

かつらぎ町
第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

令和6年3月
かつらぎ町

はじめに



わが国では、少子高齢化が社会問題となっており、本町においても令和5年10月1日現在で高齢化率は40.0%に達しております。国立社会保障・人口問題研究所の推計によりますと、今後、本町の高齢化率は、第2次ベビーブーム期（1971～1974年）に生まれた世代が65歳を迎える令和22年には47.2%、令和32年には49.9%と2人に1人が高齢者という超高齢社会を迎えることが予想されています。

このような状況に対応するためには、町民自身の主体的な健康づくりや社会参加の促進などにより健康寿命の延伸を図るとともに、地域全体で高齢者等を支援する仕組みを構築し、住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう総合的かつ一体的な取り組みが必要となります。

本町では、平成25年に「健康寿命日本一」宣言を行い、高齢者がいつまでも元気に日常生活を過ごせるよう、健康寿命の延伸を目指し取り組んでいます。今回の第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画は、第8期計画を踏襲しつつ地域包括ケアシステムの更なる普及と地域における拠点の構築を目指し、5つの基本目標を設定しました。

1. 地域包括ケアシステムの推進と介護基盤の整備
2. 健康づくりと介護予防の推進
3. 高齢者の生きがいつくり支援と社会参加の推進
4. おだやかな生涯がおくれる支援の充実
5. 計画の適正な推進と保険者機能強化の取り組み

です。本計画と、健康寿命日本一推進計画、データヘルス計画、スポーツ推進計画、地域福祉計画等が連携し一体となって健康づくりを推進することで、高齢者を含め町民誰もが住みやすく、笑顔と活気があふれるようなまちづくりを目指します。

本計画の策定にあたり、貴重なご意見、ご提言をいただきました、かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会の委員の皆様をはじめ、アンケート等にご協力いただきました町民の皆様にご心よりお礼申し上げます。

令和6年3月

かつらぎ町長 中 阪 雅 則

目 次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の趣旨	3
2 計画の位置づけと内容	4
3 計画の期間	6
4 計画の策定体制	7
第2章 かつらぎ町の現状と課題	9
1 人口及び世帯・介護認定者の状況	11
2 アンケート調査から見る高齢者の実態とニーズ	17
3 計画策定にあたっての主要課題	31
第3章 計画の基本的な考え方	33
1 基本理念	35
2 基本目標	35
3 施策体系	37
第4章 施策の展開	39
基本目標1 地域包括ケアシステムの推進と介護基盤の整備	41
基本目標2 健康づくりと介護予防の推進	47
基本目標3 生きがいづくり支援と社会参加の推進	50
基本目標4 おだやかな生涯がおくれる支援の充実	54
基本目標5 計画の適正な推進と保険者機能強化の取り組み	62
第5章 介護保険事業の見通し	65
1 日常生活圏域の設定	67
2 被保険者数の推計	68
3 認定者数の推計	70
4 居宅介護サービスの充実	71
5 地域密着型サービスの推進	77
6 施設サービスの推進	80
7 地域支援事業の推進	81
8 介護保険事業に関する費用の推計	83

第6章 計画の推進体制..... 91

- 1 連携体制の強化 93
- 2 情報提供と相談窓口の充実 95
- 3 計画の評価・検討..... 96

参考資料..... 97

- かつらぎ町介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会設置要綱 99
- かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会委員名簿 100
- かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会審議経過 101

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

介護保険制度は、2000（平成 12）年の創設から 20 年以上が経過し、介護サービス利用者も介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきました。

本町では、2021（令和 3）年 3 月に、「かつらぎ町第 8 期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」を策定し、「ともに助け合い 安心して暮らせるまちづくり」を基本理念として、安定的に介護保険事業及び高齢者福祉事業の推進に努めてきました。この度、社会の変化や最新の人口推計等を踏まえ、新たに「かつらぎ町第 9 期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画（以下「本計画」という。）」を策定しました。

本計画期間に含まれる 2025（令和 7）年は、いわゆる“団塊の世代”が 75 歳を迎えることとなり、高齢化が進む日本にとって一つのターニングポイントといわれています。また、2040（令和 22）年は、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり、わが国の高齢者人口がピークに達し、生産年齢人口が急減すると推計されています。

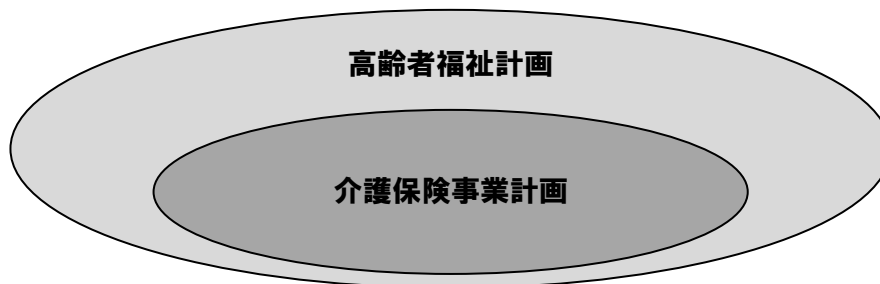
このようなことを踏まえて、本計画において本町が目指すべき高齢者福祉の基本的な方針を定め、具体的に取り組むべき施策を明らかにすることを目的としています。

2 計画の位置づけと内容

(1) 法令の根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく市町村老人福祉計画及び介護保険法第117条に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定したものであり、本町における高齢者福祉施策の総合的指針として位置づけられるものです。

市町村老人福祉計画として、高齢者福祉の基本的な考え方と方策を定める高齢者福祉計画を定め、要支援・要介護認定者数の推計や各種サービスの利用意向などから算定された介護保険サービスの見込量、サービス提供体制の確保方策など、介護保険事業の円滑な実施に関する事項を定める介護保険事業計画からなっています。



【参考】

○老人福祉法

(市町村老人福祉計画)

第20条の8 市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。

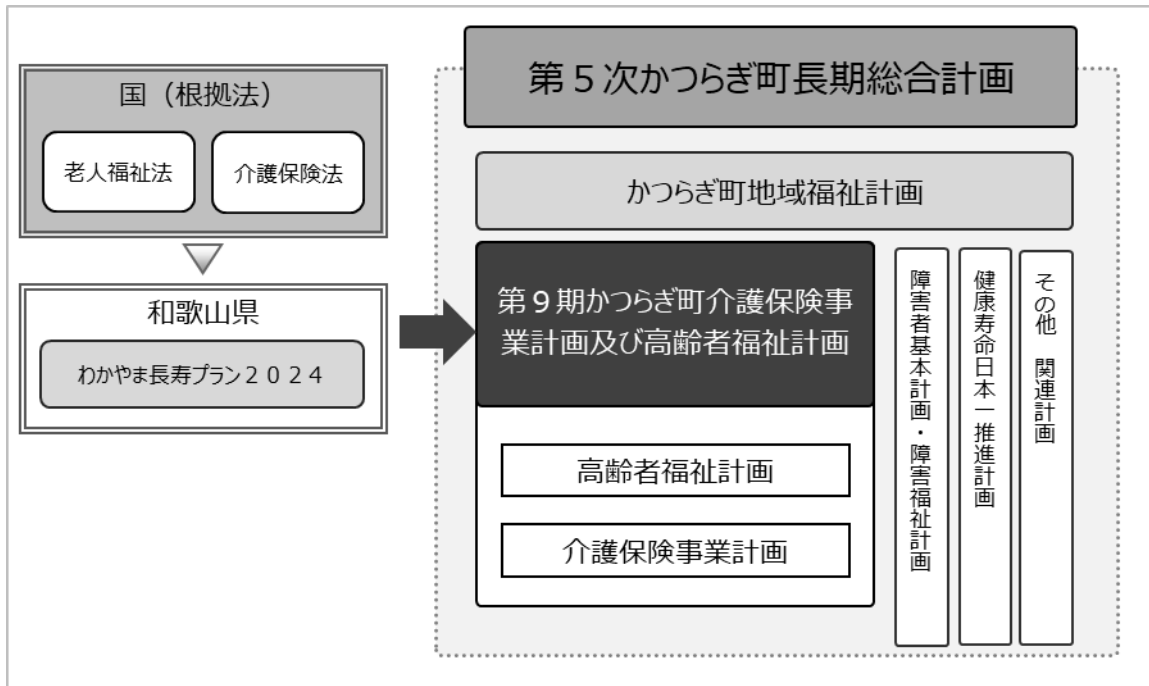
○介護保険法

(市町村介護保険事業計画)

第117条 市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

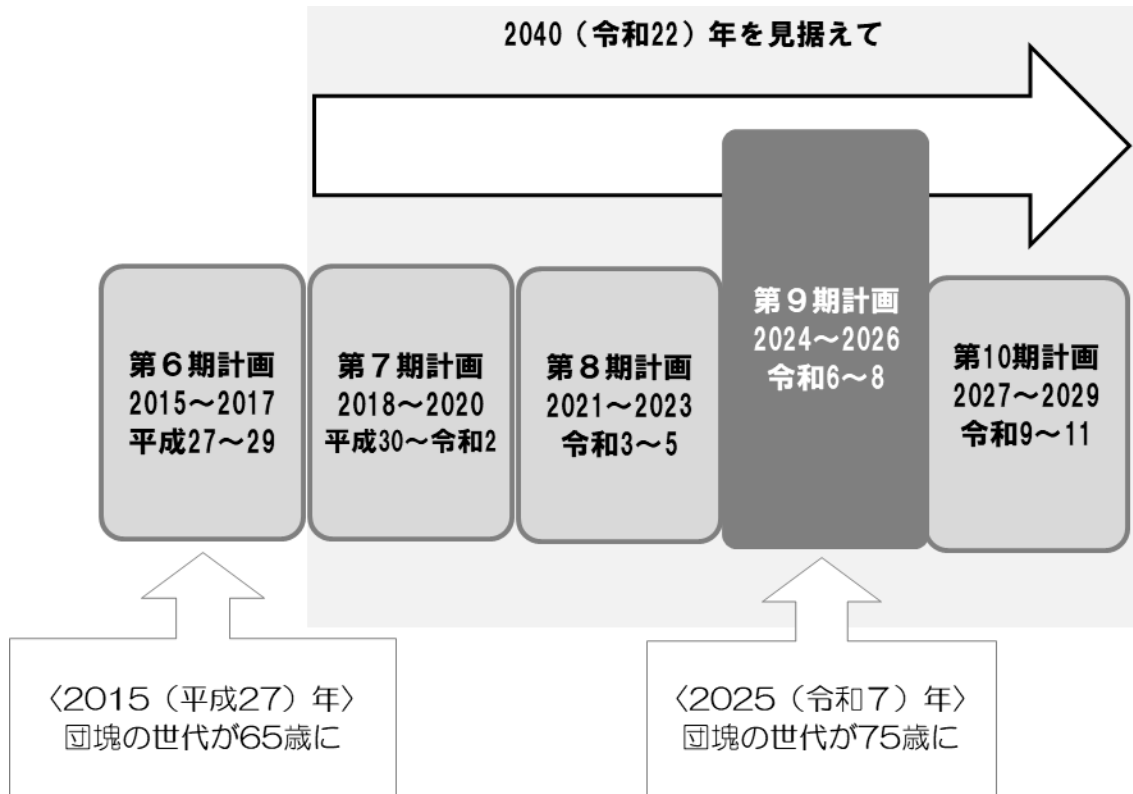
(2) 他計画との関係

本計画の策定及び計画の推進にあたっては、本町の最上位計画である「第5次かつらぎ町長期総合計画（2024（令和6）～2035（令和17）年度）」や福祉分野等の関連計画との調和を保ちながら、本町の高齢者に対する施策の基本的な方向を明らかにし、具体的な目標を定めました。



3 計画の期間

本計画は、2024（令和6）年度を初年度として2026（令和8）年度を目標年度とする3か年計画として定めます。



4 計画の策定体制

(1) 計画の策定体制

① かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会

本計画の策定にあたっては、学識経験者、保健医療関係者、福祉関係者、被保険者代表等の参画を得て、「かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会」を組織し、検討を行いました。

② アンケート調査の実施

介護保険及び保健・医療・福祉サービスを利用している要介護者等をはじめ、被保険者である町民の意見を反映させるために、アンケート調査を実施しました。アンケート調査は「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、「在宅介護実態調査」の2種類を実施しました。

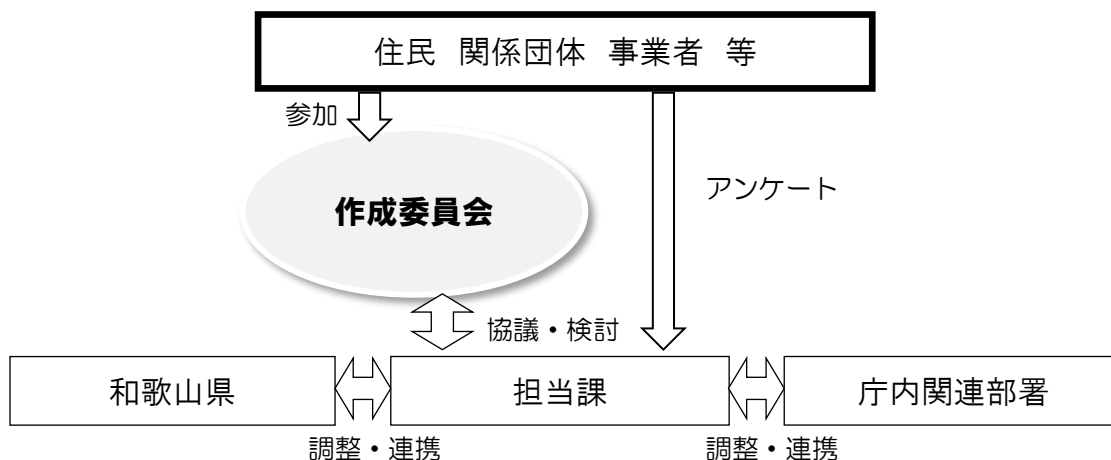
③ 国や県、市町村間の調整

本計画は、国の基本指針及び和歌山県の重点項目を踏まえるとともに、和歌山県や周辺自治体と調整を行いながら策定しました。

④ 職員参画

第8期計画における施策の検証及び今後の方向性について、担当部署において自己評価方式にて評価・検討しました。PDCAサイクルのC（Check）に相当する内容で、本計画策定にあたっての基礎資料としました。

■計画策定体制図



第2章 かつらぎ町の現状と課題

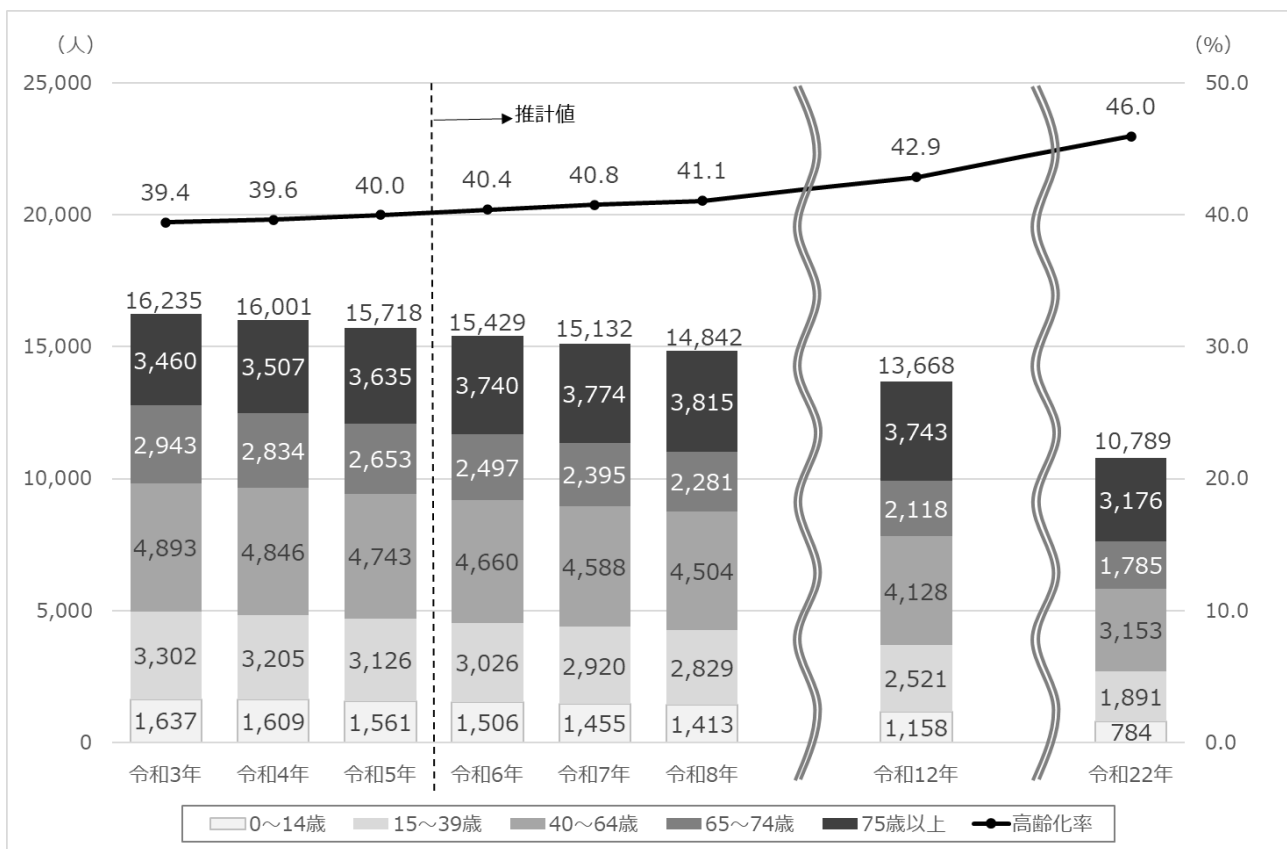
1 人口及び世帯・介護認定者の状況

(1) 人口動態 (推移)

① 人口の推移

人口は2021(令和3)～2023(令和5)年の2年間で約3.2%(517人)減少しています。推計では、2026(令和8)年の人口は14,842人、2040(令和22)年には10,789人と見込まれています。

■人口の推移



単位：人

	実績値			推計値				
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和22年
総数	16,235	16,001	15,718	15,429	15,132	14,842	13,668	10,789
0～14歳	1,637	1,609	1,561	1,506	1,455	1,413	1,158	784
15～39歳	3,302	3,205	3,126	3,026	2,920	2,829	2,521	1,891
40～64歳	4,893	4,846	4,743	4,660	4,588	4,504	4,128	3,153
65歳以上	6,403	6,341	6,288	6,237	6,169	6,096	5,861	4,961
65～74歳	2,943	2,834	2,653	2,497	2,395	2,281	2,118	1,785
75歳以上	3,460	3,507	3,635	3,740	3,774	3,815	3,743	3,176

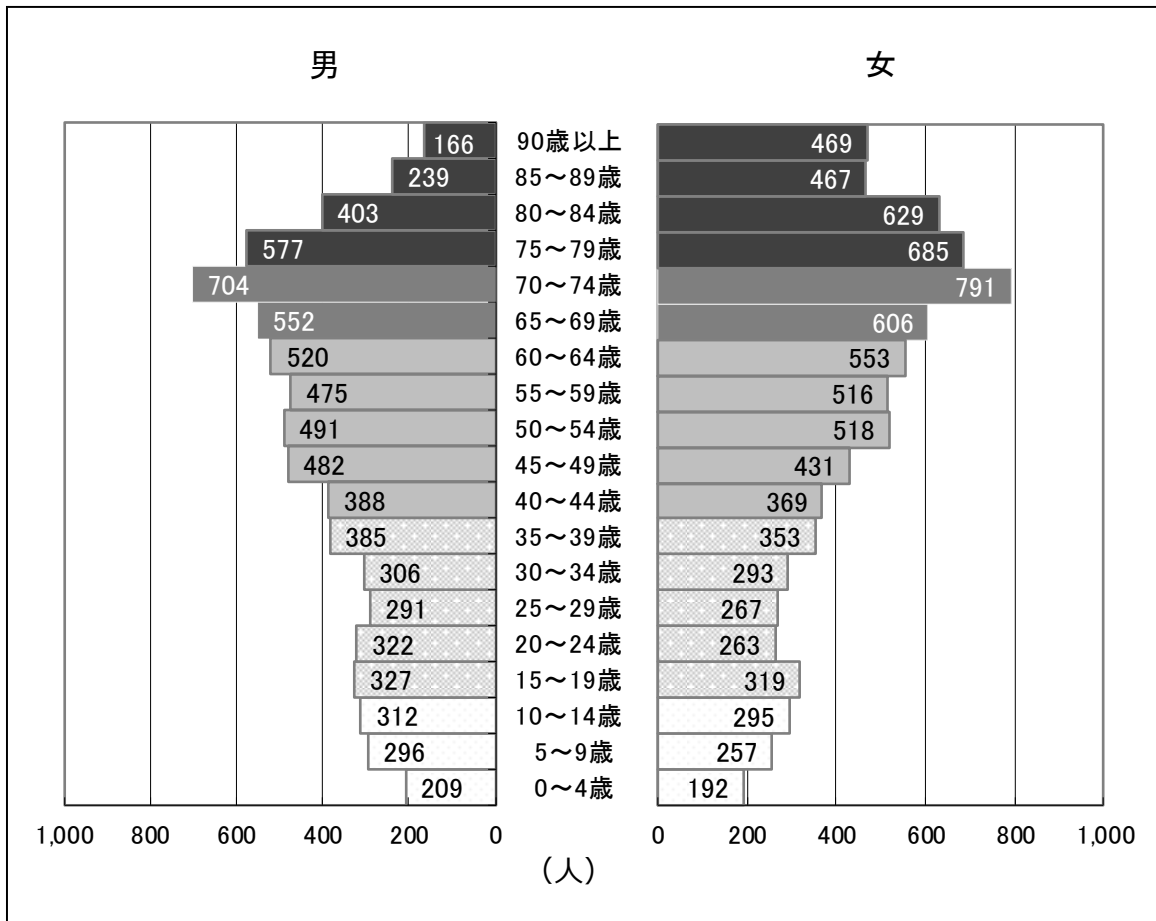
資料：住民基本台帳（各年8月1日現在）
※推計値はコーホート変化率法にて算出。

② 人口構造

本町の性別及び年齢階級別の人口構成をみると、男女ともに出生数の減少により、人口ピラミッドの形はつぼ型になっていることが分かります。

本計画期間中に、70～74歳のいわゆる団塊の世代の人が75歳に到達し、ますます介護・福祉ニーズが大きくなることを見込まれます。一方で、それを支える年齢階級層である15～64歳の生産年齢人口が今後も減少していくことが予想されています。

■人口ピラミッド



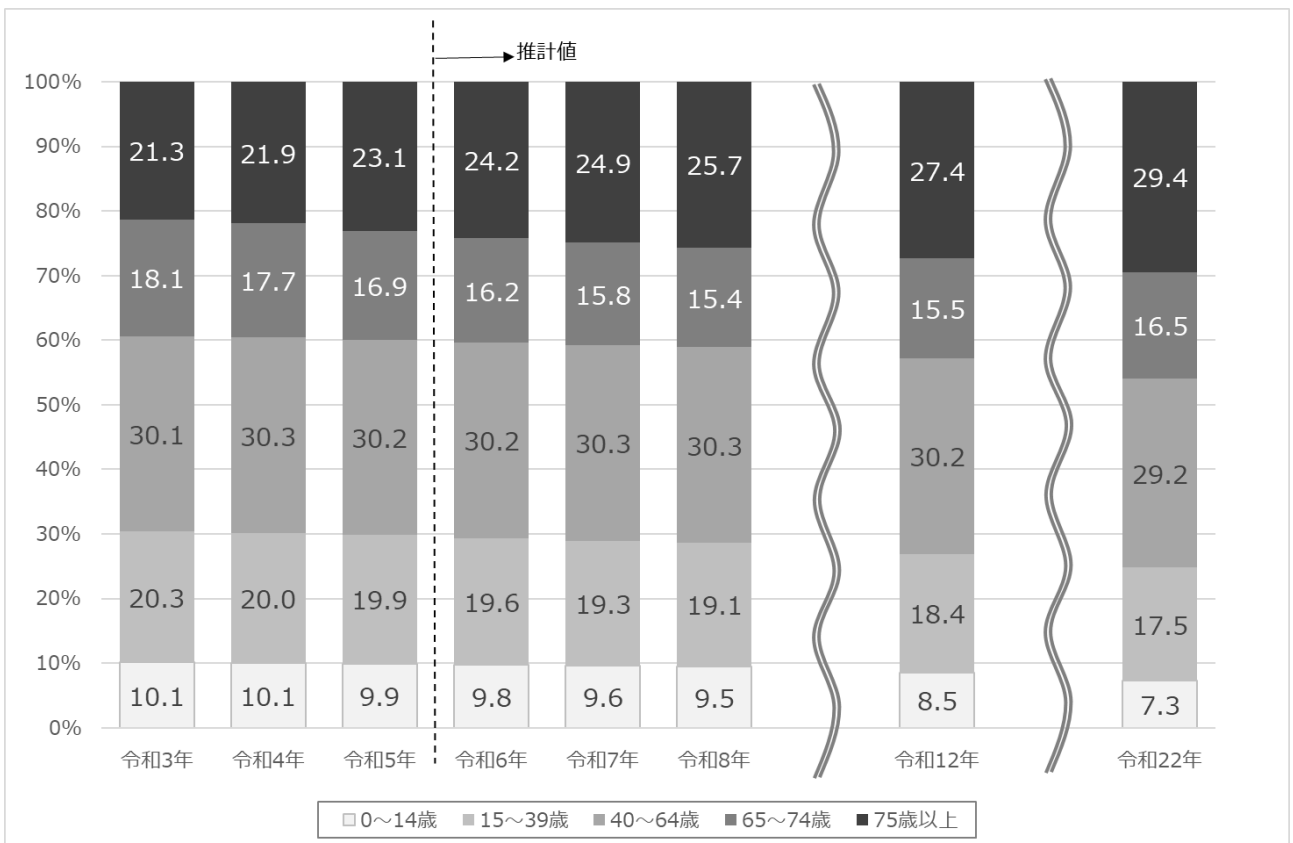
資料：住民基本台帳（令和5年8月1日現在）

③ 人口比率の推移

町全体の人口の減少に伴い、0～14歳、15～64歳の人口比率は減少が続きます。介護保険の第1号被保険者である65歳以上の人口比率については、今後も増加することが見込まれます。高齢者の人数も若年者の人数も減少しているところですが、高齢者の人口比率は今後も上昇することが分かります。65歳以上の人口比率をみると、令和3年には39.4%でしたが、令和22年には46.0%になると予測されています。

■人口比率の推移

	実績値			推計値				
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和22年
0～14歳	10.1%	10.1%	9.9%	9.8%	9.6%	9.5%	8.5%	7.3%
15～39歳	20.3%	20.0%	19.9%	19.6%	19.3%	19.1%	18.4%	17.5%
40～64歳	30.1%	30.3%	30.2%	30.2%	30.3%	30.3%	30.2%	29.2%
65歳以上	39.4%	39.6%	40.0%	40.4%	40.8%	41.1%	42.9%	46.0%
65～74歳	18.1%	17.7%	16.9%	16.2%	15.8%	15.4%	15.5%	16.5%
75歳以上	21.3%	21.9%	23.1%	24.2%	24.9%	25.7%	27.4%	29.4%



資料：住民基本台帳（各年8月1日現在）
 ※推計値はコーホート変化率法にて算出。
 ※端数処理の関係で合計が一致しない場合があります。

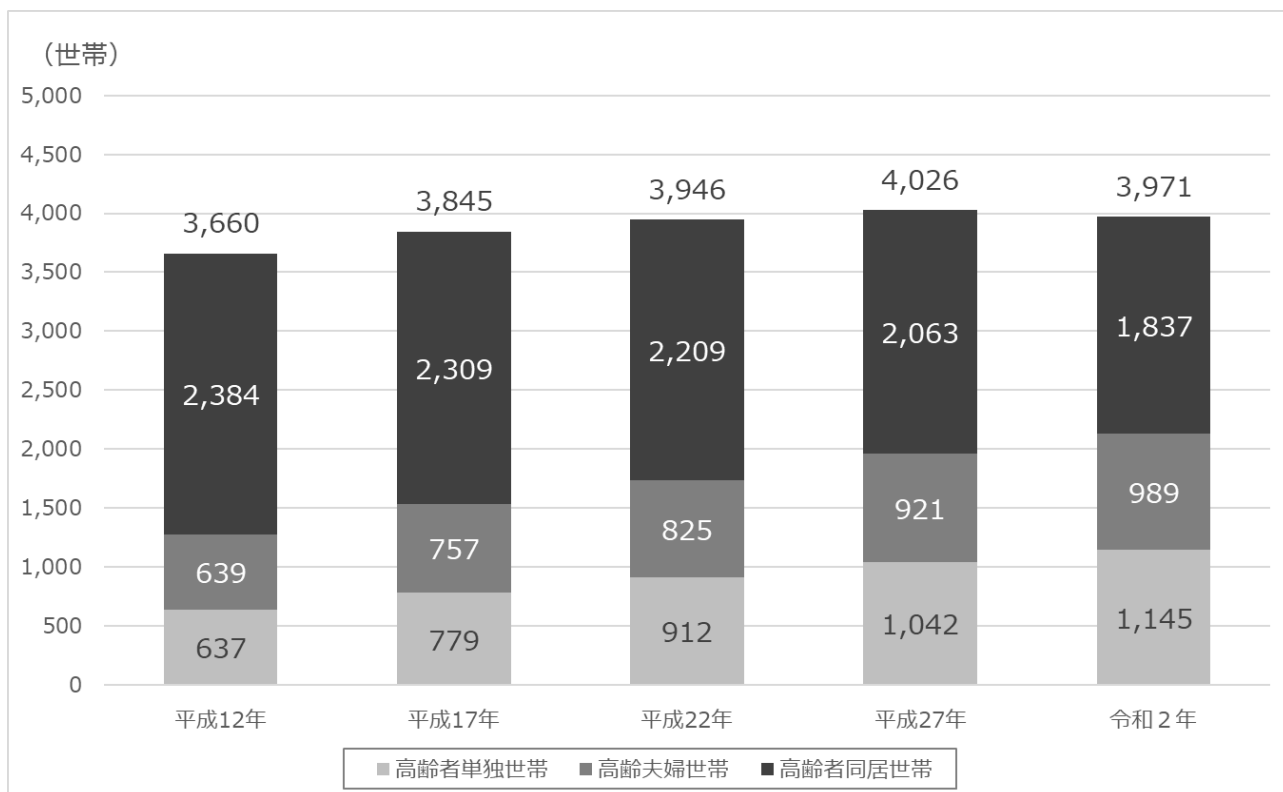
(2) 世帯動態（推移）

① 高齢者のいる世帯数の推移

本町では、世帯数は減少傾向となっており、1世帯あたり的人员は急激に減少しています。また、高齢者のいる世帯数は増加傾向で、令和2年では3,971世帯となっています。内訳では、高齢者同居世帯が減少するとともに、高齢者単独世帯が増加しています。

■高齢者のいる世帯数の推移

	平成12年		平成17年		平成22年		平成27年		令和2年	
	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比
世帯数	6,622	100%	6,571	100%	6,454	100%	6,306	100%	6,210	100%
1世帯あたり人員	3.16		2.99		2.82		2.69		2.57	
高齢者のいる世帯	3,660	55.3%	3,845	58.5%	3,946	61.1%	4,026	63.8%	3,971	63.9%
高齢者単独世帯	637	9.6%	779	11.9%	912	14.1%	1,042	16.5%	1,145	18.4%
高齢夫婦世帯	639	9.6%	757	11.5%	825	12.8%	921	14.6%	989	15.9%
高齢者同居世帯	2,384	36.0%	2,309	35.1%	2,209	34.2%	2,063	32.7%	1,837	29.6%



資料：国勢調査（平成12～令和2年）
 ※端数処理の関係で、合計が一致しない場合があります。

② 高齢者のいる世帯数の比較

高齢者のいる世帯については、全世帯のうち 63.9%を占め、全国や和歌山県と比較して高い割合になっています。

また、全国や県と比較して、高齢者単独世帯・高齢者同居世帯の割合は高くなっています。

1 世帯あたりの人員は、全国や和歌山県よりも多くなっています。

■高齢者のいる世帯数の比較

	かつらぎ町		和歌山県		全国	
	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比
世帯数	6,210	100%	393,489	100%	55,704,949	100%
1 世帯当たり人員	2.57		2.34		2.26	
高齢者のいる世帯	3,971	63.9%	197,253	50.1%	22,655,031	40.7%
高齢者単独世帯	1,145	18.4%	64,404	16.4%	6,716,806	12.1%
高齢夫婦世帯	989	15.9%	52,573	13.4%	5,830,834	10.5%
高齢者同居世帯	1,837	29.6%	80,276	20.4%	10,107,391	18.1%

資料：国勢調査（令和 2 年）

※端数処理の関係で、合計が一致しない場合があります。

1 人の高齢者を何人の若者（20～64 歳の者）で支えているのか、3つの表現で例えられます。

○「胴上げ型」…1 人の高齢者を 5 人以上の若者で支える構造です。当然ながら、支える人数が多ければ、1 人あたりの負担は少なくなります。本町では、1980（昭和 55）年が 1 人の高齢者を 6.5 人の若者が支えており、この型となっていました。

○「騎馬戦型」…1 人の高齢者を 3 人程度の若者が支える構造です。本町では 1995（平成 7）年頃が 1 人の高齢者を 3.7 人の若者で支える状態となっており、「騎馬戦型」といえます。

○「肩車型」…1 人の高齢者を 1 人程度の若者が支える構造です。本町では、2015（平成 27）年が 1 人の高齢者を 1.7 人の若者で支える状態で、それ以降「肩車型」が続いています。

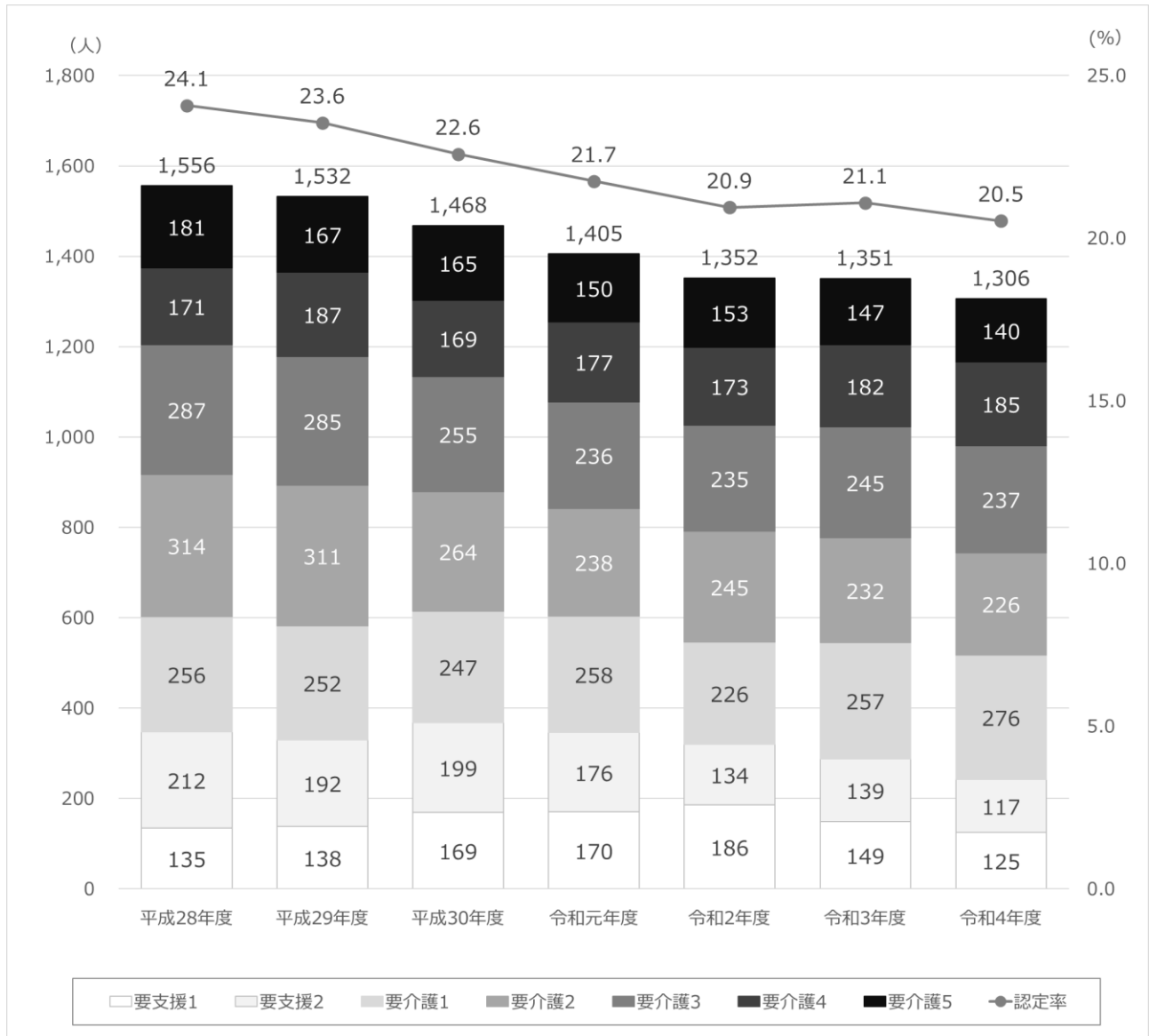
当然ながら、「胴上げ型」⇒「騎馬戦型」⇒「肩車型」の順に支える者の負担は増加することとなります。また、政府は若者の負担を軽減するために、支えられる者（高齢者）にも負担を求める法案（一定以上所得者に対する負担割合の引き上げ）を実施する考えを示しており、今後、制度の安定運営のための国民の負担が増えそうです。

(3) 認定者動態（推移）

認定者数の推移をみると、認定者数は減少傾向となっており、平成28年度の1,556人から、令和4年度は1,306人となっています。

また、認定率も同様に減少傾向となっており、平成28年度の24.1%から、令和4年度は20.5%となっています。

■要介護（支援）認定者数と認定率の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム
 ※要介護度別認定者数には第2号被保険者を含みます。
 ※認定率は第1号被保険者に占める認定者数の割合。

2 アンケート調査から見る高齢者の実態とニーズ

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

1. 調査概要

① 調査目的

本調査は、法律で3年ごとに見直しが定められている「かつらぎ町第9期介護保険事業計画」の策定にあたり、町内の在宅高齢者の状況を把握することを目的に実施したものです。

② 調査対象及び調査方法

調査対象	65歳以上の要介護認定を受けていない者（要支援認定者、事業対象者含む）
配布数	800
調査方法	郵送法
調査時期	令和5年2～3月
調査地域	かつらぎ町全域

③ 配布数及び回収結果

配布数	800
有効回収数	522
有効回収率	65.3%

※数値の基本的な取扱いについて

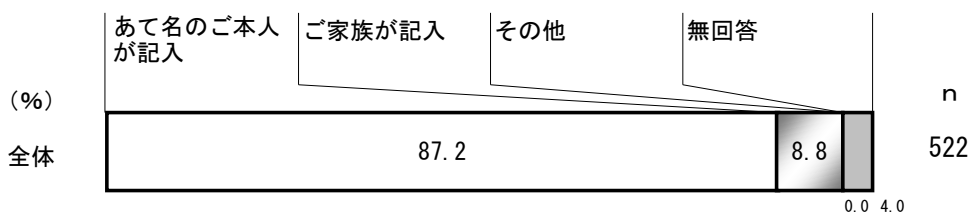
- ・比率はすべて百分率（%）で表し、少数第2位を四捨五入して算出しています。従って、合計が100%を上下する場合があります。
- ・基数となるべき実数は、“n=〇〇〇”として掲載し、各比率はnを100%として算出しています。
- ・図表名に【複数回答】とある問は、1人の回答者が2つ以上の回答を出しても良い問であり、従って各回答の合計比率は100%を超える場合があります。

2. 調査結果

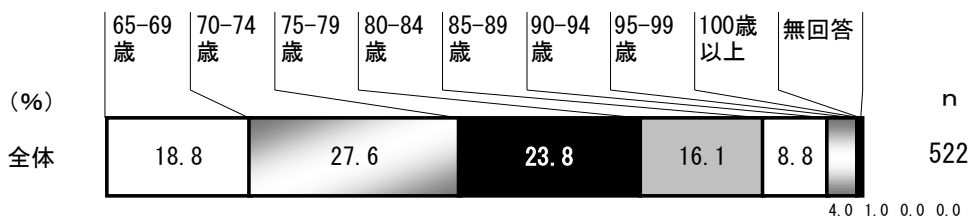
① 回答者属性

○回答者は、「あて名の本人」(87.2%)、「ご家族が記入」(8.8%)となっています。
 ○年齢は、「70-74歳」(27.6%)、「75-79歳」(23.8%)、「65-69歳」(18.8%)、「80-84歳」(16.1%)、「85-89歳」(8.8%)、「90-94歳」(4.0%)、「95-99歳」(1.0%)となっています。
 ○性別は、「男性」(43.7%)、「女性」(56.3%)となっています。
 ○要介護度は、「一般高齢者」(94.8%)、「要支援1」(2.7%)、「要支援2」(2.5%)、となっています。

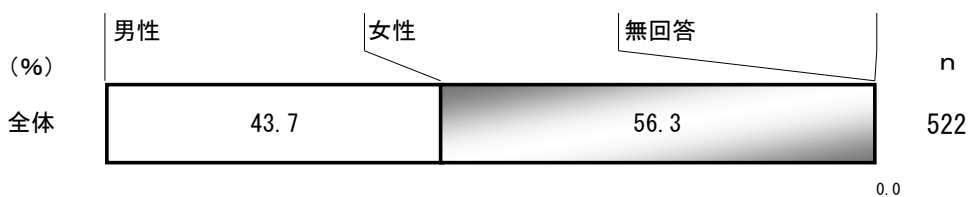
■記入者



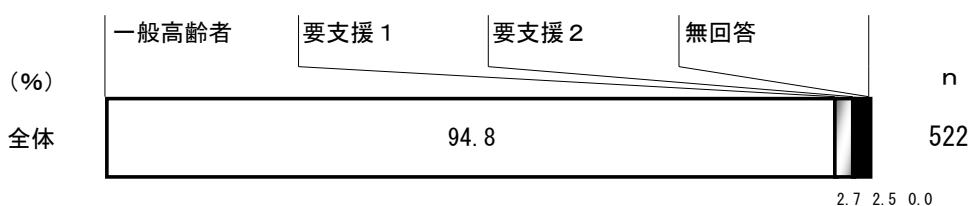
■年齢



■性別



■要介護度



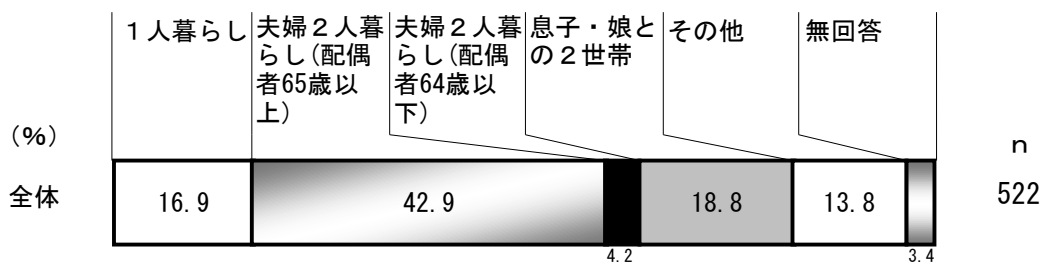
② 家族及び生活状況

○家族構成については、「夫婦2人暮らし(配偶者 65 歳以上)」が 42.9%で最も多く、以下、「息子・娘との2世帯」(18.8%)、「1人暮らし」(16.9%)、「夫婦2人暮らし(配偶者 64 歳以下)」(4.2%) となっています。

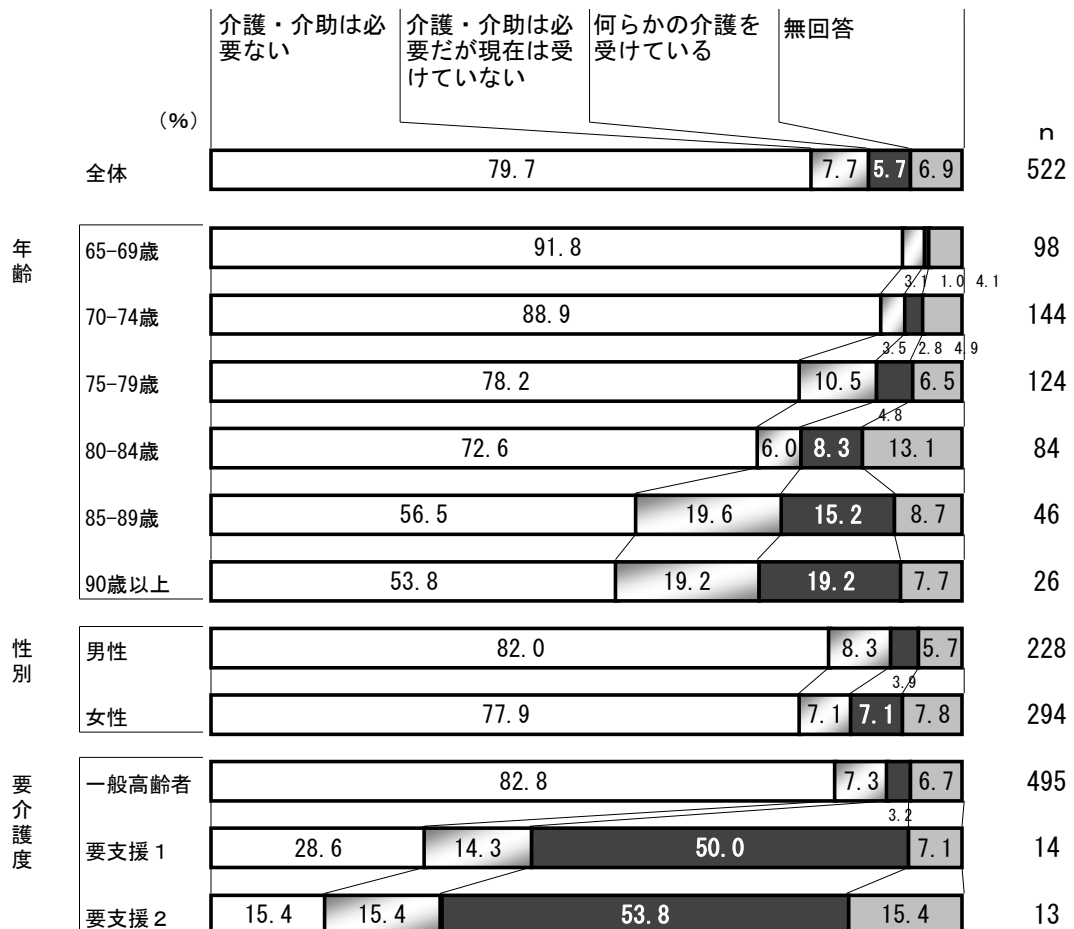
○日常生活での介護・介助の必要性については、「介護・介助は必要ない」が 79.7%で最も多く、以下、「介護・介助は必要だが現在は受けていない」(7.7%)、「何らかの介護を受けている」(5.7%) となっています。

○経済的にみた現在の暮らしの状況については、「ふつう」が約6割で最も多く、「やや苦しい」と「大変苦しい」を合わせた“苦しい”が約3割となっています。

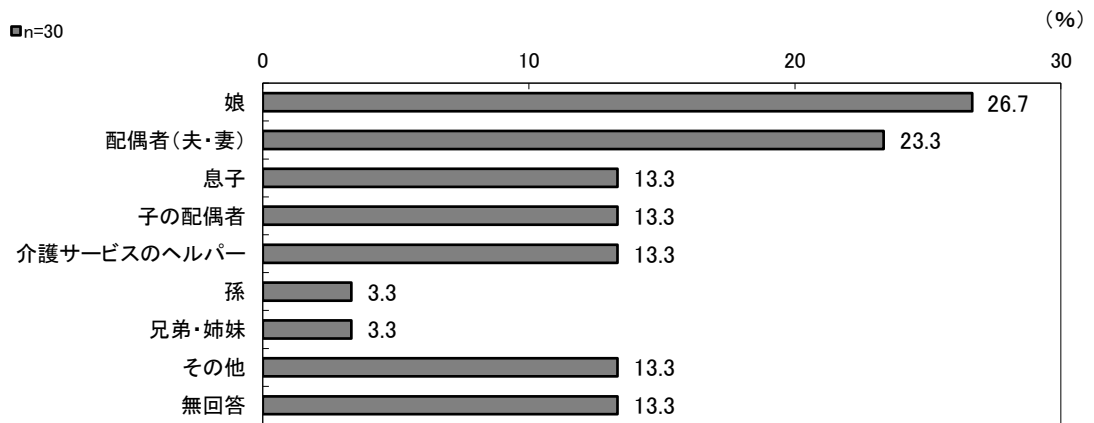
■家族構成



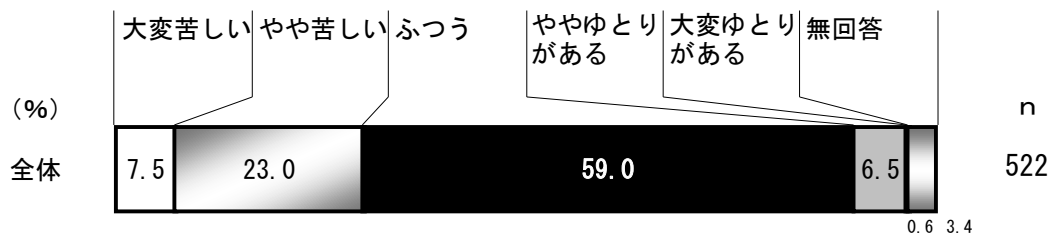
■介助・介護の必要性



■主な介護者・介助者と本人との関係



■現在の暮らしの状況



「介護・介助は必要ない」が約8割を占め、前回調査よりも上回る結果となっています。今後は高齢者数の減少が継続すると見込まれていますが、後期高齢者は増加することが想定されています。自立した生活を維持するためにも、健康寿命の延伸につながる健康づくり、介護予防の取り組みが重要と考えられます。

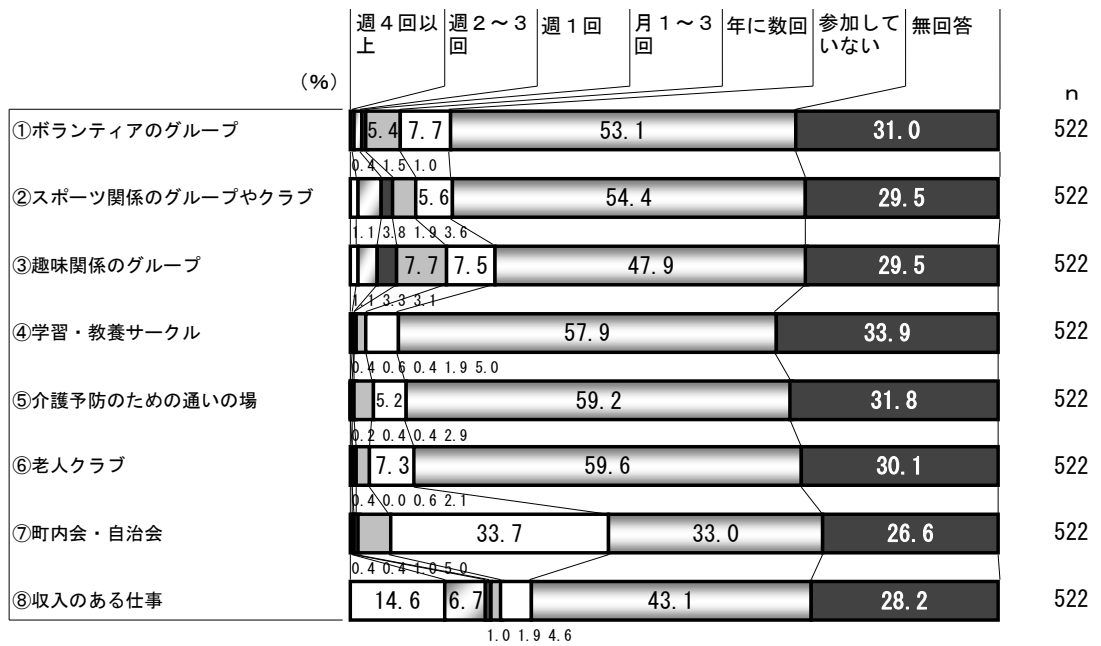
また、高齢であるほど、また要支援の認定を受けているほど、介護・介助が必要となります。主な介護者・介助者が息子や娘、配偶者が上位となっていることから、これらの方から介護・介助を受けられない方への支援や介護・介助を受けなくても良い方法を考えることが必要です。さらに、経済的状況が苦しい人の割合が3割を超えることから、必要なサービスなどを十分に受けられていない可能性もあります。

一方、何らかの事情により、「介護・介助を受けたくない」という方も多くいます。

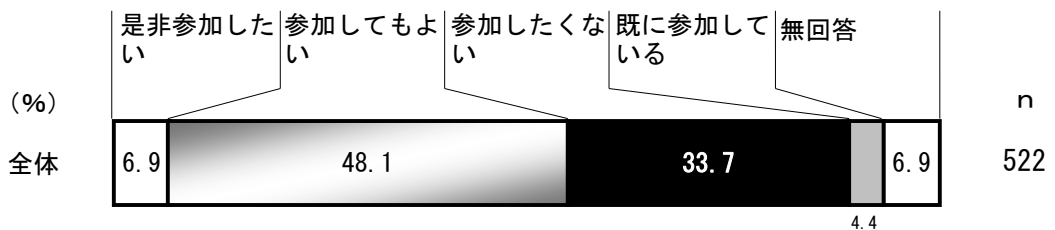
③ 地域活動

- 週4回以上の日常的な参加は「⑧収入のある仕事」が14.6%と最も多くなっています。
- 地域活動には48.1%が参加しても良いと考えている一方で、参加したくない割合が33.7%となっています。

■会・グループへの参加頻度



■地域活動に参加者として参加したいか



会やグループへの参加頻度や地域活動への参加頻度は低くなっています。しかしながら、地域活動へは半数以上が参加しても良いと考えています。

会やグループ、地域活動などへの参加により介護予防へつなげるため、また、地域内での支え合いを進めるためにも、参加意図を実際の参加に結びつけるためのきっかけづくりとしてサロンへの参加を促したり、各種取り組みのPRなどを行うことが必要です。

また、「地域活動に参加したくない」という回答も一定程度あり、参加意図への転換を促す必要があります。

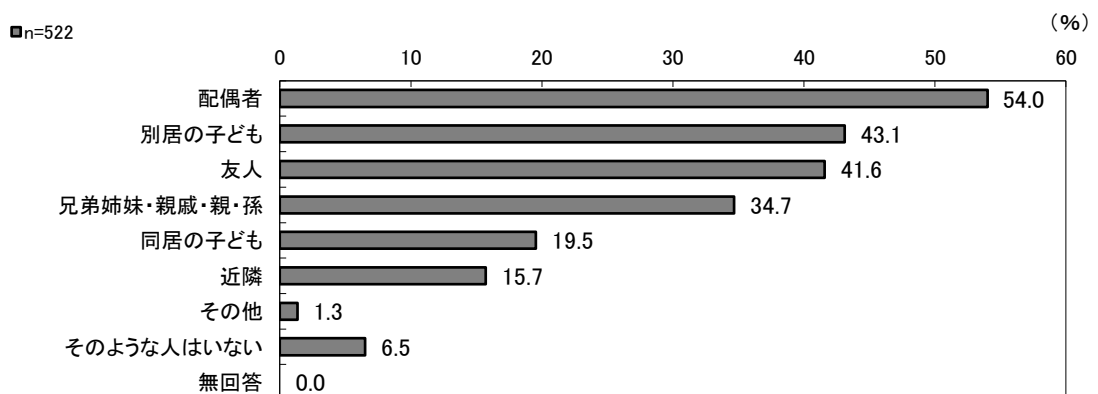
④ 助け合い

○心配事や愚痴を聞いてくれる人や聞いてあげる人は、それぞれ「配偶者」が半数となっており、「そのような人はいない」は、6.5%と10.3%となっています。

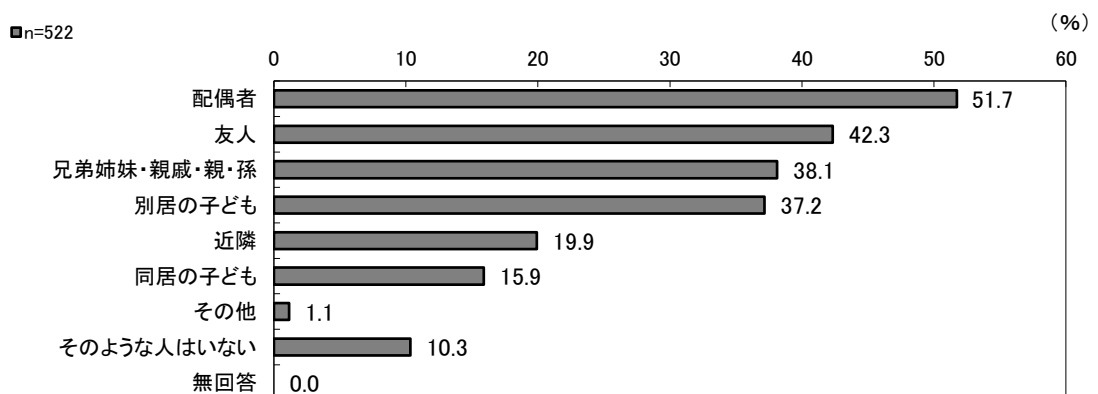
○病気で寝込んだとき看病や世話をしてくれる人は、「配偶者」が最も多く、約6割となっています。

○家族や友人、知人以外の相談相手は、「医師・歯科医師・看護師」が最も多く、33.7%となっていますが、「そのような人はいない」は36.0%と上回っています。

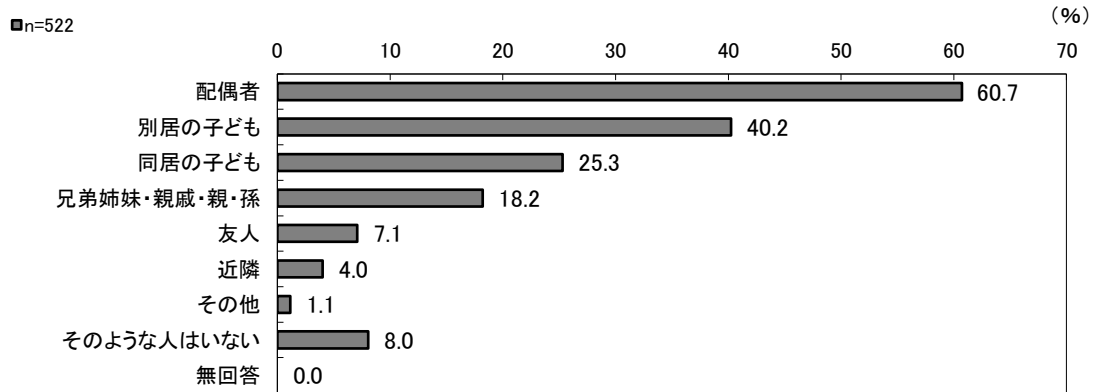
■心配事や愚痴を聞いてくれる人【複数回答】



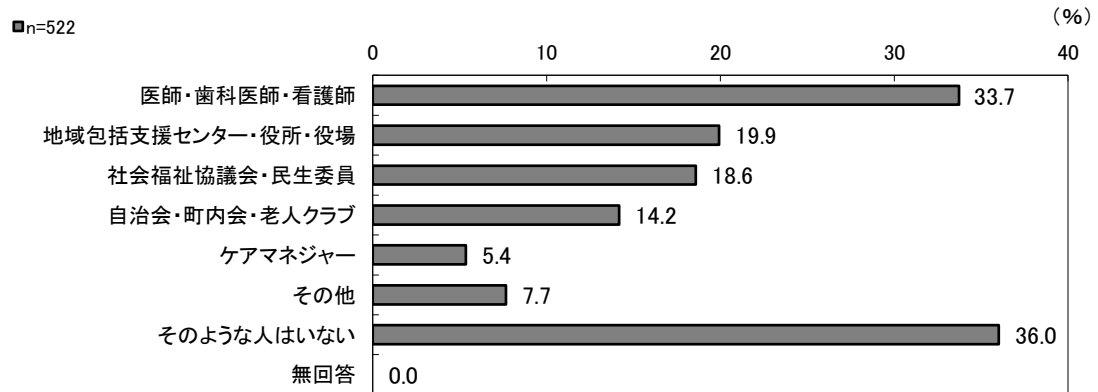
■心配事や愚痴を聞いてあげる人【複数回答】



■病気で寝込んだとき看病や世話をしてくれる人【複数回答】



■家族や友人、知人以外の相談相手【複数回答】



助け合いの相手はいずれの場合も配偶者が最も多くなっており、友人や別居の子ども、兄弟姉妹が担っていることがうかがえます。また、家族や友人、知人以外の相談相手について、そのような人はいないという回答が最多となっています。このことから、特に配偶者がいない方や地域とのつながりが薄い方、子どものいない・近所にいない方についての助け合いや支援の方策を検討、構築していくことが必要です。

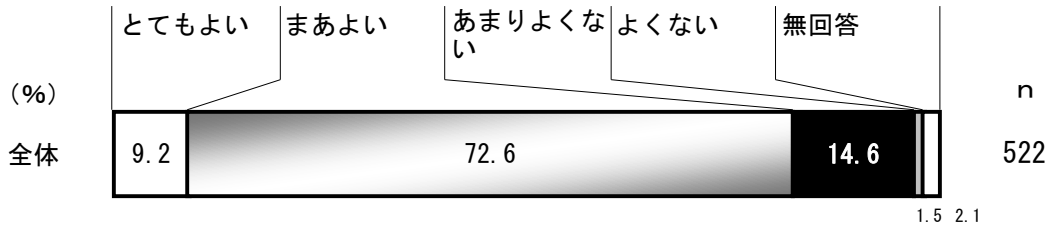
そのためには、医療関係者、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会・町内会・老人クラブなどが起点となることが想定されます。

⑤ 健康

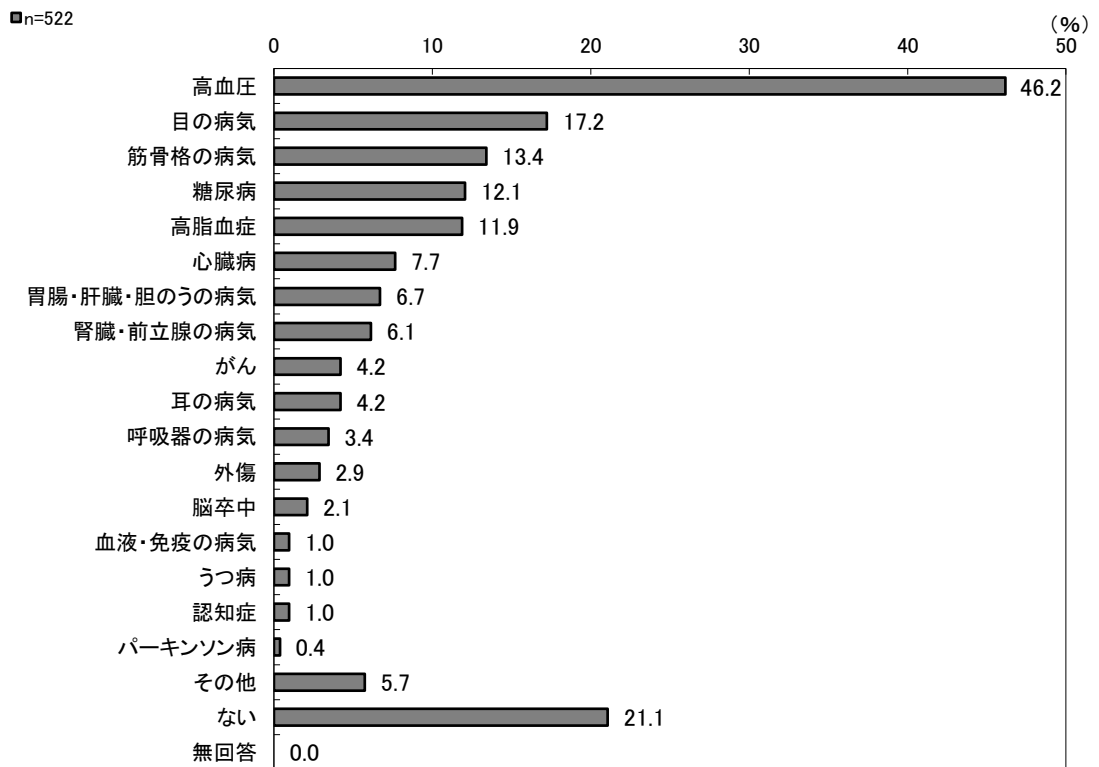
○現在の健康状態は、約8割が「よい」（とてもよい+まあよい）となっています。

○現在治療中または後遺症のある病気は、「高血圧」が46.2%で最も多くなっています。

■現在の健康状態



■現在治療中または後遺症のある病気【複数回答】



本町町民の持病の特徴として、高血圧症と糖尿病の罹患者が多いことが分かっています。高血圧症に伴う脳血管疾患や糖尿病の重症化に伴う合併症は要介護状態につながる可能性のある病気として考えられています。

このことから、介護度の重度化を防ぐためにも、食生活の改善やひきこもり防止などの取り組みの重要性がより大きくなると考えられます。

(2) 在宅介護実態調査

1. 調査概要

① 調査目的

本調査は、本計画の策定にあたり、在宅の高齢者の生活状況や介護サービスの利用状況等を把握することにより、介護離職をなくすために「在宅生活の継続」と「家族介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービス提供の分析を目的として実施したものです。

② 調査対象及び調査方法

調査対象	在宅で要支援・要介護認定を受けている者
配布数	729
調査方法	郵送法
調査時期	令和5年2月～3月
調査地域	かつらぎ町全域

③ 配布数及び回収結果

配布数	729
有効回収数	411
有効回収率	56.4%

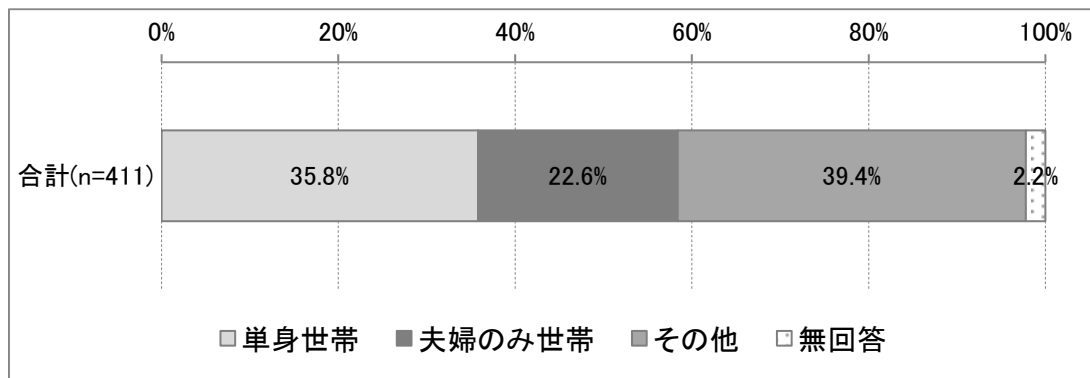
※数値の基本的な取扱いについて

- ・比率はすべて百分率(%)で表し、少数第2位を四捨五入して算出しています。従って、合計が100%を上下する場合があります。
- ・基数となるべき実数は、“n=〇〇〇”として掲載し、各比率はnを100%として算出しています。
- ・質問の終わりに【複数回答】とある問は、1人の回答者が2つ以上の回答を出しても良い問であり、従って各回答の合計比率は100%を超える場合があります。

2. 調査結果

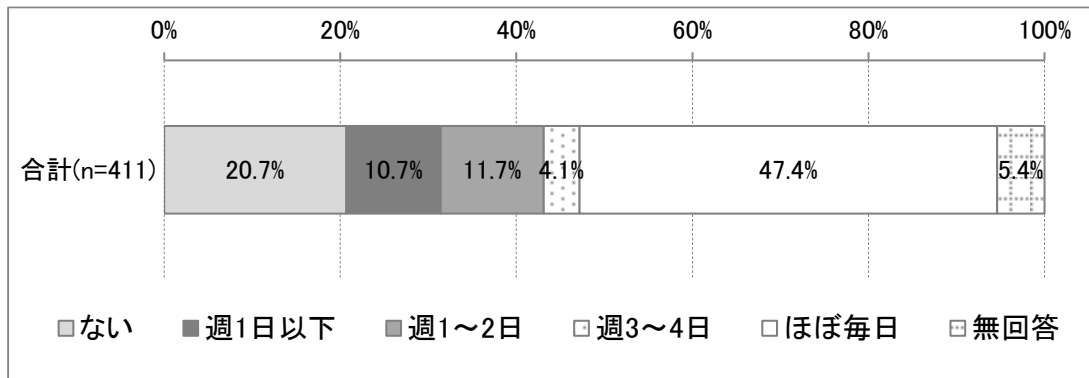
① 世帯類型

世帯類型については、「単身世帯」(35.8%)、「夫婦のみ世帯」(22.6%)、「その他」(39.4%) となっています。



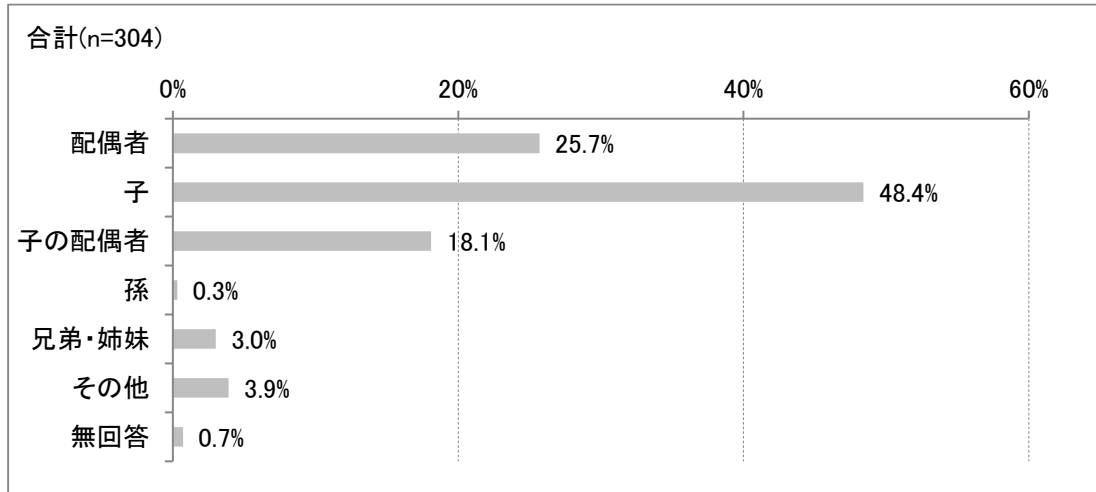
② 家族等による介護の頻度

家族等による介護の頻度については、「ほぼ毎日」(47.4%) が最も多く、次いで、「ない」(20.7%)、「週1～2日」(11.7%)、「週1日以下」(10.7%)、「週3～4日」(4.1%) の順となっています。



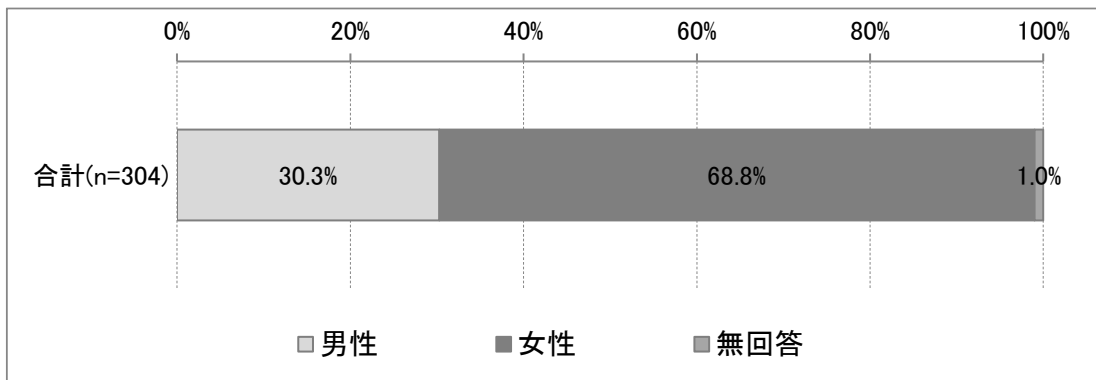
③ 主な介護者の本人との関係

主な介護者の本人との関係については、「子」(48.4%)が最も多く、次いで、「配偶者」(25.7%)、「子の配偶者」(18.1%)、「兄弟・姉妹」(3.0%)、「孫」(0.3%)などの順となっています。



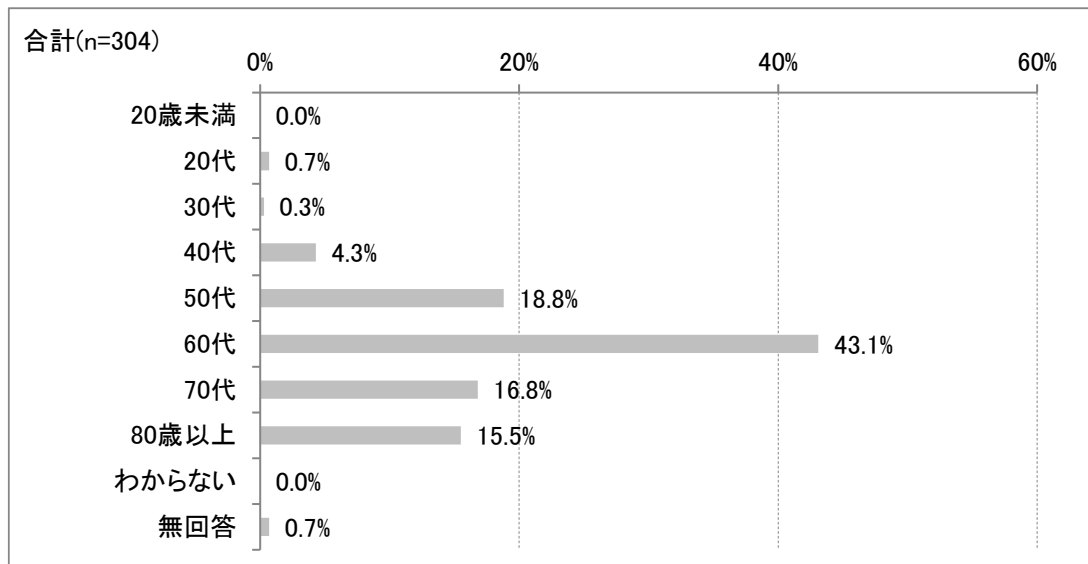
④ 主な介護者の性別

主な介護者の性別については、「女性」(68.8%)、「男性」(30.3%)となっています。



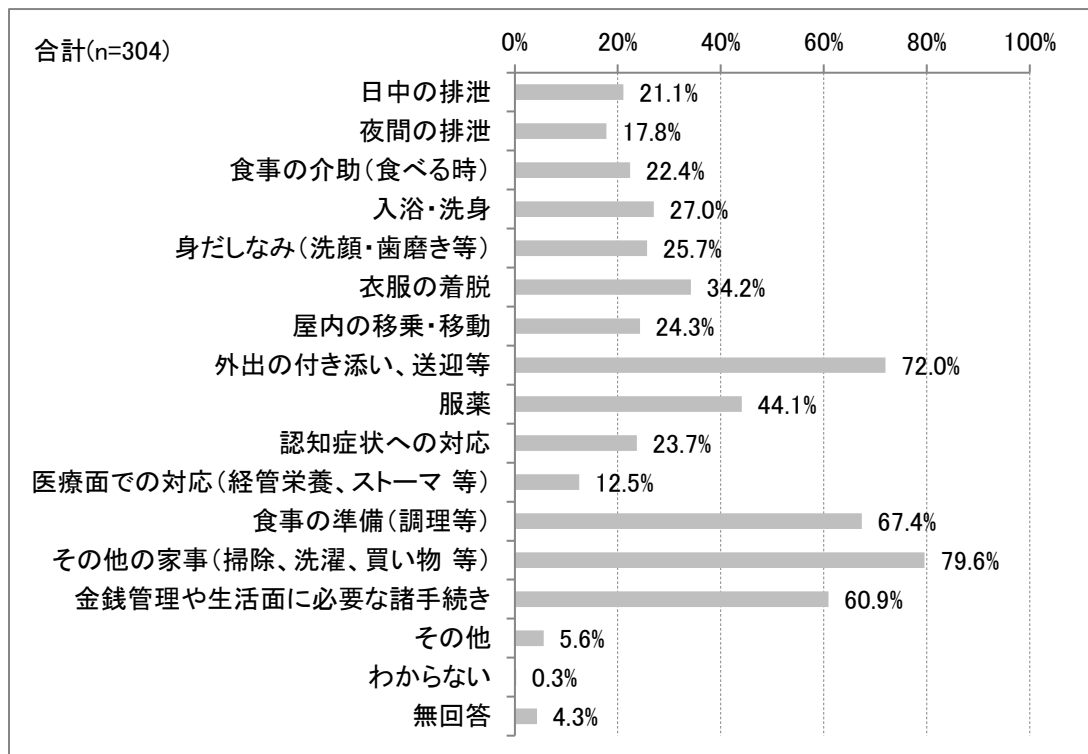
⑤ 主な介護者の年齢

主な介護者の年齢については、「60代」(43.1%)が最も多く、次いで、「50代」(18.8%)、「70代」(16.8%)、「80歳以上」(15.5%)、「40代」(4.3%)、「20代」(0.7%)、「30代」(0.3%)などの順となっています。



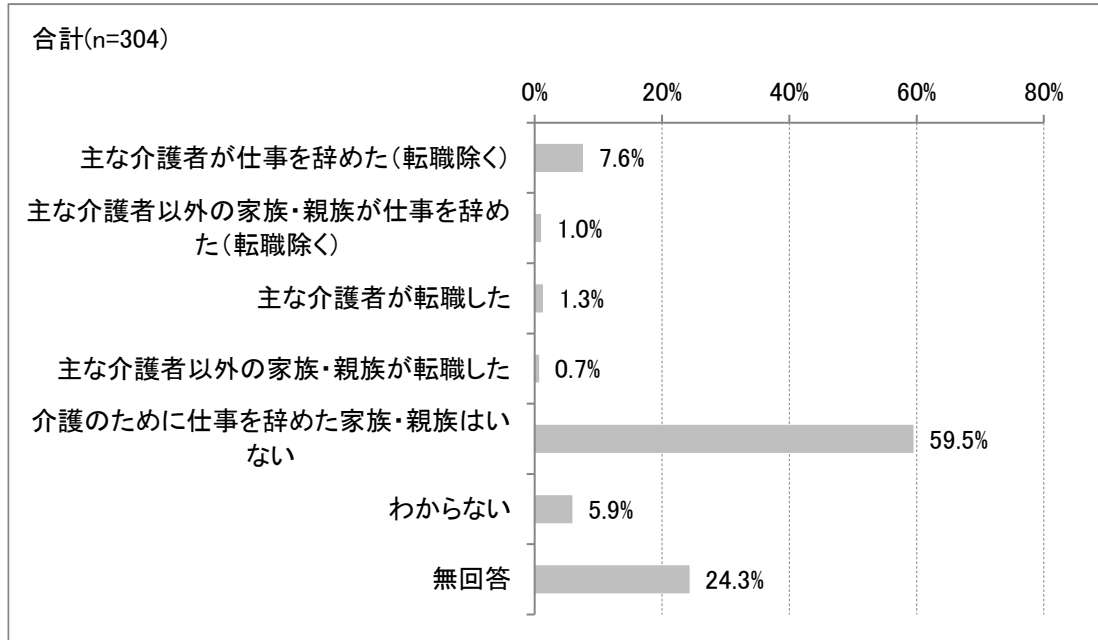
⑥ 主な介護者が行っている介護【複数回答】

主な介護者が行っている介護については、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」(79.6%)が最も多く、次いで、「外出の付き添い、送迎等」(72.0%)、「食事の準備（調理等）」(67.4%)、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(60.9%)、「服薬」(44.1%)などの順となっています。



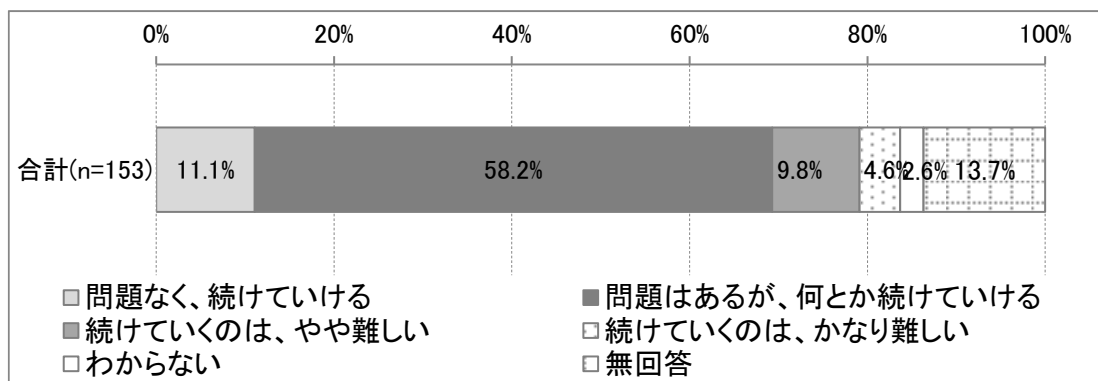
⑦ 介護のための離職の有無【複数回答】

介護のための離職の有無については、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」(59.5%)が最も多く、次いで、「主な介護者が仕事を辞めた(転職除く)」(7.6%)などの順となっています。



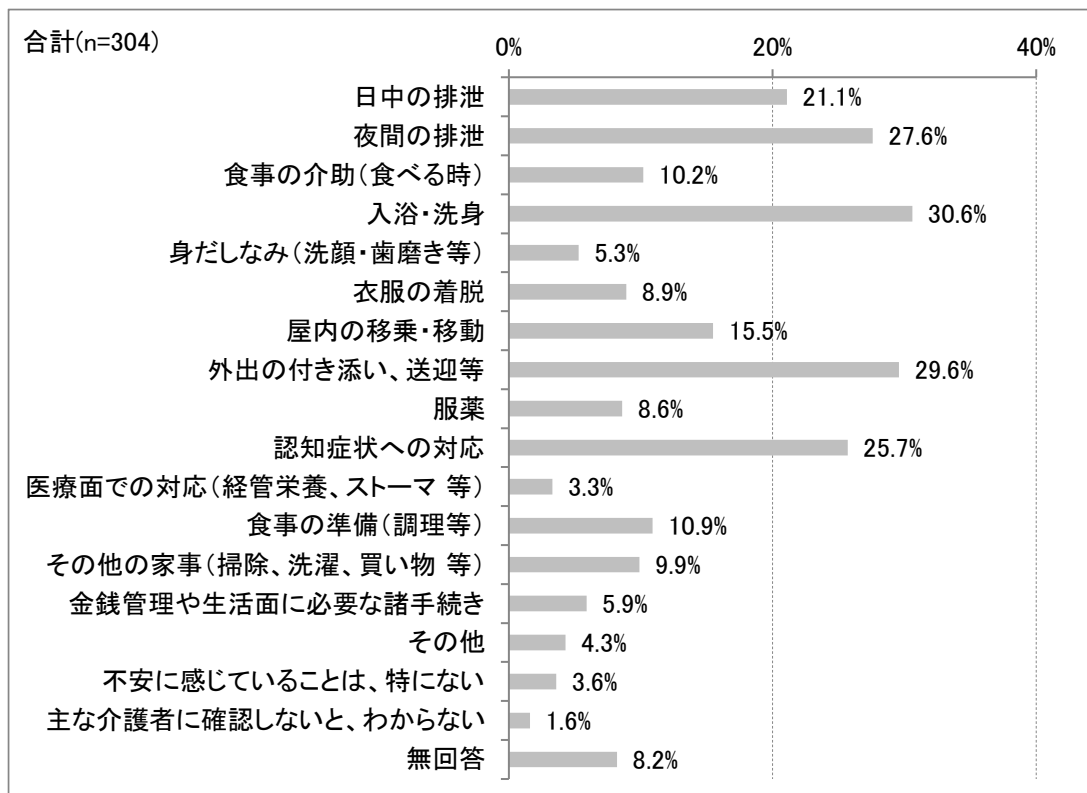
⑧ 主な介護者の就労継続の可否に係る意識

主な介護者の就労継続の可否に係る意識については、「問題はあるが、何とか続けていける」(58.2%)、「問題なく、続けていける」(11.1%)、「続けていくのは、やや難しい」(9.8%)「続けていくのは、かなり難しい」(4.6%)「わからない」(2.6%)「無回答」(13.7%)となっています。



⑨ 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護【複数回答】

今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護については、「入浴・洗身」(30.6%)が最も多く、次いで、「外出の付き添い、送迎等」(29.6%)、「夜間の排泄」(27.6%)、「認知症状への対応」(25.7%)などの順となっています。



介護者の年齢として、50代から60代で半数以上を占め、70代、80歳以上も相当数に上ります。介護者が高齢化している「老々介護」の状況がうかがえます。

単身世帯や高齢者のみで構成された世帯が増加傾向にある中、世帯のみで介護を行うことには限界があります。在宅生活を継続するためにはどのような支援が必要なのか、家族だけでなく、地域で見守り、支えあう制度づくりを進めていくことが必要です。

3 計画策定にあたっての主要課題

中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえたサービス基盤の整備

高齢者が住み慣れた地域で、家族や地域の人々と安心して充実した生活を送れることは幸せなことです。そのような生活を実現するために、本町では健康づくりや生きがいづくり、利便性の高いインフラの整備に取り組んでいます。支援を必要とする人が、必要とする支援を受けられ、地域全体で高齢者などを支えることができる福祉基盤を整備する、これらすべてが一体となった「ともに助け合い 安心して暮らせるまちづくり」を推進していきます。

認知症施策推進のための取り組み

高齢化が進むと認知症高齢者が増加することが予想されます。当町では第6期介護事業計画及び高齢者福祉計画より認知症に関する正しい知識の普及・啓発や介護に必要な技術の普及・啓発、認知症サポーターの養成、第7期で認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置、第8期では認知症に関わる相談窓口の周知・充実やチームオレンジの立ち上げを行ってきました。

しかしながら、依然として、認知症に対する理解がいきわたっていない状況もあります。認知症は、いつ、誰が発症するかわからない病気であり、正しい対応により進行を緩やかにして、発症以降も生活を維持できる可能性がある疾病です。

本計画においては、認知症に対する正しい知識の普及啓発を進めるとともに、認知症高齢者とその家族が安心して暮らせる社会の実現に取り組めます。

地域共生社会の実現

医療技術の向上や衛生環境の改善などにより、平均寿命は延伸しており、女性は87.32歳、男性は81.25歳と年々過去最高を更新し続けています。人生100年時代を見据えた社会のあり方が国でも検討されている中で、高齢者が地域において支えられる側としてだけでなく、支える側として活躍できるような活動の場を提供していく必要があります。

就労は収入を得る手段となるだけではなく、生きがいづくりにも大きく寄与するとされています。就労のみならずボランティア等の地域活動は、社会とのつながりを維持する機能も果たします。

また、地域活動の活性化は、既存の福祉制度だけでは十分に解決できない地域課題の解決にもつながると期待されています。今後も、地域福祉計画等と連動しながら、高齢者がそれぞれの知識や経験、特性等を生かして、身近な地域で役割を得られるよう、環境を整備していく必要があります。

介護・介助を必要とする人であっても、程度に合わせた役割を持ち、元気に暮らせる地域を目指すことが必要です。

保険者機能の強化

高齢者が増加する中、介護保険制度の公平性、持続性を確保するため、受給者を適正に認定し、受給者が必要とする過不足ないサービスを介護提供事業者が適切に提供できるよう取り組むとともに、介護保険制度の信頼性を高め、介護保険料の増大を抑制するため、介護給付の適正に取り組めます。

第3章 計画の基本的な考え方

1 基本理念

2024（令和6）年度から2035（令和17）年度を計画期間とする「第5次かつらぎ町長期総合計画」では、めざすべき将来像を「みんなが住みやすく 笑顔と活気あふれるかつらぎ町」と定めています。また、高齢者福祉の分野では基本目標において、「福祉と健康のまちづくり」を目指すこととしています。

本町においても高齢者をはじめ、その家族や地域住民がともに助け合い、生涯を通じて住み慣れたまちで安心しておだやかに暮らすことができるよう、基本理念は前計画を踏襲し、「ともに助け合い 安心して暮らせるまちづくり」とします。

2 基本目標

本計画の基本理念に基づき、計画の基本目標として、以下の5つを掲げます。

基本目標1 地域包括ケアシステムの推進と介護基盤の整備

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築をすすめてきた中で、地域包括支援センターが様々な業務を担い、地域包括ケアシステムの中核的な役割を果たしてきたところです。高齢化の進展に加え、独居世帯の増加、8050問題、ヤングケアラー対応など高齢者を取り巻く課題の複雑化・多様化を背景に、地域包括ケアシステムをさらに推進していきます。

また、生産年齢人口が減少していく中で、担い手不足などの地域資源の制約が厳しくなり、地域の実情に応じ、施策や事業の優先順位について意識しながら、効果的かつ効率的なサービスを提供します。

基本目標2 健康づくりと介護予防の推進

生涯にわたり健康でいきいきと生活するためには、健康な状態である期間を延ばし、できるだけ健康ではない状態の期間を短くすること、つまり健康寿命の延伸が重要です。また、健康寿命の延伸は「いつまでも元気で自分のことは自分でできる」を実現し、介護予防にもなることから、多様な介護予防事業を推進します。

基本目標3 生きがいづくり支援と社会参加の推進

人生100年時代を迎え、長寿の可能性がリスクとならないようにするためには生涯現役社会の実現が一つの方策として考えられます。地域における多様な雇用・就業機会の確保、シルバー人材センターの機能強化をはじめとした高齢者が活躍できる場所や仕組みづくりが求められています。

本町においても、豊かな経験や知恵、技などをもった高齢者が積極的に社会参加できるよう、高齢者雇用、就労支援、ボランティア活動を推進し、高齢者が活躍できる場の創出に取り組みます。

基本目標4 おだやかな生涯がおくれる支援の充実

核家族化が進行し、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加傾向にある中、高齢者の介護・福祉ニーズも多様化してきています。

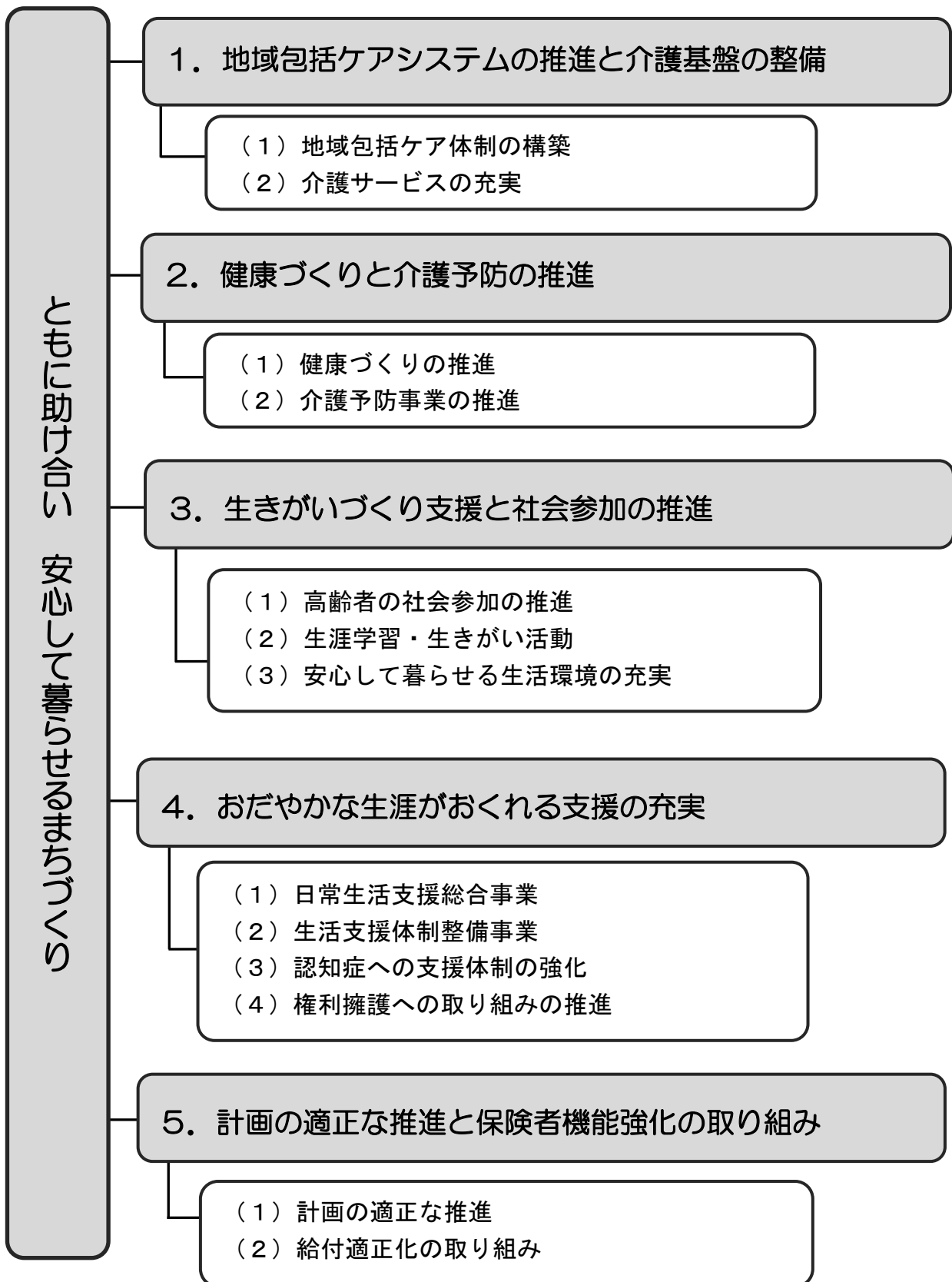
高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせることを目標として、地域包括支援センターや関連機関と一体となって問題解決に取り組みます。

基本目標5 計画の適正な推進と保険者機能強化の取り組み

計画の適正な推進のために、PDCAサイクルに基づく検証を実施するとともに、事業推進のため機能強化に取り組みます。

また、本計画期間から効果的・効率的に事業を実施するため、これまでの給付適正化主要5事業について、3事業に再編することとなりました。「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を親和性の高い「ケアプラン点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた3事業に再編するとともに、実施内容の充実化を図ります。

3 施策体系



第4章 施策の展開

基本目標1 地域包括ケアシステムの推進と介護基盤の整備

(1) 地域包括ケア体制の構築

① 地域見守りネットワーク体制の整備

イ) 民生児童委員・地域見守り協力員による見守り活動 【担当課：和歌山県・住民福祉課】

民生児童委員の活動の中で、毎年9月に高齢者のひとり暮らし世帯、高齢者のみ世帯、災害時の避難行動要支援者等の調査を行い、実態把握を行っています。そのデータを生かし、高齢者に対する見守り活動を行います。

また、地域見守り協力員の活動として、地域での日常生活の中で近隣や地域住民の人へのさりげない見守り活動を行います。

ロ) 高齢者等の見守り協力に関する協定 【担当課：企画公室・協力事業者】

高齢者等が住み慣れた地域で、安全・安心な生活が送れるように、協力事業者が日常業務に支障のない範囲で高齢者等の見守り活動を行う等の包括的な連携協定を結んでいます。何らかの異変等を察知した場合に行政の支援につなげる活動を行います。

ハ) 包括的な相談体制の充実 【担当課：健康推進課・住民福祉課・地域包括支援センター】

様々な生活課題のある高齢者の生活向上に向けた相談体制の充実と、相談内容に応じた関係機関との連携・調整を行うとともに、保健・福祉・介護の専門職により、できるだけ色々なケースに対応できるよう、研修会等に参加する機会を増やし、専門性の向上を図ります。また、他職種のケースにも対応できるようにしていきます。

ニ) 地域包括ケア会議の開催 【担当課：健康推進課・社会福祉協議会・地域包括支援センター】

民生児童委員、地域見守り協力員による地域の見守り活動、地域ケア個別会議等から見いだされる地域の生活課題を解決するために、庁内関係課、地域関係者及び関係機関による地域包括ケア会議を開催し、情報共有を行うとともに、課題解決に向けた方策を検討します。

ホ) 地域高齢者の生活等状況把握の強化 【担当課：健康推進課・住民福祉課・地域包括支援センター】

高齢者の生活等状況把握を行うことにより、見守りや支援が必要な人を早期に把握し、医療や介護、保健、福祉等、その人に必要な施策や様々な分野の支援につないでいきます。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域包括ケア会議の実施	12回/年	12回/年	12回/年

② 医療との連携・連携推進事業の取り組み

イ) 地域医療、福祉資源の把握及び活用 【担当課：健康推進課】

関係機関での連携を取りやすくするため、地図やリストを関係者に配布するなど、情報共有を図ります。

ロ) 在宅医療・介護連携に関する会議への参加 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護施設、自治体）の情報共有検討会議を開催し、医療・介護間での情報共有を推進します。

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、安心して在宅療養できるような環境を整備する必要があります。そのために伊都・橋本圏域在宅医療・介護連携支援センター（サポートセンター）事務局の体制強化を図り、関係機関との連携体制の構築を推進します。

医療と介護の連携代表者会議で、各関係機関との連携に努めながら、情報共有のための様式統一、在宅医療・介護の課題抽出、解決策の立案を進め、専門職資質向上のための研修会・勉強会の企画を行います。

ハ) 在宅医療・介護連携に関する研修の実施 【担当課：社会福祉協議会・地域包括支援センター・健康推進課】

地域ケア研修会等の機会を活用し、専門職資質向上のための研修会・勉強会を定期的に行います。

ニ) 在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発 【担当課：地域包括支援センター・健康推進課】

地域住民を対象に、パンフレットの作成・配布を行っていますが、今後もあらゆる媒体を通して、在宅医療・介護サービスに関する理解の促進、普及、啓発を行います。

ホ) 介護支援専門員等への支援 【担当課：地域包括支援センター・健康推進課】

介護支援専門員（ケアマネジャー）等からの在宅医療・介護に関する総合的な問い合わせへの随時対応が可能な支援体制の構築、連携強化に努め、診療所内カンファレンスの定期的な開催に努めます。

ヘ) 退院支援ルールの推進 【担当課：地域包括支援センター・健康推進課】

医療機関から自宅へ退院するに際し、退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることが求められています。

入院治療から、退院後の在宅生活まで切れ目なく円滑な移行を図るため、「橋本保健医療圏域における退院調整ルールの手引き」を作成し運用しています。

地域の医療・介護関係者の情報共有を適切に行えるよう運用を推進し、モニタリング、評価に努めます。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療介護連携協議会(参加)	3回	3回	3回
医療と介護の代表者会議(参加)	3回	3回	3回

③ 関係機関との連携

イ) 地域包括支援センターの機能強化 【担当課：地域包括支援センター】

連携会議や意見交換会に参加し、管内地域包括支援センター、医療機関の地域連携室、地域の介護支援専門員等との連携に努めます。

管内警察、消防、医療連携室との意見交換会を開催し、各機関の高齢者支援の課題について話し合い、連携強化に努めます。

チラシ等を活用した啓発活動（地域住民や各種団体等）での周知、福祉かつらぎ・町広報等を活用した周知を行います。啓発内容については、単に名称を覚えてもらうのではなく、地域包括支援センターはどのようなことができるのか、その機能や実情をわかってもらうことに重点を置き啓発を行います。

ロ) 民生児童委員との連携強化 【担当課：住民福祉課・健康推進課】

民生児童委員協議会役員会において情報提供を行い、各地区会において周知します。また、各地区から出てきた課題等についても、役員会において情報提供してもらい、全地区への周知を図ります。

ハ) 社会福祉協議会との連携 【担当課：健康推進課・住民福祉課】

各相談事や個別会議での相談においては、社会福祉協議会、担当課との間で更なる連携を行い、今後の具体的な方向を検討します。

ニ) 障害福祉サービスとの連携 【担当課：健康推進課・住民福祉課】

障害福祉担当部署との連携を図り、障害者福祉制度から介護保険制度への移行をスムーズに行えるよう検討します。また、高齢障害者に必要なサービスの検討を協議します。

④ 福祉意識の啓発

イ) 小・中学校における福祉教育の推進 【担当課：教育総務課】

児童・生徒の発達段階、学校の実態や地域の特性を踏まえ、各教科、総合的な学習の時間、体験学習や地域との交流など、すべての教育活動を通じた取り組みを進めます。

この取り組みを総合的に実践することにより、「自分のことも周りの人も大切に
福祉のこころ」を育むとともに、その理解を深め、福祉に関わる行動力を培います。

**ロ) 地域包括ケアシステムの普及啓発 【担当課：健康推進課・生涯学習課・社会福祉協
議会】**

超高齢社会を迎え高齢者が急増する一方、生産年齢人口は減少していく中で、支え
合いには住民の協力と協働が不可欠です。住民協働と部署間の連携を促進するため、
地域包括ケアシステムの啓発に重点を置きます。

(2) 介護サービスの充実

介護保険サービス等に関する情報提供については、介護保険の利用ガイドを全戸に配布する等、情報発信に努めます。

居宅介護サービスについては、必要なサービスや本人の状況をよく聞き取り、厳正な判断によるサービスの提供に努めます。

これまでの取り組みにより、介護施設の新設や短期入所サービスの提供が可能な施設が増えています。今後も必要とするニーズの収集を行い、適切なサービス提供体制の構築に努めます。

地域密着型サービスについては、事業所の運営状況や利用者の状況等を確認しつつ、指導・監督に努めます。

在宅での生活が難しくなってきた場合の対応として施設サービスが適切に提供できるよう、町内の待機者数の状況や今後の動向等を考慮し、県及び橋本・伊都圏域内での調整を行いながら計画的な整備に努めます。

① 介護保険サービス等に関する情報提供の充実 【担当課：健康推進課】

介護保険制度の内容や利用できるサービスについて分かりやすく情報の周知を行うとともに、ホームページや広報誌も活用し、幅広く最新情報を発信します。

② 居宅介護サービスの充実 【担当課：健康推進課】

被保険者のニーズを踏まえ、ケアマネジャー等の関連機関と連絡・調整を図りながら、サービスの円滑な提供を目指します。

要介護者等が地域や在宅での生活を継続するために、必要な時に利用できるサービスの提供体制を充実します。

③ 地域密着型サービスの充実 【担当課：健康推進課】

地域密着型サービス事業者等への指導・監督により、より良いサービスの提供に努めます。

新規でのサービス提供に当たっては、保険料等についても考慮しながら、在宅生活の継続、認知症ケアにおけるサービス提供についても随時検討していきます。

④ 施設サービスの充実 【担当課：健康推進課】

被保険者数や待機者数等の状況を見ながら、橋本・伊都圏域内で調整を図りつつ、必要床数の確保を図ります。

■サービス提供体制の整備に対する考え方

【居宅介護サービスの充実】

現状の分析でも見てきたように、要介護状態になっても、自宅で家族に囲まれて過ごすことを望む人は多くいます。サービスを必要とする人が必要なサービスの提供を受けられるようにサポート体制の確立に努めます。

【地域密着型サービスの充実】

高齢者が要介護状態となった後も、住み慣れた地域で安心して暮らせるように計画的な地域密着型サービスの充実に努めます。

サービス名	整備状況	第9期必要利用定員数			
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
①地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	0人	0人	0人	0人	
②地域密着型特定施設入居者生活介護	0人	0人	0人	0人	
③認知症対応型共同生活介護	45人	45人	45人	45人	

【特定施設の指定を受けていない施設】

入居者の状況や地域ニーズも踏まえ、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む。）の指定を受ける有料老人ホーム及びサービス付き高齢者住宅（介護付き老人ホーム）への移行を促すことを検討します。

サービス名	第9期必要利用定員数
④特定施設の指定を受けていない有料老人ホーム	3人
⑤特定施設の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅	0人

【施設サービスの充実】

要介護状態となった高齢者が、やむなく自宅で住むことが難しくなった場合も、施設を選択する上において長期にわたり施設待機の不安を感じることがないように、本町の既存の整備施設も含めた中で橋本・伊都圏域全体とのバランスも考慮しながら、今後の適正な規模を念頭に施設待機の解消に努めます。

サービス名	整備状況	第9期必要利用定員数			
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
⑥介護老人福祉施設	330人	330人	330人	330人	
⑦介護老人保健施設	95人	95人	95人	95人	
⑧介護療養型医療施設	0人	0人	0人	0人	

基本目標2 健康づくりと介護予防の推進

(1) 健康づくりの推進

町内各種団体等との連携を強化し、主体的な健康づくりと、生活習慣病の発症及び重症化予防を推進します。

① 健康づくりに向けた取り組み

イ) 健康づくりに関する意識の向上 【担当課：健康推進課】

健康に関する正しい知識の普及を図ることにより「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、実行につなげることができるよう、自主活動グループや通いの場への支援を行います。

また、住民に対しても情報提供の充実に努めます。

地域での健康支援に必要なことを地域住民が自ら取り組めるような支援を行います。

ロ) 健康教育の実施 【担当課：健康推進課】

健康の保持・増進を図ることを目的に、健康教育を行います。医師、歯科医師等による健康講座を各地域で開催し、予防知識の習得や自身の健康状態把握のために各種検診の受診勧奨を行います。

また、参加していない人へのアプローチも検討します。

ハ) 健康相談の実施 【担当課：健康推進課】

家庭における健康管理を図ることを目的に、健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導及び助言を行います。

また、公民館等へ保健師を派遣し相談できる機会を設けます。

ニ) 訪問指導の実施 【担当課：健康推進課】

保健指導が必要であると認められる人やその家族などの心身機能の低下防止と健康の保持・増進を図るため、保健師等が訪問し、健康に関する問題を総合的に把握し必要な指導を行います。

また、経年的な指導により重症化予防にも取り組みます。

ホ) 健康診査の実施 【担当課：健康推進課】

40歳以上74歳以下の国民健康保険被保険者に対し、生活習慣病に着目した特定健康診査を実施します。また、すべての医療保険で対象年齢となる人に対して、各種がん検診を実施し、介護予防に効果的な検診について検討します。

受診率の向上に向けて、未受診者に対する受診勧奨の強化や勧奨方法の再検討を行います。

各種検診や診療データの分析により効果的・効率的な保健事業を実施し、健康づくり、疾病予防や重症化予防に取り組むため、データヘルス事業を実施します。

ヘ) 一体化事業 【担当課：健康推進課】

健康寿命の延伸・医療費や介護給付費の低減を目的として、後期高齢者医療広域連合とかつらぎ町が連携し地域課題を明確にし、後期高齢者の健康保持・フレイル予防を推進するために、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業を一体的に実施します。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定健康診査受診率(国保40歳～74歳)	37%	40%	44%
高血圧重症化予防教室	4回	4回	4回
糖尿病予防教室	4回	4回	4回
糖尿病フォローアップ教室	8回	8回	8回

(2) 介護予防事業の推進

心身機能改善を目的とした機能回復訓練に偏ることなく、介護予防事業参加後の活動的な状態の維持や社会参加の視点を踏まえ、介護予防事業の推進に取り組みます。

① 介護予防把握事業【担当課：健康推進課】

第8期において実施した生活機能チェック(基本チェックリスト)を継続して実施し、経年経過を分析しながら、何らかの支援を必要とする人の把握を行います。

該当者については、地域包括支援センターと連携を図り、介護予防に関する情報提供や介護予防事業への参加を呼びかけます。

第8期において未回答、未回収であった人の心身の状況や生活環境の把握を行い、何らかの支援が必要でないか等、全高齢者の状況把握のための取り組みに努めます。

② 一般介護予防事業

イ) 自主活動グループへの支援及び情報提供 【担当課：健康推進課】

町内で活動している自主活動グループに支援を行うとともに、老人クラブ、各種ボランティア団体、県や和歌山大学の協力を得ながら、町内全域で立ち上げが進むよう働きかけます。特に、立ち上げに至っていない地域での自主活動グループの立ち上げに努めます。

転倒予防教室や認知症予防教室、口腔機能向上に関する講演、フレイル予防教室等を開催します。

ロ) サロン事業への支援 【担当課：健康推進課】

各地域で実施しているサロンに対して、高齢者が要介護状態にならないために健康相談やレクリエーションなどを通して介護予防に関する情報提供等の支援を行います。各サロンに対し、フレイル予防教室を開催し、チェック評価に基づいた支援に取り組みます。

ハ) 介護予防についての普及啓発 【担当課：健康推進課】

広報及びパンフレット等で介護予防の重要性についての普及啓発を行います。また、家庭でもできる介護予防方法について検討し、周知・啓発に努めます。

ニ) 介護予防教室の開催 【担当課：健康推進課】

生活機能チェックと連動し、地域特性や重点的に取り組むべき予防事業を把握し、健康づくりや疾病予防を含めた総合的な介護予防教室の開催に努めます。

また、継続的教室の立ち上げ支援・活動支援への取り組みを行います。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
高齢者サロンの参加者数(n)	4,600人	4,700人	4,800人

基本目標3 生きがいつくり支援と社会参加の推進

(1) 高齢者の社会参加の推進

就労やボランティア活動、趣味の活動等の社会参加は、生きがいに満ちた生活を送ることだけでなく、自らの介護予防にもつながることが期待されます。

各種ボランティア団体やNPO等との連携を深め、老人クラブや様々な自主的な組織の活動の立ち上げと発展に各種の支援を行い、高齢者が社会的役割や社会参加の機会を得るだけでなく、健康で生きがいを持ち、真に長寿が喜び合える社会づくりに努めます。

① シルバー人材センターへの支援 【担当課：産業観光課】

シルバー人材センターを通じて会員に仕事を提供することで、生きがいを持ってもらうとともに就労の機会を増やし、地域の人々とのふれあいを深め、高齢者の社会参加をさらに促進します。

② 就労に関する機関等との連携 【担当課：産業観光課】

周知活動の更なる強化により、「無料職業紹介所」への登録者数増加を図ります。事務求職者に対しては上述の周知活動でPRするとともに、事業者等へ法人登録の働きかけ等を試みます。

③ 農業における高齢者施策の推進 【担当課：教育総務課・産業観光課】

農業に関する技術や経験を若者や子どもに継承するなどの機会を確保することにより、生きがいを持って生活できる環境整備に努めます。

④ 老人クラブへの支援 【担当課：住民福祉課・健康推進課・社会福祉協議会】

ひとりでも多くの高齢者の老人クラブ活動への加入・参加を呼びかけるとともに、高齢者が気軽に参加できる老人クラブの育成を支援します。

⑤ 交流機会の充実 【担当課：健康推進課・社会福祉協議会】

各地域のサロン活動が、社会参加を促進する地域の拠点となるよう、場や機会の確保、充実を図ります。また、サロン事業に取り組めていない地域の支援活動を行います。

地域の高齢者と子どもの交流は、子どもの思いやりや助け合いの精神を育み、高齢者の生きがいつくりにつながることから、地域食堂など世代間交流の機会の確保、充実を図ります。

⑥ ボランティア活動の推進 【担当課：社会福祉協議会】

生きがいづくりの一つとしてボランティア活動に参加できるよう、情報提供や相談支援に努めるとともに、関係機関・団体との連携を図ります。また、ボランティアの輪をさらに広げるために、生活課題から生じるボランティア活動の発掘に努め、小地域において生活課題を把握し、小地域において助け合いができるシステムづくりを行います。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ボランティア講座	6回	6回	6回

(2) 生涯学習・生きがい活動

豊かな経験を持つ高齢者がこれまでの経験などを活かせる場づくりや、生涯学習・生きがい活動の推進を行うことにより、うつや転倒、認知症リスクの低減を図り、健康寿命の延伸につなげます。

① 学習機会の充実 【担当課：生涯学習課】

楽しく参加意欲を高めるため、地域の特色に応じて高齢者学級の内容や、指導者の育成を検討します。また、より多くの人に参加してもらえるよう広報・啓発に努めます。

高齢者学級修了後も自主活動グループ活動等へつながるよう、地域の経験豊かな人、技術を持っている人、趣味や一芸に秀でた人など人材の発掘を行います。

学習機会の提供については、公民館に限らず、身近な所で気軽に参加できるよう地域の集会所等での開催について検討します。

② 文化・芸術活動の推進 【担当課：生涯学習課】

公民館の発表会や展示会等を通じて住民との親睦を深めるとともに、参加者の意欲の向上を図り、より一層活動が活発になるよう、文化・芸術活動を推進します。今後は、新たなサークルの発掘や新たに参加する人を増やしていくことにも注力します。

③ スポーツの推進 【担当課：生涯学習課】

スポーツに関する情報提供を充実させ、親しむ機会を増やし、スポーツの実施率を向上させることで、健康増進や住民間の交流を図ります。

また、自己の体力、年齢に関わらず一緒に競い合える種目の普及に努めます。

(3) 安心して暮らせる生活環境の充実

災害時に自力で避難が困難な人の対応の検討や、日常生活における高齢者に優しいまちづくりの推進に努めます。

① 防災対策の充実 【担当課：危機管理課・住民福祉課・健康推進課・包括支援センター】

「自助・共助」を念頭に置き、平時からの備えについての周知を強化します。

また、近年の気象状況の激化や突発的に発生する地震等に対して、適切な避難行動を取ることができるように、防火防災訓練を通じて周知及び啓発を行います。

その中でも特に自力での避難が困難な高齢者等を対象に、災害時における安否確認、避難誘導・支援、さらには災害情報の伝達などを迅速に行うために対象者の把握を行い、それぞれの地域の実情を踏まえた個別の避難計画の作成を行います。

また、一般の避難所生活が困難な人を対象とする福祉避難所（二次避難所）の整備を図ります。

② 防犯対策の充実 【担当課：総務課・産業観光課】

防犯自治会での防犯活動、防犯啓発を促します。

地域全体で犯罪から高齢者を守るため、関係機関と連携しながら、防犯関連情報の迅速な発信、防犯灯の設置支援や防犯カメラの設置推進、自動通話録音機の無償貸与、相談窓口の周知を行い、犯罪被害の未然防止や早期対応に努めます。

③ 交通安全対策の推進 【担当課：総務課】

交通安全運動を積極的に展開し交通安全意識の高揚を図ります。

道路パトロールや関係機関と合同点検を実施し、交通事故が多発する交差点や危険個所の早期把握など交通安全施設の整備・充実に努めます。

④ 住宅環境の整備 【担当課：管財情報課】

公営住宅の計画的な修繕や、老朽化した住宅の建替を行うことで、入居者の居住性や安全性を確保し、入居者の住宅環境の向上を図ります。

⑤ 道路・歩道・施設等の整備 【担当課：建設課】

国道や県道は、安全性・快適性の向上のため適切な維持管理と改良等を関係機関に要望します。

町道についても、安全性・快適性に配慮した整備に努めます。

⑥ 交通機関の確保 【担当課：総務課・企画公室】

自己で移動手段を持たない高齢者等に対し、日常生活の交通手段としてコミュニティバス及びデマンド型乗合タクシーを運行しています。

今後、公共交通空白地域の解消や交通弱者の移動手段の確保に取り組めます。

⑦ **感染症に対する対応** 【担当課：健康推進課】

高齢者が集まる介護サービス施設や、高齢者を対象とする在宅訪問等の介護サービスの特異性を踏まえ、感染症の発生状況や予防措置について、普段から関係機関の情報連携に努めるとともに、万が一感染が発生した場合には、関係機関が連携し、拡大防止に取り組めます。

基本目標4 おだやかな生涯がおくれる支援の充実

(1) 日常生活支援総合事業

いつまでも住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するためには地域包括ケアシステムの充実が必要です。そのためには、医療や介護サービスの強化が必要であり、調理、買い物、掃除などの生活支援の確保や、効果的な介護予防の実施が大きな課題となっています。

介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村が中心となり、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効率的・効果的な支援を可能とすることを目指すものです。

① 日常生活への支援

イ) 生活支援サービスの拡充 【担当課：健康推進課・社会福祉協議会・地域包括支援センター】

生活支援体制整備事業において、地域資源の把握・整理や高齢者のニーズを分析し、地域に不足している資源の特定を行い、導入すべき生活支援サービスの検討を行います。

ロ) 緊急通報システム設置事業 【担当課：住民福祉課】

ひとり暮らしの高齢者等に対し、緊急通報装置を貸与し、利用者の急病などの緊急時に迅速かつ適切な対応を図ります。

民生児童委員、委託事業者と密に連携することにより、申請から設置まで短期間で完了するよう取り組みます。

ハ) 老人福祉施設措置 【担当課：住民福祉課】

環境上、経済上の理由により、居宅において養護を受けることが困難な人を入所させ養護することより、福祉向上に努めます。

ニ) 高齢者日常生活用具給付等事業 【担当課：住民福祉課】

日常生活の利便性が向上するよう、要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者に対して電磁調理器などの日常生活用具などを給付するとともに、給付制度についての認知度向上のため、民生児童委員、保健師、地域包括支援センター等関係機関を通じて、周知に努めます。日常生活用具を必要とする対象者が制度を知り、申請しやすい環境を整えます。

ホ) 軽度生活援助事業 【担当課：住民福祉課】

在宅のひとり暮らし高齢者等が自立した生活を継続して送れるよう、多様化するニーズの把握を行うとともに、買い物など軽易な日常生活上の援助を行うことで、要介護状態への進行防止を図ります。

へ) 高齢者居宅改修補助事業 【担当課：住民福祉課】

低所得者で日常生活能力が低下した 65 歳以上の要介護認定者で介護保険の住宅改修費支給を上回る人について、介護保険係と長寿社会係の連携により該当者を把握し、排泄、入浴、移動などが容易になるよう居宅改造の費用を補助し、自立生活の助長と介護負担の軽減を図ります。

ト) 生きがい活動支援通所事業 【担当課：住民福祉課】

家に閉じこもりがち、あるいは要介護状態になるおそれのある高齢者に対し、社会的孤立感の解消、自立生活の助長及び要介護状態になることへの予防を図るため、通所によるサービスを提供します。

チ) 高齢者等見守り配食サービス事業 【担当課：健康推進課】

高齢者等に対し、配食を活用して見守り訪問を行い、体調面などの状況や安否の確認を行います。異常があった場合は緊急時連絡先等に連絡するとともに、適切な対応を行います。

リ) 訪問理髪サービス事業 【担当課：住民福祉課】

外出して理髪を受けることが困難な在宅の寝たきり高齢者等に対し、訪問理髪サービスを実施することにより、保健衛生の向上及び福祉の増進を図り、介護者の負担軽減を図ります。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急通報システム	190台	190台	190台
老人福祉施設措置入所者	20人	20人	20人
高齢者日常生活用具給付件数	3件	3件	3件
軽度生活援助事業利用者数	2人	2人	2人
高齢者居宅改修補助支給件数	1件	1件	1件
生きがい活動支援通所事業利用者数	1人	1人	1人
高齢者等見守り配食サービス利用者数	70人	70人	70人

② **短期集中C型サービス** 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

要支援1・2及び事業対象の認定を受けた高齢者が、日常生活動作の改善を目指し、3か月から6か月の短期間でのリハビリを行うサービスを推進します。

生活動作の改善が実現することにより、住み慣れた地域で元気に生活できる期間を長くすることを目指します。

■ **成果指標**

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
短期集中C型サービス利用者数	32人	32人	32人

③ **介護・介助者への支援**

イ) **家族介護に対する身体的・精神的支援の充実** 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

寝たきりまたは認知症の高齢者を自宅で介護している家族を対象に、心身のリフレッシュを図るため、介護サービスや認知症家族の会等といった社会資源の活用を働きかけていきます。特に、日常の介護体験などを話し合うなどの交流機会を育めるよう、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員、各関係機関と協力し、交流機会を育める情報の提供を図ります。

ロ) **家族介護に対する経済的支援の継続** 【担当課：健康推進課】

在宅介護に必要な紙おむつやその他の用品の経済的負担の軽減を図ります。

ハ) **寝たきり老人介護支援金給付** 【担当課：住民福祉課】

在宅の寝たきりの高齢者を介護する家族等に対し、支援金を給付し、労をねぎらい、高齢者福祉の増進を図ります。

(2) 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業は、多様な主体による生活支援・介護予防サービスの体制整備について市町村が中心となって推進していけるよう、地域支援事業の充実を図るものです。

生活支援体制整備事業は、協議体の設置及び生活支援コーディネーターを配置し、双方が補完し合いながら、地域のニーズ、資源の把握と新たな資源の開発、関係者のネットワークづくりを行い、体制づくりを推進します。

① 生活支援体制整備事業 【担当課：健康推進課・社会福祉協議会】

日常生活に支援が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活ができるような社会を目指す「地域包括ケアシステム」の実現には、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される必要がありますが、必要な支援は地域や高齢者の状況によって異なります。

また、高齢者の社会参加や日常生活の継続、困りごとといったニーズと、ニーズを支える地域資源が地域によって異なるため、住民の皆さんと生活支援コーディネーターや協議体が地域課題の発見や解決方法を検討し、住み慣れた地域で安心して生活できる体制の充実を図ります。

② 施策や事業の連携、住民協働の推進【担当課：企画公室・健康推進課・社会福祉協議会】

地域に住民協働の場を作り、多拠点化していくため、既存の資源を積極的に活用し、事業や施策の連携を通じて、資源の新たな創生も検討します。また、民間企業や事業者、NPO 法人、住民等との協働も促進していきます。

身近に集いやすい場所や相談しやすい場所を数多く確保するため、一時的または不定期開催でも拠点を設置しやすいよう住民への支援を工夫します。

小地域の中に自発的な活動拠点が増える機運を高めるため、数多くの居場所や活動場所があることの意義を多くの住民や各種団体に知ってもらう機会を設けます。

③ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発【担当課：健康推進課・社会福祉協議会】

担い手を養成、組織化し、支援活動につなげます。介護予防の取り組みを大切にしながら「生きがい・役割・社会参加」をキーワードに活力ある高齢者を増やす取り組みをさらに推進・強化していきます。

高齢者の自立支援を目指し新たな地域の担い手となる仕組みづくりを行うため、総合事業の充実を図ります。

(3) 認知症への支援体制の強化

認知症は誰もがなりうる疾患です。早期発見と適切な対応でその後の進行を緩やかにすることができます。また、認知症の人やその家族が地域で自分らしく暮らし続けるためには認知症への社会の理解を深めることが大切です。

講座やイベント等を通して普及・啓発を行うことで、認知症予防の推進と理解促進に努めます。

① 認知症予防対策の推進

イ) 認知症に関する正しい知識の普及 【担当課：健康推進課】

認知症は年齢のせいではなく、疾患であることを理解することが大切です。予防方法や対応方法を正しく理解するため、認知症に関する健康講座等を開催します。

ロ) 認知症予防の推進 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

認知症疾患医療センターや認知症サポート医との連携、かかりつけ医による認知症の早期発見、早期対応に努めます。

より一層の他機関・多職種との連携を持ち、総合的介護予防の推進に取り組みます。

ハ) 認知症の早期発見、早期対応 【担当課：健康推進課】

生活機能チェックにより認知機能に低下がみられる高齢者に対して相談窓口や専門の医療機関に関する情報提供を行います。

認知症初期集中支援チームの活動に対して、支援や評価を行います。

② 認知症高齢者の支援体制の充実

イ) 認知症に関する理解促進 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

認知症に関する正しい知識を持って、地域や職域で認知症の人や、家族を手助けする認知症サポーターの養成を促進します。特に認知症の人と地域で関わることが多いと想定される役場、小売業、金融機関等の従業員等をはじめ、人格形成の重要な時期である子ども・学生に対する養成講座を実施します。

また、認知症サポーター養成講座の受講者を対象にステップアップ講座を開催し、より一層の理解促進に取り組みます。その講座を通じて、認知症の人やその家族を支援する活動に協力する人材（チームオレンジ）を増やします。

本人の意思をできるだけくみ取り、それを生かして支援ができるよう「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」に基づく普及を行います。また、認知症に関する情報発信の場として世界アルツハイマー月間における啓発活動や認知症家族の会の積極的活用を図ります。

ロ) 相談窓口の周知と充実 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

認知症に対する基本情報や、具体的な相談先や受診先の利用方法などを「認知症ケアパス」としてまとめ、活用します。

「もの忘れ相談」について周知を行い、誰もが気軽に利用できるように努めます。

赤ちゃんから高齢者まで、誰もが集える「つれもてカフェ」を定期的開催し、そこに集う人たちが、気軽に学び、同じ悩みを持つ人同士がつながり、専門的な相談も受けられる場となるよう取り組みます。

認知症の人を抱える家族が集い、日頃の思いや、悩みに対する相談の場としての「認知症家族の会」の周知に努めます。

ハ) 認知症本人からの発信支援 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター】

認知症を発症した本人が自己の意思を発信する機会を作ります。

自身の希望や、必要としていることを当事者どうして語り合う「本人ミーティング」の普及に取り組みます。

二) 認知症介護の質的向上 【担当課：健康推進課】

認知症高齢者に対する介護サービスの提供は、より高度な専門性が必要なことから、介護保険サービスを提供する施設、事業所に従事する実務者（介護職員や訪問介護員など）の認知症介護技術向上を図るための最新の動向・情報の収集に努め、研修などの受講機会のある・提供を図ります。

ホ) 高齢者等見守りネットワーク 【担当課：住民福祉課】

認知症などにより行方不明になるおそれのある高齢者が行方不明になった場合に地域の支援を得て早期に発見できるよう関係機関が連携し、対象者の生命と安全を守り、家族への支援を図ります。

■成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター養成講座	4回	4回	4回
認知症サポーターステップアップ講座	1回	1回	1回
チームオレンジ活動	12回	12回	12回
チームオレンジ連絡会	3回	3回	3回
つれもてカフェ開催	60回	60回	60回
認知症家族の会	12回	12回	12回
もの忘れ相談	24回	24回	24回
世界アルツハイマー月間啓発イベント	1回	1回	1回
認知症初期集中支援チーム活動件数	5回	5回	5回

(4) 権利擁護への取り組みの推進

何人であっても、人権は尊重されるべきものです。高齢であることや、自己で判断することが難しいといった理由で個人の権利が脅かされることはあってはならないことです。高齢者の人権を尊重し、虐待の防止、自立支援の推進に努めます。

① 高齢者虐待防止対策の推進

イ) 地域における虐待防止の推進 【担当課：健康推進課・地域包括支援センター・住民福祉課】

高齢者の虐待防止についての理解を深めるため、パンフレット等の配布や講演会の開催などを通じて虐待の予防や早期発見・対応についての啓発を行います。広報啓発活動を通じて、虐待における知識や相談機関の周知等を行い、関係部署や必要に応じて警察等と連携していきます。

虐待事案が発生した場合は市町村等に通報する義務があることについて、事業所、関係機関等への周知徹底を行います。

ロ) 高齢者虐待防止に向けた支援体制の充実 【担当課：健康推進課・住民福祉課】

権利擁護の中核機関の設置と併せて、虐待防止に向けた支援体制と虐待事案が発生した場合の体制作りに取り組みます。

② 権利擁護に関する支援の充実

イ) 日常生活自立支援事業の推進 【担当課：住民福祉課・社会福祉協議会】

日常的に地区担当の民生児童委員や関係機関との連携を強化し、判断能力や日常生活に不安を抱える高齢者に対し、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理、書類管理等の支援を行う日常生活自立支援事業を通して支援に努めます。また、必要とする人に支援できるよう、ニーズの把握に努め、高齢者の見守り体制の構築を進めます。

ロ) 成年後見制度の利用促進 【担当課：住民福祉課・地域包括支援センター・社会福祉協議会】

市町村長申立てが必要な事案等について、早急に権利擁護を進められるよう、関係機関との連携を強化します。また、広報を活用した制度周知、地域への啓発時における周知を行います。

さらに、地域連携ネットワーク体制の整備とその中核となる機関を設置し、連携と対応の体制づくりを図ります。

八) 権利擁護の推進 【担当課：住民福祉課・社会福祉協議会・地域包括支援センター】

成年後見制度をはじめとする権利擁護事業についての啓発を積極的に行います。本人や家族の相談だけでなく、地域の人々からも気がかりな高齢者がいることの情報が見られるよう、地域包括支援センターの役割を周知していくとともに、必要な支援やサービスが受けられるよう関係機関と連携を図ります。

基本目標5 計画の適正な推進と保険者機能強化の取り組み

(1) 介護保険事業の適正な運営

介護や支援を必要とする人がいつでも安心して介護サービスを円滑に利用できるよう、地域ケア会議を開催し、サービス提供に係る事務の取扱いや保険者判断が必要なサービスについて事業者へ情報提供を行います。

また、地域包括支援センターを中心とする地域の相談窓口では、相談体制の充実を図り、電話での相談が難しい場合は家庭訪問を行う等、相談対象者の事情を考慮したきめ細かな相談支援活動を行います。

さらに介護保険サービスに関する苦情事例については、記録をとり利用者と事業者の内容確認を十分に行う等、中立的立場から迅速に対応を図り、問題解決に努めます。

① 介護関係機関との連携とその支援 【担当課：健康推進課】

介護や支援を必要とする人にサービスを円滑に提供できるよう、ケアマネジャーの事務取扱や事務負担の軽減を目指して、地域包括支援センターを中心とした関係機関のより一層の連携強化に努めます。さらに介護保険サービスの質の向上に向け、居宅介護支援事業者や介護サービス事業者による情報交換の機会を拡大するなど、行政と事業者、あるいは事業者同士の連携体制の強化を促進します。

② 相談体制の充実 【担当課：地域包括支援センター・健康推進課】

保健・福祉全般の相談や関係機関との連絡調整を行う窓口について、地域包括支援センターが中心となって地域ケア会議や地域ケア研修会等を有効に利用しながら、関係機関との連携強化に努めるとともに、相談体制の充実、強化を図ります。

③ 苦情処理体制の充実 【担当課：地域包括支援センター・健康推進課】

苦情が寄せられた場合は、住民の意向をよく聴き、事業者への事実照会も行い解決に努めます。

苦情や意見を述べやすくなるよう工夫を図り、その発生原因を分析し、事業者への周知も行いながら、苦情発生未然防止に努めます。

町での対応が難しい苦情や問題は、和歌山県や国民健康保険団体連合会とも連携し、適切な問題解決に努めます。

■ 成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア研修会の実施	4回	4回	4回

(2) 給付適正化の取り組み

介護保険給付適正化については、県の進める「介護給付適正化計画」等に基づき取り組みを進めてきました。効果的・効率的に事業を実施するため、今期計画から5つの事業が3事業に再編されました。実施内容の充実を図り、保険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） 【担当課：健康推進課】

町が指定居宅介護支援事業者等に委託した認定調査については、認定研修を受けた町職員が内容を点検します。町職員が行う調査については、職員間で判断が統一されるよう指導・研修を実施し、認定調査についても必要な点検を行い、調査基準の平準化を図ります。

② ケアプランの点検、住宅改修等の点検及び福祉用具購入・貸与調査 【担当課：健康推進課】

ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なプランとなっているかを検証しながら、健全なる給付の実施を図ります。

事前申請内容の点検を行い、施工業者やケアマネジャーに指導・助言をするほか、必要に応じて現地調査を実施します。

③ 医療情報との突合・縦覧点検 【担当課：健康推進課】

縦覧点検、医療情報との突合等により、介護報酬の請求内容等に誤りがないかなどの確認を行い、適切な報酬請求を促します。

■ 成果指標

取り組み項目	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定調査結果の点検実施率(更新申請)	100%	100%	100%
認定調査結果の点検実施率(変更申請)	100%	100%	100%
ケアプランの点検件数	5件	7件	10件
住宅改修の点検	5件	5件	5件
福祉用具の点検	3件	3件	3件
医療情報との突合	100%	100%	100%
縦覧点検	100%	100%	100%
運営指導の実施回数	2回	2回	2回

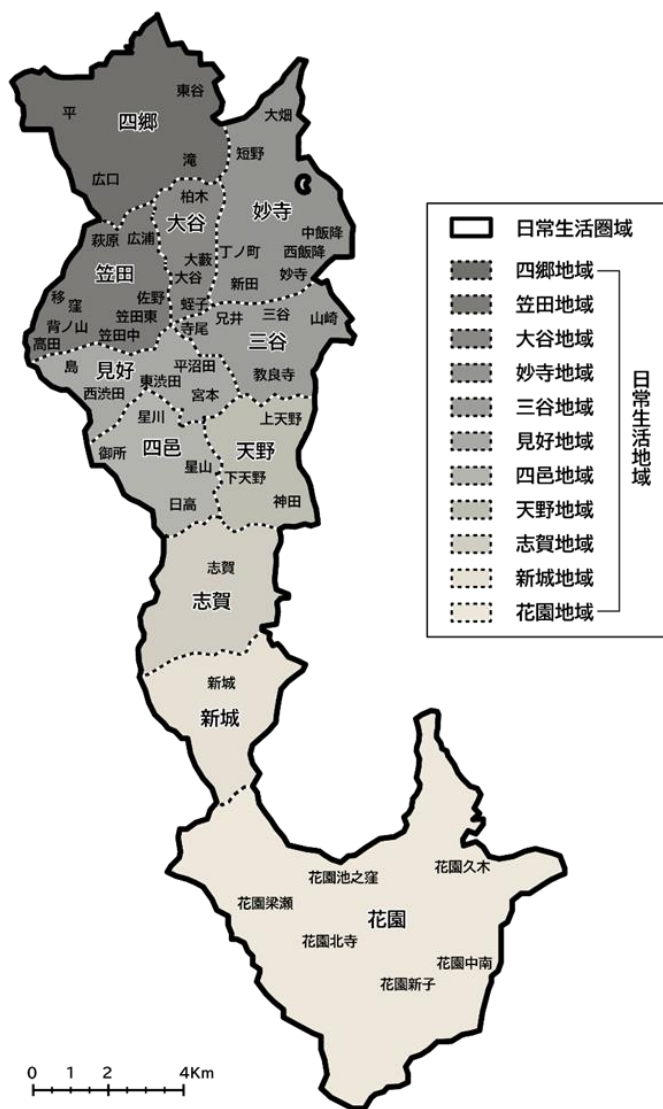
第5章 介護保険事業の見通し

1 日常生活圏域の設定

介護保険制度の改革が行われた第3期介護保険事業計画（2006（平成 18）年度～2008（平成 20）年度）では、高齢者が住み慣れた形で生活を継続することができる体制づくりを目指し、きめ細かなサービスの提供が行えるよう「日常生活圏域」という考え方が導入されました。

日常生活を支える基盤（公共施設・交通網・人的ネットワーク等）ごとの圏域に分け、その圏域ごとに地域密着型サービスのサービス量を見込むこととなりますが、本町においては一体的な整備を行っていくという観点から、引き続き1圏域とし、各事業者が提供するサービス内容を十分吟味しながら自己決定できる、選択の幅の広い枠組みを目指すものとします。

ただし、生活機能チェックの結果からもわかるように、地域ごとに特徴があり、生活環境に起因する課題等も様々であることから、課題に対する解決策へのアプローチ方法のひとつとして、地域ごとに対策を講じていく必要があると考えられます。そのため、日常生活圏域の設定は1としますが、図の「日常生活地域」を考慮しながら事業展開に努めていきます。

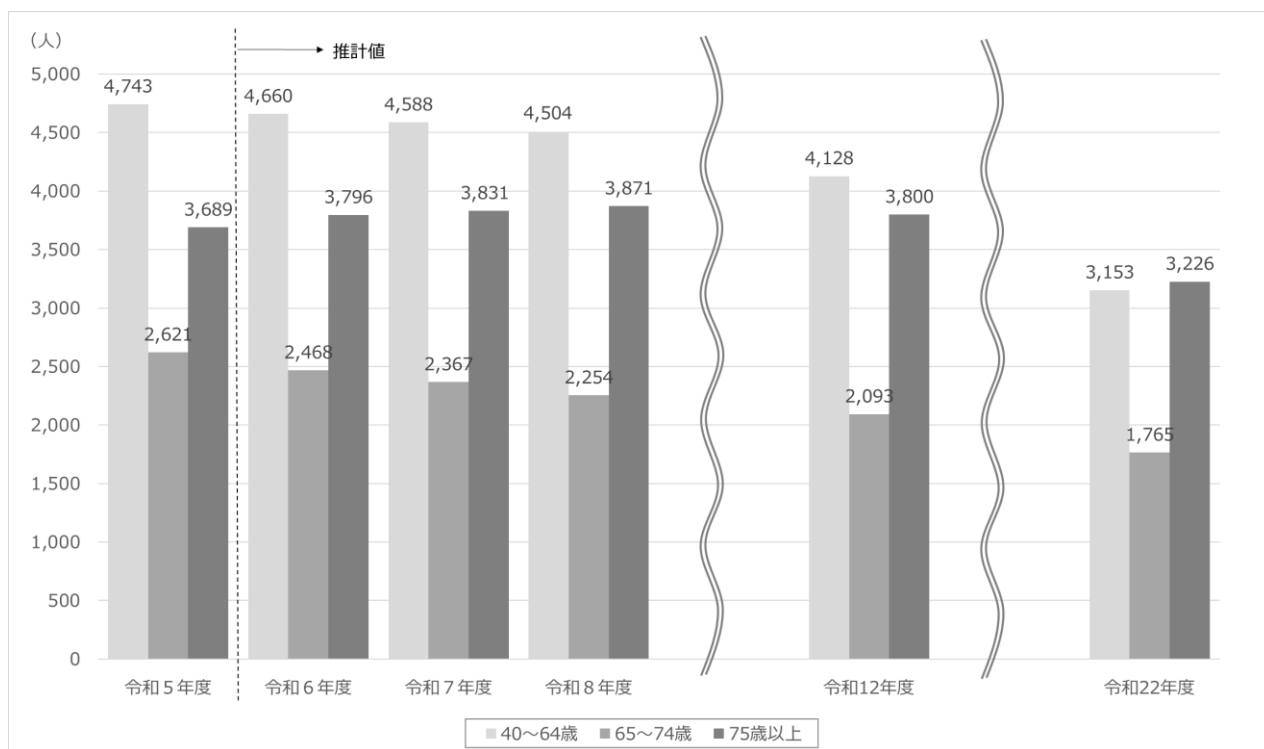


2 被保険者数の推計

これまでの実績をもとに推計した被保険者数の推移をみると、第1号被保険者数は年々減少傾向にあり、令和8年度には6,125人（令和5年度より185人減少）になると予測されます。第2号被保険者数も同様に年々減少傾向にあり、令和8年度には4,504人（令和5年度より239人減少）になると予測されます。

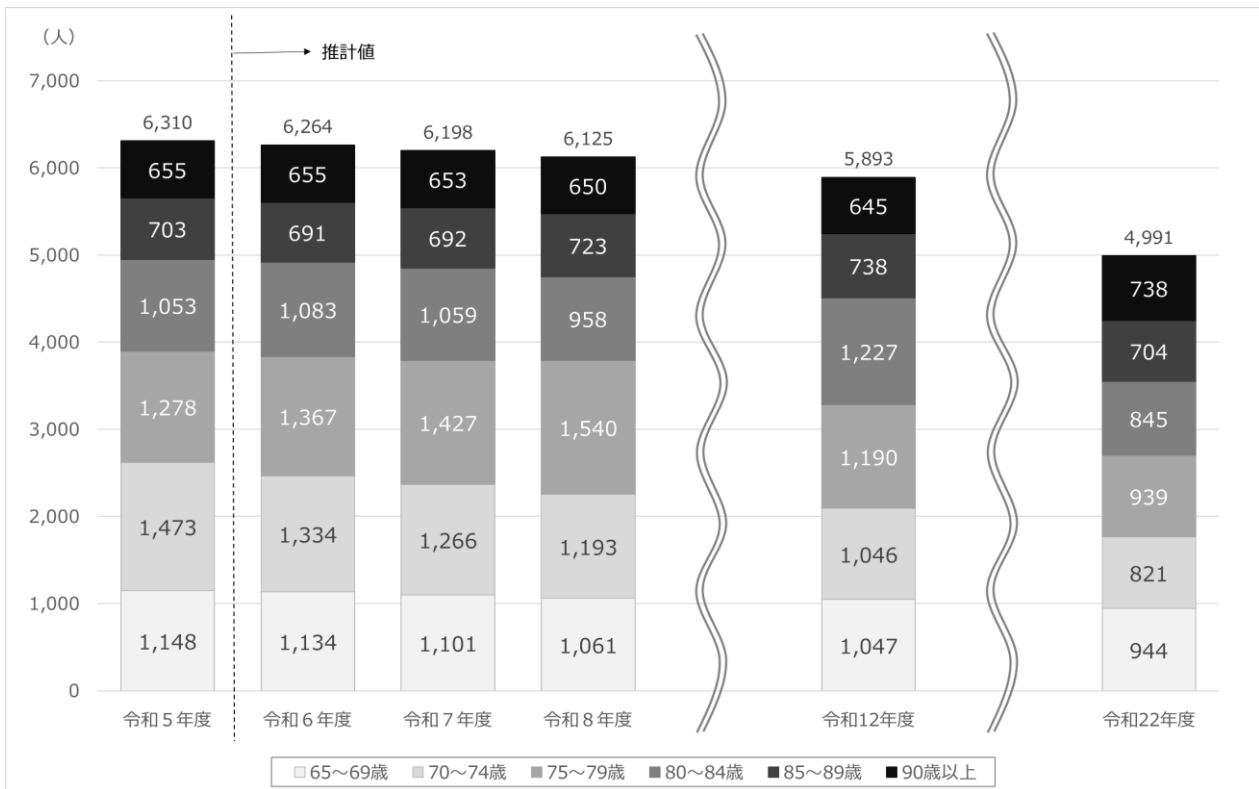
また、第1号被保険者数の年齢階層別の内訳において、本計画期間中は前期高齢者が減少し、後期高齢者が増加していき、高齢者の高年齢化が進んでいくと見込まれています。令和8年度には75～79歳人口が1,540人で、令和5年度より262人増加すると予測されています。一方、前期高齢者である65～69歳、70～74歳人口は令和8年度にそれぞれ1,061人、1,193人で令和5年度より減少すると見込まれています。

■被保険者数の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム

■第1号被保険者の年齢階層別内訳



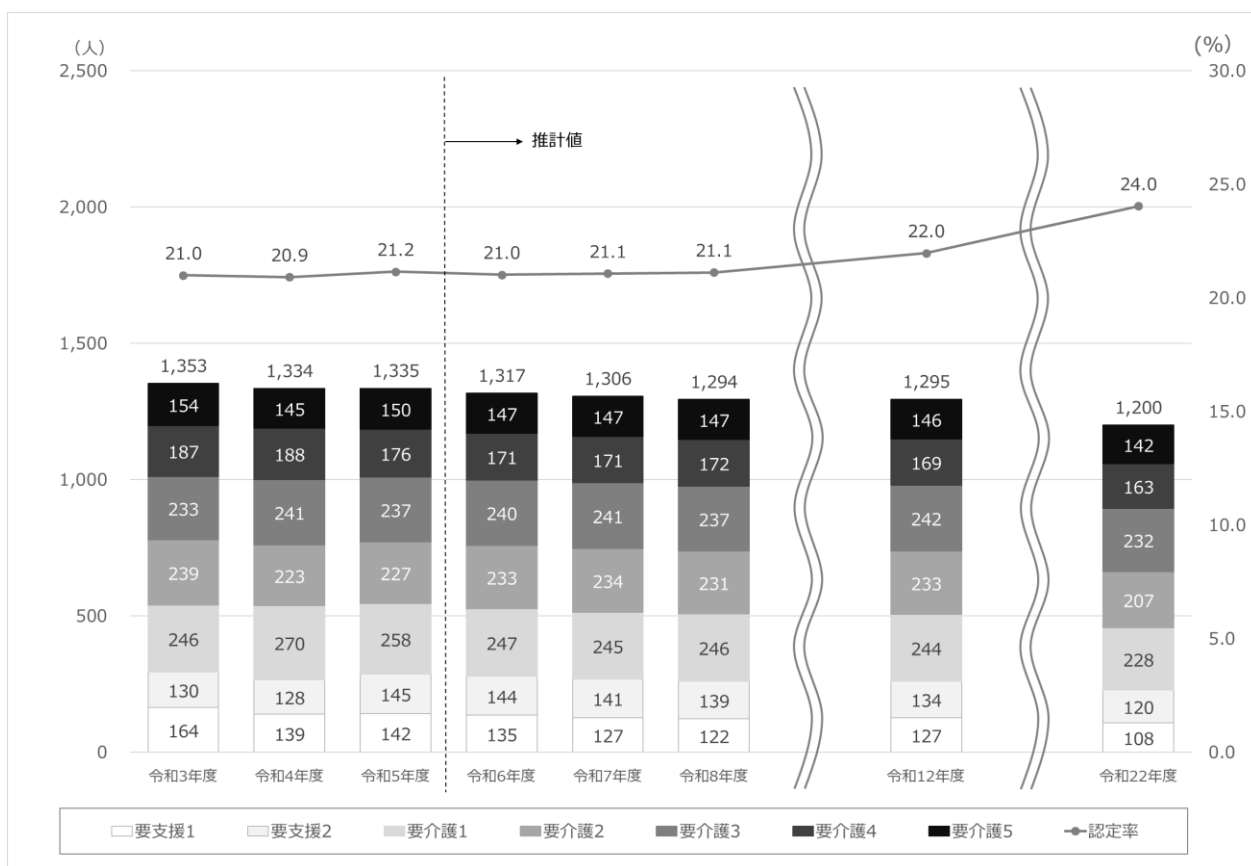
資料：地域包括ケア「見える化」システム

3 認定者数の推計

これまでの実績をもとに推計した要介護認定者数の推移をみると、年々ゆるやかに減少する傾向となっています。本計画期間中の令和6年度が1,317人、令和7年度が1,306人、令和8年度が1,294人となっており、令和5年度（1,335人）より41人減少すると見込まれます。

また、令和12年度及び令和22年度の将来推計をみると、令和12年度では認定者数、第1号被保険者数ともに本計画期間中と同程度と見込まれますが、令和22年度では認定者数が減少するものの、第1号被保険者数が1,000人以上大きく減少するため、認定率は24.0%に上昇すると見込まれます。

■要介護度別認定者数と認定率の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム

※要介護度別認定者数には第2号被保険者を含みます。

※認定率は第1号被保険者に占める認定者数の割合。

※16ページの認定者数動態とはデータ時点が異なるので令和3～4年度は一致しません。

4 居宅介護サービスの充実

(1) 訪問介護

訪問介護（ホームヘルプサービス）とは、ホームヘルパーが介護を受ける人の自宅を訪問し、身体介護や生活援助等を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護	回/年	54,114	53,912	54,284	51,464
	人/年	2,376	2,352	2,352	2,172

(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護とは、訪問入浴車によりそれぞれの家庭で入浴介護を受けるサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問入浴介護	回/年	528	528	528	522
	人/年	132	132	132	132
介護予防訪問入浴介護	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0

(3) 訪問看護・介護予防訪問看護

訪問看護とは、主治医の指示に基づいて、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が自宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。また、介護予防訪問看護は、主治医の指示に基づいて、看護師や保健師が要支援者の家庭を訪問し、介護予防を目的とした健康チェックや療養上の世話または診療補助を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問看護	回/年	13,372	13,412	13,164	12,157
	人/年	1,548	1,548	1,524	1,416
介護予防訪問看護	回/年	1,476	1,502	1,636	1,135
	人/年	156	156	168	120

(4) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションとは、病院・診療所の理学療法士（PT）・作業療法士（OT）が自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため必要なりハビリテーションを行うサービスです。また、介護予防訪問リハビリテーションは、要支援者に対して理学療法士や作業療法士などの専門家が居宅を訪問し、介護予防を目的に生活機能の維持回復を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問リハビリテーション	回/年	1,187	1,189	1,206	1,235
	人/年	96	96	96	96
介護予防訪問リハビリテーション	回/年	264	264	264	264
	人/年	24	24	24	24

(5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

居宅療養管理指導とは、主治医の指示により、病院・診療所の医師・薬剤師等が、自宅を訪問して、心身の状況や環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
居宅療養管理指導	人/年	576	576	576	576
介護予防居宅療養管理指導	人/年	36	36	36	36

(6) 通所介護

通所介護（デイサービス）とは、デイサービスセンター等に日帰りで通う利用者に対して、入浴・食事の提供、健康チェック、生活指導、ADL（日常生活動作）の向上のためのリハビリなどを行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
通所介護	回/年	31,098	30,745	30,593	28,615
	人/年	3,300	3,264	3,252	3,060

(7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

通所リハビリテーションとは、介護老人保健施設や病院・診療所に通う利用者に対して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための必要なリハビリテーションを行うサービスです。また、介護予防通所リハビリテーションは、要支援者に対しての介護予防を目的として、理学療法士・作業療法士により機能訓練等の必要なサービスの提供を行うものです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
通所リハビリテーション	回/年	8,380	8,284	8,318	7,262
	人/年	960	948	960	840
介護予防通所リハビリテーション	人/年	300	300	312	264

(8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

短期入所生活介護とは、在宅の要介護者等が介護老人福祉施設等に一時的に入所し、日常生活の世話等を受けるサービスです。また、介護予防短期入所生活介護は、要支援者が介護予防を目的に施設等に短期入所しながら、必要な介護等を受けるサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
短期入所生活介護	回/年	12,352	12,334	12,452	11,868
	人/年	756	756	756	708
介護予防短期入所生活介護	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0

(9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

短期入所療養介護とは、在宅の要介護者等が介護老人保健施設や介護医療院等に一時的に入所し、看護・医学的管理下の介護・機能訓練等を受けるサービスです。また、介護予防短期入所療養介護は、要支援者が介護予防を目的に施設等に短期入所しながら、必要な介護等を受けるサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
短期入所療養介護（老健）	回/年	1,566	1,559	1,573	1,570
	人/年	156	156	156	156
介護予防短期入所療養介護（老健）	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0
短期入所療養介護（病院等）	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0

(10) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護とは、有料老人ホームや軽費老人ホーム等の入居者が、その施設で特定施設サービス計画に基づき、介護や日常生活の世話、機能訓練・療養上の世話を受けるサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
特定施設入居者生活介護	人/年	300	300	300	300
介護予防特定施設入居者生活介護	人/年	60	60	60	48

(11) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与とは、介護ベッドや車いすなどの福祉用具をレンタルできるサービスです。また、介護予防福祉用具貸与は、要支援者が介護予防を目的として福祉用具をレンタルできるサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
福祉用具貸与	人/年	4,080	4,056	4,032	3,756
介護予防福祉用具貸与	人/年	1,092	1,044	1,092	936

(12) 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

特定福祉用具購入費の対象となる福祉用具には、衛生管理などの問題でレンタルが難しい特殊尿器・腰かけ便座・入浴補助用具・浴槽用手すり等があります。特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費は、これらを購入した場合にその費用の一部を支給するものです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
特定福祉用具購入費	人/年	72	72	72	48
介護予防特定福祉用具購入費	人/年	12	12	12	12

(13) 住宅改修

住宅改修では、要介護高齢者等の居宅における生活上の障壁を軽減するために、手すりの取り付けや段差の解消等を行う場合の費用の9割を保険給付として受けることができます。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
住宅改修（介護）	人/年	72	72	72	60
住宅改修（予防）	人/年	36	36	36	36

(14) 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援とは、在宅の要介護者等が、介護保険から給付される在宅サービス等を適正に利用できるように、要介護者等と契約した居宅介護支援事業所に属するケアマネジャーが、介護サービス計画の作成、居宅サービス事業者との連絡調整や、介護保険施設への紹介等のケアマネジメントを行うサービスです。また、介護予防支援は、要支援者に対する介護予防サービスのケアプランを作成するものです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
居宅介護支援	人/年	6,900	6,840	6,804	6,348
介護予防支援	人/年	1,416	1,368	1,344	1,188

5 地域密着型サービスの推進

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	人/年	36	36	36	24

(2) 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護とは、在宅にいる場合でも、夜間を含め24時間安心して生活できるように、夜間において、定期的な巡回訪問により、または通報を受け、訪問介護サービスを提供するものです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
夜間対応型訪問介護	人/年	0	0	0	0

(3) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護とは、認知症ではあるものの、ADL(日常生活動作能力)の比較的自立している居宅要介護者に対して、デイサービスセンター等において日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
認知症対応型通所介護	回/年	252	252	252	252
	人/年	12	12	12	252
介護予防認知症対応型通 所介護	回/年	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0

(4) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護とは、「通い」を中心として、居宅介護者の心身の状況、その置かれている環境や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供し、在宅での生活継続を支援するサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
小規模多機能型居宅介護	人/年	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人/年	0	0	0	0

(5) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護とは、身近な地域で、比較的安定状況にある認知症高齢者が共同生活をし、家庭的な雰囲気の中で、入浴・排泄・食事等の介護や日常生活の支援、機能訓練を受けるサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
認知症対応型共同生活介護	人/年	480	480	480	468
介護予防認知症対応型共同生活介護	人/年	0	0	0	0

(6) 地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護とは、入居定員が29人以下の有料老人ホームやケアハウスの入居者（要介護者、その配偶者その他厚生労働省令で定める者）に対し、介護サービス計画に基づき、食事や入浴、排泄等の介助やその他日常生活上の介助、機能訓練を行うサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
地域密着型特定施設入居者生活介護	人/年	0	0	0	0

(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護とは、居宅での介護が困難な人が特別養護老人ホーム（入所定員が29人以下）に入所して、食事や入浴、排泄など日常生活の介助、機能訓練、健康管理などのサービスを受けるものです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人/年	0	0	0	0

(8) 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護とは、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを複合型事業所において組み合わせて提供するサービスです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
看護小規模多機能型居宅介護	人/年	12	12	12	12

(9) 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護とは、小規模な通所介護事業所（利用定員が18人以下）における通所介護サービスが地域密着型サービスに移行して行われるものです。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計					
区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
地域密着型通所介護	回/年	6,218	6,234	6,042	5,942
	人/年	432	432	420	408

6 施設サービスの推進

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）とは、施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の管理を行うサービスを提供する施設です。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人福祉施設	人/年	2,892	2,892	2,880	2,880

(2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設とは、施設サービス計画に基づいて、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うサービスを提供する施設です。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人保健施設	人/年	912	912	912	912

(3) 介護医療院

介護医療院とは、日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の医療機能と生活施設としての機能を兼ね備え、医療と介護を一体的に提供する施設です。

第9期計画のサービス見込み量及び将来推計

区分		第9期			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護医療院	人/年	84	84	84	72

7 地域支援事業の推進

(1) 地域支援事業の概要

介護予防・日常生活支援総合事業など以下のサービスを提供していきます。

区 分	事 業
介護予防・日常生活支援総合事業	
介護予防・生活支援サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号訪問事業 ・第1号通所事業 ・第1号生活支援事業 ・第1号介護予防支援事業
一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・自主活動グループに対する活動支援 ・認知症予防（脳トレ）、脳トレ教室 ・転倒予防等運動機能の向上教室 ・口腔機能向上教室 ・介護予防総合教室 ・介護予防対象者把握事業
包括的支援事業	
介護予防マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアプラン
総合相談・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険・医療・保健・福祉に関すること
虐待防止・権利擁護	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待及び成年後見制度等に関すること
包括的・継続的マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア体制構築に向けた連携体制づくり
地域包括支援センターの体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア体制構築に向けた連携体制づくり ・高齢者の支援体制の強化 ・地域包括支援センター機能の周知・啓発
在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療推進協議会の設置
認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームの設置 ・認知症地域支援推進員の配置 ・認知症ケアパスの作成
生活支援サービスの基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーターの設置 ・生活支援サービス協議体の設置
任意事業	
介護給付等費用適正化	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定の適正化（認定調査状況チェック） ・ケアマネジメント等の適正化（ケアプランの点検・住宅改修等の点検） ・サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化（医療情報との突合、縦覧点検、介護給付費通知）
家族介護支援	<ul style="list-style-type: none"> ・家族介護者に対する身体的・精神的な支援の充実や介護技術習得に対する支援 ・家族介護用品支給事業
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成 ・高齢者等見守り配食サービス

(2) 地域支援事業費の推計

■地域支援事業費推計

●介護予防・日常生活支援総合事業

単位：千円

サービス種別・項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護相当サービス	12,000	12,000	12,000
通所介護相当サービス	37,200	37,200	37,200
栄養改善や見守りを目的とした配食	3,000	3,300	3,600
定期的な安否確認、緊急時の対応、住民ボランティア等の見守り	0	0	0
その他、訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	7,359	7,359	7,359
介護予防把握事業	2,564	2,564	2,564
介護予防普及啓発事業	0	0	0
地域介護予防活動支援事業	0	0	0
一般介護予防事業評価事業	0	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	0	0	0

●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

単位：千円

サービス種別・項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)	40,052	40,052	40,052
任意事業	9,254	9,254	9,254

●包括的支援事業(社会保障充実分)

単位：千円

サービス種別・項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療・介護連携推進事業	3,000	3,000	3,000
生活支援体制整備事業	17,000	17,000	17,000
認知症初期集中支援推進事業	720	720	720
認知症地域支援・ケア向上事業	0	0	0
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	0	0	0
地域ケア会議推進事業	425	425	425

●地域支援事業費計

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	62,123	62,423	62,723
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業費	49,306	49,306	49,306
包括的支援事業(社会保障充実分)	21,145	21,145	21,145
地域支援事業費	132,574	132,874	133,174

※端数処理のため合計が一致しない場合があります。

8 介護保険事業に関する費用の推計

(1) 介護保険事業に関する費用の推計

① 予防給付費の推計

要支援1・2の人に対する予防給付として、「介護予防サービス」「地域密着型介護予防サービス」等の給付費を試算すると、次のようになります。

■ 予防給付費推計

単位：千円

サービスの種類	第9期			将来推計
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	5,132	5,241	5,678	3,942
介護予防訪問リハビリテーション	756	757	757	757
介護予防居宅療養管理指導	189	190	190	190
介護予防通所リハビリテーション	11,101	11,115	11,638	9,791
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	7,627	7,271	7,627	6,512
介護予防特定福祉用具購入費	407	407	407	407
住宅改修（介護予防）	2,585	2,585	2,585	2,585
介護予防特定施設入居者生活介護	3,228	3,232	3,232	2,586
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
介護予防支援	6,575	6,362	6,252	5,525
合計【予防給付費】	37,600	37,160	38,366	32,295

※端数処理のため合計が一致しない場合があります。

② 介護給付費の推計

要介護1～5の人に対する介護給付として「居宅介護サービス」「地域密着型サービス」「介護保険施設サービス」等の給付費を試算すると、次のようになります。

■介護給付費推計

単位：千円

サービスの種類	第9期			将来推計
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
居宅介護サービス				
訪問介護	159,785	159,492	161,023	152,105
訪問入浴介護	7,411	7,421	7,421	7,337
訪問看護	56,476	56,725	55,721	51,384
訪問リハビリテーション	3,572	3,584	3,635	3,709
居宅療養管理指導	5,646	5,654	5,654	5,628
通所介護	226,190	224,052	222,984	208,156
通所リハビリテーション	70,187	69,562	69,740	60,320
短期入所生活介護	109,846	109,832	110,921	105,694
短期入所療養介護（老健）	16,948	16,890	17,049	17,020
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
福祉用具貸与	51,443	51,322	50,886	47,158
特定福祉用具購入費	2,589	2,589	2,589	1,696
住宅改修（介護）	6,398	6,398	6,398	5,066
特定施設入居者生活介護	63,771	63,851	63,851	63,989
地域密着型介護予防サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4,246	4,251	4,251	2,649
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	3,029	3,032	3,032	3,032
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	124,618	124,776	124,776	121,727
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	3,561	3,566	3,566	3,566
地域密着型通所介護	60,857	61,091	59,387	58,806
居宅介護支援	113,530	112,728	112,153	104,593
施設サービス				
介護老人福祉施設	795,799	796,806	793,757	793,156
介護老人保健施設	250,398	250,715	250,715	251,312
介護医療院	35,997	36,042	36,042	30,782
合計【介護給付費】	2,172,297	2,170,379	2,165,551	2,098,885

※端数処理のため合計が一致しない場合があります。

③ 標準給付費の推計

介護給付費及び予防給付費の合計に、特定入所者介護サービス費等、高額介護サービス費等、審査支払手数料を合わせた標準給付費を試算すると、次のようになります。

■標準給付費推計

単位：円

区分	第9期			合計
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
総給付費	2,209,897,000	2,207,539,000	2,203,917,000	6,621,353,000
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	111,141,434	110,560,510	110,400,162	332,102,106
特定入所者介護サービス費等給付額	109,594,327	108,883,701	108,725,785	327,203,813
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	1,547,107	1,676,809	1,674,377	4,898,293
高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	63,591,201	63,269,461	63,177,480	190,038,142
高額医療合算介護サービス費等給付額	8,759,179	8,678,511	8,651,622	26,089,312
算定対象審査支払手数料	1,666,448	1,651,104	1,646,008	4,963,560
合計【標準給付費見込額】	2,395,055,262	2,391,698,586	2,387,792,272	7,174,546,120

区分	将来推計
	令和22年度
総給付費	2,131,180,000
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	102,882,859
特定入所者介護サービス費等給付額	119,246,631
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	0
高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	58,751,474
高額医療合算介護サービス費等給付額	8,234,838
算定対象審査支払手数料	1,566,712
合計【標準給付費見込額】	2,302,615,883

※端数処理のため合計が一致しない場合があります。

④ 介護保険料算定にかかる事業費

標準給付費と地域支援事業費を合わせた介護保険料算定にかかる事業費を試算すると、次のようになります。

■介護保険料算定にかかる事業

単位：円

区分	第9期			合計
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
標準給付費	2,395,055,262	2,391,698,586	2,387,792,272	7,174,546,120
地域支援事業費	136,098,000	136,398,000	136,698,000	409,194,000
合計	2,531,153,262	2,528,096,586	2,524,490,272	7,583,740,120

区分	将来推計
	令和22年度
標準給付費	2,302,615,883
地域支援事業費	141,041,961
合計	2,443,657,844

※端数処理のため合計が一致しない場合があります。

(2) 第1号被保険者の保険料の段階設定について

本計画期間において、第1号被保険者（65歳以上）の介護保険料基準月額、所得段階に応じた保険料となります。この保険料は、基準月額を基に低所得者の方の負担が重くなり過ぎないように、所得に応じて13段階に設定しています。

■第9期介護保険事業計画期間（令和6～8年度）における保険料段階設定

保険料段階	対象者		保険料率	保険料年額 (月額)
第1段階	○被保護者（生活保護受給者）		0.455 (0.285)	軽減後保険料 21,800円 (1,817円)
	世帯非課税	○高齢福祉年金受給者 ○年金収入等金額が 80万円以下		
○年金収入等金額が 80万円超120万円以下		0.685 (0.485)	軽減後保険料 37,100円 (3,092円)	
○年金収入等金額が 120万円超		0.69 (0.685)	軽減後保険料 52,400円 (4,367円)	
第4段階	世帯課税	○本人非課税で年金収入等金額が80万円以下	0.9	68,800円 (5,733円)
第5段階 (基準額)		○本人非課税で年金収入等金額が80万円超	1.0	76,500円 (6,375円)
第6段階	本人課税	○合計所得金額が 120万円未満	1.2	91,800円 (7,650円)
第7段階		○合計所得金額が 120万円以上210万円未満	1.3	99,400円 (8,295円)
第8段階		○合計所得金額が 210万円以上320万円未満	1.5	114,700円 (9,558円)
第9段階		○合計所得金額が 320万円以上420万円未満	1.7	130,000円 (10,833円)
第10段階		○合計所得金額が 420万円以上520万円未満	1.9	145,300円 (12,108円)
第11段階		○合計所得金額が 520万円以上620万円未満	2.1	160,600円 (13,383円)
第12段階		○合計所得金額が 620万円以上720万円未満	2.3	175,900円 (14,658円)
第13段階	○合計所得金額が 720万円以上	2.4	183,600円 (15,300円)	

*年金収入等金額＝当該保険料の賦課期日が属する年の前年中における公的年金等の収入金額及び当該保険料の賦課期日が属する年の前年における合計所得金額の合計額をいいます。

*公的年金等の収入金額＝所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいいます。

- * 合計所得金額＝地方税法第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額から「収用等の譲渡所得に係る特別控除等」を除いた金額となります。
- * 課税・非課税＝当該保険料の賦課期日の属する年度分の地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第 328 条の規定によって課する所得割を除く。）をいいます。

(3) 第1号被保険者の保険料について

① 第1号被保険者が負担すべき費用（保険料収納必要額の見込み）

「保険料収納必要額」とは、本計画期間において第1号被保険者の保険料として確保することが必要な額です。

算出方法は、各年度における介護保険事業に要する費用の見込額（「標準給付費」＋「地域支援事業」）の23.0%が、「第1号被保険者負担相当額」となり、それに調整交付金の全国平均（5.0%）との格差分を加え、財政安定化基金拠出金見込額、財政安定化基金償還金、審査支払手数料差引額、市町村特別給付費等見込額、市町村相互財政安定化事業負担額を加算し、準備基金取崩見込額、市町村相互財政安定化事業交付額、保険者機能強化推進交付金等の交付見込額を差し引いたものが「保険料収納必要額」となります。

第1号被保険者の保険料を算出するにあたって、必要となるパラメータについては以下の通りとなっています。本計画期間中において、介護給付準備基金を1億3,500万円取り崩すこととしています。また、所得に応じて11段階としていた区分を政令改正に伴い13段階とし、補正後被保険者数を算出しています。

■保険料収納必要額

区分	備考	第9期合計額
標準給付見込額（Ⅰ）		7,174,546,120円
地域支援事業費（Ⅱ）	①+②+③	409,194,000円
介護予防・日常生活支援総合事業費①		197,841,000円
包括支援事業（地域包括支援センターの運営及び任意事業費）②		147,918,000円
包括支援事業（社会保障充実分）③		63,435,000円
第1号被保険者負担分相当額（A）	$(Ⅰ+Ⅱ) \times 23.0\%$	1,744,260,228円
調整交付金相当額（B）	$(Ⅰ+①) \times 5.0\%$	368,619,356円
調整交付金見込額（C）	R6:8.80% R7:8.62% R8:8.67%	641,156,000円
財政安定化基金拠出金見込額（D）		0円
財政安定化基金償還金見込額（E）		0円
準備基金取崩見込額（F）		135,000,000円
審査支払手数料差引額（G）		0円
市町村特別給付費等（H）		0円
市町村相互財政安定化事業負担額（I）		0円
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額（J）		12,000,000円
保険料収納必要額（K）	$A+B-C+D+E-F+G+H+I-J$	1,324,723,584円

*第9期の第1号被保険者の保険料基準額（月額）は、「保険料収納必要額」と「所得段階別加入割合補正後被保険者数」から算出されます（次頁参照）。また、令和22年度までを見据えた将来推計に基づいて試算すると、令和12年度は8,184円、令和22年度は9,420円となる見込みです。

◆第1号被保険者の保険料額の算出

第1号被保険者の 保険料基準額 (年額) 76,500 円 (月額) 6,375 円	=	保険料収納必要額 1,324,723,584 円	÷	予定保険料収納率 99.00%
		所得段階別加入割合補正後被保険者数 17,475 人		

第6章 計画の推進体制

1 連携体制の強化

(1) 関係機関等との連携

本計画の目標の実現に向け、和歌山県・近隣自治体及び関係機関・関係団体等との連携により、介護・医療・福祉の施策を一体的に進め、施策の総合的・効果的な実施に努めます。

(2) 庁内の連携体制

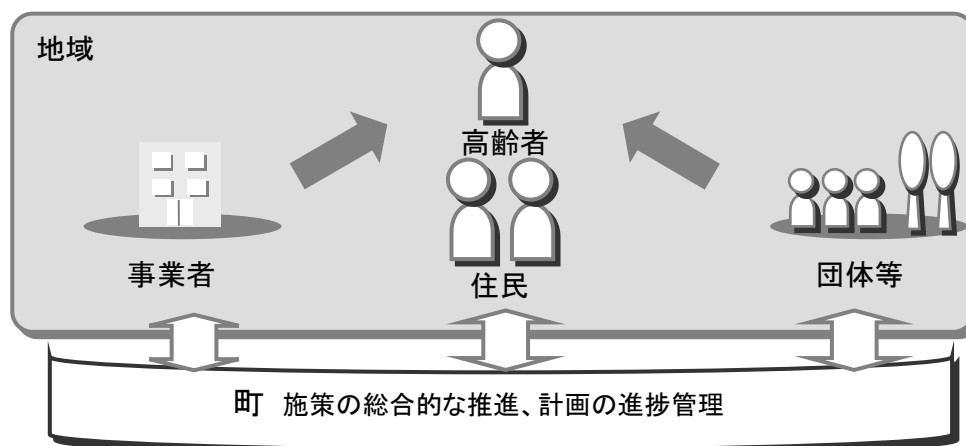
本計画は、介護保険事業の円滑な運営とともに、高齢者の住み慣れた地域での生活を支え、健康で生きがいのある生活を送ることができるよう、保健・福祉・医療分野のみならず生涯学習、文化・スポーツ、生活空間などの総合的な支援に取り組む方針を示しています。

そのため、計画の推進に当たっては、地域包括ケア会議などにおいて、庁内関連部局と連携し、高齢者対策の協議や各種施策・事業を推進していきます。

(3) 地域との協働体制

本計画は、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、地域全体で高齢者を支える体制を実現していくための計画でもあります。

そのため、行政はもちろんのこと、住民、団体や関連機関、事業者、地域が相互に連携を図りながら役割分担のもと、取り組みを進めることが重要となります。



① 町

町は、高齢者等の保健・医療・福祉施策の充実や総合的な推進、施設の計画的な整備、人材確保への支援に努め、計画の進行管理を行います。

また、身近な地域での助け合いや見守りの啓発、地域における福祉活動の支援に努めます。

② 住民

生涯を通じていきいきと健康に暮らせるよう、趣味や生涯学習・スポーツ等の活動に積極的に取り組み、生きがいを持って積極的に社会参加を行うとともに、健康づくりや介護予防に積極的に取り組むことが望まれます。

また、地域福祉の担い手として、地域課題の解決に向けた福祉活動へ積極的に参加・協力していくことが期待されます。

③ 団体等

老人クラブや民生児童委員、ボランティア団体等については、ボランティア活動や交流活動、見守り活動、訪問活動などの福祉活動を通じて、公的サービスのみでは対応が難しい地域の問題に積極的に対応していくことが期待されます。

また、社会福祉協議会については、ボランティア活動支援や地域福祉の推進役としての役割が期待されます。

④ 事業者

日常業務において高齢者と接する機会の多い民間事業者は、見守りの協力機関として地域の高齢者に対する見守りなどを行うことが期待されます。

一方、介護保険のサービス提供事業者においては、サービス利用者本人の意向を尊重し、家族との間に立って適切なサービスを選択できるよう、情報の提供や相談対応などのサポートをすることが求められます。

また、町と事業者間での情報交換を進め連携を強化していきます。

⑤ 地域

地域では、自治会等の住民組織を中心に、地域行事や健康づくり、生涯学習・スポーツ活動、文化活動等を通じて高齢者同士や世代間交流を図るとともに、孤立や閉じこもりの防止、また支援を必要とする高齢者等の見守り、在宅介護支援の体制づくりの協力・連携が求められます。

2 情報提供と相談窓口の充実

(1) 介護保険やサービス等に関する情報の広報

介護保険利用ガイドの発行により、介護保険制度の周知を図るとともに、介護予防の方法や家族介護の方法等、技術的な支援についても継続的に情報発信を行います。

また、居宅介護支援事業者や介護サービス提供事業者等に対して、適切な介護サービスが提供できるよう、制度改正の内容等、適宜、情報提供を行います。

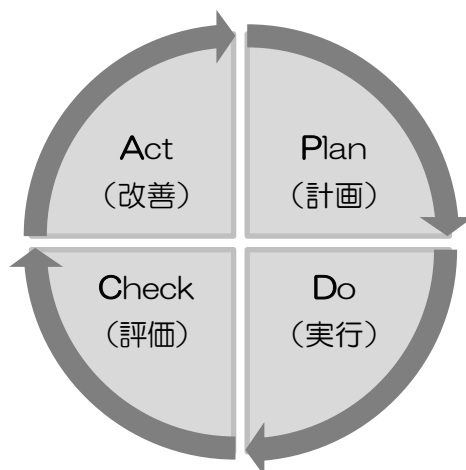
(2) 相談窓口の充実

増大する介護、医療、保健、福祉サービスの需要に対して、地域包括支援センターの機能強化や庁内関係課等との連携を図るとともに、相談に加え、各種サービスに関する情報発信に努めます。

また、町の窓口及び民生児童委員等の協力により、相談に迅速かつ適切に対応できるよう努めます。なお、苦情があった場合には、関係機関と連携を取り、迅速に対応していきます。

3 計画の評価・検討

計画内容を着実に実行するために、関係各課を含めて、本計画の進捗状況を各年度点検・評価するとともに、高齢者福祉を巡る状況の変化を加味して、より適正な進捗が図られるように施策・事業の見直し、調整を行います。



自立支援・重度化予防に向け、地域マネジメントを実施 <PDCAサイクル>

- ① 地域の実態把握・課題分析
- ② 地域の共通目標を設定
- ③ 目標達成に向けた具体的な計画の策定
- ④ 計画に基づき、自立支援・介護予防に向けた取り組みを推進
- ⑤ 実施した施策・取り組みの検証（目標の達成状況の評価）

參考資料

かつらぎ町介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会設置要綱

平成 20 年 6 月 6 日

要綱第 21 号

(目的)

第 1 条 かつらぎ町介護保険事業計画及び高齢者福祉計画(以下「事業計画」という。)作成に関する事項を審議するため、かつらぎ町介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(任務)

第 2 条 委員会は、事業計画の作成に関する事項について審議する。

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 20 名以内をもって構成し、次の各号に掲げるものから町長が委嘱する。

- (1) 福祉・保健・医療機関団体代表者
- (2) 識見を有する者
- (3) 被保険者を代表する者

(任期)

第 4 条 委員の任期は、事業計画の作成が終了したとき満了するものとする。ただし、任期中であっても、委員として委嘱を受けべき役職を離れた時は、委員の職を失うものとし、その後任の役職者に対し、引き続き委嘱することができるものとする。

(役員)

第 5 条 委員会に会長及び副会長各 1 名を置くこととし、委員の中から互選する。

2 会長は、委員会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第 6 条 会長は、委員会の会議(以下「会議」という。)を招集し、その議長となる。

2 委員会の議事は、出席委員の過半数でこれを決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

3 会長は、必要と認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、説明又は意見を聴くことができる。

(事務局)

第 7 条 委員会の庶務は、健康推進課において処理する。

(その他)

第 8 条 この要綱に定めるもののほか、委員会に必要な事項は、会長が委員会に諮って定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成 20 年 4 月 1 日から適用する。

附 則(平成 29 年 6 月 12 日告示第 134 号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則(平成 30 年 3 月 5 日告示第 32 号)

この告示は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会委員名簿

氏 名	所 属 団 体 等	備 考
中 前 光 雄	かつらぎ町社会福祉協議会代表 (かつらぎ町自治区長会)	会長、1号委員
上 田 孝 子	社会福祉法人愛光園代表	1号委員
岡 本 勝 哉	社会福祉法人あさひ代表	副会長、1号委員
渡 部 綾 子	社会福祉法人紀和福社会代表	1号委員
北 林 佳 憲	かつらぎ町医師会代表	1号委員
妙 中 泰 之	伊都歯科医師会代表	1号委員
中 谷 宏 子	伊都薬剤師会代表	1号委員
林 和 幹	和歌山県立医科大学附属病院紀北分院 地域医療連携室代表	1号委員
服 部 園 美	和歌山県立医科大学保健看護学部 老年看護学教授	2号委員
大 浦 俊 一	妙寺公民館長 (かつらぎ町自治区長会)	2号委員
阪 口 緑	かつらぎ町民生児童委員代表	2号委員
高 橋 喜 章	かつらぎ町人権擁護委員代表	2号委員
藤 岡 稔 忠	かつらぎ町老人クラブ連合会代表 (かつらぎ町自治区長会)	3号委員
中 丸 幸 子	被保険者代表	3号委員

かつらぎ町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画作成委員会審議経過

年 月 日	内 容
令和5年12月14日	<p>第1回 作成委員会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委員紹介 ・会長及び副会長選任 ・第9期計画策定にあたって（趣旨など） ・かつらぎ町の現状と課題（ニーズ調査結果等） ・計画の基本的な考え方（基本理念、基本目標、施策体系等） ・その他（今後のスケジュール等） ・質疑・意見交換
令和6年1月23日	<p>第2回 作成委員会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第9期介護保険料について ・第9期事業計画について ・その他（かつらぎ町の現状と将来推計） ・質疑・意見交換
令和6年2月22日	<p>第3回 作成委員会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第9期計画書総括 <ul style="list-style-type: none"> 第1章 計画作成にあたって 第2章 かつらぎ町の現状と課題 第3章 計画の基本的な考え方 第4章 施策の展開 第5章 介護保険事業の見通し 第6章 計画の推進体制 ・その他（第2回委員会で出た意見に関して） ・質疑・意見交換

かつらぎ町

第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

発行年月 : 令和6年3月

発行 : かつらぎ町 健康推進課

〒649-7192 和歌山県伊都郡かつらぎ町丁ノ町 2160

TEL : 0736-22-0300 (代表)
