

第4章 施策の展開

第4章 施策の展開

基本目標 1 生涯現役社会の実現

高齢者がはつらつと生きがいのある生活を送るためには、長い人生の中で培われた知識や技能が日常生活や地域社会で発揮でき、社会の重要な構成員として活躍できるような社会づくりが必要です。特に、第1次ベビーブーム世代の高齢化により急速に後期高齢者人口が増える中、比較的若く元気な高齢者が、それぞれの能力や経験を活かして積極的に社会参加し、地域社会等でさまざまな役割を担い活躍することが期待されています。

このため、高齢者の働く意欲と能力に応じた就労の場を確保するとともに、地域活動への参加を促進しながら、高齢者の活躍の場を広げてまいります。さらに、世代を超えた交流の場を設けることで、高齢者の生きがいの創出を図っていきます。

近年、公衆衛生の向上や医療技術の進歩等により平均寿命は大幅に伸びていますが、一方では高血圧や脳卒中、糖尿病等、生活習慣病が増加しているほか、これに起因する寝たきりや認知症等の要介護者が増加しています。健康づくりを進めるためには、健康を増進させ病気の予防や健康診査による生活習慣病の早期発見・早期治療といった介護予防を適切に行うことが必要です。

本町では町民一人ひとりが健康管理や病気の予防に取り組みながら、健康な暮らしができるまちを目指し各種健診による予防体制を強化し、「健康寿命の延伸」・「生涯現役」を図るべく保健事業のさらなる充実を進める必要があります。

また、日常生活において毎日の食事は健康にかかわる重要な要素の一つのため、口腔機能に焦点を当てた健康づくりや食育を行うことも重要となっています。

(1) いきがい就労の促進

《現状と課題》

- シルバー人材センターに対する補助や、本町が行う事業（配食サービスの配送業務や筋力アップ教室の送迎等）の委託を行っています。
- シルバー人材センターの利用実績は堅調に推移していますが、会員数が減少傾向にあり、今後の人材不足が懸念されています。加入者・利用者共に口コミに頼っている部分が多く、住民に対する周知活動が今後の課題となっています。
- シルバー人材センターによる配食サービスの配送と筋力アップ教室の送迎事業は、高齢者ニーズにあった不可欠な事業となっていますが、短時間勤務のため就労という意味合いでは担い手がおらず（実入りが少ないため）、人材確保が課題となっています。

《主な取り組み》

① 高齢者の雇用促進

内 容	社会参加を希望する高齢者が就業できる機会を増やし、高齢者の能力を活かした活力ある地域社会をつくるため、おおむね60歳以上の健康で働く意欲のある方を対象にシルバー人材センターへの加入・就労の促進に努めます。
今後の方向性	今後の生活支援サービスの展開なども踏まえると、シルバー人材センターの役割は重要であると考えられるため、担い手の確保のためにもシルバー人材センターと協力して加入促進を図っていきます。補助金や事業実施に関しては、必要性和担い手などを検討し、効果的な事業の推進に努めます。 また、周知の機会として、65歳になられた方を対象として実施している「65歳到達者運動機能測定評価事業」の場を活用して周知、加入促進を図っていきます。

(2) 地域・社会貢献活動の推進

《現状と課題》

- 「多良木町老人クラブ連合会」に補助金を交付し、老人クラブの活動を支援しています。しかし、近年会員数が減少しており活動の継続が困難となりつつあるクラブもあります。社会福祉協議会を中心に会員増強運動を実施しましたが、会員の増加にはつながりませんでした。理由としては、現会員の高齢化と非会員は60歳以上でも就労している高齢者が増えたことが考えられます。老人クラブは高齢者の活動の拠点でもあるため、現在の水準をどう維持していくかが今後の課題となっています。
- 健康づくり活動では、グラウンド・ゴルフ・ウォーキング・ディスクゴルフなどの大会を実施し、高齢者の健康増進に努めています。
- 社会奉仕活動として友愛訪問活動を実施していますが活動回数は減少しています。また、シルバーヘルパー養成講習や指導者講習などの受講後に実際に友愛訪問活動を行う割合は低くなっていることから、活動につながる仕組みづくりが必要となっています。

○地域や施設でのボランティア活動は浸透、定着しつつあり、意識が高く意欲的に活動されているボランティアも多くなっています。また、ボランティア活動が健康づくりや介護予防へもつながっていることが見受けられます。

○ボランティア登録者の高齢化による体力の低下・移動手段の変化のため脱退する人が多くなっており、ボランティア登録者の人数の確保が必要となっています。

《主な取り組み》

① 老人クラブの育成支援

内 容	老人クラブの活動を支援することにより、高齢者の仲間づくりを促すとともに、教養の向上、健康増進及び社会奉仕などの活動により高齢者の生きがいを高め、社会参加を促進します。
今後の方向性	高齢者の仲間づくりと健康増進のために、今後もスポーツ活動等を計画・実施していきます。また、同じ楽しみを持つ人同士を結び付け社会参加を促すことで会員増加を図ります。地域での清掃などの社会奉仕、シルバーヘルパー養成の支援を行い独居高齢者に対する見守り活動等を通して社会奉仕活動の活性化を図ります。

② 世代間交流の推進

内 容	子どもから高齢者まで多世代が交流できるイベントの企画・調整を行い、世代間交流を図ることで若年者的高齢者に対する理解を深めるとともに、高齢者がこれまで培ってきた専門的な知識や経験を伝承する機会を設けることで、長寿社会における高齢者の生きがいを高め介護予防を図ります。
今後の方向性	世代に関係なく交流できる機会を確保するためにも、関係部局と連携して多くの高齢者が参加できるよう世代にあったイベントの実施を計画していきます。

③ ボランティア活動の推進

内 容	ボランティア活動を始める「きっかけ」やボランティア活動継続への「励み」として利用していただくことにより、町内のボランティア活動のさらなる促進につながることを目的として、介護保険の任意事業として「ボランティアポイント事業」を実施しています。比較的元気な高齢者がシルバーボランティアとして他の高齢者を支援できるよう、この制度の活用促進を通して、ボランティア活動の推進を図ります。
今後の方向性	ボランティアポイント事業を継続していくとともに、高齢者の生活支援ニーズが高まっており、これらを担う新たな仕組みづくりを検討します。

(3) 健康づくりの推進

《現状と課題》

- 4月に保健センターで住民健診を行うとともに、国民健康保険の方を対象とした人間ドックやがんセット健診を行っています。生活習慣病健診の受診率は県内でも高く、生活習慣病の早期発見・重症化の予防につながっています。(平成30年度特定健診57.5%から令和元年度は60.1%で順位は県内10位。後期高齢者健診は25.1%から26.26%と増え県内13位。)がんセット検診は7年連続して受診者が増加しています。
- 生活習慣病健診では、40代から50代の働き盛りの男性の受診率が低くなっています。また、受診者の検査結果では、男女ともに、血糖値や血圧が基準値よりも高い人が多い傾向にあります。
- 心の健康に周知を図るためシルバーヘルパー等を対象にゲートキーパー養成講座を実施しています。また、カウンセリングについては、希望者がなく事業を縮小し、令和2年度には臨床心理士も不在となったため、カウンセリングが必要な場合の対応が困難となっています。
- 男性料理教室は、町独自の事業として年間通して実施しており、参加者も一定数あり、新規の参加者も見られます。
- 40～70歳の歯周疾患検診の希望者が少なく、内科的な疾患に比べ、歯科の疾患に対する意識が低くなっていることから、実施内容や周知の工夫など見直しが必要となっています。
- インフルエンザや肺炎球菌感染症の予防接種の接種費用を助成していますが、肺炎球菌ワクチンについては接種率が低下しており、周知の工夫など見直しが必要となっています。

《主な取り組み》

① 健康診査・各種検診の実施

内 容	がんや脳血管疾患、心臓病などの生活習慣病の早期発見、老化に伴う運動機能や口腔機能の低下等の状態把握、認知症等の早期発見等を目的に、健康診査や各種がん検診、歯周疾患検診の周知に努めるとともに、関係機関と連携を図りながら受診率向上を図ります。 また、健康診査や各種がん検診の実施後は、生活習慣の改善に向けて保健指導や情報提供、精密検査の必要な方への受診勧奨を行います。
今後の方向性	現在実施しているがん検診や生活習慣病健診、人間ドック等を継続し、異常が見られた方に対しては一人でも多く保健指導を行い、生活習慣病の発症防止に努めます。また、精密検査が必要な方への受診勧奨も引き続き行います。

② 心の健康づくりの推進

内 容	心の健康づくりへの関心を高めるために、高齢者に対してうつ病やアルコール依存症、認知症などについて医師や保健師等による健康教育を行っています。 また、うつ傾向など身近な人が気づいて専門機関につなげられるように、ゲートキーパー養成講座を実施しゲートキーパーを増やしていきます。
-----	---

今後の方向性	保健所が主催する心の健康相談を活用し、心の健康に不安を抱える人がタイムリーに利用できるよう、年間カレンダーや広報・回覧に加え、民生委員の家庭訪問等でも周知を図ります。
--------	---

③ 食育の推進

内 容	必要な栄養をバランスよくとり、家族や親しい人と食事を楽しんで心豊かな生活を送ることができるよう、食育を推進します。
今後の方向性	本町食育推進計画に基づき、食育を推進していくため対象者の拡充を検討していきます。

④ 男性料理教室

内 容	高齢の男性だけの料理教室。栄養士指導のもと行われる教室で、健康に留意した料理教室です。
今後の方向性	独居高齢者や高齢者のみの世帯の増加など、男性高齢者が料理を作る機会も増えていくことが予想され、実習を通じた勉強の機会を提供することは必要と考えます。バランスの取れた料理を食べることは今後の健康維持にも繋がっていくため、継続して事業を実施していきます。

⑤ 歯（口）の健康づくりの推進

内 容	QOL（生活の質）の向上を目指し生涯口から食べ続けるために、歯科医師会等関係団体と協議しながら歯周疾患検診を実施するとともに、歯を失う大きな原因となるむし歯や歯周病の予防法、さらには口腔機能の維持向上を目的とした健“口”体操などについて健康教育、健康相談において広く啓発を行います。
今後の方向性	後期高齢者の無料歯科検診についてはこれまで後期高齢者検診を受診した住民を対象としていましたが、今後は対象を拡大し見直しを行いません。生涯を通じて口から食事がとれるよう、歯科検診や健康教育、広報等により、歯や口の健康について周知し、意識付けを行っていきます。

⑥ 予防接種の実施

内 容	高齢者に対し接種費用を助成することで、予防接種を促進し疾病の発症や重症化を予防します。
今後の方向性	インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチンの接種を希望する高齢者が、申込など申請しやすくなるように医療機関等と情報を共有しながら今後も継続していきます。

基本目標 2 自立支援の推進と重度化防止の推進

介護保険制度における「地域支援事業」として、自立支援・重度化防止の推進を図るために多様なサービスの提供を主体とした「介護予防・日常生活支援総合事業」を平成29（2017）年4月からスタートしました。

また、地域支援事業における「包括的支援事業」についても、これまでの業務に加え在宅医療と介護の連携や認知症施策の推進のほか、生活支援サービスの体制整備や地域包括支援センターの機能強化を行ってきました。本町では引き続き「地域包括ケアシステム」の構築に向けてこれら地域支援事業のさらなる充実を図り、高齢者がいきいきと過ごすことができる環境づくりを進めます。

また、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせるよう、高齢者の見守り・支援体制の強化を図ります。高齢者独居世帯及び高齢者夫婦世帯が増えていく中で、地域内で孤立化してしまうことのないよう、専門職や事業者等とも協働した町全体のネットワーク体制を整備していきます。併せて、住み慣れた地域で生活を継続するための基盤として、高齢者向け住まいの確保を図ります。

（1）介護予防・生活支援サービスの充実・開発

《現状と課題》

- 介護予防・日常生活支援総合事業においてはチェックリスト該当者に対して訪問型・通所型サービスを提供してきましたが、従来の介護予防サービスに相当する訪問介護、通所介護の利用が多く、その他のサービス利用につながっていないのが現状です。訪問介護においては生活援助の部分での利用が大半を占めているため、身体介助を必要とする方にサービスが行き届いていない状況にあります。生活援助は他のサービスでの代替が考えられるため、新たなサービス体制の構築が必要となっています。
- ガンバルーン体操指導者のボランティア活動実績も多くなっており、住民主体での活動が推進できています。
- 地域出張介護予防講座の実施地区においては、参加者ほとんどの項目で体力測定の上昇がみられた方が多く、介護予防の意識が高まってきたと思われます。
- 介護予防ボランティア養成講座への参加者は毎年10名程度で推移していますが、若い世代の参加者が少なく、卒業後のボランティア活動までつながる方は少数となっています。
- 男性の体操教室への新規参加者が少ない状況となっていますが、本教室参加者が他の介護予防教室に参加するなど意識の変化が見られるようになりました。
- 65歳到達者運動機能測定評価では、体力測定の結果を数値化し、ご自身の状況がどの程度であるかをお伝えしています。早期に介護予防に取り組む動機付けとして機能していますが、参加者は少ない状況です。
- 筋力アップ教室への参加者数は増加傾向にあります。特に周知活動は行っていませんが住民同士の口コミにより参加者数が増加してきている状況です。これは、介護予防事業等により、住民の介護予防意識が全体として向上してきた結果も影響していると考えられます。

- 第7期事業計画で実施しました水中筋力アップ教室は、参加者も多く効果的に実施できていましたが、事業所撤退に伴い令和元年度いっぱいまで事業終了となりました。
- 口腔機能向上講座については、筋力アップ教室等の講話内容の一部として不定期に実施しており、定期的な実施や実施場所など検討し充実を図る必要があります。
- 住民主体の通いの場の普及啓発を民生委員、老人クラブ、ボランティア団体等の集まりの場や地域に出向いて実施し、これまでに5か所で週1回の取り組みにつながりましたが、町内全域への普及には至っていません。

《主な取り組み》

① 介護予防・日常生活支援総合事業

内 容	<p>介護予防・生活支援サービス事業は、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を目標として、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を促し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう、地域における自立した日常生活の支援を実施するものです。</p> <p>第7期計画期間では、現行相当事業の継続的な実施にあわせて、通所型サービスCの開始（2018年度）、通所型サービスAの開始（2019年度）、通所型サービスAの拡充（2020年度）と、段階を経てサービスを拡充し、運動機能改善、集いの場の確保に取り組んできました。</p>
今後の方向性	<p>第8期においては、引き続き訪問型・通所型サービスの拡充を推進していきます。通所A・Cについては現状の体制（通所A 2か所、通所C 1か所）を維持しつつ、新たに訪問型サービスC（短期集中予防サービス）を実施します。通所A・C卒業後の在宅での運動継続を支援するため地域包括支援センターにリハビリの専門職を配置し、効果的な介護予防に努めていきます。</p> <p>ア. 訪問型サービス 介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスC（B（住民主体による支援）・D（移動支援）は担い手の状況に応じて実施を検討）</p> <p>イ. 通所型サービス 介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）・通所型サービスC（短期集中予防サービス）（B（住民主体による支援）担い手の状況に応じて実施を検討）</p> <p>ウ. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 地域包括支援センターで実施。支援方針等サービス調整会議を経て決定する。</p>

② 一般介護予防事業の充実

一般介護予防事業は、65歳以上であれば誰でも利用できる介護予防サービスです。町が主催する各種体操教室等の開催が主なものとなっています。心身の状況や置かれている環境、

その他の状況に応じて、選択に基づき介護予防サービス・生活支援サービス及びその他の適切な事業が包括的・効率的に提供されるよう、必要な援助を行うこととします。

○介護予防把握事業

ア. 高齢者の元気度チェック

内 容	75 歳以上で要介護、要支援認定を受けておらず、一般介護予防事業に参加していない人を対象に基本チェックリストによる調査（アンケート）を実施し、虚弱高齢者の実態把握、支援の必要な人の掘り起こしを行います。併せて、調査の回答がなかった方の把握と声かけ・訪問等を行います。
今後の方向性	行政や地域包括支援センターの窓口で相談に来られた時には既に介護サービス等による支援が必要な状態となっていることがほとんどです。虚弱高齢者を水際で把握し、一般介護予防事業や総合事業の通所型サービスC、地域の通いの場への参加を促すことにより、介護予防につないでいきます。

○介護予防普及啓発事業

ア. 地域出張介護予防講座

内 容	要望のあった行政区やサロン3～4地区を対象に実施しています。事前に筋力測定を行い、筋力アップ運動実施後の筋力を再度測定することを定期的に3ヶ月程度行い、期間の総合評価を実施します。
今後の方向性	地域全体で運動の必要性や効果を知ってもらうことで、介護予防に取り組む人を増やしていきます。事業実施にあたっては、最低でも月1回の実施を原則として対応していきます。

イ. 地域介護予防ボランティア養成講座

内 容	元気高齢者の活躍の場を広げ、地域で開催される介護予防のボランティアリーダーとなっていただくための養成講座を開催します。
今後の方向性	地域で積極的に介護予防活動を行っていただくためにも介護予防サポーターは必要不可欠であり、今後もサポーターの養成に努めます。65歳体力測定時、参加者へ介護予防サポーター養成講座受講の周知を行うなど申込者の増加に努めます。

ウ. 男性の体操教室

内 容	介護予防教室等における男性参加者が少ないことから、男性のみで行う介護予防体操教室を実施します。
今後の方向性	男性にも興味を持ってもらえるようなカリキュラムを検討し、男性も気軽に参加できる教室を提案するとともに、広報紙のほか老人クラブ・サロン等への周知も行い参加者の増加に努めます。

エ. 65歳到達者運動機能測定評価

内 容	65歳になられた方に保健センターへお越しいただき、体力測定を実施し健康維持及び介護予防の啓発や指導を実施します。併せて介護保険制度の説明も行います。
今後の方向性	体力測定と併せて介護保険制度の説明も行うことができるいい機会でもあるため、事業の感想や周知の方法についての参加者アンケートを実施するなど、少しでも参加者が増えるよう対策を検討していきます。併せて、就労促進や地域で主体的に活動する担い手となる人材を発掘する場として活用していきます。

オ. 筋力アップ教室

内 容	筋力低下による要介護状態となることを予防するために筋力の維持向上を目標に週一回のペースで筋力アップのための体操を行う教室です。
今後の方向性	新型コロナウイルス感染症対策として午前2回、午後2回の4部構成で実施し、参加希望する高齢者を可能な限り受け入れられる体制を構築します。

カ. 口腔機能向上講座

内 容	口腔機能専門の方をお呼びして、口腔機能の向上を図るための講座を開講します。
今後の方向性	介護の分野においても口腔ケアは関心が高まりつつあるので、開催時期や内容などを関係機関と協議し、啓発活動等を行っていきます。

○地域介護予防活動支援事業

ア. ガンバルーン体操普及啓発事業

内 容	ガンバルーンという運動用具を使って体操を行い、筋力低下を防ぐことにより、介護予防を図っていくための教室です。体操指導を専門的に行っているNPO法人に講師を依頼しています。また、地域での指導者を養成するために社会福祉協議会への委託により指導者の養成、指導者向けスキルアップ講習会等を実施しています。
今後の方向性	体操指導の要請について、サロンからの依頼が多い状況です。介護予防に資する活動でもあり、今後も継続して事業を実施していきます。

イ. 認知症予防教室

内 容	各地域で開催されている教室やサロンへ講師を派遣し、認知症予防のためのさまざまな頭の体操を行う教室です。
今後の方向性	サロン等住民主体の活動を支援し、認知症予防・介護予防の必要性の啓発を目的に講師・内容を充実しつつ事業継続していきます。

ウ. 住民主体の通いの場の拡充

内 容	住民による積極的な通いの場の運営と「いきいき百歳体操」をきっかけとした介護予防事業への取組をサポートします。それによって高齢者の活動意欲を後押しし、併せて地域活動への参加の促進、地域での交流機会の増加を図ります。
今後の方向性	高齢者の地域活動への参加、自主的な企画・運営を促進し高齢者の介護予防につながるために、県の指定する地域密着リハビリテーションセンターと連携して町内全域への住民主体の通いの場づくりの普及を図ります。 また、週1回の自主活動拠点を増やし元気な高齢者の増加と地域の活性化を図るために、リーダーの負担軽減や活動しやすい環境づくりの検討を行います。普及の後押しのために体操に必要な器材を貸出し、導入の支援を行います。

(2) 地域のネットワーク等による支援体制の整備

《現状と課題》

- 現在生活支援コーディネーターを1名配置し、地域での活動や介護予防事業の活動を通じて地域の課題や困り事などの情報収集を行っています。また、平成30年1月に設置した協議体において、情報共有や課題抽出を行い、通いの場と生活支援についての必要性について共通理解を図り、それらを踏まえ具体的なサービスの創出（通所型サービスA事業）を行うなど成果がでています。
- 地域ケア会議をきっかけとし、モデル的に移動販売の実働へつながり、買い物支援や高齢者見守りの手立てへつながりました。
- 地域で中核となるリーダーや後継者などの人材をどう発掘し、育成するかが課題となっています。

《主な取り組み》

① 生活支援サービスの体制整備

内 容	生活支援コーディネーターの取組みの強化を図り、高齢者が必要とする生活支援サービスの開発を積極的に行います。
今後の方向性	既存の取組、活動（サロン、百歳体操、通所型サービスA及びC、生活支援での具体的な手立ての検討等）を掘り下げ充実を図ります。また、ボランティアやリーダーを育成し地域へ返すことで、地域福祉の推進、地域づくりを進めていきます。 生活支援コーディネーターについては、第8期計画期間中に2名体制とすることで他の各事業との連携、連動を強化し、本町において真に必要な生活支援サービスをスピード感をもって企画・立案し、協議体での議論を踏まえて実動できるような一層の強化を図ります。

(3) 日常生活を支える高齢者福祉事業の推進

《現状と課題》

- 軽度生活援助サービス事業は、シルバー人材センターに委託していますが、対応できる人員が不足しており、利用希望があっても対応できないことがあります。
- 在宅高齢者短期保護事業は、年間5～10件程度の利用があります。即対応しなければならない事案が多く、施設も定員に空きがない状況が多いことから、入所調整が難航する場合があります。
- 介護保険の住宅改修で賄えない部分に対応するため、住宅改造助成事業において助成を行っています。
- 配食サービス事業は、独居又は高齢者のみの世帯や認知症高齢者の数が増加している背景から利用者は増加傾向にあります。安否確認の効果もあり、一定の成果を上げています。調理については対応ができていますが、配達についてはシルバー人材センターに委託して行っており、担い手不足や利用者の増加に伴い一回の配達範囲が広範囲となり配達を行う方の負担が増加するなど課題も多く、他の方法も検討していく必要があります。
- 家族介護者への支援は、介護用品の支給事業のほか、年1回開催していた家族介護者交流会に加え、年間全9回の家族介護者教室を開催しています。ただし、事業内容がリフレッシュ中心であり実践的なメニューが少なく、比較的参加しやすい状況にある方の参加が中心であるため、深刻な介護負担を抱えた介護者に対してどのように働きかけていくか、対応を検討する必要があります。

《主な取り組み》

① 軽度生活援助サービス事業

内 容	在宅の一人暮らしや高齢者等の自立した生活の継続を支援することを目的に、日常生活上のごく簡単な事柄に対し援助するサービスです。対象者が自立した生活が継続できるよう、安否確認と合わせて事業を実施します。
今後の方向性	地域包括ケアシステムにおいても生活支援サービスは重要であるため、即時対応可能な体制づくりを進めていきます。

② 在宅高齢者短期保護事業

内 容	常時の介護が必要な高齢者等（要援護者）を一時的に特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設等に保護し、要援護者とその家族の負担軽減を図る事業です。
今後の方向性	在宅で生活する上で一時的に必要となる場合があり、また、施設入所につなぐまでの一時的な入所措置が可能のため、今後も継続して実施していきます。

③ 住宅改造助成事業

内 容	おおむね 65 歳以上の方を対象に、住宅での自立促進や介護家族の負担軽減を目的として、介護のために必要な住宅改造に要する費用の一部助成を行う事業です。今後も高齢者が住み慣れた住居で生活を継続できるよう、適正な事業運営を行います。
今後の方向性	規模の大きい改修に対応するために、今後も継続して実施していきます。

④ 配食サービス事業

内 容	在宅で生活しておられる高齢者を対象に、自炊ができない状態になられた際、栄養バランスのとれた食事を提供するとともに、安否確認を行います。
今後の方向性	自炊ができない方や栄養バランスがとれた食事を必要とする方のためにも配食サービスは重要であるため、今後も継続して事業を実施していきます。

⑤ 家族介護者、要介護者世帯への支援

内 容	<p>ア. 介護用品の支給事業</p> <p>要介護 1～5 で町民税非課税世帯に属する、要介護者の介護を担っている家族または要介護者本人を対象に、紙オムツ、尿取りパッド等を購入できる利用券を 1 年間に 7 万 5 千円分助成する事業です。</p> <p>今後も引き続き事業を継続し、家族または本人の負担軽減を図り、在宅生活を支援していきます。</p> <p>イ. 家族介護者教室・交流会の開催</p> <p>在宅で介護をされているご家族を対象に、定期的な介護教室の開催、家族介護者同士の交流の場の提供などを行います。</p>
今後の方向性	介護負担の積み重ねが後々高齢者虐待に発展する可能性があるため、深刻な介護負担を抱えた方へのフォローまたは介護負担が増える前に支援ができるような内容及び体制を構築するよう検討します。

⑥ 「介護離職ゼロ」に向けたサービス基盤の整備

内 容	<p>全国的に65歳以上の高齢者数は今後も増加し、特に介護を受ける可能性の高い75歳以上の高齢者数が急速に上昇していきとされています。多良木町においても令和 2（2020）年まで高齢者数は増加し、令和 7（2025）年には後期高齢者の占める割合が大きく増加する見込みです。</p> <p>こうした状況の中で多良木町が実施した「令和元年度 在宅介護実態調査」によると、フルタイム勤務をしている主な介護者の方で、働きながらの介護継続について「続けていくのは、やや難しい」と回答した割合は10.5%、「続けていくのは、かなり難しい」と回答した割合は3.5%でした（65頁）。</p>
-----	--

	<p>このように介護と仕事の両立が困難であると感じている方が一定数存在する中で、介護離職を防止する観点から、働きながら介護に取り組む家族や今後の仕事と介護の両立に不安や悩みを持つ就業者の実情等の把握に努め、働きながら介護に取り組む家族の状況等も参考にして要介護者等の数やサービス量の見込みを定めていく必要があります。</p> <p>(1) 在宅・施設サービス等の整備の充実・加速化 都市部を中心とした在宅・施設サービス等の整備の加速化等</p> <p>(2) 介護サービスを支える介護人材の確保 参入促進・労働環境の改善・資質向上による介護人材確保・介護者の負担軽減に資する生産性の向上等</p> <p>(3) 介護サービスを活用するための家族の柔軟な働き方の確保 介護休業等が取得しやすい制度改革、長時間労働の是正やフレックスタイム制度の見直しなど働き方改革等</p> <p>(4) 働く家族等に対する相談・支援の充実 地域包括支援センター等による働く家族等への相談機能の強化等</p>
今後の方向性	十分に働ける方が家族の介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、希望する者が働き続けられる社会の実現を目指します。

(4) 相談支援体制・見守り活動の充実

《現状と課題》

- 第7期事業計画で実施しました遠隔地健康相談事業は、利用者の意見や費用対効果を勘案した結果、現行システムの契約期間満了をもって事業終了となりました。今後、どのような方法が山間部など市街地から離れた地域に暮らす高齢者にとって適切か検討していく必要があります。
- わたしの“いのち”のリレー事業においては、登録者数が多く情報の更新を行うためのマンパワーが不足している状況です。まずは制度設計を見直し、運用方法等を明確にしたうえで効率的に情報の更新ができるように体制を整備する必要があります。
- 緊急通報体制等整備事業は、民間サービスを活用することで平時の安否確認と緊急時の迅速な対応、月単位での実績の報告を受けるなど、緊急時に限らないきめ細かいサービス体制を構築することができています。
- 徘徊SOSネットワークについては、随時家族等からの申請を受け付け、事前登録を行い、関係機関に情報提供を行っていますが、ネットワークの構築が不十分であり、より多くの関係者または関係機関の協力を得られるような体制整備が必要です。
- 徘徊模擬訓練は、第7期計画期間中は実施することができませんでした。
- 平成29(2017)年に民間事業所との連携として「生活協同組合くまもと」と見守り活動について包括連携協定を締結しました。

《主な取り組み》

① 遠隔地健康相談事業

内 容	事業終了
今後の方向性	地域に常駐している集落支援員と連携して気軽に相談ができる体制を構築します。また、必要に応じて現地に赴き、集落支援員と保健師による訪問を行います。

② わたしの“いのち”のリレー事業

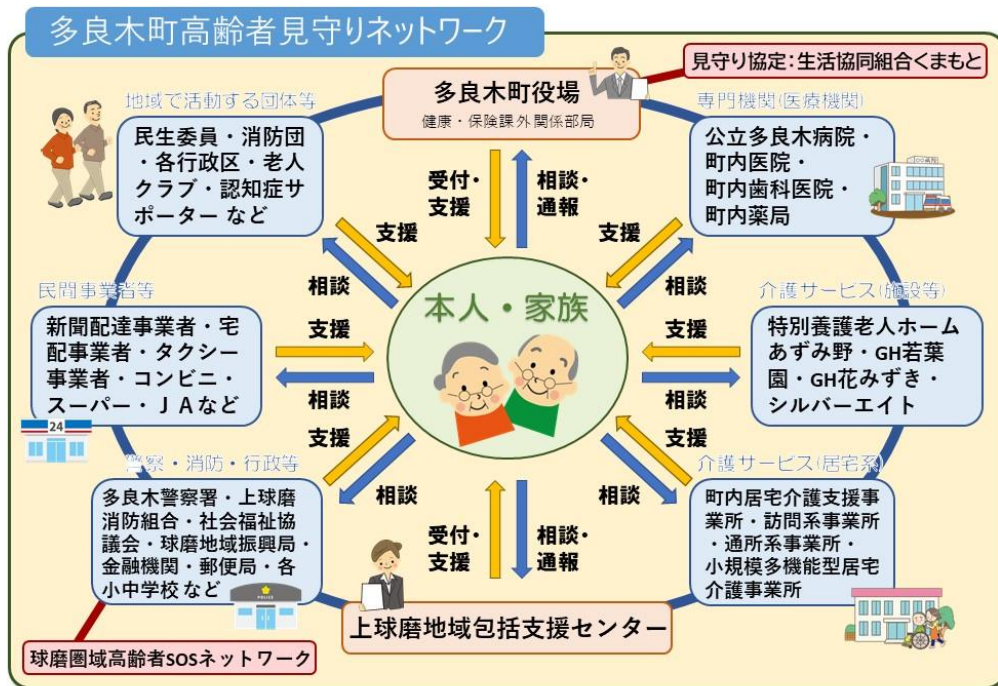
内 容	高齢者が安全に生活できて、誰かが見守ってくれているという安心できる町づくり実現のため、一人暮らしの高齢者、高齢者のみの世帯等の訪問調査を行い、緊急時の連絡先・かかりつけ医・病歴等の心身状態の聞き取りと顔写真の撮影を行い、その情報を民生委員・警察署・消防署などと共有するとともに、災害時や緊急時に備え、個人ごとの情報を記した表を磁石の付いた容器に入れ、冷蔵庫に貼り付けておき、駆けつけた方が即座に連絡等とれる体制づくりを進めていきます。
今後の方向性	まずは制度設計を見直し、運用方法等を明確にしたうえで効率的に情報の更新ができるように体制を整備します。

③ 緊急通報体制等整備事業

内 容	緊急通報装置による緊急時の連絡体制を整備することにより、一人暮らし高齢者等の日常生活における不安感の解消及び急病・災害時等の緊急時に迅速かつ適切な対応を図ります。
今後の方向性	今後も一人暮らし高齢者が増加していくと見込まれることから、安心して日常生活を送ることができるよう通報体制の整備を継続していきます。また、民間サービスの活用により、緊急時のみならず平時におけるコールセンターからの安否確認や相談対応を行っていきます。

④ 見守りネットワーク事業

内 容	今後増えることが予想される認知症高齢者とその家族を支えるために、そして高齢者が尊厳を持って可能な限り住み慣れた地域で生活できるように、地域の民生委員、区長、老人会、住民はもとより、郵便や新聞の配達、電気やガスの検針、点検など町内で訪問することを業務としている事業者等とも連携を図り、小地域における安否確認や見守り活動の日常化を促進します。
今後の方向性	現状では緊急時の対応が主なものとなっており、平時の情報共有は警察署、消防署、郵便局となっています。日常的に見守りができる体制をつくるためには多くの協力者が必要であり、定期的に介護事業所など関係機関と情報共有、意見交換等ができる連絡協議会等の協議の場の構築を目指します。 また、徘徊模擬訓練については、区長等に協力を仰ぎ開催場所の検討を行い、開催できるよう取り組んでいきます。



見守りネットワークの概念図

(5) 地域ケア会議の充実

《現状と課題》

- 上球磨地域包括支援センターの主催により自立支援型の地域ケア会議を2か月に1回の頻度で開催しています。第7期計画期間では毎月開催を計画していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、現時点では毎月開催までには至っていません。
- 総合事業のサービス調整会議を活用して週1回の頻度で地域ケア会議を開催しています。
- 個別会議等をとおして地域課題の把握を行い、地域ケア推進会議につなぐことができましたが、課題解決に向けた対応策の検討や具体的な政策形成に至る部分がまだ不十分となっています。

《主な取り組み》

① 地域ケア会議

内 容	<p>地域ケア会議の充実を図り、高齢者の在宅生活の継続や自立を妨げている要因を見極め、生活機能を向上していくための自立支援型ケアマネジメントによる支援を推進するとともに、地域ケア会議の中で把握した地域課題をもとに新たな事業化・施策化を計画・実施していくことで、地域包括ケアシステムを構築していきます。</p>
-----	--

<p>今後の方向性</p>	<p>新型コロナウイルス感染症対策を徹底しつつ、月1回の頻度で自立支援型ケア会議を開催します。介護支援専門員が地域ケア会議で各専門職から得たアドバイス（自立支援に向けた視点）を実際のケアプランに落とし込みができるよう地域包括支援センターと圏域にある居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が協力して支援していきます。また、会議を通じて事業対象者、要支援者の生活状況、サービス利用状況を把握したうえで各担当者同士の議論を重ね、課題の抽出、必要な施策を検討していきます。</p> <p>サービス調整会議においては、事業対象者のケアプランの確認のほか、高齢者宅を訪問する町看護師等の同席を依頼し、意見交換を行うなど、高齢者の課題等について能動的把握を行います。</p>
---------------	--

(6) 地域包括支援センターの機能強化

本町では、増え続ける高齢者と多様化する生活支援ニーズに対応し、総合相談支援業務や介護予防ケアマネジメント事業等を円滑かつ適切に実施するなど、的確にその機能を果たしていくために、球磨郡公立多良木病院企業団に多良木町・湯前町・水上村共同で委託を行い、上球磨地域包括支援センターを設置して地域に密着した包括的支援事業を行っています。

《現状と課題》

- 職員の増員により相談体制が充実でき、相談対応件数が年々増加しています。一方、住民の方の認知度が比較的低い状況であるため、多くの方が利用しやすいよう更なる周知が必要となっています。
- 権利擁護業務に関しては、研修会に積極的に参加するように心がけ専門性の向上に努め、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所を対象として研修会を開催し、啓発に努めることができています。一方、一般住民に対する周知は積極的な活動が行えていない状況です。
- 3町村を1包括でカバーしているため、ケアマネジメント件数が増加傾向にあり、業務圧迫の要因となっています。このため居宅介護支援事業所のケアマネとの連携に十分対応することができていないことから、情報交換等を行う場を設定することが必要となっています。

《主な取り組み》

① 総合相談支援業務

内 容	地域の高齢者に対し、多面的（制度横断的）支援を展開します。 ◆地域におけるネットワークの構築 ◆初期相談対応 ◆専門相談支援（専門的な相談対応機関へのつなぎ等）
今後の方向性	・困った時の相談窓口としてセンターの役割などについて広く周知し認知度を高めます。パンフレットの配布やホームページによる周知、介護サービス情報公表システムの活用により積極的な情報発信に努めます。 ・年々増加する相談に適切に対応できるよう職員のスキルアップに努めます。 ・24時間365日対応の継続に努めます。 ・相談された内容はセンター内及び行政担当部署と共有し、地域のあらゆる資源と連携し解決に努めます。

② 権利擁護業務

内 容	地域において尊厳ある生活が維持できるよう専門的、継続的な視点から支援をします。 ◆成年後見人制度の活用 ◆高齢者虐待対応など
今後の方向性	高齢者虐待などあってはならないことですが、高齢化の進展、老老介護など家庭における介護負担の増加、人と人とのつながりの希薄化などリスク要因は存在します。有事の際の対応方法や成年後見制度の知識を深め、関係機関との連携、住民への周知・啓発等を行っていきます。

③ 包括的・継続的ケアマネジメント業務

内 容	多職種協働・連携によるケアマネジメントの後方支援をします。 ◆ケアマネジャーの日常的個別指導・相談 ◆ケアマネジャーが抱える支援困難事例等への指導・助言など
今後の方向性	ケアマネジャーが相談しやすい環境をつくり、介護サービス利用者に対する適切なケアマネジメントができるよう支援していきます。

基本目標3 認知症施策の推進

我が国において、平成30（2018）年には認知症の人の数は500万人を超え、いまや65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症と見込まれています。このような中で国においては、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、平成27（2015）年1月に「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）が策定され、その後内閣において認知症施策の更なる推進のために令和元（2020）年6月に「認知症施策推進大綱」が策定されました。

本町においても認知症の人の数は増加傾向にあり、各種調査の結果からも本人のみならず家族からも高齢者の認知症に対する不安や介護への負担を感じていることが伺えます。

認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。この「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していきます。

（1）認知症に関する普及啓発

《現状と課題》

- 中学生に対しては定期的に認知症サポーター養成講座を実施していますが、それ以外では要請があつてからの講座開催が主となっており、キャラバンメイトの積極的な活動とまでは至っていません。また、高齢者の利用の多い企業向けの養成講座が実施できていない状況です。
- 認知症サポーターによる見守り活動をはじめとする支援体制の構築が必要となっています。
- 認知症高齢者の数は年々増加傾向にあり、今後もさらなる増加が予想されています。認知症の発症がきっかけとなり要介護状態になられる方も多いため、積極的に認知症予防を推進する必要があります。

《主な取り組み》

① 認知症サポーターの養成及び活動活性化

内 容	認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする「認知症サポーター」を養成し、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに取り組んでいきます。
今後の方向性	引き続き認知症サポーターの養成講座を実施しつつ、サポーター養成講座を受講された方達を組織化、具体的な活動を行う『アクティブチーム（熊本県独自事業）』または『チームオレンジ』の設置、検討を進めていきます。また、高齢者との関わりが多い施設（金融機関等）に対し講座受講を要請する等キャラバンメイトの活動範囲を広げていくとともに、認知症サポーター数の増加を図ります。

② 普及啓発・本人発信支援

内 容	地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信します。
今後の方向性	認知症本人の想いや意見を集約したり、本人の想い等が集約されている既存の媒体等を活用しつつ、世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）等の機会に町の広報及びホームページを活用しながら、普及啓発していきます。また、認知症の人とその家族が気軽に立ち寄ることができる「認知症カフェ」の設置を推進し、意見の出しやすい環境整備を目指します。

③ 認知症予防教室の開催（再掲）

内 容	各地域で開催されている教室やサロンへ講師を派遣し、認知症予防のためのさまざまな頭の体操を行う教室です。
今後の方向性	サロン等住民主体の活動を支援し、認知症予防・介護予防の必要性の啓発を目的に講師・内容を充実しつつ事業継続していきます。

（2）認知症の早期発見・早期ケアの構築

《現状と課題》

- 町職員（保健師）が認知症地域支援推進員を兼務している状況となっています。推進員の業務を主とし、機動的に動くことができる職員の確保が必要となりますが、対応できるような人材の確保が非常に困難となっています。
- 上球磨地域認知症初期集中支援チームを設置し、毎月1回、地域包括支援センターを共同委託している多良木町・湯前町・水上村合同で会議を開催しており、さまざまな事例に対し多様な立場からの意見交換を行っています。しかし、新規事例の案件が少ない状況となっていることから、地域で把握された認知症の方の情報を初期集中支援チームに繋げるような取り組みが必要となっています。
- 高齢者見守りネットワーク事業として、関係機関はもとより地域の民生委員、区長、事業所と連携し早期発見の体制づくりを行っています。
- 徘徊模擬訓練について開催地区を変えて実施していますが、第7期計画期間中は実施することができませんでした。

《主な取り組み》

① 認知症地域支援推進員の活動と認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

内 容	<p>地域の実情に応じた医療機関、介護サービス事業所や住民によるインフォーマルなサービス等のさまざまな地域資源との連携を図り、認知症の人や家族を支援するため「認知症地域支援推進員」を配置・増員し、多職種連携の推進に努めます。</p> <p>認知症には早期診断と早期の対応が重要です。保健師や社会福祉士など複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」を上球磨地域包括支援センターに設置して支援を行います。</p>
今後の方向性	<p>高齢化の進展に伴い認知症高齢者の数も増加していくことが見込まれることから、認知症地域支援推進員業務を主として活動することができる人材の確保が急務となります。能動的な活動と上球磨地域の推進員の統括、チームオレンジのコーディネーターという意味でも上球磨地域包括支援センターに本業務を主とする職員の配置を検討します。</p> <p>また、認知症初期集中支援チームの活動を促進し、認知症の人及びその家族をサポートする中で抽出された課題等を検討し、よりよい支援につなげていきます。</p>

② 徘徊高齢者等の見守り体制の構築

内 容	<p>認知症等のために徘徊が見られる高齢者等を地域の支援を得て早期に発見できるよう、地域住民や民間事業者等による見守り体制を構築し、徘徊高齢者等の安全の確保及びその家族の不安解消を図ります。</p> <p>また、徘徊している人への「気づき」の目を養い、気がかりな高齢者に勇気を持って「声かけ」ができるよう、地域住民、関係者、関係団体が一体となって徘徊模擬訓練を実施します。</p>
今後の方向性	<p>見守り体制の充実を図るために継続して事業を実施していきます。また、徘徊模擬訓練実施地区で認知症サポーター養成講座を開催し、認知症についての理解を深めていきます。</p>

(3) 権利擁護（成年後見制度利用促進基本計画）

《現状と課題》

- 人吉球磨圏域10市町村共同で「人吉球磨成年後見センター」を設置し、成年後見制度の啓発や適切な運用を図っています。
- 高齢化の進展に伴い、身寄りのない認知症高齢者も増加傾向にあります。近年は町長申立てによる成年後見制度の利用件数も少しずつではありますが増加しています。

《主な取り組み》

① 成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進

内 容	成年後見制度とは、認知症高齢者などの方が、介護が必要になった場合でも安心して生活が送れるように、成年後見人と呼ばれる方に財産管理等をしていただくなど、判断能力の不十分な方々を保護し支援する制度です。人吉球磨においては、平成27（2015）年度に圏域10市町村共同委託により人吉球磨成年後見センター（委託先：人吉市社会福祉協議会）を設置し、成年後見制度の利用に関する相談及び手続き支援、成年後見人等の受任、市民後見人の養成、成年後見制度の普及・啓発等を実施しています。また、身寄りがいないなどの理由で申立てをする人がいない認知症高齢者などの方の保護を図るため、町長が後見開始の審判の申立てを行います。
今後の方向性	平成28（2016）年5月に施行された「成年後見制度の利用の促進に関する法律」及び国が定める「成年後見制度利用促進基本計画」に基づき、人吉球磨成年後見センターを中核機関として人吉市社会福祉協議会に10市町村共同で委託を行い、権利擁護支援の地域連携ネットワークの整備を進めます。

(4) 高齢者虐待防止の体制整備

《現状と課題》

- 高齢化の進展に伴い、全国的にも介護負担などの様々な要因により高齢者虐待が発生しておりますが、残念ながら本町においても高齢者に対する虐待または虐待疑いの案件は増加傾向にあります。
- 虐待に関する情報を入手した場合は対応マニュアルに従い上球磨地域包括支援センターと連携して速やかに対応しています。
- 虐待の要因の一つである介護負担を軽減していくためにも介護者の支援体制の充実に取り組んでいく必要があります。

《主な取り組み》

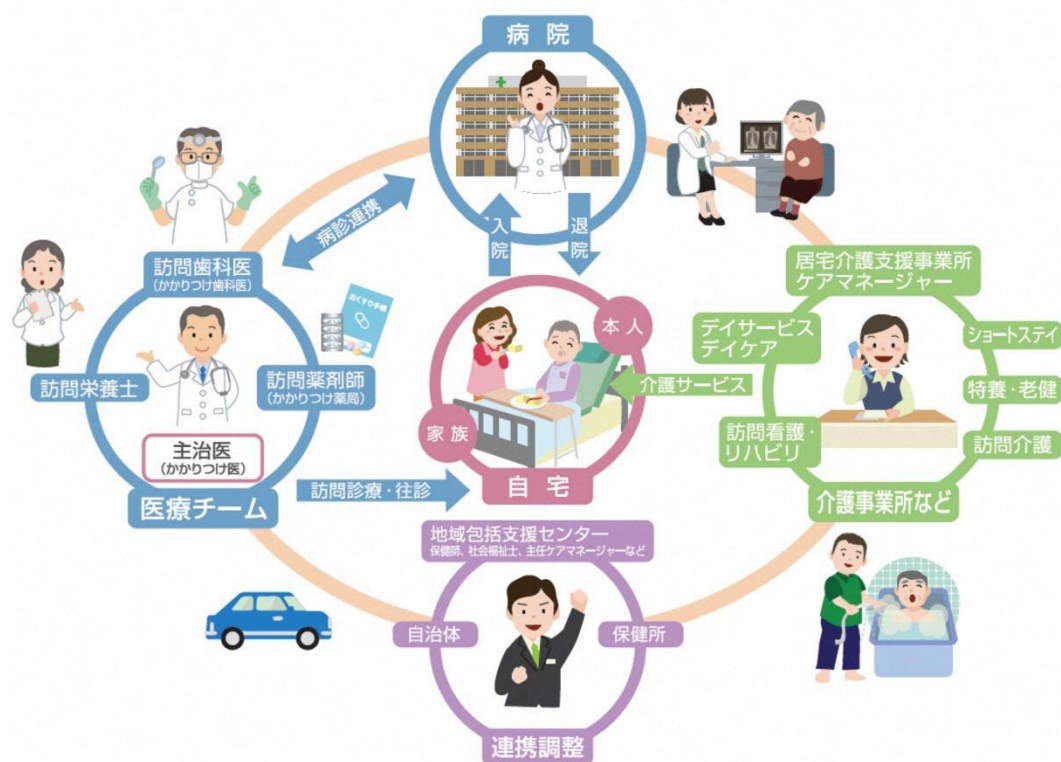
① 高齢者虐待防止の体制整備

内 容	<p>(1) 広報・普及・啓発 高齢者虐待の対応窓口となる部局（相談通報窓口）の住民への周知徹底、虐待防止に関する制度等についての住民への啓発、介護事業者等へ的高齢者虐待防止法等についての周知・研修、自治体独自の対応マニュアル等の作成等</p> <p>(2) ネットワーク構築 早期発見・見守り、保健医療福祉サービスの介入支援、関係機関介入支援等を図るためのネットワークの構築</p> <p>(3) 行政機関連携 成年後見制度の町長申立て、警察署長に対する援助要請、措置をとるために必要な居室の確保等に関する関係機関等との連携、調整</p> <p>(4) 相談・支援 虐待を行った養護者に対する相談、指導又は助言等</p>
今後の方向性	<p>高齢者虐待は依然として増加傾向にあり、その対策として高齢者虐待防止の体制整備と、発生した虐待の要因等を分析することにより再発防止に取り組みます。また、養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止策として、介護事業者等に対して養介護施設従事者等への研修やストレス対策を適切に行います。</p>

基本目標 4 在宅医療と介護の連携推進

- 平成 30（2018）年度以降、市町村計画、都道府県計画及び医療計画の作成・見直しが同時にスタートしました。
- 効率的で質の高い医療提供体制の構築や、在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設けます。
- 後期高齢者の増加が見込まれる多良木町においては、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ます。
- このように在宅医療・介護を必要とする高齢者の増加が見込まれることから、在宅医療・介護の充実といった地域包括ケアシステムの推進、並びに病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築が一体的に行われるよう、医療計画等との整合性を図っていきます。

介護サービスの連携



(1) 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり

《現状と課題》

○在宅医療・介護連携推進事業として、郡市医師会、医療・介護関係機関、人吉球磨圏域市町村が連携して事業に取り組んでいます。現在は「課題検討部会」、「啓発検討部会」を設置し、それぞれこの地域に必要な連携の在り方、必要な施策を検討して各部会との情報共有を図り、地域の特性に応じた体制整備を行っています。

《主な取り組み》

① 在宅医療・介護連携の推進

内 容	<p>入院時の急性期の療養が終了して退院するといった理由により、在宅において医療や介護が必要な高齢者に対して、適切な医療を在宅で受けられる体制整備と在宅医療・福祉・介護サービスが連携して必要なサービスを行い、在宅生活が継続できるように以下の施策に取り組めます。</p> <ul style="list-style-type: none">① 地域の医療・介護の資源の把握② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討③ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進④ 医療・介護関係者の情報共有の支援⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援⑥ 医療・介護関係者の研修⑦ 地域住民への普及啓発⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
今後の方向性	<p>地域包括ケアシステムの実現のためにも重要な位置づけであるため、引き続き郡市医師会、医療・介護関係機関、圏域市町村と連携し、各部会や広域で対応できない部分については地域包括支援センターと協力しながら、住民が安心して在宅で生活できる仕組みを構築していきます。</p>

(2) 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した医療・介護の連携推進

《現状と課題》

○くまもとメディカルネットワークへの登録者数は、医療機関への入院時の勧奨や在宅医療サポートセンター（人吉医療センター・球磨郡公立多良木病院）、地域包括支援センターの啓発活動等により、新規登録者数は増加傾向にあります。

○ネットワークを活用した連携を進めるためには、利用者が登録できる施設及びシステムを活用することができる施設数を増やすことも重要です。利用者の登録を増やすためにも、さらに多くの介護サービス事業所等の登録を増やす必要があります。

《主な取り組み》

① 「くまもとメディカルネットワーク」の普及啓発

内 容	医療と介護の切れ目ない連携を図るうえで有効な手段として、ICT（情報通信技術）を活用し県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結ぶ「くまもとメディカルネットワーク」の運用が開始されました。この仕組みは関係機関のみならず、住民の積極的な参加が必要となります。
今後の方向性	くまもとメディカルネットワークの認知度向上を図り、住民の参加促進につなげるために、周知・広報活動を行っていきます。 新規登録者数増に向けて今後もあらゆる機会を通じて周知していくとともに、今後上球磨地域での設置を予定している介護事業所連絡協議会や、人吉球磨在宅医療・介護連携推進事業での居宅介護支援事業所向け説明会などを通じて、ネットワークのメリットを伝え登録事業所数の増加に努めます。また、令和2年7月豪雨災害の時には避難所に避難されている方の医療的な情報を把握するうえでくまもとメディカルネットワークが有効だったという意見もあったことから、まずは医療面での有益性を中心に登録を促進していきます。

【参考】在宅医療・介護連携の一例（訪問看護）

訪問看護

病気やけがで自宅で療養している人に対し、看護師などが自宅を訪問して医療的ケアや療養上の世話をを行います。

在宅療養は住み慣れた自宅や地域で家族と一緒に暮らせる反面、同居家族の負担の増加、急変時の対応などが課題となっています。訪問看護は、専門職が訪問しさまざまな看護サービスを提供することで、それらの支援及び生活の質の向上につなげることを目的としています。

訪問看護を利用できる方

- ・医師が訪問看護を必要と認めた方
- ・病状が不安定で、自宅での療養生活に不安がある方
- ・病状が悪化し、通院が困難になった方
- ・看病（介護）する家族がいない方、家族がいても療養の世話が難しい方
- ・人生の最期まで、自宅での療養を希望する方
- ・病状の悪化を予防するための指導や手当てが必要な方
- ・認知症や精神疾患があって生活の支援が必要な方

医師が訪問看護を必要と認めた方であれば、年齢、病状や障がいの程度に関わらず誰でも利用可能です。
自宅のほか、有料老人ホーム等の居住系施設で療養中の方も利用可能です。

訪問看護が提供するサービス

- ・**病状や健康状態の観察、医療処置**
主治医の指示に基づき、病状の観察や医療措置（在宅酸素、人工呼吸器、経管栄養など）を行う
- ・**療育・療養生活の支援、相談**
食事や運動、口腔ケア、清潔援助、排せつのケアなどを行い、健康状態の維持・改善を図る
- ・**リハビリテーション看護**
運動機能や呼吸機能、食べ物を飲み込む力の回復、維持、低下予防などについて、助言や指導を行う
- ・**精神障がい者や認知症の方の看護及び家族の支援**
病状を観察し、服薬の確認や生活リズムの調整、必要なサービスの活用などについて支援を行う
- ・**退院前後の在宅移行支援**
入院先の医師や看護師と連携しながら、スムーズに自宅に帰ることができるよう支援を行う
- ・**終末期ケア**
その人らしい尊厳のある療養生活を最期まで過ごすよう、本人や家族の思いに沿って援助を行う

問い合わせ先

- ・役場窓口
- ・地域包括支援センター
- ・医療機関の相談窓口、地域医療連携室など
- ・居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
- ・訪問看護ステーション

基本目標 5 多様な住まい・サービス基盤の整備

(1) 地域の実情に応じた多様な住まい

《現状と課題》

○養護老人ホーム

さまざまな事情により在宅での生活が困難な状況になっている方がいらっしゃいます。対象者が安心して生活することができるよう多職種連携して対応を協議し、必要に応じて入所の措置を行っています。

○認知症高齢者グループホーム等

認知症高齢者への対応と住まいの確保という点では第7期計画期間中にグループホーム1ユニット9名分を整備しており、町全体で4ユニット36名分の住まいを確保することができました。また、町内にサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）1箇所、有料老人ホーム2箇所設置済みであり、高齢者の状態に応じた住まいが供給されています。

○特別養護老人ホームは要介護3以上の方が利用できる施設であり、サ高住、有料老人ホームは費用負担が大きく、低所得者の利用が難しい状況となっています。町営住宅は民間の賃貸住宅よりも家賃が低廉化されているものの、築年数の古い住宅が多く、高齢者の住まいとしては適しているとは言い難い部分もあることから、高齢者向けの町営住宅の整備、既存の町営住宅の集約化等の検討も必要となってきています。

《今後の方向性》

○養護老人ホームの利用については、環境上の理由や経済的理由により措置入所が必要な方のために、今後も継続して実施していきます。

○既設町営住宅については段差の解消や手摺りの設置などほぼバリアフリー化が済んでいます。建て替えの際にもバリアフリーを前提として整備を行います。

○高齢者向け住まいの整備について、PPP/PFI（公民連携／民間資金を活用した公共サービスの提供）の活用を本町住宅部局と連携して検討します。

《主な取り組み》

① 養護老人ホーム

内 容	65歳以上の高齢者で、環境上の理由及び経済的理由により、在宅での生活が困難な方を入所措置して、社会復帰の促進及び自立のために必要な指導・訓練、支援を行う施設です。 虐待にあっている高齢者の受け皿としても活用できるため、地域包括支援センターや民生委員・児童委員、地域住民と連携し、高齢者虐待等を早期に発見し、迅速な対応に努めます。
今後の方向性	高齢化の進展により独居高齢者の増加が考えられ、自宅での生活が困難となる高齢者数も増加が見込まれることから継続して制度に基づき適切に対応していきます。

② 高齢者向け住まいの確保

内 容	高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための基盤として、必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが「地域包括ケアシステム」の前提です。住環境としての介護老人福祉施設やグループホーム、養護老人ホーム等の社会資源の活用を図るとともに、町営住宅のバリアフリー化等についても検討を行います。
今後の方向性	ハード整備は相当の予算も必要とするため慎重に検討する必要がありますが、高齢者が生活を継続していくための住環境の整備は必要であると考えられることから、引き続き住まいの確保について検討していきます。

(2) 高齢者等の移動手手段の確保

《現状と課題》

- 公共交通サービスとして「多良木町予約制乗り合いタクシー」の運行を実施しています。
- 乗合タクシーの路線変更及び拡充免許返納者への商工会商品券の配付、乗合タクシー乗車無料回数券の配付等を実施しています。

《主な取り組み》

① 公共交通の維持・確保

内 容	高齢化の進展、認知症高齢者の増加、それに伴う昨今の高齢ドライバーの交通事故報道の影響により免許返納者の増加が想定されます。本町では「多良木町地域公共交通会議」を設置し、公共交通サービスとしてどのようなサービスが必要か検討を行っています。
今後の方向性	乗り合いタクシーの利用拡大を図りつつ、免許証自主返納者に対して自家用車に代わる移動手手段の提供や助成などができないか引き続き検討を行います。

② 移動手手段の確保のための支援

内 容	中山間地域である本町においては移動手手段の主なものは自家用車であり、高齢者の免許返納後の移動手手段の確保は喫緊の課題となっています。役場等の公共機関や金融機関、医療機関のみならず、地域の公民館等通いの場への移動距離が長い地域も存在します。外出時の利便性の確保と閉じこもり防止の観点からも手軽に移動できる手段を確保することが必要となっています。
今後の方向性	ニーズ調査において、どのようなサービスがあれば集いの場まで通うことができるかの設問に対し、若干ではありますが電動車いす等の購入補助という回答がありました(49頁)。今後も引き続き調査を実施し、ニーズの把握を行いつつ先進事例等を参考に、代替の移動手手段の提供や助成等が可能か検討を行います。

基本目標 6 介護人材の確保とサービスの質の向上

(1) 介護保険サービスの充実

《現状と課題》

- 介護保険制度の創設以来、様々な介護サービス事業所が開設されました。令和2（2020）年度現在、居宅サービス18事業所、施設サービス3事業所、地域密着型サービス6事業所、居宅介護支援・介護予防支援8事業所が熊本県または本町の指定を受けて利用者のニーズに応じたサービスを提供しています。
- 総合事業においては、介護予防相当事業所（訪問7、通所15事業所）を指定しており、また、委託事業により通所型サービスA2か所、通所型サービスC1か所を運営しています。サービス調整会議を経て利用者の状況に応じたサービスを提供中です。なお、通所Aについては生活支援コーディネーター及び多様な立場の人で構成する協議体の中で検討を行ったうえで、設置に至っています。
- 本町においては令和12（2030）年にかけて後期高齢者数の増加が見込まれており、今後も介護サービスの需要は一定数見込まれるものと思われまます。その時々に応じて必要な介護サービスが提供できるよう、必要なサービスの検討、事業所に対する支援等を行います。

《主な取り組み》

① 居宅サービス・施設サービスの充実

内 容	上記のとおり町内には多数の介護サービス事業所があり、広域型、地域密着型それぞれの個性を生かしたサービス提供に努めていますが、高齢者のニーズが多様化する中、地域の現状把握や事業所間の情報共有など、これまで以上に事業所同士の連携が必要な状況となっています。地域包括ケアシステムの構築を推進するうえでも事業所間の連携体制を整備することは大変有意義なものと考えています。
今後の方向性	事業所間の緊密な連携を図り、企業の枠を超えた取組の検討や行政・地域包括支援センターとの意見交換の場として、事業所連絡協議会（仮称）の設立に向けて支援を行います。

② 地域密着型（介護予防）サービスの充実

内 容	地域密着型（介護予防）サービスは、文字通り地域に開かれた事業所であり、町内にお住いの高齢者を対象としたサービスです。地域密着型（介護予防）サービスは町に指定権限があり、本計画においてもサービスの供給量等に大きな影響を及ぼします。住民のニーズを見極めながら必要なサービスの導入検討を行っていく必要があります。
-----	---

今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者又はその家族がどのようなサービスを必要としているか、また、今後の高齢者数等の推移を把握分析しながら、住民のニーズに応じたサービスの導入検討を行っていきます。なお、指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定等に関することについては、関係者の意見を反映させるために介護保険事業計画策定委員会を開催し、委員からの意見を取り入れながら適切な対応を心がけます。 ・地域密着型サービスの指定権者として、適正な事業運営が行われているか定期的な指導監査を行います。 ・居宅サービス・施設サービスと一体的に事業所連絡協議会（仮称）の設立に向けて支援を行います。
--------	---

③ 居宅介護支援・介護予防支援

内 容	<p>居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）は介護サービスの提供の計画書であるケアプランを作成します。また、利用者の状況把握、かかりつけ医や介護事業所との連絡調整などその業務は多岐にわたります。利用者と介護サービスの架け橋となるため、人材の確保・定着とスキルアップは大変重要なものです。</p>
今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の能力向上及び意見交換の場とするため、地域包括支援センターと連携してケアマネジメント研修会を定期的実施します。また、介護給付の適正化と自立支援・重度化防止を促進するためにケアプラン点検による支援を実施します。 ・居宅サービス、施設サービス及び地域密着型サービスと一体的に事業所連絡協議会（仮称）の設立に向けて支援を行います。

④ 介護予防・生活支援サービス事業

内 容	<p>以前は予防給付に位置づけられていた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護は、制度改正により介護予防・日常生活支援総合事業に移行しています。本来は多様なサービスの提供により従前相当サービスの縮小を図っていくべきですが、現状においては未だこれらのサービスを必要としている高齢者が多い状況です。</p> <p>多様なサービスの整備を推進しながら、従前相当サービスとの共存または今後の在り方について検討していく必要があります。</p>
今後の方向性	<p>第8期計画期間においては引き続き介護予防訪問介護・介護予防通所介護相当サービスの提供を継続しながら（特に供給が不足している介護予防訪問介護相当サービスについては近隣町村の事業者の指定を視野に入れたサービス提供体制の確保）、現在実施中の通所型サービスA及び通所型サービスCの対象者の範囲拡大と訪問型サービスCによる在宅生活のフォローを行い、状況に応じて一般介護予防事業や地域での通いの場への参加を支援するなど新たなサービスへの移行を促しつつ、住民のニーズに応じた介護予防を実施します。</p>

(2) 介護人材の確保に向けた取組の推進

《現状と課題》

- これまでは介護職員の不足による大きな影響は聞かれませんでした。近年、特に訪問介護事業所において、介護職員の離職等により需要に対応できない状況が発生しており、総合事業対象者等軽度者へのサービス提供が後回しになるなど、供給が追いつかない状況が顕在化しつつあります。
- 離職の要因は様々だと思われませんが、就業の継続や新規就労の促進に資するよう、事業所へのヒアリング等により現状の分析を行う等、必要な支援策を検討する必要があります。
- 介護職に限らず、デイサービス等に訪問レクリエーション活動等を行うボランティアの方々や、総合事業の各種サービスで利用者のサポートをされている介護予防サポーターの方々も、本町の貴重な介護人材であると言えます。

《主な取り組み》

① 介護負担の軽減と定着促進

内 容	<p>介護ロボットやICTの導入に対する補助事業の積極的な周知を行い、導入事例について事業所間で情報共有できるような場を設け、介護の現場での負担軽減を図りつつ、雇用の定着につなげます。</p> <p>また、介護職員の待遇面での支援として、事業所に対し介護職員処遇改善加算の取得促進を行います。</p> <p>負担軽減の一環として各種届出や事業所指定に関する申請書等提出書類の簡素化を図るための方針を明らかにします。</p>
今後の方向性	<p>国・県の補助事業の積極的な周知を図り、介護ロボット等の導入事例が増えるような働きかけを行っていきます。また、導入事例の効果が他の事業所にも波及するよう情報共有の場を設け、労働環境の改善につながるよう支援を行います。</p> <p>また、介護職員処遇改善加算を取得していない事業所又は取得していても加算率の低いものを選択している事業所に対して高率の加算を取得できるようアドバイスを行っていきます。</p> <p>介護関係の書類は煩雑で、特に事業所の指定や加算の届出に関する書類は添付資料が膨大になるなど事業所の負担が大きくなっています。国の省令を踏まえた項目削減や様式例の活用等により、提出書類の簡素化を図ります。</p>

② 人材の質の向上に向けた取組

内 容	<p>地域密着型サービス事業所に対しては県主催の認知症介護実践者研修等の受講勧奨を行い、介護職員のスキルアップを推進します。</p> <p>居宅介護支援事業所及び介護支援専門員に対しては地域包括支援センターと連携してケアマネジメント研修を実施し、ケアプランの質の向上を図ります。</p>
今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県主催の介護職員の研修に関しては事業所の指定要件を満たすために最低限の職員の受講が必須となっていますが、実践者研修やリーダー研修など一人一人のスキルアップにもつながります。運営推進会議等を通じて研修の受講勧奨を行っていきます。 ・ 介護支援専門員への研修についてはこれまでも地域包括支援センターと連携して定期的開催してきましたが、今後も引き続き研修を実施しケアプランの質の向上を図り、研修を通じた介護支援専門員と地域包括支援センター職員間の連携体制を構築していきます。 ・ 引き続きボランティアポイント制度を活用し、ボランティアに対する意欲が維持できるよう支援します。また、訪問介護の生活援助を代替するような、ちょっとした生活支援を主とする新たなボランティアの仕組みづくりを生活支援コーディネーター及び地域包括支援センターと連携して支援し、その担い手（リーダー）となり得る人材の確保・サポートに努めます。また、担い手となり得る可能性の高い介護予防サポーターの養成を実施し、活動を継続・促進させるためのフォローアップ講座等を実施します。

③ ボランティア、介護予防ポーター等人材の確保に向けた取組

内 容	<p>介護予防、高齢者支援のあらゆる分野での事業展開には担い手の確保が前提となっています。介護を職業としている方以外の、助け合い・支えあいの気持ちから生まれるボランティアや地域のサロン等で活動されるサポーターの方も、貴重な介護人材です。あらゆる機会を通じて、地域で活躍する担い手を確保できるよう、普及啓発に取り組みます。</p>
今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳になられた方に対し体力測定と介護保険制度の説明を行う「65歳到達者運動機能測定評価」事業を実施していますが、若い世代に対し担い手の必要性和介護予防等の取組についての説明を行うには絶好の機会と考えます。引き続き本事業を継続し、取り組んでみたいという意識の醸成と担い手となり得る人材の発掘に努めるとともに、本事業への参加者が増加するよう積極的な周知に取り組みます。

(3) 介護給付等の適正化への取組及び目標設定（介護給付適正化計画）

《現状と課題》

- ケアプラン点検や住宅改修の点検、縦覧点検・医療情報突合については点検は行っているものの、専門的知識・視点による事業所等への適切な指導を行うには経験が不足している状況です。
- ケアプラン点検等を専門的に行う民間事業者を活用するなど、介護給付の適正化を図るための効果的な施策を検討する必要があります。

《主な取り組み》

① ケアプランの点検

要介護者はケアプランを作成し、計画的に介護保険サービスを利用します。作成者に対しケアプランの提出を求め、利用者の自立支援につながるケアプランとなっているか、適正な給付が計画されているか評価を行い、必要に応じて作成者に対し助言等を行います。また、専門的な見地からの点検・評価を行うため、専門事業所への委託事業を計画します（一般会計による事業）。

【目標】

目標値の内容	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度
居宅サービス利用者のケアプラン点検 ※点検率=点検数/居宅サービス利用者数	点検率 5%以上	点検率 5%以上	点検率 5%以上
地域ケア会議等を活用したケアプラン点検	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
住宅型有料老人ホーム等入居者のケアプラン点検 ※点検率=点検数/有料老人ホーム等利用者数	点検率 5%以上	点検率 5%以上	点検率 5%以上

② 住宅改修の点検

住宅改修の内容が利用者の重度化防止や自立支援に結びついているか、適切な改修内容となっているか施工前点検を行い、不適切又は不要な住宅改修を施工前に是正します。住宅改修にリハビリ等の専門職が関与していない場合は、町から専門職が所属する事業所に職員の派遣を依頼します。

【目標】

目標値の内容	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度
住宅改修の施工前点検 ※点検率=施工前点検数/住宅改修数	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
建築専門職、リハビリテーション専門職による住宅改修の施工前点検 ※点検率=点検数/上記施工前点検数	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%

③ 医療情報突合・縦覧点検

国保連介護給付適正化システムによる縦覧点検や医療情報との突合情報から、介護報酬の不適正・不正な請求を発見し、給付の適正化を図ります。介護保険制度の信頼性向上のために、国保連のデータを活用して複数月にまたがる請求明細書の内容を確認し、提供されたサービスの整合性の点検を行い、不適正な請求と認められた場合には、介護報酬の返還を求めます。また、ケアプランの点検と同様に専門的な見地からの点検・評価を行うため、専門事業所への委託事業を計画します（一般会計による事業）。

【目標】

目標値の内容	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度
医療情報突合の実施	全月点検	全月点検	全月点検
縦覧点検の実施	全月点検	全月点検	全月点検
活用帳票・チェック項目の明確化	医療給付情報突合確認表 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表 等		

④ 介護給付費通知

サービスの適正な利用、給付費の適正化に向けて、利用状況を本人又は家族に通知し、利用者が受けているサービスの内容の周知及びサービス事業者の不正抑止を図ります。

【目標】

目標値の内容	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度
介護給付費通知	利用者全件通知	利用者全件通知	利用者全件通知

基本目標 7 災害や感染症への対応

(1) 令和2年7月豪雨災害等からの復旧・復興に向けた支援

《現状と課題》

- 令和2年（2020年）7月4日未明からの大雨による豪雨災害により、県内では今なお、高齢者を含む4,215人（令和2年（2020年）12月20日時点）の方が仮設住宅で生活されており、引き続き高齢者等の見守り活動や生活支援が必要となっています。
- 次の災害に備え、高齢者施設等と県及び市町村が連携を図りながら、自然災害対策の強化に取り組む必要があります。

《主な取り組み》

① 要配慮者利用施設との連携

多良木町地域防災計画で要配慮者利用施設と定められている高齢者施設等については、各施設の避難確保計画の策定状況や防災訓練等の取組状況を把握するとともに、災害時に円滑な避難活動が図られるよう施設と町が連携しながら高齢者の安全を確保します。

② 避難行動要支援者名簿・個別計画の活用

避難行動要支援者の避難支援に係る個別計画について、該当者の特性に応じた策定・見直しを行うとともに、防災訓練等の実施による計画の実効性の確保を図ります。

③ 発災後の住民に対する支援

道路等の被災により集落が長期的に孤立した場合に、本町保健師や業務委託による理学療法士、健康運動指導士等を現地に派遣し、被災住民に対し健康状態の確認やフレイル予防等のための運動指導等を行います。

また、被災地域におけるリハビリテーション活動を推進するため、県より多様な専門職の派遣を受け、町民のニーズを踏まえた応急仮設住宅の環境調整、介護予防に資する運動指導、地域の会議等における助言や研修等を実施します。

④ 発災前後の避難に対する支援

台風などの比較的予測がつきやすいような場合は、自主避難という方法が考えられますが、要支援者においては移動自体が困難な場合が多く、避難所への移動に対する支援も必要となっています。早めの避難を行うためにも防災部局による避難の呼びかけとともに、福祉車両を持つ介護サービス事業所との連携、介護支援専門員による短期入所等の調整、町の一時保護事業による施設の確保が円滑に行えるよう体制の整備を行います。

また、要支援者の長期間の避難に耐えうる、福祉避難所の開設に要する物資（簡易ベッド等）の確保を防災部局と共に検討します。

(2) 新型コロナウイルス感染症等に対応したサービス提供体制の整備

《現状と課題》

- 新型コロナウイルス感染症の世界的な感染拡大により、熊本県内、また、本町においても感染者が発生しました。この影響により、地域の集まりが抑制されたり、高齢者の介護サービス利用が控えられたりするなどの影響も出ています。
- 一般的に高齢者が感染症に感染した場合、重症化するリスクが高く、また高齢者施設等においては、集団発生となるケースもあることから、日常的に感染症防止対策を講じておく必要があります

《主な取り組み》

① 感染拡大防止の取り組み

感染防止を図るため、高齢者施設等や県と連携を図りながら、周知啓発、研修、訓練等を実施します。

② 感染者が発生した場合の備え

高齢者施設等に感染者が発生した場合に備え、県と連携を図りながら、必要な物資の備蓄、調達体制の整備を進めます。

③ 新たなサービス提供体制の整備

新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大が確認されるようになってから、これまでの生活様式が一変しました。感染リスクの高い高齢者を取り巻く環境においては特に影響が著しく、住民に対する介護予防の取組に関しても従来の方法からの変革を求められました。本町においては総合事業での通所型サービスと一般介護予防事業による体操教室等を実施していますが、感染拡大防止を図りつつ、適切にサービスを提供するために、以下のとおりの対応を予定しています。

○筋力アップ教室

本町で最も参加者が多い介護予防教室です。これまでは午前午後の2部構成で人数制限なしで実施してきましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大以降、午前2部、午後1部の3部構成とし、1部あたり1時間、人数制限を設けて実施してきました。令和3（2021）年度からは午前2部、午後2部の4部構成に拡大し、可能な限り参加意欲のある高齢者をピックアップできるような体制を整えます。

○各種事業共通

講師の移動に伴う感染リスクの低減を図るため、事業所と会場をオンラインで繋ぎ、リモートでの体操指導ができるような環境を整備します。