポート医で構成される「認知症初期集中支援チーム」を配置及び周知します。

## ③認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症の人の生活機能障害の進行状況に合わせ、どのような医療・介護サービスを受けることができるのかを、あらかじめ標準的に決めておく「認知症ケアパス」の作成及び周知に努めます。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症地域支援推進員 配置数	2人	2人	2人

## (3) 認知症に対する理解促進と地域における支援体制の強化

認知症に対する正しい理解が地域全体に広まるよう、認知症サポーター養成講座の開催等、認知症に関する周知・啓発に積極的に取り組み、地域で認知症高齢者を支える環境づくりに努めます。

また、地域において認知症高齢者とその家族を支えるとともに、徘徊高齢者の早期発見及び身元不明の高齢者の早期確認につなげるため、周辺市町村と連携し、地域の見守り体制の整備・強化に取り組みます。

### ①認知症サポーター養成講座

地域に住んでいる認知症の人を見守り、認知症の人とその家族を支えるための認知症サポーターを養成し、認知症高齢者が住み慣れた地域で、安心して住み続けられるよう、また、認知症についての正しい知識と理解を、広く住民に啓発していくことができるよう努めます。

### ②認知症ケアに関わる多職種協働研修の推進

医療と介護等が相互の役割、機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、富田林医師会と連携し、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を習得する認知症多職種協働研修を推進します。

### ③南河内圏域市町村徘徊高齢者SOSネットワーク事業

南河内7市2町1村では、徘徊高齢者の安全を確保するため、市町村域を越えた広範囲の連携を行い「南河内圏域市町村徘徊高齢者SOSネットワーク」を設置しています。今後も周辺市町との連携強化を図り、警察等の関係機関と身元不明者に関する情報交換に努めます。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症サポーター養成講座 参加人数	20人	20人	20人

### (4)介護者家族への支援の充実

認知症の人の介護者家族への支援として、介護者家族が同じ苦労や悩みを共有し、日頃の苦労を分かち合うことで、リフレッシュして支え合えるような集いの場をサービス提供事業者やボランティア等と連携して提供することや、認知症に関する様々な情報提供を行うことで認知症への理解を深め、介護知識や技術の向上に結び付くような場を提供することを検討し、認知症サポーター等による地域の見守り活動等も含めて、介護者家族への支援の充実に努めます。

## 2-2. 高齢者虐待防止の推進

### (1)高齢者虐待防止に関する取組の充実

高齢者虐待の防止については、「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」(以下、「高齢者虐待防止法」という。)の趣旨を踏まえ、健康福祉課と地域包括支援センターが連携し、平成23年度に策定した「高齢者虐待対応マニュアル」により、迅速かつ適切に支援を行います。また、老人福祉法に規定するやむを得ない事由による措置や成年後見制度等も必要に応じて活用していきます。

さらに、高齢者の介護者や地域の住民、民生委員・児童委員、サービス提供事業者等に対して、高齢者虐待及びその防止に関する情報提供や相談窓口、高齢者虐待及びその疑いを発見した場合の通報窓口等について、多様な媒体等を活用した普及啓発を図るとともに、高齢者の支援等に関わる様々な主体や各種関係機関等との情報交換や情報共有を通じた連携強化に努め、引き続き、高齢者虐待の予防及び早期発見・早期対応に努めます。

## (2) 相談・支援体制の充実

地域包括支援センターを始めとした総合的な相談窓口の周知を図るとともに、相談しやすい環境の整備に努めます。また、虐待は介護者の介護疲れやストレス等によるものも多くあるため、在宅で高齢者の介護をしている人等を対象とした相談体制等の整備を図り、介護者の不安や悩み等の解消に努めます。

## (3) 施設等による虐待防止の促進

養介護施設従事者による虐待や身体拘束を防止するため、施設や事業所等と連携し、その職員を対象として、介護技術の向上を目指した研修等の実施やストレス対策・意識改革等の取組について支援します。

## 2-3. 成年後見制度及び日常生活自立支援事業

---

今後も高齢化の進展と、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加が見込まれていることから、高齢者の権利を守るため、成年後見制度と日常生活自立支援事業に関する周知と制度の利用促進を図ります。また、「老人福祉法」に基づく成年後見制度の市町村長申立て等も活用し、認知症高齢者等の権利擁護に努めます。

また、親族がない場合や弁護士・司法書士等の専門職後見人の利用が困難な場合も想定されるため、地域包括支援センターにおける権利擁護相談の充実を図ります。

### (1) 成年後見制度利用支援事業

精神上の障がいによって判断能力が不十分な人（認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等）が、社会生活において様々な法律行為や、その法律行為の結果について判断できないような場合において成年後見制度を利用できます。また、身寄りがない等の場合には、必要に応じて村長が本人等に代わり申立てを行い、認知症高齢者等の権利擁護に努めます。

### (2) 日常生活自立支援事業

精神上の障がいによって判断能力が不十分な人（認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等）に対し、福祉サービスの利用手続き援助や日常的な金銭管理等を行う日常生活自立支援事業が、社会福祉協議会を実施主体として実施されています。村では、この事業が円滑に利用できるよう、今後も社会福祉協議会と十分な連携を図ります。

## 3. 高齢者にやさしいまちづくりの推進

### 3-1. 住まいの確保に向けた取組の推進

#### (1) 住まいの安定確保

高齢者に対する賃貸住宅や老人ホーム(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等)、高齢者等の入居を受入れる大阪あんしん賃貸住宅等の住まいの制度や、バリアフリー改修に関する情報等を高齢者が円滑に収集できるよう、地域包括支援センター等の身近な窓口での情報提供を検討します。

#### (2) 安心して暮らせる住まいの整備

高齢者が安心して暮らせる住まいの整備等の促進や、これまでの住まいでの生活が困難となった際に利用できるように介護保険施設の整備等、多様な居住環境の実現を検討していきます。

また、サービス付き高齢者向け住宅といった、今後増加することが見込まれる「高齢者の住まい」について、民間の整備計画等の情報収集、実態把握に努め高齢者への情報発信に取り組んでいきます。

サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等で介護保険サービスが提供される場合、ケアプランチェックや指導・監督の実施、介護給付の適正化に取り組むよう努めていきます。

### 3-2. 福祉のまちづくりの推進

高齢者等が安心して快適に生活できる環境を整備するためには、社会生活を行っていく上での様々な障壁を取り除くことが必要となります。

高齢者、障がい者を始めとするすべての人が安心してまちに出かけることができるよう「高齢者、障害者等の移動の円滑化の促進に関する法律」及び「大阪府福祉のまちづくり条例」等に基づき、高齢者等に配慮したまちづくりを推進していきます。

### 3-3. 災害時における支援体制の強化

---

#### (1) 高齢者の支援体制の整備

「千早赤阪村地域防災計画」等を踏まえ、災害時における避難行動要支援者の把握及び支援を地域全体で協力して行える体制整備に努めており、平成28年度には要援護者支援名簿を作成し、地域の支援関係者へ配布しました。今後は、名簿を活用した支援体制の整備等を検討していきます。

また、民生委員・児童委員、自治会、社会福祉協議会、自主防災組織、消防団等避難支援関係者と連携した避難行動支援個別計画を策定し、避難行動要支援者の情報把握等の事前準備と体制づくりを推進するとともに、災害時における避難誘導や安否確認、情報提供等が迅速かつ的確に行われるよう取り組みます。

#### (2) 福祉サービスの継続と関係機関との連携体制の強化

災害発生後に、関係者と連携を図りながら、他の地方公共団体等からの応援派遣等も活用し、サービスの提供継続に必要な体制を確立する方策を検討していきます。

また、サービス提供事業者に対しても、災害時における対応に関するマニュアルの整備等、災害対策へ取り組むよう働きかけるとともに、福祉避難所の指定に向け協議を進めます。

## 4. 高齢者の健康づくりと生きがいづくりの推進

### 4-1. 健康づくり・生活習慣病予防の推進

#### (1) 健康増進計画に基づいた健康づくりの推進

心身の健康を維持し、できるだけ健康寿命を長く保つために、普段からの生活習慣を見直し、生活機能の低下を防ぐことが重要です。「健康ちはやあかさか 21(第3期)(健康増進計画・食育推進計画)」、「千早赤阪村特定健康診査等実施計画(第2期)」に基づき、生活習慣病の予防や各種健康づくりにより、健康寿命を延ばす施策を推進します。

#### ①健康手帳の交付

健康診査の記録や健康保持のために必要な事項を記載し、自らの健康管理と適切な医療の確保を行うため、各種健(検)診や健康教育・健康相談受診(講)者に交付していきます。

#### ②健康診査

高齢者の医療の確保に関する法律第 20 条の加入者に含まれない 40 歳以上の住民に対して、生活習慣病に着目した健康診査を実施していきます。

#### ③各種検診

各種がん検診については、40 歳以上(子宮がんのみ 20 歳以上)の人を対象として、がんの早期発見・早期治療を図るために実施しています。今後に向けては、検診精度の向上に努めるとともに、予防を図るための健康教育、検診後のフォロー体制の充実を図ります。また、がん検診の受診率向上と正しい健康意識の普及を図るために、平成 27 年度からすべての検診の自己負担をなくし、無料化しています。さらに、ライフスタイルに応じて受診できるよう、平成 29 年度から5がん(胃・大腸・肺・子宮・乳)すべての個別検診を実施しています。加えて、がん検診の周知として節目年齢を対象に個別案内の送付や「がん検診プラス1キャンペーン」を実施しています。

骨粗しょう症検診は、40～70 歳の5歳刻みの女性を対象として、骨粗しょう症を予防・早期発見し、骨折による寝たきりや要介護状態になることを予防する目的で実施しており、骨密度測定及び、骨量減少者には栄養・運動面等の保健指導を実施していきます。

歯周疾患検診は、歯の喪失の二大原因となっている、う蝕と歯周疾患の早期発見・早期治療を行うため、40・50・60・70 歳の人を対象に、検診と口腔保健指導を行います。

肝炎ウイルス検診は、肝炎による健康障害を回避し、症状の軽減及び進行の遅延を目的として、新 40 歳及び 41 歳以上で肝炎ウイルス検診を受けたことのない人を対象に実施しており、今後も引き続き実施し、早期発見と治療等に努めます。

#### ④健康教育

壮年期からの健康保持・増進と生活習慣病の予防や健康づくりに関する正しい知識の普及を図るため、40～64 歳の人を対象として、骨粗しょう症予防や生活習慣病予防等の各種教室を実施し、健康に関する認識と自主的な健康管理の意識を高めていきます。

#### ⑤健康相談

40～64 歳の人を対象として、地域における相談や保健センターでの相談、電話相談等、心や体の健康に関する個別の相談に対し、適切な療養や健康保持のために必要な支援を行っていきます。

#### ⑥訪問指導

40～64 歳の人を対象として、生活習慣病の予防に関する指導が必要な人や、介護予防の観点から支援が必要な人、介護に携わる家族等を訪問し、健康に関しての相談及び指導を行い、心身機能の低下防止と健康の保持・増進を図ります。

### (2) 特定健康診査・特定保健指導

「高齢者の医療の確保に関する法律」により、国民健康保険の 40～74 歳の被保険者に対して、生活習慣病の原因とされる内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目した特定健康診査、特定保健指導を実施しています。75 歳以上の人には、大阪府後期高齢者医療広域連合が健診を実施し、保健指導は住民に対する保健指導の対象として、必要に応じて実施しています。

## 4-2. 雇用・就業支援の推進

---

就業機会を通じた高齢者の生きがいつくりと社会参加を積極的に働きかけるため、「シルバー人材センター」の支援を行い、高齢者の働く喜び、社会参加の輪を広げます。

また、高齢者の身体的状況に配慮した、高齢者が働きやすい職場環境づくりについて、事業者への普及啓発に努めていきます。

## 5. 介護保険サービス等の充実

### 5-1. 介護保険サービスの充実強化

#### (1) 介護保険サービスの充実

地域包括ケアシステムの深化に向けて、在宅サービス、施設サービスの充実に取り組めますが、大阪府では要介護認定率のピークが平成 47 年、介護需要のピークが平成 52 年と見込まれているため、平成 37 年及びそれ以降を見据えて、中長期的な視点からサービス提供体制を検討していくことが重要となります。

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、今後も引き続き、地域包括支援センターを中心として、地域支援事業及び介護予防サービスによる自立支援、介護予防・重度化防止を推進するとともに、介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用しつつ地域での生活を継続できるよう、介護保険サービスの充実に努めます。

#### (2) 介護支援専門員への支援の充実

介護支援専門員(ケアマネジャー)は、利用者の状態、生活環境等に応じて、介護保険サービス、在宅医療等の様々な社会資源によるインフォーマル・サービスを組み合わせて適切なケアマネジメントを行います。

本村においては、ケアプランチェック等を通して介護支援専門員の育成・支援を行います。また、今後は介護予防・自立支援に向けたケアプランの作成が重要となるため、介護支援専門員への自立支援、介護予防・重症化防止の考え方の周知・啓発に努めていきます。

さらに、地域包括支援センターを中心として、介護支援専門員からの相談や困難事例のバックアップ体制の強化に取り組むとともに、各種研修の実施や地域ケア会議における多職種の専門職による助言等を活用しながら介護支援専門員の資質向上を推進します。

#### (3) 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の活用促進

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業は、介護保険サービスを提供する社会福祉法人等が、低所得で生計が困難である者等の利用者負担を軽減した場合に、本村等が当該社会福祉法人等に助成を行うものです。

今後も引き続き、未実施法人に対してこの制度の趣旨を周知し、すべての社会福祉法人等で軽減制度が実施されるよう働きかけを行います。

#### (4)相談苦情解決体制の充実

介護保険についての苦情や相談に対しては、住民にとって最も身近な窓口である村が迅速かつ適切な対応を行い、村、大阪府、国民健康保険団体連合会(国保連合会)、サービス事業者、介護支援専門員等がそれぞれの役割と機能のもと、緊密な連携を図りながら解決に努めます。

また、介護サービスに関する苦情のうち、本村での解決が困難な場合には、国保連合会が対応します。

### 5-2. 居宅介護サービスの充実

---

本村の介護サービスの利用状況を分析し、高齢者の状況に応じて、サービス提供基盤の充実等を図っていきます。

#### ①訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の身体介護や調理、洗濯等の生活支援を行います。

#### ②訪問入浴介護

自宅で入浴が困難な要介護者に対し、入浴車等で家庭を訪問し、入浴の介護を行います。

#### ③訪問看護

疾患等を抱えている人について、看護師が居宅を訪問して、療養上の世話や診療上の補助を行います。

#### ④訪問リハビリテーション

居宅での生活行為を向上させるため、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問によるリハビリテーションを行います。

#### ⑤居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。

#### ⑥通所介護（デイサービス）

通所介護施設で、食事、入浴等の日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りで行います。

#### ⑦通所リハビリテーション（デイケア）

老人保健施設や医療機関等で、食事、入浴等の日常生活上の支援や、生活行為向上のためのリハビリテーションを日帰りで行います。

#### ⑧短期入所生活介護／療養介護（ショートステイ）

福祉施設や医療施設に短期間入所して、日常生活上の支援や機能訓練等を行います。

#### ⑨福祉用具貸与

日常生活の自立を助けるための福祉用具、車いす、車いす附属品、特殊寝台、特殊寝台附属品、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり（工事を伴わないもの）、スロープ（工事を伴わないもの）、歩行器、歩行補助つえ、移動用リフト（つえ具を除く）、認知症老人徘徊感知機器を貸与します。

#### ⑩特定福祉用具販売

入浴や排せつ等に使用する福祉用具（腰掛け便座、入浴補助用具、自動排泄処理装置の交換用部分、簡易浴槽、移動用リフトのつり具）を販売します。

#### ⑪特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等に入居している高齢者に、日常生活上の支援や介護を提供します。

#### ⑫住宅改修費支給

手すりの取り付けや段差解消等の住宅改修をした際、20万円を上限に費用を支給します。

#### ⑬居宅介護支援

在宅サービスを適切に利用できるように、要介護者の心身の状況・環境・本人や家族の希望等を受けて、利用するサービスの種類・内容等を決めてケアプランを作成するとともに、サービス提供確保のための事業者等との連絡調整、利用実績の管理、施設への紹介等を行います。

### 5-3. 地域密着型サービスの充実

---

#### (1) 地域密着型サービスの普及と参入促進

重度の要介護者や一人暮らし高齢者、高齢者の夫婦のみ世帯、認知症高齢者等の在宅生活をできるだけ継続できるよう、また、働きながら要介護者を在宅で介護している家族の就労継続や負担軽減等を図るため、地域密着型サービスの普及と理解促進に取り組むことが重要となります。

高齢者や認知症高齢者は環境変化の影響を受けやすいこと等を考慮し、要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域密着型サービスの利用希望者への情報提供や利用促進につながる情報発信等を推進します。

さらに、柔軟なサービス提供につながる「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」の整備の必要性について十分に検討し、事業者の参入促進を検討していきます。

それに加えて、地域密着型サービス事業者の指定、独自報酬の設定等の事務の運営に当たっては、利用者や被保険者、その他関係者から構成される「地域密着型サービス運営委員会」の意見を反映させ、事務の公平・公正な運営を確保するように取り組んでいきます。

#### (2) 地域密着型サービスの充実

地域密着型サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図るため、自己評価、外部評価を実施し、利用者支援の観点も踏まえ、結果を公表していきます。

##### ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回又は随時通報により、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の緊急時の対応等を受けることができます。

##### ② 夜間対応型訪問介護

夜間、定期的な巡回訪問や通報により、ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護を受けることができます。

##### ③ 認知症対応型通所介護

認知症高齢者が、入浴、排せつ、食事等の介護及びその他の日常生活上の世話や機能訓練を受けることができます。

##### ④ 小規模多機能型居宅介護

要介護者の状態や希望に応じて、サービス拠点への「通い」を中心に、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練を受けることができます。

#### ⑤認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症高齢者が5～9人で共同生活を送りながら、スタッフによる日常生活上の支援や介護を受けることができます。

#### ⑥地域密着型特定施設入居者生活介護

定員 29 人以下の有料老人ホーム等に入居している要介護者が、排せつ、食事等の介護や機能訓練、療養上の世話を受けることができます。

#### ⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人以下の介護老人福祉施設に入所している要介護者が、入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練、健康管理上及び療養上の世話を受けることができます。

#### ⑧看護小規模多機能型居宅介護

登録利用者に対し、「通い」、「泊まり」、「訪問介護」、「訪問看護」のサービスを提供します。看護と介護サービスを一体的に提供することで、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図ります。

#### ⑨地域密着型通所介護

定員 18 人以下の通所介護施設で、食事、入浴等の日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りで行います。

### 5-4. サービス提供事業者への支援の充実

---

#### (1) サービス提供事業者への指導・助言

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、サービス提供事業者に対する指導・助言に取り組むとともに、保険者の立場から適切な調査権限を活用した指導に取り組んでいきます。

また、本村では、介護保険法に基づく居宅介護サービス等事業者の指定・指導等の事務等について、大阪府より事務移譲を受けており、広域連携による共同処理となっています。今後も引き続き、関係機関と連携して、事務手続きの迅速化、効率化等を図ります。

#### (2) 個人情報の適切な利用の推進

個人情報の収集及び提供に当たっては、「個人情報保護法」、「千早赤阪村個人情報保護条例」、国の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等に基づき、適切に対応していきます。

## 5-5. 個々の高齢者の状況に応じたサービスの提供

---

### (1) 個々の高齢者の状態への対応

高齢者等がサービスを適切に選択し、安心して利用できるよう、様々な情報提供や相談支援体制の整備等について取り組んでいきます。

制度周知、苦情相談業務、要介護認定、ケアプランの作成、介護予防事業等について、認知症高齢者や障がい者等の個々の状態に配慮し、サービス利用が適切に実施されるよう利用者支援に取り組んでいきます。

### (2) 介護保険サービス等の周知・啓発の充実

介護保険制度の各種サービスの利用を希望する人が、適切なタイミングで希望するサービスの情報を得ることができ、かつ適切にサービスを選択できるよう、「広報ちはやあかさか」やホームページ、各種通知文書発送時における説明文の同封、説明冊子の作成・配布等、様々な機会をとらえた積極的な情報提供を行うとともに、厚生労働省の提供する情報公表システムの周知及び活用の促進を図ります。

また、地域の身近な情報源となっている、かかりつけ医や介護支援専門員、地域活動関連団体等との一体的な連携のもと、情報の入手及び提供に努めます。

さらに、サービスが適切に提供されるよう、事業者等の介護保険制度に対する理解を促進するため、地域ケア会議等を通じて情報提供に努めます。

### (3) 相談支援体制の充実

健康福祉課、地域包括支援センター、民生委員・児童委員等、多様な窓口を設け、住民からの様々な相談に対応するとともに、関係機関相互の連携を密にし、1つの窓口で対応する相談援助体制(ワンストップサービス)の整備に努めます。

一人暮らし高齢者等、情報が届きにくい高齢者については、民生委員・児童委員等と連携して状況把握に努め、必要なサービスの利用に結び付ける等、きめ細かな対応ができる体制づくりに努めます。

## 5-6. 福祉系サービスの充実

---

地域の高齢者の日常生活を支援するため、配食サービスや紙おむつ購入費の助成等、福祉サービス系事業を提供します。

### ①高齢者等配食サービス

村が社会福祉協議会に委託して、食事づくりが困難な要介護高齢者の自宅に栄養バランスのとれた昼食を届けるとともに、安否の確認等を実施します。

### ②紙おむつの購入費の助成

居宅で紙おむつを使用し、助成要件を満たしている要介護高齢者に対して、紙おむつ購入給付金を支給します。

### ③無料ごみ処理券の配布

寝たきりの高齢者や身体障がい者(児)で、紙おむつを使用している人の世帯に、使用済み紙おむつ廃棄用の無料ごみ処理券を追加配布します。

### ④生活支援ホームヘルプ・ショートステイ

一人暮らし高齢者等で、介護保険の要介護認定で非該当となり、介護保険サービスの対象とならない人等を対象に、高齢者の自立した生活の支援を行います。

### ⑤緊急通報装置の貸与

一人暮らしの高齢者等が、急病や事故等の際に簡単な操作で通報できる機器を貸与し、日常生活の安全を確保します。

## 5-7. 介護に取り組む家族等への支援の充実

---

高齢者等を介護している家族の負担の軽減を図るため、必要とされる介護保険サービス等の確保や介護に従事する家族の柔軟な働き方の確保、介護者への介護知識・技術の習得支援、介護者が介護に疲弊することがないように介護者同士の交流機会の提供等に加え、総合的な相談支援を利用しやすくする環境整備や実施体制の整備等、本村の実情を踏まえた支援を検討していきます。

## 5-8. 適正な介護給付の推進(第4期介護給付適正化計画)

---

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適正に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するよう促すことであり、適切なサービスの確保とその結果として費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

本町では、国の「第4期介護給付適正化計画に関する指針」及び大阪府の「第4期大阪府介護給付適正化計画」を踏まえ、介護給付の適正化に努めます。

(1) 要介護認定の適正化(認定調査状況チェック)

(2) ケアプランの点検(ケアプランチェック)

(3) 住宅改修の適正化

(4) 福祉用具購入・貸与調査

(5) 医療情報との突合

(6) 縦覧点検

(7) 介護給付費通知

(8) 給付実績の活用

※各事業の内容及び目標については、府の「第4期大阪府介護給付適正化計画」の内容が固まり次第、記載する予定です。  
(現在、府で策定中)



## 第5章 介護保険サービスの見込み



# 1. 介護給付の見込み量

## 1-1. 介護給付費の見込み量の推計

		実績			計画期間		
		平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度
(1)居宅サービス							
訪問介護	給付費	40,536	38,028	45,044	47,990	53,150	58,328
	回数	1,263.6	1,168.5	1,303.6	1,349.7	1,491.4	1,634.2
	人数	55	51	52	52	54	56
訪問入浴介護	給付費	5,291	3,515	3,204	2,997	5,235	5,372
	回数	37	24	22	19.8	34.6	35.5
	人数	8	5	4	3	5	5
訪問看護	給付費	17,792	18,055	18,698	21,667	24,709	29,885
	回数	320.6	340.0	396.0	442.7	512.1	614.1
	人数	27	30	35	37	41	47
訪問リハビリテーション	給付費	681	540	337	496	496	1,026
	回数	18.2	16.7	10.4	15.0	15.0	31.0
	人数	1	1	1	1	1	2
居宅療養管理指導	給付費	6,021	5,045	6,161	6,237	6,240	6,221
	人数	40	35	43	43	43	43
通所介護	給付費	102,734	82,356	68,663	69,156	71,694	86,060
	回数	1,069	913	774	773.0	808.6	960.2
	人数	101	84	72	71	73	82
通所リハビリテーション	給付費	4,318	7,400	7,386	10,753	12,676	12,843
	回数	48.4	84.0	97.8	137.0	162.8	164.8
	人数	9	11	13	17	21	21
短期入所生活介護	給付費	27,276	21,019	22,301	20,119	21,961	21,347
	日数	272.9	212.8	225.4	199.3	216.7	207.8
	人数	26	23	24	21	22	20
短期入所療養介護 (老健)	給付費	4,149	4,667	957	1,075	1,613	2,151
	日数	32.7	37.0	8.2	9.0	13.5	18.0
	人数	3	3	2	3	4	6
短期入所療養介護 (病院)	給付費	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費	15,389	14,709	14,706	16,568	20,468	24,549
	人数	89	89	88	96	113	130
特定福祉用具購入費	給付費	1,032	928	800	1,002	1,654	2,305
	人数	3	2	2	2	3	4
住宅改修費	給付費	2,578	3,327	1,172	1,873	2,938	2,938
	人数	2	2	1	2	3	3
特定施設入居者 生活介護	給付費	14,474	20,542	25,480	28,028	29,827	30,091
	人数	6	9	12	12	13	13

※給付費は年間累計の金額(単位は千円)、回(日)数は一月当たりの数、人数は一月当たりの利用者数

		実績			計画期間		
		平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度
<b>(2)地域密着型サービス</b>							
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	給付費	2,136	1,126	0	0	0	0
	人数	1	1	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
認知症対応型 通所介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
小規模多機能型 居宅介護	給付費	3,581	299	0	0	0	0
	人数	1	0	0	0	0	0
認知症対応型 共同生活介護	給付費	19,875	17,505	42,906	21,121	21,130	21,130
	人数	7	6	14	7	7	7
地域密着型特定施設 入居者生活介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	給付費	2,185	372	0	0	0	0
	人数	1	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型 居宅介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	給付費	-	14,172	12,386	17,389	18,402	21,751
	回数	-	166.5	135.4	179.5	191.4	219.1
	人数	-	19	14	18	19	21
<b>(3)施設サービス</b>							
介護老人福祉施設	給付費	167,310	176,862	189,230	215,849	229,359	246,092
	人数	58	66	68	76	81	87
介護老人保健施設	給付費	83,727	67,184	44,737	51,923	55,048	58,434
	人数	26	21	14	16	17	18
介護医療院	給付費	-	-	-	0	0	0
	人数	-	-	-	0	0	0
介護療養型医療施設	給付費	4,299	1,424	0	0	0	0
	人数	1	0	0	0	0	0
<b>(4)居宅介護支援</b>	給付費	23,654	23,805	22,481	23,393	24,481	25,314
	人数	151	151	144	147	153	158

※給付費は年間累計の金額(単位は千円)、回(日)数は一月当たりの数、人数は一月当たりの利用者数

## 1-2. 予防給付費の見込み量の推計

		実績			計画期間		
		平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度
(1) 介護予防サービス							
介護予防 訪問入浴介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費	2,370	3,974	3,098	4,341	5,182	5,517
	回数	67.2	105.7	87.5	119.0	139.5	148.0
	人数	5	9	7	9	10	10
介護予防訪問 リハビリテーション	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
介護予防 居宅療養管理指導	給付費	393	96	21	0	0	0
	人数	3	1	1	0	0	0
介護予防通所 リハビリテーション	給付費	1,190	969	1,031	972	972	1,215
	人数	3	3	4	4	4	5
介護予防 短期入所生活介護	給付費	36	32	12	0	150	150
	日数	0.6	0.3	0.2	0	2.0	2.0
	人数	0	0	0	0	1	1
介護予防短期入所 療養介護(老健)	給付費	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所 療養介護(病院)	給付費	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
介護予防 福祉用具貸与	給付費	448	693	656	716	783	809
	人数	12	12	12	13	14	14
特定介護予防 福祉用具購入費	給付費	105	154	30	440	440	440
	人数	0	0	0	2	2	2
介護予防住宅改修	給付費	1,014	1,501	630	2,385	2,385	2,385
	人数	1	1	1	2	2	2
介護予防特定施設 入居者生活介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
(2) 地域密着型介護予防サービス							
介護予防認知症 対応型通所介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模 多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症 対応型共同生活介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
(3) 介護予防支援	給付費	2,477	2,756	2,642	3,004	3,114	3,335
	人数	45	50	49	54	56	60

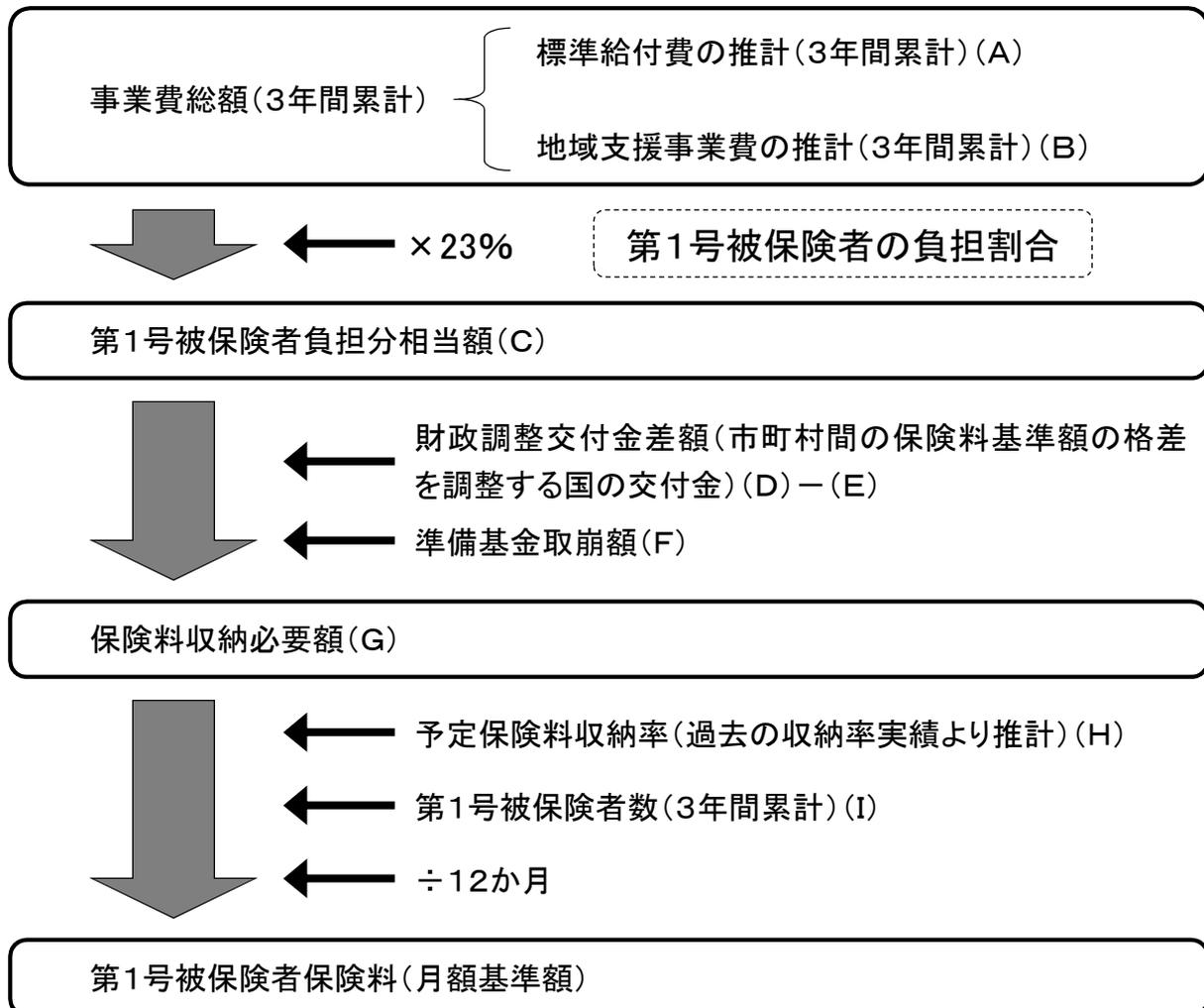
※給付費は年間累計の金額(単位は千円)、回(日)数は一月当たりの数、人数は一月当たりの利用者数

### 1-3. 地域密着型サービス(施設・居住系サービス)の必要入所(利用)定員数

	計画期間		
	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	0	0	0
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	12	12	12

## 2. 介護保険料基準額の設定

### 2-1. 保険料算定の仕組み



## 2-2. 標準給付見込額と地域支援事業費の見込額

### ■ 標準給付費見込額

(単位:円)

	計画期間			
	合計	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
標準給付費見込額(A)	2,045,079,671	620,035,905	677,679,856	747,363,910
総給付費	1,875,556,611	569,238,169	621,046,742	685,271,700
特定入所者介護サービス費等給付額	112,273,798	33,312,006	37,582,776	41,379,016
高額介護サービス費等給付額	48,705,048	14,849,100	16,206,732	17,649,216
高額医療合算介護サービス費等給付額	7,187,628	2,191,350	2,391,702	2,604,576
算定対象審査支払手数料	1,356,586	445,280	451,904	459,402

### ■ 地域支援事業費の見込額

(単位:円)

	計画期間			
	合計	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域支援事業費見込額(B)	107,841,240	34,934,240	35,957,280	36,949,720
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業				
訪問型サービス	13,660,000	4,171,200	4,559,200	4,929,600
訪問介護相当サービス	13,660,000	4,171,200	4,559,200	4,929,600
通所型サービス	36,414,000	11,628,000	12,240,000	12,546,000
通所介護相当サービス	36,414,000	11,628,000	12,240,000	12,546,000
その他生活支援サービス	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	6,489,640	2,001,840	2,159,880	2,327,920
審査支払手数料	165,600	55,200	55,200	55,200
高額介護予防サービス費相当事業等	0	0	0	0
一般介護予防事業	3,807,000	1,021,000	1,368,000	1,418,000
介護予防普及啓発事業	2,637,000	707,000	965,000	965,000
地域介護予防活動支援事業	1,170,000	314,000	403,000	453,000
(2) 包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業				
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	27,984,000	9,350,000	9,268,000	9,366,000
任意事業	4,106,000	1,360,000	1,373,000	1,373,000
介護給付等費用適正化事業	273,000	91,000	91,000	91,000
その他の事業	3,833,000	1,269,000	1,282,000	1,282,000
成年後見制度利用支援事業	1,278,000	426,000	426,000	426,000
認知症サポーター等養成事業	155,000	43,000	56,000	56,000
地域自立生活支援事業	2,400,000	800,000	800,000	800,000
(3) 包括的支援事業(社会保障充実分)				
在宅医療・介護連携推進事業	2,114,000	1,020,000	547,000	547,000
生活支援体制整備事業	3,039,000	1,013,000	1,013,000	1,013,000
認知症総合支援事業	9,465,000	3,155,000	3,155,000	3,155,000
地域ケア会議推進事業	597,000	159,000	219,000	219,000

## 2-3. 所得段階別加入割合補正後被保険者数

(単位:人)

所得段階	対象者	計画期間			
		合計	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度
第1段階	老齢福祉年金受給者で、世帯全員が村民税非課税、または生活保護の受給者、または世帯全員が村民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下	1,079	360	360	359
第2段階	世帯全員が村民税非課税で、第1段階以外(かつ、公的年金等収入+合計所得金額が120万円以下)	476	159	159	158
第3段階	世帯全員が村民税非課税で、第1段階以外かつ第2段階以外	440	147	147	146
第4段階	本人が村民税非課税だが、世帯に村民税課税者がいる人(かつ、公的年金等収入+合計所得金額が80万円以下)	1,102	368	368	366
第5段階 (基準段階)	本人が村民税非課税だが、世帯に村民税課税者がいる人で第4段階以外	975	326	325	324
第6段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が120万円未満	967	323	323	321
第7段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が120万円以上200万円未満	1,165	389	389	387
第8段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が200万円以上300万円未満	443	148	148	147
第9段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が300万円以上400万円未満	162	54	54	54
第10段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が400万円以上600万円未満	111	37	37	37
第11段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が600万円以上800万円未満	36	12	12	12
第12段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が800万円以上	57	19	19	19
合計		7,013	2,342	2,341	2,330
所得段階別加入割合補正後被保険者数		7,168	2,394	2,393	2,381

## 2-4. 保険料基準額の算定

第7期計画における標準給付見込額等から、第1号被保険者の保険料を以下のように算定しました。

(単位:円)

	合計	計画期間		
		平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
標準給付費見込額(A)	2,045,079,671	620,035,905	677,679,856	747,363,910
地域支援事業費見込額(B)	107,841,240	34,934,240	35,957,280	36,949,720
第1号被保険者負担分相当額 ( $C = (A + B) \times 23\%$ )	495,171,810	150,643,133	164,136,541	180,392,135
調整交付金相当額(D)	105,280,796	31,945,657	34,903,107	38,432,032
調整交付金見込額(E)	82,599,000	23,001,000	27,085,000	32,513,000
調整交付金見込交付割合		3.60%	3.88%	4.23%
準備基金取崩額(F)	20,000,000			
保険料収納必要額 ( $G = C + D - E - F$ )	497,853,605			
予定保険料収納率(H)	99.60%			
所得段階別加入割合補正後 被保険者数(I)	7,168	2,394	2,393	2,381
年額保険料( $J = G \div H \div I$ )	69,730			
月額保険料( $J \div 12$ )	5,811			

## 2-5. 第1号被保険者の所得段階別保険料額

本村では、第1号被保険者の所得段階別保険料の設定にあたり、国の基準である9段階より多段階化を行い、被保険者の負担能力に応じた保険料設定を行うこととします。

所得段階	対象者	基準額に対する割合	年額保険料	月額保険料
第1段階	老齢福祉年金受給者で、世帯全員が村民税非課税、または生活保護の受給者、または世帯全員が村民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下	×0.45	31,380	2,615
第2段階	世帯全員が村民税非課税で、第1段階以外(かつ、公的年金等収入+合計所得金額が120万円以下)	×0.72	50,210	4,184
第3段階	世帯全員が村民税非課税で、第1段階以外かつ第2段階以外	×0.75	52,300	4,358
第4段階	本人が村民税非課税だが、世帯に村民税課税者がいる人(かつ、公的年金等収入+合計所得金額が80万円以下)	×0.90	62,760	5,230
第5段階 (基準段階)	本人が村民税非課税だが、世帯に村民税課税者がいる人で第4段階以外	×1.00	69,730	5,811
第6段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が120万円未満	×1.20	83,680	6,973
第7段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が120万円以上200万円未満	×1.30	90,650	7,554
第8段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が200万円以上300万円未満	×1.50	104,600	8,717
第9段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が300万円以上400万円未満	×1.65	115,060	9,588
第10段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が400万円以上600万円未満	×1.80	125,510	10,459
第11段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が600万円以上800万円未満	×1.90	132,490	11,041
第12段階	本人が村民税課税者で、合計所得金額が800万円以上	×2.00	139,460	11,622

※第6期に引き続き、第1段階に対して公費による軽減が行われ、保険料率が0.50から0.45になる予定です。



## 第6章 計画の推進体制



## 1. 計画の推進体制

### 1-1. 計画の推進体制

本計画の内容は保健福祉分野以外の様々な分野を含んでいることから、村民や地域、関係団体、サービス提供事業者等の様々な協力が不可欠であり、それぞれの役割を發揮しながら、より地域に根ざした支援を展開していくとともに、関係各課の連携による総合的なサービスの実施と事業の適切な執行管理に努めていきます。

### 1-2. 地域における協働・連携の推進

本計画を推進するに当たっては、高齢者の家族をはじめとする地域住民、自治会、地区福祉委員会、医療機関、サービス提供事業者、民生委員・児童委員、CSW、民間企業、ボランティア団体等の多様な支援が必要となることから、行政との協働・連携の強化に努め、地域ぐるみで高齢者の支援に取り組む体制の整備を図ります。

### 1-3. 庁内及び関係機関等との連携

本計画の円滑な推進に向けて、所管課である健康福祉課を中心として、保健・医療・福祉分野だけでなく、住宅、雇用対策等の高齢者施策に携わる庁内関係各課や社会福祉協議会を始めとした関係機関等が情報共有等の連携強化を図り、地域の実情に応じた高齢者施策を推進します。

### 1-4. 大阪府及び他市町村との連携

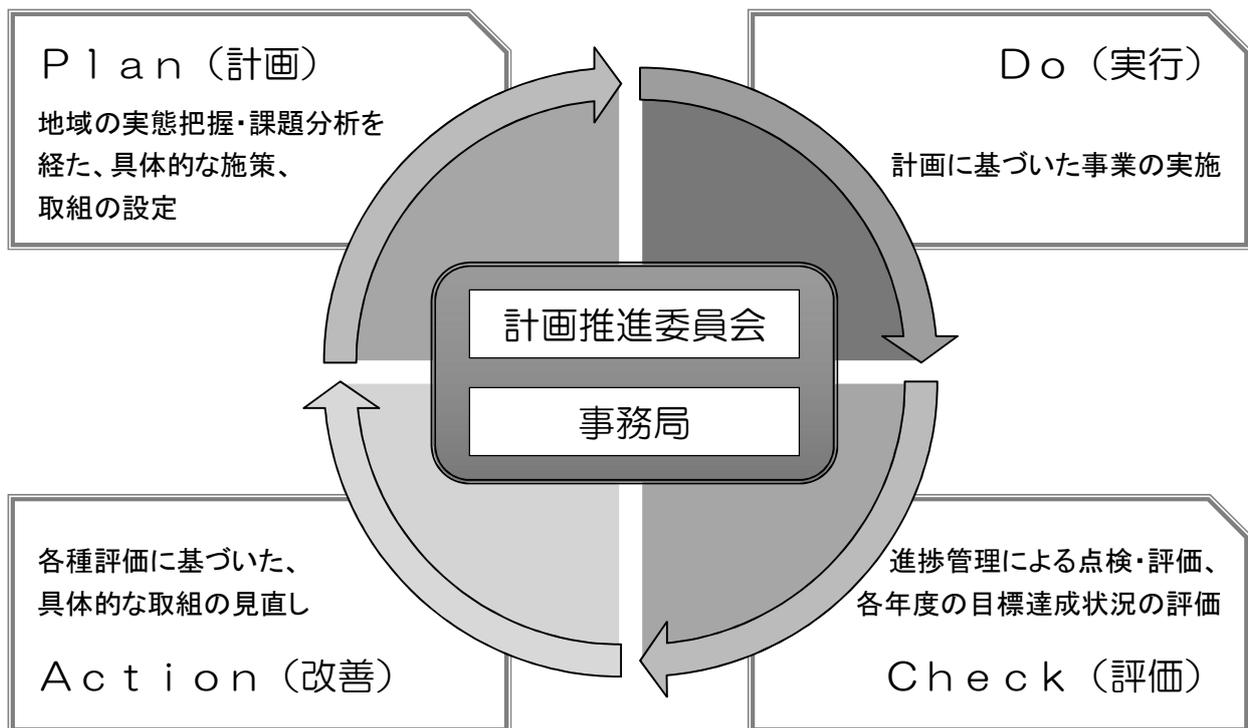
介護保険サービス及び保健福祉サービスの提供・実施については、高齢者保健福祉圏域における調整のもとに整備を図る必要があることから、大阪府や他市町村との情報交換や連絡体制の強化を図り、連携した事業展開に努めます。

## 2. 計画の進捗管理

### 2-1. 進捗状況の把握と進行管理

本計画を円滑に推進していくため、計画の進捗状況等を総合的に取りまとめるとともに、新たな課題への対応、事業評価等を推進していくことが求められます。

本計画では、老人クラブ等、各種団体の関係者の参画による計画推進委員会において、定期的に本計画の進捗状況や介護保険の運営状況についてPDCAサイクルに基づいた点検・評価を行い、関係機関との連携のもと必要な調整を行います。



### 2-2. 計画の実施状況の公表

計画の進行管理として定期的を実施する進捗状況、介護保険の運営状況等の点検・評価について、定期的に公表し、本計画に対する村民の理解を深められるように努めるとともに、村民の意見を反映したよりよいサービスの提供に努めます。

## 3. 計画の周知・啓発

本計画を推進するに当たっては、村民の理解と協力が必要となるため、計画内容や介護保険制度について、パンフレットの作成・配布、ホームページへの掲載、窓口でのきめ細かな説明等、様々な機会をとらえて周知・啓発を行い、本計画の趣旨や内容が村民に十分に理解されるよう努めます。

