

第9期

羽曳野市高年者いきいき計画

[高齡者福祉計画及び介護保険事業計画]

令和6年3月

羽曳野市

あいさつ（はじめに）

本市の人口は、2002 年をピークに減少しており、高齢化率は 2020 年に 30%を超えました。また、高齢者数は 2020 年をピークに減少していますが、あわせて生産者人口も減少することから、高齢化率は、引き続き上昇していくことが予想されています。

こうした状況のなか、第 9 期羽曳野市高年者いきいき計画は「高齢者が健康で“いきいき”と活躍ができ だれもが安心して暮らし続けられる 支え合いのまち はびきの」を基本理念として策定することとしました。

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けるための、さらなる「地域包括ケアシステムの深化・推進」に取り組んでまいります。

地域包括ケアシステムの目指す方向として、地域共生社会の実現があります。そのためには、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援等の制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という一方向の関係ではなく、だれもが支え・支えられるものであるという考えのもと、人と人がつながり、助け合いながら、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、そして社会参加ニーズにも対応し、住み慣れた地域で、孤立せずに暮らしていくことのできる地域社会の発展を目指します。また、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくために、既存施設や事業所の今後の在り方を含めて検討もしてまいります。

介護保険制度は、第 9 期計画期間をもって四半世紀を迎えます。介護が必要な高齢者の支えとして定着、発展してきました。これから迎える“超超”高齢社会を乗り越え活力ある地域社会の実現に向けて、また 2040 年等の中長期を見据えて、介護予防施策の強化・推進を図り、制度の持続可能性を高めつつ健全な介護保険事業運営を行うため、積極的な取り組みを進めてまいりますので、市民の皆様をはじめ、関係機関の一層のご理解とご尽力、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、本計画の策定にあたり、貴重なご意見、ご指導を賜りました介護保険等推進協議会委員の皆様をはじめ、アンケート調査等にご協力くださった皆様、関係各位に心からお礼申し上げます。

令和 6 年 3 月

羽曳野市長 山入端 創



目 次

第1章 計画の策定にあたって	1
1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の位置づけ(法令等の根拠及び他計画との関係)	2
3. 計画の期間.....	3
4. 計画の策定体制.....	3
第2章 羽曳野市の高齢者を取り巻く現状	5
1. 高齢者を取り巻く現状.....	5
2. 地域ケア会議等における地域分析結果.....	25
3. 第8期における介護給付等対象サービスの状況及び計画比較.....	26
第3章 計画の基本理念及び基本目標.....	31
1. 計画の基本理念	31
2. 計画の基本目標.....	32
3. 日常生活圏域の設定	39
第4章 地域包括ケアシステムの現状・課題と今後の展開	42
1. 現状・課題及び今後の方針	42
2. 地域支援事業と健康づくり	44
3. 生活しやすい環境の整備のための住まい及び移動手段の安定的な確保等	74
4. 高齢者の「生きがいづくり」「社会参加」「活躍の場の整備」.....	77
5. 地域のネットワーク(ふれあいネット雅び)の推進	81
第5章 介護・福祉サービスの基盤整備方針・人材確保策及び高齢者の安全確保等の対策.....	82
1. 介護・福祉サービスの基盤整備方針	82
2. 地域包括ケアシステムを支える人材の確保、働きやすい環境整備及び介護現場の生産性の向上の推進等....	88
3. 介護サービス情報の公表、介護サービス事業者経営情報の報告等	90
4. 災害・感染症への対応	91
5. 虐待防止対策の推進	93
第6章 介護保険事業の将来推計〔介護給付等対象サービス及び地域支援事業の量の見込み等〕.....	96
1. 将来推計の方法	96
2. 人口、第1号被保険者、認定者数等の推計	98
3. 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量及び確保方策等	100
4. 各年度における地域支援事業の量の見込み	107
5. 第1号被保険者介護保険料.....	108
第7章 介護保険制度の円滑な運営	110
1. 自立支援・介護予防等の取組み及び目標設定	110
2. 介護給付の適正化への取組み及び目標設定	110

3. 介護保険制度の適正・円滑な運営	111
第8章 計画の推進・保険者機能の強化	115
1. 目標の達成状況の点検・評価・公表及び調査等	115
2. 計画の推進体制	117
■別紙1「被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組み及び目標設定」	118
■別紙2「第6期介護給付適正化計画」	119
資料編	123
1. 第1号被保険者の介護保険料の算出状況	123
2. 介護保険等推進協議会諮問・答申	124
3. 第8期羽曳野市介護保険等推進協議会委員名簿	126
4. 第9期羽曳野市高年者いきいき計画策定経過	127
5. 用語解説	128

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

2000年4月、21世紀の超高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帯の理念に基づき、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして、介護保険制度が創設されました。四半世紀の歴史を刻み、介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、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。さらに、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確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を図る制度へと進化してきています。

介護保険法に基づく介護保険事業計画は第6期計画において「地域包括ケア計画」として位置づけられ、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを目指した「地域包括ケアシステム」の構築を推進してきました。さらに第7期計画以降においては、地域包括ケアシステムの深化・推進により、高齢者のみならず、障害者や子どもなどを含むすべての人を対象とした「地域共生社会」の実現を見据えた計画となっています。

第9期となる本計画では、いわゆる団塊の世代が75歳以上となり高齢者人口が増加することで社会保障制度に大きな影響をもたらすとされてきた令和7年（2025年）を計画期間中に迎えます。さらに、今後は現役世代の急減という局面に差し掛かり、これまで通念とされてきた「若い世代が社会保障を支える」という構造から、「全世代で社会保障を支え、また社会保障で全世代を支える」という理念のもと全世代型の社会保障への転換が求められます。

本市では、介護保険制度の創設に合わせて、市の高齢者施策の基本理念等を定めた羽曳野市高年いきいき条例を制定するとともに、これまで3年ごとに高年者いきいき計画を策定し、計画的、総合的に施策を展開してきました。制度初期から地域ケアシステムの構築を掲げ、介護サービス基盤の整備を進めるとともに、高齢者に身近な地域における支え合いのネットワーク「ふれあいネット雅び」をの活動を推進してきました。また、介護予防拠点を整備し、予防・健康づくりに先行的に取り組んできました。第3期からは、高齢者介護システムは「地域包括ケアシステムの構築」を軸とし、地域包括支援センターや地域密着型サービス、地域支援事業の創設など新たな展開を図り、第6期からは介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、合わせて保険者機能の強化、在宅医療と介護の連携強化などを推進しています。

これまで、各期で「わがまちの介護のデザイン」として計画を策定し、施策を推進してきました。

第9期高年者いきいき計画は、第8期計画の到達点を踏まえ、地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現を目指し、本市の地域性に応じた「地域デザイン」を描くことを目的として策定するものです。

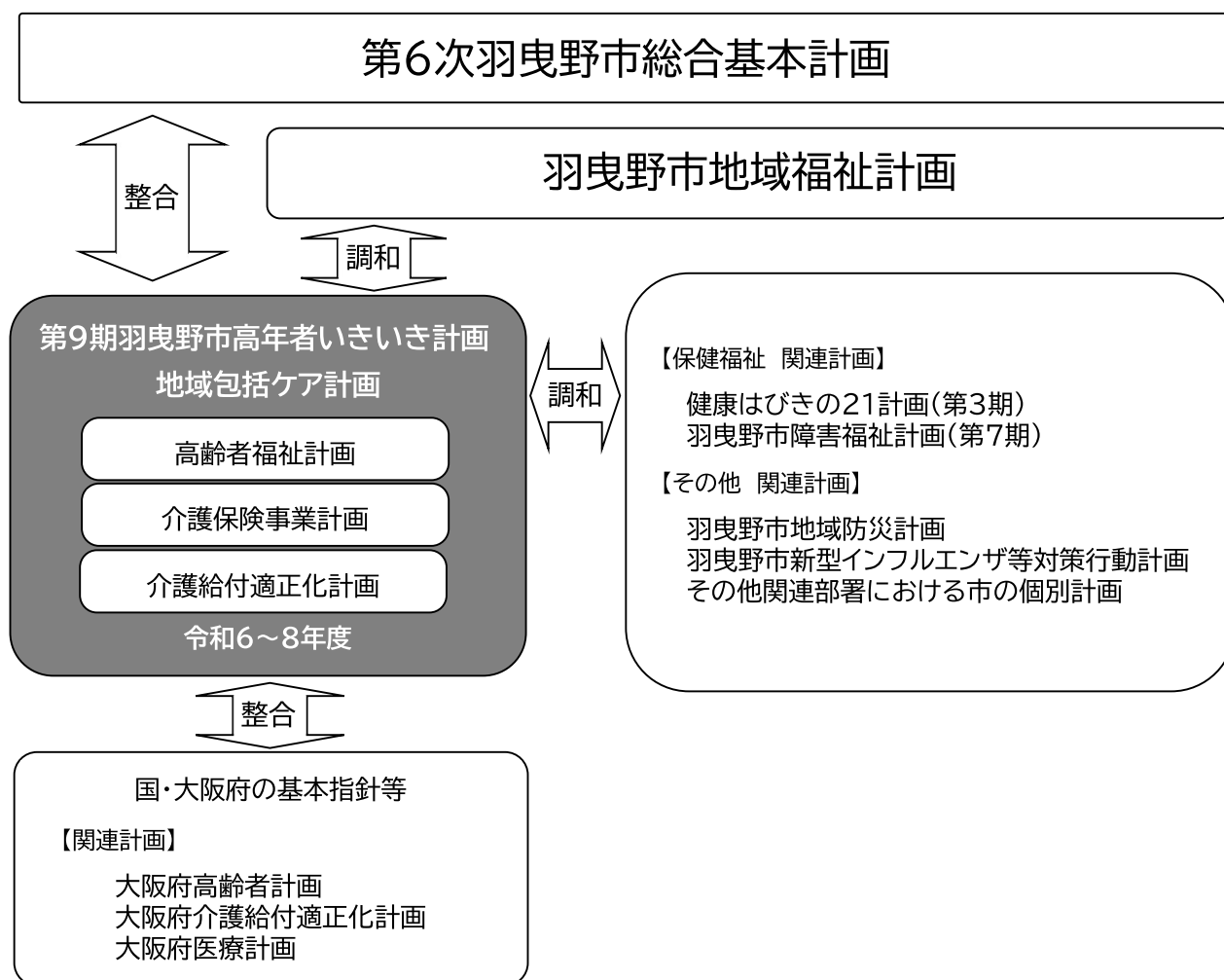
2. 計画の位置づけ（法令等の根拠及び他計画との関係）

本計画は、介護保険法及び老人福祉法に定めるところにより、国の基本指針等に則して策定したものです。

また、同法に規定する介護保険事業計画と老人福祉計画を一体のものとして策定し、「地域包括ケア計画」として位置付け、「第6期介護給付適正化計画」を織り込んだ計画としています。

本計画は、「羽曳野市総合基本計画」に掲げた「ひと、自然、歴史文化を育み 笑顔輝く はびきの ～みんなでつくる だれもが住みたいまち～」の実現を目指すための高齢者施策（高齢社会対策）に関わる部門計画として策定します。また、本市が定める（今後作成する場合も含む）地域福祉計画、健康はびきの21計画、障害福祉計画、地域防災計画、その他、保健、医療、福祉、交通、住まい等に関する事項を定める計画及び方針と調和が保たれたものとしします。

■図 1-1：計画の位置づけ

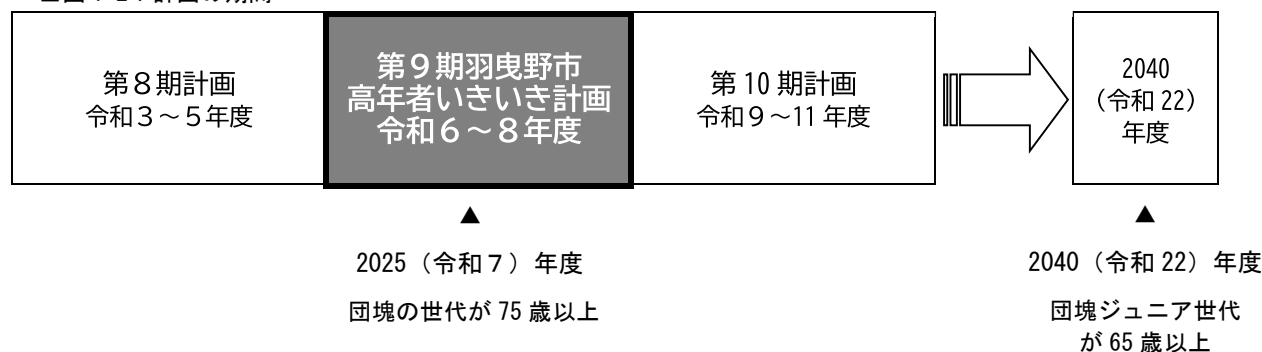


3. 計画の期間

介護保険法の規定により、介護保険事業計画は3年を1期として作成するものとされており、本計画は令和6年度から令和8年度までを計画期間として、令和5年度中に作成したものです。

また、第9期介護保険事業計画は、2040年等の中長期を見据えて、第9期の位置づけ及び目標を設定する必要があることから、本計画は、本市の人口構造の変化や介護需要の動向を踏まえた中長期的な期間を考慮するものです。

■図 1-2：計画の期間



4. 計画の策定体制

（1）介護保険等推進協議会の開催

介護保険事業の運営及び地域包括ケアシステムの構築については、幅広い関係者の協力を得て、地域の課題や目指すべき方向性を共有し、地域の実情に応じたものとするのが重要です。こうした観点から、学識経験者、保健医療関係者、福祉関係者、サービス提供事業者、被保険者代表者等の幅広い関係者の意見を反映することが必要です。

本市では、羽曳野市高年いきいき条例の規定により、「羽曳野市介護保険等推進協議会」に本計画の策定に関して諮問し、答申及び意見具申を受けて策定しました。

（2）市民意見等の反映手続き

1) 各種調査等による市民意見の反映

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査、介護サービス事業者（法人）調査、施設・居住系事業所調査、介護サービス事業所ヒアリングなどにより、実態を把握し、意見を聴取して計画に反映しました。

2) 意見反映のための措置等

介護保険等推進協議会において本計画策定の審議をし、幅広い関係者から出された提案や意見を反映しました。計画の策定にあたり、市民意見反映手続き（パブリックコメント）を行い、広く市民の意見を把握し、反映しました。

(3) 市関係部局相互間の連携

本計画の検討、立案過程において、高齢者施策に関連する関係部署と連携する体制として、調整協議を行うとともに、地域包括ケアシステム構築に向けたプロジェクトチームを設置して策定しました。

(4) 情報の公開

本計画の策定過程においては、介護保険等推進協議会の会議資料、第8期介護保険事業計画「取り組みと目標」に対する自己評価シート、介護保険事業計画と実績値との比較分析（考察結果）、地域分析検討シートなどを市ウェブサイトに掲載するなど情報の公開に努めました。

(5) 大阪府との連携

1) 広域的な調整等

大阪府は、府が定めた高齢者福祉圏域において、市町村相互間の施設の整備等に関する広域的調整を図っています。

本市は、本計画の策定過程において、大阪府主催の説明会に参加するとともに、作成上の技術的事項における助言や協議を大阪府と行い、調整及び連携を図りました。

2) 大阪府高齢者計画及び地域医療構想を含む医療計画の整合等

本計画は、大阪府高齢者計画（高齢者福祉計画、介護保険事業支援計画、介護給付適正化計画及び認知症施策推進計画）との整合を図って策定しました。

また、大阪府地域医療構想を含む医療計画との整合を確保するため、大阪府と市町村の医療・介護担当者等との協議の場での協議等を通じて大阪府との連携を図りました。

第2章 羽曳野市の高齢者を取り巻く現状

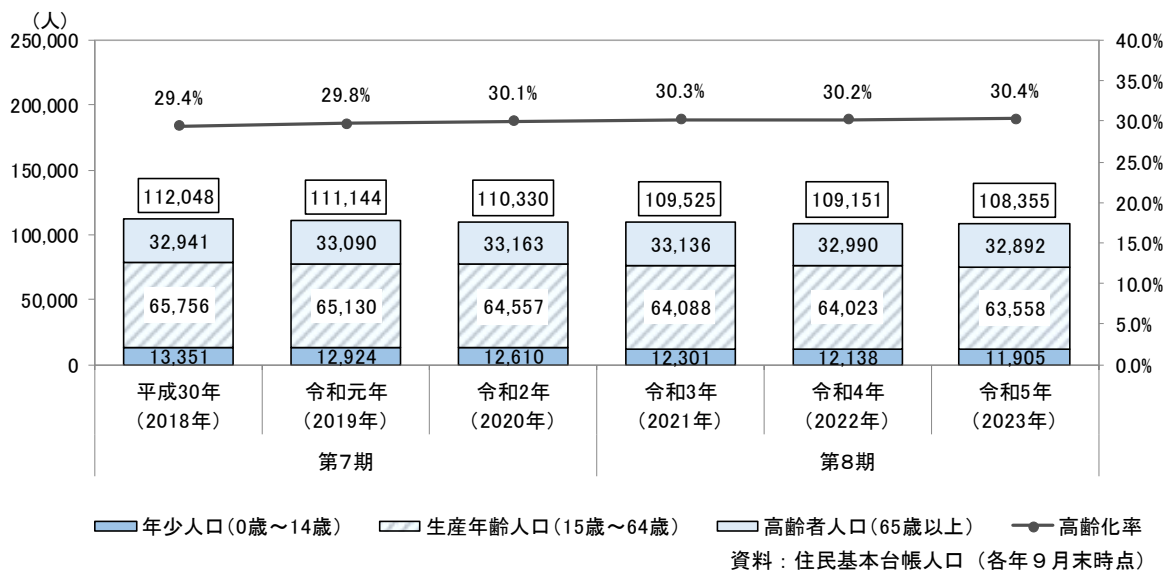
1. 高齢者を取り巻く現状

(1) 地域包括ケア「見える化」システムによる地域分析

1) 人口及び被保険者数

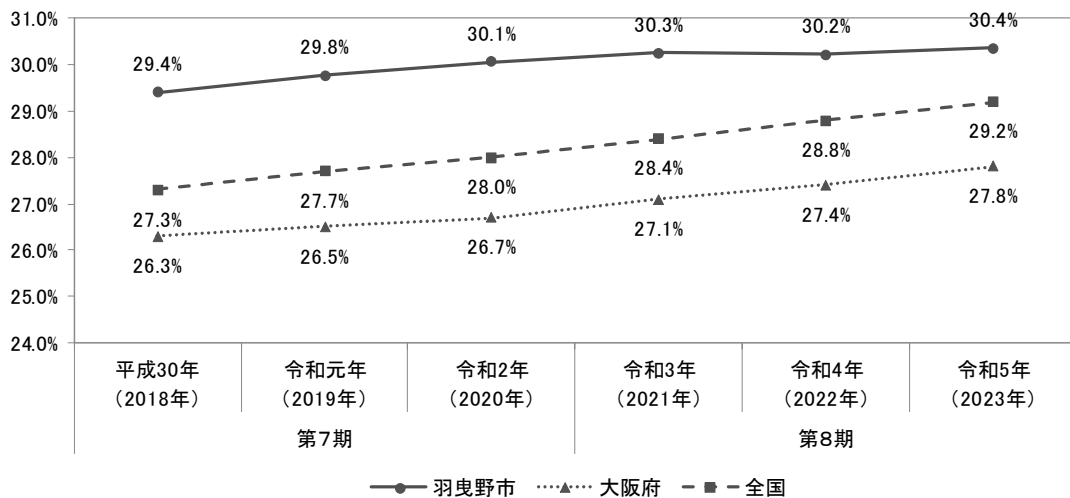
① 人口の推移

総人口は減少傾向にあり、令和5年で108,355人となっています。高齢者数は2020年をピークに減少していますが、高齢化率は上昇傾向にあり、令和5年では30.4%となっています。



② 高齢化率の比較

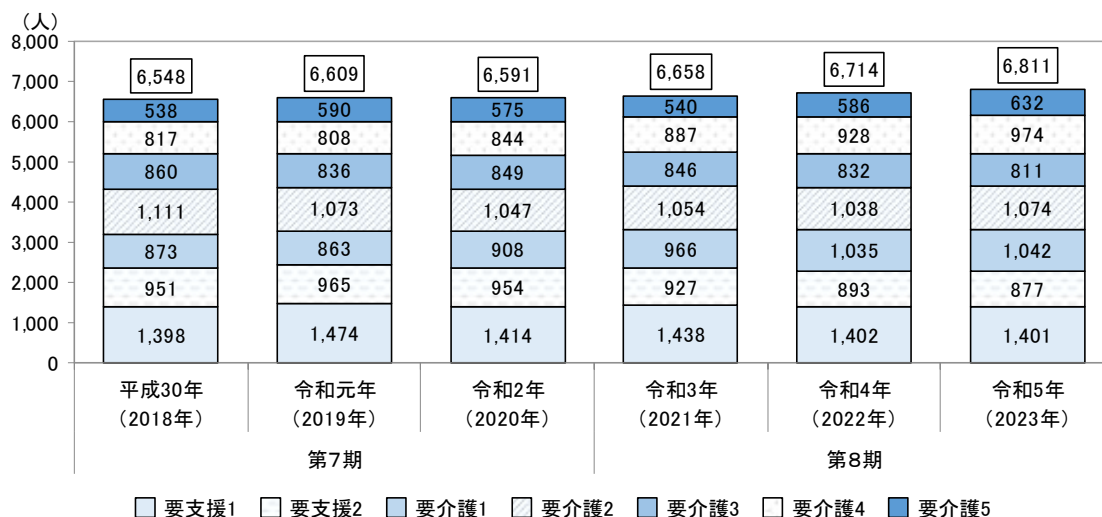
高齢化率をみると、全国平均、大阪府平均と比べて、高くなっています。



2) 認定者数

① 認定者数の推移

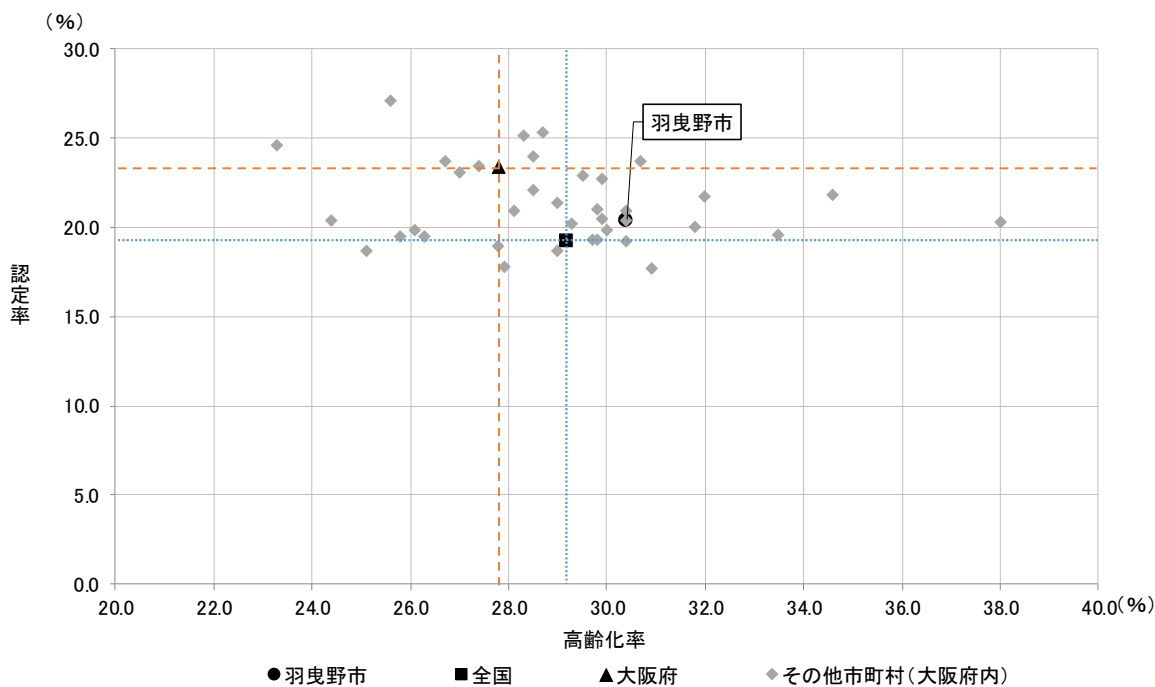
認定者数は近年増加傾向となっており、平成30年から令和5年までの推移をみると、要介護1、要介護4で大きく増加しています。



資料：地域包括ケア「見える化」システム（各年9月末時点）

② 認定率と高齢化率の分布

認定率と高齢化率の分布をみると、全国平均、大阪府平均と比べて高齢化が進んでおり、認定率は大阪府平均と比べて低い水準となっています。

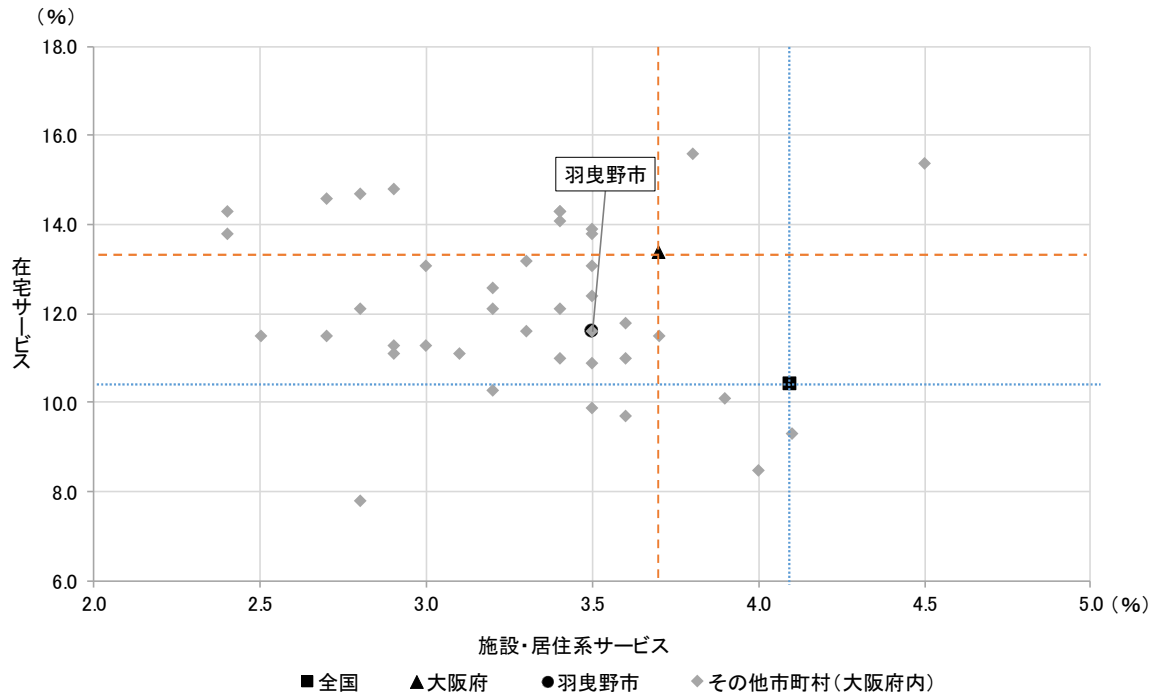


資料：地域包括ケア「見える化」システム

3) 受給者数

① サービス別受給率の近隣比較

サービス別受給率について、大阪府平均と比較すると、施設・居住系サービス、在宅サービスともに受給率が低くなっています。



資料：地域包括ケア「見える化」システム

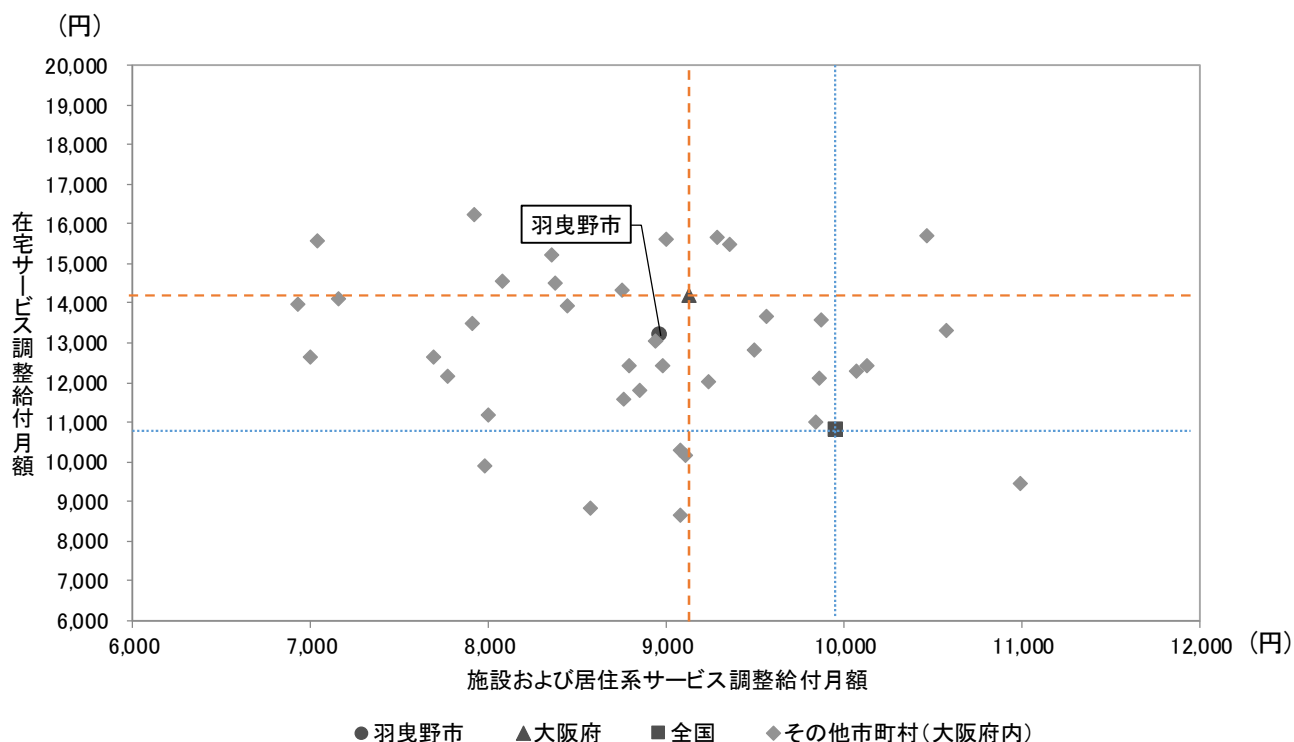
※在宅サービスは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（介護老人保健施設）、短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）、福祉用具貸与、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護を指す。

※施設および居住系サービスは、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、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を指す。

4) 給付費

① 第1号被保険者1人あたり給付月額

第1号被保険者1人あたり給付月額について、大阪府平均と比較すると、施設・居住系サービス、在宅サービスともに低くなっています。



※資料：厚労省「介護保険総合データベース」、「介護保険事業状況報告（年報）」 令和2年現在

※調整給付月額は、第1号被保険者の性・年齢構成を調整し、単位数に一律10円を乗じ、さらに実効給付率を乗じた数。

※本指標の「在宅サービス調整給付月額」は、在宅サービス給付費の総額を第1号被保険者数で除した数。

※本指標の「施設および居住系サービス調整給付月額」は、第1号被保険者に対する施設および居住系サービス給付費の総額を第1号被保険者数で除した数。

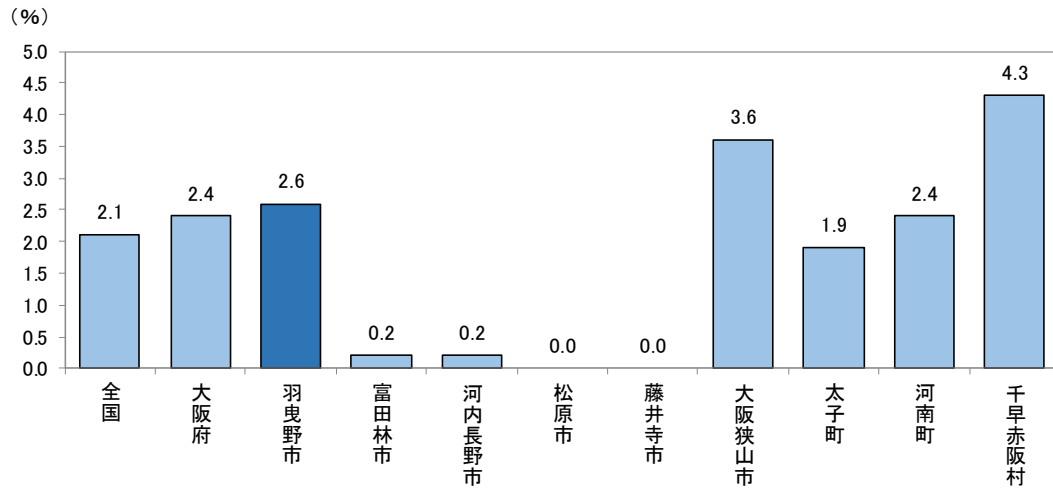
※在宅サービスは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（介護老人保健施設）、短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）、福祉用具貸与、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護を指す。

※施設および居住系サービスは、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、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を指す。

5) 地域支援事業

① 週1回以上の通いの場の参加率

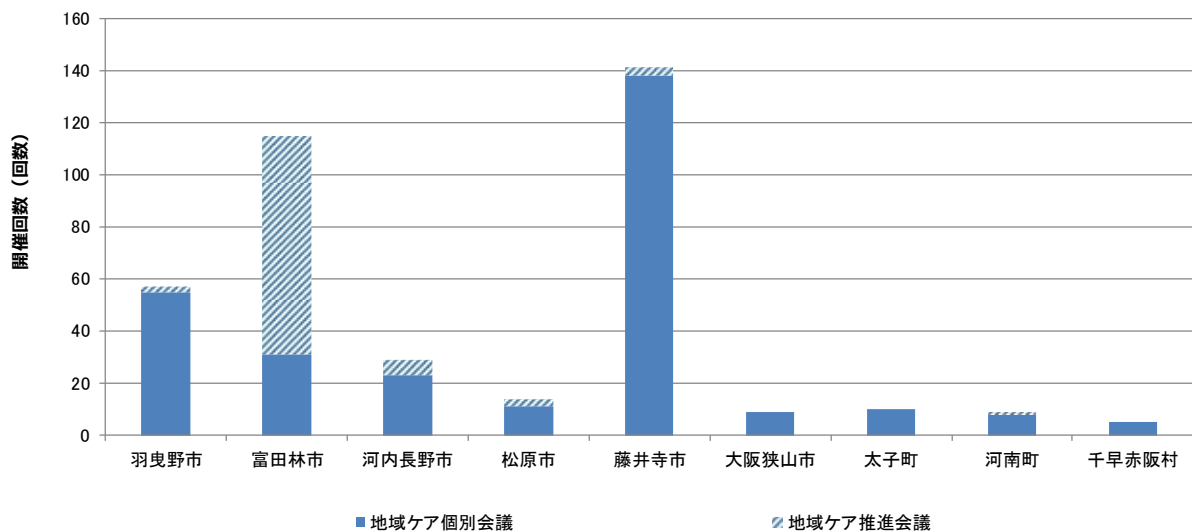
65 歳以上人口に占める「通いの場」への週1回以上の参加者数（参加率）は、全国平均、大阪府平均と比べて高くなっています。



資料：地域包括ケア「見える化」システム（時点：令和2年）

② 地域ケア会議開催回数

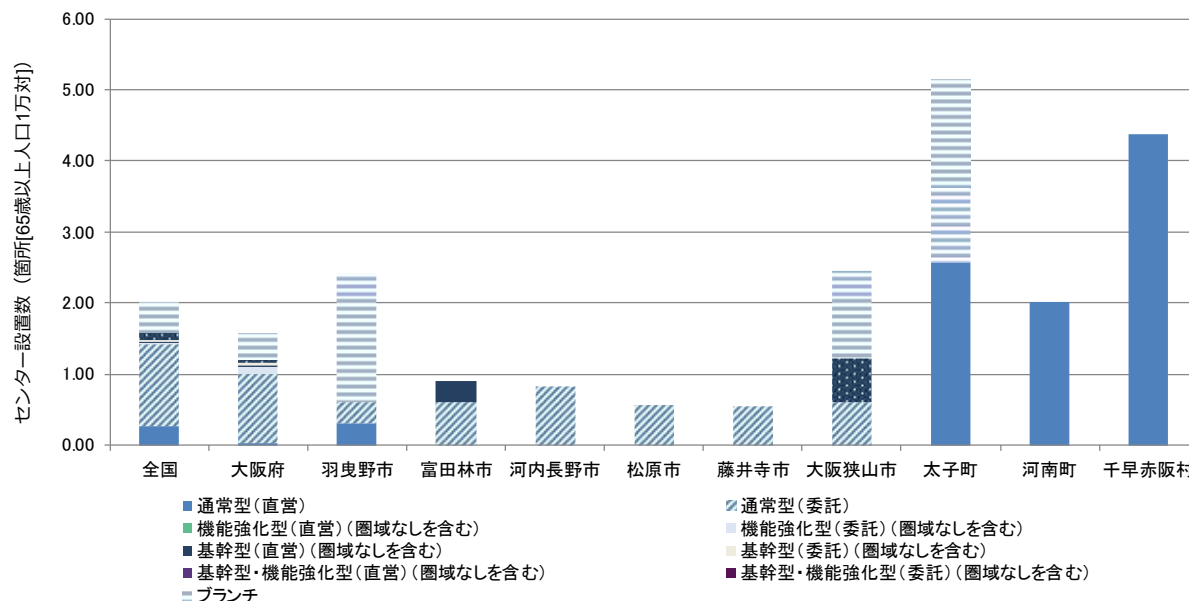
個別事例の地域ケア会議（自立支援型地域ケア会議）を多く実施しています。今後は、重層的支援体制整備等が進み、地域ケア推進会議が増加していく見込みです。



資料：地域包括ケア「見える化」システム（時点：令和4年）

③ 地域包括支援センター設置数

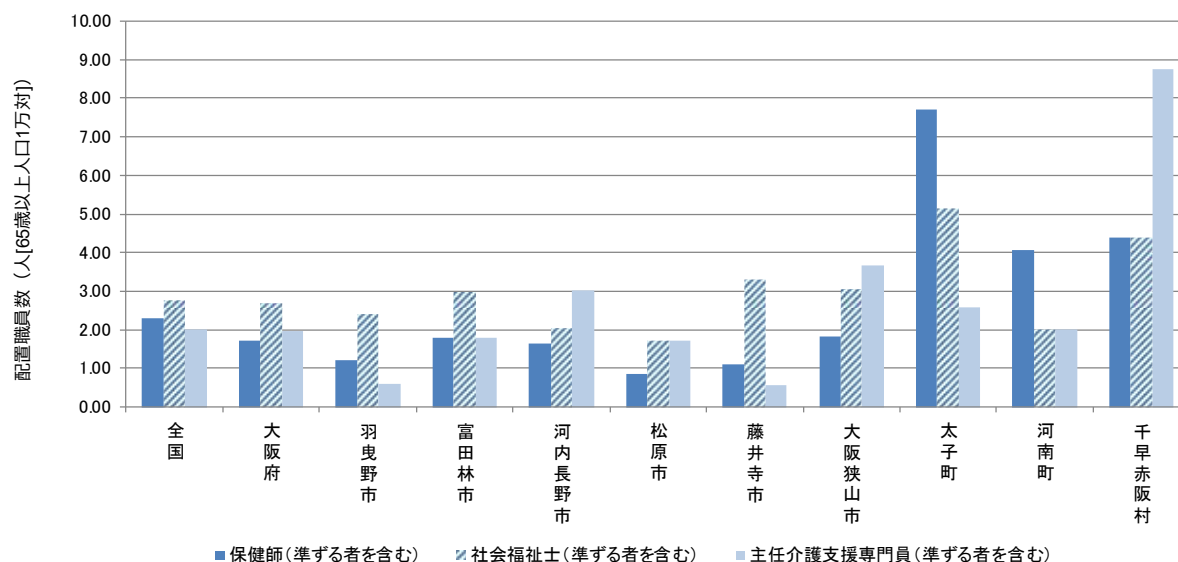
全国、大阪府の水準より多い設置数となっています。



資料：地域包括ケア「見える化」システム（時点：令和4年）

④ 地域包括支援センター人員体制

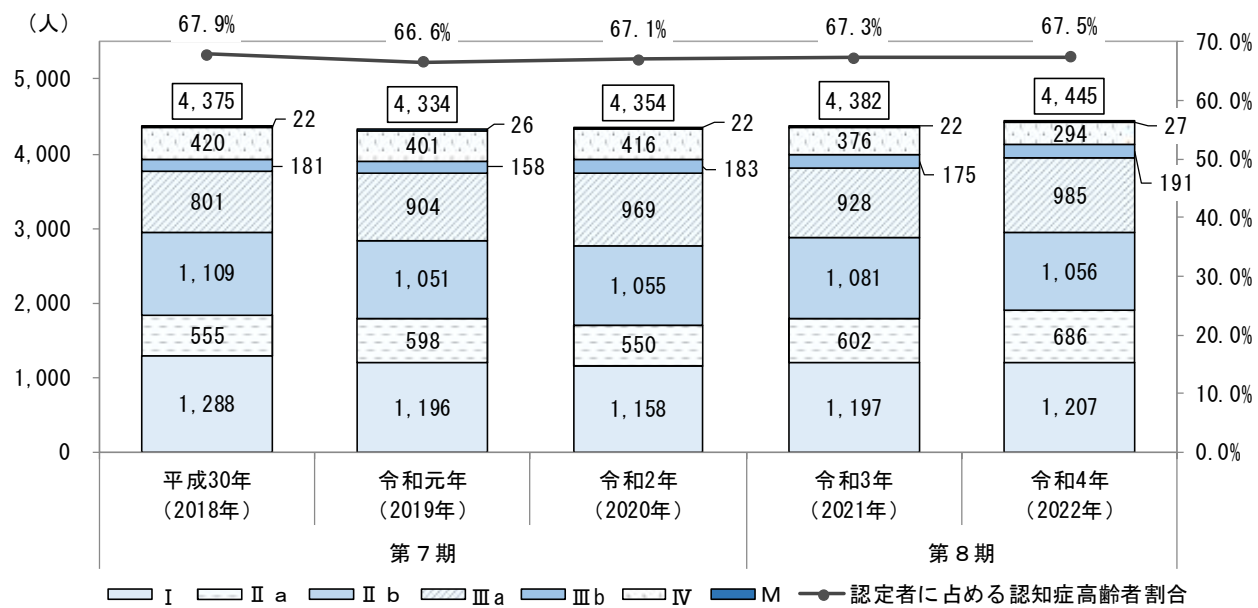
直営型センターでは、主任介護支援専門員が少ない状況がありましたが、令和4年度以降に委託型センターを設置することで、条例基準どおりの配置となっています。



資料：地域包括ケア「見える化」システム（時点：令和4年）

6) 認知症高齢者の状況

認知症高齢者の状況を見ると、認定者に占める認知症高齢者数は横ばいで推移しています。



資料：厚生労働省「介護保険総合データベース」（令和5年3月10日時点データにて集計）の各年10月末時点データ及び介護保険事業状況報告（月報）の認定者数（第1号被保険者）を基に推計

参考：認知症日常生活自立度の判定基準

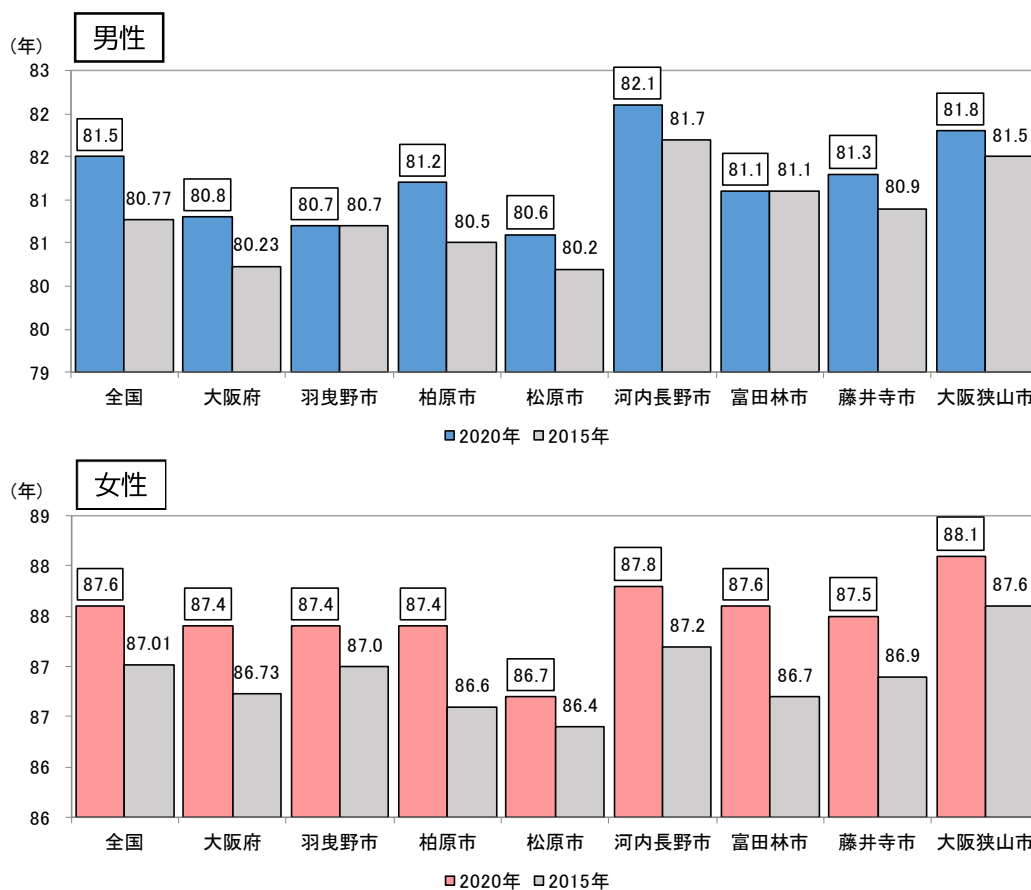
ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱ a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱ b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(2) 健康・医療データからみた羽曳野市の状況

1) 健康寿命

① 平均寿命の比較

平均寿命について、大阪府は全国平均より低く、本市は大阪府平均とおおむね同様となっています。近隣市と比較すると、やや短くなっています。



資料：市区町村別生命表（令和2年）

② 健康寿命の比較(グラフは健康はびきの21計画(第3期)から抜粋)

健康寿命とは、健康な状態で生存する期間をいいます。

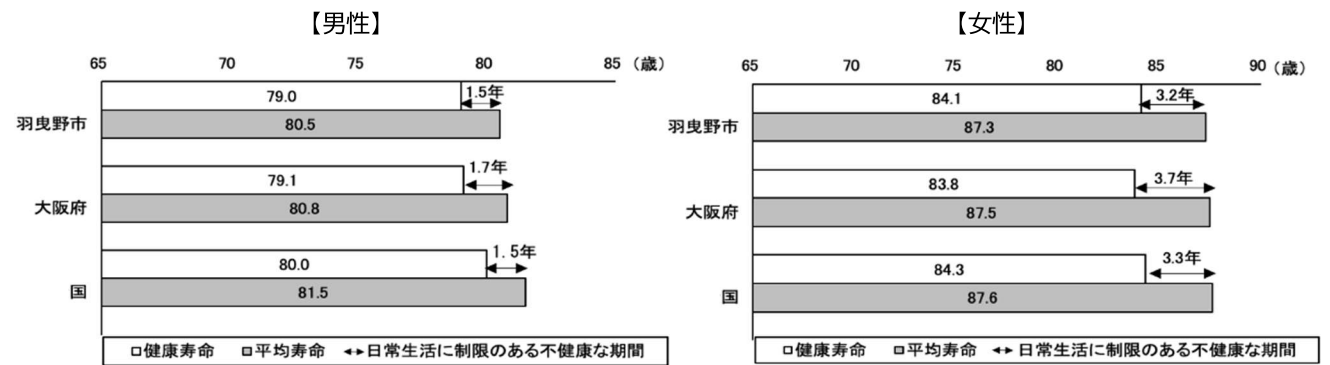
本市の令和3年の健康寿命は、男性は国より短く大阪府と同等の水準、女性は国、大阪府と同等の水準となっています。「日常生活に制限のある不健康な期間」については、男女とも国と同等の水準で、大阪府より短くなっています。

本市は、大阪府内43市町村中、男性30位、女性19位となっており、中位から下あたりに位置します。

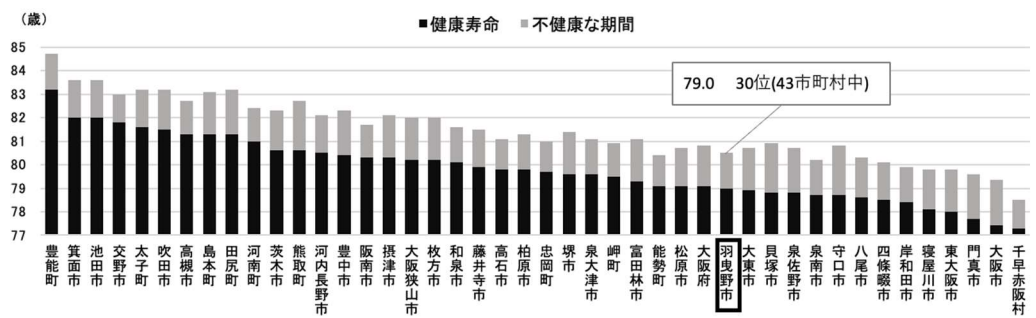
なお、「国・都道府県」と「大阪府市町村」の健康寿命の算出方法は異なります。「国」及び「大阪府」の健康寿命は「日常生活に制限のない期間」として、国民生活基礎調査の結果を用いて算出されます。大阪府の各市町村の健康寿命は、「日常生活動作が自立している期間」として、国保データベース(KDB)システム等のデータを用い、要介護2から5を「不健康」とし、それ以外の「健康」な期間を算出したものです。

※国・府の健康増進計画の目標としての健康寿命(日常生活に制限のない期間)は、国民生活基礎調査の結果を用いて算出されていますので、数値が異なります。

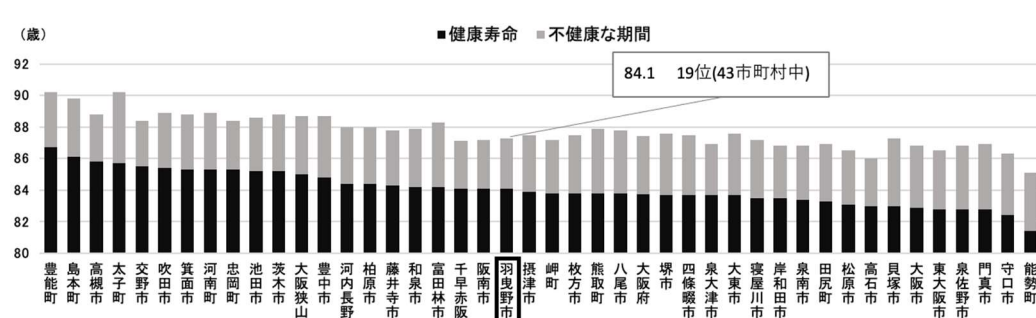
健康寿命の比較(令和3年)



健康寿命(日常生活が自立している期間)と不健康期間(男性・令和3年)



健康寿命(日常生活が自立している期間)と不健康期間(女性・令和3年)



(資料:大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課)

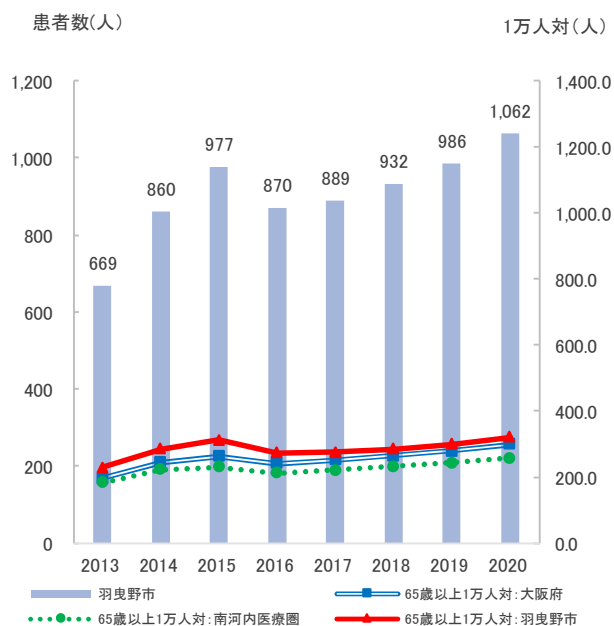
2) 医療データの分析

① 日常の療養支援の状況

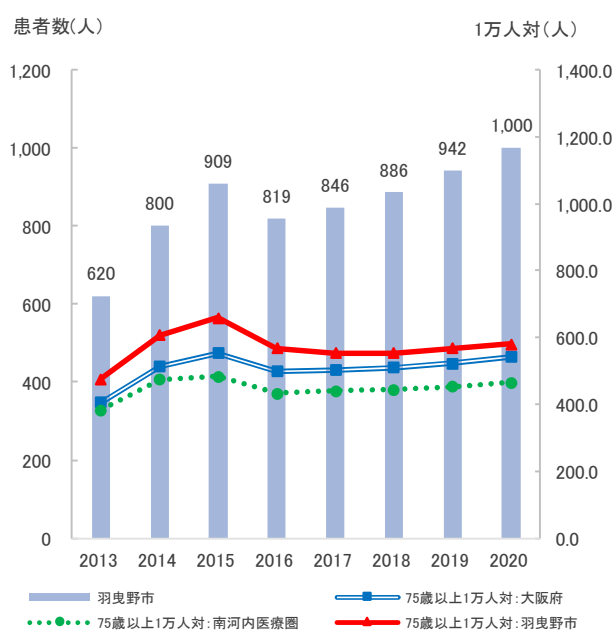
訪問診療を受けている 65 歳以上の患者数は、大阪府、南河内医療圏の水準よりも多く推移しています。後期高齢者では、その傾向が強い状況となっています。

■訪問診療数に関する患者数の推移

月平均:国保+後期



月平均:後期



資料：KDB データ（データブック）

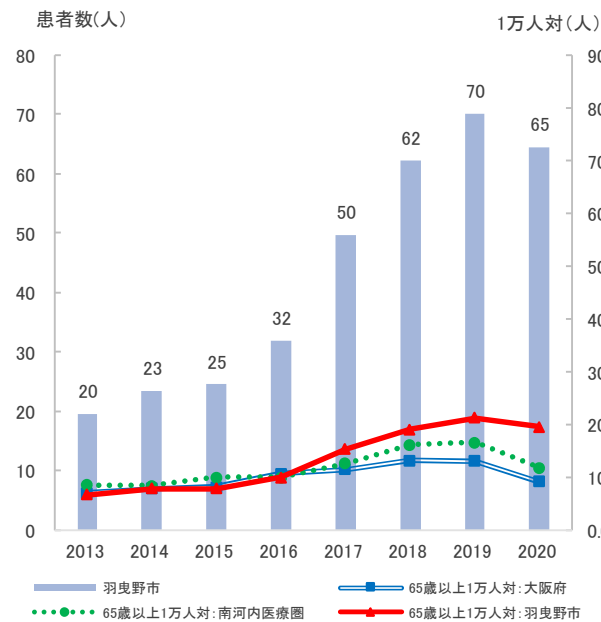
② 入退院支援に関する状況

退院時の医療と介護の連携について、本市は、大阪府、南河内医療圏の水準に比べて高い状況が把握できます。特に後期高齢者の患者推移で高い水準にあることがわかります。

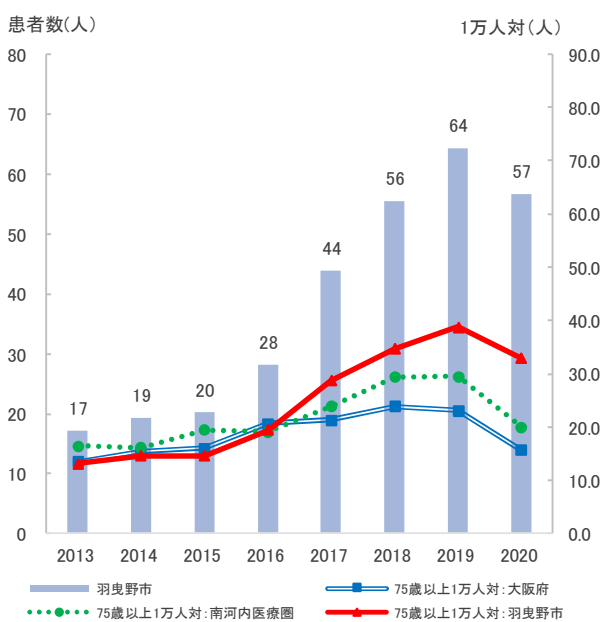
入退院支援加算Ⅰは、入院早期から退院困難な患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するもので、患者が安心、納得して退院し早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう取り組むものです。本加算の対象患者数が増加していることから、医療と介護の連携が増えてきていることがわかります。

■介護支援連携指導料に関する患者数の推移

月平均：国保＋後期

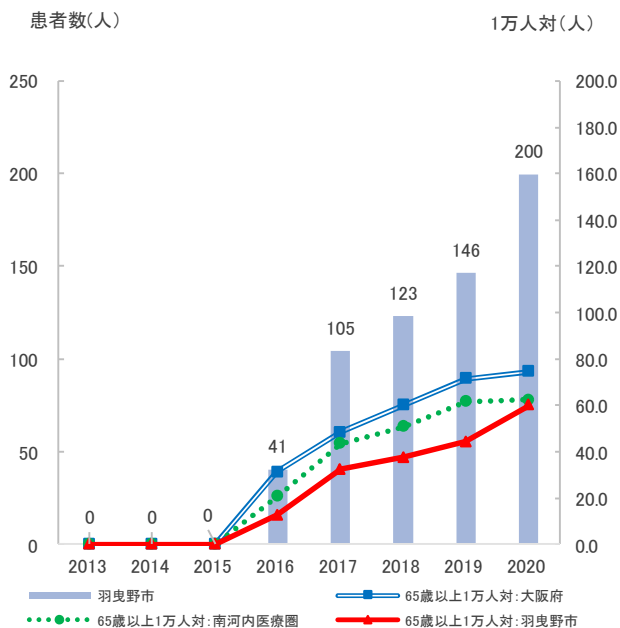


月平均：後期

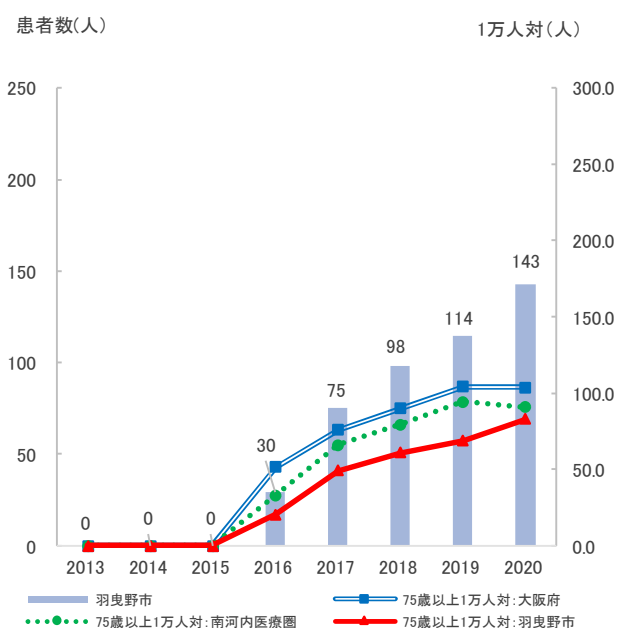


■入退院支援加算Ⅰに関する患者数の推移

月平均：国保＋後期



月平均：後期



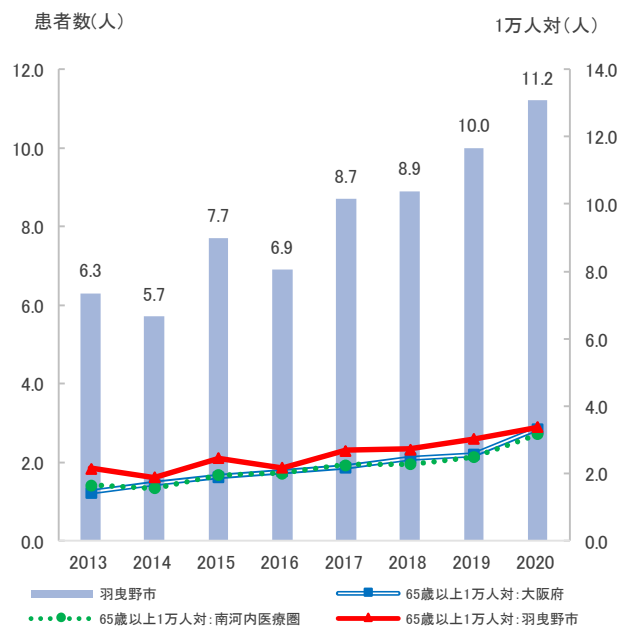
資料：KDB データ（データブック）

③ 看取りに関する状況

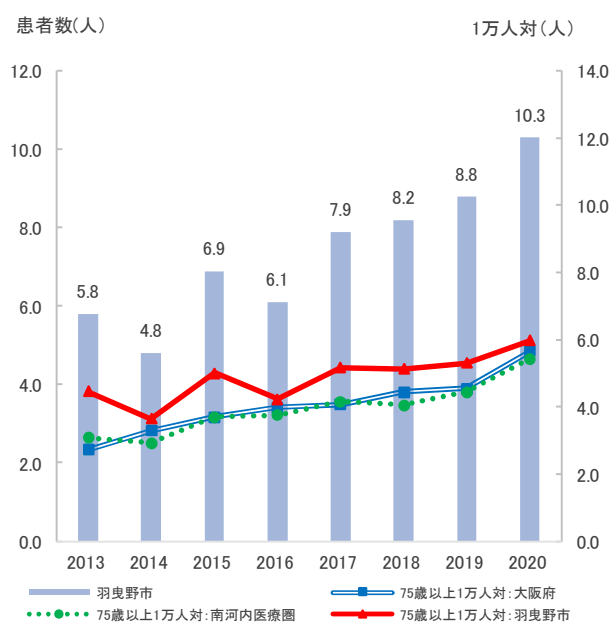
大阪府全体の推移は、増加傾向にあります（2019 年から 2020 年の増加は新型コロナウイルス感染症の影響によるものと推測されます）。本市でも同様の傾向となっています。

■看取り加算に関する患者数の推移

月平均：国保＋後期



月平均：後期



資料：KDB データ（データブック）

(3) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査にみる高齢者の状況

1) 調査概要

対象者	令和5年1月1日現在、羽曳野市内にお住まいの 65 歳以上の人(要介護1～5の人を除く) 3,300 名
実施期間	令和5年1月 18 日(水)～令和5年2月 10 日(金)
実施方法	郵送配布、郵送回収(回収率向上のための礼状兼督促はがきを送付)
回収状況	配布数:3,300 件、有効回答数:2,552 件、有効回答率:77.3%

※調査結果報告書は、市ウェブサイトに掲載しています。

(<https://www.city.habikino.lg.jp/material/files/group/31/ni-zu2.pdf>)

2) 回答者の属性・住まいの状況等

回答者の属性について、男性が 1,127 人、女性が 1,425 人と女性のほうが多く、前期高齢者が 1,234 人、後期高齢者が 1,318 人となっています。また、回答者の圏域については、東圏域は 33.2%、中圏域は 30.5%、西圏域は 36.3%となっています。

家族構成について、1人暮らしが 19.6%、夫婦2人暮らし(配偶者 65 歳以上)が 45.6%となっており、合わせて 65.2%が高齢者のみの世帯となっています。女性の後期高齢者の 33.6%が1人暮らしをしており、また、要支援1・2の認定を受けた人で1人暮らしの人は、42.9%と高くなっています。

現在の暮らしについて、3割以上(「大変苦しい」が 9.1%、「やや苦しい」が 27.7%)が経済的に苦しいと回答しています。

3) 介護の状況

介護・介助が必要になった原因について、高齢による衰弱、骨折・転倒、関節の病気で5割を超えており、筋力低下を防止することや、生活機能向上のための取り組みが必要と考えられます。その他、生活習慣病に起因する疾病もみられるため、外出のきっかけであり身体機能・認知症予防等の効果が期待される通いの場において、介護予防と保健事業を合わせた取り組みを進めることが重要です。圏域を比較すると要介護状態になった原因については、東圏域では呼吸器の病気や脳卒中、中圏域では糖尿病、西圏域では関節の病気や骨折・転倒が多くなっています。それぞれの地域で実施する通いの場について、参加する高齢者の状態像に応じた内容とすることが必要です。

要介護度が進み、介護が必要になった場合や身体が不自由になった場合に希望する生活について、在宅で介護を受けて生活を送りたいと考えている人は 54.0%となっていますが、身近な相談窓口である在宅介護支援センター等を知らない方の割合が高く、今後増加が見込まれる、家族介護者への支援や、在宅生活する上での多様なニーズに対応するために、身近な相談窓口の周知を図る必要があります。

4) 運動・外出について

運動器機能の低下をみると、リスク該当者の割合は全体で 16.5%となっていますが、女性後期高齢者では 28.6%と特に多くなっています。また、「15 分位続けて歩いているか」の質問に対し、15.5%の人が「できるけどしていない」と回答しており、「過去 1 年に転んだ経験のある人」は 34.1%となっています。これらの人には転倒予防をはじめとする介護予防への意識づけが必要と考えられるため、リハビリの専門職を自宅に派遣する事業を進め、介護予防自主グループの活動を支援していきます。

外出の状況については、週 1 回以上外出する人が 92.4%（前回：92.1%）で前回調査時と同程度となっています。「昨年と比べ外出が減っている」や、「外出を控えている」割合が 4 割弱あり、理由について「足腰などの痛み」が 36.8%と多くなっています。次いで「外での楽しみがない」や「トイレの心配」などがあり、足腰の痛み軽減に努めながら、外出に楽しみが持てることが大切となってきます。また、「その他(自由記述)」が 46.7%となっており、その回答のうち 87.6%が新型コロナウイルス感染症に関する理由となっています。

5) 口腔・栄養について

咀嚼機能、嚥下機能等の口腔機能低下のリスクをみると、加齢に伴い機能の低下がみられます。多くの人が歯磨きや入れ歯の手入れを日々行っていますが、自分の歯が 20 本以上ある人は、前期高齢者では半数以上であるのに対し、後期高齢者では約 4 割に留まっています。定期的な口腔チェックや口腔ケアを行うことで、口腔機能の維持・栄養状態の改善のほか、肺炎や認知症の予防にもつながるとされていることから、これらの周知と習慣付けを行うことが必要です。

誰かと食事をともにする機会について、加齢に伴い減少する傾向がみられます。通いの場等を通じて誰かと食事を楽しむことで、栄養状態の維持・改善や閉じこもりの予防につながると考えられます。

6) 日常生活について

IADL の状況をみると、バスや電車を使った 1 人での外出や食品・日用品の買い物、食事の用意、金銭管理等について、「できるけどしていない」と回答している人は 1～2 割程度みられ、この層での IADL 低下リスクに留意する必要があります。

バスや電車を使った 1 人での外出について「できるし、している」と答えた人は、75.4%でしたが、移動手段に困っている人は 8.7%おり、各圏域とも、特に「食料・日用品の買物」「病院等の通院」「食料・日用品以外（家具・電化製品等）の買物」の時と答える人が多くいました。中圏域では「病院等の通院」、西圏域では「食料・日用品の買物」、東圏域では「食料・日用品以外（家具・電化製品等）の買物」について困っている人が、他の圏域より多くなっています。

「趣味あり」は 66.3%（前回：67.4%）、「生きがいあり」は 52.2%（前回：54.3%）となっており、前回調査時よりもわずかに減少しています。また、「趣味・生きがいあり」と回答している人は、中圏域でやや多くなっています。高齢者になっても自立した生活を送るために必要なことについて、「生きがい・趣味活動」と回答した人が 32.1%となっており、高齢者の自立した生活を支えるため、生きがい・趣味活動の支援も重要です。

新型コロナウイルス感染症による日常生活への影響をみると、「外出の機会が減った」が 80.1%と

最も多くなっており、運動機能の低下や閉じこもりのリスクの要因になっている可能性があります。また、「人が集まるところに行かなくなった」「家族・友人と会う機会が減った」も多くなっており、地域のつながりの希薄化につながる可能性があります。

趣味・生きがいを見つけられるような地域の取り組みを推進するとともに、感染症に留意した集いの場を設けることで、地域のつながりを保つ取り組みが必要となります。

7) 社会参加について

地域活動について、スポーツ関係のグループやクラブ、趣味関係のグループ、町内会・自治会に参加している人が2割以上と比較的多くなっています。また、収入のある仕事をしている人は24.4%と前回調査時の18.4%よりも多くなっています。趣味・スポーツ関係のグループや、町内会・自治会、収入のある仕事などへの参加を通じて地域の人との関わりを持ち、これを地域づくり活動に展開していくよう取り組む必要があります。また、GoGo ウェルネス、高年生きがいサロン、いきいき百歳体操など介護予防のための通いの場については、参加している人が全体で1割未満となっています。特に、男性前期高齢者の「参加していない」の割合が91.1%と多くなっており、通いの場の周知に加えて、元気なうちから介護予防に取り組むことの重要性を啓発する必要があります。圏域を比較すると、週1回以上通いの場に参加している割合は、東圏域で6.4%、中圏域で7.7%、西圏域で6.6%となっており、どの圏域においても参加しやすい介護予防の場づくりが必要です。

地域づくり活動について、参加者として参加可能である人（「既に参加している」「是非参加したい」「参加してもよい」の和）は53.0%（前回：53.6%）、お世話役として参加可能である人は28.2%（前回：30.7%）となっています。性・年齢をみると、女性前期高齢者では参加者として参加意向がある人（「是非参加したい」と「参加してもよい」の和）が5割以上と多くなっています。圏域を比較すると、参加者・お世話役ともに参加可能である人は中圏域が多くなっています。

まずは参加者として活動に参加する人を増やし、地域での活動を活発にするとともに、地域づくり活動の担い手となる人材育成を支援し、住民主体の地域づくり活動につなげていく必要があります。

8) 健康について

自身の健康状態をよいと感じている人（「とてもよい」と「まあよい」の和）は76.8%となっています。普段の健康管理について、「定期的に医療機関を受診している」人が半数以上、「毎年、健診を受けている」が4割以上と、定期的な健康管理ができている人が多くみられます。また、身近な医療の専門家について、かかりつけ医がいる人が85.1%、かかりつけ歯科医がいる人が74.5%、かかりつけ薬局がある人が57.8%となっています。

健康上の問題により、日常生活に影響が出ている人は18.7%おり、男女ともに後期高齢者で多くなっています。また、こころの健康ではうつリスク該当者が45.3%となっています。気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになることを軽減するために、外出する機会や人と交流する機会を増やすための通いの場の整備等環境づくりが重要となります。

(4) 在宅介護実態調査にみる要介護高齢者の状況

1) 調査概要

対象者	在宅で介護を受けている要介護(要支援)者のうち、実施期間中(郵送調査分については令和4年2月1日から令和4年10月31日までの間)に認定の更新や区分変更を申請した人及びその人を介護する家族等で本調査の趣旨に同意いただいた人 ※一部の施設入所者や新規申請者は対象外	
実施期間	聞き取り調査	令和4年2月1日(火)～令和5年1月31日(火)
	郵送調査	令和4年11月18日(金)～令和5年1月13日(金)
実施方法	認定調査員による聞き取り調査、郵送配布・回収	
回収状況	聞き取り調査	配布数:245件、有効回答数:245件、有効回答率:100.0%
	郵送調査	配布数:665件、有効回答数:369件、有効回答率:55.5%
	合計	配布数:910件、有効回答数:614件、有効回答率:67.5%

※調査結果報告書は、市ウェブサイトに掲載しています。

(<https://www.city.habikino.lg.jp/material/files/group/31/zaitakusasikae.pdf>)

2) 施設等への入所・入居の検討状況

施設等への入所・入居の検討状況について、「検討中」の人が要介護1・2では28.3%、要介護3以上では25.0%となっています。

3) 介護者が不安に感じる介護

介護者が不安に感じる介護について、「認知症状への対応」「外出の付き添い、送迎等」が多くなっており、要介護度が高くなるほど「日中の排泄」「夜間の排泄」「食事の介助(食べる時)」「入浴・洗身」「屋内の移乗・移動」を不安に感じる介護者が多くなる傾向がみられます。

4) 在宅生活の継続に必要な支援・サービス

在宅生活の継続に必要な支援・サービスについて、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」「外出同行(通院・買い物など)」が多くなっています。

5) 仕事と介護の両立に効果がある勤め先からの支援

仕事と介護の両立に効果がある勤め先からの支援について、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」「制度を利用しやすい職場づくり」が多くなっています。

(5) 事業者調査、施設・居住系事業所調査及び事業所ヒアリングにみるサービス提供者の状況

1) 事業者調査

① 調査概要

対象	羽曳野市内のサービス提供事業者
実施期間	令和5年6月30日(金)～令和5年7月21日(金)
実施方法	郵送配布・回収
回収状況	配布数:98件、有効回答数:85件、有効回答率:86.7%

※調査結果報告書は、市ウェブサイトに掲載しています。

(<https://www.city.habikino.lg.jp/material/files/group/31/jigyousyatyusa.pdf>)

② 今後の事業展開の予定

「羽曳野市で展開する事業に変更がない」とする事業者（法人）が約9割を占めています。地域密着型サービスへの参入意向では、約1割の事業者で関心があると回答していますが、多くの法人で介護人材の確保などを参入の障害として挙げています。

2040年頃の中長期を見据えて介護需要に対応する介護事業の在り方に関し、施設の増改築、有効活用、他の事業への変更や多機能化などの検討状況については、ほとんどの事業者で「なし」または「未定」との回答となっています。

③ 事業運営上の課題

事業を運営する上での課題では、「利用者数の伸び悩み」が51.8%で最も多く、次いで「従事者の高齢化」が43.5%、「運営経費等の資金面での不安」が41.2%となっています。

介護人材の確保に関しては、「大いに不足している」と「不足している」で54.1%となっており、人材不足で、利用者数を抑制している事業者は28.4%にもなっています。こうしたこともあり、羽曳野市に対する要望では、「人員確保のための方策」(54.1%)、「離職防止のための方策」(36.5%)などとなっています。また、自由意見として「紹介手数料・広告費の負担」「処遇改善が進んでいない」などが挙げられています。

効率化の取組みの導入・検討内容では、「介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用」が62.5%で最も多く、次いで「キャリアパスや専門性の確立による資質の向上」が46.4%、「元気高齢者の参入による業務改善（介護助手の取組み）」が33.9%となっています。

④ 地域支援事業との関係等

地域包括支援センターとの連携状況では、「特段の対応をしていない」とする事業者は、地域との連携等で35.3%、総合相談支援で51.8%、権利擁護（虐待対応含む）で48.2%、ケアマネジメント支援で43.5%、医療との連携で52.9%、認知症高齢者対応で50.6%となっています。

2) 施設・居住系事業所調査

① 調査概要

対象	施設・居住系事業所及び住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅
実施期間	令和5年6月21日(水)～令和5年7月14日(金)
実施方法	郵送配布・回収
回収状況	配布数:58件、有効回答数:56件、有効回答率:96.6%

② 把握した主な内容と結果

ア. 必要利用定員総数等の設定を行うための項目

地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び認知症対応型共同生活介護の必要利用定員総数／特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数／介護保険施設の種類ごとの必要入所定員総数／特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数を把握しました。

- 上記のうち、介護サービス事業で第9期において定員数の増を希望している施設はありませんでした。

イ. 入所・入居者及び待機者の状況を把握するための項目(令和5年4月1日時点)

入所・入居者及び待機者の介護度別の市民・市外別の数／入所・入居率及びベッド回転率を把握しました。

- 広域型施設等での市民の入所(居)割合は、特別養護老人ホーム 53.5%、老人保健施設 55.5%、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 52.3%などです。
- 特別養護老人ホーム(広域型)(6か所、定員 460 人)における入所を要する待機者は、386 人(市民 316)(重複申込未調整)。令和4年度の新規入所者数は 113 人(市民 68 人)で、待機期間は1年未満が 61%、1年以上2年以内は 32%です。なお、大阪府が実施する特養入所者調査では、市民の待機者数(小規模特養を含む)は、重複申込調整後 91 人です。ケアハウスでは、入居待機者は一定数ありますが、おおむね半年以内に入居しています。
- 稼働率(定員に対する入所(居)者の割合)は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、認知症対応型共同生活介護でほぼ 100%、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅では 84.2%、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護では 63.8%と低くなっています。有料老人ホームでは、運営上の課題として「入居者の確保」を挙げ「近隣に同様の施設が乱立しており入居者が分散」などのコメントをされています。

ウ. 特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設の個室・ユニット型化への対応

- 既に対応済みが2施設(特養)で、それ以外(特養4施設・老健4施設)は、未定となっています。

エ. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が多様な介護ニーズの受け皿となっている状況の把握

- 住み替えた理由、施設を選んだ理由では、「介護・看護が必要になったから」、「必要なサービスを受けることができる」、「医療との連携がある」、「利用料金が妥当」などとなっています。なお、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム等の今後の指定の意向については、多くが「指定を受けない」となっています。

オ. 中長期的な介護需要のピーク等の動向を踏まえた過不足のない介護サービス等の提供を行うための施設の将来的な方向性についての検討状況(建て替え、有効活用、機能転換など)

- ほとんどの施設が未定となっています。

3) 事業所ヒアリング

① 調査概要

対象	羽曳野市事業者連絡協議会の各部会の運営会議等の参加者等
実施期間	令和5年 11 月 17 日(金)～令和5年 12 月 14 日(木)
実施方法	事業連の運営会議等の参加者へのヒアリング
実施状況	5日間実施し、5つの部会*においてヒアリング(31事業所、43人)。

* 5つの部会 ①在宅部会、②ケアマネ部会、③施設部会、④地域密着部会、⑤グループホーム部会

② ヒアリングの主な内容と意見等

ア. 介護人材不足などの実情、及び事業所が抱える課題、問題点に対する効果的な対応策等

- 介護従事者の高齢化。キャリアパスの構築が不十分。若い人材確保は困難。新卒の応募は無く、ほとんどが非常勤、高齢者で資格非所持。また、定年延長の影響で 60 歳代前半の採用も厳しくなっている。
- 特にヘルパーの人材確保は深刻。人材がいても「施設・居住系に流れ、在宅から施設への転職もある」。
- 定員の抑制にいたらないよう、サービス面で工夫しているが、職員は疲弊。特に夜勤の職員体制の確保が限界。
- 外国人の介護人材は、文化の違いが影響してコミュニケーションでの課題が大きい。
- 介護関係の専門学校が少なくなっており、学生も外国人がほとんど。
- 小規模な事業は、単独での運営は採算がとれない。
- 市独自の効果的な人材確保策を展開すべき。介護業界は、「しんどさ」などのマイナスイメージが強く、魅力をいかに伝えるかが課題であり、動画作成による魅力発信や観光大使のダルビッシュ有投手にご協力をいただくなど創意工夫してはどうか。人材派遣会社は手数料負担が大きく、ハローワークではマッチング不具合が多いため、行政が市独自（又は広域的）に人材バンク制度を創設して効率的、効果的に人材を確保していける仕組みの創設を希望。

イ. 介護サービス基盤整備について、施設・居住系サービスの新たな整備は行わず、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護・小規模多機能型居宅介護の充実を図ることとする方針について

- ニーズは高く、役割も大きいが、「職員も利用者も集まらない」。恒常的に登録定員に達していない。（市の方針については）介護人材不足が最大のネックとなる。
- 「割高感」があり、敬遠されることが多い。（例えば）多機能型サービスの「泊まり」は費用が高い（補足給付対象外）ため、結局「ショートステイ」に流れる。「通い・訪問」のニーズも多いが、その場合は他のサービスに流れている。
- 多機能型サービスは市民（利用者）に知られていない。また、介護支援専門員からのつながりもほとんどない。制度への理解と周知の取組みを期待したい。

ウ. 羽曳野市の介護需要が 2035 年をピークに減少する見込みであることを踏まえた今後十年後を見据えた既存施設・事業所の在り方について

- グループホーム入居者が重度化している問題。グループホームが「特養化」しており良さが出しづらい。地域でのグループホーム需要の適切な受皿となるよう再編等を考える必要がある。福祉用具貸与が使えず、おむつも利用者負担、補足給付もない。施設の類型として整理すべき。
- 予防サービスは、需要はあるが介護人材不足と低単価でサービス体制が確保できない。民間介護保険外サービス（買い物支援、オンデマンドバス等）を展開する業者との連携で代替策を講じ、介護サービス事業は、要介護者に重点化した再編をしていくべき。
- ビジネスケアラ問題がクローズアップされているが、長時間デイなどに対応できるサービス体制が必要。
- 「働きやすく、介護がしやすいまち」というまちづくりを進めることを提案。

2. 地域ケア会議等における地域分析結果

地域包括ケアシステムを構築し、進化・推進を図るにあたっては、民生委員や自治会等の地域の支援者・団体や、専門的視点を有する多職種を交え、「個別課題の解決」、「地域包括支援ネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」、「政策の形成」の5つの機能を有する地域ケア会議により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に図っていくことが重要です。

本市では、プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）において、介護支援専門員が作成したプラン原案について、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センター専門職が助言を行うことで、既存のサービスを利用するだけでなく、課題の背景因子を分析し、予後予測の視点をもち自立支援に資するプランの作成（ケアマネジメント）ができるよう支援を行っています。

地域ケア会議は、民生委員や区長など地域の関係者や専門職等が参加し支援の方向性を検討していますが、個別課題の検討が中心になっており地域に共通する課題の抽出には至っていません。

医療と介護の連携会議等、専門職が参加する会議においては、「買い物や通院等の移動」が地域課題となっていることが明らかになりました。

このほか、地域における通いの場やインフォーマルサービスを通じての情報や、認知症相談窓口等における相談内容等の分析結果からは、市が実施する事業についての市民・事業者への周知の面で課題があることや、高齢者の居場所や通いの場の数が十分でないことなどの課題が抽出されています。

3. 第8期における介護給付等対象サービスの状況及び計画比較

(1) 被保険者数、認定者数、給付費及び地域支援事業の費用

被保険者数は、ほぼ計画通りに推移していますが、認定者数や総給付費で若干計画値を下回っています。

地域支援事業全体では、7割程度の執行率となっています。介護予防・日常生活支援総合事業で7割強、包括的支援事業・任意事業で7割を切っていますが、地域包括支援センターの委託に係る費用等は増加しました。

全般的に計画値を下回っていることについて、コロナ禍の影響が疑われますが、社会経済活動の再開が、今後の推移にどう影響を与えるか注視する必要があります。

	第8期					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比
第1号被保険者数 (人)	33,114	32,790	99.0%	32,979	32,656	99.0%
要介護認定者数 (人)	6,676	6,540	98.0%	6,904	6,586	95.4%
要介護認定率 (%)	20.2	19.9	98.9%	20.9	20.2	96.3%
総給付費 (円)	9,262,170,000	9,116,074,793	98.4%	9,743,134,000	9,429,569,883	96.8%
施設サービス給付費 (円)	2,444,210,000	2,374,652,056	97.2%	2,454,547,000	2,426,945,570	98.9%
居住系サービス給付費 (円)	1,051,773,000	1,050,460,594	99.9%	1,069,136,000	1,078,985,554	100.9%
在宅サービス給付費 (円)	5,766,187,000	5,690,962,143	98.7%	6,219,451,000	5,923,638,759	95.2%
第1号被保険者1人あたり給付費 (円)	279,705.6	278,013.9	99.4%	295,434.5	288,754.6	97.7%
地域支援事業の費用 (円)	720,217,000	506,805,018	70.4%	756,953,000	527,593,596	69.7%
介護予防・日常生活支援総合事業 (円)	491,335,000	363,572,326	74.0%	490,880,000	350,132,774	71.3%
包括的支援事業・任意事業 (円)	228,882,000	143,232,692	62.6%	266,073,000	177,460,822	66.7%

(2) サービスの利用状況

1) 介護予防サービス

介護予防サービスの利用状況をみると、介護予防特定施設入居者生活介護等で計画値を上回っています。一方で、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護等で計画値を下回っています。

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
(1) 介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	(回)	0.0	0.0	-	0.0	2.5	-
	(人)	0.0	0.0	-	0.0	0.6	-
介護予防訪問看護	(回)	1,653.5	1,476.6	89.3%	1,705.7	1,459.5	85.6%
	(人)	193.0	188.3	97.5%	199.0	185.0	93.0%
介護予防訪問リハビリテーション	(回)	516.6	520.9	100.8%	538.4	482.6	89.6%
	(人)	48.0	49.3	102.6%	50.0	45.4	90.8%
介護予防居宅療養管理指導	(人)	119.0	111.1	93.3%	123.0	122.6	99.7%
介護予防通所リハビリテーション	(人)	232.0	201.4	86.8%	240.0	186.8	77.8%
介護予防短期入所生活介護	(日)	50.4	41.9	83.2%	50.4	38.4	76.2%
	(人)	9.0	7.1	78.7%	9.0	5.6	62.0%
介護予防短期入所療養介護 (老健+病院等+介護医療院)	(日)	4.5	2.8	63.0%	4.5	0.3	5.6%
	(人)	1.0	0.5	50.0%	1.0	0.1	8.3%
介護予防福祉用具貸与	(人)	701.0	650.0	92.7%	724.0	656.2	90.6%
特定介護予防福祉用具購入費	(人)	13.0	11.6	89.1%	13.0	13.9	107.1%
介護予防住宅改修	(人)	23.0	16.7	72.5%	23.0	21.2	92.0%
介護予防特定施設 入居者生活介護	(人)	31.0	38.4	123.9%	31.0	40.3	130.1%
(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	(回)	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
	(人)	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
介護予防 小規模多機能型居宅介護	(人)	8.0	7.9	99.0%	9.0	7.7	85.2%
介護予防 認知症対応型共同生活介護	(人)	1.0	0.5	50.0%	1.0	0.0	0.0%
(3) 介護予防支援							
介護予防支援	(人)	991.0	917.8	92.6%	1,023.0	902.2	88.2%

※回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

2) 介護サービス

介護サービスの利用状況をみると、居宅サービスでは、訪問介護、訪問看護等、地域密着型サービスでは認知症対応型通所介護、施設サービスでは、介護老人保健施設、介護医療院で計画値を上回っています。

		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
(1) 居宅サービス							
訪問介護	(回)	49,800.1	52,359.4	105.1%	52,760.6	57,305.3	108.6%
	(人)	1,184.0	1,204.3	101.7%	1,251.0	1,267.9	101.4%
訪問入浴介護	(回)	213.1	210.2	98.6%	219.2	256.6	117.1%
	(人)	39.0	40.4	103.6%	40.0	48.2	120.4%
訪問看護	(回)	6,350.1	7,177.8	113.0%	6,699.9	7,970.3	119.0%
	(人)	704.0	767.2	109.0%	742.0	835.8	112.6%
訪問リハビリテーション	(回)	1,356.4	1,221.4	90.0%	1,417.4	1,230.9	86.8%
	(人)	134.0	104.6	78.0%	140.0	106.5	76.1%
居宅療養管理指導	(人)	1,162.0	1,290.1	111.0%	1,232.0	1,337.8	108.6%
通所介護	(回)	12,680.5	11,348.3	89.5%	13,277.6	11,400.2	85.9%
	(人)	1,260.0	1,118.7	88.8%	1,319.0	1,167.3	88.5%
通所リハビリテーション	(回)	2,748.1	2,715.5	98.8%	3,426.7	2,559.5	74.7%
	(人)	354.0	352.9	99.7%	441.0	333.0	75.5%
短期入所生活介護	(日)	3,146.8	3,688.6	117.2%	4,036.6	3,491.1	86.5%
	(人)	228.0	261.3	114.6%	293.0	260.3	88.8%
短期入所療養介護 (老健+病院等+介護医療院)	(日)	245.4	181.1	73.8%	260.6	132.9	51.0%
	(人)	31.0	26.4	85.2%	33.0	21.3	64.6%
福祉用具貸与	(人)	1,717.0	1,837.5	107.0%	1,794.0	1,971.0	109.9%
特定福祉用具購入費	(人)	27.0	28.9	107.1%	28.0	28.2	100.6%
住宅改修費	(人)	24.0	20.0	83.3%	26.0	20.4	78.5%
特定施設入居者生活介護	(人)	199.0	196.8	98.9%	206.0	205.9	100.0%
(2) 地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	(人)	40.0	44.6	111.5%	41.0	39.1	95.3%
夜間対応型訪問介護	(人)	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
地域密着型通所介護	(回)	1,319.1	975.7	74.0%	1,369.4	914.8	66.8%
	(人)	156.0	113.7	72.9%	162.0	111.1	68.6%
認知症対応型通所介護	(回)	161.4	247.7	153.4%	173.1	396.5	229.1%
	(人)	15.0	24.2	161.1%	16.0	33.4	208.9%
小規模多機能型居宅介護	(人)	89.0	72.0	80.9%	93.0	72.9	78.4%
認知症対応型共同生活介護	(人)	170.0	167.8	98.7%	170.0	166.3	97.8%
地域密着型特定施設 入居者生活介護	(人)	0.0	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	(人)	58.0	50.7	87.4%	58.0	46.5	80.2%
看護小規模多機能型居宅介護	(人)	37.0	24.6	66.4%	48.0	24.6	51.2%
(3) 施設サービス							
介護老人福祉施設	(人)	380.0	352.4	92.7%	380.0	357.8	94.1%
介護老人保健施設	(人)	290.0	295.5	101.9%	290.0	302.5	104.3%
介護医療院	(人)	3.0	6.6	219.4%	5.0	8.8	175.0%
介護療養型医療施設	(人)	5.0	5.2	103.3%	5.0	3.8	75.0%
(4) 居宅介護支援							
居宅介護支援	(人)	2,595.0	2,619.2	100.9%	2,705.0	2,719.5	100.5%

※回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

(3) サービス別給付費の状況

1) 介護予防サービス

介護予防サービスの給付費の状況をみると、介護予防特定施設入居者生活介護等で計画値を上回っています。一方で、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防認知症対応型共同生活介護等で計画値を下回っています。

単位：千円

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
(1) 介護予防サービス						
介護予防訪問入浴介護	-	-	-	-	259	-
介護予防訪問看護	69,181	64,008	92.5%	71,408	64,632	90.5%
介護予防訪問リハビリテーション	17,842	17,925	100.5%	18,606	16,257	87.4%
介護予防居宅療養管理指導	18,844	16,581	88.0%	19,489	18,700	96.0%
介護予防通所リハビリテーション	83,029	75,034	90.4%	85,939	68,093	79.2%
介護予防短期入所生活介護	3,936	3,225	81.9%	3,938	3,113	79.1%
介護予防短期入所療養介護 (老健+病院等+介護医療院)	466	262	56.2%	466	25	5.4%
介護予防福祉用具貸与	47,599	44,809	94.1%	49,155	46,665	94.9%
特定介護予防 福祉用具購入費	3,850	3,503	91.0%	3,850	5,156	133.9%
介護予防住宅改修	26,624	20,996	78.9%	26,624	26,941	101.2%
介護予防特定施設 入居者生活介護	27,105	36,719	135.5%	27,120	37,550	138.5%
(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	-	-	-	-	-	-
介護予防 小規模多機能型居宅介護	6,207	6,404	103.2%	6,778	6,090	89.8%
介護予防 認知症対応型共同生活介護	2,283	1,206	52.8%	2,284	-	0.0%
(3) 介護予防支援						
介護予防支援	55,122	52,047	94.4%	56,933	52,275	91.8%
合計	362,088	342,720	94.7%	372,590	345,757	92.8%

※給付費は年間累計の金額

2) 介護サービス

介護サービスの給付費の状況をみると、居宅サービスでは、訪問介護、訪問看護等、地域密着型サービスでは定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護、施設サービスでは、介護老人保健施設、介護医療院で計画値を上回っています。

単位:千円

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
(1)居宅サービス						
訪問介護	1,572,520	1,623,086	103.2%	1,666,723	1,763,762	105.8%
訪問入浴介護	32,339	31,903	98.7%	33,286	39,094	117.4%
訪問看護	333,373	370,136	111.0%	351,888	407,511	115.8%
訪問リハビリテーション	47,401	42,450	89.6%	49,548	43,074	86.9%
居宅療養管理指導	236,724	267,596	113.0%	251,177	281,515	112.1%
通所介護	1,201,211	1,073,658	89.4%	1,259,808	1,076,091	85.4%
通所リハビリテーション	278,582	282,750	101.5%	349,163	271,909	77.9%
短期入所生活介護	321,661	372,607	115.8%	412,856	354,411	85.8%
短期入所療養介護 (老健+病院等+介護医療院)	33,138	24,328	73.4%	34,930	17,592	50.4%
福祉用具貸与	279,036	293,646	105.2%	292,200	322,519	110.4%
特定福祉用具購入費	10,359	12,078	116.6%	10,766	11,592	107.7%
住宅改修費	29,707	21,508	72.4%	32,159	21,733	67.6%
特定施設入居者生活介護	470,917	474,481	100.8%	487,958	507,743	104.1%
(2)地域密着型サービス						
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	75,654	85,511	113.0%	78,903	84,199	106.7%
夜間対応型訪問介護	-	-	-	-	-	-
地域密着型通所介護	134,205	92,669	69.1%	139,450	87,280	62.6%
認知症対応型通所介護	19,022	29,710	156.2%	20,357	48,027	235.9%
小規模多機能型居宅介護	229,391	183,763	80.1%	241,849	178,480	73.8%
認知症対応型共同生活介護	551,468	538,054	97.6%	551,774	533,692	96.7%
地域密着型特定施設 入居者生活介護	-	-	-	-	-	-
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	198,910	171,511	86.2%	199,020	160,235	80.5%
看護小規模多機能型居宅介護	104,847	72,876	69.5%	135,133	74,394	55.1%
(3)施設サービス						
介護老人福祉施設	1,222,068	1,136,822	93.0%	1,222,746	1,153,565	94.3%
介護老人保健施設	990,047	1,019,653	103.0%	990,596	1,058,254	106.8%
介護医療院	13,531	27,378	202.3%	22,520	40,570	180.1%
介護療養型医療施設	19,654	19,288	98.1%	19,665	14,320	72.8%
(4)居宅介護支援						
居宅介護支援	494,317	505,795	102.3%	516,069	532,184	103.1%
合計	8,900,082	8,773,257	98.6%	9,370,544	9,083,749	96.9%

※給付費は年間累計の金額

第3章 計画の基本理念及び基本目標

1. 計画の基本理念

(1) 基本理念

基本 理念

高齢者が 健康で “いきいき”と活躍ができ
だれもが安心して暮らし続けられる
支え合いのまち はびきの

第9期高年者いきいき計画の基本理念は、介護保険法、老人福祉法及び羽曳野市高年いきいき条例の基本理念を踏まえて定めたものです。

また、本市の総合基本計画で定める「まちの将来像」、地域福祉計画で定める基本理念との調和を保ったものとして設定します。

この基本理念は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくための地域包括ケアシステムの基礎となる考え方となります。

(2) 基本理念に基づく「まちの将来像」

基本理念が目指す「羽曳野のまちづくり」について、「まちの将来像」を次のように掲げます。これは、本計画全体の方向性・視点を示すものです。

1) 「支え合いのまち」の創生

地域のあらゆる住民が生きがいや役割を持ち、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、人と人、人と社会がつながり自分らしく活躍できるコミュニティを育成し、助け合いながら暮らすことのできる地域共生社会を実現するまちを目指します。

2) 「健康でやさしいまち」の創生

介護予防・健康づくりの充実によって高齢者の生活機能の低下を防ぎ、要介護状態やさらなる状態悪化を防ぐとともに、保健、医療、福祉と地域の支え合いが連携することで、いつまでも健康でいきいきと暮らせる、やさしくみんなに守られているまちを目指します。

3) 「尊厳が保たれるまち」の創生

高齢者一人ひとりの多様な状況に応じ、個性が尊重され、自分の意志で自分らしい生活を営むことができ、誇りをもって生きられるまちを目指します。

4)「手を携える協働のまち」の創生

高齢者が住み慣れた家や地域において安全で安心して暮らし続けられるよう、また、介護する家族等にも多方面から支援ができるよう、地域住民や保健、医療、福祉の関係者、行政等、各種の地域資源のさらなる連携を図るとともに、これらが相乗的に力を発揮し、協働で高齢者を支える地域社会を目指します。

2. 計画の基本目標

達成しようとする目標及び地域の実情に応じた特色を明確化します。

本計画の基本目標として、「まちづくりの目標」と「地域包括ケアシステムの推進目標」を定めます。

(1) 本市の特色・特性

高齢者介護等の施策は、歴史的な経緯や到達点が市町村によって異なることはもとより、人口構造の変化や介護需要の動向が市町村によって異なる状況があります。計画の策定においては、これらを踏まえて地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの特色を明確化する必要があります。

本計画では、これまでの到達点を踏まえ、本市の 2040 年頃までの中長期的な人口動態や介護需要の将来の姿を明らかにし、取組みの方向性として地域包括ケアシステムのさらなる深化、推進を図るとともに、地域包括ケアを支える人材確保等を含む介護サービスの基盤体制の確保を図っていくための方針を定めるものです。

1) 歴史的経緯と到達点

介護保険制度は、第9期計画期間をもって四半世紀を迎えます。認定者数や介護サービスは、制度創設当時の3倍を超え、介護サービス事業者数も増加し、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。第3期計画では、“地域”をテーマとし、予防重視に力点を置いた制度改正が行われ、地域包括支援センター、地域密着型サービス、地域支援事業が創設され、保険者、市町村の機能強化が図られました。そして、第6期計画から、本計画を地域包括ケア計画として位置付け、2025年までに地域包括ケアシステムを構築することを目指して施策を実施してきています。

本市は、介護保険制度の創設に合わせて、市の高齢者施策の基本理念等を定めた羽曳野市高年いきいき条例を制定し、これまで3年ごとに高年者いきいき計画を策定し、計画的、総合的に施策を実施しています。

本市は、制度開始当初から「地域包括ケアシステムの構築」を掲げ、その施策として、高齢者に身近な地域における支え合いのネットワーク「ふれあいネット雅び」を構築し、2011年度からは全国に先駆けた「共生型」のネットワーク（ささえあいネットはびきの）へと進化してきています。

制度創設時から介護サービス基盤の整備を先行的に進め、引き続き高水準の整備状況となっています。また、予防重視型システムへの制度転換を見越し、中学校区ごとの介護予防拠点施設を整備し、大学等研究機関との医療・介護・見守りなどをテーマとした産学官連携（官民連携）の研究活動を推進するなど、予防、健康づくりに先行的に取り組んできました。

第6期計画からは、介護予防・日常生活支援総合事業の実施や、医療・介護連携、認知症対策などの新たな展開について、前倒しでの事業設計を行うとともに、地域の関係者との協力により住民主体の事業を推進しています。

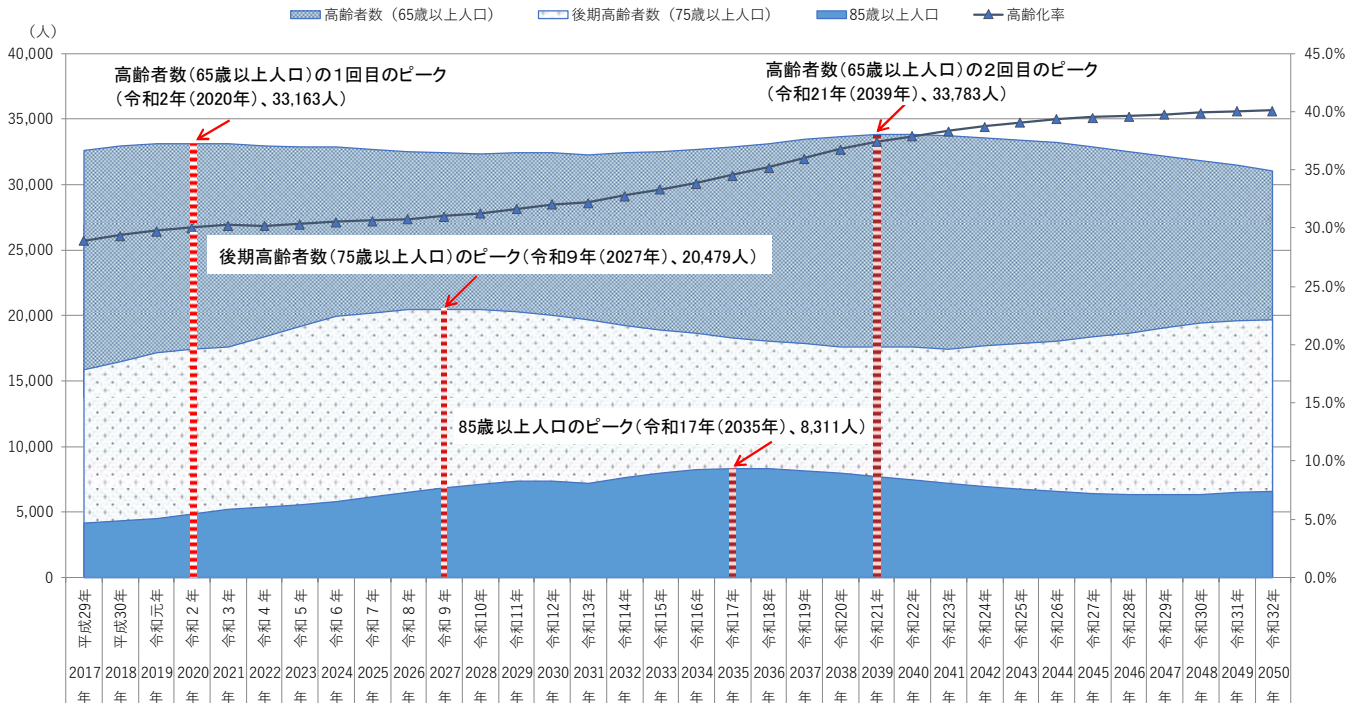
今後は、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会）の実現が地域包括ケアシステムの目指す方向となります。その実現のための本計画の特色は、「ふれあいネット雅び」を地域での基礎として、地域共生社会の中核的な基盤として地域包括ケアシステムの深化・推進を図ることです。

2) 2040年頃の姿（人口構造等）

本市の人口は、2002年をピークに減少しており、高齢化率は2020年に30%を超えて、高齢者人口は2020年をピークに減少しています。

本市の未来は、人口減少・少子高齢化がさらに進行する中、高齢者人口は、団塊ジュニアが65歳に到達する2040年を目前にした2039年に2回目のピークを迎えますが、その後は減少すると見込んでいます。生産年齢人口は急減し、高齢化率は、引き続き上昇していくことが予想されます。なお、介護ニーズの高い85歳以上の人口は、2035年をピークに減少に転じると見込んでいます。

■図3-1：人口の推移



3) 2040 年頃の姿（介護需要等）

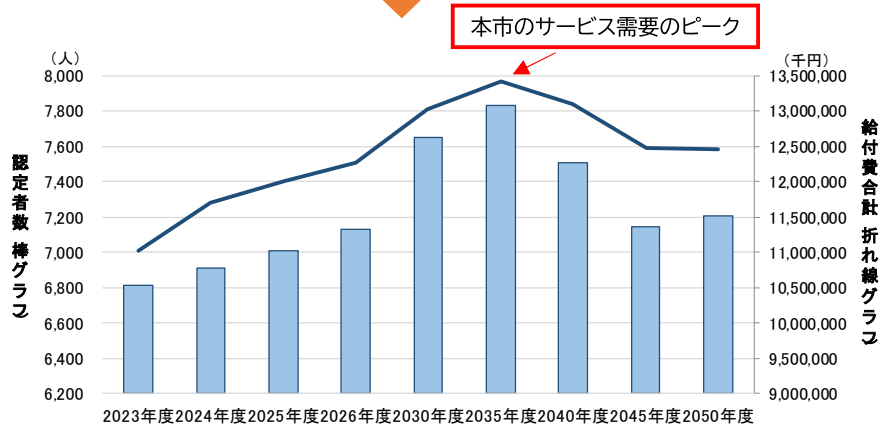
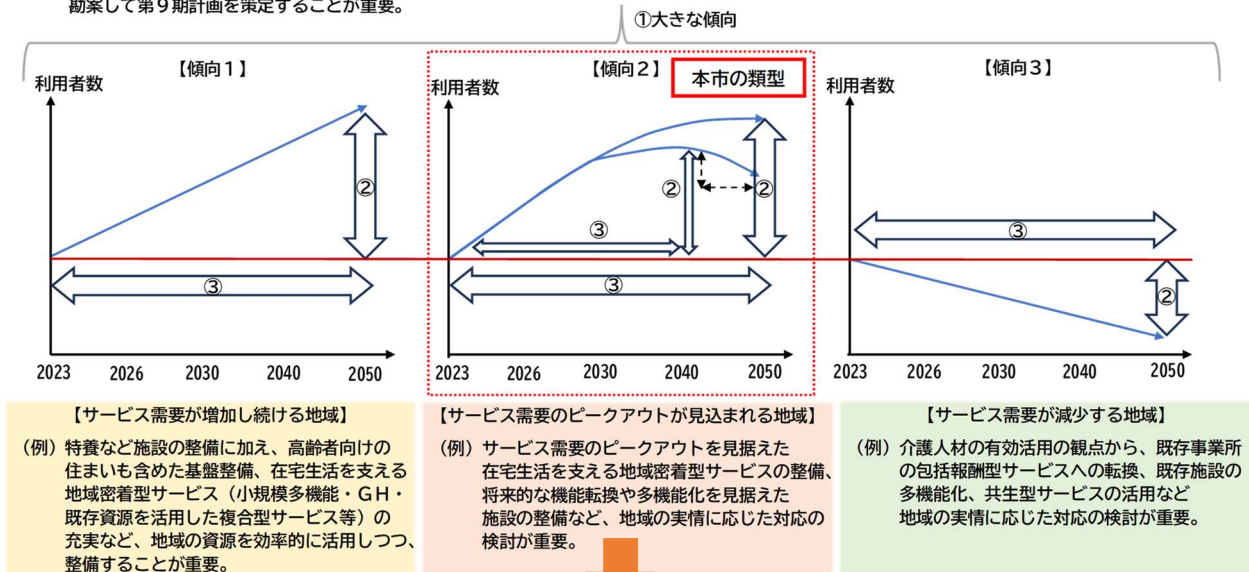
介護ニーズの高い 85 歳以上人口は、2035 年まで増加し、その後減少に転じることから、当面、介護需要は引き続き増加しますが、2035 年頃がピークになると見込んでいます。

介護需要の減少は、介護保険制度始まって以来初めて直面する動態であり、介護サービス基盤の在り方に関し、今後十数年の間、介護需要が高まることへの対応方法、そして、十数年後には介護需要が低下していくことを踏まえると、既存施設や事業所の今後の在り方、必要な介護サービス機能を地域でどのように残していくのかといった点が課題となります。

また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患の高齢者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっています。さらに、世帯主が高齢者の一人暮らし世帯や夫婦のみの世帯の増加のほか、認知症の人や認知機能が低下した高齢者の増加が見込まれる中で、地域で生活する高齢者等の意思決定支援や権利擁護の重要性が高まります。このように介護サービス需要が変化することが想定される一方で、生産年齢人口の急減に直面することを踏まえ、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や介護現場における生産性の向上の推進等が必要となります。

■ 図 3-2：地域における中長期的なサービスの需要の傾向に応じた整備の考え方（例）

- ◆ 中長期的なサービス需要を踏まえ、①サービス基盤の大きな傾向を把握し、その上で②サービス整備の絶対量、③期間（角度②/③）を勘案して第9期計画を策定することが重要。



資料：全国介護保険担当課長会議資料（令和5年7月31日）を引用し作成

(2) まちづくりの目標（目指すべき方向性の明確化）

1) 地域包括ケアシステムによる地域づくり及び「つながり・支え合い」のある地域共生社会の実現

市民一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らせる社会の実現に向けた地域包括ケアシステムによる地域づくりを進めることで、地域共生社会の実現を目指します。

目標		時期
1	地域包括ケアシステムを 2025 年に構築する	第 9 期
2	地域包括ケアシステムを地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤とするための深化を図る	第 9 期及び 中長期

2) 健康寿命を延伸し、高齢者が地域でいきいきと健康に暮らせる地域社会の創出

大阪府は、本市を含め、平均寿命、健康寿命ともに全国水準を下回っています。高齢期を迎える前からの健康づくり、効果的な介護予防の対策を講じるとともに、高齢者が生きがいをもって自分らしく活躍ができ、安心して暮らせる健康都市を目指します。

目標		時期
1	健康寿命の延伸	中長期
2	健康格差の縮小	中長期

3) 人口減少・「“超超” 高齢社会」を乗り越え活力のある地域社会の実現

本市は、全国平均と比べ著しく「人口減少を伴う少子高齢化」が進行している地方都市です。四半世紀後の人口減少による地域の変容（2050 年の人口 3 割減 7.3 万人、高齢化率 45%*）後においても、活力ある地域社会を目指します。

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

目標		時期
1	人口減少社会に対応する総合的な高齢社会対策を定める	中長期
2	「人口減少・“超超” 高齢社会」問題について全庁的、市民的な議論を開始する	第 9 期

(3) 地域包括ケアシステムの深化・推進の目標（目指すべき方向性の明確化）

地域の特性並びに基本指針及び制度改正等を踏まえ、地域包括ケアシステムの深化・推進の目標を定めます。

以下、優先順位の高い施策及び第9期計画期間中の新規施策に係る目標を設定します。

1) 自立支援、介護予防、重度化防止の推進

被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの防止または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止への取組みを進めます。

目標		時期
1	介護予防事業の実施により要支援・要介護者数の抑制を図る	第9期
2	重度化防止対策により、重度化の抑制を図る	第9期
3	介護予防・日常生活支援総合事業を集中的に実施する	第9期

2) 介護給付等対象サービスの充実・強化

中長期の介護需要を見越した介護給付等対象サービスの充実・強化を図ります。現状では、介護人材の確保が最大の課題となっており、抜本的な対策を講じる必要があります。

目標		時期
1	本計画で定める中長期を見据えた介護サービス基盤整備方針に基づき対策を講じるとともに、第10期計画期間中の施設整備に向けて地域及び関係者との協議等を進める	第9期～中長期
2	介護需要の低下を見越した介護サービスの在り方の検討を進める	第9期
3	介護人材の確保のための関係機関、関係部署との連携を強化し、広域連携及び必要に応じて市独自の対策を講じる	第9期

3) 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は、市が主体となって地域の医師会等と協働し、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要です。

目標		時期
1	在宅医療実施体制整備方針等の検討を開始する	第9期
2	取組みを総合的に進める人材を育成・配置する	第9期

4) 日常生活を支援する体制の整備の推進

一人暮らしまたは夫婦のみの高齢者世帯、認知症の人の増加に対応し、日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援・介護予防サービスを整備していくことが重要です。

目標		時期
1	生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）及び協議体の抜本的強化を図る	第9期
2	民間企業、協同組合、NPO、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援・介護予防サービスを担う事業主体の支援、協働体制の充実・強化を図る	第9期

5) 高齢者が生活しやすい環境の整備のための住まい及び移動手段の安定的な確保等

一人暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯の増加が見込まれる中、住まいの確保、移動手段の確保や移動支援は、高齢期を含む生活の維持の観点に加え地域共生社会の実現の観点からも重要な課題です。

また、本市では、住宅型有料老人ホーム等の増加傾向が継続する状況にあり、今後の在り方について検討する必要があります。

目標		時期
1	高齢者施策と居住等に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進できるよう関係機関及び関係部署の連携で施策を推進する	第9期
2	高齢者の日常生活を支えるための移動手段の確保、移動支援や買い物支援などについて、関係機関及び関係部署の連携で施策を推進する	第9期

6) 地域共生社会実現に向けた地域包括ケアシステムの構築を進めるための体制等の整備

今後高齢化が一層進展する中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。そして、すべての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現は、地域包括ケアシステムの目指す方向であり、本計画の最重要かつ最優先の課題です。

属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うため、生活困窮、障害福祉、児童福祉などの各分野との連携による重層的支援体制整備事業の展開を図ります。

目標		時期
1	地域包括支援センターを増設し、機能強化を図るとともに、在宅介護支援センターとの連携を一層強化する	第9期
2	属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うため、生活困窮、障害福祉、児童福祉などの各分野との連携による重層的支援体制整備事業の展開を図る	第9期
3	重層的支援体制の構築における地域包括支援センターの位置付けを確立し、そのための体制や環境の整備を図る	第9期

7) 地域包括ケアシステムの深化・推進を目指す保険者機能の強化

地域包括ケアシステムの深化・推進においては、保険者機能を発揮しながら、地域の自主性や主体性に基づき、介護予防や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域の実情に応じて取組みをデザインする、いわば「地域デザイン機能」を強化し、地域共生社会の実現を図っていくことが必要となっています。

目標		時期
1	「自立支援、介護予防、重度化防止の目標設定」及び「介護給付適正化計画」等に関するPDCAサイクルを推進する	第9期
2	関係行政計画等との調和、整合を図るとともに、施策に関連する関係部局、関係機関との連携の抜本的な強化を図る	第9期
3	官民連携・（民民連携支援を含む）協働の枠組みを抜本的に強化する	第9期

3. 日常生活圏域の設定

(1) 日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、高齢者が住み慣れた地域で継続して生活できるよう、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域をいい、介護保険事業計画において設定することとなっています。

この日常生活圏域は、地域密着型サービスの必要利用定員総数の設定の区域となるとともに、介護給付等対象サービスの見込みにおいて勘案する必要があります。

また、地域包括ケアシステムの基礎となる区域となるため、地域包括支援センターの担当区域との整合性を確保するとともに、在宅医療の提供体制整備や在宅医療・介護連携のための体制の確保については、圏域ごとに行う必要があります。

本市では、第8期計画から、地域包括ケアシステムの一層の深化を目指し、生活支援コーディネーター（第2層）の活動範囲を明確化して事業の拡大を図るため、また、地域福祉計画との整合を徹底するため、地域福祉計画において専門職と地域をつなぐ包括的ケアネットワークとして設定する第2層のエリアである東地区、中地区、西地区をそれぞれ「東圏域」「中圏域」「西圏域」という名称の日常生活圏域として設定し、圏域ごとに地域包括支援センターを設置しています。

なお、設定した日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築等の事業は、地域福祉計画で定める「支援と連携の『ささえあいネットはびきの』」の第1層、第2層及び第3層の枠組みとの整合を図って、総合的、重層的に展開しています。

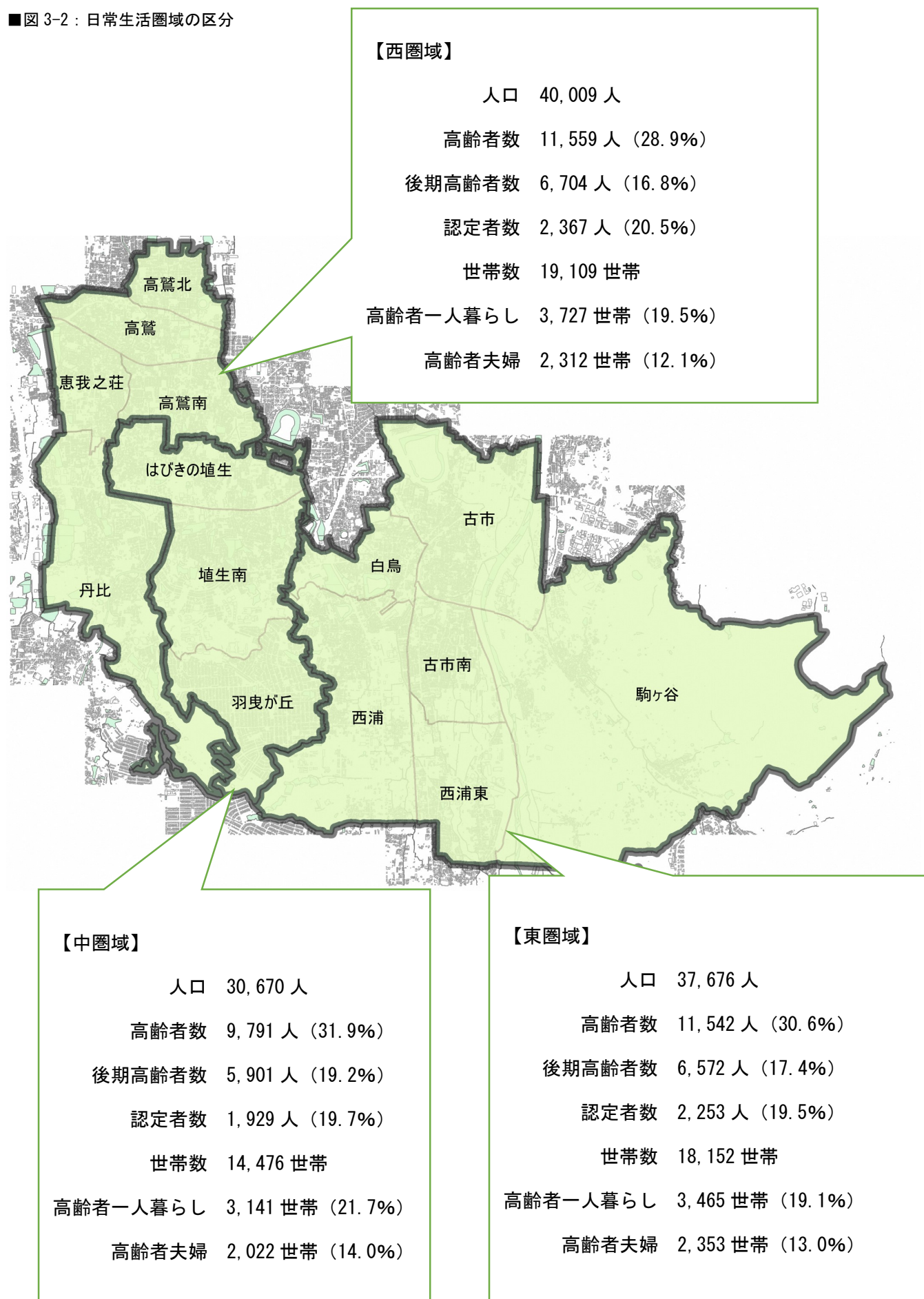
(2) 各日常生活圏域の状況等

3つの圏域のうち、中圏域は他2圏域に比べ、人口・高齢者数が少ないものの、高齢化率は高くなっています。また、第8期計画策定時に比べ各圏域とも後期高齢者数及び高齢者一人暮らし世帯数が増加しています。介護給付等対象サービスを提供するための事業所数は、ほぼ均衡したものとなっています。有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は、定員数の合計で西圏域に偏在（55%）しています。

また、介護予防拠点施設（高年生きがいサロン）、地域密着型サービス事業所（小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護等）がおおむね均等に整備されていることや、社会福祉施設が実施する社会貢献事業のエリアなども3圏域で包括される体制にあります。

「ふれあいネット雅び」を、第2層生活支援コーディネーターの協議体として位置づけ、その活動エリアである14小学校区を中心に、人口・地理的条件等を勘案して日常生活圏域を設定しており、各圏域での取組みが展開されています。また、地域福祉計画で定めるコミュニティソーシャルワーカー（CSW）も、3つの圏域に配置されています。

■図 3-2：日常生活圏域の区分



■表 3-1：日常生活圏域の状況

区分		東圏域	中圏域	西圏域	市全域
地域	主な行政区	古市地区・駒ヶ谷地区・西浦地区	羽曳が丘地区・埴生地区	高鷲地区・丹比地区	
	小学校区	古市・駒ヶ谷・西浦・白鳥・古市南・西浦東	はびきの埴生・羽曳が丘・埴生南	丹比・高鷲・高鷲南・恵我之荘・高鷲北	
	自治会数	73	67	56	196
	地域包括支援センター	1	1	1	3
	在宅介護支援センター	2	1	2	5
	生活支援コーディネーター配置数	2人	3人	4人	9人
	協議体(ふれあいネットワーク)数	6	3	5	14
	認知症地域支援推進員配置数	5人	2人	3人	10人
	高齢生きがいサロン	1カ所	1カ所	2カ所	4カ所
	いきいき百歳体操会場	34カ所	20カ所	21カ所	75カ所
高齢者の状況	人口	37,676人	30,670人	40,009人	108,355人
	高齢者数(高齢化率)	11,542人(30.6%)	9,791人(31.9%)	11,559人(28.9%)	32,892人(30.4%)
	後期高齢者数(後期高齢化率)	6,572人(17.4%)	5,901人(19.2%)	6,704人(16.8%)	19,177人(17.7%)
	認定者数(認定率)	2,253人(19.5%)	1,929人(19.7%)	2,367人(20.5%)	6,549人(19.9%)
	世帯数	18,152世帯	14,476世帯	19,109世帯	51,737世帯
	高齢者一人暮らし	3,465世帯(19.1%)	3,141世帯(21.7%)	3,727世帯(19.5%)	10,333世帯(20.0%)
	高齢者夫婦(65歳以上)	2,353世帯(13.0%)	2,022世帯(14.0%)	2,312世帯(12.1%)	6,687世帯(12.9%)
各種の介護サービス事業所数	居宅介護支援	13	12	11	36
	訪問系	訪問介護 20 訪問介護 16(現行相当) 訪問介護 8(緩和型) 訪問看護 6	訪問介護 13 訪問介護 11(現行相当) 訪問介護 5(緩和型) 訪問看護 11	訪問介護 20 訪問介護 11(現行相当) 訪問介護 4(緩和型) 訪問看護 8	訪問介護 53 訪問介護 38(現行相当) 訪問介護 17(緩和型) 訪問看護 25
	通所系	通所介護 9 通所介護 11(現行相当) 通所介護 2(緩和型) 通所リハ 3	通所介護 7 通所介護 7(現行相当) 通所介護 2(緩和型) 通所リハ 1	通所介護 12 通所介護 12(現行相当) 通所介護 7(緩和型) 通所リハ 5	通所介護 28 通所介護 30(現行相当) 通所介護 11(緩和型) 通所リハ 9
	短期入所	短期入所生活介護 3 短期入所療養介護 1	短期入所生活介護 2	短期入所生活介護 2 短期入所療養介護 3	短期入所生活介護 7 短期入所療養介護 4
	入所・居住系	特定施設入居者生活介護 2 特別養護老人ホーム 3 介護老人保健施設 1	特定施設入居者生活介護 2 特別養護老人ホーム 1	特定施設入居者生活介護 2 特別養護老人ホーム 2 介護老人保健施設 3	特定施設入居者生活介護 6 特別養護老人ホーム 6 介護老人保健施設 4
	地域密着型サービス(訪問・通所系)	看護小規模多機能 1 小規模多機能 2 通所介護 3	看護小規模多機能 1 定期巡回・随時対応型 1 認知症対応型通所介護 1 通所介護 2	小規模多機能 2 通所介護 2	看護小規模多機能 2 小規模多機能 4 定期巡回・随時対応型 1 通所介護 7
	地域密着型サービス(施設・居住系)	認知症対応型共同生活介護 5 地域密着型特養 1	認知症対応型共同生活介護 1	認知症対応型共同生活介護 4 地域密着型特養 1	認知症対応型共同生活介護 10 地域密着型特養 2
	短期集中型サービス		訪問型サービス 3	通所型サービス 1	通所型サービス 1 訪問型サービス 2
医療の状況	在宅療養支援診療所	7	4	5	16
	在宅療養支援歯科診療所	2	2	2	6

※令和5年9月30日現在

※「訪問系」、「通所系」の欄の「(現行相当)」、「(緩和型)」についてのみ、他サービスと一体的指定を受けている場合でも別に計上しています。

第4章 地域包括ケアシステムの現状・課題と今後の展開

1. 現状・課題及び今後の方針

(1) 分析評価の結果

1) 地域包括ケアシステムの構築状況点検ツールによる分析評価

地域包括ケアシステムの構築状況点検ツールは、「地域のビジョン」に照らして施策等が効果的なものになっているかを振り返り、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、さらに効果的なものとなるように施策等の考え方を点検する視点を提供するものです。

この点検ツールによる分析の結果、本市の施策においては、実施している事業の内容や相談窓口等を市民や事業者へ十分に周知できていない点や、地域のインフォーマルサービスの状況把握や地域課題の把握・ニーズの抽出が十分にできていない点、住まいについて「Osaka あんしん住まい推進協議会」への参画や個別対応等は実施しているものの具体的な事業・施策としての展開ができていないことが明らかとなり、今後検討を進めていく必要があります。

2) 地域支援事業及び予防給付の達成状況の点検及び評価

地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムの深化・推進のために重点的に取り組む必要がある地域支援事業のうち、①在宅医療・介護連携の推進、②高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進、④地域ケア会議の推進、⑤高齢者の居住安定に係る施策との連携について、各事業を効果的に進めるためには、個々の事業評価と併せて、地域支援事業全体の評価を行い、評価に基づく事業方針や目標を定めることが重要です。

このため、第9期計画期間中は、介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業に係るものに限る。）の実施による要介護状態等への移行の程度や、その実施による影響の分析を、大学や民間企業と協力して実施します。評価結果については、介護サービス基盤整備方針、介護予防・日常生活支援総合事業の制度設計や運営方針の見直しにつなげ、また、各圏域を担当する地域包括支援センターをはじめとする関係者間で共有することで、ケアマネジメントやサービスの質の向上、介護予防・自立支援などの取組みの強化、地域の支え合い体制の強化につなげていきます。

(2) 地域共生社会の中軸となる地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進の方向性

社会の在り方やその変化の中で、地域住民の複雑化・複合化したニーズが生まれており、そのニーズに対応するため、相談支援、参加支援及び地域づくりに向けた支援を一体的に実施する重層的支援体制整備事業が創設されました。その中で、地域包括支援センターは属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されています。また、第7期羽曳野市障害福祉計画においても、高齢者を含む障害者の自立支援の観点から、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の必要性について定めます。

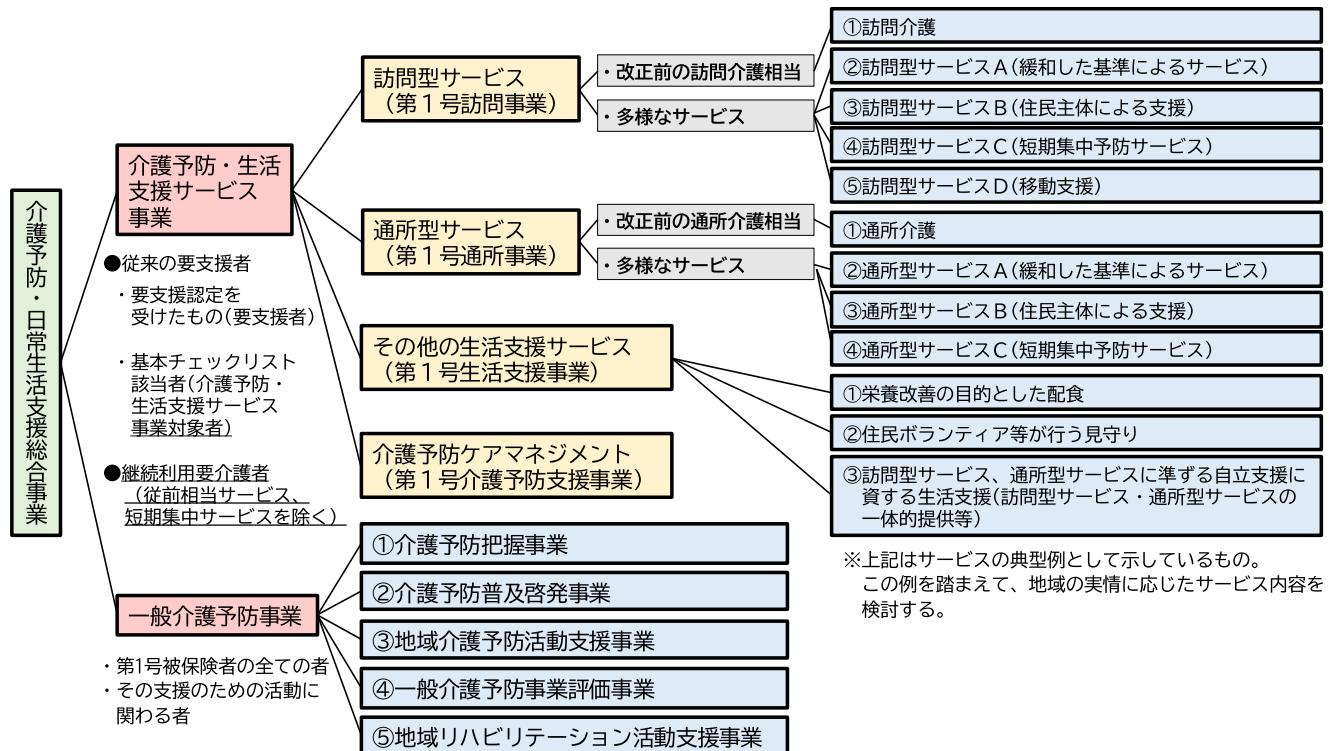
地域共生社会を実現するためには、地域包括ケアシステムの構築状況点検ツールの分析・評価により明らかになった地域包括ケアシステムの課題も含め、高齢者だけでなく、経済的困窮者、一人暮らし、障害者、一人親家庭等が複合したケースなどに対応するため、生活困窮分野、障害分野や児童福祉分野などとの連携を促進し、地域の実情に合わせた地域資源を活用した地域づくりを図っていくことが重要です。第9期計画では、これらの視点を大切に、地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていきます。

2. 地域支援事業と健康づくり

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業と健康づくり

1) 介護予防・生活支援サービス事業

■ 図 4-1：介護予防・日常生活支援総合事業の構成



検討課題と施策の方向性

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、要支援認定を受けた者、基本チェックリストによる判断でサービス利用が適当とされた者（事業対象者）です。要支援認定者や事業対象者の現在の生活機能が維持・改善されるよう、自立支援に資する取組みを推進していく必要があります。本人の意欲に働きかけながら、本人が「できることはできるだけ自分で行う」という行動変容につながるよう働きかけていくことが重要です。また、本人の選択と同意に基づくサービス提供となるよう努める必要があります。

サービスの利用にあたっては、プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）を開催し、介護支援専門員が専門職（理学療法士・作業療法士・歯科衛生士・管理栄養士）から助言を得て、対象者の自立に向けた支援の方向性を検討し、インフォーマルサービスも含めた多様なサービスの利用を進めていきます。

サービスを必要とする人が安心してサービスを利用できるようにするため、生活支援コーディネーター、一般介護予防事業との連携や、市民、介護支援専門員、医療機関等の専門職への介護予防・生活支援サービス事業内容の周知を行います。また、適宜実施状況等の評価を行い、事業の実施方法について検討していきます。

主な取り組み

■訪問型サービス

- サービス類型は下表のとおりです。大きく分けて、改正前の介護予防訪問介護相当のサービスと、多様なサービスがあります。担い手不足を解消するため、生活援助のサービスに従事できる資格である、生活援助サービス従事者研修を定期的実施します。また、サービスの内容や実施について、自立支援・介護予防の観点から、基準の見直しや事業者の意向確認等を行います。
- 介護予防に効果的と考えられる多様な訪問型のサービスについて、シルバー人材センター等が実施する家事援助サービス等、既存の地域資源の活用に努め、積極的な実施を図ります。
- 効果的に介護予防や生活リハビリを進めるために、短期集中予防サービス事業を拡充します。
- 短期集中予防サービスや訪問・通所サービス等と一体的に実施する移動支援について研究を進め、実施方法について検討を進めます。

種別	基準	サービス種別	対象者とサービス提供の考え方
	介護予防相当	①介護予防訪問介護相当サービス	○すでにサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していく。
		②訪問型サービスA【一体型】 （緩和した基準によるサービス）	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進
	多様なサービス	③訪問型サービスA【単独型】 （緩和した基準によるサービス）	
		④訪問型サービスB1	
		⑤訪問型サービスB2(住民主体による支援)	
		⑥訪問型サービスC(短期集中予防サービス)	○体力の改善に向けた支援が必要なケース・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 専門職が集中的に介入することで生活機能の改善・維持を図る。 ※3～6か月の短期間で実施

■通所型サービス

- サービス類型は下表のとおりです。大きく分けて、改正前の介護予防通所介護相当のサービスと、多様なサービスがあります。サービスの内容や実施について、自立支援・介護予防の観点から、基準の見直しや事業者の意向確認等を行います。
- 効果的に介護予防や生活リハビリを進めるために、短期集中予防サービス事業を拡充します。
- 介護予防に効果的と考えられる多様な通所型のサービスについて、高年生がいがいサロン等、既存の地域資源の活用に努め、積極的な実施を図ります。

種別	基準	サービス種別	対象者とサービス提供の考え方
	介護予防相当	①介護予防通所介護相当サービス	○すでにサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していく。
		②通所型サービスA【一体型】 （緩和した基準によるサービス）	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進
	多様なサービス	③通所型サービスA【単独型】 （緩和した基準によるサービス）	
		④通所型サービスB(住民主体による支援)	
		⑤通所型サービスC(短期集中予防サービス)	○体力の改善に向けた支援が必要なケース・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 専門職が集中的に介入することで生活機能の改善・維持を図る。 ※3～6か月の短期間で実施

■その他の生活支援サービス

自立した日常生活の支援として、上記の訪問型・通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められる見守り等のサービスについて、対応すべきニーズや実施体制の整備について検討を行い、実現可能性の高いものから事業化を図ります。

■介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントについては、できないことをただ補うサービスを提供するのではなく、本人が持っている能力を引き出し、本人の望む生活を維持できるように支援していくことを基本方針とします。元気な人についてはその状態を引き続き維持できるように、介護が必要とする人にはその状態の改善・悪化防止に向け支援することにより、自立支援に資するケアプランの作成に努めます。

また、総合的な介護予防システムの確立に向けて、一般介護予防事業、介護予防・生活支援サービス事業、要支援認定を受けた人を対象とする介護保険サービスなどの連携を促進します。

目標値

評価方法	項 目	実 績 値			目 標 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	短期集中型サービス利用者数(訪問 C:運動)	39	34	68	70	80	90
B	短期集中型サービス利用者数(訪問 C:栄養)	9	8	20	25	30	35
B	短期集中型サービス利用者数(通所 C)	58	108	160	180	200	220

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

2) 一般介護予防事業

検討課題と施策の方向性

高齢者がいつまでも元気に過ごすことができるよう、また、介護が必要になっても、生きがいや役割を持って生活できるよう、介護予防の取組みを推進していく必要があります。

いきいき百歳体操の会場数は、78 か所（令和5年 11 月現在）まで増えています。一方で、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、高齢者の集う場所での開催自粛をお願いしていた期間があり、自粛期間中に参加者の高齢化が進んだことにより再開ができず、休止・中止となった会場がみられました。再開するための支援や補助金により9割以上が再開できていますが、引き続き通いの場の参加率の向上に取り組んでいきます。

今後は、介護予防の取組みを始めるきっかけづくりとして、介護予防の必要性や取組みについて啓発を行うとともに、家族や友人・知人等、身近な地域の仲間と一緒に取り組むことができる介護予防活動や、参加しやすい介護予防活動の推進について検討します。

主な取り組み

■介護予防普及啓発活動

介護予防に関する基本的な知識の習得や日常生活における実践内容などを周知するため、「健康づくり・介護予防拠点」としての LIC ウェルネスゾーン・住民主体の介護予防教室である GoGo ウェルネス事業等の運動プログラム、認知症・フレイル予防等教室の開催、管理栄養士による簡単な調理実習講話、及び保健師・歯科衛生士等専門職による地域に出向いての啓発を実施します。

■地域介護予防活動支援事業

元気高齢者が高齢者を支えるボランティアポイント制度「きらきらシニアプロジェクト介護支援サポーター事業」により社会参加・地域貢献ができる取り組みや、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。また、街かどデイハウス支援事業など介護予防に取り組む地域の各種団体との協働により、地域での介護予防を推進します。

●いきいき百歳体操（住民主体の通いの場）

いきいき百歳体操は、高齢による虚弱を予防する介護予防の体操で、負荷が調整できるおもりを手首や足首につけて、DVDやCDを使って 30 分間行います。週 1 回から 2 回を継続して実施することが体力づくりには重要です。各圏域を担当する地域包括支援センターの職員によるグループの立ち上げの際の支援や、年に 2 回リハビリテーション専門職による体力測定や運動指導を実施しています。

いきいき百歳体操は、地域住民主体の活動であり、介護予防だけでなく社会参加にもつながる通いの場でもあります。地域の支え手の高齢化等の問題がありますが、専門職による体力測定やその結果のフィードバックを通して、参加者の継続参加の意識を醸成し、継続的な運営につなげていきます。

■一般介護予防事業評価事業

各介護予防事業において体力測定を実施し、参加者の体力・運動機能の変化から各事業の効果について評価を行います。また、令和 5 年度から大学・民間事業者と協力し一般介護予防事業参加者の運動機能や介護認定状況等の推移など様々な面から事業評価を行います。事業評価の結果を基に事業の啓発や効果的な事業の推進を図ります。

■地域リハビリテーション活動支援事業

介護支援専門員支援の一環として、リハビリテーション専門職による訪問・助言を行うスポット訪問も開始し、また、地域における介護予防の取り組みを総合的に支援し機能強化を図るため、地域の通いの場やプラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）へのリハビリテーション専門職等の派遣等を実施します。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	いきいき百歳体操会場数	70	75	80	85	90	100
B	通いの場等への参加者数	1,153	1,224	1,300	1,300	1,500	1,650
B	きらきらシニアプロジェクトサポーター数	343	354	360	370	390	410
B	LIC ウェルネスゾーン 延べ参加者数	7,330	11,814	11,862	12,000	12,000	12,000
B	GoGo ウェルネス 延べ参加者数	6,264	20,754	23,724	25,000	25,000	25,000

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

3) 健康づくり事業

検討課題と施策の方向性

健康寿命を延伸し、いつまでも健康で過ごすためには、健康的な生活習慣のきっかけづくりやだれもが身近な場所で気軽に運動習慣を続けられる環境づくりが必要です。また、市民自らが積極的に健康づくりを行う健康習慣の定着化を図っていくために、広報等による周知・啓発を行いながら、健康づくり事業の充実を図っていく必要があります。

生活習慣病は、要介護等認定者の主な原因疾患となっています。このため生活習慣病の発症予防と重症化予防は特に重要な健康課題であり、予防・早期発見の機会となる各種健診（検診）の受診促進や、保健指導・健康相談の推進を図る必要があります。

令和6年度から「健康はびきの21計画（第3期）」に基づく健康づくり施策を推進します。

生活習慣病の予防・早期発見につながる各種健診（検診）の受診率向上の取組みや、健康意識向上及び健康づくり支援を目的とした健康教育・健康相談等の事業を行い、高齢者の健康寿命の延伸やフレイル予防に取り組んでいきます。

主な取組み

■健康はびきの21計画（第3期）の推進

「健康はびきの21計画（第3期）」は、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を基本目標とし、一人ひとりの健康づくりを推進するとともに、市民だれもが身近な地域の中で健康でいきいきと暮らせるまちづくりを目指します。「健康はびきの21計画（第3期）」では、ライフステージに応じた課題に対して7つの分野（「栄養・食生活」「運動・身体活動」「休養・こころの健康」「歯の健康」「たばこ」「アルコール」「健康管理」）を設定しています。高齢者の健康づくり事業としては、以下の項目を重点項目とし、各分野において啓発を行い、健康寿命の延伸、フレイル予防につなげていきます。

○栄養・食生活

基礎疾患を有する人など個々の健康状態に応じた食生活の実践が必要です。介護予防の観点から、やせや低栄養にならないための食事量や栄養バランスについて、また「個（孤）食」を防ぐため家族や仲間と一緒に食事をする「共食」の重要性を啓発します。

○運動・身体活動

身体活動量の減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子だけでなく、高齢者の自立度低下やフレイル（虚弱）の危険因子であることから、身体活動や運動の重要性を「ふれあいネット雅び」やいきいき百歳体操など介護予防事業の中で普及・啓発し、運動を実施している施設や運動教室などの情報提供等を行います。

○休養・こころの健康

個人だけでなく社会全体でこころの健康を支えるために、高齢者の居場所作りや生きがいをづくりのための介護予防拠点の利用、多世代交流など高齢者の地域参加を促進する取り組みを進めます。

○歯の健康

歯・口腔の健康は、健康で質の高い生活を営む上での重要な役割を果たしており、歯の喪失を抑制することは、高齢期の口腔機能の維持につながり、介護予防にもなります。口腔ケアや口腔から生じる疾患の予防や「しっかり噛むこと」の必要性を普及・啓発します。かかりつけ歯科医を持ち、定期歯科健診を受けることを進めます。

■各種健診（検診）事業

生活習慣病や疾病等の予防・早期発見の機会となる各種健診（検診）事業を推進します。

○がん検診

胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がんの検診を引き続き実施します。また、要精密検査者が確実に精密検査を受診しているかどうかなどの精度管理の向上にも努めます。

○成人歯科健診

口腔内の健康チェックと歯周病の早期発見・予防のために、引き続き成人歯科検診を実施します。健診時に、日常生活での注意点、口腔内衛生の管理方法、よく噛むことの必要性などを伝えることで、口腔ケア及び口腔機能の低下を原因とした肺炎等の予防の重要性について啓発します。

なお、75 歳以上の後期高齢者医療の被保険者は、後期高齢者歯科健康診査を受診することができます。

○骨粗しょう症検診

女性を対象とする骨量減少者の早期発見と骨粗しょう症予防のために、引き続きX線検査による骨量測定を実施します。

○健康サポート健診

医療保険未加入者や特定健診を受診できない人を対象として、疾患またはその危険因子の早期発見のために、引き続き健康サポート健診を実施します。

○肝炎ウイルス検査

肝臓がんへと進行するB型・C型肝炎ウイルス感染症の早期発見・早期治療のために、引き続き肝炎ウイルス検査（血液検査）を実施します。

○特定健康診査・後期高齢者医療健康診査

特定健康診査は、生活習慣病の予防のための健康診査です。特に心筋梗塞、脳卒中等の動脈硬化性疾患の原因となる病態を知ることができます。また後期高齢者医療健康診査は、生活習慣病に加え、加齢による心身の衰え（フレイル）など高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に知ることができます。

○市民健診

生活習慣病等の早期発見・早期治療により市民の健康増進を図るため、市民健診実施医療機関で特定健診を受診する場合に、市民が均しく追加健診を受診できるよう、引き続き市民健診を実施します。

■健康教育・健康相談・訪問指導

○健康教育・地域出向健康教育

健康はびきの 21 計画（第3期）で定めた健康づくりの7つの分野を中心に、介護予防・健康づくりの知識を伝え、市民の主体的な健康づくりのサポートができるよう支援していきます。また、地域においては、町会・老人会等や「ふれあいネット雅び」の地域活動の中で計画的に健康情報の発信をしていきます。

○健康相談・栄養相談

タバコやアルコールに関する問題や生活習慣の改善について、健康相談・栄養相談を実施するとともに、心身の健康に関する個別の相談にも応じ、必要な指導及び助言を行います。

○訪問指導

専門職が対象者宅へ出向いて生活背景や健康意識等を把握し、生活習慣改善に向けた相談を行います。医療機関や福祉関係機関等と連携し、保健指導を実施していきます。

○特定保健指導とその他の事業（国民健康保険・後期高齢者医療）

特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた人を対象として、生活習慣の改善を促し、生活習慣病予防を図るとともに、メタボリックの該当者及び予備軍の減少を目的に実施する事業です。

特定保健指導に加え、糖尿病性腎症の重症化予防、治療が必要な人への受療勧奨事業等を行い、生活習慣病の早期発見、早期治療、重症化の予防に努めます。

目標値

目標値は健康はびきの21計画（第3期）から抜粋しています。

指標項目	現状 2023 年度	目標値 2035 年度
健康寿命の延伸		
男性	平均寿命 80.5 歳 健康寿命 79.0 歳(R3)	平均寿命の増加分を上回る 健康寿命の増加*3
女性	平均寿命 87.3 歳 健康寿命 84.1 歳(R3)	平均寿命の増加分を上回る 健康寿命の増加*3
健康格差が生じていると感じる人の減少		
20 歳以上	15.4%	12%以下*4
適正な量と質の食事をとる人の増加		
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日が ほぼ毎日の人の割合	49.0%	80%以上*2
野菜を1日に5皿以上食べる人の割合	3.7%	5%以上*4
運動習慣者の増加(1回 30 分以上の運動を週2回以上、1年以上続けている人)		
65 歳以上男性	47.2%	58%以上*2
65 歳以上女性	48.8%	増加*2
□コモティブシンドロームを知っている人の増加		
65 歳以上	37.1%	80%以上*2
フレイルを知っている人の増加		
65 歳以上	32.7%	39%以上*4
就業または何らかの地域の活動に参加している人の増加		
65 歳以上男性	52.8%	58%以上*3
65 歳以上女性	48.1%	53%以上*3
過去1年間に歯科健診を受診した人の増加		
20 歳以上	59.9%	95%以上*3
かかりつけ歯科医を持つ人の増加		
20 歳以上	75.5%	91%以上*4
よくかんでゆっくり食べることを心がけている人の増加		
50 歳以上	56.7%	80%以上*3
特定健康診査・特定保健指導の受診者数の増加		
特定健康診査の受診率の増加	38.7%	60%
特定保健指導の終了率の増加	19.3%	60%
メタボリックシンドロームの予防や改善のために継続的な取組をしている人の増加		
20 歳以上	43.2%	52%以上*4
がん検診受診率の向上		
胃がん検診(40 歳以上)	4.0%(R4 実績)	60%以上*3
肺がん検診(40 歳以上)	3.8%(R4 実績)	60%以上*3
大腸がん検診(40 歳以上)	7.9%(R4 実績)	60%以上*3
子宮がん検診(20 歳以上女性)	22.4%(R4 実績)	60%以上*3
乳がん検診(40 歳以上女性)	20.0%(R4 実績)	60%以上*3
成人歯科健診受診率の向上		
成人歯科健診(20～70 歳)	10.6%(R4 実績)	30%以上*1
骨粗しょう症検診受診率の向上		
骨粗しょう症検診(40～70 歳女性)	13.6%(R4 実績)	15%以上*3

※目標値のうち、「*1」がついているものは「健康日本 21（第一次）」の目標値、「*2」がついているものは「健康日本 21（第二次）」の目標値、「*3」がついているものは「健康日本 21（第三次）」予定の目標値、「*4」がついているものは市が独自に設定した目標値。また、増加・減少（*1～3）は健康日本 21（第一次～第三次）のいずれかの目標値を満たしたものの。

4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

検討課題と施策の方向性

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施は、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加するとともに、フレイル状態の高齢者を適切な医療や介護サービスにつなげ、疾病予防・重症化予防を促進することにより健康寿命を延伸することを目的としています。

一体的実施を行うにあたっては、介護・医療・健診情報等を活用し、国民健康保険担当部局等と連携して取組みを進めること、また、後期高齢者医療広域連合等との連携方策を定めた一体的実施の在り方について市町村が定める基本的な方針と整合的なものとするのが重要であるとされています。

本市では、令和3年度から企画調整担当保健師を配置し、KDBシステムを活用した市の現状分析・対象者の把握を実施しています。既存の事業と連携した事業実施計画を策定し、令和4年度から専門職による高齢者の個別的支援や通いの場等へ関与する取組みを開始しています。

本市における高齢者保健事業は多部門で実施されており、高齢者の身近な場所での健康づくりへの支援に向けて、さらに連携を強化して取組みを進めていく必要があります。また、より効果的な事業実施に向けて、個別支援では介護の要因となっている原因を見極め、適切に対象者を抽出してアプローチしていくことや、通いの場では多くの人がより利用しやすい形での事業実施を検討していきます。

主な取組み

■KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握

KDBシステムを活用し、地域特性や健康課題、高齢者一人ひとりの状況の把握を行い、事業の企画・調整等を行います。事業の企画・調整にあたり、地域包括支援課、保険年金課（後期高齢者医療、国民健康保険）、健康増進課等の庁内関係部課が相互に連携をします。

■高齢者に対する支援

「羽曳野市高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る基本的な方針（基本方針）」を基に、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と、通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）を行い、健康課題の改善を図ります。事業の実施にあたっては、庁内関係部課に加えて、医療関係団体等との連絡調整を行います。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度（見込み）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	ポピュレーションアプローチの実施人数		97	120	150	170	200
B	ハイリスクアプローチの実施人数		21	40	55	60	65

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

5) まちの保健室事業

検討課題と施策の方向性

高齢者の身近な場所での健康づくりへの支援として、「まちの保健室事業」を令和5年度から開始しています。高齢者がいつまでも元気に過ごすためには、病院に行くほどではないが、誰に相談すればいいかわからない、病院に行った方が良いかどうかの判断や対応方法などについて悩みが出てきた時に、専門職（運動・口腔・認知症・栄養・保健医療）に相談ができることが大切です。そのことで悪化予防や専門の機関につなげることができ、健康寿命の延伸や、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止の推進につながります。

令和5年度は講義を中心に相談事業などを実施してきましたが、今後は相談事業に重点を置き、また、他の取組みとの連携を図りながら事業を進めるとともに、実施場所である高年生がいサロンや事業内容の周知を行います。

主な取組み

■まちの保健室事業の実施

市内4か所の高年生がいサロンにおいて産学官で連携し、専門職による運動・口腔・認知症・栄養などフレイル予防の講座や相談会等を定期的の実施し、居住地の近くにおいて相談できる場があることを周知することで、高齢者が可能な限り住み慣れた地域または自宅において、その人らしく自立した生活を営むことができるように、要介護状態等になることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止の推進を図ります。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	講義参加者数	—	—	200	50	50	50
B	相談参加者数	—	—	50	100	150	200

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

(2) 包括的支援事業 (① 在宅医療・介護連携の推進)

1) 在宅医療の体制整備

検討課題と施策の方向性

在宅療養者の増加が見込まれる中、自宅でのターミナルケアや認知症・慢性疾患の療養等に対応するため、かかりつけ医の確保、往診体制の整備、認知症への対応の充実等が求められます。

地域包括支援センターは、在宅医療に必要な連携を担う拠点としての機能強化が必要とされています。保健所の調整のもと羽曳野市医師会と協議を行い、急変時の患者の受け入れや、在宅医療に移行する患者へ必要な医療・介護等の関係機関への働きかけの機能を持ち、積極的役割を担う医療機関との連携を図ります。

今後も、高齢者が住み慣れた地域で生活を営むことができるよう、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、在宅医療の体制整備を進めていきます。

主な取組み

■在宅療養・看取りの推進

地域包括支援センターが在宅医療に関する地域の相談窓口となり、退院時の調整や地域の医療機関との調整を行います。また、医療機関・介護サービス事業者情報検索システムを更新し市民がいつでも医療機関情報が得られる環境を整えます。また、新型コロナウイルス感染症の影響により、終末期等における病状急変時の入院の受け入れを事前に登録するシステムが休止していましたが、再開について羽曳野市医師会と協議します。

本人の望む終末期を迎えるために、人生の最終段階における医療・ケアに関して本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」（人生会議）について、在宅医療を担う関係機関に周知します。

■在宅療養やかかりつけ医等の必要性の周知啓発

医療的ケアを必要とする高齢者を在宅で支えるため、かかりつけ医の必要性、在宅医療サービスなど在宅療養に関する周知啓発を行います。

2) 在宅医療・介護連携

検討課題と施策の方向性

医療と介護が必要になっても住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けるためには、医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の整備が必要です。

本市では、医師・歯科医師・薬剤師・医療ソーシャルワーカー・訪問看護ステーション・管理栄養士・保健所・地域包括支援センター等が運営委員会を設置し、地域の専門職が参加する研修会・事例検討会・情報収集を通して職種間の連携・交流を行っています。

関係者の情報連携のために使用している医療と介護専用の完全非公開型医療介護専用SNS（MC Sの羽曳野版「はねっと」）では、利用する専門職が少ないことが課題であり、利用しやすい仕組みづくりが必要です。

今後も運営委員会において連携しやすい仕組みづくりを検討し、専門職が参加する研修会・事例検討・情報共有を実施していきます。

主な取組み

■地域の医療・介護の資源の把握

地域住民が利用できる「羽曳野市医療機関・介護サービス事業者情報検索システム」の導入により、地域の医療・介護資源のより更新性の高い情報を提供し、医療・介護へのアクセスの向上を推進します。また、システムの運用により地域の医療・介護関係者の連携の強化を目指します。

■在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

医療と介護の関係者による会議を開催し、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の場面において、連携の課題を抽出し、課題解決に向けての対応策について検討を進めます。

■切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

医療と介護の関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組みを行います。

■医療・介護関係者の情報共有の支援

羽曳野市医療・介護連携シートを作成し、地域の医療・介護関係者間の情報共有をします。また、医療と介護専用のはねっと活用促進に向け、医師会と連携し、利用しやすい仕組みを検討します。

■在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域包括支援センターを窓口として、地域の医療・介護関係者等からの相談を受け、退院時の調整や地域の医療機関や介護事業者等の紹介を行います。

■医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を円滑にするために、多職種が参加できる研修会を開催し、顔の見える関係が構築されるよう取り組みます。

■地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会等の開催やパンフレット作成・配布等を行い、地域住民への普及啓発を行います。

また、住み慣れた自宅や地域での療養・看取りの推進や、人生の最終段階における医療・ケアについて本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」（人生会議）の必要性について啓発を行います。

■在宅医療・介護連携に関する関係市町村間の連携

複数の関係市町村による、広域連携が図れるよう協議します。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	研修会の延参加人数	103	157	150	140	140	140
B	医療と介護の連携会議の実施回数	5	5	5	5	5	5
B	研修会または交流会の開催	2	2	2	2	2	2
B	地域住民への講演会の開催	0	1	0	1	1	1
B	終末期情報共有シート配布数	3,000	4,600	5,000	5,000	6,000	7,000

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

(3) 包括的支援事業 (② 認知症施策の推進)

1) 普及啓発・本人発信支援

検討課題と施策の方向性

認知症施策は、認知症施策推進大綱の基本的な考え方である『認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく』ことを踏まえて進めることが重要です。また、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、今後の施行に向けては、国が策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ施策を推進していきます。

認知症高齢者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送ることができ、家族も安心して社会生活を営むことができるようにするためには、市民が認知症について理解し、地域全体で認知症高齢者の生活を支えていくことが重要です。

第8期計画期間においては、世界アルツハイマーデーイベントや個別相談会、まちの保健室事業などを実施し、認知症に関する相談機会の提供や、認知症に関心をもってもらうための啓発活動を行いました。認知症に関する相談は増加の一途であり、相談窓口のさらなる啓発・周知が必要です。加えて、地域において認知症の正しい理解の浸透はまだ不十分であり、講座・勉強会など認知症理解の機会を増やす必要があります。

今後も認知症に関するイベント・相談会等の普及啓発の取組みを実施し、市の認知症施策、認知症相談窓口の周知や、より多くの人に認知症の理解、関心をもってもらえるよう、事業を実施していきます。

主な取組み

■認知症に関する普及啓発

認知症に対する誤解や偏見を取り除き、正しい理解・正しい知識を広く市民に普及・啓発します。

世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び世界アルツハイマー月間（9月）の機会をとらえた認知症に関するイベント等の実施や、年間を通しての定期相談会の実施、地域へ向けて相談窓口の普及啓発を積極的に行うことで、より多くの人々が認知症について理解をし、関心をもってもらえるよう取組みを推進します。

■地域における認知症理解と支援環境づくりの推進

認知症サポーター養成講座は、各圏域を担当する地域包括支援センターと連携し、市内の事業所・学校・地域・一般市民向けに開催し、認知症を支える輪を広げていきます。また、認知症サポーター養成講座修了者を対象に認知症サポーターステップアップ講座を実施し、オレンジサポーターの養成を進めていくほか、オレンジサポーターとコーディネーターを中心としたチームオレンジを立ち上げることで、支援を希望する地域の認知症高齢者やその家族とのマッチングを行い具体的な支援につなげます。

各校区で認知症予防など、様々な視点からの勉強会や学習会、また認知症対応型共同生活介護事業所等の施設見学会などの開催を進めます。また、「ふれあいネット雅び」や地域住民向けに、みまもりあいアプリを利用した「安心声かけ見守り訓練」を実施していきます。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	認知症サポーター養成人数	180	244	250	300	350	400
B	オレンジサポーター養成人数	0	0	27	20	25	30
B	安心声かけ見守り訓練開催回数	0	0	2	3	3	3

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

2) 予防

検討課題と施策の方向性

認知症「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。運動不足の解消や、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されています。

いきいき百歳体操、L I C ウェルネスゾーンや高年生がいがいサロン各館で実施している各種一般介護予防事業や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における相談事業、まちの保健室事業における認知症関連講座等を通じて、運動の習慣づけや通いの場としての活用、認知症に関する正しい知識と理解の普及啓発に努めます。

3) 医療・ケア・介護サービス・介護者等への支援

検討課題と施策の方向性

一人暮らし高齢者世帯の増加が見込まれる中、高齢者本人が自身の認知機能の状態について自覚がない場合があるため、地域包括支援センターをはじめとした相談窓口の周知を徹底し、関係機関（民生・児童委員、認知症地域支援推進員、チームオレンジ活動など）との横のつながりを強化することで対象者の早期把握につなげていきます。また、早期対応として認知症初期集中支援チームでの医療や介護に早期につなげていく取組みが重要であり、各圏域を担当する地域包括支援センターへ認知症初期集中支援チーム員を配置し、研修に参加させる等チーム員のアセスメント力・対応力の向上を図り、体制を強化していきます。

医療・介護の提供に関わるすべての人が認知症の類型や進行段階を理解し、状態に応じて本人主体の医療・介護が提供されるように、理解・周知に努めていくことが課題です。医療と介護の連携会議を通じて、多職種で認知症についての理解を深めていきます。

また、介護者家族の会とオレンジカフェ（認知症カフェ）との連携など介護者家族への支援ネットワークづくりを推進していきます。

■早期発見・早期対応（認知症初期集中支援チームの活動）

専門医と医療・介護・福祉の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」の訪問活動により、認知症の人やその家族に早期に関わることで、早期発見・早期対応に向けた支援体制を構築し、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよりよい環境で暮らし続けられるように支援します。また、関係機関や地域組織等との連携を図り、取組みの強化に努めます。

■医療・介護連携（認知症地域支援推進員の配置）

認知症対応型共同生活介護事業所や老人保健施設に認知症地域支援推進員を配置するとともに、地域包括支援センターが中心となって、介護保険サービス事業者や、医療機関等との円滑な連携体制の確立に努めます。

認知症の人を支えるためには、医療との適切な連携が重要です。認知症サポート医の市の認知症対策事業への参画や、かかりつけ医と専門医療機関との連携体制の整備等、医療と介護の連携強化に努めます。また、地域ケア会議を通じて、個々の高齢者の自立した地域生活を支援する医療・介護サービスや、地域の支え合い活動等からなるサポートネットワークづくりを促進します。

■認知症ケアパスの普及

認知症の人が認知症を発症したときから生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような、医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ認知症の人とその家族に提示し、その後の生活に対する安心感につなげます。

■介護者への支援

日頃の介護に関する悩みや苦勞を共感してもらうことでストレスの解消を図ることや、同じ立場の者同士によるピアカウンセリングの機会として、認知症の家族介護者が当事者同士による相談と交流を行えるよう、介護者家族の会への活動支援を進めるとともに、気軽に参加できる環境づくりなどを行います。また、認知症や認知症介護についての理解を深め、日頃の対応方法などを専門的に学んでもらう認知症知っとこ～座の開催や、地域の身近な場所で気軽に集い交流したり、専門職へ相談できるオレンジカフェ（認知症カフェ）の運営支援等を行います。

■認知症高齢者の見守り

地域で認知症高齢者とその家族を支えるためには、見守りネットワーク体制の構築が重要であり、行政、専門職、企業、地域住民等多くの社会資源が参画した認知症高齢者見守りネットワーク事業の強化に取り組めます。民間事業者との間で、羽曳野市高齢者見守り協定の締結を進めており、今後も協力事業者を増やし、高齢者や家族が安心して生活できる地域づくりを目指します。

羽曳野市見守りネットワークシールやみまもりあいステッカー・アプリを利用した、一人歩きで居場所がわからなくなった際の早期発見につなげる取組みを進め、また事業の周知啓発を行っていきます。

また、一人歩きにより自宅に戻れない等の理由で警察など関係機関に保護された高齢者について、身元が判明しても一人暮らしで見守りが必要な場合など、家族等への引き渡しを行うまでの間、一時的に保護を行います。

目標値

評価 方法	項 目	実 績 値			目 標 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	認知症初期集中支援チーム	1	1	3	3	3	3
B	認知症知っとこ～座(講座)開催数	0	1	3	5	6	7
B	オレンジカフェ(認知症カフェ)	3	3	6	6	7	9
B	認知症地域支援推進員の配置	11	11	12	12	12	12

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

4) 認知症バリアフリーの指針・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

検討課題と施策の方向性

認知症の人が安心して生活できるようにするため、生活のあらゆる場面で、認知症になってからでもできる限り住み慣れた地域で今までどおり暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」のまちづくりを進めていく必要があります。また、若年性認知症の人が安心して社会参加できるよう、相談支援体制等の充実や、正しい理解を促進していく必要があります。

市民が認知症について理解し、地域全体で認知症高齢者の生活を支えていけるよう、正しい理解と相談窓口の周知・啓発を行います。

主な取り組み

■若年性認知症の人への支援

認知症地域支援推進員や障害福祉課、コミュニティソーシャルワーカー(CSW)等他の関係機関と連携を図りながら、早期発見体制の構築や相談窓口の啓発等を行い、社会参加や社会貢献活動等の支援体制の整備を図ります。また、相談会等を実施し、支援ニーズの把握に努めます。

(4) 包括的支援事業 (③ 生活支援体制の整備)

1) 生活支援・介護予防サービス事業の基盤整備

検討課題と施策の方向性

介護予防・生活支援サービス事業が、従来の予防給付の枠組みを超えて、予防の効果を高め、地域に根付いた介護予防活動として行われるためには、地域団体・ボランティア主体のサービスの充実が鍵となります。また、高齢者の自発的な支援活動への参加を促進することで、地域における助け合い・支え合いを促進すると同時に、生きがいづくりや介護予防につながることも期待されます。

介護予防・生活支援サービス事業における担い手の掘り起こしの一環として、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施して、担い手の把握を行いました。近所の人に対する支援として、約半数の人が「声掛け」「話し相手」について、「できる」と回答しています。今後はそういった地域住民の想いをどのようにつないでいくのかが課題となっています。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、関係機関・地域の各種団体の活動が停滞し、関係性が希薄になったところもあるため、連携関係の回復・強化が課題となっています。生活支援コーディネーターを中心に地域住民と庁内関係課だけでなく、地域の医療・介護・福祉に関する各種団体とも連携し、潜在的な地域資源の発掘・開発を行い、個々の高齢者の自立した生活を支援するネットワークの拡充・推進を図ります。

主な取組み

■地域資源の発掘

地域における助け合い・支え合いの体制づくりのため、地域団体や「ふれあいネット雅び」における活動の支援や、NPO・ボランティア団体との協働に取り組みます。また、住民が継続的に参加できるボランティア活動の仕組みの構築を図り、参加意欲のある人が地域福祉の一翼を担うことができるよう、生活支援コーディネーターや社会福祉協議会等と連携し、地域資源の掘り起こしに努めます。

■地域資源の把握と関係機関との連携の推進

高齢者等が地域での自立した生活を継続するための基盤となる、公的サービスや民間サービス、地域の支え合いや見守り活動、家族や地域による支援等のネットワークを円滑につくることができるよう、社会資源や様々なサービス情報等の把握と情報提供に努めます。市ウェブサイト「社会資源マップ」を掲載し、「羽曳野市医療機関・介護サービス事業者検索システム」において地域資源の検索が行えるようにしています。今後も新たな地域資源を発掘し、定期的に情報を更新していきます。

また、地域包括支援センターと医療・介護・福祉の関係機関、民生委員及び地域の自主的福祉活動団体等との連携関係を強化します。

■地域における日常生活支援及び介護予防サービスの体制整備

様々な課題を抱える高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくため、医療・介護等のフォーマルサービスだけでなく、「生活援助」「外出同行」等のインフォーマルサービスを組み合わせることが重要です。今後も地域福祉計画を踏まえ、社会福祉協議会や校区福祉委員会などの関係団体や関係機関と連携し、住民に身近な地域で提供される多様な生活支援サービスの確保を図ります。

また、高齢者自身が、地域の中で役割を持って活動・生活することが生きがいや健康づくり・介護予防にもつながっていくことから、このような活動を地域において創出していけるよう支援します。

2) 生活支援コーディネーターの配置（第1層、第2層）

検討課題と施策の方向性

委託型地域包括支援センターと在宅介護支援センターに第2層生活支援コーディネーターを配置し、地域や住民にその役割や機能が浸透するよう、積極的に地域の集まりに出向き、関係機関や住民との関係構築を図っています。生活支援コーディネーターの役割や機能を深め、インフォーマルサービスの充実を図っていくことが課題です。地域の実情に沿った支え合い活動の展開を図るため、話し合いの場である協議体において、生活支援コーディネーターを中心に、地域資源の把握、地域課題の解決に向けた地域住民の自発的な取り組みへの支援を進めていく必要があります。

今後も地域福祉計画を踏まえ、社会福祉協議会や校区福祉委員会などの関係団体や関係機関と連携し、地域における生活支援サービスの「担い手」になりうる個人や団体の把握や新たな社会資源の開発に向けて活動していきます。

主な取組み

■生活支援コーディネーターの配置

委託型地域包括支援センターと在宅介護支援センターの市内7法人に配置しています。

様々な課題を抱える高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくため、市が中心となって生活支援コーディネーターや協議体のはたらきによる地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成及び資源の創出を行うことで、医療・介護等のフォーマルサービスだけでなく、「生活援助」「外出同行」等のインフォーマルサービスの充実・強化を図ることが重要です。市全域への生活支援等サービスの開発・普及や基盤整備する役割の第1層生活支援コーディネーターを新たに配置し、第2層生活支援コーディネーターと連携することで、住民に身近な地域で提供される多様な生活支援サービスの確保を図ります。

■就労的活動支援コーディネーターを新たに配置

高齢者が地域で生きがいや役割をもって生活できる環境づくりを推進していくため、高齢者の就労の場の確保、就労やボランティア意欲の高い高齢者の把握等を行うことを目的に就労的活動支援コーディネーターの設置を目指します。高齢者の就労的活動を通じて、社会とのつながりを保ち、心身ともに自立した生活を過ごせるように支援していきます。

3) 協議体の設置

検討課題と施策の方向性

地域の実情に沿った支え合い活動の展開を図るため、話し合いの場である協議体において、生活支援コーディネーターを中心に、地域資源の把握、地域課題の解決に向けた地域住民の自発的な取り組みへの支援を進めていく必要があります。

本市では、「ふれあいネット雅び」を生活支援体制整備事業における第2層の協議体とし、地域課題・ニーズを把握する場として活動を行っています。今後も協議体による定期的な情報共有及び連携・協働により、高齢者、障害者等さまざまな地域住民の活動が活発になるよう、また高齢者自身が支える側にもなれるよう、地域住民を中心に関係団体、行政等あらゆる組織が参画した取り組みの推進を図ります。

主な取り組み

■生活支援サービス協議体の推進

市、地域、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合、社会福祉法人、シルバー人材センター、生活支援コーディネーター等の多様な関係主体による協議体を設置し、定期的な情報共有及び連携・協働による生活支援の取り組みを促進します。また、地域ケア会議との連携・協働を図り、地域で高齢者を支える体制の充実に努めます。

(5) 包括的支援事業（④ 地域包括支援センターの運営）

1) 総合相談支援事業

検討課題と施策の方向性

近年、認知症高齢者・高齢者虐待・複合的な課題を抱えている等の事例が増加しており、医療・福祉関係者、行政職員、地域包括支援センター職員、介護サービス事業者、民生委員、地域の住民などとの連携による相談支援体制を強化し、適切に支援・対応を行う必要があります。

地域包括支援センターや在宅介護支援センター、その他の相談機関について住民への周知を行いながら、相談支援体制を充実させていきます。

主な取り組み

■総合相談体制の充実

各圏域を担当する地域包括支援センターに配属される3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）がその専門性を生かし、地域の高齢者等からの介護に関する相談や悩みのほか、健康や福祉、医療や生活に関すること等、様々な相談への対応を行います。各圏域を担当する地域包括支援センター及び在宅介護支援センターや、医療・福祉関係者、民生委員・児童委員等と連携を強化し、相談体制の充実に努めます。

また、窓口相談、電話相談だけでなく、オンライン相談を行う等相談体制の拡充を図ります。

■高齢者の実態把握の推進

地域包括支援センターは、在宅介護支援センターと連携を行い、地域のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行います。

特に、地域から孤立している要介護（要支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげることができるように留意します。

こうした高齢者の実態把握を推進するため、地域に身近な地域相談窓口（ブランチ）として在宅介護支援センターの機能の強化を図ります。

■住民への周知と情報発信

地域包括支援センターがパンフレットを発行したり、市ウェブサイトを充実させることで、地域包括支援センターと地域相談窓口（ブランチ）の住民への周知を進めます。

地域包括支援センターの取組みに関する情報発信や、医療、介護、福祉、生活支援、権利擁護、住宅等のサービス情報の収集・発信に努めます。

2) 権利擁護

検討課題と施策の方向性

成年後見制度等の高齢者の権利を擁護する制度について、市民や関係者への周知を図ります。

本市においても、認知症等による判断能力の低下や、虐待等による権利侵害等が大きな課題となっており、高齢者の権利擁護の重要性が高まっています。

地域包括支援センターが高齢者の権利擁護に関する相談機関であることを周知するとともに、各関係機関と連携を図り、各種制度を円滑に利用できるように支援します。

また、成年後見制度の利用促進に関する法律が平成 28 年 5 月 13 日に施行され、成年後見制度の担い手である市民後見人の育成及び活用が求められています。事業の周知及び事業参加者を増やす取組みが課題となっており、市民後見人養成講座を修了した市民後見人バンク登録者のフォローや裁判所からの受任依頼の拡大について、大阪府及び大阪府社会福祉協議会と連携して取り組む必要があります。

主な取組み

■高齢者の権利擁護に関する相談支援体制の強化

地域の一人暮らし高齢者会食会の場などで、地域包括支援センターが高齢者の権利擁護に関する相談窓口であることの周知を行います。また、高齢者やその家族から相談を受けた機関が、地域包括支援センターと連携のうえ、各種制度が円滑に利用できるよう支援します。

認知症等によって判断能力の低下がみられる高齢者の金銭管理や、適切な介護サービスの利用、契約行為などについて、成年後見制度や社会福祉協議会が実施している日常生活自立支援事業などの支援につなげます。

判断能力が低下している一人暮らしの高齢者や家族からの虐待を受けている事例等を把握し、保護の必要がある場合には、老人福祉法に基づく措置（やむを得ない事由による措置を含む。）として対応を行うほか、成年後見制度の市長申立の活用を行います。

高齢者虐待による権利侵害の早期発見・早期対応のため、医療及び福祉関係者、介護サービス事業者、行政機関、地域包括支援センター、民生委員その他の関係機関との連携を図り、高齢者の権利、生命と健康を守るため、養護者に必要な助言及び支援を行います。

■市民後見人の育成、支援組織の体制整備

新規市民後見人バンク登録者を増やすためのオリエンテーション・研修会を周知するとともに、現登録者のフォローアップとして研修会を開催します。

■成年後見制度利用促進基本計画の策定

令和3年3月に策定した「第4期地域福祉計画」において、成年後見制度利用促進基本計画を織り込みました。権利擁護支援が必要な人を早期発見し、適切な支援につなげるとともに、一人ひとりの意思が尊重され、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現を図ります。

■成年後見制度の周知

成年後見制度の普及のため、幅広い広報活動を行うとともに、成年後見制度の申立てに関する相談や手続きの支援を行います。

■成年後見制度利用支援事業

●成年後見制度審判申立（市長申立）

成年後見制度を利用するためには、本人・配偶者・四親等以内の家族による家庭裁判所への申立が必要ですが、身寄りのない人など事情により申立ができない人は、市が審査を行い必要に応じて家庭裁判所へ成年後見等審判申立を行います。

●成年後見人等に対する報酬費用の助成

成年後見人等への報酬は、基本的には被後見人等から支払われます。ただし、市長による成年後見等開始の審判が行われ審判が確定した人のうち、生活保護受給者もしくは成年後見人等への報酬を負担することで、生活保護法に規定する要保護者になる人については、成年後見人等からの申請とそれに基づく市の審査により、成年後見人等への報酬の全部または一部を市が助成します。

■消費者被害の防止

特殊詐欺等金銭管理にかかわるトラブル事例や消費者被害の事例が発生した場合、市広報や市ウェブサイトにより広く注意喚起を行い、また地域の高齢者に対して介護支援専門員や民生委員等を通じて注意喚起を行います。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度（見込み）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	市民後見人バンク登録者件数	1	1	1	3	3	3
B	市民後見人バンク登録者研修の実施回数	6	5	5	5	5	5

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

検討課題と施策の方向性

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、高齢者等が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行うものです。

主な取り組み

■日常的個別指導・相談

地域の介護支援専門員への支援として、介護支援専門員が作成した支援計画原案をもとに、プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）において地域包括支援センターの専門職や理学療法士・作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職から助言を行い、自立に向けた支援計画の作成の支援を行います。また、介護予防ケアマネジメントに係る研修を実施し、資質の向上を図ります。

■支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適時、地域包括支援センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携のもとで、支援方針を検討し、指導や助言を行います。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	プラン検討会議(自立支援型地域ケア会議)回数	49	48	50	55	60	65
B	介護支援専門員への研修の実施	2	2	2	4	4	4

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

4) 地域ケア会議

検討課題と施策の方向性

地域ケア会議は、身近な地域における課題の共有から、課題解決の方策の追求や、施策・事業の提案につなげていくことを目的として設置される地域包括ケアシステムの実現に向けた手法のひとつであり、個別事例ごと・日常生活圏域ごと・市全体と、重層的に地域ケア会議に取り組み、相互に連携することで、目的の達成を目指します。

本市で現在実施している地域ケア会議は、地域課題の把握や解決という役割を十分に発揮できていないため、政策形成まで至っていないことが課題となっています。今後、個別ケースの検討等を行う地域ケア個別会議を通じて、個別ケースの背後に点在している地域課題を把握し、地域づくり、資源開発及び政策形成へとつながる場にしていくとともに、個別ケースの事例検討においては、課題解決に向けたさらなる連携の強化を図ります。

主な取組み

■地域ケア会議の開催

個別事例の地域ケア会議は、介護・医療関係職員や地域関係者の参加による充実を図ります。認知症高齢者や様々な問題を重層的に抱えた高齢者の支援をはじめとする高齢者の介護・支援における個別ケースの事例検討を通じ、地域支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援を行います。

プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）では、対象者の自立に向けた支援の方向性を検討します。

日常生活圏域ごとの地域ケア会議では、顕在ニーズ相互の関連付け、地域資源の発掘・開発・関連機関の役割分担等を通じて、地域課題の解決につながる場となるよう、その運営を支援し、個別事例や市全体の地域ケア会議に橋渡しします。

市全体の地域ケア会議では、地域づくり、資源開発、政策形成等についての論議、高齢者支援の実態に即した政策見直しのサイクルの確立を目指します。

地域ケア会議の実施にあたり、医師会・歯科医師会・薬剤師会等との連携を強化し、多職種の参加が得られるようにそれぞれの地域ケア会議の適切なコーディネートを行います。また、個別事例ごと・日常生活圏域ごと・市全体とそれぞれの地域ケア会議を通して、個別事例から地域課題を抽出し、課題解決のための施策を検討・立案することにより、地域包括ケアシステムの推進を図ります。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	地域ケア会議開催回数	14	17	17	18	20	22

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

5) 地域包括支援センターの体制強化及び機能拡大

検討課題と施策の方向性

地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進のため、地域包括支援センターにおいては、適切な専門職を配置し、地域に根ざしたきめ細やかな事業運営が求められています。

本市では、令和4年4月に西圏域地域包括支援センター、令和5年4月に中圏域地域包括支援センターを委託開設したことで、直営1か所、委託2か所となり、すべての日常生活圏域に地域包括支援センターを設置しています。また、市内5か所の在宅介護支援センターを地域相談窓口（ブランチ）とする体制により、地域に密着した総合相談体制の機能強化を図り運営を行ってきました。今後は、各圏域を担当する地域包括支援センターの周知を図るとともに、これらの地域包括支援センターが実施する業務を明確にし、また、相互に情報を共有し連携を強化する為のネットワークの構築を進め、地域包括ケアシステムのより一層の深化を図っていきます。

主な取組み

■地域包括支援センターの増設による機能・体制の強化

市直営の地域包括支援センターが現在担当している東圏域を委託することについては、地域包括ケア推進委員会等において審議をしたうえで、十分な医療・介護の専門職を有する民間団体に委託し、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

また、現在の市直営地域包括支援センターは、各圏域を担当する地域包括支援センター間の総合調整や後方支援等を行う基幹的機能や、権利擁護業務や認知症等の特定分野の機能を強化した位置付けを行う等、適正な体制のもと効果的な運営体制を構築します。

■ヤングケアラーの支援

地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担う事が期待されており、ヤングケアラーも含めた家庭における介護の負担軽減のための取組みを進めていく必要があり、庁内関係部署や関係機関との連携を図ります。

■「地域包括ケア推進委員会」の運営

地域包括支援センターの公正、中立性を確保し、適正な運営を図るため、引き続き、介護保険等推進協議会に設置する地域包括ケア推進委員会において、地域包括支援センター事業の運営方針の審議、事業内容の評価を行います。また、評価の実施を通じて、地域包括支援センターにおける必要な人員体制を明らかにし、適切な人員体制の確保に努めます。

目標値

評価方法	項 目	実 績 値			目 標 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	地域包括支援センター設置数(委託)	0	1	2	2	3	3
B	基幹型あるいは機能強化型地域包括支援センターの設置	—	—	—	0	1	1

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

6) 重層的支援体制整備事業

検討課題と施策の方向性

日本の社会保障・福祉制度等は、子ども・障害者・高齢者といった対象者の属性やリスクごとに制度を設け支援体制の構築を進めることで進展してきました。一方で、社会的に孤立していたり生きづらさがあっても既存の制度の対象となりにくいケースや、「8050」問題やダブルケア、ヤングケアラー等個人や世帯が複数の生活上の課題を抱えており、課題ごとの対応に加えて、これらの課題の全体を捉えての対応を要するケースが指摘されています。これまでは、地縁・血縁などの共同体機能がこれらの課題を受けとめていましたが、社会の在り方が変わり、それに伴って生活も変化する中で、様々な支援ニーズとして現れてきています。これまでの福祉政策が整備してきた、対象者やリスクごとの支援体制だけでは対応が困難となっており、これらの様々な支援ニーズへ対応するために、重層的支援体制整備事業が創設されました。

本市では、第9期中の事業実施に向けて、令和5年度より「福祉総務課」を「保健福祉政策課」に改称しました。重層的支援体制の構築を推進するため、組織横断的な調整・対応を図り、主導的役割を担う組織として位置づけ、様々な支援ニーズに対して、包括的に受け止め、多職種で対応できる支援体制の構築を図ります。

主な取り組み

重層的支援体制整備事業において実施する各事業の内容は、下記のとおり社会福祉法に規定されています。それぞれの事業は個々に独立して機能するものではなく、一体的に展開することで一層の効果が出るとされています。

■包括的相談支援事業

- ・属性や世代を問わず包括的に相談を受け止める
- ・支援機関のネットワークで対応する
- ・複雑化・複合化した課題については、適切に多機関協働事業につなぐ

■参加支援事業

- ・社会とのつながりを作るために支援を行う
- ・利用者のニーズを踏まえた丁寧なマッチングやメニューを作る
- ・本人への定着支援と受け入れ先の支援を行う。

■地域づくり事業

- ・世代や属性を超えて交流できる場や居場所を整備する
- ・交流・参加・学びの機会を生み出すために個別の活動や人をコーディネートする
- ・地域のプラットフォームの形成や地域における活動の活性化を図る

■アウトリーチ等を通じた継続的支援事業

- ・支援が届いていない人に支援を届ける
- ・会議や関係機関とのネットワークの中から潜在的な相談者を見つける
- ・本人との信頼関係の構築に向けた支援に力点を置く

■多機関協働事業

- ・市全体で包括的な相談体制を構築する
- ・重層的支援体制整備事業の中核を担う役割を果たす
- ・支援関係機関の役割分担を図る

(6) 福祉支援サービス

1) 介護離職防止対策

検討課題と施策の方向性

在宅生活の継続においては、介護を行う家族等が仕事と介護を両立できることが重要な要素の一つであり、それを実現するためには、職場における労働時間の調整、休暇等の制度利用や、介護サービスの組み合わせによる調整が必要です。

本市では、在宅介護実態調査より、今後の仕事と介護の両立について、「問題なく続けていける」または「問題はあるが何とか続けていける」が6割を超えていますが、一方で、要介護3以上の重度者の介護では働いていない介護者が多くなっていることから、要介護度が重度になると仕事と介護の両立に問題が生じている可能性があります。勤務先において、介護のための「労働時間の調整」や「休暇の取得」等を利用して、働き方の調整をしているものの、就労継続に問題を抱えている人が多くなっており、介護のための休暇の制度の充実や制度を利用できる環境づくりへのニーズが高くなっています。

今後、庁内関係部課と連携し、介護離職防止に向けた職場への周知・啓発を行っていくほか、介護サービスの組み合わせによる調整について、包括的継続的ケアマネジメント支援に位置づけし、対応を進めていきます。

主な取り組み

■介護離職防止に関する周知・啓発

就業している家族介護者が、介護の負担により仕事を継続することが困難になり、離職や転職に至るのを防止するために、労働時間の柔軟な選択制度や、介護休業・介護休暇等の制度の職場への導入を推進するように、国、大阪府の施策の動向を踏まえ、使用者、労働者への周知・啓発に努めます。

■介護サービスの効果的な組み合わせ

家族介護者の負担軽減のため、介護サービスを効果的に組み合わせることができるよう、介護支援専門員への指導・相談を通して支援を行います。

2) 介護に取り組む家族等への支援

検討課題と施策の方向性

介護に取り組む家族の心身の介護負担の軽減に努め、介護離職の防止やヤングケアラー支援などの充実を図るため、サービスの利用、支援や地域の見守り等の支援体制の強化や関係機関との連携や地域ケア会議の開催、介護者同士の交流・相談の場を設けることが重要です。家族介護者が安心して介護を継続し、高齢者が要介護状態となった場合にも在宅生活が維持できるよう、家族介護者への支援事業を実施します。

主な取り組み

■家族介護者教室開催事業（認知症知つとこ～座）

家族や介護を経験していない若年層などにも、認知症など要介護状態となる原因疾病や症状の正しい理解と適切な介護技術の習得、介護者相互の交流と相談が行えるよう教室などを開催します。

■介護者相互の交流と相談等の事業

羽曳野市介護者家族の会の活動を引き続き支援します。

■在宅高齢者おむつ給付事業

在宅介護を支援するため、市町村民税非課税世帯に属する65歳以上の羽曳野市民のうち、要介護認定（要介護1～5）を受けている人で、おむつを使用している人（要介護3以下の人は、認定調査票の「排尿」または「排便」の項目で「全介助」、「一部介助」または「見守り等」に該当する人）など支給要件に該当する場合に、おむつ給付券を交付します。

3) 高齢者福祉サービス

検討課題と施策の方向性

一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加する中、高齢者が安心して日常生活を送れるよう、在宅生活を支える福祉サービスの充実を図る必要があります。サービスの利用状況やニーズに合わせて、必要に応じて、事業の見直しを行いながら、取組みを推進します。

また、高齢者をターゲットにした特殊詐欺や消費者被害などが増加しており、その手口は複雑かつ巧妙なものとなっています。被害防止のための注意喚起や、被害に遭われた人への適切な対応・対策について、関係機関と連携した取組みを推進します。

主な取組み

■緊急通報システム運営事業

自宅で緊急時に緊急通報装置のボタンを押せば通報センター（24 時間対応の安全管理業務事業者）に通報が入るシステムです。状況に応じて近隣の支援者や親族に連絡を行ったり、センターから出動して必要な対応を行うとともに、困った時などに相談ができるなど、一人暮らし等で健康に不安がある人などの生活を支えます。

また、近年は家族や近隣の支援者から孤立する高齢者が増加しており、緊急時に迅速な対応が必要なため、利用者から鍵を預かるサービスを実施しています。これにより、緊急時に自宅へ急行した際の迅速な安否確認が可能となり、万が一の対応がより充実したものとなります。

■在宅高齢者移送サービス事業

在宅生活をされている要介護 4 ・要介護 5 の人で、一般の交通機関の利用が困難な方の外出支援として、リフト付き福祉タクシーが利用できるタクシー券を交付します。

■福祉理美容助成事業

理美容院へ出向くことが困難な要介護 3 から要介護 5 の人に、自宅へ理美容師が訪問する際の出張費用を助成します。

■自立支援短期宿泊事業

要介護認定で非該当となった人が体調の回復を図ること等により、本人及び家族介護者の福祉を向上させることを目的として、養護老人ホーム等での短期間の宿泊を提供します。

■自動通話録音装置貸与事業

65 歳以上の一人暮らし高齢者又は 65 歳以上高齢者のみの世帯に対して、電話を用いた特殊詐欺被害を未然に防止するため、自動通話録音装置の無償貸与を行っています。

■敬老事業

長年にわたり地域・社会に貢献されてきた高齢者を敬い、ご長寿をお祝いする取組みを行います。

■高齢者の社会的孤立防止の取組み

閉じこもりの予防に向けて、民生委員や地域による見守り活動及びふれあい交流活動（小地域ネットワーク活動）を行います。また、高齢者が地域の中で多様な交流を行うことができるよう、地域のNPO団体やボランティア団体とも連携し、老人クラブ活動、街かどデイハウス、その他地域の各種団体の取組みを促進するとともに、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、市の専門職が高齢者に対して地域の取組みを紹介し、周知を行います。

災害時における要支援者支援を確実に実施するために、支援体制の確立に向けた取組みと連携しながら、高齢者の社会的孤立の防止対策を進めます。

目標値

評価方法	項 目	実 績 値			目 標 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	自立支援短期宿泊事業利用者数	1	1	6	15	15	15
B	自立支援短期宿泊事業宿泊日数	15	3	168	420	420	420
B	高年生きがいサロン施設利用者数	20,893	37,226	38,000	38,100	38,200	38,300
B	街かどデイハウスの開所日数	305	303	302	303	304	305
B	街かどデイハウスの延べ利用者数	4,698	4,425	4,370	4,400	4,430	4,460
B	金婚祝賀会・敬老会 参加者数 (令和3年度・4年度は、 YouTube 閲覧数)	112	115	311	568	568	568
B	金婚祝写真撮影 組数	42	41	47	50	50	50
B	最高齢者祝花・百歳高齢者祝花贈呈数	25	20	35	該当者への贈呈	該当者への贈呈	該当者への贈呈

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

3. 生活しやすい環境の整備のための住まい及び移動手段の安定的な確保等

(1) 高齢者の住まいの安定的な確保等

検討課題と施策の方向性

地域包括ケアシステムを構成する分野で、「高齢者の住まいの安定的な確保」は、その施策展開が十分な分野です。

高齢者の住まいに関する施策は、大阪府居住安定確保計画（「大阪府賃貸住宅供給促進計画」及び「大阪府高齢者居住安定確保計画」）を踏まえて、市の住宅担当部署と連携して取組みを推進します。福祉施策等と連携し居住支援の仕組みを機能させつつ、民間賃貸住宅や公的賃貸住宅等の住宅ストック全体を活用して居住の安定確保を図るため、これまでの取組みの方向性を継続・発展させていきます。

主な取組み

■住宅政策方針（居住安定確保等方針）の作成及び方針に基づく総合的な施策の推進

住まいは、地域包括ケアシステムの基礎であり、地域においてそれぞれの生活のニーズに合った住まいが提供され、かつ、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されることが、保健、医療、介護等のサービスが提供される前提となります。

高齢者向け住まいの確保を図るに当たっては、地域の人口動態、医療・介護ニーズ及び高齢者の住まいに関するニーズを分析するとともに、当該ニーズに対し、既存の施設やサービス基盤を組み合わせつつ、計画的に対応していく必要があります。そのため、住宅政策方針（居住安定確保等方針）を関係部署が連携して作成し、方針に基づく総合的な施策を推進します。

■高齢者の居住安定に係る施策の推進

- 居住支援協議会（Osaka あんしん住まい推進協議会）を活用し、生活に困難を抱えた高齢者等に対する住まいの確保と生活の一体的な支援の取組みを推進することや、低廉な家賃の住まいを活用した高齢者の居住の確保を図ります。また、居住支援協議会の場を活用して、行政における様々な分野の関係部署や、居住支援法人、不動産団体、社会福祉法人、NPO等の関係団体が連携を深めつつ、住まい支援に関する総合的な窓口等について、それぞれの地域の実情に合った形で構築するなど、住まいの確保と生活の一体的な支援の体制を整備しつつ、生活に困難を抱えた高齢者等に対し、低廉な家賃の住まいを活用した高齢者の居住の確保を図ります。
- 高齢者や障害者等の住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅（セーフティネット住宅）の登録制度の普及・推進を図ります。
- 持家や賃貸住宅の住宅改修支援に加え、生活指導・相談、安否の確認、一時的な家事援助、緊急時対応等のサービスを提供するシルバーハウジング・プロジェクトを推進します。
- 加齢対応構造等を備えた公営住宅、住宅確保要配慮者円滑入居賃貸住宅の確保を進めます。
- 高齢者に対する賃貸住宅及び有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅を含む）が供給される際に高齢者介護・福祉担当部署が適切に関与できるようにします。

■多様な住まいの確保

地域においてそれぞれの生活のニーズにあった多様な住まいの確保については、個人において確保する持家としての住宅や賃貸住宅に加えて、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいが地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保するとともに、これらの住まいにおける入居者が安心して暮らすことができるよう、住宅担当部署と連携し、供給目標等を定めます（第5章）。有料老人ホームに該当する高齢者住まいに対しては、適切に指導監督を行います。

また、生活困窮者や社会的に孤立する高齢者等多様な生活課題を抱える高齢者に対応できるよう、養護老人ホームや軽費老人ホームについて、サービス量の見込みを定めます（第5章）。

なお、養護老人ホームにおいて、居住に困難を抱える高齢者の契約入所を認める取扱いとします。

（2）安心して外出できる環境づくり

検討課題と施策の方向性

人口減少が急速に進行する中、公共交通機関の経営状況の悪化や運転手不足によるバス路線の廃止等、公共交通機関を取り巻く状況は変化してきています。移動支援が必要な高齢者等について、タクシー等の公共交通機関のみでは十分な移動手段を確保できない場合もあり、安価で輸送サービスを実施する福祉有償運送等を活用しながら高齢者の移動支援を推進していく必要があります。

本市に登録がある福祉有償運送事業者は4事業者で、近隣市町村登録事業者にも本市を運送区域としている事業者が複数あり、移動支援は徐々に充実してきています。

高齢者の外出の状況について、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果では、新型コロナウイルス感染症の予防対策や、足腰の痛みを理由に外出を控えている人が多くみられました。また、後期高齢者では、移動手段がなく日常の買い物に困っている人が多く、今後介護が必要になった際に必要な支援として買い物支援を希望する人が多いという結果となっています。

外出控えによる下肢筋力の低下やフレイル等の進行を防止するため、高齢になっても、日常的な体操やウォーキング等の習慣をつけること、自分自身で介護予防を意識した取り組みができるように支援を行います。買い物支援については、地域のニーズを把握し必要な支援を行います。

また、高齢者が安心して外出できる環境づくりとして、バリアフリー未対応箇所への対応や、地域住民からの心づかいや手助け等による「心のバリアフリー」の推進に努めます。

主な取組み

■地域公共交通についての検討及びバリアフリー基本構想の改定

高齢者の外出支援の環境づくりは、地域包括ケアシステムの構築のために必要不可欠です。

交通政策や移動支援対策全般に関して関係部署が連携を図り、日常生活を支えるための移動手段を確保するため、公共交通や交通事業者を補完するNPO、ボランティア団体の活動、地域の支え合いなどの様々な主体の連携による取り組みへの支援を進めていく必要があります。

人口減少の進行で、公共交通空白地域が生じる場合にも備える必要があり、地域住民の日常生活や外出を支援する生活交通の確保を目的として、地域公共交通計画の策定など総合的な交通政策の構築に向け、引き続き地域の交通事業者との協力、連携を図っていきます。

バリアフリー基本構想に基づき、引き続きバリアフリー未対応箇所については基準適合を推進するとともに、基本構想の改定の必要性について検討していきます。

■外出しやすい環境づくり

高齢者の外出を支援するため、公共施設や道路、歩道、交通機関などに大阪府福祉のまちづくり条例を適用することによって、障壁のない（バリアフリー）都市基盤づくりを進めます。

また、歩道上の駐車・駐輪の防止や障害者専用駐車場の利用マナーや、「心のバリアフリー」などの意識づくりに向けた啓発を進めます。

本市では、平成4年から、公共施設循環福祉バスを導入しています。公共施設などの利用の利便性向上のため、引き続き実施します。

■福祉有償運送の普及

高齢者や障害者をはじめとする移動制約者の地域における移動手段を確保し、その社会参加を図るため、NPO等の非営利法人が実施する「福祉有償運送」の円滑な普及を図ります。

■健康づくり・介護予防を見据えた外出

本市には、世界文化遺産に登録された古墳群といった史跡の周辺など、市街地でありながらウォーキングに適した緑地や空間が散在しています。環境の良い歩道を、安全に徒歩で移動できるように、それらの地域間をつなぐトレイルや、ウォーキングコースなどの整備を進める本市の他計画・施策との連携を図ります。

また、第8期計画期間中に都市公園への健康器具の設置（24 か所）と、設置場所を記載したウォーキングマップ（2ルート）の作成を行っています。今後はウォーキングマップの活用を行い、健康づくりを促進します。

■買い物支援

第7期計画期間中には、買い物支援が必要という地域ニーズに対して、社会福祉協議会やコミュニティソーシャルワーカー、生活支援コーディネーターが中心となり、地域住民や事業者と連携し移動販売車の導入等を行いました。今後も引き続き地域のニーズを把握し、関係機関との連携を行いながら地域住民と協働して必要な支援の検討を行います。

■交通安全

大阪府・警察機関と連携を図りながら、市民へ交通安全意識の向上に努めます。また、交通事故防止に向けて、判断・認知・操作に疑いがある高齢者の自主的な運転免許の返納を促進します。

また、運転免許返納後の移動手段の確保など、地域での生活を支える施策の充実を図ります。

4. 高齢者の「生きがいづくり」「社会参加」「活躍の場の整備」

検討課題と施策の方向性

本格的な超高齢社会を明るく活力に満ちたものにするためには、高齢者が年齢にとらわれることなく、地域社会の中で自らの経験と知識を生かしながら、他の世代とともに、社会の重要な一員として生きがいを持って積極的に役割を果たしていくことが重要です。

第8期計画期間の取組みにおいては、新型コロナウイルス感染症拡大の影響による地域活動への参加人数の減少、運営役の高齢化・成り手不足に伴うクラブ活動等の縮小、能力や活動意欲のある高齢者の把握不足、就労等の支援システムの構築等が課題となっています。

今後も引き続き高齢者の社会活動への参加意識の高揚を図るとともに、地域社会との交流を深めるための啓発活動や地域での活動支援を行い、高齢者が健康で生きがいを持って生涯を送ることができるよう支援に努めます。

また、豊かな知識や経験を持った高齢者が活力ある社会を担う一員として積極的に活躍できるよう、高齢者の能力の活用や掘り起こしを行い、地域で活躍できる場づくりなどの支援に努めます。

社会参加・活躍を促進するにあたっては、高齢者の生活機能レベルやニーズ等に応じた多様で切れ目のないものとなるよう、一人ひとりの意識・行動の変容を支援するとともに、社会環境づくりにも取り組み、生涯現役社会の実現を目指します。

主な取組み

■高齢者の生きがいづくり

高齢者の様々な生きがいづくりを支援し、地域活動に結びついていくよう、文化、学習、スポーツ活動、世代間交流やボランティア活動などを支援します。

○生涯学習など

陵南の森公民館、はびきの市民大学など、様々な機関、場所で企画される生涯学習やクラブ活動などの発展のための支援を行います。

○ボランティア育成支援

社会福祉協議会のボランティアセンターと連携し、高齢者の力を生かしたボランティアの育成に対して支援を行います。

○文化・スポーツ活動への高齢者の参加の促進

高齢者が、気軽に文化・スポーツに参加し、楽しむことで、健康増進や生きがいづくりとなるよう取組みを促進します。

健康ふれあいの郷グラウンド・ゴルフ場は、多くの高齢者に利用され、健康増進にも役立っています。日頃の活動の成果を発揮するための月例会や市長杯大会などの事業を継続するとともに、新たな競技者を増やすため、体験会などの取組みを開始します。

○関係機関、関係部署、民間との連携・協働による社会参加・生きがいづくりの支援等

「生きがいづくり、社会参加」は、各般の関係部署、関係機関と連携し、協働した取組みが重要であり、定期的な関係部署等による協議の場の設定や、官民連携の取組みを推進します。

また、高齢者が気軽に集まり活動をする場所の安全確保も必要となっているため、地域の集会所等のバリアフリー化や利用援助の方策についても検討します。

■陵南の森老人福祉センターにおける事業

陵南の森老人福祉センターでは、高齢者の教養の向上、交流の促進、生きがいづくり、健康増進、介護予防を目的とした事業を進めています。

生きがい講座の開催、クラブ連絡協議会の組織、各クラブ活動や陵南ふれあいフェスタ等の事業の支援、生活相談・健康相談などの相談事業の実施などを引き続き実施することで、高齢者の「やりがい、生きがい」づくりに向けた取組みを推進します。

■老人いこいの家における事業

老人いこいの家（4か所）は、高齢者の健康の増進、教養の向上及びレクリエーションを目的とした老人福祉施設です。

植生南老人いこいの家では、体操、囲碁、和裁などが行われており、向野老人いこいの家では、体操、地元老人会の活動などが行われているほか、カラオケ、折り紙などの教室が開催されています。他の施設も、地域の高齢者が誰でも気軽に利用できる施設として運営しています。今後は、さらに地域に根ざした施設として活用できるよう取組みを進めます。

■老人クラブ活動等の推進

老人クラブ連合会は、一人暮らし高齢者等への友愛訪問や地域清掃等の社会奉仕活動、健康づくりや生きがいづくりのための活動を積極的に展開しています。今後も老人クラブが高齢者の豊富な知識と社会経験を結集し、地域社会の担い手として明るい活力ある長寿社会の実現に貢献できるよう、その自主的な発展を援助し、活性化を図ります。

■地域で活躍する人材の育成

長年培った知識と経験を持った高齢者は、まちづくりにとって大きな力となります。保健、福祉、教育、文化等の幅広い分野で活躍する人材の養成やその活用などについて積極的に取り組みます。また、本市が実施する生きがい講座やはびきの市民大学、大阪府全域を対象に行われる高齢者大学、シルバーアドバイザーの養成などについて、広く市民に広報し、参加を促します。

■シルバーアドバイザーの活用

大阪府のシルバーアドバイザー制度等を活用し、福祉ボランティア活動、市民公益活動、世代間交流活動など、地域で様々な活動を展開し、地域活動のコーディネーターとして活躍できる人材の育成を進め、長年培ってきた経験や知識を地域活動に生かしていく活動を地域とともに検討し支援します。

■雇用・就労支援

高齢者の雇用・就業の場を確保するため、事業主、市民に対する定年の引き上げ、雇用継続制度の普及啓発に努めます。また、高齢者が長年培ってきた知識、経験、技能等を生かし、労働を通じて社会に貢献できるとともに、就業意欲に応じて働き続けられるよう、大阪府や関係機関と連携しながら雇用・就労対策を推進します。

高齢者の再就職を支援するため、大阪労働局、公共職業安定所との連携により、職業相談や、カウンセリング、各種セミナー、就職支援情報の提供、職業紹介など就労に関する支援を推進します。

また、大阪府や関係するNPOとも連携して、高齢者によるコミュニティビジネスの起業に対する情報提供や相談対応に努めます。

■シルバー人材センター事業の推進

高齢者の能力を生かした就業機会を確保し、生きがいの充実と社会参加を促進するため、シルバー人材センターを今後も支援していきます。

■ボランティア・NPOの育成

高齢者の支援にかかわる市民の自主的な活動を支援するとともに、地域住民相互の助け合い・支え合いを促進するため、ボランティアの育成やNPOの設立の支援に取り組みます。

■デジタル・デバイド（情報格差）対策

近年のめざましいデジタル技術の進歩は、私たちの社会生活に大きな変化をもたらしています。医療・介護・健康分野においても、ICT利活用の推進が図られています。官民連携による高齢者向けスマートフォン教室の開催等引き続き取り組みを進めていきます。

■地域活動を支える担い手づくり（人づくり）

人口構成の変化や働き方の変化、定年の延長などによる、老人クラブやシルバー人材センターの会員の減少、また、地域福祉等の地域活動の運営側の高齢化や担い手の不足、次代の後継者がいない問題などは、地域の支え合い、高齢者の生きがいづくりを進める上での大きな課題です。

地域や団体等との連携により、地域福祉等の地域活動の新たな担い手を育成し、地域や福祉に関する無関心層・未認識層を参加層・参画層へ移行することによって、地域活動の担い手や後継者不足の解消に努めます。

目標値

評価 方法	項 目		実 績 値			目 標 値		
			令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	陵南の森 老人福祉センター	利用者数	25,677	30,250	28,374	30,000	30,000	30,000
		足湯 利用者数	4,794	4,123	2,782	2,800	2,800	2,800
		健康相談	113 日 542 人	123 日 664 人	128 日 1,342 人	130 日 1,500 人	130 日 1,500 人	130 日 1,500 人
		クラブ・ サークル	21 団体 412 人	20 団体 387 人	20 団体 384 人	20 団体 400 人	20 団体 400 人	20 団体 400 人
		生きがい 講座	1 講座 10 回 116 人	4 講座 25 回 537 人	5 講座 26 回 586 人	5 講座 26 回 586 人	5 講座 26 回 586 人	5 講座 26 回 586 人
B	向野老人いこいの 家	利用者数	2,047	2,456	2,500	2,500	2,500	2,500
		各種教室 実施回数 受講者数	3 講座 計 38 回 延受講者 数 217 人	4 講座 計 45 回 延受講者 数 443 人	3 講座 計 30 回 延受講者 数 220 人	3 講座 計 33 回 延受講者 数 400 人	3 講座 計 33 回 延受講者 数 400 人	3 講座 計 33 回 延受講者 数 400 人
B	埴生南老人いこいの 家	利用者数	2,708	1,884	3,000	3,000	3,000	3,000
B	パソコン教室延参加人数 (羽老連)		0	20	30	30	30	30
B	老人クラブ会員数		5,277	4,615	4,399	4,300	4,300	4,300
B	単位クラブ数		109	100	97	97	97	97
B	健康ふれあいの郷グラウンド・ゴ ルフ場延来場者数(大人)		25,157	26,894	29,000	30,000	31,000	32,000
B	高齢者向けスマートフォン教室		37	207	185	200	200	200

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

5. 地域のネットワーク（ふれあいネット雅び）の推進

検討課題と施策の方向性

地域共生社会を実現するためには、地域住民が福祉の分野を超えて地域生活の課題を総合的に相談できるように、各分野の相談窓口同士での情報共有を進めることや、行政だけでなく福祉関係者や住民自身が地域生活の課題に気づいて相談や支援につなぐことができるような、全世代・全対象型の地域包括支援体制の構築が必要です。本市では、高齢者だけでなく支援を必要とする地域住民への支援体制の充実を図る「ふれあいネット雅び」や、生活に困りごとを抱えた人を支援するためのネットワーク「ささえあいネットはびきの」の構築を柱に取り組み、地域共生社会の実現を目指しています。

現在、福祉の分野を超えた相談支援体制として、関係部署との連携による対応を行っているものの、組織横断的なワンストップサービスの実施には至っていません。また、大阪府社会福祉協議会と連携した高齢者セーフティネットの取組みとして社会貢献事業による現物支給を行っていますが、高齢者のセーフティネットが必要なケースを把握する仕組みづくりが課題となっています。

「ふれあいネット雅び」に関しては、今後も校区福祉委員と住民、そして専門職、行政が協働して支援を行う仕組みとしての役割を継続していきます。

また、高齢者セーフティネットの取組みについても、今後も大阪府社会福祉協議会と連携し、推進していきます。地域住民に対する相談体制について、今後も関係各課の連携を継続し、福祉の分野を超えた包括的な支援体制の構築に努めます。

主な取組み

■「ふれあいネット雅び」の推進

高齢者だけでなく、地域内の支援を必要とする障害者などすべての人を対象にした地域福祉を進めるネットワークとして位置づけられている「ふれあいネット雅び」において、小学校区ごとに定期的な会議の開催を行い、専門職、行政が顔の見える相談支援体制を構築し、地域課題について話し合うことで、地域活動との連携を図り、高齢者ニーズの早期把握や地域生活の支援体制の充実に取り組みます。

また、高齢者の地域での生活を支援するネットワークと、住民相互の支え合い・助け合いの関係づくりを強化していくため、「ふれあいネット雅び」での取組みを通じて、身近な相談窓口や生活支援コーディネーターへとつなぐ「気付きのネットワーク」の拡充、災害時における高齢者の支援体制の確立、地域からの健康づくりと介護予防を進めます。

■高齢者セーフティネットの取組みの推進

市内3拠点に配置されるコミュニティソーシャルワーカー（CSW）との連携、大阪府下の社会福祉法人が「大阪しあわせネットワーク」を構築し、取り組んでいる「社会貢献事業」との連携など、重層的なネットワークを活用し、地域包括ケアや高齢者セーフティネットの取組みを推進します。

目標値

評価方法	項目	実績値			目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	「ふれあいネット雅び」 会議開催回数	9	27	42	42	42	42

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

第5章 介護・福祉サービスの基盤整備方針・人材確保策及び高齢者の安全確保等の対策

1. 介護・福祉サービスの基盤整備方針

(1) 基本的な考え方

第9期介護保険事業計画では、中長期的な地域の人口動態やサービス需要を踏まえたサービス提供体制の構築方針を定めます。

令和3年度から令和5年度の介護給付等の実績、そして現在のサービス提供体制を踏まえつつ、地域の中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を捉え、第9期計画における施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランスよく組み合わせて、介護サービス基盤を計画的に確保していくものです。

(2) 介護サービス基盤整備方針

1) 中長期的方針

2040年頃までの中長期的な介護サービス基盤の在り方としては、医療・介護双方のニーズを有する高齢者や認知症高齢者のサービス需要、在宅医療の整備状況を踏まえ、地域包括ケアシステム推進の中核的なサービスとされる包括報酬型の在宅サービスである小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下、「包括報酬型の在宅サービス」という。）、その他の地域密着型サービスの整備を中心とした基盤整備を進めることを基本とします。

広域的な利用が前提となるような中・大規模な介護保険施設等については、現状の整備状況を踏まえた上で、サービス需要のピークが2035年頃（第12期介護保険事業運営期間中）となることを見据え、中長期（2040年頃まで）にわたり新設による整備は行わない想定とします。

2035年頃までは介護需要が増加すること、及び特別養護老人ホームの待機者が恒常的に一定の水準にあることを踏まえて、特別養護老人ホームの個室ユニット、（介護予防）特定施設入居者生活介護または小規模な地域密着型サービスの施設・居住系サービスについて、第10期介護保険事業計画（令和9年度から令和11年度）において、当該施設等の必要利用（入所）定員総数を増加させる必要性について第9期計画期間中に検討を行い、第10期計画に反映させることとします。

検討にあたっては、以下の点に留意するものとします。

- ①「介護サービス需要が減少する」という介護保険制度創設以来初めての局面を迎えることから、中長期的なサービス需要の見込み等について、サービス提供事業者を含め地域の関係者と共有し、地域の実情に応じたサービス基盤の整備の在り方を慎重に議論する。
- ②限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくため、関係サービスの連携の在り方、既存施設や事業所の今後の在り方や有効活用を含めて検討を進める。
- ③介護人材の有効活用の観点から、既存事業所の包括報酬型サービスへの転換、既存施設の多機能化、共生型サービスの活用など地域の実情に応じた対応の検討を行う。
- ④介護人材確保の困難性から介護需要に対応できない実態があることから、介護人材問題への対策や効果等を踏まえた検討を行う。

2) 第9期介護保険事業計画における介護サービス基盤整備方針

中長期的な方針を踏まえた上で、地域医療構想の病床機能分化への対応、介護離職防止に向けたサービス整備なども勘案して介護サービスの基盤整備を進めます。

第9期介護保険事業運営期間中は、必要利用（入所）定員総数を設定する介護保険施設等及び地域密着型サービスの施設・入居系サービスの整備は行わないものとします。

介護サービス基盤整備は、地域包括ケアシステムを具体化するために中核をなすサービスである包括報酬型の在宅サービスの普及を進めることを基本とします。

①包括報酬型の在宅サービスの整備促進策の検討

包括報酬型の在宅サービスは、自由参入を基本としています。

現在運営している事業所では、定員や登録人数の確保が課題となっており、介護人材不足や制度の趣旨普及が進んでいないことが要因となっています。

また、調査によると、事業参入の障壁として、報酬水準や介護人材確保などが挙げられており、次のような対策を検討します。

ア．サービスの趣旨普及等

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護は、小地域内でサービス提供を行うため利用者の「住み慣れた地域」での生活継続の支援に適していること、包括報酬型サービスであることから一人ひとりの心身状態の変化に現場レベルで柔軟に対応できるため「自分らしい暮らし」の支援に適しているとされていることの周知を図り、普及につなげます。

具体的には、地域包括支援センターにおける総合相談や包括的・継続的ケアマネジメント支援において当該サービスを調整する機能を持たせることを検討します。また、当該サービス事業所と恒常的に相談、連携できる組織を立ち上げてサービス利用を促進する仕組みづくりを検討します。

イ．介護保険制度で用意されている地域密着型サービス整備促進策の活用

定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスの整備を進める制度（公募指定、都道府県協議、地域密着通所介護の指定制限、都道府県の居宅サービス事業者指定の際の通知等制度、市町村独自報酬の設定）の活用の検討を進めます。

②医療計画との整合(地域医療構想の病床機能分化への対応)

第9期介護保険事業運営期間中の地域医療構想を反映した慢性期医療ニーズの追加需要については、介護医療院のほか、在宅介護サービスと在宅医療（訪問診療）で受ける計画とします。

③介護人材確保によるサービス提供体制の安定化確保

既存の介護サービス事業所において、介護人材の不足によりサービス提供体制を縮小している実態が確認されており、事業所における需要に見合う稼働が急がれます。このような実態も踏まえ、介護人材確保対策が必要です。

(3) 老人福祉法上の老人福祉施設等の供給体制等

老人福祉法に規定する老人福祉施設の供給体制の確保に関する計画を以下の通り定めます。

市が設置する老人福祉施設等（陵南の森老人福祉センター、老人いこいの家（4施設）、高年生きがいサロン（4施設）、L I C ウェルネスゾーンの 10 施設）は、引き続き市が設置する施設として運営します。

なお、今後は、地域共生社会を目指す地域包括ケアシステムの深化・推進を図るという高齢者施策の方向性、中長期の人口動態や社会の変容を見据えて、施設に求められる役割や機能を踏まえた資源や財源の適正配分などを通じて、時代に合った施設や事業のあり方を見直していきます。

1) 老人福祉センター

①設置数

現状の 1 施設（陵南の森老人福祉センター）とします。

②供給体制の確保方策

法令等で定める設備・人員等基準に則り適切に事業運営を実施するための体制確保を図ります。

施設の種類としては「老人福祉センターB型及び介護予防拠点施設」を維持し、A型施設機能としては、高年生きがいサロン（4か所）が補完する体制とします。

2) 老人いこいの家

①設置数

現状の 4 施設（向野老人いこいの家、埴生南老人いこいの家、恵我之荘老人いこいの家、古市老人いこいの家）とします。

②供給体制の確保方策

法令等に則り適切に事業運営を実施するための体制確保を図ります。

3) 高年生きがいサロン

①設置数

現状の 4 施設（2号館、3号館、5号館、6号館）とします。

②供給体制の確保方策

条例で定める目的に則し、適切に事業運営を実施するための体制確保を図ります。

4) L I C ウェルネスゾーン

①設置数

現状の 1 施設とします。羽曳野市立生活文化情報センター内に設置します。

②供給体制の確保方策

介護予防拠点として適切に事業運営を実施するための体制確保を図ります。

5) 養護老人ホーム

①設置数及び供給量

現状の1施設とします。特定施設入居者生活介護の指定部分は、入所者の状況を踏まえて変更する場合があります。

	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
箇所数	1	1	1	1
供給量(定員数)	420	420	420	420
うち、特定施設入居者生活介護の指定	132	132	132	132

②供給体制の確保方策

環境上の理由（入所措置基準によるもの）及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な高齢者を適切に把握し、適切な事業運営を実施するための体制確保を図ります。

養護老人ホームは、社会的な援護を要する高齢者に対して必要な支援を行い、ボランティアの受け入れや地域住民への施設開放にも積極的に取り組むことで、地域福祉の拠点となっていくことが期待されています。こうした視点を踏まえ、近隣市町と連携しながら、事業展開を図ります。

近年、措置入所者数が減少しており、恒常的な空床が生じていることから、契約入所枠の設定や、地域における公益的な取組の促進を支援します。

また、「介護サービス基盤整備方針の中長期方針」で示した検討において、養護老人ホームの在り方についても検討するものとします。

6) 軽費老人ホーム（ケアハウス）

①設置数及び供給量

現状の3施設とします。

入居待機者は一定数ありますが、おおむね半年以内に入居していること、及び日常的な安否確認など同様の機能を持つ有料老人ホームの整備状況や利用状況を勘案して現状どおりとするものです。特定施設入居者生活介護の指定部分は、変更する場合があります。

	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
箇所数	3	3	3	3
供給量(定員数)	90	90	90	90
うち、特定施設入居者生活介護の指定	1 か所 18 人	1 か所 18 人	1 か所 18 人	1 か所 18 人

②供給体制の確保方策

軽費老人ホームは、身体機能の低下や独立した生活に不安のある高齢者が安心して生活できる施設です。入居者に対して適正な介護サービス等の提供ができるよう、施設との連携を強化するなど、適切な運営の促進に努めます。

7) 在宅介護支援センター

①設置数

現状の5施設とします。

なお、第9期計画期間中に、地域包括支援センターを1か所増設する計画としており、在宅介護支援センターが受託した場合、在宅介護支援センター数は減少します。

②供給体制の確保方策

地域包括支援センターの地域相談窓口（ブランチ）としての積極的な活用を図るために必要な体制を確保します。

(4) 有料老人ホーム等の入居定員総数等

1) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は、多様な介護ニーズの受け皿となっていますが、施設数及び定員数は高齢者人口比で高い水準となっています。引き続き事業参入が多い状況があり、今後の介護需要の伸びを考慮しても供給過多となる恐れがあります。また、将来に必要な介護サービス基盤の整備量の見込みを適切に定めるに当たっては、当該施設等の入居定員総数を踏まえるものとします。

●有料老人ホーム等の定員数等（特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数）

		令和5年9月末時点							
		施設数				定員数			
		東圏域	中圏域	西圏域	計	東圏域	中圏域	西圏域	計
有料	特定	2	1	1	4	80	162	70	312
	一般	4	4	17	25	148	157	687	992
	計	6	5	18	29	228	319	757	1,304
サ高	特定	0	0	0	0	0	0	0	0
	一般	2	1	3	6	81	36	51	168
	計	2	1	3	6	81	36	51	168
軽費	特定	0	0	1	1	0	0	18	18
	一般	2	0	0	2	70	0	2	72
	計	2	0	1	3	70	0	20	90
養護	特定	0	1	0	1	0	132	0	132
	一般	0	—	0	—	0	288	0	288
	計	0	1	0	1	0	420	0	420
合計	特定	2	2	2	6	80	294	88	462
	一般	8	5	20	33	299	481	740	1,520
	計	10	7	22	39	379	775	828	1,982

「有料」：有料老人ホーム、「サ高」：サービス付き高齢者向け住宅、「軽費」：軽費老人ホーム、「養護」：養護老人ホーム

「特定」：特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設、「一般」：特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設

2)有料老人ホーム等における適正なサービス提供等の確保

有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム（特定施設入居者生活介護事業所を含む）の供給体制は確保できている、適正なサービス提供の確保、サービスの質の確保、虐待防止などへの対応を進めます。

①適正なサービス提供の確保

介護保険サービスが提供される場合は、当該サービスにかかる個別サービス計画やそれを位置付けたケアプランのチェックや指導・監督の実施などにより、介護保険サービスの適正化を図ります。

あわせて、住宅型有料老人ホーム等において過剰なサービス提供の実態が指摘されていることから、必要に応じて大阪府と連携しながら、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）への移行について検討を行います。上述のとおり、必要に応じて、当該移行分に係る必要利用定員総数を第10期計画に設定します。

また、本市は、老人福祉法に規定する有料老人ホームの指導・監督権限を有しており、運営懇談会や施設サービスの提供状況を確認するとともに、定期的な立ち入り検査を実施します。

②サービスの質の確保

介護サービス相談員や介護ボランティアポイント制度の活用を指導し、外部からの点検が入る体制とすることにより、サービスの質の確保に努めます。

③虐待防止

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化を進めます。

2. 地域包括ケアシステムを支える人材の確保、働きやすい環境整備及び介護現場の生産性の向上の推進等

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、介護給付等対象サービス及び地域支援事業に携わる質の高い人材を、安定的に確保するための取組みを講じていくことが重要です。加えて、少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、職場環境の改善等の取組みを通じ、職員の負担軽減を図るとともに、ケアの充実等の介護サービスの質の向上へつなげていくなどの生産性の向上の推進に取り組んでいくことが不可欠となっています。

大阪府や関係機関、庁内関係部署との連携を図り、必要な介護人材の確保のため、2025年やその先の生産年齢人口の減少の加速等を見据えつつ、「介護離職ゼロ」の実現に向けた介護サービス基盤の整備に伴って必要となる人材の確保に向け、働きやすい環境整備、生産性の向上や介護現場の革新等の取組みを一体的、総合的に推進していきます。

(1) 介護人材の確保・育成・定着支援及び資質の向上

検討課題と施策の方向性

介護サービスの需要に対応する基盤整備を確保する上で、介護人材の確保は最大の課題となっています。

南河内の市町村等で設置している「南河内地域介護人材確保連絡会議」、その他関係部署、関係機関及び関係団体との情報交換等を行っていますが、問題の深刻化を受けて、さらなる連携の強化に努めます。また、地域特性を踏まえた市独自の取組みの有効性を検証し、必要に応じて実施します。

主な取組み

■関係機関との連携による取組み

南河内地域介護人材確保連絡会議での共同した取組みを進めるとともに、体制強化及び組織活動の強化を図るよう働きかけていきます。

また、以下をはじめとする国や府その他関係機関の多様な取組みが効果的に活用されるよう、一層の周知を図っていきます。周知方法についても、若い世代へ介護という仕事の魅力発信ができるよう、SNSの活用などを検討したり、関係機関と連携することによる福祉職への理解促進を目指します。

- ・若年層、中高年齢層、子育てを終えた層や他業種からの新規参入の促進、多様な人材の参入促進、離職した介護福祉士等の届出制度も活用した潜在的有資格者等の復職・再就職支援、外国人介護人材の確保・受入れ・定着や介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- ・介護人材の資質の向上に資するよう、介護の世界で生涯働き続けることができるようなキャリアパスの支援や事業主によるキャリアアップへの支援等

■市独自の取組み

介護人材確保に関し、羽曳野市介護保険事業者連絡協議会と定期的な協議の場を設置し、効果的な対策の在り方を検討します。

(2) 働きやすく、働き続けられる環境整備

検討課題と施策の方向性

介護現場における人材の確保につながるよう、また、離職防止・定着促進のため、職場環境の整備や処遇改善の取組みが重要です。事業者に対する働きかけを通し、働きやすく、働き続けられる環境の整備を進めていきます。

主な取組み

■職場環境・処遇改善の取組み

事業者に対し、従事者の労働環境の整備やキャリアアップの仕組みの構築の働きかけを行います。

また、職場の良好な人間関係作りや、結婚や出産、子育てを経ても働ける環境整備、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組みを推進していきます。

介護職員の給与水準向上に向けた取組みとして、事業者のニーズ等を確認し、大阪府との協議の場などを通じて、国に対して介護職員の処遇改善に対する働きかけに努めます。

■介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメント

介護現場における安全性を確保するため、事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等の取組みを行うことが求められています。また、事故情報の分析・活用により、リスクマネジメントを推進していく必要があります。

(3) 業務の効率化・生産性の向上、情報化の推進

検討課題と施策の方向性

限りある人材の有効活用に取り組む中で、介護の質を低下させずに現場の業務負担の軽減を図る観点からは、生産性の向上・業務効率化が重要です。事業者等と連携し、介護現場の業務の効率化に取り組みます。

介護現場における業務仕分けや課題に応じた介護ロボット・ICTの活用、高齢者や女性も含めた幅広い層の参入による業務改善（いわゆる介護助手の取組み）、複数法人による協同組合の推進等による生産性の向上や介護現場の革新等、一体的な取組みを推進します。

主な取組み

■介護ロボット・ICT導入支援

事業者に対し、介護ロボットやICTの活用を支援します。

■介護分野文書負担軽減

事業者等と連携し、介護分野における文書負担の軽減に取り組めます。

(4) 介護情報基盤の整備

検討課題と施策の方向性

令和5年の法改正にて、医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付けることとなりました。現在、利用者に関する介護情報等は、各介護事業所や自治体等に分散しており、今後医療・介護間の連携をより一層強化しつつ、多様な主体が協同して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤の整備と、情報の利活用が求められています。

3. 介護サービス情報の公表、介護サービス事業者経営情報の報告等

検討課題と施策の方向性

介護保険制度は、利用者の選択を基本としており、利用者の選択を通じてサービスの質の向上が進むことが期待されているため、介護サービス情報の公表制度は、利用者の選択を通じて介護保険のシステムが健全に機能するための基盤となるものです。

また、効率的で持続可能な介護サービス提供体制の構築に向けた政策の検討、物価上昇や新興感染症の影響等を踏まえた介護事業者への支援策の検討・分析結果をわかりやすく丁寧に情報提供するために、令和5年の法改正では、介護サービス事業者の経営情報に関するデータベースを国が整備することとされました。

主な取組み

■介護サービス情報の公表制度

介護サービス情報の公表制度が、介護が必要になった場合に適切なタイミングで利用者やその家族等に認知されるよう、要介護認定及び要支援認定の結果通知書に情報公表システムのURLを記載する等周知していくとともに、地域包括ケアシステム構築の観点から、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続していくために有益な情報と考えられる地域包括支援センター及び配食や見守り等の生活支援・介護予防サービスの情報について主体的に情報収集した上で、情報公表システムを活用する等、情報公表に努めます。

■介護サービス事業者経営情報の報告等

市においては、指定地域密着型サービス、指定地域密着型介護予防サービスに係る事業者が適切に報告等を行えているかについて、大阪府と連携した取組みを進めます。

4. 災害・感染症への対応

(1) 災害に対する備え

検討課題と施策の方向性

近年、台風や豪雨等の自然災害が増加しており、高齢者等の避難行動要支援者への支援の強化を図ります。また、災害時に備えて介護事業所等における避難や必要物資の備蓄等の体制整備を進めていく必要があります。防災に関する周知啓発や、避難訓練等について、介護事業所等と連携した取組みを推進していきます。

主な取組み

■「避難行動要支援者台帳」の整備・充実

災害発生等に自ら避難することが困難であり、かつ避難の確保に支援が必要な人を避難行動要支援者とし、本人の意向を踏まえて「避難行動要支援者台帳」へ登録を行い、情報を共有します。常に新しい情報の保有を行い、災害時において支援を必要とする高齢者の避難体制の充実・強化を図ります。

■「個別避難計画」の作成による地域防災力の強化

令和3年5月の災害対策基本法改正により、避難行動要支援者について避難支援等をするための個別避難計画を作成することが市町村の努力義務となりました。

災害発生時における高齢者や障害者等の避難行動要支援者の安全を確保するため、一人ひとりの状況に応じた個別避難計画の作成に努め、地域防災力の向上を図ります。

■防災の啓発等

消防組合が実施する防災に関する取組みとタイアップし、防災知識の普及や意識啓発に努めます。また、引き続き地域での防災講演会等を開催するとともに、自主防災組織の必要性などについて周知します。

■介護事業所等での防災への取組み強化

介護事業所等における地震防災対策マニュアル等の災害に関する具体的な計画を定期的に確認するとともに、災害の種類別に非難する時間や避難経路等の確認を促します。また、地震や火災等を想定した避難訓練の実施や、地域で開催される防災訓練への参加を働きかけます。

■災害時の対応

高齢者等の避難行動要支援者に対し、速やかな避難支援を行うため、福祉関係施設や事業所団体等と連携し、福祉避難所の設置を進めていきます。また、福祉ニーズに対応できるように、福祉専門職の人員派遣、物資等の供給、被災者への受入れ調整等などの運営支援が円滑に行えるよう体制確保を図ります。

■業務継続計画（BCP）に基づく助言等

災害等が発生した場合であっても必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、指定基準により、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられていることから、介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行います。

（２）感染症に対する備え

検討課題と施策の方向性

第8期計画期間においては、新型コロナウイルス感染症流行の影響により、感染症に対する備えとして物資の備蓄や感染対策に関する取組みを行いました。第9期計画期間では、これまでの取組みに加え、感染症法の改正等を踏まえ、介護事業所等が感染症への適切な対応を行うことができるよう必要に応じて平時から関係部局・関係機関と連携し、感染症に対する備えを行います。

主な取組み

■行動計画に則した対策の強化

新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画においては、新型インフルエンザ等の感染症の感染拡大防止の取組みや各発生段階において市が実施する対策等だけでなく、高齢者等への支援についても定めています。今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、行動計画に則し、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新たな感染症の流行に備えて、感染症拡大時における高齢者への支援等を講じます。

■業務継続計画（BCP）に基づく助言等

感染症が発生した場合であっても必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、指定基準により、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられていることから、介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行います。

5. 虐待防止対策の推進

(1) 高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化

1) 高齢者虐待防止の取組みの充実

検討課題と施策の方向性

高齢者への虐待は、高齢者の心身に深い傷を負わせ、高齢者の利益や権利を侵す重大な人権侵害です。本市では、市担当窓口や地域包括支援センター、在宅介護支援センターを養護者による高齢者虐待の通報等窓口とし、専門職を配置して高齢者虐待への迅速かつ適切な対応と養護者への支援に努めています。

また、虐待の防止、早期発見・早期対応のために、地域での広報・啓発により意識の醸成や適切な支援につなげていきます。高齢者が尊厳をもち、住み慣れた地域で安心した生活を送ることができるよう引き続き高齢者虐待防止の取組みを進めます。

主な取組み

■身近な相談支援体制

介護などで悩んだ時、困った時に家族が問題を抱え込まず、身近な専門機関に相談することで適切な支援が受けられるよう、市担当窓口や地域包括支援センター、在宅介護支援センターなどの相談窓口を設置しています。

■高齢者虐待の予防と早期発見・早期対応

虐待の発生予防、早期発見には、地域住民をはじめ、保健・医療・福祉サービスの従事者、行政関係者等が高齢者虐待についての認識を深めることが重要であることから、高齢者虐待の知識・理解の普及、啓発や通報窓口の周知等に努めます。また、警察や介護サービス事業所、その他関係機関からの通報には、各専門機関と連携し、今後も迅速な対応に努めます。

■高齢者虐待防止についての啓発

高齢者虐待について、啓発や通報窓口の周知を進め、市民による早期発見・早期対応への協力と理解が得られるよう取り組みます。

また、専門職に対しても、虐待に関する講義や事例検討会、研修を実施し、さらに啓発を進めます。

2) 高齢者虐待防止対応ネットワークの確立

検討課題と施策の方向性

高齢者への虐待の防止、早期発見・早期対応のためには、地域や医療・福祉関係機関によるネットワークを構築し、それぞれが機能を果たすことが重要です。関係機関による虐待防止ネットワーク会議を継続して行うことで、機能別ネットワークの連携強化を図ります。

主な取り組み

■高齢者虐待防止ネットワークの構築

藤井寺保健所、羽曳野警察署、大阪南消防組合、市医師会、市社会福祉協議会、市民生委員児童委員協議会、市老人クラブ連合会、市介護保険事業者連絡協議会その他有識者等の医療・福祉の関係機関による高齢者虐待防止ネットワーク会議を開催し、「早期発見と見守りネットワーク」、「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」、「関係専門機関介入支援ネットワーク」の3つの機能別ネットワークを構築しており、その連携強化に努めます。

主に高齢者虐待の防止、虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援など意見交換を実施し、虐待対応の連携強化を図ります。

■庁内連携・行政機関連携

虐待を未然に防ぐためには、庁内関係課をはじめ地域組織、介護サービス事業所などとの連携を図る必要があります。支援困難事例に対する委託型地域包括支援センターを含めた担当職員の対応力を向上させ、関係部局等との連携を強化し、継続的な支援を行っていきます。

■高齢者虐待への行政の措置等の対応

○被虐待者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者への支援

行政としての立入調査、警察署長への援助要請等、被虐待者の保護等の対応を行います。

○被虐待者の保護及び養護者支援の専門職の確保及び資質の向上

保護及び支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、専門的な人材の確保を図り、その資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修を行います。

○高齢者の保護等に関する法令等の周知

高齢者虐待防止法で定められた通報義務等を幅広く周知するとともに、必要とされる啓発を行います。

○被虐待者の居室の確保

生命または身体に重大な危険が生じているおそれがあると判断した高齢者を一時的に保護できるよう居室の確保をし、適切で迅速な対応を行います。

(2) 養護者による高齢者虐待への対応強化

検討課題と施策の方向性

介護疲れ等により、養護者による高齢者虐待事例が増加しています。高齢者虐待の原因には、家族全体が抱える複合的な問題が影響している可能性もあり、高齢者虐待の早期発見・早期対応の仕組みに加え、介護者が問題を抱え込まず、悩んだ時に相談できる身近な相談支援体制を推進していきます。

主な取組み

■身近な相談支援体制と家族（介護者）支援

介護などで悩んだ時、困った時に介護者が問題を抱え込まず、身近に相談することで、専門機関で適切な支援が受けられるよう、市担当窓口や地域包括支援センター、在宅介護支援センターなどの相談窓口を設置しています。

高齢者虐待の事例を把握した場合には、地域包括支援センターにおいて、社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員のチームにより実態把握や情報の集約のうえ、緊急性を判断し一時的に分離保護を行います。また同時に養護者支援として家族全体が抱える問題の軽減・解消ができるよう生活保護担当や障害福祉担当など関係部署との連携を図ります。

(3) 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応整備、強化

検討課題と施策の方向性

要介護施設従事者による高齢者虐待は、高齢者虐待防止法でその防止に関する事項が定められており、事業者が規定に沿った運営を行えるよう、啓発等を進めていく必要があります。また、通報等があった際に適切な対応ができるよう、体制を整備していく必要があります。

主な取組み

■高齢者虐待防止法の啓発

集団指導等の際に、高齢者虐待防止法に定められた事業者としての責務を説明し、事業者自身の取組みを促します。

■施設サービスの質の確保及び向上に向けた措置の確認

従業員に対する研修の機会を確保しているか、マニュアルを備えて従業員に周知しているか等、施設等の虐待防止及び身体拘束ゼロの取組み状況を運営指導等の際に確認します。

第6章 介護保険事業の将来推計〔介護給付等対象サービス及び地域支援事業の量の見込み等〕

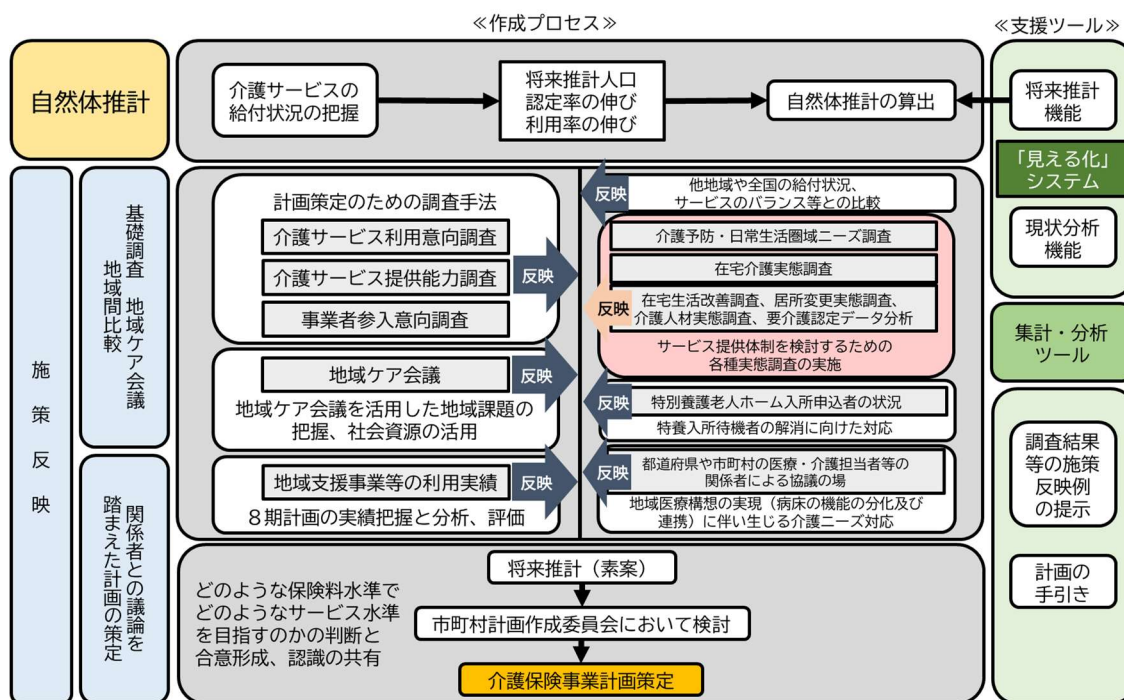
1. 将来推計の方法

(1) 基本的な考え方

介護保険事業の将来推計は、基本指針に則し、地域の中長期的な人口動態等を踏まえて、介護サービス量等の見込み等を推計します。

人口動態、認定者数、介護サービス等の動向、実績から自然体推計を行い、その結果について、地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域間比較などの地域分析、サービス提供体制を検討するための各種の実態調査の結果、地域ケア会議など関係者等との議論を通じて得られた課題等に応じた施策を検討し、計画の基本理念及び基本目標（地域のビジョン）の達成に向けた施策の影響等を見込んだ施策反映をして将来推計を行いました。

■ 図 6-1：将来推計の考え方



資料：全国介護保険担当課長会議（令和5年7月31日）より

(2) サービス量等の見込みの方法

第9期計画期間の各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み及び地域支援事業の量の見込みを定め、必要な保険料を見込みます。

①人口・被保険者数の推計

近年の人口動向等を勘案し、令和6年度から令和8年度までの人口、被保険者数を推計します。

②要介護（要支援）認定者数の推計

被保険者数に対する要介護（要支援）認定者数（認定率）の動向等を勘案し、介護予防・日常生活支援総合事業及び予防給付の実施状況及び見込まれる効果を勘案して、令和6年度から令和8年度までの要介護（要支援）認定者数を推計します。

③施設・居住系サービスの量の見込み推計

要介護（要支援）認定者数の見込み、施設・居住系サービスの整備方針、各調査結果、見込まれる施策効果などを踏まえるとともに、第8期計画期間における給付実績を分析のうえ、施設・居住系サービスの量を推計します。

$$\text{施設・居住系サービスの量の見込み} = \text{利用者数見込み} \times 1 \text{人あたり給付費見込み}$$

④在宅サービスの量、その他の給付費の見込み推計

地域密着型サービスの整備方針、各調査結果、見込まれる施策効果などを踏まえるとともに、第8期計画期間における給付実績を分析のうえ、在宅サービスの量その他の給付費の量（特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、審査支払手数料）を推計します。

$$\begin{aligned} \text{在宅サービスの量の見込み} &= \\ &\text{利用者数見込み} \times 1 \text{人当たり利用回数（利用日数）見込み} \times 1 \text{回（1日）あたり給付費見込み} \end{aligned}$$

⑤地域支援事業にかかる費用の推計

介護予防・日常生活支援総合事業費、包括的支援事業・任意事業費を見込み、地域支援事業費にかかる費用を推計します。

⑥第1号被保険者の保険料額決定

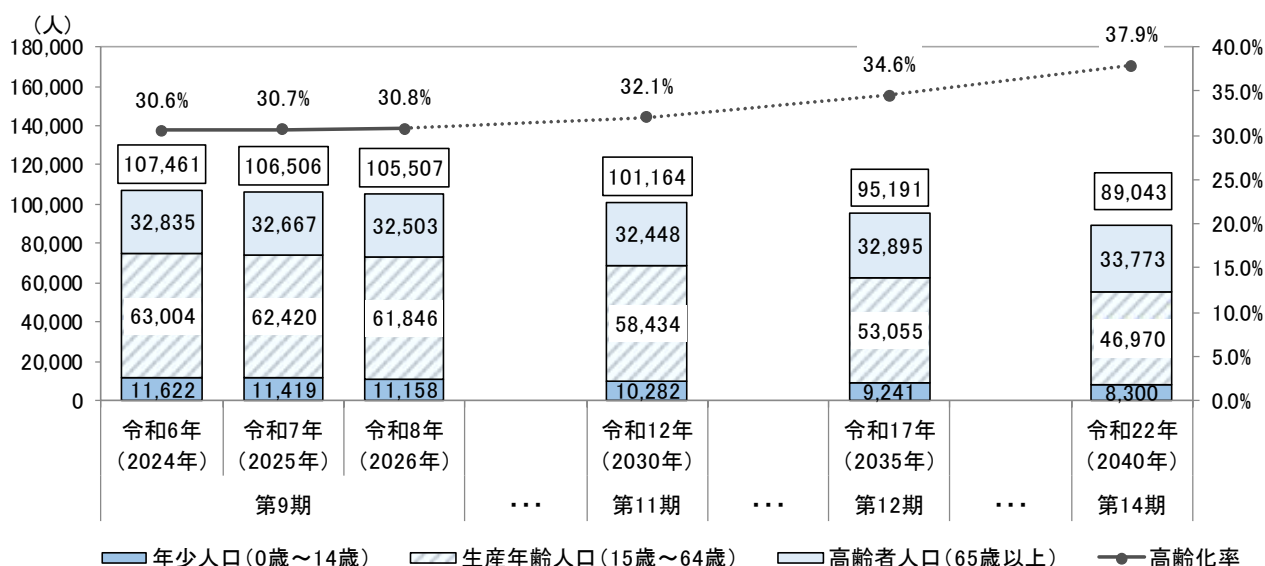
上記の推計をもとに、第9期の介護保険料を設定します。

2. 人口、第1号被保険者、認定者数等の推計

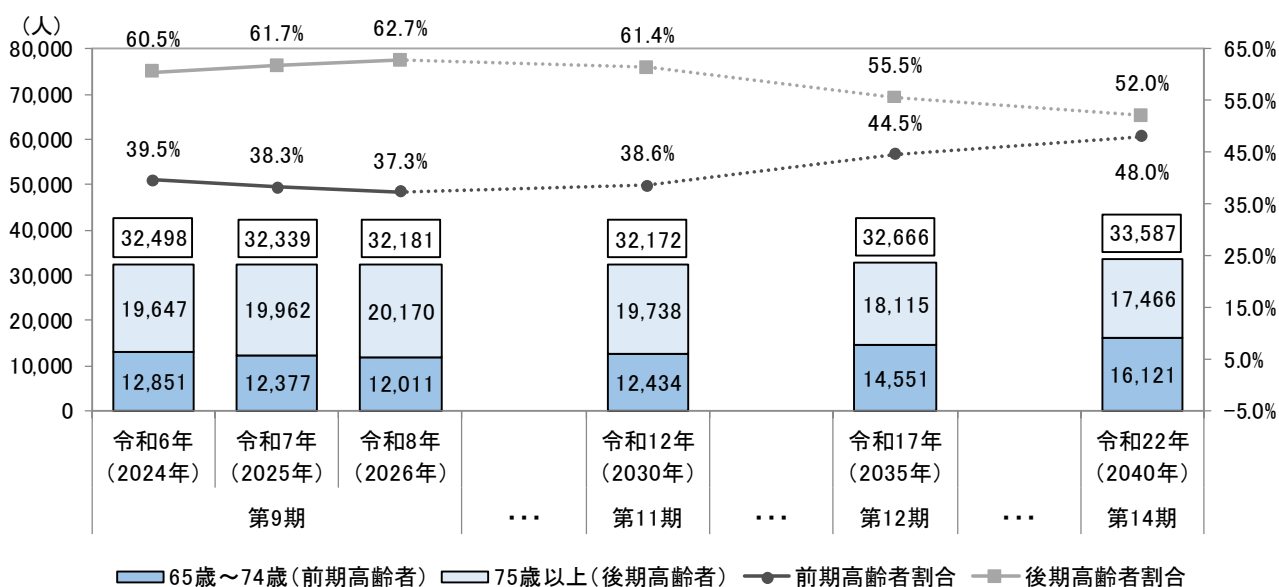
(1) 人口及び第1号被保険者数の推計

第9期計画期間では、人口は減少し、高齢化率は上昇する見込みとなっています。また、第1号被保険者数は減少しますが、75歳以上の第1号被保険者数は増加する見込みとなっています。

■図 6-2：将来人口推計



■図 6-3：第1号被保険者数推計

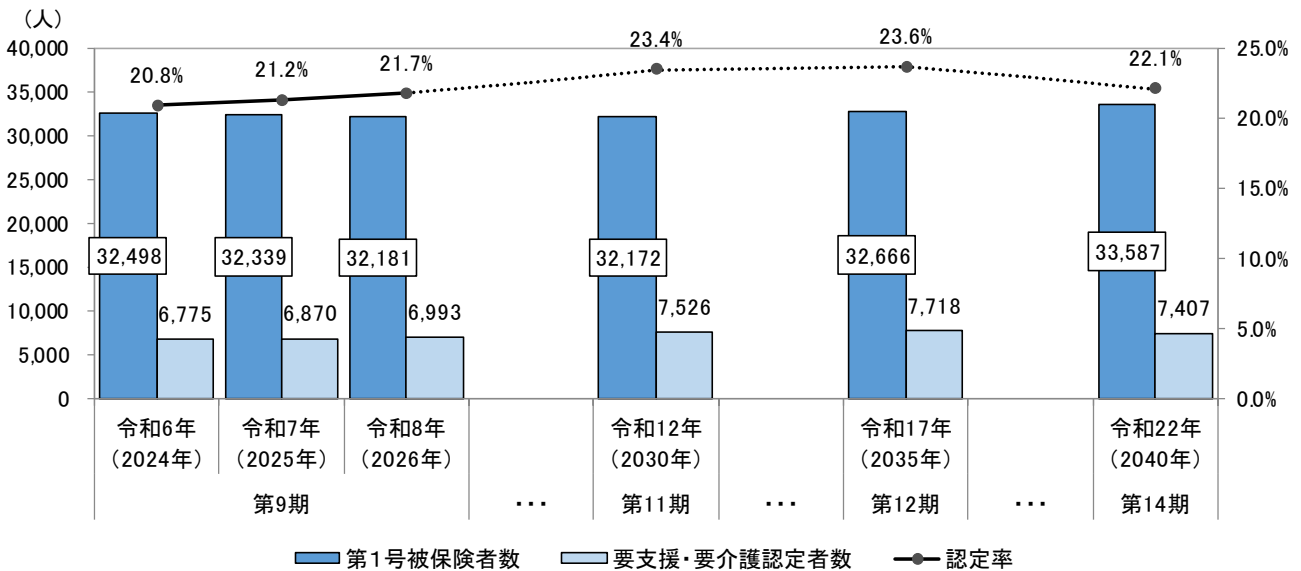


資料：住民基本台帳人口及び被保険者数データに基づきコーホート変化率法で推計

(2) 要支援・要介護認定者数の推計

要支援・要介護認定者数について、本計画期間中は増加傾向で推移する見込みです。
認定率は上昇傾向で推移し、令和17年（2035年）頃にピークを迎える見込みです。

■図 6-4：認定者数推計



※本指標の「認定率」は、第1号被保険者の要支援・要介護認定者数を第1号被保険者数で除した数。

資料：地域包括ケア「見える化」システムで推計

3. 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量及び確保方策等

各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みは、第5章の「介護サービス基盤整備方針」を踏まえ、基本指針に規定する参酌標準を参考として、施策課題への対応等本市の実情に応じて定めます。

本市の実情に応じた見込方法は次のとおりです。

① 特別養護老人ホームの待機者の解消・「介護離職ゼロ」の実現に向けた対応

待機者を含めた多様な介護ニーズの受け皿となっている有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、地域密着型介護老人福祉施設で稼働率が低い状況が一部見られることから、稼働率を高めることで真に必要な待機者を解消する必要があります。このため、特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設の利用者数の一定の増を見込みます。

また、在宅限界点を高める、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護の参入目標値等を設定することで、利用者数の増を見込み、待機者及び介護離職ゼロの受け皿とします。

② 在宅医療等の追加需要等への対応

地域医療構想の病床機能分化による慢性期医療ニーズの追加需要への対応が必要となっています。また、在宅介護サービスと、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者や認知症の高齢者が増加することが見込まれています。

こうした需要への対応として、介護医療院で一定の見込みを設定します。また、在宅サービスの充実を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護の参入目標を定めるとともに、看護小規模多機能居宅介護について、登録定員に対する稼働率アップの目標を定めて、それぞれ利用者数の増を見込みます。

（1）居宅サービスの見込量と確保方策

各年度における指定地域密着型サービス以外の介護給付対象サービス、及び指定地域密着型介護予防サービス以外の予防給付対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めます。（介護保険施設以外）

このサービスは、今後、要介護認定者の増加が見込まれるため、介護や支援が必要な高齢者が、必要なサービスを安心して受けられるよう、介護保険サービスの確保・充実を図ります。

見込量の算出にあたっては、第8期計画期間におけるサービス利用状況等を勘案し、算出しています。

介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護は、施策反映として一定の増加を設定しています。なお、特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数は、現状の定員数とします。

1) 予防サービス

サービス	単位	実績値(令和5年度は利用見込)			見込値			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防 訪問入浴介護	回/年	0	30	0	24	24	24	24
	人/年	0	7	0	12	12	12	12
介護予防訪問看護	回/年	17,719	17,514	21,162	20,782	20,890	20,998	20,998
	人/年	2,259	2,220	2,544	2,484	2,496	2,508	2,508
介護予防訪問リハ ビリテーション	回/年	6,251	5,791	4,843	5,584	5,728	5,728	5,728
	人/年	591	545	456	528	540	540	540
介護予防 居宅療養管理指導	人/年	1,333	1,471	1,584	1,584	1,584	1,596	1,584
介護予防通所リハ ビリテーション	人/年	2,417	2,242	2,232	2,184	2,184	2,208	2,196
介護予防 短期入所生活介護	日/年	503	461	647	617	617	617	617
	人/年	85	67	84	72	72	72	72
介護予防 短期入所療養介護	日/年	34	3	0	0	0	0	0
	人/年	6	1	0	0	0	0	0
介護予防 福祉用具貸与	人/年	7,800	7,874	8,160	8,004	8,028	8,100	8,052
介護予防 特定福祉用具販売	人/年	139	167	216	240	240	240	240
介護予防住宅改修	人/年	200	254	312	336	336	336	336
介護予防特定施設入 居者生活介護	人/年	461	484	564	564	600	660	660
介護予防支援	人/年	11,013	10,826	11,076	10,908	10,932	11,016	10,956

※人/年…年間の延べ利用人数(月間の平均利用人数に12を乗じて算出)

2) 介護サービス

サービス	単位	実績値(令和5年度は利用見込)			見込値			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護	回/年	628,313	687,663	737,342	737,387	757,992	781,502	904,026
	人/年	14,451	15,215	16,008	16,080	16,464	16,896	18,960
訪問入浴介護	回/年	2,522	3,079	3,721	3,413	3,533	3,662	4,328
	人/年	485	578	672	636	660	684	804
訪問看護	回/年	86,134	95,643	110,393	101,959	104,460	107,299	121,279
	人/年	9,206	10,030	10,848	10,644	10,896	11,184	12,576
訪問リハビリテーション	回/年	14,657	14,771	12,998	15,595	15,854	16,244	18,152
	人/年	1,255	1,278	1,212	1,356	1,380	1,416	1,584
居宅療養管理指導	人/年	15,481	16,053	17,184	17,076	17,496	17,976	20,436
通所介護	回/年	136,180	136,802	141,900	143,635	146,576	150,000	164,633
	人/年	13,424	14,008	14,760	14,688	14,988	15,336	16,812
通所リハビリテーション	回/年	32,586	30,714	32,366	32,281	32,938	33,778	37,282
	人/年	4,235	3,996	4,116	4,200	4,284	4,392	4,836
短期入所生活介護	日/年	44,263	41,893	39,014	44,258	45,140	46,516	52,957
	人/年	3,136	3,123	3,072	3,300	3,360	3,456	3,900
短期入所療養介護	日/年	2,173	1,595	2,190	2,291	2,352	2,352	2,825
	人/年	317	256	360	396	408	408	480
福祉用具貸与	人/年	22,050	23,652	24,972	25,008	25,584	26,256	29,484
特定福祉用具販売	人/年	347	338	312	360	360	372	420
住宅改修	人/年	240	245	288	264	264	264	312
特定施設入居者生活介護	人/年	2,362	2,471	2,532	2,556	2,592	2,640	2,640
居宅介護支援	人/年	31,430	32,634	33,840	34,392	35,148	35,988	39,888

※人/年…年間の延べ利用人数（月間の平均利用人数に12を乗じて算出）

(2) 地域密着型サービスの見込量と確保方策

各年度における市全域及び日常生活圏域ごとの認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護それぞれの必要利用定員総数、並びに指定地域密着型サービス、及び指定地域密着型介護予防サービスの種類ごとの量の見込みを定めます。

その算定に当たっての基本的な考え方は、第5章の介護サービス基盤整備方針のとおりです。

地域密着型サービスの体制整備にあたっては、地域包括ケアシステムの推進という観点から、施設・居住系のサービス（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）については新たな整備を行わず、在宅サービスを充実させることを基本に、事業所等と連携したサービスの確保を図ります。

具体的には、次のとおりです。

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

令和5年9月末現在1か所ですが、第9期計画期間中に、1か所の参入を見込んで、2か所としてサービス量を見込みます。

② 小規模多機能型居宅介護

令和5年9月末現在4か所ですが、第9期計画期間中に、2か所の参入を見込んで、6か所としてサービス量を見込みます。

③ その他

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護などで定員や登録定員に対して稼働率が低いサービスについては、稼働率を高めてのサービス量を見込みます。

1) 市全域及び日常生活圏域ごとの必要利用定員総数

各年度における市全域及び日常生活圏域ごとの認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護それぞれの必要利用定員総数は、第8期計画と同様とします。

① 認知症対応型共同生活介護

	単位	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
計	人	171	171	171	171	171	171
東圏域	人	90	90	90	90	90	90
中圏域	人	9	9	9	9	9	9
西圏域	人	72	72	72	72	72	72

※ 需要に見合った供給体制が確保されており、新たな定員数は設定しない。

② 地域密着型特定施設入居者生活介護

		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
計	人	0	0	0	0	0	0

※ 特定施設入居者生活介護の供給体制が十分確保されていることから、定員数は設定しない。

③ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

	単位	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
計	人	58	58	58	58	58	58
東圏域	人	29	29	29	29	29	29
中圏域	人	0	0	0	0	0	0
西圏域	人	29	29	29	29	29	29

※ 介護人材不足等により稼働率が低位で推移していることから、新たな定員数は設定しない。

2) 予防サービス

サービス	単位	実績値(令和5年度は利用見込)			見込値			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防認知症対応型通所介護	回/年	0	0	0	0	0	0	0
	人/年	0	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人/年	95	92	72	120	156	168	168
介護予防認知症対応型共同生活介護	人/年	6	0	0	12	12	12	12

※人/年…年間の延べ利用人数(月間の平均利用人数に12を乗じて算出)

3) 介護サービス

サービス	単位	実績値(令和5年度は利用見込)			見込値			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	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	535	469	456	696	888	888	888
夜間対応型訪問介護	人/年	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回/年	11,708	10,977	14,483	14,760	15,053	15,511	16,826
	人/年	1,364	1,333	1,824	1,860	1,896	1,956	2,124
認知症対応型通所介護	回/年	2,972	4,758	8,350	8,720	8,720	8,890	9,812
	人/年	290	401	552	576	576	588	648
小規模多機能型居宅介護	人/年	864	875	852	1,116	1,368	1,392	1,392
認知症対応型共同生活介護	人/年	2,014	1,996	1,992	2,040	2,040	2,040	2,040
地域密着型特定施設入居者生活介護	人/年	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	人/年	608	558	408	600	636	696	696
看護小規模多機能型居宅介護	人/年	295	295	336	420	480	576	576

※人/年…年間の延べ利用人数(月間の平均利用人数に12を乗じて算出)

(3) 施設サービスの見込量

介護保険施設のサービスの種類ごとの量の見込みを定めます。

その算定に当たっての基本的な考え方は、第5章の介護サービス基盤整備方針のとおりです。

施設サービスについては、地域包括ケアシステムの推進という観点から、第9期計画期間では介護老人福祉施設、介護老人保健施設とも新たな整備は行わず、在宅サービスを充実させることを基本方針とします。

サービス	単位	実績値(令和5年度は利用見込)			見込値			見込値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人福祉施設	人/年	4,229	4,293	4,308	4,440	4,500	4,560	4,560
介護老人保健施設	人/年	3,546	3,630	3,852	3,900	3,900	3,900	3,900
介護医療院	人/年	79	105	120	156	156	156	156

※人/年…年間の延べ利用人数(月間の平均利用人数に12を乗じて算出)

(4) 保険給付に要する費用の額

1) 予防サービス

サービス	単位	実績値(令和5年度は見込額)			見込値			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防訪問入浴介護	千円	0	259	0	207	208	208	208
介護予防訪問看護	千円	64,008	64,632	74,710	74,413	74,907	75,308	75,308
介護予防訪問リハビリテーション	千円	17,925	16,257	13,657	15,968	16,408	16,408	16,408
介護予防居宅療養管理指導	千円	16,581	18,700	21,980	22,291	22,319	22,480	22,303
介護予防通所リハビリテーション	千円	75,034	68,093	70,562	69,292	69,380	70,160	69,888
介護予防短期入所生活介護	千円	3,225	3,113	4,339	4,222	4,227	4,227	4,227
介護予防短期入所療養介護	千円	262	25	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	千円	44,809	46,665	48,911	47,929	48,084	48,524	48,264
介護予防特定福祉用具販売	千円	3,503	5,156	6,608	7,387	7,387	7,387	7,387
介護予防住宅改修	千円	20,996	26,941	34,182	36,811	36,811	36,811	36,811
介護予防特定施設入居者生活介護	千円	36,719	37,550	44,095	44,718	47,500	52,203	52,203
介護予防支援	千円	52,047	52,275	54,549	54,476	54,666	55,087	54,788
介護予防認知症対応型通所介護	千円	0	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	千円	6,404	6,090	5,067	8,565	10,876	12,006	12,006
介護予防認知症対応型共同生活介護	千円	1,206	0	0	2,796	2,800	2,800	2,800
合計	千円	342,720	345,757	378,660	389,075	395,573	403,609	402,601

※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

2) 介護サービス

サービス	単位	実績値(令和5年度は見込額)			見込値			
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護	千円	1,623,086	1,763,762	1,904,483	1,936,283	1,992,362	2,053,764	2,374,882
訪問入浴介護	千円	31,903	39,094	47,680	44,366	45,973	47,661	56,326
訪問看護	千円	370,136	407,511	468,414	437,906	449,283	461,617	523,218
訪問リハビリテーション	千円	42,450	43,074	37,768	46,018	46,840	47,992	53,651
居宅療養管理指導	千円	267,596	281,515	313,086	315,205	323,538	332,595	379,543
通所介護	千円	1,073,658	1,076,091	1,115,723	1,139,873	1,165,381	1,193,954	1,321,119
通所リハビリテーション	千円	282,750	271,909	286,684	291,121	298,001	306,003	341,992
短期入所生活介護	千円	372,607	354,411	336,455	384,786	393,235	405,397	463,584
短期入所療養介護	千円	24,328	17,592	24,928	26,409	27,206	27,206	32,845
福祉用具貸与	千円	293,646	322,519	348,747	348,607	357,306	367,285	418,696
特定福祉用具販売	千円	12,078	11,592	12,798	14,677	14,677	15,213	17,299
住宅改修	千円	21,508	21,733	24,601	23,575	23,575	23,575	28,052
特定施設入居者生活介護	千円	474,481	507,743	535,851	549,200	557,905	568,763	568,763
居宅介護支援	千円	505,795	532,184	549,239	565,394	579,038	593,375	661,589
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	千円	85,511	84,199	84,005	129,401	164,930	164,930	164,930
夜間対応型訪問介護	千円	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	千円	92,669	87,280	112,706	115,439	118,099	122,070	133,620
認知症対応型通所介護	千円	29,710	48,027	61,177	86,129	86,238	88,072	97,963
小規模多機能型居宅介護	千円	183,763	178,480	178,355	229,167	282,308	286,872	286,872
認知症対応型共同生活介護	千円	538,054	533,692	550,759	568,174	568,893	568,893	568,893
地域密着型特定施設入居者生活介護	千円	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	千円	171,511	160,235	123,298	178,396	189,351	207,499	207,499
看護小規模多機能型居宅介護	千円	72,876	74,394	88,539	108,473	124,431	149,846	149,846
介護老人福祉施設	千円	1,136,822	1,153,565	1,173,703	1,226,340	1,244,189	1,260,937	1,260,937
介護老人保健施設	千円	1,019,653	1,058,254	1,163,856	1,181,506	1,183,001	1,183,001	1,183,001
介護医療院	千円	27,378	40,570	43,919	64,540	64,622	64,622	64,622
合計	千円	8,773,257	9,083,749	9,590,799	10,010,985	10,300,382	10,541,142	11,359,742

※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

4. 各年度における地域支援事業の量の見込み

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の量の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業は、75 歳以上の高齢者の増加などに伴い、地域での要支援者等への支援の需要増加を勘案し、訪問型・通所型サービスの事業量を見込んでいます。

サービス	単位	実績値(令和5年度は利用見込)			見込値			見込値
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問型サービス事業	人/年	520	491	616	611	613	619	618
通所型サービス事業	人/年	541	544	696	691	693	699	698
介護予防ケアマネジメント事業	件/年	6,495	6,014	5,817	5,700	5,500	5,300	5,200

(2) 包括的支援事業の事業量の見込み

包括的支援事業では、きめ細やかに対応可能な体制を維持するための連携の強化と、地域包括支援センターの増設、認知症施策の充実では、支援の必要な高齢者を地域の中で協力して支える人材を育成するための研修などの事業を見込んでいます。

サービスの種類	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度 (2040年度)
地域包括支援センターの運営					
総合相談件数	件	3,000	3,100	3,200	3,500
権利擁護業務(対応件数)	件	200	210	220	220
地域ケア会議の開催	回	18	20	22	22
在宅医療・介護連携推進事業					
医療と介護の連携会議	回	5	5	5	5
多職種研修	回	2	2	2	2
認知症総合支援事業					
認知症初期集中支援チームの設置	チーム数	3	3	3	3
認知症地域支援推進員の配置	人	12	12	12	12
生活支援体制整備事業					
生活支援コーディネーターの配置	人	10	10	10	10
協議体の設置	箇所	15	15	15	15

(3) 地域支援事業に要する費用の額

サービスの種類	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度 (2040年度)
地域支援事業	千円	779,296,300	780,459,915	784,532,570	783,756,825
介護予防・日常生活支援総合事業	千円	504,402,790	505,566,405	509,639,060	508,863,315
包括的支援事業・任意事業	千円	274,893,510	274,893,510	274,893,510	274,893,510

5. 第1号被保険者介護保険料

(1) 保険料の推計

1) 保険料の設定

サービスの種類	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
標準給付費見込額	円	10,915,009,748	11,218,774,628	11,476,931,151	33,610,715,527
総給付費	円	10,400,060,000	10,695,955,000	10,944,751,000	32,040,766,000
特定入所者介護サービス費等給付額	円	173,384,431	176,038,141	179,189,916	528,612,488
高額介護サービス費等給付額	円	289,995,421	294,488,478	299,760,980	884,244,879
高額医療合算介護サービス費等給付額	円	42,529,493	43,125,847	43,897,969	129,553,309
算定対象審査支払手数料	円	9,040,403	9,167,162	9,331,286	27,538,851
地域支援事業費	円	779,296,300	780,459,915	784,532,570	2,344,288,785
合計	円	11,694,306,048	11,999,234,543	12,261,463,721	35,955,004,312

標準給付費・地域支援事業費見込み額(令和6年度～令和8年度): 35,955,004,312 円-①

第1号被保険者負担分相当額(①×第1号被保険者負担割合 23%)(令和6年度～令和8年度): 8,269,650,992 円

第1号被保険者負担分相当額: 8,269,650,992 円

+)調整交付金相当額: 1,756,516,189 円

-)調整交付金見込額: 1,996,133,000 円

+)市町村特別給付費等: 900,000 円

-)準備基金取崩額: 707,574,357 円

-)財政安定化基金取崩による交付額: 0 円

-)保険者機能強化推進交付金等の交付見込額: 44,490,000 円

=)保険料収納必要額: 7,278,869,824 円-②

保険料収納必要額を予定保険料収納率 99.03%で補正した値(②÷99.03%): 7,350,166,438 円

÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数(令和6年度～令和8年度): 94,284 人

=)保険料基準額(年額): 77,958 円 保険料基準額(月額): 6,496 円

◆令和22年度(2040年度)の保険料基準額(月額)の水準は、9,252 円と推計しています。

(2) 所得段階別保険料

第1号被保険者の保険料は、保険料基準額（以下「基準額」という。）に基づき、本人の所得の状況等に応じて決定します。第9期計画期間の所得段階、所得区分及び保険料率は、国が定める標準とおりとします。

段階	要件			保険料率 (◆)	年額保険料 (月額保険料※2)
	課税状況(※1)		前年の所得(本人)		
	世帯	本人			
第1段階	—		生活保護受給者	基準額 ×0.285	22,219 円 (1,851 円)
	非課税	非課税	○老齢福祉年金受給者 ○その他の合計所得金額※3と課税年金収入額の合計が 80 万円以下の方		
第2段階			その他の合計所得金額※3と課税年金収入額の合計が 80 万円を超え 120 万円以下の方	基準額 ×0.485	37,810 円 (3,150 円)
第3段階			その他の合計所得金額※3と課税年金収入額の合計が 120 万円を超える方	基準額 ×0.685	53,402 円 (4,450 円)
第4段階	課税	非課税	その他の合計所得金額※3と課税年金収入額の合計が 80 万円以下の方	基準額 ×0.90	70,163 円 (5,846 円)
第5段階			その他の合計所得金額※3と課税年金収入額の合計が 80 万円を超える方	基準額 ×1.00	77,958 円 (6,496 円)
第6段階	課税	課税	合計所得金額が 120 万円未満の方	基準額 ×1.20	93,550 円 (7,795 円)
第7段階			合計所得金額が 120 万円以上 210 万円未満の方	基準額 ×1.30	101,346 円 (8,445 円)
第8段階			合計所得金額が 210 万円以上 320 万円未満の方	基準額 ×1.50	116,937 円 (9,744 円)
第9段階			合計所得金額が 320 万円以上 420 万円未満の方	基準額 ×1.70	132,529 円 (11,044 円)
第10段階			合計所得金額が 420 万円以上 520 万円未満の方	基準額 ×1.90	148,121 円 (12,343 円)
第11段階			合計所得金額が 520 万円以上 620 万円未満の方	基準額 ×2.10	163,712 円 (13,642 円)
第12段階			合計所得金額が 620 万円以上 720 万円未満の方	基準額 ×2.30	179,304 円 (14,942 円)
第13段階			合計所得金額が 720 万円以上の方	基準額 ×2.40	187,100 円 (15,591 円)

※1 市町村民税の課税状況です。

※2 年額保険料を介護保険条例で定めます。月額保険料は年額保険料を 12 で割った額です(端数処理しています)。

※3 その他の合計所得金額とは、合計所得金額から公的年金等に係る雑所得を控除したものです。

◆ 第1～3段階は、公費により保険料率の軽減が図られています。軽減前の保険料率は、第1段階が 0.455(35,471 円)、第2段階が 0.685(53,402 円)、第3段階が 0.69(53,792 円)です。

第7章 介護保険制度の円滑な運営

1. 自立支援・介護予防等の取組み及び目標設定

高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえ、地域の実情に応じて、具体的な取組みを進めることは極めて重要です。

高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけでなく、生きがいを持って日常生活を過ごすことが大切です。また、高齢者が要介護状態等になった場合であっても、生きがいを持って日常生活を過ごし、住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、その者の尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、適切に支援することが必要です。加えて、リハビリテーションによって、単なる心身機能等向上のための機能回復訓練のみではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動能力を高めて家庭や社会への参加を可能にし、自立を促すことが大切です。

以上のことを踏まえて、本計画において定めた具体的な取組み及び目標設定を再掲して整理するものです。

なお、これらの取組項目については、毎年度、目標に対する実績評価を行い、評価結果を公表します。

■別紙1：「被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止への取組み及び目標設定」のとおり

2. 介護給付の適正化への取組み及び目標設定

介護給付の適正化を図ることは、利用者に対する適切な介護サービスの提供や不適正な給付の削減につながることから、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制し、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

本市は、介護サービス利用者が真に必要な良質なサービス提供と持続可能な介護保険制度の構築を目的に、「第6期羽曳野市介護給付適正化計画」に基づいて介護給付等の適正化への取組みを進めます。

■別紙2：「第6期介護給付適正化計画」のとおり

3. 介護保険制度の適正・円滑な運営

(1) 地域包括ケアシステム等の情報提供体制の強化

検討課題と施策の方向性

地域包括ケアシステムの深化・推進を図る上で、利用者、家族、地域、事業者等に対して、制度の仕組みや各種の相談窓口、支援サービス・介護福祉医療サービスの種類等の周知が必要となります。

主な取り組み

制度やサービスを円滑に利用できるよう、介護保険制度や高齢者施策の利用者、障害のある高齢者や在日外国人、市民への理解と周知を図り、わかりやすい表現、点字・拡大文字、外国語表記等を用いて、冊子や市ウェブサイト、窓口において情報提供を行います。また、市民、利用者の相談についても、適切で迅速に対応できるように努めます。本市でサービス提供を行っている事業者に対しては、法令遵守や提供するサービスの質の向上に向け、市ウェブサイトにおいて、国、大阪府、本市の情報を提供します。

(2) 事業者への支援と指導・監督

1) 事業者支援

検討課題と施策の方向性

介護サービス事業所等からの介護報酬や指定基準等に関する問い合わせに対応するとともに、地域密着型サービス事業所の運営推進会議等を通じた運営支援、羽曳野市介護サービス事業者連絡協議会への支援を行っており、今後も事業者への支援の強化が求められています。

主な取り組み

■介護保険事業者連絡協議会への支援と連携

平成14年度に設立した介護保険事業者連絡協議会への支援として介護事業者ネットワーク支援事業を地域支援事業に位置付けて実施します。

当協議会は、部会や分科会を設置し、定期的な会議や研修会を通じて事業所間の交流・連携を図っており、羽曳野市医療機関・介護サービス事業者検索システム「羽曳野市ケア倶楽部」による情報提供などを行っています。また、第8期計画期間において「地域部会」の設置や講演会を開催するなど広く市民に向けた活動を展開しています。今後、さらに支援と連携を強化していきます。

■地域包括ケアシステムを担う事業所の役割の強化のための支援等

事業者調査では、地域包括支援センター（包括的支援事業等）との連携が極めて不十分である結果となっています。地域包括ケアシステムの一翼を担う介護サービス事業所への地域支援事業への位置付けを明確化し、そのための必要な支援を行います。

また、同調査では、介護人材確保、離職防止、利用者数の不足など共通した課題が明らかになってい

ます。今後、介護サービス基盤の整備の在り方について事業所との協議を開始しますが、事業所が抱える諸課題についても議論を進めていきます。また、好事例の横展開を図るなど効果的な取組みを進めます。

2) 事業者指導・監督

検討課題と施策の方向性

従前から、介護保険法に基づく指定及び指導・監督、老人福祉法に基づく立入検査等を行っています。引き続き適正な措置を講じていきます。

主な取組み

■地域密着型サービス事業所並びに居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所の指定・更新、運営指導等

地域密着型サービス事業所並びに居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所に対して、年1回の集団指導を開催し介護報酬等制度の周知を図るとともに、過去の運営指導における実際の指導事項等の内容を例示することにより適切なサービスのあり方等について具体的に説明します。また、6年に1度以上のサイクルで個別に事業所を訪問し、事業所が行う利用者支援の現場や個別サービス計画及び記録等の確認をします。その上で、利用者個々人の状況に応じた適切な介護サービスが提供されているか等について確認し、事業所の担当者に質の向上に向けての気づきを促す等助言を行うとともに、必要に応じて指導を行います。

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者に対する介護保険サービスの質の確保を図るため、介護給付適正化計画に基づき指導監督を行います。

計画値

項 目		実 績 値			計 画 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域密着型サービス	指定	1	0	1	1	1	1
	更新	3	2	9	3	4	3
	運営指導	0	2	5	7	7	7
居宅介護支援	指定	4	2	1	2	2	2
	更新	5	6	4	1	14	2
	運営指導	3	2	0	4	4	3

※「計画値」の「指定」は想定数、「更新」は予定数。

※介護予防支援については、令和6年4月1日から、指定対象が居宅介護支援事業所に拡大。

■老人福祉法の規定による事業者指導、監督

大阪府福祉行政事務に係る事務処理の特例に関する条例の規定による事務移譲のうち、有料老人ホームの届出・立入検査等、小規模特別養護老人ホームの認可等は、羽曳野市が権限を有しています。本市が行う社会福祉法人の認可及び指導監査と合わせて適正な措置を講じます。

計画値

項 目		実 績 値			計 画 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
有料老人ホーム	新規届出	4	3	3	3	3	3
	立入検査	0	1	5	5	5	5
小規模特別養護老人ホーム	新規認可	0	0	0	0	0	0
	立入検査	0	1	0	0	0	1

※「計画値」の「新規届出」は想定数。

(3) 利用者本位のサービス提供

1) 相談及び苦情解決体制の充実

検討課題と施策の方向性

利用者が安心して介護サービスを受けられるよう、サービスに関する相談や苦情解決等の体制整備の充実を図ります。

主な取組み

高齢者が安心して介護保険をはじめとする高齢者保健福祉サービスを利用できるよう、利用者や家族の相談や苦情に対して、個人のプライバシーに配慮しながら、地域包括支援センター、地域住民、専門職、行政の連携強化を図り、迅速な対応、解決を図ります。また、民生委員や在宅介護支援センター、人権文化センター、老人福祉センター等の人材やコミュニティソーシャルワーカー（CSW）等、関係機関の連携・協力のもとに、高齢者が身近な地域で気軽に相談できる体制の構築に取り組みます。さらに、介護保険施設や地域密着型サービス事業所その他の介護サービス事業所の利用者や利用者の家族の声を傾聴し、施設と利用者の橋渡し役となっている本市の介護サービス相談員を活用し、相談体制の充実を図ります。

介護サービスに関する苦情に対して、大阪府、大阪府国民健康保険団体連合会と連携し、迅速かつ適切に対応し、解決を図れるよう努めます。

■介護サービス相談員派遣事業

公募により選考され、所定の研修を受けた市民が、介護サービス相談員として、月1～2回程度市内の介護保険施設等事業所を訪問し、利用者や家族とお話をし、日頃伝えられない事業所への不満や要望などを聴き、苦情に結びつく問題点を未然に解決するとともに、相談員の気付きなども事業所に伝える活動をしています。今後もこの事業を拡充していくため、介護サービス相談員の計画的な養成を図ります。

目標値

評価 方法	項 目	実 績 値			目 標 値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
B	受入事業所数	34	34	34	35	37	40
B	相談員の人数	20	20	17	20	22	24
B	延べ派遣日数	0	0	250	250	270	300

※評価方法 A:決算資料、B:担当課、C:関係機関、D:ニーズ調査、E:その他

※令和3年度及び令和4年度の「延べ派遣日数」:新型コロナウイルス感染症流行により事業が実施できませんでした。

2) 低所得者への配慮

検討課題と施策の方向性

保険料及び利用料の負担は、国の制度の他、本市独自の減免制度を設けています。

主な取組み

低所得者の介護サービスや福祉施策の利用料及び第1号被保険者の介護保険料負担について、法制度改革に伴う措置及び国の予算措置等で定められた対策を適正に行うとともに、介護保険サービス利用者助成事業などの本市の対策についても引き続き実施します。また、社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業による低所得者の介護保険サービス利用者負担の軽減について普及、促進に努め、積極的に働きかけていきます。

(4) 介護保険制度における独自事業及び一般会計における事業の実施

1) 独自事業

地域支援事業において実施している「在宅高齢者おむつ給付事業」は、第9期計画期間中に保健福祉事業等への移行を含め計画的に事業の見直しを行います。

2) 一般会計における事業

保険者機能強化推進交付金は、市町村の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組みを推進することを趣旨としていることを踏まえ、いきいき百歳体操のさらなる地域展開など、一般会計における独自事業として、創意工夫をしながら、事業の充実を図ります。

第8章 計画の推進・保険者機能の強化

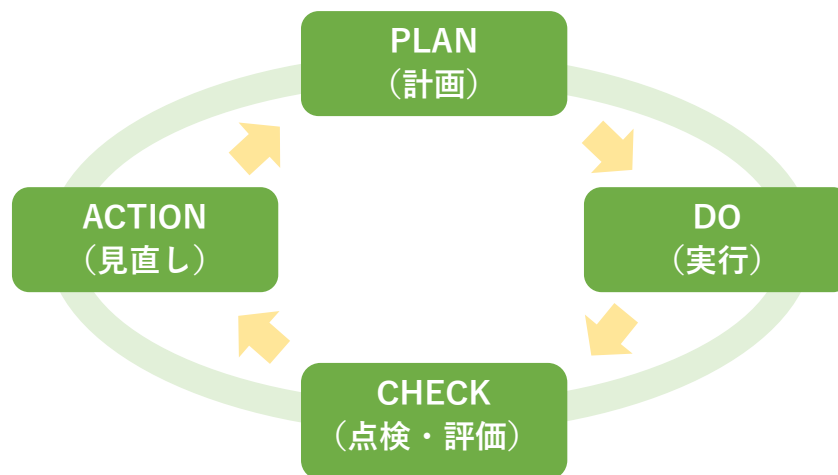
1. 目標の達成状況の点検・評価・公表及び調査等

計画に基づく施策の推進、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、PDCA（PLAN（計画）→DO（実行）→CHECK（点検・評価）→ACTION（見直し））サイクルを活用して取組みを進めます。

計画に定めた施策等の健全かつ円滑な運営を図るためには、市民の理解及び協力を得ることが求められることから、地域住民に対し、介護保険事業に関する情報（介護保険制度の基本的理念を含む。）及び施策の実施状況や目標の達成状況の情報の提供に努めます。

これらを通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の実情に応じて取組みをデザインする、いわば「地域デザイン機能」の強化を図ります。

■図 8-1：PDCAサイクルによる計画の進行管理のイメージ図



（１）「取組みと目標」等の評価・分析等

「被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止」及び「介護給付の適正化」に関し本計画に記載をした取り組むべき施策に関する事項及び当該施策に掲げる目標に関する事項について、第9期計画期間の各年度において、施策の実施状況及び目標の達成状況に関する調査及び分析をし、介護保険事業計画の実績に関する評価を行い、当該評価の結果について公表するものとします。

(2) 評価・分析等の方法（ツール）

1) 地域包括ケア「見える化」システム等

地域包括ケア「見える化」システム、介護保険「保険者シート」、「要介護認定データ」による分析及び評価を年次に行い、加えて必要に応じて随時実施し、「介護保険事業計画と実績値との比較分析（考察結果）」、「地域分析検討シート」などを市ウェブサイトに掲載するなどにより情報を公開します。

2) 地域包括ケアシステム構築状況点検ツール

地域包括ケアシステムの構築状況を点検するための「地域包括ケアシステム構築状況点検ツール」を活用して分析・評価し、事業への施策反映を行います。

3) 保険者機能強化推進交付金等

保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金による保険者機能の評価結果に基づき、経年変化、他の保険者との比較などの分析を行い、本計画に基づく施策展開における活用を図ります。

4) 医療・健康情報

医療及び健康データとの連携を図るため、国保データベース（KDB）、レセプト・特定健診等情報データベース（NDB）による実態把握、地域分析を進めます。

(3) 調査の実施

1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査等

事業効果を把握し、地域の実情や高齢者の状況を把握するため、羽曳野市における地域づくりによる介護予防推進のための調査研究などを大学の研究組織との協働で実施します。「第10期高年齢者いきいき計画」の策定に向けて、従前から実施している介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査等に加えて、介護人材実態調査、居所変更実態調査、在宅生活改善調査などの調査を必要に応じて実施します。

2. 計画の推進体制

(1) 介護保険等推進協議会、市民、関係者の意見反映等

羽曳野市高年いきいき条例の規定に基づき、介護保険等推進協議会、地域包括ケア推進委員会、地域密着基盤整備推進委員会を開催し、それぞれ所掌する事務を適切に実施しながら、計画に基づく施策を進めます。

計画の各年度における事業実績及び政策評価については、介護保険等推進協議会に報告し、審議及び意見具申を受けるとともに、資料や議事概要などを公表します。

また、計画に基づく施策展開においては、市民、利用者、事業者、関係機関、地域の団体など幅広く意見を聞いて施策に反映できるように進めます。

(2) 関係部署・関係機関との連携

1) 庁内の関係部署の連携

計画の推進のため、庁内の関係部署との連携の強化を図ります。そのため、分野別の協議の場を設定します。また、「人口減少社会に対応する総合的な高齢社会対策」の策定や、「人口減少・“超超”高齢社会問題についての全庁的、市民的な議論の開始」の取組みについては全庁的な検討体制を構築します。

2) 関係機関との連携・協働

計画を通じて構築する地域包括ケアシステムは、地域住民、介護従事者、介護サービス事業者、民間企業、NPO、地域の諸団体等により支えられるものであることから、様々な経路や手法により、その地域の現状や特性、地域が目指す方向やそのための取組みに対する理解が関係者間で共有できるよう連携を図るとともに、これらの関係者による多様かつ積極的な取組みを進めるための普及啓発を図ります。

第8期計画期間において、官民連携協定が大きく前進しました。高齢者見守り協定の締結は11、包括連携協定の締結は12となっており（令和6年2月末現在）、施策の推進に大きく貢献しています。今後、さらに官民連携を推進していきます。

■別紙1：被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組み及び目標設定

事業名		現状と課題	取組方針と目標	
包括的支援事業	地域ケア会議	専門職より介護予防に関する助言を行い、ケアマネジメントを支援している。 個別課題の解決から地域におけるネットワークを構築し、地域づくりや社会資源の開発に努める。	①自立支援型地域ケア会議を通して利用者の自立に向けた支援の方向性を検討し、状態の改善や重度化の予防に努める。 ②ケアマネジャーのマネジメント力の向上を目指す。 ③多職種が連携した地域ケア会議の開催 【目標】令和8年度 ①自立支援型地域ケア会議開催回数 70回 ②ケアマネジャーへの研修の実施。 ③個別地域ケア会議 10回	
	生活支援体制整備事業			
	生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）	委託地域包括支援センター及び在宅介護支援センターに9人配置されている。	地域の課題や資源の把握、関係者のネットワークの強化、身近な地域における社会資源の確保や創出と担い手の養成を図る。 【目標】 ①第1層生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置	
	就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）	高齢者の持つ能力、社会貢献への意欲を活かせる場所づくりや人材の発掘に努める。	高齢者個人の特性や希望に合った就労的活動のコーディネートを図る。 【目標】 ①就労的活動支援コーディネーターを配置する。	
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	短期集中型サービス（訪問型・通所型）	①専門職が集中的に介入することで生活機能の改善・維持を図る。 【目標】 ①短期集中型サービス（訪問型・通所型）の充実。 ②利用の促進。	
	一般介護予防事業	いきいき百歳体操（住民主体の通いの場）	参加者数は増加傾向にあるが、参加促進のための取組みが必要である。 ・令和4年度参加者数 1,132人	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。 【目標】 ①参加者数の増加。 （参加率＝参加者実人数/高齢者人口）等 令和8年度目標 1,650人 ②口腔機能向上のための健口体操の実施。
		LICウェルネスゾーン及びGoGoウェルネス	参加希望者数に対して実施場所のキャパシティ等が不足している。（リピーターの増加による）運動経験があまりない参加者への働きかけが必要である。	介護予防に資する基本的な知識の習得や、日常生活での実践内容の普及啓発を行う。 【目標】 ①運動習慣が継続出来る取組みをより充実する。 ②参加者の状態変化を検証し、より充実したプログラムの提供を行う。
		きらきらシニアプロジェクト介護支援サポーター事業	元気高齢者が高齢者を支える制度のひとつとして、高齢者の生きがいづくりや社会参加を促している。 ・令和4年度登録者数 354人	元気高齢者が高齢者を支える制度のひとつとして、高齢者の生きがいづくりや、それを通じての介護予防を図る。 【目標】 ①登録者数 令和8年度目標 450人
リハビリテーションサービス提供体制		リハビリテーションの専門職が地域ケア会議に参加し、また通いの場の参加者の体力評価等を実施している。	リハビリテーションの専門職が地域ケア会議やサービス担当者会議に引きつづき参加し、評価分析を行う。 【目標】 ①地域ケア会議への参加。 ②通いの場に参加し評価を行う。 ③リハビリテーションサービスの利用率等の把握分析を行う。	

■別紙2：第6期介護給付適正化計画

第6期介護給付適正化計画

介護給付適正化については、平成20年度から5期にわたり各都道府県において介護給付適正化計画を策定し、都道府県と保険者が一体となって適正化に向けた戦略的な取組みを推進し、全国的な展開が図られてきたところです。

また、市町村は、介護保険法第117条第2項第3号及び第4号の規定により、市町村介護保険事業計画に介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされています。

このたび、厚生労働省において、第9期市町村介護事業計画のうち、上述の介護給付等に要する費用の適正化に関する部分(以下「第6期市町村介護給付適正化計画」という。)の策定に資するよう、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」に加え、「介護給付適正化」に関する指針が定められ、各保険者に対しては、これらの指針の趣旨等を踏まえ、介護給付の適正化への取組みが不断に、かつ、着実に推進されるよう、介護給付適正化計画の策定を進め、関係者が一体となった実効性のある取組みを実現するよう協力依頼があったところです。

羽曳野市においては、独自の施策として平成15年度から介護給付適正化の取組みを始め、平成20年度からは5期にわたり介護給付適正化計画を策定し、取組みを進めてきたところです。

令和6年度からの3年間についても、厚生労働省の上記指針の趣旨を十分に考慮した取組みを進めるとともに、具体的な目標等について、第6期市町村介護給付適正化計画を以下のとおり定めます。

■主要5事業の再編について

事務負担の軽減を図りつつ、効果的・効率的に事業を実施するため、従前の計画における主要5事業を3事業に再編します。

- 費用対効果の見込みづらい「介護給付費通知」を廃止します。
- 「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」については、事業の性質的に親和性が高い「ケアプラン点検」に統合を図り、実施の効率化を目指します。

■第5期の検証

第5期市町村介護給付適正化計画については、今期と同様に、第8期市町村介護保険事業計画と一体のものとして作成し、大阪府へ情報提供を行いました。当該計画において設定した目標に向けた実施内容について、毎年度末における評価を行い、結果を大阪府に提供するとともに、当市ウェブサイトで公表しています。第5期計画に関しては、設定した目標をおおむね達成できていることから、取組みを継続していきます。加えて今期以降においては、主要事業の再編を受けて、事業の重点化・内容の充実・見える化に取り組めます。

■現状と課題及び今期の取組方針と目標

第5期で一定の効果を得ていると判断し、第6期においても前期を踏襲することを基本としつつも、新たな国指針に沿って、課題の把握・対応を進めます。

I-主要3事業

①要介護認定の適正化

(1) 事業の趣旨

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について、市職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図る。

(2) 現状と課題

申請件数の増加に伴い、調査員の担当件数を増加させた。安定継続的な事業実施に向けて、引き続き調査員の確保と担当件数増のための事務の効率化に努める必要がある。また、指定市町村事務受託法人への委託に関しても検討を要する。

(3) 第6期の取組みと目標

【取組1】

申請された要介護認定において、認定審査会前の各資料（調査票・主治医意見書）の記載内容を確認する。これに加え申請された事案全件において、特記事項（選択の根拠、介護の手間、頻度等）が適切に記載されているかを確認する。また、内容に疑義がある場合には、認定調査員及び主治医に確認し、必要な修正を行う。

【取組2】

更新申請及び区分変更申請に係る認定調査の一定割合を、市職員が実施する。

目標・・・各年度における更新申請件数の3分の1以上、区分変更申請件数の2分の1以上

【取組3】

認定調査員や介護認定審査会委員に対し研修等を実施する。

【取組4】

サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者住まいでの認定調査は、可能な範囲内で市職員が実施する。

【取組5】

ICTの導入によるペーパーレス化、事務の効率化・重点化が可能か検討する。また、指定市町村事務受託法人への委託に関しても検討する。

② ケアプラン等の点検

(i) ケアプランの点検

(1) 事業の趣旨

介護支援専門員が作成した居宅サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者には資料提出を求め又は訪問調査を行い、市職員等が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービス提供を確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供等の改善を図る。

(2) 現状と課題

運営指導にあわせて点検を行うほか、資料提出による点検を実施している。さらに点検件数・割合を増加させるためには、検査体制が質量ともに不十分なため、人員の拡充や効率的な実施方法の検討が必要。

(3) 第6期の取組みと目標

【取組1】

市職員によるケアプランの点検の実施

目標・・・各年度60件以上

【取組2】

市職員による点検のほか、地域の介護支援専門員同士、あるいは主任介護支援専門員や介護支援専門員の職能団体による点検の機会を設けることや、職能団体等に点検を委託することの検討。

【取組3】

必要に応じて、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てたケアプランの点検を行う。

(ii)住宅改修の点検

(1)事業の趣旨

市職員等が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施行状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修の排除を図る。

(2)現状と課題

感染症などの影響もあり、現地調査の実施は減少している。代替措置として郵送によるアンケート調査を行っている。さらなる効率的な実施に向けて手法の検討を要する。

(3)第6期の取組みと目標

【取組1】

福祉住環境コーディネーター2級所持者による、申請書類の点検

目標・・・全件

【取組2】

無作為又は必要に応じて、現地訪問調査又は郵送によるアンケート調査を行う。

目標・・・各年度申請件数の10%

【取組3】

専門的な視点による点検を確保するため、住宅供給公社等への委託を検討する。

(iii)福祉用具購入・貸与調査

(1)事業の趣旨

福祉用具の必要性や利用状況等について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与の排除を図るとともに、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進める。

(2)現状と課題

福祉用具に関する申請書や届出書については、全件を審査・点検している。必要に応じて、窓口や電話で指導を行っているが、訪問調査等を行うためには体制の強化・事務の効率化が必要。

(3)第6期の取組みと目標

【取組1】

引き続き、申請書等の全件審査・点検を継続する。

【取組2】

国民健康保険団体連合会の適正化システムにより出力される給付実績の帳票を活用することで、調査対象を絞りこみ、調査につなげられないか検討する。

【取組3】

介護支援専門員等の有資格者への委託を検討する。

③医療情報との突合・縦覧点検

(1)事業の趣旨

(i)医療情報との突合

医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図る。

(ii)縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）等を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行うことにより、サービス事業者等における適正な請求の促進を図る。

(2)現状と課題

国民健康保険団体連合会への委託と市職員による確認等を実施している。従前までの取組で一定の効果が出ていること、医療情報との突合・縦覧点検は費用対効果が最も期待できる事業であることから、原則従前どおり着実に実施する。

(3)第6期の取組みと目標

【取組1】

毎月、国民健康保険団体連合会から提供される帳票の確認と、必要に応じて市職員による事業所への疑義照会や請求内容の修正依頼を行う。

【取組2】

国民健康保険団体連合会の適正化システムにより出力される帳票のうち、効果が高いと見込まれるものについて、優先的に点検を行うとともに、実施件数に係る定量的な目標値を設定できないか検討する。

Ⅱ-その他の事業

①給付実績の活用による確認等

(1)事業の趣旨

国民健康保険団体連合会で実施する審査支払いの結果から得られる給付実績を活用し、不適切な給付や請求誤り等の多い事業者等を抽出のうえ確認等を行うことにより、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者等の指導育成を図る。

(2)現状と課題

他の事業と組み合わせる必要に応じて活用しているが、地域分析を進める観点からもさらなる活用が必要。

(3)第6期の取組みと目標

【取組】

国民健康保険団体連合会の適正化システムにより提供される情報を活用し、各種指標の偏りをもとに不適切な事業所等を抽出し、指導監督等につなげるほか、適正化に必要な分析を行う。

資料編

1. 第1号被保険者の介護保険料の算出状況

■標準給付費・地域支援事業費

	合計	第9期		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額 (A)	33,610,715,527	10,915,009,748	11,218,774,628	11,476,931,151
総給付費 (財政影響額調整後)	32,040,766,000	10,400,060,000	10,695,955,000	10,944,751,000
総給付費	32,040,766,000	10,400,060,000	10,695,955,000	10,944,751,000
利用者負担の見直し等に伴う財政影響額	0	0	0	0
特 定 入 所 者 介 護 サ ー ビ ス 費 等 給 付 額 (財政影響額調整後)	528,612,488	173,384,431	176,038,141	179,189,916
特定入所者介護サービス費等給付額	520,811,405	170,970,892	173,368,270	176,472,243
制度改正に伴う財政影響額	7,801,083	2,413,539	2,669,871	2,717,673
高 額 介 護 サ ー ビ ス 費 等 給 付 額 (財政影響額調整後)	884,244,879	289,995,421	294,488,478	299,760,980
高額介護サービス費等給付額	869,283,591	285,366,621	289,368,072	294,548,898
高額介護サービス費等の利用者負担の見直し等に伴う財政影響額	14,961,288	4,628,800	5,120,406	5,212,082
高 額 医 療 合 算 介 護 サ ー ビ ス 費 等 給 付 額	129,553,309	42,529,493	43,125,847	43,897,969
算 定 対 象 審 査 支 払 手 数 料	27,538,851	9,040,403	9,167,162	9,331,286
審査支払手数料一件あたり単価		47	47	47
審査支払手数料支払件数	585,933	192,349	195,046	198,538
審査支払手数料差引額 (K)	0	0	0	0
地域支援事業費(B)	2,344,288,785	779,296,300	780,459,915	784,532,570
介護予防・日常生活支援総合事業費	1,519,608,255	504,402,790	505,566,405	509,639,060
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	712,566,000	237,522,000	237,522,000	237,522,000
包括的支援事業(社会保障充実分)	112,114,530	37,371,510	37,371,510	37,371,510

■第1号被保険者の保険料推計

	合計	第9期		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1号被保険者負担分相当額(D)	8,269,650,992	2,689,690,391	2,759,823,945	2,820,136,656
調整交付金相当額(E)	1,756,516,189	570,970,627	586,217,052	599,328,511
調整交付金見込額(I)	1,996,133,000	609,797,000	665,943,000	720,393,000
調整率		1.000000000	1.000000000	1.000000000
特別調整交付金の交付見込額		0	0	0
調整交付金見込交付割合(H)		5.34%	5.68%	6.01%
後期高齢者加入割合補正係数(F)		1.0115	0.9961	0.9815
所得段階別加入割合補正係数(G)		0.9742	0.9742	0.9742
市町村特別給付費等	900,000	300,000	300,000	300,000
市町村相互財政安定化事業負担額	0			
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	44,490,000			
準備基金取崩額	707,574,357			
財政安定化基金償還金	0			
保険料収納必要額(L)	7,278,869,824			
予定保険料収納率	99.03%			
第1号被保険者数	97,018	32,498	32,339	32,181
所得段階別加入割合補正後被保険者数 (C)	94,284	31,581	31,428	31,275
保険料基準額の指標				
保険料基準額 (月額)	6,496			

2. 介護保険等推進協議会諮問・答申

羽 保 高 第 4084 号
令 和 6 年 2 月 1 日

羽曳野市介護保険等推進協議会
会長 長 畑 多 代 様

羽曳野市長 山入端 創

諮 問 書

羽曳野市高年いきいき条例（平成 12 年羽曳野市条例第 14 号）第 9 条第 2 項の規定に基づき、第 9 期羽曳野市高年者いきいき計画を別紙のとおり策定することについて、貴会の意見を求めます。

羽介推協第 5－1 号
令和 6 年 2 月 1 日

羽曳野市長 山 入 端 創 様

羽曳野市介護保険等推進協議会
会 長 長 畑 多 代

第 9 期羽曳野市高年者いきいき計画の策定について（答申）

令和 6 年 2 月 1 日付け羽保高第 4084 号をもって羽曳野市介護保険等推進協議会に諮問のあった標記について、慎重に審議してきた結果、次のとおり答申します。

記

第 9 期羽曳野市高年者いきいき計画については、以下の意見を付して原案どおり了承します。

- (1) 中長期的な将来像を踏まえて定めた「健康寿命の延伸」や「人口減少社会に対応する総合的な高齢社会対策」などの目標については、早期に行政の関係部署と連携し、効果的な対策を具体的に講じて下さい。

健康寿命の延伸については、健康づくり・介護予防について、高齢期に入る前からの対策を強化し、年齢や状態像に応じた支援や環境整備を行って下さい。高齢社会対策については、元気な高齢者の地域デビュー支援などを強化するとともに、交通政策や住宅政策との連携を進め、人口減少時代でも未来に希望を持てるまちの実現を目指して下さい。

- (2) 地域包括ケアシステムの目指す方向は、すべての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現です。その実現に向け、早急に市役所内に横断的な組織体制を確立するとともに、重層的支援体制整備事業について、地域、関係機関等との協働により取り組みを進めて下さい。

- (3) 地域包括ケア体制の構築から、“深化”と“広がり”へつなげていくことが求められます。そのためには、介護・福祉人材の確保、そして、地域活動などの担い手の育成が重要な課題となっています。

国、大阪府と連携のうえ就労環境の整備に取り組み、あわせて、将来の福祉、地域の人材を育て、つなげる視点から関係団体・機関と連携し若い世代への啓発の取り組みを進めて下さい。

- (4) 第 9 期計画で中長期的な人口構造の変化と介護需要の傾向が示されましたが、地域の支援体制も含めた介護基盤体制の在り方については、第 10 期計画に先送りとなっています。2035 年まで増加を続け、その時点をピークに減少すると見込まれる介護需要への対応は、サービス提供事業者だけでなく、地域の関係者とも議論ができる協議の場を設定するなど、官民連携、地域協働で将来構想をデザインできるような方法を検討して下さい。

- (5) 目標を定めた事業や給付費等について、PDCA サイクルの活用により不断の見直しに努めて下さい。達成状況の評価を行う際には、量的な評価のみでなく、事業やサービスがもたらすアウトカムにも着目し、質の評価・向上につなげるような取り組みとして下さい。

3. 第8期羽曳野市介護保険等推進協議会委員名簿

(順不同・敬称略)

	氏名	所属団体等	任期	備考
学識経験者 (会長)	長畑 多代	公立大学法人大阪	令和3年4月～令和6年3月	
学識経験者 (副会長・委員長)	和泉 京子	武庫川女子大学	令和3年4月～令和6年3月	包
学識経験者 (副会長・委員長)	畑 智恵美	四天王寺大学	令和3年4月～令和6年3月	密
学識経験者 (権利・相談関係)	徳村 初美	大阪弁護士会	令和3年4月～令和6年3月	包
保健・福祉・ 医療関係者	調子 和則	羽曳野市医師会	令和3年4月～令和6年3月	包
	木下 佳	羽曳野市歯科医師会	令和3年4月～令和6年3月	包
	松本 能匡	羽曳野市薬剤師会	令和3年4月～令和4年3月	包
	大友 友希	羽曳野市薬剤師会	令和4年4月～令和6年3月	包
	高橋 佑紀	大阪府藤井寺保健所	令和3年4月～令和5年3月	包
	高木 章子	大阪府藤井寺保健所	令和5年4月～令和6年3月	包
	鎌田 孝司	羽曳野市社会福祉協議会	令和3年4月～令和5年6月	包
	浦田 崇	羽曳野市社会福祉協議会	令和5年6月～令和6年3月	包
	堀脇 芙美子	羽曳野市民生委員児童委員協議会	令和3年4月～令和6年3月	包
事業者関係	阪本 菜津代	羽曳野市介護保険事業者連絡協議会	令和3年4月～令和6年3月	包
	江田 芳樹	羽曳野市介護保険事業者連絡協議会	令和3年4月～令和6年3月	密
	高井 克弥	在宅介護支援センター	令和3年4月～令和5年3月	包
	氏家 幹夫	在宅介護支援センター	令和5年4月～令和6年3月	包
団体等関係	浦田 崇	羽曳野市連合区長会	令和3年4月～令和5年3月	密
	酒井 武	羽曳野市連合区長会	令和5年4月～令和6年3月	密
	眞銅 忠司	羽曳野市老人クラブ連合会	令和3年4月～令和6年3月	包
	近藤 敬子	羽曳野市婦人団体協議会	令和3年4月～令和6年3月	密
被保険者代表	山下 伊久江	市民公募	令和3年4月～令和6年3月	包
	竹中 とし子	市民公募	令和3年4月～令和6年3月	密
公益	笠原 由美子	羽曳野市議会	令和3年4月～令和6年3月	包
	広瀬 公代	羽曳野市議会	令和3年4月～令和3年10月	包
	渡辺 真千	羽曳野市議会	令和3年10月～令和5年10月	密
	笹井 喜世子	羽曳野市議会	令和5年10月～令和6年3月	密

※羽曳野市介護保険等推進協議会委員は、羽曳野市地域包括ケア推進委員会または羽曳野市地域密着基盤整備推進委員会にも所属されています。(備考欄：所属委員会を示す。包：地域包括ケア推進委員会 密：地域密着基盤整備推進委員会)

4. 第9期羽曳野市高齢者いきいき計画策定経過

日時	会議等の名称	会議等の内容
令和4年2月～ 令和5年1月	在宅介護実態調査の実施	
令和5年1月18日～ 令和5年2月10日	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施	
令和5年5月	庁内関係部署調整協議 (1回目)	
令和5年5月9日	令和5年度第1回羽曳野市介護保険等推進協議会	○介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査結果 ○第9期計画作成の基本的事項 ○地域包括支援センターの運営状況
令和5年6月	庁内関係部署調整協議 (2回目)	
令和5年7月24日	令和5年度第2回羽曳野市介護保険等推進協議会	○第8期計画のまとめ（中間整理） ○中長期の人口動態及びサービス需要の見込み ○第9期計画の論点整理 ○国の基本指針（案）
令和5年6月21日～ 令和5年7月14日	施設・居住系サービス事業所調査	
令和5年6月23日～ 令和5年7月14日	介護給付等対象サービスを実施するサービス事業者調査	
令和5年9月	見込量等国報告 (第1回目)	
令和5年10月5日	令和5年度第3回羽曳野市介護保険等推進協議会	○第9期計画の構成及び概要 ○計画の基本理念及び基本目標 ○介護サービス基盤整備方針（案） ○サービス量見込（国報告第1回目）
令和5年11月	庁内関係部署調整協議 (3回目)	
令和5年11月9日	大阪府医療と介護の協議の場	
令和5年11月17日～ 令和5年12月14日	事業所ヒアリング	
令和5年12月	見込量等国報告（第2回目）	
令和5年12月5日	令和5年度第4回羽曳野市介護保険等推進協議会	○第9期計画素案 ○給付と負担（保険料等の設定の方向性）
令和5年12月18日～ 令和6年1月19日	パブリックコメントの実施	
令和6年1月	庁内関係部署調整協議（最終）	
令和6年2月1日	令和5年度第5回羽曳野市介護保険等推進協議会	○第9期計画案について諮問・答申
令和6年2月	見込量等国報告（第3回目）	
令和6年3月	見込量等国報告（最終）	

5. 用語解説

【ア行】

生きがい講座

陵南の森老人福祉センターにおいて、高齢者の教養を向上させ、健康の増進及び脳の活性化をすることで、明るい生活ができることを目的として開催されている講座。

医療計画

都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定する法定計画。

医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和 60 年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成 18 年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成 26 年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成 30 年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

インフォーマルサービス

近隣や地域社会、ボランティアなどが行う非公式的な援助のこと。NPO 法人やボランティアグループが行うサービスだけでなく、家族や地域住民などの力も、インフォーマルサービスに含まれる。対義語はフォーマルサービス。

Osaka あんしん住まい推進協議会（居住支援協議会）

住宅の確保に困難を感じている人に対して、相談窓口、安心して入居できる住宅、各種支援制度の情報を提供し、居住の安定を図る取組みを行うほか、居住支援に取り組まれる不動産事業者に対して、支援制度の情報提供を行うことで、全ての府民が安心して住まいを見つけ、暮らしていける環境づくりをサポートしている。

オレンジカフェ（認知症カフェ）

認知症の人や家族が、地域の専門職と情報を共有し、お互い理解し合う場。地域の実情に応じて認知症地域支援推進員が企画する等様々な実施主体・方法で開催されている。

オレンジサポーター

認知症サポーターを対象に羽曳野市が開催する「認知症サポーターステップアップ講座」を受講し、チームオレンジの活動に協力の同意をし応援、賛同する人。

【カ行】

介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者や要支援者の相談や心身の状況に応じるとともに、サービス（訪問介護、デイサービスなど）を受けられるようにケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者。

介護保険等推進協議会

地方自治法に規定する市長の附属機関として、羽曳野市高年いきいき条例において介護保険等推進協議会の設置が定められている。

介護者家族の会

介護者がよりよい介護をするために、介護者同士が話し合い、励ましあい、介護技術等、様々な情報交換を行う場として、平成 4 年 10 月に結成された。羽曳野市社会福祉協議会が事務局となっている。

介護予防・生活支援サービス事業

地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業に分類される事業。訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントがある。

通いの場

地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所。地域の介護予防の拠点となる場所でもある。

完全非公開型医療介護専用 SNS

エンブレース株式会社が運営する、メディカルケアステーション（MCS）のことで、地域包括ケア・多職種連携のためのコミュニケーションツール。羽曳野市では、羽曳野市医師会が運営する「はねっと」として利用している。

基本指針

介護保険法（平成9年法律第123号）第116条第1項において、厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めることとされている。

都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画（以下「介護保険事業（支援）計画」という。）を定めることとされており、基本指針は、介護保険事業（支援）計画作成上のガイドラインの役割を果たしている。

第9期（令和6年度から令和8年度まで）の介護保険事業（支援）計画の作成に資するよう、基本指針の見直しが行われた。

業務継続計画（BCP）

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。

きらきらシニアプロジェクト介護支援サポーター事業

高齢者が市長の指定を受けた受け入れ施設等でサポーター活動を行い、その活動実績に応じて高齢者にポイントを付与する事業。介護支援サポーター活動を通して、高齢者自身の社会参加活動を通じた介護予防を推進することを目的としている。

ケアマネジメント

介護保険制度利用者の状態を把握し、予後予測の視点を持ちながら自立支援に資するプラン作成を行う。本人の尊厳を尊重し、住み慣れた地域でできるだけ暮らし続けられるよう、生活全般を支える体制を整え、自立支援を実現することを目指している。

健康格差

所得や学歴、職業階層など、社会的・経済的な地位による、健康と医療の質の格差をいう。国は健康寿命の格差縮小を目指すには、社会環境の質の向上等を通じて、健康寿命の延伸につながる各生活習慣病などについての「健康格差」を縮小させることを踏まえた取組みを行うことを重要としている。

健康寿命

健康寿命とは健康な状態で生存する期間をいう。国・都道府県の健康増進計画の目標としての健康寿命（日常生活に制限のない期間）は、国民生活基礎調査の結果を用いて算出される。大阪府における市町村の健康寿命（日常生活動作が自立している期間）は、国保データベース（KDB）システム等のデータを用い、要介護2から5を「不健康」、それ以外を「健康」として算出している。要介護状態や心身の不調により日常生活が制限されている期間を考慮すると、市町村の健康寿命は記載より短くなると推測される。

高年生きがいサロン

高齢者に生きがい活動の場を提供し、心身の健康増進を図るとともに、世代を超えた交流及び多様な地域福祉活動を促進し、もって地域共生社会の実現を図ることを目的に設置された施設。一般介護予防事業や、住民の自主的なグループ活動が行われている。2、3、5、6号館の4館。

GoGo ウェルネス事業

高年生きがいサロン各館にて行われている、市民主体の自主的な運動教室。身近な場所で介護予防運動に取り組み、運動習慣を身につけることで、いつまでも住み慣れた場所で自分らしい暮らしを続けることを目的としている。

個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ある疾病や要介護状態を発生するリスクの高いものに予防策を講じることによって、その発生を予防するもの。そのため、当該疾病や要介護状態の発生に関わる危険因子・予測因子を解明し、無症状の集団にスクリーニングを実施して、それらの因子を有する個人（ハイリスク者）を把握し、有効な予防介入を集中的に行うこと。

【サ行】

在宅介護支援センター

高齢者の在宅介護に関する相談を受け、情報提供、総合調整を行う機関。地域の高齢者の実態把握に努め、民生委員や地域からの情報をもとに、日常生活に支援が必要な高齢者等へ訪問等による対応を行っている。住民の身近な相談窓口として、令和5年度現在、市内に5カ所開設されている。

ささえあいネットはびきの

住民と行政、専門機関が協働し、すべての市民が世代や背景を問わず安心して住み慣れた場所で生活し続けられるように構築された、様々な地域生活課題に対応する支援が包括的に提供される重層的なネットワーク。

産学官連携

産業界（民間企業）、学（教育機関・研究機関）、官（行政）の連携

社会資源マップ

地域の生活支援サービスや社会参加、活動の場などの情報をまとめている。

社会福祉協議会

民間の社会福祉活動を推進することを目的とした営利を目的としない民間組織。社会福祉法により設置されている。高齢者や障害者、子育てをしている人など「だれもが安心して暮らせる福祉のまちづくり」を目標に、市と連携を取りながら地域住民や町会、校区福祉委員会、関係機関と協力し地域に根ざした活動をしている。

小地域ネットワーク活動

小学校区ごとに活動している校区福祉委員会による地域住民の自主的な福祉活動。

人生会議（ACP（アドバンス・ケア・プランニング））

将来の変化に備え、今後の治療・療養について患者本人、家族、近しい人と医療従事者があらかじめ話し合い、患者の意思決定を支援するプロセス。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者。

第1層 市町村区域で行う機能

第2層 日常生活圏域（小中学校区域等）で、第1層の機能の下で行う機能

第3層 個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能

成年後見制度

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

前期高齢者・後期高齢者

65歳以上75歳未満の高齢者を前期高齢者、75歳以上の高齢者を後期高齢者という。

総合事業

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業のこと。市町村が中心となって、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果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。

【タ行】

第1号被保険者・第2号被保険者

介護保険では、第1号被保険者は65歳以上の者、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険加入者をいう。第1号被保険者は、原因を問わず、要介護認定を受けて介護保険サービスを利用できるのに対し、第2号被保険者のサービス利用は、要介護状態になる可能性の高い特定の疾病により要介護認定を受けた場合に限定される。

ダブルケア

育児期にある（世帯）が親の介護も同時に担っている状態。

地域医療構想

2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。

地域ケア会議

地域ケア会議は、介護保険法第115条の48で定義されている会議のことで、個別ケースの支援内容の検討や、地域課題の共有から、課題解決の方策の追求、施策・事業の提案へつながられることが求められている。地域包括ケアシステムの実現に向けた手法の一つ。

地域支援事業

平成 18 年 4 月の介護保険法制度改正により創設された。被保険者が要介護状態または要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するもの。

地域相談窓口（ランチ）

住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」で市内在宅介護支援センターに委託している。

地域包括ケアシステム

地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るよう、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確保される体制のこと。

地域包括ケア「見える化」システム

都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供される。だれもが利用できるシステムであるため、行政内での施策検討材料としての利用だけでなく、住民を含む関係機関との連携も取りやすくなり、地域包括ケアシステム構築の一助として利用することができる。

地域包括支援センター

地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関である。介護で困った事や問い合わせの窓口となる施設。

地域密着型サービス

高齢者が中重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域での生活の継続を可能とするため、身近な市町村で提供される新たなサービスとして平成 18 年度より創設されたもの。

チームオレンジ（羽曳野市チームオレンジ）

コーディネーター（認知症地域支援推進員）が認知症サポーターステップアップ講座を受講したオレンジサポーターなどでチームを立ち上げ、そのチームと認知症の当事者やその家族の支援ニーズとを具体的な支援につなげる仕組みのこと。

超高齢社会

65 歳以上の人口の総人口に占める割合（高齢化率）が 21 パーセントを超えるの社会のこと。65 歳以上人口の割合が 7 パーセントを超えて「高齢化社会」、同割合が 14 パーセントを超えて「高齢社会」という。WHO（世界保健機関）と国連の定義による。

なお、7 の倍数のパーセンテージが用いられているが、超高齢社会の「21%超え」の次の段階の定義付けはされていない。既に高齢化率は「28%」を超える水準となっているが、本市の第 9 期計画では、「“超超” 高齢社会」と表現をした。

【ナ行】

任意事業

介護保険法第 115 条の 45 第 3 項各号において、介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業、その他介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業が規定されているが、地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能である。

認知症サポーター

認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者。サポーターになるには養成講座を受講する必要がある。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が認知症の疑いのある人、認知症の人とその家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立支援のサポートを行うチーム。

認知症知っとこ〜座（家族介護者教室）

在宅で高齢者を介護している家族、介護について学びたい人、地域住民等を対象として開催している講座。認知症や認知症介護についての理解を深め、日頃の疑問点や対応方法について専門的に学ぶことができる。

認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。

認定調査

要介護・要支援認定の申請書の提出があったときに、申請者本人や家族を訪問し、聞き取りを行う調査のこと。

認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人に所属する介護支援専門員その他の保健、医療または福祉に関する専門的知識を有する者、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員ならびに介護支援専門員であって、都道府県または指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了した者のこと。

【ハ行】

羽曳野市医療機関・介護サービス事業者検索システム

平成 30 年 3 月から始まった検索システム。住んでいる地域・機関の名称など希望の条件から医療機関や、介護事業所の空き情報・受け入れ状況、社会資源などを検索することができる。医療機関や介護事業所などの地図情報や、医療機関の診療科目や介護事業所のサービス内容などの情報を紹介している。

羽曳野市総合基本計画

変化する社会情勢や、多様化する市民ニーズに即して、市民と協力・協働しながら総合的かつ計画的にまちづくりを進めるべく策定した計画で、高齢者いきいき計画の上位計画である。第 6 次計画は、2016 年から 2026 年までを期間としている。

羽曳野市みまもりあいステッカー

利用者は衣服や靴、バッグ、杖などにステッカーを貼りつけておき、利用者が行方不明になった時に発見者がステッカーに記載しているフリーダイヤルに電話をすると転送システムにより個人情報保護した状態で、あらかじめ登録した支援者に直接電話連絡がつながるようにになっている。

羽曳野市みまもりネットワークシール

羽曳野市認知症高齢者見守りネットワークに事前登録された人に配布している。一人歩きにより行方不明のおそれのある高齢者を保護した人がこの QR コードを携帯電話で読み込むと、羽曳野市地域包括支援課の連絡先が表示され、地域包括支援課に連絡していただくことにより、一人歩きにより行方不明となった高齢者の早期発見につなげる仕組みとなっている。

はびきの市民大学

市民の生涯学習に関する機会の提供を行っている。地域性を生かした独自のカリキュラムを作成し、専門的で体系的な学習の機会を提供している。

避難行動要支援者

「危険が迫っている」「避難しなければならない」などの必要な情報を迅速、的確に把握することができない人や、自力で安全な場所へ避難することができない人など、災害が起こった際に取るべき一連の行動に支援が必要な人。

避難行動要支援者台帳

避難行動要支援者のうち希望する人が申し込みをすると、避難行動要支援者台帳に記載され、地域（町会、民生委員、校区福祉委員会、避難支援者、消防団・自主防災組織）、柏原羽曳野藤井寺消防組合消防本部、羽曳野市社会福祉協議会と情報を共有し、災害時に活用する。

ふれあいネット雅び

地域と行政、専門職種が協働した地域の見守り・支え合い・支援のネットワーク。平成 14 年度から高齢者を対象として小学校区ごとの立ち上げを開始し、平成 23 年度からは、障害のある人や子育て世代など全世代を対象として展開している。

校区福祉委員会と、各種団体、社会福祉協議会、CSW、市役所の関係部署、在宅介護支援センター、地域の医療や福祉の専門機関から構成される「地域福祉推進チーム」が小学校区で高齢者等の見守り活動や相談を担い、できるだけ身近な場所で協働して支援が図れる体制をめざしている。第 2 層生活支援コーディネーターの協議体。

プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）

地域ケア会議の一つ。包括的支援事業の一環として、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センター専門職等、幅広い地域の多職種の視点により、それぞれの専門性に基づくアセスメントやケア方針の検討がなされる場。

包括的支援事業

被保険者が要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために行う介護保険法第 115 条の 45 第 2 項に規定された事業。

包括連携協定

地域が抱える社会課題に対して、教育研究機関と自治体や民間企業がそれぞれの強みを活かし、協力し合うことで課題解決に向き合うための枠組み。

ポピュレーションアプローチ

集団に対して健康障害へのリスク因子の低下を図る方法。集団全体への早い段階からのアプローチにより影響量も大きくなり、多くの人々の健康増進や疾病予防に寄与しうる支援方法である。

【マ行】

街かどデイハウス

住み慣れた地域の身近な場所で、地域の住民自らが生きがいデイサービスに取り組むことで、閉じこもりの防止や生きがい対策を通して介護予防につなげることを目的としている。

民生委員・児童委員

民生委員法に基づき、厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努める者。児童福祉法による児童委員も兼ねており、児童の福祉に関する相談にも応じている。

【ヤ行】

ヤングケアラー

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どものこと。責任や負担の重さにより、学業や友人関係などに影響が出てしまうことがある。

要介護状態

（介護保険法に規定する定義）身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）をいう。

要支援状態

（介護保険法に規定する定義）身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要支援状態区分」という。）のいずれかに該当するものをいう。

【ラ行】

LIC ウェルネスゾーン

先駆的な官民連携の介護予防事業として平成 27 年度に開設。LIC はびきの(羽曳野市立生活文化情報センター)内で、高齢者の運動機器を利用した運動プログラムを展開している「健康づくり・介護予防拠点」。市民が身近な場所で気軽に運動に取り組むきっかけとなる場を創設し活用することにより、健康の維持及び増進を図る。その結果、介護予防にもつながり、住み慣れた場所で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目的とした、地域包括ケアシステムの一翼を担っている。

【英字略語】

IADL

手段的自立のこと。具体的には、買い物、調整、洗濯、電話、薬の管理、財産管理、乗り物等の日常生活上の複雑な動作をいう。

ICT

Information and Communication Technology の略。

情報(information)や通信(communication)に関する技術の総称。日本では同様の言葉として IT(Information Technology：情報技術)の方が普及していたが、国際的には ICT がよく用いられ、近年日本でも定着しつつある。

ACP

「人生会議」の項目を参照。

ADL

日常生活動作のこと。日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で、「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作のこと。

MCS

「完全非公開型医療介護専用 SNS」の項目参照。

KDB システム

国保データベースの略。国民健康保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

CSW

コミュニティソーシャルワーカー。

コミュニティソーシャルワークとは、イギリスにおいて提案されたコミュニティに焦点をあてた社会福祉活動・業務の進め方で、地域において、支援を必要とする人々の生活圏や人間関係等環境面を重視した援助を行うとともに、地域を基盤とする支援活動を発見して支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりすることをめざすもの。コミュニティソーシャルワーカーとは、このコミュニティソーシャルワークを行う者のこと。

PDCA サイクル

Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）を繰り返すことで業務を継続的に実施・改善していく手法。

8050（はちまる・ごうまる）問題

80 歳代の親と 50 歳代の子どもの組み合わせによる生活問題。

ひきこもりが長期化し、80 代の親と 50 代のひきこもる子が同居する世帯が、高齢の親の年金などの収入で生活する状況が増えている社会問題である。

◆引用・参考◆

「用語解説」は、厚生労働省のウェブサイト、公開資料、要綱、市ウェブサイト、施政方針などから抜粋しています。

【関係ウェブサイト】

■ 高年者いきいき計画

<https://www.city.habikino.lg.jp/soshiki/hokenfukushi/kounenkaigo/ikikiplan/index.html>

第 8 期、第 9 期計画の全体版及び概要版、計画の「自己評価」「地域分析」、介護保険制度のパンフレットなどをご覧ください。

■ 羽曳野市介護保険等推進協議会

<https://www.city.habikino.lg.jp/soshiki/hokenfukushi/kounenkaigo/fuzokuki/1447.html>

第 9 期計画の策定、介護保険事業運営などの審議の内容をご覧ください。

■ 介護保険のご案内

<https://www.city.habikino.lg.jp/soshiki/hokenfukushi/kounenkaigo/kaigohoken/1452.html>

介護保険の手続きや「介護給付等対象サービス」の内容等をご覧ください。

■ 高齢者福祉ガイドブック ～認知症ケアパス～

<https://www.city.habikino.lg.jp/material/files/group/11/reiwa5nennkoureisya.pdf>

総合相談窓口、介護予防・高齢者福祉制度の種類や手続きなどの内容をご覧ください。