

坂 町

第10期高齢者保健福祉計画

第9期介護保険事業計画

素 案

令和5(2023)年12月

坂町

◆◆ 目 次 ◆◆

第1章 計画の策定にあたって -----	1
1 計画策定の社会的背景と趣旨 -----	1
2 計画の性格 -----	2
3 計画の期間 -----	3
4 計画の位置付け -----	3
5 計画の策定方法 -----	4
6 介護保険制度の動き -----	5
第2章 高齢者を取り巻く状況 -----	10
1 高齢者等の現状 -----	10
2 第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数の推移 -----	12
3 介護サービスの利用状況 -----	14
4 アンケート調査結果 -----	17
第3章 計画の基本構想 -----	39
1 日常生活圏域の設定 -----	39
2 基本理念 -----	39
3 基本目標 -----	39
4 施策体系 -----	40
第4章 基本施策の推進 -----	41

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の社会的背景と趣旨

(1) 計画策定の社会的背景

我が国においては、介護が必要な高齢者を社会全体で支える仕組みとして、平成12(2000)年に介護保険制度が創設され、既に20年以上が経過しました。この間、依然として高齢化の進行には歯止めがかからず、総人口の減少が継続する中、高齢者数は今後も増加で推移すると見込まれています。

そのような中、団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年を間もなく迎える中で、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送るために、地域の社会資源を有効に活用しながら、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「地域包括ケアシステム」の更なる深化が求められています。地域包括ケアシステムの構築は令和7(2025)年が目標となっており、今後は令和22(2040)年を見据えた更なるビジョンの構築が求められています。高齢者人口がピークを迎える令和22(2040)年においては、85歳以上の人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者や要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

さらに、都市部と地方における高齢化の進行度合いの違いなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえた介護サービスの在り方についての検討が必要となっています。

高齢化率の上昇は避けられない現実であり、介護保険制度の持続可能性の確保を図るためには、介護予防の促進による介護給付費の抑制をはじめ、高齢者の生きがいがづくりやフレイル予防の推進、健康増進施策との連携による健康寿命の延伸、就労の場の確保など、高齢者が元気に活躍できる社会の実現に向けた取組が必要となっています。また、国においては、現役世代が減少してく中で、より少ない人手でも介護や福祉の現場を実現していくことが必要とされており、ICT(情報通信技術)やAI(人工知能)、ロボットの活用に関する検討なども進められています。

(2) 計画策定の趣旨

本町では、令和3(2021)年度から令和5(2023)年度の3年間を計画期間とする「坂町第9期高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」(以下「第8期計画」という。)を策定し、地域包括ケアシステムの構築をはじめ、高齢者保健福祉施策を総合的に推進してきました。

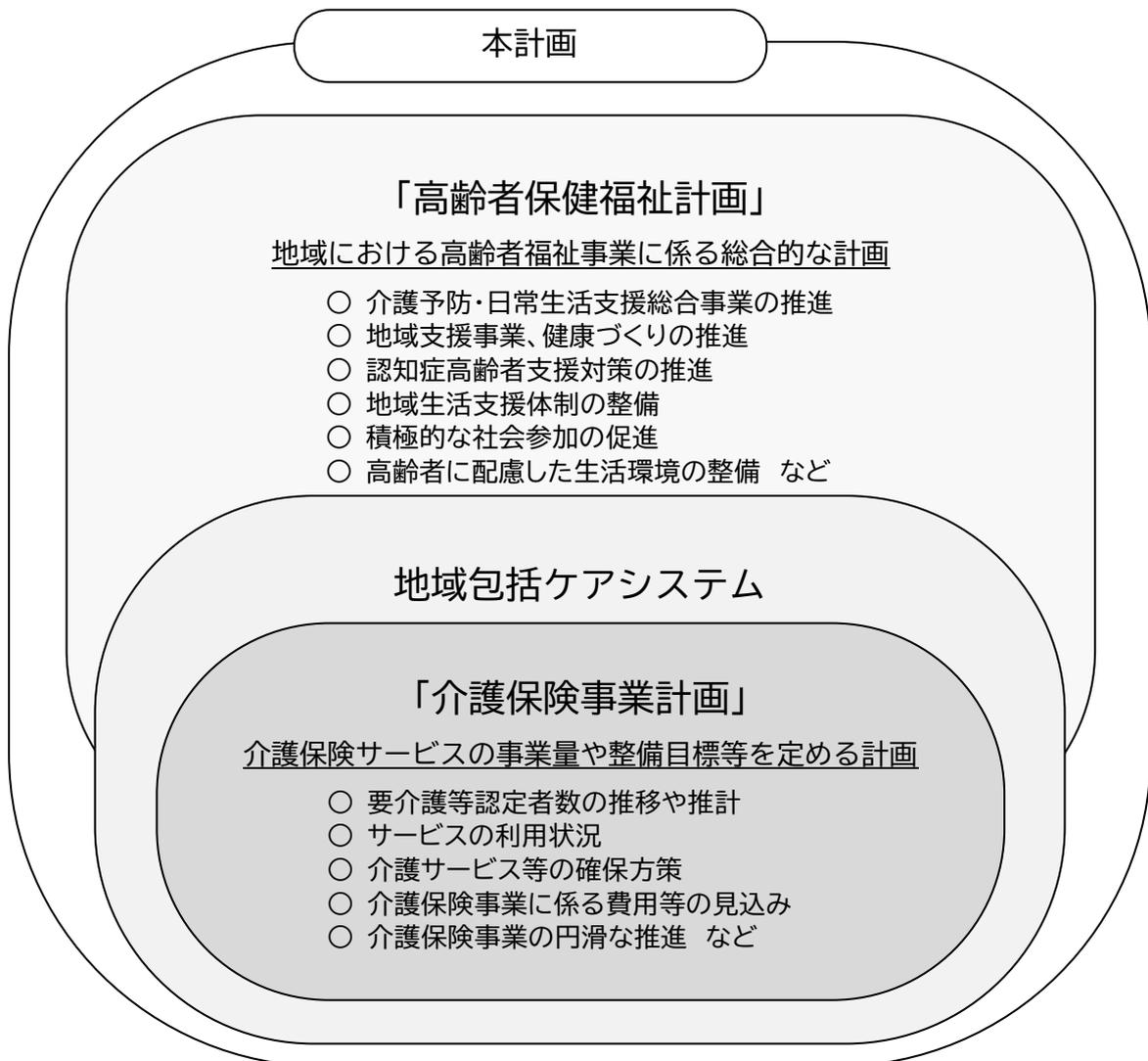
この度、第8期計画の計画期間の満了に伴い、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間における「坂町第10期高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」(以下「本計画」という。)を策定し、地域共生社会の実現と地域包括ケアシステムの更なる推進に向け、多様なニーズに応じた高齢者福祉、介護保険サービス等の充実に努め、全ての人にとって暮らしやすい社会を目指して必要な施策を展開します。

2 計画の性格

高齢者福祉計画は「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」(本町においては「高齢者保健福祉計画」)で、65 歳以上の全ての高齢者を対象とした生きがいづくりや日常生活への支援など、高齢者に関する保健、福祉事業全般を対象とする計画です。

一方、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」を根拠としており、要介護等認定者が、可能な限り住み慣れた家庭や地域において、自らの意思に基づき利用する介護保険サービスを適切に選択し、自立した生活を送れるよう、必要となるサービスに関する整備目標等を取りまとめる計画です。

高齢者福祉計画と介護保険事業計画は、相互が連携することにより、総合的な高齢者に対する保健、福祉事業の展開が期待されることから、本町では、両計画を一体的な計画として策定します。



3 計画の期間

本計画の期間は、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間とします。令和8(2026)年度に、それまでの取組の評価・見直しを行い、令和9(2027)年度からの第10期計画(次期計画)につなぎます。

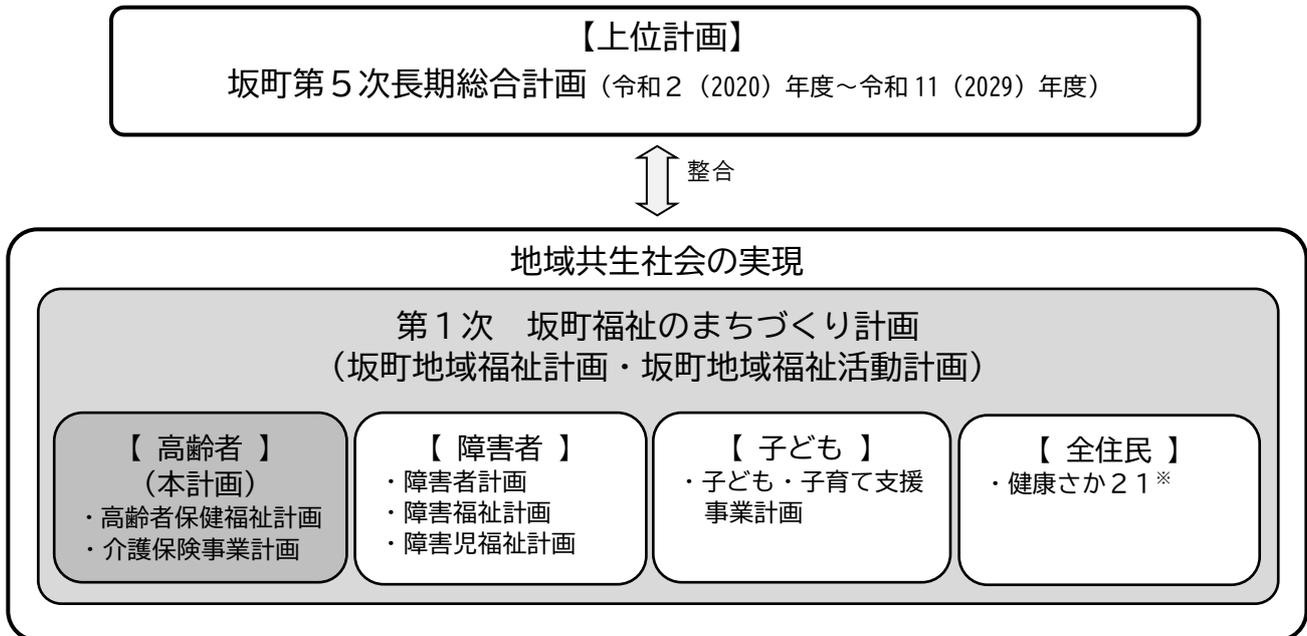
	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和9 (2027) 年度	令和10 (2028) 年度	令和11 (2029) 年度
坂町 高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画	第8期計画			第9期計画(本計画)			第10期計画(次期計画)		
			評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し

↑
団塊の世代が
後期高齢者に

4 計画の位置付け

本計画は、上位の行政計画である「坂町第5次長期総合計画」(令和2年度～令和11年度)の方針に沿って策定するとともに、福祉の上位である「地域福祉計画」、そして関連する他の分野別計画と整合を図るものとします。

【 本計画の位置付け 】



5 計画の策定方法

(1) 策定体制

計画の策定にあたっては、「坂町介護保険事業及び坂町地域包括支援センター運営協議会」において本計画の内容についての協議、評価、検討を行います。また、計画案についてのパブリックコメント(意見公募)により、幅広く意見を募ります。

(2) アンケート調査の実施概要

町内の高齢者及び要介護等認定者を対象として、現在の生活の状況や健康の実態及び今後のニーズ等を調査し、計画策定の基礎資料とすることを目的として、アンケート調査(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査)を実施しました。アンケートの内容については、「国のモデル調査票」に、本町独自の設問を追加した内容となっています。

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象者	町内に居住している 65 歳以上(要介護認定者を除く)の中から、住民基本台帳に基づき無作為に抽出した人	施設サービスを利用していない(在宅中)要支援、要介護認定の更新申請の人
調査方法	郵送配布、郵送回収	郵送配布、郵送回収
調査時期	令和5(2023)年7月	令和5(2023)年7月
回収結果	配布数 1,500 回収数 883 回収率 58.9%	配布数 100 回収数 58 回収率 58.0%

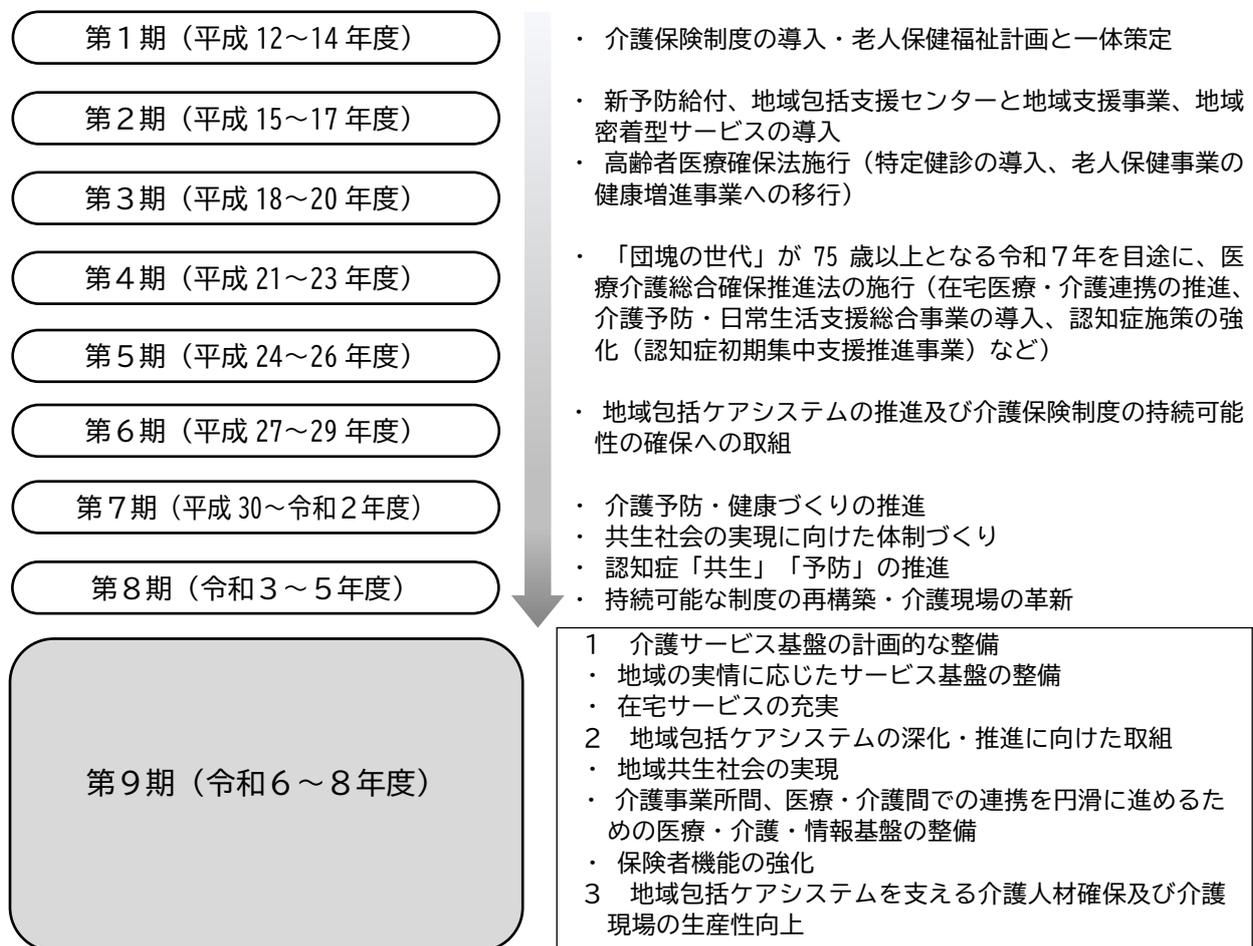
6 介護保険制度の動き

(1) 介護保険事業計画の策定の流れ

介護保険制度は、その創設からおよそ23年が経過し、介護保険サービスの利用者は創設時の3倍を超え、介護サービスの提供事業所も着実に増加しており、介護が必要な高齢者を支える制度として定着しています。

総人口が減少に転じ、少子高齢化が加速する中、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、その能力に応じ自立した日常生活を送ることができるよう、地域包括ケアシステムの更なる深化が求められています。

【 介護保険事業計画の策定の流れ 】



(2) 地域共生社会の実現に向けて

国においては、平成 29(2017)年に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成 29 年法律第五十二号)」が成立し「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり、包括的な支援体制の整備を行うための方向性が示されました。

地域共生社会とは、高齢者や障害のある人、子育て家庭、生活困窮者など、制度や分野の「縦割り」の関係を超越して、地域住民や地域の団体など多様な主体が世代や分野を超越してつながることで、地域を支えていく社会とされています。

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化、複合化した支援ニーズへの対応をはじめ、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備、医療、介護データ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の推進が求められています。

地域共生社会とは

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超越して、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超越してつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。



※ 厚生労働省「地域共生社会のポータルサイト」より抜粋

(3) 第9期介護保険事業計画の基本指針

国においては「介護保険法(平成九年法律第百二十三号)」第116条の規定に基づき、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定め、市町村は、この基本指針に即して3年を1期とする介護保険事業計画を定めることとされています。

第9期計画期間においては、第8期計画期間における目標や具体的な施策を踏まえ、団塊の世代全てが75歳以上となる令和7(2025)年が近づく中で、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年に向けて、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に展望することが求められています。

参考／基本的考え方(要旨)

- 第9期計画期間中に団塊の世代が全員75歳以上となる令和7(2025)年を迎える。
- 高齢者人口がピークを迎える令和22(2040)年を見据えると、85歳以上の人口が急増し、医療、介護双方のニーズを有する高齢者等様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- 都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化、推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策、目標の優先順位を検討した上で、介護保険事業(支援)計画に定めることが重要となる。

1 見直しのポイント

（1）介護サービス基盤の計画的な整備

- ・ 地域の実情に応じたサービス基盤の整備
- ・ 在宅サービスの充実

（2）地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- ・ 地域共生社会の実現
- ・ 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護・情報基盤の整備
- ・ 保険者機能の強化

（3）地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

2 第9期計画において記載を充実する事項

【 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組 】

- 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携の促進
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- 介護事業所間、医療、介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤の整備

【 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進 】

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
- 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組

また、国においては、令和5(2023)年6月14日、認知症の人が尊厳を守りながら希望を持って暮らせるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進するための国及び地方公共団体の取組を定めた「共生社会の実現を推進するための認知症基本法(令和五年法律第六十五号)」(以下「認知症基本法」という。)が成立しました。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」の推計では、令和7(2025)年には約675万人(65歳以上の5.4人に1人)が認知症になると予測されています。

第9期介護保険事業計画の基本指針には「認知症基本法」の成立を踏まえた施策の推進を求める記載が追加されています。

【 認知症基本法における基本的施策 】

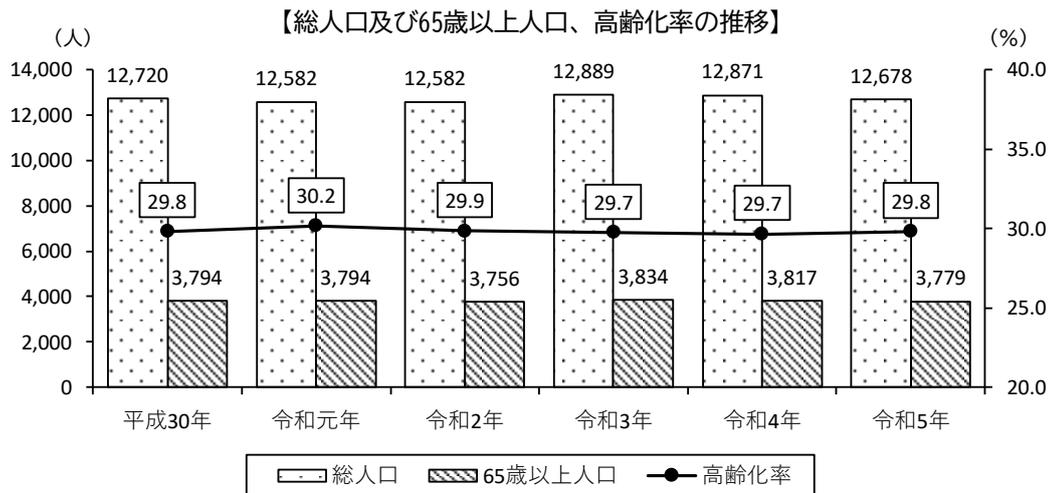
- 認知症の人に関する国民の理解の増進等
- 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
- 認知症の人の社会参加の機会の確保等
- 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護
- 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
- 相談体制の整備等
- 研究等の推進等
- 認知症の予防等

第2章 高齢者を取り巻く状況

1 高齢者等の現状

(1) 高齢者人口と高齢化率

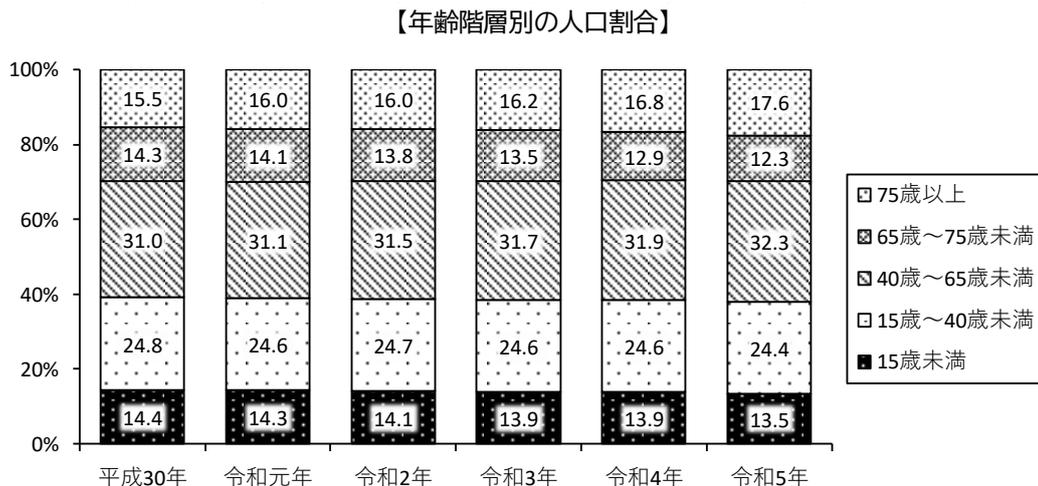
本町の総人口は微減、微増を繰り返し、ほぼ横ばいとなっていますが、65歳以上人口は令和3(2021)年をピークに減少傾向となっており、高齢化率はほぼ横ばいとなっています。



資料：住民基本台帳

(2) 年齢階層別の人口割合

年齢階層別の人口割合は、「40～65歳未満」及び「75歳以上」で増加傾向、その他の年齢層は減少傾向となっています。

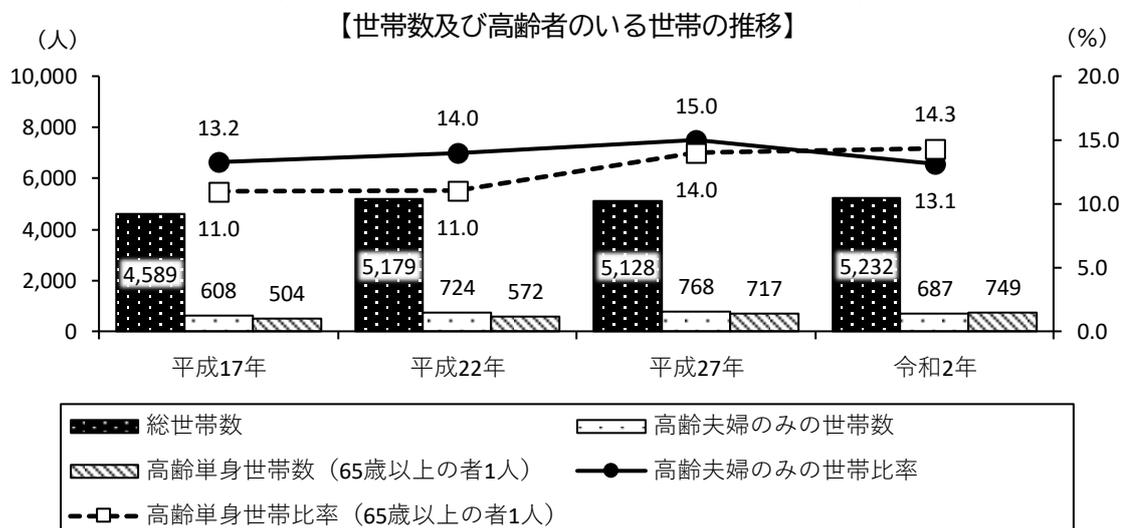


資料：住民基本台帳

(3) 世帯数及び高齢者のいる世帯

総世帯数及び高齢夫婦のみの世帯数並びに高齢単身世帯数は増加傾向となっています。

高齢者単身世帯比率は増加傾向となっていますが、高齢夫婦のみの世帯比率は、平成27(2015)年をピークに減少傾向となっています。



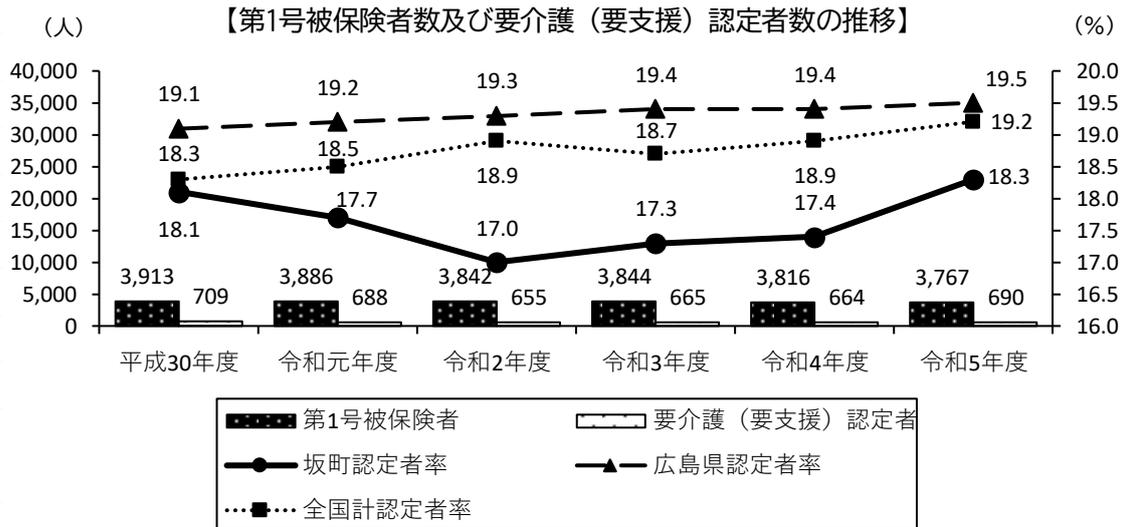
資料：国勢調査

2 第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の推移

(1) 第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の推移

本町の第1号被保険者数は減少傾向となっていますが、要介護（要支援）認定者数は近年増加傾向となっています。

要介護（要支援）認定率でみると、本町は令和2（2020）年を境に増加傾向となっています。

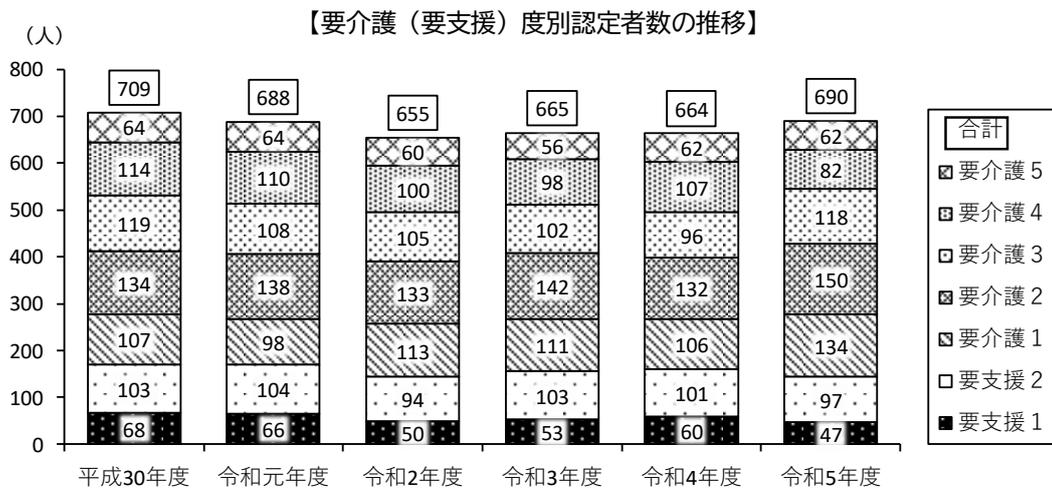


資料：介護保険事業報告月報

(2) 要介護（要支援）度別認定者数の推移

要介護（要支援）度別認定者数は、令和2（2020）年を境に増加傾向となっています。

特に、要介護1及び要介護2の認定者数が増加傾向となっています。

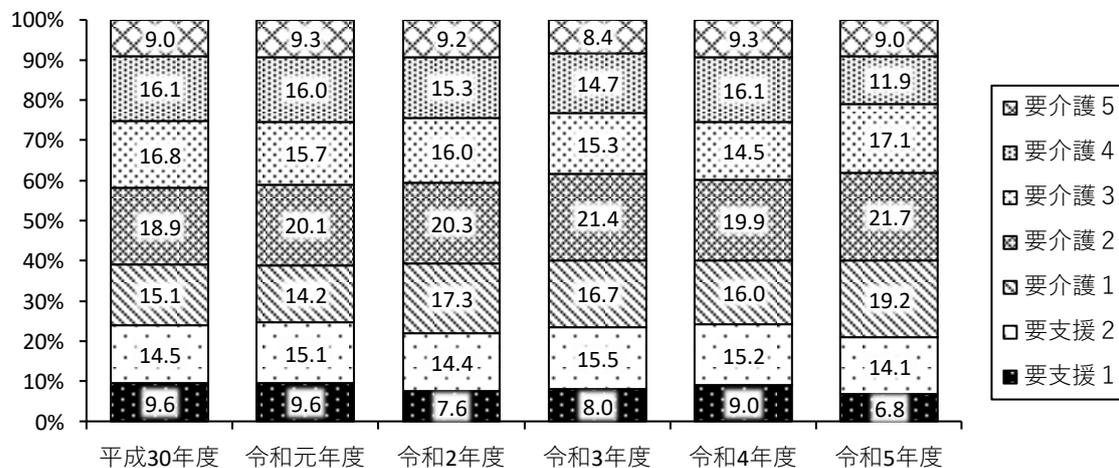


資料：介護保険事業報告月報

(3) 要介護（要支援）度別認定者構成比の推移

要介護（要支援）度別認定者構成比の推移は、近年、要介護1～3の割合が増加しています。

【要介護（要支援）度別認定者構成比の推移】

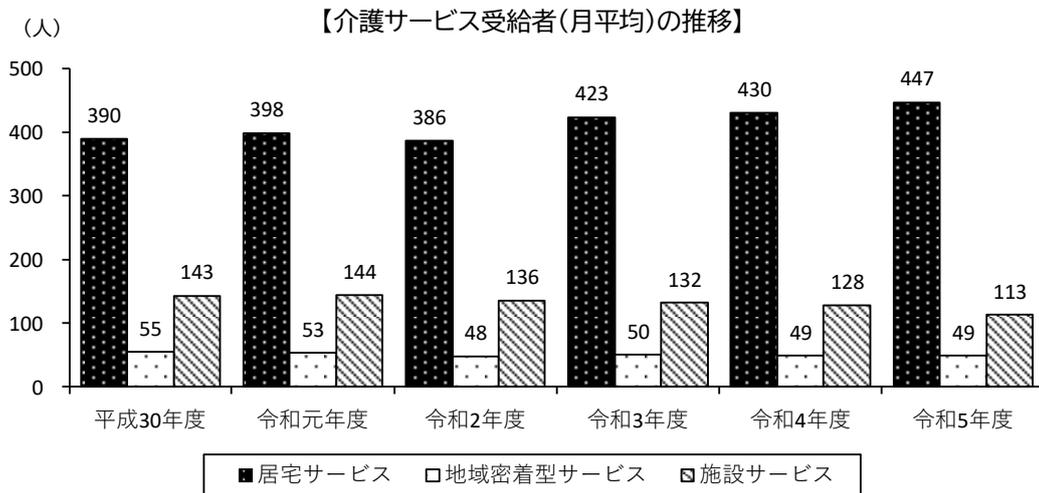


資料：介護保険事業状況報告年報（令和3年度～令和4年度）、介護保険事業状況報告月報（令和5年8月分）

3 介護サービスの利用状況

(1) 介護サービス受給者（月平均）の推移

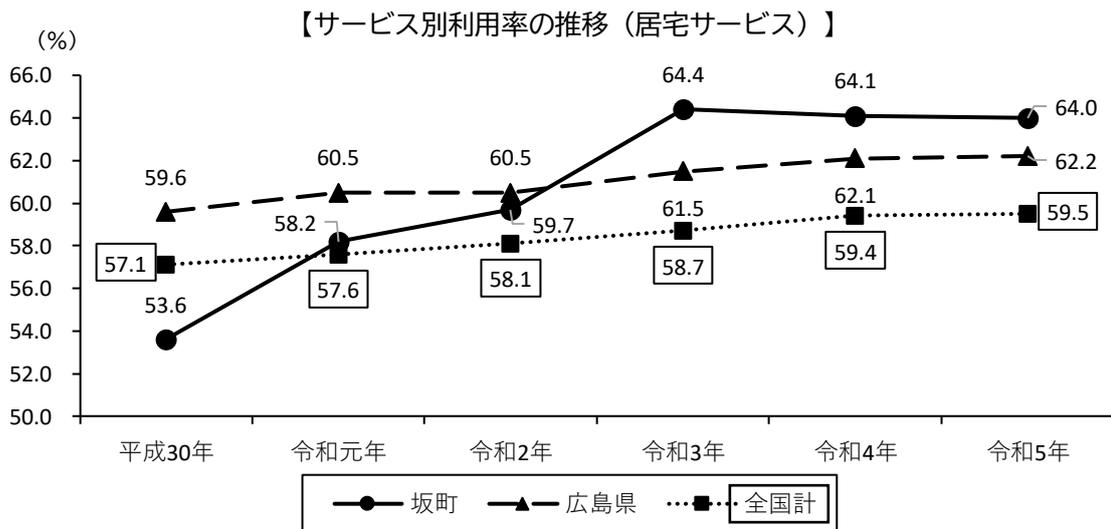
本町の介護サービス受給者数(月平均)は、居宅サービスでは増加傾向となっていますが、地域密着サービスは微減傾向、施設サービスは減少傾向となっています。



資料：介護保険事業状況報告年報（令和3年度～令和4年度）、介護保険事業状況報告月報（令和5年8月分）

(2) サービス別利用率の推移（居宅サービス）

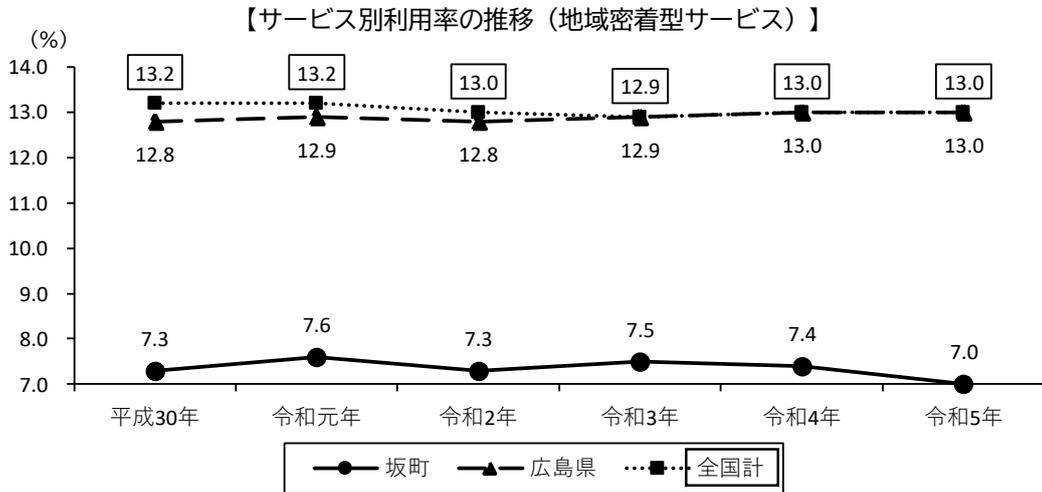
本町の居宅サービスの利用率の推移は、令和3(2021)年をピークに減少傾向となっていますが、広島県や全国値を上回る水準で推移しています。



資料：介護保険事業状況報告（暫定）（各年9月分。ただし令和5（2023）年は7月分）

(3) サービス別利用率の推移（地域密着型サービス）

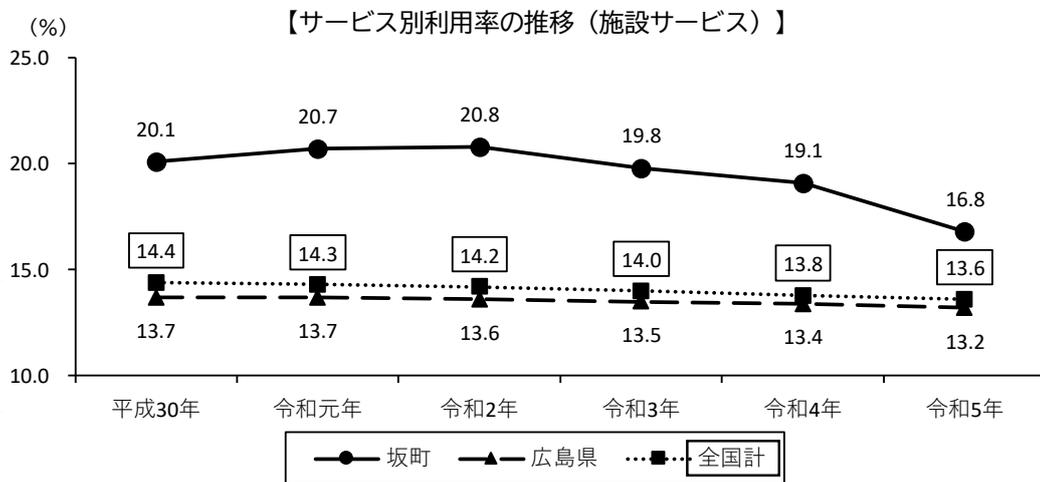
本町の地域密着型サービスの利用率の推移は、ほぼ横ばいとなっていますが、広島県や全国
の値より低くなっています。



資料：介護保険事業状況報告（暫定）（各年9月分。ただし令和5（2023）年は7月分）

(4) サービス別利用率の推移（施設サービス）

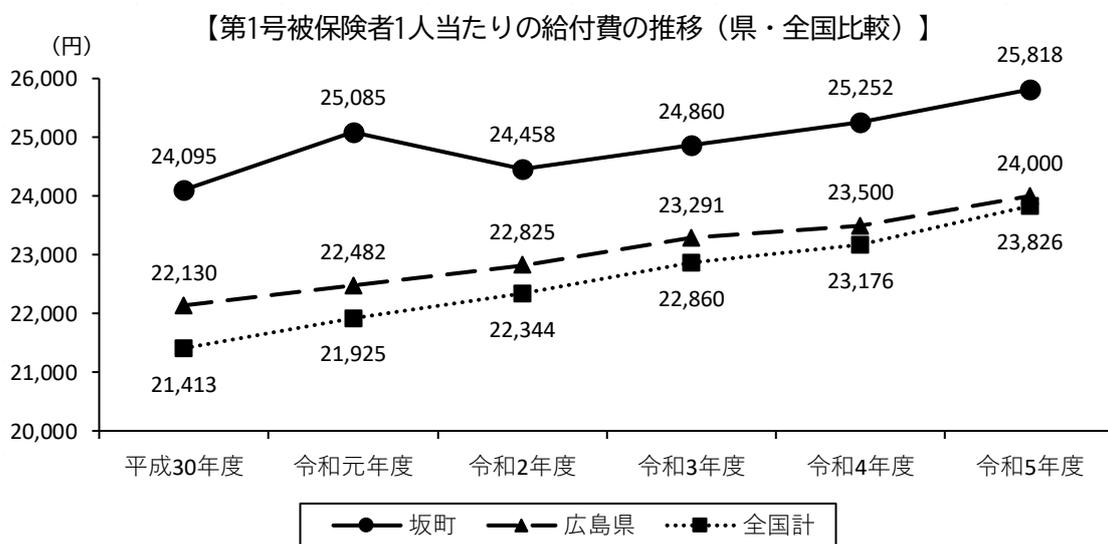
本町の施設サービスの利用率の推移は、令和2(2020)年をピークに減少傾向となっていま
すが、広島県や全国のを上回る水準で推移しています。



資料：介護保険事業状況報告（暫定）（各年9月分。ただし令和5（2023）年は7月分）

(5) 第1号被保険者1人当たりの給付費の推移(県・全国比較)

本町の第1号被保険者1人当たりの給付費の推移は広島県や全国より高い額で推移しており、令和2(2020)年度に減少しましたが、令和3(2021)年以降は増加となっています。



資料：見える化 現状分析

4 アンケート調査結果

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

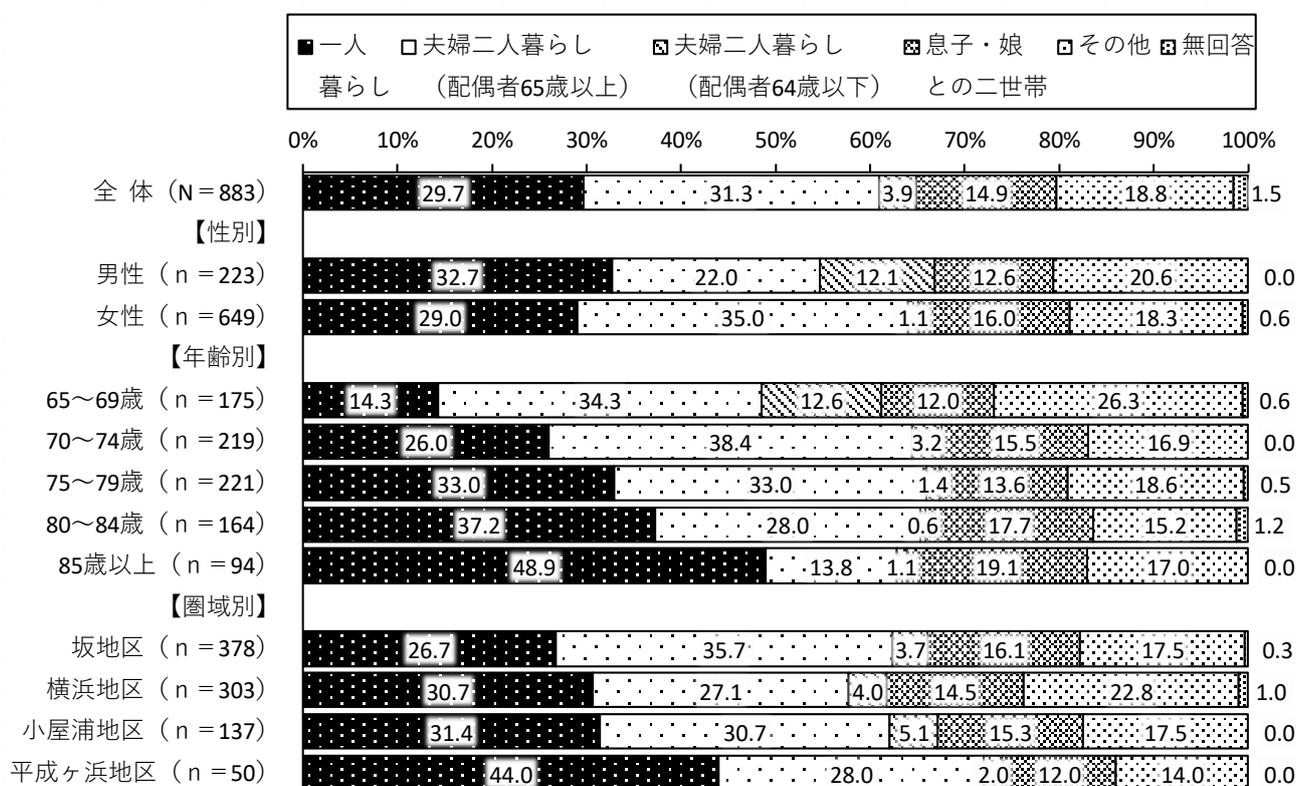
ア 家族構成

家族構成について全体では、「夫婦二人暮らし(配偶者65歳以上)」の割合が 31.3%と最も高く、次いで「一人暮らし」(29.7%)、「息子・娘との二世帯」(14.9%)、「夫婦二人暮らし(配偶者64歳以下)」(3.9%)の順となっています。

年齢別では、年齢が高くなるにつれて、「一人暮らし」の割合が高くなっています。

圏域別では、「平成ヶ浜地区」で「一人暮らし」の割合が他の圏域に比べて高くなっています。

問 家族構成をお教えてください。(○は1つだけ)

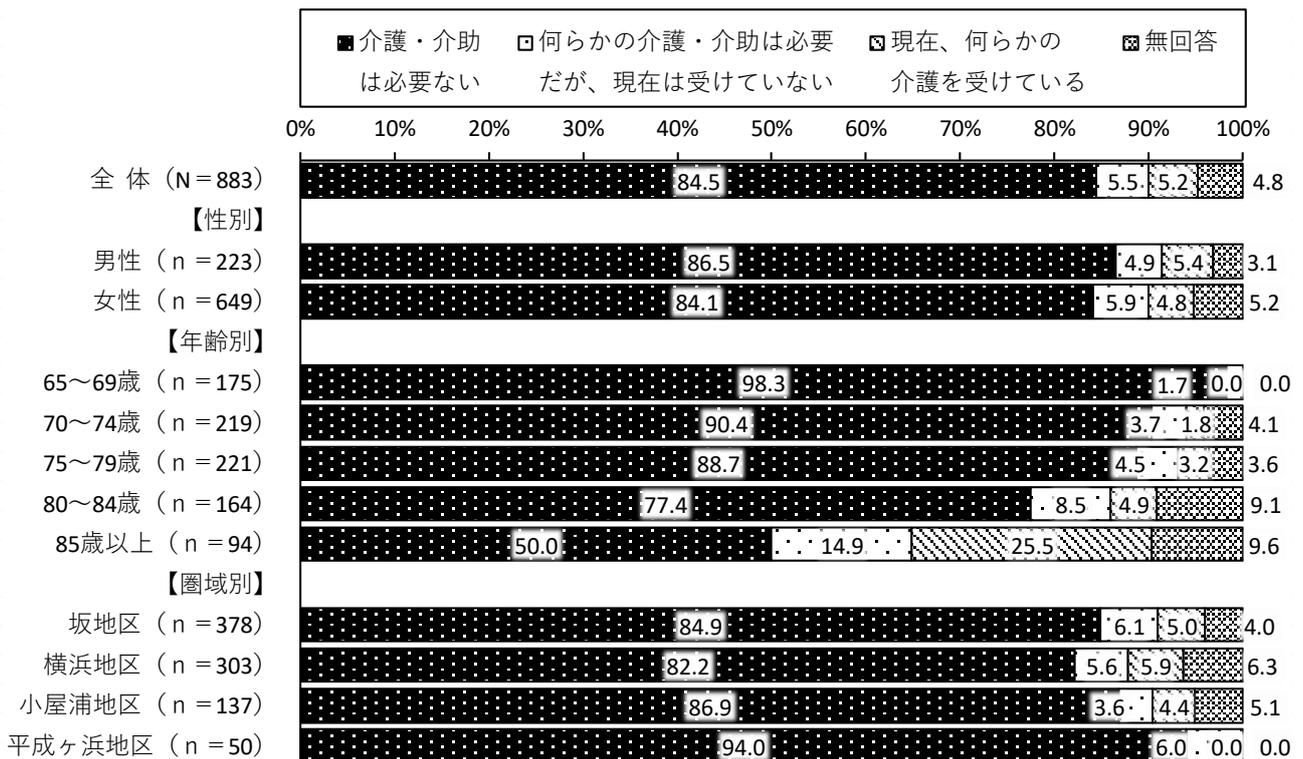


イ 介護・介助の状況と主な原因

介護・介助の必要性について全体では、「介護・介助は必要ない」の割合が 84.5%と大半を占めており、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が 5.5%、「現在、何らかの介護・介助を受けている」が 5.2%となっています。

年齢別では、「85 歳以上」で「介護・介助の必要はない」の割合が、他の年齢層に比べて低く、圏域別では、「平成ヶ浜地区」で「介護・介助の必要はない」の割合が、他の圏域に比べて高くなっています。

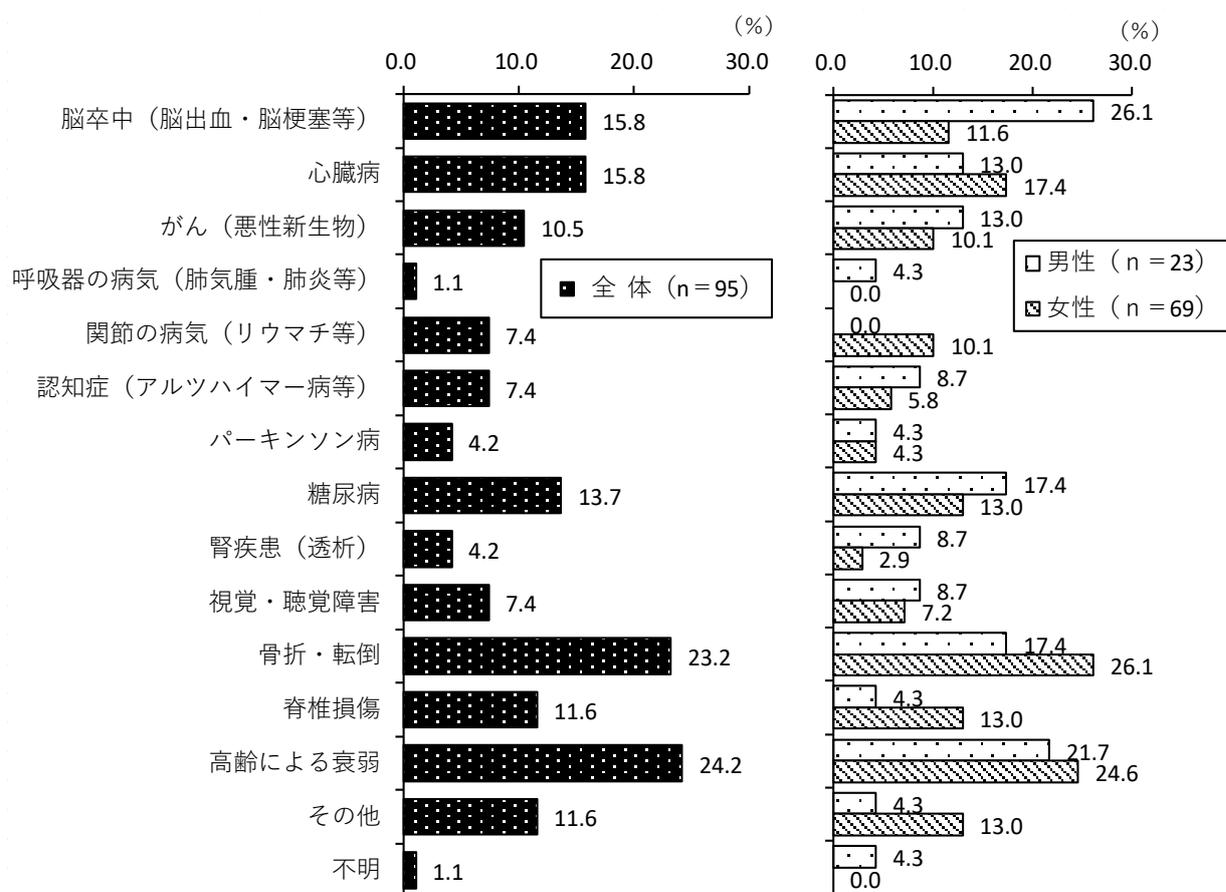
問 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(○は1つだけ)



介護・介助が必要になった原因について全体では、「高齢による衰弱」の割合が24.2%と最も高く、次いで「骨折・転倒」(23.2%)、「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」及び「心臓病」(いずれも15.8%)、「糖尿病」(13.7%)の順となっています。

性別では、男性は「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」(26.1%)、「脊椎損傷」(21.7%)、「糖尿病」及び「視覚・聴覚障害」(いずれも17.4%)の順となっています。一方、女性は「骨折・転倒」(26.1%)、「脊椎損傷」(24.6%)、「心臓病」(17.4%)の順となっています。

問【「2 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」又は「3 現在、何らかの介護を受けている」を選択した人のおたずねします】
 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

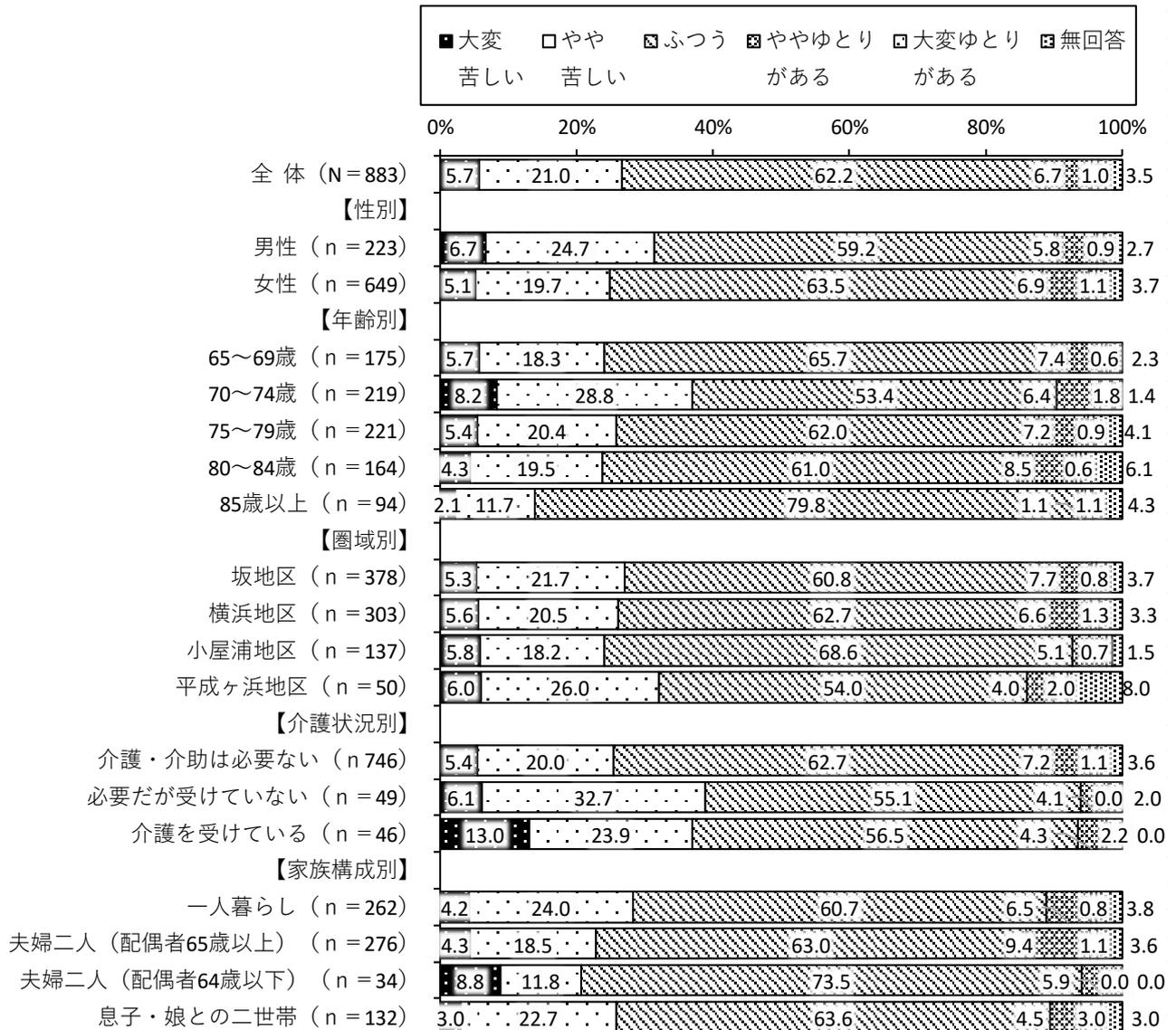


ウ 現在の暮らしの経済状況

暮らしの状況について全体では、「ふつう」の割合が62.2%と最も高くなっていますが、「大変苦しい」(5.7%)と「やや苦しい」(21.0%)を合計した『苦しい』の割合が26.7%となっています。

『苦しい』の割合は、性別では「男性」、年齢別では「70～74歳」、圏域別では「平成ヶ浜地区」、家族構成別では「一人暮らし」でやや高くなっています。

問 現在の暮らしの状況を、経済的にみてどう感じていますか。(○は1つだけ)



エ 健康状態について

健康状態について全体では、「とてもよい」の割合が 10.3%、「まあよい」が 69.3%で、合計 79.6%が『よい』と回答しています。一方、「あまりよくない」(14.5%)、「よくない」(3.4%)の合計は 17.9%となっています。

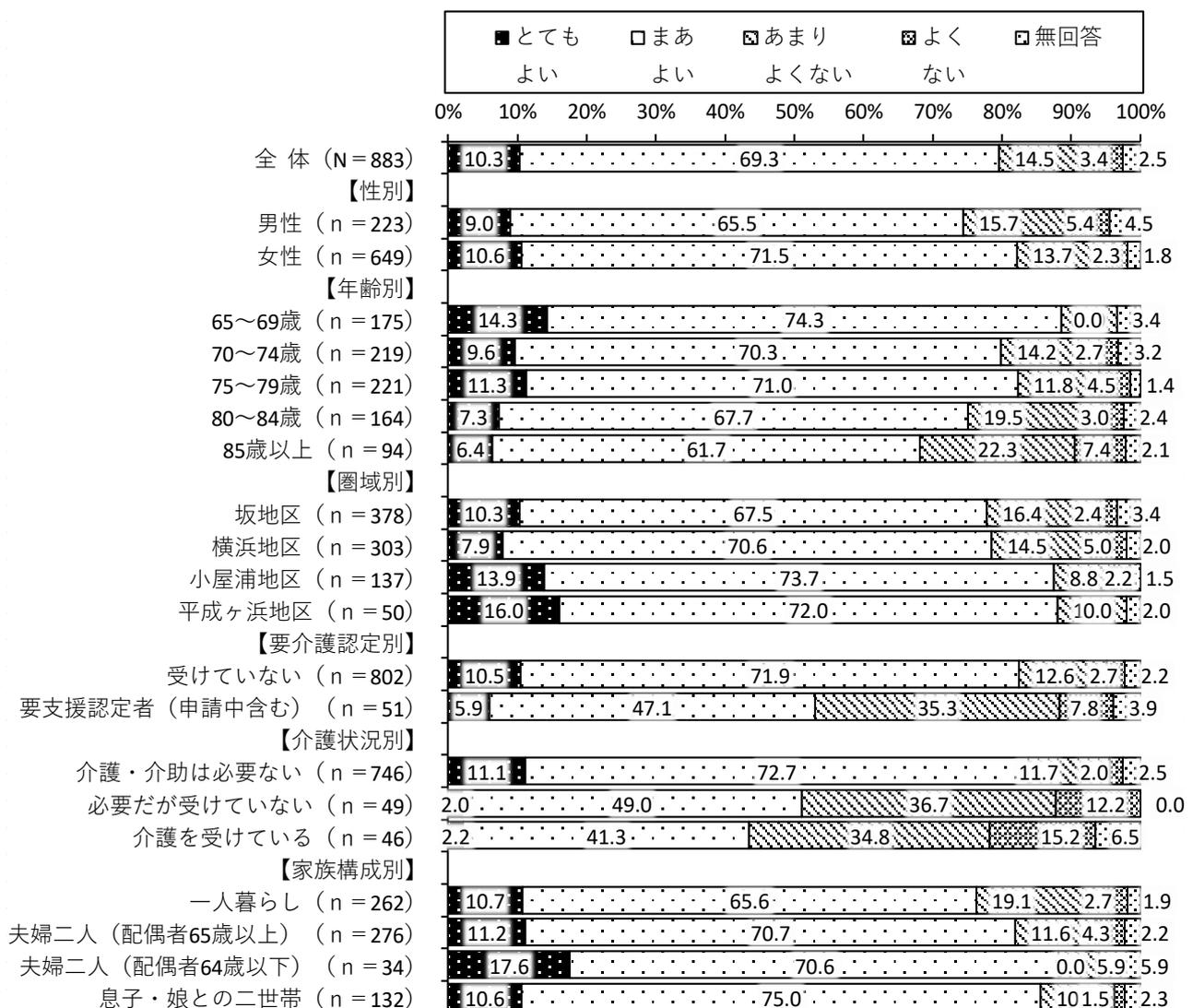
性別では、「男性」は「女性」に比べて「まあよい」の割合がやや高くなっています。

年齢別では、おおむね年齢が高くなるにつれて『よい』の割合が低く、「よくない」は高くなる傾向となっています。

圏域別では、「小屋浦地区」「平成ヶ浜地区」で『よい』の割合が他の圏域に比べて高くなっています。

家族構成別では、「夫婦二人(配偶者 64 歳以下)」で「とてもよい」の割合が他の層に比べて高くなっています。

問 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○は1つだけ)

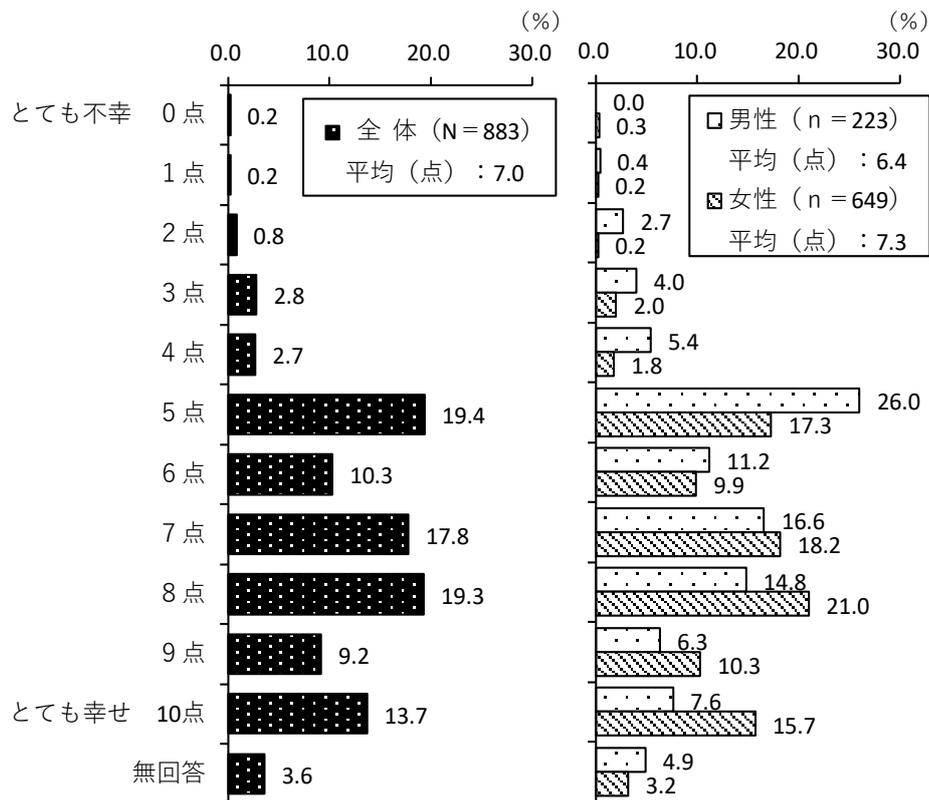


オ 幸福感について

現在の幸せの程度について全体では、「5点」(19.4%)、「8点」(19.3%)、「7点」(17.8%)、「10点」(13.7%)、「6点」(10.3%)の順となっており、平均点数は7.0点となっています。

性別では、「男性」の平均点数は6.4点、「女性」は7.3点となっています。

問 あなたは、現在どの程度幸せですか。(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる点数に○をつけてください。)(○は1つだけ)

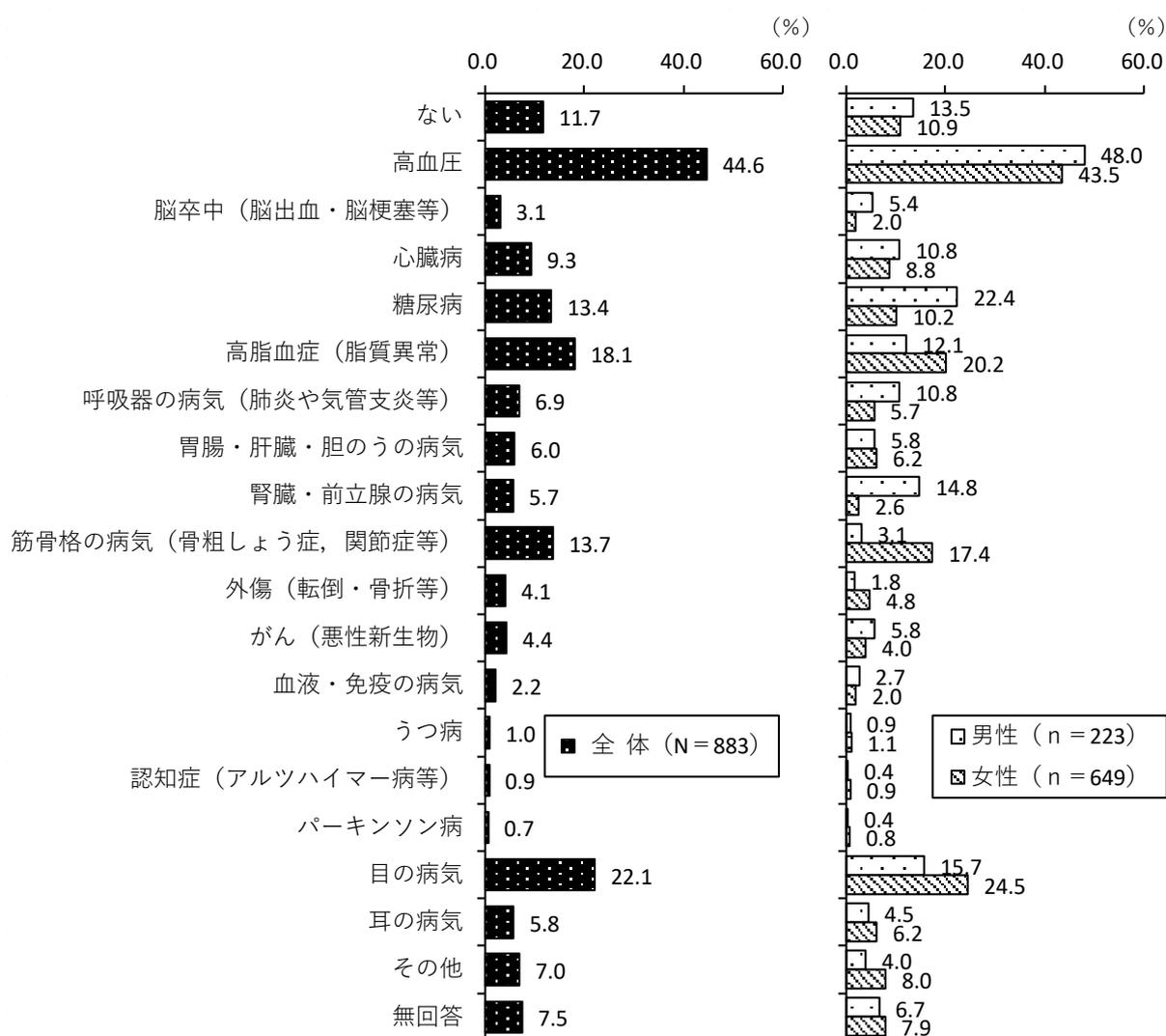


カ 現在治療中、又は後遺症のある病気

現在治療中、または後遺症のある病気について全体では、「脳卒中(脳出血・脳梗塞)」(44.6%)、「目の病気」(22.1%)、「高血圧症(脂質異常)」(18.1%)、「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」(13.7%)、「糖尿病」(13.4%)の順となっています。

性別では、「男性」は「女性」に比べて「高血圧」「糖尿病」「腎臓・前立腺の病気」等の割合が高く、「女性」は「高脂血症(脂質異常)」「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」「目の病気」の割合が「男性」より高くなっています。

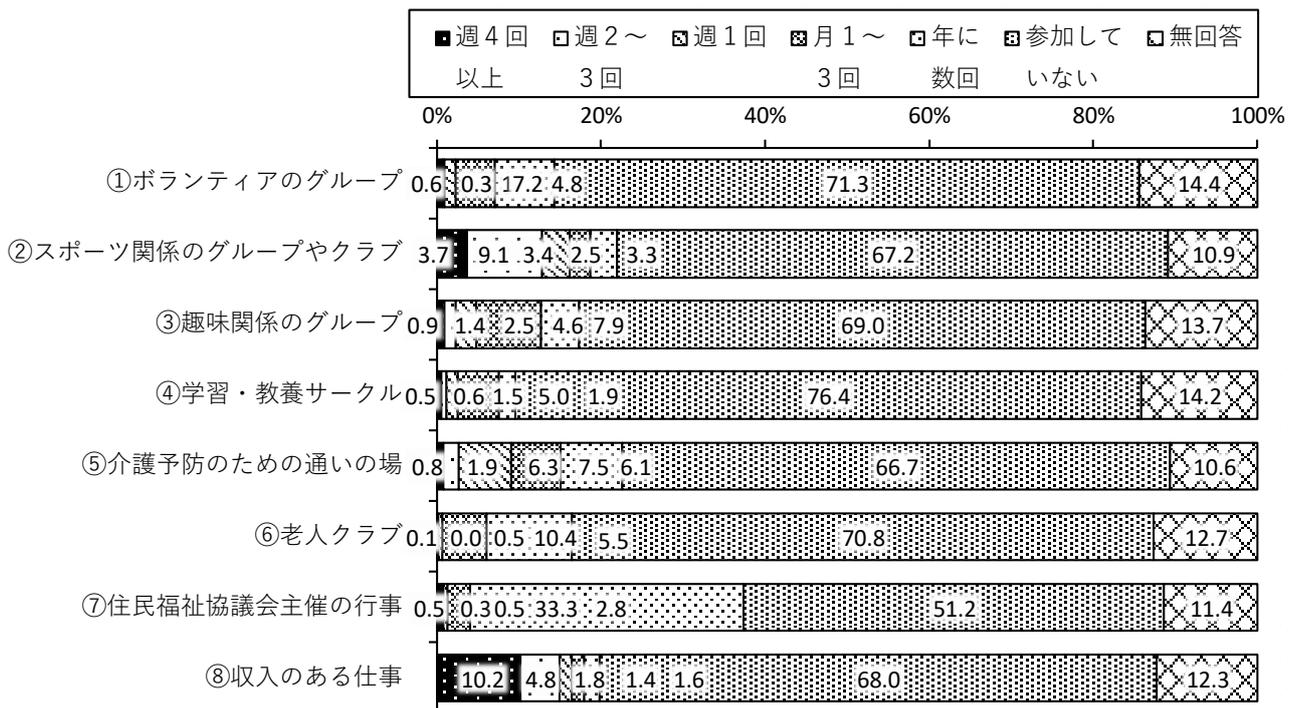
問 現在治療中、又は後遺症のある病気はありますか。(あてはまるものすべてに○)



キ 健康づくり活動等への参加意向

会・グループ活動への参加状況については、『参加している(年に数回以上を合計)』の割合が多い順に、「⑦住民福祉協議会主催の行事」(37.4%)、「⑤介護予防のための通いの場」(22.6%)、「②スポーツ関係のグループやクラブ」(22.0%)、「⑧収入のある仕事」(19.8%)、「③趣味関係のグループ」(17.3%)、「⑥老人クラブ」(16.5%)、「①ボランティアのグループ」(14.3%)、「④学習・教養サークル」(9.5%)の順となっています。

問 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。①～⑧それぞれについて回答してください。(〇は1つずつ)



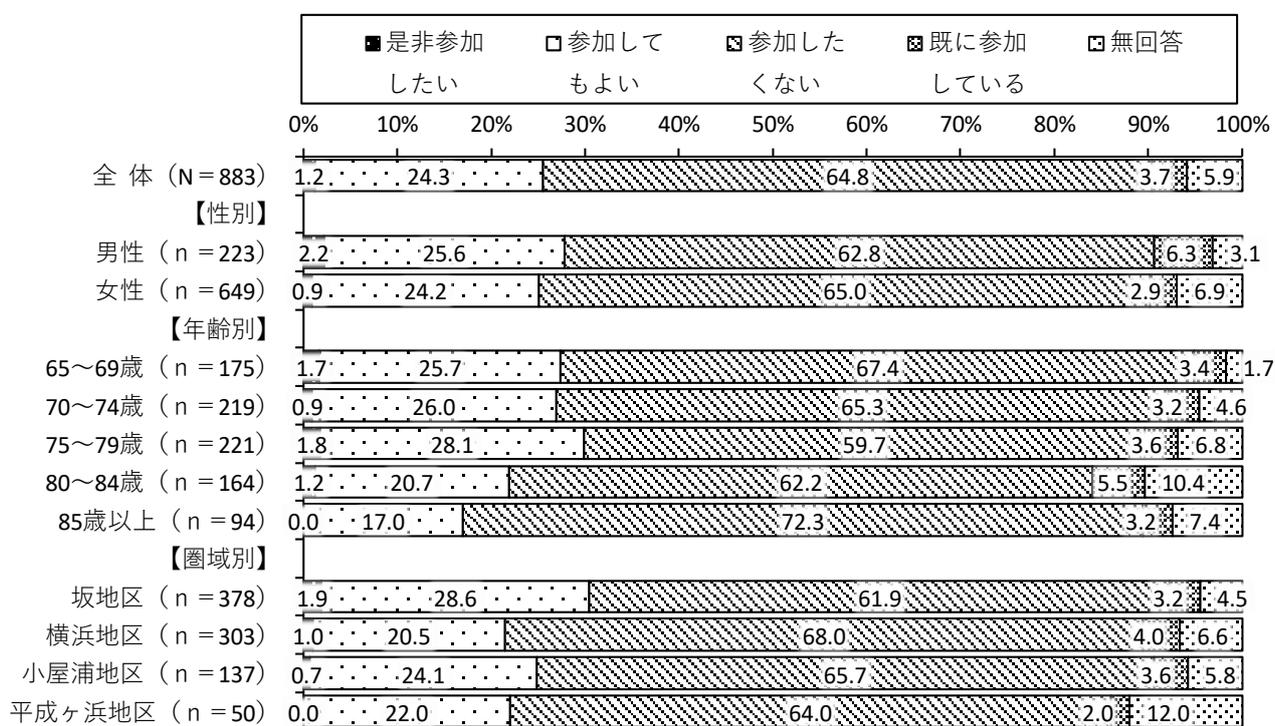
ク 健康づくり活動等の企画・運営への参加意向

健康づくり活動等の企画・運営への参加意向について全体では、「是非参加したい」の割合が1.2%、「参加してもよい」が24.3%、「既に参加している」が3.7%で、合計29.2%となっています。一方、「参加したくない」は64.8%となっています。

性別では大きな差はみられませんが、年齢別では「85歳以上」では「参加したくない」の割合が他の年齢層に比べて高くなっています。

圏域別では、「坂地区」で「参加してもよい」の割合が他の圏域に比べて高くなっています。

問 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(○は1つだけ)

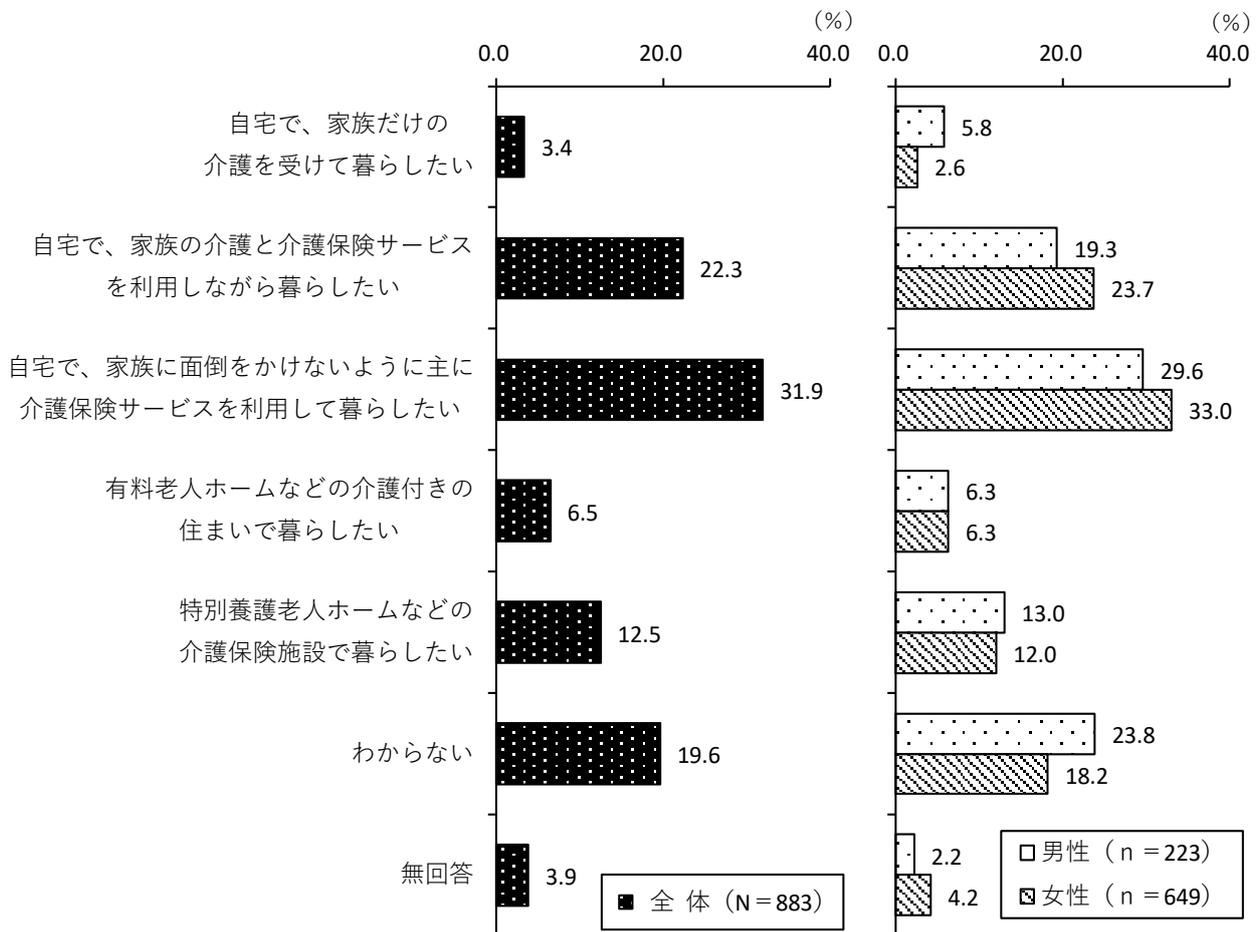


ケ 希望する介護のありかた

希望する介護のあり方について全体では、「自宅で、家族に面倒をかけないように主に介護保険サービスを利用して暮らしたい」(31.9%)、「自宅で、家族の介護と介護保険サービスを利用しながら暮らしたい」(22.3%)、「特別養護老人ホームなどの介護保険施設で暮らしたい」(12.5%)、「有料老人ホームなどの介護付きの住まいで暮らしたい」(6.5%)、「自宅で、家族だけの介護を受けて暮らしたい」(3.4%)の順となっています。

性別では、「男性」は「女性」に比べて「自宅で、家族だけの介護を受けて暮らしたい」の割合がやや高く、「女性」は「自宅で、家族に面倒をかけないように主に介護保険サービスを利用して暮らしたい」の割合が「男性」よりやや高くなっています。

問 介護が必要になった場合、あなたが望む介護のあり方に最も近い考え方は、次のうちのどれですか。(○は1つだけ)

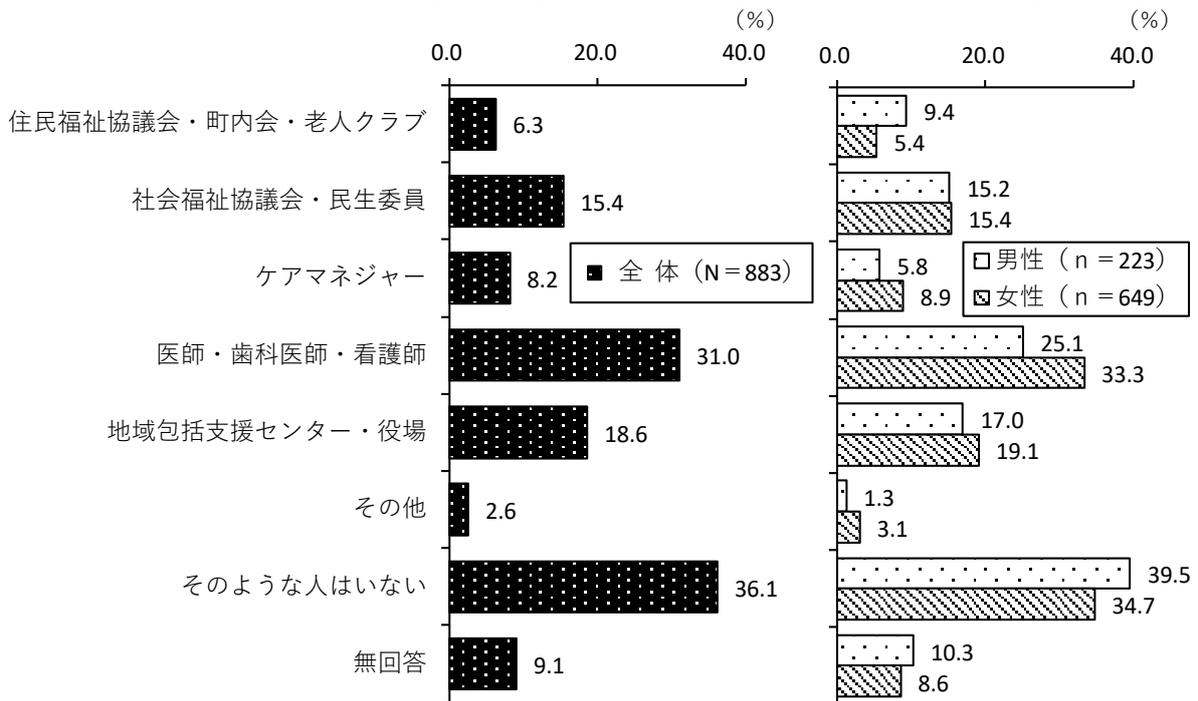


コ 家族や友人以外で何かあったときに相談する相手

家族や友人以外で相談する相手について全体では、「医師・歯科医師・看護師」(31.0%)、「地域包括支援センター・役場」(18.6%)、「社会福祉協議会・民生委員」(15.4%)、「ケアマネジャー」(8.2%)の順となっています。

性別では、「男性」は「住民福祉協議会・町内会・老人クラブ」の割合が「女性」に比べてやや高くなっていますが、「女性」は「男性」に比べて「医師・歯科医師・看護師」「地域包括支援センター・役場」「ケアマネジャー」で高くなっています。

問 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。
(あてはまるものすべてに○)

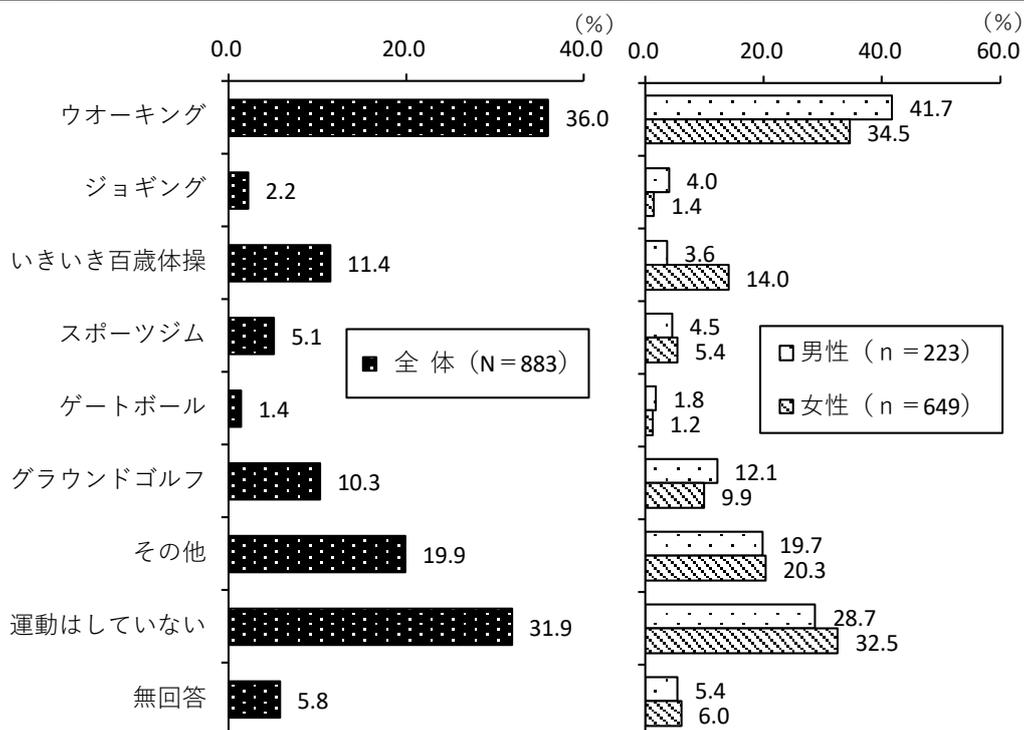


サ 普段している運動

普段している運動について、全体では「ウォーキング」(36.0%)、「いきいき百歳体操」(11.4%)、「グラウンドゴルフ」(10.3%)、「スポーツジム」(5.1%)、「ジョギング」(2.2%)、「ゲートボール」(1.4%)の順となっています。一方、「運動はしていない」は31.9%となっています。

性別では、「男性」は「女性」に比べて「ウォーキング」の割合が高く、「女性」は「いきいき百歳体操」の割合が「男性」より高くなっています。

問 あなたは普段、どんな運動をしていますか。(あてはまるものすべてに○)



シ 定期的に体を動かすために必要なこと

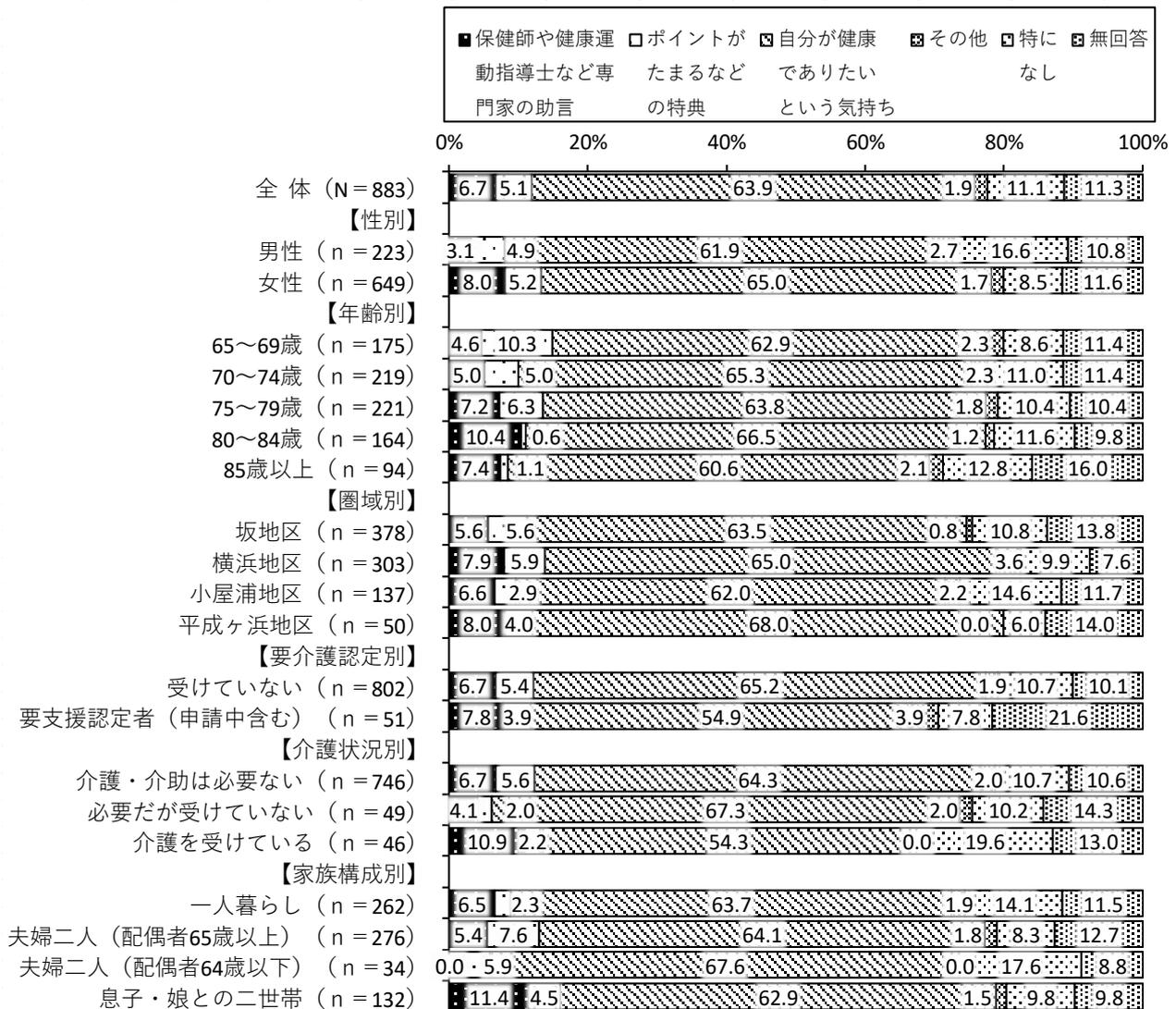
定期的に体を動かすために必要なことについて全体では、「自分が健康でありたいという気持ち」(63.9%)、「保健師や健康運動指導士などの専門家の助言」(6.7%)、「ポイントがたまるなどの特典」(6.7%)の順となっています。

性別では、「女性」は「男性」に比べて「保健師や健康運動指導士などの専門家の助言」の割合がやや高くなっており、年齢別では「80～84 歳」で「保健師や健康運動指導士などの専門家の助言」の割合が高くなっています。

圏域別では大きな差はみられませんが、要介護認定別では「受けていない」で「自分が健康でありたいという気持ち」の割合が他の層に比べて高くなっています。

介護状況別では、「介護を受けている」で、「保健師や健康運動指導士などの専門家の助言」の割合が他の層に比べてやや高く、家族構成別では、「夫婦二人暮らし(配偶者64歳以下)」で「保健師や健康運動指導士などの専門家の助言」の割合が他の層に比べてやや高くなっています。

問 定期的に体を動かすためには、どんなことが必要だと思いますか。(○は1つだけ)



ス 有償ボランティア（ようようさん）の認知

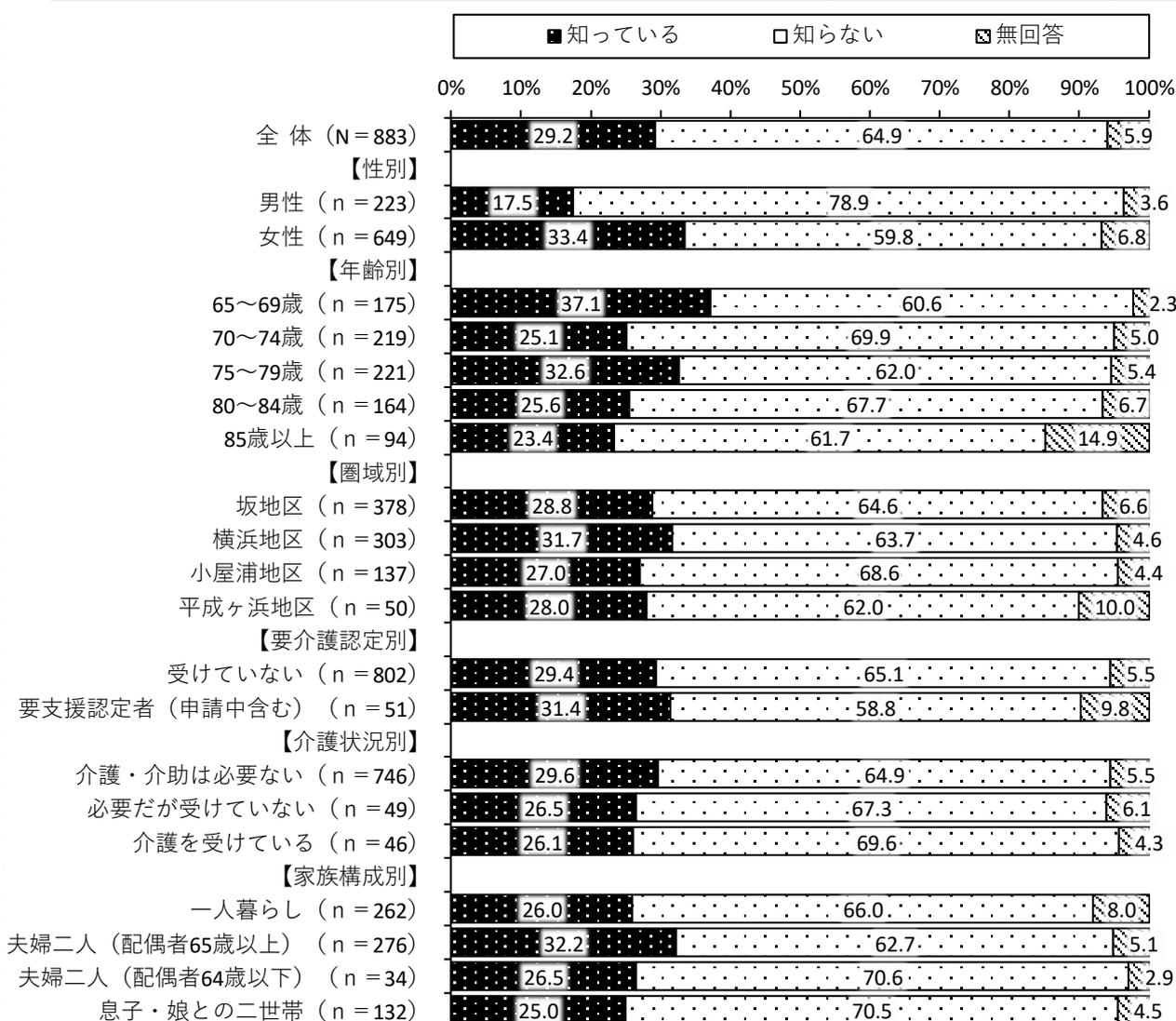
有償ボランティア（ようようさん）の認知について全体では、「知っている」の割合が 29.2%、「知らない」が 64.9%となっています。

性別では、「男性」は「女性」に比べて「知らない」の割合が非常に高くなっています。

年齢別ではおおむね年齢が高くなるにつれて「知っている」の割合が低くなる傾向となっています。

圏域別及び要介護認定別では大きな差はみられませんが、家族構成別では「夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）」で「知っている」の割合が他の層に比べてやや高くなっています。

問 あなたは、社会福祉協議会が実施している「有償のボランティア活動」（ようようさん）をご存知ですか。（○は1つ）

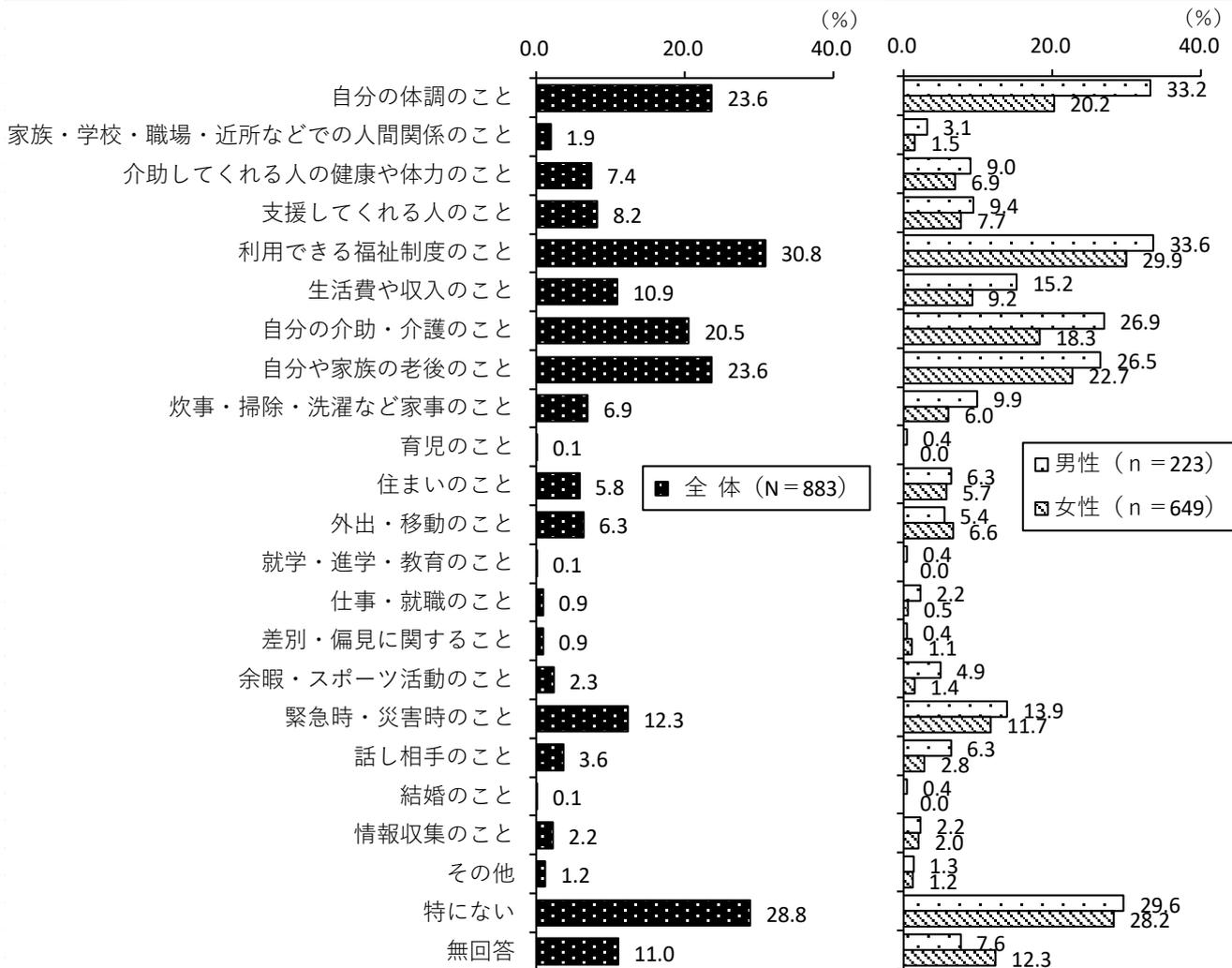


セ 相談したい内容

相談したい内容について全体では、「利用できる福祉制度のこと」(30.8%)、「自分の体調のこと」及び「自分や家族の老後のこと」(いずれも 23.6%)、「自分の介助・介護のこと」(20.5%)、「緊急時・災害時のこと」(12.3%)、「生活費や収入のこと」(10.9%)の順となっています。

性別では、「男性」は「女性」に比べて「自分の体調のこと」「自分の介助・介護のこと」の割合が高くなっています。

問 あなたが相談したいことは、どのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

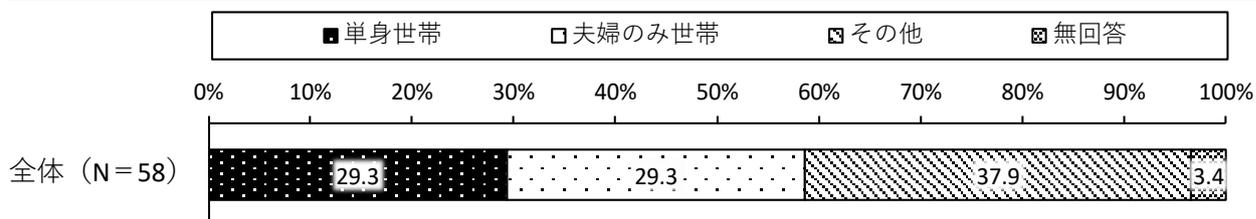


(2) 在宅介護実態調査

ア 世帯類型

世帯類型については、「単身世帯」の割合が 29.3%、「夫婦のみの世帯」が 29.3%、「その他」が 37.9%となっています。

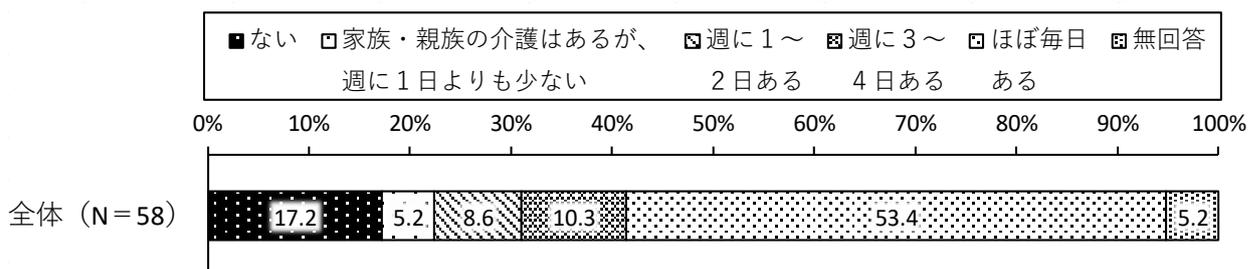
問 世帯類型について、ご回答ください(1つを選択)



イ 週当たりの介護日数

家族や親族からの介護の頻度については、「ほぼ毎日ある」(53.4%)、「週に3~4日ある」(10.3%)、「週に1~2日ある」(8.6%)、「家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」(5.2%)の順となっています。一方、「ない」は 17.2%となっています。

問 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか(1つを選択)

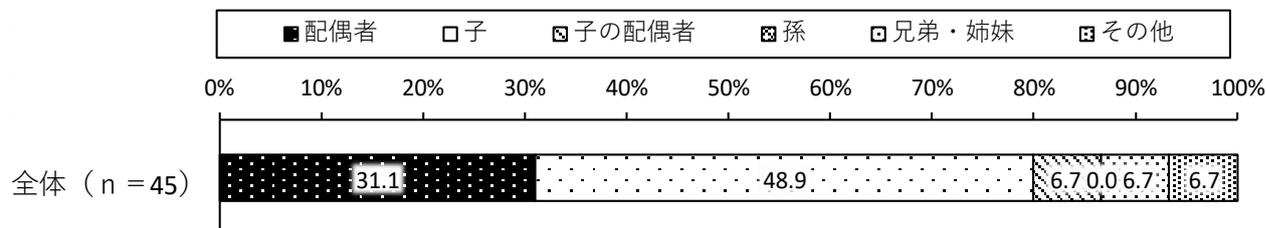


ウ 家族・親族における主な介護者

①介護者の続柄

主な介護者については、「子」(48.9%)、「配偶者」(31.1%)、「子の配偶者」及び「兄弟・姉妹」(いずれも 6.7%)の順となっています。

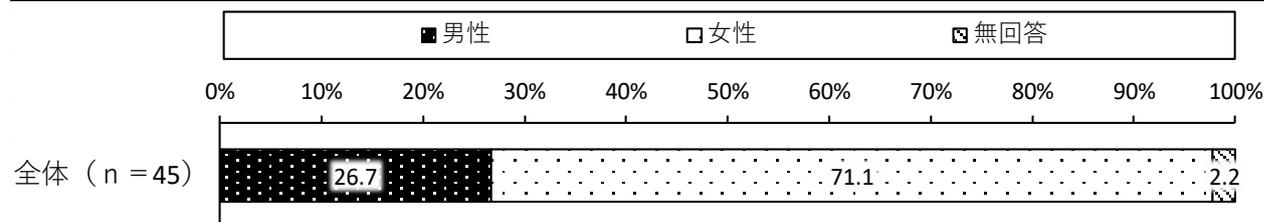
問 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)



②介護者の性別

主な介護者の性別については、「男性」の割合が 26.7%、「女性」が 71.1%となっており、「女性」の割合が非常に高くなっています。

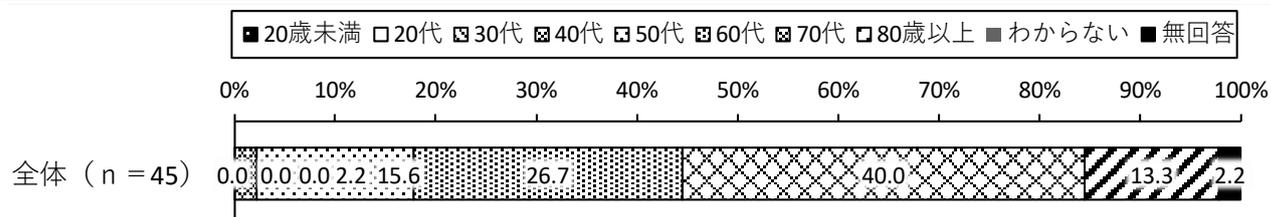
問 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つを選択)



③介護者の年齢

主な介護者の年齢については、「70代」(40.0%)、「60代」(26.7%)、「50代」(15.6%)、「80歳以上」(13.3%)、「40代」(2.2%)の順となっています。

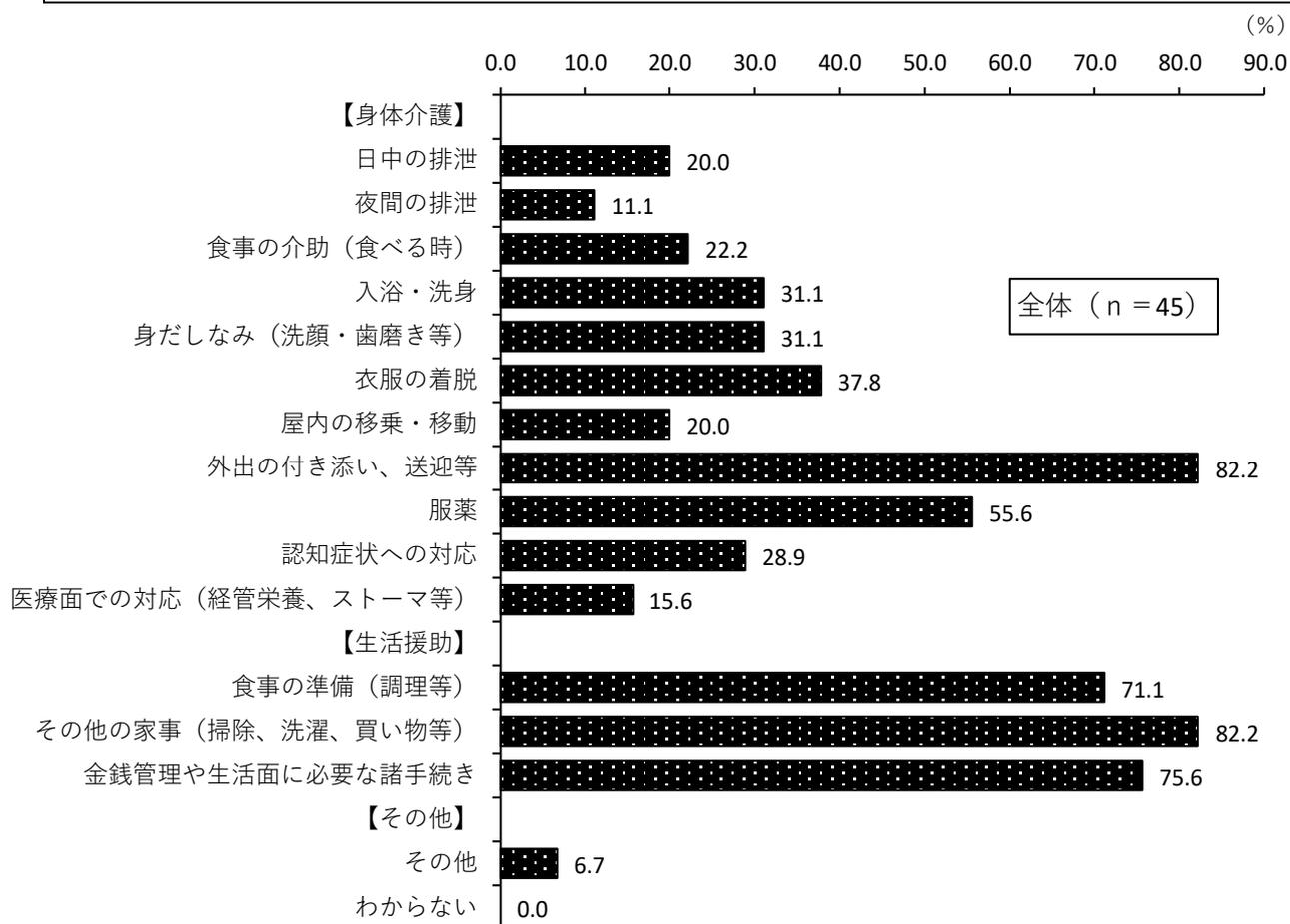
問 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つを選択)



エ 主な介護者が行っている介護等

主な介護者が行っている介護については、「外出の付き添い、送迎等」及び「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」(いずれも82.2%)、「金銭管理や生活面に必要な手続き」(75.6%)、「食事の準備」(71.1%)、「服薬」(55.6%)、「衣服の着脱」(37.8%)、「入浴・洗身」及び「身だしなみ(洗顔・歯磨き等)」(いずれも31.1%)、「認知症状への対応」(28.9%)、「食事の介助」(22.2%)、「日中の排泄」及び「屋内の移乗・移動」(いずれも20.0%)の順となっています。

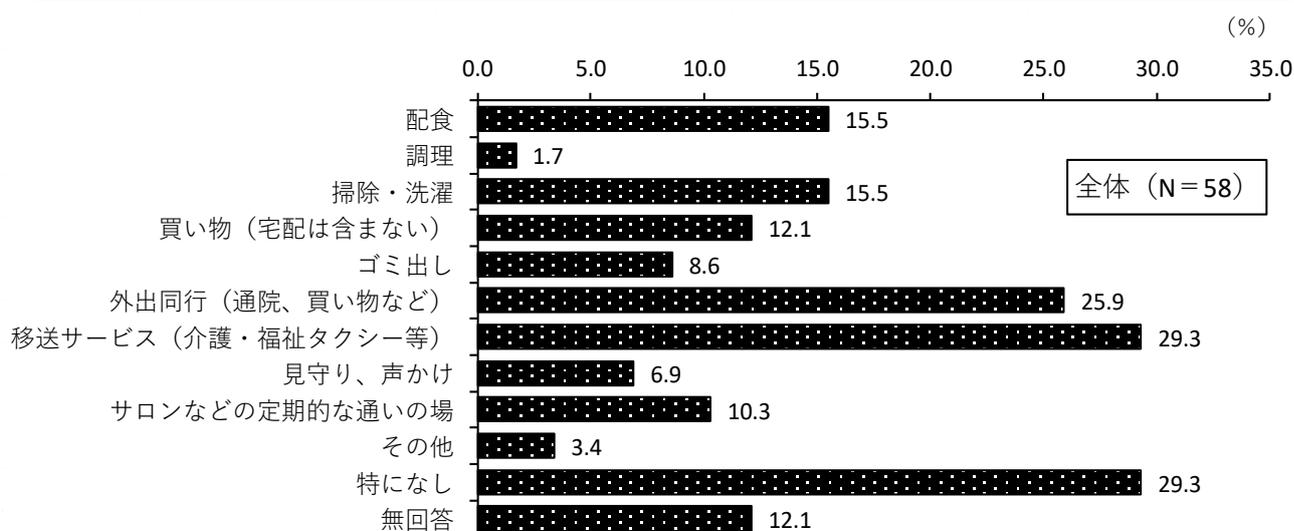
問 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください(複数選択可)



オ 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

今後の在宅生活のために必要な支援・サービスについては、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」「外出同行(通院、買い物など)」「配食」及び「掃除・洗濯(いずれも 15.5%)」「買い物(宅配は含まない)」「(12.1%)」「サロンなどの定期的な通いの場」(10.3%)の順となっています。一方、「特になし」は 29.3%となっています。

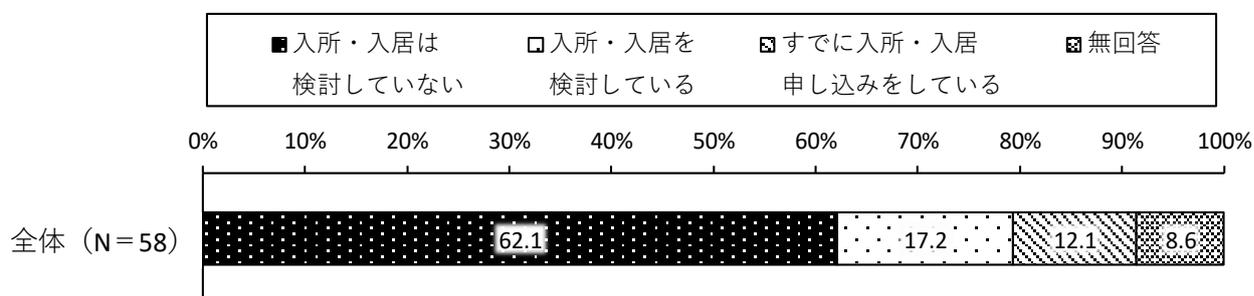
問 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください
(複数選択可)



カ 施設等への入所・入居の検討状況

施設等への入所・入居の検討状況については、「入所・入居は検討していない」の割合が 62.1%、「入所・入居を検討している」が 17.2%、「すでに入所・入居申し込みをしている」が 12.1%となっています。

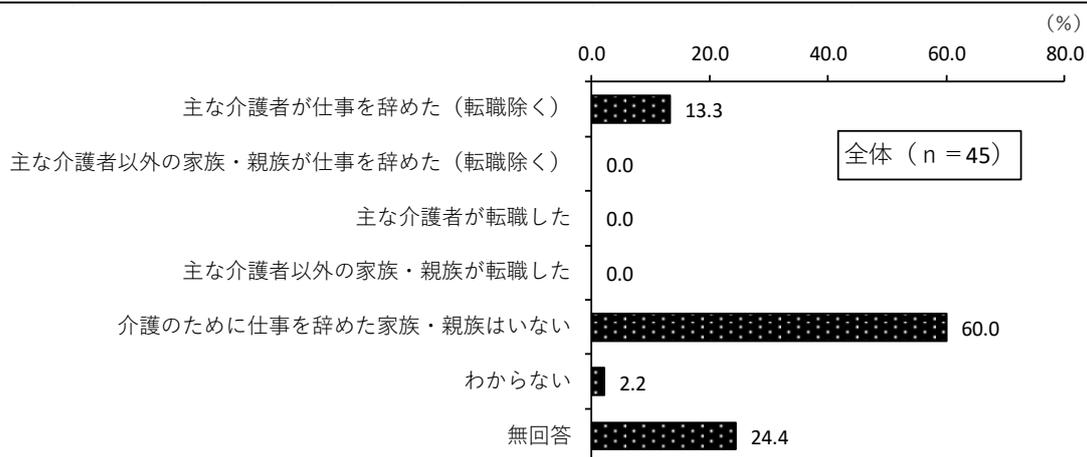
問 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(1つを選択)



キ 介護を主な理由とした離職の有無

介護を理由とする主な介護者の離職の有無については、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」の割合は 60.0%、「主な介護者が仕事を辞めた(転職除く)」は 13.3%となっています。

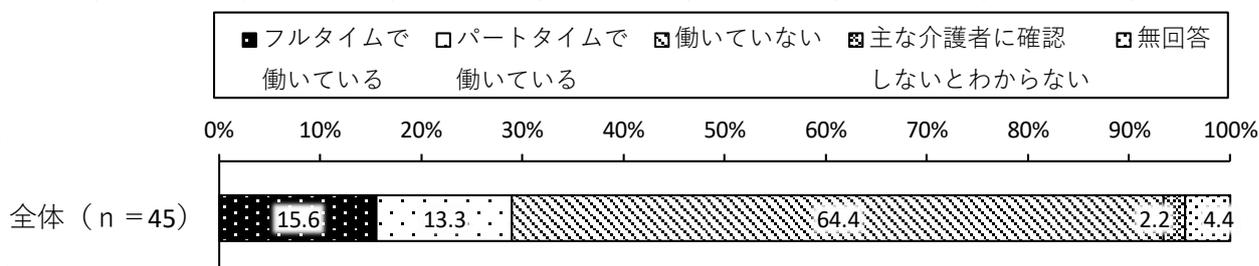
問 ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)
(複数選択可)



ク 主な介護者の現在の勤務形態と勤め先への要望

主な介護者の勤務形態については、「働いていない」(64.4%)、「フルタイムで働いている」(15.6%)、「パートタイムで働いている」(13.3%)の順となっています。

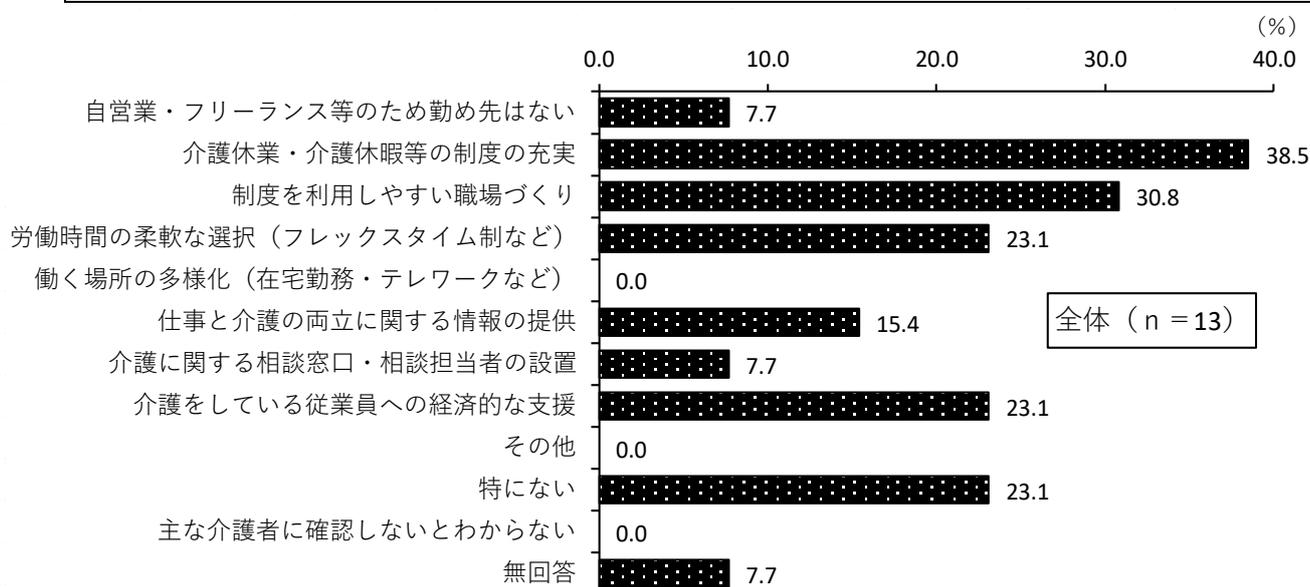
問 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください(1つを選択)



介護者が仕事と介護を両立するために必要な勤め先からの支援については、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」(38.5%)、「制度を利用しやすい職場づくり」(30.8%)、「労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など)」及び「介護をしている従業員への経済的な負担」(いずれも 23.1%)、「仕事と介護の両立に関する情報の提供」(15.4%)の順となっています。一方、「特にない」は 23.1%となっています。

問 「1.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」と回答した方にお伺いします。

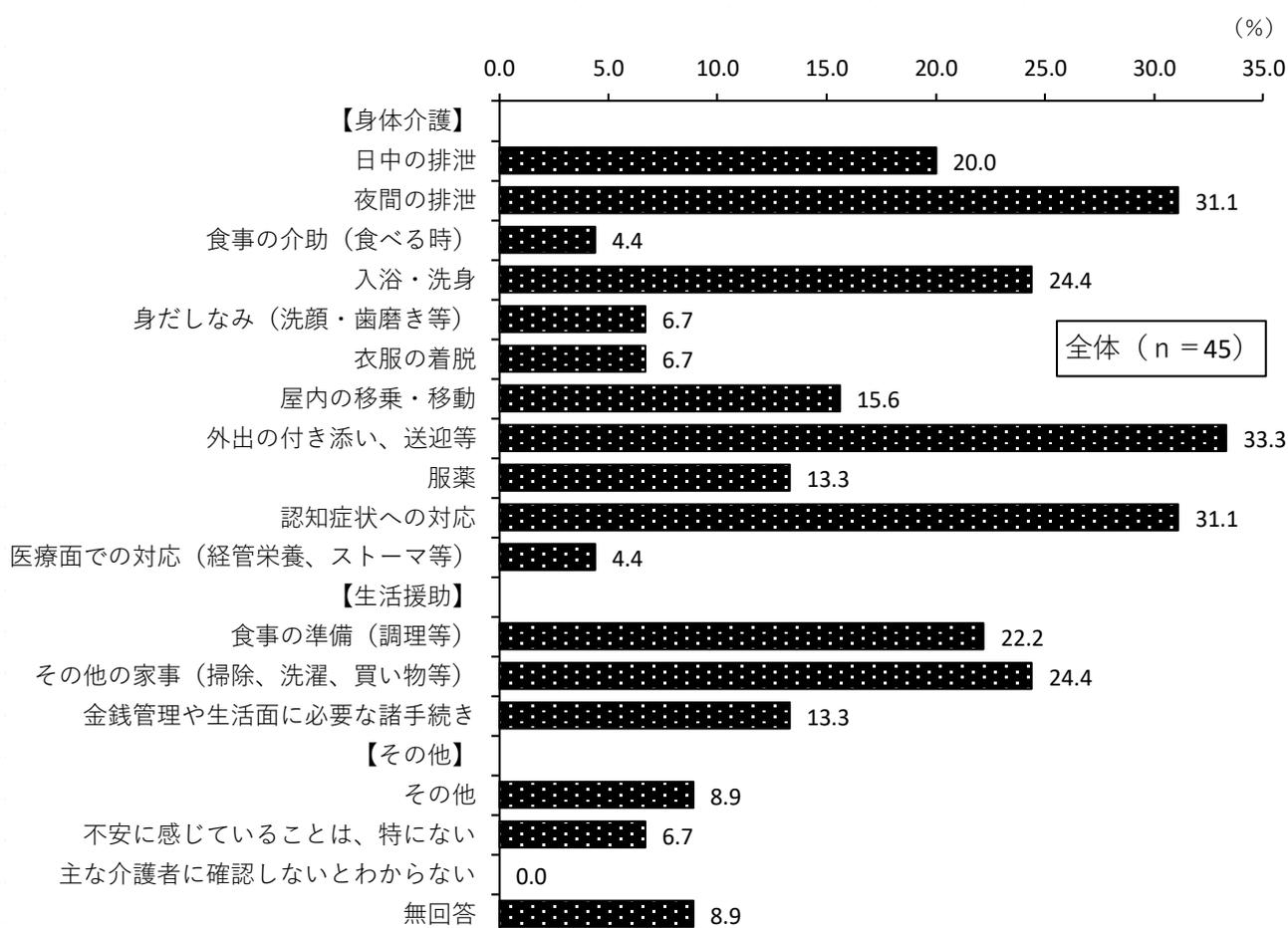
主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか(3つまで選択可)



ケ 介護者が不安に感じる介護等

介護者が不安に感じる介護等については、「外出の付き添い、送迎等」(33.3%)、「夜間の排泄」及び「認知症状への対応」(いずれも 31.1%)、「入浴・洗身」及び「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」(いずれも 24.4%)、「食事の準備」(22.2%)、「日中の排泄」(20.0%)、「屋内の移乗・移動」(15.6%)、「服薬」及び「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(いずれも 13.3%)の順となっています。

問 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください(3つまで選択可)



第3章 計画の基本構想

1 日常生活圏域の設定

高齢者が住み慣れた地域で、適切なサービスを受けながら安心して生活できる環境を整備するための日常の生活で結びつきのある地域である「日常生活圏域」について、これまでの施策を継続的に進めていくために、これまでの計画と同様に、本町全体を一つの圏域として定めます。

2 基本理念

本町では、最上位計画である「坂町第5次長期総合計画」では、まちの将来像を「自然に恵まれた健康で文化的な住みよいまち」とし、まちづくりの基本テーマを「災害から復興し、みんなにやさしいまち 坂町」と設定しており、福祉分野においては、「誰もが健康で暮らせるまちづくり」をまちづくりの基本理念としています。

第8期計画においては「高齢者が住み慣れた地域で健康で安心して暮らせるまち さか」という基本理念を掲げ、様々な取組を進めてきましたが、この基本理念は「坂町第5次長期総合計画」の方針にもつながるものであり、本計画でも高齢者福祉及び介護保険施策の充実と持続可能な取組の推進を目指すことから、第8期計画の基本理念を継承するものとします。

◆◆ 本計画の基本理念 ◆◆

高齢者が住み慣れた地域で健康で安心して暮らせるまち さか

3 基本目標

本計画の「基本目標」についても、上記の通り第8期計画を継承し、高齢者福祉及び介護保険施策を推進します。

◆◆ 基本目標 ◆◆

- ◎ 住み慣れた地域で、人々の絆で、健康で安心して暮らせるしくみのあるまち
- ◎ 地域の支え合いで、高齢者が尊厳を持って生活するまち
- ◎ 必要な介護サービスを適切な保険料でいつでも受けることのできるまち
- ◎ 健康で生きがいを持ち、高齢者が活躍するまち

4 施策体系

【 基本目標 】	【 基本施策 】	【 施策の展開 】（掲載ページ）
<p>住み慣れた地域で、人々の絆で、健康で安心して暮らせるしくみのあるまち</p>	<p>地域包括ケアシステムの深化・推進</p>	<p>(1) 地域包括ケアシステムの推進体制の整備 (P. 42) (2) 在宅医療・介護連携の推進 (P. 48) (3) 地域包括支援センターの更なる機能強化と充実 (P. 51)</p>
<p>地域の支え合いで、高齢者が尊厳を持って生活するまち</p>	<p>認知症対策の充実</p>	<p>(1) 認知症の支援体制の充実 (P. 54) (2) 認知症の人にもやさしいまちづくりの推進 (P. 56)</p>
<p>必要な介護サービスを適切な保険料でいつでも受けることのできるまち</p>	<p>持続可能な介護保険制度の運営</p>	<p>(1) 介護保険事業の適正な運用 (P. 58) (2) サービス提供体制の確保 (P. 60)</p>
<p>健康で生きがいを持ち、高齢者が活躍するまち</p>	<p>高齢者の安心と生きがいづくりの推進</p>	<p>(1) 生活支援サービスの推進 (P. 62) (2) 社会参加と健康づくりの推進 (P. 65) (3) 権利擁護の推進 (P. 68)</p>

第4章 基本施策の推進

《基本目標》住み慣れた地域で、人々の絆で、健康で安心して暮らせるしくみのあるまち

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

●介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から見られる課題

○閉じこもりリスクのある人（「ほとんど外出しない」及び「外出が週1回」の割合の合計）の比率は24.3%であり、この比率は、男性より女性の方が高く、また、高齢になるほど高くなっています。地区別では、小屋浦地区の割合が他の地区に比べて高くなっています。

一方、「介護予防のための通いの場」の参加比率をみると、「参加していない」の割合は66.7%となっています。

新型コロナウイルス感染症拡大の影響で外出頻度が少なくなっている中、「介護予防のための通いの場」等へ参加するための支援の充実が必要と思われます。

○健康に不安を持っている人（健康状態が「よくない」及び「あまりよくない」の割合の合計）は17.9%であり、かかりつけ医に1か月に1回以上通う割合が62.1%、歯科医院に1年に1回以上通う割合は45.2%となっています。

高齢者にとって口腔を含めた体や心の健康は、非常に重要であり、今後も健康づくりに関する啓発や、健康づくりへの取組・活動に対する支援の充実が必要であると思われます。

また、「住み慣れた地域で生きがいを持って暮らしていくために行政に対して望むこと」について「いつまでも元気でいられるような健康づくりの推進」の割合（35.2%）が最も高くなっています。

○人生の最期を迎えたい場所としては、「自宅」が39.8%、「病院」が17.0%、「施設」が4.9%となっており、在宅で最期を迎えたいという割合が非常に高くなっています。

また、「在宅介護実態調査」では、施設等への入所・入居の検討状況について、「入所・入居を検討している」が17.2%、「すでに入所・入居申し込みをしている」が12.1%となっていますが、「入所・入居は検討していない」は62.1%となっており、在宅の意向は非常に高くなっています。

住み慣れた地域で生活できるよう、医療と介護の連携がこれまで以上に求められます。

○健康づくり活動等への参加状況については「是非参加したい」と「参加してもよい」の割合の合計は46.9%となっていますが、「健康づくり活動等への企画・運営への参加意向」については「是非参加したい」と「参加してもよい」の合計は25.5%となっています。また、地域活動において「ボランティアのグループ」への参加状況では「参加していない」の割合が71.3%となっています。

地域包括ケアシステムを推進していくために、住民や地域の協力が不可欠です。そのため、健康づくり活動の企画・運営やボランティアのグループへ参加するための取組への支援等の充実が必要であると思われます。

○高齢者が継続して住み慣れた地域で暮らせるために、これまで以上に地域包括ケアの充実が求められており、地域包括支援センターの機能強化がより一層求められます。

団塊の世代が全て75歳以上となる令和7(2025)年が近づく中で、さらに、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年に向けて、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域包括支援センターの機能強化や、医療や介護、生活支援等のサービスが一体的に切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの充実に取り組めます。

(1) 地域包括ケアシステムの推進体制の整備

ア 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

地域共生社会とは、高齢者や障害のある人、子育て家庭、生活困窮者など、制度や分野の「縦割り」の関係を超えて、地域住民や地域の団体など多様な主体が世代や分野を超えてつながることで、地域を支えていく社会とされています。

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化、複合化した支援ニーズへの対応をはじめ、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備、医療、介護データ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の推進が求められています。

本町では、住まい、医療、介護、介護予防、生活支援の各サービスが、切れ目なく提供される社会の実現を目指す「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、関係機関とのネットワークの形成をはじめ、地域ケア会議の推進など、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを推進してきました。

国の基本指針においては、包括的な支援体制の構築等、社会福祉基盤の整備と併せて、医療と介護の連携の強化や医療、介護の情報基盤の一体的な整備による地域包括ケアシステムの一層の推進によって、地域共生社会の実現を図っていくことが求められています。

《現状と課題》

平成 30 年7月豪雨災害や新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、生活様式が変化する中で、引きこもりや8050問題、高齢者のフレイル等、新たな課題を抱えている世帯が増加し、地域での見守り活動等のコミュニティ支援やネットワーク構築に対する課題が新たに見えてきました。

《今後の方向性》

地域包括ケアシステムの充実に向けて、地域包括支援センターの機能強化をはじめ、在宅医療、介護連携体制の充実に向けて、地域の医療機関と介護サービス事業者等関係機関との、より緊密な連携を図ることができる体制を整備します。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
関係機関との連携会議を実施した回数	3件	7件	12件	12件	12件	12件

イ 自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

高齢者が生きがいのある充実した生活を送るためには、心身が健康であることが重要です。高齢期になっても生き生きとした人生を過ごせるよう、関係課や関係機関が連携して様々な健康づくり施策を推進します。また、介護予防、フレイル予防に向けて取組を推進します。

① 介護予防・生活支援サービスの推進

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援認定者と基本チェックリストの該当者を対象としたサービスです。

平成 29 年 4 月より「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」の2つのサービスが介護予防・生活支援サービスへと移行しており、これらのサービスは、利用者の心身の状況等に応じて、その選択に基づき、専門的視点から必要な援助を行う「介護予防ケアマネジメント」に基づいて実施しています。

《現状と課題》

本町においては、近隣市町と協同で、通所型サービスC事業(短期集中型予防サービス)を運営し、介護予防の推進を図っています。

参加者は、年々増加しており、今後は事業利用後の支援体制の充実が課題となっています。

また、ヘルパー人材の高齢化や離職に伴うサービスの担い手不足が継続的な課題となっています。

《今後の方向性》

自立支援型地域ケア個別会議での検討を実施し、事業利用者が自立に向けたサービス利用と社会参加につながるような支援体制が構築できるように、多職種間において連携強化を図ります。

また、断続的なサービス体制の確保のため、新たな地域資源の開発として、サービスB事業(住民主体による運営)の導入を社会福祉協議会や関係団体と連携しながら検討していきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通所型C事業利用者数	2人	8人	10人	12人	12人	12人

② 一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業は、全ての高齢者を対象としたサービスです。

地域住民が主体的に運営する通いの場や介護予防教室の更なる充実を図り、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりに努める必要があります。

《現状と課題》

現在(令和5年11月現在)、町内各地で住民主体となる通いの場を運営している団体が12団体(一部休止している団体は含めない。)存在しています。

高齢者に今後も地域で活躍し続けてもらうために、通いの場において、運動機能低下の防止だけではなく、フレイル予防の観点から口腔ケアや栄養改善等に対する取組ができるよう支援していく必要があります。

また、本町では介護予防の一環として、元氣いきいき教室や筋力アップ教室などを実施していますが、参加者の固定化が課題となっています。

一方で、新型コロナウイルス感染症を始めとする様々な感染症予防については、引き続き適切な対策がとれるよう支援する必要があります。

《今後の方向性》

通いの場については、町民主体の通いの場が町内各地に継続的に拡大していくよう、引き続き住民のコミュニティ形成を図っていきます。

また、高齢者がフレイル予防・認知症予防の場として通いの場を活用できるよう、保健師、管理栄養士、リハビリテーション専門職等と連携した健康相談や健康教室の開催を増やします。

高齢者の健康の維持・増進に直結する口腔ケアや口腔機能の強化については、歯科健診事業と連携した「口腔ケアに取り組む通いの場」の普及を引き続き推進していきます。

介護予防教室については、利用形態や目的を「見える化」していき、利用者一人一人の状態にあった教室への参加を促します。

さらに、今後は、複雑化多様化する高齢者の心身の課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、関係機関と連携し、一体的に実施するよう努めます。特に、高齢者の一人暮らし世帯に対して、安心して生活することができるよう、住まいの確保を含めた取組を検討します。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域での通いの場数	12か所	13か所	13か所	14か所	15か所	16か所
通いの場における健康相談等の開催数	0回	6回	24回	25回	25回	25回
口腔ケアに取り組む通いの場数	0か所	3か所	12か所	15か所	15か所	15か所

ウ 生活支援体制整備の推進

単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯が増加し、日常生活上の困りごとへの対応が必要となることを踏まえ、元気な高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援サービスの充実が望まれます。このため、生活支援コーディネーターや協議体の設置などにより、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していく体制を整備します。

元気な高齢者がサービスの担い手となることで、社会的役割や自己実現が果たされるとともに、自身の介護予防についても大きな効果が期待できます。

① 生活支援コーディネーターの活動の充実

生活支援コーディネーターは、生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等による生活支援や介護予防の担い手の養成・発掘など地域資源の開発を行い、地域のニーズと生活支援サービスのマッチングなどを行います。

《現状と課題》

人材育成においては官民学と連携し、地域づくりへの関与や啓発を実施しており、また、ボランティアやサロン世話人等へ福祉講座を開催し、地域内で住民活動が活発になるように働きかけています。

今後も引き続き、高齢者が住み慣れた地域で、できるだけ自立して暮らし続けることができるよう、各地域における地域課題の把握や地域全体で多様な主体によるサービス提供を促進していくことが重要となります。

また、地域の実情により通院や買い物に行くことが困難な高齢者がいることから、今後は社会福祉協議会や住民福祉協議会と連携の上、新たな生活支援サービスの整備を推進します。

《今後の方向性》

地域住民をはじめ、多様な主体による生活支援・介護予防サービスが提供されるための基盤整備の充実を図るため、生活支援コーディネーターの活動や協議体の立ち上げ等を通じて、地域に不足するサービスの洗い出しを行い、必要な生活支援・介護予防サービスの提供体制づくりが行えるよう、引き続き、関係者と調整し、連携・体制の充実を図ります。

また、生活支援コーディネーターによる活動状況を評価し、協働して生活支援体制整備を図っていきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援コーディネーターとの協議回数	3回	7回	12回	12回	12回	12回

② 地域資源の把握

生活支援コーディネーターが中心となり、各地域で利用可能な医療、介護、介護予防、生活支援の各サービスの詳細を把握することにより、日常生活上の困りごとがある高齢者の支援につなげます。

また、民間企業、ボランティア組織などで、生活支援のためのサービス状況を把握し、情報を広く継続的に公開します。

《現状と課題》

平成 30 年 7月の豪雨災害以降に変更となった住民活動資源を把握し、地域資源リストの更新を行いました。

なお、生活支援コーディネーターによって、9種類(令和5(2023)年11月現在)の「資源マップ」が作成されており、公的機関をはじめ、住民集いの場での配布、町内掲示板などに期間を決めて掲示を行い、また、必要とする団体などには直接配布し活用を促しています。

《今後の方向性》

地域資源マップの広報や周知活動を紙媒体やSNS等を利用した広報で行い、現役世代や若年層への情報発信を実施します。

また、情報の更新などについては迅速に行う必要があり、今後、圏域第2層や第3層^{※1}での情報収集の仕組みを検討していきます。

③ 地域資源の活用及び開発

地域の支援を有効に活用するには、地域の様々なサービスを組み合わせて提供することが重要です。地域資源の情報を必要なところへの確に流すとともに、各サービス間の連携や協働が行えるよう調整を行うことが求められます。また、不足しているサービスへの民間企業やボランティア活動の参入を促進します。

《現状と課題》

本町の地域性から、地域の困り事が比較的早く支援者へ届く環境があると考えられます。ニーズをキャッチした際には、補完性の原則に則り、自助から互助、インフォーマルサービス^{※2}の順でマッチングを行っています。

しかし、不足しているサービスの開発についての協議がなされていないため、資源開発にはつながりきれていない状況です。

地域資源の活用に関して、専門職をはじめ、住民に対しても活用に係る講座などを実施する必要があります。

《今後の方向性》

今後は、地域ケア推進会議や第1層協議体の設置について検討し、地域共生社会に向けて、支える側、支えられる側にとらわれない地域づくりの推進に努めます。

※1 第2層は、市町村を単位とする第1層の機能の下、日常生活圏域(中学校区域等)で具体的な活動を担う。

第3層は、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチング等の役割を担う。

※2 公的機関や専門職による制度に基づくサービスや支援(フォーマルサービス)以外の支援のこと。家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、非営利団体(NPO)などの制度に基づかない援助

④ 自立支援型地域ケア個別会議の推進

地域ケア会議のメンバーの強化を図り、保健・医療・福祉等の多職種のメンバーの協働により、高齢者の個別課題の解決や地域課題の把握、地域の課題解決のための政策提言など、幅広い活動で地域包括ケアを推進します。

《現状と課題》

令和3年度に立ち上げた自立支援型地域ケア個別会議により、高齢者の自立に向けたサービスや支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進め、町、地域包括支援センター、町内の医師、歯科医師、理学療法士等の多職種の協働により、地域ネットワークの構築や高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援の強化を図っています。

《今後の方向性》

自立支援型地域ケア個別会議を通じて、一人一人の介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントを利用者に提供できる体制の充実を図り、併せて、多職種連携により、専門的な視点を活かした地域でのチームアプローチを実施します。

また、会議を通じて浮き彫りとなった地域課題は政策提言として受け止め、関係機関と連携の上、今後の地域共生社会を視野に入れ、課題解決を図っていきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
自立支援型地域ケア個別会議での取扱い件数	0件	3件	3件	3件	3件	3件

エ 保健・福祉の総合相談窓口の設置

令和4年3月に策定した、第1次坂町福祉のまちづくり計画(坂町地域福祉計画・坂町地域福祉活動計画)では、高齢者や障害者、子育て家庭や生活困窮世帯など、さまざまな悩みや不安を抱えている方が、地域から孤立するようなことが無いよう、相談機能の充実を図り、複数の分野にまたがる生活課題を抱えている住民が相談先に困らないように、包括的な総合相談支援体制の構築を図ることを目標としています。

《現状と課題》

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では相談したい内容について、「利用できる福祉制度のこと」の割合が最も高くなっていますが、「自分の体調のこと」「自分や家族の老後のこと」「自分の介助・介護のこと」などが僅差となっており、相談内容の多様化がうかがえます。一方、同調査で相談先に望むことを聞いたところ、「1か所でどんな相談にも対応できること」の割合が最も高くなっています。

このことから、1か所で多様な内容の相談ができる窓口の設置が必要と思われる。

《今後の方向性》

坂町では令和6(2024)年度から重層的支援体制の整備事業として、『保健・福祉の総合相談窓口』を設置し、高齢者・障害者・子育て中の親子・生活困窮者など属性や世代、相談内容に関わらず包括的に相談を受け止め、町内外の関係機関(医療・福祉・行政等)と連携しながら、課題を整理して、適切な支援機関・地域の社会資源へとつなげるなど、早期支援につなげます。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

ア 在宅医療・介護連携推進事業の推進

保健・医療の連携が円滑に行われるために安芸郡4町、安芸地区医師会等と連携して以下の事業を実施します。

① 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

地域の医療関係者、ケアマネジャー等の介護関係者、保健師等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状や課題を抽出し、課題解決策を協議します。

《現状と課題》

在宅医療・介護連携の推進を目的とした「安芸郡4町と地域包括支援センターからなる連携推進会議」や多職種による連携体制の構築を目的とした「海田町、矢野地区、介護サービス従事者、介護福祉施設関係者からなる多職種連携会議」を定期的で開催することで、在宅医療介護連携等に関する課題を抽出し、課題解決に取り組んでいます。

《今後の方向性》

今後も引き続き、高齢者が医療や介護を受けながら在宅生活を継続していける支援体制や多職種の連携体制の構築を目的に会議を開催していきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療・介護連携推進に係る会議の回数	1回	1回	4回	4回	4回	4回

② 在宅医療・介護連携支援窓口の運営等

安芸郡4町で連携して、安芸地区医師会に在宅医療相談支援窓口を開設し、在宅医療と介護サービスの担当者の連携を支援するコーディネーターを配置して、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する事項の相談を受ける取組を行っています。

《現状と課題》

安芸地区医師会に業務委託し、在宅相談支援窓口の運営を図っていますが、利用する専門職に対する広報や活用事例の紹介等、利用啓発の観点からの支援をより効果的にしていく必要があります。

《今後の方向性》

積極的な広報活動等により、在宅主治医との連携や、看取りを支援できる医師とのつなぎ役として相談窓口の機能の充実を図ります。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療・介護連携支援相談窓口での相談件数	2件	3件	5件	5件	5件	5件

③ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

医療と介護の従事者間で最低限の情報共有・一元化のためのツール等の導入を検討し、報告、連絡、相談体制や協議内容についてのルールづくりを行い、円滑な治療と在宅での生活を支援します。

《現状と課題》

「安芸いかの会^{※1}」作成の「医療・介護多職種連携ツール」を医療・介護専門職が使用し、同一の情報を共有することで連携体制を構築していますが、連携ツール普及の情報発信や使用頻度を把握し、更なる普及を推進していくことが必要となっています。

また、在宅医療・介護連携推進会議において、多職種連携情報共有システムのバイタルリンク^{※2}の導入が検討されています。

《今後の方向性》

医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的で速やかな連携が引き続き行えるように支援していきます。

また、バイタルリンクの導入に関しましては、各関係機関と慎重に協議し、費用対効果を見極めながら検討していきます。

④ 在宅医療・介護関係者の研修

保健・医療・福祉の従事者に向けた連携を推進するための研修を行うほか、地域ケア会議等の場を利用して、多職種の従事者の協働が有機的なネットワークで結ばれるように支援します。

《現状と課題》

関係医療機関や医師会が主催するワールドカフェや研修会の参加や情報提供を促し、多職種連携のネットワーク構築を図っています。

《今後の方向性》

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、引き続き関係市町と協働で多職種でのグループワークの研修を行います。

また、地域ケア会議等の場を利用した多職種での顔の見える地域のネットワークづくりも併せて行います。

※1 「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として、府中町域で毎年行っている「医療と介護連携推進 ワールドカフェ in 府中町」の参加者から、ワーキングメンバーを募り、発足された会

※2 在宅患者情報共有システムで、医療・介護の多職種間で在宅療養者の情報を共有できるツール

⑤ 町民への普及啓発

在宅医療・介護連携の体制整備により、疾病を抱えても、自宅の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を継続できる環境を整えていく必要があることを町のホームページやパンフレット等を通じて啓発するとともに、町等が行う出前講座等のイベントを利用し紹介していきます。また、在宅での看取りについての普及啓発も図っていきます。

《現状と課題》

地域の集会や、通いの場及びサロンの場において、出前講座を実施していますが、広報媒体を活用しての情報発信が不十分です。

《今後の方向性》

町広報誌やホームページ等で講座等の活動内容を情報発信し、町民への更なる普及啓発を図っていきます。

また、ACP(アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議)^{*}の普及として、人生の最終段階におけるケアのあり方や在宅での看取りについて考えるきっかけづくりとなる講座を関係機関と連携し開催することで、住民への更なる普及啓発を図っていきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」における「人生の最期について」の問いに「在宅」と回答する割合			60%			75%
ACP普及に関する講座の開催回数	1回	2回	4回			

^{*}本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、意思決定が出来なくなったときに備えて、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセスを意味する。

(3) 地域包括支援センターの更なる機能強化と充実

ア 地域包括支援センター機能の充実

地域包括支援センターの相談体制、介護予防ケアマネジメント等の基本的な機能の強化を図るほか、地域包括ケアシステムの中核機関としての機能の強化を図ります。

現在、地域包括支援センター内に認知症初期集中支援チーム員、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターを配置し、情報の共有化と連携の強化を図っています。

① 総合相談支援の強化

地域の高齢者が介護サービス、福祉サービス、インフォーマルサービスを適切に受けられるように、地域包括支援センターの窓口及び地域に出向いての相談活動を充実させるとともに、様々な相談機関と連携し、総合的相談支援窓口としての機能を持たせます。

《現状と課題》

個人を含む地域からの相談をいち早く把握するため、積極的に地域を訪問し、地域包括支援センター窓口利用の啓発や、職員と住民との「顔の見える関係づくり」を行っています。

また、海田町と介護支援専門員協会(坂・海田ブロック)と合同で2か月に1回、近隣介護支援専門員を対象とした連絡会を運営し、連携及び学びと情報提供を行い、支援者間のネットワークの形成に努めています。

地域住民への情報発信として、町広報誌の中に、地域包括支援センター通信を年4回掲載しています。「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」においても、地域包括支援センターを知っている人は63.4%と6割以上の方が知っていると回答しています。

《今後の方向性》

高齢者の相談窓口として、関係機関や地域住民との連携を強化し、ワンストップ対応・切れ目のない対応による高齢者の相談支援の充実に引き続き努めるとともに、令和6年度から開設する保健・福祉の総合相談窓口と連携し、地域の社会資源利用の促進や各個人が抱える課題や問題への対応を行います。

また、広報の方法については、現役世代や若年層への浸透を図るため、今後はSNS等での情報発信の充実を図ります。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」における「相談窓口の『地域包括支援センター』を知っているか」の問いに「知っている」と回答する割合			63%			80%

② 介護予防ケアマネジメントの充実

日常生活支援総合事業推進のため、虚弱な高齢者に対する自立支援プラン作成と評価の実施を徹底します。在宅での生活を継続するために、実態把握からプラン作成まで自立に向けた支援が可能となるシステムづくりを目指します。

《現状と課題》

令和3年度より、自立支援を目的とした自立支援型地域ケア個別会議の実施に取り組み、高齢者の自己実現への支援とともにケアマネジメントの質の向上や個別事例の課題の解決に向けた関係者間の連携強化を図っています。

《今後の方向性》

自立支援型地域ケア個別会議を通して、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントが実施できるように、対象者の状況を適切に把握し、インフォーマルサービスや多職種連携を活用した質の高い介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

また、地域包括支援センターから支援を委託している居宅介護支援事業所に対しても、「自立」の概念を共有し、提出される介護予防サービス・支援計画表の評価を行い、取組の質の向上を図ります。

2 認知症対策の充実

●介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から見られる課題

○「認知症の症状がある又は家族に症状がある」という人は 10.4%です。また、認知機能低下の症状の一つである「物忘れ」(記憶障害)があると回答した割合は 41.2%となっています。

また、「在宅介護実態調査」では本人が抱えている傷病の第 1 位は「認知症」(34.5%)であり、介護者が不安を感じる介護等では「認知症への対応」が 31.1%となっており、「外出の付き添い、送迎等」(33.3%)に続く第2位となっています。

このように、認知症については非常に重要な課題となっていることから、今後は認知症施策を強化し、認知症になっても地域の中で自分らしく暮らし続けることができる環境整備が必要と思われる。

○認知症に関する相談窓口を知っている割合は 32.0%、知らない割合は 65.2%となっています。相談窓口や認知症地域支援推進員・認知症サポーターの周知及び認知症への理解を深めるための普及・啓発の取組の充実が求められます。

認知症対策については、認知症を正しく知ってもらい啓発活動をはじめ、発症予防に向けた取組の推進や、早期発見、早期対応、適切な医療、介護等のサービスの確保、家族への支援体制等の構築など、進行段階に応じた適切な対応が必要です。

認知症サポーターの養成やその活動の充実を図るとともに、地域で見守る体制の構築図り、認知症の予防とケア対策を推進します。

(1) 認知症の支援体制の充実

ア 認知症初期集中支援推進チーム

認知症初期集中支援推進チーム(以下、「初期集中支援チーム」という。)は、認知症専門医の指導のもと、保健師、介護福祉士等の専門職が、認知症の人やその家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを実施します。

《現状と課題》

初期集中支援チームによる居宅訪問によって早期受診を促し、認知症ケアにおける適切な医療につなげています。今後は、介護保険制度の利用や、地域資源の活用につなげる体制の強化がより一層必要となっています。

そのため、初期集中支援チームの役割や活動内容について、町広報誌やホームページ等による情報発信や地域の集会等での、周知・啓発を継続することが必要です。

《今後の方向性》

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」において、認知症に関する相談窓口を知っている人は32.0%、知らない人は65.2%となっています。

認知症に関する相談は地域包括支援センターにおいて受けていますが、町広報紙やホームページ等により情報発信するとともに、地域への訪問や認知症サポーター養成講座等の他の事業と連携により周知を図り、認知症の方と「共生」できる地域づくりを推進します。

また、受診を拒む人(困りごと感や病識がなく、受診につながらないケース等)を受診につなげる方法を検討し、一人でも多くの方が早期受診できるよう努めていきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」における「認知症に関する相談窓口を知っているか」の問いに「知っている」と回答する割合			32%			60%

イ 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員を配置し、認知症疾患医療センター等の医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関の間の連携支援及び認知症の人やその家族を支援する相談等を行います。

《現状と課題》

地域包括支援センターには、総合相談の窓口として認知症地域支援推進員を配置し、認知症初期集中支援推進チームや生活支援コーディネーターとの連携により、いち早く地域の実情を把握できる体制をとっています。しかし、若年性認知症の方への理解や、相談窓口の周知が不十分です。

《今後の方向性》

認知症カフェ(居場所づくり)や介護者教室などの活動の充実を図り、本人、家族、地域ともに安心感の持てる環境整備、地域づくりを継続的に実施していきます。

若年性認知症者の支援に関しては、ワンストップで、ある程度の相談対応ができるよう推進員のスキル習得を図り、専門の窓口へとつなぎます。

また、年に3回開催している家族介護者教室については、多くの介護者が参加できるように企画内容や介護者の負担軽減等に結びつく運営を図っていきます。

ウ 認知症ケアパスの普及・活用

認知症の人やその家族が認知症と疑われる症状が発生した場合に、「いつ」「どこで」「どのような」支援を受ければよいか理解できるように、認知症の状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れを示すものです。

《現状と課題》

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員の連携体制を構築するとともに、認知症ケアパスを作成し、認知症に関する基礎的な情報を発信します。

《今後の方向性》

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、令和6年中に認知症ケアパスを作成し、地域での包括支援体制の充実を図ります。

(2) 認知症の人にもやさしいまちづくりの推進

ア 認知症サポーター等の養成強化

地域に住んでいる認知症の人を見守り、認知症高齢者が住み慣れた地域で、安心して住み続けられるように、認知症についての正しい知識と理解を広く住民に啓発し、認知症の人とその家族を支えるための認知症サポーターを養成する事業です。

《現状と課題》

小学校、中学校、高校、大学、警察学校などの教育機関に加えて、商業施設や小学校保護者、介護サービス従事者等、地域で活躍されている多くの方を対象に養成講座を開催し、サポーターの普及推進を図っています。

《今後の方向性》

今後は、認知症の方が住み慣れた地域で「共生」できる地域づくりを目指すため、認知症サポーター養成講座を住民福祉協議会単位や通いの場等で積極的に開催し、地域に密着したサポーター普及を推進します。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター受講者数(延べ人数)	5,107人	5,378人	6,171人	7,613人	8,713人	9,813人
認知症サポーター養成講座開催数(住民福祉協議会単位)	0回	0回	1回	17回	17回	17回

イ 認知症サポーターのフォロー体制

認知症に関する理解促進のために、認知症に関する教育の場の提供を進めています。認知症サポーターの社会参加活動が、地域での認知症の人の暮らしやすいまちづくりに深く関わっていることから、その啓発や実施へ向けた支援を行います。

《現状と課題》

認知症サポーターの数は増加していますが、地域での活動につなげるためのフォロー体制が不十分となっています。

今後は、認知症サポーターによる社会参加活動を支援し、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながる仕組みを構築していくことが必要です。

《今後の方向性》

認知症サポーターに対して、地域での社会参加活動の促進を図るとともに、併せて認知症サポーターステップアップ講座を開催していきます。

受講したサポーターが中心となり、地域における認知症の人を見守る体制を整備し、チームオレンジ^{*}の確立につなげていきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーターステップアップ講座開催数	1回	0回	1回	2回	3回	4回

^{*}認知症サポーターの近隣チームによる認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取組

ウ 認知症カフェの展開

認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う「認知症カフェ」の設置を推進しています。

《現状と課題》

認知症カフェについては、令和5(2023)年度には3か所で5回開催される見込みとなっており、身近な場所でのサポート強化を図っています。

《今後の方向性》

各地域での見守り体制を構築していくためにも、地域ごとに認知症カフェを開催していくことを目指すとともに、様々な方が認知症カフェに参加できるよう実施場所の検討を行います。

また、認知症サポーターやチームオレンジが中心となり、地域のより身近な集いの場等での開催を目指し、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターと連携を強化するとともに、支援体制の充実を図ります。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェの開催箇所	1か所	1か所	3か所	3か所	3か所	4か所
認知症カフェの実施回数	—	—	5回	6回	6回	7回

エ 高齢者安心見守りネットワークの構築

町と協力事業所は、日頃の見守り活動による情報や徘徊等で行方不明になった高齢者の情報提供等、情報の共有体制を構築しています。

また、高齢者の行方不明時には、町に連絡が入り、警察等の協力も得て対処する体制を取っています。

今後は、認知症サポーターを中心に、地域の認知症の人の社会参加支援や、話し相手を含む見守りを行う体制を構築していきます。

《現状と課題》

平時の見守り体制は地域住民同士でも構築されており、非常時の見守り体制についても見直しを行っています。

また、年に一度、関係機関へ連絡手段の確認と見守りネットワークの広報のためのテスト送信を行っています。

関係団体への周知として、定期的に民生員連絡協議会での広報を実施し、民生委員からの情報発信を促しています。

《今後の方向性》

非常時の見守り体制を確立するとともに、住民に周知します。

また引き続き年1回のテスト送信時を実施し、合わせて事業の趣旨を明記した広報を行うことで、関係機関に対して持続した協力体制の維持を図るとともに、協力機関を増やしていきます。

また、協力機関一同を介した見守りネットワーク会議を年1回開催し、連携体制の強化を図っていきます。

3 持続可能な介護保険制度の運営

●介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から見られる課題

○家族構成は「1人暮らし」と「夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）」が61.0%となっています。高齢者の単独世帯や高齢者夫婦のみの世帯が増加することが見込まれます。また、介護が必要になった場合は、自宅で介護保険サービスを利用しながら暮らしたいと回答した人の割合が5割を超えています。

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、自分らしく健やかに暮らせるためには、充実した介護保険サービスは必要不可欠であり、今後も介護保険制度の充実と円滑な運営が重要です。

(1) 介護保険事業の適正な運用

ア 主要3事業の適正な取組

要介護認定の適正化、ケアプラン点検、医療情報との突合・縦覧点検の3事業を行い、介護給付の是正に取り組んでいます。

① 要介護認定の適正化

《現状と課題》

要介護認定の新規又は区分変更に係る認定調査については、町訪問調査員や広島県が指定する認定調査事務受託法人が訪問・調査することで、適切かつ公平な要介護認定の確保を図っています。

また、町訪問調査員や介護支援専門員による訪問調査の内容については、介護認定審査会前の事前点検を実施し、適正な審査会の運営を図っています。

《今後の方向性》

引き続き、認定調査における介護の必要性を判断するための基準の適正化・平準化を図り、適切かつ公平な要介護認定の確保に向けて取り組みます。

② ケアプランの点検

《現状と課題》

介護支援専門員が作成したケアプランの記載内容について、第三者である町職員が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保し、適合していないサービス提供を改善することを目的とした事業を実施しています。なお、事業においては、広島県国民健康保険連合会の支援事業に申し込み、広島県が認定するケアマネマイスターからの助言をもとに進めています。

《今後の方向性》

ケアプランを点検する職員の知識の習得及びスキルの向上を図っていきます。

③ 縦覧点検・医療情報との突合

《現状と課題》

縦覧点検及び医療情報との突合業務は、広島県国民健康保険団体連合会に事業を委託し、適正な介護給付の請求がなされるように取り組んでいます。

《今後の方向性》

今後も引き続き、適切な介護報酬の請求がなされるように取り組み、突合結果によって、介護サービス提供事業所へ指摘、指導を行っていきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
縦覧点検・医療情報との突合	毎月	毎月	毎月	毎月	毎月	毎月

(2) サービス提供体制の確保

ア サービスの質の向上

介護サービスの質の向上により、要介護者の状態像の改善を図り、生活の質を上げていくことにより、高齢者が生きがいを持って生活していくことのできる環境を提供します。

《現状と課題》

要介護状態にあっても、高齢者が個々の状態に応じて自立した生活を営むため、地域ケア会議や自立支援型地域ケア会議でのケーススタディを通じて、ケアプランの作成に当たっては、課題整理総括表等を活用するなどして状態像の改善を常に意識し、様々なアプローチをできるようにケアマネジメント技術の向上を更に図っています。

また、在宅医療連携や新しい総合事業の導入など、地域包括ケアの状況の変化に対応するため、速やかに対応できる連携体制の充実を図ります。

《今後の方向性》

利用者のニーズ把握と自立支援に向けたサービスの充実に努められるように、地域ケア会議やケアプラン点検事業を通じ、介護支援専門員のさらなる質の向上に努めていきます。

また、サービスケアの質を確保しながら必要なサービス実施を行うため、文書作成に係る負担軽減等の介護現場の業務効率化を図ります。

業務効率化にあたっては、国の指針のもと、事業者からの指定申請等の文書について、個々の申請様式・添付書類の簡素化や、提出時のルールの見直しによる手続の簡素化等を推進します。

一方、日々変化する地域課題に関しては、生活支援コーディネーターや地域包括支援センター等の関係機関との連携体制の強化を進めるとともに、速やかに課題解決ができるよう支援体制の充実を図ります。

イ サービス事業者の指導・監査

介護サービス事業者による不正事案を防止し、適切な運営を確保する観点から、介護サービス事業者に対し、県と合同で指導・監査を実施します。

《現状と課題》

居宅介護支援事業所や地域密着型サービス事業所に対しては、指定期間中に計画的に実地指導を実施し、主に介護報酬に関する点検を行っています。

《今後の方向性》

今後も継続的かつ計画的に実地指導を行い、介護サービス事業所の適切な運営を確保していきます。

また、実施指導は、国が示す「介護保険施設等に対する実地指導の標準化・効率化等の運用指針について」に沿って行う必要があるため、担当職員の実地指導対応の資質向上を図っていきます。

ウ 介護人材の確保

高齢者人口の増加に加えて、生産年齢人口の急減のため、介護人材の確保が喫緊の課題となっています。

《現状と課題》

高齢化の進行に伴う介護需要の増加により、町内では特に訪問介護に携わる介護従事者の確保が課題となっています。

本計画の期間中に 2025 年を迎え、また 2040 年を見据えた介護サービス基盤の整備を考えると、今後は介護職に限らず介護分野で働く人材の確保、育成が必要となり、介護現場全体の人手不足対策を進めていくことが必要となってきます。

《今後の方向性》

新しいサービスの担い手の発掘や若い世代に対する介護現場のイメージを刷新するための取組が必要です。生活支援コーディネーターや地域包括支援センター等と連携の上、新しい生活支援サービス事業の展開、次世代を担う小・中学生等に対する福祉職の魅力向上や理解促進を含めた講座の開催を行い、福祉に関連する仕事への興味・関心の醸成に取り組みます。

エ 自然災害・感染症対策の推進

自然災害に対しての備えや対策が必要であることに加えて、新型コロナウイルス感染症拡大等のへの対策が、高齢者を支援するための仕組みとしても重要となります。

《現状と課題》

避難行動要支援者名簿(台帳)を更新するとともに、住民福祉協議会、民生委員等と情報を共有することにより、地域での見守り体制、気づける体制を強化しています。

新型コロナウイルス感染症は5類に移行されましたが、「新しい生活様式」については町広報紙やホームページ、町内放送を活用し、引き続き普及啓発を行います。

《今後の方向性》

避難行動支援者名簿(台帳)の定期的な更新を行い、支援を必要とする人が必ず支援を受けられる体制づくりを強化します。

自然災害や新型コロナウイルス等の感染症対策として、平時からの事前準備、災害や感染症発生時の代替サービスの確保に向けた事業所間の連携体制を充実するとともに、併せて、県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の強化を図ります。

なお、災害時に自ら避難することが難しい一人暮らしの高齢者、要介護者が、どのような避難行動をとればよいのかについて、あらかじめ本人・家族と確認しながら作成し、一人一人の状況に合わせた個別の避難行動計画である、個別避難計画を令和6年度から策定します。

《基本目標》健康で生きがいを持ち、高齢者が活躍するまち

4 高齢者の安心と生きがいづくりの推進

●介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から見られる課題

○地域活動への参加状況について「月1～3回」以上参加する比率をみると、「スポーツ関係のグループやクラブ」（18.7%）、「収入のある仕事」（18.0%）、「介護予防のための通いの場」（15.1%）の順となっています。また、健康づくり活動等への参加意向については「是非参加したい」と「参加してもよい」の合計が46.9%とかなり高くなっています。

このように、健康づくり活動等への参加意向は、相当程度みられることから、実際の活動へと結びつける取組や支援体制及び環境整備の充実が必要と思われます。

(1) 生活支援サービスの推進

ア 高齢者福祉サービスの充実

要介護・要支援者等に対する在宅支援の制度の周知を行うとともに、ニーズを的確に把握し、効果的な日常生活支援サービスの充実を図ります。

① 配食サービス

1人暮らしの高齢者等の栄養バランスのとれた食事を提供するとともに、訪問による安否確認を行います。疾病の状況や体調に合わせたメニューで、サービス提供を推進します。

《現状と課題》

非課税世帯等を対象に食事提供と安否確認のために利用されており、疾病に合わせた特別食に対応しています。

自ら調理する場合には好みに偏りが出るため、毎回バランスのとれた食事を用意することは一般家庭でも難しく、1日1食でも配食を利用することで栄養バランスの底上げすることが可能です。

当サービス利用時には、介護予防等につなげていくため、ケアプランや介護予防プランの添付が必要となっています。

《今後の方向性》

今後も継続して、利用者が介護予防の一環として利用できる体制の充実を図ります。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
配食サービス利用者数	22人	22人	20人	25人	30人	35人

② 緊急通報装置設置事業活用促進

高齢者の安心・安全な生活を守るため、緊急通報装置設置事業の円滑な運営と活用促進を図ります。

《現状と課題》

高齢者や障害のある方を対象に、自宅の電話回線を利用した据置型の緊急通報装置や自宅外でも使えるキッズフォン型の緊急通報装置の貸し出しを行っています。また、自宅内に設置する人感センサーでは、熱中症の注意喚起も行う事が出来るようになっていきます。

また、24時間365日いつでも介護福祉士などの資格を持った専門スタッフが常駐するサポートセンターに対し、日頃の健康相談ができるほか、体調が急変した場合など、サポートセンターへ通報することで、状況に応じて、提携事業者が現地に駆け付け、救急機関等への連絡を行うなど、迅速かつ、適切な対応を行っています。

《今後の方向性》

今後は利用者数の増加に向けて、広報等を強化し利用促進に努めます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急通報装置設置事業 利用者数	18人	27人	25人	27人	30人	35人

③ 家族介護用品支給事業

非課税である要介護4、5の高齢者を在宅で介護している家族に対して、介護用品を支給することにより、介護の経済的負担を軽減します。

《現状と課題》

要介護4、5の高齢者を在宅において介護を支援する家族が年々増加しており、令和5年度の利用者(見込み)は13名となっています。

介護度の高い方がこの事業を利用することによって、引き続き在宅で生活できるよう支援することが必要です。

《今後の方向性》

高齢者が住み慣れた町で過ごしていくことは、坂町の基本理念でもあるため、要介護状態になっても安心して在宅生活が継続できるよう、引き続き支援していきます。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
家族介護用品支給事業 利用者数	15人	12人	10人	12人	13人	15人

イ ボランティアによる生活支援サービス

社会福祉協議会が中心となり、ボランティアを希望する方への相談を行うとともに、利用者へのボランティア紹介・斡旋、養成や研修、活動への援助等を行ってボランティアを育成し、様々な家事援助等の生活支援サービスを提供しています。

町と社会福祉協議会の連携を深めながら利用促進に努めています。

《現状と課題》

社会福祉協議会が実施している有償ボランティア活動である「ようようさん」(日頃の暮らしの中で“ちょっとした困りごと”をお手伝いする有償ボランティア活動)を知っている人は、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では 29.2%となっており、今後も普及・啓発が必要です。

《今後の方向性》

有償ボランティア活動(ようようさん)について、町広報紙やホームページ等による周知・啓発や、住民の集いの場等へ出向き、事業周知を図ります。

また、高齢者が地域の担い手として活躍し、高齢者の社会参加を促進することで、要介護状態になることへの予防や、要介護状態等の軽減・悪化の防止につながっていくため、高齢者がこれまでに得た技能や経験を活かしたボランティア活動や就労的活動の場の提供を生活支援コーディネーターや社会福祉協議会と連携の上、推進していきます。

(2) 社会参加と健康づくりの推進

ア 高齢者の多様な生きがい活動への支援

① 生涯学習の推進

生涯を通じて教養を高める機会や趣味を通じて仲間と楽しむ機会を持つことで、生きがいをもち社会参加に積極的に関わることができます。

このような活動の場として、老人クラブやふれあいサロンなどを支援します。

《現状と課題》

現在、地域において「老人クラブ」や「ふれあいサロン」等、地域の実情にあった形で自主的なグループの創出がなされ、生涯学習振興事業の一環とした健康講座を実施しています。

しかし、老人クラブの加入率は年々減少しており、また、ふれあいサロンへの参加者の固定化が課題となっています。

《今後の方向性》

これまで開催している事業について、参加しやすい内容への見直しを図るなど、参加しやすい環境を整備するとともに、他団体との協働により事業の活性化を行います。

さらに、生活支援コーディネーターが地域を訪問し、地域資源である老人クラブやふれあいサロンの普及を町民へ図るとともに、世代間の交流を促します。

	実績			今期目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
老人クラブ加入者 及び加入率	1,098人 28.62%	1,040人 27.10%	1,017人 26.80%	1,050人 28.0%	1,075人 28.9%	1,100人 29.7%

② 生涯スポーツの推進

老人クラブやスポーツ推進委員などと連携し、ウォーキング等の軽スポーツの普及や介護予防のための、手軽で継続性のある運動などを推進することで、高齢者の生きがいのある生活を支援します。

《現状と課題》

ウォーキングに加えて、カーリング[※]も町内で大会が開催でき、興味を持っている人が増えてきていますが、その他の軽スポーツについても取り組んでいく必要があります。

《今後の方向性》

さらなる普及・啓発の方法を検討し、新たな軽スポーツの調査等、各関係団体と連携し実施します。

[※]氷上で行うカーリングをフロアで手軽にできるように考えられたスポーツ

③ 世代間交流の促進

少子・高齢化、核家族化などにより、高齢者と子どもや青少年等との交流が希薄になる中、世代間交流を通じて高齢者がこれまで培ってきた豊かな知識や経験を伝えることは、高齢者による社会貢献であり、また、生きがいとなります。

《現状と課題》

地域で交流できる場が少なくなっている現状において、今後の地域づくりを推進するために、全世代が交流できる場の確保が必要となります。

《今後の方向性》

これまで高齢者向けに実施していたふれあいサロンを、全世代で交流できる場としての活用を促し、地域で全世代が交流できる場として活用します。

イ 生活習慣病予防事業

① 健康診査・がん検診事業

住民の主体的な健康づくりを進める上で、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療のため、特定健康診査、歯周疾患健診の受診者及び特定保健指導の参加者の増加に向け、啓発活動、受診勧奨、各医療機関等との連携強化に努めます。

また、がんの早期発見・早期治療に向けて、がん検診の普及啓発とともに、がん検診を受けやすい環境づくりに努めます。

《現状と課題》

特定健診の無料化、がん検診との同時実施、土日開催、託児をするなど受診しやすい環境整備に努め、令和元年度より実施している未受診者へのハガキによる受診勧奨により、受診率は向上しています。

また、がん検診では、個別がん検診や節目年齢者への個別通知を行い、受診率向上を図っています。

歯科検診では、令和3年度から80歳、85歳の高齢者を対象に、歯科検診を行っています。

《今後の方向性》

引き続き、特定健診、歯周疾患健診及びがん検診の受診率をより一層向上させるように取り組んでいきます。

特に歯科検診においては、受診率の向上を図るため、広報誌やホームページ等による情報提供や啓発を強化し、通いの場等を活用した口腔機能向上事業を実施します。

② 生活習慣病予防相談事業

住民総合健診の日程に合わせて、健康づくりや生活習慣病に関する個別保健指導を保健師、管理栄養士が実施する事業を継続します。

《現状と課題》

保健センターを中心として、面談や電話での健康相談に、常時対応しています。

また、総合健診の際には、健診会場にて保健師・管理栄養士による個別保健指導を実施し、必要に応じて運動教室や健康料理教室につなげ、生活の中で生活習慣を改善する機会を提供しています。

《今後の方向性》

引き続き、地域住民にとって、相談しやすい環境・体制づくりを図っていきます。

③ 健康教室

生活習慣病やメタボリック症候群予防対策を目的に、バランスのとれた食事や運動に関する知識の啓発など継続して取り組める内容について、講義や実技を行います。

《現状と課題》

健康運動指導士による運動を中心とした教室や食生活改善推進員による健康的な食生活の教室を行い、生活習慣病の予防に取り組んでいます。

また、日々の歩数を記録する「みんなでウォーキング事業」を実施し、1人でも気軽に運動に取り組める機会を提供しています。「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では歩数計や万歩計を使っていると回答した人の割合は41.4%となっています。

《今後の方向性》

「みんなでウォーキング事業」の周知については、65歳になられる方へ毎月チラシを送付していますが、今後は町広報誌やホームページ等、他の媒体を利用した広報を検討し、新規の参加者を増やしていきます。

(3) 権利擁護の推進

ア 高齢者の権利を守る成年後見制度の利用促進

今後も高齢化の進展と、認知症高齢者や1人暮らし高齢者の増加が見込まれていることから、高齢者の権利を守るため、成年後見制度に関する周知と制度の利用促進を図ります。

また、「老人福祉法」に基づく成年後見制度の市町村長申立て等も活用し、認知症高齢者等の権利擁護に努めます。

《現状と課題》

地域包括支援センターにより、住民が集う場へ訪問し、権利擁護の周知を図っていますが、相談窓口としては少ないのが現状です。

成年後見人等申立てにおいて、申立人を立てることが難しい場合は、町長申立てを行っており、令和4年度においては2件の申立てを行いました。

《今後の方向性》

成年後見制度の利用促進の観点からも、必要とする人がいつでも利用できるように、成年後見制度を必要とする状態になる前から制度の必要性について、周知徹底を図っていきます。

また、社会福祉協議会が運用する「かけはし制度」や町長申立ての仕組みを理解し、地域住民に適切な支援を講じることができるよう、町職員による制度の熟知、理解による質の向上を図っていきます。

今後は重層的支援体制整備事業において、成年後見制度の利用促進に努めていきます。

イ 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待の相談窓口である、保険健康課及び坂町地域包括支援センターにおいて、住民への周知を図ります。

また、地域包括支援センターと連携し、居宅介護支援事業所や介護サービス事業者等に対して虐待防止に関する啓発を行うとともに、支援者の対応能力の向上を図ります。

更に、警察、弁護士会、司法書士会や社会福祉士会等の関係機関とのネットワークを密にし、高齢者虐待対応防止に取り組む支援体制整備を進めます。

《現状と課題》

医療機関主催の近隣事業者を対象にした合同研修会において高齢者虐待防止研修を毎年実施し、圏域全体で意識を高めています。

虐待対応マニュアルを作成し、虐待と思われる案件については、地域包括支援センターと対応し、必要に応じてコア会議を開催し、支援を行っています。

《今後の方向性》

虐待対応に関する関係機関の情報共有・情報連携のための、対応マニュアルや対応様式の充実を図ります。

また、虐待対応が想定される事業所職員へも対応マニュアルの周知や定期的な研修会の実施により、それぞれの事業所間での対応の差をなくし、適切な支援体制を構築していきます。