吉野町

高齢者福祉計画・

第８期介護保険事業計画

令和３(2021)年３月

吉　野　町

はじめに

我が国の高齢化率は年々上昇を続けており、本町においては、すでに高齢化率が 50%を超え、２人に１人以上が高齢者という現状となっています。

高齢化率の上昇とともに、単身の高齢者、高齢者のみの世帯、認知症高齢者などが増加していくことが予測されており、今後、求められるサービスも多様化してくることが考えられます。

このような状況を踏まえ、本町では「高齢者が元気に活躍するまち、安心して生活できるまち、互いに支え合うまち」を基本理念に掲げ、「吉野町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」を策定しました。

これまでの基本理念や基本目標を引き継ぎながらも、第８期計画では、感染症対策などの新たな課題に取り組むとともに、地域共生社会を目指した地域包括ケアシステムの更なる推進のもと、医療・介護・保健福祉分野の連携を強化し、地域の支え合いと公的支援が連動する包括的な支援体制づくりに取り組んでまいります。

本町ではまちづくりの将来像である『「ひと」がつながり　「ひと」が輝き　「ひと」が潤う　感動生まれる　吉野町』の実現に向けて、今後も町民の皆さまや関係機関、サービス提供事業者、行政が協働して、町内で生活するすべての高齢者が、生きがいを持って安心して生活できる社会の実現に努めてまいります。

最後になりましたが、本計画の策定にあたり、「吉野町介護保険事業計画等策定委員会」で熱心にご審議いただきました委員の皆さま、貴重なご意見をお寄せいただきました町民の皆さまに心より厚くお礼を申し上げます。

令和３年３月

吉野町長　中井　章太

目 次

第1章 基本的事項 1
1. 計画策定の趣旨 1
2. 計画の位置づけ 2
(1) 法的根拠 2
(2) 関連する計画との関係 2
3. 計画の策定体制 3
(1) 高齢者等の現状を把握するための実態調査の実施 3
(2) 吉野町介護保険事業計画等策定委員会の開催 3
(3) パブリックコメントの実施 3
4. 計画の期間 4

第2章 高齢者を取り巻く状況 5
1. 人口及び高齢化率の推移 5
2. 介護保険被保険者数の推移 6
3. 要支援・要介護認定者数の推移 7
4. 介護サービスの状況 8
5. 高齢者及び家族介護者等の意識・実態 9
(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 9
(2) 在宅介護実態調査 23

第3章 基本理念と施策体系 32
1. 基本理念 32
2. 基本目標 32
3. 施策体系 34

第4章 施策の展開(各論) 35
1. 健康で生きがいに満ちたまちづくり 35
(1) 高齢者の生きがいづくりを推進します 35
(2) 健康づくり・介護予防を推進します 38
2. 支えあい安心できるまちづくり 45
(1) 地域包括ケアシステムを推進します 45
(2) 高齢者の在宅生活を支援します 50
(3) 介護サービスを確保します 53
(4) 認知症高齢者への支援を充実します 59
(5) 高齢者の人権を大切にします 63

3．安心で快適な暮らしやすいまちづくり……65
（1）快適な住宅、住環境の向上をめざします……65
（2）安全で安心な生活環境を推進します……68

第5章 介護サービスの充実と質の向上……72
1．高齢者等の見込み……72
（1）人口推計……72
（2）要支援・要介護認定者の推計……73
2．介護サービスの量の見込み……74
（1）居宅サービスの必要量の推計……74
（2）地域密着型サービスの必要量の推計……76
（3）施設サービスの必要量の推計……76
3．介護保険事業費の見込み……77
（1）総給付費の推計……77
（2）標準給付費の推計……79
（3）地域支援事業費の推計……79
（4）保険料収納必要額の推計……80
4．第1号被保険者の介護保険料……81
（1）介護給付等の財源……81
（2）保険料段階……82
（3）第1号被保険者の介護保険料……83

第6章 計画の推進について……85
1．計画に関する啓発・広報の推進……85
2．計画推進体制の整備……85
（1）連携及び組織の強化……85
（2）保健、医療、福祉、地域住民等との連携……85
（3）県及び近隣市町村との連携……86
3．進捗状況の把握と評価の実施……86

資料編……88
1．吉野町介護保険事業計画等策定委員会設置要綱……88
2．吉野町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿……89

第１章　基本的事項

１．　計画策定の趣旨

我が国は、高齢化の進展に加え、単身世帯、高齢者のみ世帯の増加など世帯構造の変化が並行して進んでいます。また、団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年、さらには団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり高齢人口がピークを迎える令和22(2040)年に向けて、介護サービス需要がさらに増加、多様化していくことが見込まれています。さらに、令和７(2025)年以降は現役世代の減少が顕著となり、令和22(2040)年に向けて、高齢者介護を支える人材の確保も大きな課題となっています。

このような我が国の高齢者を取り巻く状況を踏まえ、国では、第６期介護保険事業(支援)計画以降、団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年を展望して、中長期的な視点に立った施策の展開を図ってきました。今後は、令和７(2025)年にとどまらず、その先の令和 22(2040)年を展望した取り組みを進めることが必要とされています。

これまで、本町では高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを推進してきました。

さらに今後は、現代の複雑化した様々な課題に対応するために、公的サービスだけでなく、あらゆる町民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる地域共生社会※を実現することが重要です。地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた基盤となることから、今後も一層推進していく必要があります。

また、世界的な新型コロナウイルスの感染拡大が、これまでの社会の在り方を変えようとしています。高齢者や基礎疾患のある人は重症化しやすいと考えられ、特に注意が必要であり、厚生労働省が提唱する「新しい生活様式」等に対応した、新たな対策を早急に検討、確立させていくことが必要です。

以上のような動向を踏まえながら、前期計画の取り組みを継承しつつ、町内で生活するすべての高齢者が、生きがいを持って安心して生活できる環境を実現するために、「吉野町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」(以下「本計画」という。)を策定します。

※地域共生社会とは

地域共生社会とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、地域住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことをいいます。厚生労働省においては、「地域共生社会」の実現を基本コンセプトとして、平成 30(2018)年度からの生活困窮者自立支援制度の見直しなど、2020 年代初頭の全面展開をめざし改革を実行しており、都道府県・市町村にも同様のことが求められています。

２． 計画の位置づけ

（１） 法的根拠

高齢者福祉計画は、老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の８に規定する「老人福祉計画」に基づき、介護保険事業計画は、介護保険法(平成９年法律第 123 号)第 117 条の規定に基づき、策定するものです。

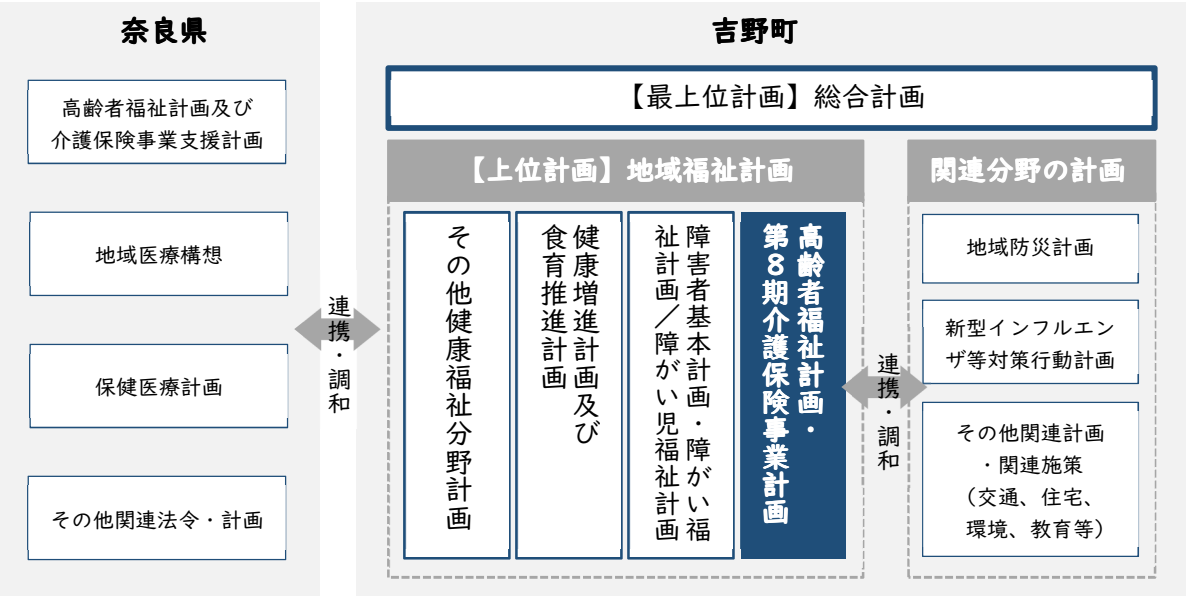
介護保険法第 117 条第６項において、両計画は一体のものとして作成されなければならない、と定められており、高齢者福祉計画は介護保険事業計画を内包する位置付けにあることから、本町では両計画を一体化し、「吉野町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」として策定します。

（２） 関連する計画との関係

本計画は、本町における最上位計画である「第５次吉野町総合計画」のまちづくりの将来像である『「ひと」がつながり　「ひと」が輝き　「ひと」が潤う　感動生まれる　吉野町』の実現に向けた高齢者福祉に関する個別計画として策定するものです。

また、上位計画として町の地域福祉を推進するための「第 2 次地域福祉計画」をはじめ、高齢者を含む障がいのある人の自立支援については「吉野町障害者基本計画・吉野町第 6 期障がい福祉計画/吉野町第 2 期障がい児福祉計画」、介護予防や高齢期に向けた壮年期からの健康づくり、生活習慣病予防対策などについては「第２次吉野町健康増進計画及び食育推進計画」、また、県が策定する「高齢者福祉計画及び介護保険事業支援計画」、「地域医療構想」、「保健医療計画」など各分野の関連計画との連携・調和を図っています。

なお、本計画は、高齢者の福祉、保健、医療、介護保険、生きがいや社会参加、住みやすいまちづくりなど、高齢者施策全般にかかわる行政計画であるとともに、町民の参画及び行政との協働により計画の推進を図るものです。



３． 計画の策定体制

本計画の策定にあたり、以下に掲げる方法等により、医療・福祉関係者、学識経験者、高齢者等町民の参画を求め、幅広い意見の聴取と、施策に対する広報・啓発に努めました。

（１） 高齢者等の現状を把握するための実態調査の実施

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を実施し、生活実態やニーズの把握に努め、分析結果を本計画に反映しました。

（２） 吉野町介護保険事業計画等策定委員会の開催

本計画策定にあたっては、「吉野町介護保険事業計画等策定委員会」を開催し、幅広い意見の反映に努めてきました。

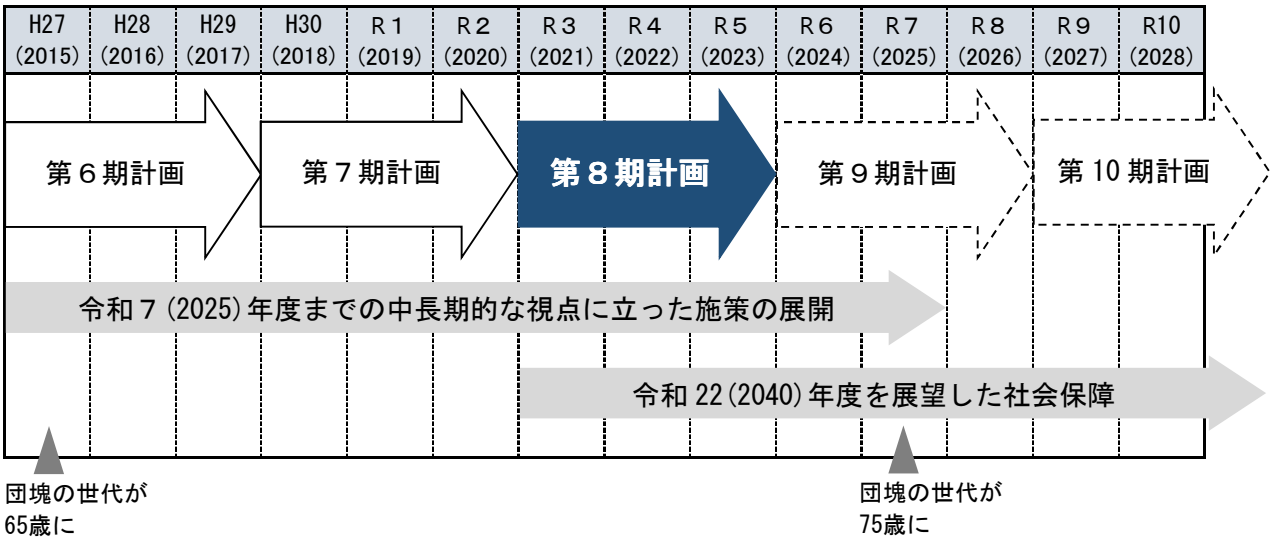
（３） パブリックコメントの実施

高齢社会を支えていく上で地域住民の参加は今後ますます重要となっていくことから、パブリックコメントを実施し、広く町民の意見を聴取しました。

４． 計画の期間

本計画の期間は、令和３(2021)年度から令和５(2023)年度までの３年間を計画期間とします。

また、本計画では、団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年度、さらに団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり高齢人口がピークを迎える令和 22(2040)年度に向けて、中長期的な視野に立ち、段階的に施策を展開します。

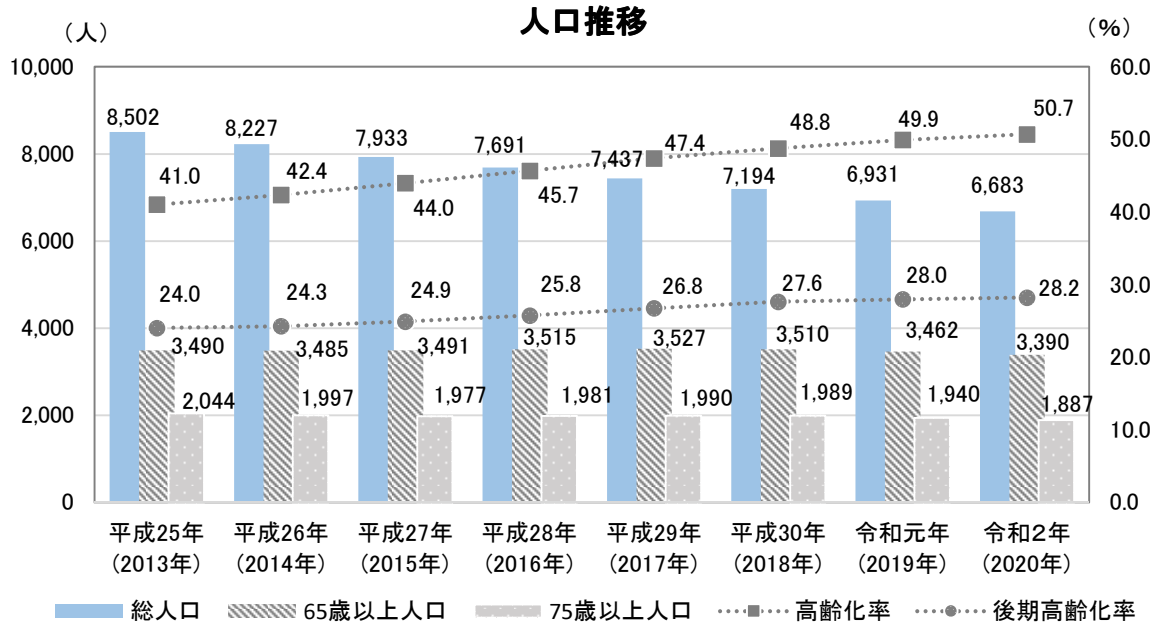


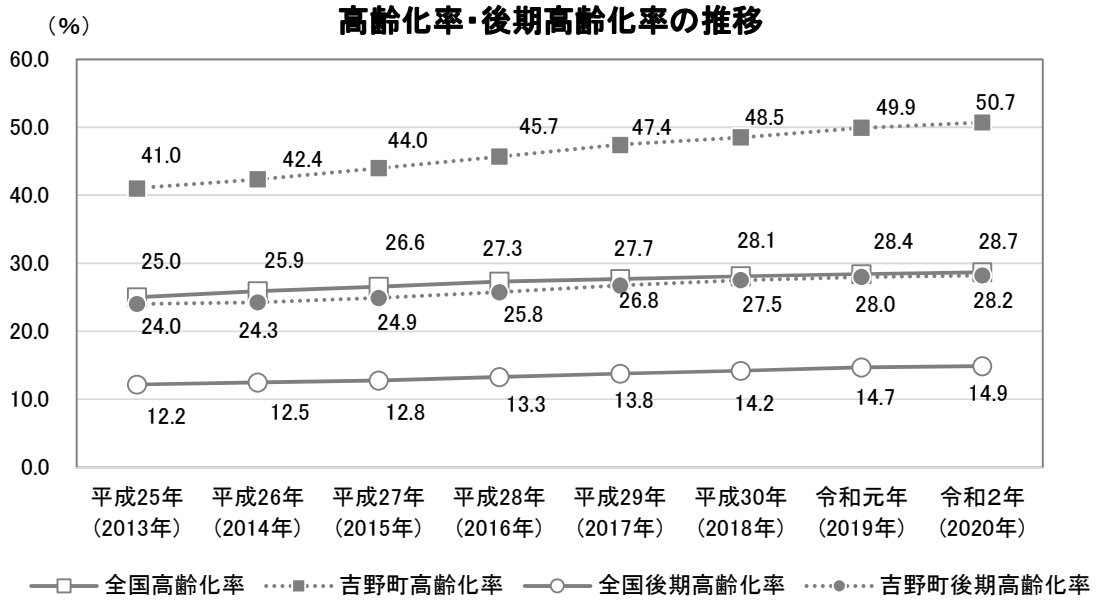
第２章　高齢者を取り巻く状況

１．人口及び高齢化率の推移

本町の総人口は減少傾向で推移しており、令和２(2020)年度では 6,683 人となっています。65 歳以上人口は、平成 29(2017)年度までは緩やかな増加傾向で推移していますが、平成 29(2017)年度を頂点に減少傾向に転じており、令和２(2020)年度には 3,390 人となっています。

また、高齢化率(総人口に占める 65 歳以上人口の割合)は引き続き増加傾向となっており、令和２(2020)年度には 50.7%と、全国の高齢化率より非常に高い水準で推移しており、２人に１人以上が高齢者という状態となっています。



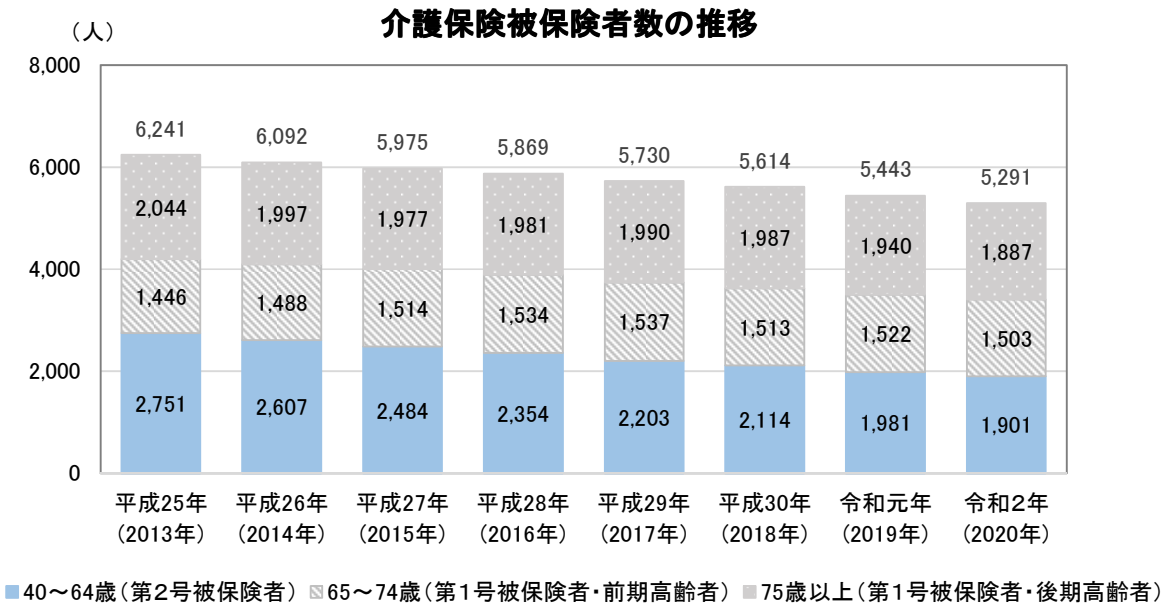


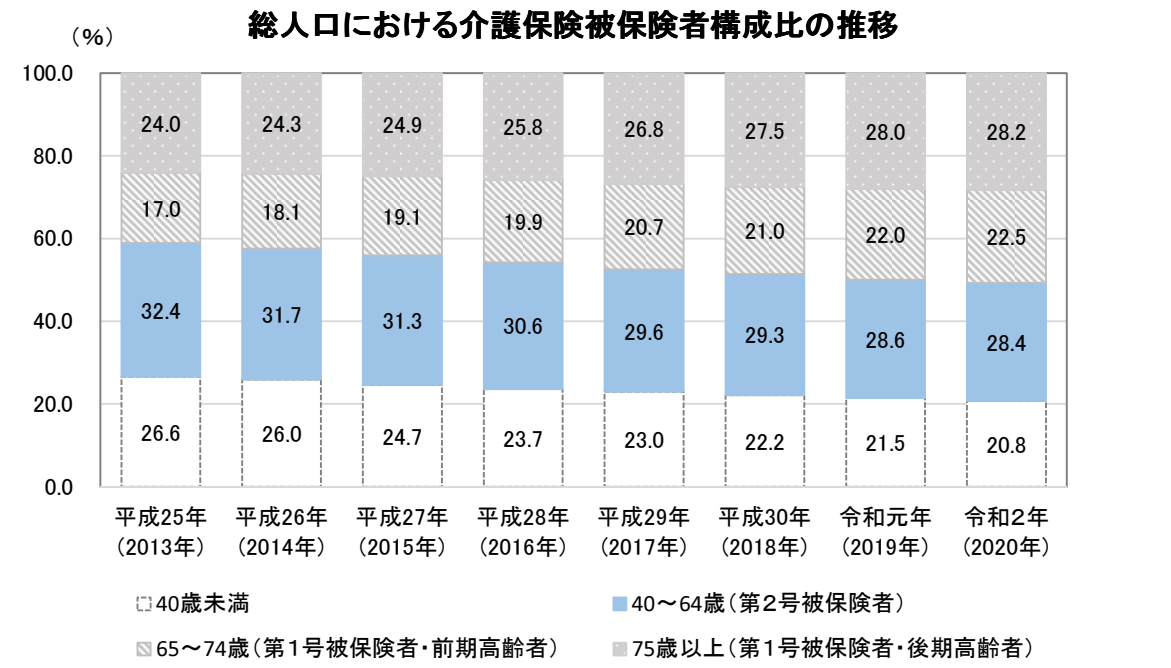
資料：吉野町は住民基本台帳（各年9月末）
全国は総務省統計局「人口推計」（各年 10 月1日、令和2年は概算値）

２． 介護保険被保険者数の推移

介護保険被保険者数は減少傾向で推移しており、令和２(2020)年度では 40～64 歳の第２号被保険者は 1,901 人、65～74 歳の第１号被保険者・前期高齢者は 1,503 人、75 歳以上の第１号被保険者・後期高齢者は 1,887 人となっています。

また、総人口及び介護保険被保険者数が減少している中において、第２号被保険者の構成比は減少傾向で、第１号被保険者の構成比は増加傾向となっています。



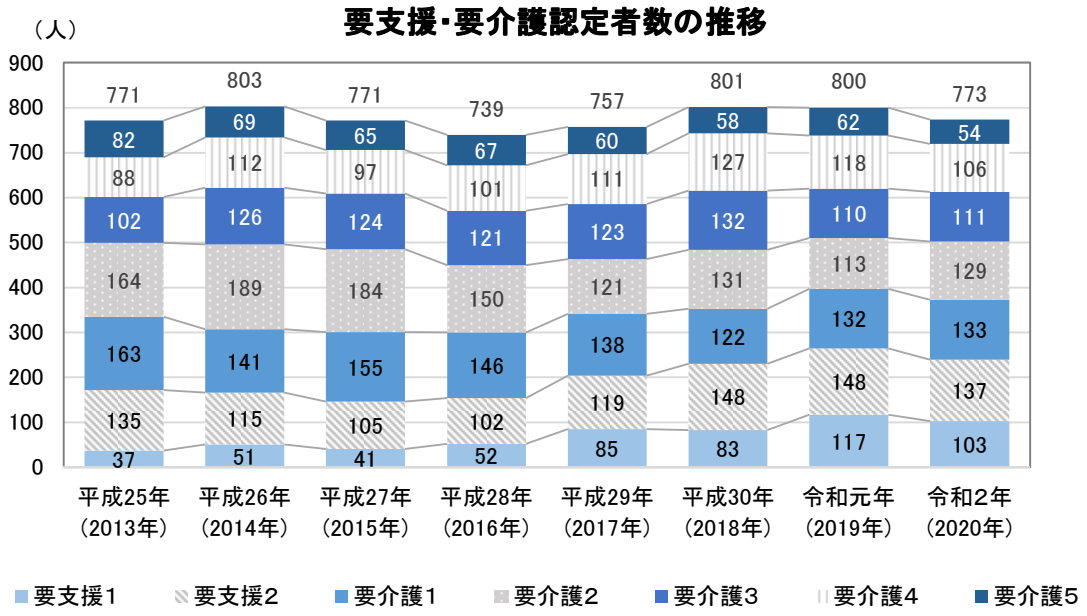


資料：住民基本台帳（各年9月末）

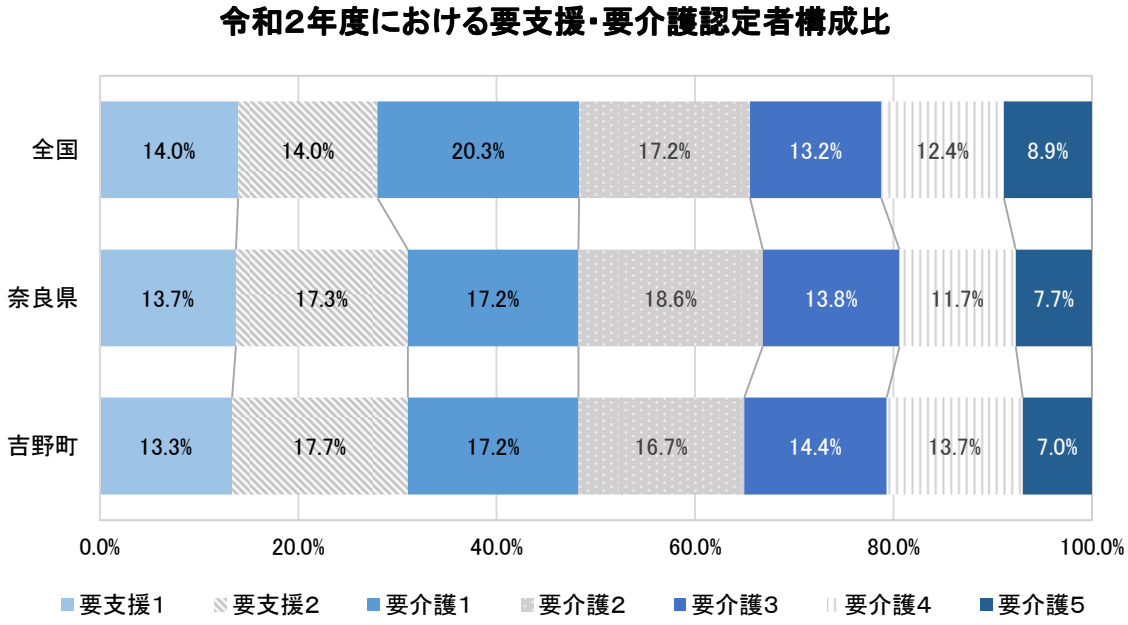
3． 要支援・要介護認定者数の推移

本町の要支援・要介護認定者数は増減を繰り返しており、令和２(2020)年度では要支援認定者が 240 人、要介護認定者が 533 人となっています。

また、令和２(2020)年度における要支援・要介護認定者の構成比をみると、本町は全国と比べて、要支援認定者の割合がやや高くなっています。



資料：介護保険事業状況報告書（各年9月末）

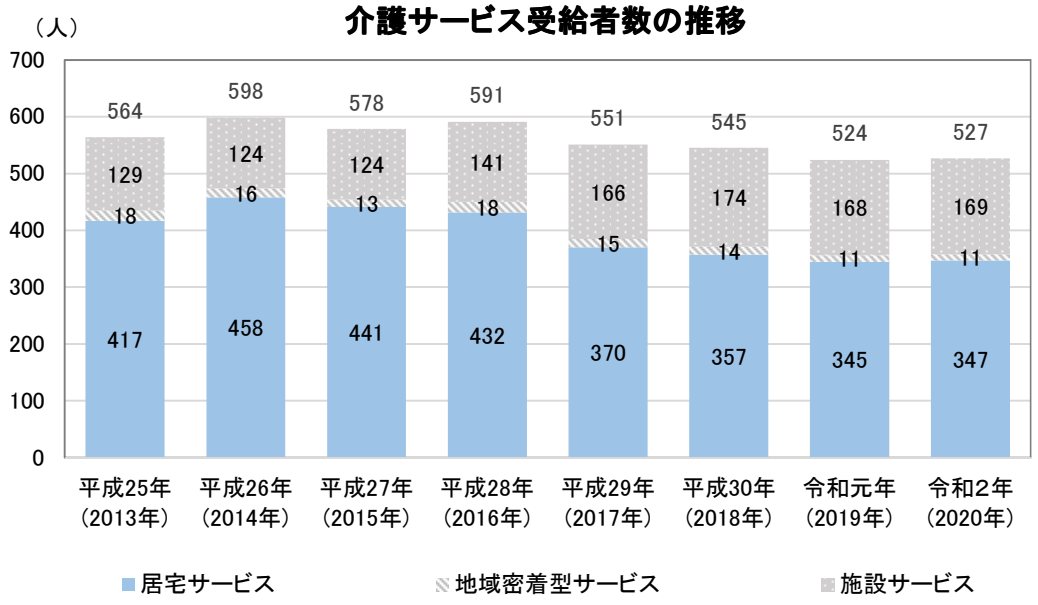


資料：介護保険事業状況報告書（令和2年9月月報）

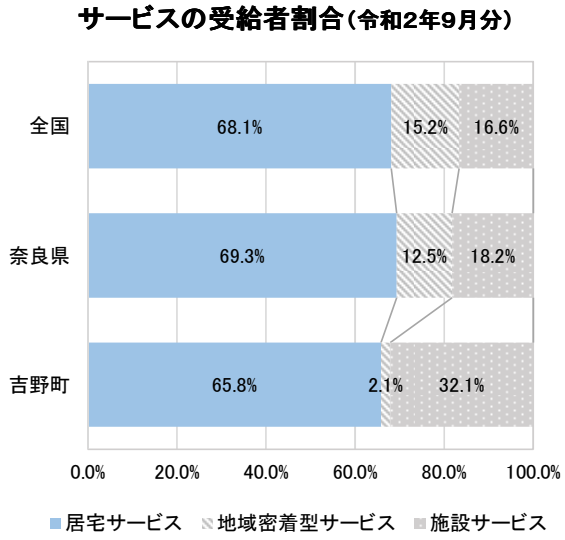
4． 介護サービスの状況

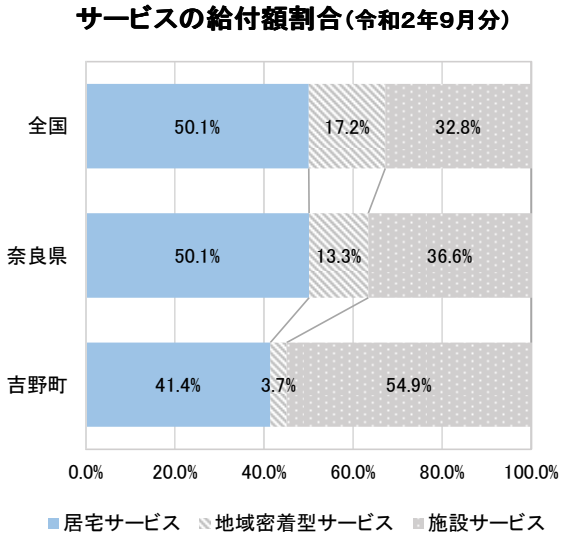
介護サービス受給者数は増減を繰り返しているものの、緩やかに減少傾向がみられ、令和２(2020)年度では居宅サービスが 347 人、地域密着型サービスが 11 人、施設サービスが 169 人となっています。

また、サービスの受給者及び給付額の割合をみると、全国及び奈良県と比べて施設サービスの受給者及び給付額割合が大きくなっています。



資料：介護保険事業状況報告書（各年9月月報）





資料：介護保険事業状況報告書（令和2年9月月報）

５． 高齢者及び家族介護者等の意識・実態

（１） 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

①調査の概要

【調査目的】

計画策定の基礎資料として、また、町が実施する介護予防・日常生活支援総合事業の評価等に活用することを目的として実施したものです。

【調査対象】

令和２(2020)年６月１日現在、町内在住の 65 歳以上の方で、要介護認定（要介護１～５）を受けていないすべての方を対象に実施しました（悉皆調査）。

【調査方法】

郵送による配布・回収で実施しました。

【調査期間】

令和２(2020)年６月 12 日（金）～７月 10 日（金）

【回収結果】

配布数	回収数	回収率
2,846 件	1,950 件	68.5 %

【集計表の見方】

（１）図表中の「ｎ（number of case)」は、有効標本数（集計対象者総数）を表しています。

（２）回答結果の割合「%」は有効標本数に対して、それぞれの回答数の割合を小数点以下第２位で四捨五入したものです。そのため、単数回答であっても合計値が 100.0%にならない場合があります。

（３）複数回答の設問の場合、回答は選択肢ごとの有効回答数に対して、それぞれの割合を示しています。そのため、合計が 100.0%を超える場合があります。

（４）図表中に次のような表示などがある場合は、複数回答を依頼した質問を示しています。

・ ＭＡ ％（ Multiple Answer)：回答選択肢の中からあてはまるものをすべて選択する場合

・３ＬＡ％（3 Limited Answer)：回答選択肢の中からあてはまるものを３つ以内で選択する場合

これ以外の場合は、特に断りがない限り、単一回答（回答選択肢の中からあてはまるものを１つだけ選択する）形式の設問です。

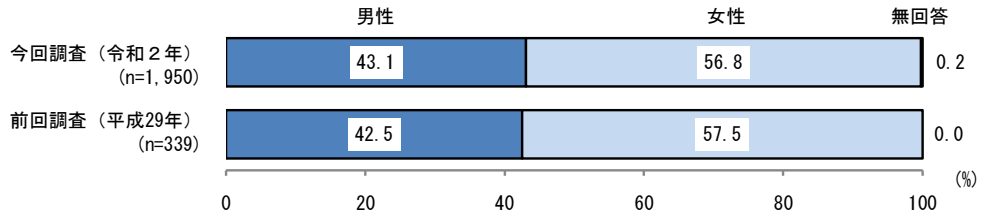
（５）図表中において「無回答」とあるものは、回答が示されていない、または回答の判別が著しく困難なものです。

②回答者の属性

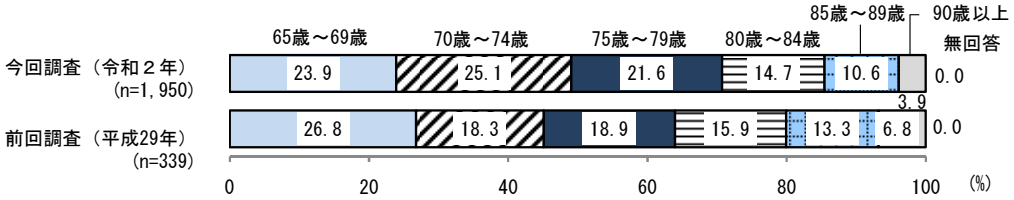
【性別・年齢】

性別は、「男性」43.1%、「女性」56.8%、年齢は、「70～74 歳」が 25.1%と最も多く、80 歳未満が 7 割（70.6%）となっています。

■回答者の性別



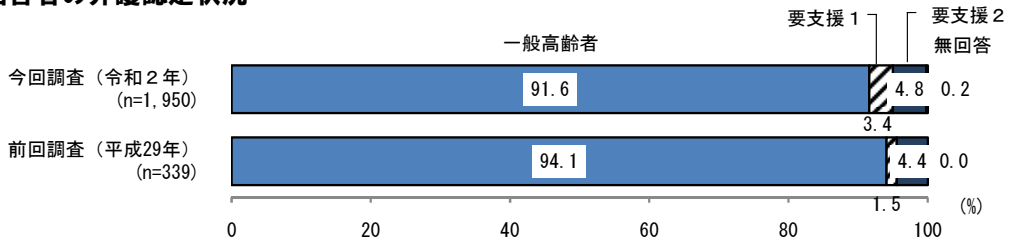
■回答者の年齢構成



【介護認定状況】

一般高齢者が 91.6%、要支援認定者は合計 8.2%となっています。

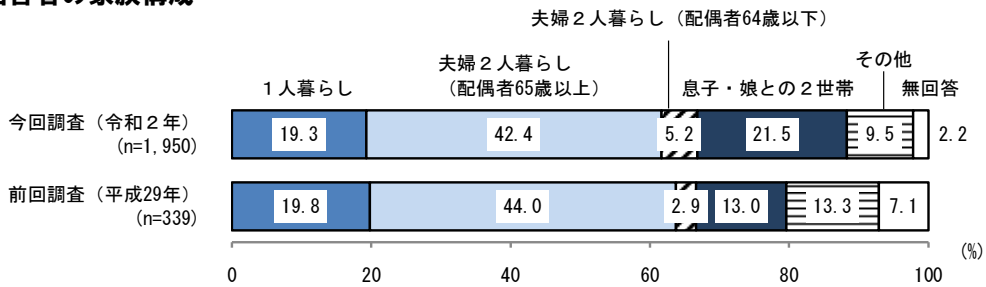
■回答者の介護認定状況



【家族構成】

「夫婦２人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 42.4%と最も多く、次いで、「息子・娘との２世帯」が 21.5%、「１人暮らし」が 19.3%となっています。

■回答者の家族構成



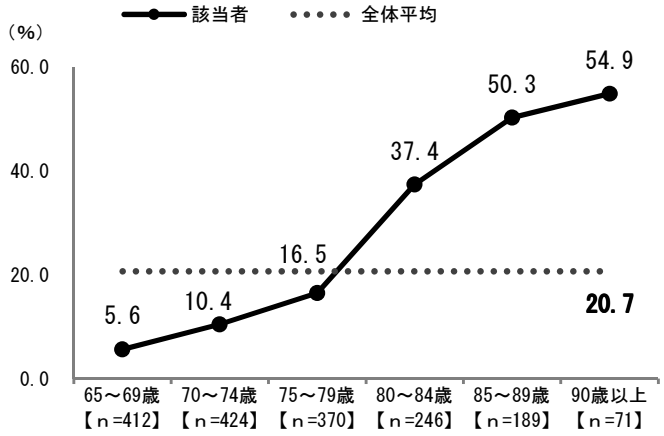
③生活機能評価等

本調査の調査項目に設定されている、介護予防事業の「基本チェックリスト」や、「手段的自立度（ＩＡＤＬ）」など指標の判定に関する項目を使用し、各指標のリスク判定を行っています。

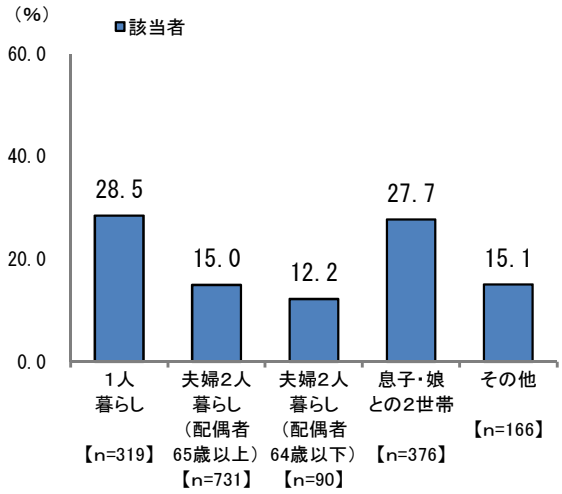
【運動機能が低下している高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 20.7%、一般高齢者で 15.9%、要支援認定者で 70.9%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には１人暮らし、息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



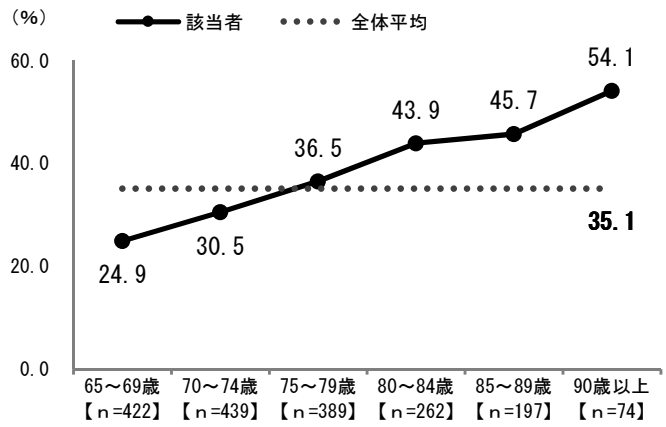
■家族構成別



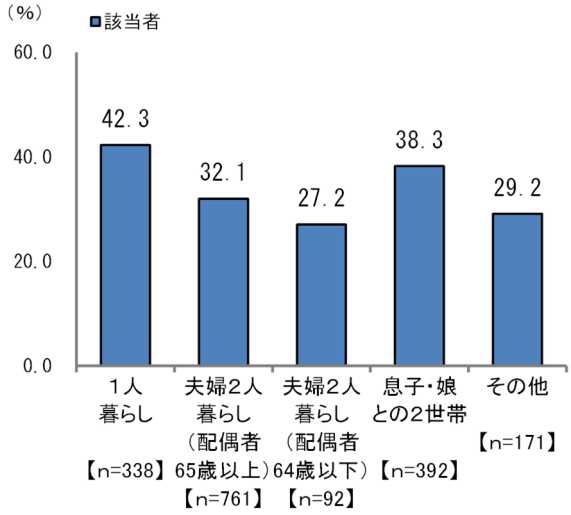
【転倒リスクのある高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 35.1%、一般高齢者で 32.7%、要支援認定者で 61.0%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には１人暮らし、息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



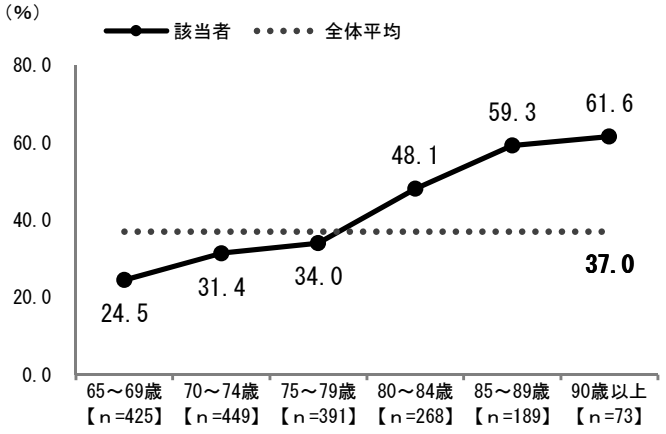
■家族構成別



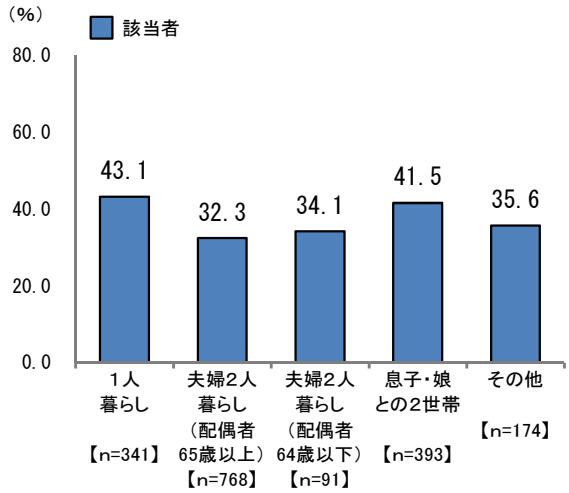
【閉じこもり傾向のある高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 37.0%、一般高齢者で 34.6%、要支援認定者で 63.8%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には１人暮らし、息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



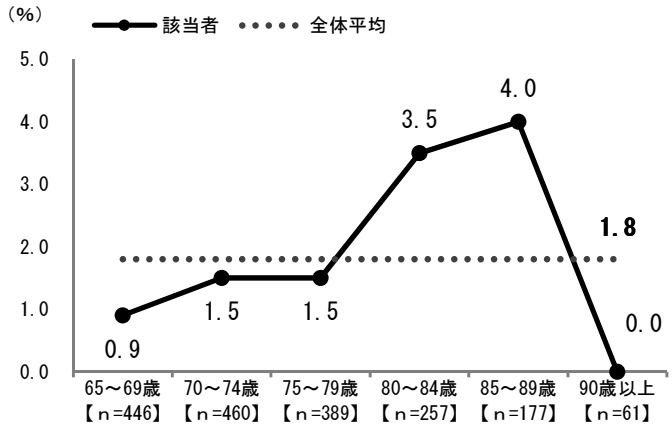
■家族構成別



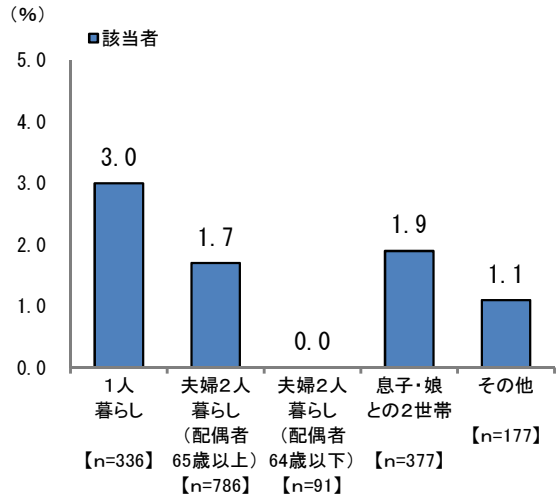
【低栄養に該当する高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 1.8%、一般高齢者で 1.8%、要支援認定者で 2.2%となっています。年齢別には 80～84 歳、85～89 歳、家族構成別には１人暮らしで 3.0%とやや多くなっています。

■年齢別



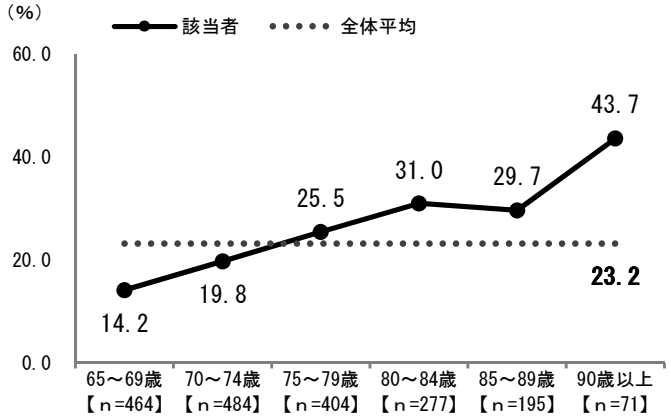
■家族構成別



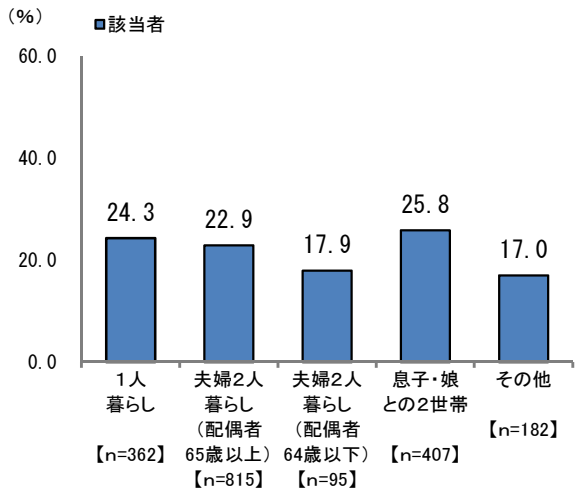
【口腔機能が低下している高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 23.2%、一般高齢者で 21.2%、要支援認定者で 46.3%となっています。年齢別には 90 歳以上で多く、家族構成別には息子・娘との２世帯でやや多くなっています。

■年齢別



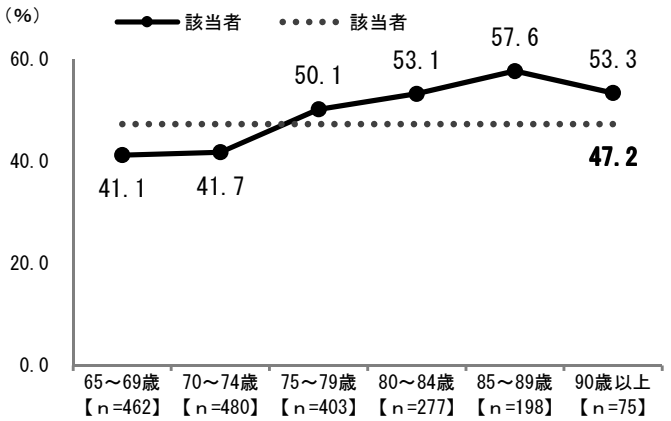
■家族構成別



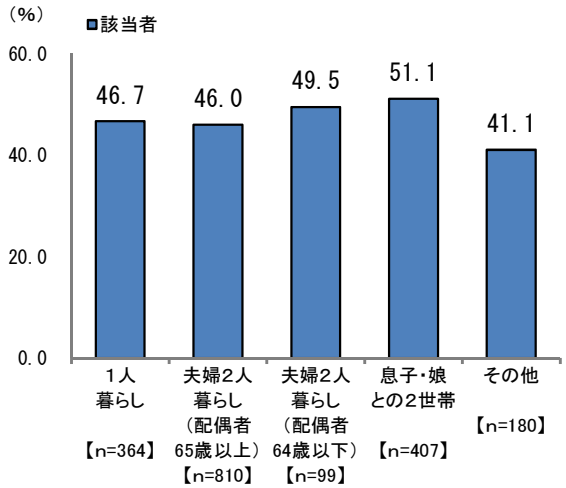
【認知機能の低下がみられる高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 47.2%、一般高齢者で 46.4%、要支援認定者で 54.9%となっています。年齢別には 80 歳以上、家族構成別には息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



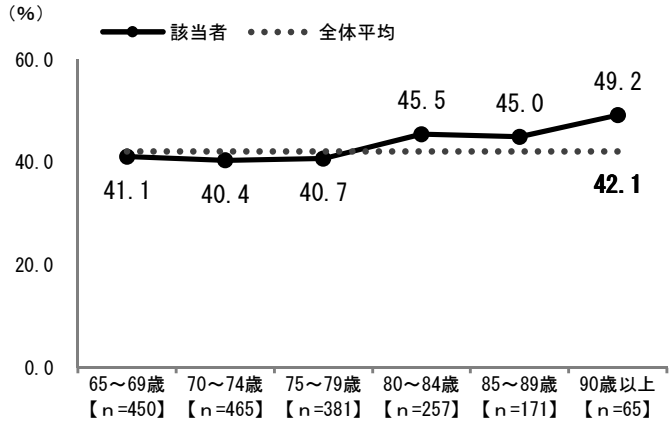
■家族構成別



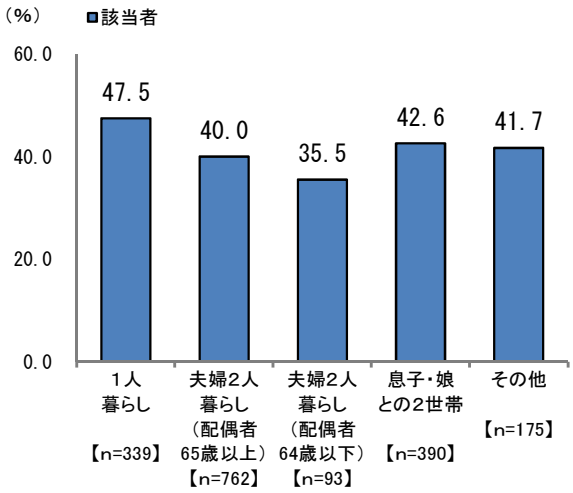
【うつ傾向がみられる高齢者】

該当者（リスクあり）は全体で 42.1%、一般高齢者で 41.1%、要支援認定者で 55.6%となっています。年齢別には 90 歳以上、家族構成別には 1 人暮らしで多くなっています。

■年齢別



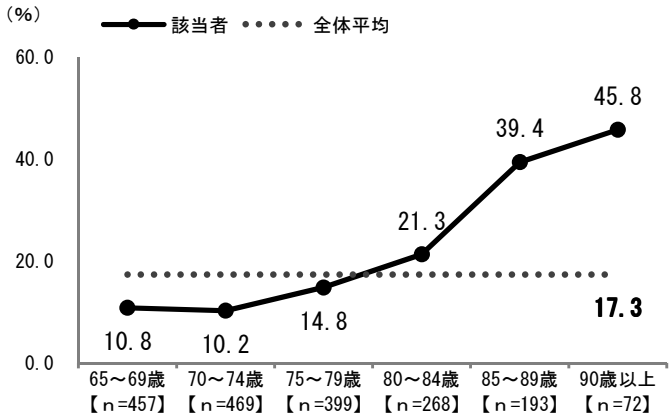
■家族構成別



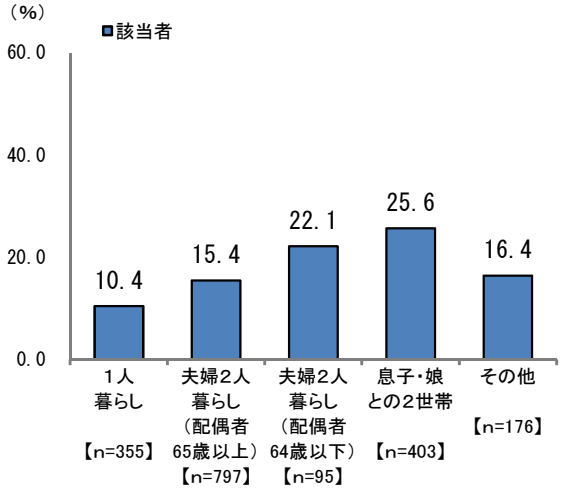
【手段的自立度（IADL）※の低下がみられる高齢者】

低下者（「やや低い」「低い」の計）は全体で 17.3%、一般高齢者で 14.9%、要支援認定者で 44.9%となっています。年齢別には 85 歳以上、家族構成別には夫婦２人暮らし（配偶者 64 歳以下）、息子・娘との２世帯で多くなっています。

■年齢別



■家族構成別

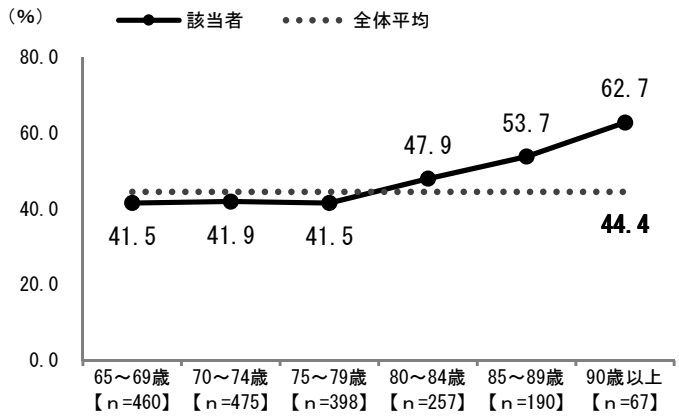


※手段的自立度（IADL）…家事動作や管理能力、交通機関の利用など、活動的な日常生活をおくるための能力

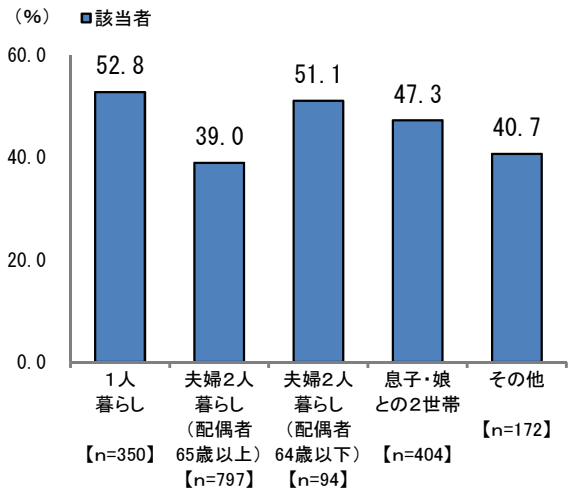
【知的能動性※の低下がみられる高齢者】

低下者（「やや低い」「低い」の計）は全体で 44.4%、一般高齢者で 43.2%、要支援認定者で 59.3%となっています。年齢別には 85 歳以上、家族構成別には１人暮らし、夫婦２人暮らし（配偶者 64 歳以下）で多くなっています。

■年齢別



■家族構成別

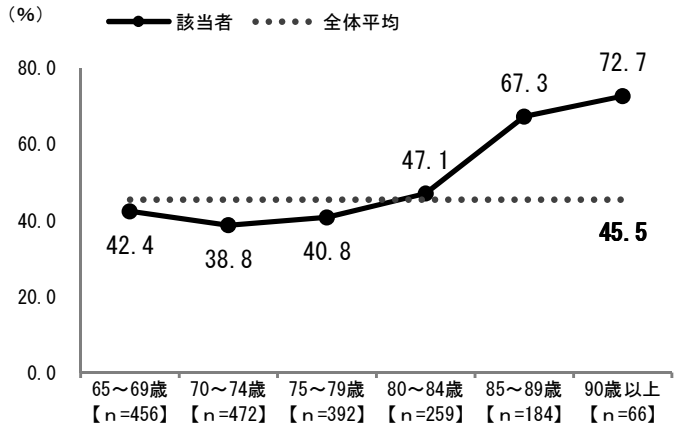


※知的能動性…本や新聞などを積極的に読むなど、高齢者の余暇や創作など生活を楽しむ能力

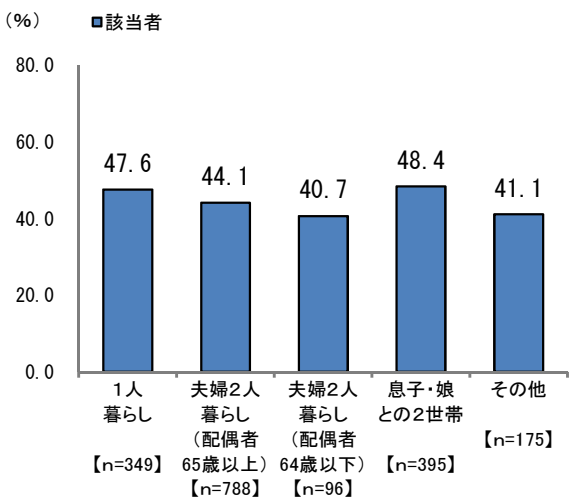
【社会的役割※の低下がみられる高齢者】

低下者（「やや低い」「低い」の計）は全体で 45.5%、一般高齢者で 43.6%、要支援認定者で 65.0%となっています。年齢別には 85 歳以上で多く、家族構成別には１人暮らし、息子・娘との２世帯でやや多くなっています。

■年齢別



■家族構成別



※社会的役割…家族の相談にのる、病人を見舞うなど、地域で社会的な役割を果たす能力

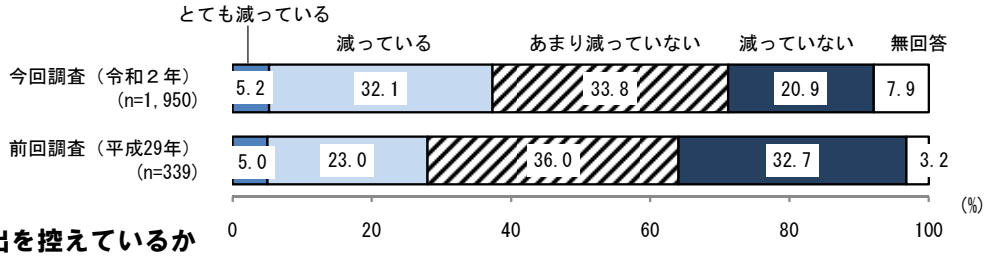
④その他の調査結果

【外出の状況】

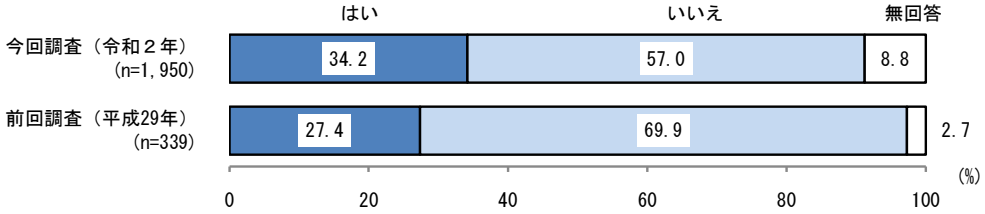
外出の機会が『減っている』(「とても減っている」と「減っている」の合計)は 37.3%、外出を『控えている』(「はい」) は 34.2%で、いずれも前回調査に比べて多くなっています。

外出を控えている理由は、「足腰などの痛み」が 40.9%と最も多くなっています。

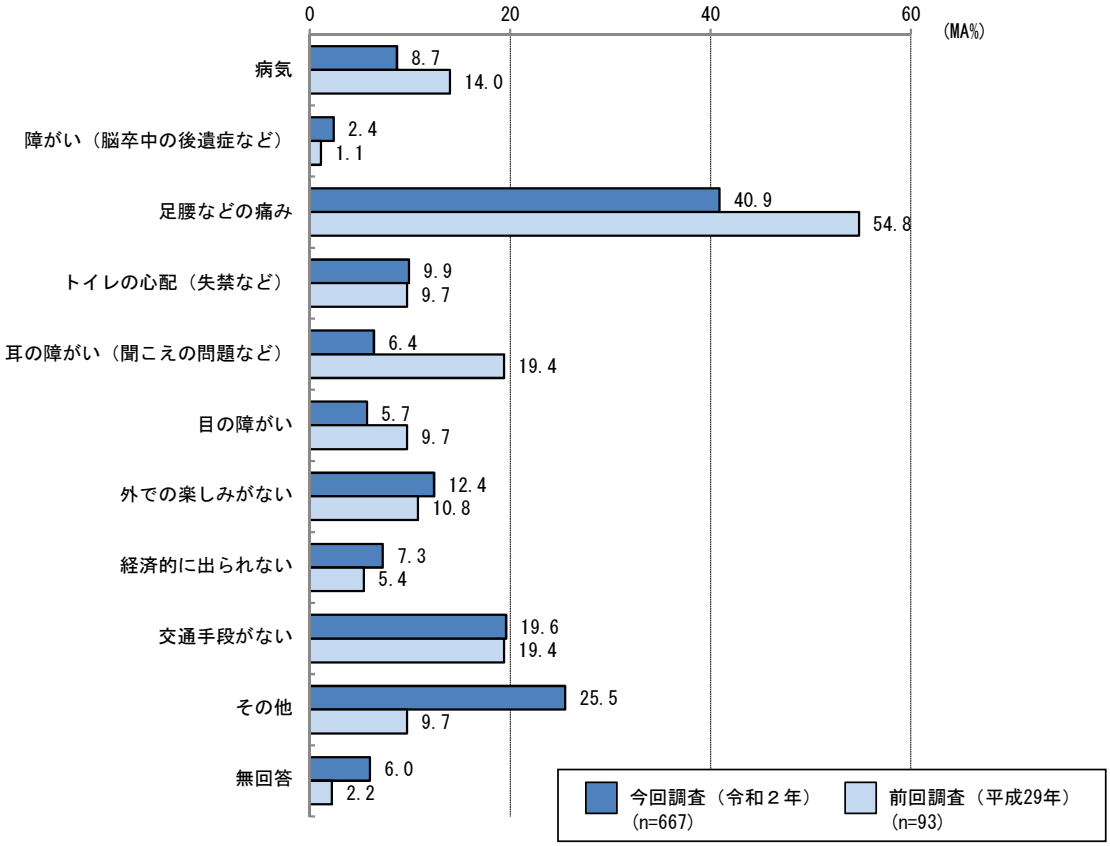
■外出機会が減っているか



■外出を控えているか



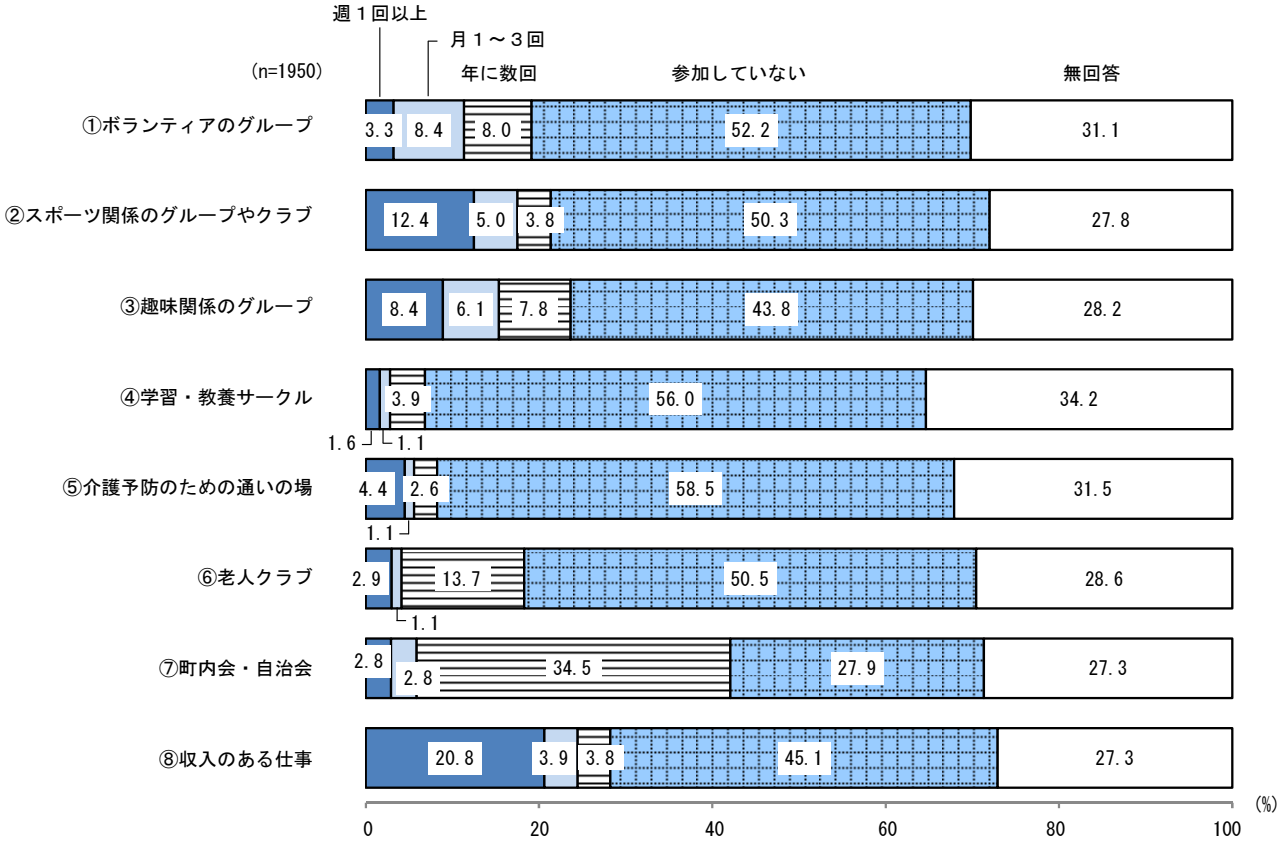
■外出を控えている理由



【地域活動への参加状況】

地域の会・グループ等への参加（「週１回」～「年に数回」の合計）は、町内会・自治会が 44.8%と最も多く、次いで、趣味関係のグループが 28.0%、収入のある仕事が 27.6%となっています。

■地域の会・グループ等への参加状況



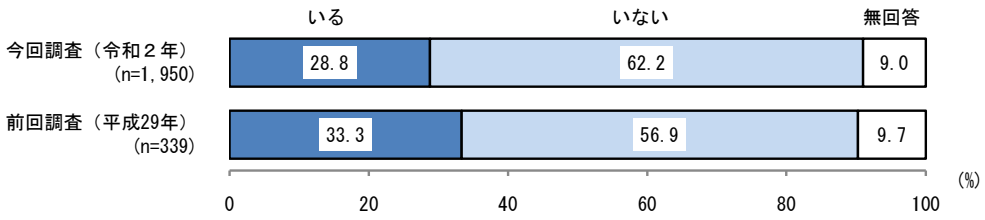
■「週1回以上」の内訳　（%）

	「週1回以上」計	週4回以上	週2～3回	週1回
①ボランティアのグループ	3.3	1.1	1.0	1.2
②スポーツ関係のグループやクラブ	12.4	2.7	5.8	3.9
③趣味関係のグループ	8.4	1.4	2.8	4.2
④学習・教養サークル	1.6	0.4	0.5	0.7
⑤介護予防のための通いの場	4.4	0.9	0.8	2.7
⑥老人クラブ	2.9	0.7	0.8	1.4
⑦町内会・自治会	2.8	0.9	0.7	1.2
⑧収入のある仕事	20.8	12.9	6.2	1.7

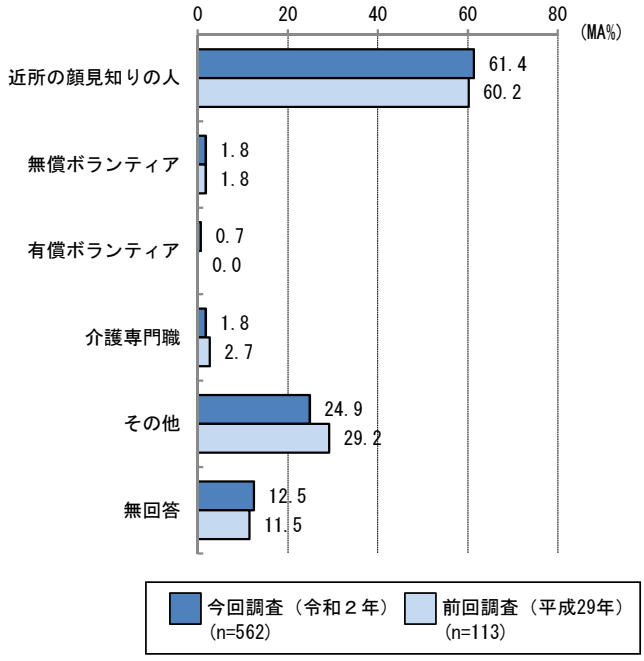
【日常生活の手助け】

ゴミ出し等の手伝いをしてくれる人が「いる」は 28.8%で、手伝ってくれるのは「近所の顔見知りの人」が 61.4%と最も多くなっています。手伝ってくれる人が「いない」人が手伝ってほしいと思う人は、「近所の顔見知りの人」が 44.4%と最も多く、次いで、「無償ボランティア」が 23.0%となっています。

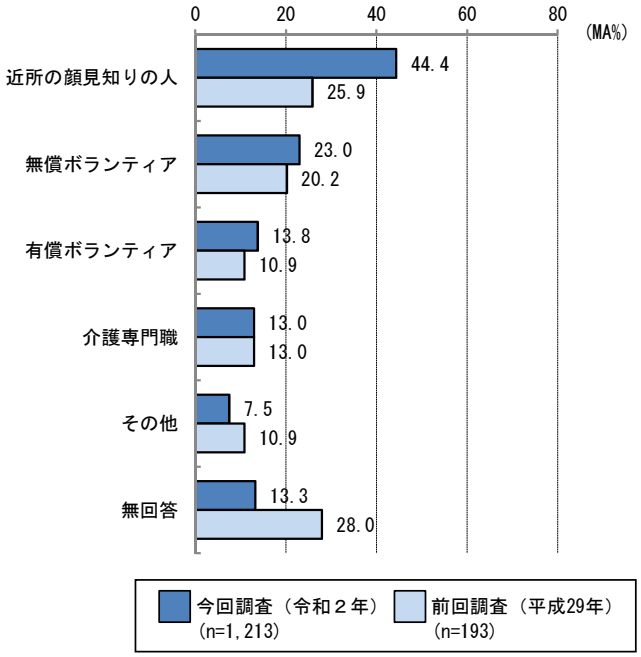
■ゴミ出し等の手伝いをしてくれる人の有無



■手伝ってくれる人



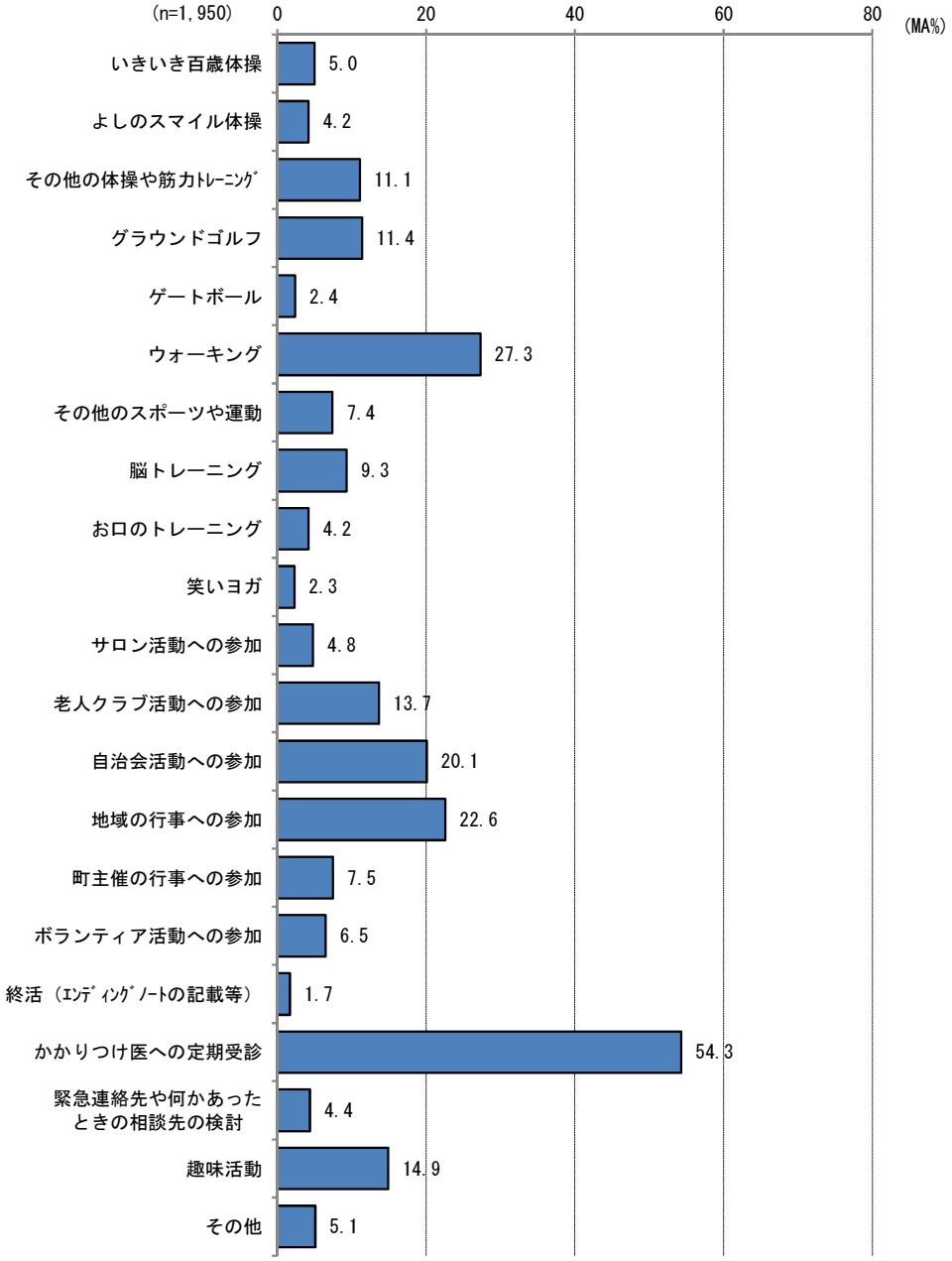
■手伝ってほしい人



【自身や家族のために実施していること】

自身や家族のために実施していることは、「かかりつけ医への定期受診」が 54.3%と最も多く、次いで、「ウォーキング」(27.3%)、「地域の行事への参加」(22.6%)、「自治会活動への参加」(20.1%) などが多くなっています。

■自身や家族のために実施していること

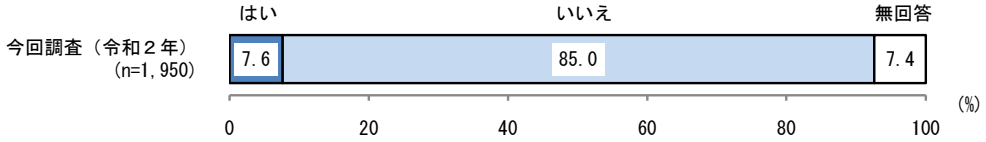


【認知症について】

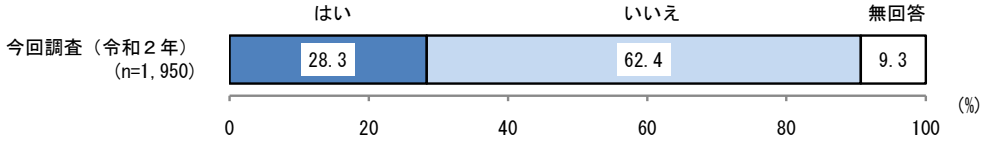
自身や家族に認知症の症状が『ある』(「はい」と回答）は 7.6%、相談窓口を『知っている』(「はい」と回答）は 28.3%となっています。

認知症の人への支援で必要だと思うことでは、「医療・介護・地域が連携した早期発見・早期診断のしくみづくり」(60.8%)、「困ったときに訪問して関係機関につないでくれる機関の周知・啓発」(40.9%）などが多くなっています。

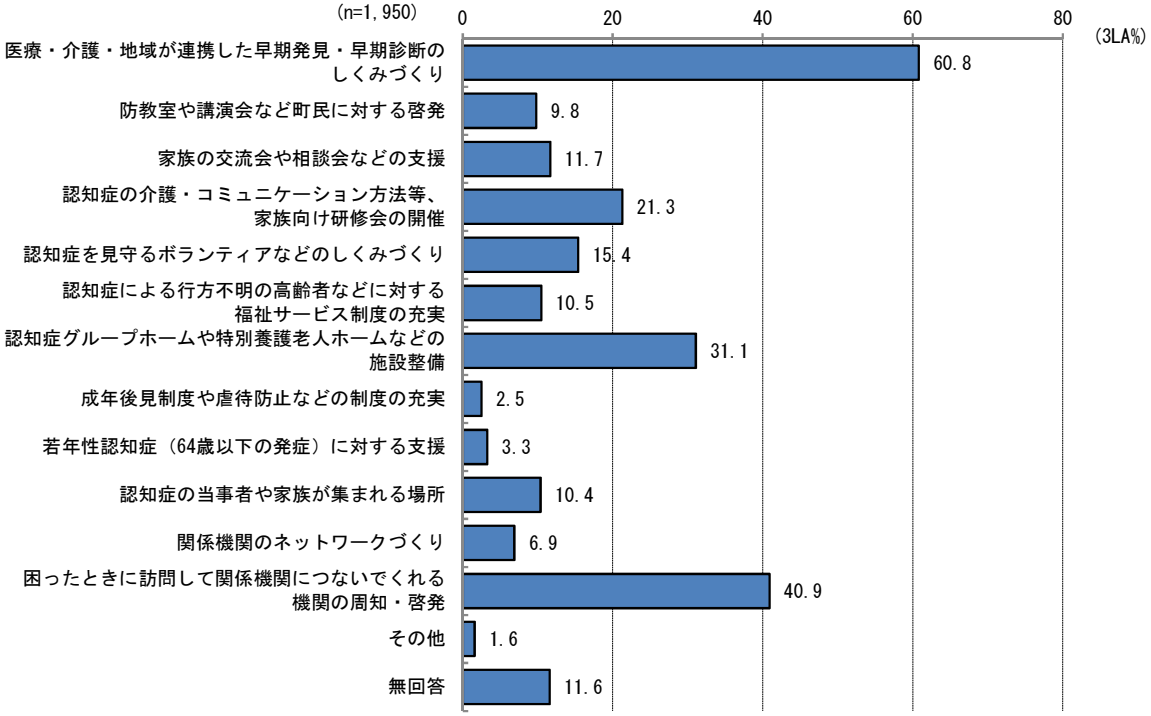
■認知症状の有無



■認知症相談窓口の認知



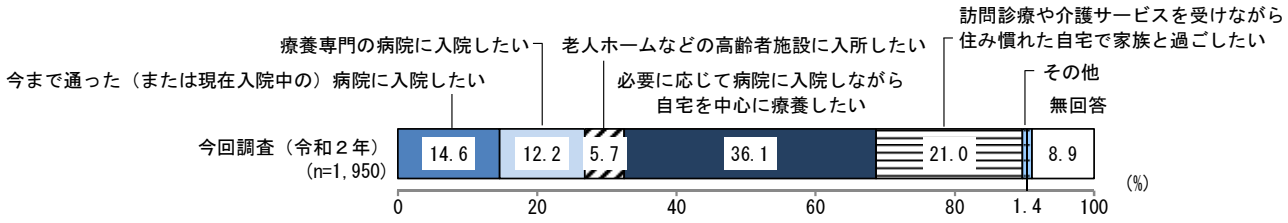
■認知症患者への支援で必要なこと



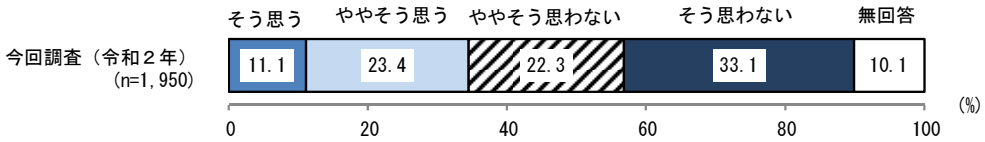
【終末期について】

終末期の療養場所の希望は、「必要に応じて病院に入院しながら自宅を中心に療養したい」が 36.1%、「訪問診療や介護サービスを受けながら住み慣れた自宅で家族と過ごしたい」が 21.0%で、『自宅』を希望する人が合計 57.1%となっています。一方で、自宅で最期を迎えられる体制が整っているとは『思わない』(「そう思わない」と「ややそう思わない」の合計）は 55.4%を占め、その主な理由は、「家族の負担が大きいから」（71.7%)、「急に病状が変わった時の対応が不安だから」（42.0%）となっています。

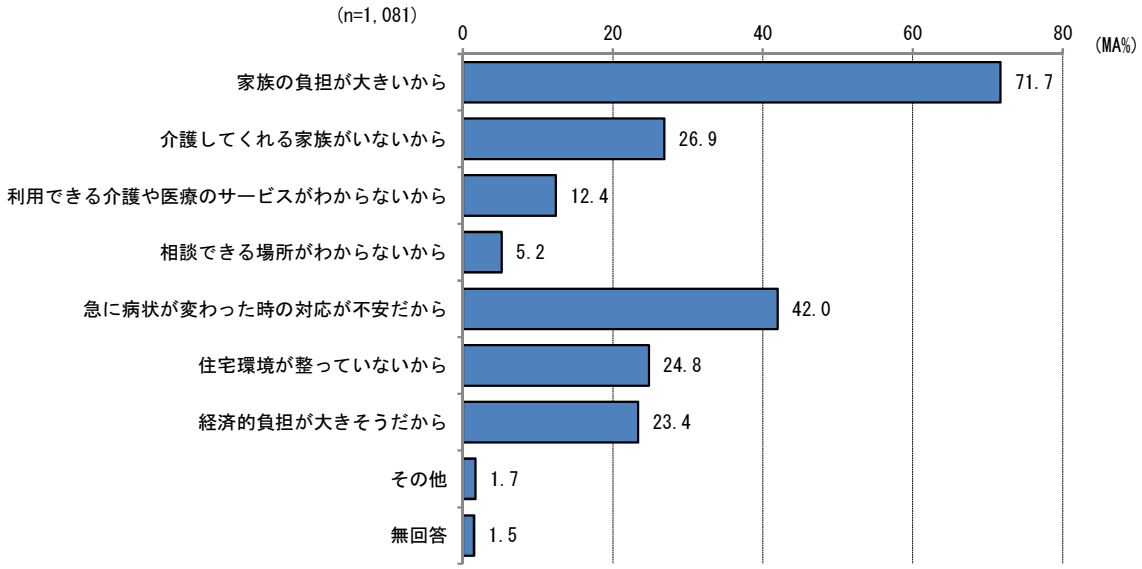
■終末期の療養場所の希望



■自宅で最期を迎えられる体制が整っているか



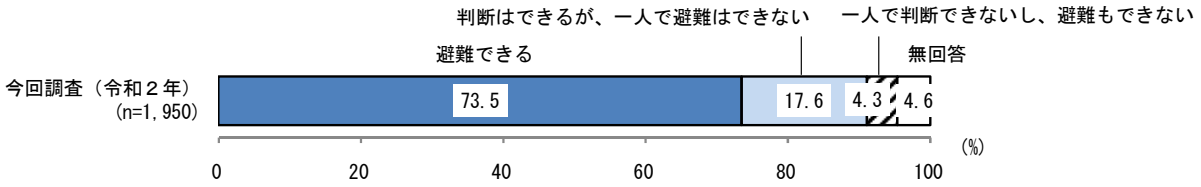
■自宅で最期を迎えられる体制が整っていると思わない理由



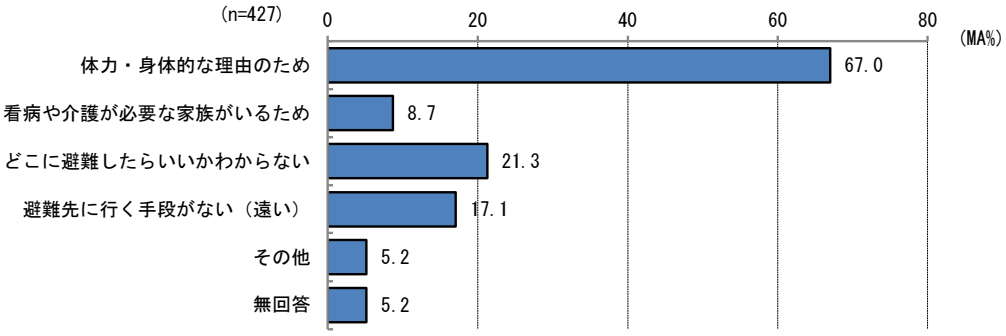
【災害時の対応】

災害時や緊急時の避難の可否については、「避難できる」が 73.5%、『避難できない』(「判断はできるが、一人で避難はできない」、「一人で判断できないし、避難もできない」の合計) は 21.9%で、避難できない理由は「体力・身体的な理由のため」(67.0%) が最も多くなっています。

■避難の可否

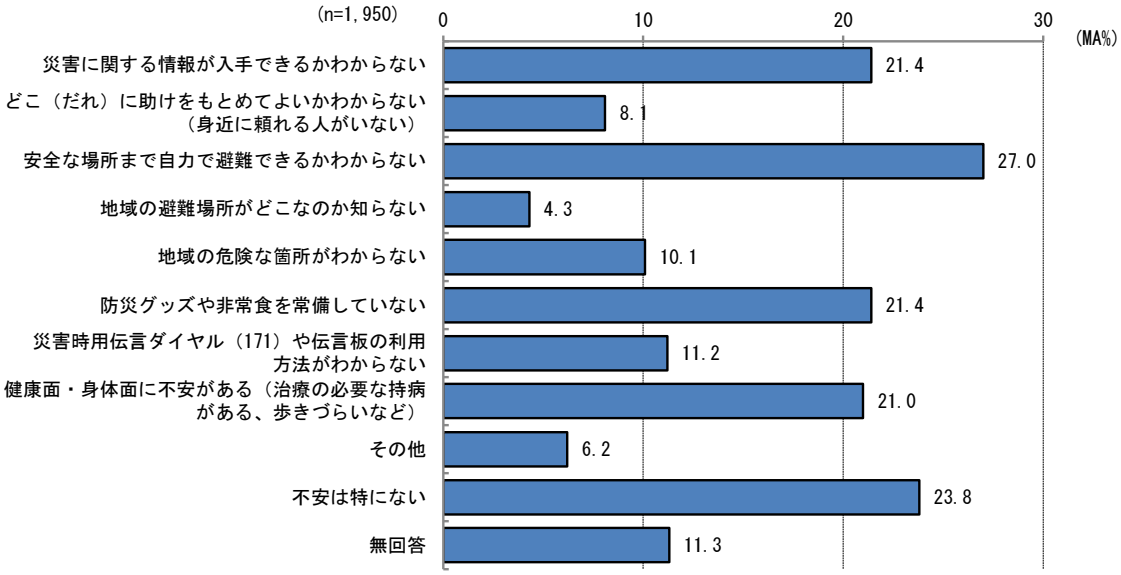


■避難できない理由



災害時に不安に思うことは、「安全な場所まで自力で避難できるかわからない」(27.0%)、「災害に関する情報が入手できるかわかなない」、「防災グッズや非常食を用意していない」(各 21.4%)、「健康面・身体面に不安がある (治療の必要な持病がある、歩きづらいなど)」(21.0%) などが多くなっていますが、「不安は特にない」も 23.8%みられます。

■災害時に不安に思うこと



（２） 在宅介護実態調査

①調査の概要

【調査目的】

計画策定において、「高齢者等の適切な住宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的としています。

【調査対象】

平成 30(2018)年度から令和２(2020)年度に介護保険の更新申請又は区分変更申請等を行い、認定調査を受けた在宅の要介護認定者を対象に実施しました（悉皆調査）。

【調査方法】

認定調査員の聞き取りにより実施しました。

【調査期間】

平成 31(2019)年１月７日（月）～令和２(2020)年６月 19 日（金）

【回収結果】

83 件

【集計表の見方】

（１）図表中の「n（number of case)」は、有効標本数（集計対象者総数）を表しています。

（２）回答結果の割合「%」は有効標本数に対して、それぞれの回答数の割合を小数点以下第２位で四捨五入したものです。そのため、単数回答であっても合計値が 100.0%にならない場合があります。

（３）複数回答の設問の場合、回答は選択肢ごとの有効回答数に対して、それぞれの割合を示しています。そのため、合計が 100.0%を超える場合があります。

（４）図表中に次のような表示などがある場合は、複数回答を依頼した質問を示しています。

・ ＭＡ ％（ Multiple　Answer)：回答選択肢の中からあてはまるものをすべて選択する場合

・３ＬＡ％（3 Limited Answer)：回答選択肢の中からあてはまるものを３つ以内で選択する場合

これ以外の場合は、特に断りがない限り、単一回答（回答選択肢の中からあてはまるものを１つだけ選択する）形式の設問です。

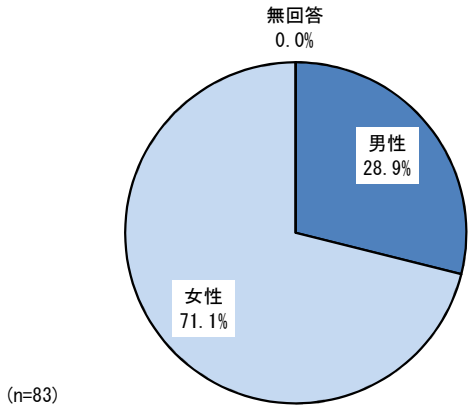
（５）図表中において「無回答」とあるものは、回答が示されていない、または回答の判別が著しく困難なものです。

②回答者の属性

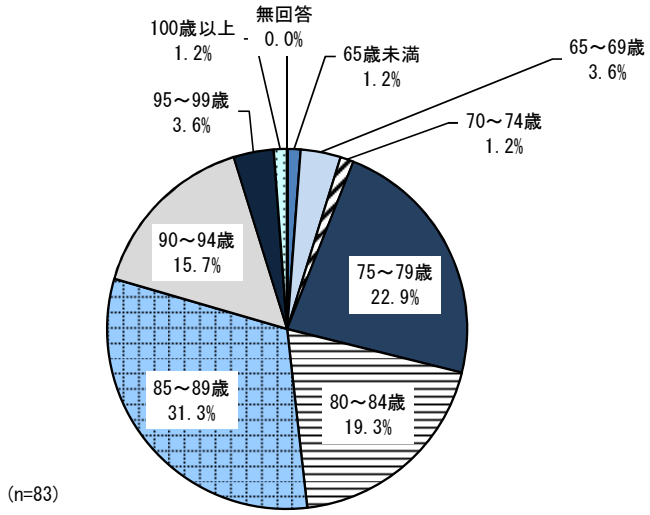
【性別・年齢】

性別は「男性」28.9%、「女性」71.1%、年齢は「85～89 歳」が 31.3%と最も多く、80 歳以上が 7 割（71.1%）となっています。

■回答者の性別



■回答者の年齢構成

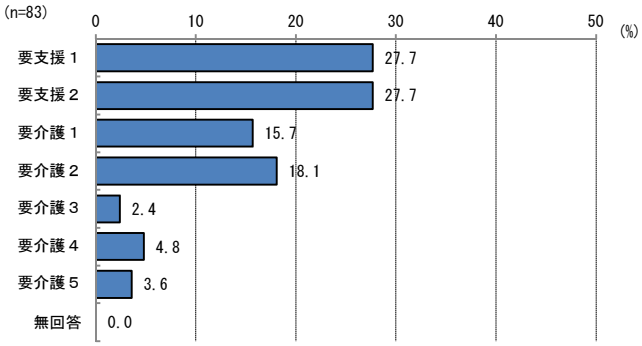


【介護認定状況、認知症高齢者の日常生活自立度】

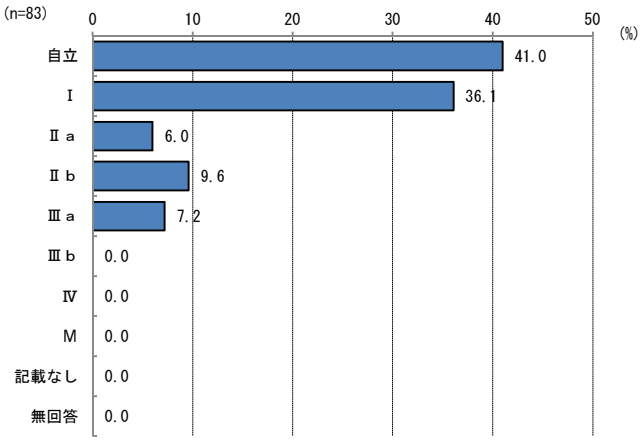
介護認定状況は「要支援１」「要支援２」がそれぞれ 27.7%と最も多く、次いで、「要介護２」が 18.1%、「要介護１」が 15.7%となっています。

認知症高齢者の日常生活自立度は、「自立」が 41.0%と最も多く、次いで、「Ⅰ」が 36.1%となっています。

■回答者の介護認定状況



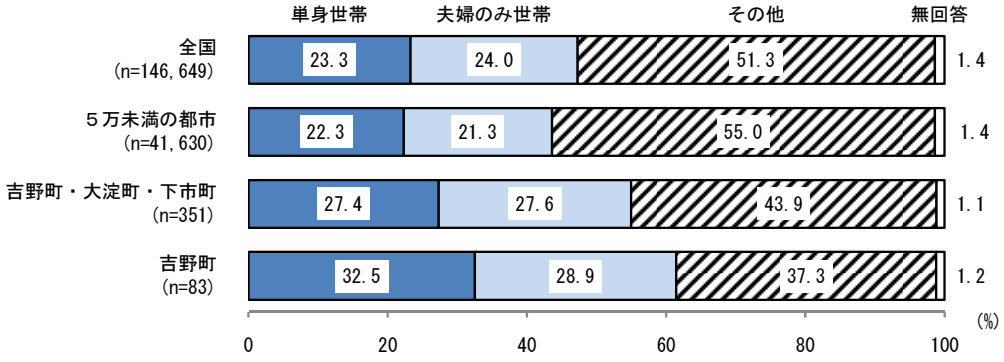
■認知症高齢者の日常生活自立度



③回答者に対する調査結果

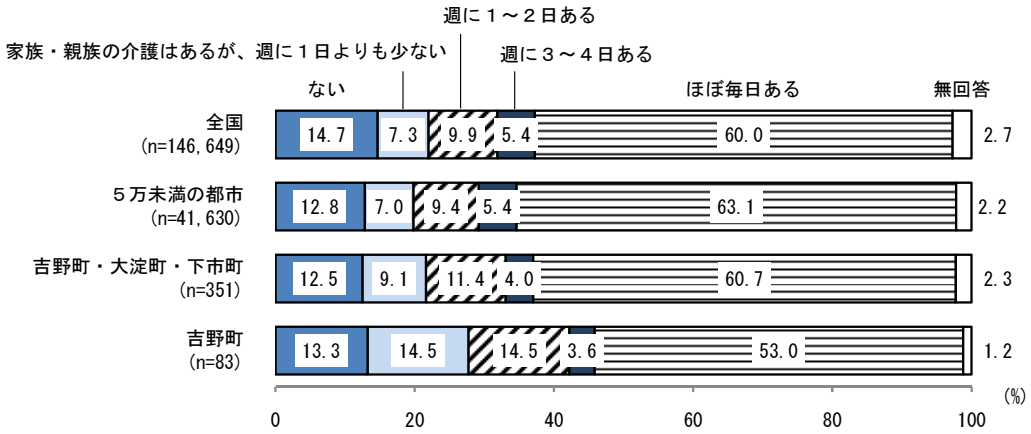
【世帯類型】（単数回答）

単身世帯が 32.5%、夫婦のみが世帯が 28.9%、その他が 37.3%となっています。



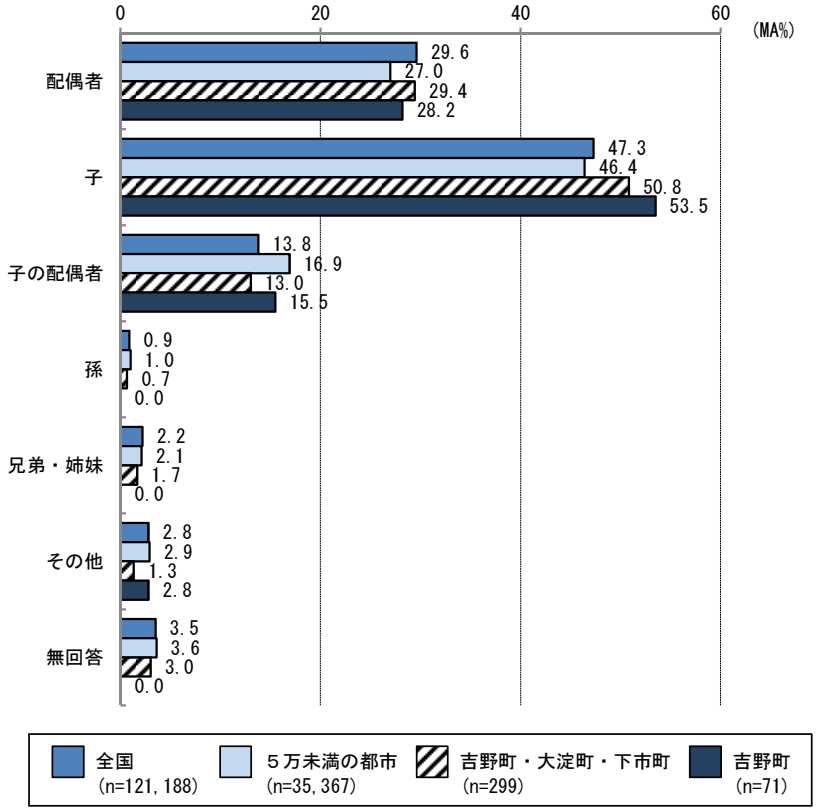
【家族等による介護の頻度】（単数回答）

家族・親族による介護の頻度は、「ほぼ毎日ある」が 53.0%と最も多く、次いで、「家族・親族の介護はあるが、週に１日よりも少ない」「週に１～２日ある」がそれぞれ 14.5%となっています。



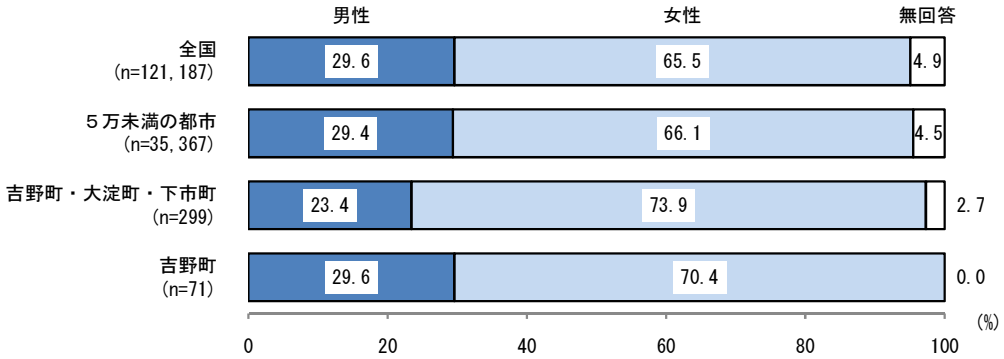
【主な介護者の本人との関係】（単数回答）

主な介護者は「子」が 53.5%と最も多く、次いで、「配偶者」が 28.2%、「子の配偶者」が 15.5%となっています。



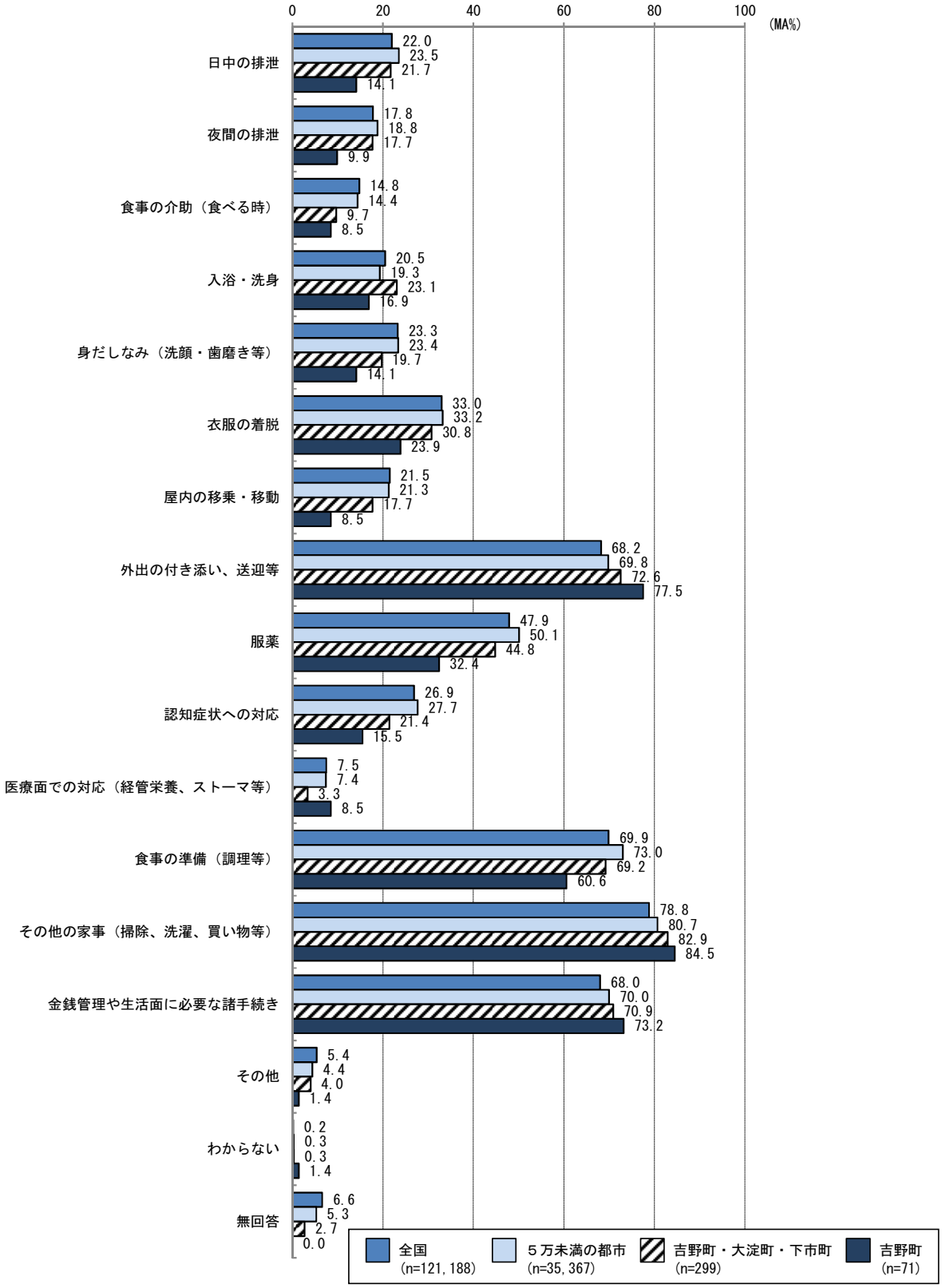
【主な介護者の性別】（単数回答）

主な介護者の性別は、「女性」が 70.4%と多くなっています。



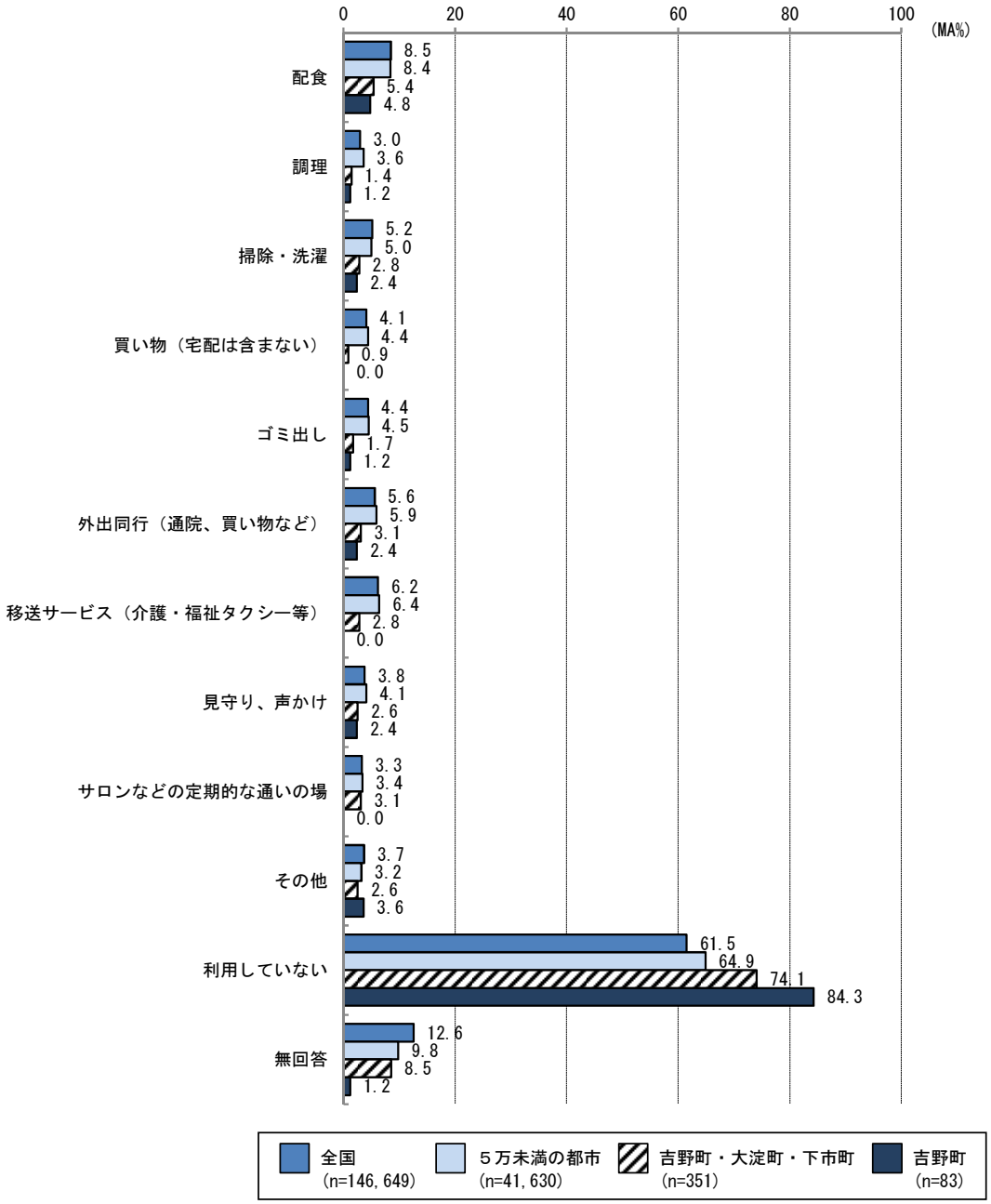
【主な介護者が行っている介護】（複数回答）

主な介護者が行っている介護は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が 84.5%と最も多く、次いで「外出の付き添い、送迎等」が 77.5%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 73.2%となっています。



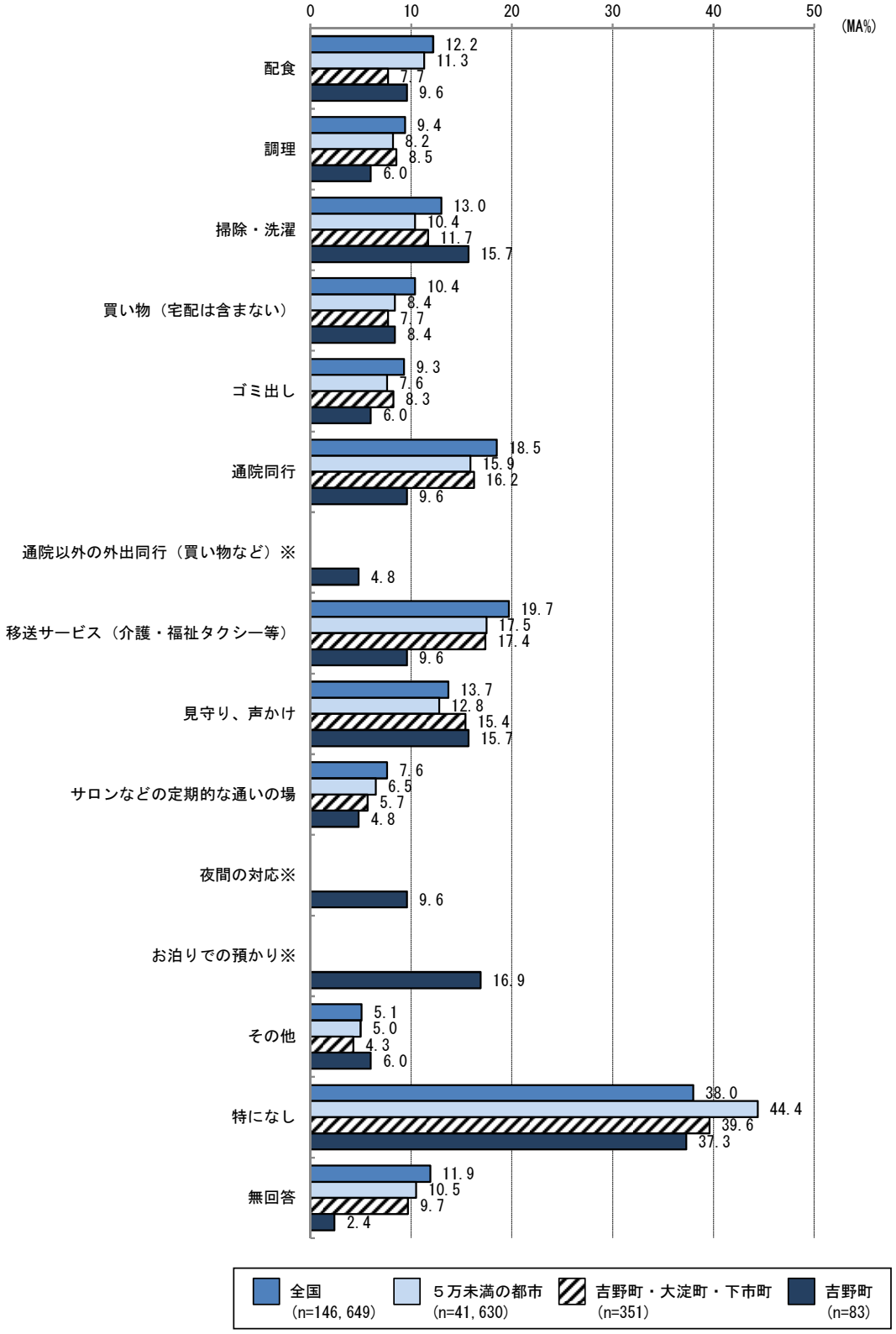
【保険外の支援・サービスの利用状況】（複数回答）

介護保険外の支援・サービスについては、「利用していない」が 84.3%を占めています。利用しているサービスでは、「配食」が 4.8%となっています。



【在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス】（複数回答）

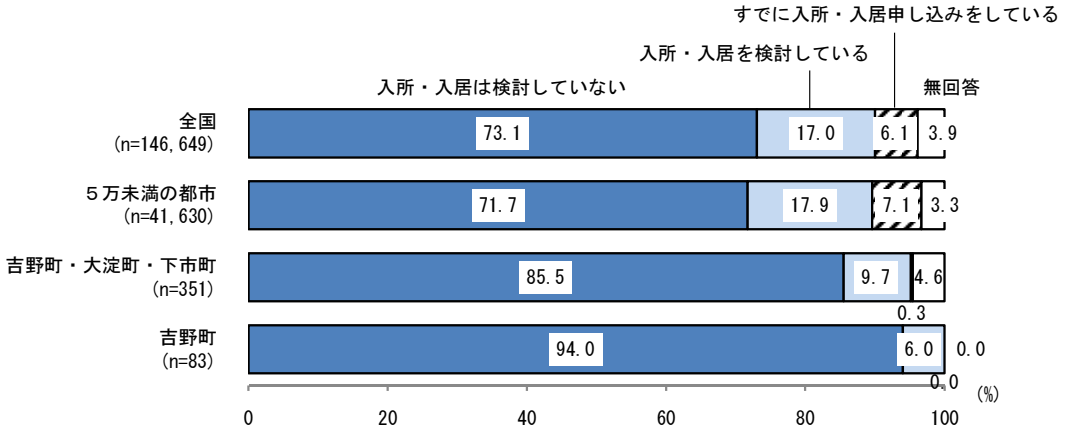
在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスは、「お泊りでの預かり」が 16.9%と最も多く、次いで、「掃除・洗濯」「見守り、声かけ」がそれぞれ 15.7%となっています。



※吉野町独自で追加した選択肢

【施設等検討の状況】（単数回答）

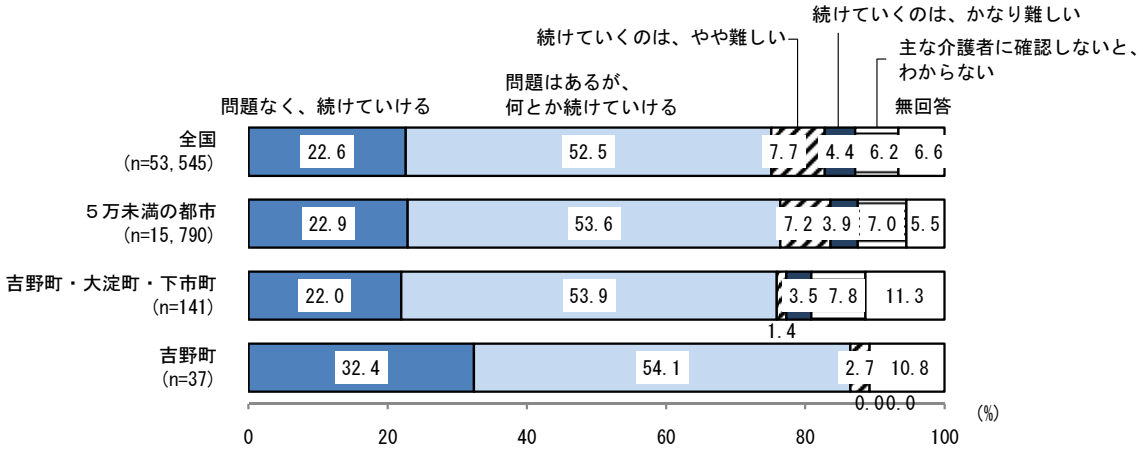
施設等入所の検討状況については、「検討していない」が 94.0%と多く、「検討している」が 6.0%、「すでに申し込みをしている」は 0.0%となっています。



④介護者に対する調査結果

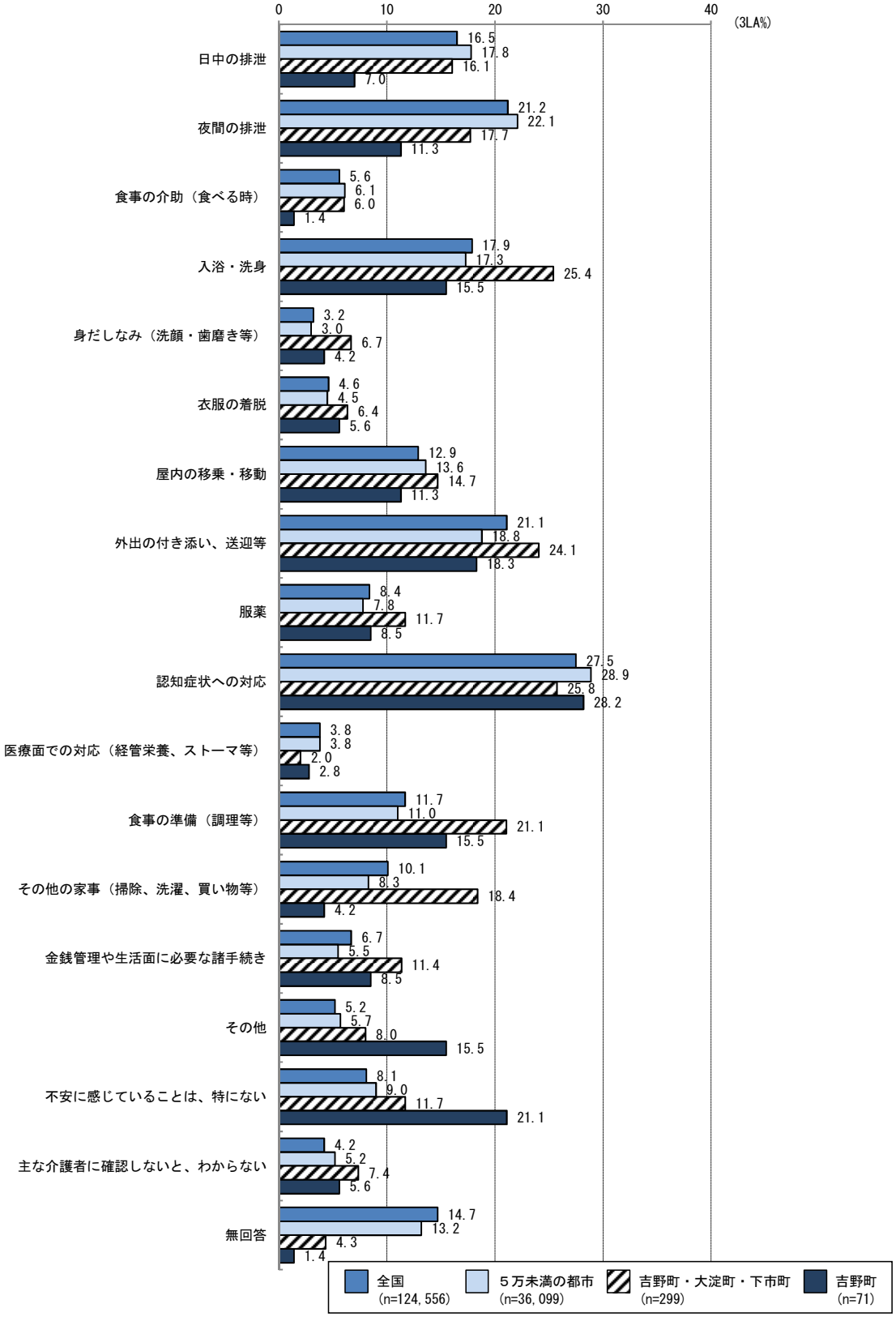
【主な介護者の就労継続の可否に係る意識】（単数回答）

主な介護者の就労継続の可否について、就労を『続けていける』は合計 86.5%となっていますが、「問題はある」と回答している人が 54.1%となっています。



【今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護】（複数回答）

在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護は、「認知症状への対応」が 28.2%と最も多く、次いで、「外出の付き添い、送迎等」が 18.3%となっています。



第３章　基本理念と施策体系

１．　基本理念

急速な高齢化の進展は、吉野町においても第７期計画期間の高齢者割合の増加としてあらわれています。より多くの高齢者が介護を必要とせず健康で自立した生活を送ることはもちろん、加齢に伴って生活上の不便や不安が生じた場合でもそれらを受け止め、支えるまちづくりが求められています。

本計画では、「高齢者が元気に活躍するまち、安心して生活できるまち、互いに支え合うまち」を基本理念に掲げ、保健・医療・福祉の連携はもとより、地域住民・事業者・行政それぞれが主体的に参画し、協働と連帯に基づくパートナーシップを構築しながら、その実現をめざしていきます。

＜基本理念＞

高齢者が
元気に活躍するまち
安心して生活できるまち
互いに支え合うまち

２．　基本目標

本計画の「基本理念」の実現に向け、基本目標を次のとおり設定し、施策の充実を図ります。

＜基本目標１＞

健康で生きがいに満ちたまちづくり

健康寿命の延伸のためには、身体の健康のみならず、生きがいや楽しみを持ち続け、心の健康を保つことが欠かせません。いくつになっても学び、集い、自分らしくいきいきと暮らしていけるよう、高齢者の生きがいづくり支援を推進します。さらに、元気な高齢者が地域社会を支える新たな担い手として活躍できるよう、就労的な活動も含めた社会参画の仕組みを創出し、生涯現役社会の実現をめざします。

また、生涯現役で過ごすための身体の健康づくりは、壮年期からよりよい生活習慣を身につけ実践していくことが大切です。健康づくりや介護予防は高齢者のみならず、町民一人ひとりの主体的な取り組みが何よりも重要であることから、町民が主体となる地域ぐるみの取り組みの活性化に努めるとともに、保健事業と介護予防を一体的に推進するための体制の整備・充実を図ります。

＜基本目標２＞

支えあい安心できるまちづくり

高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域包括支援センターを中核に据え、保健・医療・福祉の関係者をはじめ、地域の各種団体や町民が連携し、地域全体で高齢者を支え、総合的かつ効果的なサービスが提供できるよう、「地域包括ケアシステム」のさらなる体制強化を進めます。

近年増加する認知症高齢者に対しては、令和元(2019)年６月にとりまとめられた「認知症施策推進大綱」を踏まえ、認知症予防や早期発見・早期対応に向けた取り組みを進めるとともに、認知症に関する知識の普及啓発、専門医療機関とかかりつけ医との連携等を推進し、認知症高齢者とその家族を地域全体で見守り、共生する地域づくりを推進します。

また、介護が必要になった場合でも、個人の尊厳が守られた生活を送れる社会を構築することが重要です。人権尊重の理念や加齢に伴う高齢者の様々な問題に対する町民の理解を深める啓発活動に取り組みます。

＜基本目標３＞

安心で快適な暮らしやすいまちづくり

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと安心して住み続けることができるよう、安全に出かけられる交通環境の整備や利用しやすい公共施設の整備、快適な居住環境の整備など、高齢者をはじめ、すべての人にやさしいユニバーサルデザインのまちづくりに取り組みます。

また、災害や感染症の流行などが発生した際でも、高齢者の安全を確保するためには、平時からの心構えや備えが重要です。町民の防災・防犯・感染予防の意識向上をはじめ、行政や介護事業者等の危機管理意識の強化を図り、地域と連携して高齢者を守る体制を構築するとともに、感染症対策のため、「新しい生活様式」等に対応した新たな対策を検討・推進し、安心安全なまちづくりに取り組みます。

3． 施策体系

基本理念	高齢者が 元気に活躍するまち 安心して生活できるまち 互いに支え合うまち

基本目標１　健康で生きがいに満ちたまちづくり

施策の方向	施策の項目
（１）高齢者の生きがいづくりを推進します	①高齢者の社会参加と参画の促進 ②生涯学習、文化活動、レクリエーション活動の促進
（２）健康づくり・介護予防を推進します	①生涯を通じた健康づくりの推進 ②介護予防・日常生活支援総合事業の推進 ③自立支援・介護予防・重度化防止の確実な実行

基本目標２　支えあい安心できるまちづくり

施策の方向	施策の項目
（１）地域包括ケアシステムを推進します	①地域包括支援センターの運営・体制強化 ②医療・介護・保健福祉の連携強化 ③地域と行政の協働による地域包括ケアシステムの推進
（２）高齢者の在宅生活を支援します	①介護者への支援 ②日常生活への支援 ③生活支援サービスの提供体制の整備
（３）介護サービスを確保します	①介護サービス基盤の整備・安定供給 ②介護人材の確保・資質向上及び業務効率化 ③介護保険制度の適正かつ円滑な運営
（４）認知症高齢者への支援を充実します	①認知症に関する普及啓発・本人発信支援 ②認知症の予防・早期発見・早期対応の推進 ③認知症高齢者の見守り・支援体制の強化
（５）高齢者の人権を大切にします	①人権意識の普及啓発 ②権利擁護の推進

基本目標３　安心で快適な暮らしやすいまちづくり

施策の方向	施策の項目
（１）快適な住宅、住環境の向上をめざします	①高齢者にやさしい居住環境の推進 ②ユニバーサルデザインのまちづくりの推進
（２）安全で安心な生活環境を推進します	①事故や犯罪から高齢者を守る取り組み ②災害に備えた高齢者支援体制の確立 ③感染症対策の推進

第４章　施策の展開（各論）

１．健康で生きがいに満ちたまちづくり

（１）　高齢者の生きがいづくりを推進します

①高齢者の社会参加と参画の促進

【現状と課題】

○高齢化が急速に進んでいく中で、高齢者が今までの人生で培ってきた知識や経験を活かして、地域社会の構成員・担い手としての役割を果たしていくことが求められています。併せて、高齢者が生きがいを持っていきいきと暮らしていくことが重要です。

○本町では、高齢者の社会参加や生きがいづくりの中心的な地域活動組織である老人クラブが、地域での支え合い活動や健康づくり活動等を行っており、町並びに社会福祉協議会もその活動を支援しています。しかし、会員の高齢化や、生活スタイル・価値観の多様化等により老人クラブに対する関心が低下し、会員数が減少傾向にあり、クラブ活動が維持できなくなってきている地区も出てきている状況です。今後も活動の維持・継続に向け、より魅力ある老人クラブ活動の展開や啓発を行うと同時に、計画的な若手リーダー養成が求められています。

○シルバー人材センターにおいて、町民や民間企業等からの業務委託等により、高齢者の就労を推進しています。高齢者の加入数はゆるやかに増加傾向にあり、働きがい、生きがいを求める意識の高さがうかがえます。今後は、人材不足が深刻な介護現場における元気高齢者の活躍促進や、就労的活動支援コーディネーターの配置を検討するなど、希望に応じて生涯現役で社会貢献できる地域社会づくりをめざします。

【主な取り組み】

老人クラブ活動の促進

○高齢者の社会参加や生きがいづくり、地域ぐるみの支え合いやふれあいの中心的な地域活動組織である老人クラブ活動事業の支援及び助成を行います。

○高齢者が生きがいを持ち、健康で長寿に過ごせるようそれぞれの地域に応じた活動の支援等を行い、また活動発表の機会を提供します。

老人クラブ活動等社会活動促進事業

○各単位クラブの活動に対し活動費を助成しており、活動内容や講師などについての情報提供を行うとともに事業の実施に必要な支援を行います。

シルバー人材センターへの加入、就労の促進

〇シルバー人材センターにおいて、概ね 60 歳以上の健康で働く意欲のある人を対象として、高齢者の就労機会の拡大と活力ある地域づくりのため、臨時的・短期的な仕事を提供しており、シルバー人材センターへの活動助成を行います。

〇シルバー人材センター活動を周知することで、就労機会の拡大、会員の増員を図るとともに、高齢者がより安心して暮らすための生活援助の実施等、活動を通して自らの生きがいづくりや活力ある地域社会づくりの推進を図ります。

多様な場所の活用による交流・活動の支援

〇高齢者の交流・活動拠点については、高齢者向けの施設に限らず、高齢者が家に閉じこもらず、ゆっくり安心して過ごし、気軽に通うことができる場所として、町内の公共施設の環境面での工夫や配慮を行います。

高齢者も含めた訪問介護員の養成講座等の検討

〇元気高齢者のやりがいある社会参加促進及び、介護現場の人材不足解消の両面において、高齢者を含めた訪問介護員（生活援助等）の養成講座実施の検討を進めます。

就労的活動支援コーディネーター配置の検討

〇役割がある形での高齢者の社会参加促進のため、就労的活動の場を提供できる企業・団体等と、就労的活動の取り組みを実施したい介護事業所等とをマッチングする就労的活動支援コーディネーターの配置の検討を進めます。

②生涯学習、文化活動、レクリエーション活動の促進

【現状と課題】

○はつらつとした高齢期を送るためには、高齢期を余生として捉えるのではなく、自己実現や生きがいづくりのため、新たに知識や技術を習得したり、長年培った経験や知識、技術等を活かして、講師や地域リーダーとして活躍する場を設けることが重要です。

○社会の価値観は多様化してきており、高齢者のニーズに応じた各種生涯学習や文化活動、スポーツ、レクリエーション活動の場の拡充が求められています。

○各種団体の構成員が高齢化する中、今後の活動を維持・継続するにあたり、後継者の確保や活動支援等の見直しが必要となっており、本町に住む高齢者の知恵や知識などの人的資源を関係団体等で共有し、次世代へ伝承する仕組みづくりも必要です。

【主な取り組み】

高齢者ニーズに応じた魅力あるカリキュラムや生涯学習活動等の充実

○生涯にわたり学び、学習の活動が続けられるよう、引き続き各団体と連携し、情報の提供に努めます。

○各種社会教育セミナーなどを通じて、「生きがいづくり」「健康づくり」を支援していきます。

○ライフステージに応じた学習機会を提供するとともに、壮年期、中年期からの生きがいづくりや健康づくりに主体的に取り組めるよう支援を行います。

活動に関する情報提供の充実

○様々な施設や団体からの情報提供により、学習や文化活動等を把握し、広報誌やホームページへの掲載、各公共施設へのチラシやポスターの掲示依頼を通じて、情報提供を行っていきます。

各種団体における作品展等の開催支援

○文化協会や公民館サークルなどの各種団体における作品展等の開催を支援します。

（２） 健康づくり・介護予防を推進します

①生涯を通じた健康づくりの推進

【現状と課題】

○高齢者がいきいきと元気に暮らしていくためには、壮年期からより良い生活習慣を身につけ、実践していくことが大切です。そのためには、町民一人ひとりが健康意識や価値観を高め、健康について自ら考え、実践するための知識や技術を、地域ぐるみで啓発、普及していくことが必要です。

○住民主体の健康づくりに向けて、健康づくり・介護予防サポーターの育成・養成講座を実施していますが、今後は、講座終了後も継続して地域で活躍できる機会・仕組みづくりを推進し、サポーターと協働で町民の健康づくりに対する意識や気運を高めていくことが求められます。

○平均寿命だけでなく、元気に自立して過ごせる期間“健康寿命”に着目することが重要です。各種健診の受診勧奨を推進するとともに、疾病の予防や健康づくりを進め、特に要介護状態や認知症などの原因にもなる生活習慣病についての知識や予防の啓発を行い、健康寿命の延伸を図る必要があります。

○高齢者の健康を保持するためには、医療、介護、保健分野が連携し、分野の垣根を越えて高齢者一人ひとりを必要なサービスに結びつけていくことが重要です。今後は、庁内の医療・保健・福祉に関係する取り組みを円滑に調整することができる枠組み構築を検討し、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施を推進する必要があります。

【主な取り組み】

壮年期からの健康保持の推進

○壮年期からの健康保持の推進及び生活習慣病対策として、各種保健事業の推進に努めます。

健康づくり意識の高揚

○広報、ＣＡＴＶ、ホームページ、チラシ等の様々な媒体を活用して、啓発や「第２次吉野町健康増進計画及び食育推進計画」の周知活動を行い、町民自らが健康づくりに取り組むことができる意識づけを行います。

○歯の健康やたばこの害、禁煙等についての情報提供や意識啓発を行うとともに、相談や学習の機会を増やしていきます。

健康づくり・介護予防サポーター活動の推進

○健康づくり・介護予防サポーターを養成・育成するとともに、町の健康づくりに関しての啓発やキャンペーン事業、健康情報の発信や地区の特性に応じた健康づくり、介護予防への取り組みなど、その活動が広がっていくように推進します。

生活習慣病予防について学び、実践する機会の充実

○生活習慣病予防に重点を置き、その原因となる高血圧、糖尿病、高脂血症の予防ができるような取り組みも併せて実施しています。特に、生活習慣病に関係の深いメタボ予防や糖尿病予防をテーマとした保健指導や受診勧奨等を実施し、生活習慣病の発症と重症化を予防します。

○今後もあらゆる機会を通じて健康教育等を実施し、健康づくりに努めます。

○その他、自らの健康管理に資するために健診の記録等ができる健康手帳の活用や健康相談を実施します。

かかりつけ医を持つことの普及啓発

○医療機関と連携し、かかりつけ医を持つことへの意識啓発を進めます。

○広報誌等を活用し、かかりつけ医を持つことの重要性の啓発を行います。

特定健診、後期高齢者健康診査の充実

○平成 20(2008)年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、各医療保険者が特定健診を実施しています。

※特定健診：40 歳～74 歳の国保加入者、後期高齢者健康診査：75 歳以上の後期高齢者医療保険加入者が対象。本町では、30 代の国保加入者に対し、若年者健診(特定健診と同項目の健診)として集団健診で実施。

○受診率向上のため、広報やチラシ、未受診者への受診勧奨はがきなど様々な媒体によるＰＲを行っていく他、集団健診では、休日健診やがん検診（胃・肺・大腸）・歯科健診・肝炎ウイルス検診を同時に行うミニドックを実施するとともに、平成 22(2010)年度より血清クレアチニン、平成 23(2011)年度のｅＧＦＲ・尿酸・随時血糖、平成 25(2013)年度は心電図と貧血検査を追加し、健診項目の充実を図っています。集団健診を行うことは、受診率に大きく反映するため、今後は、集団健診を実施できる方法・感染予防対策を工夫しながら実施していきます。

○受診環境の整備を図りつつ、健康づくり・介護予防サポーターとともに事業の周知に取り組みます。

○特定健診の具体的な実施方法については、別途、吉野町国民健康保険特定健診等実施計画で定めるとともに、国の制度改正に基づいて行います。

特定保健指導の充実

○平成 20(2008)年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、各医療保険者が特定保健指導を実施しており、対象者は特定健診の受診結果により特定保健指導の対象となった方です。より効果的、効率的な保健指導を実施するため、若い年齢層や経年的にみて健診結果が悪化している方に対し、優先的に特定保健指導の利用を勧めています。

○実施率向上及び生活習慣病重症化予防のため、引き続き対象者へ利用勧奨を行っていきます。

○前年度の保健指導対象となった方を対象に、集団健診時(効率的)に初回面接等保健指導を実施しています。

がん検診等の充実

○がんを早期発見し、早期治療につなげるため及び受診行動を定着及び健康意識向上のため、検診対象を 30 歳からとし、40 歳になる方へ無料クーポン券（胃･肺･大腸がん検診、歯科、肝炎ウイルス検診）を配布し、受診勧奨を行います。

○がん検診推進事業を実施(21 歳：子宮頸がん、41 歳：子宮頸がん・乳がん無料クーポン発行および若年節目年齢に対して、受診勧奨・再勧奨)、40 歳以上（過去に肝炎ウイルス検診を受けたことのない方）を対象に肝炎ウイルス検診を実施しています。女性のがん検診では、検診の待ち時間を利用し、がん検診受診率向上のためのミニ健康教育も継続して実施します。

○がん検診後、医療機関受診の必要な方には、早期に受診するよう結果を通知するとともに、未受診者には、早期に精密検査を受診するよう勧奨を行っており、検診受診者の増加を図るため、今後も引き続きミニドックを実施していきます（集団健診）。

○胃がん、大腸がん、子宮がん、乳がん検診では、個別検診等により実施回数を増やし、継続して受診機会の拡大を図ります。

○引き続き受診環境の整備とともに、事業の周知に取り組んでいきます。

「ケラケラ百歳体操」の普及

○町民が主体的に開催する「ケラケラ百歳体操」（いきいき百歳体操と笑いケア体操を組み合わせたもの）の普及・継続を支援することで、通いの場を通じた社会参加の促進を図ります。

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施の推進

○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について、庁内の医療・保健・福祉に関係する取り組みを円滑に調整することができる枠組み構築を検討します。

○後期高齢者医療健康診査や通いの場において、後期高齢者の質問票を活用し、適切な医療や支援につなげます。

○医療・リハビリ専門職等が通いの場等に関与することで、参加者の介護予防・健康づくりをより効果的に推進します。

②介護予防・日常生活支援総合事業の推進

【現状と課題】

〇介護予防・日常生活支援総合事業（通称：総合事業）とは、従来予防給付として全国一律に提供されていた一部サービスを、平成 29(2017)年度から市町村が実施する事業として移行したもので、住み慣れた地域で、できる限り健康で自立した生活を送れるよう、多様な社会資源や多様な主体を活用した生活支援サービスを総合的に提供するものです。

〇今後は、より一層の事業充実を図るため、元気高齢者やＮＰＯ、ボランティア等の多様な主体による様々なサービス提供を検討するとともに、南和広域医療企業団等と連携して一般介護予防事業への医療専門職の関与を促進し、より効果的な事業の在り方を検討する必要があります。

〇また、地域の実情に応じたより効果的な総合事業の推進に向け、令和３(2021)年度より、総合事業のうち、介護予防・生活支援サービス事業の対象者やサービス単価の弾力化を可能とした制度改正が行われます。具体的には、要支援者等に加えて、市町村の判断により、要介護者についても当事業の対象とすることができるほか、これまで国が定めていた上限サービス価格を、上限ではなく目安とすることとし、市町村の判断において具体的な額を定めることが可能となりました。今後は現場や地域の実情を踏まえた、より柔軟な事業展開を検討・推進する必要があります。

【主な取り組み】

≪介護予防・生活支援サービス事業≫

訪問型サービス（第１号訪問事業）

〇訪問型サービス（現行相当）として、ホームヘルパーが訪問し、利用者のための入浴の見守りや介助等の身体介護やお風呂等の掃除、洗濯、食事の準備や調理、買い物の代行等の生活支援を行います。

〇また、現行相当以外の多様なサービスの検討を行います。

通所型サービス（第１号通所事業）

〇通所型サービス（現行相当）として、通所介護施設（デイサービスセンター）で、生活機能の維持向上のためのレクリエーションや体操、筋力トレーニングなどを日帰りで受けることができます。

その他生活支援サービス（第１号生活支援事業）

〇訪問型サービス、通所型サービスと組み合わせて行うことで効果が見込まれる配食、訪問見守りなどの生活支援サービスの提供体制構築の検討を行います。

介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）

○生活上の何らかの困りごとに対して単に補うサービスをあてはめるだけでなく、要介護状態になることをできるだけ防ぎ、要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐためのケアマネジメントを行います。

○ケアマネジメントの実施に当たっては、適切なアセスメントを実施し、一人ひとりの自立に向け、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者が主体的にその達成に向けて取り組んでいけるよう、介護予防サービス等も活用しながら支援します。

≪一般介護予防事業≫

介護予防把握事業

○地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげます。

介護予防普及啓発事業

○町民が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、核となるサポーターを養成するため、サポーター養成講座を２年に１回開催します。また、サポーターが地域で町と共に啓発活動に取り組めるように支援します。

地域介護予防活動支援事業

○ケラケラ百歳体操を通して、住民主体の通いの場が拡大していく地域づくりをめざします。

○外出のきっかけやコミュニケーションの場となる地域サロン活動を行うグループに対して助成し、活動を支援します。

○南和医療企業団等の協力を受け、ケラケラ百歳体操の普及等に関し相談できる体制を整えるなど、一般介護予防事業に関して「専門職の関与」を推進します。

一般介護予防事業評価事業

○介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。

地域リハビリテーション活動支援事業

○地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、南和広域医療企業団の体制を利用するなどして、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。

○県及び南和広域医療企業団等と連携し、ICT を活用した地域リハビリテーションの推進を検討します。

③自立支援・介護予防・重度化防止の確実な実行

【現状と課題】

○介護保険制度の基本理念は「自立支援」、すなわち、高齢者が自らの意思に基づき、障がいや疾病というマイナス面に着目せず、自らの有する能力を最大限活かして、本人の有する能力に応じ自立した日常生活を居宅において送ることができることをめざしており、前計画である７期計画から、自立支援、重度化防止、介護給付の適正化等に関する取り組み及びその目標に関する事項が必須掲載事項として追加されました。（参照：第６章）

○全市町村が保険者機能を発揮して自立支援・重度化防止に取り組むよう、「保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金制度」が創設され、市町村の取り組み状況に応じたインセンティブが付与される仕組みとなりました。取り組みの達成状況の見える化が一層進められており、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取り組みを計画的に進めることがより強く求められています。

○高齢化が進展する中で、自立支援・介護予防・重度化防止を確実に実行するため、国の諸指標や制度等も活用しながら、データに基づき実施状況を検証し、取り組み内容を改善していく PDCA プロセスを推進していくことが必要です。また、医療・介護・保健分野等の関連事業を一体的に取り組むことでより効果的な結果を得られるよう、自立支援型地域ケア会議を充実させる等、より一層の連携強化が重要です。

【主な取り組み】

自立支援型地域ケア会議の充実

○地域ケア会議における医療介護保健専門職による個別事例検討を行い、介護予防サービス利用者への自立支援に向けたケアマネジメントの充実を図ります。

○また、自立支援型地域ケア会議の対象者に、より具体的な支援が実施できるよう、南和広域医療企業団の取り組みを利用し、リハビリ専門職が対象者の生活の場や通いの場に出向いてアセスメントを行う仕組みを検討します。

自立支援・介護予防・重度化防止における各事業の連携強化

○介護予防事業や地域サロンなどの通いの場、地域ケア会議、生活支援体制整備事業、介護予防ケアマネジメントなど関係する事業の連携を強化し一体的に取り組むことでそれぞれの事業をより効果的に実施できる体制づくりを進めます。

データの利活用による PDCA サイクルの推進

○地域包括ケア「見える化」システム等のデータ利用による経年での効果の確認や、地域ケア会議などを通じて地域の課題を把握し、課題分析により地域に応じた高齢者の自立支援や重度化防止に関する目標を立てるとともに、事業を進める中で実績評価を行い必要な見直しを行います。

地域リハビリテーションサービス提供体制の構築検討

〇地域がめざすべきビジョンを掲げ、その実現に向けた各種取り組みと目標を設定し、計画的にリハビリテーションを提供できる体制の構築を検討します。

〇要介護認定者に対するリハビリテーションについては、国が示す指標を参考に数値目標を設定することが推奨されており、他サービスや地域資源等を考慮のうえ、関係者と議論・調整を行い、本町におけるリハビリテーション指標の設定及び目標達成に努めます。

保険者機能強化推進交付金・
介護保険保険者努力支援交付金制度に係る評価指標の活用

〇国の保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金制度の指標を活用し、客観的に地域課題を分析し、計画の進捗管理に活用するとともに、保険者機能の推進に役立てます。

２． 支えあい安心できるまちづくり

（１） 地域包括ケアシステムを推進します

①地域包括支援センターの運営・体制強化

【現状と課題】

○高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために心身の健康の保持と安心してその人らしい生活を継続できるよう医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みをしていく必要があります。地域包括支援センターを拠点として、関係部局の横断的な連携のもとに、医療機関をはじめサービス提供事業所等の関係機関と協力し、地域ニーズや課題の把握を踏まえた地域包括ケアの推進が求められています。

○本町では、地域包括支援センターを設置し、地域住民活動や関係諸機関等とのネットワークを形成し、地域の高齢者を包括的に支援する地域包括ケアシステムの充実に努めています。

○本計画は、高齢者の福祉の向上に対する施策が主な内容となっていますが、高齢に至るまでの過程における切れ目のない施策や、若年層、子育て世代などの高齢者を支える側の施策、高齢者も含めて多くの人が生活する地域づくりなど、分野を超えて、あらゆる世代が一体となって、地域の福祉の向上に取り組むことが重要です。行政をはじめ地域の様々な関係機関や団体が協働しながら、高齢者、障がい者、児童、生活困窮者等を含む誰もが暮らしやすい「地域共生社会」を実現するために、地域包括支援センターのより一層の機能強化が求められます。

○現在、地域包括支援センターでは、家族や本人からの相談を受けて訪問等により相談支援を行っていますが、地域共生社会の実現に向け、属性や世代に捉われないより包括的な支援ができるよう、各相談支援機関との連携を強化し、「断らない相談支援」をめざした体制構築の検討が必要です。

【主な取り組み】

地域包括支援センターの充実

○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ができるよう、また保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援できるよう、地域包括支援センターの体制を充実させます。

○高齢者人口、要支援、要介護認定者数の推移、制度改正の動向を注視しつつ、地域包括支援センターのさらなる充実を検討します。

地域包括支援センター運営協議会の実施

○地域包括支援センター運営協議会は、平成 18(2006)年に設置され、以降、適時、協議会を開催し、地域包括支援センターの運営の充実を図っています。今後も継続して取り組みます。

地域ケア会議の推進

○医療・介護・保健・地域の専門職による自立支援型地域ケア会議を積み重ね、個々の高齢者の自立（素直な思い）の実現に向けた支援充実を図ると同時に、支援者の自立支援技術の向上、医療・介護・保健・地域の専門職の連携強化を図ります。

○ケアマネジャーによる個別事例検討を通して利用者の充実した生活への支援の強化を図ります。

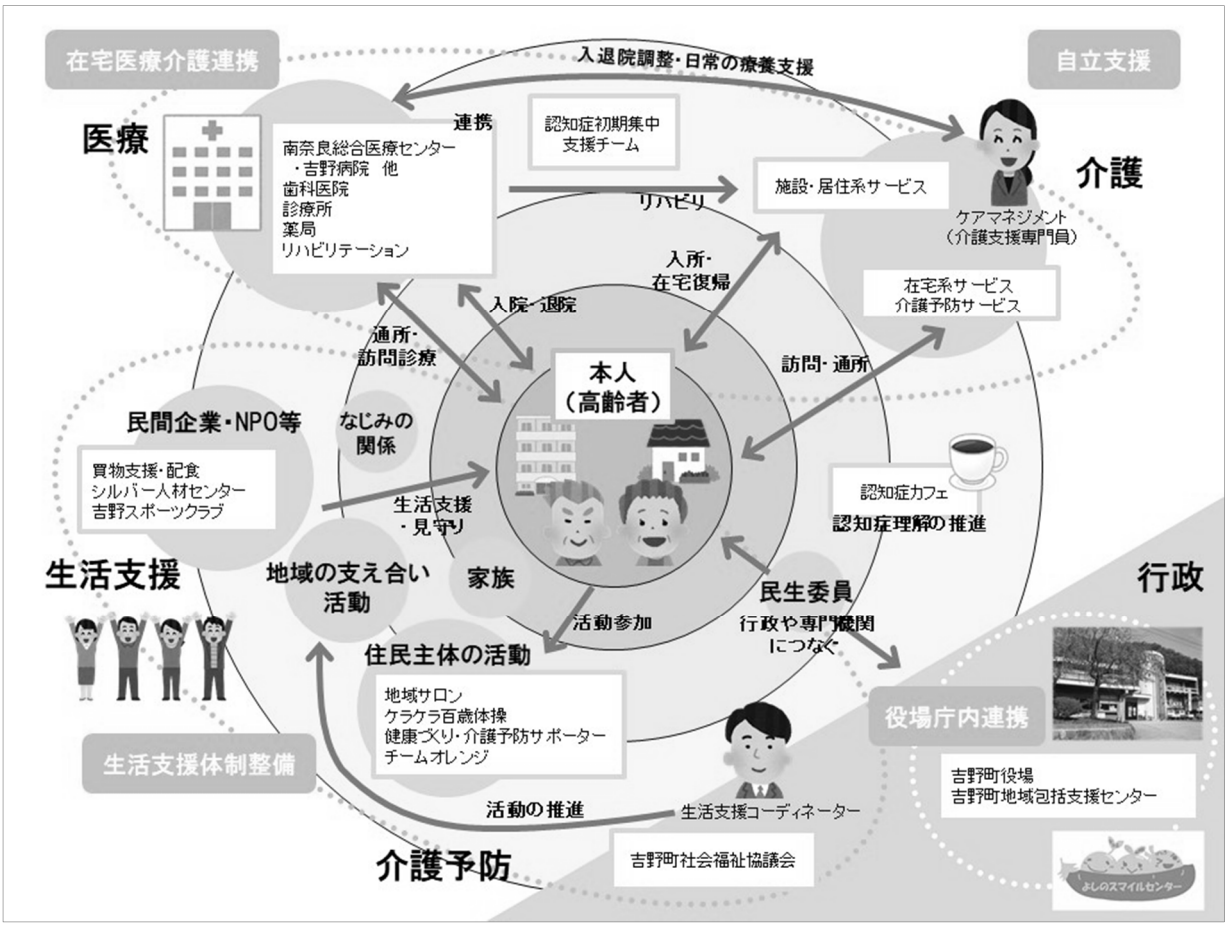
○個別事例検討によって把握できた地域課題については、生活支援体制整備事業や地域包括ケア庁内連携会議などで共有を図っていきます。

包括的相談支援体制の構築

○地域住民が抱える複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、重層的支援体制の整備に向けて、地域福祉計画の枠組みを有効活用し、一体的に取り組みます。

○地域共生社会の実現に向け、属性や世代に捉われない包括的な支援ができるよう、相談支援機関の連携を強化し、「断らない相談支援」をめざした体制構築を検討します。

▼吉野町地域包括ケアシステムイメージ



②医療・介護・保健福祉の連携強化

【現状と課題】

○医療･介護･保健福祉が連携強化を図ることによって､より効果的な事業を推進し、要介護状態になることや要介護状態になってもその悪化を出来る限り防ぐことが必要です。現在、自立支援型地域ケア会議等の推進により、多職種で協力し要支援者の自立に向けた支援を行っていますが、生活の現場に出向いたアセスメントや支援をサポートできる体制の構築が今後の課題となっています。

○団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者になる令和７(2025)年以降、在宅で医療と介護の両方を必要とする高齢者が急激に増加することが予想され、医療・介護・保健福祉の連携が必要となる場面は、今後ますます増加すると考えられます。住み慣れた地域で人生の最期まで自分の希望する暮らしを続けられるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で、介護と医療が一体的に提供され、かつ連携を図ることのできる体制の整備が求められています。

【主な取り組み】

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施の推進【再掲】

○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について、庁内の医療・保健・福祉に関係する取り組みを円滑に調整することができる枠組み構築を検討します。

○後期高齢者医療健康診査や通いの場において、後期高齢者の質問票を活用し、適切な医療や支援につなげます。

○医療・リハビリ専門職等が通いの場等に関与することで、参加者の介護予防・健康づくりをより効果的に推進します。

在宅医療と介護サービス、保健の連携強化

○地域ケア会議において、医療、介護、保健の多職種による個別事例検討を定期的に行い、自立支援に向けた介護サービスの提供や医療と介護、保健の連携強化を図ります。

○主治医や専門医との連携など、医療とのかかわりは不可欠であるため、早期診断につなげるために相談窓口の積極的な周知を行います。

○南和広域医療企業団をはじめ、町内医療機関との連携強化を図り、必要に応じて他専門職の参画を積極的に求めます。

○社会資源が乏しい地域や遠隔地においても、要介護者の容態等の情報を多職種で共有し、適切なケアが受けられる環境を整えるため、多職種連携を推進するツールとして ICT の導入を検討します。

退院時、入院時の連携強化

○南和地域の他市町村や保健所、管内の医療機関等とともに入退院調整ルールを充実させます。入院時、退院時の情報共有を強化することで本人や家族が安心して在宅生活に戻れるよう進めていきます。

奈良県保健医療計画との連携

○高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、希望する人ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養することができるような環境を整備することが求められており、在宅医療及び介護が必要な高齢者に対し、医療との連携を図り、必要な介護サービスが受けられるよう県の指導・支援を受け、体制整備に努めます。

本人や家族の意思を終末期医療・介護に活かす支援

○ACP（人生会議）とは、もしもの時のために、本人が望む医療や介護等について前もって考え、家族や医療・介護チームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことを指します。

○人生の最期をどこでどのように過ごしたいか、これからをどう生きたいかを町民が考え、自ら行動し、医療や介護を効果的に利用していけるよう学ぶ機会を設け、ACP（人生会議）の普及啓発を図ります。

共生型サービスの整備

○障がい者が 65 歳になっても使い慣れた障がい福祉サービス事業所で、従来から受けてきたサービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなど）を利用しやすくするため、新しい共生型サービスを位置づけ、障がい福祉サービス事業所が介護保険サービス事業所として指定申請を受けていけるよう支援します。

○移行をスムーズにできるよう、障害者相談支援専門員とケアマネジャーの連携を推進していきます。

③地域と行政の協働による地域包括ケアシステムの推進

【現状と課題】

〇現代の複雑化した様々な課題に対応するために、公的サービスだけでなく、あらゆる町民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現することが重要です。

〇NPO やボランティア、地域福祉活動団体等による地域に根差したインフォーマルサービスを活性化していくため、各種団体への支援及び地域包括支援センター等との連携を深めることが求められています。

【主な取り組み】

地域の関係機関、団体、サービス提供事業所等のネットワークの構築

〇保険者、地域包括支援センター、社会福祉協議会等が協力し、介護サービスに限らず、地域の保健、福祉、医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行います。

地域共生社会の実現に向けた取り組み

〇地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、障がい者や子どもなど生活上の困難を抱える方が地域において自立した生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援とが連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援の実現をめざします。

（２） 高齢者の在宅生活を支援します

①介護者への支援

【現状と課題】

○高齢者の多くは住み慣れた家庭での暮らしを続けることを希望しており、介護が必要になっても自宅での暮らしが継続できるよう支援していくには、家族等の介護者を支援するサービスの充実や周囲の理解を深める環境づくりが重要となります。

○高齢化の進展に伴い、高齢者が高齢者の介護を行ういわゆる「老々介護」が増えることが考えられ、家族介護者の負担軽減を図る必要があります。

○一方、介護者が働き盛り世代で、職場において職責の重い仕事に従事する方も少なくありません。介護は育児とは異なり、期間や方策も多種多様であることから、仕事と介護の両立が困難となることも考えられます。介護休業制度等の周知を行う等介護離職の防止に向けた情報発信等を推進し、家族の介護を抱えている労働者が仕事と介護を両立できる社会の実現をめざします。

【主な取り組み】

家族介護者交流事業の推進

○要介護者等を介護している家族や介護に関心のある方等を対象に、交流会を開催し、介護の悩みや相談等を共有することで、在宅介護を継続できるよう支援します。

○今後も引き続き事業を継続するとともに、当該事業の周知に努めます。

介護用品支給事業

○介護者の介護負担及び経済的負担を軽減するため、紙おむつ等の介護用品の支給を行っています。

レスパイトの機会を確保するための取り組みの推進

○レスパイトとは「小休止」の意味を持つ言葉であり、介護者を一時的に解放し休みをとってもらう支援を「レスパイトケア」と言います。通所介護、訪問看護等の整備・充実を図り、家族介護者等の心身の健康についても配慮した居宅介護サービスの推進に努めます。

介護離職の防止に向けた情報発信

○介護離職とは、要介護状態等にある家族を介護するため離職することを指します。介護離職防止のため、仕事と介護を両立できる職場環境整備に関する啓発、介護休業・休暇制度の周知、県労働部局やハローワーク等の各種相談窓口の紹介等、広報誌での情報発信を行います。

②日常生活への支援

【現状と課題】

○今後は、ひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者が増加すると考えられ、特に後期高齢者は介護だけでなく、医療や生活支援サービスニーズ、医療リスクも高くなります。住み慣れた地域で高齢者が自立した日常生活を継続できるよう、医療、介護、近隣の助け合いやボランティアなどとの一層の連携強化が求められており、「総合事業」の枠組みも含め、必要な方に必要な支援が提供される仕組みづくりが重要です。

【主な取り組み】

緊急通報システム設置事業の推進

○ひとり暮らしの高齢者に対し、急病等緊急事態発生時に緊急ボタンを押すことにより、看護師等が 24 時間体制で常駐している相談機関に自動通報し、救急車要請や疾患に対する相談ができる緊急通報装置を貸与し、24 時間の見守りや相談体制を整備しています。

○今後も引き続き事業を推進し、ひとり暮らし高齢者等の安心・安全な生活の継続に資するよう取り組みます。平成 28(2016)年度からは、業者委託による事業展開を実施しています。

各種相談事業の推進

○悪質商法や消費トラブル、身近な生活での問題など、高齢者を犯罪被害等から守る施策として、「無料法律相談」、「消費生活相談」を実施します。

○社会福祉協議会が実施する「心配ごと相談」（月 1 回程度）、「福祉総合相談」（随時）についても推進します。

○今後も、各事業を継続するとともに、地域包括支援センターならびに、関係機関が連携しながら、高齢者を犯罪被害から守る施策を講じていきます。

生活管理指導短期宿泊事業の実施

○基本的生活が欠如していたり、対人関係が成立しないなど、日常生活において社会適応が困難な高齢者に対し、養護老人ホーム等で短期間の宿泊を伴う指導支援を行うことにより、要介護状態への進行を予防する支援を実施します。

○今後も引き続き、高齢者が安全で安心して生活できるようニーズを把握しながら事業を実施します。

③生活支援サービスの提供体制の整備

【現状と課題】

○生活支援サービスには、「総合事業」だけでなく、住民主体の地域の助け合いや、民間企業による市場サービス、町の単独事業等も含まれ、地域の多様なサービス・活動を視野に、高齢者一人ひとりの状態に応じた支援を創出・検討する必要があり、生活支援コーディネーターおよび協議体にその役割が期待されています。

○現在、町では生活支援コーディネーターを設置するとともに、地域課題の共有とその課題解決に向けて、地域住民が主体的に考えることが重要であることから、第一層協議体を設置し、地域課題について検討しています。

○今後は生活支援コーディネーターの役割強化を進め、地域の資源やニーズを収集し、生活支援コーディネーターと連携して必要な地域資源の開発をめざします。

【主な取り組み】

生活支援コーディネーターとの連携

○高齢者が安心して自立した生活を継続するには、日常生活に不安のある高齢者に対して、生活の支援や日常的な見守り、緊急時における支援等が必要となります。地域のニーズを把握し、多様な主体間の情報共有及び資源開発等を推進する協議体を設置し、ネットワークの構築やサービスの担い手の養成を行う生活支援コーディネーターを２名設置しています。

○今後は生活支援コーディネーターの役割強化を進め、地域の資源やニーズを収集し、生活支援コーディネーターと連携して地域に必要な地域資源の開発をめざします。

生活支援コーディネーターと協議体との連動

○新たな協議体の設置をさらに促進していくとともに、情報の集約と他会議等との連動の充実を図ります。

多様な担い手による生活支援サービスの充実

○社会福祉協議会やシルバー人材センターなど関係機関及び老人クラブ等各種団体と連携しながら、元気高齢者を含む多様な担い手の確保に努め、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスや住民主体による支援、移動支援などの多様なサービスを介護予防・生活支援サービス事業を軸にしながら充実できるように事業を検討・実施します。

（３） 介護サービスを確保します

①介護サービス基盤の整備・安定供給

【現状と課題】

〇介護サービスを必要とする人やその家族が安心してサービスを受けることができるよう、良質なサービス供給体制を安定確保することが必要です。団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年、さらには団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり高齢人口がピークを迎える令和 22(2040)年を見据え、中長期的な視野に立った介護サービス基盤の整備が求められています。（参照：第５章）

〇地域の将来推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえ、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスそれぞれの適切なサービス供給体制の安定確保を図るとともに、地域密着型サービスにおいては、町民のサービス利用意向や地域の実情を踏まえ、町の裁量で提供するサービスの種類や事業者の指定を行う必要があります。

〇特別養護老人ホームについては待機者もいますが、介護保険施設の整備状況としては、適正な供給量をほぼ満たしている状況にあります。しかし、入所希望者のさらなる重度化、および単身や高齢者のみの世帯の増加や認知症高齢者の増加等による様々な生活状況が予測されるため、今後は、県基本指針を考慮しつつ、適切なサービス供給体制の安定確保を図っていくことが重要となります。

【主な取り組み】

居宅サービス供給体制の安定確保

〇サービス供給体制を安定的に確保していくため、本町の要介護等認定者数、サービス利用状況、今後の要介護等高齢者推計人口やサービス必要見込量等の介護保険に関する情報提供を適時行うなどして既存事業者の規模拡大や、新規事業者の参入を促します。

地域密着型サービス供給体制の安定確保

〇住み慣れた地域での生活を支える一助として、これらの地域密着型サービス内容の周知およびサービス提供体制整備の検討を進めていきます。

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
②夜間対応型訪問介護
③認知症対応型通所介護
④小規模多機能型居宅介護（訪問介護・通所介護・ショートステイ）
⑤認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護
⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
⑧看護小規模多機能型居宅介護（複合サービス）
⑨地域密着型通所介護

施設サービス供給体制の安定確保

〇本計画期間における施設サービスの必要量を見込むにあたっては、長期的には居宅サービスに重点を置いた基盤整備を進めることを前提とします。

②介護人材の確保・資質向上及び業務効率化

【現状と課題】

〇介護人材の不足は近年ますます深刻さを増しています。地域包括ケアシステムの構築には、専門の介護職等に限らず介護分野で働くその他の人材の確保・育成が必要不可欠で、喫緊の課題となっています。令和７(2025)年以降は現役世代の減少により、介護人材の不足がより深刻になると考えられ、県や近隣市町村と連携し、計画的に人材確保を進めることが求められています。

〇介護人材の需給の状況を踏まえ、離職防止・定着促進のための働きやすい環境の整備に加え、若年層・子育てを終えた層・元気高齢者層・外国人人材の受入等、多様な人材の活躍を促進することが重要です。また、介護職のイメージを刷新し、その魅力を発信することも必要です。

〇必要な介護サービス量を確保・供給することとともに、サービスの質の向上、事業者やケアマネジャー等の資質の向上が求められています。地域ケア会議や研修会等を通じて職員の資質向上を図るほか、ICT（情報通信技術）・介護ロボット等の導入検討や、各種文書の簡素化を推進するなど、介護サービス業務の効率化を支援し、それぞれの力を最大限発揮できるような環境を整備することが必要です。

【主な取り組み】

ケアマネジャーの資質の向上の推進

〇地域ケア会議（ケアマネ部会）を開催し、事例検討をしていくこと等でケアマネジャーの資質向上を図るとともに、研修会等を開催し、保健、医療、福祉の連携強化に努めます。

福祉・介護人材の確保

〇介護サービスの円滑な提供を図るためには介護職員等人材の確保が不可欠であり、県内の医療系教育機関の活用、介護サービス事業所や県福祉人材センター等との連携を図り、人材確保につながる事業を実施します。

〇また、近隣市町村とも連携した人材確保策を行うための協力体制構築の検討を進めます。

福祉・介護人材の定着に向けた取り組みの実施

〇介護人材の定着を目的として、介護職員初任者研修やスキルアップ研修等の働くステージごとの課題に応じた「階層別研修」の実施等を支援していきます。

高齢者も含めた訪問介護員の養成講座等の検討【再掲】

〇元気高齢者のやりがいある社会参加促進及び、介護現場の人材不足解消の両面において、高齢者を含めた訪問介護員（生活援助等）の養成講座実施の検討を進めます。

介護職のイメージ刷新・魅力発信

〇若い世代に、介護を魅力ある職場のひとつとして認識してもらえるよう、介護のプロとして現場でいきいきと働く職員や関係者の声を、小・中学校等への出前講座等を通じて発信してくことを検討します。

介護サービス業務の効率化への支援

〇ICT（情報通信技術）や介護ロボットの導入に関する情報提供や、国・県の補助制度の周知など介護サービス事業所への導入支援に取り組みます。

〇文書量削減に向け、国の指針に基づく申請様式や添付書類の簡素化などに取り組み、介護保険事業所の業務負担の軽減を支援します。

③介護保険制度の適正かつ円滑な運営

【現状と課題】

○介護保険の円滑かつ安定的な運営を図るためには、限られた財源を効果的に使用し、適正なサービスを真に必要な人に提供していくことが重要です。

○介護保険制度の円滑な運営を図るため、適切な要介護認定や介護保険事業にかかる評価・分析、情報の公表、さらには介護サービスの給付の適正化を図り、保険者として介護保険制度の円滑な運営に努めます。

○サービス事業者への指導・助言や、介護保険制度の趣旨や内容等についての周知などにより、介護保険サービスの質の向上と利用者本位のサービス提供を推進します。

【主な取り組み】

介護給付適正化事業の推進

○認定調査を民間事業者へ委託しているものについては、町職員により内容確認を全件行っています。

○国民健康保険団体連合会から提供される情報を活用し、不適切なサービス利用があればケアマネジャー等へ指導、住宅改修の点検、福祉用具購入や貸与について、不適切な利用等を防止するため、適宜実地確認を行います。

○介護サービスの利用者全員に年４回介護給付費のお知らせを送付することにより、介護保険事業に理解を深めてもらうとともに、不適切な介護報酬請求の防止を図ります。

○ケアプランが「自立支援」に資する適切な内容になっているか、ケアマネジャーとともに検証確認するケアプラン点検を実施します。点検を通じて、ケアマネジャーの「気づき」を促すとともに、健全な給付の実施を図ります。

○今後も、認定調査の適正化や国民健康保険団体連合会から提供される各種情報を活用し、サービスの算定期間や回数、または事業所間の整合性等を確認し、給付の適正化を図るとともに、介護保険サービスの適正な利用促進に関する広報、啓発をさらに推し進めます。

事業者の指導・監査の実施

○介護保険サービス事業者に対する指導、監査及び地域密着型サービス事業者に対する集団指導、実地指導については、県と町が連携し合同監査を実施しています。今後も定期的に実施し、サービスの質の向上及び給付の適正化を図ります。

○地域密着型サービス事業者が設置している運営推進会議において、指導や助言、情報提供等を行い、サービス従事者の知識、技術の向上のため、事業者の自主的な取り組みを促します。

事業者情報公表制度・第三者評価の周知

〇介護サービス利用者がサービス提供事業者を選択する場合、より適切な事業者を選択できるよう、情報を提供する制度が県で実施されています。

〇今後は、事業者情報公表制度及び地域密着型サービス第三者評価(外部評価)制度について、窓口等でＰＲするなどより一層の周知を図ります。

苦情処理体制の充実

〇介護サービス利用者からの苦情や相談に対応し、国民健康保険団体連合会におけるサービスの苦情処理等を活かして、質の向上に向けた取り組みを行います。また、要介護認定に関する苦情等については県に設置されている介護保険審査会で対応しています。

〇虐待や認知症をキーワードに地域包括支援センターとの連携強化を図ります。

（４） 認知症高齢者への支援を充実します

①認知症に関する普及啓発・本人発信支援

【現状と課題】

○認知症高齢者数は増加傾向にあります。平成 27(2015)年１月に厚生労働省が発表した「新オレンジプラン」では、令和７(2025)年には、高齢者人口の約５人に１人が認知症になると予測されており、今後は、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備がより一層重要です。

○令和元(2019)年６月にとりまとめられた「認知症施策推進大綱」では「認知症があってもなくても同じ社会で共に生きる」という意味の『共生』の重要性が示されています。たとえ認知症になってもその人らしく尊厳を持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人や家族はもちろんのこと、地域住民が認知症を正しく理解し、自らの問題と捉えることが不可欠です。今後は、地域で暮らす認知症当事者の声を発信するなど、認知症に関する正しい知識の普及啓発の取り組みをさらに充実させる必要があります。

【主な取り組み】

認知症を正しく理解するための普及啓発

○認知症に関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進します。

○今後も、地域での健康講座等で啓発に努めます。

○認知症当事者の思いや望む支援の在り方など、認知症カフェ等を通じて吸い上げた当事者視点の情報を普及啓発に活かします。

○広報誌等を通じて、世界アルツハイマーデー（９月 21 日）・月間（９月）の集中的な普及啓発を実施します。

小・中学校における認知症・高齢者理解につながる教育・交流の推進

○小・中学生を対象に、認知症への正しい理解を促進し、認知症や高齢者の人の気持ちや接し方等について考えることができるよう出前講座実施を検討します。

②認知症の予防・早期発見・早期対応の推進

【現状と課題】

○令和元(2019)年の「認知症施策推進大綱」において、『共生』とともに車の両輪として『予防』の重要性が示されています。ここでの『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」「進行を緩やかにする」という意味で用いられており、運動不足の解消や生活習慣病予防、社会参加による社会的孤立の解消等、認知症予防に資する可能性が示唆されている取り組みを推進することが重要です。

○認知症は、早期発見と早期対応が症状の進行予防や改善につながるとされており、認知症の初期症状に気づき、適切な医療へとつなぐ取り組みが非常に重要です。本人や身近な人が小さな異変に気付き、速やかに適切な機関に相談できるよう情報発信や相談支援に取り組むとともに、地域包括支援センターが窓口となり、介護保険サービス事業者や医療機関等との連携を図る必要があります。

【主な取り組み】

認知症の兆候に関する情報提供

○認知症患者や認知症が疑われる人に対して早期に適切な対応が行われるよう、認知症の兆候やシグナルについて必要な知識の普及を図ります。

認知症サポートガイド（ケアパス）の普及・活用

○地域に住む認知症の人の生活機能障害の進行にあわせ、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受けることができるのかの道筋となる、認知症サポートガイド（ケアパス）の普及、活用を推進します。

認知症初期集中支援チーム

○認知症初期集中支援チームとは、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族について、訪問、観察、評価、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームを指します。

○平成 30(2018)年度より地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置しており、チーム員会議を定期開催しています。チーム員会議には対象事例の家族やケアマネジャーが参加し、サポート医やチーム員と直接協議できる場とします。

③認知症高齢者の見守り・支援体制の強化

【現状と課題】

○たとえ認知症になってもその人らしく尊厳を持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人や家族はもちろんのこと、医療、介護の連携を図り、地域での見守りネットワークを構築し、認知症の人と家族を支える体制整備が求められています。

○町では、認知症について正しい知識を持ち、認知症の人と家族を見守る応援者「認知症サポーター」の養成に取り組んできました。今後は「認知症があってもなくても同じ社会で共に生きる」共生社会を実現するため、これまでの活動を一歩前進させ、困りごとなどの支援ニーズと認知症サポーターを結びつける仕組みづくりを構築することや、認知症当事者の方やその家族、地域住民等が交流し、当事者間のつながりや地域全体での支援の輪づくりを促進することが重要です。

【主な取り組み】

認知症地域支援推進員の配置

○認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに配置しており、地域の実情に応じて医療機関や介護サービス事業所、地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務を行います。

認知症サポーターの育成・チームオレンジの設置

○一般の方に対して、認知症に関する正しい知識を普及し、地域ぐるみで見守り、支援ができるような意識づくりのための認知症サポーター養成講座等を開催します。

○また、「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症サポーター活動をさらに一歩前進させ、地域の認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと、認知症サポーターを結びつける仕組み（チームオレンジ）を設置します。

○認知症サポーターを対象に、チームオレンジのメンバーとなるためのステップアップ講座を開催します。

認知症カフェの設置

○認知症当事者やその家族が、気軽に集える地域の場所として、認知症カフェを設置・運営します。認知症の方だけでなく、地域住民や専門職等の誰もが参加可能で、お茶を飲みながら交流することで、当事者間のつながりや地域全体での支援の輪づくりを促進・支援します。

徘徊高齢者の早期発見のための見守り安心シール交付及び周知活動

〇認知症等によって行方不明となるおそれのある方を対象に「見守り・安心シール(QR コード)」を交付します。シールは、認知症の方の衣類や持ち物に貼ることで、行方不明になった際に、発見者が QR コードを読み取ることができ、その QR コードから接続された伝言板サイトに発見場所などを入力すると、保護者（介護者）あてにメールが自動送信される仕組みです。

〇早期発見につなげるためには、一人でも多くの方に、このシールの存在・仕組みを知ってもらう必要があることから、地域住民への積極的な周知・啓発活動に努めます。

（５） 高齢者の人権を大切にします

①人権意識の普及啓発

【現状と課題】

○あらゆる差別をなくし、誰もが幸せを感じる人権文化のまちの構築に向けて、人権意識の普及啓発を行うことは大切なことであり、そのうち高齢者の人権を守ることが重要な課題の一つになっています。特に、高齢者への配慮や加齢に伴う様々な問題について、町民の理解を深めていく必要があります。

○高齢者が住み慣れた地域で人としての尊厳を持ち続け、安心して暮らしていけるように、虐待や暴力に関する問題を認識し、解決していける地域社会づくりが必要となります。すべての町民が、高齢者支援や社会福祉の問題を自分の問題として捉え、問題意識を高めていけるような人権意識の普及啓発が望まれます。

【主な取り組み】

高齢者の人権に関する啓発の推進

○人権のまちづくりを推進し、広報誌や人権を学ぶ啓発講座、啓発事業を通じて、高齢者の人権問題を含め、幅広く啓発を行っており、今後も引き続き取り組みます。

○また、吉野町人権のまちづくり協議会の活動には、高齢者も参画し主体的に啓発等に取り組みます。

高齢者虐待防止ネットワークの推進

○高齢者虐待を早期発見するための連携を図り、多機関での協力体制の確立をめざしていきます。今後も関係機関との連携強化、また権利擁護や成年後見制度利用との連携により、介護を必要とする高齢者等への虐待の防止と早期発見に努めます。

高齢者虐待防止の普及啓発

○広報誌等での啓発や高齢者虐待防止普及啓発講座を実施します。

○今後も引き続き、虐待防止、虐待の早期発見、早期対応のため、地域住民、関係機関に対し、様々な媒体を活用した普及啓発を推進するとともに、早期発見のため、民生委員や児童委員、ケアマネジャー等の関係機関への周知啓発を行います。

○認知症サポーターを養成することで虐待予防活動や虐待の早期発見につながるよう町民啓発活動を強化します。

②権利擁護の推進

【現状と課題】

○多様化、複雑化する社会の中で、虐待や消費者被害、必要なサービスを受けられないといったように、高齢者の抱える問題もますます深刻な状況となっています。成年後見制度利用支援事業の利用促進については、高齢者が抱える問題に対処していく一助となるため、地域包括支援センターの総合相談業務の中で、継続して普及啓発の取り組みを行うとともに、司法を含めた関係者等との地域連携ネットワークの構築について検討する必要があります。

○悪質商法による高齢者の消費者被害は、被害額も大きく、繰り返し被害にあうことも多いため、地域包括支援センターと消費生活相談窓口等の関連機関が連携し、注意喚起の啓発を強化することと合わせ、利用しやすい相談体制の一層の充実を図ることが求められます。

【主な取り組み】

成年後見制度利用支援事業の利用促進

○成年後見人制度利用促進基本法に基づいて利用促進を図っていくため、制度の広報・周知、体制の整備に努めます。

○身寄りの無い方の成年後見人等の申請の補助や、申し立ての費用や成年後見人等の報酬の助成を行います。

○今後も引き続き、必要な高齢者に適宜活用します。

権利擁護支援の地域連携ネットワーク体制の構築

○成年後見人制度の利用が必要な人が制度を利用でき、制度が必要でない人に対しては適切な支援が提供できるように、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築について検討します。

○成年後見人制度を主とする権利擁護支援の「広報」「相談」「利用促進」「後見人支援」の機能を充実させます。また司法を含めた関係者との顔の見える関係を構築していきます。

総合相談および支援、権利擁護の推進

○総合相談窓口において、介護保険の申請や介護保険サービスについての相談、また、保健、医療、福祉サービス、さらに地域団体などによるインフォーマルサービスなど、幅広く様々な相談に対応し、必要なサービスが利用できるように支援し、地域の高齢者の実態把握とともに、地域でのサービス提供の状況の把握に努めています。

○地域包括支援センターは今後も継続して業務に取り組むとともに実態把握や複合的な課題を有する高齢者の相談に対応できるよう体制整備に努めます。

３． 安心で快適な暮らしやすいまちづくり

（１） 快適な住宅、住環境の向上をめざします

①高齢者にやさしい居住環境の推進

【現状と課題】

○住み慣れた家で暮らし続けるためには、介護が必要な状態になっても、長く住み続けることができる居住環境の確保が必要であることから、本町では、町民等に住宅に関する情報を提供し、制度の周知を図るとともに、自宅の住宅改修における費用の補助や情報提供、高齢者をはじめ、誰もが安心して住めるよう配慮した公営住宅の良好な維持及び管理を行っています。

○また、加齢による生活スタイルの変化等による住み替えニーズにも応える必要があります。高齢者が新たに「住まい」を探すときには、保証人等の様々な問題のため、スムーズに住まいが決まらないことが少なくありません。要配慮者を含め、高齢者が安心・安全で多様な住まいを選択できるよう、サービス付き高齢者向け住宅等や県の居住支援策の情報発信など、県や近隣市町村と連携し、適切な支援を受けることのできる体制づくりが必要です。

【主な取り組み】

公営住宅の管理

○高齢者をはじめ誰もが安心して住めるよう配慮した公営住宅の良好な維持、管理に努めます。

高齢者向け住宅の情報提供

○県では「サービス付き高齢者向け住宅」の登録を行い、物件情報の提供を行っており、町民や事業者に周知を図ります。

○高齢者が安心・安全で多様な住まいを選択できるよう、県や近隣市町村と連携し、公的施設以外の有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等の設置状況の把握や情報提供に努めます。

【参考】有料老人ホーム及びサービス付き高齢者住宅の設置状況（令和2年4月1日現在）

	有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅
吉野町	0 か所	0 か所
南和圏域（五條市と吉野郡）	0 か所	1 か所 （戸数 9）

資料：奈良県「令和2年度高齢者福祉対策の概要」

特定施設の整備検討

〇特定施設には、有料老人ホーム、ケアハウス(軽費老人ホーム)、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅があります。介護保険施設の整備状況としては、適正な供給量をほぼ満たしている状況にありますが、単身、高齢者のみの世帯の増加等による様々な生活状況が予測されるため、今後は、県基本指針を考慮しつつ、適切なサービス供給体制の安定確保を図ります。

生活困窮高齢者に対して、住まいと生活の支援を一体的に実施

〇経済的理由等により生活が困難な高齢者の住まいを支援するため、県の「新たな住宅セーフティネット制度」等の居住支援制度の周知を図ります。

②ユニバーサルデザインのまちづくりの推進

【現状と課題】

○本町では、県の「奈良県住みよい福祉のまちづくり条例」に基づき、公共施設や交通機関のバリアフリー化や改善に一層の取り組みを図っています。特に、高齢者にとっては、身体機能が低下した場合でも健康な人と同じように外出ができ、公共施設の利用、日常的な活動や社会参加活動が特に支障なく行えるよう、庁内の交通担当部門とのさらなる連携強化に努め、環境整備の充実を図ることが重要です。

○今後は、高齢者の移動手段の整備や充実だけでなく、居住している住まいへの支援、高齢者が訪れる公共施設の改修等により、安心して生活できるユニバーサルデザインによる福祉のまちづくりを重要なテーマとして取り組むことが重要です。

【主な取り組み】

公共施設のバリアフリー化

○高齢者、障がい者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（通称：バリアフリー法）及び奈良県住みよい福祉のまちづくり条例に基づく整備及び点検改修を行います。

○今後も引き続き、管理施設の点検や整備を実施するとともに、今後、整備を行う公共施設等については、ユニバーサルデザインの実現に努めます。

高齢者の移動手段確保のため交通担当部門との連携検討

○高齢者の移動手段確保のため、地域公共交通部門と高齢者福祉部門の関係者が、地域の課題について認識を共有し、必要な対策を共に講じることができるよう連携します。

（２）　安全で安心な生活環境を推進します

①事故や犯罪から高齢者を守る取り組み

【現状と課題】

○高齢者は消費者被害や振り込め詐欺等の特殊詐欺の被害に晒されやすい傾向があります。近年巧妙で悪質なケースが増加しており、高齢者を狙った犯罪が深刻な社会問題となっています。被害にあわないための情報提供や相談窓口の周知等、高齢者を犯罪から守る取り組みの強化が必要です。

○高齢化率の上昇に伴い、高齢ドライバー数は近年著しく増加していますが、高齢期における認知機能・運転技能の低下から事故の危険性を高めることが指摘されています。地理的な理由からマイカーが日常的な移動手段である本町にとって、高齢者の安全な移動手段の確保は重大な課題と言えます。

○防犯については、地域ぐるみの見守りやパトロール活動の強化を図るなど防犯組織の充実を図り、町民一人ひとりの防犯意識を高めるために、継続して啓発に努めることが必要です。

【主な取り組み】

防犯意識の高揚

○町民一人ひとりが、防犯意識を高めて、安全で安心な住みよいまちにするため、広報等での啓発活動を実施します。今後、さらに防犯意識の高揚を図るため、啓発に努めます。

消費生活相談との連携

○高齢者に対する悪質な訪問販売等の現状を把握している、消費生活相談窓口と地域包括支援センターとが連携し、普及啓発を推進し、高齢者からの相談を受け、早期に対応できる体制を整え、対応に努めます。

交通安全対策の推進

○高齢者が関係する交通事故が急増しています。本町ではマイカーが日常的な移動手段になっているため、関係機関と連携して、高齢者に対する交通安全教室を実施するなど、高齢者の交通ルールに関する意識の向上に取り組みます。

○運転免許証を返納しやすい生活環境を提供することによって、運転が不安な高齢者に対して、運転免許証の自主返納を促進し、交通事故の抑止を図っていきます。

②災害に備えた高齢者支援体制の確立

【現状と課題】

○我が国は自然災害大国であり、近年異常な集中豪雨などによる災害も増加しており、本町においても水害をはじめとする災害が想定されます。高齢者には、自力で避難ができず支援が必要な場合が少なくありません。ひとり暮らしの高齢者や、親族による支援が受けられない人が増えているなか、迅速な避難を行うためには、各種機関や地域住民等との連携による支援が重要です。

○本町では、地域防災計画にあるとおり、住み慣れた地域で安心して暮らすことのできるまちづくりをめざし、要介護高齢者など、災害時に何らかの手助けが必要な人の情報を地域で共有し、災害時等に地域の中で支援が受けられるようにする「吉野町災害時要援護者避難支援プラン」を平成 22(2010)年に策定し、推進しています。

○今後、行政内部の体制強化や職員の危機管理意識の強化を図るとともに、介護サービス事業所等とも連携し、地域全体で防災意識の高揚に努め、防災訓練などの機会を充実する取り組みが求められます。

【主な取り組み】

防災意識の高揚

○危険箇所等を掲載したハザードマップの作成や防災訓練・自主防災組織の育成などにより防災意識を高めていきます。今後も、あらゆる機会を捉えて、防災意識の高揚に努めます。

吉野町災害時要援護者避難支援プランの推進

○災害時に何らかの手助けが必要な人の情報を地域内で共有し、災害時等に地域の中で支援が受けられるようにするための計画として、平成 22(2010)年に策定した「吉野町災害時要援護者避難支援プラン」を随時、整備していきます。

○「吉野町災害時要援護者避難支援プラン」の周知を進めるとともに、普段からの見守りなどを含め、地域と連携した災害時要援護者支援の取り組みを進めます。

災害時避難行動要支援者名簿・同意者名簿の作成及び活用

○高齢者等で災害時に自ら避難することが困難な方を把握し「災害時避難行動要支援者名簿」を作成しており、毎年定期的に更新作業を行います。災害時に迅速かつ的確な避難支援が行えるよう活用します。

○また、避難行動要支援者のうち、通常時も情報を開示してもいいという同意を得ている方の「同意者名簿」も作成しており、関係者間で共有し、地域と連携した防災支援の取り組みを進めます。

災害時における福祉避難所協定の推進

○大規模災害発生時に一般の避難所では対応が困難な高齢者や居宅での居住が困難となった高齢者で特別な配慮を必要とする方が、安心して避難生活を送るため、町内の介護老人福祉施設等を福祉避難所として利用できるよう、協定を結んでおり、この協定に基づき大規模災害時等に、福祉避難所を開設します。

介護サービス事業所と連携した災害対策の推進

○介護サービス事業所と連携した防災訓練や、事業所の災害対応に関する具体的計画・備蓄等の確認を定期実施し、事業所と連携した災害対策を推進します。

○水防法及び土砂災害防止法が平成 29(2017)年 6 月に改正され、要配慮者が利用する施設については、洪水・土砂災害における防災体制や訓練の実施に関する事項を定めた「避難確保計画」を作成することになっています。避難確保計画作成該当施設については、適切な計画内容となっているか確認を実施し、必要な指導・支援を行います。

③感染症対策の推進

【現状と課題】

○新型コロナウイルスの世界的な感染拡大により、人類規模での感染症対策が喫緊の課題となっています。我が国においても緊急事態宣言が発令されるなど、様々な感染症対応がとられており、新型コロナウイルス感染を予防するための「新しい生活様式」を日常生活に取り入れて実践していく必要があります。特に、高齢者や基礎疾患のある方は重症化しやすいと考えられ、一層の注意が必要であり、国や県、介護サービス事業所等との連携を密にし、「新しい生活様式」等に対応した新たな対策を早急に検討、確立させていくことが不可欠です。

【主な取り組み】

新型インフルエンザ等対策行動計画に基づく
感染症対策の推進と感染拡大防止策の周知啓発

○町の「新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、地域における感染拡大を最小限に抑えるため、新型インフルエンザ等の感染症対策を講じていきます。

○昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和２(2020)年３月に特措法が改正され、現行の行動計画に定められている新型インフルエンザ等に関する事項は、今般の新型コロナウイルス感染症を含むものとみなすとされたことから、本行動計画に基づき新型コロナウイルス感染症の対策を進めていきます。

○また、町民が日常生活において「新しい生活様式」等の正しい感染症対策を実践できるよう、感染症防止に関する周知啓発及び知識の普及に努めます。

介護サービス事業所と連携した新型コロナウイルス等の感染症対策の推進

○介護サービス事業所内の集団感染（クラスター）の発生防止や感染症発生時のサービス継続に向けて、町と事業所が連携し、一体となって取り組みます。

○介護サービス事業所に対して、感染症等に係る留意事項の情報提供や、予防や発生時の対策にかかる研修等を行い、事業所内での感染症対策の徹底を図ります。

○事業所内の感染症対策の状況・感染症マニュアル等の整備の周知や、平常時からのマスク・消毒液等の衛生用品の備蓄状況等を確認し、必要に応じて指導・支援します。

○国や県と協力し、感染症対策に柔軟に対応できるように関係機関と協議検討していきます。

○新型コロナウイルス等の感染症の影響を受けた介護サービス事業所に対し、必要に応じた支援策を講じるとともに、国・県の支援策について情報提供します。

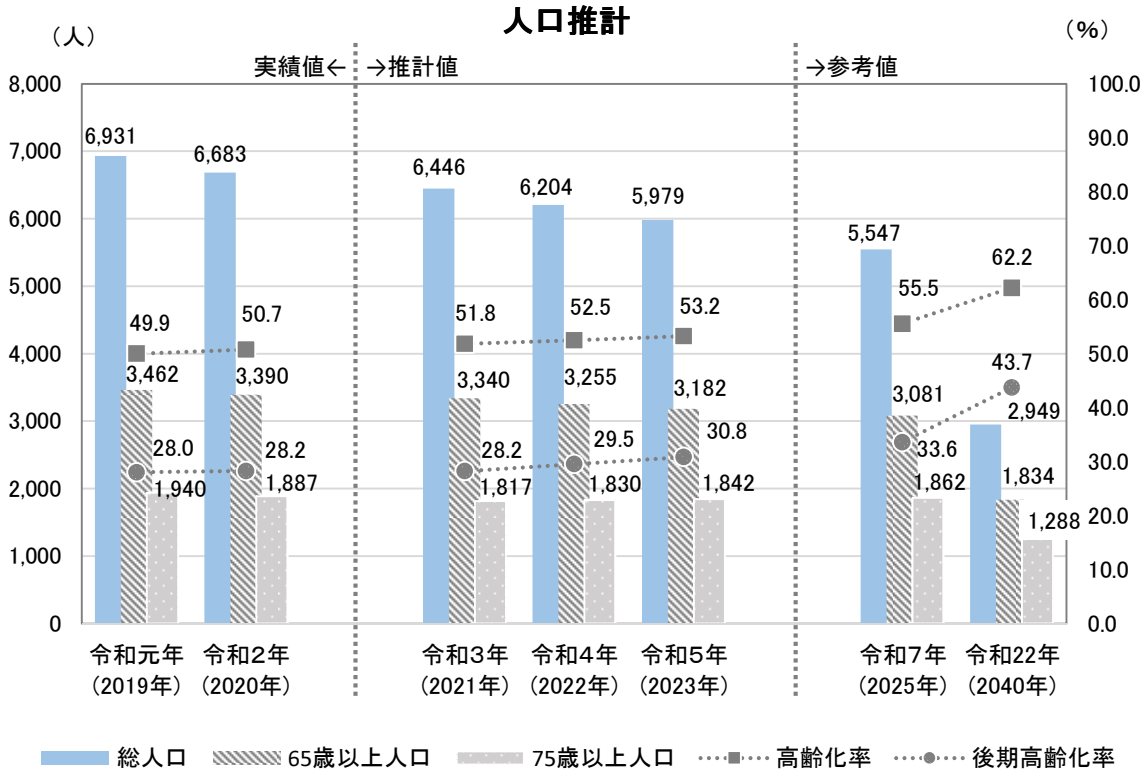
第５章　介護サービスの充実と質の向上

１．　高齢者等の見込み

（１）　人口推計

今後の本町の総人口を推計すると、本計画期間の最終年度の令和５(2023)年度には、総人口は 5,979 人、65 歳以上人口が 3,182 人（高齢化率 53.2%）、75 歳以上人口が 1,842 人（後期高齢化率 30.8%）になると見込まれます。

なお、参考値として令和７(2025)年度、令和 22(2040)年度についても推計を行っています。

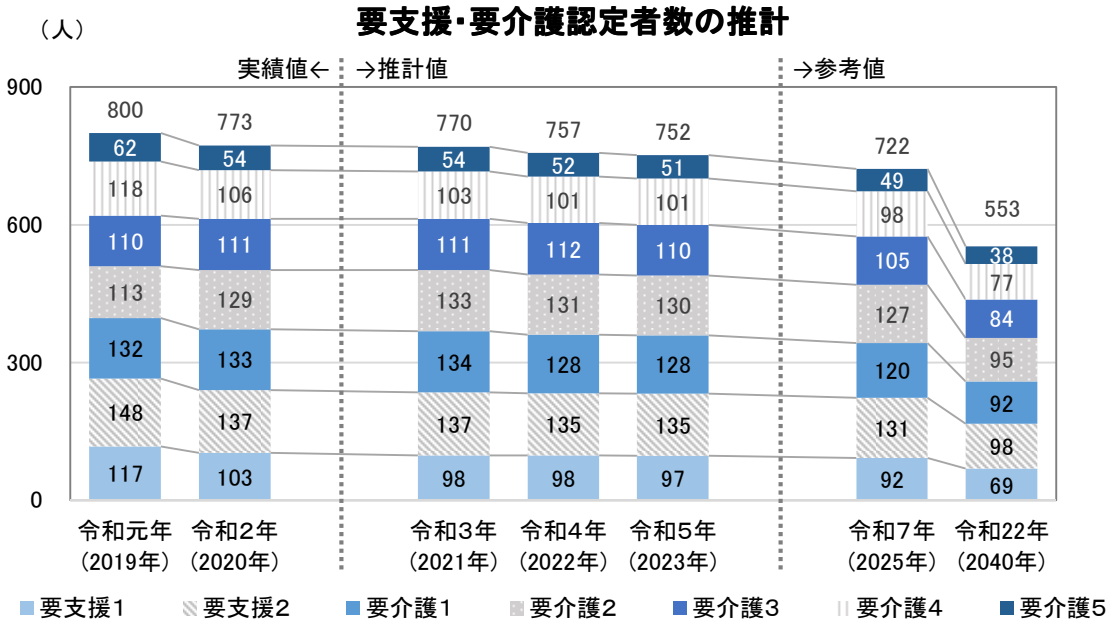


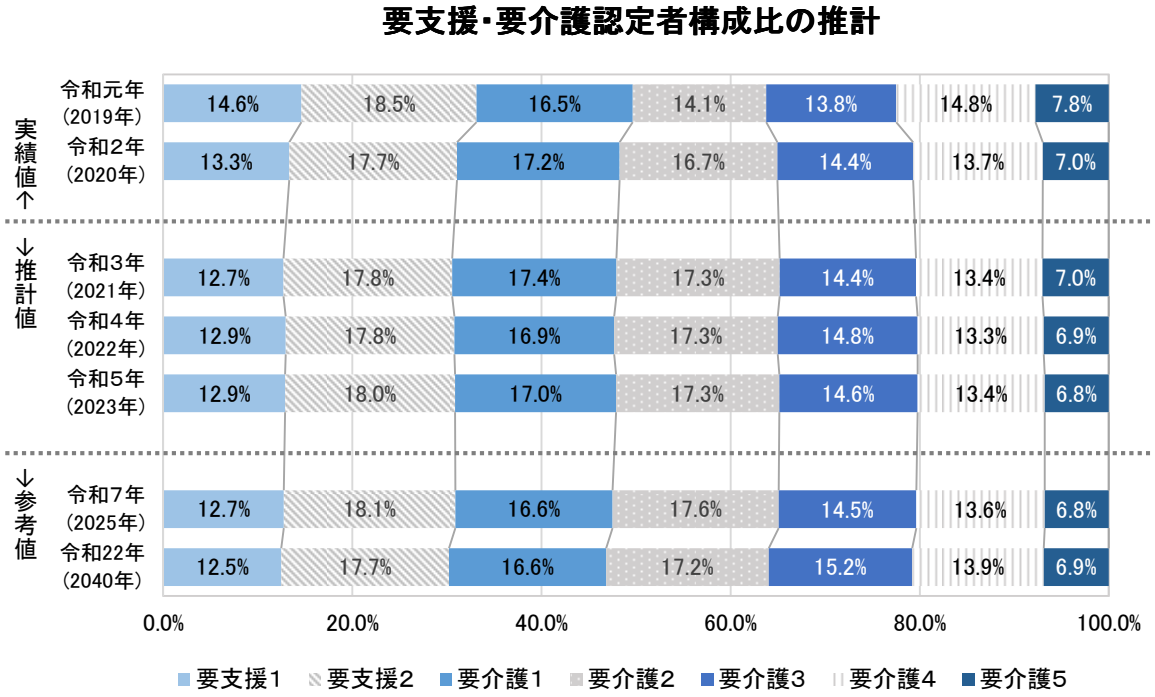
資料：令和2年までは住民基本台帳（各年9月末）
令和3年以降は推計値

介護サービスの見込みのための人口推計については、近い将来を推計するため、直近5か年の実績値（平成 28 年～令和2年の住民基本台帳人口）をもとにコーホート変化率法により人口推計を行いました。

（２） 要支援・要介護認定者の推計

今後の要支援・要介護認定者数（第２号被保険者も含む）を推計すると、令和５(2023)年度には認定者数が 752 人になると見込まれます。





資料：令和2年までは介護保険事業状況報告書（各年9月月報）
令和3年以降は見える化システム将来推計

２． 介護サービスの量の見込み

（１） 居宅サービスの必要量の推計

第７期計画期間における実績等をもとに居宅サービス及び介護予防サービスの見込みを試算すると、次のとおりです。

居宅サービス		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
訪問介護	利用回数（回/月）	1,890	1,769.3	1,747.7
	利用者数（人/月）	109	105	104
訪問入浴介護	利用回数（回/月）	23.3	23.3	23.3
	利用者数（人/月）	5	5	5
訪問看護	利用回数（回/月）	289.3	289.3	282.2
	利用者数（人/月）	36	36	35
訪問リハビリテーション	利用回数（回/月）	150.3	150.3	150.3
	利用者数（人/月）	18	18	18
居宅療養管理指導	利用者数（人/月）	35	34	32
通所介護	利用回数（回/月）	1,242.1	1,203.8	1,178
	利用者数（人/月）	133	129	126
通所リハビリテーション	利用回数（回/月）	183.4	183.4	183.4
	利用者数（人/月）	24	24	24
短期入所生活介護	利用日数（日/月）	779.2	763.1	746.1
	利用者数（人/月）	45	44	43
短期入所療養介護（老健）	利用日数（日/月）	28.5	28.5	28.5
	利用者数（人/月）	3	3	3
短期入所療養介護（病院等）	利用日数（日/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	利用日数（日/月）	30.1	30.1	30.1
	利用者数（人/月）	3	3	3
福祉用具貸与	利用者数（人/月）	150	146	142
特定福祉用具購入費	利用者数（人/月）	4	4	4
住宅改修費	利用者数（人/月）	3	3	3
特定施設入居者生活介護	利用者数（人/月）	11	11	11
居宅介護支援	利用者数（人/月）	262	254	250

介護予防サービス		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
介護予防訪問入浴介護	利用回数（回/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防訪問看護	利用回数（回/月）	34.9	34.9	34.9
	利用者数（人/月）	8	8	8
介護予防訪問リハビリテーション	利用回数（回/月）	23.4	23.4	23.4
	利用者数（人/月）	3	3	3
介護予防居宅療養管理指導	利用者数（人/月）	2	2	2
介護予防通所リハビリテーション	利用者数（人/月）	6	6	6
介護予防短期入所生活介護	利用日数（日/月）	8	8	8
	利用者数（人/月）	2	2	2
介護予防短期入所療養介護（老健）	利用日数（日/月）	1.5	1.5	1.5
	利用者数（人/月）	1	1	1
介護予防短期入所療養介護（病院等）	利用日数（日/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	利用日数（日/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	利用者数（人/月）	48	46	47
介護予防特定福祉用具購入費	利用者数（人/月）	2	2	2
介護予防住宅改修	利用者数（人/月）	3	3	3
介護予防特定施設入居者生活介護	利用者数（人/月）	2	2	2
介護予防支援	利用者数（人/月）	56	54	55

（２） 地域密着型サービスの必要量の推計

第７期計画期間における実績等をもとに地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスの見込みを試算すると、次のとおりです。

地域密着型サービス		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	利用者数（人/月）	0	0	0
夜間対応型訪問介護	利用者数（人/月）	0	0	0
地域密着型通所介護	利用回数（回/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
認知症対応型通所介護	利用回数（回/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	利用者数（人/月）	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	利用者数（人/月）	11	11	11
地域密着型特定施設入居者生活介護	利用者数（人/月）	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	利用者数（人/月）	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	利用者数（人/月）	0	0	0

地域密着型介護予防サービス		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
介護予防認知症対応型通所介護	利用回数（回/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	利用者数（人/月）	0	0	0

（３） 施設サービスの必要量の推計

第７期計画期間における実績等をもとに施設サービスの利用者数を推計すると、次のとおりです。

施設サービス		令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
介護老人福祉施設	利用者数（人/月）	120	121	122
介護老人保健施設	利用者数（人/月）	45	45	45
介護医療院	利用者数（人/月）	21	21	21
介護療養型医療施設	利用者数（人/月）	0	0	0

３． 介護保険事業費の見込み

（１） 総給付費の推計

第８期計画期間におけるサービス給付費は、次のとおりです。

（単位：千円）

介護給付費	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）	合計
居宅サービス				
訪問介護	62,889	58,692	57,975	179,556
訪問入浴介護	3,687	3,689	3,689	11,065
訪問看護	23,051	23,064	22,413	68,528
訪問リハビリテーション	5,204	5,207	5,207	15,618
居宅療養管理指導	4,503	4,346	4,108	12,957
通所介護	112,722	109,685	106,526	328,933
通所リハビリテーション	19,052	19,063	19,063	57,178
短期入所生活介護	72,753	71,423	69,662	213,838
短期入所療養介護（老健）	3,356	3,358	3,358	10,072
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	4,410	4,413	4,413	13,236
福祉用具貸与	23,824	23,276	22,592	69,692
特定福祉用具購入費	1,489	1,489	1,489	4,467
住宅改修費	2,899	2,899	2,899	8,697
特定施設入居者生活介護	26,010	26,025	26,025	78,060
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	35,694	35,714	35,714	107,122
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
施設サービス				
介護老人福祉施設	363,963	367,473	370,780	1,102,216
介護老人保健施設	149,444	149,896	149,896	449,236
介護医療院	106,503	106,562	106,562	319,627
介護療養型医療施設	0	0	0	0
居宅介護支援	39,052	37,955	37,239	114,246
合計	1,060,505	1,054,229	1,049,610	3,164,344

（単位：千円）

介護予防給付費	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）	合計
介護予防居宅サービス				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	2,450	2,451	2,451	7,352
介護予防訪問リハビリテーション	829	829	829	2,487
介護予防居宅療養管理指導	227	227	227	681
介護予防通所リハビリテーション	2,483	2,485	2,485	7,453
介護予防短期入所生活介護	551	552	552	1,655
介護予防短期入所療養介護（老健）	133	133	133	399
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	3,393	3,261	3,318	9,972
介護予防特定福祉用具購入費	623	623	623	1,869
介護予防住宅改修費	2,807	2,807	2,807	8,421
介護予防特定施設入居者生活介護	1,297	1,298	1,298	3,893
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
介護予防支援	3,031	2,925	2,978	8,934
合計	17,824	17,591	17,701	53,116

（単位：千円）

総給付費	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）	合計
①介護サービス	1,060,505	1,054,229	1,049,610	3,164,344
在宅サービス	378,891	368,559	360,633	1,108,083
居住系サービス	61,704	61,739	61,739	185,182
施設サービス	619,910	623,931	627,238	1,871,079
②介護予防サービス	17,824	17,591	17,701	53,116
在宅サービス	16,527	16,293	16,403	49,223
居住系サービス	1,297	1,298	1,298	3,893
合計　①+②	1,078,329	1,071,820	1,067,311	3,217,460

（２） 標準給付費の推計

総給付費に特定入所者介護サービス費（低所得者が施設に入所、あるいは短期入所サービスで滞在したときの食費・居住費の補足給付）、高額介護サービス費（介護保険の利用者が１か月間に支払った１割負担が一定の上限を超えた場合に払い戻される給付）、高額医療合算介護サービス費（医療保険と介護保険の自己負担額の合計が基準額を超えた場合にその超えた金額を給付）、算定対象審査支払手数料（算定対象となる国保連合会に支払う手数料）を加えた標準給付費は、以下のとおりです。

（単位：円）

標準給付費見込額	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
①総給付費	1,078,329,000	1,071,820,000	1,067,311,000	3,217,460,000
②特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	56,650,819	51,873,547	51,592,868	160,117,234
③高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	27,978,632	27,152,461	27,005,294	82,136,387
④高額医療合算介護サービス費等給付額	3,505,572	3,426,639	3,408,066	10,340,277
⑤算定対象審査支払手数料	1,001,881	979,303	973,978	2,955,162
合計	1,167,465,904	1,155,251,950	1,150,291,206	3,473,009,060

（３） 地域支援事業費の推計

第８期計画期間における地域支援事業費は、以下のとおりです。

（単位：円）

地域支援事業費	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
介護予防・日常生活支援総合事業	26,774,044	27,069,238	27,202,073	81,045,355
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）・任意事業	16,730,187	16,333,999	15,967,901	49,032,087
包括的支援事業（社会保障充実分）	20,887,000	20,887,000	20,887,000	62,661,000
合計	64,391,231	64,290,237	64,056,974	192,738,442

（４）　保険料収納必要額の推計

第８期計画期間における保険料収納必要額は、以下のとおりです。

	単位	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)	合計
標準給付費見込額	円	1,167,465,904	1,155,251,950	1,150,291,206	3,473,009,060
地域支援事業費	円	64,391,231	64,290,237	64,056,974	192,738,442
第１号被保険者負担分相当額	円	283,327,141	280,494,703	279,300,081	843,121,925
調整交付金相当額	円	59,711,997	59,116,059	58,874,664	177,702,721
調整交付金見込額	円	106,168,000	102,153,000	98,674,000	306,995,000
調整交付金見込交付割合	%	8.89%	8.64%	8.38%	－
後期高齢者加入割合補正係数	―	0.8741	0.8854	0.8975	－
所得段階別加入割合補正係数	―	0.9506	0.9506	0.9503	－
財政安定化基金拠出金見込額	円	－	－	－	0
財政安定化基金償還金	円	－	－	－	0
介護保険財政調整基金取崩額	円	－	－	－	38,700,000
審査支払手数料差引額	円	0	0	0	0
市町村特別給付費等	円	0	0	0	0
市町村相互財政安定化事業負担額	円	－	－	－	0
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	円	－	－	－	0
保険料収納必要額	円	－	－	－	675,129,646
予定保険料収納率	%	－	－	－	99.20%

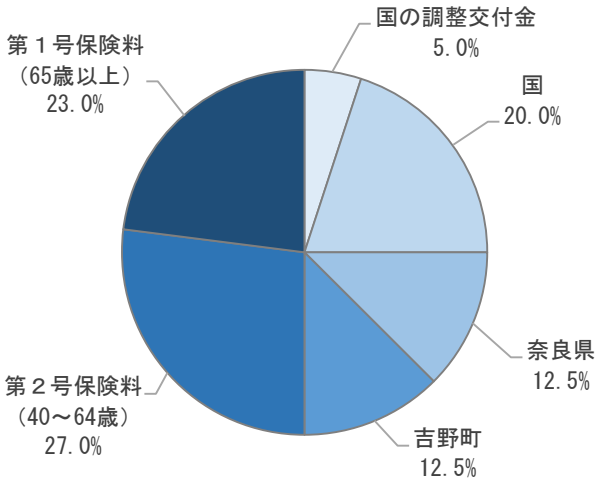
４．　第１号被保険者の介護保険料

（１）　介護給付等の財源

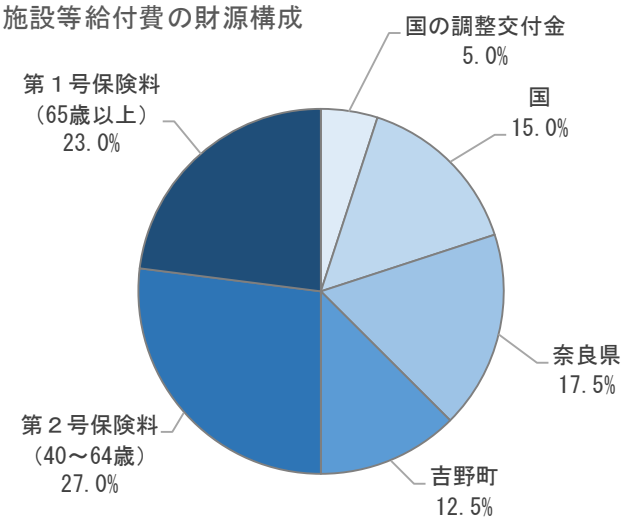
全国の介護保険被保険者が公平に費用（介護給付費＋地域支援事業費）を負担するように、第１号被保険者と第２号被保険者の負担割合は、３か年（事業計画期間）ごとに、全国規模の人口比率で定められており、第８期計画期間の第１号被保険者の負担割合は、第７期に引き続き 23%となります。

介護給付にかかる財源の２分の１は公費で、残りの半分は介護保険料でまかなわれており、それぞれの財源構成は次のとおりです。

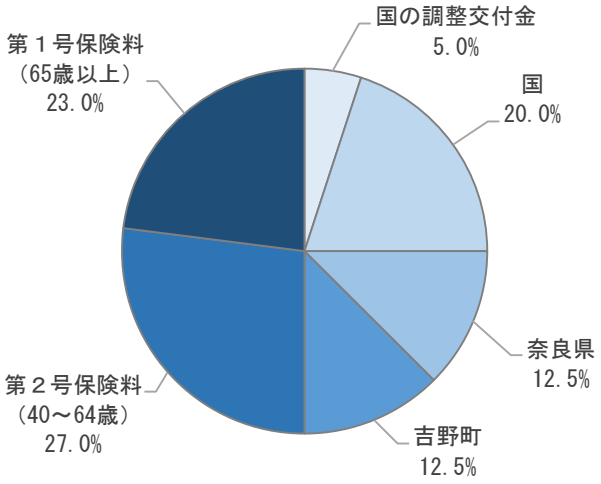
居宅給付費の財源構成



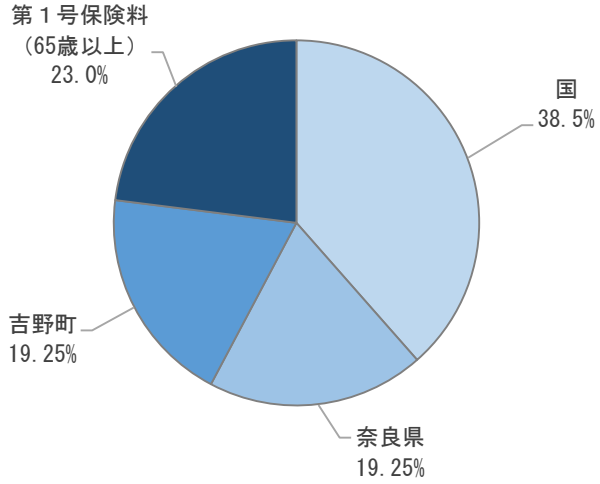
施設等給付費の財源構成



介護予防・日常生活支援総合事業の財源構成



包括的支援事業・任意事業の財源構成



ただし、公費のうち「国の調整交付金」は、市町村間の第１号被保険者の保険料格差を是正するために交付されるものであり、第１号被保険者に占める後期高齢者（75歳以上の方）の割合や所得分布の状況により変動する仕組みとなっています。

（２） 保険料段階

本町では、国の標準段階（９段階）と同じ９段階に設定しました。

	国の標準段階（9段階）	基準額に対する割合
第1段階	生活保護被保護者、世帯全員が住民税非課税かつ老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.50
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下	0.75
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万円超	0.75
第4段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.90
第5段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超	1.00
第6段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20
第7段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.30
第8段階	住民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.50
第9段階	住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	1.70

所得段階別被保険者数については、現状の所得段階別人口割合から算出しました。

（単位：人）

	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）	合計
第1段階	753	732	716	2,201
第2段階	340	331	324	995
第3段階	211	206	201	618
第4段階	468	456	446	1,370
第5段階	394	385	376	1,155
第6段階	468	456	446	1,370
第7段階	396	386	377	1,159
第8段階	166	162	158	486
第9段階	144	141	138	423
合計	3,340	3,255	3,182	9,777
所得段階別加入割合補正後被保険者数	3,175	3,096	3,026	9,297

（３）　第１号被保険者の介護保険料

1	標準給付費＋地域支援事業費合計見込額（令和 3 年度～令和 5 年度） 3,665,747,502 円…①

↓

2	第1号被保険者負担分相当額 843,121,925 円（①×23%）

＋調整交付金相当額	177,702,721 円
－調整交付金見込額	306,995,000 円
－準備基金取崩額	38,700,000 円

↓

3	保険料必要収納額（収納率 99.2%で補正後） 680,574,240 円

÷

4	所得段階別加入割合補正後被保険者数　9,297 人 （基準額の割合によって補正した令和 3 年度～令和 5 年度までの被保険者数）

↓

保険料基準月額　6,100 円

所得段階	所得の条件	基準額に対する割合	保険料（月額）	保険料（年額）
第1段階	生活保護被保護者、世帯全員が住民税非課税かつ老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.30※	1,830 円	21,960 円
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下	0.50※	3,050 円	36,600 円
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万円超	0.70※	4,270 円	51,240 円
第4段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下	0.90	5,490 円	65,880 円
第5段階	住民税課税の世帯員がいる世帯で、本人は住民税非課税かつ合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超	1.00	6,100 円	73,200 円
第6段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20	7,320 円	87,840 円
第7段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.30	7,930 円	95,160 円
第8段階	住民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.50	9,150 円	109,800 円
第9段階	住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	1.70	10,370 円	124,440 円

※令和元年 10 月に消費税が 10%に引き上げられたことにともない、第1段階から第3段階（住民税非課税世帯）については、公費負担による保険料の軽減措置が実施されます。そのため、基準額に対する割合は、第 1 段階を 0.50→0.30、第2段階を 0.75→0.50、第3段階を 0.75→0.70 として算定しています。

第６章　計画の推進について

１．　計画に関する啓発・広報の推進

本計画並びに基本施策の概要について、高齢者はもとより幅広い町民への周知、啓発を行うため、広報誌やホームページへの掲載、町行事、関係する各種団体や組織等の会合など多様な機会に活用していきます。

２．　計画推進体制の整備

（１）　連携及び組織の強化

本計画に掲げる幅広い施策を円滑かつ効果的に進め、「第５次吉野町総合計画」に掲げる理念の実現につなげるため、庁内や関係機関との連携の充実や組織の強化を行っていきます。

１　高齢者の在宅での生活が確保されるために、保健、総合事業、介護サービス、そして地域福祉に基づく地域での取り組みなどが、一体的かつ適切に提供されるよう高齢者保健、高齢者福祉、介護保険、地域福祉の担当課間において、担当者レベル及び管理職レベルでの日常的な調整や情報交換を充実します。

２　保健福祉サービスにかかる対象者情報については、個人情報の保護を遵守しつつ適正に共有化されるよう、各担当課間や社会福祉協議会、地域包括支援センター等との情報交換の仕組みづくりに引き続き努めます。

３　計画の総合的な推進のためには、関連する各課とも連携を強化していく必要があります。そこで、既存の庁内組織等も活用しながら、情報交換や課題解決に向けて全庁的な取り組みを行うことで総合的な推進を図っていきます。

（２）　保健、医療、福祉、地域住民等との連携

ニーズの把握から各サービスの提供までを迅速かつ的確に行うとともに、保健福祉コミュニティづくりを通して地域に根ざした健康づくりや生きがい、交流等が進められるよう、地域包括支援センターを中心として、関係団体、関係機関との保健、医療、福祉の連携を強化するとともに、地域福祉の重要な担い手となる民生委員や児童委員、ボランティア、地域住民の自主活動組織、老人クラブ等とも連携を強化し、地域共生社会の実現に向けた地域づくりを推進します。

（３） 県及び近隣市町村との連携

介護保険制度の円滑な運営においては、介護サービスの広域的利用など周辺地域との関わりも大きいため、県や近隣市町村との連携が不可欠となります。

そこで、県や近隣市町村との情報交換や連絡体制の強化を図り、近隣地域とも一体となった介護保険事業及び保健福祉事業の展開を進めます。

３． 進捗状況の把握と評価の実施

本計画の目標実現に向けて、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、進捗状況の点検、評価を「吉野町介護保険事業計画等策定委員会」において実施していきます。

また、庁内の推進体制として、引き続き高齢者福祉及び介護保険を所管する長寿福祉課が中心となり、関係各課や関係機関との緊密な連携のもと、計画を推進していきます。

さらに、令和３(2021)年度以降の計画推進及び次期計画の策定において施策展開の改善につなげるために、課題の抽出や重点的に取り組む事項などの検討を行い、その結果を毎年度取りまとめ、効果的かつ継続的な計画の推進を図ります。

【本計画の主な数値目標】

本計画の目標実現に向けて、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、下記の通り数値目標を設定します。進捗状況の点検、評価を毎年度実施し、取り組みの見直しや改善につなげるため、ＰＤＣＡサイクルに基づく進行管理を行います。

基本目標Ⅰ　健康で生きがいに満ちたまちづくり

項 目	実績	目 標		目標の考え方
	令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
老人クラブの高齢者参加率	23.1%	30%	35%	第5次吉野町総合計画に基づき参加率の拡充を図り、その後参加率を維持する。
シルバー人材センターの会員数	134 人	140 人	150 人	第5次吉野町総合計画に基づき会員数の拡充を図り、その後会員数を維持する。
ボランティア団体・会員数	292 人	330 人	350 人	町ボランティア連絡協議会加入団体・会員数の拡充を図る。
健康づくり・介護予防サポーターの年間活動数	13 回	13 回	13 回	サポーターの主体的な活動を定期的に継続させる。
高齢者外出支援事業利用申請人数	1,065 人	1,100 人	1,100 人	利用者数の拡充を図る。
老人福祉センター利用者数	60 歳以上延 7,245 人	60 歳以上延 7,500 人	60 歳以上延 8,000 人	60 歳以上延利用者を高齢者数の 150%に相当する数にまで拡充を図り、その後率を維持する。
後期高齢者健康診査の受診率	10.3%	13%	14%	受診率の向上を図る。

項 目	実績	目 標		目標の考え方
	令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
地域サロンのグループ数	32 グループ	35 グループ	37 グループ	第5次吉野町総合計画に基づきグループ数の拡充を図り、その後グループ数を維持する。
住民主体の通いの場（ケラケラ百歳体操等）か所数	8 か所	11 か所	13 か所	か所数の拡充を図る。
住民主体の通いの場（ケラケラ百歳体操等）参加者数	120 人	165 人	195 人	参加者数の拡充を図る。

基本目標２　支えあい安心できるまちづくり

項 目	実績	目 標		目標の考え方
	令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
地域包括支援センター運営協議会の開催回数	1 回	1 回	1 回	開催回数の維持を図る。
地域ケア会議の開催回数	13 回	15 回	15 回	開催回数の向上を図る。
自立支援型地域ケア会議での事例検討実件数	8 件	20 件	20 件	事例検討件数の維持継続を図る。
地域包括支援センター総合相談支援延べ件数	323 件	500 件	550 件	相談支援件数の拡充を図る。
庁内連携にて情報共有・相談支援を実施した件数	13 件	25 件	30 件	情報共有・相談支援件数の拡充を図る。
入院時の情報提供の実施割合	69.6%	87%	99%	実施割合の向上を図る。
退院連絡の実施割合	75.2%	90%	100%	実施割合の向上を図る。
緊急通報システムの設置数	92 件	100 件	100 件	設置数の拡充を図る。
生活支援コーディネーターの地域派遣回数	20 回	42 回	50 回	派遣回数の向上を図る。
要介護認定の適正化点検実施率	100%	100%	100%	引き続き全数実施。
住宅改修の事前現場確認実施率	100%	100%	100%	引き続き全数実施。
福祉用具購入書面点検実施率	100%	100%	100%	引き続き全数実施。
介護給付費通知実施回数	年 4 回	年 4 回	年 4 回	実施回数の維持を図る。
ケアマネジャーへの指導（ケアプラン点検等）	実地指導 1 事業者 個別指導 4 事業者	2 事業者	2 事業者	指導件数の拡充を図る。
認知症サポーターの延養成人数	1,406 人	1,500 人	1,600 人	養成人数の拡充を図る。
チームオレンジ拠点設置数	0 か所	4 か所	6 か所	設置数の拡充を図る。
認知症カフェの設置数	―	2 か所	3 か所	設置数の拡充を図る。
キャラバンメイトの延養成人数	13 人	15 人	18 人	養成人数の拡充を図る。
権利擁護にかかる普及啓発実施回数	9 回	20 回	23 回	実施回数の向上を図る。
民生児童委員相談支援件数	1,282 件	1,400 件	1,400 件	相談支援体制を充実させ支援件数の維持継続を図る。

基本目標３　安心で快適な暮らしやすいまちづくり

項 目	実績	目 標		目標の考え方
	令和元年度（2019 年度）	令和5年度（2023 年度）	令和7年度（2025 年度）	
福祉避難所の協定数	2 か所	2 か所	2 か所	協定数の維持を図る。

資料編

１．吉野町介護保険事業計画等策定委員会設置要綱

（設置）

第１条　吉野町介護保険事業計画及び吉野町高齢者福祉計画の策定の推進に関する重要な事項を定めるにあたり、広く住民の意見を求めるため、吉野町介護保険事業計画等策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（所掌事項）

第２条　委員会は、次の各号に掲げる事項について、審議するものとする。

(1) 吉野町介護保険事業計画の策定に関すること
(2) 吉野町高齢者福祉計画の策定に関すること
(3) 吉野町地域包括支援センターの運営に関すること
(4) 吉野町地域密着型サービス運営協議会に関すること
(5) その他高齢者の健康福祉施策に関する重要な事項

（組織）

第３条　委員会の委員は、次の各号に掲げる者のうちから町長が委嘱し、又は任命する。

(1) 町議会の議員
(2) 医師・歯科医師・保健医療関係者
(3) 公共的団体等の代表者
(4) 保健・福祉関係行政機関の職員
(5) 学識経験者
(6) その他町長が必要と認めた者

（任期）

第４条　委員の任期は、３年以内とし、再任を妨げない。ただし、委員の任期の途中で交代した場合の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）

第５条　委員会に会長及び副会長を各１名置き、委員の互選によって定める。

２　会長は、委員会を代表し、会務を統括する。

３　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）

第６条 委員会の会議は、会長が招集し、会長が会議の議長となる。

２　会議は、委員の半数以上が出席しなければ開くことができない。

３　会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

（庶務）

第７条　委員会の庶務は、長寿福祉課において処理する。

（その他）

第８条　この要綱に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、別に定める。

附　則（平成 20 年(2008 年) 3 月吉野町要綱第 5 号）
この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。
附　則（平成 23 年(2011 年) 3 月吉野町要綱第 24 号）
この要綱は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

2．　吉野町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿

区分	所属	氏名
医師代表	吉野町医師代表	島田　悦治
歯科医師代表	吉野町歯科医師代表	森口　浩充
薬剤師代表	吉野町薬剤師代表	澤井　敏彦
議会代表	吉野町総務文教厚生委員長	西澤　巧平
区長会代表	吉野町区長連合会長	山田　芳雄
社会福祉協議会代表	吉野町社会福祉協議会常務理事	中島　正代
吉野町民生児童委員代表	吉野町民生児童委員会会長	木谷　千津子
老人クラブ代表	吉野町老人クラブ連合会長	更谷　定一郎
保健福祉関係行政職員代表	吉野町長寿福祉課長	久野　史人

吉野町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画

令和３(2021)年３月

編集・発行　吉野町長寿福祉課

〒639-3114
奈良県吉野郡吉野町大字丹治 130 番地の１
TEL　0746-32-8856
FAX　0746-32-4690
E-mail　choju_kaigo@town.yoshino.lg.jp
http://www.town.yoshino.nara.jp/