

天川村
第9期介護保険事業計画及び
高齢者福祉計画

【令和6（2024）年度～令和8（2026）年度】

令和6（2024）年3月

天 川 村

目 次

第1章 計画の策定にあたって.....	1
1. 計画策定の背景と趣旨.....	1
2. 計画策定の位置づけ.....	2
3. 計画の期間.....	2
4. 計画の策定体制.....	3
5. 日常生活圏域の設定.....	3
第2章 高齢者及び介護保険の現状.....	4
1. データから見た本村の高齢者.....	4
2. データから見た本村の介護保険.....	9
3. 調査結果から見た本村の状況と課題.....	15
第3章 基本理念と目標.....	30
1. 基本理念.....	30
2. 基本目標.....	30
3. 施策体系.....	32
第4章 施策の展開.....	34
基本目標1 一人ひとりの思いを大切にし、相談できるむらづくり.....	34
基本目標2 生きがいに満ちたむらづくり.....	47
基本目標3 安心できるむらづくり.....	53
基本目標4 安全で快適なくらしやすいむらづくり.....	67
第5章 介護保険事業に関する見込み.....	70
1. 介護保険制度改正による費用負担等について.....	71
2. 高齢者等の見込み.....	73
3. 介護サービスの量の見込み.....	75
4. 介護保険事業費の見込み.....	78
5. 第1号被保険者の介護保険料.....	82
第6章 計画の推進について.....	86
1. 計画に関する啓発・広報の推進.....	86
2. 計画推進体制の整備.....	86
3. 進捗状況の把握と評価の実施.....	87
資料編.....	88
1. 天川村介護保険運営協議会規則.....	88
2. 天川村介護保険運営協議会名簿.....	90

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の背景と趣旨

日本の人口は、平成 22（2010）年以降、年々減少していますが、今後ますます高齢化が進展し、令和 7（2025）年にはいわゆる団塊の世代すべてが 75 歳以上の後期高齢者となり、その後、令和 22（2040）年には、団塊世代の子どもが 65 歳以上となり、現役世代が減少する中で、医療及び介護ニーズの高い 85 歳以上の方が急速に増加し、1,000 万人を超えると見込まれています。

このような状況の中、介護に係る情勢はより一層厳しくなることが想定され、現在も人材面・財政面をはじめ多方面において課題が山積している状況であり、今後の生産年齢人口の減少により、介護保険料の 40 歳から 64 歳までの現役世代の負担はますます増加することが予想され、公的保険制度による介護ニーズへの対応は厳しさを増している状況です。

このような高齢者を取り巻く状況の中、国では、平成 12（2000）年度に介護保険制度を創設して以降、社会動向などに応じて介護保険制度と高齢者福祉施策の見直しを行ってきました。平成 29（2017）年には、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保により、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるよう施策を進めるとともに、地域共生社会の実現に向けて取り組みを推進し、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。

天川村（以下「本村」という。）では、これまで、地域で暮らす全ての人々が、身体的・精神的・社会的に満たされ、より豊かに暮らすことができるよう、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」の構築を推進してきました。また、令和 3（2021）年には「天川村第 8 期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」（以下「前計画」という。）を策定し、「地域共生社会」の実現を目指すことを目的として、分野を横断した総合的な取り組みやライフステージに応じたそれぞれの取り組みを一体的に推進してきました。

今後は、少子高齢化と人口減少が深刻化している状況においても、「地域包括ケアシステム」を維持し、推進させることで「地域共生社会」を実現させる必要があります。これまでの取り組みを継承しつつ、「地域包括ケアシステム」をさらに深化させ、地域のつながりを生かしながら、誰もが安心して暮らせる「地域共生社会」を実現することを目的に「天川村第 9 期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」（以下「本計画」という。）を策定します。

2. 計画策定の位置づけ

介護保険事業計画は、介護保険法第 117 条の規定に基づき、本村における要介護（要支援）認定者の人数、介護サービスや介護予防サービスの利用意向等を勘案し必要なサービス量を見込み、これらのサービスを提供する体制を確保するなど、介護保険事業の円滑な実施に関する事項を定めるものです。

高齢者福祉計画は、老人福祉法第 20 条の 8 に基づき、高齢者に対する福祉の措置の実施等に関する計画を定めるものです。

したがって、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、住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。

また、本計画は本村のまちづくりの上位計画である「天川村長期総合計画」の部門計画として、高齢者の総合的な保健・福祉・介護の施策について目標を掲げることにより、計画の推進を図るものとします。

3. 計画の期間

本計画の期間は、令和 6（2024）年度から令和 8（2026）年度までの 3 年間とします。

また、本計画では、団塊世代の子どもが 65 歳以上になる令和 22（2040）年度までのサービス水準、給付費や保険料水準などを推計し、中長期的な視野に立った施策の展開を図ります。

年度	令和 3 年度 2021 年度	令和 4 年度 2022 年度	令和 5 年度 2023 年度	令和 6 年度 2024 年度	令和 7 年度 2025 年度	令和 8 年度 2026 年度	令和 9 年度 2027 年度	令和 10 年度 2028 年度	令和 11 年度 2029 年度	令和 22 年度 2040 年度
計画期間	第 8 期計画			第 9 期計画			第 10 期計画			
					団塊の 世代が 75 歳以上					団塊世代 の 子どもが 65 歳以上
	団塊世代の子どもが 65 歳に到達する 令和 22（2040）年を見据えた取り組みを展開									

4. 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、保健・医療・福祉関係者、学識経験者、高齢者等村民の参画を求め、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。

4-1 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。

4-2 天川村介護保険運営協議会の開催

本計画の策定にあたっては、社会全体で高齢社会に対する取り組みを行っていく必要があるため、行政機関だけでなく学識経験者、保健・医療・福祉関係者、介護保険の被保険者等、広く村民の参加を求める必要があることから「天川村介護保険運営協議会」を開催し、村民の皆様の幅広い意見の反映に努めました。

5. 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、その住民が日常生活を営んでいる地域として、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状況その他の条件を総合的に勘案して、市町村が定める区域です。

前計画においては、日常生活圏域を洞川地区、中央地区、西部地区の3圏域で設定しました。

本計画においては、本村全体を1つの圏域に設定し、地域共生社会の実現に向け、支え合いながら自分らしく活躍できる地域づくりについて、地域の実情に即した事業展開を行います。

第2章 高齢者及び介護保険の現状

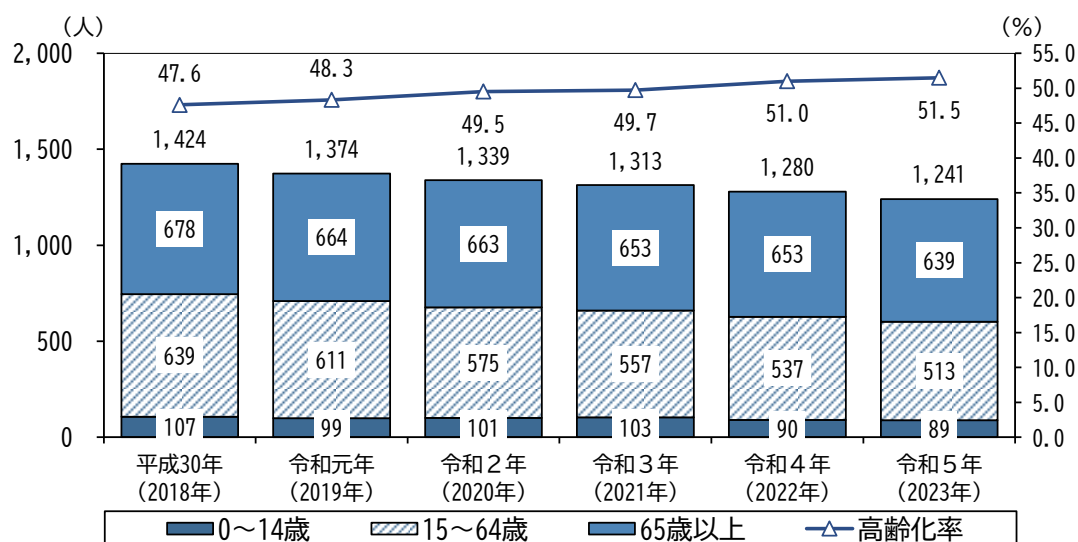
1. データから見た本村の高齢者

1-1 人口及び高齢化率の推移

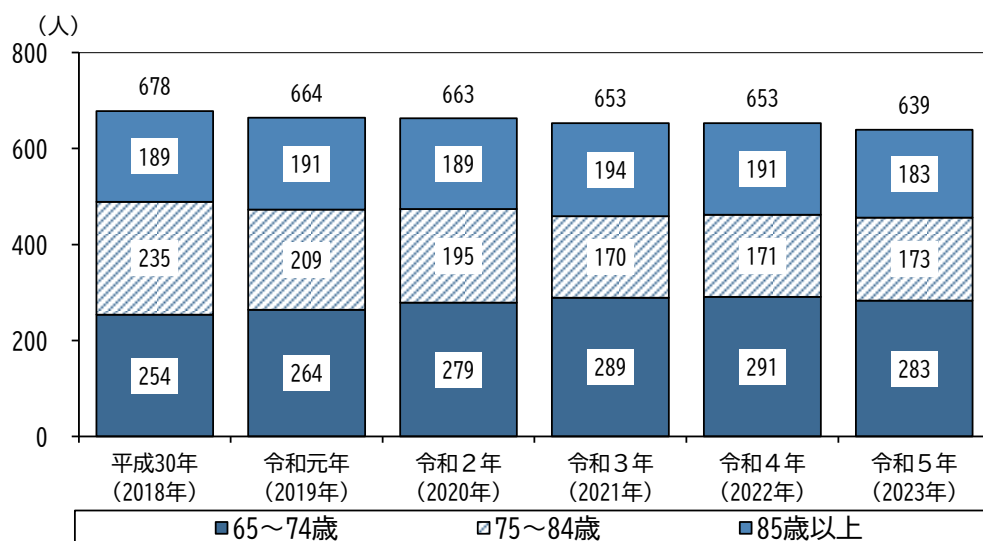
本村の総人口は減少傾向で推移しており、令和5(2023)年は1,241人となっています。

また、65歳以上の高齢者人口についても減少傾向で推移しており、令和5(2023)年は639人となっていますが、高齢化率(総人口に占める65歳以上人口の割合)は増加傾向で推移しており、令和5(2023)年は51.5%となっています。

人口及び高齢化率の推移



65歳以上人口の推移

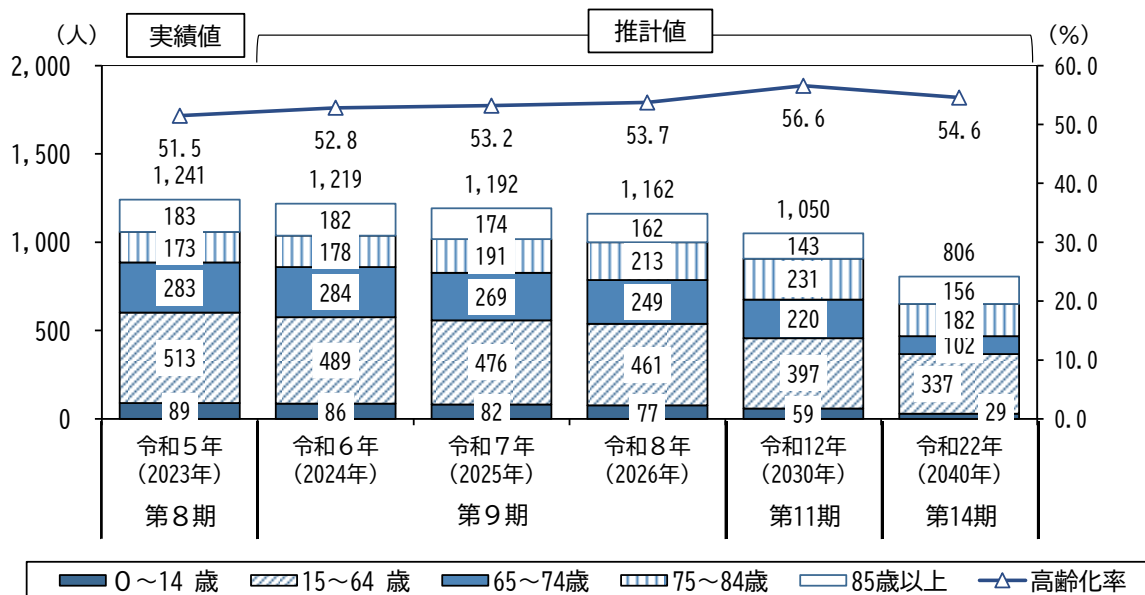


資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

1-2 人口推計

今後の本村の総人口を推計すると、本計画期間の最終年度の令和8(2026)年度には、総人口は1,162人、高齢化率は53.7%になると見込まれます。

総人口の推計



※ 令和元(2019)年から令和5(2023)年の各年10月1日現在の住民基本台帳の男女別年齢別人口を用い、コーホート変化率法(各コーホート(同じ年に生まれた人々の集団)について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法)で人口を推計

総人口の推計

(単位: 人)

	実績値	推計値				
	第8期	第9期			第11期	第14期
	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
総人口	1,241	1,219	1,192	1,162	1,050	806
0～14 歳	89	86	82	77	59	29
	7.2	7.1	6.9	6.6	5.6	3.6
15～64 歳	513	489	476	461	397	337
	41.3	40.1	39.9	39.7	37.8	41.8
65 歳以上	639	644	634	624	594	440
	51.5	52.8	53.2	53.7	56.6	54.6
65～74 歳	283	284	269	249	220	102
	22.8	23.3	22.6	21.4	21.0	12.7
75～84 歳	173	178	191	213	231	182
	13.9	14.6	16.0	18.3	22.0	22.6
85 歳以上	183	182	174	162	143	156
	14.7	14.9	14.6	13.9	13.6	19.4

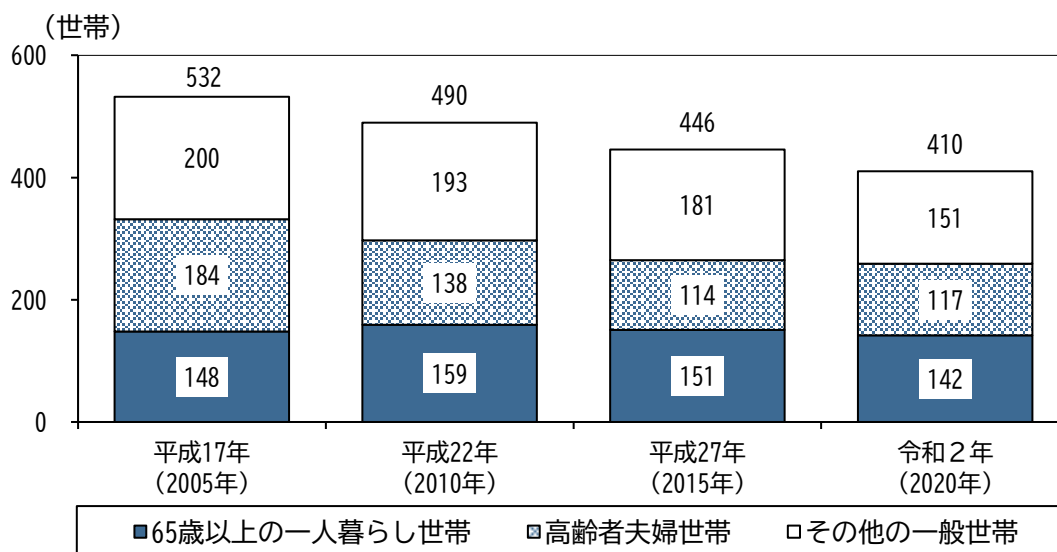
※ 下段は総人口に占める割合

1-3 高齢者のいる世帯の状況

本村の高齢者のいる世帯数は減少傾向で推移しており、令和2（2020）年で410世帯と、一般世帯（561世帯）に占める割合は73.1%となっています。

また、65歳以上の一人暮らし世帯は、令和2（2020）年で142世帯となっており、一般世帯（561世帯）に占める割合は25.3%で、約4世帯に1世帯が65歳以上の一人暮らし世帯となっています。

高齢者のいる一般世帯の状況



(単位：世帯、%)

	平成 17 年 (2005 年)	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	令和 2 年 (2020 年)
一般世帯総数	775	711	627	561
高齢者のいる一般世帯	532	490	446	410
	68.6	68.9	71.1	73.1
65 歳以上の 一人暮らし世帯	148	159	151	142
	19.1	22.4	24.1	25.3
高齢者夫婦世帯	184	138	114	117
	23.7	19.4	18.2	20.9
その他の 一般世帯	200	193	181	151
	25.8	27.1	28.9	26.9

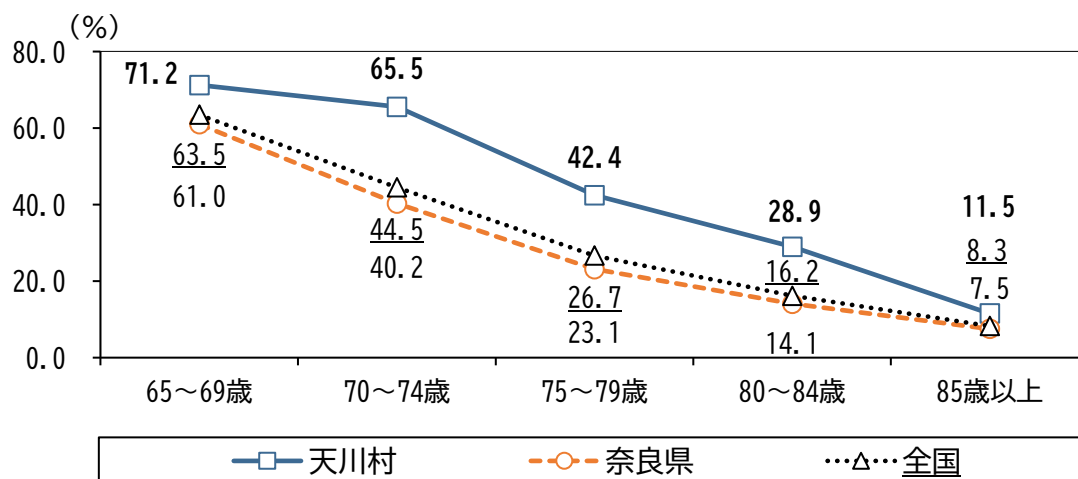
※ 下段は一般世帯総数に占める割合

資料：総務省統計局「国勢調査」

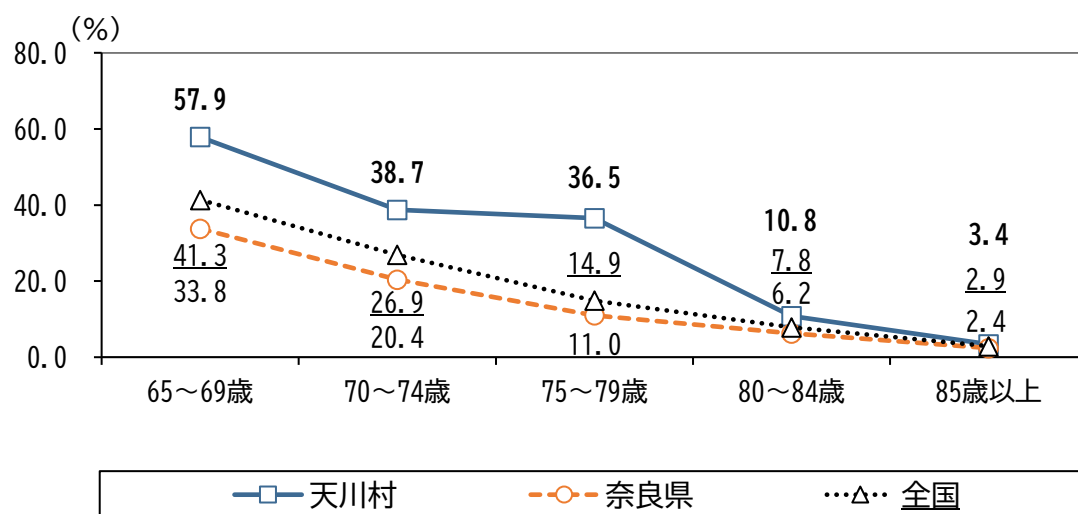
1-4 高齢者の就労の状況

本村の65歳以上の労働力率をみると、男女いずれの年齢階級においても奈良県及び全国に比べて割合が高くなっています。

労働力率 男性（令和2（2020）年）



労働力率 女性（令和2（2020）年）



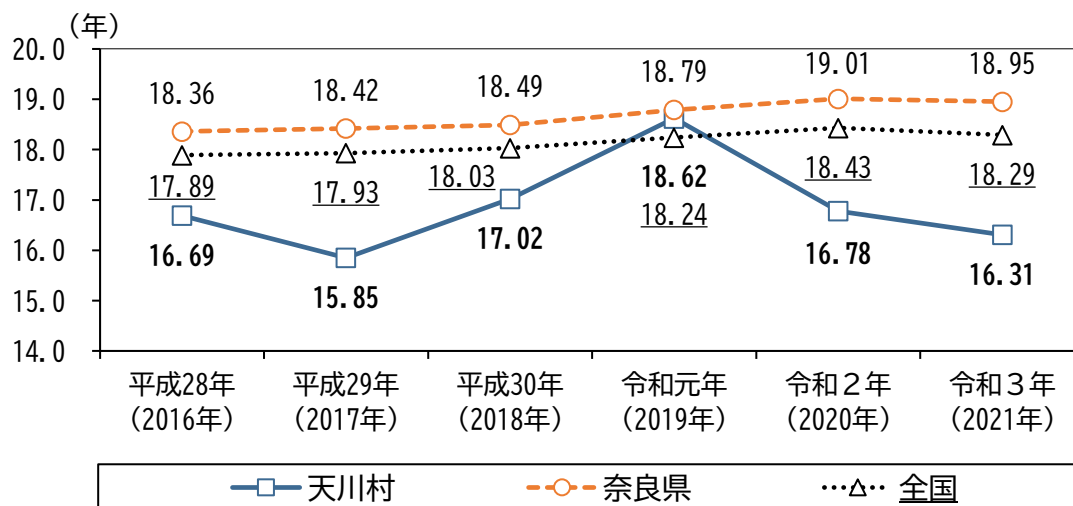
資料：総務省統計局「令和2年国勢調査」

※ 労働力率とは、15歳以上人口に占める労働力人口（就業者と完全失業者を合わせたもの）の割合のことをいいます。

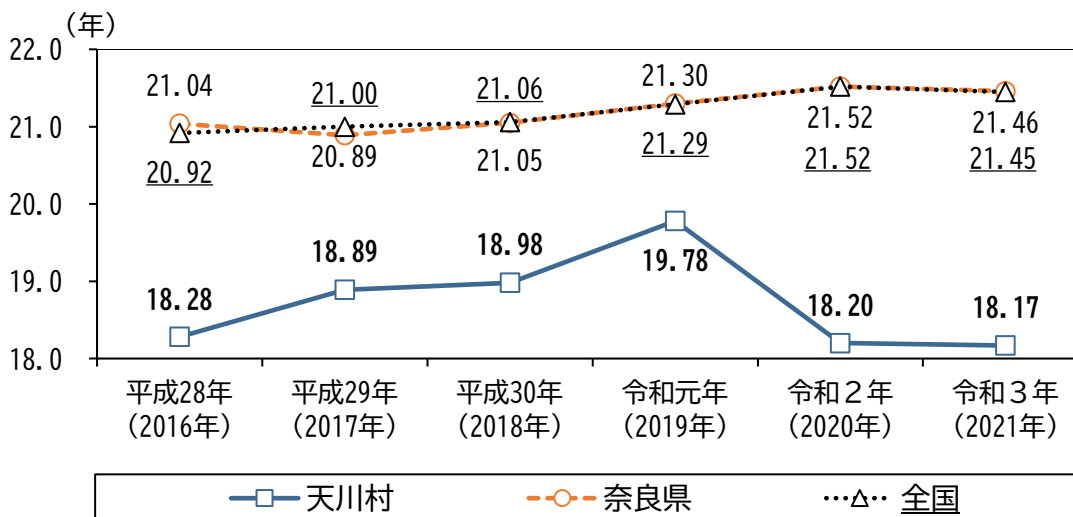
1-5 健康寿命

本村の健康寿命（日常的に介護を必要とせず、健康で自立した生活できる期間（65 歳からの期間））については、令和 3（2021）年で、男性は 16.31 年、女性は 18.17 年で、男女いずれも奈良県及び全国より低くなっています。

健康寿命の推移 男性



健康寿命の推移 女性



資料：奈良県「奈良県民の健康寿命」

※ 健康寿命とは、日常的に介護を必要とせず、健康で自立した生活ができる期間であり、平均余命から介護が必要な期間（平均要介護期間）を差し引いた期間に相当します。

2. データから見た本村の介護保険

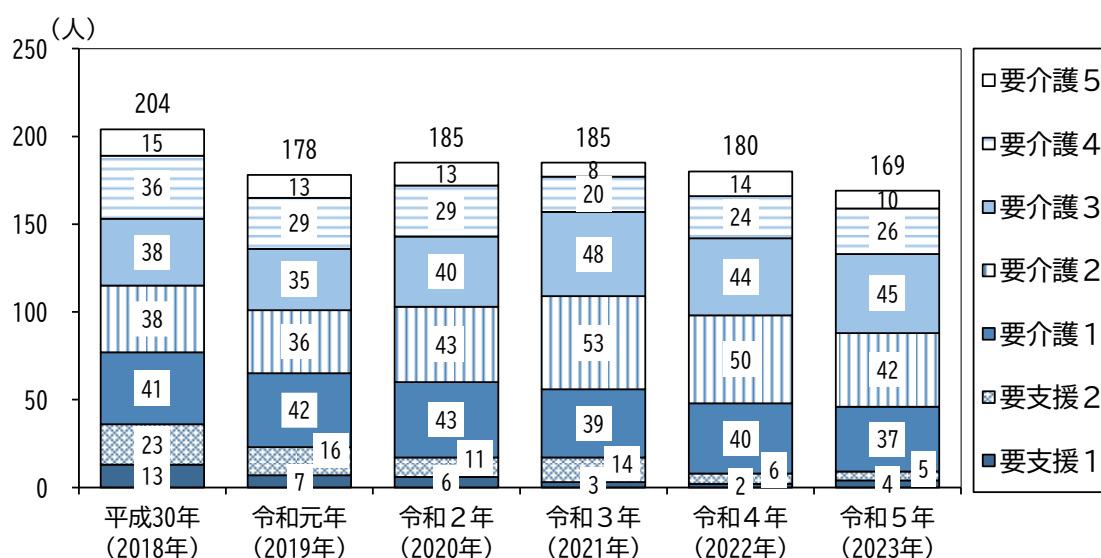
2-1 介護保険事業状況の現状

(1) 要介護（要支援）認定者数の推移

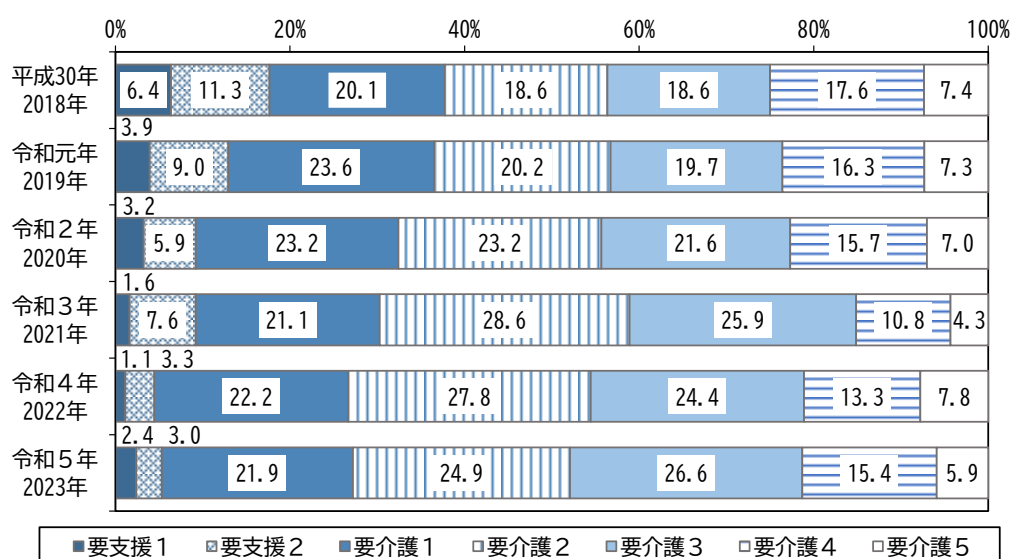
本村の要介護（要支援）認定者数は、増減を繰り返しながら推移しており、令和5（2023）年で169人となっています。

また、要介護（要支援）認定者構成比は、令和5（2023）年では要介護3が26.6%で最も多くなっています。

要介護（要支援）認定者数の推移



要介護（要支援）認定者構成比の推移（第1号被保険者）

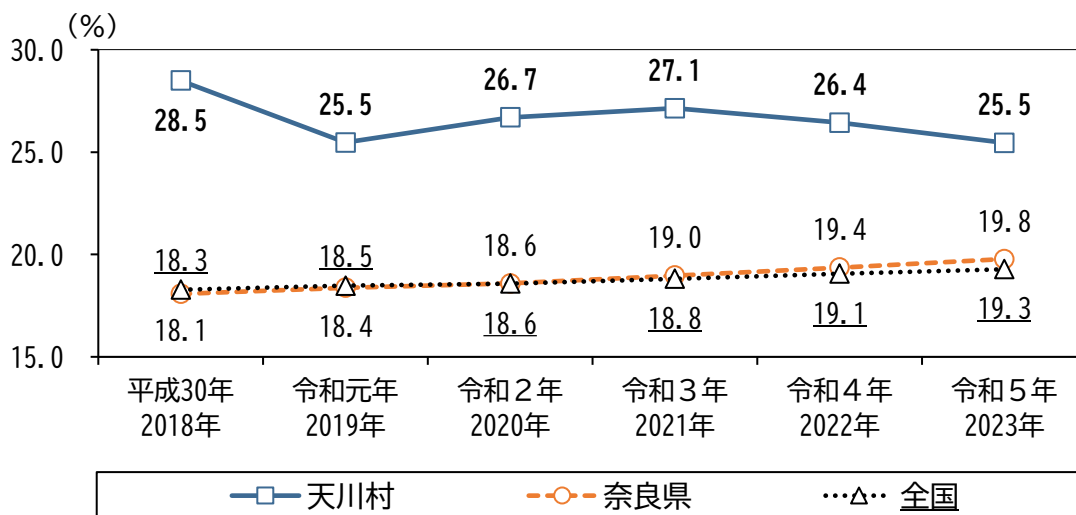


資料：厚生労働省資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報）

（２）要介護（要支援）認定者率の推移

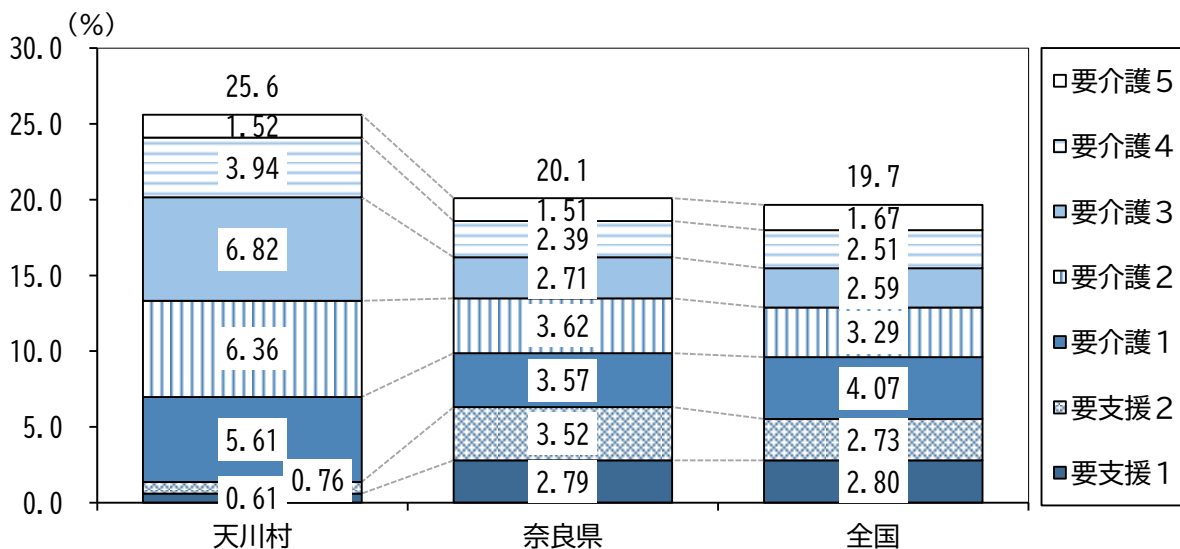
本村の第１号被保険者における要介護（要支援）認定率は、増減を繰り返しながら推移しており、令和５（２０２３）年で２５.５％となっており、要介護１以上で奈良県及び全国より高くなっています。

要介護（要支援）認定率の推移（第１号被保険者）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年９月月報）

第１号被保険者における要介護（要支援）認定者の構成比（令和５年９月）

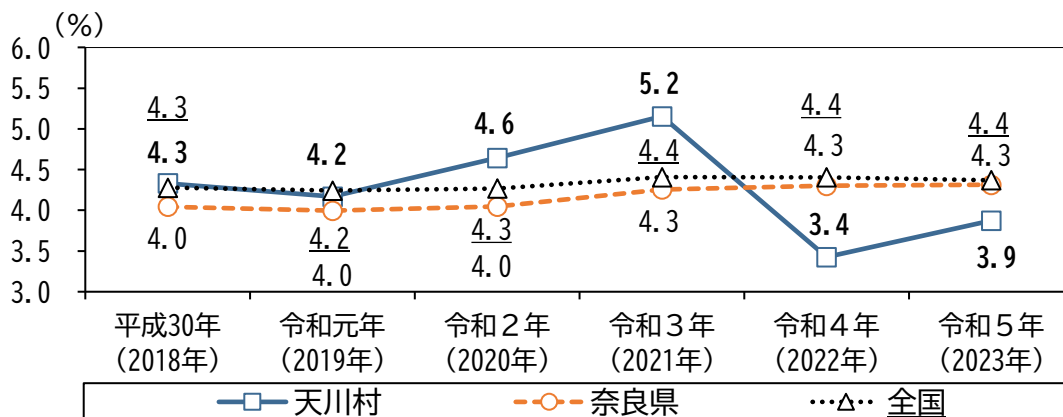


資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（令和５年９月月報）

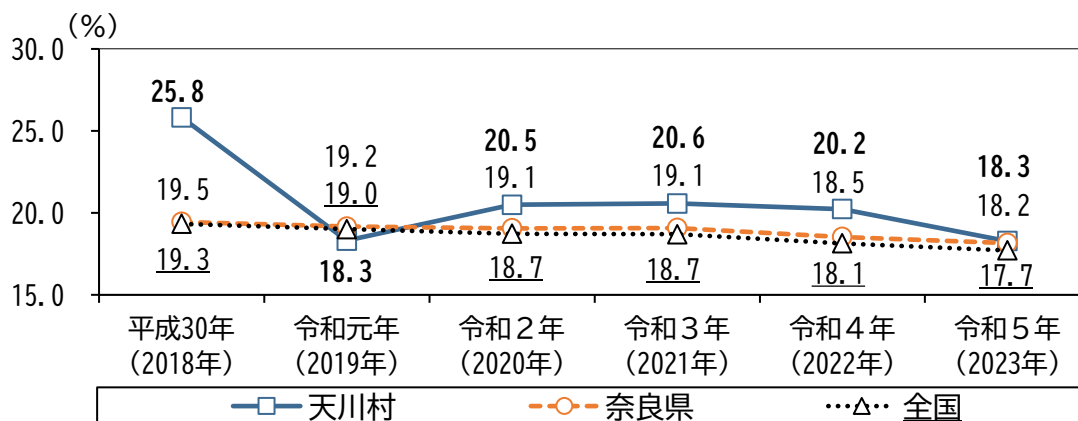
(2) 年齢階層別の要介護（要支援）認定率

本村の要介護（要支援）認定率を年齢階級別でみると、令和5（2023）年では65～74歳で3.9%、75～84歳で18.3%、85歳以上が62.2%で、75歳以上で奈良県及び全国よりも高くなっています。

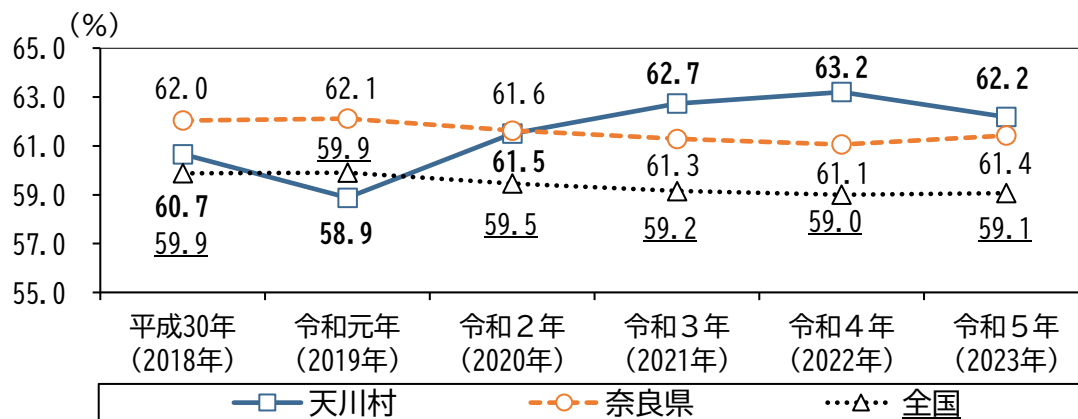
要介護（要支援）認定率の推移（65～74歳）



要介護（要支援）認定率の推移（75～84歳）



要介護（要支援）認定率の推移（85歳以上）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報）

2-2 介護保険サービスの利用状況

(1) 居宅（介護予防）サービス

本村の居宅（介護予防）サービス受給者数は、増減を繰り返しながら推移しており、令和5（2023）年は66人で、居宅（介護予防）サービス受給率は、奈良県及び全国より低く推移しており、令和5（2023）年は39.1%となっています。

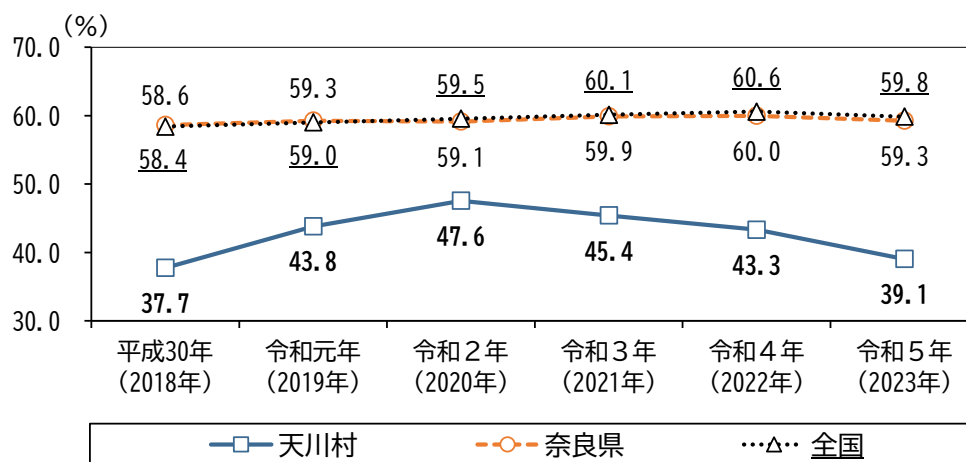
居宅（介護予防）サービス受給者数の推移

（単位：人、%、円）

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
天川村	要支援・要介護 認定者数	204	178	185	185	180	169
	居宅（介護予防）サ ービス受給者数	77	78	88	84	78	66
	居宅（介護予防）サ ービス受給率	37.7	43.8	47.6	45.4	43.3	39.1
	受給者1人あたりの 給付費	66,683.0	66,663.5	67,653.7	71,909.4	75,839.5	80,112.7
奈良県	居宅（介護予防） サービス受給率	58.6	59.3	59.1	59.9	60.0	59.3
	受給者1人あたりの 給付費	93,121.8	94,653.7	97,494.9	97,310.8	96,139.5	98,195.4
全国	居宅（介護予防） サービス受給率	58.4	59.0	59.5	60.1	60.6	59.8
	受給者1人あたりの 給付費	98,991.6	99,942.7	102,710.9	102,769.5	101,475.4	103,613.8

※ 受給率は要支援・要介護認定者数に対する割合

居宅（介護予防）サービス受給率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報、11 月月報（9月サービス分））

※ 居宅（介護予防）サービス…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、福祉用具貸与、特定施設入居者生活介護、介護予防支援・居宅介護支援

(2) 地域密着型（介護予防）サービス

本村の地域密着型（介護予防）サービス受給者数は、増減を繰り返しながら推移しており、令和5（2023）年は32人で、地域密着型（介護予防）サービス受給率は、奈良県及び全国より高く推移しており、令和5（2023）年は18.9%となっています。

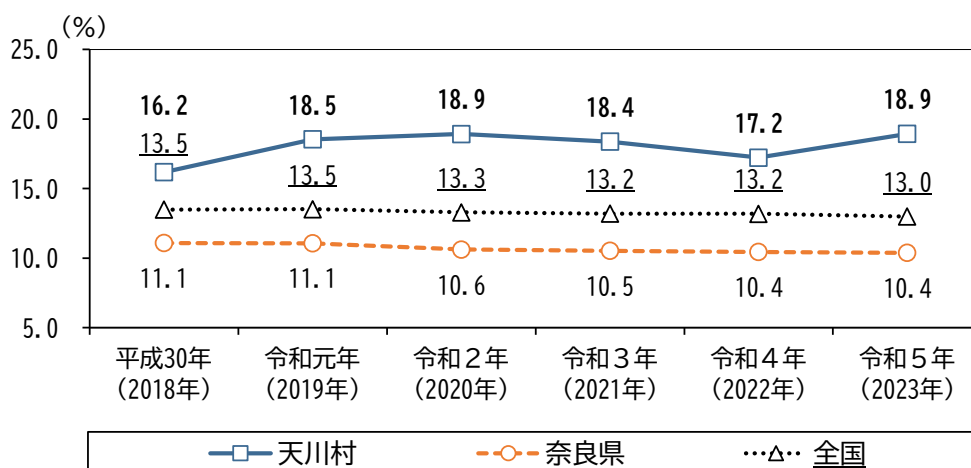
地域密着型（介護予防）サービス受給者数の推移

(単位：人、%、円)

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
天川村	要支援・要介護 認定者数	204	178	185	185	180	169
	地域密着型（介護 予防）サービス受 給者数	33	33	35	34	31	32
	地域密着型（介護 予防）サービス 受給率	16.2	18.5	18.9	18.4	17.2	18.9
	受給者1人あたりの 給付費	70,595.3	65,029.6	77,832.3	104,639.7	125,725.4	132,796.2
奈良県	地域密着型（介護 予防）サービス 受給率	11.1	11.1	10.6	10.5	10.4	10.4
	受給者1人あたりの 給付費	132,287.6	136,345.8	145,361.7	147,330.9	148,037.9	150,662.4
全国	地域密着型（介護 予防）サービス 受給率	13.5	13.5	13.3	13.2	13.2	13.0
	受給者1人あたりの 給付費	147,982.0	149,139.5	156,937.1	159,055.0	157,696.5	159,528.0

※ 受給率は要支援・要介護認定者数に対する割合

地域密着型（介護予防）サービス受給率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報、11月月報（9月サービス分））

※ 地域密着型（介護予防）サービス…定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、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、複合型サービス

(3) 施設サービス

本村の施設サービス受給者数は、増減を繰り返しながら推移しており、令和5（2023）年は71人で、施設サービス受給率は、奈良県及び全国より高く推移しており、令和5（2023）年は42.0%となっています。

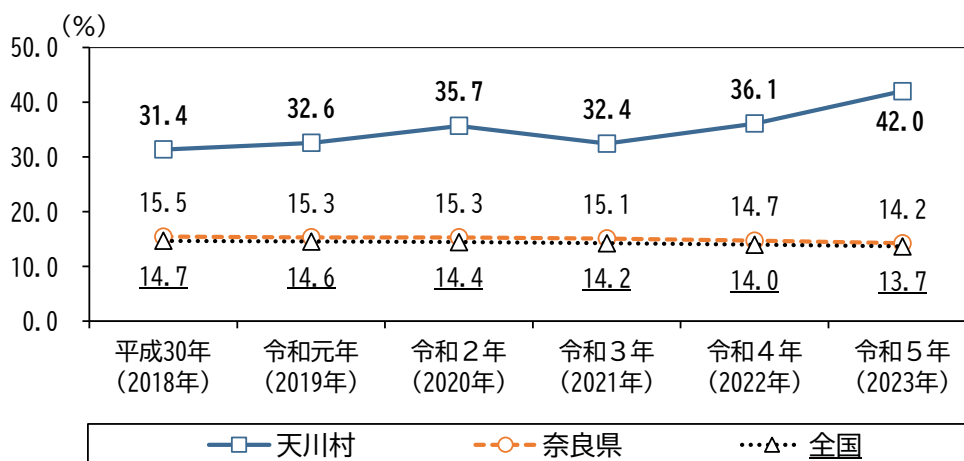
施設サービス受給者数の推移

(単位：人、%、円)

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
天川村	要支援・要介護 認定者数	204	178	185	185	180	169
	施設サービス 受給者数	64	58	66	60	65	71
	施設サービス 受給率	31.4	32.6	35.7	32.4	36.1	42.0
	受給者1人あたりの 給付費	252,426.3	263,295.6	243,157.3	275,959.9	266,634.5	268,034.1
奈良県	施設サービス 受給率	15.5	15.3	15.3	15.1	14.7	14.2
	受給者1人あたりの 給付費	257,419.3	260,934.9	268,296.4	273,645.4	270,977.7	276,629.2
全国	施設サービス 受給率	14.7	14.6	14.4	14.2	14.0	13.7
	受給者1人あたりの 給付費	264,192.3	265,851.9	273,650.5	276,421.6	276,455.8	280,853.3

※ 受給率は要支援・要介護認定者数に対する割合

施設サービス受給率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年9月月報、11月月報（9月サービス分））

※ 施設サービス…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

3. 調査結果から見た本村の状況と課題

3-1 調査の概要

本計画を策定するにあたり、要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定することや、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用することを目的とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、また、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」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た「在宅介護実態調査」を実施しました。

調査の概要

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査の目的	要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定することや、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用することを目的としています。	「高齢者等の適切な在宅生活の継続」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	本村在住の要介護認定を受けていない65歳以上の方423人	本村在住の要介護認定を受けている65歳以上の方149人
調査期間	令和5（2023）年6月12日（月）～ 令和5（2023）年7月10日（月）	令和5（2023）年6月12日（月）～ 令和5（2023）年7月10日（月）
調査方法	郵送による配布・回収	郵送による配布・回収
回収状況	配布数：423件 有効回答数：260件 有効回答率：61.5%	配布数：149件 有効回答数：78件 有効回答率：52.3%

■調査結果を見る際の留意点

- 調査結果の図表は、原則として回答者の構成比(百分率)で表現しています。
- 図表中の「n」は、「Number of case」の略で、構成比算出の母数を示しています。
- 集計は、回答者数（該当質問においては該当者数）を100%として算出し、本文及び図表の数字に関しては、全て小数点第2位以下を四捨五入し、小数点第1位までを表記します。そのため、単数回答（複数の選択肢から1つの選択肢を選ぶ方式）であっても合計値が100.0%にならない場合があります。また、複数回答（複数の選択肢から2つ以上の選択肢を選ぶ方式）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。

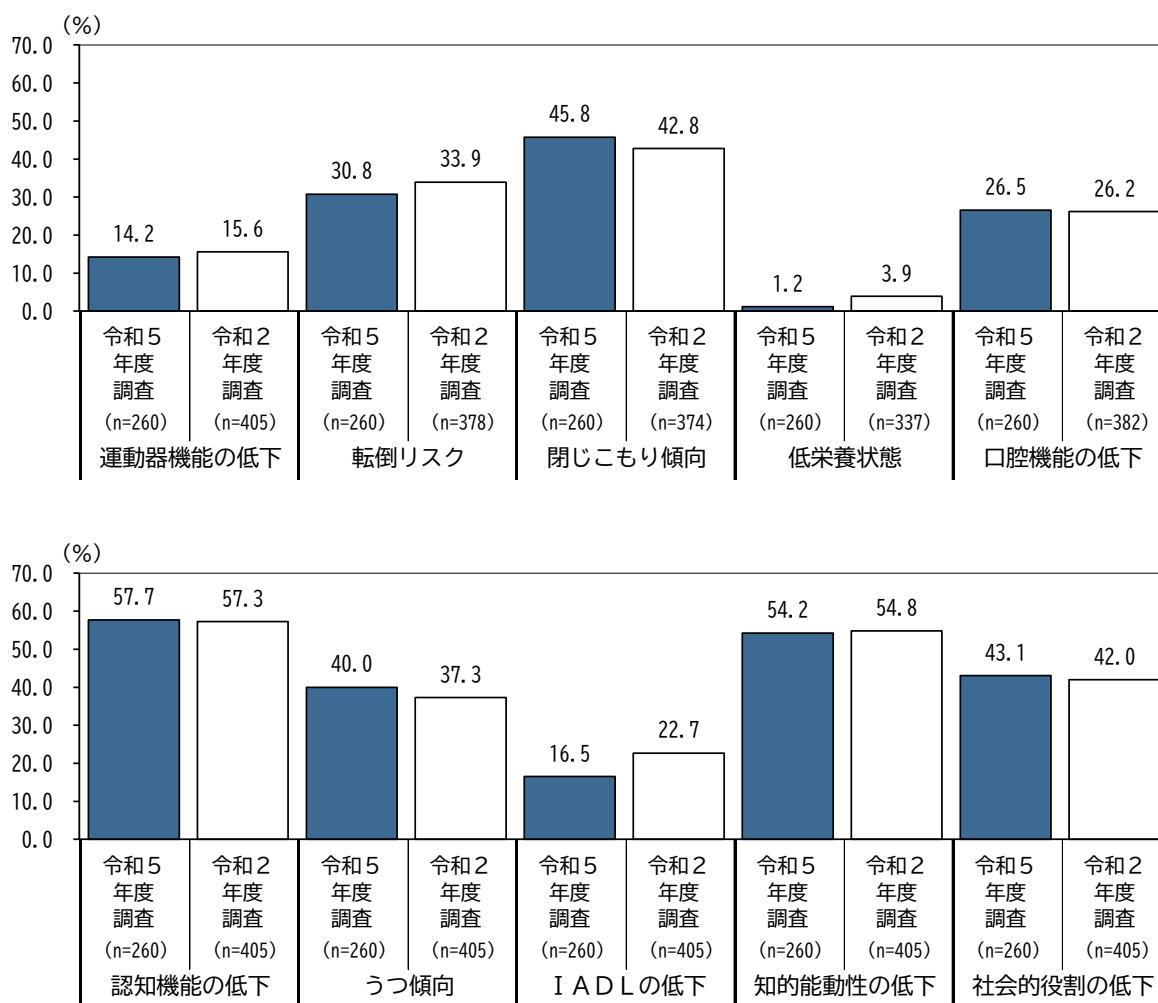
3-2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(1) 要介護状態になる前の高齢者のリスク

介護予防・日常生活圏域ニーズ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、「IADL（手段的自立度）」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いました。

その結果、認知機能の低下が 57.7%で最も高く、IADL（手段的自立度）の低下（16.5%）が令和2（2020）年度調査（22.7%）と比べて大きく減少しています。

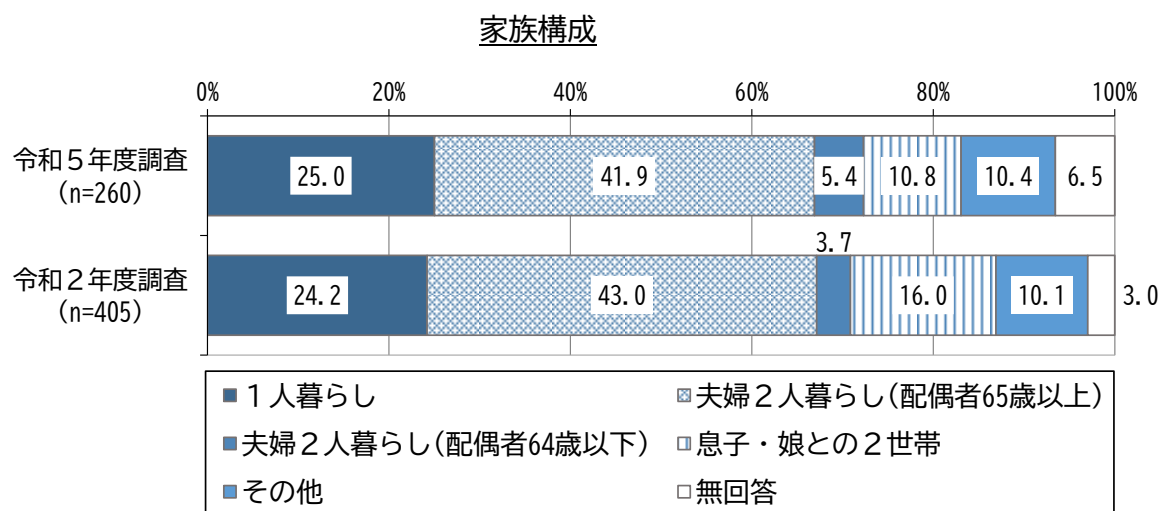
要介護状態になる前の高齢者のリスク



※ IADL（手段的自立度）…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…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…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

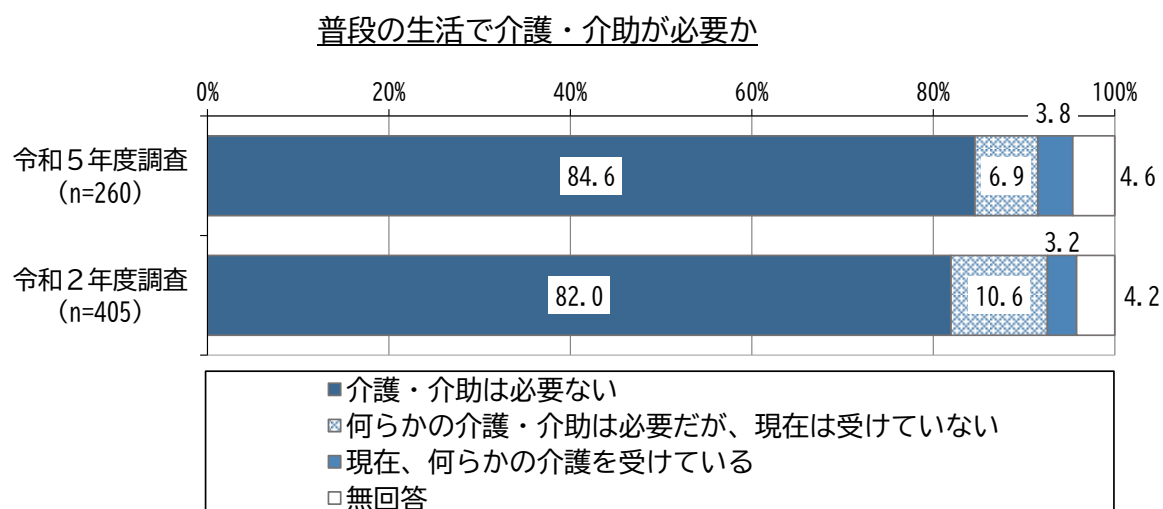
(2) 家族構成

家族構成については、「夫婦2人暮らし(配偶者 65 歳以上)」が 41.9%で最も高く、次いで「1人暮らし」が 25.0%、「息子・娘との2世帯」が 10.8%と続いており、「息子・娘との2世帯」(10.8%)では、令和2(2020)年度調査(16.0%)より 5.2 ポイント減少しています。



(3) 普段の生活で介護・介助が必要か

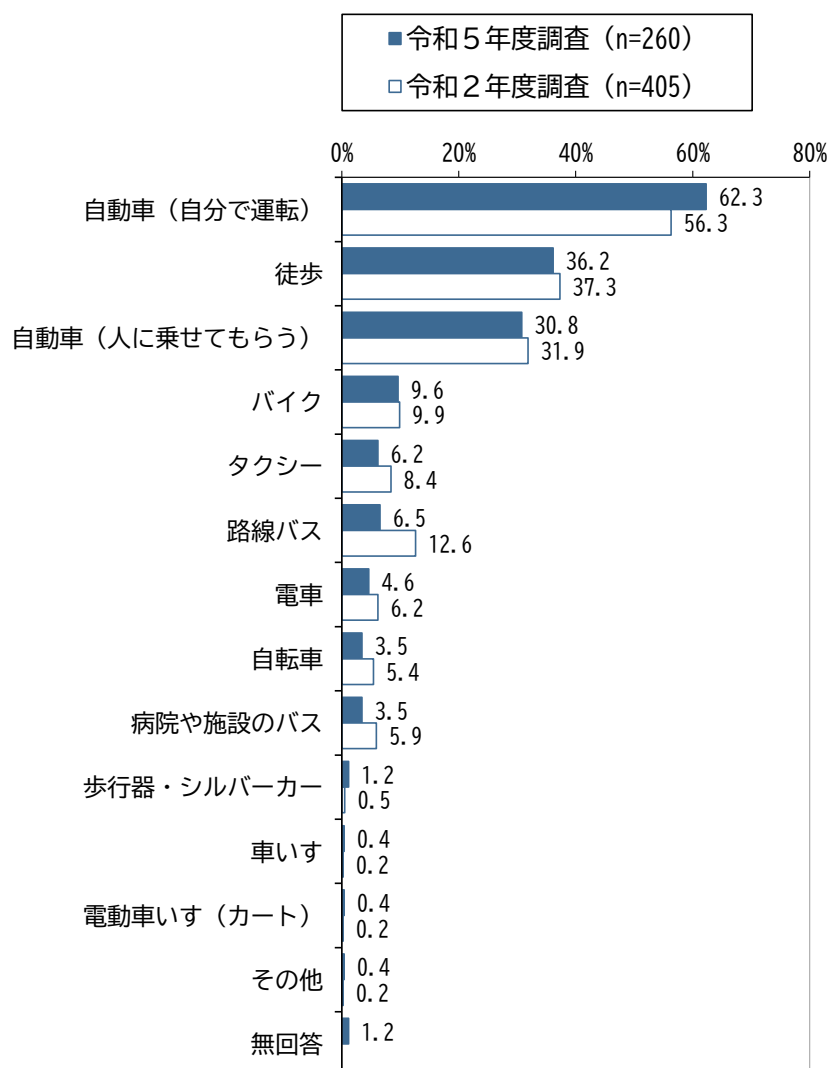
普段の生活で介護・介助が必要かについては、「介護・介助は必要ない」が 84.6%で最も高く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が 6.9%、「現在、何らかの介護を受けている」が 3.8%となっており、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」(6.9%)では、令和2(2020)年度調査(10.6%)より 3.7 ポイント減少しています。



（４）外出する際の移動手段

外出する際の移動手段については、「自動車（自分で運転）」が 62.3%で最も高く、次いで「徒歩」が 36.2%、「自動車（人に乗せてもらう）」が 30.8%と続いており、「自動車（自分で運転）」（62.3%）では、令和 2（2020）年度調査（56.3%）より 6.0 ポイント増加し、最も増加した項目となっています。

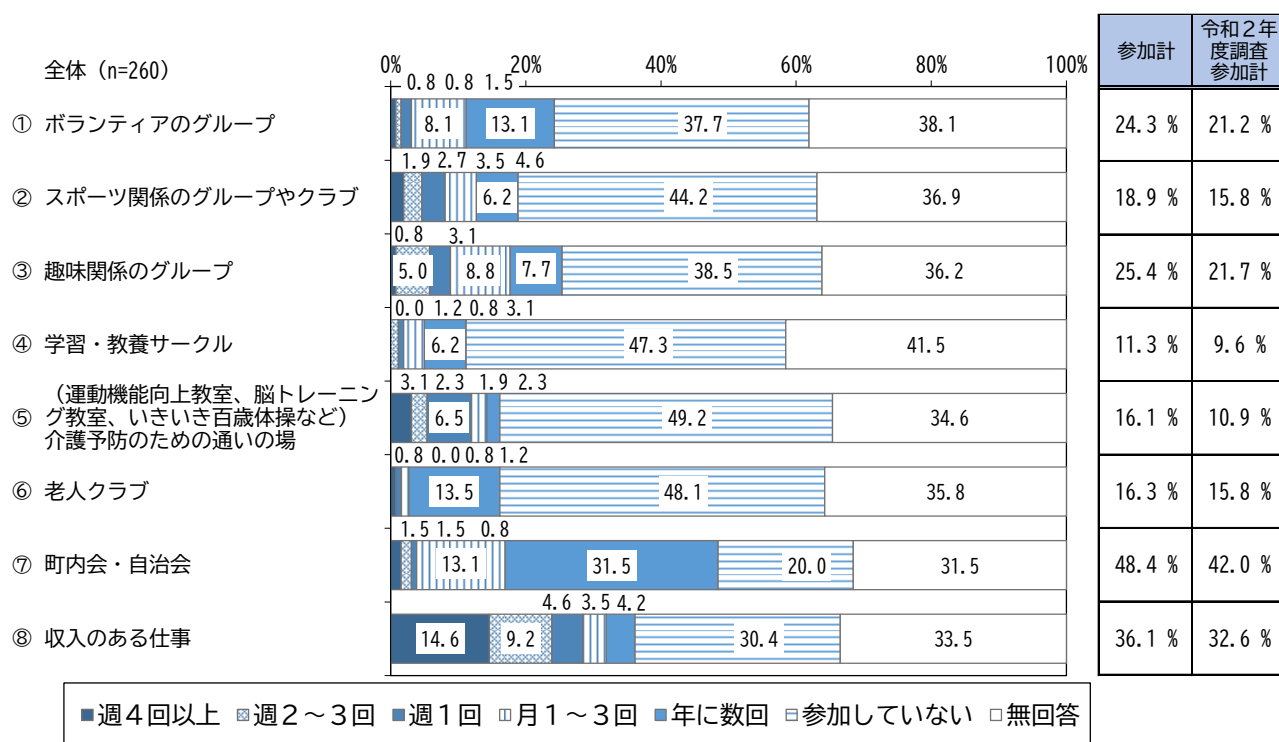
外出する際の移動手段



（５）社会活動への参加状況

社会活動への参加状況について、参加している人（年に数回以上の参加）の割合は、全ての項目で令和２（2020）年度調査よりも割合が増加しています。

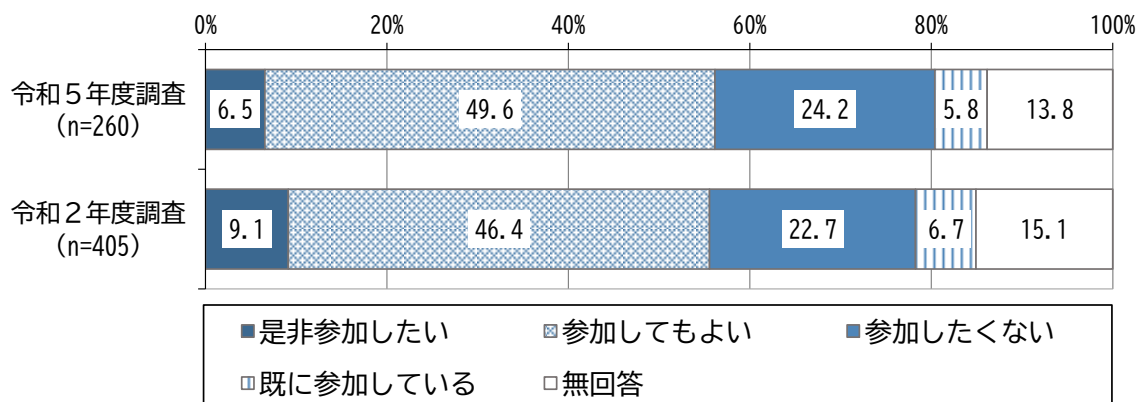
社会活動への参加状況



（６）地域住民のグループ活動による地域づくりに参加者として参加したいか

地域住民のグループ活動による地域づくりに参加者として参加したいかについては、「参加してもよい」が 49.6%で最も高く、令和２（2020）年度調査（46.4%）より 3.2 ポイント増加しています。

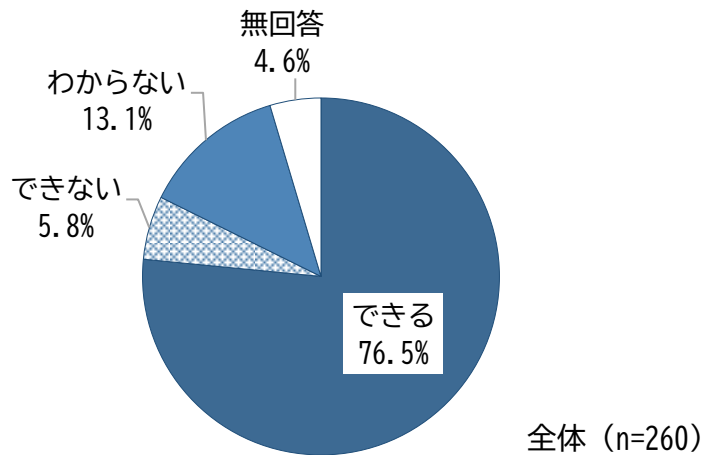
地域住民のグループ活動による地域づくりに参加者として参加したいか



(7) 災害時に一人で避難することができるか

災害時に一人で避難することができるかについては、「できる」が 76.5%で最も高く、次いで「わからない」が 13.1%、「できない」が 5.8%となっています。

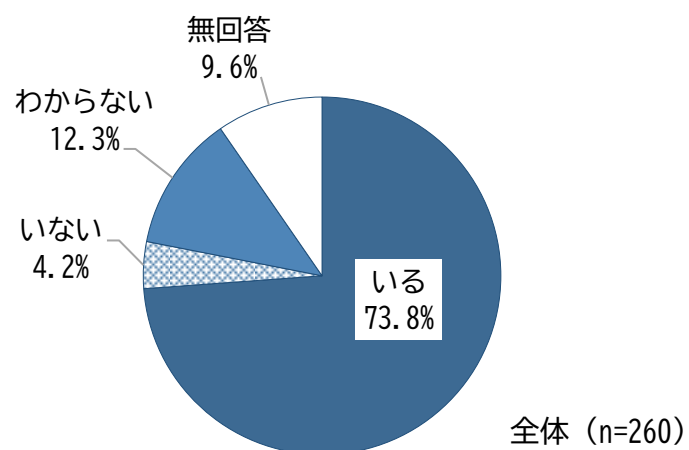
災害時に一人で避難することができるか



(8) 助けが必要になった場合に近所に助けてくれる人がいるか

助けが必要になった場合に近所に助けてくれる人がいるかについては、「いる」が 73.8%で最も高く、次いで「わからない」が 12.3%、「いない」が 4.2%となっています。

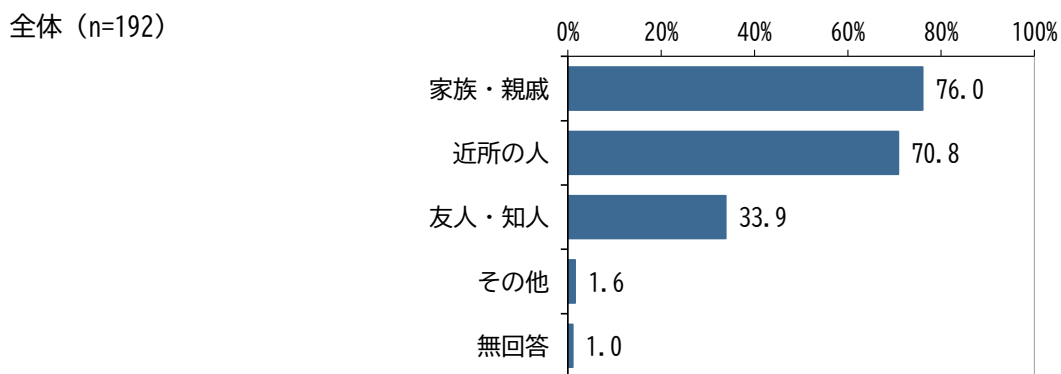
助けが必要になった場合に近所に助けてくれる人がいるか



(9) 助けが必要になった場合に誰が助けてくれるか

助けが必要になった場合に近所に助けてくれる人がいる人について、誰が助けてくれるかについては、「家族・親戚」が 76.0%で最も高く、次いで「近所の人」が 70.8%、「友人・知人」が 33.9%と続いています。

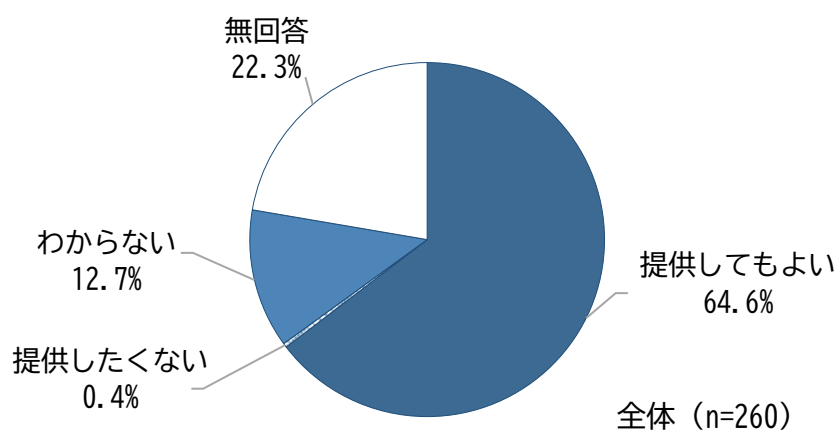
助けが必要になった場合に誰が助けてくれるか



(10) 避難行動要支援者名簿の提供についてどう思うか

避難行動要支援者名簿の提供についてどう思うかについては、「提供してもよい」が 64.6%で最も高く、次いで「わからない」が 12.7%、「提供したくない」が 0.4%となっています。

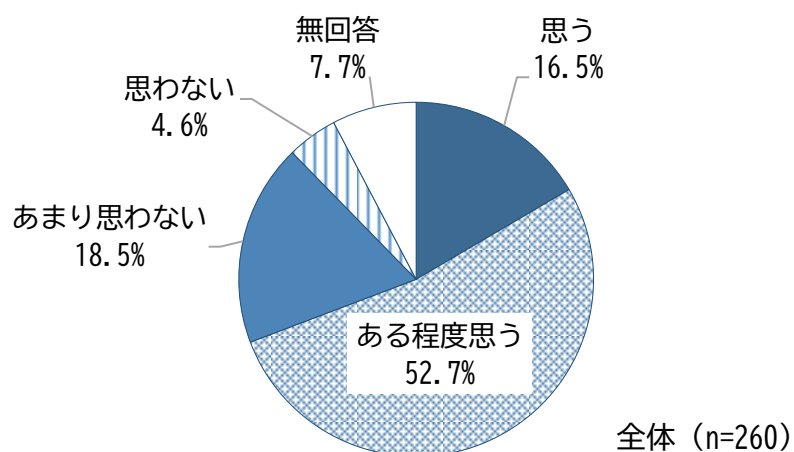
避難行動要支援者名簿の提供についてどう思うか



(11) 天川村が高齢者にとって暮らしやすいまちだと思うか

天川村が高齢者にとって暮らしやすいまちだと思うかについては、「ある程度思う」が 52.7%で最も高く、次いで「あまり思わない」が 18.5%、「思う」が 16.5%と続いています。

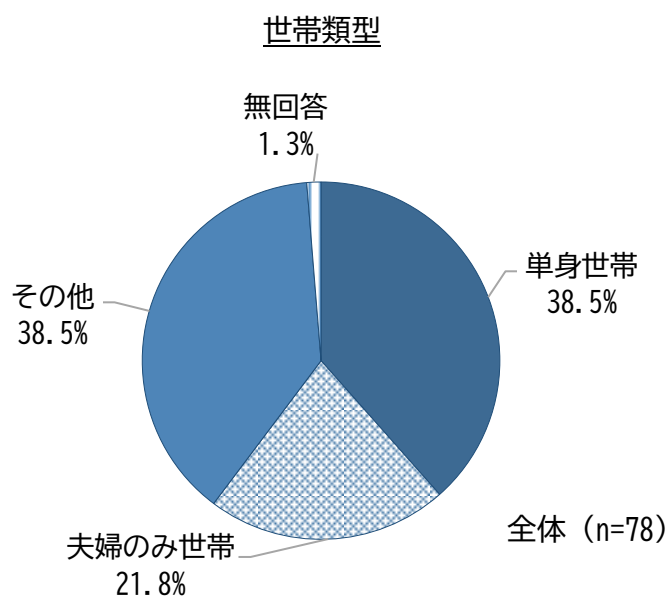
天川村が高齢者にとって暮らしやすいまちだと思うか



3-3 在宅介護実態調査

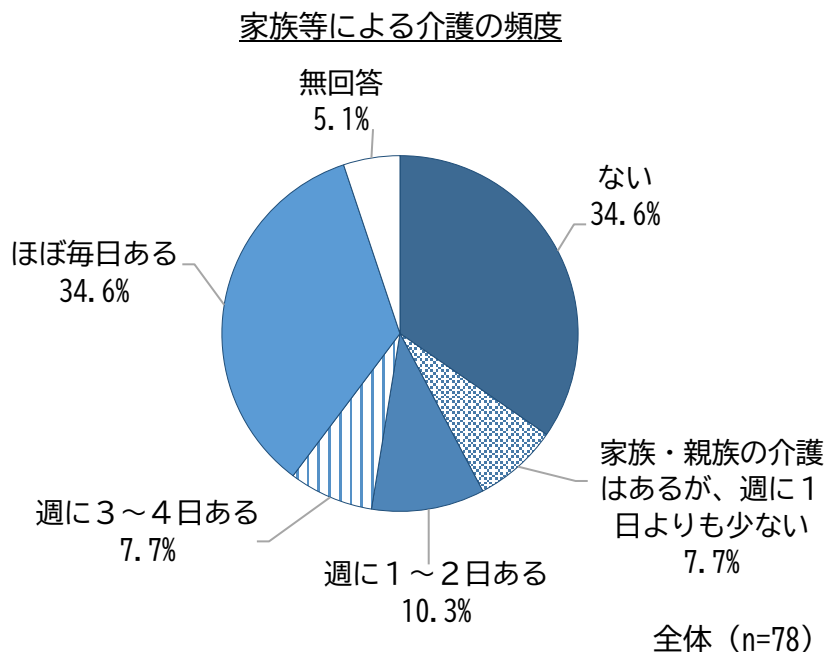
(1) 世帯類型

「単身世帯」、「その他」がいずれも 38.5%で最も高く、次いで「夫婦のみ世帯」が 21.8%となっています。



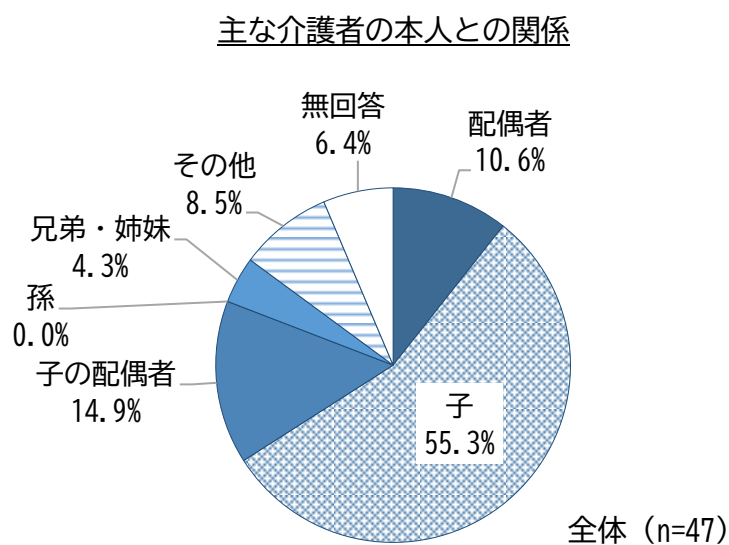
(2) 家族等による介護の頻度

「ない」、「ほぼ毎日ある」がいずれも 34.6%で最も高く、次いで「週に1～2日ある」が 10.3%と続いています。



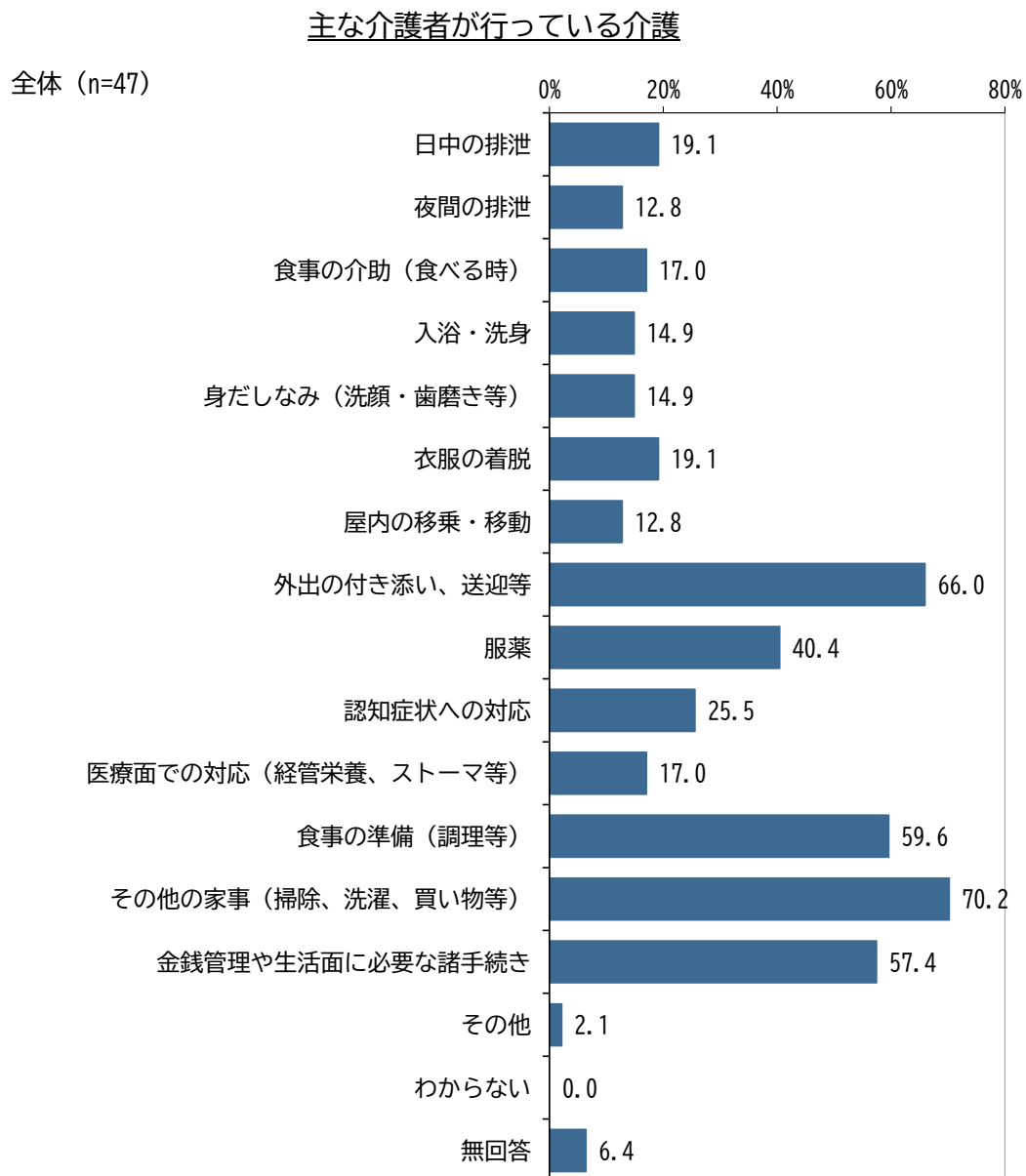
(3) 主な介護者の本人との関係

「子」が 55.3%で最も高く、次いで「子の配偶者」が 14.9%、「配偶者」が 10.6%と続いています。



(4) 主な介護者が行っている介護

「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が70.2%で最も高く、次いで「外出の付き添い、送迎等」が66.0%、「食事の準備（調理等）」が59.6%と続いています。

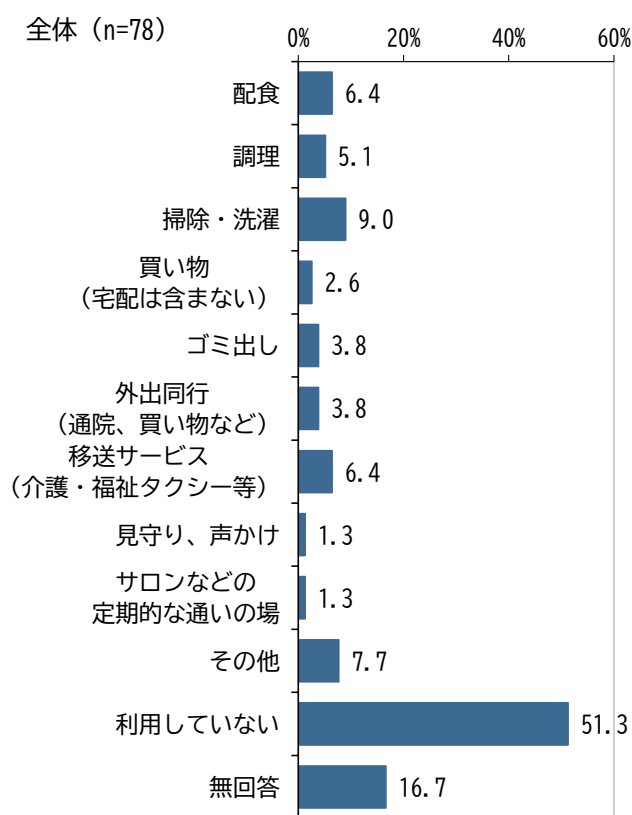


(5) 保険外の支援・サービスの利用状況、在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス

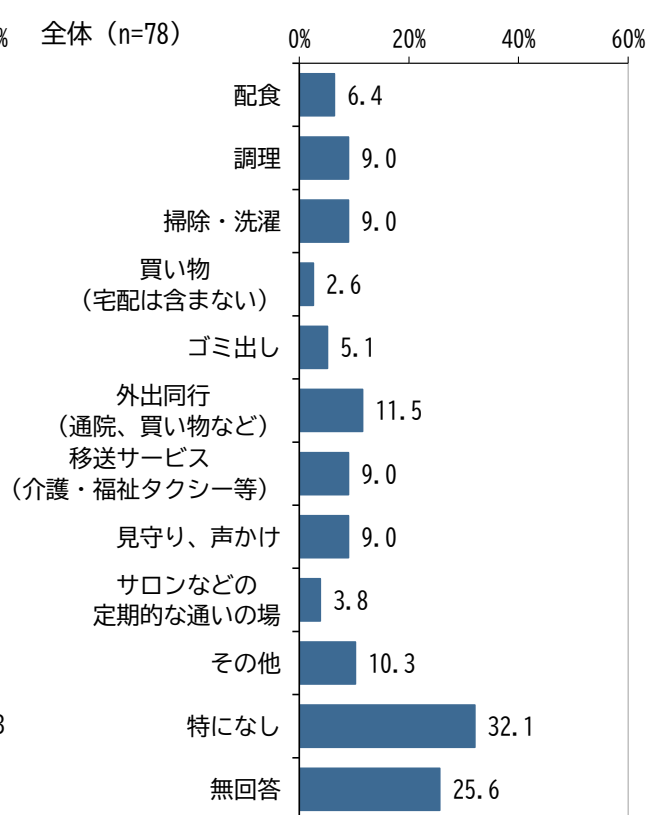
保険外の支援・サービスの利用状況については、「利用していない」が51.3%で最も高く、次いで「掃除・洗濯」が9.0%、「その他」が7.7%と続いています。

また、在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについては、「特になし」が32.1%で最も高く、次いで「外出同行（通院、買い物など）」が11.5%、「その他」が10.3%と続いています。

保険外の支援・サービスの利用状況

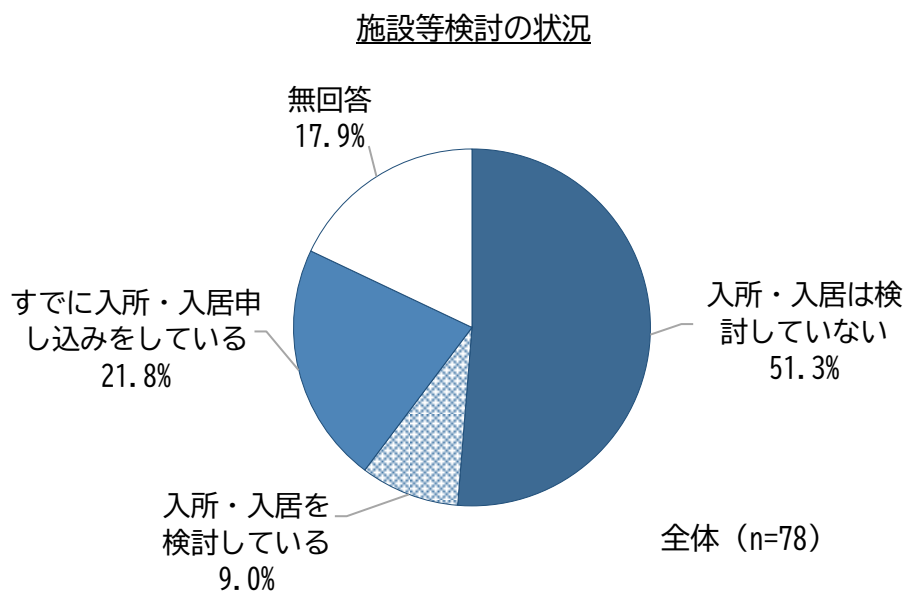


在宅生活の継続のために充実が必要な
支援・サービス



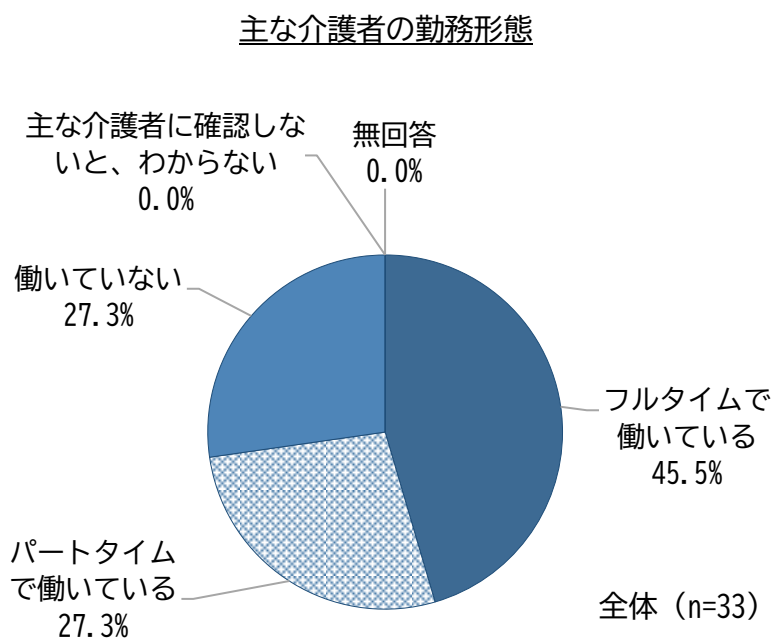
(6) 施設等検討の状況

「入所・入居は検討していない」が 51.3%で最も高く、次いで「すでに入所・入居申し込みをしている」が21.8%、「入所・入居を検討している」が9.0%となっています。



(7) 主な介護者の勤務形態

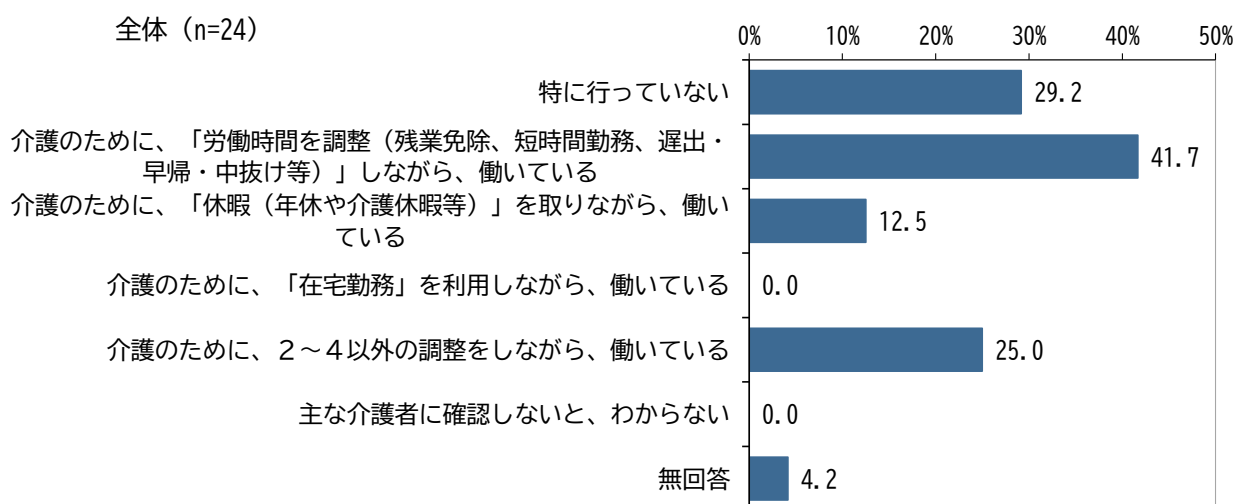
「フルタイムで働いている」が 45.5%で最も高く、次いで「パートタイムで働いている」、「働いていない」がいずれも 27.3%となっています。



（８）主な介護者の方の働き方の調整の状況

「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」が41.7%で最も高く、次いで「特に行っていない」が29.2%、「介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている」が25.0%と続いています。

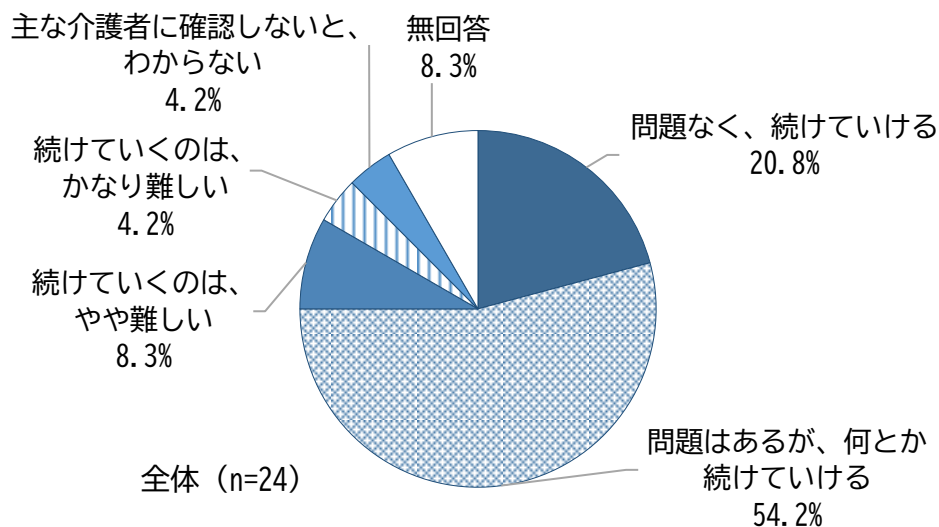
主な介護者の方の働き方の調整の状況



（９）主な介護者の就労継続の可否に係る意識

「問題はあるが、何とか続けていける」が 54.2%で最も高く、次いで「問題なく、続けていける」が20.8%、「続けていくのは、やや難しい」が8.3%と続いています。

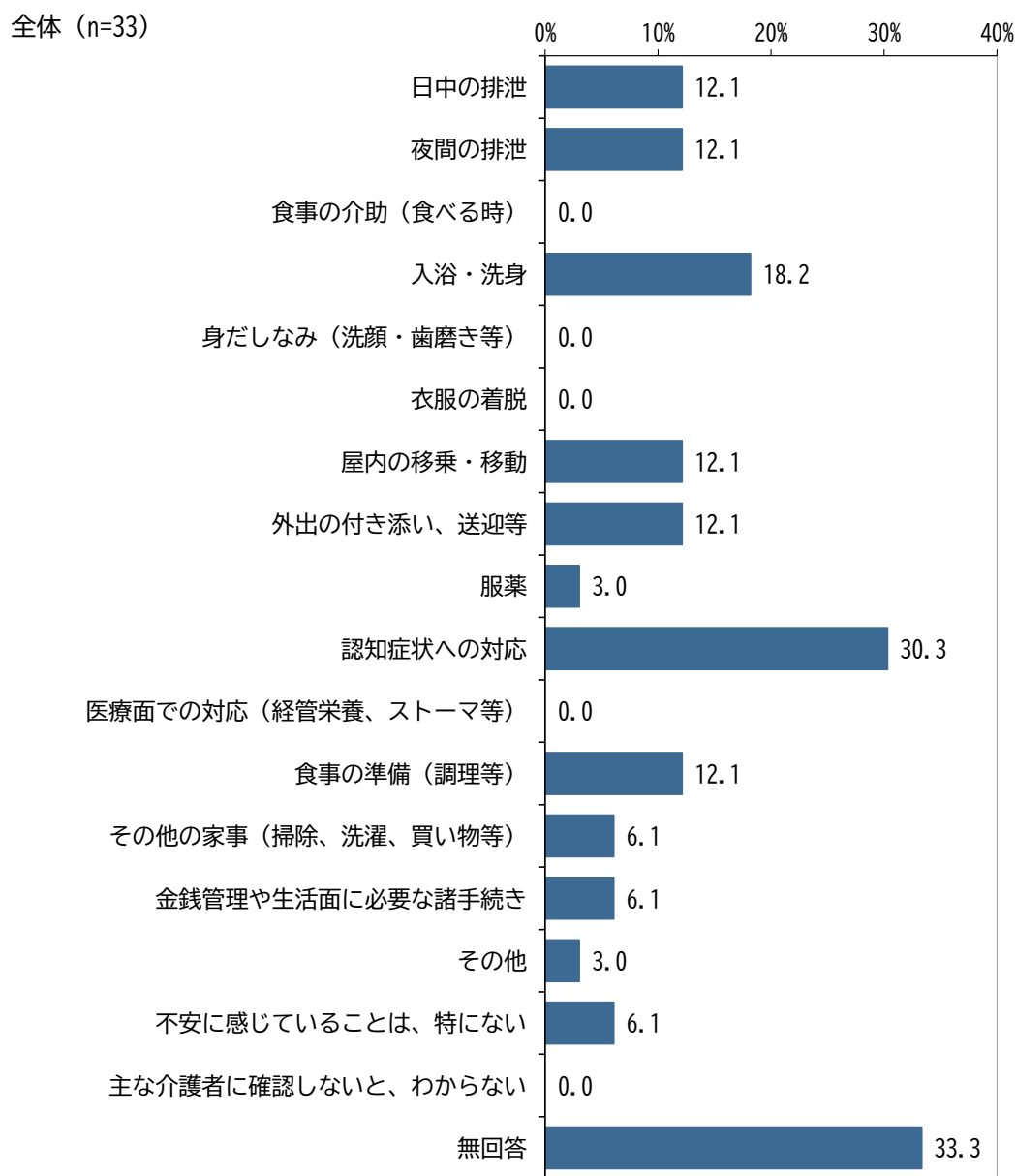
主な介護者の就労継続の可否に係る意識



(10) 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

「認知症状への対応」が 30.3%で最も高く、次いで「入浴・洗身」が 18.2%、「日中の排泄」が 12.1%と続いています。

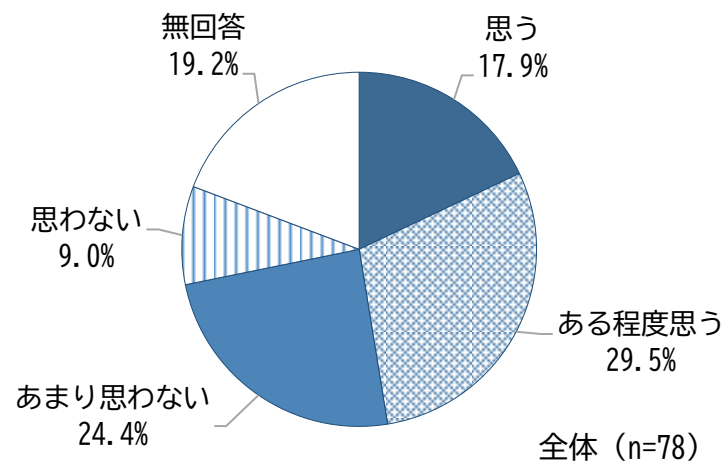
今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護



(11) 天川村は高齢者にとって暮らしやすいまちだと思うか

「ある程度思う」が 29.5%で最も高く、次いで「あまり思わない」が 24.4%、「思う」が 17.9%と続いています。

天川村は高齢者にとって暮らしやすいまちだと思うか



第3章 基本理念と目標

1. 基本理念

本村では、「天の国」、「木の国」、「川の国」を村民憲章とし、一人ひとりが光り輝き、互いの人権を確かめ、共に生き、ふれあい、支えあい、楽しみあえる福祉の村づくり、郷土の歴史から古きを学び、新しい文化を創造する村、自然と共に生き、豊かで活みなぎる村を掲げています。

人口減少が著しい本村において、健康福祉分野での目指す姿は、全ての村民が心身ともに健康で、のびのびと自由に多様な幸福を追求できる社会です。

本計画では、前計画に引き続き「地域のつながりを生かしながら、誰もが安心して暮らせる地域共生社会を実現する」を基本理念とし、地域のつながりを活かしながら、ケアを受ける側もケアを提供する側も、安心して暮らすことができる天川村を目指すため、「天川村ならではのむらづくり」を推進します。

地域のつながりを生かしながら、
誰もが安心して暮らせる地域共生社会を実現する

2. 基本目標

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参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。

本村では、職種や専門性、所属を超えた多様な働き方を構築しながら、医療のみならず介護等においても、行政の管轄を超えた広域的な暮らしを支える体制づくりを進めていきます。

また、全ての人にとって活躍する場や役割があるといった、生きがい、学びがい、働きがいのある社会を目指します。

<基本目標1>

一人ひとりの思いを大切にし、相談できるむらづくり

全ての人の自己実現、自己決定を尊重し、権利を行使できるような社会を目指します。そのため、個々の権利は認知症に人や障がいを持つ人の場合、本人の努力だけでは尊厳の保持は難しく、特に虐待は、高齢者に対する最も重大な権利侵害といえるため、相談者の属性、世代、相談内容にかかわらず、包括的に相談を受け止める環境づくりを進めます。

<基本目標2>

生きがいに満ちたむらづくり

高齢者が健康を維持し、健康寿命を延ばすためには“働くこと”や“生きがいづくり”など社会での役割を持つことが重要となってきます。そのため、高齢者が意欲と能力のある限り、年齢に関わりなく、いきいきと働ける社会を目指します。

また、公的機関による社会福祉サービスばかりではなく、地域住民による協力体制も含め、様々な状態にある高齢者を支え合える体制づくりを進めます。

<基本目標3>

安心できるむらづくり

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくために、それぞれの状態に応じて、必要な時に必要なところで、必要なサービスが切れ目なく円滑に提供されるよう、日常生活の場で高齢者の生活を支える社会を目指します。そのために、医療、介護、予防等の適切な組み合わせによる包括的な支援体制の構築を推進します。

<基本目標4>

安全で快適なくらしやすいむらづくり

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、気軽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にやさしい社会を目指します。

また、高齢者が火災や犯罪、交通事故等の危険に遭うことのないような体制づくりを進めるとともに、防災・防犯にも配慮した地域づくりを推進します。

3. 施策体系

基本理念	地域のつながりを生かしながら、誰もが安心して暮らせる 地域共生社会を実現する
------	---

基本目標 1	一人ひとりの思いを大切にし、相談できるむらづくり	
	施策の方向	施策の項目
1. 権利擁護の推進		1-1 高齢者の人権に関する啓発の推進 1-2 高齢者虐待防止の普及・啓発 1-3 消費者被害の防止 1-4 成年後見制度の利用促進 1-5 権利擁護に係る地域連携ネットワークの構築
2. 相談支援の充実		2-1 地域包括支援センターでの総合相談支援
3. 認知症の人への支援体制の充実		3-1 認知症に関する理解促進 3-2 認知症予防 3-3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 3-4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援 3-5 認知症の意思決定支援

基本目標 2	生きがいに満ちたむらづくり	
	施策の方向	施策の項目
1. 生きがいづくりの推進		1-1 生涯学習、文化活動、レクリエーション活動等の促進 1-2 社会参加と参画の促進
2. 自立した生活支援の充実		2-1 生活支援体制整備事業 2-2 生活支援コーディネーターの役割推進 2-3 共生型サービスの整備
3. 保健・予防、自立支援、介護予防・重度化防止の充実、健康づくりや疾病予防教室介護予防を充実します		3-1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の推進 3-2 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

基本目標3 安心できるむらづくり	
施策の方向	施策の項目
1. 地域包括支援センターの機能強化	1-1 地域ケア会議の充実 1-2 総合相談の機能強化 1-3 地域包括支援センター運営の充実 1-4 介護支援専門員・介護サービス事業所への支援
2. 介護サービスの充実	2-1 介護サービスの提供 2-2 介護サービス事業者への支援
3. 介護保険事業の適正かつ円滑な運営	3-1 サービスの周知と利用意向向上のための啓発活動 3-2 介護給付適正化事業の推進
4. 医療・介護専門職人材の育成・確保	4-1 介護職員の処遇改善 4-2 多様な人材確保・育成 4-3 介護職の魅力向上
5. 在宅医療・介護連携の推進	5-1 地域の医療・介護資源の把握 5-2 在宅医療・介護連携に関する相談支援 5-3 地域住民への普及啓発 5-4 医療・介護関係者の情報共有の支援 5-5 医療・介護関係者の研修 5-6 奈良県医療計画との連携 5-7 南奈良総合医療センター（へき地支援センター）との連携 5-8 かかりつけ医を持つことの普及啓発 5-9 地域医療体制の整備
6. 家族介護者への支援	6-1 家族介護継続支援事業 6-2 家族介護用品の支給

基本目標4 安全で快適な暮らしやすいむらづくり	
施策の方向	施策の項目
1. 高齢者にやさしい居住環境の推進	
2. 福祉のむらづくりの推進	
3. 災害時における高齢者支援体制の確立	3-1 防災意識の高揚 3-2 災害時における福祉避難所協定の推進 3-3 避難行動要支援者名簿の整理 3-4 介護サービス事業所への災害対策の支援
4. 感染症対策の推進	
5. 安全で安心な生活支援体制の推進	5-1 防犯意識の高揚 5-2 交通安全対策の推進
6. 移動支援の充実	6-1 天川村福祉タクシー券助成事業 6-2 福祉有償運送

第4章 施策の展開

基本目標1 一人ひとりの思いを大切にし、相談できるむらづくり

1. 権利擁護の推進

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、高齢者が抱える問題はますます深刻な状況となっています。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ともなうさまざまな問題について、住民の理解を深めていく必要があります。

全ての村民が、高齢者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権利擁護体制の充実を推進します。

1-1 高齢者の人権に関する啓発の推進

人権のむらづくりを推進し、高齢者の人権問題を含めて村民や諸機関への幅広い啓発活動を行います。就学段階から、体験・交流型の福祉教育を実施することで、高齢者の実態にふれる機会づくりを行います。

1-2 高齢者虐待防止の普及・啓発

(1) 高齢者虐待防止の普及・啓発

保健・医療・福祉の関係機関及び民生委員児童委員協議会等の地域における関係者が連携し、高齢者虐待防止に対する体制の整備を図り、養護者と養介護施設従事者による高齢者虐待防止や虐待の早期発見の推進を図るため普及啓発を行います。

(2) 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待は依然として深刻な状況にあり、令和6（2024）年4月には介護サービス事業者において、①虐待防止委員会の開催、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置が義務化されます。

引き続き、高齢者の虐待防止に向けた施策を推進するとともに、虐待防止のために、本村において高齢者の安全の確認や通報等に係る事実確認のための措置を実施します。また、地域包括支援センターにおける高齢者虐待防止に関する迅速な対応やネットワークづくりを行います。

また、介護現場の安全性の確保とリスクマネジメントの推進のため、報告された事故情報を分析し、介護現場に対する指導や支援等を行います。

1-3 消費者被害の防止

消費者被害の防止等については、地域での見守り活動の重要性を周知・徹底するとともに、早期発見のため、民生（児童）委員やケアマネジャー等関係機関への周知・啓発を図り、研修会開催などの取り組みを進めます。

1-4 成年後見制度の利用促進

成年後見制度を必要とする人が制度を利用できるよう、「成年後見制度利用促進基本計画」に基づく村の中核機関（権利擁護センター等を含む。以下同じ。）の整備や市町村計画の策定を推進していきます。

成年被後見人等の利益や生活の質の向上のための財産利用・身上保護に資する支援ができるよう、成年後見人等に対する意思決定支援の研修の実施、また、「任意後見」、「補助」、「保佐」制度の広報・相談体制の強化や、村による市民後見人・親族後見人への専門的バックアップ体制の強化を図ります。

1-5 権利擁護に係る地域連携ネットワークの構築

成年後見制度の利用促進の基盤として、本村をはじめ、地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員・児童委員その他多様な専門職が相互に連携し、協働するしくみづくりを推進します。

2. 相談支援の充実

2-1 地域包括支援センターでの総合相談支援

地域包括支援センターは、最も効果的・効率的に機能が発揮できるよう市町村において弾力的に設置することとされており、管内には「ほほえみポート天川」に設置され、それぞれの業務を推進しています。行政との業務の役割分担の明確化と連携強化に努め、複合的な機能強化を図っていきます。

そうした中、村民が抱える課題が複雑化・複合化する中で、従来の属性別の支援体制では対応が困難であり、属性を超えた相談窓口の設置等の包括的な相談支援体制の構築が求められています。

本村においては、相談窓口を整備し相談者の背景を理解して一人ひとりに寄り添った相談支援を行い、介護事業所や医療機関との連携や他分野との協働を推進します。

また、高齢・障害・子ども・生活困窮といった分野別の相談支援体制では対応しきれない、解決に結びつかないような地域住民の複雑化・複合化した課題に対応するため、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「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の実施を検討します。

成果指標

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
相談相手がない割合の減少	%	-	-	20.8	-	-	14.0

3. 認知症の人への支援体制の充実

認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。さらに、令和5（2023）年6月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しました。今後は、「認知症施策推進大綱」の中間評価と国が策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ、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きます。

3-1 認知症に関する理解促進

（1）認知症に対する正しい知識の普及啓発

認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を進めるとともに、生活環境の中で認知症の人と関わる機会が多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等向けの養成講座の開催の機会の拡大や、学校教育等における認知症の人などを含む高齢者への理解の推進、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターの周知の強化に取り組めます。

（2）本人発信支援の推進

認知症の人が生き生きと活動している姿は、認知症に関する社会の見方を変えるきっかけともなり、また、多くの認知症の人に希望を与えるものでもあると考えられます。認知症の人が、できないことを様々な工夫で補いつつ、できることを活かして希望や生きがいを持って暮らしている姿は、認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え、早期に診断を受けることを促す効果もあると考えられます。認知症に対する画一的で否定的なイメージを払拭する観点からも、地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していくことを支援します。

（3）子ども・学生に向けた対策

子ども・学生の認知症に関する理解促進のために、子供・学生向けの認知症サポーター養成講座の実施のほか、小中学校における認知症の人などを含む高齢者に対する理解を深めるための教育、高齢者との交流活動等を推進します。

(4) 医療・介護専門職に向けた対策

本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援ができるよう、医療・介護従事者等の専門職向け認知症対応力向上研修や認知症サポーターのステップアップ講座等において、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を盛り込み普及していきます。

成果指標

	単位	実績値			目標値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度 (見込)	R 6年度	R 7年度	R 8年度
認知症サポーター養成講座 参加人数	人	—	—	—	20	—	—

3-2 認知症予防

運動不足の改善、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。このため、地域において高齢者が身近に通える場を拡充するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進します。

また、かかりつけ医、保健師、管理栄養士等の専門職による健康相談等の活動についても、認知症の発症遅延や発症リスク低減、早期発見・早期対応につながる可能性があり、推進していきます。

具体的には、地区の公民館や公的施設等において住民主体で行う介護予防に資する取組である、例えば高齢者等が身近に通うことができる「通いの場」について、介護保険の保険者機能強化推進交付金も活用し、更に拡充していきます。また、森林空間や市町村で実施するスポーツ教室、公民館等の社会教育施設における講座等、地域住民が幅広く活用できる場も最大限に活用し、認知症予防に資する可能性のある各種活動を推進します。

3-3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要です。

また、令和3（2021）年には、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての人の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を持っていない人について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられました。

このような本人主体の医療・介護の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の類型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていきます。

また、一人暮らしの高齢者の増加に伴い、今後一人暮らしの認知症高齢者も増加することが予想されます。一人暮らしの認知症高齢者においては、介護者や身元保証人の不在のために医療・ケアの提供が困難になること、消費者被害や孤独死の危険性など含めて多くの課題が指摘されていることから、その実態を把握し、課題を整理し対応を検討していきます。

（1）早期発見・早期対応、医療体制の整備

認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、官民を含めた地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要です。そのため、地域包括支援センター、かかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気付いて本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援につなげるような体制を構築していきます。

① 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口であり、入口相談機能を担っており、「地域包括支援センターの評価指標」や「保険者機能強化推進交付金」の活用による質の向上を図ります。

また、医療・介護・福祉等の関係機関だけではなく、地域の商店や金融機関等の民間部門との連携も重要であり、例えば、商店の認知症サポーターが、買い物に来た高齢者の様子から認知症の可能性を感じた場合、まずは、温かく見守り、必要な場合はその場でできるサポートを行うことを基本としつつ必要に応じ、地域包括支援センター等の相談機関と連携することを支援していきます。

② 認知症地域支援推進員

市町村ごとに、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等に認知症地域支援推進員が配置され、地域の支援機関間の連携づくりや、「認知症ケアパス」の作成・活用の促進、認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制づくり、認知症の人や家族への相談等への対応等に取り組んでいます。認知症地域支援推進員の先進的な活動事例を収集し近隣の市町村に横展開するとともに、推進員の質の評価や向上のための方策について検討していきます。

③ かかりつけ医、認知症サポート医及び歯科医師、薬剤師、看護師等

認知症の症状や認知症の早期発見・早期対応、軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにすることが重要です。

これらの専門職が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理、服薬指導、本人や家族への支援等を適切に行うことを推進します。

また、早期退院・退所を阻害する要因を検討した上で、地域における退院支援・地域連携クリティカルパスの作成を進め、医療機関・介護施設等からの円滑な退院・退所や在宅復帰を支援していきます。

そして、介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を拡げるために、精神科や老年科等の専門科による医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と調整を推進します。具体的には、精神科病院等が介護事業所等と連携し、あるいは地域のネットワークに加わり、介護職員や家族等からの相談に専門的な助言を行ったり、通院や往診等により適切な診断・治療を行ったりすることを進めていきます。

④ 認知症初期集中支援チーム

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を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームは、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し近隣の市町村に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討していきます。

⑤ 医療機関との連携

相談機能の充実体制の構築にあたり、医療機関やかかりつけ医、地域包括支援センター、介護保険事業者や地域において認知症の人を支援する関係者との連携を図ります。

認知症高齢者や認知症の症状が見受けられる高齢者の情報について、早期発見・早期予防を目的に、適切な方法により情報提供できる仕組みづくりを検討します。

⑥ 認知症ケアパスの普及・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・介護サービスを受けることができるのか』の道筋となる「認知症ケアパス」を作成し、広報等により周知します。また、認知症ケアパスは、地域にある社会資源の変化に応じて、適時見直しを実施します。

認知症の早期治療等においては、村の枠を超えた圏域が想定されることから、近隣市町村との協働等を含めた検討を進めます。そして、専門医との連携により、本村の実態に即した認知症ケアパスとなるよう努めます。

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

認知症の早期発見・早期対応、医療の提供等のための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成のための研修を実施します。

急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵と言えます。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施していきます。

また、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施についても検討していきます。医療従事者等の認知症対応力向上研修においては、認知症の人を尊重し尊厳を守ることの重要性を受講者が理解できるよう努めるとともに、医学の進歩や医療・介護提供体制の変化に対応するため適宜、必要な見直しを行います。

(3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

認知症の人が、それぞれの状況に応じて、適切な介護サービスを利用できるよう、本村では、介護保険事業計画を適切に策定し、計画に基づいて介護サービス基盤を整備します。

認知症の人は、その環境に応じて、居家で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等の通所・訪問系サービスや認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)、有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしています。特に認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待されています。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進めていきます。

その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進していきます。

具体的には、認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進します。研修の推進にあたっては、オンライン活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していきます。

（４）医療・介護の手法の普及・開発

BPSDは認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもあります。まず☒は、早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択として取組んでいきます。

BPSDに投薬をもって対応するに当たっては、生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性等を考慮した対応がなされる必要があり、「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」等の普及を図ります。また、BPSDの予防に関するガイドラインや治療指針を作成し周知することに取り組めます。

BPSDに対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要があります。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続きが定められています。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法(平成9年法律第123号)の体系の中で、身体的拘束の原則禁止と緊急時やむを得ず身体的拘束を行う場合の適正な手続きが定められています。

本村においても、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってはそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について検討していきます。

認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようにすることが重要です。

このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施していきます。

人生の最終段階にあっては本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要です。特に認知症等により意思決定に困難を抱える場合には、例えば療養する場所や延命処置等について、将来選択を行わなければならない場面が来ることを念頭に、そのあり方について検討します。

また、多職種協働により、あらかじめ本人の意思決定の支援を行う等の取組を推進します。このため、本人の特性に応じた意思決定支援を行うために策定した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者研修での活用を進めます。

（５）認知症の人の介護者の負担軽減の推進

高齢化の進展に伴い、働き盛り世代の家族介護者が今後も増加していくものと考えられ、介護者の仕事と介護の両立支援が必要です。こうした観点から、育児休業・介護休業等又は介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成３年法律第 76 号)に基づく介護休業等制度のさらなる周知を実施し活用の促進に取り組むとともに、企業及び労働者双方の抱える課題を踏まえた「介護離職を予防するための仕事と介護の両立支援対応モデル」の普及促進、「介護支援プラン」の策定支援、仕事と介護の両立支援に取り組む企業への助成金の支給など、介護離職ゼロに向けた職場環境の整備に取り組めます。

また、地域包括支援センターにおけるハローワークや企業の労働部門等との連携事例の収集など、家族介護者支援に向けた取組を進めるとともに、介護者の負担軽減のため、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等のサービスの活用を引き続き進めるとともに、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症を活用した取組みを推進し地域の実情に応じた方法により普及することを進めていきます。

認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人の BPSD の発症を予防したり、重症化を緩和したりすることも可能です。このため、心理的負担の軽減につながる効果も含め、認知症疾患医療センター、認知症初期収集中支援チーム、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動について、好事例を収集する等の取組を促進していきます。

3-4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

認知症の人も含め、様々な生きづらさを抱えていても、一人ひとりが尊重され、その本人に合った形での社会参加が可能となる「地域共生社会」に向けた取組を進めることが重要です。認知症の人の多くが、認知症になることで、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を減らしている実態があります。このため、移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に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」の取組みを推進していきます。

また、交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進していきます。

若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を進めながら、介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進していきます。

（１）「認知症バリアフリー」の推進

① バリアフリーのまちづくりの推進

日常生活や地域生活における移動、消費、金融、小売等の様々な生活環境について、分野ごとに好事例の収集等を行い、認知症になっても利用しやすいよう改善や工夫を図ります。

公共交通施設や建築物等のハード面のバリアフリー化を推進するとともに、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」の移動等円滑化促進方針制度及び基本構想制度による面的・一体的なバリアフリー化を推進していきます。

② 移動手段の確保の推進

ハード面では、認知症の人を含め、自動車を運転することができない高齢者や自動車の運転を避けたいと考えている高齢者に、自ら運転しなくても、移動できる手段を確保できるよう、「地域公共交通の活性化及び再生に関する法律」（平成１９年法律第５９号）により、地域の取組を推進します。あわせて、高齢化が進む中山間地域において、人流・物流を確保するため、自動運転移動サービスの実証・社会実装を推進します。また、高齢者・障害者をはじめとする誰もが安心して通行できる幅の広い歩道等の整備を推進します。

ソフト面では、認知症の人対応のための交通事業者向け接遇ガイドラインを作成・周知し、事業者による研修の充実及び適切な接遇の実施を推進します。また、一定の規模以上の公共交通事業者に対し、従来のハード対策に加えて、認知症の人を含む高齢者等に対する対応などの接遇・研修のあり方を含む計画の作成、取組状況の報告及び公表等の義務づけに取組みます。

③ 交通安全の確保の推進

高齢者の安全運転を支える対策の更なる推進及び高齢者の移動を伴う日常生活を支える施策の充実に関する各種施策を実施するとともに、全国交通安全運動等普及啓発活動を実施していきます。

安全運転支援機能を有する自動車を前提として高齢者が運転できる免許制度の創設に向け、制度の在り方、当該免許制度に適した車両に必要な安全運転支援機能の範囲や要件及び適合性確認の在り方並びに当該自動車の普及方策などについて関係部局が連携して検討を行います。

④ 住宅の確保の推進

地域の実情に応じ、見守り等を行うサービス付き高齢者向け住宅の整備を支援します。

⑤ 地域支援体制の強化

認知症地域支援推進員等が中心となって地域資源をつなぎ、「認知症ケアパス」の作成・活用の促進、認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制の構築を行います。また、認知症サポーターによる認知症の人の見守り活動、居住支援協議会・居住支援法人、地域運営組織による高齢者等の見守りや生活支援に関する活動の支援等を通じて、地域の見守り体制の構築を支援します。

認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりとともに、行方不明者になった際に、早期発見・保護ができるよう、既存の検索システムを把握し、広域検索時の連携体制を構築するとともに、検索ネットワークづくりや ICT を活用した検索システムの普及を図ります。

行方不明者については、引き続き厚生労働省ホームページ上の特設サイトの活用により、家族等が地方自治体に保護されている身元不明の認知症高齢者等の情報にアクセスできるようにしたり、緊急連絡先や必要な支援内容などが記載され、日常生活で困った際に、周囲の理解や支援を求めるためのヘルプカードを考案・周知し、利用を促進していきます。

認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み(「チームオレンジ」)を地域ごとに構築することを目指していきます。

(2) 若年性認知症の人への支援

若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境等の特徴を踏まえ、認知機能が低下してもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられるよう、認知症疾患医療センターをはじめとする医療機関や地域包括支援センター等における若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置と相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置等の施策を引き続き推進していきます。

また、若年性認知症支援コーディネーターの活動に関する好事例を収集し、それをもとに効果的な配置のあり方やコーディネーターの資質の向上策について検討していきます。若年性認知症支援コーディネーターの役割として、就労・社会参加のネットワーク作りに加え、認知症地域支援推進員や地域包括支援センター職員との広域的なネットワークづくりを推進していきます。

若年性認知症に関する電話相談を受けるための「若年性認知症コールセンター」について、利用の普及を継続していきます。

障害者施策における就労継続支援事業所等での若年性認知症の人の受入れの実態を把握し、好事例を収集します。

(3) 社会参加支援

認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活ができる環境づくりとして、介護予防にもつながる農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画する取組を推進します。

自治体の社会教育部署等が行う社会教育施設での講座の受講による学びを通じた高齢者の地域社会への参画を促進します。また、通所介護(デイサービス)などの介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を後押しするための方策について検討していきます。

3-5 認知症の意思決定支援

普段から、我々一人ひとりが自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところではありますが、このことは、認知症の人についても同様です。

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示された「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」をもとに認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れる社会を目指します。

基本目標２ 生きがいに満ちたむらづくり

１．生きがいつくりの推進

１-１ 生涯学習、文化活動、レクリエーション活動等の促進

本村の高齢者人口は総人口とともに減少傾向にありますが、地域で活躍する元気な高齢者が数多くみられます。今後も一人でも多くの高齢者が住み慣れたむらでいきいきと暮らし続けるためには、多様化する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を拡充することが必要です。同時に、高齢者が地域活動を「支える」人材として活躍できるように積極的な社会参加を促すことが重要だと考えています。

本村においては、平成 27（2015）年度より国のモデル事業として「住民主体の通いの場づくり事業（いきいき百歳体操）」を実施しており、事業終了後も村内の５カ所で継続されています。また、「介護予防事業」として高齢者グラウンドゴルフ大会、脳のトレーニング教室、運動器の機能向上教室を実施しています。さらに、平成 29（2017）年度より地域での孤立や閉じこもりの防止、ふれあい交流や仲間づくりを目的としたサロン事業を開始しています。

これらの活動をさらに推進させて、高齢者が新たな教養を身に付け、充実した生活が営めるように、引き続き積極的に支援していきます。

１-２ 社会参加と参画の促進

高齢者の就労は、家庭生活や地域での活動、余暇と並んで、充実したシニアライフを送るうえで大切な要素となります。また、若年世代に対しても、将来的な高齢期のモデルとなるよう、地域社会での活躍を支えることが求められます。

高齢者の社会参加・生きがいつくりの中心的な地域活動組織である老人クラブが各種活動を行っており、村においてもその活動を支援しています。しかし、令和 7（2025）年以降、現役世代（担い手）の減少が一層進むことが見込まれる一方、高齢者の若返りが見られる中で、介護分野における人材のすそ野を広げるためには、高齢者の活躍を一層促進することが重要となってきます。

本村では、元気高齢者をターゲットに、「支える側」、「支えられる側」という関係を超えて、介護分野への関心を持つきっかけとなる研修を実施し、希望者を介護助手等として介護サービス事業所へのマッチングまで一体的に実施していくことを推進します。

また、ボランティア活動へのポイント付与を活用することで、介護分野の各種研修やボランティア活動へのインセンティブを拡大し、若年層、中年層、子育てを終えた層、高齢者層など各層の社会参加・就労的活動を推進するとともに介護現場での更なる活躍を支援するとともに介護人材の裾野を拡大することを進めていきます。

成果指標

	単位	実績値			目標値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度 (見込)	R 6年度	R 7年度	R 8年度
いきいき百歳体操	箇所	5	5	5	5	5	5
サロン事業	箇所	4	5	5	5	5	5
脳のトレーニング教室	人	307	349	257	280	280	280
運動機能向上教室	人	223	285	228	250	250	250

2. 自立した生活支援の充実

2-1 生活支援体制整備事業

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、高齢者が地域での生活を継続するためには、多様な生活支援ニーズに対応した多様なサービスを地域で整備していくことが必要です。このような地域における環境整備においては、市町村が中心となって、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーター（参考：コミュニティナース）の配置や協議体の設置等を通じて、生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが求められています。

そのためには、行政サービスのみならず、NPO、ボランティア、民間企業等の多様な事業主体による重層的な支援体制を構築することが求められますが、同時に、高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍するなど、高齢者が社会的役割をもつことで、生きがいや介護予防にもつなげる取組が重要です。

2-2 生活支援コーディネーターの役割推進

厚生労働省は生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の役割について「高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援および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を果たす者」と定めています。

生活支援コーディネーターは、担当する地域における社会資源を新たに見直し、地域に住む高齢者のニーズにあった新たな福祉サービスの発掘または開発が期待されています。また、新しい生活支援サービスを供給するために必要な人材育成も生活支援コーディネーターの仕事です。

行政を含めた公的機関や地域住民、NPOや民間機関などとの連携がなくては地域包括ケアシステムを深化・推進することはできません。生活支援コーディネーターがこれら機関の関係者を引き合わせたり、コーディネートしたりする役割を担い、新しい福祉ネットワークの構築を進めます。

さらに、地域の実情を踏まえてニーズを掘り起こし、そのニーズに合ったサービスを発掘し適切な事業所や関係機関につなげていきます。

本村においては、第1層の生活支援コーディネーターにコミュニティナース（看護師）を設置し、「医療・介護・地域づくり」を横断的に担うアプローチを継続させながら、課題を現場で統合していくといった形で、さらに実践を推進します。

2-3 共生型サービスの整備

障害者が65歳になっても使い慣れた障害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、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所として指定申請を受けていけるよう検討していきます。また、移行をスムーズにできるよう、障害者相談支援専門員と介護支援専門員の連携を推進していきます。

3. 保健・予防、自立支援、介護予防・重度化防止の充実、健康づくりや疾病予防教室介護予防を充実します

3-1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の推進

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、高齢者の介護予防と自立した日常生活の支援を目的とした事業で、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の2つで構成されています。

フレイル（加齢により心身が老い衰えた状態）を予防し健康寿命を延伸するため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組みます。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い活動を自粛している状況も見られたことから、感染防止に配慮しつつ、活動再開や参加率向上に向けた取り組みを進めます。

（1）介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービス（ホームヘルプサービス）

○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。

② 通所型サービス（デイサービス）

○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。

③ 生活支援サービス

○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を構築します。

④ 介護予防支援（ケアマネジメント）

○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、一人一人の自立に向け、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。

（２）一般介護予防事業

① 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。

② 介護予防普及啓発事業

○介護予防に資する基本的な知識の普及啓発を行うため、パンフレットの作成・配布、有識者等による講演会等を開催し、介護予防に関する自発的な活動が広く実施されるよう支援します。

③ 地域介護予防活動支援事業

○介護予防に関するボランティア等の人材育成のための研修や介護予防に資する地域活動組織を育成・支援します。

④ 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。

⑤ 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、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営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。

○また、本村のような山間部の村では、地理的に山の斜面に住宅があることも少なくなく、足腰が弱ると施設しか選択肢がなくなってしまう。しかし、既存サービスを生活困窮や閉じこもりを理由に活用されないケースもあります。そこで、植物や生き物（観賞魚等）の飼育を、あえて段差の多い裏口に設置するなど工夫し、身体評価ができるホームプログラムを推進します。介護される人が世話をすることで生まれる意欲や力がリハビリになることや、世話を介して人がポジティブな新しい共通言語を持ってつながっていく（つながりなおす）こと等を活用したリハビリテーション活動を支援していきます。

3-2 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

介護予防は、高齢者が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を目的として行うものであり、生活機能の低下した高齢者には、「心身機能」「活動」「参加」の各要素にバランス良く働きかけることが重要です。

また、高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、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進める必要があります。

そのため、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、①データに基づく課題分析と対応、②適切な指標による実績評価、③インセンティブの付与を法律により制度化されました。

本村では「介護予防・日常生活支援総合事業」の「自立支援」に主眼に置きながら、多様な生活支援の充実、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくりを進めながら、介護予防や重度化防止を目指します。

（１）日常生活支援体制整備事業の推進

保険者、地域包括支援センター、社会福祉協議会が日常生活支援体制整備事業（協議体）の充実や自治協等地域の既存の活動などとの協働によって地域における支え合いの体制づくりを進めます。

（２）住民主体活動の横のつながり

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、日常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。

（３）地域課題の把握・対策

地域包括ケア「見える化」システム等のデータ利用や、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。

基本目標３ 安心できるむらづくり

１．地域包括支援センターの機能強化

１－１ 地域ケア会議の充実

地域包括ケアシステムを深化・推進するための有効なツールとして、地域ケア会議の充実を図ります。地域包括支援センター主催による「地域ケア個別会議」では介護支援専門員からの相談による困難事例等や総合相談支援業務から抽出された個別ケースについて、多職種協働による支援内容の検討により、①地域支援ネットワークの構築、②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、③地域課題の把握などを行います。

また、把握した地域課題を、地域づくり、資源開発につなげるため引き続き、地域ケア会議で検討します。解決に向けて政策形成の必要な内容については、市町村レベルの会議で検討します。

（１）事例検討等による地域課題の把握

関係者との事例検討等の実施により、関係機関や事業者等の連携によるケアマネジメント力の向上とサービスの質の確保を図ります。

地域ケア会議において、ケアマネジャーや医療、介護、保健専門職による個別事例検討を行い、その中で把握できた地域課題については日常生活支援体制整備事業や地域包括ケア庁内連携会議において共有し、課題解決に向けた協議につなげます。

（２）地域内外の関係機関、団体、サービス提供事業者等のネットワークの構築

他地域を含む保険者、地域包括支援センター、社会福祉協議会が協力し、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。

具体的には地域ケア会議の中で、“最近認知症が進行したのではないか”“診療所に受診に来ないが大丈夫か”といった『気になる人』を抽出し、地域包括支援センターや居宅介護事業所のケアマネジャーに、地域支援を担う法人スタッフが同行する形を想定しています。そこから現状把握やアセスメントをすることで、訪問機能を強化し認知症高齢者や服薬管理ができない高齢者、閉じこもり等への関わりを深めながら、地域ケア会議で議論するというような、PDCA サイクルに沿って推進していきます。

さらに、村内の専門職で構成された地域ケア会議に他地域の専門職（例：障がい担当のケアマネジャー、村外の居宅会議事業所）が参加できるような機会を持たせて、様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱え複合的な支援を必要としたりする状況に対応していきます。また、人々の暮らしにおいては、「社会的孤立」の問題や、制度が対象としないような身近な生活課題への支援の必要性の高まりといった課題が顕在化しており、さらに、様々な課題を抱えているが、公的支援制度の受給要件を満たさない「制度の狭間」の問題への取組みも進めていきます。

地域にある課題は、医療や介護以外の問題も多く、そのような課題に取り組むためには、他分野との連携も必要となってきます。そこで、医療介護専門職で構成された地域ケア会議に、他分野が関われるような仕組みを設けて、他分野でも福祉を基盤とした地域づくりを推進していきます。

(3) 地域共生社会の実現に向けた取り組み

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目指します。

具体的には、医療福祉専門職（コミュニティナースを想定）が「社会的処方」を行うことを目的に、地域ケア会議において集積された地域資源や個別の情報を、地域マップに反映させて情報を可視化していくことを推進していきます。また、必要に応じて、地域で活動する民生委員や地区区長などと共有し、地域で支え合いの体制を構築していきます。

地域ケア会議の全体像

レベル	会議名	会議の概要	会議の機能				
			①個別課題解決	②ネットワーク構築	③地域課題発見	④地域づくり・資源開発	⑤政策形成
村 (2回/年)	地域ケア推進会議 (介護保険運営協議会を想定)	地域課題に対する資源開発・政策形成		○	○	○	○
他分野 (適宜)	他分野横断会議 (産業や各大字で行われている寄合を想定)	地域課題の検討・共有、ネットワーク構築	○	○	○	○	
個別 (1回/月)	個別支援領域横断会議 (医療介護専門職)	個別ケースの課題検討、医療介護連携の強化、認知症支援の推進、閉じこもり、障がい、医療福祉人材を育てる	○	○	○	○	

成果指標

	単位	実績値			目標値		
		R3年度	R4年度	R5年度 (見込)	R6年度	R7年度	R8年度
個別ケア会議事例数	人	21	77	75	75	75	75

1-2 総合相談の機能強化

本村において、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する断らない包括的な相談支援体制を整備するため、総合相談機能の強化に取り組めます。

また、高齢・障がい・子ども・生活困窮といった分野別の相談支援体制では対応しきれない、解決に結びつかないような地域住民の複雑化・複合化した課題に対応するため、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「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の実施を検討します。

さらに、複合課題を抱える相談者にかかる支援関係機関の役割や関係性を調整する多機関協働事業を実施し、必要な支援が届いていない相談者にコミュニティナースなどの医療福祉専門職がアウトリーチ等を通じた継続的な支援事業を実施し、支えられていた人が別の場面ではほかの人を支えるような、「支え合いの循環」を起こすことを目指します。

成年後見制度や福祉サービス利用援助事業の利用促進については、今後も地域包括支援センターの総合相談業務や地域での介護予防事業を通じて広報活動を強化します。

1-3 地域包括支援センター運営の充実

地域包括支援センターの運営に当たっては、業務の円滑、効率的な実施、適切、公平中立的な運営を行うことを目的として策定した「地域包括支援センター運営方針」に基づき業務を実施し、相談件数や業務量の増加に対応していくため「地域包括支援センター運営方針」を適宜適切に見直し、改訂に取り組めます。

また、多職種・多機関との連携体制の強化や、職員の資質向上、業務改善等に取り組み、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

1-4 介護支援専門員・介護サービス事業所への支援

自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを深化・推進していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、介護支援専門員自身の資質向上や自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で重要な役割を担っています。

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるようにするため、地域包括ケアシステムを深化・推進するとともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援体制の充実を推進し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

2. 介護サービスの充実

厚生労働省は、福祉ニーズの多様化・複雑化、人口減少といった、福祉分野を取り巻く課題に対応するため、平成27年9月に「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」（以下「新たな福祉ビジョン」という。）を取りまとめました。新たな福祉ビジョンは、高齢者、障がい者、児童等の対象者にかかわらず、包括的・総合的に支援する仕組みを構築するという今後の福祉の方向性を示したものであります。福祉サービスの提供に当たっては、地域の支援ニーズの現状・将来的変動、人口の状況、まちづくりの方針等を踏まえ、それぞれの地域がその実情に合った体制を整えることが重要となっています。

このため、厚生労働省では、専門性に則って高齢者介護、障がい者福祉、子育て支援等の支援を行う方法の他に、複数分野の支援を総合的に提供する仕組みを推進していくこととしています。その基本的な理念は、高齢者、障がい者、児童等が集い、誰もが分け隔てなく支え合い、その人のニーズに応じた支援が受けられるという共生型社会の構築です。

また、こうした取組を地域づくりの拠点としても機能させていくことが重要です。各地において、既存の補助金や高齢者、障がい者、児童等の各対象者別の福祉制度に基づく福祉サービスを活用することで、高齢者、障がい者等を分け隔てなく受け入れ、制度に基づく専門サービスを提供するものから、地域福祉の拠点となり居場所機能を担うものまで、様々なかたちで実施されており、こうした共生型の多世代交流・多機能型の福祉拠点による地域づくりの取組が地域の実情に応じて柔軟に対応できるような体制を整備していきます。

2-1 介護サービスの提供

本村の介護サービスを提供する事業所は、訪問、通いのみであり、村外でしか施設サービスを受けることができません。これから介護サービスの需要が増えることから、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、良質なサービス提供環境を構築することが必要です。

国は、地域密着型サービスとして9つのサービスを掲げていますが、サービスの指定・監督権限は村が有しており、既存の居宅サービス提供状況、施設サービス整備状況、村民のサービス利用意向など村の状況を踏まえて提供するサービスの種類や事業者の指定を行うこととなります。また、提供されるサービスは原則として村民の方のみが利用可能です。そこで、本村では令和3年度を目標に「小規模多機能居宅介護（訪問・通い・宿泊）」を設置し、絶え間ない在宅サービスを提供することで安心して暮らせる村づくりを推進します。

（1）居宅サービス供給体制の安定確保

サービス供給体制を安定的に確保していくため、本村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。

（２）地域密着型サービス供給体制の確保

本村の小規模多機能型居宅介護は、施設の居室を自宅と捉え、廊下は道。施設の職員が居室にお邪魔するように自宅に訪問したり、日中のつどいのか所として利用者はもちろん、地域の人も食堂へ集まるように事業所に通います。また、日頃から学生ボランティアやアルバイト職員などの人材確保に努めたり、地域の奉仕作業や祭りなどへ積極的に参加することで地域の理解や協力を得ることを推進します。

さらに、小規模多機能型居宅介護には薪ボイラーが設置されることから、社会保障と地域社会経済との「循環」を目的に、農林業や観光業等の地域資源を活用した、さまざまな状態にある人々の社会参加・就労支援と、コミュニティの再生を目指します。

地域密着型サービスの供給が安定すると、中央地区や西部地区へのサテライトの設置を検討し、村内全域をサービスの対象地区となるような整備を推進していきます。

（３）訪問看護ステーションの充実

本村には、村外の訪問看護事業所のサテライトが設置されており、村内で医療・介護が必要な高齢者に対してサービスが提供されています。また、令和元年から新たな訪問看護事業所が参入し訪問リハビリを中心にサービスの提供をしています。

さらに令和２（2020）年から、南和医療の中核病院が吉野郡全域を支援することを目標に訪問看護ステーションを立ち上げました。今後の方向性として、村内診療所へのみならず訪問看護ステーションの設置を視野に入れた在宅支援の充実を目指すため、訪問看護事業所の看護師が最新又は高度な医療処置・看護ケアに関する知識や技術、在宅医療に求められるケアの視点や退院支援、地域連携に関する知識といった専門性を高めるための研修等の実施が必要であることを踏まえ、これらの研修が適切に実施されるよう、体制整備を図りながら在宅生活の継続に向けた支援体制の整備を推進します。

（４）リハビリテーション提供体制の充実

適切なリハビリテーションの提供は、利用者がその能力に応じ自立した日常生活を営むために欠かせないものとなっています。要介護者と要支援者におけるリハビリテーションサービス提供体制の均一化を目指し、訪問リハビリテーションのみならず、既存事業者が提供する介護サービスへのリハビリ専門職の介入、リモートを活用した遠隔リハビリの活用、さらに、認定者以外の高齢者へのリハビリ支援も視野に入れた取組みを推進していきます。

2-2 介護サービス事業者への支援

(1) 介護業務の効率化に向けた取り組み

介護サービス事業者の事務負担の軽減を図るため、文書に係る負担軽減や、電子申請・届出システムの活用や介護情報基盤の整備に取り組みます。

(2) 介護現場におけるICTの導入支援

介護を行うのは人であり、人(利用者)と人(介護者)の関係が介護の基本ですが、エビデンスを踏まえつつ、ロボット・センサー・ICTを用いることで、職員の身体的・精神的負担軽減が図られる結果、介護現場に時間的・心理的余裕を生じさせ、利用者と介護者のふれあう時間や利用者の安心感を増す効果があります。

介護職員の負担が軽減し、働きやすい職場環境の整備が図られるよう、介護サービス事業者が介護ロボット等ICTを導入する支援を検討します。

3. 介護保険事業の適正かつ円滑な運営

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。

また、要介護（要支援）認定を遅滞なく適正に実施するために、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化を検討します。

3-1 サービスの周知と利用意向向上のための啓発活動

介護保険制度を円滑に推進させ、要介護者が安心してサービスを自由に利用できる制度として運営していくためには、制度の意義や仕組み、サービスの利用方法などについて、被保険者である住民の正しい理解が不可欠となります。広報やパンフレット等により、制度の周知及び利用意識の啓発に努めてきましたが、引き続きこのような広報活動を継続していきます。

3-2 介護給付適正化事業の推進

真に必要な介護サービス以外のサービスが提供されていないかの検証、制度趣旨や良質な事業展開のために必要な情報の提供等により、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図ります。

また、高齢者ができる限り、住み慣れた地域で自立した生活を営めるようにするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために、介護給付の適正化を測ります。このため、国の指針に基づき、要介護認定の適正化等介護給付適正化にかかる主要3事業である「要介護認定の適正化」、「ケアプラン等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」について、県の協力を得ながら取り組んでいくとともに、引き続き「介護給付費通知」についても実施します。

（1）要介護認定の適正化

引き続き、全ての認定調査の内容及び結果について、地域包括支援センターが全ての内容の点検を実施します。

（２）ケアプラン等の点検

指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）の内容を確認し、必要に応じ助言又は指導することにより、介護給付の適正化及びケアマネジメントの質の向上を図ることを目的にしています。本村では、計画作成時、計画書等の提出を依頼し、内容点検・適正化を検討します。

また、福祉用具購入と住宅改修との併用、同一種類の福祉用具貸与など、特に調査が必要と思われる事例については、奈良県作業療法士会から専門職派遣を依頼し、訪問調査の上、必要性や利用状況等を確認し、適性に住宅改修や福祉用具購入・貸与ができるように点検します。

（３）医療情報との突合・縦覧点検

国保連合会へ委託します。

（４）介護給付費通知

国の各種マニュアルや県の計画、国保連合会介護給付マニュアルを基に本村の実情に合致した計画（マニュアル）を作成し、活用することで給費の抑制を図ります。

成果指標

	単位	実績値			目標値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度 (見込)	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
ケアプラン点検実施数	回	12	12	12	12	12	12

4. 医療・介護専門職人材の育成・確保

本村においては、福祉に従事する介護人材の3割が65歳以上となっており、介護サービスを持続的に提供することが困難であるといった本質的な課題に直面しています。

介護は、介護者と利用者の関係を基本とした人と人の間で行われるものであり、質の高いケアを維持するためには、介護人材の充実が欠かせません。それぞれの現場で介護人材を充実させていくためには、守り(離職防止)と攻め(新規人材確保)の観点が重要であり、村内外で働く専門職が魅力を感じるような体制を積極的に創出し、村内で就労できるような仕組みづくりに取り組みます。また、潜在看護師の発掘や医療福祉領域を横断できるような人材の育成にも力を入れていきます。

併せて、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必要であるため、事業者やケアマネジャー等の利用者視点に立った資質の向上を推進していきます。

地域包括ケアシステムを深化・推進するためには、介護人材、在宅医療を担う医師や看護師等の医療職、介護支援専門員、生活支援サービスの担い手又は生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)、コミュニティナース等の多様な人材の確保を進めていきます。特に介護人材の量的な確保については、介護人材の需給の状況を踏まえ、学卒者・中高年齢者や他業種からの新規参入の促進や離職した介護福祉士等の届出制度も活用した潜在的人材の復職・再就職支援、介護ロボットやICT等の活用も含め、事業主による雇用環境改善による離職防止・定着の促進を推進していきます。

また、介護事業所向けにハラスメント防止に向けた支援を行い、介護職員の離職を防ぎ、介護職員が安心して働ける環境を整えます。

4-1 介護職員の処遇改善

介護職員は、処遇改善に取り組んできた結果、賃金水準が一定程度改善してきており、また、今後さらなる高齢化が進行することから安定的なニーズの見込める職種であります。

今後、定年退職まで働ける賃金体系・キャリアラダーを確立することで離職防止のインセンティブとする必要があります。また、不満足要因の解消を図るだけでなく、介護に対する社会承認や達成感などの満足要因にアプローチすることが必要であり、例えば、長年働き続けているベテラン職員に対し、何をモチベーションとして働いてきたのかを調査・分析し、それを広げていくことも魅力向上に効果があると考えられます。

介護は、人と人との関係を基本としたものであり、利用者や家族からも感謝されるやりがいのある仕事です。利用者の状態改善や幸せな笑顔、「ありがとう」という一言が介護職員にとっての最大級のモチベーションであり、こうした成功体験の共有や発表の場も含めた取組みを進めていきます。

4-2 多様な人材確保・育成

介護福祉士を目指す学生や再就職を目指す人材への支援、中高年等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後のマッチングまでの一体的な支援が示されてきました。また、「特定技能」等外国人介護人材への介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施など受入に必要な環境を整備することも推進されています。

本村は、平成27年度から奈良県の事業である「奥大和コミュニティナース育成事業」に取り組んでいます。事業当初から1名のコミュニティナースを配置し、地域支援事業の推進に取り組んできました。今後、コミュニティナースを幅広い分野で雇用し、チームでコミュニティナースングの展開を進めていきます。

介護人材の確保は重要な対策の一つであり、今後、地域内の関係団体や関係機関等と連携し、人材確保のための協議会を設置するなどし、地域の実情に応じ、重点的に取り組みます。

4-3 介護職の魅力向上

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の方策や、その具体的な目標を掲げることが重要です。

介護の本質は、高齢者の日常生活を維持できるよう人が人に誠意を持って支援を行うことであり、高齢者に共感できることが適性の一つとなることから、幼少期から高齢者と自然な形で交流できる社会を作っていくことも重要です。

また、年齢に応じた働きかけや理解促進の取組も重要であり、小学生に対する認知症サポーター養成講座や認知症劇、施設訪問などに取り組んでいます。

進路指導の際に魅力的に映るような中学生、高校生向けの介護の魅力について啓発するパンフレットが必要であり、進路指導に際しての担当の教員の理解も必要であるため、職場体験を実施してもらうなどに取り組みます。その際、「介護に関する入門的研修」を、中学校や高等学校の進路担当の教員の方々の理解促進のために活用することも効果的と考えられることから、新中学校学習指導要領(2021年度施行予定)、新高等学校学習指導要領(2022年度施行予定)において、介護に関する内容がそれぞれ充実されたことを踏まえ、健康福祉課と教育委員会とが連携して検討することを進めていきます。

また、介護支援専門員については、介護離職の防止の実現に向け、介護に取り組む家族等への支援技術の向上を含め資質の向上を目指し、介護支援専門員に対する研修が適切に行われるような実施体制を組むとともに、介護支援専門員が当該研修を円滑に受講することができるよう、職能団体等との連携を十分に図りつつ、体制整備を図ることが重要です。

5. 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を図ります。

また、PDCAサイクルに沿った取組を行う中で必要なサービスの整備等に関する課題が浮上する場合もありますが、都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画等に基づく、医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進します。

5-1 地域の医療・介護資源の把握

地域の医療機関、介護事業所の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握、整理したうえで、医療・介護関係者の連携を支援する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について、理解を深めるように支援していきます。また、医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにするとともに、把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へアクセスできる環境を整えていきます。

5-2 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療と介護の連携に関する相談支援を行う。そのため、地域の在宅医療・介護関係者の連携を支援するための相談窓口を設置し、さらに、その運営を行うために、在宅医療・介護の連携を支援する人材(コーディネーター)を配置する。また、必要に応じて、地域の医療・介護関係者の連携を支援する相談会の開催や退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整、患者、利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

5-3 地域住民への普及啓発

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係者(関係団体)の連携だけではなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要であります。そのため、在宅医療・介護連携に関する講演会やシンポジウム等の開催、在宅医療・介護サービスに関するパンフレットの作成・配布、ウェブサイトの作成等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を支援していきます。

また、人生の最終段階における医療について、医療従事者から本人・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人による意思決定を基本として行われることが重要であることから、ACP（人生会議）の普及啓発に取り組みます。

5-4 医療・介護関係者の情報共有の支援

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われることが必要であります。そのため、在宅での看取り、急変時、入退院時の情報共有にも活用できるような情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援していきます。

また、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退院調整ルールづくりを推進し、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仕組みづくりをさらに進めます。

※情報共有ツール…情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス、認知症ケアパス等

5-5 医療・介護関係者の研修

事業への理解と相互の理解を深め、地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、地域ケア会議を活用した多職種でのグループワーク等の協働・連携に関する研修を行います。また、必要に応じて、相互の理解を深めるために、医療や介護の保険制度等について、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に対して、医療に関する研修会の開催等の研修を実施していきます。

5-6 奈良県医療計画との連携

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。

5-7 南奈良総合医療センター（へき地支援センター）との連携

南和広域医療企業団 南奈良総合医療センターには8つのセンターが設置されており、その中の一つにへき地支援センターがあります。①へき地診療所における総合診療の実践、②へき地診療所勤務に向けた人材の教育・研修、③へき地診療所への診療応援といった3つの事業を行い、奈良の「ふるさと」の医療をささえています。そのため、本村は、天川村国民健康保険直営診療所において、南奈良総合医療センターの医師による診療応援を得られる状況にあります。

しかし、へき地看護師の応援体制は整っていないのが現状です。そこで、南奈良総合医療センターの看護師とへき地の看護師が行き来できるような環境を調整し、本村の医療が途切れることなく継続して質の高い医療が提供できるようにしていきます。

具体的には、へき地看護師が南奈良総合医療センターの研修へ参加したり、へき地看護師が訪問機能を有し、南奈良総合医療センターが診療所への人材支援をしたりするといった取組みを進めていきます。

5-8 かかりつけ医を持つことの普及啓発

高齢者が地域で安心して自立した生活を送るためには、普段から「かかりつけ医」を持って健康管理に取り組むことが重要です。また、急病や事故などの緊急時に適切な医療が受けられる救急医療体制をさらに整備していくこと、夜間・休日の診療体制の充実を図っていくことが求められています。今後は、「かかりつけ医」を持つことの大切さについて、広報紙等を活用しながら継続した取り組みが必要であることと合わせて、高齢者の受診に関する情報提供や相談窓口の設置なども検討する必要があります。さらに、救急医療体制の適正な利用に向けてさらなる啓発が必要であり、夜間・休日の診療体制の一層の充実に向けて各医師会などとの連携強化を図ります。

5-9 地域医療体制の整備

これまで最期の時を迎える場の多くが病院等医療機関であったことを考えると、今まで在宅の人々に関わる医療・介護の専門職であってもターミナル期・看取りを経験していない可能性が高いことが考えられます。しかし、超高齢社会は多死社会であり、重度の人々が地域に増え、その人々を各専門職が連携して支えていくことが不可欠となります。その場合、当然ながら住まいにおいてターミナル期を迎える人々も今後増加することとなります。

このことは今後の在宅医療・介護連携推進、そして地域包括ケアの推進と表裏一体の話であり、在宅医療・介護に携わる医師をはじめとする各専門職では、看取り、すなわちその人たちの生活をどうしたら最期まで支えることができるのか・自分たちのまちで支える方法はあるのかを共に考えることが重要となります。

したがって、地域包括ケアの推進主体である自治体、それに関わる多職種の専門職が互いに連携し、看取りを可能とする資源や予約診察を含む体制の整備を推進するとともに、医療機関等と情報共有や連携を図ることにより地域医療体制の円滑な実施を図ります。

6. 家族介護者への支援

介護に携わる家族介護者への負担は、精神的・身体的な疲労が特に大きなものとなっています。また、認知症高齢者の家族やヤングケアラーなど、家庭における介護の負担軽減のための取組を進める必要があります。さらに、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も、医療リスクも高くなります。これらの様々な相談に適切に対応できるよう、必要な方に必要な支援が提供される仕組みづくりと、医療・ケアマネジャー・近隣の助け合いやボランティアなど一層の連携強化が必要です。

介護サービスの充実とともに、介護者の健康管理、介護方法の研修機会や介護に関する相談窓口の充実、介護者同士が集い情報交換や交流を行う場を提供する等、介護負担や不安を軽減し、介護者が張合いのある生活を送れるような支援策を考えていきます。

6-1 家族介護継続支援事業

介護家族の健康管理やリフレッシュの観点から、介護情報の提供をはじめ、介護に関する情報交換の場として年1回の交流会を開催する、家族介護者交流事業を実施します。

また、要介護4・5の認定を受けていて、在宅で1年間介護保険サービスを受けなかった高齢者を介護している非課税世帯を対象に、介護慰労金を支給する家族介護慰労事業を実施します。

6-2 家族介護用品の支給

要介護3～5の認定を受けており、紙おむつ等の支給が必要であると認められる在宅の高齢者に対して、紙おむつ等の支給を行います。

基本目標4 安全で快適なくらしやすいむらづくり

1. 高齢者にやさしい居住環境の推進

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、本村では、住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きます。

今後、高齢者が住み慣れた家で暮らし続けられるよう継続した取り組みと合わせて、民間事業者などとの連携の充実を図る必要があります。さらに、高齢者で住み替えを希望する人には、サービス付き高齢者向け住宅等の情報提供に努め、ライフスタイルの変化に対応できる住宅支援策も整えていきます。

2. 福祉のむらづくりの推進

本村では、県の「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、さらに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んでいきます。

3. 災害時における高齢者支援体制の確立

本村では、村民の防災意識を高めるために、「ハザードマップ」を発行し、全戸に配布しています。

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目指し、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、災害時要援護者支援の取り組みを推進しています。

3-1 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。

3-2 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、村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。

3-3 避難行動要支援者名簿の整理

避難行動要支援者名簿とは、災害対策基本法に基づき、大地震などの災害が起こったときに、自力で避難することが難しく、支援を必要とする方々を、あらかじめ登録しておく名簿です。

災害時に、安否確認や避難誘導、避難生活支援等を行うための基礎となる避難行動要支援者名簿を作成し、要配慮者支援体制の整備を図ります。

3-4 介護サービス事業所への災害対策の支援

介護サービス事業所において、感染症や災害に備えた業務継続計画（BCP）の策定が義務付けられたことから、未策定の事業所に対し、必要な支援検討します。

4. 感染症対策の推進

令和4（2022）年12月に成立した「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」等を踏まえ、高齢者施設等が感染症への適切な対応を行うことができるよう、平時から関係機関と連携し、感染症対策についての体制整備に努めます。

5. 安全で安心な生活支援体制の推進

高齢者が安全かつ安心して生活するためには、安全性の高いまちづくり、体制づくりを進める必要があります。

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、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。

防犯については、地域ぐるみの見守り・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、住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必要があります。

5-1 防犯意識の高揚

村民一人ひとりが、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。

5-2 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。本村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。

6. 移動支援の充実

6-1 天川村福祉タクシー券助成事業

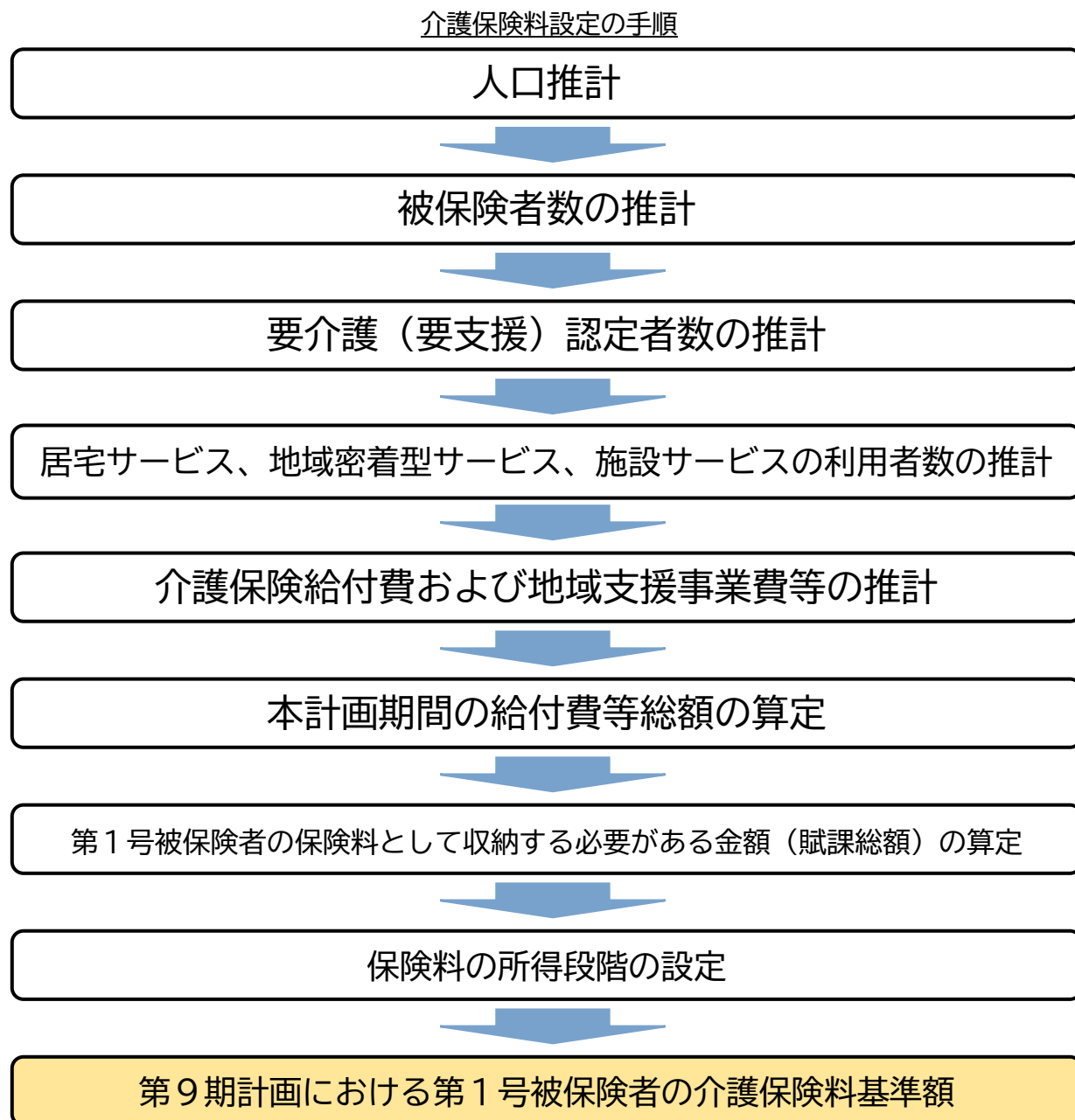
引き続き、天川村に現に居住しておられる75歳以上の方と75歳未満の障害者手帳・療育手帳・精神障害者福祉手帳をおもちの方と、65歳から74歳まで独居の方を中心に福祉タクシー券を交付します。

6-2 福祉有償運送

福祉有償運送は、タクシー等の公共交通機関によっては要介護者、身体障害者等に対する十分な輸送サービスが確保できないと認められる場合に、NPO、公益法人、社会福祉法人等が、実費の範囲内であり、営利とは認められない範囲の対価によって、乗車定員11人未満の自家用自動車を使用して会員に対して行うドア・ツー・ドアの個別輸送サービスで、必要に応じて整備を進めていきます。

第5章 介護保険事業に関する見込み

本計画期間（令和6（2024）年度～令和8（2026）年度）における第1号被保険者の介護保険料は、以下の手順に沿って算出しました。



1. 介護保険制度改正による費用負担等について

1-1 第1号保険料に関する見直し及び諸係数について

(1) 国の定める標準乗率、公費軽減割合

介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、今後の介護給付費の増加を見据え、第1号被保険者間での所得再分配機能を強化する（標準段階の9段階から13段階への多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等）ことで、低所得者の保険料上昇の抑制（低所得者の最終乗率の引下げ）が図られます。

国の定める標準段階数、標準乗率、公費軽減割合は、以下のとおりです。

段階数	標準乗率	公費軽減割合	最終乗率
第1段階	0.455	0.17	0.285
第2段階	0.685	0.2	0.485
第3段階	0.69	0.005	0.685
第4段階	0.9	－	0.9
第5段階	1.0	－	1.0
第6段階	1.2	－	1.2
第7段階	1.3	－	1.3
第8段階	1.5	－	1.5
第9段階	1.7	－	1.7
第10段階	1.9	－	1.9
第11段階	2.1	－	2.1
第12段階	2.3	－	2.3
第13段階	2.4	－	2.4

(2) 第9期計画期間における基準所得金額

第9期計画期間における第1号保険料の基準所得金額については、以下のとおりとされます。

- ・第6段階と第7段階を区分する基準所得金額 120 万円
- ・第7段階と第8段階を区分する基準所得金額 210 万円
- ・第8段階と第9段階を区分する基準所得金額 320 万円
- ・第9段階と第10段階を区分する基準所得金額 420 万円
- ・第10段階と第11段階を区分する基準所得金額 520 万円
- ・第11段階と第12段階を区分する基準所得金額 620 万円
- ・第12段階と第13段階を区分する基準所得金額 720 万円

また、第1号保険料の在り方が見直されたことに伴い、介護給付費財政調整交付金の所得段階及び所得段階別加入割合補正係数についても見直しが行われ、保険者ごとの所得分布状況に係る調整機能が強化されます。

1－2 介護報酬の改定等について

(1) 令和6（2024）年度介護報酬改定

令和6（2024）年度予算案において、令和6（2024）年度介護報酬改定率は+1.59%とされ、介護職員の処遇改善分として+0.98%分が、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として+0.61%が措置されます。

(2) 多床室の室料負担の見直し

多床室に関して、一部の施設（介護老人保健施設においては「その他型」及び「療養型」、介護医療院においては「Ⅱ型」）については、新たに室料負担（月額8千円相当）を導入されることになりました。

(3) 基準費用額（居住費）の見直し

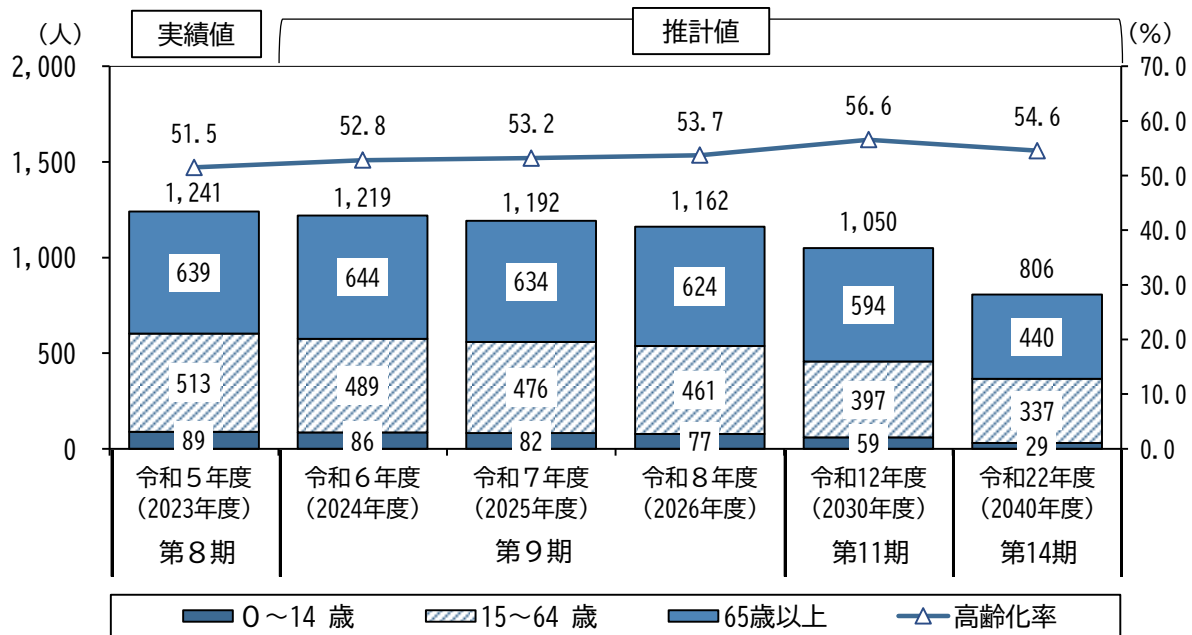
近年の光熱水費の高騰に対応し、在宅で生活する人との負担の均衡を図る観点から、基準費用額が増額されることになりました。その際、従来から補足給付における負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者については、その利用者負担が増えないようにする（負担限度額を0円で据え置く）ことに伴い、利用者負担第1段階の多床室利用者に対する「特定入所者介護サービス費等給付額」が増加します。

2. 高齢者等の見込み

2-1 人口推計及び被保険者数の推計

今後の本村の総人口を推計すると、本計画期間の最終年度の令和8(2026)年度には、総人口は1,162人、第1号被保険者数は644人になると見込まれます。

総人口の推計



※ 令和元(2019)年から令和5(2023)年の各年10月1日現在の住民基本台帳の男女別年齢別人口を用い、コーホート変化率法(各コーホート(同じ年に生まれた人々の集団)について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法)で人口を推計

被保険者数の推計

(単位:人)

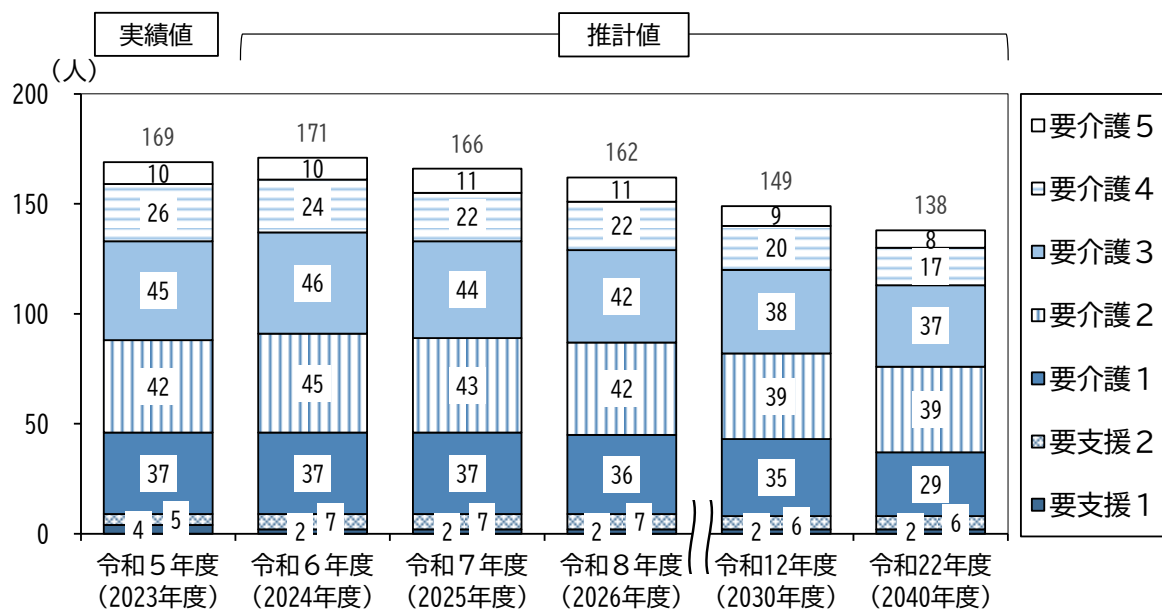
		実績値	推計値				
		第8期	第9期			第11期	第14期
		令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
第1号 被保険者数	65～74歳	284	284	269	249	220	102
	75～84歳	175	181	194	216	235	186
	85歳以上	201	201	193	179	157	171
	合計	660	666	656	644	612	459
第2号被保険者数		319	291	283	271	238	202
被保険者総数		979	957	939	915	850	661

※ 上記の人口推計値を基に、住所地特例者を勘案して推計

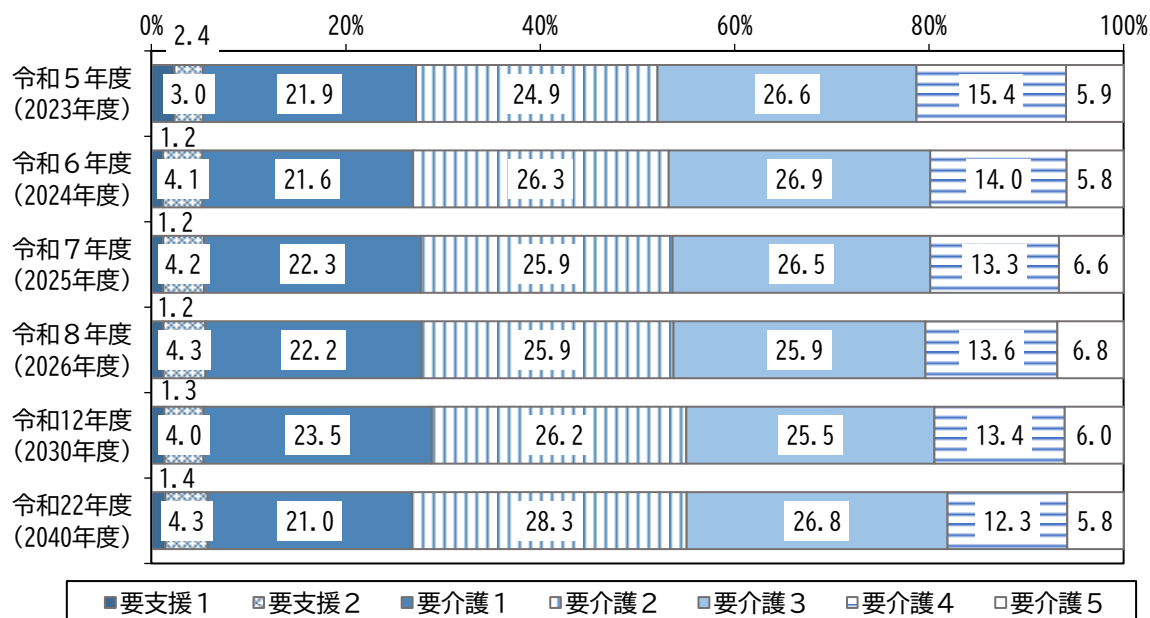
2-2 要介護（要支援）認定者数の推計

今後の要介護（要支援）認定者数（第2号被保険者を含む）を推計すると、令和8（2026）年度には162人になると見込まれます。

要介護（要支援）認定者数の推計



要介護（要支援）認定者の構成比の推計



資料：令和5年度は厚生労働省「介護保険事業状況報告」（9月月報）

3. 介護サービスの量の見込み

3-1 居宅サービスの必要量の推計

第8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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
訪問介護	利用回数(回/月)	474.5	427.1	427.1
	利用者数(人/月)	35	33	33
訪問入浴介護	利用回数(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
訪問看護	利用回数(回/月)	68.4	68.4	62.1
	利用者数(人/月)	10	10	9
訪問リハビリテーション	利用回数(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
居宅療養管理指導	利用者数(人/月)	11	9	8
通所介護	利用回数(回/月)	36.6	27.8	27.8
	利用者数(人/月)	3	2	2
通所リハビリテーション	利用回数(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
短期入所生活介護	利用日数(日/月)	79.8	79.8	79.8
	利用者数(人/月)	5	5	5
短期入所療養介護(老健)	利用日数(日/月)	14.2	14.2	14.2
	利用者数(人/月)	1	1	1
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)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
福祉用具貸与	利用者数(人/月)	39	36	34
特定福祉用具購入費	利用者数(人/月)	0	0	0
住宅改修費	利用者数(人/月)	0	0	0
特定施設入居者生活介護	利用者数(人/月)	7	7	7
居宅介護支援	利用者数(人/月)	59	56	52

介護予防サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026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）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	利用回数（回/月）	0	0	0
	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防短期入所生活介護	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 （老健）	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 （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）	2	2	2
特定介護予防福祉用具購入費	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防住宅改修	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	利用者数（人/月）	0	0	0
介護予防支援	利用者数（人/月）	2	2	2

3-2 地域密着型サービスの必要量の推計

第8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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026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)	179.8	172.0	172.0
	利用者数(人/月)	25	24	24
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)	10	10	9
認知症対応型共同生活介護	利用者数(人/月)	1	1	1
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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026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

3-3 施設サービスの必要量の推計

第8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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護老人福祉施設	利用者数(人/月)	37	37	37
介護老人保健施設	利用者数(人/月)	25	25	25
介護医療院	利用者数(人/月)	2	2	2

4. 介護保険事業費の見込み

4-1 総給付費の推計

第9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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
居宅サービス				
訪問介護	13,209	11,796	11,796	36,801
訪問入浴介護	0	0	0	0
訪問看護	2,570	2,573	2,343	7,486
訪問リハビリテーション	0	0	0	0
居宅療養管理指導	1,628	1,334	1,155	4,117
通所介護	2,678	1,949	1,949	6,576
通所リハビリテーション	0	0	0	0
短期入所生活介護	7,611	7,621	7,621	22,853
短期入所療養介護（老健）	1,655	1,657	1,657	4,969
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）	0	0	0	0
福祉用具貸与	5,009	4,548	4,280	13,837
特定福祉用具購入費	0	0	0	0
住宅改修費	0	0	0	0
特定施設入居者生活介護	14,586	14,604	14,604	43,794
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	15,941	15,197	15,197	46,335
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	26,825	26,859	24,468	78,152
認知症対応型共同生活介護	3,091	3,095	3,095	9,281
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	116,797	116,944	116,944	350,685
介護老人保健施設	89,496	89,609	89,609	268,714
介護医療院	10,240	10,253	10,253	30,746
居宅介護支援	9,788	9,236	8,531	27,555
合計	321,124	317,275	313,502	951,901

(単位：千円)

介護予防給付費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026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	0	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	0	0	0	0
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (老健)	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	159	159	159	477
介護予防特定福祉用具購入費	0	0	0	0
介護予防住宅改修費	0	0	0	0
介護予防特定施設入居者 生活介護	0	0	0	0
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	107	107	107	321
合計	266	266	266	798

(単位：千円)

総給付費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
①介護サービス	321,124	317,275	313,502	951,901
在宅サービス	86,914	82,770	78,997	248,681
居住系サービス	17,699	17,699	53,075	17,699
施設サービス	216,533	216,806	216,806	650,145
②介護予防サービス	266	266	266	798
在宅サービス	266	266	266	798
居住系サービス	0	0	0	0
合計 ①+②	321,390	317,541	313,768	952,699

4-2 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：千円）

標準給付費見込額	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
①総給付費	321,390	317,541	313,768	952,699
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）	21,916	21,302	20,789	64,006
③高額介護サービス費等給付額（財 政影響額調整後）	8,294	8,062	7,868	24,224
④高額医療合算介護サービス費 等給付額	988	959	936	2,882
⑤算定対象審査支払手数料	249	242	236	727
合計	352,836	348,106	343,597	1,044,539

4-3 地域支援事業費の推計

本期間における地域支援事業費は、以下のとおりです。

（単位：千円）

地域支援事業費	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
介護予防・日常生活支援総合事業	6,495	6,495	6,495	19,484
包括的支援事業（地域包括支援 センターの運営）・任意事業	3,502	3,502	3,502	10,506
包括的支援事業（社会保障充実分）	5,224	5,224	5,224	15,672
合計	15,221	15,221	15,221	45,662

4－4 保険料収納必要額の推計

本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6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合計
標準給付費見込額	円	352,836,276	348,106,093	343,596,591	1,044,538,960
地域支援事業費	円	15,220,640	15,220,640	15,220,640	45,661,920
第1号被保険者負担分相当額	円	84,653,091	83,565,149	82,527,963	250,746,202
調整交付金相当額	円	17,966,546	17,730,037	17,504,562	53,201,144
調整交付金見込額	円	41,215,000	38,971,000	35,744,000	115,930,000
調整交付金見込交付割合	%	11.47	10.99	10.21	－
後期高齢者加入割合補正係数	－	0.7634	0.7858	0.8215	－
所得段階別加入割合補正係数	－	0.9417	0.9414	0.9418	－
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	－	－	－	17,600,000
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	－	－	－	170,417,346
予定保険料収納率	%	－	－	－	98.50

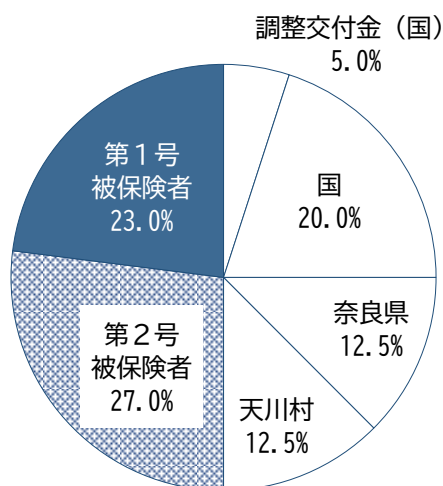
5. 第1号被保険者の介護保険料

5-1 介護給付等の財源

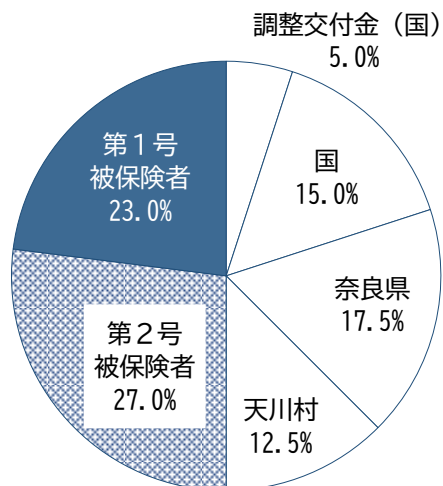
全国の介護保険被保険者が公平に費用（介護給付費＋地域支援事業費）を負担するように、第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、3か年（事業計画期間）ごとに、全国規模の人口比率で定められており、第9期計画期間の第1号被保険者の負担割合は、第8期に引き続き23%となります。

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。

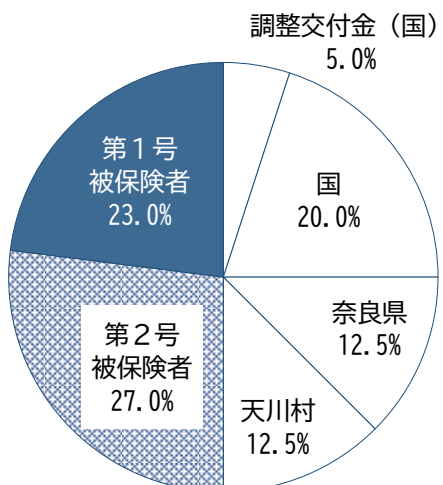
【居宅給付費】



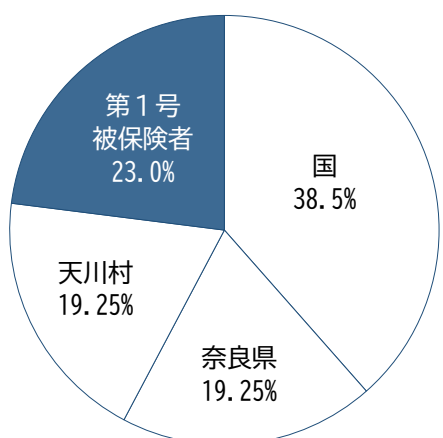
【施設給付費】



【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】



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歳以上の人）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

本村では、保険料段階を国の標準段階である 13 段階に設定しました。

	国の標準段階（13 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の老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.285 (0.455)
第 2 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.485 (0.685)
第 3 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 120 万円超	0.685 (0.69)
第 4 段階	本人が住民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.9
第 5 段階	本人が住民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円超	1.0
第 6 段階	住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.2
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	1.3
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	1.5
第 9 段階	住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上 420 万円未満	1.7
第 10 段階	住民税課税かつ合計所得金額 420 万円以上 520 万円未満	1.9
第 11 段階	住民税課税かつ合計所得金額 520 万円以上 620 万円未満	2.1
第 12 段階	住民税課税かつ合計所得金額 620 万円以上 720 万円未満	2.3
第 13 段階	住民税課税かつ合計所得金額 720 万円以上	2.4

※（ ）は「公費による保険料軽減の強化」による軽減幅を反映前の割合

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見込みました。

(単位：人)

	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)	合計
第 1 段階	155	152	149	456
第 2 段階	103	102	100	305
第 3 段階	36	36	35	107
第 4 段階	63	62	61	186
第 5 段階	60	59	58	177
第 6 段階	96	95	93	284
第 7 段階	83	81	80	244
第 8 段階	38	38	37	113
第 9 段階	12	11	11	34
第 10 段階	6	6	6	18
第 11 段階	7	7	7	21
第 12 段階	1	1	1	3
第 13 段階	6	6	6	18
合計	666	656	644	1,966
所得段階別加入割合 補正後被保険者数	626	616	606	1,848

(3) 所得段階別の介護保険料

1	標準給付費＋地域支援事業費合計見込額（令和6年度～令和8年度） 1,090,200,880 円…①
	
2	第1号被保険者負担分相当額 250,746,202 円（①×23%）
＋調整交付金相当額 －調整交付金見込額 －準備基金取崩額 53,201,144 円 115,930,000 円 17,600,000 円	
	
3	保険料必要収納額（収納率 98.50%で補正後） 173,012,534 円
÷	
4	所得段階別加入割合補正後被保険者数 1,848 人 （基準額の割合によって補正した令和6年度～令和8年度までの被保険者数）
	
保険料基準月額 7,800 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の老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.285	2,223円	26,676円
第2 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.485	3,783円	45,396円
第3 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.685	5,343円	64,116円
第4 段階	本人が住民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等80万円以下	0.9	7,020円	84,240円
第5 段階	本人が住民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等80万円超	1.0	7,800円	93,600円
第6 段階	住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.2	9,360円	112,320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	1.3	10,140円	121,680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	1.5	11,700円	140,400円
第9 段階	住民税課税かつ合計所得金額320万円以上420万円未満	1.7	13,260円	159,120円
第10 段階	住民税課税かつ合計所得金額420万円以上520万円未満	1.9	14,820円	177,840円
第11 段階	住民税課税かつ合計所得金額520万円以上620万円未満	2.1	16,380円	196,560円
第12 段階	住民税課税かつ合計所得金額620万円以上720万円未満	2.3	17,940円	215,280円
第13 段階	住民税課税かつ合計所得金額720万円以上	2.4	18,720円	224,640円

※ 第1～第3段階の割合は、「公費による保険料軽減の強化」による軽減幅を反映後の割合

※ 算出した保険料に10円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てます

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村民への周知・啓発を行うため、「広報てんかわ」やホームページへの掲載、村行事、関係する各種団体・組織等の会合など、多様な機会を活用します。

2. 計画推進体制の整備

2-1 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、「天川村長期総合計画」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います。

(1) 高齢者の在宅での生活が確保されるために、保健や介護予防、日常生活支援サービス、介護保険サービス、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させます。

(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。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ります。

2-2 保健、医療、福祉等の連携

ニーズの把握から各サービスの提供まで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、地域住民の自主活動組織、老人クラブ等とも連携を強化します。

2-3 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ので、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、評価を実施します。

また、庁内の進捗体制として、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、計画を推進します。

資料編

1. 天川村介護保険運営協議会規則

(平成 12 年 12 月 25 日規則第 10 号)

改正 平成 13 年 12 月 1 日規則第 11 号 平成 23 年 10 月 1 日規則第 7 号

(目的)

第 1 条 介護保険の円滑な運営を図るため、天川村介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)を置く。

(所掌事務)

第 2 条 協議会は次に掲げる事項について協議するものとする。

- (1) 天川村介護保険事業計画の策定及び進行管理に関すること。
- (2) 天川村における介護保険制度の円滑な運営に関すること。
- (3) その他介護保険制度に関する重要事項。

(委員)

第 3 条 協議会の委員は 20 名以内とし、次に掲げる者のうちから、村長が委嘱する。

- (1) 被保険者を代表する者
- (2) 保健・医療・福祉に関する機関を代表する者
- (3) 学識経験者
- (4) 公益を代表する者
- (5) 村の関係機関の職員
- (6) その他村長が特に必要と認める者

2 委員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。ただし、欠員による補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第 4 条 協議会に会長及び副会長を置く。

2 会長は委員の互選により選出し、副会長は、委員の中から会長が指名する。

3 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第 5 条 協議会の会議は、会長が招集し、会長がその議長となる。

2 協議会は、委員の半数以上の出席がなければ、会議を開くことができない。

3 協議会の議事は、出席した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6条 協議会の庶務は、健康福祉課において行うものとする。

(その他)

第7条 この規則に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が定めるものとする。

附 則

この規則は、平成12年11月1日から施行する。

附 則(平成13年12月1日規則第11号)

この規則は、公布の日から施行し、平成13年12月1日から適用する。

附 則(平成23年10月1日規則第7号)

この規則は、平成23年10月1日から施行する。

2. 天川村介護保険運営協議会名簿

委 員 名	機 関 等
小 屋 敏 巳	天川村議会代表
今 西 勉	天川村議会代表
今 西 行 雄	天川村議会代表
中 村 猛	天川村民生児童委員会代表
山 崎 千 里	天川村老人クラブ連合会代表
平 恵 子	介護保険被保険者代表（第1号被保険者）
奥 田 智 子	介護保険被保険者代表（第2号被保険者）
赤 井 登 壽	天川村社会福祉協議会代表
庄 司 康 人	天川村国保診療所医師
前 平 直 人	居宅介護支援事業所

天川村第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

令和6(2024)年3月

編集・発行 天川村

〒638-0322

奈良県吉野郡天川村南日裏 200 番地

ほほえみポート天川内

天川村役場 健康福祉課

TEL 0747-63-9110
