

第9期 藤井寺市いきいき長寿プラン ～高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画～

(令和6(2024)年度～令和8(2026)年度)

概要版

令和6(2024)年3月
藤井寺市



INDEX

	<頁>
1 計画の策定にあたって.....	1
2 高齢者等を取り巻く現状と課題.....	5
3 計画の基本的な考え方.....	7
4 施策の展開.....	8
5 介護保険事業費の見込み.....	19
6 計画の推進に向けて.....	22

1

計画の策定にあたって

背景と趣旨

本市では、平成 12（2000）年度に介護保険制度がスタートして以来、8 期にわたり「藤井寺市いきいき長寿プラン～高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画～」を策定し、社会全体で高齢者^{※1}を支える仕組みづくりとして、高齢者保健施策の充実や介護保険事業の円滑な運営等に取り組んできました。

このたび、第 8 期計画の計画期間が終了することから、新たな「第 9 期藤井寺市いきいき長寿プラン～高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画～」(以下、「本計画」という。)を策定することとなりました。第 9 期介護保険事業計画期間（令和 6（2024）年度～令和 8（2026）年度）の中間年度には、団塊世代の全員が 75 歳以上の後期高齢者となる令和 7（2025）年を迎えることになり、本計画では、これまでの地域包括ケアシステム^{※2}の深化・推進を検証しつつ、さらに進めていきます。

また、大阪府において認定率や介護需要がさらに高まると予想される令和 17（2035）年、および、団塊ジュニア^{※3}世代が 65 歳以上の前期高齢者となる令和 22（2040）年を見据えた計画とします。

現役世代が急減することによる社会保障の担い手不足や 85 歳以上人口の急速な増加による要介護認定率の高まりや認知症^{※4}高齢者の一層の増加を見込みつつ、ポストコロナ社会にも対応する高齢者の暮らしを支える計画を策定します。

右肩に「※番号」印のある語句につき下欄に用語説明を記載。「※」印は最初に出現した箇所のみ。

※1 高齢者：65 歳以上の人。前期高齢者は 65～74 歳、後期高齢者は 75 歳以上を指す。

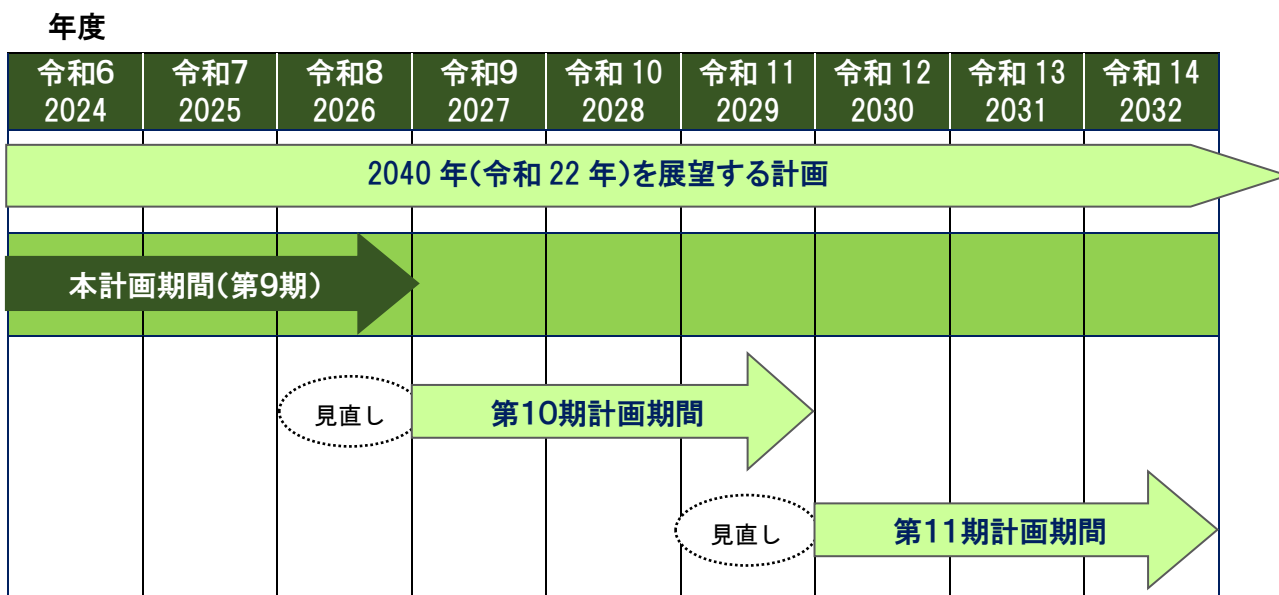
※2 地域包括ケアシステム：住み慣れた地域で自分らしい暮らしを生涯にわたって続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制。

※3 団塊ジュニア：「団塊世代」の子どもたちを示す言葉。狭義には 1971 年から 1974 年の 3 年間に生まれた世代で、第 2 次ベビーブーム世代とも言われる。

※4 認知症：脳の障害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。

計画の期間

介護保険事業計画は3年を1期として策定するものとされていることから、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画とを一体的に整備する本計画の計画期間は令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間となります。

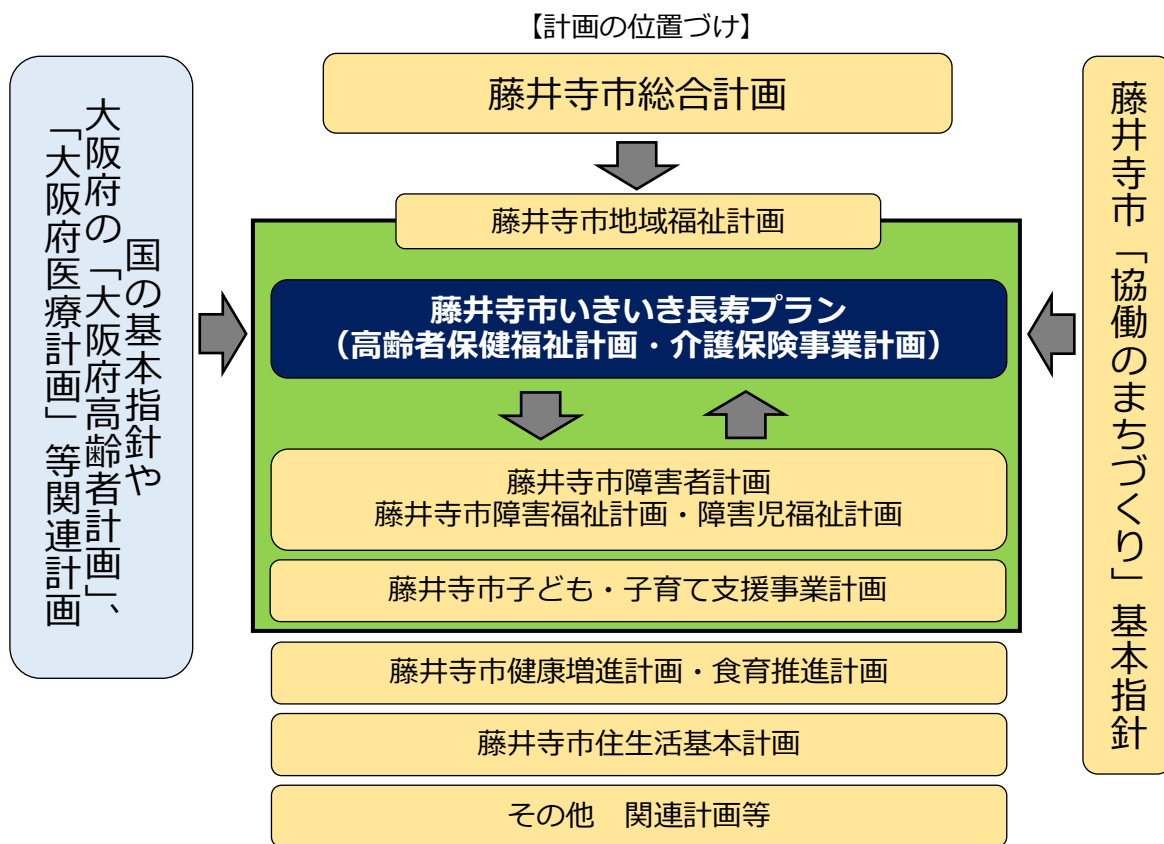


計画の位置付け

(1) 計画の位置付け

本計画は、本市のまちづくりの最上位計画である「藤井寺市総合計画」の高齢者施策の部門別計画です。また、国や大阪府の介護保険事業の基本指針等を踏まえます。本市の福祉分野においては、「藤井寺市地域福祉計画」を上位計画として、障害分野や子ども分野など他の関連計画との整合を図ります。

また、本計画は市民や団体等と協力しながら各施策の実現を目指すものであり、その協働に向けた考えや方向性を示した「藤井寺市『協働のまちづくり』基本指針」に基づき、地域における支え合い・助け合いを推進していきます。



(2) 持続可能な開発目標 (SDGs) との関連

藤井寺市総合計画では、「誰一人取り残さない」を基本理念とした「SDGs^{※5}：持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals)」の考え方を取り入れたまちづくりを進めています。本計画でもSDGsの掲げる17の目標のうち、関連が深い「3.すべての人に健康と福祉を」、「8.働きがいも経済成長も」、「11.住み続けられるまちづくりを」という目標に向けて取り組んでいきます。



※5 SDGs：Sustainable Development Goals の略。

2015年9月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に掲げられた「持続可能な開発目標」のこと。先進国・途上国を含め、すべての国を対象に、経済・社会・環境の3つの側面のバランスがとれた社会を目指す世界共通の目標として、17のゴールとその課題ごとに設定された169のターゲットから構成される。

計画の策定体制

(1) 附属機関等による策定体制

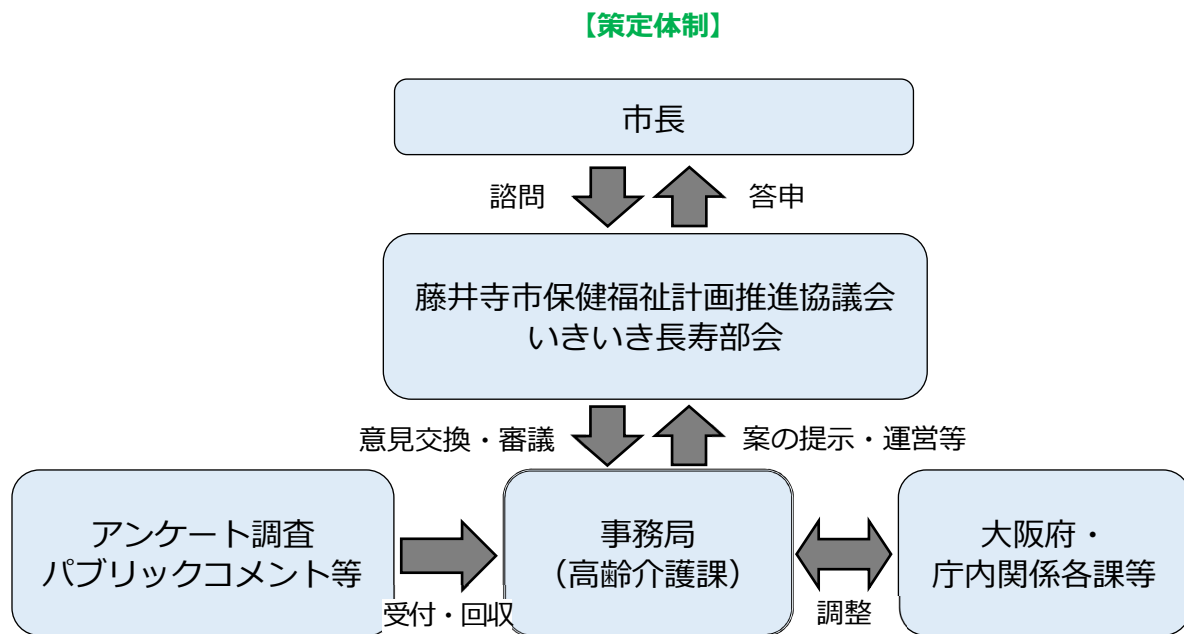
本計画の策定にあたっては、市民や学識経験者、関係団体・機関等で構成される「藤井寺市保健福祉計画推進協議会いきいき長寿部会」を設置し、意見交換や審議を経て、計画内容の検討を行いました。

(2) アンケート調査の実施

本計画の策定に必要な基礎資料を収集するため、「介護予防^{※6}・日常生活圏域^{※7} ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を実施しました。

(3) パブリックコメントの実施

計画内容について、令和5（2023）年12月15日から令和6（2024）年1月12日にかけて、本計画案に対する意見募集（パブリックコメント）を実施し、市民からの幅広い意見をいただきました。



日常生活圏域の設定

本市では、人口規模や市域、地域の特性、交通事情等を勘案し、前計画から引き続き、市全域を一つの日常生活圏域と設定します。今後も、市として統一的なサービスの提供を図りつつ、利用者にとって満足度が高く質の高いサービスの提供に努めます。

※6 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。

※7 日常生活圏域：介護保険事業計画において、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の状況その他の条件を総合的に勘案して定めたもの。

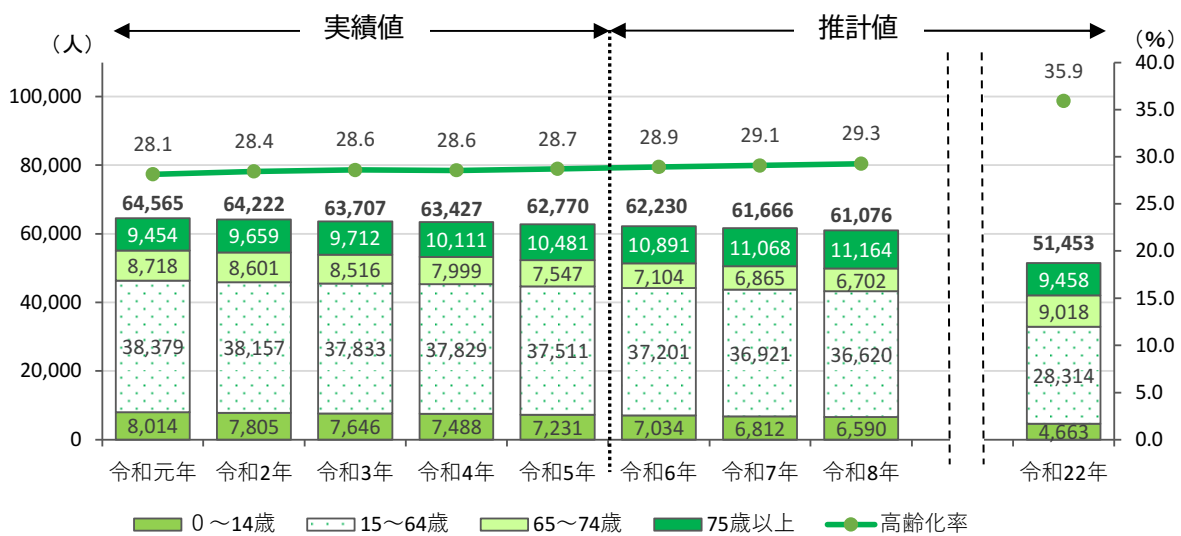
2

高齢者等を取り巻く現状と課題

人口の推移と将来推計

本市の人口の推移をみると、総人口は減少を続けており、令和5（2023）年には62,770人となっています。また、年齢区分でみると、「0～14歳」、「15～64歳」及び「65～74歳」では減少傾向となっているのに対して、「75歳以上」は増加傾向となっています。将来推計をみると、総人口は今後も減少傾向が続くと見込まれており、令和7（2025）年には61,666人、高齢化率^{※8}が29.1%になると予想されています。また、令和22（2040）年には総人口が51,453人まで減少し、高齢化率が35.9%になると予想されています。

■ 年齢区分別人口の推移と推計



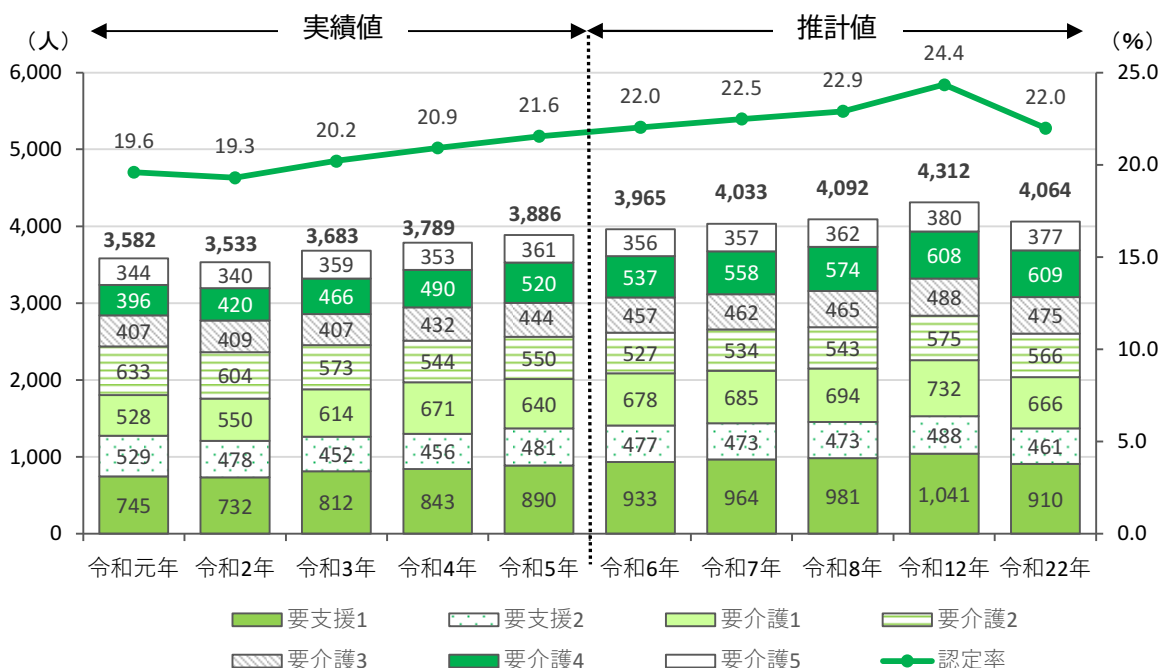
資料：令和5年までは住民基本台帳（各年9月末）、令和6年からはコーホート変化率法による推計

※8 高齢化率：全人口に占める高齢者（65歳以上の人）の割合。

要介護(要支援)認定者数の推移と将来推計

本市の要介護(要支援)認定者について令和元(2019)年と令和8(2026)年を比較すると、認定者の総数は増加しています。介護度別にみると、「要支援2」と「要介護2」は減少しているものの、それ以外の要介護度の区分では増加しています。

■ 要介護(要支援)認定者数の推移と推計



資料：将来推計人口及び厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和5(2023)年月報をもとに、地域包括ケア「見える化」システムで推計

基本理念

いきいき笑顔あふれる暮らしを 支え合えるまち

○「いきいき笑顔」あふれる暮らし

介護保険の理念は、高齢者一人ひとりの有する能力に応じ自立した生活を営めるよう支援することです。いくつになっても、心身の状態や認知症の有無に関わらず、その人らしくいきいきと日常生活が続けられ、本人と周囲の人が笑顔でいられるという理想像を本市は「いきいき笑顔」と表現し、高齢者の笑顔あふれる暮らしを支援していきます。

○支え合えるまち

地域包括ケアシステムを構成する高齢者自身や医療・介護・福祉関係者、地域住民等のすべてが主体として参画し、支え合って体制をつくっていく、という目線で計画を推進していくことを目指し、「支え合えるまち」を理念として掲げます。



4

施策の展開

基本目標1. 地域包括ケアシステムの深化

地域包括支援センターを中核に、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、日常生活支援体制の整備や見守り体制の充実等を推進します。また、将来を見据えて、地域包括ケアシステムの深化を推進します。

施策1-1. 地域共生社会の実現に向けて

本計画では、支え合い、助け合いによる地域のネットワークづくりをさらに進め、高齢者やその家族が抱える生活課題を発見し支援していくため、細分化されたニーズへの取組を強化していきます。

施策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適切な運営

高齢化や相談内容の多様化に伴い、地域包括支援センターに求められる役割は大きくなっています。そのため、今後も高齢者の実態把握に努めながら、高齢者に関する総合的な相談・支援、高齢者の権利擁護、ケアマネジャーに対する指導・助言等を行う包括的・継続的ケアマネジメント^{※9}支援等の業務を行います。

(2) 地域包括支援センターの機能強化

高齢化の進行に伴う利用者ニーズの増加に対応すべく、地域包括支援センターが有する様々な機能の強化、多様な専門職の配置及び人員体制の確保等の検討を図ります。

施策1-3. 地域ケア会議の推進

(1) 地域ケア会議の構成

高齢者に関する地域課題は多様化・複雑化により、様々な分野にまたがることも多いため、解決に向けては、関係各課が分野横断的に問題を共有し、多職種協働で取り組んでいくよう努めます。地域ケア会議を積み重ねることによって、地域に必要な資源の開発や、政策形成へとつなげていきます。

(2) 地域ケア会議による地域包括ケアシステムの強化

地域ケア会議を積み重ねることによって、多職種ネットワークの強化や専門職のスキルアップ、地域における見守り体制の拡大等、様々な面での機能強化を図ります。

※9 ケアマネジメント：利用者一人ひとりに対して、適切なサービスを組み合わせるためのコーディネートをする事。

施策1-4. 医療・介護連携の推進

(1) 医療・介護連携体制の強化

医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識し関係機関との必要な情報共有を行うことで、医療と介護に切れ目のないサービスが提供される体制の充実に努めます。

(2) 医療計画との整合性の確保

医療ニーズと介護ニーズのある高齢者を支えていくために、「第8次大阪府医療計画」と、「大阪府高齢者計画2024^{※10}」に基づいて、患者の状態に応じた医療機能の分化及び連携に伴い生じるサービス必要量との整合性を図ります。

施策1-5. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業^{※11}の基本方針

市民が自ら要介護状態となることを予防するために、専門職からの助言・指導を直接受ける機会を設け、数値等で成果を実感できるようツールを使用する等、あらゆる方策で意欲向上に働きかけ、合意形成に基づく自立支援の促進を図ります。

(2) 介護予防・生活支援サービス事業の推進

地域ケア会議や生活支援コーディネーター^{※12}、協議体^{※13}による活動等の包括的な連携により、本人の望む生活の実現を図ります。地域のニーズや課題を把握していく中で、必要と認められるサービスについては、創設に向けて検討していきます。

(3) 一般介護予防事業の推進

すべての高齢者を対象としたサービスとなっており、リハビリテーション職や管理栄養士を生かした自立支援のための取組や保健事業との連携を強化し、自立支援と介護予防、重度化防止を推進していきます。

-
- ※10 大阪府高齢者計画2024：令和6年度から令和8年度までを計画期間とする「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」を一体的に策定するもの。
- ※11 介護予防・日常生活支援総合事業：市町村で行う地域支援事業の一つで、住民等の多様な主体や社会資源の活用等を図りつつ、地域の高齢者を対象として、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を市町村の判断・創意工夫により総合的に提供することができる事業。
- ※12 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）
- ※13 協議体：地域における多様な生活支援等のサービスが提供されるよう、生活支援コーディネーターや生活支援サービスの提供主体等を中心として、定期的な情報共有及び連携・協働による資源開発等を図るための場。

(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

庁内外の関係部局が連携し、保健事業と介護予防について一体的に取り組み、高齢者の心身の課題に対してきめ細かな支援を行います。高齢者一人ひとりのヘルスリテラシー^{※14}を高めることにより、健康寿命の延伸やQOL^{※15}の向上に取り組み、地域の特性を踏まえた健康課題の把握に努めます。

施策1-6. 地域における生活支援体制の整備

「藤井寺おしゃべりミーティング（第1層協議体）」を開催し、意見交換を通じて地域ニーズや地域課題及び地域資源の把握、多様な関係者間のネットワーク構築を図ります。また、生活支援コーディネーターが市内高齢者で作る投稿紙「ナイス！つながり情報便」を発行し、高齢者が活躍できる場が広がる仕組み・仕掛けづくりを支援する取組を進めていきます。

施策1-7. 地域における見守り体制の強化

(1) 高齢者セーフティネットの構築・強化

地域におけるセーフティネットが継続的に機能していくよう、地域で活動する人々と、専門機関との連携強化を図るとともに、福祉分野に限らず、地域の住民や団体、企業等を巻き込み、多様な主体による地域ぐるみの見守り体制の構築・強化に取り組みます。

(2) 災害に備えた高齢者に対する支援体制の整備

避難行動要支援者名簿・個別計画登録者名簿への登録及び情報の継続的な更新を行い、地区自治会や民生委員児童委員^{※16}、社会福祉協議会、地域包括支援センター等と連携を図りつつ、支援が必要な方を把握していきます。

施策1-8. 人材の確保及び資質の向上

(1) 令和22(2040)年を見据えた人材の確保

介護サービス事業者や関係機関、大阪府等と連携し、「介護保険事業者連絡協議会」（全体総会や各部会）を活用して、新規参入や多様な人材の活用、処遇の改善、相談体制の整備等の人材確保と定着支援のための取組について、情報共有や協議・検討等を行っていきます。

(2) 人材育成の推進

介護に携わる人が長期的な観点からキャリアパス^{※17}を形成することやキャリアアップしていくことの支援が行えるよう、「介護保険事業者連絡協議会」を通じて介護サービス事業者等へ啓発し、大阪府による取組とも連携しながら、若年層をはじめとする幅広い年齢層に対しても福祉・介護サービスの周知・理解を促し、福祉意識の醸成に努めます。

※14 ヘルスリテラシー：健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解して活用する能力。

※15 QOL：Quality of Life（クオリティオブライフ）の略で、生活の質のこと。

※16 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相談（生活上の問題、高齢者・障害福祉等の福祉全般）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。

※17 キャリアパス：企業等において、従業員がどのようなキャリアを積んでいくかを示した道筋のこと。ある職位に就任するために必要とされる経験やスキルを、どのような順序で身につけていくかを示すもの。

施策 1 – 9. 住まいの安定的な確保

(1) 高齢者の住居の安定確保

高齢者の生活様式やニーズの多様化に対応し、入居に向けた住まいと生活の確保や一体的な支援に取り組みます。

(2) 養護老人ホーム

おおむね 65 歳以上で、環境上や経済面、家庭のやむを得ない事情等により自宅で生活することが困難な方については、入所により、食事等適切な日常生活の場の確保を図ります。令和 5（2023）年度末時点では、本市に当該施設がありません。

(3) 軽費老人ホーム

おおむね 60 歳以上で、自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められ、又は高齢等のため、独立して生活するには不安が認められ、家族による援助が困難な方が入所できます。本市では 1 施設（40 床）が整備されています。

(4) サービス付き高齢者向け住宅^{※18}

バリアフリー^{※19}化、緊急時対応サービスの設置等、高齢者の暮らしに配慮した一定の基準を満たした賃貸住宅がサービス付き高齢者向け住宅です。令和 5（2023）年度末時点で 2 施設（38 床）があります。

(5) 有料老人ホーム^{※20}

食事、介護、家事、健康管理のうち、いずれかのサービスを 1 つ以上提供している住まいが有料老人ホームです。令和 5 年度末現在で、本市に 18 施設（794 床）が整備されています。



施策 1 – 10. 高齢者福祉への理解促進

社会福祉協議会が実施している地域福祉活動の更なる充実を支援し、地域住民の自主的な福祉活動の取組に対して、学習機会や情報提供等を行い、正しい理解を深めるとともに、共生社会の実現に寄与するように努めます。

施策 1 – 11. 災害・感染症対策の充実

災害及び感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続できるように、介護事業者へ令和 6（2024）年 4 月より「業務継続計画（BCP）」の策定が義務化されたことから、策定状況を把握するとともに、未策定の事業者には指導を行います。

※18 サービス付き高齢者向け住宅：高齢者の住居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。

※19 バリアフリー：高齢者や障害者だけではなく、すべての人にとって日常生活の中で存在するあらゆる障壁を除去すること。

※20 有料老人ホーム：高齢者が入所し、食事の提供やその他の日常生活上必要な便宜を受けることができる施設で、老人福祉法による老人福祉施設でないもの。入居に際しては一定の費用が必要。

基本目標2. 健康づくりと生きがいづくりの推進

高齢者が健康を維持し、元気に社会参加することが介護予防となり、支え合いの地域づくりにもなることを意識し、健康寿命の延伸に取り組みます。また、高齢者の健康づくりや生活習慣病^{※21} 予防を推進していくとともに、地域における活動の場や学習・就労機会の確保に努め、生きがいづくりと社会参加の支援を行います。

施策2 - 1. 健康づくり・生活習慣病予防の推進

(1) 健康教育

市民が健康づくりに対する関心を高め、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、生活習慣病の予防や健康の維持・増進に向けた健康教育の内容の充実を図るとともに、様々な機会を捉え健康増進に対する正しい知識の普及・啓発を行います。

(2) 健康相談

心身の健康に関する相談に個別に応じ、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士等が必要な指導及び助言を行い、健康管理に資することを目的として実施します。本事業の周知・啓発を図るとともに、健康相談を通じた健康管理に関する知識の普及に努めます。



(3) 健康診査

<住民健康診査・特定健康診査等の対象とならない方の健康診査>

医療保険者の実施する特定健康診査等と同時に実施しており、今後も医療保険者と本市の健康診査のPRを合わせて行うことで、より多くの受診を狙った普及・啓発を行い、受診率の向上に努めます。

<がん検診>

がん検診の受診率向上のために、受付方法の利便性の向上や複数のがん検診の同日受診が可能なこと、無料クーポン券の配布、特定年齢者への個別勧奨通知等を実施します。また、がん検診の必要性について、本市の広報紙やホームページ等による周知・啓発を行っていきます。

(4) 成人歯科健康診査

歯科疾患の早期発見と歯科保健に対する意識を高め、より健康の増進を図ることを目的として、毎年度、35歳、40～50歳、55歳、60歳、65歳、70歳となる方を対象に実施し、口腔衛生管理への関心を高めます。

(5) 在宅訪問歯科事業

何らかの理由で歯科医療機関に歯科健康診査等の依頼が困難な在宅の要介護者に対し、歯科医師、歯科衛生士が家庭を訪問して歯科健康診査を行います。

※21 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原因となり、発症・進行する疾病。

(6) 訪問指導

的確な指導を実施するため、保健師等が対象者の健康に関する問題を総合的に把握したうえで指導を行うよう努めるとともに、事業の周知及び利用促進を図ります。

施策 2 - 2. 生きがい活動と社会参加の促進

(1) ふれあい交流促進

老人クラブ連合会では寝たきりや一人暮らしの高齢者に対する友愛訪問活動や、年に1回シルバーフェスティバルを開催し、世代を超えた交流を行っています。

(2) 敬老事業

65歳以上である方に対し、9月中に受診した鍼・灸・マッサージ・電気治療費を、一人1回、2,000円を上限として助成します。

(3) 在日外国人高齢者福祉金の支給

外国人登録制度の廃止により受給資格者の把握が困難になっていますが、引き続き事業の周知を図り、現行制度の継続実施に努めます。

(4) 老人福祉センター事業

老人福祉センターは高齢者の生きがいづくりや高齢者相互の交流の場、学習の場として重要な役割を担っているため、藤井寺市公共施設再編基本計画に準拠しつつ施設の在り方の検討を行い、高齢者の生きがいづくりや健康増進の場の確保に努めます。

(5) 生涯学習活動・文化活動の促進

高齢者の多様なニーズや日常課題等に対応した学習機会の提供に努めるとともに、学習成果を地域における活動等へ活かせる仕組みづくりを検討します。将来的には受講者の世代交代による高齢者のニーズの変化も考慮し、次代に即した活動の充実を狙います。

(6) 老人クラブの活動支援

高齢者の生きがいづくりや介護予防のための健康づくり、社会参加等の促進に欠かせないものであり、更なる活性化を目指し、60歳代の方が参加する動機付けとなる魅力ある活動の支援や重要な役割の創出等、組織力の向上を目指す取組を検討します。

(7) 「百歳（ひゃく）まで生きよう運動」の推進

介護予防等に着眼した高齢者主体の健康づくり活動として、老人クラブに対して保健・医療・福祉に係る本市担当部署及び関係機関等が各種講座等を実施していきます。

(8) 高齢者の働く場の確保への支援

高齢者の生きがいづくりと個々が持っている知識・能力・技能を生かした社会参加を推進するため、シルバー人材センター^{※22}と連携し、高齢者の働く場の確保に努めます。

※22 シルバー人材センター：高齢者に対して、地域社会での臨時的・短期的な仕事を提供することを目的として設立された団体。

基本目標3. 高齢者の自己決定を支える体制づくりの推進

高齢者の尊厳や権利が守られ自分らしく生活し続けられるよう、虐待の防止・早期発見に関する取組や認知症施策の推進、成年後見制度^{※23}の利用支援等、高齢者の権利擁護^{※24}を推進します。また、高齢者等すべての人々が安心して快適に暮らせるまちづくりに努めます。

施策3-1. 高齢者虐待^{※25}防止の推進

(1) 虐待防止の普及・啓発

市民や介護に携わる人々に向け、本市の広報紙やパンフレット等の媒体を活用した情報提供や、相談窓口の周知・啓発を推進します。

(2) 早期発見・早期対応に向けたネットワークの強化

地域包括支援センターを中心に、地域で活動している団体等と広く連携を取り、情報交換・共有を通じて地域におけるネットワークの強化を図ります。

(3) 相談・支援体制の充実

相談しやすい体制づくりに向け、身近な商店街やショッピングセンター等での出張相談等や消費者センター等の関係機関との協働等の環境整備に取り組み、虐待の早期発見・早期解決に努めます。

(4) 施設等による虐待防止の促進

施設等へ虐待防止に関する周知・啓発を行う機会の増加を図り、虐待の早期発見や防止及び身体拘束ゼロに向けて取り組みます。

施策3-2. 認知症施策の推進

(1) 認知症施策の推進

地域における見守り体制の構築・強化や関係機関との連携強化に努めるとともに、令和5(2023)年に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」における「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護」等の基本的施策に基づいた取組を推進していきます。

(2) 認知症への理解促進と本人発信の支援

認知症に関する相談窓口の周知を図るとともに、認知症の進行状況に応じた対応方法等について分かりやすく情報をまとめた認知症ケアパスが適切に活用されるよう、様々な機会を活用して普及・啓発に努めます。

※23 成年後見制度：認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等、精神的な障害があるため判断能力が十分でない人が不利益を被らないように保護するため、任意の代理人や家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等が支援を行う制度。

※24 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。

※25 高齢者虐待：高齢者に対し、心や体に深い傷を負わせたり、基本的な人権を侵害することや尊厳を奪うこと。高齢者虐待防止法では、「身体的虐待」「心理的虐待」「介護・世話の放棄・放任」「経済的虐待」「性的虐待」を定義している。

(3) 認知症を支援する人材育成

「認知症サポーター」を養成するため、地域団体及び高齢者と関わる機会の多い企業や、市内の中学生を対象として、認知症サポーター養成講座を開催します。また、養成講座を修了した人々に対するフォローアップ講座等を実施し、認知症サポーターとして活躍する機会を提供していけるよう努めます。

(4) 認知症の予防

地域における高齢者の身近な通いの場の充実を図ることで、認知症の予防に資する活動を推進します。

(5) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

かかりつけ医と認知症疾患医療センターとの連携強化、介護者同士が交流する「介護者家族の会」、専門職の講師を招いて認知症とその介護に関する情報提供等を行う「認知症家族セミナー」等により、介護を行う家族の負担軽減に努めます。

(6) 認知症バリアフリーの推進と若年性認知症^{※26}への支援

行方不明高齢者を早期に発見できる市内ネットワークの整備に向けて、福祉関係機関等へのネットワークの参画の働きかけや地域包括支援センターをはじめとする関係機関及び大阪府、警察署等との連携強化を図ります。

施策3-3. 権利擁護の推進

(1) 成年後見等利用支援事業

権利擁護支援が必要な方に対して、関係機関等と連携して、成年後見制度を含めた権利擁護の制度につなげられる相談体制の強化を図ります。

(2) 日常生活自立支援事業

社会福祉協議会^{※27}では、認知症の進行等により自己決定能力が低下し、一人では福祉サービスを利用することが困難な方に対し、福祉サービスの利用手続きの代行や日常の金銭管理を行うことにより日常生活の自立を支援しています。本市では、このような活動を支援しながら、今後も関係機関と円滑な連携に努めます。

施策3-4. 高齢者にやさしいまちづくりの推進

「大阪府高齢者計画 2024」における「バリアフリー化の促進」に関する施策と整合を図る取組を支援し、高齢者が介護保険制度を利用した住宅改修を個々に行うことで、自らの意志で移動できる可動範囲の拡充や生活拠点の自由度の向上につなげています。



※26 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。

※27 社会福祉協議会：地域における福祉関係者や関係機関、団体等と連携し、地域福祉推進の中心的な役割を果たす組織。

基本目標4. 介護保険サービスと在宅サービスの充実

介護が必要になった場合でも、状況に応じて必要なサービスが身近な地域で受けられるよう、介護保険サービスに関する情報提供や相談支援、提供体制等の充実に努めます。また、介護給付の適正化に取り組み、在宅福祉サービスの実施による高齢者の支援を推進するとともに、認知症高齢者の家族、ヤングケアラーを含む家族介護者への支援のあり方を検討します。

施策4-1. 介護保険サービスの充実・強化

(1) 事業者間の情報交換及び連携の確保のための体制整備

「介護保険事業者連絡協議会」での介護サービス事業者との情報交換や、介護サービス事業者の「いけ！ネット」への参加を促進し、多職種間の情報共有等による地域のネットワーク強化に努めます。

(2) ケアマネジャー^{※28}に対する支援

介護サービス事業者との合同研修会や懇談会等を開催し、関係機関との連携や情報共有を図ります。高齢者の自立支援促進に向けて、講演やグループディスカッションを行い、ケアマネジャーの意識改革と課題共有等を図ります。

(3) 居宅介護支援事業所への実施指導・監査

厚生労働省令等の基準に従った介護サービスの提供や運営をしていない場合には、期限を定めて基準を遵守するよう指導します。また、正当な理由なく指導にかかる措置を取らなかった時は、監査を行います。

(4) 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の活用促進

本制度の周知を行うとともに、負担限度額認定を受けている方で、減額が適用されても支払いがなお困難という相談を受けた場合には、本制度を紹介できるよう、窓口対応での認識統一を図ります。

施策4-2. 地域密着型サービス^{※29}等の充実・強化

(1) 地域密着型サービスの充実

要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域密着型サービスの利用希望者への情報提供を行うとともに、利用促進につながるよう本市ホームページ等での情報発信等に取り組みます。

※28 ケアマネジャー：利用者の希望や心身の状態等を考慮してケアプランの作成やケアサービスの調整・管理を行う介護支援専門員。

※29 地域密着型サービス：高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように提供される介護保険サービス。原則として、サービスを提供する事業者のある市町村に住む人のみが利用可能。要支援1～2と認定された人は地域密着型介護予防サービス、要介護1～5と認定された人は地域密着型サービスを利用できる。

(2) 地域密着型サービス事業所への実地指導・監査

適正な運営や事業所支援の観点から事業者への運営指導を行い、必要に応じて監査を実施します。また、担当職員の人員確保と職員の資質向上を図り、適切かつ継続的な指導ができるよう努めます。

施策4-3. 適正な介護給付の推進

国の「第6期介護給付適正化計画に関する指針」及び大阪府の「第6期大阪府介護給付適正化計画」を踏まえ、下記の事業を実施し、介護給付の適正化に努めます。

- 要介護認定の適正化
- ケアプラン^{※30}等の点検（ケアプランの点検・住宅改修の点検・福祉用具購入・貸与調査）
- 医療情報との突合・縦覧点検
- その他の取組み（給付実績の活用）

施策4-4. 利用者本位のサービス提供の推進

(1) 介護保険制度及びサービスに関する情報提供の充実

本市の介護保険の相談担当窓口や地域包括支援センターを中心として、介護サービス事業者等と連携を取りつつ、多様な媒体や様々な機会を活用して、積極的な情報提供に努めます。

(2) 相談・苦情対応窓口の充実

個々の相談に十分対応できるよう支援するとともに、地域包括支援センターを中心とした連携強化を推進します。



(3) 審査請求について

本市が行う処分（要介護（要支援）認定や介護保険料に関すること等）については、大阪府介護保険審査会に対して、被保険者^{※31}が直接、審査請求を行うことができます。要介護（要支援）認定結果や介護保険料について、誰にでも分かりやすい説明を行い、不服申立ての内容をよく理解し、納得してもらえよう誠実な対応に努めます。

(4) 介護保険サービス未利用者に対する見守り

要介護（要支援）認定を受けているが、何らかの理由により介護保険サービスを利用していない方で、サービスの利用意向がある方に対しては、適切なサービスが提供されるよう迅速な対応に取り組みます。サービス利用意向のない方に対しては、地域包括センター等と連携を図り、見守りを行うとともに、介護保険サービスに関する情報提供を行っていきます。

※30 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。

※31 被保険者：介護保険の被保険者を意味し、第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）に区分され、介護保険料を払い、要介護（要支援）認定を受けることにより、介護保険サービスを利用できる。

施策4-5. 在宅福祉サービスの推進

住み慣れた地域で、自立した生活ができるよう、以下の事業を実施します。

- 寝具乾燥サービス
- 訪問理容・美容サービス
- 日常生活用具給付等
- みまもりホットライン
- 在宅高齢者紙おむつ等給付
- 生活支援型ホームヘルプサービス
- 生活支援型ショートステイ
- 在宅高齢者給食サービス
- 園芸福祉

施策4-6. 介護に取り組む家族等への支援の充実

(1) 介護に取り組む家族等への支援

必要とされる介護保険サービス等の確保や介護に従事する家族の柔軟な働き方の確保、介護者への介護知識・技術の習得支援、介護者が介護に疲弊することがないように介護者の交流機会の提供等に加え、本市の実情を踏まえた支援を検討します。



(2) 家族介護慰労金の給付

要介護4又は5の認定を受け、過去1年間に介護保険サービスを受けなかった65歳以上の在宅高齢者と同居し、主に介護をされている方で、前年分の市民税が非課税の世帯に属する方に対し、月額8,000円の家族介護慰労金を給付します。

5

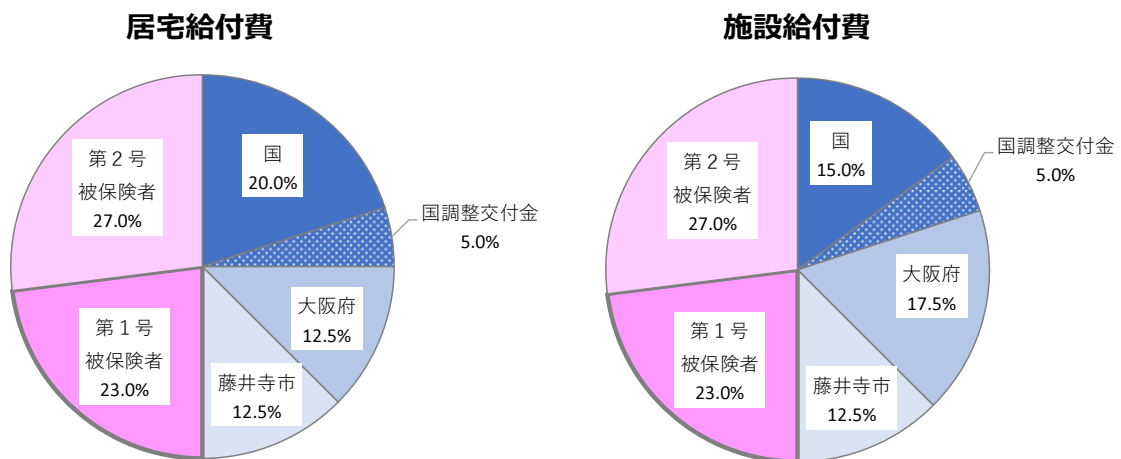
介護保険事業費の見込み

介護保険事業にかかる給付の負担割合

保険給付を行うための財源は、公費（国・府・本市の支出金）と保険加入者の保険料で賄われています。保険給付の費用は、原則として2分の1を公費で、残る2分の1を第1号被保険者（65歳以上の方）、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方から徴収する保険料で賄うこととなっています。なお、地域支援事業^{※32}のうち包括的支援事業等については第2号被保険者の負担はなく、その分が公費で補填されます。第1号被保険者の負担割合は変わりません。

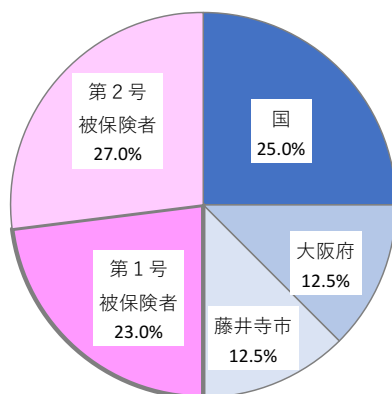
第1・2号被保険者の保険料負担割合は、全国の第1・2号被保険者の人口割合により3年ごとに決定されます。

◆介護保険の財源構成（居宅及び施設給付費）

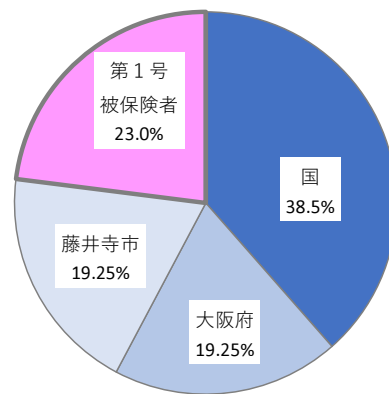


◆地域支援事業費の財源構成

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



※32 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。

介護保険料基準額の算定

保険料算出手順

①標準給付費（2024～2026年度合計）
18,849,109,185 円

②地域支援事業費（2024～2026年度合計）
1,245,569,539 円

③ 保険給付費 + 地域支援事業費 (①+②)
20,094,678,724 円

× 第1号被保険者の標準の負担割合 (23%)

④ 第1号被保険者の標準負担金額 (③ × 23%)
4,621,776,107 円

+ ⑤ 調整交付金相当額 987,862,536 円

- ⑥ 調整交付金見込額 1,274,635,000 円

- ⑦ 介護保険給付費準備基金取崩額 409,827,616 円

+ ⑧ 市町村特別給付費等 1,090,800 円

- ⑨ 保険者機能強化推進交付金等の交付見込額 45,000,000 円

⑩ 保険料収納必要額 (2024～2026年度合計) (④+⑤-⑥-⑦+⑧-⑨)
3,881,266,827 円

÷ 予定保険料収納率 (97.37%)

⑪ 保険料賦課総額 (⑩÷97.37%)
3,986,101,291 円

÷ 2024～2026年度の
補正後第1号被保険者数合計
(51,899人)

⑫ 保険料基準年額 (⑪ ÷ 補正後第1号被保険者数合計)
76,800 円 (年額)
6,400 円 (月額)

(参考) 第8期介護保険料 6,000円 (月額)

所得段階別の保険料の設定

所得段階別の第1号被保険者の介護保険料の額は、以下のようになります。

区分	対象者	保険料負担率	月額保険料
第1段階	・生活保護を受けている人 ・世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金を受けている人 ・世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人	(基準額×0.285)	1,824円
第2段階	・世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円を超えて120万円以下の人	(基準額×0.45)	2,880円
第3段階	・世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が120万円超の人	(基準額×0.685)	4,384円
第4段階	・本人が市民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人で、世帯の誰かに市民税が課税されている人	(基準額×0.9)	5,760円
第5段階	・本人が市民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円超の人で、世帯の誰かに市民税が課税されている人	基準額	6,400円
第6段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人	(基準額×1.2)	7,680円
第7段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	(基準額×1.3)	8,320円
第8段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	(基準額×1.5)	9,600円
第9段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	(基準額×1.7)	10,880円
第10段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	(基準額×1.9)	12,160円
第11段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	(基準額×2.1)	13,440円
第12段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	(基準額×2.3)	14,720円
第13段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上820万円未満の人	(基準額×2.4)	15,360円
第14段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が820万円以上1,000万円未満の人	(基準額×2.5)	16,000円
第15段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が1,000万円以上の人	(基準額×2.6)	16,640円

※第1段階から第3段階の保険料については、低所得者に対する負担軽減後の値を記載しています。

6

計画の推進に向けて

1-1 計画の推進体制

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

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、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

所管課である健康福祉部高齢介護課を中心として、保健・医療・福祉の関係各課のほか、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供給について、大阪府や近隣の他市町村との連携に努めます。

2-1 計画の進捗管理と評価

介護保険サービス利用者等の基礎的なデータの整理、市民ニーズや介護サービス事業所の状況等の把握に努めるとともに、「藤井寺市保健福祉計画推進協議会いきいき長寿部会」において定期的に本計画の進捗状況の点検等を行い、適正な事業の運営と計画の推進に努めます。

2-2 計画の実施状況の公表

計画の進捗状況や達成状況、介護保険の運営状況等の点検・評価について、定期的に公表し、本計画に対する市民の理解を深められるように努めるとともに、進捗に問題や課題がある点については、改善に向けた対応策の検討につなげていきます。

3 計画の周知・啓発

本市の広報紙やホームページ等の様々な媒体を用いて本計画の周知・啓発を行い、本計画の趣旨や内容が市民に十分に理解されるよう努めるとともに、本計画に基づく各種施策やサービス等に関して、分かりやすい情報提供を行っていきます。

第9期 藤井寺市いきいき長寿プラン
～高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画～
(令和6(2024)年度～令和8(2026)年度)

概要版

発行 藤井寺市 健康福祉部 高齢介護課
〒583-8583
大阪府藤井寺市岡1丁目1番1号
電話 072-939-1164

令和6年3月