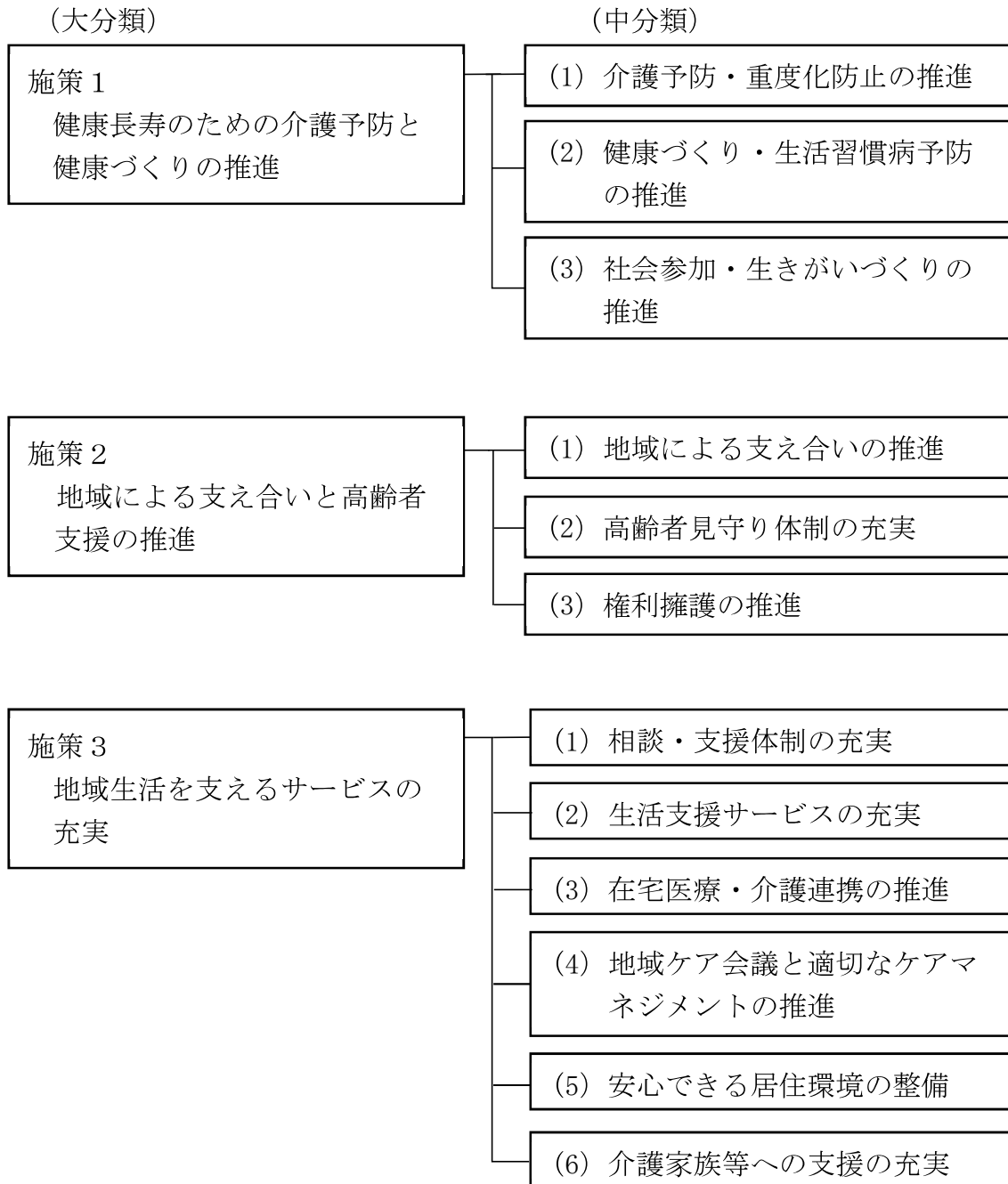


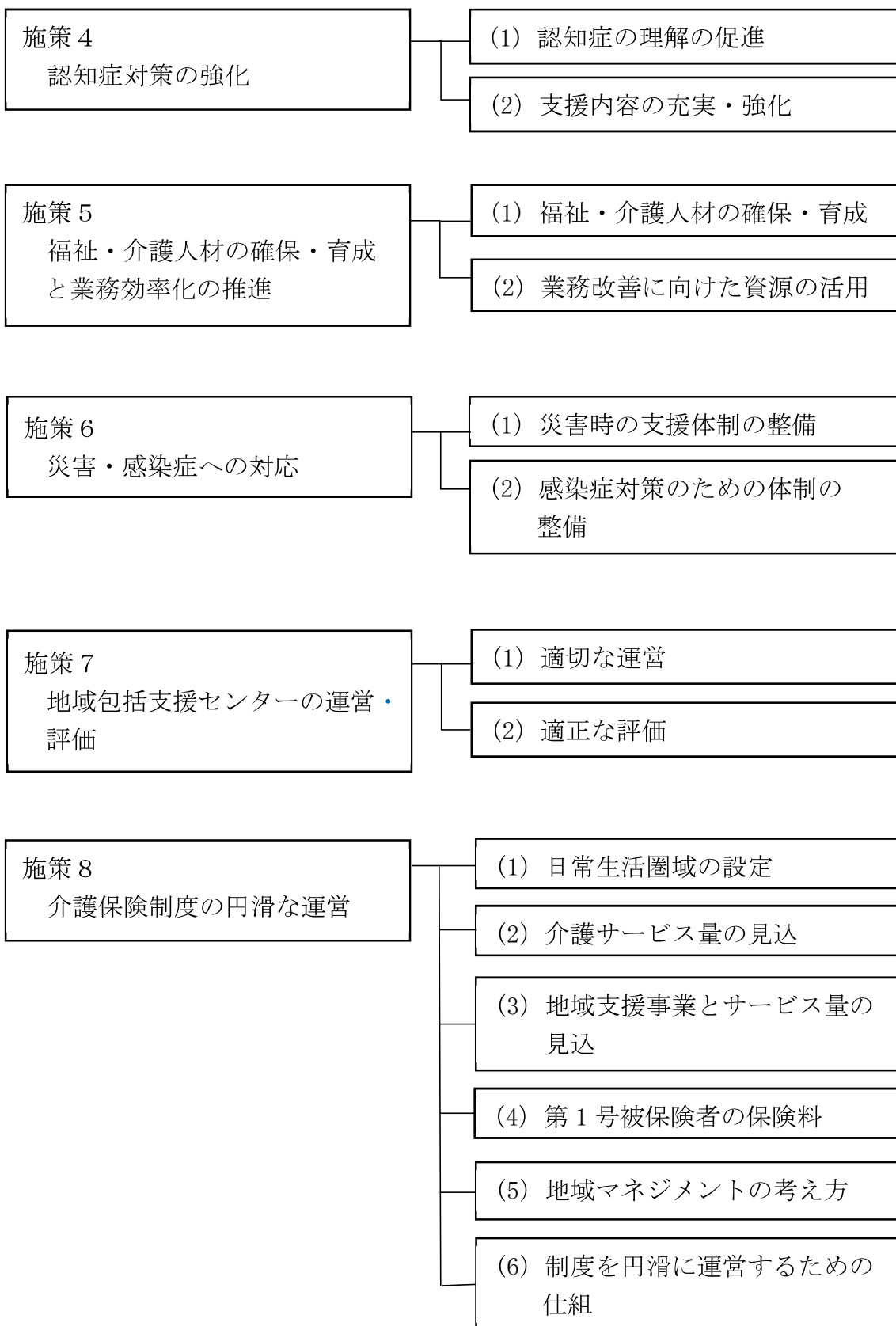
第4章 施策の取組

この章では、令和3年度から3年間の施策について体系的に記述し、個々の事業における考え方や方向性等を示します。

施策の体系は、「第3章 計画の基本的な考え方」で掲げた8つの基本施策を大分類とし、その下に中分類を設け、主要な施策や事業を整理して示します。

施策の体系





施策1 健康長寿のための介護予防と健康づくりの推進

(1) 介護予防・重度化防止の推進

① 介護予防の普及・啓発

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも元気で自分らしく暮らしていくため、介護予防に関する知識を持ち、元気なうちから介護予防のための取組を日常生活の中で実践できるよう、地域での健康講話や広報誌、ホームページ等への掲載を通して、基本的な知識をわかりやすく情報提供します。

② 介護予防・生活支援の充実

高齢者の自立した生活を支えるとともに高齢者の活躍が健康寿命の延伸につながることを踏まえ、要支援者やサービス事業対象者に対し、現行の訪問介護や通所介護に加え、多様な事業主体による生活支援サービスを提供します。また、生活機能全体を向上させ活動的に生きがいを持てる生活環境の調整や地域づくりにより、高齢者を取り巻く環境へのアプローチを行います。

③ 介護予防の普及及び通いの場の充実

高齢者が要介護状態等になることの予防又は要介護状態等の軽減を目指すため、加齢に伴う体力低下、低栄養、口腔機能低下や認知機能低下等のフレイル（虚弱）の予防に努めます。

また、リハビリテーション専門職等と連携を図り、地域の通いの場において、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ます。

更に、重度化防止に向けて、一般介護予防事業、短期集中予防サービス、介護予防のための地域ケア個別会議等の一貫した連携体制を構築し、維持改善を目指す取組を行います。

④ 介護予防活動を支える人材の育成

住民主体の通いの場を確保するため、健康づくりや介護予防に関心のある地域の団体等に対する活動支援を行うとともに、介護予防運動に関する専門職の派遣やリーダー研修を実施し、地域住民が自主的に継続した介護予防に取り組むことを支援します。

(2) 健康づくり・生活習慣病予防の推進

心身ともに健康な状態を維持し、活力ある高年期を迎えるためには、生涯を通じた健康づくりや生活習慣病予防が重要です。

本町の健康増進計画である「丸森町健康日本21地域計画（げんまる21）」等に基づき、健康寿命の延伸に向けて、町、住民、地域活動団体、事業者等との協働により施策を推進します。

① 各種健診（検診）と事後指導の実施

生活習慣病予防と医療費適正化を目的として、18～39歳の方を対象とした成人の健康診査、40～74歳の国民健康保険被保険者を対象とした特定健康診査、75歳以上の方を対象とした後期高齢者健診を実施します。健診の結果、生活習慣病のリスクの高い方に対し、個々の状況に応じて特定保健指導や情報提供、受診勧奨等を実施します。

また、疾病の早期発見を目的として、各種がん検診や骨粗しょう症検診、成人歯周疾患検診等を実施し、所見があった方については、相談等により受診や生活習慣の改善につながるよう支援します。

さらに、各種健診（検診）の受診率向上を図るため、引き続き休日・夜間検診の実施等により受診しやすい体制を整備するとともに、未受診者への受診勧奨の働きかけの強化、広報誌やホームページ等を活用した健診（検診）の重要性の普及・啓発に努めます。

② 生活習慣病予防・重症化予防事業の充実

生活習慣病は、重症化すると要介護状態の要因にもなることから、若い年代から運動や食生活、さらに口腔ケアを含め、自分に合った健康づくりを実践することが大切です。

生活習慣病の予防やその重症化予防に関して、広報誌等を活用し普及・啓発を図るとともに、住民自治組織や医療機関等と連携し、誰でも気軽に参加できる体組成計を活用した「健康づくり相談」や、糖尿病予備軍等を対象とした「生活習慣病予防教室」と「糖尿病性腎症重症化予防事業」、インセンティブを活用した「健康づくり応援事業」等を実施し、自分に合った健康づくりに取り組めるよう支援します。

③ 健康づくり活動の支援

住民や関係機関との協働による健康づくりの取組を更に推進するため食生活改善推進員、保健推進員、運動推進員、げんまる推進委員等の健康づくりリーダーの養成・育成、活動の支援と、地域で健康づくりに取り組む自主

活動グループの活動支援など、地域における健康づくり活動への支援を進めます。

④ こころの健康づくりの充実

「まるもり こころ・いのち支援プラン」(丸森町自殺対策計画)に基づき、関係機関との連携のもと自殺予防対策を推進します。ライフステージごとに起こりやすいこころの健康問題に関して、広報誌・チラシ等を活用した情報提供を進め、こころの健康づくりのための講演会や人材育成事業等を実施し、知識の普及・啓発を図るとともに住民のこころの健康を支える体制の整備に努めます。

また、こころの悩みを安心して相談でき、適切な支援が受けられるよう、相談事業の充実と相談窓口の周知に努めるとともに、健康相談や訪問等の機会を活用し、住民自治組織や民生委員・児童委員等と協力しながら、うつ等の可能性のある高齢者を早期に把握し、支援につなげます。

さらに、医療機関や関係機関と連携し、精神疾患等のある方の把握に努め、地域での生活が継続できるよう支援します。

⑤ 健康づくりに関する情報提供

住民一人ひとりが主体的に健康に関する正しい情報を収集し、健康管理に活用できる力を高めていくことができるよう、広報誌やホームページ等を活用して健康づくりに関する情報をわかりやすく提供します。

(3) 社会参加・生きがいつくりの推進

高齢者が地域で人とのつながりを持ちながら活躍することは、本人の生きがいや活力につながり、介護予防も期待されます。更に、高齢者の生活を支える地域の担い手不足が懸念される中で、今後、元気な高齢者が生活支援の担い手となって活躍することが期待されることから、高齢者のボランティア活動や地域活動、就労的活動などの社会参加を推進します。

① 生きがいつくり活動等への支援

高齢者を対象とした各種講座等については、ライフスタイルやニーズの変化に対応し、より多くの方が生きがいつくりや仲間づくりに参加できるよう内容の充実を図りながら開催します。

また、老人クラブ等への支援を通して、高齢者相互の親睦や交流の活性化

を図り、社会参加の推進に努めます。

② 就労的活動への支援

これからは、元気な高齢者が社会参加を通じて生活支援の担い手となることが期待されるため、高齢者がこれまでに得た知識や技術、経験を活かしながら就労的活動ができるよう、丸森町シルバー人材センター等と連携しながら、それぞれの特性や希望に沿った就労の場の確保に努めます。

施策2 地域による支え合いと高齢者支援の推進

(1) 地域による支え合いの推進

丸森町社会福祉協議会や生活支援コーディネーター、住民自治組織と連携し、高齢者の介護予防や見守り、閉じこもり予防等のため実施している「ふれあいサロン事業」の運営を引き続き支援するとともに、地域の住民や様々な活動団体、医療専門職等の関わりを強めながら、より多くの高齢者が年齢や心身の状況等による分け隔てなく気軽に参加できる通いの場の整備を推進します。

また、各地区に活動の拠点を置きながら住民ボランティアや生活支援コーディネーターがより地域に密着した形で活動ができるよう、住民自治組織と連携しながら支援するとともに、地域活動に子どもから高齢者まで幅広い世代の参加・交流を促すことで、身近な地域資源の把握やサービスの創出、新たな担い手の養成を行い、地域の活動団体や事業者、関係機関等と相互の連携・協働を進めながら地域で支え合う体制の確立を図ります。

(2) 高齢者見守り体制の充実

郵便局、新聞販売所、農業協同組合、金融機関等との間で高齢者の見守りに関する協定を締結し、高齢者の見守り体制を整備していますが、引き続き協力団体の拡充に努め、見守る「目」を増やす対策を進めることにより、地域で安心して暮らせる環境づくりを構築するとともに、協力団体等と情報共有を行う場を設定し、連携体制の強化を図ります。

また、行政運営推進委員、民生委員・児童委員、自主防災組織をはじめ地域

全体による見守りを推進し、早期の適切な支援につなげるよう努めます。

(3) 権利擁護の推進

① 虐待等の早期発見と適切な対応の確保

高齢者の虐待防止について、住民や介護従事者等への啓発に努めるとともに、通報・相談窓口の周知を図ります。

また、住民や民生委員・児童委員、協力団体等との連携により、日常的な高齢者の見守りを行うことにより、虐待を早期に発見してその深刻化を防ぐように努めます。

虐待や虐待の兆候を確認したときは、早期に地域包括支援センターを中心に関係機関が連携して支援するとともに、虐待の状況が深刻で、心身に重大な影響があると判断した場合は、関係機関と協議し、虐待を行った人から一時的に本人を引き離す等の介入や、入院や措置入所等の対応を行います。

合わせて、虐待を行った養護者に対しては、相談又は助言等を行うことで再発防止に取り組むとともに、養護者である家族等が孤立しないよう、必要な支援を行います。

② 成年後見制度の利用支援の促進

判断能力が不十分な認知症高齢者等が安全・安心に生活できるよう、成年後見制度に関する住民や関係機関等への普及・啓発を図るとともに、成年後見制度や権利擁護に関する相談への対応、申立手続の支援等、制度の有効な活用に向けた取組を推進します。

また、丸森町社会福祉協議会で実施している地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の活用など、関係機関等との連携を強化し、適切な支援につなげていきます。

③ 消費者被害の防止対策の充実

巧妙化している消費者被害を未然に防止するため、関係機関等と連携し、悪質商法の手口やその対処法等、消費生活に関する最新の情報を高齢者が集う場等で広く周知し、防犯意識の啓発に努めます。

また、消費者被害の相談窓口の周知など被害を最小限にとどめるため関係機関と連携して対応します。

施策3 地域生活を支えるサービスの充実

(1) 相談・支援体制の充実

高齢者が必要に応じて適切なサービスを受けられるよう、介護保険サービスを含めた高齢者福祉の各種サービスの情報提供を推進するとともに、身近な地域における相談機能の充実を図ります。

① 相談体制の充実

地域包括支援センターは、高齢者に関する相談を受け、ニーズを把握し、適切なサービスにつなげるための支援を行います。多様化する相談内容や困難事例に対応するため、職員間や地域の支援者等との連携を強化するとともに、研修の受講等により職員の資質向上に努め、相談体制の充実・強化を図ります。

また、地域包括支援センターの役割を多くの人に知ってもらうため、引き続き広報誌やチラシ、出前講座、民生委員・児童委員等を通じて周知するとともに、関係者が相談を受ける際の支援に努めます。

② 福祉サービス情報の提供

高齢者やその家族が適切にサービスを選択・利用できるよう、「医療と介護に関するサービスマップ」「介護保険制度周知用パンフレット」等を活用するほか、「介護サービス事業所一覧」を作成し、相談時に情報提供できるように努めます。

また、広報誌やホームページ等の様々な媒体を活用してわかりやすい情報提供に努めることにより、離れて暮らす家族等でも各種の情報が入手できる環境整備を図ります。

更に、自ら情報を入手することが困難な高齢者も多い現状を踏まえ、民生委員・児童委員等の協力を得ながら地域に密着した周知活動を展開します。

(2) 生活支援サービスの充実

高齢者のいる世帯のうち、一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加してきており、日常の生活支援がこれまで以上に必要となっていることから、高齢者

が支援を必要とする状態になっても住み慣れた地域や自宅で安心して生活し続けられるよう、医療と介護だけではなく、多様な生活支援サービスが利用できる体制の整備を推進します。また、地域の事業者等と連携し、高齢者の多様なニーズに応じた生活支援サービスの提供に努めます。

① 介護予防・日常生活支援総合事業の実施

既存の介護サービス事業所によるサービスに加え、民間事業者によるサービスや元気な高齢者等の住民が担い手として参加する支援等、介護予防・日常生活支援総合事業の充実を図りながら、高齢者のニーズに適した幅広いサービスや支援の提供に努めます。

② 生活支援サービス体制の整備

住民が担い手として参加する住民主体の活動や丸森町社会福祉協議会、丸森町シルバー人材センター、NPO、民間事業者等による多様な生活支援サービスを提供するため、生活支援コーディネーターが中心となって地域のニーズや資源の把握を行うとともに、地域において互助を基本とした介護予防・生活支援サービスが創出されるよう、世代を超えて地域で共に支え合う体制の整備を推進します。

また、高齢者の介護予防や生活支援を担う地域の担い手や住民ボランティアが積極的に地域活動の場に参加できるよう、活動の支援や担い手の養成を生活支援コーディネーター等と連携しながら行うとともに、丸森町社会福祉協議会や丸森町シルバー人材センター等のサービス提供主体との協働体制の強化を図ります。

③ 移動支援サービス体制の整備

運転免許証を自主返納した高齢者に対し、交通手段が確保できるよう、公共交通機関の利用支援を行います。

また、高齢者の生活の足となる交通手段の確保は、社会とのつながりを維持するうえで重要ですので、自家用自動車等を利用できない高齢者の地域の通いの場への参加や通院、買い物等の日常生活を支える移動手段の確保に向けた支援体制についての検討を行います。

なお、移動支援は町全体の課題でもあることから、庁内関係部署や関係機関が連携しながら幅広い視点で問題点を整理し、検討を進めていきます。

④ 各種サービスの提供

高齢者の生活を支える各種サービスの提供を行うとともに、必要なサービ

スが利用できるよう、住民に対しての周知・広報を行います。

・軽度生活支援サービス

日常生活を営むのに軽度の支障がある在宅の一人暮らし高齢者又は高齢者世帯に対し、訪問介護員を派遣して日常生活上の援助を行います。

・訪問理美容サービス

理容院又は美容院に出向くことが困難な高齢者に対し、理容師や美容師が自宅を訪問して髪のカット等を行います。

・給食サービス

調理が困難な一人暮らし高齢者又は高齢者世帯に対し、定期的に栄養バランスの取れた食事を配達しながら安否の確認を行います。

⑤ 緊急通報システムの運用

65歳以上の病弱又は障害のある一人暮らし高齢者を対象に、家庭用緊急通報機器の貸与と援護体制の整備を行うことにより、日常生活上の安全を確保し、精神的負担の軽減を図ります。

⑥ サービスの質の向上

介護サービスを提供する事業所を対象として、人材確保・人材育成、コミュニケーションスキル等の研修を行うほか、雇用環境や業務改善に関するセミナー等を実施することにより、事業所の質の向上を図ります。

また、介護保険制度が健全かつ円滑に運営されるよう、介護給付の取扱いや介護報酬の請求等について、事業所等に対し助言・指導を行うとともに、指定基準違反、介護報酬の不正請求、不適切なサービス提供等が認められた場合は、公正かつ適切な措置をとることを目的に監査を実施します。

(3) 在宅医療・介護連携の推進

① 住民への普及・啓発

住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になった際に適切なサービスを選択できるよう、関係者による研修会等を通して相互理解を深めます。また、今後は医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、講演会や出前講座等を通して人生の最終段階等について自ら考え、身近な人と話し合う機会の創出を図ります。

② 医療・介護関係者の情報共有の支援

住民が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、医療と介護の関係機関の連携推進に向けて、必要な情報の確認・共有のためのツールを活用し、情報を共有しながら一体的にサービスを提供できるようにします。

また、角田市・丸森町に所在する医療機関・事業所等に関する情報を見える化した『角田市・丸森町医療・介護従事者連携のための情報誌』を活用し、声を掛け合える関係性を築き、住民に医療と介護の切れ目ない支援を提供するための体制づくりに努めます。

③ 在宅医療・介護連携の適切な取組

「丸森町地域包括ケア推進会議」や角田市と合同で行う「在宅医療・介護連携推進に関する会議」において、地域の実情に応じ、住民や地域の医療・介護関係者と目指すべき姿を共有し、医療と介護の両方を必要とする高齢者が切れ目ない在宅医療と介護を受けることができるよう、PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行います。

④ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

入院医療から在宅医療への円滑な移行や、安定的な在宅療養生活の継続を支援するため、在宅医療・介護連携相談窓口を設置します。

相談窓口は、病院の入退院時や医療と介護の両方が必要な方への医療・介護の連携支援等を行い、当分の間、地域包括支援センターがその役割を担います。

⑤ 医療・介護関係者の研修

医療と介護の両方が必要な高齢者に対する適切なサービスの提供に向けて、医療職と介護職が相互の専門性や役割を学ぶ多職種連携研修会や、職能ごとの勉強会等を開催します。

⑥ 在宅医療・介護連携に関する市町村間の連携

角田市医師会圏域における在宅医療・介護連携を円滑に行うため、医師会をはじめ歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、角田市等との協議を継続していきます。

また、より広域的な連携を推進するため、仙南保健福祉事務所等との協議も進めていきます。

(4) 地域ケア会議と適切なケアマネジメントの推進

① 地域ケア会議の開催

地域に共通する課題を明らかにし、具体的な支援策を検討するため、地域ケア会議（丸森町地域包括ケア推進会議）を定期的に開催します。

また、地域ケア会議で整理された地域課題を庁内関係部署や関係機関等と共有し、課題解決に向けた検討を行います。

② 自立に向けたケアマネジメントの推進

住民や介護サービス事業所等に対し、介護予防や自立支援に関する理解の普及・啓発に努めます。

また、本人の有する能力や置かれている環境を評価し、生活に影響を及ぼしている様々な課題を解決することで在宅での生活が継続できるよう、個別ケースの自立に向けたケアマネジメントを支援するための多職種協働による「地域ケア個別会議」を定期的に開催します。

更に、介護保険サービスだけでなく地域資源を活用した個別の対応ができるよう、生活支援コーディネーターとの連携も図りながら、個別事例の検討を行うことを通じて地域課題の把握に努めます。

(5) 安心できる居住環境の整備

① 高齢者に優しい生活環境の整備

加齢等により身体機能が低下した場合でも、住み慣れた自宅で自立的な生活ができるよう、住・生活環境の整備を進め、バリアフリー化に配慮した住宅改修等を支援します。

② 安心して生活できる住まいの確保

高齢者の状態に応じて適切なケアが受けられる住まいへの住替えが可能となるよう、認知症対応型共同生活介護施設や介護老人福祉施設に加え、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等の情報提供に努めます。

また、一人暮らしの高齢者や軽度の要介護認定者等、それぞれの生活ニーズに配慮した住まいの実現に向けた検討を行います。

(6) 介護家族等への支援の充実

要介護状態の高齢者を介護している介護者の身体的・精神的・経済的負担の軽減を図ります。また、住み慣れた地域や自宅での介護が継続できるよう、気軽に相談できる相談体制の充実を図り、介護を担う家族の介護離職の防止や負担軽減に向けた介護保険制度や各種サービスの周知・啓発を行うなど、介護者に対する支援を継続して行います。

① 家族介護教室の開催

介護者自身の心身の健康を保つため、高齢者を介護している家族等を対象に家族介護教室を開催し、介護方法や介護者自身の健康づくり等について学ぶことで、在宅介護が継続できるよう支援します。

② 家族介護者交流事業の実施

高齢者を介護している家族を支援するため、家族介護者交流サロンを開催して心身のリフレッシュの機会を提供するとともに、介護者が悩みを一人で抱え込まないように、介護者同士の情報交換や健康相談を行うことにより、家族介護者の心身のケアを図ります。

③ 家族介護支援レスパイト事業（ショートステイ）の実施

介護をしている家族が病気等のため介護ができず、介護保険制度による利用限度を超えてしまう場合に、短期入所サービスの提供を行います。

④ 介護用品購入費の助成

要介護者・要支援者を介護している家族の経済的負担の軽減を図るため、紙オムツ等の介護用品の購入に要する経費の一部助成を継続しますが、今後の状況の変化を踏まえながら、必要に応じて見直しを進めます。

施策4 認知症対策の強化

(1) 認知症の理解の促進

認知症は誰でもなる可能性があり、高齢化に伴い今後も認知症の方の数が増加することが見込まれていることから、国が取りまとめた「認知症施策推進大綱」に沿って、認知症の方ができる限り地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、認知症に対する理解の促進に取り組みます。

※ 認知症施策推進大綱とは

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、認知症の方や家族の視点を重視しながら「共生」(※1)と「予防」(※2)を車の両輪として施策を推進するものです。

① 普及・啓発の推進

子どもから高齢者まで幅広い年代の住民や認知症の方と関わることが想定される職域の従業員等に対し、認知症サポーター養成講座や出前講座等を開催するほか、広報誌やパンフレット等を活用し、認知症に関する正しい理解の普及・啓発を継続していきます。

② 相談・支援のための取組の促進

高齢者の言動に違和感を覚えた場合に、早期に必要な医療や介護につなげることができるよう、広報誌やチラシ等で相談窓口を目にする機会を増やすとともに、相談・支援のための体制を整備します。

また、認知症の状態に応じ、いつ、どこで、どのようなサービスや支援を利用できるのかをわかりやすくまとめた「丸森町認知症支援ガイド(認知症ケアパス)」の活用を、認知症サポーター養成講座等で呼びかけるとともに、ホームページに掲載することで同居以外の家族や支援者も閲覧できるようにします。更に、医療機関等の関係機関にも配付し、診察や相談時に活用していただくことで、すぐに相談窓口とつながるよう取り組みます。

(※1) 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会とともに生きるという意味。

(※2) 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「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」という意味。

(認知症施策推進大綱より引用)

(2) 支援内容の充実・強化

① 早期発見と早期受診に向けた支援

認知症に関する医療と介護の専門職により構成する認知症初期集中支援チームにより、本人や家族のほか、支援者等からの幅広い相談に対応することで、対象者の把握や初期段階での包括的・集中的な支援につなげます。

② 地域における支援の充実

認知症の方やその家族のニーズを介護保険サービス等へつなげるだけでなく、地域の中での生活やつながりを継続していけるよう、認知症サポーターステップアップ講座を実施し、認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組（チームオレンジ）の構築を図り、医療機関や介護サービス事業所等との連携を図りながら、地域全体での認知症に関する取組を推進していきます。

また、介護者の負担軽減を図るため、認知症の方とその家族、地域住民、専門職等が気軽に参加し、認知症等に関する情報を提供する「認知症カフェ」を定期的で開催するとともに、集いの場等の地域の資源の発信と周知・拡充を図り、それらが本人の居場所づくりにつながるよう進めます。

更に、認知症の方の外出対策として、警察等と連携した SOS ネットワークやまるもり安心・安全メールの活用について周知を図るとともに、高齢者見守りネットワークや情報通信技術（ICT）を活用した早期身元確認システム等により、見守り体制の充実に努めます。

加えて、高齢者等の身近な集いの場における専門職による認知症予防のための活動を普及するため、すこやか生活応援講座の周知に努めます。

施策5 福祉・介護人材の確保・育成と業務効率化の推進

(1) 福祉・介護人材の確保・育成

① 人材確保の取組への支援と人材育成の取組の強化

高齢者を支える保健福祉施策を展開していくためには、福祉・介護を担う人材が確保されることが重要ですが、高齢化が進み、介護サービスの需要が増える中、福祉・介護の人材の確保については厳しい状況が続くと予想されます。

そのため、介護サービス事業所等の人材確保への取組を支援するとともに、関連する専門学校・大学への働きかけや、現在就労していない福祉・介護人材の掘起こしに向けた取組の検討を進めます。

また、多様化する高齢者のニーズに対応できる質の高い人材が求められていることから、個々のニーズに応じて適切なサービスが提供できるよう、介護サービス事業所等と連携し、人材育成に向けた取組を強化します。

さらに、介護人材の確保及び育成を図るため、介護資格取得に要する経費への助成を引き続き行います。

(2) 業務改善に向けた資源の活用

① 人材の定着と負担軽減に対する支援

介護サービス事業所で働く職員が、仕事に対するやりがいと誇りを持ち、能力を発揮して働き続けることができるよう、経営者等に対する労働環境改善のための研修会等を開催するほか、介護従事者の身体的負担の軽減や業務の効率化を図るため、介護ロボットの導入支援について、国の動向を注視しながら検討を進めます。

また、介護職員の資質向上と離職防止を図るため、介護資格取得に要する経費への助成を引き続き行います。

施策6 災害・感染症への対応

(1) 災害時の支援体制の整備

本町における令和元年東日本台風災害や全国における近年の災害発生状況を踏まえ、丸森町地域防災計画との整合を図りながら、介護サービス事業所等との災害に備えた連携を進めるとともに、住民への周知に努めます。

① 避難行動要支援者名簿の活用

災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な方を「避難行動要支援者名簿」に登録し、行政運営推進委員、民生委員・児童委員、自主防災組織等の連携・協力を得て、災害時の円滑かつ迅速な避難の確保を図ります。

《避難行動要支援者名簿登録の対象者》

災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な方で、生活の基盤が自宅にあり、次のいずれかに該当する方です。

- ア 65歳以上の一人暮らし高齢者又は高齢者世帯及び同居者全員が不在により実質的な独居状態となる65歳以上の高齢者で、災害時の自力避難に不安がある方
- イ 要介護認定3以上の認定を受けている方
- ウ 身体障害者手帳1級・2級を所持する身体障害者の方
- エ 生命を維持するため医療措置を常に必要とする在宅患者の方
(人工呼吸器の使用、人工透析、在宅酸素療法の方)
- オ 療育手帳Aを所持する知的障害者の方
- カ 精神障害者保健福祉手帳1級・2級を所持する方で単身世帯の方
- キ 難病患者(重症認定患者)の方
- ク ア～キ以外で支援が必要と認められる方

② 避難行動要支援者への支援制度の円滑な運用

避難支援等関係者(行政運営推進委員、民生委員・児童委員、自主防災組織等)へ「避難行動要支援者名簿」と「避難行動要支援者個別計画書(あんしんカード)」を提供し、災害時の避難支援と地域における日頃からの見守りに取り組みます。

③ 事業所との連携の推進

近年の災害発生時の特徴として、短時間での大雨による大規模な災害が増加しており、平時からの備えの重要性がクローズアップされています。

このため、介護サービス事業所における災害時の避難確保計画の整備を進め、災害発生時に必要となる物資の備蓄・調達状況の共有を図るとともに、医療・介護分野での対応が必要な方のための福祉避難所の拡充に向けて、福祉避難所の位置付けや避難のあり方等の整理を進めながら町内外の事業所との協議を実施し、災害時の実効性の確保のため、事業所との連携に努めます。

(2) 感染症対策のための体制の整備

令和元年に発生し、日本全国で感染者が増加している新型コロナウイルス感染症は、高齢者が感染すると重篤になる危険性があるだけでなく、感染拡

大防止のための外出や活動の自粛による高齢者等の健康面への影響も懸念されていることから、感染症の流行を踏まえた適切な対応が求められています。

① 正しい知識の周知・啓発

高齢者が感染症に対する正しい知識を持ち、感染予防対策を行うことができるよう、日頃から介護事業所等と連携・協力し、感染症対策についての周知・啓発に努めます。

② 感染予防と運営確保のための取組

感染症発生時に備えた事業所等における適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備や、代替サービスの確保に向けた連携体制の構築を図るとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知識を深めるための研修や訓練への支援を行うなど、町として介護事業所等が運営を継続していくための取組の実施に努めます。

施策7 地域包括支援センターの運営・評価

(1) 適切な運営

高齢者人口の増加や家族形態の変化、複雑化する相談内容やニーズ等に応じた適切な対応ができるよう、地域包括支援センターの機能及び体制の更なる強化を図ります。また、国の規定による地域包括支援センター運営協議会を兼ねる丸森町介護保険運営委員会の意見を踏まえ、高齢者の総合相談窓口として、事業計画に基づき各種事業を実施します。

(2) 適正な評価

地域包括支援センターの業務を効果的かつ効率的に実施しているかを網羅的に確認するため、事業評価を行います。地域包括ケアシステムの構築を推進していく上で、事業評価の結果を丸森町介護保険運営委員会で報告し、PDCAの取組により効果的な運営の継続を目指します。

施策8 介護保険制度の円滑な運営

介護を必要とする高齢者を社会全体で支えるため、介護保険サービスの質と量の確保に努めるとともに、介護給付の適正化、低所得者への支援及び事業者への適切な指導等を推進し、介護保険事業の円滑な運営を図ります。

(1) 日常生活圏域の設定

介護保険事業計画における日常生活圏域については、住民が日常生活を営んでいる地域を地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況等を総合的に勘案し、高齢化のピークを迎える令和7年（2025年）までに地域が目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭に、定めることとされています。

本町においては、第3期計画から町内を1つの日常生活圏域として各種サービスを展開しており、第8期計画においても地域包括ケアシステムの構築に向け、様々な支援を必要とする利用者のニーズに応じた多様なサービスが適切に供給できるよう、引き続き1つの日常生活圏域として設定します。

(2) 介護サービス量の見込

第8期計画期間の介護サービス見込量については、第7期計画期間における要支援・要介護認定者数やサービス利用者数の伸び、サービスの利用実績、施設・在宅サービスの施策の方向性等を踏まえて推計しています。

1 要支援・要介護認定者数の推計

	第8期計画期間				(単位:人)
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
要支援1	119	115	113	111	113
要支援2	202	201	203	201	197
要介護1	182	184	185	183	181
要介護2	268	264	259	257	250
要介護3	181	176	175	175	172
要介護4	192	197	196	196	195
要介護5	142	141	139	139	136
計	1,286	1,278	1,270	1,262	1,244

※厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムによる。

2 介護サービスの充実と基盤整備

介護や日常生活の支援が必要な高齢者が、心身の状況や生活環境に応じて、自ら選択したサービスを多様な事業者や施設から受けることができるよう、高齢者ニーズに応じた各種介護サービスの供給量を見込み、介護サービスの適切な提供を図ります。

① 介護予防サービス量の見込

介護予防サービスは、要介護状態になることを防ぎ、日常生活を自立して送ることができるよう支援することを目的としており、平成30・令和元年度の実績及び令和2年度の見込値を考慮して算出しています。

【介護予防】（1か月当たりの見込量）			第8期計画期間					
サービスの種類			H30	R1	R2	R3	R4	R5
居宅	介護予防訪問看護	回数	1.0	1.8	0	0	0	0
		人数	0	0	0	0	0	0
	介護予防訪問リハ	回数	27.0	32.7	6.4	6.5	6.5	6.5
		人数	2	2	1	1	1	1
	介護予防通所リハ	人数	21	17	20	24	25	23
	介護予防短期入所	日数	11.0	30.0	38.8	73.2	73.2	73.2
		人数	3	4	4	6	6	6
	介護予防短期入所（老健）	日数	7.6	0.3	0	0	0	0
		人数	1	0	0	0	0	0
	介護予防福祉用具貸与	人数	49	48	57	61	62	61
	介護予防福祉用具購入	人数	2	1	4	4	4	4
	介護予防住宅改修	人数	1	1	2	1	1	1
	介護予防特定施設	人数	0	3	2	3	3	3
地域密着型	認知症共同生活介護	人数	1	0	0	0	0	0

※平成30・令和元年度は実績値、令和2年度は見込値を記載。

※厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムによる。

② 介護サービス量の見込

居宅サービス・施設サービスともに、平成30・令和元年度の実績及び令和2年度の見込値を考慮して算出しています。

今後も、国の動向等を注視しながら、サービスの充実に努めます。

【介護】（1か月当たりの見込量）			第8期計画期間					
サービスの種類			H30	R1	R2	R3	R4	R5
居宅	訪問介護	回数	1843.7	1758.0	1536.2	1518.9	1489.0	1494.4
		人数	90	89	83	86	85	85
	訪問入浴介護	回数	163	136	147	165.8	154.8	147.3
		人数	34	30	27	27	25	24
	訪問看護	回数	91.6	129.3	145.3	147.9	147.9	147.9
		人数	15	17	14	13	13	13
	訪問リハ	回数	67.8	61.3	101.3	138.4	138.4	138.4
		人数	5	5	8	9	9	9
	通所介護	回数	1,683	1,627	1,678	1708.2	1680.7	1684.7
		人数	211	201	196	197	193	193
	通所リハ	回数	981.0	842.6	719.5	584.7	578.7	566.8
		人数	128	117	107	103	102	100
	短期入所	日数	541.3	527.4	726.0	822.5	798.4	798.4
		人数	85	77	65	61	59	59
	短期入所（老健）	日数	121.8	130.3	86.5	95.7	74.2	74.2
		人数	17	17	11	11	9	9
福祉用具貸与	人数	265	278	284	294	292	291	
福祉用具購入	人数	5	6	8	6	6	6	
住宅改修	人数	3	2	2	2	2	2	
特定施設	人数	18	20	20	23	23	23	
地域密着型	認知症対応型共同生活介護	人数	26	27	27	28	28	27
	地域密着型介護老人福祉施設	人数	57	57	58	57	57	57
	地域密着型通所介護	回数	196.5	167.5	60.3	56.7	56.7	56.7
人数		24	20	11	12	12	12	
施設	介護老人福祉施設	人数	145	150	158	158	158	158
	介護老人保健施設	人数	78	86	96	96	96	96
	介護医療院	人数	0	0	0	0	1	1

※平成30・令和元年度は実績値、令和2年度は見込値を記載。

※厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムによる。

(3) 地域支援事業とサービス量の見込

地域支援事業は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう支援する町の事業です。

第8期計画では、第7期計画に引き続き「地域包括ケアシステムの構築」を大きな柱として、医療・介護の連携、生活支援、介護予防の充実に努め、介護事業者による訪問型・通所型サービスのほか、ボランティア団体等の多様な主体がサービス提供を行う体制整備を更に推進します。

1 地域支援事業のサービス量の見込

介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業の各事業について、これまでの実績と財政的観点から、適切にサービスを提供するために必要なサービス量を見込んでいます。

(単位：千円)

	第8期計画期間					
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
介護予防・日常生活支援総合事業	44,034	39,399	37,390	47,842	44,035	44,719
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業	25,325	26,785	18,686	20,215	20,211	20,211
包括的支援事業（社会保障充実分）※1	3,317	3,753	4,524	7,297	8,349	10,149
地域支援事業合計	72,676	69,937	60,601	75,354	72,596	75,079

※平成30・令和元年度は実績値、令和2年度は見込値を記載

※厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムによる。

※1 包括的支援事業（社会保障充実分）とは、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業のこと。

(4) 第1号被保険者の保険料

65歳以上の第1号被保険者の保険料については、令和3年度から令和5年度までの第1号被保険者数の推移、介護給付費等の関係事業費の推計、国が示す保険料算定に必要な係数等を基に算定しています。

1 介護保険の財源構成

公 費		保 険 料	
国の負担	25.0%	第1号被保険者 (65歳以上)	23.0%
県の負担	12.5%	第2号被保険者 (40歳以上65歳未満)	27.0%
市町村の負担	12.5%		
計	50.0%	計	50.0%

※施設等給付の場合は、国20%・県17.5%

2 地域支援事業の財源構成

① 介護予防・日常生活支援総合事業

公 費		保 険 料	
国の負担	25.0%	第1号被保険者 (65歳以上)	23.0%
県の負担	12.5%	第2号被保険者 (40歳以上65歳未満)	27.0%
市町村の負担	12.5%		
計	50.0%	計	50.0%

② 包括的支援事業及び任意事業

公 費		保 険 料	
国の負担	38.5%	第1号被保険者 (65歳以上)	23.0%
県の負担	19.25%	第2号被保険者 (40歳以上65歳未満)	0%
市町村の負担	19.25%		
計	77.0%	計	23.0%

3 第1号被保険者の保険料

① 第1号被保険者の保険料基準額の算出

第8期計画では、介護（予防）サービス利用者の増加及び介護報酬改定等の増加要因を総合的に考慮し、令和3年度から3年間の利用見込量と介護サービスに係る費用を推計した結果、保険料計算の基礎となる介護給付費は、第7期計画期間の見込額約58億円から約60億円に増えると推計され、サービス水準に見合う第8期計画の介護保険料基準額は6,348円となりますが、財政調整基金を取り崩して減額します。

これにより、第1号被保険者の保険料基準額は、第7期計画比で約7.4%増の月額6,060円となります。

〈第1号被保険者保険料算出数値〉

A	標準給付費見込額	5,784,269,126円(3年間の合計)
B	地域支援事業費	223,029,164円(3年間の合計)
C	第1号被保険者負担分及び調整交付金相当額合計	1,677,721,896円(3年間の合計)
D	調整交付金見込額	530,432,000円(3年間の合計)
E	財政安定化基金拠出金見込額 (A+B) × 0.00	0円(3年間の合計)
F	準備基金(財政調整基金)取崩額	50,000,000円(3年間の合計)
G	保険者機能強化推進交付金等見込額	9,006,000円(3年間の合計)
H	保険料収納必要額 C - D + E - F - G	1,088,283,896円(3年間の合計)
I	予定保険料収納率	99.00%
J	所得段階別加入割合補正後被保険者数	15,094人
K	保険料基準額(年額)	72,720円
	保険料基準額(月額) K ÷ 12か月	6,060円

② 第1号被保険者保険料の所得段階区分

第1号被保険者の保険料は、住民税の課税状況や本人の所得などにより区分され、段階ごとに保険料基準額に乗じる保険料率により決定します。被保険者の負担能力に応じたきめ細かな段階及び保険料率の設定を行います。

〈所得段階区分〉

段階	対象者		負担割合 (月額保険料)
第1段階	生活保護を受給している人及び世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金を受けている人 世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人		基準額×0.3 (1,818円)
第2段階	世帯全員が住民税非課税であって、第1段階以外の人	前年の合計所得金額+課税年金収入額が120万円以下の人	基準額×0.5 (3,030円)
第3段階		上記以外の人	基準額×0.7 (4,242円)
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税の人	前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人	基準額×0.9 (5,454円)
第5段階		上記以外の人	基準額×1.0 (6,060円)
第6段階	本人が住民税課税の人	前年の合計所得金額が120万円未満の人	基準額×1.2 (7,272円)
第7段階		前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	基準額×1.3 (7,878円)
第8段階		前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	基準額×1.5 (9,090円)
第9段階		前年の合計所得金額が320万円以上の人	基準額×1.7 (10,302円)

※計画期間中、国の動向等により保険料率に変更が生じる場合があります。

(5) 地域マネジメントの考え方

日常生活圏域内の住み慣れた地域での生活を継続していくためには、地域の課題を把握した上で、ニーズに応じたきめ細かな支援につなげることが必要です。

そのため、実態把握に基づく「計画→実行→評価→見直し」のPDCAサイクルにより、サービス量の拡大についてだけでなく、適切な連携による効率的な支援のあり方を検討していきます。

〈数値目標〉

内 容	R3 年度	R4 年度	R5 年度
自立支援のための個別ケア会議における協議件数	3 件	6 件	6 件
地域包括ケア推進会議の開催回数	2 回	2 回	4 回
認知症施策推進部会の開催回数	2 回	2 回	4 回
介護予防・生活支援体制整備推進部会の開催回数	2 回	2 回	4 回
在宅医療・介護連携推進部会の開催回数	2 回	2 回	4 回
在宅医療・介護連携推進会議（角田市合同）の開催回数	2 回	3 回	3 回

(6) 制度を円滑に運営するための仕組

介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険運営を推進するためには、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、利用者が真に必要なサービスを提供できるような、介護保険の適正化を図ることが重要です。

町では、国の「介護給付適正化計画に関する指針」及び宮城県の「介護給付適正化取組方針」に基づき、要介護認定の適正化、ケアプランの点検、縦覧点検・医療情報との突合など、主要5事業について実施目標を定め、事業者への指導・支援の推進や宮城県国民健康保険団体連合会との連携のほか、介護保険制度の啓発等を通じて、適正化の目的を事業者や専門職、住民等と共有し、計画的に介護給付の適正化に取り組めます。

また、低所得の高齢者が自立した生活を送るために必要なサービスを受けられるよう、サービス利用料等の負担軽減を図ります。

1 介護給付適正化の実施目標

① 要介護認定の適正化

要介護（要支援）の認定は、介護保険法に基づく全国一律の基準により適正かつ公平に行う必要があることから、認定調査を行う職員を外部で実施される研修に積極的に参加させるとともに、職員間の情報共有を図ります。

これにより、調査員の違いによる認定調査項目の選択の不一致を最小限とし、認定審査会へ提出する資料の記載内容の平準化を図る等、同じ条件のもとで公平に認定を行うよう努めます。

数値目標	
認定調査票の事後確認件数	全件

② ケアプランの点検

介護支援専門員が作成したケアプラン（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、町職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、利用者が真に必要なサービスを確保するとともに、不適切なサービス提供を防止します。

また、介護支援専門員が作成したケアプラン等を一緒に確認することで、介護支援専門員の抱える課題等を把握し、充実したケアプラン作成への支援を行います。

数値目標	
ケアプラン点検回数	2回/事業所指定期間

③ 住宅改修の点検等

利用者の実態に沿って適切な住宅改修が行われるよう、利用者宅の状況や工事内容について書類審査するほか、必要に応じて訪問による調査を行います。

また、福祉用具の貸与・購入についても、同一商品で利用者ごとに費用が大きく異なるケース等に特に留意しながら、福祉用具の必要性や利用状況等を確認します。

数値目標	
住宅改修の点検件数	全件

