

第4章 計画の基本的な考え方

第1節 計画の基本理念、基本方針、基本的な目標

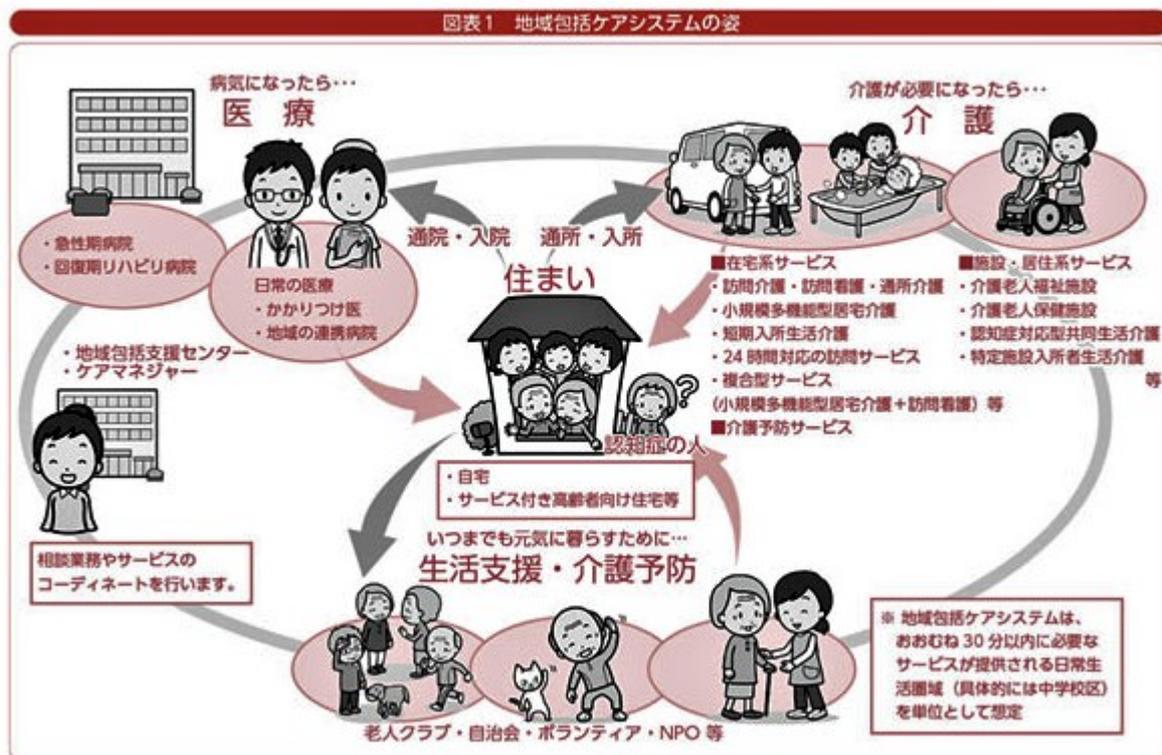
前期計画である「きみの長寿プラン 2021」では、『生涯を通じて生き生きと充実した生活が営めるまちづくり』を基本理念として掲げ、地域包括ケアシステムの深化・推進の考え方を踏まえながら、地域全体で支え合い、個人の尊厳やその人らしい生き方が尊重され、安心して生活していくことができるまちづくりを進めてきました。

また、上位計画である第2次紀美野町長期総合計画（後期計画）において、高齢者施策の方針を「介護サービスと高齢者福祉の充実を図り、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等のサービスを受けながら暮らし続けられる、地域包括ケアシステムの構築」と「高齢者の健康の保持・増進と地域社会への積極的な参画、能力活用を進め、高齢者の社会貢献と生きがいのある暮らしの推進」としています。

「きみの長寿プラン 2024」においては、前期計画で進めてきた取組を更に充実させていくとともに、地域や個人が抱える複合的かつ複雑なニーズに応えることができるよう、様々な必要な支援が受けられる体制を整備し、高齢者一人ひとりが、生きがいや役割を持ち、可能な限り住み慣れた地域で自分らしく暮らすことができるまちづくりを推進していく必要があります。

このようなことから、「きみの長寿プラン 2024」では、前期計画の基本理念を継承し、『生涯を通じて生き生きと充実した生活が営めるまちづくり』を基本理念とします。

また、地域包括ケアシステムの深化・推進を図りながら、『地域共生社会の実現』をめざすため、3つの基本的な目標を定めます。



出展：広報誌「厚生労働」

基本理念	基本方針	基本的な目標	施策
<p>生涯を通じて生き生きと充実した生活が営めるまちづくり</p>	<p>地域包括ケアシステムの深化・推進を図りながら、『地域共生社会の実現』をめざす</p>	<p>1. 元気で生き生き暮らすための支援</p> <p>2. 地域で支える仕組みづくり</p> <p>3. 介護保険運営の安定化</p>	<p>(1) 介護予防の推進 (自立支援、重度化防止)</p> <p>(2) 地域活動・地域づくりの推進</p> <p>(3) 認知症施策の推進</p> <p>(1) 在宅医療・介護連携の推進</p> <p>(2) 地域包括支援センターの機能強化</p> <p>(3) 地域密着型サービスの充実</p> <p>(4) 生活支援体制の整備・生活支援サービスの充実</p> <p>(5) 権利擁護</p> <p>(1) 介護人材の確保と生産性の向上</p> <p>(2) 要介護認定の適正化</p> <p>(3) ケアプランの点検・住宅改修等の点検</p> <p>(4) 縦覧点検・医療情報との突合</p> <p>(5) 災害・感染症対策</p>

本町がめざす地域包括ケアシステム

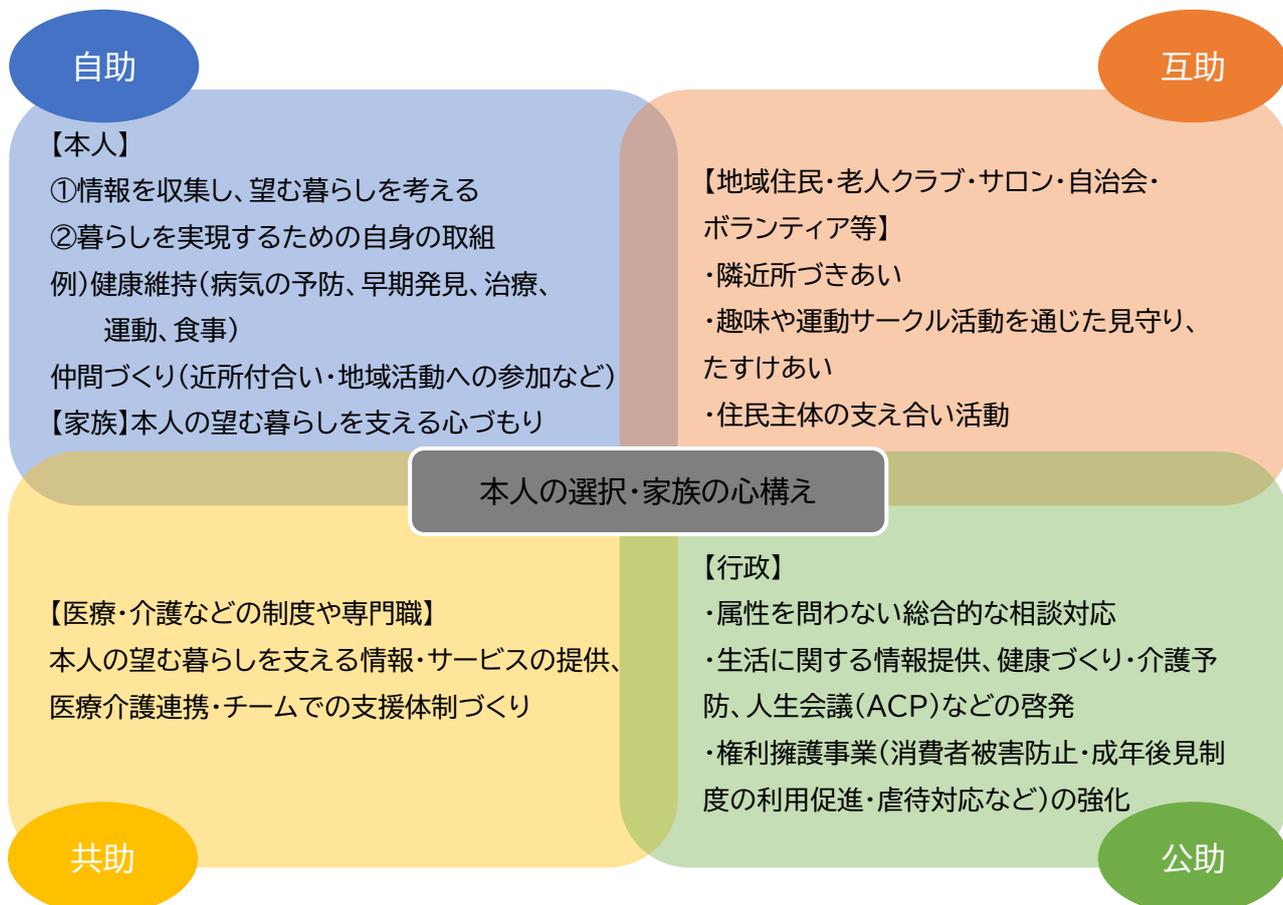
地域包括ケアシステムとは、介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、住まい・医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供される体制を指します。高齢化の進展や、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するために、人口・世帯構成や地域社会の変化など、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築と、更なる深化・推進が求められています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、「今後、介護が必要になった場合、どのようにしたいと思いますか」との問いに、約6割の人が「できる限り、自宅で介護サービスを使いながら介護を受けたい」と回答しています。

これを受け、本町では、医療と介護が一体的に提供できる体制を確保しながら、行政と地域住民が協働し、高齢者だけでなく障害のある人も含めた福祉的なサポートを必要とする人を地域で支え合う、地域共生社会の仕組みづくりを推進し、一人ひとりに合った地域包括ケアシステム（生涯を通じて生き生きと充実した生活が営めるまちづくり）の深化を図ります。

主な取組として、地域包括ケアシステムの土台となる「本人の選択・家族の心構え」を促すため、「もしものとき」にどんな医療やケアを希望するのかを前もって考え、周囲の信頼できる人と共有する取組「人生会議（ACP）」を推進し、それぞれが望む暮らしを考えるきっかけとします。またそれを支える家族の心構えをサポートするため、医療・介護などの専門職が連携しながら必要な情報やサービスを提供し、家族も含めたチームでの支援体制の強化を図ります。

本人自ら取り組むこと（自助）として、身近な地域での健康づくり・介護予防のための取組の拡充、趣味活動や運動グループなどを通じた仲間づくり（互助）の活動支援を強化し、たすけあい活動の発展を促しながら、自助・互助・共助・公助それぞれがバランスよく役割を發揮し、本人の望む暮らしを支えられる地域づくりを推進します。



第2節「きみの長寿プラン 2024」の成果目標と具体的施策

地域共生社会の実現を総合的に推進するために、基本的な目標と、その目標達成に向けた施策体系と達成すべき成果目標を設定します。

基本的な目標1 元気で生き生き暮らすための支援

高齢者が住み慣れた地域のなかで、孤立することなく人とつながりを保ち、継続的に介護予防や健康づくりに取り組むことができるよう、個々の健康状態や関心に応じて参加できる通いの場が充実した地域づくりを推進します。さらに、高齢者がこれまで培った知識・経験を生かし、「地域を支える担い手」として生きがいや、役割を持って社会参加し活躍できる環境の整備を進め、「活力ある地域」をめざします。

このように、高齢者一人ひとりができることを大切にしながら暮らし続けるために、地域住民、ボランティアなど多様な主体が協力し合い、それぞれの地域に求められる活動やサービスが得られる地域づくりを推進します。

(1)介護予防の推進(自立支援、重度化防止)

それぞれの高齢者に対応した自立支援・重度化防止のための取組を展開し、地域での健やかな暮らしの継続を支援します。また、疾病から要介護状態への進行を防止するため、高齢者の保健事業と介護予防の一層の連携を図ります。

① 保健指導等の実施

疾病予防や重症化予防のための高齢者の保健事業とフレイル状態に陥らないための生活機能維持を含めた介護予防を一体的に実施するために、介護・医療・健診情報等の活用を含め担当課等と連携し積極的に取組を進めていきます。

② 介護予防の実施

高齢者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防に取り組めます。

外出機会の減少や生活不活発によるフレイル予防対策として、住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する普及啓発を実施します。また、地域サロン等での健康相談や介護予防教室等の開催、通いの場の充実を図ります。

—主な取組—

- 保健師・管理栄養士による特定保健指導
- 後期高齢者質問票や健診結果、医療情報等による保健指導等の実施
- 健康づくり・介護予防の普及啓発、各種教室の開催
- 通いの場を含む地区巡回等での健康相談の実施
- 介護予防講座「楽しい健康づくり講座」の開催

- パワーリハビリ「健康アップ・チャレンジ教室」の開催
- 脳の健康度検査「ファイブ・コグ検査」の実施
- トレーニングルームの利用の促進

【成果目標】

指標	令和4(2022)年度	目標値
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 現在の幸福度の平均点	7.1 点	7.3 点
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 現在の健康状態が「良い(とても良い+まあ良い)」の割合	75.7%	80%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 生活機能評価での運動機能リスク該当の割合	19.1%	18%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 生活機能評価でのうつ病のリスク該当の割合	32.9%	30%
第1号被保険者の要介護(支援)認定率	23.7%	23%
平均要介護度	2.11	2.06
更新申請者の要介護認定の変化率 (前回判定から軽度化)	11.8%	13%
更新申請者の要介護認定の変化率 (前回判定から重度化)	31.2%	30%
短期集中(個別)リハビリテーション実施加算 の算定割合	7人	10人

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
フレイル予防の栄養指導を受けた高齢者数 (ハイリスクアプローチ)	41 人	45 人
パワーリハビリ「健康アップ・チャレンジ教室」の修了者数	17 人	20 人
地域ケア個別会議の開催回数	4 回	6 回
地域ケア個別会議での事例検討件数	8 件	12 件

(2)地域活動・地域づくりの推進

① 地域活動への参加促進

高齢者が活動的で生きがいに満ちた生活ができるよう、地域活動を始めるきっかけづくりとして、本町で活発に行われている通いの場の情報を集めたガイドブックを活用し、身近な地域での仲間づくりを支援します。

また、地域サロン活動や老人クラブ、こども食堂をはじめとする様々な地域活動の継続支援に加え、長年培った知識・経験・技術、あるいは人と人とのつながりを様々な地域活動に生かせるよう、高齢者の社会参加の促進に努めます。

② 地域共生社会の実現に向けた地域づくり

若い世代からの認知症や高齢者、障害者への理解の促進と、多世代が交流できる機会を作り、共生社会に向けた地域づくりに取り組みます。

—主な取組—

- 通いの場ガイドブックの活用、個々の健康状態や関心に応じた通いの場につながる支援
- 地域サロン活動の継続支援
- 誰もが気軽に集えるコミュニティカフェ等の継続（キノコ食堂、きみの*にこカフェ）
- 各種教室修了者による自主活動への展開と活動継続支援
 - ・いきいき百歳体操 ・わかやまシニアエクササイズ「転ばん塾」
- 老人クラブ活動の活性化
- 災害時避難行動要支援者名簿の共有（自主防災組織・民生委員児童委員・警察・消防・社会福祉協議会・総務課）と地域への名簿活用の働きかけ
- 食生活改善推進協議会の活動支援
- 健康推進員の活動支援
- 赤十字奉仕団活動の支援
- 傾聴ボランティア活動の支援
- 学校での福祉教育の実施と協力（コミュニティスクール）
 - ・中学校でのバリアフリー体験（高齢者疑似体験・車イス操作体験など）
 - ・認知症サポーター養成講座
 - ・こころの障害についての啓発
- 地域支え合いフォーラムの開催

【成果目標】

指標	令和4(2022)年度	目標値
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 生活機能評価での閉じこもりリスク該当の割合	28.8%	26%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 地域づくり活動に対する参加者としての参加 意向「既に参加している」人の割合	6.2%	7.2%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 地域づくり活動に「参加意向がある」高齢者の 割合	47.2%	50%

指標	令和4(2022)年度	目標値
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 近隣住民との付き合い方として、「困ったときに相談・助け合う関係」の割合	23.1%	25%
地域サロン活動の継続支援	823 人	900 人
いきいき百歳体操自主グループ数	21 か所	25 か所

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
週1回以上開催の通いの場への参加者の割合	11.20%	12%
いきいき百歳体操の活動グループ数	21 か所	23 か所
60 歳以上に占める老人クラブ会員の割合	29.4%	31%
単位老人クラブ数	55 団体	55 団体
65 歳以上に占める地域サロン登録者割合	17.6%	18%
稼働している地域サロン数	43 か所	45 か所

(3) 認知症施策の推進

認知症は誰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を含め、多くの人にとって身近なものとなっています。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会をめざすため、国が令和元年（2019年）6月にとりまとめた「認知症施策推進大綱」では、基本的な考え方として、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くこととしています。

また国は、令和5年（2023年）6月、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よう、認知症に関する施策に関し基本理念等を定めた「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を制定しました。認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（共生社会）の実現を推進することを目的に、認知症の人に関する国民の理解の増進や社会参加の機会の確保、意思決定支援及び権利利益の保護、相談体制の整備など、7つの基本理念を掲げています。

本町においても「認知症施策推進大綱」並びに「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき、認知症の人やその家族の視点を重視し、認知症の人ができる限り地域のより良い環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症地域支援推進員を中心に、地域の実情に合った施策を展開します。

① 普及啓発・本人発信支援

認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域で認知症の人やその家族をサポートする「認知症サポーター」養成講座を通じて地域住民への啓発を推進するとともに、認知症に関する相談窓口の周知、医療機関と連携しながら支援の強化を図ります。また、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」の設置に向け、相談体制や地域の見守りネットワークなど本人と家族を支える地域づくりに取り組みます。

さらに、認知症の人本人が、自身の希望や必要としていることなどを、世界アルツハイマー月間などに合わせ町広報等で発信し、認知症への理解促進を図ります。

② 予防

認知症予防への取組として、保健師、管理栄養士等による健康教室や、脳の健康度検査（ファイブ・コグ検査）などの出前講座を引き続き実施します。

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、認知症に関する相談窓口についての認知度が約34.8%（前回調査：33.1%）と低く、また認知症について気になる項目として、「症状がどのように進行していくのか」が最も多い結果であったことから、地域包括支援センターをはじめとする認知症に関する相談窓口の一層の周知と、「認知症ケアパス」（認知症の人や家族が今後の見通しをたてるための参考として、認知症の進行に合わせ「いつ」「どこで」「どのような」医療・介護、民間や地域のサービスが受けられるか、認知症に関する制度や支援などをまとめたもの）の普及に努めます。

認知症の早期発見・早期診断、早期対応を推進するため、医療機関や認知症疾患医療センターと連携し、スムーズな支援ができる体制づくりに取り組むとともに、介護者への支援として、紀美野

町社会福祉協議会による介護者家族の会（かたつむりの会）や公益財団法人認知症の人と家族の会など、地域で交流や情報交換ができる場等の情報提供に努めます。

加えて、近年社会的に認知されつつあるヤングケアラー（本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っているこども）については、介護支援専門員や民生委員等への啓発と情報提供を呼びかけながら、子育て推進課をはじめ教育委員会等と連携し、早期発見と支援の体制づくりに取り組みます。

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

「認知症になっても安心して外出できるまち」をめざし、認知症の人等が行方不明になっても、地域の支援を得て早期に発見できるよう、海南警察署をはじめとした関係機関との見守りネットワーク（紀美野にここネットワーク（SOS ネットワーク））の更なる強化に努めます。

また、誰もが気軽に交流できる場としての「きみの*にこカフェ」や地域サロン、趣味の教室への参加など、診断を受けた後も希望に沿った自分らしい暮らしが継続できるよう、認知症の人とその家族を地域全体で支えるまちづくりに積極的に取り組みます。

—主な取組—

○認知症施策の推進

- ・認知症サポーター養成講座の開催
- ・脳の健康度検査（ファイブ・コグ検査）の実施
- ・認知症初期集中支援チーム等による早期発見・早期対応
- ・認知症に関する医療機関との連携強化、認知症初期集中支援チーム検討委員会の開催
- ・多世代によるコミュニティカフェ（きみの*にこカフェ）の継続

【成果目標】

指標	令和4(2022)年度	目標値
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 生活機能評価での認知機能リスク該当の割合	48.2%	47%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 認知症の相談先を知っている人の割合	34.8%	40%
(在宅介護実態調査) 認知症自立度別(Ⅱ以上)・就労継続見込みで 「続けていくのは、かなり難しい」人の割合	7.6%	6%

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
認知症サポーター延べ受講者数	3,324 人	3,500 人
キャラバン・メイトフォローアップ研修実施回数	1 回	1 回
もの忘れ相談チーム(認知症初期集中支援チーム) 開催回数	0 回	3 回
きみの*にこカフェ実施回数	7 回	12 回
きみの*にこカフェ参加延人数	59 人	100 人
傾聴ボランティアフォローアップ研修実施回数	1 回	1 回

基本的な目標2 地域で支える仕組みづくり

高齢者の一人暮らしや高齢者のみの世帯が増加しているなか、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）には、医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加が予想されます。

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく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中核を担う地域包括支援センターが中心となり、医療・介護・福祉の各分野をはじめ、地域の関係機関・団体等と連携を強化しながら、切れ目ない支援に努めます。また、地域包括支援センターの継続的に安定した運営、事業実施に向けて体制強化を図ります。

さらに、高齢者の権利擁護を促進し、高齢者虐待の防止や早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する支援を行うために各関係機関との連携を強化します。

(1)在宅医療・介護連携の推進

切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、医療依存度の高い人の在宅生活の体制整備を行うため、海南市や「海南海草在宅医療・介護連携サポートセンター（以下、「サポートセンター）」と共に、以下の事業に取り組みます。

① 日常の療養支援

「介護支援専門員等から医療機関への連絡窓口一覧」を作成し、医療・介護従事者間において連絡調整が円滑に行えるよう支援するとともに、定期的に情報の見直しを行います。

② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

海南市と共同で在宅医療や介護を担う関係者による、海南海草在宅医療・介護連携推進会議を開催し、課題抽出及び解決策の検討と取組の評価・改善を行います。

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

サポートセンターを中心に海南医師会の協力のもと、24時間365日体制の医師への負担を軽減するため、地域全体でサポートできる代診医制度の促進など、在宅医療体制の更なる推進を図ります。

④ 医療・介護関係者の情報共有の支援

関係者の協力により、より良い連携手法についての検討や手法をまとめた冊子「多職種連携エチケット集」の情報を更新しながら、普及活用を行っていきます。また、サポートセンターより、医療資源の情報提供を行います。

⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅生活や入院・転院・退院時等の在宅医療や介護に関する相談に対応し、よりスムーズに連携できるよう支援します。

⑥ 医療・介護関係者の研修

医療職と介護職等が相互の専門性や役割を理解し、多職種間で顔の見える関係を築くとともに、より効果的な連携が行えるような実践的なスキルの向上をめざし、介護職を対象とした医療関連の研修会を開催します。

⑦ 地域住民への普及啓発

住み慣れた在宅での療養を希望する人が、在宅での療養、さらに看取りという選択ができるように、地域住民に対しての講演会を開催します。また、住民一人ひとりが主体的に意思決定できるように講座等を開催し、在宅医療に関する普及啓発を行います。

⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

海南市や海南保健所、サポートセンターなどと定期的に運営会議を開催し、連携を図ります。

【成果目標】

指標	令和4(2022)年度	目標値
居宅介護支援受給者における「退院・退所加算」の取得率	1.1%	1.5%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) かかりつけ医のいる高齢者の割合	86.7%	89%
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 治る見込みがない病気になったとき、終末期を在宅で迎えたい人の割合	47.2%	50%

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
地域住民への普及啓発講座等の延べ参加人数	136人	150人

(2)地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターでは、総合相談、介護支援専門員や介護保険事業所等への指導、多職種協働の地域ケア会議による地域課題の検討、地域に向けた啓発などの取組を更に推進します。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果では、認知症に関する相談窓口についての認知度が低い結果であったことから、チラシや広報、町ホームページなど相談対応を行う地域包括支援センターの認知度の向上と、相談体制の充実を図ります。

① 総合相談支援

誰もが住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を継続していくことができるよう、地域包括支援センターでは高齢者、障害者、生活困窮、認知症、ヤングケアラーなど、住民のあらゆる相談に幅広く対応します。特にヤングケアラーについては、子育て推進課や教育委員会等と分野を超えた連携を図り、取りこぼしのない重層的な支援を実施していきます。

② ケアマネジメントの質向上

高齢者が自身のニーズに合ったサービスを適切に利用し、自立した生活を続けられるよう、地域ケア会議における個別ケース検討などを通じて、ケアプランの確認や助言等を行うことにより、地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントの質の向上を図っていきます。

—主な取組—

○総合相談

- ・高齢者、障害者、生活困窮、認知症など、属性を問わない総合的な相談対応

○包括的・継続的ケアマネジメント

- ・介護支援専門員への指導、助言、支援困難事例等への関わりなど、介護支援専門員の実践向上支援
- ・ケアプランチェックの実施
- ・自立支援やQOL向上に向けた多職種による地域ケア個別会議の継続

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
高齢者・障害者・認知症などの総合的な相談対応件数(※集計方法変更)	536 件	200 件
地域ケア会議の開催回数	1 回	1 回

(3)地域密着型サービスの充実

本町が指定権限を持つ地域密着型サービスについては、「紀美野町地域包括支援センター及び地域密着型サービス運営協議会」において、サービスの質の確保と運営評価を行います。また集団指導や運営指導を実施するとともに、町独自の取組として外部評価機関による小規模多機能型居宅介護事業者への外部評価を実施し、サービスの質の向上と、給付の適正化を図ります。

また利用者ニーズをはじめ介護サービス事業所の意向等を踏まえながら、地域密着型サービスの整備を検討していきます。

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
地域密着型サービス事業者への運営指導の実施回数	0回	1回

(4)生活支援体制の整備・生活支援サービスの充実

各高齢者施策の充実に加え、誰もが安心して住み慣れたまちで自分らしい生活が続けられるよう、各制度や支援、民間サービス等をまとめた「社会資源リスト」を更新し全戸に配布するとともに、不足している資源を把握し、地域ケア会議や協議体とも連動しながら必要な取組を検討します。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果では、「外出を控えている理由」として、「足腰などの痛み」が40.1%（前回調査：52.0%）、次いで「交通手段がない」が17.0%（前回調査：23.9%）と、なっています。令和2年10月より開始した、高齢者・障害者・妊婦を対象とした外出支援タクシー・バス助成券事業や買い物支援サービス「きみのり」活動への支援を引き続き実施しながら、関係機関を交えた検討のもと移送支援サービスの充実をめざします。

互助を推進する取組としては、地域での支え合いを広げることを目的とした地域支え合いフォーラムを開催し、現在動木地区で立ち上がっている住民主体の地域活動「チーム☆とどろき」（第2層協議体）をモデルに、他地域での展開を働きかけます。活動継続の支援として、地域支え合い協議会補助金を活用した活動費の補助や、他市町の情報提供など後方支援を行いながら、社会参加や地域での助け合いを推進します。

また、第2層協議体であがってきた地域で解決できない困りごとは町全体の課題として、生活支援コーディネーター、老人クラブ、民生委員、商工会、生活支援サービス等の提供主体、関係機関や地域の人が協働する場（第1層協議体）で検討し、多様なサービスの創出をめざします。

—主な取組—

- 高齢者福祉事業の継続
 - ・日常生活用具給付等事業
 - ・緊急通報装置貸与事業
 - ・高齢者住宅改修補助事業
 - ・避難行動要支援者名簿の整備と一人暮らし高齢者の見守り訪問
 - ・生活管理指導短期宿泊事業
- 社会資源リストの更新・配布

- 関係機関等を交えた移送支援策の継続検討
- 地域支え合いフォーラムの開催

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
第2層協議体の設置数	1か所	3か所

(5)権利擁護

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果では、成年後見制度について制度の内容まで知っている人と回答した人は18.6%（前回調査：16.7%）と、認知度がやや上昇したものの、約2割にとどまっていることから、今後は成年後見制度及び相談窓口の啓発強化に加え、認知症のみならず障害等により意思決定において支援を必要とする人に早期に気づき、支援につなげる体制づくりとして、社会福祉協議会や障害者福祉分野を含む関係機関との地域連携ネットワークの構築をめざします。

全ての人の権利侵害や虐待行為に対応するため、警察や医療機関、介護事業所等、地域の関係機関等で構成されるきみのネットワーク委員会において連携強化を図るとともに、対応の評価と虐待防止のための施策化の検討を行います。

① 高齢者への虐待防止

令和6年4月より、全介護事業所に虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じるよう義務付けられました。これにより、虐待の未然防止や早期発見により一層つながるものと考えられることから、関係機関の協力のもと家族介護者への支援や見守り体制の強化を図り、迅速かつ適切な対応に努めます。

② 高齢者の権利擁護の推進

一人ひとりが自分で意思を表明でき、その意思が尊重され日常生活・社会生活を決めていくことはとても重要であり、それは認知症の人にとっても同様です。

もしものときのために、自身が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い共有する取組「人生会議（ACP）」を地域サロン等で推進します。また、認知症であっても意思が尊重され、その能力を最大限活かすことができるよう、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の周知を図ります。

判断能力の低下により、社会福祉協議会による福祉サービス利用援助事業での対応が困難になってきた人に対し、関係機関と連携しながら成年後見制度へのスムーズな移行を支援します。

さらに、権利侵害の恐れのある人について、本人や親族等による成年後見申し立てが望めない場合は、必要に応じ町長による成年後見審判請求を行います。経済的な理由で成年後見制度の利用を諦めることがないように、申し立て費用及び後見人等への報酬の助成を引き続き実施します。

—主な取組—

- 権利擁護事業
 - ・きみのネットワーク委員会の継続
 - ・介護支援専門員等を対象とした高齢者虐待対応研修の開催

- ・人生会議（ACP）の啓発
- ・成年後見制度、福祉サービス利用援助事業などの啓発強化、相談対応、利用促進

【成果目標】

指標	令和4(2022)年度	目標値
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 成年後見制度の名称を知っている人の割合	62.7%	67%

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
権利擁護に関する相談件数	5件	10件
町長による成年後見申立件数	3件	3件

基本的な目標3 介護保険運営の安定化

持続可能な介護保険制度にするためには、介護給付を必要とする高齢者等を適切に認定し、高齢者等が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し、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性を高めていく必要があります。

介護保険制度への信頼性を高める取組として、要介護認定の適正化や、ケアプラン・住宅改修・福祉用具の点検、縦覧点検・医療情報との突合や給付実績の分析を積極的に行います。

また、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や資質の向上等に取り組みます。職場環境の改善等の取組を通じ、介護職員の負担軽減、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりを支援するとともに、医療・介護を担う人材が互いに連携することで、介護人材の確保を図ります。

(1)介護人材の確保と生産性の向上

現在、介護を必要とする高齢者の増加に対し支え手の不足が深刻な状況にあることから、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保・育成を行い、介護現場全体の人手不足対策を進めることが重要です。そのため、必要となる介護人材の確保に向け、国や県と連携し、処遇改善、新規参入や多様な人材の活用の促進、介護の仕事の魅力向上、職場環境の改善等のための方策を検討していきます。

① 介護人材の確保

介護人材の確保・定着に向けて、国が進めるICT・介護ロボットの活用の推進や和歌山県、和歌山労働局、公共職業安定所（ハローワーク）や、和歌山県社会福祉協議会などの関係機関と連携し、介護現場への人材の参入を促進する事業や、介護職員のキャリアアップを支援するための各種研修について、周知・啓発します。また、資格や経験の有無を問わず、介護職の仕事内容やその魅力について、広く周知を図ります。

② 介護現場の生産性の向上

介護分野の文書に係る負担軽減を図るため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化を推進します。

③ 職場環境の改善

介護現場がより働きやすくなるよう、町内事業者で働き方を改善した事例などの共有や、補助金制度などの情報提供を行います。また、介護現場の業務改善や文書量削減、ICT・介護ロボットの活用の推進等による業務の効率化の取組を検討し、介護事業者が職場環境の改善に取り組めるようになるための支援を行います。

(2)要介護認定の適正化

① 介護給付適正化の推進

認定調査の公平性を確保するため、調査員への研修を適宜実施し、認定調査の信頼性の更なる向上を図ります。また、公平な認定を維持するために、介護認定審査会での合議体間の審査判定の平準化を図ります。

② 審査の簡素化・認定事務の効率化に向けた取組の推進

増加する申請者数に対し、認定調査や審査判定が速やかに実施できるよう、電子化等による事務の効率化を検討します。

(3)ケアプランの点検・住宅改修等の点検

給付適正化システムを活用し、介護サービス利用者ごとのケアプランが、自立した生活を支援する内容となっているかケアプラン点検を行い、介護支援専門員や事業者に指導や評価を行います。また、居宅介護支援事業所・地域密着型サービス事業所への集団指導・運営指導を実施し、法令等の周知と運営に関する指導・助言を行い、介護サービスの質の向上を図ります。

住宅改修や福祉用具が自立支援につながる内容となっているかを、申請時の実態把握や見積書の確認、訪問調査や介護支援専門員への聞き取り等だけでなく、利用者宅を訪問し改修箇所の確認や本人から聞き取りするなど適正化を図ります。

また、認定調査時に貸与を受けている福祉用具品目の聞き取りに併せて、その必要性や利用状況等を確認し、介護支援専門員に再アセスメントを促すなど、過不足のない保険給付に努めます。

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
ケアプランの点検件数	25件	70件
住宅改修等の訪問点検件数	未実施	5件

(4)縦覧点検・医療情報との突合

和歌山県国民健康保険団体連合会（国保連）に委託することで、複数月にまたがる介護報酬の支払い状況の確認、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行います。同様に、医療機関への入院期間と介護保険の給付状況を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性を確認します。

■実施目標

指標	令和4(2022)年度	令和8(2026)年度 目標値
縦覧点検・医療情報との突合件数	全件	全件

(5)災害・感染症対策

近年の突発的な自然災害の発生や感染症の流行への対策として、介護事業所等が作成した避難確保計画やBCP計画（業務継続ガイドライン）が適正に運用できるよう、周知啓発、研修、指導などを行います。また、介護事業所等における物資の備蓄状況の確認や、必要な物資の備蓄・調達・輸送体制を把握し、関係機関等と連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築します。

また、在宅者の避難行動要支援者名簿を地域の自主防災組織、各種団体、役場各課と共有し、災害時の安否確認や避難支援に役立て、災害時であっても高齢者を取り残さない対応を行います。