

第5期あわら市高齢者福祉計画

令和3年3月策定

令和6年3月改訂

あわら市

目次

第1章 計画改定にあたって.....	1
1 計画改定の背景と趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	1
3 計画期間.....	1
第2章 あわら市の高齢者を取り巻く現状.....	2
1 人口・世帯の推移.....	2
2 要支援・要支援認定者数の推移.....	3
3 認知症高齢者数の推移.....	4
第3章 計画の基本理念と目標.....	5
1 基本理念.....	5
2 施策の体系.....	6
3 事業計画の評価指標.....	7
第4章 施策の内容.....	9
基本目標1 いつまでも自分らしく健康に暮らせるまちづくり.....	9
1 高齢者の生きがいづくりと社会参加の支援.....	9
2 健康づくりと介護予防の一体的な実施.....	11
基本目標2 高齢者が住みやすいまちづくり.....	13
1 地域包括ケアシステムの充実.....	13
2 住民主体による生活支援体制の整備.....	16
3 高齢者の権利擁護の充実.....	17
4 家族介護者支援の充実.....	18
5 認知症高齢者支援対策の推進.....	19
第5章 計画の推進体制.....	21
1 推進体制.....	21
2 進行管理.....	21

第1章 計画改定にあたって

1 計画改定の背景と趣旨

日本の高齢者人口は、総務省の統計調査によると3,617万人で、総人口に占める割合は28.7%となっています。高齢者人口は、一貫して上昇を続けており、令和7年（2025年）には団塊の世代すべてが75歳以上になるほか、令和22年（2040年）にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になるなど、人口の高齢化は今後さらに進行していくことが見込まれています。これに伴い、高齢者単身世帯や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者も今後の増加が予測されます。

このような状況のもと、市では、これまで「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んできました。令和7年（2025年）・令和22年（2040年）双方を見据え、高齢者一人一人が生きがいや役割をもち、助け合いながら暮らしていくことのできる「地域共生社会の実現」を目指しています。

本計画は、「地域共生社会」の考え方を踏まえ、「地域包括ケアシステム」の更なる強化に向けた高齢者福祉の基本的な方針を定め、具体的に取組むべき施策を明らかにすることを目的に策定するものです。

2 計画の位置づけ

（1）法令等の根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく「高齢者福祉計画」であり、坂井地区広域連合が介護保険法第116条に基づき策定する「介護保険事業計画」との整合性を確保して策定するものです。

（2）関連計画との関係

本計画は、本市のまちづくりの基本計画である「第2次あわら市総合振興計画」と、地域福祉を進めるための基本計画である「第3期あわら市地域福祉計画」を上位計画とし、その他関連する各種計画との整合性を確保しながら、本市の地域性を考慮した計画としています。

3 計画期間

この計画は令和3年度（2021年度）から令和8年度（2026年度）までの6年間とします。

なお、法制度の改正や社会情勢等の状態に応じて、見直しを図ります。

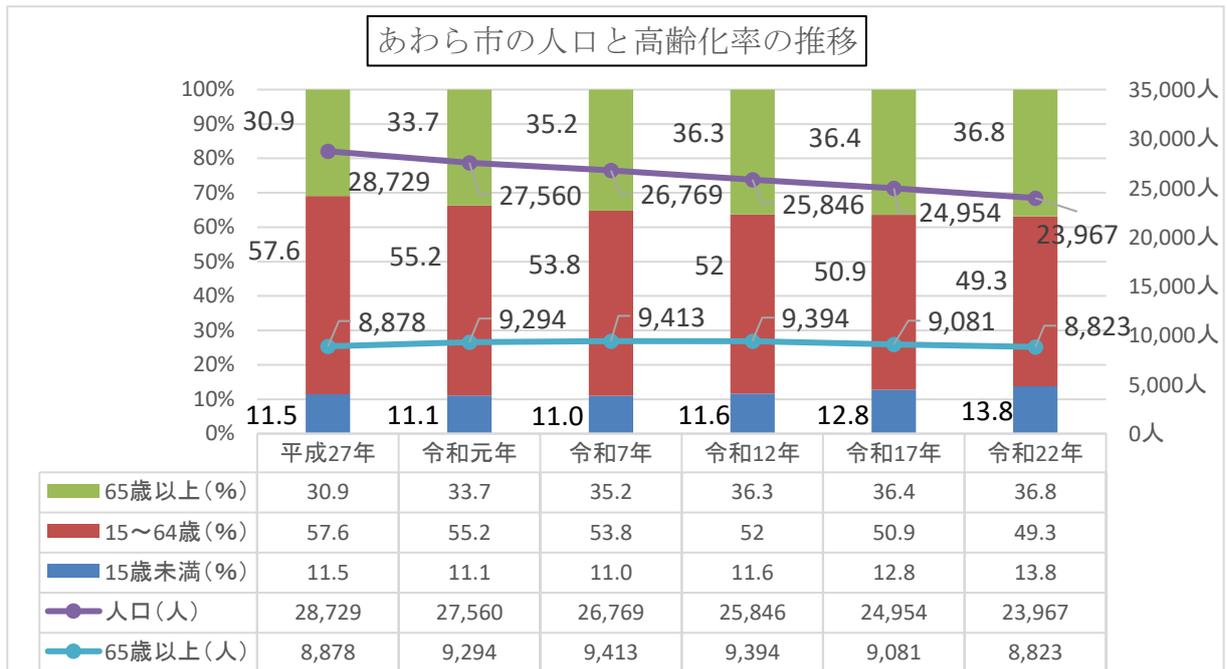
第2章 あわら市の高齢者を取り巻く現状

1 人口・世帯の推移

①人口と高齢化率の推移

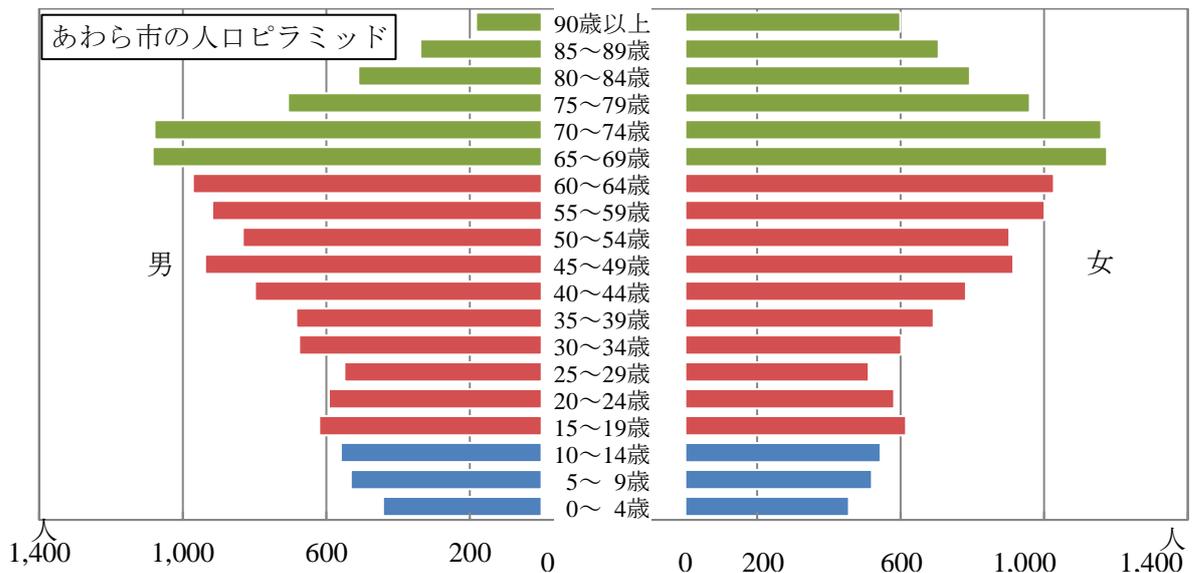
あわら市の総人口の推移をみると、総人口は減少傾向にある中、65歳以上人口は増加傾向にあり、その後、令和7年度をピークに徐々に減少傾向となることが予測されています。また、15歳未満の「年少人口」と15～64歳の「生産年齢人口」の占める割合が減少し、その一方で65歳以上の「老年人口」の占める割合（高齢化率）が増加しています。（図1、図2）

図1



(資料：あわら市人口ビジョン 令和元年10月1日現在)

図2



(資料：福井県の推計人口 令和元年10月1日現在)

②高齢者世帯の推移

あわら市の総世帯数は、緩やかな増加傾向にあります。

また、65歳以上の高齢者のいる世帯は、平成30年にやや減少しましたが、全体としては、増加傾向を示しており、令和2年度では6,333世帯となっています。（表1）

表1

（単位：人）

		H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	
世帯数（世帯）	総世帯	10,028	10,020	10,022	10,124	10,199	10,281	
	65歳以上の高齢者のいる世帯	6,685	6,885	7,069	6,266	6,294	6,333	
	うち	一人暮らし高齢者世帯	1,559	1,611	1,667	1,614	1,675	1,708
		高齢者夫婦世帯	1,098	1,135	1,163	977	1,009	1,033
その他高齢者同居世帯		4,028	4,139	4,239	3,675	3,610	3,592	

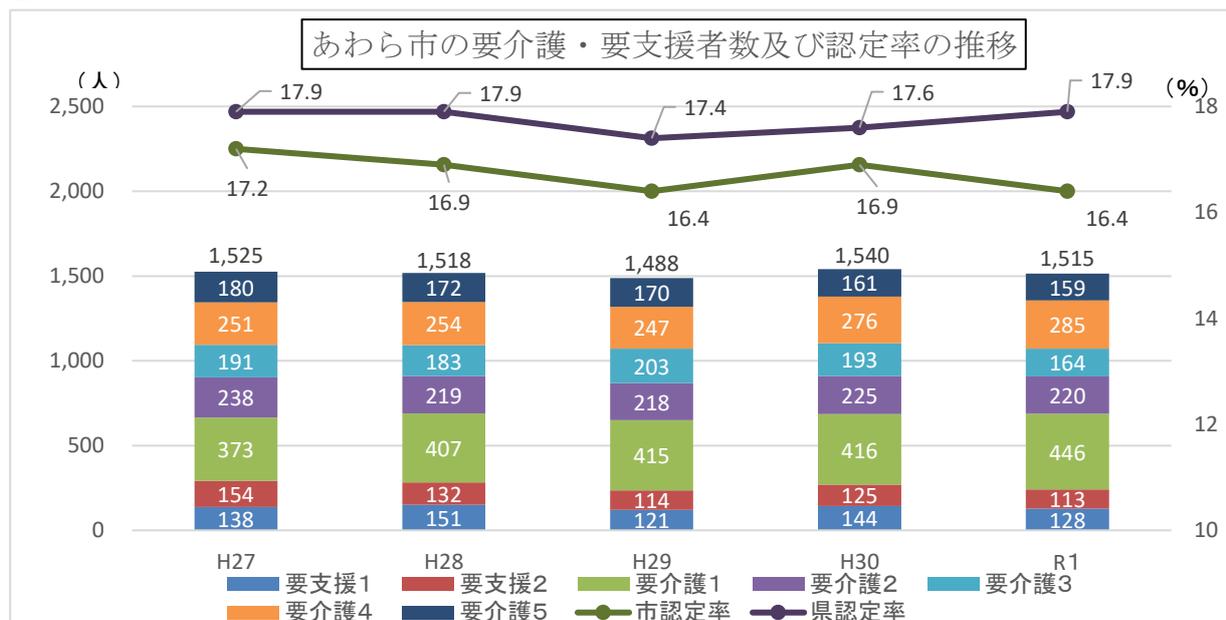
（資料：県高齢者福祉基礎調査）

2 要介護・要支援認定者数の推移

要介護（要支援）の認定率は、平成29年4月からの介護予防・日常生活総合事業の開始に伴い、福井県では近年ほぼ横ばいとなっております。あわら市は、やや減少傾向となっております。

介護保険認定者数は、要介護者数、要支援者数ともに横ばい傾向です。要介護度別にみると、要介護1の割合が高く増加傾向にあり、令和2年度は444人で、全体の約3分の1となっています。（図3）

図3

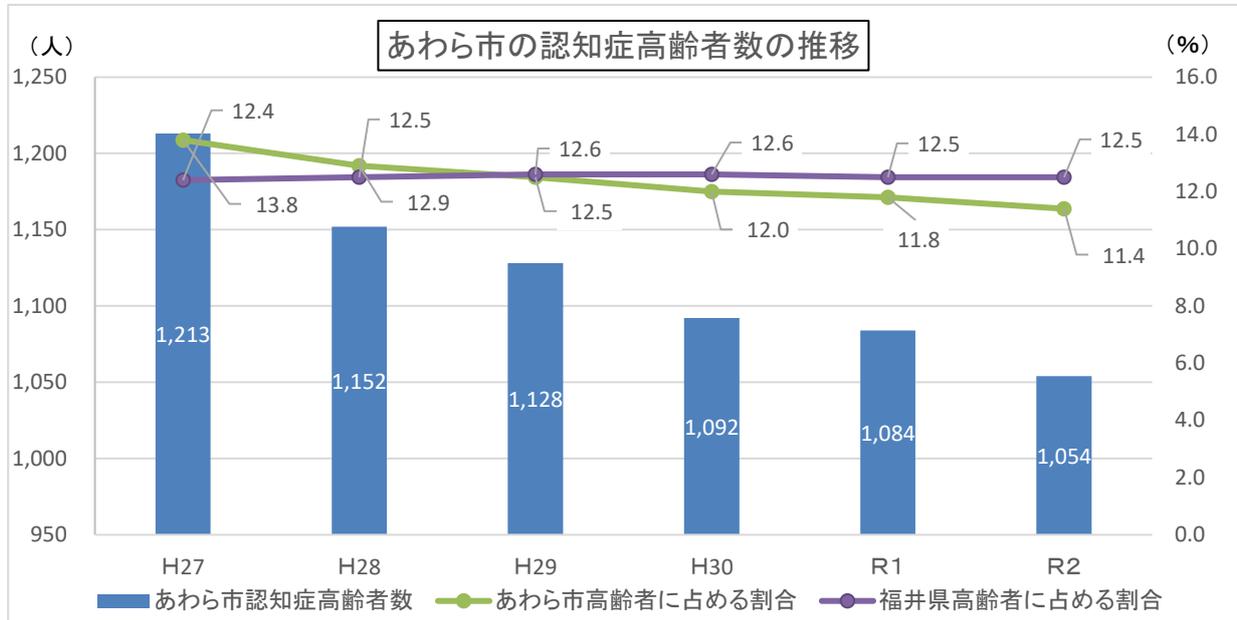


（資料：厚生労働省 介護保険事業状況報告）

3 認知症高齢者数の推移

あわら市の認知症高齢者の数は、年々減少傾向にあります。高齢者に占める割合は、福井県と比較すると、福井県が横ばいとなっているのに対し、あわら市は年々減少しています。(図4)

図4



(資料：県高齢者福祉基礎調査)

第3章 計画の基本理念と目標

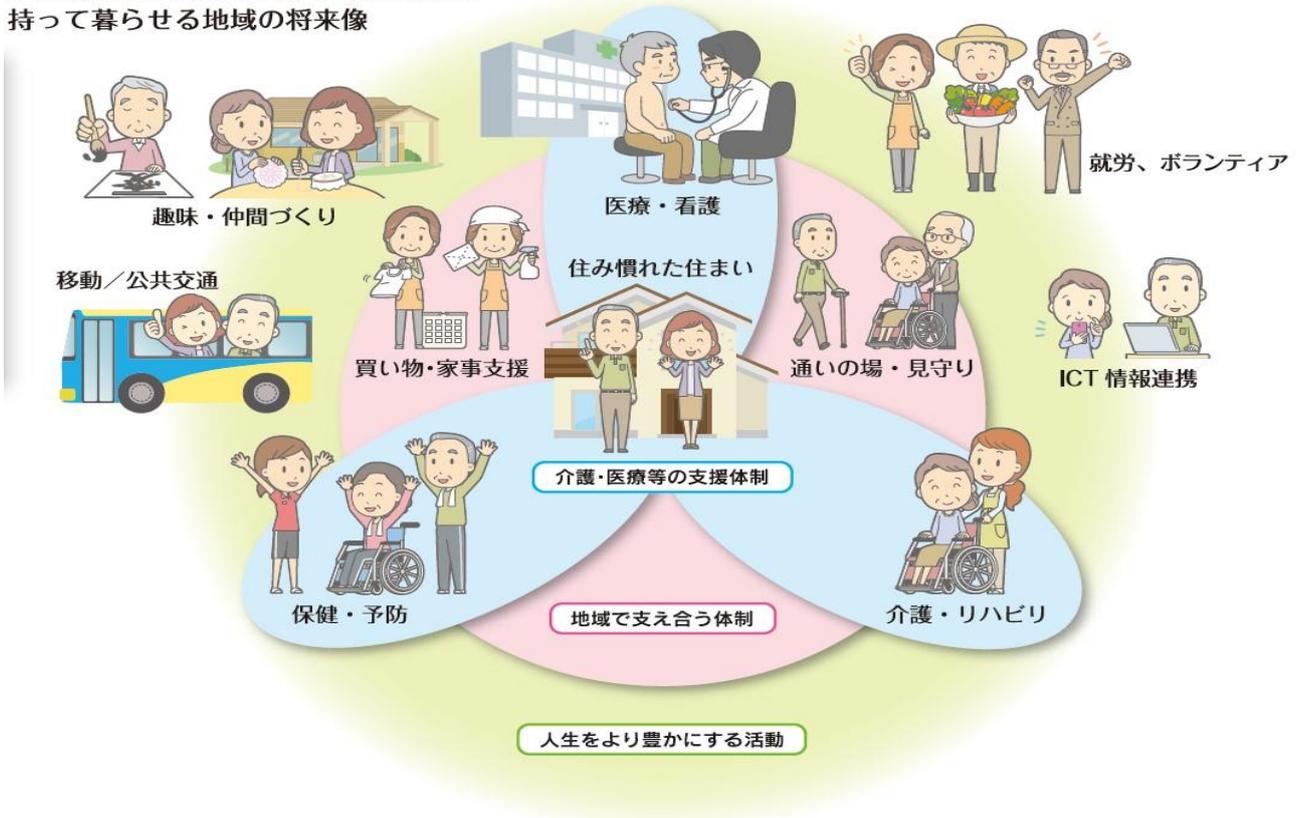
1 基本理念

誰もが可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むには、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援を提供する「地域包括ケアシステム」をより一層深化・推進することが必要です。さらに、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、生きがいや役割を持ち、安心して生活していくことができる環境づくりが望まれます。

このような状況を踏まえ、本計画では、本市の現状・課題を踏まえた「地域包括ケアシステム」を充実させ、行政、医療介護関係者、住民等とともに支え合い、助け合いながら暮らせるまちを目指し、次の基本理念を掲げます。

生涯を通して、生きがいや楽しみを持って暮らせる
「支え合い・助け合い」のまち

住み慣れた地域で生きがいや楽しみを持って暮らせる地域の将来像



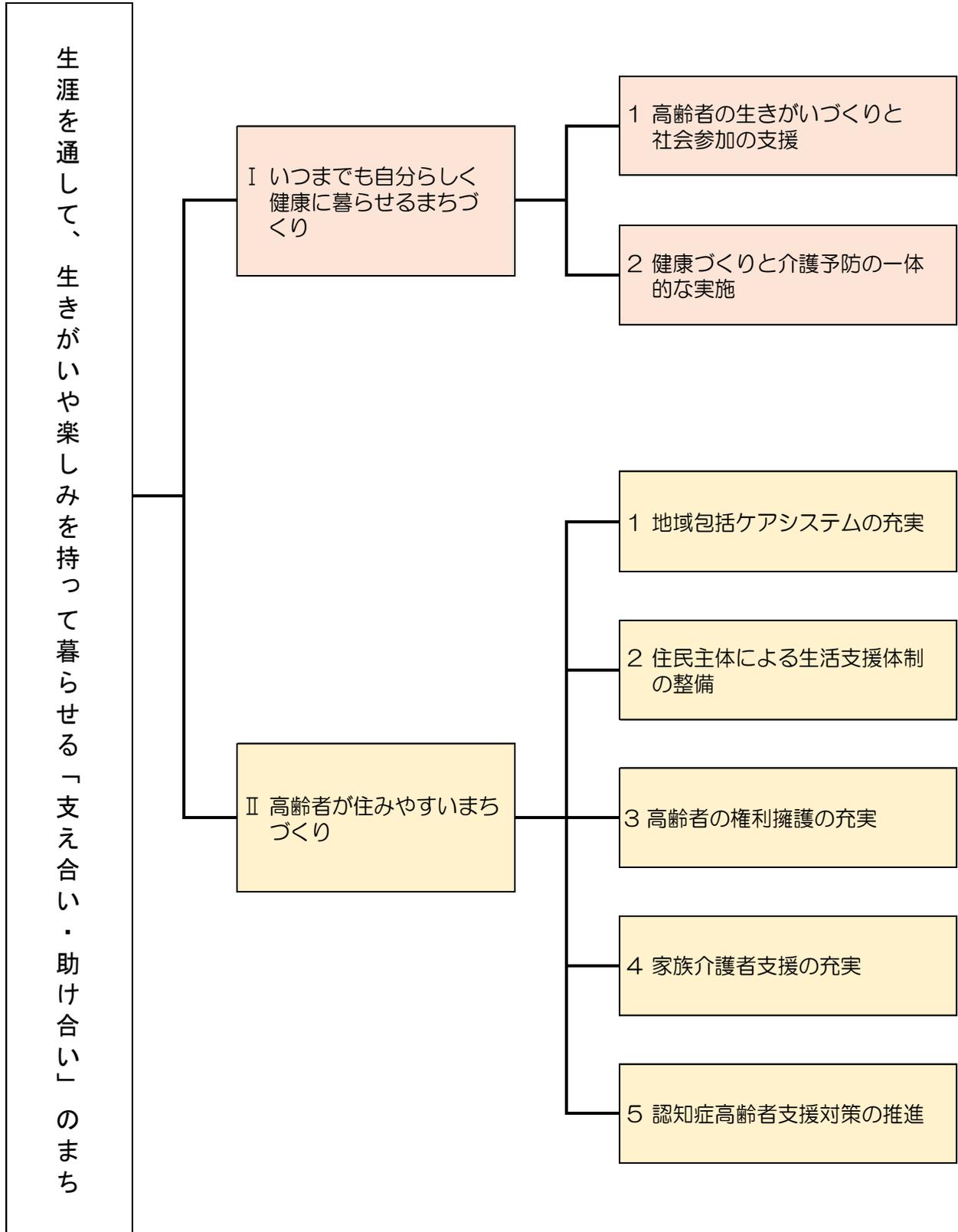
(資料：坂井地区広域連合介護保険事業計画)

2 施策の体系

[基本理念]

[基本目標]

[施策の方針]



3 事業計画の評価指標

基本理念及び基本目標の達成、高齢者の自立支援・重度化防止に向けて、計画の進捗を把握し、客観的に評価できるよう、指標を設定します。

【目標指標】

指 標	現 状 令和2年度末	目 標 値	
		令和4年度末	令和7年度末
住民主体訪問サービス（B型）利用者数	0人	20人	30人
短期集中予防サービス（C型）利用者数	0人	0人	25人
フレイルサポーターの養成（延べ人数）	29人	44人	68人
フレイルチェック回数	10回	14回	14回
認知症サポーターの養成（延べ人数）	1,802人	2,000人	2,200人
認知症サポーターのステップアップ研修（延べ受講者数）	0人	20人	50人
住民主体の通いの場の参加者数（年間延べ人数）	23か所	25か所	27か所
住民主体の通いの場の参加者数（年間延べ人数）	2,064人	2,180人	14,500人 ※
専門職の、居宅介護支援事業所・介護保険事業所への派遣回数	0回	9回	3回
地域ケア会議の開催回数	33回	50回	37回
専門職の、通いの場などへの派遣回数	63回	9回	48回
安心生活ネットワーク事業協力事業所数	18か所	27か所	36か所
安心生活ネットワーク事業登録者数	24人	39人	54人
認知症検診受診率	8.1%	11%	14%
介護保険料収納率	83.3%	84%	85%
介護サービス受給者数（延べ人数）	1,433人	1,465人	1,500人
介護相談員派遣回数	40回	72回	72回

食の自立支援事業配食数 (延べ件数)	1,228 件	1,335 件	1,500 件
介護用品支給事業申請者数	410 人	410 人	410 人
地域包括センター 相談件数 (延べ件数)	2,152 件	2,330 件	2,500 件
家族介護者交流事業 参加者数 (延べ人数)	94 人	110 人	130 人
要支援・要介護者認定率	5.4%	6.0%	6.0%
老人クラブ加入率	33.4%	37%	40%
市姫荘利用者数 (延べ利用者数)	3,876 人	3,930 人	4,000 人

※新たな通いの場の計上による目標値の修正

第4章 施策の内容

基本目標 1 いつまでも自分らしく健康に暮らせるまちづくり

1 高齢者の生きがいくりと社会参加の支援

【現状と課題】

高齢者の社会参加・社会貢献や高齢者が趣味・生きがいを持つことが、介護予防・自立支援に結びつくという観点から、社会とのかかわりを持ちながら、生きがいのある生活を維持することが必要です。身近な地域の中で、世代を超えて一緒に活動したり交流したりすることは、高齢者自身の健康づくりには欠かせない要素です。

本市では、地域のサロン等を通じて、地域交流や社会貢献の機会を提供し、生きがいくりに資する活動を支援しています。

高齢社会の進行により、アクティブシニアに対する社会参加の促進、生きがいくり対策としての老人クラブ活動や生涯学習事業等の役割は大きくなっていると考えられます。

また、地域の中で生きがいや役割を持ち社会参加することは、自身の介護予防につながるものであるとともに、地域における生活支援の担い手の増加にもつながります。高齢者が培ったこれまでの知識や経験、技術を地域において発揮できる環境づくりをすることが、今後の地域における支え合いの地域づくりには重要となります。

【今後の施策】

①通いの場などの居場所づくり

身近な地域のサロン等は、高齢者の生きがいくり、健康づくりの場だけではなく地域の人たちの居場所づくりと顔つなぎの場、そして地域課題や福祉ニーズの発掘の場として、重要な役割を担っています。活動に参加することが、いきいきとした生活の継続や地域での支えあい活動の基礎となっていくます。

本市では、高齢者同士のふれあい、世代間交流を図るための取組、住民等の主体による居場所づくり等を支援します。

②生きがいくり・仲間づくりの推進

高齢者が生きがいをもって生活することや、健康の保持・増進という観点からも、趣味・学習活動は重要なものとなっています。

高齢者の趣味・学習の場を広げるために、活動拠点となる老人福祉センターや公民館等の施設を活用するとともに、生きがいのある生活と仲間づくりを推進します。

③元気高齢者の社会参加の促進と外出支援

高齢者の生活の質を高めるためには、社会とのかかわりを持ちながら、生きがいのある生活を維持することが必要です。身近な地域の中で、世代を超えて一緒に活動したり

交流したりすることは、高齢者自身の健康づくりには欠かせない要素です。

明るく活力に満ちた生活をするために、高齢者の多様性や自発性を十分に尊重しながら、様々な社会活動への参加や地域づくりの担い手、就労支援等、多様な取り組みによる社会参加を支援し、活躍できる場の充実を図ります。

また、外出や移動が困難であれば、社会参加が難しくなるため、乗合タクシーの利用など地域の実情や、高齢者のニーズに応じた外出及び移動支援の充実を図ります。

【実施事業等】

事業名	内容
老人クラブ活動等促進事業	スポーツや社会活動等を行う老人クラブ連合会や地域の老人クラブの活動経費に対し補助金を交付し、クラブの運営と活動を支援します。
高齢者の通いの場への支援	高齢者をはじめ地域の誰もが気軽に立ち寄って、お茶を飲んだりおしゃべりのできる「居場所づくり」を推進します。運動などの介護予防の取組に対し、専門講師派遣等を行い、支援します。
生活・介護支援サポーター事業	元気高齢者が、住み慣れた地域での生活を望む高齢者に対し、生活・介護支援サポーターとして行う活動を支援します。支援活動を通じてサポーター自身の生きがいづくりや介護予防を推進します。
訪問型サービス事業 (訪問型サービスB)	生活機能の低下が見られる要支援者等に対し、地域の住民や元気高齢者が主体となり、生活の中の困りごとや身体介護を伴わない簡易な家事援助を行う支援体制の整備を図ります。
訪問型サービス事業 (短期集中訪問型サービスC)	生活機能の低下が見られる要支援者等に対し、保健師や管理栄養士等の専門職が居宅を訪問し、対象者自身が介護予防に意欲的に取り組めるよう、短期集中的に支援します。
通所型サービス事業 (短期集中通所型サービスC)	生活機能の低下が見られる要支援者等に対し、リハビリテーション専門職が短期集中的に個別性に応じた包括的なプログラムを実施し、日常生活の自立や地域活動の促進を支援します。あわせて事業評価を実施し、介護予防・日常生活支援総合事業の充実を図ります。
老人福祉センターの管理運営	高齢者の生きがいづくりと憩いの場として、趣味・教養向上のための活動や健康づくりに関する教室、相談など様々な事業を実施しています。 高齢者の健康増進や地域の交流など、住民の癒しの場として活用します。

2 健康づくりと介護予防の一体的な実施

【現状と課題】

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしくいきいきと暮らし続けていくためには、健康を維持しつつ生きがいを持って日常生活をおくることが重要です。そのためには、一人一人が若年期から日々の生活の中で自らの健康に関心を持ち、より健全な生活習慣を身につけ、生活習慣病の予防・改善に努めることが必要です。

介護予防活動の担い手である「フレイルサポーター」や「生活・介護支援サポーター」により、地域での自主的な健康づくり・介護予防活動を促進し、高齢者一人一人が活動的な生活習慣を実現するとともに、心身機能の維持・向上を図ることができるよう、健康づくりと介護予防を一体的に実施することが求められています。

自分の健康は自分で守りつくる意識を持ち、自らの健康状態をチェックするとともに、日々の生活習慣を見直し、改善することが大切です。

また、多種多様な生活様式や複雑化する価値観、新型コロナウイルスへの対応等、個別の対応が必要になっています。

【今後の施策】

①高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けた取組

これまで生活習慣病対策・フレイル対策としての保健事業（医療保険）と介護予防（介護保険）が制度ごとに実施されてきたものの、人生100年時代を見据え、保健事業と介護予防が一体的に実施されることが求められています。

保健師等の専門職が、一人一人の健康状態に応じた健康相談や保健指導を行うとともに、サポーターの育成や地域住民と協力した健康づくり、介護予防活動の推進を図ります。

また、令和3年度の介護報酬改定では、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士などが地域包括支援センターや介護支援専門員などと連携し、高齢者の抱える社会生活面の課題や心身の状況などを踏まえ、療養上の管理や指導を行うとともに地域社会における様々な支援につなげることが求められています。このような「社会的処方」による支援の取組を推進していきます。

さらに、地域住民が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、地域のつどいの場等にリハビリテーション専門職等を派遣し、地域のニーズに合った効果的な運動方法等の助言や介護予防活動の支援を行います。

②フレイルチェック事業の推進

高齢者が要介護や要支援状態になることを予防するには、「バランスよく食べること」、「適度に運動すること」、「社会参加をすること」の3つの要素にバランスよく働きかけを行うことが必要となります。

一方、新型コロナウイルス感染症対策により、外出の自粛や集団での活動を控えることとなった結果、高齢者のフレイルの進行が懸念されています。高齢者の方がいつまでもいきいきと暮らし続けることができるよう、フレイルの兆候の早期発見を目的

としたフレイルチェックを実施することで、効果的な運動や社会参加を促します。

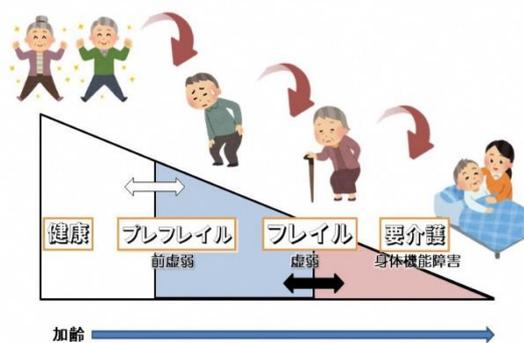
【実施事業等】

事業名	内容
介護予防把握事業	基本チェックリストにより収集した情報等の活用により、要支援・要介護状態になるリスクの高い高齢者やプレフレイル状態の高齢者を把握し、早期の段階で介護予防活動や重度化防止につなげます。
フレイル予防事業	市民を対象にフレイルサポーターを養成し、サポーター主体でのフレイルチェック等の実施を支援することで、地域全体のフレイル予防の意識の啓発と市民の健康づくりの自立支援につなげます。フレイルチェック対象地区外においても、地区行事等で出前講座を行い広く周知を図ります。
通所型介護予防教室（住民主体型）	地区（福祉委員会）での住民主体のサロン等に対して支援します。
地域介護予防活動支援事業	閉じこもりがちな高齢者を対象に、市が委託した事業所等が、介護施設や区民館等でサロンを開催し、体操やレクリエーション等を行うことによって、介護予防に対する意識を高め、サロンを通じた健康づくりを実施していけるよう支援します。
地域リハビリテーション活動支援事業	高齢者の自立支援、重度化防止を目的に、通所系サービスや住民主体のサロン等に対し、リハビリテーション専門職による助言・指導を行います。

コラム① ～フレイルとは～

年をとって心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながりなど）が低下した状態を「フレイル」と言います。

フレイルの兆候を早期に発見して日常生活を見直すなどの正しい対処をすれば、フレイルの進行を抑制したり、健康な状態に戻したりすることができます。



基本目標 2 高齢者が住みやすいまちづくり

1 地域包括ケアシステムの充実

【現状と課題】

介護や支援を受ける状態になっても、住み慣れた地域で安心して生活するためには、介護サービスの整備だけでなく、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される地域全体で支える体制を充実させることが必要です。

「地域包括支援センター」を中心に、専門職による他職種間連携の強化と、地域住民を主体とした自主的な取組やボランティア活動などとの連携を図り、継続的な地域包括ケアシステムの充実が求められています。

【今後の施策】

①高齢者の社会参加機会の拡大

高齢者の自立支援や高齢期のQOL（生活の質）を高めるためには、社会との関わりを持ちながら、これまでに得た知識や経験を活用し、生涯を通して新たなことにチャレンジしていくことが大切であることから、多様化した高齢者のライフスタイルやニーズに応じた社会参加や社会貢献などへの活動支援を展開します。サロン（住民主体の通いの場）を利活用し、地域活動の担い手として役割や生きがいを持てる地域社会の醸成を図ります。

②高齢者見守り体制の充実

近所付き合いが希薄化している現状を踏まえ、「地域での見守り・支え合い体制」の強化が重要です。そのため、区長、民生委員・児童委員、老人クラブ及び福祉推進員等が連携した福祉委員会などの地域ネットワークを構築し、地域の助け合い体制を維持していきます。

特に、社会的にリスクを抱えた孤立しやすい高齢者への支援を充実できるよう、相談支援、参加支援、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の充実を図ります。

また、協力事業所等、関係機関が連携することにより、地域の中で支援を必要としている高齢者を早期に発見し、必要な支援を行うための見守り体制を拡充します。安心生活ネットワークへの事前登録と、どこシル伝言板の登録を推進します。

【実施事業等】

事業名	内容
地域福祉ネットワークづくり事業（社会福祉協議会事業）	生活支援コーディネーターを中心に、地域の課題やニーズを整理し、資源開発（地域に不足するサービスの整備、サービス担い手の養成など）やネットワーク構築に取り組みます。また、各地区に福祉委員会を設置し、社会福祉協議会との連携を行いながら地区の福祉相談、指導、助言等の支援をします。

③要援護者の支援体制の強化

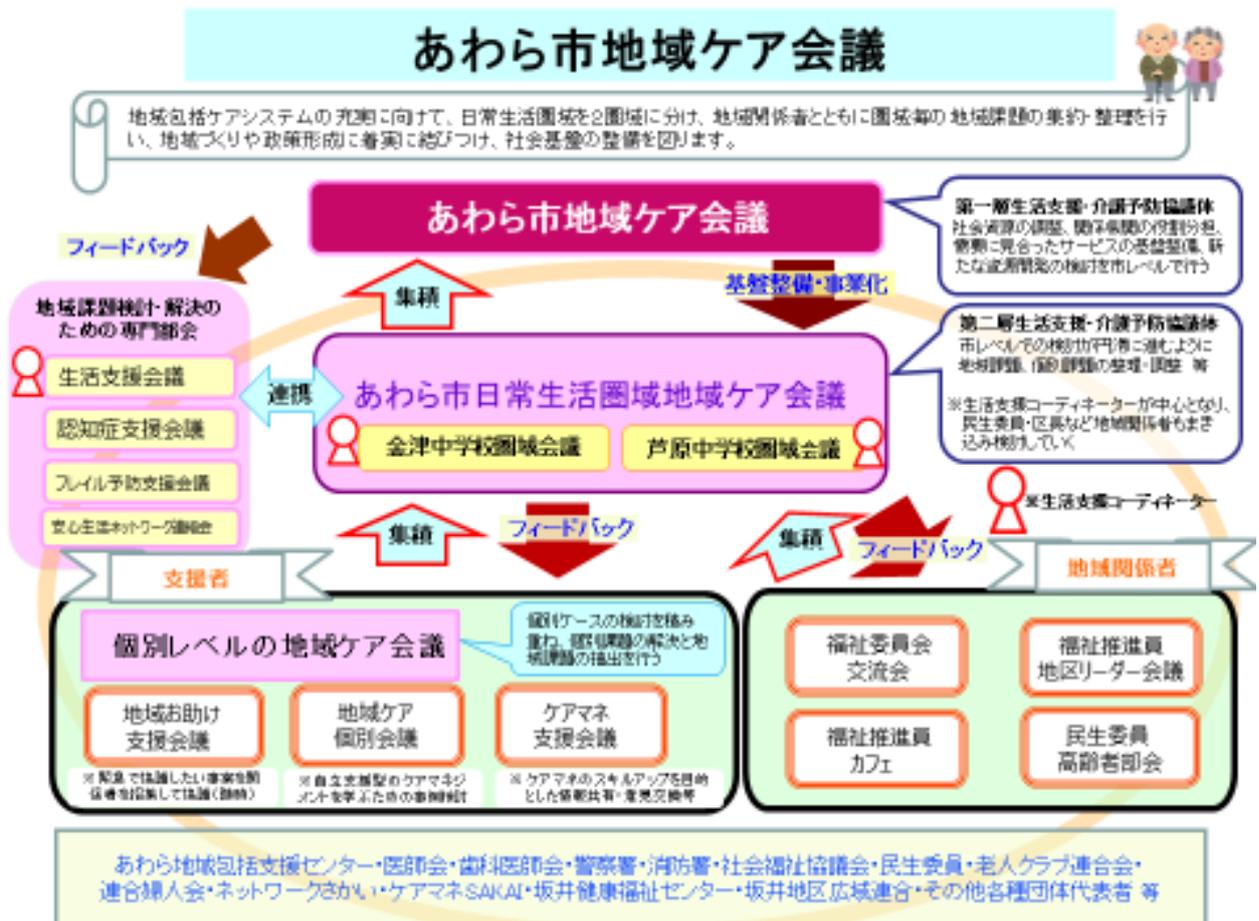
高齢者に対する特殊詐欺などが多発しているため、各種広報活動の充実や警察署や市消費生活相談センターなど各関係機関と連携し、防犯体制の強化を図ります。

また、近年、地震をはじめ、台風や集中豪雨・土砂災害、豪雪等の自然災害が頻発する中、要援護者の支援体制の強化が必要とされています。特に、本市防災計画を市民に周知するとともに、ICT（情報通信技術）技術を利用した要援護者の把握に努めるとともに、災害発生時には、自主防災組織、民生委員・児童委員、福祉避難所を兼ねる介護保険施設の連携により、地域ぐるみで要援護者を支援します。

④地域ケア会議の充実・体制強化

高齢者が暮らしやすく幸せを実感できるまちの実現に向けて、地域のニーズや社会資源を的確に把握し、需要に見合ったサービスや新たな資源開発ができるよう、あわら市地域ケア推進体系に沿って体制の充実を図ります。

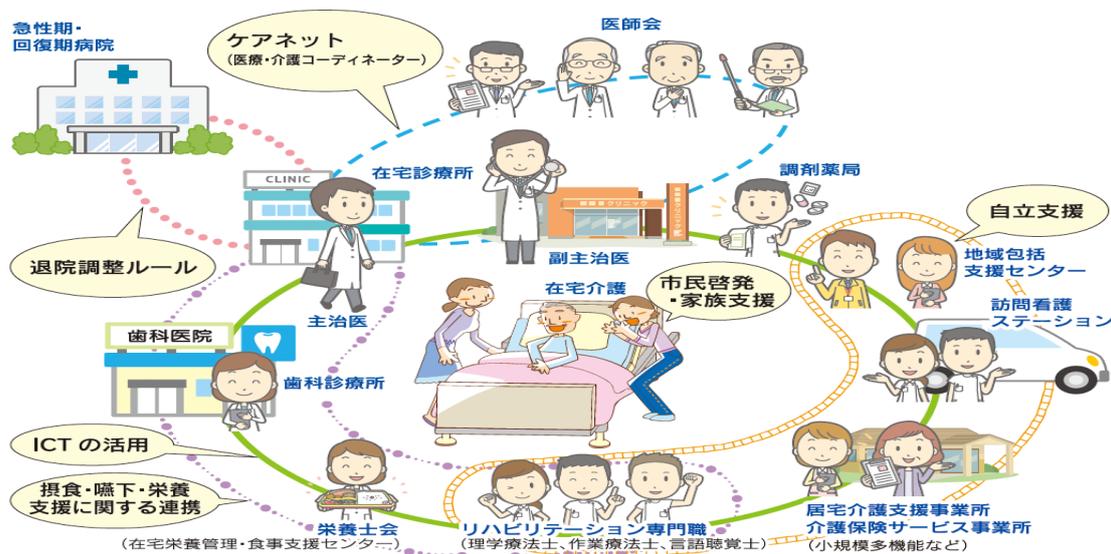
地域性を考慮するため、日常生活圏域毎に地域ケア会議を開催し、地域に共通する課題を集約・整理し、施策へと反映します



⑤在宅医療・介護連携推進事業の充実

地域の医療・介護関係者など多職種による会議（顔の見える多職種連携カンファレンス）の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを切れ目なく提供できる体制の構築やネットワークのさらなる充実を図ります。また、坂井地区医師会と連携し、在宅医療やアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）やエンディングノートの出前講座の開催など住民への普及啓発を図ります。

坂井地区における在宅ケア体制のイメージ



（資料：坂井地区広域連合介護保険事業計画）

コラム② ～アドバンス・ケア・プランニングとは～

自らの意思で自身の生き方を選択し、人生の最期まで自分らしく生きるには、将来的な意思判断力の低下に備え、患者本人、家族及び医療従事者があらかじめ今後の治療、療養等について話しあうことをいいます。

自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



⑥金津雲雀ヶ丘寮の管理運営

あわら市社会福祉協議会を指定管理者とする金津雲雀ヶ丘寮について、養護老人ホーム、特別養護老人ホームなどの機能に応じて適切に運営されるよう指導を行い、施設の機能向上を図ります。

2 住民主体による生活支援体制の整備

【現状と課題】

地域ケア会議において、市の地域課題・個別課題の整理を行っているが、より身近な地域でのニーズを把握するため、日常生活圏域毎（芦原地区・金津地区）の地域課題を発掘し、多種多様な生活支援体制を整備することが必要です。

【今後の施策】

①地域ケア会議の充実

地域ケア会議において、生活支援コーディネーターが担う役割は大きく、生活支援会議や日常生活圏域毎の会議において、地域関係者も巻き込みながら地域課題・個別課題の整理を行います。

②多種多様な生活支援体制の整備

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、生活支援コーディネーターが中心となり、民生委員や地域のボランティア等と連携・協力し、地域課題に沿った多種多様な生活支援体制の整備を図ります。

【実施事業等】

事業名	内容
食の自立支援事業	65歳以上の単身世帯及び高齢者のみの世帯であつて、調理が困難な人に配食サービスを行います。原則として、毎月4回水曜日に民生委員やボランティアが安否確認を兼ね、配達します。必要に応じて、地域包括支援センター等関係機関に報告します。
生活・介護支援サポーター事業	サポーター（あわら福祉塾修了者で登録した者）が、住み慣れた地域での生活を望む高齢者に、自立した暮らしを送らせるための活動を支援します。支援活動を通じてサポーター自身の介護予防も図ります。
介護サービス相談員派遣事業	相談員が介護サービス提供の場に訪問し、施設入所者及び在宅介護サービス利用者やその家族の相談を受け、よりよい環境で介護を受けられるよう支援します。

3 高齢者の権利擁護の充実

【現状と課題】

介護保険制度の普及、活用が進む一方で高齢者に対する身体的・心理的・経済的・性的虐待、介護や世話の放棄・放任等が家庭や介護施設などで表面化し、社会的な問題となり、平成18年4月に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が施行されました。

しかし、家庭での高齢者の孤独感・疎外感やうつ病などに対する家族の理解が乏しく、治療につながらないことなどを原因とした高齢者の孤独死なども、大きな社会問題となっています。

【今後の施策】

① 高齢者虐待防止対策の推進

第一に虐待を未然に防止することが最も重要です。そのために、介護知識や介護保険制度等の利用促進など、養護者（介護者）の負担軽減対策を周知していきます。

また、虐待が疑われるような場合には、問題が深刻化する前に発見し、高齢者や養護者・家族に対する支援を迅速に開始します。特に、民生委員や保健医療福祉関係機関等との連携体制により、虐待の未然防止や虐待が起きても早期に発見できる仕組みを整えます。このために、地域包括支援センターが中心となって、民生委員や警察、介護事業所などの関係者による高齢者虐待防止ネットワークを推進します。

② 成年後見制度の利用推進

成年後見制度の利用の増加に伴い、弁護士などの専門職後見人が不足状態になるため、市民後見人制度の普及促進に努めます。

また、「あわら市成年後見制度利用促進協議会」との連携を密にしながら、身寄りのない高齢者等、制度を利用したくても利用できない、又は家族はいても疎遠で支援ができない人には、市長申立てにより成年後見制度の利用を推進します。

4 家族介護者支援の充実

【現状と課題】

在宅生活改善調査によると、在宅生活が困難になってきている理由のうち、本人の状態に属する理由として、要介護2以下では「認知症の症状の悪化」、要介護3以上では「必要な身体介護の増大」が最も多くなっています。

また、本人の意向に属する理由として、要介護2以下では「本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから」、要介護3以上では「生活不安が大きいから」が最も多くなっています。

家族等介護者の意向・負担等に属する理由では、どの介護度でも「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」が最も多くなっています。

要介護3以上になると、本人の意向が障壁となって在宅生活が困難になっているのではなく、介護者家族等の負担が大きくなっていることが考えられます。一方、要介護2以下では、身体的介護の増加もありますが、本人の意思・意向が障壁となってサービスの拡大が困難になっているように思われます。

このような状況の中、働く人が家族のために離職せざるを得ない場合があり、家族等が安心して仕事に就くことができるよう、相談支援体制を充実させることが必要です。

【今後の施策】

①介護支援専門員の質の向上に向けた後方支援

在宅で介護を行う家族等の最も身近な相談者は、介護支援専門員をはじめとした介護サービス従事者です。ケアマネ支援会議等の定期開催により、自立支援型のケアマネジメントを支援し、介護支援専門員の質の向上を図ります。

②家族介護者交流事業の普及啓発

長期介護による心労を癒すとともに介護者相互の交流を図るため、市社会福祉協議会において実施している交流事業の運営や啓発を支援します。

【実施事業等】

事業名	内容
家族介護者交流事業 (元気回復事業)	在宅で高齢者を介護している家族（介護者）を日常の介護から一時的に開放するため、リフレッシュを目的とした外出や交流会等、長期介護による心労を癒すとともに介護者相互の交流を図ります。
家族支援介護用品支給事業	在宅の要介護者で、一定の条件に該当する人に対し、介護用品（紙おむつ）の費用の一部を助成します。

5 認知症高齢者支援対策の推進

【現状と課題】

認知症高齢者の増加が懸念される中、多くの人々に認知症が正しく理解され、「認知症になっても本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暮らし続けることができる共生社会」の実現を推進するため、基本理念、国・地方公共団体の責務、計画の策定、基本的施策等について定める認知症基本法が、令和5年6月に成立しました。

認知症は、誰もが何らかの形で関わる可能性のある身近な病気でありながら、理解が不十分な上、身寄りがなく支援が受けられない高齢者が多い状況です。認知症の人やその家族が、安心して生活できるよう、相談体制の充実や環境整備が必要です。

【今後の施策】

①認知症に対する普及啓発

各地区や小・中学校、企業等に出向き、認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ訓練を行い、病気への理解とともに、見守りができる地域づくりにつなげる。

認知症の人やその家族の地域での居場所づくり、身近な認知症の普及啓発の場として、認知症カフェの運営や啓発を支援します。

認知症サポーター養成講座を受講し、認知症サポーターになった人に対し、活動の場を設け、認知症サポーターの実践を支援します。

また、認知症本人や家族のニーズと認知症サポーターをつなぐ仕組みである、チームオレンジの構築に取り組み、本人や家族に対し、初期の段階から心理面・生活面の支援を行います。

②認知症ケアパスの普及・啓発

認知症は、病気の進行によって症状が変化するため、その時の症状によって必要な医療・介護が異なります。そのため、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができる「認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)」の普及・啓発に努めます。

③あわら市安心生活ネットワークの充実

認知症高齢者が行方不明となったときなど、緊急に適切な支援・保護が必要になった場合に、地域包括支援センターや各事業所、警察等の関係機関が協力し、早期発見につなげるよう、協力事業所を増やし、地域での見守り体制を整備します。

また、QRコードラベルを活用した認知症高齢者保護のためのシステムの事前登録制度のさらなる普及啓発を行います。

④認知症初期集中支援チームの活用

認知症が疑われる人やその家族に対し、早期診断、早期対応に向けた支援を集中的に行う認知症初期集中支援チームの積極的な活用や相談支援を行う認知症地域支援推

進員の増員により、認知症ケア体制の強化を図ります。

⑤認知症検診の活用

健康チェックリストを活用し、認知機能低下が疑われる高齢者を早期に把握し、随時医療機関への受診勧奨を行い、重症化防止を図ります。

⑥相談窓口の強化

認知症相談窓口の一つとして、地域包括支援センターを設置しています。主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士等の職員が連携し、早期把握・早期支援へつなげます。

【実施事業等】

成年後見制度利用支援事業	身寄りのない人や親族の協力が得られない認知症高齢者などに対して、市長が成年後見等の開始を申し立て、その際に必要な申立て費用などを助成します。
緊急通報体制等整備事業	65歳以上の単身で病弱な人及びこれに準ずる世帯に、緊急時にボタンひとつで通報できる機器を設置します。また、月に1度、委託先業者から利用者に連絡を取り、安否の確認をします。
福祉サービス利用援助事業 (社会福祉協議会事業)	認知症や知的障害等により判断能力に不安のある方の福祉サービスの利用相談や日常的な金銭管理などを有償で支援します。

第5章 計画の推進体制

1 推進体制

本計画は、坂井地区広域連合が策定する「坂井地区介護保険事業計画」との整合性を図りながら、基本理念の実現に向けて、地域包括ケアシステムを充実していくこととしています。高齢者一人一人が自分らしく生きがいや役割を持ち、助け合いながら、元気でいきいきと暮らすことが出来るよう、関係機関・団体等との連携を図りながら計画の推進に努めます。

2 進行管理

計画を効果的かつ着実に推進するためには、PDCAサイクル〔計画（Plan）→実行（Do）→点検・評価（Check）→改善（Action）〕にて、計画の進行管理を継続的に実施していきます。評価等の結果を踏まえ、必要があると認めるときは、計画の見直し等を図ります。