

第 5 章 高齢者保健福祉事業の 展開

1. 地域支援事業
2. 保健事業
3. 高齢者福祉事業
4. 高齢者の安心・安全な暮らしを支える

高齢者保健福祉事業の施策体系

基本施策	施策	事業
1. 地域支援事業	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業	①介護予防・生活支援サービス事業 ②一般介護予防事業 ③高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的実施の推進
	(2) 包括的支援事業	①地域包括支援センターの機能強化 ②総合相談支援事業 ③権利擁護事業 ④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ⑤在宅医療・介護連携の推進 ⑥生活支援体制整備の推進 ⑦認知症施策の推進 ⑧地域ケア会議の推進
	(3) 任意事業	①介護給付費適正化事業 ②成年後見制度利用支援事業 ③福祉用具・住宅改修支援事業 ④「食」の自立支援事業
2. 保健事業		①訪問指導 ②がん検診 ③予防接種 ④健康相談 ⑤巡回健康相談 ⑥特定健康診査 ⑦その他
3. 高齢者福祉事業		①紙おむつ支給事業 ②シルバー人材センターの強化 ③老人クラブ育成事業 ④在宅生活・介護支援事業 ⑤その他
4. 高齢者の安心・安全な暮らしを支える		①養護老人ホームの設置 ②療養病床の円滑な転換 ③介護人材の確保等 ④災害・感染症対策 ⑤その他

1. 地域支援事業

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

① 介護予防・生活支援サービス事業

ア 訪問型サービス

要支援認定者や基本チェックリストで把握された介護予防・生活支援サービス事業対象者に、訪問介護員が居宅を訪問し、入浴・排泄・食事の介護のほか、調理・洗濯・掃除等の日常生活に必要なサービスを提供します。

年 度	第7期			第8期			R7 2025	R22 2040
	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
給付費(千円)	3,478	3,381	4,000	4,500	4,500	4,500	3,804	2,973

イ 通所型サービス

要支援認定者や基本チェックリストで把握された介護予防・生活支援サービス事業対象者に、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話と機能訓練を行います。また、緩和した基準によるサービスを創設し、状態等により多様なサービスを提供できるようにします。

年 度	第7期			第8期			R7 2025	R22 2040
	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
給付費(千円)	6,950	6,397	7,000	8,500	8,500	8,500	7,157	5,702

ウ 介護予防ケアマネジメント

高齢者の自立支援のため、要支援認定者や介護予防・生活支援サービス事業対象者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、対象者の心身の状況等に応じて、対象者の選択に基づき適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行います。

年 度	第7期			第8期		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
件数(延べ)	355	327	380	400	400	400

② 一般介護予防事業

機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人の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す

ともに、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりをとおして、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を推進します。また、リハビリテーション専門職等を活用し自立支援に資する取組みを推進します。

(単位：千円)

年 度	第7期			第8期			R7	R22
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	2025	2040
介護予防把握事業	1,150	953	2,195	3,195	3,195	3,195	2,187	2,380
介護予防普及啓発事業	680	486	750	750	750	750	748	814
地域介護予防活動支援事業	1,440	1,363	1,426	1,426	1,426	1,426	1,421	1,547
一般介護予防事業評価事業	0	0	0	0	0	0	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	876	429	644	644	644	644	642	699

ア 介護予防把握事業

民生委員等から得た高齢者に関する情報を活用し、閉じこもり等により支援を要する方を把握するほか、介護予防教室等の参加者に対し、年1回の体力測定やアンケート・基本チェックリストを実施することで、心身の状況の変化を把握し介護予防活動へつなげます。

イ 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行うため、高齢者の自主的な健康づくりや社会参加活動に対して、地域商品券等に交換できるポイントを付与し、高齢者の健康維持や介護予防への取組みを促進します。

●高齢者元気度アップ・ポイント事業

年 度	R3	R4	R5
ポイント手帳発行枚数	780 枚	790 枚	800 枚
新規ポイント手帳発行枚数	60 枚	60 枚	60 枚
商品券交換者実人数	350 人	370 人	400 人
町が実施する健康増進・介護予防・地域貢献学習に関する活動への参加延人数	4,000 人	4,100 人	4,200 人
町以外が実施する健康増進・介護予防・地域貢献学習に関する活動への参加延人数	2,200 人	2,400 人	2,600 人
地域で行われている社会参加活動等で町が認めた活動への参加延人数	4,300 人	4,400 人	4,500 人

ウ 地域介護予防活動支援事業

住民主体の介護予防活動の育成・支援を行うため、各字において介護予防に関する講話を行うほか、体操やレクリエーション、オーラルフレイル予防のための歯科衛生士による口腔ケア指導を行います。また、げんきの郷・ちなにおいて、栄養管理や調理の工夫などに関し、実習をとおした学習を行います。

●いきいき教室

年 度	R3	R4	R5
回数	250回	260回	270回
参加延人数	2,200人	2,300人	2,400人

●料理教室

年 度	R3	R4	R5
回数	12回	12回	12回
参加延人数	90人	90人	90人

エ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定めた目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

げんきの郷・ちなで行う足腰シャンシャン教室において、リハビリテーション専門職の関与により、転ばない体づくりを目指した支援を行います。また、介護（介護予防）ケアマネジメントにおけるアセスメントにリハビリテーション専門職が同行するほか、地域ケア会議に参加し、リハビリテーション専門職としての見地から心身の評価等を行い、生活課題の原因分析を実施することで、ケアマネジャー等がよりよいケアマネジメントを行えるよう助言・提案を行います。

●足腰シャンシャン教室

年 度	R3	R4	R5
回数	100回	100回	100回
参加延人数	1,300人	1,300人	1,300人

③ 高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的実施の推進

加齢に伴い心と体の活力が衰えた状態をフレイル（虚弱）といいます。健康な状態と介護が必要な状態の中間の段階とされ、要介護状態への進行の予防や健康な状態へ戻るには、このフレイル対策が重要とされています。

高齢者の多様な健康課題に対して包括的に介入し、高齢者への個別的支援及び通いの場等への積極的な関与を行う保健事業と介護予防の一体的な取組に努めます。

- ・ハイリスクアプローチ：個別保健指導
- ・ポピュレーションアプローチ：通いの場での講話、フレイル高齢者の把握、把握した高齢者への個別支援

(2) 包括的支援事業

●包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(単位：千円)

年度	第7期			第8期			R7	R22
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	2025	2040
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	2,775	568	2,067	3,260	3,260	3,260	2,075	1,705

●包括的支援事業（社会保障充実分）

(単位：千円)

年度	第7期			第8期			R7	R22
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	2025	2040
在宅医療・介護連携推進事業	86	99	150	500	500	500	150	150
生活支援体制整備事業	593	168	1,543	2,736	2,736	2,736	1,543	1,543
認知症初期集中支援推進事業	13	34	204	200	200	200	203	203
認知症地域支援・ケア向上事業	79	206	300	500	500	500	300	300
地域ケア会議推進事業	104	126	278	300	300	300	278	278

① 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、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的にしています。地域包括支援センターがその機能を適切に発揮するために、業務の実施状況を把握し、これを踏まえた地域包括支援センター運営協議会等での検討を通じて、適切な人員体制の確保や業務の重点化・効率化を進めます。

■PDCAサイクルの繰り返しによる機能強化

ア 地域包括支援センターの事業計画の策定

町が定めた運営方針の内容に沿って、年度毎の事業計画を策定します。

イ 事業の実施

事業計画にもとづき、地域包括支援センターにおいて事業を実施します。

ウ 事業評価

地域包括支援センターの自己評価や町によるセンターの運営や活動の評価により事業の実施状況や課題等の把握や分析を行います。

エ 評価結果の報告・検討

地域包括支援センター運営協議会等で未達成の目標や未実施業務等への対応を検討し、運営方針や事業計画の見直しにつなげます。

② 総合相談支援事業

保健・介護・福祉・権利擁護などの相談を総合的に受け止め、適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる支援をします。また、電話で福祉や健康に関する相談は常時受け付けているほか、訪問による高齢者の心身の状況や生活の実態の把握も行います。

あわせて、関係機関とのネットワークの充実・強化を図り、高齢者の実態把握、相談支援等の対応に努めます。

③ 権利擁護事業

高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるように、高齢者虐待防止、消費者被害防止の取組や成年後見制度の活用促進への取組を行います。

ア 成年後見制度の利用促進

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して成年後見制度の説明や申立てにあたっての支援を行います。申立てを行える親族がないと思われる場合や親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認める場合は、速やかに市町村長申立てにつなげます。

イ 老人福祉施設等への措置の支援

判断能力が低下している一人暮らしの高齢者や家族からの虐待等の事例を把握し、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、老人福祉法における入所措置の実施を求めます。

ウ 高齢者虐待への対応

高齢者虐待の事例を把握した場合は、速やかに状況を確認し、関係機関と連携して

虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施します。

エ 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的な課題が存在している場合や高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの各専門職が連携して対応を検討し、必要な支援を行います。

オ 消費者被害の防止

消費者行政主管課と定期的に情報交換を行うとともに、民生委員、ケアマネジャー、訪問介護員等に必要な情報提供を行います。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう心身の状況やその変化に応じ、さまざまなサービスが切れ目なく提供できるよう調整します。併せて、高齢者を支えるケアマネジャー等からの相談、問い合わせに対応したり、地域の社会資源や介護関係情報の提供を行ったりするなど、高齢者に適切なサービスを提供できるよう支援を行います。また、医療機関などの機関との連携・協力体制を構築していきます。

ア ニーズや課題の把握

地域のケアマネジャーのニーズや課題を把握します。

年 度	R3	R4	R5
地域ケア会議常任委員会開催回数	24回	24回	24回

イ 事例検討会、意見交換会の開催

地域のケアマネジャーのニーズや課題にもとづき、事例検討会の開催や多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けます。

ウ 支援困難事例への対応

地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例に対して、同行訪問等により問題の解決策を検討します。

⑤ 在宅医療・介護連携の推進

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後まで続けることができるよう、在宅医療と介護事業所等の関係者の連携を推進します。

ア 現状分析・課題抽出・施策立案

在宅医療・介護連携に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、対応策の企画・立案、医療・介護関係者への周知を行います。

イ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

知名町地域包括支援センターを相談窓口とし、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談支援を行います。

ウ 町民への普及啓発

高齢者やそのご家族等が、ケアのあり方について考えたり、必要な医療・介護サービスを適切に選択したりできるように、パンフレット等の配布や講演会の開催等、町民の在宅医療や介護についての理解を図ります。

エ 医療・介護関係者への支援

入退院時の情報共有ツール（沖永良部地区入退院調整ルール）の活用を促進し、医療・介護関係者の情報の共有を図ります。また、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得・向上のための研修、その他、地域の実情に応じた支援を行います。

⑥ 生活支援体制整備の推進

高齢者の単身世帯・夫婦のみの世帯のほか、認知症の高齢者が増加するなかにおいて、医療・介護サービスの提供だけでなく、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置を行うことで、見守り・安否確認や外出支援、買い物などの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に向けた取組みと地域住民がともに支え合う地域づくりを一体的に推進します。

ア 生活支援コーディネーターの配置

地域において生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす生活支援コーディネーターを第1層（※）に1名配置します。

※市町村区域（第2層は日常生活圏域であり、本町では第1層と第2層は一致します。）

イ 協議体の設置

生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として協議体を第1層に1箇所設置します。

ウ 地域見守りネットワーク支援事業との連動

生活支援等サービスの体制整備をより効率的に推進するために社会福祉協議会に委託して実施している地域見守りネットワーク支援事業と連動して取組みます。

エ 地域ケア会議の活用

生活支援等サービスの充実を図っていく上で、積極的に地域ケア会議との連携を図ります。

オ 生活支援サポーターの養成

高齢者等のちょっとした困りごとを支援する生活支援サポーター（有償ボランティア）を養成し、実際の支援活動につなげます。

年 度	R3	R4	R5
生活支援サポーター養成人数	3人	3人	4人
活動実人数	2人	2人	3人

⑦ 認知症施策の推進

認知症の方やその家族の視点を重視し、認知症に対する理解の促進を図るとともに、支援体制の整備を図り、本町の実情に応じた多様な認知症施策を展開します。

■ 認知症への理解を深めるための普及・啓発

ア 認知症に関する相談先の周知

高齢者やその家族が気軽に相談ができるよう、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充実と町広報誌やホームページ等への掲載を通して周知に努めます。

イ 認知症サポーターの養成

認知症に対する正しい理解を深め、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを町民の手で展開していくために、字や職場等へ講師を派遣し認知症サポーター養成講座を開催します。また、小・中学生のうちから認知症について理解を深めるために、学校と協力しながら講座を開催していきます。

さらに、チームオレンジ（※）創設に向けた取組として認知症サポーター養成講座を受講した方が一歩前進した学習や実践的な活動ができるような機会を設け、認知症サポーターが地域の担い手として活躍できる仕組みづくりを行います。

あわせて認知症の人やその家族も担い手の一員として社会参加できるよう取り組んでいきます。

※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つくり、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げる仕組み。

年 度	第7期			第8期		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
認知症サポーター人数（延べ）	261	288	330	350	370	390

ウ 認知症ケアパスの普及

認知症高齢者とその家族ができる限り住み慣れた自宅で生活を続けることができるよう、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解するため、「知名町認知症ケアパス」の更新と普及を推進します。また、町のホームページ等で認知症ケアパスを掲載し、遠方の家族等でも町内のサービス利用についての情報を得られるように工夫していきます。

エ 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び認知症月間（毎年9月）における取組

町広報誌やホームページを活用し認知症や介護予防に関する情報発信をするほか、町立図書館において認知症コーナーを設置するなど、認知症を身近に感じ、考える機会を設けます。

オ 本人ミーティング、本人の意見を重視した施策の展開

認知症の本人同士の支えあい並びに社会参加活動としての本人交流会を開催し、認知症の人が自ら発信する機会の充実及び施策への参画ができるよう参加と協働を推進します。

■認知症予防活動の推進

健康相談や介護予防教室、サロン、老人クラブなど主に高齢者が集まる機会を活用し、認知症の理解を深めてもらい、予防や早期介入の必要性について知識の普及啓発を図ります。また、通いの場においても専門職による健康相談等を実施し、発症リスクの低減や早期発見・早期対応などの認知症予防活動につなげます。

■認知症ケアに対するサービスの充実

ア 認知症地域支援推進員の配置

認知症地域支援推進員は、認知症の人とその家族を総合的に支援するため、医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関をつなぐコーディネーターの役割を担います。

本町では地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を1名配置し、認知症の早期発見等へつなげるため、医療と介護の切れ目のない総合的な支援を行っています。今後も身近な場所で早期に相談できる体制を継続し、認知症の人とその家族の総合的な支援に努めます。

イ 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が家族の訴え等により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（おおむね6ヵ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

本町では和泊町との共同事業で平成29年度に認知症初期集中支援チームを設置しました。認知症の人やその家族に早期に関わり、認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に関する相談等を集中的に行い自立生活のサポートを行う支援体制の構築を目指します。

	第7期			第8期		
年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
チーム会議の開催	0回	0回	0回	2回	2回	2回

ウ 認知症カフェ

認知症カフェは、認知症のご本人とその家族が、地域住民や介護・福祉・医療の専門家と身近な場所で集い交流できる場所です。同じ状況の仲間が皆で認知症に向き合う場を作り、心のケアや介護負担の軽減が図れるよう認知症カフェの設置に努めます。

また、認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側としての役割と生きがいを持って生活ができる場として、認知症カフェの運営等に参画する取組みを推進します。

■認知症バリアフリーの推進

日常生活や地域生活における様々な生活の場面で、認知症になっても利用しやすい生活環境の工夫や改善を推進します。また、認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりや、行方不明者になった際に早期発見・保護ができるよう、SOSネットワークの取組みを推進するとともに、アプリやSNSと連動したネットワークを検討します。

また、認知症サポーターを養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、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を検討します。

■若年性認知症の人への支援

65歳未満で認知症を発症した場合、「若年性認知症」とされます。社会的役割が大きい世代であり、認知症になって職を失うと、経済的問題が大きくなります。また、配偶者が家庭内の多くの役割と介護を担うことが多く、身体的、精神的、経済的な介護負担が大きいのと言われており、高齢者の認知症とは違った独自の支援が必要とされる場合が多くなります。本町では、若年性認知症に対する支援を展開していくことで、本人とその家族が、早期に必要な支援につながり、地域の中で生活を継続することができる体制づ

くりを目指します。

ア 相談窓口の設置・周知

町広報誌やホームページを活用し、若年性認知症窓口の周知・徹底を図ります。

イ 若年性認知症の理解を深めるための普及・啓発

若年性認知症の人やその家族が住み慣れた家庭や地域で安心して暮らしていくことができるよう、地域や職場における理解を促進していきます。また、認知症サポーター養成講座等で若年性認知症に対する知識の普及・啓発を図っていきます。

ウ 関係機関との連携体制の構築

医療・福祉・就労等の関係機関との連携を図り、就労の継続や居場所づくり等の支援に努めます。

⑧ 地域ケア会議の推進

個別ケース（困難事例等）の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うことで、地域支援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、地域課題の把握などを推進します。

ア 自立支援地域ケア会議の開催

自立支援に資するケアマネジメント実践力向上等を目的として、多職種が協働して個別事例の支援内容を検討するとともに、個別事例を通し地域課題を把握します。

	第7期			第8期		
年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
回数	4回	1回	3回	4回	4回	4回

イ 地域ケア個別会議の開催

高齢者等の個別課題の解決に対する支援を目的とし、多職種が協働して個別事例の支援内容を検討するとともに、地域課題を把握します。

ウ 地域ケア推進会議の開催

地域包括支援センター運営協議会等を活用し、自立支援地域ケア会議や地域ケア個別会議で把握された地域課題の共有、地域づくりや課題解決に必要な資源開発の検討、施策の立案を行います。

エ 生活支援コーディネーターや協議体との連携

地域課題の把握や地域づくり、新たな資源開発においては、生活支援コーディネーターや協議体と連携しながら取組めます。

(3) 任意事業

●任意事業

(単位：千円)

年度	第7期			第8期			R7 2025	R22 2040
	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
任意事業	3,518	3,226	4,000	4,000	4,000	4,000	4,015	3,300

① 介護給付費適正化事業

介護サービスを必要とする方を適切に認定し、真に必要なサービスを事業者が適切に提供するよう促します。このことは、利用者に対し適切な介護サービスを確保しつつ、介護保険料の上昇を抑制することを通じて介護保険制度の信頼を高めていくとともに、持続可能な介護保健制度の構築に資するものであります。

第8期においては、以下の取組みを強化・推進していきます。

項目	取組目標
要介護認定の適正化	認定調査の結果について、調査内容の点検を全件実施することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。
ケアプランの点検	町内全ての居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の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点検し、介護支援専門員の気づきを促し、自立支援に資するケアマネジメントの支援を行います。
住宅改修等の点検	改修の施工前に工事見積書等の点検を全件行い、改修費が高額なもの等については、訪問し受給者宅の実態確認を行います。また、施工後の現地確認を必要に応じて行い、住宅改修費の適正化を図ります。 軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与における書面等の確認により保険者が要否判定できるとされるケースについては、支給に先立つ文書協議を原則とし、更新時の必要性の確認を徹底します。
縦覧点検・医療情報の突合	国民健康保険団体連合会に毎月の縦覧点検・医療情報との突合を委託し、サービス事業者の誤請求や医療と介護の重複請求の発見・是正を図ります。
介護給付費通知	受給者に対して、サービス事業所・種類・費用額等について年1回通知し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員による説明等を行うことにより、適切なサービスの利用を啓発します。

② 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度の利用にあたり、必要となる費用を負担することが困難である低所得の高齢者に対し、成年後見制度の申立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成等を行い、生活の自立の援助等、福祉の増進を図ります。

③ 福祉用具・住宅改修支援事業

居宅介護支援及び介護予防支援の提供を受けていない要介護認定者等の住宅改修に関する相談に乗り住宅改修が必要な理由書を作成した居宅介護支援事業所等に助成を行い、介護保険における住宅改修の円滑な実施を図ります。

④ 「食」の自立支援事業

栄養改善が必要な要介護認定者等に対して、食関連サービスの利用調整や地域の社会福祉法人等が実施している配食の支援を活用することで、食生活の改善と健康の増進を図るとともに、定期的な状況の把握を行い、高齢者の地域における自立した生活の継続につなげます。

2. 保健事業

高齢者等の健康保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防から治療、保健指導に至る対策を総合的に推進します。

事業名	内容	
訪問指導	①育児・保護者の精神保健、予防接種の相談やその他要保護児童家庭への訪問を実施し、保護者が安心して育児ができるような環境づくりを支援します。 ②障がい者やその家族の困りごとに対する支援のための訪問を実施します。 ③健診結果や体調について不安がある方を訪問し、日常生活や必要な医療について助言を行います。	
がん検診	肺がん、胃がん、大腸がんなどの早期発見・早期治療のため各種がん検診を実施します。	
予防接種	伝染性の病気の予防するため、高齢者肺炎球菌ワクチンや成人肺炎球菌ワクチンなどの予防接種を実施します。	
健康相談	病気の早期発見や健康の維持・増進を図るため、保健センターにおいて血圧測定や尿・血糖検査などを行います。このほか、健康に関する相談を受けたり、不安を解消するための助言を行ったりします。	
巡回健康相談	各字を巡回（一部は保健センター）し、健康に関する相談を受けるほか、尿・血糖検査や腹囲・体脂肪・血圧測定を行います。	
特定健康診査	国民健康保険の被保険者のうち 40 歳以上 74 歳以下の方を対象に、集団で健康診査を実施します。	
その他	特定保健指導	特定健康診査受診者のうち、特定保健指導者の基準に該当した方を対象に指導を行います。
	生活習慣病重症化予防事業	特定健診の結果や診療報酬明細書（レセプト）等を活用し、町民の生活習慣等を把握し、ライフステージに合わせた保健指導を行います。
	重症化予防事業	糖尿病・高血圧で重症化するリスクの高い未治療者や治療中断者に対し保健指導を行います。
	健康づくり推進員事業	生活習慣病予防のための健康づくり教室やイベントを開催し、町民に正しい食生活の普及・啓発を行います。

3. 高齢者福祉事業

① 紙おむつ支給事業（市町村特別給付）

介護保険の認定を受けている在宅の寝たきり高齢者等に対して、紙おむつを支給し介護者の経済的な負担を軽減します。令和3年度からは市町村特別給付（※）として実施します。

年 度	R3	R4	R5
給付費（円）	1,500,000	1,500,000	1,500,000

※第1号被保険者の保険料を財源として、要介護・要支援者に対し、介護保険法で定められた保険給付以外に、条例により市町村独自の給付を行うもの。（横出しサービス）

② シルバー人材センターの強化

就労を通じた高齢者の生きがいづくりや社会参加を図りつつ、高齢者の多様なニーズを踏まえた就業機会を確保するためのシルバー人材センターの取組みを支援します。

③ 老人クラブ育成事業

健康活動のほか日常生活の困りごと支援などを行う友愛活動や他の世代との交流活動など、創造と連帯の輪が広がる事業に対し支援を行います。

④ 在宅生活・介護支援事業

ア 食の自立支援事業

在宅の高齢者等が健康で自立した生活を送れるよう配食サービスの提供とあわせて安否確認を行います。

イ 生活管理指導員派遣事業

介護保険対象外の高齢者で、生活習慣の欠如や対人関係が成立しない場合など、一時的に心身の状態が悪くなった方を対象に指導員を派遣し、自立した生活の継続と要介護状態への進行の防止を図ります。

⑤ その他

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもって自立した生活ができるよう次の事業に引き続き取り組みます。

ア 子ども食堂もポイントアップ！元気度アップ！推進事業

イ 敬老祝金・百歳祝金事業

ウ 敬老バス事業

4. 高齢者の安心・安全な暮らしを支える

① 養護老人ホームの設置

65歳以上で、環境上の理由と一定の経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な方を措置により入所（50床）を行います。入所者に対しては、自立した日常生活が送れるよう、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練などの支援を行います。

② 療養病床の円滑な転換

指定介護療養型医療施設については、令和5年度末で廃止されることとなっており、他施設等への転換が予定されています。

③ 介護人材の確保等

知名町・和泊町で協議会を設置し、必要な介護人材の確保に向けた検討を行うほか、高齢者がこれまでの経験・技術をボランティア活動や地域福祉活動において活躍できる機会の提供に努めます。

また、すべての町民が地域における介護や福祉の活動に理解と興味をもって積極的に参加できるよう、学校教育や社会教育などあらゆる機会啓発に努めます。

ア 資質の向上

介護現場の中核を担う人材の育成や専門性向上のための研修や多職種との連携などを行う取組に対して支援を行います。

イ 介護事業所の業務の効率化

指定更新時における提出書類の削減や実地指導時の資料の確認において、介護事業所の負担軽減を図ります。

④ 災害・感染症対策

ア 災害対策

介護事業者が策定している災害に係る計画を定期的に確認し、あわせて災害が発生した際の具体的な行動等について確認を行います。

また、要援護者について、民生委員や字区長、消防団等と情報を共有し、台風等が発生した際に避難に要する時間や避難経路等の確認を行う場を設置し、具体的な行動等について協議を行います。

イ 感染症対策

- ・町内で感染症が発生した場合においてもサービスを継続して受けることができるよう、各事業所との連携体制を整備します。
- ・介護事業所の職員の感染症に対する理解を深めたうえで業務にあたることができるよう、感染症に関する資料の提供や研修会等を実施します。
- ・介護事業所における感染防具や消毒液、その他の感染症対策に必要な物資の備蓄等について定期的に確認をするほか、町においても関係機関と連携して最低限必要な物資を確保する体制を整備します。

⑤ その他

ア 緊急通報体制等整備事業

ひとり暮らしの高齢者等世帯に対し、緊急通報装置を設置することで、緊急時の連絡や高齢者等の不安や家族の精神的負担の軽減を図ります。

イ 地域見守りネットワーク支援事業

援護を必要とする高齢者等を地域全体で支えるネットワークづくりを促進するため、地域住民が主体となった見守りグループの活動を支援します。

ウ リハビリテーションサービス提供体制の整備

生活機能の低下した高齢者に対しては、高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、心身機能・活動・参加のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、これにより日常生活の活動を高め、家庭や社会の参加を可能とすることなどが重要となります。

本町には、介護サービスを提供する訪問リハビリテーション事業所（1か所）と通所リハビリテーション事業所（2か所）があり、このうち訪問リハビリテーションの利用率（※）は、全国及び県平均を下回っています。また、通所リハビリテーションの利用率は、全国平均を上回っているものの、県平均を下回っており、あわせて平成30年からは減少傾向に転じています。

リハビリテーションの必要性にかんがみ、今後は、事業所等と連携し、リハビリテーションの提供体制の確保・充実を図ります。

※（年度中の各月の当該サービスの受給者数の累計÷12月）÷年度末時点の認定者数