資料1

第10期
能勢町高齢者保健福祉計画・
能勢町介護保険事業計画（案）

令和９年　月

能勢町

はじめに

目　次

第１章　計画策定の意義 1
1.　計画策定の趣旨 1
2.　計画の位置付け 1
3.　計画策定の視点 4
4.　計画期間 5
5.　計画の策定体制 6
6.　計画の進行管理、推進体制 6
7.　日常生活圏域の設定 6
8.　関係計画等との関係 7
9.　介護保険制度・社会福祉制度改正等の主な内容 7
第２章　高齢者及び介護保険の現状と課題 10
1.　人口・高齢者人口の現状・将来推計人口の推移 10
2.　介護保険サービス・地域支援事業の利用・実施状況 12
3.　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から見える実態と課題 15
4.　在宅介護実態調査から見える実態と課題 50
5.　介護保険事業所アンケートから見える実態と課題 59
6.　地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析 63
7.　2040 年等を見据えた能勢町の課題 70
第３章　第９期計画の実施状況と評価 71
基本目標1　地域包括ケアシステムの深化・推進 71
基本目標2　地域包括ケアシステムを進める地域づくり 73
基本目標3　自立支援、介護予防・重度化防止の推進 77
基本目標4　サービス基盤、人的基盤の整備 79
基本目標5　災害や感染症対策に係る体制整備 81
第４章　計画の基本理念及び基本目標 82
1.　計画の基本理念 82
2.　計画の基本目標 83
3.　施策の体系 85
第５章　施策の展開 86
基本目標１　地域包括ケアシステムの深化・推進 86
基本目標２　地域包括ケアシステムを進める地域づくり 89
基本目標３　自立支援、介護予防・重度化防止の推進 98
基本目標４　サービス基盤、人的基盤の整備 102
基本目標５　災害や感染症対策に係る体制整備 107
第６章　介護保険事業等の見込み 109
1.　被保険者数・要介護認定者数等の見込み 109
2.　介護サービス量の見込み 109

3. 地域支援事業量の見込み 109
4. 介護給付費等の見込み 109
5. 第１号被保険者保険料の算定 109
6. その他必要な事業量・費用等の見込み 109

第１章　計画策定の意義

1. 計画策定の趣旨

介護保険制度は、創設から四半世紀を迎え、サービス利用者は大幅に増加し、介護が必要な高齢者とその家族の生活を支える不可欠な社会基盤として地域に定着、発展してきました。

本町を取り巻く環境に目を向けると、人口減少と高齢化が急速に進展しています。特に、いわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上となり、全国的に高齢者人口がピークを迎える令和22年（2040年）を見通すと、医療と介護の双方のニーズを有する高齢者が増加する一方で、社会を支える生産年齢人口は急減することが見込まれています。本町の将来推計においても、令和22年（2040年）には高齢化率が55.2%に達すると予測されています。

こうした「2040年問題」を見据え、人口動態や介護ニーズの変動に対応していくため、中長期的な視点で持続可能な介護サービス基盤の整備が不可欠です。

介護保険制度は、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を理念としています。制度を維持し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくため、住まい、医療、介護、予防、及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を、本町の実情に応じてさらに深化・推進していくことが重要です。

こうした状況の中、本町において、これまでの計画の理念を引き継ぎつつ、2040年を見据えた中長期的な課題に的確に対応し、地域共生社会の実現に向けた持続可能な介護保険事業を円滑に実施することを目的として、「第10期能勢町高齢者保健福祉計画・能勢町介護保険事業計画」を策定します。

2. 計画の位置付け

(1)　介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画の一体作成

高齢者保健福祉計画は老人福祉法第20条の8の規定に基づく市町村老人福祉計画となっており、介護保険事業計画は介護保険法第117条の規定に基づく市町村介護保険事業計画となっています。

高齢者保健福祉計画では、高齢者を対象とする福祉サービス全般にわたる供給体制の確保について、介護保険事業計画では、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施について定めることとされています。

これらの計画は、国の基本指針で一体的に作成することが求められていることに鑑み、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体のものとして作成します。

（2） 認知症基本法に基づく「能勢町認知症施策推進計画」との一体的策定

令和5年（2023年）6月に制定（令和6年1月1日施行）された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、「認知症基本法」という。）において、市町村は、国の「認知症施策推進基本計画」及び都道府県が策定する「認知症施策推進計画」を基本とし、地域の実情に即した「市町村認知症施策推進計画」を策定するよう努めるものとされています。

本町においては、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる「共生社会」の実現に向け、本計画（第10期高齢者保健福祉計画・能勢町介護保険事業計画）に、認知症基本法に基づく「能勢町認知症施策推進計画」を内包し、一体のものとして策定します。

（3） 医療計画との整合性

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、医師・看護師等の医療関係者と介護サービス事業者・地域包括支援センター等の介護関係者との連携が不可欠です。このため、本計画は「大阪府医療計画」との整合性を図り、病床の機能分化・連携に伴い生じる在宅医療の新たなサービス必要量を見据えつつ、在宅医療と介護の充実をはじめとする地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進します。

（4） 大阪府高齢者計画との関係性

本計画の策定に当たっては、大阪府が定める「第10期市町村高齢者計画策定指針」を参考にするとともに、介護保険施設等の整備に関する広域（圏域）調整等において、大阪府と密接な意見交換を行い、「大阪府高齢者計画 2027」との整合性を図ります。また、国の指針及び大阪府高齢者計画を踏まえ、本計画の中に「第７期能勢町介護給付適正化計画」を定め、持続可能な制度運営に向けた介護給付適正化の推進を図っていきます。

SDGsについて

国連は2016年から2030年までの国際目標として、SDGs（持続可能な開発目標）を定めました。本町ではSDGsの考え方を地方創生の原動力として組み入れていくことが重要であると考えています。高齢者の保健福祉に関しては「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」（目標3）とされています。「誰一人取り残さない」というSDGsの理念を本計画に生かしていきます。



3. 計画策定の視点

(1) 人権の尊重と高齢者の尊厳を支えるケアの推進

基本的人権を保障した日本国憲法や大阪府人権尊重の社会づくり条例を踏まえ、全ての高齢者の人権を尊重するという視点が重要です。特に、障がいの有無や程度、心身の状況、人生経験、社会環境等、高齢者一人ひとりの多様な状況に応じ、個性を尊重することが求められます。また、高齢者が重度な要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において、自分らしい生活を営むことができるよう、本人の意思及び自己決定を最大限尊重する視点に立った施策の推進を図ります。

(2) 2040年を見据えた持続可能なサービス供給体制の確保

令和22年(2040年)にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる一方、生産年齢人口の減少が見込まれている中長期的な人口動態を踏まえ、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の確保を図ると共に、介護人材の確保や介護現場の生産性向上に向けた取り組みを進めます。

(3) 地域共生社会の実現と包括的な支援体制の構築

地域共生社会とは、制度や分野ごとの枠や、「支える側」「支えられる側」という関係を越えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、地域で共に支え合いながら暮らしていくことのできる社会です。本計画においても、地域共生社会の実現に向け、高齢者が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、地域包括ケアシステムの深化・推進を図ると共に、関係機関や地域住民等との連携による支援体制の確保に取り組みます。

(4) 「認知症基本法」に基づく認知症施策の推進

認知症は誰もがなりうるものであり、多くの人にとって身近なこととなっています。令和5年(2023年)に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を踏まえ、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる社会の実現を目指します。本町においては、単なる知識の普及にとどまらず、当事者や家族が偏見や孤立を恐れずにSOSを出せる「受容的な地域づくり」への転換を図り、共生と予防を両輪とした施策を強力に推進します。

(5) 災害や感染症対策に係る体制整備

地震や風水害等の自然災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続して提供できるよう、全事業者における業務継続計画(BCP)の運用徹底と実効性ある研修・訓練を推進します。

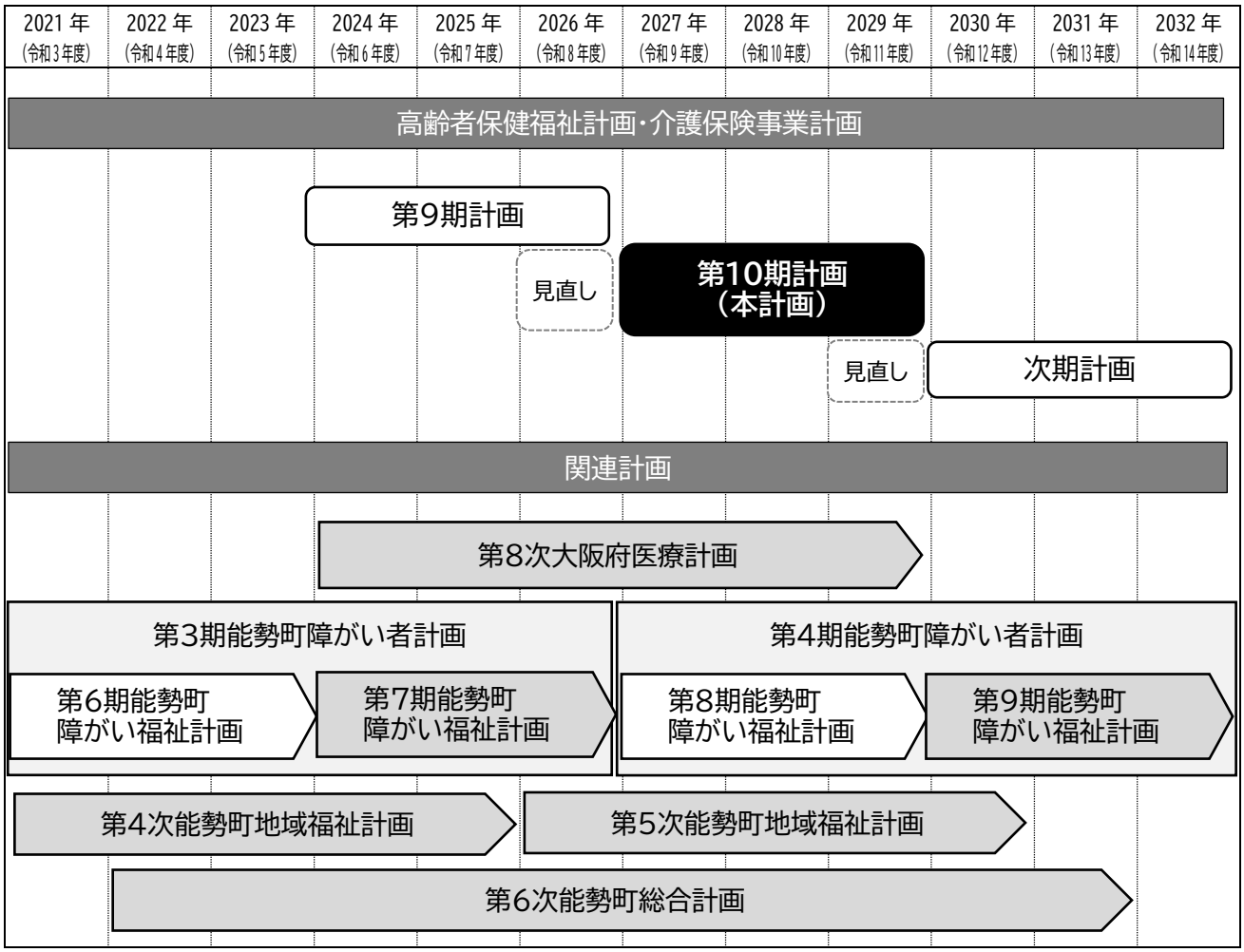
避難行動要支援者に対する「個別避難計画」の策定を推進するとともに、福祉避難所の適切な運営を始め、災害時においも必要とされる介護サービスを確実に確保します。

新型インフルエンザ等や新たな感染症の発生・拡大に備え、感染防止対策の徹底を図るとともに、感染発生時においても在宅・施設を問わず必要なケアが安全に継続される体制を整備します。

4. 計画期間

本計画の計画期間については、令和9年度（2027年度）から令和11年度（2029年度）までの3年間とします。

なお、令和11年度（2029年度）中に計画の見直しを行い、令和12年度（2030年度）を初年度とする次期（第11期）計画を策定することとします。



5. 計画の策定体制

計画を策定するに当たり、介護保険担当のほか関連部局との連携を図るとともに、能勢町介護保険事業運営委員会（以下「事業運営委員会」という。）において学識経験者、保健・医療・福祉関係者、住民団体等代表者による計画策定に関する協議・検討を行いました。

また、計画への住民意見の反映を図るため、事業運営委員会の被保険者代表として住民から委員公募を行い、意見の反映に努めました。

さらに、本町ホームページで意見募集による意見の反映に努めるとともに、被保険者のサービスの利用に関する意向を把握する目的で、各種調査を実施しました。

特に、高齢者介護の現状把握と課題抽出については、国の方針に基づいた「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施するとともに、在宅における介護実態を把握することを目的とした「在宅介護実態調査」を実施し、地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析を行い、ニーズの把握に努めました。

また、本町内及び近隣の介護サービス事業所に対して今後の事業運営についての調査を実施し、介護サービス事業所の事業運営意向の把握に努めました。

6. 計画の進行管理、推進体制

本計画はPDCAサイクル（計画・実行・評価・改善）に基づいた進行管理を行い、関連施策及び事業の円滑な実施に努めます。

また、本計画を推進するため、事業運営委員会を定期的に開催し、計画の進行管理を行います。併せて、計画の進捗状況について本町ホームページを通じて公表します。

また、本計画の施策実施に当たっては、関係各課や医療機関、社会福祉協議会、福祉施設、介護サービス事業者とも連携を図るとともに、必要に応じ、連絡調整・協議・合意形成を図ります。

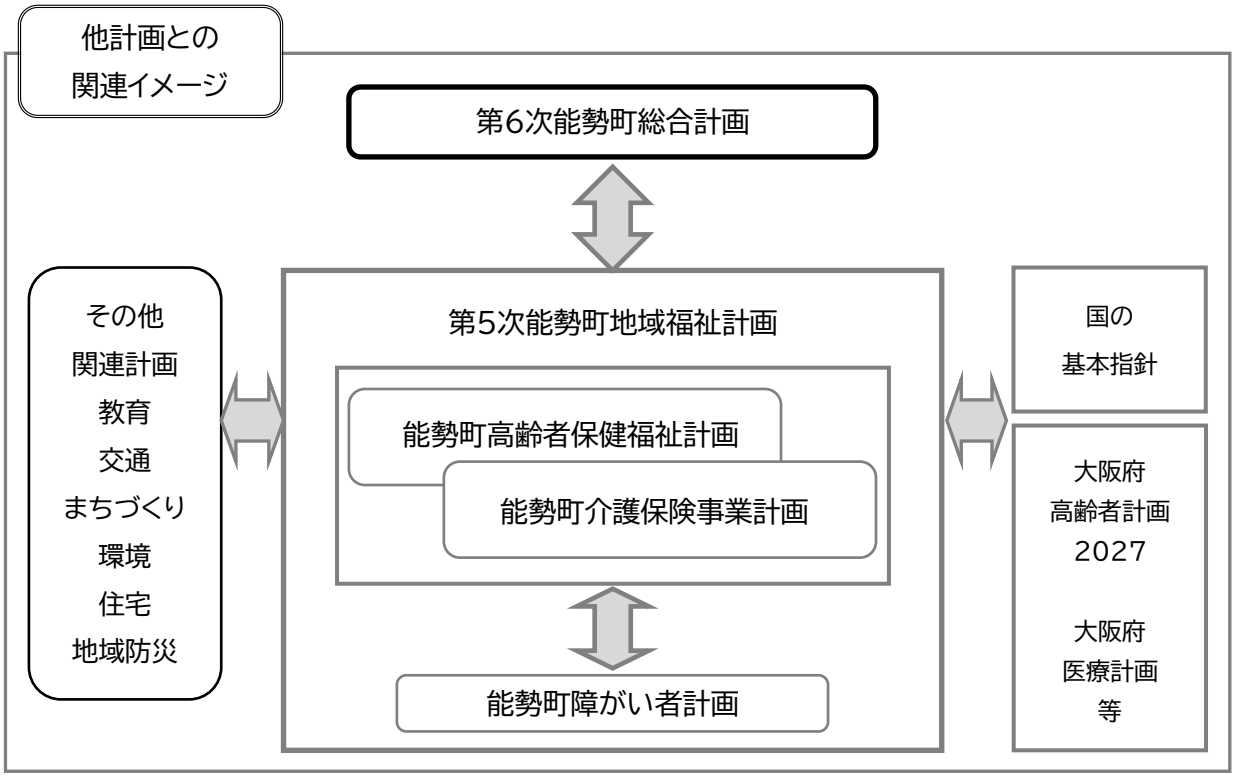
7. 日常生活圏域の設定

第3期計画において、本町では第4次能勢町総合計画の基本構想や、人口規模、保健・福祉・介護サービスの状況を勘案し、福祉基盤を町全体で考えていくため、町全体を一つの生活圏域と設定しました。

第4期計画以降もこの考え方を継承していることから、第10期計画においても町全体を一つの生活圏域として設定します。

8. 関係計画等との関係

本計画は、国の基本指針や大阪府高齢者計画2027、大阪府医療計画等と整合を図るとともに、第6次能勢町総合計画や第5次能勢町地域福祉計画を上位計画とし、医療計画、その他保健、医療、福祉又は居住に関する事項を定める各種計画と調和を図りながら策定します。



9. 介護保険制度・社会福祉制度改正等の主な内容

「社会福祉法等の一部を改正する法律（令和8年法律第51号）」が令和8年6月25日に公布され、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定や運用に関わる様々な改正が行われました。

（1）介護保険事業計画・老人福祉計画の記載事項に関する見直し

- 「中長期的な推計・施策」の明記義務化

市町村介護保険事業計画において、サービス種類ごとの量や地域支援事業の量に関する「中長期的な推計」、およびサービス提供体制確保や地域支援事業実施に関する「中長期的な観点から市町村が取り組むべき施策」を定めることとされました。これを定めるにあたっては、地域ごとの有料老人ホーム・登録有料老人ホーム・適合住宅の入居定員総数や医療・介護連携の状況を勘案し、あらかじめ都道府県の意見を聴く必要があります。

- 都道府県と連携した生産性向上・人材確保（努力義務）

  介護サービスや地域支援事業における業務効率化・生産性向上、ケアマネジャー等の人材確保・資質向上、安定した経営基盤確立の双方の実現を図るための「都道府県と連携した取組に関する事項」を計画に定めるよう努めるものとされました。

- 老人福祉計画における事業者連携（努力義務）

  市町村老人福祉計画において、老人福祉事業その他の老人の生活に直接影響を及ぼす事業を営む者と、支援関係機関との連携に関する事項を定めるよう努めるものとされました。

（2） 地域包括ケア・相談支援・権利擁護体制の強化

- 「小規模市町村地域支援連携協働体制整備事業」の創設

  人口規模や人口減少等の理由から福祉サービス提供体制の確保に支障が生じるおそれのある小規模市町村を対象に、相談支援・連携協働・参加支援等の事業を一体的に行う枠組みが新設されました（国・都道府県からの交付金等の財政支援措置あり）。

- 「地域権利擁護相談支援センター（中核機関）」の設置

  高齢者等の権利利益の擁護や成年後見制度の適切な利用支援の中核的な役割を担う機関として、市町村が「地域権利擁護相談支援センター」を設置できる規定が置かれました。

- 支援会議の組織化と重層的支援計画の定期的な調査・分析・評価

  地域生活課題を抱える住民への円滑な支援体制を検討するため、市町村が支援関係機関等で構成する「支援会議」を組織できるようになりました。また、重層的支援体制整備事業実施計画について、定期的な調査・分析・評価（PDCA）を行い、必要に応じて計画を変更する努力義務が整備されました。

- 防災・消費者保護等との施策連携

  市町村地域福祉計画等の記載事項として、保健医療、労働、住まいに加え、「防災に関する施策」および「消費者の利益の擁護・増進に関する施策」との連携に関する事項を定めることとされました。

（3） 介護人材の確保・ケアマネジャー制度の見直し

- 介護支援専門員「更新制」の廃止

  介護支援専門員証の有効期間（5年）および交付・更新に必要な「更新研修」制度が全面的に廃止されました。一方で、都道府県知事が行う資質向上研修の受講義務や、事業者・施設に対する受講機会確保措置の義務付け等が規定されています。

- 災害時福祉業務従事者の登録制度

  災害発生時に被災地で福祉支援を行う従事者（介護福祉士、ケアマネジャー等）を国に登録し、都道府県知事の要請に基づいて派遣する仕組みが整備されました。

（4） 中山間・人口減少地域におけるサービス確保（特定地域）

- 「特定地域居宅サービス」等の新設

  人口減少等の特定地域において、都道府県の条例により人員・設備等の基準を柔軟に緩和した「特定地域居宅サービス」の創設が認められ、市町村が特例居宅介護サービス費等を支給できる仕組みが導入されました。あわせて、地域支援事業として特定地域居宅サービス等事業を委託・実施できる規定も整備されています。

（5） サービス給付・手続き・事業運営の見直し

- 要介護認定申請手続の代行主体の拡大

  小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）、認知症グループホーム、特定施設等が要介護・要支援認定の申請代行主体に追加されました。

- 「登録有料老人ホーム」制度の創設

  一定の要件を満たす有料老人ホームの登録制度（5年更新）が創設され、登録有料老人ホーム入居者への「登録施設介護支援（ケアマネジメント）」が介護保険給付の対象（登録施設介護サービス計画費）に追加されました。

- 夜間対応型訪問介護の廃止

  地域密着型サービスの類型から夜間対応型訪問介護が廃止・整理されました。

- 電子資格確認の導入

  マイナンバーカード等を活用した電子資格確認の仕組みが法律上規定されました。

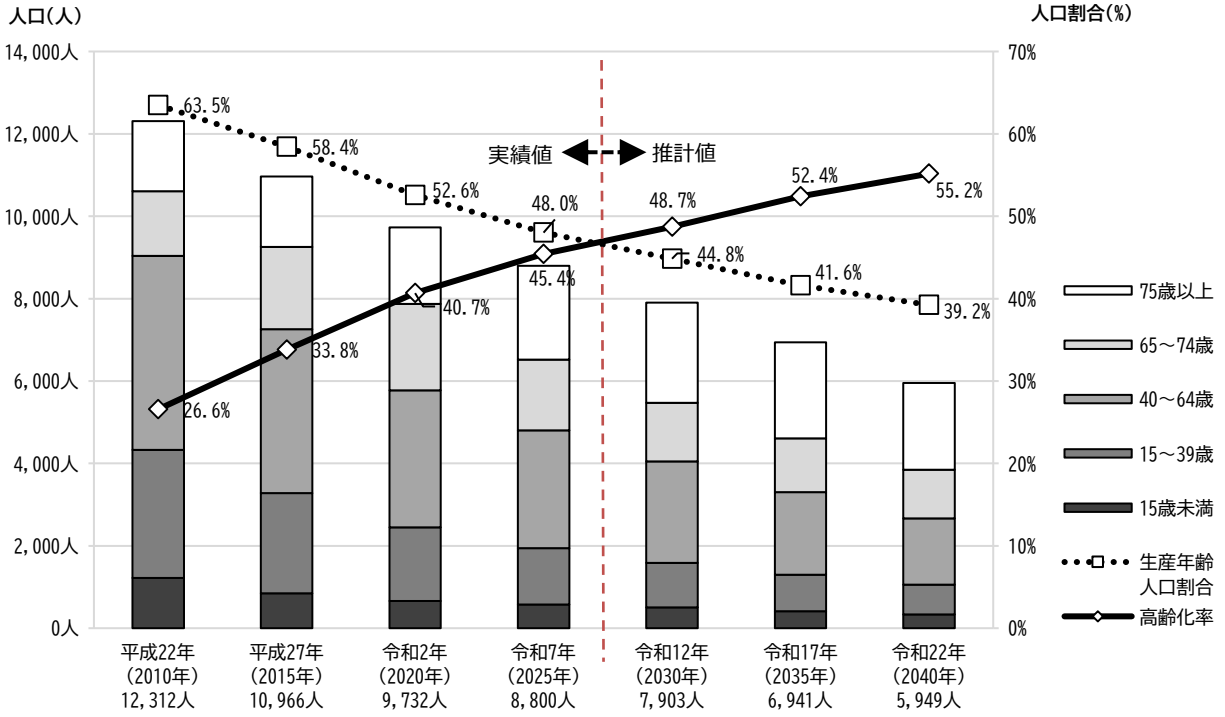
第２章　高齢者及び介護保険の現状と課題

1. 人口･高齢者人口の現状･将来推計人口の推移

(1) 人口の推移

本町の人口は、減少傾向が続き、平成22年(2010年)に12,312人でしたが、令和7年(2022年)は8,800人となっています。一方、高齢化率は、平成22年(2010年)の26.6%から令和7年(2022年)には45.4%に増加しています。

今後の推計を見ると、人口は令和22年(2040年)には5,949人に減少し、高齢化率は令和12年(2030年)には48.7%、令和22年(2040年)には55.2%に達すると予測されています。

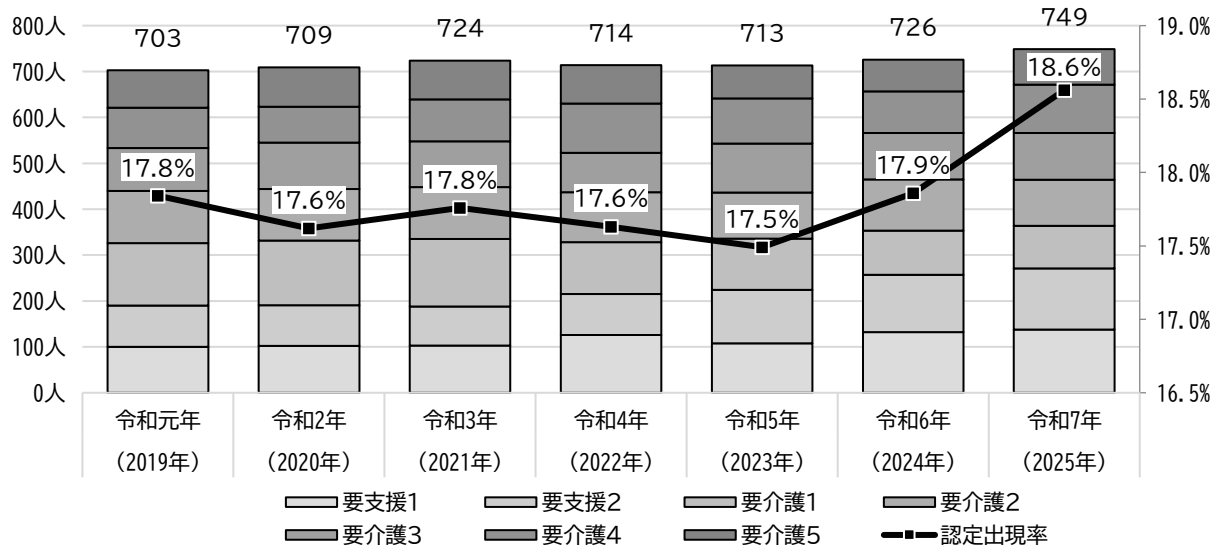


※2010年～2025年は10月時点の住民基本台帳の集計　2030年以降は本町による推計

（2） 要介護(要支援)認定者の現状・将来推計

本町の令和7年(2025年)9月末現在の要介護等認定者数は749人、認定出現率は18.6%となっています。

能勢町の要介護(要支援)認定者数、要介護(要支援)認定出現率の推移



※各年度9月末の数値
※要介護認定者数は第2号被保険者(40～64歳の者)を含む。
※認定出現率は、第1号被保険者数に占める第1号認定者の割合である。

2. 介護保険サービス・地域支援事業の利用・実施状況

(1) 介護予防サービスの実績

① 介護予防サービス

		令和 6 年度(2024 年度)			令和 7 年度(2025 年度)			令和 8 年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護予防訪問入浴介護	回/年	0	50		0	14		0		
	人/年	0	12		0	4		0		
介護予防訪問看護	回/年	1,212	2,236	184.5%	1,261	3,503	277.8%	1,336		
	人/年	228	317	139.0%	240	408	170.0%	252		
介護予防 訪問リハビリテーション	回/年	233	226	97.0%	334	358	107.2%	434		
	人/年	24	18	75.0%	36	37	102.8%	48		
介護予防 居宅療養管理指導	人/年	96	128	133.3%	96	168	175.0%	96		
介護予防 通所リハビリテーション	人/年	228	246	107.9%	240	266	110.8%	252		
介護予防 短期入所生活介護	日/年	60	187	311.7%	60	221	368.3%	60		
	人/年	12	18	150.0%	12	26	216.7%	12		
介護予防短期入所 療養介護(老健)	日/年	0	19		0	0		0		
	人/年	0	3		0	0		0		
介護予防短期入所 療養介護(病院等)	日/年	0	0		0	0		0		
	人/年	0	0		0	0		0		
介護予防短期入所 療養介護	日/年	0	0		0	0		0		
	人/年	0	0		0	0		0		
介護予防福祉用具貸与	人/年	1,056	1,169	110.7%	1,056	1,341	127.0%	1,056		
特定介護予防 福祉用具購入費	人/年	24	26	108.3%	24	34	141.7%	24		
介護予防住宅改修	人/年	36	32	88.9%	36	35	97.2%	36		
介護予防特定施設 入居者生活介護	人/年	36	29	80.6%	36	33	91.7%	36		

② 地域密着型介護予防サービス

		令和 6 年度(2024 年度)			令和 7 年度(2025 年度)			令和 8 年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護予防 認知症対応型通所介護	回/年	0	0	-	0	0	-	0		
	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
介護予防小規模多機能型 居宅介護	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
介護予防認知症対応型 共同生活介護	人/年	0	0	-	0	0		0		

③ 介護予防支援

		令和 6 年度(2024 年度)			令和 7 年度(2025 年度)			令和 8 年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護予防支援	人/年	1,380	1,440	104.3%	1,392	1,620	116.4%	1,416		

（2） 介護サービスの実績

① 居宅サービス

		令和６年度(2024 年度)			令和７年度(2025 年度)			令和８年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
訪問介護	回/年	44,947	51,663	114.9%	46,216	49,369	106.8%	46,463		
	人/年	1,248	1,282	102.7%	1,284	1,236	96.3%	1,296		
訪問入浴介護	回/年	518	395	76.3%	518	450	86.9%	518		
	人/年	96	89	92.7%	96	115	119.8%	96		
訪問看護	回/年	8,351	8,742	104.7%	8,562	8,416	98.3%	8,856		
	人/年	828	887	107.1%	852	811	95.2%	876		
訪問リハビリテーション	回/年	624	370	59.3%	732	733	100.1%	869		
	人/年	60	29	48.3%	72	50	69.4%	84		
居宅療養管理指導	人/年	1,008	899	89.2%	1,044	893	85.5%	1,056		
通所介護	回/年	11,032	7,785	70.6%	11,119	7,458	67.1%	11,342		
	人/年	1,212	820	67.7%	1,224	799	65.3%	1,248		
通所リハビリテーション	回/年	4,216	4,364	103.5%	4,298	4,773	111.1%	4,399		
	人/年	528	478	90.5%	540	530	98.1%	552		
短期入所生活介護	日/年	7,292	5,079	69.7%	7,655	5,425	70.9%	8,174		
	人/年	504	374	74.2%	528	382	72.3%	564		
短期入所療養介護(老健)	日/年	984	329	33.4%	1,140	426	37.4%	1,140		
	人/年	72	32	44.4%	84	49	58.3%	84		
短期入所療養介護 (病院等)	日/年	0	0		0	0		0		
	人/年	0	0		0	0		0		
短期入所療養介護 (介護医療院)	日/年	0	0		0	0		0		
	人/年	0	0		0	0		0		
福祉用具貸与	人/年	2,028	2,243	110.6%	2,052	2,190	106.7%	2,088		
特定福祉用具購入費	人/年	48	38	79.2%	48	44	91.7%	48		
住宅改修費	人/年	36	32	88.9%	36	31	86.1%	36		
特定施設入居者生活介護	人/年	204	180	88.2%	204	152	74.5%	216		

② 地域密着型サービス

		令和 6 年度(2024 年度)			令和 7 年度(2025 年度)			令和 8 年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	人/年	36	41	113.9%	36	27	75.0%	144		
夜間対応型訪問介護	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
地域密着型通所介護	回/年	7,517	7,396	98.4%	7,583	7,144	94.2%	7,841		
	人/年	804	716	89.1%	816	677	83.0%	840		
認知症対応型通所介護	回/年	0	0	-	0	0	-	0		
	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
小規模多機能型居宅介護	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
認知症対応型共同生活介護	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
地域密着型 特定施設入居者生活介護	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	人/年	0	0	-	0	0	-	0		
看護小規模多機能型 居宅介護	人/年	108	28	25.9%	144	74	51.4%	180		

③ 施設サービス

		令和 6 年度(2024 年度)			令和 7 年度(2025 年度)			令和 8 年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護老人福祉施設	人/年	1,092	1,109	101.6%	1,104	1,160	105.1%	1,116		
介護老人保健施設	人/年	480	430	89.6%	480	460	95.8%	492		
介護医療院	人/年	96	105	109.4%	96	106	110.4%	108		

④ 居宅介護支援

		令和 6 年度(2024 年度)			令和 7 年度(2025 年度)			令和 8 年度(2026 年度)		
		計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
居宅介護支援	人/年	3,216	3,895	121.1%	3,228	3,070	95.1%	3,240		

3. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から見える実態と課題

《調査概要》

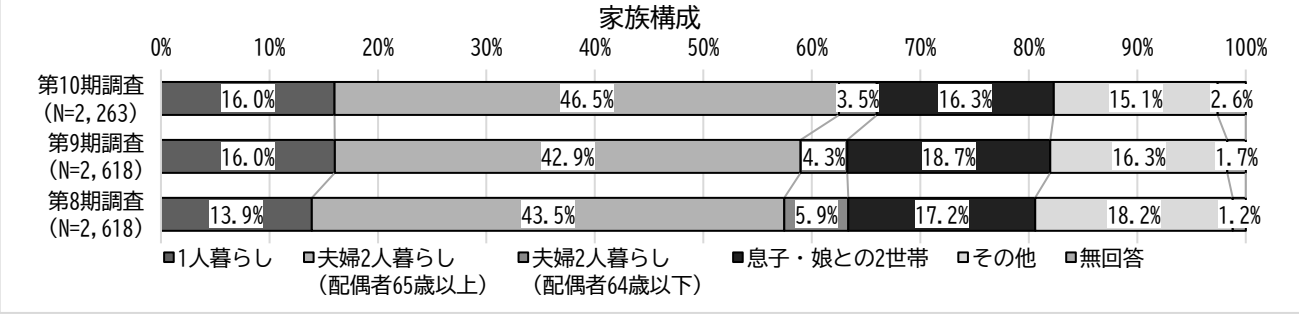
調査期間	令和8年3月23日～令和8年4月22日
調査方法	郵送による調査票の配布・回収
調査対象者	介護保険第1号被保険者のうち、非認定者、介護保険要支援認定者及び事業対象者
調査対象者数	3,481
有効回答	2,263
回収率	65.0%

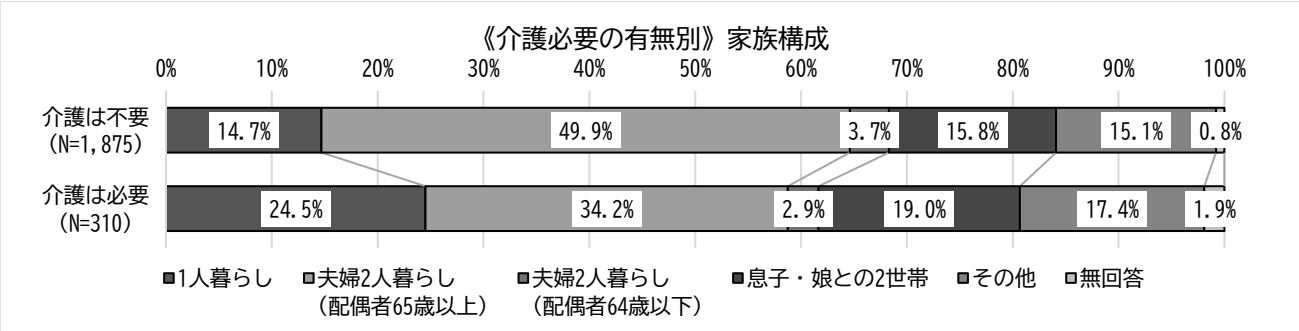
※ %表示は四捨五入で端数処理を行っている関係で合計が100%にならない場合があります。

問1 あなたのご家族や生活状況について

① 高齢者のみ世帯・単身世帯の増加と孤立リスク

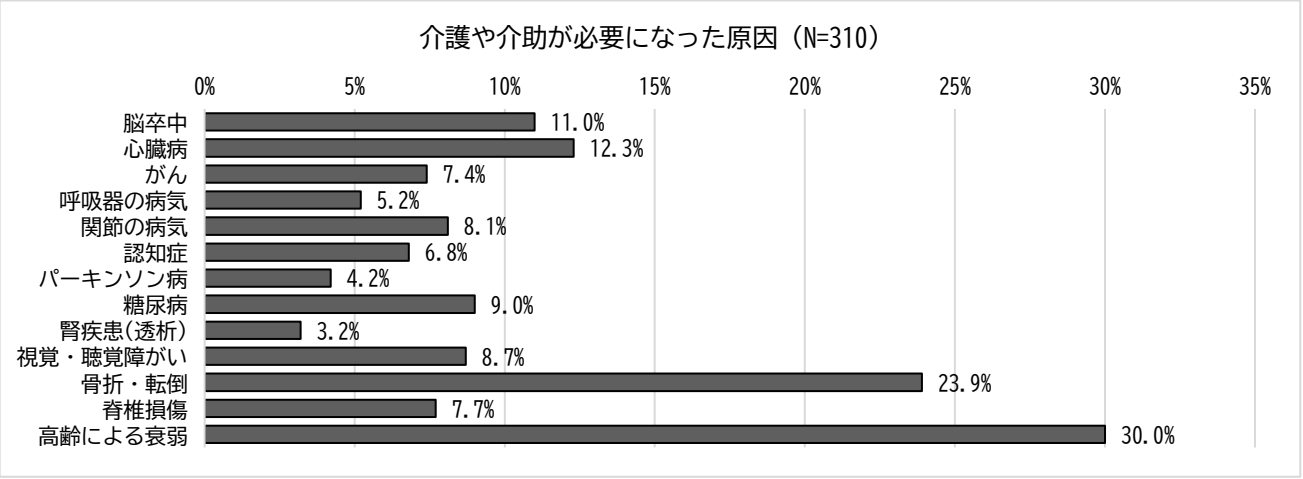
- 「夫婦2人暮らし」と「1人暮らし」を合わせた高齢者のみの世帯が全体の62.5%を占め、増加傾向にあります。
- 「1人暮らし」の割合は16.0%ですが、「介護は必要」な層においては24.5%と高くなっています。





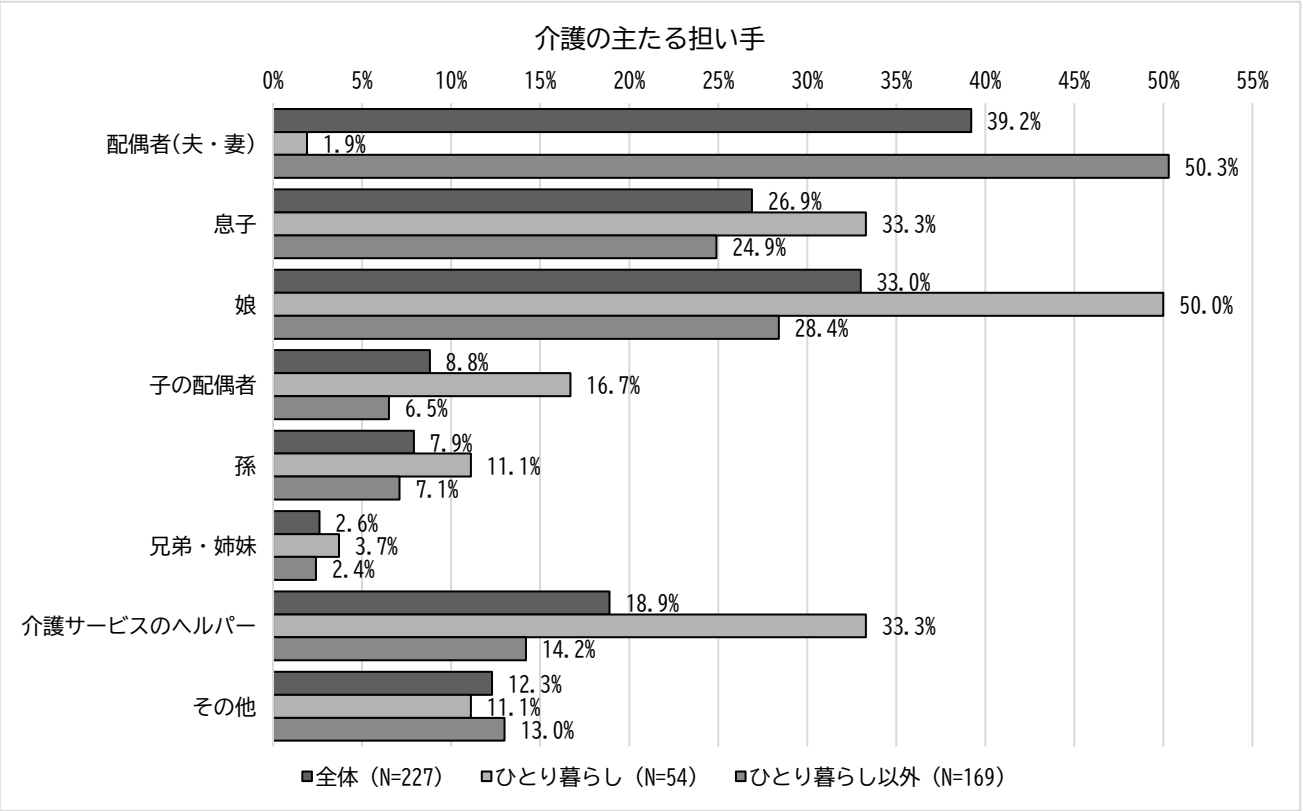
② 介護や介助が必要になった原因

- 介護や介助が必要になった原因は「高齢による衰弱（30.0%）」がもっとも多く、次いで「骨折・転倒（23.9%）」です。



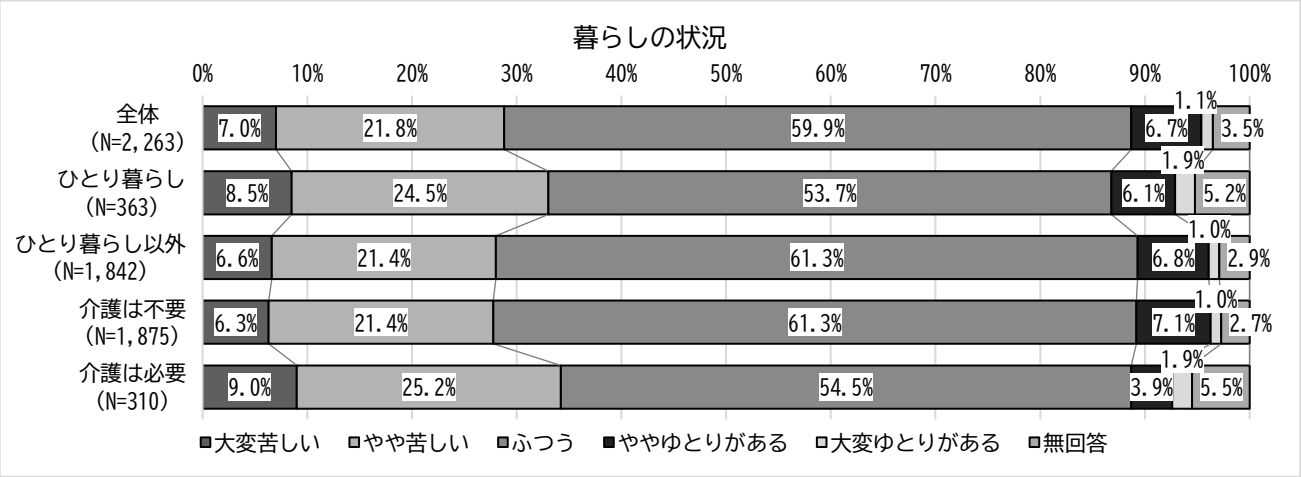
③ 介護の主たる担い手

- 介護の主たる担い手は「配偶者（39.2%）」がもっとも多く、次いで「娘（33.0%）」、「息子（26.9%）」となっています。
- ひとり暮らしの高齢者では「娘（50.0%）」、「息子（33.3%）」が主な担い手となっており、ヘルパー等の介護サービス利用割合も33.3%と高くなっています。



④ 暮らしの経済的状況

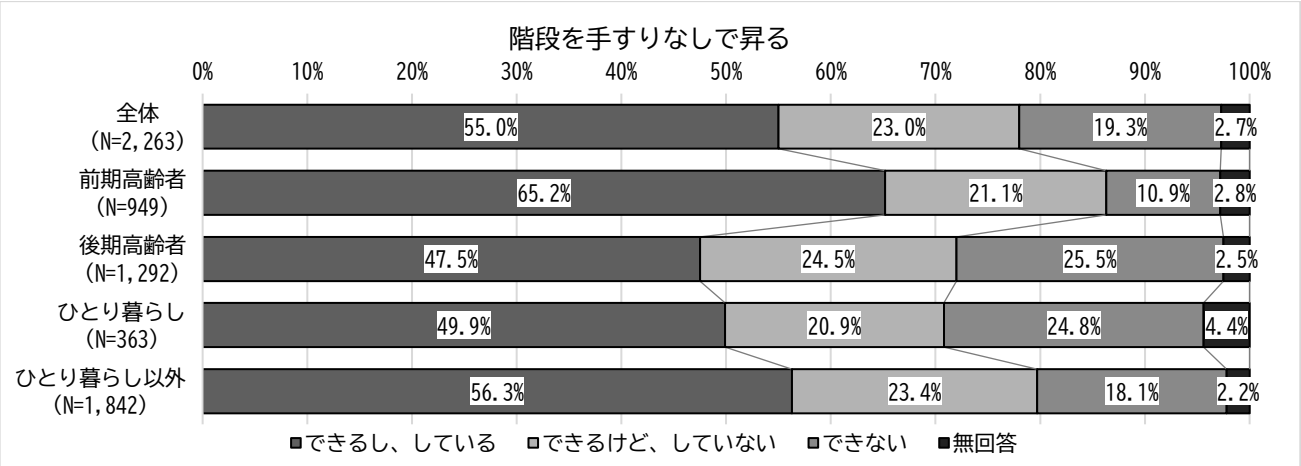
- 暮らしの状況を経済的に「苦しい」と感じている割合は全体で28.8%ですが、「介護が必要」な層では34.2%、ひとり暮らしの層では33.0%と多くなっています。

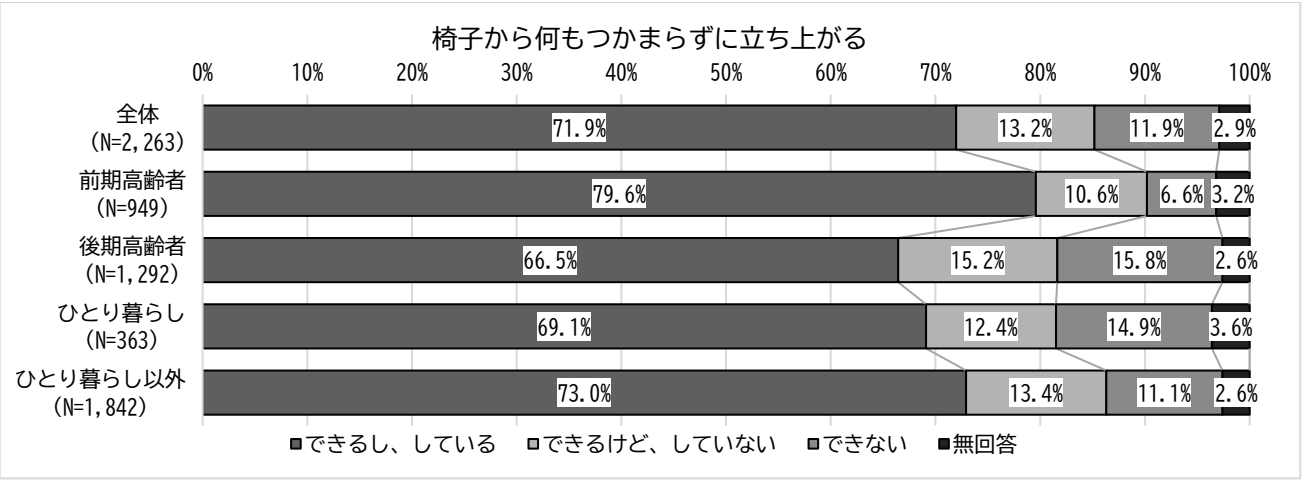


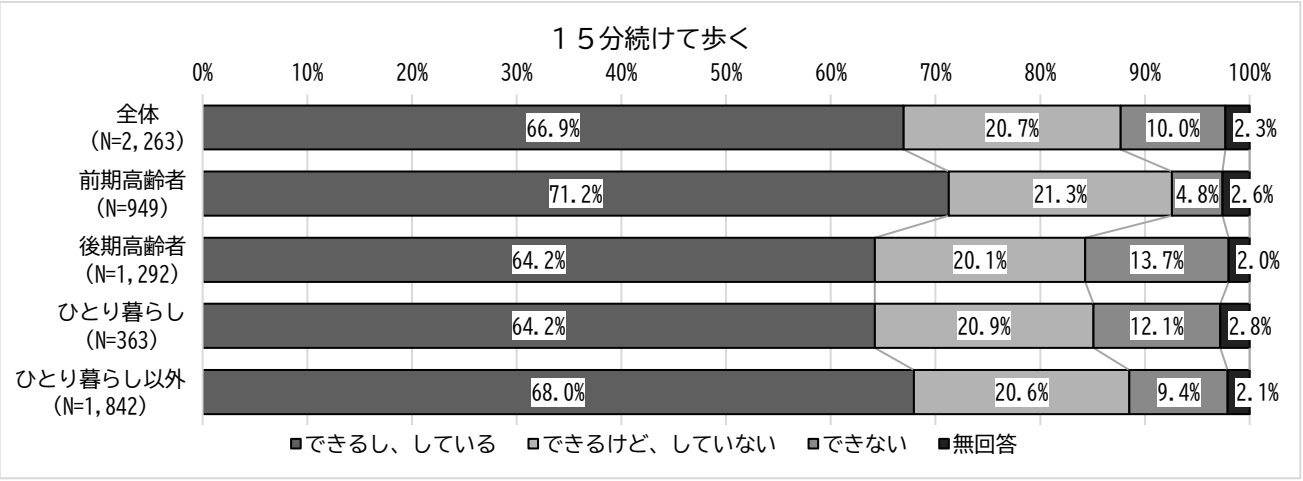
問2 からだを動かすことについて

① 基本的な移動動作について

- 「階段を手すりなしで昇る」「椅子から何もつかまらずに立ち上がる」「15分続けて歩く」といった基本的な移動動作は、全体としては半数以上が自立しているものの、後期高齢期を迎えると機能が急激に低下する傾向にあります。また、女性のほうが男性よりも機能低下リスクを抱えやすい傾向が見られます。
- 家族構成別に見ると、すべての動作において「ひとり暮らし」の高齢者の方が同居家族のいる層よりも「できない」割合が高く、基本的な運動器機能の低下リスクを抱えている実態があります。

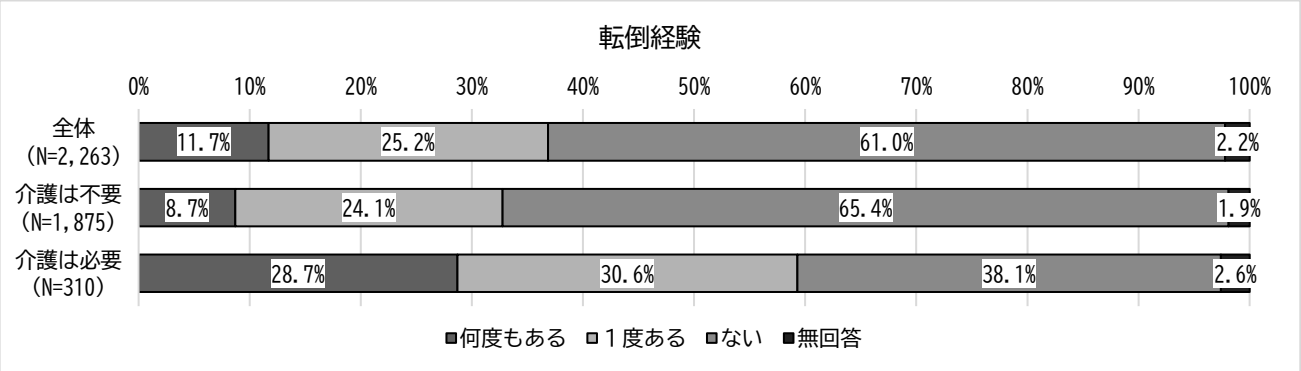


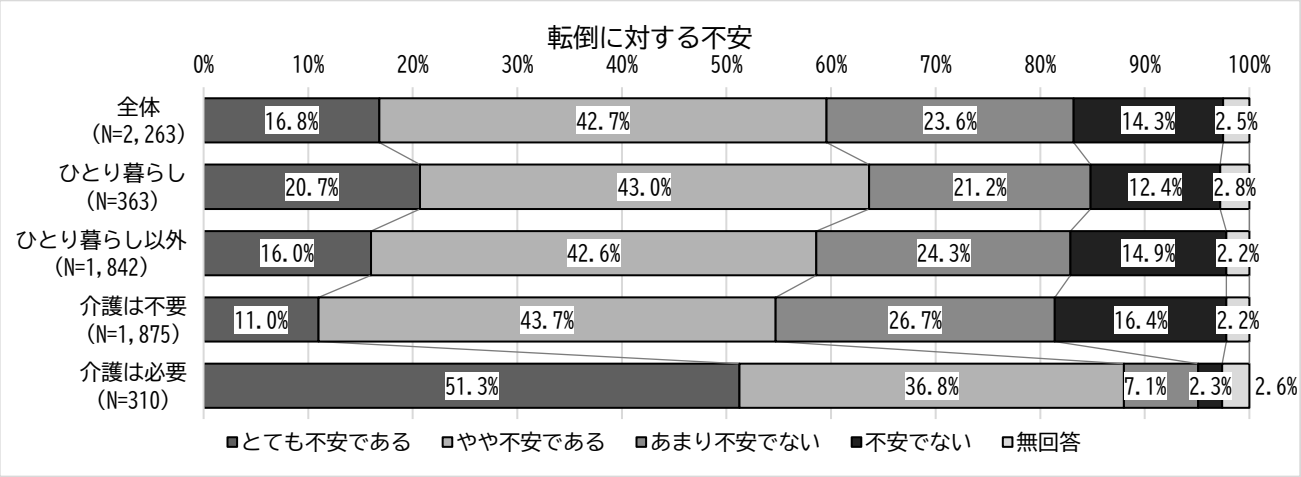

椅子から何もつかまらずに立ち上がる
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
全体
（N=2,263）
71.9%
13.2%
11.9%
2.9%
前期高齢者
（N=949）
79.6%
10.6%
6.6%
3.2%
後期高齢者
（N=1,292）
66.5%
15.2%
15.8%
2.6%
ひとり暮らし
（N=363）
69.1%
12.4%
14.9%
3.6%
ひとり暮らし以外
（N=1,842）
73.0%
13.4%
11.1%
2.6%
できるし、している
できるけど、していない
できない
無回答


１５分続けて歩く
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
全体
（N=2,263）
66.9%
20.7%
10.0%
2.3%
前期高齢者
（N=949）
71.2%
21.3%
4.8%
2.6%
後期高齢者
（N=1,292）
64.2%
20.1%
13.7%
2.0%
ひとり暮らし
（N=363）
64.2%
20.9%
12.1%
2.8%
ひとり暮らし以外
（N=1,842）
68.0%
20.6%
9.4%
2.1%
できるし、している
できるけど、していない
できない
無回答

② 転倒の経験と不安

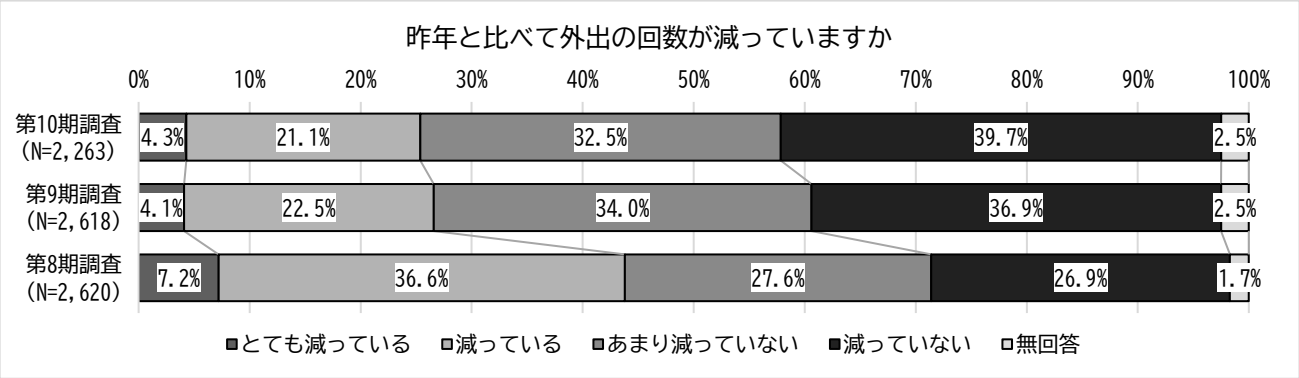
- 過去1年間に実際に転倒を経験した割合は36.9%に上り、要介護層では59.3%に達しています。
- 転倒に対する「不安」を抱えている高齢者は全体では59.5%となっていますが、「ひとり暮らし」では63.7%、要介護層では88.1%となっています。

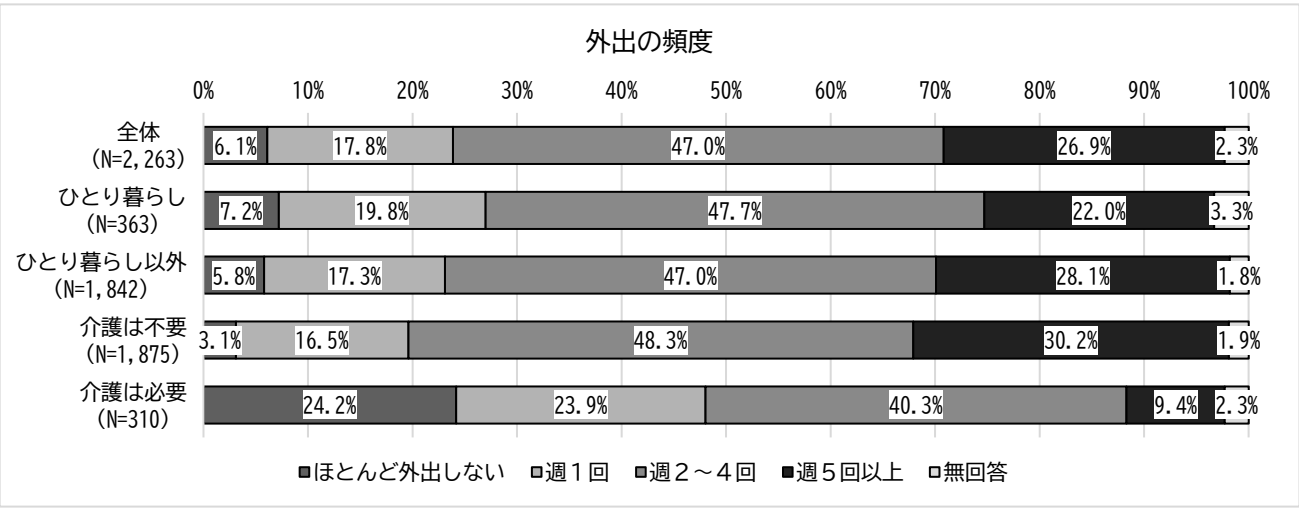




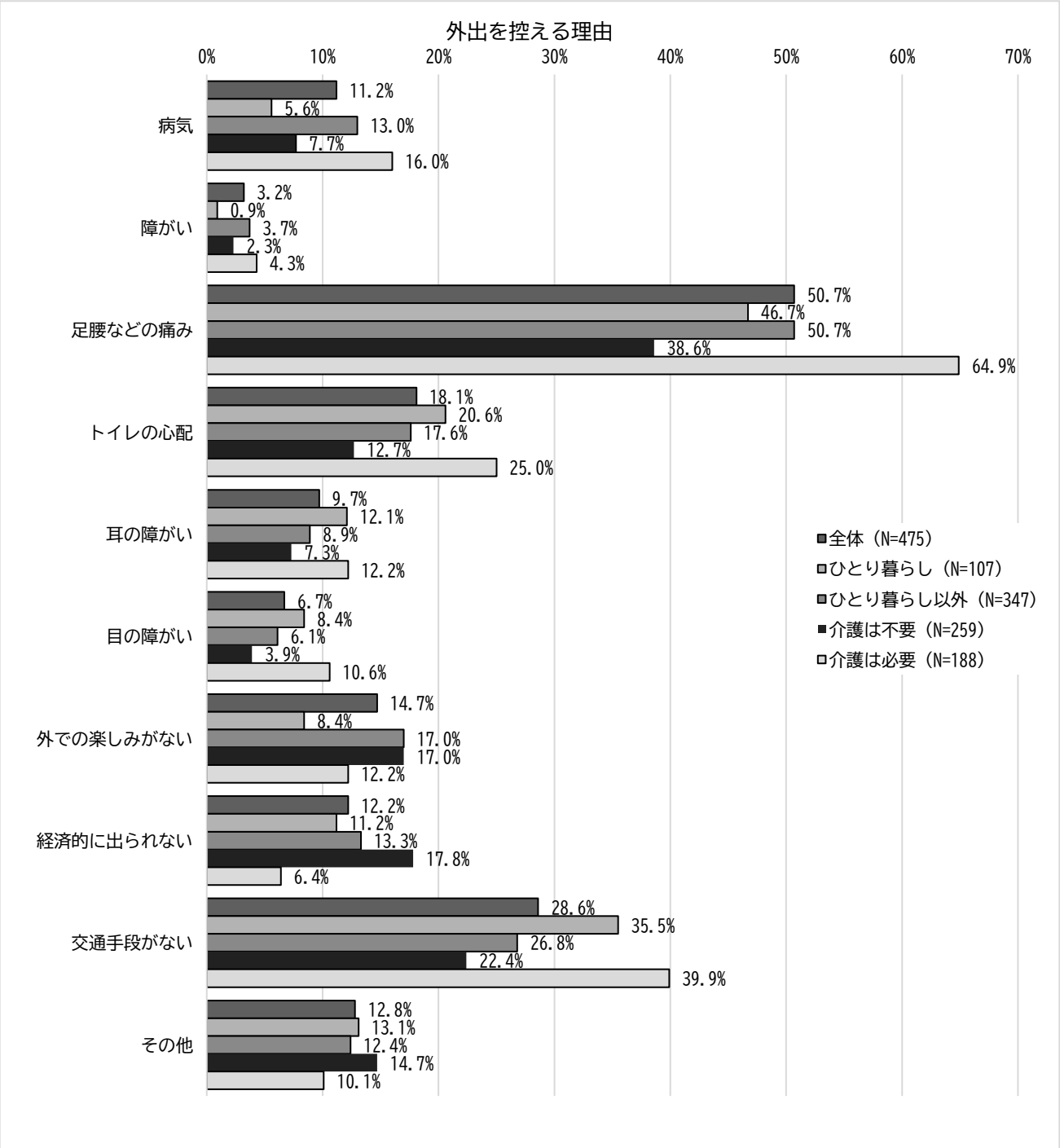
③ 外出回数の減少

- 昨年に比べて外出回数が「減っている」割合は25.4％となり、コロナ禍に伴う外出自粛の影響が大きかった第8期調査時から大幅に減少していますが、依然として全体の23.9％が週1回以下の外出にとどまる「閉じこもりリスク」を抱えています。
- 「ほとんど外出しない」と「週1回」を合わせた「閉じこもりリスク」を抱える高齢者は、ひとり暮らしが27.0％に対し、ひとり暮らし以外は23.1％と、ひとり暮らしがひとり暮らし以外を3.9ポイント上回っています。
- 「ほとんど外出しない」と「週1回」を合わせた「閉じこもりリスク」を抱える高齢者は、「介護は必要」が48.1％に対し、「介護は不要」は19.6％と、「介護は必要」が「介護は不要」を28.5ポイント上回っています。



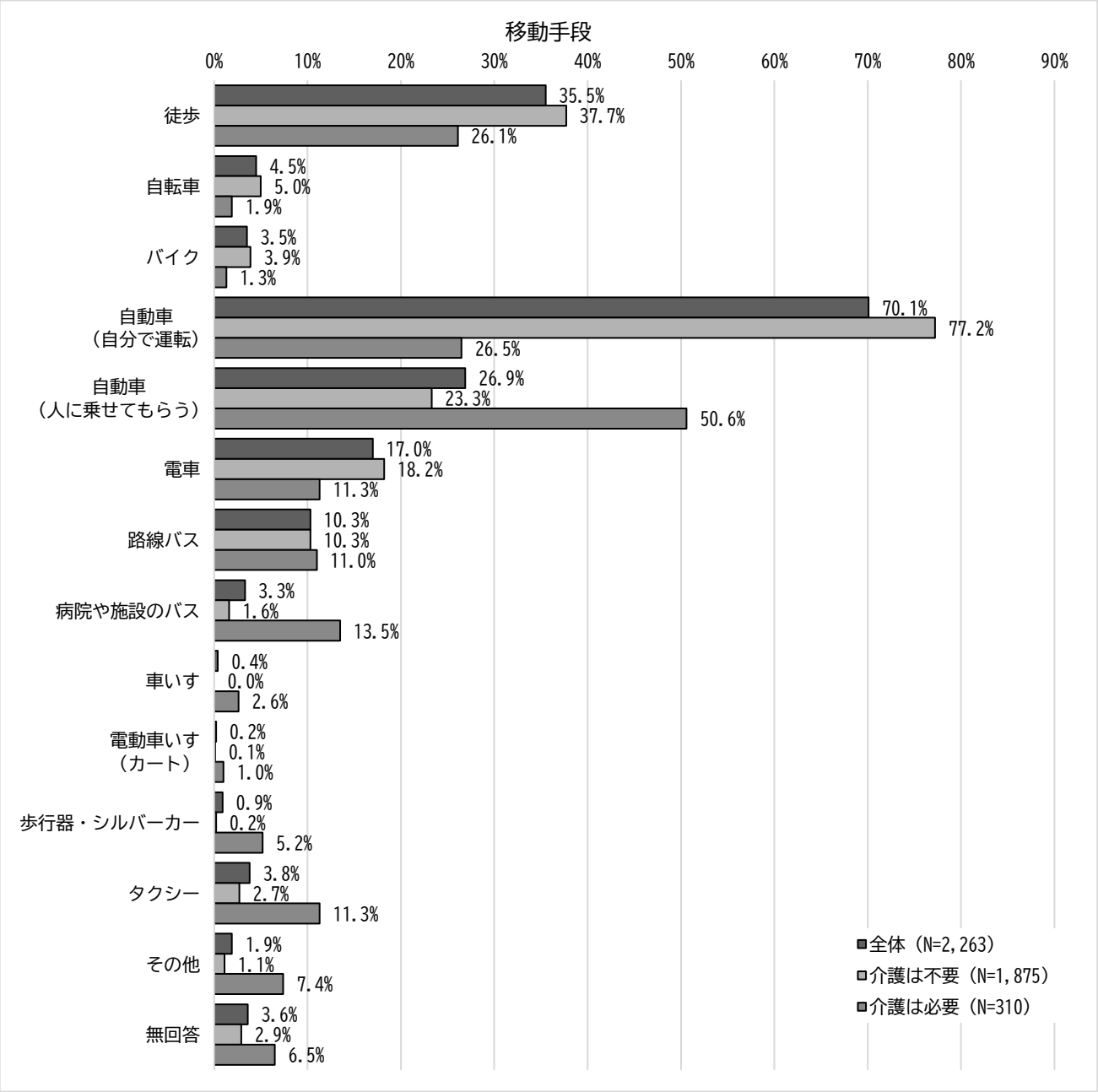


- 外出を控える理由は、全体では「足腰などの痛み」が50.7%でもっとも多く、次いで「交通手段がない」が28.6%、「トイレの心配」が18.1%となっています。
- ひとり暮らしは「足腰などの痛み」が46.7%でもっとも多く、次いで「交通手段がない」が35.5%、「トイレの心配」が20.6%、ひとり暮らし以外は「足腰などの痛み」が50.7%でもっとも多く、次いで「交通手段がない」が26.8%、「トイレの心配」が17.6%となっています。
- 「介護は不要」は「足腰などの痛み」が38.6%でもっとも多く、次いで「交通手段がない」が22.4%、「経済的に出られない」が17.8%、「外での楽しみがない」が17.0%、「介護は必要」は「足腰などの痛み」が64.9%でもっとも多く、次いで「交通手段がない」が 39.9%、「トイレの心配」が25.0%、「病気」が16.0%となっています。



④ 外出する際の移動手段

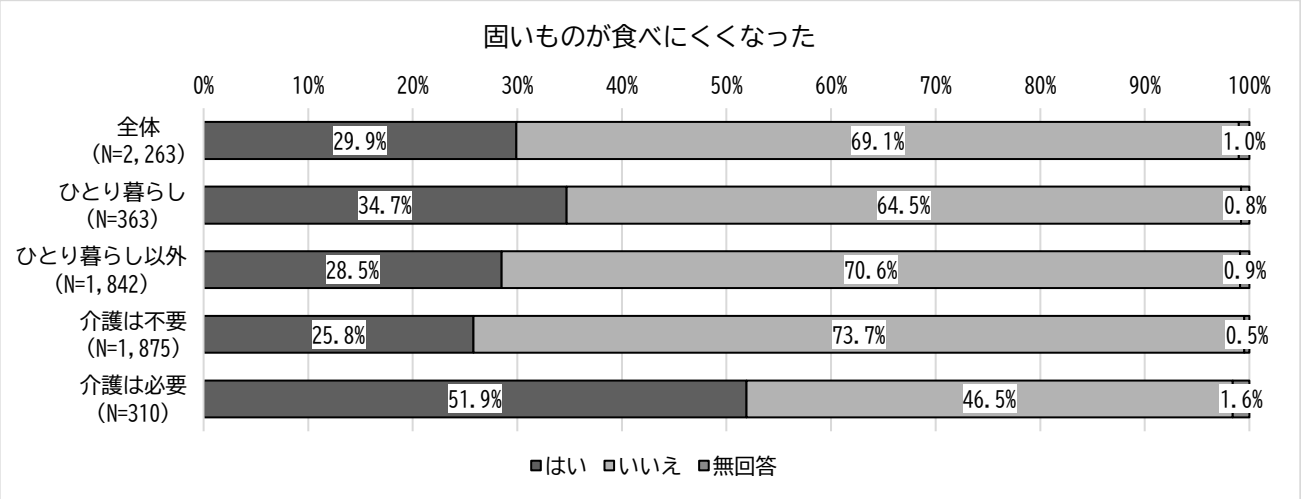
- 介護は不要な高齢者は「自動車（自分で運転）」が77.2%となっていますが、介護が必要な高齢者は「自動車（人に乗せてもらう）」が50.6%と、半数を占めるようになります。

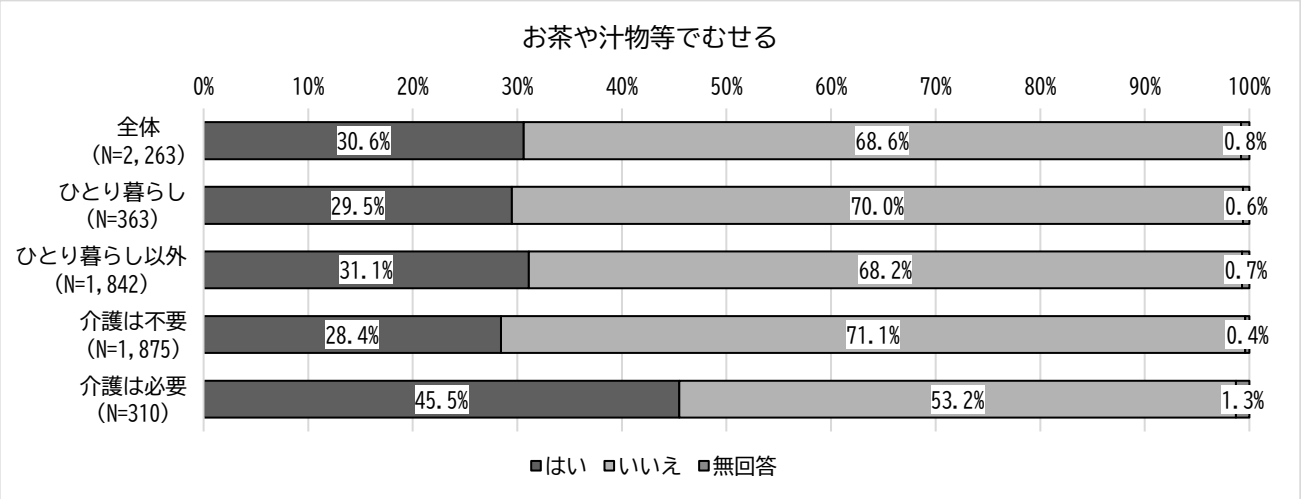


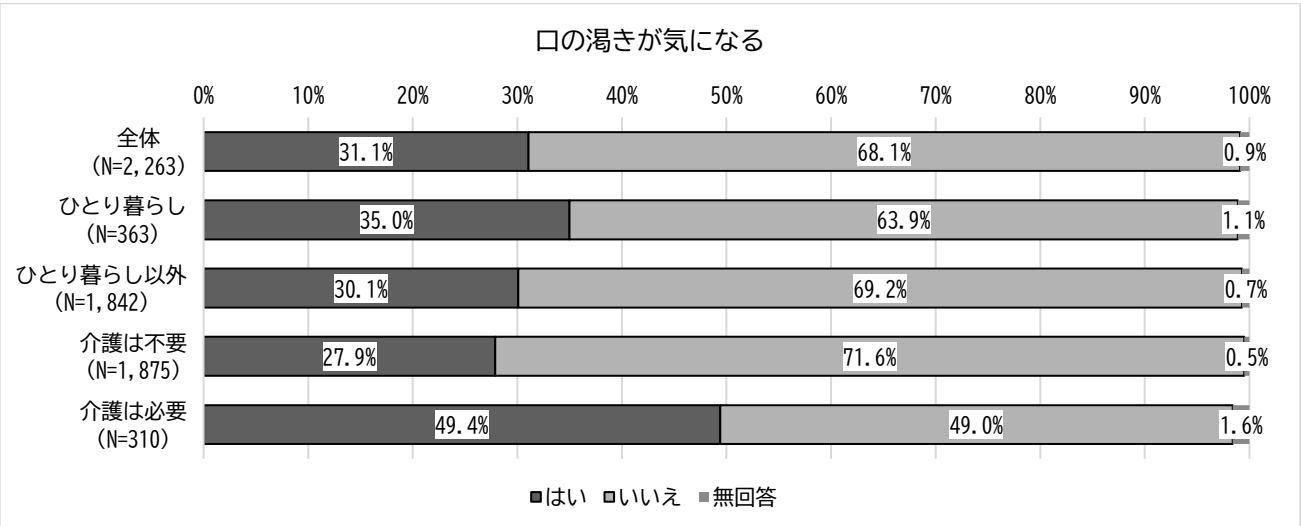
問3 食べることについて

① 口腔機能

- 全体の約3割が「固いものが食べにくい（29.9%）」「むせる（30.6%）」「口の渇きが気になる（31.1%）」と回答しており、口腔機能の低下を感じています。
- 特に「ひとり暮らし」や「介護は必要」な層では口腔機能の低下が見られます。

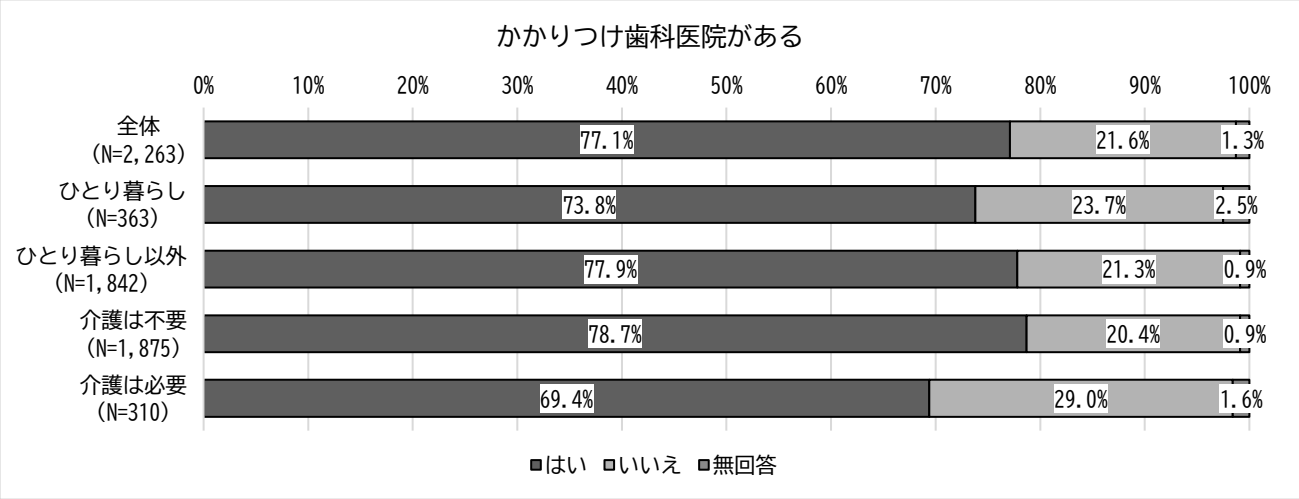


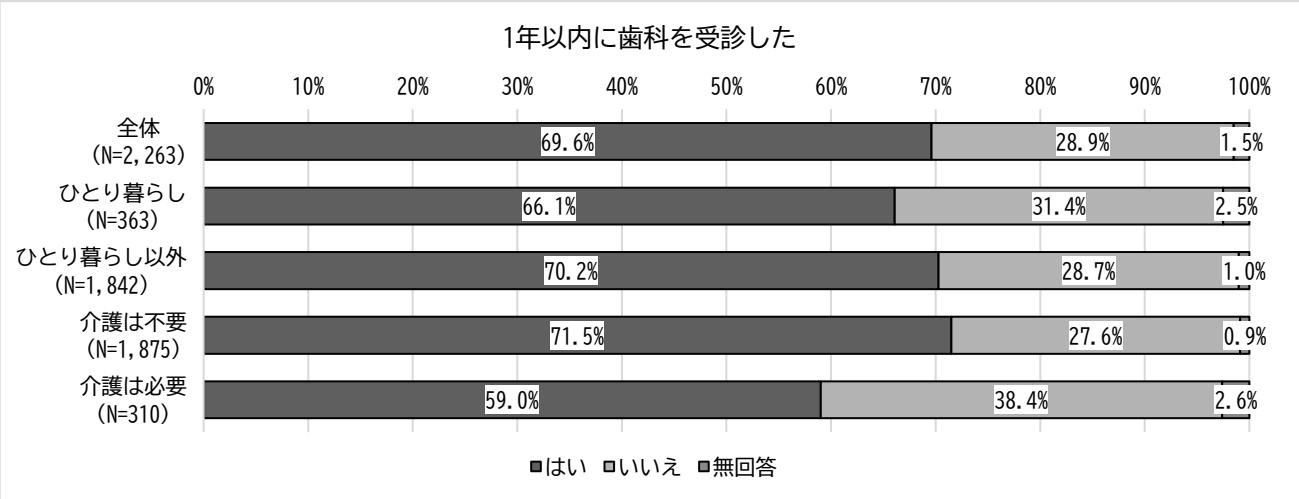


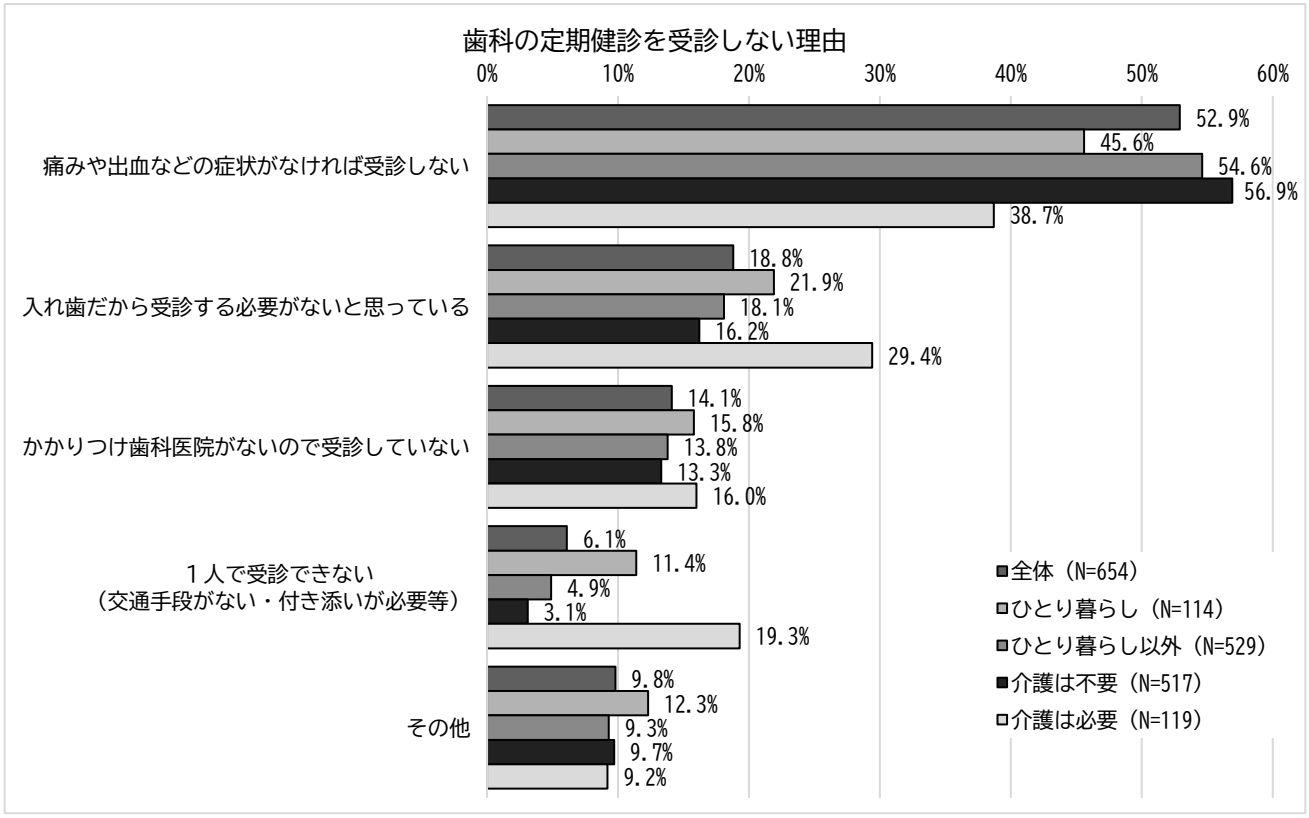


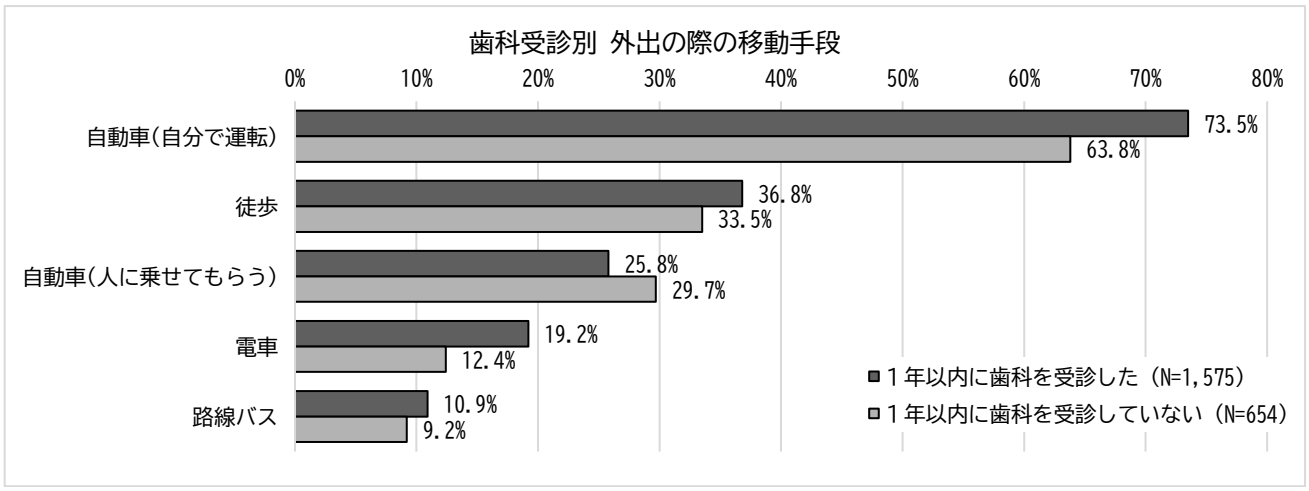
② 歯科受診について

- 「かかりつけ歯科医院がある（77.1%）」「1年以内に受診した（69.6%）」と全体の受診水準は比較的高いものの、ひとり暮らしや要介護層では割合が低くなっています。
- 定期検診を受診しない理由として、要介護層では「1人で受診できない（交通手段がない・付き添いが必要等）」が19.3%（介護不要層は3.1%）に上り、ひとり暮らしにおいても11.4%と高くなっています。
- 外出の際の移動手段は1年以内に受診した高齢者は受診していない高齢者に比べ、「自動車（自分で運転）」や「徒歩」「電車」が多くなっています。



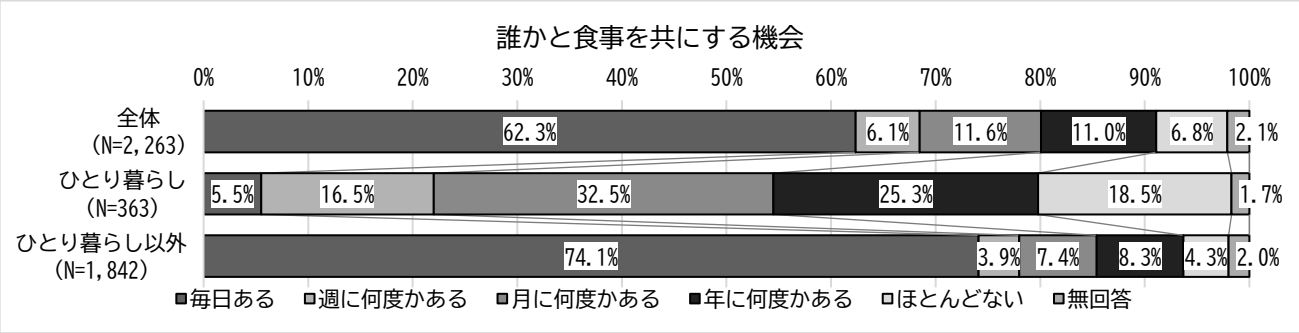


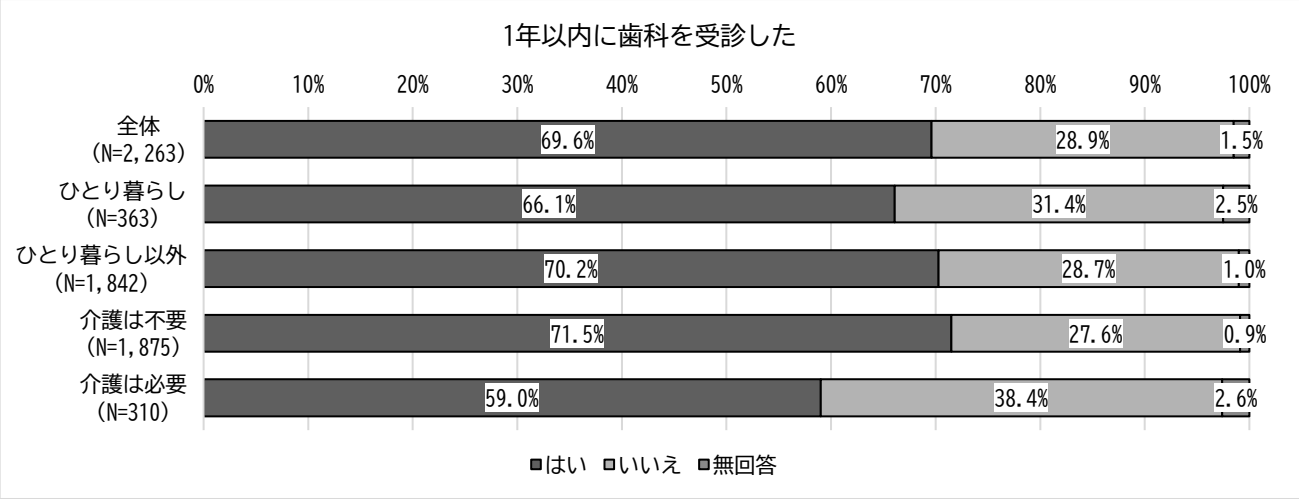

歯科の定期健診を受診しない理由
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
痛みや出血などの症状がなければ受診しない
52.9%
45.6%
54.6%
56.9%
38.7%
入れ歯だから受診する必要がないと思っている
18.8%
21.9%
18.1%
16.2%
29.4%
かかりつけ歯科医院がないので受診していない
14.1%
15.8%
13.8%
13.3%
16.0%
１人で受診できない
（交通手段がない・付き添いが必要等）
6.1%
11.4%
4.9%
3.1%
19.3%
その他
9.8%
12.3%
9.3%
9.7%
9.2%
全体（N=654）
ひとり暮らし（N=114）
ひとり暮らし以外（N=529）
介護は不要（N=517）
介護は必要（N=119）

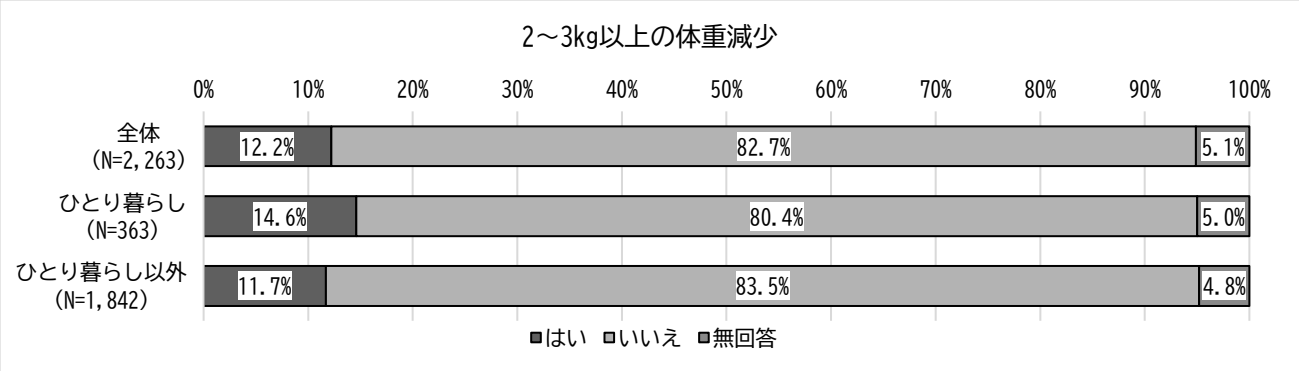

歯科受診別 外出の際の移動手段
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
自動車(自分で運転)
73.5%
63.8%
徒歩
36.8%
33.5%
自動車(人に乗せてもらう)
25.8%
29.7%
電車
19.2%
12.4%
路線バス
10.9%
9.2%
１年以内に歯科を受診した（N=1,575）
１年以内に歯科を受診していない（N=654）

③「孤食」と体重減少について

- 誰かと食事を共にする機会について、ひとり暮らし以外では「毎日ある」が74.1%ですが、ひとり暮らしではわずか5.5%にとどまり、「ほとんどない」が18.5%にのぼるなど、「孤食」の実態が目立っています。
- ひとり暮らしはBMIの「低体重（9.4%）」や、過去半年間の「2～3kg 以上の体重減少（14.6%）」の割合がひとり暮らし以外よりも多くなっており、孤食の実態が栄養状態に悪影響を及ぼしている可能性があります。



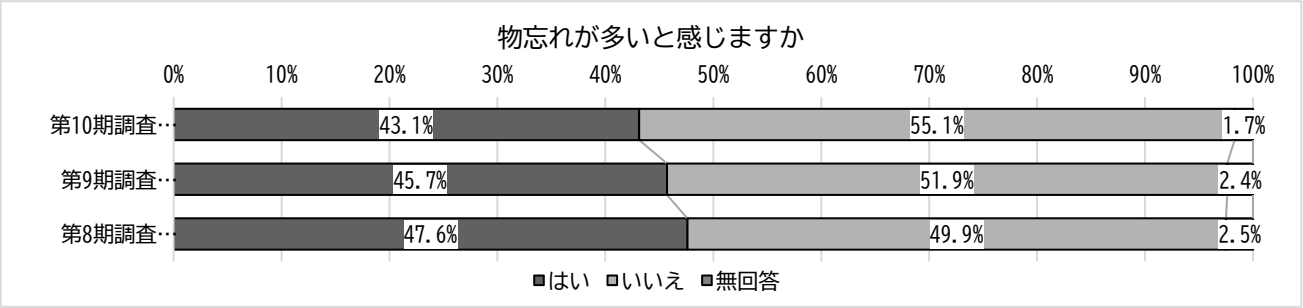




問4 毎日の生活について

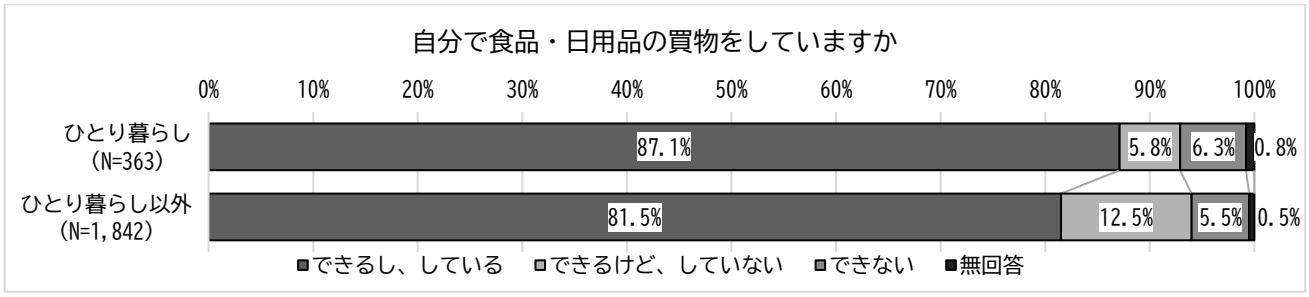
① 物忘れについて

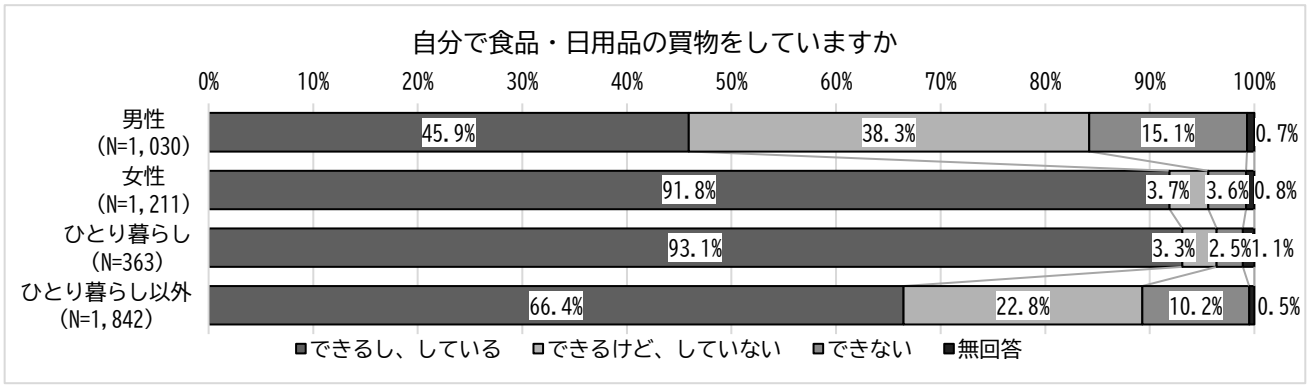
- 「物忘れが多いと感じる」高齢者は全体で43.1%に上っていますが、第8期調査の47.6%から4.5ポイント減少しています。

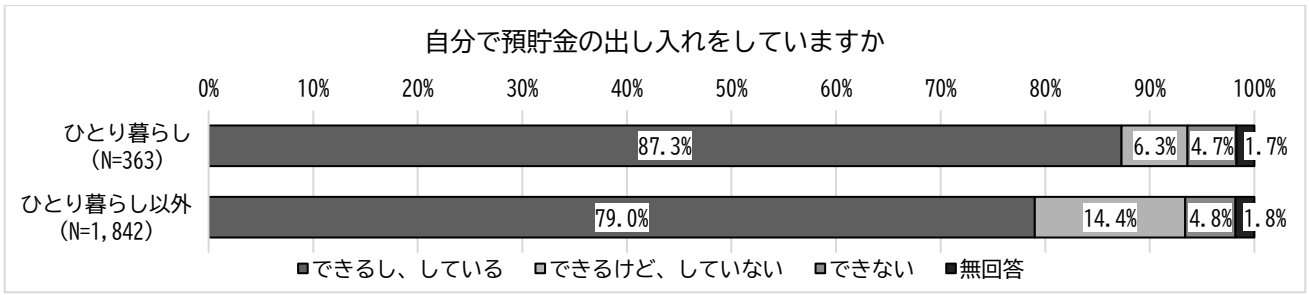


② 家族構成、性別とIADL(生活機能)

- 買い物や食事の用意、金銭管理といったIADLについて、「ひとり暮らし」の高齢者は同居家族がいる層よりも高い自立度を示しています。
- 一方で、家庭内の生活遂行能力には大きな男女差があり、「自分で食事の用意をしている」割合は女性(91.8%)に対し男性(45.9%)と半分にとどまっています。

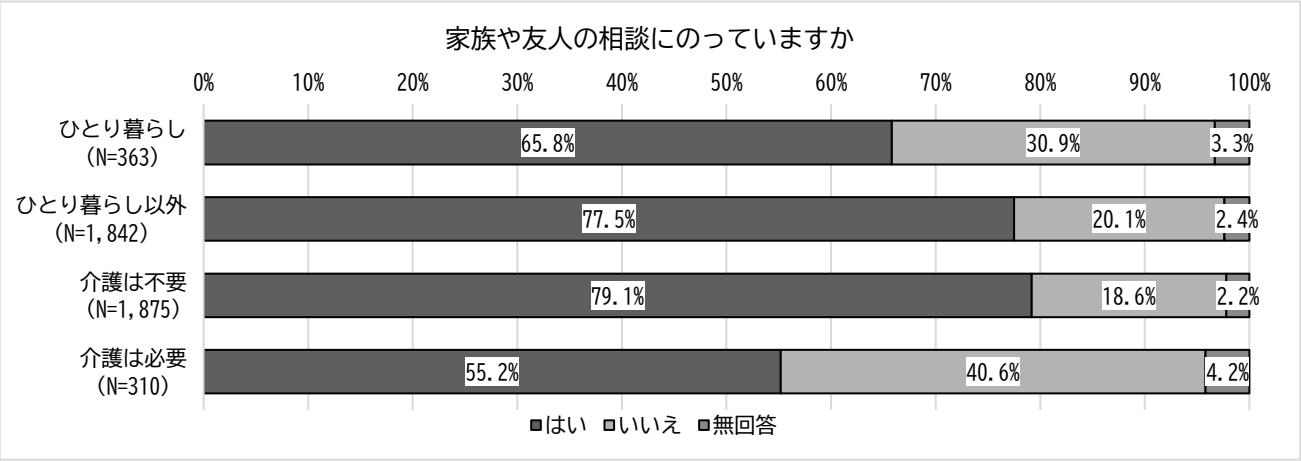


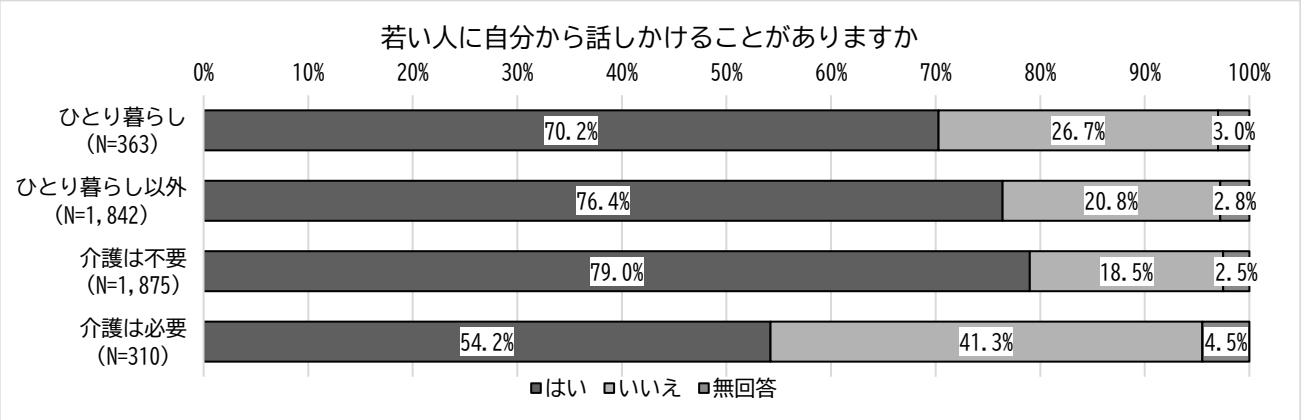


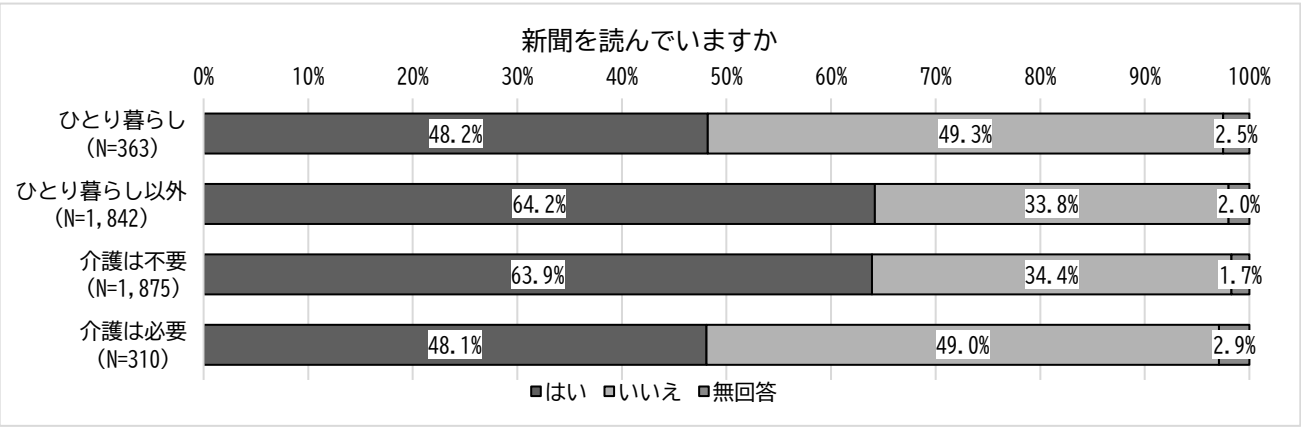


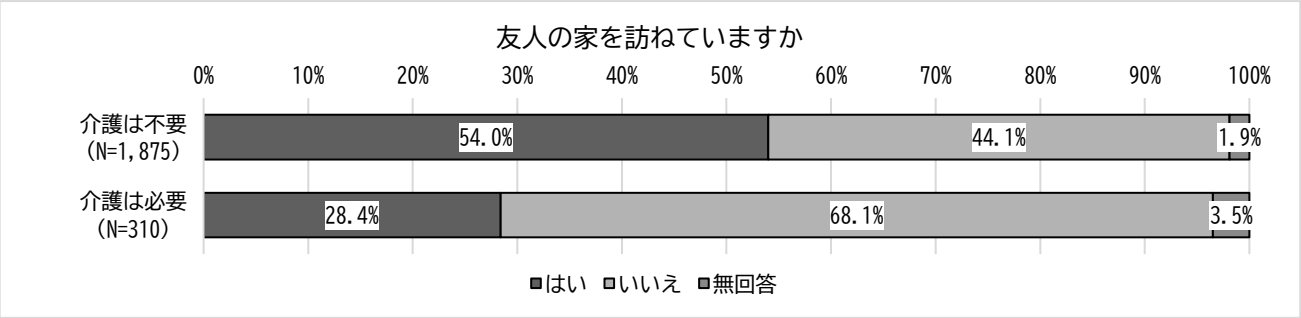
③ つながりと趣味、生きがい

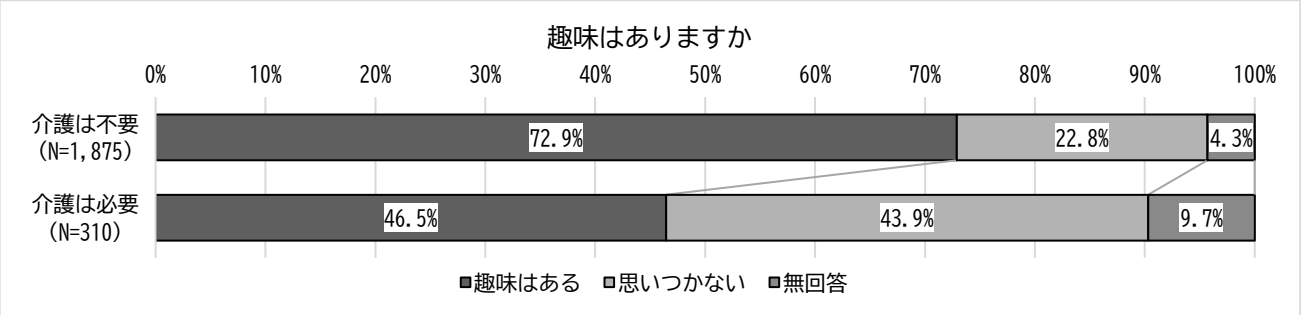
- ひとり暮らしの高齢者は、相談にのる、若い人に話しかける、新聞を読むといった他者や社会とのつながりの割合が少なく、「生きがいがある（53.2%）」と答えた割合も同居家族ありの層（59.7%）を下回っています。
- また、「介護が必要」はと趣味がある（46.5%）」「生きがいがある（44.5%）」、「友人の家を訪ねる（28.4%）」と、「介護が不要」を大きく下回っています。

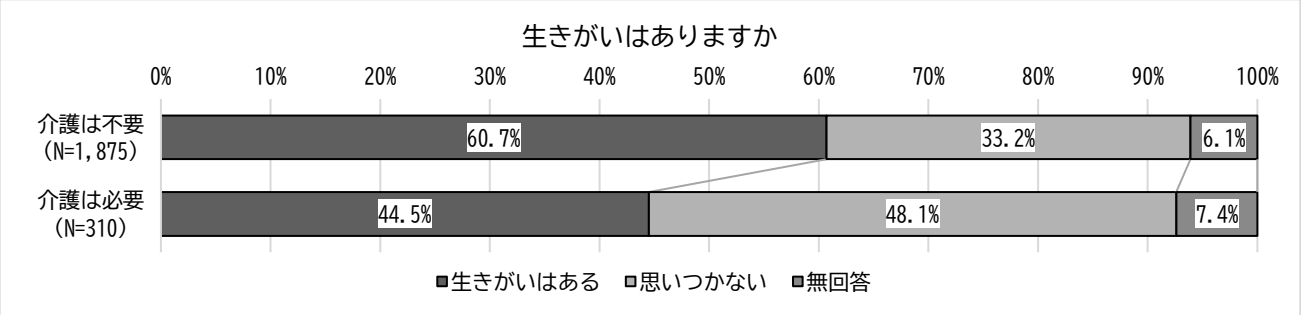







友人の家を訪ねていますか
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
介護は不要
（N=1,875）
介護は必要
（N=310）
54.0%
44.1%
1.9%
28.4%
68.1%
3.5%
はい
いいえ
無回答

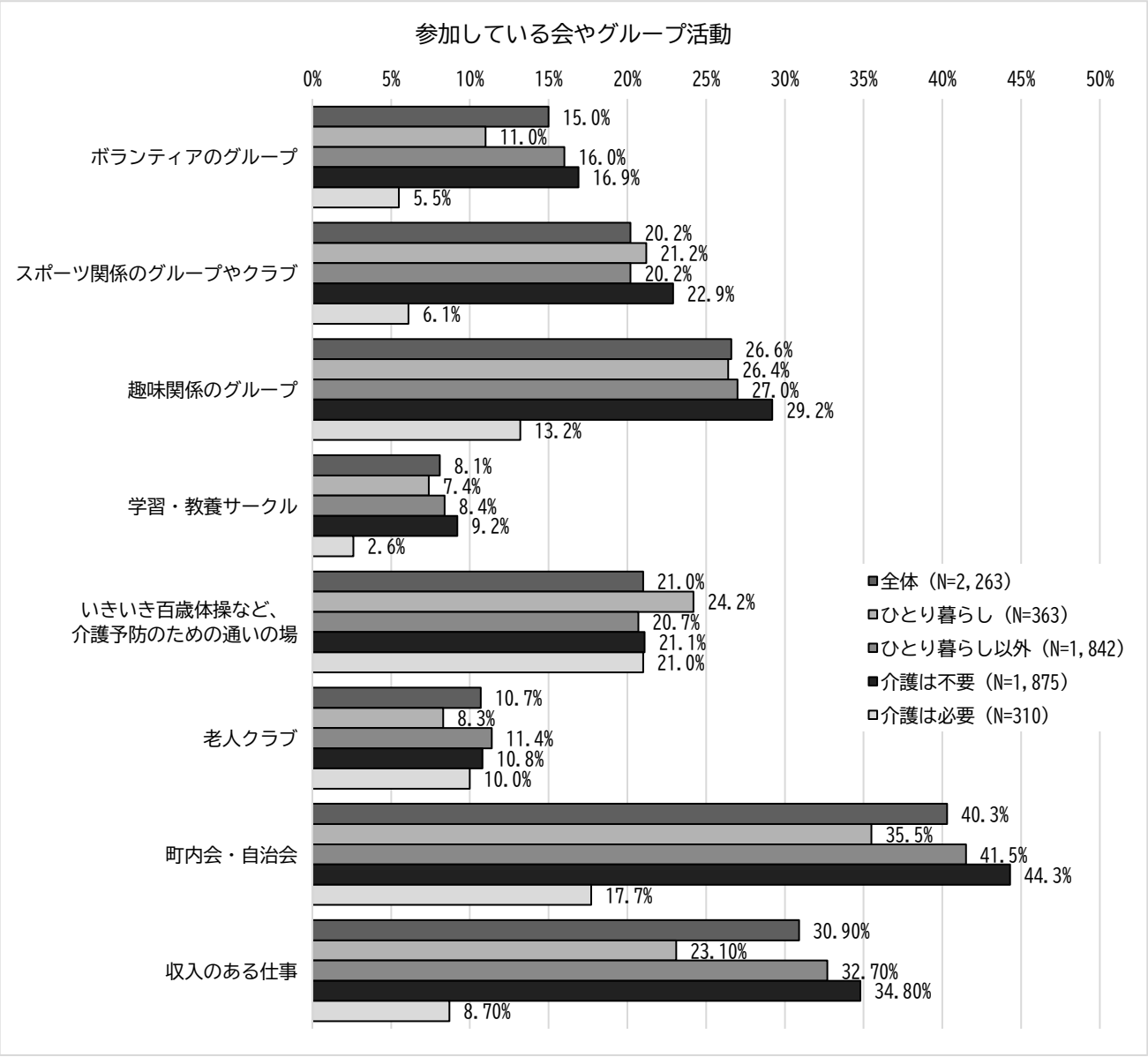

趣味はありますか
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
介護は不要
（N=1,875）
介護は必要
（N=310）
72.9%
22.8%
4.3%
46.5%
43.9%
9.7%
趣味はある
思いつかない
無回答


生きがいはありますか
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
介護は不要
（N=1,875）
介護は必要
（N=310）
60.7%
33.2%
6.1%
44.5%
48.1%
7.4%
生きがいはある
思いつかない
無回答

問5 地域での活動について

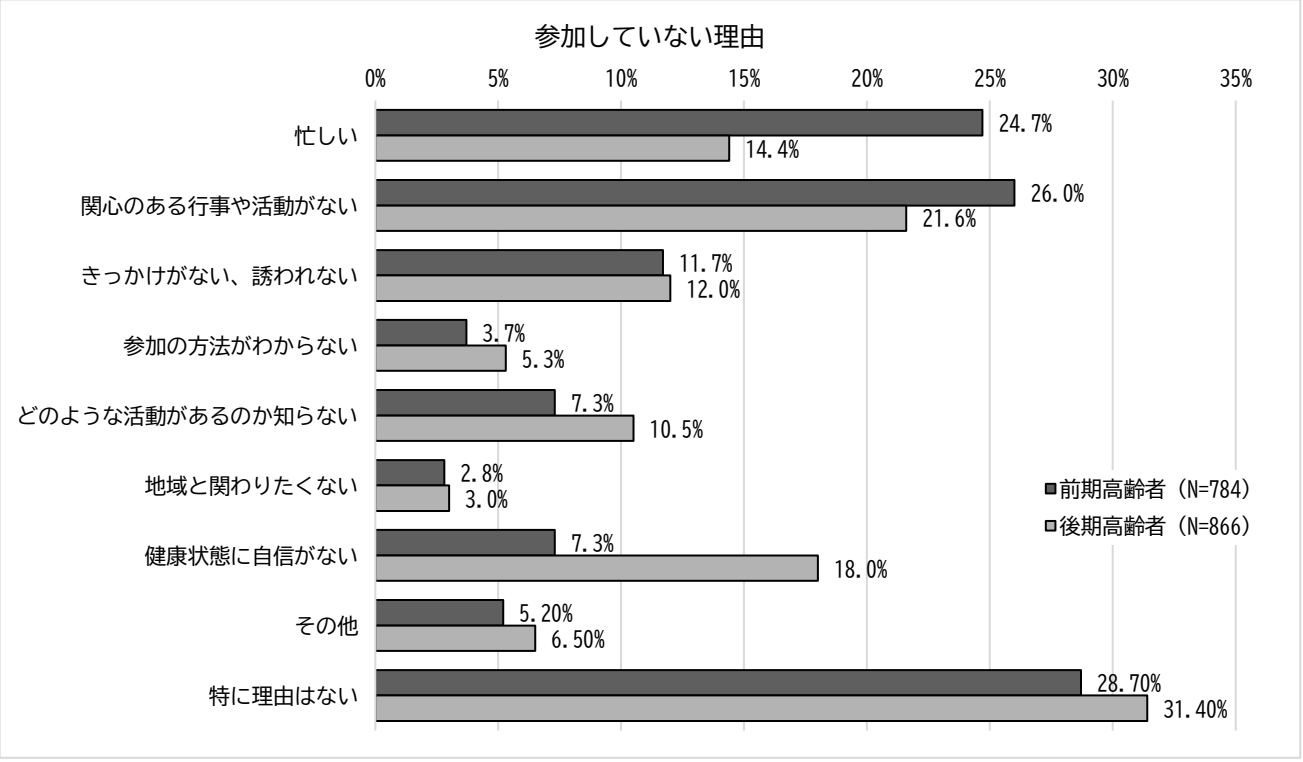
① 参加している会やグループ活動

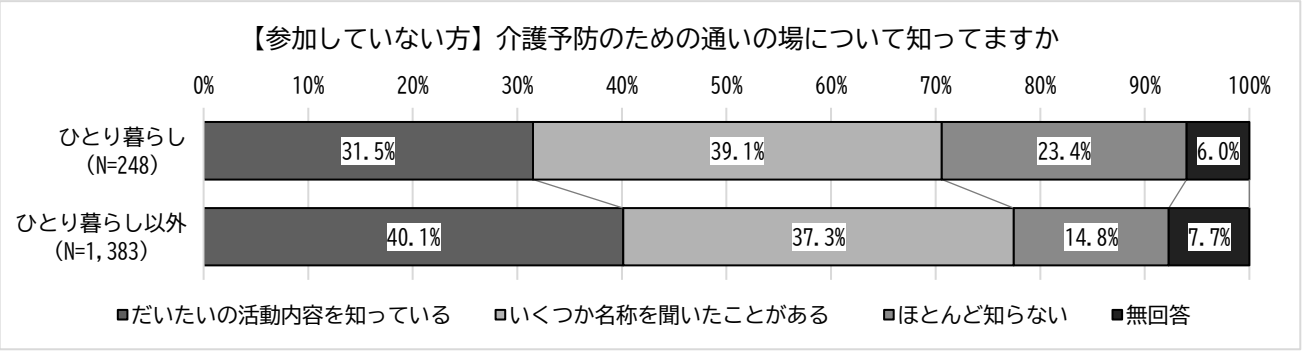
- 現在参加している活動は「町内会・自治会（40.3%）」「収入のある仕事（30.9%）」「趣味関係のグループ（26.6%）」が多く、全体として社会参加は活発です。特に「いきいき百歳体操など」への参加は女性や後期高齢者で高くなっています。
- 「介護が必要」になるとすべてのグループ活動への参加率が減少しています。
- 「ひとり暮らし」の高齢者は町内会や就労など多くの活動において「ひとり暮らし以外」を下回っています。



② 会やグループ活動に参加していない理由

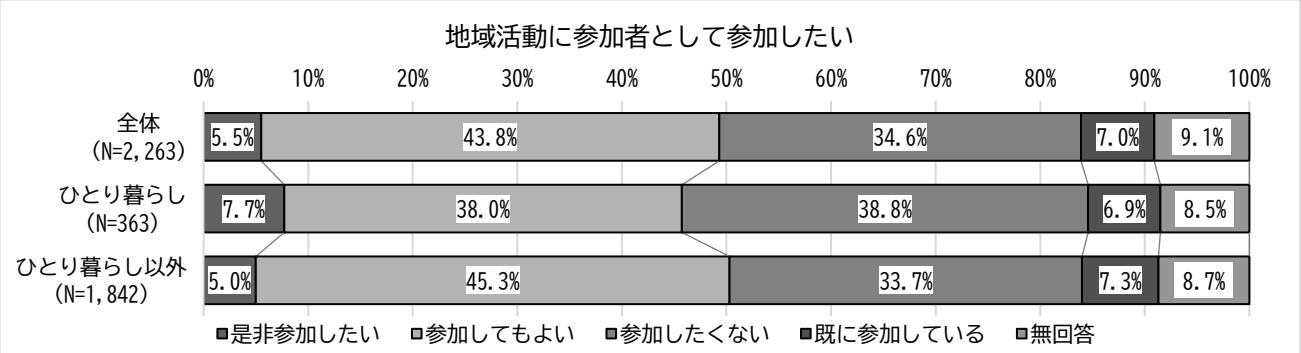
- 活動に参加していない理由として、後期高齢者や要介護層では「健康状態に自信がない」の割合が高くなっています。
- 「ひとり暮らし」は、いきいき百歳体操などの通いの場について「ほとんど知らない」割合が23.4%と高く（ひとり暮らし以外は14.8%）、情報が届きにくい問題があることが推察されます。

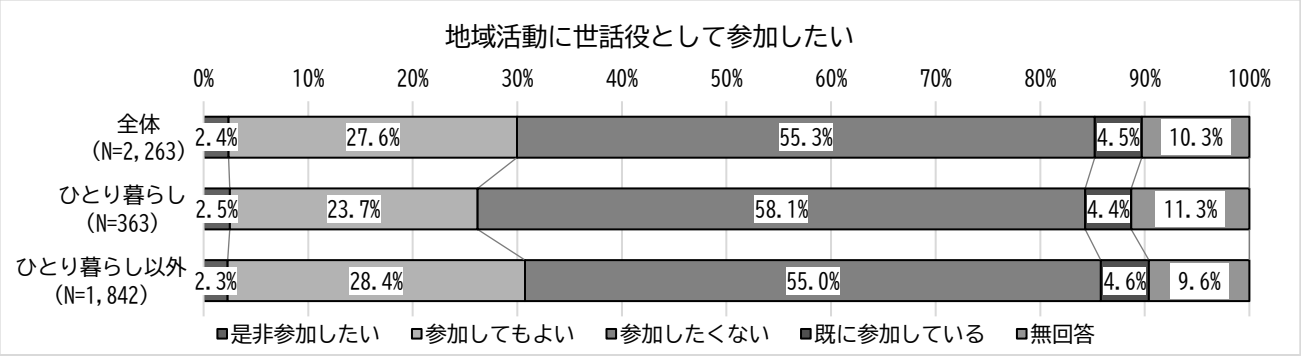




③ 地域活動への参加意欲

- 今後の地域づくり活動への参加意向は、参加者として「参加したい（56.3%）」、世話役として「参加したい（34.5%）」と、意欲は高くなっています。
- 「ひとり暮らし」は全般的な参加意欲は低いものの、実際の活動参加状況を見ると「いきいき百歳体操などの通いの場」への参加は24.2%と、ひとり暮らし以外」の20.7%上回っており、「ひとり暮らし」にとって、身近な「通いの場」が貴重な社会参加の場となっていることがうかがえます。

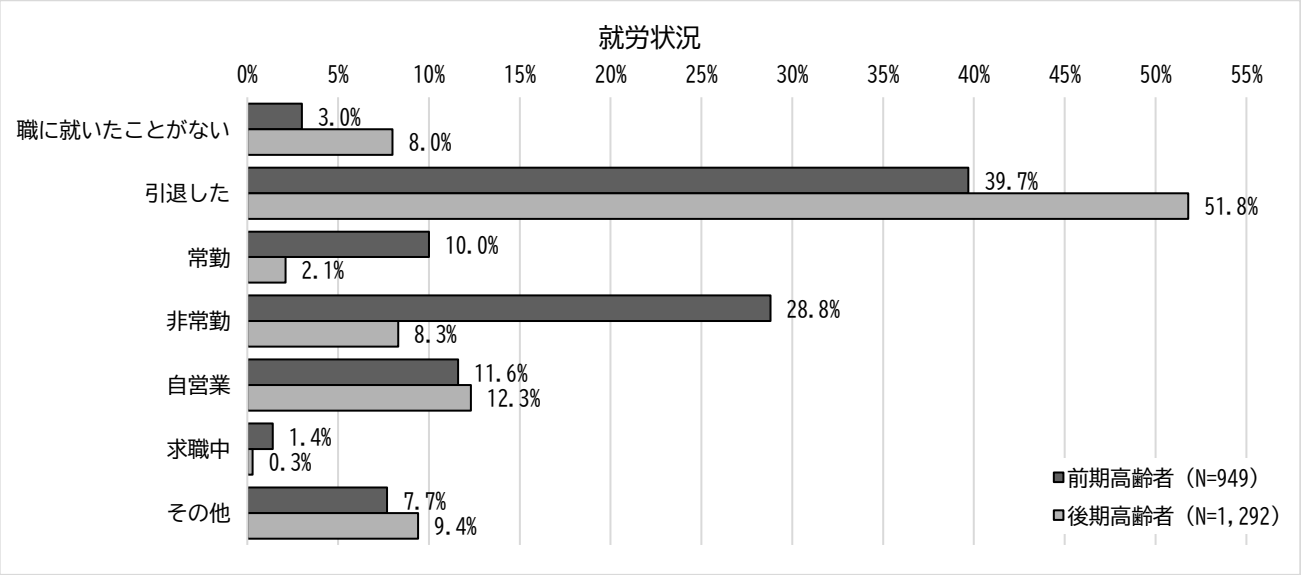




問6 就労について

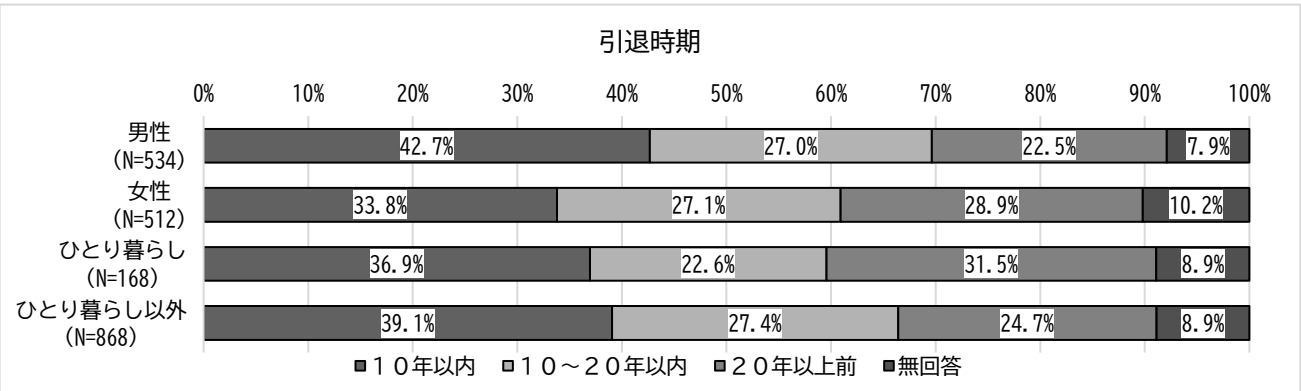
① 前期高齢者の半数が就労を継続し、後期高齢は「自営業」で就労継続

- 前期高齢者において、「常勤（10.0%）」「非常勤（28.8%）」「自営業（11.6%）」を合わせた就労者の割合は50.4%に達し、「引退した（39.7%）」を上回っています。
- 後期高齢者になると「引退した」割合が51.8%と半数を超えますが、依然として22.7%の方が就労を継続しています。
- 特に、後期高齢者の就労形態は「自営業（12.3%）」が最も多くなっています。能勢町の地域特性もあり、農業等を含む自営業が加齢に伴いご自身のペースで働き続けられる重要な受け皿として機能していると推察されます。



② 引退時期

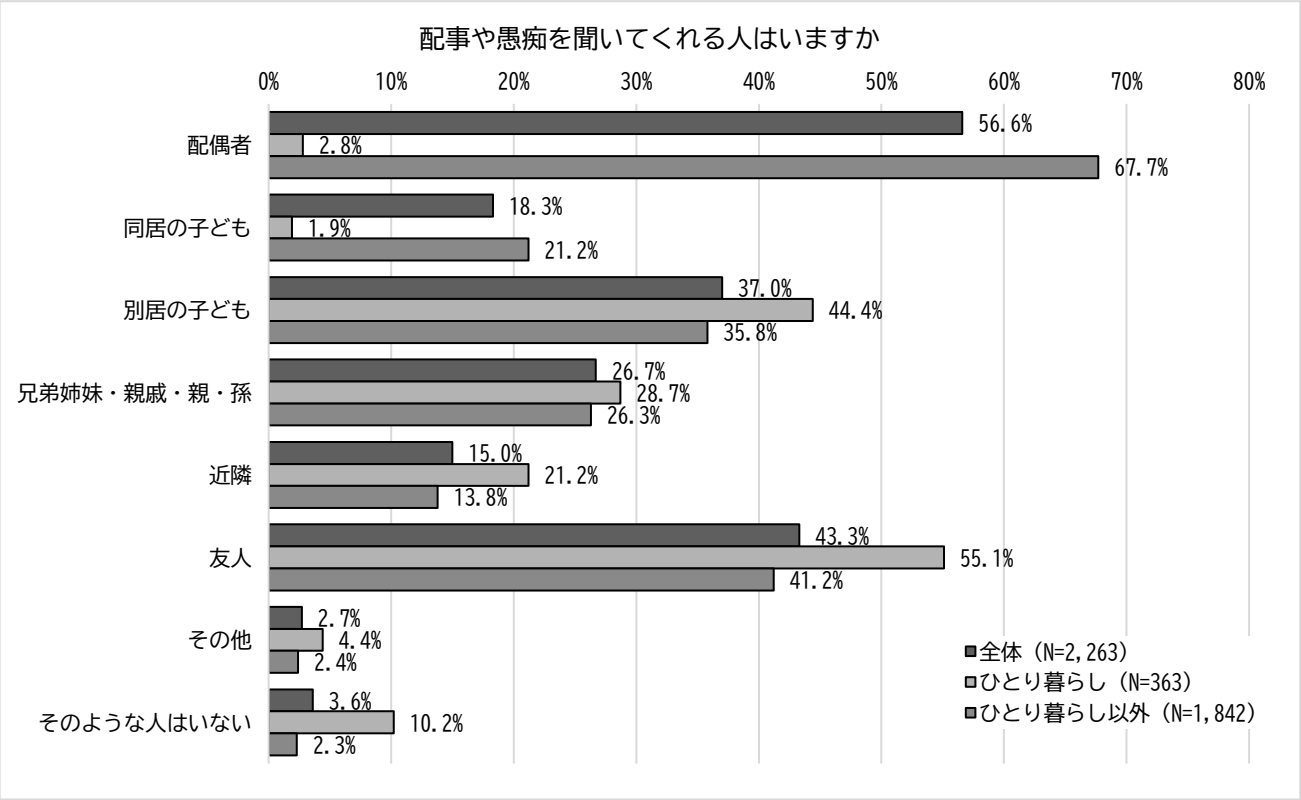
- 引退した時期について、「20年以上前」と回答した割合は女性（28.9%）が男性（22.5%）を上回り、また「職に就いたことがない」女性も8.5%（男性2.8%）存在します。
- 家族構成別に見ても、「20年以上前」に引退した割合は「ひとり暮らし」が31.5%と、「ひとり暮らし以外（24.7%）」を上回っています。

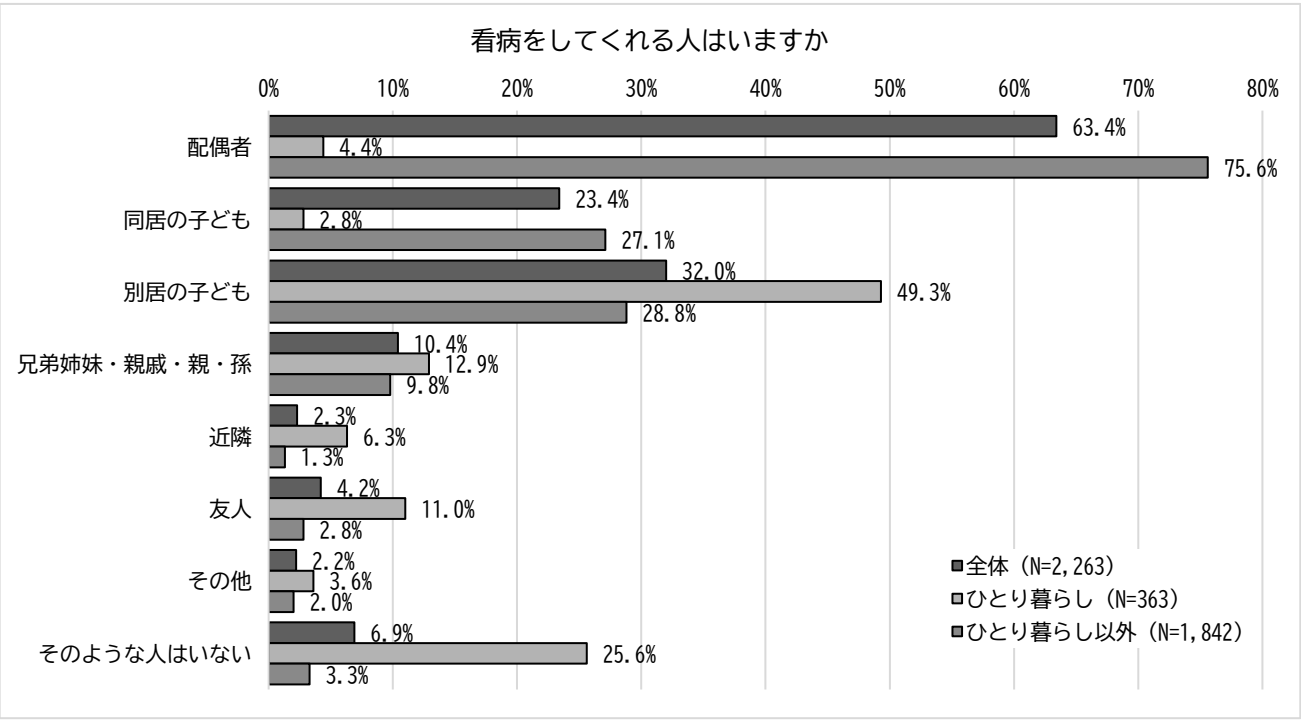


問７ たすけあいについて

① 心配事を聞いてくれたり、看病してくれる人

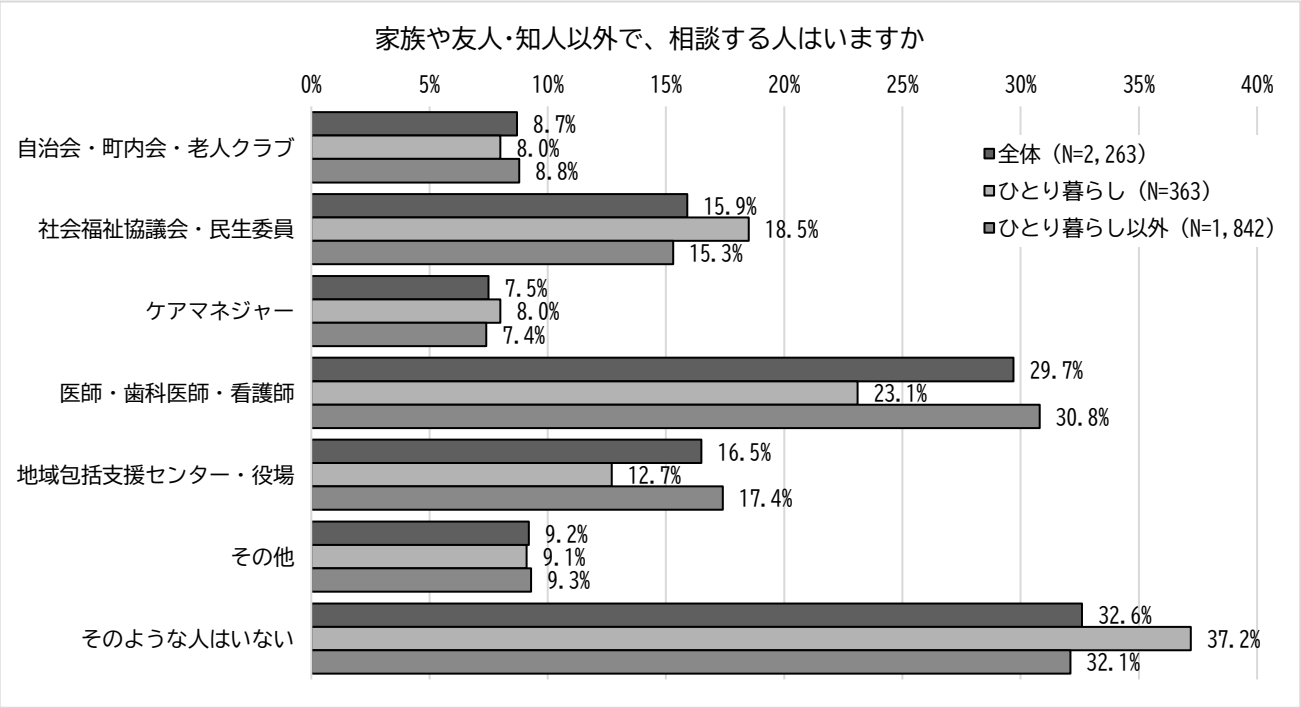
- 心配事や愚痴を聞いてくれる人、病気で寝込んだ際の看病をしてくれる人は、全体としては「配偶者」や「別居の子ども」が上位を占めています。
- 「ひとり暮らし」は「ひとり暮らし」以外と比較してサポートの欠如が顕著であり、特に病気で寝込んだときに看病をしてくれる人が「いない」は25.6%となっています。





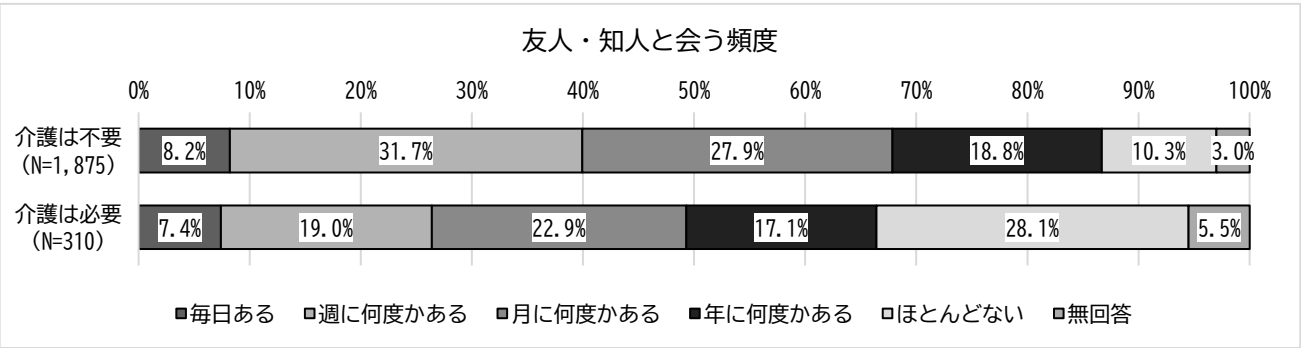
② 相談相手

- 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する人が「いない」と回答した方が全体の32.6%にのぼり、最多となっています。
- 「ひとり暮らし」は「医師・歯科医師・看護師」や「地域包括支援センター・役場」といった公的機関・専門職に相談する割合が少なく、」相談する人が「いない」が多くなっています。



③ 友人・知人と会う頻度

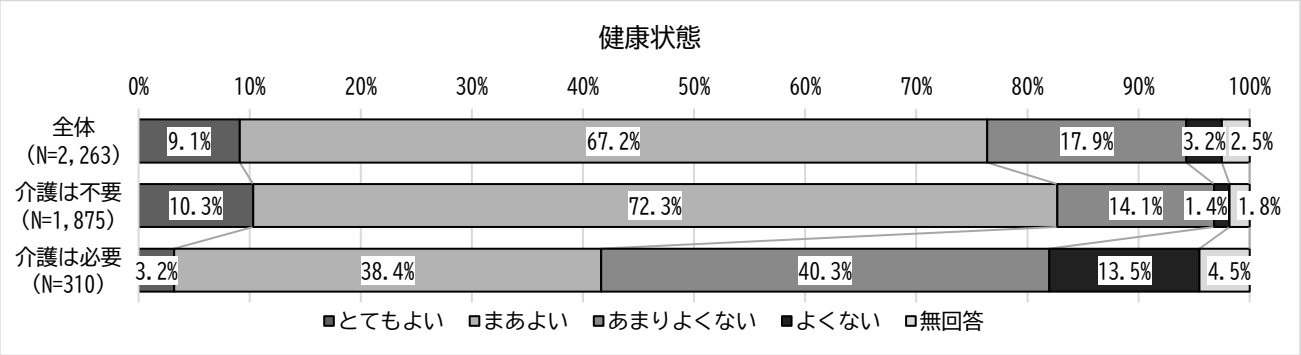
- 「介護が必要」は、友人・知人と会う頻度が「ほとんどない」が28.1%に達し、この1か月間に会った人が「0人（いない）」という方も22.3%にのぼっています。

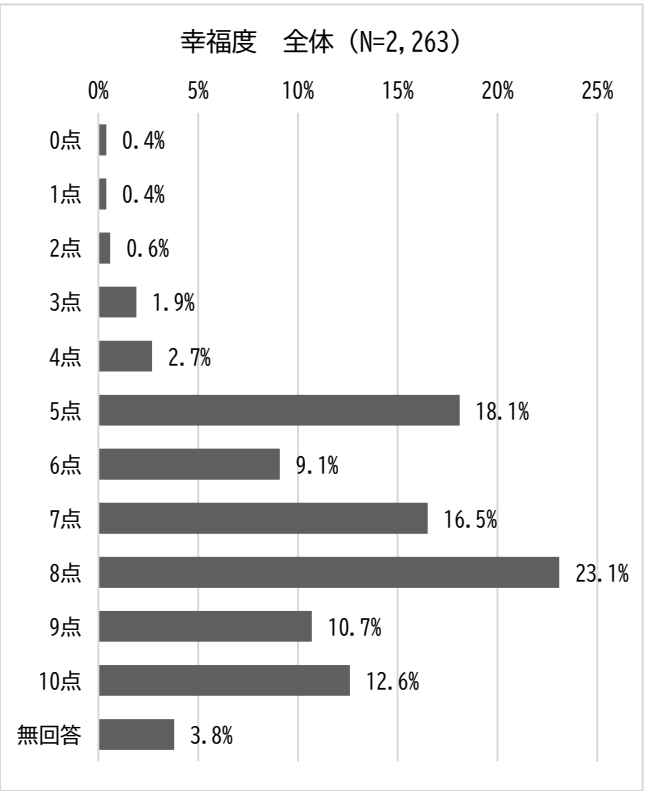


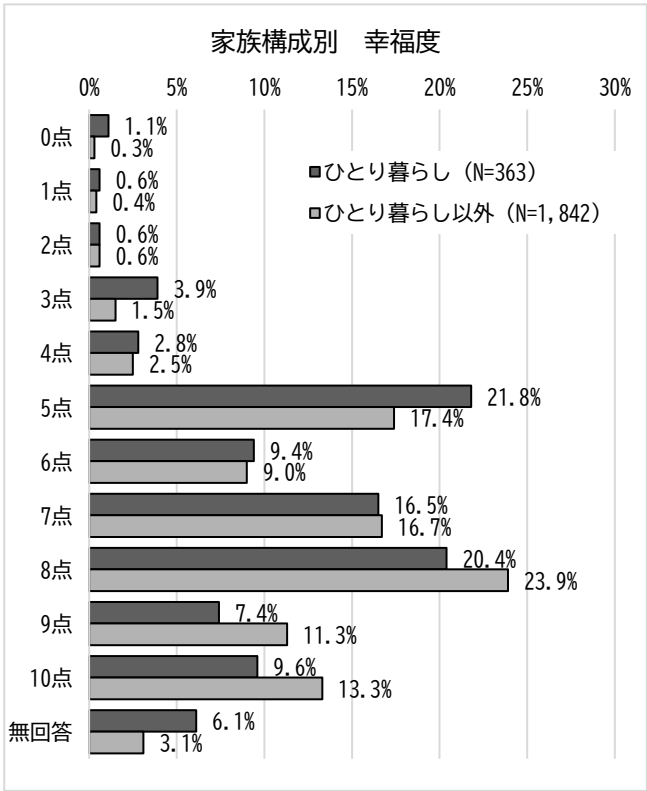
問８ 健康について

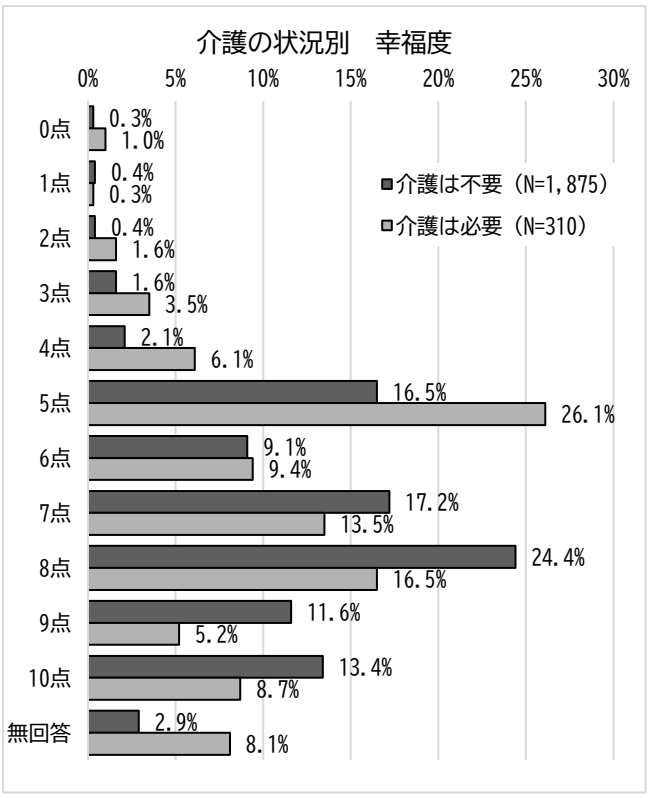
① 健康状態と幸福度

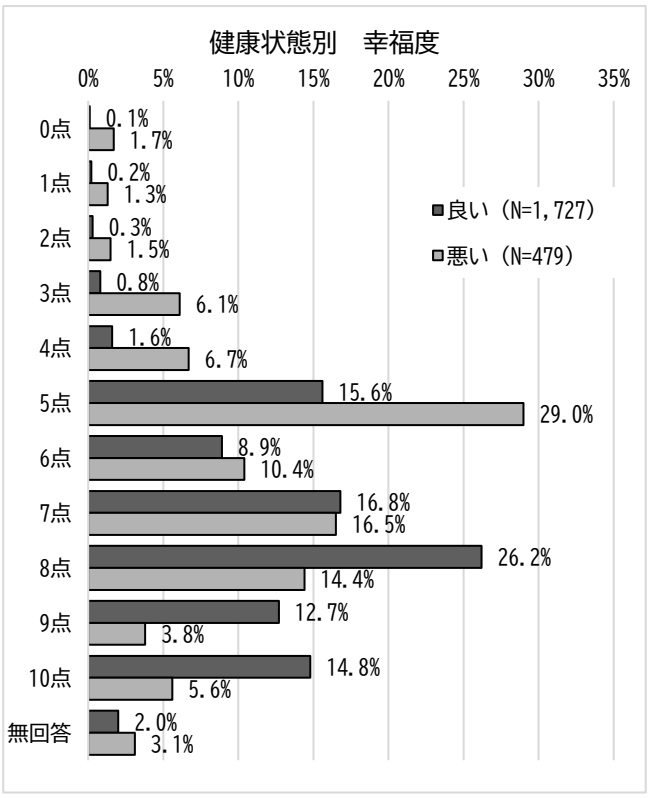
- 全体として健康状態を「よい」と感じている高齢者は76.3%に達しています。幸福度の平均点（10点満点）も7.13と概ね高い傾向にあります。
- 「介護が必要」は健康状態を「よい」とする割合が41.6%にとどまり、幸福度も6.37と低くなっています。
- 健康状態が「良い」、趣味や生きがいが「ある」、地域活動へ世話役として「参加したい」と回答した高齢者は、そうでない高齢者に比べて幸福度が高い傾向が表れています。
- 「ひとり暮らし」の幸福度の平均点は6.72と、「ひとり暮らし以外」の7.22を大きく下回っています。

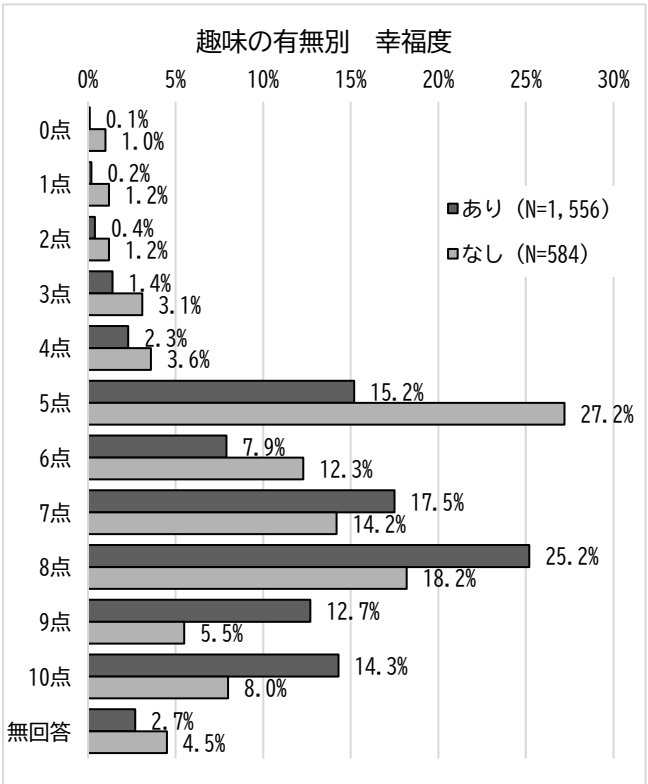


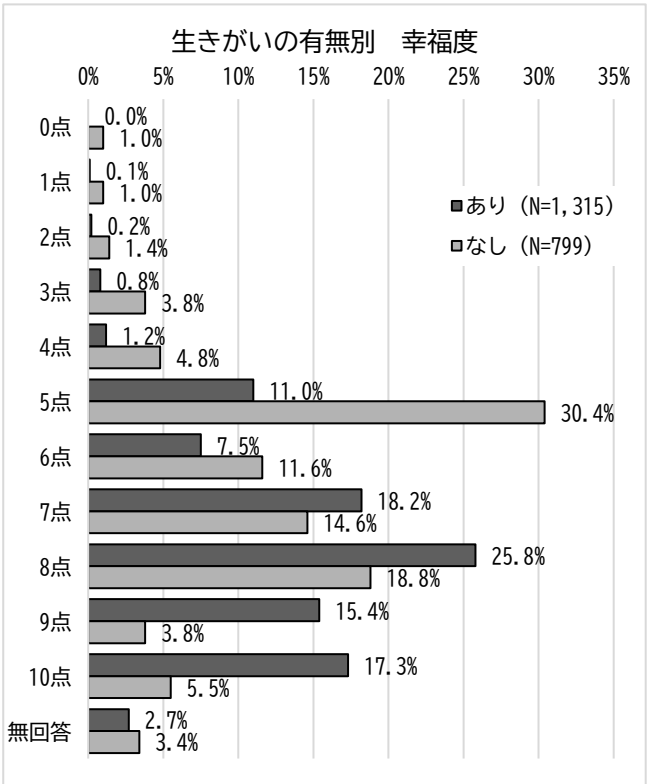


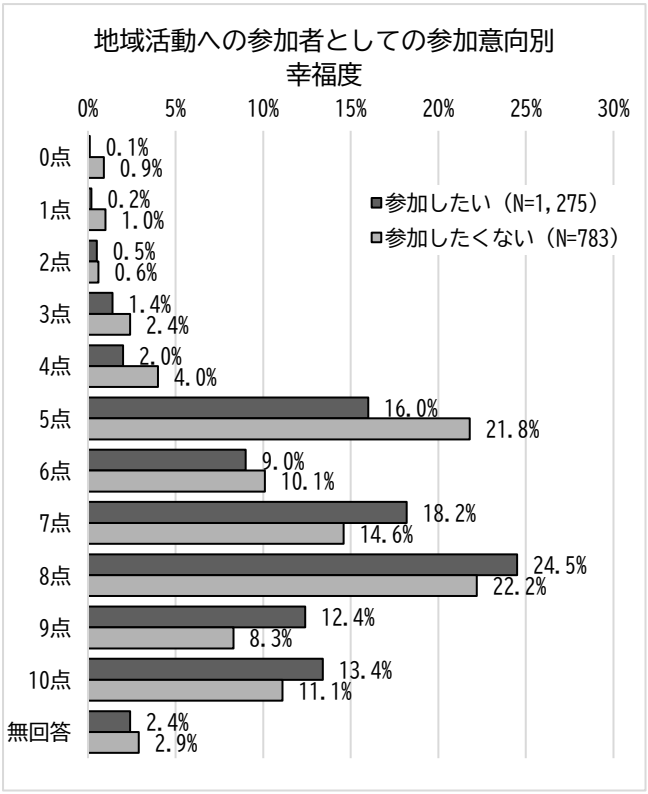


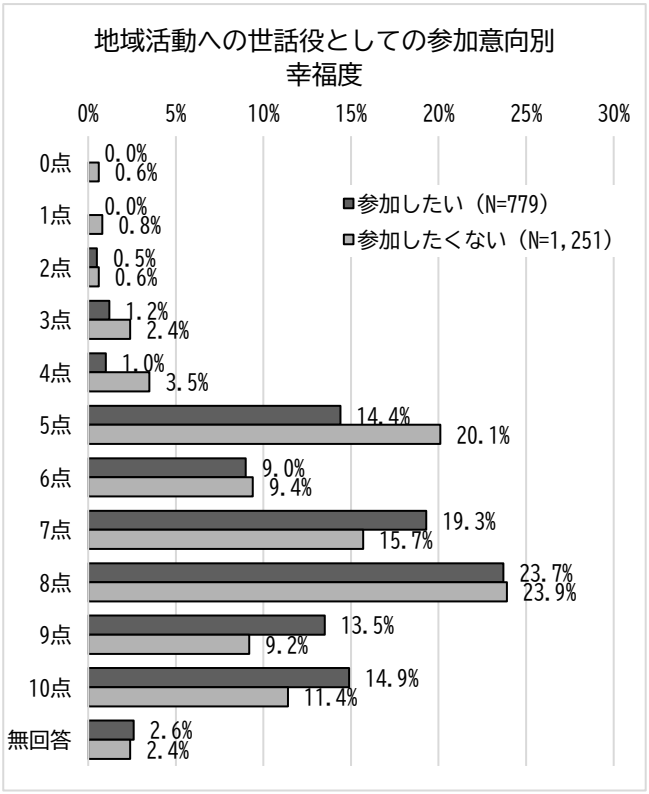

介護の状況別　幸福度
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
0点
1点
2点
3点
4点
5点
6点
7点
8点
9点
10点
無回答
0.3%
1.0%
0.4%
0.3%
0.4%
1.6%
1.6%
3.5%
2.1%
6.1%
16.5%
26.1%
9.1%
9.4%
17.2%
13.5%
24.4%
16.5%
11.6%
5.2%
13.4%
8.7%
2.9%
8.1%
介護は不要（N=1,875）
介護は必要（N=310）

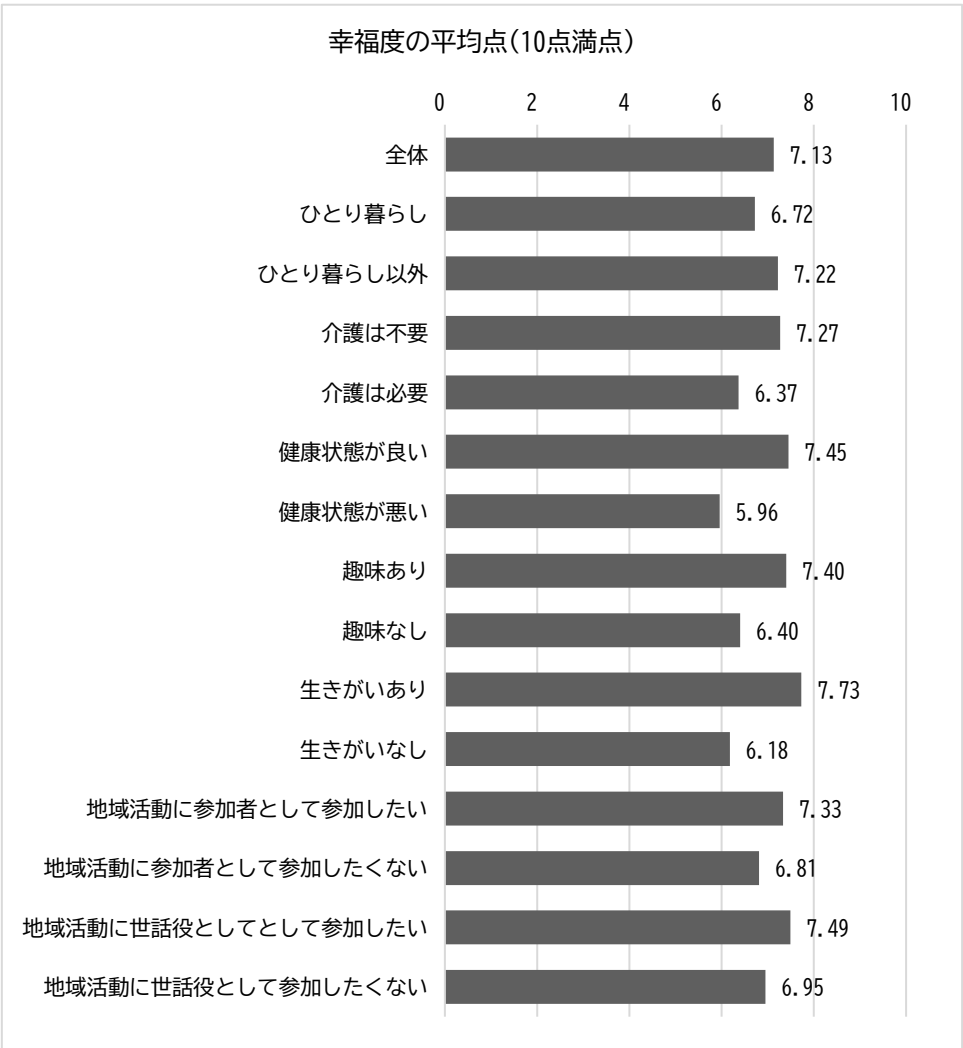

健康状態別　幸福度
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
0点
1点
2点
3点
4点
5点
6点
7点
8点
9点
10点
無回答
0.1%
1.7%
0.2%
1.3%
0.3%
1.5%
0.8%
6.1%
1.6%
6.7%
15.6%
29.0%
8.9%
10.4%
16.8%
16.5%
26.2%
14.4%
12.7%
3.8%
14.8%
5.6%
2.0%
3.1%
良い（N=1,727）
悪い（N=479）


趣味の有無別　幸福度
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
0点
1点
2点
3点
4点
5点
6点
7点
8点
9点
10点
無回答
0.1%
1.0%
0.2%
1.2%
0.4%
1.2%
1.4%
3.1%
2.3%
3.6%
15.2%
27.2%
7.9%
12.3%
17.5%
14.2%
25.2%
18.2%
12.7%
5.5%
14.3%
8.0%
2.7%
4.5%
あり（N=1,556）
なし（N=584）


生きがいの有無別　幸福度
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
0点
1点
2点
3点
4点
5点
6点
7点
8点
9点
10点
無回答
0.0%
1.0%
0.1%
1.0%
0.2%
1.4%
0.8%
3.8%
1.2%
4.8%
11.0%
30.4%
7.5%
11.6%
18.2%
14.6%
25.8%
18.8%
15.4%
3.8%
17.3%
5.5%
2.7%
3.4%
あり（N=1,315）
なし（N=799）

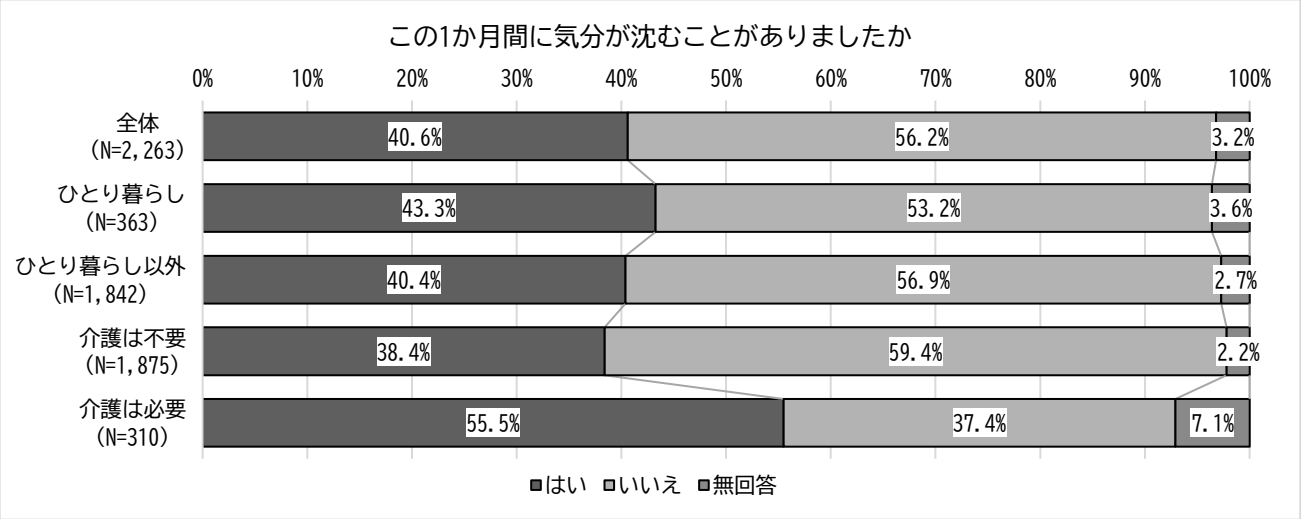

地域活動への参加者としての参加意向別
幸福度
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
0点
1点
2点
3点
4点
5点
6点
7点
8点
9点
10点
無回答
0.1%
0.9%
0.2%
1.0%
0.5%
0.6%
1.4%
2.4%
2.0%
4.0%
16.0%
21.8%
9.0%
10.1%
18.2%
14.6%
24.5%
22.2%
12.4%
8.3%
13.4%
11.1%
2.4%
2.9%
参加したい（N=1,275）
参加したくない（N=783）

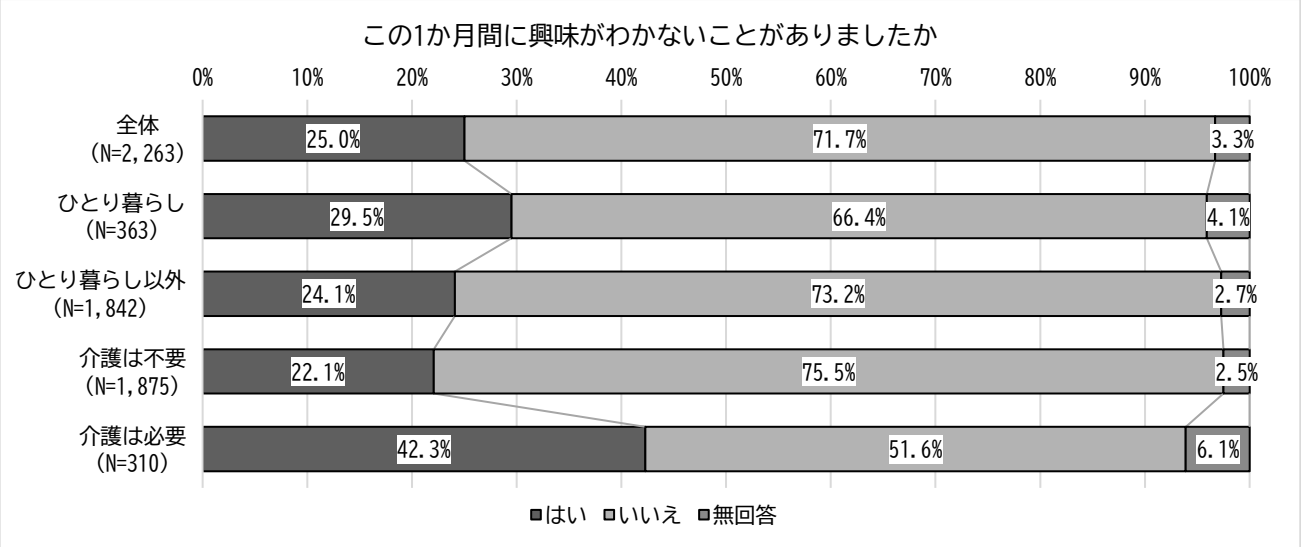

地域活動への世話役としての参加意向別
幸福度
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
0点
1点
2点
3点
4点
5点
6点
7点
8点
9点
10点
無回答
0.0%
0.6%
0.0%
0.8%
0.5%
0.6%
1.2%
2.4%
1.0%
3.5%
14.4%
20.1%
9.0%
9.4%
19.3%
15.7%
23.7%
23.9%
13.5%
9.2%
14.9%
11.4%
2.6%
2.4%
参加したい（N=779）
参加したくない（N=1,251）


幸福度の平均点(10点満点)
0
2
4
6
8
10
全体
ひとり暮らし
ひとり暮らし以外
介護は不要
介護は必要
健康状態が良い
健康状態が悪い
趣味あり
趣味なし
生きがいあり
生きがいなし
地域活動に参加者として参加したい
地域活動に参加者として参加したくない
地域活動に世話役としてとして参加したい
地域活動に世話役として参加したくない
7.13
6.72
7.22
7.27
6.37
7.45
5.96
7.40
6.40
7.73
6.18
7.33
6.81
7.49
6.95

② 精神的な健康状態

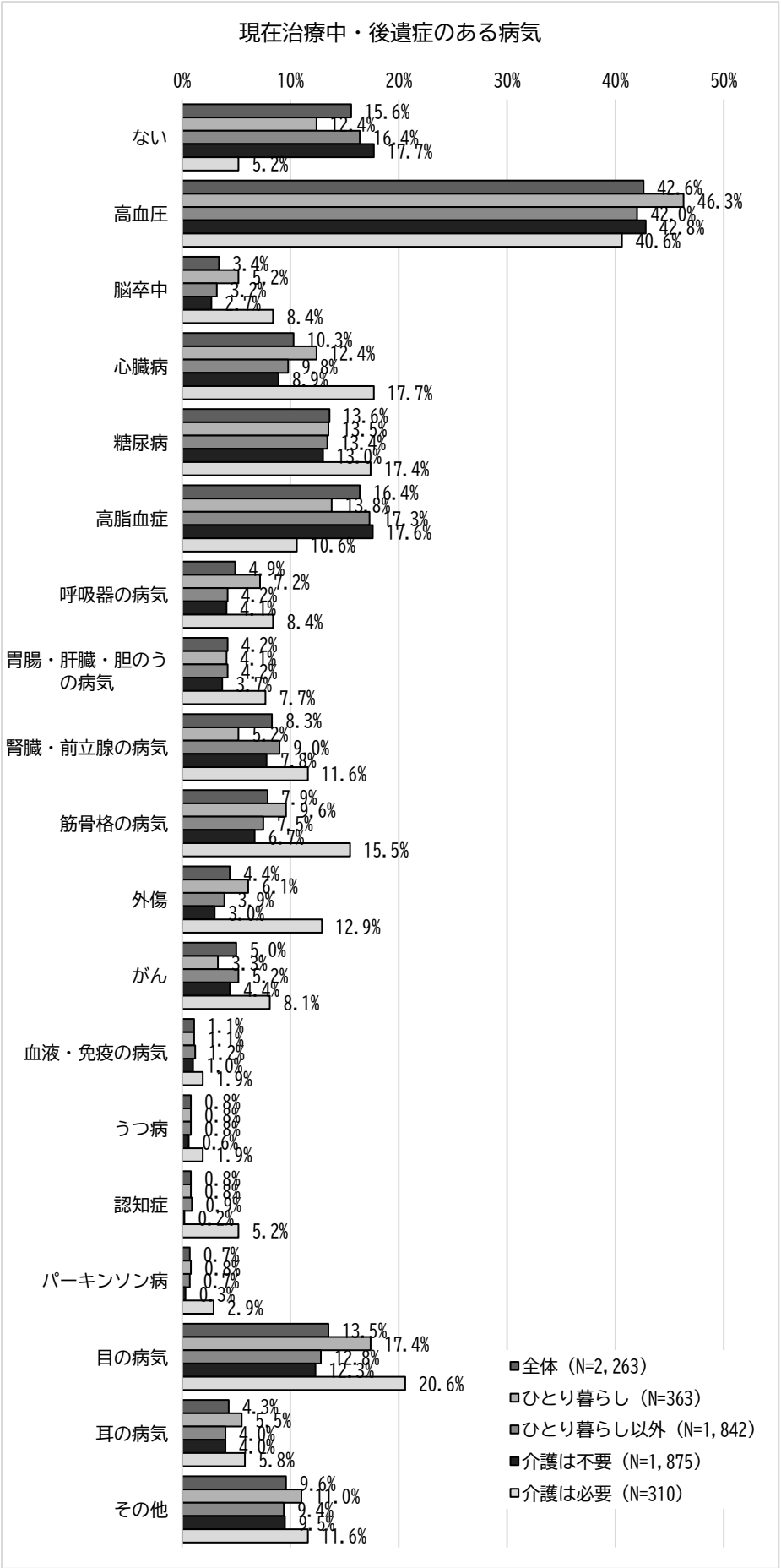
- この1か月間に「気分が沈む」ことがあった高齢者は40.6%、「興味がわかない」と回答した高齢者は25.0%存在します。
- いずれも「ひとり暮らし」が「ひとり暮らし以外」上回っており、「介護が必要」は「気分が沈む（55.5%）」「興味がわかない（42.3%）」と、うつリスクが高くなっています。





③ 後遺症のある病気

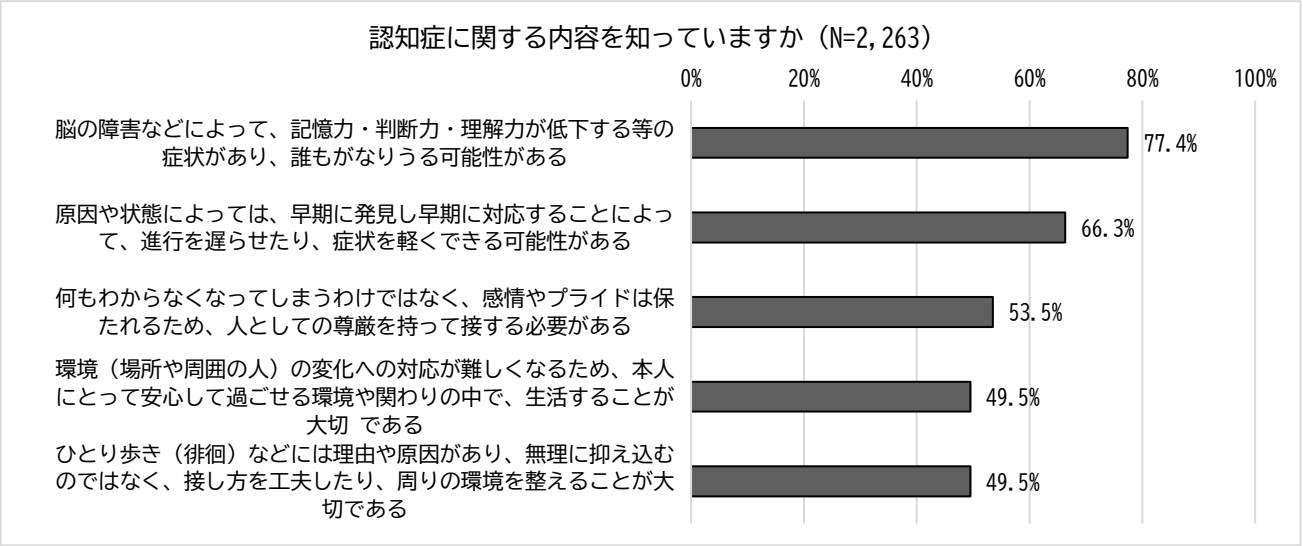
- 現在治療中･後遺症のある病気は「高血圧（42.6%）」「高脂血症（16.4%）」「糖尿病（13.6%）」などの生活習慣病が上位を占めています。
- 「ひとり暮らし」は高血圧や目の病気で「ひとり暮らし以外」を上回り、「介護は必要」は目の病気、心臓病、糖尿病、筋骨格の病気の割合が多くなっています。



問 9 認知症にかかる相談窓口の把握について、および問 10 認知症について

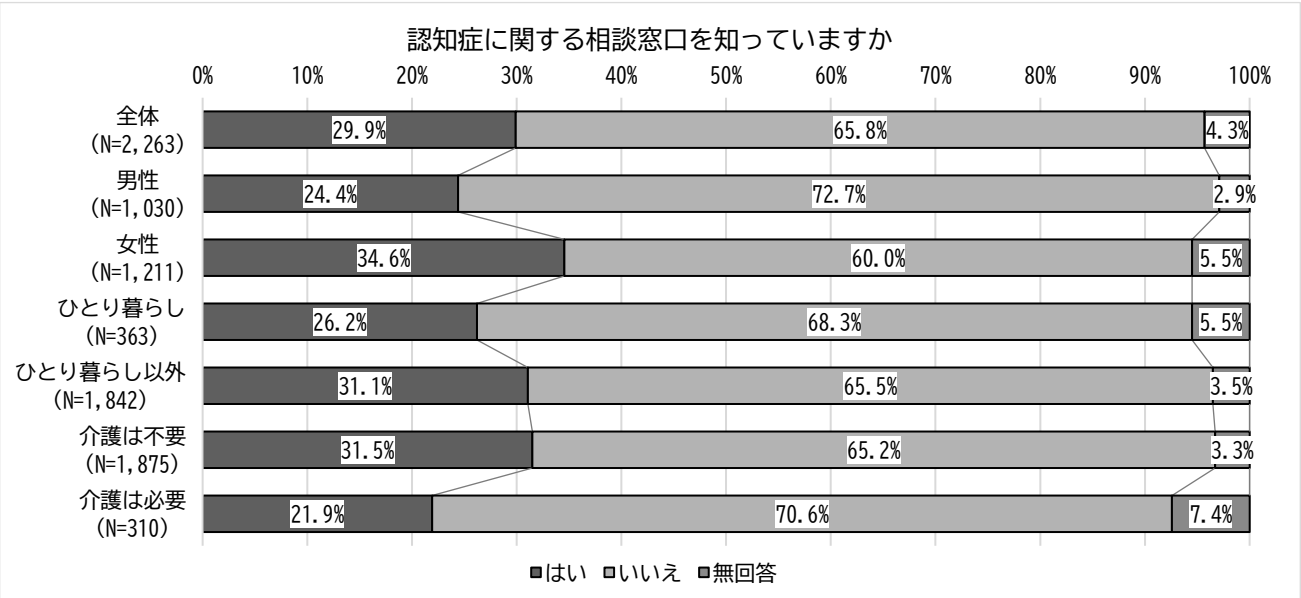
① 認知症に関する知識

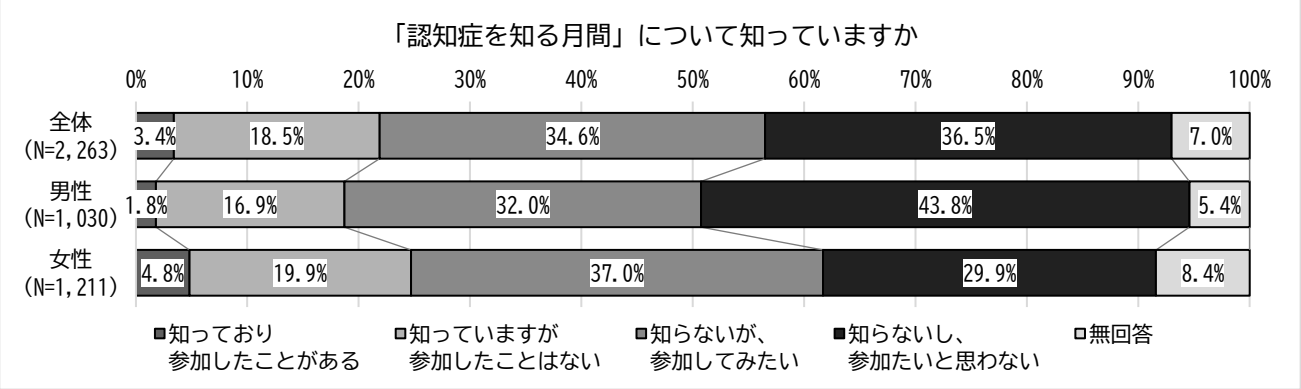
- 認知症が「誰もがなりうる可能性がある」ことについては全体で77.4％が知っており、基本的な理解は浸透しつつあります。

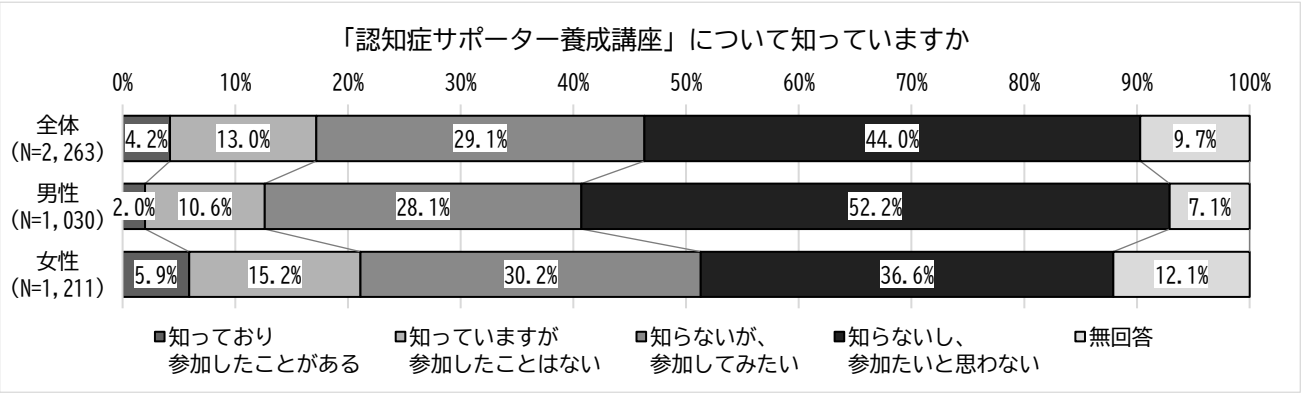


② 認知症に関する相談窓口の認知状況

- 認知症に関する相談窓口を「知っている」割合は29.9％にとどまっています。また、各種知識や相談窓口の認知度は、支援を必要としている「介護は必要」や「ひとり暮らし」において低くなっており、必要な層に情報が届いていないことがうかがえます。
- 相談窓口の認知度は男性（24.4％）が女性（34.6％）を下回っており、「認知症を知る月間」や「サポーター養成講座」に参加したいと思わない割合は男性が多くなっています。
- しかしながら、町が実施する啓発事業について、参加経験はごくわずかであるものの「参加してみたい」という学習意欲を持つ高齢者が34.6％存在しており、これらの層を実際の参加へ結びつけることが重要です。

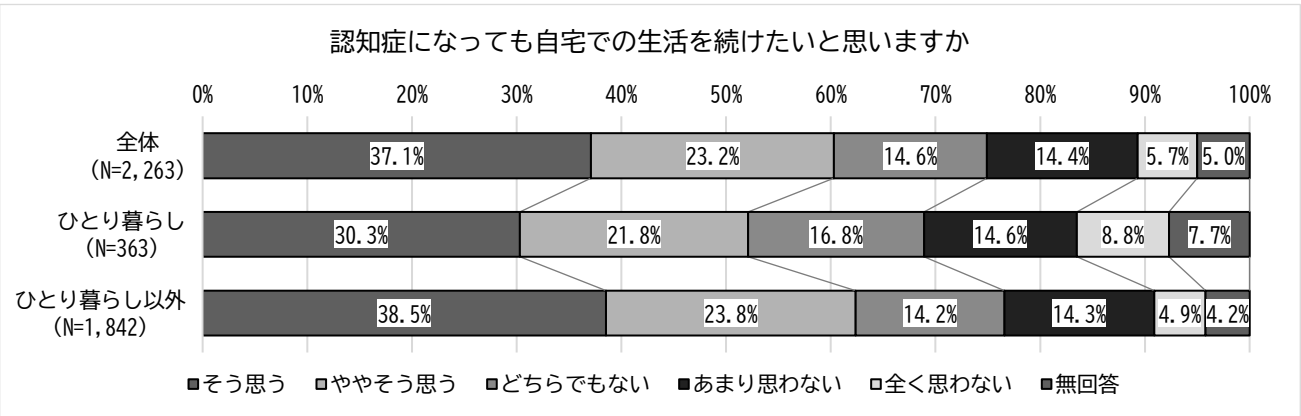






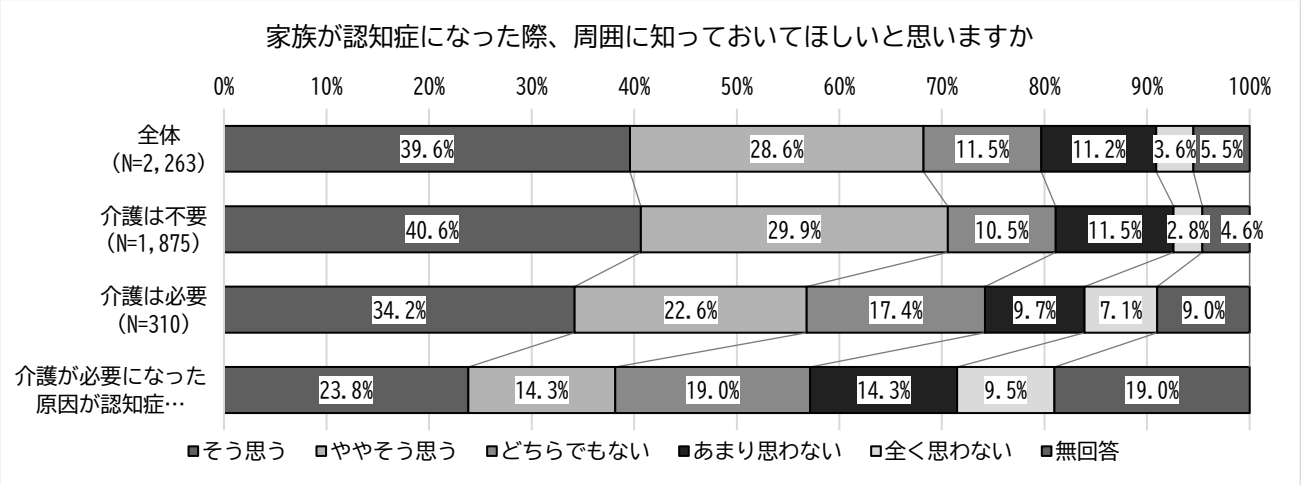
③ 在宅生活の希望

- 認知症になっても「自宅での生活を続けたい」と思う割合は全体で60.3%に達しており、在宅継続のニーズがあります。
- 一方で、「ひとり暮らし」ではその希望割合が52.1%にとどまっています。



④ 家族が認知症になった時、周囲に知っておいてほしいか

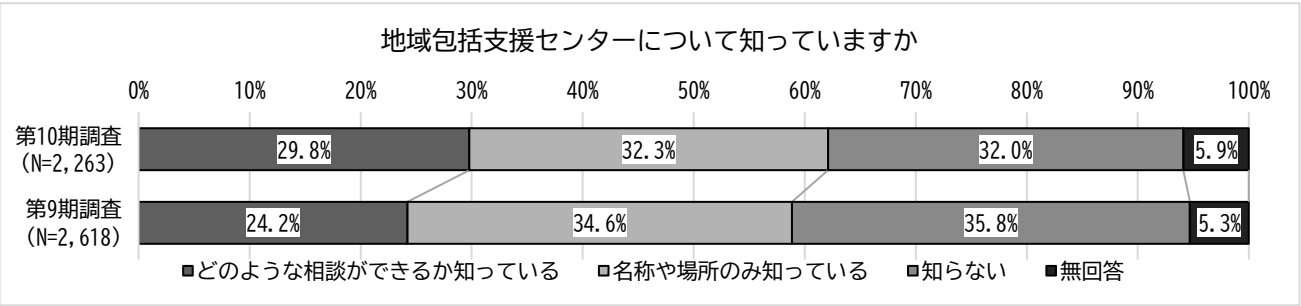
- 家族が認知症になった際、周囲に「知っておいてほしい」と思う割合は全体で68.2%ですが、「介護は必要」はその割合が低下し、周囲の目を気にする傾向が見られます。
- 介護が必要になった原因が「認知症」である層に限ると、周囲に「知っておいてほしい」と思う割合は38.1%と、全体に比べ、大幅に少なくなっています。

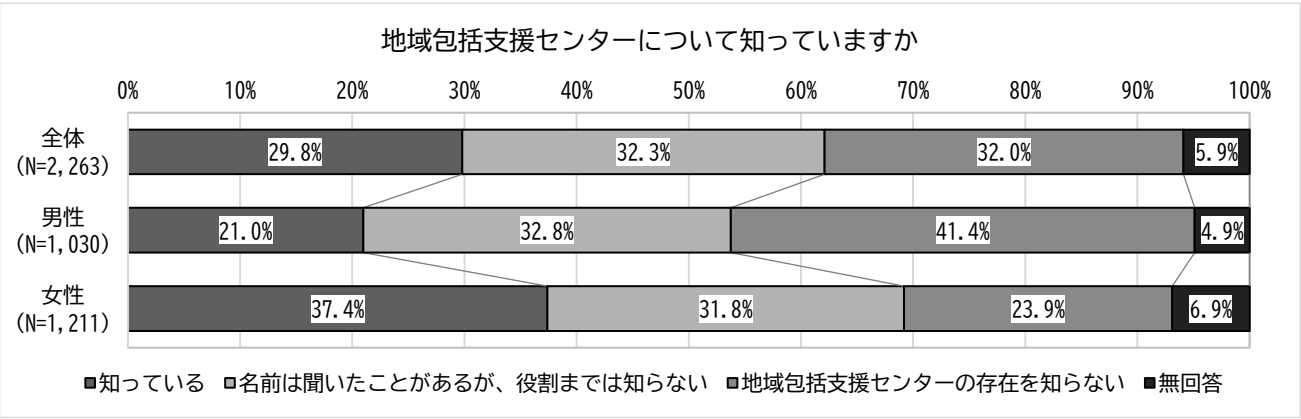


問10 その他

① 地域包括支援センターの認知度

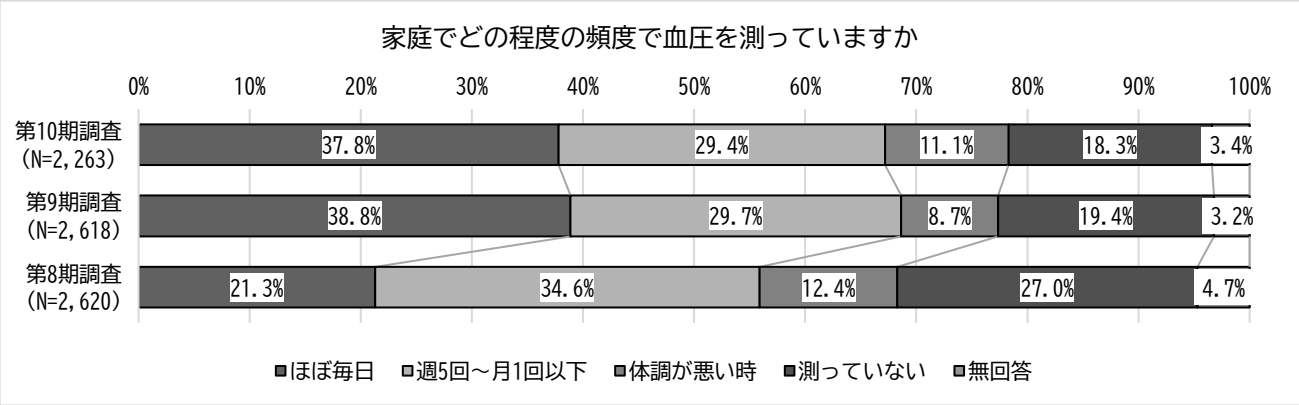
- 地域包括支援センターについて「どのような相談ができるか知っている」割合は29.8%と、第9期調査から5.6ポイント増加し、認知度は徐々に高まっています。
- 依然として64.3%の高齢者が詳細を知らない状況です。とりわけ男性は「知っている」が21.0%と、女性の37.4%と比べ、少なくなっています。





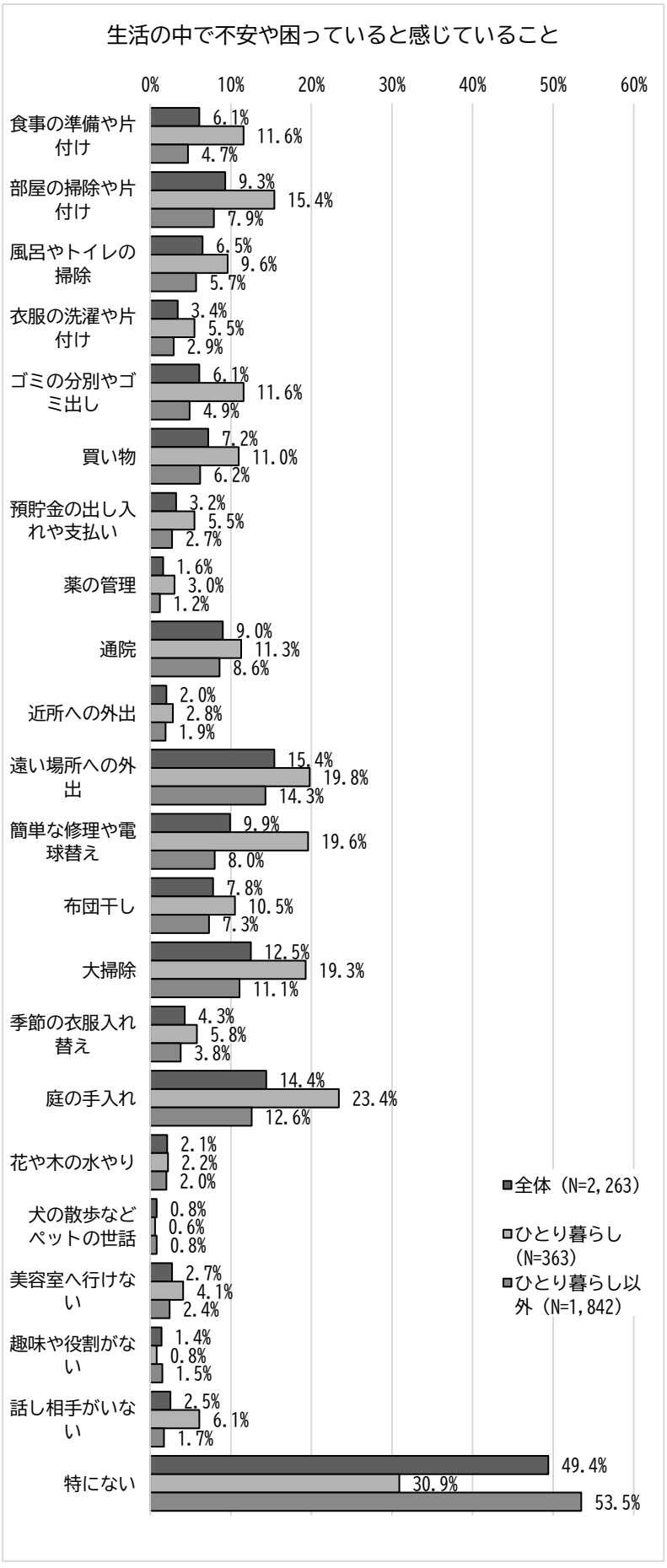
② 血圧測定の頻度

- 家庭での血圧測定頻度について、「ほぼ毎日」と回答した割合が37.8%で最も多くなっています。経年変化では、「ほぼ毎日」測定している方の割合は、第8期調査の21.3%から第10期調査は37.8%と16.5ポイント増加しています。
- 「ほぼ毎日」血圧を測っている割合は、前期高齢者の34.8%に対し、後期高齢者では40.0%と高くなっています。「測っていない」割合は後期高齢者が15.3%であるのに対し、前期高齢者は22.4%にのぼり、前期高齢者が後期高齢者を7.1ポイント上回っています。



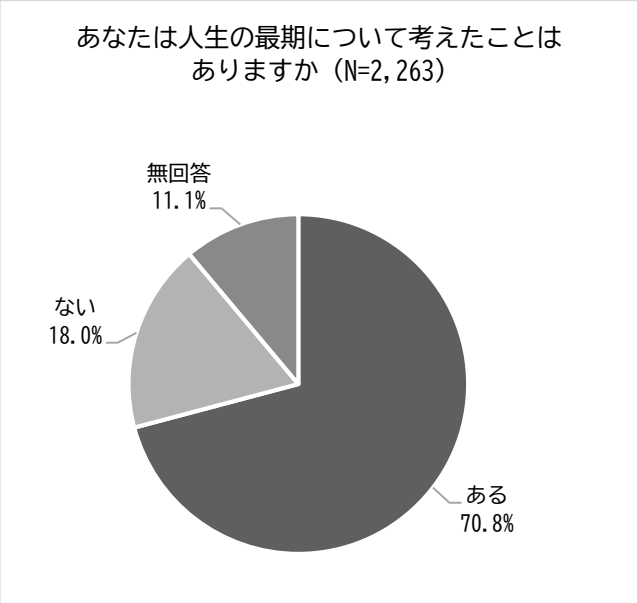
③ 生活の中で不安や困っていると感じていること

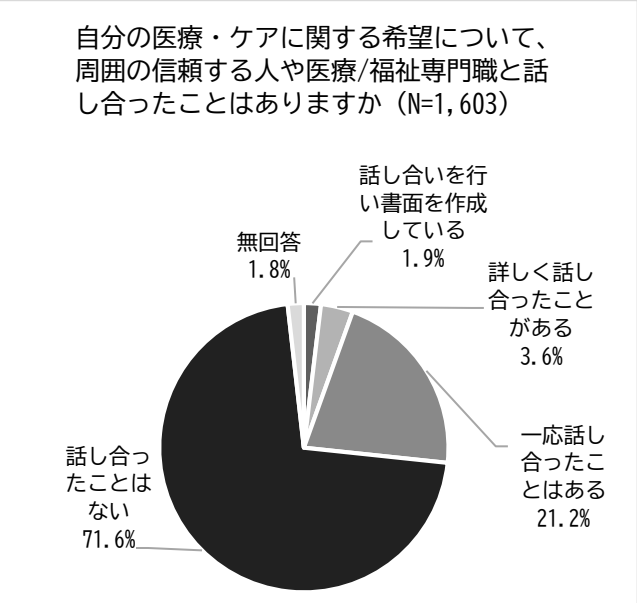
- 生活の困りごととして、全体では「遠い場所への外出（15.4％）」や「庭の手入れ（14.4％）」が上位に挙がっています。「ひとり暮らし」では「簡単な修理や電球替え」「庭の手入れ」「大掃除」などで、「ひとり暮らし以外」を大きく上回っています。

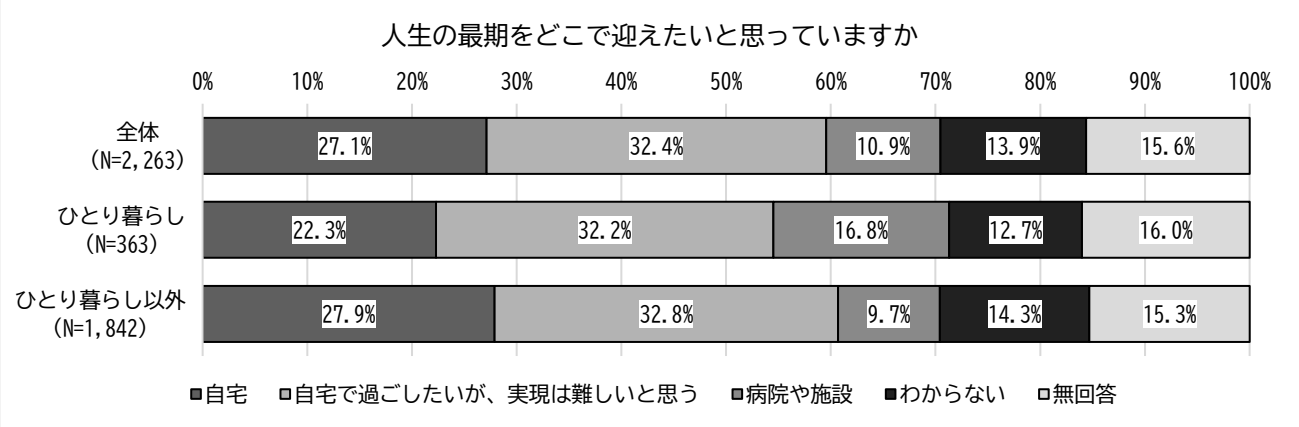


④ 人生の最後のついて

- 人生の最期について考えたことがある高齢者は約7割にのぼりますが、医療・ケアの希望について周囲と「話し合ったことはない」が71.6%を占めています。
- 最期を迎えたい場所について、「ひとり暮らし」は「自宅」を希望する割合が「ひとり暮らし以外」よりも低く、逆に「病院や施設」を希望する割合が高くなっています。自宅が難しいと思う理由として「ひとり暮らし」は「介護してくれる家族や地域のサポートがないから」が27.4%にのぼっており、住み慣れた自宅での最期を諦めざるを得ない状況がうかがえます。

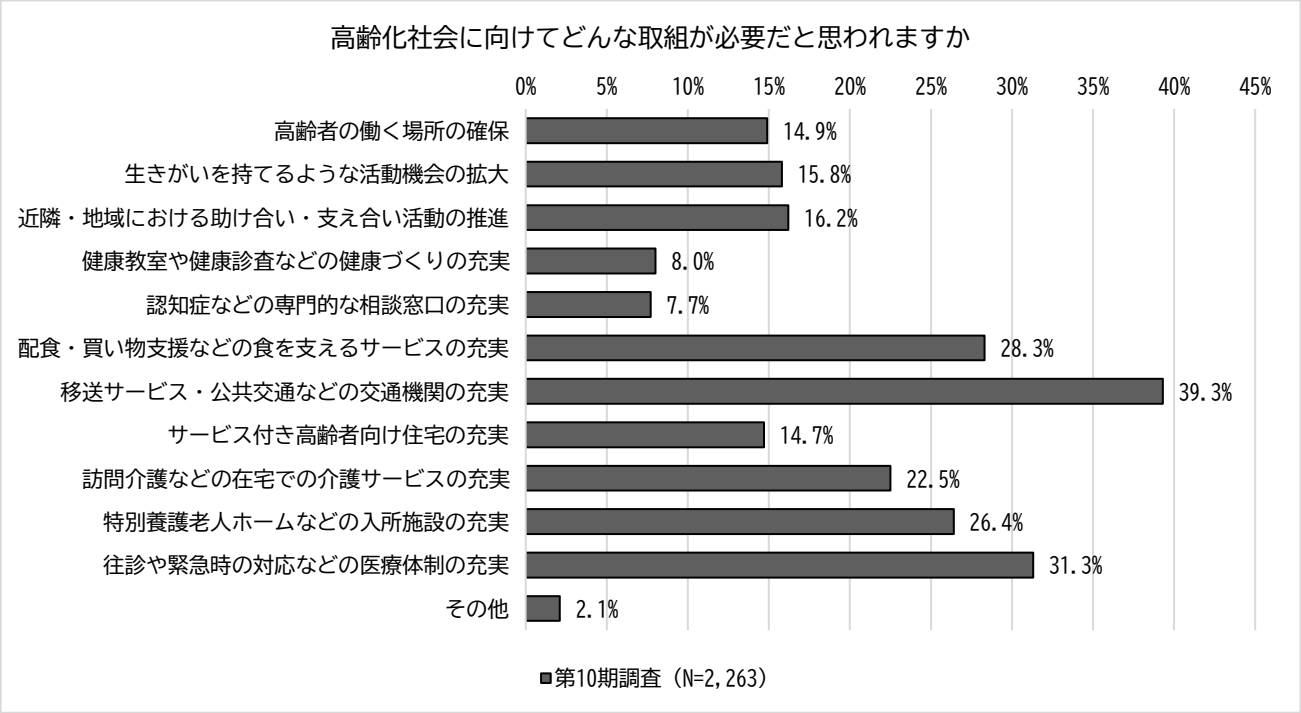






⑤ 高齢化社会に向けて必要な取組

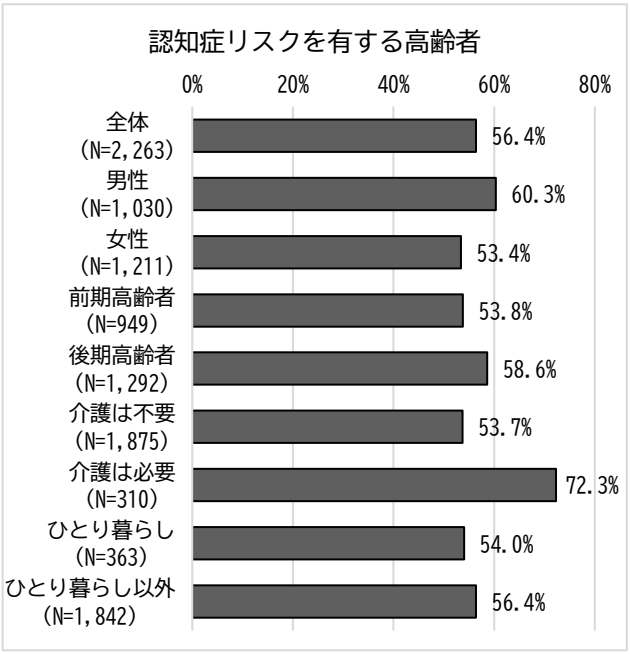
- これからの高齢化社会に向けて必要な取組として、「移送サービス・公共交通などの交通機関の充実」が39.3%と最も多く選択されています。

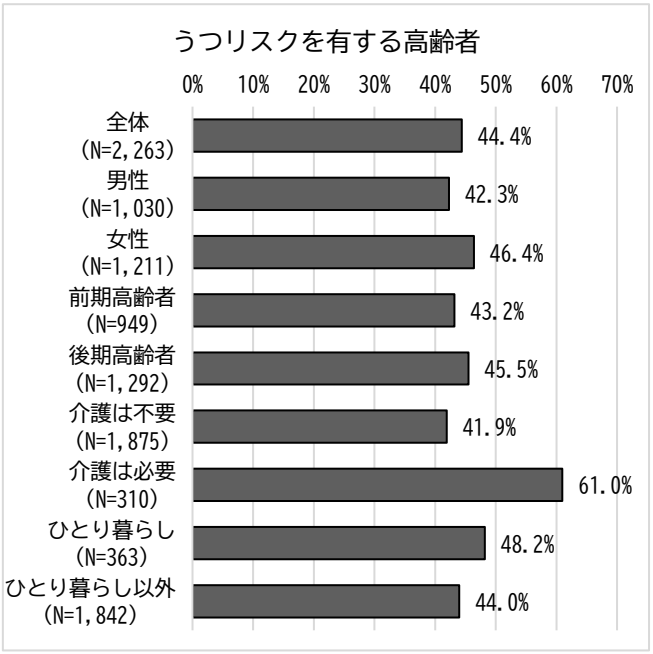


「リスクを有する高齢者」

① 極めて高い認知症・うつリスク

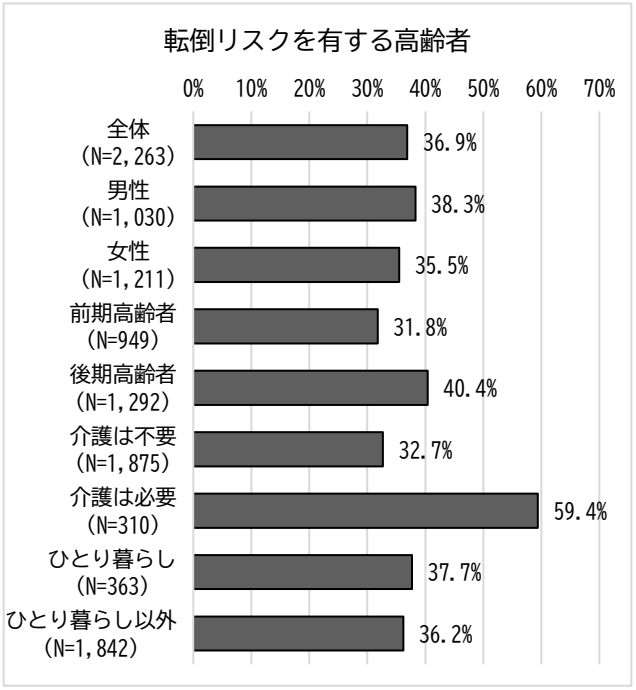
- 全リスクの中で最も割合が高いのが「認知症リスク（56.4%）」であり、次いで「うつリスク（44.4%）」となっています。
- いずれも「介護は必要」な高齢者のリスクが高くなっています。

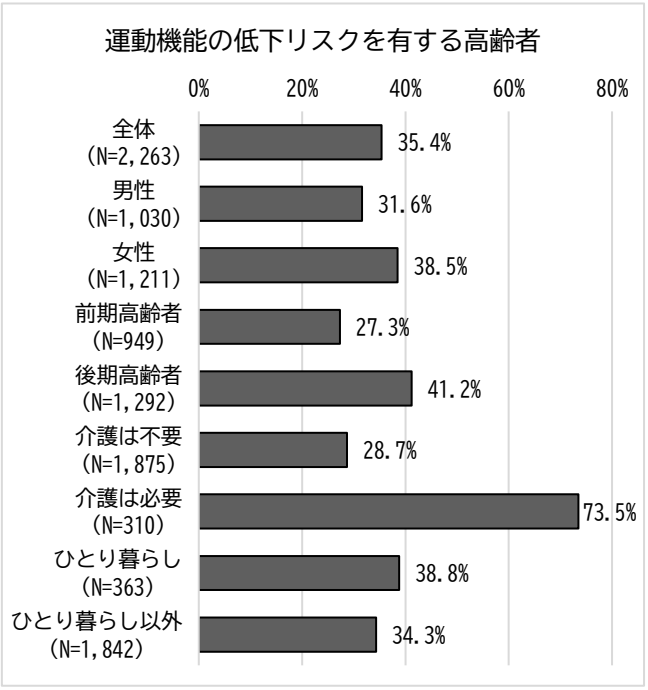




② 高い運動器機能・転倒リスク

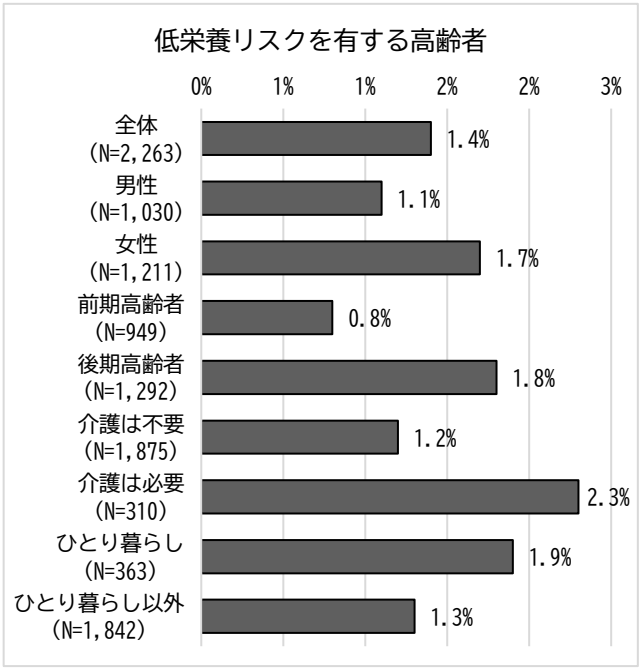
- 要介護化の直接的な引き金になりやすい「転倒リスク」は36.9%、「運動機能の低下リスク（運動器機能リスク）」は35.4%と、いずれも3割半ばを超えています。
- いずれも「介護は必要」な高齢者のリスクが高くなっています。

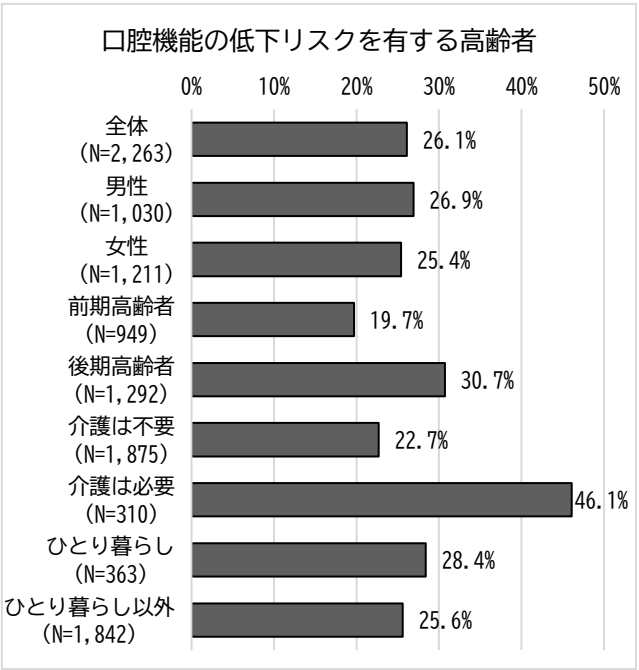




③ 低栄養リスクと口腔機能の低下リスク

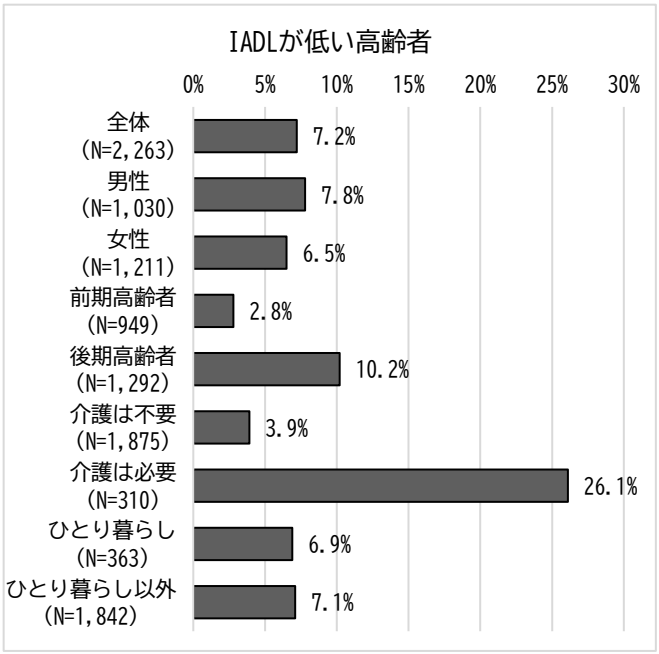
- 低栄養リスクは1.4%と少ないですが、口腔機能の低下リスクは26.1%となっています。
- いずれも「介護は必要」な高齢者のリスクが高くなっています。

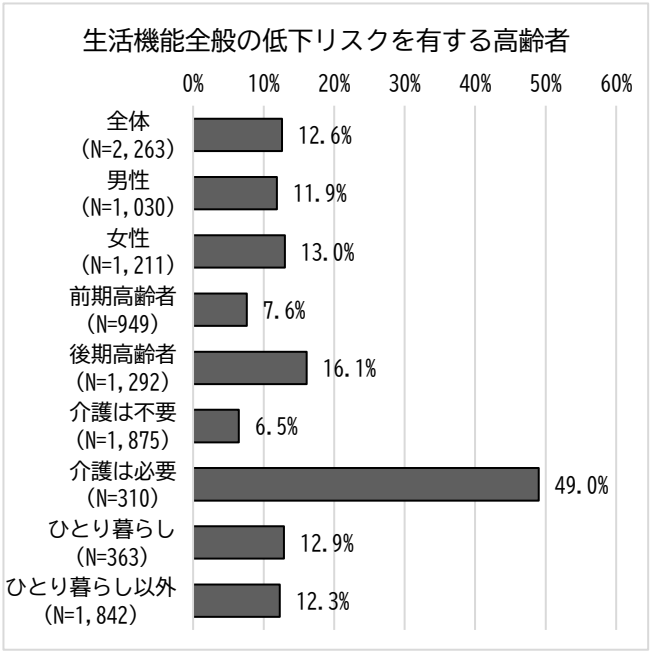




④ IADLと生活機能全般の低下リスク

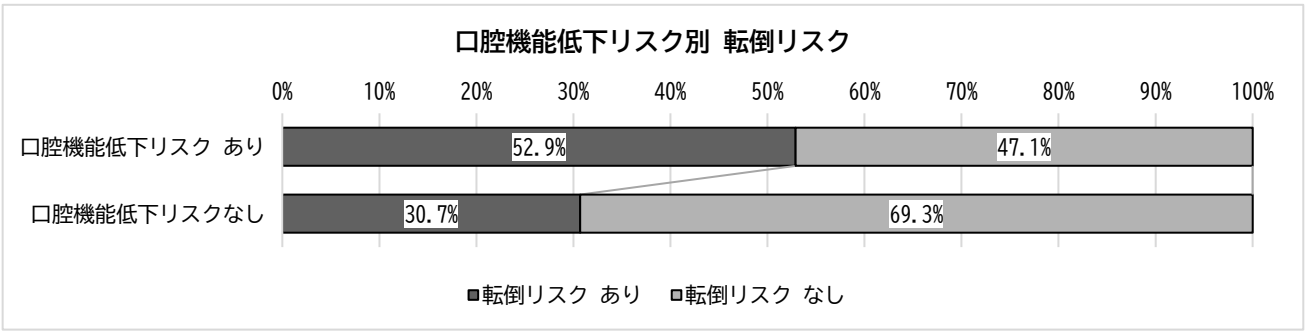
- IADLが低い高齢者は7.2%、生活機能全般の低下リスクを有する高齢者は12.6%となっています。
- いずれも「介護は必要」な高齢者のリスクが高くなっています。

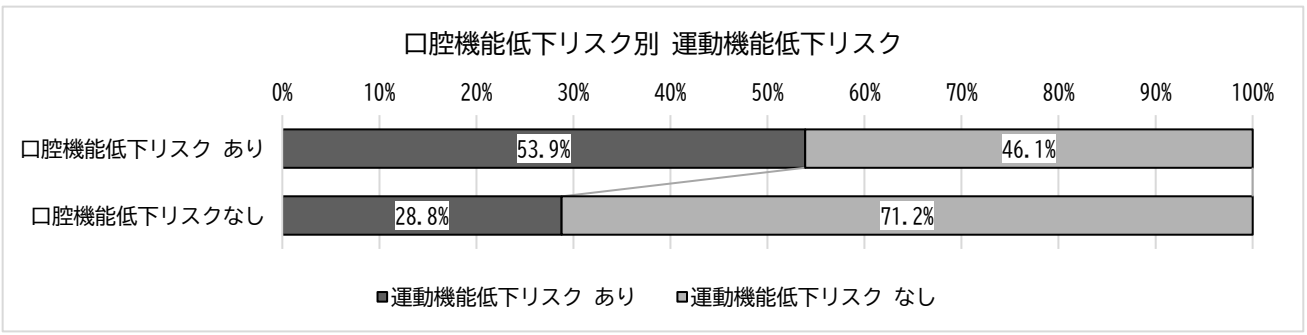




⑤ 口腔機能と転倒リスク、運動機能低下リスク

- 口腔機能低下リスクのある高齢者は転倒リスクや運動機能低下リスクのある高齢者が多く、口腔機能低下リスクのない高齢者は転倒リスクや運動機能低下リスクが少なくなっています。口腔ケアは運動機能を維持するための重要なポイントであることがわかります。





4. 在宅介護実態調査から見える実態と課題

《調査概要》

調査期間	令和8年3月23日～令和8年4月22日
調査方法	郵送による調査票の配布・回収
調査対象者	介護保険要支援・要介護認定者（介護保険施設入所者、及び、介護保険サービス利用実績のない者を除く）
調査対象者数	486
有効回答数	272
有効回答率	56.0%

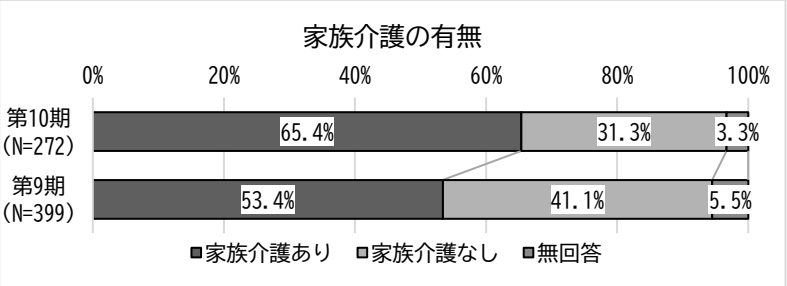
※ %表示は四捨五入で端数処理を行っている関係で合計が100%にならない場合があります。

(1) 調査対象者および世帯の基本属性

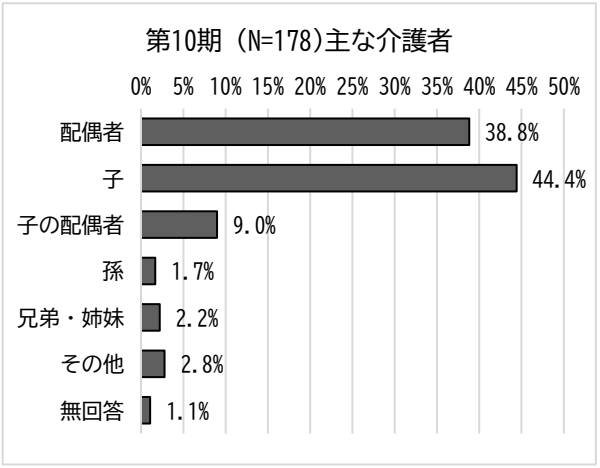
調査対象者の年齢は「75歳以上」が88.6%を占めており、在宅介護を受ける高齢者の高齢化が顕著です。性別は女性が62.5%、男性が37.1%となっています。要介護度については「要支援2」が25.7%でもっとも多く、次いで「要支援1」が22.4%、「要介護2」が17.6%となっており、第9期調査と比較して「要支援2」と「要介護2」の割合が増加しています。世帯類型としては「夫婦のみ世帯」が35.7%で最も多く、第9期から7.9ポイント増加しています。次いで「その他の世帯」が33.1%、「単身世帯」が29.0%となっています。

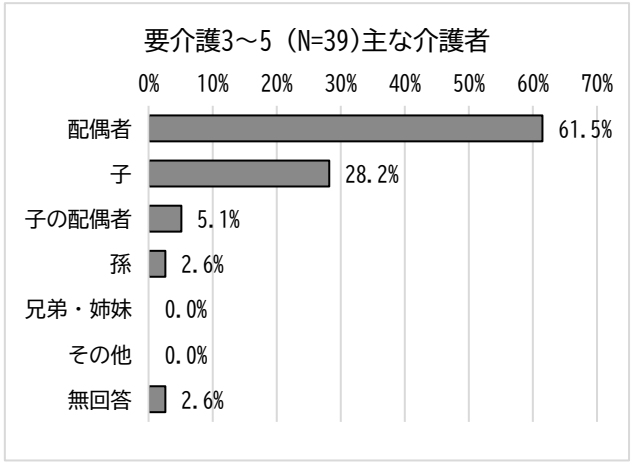
(2) 家族介護の実態と介護者像

家族介護が「ある」と回答した割合は全体の65.4%にのぼり、第9期調査から12.0ポイント増加しています。

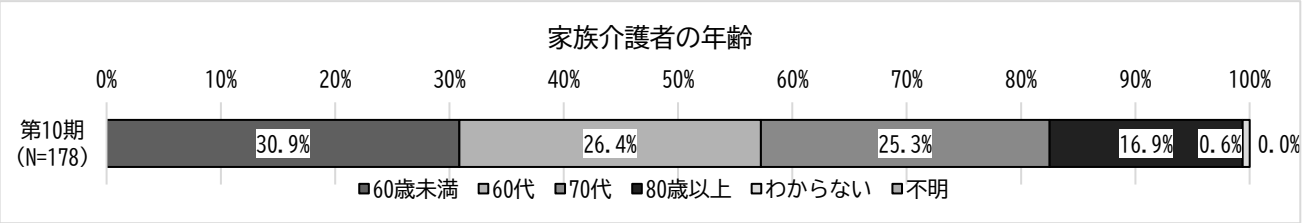


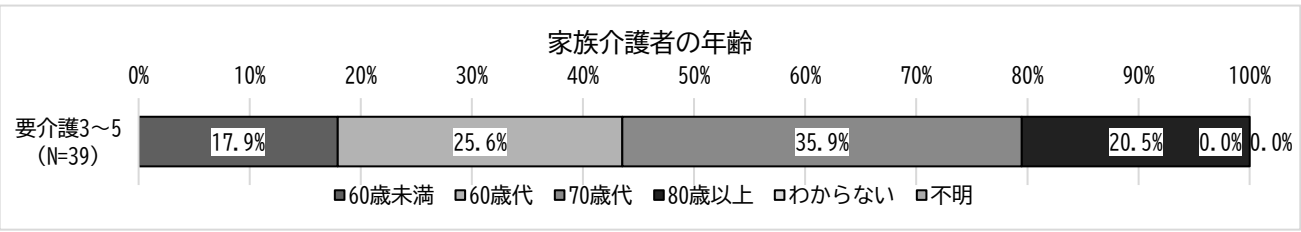
主な家族介護者は「子」が44.4%、「配偶者」が38.8%となっていますが、介護度が重い「要介護3～5」においては「配偶者」が主たる介護者となる割合が61.5%に達しています。家族介護者の性別は女性が66.3%と多くを占めています。



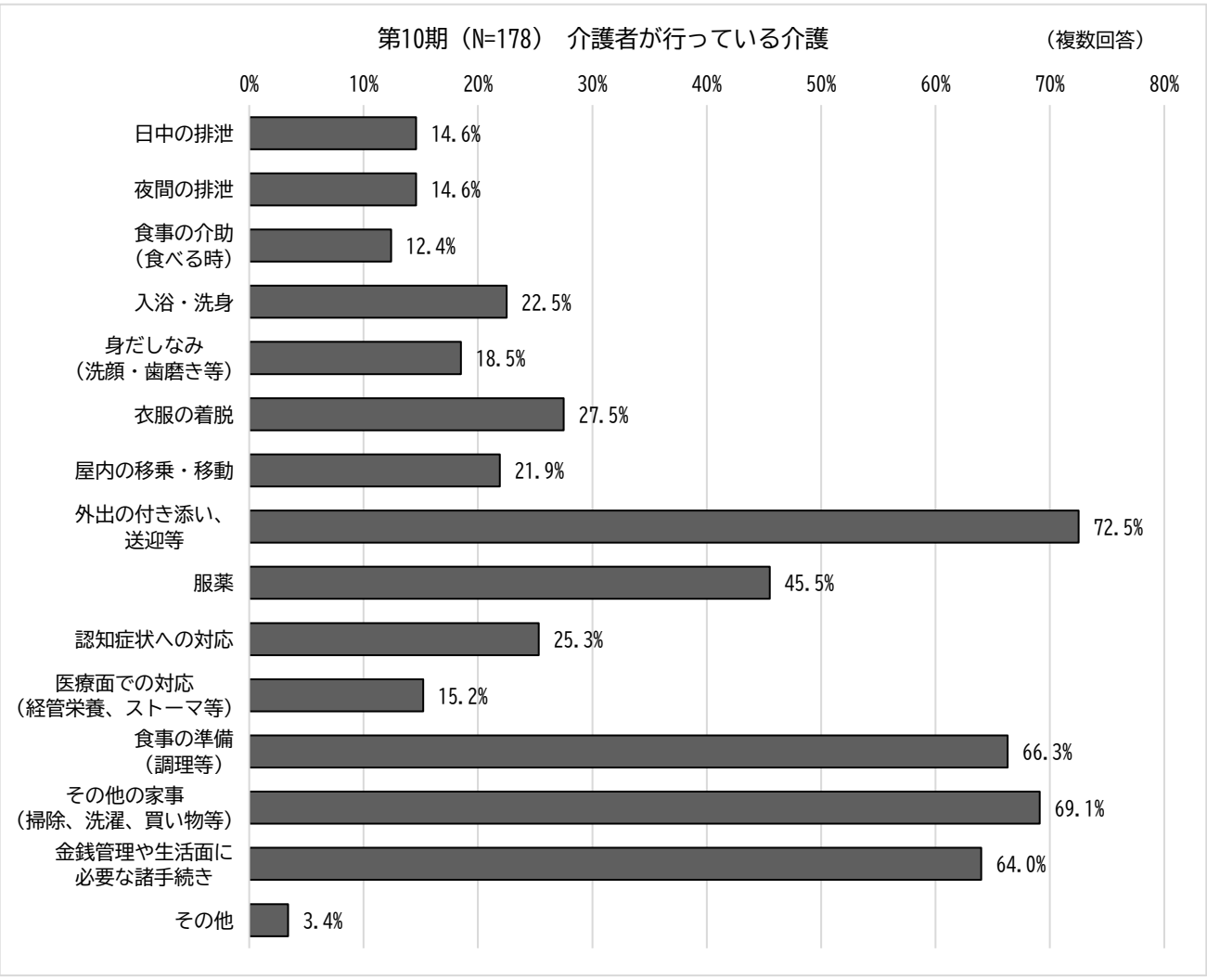


介護者の年齢は全体では「60歳未満」が30.9%で最も多いものの、「要介護3～5」の重度層を介護している方に限ると「70歳代」が35.9%で最多となっており、重度化に伴い介護者自身も高齢化する「老老介護」の実態が表れています。



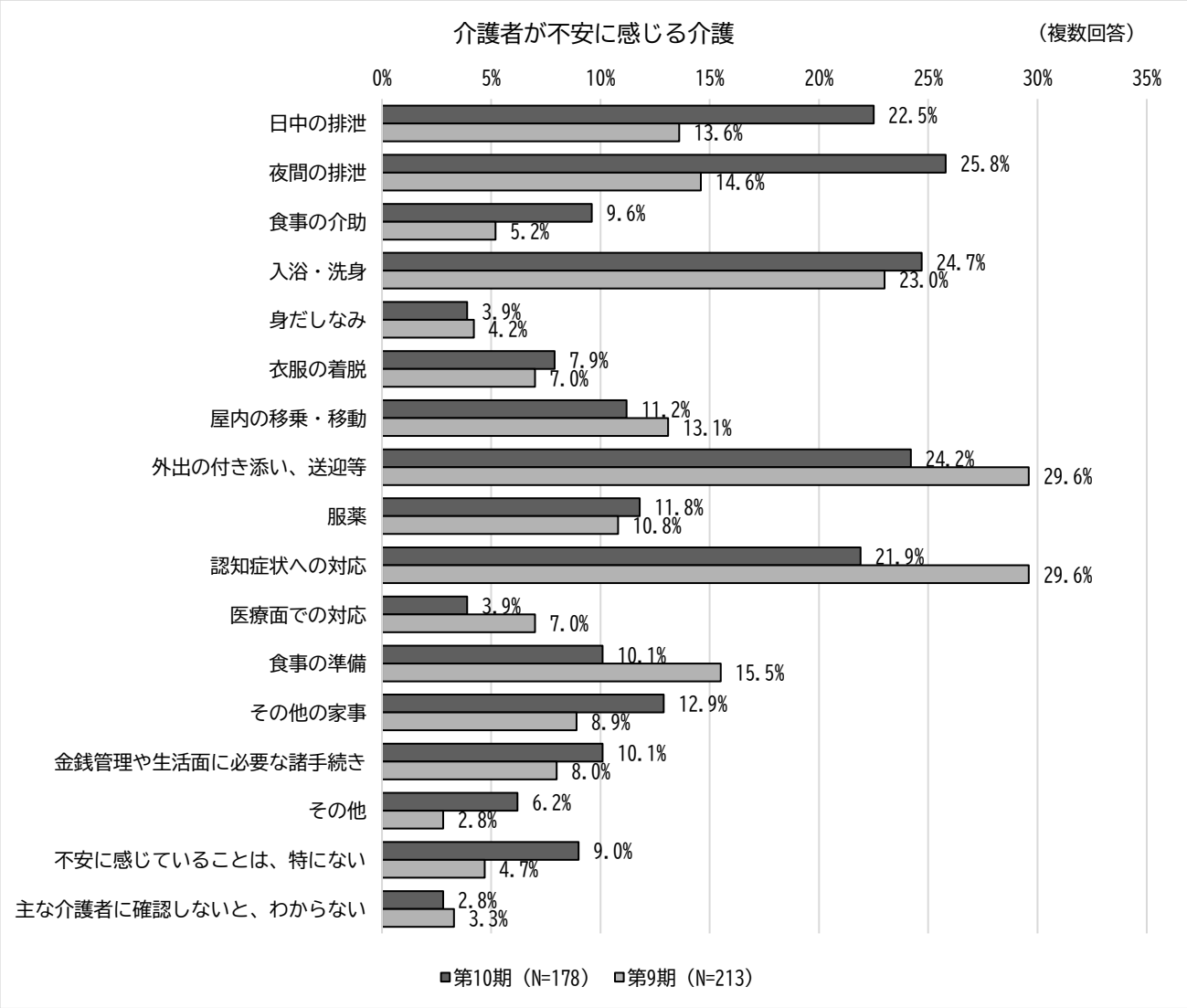


家族介護者が行っている介護の内容は、「外出の付き添い、送迎等」が72.5%で最も多く、次いで「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」が69.1%、「食事の準備(調理等)」が66.3%となっています。

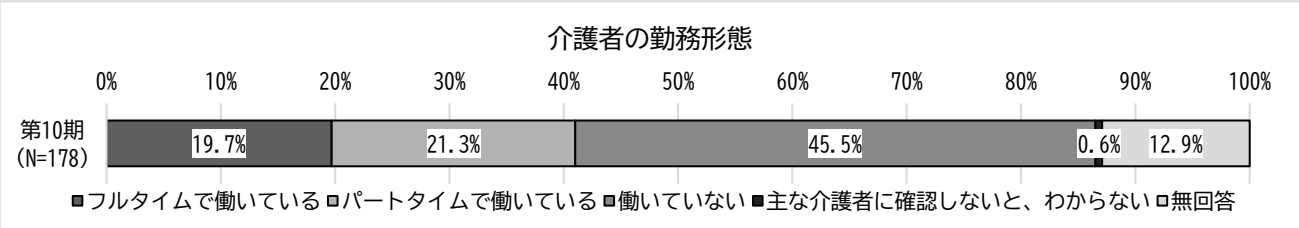


（3） 介護負担と仕事との両立（介護離職）

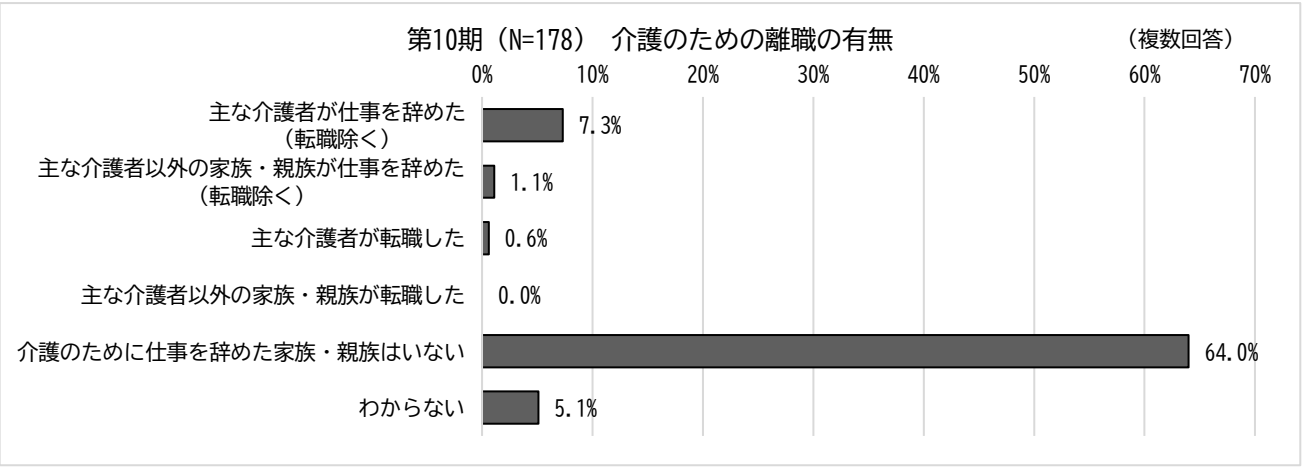
介護者が不安に感じる介護内容として、「夜間の排泄（25.8％）」や「入浴・洗身（24.7％）」が上位に挙がっています。特に「夜間の排泄」に対する不安は第9期から11.2ポイント増加しており、介護者の身体的・精神的な負担が増大していることがうかがえます。



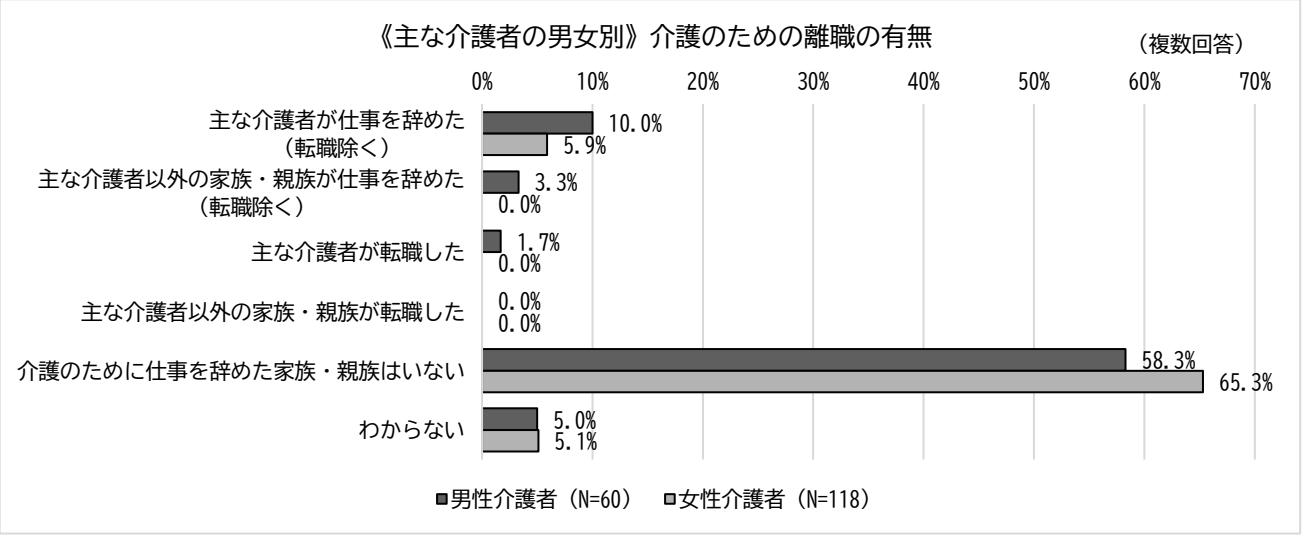
また、介護者の勤務形態は「働いていない」が45.5％である一方、「パートタイム（21.3％）」と「フルタイム（19.7％）」を合わせると4割以上の方が働きながら介護を行っています。



しかし、仕事と介護の両立において、主な介護者が「仕事を辞めた（転職除く）」割合が7.3％存在しており、とりわけ「要支援」の段階において離職割合（9.6％）が最も高くなっています。



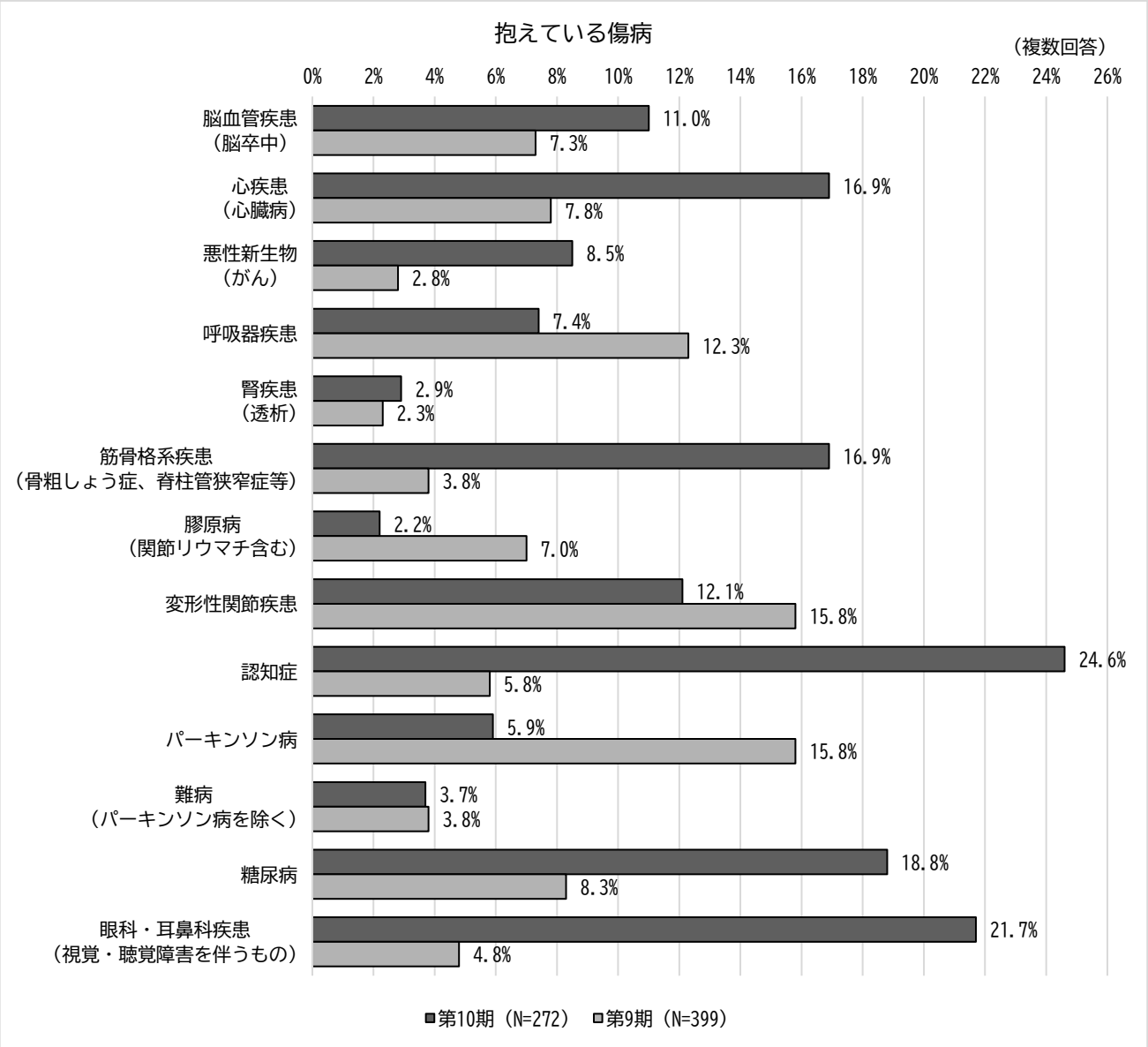
男女別に見ると、男性介護者の離職割合（10.0%）が女性介護者（5.9%）を上回っており、経済的基盤の喪失リスクが顕在化しています。就労を継続している場合でも、要介護度が重くなるにつれて労働時間を調整するなどの工夫を余儀なくされており、就労継続を難しいと感じる割合が増加しています。



（4） 傷病と支援サービスのニーズ

「認知症」が24.6%で最も多く、次いで「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」が21.7%、「糖尿病」が18.8%となっています。

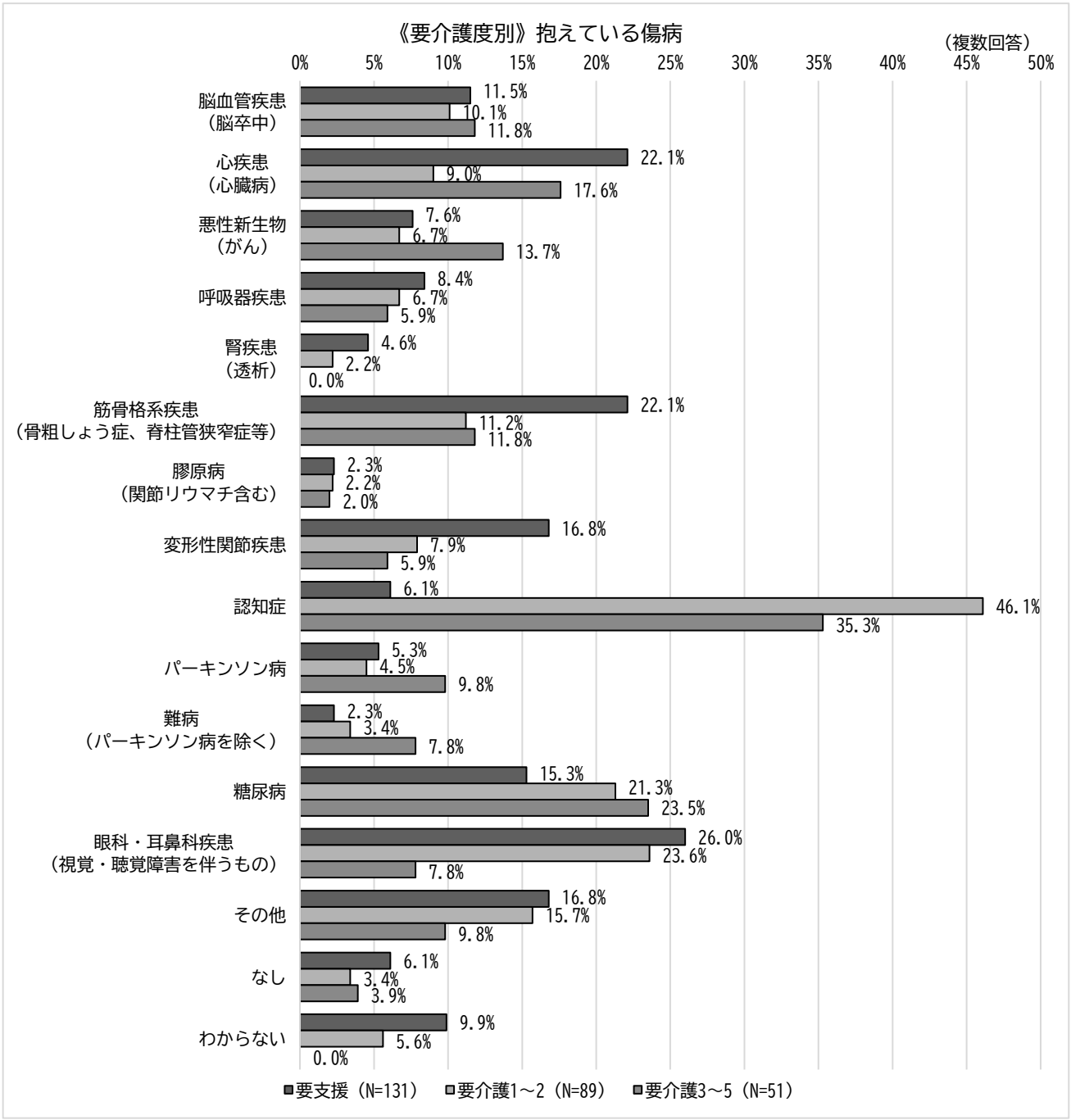
第9期との比較では、「認知症」が18.8ポイント、「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」が16.9ポイント、「筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）」が13.1ポイント、「糖尿病」が10.5ポイント、「心疾患（心臓病）」が9.1ポイント増加し、「パーキンソン病」が9.9ポイント減少しています。



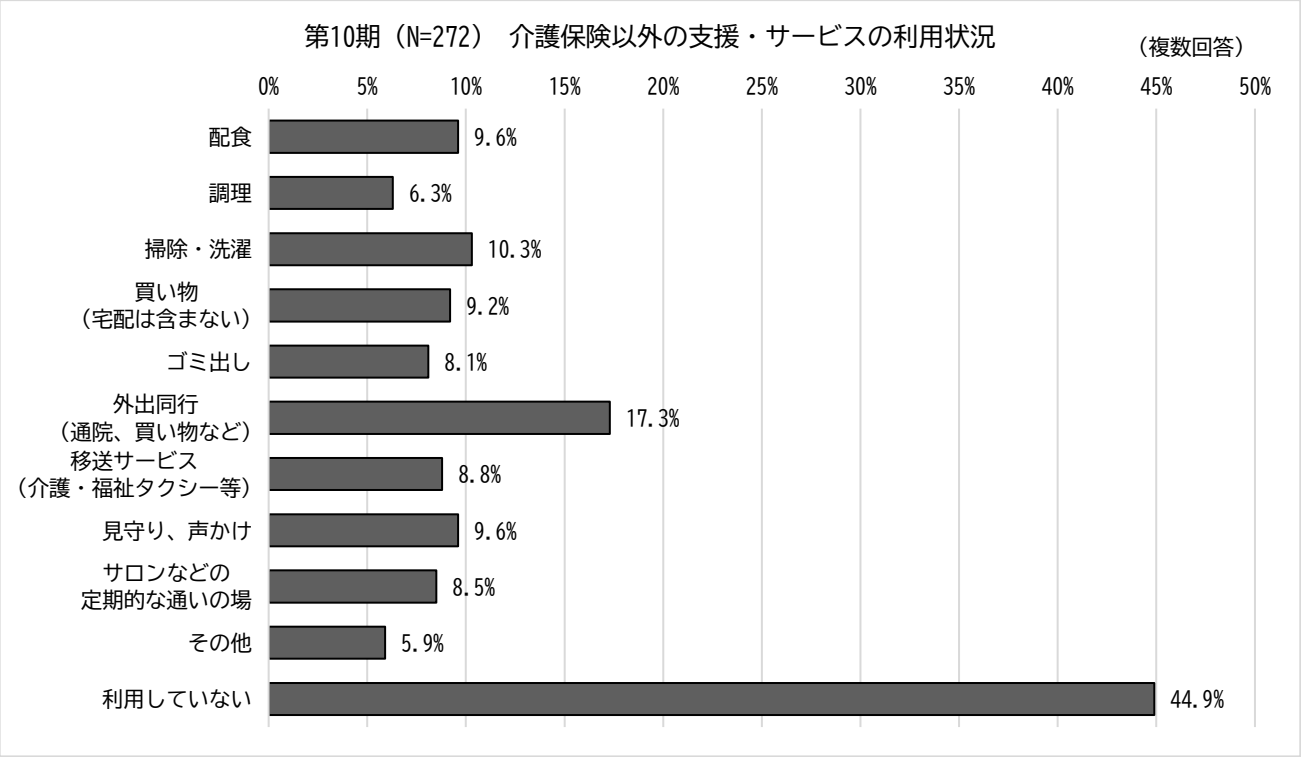
また介護度別で比較すると、「要支援」は「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」が26.0%で最も多く、次いで「心疾患（心臓病）」「筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）」が共に22.1%となっており、「要介護1～2」は「認知症」が46.1%で最も多く、次いで「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」が23.6%、「糖尿病」が21.3%となっており、「要介護3～5」は「認知症」が35.3%で最も多く、次いで「糖尿病」が23.5%、「心疾患（心臓病）」が17.6%となっています。

また、「要支援」は「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」「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）」「変形性関節疾患」が他の介護度より多く、「要介護1～2」は「認知症」が他の介護

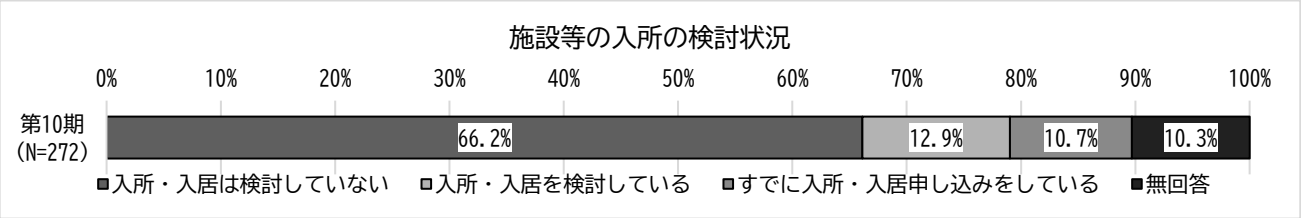
度より多く、「糖尿病」「悪性新生物（がん）」「脳血管疾患（脳卒中）」「パーキンソン病」「難病（パーキンソン病を除く）」が他の介護度より多くなっています。

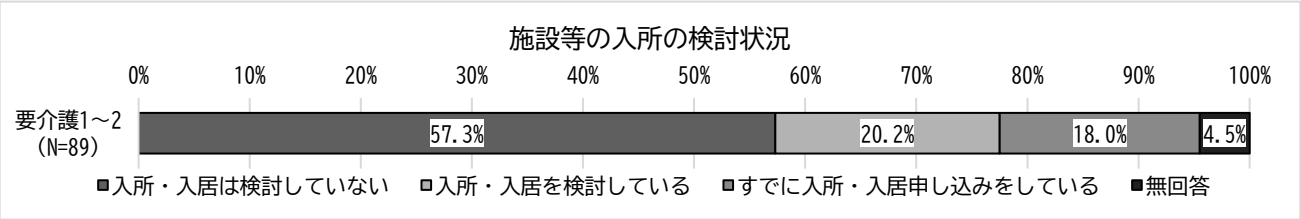


必要な支援サービス（介護保険以外）としては、「外出同行（通院、買い物など）」が23.9%でもっとも多く、次いで「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が20.2%と、移動手段の確保に対するニーズが示されています。

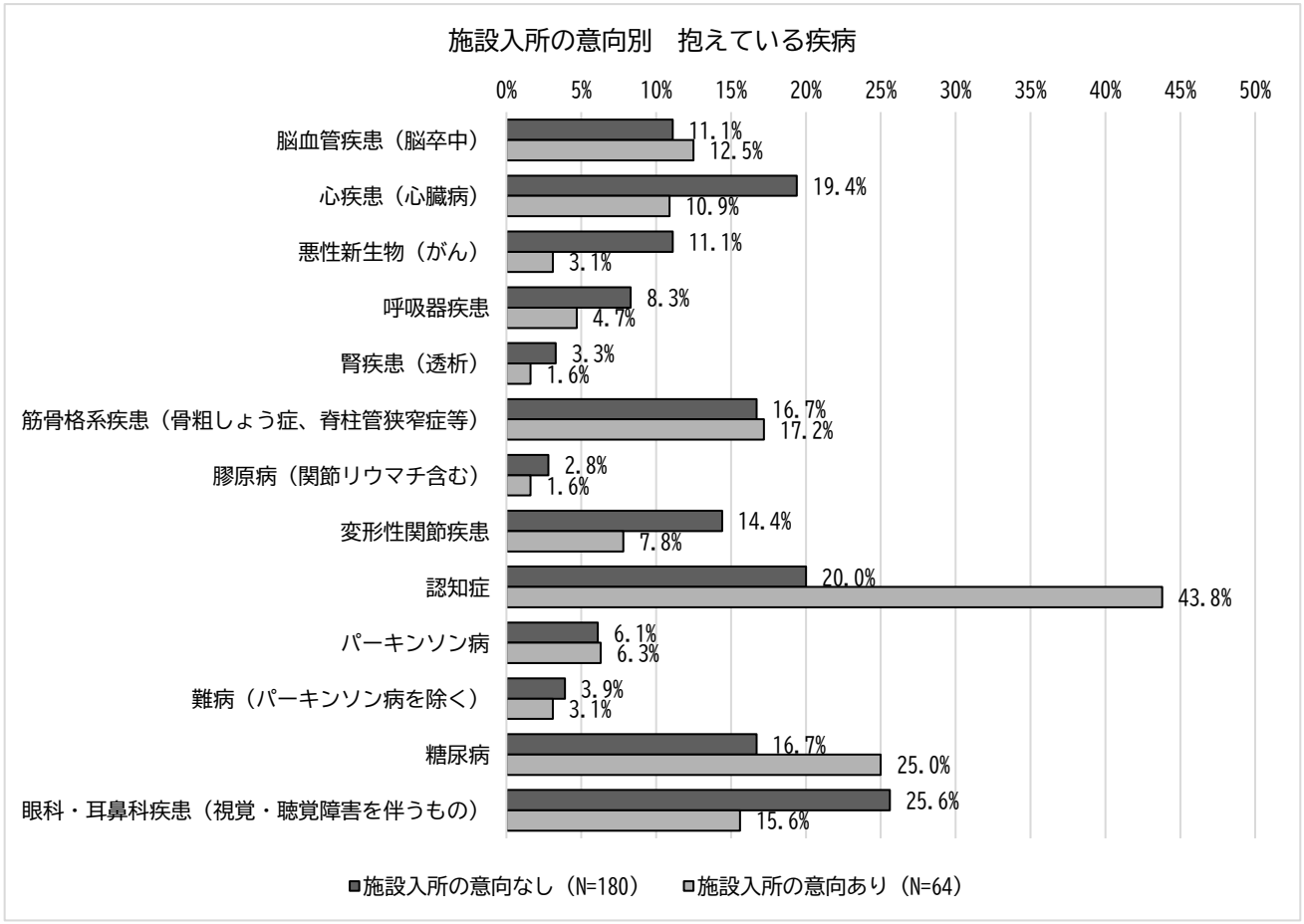


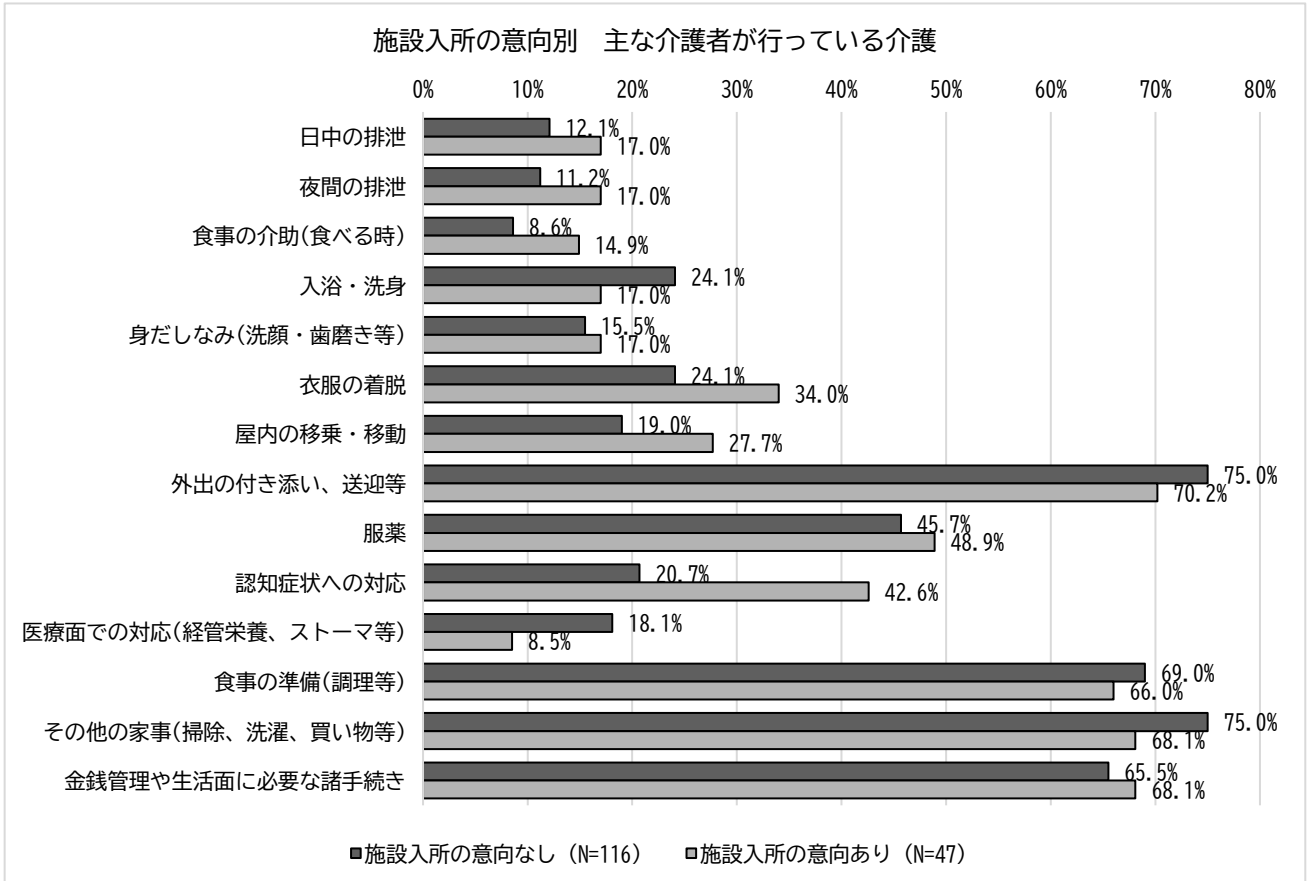
また、施設等の入所検討状況について、「入所・入居を検討している（12.9%）」と「すでに入所・入居申し込みをしている（10.7%）」を合わせると2割強が入所への意向を示しており、「要介護1～2」以上の層に限るとその割合は4割近くに達します。

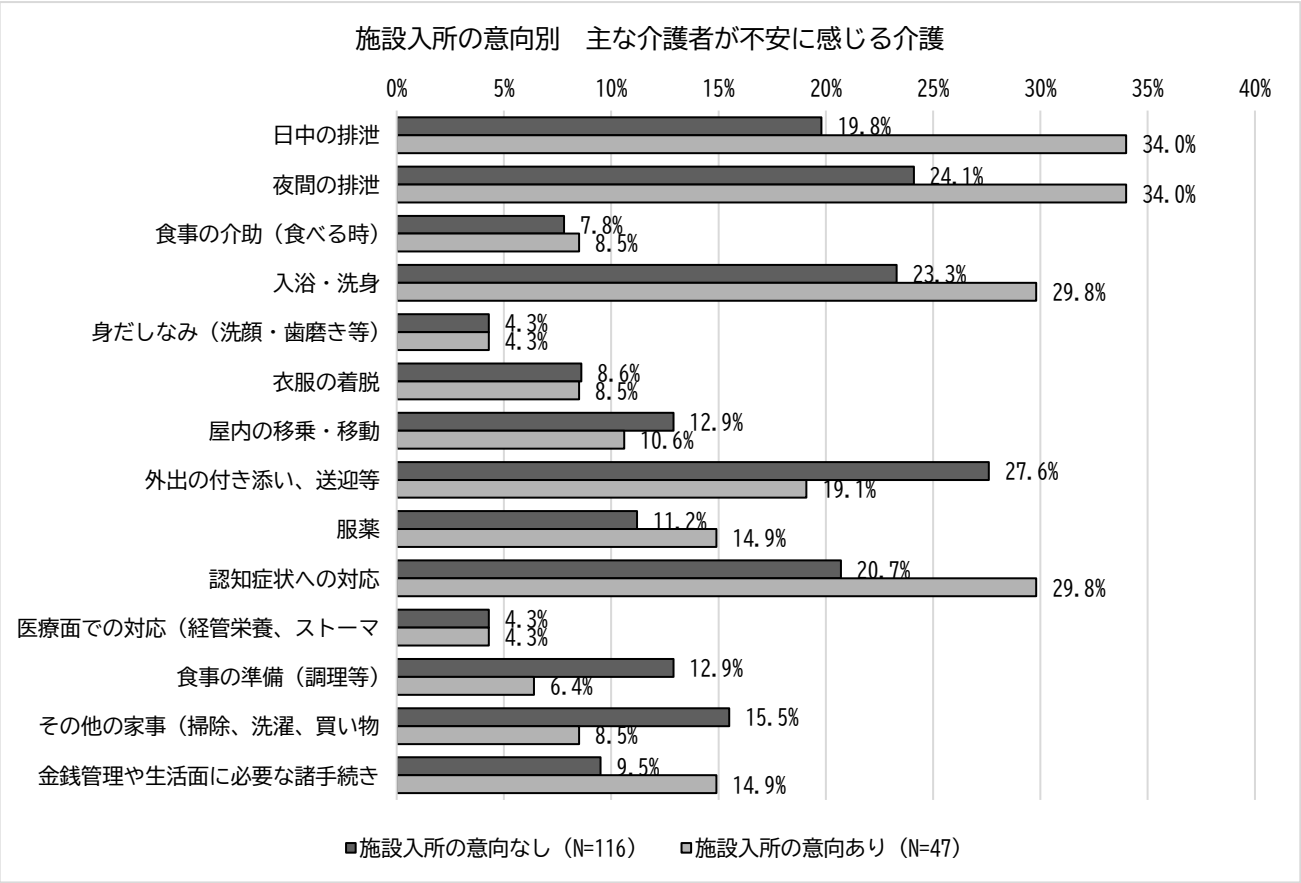




施設入所の意向と各課題のクロス集計から在宅生活を断念する理由として、施設入所意向がある層は意向がない層と比較して「認知症」を抱える割合が高く（43.8%対20.0%）、実際に行っている介護として「認知症状への対応」を挙げる割合が高いです（42.6%対20.7%）。また、不安に感じる介護として「日中の排泄（34.0%対19.8%）」や「夜間の排泄（34.0%対24.1%）」が高く、さらに必要な支援として「掃除・洗濯（31.3%対10.0%）」や「調理」「配食」といった日常の家事支援のニーズが高い特徴があります。


施設入所の意向別　抱えている疾病
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
40%
45%
50%
脳血管疾患（脳卒中）
11.1%
12.5%
心疾患（心臓病）
19.4%
10.9%
悪性新生物（がん）
11.1%
3.1%
呼吸器疾患
8.3%
4.7%
腎疾患（透析）
3.3%
1.6%
筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）
16.7%
17.2%
膠原病（関節リウマチ含む）
2.8%
1.6%
変形性関節疾患
14.4%
7.8%
認知症
20.0%
43.8%
パーキンソン病
6.1%
6.3%
難病（パーキンソン病を除く）
3.9%
3.1%
糖尿病
16.7%
25.0%
眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）
25.6%
15.6%
施設入所の意向なし（N=180）
施設入所の意向あり（N=64）


施設入所の意向別　主な介護者が行っている介護
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
日中の排泄
12.1%
17.0%
夜間の排泄
11.2%
17.0%
食事の介助(食べる時)
8.6%
14.9%
入浴・洗身
24.1%
17.0%
身だしなみ(洗顔・歯磨き等)
15.5%
17.0%
衣服の着脱
24.1%
34.0%
屋内の移乗・移動
19.0%
27.7%
外出の付き添い、送迎等
75.0%
70.2%
服薬
45.7%
48.9%
認知症状への対応
20.7%
42.6%
医療面での対応(経管栄養、ストーマ等)
18.1%
8.5%
食事の準備(調理等)
69.0%
66.0%
その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)
75.0%
68.1%
金銭管理や生活面に必要な諸手続き
65.5%
68.1%
施設入所の意向なし（N=116）
施設入所の意向あり（N=47）


施設入所の意向別　主な介護者が不安に感じる介護
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
40%
日中の排泄
19.8%
34.0%
夜間の排泄
24.1%
34.0%
食事の介助（食べる時）
7.8%
8.5%
入浴・洗身
23.3%
29.8%
身だしなみ（洗顔・歯磨き等）
4.3%
4.3%
衣服の着脱
8.6%
8.5%
屋内の移乗・移動
12.9%
10.6%
外出の付き添い、送迎等
27.6%
19.1%
服薬
11.2%
14.9%
認知症状への対応
20.7%
29.8%
医療面での対応（経管栄養、ストーマ
4.3%
4.3%
食事の準備（調理等）
12.9%
6.4%
その他の家事（掃除、洗濯、買い物
15.5%
8.5%
金銭管理や生活面に必要な諸手続き
9.5%
14.9%
施設入所の意向なし（N=116）
施設入所の意向あり（N=47）

5. 介護保険事業所アンケートから見える実態と課題

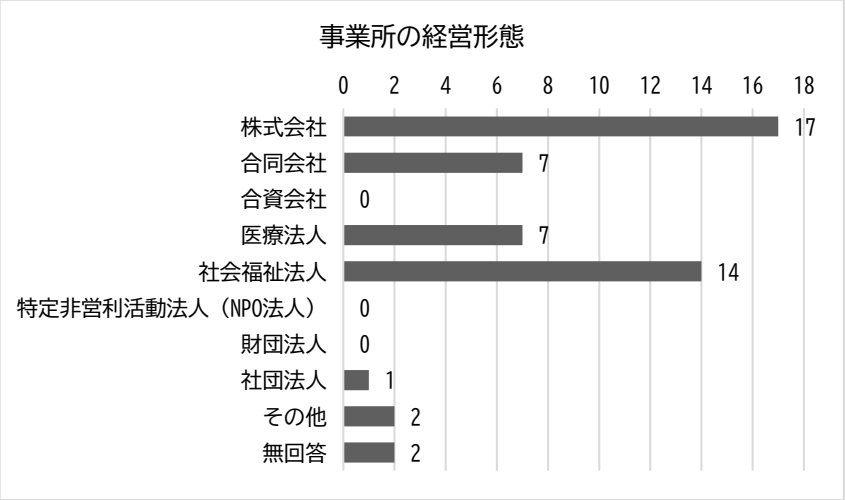
《調査概要》

対象事業所	64
有効回答数	50
有効回答率	78.1%

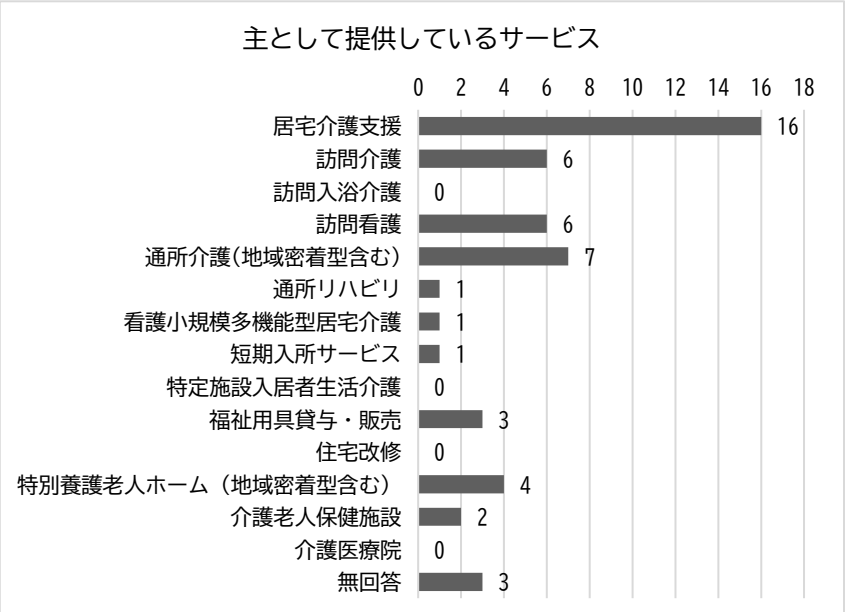
※ %表示は四捨五入で端数処理を行っている関係で合計が100%にならない場合があります。

(1) 事業所の基本属性

事業所の経営形態は「株式会社」が17事業所でもっとも多く、次いで「社会福祉法人」が14事業所となっています。

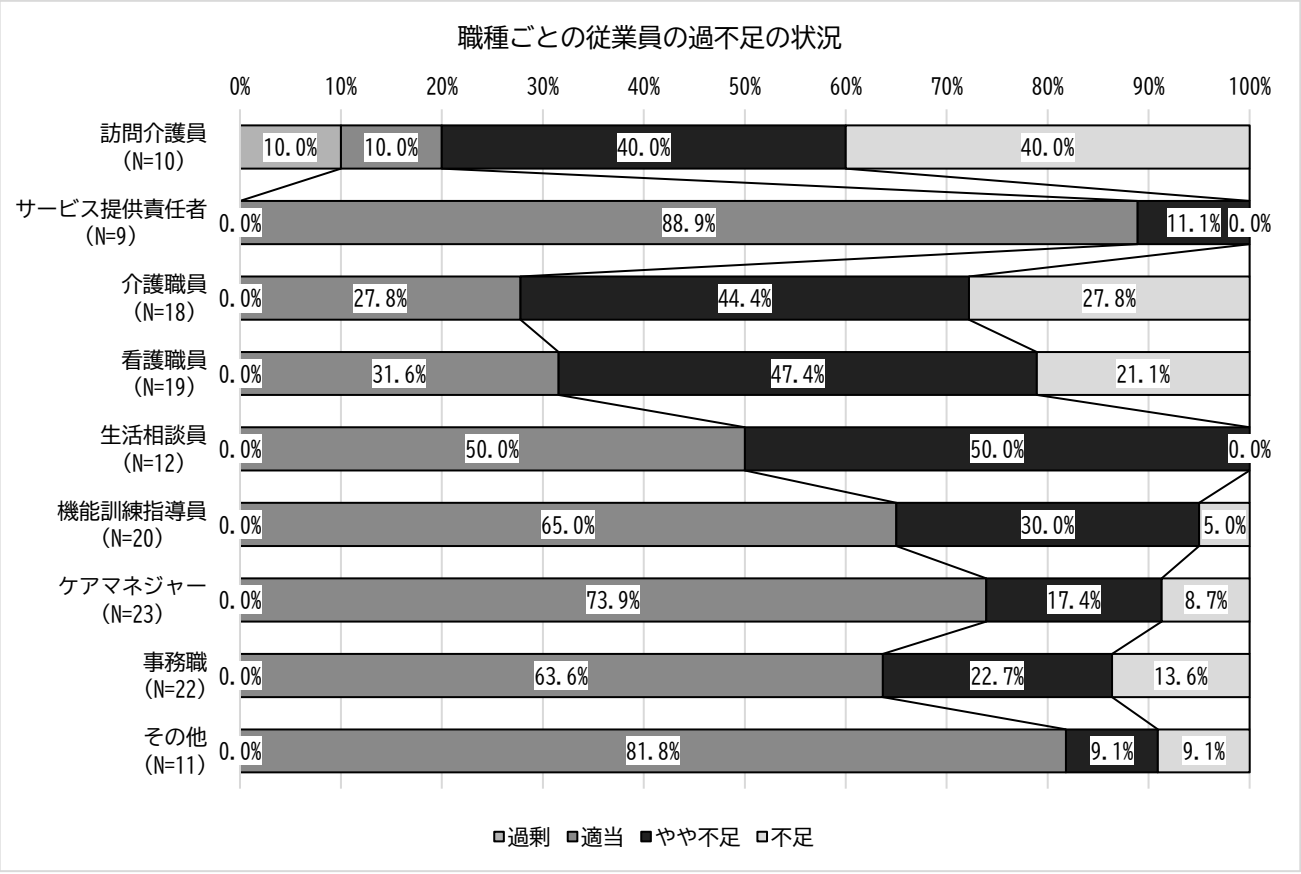


主として実施しているサービスは「居宅介護支援」が16事業所でもっとも多く、「通所介護(地域密着型含む)」が7事業所、「訪問介護」「訪問看護」が共に6事業所と続きます。従業員全体に占める女性の割合は74.8%と高く、特に看護職員(96.9%)やサービス提供責任者(92.9%)、訪問介護員(84.1%)など、介護や看護に関わる職種で女性が大きな割合を占めています。



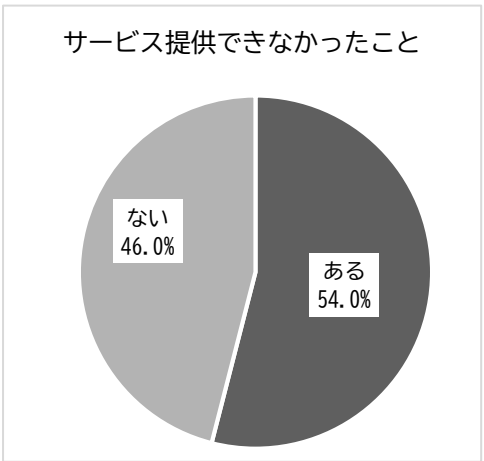
（2） 深刻な人材不足とサービス提供への支障

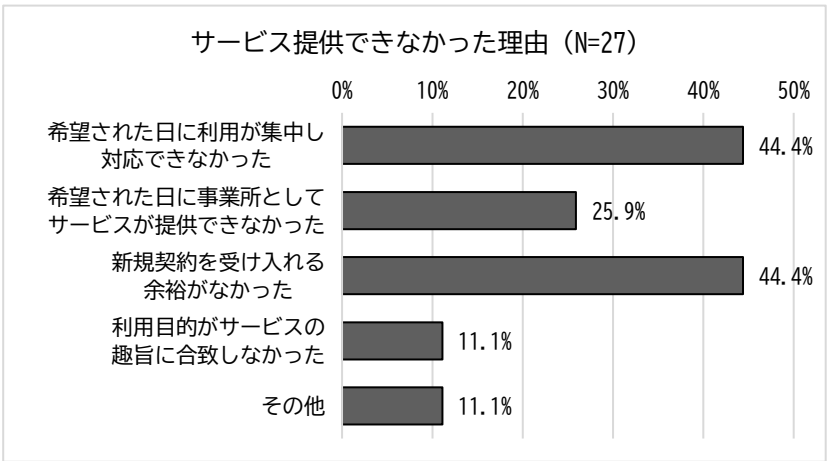
各事業所は極めて深刻な人材不足に直面しています。職種別の不足感（「やや不足」「不足」の合計）をみると、「訪問介護員」が80.0%でもっとも高く、次いで「介護職員」が72.2%、「看護職員」が68.5%にのぼります。



この人材不足は実際のサービス提供にも影響を及ぼしており、過半数（54.0%）の事業所が利用者からの依頼に対して「サービス提供できなかったことがある」と回答しています。

その理由として「希望された日（時間帯）に利用が集中し、対応できなかった」「新規契約を受け入れる余裕がなかった（職員体制など）」がそれぞれ44.4%を占めており、人材の制約が地域へのサービス供給不足に影響を及ぼしていることがうかがえます。





(3) 従業員の確保に効果があった取組

従業員を確保する取組を(最も効果があったと回答した事業所数×3)+(2番目に効果があったと回答した事業所数×2)+(3目に効果があったと回答した事業所数×1)として得点化し、比較検討しました。得点が高く、効果が高いと思われる取組は以下の通りです。

取組	得点
1. 職員や関係者から知人を紹介してもらう	55点
2. 民間の求人 web サイトを活用する	46点
3. 人材紹介・派遣会社などを活用する	34点
4. ハローワークを活用する	23点

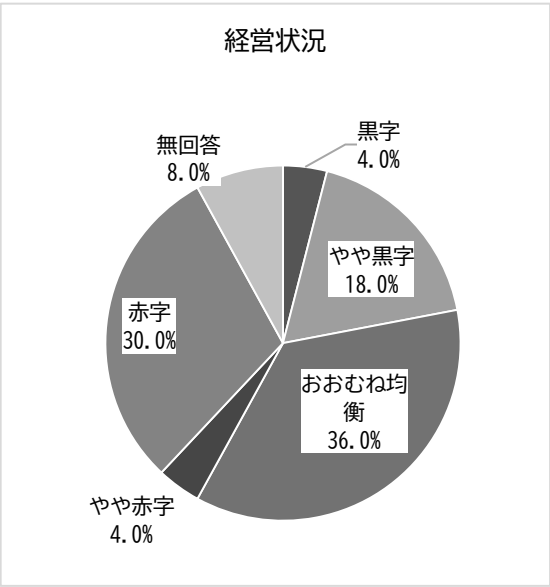
(4) 地理的特性による移動コストと厳しい経営状況

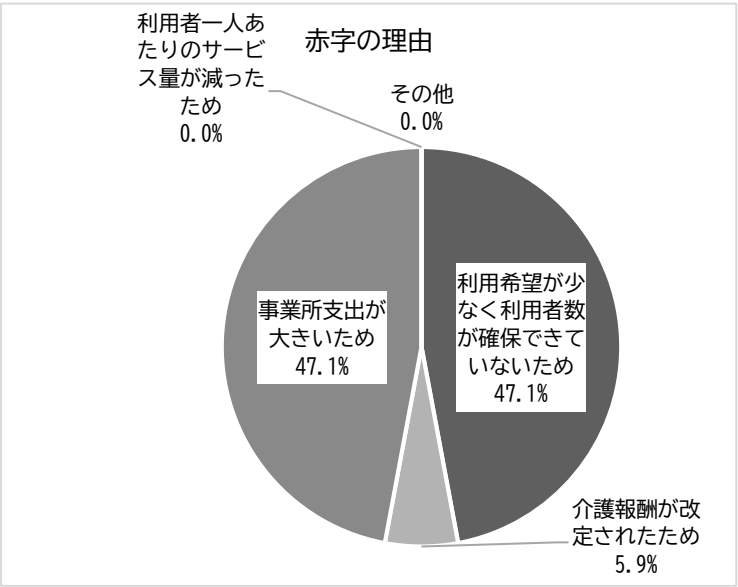
能勢町で事業を実施する際の最大の課題として、「必要な人材の確保が困難である」がもっとも高い得点(87点)を集めましたが、次いで「車・燃料費などの経費がかかる(74点)」が第2位、「利用者の確保が困難である(50点)」が第3位となっています。

自由記述においても「訪問介護の際、町内は広いので、移動に時間もガソリン代もかかる」といった切実な声が寄せられており、広大なエリアをカバーするための移動コストが事業所の重い負担となっています。

また、全体の34.0%の事業所が赤字傾向(「赤字」「やや赤字」の合計)にあります。赤字の理由として「利用希望が少なく利用者数が確保できていないため」と「事業所支出が大きいため」が共に47.1%を占めています。

能勢町で事業を実施する際の課題	得点
1. 必要な人材の確保が困難である	87点
2. 車・燃料費などの経費がかかる	74点
3. 利用者の確保が困難である	50点





（5） サービス別に見た利用申込へ利用対応力と経営状況

- 利用申込への対応力

  全体では「余裕がある（計66.0％）」が上回るものの、主に提供するサービス別に見ると、訪問介護（66.7％）、居宅介護支援（50.0％）、介護老人保健施設（50.0％）において半数以上の事業所が「対応に余裕がない」としています。

- サービス提供の辞退経験（お断り）

  全体の54.0％が利用者からの依頼に対して「サービス提供できなかったことがある」と回答していますが、居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与・販売、特別養護老人ホームで50％を越えています。

  提供できなかった理由は、居宅介護支援は「新規契約を受け入れる余裕がなかった」が66.7％、訪問介護は「希望された日（時間帯）に利用が集中し、対応できなかった」と新規契約を受け入れる余裕がなかった」が共に66.7％、訪問看護は75.0％、通所介護は「希望された日（時間帯）に利用が集中し、対応できなかった」と「新規契約を受け入れる余裕がなかった」が共に50.0％となっています。

- 経営状況（赤字実態）と赤字の理由

  居宅介護支援の56.3％、訪問介護の50.0％が赤字となっており、その理由は、居宅介護支援の55.6％、訪問介護の66.7％が「事業所支出が大きいため」となっています。

6. 地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析

(1) 地域包括ケア「見える化」システムについて

厚生労働省が提供する地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化されています。

地域分析を行うに当たり、全国、大阪府との比較検討を行いました。

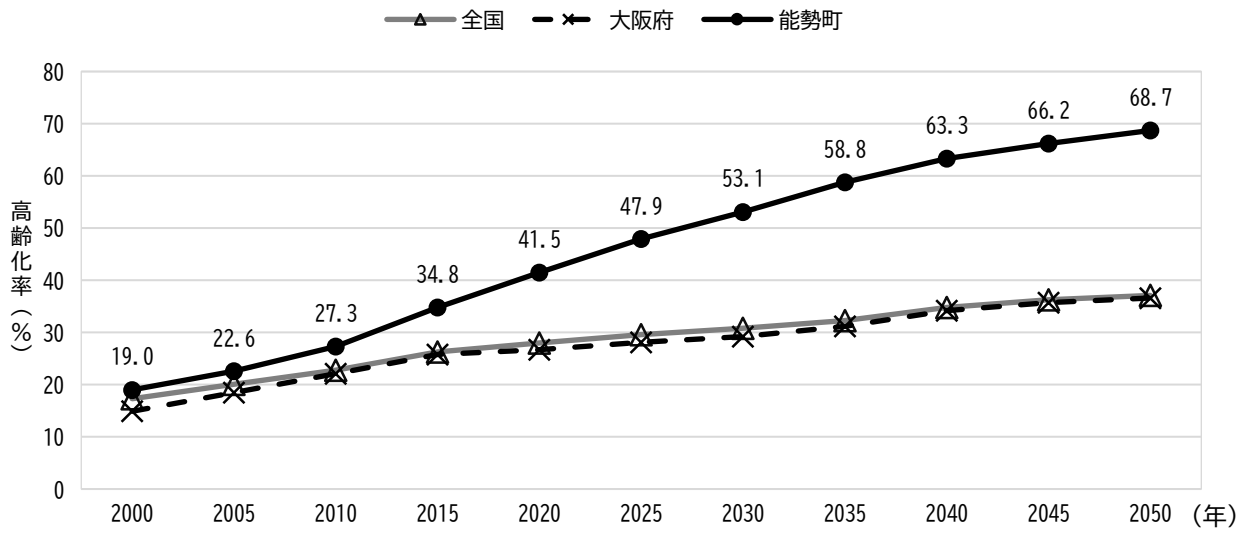
本町が行った将来推計と地域包括ケア「見える化」システムにおける将来推計の違いについて

本町は第10期計画の策定に当たり、住民基本台帳の最新統計データに基づく人口の将来推計（「第6章 介護保険事業等の見込み」参照）を行いました。地域包括ケア「見える化」システムにおける人口推計は令和2年（2020年）「国勢調査」をもとにした「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）に基づいており、本町が独自に行う推計値と差異が生じていますが、他自治体との比較検討の必要性から、この項では地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値を用いて分析を行います。

(2) 高齢化率の将来予測

本町の高齢化率は平成12年（2000年）には19.0%であったのが、令和2年（2020年）には41.5%、令和7年（2025年）には47.9%、令和22年（2040年）には66.2%、令和32年（2050年）には68.7%に達すると推計されています。

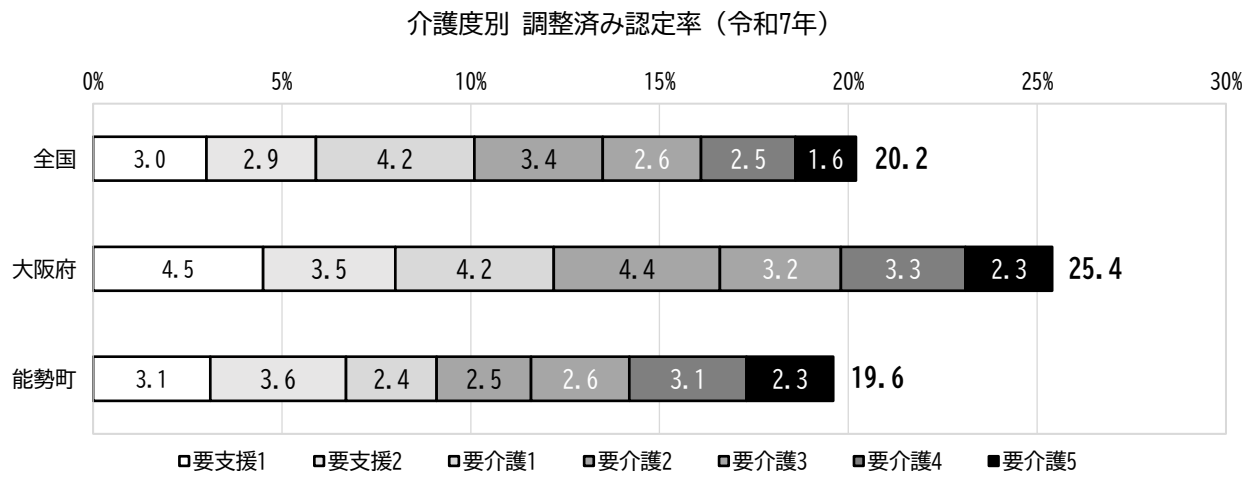
高齢化率は上昇傾向にあり、全国平均、大阪平均と比べると、急速な高齢化の進行が推計されています。



（注目する地域）能勢町
（出典）総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

（3）認定率

認定率を見ると、本町は19.6％と、全国20.2％、大阪府25.4％より低くなっています。要介護度で見ると、本町は要支援の認定率が低い傾向にあります。



（時点）令和７年(2025 年)
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

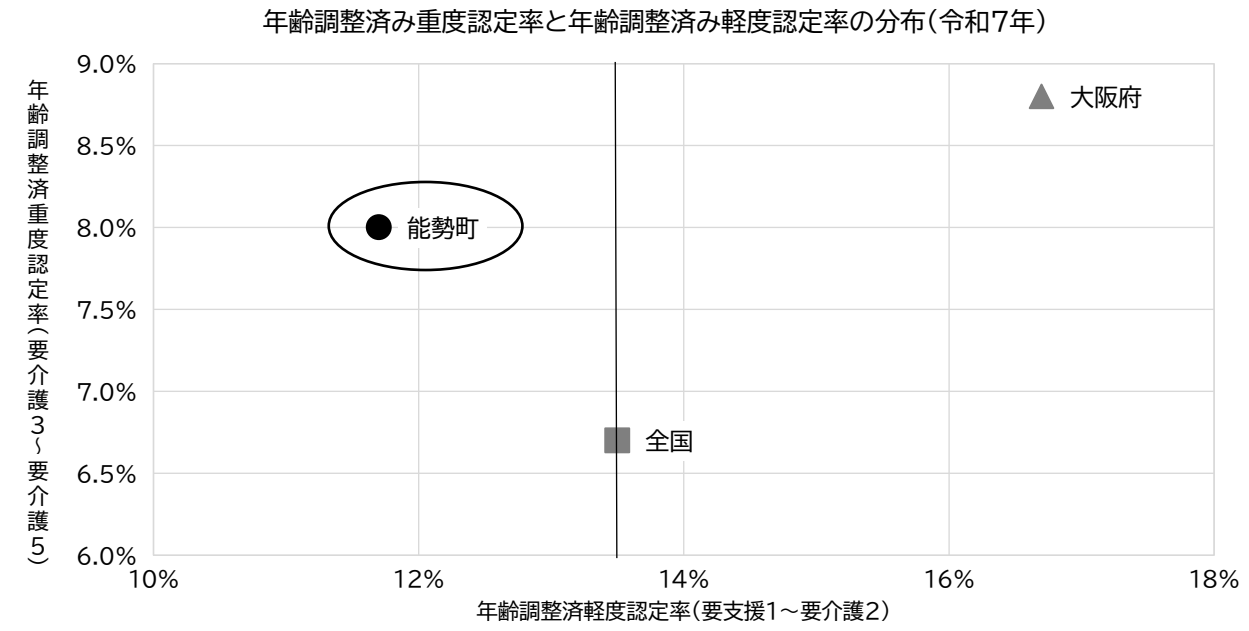
年齢調整済み認定率の「重度」と「軽度」の分布を比較してみると、

重度（要介護3～要介護5）認定率は　　大阪府＞**本町（能勢町）**＞全国

軽度（要支援1～要介護2）認定率は　　大阪府＞全国＞**本町（能勢町）**

の順になっています。

本町は全国と比較して、重度認定率が高く、軽度認定率が低くなっています。

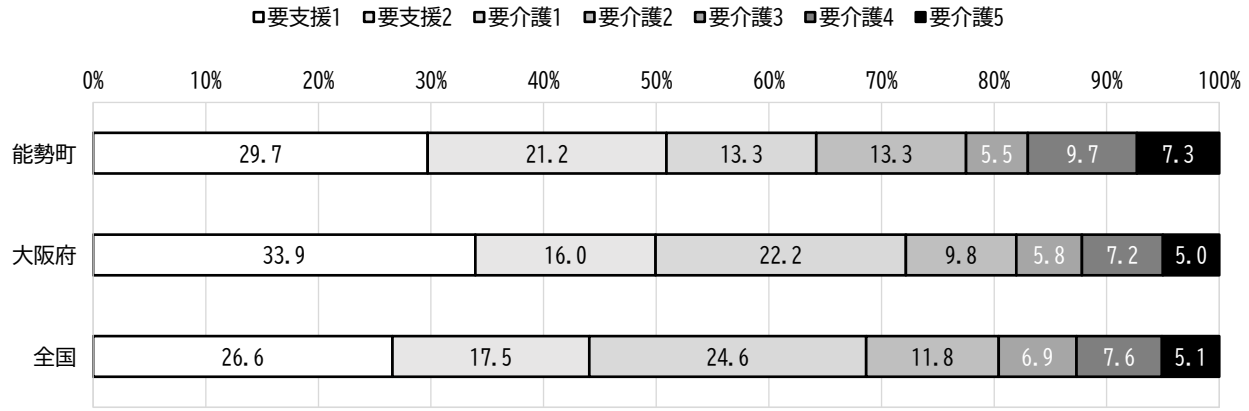


（時点）令和7年(2025年)
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

本町の新規認定者は、「要支援1」が29.7%で最も多く、次いで「要支援2」が21.2%になっています。全国、大阪府と比較すると要支援者の比率が高くなっています。

これは、本町の高齢者は要支援の段階から介護保険サービスを利用し始めることが多い傾向を示しているものと思われます。

新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布（令和6年）



（時点）令和6年(2024年)
（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」（令和7年9月10日時点データにて集計）

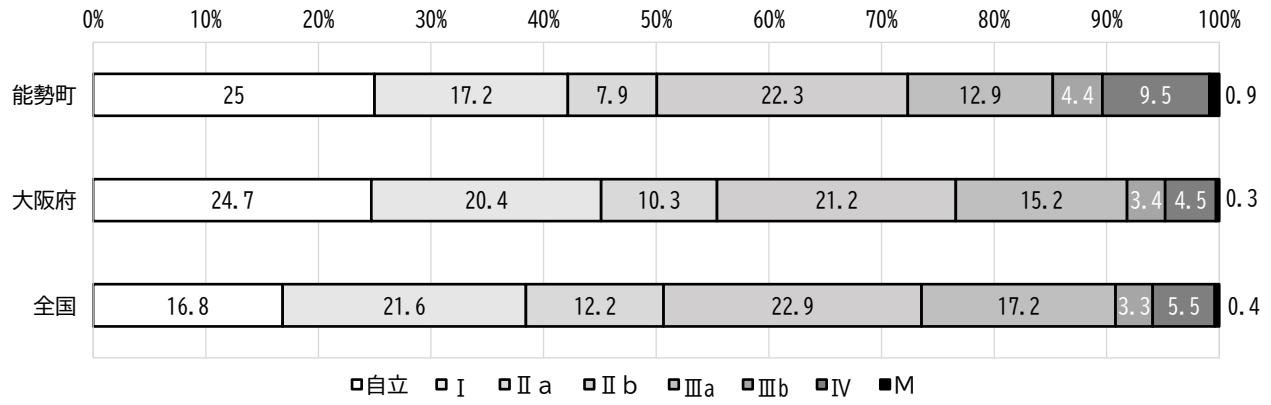
地域別に認知症高齢者の日常生活自立度を見ると、見守りや介護が必要であるとされる「自立度Ⅱ以上」は、本町は57.9%となっています。

比較対象である全国と大阪府の認定率にもよるため一概には言えませんが、本町は全国より少なく、大阪府より多い傾向にあります。

地域別 認知症高齢者の日常生活自立度の状況

	日常生活自立度	全国	大阪府	能勢町
認定者の割合	自立度（自立）	16.8%	24.7%	25%
	自立度（Ⅰ）	21.6%	20.4%	17.2%
	自立度（Ⅱａ）	12.2%	10.3%	7.9%
	自立度（Ⅱｂ）	22.9%	21.2%	22.3%
	自立度（Ⅲa）	17.2%	15.2%	12.9%
	自立度（Ⅲb）	3.3%	3.4%	4.4%
	自立度（Ⅳ）	5.5%	4.5%	9.5%
	自立度（M）	0.4%	0.3%	0.9%
	自立度Ⅱ以上（再掲）	61.5%	54.9%	57.9%
	小計（Ⅰ～M）	83.1%	75.3%	75.1%
認定者数	自立度（自立）	1,554,693	174,269	246
	自立度（Ⅰ）	2,003,136	143,993	169
	自立度（Ⅱａ）	1,131,156	72,998	78
	自立度（Ⅱｂ）	2,121,566	149,678	219
	自立度（Ⅲa）	1,592,526	107,580	127
	自立度（Ⅲb）	303,883	23,902	43
	自立度（Ⅳ）	512,433	31,486	93
	自立度（M）	34,469	2,278	9
	自立度Ⅱ以上（再掲）	5,696,033	387,922	569
	小計（Ⅰ～M）	7,699,169	531,915	738
	認定者数合計	9,253,862	706,184	984

（時点）令和7年10月(2025年10月)
（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」（令和8年8月10日時点データにて集計）



（時点）令和7年10月（2025年10月）
（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」（令和8年8月10日時点データにて集計）

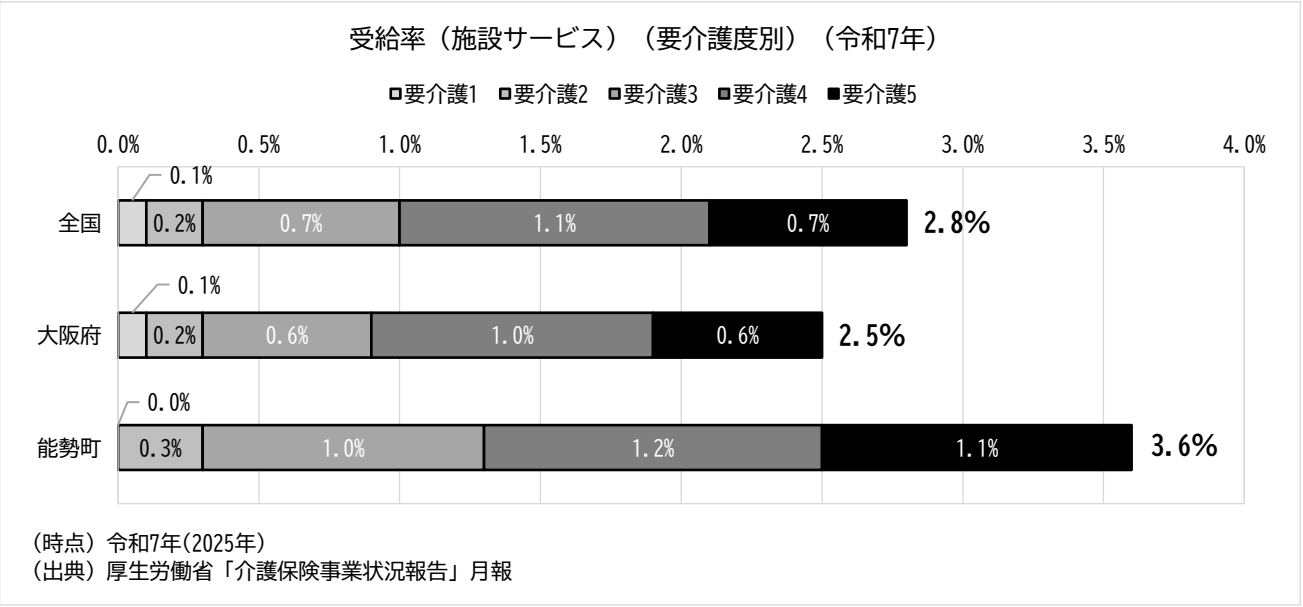
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

（出典）「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成 18 年4月3日老発第 0403003 号）厚生省老人保健福祉局長通知

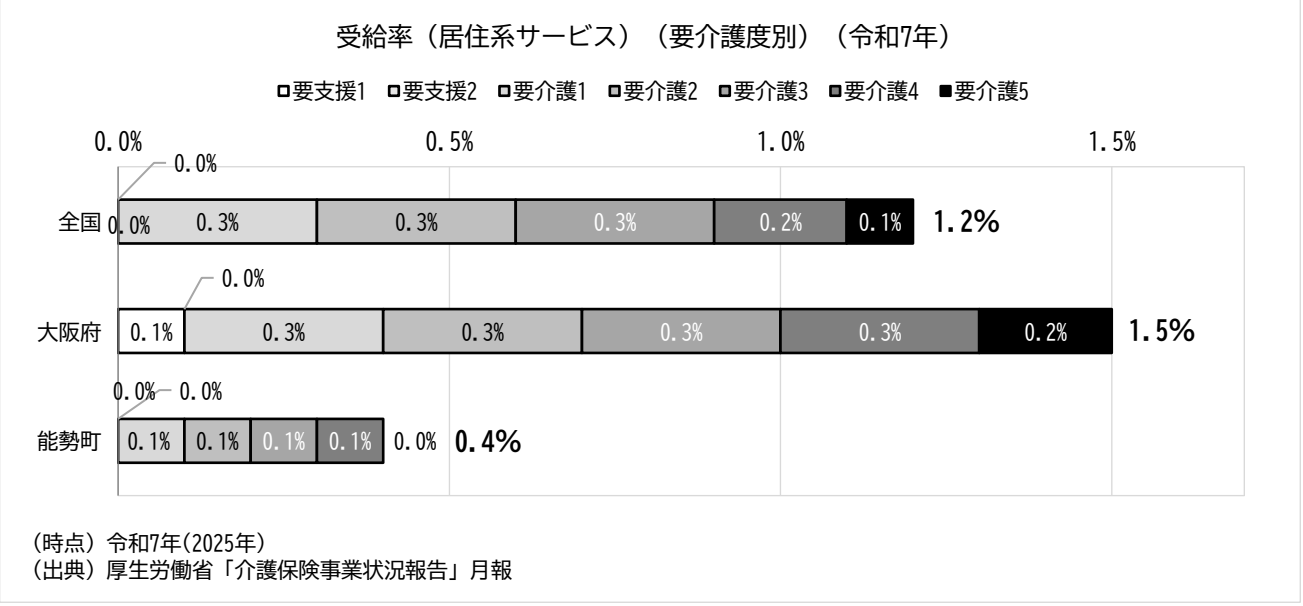
（4）第1号被保険者に占めるサービス受給率

本町の第1号被保険者に占める施設サービス受給率は、他と比べて高い結果となりました。



（時点）令和7年(2025年)
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

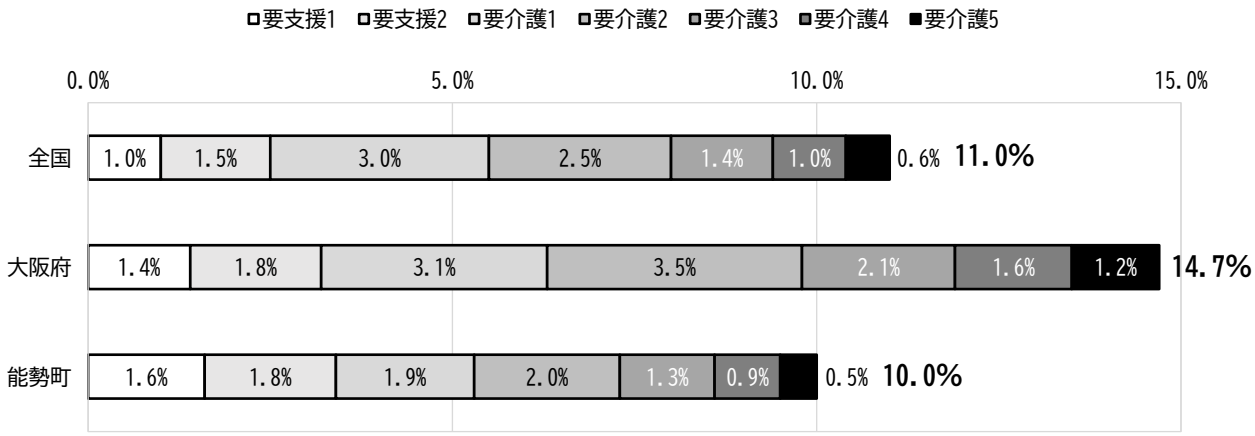
本町は、第1号被保険者に占める有料老人ホームやグループホーム等の居住系サービスの受給率が低くなっており、全国、大阪府の半分以下です。



（時点）令和7年(2025年)
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

本町の第1号被保険者に占める在宅サービス受給率は全国、大阪府より少なくなっています。

受給率（在宅サービス）（要介護度別）（令和7年）



（時点）令和7年(2025年)
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

（5）第1号の被保険者1人当たりの給付月額

第1号被保険者1人当たりの給付月額の分布をみると、

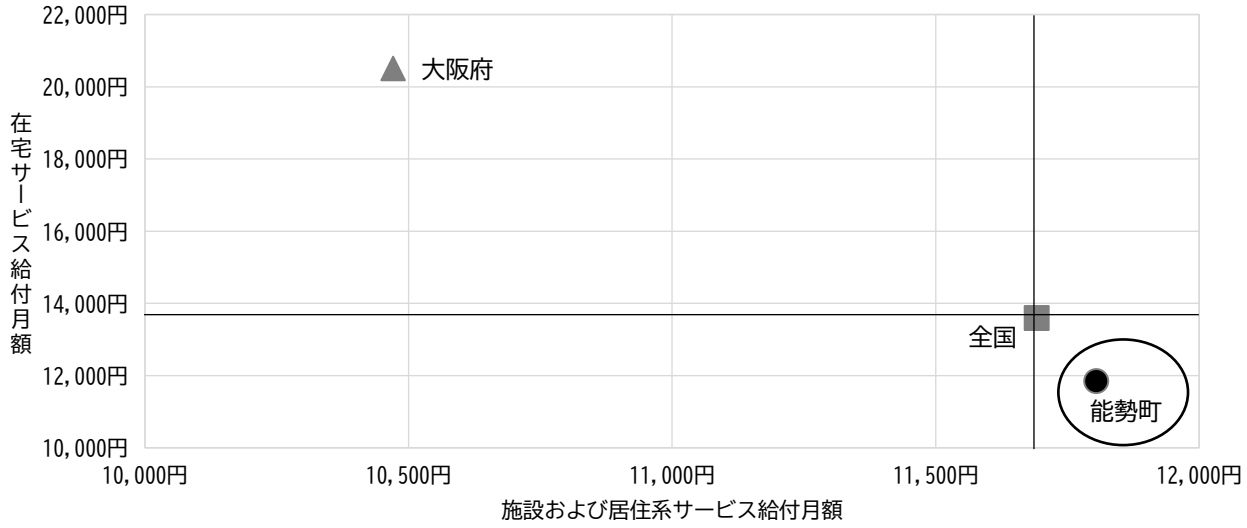
施設・居住系サービスは　　**本町（能勢町）**＞全国＞大阪府

在宅サービスは　　大阪府＞全国＞**本町（能勢町）**

の順になっています。

本町は比較自治体と比べ、在宅サービスより施設・居住系サービスへの依存度が高いことを示しています。

第１号被保険者１人当たり給付月額（在宅サービス・施設及び居住系サービス）
（令和7年）



（時点）令和7年(2025年)
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

(6) サービス提供施設(事業所)について

網掛けをしたサービスは本町にはないサービス資源です。令和8年(2026年)時点で、本町には施設・居住系サービス、地域密着型サービスを提供する施設・事業所が少なく、近隣市町の施設、事業所のサービスを 利用している状況があります。

		能勢町 事業所数	人口 10 万人当たりの施設/事業所数		
			能勢町	全国	大阪府
居宅サービス	訪問介護	5	55.9	30.1	66.6
	訪問入浴介護	—	—	1.3	1.0
	訪問看護	—	—	14.7	23.7
	訪問リハビリテーション	—	—	5.0	6.1
	居宅療養管理指導	2	22.4	48.3	68
	通所介護	1	11.2	20.3	18.9
	通所リハビリテーション	1	11.2	6.5	6.7
	短期入所生活介護	1	11.2	9.2	6.5
	短期入所療養介護(老健)	—	—	3.1	2.4
	短期入所療養介護(病院等)	—	—	0.1	—
	短期入所療養介護(介護医療院)	—	—	0.1	—
	特定施設入居者生活介護	—	—	4.9	4.6
	福祉用具貸与	—	—	6.0	10.4
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	—	—	1.2	1.0
	夜間対応型訪問介護	—	—	0.2	0.1
	認知症対応型通所介護	—	—	2.3	2.0
	小規模多機能型居宅介護	—	—	4.5	2.4
	看護小規模多機能型居宅介護	1	11.2	0.9	0.9
	認知症対応型共同生活介護	—	—	11.7	8.2
	地域密着型特定施設入居者生活介護	—	—	0.3	0.2
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	—	—	2.1	1.7
	地域密着型通所介護	3	33.6	15.5	18.1
居宅介護支援		6	67.1	30.3	41.8
介護予防支援		1	11.2	5.8	4.0
施設サービス	介護老人福祉施設	1	11.2	6.9	5.0
	介護老人保健施設	—	—	3.4	2.5
	介護医療院	—	—	0.8	0.2
	介護療養型医療施設	—	—	—	—

(時点)令和 6 年(2024 年)
(出典)厚生労働省「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
※ 「見える化」システムで得られた事業所・施設ごとのデータを一覧表にまとめ直したもの。
※ 町内に事業所がないサービスを網掛けにしています。

(7) 地域分析から見えてきた課題

① 急激な人口減少に伴う高齢化が顕著になっています。

② サービス利用状況では居宅サービスより施設・居住系サービスへの依存度が高いことから、今後、住み慣れた地域で住み続けることが可能となるような居宅サービスとケアマネジメントの充実を図る必要があります。

7. 2040年等を見据えた能勢町の課題

これまで実施した各種調査の分析結果および本町の将来推計を踏まえると、2040年を見据えて第10期計画において最優先で取り組むべき重点課題は、以下の3点と考えます。

(1) 地域包括ケアシステムの深化

生産年齢人口が減少する一方、高齢者人口は今後も増加し、高齢化は進展していくことが予想されています。介護保険制度においては、制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制深化・推進してきました。

今後、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年には、生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢者人口がピークを迎えることになります。このような高齢化の一層の進展に加えて、介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上人口が増加するとともに、認知症高齢者の増加や独居の高齢者等の増加も見込まれる中で、どのように高齢者を支えていくかが大きな課題です。

(2) リスクの連鎖を防ぐ早期からのフレイル予防と社会参加支援

後期高齢期への移行や要介護化に伴い、高齢者の心身には複合的なリスクが顕在化します。特に、足腰の痛みや転倒に対する恐怖感が外出控え（閉じこもり）を招き、それが社会的な孤立や「うつリスク（44.4%）」等の精神的な意欲低下を引き起こすという「リスクの負の連鎖」が確認されています。この連鎖を重度化する前に断ち切るため、オーラルフレイル等の些細な機能低下に対する早期からの介入が必要です。また、「いきいき百歳体操」をはじめとする多様な通いの場への参加を促し、運動機能の向上だけでなく、他者との交流や社会的な役割（世話役など）を創出することで、高齢者の生きがいづくりと孤立防止を一体的に推進していくことが急務です。

(3) 介護人材の確保と介護現場の生産性向上・業務効率化

生産年齢人口が急減し、2040年には高齢化率が57.2%に達すると推計される中、本町の介護保険事業所ではすでに深刻な人材不足が起きており、利用者の依頼に対して「サービス提供を辞退」せざるを得ない事態が発生しています。さらに、広大な町域をカバーするための車・燃料費等の移動コストが事業所の経営を大きく圧迫しています。住み慣れた地域での在宅生活を支える持続可能なサービス供給体制を維持するためには、町や関係機関が主導した介護人材の確保・定着支援が不可欠です。それと同時に、限られた人材で質の高いサービスを提供できるよう、ICTや介護テクノロジーの積極的な導入による「介護現場の生産性向上」と業務効率化を強力に推進していく必要があります。

第３章　第9期計画の実施状況と評価

基本目標1　地域包括ケアシステムの深化・推進

（1）地域包括支援センターの運営

①　地域包括支援センターの機能強化

評価項目			令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
地域包括支援センター	設置数		1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	
	専門職員数	保健師	1人	2人	2人	2人	2人	
		主任介護支援専門員	1人	1人	1人	1人	1人	
		社会福祉士	1人	1人	1人	1人	1人	
		介護支援専門員	1人	1人	2人	1人	2人	
	研修機会の確保		2回/年	2回/年	2回/年	1回/年	2回/年	

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、安心して尊厳あるその人らしい生活が継続できるよう、心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行い、そのことにより、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援していくことを目指しています。

地域住民の様々なニーズに応じることのできる拠点の強化として、令和8年度は介護支援専門員が2名に増員され、合計6名の専門職により地域包括ケアシステムの更なる推進に努めています。

②　地域包括支援センターの適切な評価

令和8年8月26日に開催した介護保険事業運営委員会にて、計画に沿った事業が展開できているかの評価を行い、事業運営の進捗管理を行いました。

③　居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定対象拡大

能勢町介護保険事業所連絡会を通じ情報提供を行っていますが、要介護者の受け入れで手一杯等マンパワーの面から、現時点では従来の委託による運用となっています。

（2）　在宅医療・介護連携の推進

①　情報の収集、整理、活用、課題の把握

池田市医師会や二次医療圏の病院等と関係自治体が協議を行う会議等で、地域課題に対する医療・介護の資源情報の収集を行っています。

②　地域の医療介護関係者への情報提供、相談支援

ICTによる多職種連携情報共有システムを活用して、医療介護情報を関係者間でリアルタイムかつ効率的に連携・共有するシステムを構築し、国民健康保険診療所、地域包括支援センターを中心に連携を図っています。令和8年6月末時点において計17事業所が参加しています。

③ 地域住民への普及啓発

新たに要支援・要介護認定を受けられた方に対し、認定結果通知書に併せて町内の介護サービス情報一覧表と地域包括支援センターの案内を同封し、情報提供を行っています。

④ 医療・介護関係者間の情報共有の支援、必要な知識の習得、向上のための支援

医療と介護の両方を必要とする高齢者に対し、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係機関の連携を推進しており、情報交換会を通じて、顔の見える関係から連携できる関係へ発展しています。令和7年度は、月に歯科医師、7月に耳鼻科医師、9月に作業療法士、令和8年1月に救急救命士・消防隊員を迎え、4回会議を開催しました。

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
多職種連携情報交換会議	4回/年	3回/年	4回/年	4回/年	4回/年	

⑤ 医療と介護の連携による看取りケアの推進

人生会議の開催に向け情報収集を行っており、令和8年度中に会議の開催を目指しています。

（3） 高齢者の状況に応じたサービスの提供

① 相談機能の強化・支援体制の充実（令和7年度）

相談項目	実人数	回数
介護保険サービス・介護相談	89	895
認知症	20	123
権利擁護	0	0
成年後見	3	30
虐待	3	58
施設相談	5	16
医療相談	7	61
その他	39	408
計	166	1,591

地域に身近で気軽に相談できる窓口として、親切・迅速な対応に努めています。令和8年度は166人に対し、延べ1,591回の相談を行いました。支援困難な事例に対しては、地域包括支援センターの専門職がそれぞれの専門性を生かし、関係機関と連携し、解決を図っています。

② 制度周知の推進

保険料の通知や制度改定のタイミングで、広報誌やホームページを活用し、住民に対し広く地域包括支援センター等の周知を行っています。

③ 相談苦情解決体制の充実

保健福祉センター内に相談窓口として地域包括支援センターの掲示をしています。介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書において、相談窓口を案内しています。

④ 事業者情報の公表

要介護認定の結果通知書に厚生労働省が運用する「介護サービス情報公開システム」の検索先を掲載しており、利用者やその家族が最新情報を得ることができるよう情報提供をしています。

(4) 高齢者虐待防止、孤立防止、生活困窮高齢者への支援

① 高齢者虐待防止への取組

高齢者虐待の防止に向け、ケアマネジャーはじめ関係者の相談支援に取り組んでいます。虐待のケースでは、老人福祉施設等への措置が必要と判断した場合は、速やかに対応を行っています。令和7年度は3件の通報があり、1件の虐待認定を行いました。

② 高齢者の孤立防止及び生活困窮高齢者への支援

孤立・困窮する高齢者の生活背景に十分配慮をしながら、高齢者の実情に応じ、箕面子ども家庭センターやはーとほっと相談室と情報連携をしています。

基本目標2 地域包括ケアシステムを進める地域づくり

(1) 地域共生社会を目指したまちづくりの推進

① 世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりの推進

地域住民が共に支え合う地域づくりを目指し、地域包括支援センターと生活支援コーディネーターが、生活支援体制整備事業の進捗管理も含め毎月定例会議を行っています。

② 住民主体の活動の支援

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
生活支援コーディネーターの配置	3人	3人	3人	3人	3人	

地域資源を活かし、支援が必要な高齢者のニーズとのマッチングを行うとともに、不足している地域資源の創出、地域におけるサービスの担い手の養成等により、元気な高齢者の活躍の場を広げることを目指しています。事業の実施は社会福祉協議会に事業を委託しており、3人の生活支援コーディネーターを配置しています。令和7年度は『地域あつまろうよ事業』を4回行い、地域に出向き状況把握、情報収集の活動を行いました。

③ 第2層への協議体の展開

生活支援コーディネーターが中心となり、現時点では地区福祉委員会において地域課題の発見に努めています。

④ 高齢者の社会参加

生活支援コーディネーターと共に支援や体制づくりが進むよう取り組んでいます。

（2） 生活支援・介護予防サービスの基盤整備

① 生活支援・介護予防サービスの実施

地域の特性に応じた現行相当の訪問・通所サービスについて、検討をしています。

② 交通担当部門との連携による移動手段の確保

乗り合いタクシーの担当課や、ふれあい号を運行している社会福祉協議会との間で、地域住民の生活課題やニーズについて情報共有を行い、高齢者の移動手段の確保につなげています。

（3） 認知症基本法を踏まえた施策の推進（認知症施策推進計画）

① 普及啓発・本人発信支援

認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指し、広く住民に認知症普及啓発を行っています。令和8年9月26日に開催した認知症普及啓発映画上映会には83名の住民が参加しました。

② チームオレンジの推進

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
チームオレンジ設置	0か所	0か所	1か所	0か所	1 か所	

※ チームオレンジとは、認知症の人やその家族を地域で早くから支えるため、認知症サポーターらがチームを組んで活動する地域支援の仕組みです。

すでに養成講座を受講した認知症サポーターに対し、より深い知識や対応を学び、地域で支え合いのボランティア活動を行うことを目的に、令和8年度ステップアップ講座の開催を予定しています。修了後は引き続きチームオレンジの一員として活動します。

③ 認知症サポーターの養成

認知症高齢者を地域で支えるため、認知症キャラバン・メイトとともに、認知症サポーターの養成を行っています。令和7年度は一般住民19人、能勢ささゆり学園40人、豊中高校能勢分校11人が講座を受講し、新たに70人の認知症サポーターが誕生しました。

④ 認知症キャラバンメイトの養成

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
認知症サポーター養成講座受講者数（延べ人数）	1,200 人	1, 256人	1,300 人	1, 326人	1,400 人	
認知症キャラバンメイト養成講座受講者数（単年度当たり）	3人	3人	3人	5人	3人	

認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバンメイト養成講座は、令和7年度は計画値を上回る5名が受講しました。これは認知症カフェの立ち上げに伴う増加です。

⑤ 認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

地域包括支援センターが日々の相談業務の中で、対象ケースについて、迅速な対応を行っています。

⑥ 認知症地域支援推進員の活動の推進

地域包括支援センターの専門職が推進員研修を受講し、現在4名が配置されています。認知症サポーターの活動支援や、認知症カフェの新規開設運営支援や、チームオレンジの立ち上げ等に向け活動しています。

⑦ 認知症カフェの設置

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
認知症カフェ（実件数）	2か所	2か所	2か所	6か所	2か所	

認知症に対する悩みを気軽に相談できる場所として認知症カフェの設置を進めています。令和6年度は新たに「いちょうの会」、令和7年度は「こもれび」「さわや家」「オレンジランプ」「オレンジみかん」が立ち上がり、現在6か所となっています。

⑧ 権利擁護の推進

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
権利擁護に関する研修会の実施	1回/年	2回/年	1回/年	2回/年	1回/年	

令和7年5月28日、一般住民向け研修「身寄りのない高齢者の入院入所問題」を開催し、26名が参加しました。また、令和8年2月25日に専門職向け研修「支援現場で役立つ法テラスの活用方法」を開催し、14人が参加しました。2回の研修を通じ、すべて人が自らの意思に基づいて生活を選択し、自身の権利を適切に行使できると言うことを学ぶことができました。

⑨ 地域の見守りネットワークの構築

評価項目		令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
認知症高齢者等SOSネットワーク事業	登録者数（実人数）	7人	7人	8人	5人	9人	
	協力企業団体数（実件数）	30 団体	30 団体	32 団体	30 団体	34 団体	

協力企業・団体数は横ばいであるため、引き続き協力依頼に努めていきます。また、既存の協力企業・団体に対し迅速な情報共有を図るため、令和8年度よりメールでの配信に切り替えています。

（4） 高齢者の住まいと生活支援の取組

① 困難を抱える高齢者に対する住まいと生活支援の一体的実施

在宅生活継続が難しくなった高齢者に対し、施設等の情報提供を行っています。金銭面で課題がある場合は箕面子ども家庭センターと協力し、介護保険サービスの利用も含め在宅生活の継続に向け支援を行っています。

② 相談支援体制の充実

地域包括支援センターで把握した施設等の情報について、必要に応じ関係者や家族等に提供を行っています。

③ 指導・監督・介護給付の適正化

ケアプラン点検を行うことで、介護保険給付の適正化に努めています。

（5） 地域ケア会議の推進

① 地域ケア会議の開催

包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、令和7年度は4回の地域ケア会議を実施しました。令和8年度は毎月1回の開催を予定しています。

② 自立支援型地域ケア会議・評価訪問の開催

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
自立支援型地域ケア会議の開催	随時/年	1回/年	随時/年	4回/年	随時/年	
評価訪問	36件/年	52件/年	36件/年	41件/年	36件/年	

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ら専門職による評価訪問の時間を毎月半日確保しており、令和7年度は 41 件の訪問を行い、自立に向けた評価・助言を行いました。

③ 処遇困難事例検討会の開催

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
処遇困難事例検討会の開催	随時/年	0回/年	随時/年	0回/年	随時/年	

処遇困難ケースについて相談依頼があれば、随時開催しています。また、能勢町介護保険事業所連絡会の場で各事業所から対応困難ケースの相談に対して、早期介入早期解決を目指し意見交換を行っています。

（6） 包括的な支援体制の整備

① 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構築

地域住民が抱える複雑化した生活課題について、生活支援コーディネーター等関係者と連携しながら包括的な支援体制の構築を目指しています。

② 障がい福祉・生活困窮者・就労支援等の関係部局との連携

庁内の担当課や各関係機関と連携をしています。

基本目標3　自立支援、介護予防・重度化防止の推進

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止の取組

①　いきいき百歳体操の推進

評価項目		令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
いきいき百歳体操	実施地区数	48(44)	47(43)	48(44)	47(43)	48(44)	
	参加者人数	400人	341人	450人	329人	500人	
	もっとずっと！参加者数	90人	68人	95人	111人	100人	

地域住民が運営主体となり、町内全43地区47か所で実施し、令和7年11月末時点で329人が体力測定会に参加しています。

令和8年7月9日にいきいき百歳体操交流会を行い、238名が参加しました。活動継続支援として「もっとずっと！いきいき百歳体操」を年2回開催し、合計111人が参加しました。

口腔機能の維持・向上のための歯科衛生士による訪問を行い、延べ313名を対象にかみかみ百歳体操のポイント解説を行いました。

(2) 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の推進

生活支援コーディネーターが中心となり行う地域資源の発掘の後方支援を行い、支え合える地域づくりを目指しています。

② 総合事業のサービス

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
訪問型サービスの実施(年間)	560人	604人	580人	655人	600人	

要支援者等が住み慣れた地域で自立した生活を継続できるようホームヘルパーが自宅を訪問し、日常生活を支援するサービスです。町内5か所の事業所を中心にサービス提供を行い在宅生活の継続支援に取組みました。

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
通所型サービスの実施（年間）	640人	624人	656人	677人	672人	

要支援者等デイサービス事業所に通い、体操や機能訓練、レクリエーション等を通じて心身機能の維持・向上を図るとともに、社会参加を促進し自立した生活を支援するサービスです。町内3か所の事業所や近隣市の事業所を利用することで自立に向けた介護予防に取組みました。

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
予防型ケアマネジメント（年間）	940人	593人	950人	623人	960人	

利用者の状態や意向に応じて介護予防の目標を設定し、必要なサービスの利用調整や継続的な評価を行い、自立した生活を支援するものです。認定を受けたサービス利用希望者については、速やかに対応するよう努めました。

③【その他の生活支援サービス】

評価項目	令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	見込値
緊急通報装置設置事業（年間実人数）	20人	24人	21人	24人	22人	

主にひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の方に対し、緊急通報装置の設置事業を行っています。令和7年度は年間延べ235人（各月18人～21人の実人数）の利用実績がありました。

④ 総合事業の推進に向けて

生活支援コーディネーターが活動の中で顕在化した地域のニーズや資源を実情と照らし合わせ、必要なサービスの確保に向けて協議をした結果、令和6年度から「地域見守り訪問サービス」が立ち上がりました。現在は登録ボランティアを増やすべく支援を行っています。

（3） 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

① 健康増進と生きがい活動の一体的推進

健康寿命の延伸に向け、町内関係課の枠組みを超えた横断的な取組に向け、情報共有等の連携を図っています。

② 大阪大学大学院との共同研究を通じた医療・介護のデータ基盤の整備や分析・活用

大阪大学大学院と毎月会議を開き、健康寿命延伸に向けた協議を行いました。いきいき百歳体操の参加者に関するデータ分析を共同で行い、得られた結果は参加者に情報提供する等、実践と科学的なアプローチにより効果的な取組になるよう努めています。

基本目標4　サービス基盤、人的基盤の整備

（1） 介護サービスの充実強化

① 施設整備・強化について

令和8年度中に定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の設置に向け、公募を行う予定をしています。

② 共生型サービスの推進

限られた人材の中、重層的支援を行うために、令和8年8月17日に能勢町介護保険事業所連絡会と能勢町障がい施設等連絡協議会を共同で開催し、介護保険と障がい福祉の切れ目のないサービス提供について、情報共有を行いました。

（2） 介護サービス事業者の適正・円滑な運営

① 事業者への支援及び指導・助言

地域密着型サービス事業所の運営推進会議に参加することで、事業所指導・助言を行いました。

② 事業運営委員会の活用

令和7年度に2回開催し、第9期計画の進捗管理と第10期計画に向けてのアンケート調査の検討を行いました。

③ 個人情報の適切な利用

地域包括支援センターの全職員が、特定個人情報等に関する研修を受講し、適正な取り扱いについて学びました。

④ 地域密着型サービスの広域利用の促進

地域密着型サービス事業所の空き状況に応じて、広域利用を認めるなど柔軟な対応を行いました。

（3） 介護給付適正化の取組（第6期介護給付適正化計画）

① 介護給付適正化の取組

短期入所の長期利用や生活援助中心型サービスの頻回利用を行っているケアプランを対象に点検を実施しており、令和7年度は5事業所（延件数10件）に対して指導・確認を行っています。

② 主要3事業の取組内容と目標

評価項目		令和6年度（2024年度）		令和7年度（2025年度）		令和8年度（2026年度）	
		目標	実績	目標	実績	目標	見込み
要介護認定の適正化	確認件数	全件	全件	全件	全件	全件	
ケアプランの点検	確認件数	各事業所1件	16件	各事業所1件	10件	各事業所1件	
住宅改修の適正化	書面審査	全件	全件	全件	全件	全件	
	意見聴取又は現地調査	1件以上（必要に応じて）	0件	1件以上（必要に応じて）	0件	1件以上（必要に応じて）	
福祉用具購入・貸与	書面審査	全件	全件	全件	全件	全件	
	意見聴取又は現地調査	1件以上（必要に応じて）	0件	1件以上（必要に応じて）	0件	1件以上（必要に応じて）	
縦覧点検・医療情報との突合	結果確認	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回	

（4） 人材の確保及び業務効率化・質の向上

① 介護人材の確保

ハローワーク池田と近隣市町で共同開催している介護魅力発信セミナーや就職面接会等を一体的に行うイベントに参加し、介護事業所の人材確保に努めました。

② 介護支援専門員等の資質向上

地域のケアマネジャーに対し、日常的な個別指導・相談を行っています。令和7年度は主任ケアマネジャーに対する法定外研修として、大阪介護支援専門員協会から講師を招き「地域包括ケアシステムの理解とケアマネジャーの役割」をテーマに実施しました。

③ 介護現場の生産性の向上の推進

能勢町介護保険事業所連絡会で、電子申請システムや、活用できる国や府の補助金に関する情報提供を行うことで業務の効率化を支援しました。

基本目標5 災害や感染症対策に係る体制整備

(1) 災害時に備えた取組

① 災害に対する高齢者支援体制の確立

「能勢町地域防災計画」や「能勢町業務継続計画」等に基づき、庁内関係部署が連携し、避難行動要支援者等の避難や福祉サービス、関係機関との連絡調整等、災害時における高齢者等への支援体制の確保に取り組んでいます。

② 業務継続計画(BCP)の策定義務化に伴う介護サービス事業所に対する助言・支援

災害発生時においても必要な介護サービスが継続されるよう、介護サービス事業所における業務継続の取組を踏まえつつ、「能勢町業務継続計画」に基づき、関係部署・関係機関との情報共有や連携を図っています。

(2) 感染症等に備えた取組

① 感染症に対する高齢者支援体制の確立

新型コロナウイルス感染症への対応経験や国・大阪府の動向を踏まえ、令和8年2月に「能勢町新型インフルエンザ等対策行動計画」を改定しました。同計画に基づき、高齢者や要介護者等への影響や介護サービスの継続にも留意しながら、関係部署・関係機関との情報共有・連携を図っています。

第４章　計画の基本理念及び基本目標

1. 計画の基本理念

「地域で支え合い、自分らしく暮らし続けられるまち」

第6次能勢町総合計画（2022～2031年度）では、「能勢のこれからの10年に大切な7つのテーマ」として、

1　地域社会の創り手を育むまち
2　人の輪が広がるまち
3　健康で生きがいをもてるまち
4　里山を守り・生かすまち
5　働く場所が多様にあるまち
6　安心して移動ができるまち
7　地域エネルギーで自立するまち

を設定しました。

本町は人口減少と高齢化が急速に進行しています。人生100年時代と言われる中、要介護高齢者が増加し、支え手である現役世代は急速に減少していきます。一方で総人口に占める健康で元気な高齢者の割合は確実に増えていきます。高齢者の方は長い人生の中で培われた豊かな知恵と経験を有しています。こうした健康で元気な高齢者が自らの能力を生かしながら、地域の新たな支え手として現役世代と手を携えながら活躍し、高齢者の知恵と経験が次世代に伝承されていくまちづくりを目指します。

また、高齢者自身が生きがいを持ち、健康であり続けることはもとより、病気を抱えながら、あるいは要介護状態の方にとっても、全ての人が人生の最期まで生き方が尊重される、誰もが安心して暮らせる環境整備が大切です。

そのため、本計画では、本町の高齢者を取り巻く現状と課題、上位計画である第6次能勢町総合計画の将来目標や第5次能勢町地域福祉計画の基本理念を踏まえて、計画の基本理念**「地域で支え合い、自分らしく暮らし続けられるまち」**を掲げ、まち全体で高齢者施策の取組を推進します。

■第6次能勢町総合計画の将来目標■
人・地域・地球の健康を守り　縁をつなぐ　開かれたまち能勢

■第5次能勢町地域福祉計画の基本理念■
ふれあいと生きがいのあるまち　のせ　～助け愛、支え愛による地域福祉力の向上～

2. 計画の基本目標

基本目標１　地域包括ケアシステムの深化

生産年齢人口の減少等の資源的な制約が厳しくなっていく状況下で、地域包括ケアシステムの更なる深化及び地域共生社会への発展につなげる効果的な施策の展開を図っていくためには、本町の実情を踏まえながら、施策や事業について優先順位をつけて取り組むことが必要になってきます。

本町においては、年々高齢者からの相談件数が増加している現状があるため、直営の地域包括支援センターの機能強化に努めることで、高齢者の生活を支える体制づくりを進めていく必要があります。また、医療や介護の専門職が連携できる関係づくりを目指します。

基本目標２　地域包括ケアシステムを進める地域づくり

地域包括ケアシステムの『住まい・医療・介護・予防・生活支援』を一体的に提供できる体制を整えるために、地域の実情に合わせて、制度や分野の枠組や「支える側」「支えられる側」という関係性を超えた取組をしていくことが重要です。

こうした地域共生社会の実現のために、能勢町社会福祉協議会との連携を一層充実強化していきます。豊かな知恵と経験を併せ持つ高齢者が、新たな地域の支え手として活躍でき、生きがいを持って社会参加できる地域づくり、全ての町民がそれぞれの持つ能力を発揮しながら支え合い、認知症になっても暮らしていける地域づくりを目指します。

基本目標３　自立支援、介護予防・重度化防止の推進

本町の令和7年（2025年）の高齢化率は45.4％に達しました。今後、更に高齢化は進展し、令和22年（2040年）の高齢化率は55.2%に達すると予測されています。

自立支援、介護予防・重度化防止の取組を推進するに当たっては、高齢者の健康寿命を延伸することが重要になります。健康と要介護状態の中間であるフレイルを予防するためにも、持病のコントロール・適切な運動・栄養改善・口腔機能の向上、感染症予防等に取り組むことが重要であり、本町ではいきいき百歳体操の推進や、口腔機能の向上に取り組んでいきます。また、大阪大学大学院の協力を受けて行う『のせ健サポート』により健康長寿を目指します。

基本目標４　サービス基盤、人的基盤の整備

本町の中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて地域の実情に応じて、将来にわたり持続可能な介護サービス基盤の整備に努めます。

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制

整備を図る必要があります。

これらの課題に対応するため、地域包括支援センターが中心となって医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にしながら、切れ目のない在宅医療と介護連携等の推進を図っていきます。

また、介護を必要とする方の増加に伴い、必要となる介護人材の不足が見込まれます。サービス提供に当たり根幹となる介護人材の確保・定着・育成は、今後も一層重要な課題となるため、他の市町村や介護保険施設と連携して介護人材確保につながる情報交換に努め、必要な情報発信についての取組を進めます。

基本目標５　災害や感染症対策に係る体制整備

大規模災害やインフルエンザをはじめとした新たな感染症等の発生時においても、高齢者の生命と安全を確保し、必要な介護サービスや生活支援を途切れなく提供できるよう、関係機関や地域との連携を強化し、災害や感染症に強い危機管理・支援体制の構築を目指します。

3. 施策の体系

基本理念	基本目標	施策の方向
地域で支え合い、自分らしく暮らし続けられるまち	基本目標1 地域包括ケアシステムの深化	(1) 地域包括支援センターの運営 (2) 在宅医療・介護連携の推進 (3) 高齢者の状況に応じたサービスの提供 (4) 高齢者虐待防止、孤立防止、生活困窮高齢者への支援
	基本目標2 地域包括ケアシステムを進める地域づくり	(1) 地域共生社会を目指したまちづくりの推進 (2) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備 (3) 認知症基本法を踏まえた施策の推進 （認知症施策推進計画） (4) 高齢者の住まいと生活支援の取組 (5) 地域ケア会議の推進 (6) 包括的な支援体制の整備
	基本目標3 自立支援、介護予防・重度化防止の推進	(1) 自立支援、介護予防・重度化防止の取組 (2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進 (3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
	基本目標4 サービス基盤、人的基盤の整備	(1) 介護サービスの充実強化 (2) 介護サービス事業者の適正・円滑な運営 (3) 介護給付適正化の取組 （第 7 期介護給付適正化計画） (4) 人材の確保及び業務効率化・質の向上
	基本目標5 災害や感染症対策に係る体制整備	(1) 災害時に備えた取組 (2) 感染症等に備えた取組

第５章　施策の展開

基本目標1　地域包括ケアシステムの深化

(1) 地域包括支援センターの運営

① 地域包括支援センターの連携強化

直営地域包括支援センターとして、行政業務も行いながら、地域包括ケアの中核を担っていきます。高齢者や家族からの相談に対応し、必要な支援につなぐ相談窓口として、さらなるネットワーク強化を目指します。

② 地域包括支援センターの普及啓発

地域包括支援センターの役割や、実施している取組について、チラシ、広報紙、町公式LINE等を活用して住民への周知を進めることで、必要時に適切な利用ができるような体制づくりを目指します。



評価項目			令和9年度（2027年度）	令和10年度（2028年度）	令和11年度（2029年度）
地域包括支援センター	設置数		1か所	1か所	1か所
	専門職員数	保健師	2人	2人	2人
		主任介護支援専門員	1人	1人	1人
		社会福祉士	1人	1人	1人
		介護支援専門員	2人	2人	2人
	研修機会の確保		2回/年	2回/年	2回/年

③ 地域包括支援センターの適切な評価

地域包括支援センターが作成する「地域包括支援センター活動計画」に基づき、毎年その計画の事業評価を保険者が行い、事業運営委員会において審議します。

④ 居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定対象拡大

地域包括支援センターへ寄せられる相談件数は年々増加しており、それに伴い介護予防支援に関するケアプラン作成件数が増加し、職員への業務負担も増大しています。そうした状況の中、制度改正に伴う居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定対象拡大を通じて、業務負担の軽減を図りつつ、より一層居宅介護支援事業所との連携を密に介護予防支援に取り組みます。

（2） 在宅医療・介護連携の推進

① 情報の収集、整理、活用、課題の把握

医師会が同一の近隣市町と連携し、町内や近隣地域における医療・介護の資源情報を整理し、住民に分かりやすく情報提供します。また、医師会や二次医療圏の病院等と関係自治体が協議を行う会議（市立池田病院地域医療連携推進委員会、在宅医療懇話会等）に参画し、広域的な課題について協議を行います。

② 地域の医療介護関係者への情報提供、相談支援

介護の必要性が高まる80歳以上の高齢者数が増加する中で、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療と介護の関係機関が連携し、在宅医療と介護を一体的に提供できる体制の構築や、相談支援に努めます。

特に、在宅高齢者の入退院支援や、日常の療養支援、緊急時の対応、看取り等、それぞれの場面に応じた連携・対応が必要となることから、医療と介護が互いの強みを生かして連携できるよう、地域包括支援センターが相談窓口となり、在宅医療・介護の支援を行います。また、近隣病院の地域医療連携室と連携を密にし、必要な調整を行います。

③ 地域住民への普及啓発

介護保険制度や要介護認定について、住民に正しく理解してもらうための情報提供が必要です。要介護度はその時点の心身の状態等によって判定されるものであることや、必要な人が必要なサービスを適切に利用する制度であることについて、住民への理解促進を図っていきます。

④ 医療・介護関係者間の情報共有の支援、必要な知識の習得、向上のための支援

現在運用しているICTを活用した多職種連携情報共有システム（バイタルリンク）を活用し、多職種相互の連携を図っていきます。

また、在宅医療についての理解を深めるため、医療（医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士等）や介護の専門職（ケアマネジャー・ヘルパー等）が情報交換を行うための場の提供や情報共有の取組への支援を進めます。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
多職種連携情報交換会議	4回/年	4回/年	4回/年





⑤ 医療と介護の連携による看取りケアの推進

住民一人ひとりが、元気なうちから自分自身のこれからの暮らしや、将来どのような医療や介護を受けたいのか、考えることが大切です。そのため、本人が自らの希望や思いを家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有するACP（人生会議）について普及啓発を進めます。こうした取組を通じて、本人の意思や希望が尊重され、人生の最終段階においてもその人らしい選択ができるよう、医療・介護関係者との連携による看取りケアの推進につなげていきます。

（3） 高齢者の状況に応じたサービスの提供

① 相談機能の強化・支援体制の充実

高齢者の価値観や生活スタイルが多様化し、地域包括支援センターに寄せられる相談も増加していることから、地域包括支援センター3職種や他機関との連携を通し、様々な支援方法を模索し対応していきます。

② 制度周知の推進

広報やホームページを活用し、制度やサービスの周知を行います。介護保険料の通知は全ての被保険者に直接お知らせできる機会であることから、制度周知のチラシを同封していきます。

社会福祉法人等による利用者負担対策事業の活用促進について、引き続き町内の社会福祉法人に制度の趣旨を周知し、活用を働きかけます。

③ 相談苦情解決体制の充実

相談苦情対応については、保健福祉センター窓口のほか、地域包括支援センター、大阪府国民健康保険団体連合会等、相談内容に応じた対応先があることを分かりやすく周知します。

④ 事業者情報の公表

介護が必要になった場合に、適切なタイミングで利用者やその家族等に事業者情報が認知されるよう、要介護認定の結果通知書等に厚生労働省が運用する「介護サービス情報公表システム」の検索先を記載していきます。

(4) 高齢者虐待防止、孤立防止、生活困窮高齢者への支援

① 高齢者虐待防止への取組

高齢者虐待は、高齢者に対する重大な人権侵害です。現に虐待を受けていると思われる高齢者の情報を得た場合は、地域包括支援センターを中心に速やかに事実確認や必要な協議を行い、虐待解消を図ります。

養護者による高齢者虐待の主な発生要因は、「養護者の障がい・疾病」「養護者の介護疲れ・介護ストレス」「養護者の経済的困窮」が多いことから、養護者に対する相談機能の強化・支援体制の充実に努めます。

また、社会福祉協議会、介護事業所、民生委員、地区福祉委員等関係者と連携し、虐待が発生しても早期に相談や通報がされ、速やかに対応できる仕組みづくりに努めます。

さらに、上記の地域福祉の関係者に対し、権利擁護の重要性の理解、認知症の理解を促し、介護保険制度の利用促進を働きかけることにより、そもそも虐待が起こらない地域づくりを進めます。

② 高齢者の孤立防止及び生活困窮高齢者への支援

今後、一人暮らしや高齢者のみの世帯が増加することに伴い、ゴミ屋敷問題やペットの世話ができなくなる方、食料支援が必要な方や、自ら声を上げることができない方の増加が予測されます。そこで、社会福祉協議会に委託している生活支援体制整備事業を通して、地域に住む人同士の見守り体制の充実や、民生委員による一人暮らし高齢者の状況把握等が進むよう、地域包括支援センターや行政の総合相談、子ども家庭センター、はーと・ほっと相談室等、様々な支援機関が連携し、幅広い対応ができる体制整備を図ります。加えて、日常的に高齢者と接することの多い関係機関（新聞販売店や個人宅配や郵便局など）に対し、見守りへの協力を呼び掛けていきます。

基本目標 2 地域包括ケアシステムを進める地域づくり

(1) 地域共生社会を目指したまちづくりの推進

① 世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりの推進

地域は、人々の社会生活における身近で小さな単位であることから、住民同士が日々の変化に気づき、寄り添いながら支え合うことができます。また、地域は、高齢者、障がい者、子ども等、様々な世代や背景が異なる人々が集い、共に参加できる場でもあります。

本町は急速に人口減少と高齢化が進み、令和22年（2040年）には現役世代2人が高齢者3人を支える時代が到来すると予測されています。急速な高齢化の進展により要介護高齢者が増えていく一方で、生活環境の改善や医療技術の進歩等により、健康で元気な高齢者も増えています。従来の「社会に支えられる高齢者」から、高齢者が豊富な知恵と経験を併せ持つ地域の先輩として自らの能力を遺憾なく発揮し、「地域の支え手」として活躍することができるようなまちづくりを推進します。

推進に当たっては、高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、生活支援

コーディネーター（地域支え合い推進員）や第2層協議体が中心となり、サービス提供者と利用者とが「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性にとどまることなく高齢者の社会参加を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めていくことを重視します。

② 住民主体の活動の支援

支援が必要な高齢者が住み慣れた地域で生きがいを持って暮らし続けるためには、支援のニーズと地域の状況を踏まえ、地域住民が主体となる生活支援サービスの創出や、住民相互の支え合い体制の構築を図ることが重要です。

住民やボランティアが日常生活の中で、あえて時間を作ることなく参加でき、毎日の習慣や生活動線に「見守り」の視点を少しだけ重ね合わせる「ながら見守り（インフォーマルな互助）」の仕組みを検討します。

こうした地域住民主体の活動について、社会福祉協議会に生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置し、社会福祉協議会と共に支援を進めます。

生活支援コーディネーターは、支援が必要な高齢者のニーズと地域資源の状況を把握した上で、地域に不足するサービスの担い手を養成するとともに、有償ボランティア制度の拡大等、担い手が活動できる場所の拡充に努めます。

評価項目	令和9年度（2027年度）	令和10年度（2028年度）	令和11年度（2029年度）
生活支援コーディネーターの配置人数	3人	3人	3人

③ 第2層への協議体の展開

生活支援等のサービスの整備に向けて、多様な主体の参画が効果的な取組につながることから、生活支援コーディネーターと多様なサービス提供主体が参画する定期的な情報の共有・連携強化の場としての協議体の設置を進めます。

④ 高齢者の社会参加

高齢者の社会参加や機会の創出について、能勢町社会福祉協議会、能勢町シルバー人材センターやその他団体などと協議・検討を行い、支援や体制づくりが進むよう取り組みます。

（2） 生活支援・介護予防サービスの基盤整備

① 生活支援・介護予防サービスの実施

本町の生活支援・介護予防サービスについては、介護保険の日常生活支援総合事業における第1号訪問型サービス、通所型サービス（いわゆる相当サービス）が中心となっています。

今後は急激な高齢者の高齢化の進行から、高齢者の生活期リハビリテーションの必要性が高まると考えられます。リハビリテーション専門職の視点を取り入れた訪問型サービスの在り方について検討していきます。

② 交通担当部門との連携による移動手段の確保

現在、バスやタクシー等の公共交通機関に加え、町が実施している乗合タクシー、住民の移動手段として能勢町社会福祉協議会が実施している公共交通空白地有償運送、民間による介護タクシー等が提供されています。

今後は、必要な方にご利用いただけるよう保健福祉センターにもチラシを設置し、地域包括支援センターの活動の中でチラシを配布していきます。また、生活支援コーディネーターと共に互助の仕組みづくりの可能性について検討していきます。

（3） 認知症基本法を踏まえた施策の推進（認知症施策推進計画）

① 認知症施策推進計画

認知症施策推進計画は、令和6年に施行された「認知症基本法」に基づき、国や地方自治体が認知症施策を総合的かつ計画的に推進するために定める計画です。

この計画では、共生社会の実現に向けて成果や進捗を評価するために、以下の項目を重点目標として掲げています。

- 国民一人一人が「新しい認知症観」を理解している
- 認知症の人の生活においてその意思等が尊重されている
- 認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができる
- 国民が認知症に関する新たな知見や技術を活用できる



② 認知症の適切なケアの普及

1）認知症ケアパスの活用

認知症の進行段階や状態に応じて、いつ・どこで・どのような医療や介護サービス、地域資源を利用できるかを分かりやすくまとめた「認知症ケアパス」を活用し、当事者やご家族、ケアマネジャー等の関係事業所に配布・周知徹底を図ります。

2）認知症相談・対応機関周知冊子の配布と情報提供

認知症に関する初期相談窓口や専門医療機関、地域包括支援センター等の情報を網羅した「認知症相談・対応機関周知冊子」を活用し、認知症相談・対応機関の周知に努めます。

③ 認知症予防と早期発見及び早期対応

1）認知症初期集中支援チームの運営と早期対応

能勢町国民健康保険診療所等の認知症サポート医と、直営の地域包括支援センターの専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」を適切に運営します。主に、認知症が疑われる人又は認知症の人で、医療・介護サービスを受けていない人に対して、認知症の早期診断・早期対応に向けた初期支援を行います。また、診断に当たっては近隣市の病院と連携するとともに、必要があれば病院受診にチーム員が同行し、対象者がスムーズに安心して受診できるよう努めます。

2）認知症チェックリストの活用による早期診断・早期対応

認知症チェックリストを活用し、認知症の早期診断・早期対応に努めます。

④ 認知症サポーターなどの養成

1）認知症サポーターなどの養成と多世代啓発

地域で認知症の人やご家族を温かく見守り支える理解者を増やすため、住民や高校生を対象に「認知症サポーター養成講座」を継続的に開催します。また、小学4年生を対象に「キッズサポーター養成講座」を開催します。中学生については、開催に向けて引き続き学校との調整を進めていきます。

評価項目	令和9年度（2027年度）	令和10年度（2028年度）	令和11年度（2029年度）
認知症サポーター養成（延人数累計）	1,450人	1,500人	1,550人
キッズサポーター養成（延人数累計）	660人	690人	720人



2）認知症ステップアップ講座の実施と「チームオレンジ」への定着

養成された認知症サポーターを対象に、より実践的な知識や対応方法を学び、地域での支え合い活動を行う「認知症ステップアップ講座」を開催します。また、受講後のサポーターが当事者の困りごとに寄り添う「チームオレンジ」を令和8年度に1か所設置しました。「チームオレンジ」が地域支援活動へスムーズに参画・定着できるよう支援します。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
認知症ステップアップ講座 受講者数	20人/年	20人/年	20人/年

3）キャラバンメイト養成講座の受講促進と活動支援

認知症サポーター養成講座の講師役となる「キャラバンメイト」の養成及び継続的な活動を支援します。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
認知症キャラバンメイト 養成講座受講者数	2人/年	2人/年	2人/年

⑤ 正しい理解の普及・啓発

1）認知症普及啓発映画上映会等の開催

「認知症月間（9月）」や「認知症の日（9月21日）」の機会を捉え、広く住民を対象とした映画鑑賞会や講演会等の普及啓発事業を実施します。当事者の視点や「新しい認知症観」を地域全体で共有できるように努めます。

⑥ 認知症本人及び家族支援

1）通いの場（オレンジカフェ）の開設・運営支援

認知症の人やご家族、地域住民、専門職が気軽に集い、お互いに交流や情報交換ができる「認知症カフェ（オレンジカフェ）」の普及と安定的な開設・運営を支援します。現在、運営されている8か所の認知症カフェの活動内容や認識を共有し、地域資源として位置付け、今後歩いて行ける距離に開催の輪が広がるよう努めます。

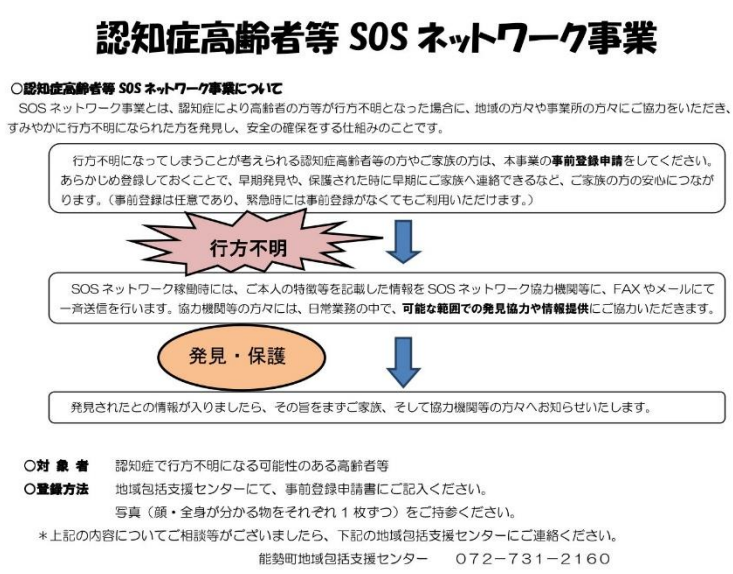


評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
認知症カフェ（開設数累計）	10か所	12か所	14か所

2）家族の会「まるっと会」等の活動支援

家族同士がお互いの気持ちを「まるっと」受け止め合える温かい場所を提供することを目的とした家族の会「まるっと会」を開催し、家族の日頃の悩みや思いを共有し、互いに支え合える交流の場として運営します。





3）日常の見守り

住民やボランティアが日常生活の中で、あえて時間を作ることなく参加でき、毎日の習慣や生活動線に「見守り」の視点を少しだけ重ね合わせる「ながら見守り（インフォーマルな互助）」の仕組みを検討します。

⑦ 認知症行方不明者 SOS ネットワークの充実

1）認知症見守り登録の普及啓発

認知症の症状により行方不明となるおそれのある高齢者等を事前登録する「認知症見守り登録」について、町公式 LINE や広報紙等を活用して町民への周知を進め、必要な方の登録につなげます。

2）認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業の強化と迅速な情報共有

認知症高齢者が徘徊（はいかい）で行方不明になった場合に、地域の支援を得て早期に発見できるよう、関係機関や協力事業者との支援体制として、認知症高齢者等SOSネットワーク事業を推進します。令和7年度末現在、登録者数は5人、協力企業団体数は30団体ありますが、さらに協力事業所等の登録拡大を図ります。また、行方不明等が発生した時の迅速な発見・保護に向け、速やかな情報共有に努めます。

評価項目		令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
認知症高齢者等SOSネットワーク事業	新規登録者数	1人/年	1人/年	1人/年
	新規協力企業・団体数	2団体/年	2団体/年	2団体/年

⑧ 権利擁護の推進

認知症等により判断能力が不十分な高齢者の権利や財産を守るため、成年後見制度や社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業が適切に利用されるよう、引き続き制度の普及・啓発を進めます。また成年後見制度については、令和８年６月24日に公布された「民法等の一部を改正する法律」（施行日：公布から2年6月を超えない範囲で政令で定める日）により、後見及び保佐の制度が廃止され、補助の制度に一元化されるとともに、利用の必要がなくなったときには制度の利用を終了することができる仕組みに変わります。こうした制度改正の動向も踏まえながら、今後も権利擁護に関する相談に応じるとともに、必要な情報提供を行い、関係機関や関係部署と連携していくことで、適切な支援に努めます。

また、介護専門職や住民向けの権利擁護研修を実施し、成年後見制度や高齢者虐待についての基礎的知識の周知を図り、早期相談につながるよう努め、成年後見制度の活用や高齢者虐待の防止や早期発見に努めます。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
権利擁護に関する研修会の実施	1回/年	1回/年	1回/年



（4） 高齢者の住まいと生活支援の取組

① 困難を抱える高齢者に対する住まいと生活支援の一体的実施

本町の高齢者の住まいについては、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によれば、持ち家（一戸建て）が93.0%となっており、都市部に比べ賃貸や借家であることによる住宅改修ができない、家賃が払えない等といった課題は少ないと思われます。しかし、持ち家であっても、一人暮らしや高齢者世帯では、ゴミ屋敷問題や薪風呂問題等、住まい方に課題を有する高齢者が増えています。住まいの問題は生活支援サービスと密接に関係することから、生活支援コーディネーターの活用やNPO、ボランティア団体、民間事業者等の地域の様々な活動主体との協力を重視し、地域の実情に応じた生活支援サービスの創出を目指します。

高齢者の日常生活上のちょっとした困りごとについて、介護保険サービスだけでなく、地域の実情に応じた支援のあり方を検討する機会を設けます。その中で、必要に応じてボランティアや住民同士の支え合いなど、地域の力を生かした生活支援の可能性について検討します。また、今後の介護人材不足を見据え、限られた専門職が専門的な支援を必要とする人へのサービス提供を担うことができるよう、介護保険サービスとそれ以外の生活支援との役割についても検討していきます。

また、町内には入所施設として特別養護老人ホーム（1施設、定員50名）、軽費老人ホーム（1施設、定員50名）があり、入所施設として地域の重要な社会資源となっています。様々な理由から在宅での生活が難しくなり、急きょ入所施設を探さなければならない高齢者も増えています。引き続き、高齢者の住まい確保の観点や本町の地域包括ケアシステム構築の観点から、介護保険施設との連携を図ります。

② 相談支援体制の充実

高齢者に対する賃貸住宅や老人ホーム（サービス付高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム）、介護保険サービスに関する情報が、地域包括支援センターで提供できるよう、相談、支援体制の充実を図ります。

③ 指導・監督・介護給付の適正化

介護保険サービスが提供される高齢者住宅では、ケアプランチェックや指導・監督の実施、介護給付の適正化により、サービスの向上に努めます。

（5） 地域ケア会議の推進

① 地域ケア会議の開催

高齢者の地域での暮らしを支えるためには、地域包括システムの深化・推進が重要となるため、本町の高齢者の現状や介護保険サービスの利用状況を適切に把握し、課題について検討を行う必要があります。

地域ケア会議は、保健医療及び福祉に関する専門的な視点を有する多職種により構成され、個別事例の検討を通じて高齢者の生活課題の背景にある要因を探り、高齢者が地域で自立した日常生活を送るために必要な検討を行っています。

地域ケア会議において、出てきた地域課題の整理を行うとともに、地域における社会資源の創出を目指し、関係機関で情報共有を深めるとともに、元気な高齢者が地域の担い手として活躍し、自己実現にもつながるよう、自助・互助の意識向上と地域の支え合いの体制づくりの推進のため、生活支援体制整備事業を委託している社会福祉協議会との連携も図りながら、実現可能な方法の検討を行っていく必要があります。

② 自立支援型地域ケア会議・評価訪問の開催

初めて要支援認定を受けた方や総合事業利用者が自立に向かうようケアマネジメントの検討会を多職種連携のもと実施します。さらに、自立支援型地域ケア会議の対象とならない潜在的なフレイルの高齢者に対し、評価訪問を実施することで、自立を目指します。

また、福祉用具貸与後に適切な利用がなされているかどうかを評価していきます。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
自立支援型地域ケア会議の開催	12回/年	12回/年	12回/年
評価訪問	36回/年	36回/年	36回/年

③ 処遇困難事例検討会の開催

困難事例については、地域ケア会議を活用し、多職種・多機関がそれぞれの専門的な立場から意見を出し合うことで、多角的な視点を取り入れ、より適切なケアプランの作成や支援につなげていきます。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
処遇困難事例検討会の開催	随時/年	随時/年	随時/年

（6） 包括的な支援体制の整備

① 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構築

地域包括支援センターに寄せられる相談には、認知症高齢者の相談、生活困窮、8050問題、ペット問題など様々な課題が複雑に絡み合った内容が増加しています。就労支援や災害時の対応等、福祉施策以外に課題解決の方策を求めなければならないことも増えています。また、自ら声を上げることができなくなっている人も増えています。

こうした地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、庁内関係部署や外部関係機関と横断的に連携し、必要な支援につなぐことのできる体制整備を進めます。

② 障がい福祉・生活困窮者・就労支援等の関係部局との連携

複雑化・複合化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行い、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うため、福祉部内の連携はもとより、対象者本人を取り巻くあらゆる関係機関との連携を進めます。

基本目標３　自立支援、介護予防･重度化防止の推進

(1) 自立支援、介護予防･重度化防止の取組

① いきいき百歳体操の推進

誰もが簡単に参加でき、健康の維持･増進とADLの改善に効果があり、地域活動への参加が促進される等の効果を上げている「いきいき百歳体操」をはじめとした自立支援、介護予防･重度化防止の取組を進めます。本町では47か所での実施となっており、国が目標とする体操による拠点づくり（人口1万人に10か所）を大きく上回っております。

実施に際しては、単に筋力の向上を目的にするのではなく、地域の方々と集まって話をすることで、生きがいや生活の質の向上につなげ、活動的な生活を送ることができることを目指します。また、参加者が要介護状態になったとしても、生きがいを持って参加できるような地域が増えるよう支援していきます。

1) いきいき百歳体操の継続支援

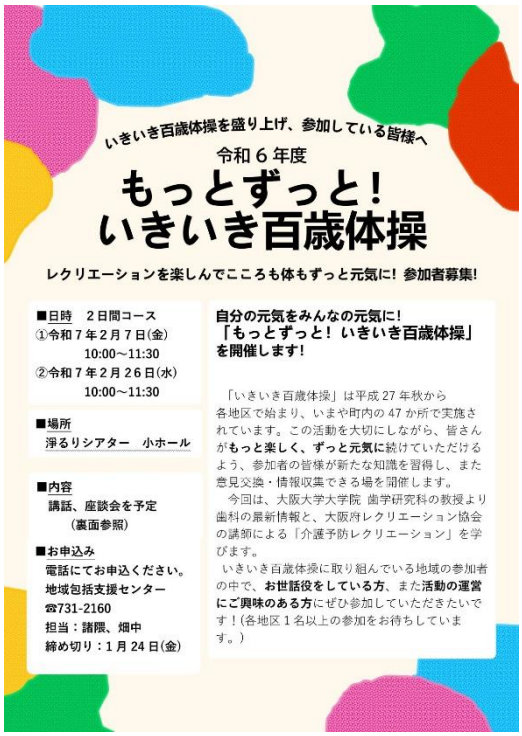
年に1回各会場を訪問し、体力測定やアンケート、体操の復習を実施していきます。また新規参加者に対して体操のアドバイスを希望される場合には、その都度会場を訪問し、体操の技術支援を行います。

新規参加者を増やす方法について、お世話役の方々と相談し、チラシの作成を行ったり、集まりの場で紹介をしたりしていきます。

さらに、厚生労働省が推奨しているアクティブガイドを活用し、日常生活の中で身体を動かす習慣がつくよう取り組みます。

2)もっとずっと！いきいき百歳体操

サポーターに限らず、百歳体操を盛り上げていきたい参加者に対し、介護予防につながる講演会や、新型コ





新規参加者を増やす方法・日頃の取組内容等をテーマにグループワークを開催します。

3）いきいき百歳体操交流大会

年に1回、参加者が一堂に会する機会を設け、気運が高まるような講話やレクリエーションを実施することで、継続支援につなげます。

4）いきいき百歳体操の評価

効果的な介護予防の確立に向け、引き続き大阪大学大学院と共同研究契約を締結し、体力測定やアンケートから得られたデータの分析・研究に取り組んでいきます。また、分析結果は参加者にフィードバックしていきます。

評価項目		令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
いきいき百歳体操	実施会場数 （地区数）	48（44）	48（44）	48（44）
	参加者延人数	350人/年	350人/年	350人/年
	もっとずっと！ 参加者延人数	100人/年	100人/年	100人/年

5）口腔機能の維持・向上のための歯科専門職のフォローアップ

8020運動により虫歯や歯周病によって歯を喪失する高齢者は減少しました。しかし、口腔内の筋力が低下すると、かむ力や飲み込む力が弱くなり、オーラルフレイルに陥ります。そこで、歯科衛生士が各地区に年１回程度出向き、かみかみ百歳体操の普及啓発やオーラルフレイルの予防等に取り組みます。また、必要な方へST（言語聴覚士）による評価訪問を行うことで、自立に向けて支援を行います。

さらに、地域包括支援センターは在宅における自力での通院が困難な在宅高齢者に対して、訪問歯科診療の情報を積極的に提供・周知していきます。また、地域の歯科医療機関と在宅高齢者に関わる介護保険事業所、地域包括支援センターの連携を密に、多職種連携体制を定着させていきます。

（2） 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の推進

高齢者の在宅生活を支えるためには、健康で元気な高齢者が活躍できる環境整備を図っていくとともに、地域住民によるボランティア活動や地域団体、民間企業、農業協同組合等の多様な主体による生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築していくことが重要です。

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティアの生活支援の担い手の養成・発掘をはじめとした多様な地域資源の開発やネットワーク化の取組を、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と連携しながら取り組みます。

② 総合事業のサービス

1）訪問型サービス

引き続き現行相当サービスを実施します。

住民のニーズに合わせた多様な主体による生活支援・介護予防サービスについて、生活支援コーディネーターや各関係機関と連携し、実現の可能性について検討していきます。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
訪問型サービスの実施 （年間）			

2）通所型サービス

引き続き現行相当サービスを実施します。

基本的な考え方は訪問型サービスと同じです。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
通所型サービスの実施 （年間）			

3）介護予防ケアマネジメント

引き続き、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを行います。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
予防型ケアマネジメント （年間）			

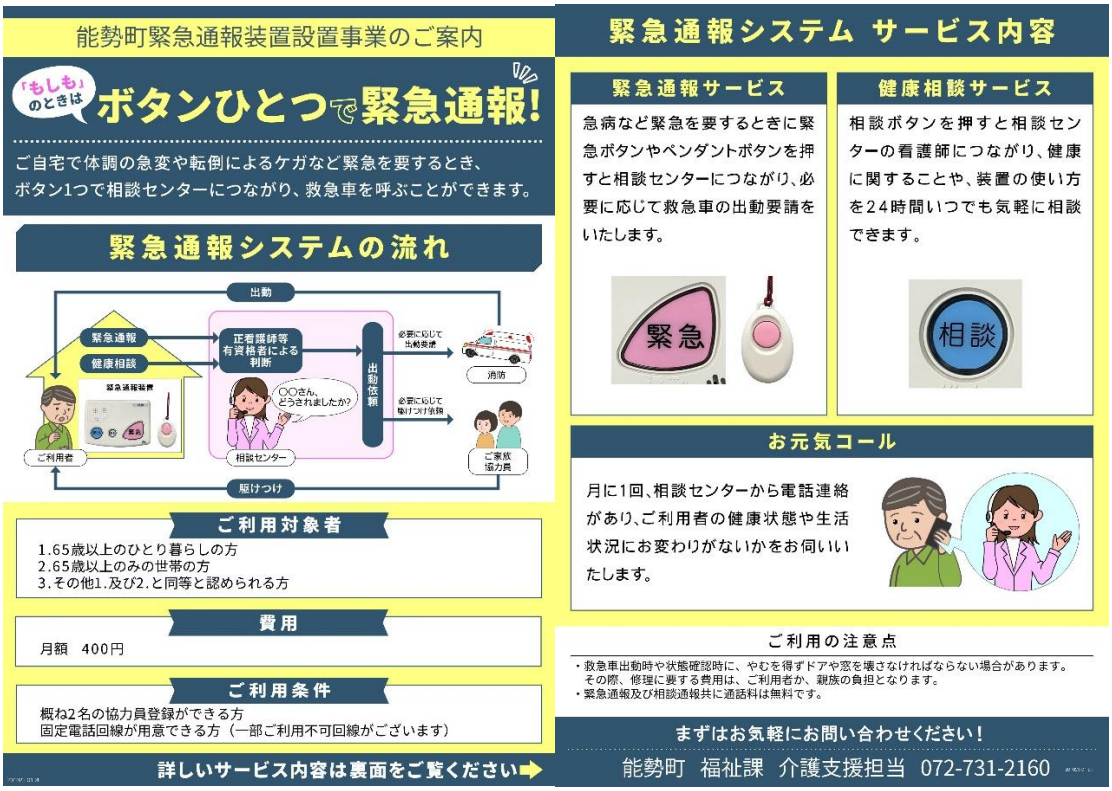
4）一般介護予防事業

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を送れるよう、加齢による身体機能の低下を予防し、心身の機能向上を図るため、引き続きいきいき百歳体操を中心とした介護予防事業の展開を図ります。

5）その他の生活支援サービス

その他の生活支援サービスについては現在未実施ですが、緊急通報装置設置事業を任意事業として実施しており、令和7年度末現在では24人が利用しています。今後もさらに必要な方への普及に努めます。

評価項目	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
緊急通報装置設置事業 （新規利用者数）	4人	4人	4人



③ 総合事業の推進に向けて

1) 多様なサービスの確保

生活支援コーディネーター及び協議体が中心となり、地域のニーズを把握し、資源開発やネットワークの構築、ニーズと地域資源のマッチング等の取組により、多様なサービスの確保を目指します。

2)総合事業の担い手の確保

担い手確保のためには、高齢者の社会参加を進め、高齢者自身も支援の担い手となるよう取り組む必要があります。地域のニーズ把握と併せて、必要に応じて担い手の養成に取り組みます。

3)サービス単価の設定

多様なサービスについては市町村でサービス単価を設定しますが、設定の際には、サービス事業者をはじめとした関係機関と協議を重ねる等により、地域において必要とされるサービスが確保されるように努めます。

4)実施状況の評価

総合事業の実施状況について、定期的に事業運営委員会に報告し、実施状況の検証を行います。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

① 健康増進と生きがい活動の一体的推進

健康を維持することが、高齢者の生活の質を高め、社会参加を促進することにつながり、ひいては健康寿命の延伸をもたらすものと考えられます。

地域の高齢者の方が健康に年齢を重ねていけるかどうかは、健康増進や公衆衛生、生活習慣病の予防にかかっていることから、保健事業と介護予防の一体的実施について、「対処療法➔予防➔参加➔地域づくり」とい

う保健福祉施策の展開を通して、庁内関係課の枠組みを超えた横断的な取組を推進します。

② 大阪大学大学院との共同研究を通じた医療・介護のデータ基盤の整備や分析・活用

本町では大阪大学大学院とオムロンヘルスケア社の協力を得て、40歳以上の成人・高齢者を対象として「家庭での自己血圧測定が疾病並びに老年症候群をいかに減少させるか」を検証する取組を2020年度からの5か年計画で実施しました。

研究の結果、『のせけん』への参加をきっかけに、治療の有無にかかわらず、約9割の参加者が毎朝毎晩の家庭血圧測定を継続されています。また、毎日家庭血圧測定を継続することで全体の血圧が低下することから、家庭血圧測定が参加者の健康意識の向上や生活習慣の改善に寄与することが示されています。

令和7年9月からは、『能勢町健康づくり支援事業（のせ健サポート）』として、引き続き大阪大学の協力を得ながら、能勢町として家庭血圧測定を始めとした健康づくりを支援していきます。

基本目標４　サービス基盤、人的基盤の整備

（1） 介護サービスの充実強化

① 施設整備・強化について

利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供を行え、在宅介護の限界点を上げるとともに、本町の地域包括ケアシステム構築に資するサービスと考えられることから、看護小規模多機能型居宅介護事業所（1事業所）の整備を行いました。利用者は徐々に増加しているものの、現状では安定的な運営に向けて課題もあるため、サービス内容の周知等を進め、利用者拡大を図っていきます。サービスを提供するだけではなく、地域コミュニティの拠点として、地域包括ケアシステムの中心を担うサービスとして発展できるよう事業運営を推進します。

② 共生型サービスの推進

今後、本町の地域共生社会の実現において、障がい福祉サービスと介護保険サービスを切れ目なく提供する共生型サービスの実現を目指します。

現在、町内では、社会福祉協議会が事務局となり、障がい施設等連絡協議会及び介護保険事業所連絡会がそれぞれ組織、運営されています。今後、相互の理解・連携を深めていく中で、障がい福祉と介護保険の切れ目のないサービス提供を目指す共生型サービス創出の可能性を探るとともに、必要な支援を行います。

（2） 介護サービス事業者の適正・円滑な運営

① 事業者への支援及び指導・助言

居宅サービスや地域密着型サービス等について、サービス提供の質の確保のため事業者に対する適切な指導・助言に取り組みます。

特に、地域密着型サービス事業所においては、コロナ禍において開催が見送られていた運営推進会議に参加することにより運営状況等を把握し、事業所への適切な助言を行います。

さらに、介護サービス事業所の従事者がより安心して働ける環境の整備に向けた支援等を通じて、介護人材の確保・定着に取り組みます。

② 事業運営委員会の活用

地域密着型サービス事業者の指定や公募、報酬の独自設定等において、関係者の意見を反映させるため事業運営委員会を活用します。

さらに、地域密着型サービス事業所の運営状況について、事業運営委員会に情報提供することで、今後の施策検討等に反映させます。

③ 個人情報の適切な利用

個人情報の収集や関係機関との情報共有に当たっては、個人情報の保護に関する法律や「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」を踏まえ、適切な取扱いを行います。

特に、事業所においてもサービス利用者の個人情報を取り扱う必要があることから、適正な取扱いについて周知を進めます。

④ 地域密着型サービスの広域利用の促進

地域密着型サービスは、介護を必要とする方の住み慣れた地域での生活を支え、支援のニーズに応じて提供されるサービスです。そのため、地域密着型サービスの利用は町内の被保険者に限られます。

ただし、他の市町村に所在する地域密着型サービスの事業所について、被保険者からの利用希望に基づき、市町村が必要であると認める場合には、他の市町村の同意を得て利用することが可能となります。

国の基本指針において、地域密着型サービスの区域外へのサービス提供に係る事業所の負担軽減を図る観点から、広域利用に関する事前同意等の調整を図ることとしています。

本町においても、町内居住の方の利用を確保しつつ、地域密着型サービス事業所の定員の空き状況に応じて広域利用を認めるなど、柔軟な対応を行います。その際、大阪府や関係市町村との調整を密に図ります。

（3） 介護給付適正化の取組（第7期介護給付適正化計画）

① 介護給付適正化の取組

介護給付の適正化とは、「介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真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よう促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての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資するもの」とされています。

介護給付の適正化を図ることにより、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付を抑制することは、介護保険制度の信頼感を高め、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資することにつながります。

本町では、本節を「第7期能勢町介護給付適正化計画」として位置付け、取組内容を明記することで、介護給付適正化を推進します。

具体的な取組内容及び目標については、本町の介護給付適正化の実施状況及び大阪府の「第7期大阪府介護給付適正化計画」を踏まえ、以下に掲げた取組を推進します。

なお、第10期計画における国の方針に基づき、介護給付適正化計画を「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検及び住宅改修・福祉用具点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」の3事業に再編し、介護給付の適正化に取り組んでいきます。

② 主要3事業の取組内容と目標

1）要介護認定の適正化

- 認定審査会前の各資料（認定調査票、主治医意見書）の内容について、不整合の有無を確認するとともに書面審査を行い、記述内容に疑義がある場合には、認定調査員、主治医に確認します。
- 認定調査項目別の選択状況や一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域格差の分析等を行い、是正すべき内容がある場合は、介護認定審査会への周知等、是正に向けた取組を行います。

2）ケアプランの点検及び住宅改修・福祉用具点検

ケアプランの点検においては、厚生労働省が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」を踏まえ、居宅介護サービス計画等の確認及び確認結果に基づく指導を行います。令和8年度から外部委託によるケアプランの点検を実施しています。今後、委託先等と連携しながら、給付適正化だけでなくケアマネジメントの質の向上につなげていきます。

住宅改修・福祉用具点検において、申請資料の点検のほか、国保連合会の帳票等による点検を行うことにより自立支援に資するとともに、適正なサービス提供を促します。

3）縦覧点検・医療情報との突合

国保連合会から提供される「縦覧点検の帳票」及び「医療情報との突合リスト」等を用いて、請求内容の誤りや給付日数やサービスの整合性を確認します。なお、一連の業務を国保連合会に委託をすることで、効率的に事業を実施します。

評価項目		令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
要介護認定の適正化	書面審査	全件	全件	全件
	結果分析	1回/年	1回/年	1回/年
ケアプランの点検	確認・指導	10件/年	10件/年	10件/年
住宅改修の適正化	書面審査	全件	全件	全件
	意見聴取 又は現地調査	1件/年	2件/年	3件/年
福祉用具購入・貸与	書面審査	全件	全件	全件
	意見聴取 又は現地調査	1件/年	2件/年	3件/年
縦覧点検・医療情報との突合	結果確認	1回/月	1回/月	1回/月

（4） 人材の確保及び業務効率化・質の向上

① 介護人材の確保

介護人材の確保に際しては、国が示す社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針（福祉人材確保指針）や介護雇用管理改善等計画を踏まえつつ、以下の視点を重視します。

1）介護が魅力ある仕事として評価・選択されるよう、介護労働者にとって安心・安全・働きやすい魅力ある職場づくりを進めるよう介護サービス事業所に働きかけていきます。

2）介護サービス事業所と連携し、従事者の資質の向上を図るためのキャリアアップを支援していきます。

3）福祉・介護サービスが働きがいのある仕事であることの周知を図り、新たな福祉・介護人材の育成・発掘に努めます。引き続きハローワーク池田と近隣市町の共同で行う就職イベントを実施していきます。また、町内住民向けの就職相談会の実施を検討します。

4）福祉・介護サービスの仕事からリタイヤした人をはじめ、介護福祉士や社会福祉士等の潜在的な有資格者等を発掘し、有効活用を図ります。

5）他分野で活躍している人を福祉・介護サービス分野の新たな期待される人材として、参入・参画を働きかけていきます。

また、介護人材確保については、単に町内の介護人材を増やすという視点だけではなく、将来にわたって町民が必要な介護サービスを受けられる体制をどのように維持するかという視点で検討していきます。





② 介護支援専門員等の資質向上

地域包括支援センターの主任ケアマネジャーを中心としてケアマネジメントの後方支援を行います。

特に、本町は小規模な居宅介護支援事業所が多いことから、ケアマネジャーが一人で問題や疑問を抱え込むことがないよう、定期的に実施する介護保険事業所連絡会や地域ケア会議等の場を通じてケアマネジャーとのコミュニケーションを図るとともに、資質向上に取り組む等、相談や困りごとへのバックアップ体制の強化を図ります。

③ 介護現場の生産性の向上の推進

今後、介護サービスの需要増大と生産年齢人口の減少に伴い、介護サービスの担い手となる人材の確保は厳しい状況が続くことが予想されます。介護人材の確保・定着を図るとともに、業務の効率化を進め、介護現場の生産性をより向上する必要があります。

各種申請及び手続き書類の簡素化や電子申請システムの整備を行い、介護保険事業所の負担軽減を図ります。また、介護ロボットや ICT 機器等の導入が進んでいない現状があり、国や府の補助金を活用した支援や必要な情報提供を行います。また、申請情報の確認を行うことで、申請漏れがないように努めます。

基本目標５　災害や感染症対策に係る体制整備

（1）災害時に備えた取組

① 災害に対する高齢者支援体制の確立

平時より、必要な物資を十分に確保し、それらを適切に用いながら安定したサービスを提供することが必要です。日頃から介護サービス事業所と連携し、事業所におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄状況・調達方法の確認を行います。物資の備蓄・調達に関しては、関係部局とも連携して、災害発生時に備えた支援体制を構築していきます。

高齢者の中でも避難に際して支援の必要な人の居住場所や身体状況、家族構成、サービスの利用状況、緊急時連絡先等の把握に努めるとともに、災害時における安否確認や情報提供等が迅速かつ的確に行えるよう、福祉関係者や地域の民生委員・児童委員等と連携して、支援体制づくりを図っていきます。

災害対策の取組を示した大阪府が定める「大阪府地域防災計画」、本町の「能勢町地域防災計画」に基づき、必要な取組を進めていくとともに、日頃から介護サービス事業所と連携し、避難訓練や防災啓発活動等に取り組んでいきます。

また、地域包括支援センターは、災害の発生時において、支援が必要な高齢者の把握や関係機関との連絡調整など、各地域において重要な役割を有することから、有事に備えた平時からの業務整理、地域における関係構築、訓練の実施等に活かすことが必要とされています。また、町内にとどまらない広域的な連携・協働を図るため、大阪府による支援を受けながら、平時からのネットワークづくりを行えるよう努めます。

② 業務継続計画（BCP）の策定義務化に伴う介護サービス事業所に対する助言・支援

全ての介護サービス事業所は、事業継続計画（BCP）を策定することが義務付けられています。その背景には、「利用者及び職員の生命を守り、継続的かつ安定的に介護サービスを提供するため」という大きな目的があります。激甚化する台風や集中豪雨など自然災害への備えは、多くの高齢者の生活を支える介護サービス事業所においては重要な課題です。

そうした状況を踏まえ、町内の介護保険事業所における業務継続に向けた計画等の策定、研修・訓練の実施に関して、必要な助言や情報提供等を行います。また、各事業所のBCPがより実効性のあるものとなるよう、事業所によるBCP点検・改定に向けた支援についても、国の動向等を踏まえ検討を行います。

（2） 感染症等に備えた取組

① 感染症に対する高齢者支援体制の確立

日頃から介護サービス事業所と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築を行うことが重要です。そのため、介護サービス事業所が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護サービス事業所の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた事前準備等、関係機関・専門機関と連携・情報共有し、必要に応じて支援を行います。

② 業務継続計画（BCP）の策定義務化に伴う介護サービス事業所に対する助言・支援

「基本目標 5（1）災害時に備えた取組」を参照

※ BCP とは、BusinessContinuityPlan（事業継続計画）の頭文字をとった言葉で、介護サービス事業所が自然災害、大火災などの緊急事態に遭遇した場合、損害を最小限にとどめつつ、事業の継続、早期復旧を可能とする計画です。平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを事前に取り決めておきます。

第 6 章　介護保険事業等の見込み

1. 被保険者数・要介護認定者数等の見込み

2. 介護サービス量の見込み

3. 地域支援事業量の見込み

4. 介護給付費等の見込み

5. 第 1 号被保険者保険料の算定

6. その他必要な事業量・費用等の見込み