

第1節 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 在宅医療と介護の連携

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、在宅医療の充実とともに、医療・介護の連携強化が重要な課題となります。在宅医療・介護連携の推進により、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えるために必要な入退院支援、日常の療育支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面での連携を促進する支援体制の整備及び関係機関との連携を進めるとともに、PDCAサイクルに沿ってその取り組みを更に充実させていきます。

本町においては、町の地域医療・介護サービスのさらなる充実を目指し、安心して住み続けることができる地域づくりに向けた連携を図るために、医師、歯科医師、薬剤師、介護サービス事業者、社会福祉協議会、行政等の機関を構成員とする「多可町地域包括ケアネットワークー在宅医療・介護連携推進協議会」が発足しており、在宅医療と介護の提供体制の構築に向けた課題解決に取り組んでいます。

【現状と課題】

平成30年度には、「エンドオブライフケアに関する研修会」や認知症のケアを考える「ケアニン」の上映会を実施し、令和元年度には、「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研修会」や「生活支援記録法に関する研修会」等を実施するほか、各部会でのミーティングや研修会を通じ、施策を展開すると共に連携を推進しています。

今後は、情報交換・共有により関係機関との連携をさらに進める必要があります。また、研修内容等の専門職の要望を集約することにより、魅力ある研修を行い、専門職の参加を促す必要があります。

さらに、令和2年2月以降においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、研修会等の自粛が続いています。このような中でも、地域の医療・介護関係者が在宅医療・介護の連携の課題抽出と対応策を検討し、情報共有や知識の習得等のための研修等対応策を実施する必要があることから、Web会議の活用による研修会等の実施ができるよう努めます。

地域ケア会議においては、身寄りのない人の入院支援や末期ガン患者の在宅における支援及び緊急時の受入体制の確保等の必要性が検討されており、医療と介護の連携体制の一層の強化が求められています。

また、居宅療養管理指導について、関係団体への周知を図るとともに、住民や介護サービス事業者に対し積極的な活用を普及啓発します。

アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

【目標（事業内容・指標等）】

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するために、①現状分析・課題抽出・施策立案、②対応策の実施、③対応策の評価及び改善の実施に取り組みます。
- 医療・介護関係の多職種が合同で参加するグループワークや事例検討など参加型の研修会を実施します。
- Web会議の活用による研修会等の実施に努めます。

2 高齢者を支える地域の体制づくり

(1) 地域ケア会議の推進

地域包括ケアシステムの深化・推進に当たっては、「個別課題解決機能」、「ネットワーク構築機能」、「地域課題発見機能」、「地域づくり・資源開発機能」、「政策形成機能」の5つの機能を持つ地域ケア会議が重要となります。

本町における地域ケア会議は、3類型(①地域ケア個別会議(ケース検討会)、②地域ケア会議、③自立支援型地域ケア会議)に分かれています。それぞれの会議で、個別ケース(困難事例等)の課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化し、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり等を通じて、医療介護連携や認知症施策、総合事業の展開を含む地域包括ケアシステムの実現を目指しています。

【現状と課題】

平成30年度より従来の地域ケア会議に加え自立支援型地域ケア会議を開催しています。地域ケア会議は個別事例の検討や課題解決を中心に実施し、自立支援型地域ケア会議は町内居宅介護支援事業所から提出されたケースについて自立支援の考え方に基づき多職種連携によりケアプランの作成や具体的な支援方法を検討しています。

個別事例の検討や課題解決にとどまることが多く、具体的な政策形成にまで至ることが少ないため、地域ケア会議の一層の充実を図る必要があります。

【目標（事業内容・指標等）】

■地域ケア会議において、複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を提言します。

■地域ケア会議における開催件数及び個別事例の検討件数

事業実績	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度（見込）
地域ケア会議開催回数	48回	43回	9回
個別ケース会議開催回数	36回	33回	10回
個別ケース会議ケース検討件数	357件	306件	41件
自立支援型地域ケア会議開催回数	5回	6回	7回
自立支援型地域ケア会議ケース検討件数	14件	24件	22件

目標値	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
地域ケア会議開催回数	12回	12回	12回
個別ケース会議開催回数	12回	12回	12回
個別ケース会議ケース検討件数	48件	48件	48件
自立支援型地域ケア会議開催回数	7回	7回	7回
自立支援型地域ケア会議ケース検討件数	24件*	24件*	24件*

* 21件＋モニタリング3件の見込み

(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は、虐待の防止、認知症施策の推進や困難事例の解決に向け、総合的な相談体制の充実を図るため、介護をはじめとする様々な相談支援や、高齢者の権利擁護、介護支援専門員に対する支援など、高齢者に関する総合的な業務を行っています。

また、町内3か所の在宅介護支援センターを協力機関として、地域の相談窓口としての機能をもつブランチと位置付けています。

高齢障害者については、介護保険サービスを円滑に利用することができるよう、障害者福祉担当と必要に応じて連携しつつ、介護支援専門員と障害者ケアマネジメントを行う相談支援員等との十分な連携を図っています。

【現状と課題】

高齢者数や要介護認定者の増加に伴い、令和元年度に、地域包括支援センターの機能強化のため、社会福祉士、主任介護支援専門員各1名を増員し、地域包括支援センターの3職種は保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員各2名計6名の体制となり、高齢者に関する総合的な業務の充実を図っています。

多可町の高齢者数、要介護認定者数は年々増加しており、身寄りのないひとり暮らしや高齢者のみの世帯、相談内容の複雑化など様々な問題への対応が迫られています。地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域包括支援センターの職員の更なる資質向上と、適正な人員配置等による機能強化が課題です。

【目標（事業内容・指標等）】

- 地域包括支援センターの窓口をパンフレットやホームページ等で住民に周知します。
- 社会保険労務士や県労働局、公共職業安定所、民間企業等と連携（相談会や研修会への協力）するなど介護離職に向けた取組を検討します。

(3) 関係機関が連携した相談体制の充実

本町では、地域包括支援センターが中心となって、町内3か所に設置したブランチ（在宅介護支援センター）や民生委員児童委員、社会福祉協議会、多可赤十字病院地域医療支援センター等関係機関が、地域ケア会議、ケース検討会、認知症初期集中支援チーム員会議などで情報交換を行うことにより、連携を図りながら相談支援を実施しています。

このほか、民生委員児童委員による「心配ごと相談」を実施しています。支援が必要なケースについては、地域包括支援センターや社会福祉協議会等と連携し、対応しています。

ブランチ：住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」

3 日常生活を支援するための体制の整備

(1) 生活支援体制整備事業

生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図るため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置し、協議体を設置するとともに、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置を検討します。

【現状と課題】

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者の増加に伴い、見守り、安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除など、多様な日常生活上の支援を必要とする高齢者が増えています。今後、このような世帯構成の変化や超高齢社会に向けた生活環境の変化に対応していくためには、介護サービスだけに頼るのではなく、地域の中で新たな生活支援サービスを創出・整備していくことも考えていく必要があります。そのため、どのようなサービスが必要か、また、どのような担い手が必要かを検討する場が必要となりますので、町内全域の状況を把握する者として、平成30年度に第1層の生活支援コーディネーターを配置しました。また、小学校区単位においても社会資源の把握や多様な生活支援サービス等の発掘や調整を担う者として、令和2年度に第2層生活支援コーディネーターを配置しました。

本事業や地域共生社会づくり事業により住民互助活動の機運が高まっており、今後は、地域の中での新たな生活支援サービスに繋げていくことが重要です。そのために、生活支援コーディネーターの機能を補完する協議体を設置するため、集落内で協議できる場づくりに努めます。新たに就労的活動支援コーディネーターの制度ができましたので、今後、本町においても必要に応じ配置を検討します。

【目標（事業内容・指標等）】

- 生活支援コーディネーターが地域ケア会議へ参加します。
- 就労的活動支援コーディネーターの配置を検討します。

(2) 地域共生社会づくり事業

急速に進む少子高齢化、人口減少社会において、地域の困りごとを地域で解決できる体制をつくることで、全ての住民が心豊かに暮らせるまちを目指すため、互助活動のリーダーや協力者を養成します。

平成30年度より地域互助活動向上住民研修会（「コークゼミ・あったかは〜とらいん」）を開講しており、これまでの修了生は、平成30年度59人、令和元年度49人、令和2年度23人（見込）です。

受講生の学びを実際の活動に繋げるため、修了生のネットワーク化、拠点づくり、・多機関との連携等の仕組みが必要です。

(3) 重層的支援体制整備事業

社会福祉法の改正において、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するため、介護（地域支援事業）、障害（地域生活支援事業）、子ども（利用者支援事業）、困窮（生活困窮者自立支援事業）の相談支援に係る事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める「相談支援」、介護、障害、子ども、困窮等各分野で行われている既存の社会参加に向けた支援では対応できないニーズに対応するため、地域の社会資源などを活用して社会とのつながり作りに向けた支援を行う「参加支援」及び介護（一般介護予防事業、生活支援体制整備事業）、障害（地域活動支援センター）、子ども（地域子育て支援拠点事業）、困窮（生活困窮者のための共助の基盤づくり事業）の地域づくりに係る事業を一体として実施し、地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する重層的支援体制整備事業が創設されました。

本町においては、令和2年度からふくし相談支援課を設置し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築について検討を進めています。

第2節 健康づくりと介護予防・生活支援の推進

1 健康づくりの推進

長い高齢期を健康で過ごすことは、高齢者の生活の質の向上に不可欠であり、そのためには、若年期から健康への意識を高め、自分にあった健康づくりを行うことが必要です。

疾病の早期発見と重症化予防に加えて、重篤な感染症や生活習慣病、要介護状態にならないように、各種健康診査・健康教育・健康相談・介護予防事業等を実施し、今後も高齢者が健康でいきいきとした生活が送れるよう、一人一人が自己の選択に基づいて健康づくりに取り組めるよう、支援を継続します。

【現状と課題】

健康に関心の高い方は、積極的に事業に参加されますが、関心の低い方の参加を得られる手立てが必要であるため、令和2年度から健康アプリの導入により取り組みやすい健康づくり事業の促進を図りました。

令和2年2月以降に流行した新型コロナウイルス感染症の影響で健康相談等に支障をきたしたことから、感染症予防対策として、リモートやSNSによる健康相談の導入などが今後の課題です。

また、令和3年度以降、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、庁内及び関係機関が密接に連携して取り組む必要があります。

(1) 高齢者インフルエンザ予防接種事業・高齢者肺炎球菌予防接種事業

インフルエンザにかかった場合、肺炎などの合併症を起こす確率が高く、死に至ることもあることから、65歳以上の高齢者を対象として発病防止や重症化防止に有効なインフルエンザ予防接種費用を助成します。

また、肺炎球菌感染症は頻度が高く重症化しやすい感染症であることから、定期予防接種と65歳以上の高齢者で基礎疾患のある人を対象とする任意予防接種があり肺炎球菌ワクチンの予防接種費用の一部を助成します。

(2) 町ぐるみ健診

健康をおびやかす生活習慣病は、自覚症状がなく自分では気付かないうちに進行しているものが多くあります。町ぐるみ健診は、自らの健康管理の機会として「病気を見つけるため」だけでなく、「今の生活習慣を見直し、将来、病気にかかる可能性を低くする」という重要な目的があり、そのための定期的な健診の場を提供します。

(3) 人間ドック助成

町ぐるみ健診、事業所健診等を受診できていない多可町国民健康保険または後期高齢者医療保険に加入されている満35歳以上の方を対象として人間ドック受診費用の一部を助成します。

(4) 健康相談・こころの相談

保健師、栄養士による血圧測定や体脂肪測定、尿検査のほか、生活習慣や栄養面の指導を目的とした健康相談を実施します。

また、こころの健康や病気、抱えられている悩みについて心理カウンセラーによる個別相談を実施します。

2 介護予防・生活支援の推進

(1) 介護予防支援

本町では、健康づくりと介護予防・重度化防止を一体的に取り組み、高齢者の元気づくりを進めてきました。住民主体の通いの場(元気あっぷ広場)では、開催場所は徐々に増加してきており、フレイル予防のための学習の場も展開しています。

住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、地域のニーズにあった多様な生活支援サービスの充実や、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の充実を図ります。また、NPOや民間企業、住民ボランティア等の多様な主体による介護予防・生活支援サービス事業等の推進と、その担い手の確保に努めます。

ア 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

①介護予防・生活支援サービス事業

多可町では、平成29年度より、従前の介護予防サービスの一部を総合事業の介護予防・生活支援サービス事業へ移行し、訪問型サービスのうち現行相当サービス、緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA）、通所型サービスのうち現行相当サービスを実施しています。令和2年度には、これまで介護予防普及啓発事業として実施していた「いきいき元気塾」（筋力アップ教室）を短期集中予防サービス（通所型サービスC）に移行しています。

また、住民主体による支援（通所型サービスB、訪問型サービスB）、移動支援（訪問型サービスD）の創設に向け、平成28年度に介護予防サポーター養成講座、平成29年度から介護予防生活支援サポーター養成講座を実施し、修了生は社会福祉協議会のボランティアとして登録し、グループ化しました。

今後は、生活支援体制整備事業、地域共生社会づくり事業と連携し、住民主体による支援や移動支援の創設に繋げる必要があります。

(a) 筋力アップ教室「いきいき元気塾」(短期集中予防サービス事業(通所型サービスC))

運動器の機能向上のための教室です。

基本チェックリスト実施者の内、新規参加希望者を対象に実施し、平成30年度から実施回数を年間2回から1回へと減らし、教室実施後には、地域で継続して運動を継続できるよう、住民主体の通いの場(元気あっぷ広場)へつなぐ仕組みづくりを行いました。

集団教室で実施するメリットも大きいですが、回数が週1回3か月間(12回)と短いこともあり、個々のニーズに合わせた指導までは十分に行えなかったため、短期間、個別に集中的に支援し、事業終了後も安心して在宅生活を継続できるよう、令和2年度に短期集中予防サービス事業(通所型サービスC)へ移行しました。今後、訪問型サービスCへの拡張を検討しています。

②一般介護予防事業

一般介護予防事業の推進に当たっては、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチに加え、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスの取れたアプローチを目指しています。

「通いの場」等における自立支援、介護予防・重度化防止の取組については、住民主体を基本としつつ、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与も得ながら、多様な関係者や地域支援事業の他の事業(介護予防・自立支援のための地域ケア会議、短期集中予防サービス(通所型サービスC)、生活支援体制整備事業)等と連携し、充実を図っています。

(a) 介護予防把握事業

要介護・要支援状態となることの予防、要介護状態の軽減、悪化の防止を目的として実施する介護予防事業の対象者を選別するため、生活機能に関する状態をチェックし、対象者を選定します。

住民主体の通いの場、地域介護予防講座、生きがいデイサービス事業等、さまざまな機会を捉え、生活機能に関する質問票による調査を実施し、自分自身の状態を再認識していただくとともに、事業対象者へは教室への参加勧奨等の声かけを行っていますが、介護予防事業に参加されていない方について、状態把握の方法を検討する必要があります。

体力測定を実施した利用者に対し、分析結果により足腰年齢を数値化したものを提示するなど健康に対する動機付けができるよう努めます。

(b) リフレッシュ教室（認知症予防教室）

生活機能が低下した方を対象として外出や交流の機会を提供することにより、認知機能の活性化や閉じこもり防止のための教室を開催しています。外出や交流の場としての役割に加え、専門職がしっかりと関わることで認知症及び閉じこもり防止教室として機能しています。

教室終了後に通いの場等につながらない方もおられ、フォローが十分に行えていないことが課題です。

(c) 通所介護予防事業（介護予防デイ）

要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象として、閉じこもり防止や心身の維持向上のためにデイサービスを提供しています。

(d) 住民主体の通いの場（元気あっぷ広場）

健康寿命の延伸を図るため、筋力の維持・向上に効果のある「いきいき百歳体操」を週1回取り組む通いの場づくりを集落単位に支援し、地域内での介護予防に取り組んでいます。

体力測定を定期的に行い評価することにより参加者のモチベーションアップにもつながっています。また、いきいき百歳体操に加え、認知、口腔、栄養など専門職による講座を開講することにより、フレイル予防のための学習の場として展開しています。

開催場所は徐々に増加していますが、今後、さらに開催場所を増加させるため、通いの場を開催するメリットや運動効果等について引き続き周知するとともに、リーダーとして活動できる方の人材確保を行う必要があります。

イ その他介護予防事業

①生活管理指導短期宿泊事業

社会適応が困難な高齢者に対して、短期間の宿泊により日常生活に対する指導・支援を行い、要介護状態への進行を予防します。

【目標（事業内容・指標等）】

■通所型サービスC（短期集中予防サービス）を実施し、かつ、サービス終了後に通いの場につなぐ取組を実施します。

■通いの場への参加促進のためのアウトリーチを実施します。

【総合事業の事業評価】

総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動等地域の人材との有機的な連携を図ることが重要です。60歳代、70歳代を始めとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っていないことから、こうした高齢者が地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防につながります。併せて、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながるようになります。

以上のことから、地域づくりの視点から、次の評価指標により評価を行います。

〔プロセス指標〕

(事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等に関する指標)

取組の内容	令和 2年度 (見込)	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度
通いの場実施か所数	18か所	20か所	25か所	30か所	40か所
通いの場参加者実人数	270人	300人	380人	450人	590人
通いの場参加者割合	3.7%	4.1%	5.2%	6.2%	8.1%
(参考) 高齢者数	7,395人	7,379人	7,359人	7,309人	7,279人

* 通いの場＝総合事業による通いの場＋その他の通いの場（介護予防に資するものに限る）

* 参加者割合＝参加者数÷高齢者数（通いの場に参加する高齢者の割合を2025年までに8%とする）

〔アウトカム指標〕（事業成果の目標に関する指標）

取組の内容	令和 2年度 (見込)	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度
65歳以上要支援・要介護認定率	19.1%	19.3%以下	19.7%以下	20.1%以下	20.6%以下

●日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標

	実績値（令和元年度）	目標値（令和4年度）
幸福感がある者の割合	47.1%（38位）	47.1%以上
主観的健康感がよい者の割合	86.2%（22位）	86.2%以上
通いの場参加者割合	12.0%（33位）	12.0%以上
運動機能低下者割合	8.1%（23位）	8.1%以下
口腔機能低下者割合	17.5%（24位）	17.5%以下
低栄養者割合	1.6%（41位）	1.6%以下
認知症リスク者割合	9.6%（6位）	9.6%以下
閉じこもり者割合	4.2%（28位）	4.2%以下
うつ割合（GDS5点以上）	25.9%（40位）	25.9%以下

(出典) 健康とくらしの調査（JAGES） 地域マネジメント支援システム

* 順位は、健康とくらしの調査参加自治体64市町村中の順位

(高順位の方が「よい」。例：「運動機能低下者割合」等は低い方が高順位となる。)

(2) 高齢者の保健事業と一般介護予防事業の一体的実施

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による改正後の介護保険法等に基づき、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることによって、疾病予防・重症化予防の促進を目指します。

事業の実施に当たっては、高齢者医療、国保、健康づくり、介護予防等を所管する関係課による庁内連携体制を整備し、KDBシステムのデータ、健康増進計画等のデータ、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のデータ等を一体的に活用することにより、地域課題の把握に努めます。

また、地域の医療関係団体等と事業の企画段階から連携を図り、進捗状況の共有を図るとともに、事業の評価を行ったうえで、より効果的かつ効率的な支援メニュー内容への改善につなげていくよう努めます。

高齢者に対する支援として、高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への関与（ポピュレーションアプローチ）の双方の取組を行います。

ア 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

①重症化予防支援事業

(a) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病の治療がない健診受診者で腎症第2期（早期腎症期）以下の方や健診未受診者で最終受診から6か月を経過しても受診した記録がない方を対象に戸別訪問等により健康指導及び受診勧奨を行います。

(b) その他の生活習慣病重症化予防

健診結果で血圧受診勧奨判定値のうち血圧コントロール不良（収縮期血圧150mmHg、拡張期血圧90mmHg以上）で医療未受診者を対象に戸別訪問等により生活習慣改善等の指導や受診勧奨を実施します。

②健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの支援事業

介護認定を受けていない医療・健診未受診者に対し、事前に、通知を行い、その後状況把握や電話等で健康状態の把握を行い、必要な方に対し健診や歯科検診、医療機関への受診勧奨、個別の健康相談や他の相談機関の紹介等を行います。

イ 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

①通いの場におけるフレイル予防健康教育及び健診等受診勧奨事業

通いの場において、低栄養に関する栄養・口腔・服薬指導を3年計画で実施します。年1回実施している体力測定に併せて、高齢者の質問票、転倒リスクに関する質問票評価指標アンケートを約3か月後に実施し状態把握を行っていくとともに、必要時に健診や歯科検診の受診勧奨、個別の健康相談の紹介、医療機関への受診勧奨等を実施します。

【目標（事業内容・指標等）】

■後期高齢医療保険医療の担当部門と連携し、通いの場での健康チェック等の結果を活用するなど、介護予防と保険事業を一体的に実施します。

■介護予防におけるデータ活用*により、介護予防の取組に係る課題の把握を行います。

*個々の介護予防のケアプランや要介護認定の調査票、KDB や見える化システム等の既存のデータベースやシステムの活用

（3）生活支援

介護保険サービス以外の生活支援には、以下のようなものがあります。

ア 高齢者軽度生活援助事業（ヘルパー事業）

要介護認定で自立と判定された概ね65歳以上の一人暮らし高齢者、高齢者世帯で日常生活を送るのに何らかの支障がある人を対象として生活援助員を派遣し、掃除や食事、洗濯等の日常生活上の援助を行い、高齢者の自立と生活の質の確保を図る事業です。

平成29年度に総合事業による訪問型サービスが開始されたことから、一時的利用など利用対象者が限定されたため、利用者は年々減少傾向にあり、実利用者は平成30年度4人、令和元年度2人でした。

イ 訪問理美容サービス事業

理容院や美容院に出向くことが困難な高齢者（要介護4・5）等を対象として、理容師・美容師が対象者宅を訪問し、理髪サービスを実施することにより快適な生活の確保と衛生の保持を図る事業です。

平成30年度及び令和元年度の利用はなく、令和2年度の利用は1件（見込）でした。

ウ 福祉機器の貸出事業（車いす・特殊ベッド等）【実施主体：多可町社会福祉協議会】

在宅で介護を要する高齢者や身体障がい者等に対して、福祉機器を無料で貸し出し、在宅での療養生活の利便を図る事業で、町社会福祉協議会が実施しています。

エ ふとん丸洗いサービス【実施主体：多可町社会福祉協議会】

快適で衛生的な生活を支援するために、75歳以上の一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の要介護1～2、要支援2の方、障がい者等に対し、ふとんの丸洗いサービスを提供する事業で、町社会福祉協議会が実施しています。

（4）食の支援

高齢者が在宅生活を継続するため、本町では調理が困難な高齢者に対し、配食サービスと、それに伴う見守り活動に取り組んできました。

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加する中、食生活を支援するための事業に今後も取り組んでいく必要があります。

ア 地域自立生活支援事業（配食サービス）

介護保険事業の地域支援事業（任意事業）で、調理が困難な高齢者に対して、居宅に訪問してバランスのとれた食事を提供することにより、食生活の改善及び健康増進を図るとともに配食を通して高齢者の安否を確認します。

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加していることから、民間事業者による支援の開拓を行い、現在は介護保険サービス事業所及び民間事業者の9か所により実施しています。

イ ふれあい給食【実施主体：多可町社会福祉協議会】

調理が困難な高齢者や障がい者に、週1回、定期的に栄養バランスのとれた食事を配食する事業で、町社会福祉協議会が実施しています。

見守りを通して地域とのつながりを深めることで、自立生活の支援にもつながっていますが、配送、見守り等を行うボランティアの養成が課題です。

(5) 外出支援

高齢者の健康づくりや介護予防、地域活動の場などへの社会参加を促し、買い物・通院など日常生活の維持のために必要な外出に制約を受けている高齢者の移動手段の確保・支援を図ることで、在宅で自立した生活の維持を目指します。

【現状と課題】

本町の地域公共交通は、民間事業者による路線バスやタクシーのほか、本町が取り組むコミュニティバス「のぎくバス」があります。また、現在、1つの介護保険サービス事業者が福祉有償運送を実施するほか、特定非営利活動法人が無償運送を実施しています。

これまで、地域の公共交通手段が少ない本町においては、自家用車が主な移動手段でしたが、今後、高齢化が進む中、運転免許証を返納される方など自動車を運転できない高齢者が増加することも見込まれます。

今後は、公共交通や福祉タクシー券交付事業等の行政施策だけでなく、ボランティア組織や住民互助による新しい主体による移動手段について検討が必要です。

ア 福祉タクシー券交付事業

75歳以上の高齢者、要介護・要支援認定者、65歳以上の運転免許返納者、身体障害者手帳1～3級所持者、療育手帳A・B1所持者、精神保健福祉手帳1～3級所持者に対して年間24枚のタクシー券を交付し、通院等の外出の利便を図るため利用料を助成する事業です。

地域により利用率が異なることやタクシーの運行台数が少ないことから外出が必要な際に利用しづらいことが課題となっています。

イ 外出支援サービス事業

肢体不自由等の理由で、一般の交通手段を利用することが困難な概ね65歳以上の高齢者等を対象として、車いすが積載可能な移送用車両により医療機関等への送迎を行い、高齢者の外出の手助けや家族介護者の負担の軽減を図る事業です。

平成30年度の登録者は47人、令和元年度の登録者は38人でした。

ウ 地域公共交通対策事業

コミュニティバス「のぎくバス」は、町内を巡回するものと、多可町から西脇市まで直行するものがありました。令和元年度末、車両の老朽化による修繕費負担と利用の低迷のため巡回バスを廃止しました。廃止に伴う公共交通空白地対策として、新たに路線バスルートを開設するとともに、バス停までの距離が遠い集落にタクシー利用券助成制度を導入しました。

現在は高校生の利用が多く、高齢者の利用が少ないことから、運転免許証返納者等高齢者の利用促進が課題となっています。

エ 福祉車両の貸出事業【実施主体：多可町社会福祉協議会】

車イス・ストレッチャーを使用しないと外出できない人で、家庭において運転できる家族がある方を対象に、車イス等が積載可能な車を貸し出す事業で、町社会福祉協議会が実施しています。

令和元年度に見直しを行い、貸出可能範囲は北播磨管内、神河町及び丹波市（一部）、燃料無料範囲は多可町及び西脇市となっています。

オ 買い物ツアー事業【実施主体：多可町社会福祉協議会】

普段外出しづらい、概ね75歳以上の一人暮らし高齢者や高齢者世帯を対象に、区ごとに毎月2回、町内での買い物のための外出を支援する事業で、町社会福祉協議会が実施しています。

登録者が増加したことから、令和元年5月から八千代区が月2回の実施となり、その後、町内3区全てで月2回の実施となりました。今後は、ボランティアの活用による事業展開や住民主体サービスとしての事業展開を検討しています。

(6) 見守り体制の構築

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、日常的な見守り体制を整備するとともに、地域の見守り関係者が連携し、必要に応じて情報共有できる仕組みを整備することにより、地域での重層的な見守り体制を構築します。

ア 高齢者安心見守り体制整備事業

一人暮らし高齢者や病弱な高齢者世帯等を対象に急病や災害時に簡単な操作で消防署へ連絡できる通報装置を貸与し、緊急時の通報、利用者が随時相談できるコール体制と月1回の定期連絡（安否確認）のシステムを取り入れた見守り体制の確立を図っています。

イ 在宅介護支援センター（ランチ）による訪問

地域の相談窓口として、地域包括支援センターのランチである在宅介護支援センターが各区の一人暮らし高齢者や高齢者世帯等の実態を把握し、見守り・相談を兼ねた訪問活動を実施しています。

ウ 民生委員児童委員・民生児童協力委員による訪問活動

各地区で「高齢者あんしん票」に登録された一人暮らし高齢者や高齢者世帯等に対して見守り・相談を兼ねた定期の訪問活動を実施しています。

また、担当区域内を訪問する中で、新たな対象となる家庭を発見した場合、「高齢者あんしん票」に追加登録し、定期的な訪問活動を行います。

エ 災害時における高齢者支援

「高齢者あんしん票」や「障がい者あんしん票」を作成することにより、集落内の要支援者の把握に努めています。また、自主防災組織が進める避難行動要支援者名簿の整備について、防災担当課や民生委員児童委員、介護支援専門員等と連携しながら災害時の支援体制の整備に協力しています。

(7) 経済的支援

高齢者に対する経済的支援として、以下の事業を実施しています。

ア 社会福祉法人等利用者負担軽減制度事業

低所得者に対する介護保険サービスの利用料（自己負担額）軽減を行った社会福祉法人等に対して、その軽減額の一部を助成する事業です。

イ 水道料金・下水道等使用料助成事業

生活困窮者への経済的負担軽減を図る事業として、高齢者、障がい者及びひとり親世帯などに対して、上下水道料金の一部を助成しています。

ブランチ： →P38

フレイル：「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド 2018 年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると、「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語です。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されています。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」*のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要です。

*CHS（Cardiovascular Health Study）基準によると、①体重減少、②倦怠感（疲れやすさ）、③活動性低下、④筋力低下、⑤歩行速度低下の5つの徴候のうち3つ以上に該当する場合を「フレイル」、1～2つに該当する場合を「プレフレイル」、いずれにも該当しない場合を「ロバスト（健常）」と3つのカテゴリーに分類されています。

*現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要です。

3 社会交流・生きがい活動支援

老人福祉事業により、以下の社会交流・生きがい活動支援を実施しています。

(1) 生きがい活動支援通所事業（生きがいデイサービス）

在宅で生活している65歳以上の比較的元気な高齢者（原則として要介護認定を受けていない方）を対象に、定期的に老人福祉センター及び地区の公民館等において介護予防事業の実施や趣味活動（生きがい活動）等の各種サービスを提供し、閉じこもり状態の解消や心身機能の維持向上を図る事業です。

町、地域包括支援センター、多可赤十字病院が連携し、立ち上げ支援を実施することにより、地区内で「いきいき百歳体操」のほか、体力測定や健康教育等を行う住民主体の通いの場の開設を促進しています。

(2) 敬老祝金支給事業

町内最高齢者、満100歳、米寿（満88歳）を迎えた方を対象として長寿を祝福し、敬老祝金を支給する事業です。

今後、対象者の増加が見込まれることから、支給方法等について検討する必要があります。

(3) 喜寿敬老会事業

永年にわたり地域の発展に貢献されてきた高齢者へ敬意と感謝の意を表す喜寿敬老会を毎年9月15日に開催し、長寿をお祝いする事業です。

(4) 単位敬老会事業費助成

永年にわたり地域の発展に貢献されてきた高齢者の長寿をお祝いする事業として、各地区が主催する敬老会の開催費用の一部を助成することにより、地域の福祉活動の推進を図る事業です。

(5) 町老人クラブ連合会助成事業・単位老人クラブ助成事業

老後の生活を健全で豊かなものとするため、町老人クラブ連合会、各地区老人クラブが実施する事業運営費の一部を助成し、元気で活動していただくことを支援することにより、高齢者福祉の推進を図る事業です。

町老人クラブ連合会は、グランドゴルフ大会、花植え・清掃活動、会報の発行、研修会等を実施されています。助成対象となった単位老人クラブは、平成30年度59クラブ、令和元年度58クラブで、各地区の単位老人クラブでは、公園・神社の清掃、花植え、グランドゴルフ、いきいき百歳体操、子ども・高齢者の見守り活動、世代間交流等を実施されています。

働く高齢者の増加に伴い、加入者が年々減少していることや、役員のなり手がなく、存続が困難となっている単位クラブがあることが課題となっています。

(6) ふれあいいきいきサロン【実施主体：多可町社会福祉協議会】

ふれあいいきいきサロンは、地域住民が中心となり、公民館などを利用して誰もが気軽に集える場を作り、地域での孤立や引きこもりを防いだり、世代を超えたふれあいの中で仲間づくりを行ったりするサロンで、町社会福祉協議会が実施しています。

活動助成金、講師派遣費用の助成や講師・ボランティアの派遣、サロンスタッフ研修会やスタッフサロンの開催などの支援を行っています。

健康体操の講師派遣は、平成30年度4回、令和元年度6回、いきいき百歳体操を内容としたサロンは、平成30年度1サロン、令和元年度2サロンで実施しています。

健康増進を図ることを目的とした健康体操の普及や住民主体の集いの場「元気あっぴ広場」との連携を強化することが今後の課題です。

(7) ふるさと創造大学、生涯大学「多可学園」

ふるさと創造大学は、住民自らが企画し、運営していくというスタイルのもと、文化・交流・環境・健康・福祉など、さまざまな生活創造課題に取り組み、自由な発想と楽しい雰囲気の中での学習を目指しています。生涯大学「多可学園」は、概ね60歳以上の高齢者が生きがいをもち、心豊かに充実した生活を送るために、年間を通して継続的な学習ができる講座を開催しています。

ふるさと創造大学の受講者数は平成30年度83人、令和元年度82人で、生涯大学の受講者数は平成30年度169人、令和元年度177人でした。

いずれの講座も受講者が固定化、高齢化の傾向にあり、受講者数も近年減少しているため、ニーズに合った講座内容の創設や募集方法を検討する必要があります。

4 住居支援

健康とくらしの調査の結果によると、一般高齢者のうち96.3%が持家に住んでおられるため、本町における住居支援は、住み慣れた自宅や地域でできるだけ長く暮らすことができるよう支援することが中心となります。

高齢者の居住に適した住宅の整備を促進するとともに、加齢による身体状況の変化に対応できる住まいの確保に努めます。

(1) 住宅改修支援事業

居住する住宅の改修を希望する高齢者に対して建築士、理学療法士等を派遣し、高齢者の身体状況にあった的確な改修の助言、指導を行う事業です。

(2) 人生いきいき住宅助成事業

日常生活に介助を要する高齢者及び障害者手帳所持者等が住み慣れた住宅で安心して生活が送れるように、高齢者等の利用に配慮した浴室やトイレ等の改造に要する費用の一部を助成する事業です。

(3) 養護老人ホーム入所措置

65歳以上で、環境上の理由及び経済的理由により居宅において生活することが困難な方を養護老人ホームに入所措置し、入所者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練を行います。

(4) 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の状況把握

持家比率が高い本町においては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は極めて少なく、今後も需要は増加しないものと見込まれます。引き続き、県と連携し、状況把握に努めます。

5 家族介護支援

在宅での介護を必要とする高齢者の家族の負担は増大しつつあります。介護を必要とする高齢者の主な介護者の多くが家族や親族であり、介護者が抱えている問題は、体力・精神面での疲れや、自身の健康、仕事との両立に対する不安など多岐にわたるため、精神・身体の両面において支援を行うことが必要です。

家族介護者の身体的・精神的・経済的な負担を軽減するための支援に取り組みます。

(1) 家族介護用品支給事業

要介護4・5の在宅高齢者を介護している世帯の家族に対して、紙おむつ・尿取りパット等の介護用品を支給することにより家族の経済的負担を軽減する事業です。

(2) 家族介護手当

要介護4・5の高齢者を、介護保険サービスを利用せずに在宅で介護している家族に対して、経済的負担を軽減するため手当を支給しています。

(3) 介護者の会【実施主体：多可町社会福祉協議会】

高齢者を介護している家族や以前介護されていた方が会員となり、介護に関する悩みや体験を話し合ったり、心身のリフレッシュを図ることを目的とした活動の場を支援し、また介護者の会としての活動や介護に役立つ情報を「介護者だより」として、町内の介護者に配布しています。多可町社会福祉協議会が事務局として会の活動を支援しています。

【目標（事業内容・指標等）】

■社会保険労務士や県労働局、公共職業安定所、民間企業等と連携（相談会や研修会への協力）するなど介護離職に向けた取組を検討します。【再掲】

6 要介護者等に対するリハビリテーションサービスの提供体制の構築

地域リハビリテーションは、地域包括ケアシステムの構築及び市町の一般介護予防事業の充実・強化のための取組です。医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解促進を図っています。また、要介護者等がその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、要介護者等に対するリハビリテーションに係るサービスが計画的に提供されるよう取り組みます。

【地域包括ケア「見える化」システムによるリハビリテーションサービス指標】

〔ストラクチャー指標〕

●サービス提供事業所数

介護老人保健施設	1 施設
介護医療院	0 施設
訪問リハビリテーション	0 事業所
通所リハビリテーション	4 事業所
短期入所療養介護（老健）	1 施設
短期入所療養介護（介護医療院）	0 施設

（時点）平成 30 年（2018 年）

（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」および厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

●認定者 1 万人に対する事業所数

	全国	兵庫県	多可町
介護老人保健施設	6.73	5.85	7.20
介護医療院	0.23	0.13	0.00
訪問リハビリテーション	7.77	8.70	0.00
通所リハビリテーション	12.66	11.83	28.80
短期入所療養介護（老健）	6.09	5.46	7.20

本町の事業所数を全国、県平均と比較すると、介護老人保健施設、通所リハビリテーション、短期入所療養介護が全国、県平均より多くなっています。

（時点）平成 30 年（2018 年）

（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」および厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

●要支援・要介護者1人あたり定員

	全国	兵庫県	多可町
介護老人保健施設	0.057	0.048	0.058
介護療養型医療施設	0.006	0.003	-
介護医療院	0	0	-

本町の要介護者等1人あたり定員を全国、県平均と比較すると、介護老人保健施設は全国平均とほぼ同一水準にあります。

(時点) 令和元年(2019年)

(出典) 介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

●理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数(認定者1万人あたり)

	全国	兵庫県	多可町
理学療法士	29.42	29.08	44.91
作業療法士	16.35	15.54	29.94
言語聴覚士	3.06	3.84	7.49

本町のリハビリテーション専門職の認定者1万人あたりの従事者数を全国、県平均と比較すると、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれも高水準にあります。

(時点) 平成29年(2017年)

(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」および厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

[プロセス指標]

●利用率

	全国	兵庫県	多可町
訪問リハビリテーション	1.77	2.03	0.64
通所リハビリテーション	8.96	8.35	17.74
介護老人保健施設	5.44	4.62	5.02
介護医療院	0.33	0.26	0.00

本町の利用率を全国、県平均と比較すると、訪問リハビリテーションは低く、通所リハビリテーションは高くなっています。

(時点) 令和2年(2020年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和元、2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

[アウトカム指標]

●主観的幸福感、健康感【再掲】

	実績値(令和元年度)	目標値(令和4年度)
幸福感がある者の割合	47.1%(38位)	47.1%以上
主観的健康感がよい者の割合	86.2%(22位)	86.2%以上

(出典) 健康とくらしの調査(JAGES) 地域マネジメント支援システム

*順位は、健康とくらしの調査参加自治体64市町村中の順位

(高順位の方が「よい」。例:「運動機能低下者割合」等は低い方が高順位となる。)

第3節 認知症施策と権利擁護の推進

1 認知症施策の推進

認知症施策については、これまで「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づき推進されてきましたが、今後、認知症の人の数が増加することが見込まれていることから、さらに強力に施策を推進していくため、令和元年6月18日、認知症施策推進関係閣僚会議において、認知症施策推進大綱がとりまとめられました。

多可町では、認知症施策推進大綱に基づき認知症施策を推進し、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りよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域社会を目指しています。

【現状と課題】

健康とくらしの調査の結果をみると、要介護者等以外の高齢者は他の保険者と比べて認知症リスク者の割合が低いものの、要介護認定適正化事業業務分析データをみると、要介護者及び要支援者の認知症高齢者自立度Ⅱ以上の割合は61.0%で県平均（49.6%）と全国平均（55.8%）を上回っており、要介護者の認知機能が低下している傾向がみられますので、介護予防への取組が認知症予防にもつながることが考えられます。

また、健康とくらしの調査の結果から社会の互助や絆を維持することが認知症予防に有効であることが分かっていますので、地域住民や地域の支援組織、関係者などと協力した支援体制の整備など、地域ぐるみで支援の充実を図ることが重要です。また、現在、本町では若年性認知症の把握件数が少なく、支援体制が十分に整備されていないことから、若年性認知症に対する社会的な理解促進に取り組むことが必要です。

【目標（事業内容・指標等）】

- 認知症の理解促進に関する住民への普及啓発活動を認知症当事者の声を踏まえながら実施します。
- ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、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（チームオレンジ等）を構築します。

(1) 普及啓発・本人発信支援

認知症サポーターの養成等を通じた認知症に関する理解促進や相談先の周知、認知症の人本人からの発信支援に取り組みます。

ア 認知症サポーター養成

認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族をあたたく見守る認知症サポーターを養成するために、養成講座を実施するとともに、養成講座の講師役となるキャラバン・メイトについても養成しています。

第7期計画期間中には、各集落住民及び小学生、中学生を対象に、認知症サポーター養成講座を実施しました。今後は、認知症サポーター養成後の活動の場を検討する必要があります。

イ 認知症ケアネットの作成・普及（相談先の周知）

兵庫県では、認知症の人ができるかぎり住み慣れた地域で暮らし続けるために、地域全体で支えるネットワークづくりを重視していることから、国が定める「認知症ケアパス」（認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の状態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの）を「認知症ケアネット」として推進しています。

多可町では、平成28年度に多可町地域包括ケアネットワークー在宅医療・介護連携推進協議会で内容を検討し、多可町版認知症ケアネットを作成しました。多可町版認知症ケアネットでは、認知症の人を地域全体で支えるネットワークづくりを重視しており、社会資源整理表として医療機関、介護サービス、見守り等の生活支援サービス等の状況を示しています。毎年、社会資源整理表の更新を行い、最新の情報をホームページに掲載するとともに、関係機関等にも配布し周知を図っています。

ウ 本人発信支援

絆カフェとの連携等により、認知症の人本人同士が語り合う「本人ミーティング」の実施等を通じた本人の意見の把握、施策の企画・立案、評価への本人視点の反映等の取組を検討します。

エ 認知症予防講演会・相談会の開催

認知症に関する正しい知識を持つこと、予防するための実践方法などの講演会や認知症の不安を抱えている家族に対する相談会等を開催します。

第7期計画期間中は、定期的に認知症相談を実施するとともに、住民主体の通いの場で、認知症予防に関する講話や認知症予防テキストを活用した事業を展開しました。

【各年度の取組】

取組の内容	令和2年度(実績)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
キャラバン・メイト養成数	60人	60人	60人	60人
認知症サポーター養成者数(累計)	4,120人	5,100人	6,000人	6,900人
サポーター養成講座開催回数	10回	27回	27回	27回
サポーター養成講座参加者数	200人	980人	900人	900人
ステップアップ講座開催回数	検討	1回	1回	1回
ステップアップ講座受講者数	検討	50人	50人	50人
認知症ケアネットの作成・普及	実施	継続	継続	継続
本人発信支援	検討	検討	実施	継続
認知症予防講演会等の開催	実施	継続	継続	継続

(2) 予防

認知症施策において、予防は、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」意味と考えられています。

認知症の予防に関する正しい知識と理解に基づき、通いの場における活動の推進など、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を推進します。

ア 通いの場の拡充

高齢者等が身近に通うことのできる「通いの場」等の拡充や通いの場等において、かかりつけ医・保健師・管理栄養士等の専門職による健康相談等を実施することで、認知症予防につなげます。

【各年度の取組】

取組の内容	令和 2年度 (見込)	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度
通いの場実施か所数	18か所	20か所	25か所	30か所	40か所
通いの場参加者実人数	270人	300人	380人	450人	590人

* 通いの場＝総合事業による通いの場＋その他の通いの場（介護予防に資するものに限る）

（３）医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

ア 医療・ケア（早期発見・早期対応）

認知機能低下のある人（軽度認知障害を含む）や認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、地域包括支援センターとかかりつけ医、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター（西脇市立西脇病院）等関係機関との更なる連携の強化を推進します。

イ 介護サービス

認知症の人に対して、それぞれの状況に応じた適切な介護サービスを提供できるよう、介護サービス基盤整備や介護人材確保、介護従事者の認知症対応力向上のための取組を推進します。

ウ 介護者への支援

認知症の人の介護者の負担軽減や生活と介護の両立が図れるよう、認知症の人及びその介護者が集う認知症カフェ等の取組を推進します。

①認知症地域支援推進員の充実

認知症地域支援推進員は、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられるように、医療機関や介護サービス事業所、その他高齢者を支援する機関の連携を支援し、認知症の人やその家族の相談に応じる等の支援の役割を担っています。

本町では、認知症相談センター（在宅介護支援センター）内に認知症地域支援推進員（兼務）を配置し、認知症に関する相談、支援を行っています。

今後、推進員による絆カフェへの巡回相談等新規事業の展開を検討する必要があります。

②認知症初期集中支援チームの強化

認知症初期集中支援チームは、認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を複数の専門職が個別に訪問して、認知症の早期診断と、地域での生活を維持できるような支援をできる限り早い段階で集中的に行っています。

認知症初期集中支援チームの対応件数は、平成30年度9名、令和元年度は7名でした。多職種の専門職が早期に介入することで、認知症の早期診断、介護認定へとつながっています。また、年2回の認知症初期集中支援チーム検討委員会を開催し、認知症施策全般の体制整備を行っています。

認知症本人のみならず家族にも課題があるなど課題が多岐にわたる場合があります。対応が長期化することがあります。

③認知症早期受診促進事業

65歳以上の高齢者を対象に、認知症チェックシート等を活用した認知症予防健診を町ぐるみ健診と同時に実施し、認知症の早期発見及び認知症の疑いのある者を適切に医療につなぐ仕組みづくりを行っています。

平成30年度より、認知症早期発見、早期支援を目的に、年度毎に対象年齢を決め認知症予防健診を実施しています。認知症の疑いがある方には、訪問し生活状況の確認及び受診先の紹介を行っています。また、経過観察を行った方がよい方については、在宅介護支援センター（ランチ）による定期訪問を行い、必要時、受診勧奨やサービスへつなぐ支援を行っています。

健診で認知症の疑いがあると判定された方はほとんど自覚症状もなく、生活の中でもそれ程の困り感がないことが多く、医療機関受診につながりにくい傾向があります。また、町ぐるみ健診を受診する方が少なく、把握が必要なMCI（軽度認知障害）の方を把握する方法を検討する必要があります。

【各年度の取組】

取組の内容	令和2年度（見込）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症地域支援推進員の配置	実施	継続	継続	継続
認知症初期集中支援チームの設置	実施	継続	継続	継続
認知症早期受診促進事業	実施	継続	継続	継続

(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 ア 認知症バリアフリーの推進

生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進します。また、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を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げる仕組み（チームオレンジ等）の構築、成年後見制度の利用促進など地域における支援体制の整備を推進します。

イ 若年性認知症の人への支援

若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援を推進します。

ウ 社会参加支援

地域支援事業の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進します。

①あんしんはーとねっと事業

認知症で、ひとりで出歩き行方不明になるおそれがある方が、そのような事態となった際にできるだけ早く発見し保護できるよう西脇警察署と連携し、地域の方や事業所等の関係機関の協力を得て、搜索活動等を行う事業です。

平成27年度に事業を立ち上げ、事前登録者や協力事業所も増加しています。第7期計画期間中には、仏教会等へも趣旨説明を行い、協力事業所の拡大を図っています。また、情報がスムーズに伝達できるよう訓練を実施したり、その時々課題に沿ったテーマで講演会を実施しています。事業の周知も徐々に進み、事前登録者の数や協力事業所からの相談件数も増加しています。

今後は、見守り支援の輪を広げていくためにも、協力事業所の更なる拡大を図るとともに、対象を高齢者から障害者、子どもへと拡大する予定です。また、搜索活動等をスムーズに行うためにも、情報伝達訓練や声かけ訓練、認知症への対応に関する研修会等を継続して行う必要があります。

②チームオレンジ等の構築

本町では認知症サポーターの養成が進んでおり、今後、その活動の場を拡大するため、チームオレンジ等（認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み）を構築するための研修の実施を検討しています。

③若年性認知症の人への支援

認知症地域支援推進員による若年性認知症を含めた認知症の人の社会参加活動の体制整備を実施しています。

相談があれば個別に対応し、介護保険サービスだけでなく、障害福祉サービスも含めた適切な支援につながるよう努めています。若年性認知症の人やその家族は、認知症の診断を受けても、介護認定を受ける等の支援を求めるまで時間がかかることが多いため、対象者を把握することが難しい状況です。

本人や家族が相談しやすい体制づくりや相談場所の周知など対象者把握の方法を検討するとともに、支援体制の充実を図る必要があります。

【各年度の取組】

取組の内容	令和2年度（見込）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
あんしんはーとねっと事業	継続	継続	継続	継続
チームオレンジ等の構築	検討	検討	実施	継続
若年性認知症の人への支援 （認知症疾患医療センター、他市との連携）	実施	継続	継続	継続

ランチ： →P38

2 権利擁護の推進

高齢者が尊厳を保ち、安全に暮らすためには、虐待防止の取り組み、権利擁護の促進が必要です。

高齢化の進展とともに、高齢者の権利擁護や認知症高齢者等への適切な支援などの相談も増加することが予測され、虐待の疑いがあるケースの発生や、課題の複雑化なども顕在化してきており、成年後見制度の理解促進と利用の促進を図るとともに、相談支援体制の強化や高齢者虐待防止に取り組むことが必要です。

認知症により判断能力の低下した方もそうでない方も等しく地域で自分らしく安心して暮らしていくために、高齢者への重大な権利侵害である虐待の防止に取り組むとともに、成年後見制度をはじめとする制度の利用促進を図ります。

(1) 高齢者虐待の防止等

高齢者虐待については、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）が施行された平成18年度以降、増加傾向にあり、対策が急務となっています。

本町においても、広報・普及啓発、ネットワーク構築、行政機関連携、相談支援による高齢者虐待の体制整備に取り組んでいます。

また、例えば、養護者による虐待では、養護者への支援・ケアによる再発防止、施設における虐待では、職員のストレスケアによる未然防止や公益通報による早期発見など、場面・態様に応じた適切な対応に努めます。

ア 高齢者虐待防止研修会

要介護状態や認知症など、心身の機能や認知機能の低下した高齢者等に対する虐待を防止するための研修会を開催し、その普及啓発を行っています。

平成22年度以降、専門職を対象とした高齢者虐待に関する研修会を実施しています。研修会では、高齢者虐待対応専門職チーム（弁護士会・社会福祉士会）に講師を依頼し、具体的な事例を交えた講義・グループワークを行っています。また、住民に対しては、広報などで高齢者虐待について周知を図っています。

今後も高齢者虐待防止の取組をすすめるため、研修会等による普及啓発を行います。

イ 高齢者虐待相談

医療機関や警察、ケアマネジャー等から通報・相談を受ける虐待が疑われるケースについて、コアメンバーによる高齢者虐待受理会議を開催し、虐待の有無、対応方法等に関して調査、確認を実施しています。高齢者虐待対応マニュアルを整備し、すべての通報ケースに対して、コアメンバーで情報共有し、事実確認後の虐待有無、対応方法などについて検討・支援を実施しています。その中で、迷いや困難が生じた時は、高齢者虐待対応専門職チームにスーパーバイザーとしてコアメンバー会議への参加を依頼し、助言を得る形をとっています。また、コアメンバーのスキルアップのため、高齢者虐待対応専門職チームに依頼し、終結事例の振り返りを毎年度実施しています。

(2) 権利擁護

ア 成年後見制度利用支援事業

身寄りのない認知症高齢者等が成年後見制度を利用しようとする場合に、申し立て事務・申し立て費用及び後見事務に要する費用の一部助成を行う事業です。

→「多可町成年後見制度利用促進基本計画」(第4章第5節)

イ 日常生活自立支援事業(実施主体:多可町社会福祉協議会)

認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者など判断能力が十分でない方に対して、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理などの援助を行う事業です。

第4節 持続可能な介護保険運営に向けた施策の推進

1 介護給付適正化への取組及び目標（多可町介護給付適正化計画）

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な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に促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

介護給付の適正化のために保険者が行う適正化事業は、高齢者等が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために、保険者が本来発揮するべき保険者機能の一環として取り組めます

（1）取組内容

ア 要介護認定の適正化

適切かつ公平な要介護認定の確保を図るため、要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について町職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検します。

イ ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、町職員等の第三者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とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

ウ 住宅改修等の点検

①住宅改修の点検

保険者が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施行状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を排除します。

②福祉用具購入・貸与調査

保険者が福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めます。

エ 縦覧点検・医療情報との突合

①縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、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、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

②医療情報との突合

医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を行います。

オ 介護給付費通知

保険者から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果をあげます。

(2) 今期の目標

介護給付の適正化事業の主要5事業を実施します。

【数値目標】

項目	現状（令和元年度）	目標（令和5年度）
認定調査状況チェックの実施件数	委託による認定調査票の全件	委託による認定調査票の全件
ケアプラン点検の対象事業所数	3事業所	3事業所
住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検に係る現地調査の実施件数	8件	12件
縦覧点検・医療情報との突合の実施件数	疑義のある全件	疑義のある全件
介護給付費通知の対象	全ての利用者	全ての利用者

2 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上

地域包括ケアシステムの深化・推進に当たっては、介護給付費等対象サービス及び地域支援事業に携わる人材を安定的に確保し、その資質を向上するための取組を講じていくことが重要です。加えて、少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、ケアの質を確保しながら、必要なサービス提供が行えるようにするため、業務の効率化及び質の向上に取り組むことが必要です。

【現状と課題】

令和2年度に行った介護人材実態調査の結果によると、現在、町内の介護事業所等の介護職員の人数は438人ですが、2025年にサービスを提供するために必要となる介護人材の人数は現在より22人（5.0%）多い460人と見込まれます。また、2025年以降2040年までにサービスのニーズがピークとなる2035年には現在より46人（10.5%）多い484人と見込まれています。

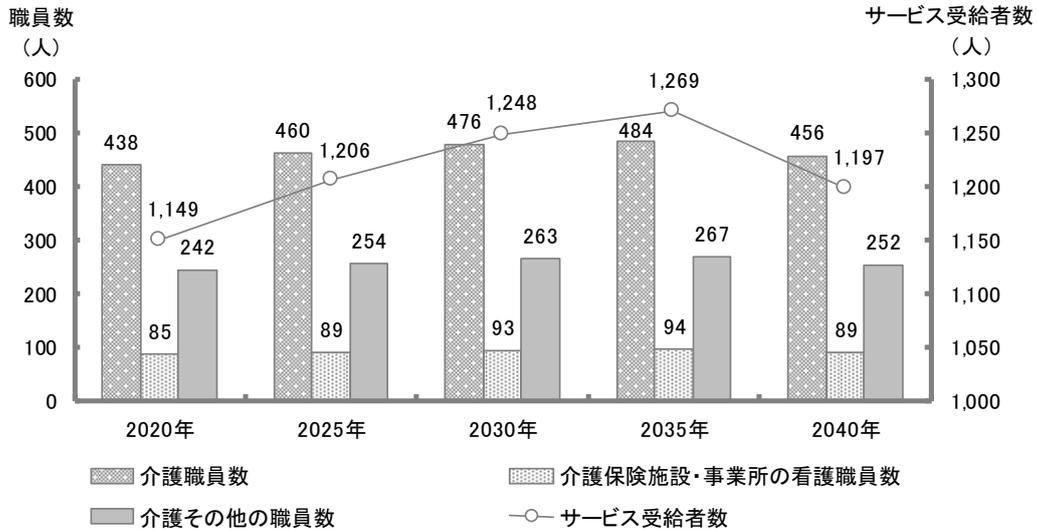
特に、今後、高齢化の進展やそれに伴う高齢者世帯の増加から、身体介護を中心とする訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスを充実させるため、訪問介護員が更に必要となりますが、現在、訪問系サービスの介護職員の7割が50歳以上（うち約3割が60歳以上）であることや、施設・居住系サービス事業所からの異動により人員補充されている状況から、計画的に訪問介護員を養成する必要があると考えられます。

また、介護職員の高齢化が進んでおり、今後、現役世代が急速に減少する中で、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。

今後見込まれる介護サービス需要の増加を考慮すると、特に、介護支援専門員（ケアマネジャー）の不足も予測されますが、ケアプラン等を作成する介護支援専門員の不足は、介護サービス等の利用全般に支障をきたすおそれがあるため、ケアマネジャーの確保も喫緊の課題です。現在、町内の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は24人（常勤換算後22.5）人ですが、介護支援専門員の試験の受験資格は、対象となる資格及び業務内容で一定の実務経験を満たすこと（例：看護師・介護福祉士等、介護老人福祉施設の生活相談員の業務従事期間が通算して5年以上かつ、従事した日数が900日以上）の者）が必要であるため、介護支援専門員の高齢化に伴う退職に向け、計画的に養成する必要があります。併せて、指定居宅介護支援事業所ごとに必置となる管理者を主任介護支援専門員とする必要がある（*）ため、主任介護支援専門員の養成も必要です。

* 現在は、管理者に係る経過措置により、介護支援専門員とすることができます。

図表 10 介護人材の受給推計



資料：令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護人材の需給推計ワークシート」

(1) 人材の確保及び資質の向上

介護人材の確保に向け、国や兵庫県と連携し、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推進します。

現在、「気づきの事例検討会」などケアマネジャー等を対象とした研修会、医療・介護福祉求人サイトを活用した介護事業所等の求人支援、健幸ポイントアプリを活用したボランティアポイントの取組（住民主体の通いの場「元気あっぷ広場」）、介護事業所等に対する実地指導における介護職員処遇改善計画等の確認を実施していますが、介護分野の人的制約が強まる中、更なる取組を検討する必要があります。

ア ケアマネジャーの育成、資質向上

町内居宅介護支援事業所のうち特定事業所3事業所が主催する研修会について支援を行っています。

また、兵庫県介護支援専門員協会西脇多可支部は、研修会（年6回）、主任介護支援専門員による連絡会、気づきの事例検討会（月1回）、処遇困難ケースに関する相談（随時）、カウンセラーによる処遇相談（年2回）を実施しています。

イ 多可町介護職員等研修支援事業

高齢者の介護等に従事する人材の確保及び既に就労している介護職員の資質の向上を図るため、町内の指定事業所に従事している介護職員等に対し、介護職員初任者研修課程、介護福祉士及び介護支援専門員の資格取得のための研修の受講料を助成しています。

【目標（事業内容・指標等）】

- 介護人材の確保に向け、介護サービス事業者・教育関係者等と連携して行う取組等の実施について検討します。
- 介護人材の定着に向けた取組の実施について検討します。
- ボランティアポイントの取組を継続します。

【数値目標】

項目	現状	目標	推計
	令和2年度	令和5年度	令和7年度
介護職員数	438人	452人	460人
介護支援専門員人数（常勤換算後）	22.5人	23人	24人

【参考】

令和7年度に必要となる介護職員数等を段階的に確保するため、目標を設定しました。

令和7年度に必要となる介護支援専門員人数 ≈ 23.9 人

$(\text{居宅介護支援利用者数}(769\text{人}) + \text{介護予防支援利用者数}(137\text{人})) \times 1/2$

$\div \text{利用者の数} 35\text{人}$

(2) 業務の効率化及び質の向上

業務の効率化の観点からは、介護分野の文書に係る負担軽減のため、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、様式例の活用による標準化及びICT等の活用を進めることが重要です。

また、引き続き、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制を計画的に整備するよう努めます。

【目標（事業内容・指標等）】

- 国が示す方針に基づき文書負担軽減に係る取組を実施します。
 - ・押印及び原本証明の見直しによる簡素化
 - ・提出方法（持参・郵送等）の見直しによる簡素化
 - ・人員配置に関する添付資料の簡素化
 - ・施設・設備・備品等の写真の簡素化
 - ・介護職員処遇改善加算／特定処遇改善加算の申請様式の簡素化
 - ・実地指導に際し提出する文書の簡素化及びICT等の活用
 - ・指定申請関連文書の標準化
 - ・実地指導の「標準化・効率化指針」を踏まえた標準化
 - ・申請様式のホームページにおけるダウンロード

3 災害・感染症対策

（1）災害に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行うことが重要であることから、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的を確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促すよう努めます。

【目標（事業内容・指標等）】

- 介護事業所に対する実地指導等の際に、非常災害に関する具体的計画の策定状況及び訓練等の実施状況を確認します。

(2) 感染症に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要であることから、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等が必要です。

また、感染症発生時も含めた兵庫県や協力医療機関等と連携した支援体制の整備等に努めます。

【目標（事業内容・指標等）】

■介護事業所に対する実地指導等の際に、感染症対策の実施状況を確認します。

4 保険者機能の強化に向けた体制等の構築

(1) サービス事業者への助言及び指導・監査

介護サービスの質の向上を図り、利用者に対して適切なサービスが提供されるように、町が指定・監督の権限をもつ地域密着型サービス事業者について、定期的に実施指導・監査を行っています。その他のサービス事業者についても、県や関係機関と連携しながら指導・監査を行っています。

また、サービスの質の向上に加えて、利用者による適切なサービス選択を支援するために、公正中立な第三者機関により専門的・客観的な評価を受ける「第三者評価」の実施と評価の開示を介護サービス事業者に促進しています。

【目標（事業内容・指標等）】

- 所管する介護サービス事業所について、指定の有効期間中に1回（16.6%）以上の割合で実地指導を実施します。

事業実績	平成30年度	令和元年度	令和2年度（見込）
実地指導の実施数	0回	2回	5回
実地指導の実施率（実施数÷対象事業所数）	0%	8.0%	20.8%
（参考）対象事業所数	24事業所	25事業所	24事業所

目標値	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実地指導の実施数	5回	5回	5回
実地指導の実施率（実施数÷対象事業所数）	20.8%	20.8%	20.8%
（参考）対象事業所数	24事業所	24事業所	24事業所

（2）近隣市町との連携

北播磨圏域の西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市及び本町の5市1町で構成する「北播市町介護保険担当者会」等を活用して、近隣市町との情報交換や情報共有の強化、総合事業の調整や内容の検討、地域密着型サービスの相互利用に係る連携体制の構築を図っています。

（3）制度の周知

介護保険サービスをはじめ、高齢者福祉サービスや町社会福祉協議会が実施するサービスなど各種サービスを有効に活用して頂くためには制度の周知が必要で、本町においても、これらの制度等について広報紙やパンフレット、ホームページ等を活用して周知を図ってきました。

また、介護サービス情報公表システムは、利用者が介護サービス情報を入手し、比較・検討して適切に事業所を選択することに役立つとともに、事業運営の透明性の確保など介護サービスの質の向上にも資するため、町のホームページに情報公表制度のバナーを添付するなど周知に努めます。

（4）苦情処理体制づくり

介護・福祉サービスに関する苦情・相談の内容は、制度の詳細や保険料、サービスの内容についてなど様々ですが、その内容は複雑化しています。これらの苦情・相談に迅速に対応できるよう関係機関と連携を図るとともに、研修等に参加して職員の資質向上に努めます。

第5節 多可町成年後見制度利用促進基本計画

1 計画の背景と趣旨

認知症、知的障害その他の精神上の障害があることにより財産の管理や日常生活等に支障がある人たちを社会全体で支え合うことが、高齢社会における喫緊の課題であり、かつ、共生社会の実現に資するものですが、成年後見制度はこれらの人たちを支える重要な手段であるにもかかわらず、十分に利用されていません。

こうした状況を踏まえ、国は、成年後見制度の利用の促進に関する法律（以下、「利用促進法」という。）を、平成28（2016）年5月に施行し、これまでの取り組みに加え、ノーマライゼーション、自己決定権の尊重、身上保護の重視に向けた制度理念の尊重を図るとしています。また、利用促進法において、県や市町村に対して、制度の利用を促進する体制として、地域連携ネットワークの整備及び中核機関の設置等に努めることが命じられました。

本町では、生活に密接に関わる成年後見制度についての施策を進めるため、高齢者福祉計画・介護保険事業計画と、成年後見制度利用促進基本計画を一体的に策定し、取り組むものです。

【成年後見制度の趣旨】

成年後見制度とは、認知症高齢者や障害のある人など、自分で判断することが難しい人について、家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等が、身の回りに配慮しながら財産の管理や福祉サービス等の契約を行い、本人の権利を守り生活を支援する制度です。

判断能力が十分でない人は、不動産や預貯金などの財産管理や、身の回りの介助のための介護サービス又は施設への入所などに関する契約を結ぶ必要があっても、自分で行うことが難しい場合があります。また、自分に不利益であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、消費者被害に遭うおそれもあります。このような判断能力が十分でない人を成年後見人等が保護し、本人に代わって財産管理や契約行為などの支援を行います。

本町では、啓発パンフレットの配布や広報誌により、制度及び事業の普及・啓発に努めていますが、まだまだ関心や理解は低いと思われます。

しかし、町内には多くの高齢者や障害のある人が生活されており、今後も、サービスの利用援助や財産管理、日常生活上の援助など権利擁護に関する支援や相談が増加していくことが予想されます。また実際寄せられる相談件数も増えています。

成年後見制度は、こうした人々の権利と利益を守る上で重要なものであり、制度の更なる啓発及び円滑な利用に向けた支援を推進していきます。

2 基本目標

誰もが住み慣れた地域で、地域の人々と支え合いながら、尊厳をもってその人らしい生活を継続することができることを目的とし、以下の基本目標をまとめました。

基本目標1 利用者に寄り添った制度の運用を進めます

権利侵害からの保護、生活上の基本的ニーズの充足だけでなく、本人らしい生活ができるよう、本人の意思を十分尊重するための意思決定支援を大前提とした上で、財産管理や身上保護を中心とした成年後見制度の運用を進めます。

基本目標2 地域連携ネットワークづくりと担い手の育成に努めます

地域連携ネットワークの構築によって、保健・医療・福祉・司法を含めた連携の仕組みを構築し、制度の広報から利用の相談、マッチング、後見人支援等まで、幅広い支援に努めます。

また、権利擁護支援・制度利用促進機能の強化に向けて、相談機能をはじめ、情報連携の核となる中核機関の設置を検討します。

併せて、認知症や障害特性を理解した上で支援を行える担い手として、市民後見人の育成に努めます。

基本目標3 制度の利用を促進するための周知・啓発を行い、安心して利用できる環境整備に努めます

制度の理解を図るための周知・啓発を行い、制度の利用促進を図ります。

また、各関係機関等のネットワークを活用し、利用ニーズを把握するとともに、支援が必要な人の早期把握と早期支援に努めます。

後見人の役割の認識不足などから不正事案が生じたりすることがないように、地域連携ネットワーク等によるチーム体制での支援を進めていきます。

3 施策の展開【行政が取り組むこと】

(1) 利用者に寄り添った制度の運用

- 自ら意思を決定することに困難を抱える方が、日常生活のあらゆる場面で本人の意思が尊重されるよう、意思決定支援の重要性の啓発に努めます。
- 日常生活自立支援事業及び成年後見制度利用支援事業の制度の周知に努め、地域での生活が継続できるよう支援します。

取組	内容	主な事業
意思決定支援の徹底	○「本人の意思決定を最優先する」ことの周知啓発	広報・研修等
制度の運用	○福祉サービスの利用手続や金銭管理の援助等の支援	日常生活自立支援事業
	○町長による成年後見の申立て ○申立て費用及び後見人等への報酬費用の助成	成年後見制度利用支援事業

(2) 地域連携ネットワークづくりと担い手育成

- 地域において、権利擁護に関する支援の必要な人の発見に努め、速やかに必要な支援につなぐことができるよう、権利擁護支援の地域連携ネットワーク及び中核機関の体制整備を行います。
- 認知症や障害特性を理解した上で支援を行える担い手の育成が必要であることから、市民後見人の育成を進めます。
- ただし、本町だけでは関係団体や専門職との連携・協力が困難であると思われるため、定住自立圏や裁判所管内などの広域設置を前提に検討します。

取組	内容	主な事業
地域連携ネットワークづくり (広域で検討)	○地域住民等とともに行政、司法、民間等が一体的に連携・協力し支援を行う支援システムの構築	地域連携ネットワークの構築
	○中核機関の設置	権利擁護センターの設置
担い手の育成 (広域で検討)	○市民後見人の養成	市民後見人養成講座

(3) 制度の周知・啓発及び安心して利用できる環境整備

- 制度の理解を図るために、多様な広報媒体等を活用して、情報発信を行います。
- 制度に対する意識を高めるための地域住民向け講演会及び専門職向けの研修を実施します。
- 各関係機関等のネットワークを活用し、利用ニーズを把握するとともに、支援が必要な人の早期把握と早期支援に努めます。
- 後見人の役割の認識不足などから不正事案が生じたりすることがないように、地域連携ネットワーク等によるチーム体制での支援を進めていきます。

取組	内容	主な事業
周知・啓発	○権利擁護に関する情報発信	広報誌や社協だより等の多様な広報媒体等を活用した情報発信
	○権利擁護に関する意識啓発	地域住民や専門職等を対象とした講演会や研修の実施
早期把握・早期支援	○相談窓口の設置	権利擁護センターの広域での設置を検討するが、市町にも一次相談窓口を設置
チーム体制による支援	○後見人、サービス提供事業者、福祉専門職、民生委員児童委員等の被後見人等を支援する人等で構成されたチーム体制による支援	後見人及び地域連携ネットワーク等によるチーム支援

【地域のみなさんに期待すること】

～地域住民や活動団体、社会福祉協議会、事業者、NPO、ボランティアなど～

- 民生委員児童委員やボランティアなどは、各種福祉サービスや意思決定支援、成年後見制度、日常生活自立支援事業についての知識を深めていきましょう。
- 認知症高齢者など、判断能力の低下に伴う支援が必要な人を発見したときは、速やかに相談してください。

※早期に連携する市町の実務者で研究を重ね、設置するエリアでの協議を進めていきます。