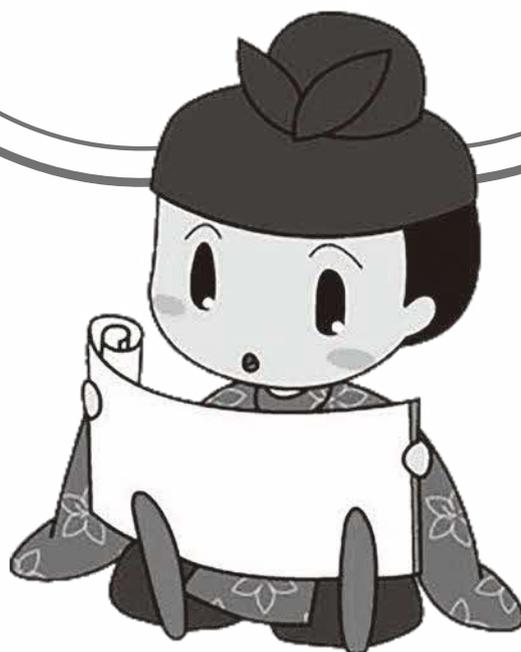


太子町
高齢者保健福祉計画

第9期

介護保険事業計画



令和6年3月
大阪府太子町

はじめに

高齢化が地球規模で進む中、我が国の高齢化率は世界で最も高い水準で急速に進展し続けており、令和19年（2037年）には国民の3人に1人が65歳以上となることが見込まれています。

近年は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大や自然災害の頻発による不安も重なり、高齢者の健康や安全に対する備えがより一層急がれる状況となっています。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う行動制限等による健康状態への影響や、生活様式の変化への対応も求められます。

本町における高齢化率は全国および大阪府を上回り、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）には43.9%にのぼることが見込まれ、要介護・要支援認定者やひとり暮らし高齢者、認知症高齢者の増加も予想されます。これに伴って介護サービスの需要は高まり、求められる内容も多様化することが想定されます。本町では令和4年度から重層的支援体制整備事業を実施し、複合的・複雑化したニーズを包括的に受け止める総合的な相談支援に取り組んでいます。

このような状況の中、「みんなが支え合いつながるまちーたいしーすべての住民が安心していきいきと暮らせるまち」の基本理念のもと、高齢者の皆様が安心して健康で元気に暮らせるまちづくりを目指し、「太子町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定いたしました。今後、本町の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るために、地域の関係機関や団体との連携や協働の強化を図るとともに、住民の皆様が自分らしく生きがいを持って暮らせるよう、全力で取り組んでまいりますので、引き続きご理解とご協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、本町の高齢者福祉の向上にご尽力いただいております「太子町介護保険事業計画等推進委員会」の委員の皆様をはじめ、住民および事業者の皆様から貴重なご意見やご提案を賜りました。この場を借りて、心より感謝申し上げます。

令和6年3月

太子町長 田中 祐二

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. 計画の位置付け	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
6. 計画策定の視点	3
第2章 太子町の概況	5
1. 人口構造の推移と将来推計	5
2. 高齢者のいる世帯の推移	6
3. 要支援・要介護認定者数の推移と将来推計	7
4. アンケート調査結果からみる現状	8
5. 第8期計画の振り返り	14
第3章 計画の基本的考え方	28
1. 基本理念	28
2. 基本目標	29
3. 施策体系	30
第4章 施策の展開	31
基本目標1. 地域包括ケアシステムの深化・推進	31
基本目標2. 高齢者の認知症への取組と権利擁護の推進	39
基本目標3. 高齢者が安心・安全に暮らせる体制の整備	44
基本目標4. 介護サービスの適切な普及と質の向上	47
基本目標5. 高齢者の生きがいつくりと社会参加の促進	56
第5章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計	58
1. 介護保険事業の見込み	58
2. 介護保険料の見込み	62
第6章 計画の推進体制	65
1. 計画の推進体制	65
2. 計画の進行管理	66
資料編	67
1. 太子町介護保険事業計画等推進委員会設置要綱	67
2. 太子町介護保険事業計画等推進委員会委員名簿	68
3. 策定経過	69
4. 地域づくり（地域包括ケアシステム構築）に向けた取組概念図	70
5. 用語集	71

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

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の背景と趣旨

本町は、令和3年（2021年）3月に「太子町高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」を策定し、「みんなが支え合いつながるまち -たいし- すべての住民が安心していきいきと暮らせるまち」を基本理念に掲げ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域での生活を継続できるまちづくりを推進してきました。

我が国の高齢化は諸外国に例をみないスピードで進んでおり、本町においても、高齢化率は全国・大阪府を上回る水準で推移しており、令和7年（2025年）には32.1%となることが見込まれています。

また、要介護・要支援認定者やひとり暮らし高齢者、認知症高齢者が増加することも見込まれます。

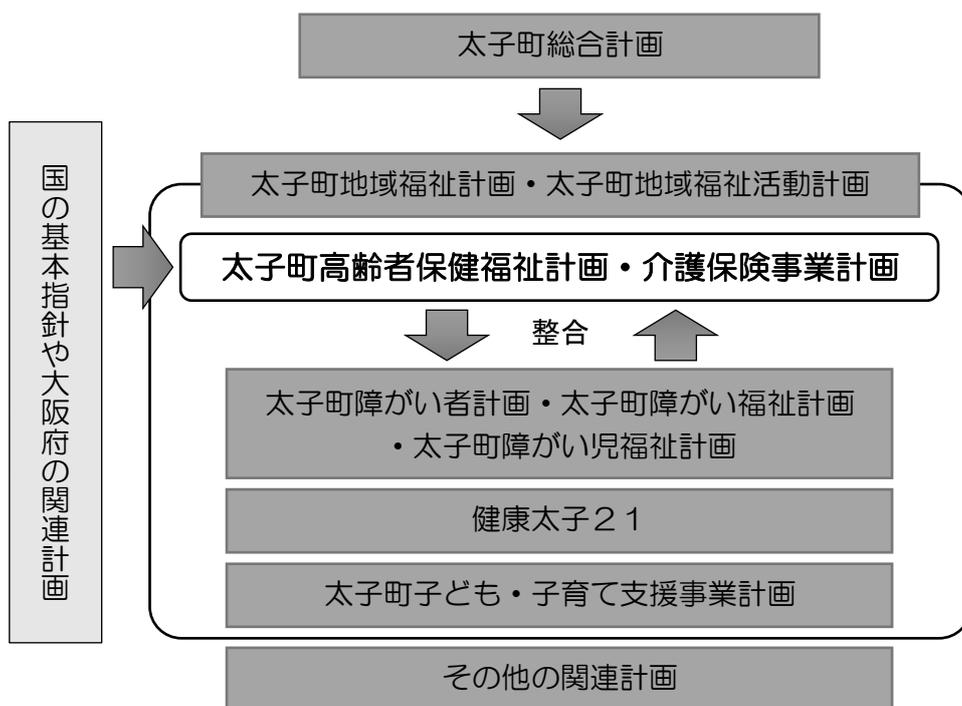
国は、計画策定にあたり「中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえ、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保、介護現場における生産性の向上の推進等が重要となる。また、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るための具体的な取組内容や目標を、優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要である」としています。

また、大阪府では、「介護保険事業支援計画」、「老人福祉計画」、「介護給付適正化計画」、「認知症施策推進計画」を一体にした「大阪府高齢者計画2024」（令和6年度から令和8年度までの計画期間）を策定し、「みんなで支え 地域で支える 高齢社会」の実現を目指して取組を進めます。

本町においては、これまでの取組を引き継ぎつつ、地域包括ケアシステムを一層深化・推進することを目指し、「太子町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定します。

2. 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第20条の8に定める「市町村老人福祉計画」に位置付けます。
 また、介護保険法第117条に定める「市町村介護保険事業計画」に位置付けます。
 国の定める基本指針及び、「大阪府高齢者計画2024（介護保険事業支援計画、老人福祉計画、介護給付適正化計画、認知症施策推進計画）」と整合を図ります。
 また、上位計画である「第5次太子町総合計画」、「第3期太子町地域福祉計画・地域福祉活動計画」や各種関連計画と整合を図ります。



3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度を初年度とし、令和8年度を目標年度とした3年間とします。
 また、団塊世代が75歳以上を迎える令和7年、団塊ジュニア世代が65歳以上を迎える令和22年（2025年・2040年問題）を見据え、町内全域に地域包括ケアシステムを構築していくこととし、目標を設定しています。

年度	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	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22年 (2040年)
太子町高齢者 保健福祉計画・ 介護保険事業計画	第8期計画			第9期計画(本計画)			団塊ジュニア世代が 65歳以上

団塊世代が
75歳以上

→

4. 計画の策定体制

本計画の策定に際しては、「太子町介護保険事業計画等推進委員会」において意見交換や審議を行うとともに、アンケート調査やパブリックコメントにより町民の意見を広く聴取し、反映していきます。

5. 日常生活圏域の設定

本町は、町域が小さく、町の東側は山林であり、居住区域は半径2キロメートルの円内にほぼ収まるコンパクトな町となっています。この特性を活かし、多様なサービス提供を促していくため、本計画においても、第8期計画に引き続き、町域全体を一つの日常生活圏域と設定します。

6. 計画策定の視点

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の实情に応じたサービス基盤の整備

中長期的な本町地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更等既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の实情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要があります。

医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要となります。

中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備のあり方を議論することが重要です。

②在宅サービスの充実

居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが求められます。

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、地域住民を地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体として観念することが重要です。

地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待されます。

認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが大切です。

多様な主体による介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるよう、総合事業の充実化を推進する必要があります。

②医療・介護情報基盤の整備

介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備が求められます。

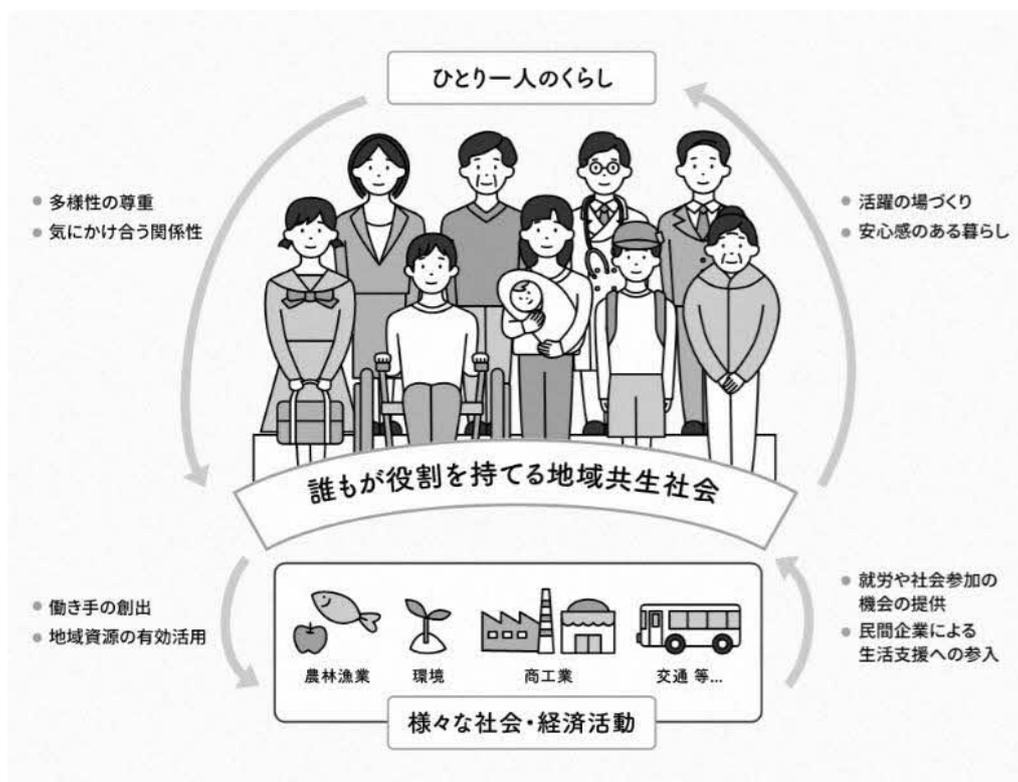
③保険者機能の強化

給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化を進める必要があります。

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

府の主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進するとともに、介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用する必要があります。

さらに、介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進することが必要です。

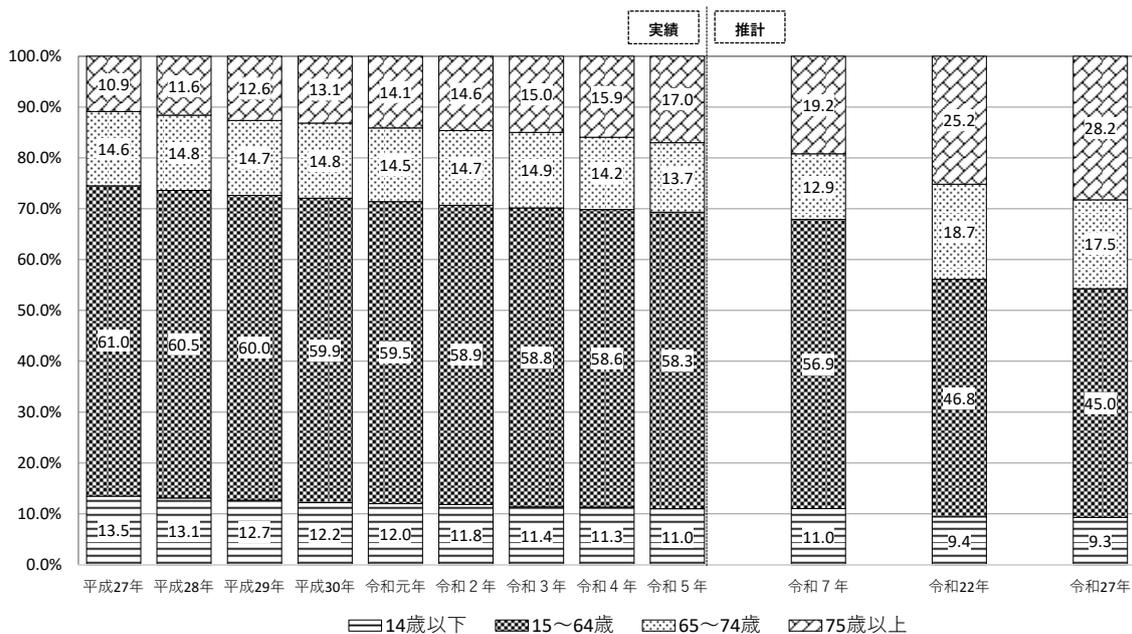
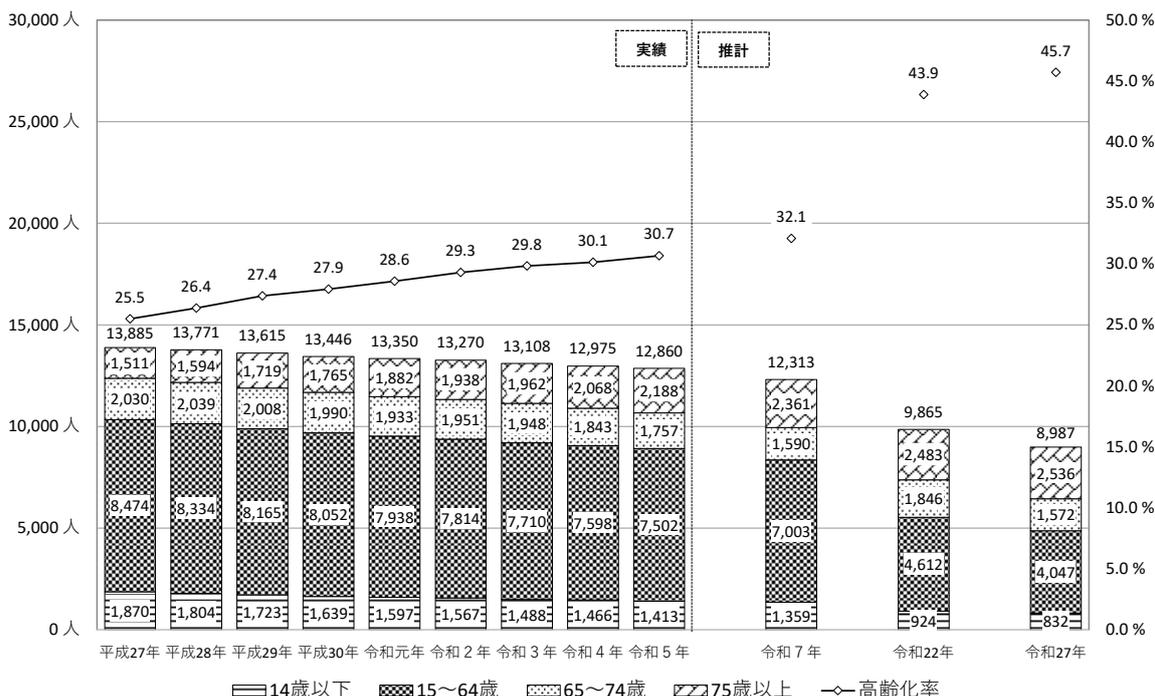


第2章 太子町の概況

1. 人口構造の推移と将来推計

人口の推移をみると、総人口は減少傾向となっており、令和5年には12,860人となっています。また、年齢区分別にみると、「75歳以上」が増加傾向となっていますが、「14歳以下」と「15～64歳」は減少傾向となっており、令和5年の高齢化率は30.7%となっています。

将来推計をみると、今後も総人口は減少していくと見込まれており、令和7年には12,313人、令和22年には9,865人、令和27年には8,987人になると予想されています。「75歳以上」の増加は今後も続き、高齢化率の上昇も見込まれています。

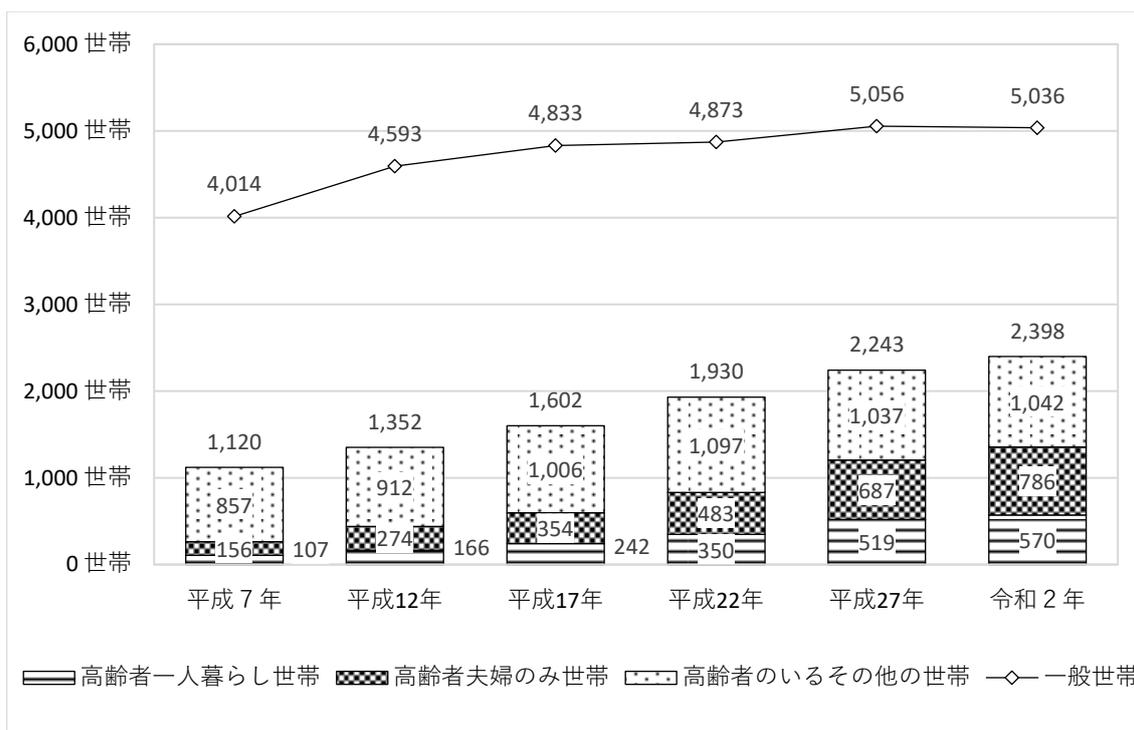


※平成27年～令和5年は各年9月末時点（住民基本台帳より）。令和7年以降は各年12月1日時点（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」より）

2. 高齢者のいる世帯の推移

高齢者のいる世帯について、国勢調査によると、「一般世帯」は平成 27 年まで増加して推移していましたが、令和 2 年には減少しています。一方で、「高齢者のいる世帯」は令和 2 年も増加が続いています。また、令和 2 年の「一般世帯」が 5,036 世帯、「高齢者のいる世帯」が 2,398 世帯となっており、「一般世帯」に占める「高齢者のいる世帯」の割合は 47.6%となっています。

高齢者のいる世帯の内訳をみると、「高齢者一人暮らし世帯」と「高齢者夫婦のみ世帯（夫婦ともに 65 歳以上）」の占める割合がともに増加しており、「高齢者のいる世帯」に占める割合を平成 7 年と令和 2 年とで比較すると 2 倍以上となっています。



※国勢調査より

	平成 7 年		平成 12 年		平成 17 年		平成 22 年		平成 27 年		令和 2 年	
	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比
一般世帯	4,014	100.0%	4,593	100.0%	4,833	100.0%	4,873	100.0%	5,056	100.0%	5,036	100.0%
高年齢者のいる世帯	1,120	27.9%	1,352	29.4%	1,602	33.1%	1,930	39.6%	2,243	44.4%	2,398	47.6%
高年齢者一人暮らし世帯	107	9.6%	166	12.3%	242	15.1%	350	18.1%	519	23.1%	570	23.8%
高年齢者夫婦のみ世帯	156	13.9%	274	20.3%	354	22.1%	483	25.0%	687	30.6%	786	32.8%
その他の世帯	857	76.5%	912	67.5%	1,006	62.8%	1,097	56.8%	1,037	46.2%	1,042	43.5%

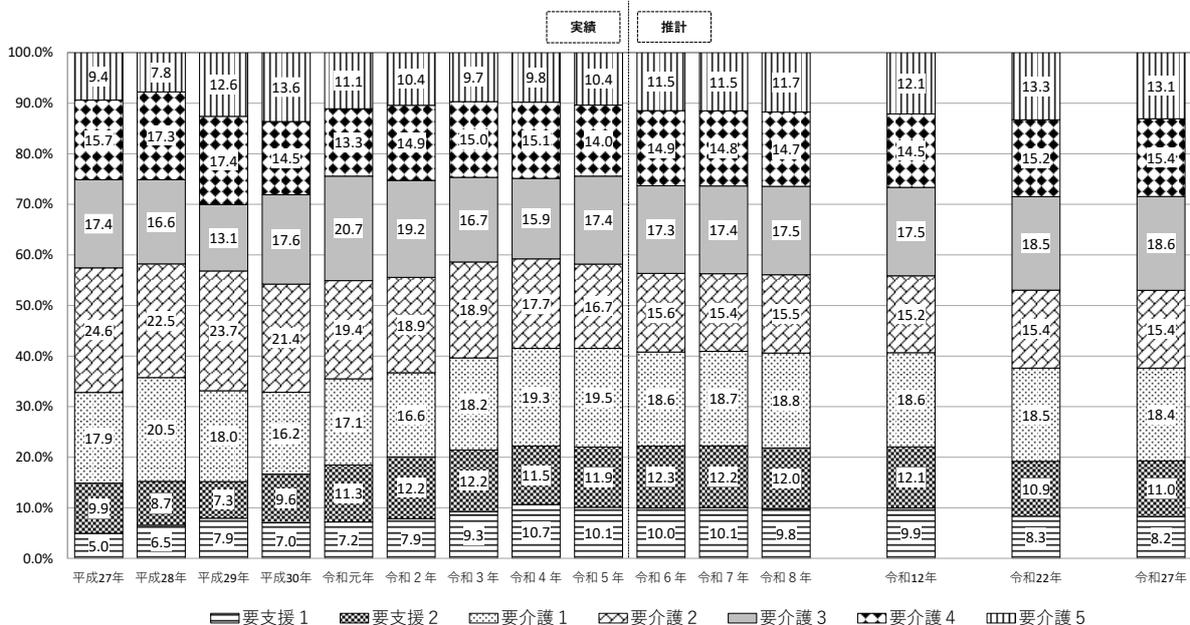
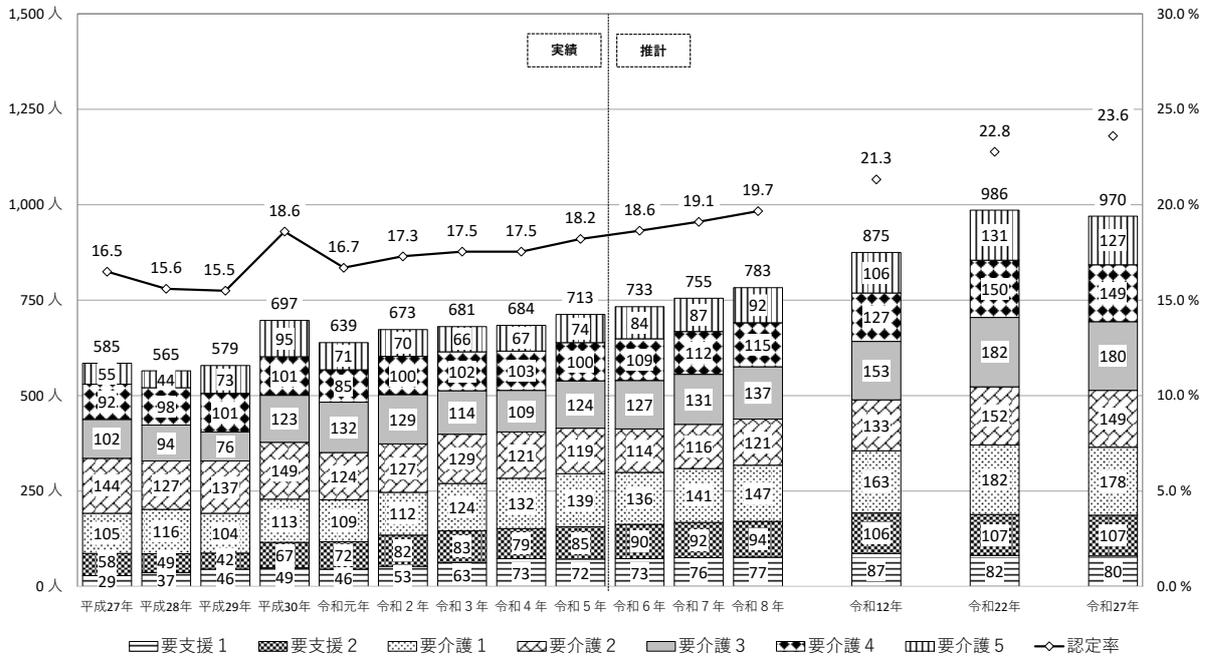
※「高年齢者夫婦のみ世帯数」は夫婦ともに 65 歳以上の世帯数

※国勢調査より

3. 要支援・要介護認定者数の推移と将来推計

要支援・要介護認定者数の推移をみると、近年は増加傾向にあり、令和5年は713人となっています。また、要支援・要介護度別では「要支援1」、「要支援2」、「要介護1」がやや増加傾向となっています。

将来推計をみると、今後も増加が見込まれており、令和8年には783人、令和12年には875人、令和27年には970人になると予想されています。



※令和5年度までは町資料より。令和6年度以降は地域包括ケア「見える化」システムによる推計
 ※認定率は第1号被保険者に対する割合

4. アンケート調査結果からみる現状

4-1. 調査概要

調査種別	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象	65歳以上の一般高齢者及び要支援1・2の高齢者	町内在住の町民のうち、在宅の要介護者及びその家族
配布数	2,000票	150票
調査方法	郵送法	認定調査員による聞き取り調査
抽出方法	無作為抽出	—
調査時期	令和5年4月～5月	令和4年11月～令和5年4月
有効回収数	1,374票	55票
有効回収率	68.7%	36.7%

4-2. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果のまとめ

(1) 家族や生活状況について

- 本調査への回答者は、年齢は70代が最も多く、世帯類型は夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）が最も多いという状況です。
- 介護・介助は必要ないという人が87.2%となっています。
- 家族の介護をしている人で、ほぼ毎日介護をしている人は、75～84歳で8割を超えています。
- 介護をしている人の中で、ほとんど終日という人は、女性の割合が大幅に高い状況です。

高齢の夫婦2人暮らしが多い状況で、現在は介護・介助は必要ないという人が8割以上を占めていますが、加齢に伴い、今後は介護・介助の必要が生じてくると考えられます。

75～84歳で家族の介護をほぼ毎日介護している人が多く、なかでも女性に多くの負担がかかっている状況があります。介護を担うことによる生活時間の制限等により、心身の健康へ影響を及ぼすことがあります。地域包括ケアシステム等をさらに充実させ、要支援・要介護者のもとより、家族の健康も守っていく必要があります。

(2) からだを動かすことについて

- 日常的な動作の各項目（階段を昇る、椅子から立ち上がる、15分位続けて歩く）について、「できない」、また、転倒に対しては「不安」と回答した人は女性の方が割合が高く、外出頻度は女性の方が割合が低い傾向にあります。
- 外出頻度を家族構成別にみると、「週5回以上」と回答した人の割合は、夫婦2人暮らし（配偶者65歳以下）が最も高く、6割近くとなっています。一方で、「ほとんど外出しない」、「週1回」と回答した人は、娘・息子との2世帯の人の割合が最も高く、合わせて22.6%となっています。
- 昨年と比べて外出の回数が減っているかについては、全体では「あまり減っていない」と「減っていない」を合わせた割合が7割を超えています。

- 外出を控えている理由としては、全体を通して「足腰の痛み」の割合が最も高く（37.1%）、85～89歳では「交通手段がない」の割合が最も高く（33.3%）なっています。
- 移動手段は「バイク」の割合が最も高く（全体では37.1%）、次いで「電動車いす（カート）」（24.7%）となっています。

日常的な動作が「できない」、転倒に対して「不安」との回答には、外出頻度が少ないことと相関していると考えられます。性別による差が生じていることは、家族介護を含め、生活状況等社会的な環境が影響していることが考えられます。

全体を通して外出は活発に行われている状況ですが、一方で、足腰の痛みが原因で外出を控えることが多く、外出支援や交通手段の整備が必要です。

（3）食べることについて

- 固いものが食べにくくなった、お茶等でおせることがある、口の渇きが気になるについては、年齢が上がるにつれ「はい」の割合が上がっています。
- 入れ歯の手入れについて、毎日している人は85～89歳で9割を超えています。
- 半年間で体重減少があった人の割合は、全体では9.8%ですが、85～89歳で最も高く、13.3%となっています。
- 共食の機会が「毎日ある」人の割合は、85～89歳が最も低く、42.9%となっています。

高齢者のオーラルフレイル（口腔機能の衰え）は、心身機能や社会性の低下と相関します。栄養不足による体重減少や筋力等の低下を引き起こし、介護リスクが高まります。積極的に共食の機会をつくり、楽しくおいしい食事をとることで身体と心の栄養を蓄えることが大切です。

（4）毎日の生活について

- 物忘れが多いと感じる人は、外出頻度が低い傾向にあります。
- 食事の用意、請求書の支払い、預貯金の出し入れ等については女性の方が「できる・している」傾向にあり、年齢が上がるにつれ「できる・している」割合が低くなりますが、家族構成別ではひとり暮らしの人が最も「できる・している」と回答しています。また、新聞を読んでいるのは男性の方が割合が高くなっています。本や雑誌を読んでいる人の割合は、年齢による差はほとんどみられません。友人の家を訪ねている人については、70～74歳が最も割合が高くなっています。
- 家族や友人の相談にのっている割合は、年齢が上がるにつれて低下しています。
- 趣味・生きがいがある人は男性の方が多く、「思いつかない」と回答した割合が最も高いのは90～94歳となっています。

外出頻度と認知機能に相関がみられます。また、年齢が上がるにつれ、心身や認知機能に衰えがみられます。

外出と認知機能、趣味や生きがいは互いに関連するものであるため、高齢者が生き生きと生活できる地域環境づくりが欠かせません。

(5) 地域での活動について

- 全体として不参加が顕著ですが、ボランティア、趣味関係、町会・自治会では75～79歳の参加率が比較的高くなっています。
- 介護予防のための通いの場（高齢者交流サロン、いきいきサロン、元気ぐんぐんトレーニング等）への参加は女性の方が割合が高く、頻度にかかわらず参加している人は約2割となっています。
- 健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意思是、男性の方が高く半数近くあり、65～69歳では半数を超えています。

本調査の時期は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の続いている時期と重なるため、地域の行事の中止や縮小等の影響が考えられ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響が出始めた時期に実施した前回調査（※）よりも「参加」の割合が下がっています。今後は感染症に留意しながら、誰もが参加しやすい地域活動の様式を工夫していくことが求められます。

また、健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加者としての参加意思是全体で半数近くに上り、企画・運営としての参加意思も3割近くあることから、これらの人的資源を確保していくため、町は活動のリーダー育成や活動場所、資金等において支援策を検討する必要があります。

(6) 助け合いについて

- 心身の世話をしてもらったり、してあげたりする相手として、全体では「配偶者」の割合が最も高くなっています。
- 家族や友人・知人以外で相談する相手について、「そのような人はいない」と回答した人の割合が高く、全体では36.9%となっており、65～69歳（45.2%）で顕著です。一方で、「地域包括支援センター・役場」と回答した人の割合は、全体で15.9%となっており、前回調査（※）（5.8%）より約10ポイント上昇しています。
- 友人・知人と会う頻度は、全体では「月に何度かある」と回答した人の割合が27.5%と最も高く、次いで「週に何度かある」（24.7%）となっています。
- 1か月に会った友人・知人の数が「10人以上」の人の割合が最も高く、全体で28.3%となっており、特に65～69歳の割合が高く、32.4%となっています。
- よく会う友人・知人との関係は、「近所・同じ地域の人」の割合が最も高く、全体で49.3%、次いで、「趣味や関心が同じ友人」（36.2%）となっています。

助け合いについては、配偶者や子ども、友人等といった近しい相手との関係が多い傾向となっています。ただ、家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手はいないと答えた割合が多く、ケアマネジャー（介護支援専門員）、町会・自治会・老人クラブ（和光会）、社会福祉協議会・民生委員等、地域で活動している人が相談相手として認識されていない可能性があるため、気軽に相談できる場としての認識が広まるよう周知していくことが大切です。

(7) 健康について

- 自分の健康状態を主観的に「とてもよい」、「まあよい」と思う人の割合は、年齢別では70～74歳、65～69歳で高く、7割を超えています。
- 健診や人間ドックの受診率は、年齢別では65～69歳が最も高くなっており（「1年以内に受けた」が68.9%）、次いで70～74歳（「1年以内に受けた」が68.1%）となっています。一方で、受けていない人は90～94歳（34.5%）で顕著となっています。
- 幸福度を満点（10点）と答えた人は、年齢別では85～89歳（21.4%）で最も高い割合となっています。
- 1か月間の気分の落ち込み等については女性の方が割合が高く、年齢別では85～89歳（42.9%）、75～79歳（42.4%）で顕著となっています。また、気分の落ち込みがあった人は、外出が減少傾向にあるという結果が出ています。
- 飲酒している人と喫煙している人については男性の方が割合が高く、男女で大きな差がみられます。
- 治療中、後遺症のある病気のある人は66.6%にのぼり、病気の内容では「高血圧」の割合が最も高くなっています。

主観的な健康観というのは、生活の質にかかわる要素であり、客観的な疾患の有無にかかわらず生存率に係る指標です。これについて「よい」と答えた割合が高い70～74歳、65～69歳については、幸福度で「満点」と答えた割合が高くなっています。また、この年代は健診を「1年以内に受けた」と答えた割合も高く、健康意識の高さがうかがえます。

気分の落ち込みと外出の減少には相関関係が認められます。

心身ともに健康であると思える高齢者が1人でも多くなるよう、活力の低下や閉じこもりの状態になる前に相談支援等に適切につなげる必要があります。

(8) 認知症にかかる相談窓口の把握について

- 認知症に関する窓口を知っているかについては、67.2%が「いいえ」と回答し、「いいえ」の割合は、年齢別では75～79歳、85～89歳、80～84歳、でそれぞれ7割前後と顕著となっています。

認知症に対しては、当事者や介護者以外の人々の理解が不可欠です。認知症への理解を広め、認知症の当事者と介護者のストレス等を軽減するための相談窓口はとても重要な役割を果たすため、相談窓口の周知が必要です。

※前回調査：令和2年5月～6月に実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（健康とくらしの調査）」

4-3. 在宅介護実態調査結果のまとめ

(1) 調査対象者の状況について

- 世帯類型は「夫婦のみ世帯」の割合が最も高く4割となっています。「単身世帯」(27.3%)と合わせて、全体の6割以上となっています。
- 家族等から介護を「ほぼ毎日」受けている割合は5割弱となっています。
- 主な介護者は「子」の割合が最も高く4割、次いで「配偶者」(31.4%)、「子の配偶者」(14.3%)となっています。
- 主な介護者は「女性」が6割、年齢では「70代」の割合が最も高く31.4%、次いで「60代」(28.6%)、「50代」(20.0%)となっています。

家族等から介護を受けている人が多くなっており、その中でもほぼ毎日介護を受けている人が少なくありません。また、主な介護者の年齢が70代となっていることから、老老介護の現状がうかがえます。

在宅生活の継続と介護者の就労継続のためには、地域包括ケアシステムのより一層の充実による、要介護者の世帯状況や主な介護者の就労状況等に合わせた支援が求められます。

(2) 主な介護者の介護等について

- 主な介護者が行っている介護は「家事掃除、洗濯、買い物等」の割合が最も高く88.6%、次いで「食事の準備(調理等)」(77.1%)、「外出の付き添い、送迎等」(74.3%)、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(74.3%)となっています。
- 主な介護者が不安に感じる介護は「夜間の排泄」の割合が最も高く33.3%、次いで「日中の排泄」(31.0%)、「認知症状への対応」(23.8%)となっています。
- 介護のための離職の有無については「主な介護者が仕事を辞めた(転職除く)」が5.7%となっており、仕事を辞めた家族等は「いない」という人が6割以上となっています。
- 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスは「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」、「外出同行(通院、買い物等)」が3割弱となっており、「配食」、「サロン等の定期的な通いの場」が1割強となっています。

主な介護者が不安に感じる介護では、排泄や認知症状への対応で高い傾向がみられました。要介護者の状況に合わせて様々な支援・サービスの利用促進を図ることで介護不安の解消を目指す必要があります。今後、高齢者のより一層の増加が見込まれることを踏まえると、在宅における医療と介護の連携強化を図ることも大切です。

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて、移送サービスや外出支援等の支援・サービスはニーズが高くなっているため、今後もさらなる検討が必要です。

(3) 施設や介護保険サービスの利用状況について

- 施設等検討の状況については「検討していない」が8割以上となっています。
- 本人が抱えている傷病は「心疾患（心臓病）」、「筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）」の割合が高く、それぞれ 27.3%、次いで「脳血管疾患（脳卒中）」（20.0%）、「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」（20.0%）、「変形性関節疾患（18.2%）」、「認知症」（18.2%）となっています。
- 訪問診療の利用の有無については「利用していない」が8割強となっています。
- 介護保険サービスの利用の有無については「利用している」が6割強を占めています。
- 介護保険サービス未利用の理由は、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」が3割強となっています。

施設入所を検討している又はすでに申し込んだ人はそれほど多くなく、訪問診療を利用している人もあまり多くありませんでした。一方で、介護保険サービスは6割以上の方が利用している状況です。

要介護度の重度化予防として、適切なタイミングでの適切な介護保険サービスの利用を促進しつつ、医療的ケアに関しては訪問診療等の活用を促進していくことが求められます。

(4) 主な介護者の仕事と介護の両立について

- 主な介護者が行っている働き方の調整は、労働時間の調整に関する回答がそれぞれ約2～3割となっていますが、「特に行っていない」との回答も3割強となっています。
- 就労の継続に向けて効果的であると考えられる勤め先からの支援については、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が約3割となっています。
- 主な介護者の就労継続の可否にかかる意識については、「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が最も高く 41.2%、次いで、「問題なく、続けていける」（29.4%）、「続けていくのは、やや難しい」（5.9%）となっています。

就労継続が可能とした人が多数を占めていますが、問題があるとした人も多く、さらに働き方の調整をしている介護者が少なくありません。

就労の継続に向けて効果的であると考えられる勤め先からの支援について、介護休業・介護休暇等の制度の充実との回答が3割を占めていることから、今後も事業所の協力を推進し、環境整備に向けた支援を検討していく必要があります。

5. 第8期計画の振り返り

第8期計画における介護保険サービス及び高齢者福祉サービスの取組状況は以下の通りとなっています。

5-1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

(1) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

地域の日常的な課題等を「我が事」と受け止められるような地域づくりの推進や複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の整備、地域包括支援センターをはじめとする関係機関等とのネットワークの構築・強化等、社会福祉基盤の整備と地域包括ケアシステムの推進に取り組みました。

(2) 地域包括支援センターの機能強化

保険者担当課との連携強化を図り、コロナ禍の地域における高齢者のニーズや実態把握に努めてきました。また、サービス提供事業者や関係機関と連携し、本町の地域課題について共有・検討することができました。令和3年度より保険者担当課から直営地域包括支援センターが分かれ、専門職の人員確保に努め、サービス提供体制の充実に努めました。

各事業については事業評価を行っていますが、地域包括支援センターの機能としての評価は調査等に限られるため、自己評価票等を用いながら、評価の分析・充実に努めていくことが課題です。

地域ケア会議については、自立支援ケアマネジメント型地域ケア会議を定期的で開催し、自立支援の観点から、地域のニーズや社会資源の把握及び情報共有、ネットワークの強化等に努めました。支援困難個別事例検討会議を随時実施していますが、課題が高齢者以外に多岐にわたるため、重層的支援体制整備事業等と連携しながら、定期的で開催されることが望ましいと考えます。

介護予防・重度化防止及び自立支援の視点のケアマネジメントについては、自立支援型地域ケア会議において、ケアマネジャーをはじめ関係機関や専門職と共有し、対象者の生活課題や地域課題について明確化することができました。また、対象者が地域でその人らしく生活できるよう創出された多様な総合事業をケアマネジメントに組み込みながら、適切なケアプランの作成等に取り組みます。

高齢者の総合的な相談は、地域包括支援センターに総合相談窓口を設置し、多様な相談内容に対応できるよう、保健センターや福祉センター等の各関係機関と連携を取りながら支援の充実に努めました。また、24時間365日の切れ目のない総合窓口の確保として在宅介護支援センターが担っており、地域での身近な相談体制として、民生委員・児童委員の協力体制が確立しています。ただ、近年、相談内容として家族やペット等、多岐にわたる問題も多く、高齢者以外の相談関係機関とも連携の強化が必要と思われます。

地域包括支援センター運営協議会については、コロナ禍での実施となったため、書面での開催となりました。また、各種事業については、広報誌やホームページ等様々な媒体を使用して、住民・関係機関等に公表・周知を行いました。今後も運営協議会において、報告・評価を行い、適切な運営に努めていく必要があります。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	
地域包括支援センターの機能強化				
主任ケアマネジャー				
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	1人	3人	1人
	達成率	100.0%	300.0%	100.0%
保健師				
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	3人	3人	3人
	達成率	300.0%	300.0%	300.0%
社会福祉士				
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	1人	1人	1人
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
認知症地域支援推進員				
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	1人	1人	1人
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
地域ケア会議の開催と充実				
地域ケア会議（自立支援ケアマネジメント型）				
開催回数	計画値	12回	12回	12回
	実績値	9回	12回	12回
	達成率	75.0%	100.0%	100.0%
地域ケア会議（個別困難事例型）				
開催回数	計画値	20回	20回	20回
	実績値	2回	0回	2回
	達成率	10.0%	0.0%	10.0%
河南町・太子町地域ケア担当者会議				
開催回数	計画値	4回	4回	4回
	実績値	2回	3回	4回
	達成率	50.0%	75.0%	100.0%

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	
総合的な相談支援の充実				
一般総合相談				
対応件数	計画値	400件	450件	500件
	実績値	528件	614件	650件
	達成率	132.0%	136.4%	130.0%
休日夜間総合相談				
対応件数	計画値	20件	20件	20件
	実績値	4件	7件	15件
	達成率	20.0%	35.0%	75.0%
権利擁護				
対応件数	計画値	10件	12件	14件
	実績値	13件	17件	17件
	達成率	130.0%	141.7%	121.4%

(3) 医療・介護連携の推進

三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、近隣市町村、関係機関と連携しながら、ネットワーク会議を通じて、地域の医療と介護の連携についての課題抽出や対応策の検討をはじめ、24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築、地域ケア会議の開催、多職種研修会の開催、入退院等支援による情報共有、チームケアの推進等に取り組みました。また、住民が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域の医療・介護サービス資源を掲載した在宅医療介護連携関係機関一覧表を作成し、ホームページ等で普及・啓発を行いました。少子高齢化が進む中、亡くなる場所等の選択も多様化してきている中、終末期における自己決定のツールとしての「私の思いおぼえ書きノート」の作成、普及・啓発に取り組みました。

地域での看取りや緊急時の対応の体制づくりについては、三師会をはじめ、近隣市町村、関係機関とのさらなる連携強化が必要です。

医療計画との整合性の確保については、南河内圏域在宅医療懇話会に出席し、大阪府の在宅医療の目指す方向性を共有し、第7次大阪府医療計画及び第8期の介護保険事業支援計画との整合性を図りました。第8次大阪府医療計画に向け、大阪府のヒアリングを受けながら、在宅医療に必要な連携を担う拠点等について、在宅医療・介護連携推進事業においても、情報共有しながら検討することが必要です。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	
医療介護ネットワーク推進会議				
開催回数	計画値	5回	5回	5回
	実績値	5回	5回	5回
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	
医療介護連携推進多職種研修				
開催回数	計画値	4回	4回	4回
	実績値	3回	3回	3回
	達成率	75.0%	75.0%	75.0%
在宅医療・介護サービス講演会				
開催回数	計画値	1回	1回	1回
	実績値	0回	0回	1回
	達成率	0.0%	0.0%	100.0%

(4) 日常生活支援体制の整備

住民主体の協議体「S A S A E 愛 太子(生活支援体制整備協議体)」は、新型コロナウイルス感染症の影響で計画値どおりの開催ができませんでした。社会福祉協議会と連携し、各層に生活支援コーディネーターを配置しており、生活支援・介護予防サービスの開発、担い手の育成、関係者のネットワークの構築等に努めました。ボランティア団体の高齢化が進み深刻な担い手不足が懸念されます。「S A S A E 愛 太子(生活支援体制整備協議体)」の周知も足りず、意欲の高い住民の創出ができませんでした。今後も幅広い層で新規メンバーを獲得していく必要があります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
地域づくりからの支え合い勉強会				
開催回数	計画値	10回	10回	10回
	実績値	0回	0回	0回
	達成率	0.0%	0.0%	0.0%
S A S A E 愛 太子				
開催回数	計画値	6回	6回	6回
	実績値	2回	0回	2回
	達成率	33.3%	0.0%	33.3%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
生活支援コーディネーター(第1層)				
配置数	計画値	1	1	1
	実績値	1	1	1
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
生活支援コーディネーター(第2・3層)				
配置数	計画値	9	10	11
	実績値	10	10	11
	達成率	111.1%	100.0%	100.0%

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・生活支援サービスの推進について、訪問サービスにおいては、訪問Aサービス以外の独自・住民主体による訪問B・訪問D・専門職による短期集中予防サービスの訪問Cサービスを実施、通所サービスにおいては、独自・専門職による通所Cサービスを実施しており、内容についてもさらに充実を図りました。また、介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化を図り、訪問B・訪問D事業については、地域のつながりを継続することを可能とする観点から、要支援・事業対象者のときから利用されていた人で、要介護になった後も本人が利用を希望された人については継続利用を可能としました。

今後も高齢化の進展、後期高齢者数の増加に伴い、要支援者・事業対象者の増加が予想され、各種サービスの利用者の増加が見込まれます。介護予防・日常生活支援総合事業が開始して6年が経過し、地域の実情に応じた支援となっているか、検証が必要です。また、住民主体のサービスの担い手の高齢化や後継者がいない等の、担い手の確保が課題として挙がっており、生活支援コーディネーター等と連携しながら、介護予防・生活支援サービスの充実を図っていきます。

一般介護予防事業の推進については、コロナ禍で、教室や講座、通いの場が開催できない時期もありましたが、感染予防に留意しながら事業の推進に努めました。また、保健師や看護師、リハビリ専門職や管理栄養士、歯科衛生士等と協力しながら介護予防の推進に努めました。また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」と連携しながら、フレイル予防の周知・啓発にも努めました。地域の通いの場等を推進していくためには介護予防サポーター等の協力が必要不可欠であり、養成や会議等で高齢者を地域で支える仕組みづくりを構築しました。

コロナ禍で地域に人が集まる事が制限された時期を通じて、改めて人との交流が自立支援や介護予防、重度化防止に効果的であることが示されました。今後は、人々の生活様式の変化も意識しながら、自宅にいても地域につながるようなICTの利用等も検討していく必要があります。また、コロナ禍でフレイルが進んだ可能性があり、より一層の介護予防事業の推進が必要です。

高齢者の社会参加の促進については、生活支援サービスや寄り添い支援サービス等会員間の助け合いサービスの担い手として、住民互助活動の推進を協議体や会議を通じて行いました。また、高齢者の生きがい活動の促進のため、新規団体への立ち上げ支援を行いま

した。高齢者の社会参加は今後ますます重要な課題となります。第9期計画においては基本目標の1つとして提示し、助け合いや地域の活性化とともに、高齢者自身の生きがいづくりを推進します。

ボランティアポイント事業については、多様なボランティア活動がある中、制度設計を検討するにとどまっているため、今後は、実施に向け関係機関と検討を進めていきます。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
介護予防・生活支援サービスの推進				
訪問型サービス（訪問介護相当）※独自サービス（月利用者×12月）				
延べ利用者数	計画値	150人	160人	170人
	実績値	164人	212人	214人
	達成率	109.3%	132.5%	125.9%
訪問型サービス（住民主体〔B型〕）				
延べ利用者数	計画値	50人	75人	100人
	実績値	173人	88人	62人
	達成率	346.0%	117.3%	62.0%
訪問型サービス（短期集中予防〔C型〕）				
延べ利用者数	計画値	180人	200人	220人
	実績値	171人	57人	146人
	達成率	95.0%	28.5%	66.4%
訪問型サービス（移動支援〔D型〕）				
延べ利用者数	計画値	1,200人	1,350人	1,500人
	実績値	468人	738人	660人
	達成率	39.0%	54.7%	44.0%
通所型サービス（通所介護相当）※独自サービス（月利用者×12月）				
延べ利用者数	計画値	300人	310人	320人
	実績値	430人	537人	556人
	達成率	143.3%	173.2%	173.8%
通所型サービス（短期集中予防〔C型〕）				
延べ利用者数	計画値	660人	660人	660人
	実績値	211人	375人	600人
	達成率	32.0%	56.8%	90.9%
一般介護予防事業の推進				
ふれんど訪問				
訪問回数	計画値	200回	220回	240回
	実績値	122回	144回	220回
	達成率	61.0%	65.5%	91.7%
対象者数	計画値	60人	62人	64人
	実績値	37人	40人	42人
	達成率	61.7%	64.5%	65.6%
ナナトレ教室				
延べ参加者数	計画値	420人	420人	420人
	実績値	174人	278人	392人
	達成率	41.4%	66.2%	93.3%
お達者健康講座				
延べ参加者数	計画値	300人	300人	300人
	実績値	21人	186人	200人
	達成率	7.0%	62.0%	66.7%
介護予防教室				
延べ参加者数	計画値	180人	180人	180人
	実績値	0人	88人	100人
	達成率	0.0%	48.9%	55.6%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
元気ぐんぐんトレーニング				
開催か所数	計画値	26か所	26か所	27か所
	実績値	25か所	25か所	25か所
	達成率	96.2%	96.2%	92.6%
参加者数	計画値	370人	370人	390人
	実績値	342人	280人	300人
	達成率	92.4%	75.7%	76.9%
介護予防サポーター養成				
延べ参加者数	計画値	65人	68人	71人
	実績値	35人	57人	60人
	達成率	53.8%	83.8%	84.5%
男のたまり場				
延べ参加者数	計画値	250人	250人	250人
	実績値	66人	130人	160人
	達成率	26.4%	52.0%	64.0%
ふれあい農園				
延べ参加者数	計画値	157人	160人	163人
	実績値	85人	79人	80人
	達成率	54.1%	49.4%	49.1%
高齢者交流サロン				
開催か所数	計画値	13か所	13か所	13か所
	実績値	9か所	10か所	10か所
	達成率	69.2%	76.9%	76.9%
延べ参加者数	計画値	4,800人	4,800人	4,800人
	実績値	4,355人	7,567人	9,000人
	達成率	90.7%	157.6%	187.5%
グラウンドゴルフ等多目的広場				
延べ利用者数	計画値	5,000人	5,300人	5,600人
	実績値	2,060人	3,750人	2,300人
	達成率	41.2%	70.8%	41.1%

(6) 人材の確保及び資質の向上

団塊の世代が後期高齢者となる令和7年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる令和22年（2025年・2040年問題）を見据えた人材の確保について、南河内地域介護人材確保連絡会に参加し、構成市町村（富田林市、河内長野市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、河南町、千早赤阪村）及び大阪府、大阪府社会福祉協議会、サービス提供事業者と介護人材確保に関する取組の情報共有及び意見交換を行いました。また、広報紙やデジタルサイネージを活用してPR活動を実施しました。今後は、地域の教育機関と連携した介護の仕事の魅力向上に関する取組が必要です。

人材育成については、移動支援を行う地域住民に対して、国土交通省認定の「運転協力者講習」を開催（令和3年度：2回・各10名、令和4年度：2回・各4名＋フォローアッ

研修1回・21名)したほか、地域の高齢者交流サロンにて運動指導士と一緒に体操等のサポートを行う「介護予防パートナー」の養成講座を実施(令和3年度:3回・各8名、令和4年度:3回・各9名)し、生活支援サービスの担い手の養成と資質向上を図りました。

介護に携わる人が長期的な観点からキャリアパスを形成することやキャリアアップの支援が行えるよう、サービス提供事業者等との協議や検討の実施が必要です。

5-2. 高齢者の認知症への取組と権利擁護の推進

(1) 認知症施策の推進

認知症施策推進大綱の推進として、認知症になっても住み慣れた地域で、尊厳を持って生活できるよう、地域住民に認知症の理解を深める普及・啓発を行い、認知症の人やその家族等に認知症の予防として社会的孤立の解消や地域や家庭での役割が継続できるよう支援を行いました。また、医療や介護の体制づくりとしては、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに設置し、地域の見守り体制として安心太子見守りネットワークや太子町認知症高齢者等SOSネットワーク事業を実施しており、広域での見守り体制として南河内圏域市町村徘徊高齢者SOSネットワークを実施しました。

認知症の当事者の声や想いを聞く機会が相談時や家族会、座談会等に限られる、また、認知症施策等に携わるような会議等で当事者の声を聞く機会が少ないことが課題です。今後は、当事者の声を聞ける場を増やし、住み慣れた地域の中で自分らしく暮らし続けることができる地域づくりを推進していく必要があります。

認知症の理解を深める普及・啓発と本人発信の支援について、感染予防に留意しながら、少人数で実施する事業の推進に努めました。コロナ禍で、認知症サポーター養成講座等も思うように実施できず、認知症サポーターと認知症の人やその家族のニーズと支援策をつなげる仕組みのチームオレンジの構築については、制度設計を検討するとどまりました。今後は、実施に向け関係機関と検討していきます。

認知症ケアパスについては、総合相談時や各種講座等で普及・啓発に努めました。今後も継続して行っていきます。

認知症の予防について、一般介護予防事業等の健康講座や健康教室を通じて運動・栄養・口腔の介護予防に取り組み、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」と連携しながら、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防の周知・啓発に努めました。また、通いの場を充実させることで、社会交流の推進を図りました。今後も関係機関と連携しながら、認知症予防に取り組んでいきます。

地域における連携強化及び早期発見・早期対応の推進として、認知症地域支援推進員を複数配置し、地域における認知症施策の推進を図りました。また、認知機能の低下のある人や認知症の人やその家族に対しては、町内の認知症サポート医や関係機関等と連携を強化し、住み慣れた地域で安心して生活できるよう自立支援のサポートを実施しました。

認知症の相談は、地域包括支援センターの総合相談で対応しており、認知症初期集中支援チームでの初期支援を利用することは少ないですが、今後も認知症サポート医や関係機関等と連携を強化し、認知症の早期発見・早期対応を推進していきます。

認知症の人の介護を行う家族に対しては、必要なサービスや支援につなげ、また町内・町外の介護者家族の会に出向き、情報提供や情報共有を行っています。また、認知症の人やその家族が、地域で孤立しないよう交流ができ、情報共有や専門職からのアドバイスが

できるよう、認知症について考える座談会を行いました。現在、認知症カフェとして設置している集いの場はありませんが、座談会等を通じて、定期的に認知症の人やその家族が交流できる場の実施に向けて検討を行っていきます。

認知症バリアフリーの推進と若年性認知症の人への支援として、地域の見守り体制として安心太子見守りネットワークや太子町認知症高齢者等SOSネットワーク事業を実施しており、広域での見守り体制として南河内圏域市町村徘徊高齢者SOSネットワークを実施しました。また、若年性認知症支援の人への支援については、相談先等の周知・啓発を行いました。ただ、若年性認知症支援の人への支援については、支援数も少なく、相談先等の周知や啓発にとどまりました。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
認知症への理解促進			
認知症フォーラム			
開催回数	計画値	1回	1回
	実績値	1回(座談会)	1回(座談会)
	達成率	100.0%	100.0%
認知症サポーター養成講座	計画値	4回	6回
	実績値	0回	0回
	達成率	0.0%	0.0%
認知症キャラバンメイト	計画値	46人	49人
	実績値	46人	50人
	達成率	100.0%	102.0%
認知症の予防			
通いの場等での健康相談			
回数	計画値	39回	40回
	実績値	5回	9回
	達成率	12.8%	23.1%

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
医療と介護の連携及び早期発見・早期対応の推進			
認知症地域支援推進員			
人数	計画値	2人(内兼任1人)	2人(内兼任1人)
	実績値	2人(内兼任1人)	2人(内兼任1人)
	達成率	100.0%	100.0%
介護者家族への支援の充実			
認知症カフェ			
設置数	計画値	1か所	1か所
	実績値	0か所	0か所
	達成率	0.0%	0.0%
認知症高齢者見守り体制の強化			
SOSネットワーク事業			
事前登録者数	計画値	10人	13人
	実績値	12人	16人
	達成率	120.0%	123.1%
認知症対応型共同生活介護			
利用者数	計画値	18人	18人
	実績値	18人	18人
	達成率	100.0%	100.0%

(2) 高齢者虐待の防止

虐待防止と早期発見・早期対応のため、住民や関係機関等に窓口や研修等を通じて、高齢者虐待防止や相談窓口等の周知や啓発を行いました。高齢者虐待の早期発見・早期対応できる体制づくりについては、関係機関や弁護士・社会福祉士等と検討しながら構築していきます。

相談・支援体制の充実のため、地域包括支援センターをはじめとした、相談窓口の周知を行いました。今後も地域包括支援センターをはじめ、各相談窓口の周知・啓発を継続していきます。

施設等による虐待防止のため、従業員等の相談をもとに施設への聞き取りを行い、改善等の指導を行いました。これについては、コロナ禍で利用者の状況の把握が難しい状況となっており、介護相談員派遣等事業も実施できておらず、事業の再開に向けて検討していく必要があります。

(3) 権利擁護の推進

成年後見制度市町村長申立てに関しては、地域包括支援センターと連携し、支援を行いました。家族関係の多様化、高齢者世帯の増加(1人暮らし高齢者も含む)に伴い、成年後見制度の相談や利用は増加することが見込まれます。市町村申立てに関する支援や報酬の助成金についての検討が必要です。

日常生活自立支援事業については、地域包括支援センターと連携しながら、支援が必要な対象者を状況に応じて社会福祉協議会につなぎました。

5-3. 高齢者が安心・安全に暮らせる体制の整備

(1) 高齢者の孤立防止及び生活困窮高齢者への支援

地域の見守り体制については、民生委員や関係機関からの声かけで、緊急通報システム事業の利用者は増加しています。また、「食」の自立支援事業を太子町社会福祉協議会に委託することで、利用者・ボランティア・関係機関との調整がスムーズに行われています。今後は、認知症の方や難聴の方等、緊急通報装置の利用が難しい方への対応について検討を行っていく必要があります。

生活困窮者への支援として、福祉介護課、社会福祉協議会において相談事業を行いました。今後も、様々な課題をワンストップで包括的に支援する体制を築いていきます。関係機関との役割・連携の精査を図っていくことが必要です。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
地域の見守り体制の充実				
安心太子見守りネットワーク事業				
登録者数	計画値	54人	58人	62人
	実績値	61人	62人	65人
	達成率	113.0%	106.9%	104.8%
緊急通報システム事業				
利用件数	計画値	49件	53件	57件
	実績値	41件	49件	45件
	達成率	83.7%	92.5%	78.9%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
愛の一声訪問事業				
訪問件数	計画値	11件	13件	15件
	実績値	11件	9件	15件
	達成率	100.0%	69.2%	100.0%
「食」の自立支援事業				
配食件数	計画値	1,600件	1,700件	1,800件
	実績値	1,281件	1,171件	1,294件
	達成率	80.1%	68.9%	71.9%

(2) 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

令和2年度に貸し出し公用車を2台購入し、住民主体生活支援サービスを実施している団体に貸し出し事業を行っています。移動支援の需要が増えてきており、貸し出し予約が重複し借りられない利用者もあり、通所C事業利用時のみ既存の公用車を1台代用することで対応している状態です。高齢者の移動について深刻さが増していく中で、移動支援の運用について具体策を講じて対応する必要があります。

5-4. 介護サービス等の充実

(1) 介護保険制度の周知・啓発

介護保険制度については、各種サービスの利用を希望する人が適切にサービスを選択できるよう、申請窓口で制度案内冊子の配布しながら、広報紙やホームページを通じて積極的な情報提供を行ってきました。

(2) 介護保険制度の適正・円滑な運営

介護保険のサービスについては、利用状況やニーズ等を把握してサービス体制の整備に努めてきました。

地域支援事業については、定期的な評価・検証に基づいて、効果的な事業実施に取り組んできました。

地域密着型サービスについては、引き続きニーズや施設の待機者の状況等の把握に努め、適正な基盤整備を検討していくことが求められます。

ケアマネジャーへの支援に関しては、地域ケア会議における専門職の助言や地域ケア担当者会議等の研修等により資質向上を図りました。

ケアマネジャー連絡会においては、地域課題の抽出や新たな資源開発、顔の見える関係づくり等に取り組んでいます。個人情報取扱いについては、個人情報保護法や個人情報保護条例等、関係法令に基づいて適切に行うとともに、利用者やサービス提供事業者への周知・啓発に努めてきました。今後も、マイナンバー制度に対する理解を深め、高齢者の個人番号の取扱いに注意を払いながら事業を進めていきます。

(3) 地域密着型サービスの充実

コロナ禍の影響で施設への訪問を制限している施設が多く、運営推進会議についてはほとんどの施設が書面での報告となりました。

(4) 介護に取り組む家族等への支援の充実

家族介護支援事業の充実に努めるとともに、必要とされる介護保険サービス等の確保や介護者への介護知識・技術の習得支援、介護に従事する家族の柔軟な働き方の確保、また、総合的な相談支援を利用しやすい環境整備や実施体制の整備等を推進しています。

(5) 相談苦情解決体制の充実

コロナ禍の影響で面会を制限している施設もあり、令和4年度は介護相談員の派遣の実績はありません。今後は、事前に感染症等の状況を確認し、可能であれば介護相談員の派遣を再開していく予定です。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
介護相談員				
人数	計画値	10人	10人	10人
	実績値	8人	8人	8人
	達成率	80.0%	80.0%	80.0%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
訪問派遣介護保険サービス事業所				
事業所数	計画値	14事業所	14事業所	14事業所
	実績値	16事業所	16事業所	14事業所
	達成率	114.3%	114.3%	100.0%

(6) 適正な介護給付の推進（第5期介護給付適正化計画）

適正な介護給付の推進として、国の指針や大阪府の計画を踏まえて第5期介護給付適正化計画を推進してきました。以下のような課題が残っています。

要介護認定の適正化については、認定調査員に対する研修を実施し、適正化を図っていく必要があります。ケアプランの点検については、点検を実施したことによる改善状況の把握や事業効果の検証が必要です。住宅改修の適正化については、現地調査に同行する職員の資質向上に向けた取組、福祉用具購入・貸与調査については、利用者の状態像から福祉用具の必要性を判断できる専門職の不足を補い、職員の資質向上に向けた取組を推進していく必要があります。医療情報との突合及び縦覧点検については、国保連への委託分以外の独自の取組を進めていく必要があります。

介護給付費通知については、通知書の記載方法を改善し、内容を分かりやすくし、給付実績の活用については、データを適正化システムへの取り込み、ヒアリングシートの作成等、活用していく必要があります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
要介護認定の適正化				
認定審査会前の各資料間の不整合の有無の確認				
件数	計画値	すべて	すべて	すべて
	実績値	すべて	すべて	すべて
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
認定調査票に、特記事項が適切に記載されているかの確認				
件数	計画値	すべて	すべて	すべて
	実績値	すべて	すべて	すべて
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
ケアプランの点検				
地域ケア会議におけるケアマネジャーへの助言				
回数	計画値	12回	12回	12回
	実績値	9回	12回	12回
	達成率	75.0%	100.0%	100.0%
府が主催する研修会等への参加				
回数	計画値	1回	1回	1回
	実績値	1回	1回	3回
	達成率	100.0%	100.0%	300.0%
大阪府介護支援専門員協会等によるケアプラン点検				
回数	計画値	1回	1回	1回
	実績値	1回	1回	1回
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
住宅改修の適正化				
工事施工前の点検				
件数	計画値	12件	12件	12件
	実績値	3件	3件	6件
	達成率	25.0%	25.0%	50.0%
給付申請時等におけるパンフレットの配布				
件数	計画値	すべて	すべて	すべて
	実績値	すべて	すべて	すべて
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
福祉用具購入・貸与調査				
購入にかかるケアプランの確認				
件数	計画値	すべて	すべて	すべて
	実績値	すべて	すべて	すべて
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
不適切な貸与についてのケアプランの確認				
件数	計画値	すべて	すべて	すべて
	実績値	すべて	すべて	すべて
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
縦覧点検				
「軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表」の点検				
件数	計画値	すべて	すべて	すべて
	実績値	すべて	すべて	すべて
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
介護給付費通知				
給付費通知書の送付				
回数	計画値	2回	2回	2回
	実績値	2回	2回	2回
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%

(7) 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の活用促進

事業所に制度の周知・説明を行い、スムーズに申請ができるよう連携を取りました。その一方で、事業所に対して制度の説明等を行ってきましたが、事業の対象外となる事業所もあるため、適切な制度利用につながるよう対策が必要です。

5-5. 予防給付の状況

予防給付の状況をみると、介護予防サービスでは「介護予防居宅療養管理指導」をはじめとして、利用があったサービスは計画値を上回っているものがいくつかみられます。また、地域密着型介護予防サービスは利用がなく、「介護予防支援」はおおむね計画値通りの利用状況となっています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
回数	計画値	0.0回	0.0回	0.0回
	実績値	0.0回	0.0回	0.0回
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
介護予防訪問看護				
給付費	計画値	5,665千円	6,439千円	6,439千円
	実績値	7,275千円	6,426千円	4,788千円
	達成率	128.4%	99.8%	74.4%
回数	計画値	134.3回	152.5回	152.5回
	実績値	183.4回	169.3回	128.5回
	達成率	136.6%	111.0%	84.3%
人数	計画値	15人	17人	17人
	実績値	21人	18人	14人
	達成率	140.0%	105.9%	82.4%
介護予防訪問リハビリテーション				
給付費	計画値	550千円	551千円	551千円
	実績値	52千円	667千円	1,241千円
	達成率	9.5%	121.1%	225.2%
回数	計画値	15.7回	15.7回	15.7回
	実績値	1.5回	18.9回	35.6回
	達成率	9.6%	120.4%	226.8%
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	0人	2人	3人
	達成率	0.0%	200.0%	300.0%
介護予防居宅療養管理指導				
給付費	計画値	180千円	180千円	180千円
	実績値	1,142千円	1,188千円	768千円
	達成率	634.4%	660.0%	426.7%
人数	計画値	4人	4人	4人
	実績値	8人	8人	7人
	達成率	200.0%	200.0%	175.0%
介護予防通所リハビリテーション				
給付費	計画値	4,856千円	4,859千円	4,859千円
	実績値	947千円	700千円	1,246千円
	達成率	19.5%	14.4%	25.6%
人数	計画値	11人	11人	11人
	実績値	3人	2人	3人
	達成率	22.7%	18.2%	27.3%
介護予防短期入所生活介護				
給付費	計画値	245千円	245千円	245千円
	実績値	61千円	613千円	0千円
	達成率	24.9%	250.2%	0.0%
日数	計画値	2.4日	2.4日	2.4日
	実績値	1.0日	8.0日	0.0日
	達成率	41.7%	333.3%	0.0%
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	0人	1人	0人
	達成率	0.0%	100.0%	0.0%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
介護予防サービス				
介護予防短期入所療養介護（老健）				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
日数	計画値	0日	0日	0日
	実績値	0日	0日	0日
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
介護予防短期入所療養介護（病院等）				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
日数	計画値	0日	0日	0日
	実績値	0日	0日	0日
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
介護予防福祉用具貸与				
給付費	計画値	2,285千円	2,474千円	2,543千円
	実績値	2,555千円	2,842千円	3,000千円
	達成率	111.8%	114.9%	118.0%
人数	計画値	36人	39人	40人
	実績値	38人	41人	42人
	達成率	105.6%	105.1%	105.0%
特定介護予防福祉用具購入費				
給付費	計画値	1,190千円	1,190千円	1,190千円
	実績値	295千円	250千円	632千円
	達成率	24.8%	21.0%	53.1%
人数	計画値	5人	5人	5人
	実績値	1人	1人	1人
	達成率	20.0%	20.0%	20.0%
介護予防住宅改修				
給付費	計画値	3,485千円	4,489千円	4,489千円
	実績値	1,580千円	2,454千円	1,135千円
	達成率	45.3%	54.7%	25.3%
人数	計画値	3人	4人	4人
	実績値	1人	2人	1人
	達成率	33.3%	50.0%	25.0%
介護予防特定施設入居者生活介護				
給付費	計画値	2,942千円	2,944千円	2,944千円
	実績値	3,674千円	2,575千円	753千円
	達成率	124.9%	87.5%	25.6%
人数	計画値	4人	4人	4人
	実績値	4人	3人	1人
	達成率	100.0%	75.0%	25.0%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
回数	計画値	0.0回	0.0回	0.0回
	実績値	0回	0回	0回
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
介護予防小規模多機能型居宅介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
介護予防認知症対応型共同生活介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
介護予防支援				
給付費	計画値	2,744千円	2,860千円	2,975千円
	実績値	3,046千円	3,138千円	2,918千円
	達成率	111.0%	109.7%	98.1%
人数	計画値	48人	50人	52人
	実績値	53人	55人	49人
	達成率	110.4%	110.0%	94.2%

5-6. 介護給付の状況

介護給付の状況を見ると、居宅サービスでは「短期入所生活介護」、「特定福祉用具購入費」等の利用が多くなっており、「訪問リハビリテーション」や「通所リハビリテーション」等の利用が少なくなっています。地域密着型サービスでは「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「看護小規模多機能型居宅介護」、「地域密着型通所介護」等の利用が多くなっており、施設サービスや居宅介護支援はおおむね計画値通りの利用となっています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
居宅サービス				
訪問介護				
給付費	計画値	132,943千円	144,234千円	157,149千円
	実績値	117,827千円	115,346千円	104,540千円
	達成率	88.6%	80.0%	66.5%
回数	計画値	3,837.6回	4,155.4回	4,529.7回
	実績値	3,404.8回	3,430.2回	3,174.4回
	達成率	88.7%	82.5%	70.1%
人数	計画値	103人	110人	119人
	実績値	93人	91人	92人
	達成率	90.3%	82.7%	77.3%
訪問入浴介護				
給付費	計画値	2,831千円	2,833千円	3,525千円
	実績値	3,787千円	2,288千円	1,074千円
	達成率	133.8%	80.8%	30.5%
回数	計画値	19.8回	19.8回	24.4回
	実績値	24.8回	15.3回	7.0回
	達成率	125.3%	77.3%	28.7%
人数	計画値	3人	3人	4人
	実績値	6人	2人	1人
	達成率	200.0%	66.7%	25.0%
訪問看護				
給付費	計画値	51,185千円	54,587千円	57,437千円
	実績値	46,409千円	45,092千円	46,954千円
	達成率	90.7%	82.6%	81.7%
回数	計画値	1,131.3回	1,205.8回	1,264.9回
	実績値	1,035.9回	1,014.8回	1,016.2回
	達成率	91.6%	84.2%	80.3%
人数	計画値	113人	121人	128人
	実績値	94人	98人	104人
	達成率	83.2%	81.0%	81.3%
訪問リハビリテーション				
給付費	計画値	4,643千円	5,273千円	5,273千円
	実績値	2,117千円	1,526千円	1,460千円
	達成率	45.6%	28.9%	27.7%
回数	計画値	130.4回	147.3回	147.3回
	実績値	57.2回	45.5回	40.5回
	達成率	43.9%	30.9%	27.5%
人数	計画値	20人	23人	23人
	実績値	6人	5人	4人
	達成率	30.0%	21.7%	17.4%
居宅療養管理指導				
給付費	計画値	15,429千円	16,366千円	17,687千円
	実績値	15,089千円	15,647千円	15,335千円
	達成率	97.8%	95.6%	86.7%
人数	計画値	80人	85人	92人
	実績値	82人	86人	83人
	達成率	102.5%	101.2%	90.2%
通所介護				
給付費	計画値	202,493千円	212,233千円	224,888千円
	実績値	174,724千円	159,890千円	156,599千円
	達成率	86.3%	75.3%	69.6%
回数	計画値	1,998.8回	2,098.5回	2,217.0回
	実績値	1,791.1回	1,683.9回	1,662.4回
	達成率	89.6%	80.2%	75.0%
人数	計画値	206人	221人	232人
	実績値	177人	172人	167人
	達成率	86.0%	77.8%	72.0%
通所リハビリテーション				
給付費	計画値	48,034千円	49,857千円	50,489千円
	実績値	12,396千円	10,248千円	11,592千円
	達成率	25.8%	20.6%	23.0%
回数	計画値	463.2回	476.6回	483.4回
	実績値	131.3回	102.9回	112.3回
	達成率	28.3%	21.6%	23.2%
人数	計画値	54人	55人	56人
	実績値	18人	14人	16人
	達成率	33.3%	25.5%	28.6%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
居宅サービス				
短期入所生活介護				
給付費	計画値	64,751千円	67,907千円	73,867千円
	実績値	82,915千円	86,547千円	116,330千円
	達成率	128.1%	127.4%	157.5%
日数	計画値	642.0日	672.0日	728.6日
	実績値	803.0日	858.4日	1,129.1日
	達成率	125.1%	127.7%	155.0%
人数	計画値	49人	52人	56人
	実績値	54人	56人	73人
	達成率	110.2%	107.7%	130.4%
短期入所療養介護（老健）				
給付費	計画値	1,773千円	1,774千円	3,126千円
	実績値	981千円	333千円	0千円
	達成率	55.3%	18.8%	0.0%
日数	計画値	13.1日	13.1日	23.2日
	実績値	7.0日	2.3日	0.0日
	達成率	53.4%	17.6%	0.0%
人数	計画値	2人	2人	3人
	実績値	1人	0人	0人
	達成率	50.0%	0.0%	0.0%
短期入所療養介護（病院等）				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
日数	計画値	0日	0日	0日
	実績値	0日	0日	0日
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
福祉用具貸与				
給付費	計画値	33,421千円	35,351千円	37,670千円
	実績値	31,356千円	32,348千円	34,429千円
	達成率	93.8%	91.5%	91.4%
人数	計画値	218人	231人	245人
	実績値	213人	217人	222人
	達成率	97.7%	93.9%	90.6%
特定福祉用具購入費				
給付費	計画値	351千円	351千円	351千円
	実績値	1,756千円	1,437千円	1,276千円
	達成率	500.3%	409.4%	363.5%
人数	計画値	2人	2人	2人
	実績値	4人	3人	2人
	達成率	200.0%	150.0%	100.0%
住宅改修費				
給付費	計画値	4,698千円	4,698千円	5,874千円
	実績値	4,234千円	2,977千円	5,907千円
	達成率	90.1%	63.4%	100.6%
人数	計画値	5人	5人	6人
	実績値	4人	3人	5人
	達成率	80.0%	60.0%	83.3%
特定施設入居者生活介護				
給付費	計画値	16,466千円	18,505千円	18,505千円
	実績値	21,318千円	19,083千円	31,847千円
	達成率	129.5%	103.1%	172.1%
人数	計画値	7人	8人	8人
	実績値	9人	8人	13人
	達成率	128.6%	100.0%	162.5%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
給付費	計画値	2,163千円	2,165千円	2,165千円
	実績値	6,433千円	6,063千円	9,506千円
	達成率	297.4%	280.1%	439.1%
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	4人	3人	4人
	達成率	400.0%	300.0%	400.0%
夜間対応型訪問介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
認知症対応型通所介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	1,120千円	1,287千円	0千円
	達成率	-	-	-
回数	計画値	0.0回	0.0回	0.0回
	実績値	9.1回	10.1回	0.0回
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	1人	1人	0人
	達成率	-	-	-
小規模多機能型居宅介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
認知症対応型共同生活介護				
給付費	計画値	84,611千円	87,706千円	90,753千円
	実績値	62,814千円	64,074千円	73,460千円
	達成率	74.2%	73.1%	80.9%
人数	計画値	27人	28人	29人
	実績値	20人	21人	23人
	達成率	74.1%	75.0%	79.3%

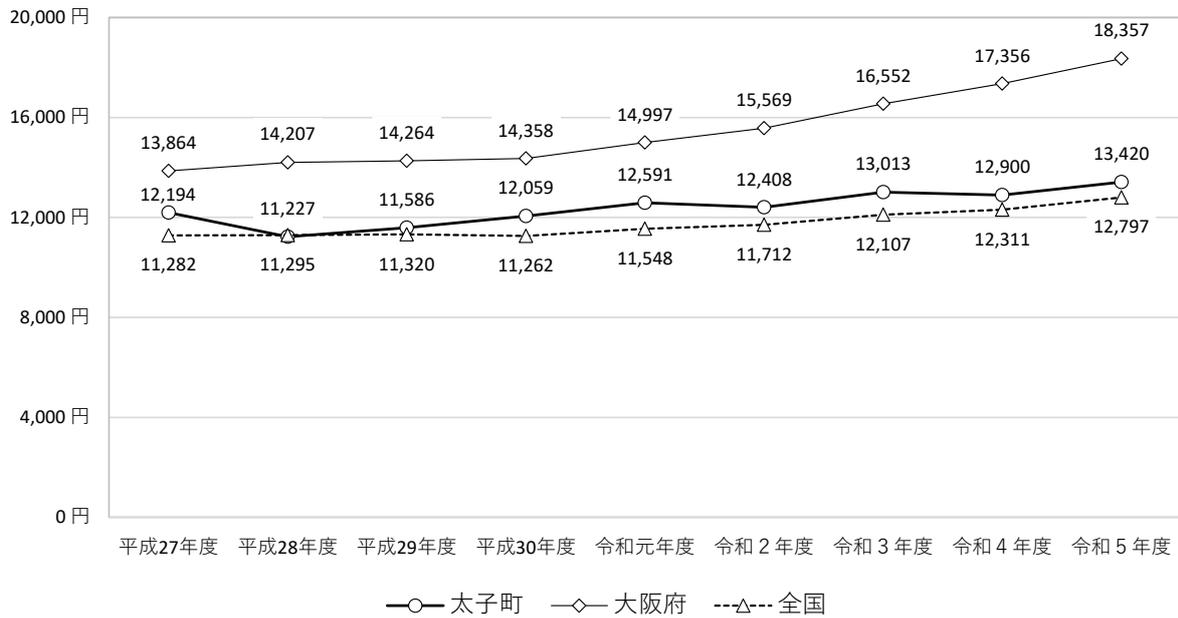
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
地域密着型サービス				
地域密着型特定施設入居者生活介護				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	0千円	0千円	0千円
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	0人	0人	0人
	達成率	-	-	-
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
給付費	計画値	82,308千円	82,353千円	82,353千円
	実績値	55,613千円	59,819千円	63,448千円
	達成率	67.6%	72.6%	77.0%
人数	計画値	26人	26人	26人
	実績値	22人	19人	20人
	達成率	84.6%	73.1%	76.9%
看護小規模多機能型居宅介護				
給付費	計画値	2,924千円	2,926千円	2,926千円
	実績値	3,183千円	4,058千円	7,521千円
	達成率	108.9%	138.7%	257.0%
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	2人	2人	2人
	達成率	200.0%	200.0%	200.0%
地域密着型通所介護				
給付費	計画値	8,625千円	8,629千円	10,074千円
	実績値	30,175千円	43,124千円	52,326千円
	達成率	349.9%	499.8%	519.4%
回数	計画値	81.2回	81.2回	92.0回
	実績値	300.8回	411.7回	512.3回
	達成率	370.4%	507.0%	556.8%
人数	計画値	7人	7人	8人
	実績値	33人	43人	53人
	達成率	471.4%	614.3%	662.5%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
施設サービス				
介護老人福祉施設				
給付費	計画値	205,525千円	205,639千円	205,639千円
	実績値	203,081千円	212,151千円	224,422千円
	達成率	98.8%	103.2%	109.1%
人数	計画値	64人	64人	64人
	実績値	64人	65人	68人
	達成率	100.0%	101.6%	106.3%
介護老人保健施設				
給付費	計画値	121,139千円	121,207千円	121,207千円
	実績値	84,044千円	81,621千円	107,621千円
	達成率	69.4%	67.3%	88.8%
人数	計画値	36人	36人	36人
	実績値	25人	23人	31人
	達成率	69.4%	63.9%	86.1%

		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
施設サービス				
介護医療院				
給付費	計画値	0千円	0千円	0千円
	実績値	5,186千円	3,263千円	0千円
	達成率	-	-	-
人数	計画値	0人	0人	0人
	実績値	1人	1人	0人
	達成率	-	-	-
介護療養型医療施設				
給付費	計画値	4,965千円	4,968千円	4,968千円
	実績値	0千円	3,605千円	3,701千円
	達成率	0.0%	72.6%	74.5%
人数	計画値	1人	1人	1人
	実績値	0人	1人	1人
	達成率	0.0%	100.0%	100.0%

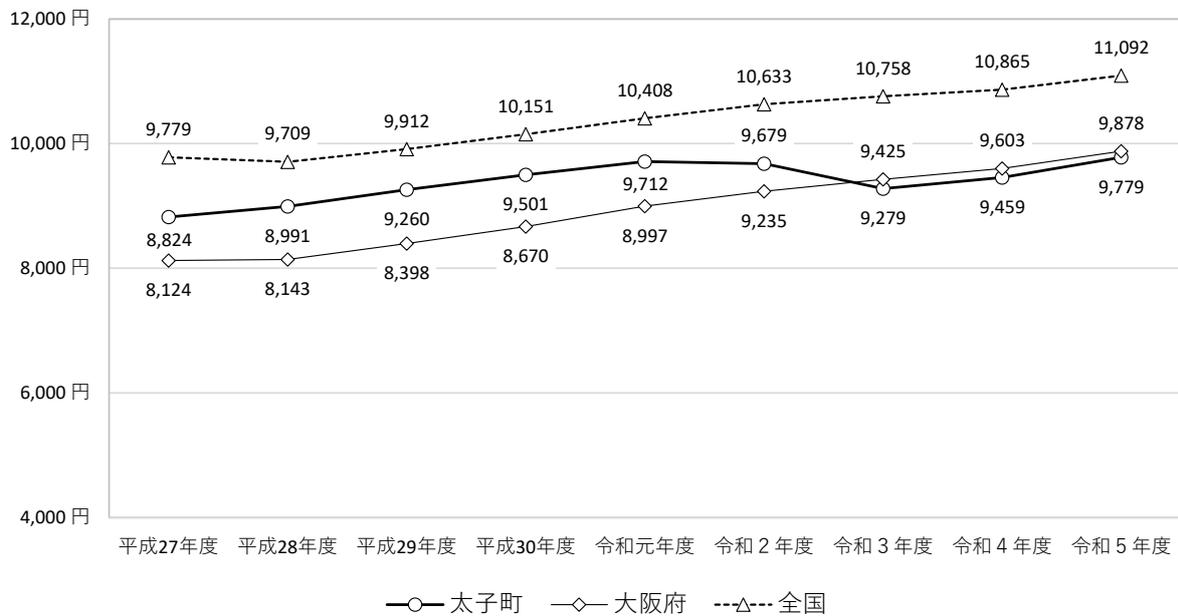
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
居宅介護支援				
給付費	計画値	58,527千円	62,726千円	66,840千円
	実績値	59,428千円	62,056千円	64,588千円
	達成率	101.5%	98.9%	96.6%
人数	計画値	341人	365人	388人
	実績値	330人	326人	340人
	達成率	96.8%	89.3%	87.6%

【第1号被保険者一人当たり給付費の推移（在宅サービス）】



※地域包括ケア「見える化」システムより

【第1号被保険者一人当たり給付費の推移（施設及び居住系サービス）】



※地域包括ケア「見える化」システムより

第3章 計画の基本的考え方

1. 基本理念

みんなが支え合いつながるまち ーたいしー

すべての住民が安心していきいきと暮らせるまち

本町では、令和3年度に最上位計画である「第5次 太子町総合計画 後期基本計画」を策定し、医療、福祉、健康分野の基本目標として「こころ健やかで、元気に暮らせるまちづくり」を掲げ、誰もが住み慣れた地域でいきいきと健やかに暮らせるように、医療・福祉・保健サービスが充実した体制づくりを目指しています（計画期間は令和7年度まで）。

また、福祉分野の上位計画である「第3期 太子町地域福祉計画・太子町地域福祉活動計画（令和3年度～令和7年度）」では、「みんなが支え合いつながるまち ーたいしー すべての住民が安心していきいきと暮らせるまち」を基本理念として、住民同士の助け合い・支え合いが地域に定着し、持続可能な福祉の町となることを目指して、この基本理念のもとに取組を進めています。

令和7年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、4人に1人が75歳以上という超高齢社会が到来します。医療・介護・福祉サービスへの需要が高まり、社会保障財政のバランスが崩れ、現役世代の負担が重くなっていくと見込まれています。このような状況を踏まえ、重層的支援体制の整備を行い、分野を問わずに様々な課題に対して「丸ごと」対応することが重要となっています。

太子町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の基本理念についても、第8期計画の基本理念「みんなが支え合いつながるまちーたいしー すべての住民が安心していきいきと暮らせるまち」を引き継ぎ、本計画の主な対象である高齢者が今後も住み慣れた地域でこころ豊かに安心して暮らせるよう中長期的な観点から社会福祉基盤の整備に取り組むとともに、地域包括ケアシステムをより一層推進していくことで、太子町らしい地域共生社会の実現を目指します。

2. 基本目標

基本目標 1 地域包括ケアシステムの深化・推進

ひとり暮らしや高齢者夫婦のみの世帯が増加する中、地域の様々な主体による支え合いが欠かせません。高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、地域共生社会の実現に向けた支え合いの地域づくりや自立支援、介護予防・重度化防止の取組、日常生活支援体制や在宅医療・介護連携、介護を支える人的基盤等の強化等、地域包括ケアシステムの深化に取り組めます。

基本目標 2 高齢者の認知症への取組と権利擁護の推進

高齢者の尊厳や権利が守られるよう、「認知症施策推進大綱」及び「認知症基本法」を踏まえて、当事者やその家族に対する支援・社会参加支援体制の充実を図り、認知症の早期発見や権利擁護に関する取組を推進します。

基本目標 3 高齢者が安心・安全に暮らせる体制の整備

地域における高齢者の見守り体制や生活困窮者への支援、住まいの確保、外出支援等の充実を図ります。また、災害時の支援体制の整備や感染症対策等、安心・安全に暮らせる体制の整備を推進します。

基本目標 4 介護サービスの適切な普及と質の向上

「団塊の世代」すべてが75歳以上となる令和7年、また、「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22年を見据え、高齢者が要介護状態になっても自分の意志で自分らしく生活を送れるよう、高齢者の介護サービスのニーズの把握に努め、安心して必要なサービスを利用できるよう、介護給付の適正化を図り、介護サービス基盤の計画的な整備に努めます。

基本目標 5 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者が生きがいを持って暮らせる地域を目指し、居場所づくり、生涯学習、世代間交流の促進やボランティア活動への支援等、高齢者が社会参加しやすい環境の整備に努めます。

3. 施策体系

「みんなが支え合いつながるまちーたいしー すべての住民が安心していきいきと暮らせるまち」の実現を目指し、以下の施策を推進します。

基本目標 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 1-1. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進
- 1-2. 地域包括支援センターの機能強化
- 1-3. 医療・介護連携の推進
- 1-4. 日常生活支援体制の整備
- 1-5. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- 1-6. 人材の確保及び資質の向上

基本目標 2. 高齢者の認知症への取組と権利擁護の推進

- 2-1. 認知症施策の推進
- 2-2. 高齢者虐待の防止
- 2-3. 権利擁護の推進

基本目標 3. 高齢者が安心・安全に暮らせる体制の整備

- 3-1. 高齢者の孤立防止及び生活困窮高齢者への支援
- 3-2. 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

基本目標 4. 介護サービスの適切な普及と質の向上

- 4-1. 介護保険制度の周知・啓発
- 4-2. 介護保険制度の適正・円滑な運営
- 4-3. 地域密着型サービスの充実
- 4-4. 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 4-5. 相談苦情解決体制の充実
- 4-6. 適正な介護給付の推進（第6期介護給付適正化計画）
- 4-7. 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の活用促進

基本目標 5 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進

- 5-1. 高齢者の生きがいづくりと社会参加

第4章 施策の展開

基本目標1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

1-1. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

令和4年度から重層的支援体制整備事業に移行し、分野ごとの縦割りでの支援ではなく、世帯の全体像を通じた包括的な支援が行えるようになりました。

「地域共生社会」とは、制度や分野ごとの「縦割り」の区切りや「支え手」「受け手」といった関係を超え、地域の住民や多様な主体が積極的に参加し、「人と人」「人と資源」が世代や領域を超えて全体的に結びついていくことで、個々の住民の生活や生きがいを大切にして地域を共に築いていく社会を目指すものです。

第8期計画では、世代を超えて地域住民に「支え合い」の考えを広く浸透できるように、地域の住民が互いに支え合うまちづくりを推進し、複雑化・複合化する課題に対応してきました。また、それらに適切に対応できる包括的な支援体制の整備や、地域包括支援センターをはじめとする関係機関とのネットワークの構築・強化も行いました。

介護保険制度における地域包括ケアシステムは、医療・介護・予防・住まい・自立可能な日常生活の支援を総合的に確保するとともに、限られた社会資源を効率的かつ効果的に活用する制度となります。高齢化が進む中、「地域共生社会」を実現するための重要な基盤となるもので、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）を見据え、社会福祉基盤の整備と介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進に一体的に取り組むことが重要です。

本計画では、引き続き、地域の日常的な課題を「我が事」として受け止め、複雑化・複合化する支援ニーズに応える包括的な支援体制を整備し、地域を包括的に支援できるまちづくりを推進します。地域包括支援センター等の関係機関とのネットワークの構築・強化を含め、社会福祉基盤の整備や地域包括ケアシステムの推進に一体的に取り組んでいきます。

1-2. 地域包括支援センターの機能強化

(1) 地域包括支援センターの機能強化

保険者担当課との連携強化を図り、コロナ禍中の地域における高齢者のニーズや実態把握に努めてきました。また、サービス提供事業者や関係機関と連携し、本町の地域課題について共有・検討することができました。令和3年度より保険者担当課から分離した地域包括支援センターとなり、専門職の人員確保に努め、サービス提供体制の充実を図ります。

今後も高齢者人口の増加が予想される中で、地域包括支援センターを中心にサービス提供事業者や関係機関と連携し、地域における高齢者のニーズや実態を把握することに努めます。さらに、それぞれの役割分担を明確にし、高齢者の「自助」を支えつつ、「互助・共助・公助」を重視し安心して暮らせる地域社会づくりを推進します。

また、地域包括支援センターで実施する事業を評価することにより、さらなる内容の充実と効率化に努めてまいります。主任ケアマネジャー・保健師・社会福祉士に限らず、様々な専門職の配置や研修等による資質向上や、雇用形態の充実等人員確保にも力を入れ、サービス提供体制の充実を図ります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
主任ケアマネジャー人数(人)	1人	1人	1人
保健師人数(人)	3人	3人	3人
社会福祉士人数(人)	1人	1人	1人
認知症地域支援推進員(人)	1人	1人	1人

(2) 地域ケア会議の開催と充実

自立支援マネジメント型地域ケア会議を定期的で開催し、自立支援の観点から、地域のニーズや社会資源の把握及び情報共有、ネットワークの強化等に努めました。支援が困難な個別のケースについては、関係機関や住民等による支援困難個別事例型会議を随時開催してまいります。今後も住民を含めた地域ケア会議を開催し、地域における自立支援の意識の醸成と、関係機関とのネットワークの構築を図ります。

また、高齢者の多様なニーズに応じた適切なサービスを提供するため、「保健・医療・福祉・介護」等各分野の専門家が参加する地域ケア会議を開催します。地域ニーズや社会資源の理解、情報の共有、困難な事例への対応力の向上、ネットワークの強化等に努め、総合的な調整を図ってまいります。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア会議開催回数(回/年)	自立支援ケアマネジメント型	12回	12回	12回
	個別困難事例型	3回	3回	4回
河南町・太子町地域ケア担当者会議		4回	4回	4回

(3) 介護予防ケアマネジメント

介護予防・重度化防止及び自立支援を重視したケアマネジメントについては、自立支援型地域ケア会議において、ケアマネジャーをはじめ関係機関や専門職と共有し、対象者の生活課題や地域課題について明確化することができました。また、対象者が住み慣れた町でその人らしく生活できるよう創出された、多様な総合事業をケアマネジメントに組み込みながら、要介護になっても地域のつながりを継続できるよう、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の手引き」を作成し、周知・啓発に努めました。

地域ケア会議では、アセスメントをじっくりと行うことで、介護予防や重度化の防止、自立支援に取り組むべき対象者の生活上の課題等を明確にし、関係者と共有します。さらに、対象者の意欲を引き出すため、自主的に取り組めるよう支援します。

また、看護師等の訪問や地域包括支援センターの介護予防事業等、地域の様々な社会リソースを活用した支援にも努めます。支援対象者の要望や課題を明確にするために行うアセスメントや、利用者の意欲を引き出す提案等の、サポート体制やスキルも強化していきます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアマネジメントA	400件	440件	480件
ケアマネジメントB	15件	20件	25件
ケアマネジメントC	3件	6件	9件

(4) 総合的な相談支援の充実

高齢者の総合的な相談窓口として、地域包括支援センターに総合相談窓口を設置するとともに、多様な相談内容に対応できるよう、各関係機関と連携を取りながら支援の充実を図りました。24時間365日の切れ目のない、相談窓口の確保の一環として在宅介護支援センターと連携しています。また、地域での身近な相談体制としては、民生委員・児童委員の協力体制が確立しています。

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、身近な地域で気軽に相談できる体制の充実に努めます。また、近年は相談内容が多様化しているため、様々なサービス提供機関や相談機関との連携強化を図り、「我が事・丸ごと」の考え方に基づいた包括的な相談体制の整備に努めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
一般総合相談対応件数（件／年）	650件	670件	690件
休日夜間総合相談対応件数（件／年）	15件	20件	20件
権利擁護対応件数（件／年）	17件	20件	20件

(5) 地域包括支援センターの適切な運営

地域包括支援センター運営協議会については、コロナ禍での実施となったため、書面での開催となりました。また、各種事業については、広報誌やホームページ等様々な媒体を使用して、住民・関係機関等に公表・周知を行いました。

地域包括支援センターの事業方針や運営計画、実施事業等に関しては、「地域包括支援センター運営協議会」で報告・評価を行っており、内容の改善やさらなる質の向上に取り組んでいます。

1-3. 医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療の充実と医療・介護連携の推進

三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）、近隣市町村、関係機関と連携しながら、ネットワーク会議を通じて、地域の医療と介護の連携についての課題抽出や対応策の検討をはじめ、24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築、地域ケア会議の開催、多職種研修会の開催、入退院等支援による情報共有、チームケアの推進等に取り組ましました。

また、住民が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域の医療・介護サービス資源を掲載した「地域の医療・介護資源マップ（在宅医療介護連携関係機関一覧表等）」を作成し、ホームページ等で普及・啓発を行いました。少子高齢化が進み、亡くなる場所等の選択も多様化してきている中、終末期における自己決定のツールとして「私の思いおぼえ書きノート」を作成し、普及・啓発に取り組んでいます。在宅医療と介護の連携体制により、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの4つの場面において、めざ

すべき姿を明確にし、これに向けて取り組んでいきます。

在宅医療（訪問診療と往診）の充実と、切れ目のない介護サービスを提供するために、医療と介護の連携を重視し、医療・介護の連携に不可欠な人材育成や地域の医師会、関連機関、庁内関係各課との連携強化に努めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療介護ネットワーク推進会議（回／年）	5回	5回	5回
医療介護連携推進多職種研修（回／年）	3回	3回	3回
在宅医療・介護サービス講演会（回／年）	1回	1回	1回

	めざすべき姿
日常の療養支援	医療・介護の専門職の多職種協働によって、日常の療養生活を支援することで、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・場所で生活が継続できる。
入退院支援	入退院の際に、医療機関・介護事業所等が情報交換を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。
急変時の対応	医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された適切な対応が行われるようにする。
看取り	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、人生の最終段階における望む場所での看取りが行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、実現できるように支援する。

（２）医療計画との整合性の確保

大阪府の「第8次大阪府医療計画」と第9期の介護保険事業支援計画との整合性を確保するために、高度急性期から在宅医療・介護までの包括的なサービス提供体制の一体的な確保が必要とされています。

「第8次大阪府医療計画」の一部である「地域医療構想」や「大阪府高齢者計画2024」及び本計画におけるサービス種類ごとの量の見込みとの整合性を確保するために、大阪府を含めた医療・介護関係者による協議の場を開催し、これまで以上に緊密な連携が取れるように体制整備に取り組みます。

1-4. 日常生活支援体制の整備

本町では、住民主体の協議会「SASAE 愛太子（生活支援体制整備協議会）」において、生活支援サービスの必要性、地域資源の把握、情報共有、さらなる整備が必要なサービス等について様々な議論を行い、住民主体のまちづくりを推進しています。

地域における日常生活支援体制の充実を図るためには、地域の現状を把握し、地域の多様な主体による生活支援や介護予防サービスの提供を推進することが重要です。

今後も住民主体の生活支援・介護予防サービスの創出に努め、幅広い参加者の勧誘、意

欲の高い住民の育成と「SASAE 愛太子」の普及に努めます。

また、社会福祉協議会と連携し、各階層に生活支援コーディネーターを配置し、生活支援・介護予防サービスの開発や担い手の育成、関係者のネットワーク構築に取り組んでいます。今後も生活支援コーディネーターと連携し、情報提供・共有に努めてまいります。

さらに、健康な高齢者が社会参加を通じて生活支援の担い手として活躍できる地域づくりを推進するため、ボランティア活動への参加支援や就労活動支援コーディネーターの設置等を検討してまいります。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域づくりからの支え合い勉強会開催回数 (回/年)		8回	8回	8回
SASAE 愛太子開催回数 (回/年)		4回	5回	6回
生活支援コーディネーター 配置数(人)	第1層	1人	1人	1人
	第2・3層	11人	12人	13人

1-5. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

高齢者の心身の状態は「自立・フレイル（加齢により心身が衰えた状態）・要支援・要介護」と連続的に変化すると考えられており、介護・医療・健診情報をもとに保健事業を担当する部局と連携し、高齢者の保健関連事業と介護予防を一体的に実施していくことが重要です。

介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防・生活支援サービスと一般介護予防事業の二つから成り立ちます。介護予防・生活支援サービス事業は、要支援認定を受けた高齢者と「お達者健康チェックリスト」の該当者（事業対象者）を対象とし、一般介護予防事業はすべての高齢者が対象となっています。

(1) 介護予防・生活支援サービスの推進

本町では、介護予防・生活支援サービスとして「訪問介護相当サービス」や「通所介護相当サービス」、短期集中予防サービスC型の一環として「生き生きトレーニング教室」を実施しています。また、住民主体による生活支援サービスに対しては、訪問型サービス（住民主体）Bや訪問型サービス（移動支援）Dといった補助を行う等、多様なサービスの提供や側面支援も行っています。住民主体によるサービスに関しては、次世代の担い手の確保を図りながら、今後も自立支援と介護予防、重度化防止に向けた介護予防・生活支援サービスを提供していきます。

また、介護予防の考え方としては、高齢者が積極的に社会参加し、地域においてお互いが支え合う体制を築いていくことが大切です。これにより、生きがいや役割づくりが促され、参加すること自体が介護予防につながります。そのためには、医療専門職の幅広い関与を得ながら、地域住民を中心とした様々な主体による生活支援を展開することが必要です。そのためには、地域ケア会議や生活支援コーディネーター、協議体による活動、地域住民主体の通いの場等、短期集中予防サービスと連携しながら展開していくことが重要です。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問型サービス 延べ利用者数 (人/年)	訪問介護相当 (月利用者×12月)	220人	230人	240人
	住民主体〔B型〕	72人	84人	96人
	短期集中予防〔C型〕	150人	180人	210人
	移動支援〔D型〕	750人	850人	950人
通所型サービス 延べ利用者数 (人/年)	通所介護相当 (月利用者×12月)	570人	590人	610人
	短期集中予防〔C型〕	324人	324人	324人

(2) 一般介護予防事業の推進

保健師や管理栄養士・歯科衛生士・リハビリテーション専門職等の協力を得ながら事業を展開し、通いの場の推進には地域ケア会議等とも連携して取り組んでいます。

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでもいきいきと安心して生涯を現役で過ごせるよう、人と人とのつながりを通じた自立支援や介護予防、重度化防止を行っています。元気ぐんぐんトレーニング活動支援や高齢者交流サロン事業を行っており、これからも参加者や集いの場が継続的に広がっていく地域づくりを推進します。

保健医療の観点から積極的に支援を行い、専門職による健康相談等を提供し、フレイル状態にある人を適切に医療サービスにつなげていく取組を行います。地域づくりや介護予防を一層進めていく上で、介護予防サポーターの存在は不可欠であり、これらの養成や研修等を計画的に実施し、高齢者を地域で支える仕組みの構築を支援します。

今後は、ICT (Information and Communication Technology. 情報通信技術) の活用により自宅からでも地域とつながることができるような取組も必要とされており、導入の検討を進めています。

■介護予防把握事業

看護師等が在宅訪問を行い、地域の事情や対象者の状況を分析し、孤立や介護を回避するための日常生活機能を総合的に把握・評価し、看護計画等に基づいたケアを提供します。適切なサービスの利用につながるよう、必要な相談やアドバイスを行います。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
ふれんど訪問	訪問回数 (回/年)	220人	240人	260人
	対象者数 (人)	45人	47人	50人

■介護予防普及啓発事業

高齢者の自立支援を推進し、介護や重度化の防止につなげるには、対象者の多様なニーズに応え、地域住民や事業者等を含めた地域全体で取り組むことが重要です。介護予防や自立支援について、多様な媒体の活用や講座・教室等の開催等を通じ、地域への普及啓発に努めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ナナトレ教室延べ参加者数（人／年）	400人	400人	400人
お達者健康講座延べ参加者数（人／年）	200人	200人	200人
介護予防教室延べ参加者数（人／年）	100人	120人	140人

■地域介護予防活動支援事業

年齢や心身の状況によらず、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動を地域に展開するために、住民主体の集いの場等の活動を、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援していきます。加えて、フレイル予防や生活習慣病予防のため、日常的に健康づくりを意識できるような取り組みとして、保健関連事業と介護予防を一体的に実施していきます。

また、介護予防ボランティア活動に対するポイント付与等、社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の仕組み等については、関係機関や庁内関係部署等と検討を継続していきます。

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
元気ぐんぐんトレーニング	開催か所数（か所）	26か所	26か所	27か所
	参加者数 （実人数／年）	320人	320人	340人
介護予防サポーター数（実人数）		62人	62人	64人
男のたまり場延べ参加者数（人／年）		160人	165人	170人
ふれあい農園延べ参加者数（人／年）		80人	85人	90人
高齢者交流サロン	開催か所数（か所）	11か所	12か所	13か所
	参加者数 （実人数／年）	160人	180人	200人
グラウンドゴルフ等多目的交流広場 （いきいき交流広場） 延べ利用者数（人／年）		5,000人	5,000人	5,000人

■一般介護予防事業評価事業

被保険者の地域での自立した日常生活を支援し、介護の予防・軽減と重篤化を回避するため、一般介護予防事業を含むあらゆる活動を調査・分析し、まちづくりの観点から評価を行い業務改善に努めます。

■地域リハビリテーション活動支援事業

地域の実情に応じた介護予防の取組を効果的かつ効率的に実施するため、通所、在宅、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等におけるリハビリテーション専門職等の関与を推進します。また、フレイル対策では保健事業との連携を強化し、自立支援や介護予防・疾病予防・重度化予防に向けた総合的かつ計画的な支援を実施します。

■地域の関係団体との連携

地域住民が地域で福祉活動を実践するためには、地域福祉に対する意識の向上やボランティア活動の支援、住民・行政・社会福祉協議会・事業者等の連携が重要です。今後も各主体間の連携を強化し、人材育成の支援や、住民による生活支援ボランティア団体の活動の継続をサポートしていきます。

1-6. 人材の確保及び資質の向上

(1) 令和7年と令和22(2025・2040問題)年を見据えた人材の確保

本町では、将来を見据えた介護人材の安定的な確保を図るため、南河内地域介護人材確保連絡会に参加し、構成市町村（富田林市、河内長野市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、河南町、千早赤阪村）及び大阪府、大阪府社会福祉協議会、サービス提供事業者と介護人材確保に関する取組の情報共有及び意見交換を行いました。また、広報紙やデジタルサイネージ（駅や店舗、施設にある電光掲示板等）を活用してPR活動を実施しました。

今後、本町は総人口が減少する一方で、現役世代の減少に伴う後期高齢者の増加や、介護サービスの需要の増加が見込まれます。今後の人口推移の見通しを踏まえ、団塊世代が75歳以上を迎える令和7年までに介護離職者ゼロを目指し、令和22年には団塊ジュニア世代が65歳以上になることを念頭に、介護職のみならず介護分野で働く人材の確保とさらなる育成を図るとともに、介護分野全体の人材基盤の確保を推進する必要があります。

また、介護の仕事の魅力向上を図り、幅広い年齢層への福祉意識を醸成するための施策を実施します。サービス提供事業者や関係団体、関係機関、大阪府等と連携し、新たな人材の参入促進や潜在的な有資格者の掘り起こしも実施します。多様な人材活用、処遇改善、相談体制の整備等、人材確保と定着支援に向けた取組に関する、情報の交換や共有、協議や検討を行ってまいります。

さらに、介護に携わる方の負担を軽減しつつ、介護保険サービスの質を確保するため、国のガイドラインに基づく手続きの簡素化・標準化やICT（情報通信技術）の活用等、今後も業務効率化の検討を進めてまいります。

(2) 人材育成の推進

移動支援を行う地域住民に対して、国土交通省認定の「運転協力者講習」を開催（令和3年度：2回・各10名、令和4年度：2回・各4名＋フォローアップ研修1回・21名）したほか、地域の高齢者交流サロンにて運動指導士と一緒に体操等のサポートを行う「介護予防パートナー」の養成講座を実施（令和3年度：3回・各8名、令和4年度：3回・各9名）し、生活支援サービスの担い手の養成と資質向上を図りました。

未来を見据えた人材確保の一環として、人材の育成も非常に重要です。介護に従事する方のスキル向上を促すため、研修会の参加を支援するだけでなく、長期的な視点でキャリアパスを構築し、キャリアアップするためのサポートも行えるように、サービス提供事業者と協議し検討を進めていきます。

さらに、社会福祉協議会との協力のもと、ボランティア活動を拡充し、生活支援サービスの提供者の育成とスキル向上に努めます。

基本目標 2. 高齢者の認知症への取組と権利擁護の推進

2-1. 認知症施策の推進

(1) 認知症施策推進大綱等の推進

認知症になっても住み慣れた地域で、尊厳を持って生活できるよう、地域住民に認知症の理解を深める普及・啓発を行い、認知症の人やその家族等に認知症の予防として社会的孤立の解消や地域や家庭での役割が継続できるよう支援を行いました。また、医療や介護の体制づくりとしては、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに設置し、地域の見守り体制として安心太子見守りネットワークや太子町認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業を実施しており、広域での見守り体制として南河内圏域市町村徘徊高齢者 SOS ネットワークも実施しました。

認知症は、誰でもなる可能性があるもので、家族や身近な人が認知症になることもあり、多くの人にとって身近な問題となっています。このような状況を踏まえ、「認知症施策推進大綱」と「認知症基本法」の指針に基づき、認知症を抱える当事者やその家族に対する支援や社会参加支援体制を充実させること、また認知症の早期発見や権利保護に関する取組を推進します。

認知症施策推進大綱における、「共生」とは認知症の人が尊厳と希望を持ち、認知症と共に豊かな人生を送ることを意味し、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きることが定義されています。また、「予防」は「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になることを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で定義されています。

「認知症基本法」においては、認知症の方を含めた国民一人一人が個々の個性や能力を最大限に活かし、お互いの人格と個性を尊重しながら支え合い、共に生きる活力ある社会（＝共生社会）を実現するための取組を推奨しています。

本町では、認知症になった場合でも重症化を予防しながら周囲や地域の理解と協力のもと、住み慣れた地域で尊厳を保ちながら自分らしい生活を続けることができる社会を目指して、「共生」と「予防」の取組を進めていきます。

(2) 認知症への理解を深める普及・啓発と本人発信の支援

認知症に対する理解が地域全体に広まり、認知症高齢者の正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への備えを地域全体で支援することを目指します。地域住民に向けては、認知症サポーター養成講座や認知症フォーラム等を通じ、サービス提供者に向けては研修会等を通じて、認知症に関する正しい知識や相談窓口の普及・啓発を行います。

また、各種団体による講座の開催や職場・児童・学生等の学習機会の充実を図り、認知症への理解促進と認知症サポーターの育成に努めます。地域内での認知症サポーターの役割を明確化し、参加者のフォローアップを行うことで、地域での認知症の人への支援体制の充実を図っていきます。さらに、地域で認知症の人やその家族を支えるボランティアや互助組織等の活動を積極的に支援します。

今後に向けては、認知症の人とその家族のニーズを具体的な支援策に結びつける仕組み「チームオレンジ（認知症サポーターを中心とした支援チーム）」の構築や、認知症本人や家族の意見を把握し、今後の施策に反映させていくための本人とその家族が発信できる機会の創設を検討していきます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症フォーラム開催回数（回／年）	1回	1回	1回
認知症座談会（回／年）	3回	3回	4回
認知症サポーター養成講座開催回数（回／年）	4回	6回	8回
認知症キャラバンメイト数（人）	54人	56人	58人

（３）認知症ケアパスの普及促進

認知症になった場合でも本人の意思を尊重し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、認知症の進行具合に応じて「いつ・どこで・どのような」サービスを受けることができるかというケアの流れを示す認知症ケアパスについて、認知症に関するイベントや様々な機会を活用してその普及・促進に努めます。

（４）認知症の予防

一般介護予防事業等の健康講座や健康教室を通じて運動・栄養・口腔の介護予防に取り組み、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」と連携しながら、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防の周知・啓発に努めました。また、通いの場の充実を図ることで、社会交流の推進を図りました。

認知症予防とは、「認知症にならない」ということではなく、「認知症の発症を遅らせる」あるいは「認知症の進行を遅らせる」ということです。認知症の発症を遅らせ、発症リスクを軽減し、早期発見・早期対応につなげるため、医療・保健の専門家による予防につながる活動や健康指導等を推進します。

認知症の予防には、閉じこもりがちな生活（運動不足）の改善、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の予防、社会的孤立の解消や社会参加による役割の維持等が挙げられます。高齢者が通える身近な場所を充実させることで、これらの活動を推進できます。また認知症予防につながる、通いの場等における保健師や栄養士等による健康相談等の活動も推進します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場等での健康相談（回／年）	15回	15回	18回

（５）地域における連携強化及び早期発見・早期対応の推進

認知症地域支援推進員を配置し、地域における認知症施策の推進を図りました。また、認知機能低下のある人や認知症の人、その家族に対しては、町内の認知症サポート医や関係機関等と連携を強化し、住み慣れた地域で安心して生活できるよう自立支援のサポートを実施しました。

認知機能低下のある人や認知症の人の早期発見・早期治療には、地域の関係機関や地域で活動する人々との連携が重要です。認知症ケアパス等を活用し、地域包括支援センターや医療・介護・福祉等の関係機関、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、地域の民間企業等との連携強化や情報共有に努めます。

また、家族への相談対応等の支援を推進し、町内の認知症サポート医と連携した認知症初期集中治療チームによる本人とその家族への初期支援や自立生活支援を推進します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症地域支援推進員数（人）	2人 （内兼任1人）	2人 （内兼任1人）	2人 （内兼任1人）

（6）介護サービス・介護者への支援

認知症の人が、それぞれの状況に応じて適切な介護保険サービスを利用できるよう、介護に従事する人々の認知症への対応力向上を図るとともに、認知症の特性を踏まえた介護保険サービスの提供に努めます。

また、認知症の人の介護を行う家族の負担を軽減するため、適切な介護保険サービスの利用促進を図りながら、介護等で様々な悩みを抱えている家族が参加されている「高齢者介護家族のつどい」をはじめ、介護者が集まる場に出向き、必要な情報提供等の支援を行っています。

認知症の人やその家族が地域で孤立しないよう、交流ができ、情報共有や専門職からのアドバイスができるよう、「認知症について考える座談会」を継続実施しながら、定期的に交流できるような認知症カフェ等の設置について、地域の関係機関等と連携しながら検討していきます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェ設置数（か所）	1か所	1か所	1か所

（7）認知症バリアフリーの推進と若年性認知症の人への支援

本町では、地域の方が安心して生活できるよう、地域の見守り体制「安心太子見守りネットワーク」を構築しています。このネットワークでは「地域住民や見守り協力員・見守り協力事業所・民生委員・児童委員」等、様々な関係機関が連携し、緩やかな見守りを行い、地域の異変を早期に発見し対応しています。

さらに、「太子町認知症高齢者等SOSネットワーク事業」も実施しており、行方不明となった高齢者の早期発見や身元の早期確認を行うとともに、さらなる体制強化のために庁内の体制を充実させ各課や関係機関との連携強化にも取り組んでいます。

広域での見守り体制では、近隣の7市2町1村と警察署、各市町村ネットワーク機関が協力・連携しています。これにより、認知症高齢者の早期発見や身元不明の高齢者への対応を行っている「南河内圏域市町村徘徊高齢者SOSネットワーク」を行っています。今後も町内の協力機関を増やし、見守り体制を強化し、加えて町外の近隣市町村での発見も考慮し、広域連携の強化にも力を入れていきます。

認知症になってもできるだけ住み慣れた地域で暮らせるよう、買い物や移動、趣味等生活のあらゆる面での障壁を取り除き、地域の見守り体制や検索ネットワークの構築に努め、認知症バリアフリーの取組を推進します。

また、若年性認知症の人が、認知機能が低下してもできる限りの活動を継続できるよう、若年性認知症への支援の周知啓発や社会参加支援のあり方も検討します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
SOSネットワーク事業事前登録者数（人）	18人	18人	20人

■居住環境に配慮したグループホーム等の推進

認知症高齢者が住み慣れた環境で、尊厳を保ちながら総合的なサービスを利用し続けることができるよう、ニーズに応じた認知症高齢者向けグループホーム等の運営を支援します。

また、地域に根ざし、地域とのつながりのある開かれた施設運営を十分に考慮した施設となるよう、地域住民や関係機関等と介護サービス事業所とのより一層の連携強化を図ります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症対応型共同生活介護（実人数／年）	18人	18人	18人

2-2. 高齢者虐待の防止

(1) 虐待防止と早期発見・早期対応

高齢者虐待の防止に向けては、地域住民や要介護施設従事者等が高齢者虐待とその予防について十分に理解できるよう、窓口での情報発信や各種媒体を活用した周知啓発を行います。

また、虐待を受けている、あるいは虐待が疑われる高齢者を早期発見・早期に対応できる体制を確立するとともに、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、本町等に通報する必要があることの周知徹底を図ります。地域ケア会議で実態把握し、地域包括支援センターや弁護士・社会福祉士・その他の専門家と協力して対応できる体制を構築します。

(2) 相談・支援体制の充実

地域包括支援センターをはじめとした総合的な相談窓口の周知を進めることに加え、地域の関係機関と協力して身近な相談窓口も設置する等、相談しやすい環境を整備することを目指します。

また、介護者の介護疲れやストレス等による虐待も多いため、在宅で高齢者の介護をしている人を対象に相談体制等を整備し、自宅介護者の不安や悩みの解消、介護保険サービスの利用支援等に取り組みます。

(3) 施設等による虐待防止の推進

介護施設職員による虐待や身体拘束を防止するため、大阪府と連携して実態を把握し、介護サービス事業者向けの研修や説明会を実施し、職員へのストレス対策や知識、介護技術の向上を図ります。介護施設職員の意識向上と、サービスの質の向上をサポートします。

2-3. 権利擁護の推進

(1) 成年後見制度

高齢者の財産や権利を守るため、老人福祉法に基づく成年後見制度の「成年後見制度市町村長申立て」を活用する等して、関係機関と協力して制度の利用拡充に努めます。

また、様々な権利擁護の相談に対応できるように、弁護士や司法書士等の専門家と連携を強化します。

今後の展望として、家族関係の多様化や高齢者の増加が続くことが予想されており、認知症高齢者や複雑な生活課題や成年後見制度に対応する必要がある方が増えると考えられることから、制度の適切な活用を推進するため、成年後見制度や成年後見等利用支援事業

の普及と啓発に努めます。さらに、関係各課と連携しながら、地域連携ネットワークの中核機関の設置や、低所得者以外の市町村長申立てへの対応についても検討します。

(2) 日常生活自立支援事業

認知症や知的障がい、精神障がい等により意思決定能力が低下している人に対して、福祉サービス等の請求手続きの補助・代理、日常的な金銭管理等のサポートを実施します。

利用者の権利擁護が円滑に行われるよう、社会福祉協議会や関係各課との連携を強化するとともに、成年後見制度も含めた総合的な支援ができる体制の構築に努めます。

(3) 消費者被害の防止

本町や周辺地域では、高齢者の消費者トラブルが増加しており、こうした消費者被害を予防・防止するため、関係機関等と連携し、相談体制の整備や注意喚起等を強化します。今後のさらなる高齢化を見据え、人員体制等の拡充にも努めます。

基本目標3. 高齢者が安心・安全に暮らせる体制の整備

3-1. 高齢者の孤立防止及び生活困窮高齢者への支援

(1) 地域の見守り体制の充実

民生委員や関係機関からの声かけで、緊急通報システム事業の利用者は増加しています。また、「食」の自立支援事業を太子町社会福祉協議会に委託することで、利用者・ボランティア・関係機関との調整がスムーズに行われています。

孤立死を防止し、安心して暮らすため、「安心太子見守りネットワーク」が運営されており「地域住民・民生委員・児童委員・各関係機関等」との連携を強化しています。また、社会福祉協議会の訪問を中心に、日常のちょっとした挨拶や声かけ、雨戸やカーテン等が閉まっていることの確認等の緩やかな見守り活動も行っています

今後とも庁内の関係各課や社会福祉協議会等と情報共有を図り、地域の見守り体制の充実に努めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
安心太子見守りネットワーク事業登録者数(人)	66人	70人	74人

また、一人暮らし高齢者の見守り支援として、以下のサービスを提供します。

■緊急通報システム事業

緊急通報システム事業は、一人暮らしの高齢者や高齢者世帯等を対象に、消防や防災等の関係部署・機関と連携し、緊急事態に迅速に対応するものです。今後も高齢者が自宅に安心して住み続けられる地域づくりを目指します。

■愛の一声訪問事業

乳酸菌飲料の販売員が、毎日の見守りが必要な一人暮らしの高齢者を訪問し、安否確認を行っています。特に、自宅に閉じこもっている方への声掛けや見守りは重要で、継続的に実施します。

■「食」の自立支援事業

一人暮らしの高齢者で、食料品の調達や食事の準備が困難なため、見守りが必要な方を対象に、昼食時の配食サービスを行っています。

安否確認を訪問の目的としていて、利用者が体調不良等で倒れたときに訪問したこともあり、非常に効果的な施策です。今後も、民間サービス業者や住民ボランティア等と連携し、きめ細かな見守りや多様なニーズに対応できる柔軟なサービスの提供について検討してまいります。

■救急医療情報キット

一人暮らしの高齢者等を対象に、自宅で独りの状態で具合が悪くなり救急車を呼ぶ際の安全と安心を守る取組として、救急医療情報キットの配布を行っています。今後も、地域の支え合いを強化するための勉強会や防災訓練等で情報を広く周知し、利用者の増加を図るとともに、既に利用している人に対しては情報の更新を促していきます。

■友愛訪問

地区福祉委員や民生委員が定期的に、高齢で閉じこもりの方を対象として自宅を訪問する取組です。今後も継続して実施し、高齢者への見守り支援を推進します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急通報システム事業の利用件数（件／年）	47件	52件	57件
愛の一声訪問事業の訪問件数（件／年）	15件	17件	19件
「食」の自立支援事業の配食件数（件／年）	1,300件	1,300件	1,300件

（２）生活困窮者への支援

生活に困窮している高齢者に対しては、自立支援相談機関「はーと・ほっと相談室」と連携して、生活困窮に関する相談支援を行っています。地域包括支援センター等の各機関との連携体制の強化にも努めており、介護保険制度を含む高齢者施策へつなぐ体制の強化も実施しています。

さらに、生活困窮が根本的な問題であると思われる、高齢者が直面する幅広い課題を包括的に支援するための体制の構築を検討していきます。

3-2. 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

（１）住まいの安定的な確保

高齢者の多様なニーズに対応した住まいの確保や住宅情報の提供、住民サービスの向上に向けた取組の推進等を実施します。また、現在の住まいでより安全で快適に暮らせるよう住宅の改修を支援するとともに、住居の確保や住まいや生活に困難を抱える高齢者を一体的に支援できる体制を整えています。

高齢者が住み慣れた環境で暮らし続けるためには、住まいやまちづくりにおける安全性と快適性の確保が必要です。そのため、生活の基盤となる住まいの確保支援にも取り組みます。軽費老人ホームに関しては、計画期間中の施設数の増減予定はなく、引き続き適切な運営管理を行っています。

（２）高齢者にやさしいまちづくりの推進

■高齢者の外出支援

高齢者の外出サポートの一環として、高齢者が気軽に外出し、交流や買い物等の社会生活に参加できるよう、移動販売車との協定を締結しています。また、公共交通機関の再編に伴い、公共交通機関の利用が困難な高齢者に対する介護予防・日常生活支援総合事業の一環として、住民主体の移動支援サービスを提供する団体に対する、公用車の貸し出し等の支援に引き続き取り組みます。

移動支援の需要が高まる中、今後も地域公共交通の実施状況を注視し、外出支援に努めます。

■公共建築物等の整備

高齢者が地域で自立して安全で快適な生活を送れるよう、バリアフリーに留意した住宅やユニバーサルデザイン（公平性・自由度が高い・分かりやすい・理解しやすい・安全・容易な利用及び空間）の考え方に基づいた整備を推進し、企業に対しても同様の整備の推進を要請していきます。

(3) 災害時における高齢者支援体制の充実

避難行動要支援者名簿を作成し、避難行動要支援者支援プランの周知啓発に努め、地域の自主防災組織が参加する総合防災訓練を毎年実施し、安否確認や避難誘導等の災害時における高齢者への支援体制の充実に努めます。

また、支援が必要な高齢者が日々の防災の備えや情報を入手できるよう、救急医療情報キットの普及促進を行います。防災に対する意識付けのアイテムとしても、救急医療情報キットの活用を積極的に推進します。

さらに、近年増加する大規模災害に備え、庁内の関係各課や関係機関、サービス事業者等と連携し、避難訓練や防災情報の発信、食料・飲料水・医薬品等必要物資の備蓄状況や入手状況を確認するほか、具体的な災害時の対応計画や避難経路、避難時間等を定期的に確認する体制の構築も検討します。

(4) 感染症対策の推進

介護事業所等では、感染症患者が発生した場合、急速に感染が拡大することが予想されるため、日頃から感染拡大防止策を取っておくことが重要となります。

令和2年に発生した新型コロナウイルス感染症は、令和5年5月に感染症上の位置付けが5類へ移行されましたが、依然として65歳以上の高齢者は感染拡大と重症化リスクが高いことから、引き続き国、大阪府や保健所、医療機関等と連携して、介護事業所等への感染拡大防止対策や感染予防対策に努めます。

基本目標4. 介護サービスの適切な普及と質の向上

4-1. 介護保険制度の周知・啓発

介護保険制度に関しては、希望する方が適切なサービスを選択できるようにするため、制度案内冊子の配布や、障がい者や外国人の方にも配慮しながら、点字や外国語パンフレットの作成と配布、手話通訳等の対応を行っていきます。さらに、広報紙やホームページを通じて積極的に情報提供を実施します。

引き続き、適切なタイミングで適切なサービスの情報を提供できるように、積極的な情報提供の実施や、厚生労働省の情報公表システムの周知と活用促進を図ります。また、介護保険制度を事業者等にも理解してもらうために、説明会等を実施します。

■相談支援体制の充実

各種サービスを利用したい人が、適切なサービスを選択し、必要なサービスを安心して利用できるよう「地域包括支援センター・町内の医療機関・介護サービス事業所・保健センター・社会福祉協議会・保健所・民生委員や児童委員」等との連携を強化し、高齢者が地域で相談できる体制の構築に努めます。また、保健師や社会福祉士・精神保健福祉士・ケアマネジャー等の専門職と関係各課が連携して相談に対応し、一人一人のニーズに応じたサービスを選択できるように支援します。

4-2. 介護保険制度の適正・円滑な運営

地域支援事業については、定期的実施評価・事業評価を行い、相互の事業効果を評価した上で介護予防効果を検証し、事業の効果的な実施に努めます。また、地域に密着したサービスや施設サービスについても、ニーズの動向を見極めつつ、適正な基盤整備計画の検討を行います。介護保険制度を適切かつ円滑に運営していくために、サービスの利用状況や、利用者の動向・ニーズを把握するためのサービス体制の整備を計画的に進めてまいります。

■ケアマネジャー（介護支援専門員）への支援

ケアマネジャーは、利用者にとって最適なケアプランの組み合わせを作成し、介護サービス事業者と連携することで、サービスの円滑な利用を支援しており介護保険制度の運営において重要な役割を果たしています。したがって、ケアマネジャーとしての質の向上を図ることは重要であり、地域ケア担当者会議での各種研修への参加や、地域ケア会議で各分野の専門家からアドバイスやフォローアップ等を受ける支援を行っています。また、ケアマネジャーが相談しやすく、問題意識を持って取り組めるように、町内のケアマネジャー連絡会の強化と活性化を図ります。

■事業者への指導・監督・助言

介護保険サービスの提供主体となる事業所の指定・指導は、大阪府から委任されており、本町を含む近隣市町村（3市2町1村）の共同の事務となっています。実施にあたっては、介護施設に関する情報を正確に把握するよう常に連絡を取り合い、適切な指導監督に努めます。

同時に、利用者のサービス利用時の自己選択を支援するため、介護サービス機関に対し、サービス提供体制にかかる自己情報を、インターネット等を活用して積極的に開示するよう促します。

事業所へのアドバイスについては、介護保険事業所実務者連絡会や事業者研修等を開催し、効果的かつ適切に行うとともに、事業者との緊密な関係を活かした情報交換を通じて適切な指導監督を行います。また、事業者との連携を図ることで、事業者の位置付けを確立します。

■個人情報の適切な利用

個人情報の収集と提供に際しては、個人情報保護法、個人情報保護条例、国の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、町と関係機関における個人情報の収集・提供に関するルール策定を推進します。

高齢者の権利擁護の推進には、必要な情報を適切に把握し、関係機関が共有することが重要です。さらに、利用者や事業者への周知と啓発にも努め、個人情報を適切かつスムーズに取り扱うことができるよう取り組みます。

4-3. 地域密着型サービスの充実

定期的に運営推進会議を開催し、利用者やその家族の意向を考慮しながら適切なサービスの提供に努めるだけでなく、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に関しては外部評価を行いサービスの質の向上を図ります。さらに、利用者支援の観点から結果の公表を推進し、地域に密着したサービスの充実に努めます。

高齢者や認知症高齢者は、環境の変化の影響を受けやすいことを考慮し、要介護の状態になっても地域での生活を維持できるよう、地域に密着したサービスの利用希望者に対して情報提供や利用促進のための情報発信等を推進します。

4-4. 介護に取り組む家族等への支援の充実

高齢者を介護する家族の負担を軽減するために、家族介護支援事業の充実に取り組むとともに、必要な介護保険サービスの確保や介護者への知識・技術習得支援、介護に携わる家族の柔軟な働き方の確保、そして総合的な相談支援が利用しやすい環境整備や実施体制の整備等、本町の状況に基づいた支援策を検討します。

4-5. 相談苦情解決体制の充実

第一次的には、利用者の苦情全般に対する直接的な窓口であり、保険者でもある本町で対応します。それとともに、地域包括支援センターや大阪府、大阪府国民健康保険団体連合会等の関係機関と連携して、苦情処理体制を充実させるよう努めます。

さらに、保健・医療・福祉・介護等に関わるサービスの利用状況や、高齢者の身体状況等の情報を各関係機関で共有し、「いつでも」「どこでも」対応できる体制の構築を目指します。

■介護相談員派遣等事業

介護相談員派遣等事業は、介護相談員が介護サービスの現場を訪問して、利用者からの疑問や不満、不安等について行政やサービス提供事業者と連携しながら対応し、問題改善や介護サービスの質の向上を目指しています。ただし、一部の施設ではコロナ禍の影響で面会制限が行われており、令和4年度における介護相談員の派遣実績はありませんでした。今後は、事前にコロナの感染状況を確認し、介護相談員の派遣を検討します。

今後は、在宅介護や住宅を含む高齢者向けの介護施設への訪問活動も必要となるため、介護相談員の増員や訪問範囲の拡大等に取り組むとともに、訪問方法等の検討を行い、相談事業のさらなる充実を図ります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護相談員人数（人）	10人	10人	10人
訪問派遣介護保険サービス事業所数（か所）	14か所	14か所	14か所

4-6. 適正な介護給付の推進（第6期介護給付適正化計画）

本町では、国の「介護給付適正化計画に関する指針」と大阪府の「大阪府介護給付適正化計画」を参考にしながら、介護給付の適正化に取り組んでいます。

介護給付の適正化は、介護給付を必要とする受給者を正確に認定し、受給者が本当に必要とする過不足のないサービスを事業者が適切に提供することを促すことであり、適切なサービスの確保や費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に貢献します。

（1）要介護認定の適正化

【第5期計画の評価】

- ・居宅介護支援事業所等に委託した認定調査票について、全件点検を実施しました。
- ・「業務分析データ」を活用した分析や、全国の保険者と比較した分析等を行い、要介護認定調査の適正化を図りました。
- ・認定審査会前に各資料の内容に不整合がないか全件確認し、適切な資料作成を行いました。
- ・介護認定審査会委員に対して研修を実施しました。
- ・指定市町村事務受託法人等に委託した認定調査票について、全件点検を実施しました。
- ・認定調査票の特記事項に、選択の根拠、介護の手間、頻度等が適切に記載されているかについて、全件確認を行いました。

【第5期計画の課題】

- ・認定調査員に対する研修の実施が必要です。

【標準的な取組】

- ① 委託分の認定調査結果の点検
指定居宅介護支援事業所等への委託による区分変更申請及び更新申請の認定調査結果について、職員による点検等を実施します。
- ② 判定結果の分析等
「要介護認定適正化事業」による「業務分析データ」を利用し、一次判定から二次判定の軽重度変更率の合議体間の差等について分析し、認定調査項目別の選択状況を全国の保険者と比較することで、要介護認定調査の均一化に向けた取組を行います。
- ③ 認定審査会前の「基本調査、特記事項、主治医意見書」等の各資料の内容に不整合がないか、申請された事案全件について確認します。
- ④ ②の分析結果等を踏まえながら、認定調査員や介護認定審査会委員に対する研修等を実施します。

【さらなる取組】

- ① 標準的な取組①の運用に関しては、要介護認定調査の平準化を目指し、認定調査を指定市町村事務受託法人等に委託している場合も含めて、適切な認定調査が行われるように実態把握に取り組みます。また、職員が行った調査と比較して、特記事項の記載内容等の傾向に違いがないか点検し改善に努めます。
さらに、点検等の実施に際しては、一定の頻度で行うように目標を設定し、実施するよう努めます。
- ② 標準的な取組③の運用に加え、認定調査票に、特記事項「選択の根拠、介護の手間、頻度等」が適切に記載されているかを申請された事案全件で確認します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定審査会前の各資料（基本調査、特記事項、主治医意見書）間の不整合の有無の確認（件）	すべて	すべて	すべて
認定調査票に、特記事項（選択の根拠、介護の手間、頻度等）が適切に記載されているかの確認（件）	すべて	すべて	すべて

（2）ケアプランの点検

【第5期計画の評価】

- ・ケアプラン点検について、専門業者に委託し、管内の居宅介護支援事業者に対して、居宅サービス計画等の内容と請求結果との整合性を確認した上で、個別面談形式により指導・助言を行いました。

【第5期計画の課題】

- ・ケアプラン点検を実施したことによる改善状況の把握や事業効果の検証が必要です。

【標準的な取組】

- ① ケアマネジャーと基本的な事項を確認・検証しながら、ケアマネジャーの「気づき」を促進し、「自立支援に資するケアマネジメント」の実践の支援を目指して、
 1. 町によるチェックシート等を活用したケアプランの内容確認を行い、
 2. 明確化された改善事項をケアマネジャーへ伝達し、
 3. 自己点検シートを利用し、ケアマネジャーによる自己チェック及び町による評価を行うとともに、
 4. 地域ケア会議においてケアマネジャーへの助言等を一体的に実施するよう努めます。
- ② 継続的にケアプランの質を向上させるとともに、点検割合を増やすことが望まれます。そのために、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」を積極的に活用し、点検に関わる職員がケアマネジメントについて学ぶための府主催の研修会等への参加を促進し、点検内容の充実に努めます。
- ③ 高齢者住宅（サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等）の入居者に焦点を当てたケアプラン点検を実施します。
- ④ 訪問介護の高頻度利用（国の基準を上回っているもの）については、ケアマネジャーにケアプランの提出を求めるとともに、地域ケア会議において妥当性の検証を行います。
- ⑤ ケアプラン点検を行った結果、必要に応じて介護保険法第23条、同法第83条第1項の規定に基づき、ケアマネジャーへ指導・監査を行います。

【さらなる取組】

- ① 標準的な取組①の運用に関しては、ケアプランの改善状況を把握することを通じて、ケアプラン点検実施の効果を確認し、過誤申立てだけでなく効果の把握に努めます。
- ② 同様のケアプランを毎月漫然と作成しているケアマネジャーや在宅介護事業者が存在するため、国保連のシステムを用いて、個々のケアマネジャー等のケアプラン作成傾向を分析します。その上で、対象事業所を絞り込み、受給者の自立支援に向けた適切なケアプランになっているかという観点から点検します。
- ③ 標準的な取組①のケアプラン点検に加えて、大阪府介護支援専門員協会等によるケアプラン点検も行い、ダブルチェックを実施します。
- ④ ケアプランの点検により改善状況を把握するとともに、利用者の状態の追跡調査に基づいて、事業の効果を検証します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア会議におけるケアマネジャーへの助言（回）	12回	12回	12回
府が主催する研修会等への参加（回）	1回	1回	1回
外部委託等によるケアプラン点検（回）	1回	1回	1回

（3）住宅改修の適正化

【第5期計画の評価】

- ・事前申請前の現場を訪問し住宅改修のか所や内容について確認を事前に行いました。施工前の点検の際には、改修費が高額と考えられるもの、改修規模が大きく複雑であるもの、提出書類や写真からは現状が分かりにくいケース等に特に留意しながら、必要に応じ、保健師や専門職の協力を得て、点検を行うよう努めました。申請に関する手引書を活用し、正確かつ効率的に一連の申請が行えました。

【第5期計画の課題】

- ・現地調査に同行する職員に建築分野の知識が不足している等、職員の資質向上に向けた取組が不十分であることが課題です。

【標準的な取組】

- ① 居宅介護住宅改修費の申請を受け、改修工事を行う前に、受給者宅の現状確認や工事見積書の点検を行います。また、施工後には訪問や竣工写真等を通じて、住宅改修の施工状況等を点検します。

施工前の点検では、改修費が高額と思われるものや改修規模が大きく複雑なもの、提出書類や写真から現状が分かりにくい場合等に特に注意しながら「保健師・福祉住環境コーディネーター・理学療法士・作業療法士」等の協力を得て点検を行います。

（点検項目）

- 利用者の状態からみた必要性
- 利用者の自宅からみた必要性
- 金額の妥当性、改修規模（介護保険適用部分の確認）
- 適正な施工が行われたかどうかの確認 等

【さらなる取組】

- ① 住宅改修の点検の結果を把握すると同時に、点検を行ったことによる効果を確認します。
- ② 住宅改修の点検を委託する際には、住宅供給公社等が専門的な視点で点検を行っているかどうかを確認するため、点検担当者の職種（建築士や技師等の有資格者）を把握します。
- ③ 事業者登録制度や受領委任払いの導入、給付申請時等におけるパンフレットの配布等により、事業者が介護保険の趣旨を理解できるよう啓発活動を行います。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
工事施工前の点検（件）	12件	12件	12件
給付申請時におけるパンフレットの配布（件）	すべて	すべて	すべて

（4）福祉用具購入・貸与調査

【第5期計画の評価】

- ・軽度の福祉用具貸与をケアプランで位置付けるに当たって、ケアマネジャーから提出される理由書と、介護認定の際の認定調査票にて貸与の必要性について確認を行いました。また、定期的な見直しを行い、軽度の福祉用具貸与の必要性について担当ケアマネジャーとともに確認を行いました。

【第5期計画の課題】

- ・利用者の状態像から福祉用具の必要性が判断できる専門職が不足しており、職員の資質向上に向けた取組が不十分であることが課題です。
- ・人員不足のため、訪問調査までは行えていません。

【標準的な取組】

- ① 福祉用具利用者等を訪問し、福祉用具の必要性や利用状況等を調査します。この際には、国保連システムにより各福祉用具の貸与品目の単位数を把握できるため、同じ商品でも利用者ごとに単位数が大きく異なる場合等に特に注意しながら、積極的に活用します。

【さらなる取組】

- ① 福祉用具購入・貸与調査の結果を確認することにより、調査の実施による効果の実態を把握します。
- ② 国は商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握し、ホームページで当該商品の全国平均貸与価格を公表しています。また、貸与価格には一定の上限（全国平均貸与価格+1標準偏差）が設けられているため。これを踏まえて、貸与が開始された後は、使用中の福祉用具が適切に利用されているかどうかを点検する仕組みをつくります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
購入にかかるケアプランの確認（件）	すべて	すべて	すべて
不適切な貸与についてのケアプランの確認（件）	すべて	すべて	すべて

（5）医療情報との突合

【第5期計画の評価】

- ・事業者への請求内容の照会・確認、妥当・過誤の判断、請求誤りである場合の過誤処理までの一連の業務について、国保連に委託して実施しました。

【第5期計画の課題】

- ・国保連への委託分以外の独自の取組が不十分であることが課題です。

【標準的な取組】

- ① 事業者への請求内容の照会・確認、妥当・過誤の判断や請求誤りがある場合の過誤処理まで、一連の業務を国保連に委託して、引き続き効率的に実施します。
- ② 国保連からの連絡に基づき、事業所への照会や過誤申立ての状況を適切に確認して、介護保険法の諸規定に基づいて指導及び監査を行います。

（6）縦覧点検

【第5期計画の評価】

- ・事業者への請求内容の照会・確認、妥当・過誤の判断、請求誤りである場合の過誤処理までの一連の業務について、国保連に委託して実施しました。

【第5期計画の課題】

- ・国保連への委託分以外の独自の取組が不十分であることが課題です。

【標準的な取組】

- ① 事業者への請求内容の照会・確認、妥当・過誤の判断や請求誤りがある場合の過誤処理まで、一連の業務を国保連に委託して、引き続き効率的に実施します。また、国保連から情報提供される未審査とされた各帳票の「未審査一覧」の有効活用を図ります。
- ② 国保連からの案内に従い、事業所への問い合わせや過誤申立ての状況を適切に確認し、介護保険法の規定に基づいて指導及び監査を実施します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
「軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表」の点検（件）	すべて	すべて	すべて

（7）介護給付費通知

【第5期計画の評価】

- ・年に2回通知書を作成し送付しました。問い合わせがあった内容に対して確認作業を行い、利用者・家族に説明を行いました。

【第5期計画の課題】

- ・通知書の記載方法を改善し、内容を分かりやすくする必要があります。

【標準的な取組】

- ① 利用者へのサービス利用実績の送付
国保連において審査決定した給付実績等を基に、利用者ごとに直近数か月の利用実績をまとめた給付費通知書を作成し送付します。
- ② 疑義内容の確認及び過誤申立て等の実施
利用者から架空請求や過大請求に関する情報があった場合には、事実関係を確認し、必要に応じて国保連に対し過誤申立て等を行います。

【さらなる取組】

- ・通知を送付するだけでなく、受け取った受給者が通知内容を理解できるようにするため、説明文書やQ & A等を同封する等の工夫を行います。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
給付費通知書の送付（回）	2回	2回	2回

（8）給付実績の活用

【第5期計画の評価】

- ・給付実績の確認は行っていますが、そのデータを適正化システムへの取り込み、ヒアリングシートの作成等、活用できませんでした。

【第5期計画の課題】

- ・給付実績を活用し、事業所への確認や指導をしていく必要があります。

【標準的な取組】

① 帳票の活用

国保連が提供する被保険者や事業者ごとの給付実績等の情報を利用し、適切な範囲で各種指標の偏りを考慮して、不適正・不正な可能性のある事業者等を抽出します。

② 疑義内容の確認及び過誤申立て等の実施

抽出された事業者等への確認を重点的に行い、過誤調整や事業者等への指導を実施します。

【国保連から提供される給付実績の活用に関する主な帳票・点検項目】

出力帳票	出力内容
ケアマネジャー当たり給付管理票作成状況一覧表	事業所単位におけるケアマネジャー単位の給付管理票作成件数
支給限度額一定割合超一覧表	支給限度額に対する計画単位数の割合、利用者負担額の有無
居宅介護支援請求状況一覧表	居宅介護支援における「特定事業所加算」「運営基準減算」「取扱件数」「特定事業所集中減算」の算定状況
訪問介護サービス提供責任者数の状況一覧表	サービス提供責任者一人当たりの訪問介護員数及びサービス提供時間
福祉用具貸与費一覧表	全国平均・府平均との価格の比較
通所サービス請求状況一覧表	通所介護、通所リハビリテーションの請求内容、平均利用者人員数に対する規模区分の確認
定員超過事業所一覧表	施設定員数に対する利用者割合
認定調査状況と利用サービス不一致一覧表	認定情報での利用者の状態像とサービス利用状況が一致しないもの
受給者別給付状況一覧表	受給者ごとの給付状況

4-7. 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の活用促進

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度は、介護保険サービスを提供する社会福祉法人等が、低所得者で生計が困難な人に対して、社会的な役割を果たすために、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を目指すものです。

今後も引き続き、生計困難者が介護保険サービスを利用しやすくなるよう、制度の周知や活用の促進に努めます。

基本目標5. 高齢者の生きがいつくりと社会参加の促進

5-1. 高齢者の生きがいつくりと社会参加

高齢化の進展に伴って、高齢者の社会的な役割もこれまでとは異なり、地域の活性化に寄与し、長年培ってきた知識・経験を十分に活かして、積極的な役割を果たしていくような社会や地域づくりが求められています。

社会の変化に伴い、これまでの共同体とは異なる新たな縁が生まれています。その中には、特定の課題の解決を念頭に始まる活動だけでなく、参加する人たちの興味や関心から活動が始まり、それが横につながりながら豊かなコミュニティが生まれている活動もあります。

高齢者の多様性・自発性を尊重しながら、地域の中で充実した生活を営むことができるように関係機関と連携を図りながら、生きがいを高め、社会参加の促進を図る施策を展開していきます。

また、社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組等を保健事業と連携し取り組んでいきます。

■ 高齢者の就労支援

高齢者が長年培ってきた知識や経験を活用できるよう、引き続き有償生活支援ボランティア団体への支援を行うとともに、NPO法人やシルバー人材センター等との連携強化に努め、地域における相互支援体制を強化できる地域づくりを推進します。

また、経済的な生活基盤の強化、健康の維持や増進、生きがいつくりをより促進するため、高齢者の就労支援に取り組みます。

さらに、高齢者一人ひとりの特性や希望に応じた就労活動をコーディネートする、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置も検討します。

■ 高齢者の学習機会の提供

高齢者が他の世代の人とともに、生涯にわたってこころ豊かかつ健康で充実した生活を送れるように、健康づくり大学や高齢者大学等の学習機会に関する情報提供を行い、趣味や教養等、高齢者の興味や関心を持続させる学習機会の提供に努めます。

■ 住民互助活動の推進

趣味や他の興味事を通じて生きがいを育み、健康づくりを促進するために、身近な地域で気軽に交流できる場を提供します。また、地域全体で自立支援や介護予防活動等に取り組み、その開催や支援に努めます。

さらに、高齢者が社会で活躍するだけでなく、住民同士の助け合いを通じて日常生活の支援を図ります。そのために、住民団体、ボランティアグループ、NPO法人等が行う生活支援の各種活動をサポートし、住民同士の連携を強化するための基盤整備を行います。

ア NPO

NPO法人による活動を通じて、高齢者の生きがいや健康づくりを支援します。

イ ボランティア

住民による有償生活支援ボランティア団体等のボランティア活動をサポートし、高齢者の生きがいや健康づくり、交流等を活性化します。また、社会福祉協議会によりボランティア依頼者と登録者のマッチングを行い、ボランティア活動を促進します。

さらに、ポイントを貯めながら楽しく目標を持ち、町内の高齢者交流サロン等集いの場に参加できるボランティアポイント事業を実施することで、介護予防を促進し元気な地域づくりを目指します。

ウ 小地域ネットワーク

小地域ごとに住民が協力し、要援護者一人ひとりに見守り活動や援助活動を行い、高齢者の自立生活を支援します。

エ 老人クラブ

高齢者の生きがいと健康づくりを推進するために、老人クラブ活動の活性化を図るとともに、ゲートボール・グラウンドゴルフ大会等の開催を支援します。

第5章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計

1. 介護保険事業の見込み

1-1. 介護給付

		計画期間			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
(1) 居宅サービス					
訪問介護	給付費	108,458	115,682	120,825	123,833
	回数	3,249.5	3,460.2	3,611.1	3,697.1
	人数	99	103	107	113
訪問入浴介護	給付費	1,960	1,962	1,962	1,962
	回数	12.6	12.6	12.6	12.6
	人数	2	2	2	2
訪問看護	給付費	47,080	52,697	55,062	57,735
	回数	1,007.3	1,119.1	1,167.2	1,229.2
	人数	109	122	128	135
訪問リハビリテーション	給付費	1,859	1,861	1,861	2,395
	回数	52.7	52.7	52.7	67.9
	人数	4	4	4	5
居宅療養管理指導	給付費	15,497	16,777	17,487	18,270
	人数	83	90	94	98
通所介護	給付費	160,478	179,799	189,697	201,800
	回数	1,704.7	1,880.2	1,979.2	2,124.2
	人数	165	177	184	197
通所リハビリテーション	給付費	12,178	13,030	13,063	14,312
	回数	116.2	122.3	122.5	136.9
	人数	17	18	18	20
短期入所生活介護	給付費	121,234	134,685	141,601	152,249
	日数	1,164.9	1,287.0	1,352.0	1,452.2
	人数	74	81	84	92
短期入所療養介護 (老健)	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
短期入所療養介護 (病院等)	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
短期入所療養介護 (介護医療院)	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費	35,797	38,833	41,127	43,640
	人数	236	252	265	285
特定福祉用具購入費	給付費	1,580	1,884	2,188	2,492
	人数	3	4	5	6
住宅改修費	給付費	8,955	8,955	8,955	9,812
	人数	8	8	8	9
特定施設入居者生活介護	給付費	25,541	25,573	29,854	31,186
	人数	9	9	11	11

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

		計画期間			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
(2) 地域密着型サービス					
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	給付費	9,640	9,652	9,652	11,824
	人数	4	4	4	5
夜間対応型訪問介護	給付費	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
地域密着型通所介護	給付費	56,894	60,653	62,207	67,316
	回数	558.7	592.9	608.8	662.2
	人数	58	62	64	70
認知症対応型通所介護	給付費	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	給付費	81,066	81,168	90,726	97,232
	人数	25	25	28	30
地域密着型特定施設 入居者生活介護	給付費	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	給付費	80,440	87,360	90,790	87,320
	人数	25	27	28	27
看護小規模多機能型居宅介護	給付費	7,628	7,637	7,637	7,637
	人数	2	2	2	2
(3) 施設サービス					
介護老人福祉施設	給付費	227,590	234,803	254,750	313,806
	人数	68	70	76	93
介護老人保健施設	給付費	140,812	140,991	144,433	141,441
	人数	40	40	41	40
介護医療院	給付費	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
介護療養型医療施設	給付費				
	人数				
(4) 居宅介護支援	給付費	66,329	74,857	78,439	82,533
	人数	346	387	405	429

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

1 - 2. 予防給付

		計画期間			将来推計
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
(1) 介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護	給付費	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費	4,410	4,562	4,620	5,046
	回数	117.0	121.0	122.6	134.3
	人数	13	13	13	14
介護予防訪問リハビリテーション	給付費	512	520	520	2,311
	回数	14.6	14.8	14.8	65.2
	人数	1	1	1	3
介護予防居宅療養管理指導	給付費	779	914	914	914
	人数	7	8	8	8
介護予防通所リハビリテーション	給付費	1,264	1,265	1,265	1,783
	人数	3	3	3	4
介護予防短期入所生活介護	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費	3,009	3,078	3,146	3,146
	人数	42	43	44	44
特定介護予防福祉用具購入費	給付費	632	632	632	632
	人数	1	1	1	1
介護予防住宅改修	給付費	1,135	1,135	1,135	1,135
	人数	1	1	1	1
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費	763	1,846	1,846	1,846
	人数	1	2	2	2
(2) 地域密着型介護予防サービス					
介護予防認知症対応型通所介護	給付費	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0
(3) 介護予防支援	給付費	2,717	2,780	2,841	3,264
	人数	45	46	47	54

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

1-3. 地域密着型サービス（施設・居住系サービス）の必要利用定員総数

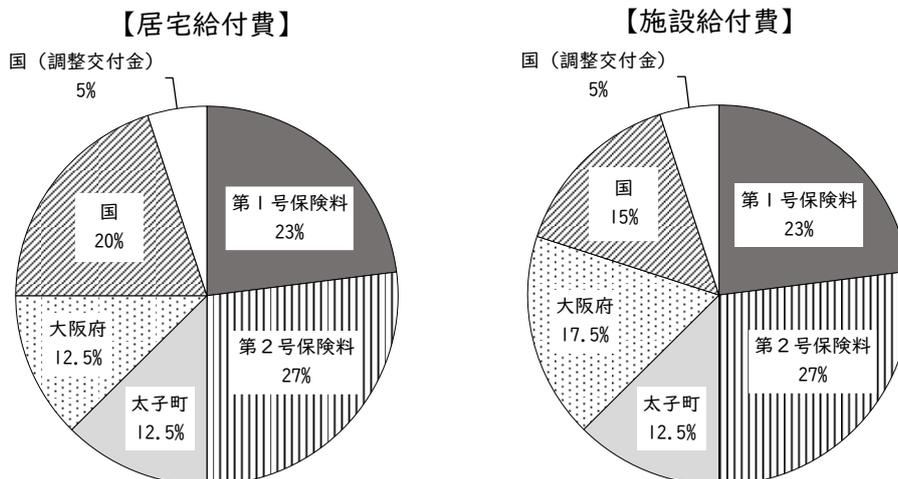
（単位：人）

	計画期間			令和12年度 見込み
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	29	29	29	29
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	18	18	18	18

1-4. 介護保険事業にかかる給付の負担割合

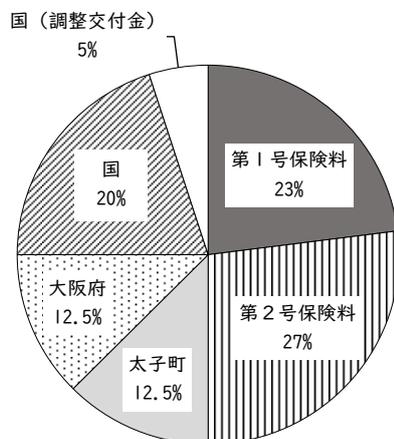
介護保険制度の費用は、65歳以上の第1号被保険者の保険料と40歳から64歳までの第2号被保険者の保険料、市町村、都道府県、国の負担によって確保されています。各費用における財源の構成は下図の通りです。

■ 介護保険給付の財源構成

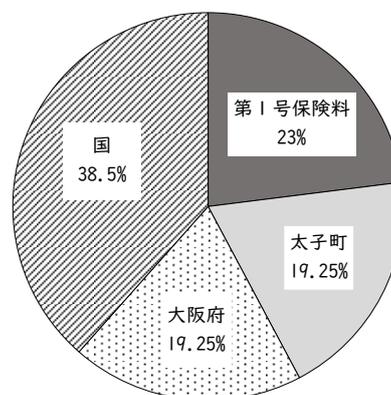


■ 地域支援事業費の財源構成

【介護予防・日常生活支援総合事業】



【包括的支援事業・任意事業】



2. 介護保険料の見込み

2-1. 標準給付費見込額等

第9期計画期間中における介護保険サービスや地域支援事業費等の標準給付費見込額は以下の通りと算定しました。

(単位：円)

	計画期間				令和12年度 見込み
	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
標準給付費見込額	4,140,029,679	1,300,076,995	1,381,742,286	1,458,210,398	1,575,804,532
総給付費（財政影響額調整後）	3,911,063,000	1,226,237,000	1,305,591,000	1,379,235,000	1,488,872,000
総給付費	3,911,063,000	1,226,237,000	1,305,591,000	1,379,235,000	1,488,872,000
利用者負担の見直し等に伴う財政影響額	0	0	0	0	0
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	120,553,755	38,877,251	40,094,773	41,581,731	45,762,707
特定入所者介護サービス費等給付額	118,773,835	38,336,073	39,486,678	40,951,084	45,762,707
制度改正に伴う財政影響額	1,779,920	541,178	608,095	630,647	0
高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	89,547,607	28,873,667	29,784,672	30,889,268	33,901,177
高額介護サービス費等給付額	87,988,083	28,399,500	29,251,873	30,336,710	33,901,177
高額介護サービス費等の利用者負担の見直し等に伴う財政影響額	1,559,524	474,167	532,799	552,558	0
高額医療合算介護サービス費等給付額	16,078,821	5,189,685	5,345,447	5,543,689	6,195,054
算定対象審査支払手数料	2,786,496	899,392	926,394	960,710	1,073,594
審査支払手数料一件あたり単価		46	46	46	46
審査支払手数料支払件数	60,576	19,552	20,139	20,885	23,339
審査支払手数料差引額	0	0	0	0	0
地域支援事業費	277,679,724	92,559,908	92,559,908	92,559,908	88,674,643
介護予防・日常生活支援総合事業費	132,749,724	44,249,908	44,249,908	44,249,908	39,344,625
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	72,318,000	24,106,000	24,106,000	24,106,000	25,140,018
包括的支援事業（社会保障充実分）	72,612,000	24,204,000	24,204,000	24,204,000	24,190,000
第1号被保険者負担分相当額	1,016,073,163	320,306,488	339,089,505	356,677,170	399,475,002
調整交付金相当額	213,638,970	67,216,345	71,299,610	75,123,015	80,757,458
調整交付金見込額	149,333,000	45,169,000	49,625,000	54,539,000	74,781,000
調整率		1.000000000	1.000000000	1.000000000	1.000000000
特別調整交付金の交付見込額		0	0	0	0
調整交付金見込交付割合		3.36%	3.48%	3.63%	4.63%
後期高齢者加入割合補正係数		1.0366	1.0317	1.0256	0.9826
所得段階別加入割合補正係数		1.0333	1.0333	1.0330	1.0333
市町村特別給付費等	0	0	0	0	0
市町村相互財政安定化事業負担額	0				0
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	7,800,000				0
保険料収納必要額	922,579,133				405,451,460
予定保険料収納率	98.50%				98.50%

※金額は四捨五入しているため、合計等が合わない場合があります。

2-2. 保険料基準額の算定

第9期計画における標準給付見込額等から、第1号被保険者の保険料を以下のように算定しました。

(単位：円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
標準給付費見込額 (A)	1,300,076,995	1,381,742,286	1,458,210,398	4,140,029,679
地域支援事業費 (B)	92,559,908	92,559,908	92,559,908	277,679,724
第1号被保険者負担分相当額 (C = (A + B) × 23%)	320,306,488	339,089,505	356,677,170	1,016,073,163
調整交付金相当額 (D)	67,216,345	71,299,610	75,123,015	213,638,970
調整交付金見込額 (E)	45,169,000	49,625,000	54,539,000	149,333,000
準備基金取崩額 (F)				150,000,000
市町村特別給付費等 (G)	0	0	0	0
保険者機能強化推進交付金 等の交付見込額 (H)				7,800,000
保険料収納必要額 (I = C + D - E - F + G - H)				922,579,133
予定保険料収納率 (J)				98.50%
所得段階別加入割合補正後 被保険者数 (K)	4,055	4,075	4,105	12,234
年額保険料 (L = I ÷ J ÷ K)				76,560
月額保険料 (L ÷ 12)				6,380

※金額は四捨五入しているため、合計等が合わない場合があります。

2-3. 所得段階別保険料の設定

本町では、第1号被保険者の所得段階別保険料の設定に当たり、国の基準である13段階より多段階化を行い、被保険者の負担能力に応じた保険料設定を行うこととします。

所得段階	対象者	基準額に 対する割合	年額保険料
第1段階	生活保護の受給者、老齢福祉年金の受給者で世帯全員が住民税非課税の人及び世帯全員が住民税非課税で、課税年金収入と合計所得金額の合計額が80万円以下の人	基準額 ×0.285	21,820 円
第2段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下の人	基準額 ×0.455	34,840 円
第3段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額120万円超の人	基準額 ×0.685	52,450 円
第4段階	本人が住民税非課税（世帯の中に住民税課税者がいる場合）で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下の人	基準額 ×0.90	68,910 円
第5段階 (基準段階)	本人が住民税非課税（世帯の中に住民税課税者がいる場合）で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円超の人	基準額 ×1.00	76,560 円 (基準額)
第6段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円未満の人	基準額 ×1.20	91,880 円
第7段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	基準額 ×1.30	99,530 円
第8段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	基準額 ×1.50	114,840 円
第9段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	基準額 ×1.70	130,160 円
第10段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	基準額 ×1.90	145,470 円
第11段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	基準額 ×2.10	160,780 円
第12段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	基準額 ×2.30	176,090 円
第13段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が720万円以上800万円未満の人	基準額 ×2.40	183,750 円
第14段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が800万円以上1,000万円未満の人	基準額 ×2.50	191,400 円
第15段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が1,000万円以上の人	基準額 ×2.70	206,720 円

第6章 計画の推進体制

1. 計画の推進体制

1-1. 計画の推進体制

本計画は介護保険事業の円滑な運営とともに、高齢者が住み慣れた地域で健康で安心して暮らし続けられるよう、保健福祉分野以外の様々な取組の実施が必要とされています。

そのため、町民や地域、関係団体、事業者等の様々な主体の協力が不可欠であり、多様な主体がそれぞれの役割を発揮しながら、より地域に根ざした支援を展開していくとともに、庁内関係各課の連携により総合的なサービスの円滑な実施と事業の適切な執行管理に努めます。

1-2. 地域における協働・連携

本計画を推進するにあたっては、高齢者やその家族をはじめとする地域住民、民生委員・児童委員、医療機関、民間事業者、ボランティア団体及びNPO法人等の多様な主体の協力が必要となることから、行政との協働・連携の強化に努め、地域ぐるみで高齢者の支援に取り組む体制の整備を図ります。

また、計画的かつ適切なサービス供給体制を確立するため、地域ケア会議等の保健・医療・福祉・介護等の関係機関のネットワークにより、サービス提供主体との連絡調整体制の強化に努めます。

1-3. 庁内の連携

本計画の円滑な推進に向けて、所管課である福祉介護課を中心として、保健・医療・福祉の関係各課のほか、教育委員会、住宅、雇用対策等の高齢者施策に携わる関係各課が、情報共有等の連携を強化しながら、総合的なサービス実施を図ります。

1-4. 大阪府及び他市町村との連携

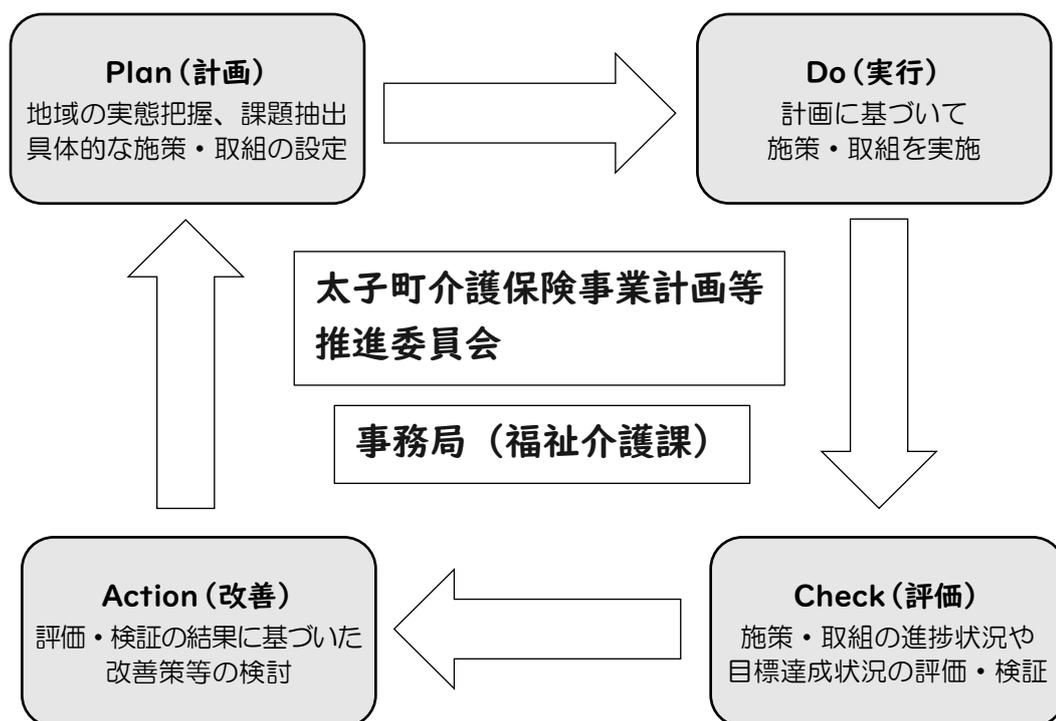
介護保険サービス及び保健福祉サービスの提供・実施については、高齢者保健福祉圏域における調整のもとに整備を図る必要があることから、大阪府や近隣の他市町村との連携に努めます。

2. 計画の進行管理

本計画の検証・評価については、PDCAサイクルによる進捗管理を実施します。

本計画では、保健・医療・福祉の各分野の関係者をはじめ、住民代表、NPO代表等、幅広い関係者が参画した「太子町介護保険事業計画等推進委員会」において、定期的に本計画の進捗状況や介護保険の運営状況についてPDCAサイクルに基づいた点検・評価を行い、関係機関との連携のもと必要な調整を行います。

<計画のPDCAサイクル>



資料編

1. 太子町介護保険事業計画等推進委員会設置要綱

(設置)

第1条 太子町における高齢者福祉に関する計画の推進を図るため、太子町介護保険事業計画等推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について、検討し必要な提言を行うものとする。

- (1) 太子町老人保健福祉計画（後継計画）に関する事項
- (2) 太子町介護保険事業計画に関する事項

(組織)

第3条 委員会は、委員17人以内で組織する。

2 委員は、福祉・保健・医療に関する機関、団体及び識見を有する者のうちから町長が委嘱する。

(任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任することができる。

(会長及び副会長)

第5条 委員会に会長及び副会長を置き、委員の互選により定める。

2 会長は、会務を総理し、委員会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 会議は、会長が召集し、その議長となる。

(報償)

第7条 委員が会議に出席したときは、予算の定めるところにより報償を支給する。ただし、議会の議員及び公務で会議に出席した公務員またはそれに準ずる者に対しては、報償を支給しない。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、健康福祉部福祉介護課において行う。

(その他)

第9条 この要綱の定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

2 太子町介護保険事業計画作成等委員会設置要綱は、平成12年3月31日をもって廃止する。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成24年5月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成28年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2. 太子町介護保険事業計画等推進委員会委員名簿

【委員】

所 属	氏 名
富田林医師会代表	筒 井 孝 則
議会議員代表	建 石 良 明
大阪府富田林保健所 企画調整課総括主査	高 山 暁 美
区長会代表	谷 本 幹 夫
社会福祉協議会代表	金 谷 和 美
民生委員・児童委員協議会代表	伊 藤 勝 美
老人クラブ代表	岡 崎 要
太子町婦人会代表	水 本 孝 后
国民健康保険運営協議会代表	羽 山 茂 男
事業者代表	岩 田 誠
介護保険施設代表	梅 川 亜 矢 子
在宅介護サービス事業者代表	坂 本 はるみ
NPO代表	伊 庭 登美子
住民代表	摺 木 きみ子

※ 敬称略・順不同

※【任期】令和4年4月1日から令和6年3月31日まで

【オブザーバー】

所 属	氏 名
大阪府富田林子ども家庭センター生活福祉課長	澤 井 里 江

※ 敬称略

※【任期】令和4年4月1日から令和6年3月31日まで

3. 策定経過

開催日等		審議内容等
令和4年	11月～ 令和5年4月	在宅介護実態調査
令和5年	4月～5月	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
	8月24日	第1回介護保険事業計画等推進委員会 ・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結果について
	10月19日	第2回介護保険事業計画等推進委員会 ・高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（骨子案）について
令和6年	11月30日	第3回介護保険事業計画等推進委員会 ・高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（素案）について
	1月4日～ 2月3日	パブリックコメントの実施
	2月29日	第4回介護保険事業計画等推進委員会 ・高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（案）について

5. 用語集

用語	説明
【あ行】	
ICT (アイシーティー)	Information and Communication Technology の略。 パソコンやインターネット等を用いた情報通信技術。IT とほぼ同様の意味だが、ネットワークを利用したコミュニケーションの重大性が増大しているため、Communication という言葉を入れた ICT が用いられている。
アセスメント	介護や障がいのサービス提供や生活困窮者等への支援に当たり、その人の身体状況、精神状況や生活環境、背景や要因を含め、ケアプラン等の作成や、今後の支援に必要な見通しをたてるために、事前に把握、評価、分析を行うこと。
一般介護予防	要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実等、すべての高齢者が介護予防に取り組みやすい環境づくりを進めるための事業。介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業等。
NPO (エヌピーオー)	Non-Profit Organization の略。民間の非営利組織で、ボランティア団体等の市民活動団体や公益を目的とした公益法人、社会福祉法人、医療法人、福祉公社等の営利を目的としない団体。
【か行】	
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性的な医療的・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たに創設された介護保険施設。
介護給付	要介護状態と認定された被保険者に提供される介護サービス、介護に関わる費用の支給のこと。5段階の給付区分があり、訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリテーション・訪問看護等の居宅サービスや、介護保険施設を利用した施設サービス、市町村が行う地域密着型サービス等がある。
介護者	要支援・要介護認定者等を介護する人。
介護相談員	介護サービスの提供の場を訪ね、サービス利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う人。サービス事業所等への介護相談員派遣等事業を行う市町村に登録されている。利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、派遣を受けた事業所における介護サービスの質的な向上を図り、苦情に至る事態を未然に防止する。
介護保険サービス	介護保険制度では、居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防支援をいう。
介護保険事業計画	介護保険法第117条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を指すもので、介護保険サービス及び地域支援事業を円滑に実施することを目標として、必要なサービス量の見込みやその確保方策について定める計画。3年を1期として策定することとされている。
介護予防	高齢者が健康で自立した生活を送れるよう、要介護状態になることをできる限り防ぎ、また要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにすること。
介護予防・生活支援サービス事業	要支援者等に対し、市町村が主体となって実施する地域支援事業の一つ。訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス等。
介護予防・日常生活支援総合事業	市町村の判断で利用者の状態・意向を踏まえ、介護予防、生活支援（配食・見守り等）、権利擁護、社会参加も含めて総合的で多様なサービスを提供する事業。

用語	説明
居宅介護支援事業所	ケアマネジャー（介護支援専門員）が常駐し、要介護者や家族の依頼を受けて、要介護者の心身の状況、環境、希望等を考慮してケアプラン（居宅サービス計画）の作成やその他の介護に関する相談を行う。
ケアプラン	要介護認定者等が適切に介護サービスを利用できるよう、心身の状況や生活環境、本人や家族等の希望を踏まえて作成する介護プラン。
ケアマネジメント	要支援・要介護認定者等に対し、個々のニーズや状態に則して保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立するための機能をいう。介護保険制度で位置付けられている機能。
ケアマネジャー （介護支援専門員）	ケアマネジメントの機能を担うために厚生労働省令で定められた専門家のことで、要支援・要介護認定者本人やその家族の希望を聞きながら、どのような介護が必要かを検討し給付限度額を目安に、ケアプランを作成する。サービスの利用について介護サービス事業者との調整を行い、また、ケアプランの継続的な管理や評価を行う。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。現在では、単に寿命の延伸だけでなく、この健康寿命をいかに延ばすかが大きな課題となっている。
権利擁護	判断能力が十分でない人や自己防御が困難な人が不利益を被らないよう、その擁護者や代弁者が支援を行うこと。
後期高齢者	75 歳以上の高齢者。
高齢化率	高齢者の人口比率。65 歳以上の人口を総人口で除した比率のこと。
高齢者虐待	高齢者の心身に傷を負わせる人権侵害の行為を意味する。殴る蹴る等の身体的虐待、ののしる、無視する等の心理的虐待、食事を与えない等の介護や世話の放棄・放任、財産を勝手に使う等の経済的虐待、性的虐待がある。
高齢者保健福祉計画	老人福祉法第 20 条の 8 の規定に基づく「市町村老人福祉計画」を指すもので、高齢者を対象とした居宅生活支援や福祉施設等（老人福祉法に定められた「老人福祉事業」）に関する目標量とその確保方策について定める計画。介護保険事業計画と一体的に作成することとされている。
【さ 行】	
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者の居住の安定確保に関する法律（通称「高齢者住まい法」）の改正により創設された介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅のこと。
在宅医療	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職等の医療関係者が、往診及び定期的に通院困難な患者の自宅や老人施設等を訪問して提供する医療行為の総称。
自助・互助・共助・公助	自助：自分自身や家族でできることを自ら行うこと。 互助：地域における助け合い、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的な支え合いのこと。 共助：制度化された被保険者による相互扶助のこと。 公助：上記 3 つでは対応できないことに対する公的サービスによる支援のこと。生活保護等。
社会福祉協議会	社会福祉の増進を図るために組織された民間団体で、社会福祉の基本的な事項を定めている社会福祉法に規定されている。 地域福祉事業推進の中心的役割を担っている。
社会福祉士	社会福祉士国家試験に合格し、厚生労働省から認可を受けた専門職。日常生活を営むのに支障がある人の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を担う。

用語	説明
若年性認知症	65歳未満で発症した認知症性疾患（アルツハイマー型、脳血管型、レビー小体型等）の総称。
シルバー人材センター	高齢者に対して、生きがいづくりや技能の活用等を目的に、地域社会での臨時的・短期的な仕事を提供するために設立された団体。
生活支援コーディネーター	生活支援・介護予防サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等、地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチング等を行う人。（別名：地域支え合い推進員）
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群。
成年後見制度	認知症等のために判断能力が不十分であると家庭裁判所が認めた場合に、成年後見人等が財産管理等を行い、本人を保護・支援する制度。
【た 行】	
第1号被保険者	介護保険制度における被保険者のうち、市町村の区域内に住所を有する65歳以上の住民。
第2号被保険者	介護保険制度における被保険者のうち、市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者。
地域共生社会	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つながることで、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。
地域ケア会議	医療、介護、福祉等の多職種が協働して、高齢者個人に対する支援の充実や高齢者に対する支援とそれを支える社会基盤の整備を同時に進めるための会議。
地域支援事業	要介護・要支援状態になるおそれのある高齢者や一般の高齢者を対象として、効果的な介護予防・健康づくりサービスの提供や、地域での生活を継続するための生活支援サービスの提供等を行う事業。「介護予防・日常生活支援総合事業」と「包括的支援事業」、「任意事業」からなる。
地域包括ケアシステム	介護が必要になった高齢者も、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるように、医療・介護・介護予防・生活支援・住まい等の5つの分野で一体的に受けられる支援体制のこと。
地域包括支援センター	地域における高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた施設。 主な業務は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）、②介護予防支援、③要介護状態等になるおそれのある高齢者の把握等で、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の専門職が配置されている。
地域密着型サービス	要介護認定者等の住み慣れた地域での生活を支えるという観点から、提供されるサービス。
【な 行】	
日常生活圏域	高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするため、市町村内にいくつか設定される生活圏域。
認知症	脳の障がいによって起こる病気で、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症、レビー小体型認知症の大きく3つに分けられる。短期間に急激に脳の機能が低下する傾向にあり、老化による機能の低下とは異なる。
認知症キャラバンメイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める人。キャラバンメイトになるためには所定のキャラバンメイト研修を受講し登録する必要がある。

用語	説明
認知症ケアパス	認知症の人やその家族が安心して、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、状況に応じた適切なサービス提供の流れを示したもの。
認知症サポーター	「認知症サポーター養成講座」を受けた人が「認知症サポーター」となる。認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者となり自分のできる範囲で活動を行う。認知症サポーターには認知症を支援する目印として「オレンジリング」を付けてもらう。
認知症初期集中支援チーム	認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、認知症専門医のアドバイスのもと保健師・社会福祉士等複数の専門職が認知症の人やその家族に関わり早期診断・早期対応に向けた相談支援を行う。
認知症地域支援推進員	地域における医療及び介護の連携強化並びに、認知症の人やその家族に対する支援体制の強化を図る役割を担う専門職員。厚生労働省が実施する「認知症地域支援推進員研修」を受講し、地域包括支援センター等に配置される。
【は 行】	
バリアフリー	高齢者・障がいのある人等が社会生活をしていく上で、物理的、社会的、制度的、心理的な障壁、情報面での障壁等すべての障壁（バリア）を除去する必要があるという考え方。
フレイル	加齢等により心身の活力（筋力や認知機能等）を含む生活機能が低下し、将来、要介護状態となる危険性が高い状態を指す。
保険料基準額（月額）	事業計画期間における保険給付費、地域支援事業費等の事業費支出のうち、第1号被保険者保険料でまかなうべき費用（保険料収納必要額）を、補正第1号被保険者数及び保険料予定収納率で除し、さらに12か月で除したものの。
【ま 行】	
民生委員・児童委員	民生委員法に基づき、厚生労働大臣から委嘱され、地域の人々の福祉に関する問題（生活上の問題、高齢者・障がい者福祉等福祉全般）の相談を受ける人。児童福祉法による児童委員も兼ねており、児童の福祉に関する相談にも応じている。
【や 行】	
有料老人ホーム	食事の提供、介護の提供、洗濯や掃除等の家事、健康管理のいずれかの便宜を供与することを目的とする施設。
要介護認定	要支援1・2、要介護1～5の7段階にどの程度の介護を必要としているかをランク分けしたもの。訪問調査の結果をコンピュータで判断する一次判定と、主治医の意見書を加えて医療や福祉の専門家が判断する二次判定の結果によって決定される。
予防給付	「介護予防通所介護」等、要支援1・2の対象者に実施される給付のこと。

太子町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画

発行：大阪府 太子町

〒583-8580 大阪府南河内郡太子町大字山田88番地

TEL 0721-98-0300 (代表)

