第８次南風原町高齢者保健福祉計画

（素案）

平成３０年２月

沖縄県　南風原町

目　次

第１章　計画の策定にあたって
１．計画の背景と趣旨 …… 1
２．計画の位置づけ …… 2
３．計画の期間 …… 4
４．高齢者の生活に関するアンケート調査の実施 …… 4

第２章　高齢者の現状
１．人口・高齢化率等の動向 …… 5
２．介護保険の状況 …… 14

第３章　計画の基本的な考え方
１．基本理念 …… 25
２．地域包括ケアシステムの実現に向けた基本方針 …… 26
３．基本目標 …… 28
４．重点施策 …… 29
５．施策の体系 …… 30

第４章　施策の推進
基本目標１　健やかで活動的な高齢期を過ごせるまちづくり …… 33
１．健康づくり推進 …… 33
２．介護予防・日常生活支援総合事業の推進 …… 37
３．生きがい・ふれあい活動の推進 …… 45
基本目標２　包括的ケアにより安心して暮らしていけるまちづくり …… 49
１．地域包括支援センターの運営の充実 …… 49
２．地域ケア会議の充実 …… 53
３．在宅医療・介護連携の推進 …… 56
４．認知症対策の推進 …… 58
５．生活支援サービスの体制整備 …… 61
基本目標３　高齢者の自立と安心・安全な暮らしを支えるまちづくり …… 63
１．自立生活支援の充実 …… 63
２．安心・安全な生活環境の整備 …… 69

第５章　計画の推進にあたって
１．計画の進行管理 ･･･ 73
２．庁内連携体制の強化 ･･･ 73
３．多様な主体との連携 ･･･ 73
４．計画の推進主体の役割 ･･･ 73

資料編
❑高齢者の生活に関するアンケート調査の主な調査結果 ･･････････････････････････ 75

第１章　計画の策定にあたって

１．計画の背景と趣旨

現在、日本では少子高齢化と人口減少が急速に進展しています。団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）には高齢化率が 30.0％となり、その後もさらに高齢化が加速することが見込まれています。これにより、介護を必要とする高齢者の増加や認知症高齢者の増加が予想され、介護サービスへの期待はさらに高まると考えられます。しかし、支え手となる世代が減少する中、介護サービスだけで高齢者を支えることは難しくなってきています。そのため、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域の資源を活用した効率的・効果的な仕組みづくりが必要になってきました。

こうした中、平成 26 年の介護保険法の改正により、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、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包括ケアシステムの構築に向けて、本格的な取り組みを推進するための指針が定められました。本町においても平成 27 年 3 月に地域包括ケアシステムの構築を目指す初段階の計画として、「第 7 次南風原町高齢者保健福祉計画」を策定し、その推進に努めてきました。

続いて、平成 29 年の介護保険法の改正では、地域包括ケアシステムの強化（深化・推進）を図るために、保険者機能の強化等による高齢者の自立支援や介護予防・重度化防止に向けた取り組みの推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等に関する指針が示されました。また、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの見直しが行われました。

こうした背景を踏まえ、本町では「第 7 次南風原町高齢者保健福祉計画」における基本方針等を基礎としつつ、今後の高齢化への対応、とりわけ地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの一層の推進を図るため、介護保険法の改正等の内容と本町の実情を勘案し、具体的に取り組むべき施策を明らかにすることを目的に、「第 8 次南風原町高齢者保健福祉計画」を策定します。

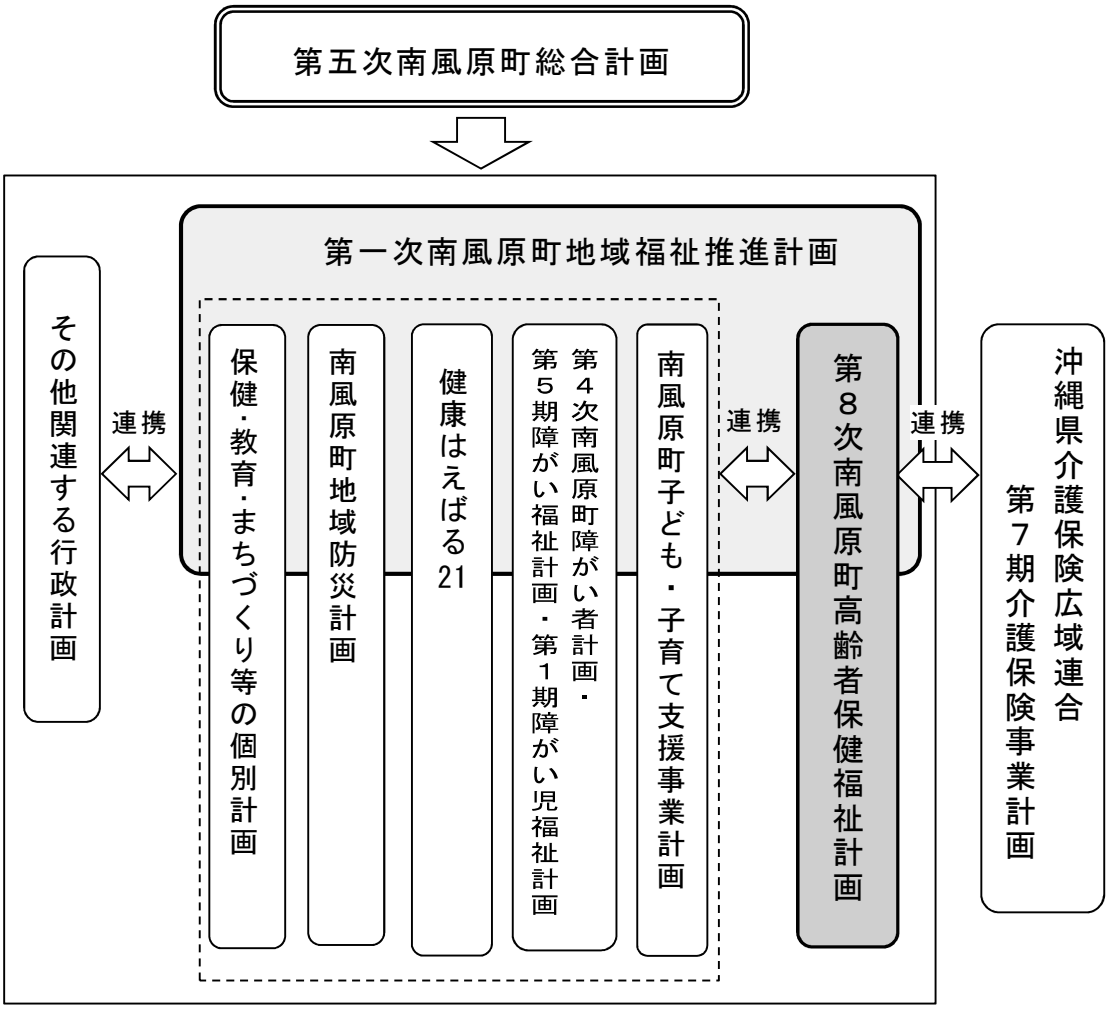
２．計画の位置づけ

（１）関連する計画との整合

○本計画は、「第五次南風原町総合計画」に則するもので、総合計画の個別計画として位置づけます。

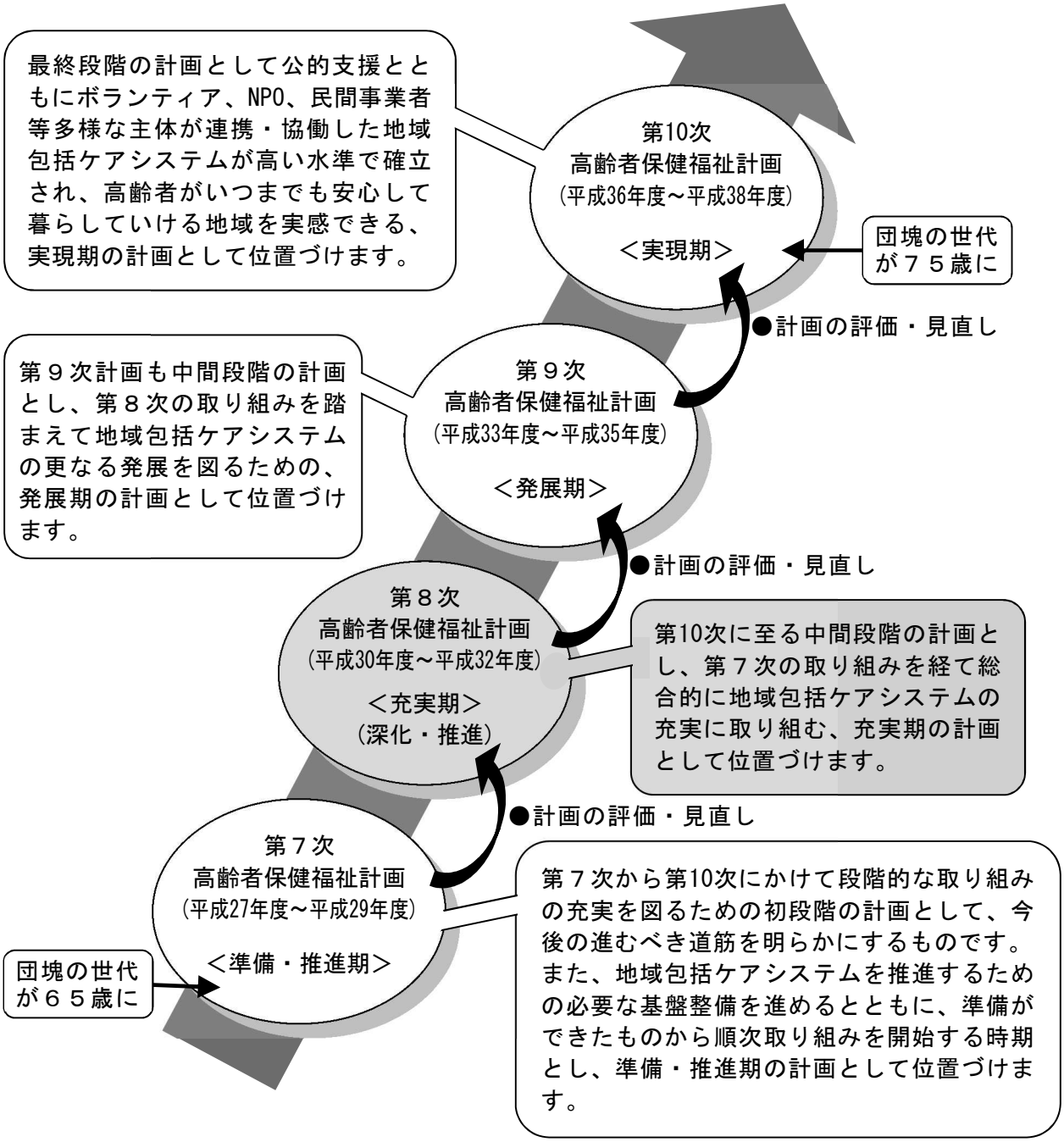
○本計画は、福祉分野の横断的な連携を図るための上位計画である「第一次南風原町地域福祉推進計画」と整合性を図ります。また、「第４次南風原町障がい者計画・第５期障がい福祉計画・第１期障がい児福祉計画」、「南風原町子ども・子育て支援事業計画」、「南風原町地域防災計画」など関連する他分野の個別計画と整合性を図ります。

○本計画は、沖縄県介護保険広域連合が策定する「第７期介護保険事業計画」と整合性を図ります。



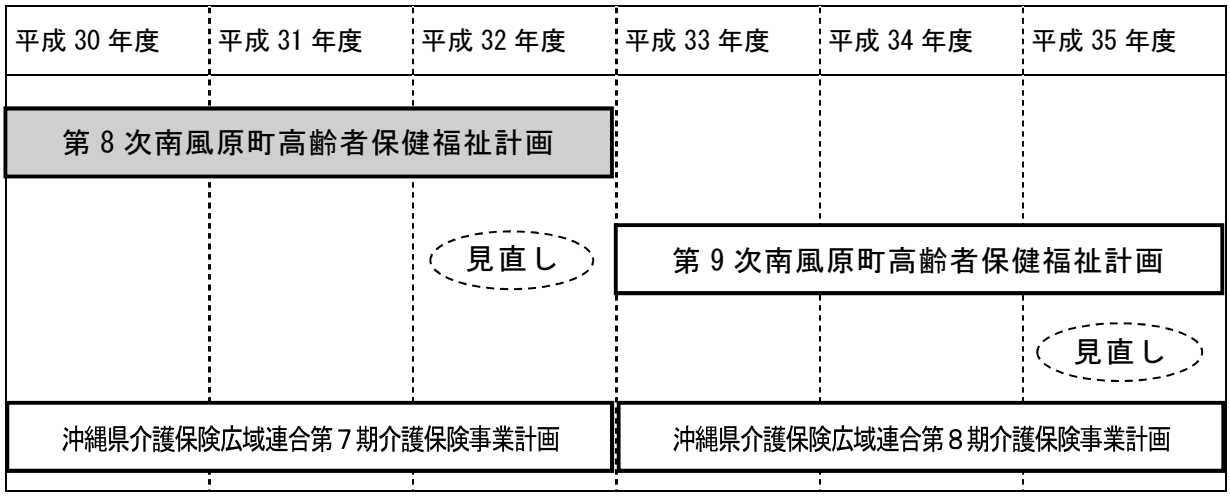
（２）地域包括ケアシステム構築に向けた段階的な計画の位置づけ

「第７次南風原町高齢者保健福祉計画」以降の計画は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年(平成37年)を見据えて、地域包括ケアシステムの確立を目指すものであり、段階的に取り組みの充実を図るための計画です。本計画はその第２段階の計画として位置づけ、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るための充実期の計画とします。



３．計画の期間

介護保険事業計画は、介護保険法で 3 年を 1 期として、内容を見直すことや老人福祉計画と一体的に策定することが規定されています。このため、沖縄県介護保険広域連合が策定する「第 7 期介護保険事業計画」と整合性を図るために、本計画は平成 30 年度(2018 年度)から平成 32 年度(2020 年度)までの 3 年間を計画期間とします。また、平成 32 年度において見直しを行います。



４．高齢者の生活に関するアンケート調査の実施

（１）調査の目的

第 8 次南風原町高齢者保健福祉計画の策定にあたり、必要な基礎資料を得ることを目的に調査を行いました。

（２）調査対象者

南風原町に住所を有する 65 歳以上(平成 29 年 8 月 1 日時点)の方の中から、行政区別人口、性別、年齢のバランスに配慮して 2,700 人を無作為に抽出し、調査対象者としました。

（３）調査の方法

調査票(アンケート)は郵送により配布・回収を行いました。

（４）調査期間

平成 29 年 9 月 13 日～平成 29 年 10 月 20 日

（５）回収状況

調査票の配布数 2,700 件に対し、有効回収数が 1,402 件で、回収率は 51.9%となります。

配布数	有効回収数	有効回収率
2,700 件	1,402 件	51.9%

第２章　高齢者の現状

１．人口・高齢化率等の動向

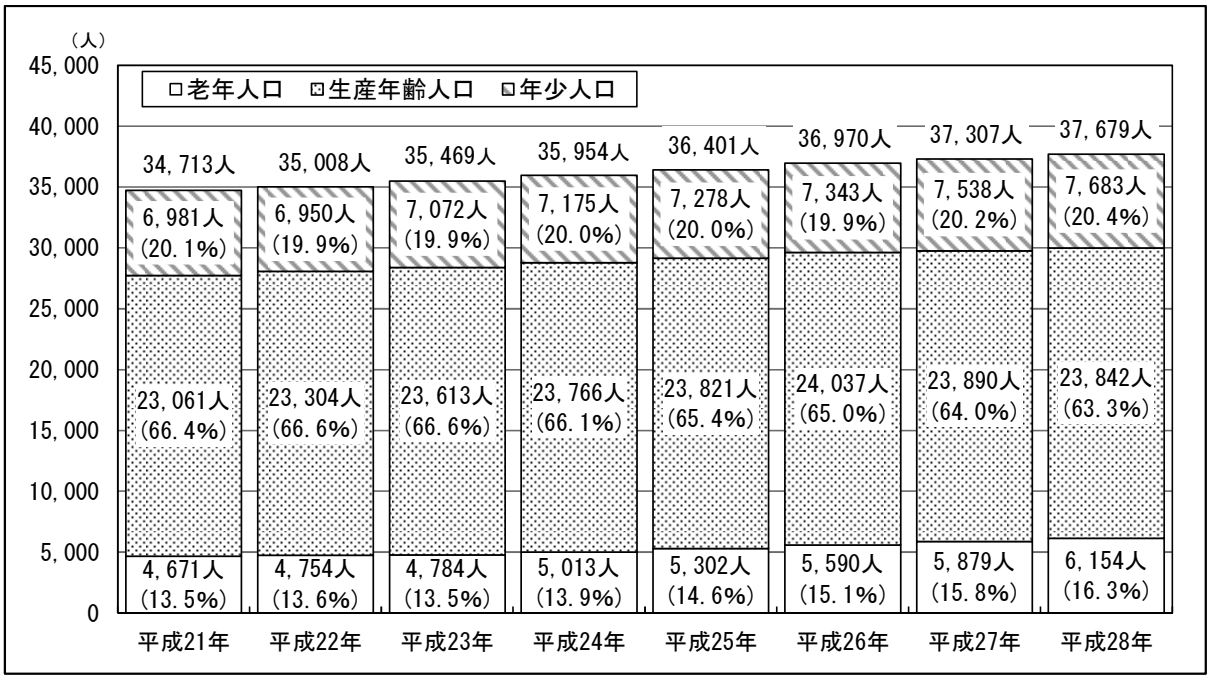
（１）総人口及び年齢３区分別人口の推移

本町の総人口は増加傾向にあり、平成 21 年の 34,713 人から平成 28 年では 37,679 人とこの 7 年間で 2,566 人の増、率にして 8.5%の伸びとなります。

年齢 3 区分別にみると、「年少人口(0～14 歳)」と「老年人口(65 歳以上)」は増加傾向にあり、平成 21 年からの 7 年間で「年少人口」が 702 人の増(10.1%の増)、「老年人口」が 1,483 人の増(31.7%の増)となります。一方、「生産年齢人口(15～64 歳)」は平成 26 年まで増加傾向にありましたが、平成 27 年と平成 28 年では減少しています。

総人口に占める構成比は、「年少人口」と「老年人口」は高くなる傾向にあり、「生産年齢人口」は平成 25 年以降低下する傾向にあります。

【総人口及び年齢３区分別人口の推移】



単位：人、%

		平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
総人口		34,713	35,008	35,469	35,954	36,401	36,970	37,307	37,679
年少人口(0～14 歳)		6,981	6,950	7,072	7,175	7,278	7,343	7,538	7,683
生産年齢人口(15～64 歳)		23,061	23,304	23,613	23,766	23,821	24,037	23,890	23,842
老年人口(65 歳以上)		4,671	4,754	4,784	5,013	5,302	5,590	5,879	6,154
構成比	年少人口	20.1	19.9	19.9	20.0	20.0	19.9	20.2	20.4
	生産年齢人口	66.4	66.6	66.6	66.1	65.4	65.0	64.0	63.3
	老年人口	13.5	13.6	13.5	13.9	14.6	15.1	15.8	16.3

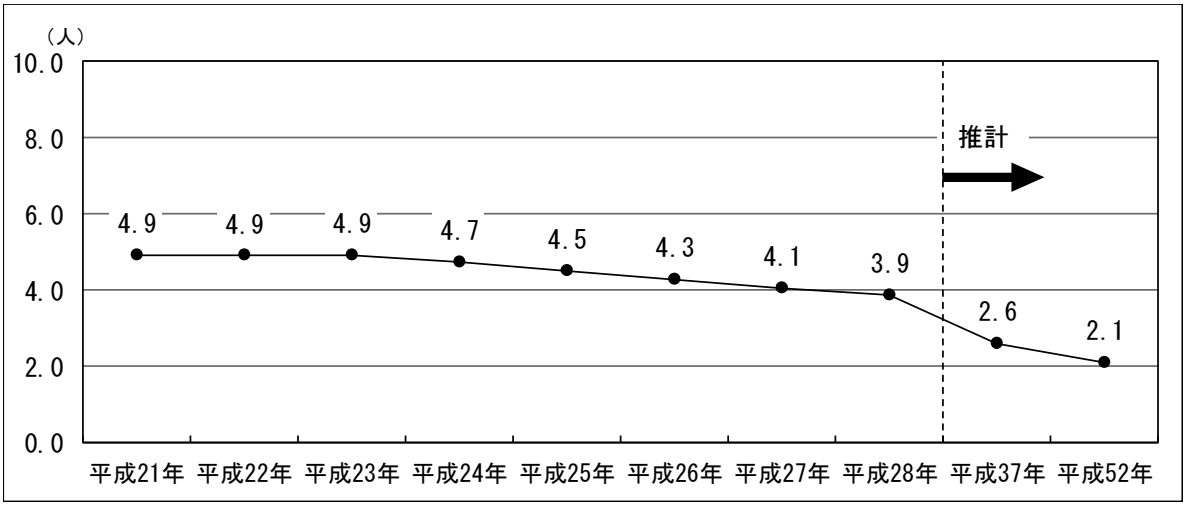
資料：住民基本台帳(各年 10 月 1 日現在)
平成 21 年～平成 23 年は日本人のみ、平成 24 年以降は外国人を含む。

（２）高齢者１人あたり生産年齢人口

高齢者 1 人あたりの生産年齢人口(社会・経済を支える人口)は、平成 28 年が 3.9 人で、平成 21 年の 4.9 人から 1 人の減となります。

また、国の将来推計では平成 37 年には 2.6 人、平成 52 年には 2.1 人となることが予測されています。

【高齢者１人あたり生産年齢人口】

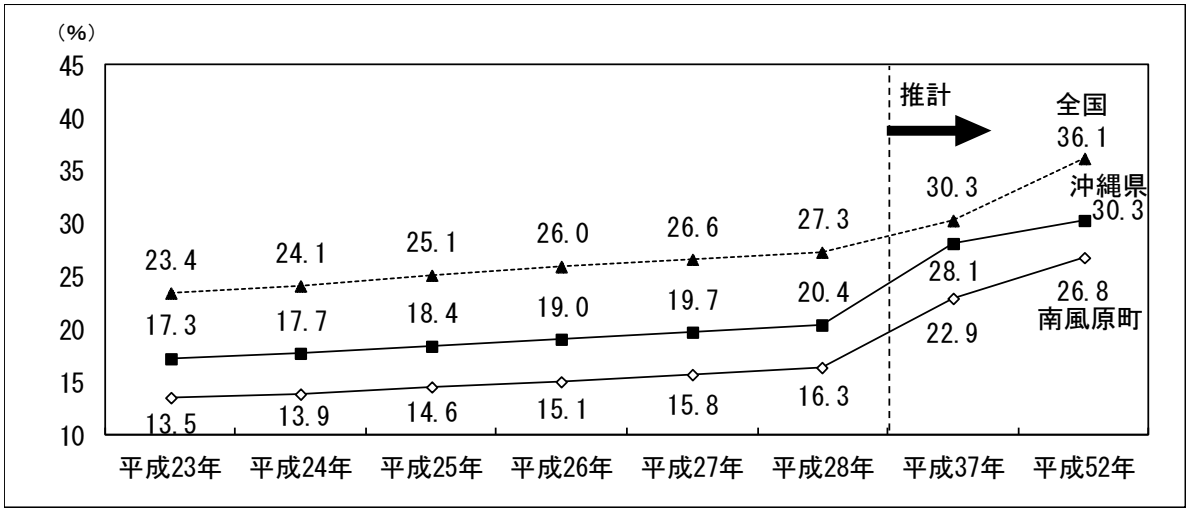


資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）
平成 37 年、平成 52 年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

（３）高齢化率の推移

本町の高齢化率は全国、沖縄県より低い水準で推移しています。国の将来推計では、本町及び全国、沖縄県とも高齢化率は高くなることが予測されており、本町の高齢化率は平成 37 年に 22.9%、平成 52 年では 26.8%になると予測されています。

【高齢化の推移】



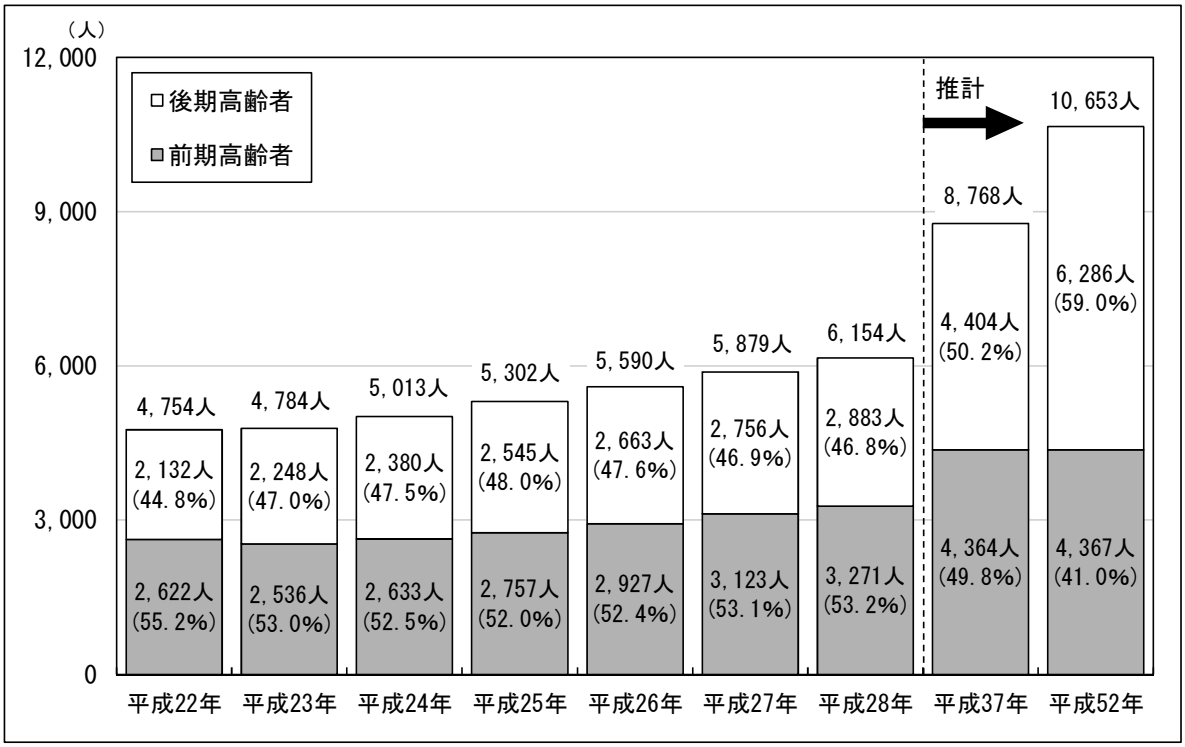
資料：南風原町は住民基本台帳、全国、沖縄県は総務省統計局「人口統計」より(各年 10 月 1 日現在)
平成 37 年、平成 52 年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

（４）前・後期高齢者人口の推移

前期高齢者人口、後期高齢者人口とも増える傾向にあります。毎年前期高齢者人口が後期高齢者人口を上回っており、平成 26 年以降も前期高齢者人口の伸びが大きい状況です。

一方、国の将来推計では、後期高齢者人口が増え、前期高齢者人口を上回り、平成 52 年では後期高齢者人口が、全高齢者人口の約 6 割を占めると予測されています。

【前・後期高齢者人口の推移】



資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）
平成 37 年、平成 52 年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

（５）行政区別高齢化率

行政区別の高齢化率は、平成 23 年と平成 26 年では「兼本ハイツ」が最も高かったのが、「東新川」が平成 26 年の 24.7%から、平成 28 年では 44.8%へと大きく上昇し、最も高くなり、次に「兼本ハイツ」が 44.0%となります。

続いて、平成 28 年では「神里」が 29.2%、「北丘ハイツ」が 26.0%、「宮城」が 25.6%となります。また、「宮平ハイツ」が 5.9%と最も低く、次に「照屋」と「津嘉山」が各 12%台となります。

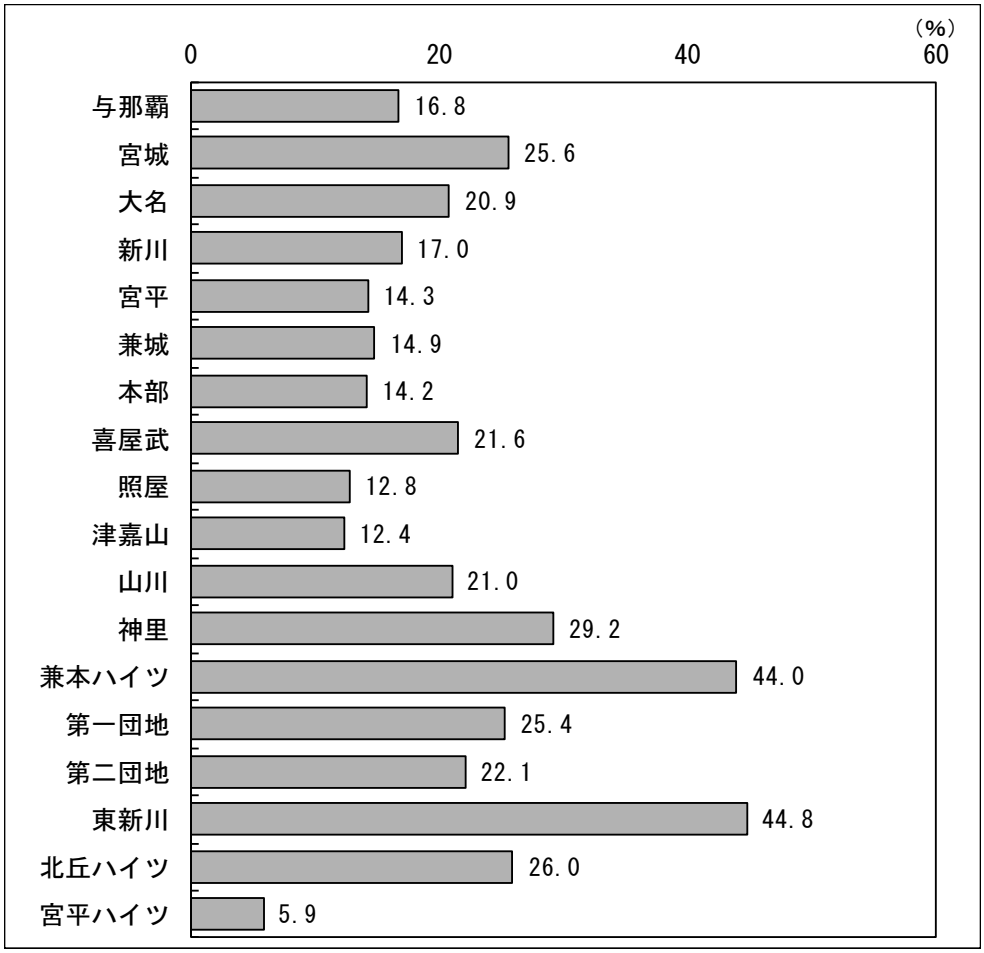
【行政区別高齢化率の推移】

（単位：人、%）

行政区	平成 23 年（10 月 1 日）			平成 26 年（10 月 1 日）			平成 28 年（10 月 1 日）		
	総人口	高齢人口	高齢化率	総人口	高齢人口	高齢化率	総人口	高齢人口	高齢化率
与那覇	2,403	290	12.1	2,435	353	14.5	2,439	410	16.8
宮城	985	225	22.8	1,001	244	24.4	983	252	25.6
大名	986	156	15.8	1,011	197	19.5	1,020	213	20.9
新川	2,159	403	18.7	2,268	441	19.4	2,373	404	17.0
宮平	6,885	786	11.4	7,046	910	12.9	7,169	1,025	14.3
兼城	5,102	571	11.2	5,220	722	13.8	5,670	843	14.9
本部	1,323	164	12.4	1,413	181	12.8	1,471	209	14.2
喜屋武	1,186	229	19.3	1,213	241	19.9	1,217	263	21.6
照屋	1,456	149	10.2	1,582	184	11.6	1,526	196	12.8
津嘉山	7,773	918	11.8	8,875	1042	11.7	9,459	1,170	12.4
山川	1,023	174	17.0	1,034	199	19.2	1,060	223	21.0
神里	915	225	24.6	889	254	28.6	848	248	29.2
兼本ハイツ	666	232	34.8	662	271	40.9	638	281	44.0
第一団地	645	71	11.0	581	88	15.1	355	90	25.4
第二団地	918	82	8.9	771	122	15.8	479	106	22.1
東新川	193	39	20.2	198	49	24.7	250	112	44.8
北丘ハイツ	436	51	11.7	365	69	18.9	331	86	26.0
宮平ハイツ	415	19	4.6	406	23	5.7	391	23	5.9
合計	35,469	4,784	13.5	36,970	5,590	15.1	37,679	6,154	16.3

資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）

【行政区別高齢化率】
〈平成 28 年 10 月 1 日現在〉



（６）高齢者のいる世帯構成

本町では「一般総世帯」の増加とともに、「高齢者のいる世帯」も増え続けています。平成 28 年(10 月 1 日現在)における、「一般総世帯」に占める「高齢者のいる世帯」の割合は 29.2%となります。

また、「高齢者単身世帯」、「高齢者のみ世帯」も増加傾向にあり、「高齢者のいる世帯」に対する割合も高くなる傾向にあり、平成 28 年では「高齢者単身世帯」の割合が 25.8%、「高齢者のみ世帯」の割合が 24.2%となります。

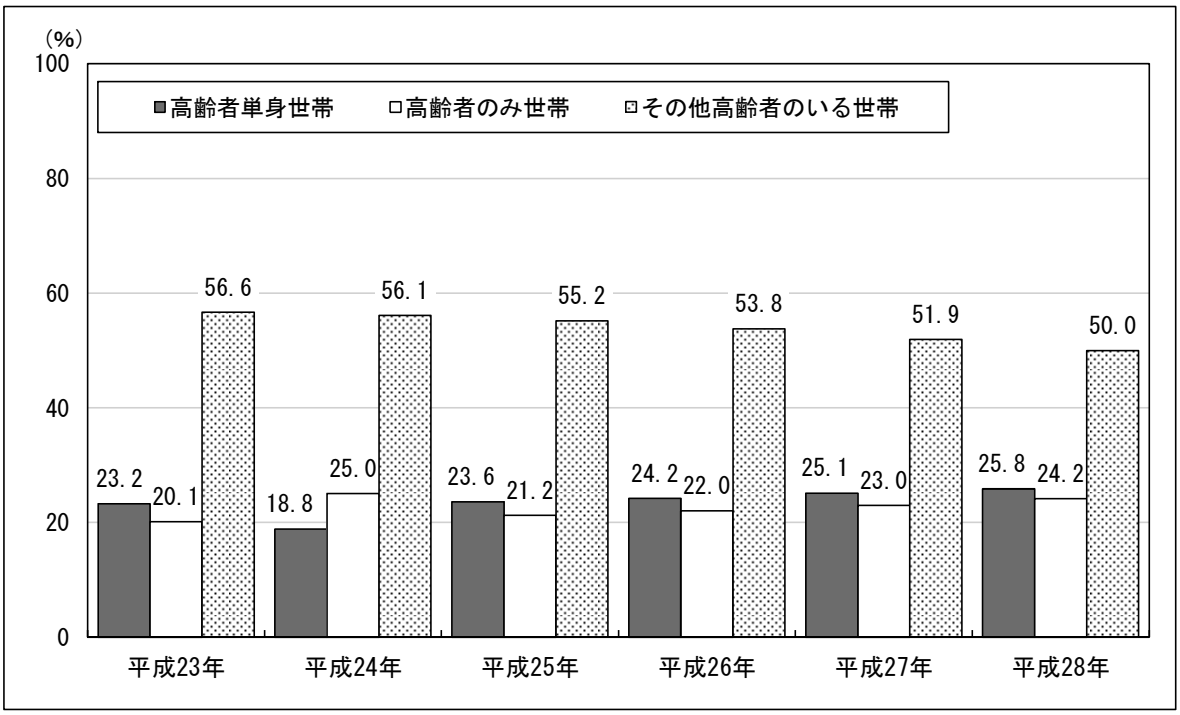
【高齢者のいる世帯】

（単位：人）

		平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
一般総世帯		12,623	12,880	13,170	13,580	13,800	14,063
高齢者のいる世帯		3,227	3,530	3,582	3,757	3,949	4,101
高齢者単身世帯		749	665	845	909	991	1,060
	構成比	23.2	18.8	23.6	24.2	25.1	25.8
高齢者のみ世帯		650	884	761	828	908	992
	構成比	20.1	25.0	21.2	22.0	23.0	24.2
その他高齢者のいる世帯		1,828	1,981	1,976	2,020	2,050	2,049
	構成比	56.6	56.1	55.2	53.8	51.9	50.0

資料：沖縄県福祉関係基礎資料（各年 10 月 1 日現在）
構成比：高齢者のいる世帯に対する割合

【高齢者のいる世帯構成比】



（７）老人クラブ

町内 19 の行政区のうち、16 行政区（平成 28 年度では 15 行政区）に単位老人クラブがあります。また、単位老人クラブの連合体として、南風原町老人クラブ連合会があります。

老人クラブ連合会の加入率（60 歳以上が対象）は、平成 25 年度から平成 27 年度まで低下する傾向にありましたが、平成28年度は前年度より2.1ポイント高くなっています。

【老人クラブ連合会の会員数】　（単位：人）

NO	字・自治会	クラブ名	会員数		
			男	女	計
1	与那覇	与那覇　健寿会	22	13	35
2	宮城	宮城 老人クラブ	30	25	55
3	大名	大名　若水会	62	37	99
4	新川	新川　かりゆし会	23	29	52
5	宮平	宮平　福寿会	41	28	69
6	兼城	兼城　兼翔会	53	51	104
7	本部	本部　老人クラブ	105	98	203
8	喜屋武	喜屋武　老人クラブ	53	58	111
9	照屋	幸の会	41	39	80
10	津嘉山	津嘉山　老人会	99	117	216
11	山川	山川　老人クラブ	49	47	96
12	神里	神里　老人クラブ	24	30	54
13	兼本ハイツ	兼本ハイツ　青ノ会	72	59	131
14	北丘ハイツ	北丘ハイツ　結の会	17	19	36
15	第二団地	第二団地　百十会	3	16	19
計			694	666	1,360

資料：老人クラブ連合会（平成 28 年度）

【老人クラブ加入率】　（単位：人）

	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
会員数	1,353	1,553	1,366	1,321	1,141	1,360
加入率	18.7	20.5	17.2	16.2	13.7	15.8

資料：老人クラブ連合会（各年度末現在）※60 歳以上

【町老人クラブ連合会の活動内容（平成 28 年度）】　（単位：人）

スポーツ活動	・グラウンドゴルフ大会、ゲートボール大会、運動会、ボウリング大会
地域貢献活動	・子どもの登下校見守りパトロール活動（実践報告会の開催） ・チャリティグラウンドゴルフ大会（寄附） ・社会奉仕活動（ゴミ拾い、地区内草刈・植栽作業など）
サークル活動	・民踊サークル、囲碁サークル、カラオケサークル、随筆クラブ ・部活動発表会（総会と同時開催）
その他	・リーダー研修会、カラオケ大会、老人意見発表大会

資料：老人クラブ連合会（平成 28 年度）

（８）長寿健診結果

75 歳以上を対象とした長寿健康診査受診者 863 人の結果を、医療未受診者と医療受診者に分けてみると、医療未受診者は 15 人であり、残りほとんどの方は何かしら医療を受診しています。医療未受診者については、「保健指導判定値以上～受診勧奨判定値未満」が「腎機能」で 46.7%と最も高く、次に「血糖」、「血圧」、「脂質」が各 26.7%となります。また、「受診勧奨判定値以上」では「脂質」が 40.0%と最も高く、次に「血圧」が 33.3%となります。さらに、「受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル」では「血圧」が 13.3%と高く、次に「脂質」と「腎機能」が 6.7%となります。

医療受診者については、「保健指導判定値以上～受診勧奨値未満」が「血糖」、「脂質」、「腎機能」で各 30%台と高くなります。また、「受診勧奨判定値以上」では「血圧」が 34.2%と最も高く、次に「腎機能」が 30.8%となります。さらに、「受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル」では「腎機能」が 10.1%と最も高く、次に「血糖」と「血圧」が比較的高くなります。

【因子、判定値ごとの人数、および、健診受診者に対する割合】

■医療未受診者（15 人）　（単位：人、%、（　）は前年比率）

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	10 人 66.7% (4.2)	6 人 40.0% (2.5)	5 人 33.3% (-4.2)	13 人 86.7% (11.7)	13 人 86.7% (-0.8)	7 人 46.7% (-3.3)	13 人 86.7% (-13.3)
保健指導判定値以上～受診勧奨判定値未満	4 人 26.7% (-10.8)	4 人 26.7% (1.7)	4 人 26.7% (-23.3)	2 人 13.3% (0.8)	1 人 6.7% (0.0)	7 人 46.7% (-3.3)	2 人 13.3% (0.0)
受診勧奨判定値以上	1 人 6.7% (0.0)	5 人 33.3% (-4.2)	6 人 40.0% (27.5)	0 人 0.0% (-12.5)	1 人 6.7% (-5.8)	1 人 6.7% (0.0)	0 人 0.0% (0.0)
※参考 受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル	0 人 0.0% (0.0)	2 人 13.3% (0.0)	1 人 6.7% (0.0)	0 人 0.0% (0.0)	0 人 0.0% (0.0)	1 人 6.7% (0.0)	0 人 0.0% (0.0)

資料：国保データベースシステム（平成 28 年度）

■医療受診者（848 人）のうち生活習慣病保有者　（単位：人、%、（　）は前年比率）

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	429 人 53.6% (1.8)	351 人 43.8% (2.7)	356 人 44.4% (-0.5)	661 人 82.5% (-0.9)	764 人 95.4% (-1.3)	304 人 38.0% (-2.9)	701 人 87.5% (1.9)
保健指導判定値以上～受診勧奨判定値未満	306 人 38.2% (-2.0)	176 人 22.0% (-3.5)	285 人 35.6% (2.4)	119 人 14.9% (0.2)	26 人 3.2% (1.2)	250 人 31.2% (0.6)	73 人 9.1% (-0.4)
受診勧奨判定値以上	66 人 8.2% (0.1)	274 人 34.2% (0.9)	160 人 20.0% (-1.9)	21 人 2.6% (0.6)	11 人 1.4% (0.1)	247 人 30.8% (2.4)	27 人 3.4% (-1.5)
※参考 受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル	33 人 4.1% (0.3)	46 人 5.7% (-0.2)	13 人 1.6% (-0.2)	3 人 0.4% (0.3)	1 人 0.1% (0.0)	81 人 10.1% (-0.9)	11 人 1.4% (-0.3)

資料：国保データベースシステム（平成 28 年度）

（９）介護認定者の有病状況

要支援・要介護認定者の有病状況をみると、認定者全体では「心臓病」が 21.2%と最も高くなっています。また、血管に関する疾患「糖尿病・糖尿病合併症・心臓病・脳疾患」を合わせると 43.0%と多くの割合を占めています。次いで「筋・骨格」が 18.1%となっています。

2 号被保険者である「40～64 歳」でも同じ傾向がみられ、「心臓病」が 18.8%、血管に関する疾患「糖尿病・糖尿病合併症・心臓病・脳疾患」を合わせると 45.5%となります。

【要支援・要介護認定の原因疾患】　（単位：人、%）

	受給者区分	2 号	1 号		合計
	年齢	40～64 歳	65～74 歳	75 歳以上	
要介護（要支援）認定状況	認定者数	52	142	894	1,088
	要支援 1	5	10	52	67
	要支援 2	15	27	136	178
	要介護 1	5	19	119	143
	要介護 2	10	32	160	202
	要介護 3	4	19	157	180
	要介護 4	7	26	163	196
	要介護 5	6	9	107	122
有病状況	糖尿病	7（ 6.9）	26（ 9.6）	218（ 9.2）	251（ 9.1）
	糖尿病合併症	2（ 2.0）	7（ 2.6）	49（ 2.1）	58（ 2.1）
	心臓病	19（18.8）	55（20.3）	507（21.3）	581（21.2）
	脳疾患	18（17.8）	31（11.4）	242（10.2）	291（10.6）
	がん	3（ 3.0）	10（ 3.7）	91（ 3.8）	104（ 3.8）
	精神疾患	15（14.9）	38（14.0）	296（12.5）	349（12.7）
	筋・骨格	13（12.9）	46（17.0）	438（18.4）	497（18.1）
	難病	5（ 5.0）	6（ 2.2）	29（ 1.2）	40（ 1.5）
	その他	19（18.8）	52（19.2）	505（21.3）	576（21.0）
	有病総数	101	271	2,375	2,747

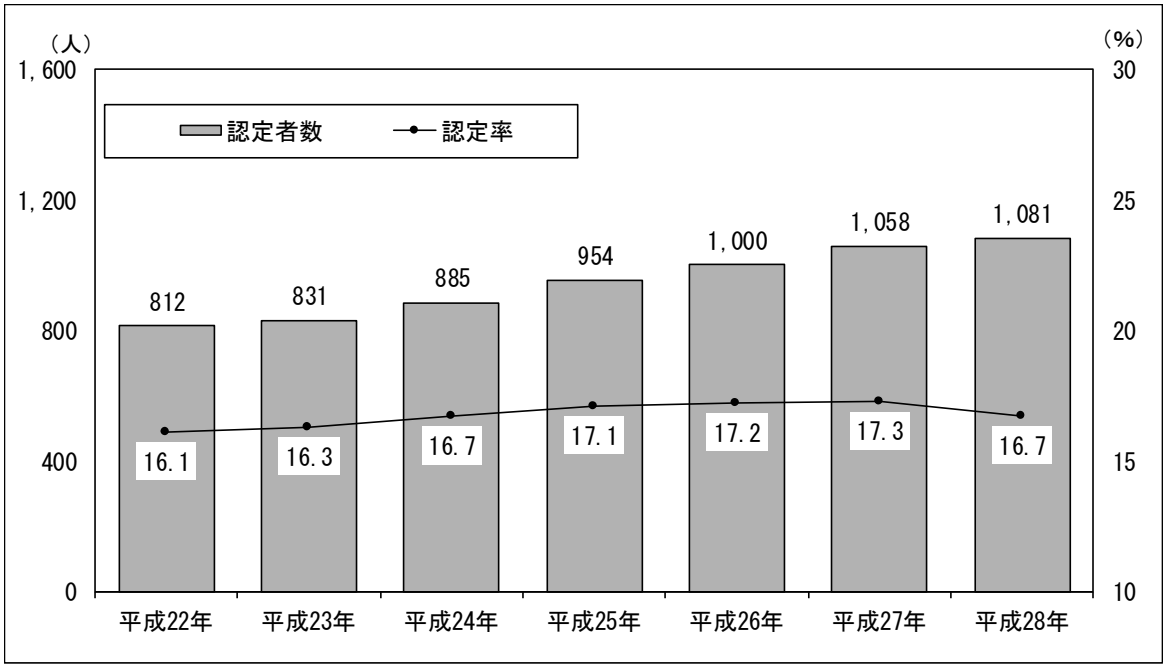
資料：国保データベースシステム（平成 28 年度）
（　）内は、有病総数に対する割合

２．介護保険の状況

（１）認定者数・認定率の推移（第１号被保険者）

認定者数は、高齢者人口の増に伴い年々増え続けており、平成 28 年では 1,081 人となります。また、認定率は平成 24 年以降 17%前後で推移しています。

【認定者・認定率の推移（第１号被保険者）】



資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）
※認定率：被保険者の認定者数／被保険者数×100

要支援・要介護度別の認定者数の推移をみると、「要支援 2」から「要介護 4」までの各認定者数は、年によって増減があるものの、いずれも増加する傾向にあります。

一方、「要介護 5」は増減しながらも減少する傾向にあります。

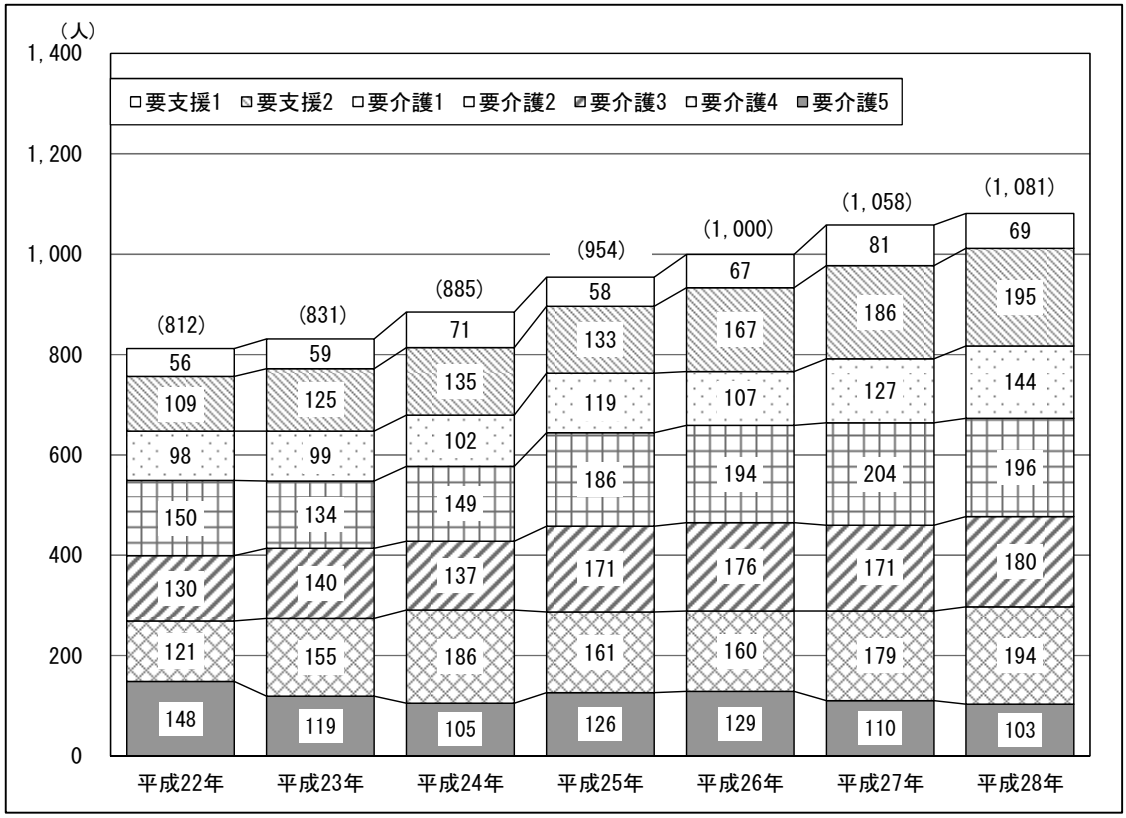
平成 28 年では、「要支援 2」、「要介護 2」、「要介護 4」の認定者が各 190 人台と多く、次に「要介護 3」が 180 人となります。また、「認定者に占める要介護 3 以上の割合」は、平成 25 年以降 48%～49%程度で推移しています。

【要支援・要介護度別認定者の推移】

（単位：人、%）

	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
要支援 1	56	59	71	58	67	81	69
要支援 2	109	125	135	133	167	186	195
要介護 1	98	99	102	119	107	127	144
要介護 2	150	134	149	186	194	204	196
要介護 3	130	140	137	171	176	171	180
要介護 4	121	155	186	161	160	179	194
要介護 5	148	119	105	126	129	110	103
計	812	831	885	954	1,000	1,058	1,081
認定者に占める要介護 3 以上の割合	46.2	47.0	50.5	49.1	49.8	48.4	48.0

資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）



（２）介護等サービス利用率

ｱ）サービス利用率

介護保険認定者の８割以上が介護等サービスを利用しています。

【サービス利用率】

（単位：人、%）

	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
認定者数	831	885	954	1,000	1,058	1,081
利用者数	709	752	791	890	907	865
利用率	85.3	85.0	82.9	89.0	85.7	80.0

資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）

ｲ）居宅介護等サービス利用率

介護保険認定者の６割から７割近くが居宅介護等サービスを利用しています。

サービスの利用率は毎年「要介護１・2」が最も高くなります。また、要介護度が重いほど利用率は低くなりますが、その要因として要介護度が重いほど医療を必要とする状況にあり、医療分野のサービス利用が増え、介護サービスの利用が少なくなることが考えられます。

「要支援１・2」の利用率は、平成 27 年が 77.9%であるのに対し、平成 28 年では 36.7%と大きく低下しています。その主な原因として、平成 28 年度から総合事業実施に伴い、介護予防通所介護と介護予防訪問介護が総合事業に移行したことが考えられます。

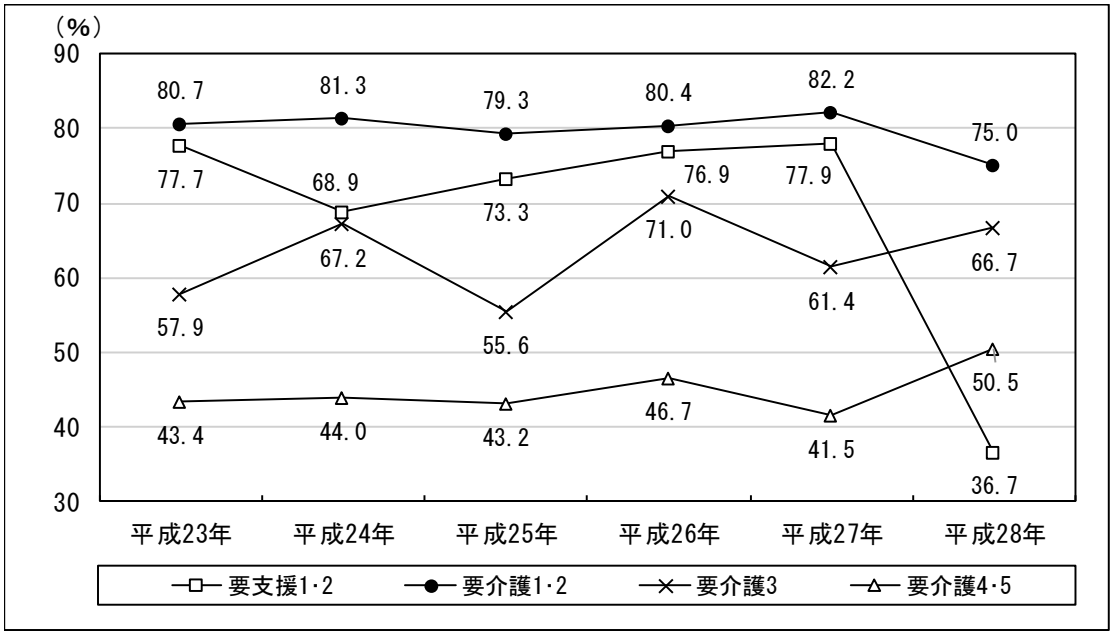
【居宅介護等サービス利用率】

（単位：人、%）

		平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
要支援１・２	認定者数	184	206	191	234	267	264
	利用者数	143	142	140	180	208	97
	利用率	77.7	68.9	73.3	76.9	77.9	36.7
要介護１・２	認定者数	233	251	305	301	331	340
	利用者数	188	204	242	242	272	255
	利用率	80.7	81.3	79.3	80.4	82.2	75.0
要介護３	認定者数	140	137	171	176	171	180
	利用者数	81	92	95	125	105	120
	利用率	57.9	67.2	55.6	71.0	61.4	66.7
要介護４・５	認定者数	274	291	287	289	289	297
	利用者数	119	128	124	135	120	150
	利用率	43.4	44.0	43.2	46.7	41.5	50.5
小計	認定者数	831	885	954	1,000	1058	1081
	利用者数	531	566	601	682	705	622
	利用率	63.9	64.0	63.0	68.2	66.6	57.5

資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）

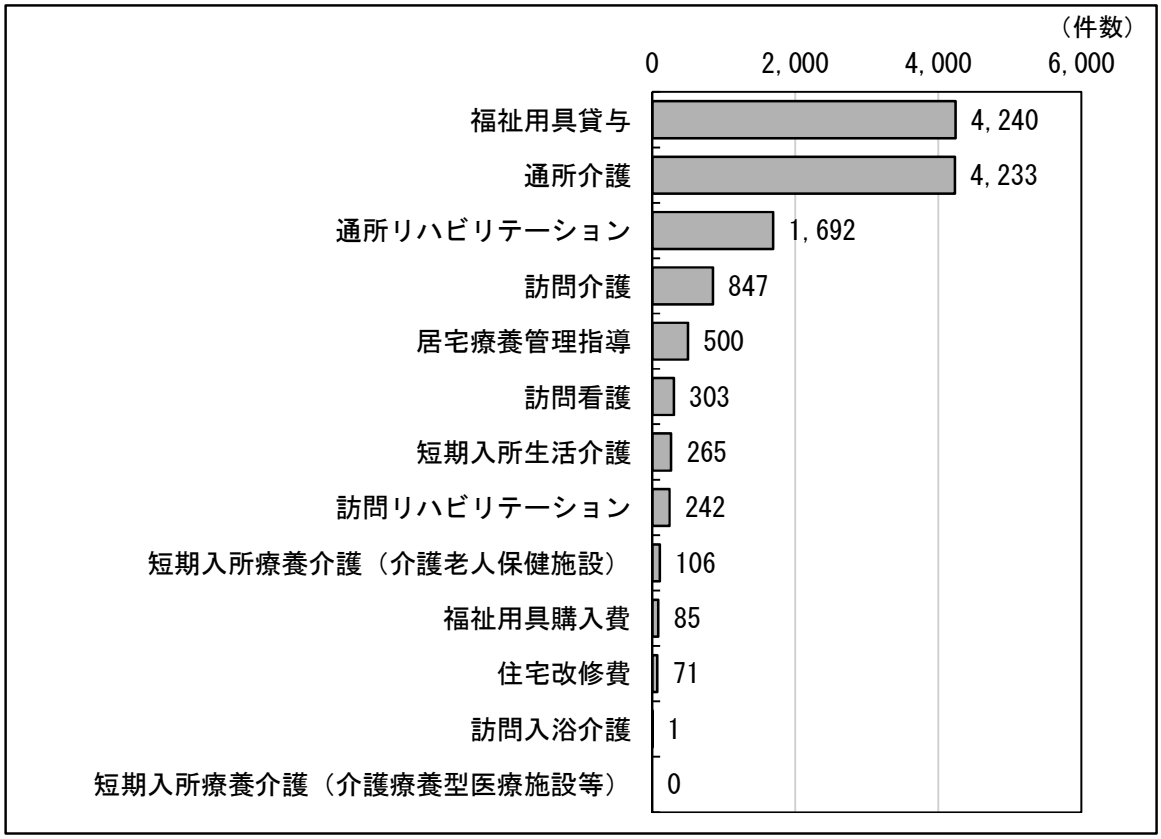
【介護度別居宅介護等サービス利用率】



ｳ）居宅サービス種類別利用件数

居宅サービスの利用件数では、「福祉用具貸与」が最も多く、次に「通所介護」が多い状況です。

【居宅サービス種類別利用件数】



資料：介護保険事業状況報告（平成 28 年度）

I）介護保険施設利用者数

介護保険 3 施設の利用者数は、平成 26 年が 191 人とそれまで増加傾向にありましたが、平成 27 年以降は 170 人台に減少しています。

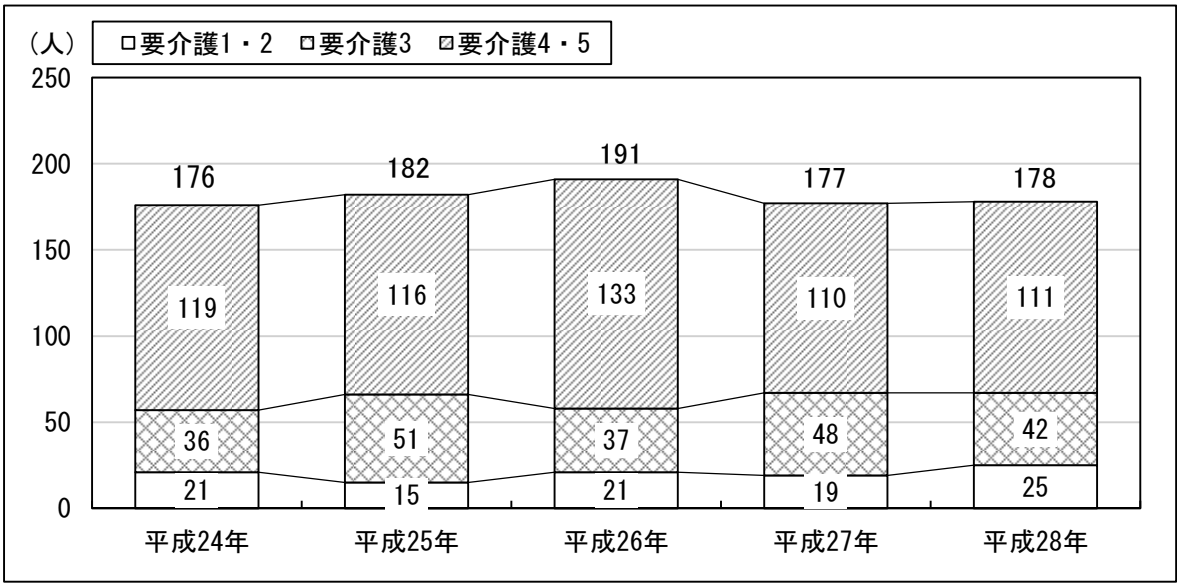
施設別の利用者数をみると、毎年「介護老人保健施設」が最も多く、概ね 110 人程度で推移しています。次に「介護福祉施設」が平成 25 年以降 60 人台で推移しています。

また、「介護療養型医療施設」の利用者は 3～6 人で推移しています。

【介護施設利用者数】　（単位：人、%）

		平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
介護老人福祉施設	要介護 1･2	8	4	6	3	2
	要介護 3	6	15	18	20	18
	要介護 4･5	45	43	39	42	43
	計	59	62	63	65	63
介護老人保健施設	要介護 1･2	13	11	15	16	23
	要介護 3	28	35	19	28	23
	要介護 4･5	70	69	89	65	65
	計	111	115	123	109	111
介護療養型医療施設	要介護 1･2	0	0	0	0	0
	要介護 3	2	1	0	0	1
	要介護 4･5	4	4	5	3	3
	計	6	5	5	3	4
計	要介護 1･2	21	15	21	19	25
	要介護 3	36	51	37	48	42
	要介護 4･5	119	116	133	110	111
	計	176	182	191	177	178
	要介護 3 以上の利用率	88.1	91.8	89.0	89.3	86.0

資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）



オ）地域密着型サービス利用者数

本町の地域密着型サービスとしては、「認知症対応型共同生活介護」に加え、平成 25 年から「小規模多機能型居宅介護」、平成 28 年から「地域密着型通所介護」が開始されました。これに伴い、地域密着型サービス利用者数は、平成 25 年の 8 人から平成 26 年では 21 人と大きく増え、さらに平成 28 年では 69 人の利用となります。なお、「地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護」の利用は、町外の施設利用となります。

【地域密着型サービス利用者数】　（単位：人）

		平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
地域密着型通所介護		－	－	－	－	45
	要支援 1･2	－	－	－	－	－
	要介護 1･2	－	－	－	－	19
	要介護 3	－	－	－	－	7
	要介護 4･5	－	－	－	－	19
認知症対応型共同生活介護		8	8	10	11	10
	要支援 1･2	－	－	－	－	－
	要介護 1･2	2	2	3	3	4
	要介護 3	2	2	4	4	2
	要介護 4･5	4	4	3	4	4
小規模多機能型居宅介護		－	－	11	13	13
	要支援 1･2	－	－	2	2	4
	要介護 1･2	－	－	6	7	2
	要介護 3	－	－	3	2	4
	要介護 4･5	－	－	－	2	3
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（町外）		－	－	－	1	1
	要支援 1･2	－	－	－	－	－
	要介護 1･2	－	－	－	－	－
	要介護 3	－	－	－	－	－
	要介護 4･5	－	－	－	1	1
計		8	8	21	25	69

資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）

（３） １件当たり給付費

1 件当たりの介護給付費は沖縄県、同規模町村と比べて平成 27 年度、平成 28 年度とも本町が最も高く、平成 28 年度では沖縄県との差が約 6,000 円、同規模町村とは約 14,500 円の差があります。

介護度別でみると、本町は要介護 3～5 の介護給付費は減少傾向にあります。同規模町村と比べても平成 27 年度と平成 28 年度の介護給付費の減少率は本町が高くなっており、介護度の重度化予防が進んでいると考えられます。

１件当たり給付費（介護度別）

（単位：円）

		平成 26 年度			平成 27 年度			平成 28 年度		
		南風原町	沖縄県	同規模	南風原町	沖縄県	同規模	南風原町	沖縄県	同規模
１件当たり		73,195	71,127	64,794	71,014	69,272	63,046	77,321	71,386	62,901
	要支援１	12,983	12,856	12,117	11,431	11,230	10,819	10,039	10,812	10,586
	要支援２	20,751	20,541	19,530	17,620	17,641	16,833	12,389	15,949	16,245
	要介護１	48,993	47,307	42,464	48,205	46,545	41,648	49,527	45,619	41,027
	要介護２	57,085	58,453	53,927	58,387	57,716	52,833	58,260	56,354	51,819
	要介護３	90,812	90,301	85,664	92,943	88,891	85,002	89,266	87,389	84,353
	要介護４	118,977	116,298	113,766	122,642	113,991	113,967	117,417	113,663	112,965
	要介護５	137,561	126,595	133,695	138,415	124,147	131,423	130,811	121,133	129,766

資料：国保データベース
同規模：総人口が 2 万人以上の全国の町村の平均

平成 28 年度をみると、施設サービスの 1 件当たりの給付費は同規模町村とほぼ同額なのに対し、居宅サービスの 1 件当たりの給付費は同規模町村に比べて本町が約 15,000 円高くなっています。本町は居宅サービスの利用が増加している傾向にあります。

１件当たり給付費（居宅・施設サービス別）

（単位：円、件）

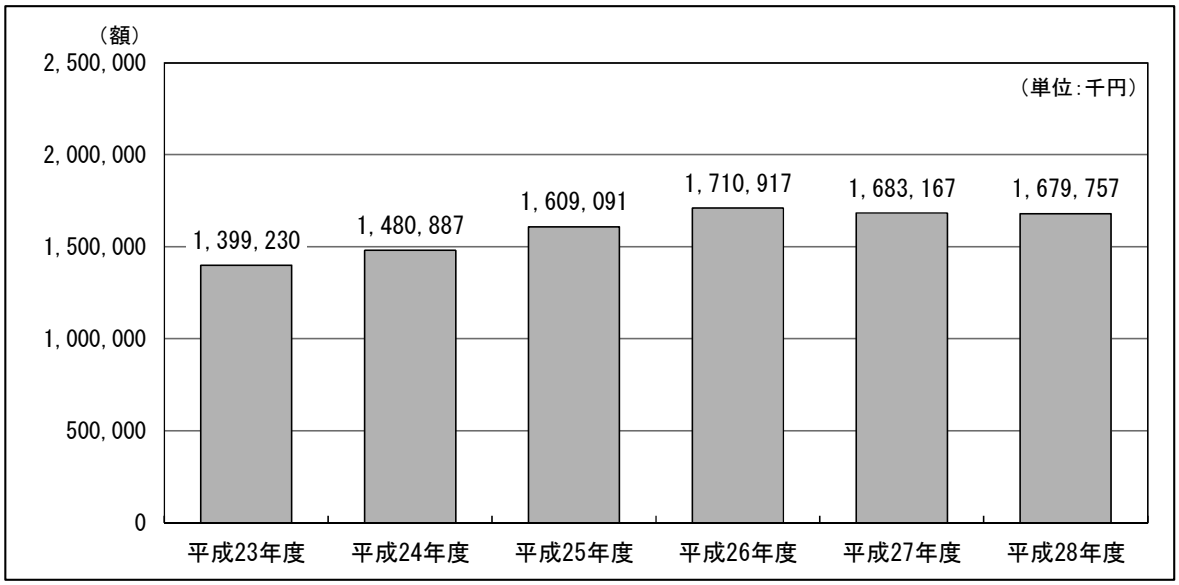
		平成 26 年度			平成 27 年度			平成 28 年度		
		南風原町	沖縄県	同規模	南風原町	沖縄県	同規模	南風原町	沖縄県	同規模
居宅サービス	1件当たり給付費(円)	51,187	51,712	41,605	49,281	50,723	40,569	55,282	52,569	40,734
	千人当たり事業所数(件)	1.73	1.81	2.09	1.90	2.12	2.23	2.13	2.26	2.30
施設サービス	1件当たり給付費(円)	288,345	288,110	285,407	282,573	284,412	280,778	278,944	282,196	277,659
	千人当たり事業所数(件)	0.24	0.15	0.21	0.24	0.16	0.21	0.24	0.16	0.22

資料：国保データベース

（４）保険給付費の推移

給付費は、平成 26 年度まで毎年 1 億円程度ずつ増加し、平成 26 年度では約 17 億 1 千万円となりますが、平成 27 年度と平成 28 年度では減少し、平成 28 年度の給付費は、約 16 億 8 千万円となります。

【保険給付費の推移】

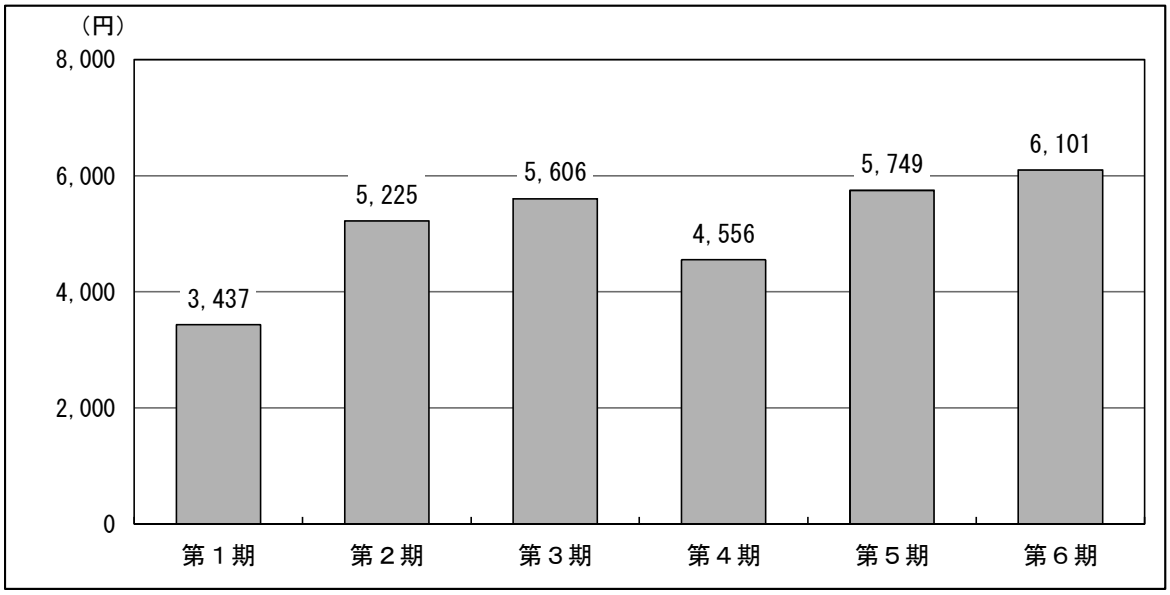


資料：介護保険事業状況報告

（５）介護保険料基準額の推移

介護保険料基準額は、第 4 期で一旦低くなる（準備基金の取崩しによる）ものの、基本的には期を追うごとに高くなっています。

【介護保険料基準額の推移】



資料：保健福祉課

（６）認知症の状況

介護保険認定者のうち、一人では日常生活に支障がある「Ⅱａ以上」の方は 65.1%を占めます。

介護度が重いほど、認知症による日常生活の自立度は低くなる傾向にあります。また、年齢が高いほど認知症の割合も高くなりますが、「40～64 歳」の若い年齢層にも認知症「Ⅱａ以上」の方が 34.7%います。

【介護度と認知症の自立度】

（単位：人、%）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
									割合
自立	30	73	2	41	12	13	3	174	14.8
Ⅰ	29	107	9	45	25	20	2	237	20.1
Ⅱａ	3	1	32	13	19	9	2	79	6.7
Ⅱｂ	6	1	106	92	57	47	18	327	27.8
Ⅲａ	0	0	1	18	67	79	62	227	19.3
Ⅲｂ	0	0	0	1	8	6	6	21	1.8
Ⅳ	0	0	0	0	6	50	52	108	9.2
Ｍ	0	0	1	1	1	1	1	5	0.4
計	68	182	151	211	195	225	146	1,178	100.0

資料：沖縄県介護保険広域連合（平成 29 年 3 月末現在）

【年齢層別認知症の状況】

（単位：人、%）

	40～64 歳		65～74 歳		75～84 歳		85 歳以上		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
認知症あり（Ⅱａ以上）	17	34.7	78	56.5	233	61.2	439	72.0	767	65.1
認知症なし	32	65.3	60	43.5	148	38.8	171	28.0	411	34.9
計	49	100.0	138	100.0	381	100.0	610	100.0	1,178	100.0

資料：沖縄県介護保険広域連合（平成 29 年 3 月末現在）

［認知症高齢者の日常生活自立度判定基準］

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
Ⅰ	何らかの認知症(痴呆)を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している		在宅生活が基本であり、一人暮しも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでにできたことにミスが目立つ等。	上記に同じ
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等	上記に同じ
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。		日常生活に支障を果たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状･行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活か基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。具体的なサービスの例としては、訪問措指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア･デイサービス、症状･行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせて利用する
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	上記に同じ
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ	上記に同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状･行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム･老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に関連する問題行動が持続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保催施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

第３章　計画の基本的な考え方

１．基本理念

基本理念は、これまでの理念である「ちむぐくるでつくる活力あるまち　南風原」を継承します。

「“ちむぐくるでつくる活力あるまち　南風原”」

◎高齢者ができるだけ介護を必要としないように、健康の保持・増進や介護予防の充実を図るとともに、自らの能力を発揮し主体的に社会参加を図るなど、活動的で充実した生活が送れる地域社会を目指します。

◎高齢者一人ひとりが、どのような心身の状態であっても、可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保ち、自分らしい日常生活を人生の最後まで営んでいけるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される、地域包括ケアシステムの実現を目指します。

◎高齢者それぞれの価値観や生き方が尊重され、その人らしい人生を送ることができるように、地域に住む誰もが地域の一員として相手を認め合い、互いに支え合う共生の意識を育み、高齢者の自立をみんなで支えていける地域社会を目指します。

２．地域包括ケアシステムの実現に向けた基本方針

地域包括ケアシステムの構築にあたっては「住まい」を基本として、高齢者の生活実態や心身の状態及びニーズを踏まえた上で、必要となる「介護」「医療」「予防」「生活支援」が相互連携し、一体的に提供される体制の実現を目指すものです。本町ではその実現に向けて国の基本方針を踏まえ「住まい」「介護」「医療」「予防」「生活支援」について基本的な考え方を次の通り定めます。

住まい

住まいは生活の基本であり、地域包括ケアシステムの前提となることから、高齢者の状態や経済的負担に合わせた住まい(住まい方)を選択できるよう、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保します。

介護

地域の介護ニーズに対応していけるよう、沖縄県介護保険広域連合との連携において、必要な介護サービスが安心して適切に利用できるよう量的確保と質的向上を図ります。その際、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者の増加及び医療の必要性の高い要介護者のニーズ等を踏まえたサービスについて検討します。

医療

医療を必要とする高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で多様なサービスや支援と連携を図ることのできる体制を整備します。

予防

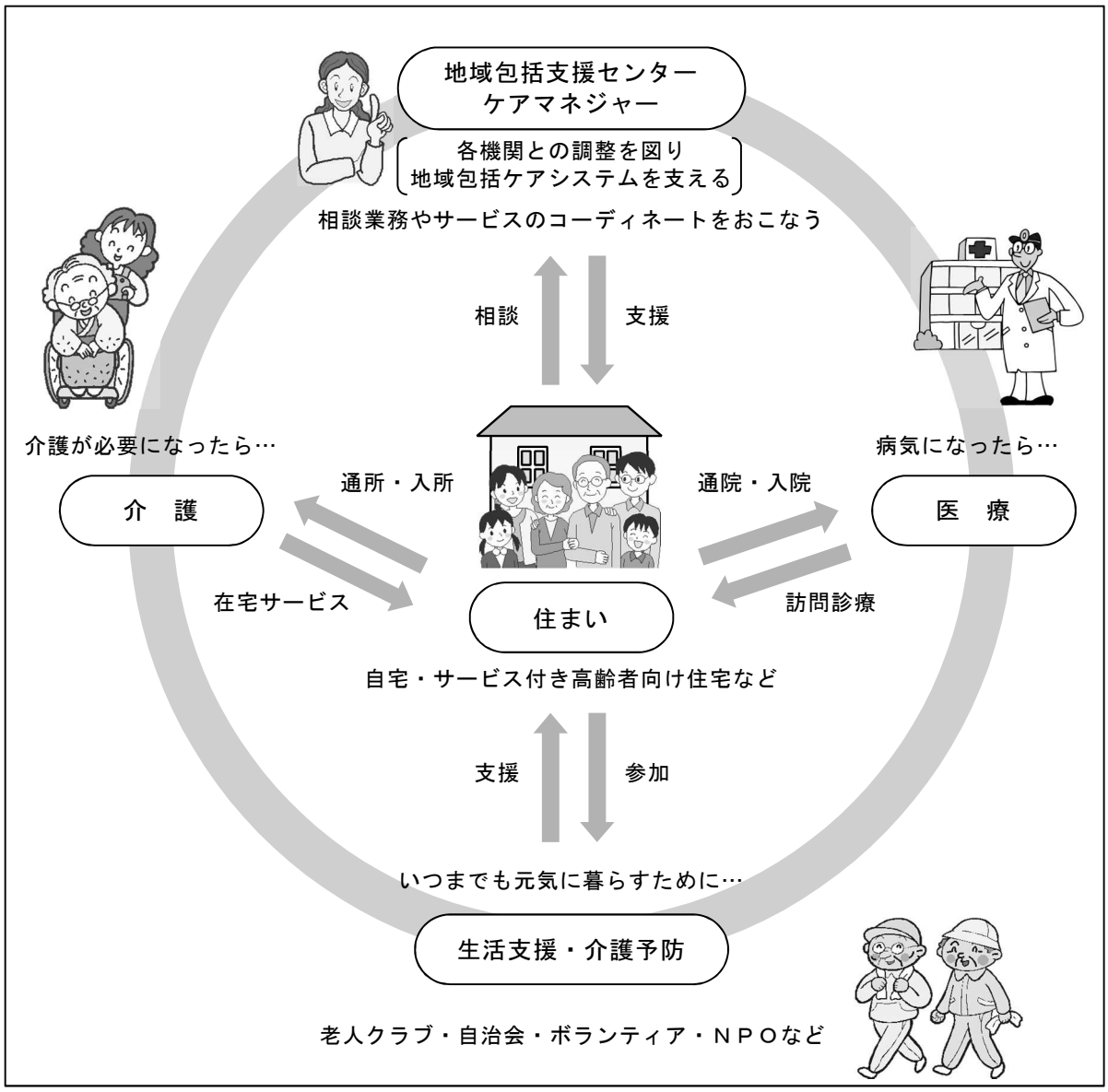
若い年代から生活習慣病を中心とした健康づくりを進めるとともに、機能回復訓練など高齢者本人への個別的な対応だけではなく、年齢や心身の状態等によって分け隔てることなく、地域の中に生きがい・役割を持って生活・社会参加ができるような居場所や出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境への対応も含めた地域づくりを進めます。

また、リハビリ職等の専門職を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、介護予防の機能強化を進めます。

生活支援

日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援等サービスを整備するため、従来の互助による活動に加えて、ボランティア、NPO、民間事業所等の多様な主体による支援・協働体制の充実に取り組みます。

■地域包括ケアシステムのイメージ



３．基本目標

基本理念を踏まえて、次の３つを基本目標として掲げ、高齢者施策を展開します。

１．健やかで活動的な高齢期を過ごせるまちづくり

高齢者がいつまでも、健やかで、主体性を持って充実した生活が送れるよう、高齢期を迎える前のより早い段階から、生活習慣病の予防を中心とした健康づくりを推進します。また、制度改正による新たな枠組みに基づく介護予防事業の実施及び生活支援サービスの基盤づくりを進めます。

さらに、積極的な社会参加の促進、他の世代とのふれあい、自主的な学習・趣味・スポーツ活動等を支援するなど、活動的な高齢期を支える環境づくりを推進します。

２．包括的ケアにより安心して暮らし続けられるまちづくり

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らし続けていけるよう、高齢者やその家族等への必要な援助を包括的に行う中核機関である、地域包括支援センターの運営体制の充実を図るとともに、権利擁護の推進や地域ケア会議の充実を図ります。

また、医療機関と介護保険事業所等との密接な連携を推進する等により、在宅医療・介護連携体制の構築を図ります。さらに、認知症対策を一層推進するために、「認知症ケアパス」の活用、早期の適切な支援行う「認知症初期集中支援チーム」の設置及び「認知症地域支援推進員」の活動の充実に取り組みます。

高齢者の生活支援については、生活支援コーディネーターや協議体により、高齢者のニーズを把握し、地域の社会資源の開発・発掘を進めるほか、ボランティア等住民主体・協働による生活支援や介護予防の充実に取り組みます。

３．高齢者の自立と安心・安全な暮らしを支えるまちづくり

高齢者が自立し、安心して暮らせるように、在宅生活を支えるサービスの充実及び家族介護者への支援を行います。

高齢者や障がい者に限らず、全ての人が安全で快適に移動できる空間を整備し、社会参加や交流が深まる人にやさしい環境づくりを推進するとともに、生活の質の向上を図るために高齢者に適した住環境の向上、災害時における不安解消のための体制の充実を図ります。

４．重点施策

本計画では、国の基本指針を踏まえるとともに、町の実情を勘案して、以下の重点施策を定めます。

（１）循環器疾患の重症化防止

本町では、脳血管疾患等の循環器疾患により要介護者となる方が多いことから、高血圧、糖尿病等の生活習慣病の予防と重症化防止に取り組みます。

（２）介護予防・日常生活支援総合事業の推進

新しい総合事業に基づく要支援状態となることを予防する事業や日常生活支援サービスの実施体制の充実を図り、認定に至らない高齢者の増加を目指します。

また、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス実施により、要支援状態からの自立の促進や重度化予防を目指します。

（３）地域ケア会議の充実

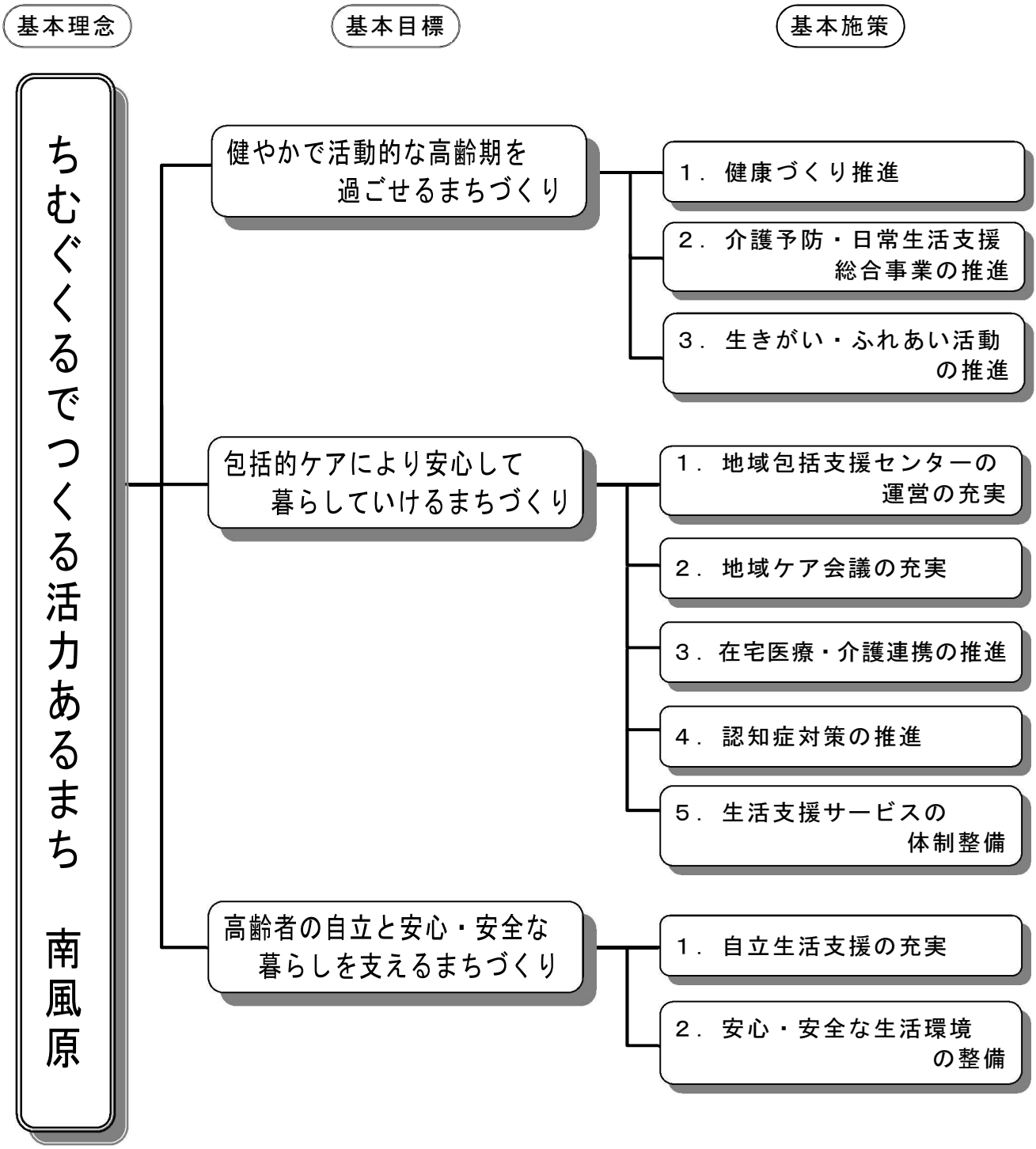
地域ケア会議については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、個別事例の検討を通じて、多職種協働による地域支援ネットワークの構築につなげるとともに、地域の課題解決のための政策決定に至るまでの仕組みづくりを目指します。

（４）認知症対策の推進

本町では第７次計画においても、認知症対策を重点事項として認知症への理解促進と早期発見、家族介護者支援等に努めてきましたが、認知症者は増加傾向にあり、早期発見・早期治療などの対策を更に進める必要があります。そのため、今後は標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を活用し、多様な取り組みを進めます。

５．施策の体系

基本目標に基づき、各基本施策を定め以下の体系とし、基本施策のもとで具体的な事業の展開を図ります。



第４章　施策の推進

基本目標１　健やかで活動的な高齢期を過ごせるまちづくり

１．健康づくり推進

【現状・課題】

▸特定健康診査

○特定健診の受診者の増を図るために、特定健診受診率向上対策指導員(嘱託)や特定健康診査受診協力員による未受診者への受診勧奨を行っています。

○主として働き盛りの年代を対象とした、日曜健診(年４回)やナイト健診(年２回)を実施しています。日曜健診では、若い人の受診や初めて受診する人が増えてきています。また、ナイト健診も徐々に受診者が増えてきています。

○特定健診の受診率は、沖縄県平均を毎年上回っており、今後も目標受診率(60%)の達成に向けて取り組む必要があります。

特定健康診査実績

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定健康診査受診率		46.9%	48.0%	43.9%
	県平均受診率	37.8%	38.7%	39.4%

資料：町国保年金課

▸特定保健指導

○本町における特定保健指導実施率は、毎年県平均を上回っています。また、特定健診受診者における継続受診率は 84.0%(平成 28 年度)となります。特定健診結果は、保健師・管理栄養士が訪問を中心に結果説明をしながら受け渡しを行っています。

特定保健指導実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定保健指導実施率	65.9%	74.4%	84.0%

資料：沖縄県国民保険団体連合

▸健康づくり普及啓発活動

○住民の健康づくりへの意識の普及啓発を図るために、町広報紙による健康に関する情報の提供や子育てサークル等地域の団体の要請に応じて、学習会を開催しています。また、他の事業と連携した健康づくりの啓発を行っています。

各種団体への健康教育等

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
参加者	22 人	229 人	199 人

資料：保健福祉課

▸後期高齢者健康診査

○75 歳以上の後期高齢者を対象とした健康診査は、特定健康診査と同時に実施しています。

○健診結果をもとに、町保健師等が戸別訪問や電話等により保健指導を行っています。

○定期通院をされている方にも健康健診の受診を勧奨し、必要に応じた保健師等の保健指導により低栄養予防、生活習慣病予防に取り組んでいます。

後期高齢者健康診査実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
健診受診者数	778 名	869 名	863 名
健診受診率	30.0%	32.0%	31.1%

資料：保健福祉課

▸循環器疾患の重症化防止

○後期高齢者健康診査の結果より受診者の 23.5%が血圧高値となっていますが、以前に比べると減少傾向にあります。また、要介護認定者の有病状況を見ると、50.9%が心臓病を有していることから、今後も重症化防止に向けて取り組む必要があります。

▸長期健診未受診者・未通院者対策

○長期健診未受診の高齢者への受診勧奨に努めていますが、アンケート調査の結果では未受診者の割合にほとんど変動がありません。また、医療を必要としているが受診していない高齢者の割合についてもほとんど変動がありません。今後も高齢者の未受診者、未通院者対策を進める必要があります。

▸アンケート調査より

○健康診査を「ここ何年も受けていない」、「これまで受けたことがない」と答えた高齢者は 22.9%で、未受診の理由は「定期的に通院しているから」が 65.2%、次に「健康なので必要性を感じないから」が 14.6%となります。一方、「付き添いの人がいないから」が 3.1%、「健康診査の場所まで移動が困難だから」が 7.5%あり、これらの高齢者が受診できる環境づくりが必要と考えられます。以上の結果は、前回調査とほぼ同じ割合となっています。

○通院している高齢者は 80.2%と大半を占めます。一方、割合は低いものの「通院が必要だけど通院していない」が 1.8%(25 人)あり、その理由として「経済的に苦しいから」が 24.0%(前回：35.0%)と最も高く、通院のための何らかの支援の必要性がうかがえます。以上の結果については、「経済的に苦しい」の割合以外は、前回調査結果とほぼ同じ割合となっています。

【施策の推進】

［基本方針］

高齢期に至る前の若い時からの生活習慣病の予防対策を進めることが、生活の質を高め充実した高齢期を過ごす上で重要であり、糖尿病等の生活習慣病の発症・進展・重症化予防の視点で保健活動を展開していきます。

①特定健康診査受診率向上

・特定健診の継続受診を促すとともに、新たな受診者の増を図るために、特定健診受診率向上対策指導員や特定健康診査受診協力員による、未受診者への受診勧奨を引き続き行います。また、広報等による受診啓発も行います。

・健診未受診者については、重点的なアプローチを行います。

・働き盛りの人で、平日や昼間に健診に行くことができない人のために、受診しやすいよう、今後も日曜健診やナイト健診を実施します。

②特定保健指導の推進

・特定保健指導の対象者が身体の状態と生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善につながるよう、今後も特定健診の結果を直接手渡すとともに、保健師・管理栄養士による結果説明と必要な保健指導を行います。

・糖尿病等の生活習慣病への早期介入を図り重症化を防止するために、2 次検査や町独自の詳細健診等を行い、必要な保健指導等を行うとともに、適切な医療受診や生活改善等について継続したフォローを行います。

・質の高い保健指導が行えるよう、保健指導従事者の研修会への参加や定例ミーティングなどを通じて、力量の向上を図ります。さらに、積極的な支援を必要とする人への指導等の向上を図るために、効果的なアプローチの方法を検討し、継続したフォローができるよう取り組みます。

・医療受診勧奨判定者への医療機関受診勧奨の強化及び治療中断のないように、住民・医療機関と連携を取りながら生活習慣病の重症化予防に取り組みます。

③健康づくり普及啓発活動の推進

・健康づくりへの意識の普及啓発を図るために、今後も町広報紙やパンフレット、町ホームページ等により健康に関する情報の提供及び啓発を図ります。

④後期高齢者健康診査の推進

・後期高齢者医療広域連合と連携し、後期高齢者健康診査を引き続き実施するとともに、健診結果をもとに、必要な保健指導を行います。

⑤循環器疾患の重症化防止推進

・後期高齢者健康診査の結果より高血圧・糖尿病未治療者やコントロール不良者に対しては、状態悪化防止に向けて、後期高齢者医療広域連合と連携して保健指導や戸別訪問等による支援の充実に取り組みます。

・第 2 号被保険者の介護認定者で、介護の原因疾患が循環器疾患による方に対しては、疾患の再発・重症化の防止に取り組みます。

・脳血管疾患等の循環器疾患のリスクであるⅡ度高血圧者の減少、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少を目指し、未治療者へは医療機関受診勧奨を実施します。治療中の方へは医療機関と連携した保健指導・栄養指導を実施していきます。

⑥健診未受診者・未通院者対策の推進

・通院中である、健康であることなどを理由に健診の必要性はないと考えている高齢者に向けて、健診の必要性について周知を図るとともに、受診勧奨に取り組みます。

・健診への付き添いや健診会場への移動が困難な高齢者及び通院が必要だけど経済的理由により通院していない高齢者について、関係機関と連携した支援策を検討し、必要な取り組みを行います。

２．介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防の取り組みにおいては、単に高齢者の心身機能の改善だけを目指すだけでなく、日常生活の活動(ADL、IADL、職業能力といった生活行為全般)を高め、家庭や社会生活への参加(役割を果たすこと)を促すとともに、高齢者一人ひとりの生きがいと自己実現のための取り組みを支援し、生活の質を高めていくことを目指します。

（１）介護予防・生活支援サービス事業の推進

【現状・課題】

▸事業対象者の把握

○介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という)対象者の把握については、相談窓口や広報紙（事業参加案内）及び年度毎に地区を限定して、基本チェックリストと介護予防に関するアンケートを郵送し、電話・訪問等でサービス事業につないでいます。

○把握経路として他に、町地域包括支援センターや町在宅介護支援センター（町社協へ委託）等があります。

▸訪問介護・通所介護

○介護保険における介護予防訪問介護、介護予防通所介護については、平成 28 年度に総合事業へ移行し、それまでの予防給付に相当するサービスとして訪問介護、通所介護を実施しています。

▸介護予防筋力トレーニング事業(通所型サービスＣ)

○平成 27 年度まで総合保健福祉防災センターで二次予防高齢者筋力トレーニング事業として実施していましたが、平成 28 年度より総合事業に移行し、通所型サービスＣ(専門職が集中的に行うサービス)として実施しています。

○通所型サービスＣは、町内事業所において週 2 回（1 クール 3 カ月、評価により 2 クール可）通年で実施しており、多くの方が参加できるよう、空きがある月から参加できる体制を整えました。

○要支援認定者も対象となるため、レベルの異なる対象者の受け入れ体制を整え実施しています。

介護予防筋力トレーニング事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
参加実人数	16 人	30 人	30 人
参加延べ人数	156 人	582 人	848 人

資料：保健福祉課（平成 27 年度までは二次予防事業として実施。平成 28 年度から通所型サービスＣとして実施）

▸水中運動教室（通所型サービスＣ）

○平成 27 年度まで町内事業所に委託し、二次予防高齢者水中運動教室として実施していましたが、平成 28 年度から総合事業に移行し、通所型サービスＣ（専門職が集中的に行うサービス）として実施しています。

○通所型サービスＣは、水中の浮力を使って効果的に運動することにより、心身機能を高めバランス能力を向上させ転倒予防を図るために、週 2 回（1 クール 3 ヶ月、評価により 2 クール可）、通年で実施しており、多くの方が参加できるよう、空きがある月から参加できる体制を整えました。

○要支援認定者も対象となるため、レベルの異なる対象者の受け入れ体制を整え実施しています。

水中運動教室実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
参加実人数	15 人	20 人	45 人
参加延べ人数	229 人	400 人	1209 人

資料：保健福祉課（平成 27 年度までは二次予防事業として実施。平成 28 年度から通所型サービスＣとして実施。）

▸その他の生活支援サービス

○食の自立支援サービス事業の総合事業への移行及びその他の生活支援サービスについて、今後も検討していく必要があります。

▸介護予防ケアマネジメント

○平成 28 年度に総合事業移行後は、サービス事業利用者の介護予防ケアプランを作成しています。

○総合事業利用者と要支援認定者を合わせた人数は増加傾向にあり、介護予防ケアプラン作成は地域包括支援センターだけでは対応が困難なため、町内外の居宅介護支援事業所へ委託しており、委託件数は増加しています。

介護予防ケアプラン作成実績

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
作成件数		2,158 件	2,486 件	2,628 件
	包括	637 件	676 件	799 件
	委託	1,521 件	1,810 件	1,829 件

資料：保健福祉課

【施策の推進】

［基本方針］

要支援者の介護の重度化を防止するとともに、要支援認定を受ける前段階にある高齢者を積極的に支援し、要支援・要介護状態を未然に防ぐために、対象者の把握を進めるとともに、既存の介護事業所や民間の事業所、住民ボランティア等多様な主体と連携した支援を行います。また、適切な介護予防のマネジメントを行ない、取り組みの成果を高めていきます。

ア．対象者の把握

①事業対象者の把握

・サービス事業の対象者は介護保険の要支援認定者とするほか、町や地域包括支援センターの窓口に訪れた被保険者（介護保険未認定者）について、基本チェックリストでサービス事業対象者と認められた者を対象とします。

・相談窓口以外の対象者の把握については、地区を限定したチェックリストの郵送等による把握など、必要な方法を講じます。

・基本チェックリストにより、一般介護予防事業に該当するものは、その事業につなぎます。また、介護保険サービスに該当する者及び２号被保険者については、要介護認定の申請を案内します。

イ．訪問型サービス

②訪問介護の推進

・従前の介護予防訪問介護に相当するサービスとして、引き続き実施します。

ウ．通所型サービス

③通所介護の推進

・従前の介護予防通所介護に相当するサービスとして、引き続き実施します。

④介護予防筋力トレーニング事業（通所型サービスＣ）の推進

・今後も、筋力向上を中心とした複合プログラムを実施するとともに、適時事業効果を検証しながら改善等を図るなど、効果的なプログラムの実施に取り組みます。

・要支援認定者の参加に対応できるよう、参加者の状態を踏まえたグループ化やスタッフの体制を整えるなど必要な対応を進めます。

・教室終了後も継続して取り組むことができるよう、通いの場等の受け皿づくりを進めます。

⑤水中運動教室（通所型サービスＣ）の推進

・今後も、水中運動を中心とした複合プログラムを実施するとともに、適時事業効果を検証しながら改善等を図るなど、効果的なプログラムの実施に取り組みます。

・要支援認定者の参加に対応できるよう、体制を整えていきます。

エ. その他の生活支援サービス

⑥その他サービスの検討

・生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーターが生活支援サービスのニーズを収集する中で、必要に応じて食の自立支援サービス事業等について、その他の生活支援サービスへの位置づけを検討します。

・現在想定されるサービスはありませんが、地域住民のほか、多様な主体による活動やサービス提供の状況等を踏まえて、その他の生活支援サービスへの位置づけを検討します。

オ. 介護予防ケアマネジメント

⑦介護予防ケアマネジメントの推進

・介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、心身機能の改善とともに、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「生きがい活動」「社会参加」にバランスよくアプローチしていきます。

・このことを踏まえた上で適切なアセスメントを実施し、利用者の状態に基づく目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し目標達成に取り組んでいけるようケアプランを作成します。また、必要なモニタリングの実施やマネジメントの評価を行います。

（２）一般介護予防事業

【現状・課題】

▸介護予防把握事業

○一般介護予防事業対象者については、町の相談窓口や広報紙による事業参加案内、基本チェックリストと介護予防に関するアンケートの郵送、地域包括支援センターや在宅介護支援センターによる相談及び高齢者実態把握により把握しています。また、地域ケア会議及びその他関係者や関係機関・団体等と連携した情報収集を通して、閉じこもり等何らかの支援を必要とする高齢者を把握し、介護予防活動につないでいます。

▸介護予防普及啓発事業

○介護予防のパンフレットやチラシなどを配布しているほか、筋力トレーニング事業やサーキットトレーニング事業、ウエイトマシントレーニング事業の参加者に対して講話を行い、介護予防の普及啓発に努めています。

○平成 28 年度及び平成 29 年度は町広報誌と一緒に総合事業のパンフレットを配布し、介護予防の普及啓発に努めました。

▸訪問型介護予防事業

○訪問により健康チェックやサービスの利用支援及び生活支援等を通して、介護予防と在宅生活の自立を支援しています。

○平成 28 年度に派遣専門職にリハビリ専門職を加えた、訪問型介護予防事業(訪問型サービスＣ)として実施していましたが、平成 29 年度ではより効果的な事業となるよう、一般介護予防事業として実施しています。

▸一般高齢介護予防通所事業

○各地区の公民館を拠点に、地域のボランティアの協力のもと、健康チェックやレクリエーション等を通して、高齢者の生きがいと健康づくり、介護予防の促進、交流の場として定着しています。町社会福祉協議会に委託し実施しており、全 17 地区で月 1～2 回程度開催しています。

○平成 28 年度から、リハビリ専門職を総合保健福祉防災センターに月 2 回、地区公民館に年 1 回～2 回派遣し、介護予防の充実を図っています。

○新しいボランティアの確保が課題となっています。また、男性の参加が少ない状況です。

一般介護予防通所事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実施回数	252 回	319 回	303 回
延利用者数	4,152 人	4,075 人	4,323 人
実利用者数	415 人	408 人	425 人

資料：町社会福祉協議会

▸操体教室

○運動機能の低下防止のために、総合保健福祉防災センターと津嘉山公民館で、操体教室を週1回実施しており、月2回操体指導の講師を派遣しています。なお、現在、津嘉山公民館の建替え工事を行っており、新しい公民館が完成するまでは、津嘉山児童館での実施となっています。

○運動機能の低下を防止することで、介護予防の普及につながっており、今後も継続する必要があります。

○男性の参加者が少ない状況です。

操体教室実績

		平成26年度	平成27年度	平成28年度
参加実人数	男性	4	4	6
	女性	41	45	47

資料：保健福祉課

▸一般筋力向上トレーニング事業

○一般高齢者の筋力向上のためのトレーニング事業を、平成27年度までは、地区公民館等で実施してきましたが、平成28年度から一般介護予防事業として町内事業所に委託し、多くの方が参加できるよう通年で実施しています。

○事業内容は、教室終了後も自宅で継続してできる筋力トレーニングの指導と介護予防講話となっていますが、参加者がその後も継続して行っているかどうか把握する必要があります。

▸生活管理短期宿泊事業

○町内の特別養護老人ホーム(嬉の里)に委託し、体調の変化などにより、一時的に在宅での生活が困難な高齢者に対して、短期間の宿泊により日常生活の指導や体調を整えるために実施しています。

○利用実績は少ないものの、平成27年度では一時避難のケースが2件、平成28年度では緊急で利用したケースが1件ありました。

生活管理短期宿泊事業利用者実数

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
利用者実数	0	2	1

資料：保健福祉課

▸水中運動教室

○専門業者に委託し、一般高齢者の心身機能を高めバランス能力を向上させ、転倒予防を図ることを目的に実施しています。平成28年度は一部送迎有りで実施しています。

水中運動教室実績

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
参加実人数	38人	31人	41人
参加延べ人数	515人	429人	541人

資料：保健福祉課

▸体操教室

○運動習慣を身につけ要介護状態となることを予防するため、介護予防の大切さを学び、自主的な活動を支援するため、平成 27 年度及び平成 28 年度では 1 地区に週 1 回運動指導士及び介護予防看護師を派遣しました。

○平成 28 年度及び平成 29 年度は、自主的活動としての活性化を図るために、健康運動指導士の派遣回数を減らし(週 1 回から月 2 回)、2 地区で介護予防に関するミニ講話や自宅でできる継続した運動指導を行いました。

【施策の推進】

［基本方針］

要介護状態になっても、生きがい・役割をもって暮らしていけるよう、住民互助や事業所との連携を通じた介護予防を推進するとともに、リハビリ専門職と連携した予防事業の充実を図ります。また、対象が全ての高齢者となることから、高齢者 1 人ひとりの状態に応じた介護予防が提供できるよう、必要な対応を図ります。

① 介護予防把握事業の推進

・今後も、町の相談窓口や広報紙による介護事業参加案内、基本チェックリストと介護予防に関するアンケートの郵送、地域包括支援センターや在宅介護支援センターによる相談及び高齢者実態把握、また、地域ケア会議及びその他関係者や関係機関・団体等と連携した情報収集を通して、閉じこもり等何らかの支援を必要とする高齢者を把握し、介護予防活動につなぎます。

②介護予防普及啓発事業の推進

・パンフレットやチラシ等により介護予防の普及啓発を継続して行います。また、より多くの高齢者が介護予防に関心を持つことができるよう、各種介護予防事業や公民館等において、小集団の高齢者への介護予防に関する講話等を行います。

・介護予防に資するボランティアや地域活動組織の育成及び活動を支援し、地域における介護予防の取り組みの充実を図ります。

③訪問型介護予防事業の推進

・リハビリ専門職等を加えたスタッフが自宅を訪問し、健康チェックやサービスの利用支援及び生活支援等を行い、介護予防と在宅生活の自立を支援します。

・毎年度事業実施の状況や事業効果等について評価し、必要な改善策等を講じるなど事業の充実に取り組みます。

④一般高齢介護予防通所事業の推進

・今後も、全地区で事業実施できるよう取り組むとともに、男性、女性分け隔てなく参加できるよう内容に工夫を凝らし、高齢者にとって魅力ある事業推進に取り組みます。

・介護予防に資する取り組みの充実を図るために、リハビリ等専門職とのさらなる連携の強化、対象者の機能向上を図ります。また、健康づくり部門と連携した生活習慣病の予防に関する講座等の開催に取り組みます。

・全ての高齢者が対象となるため、レベルの異なる対象が予測されることから、ボランティア等の協力者、多様な専門職の確保等、状況を踏まえた上で必要な体制を整えます。

⑤操体教室の推進

・運動機能の低下を防止するため、今後も操体教室の開催を継続するとともに、月 2 回程度講師を派遣します。

⑥一般筋力向上トレーニング事業の推進

・高齢者の筋力向上を図り、介護予防につながるよう、今後も事業を継続します。

・教室終了後も継続して取り組むことができるよう、通いの場等の受け皿づくりを進めます。

⑦生活管理短期宿泊事業の推進

・利用者は少ないものの、緊急時の利用に有用であるため、今後も事業を継続します。

・事業の周知を図り、対象者の掘り起こしと利用促進を図ります。

⑧地域リハビリテーション活動支援事業の充実

・介護予防の取り組みの充実を図るために、①住民主体の介護予防活動への技術的支援、②介護職員等への技術的支援、③地域ケア会議やサービス担当者会議等におけるケアマネジメント支援などについて、リハビリ専門職等による関与を促進します。

⑨水中運動教室の推進

・高齢者の心身機能を高めバランス能力を向上させ、転倒予防を図ることにより、介護予防につながるよう、今後も事業を継続します。

⑩体操教室の推進

・住民主体の体操教室に、今後も運動指導士を月 2 回程度派遣し、介護予防自主活動への支援を行います。

３．生きがい・ふれあい活動の推進

【現状・課題】

▸老人クラブ活動

○各区老人クラブ及びその連合体である老人クラブ連合会では、生きがいのある長寿社会を形成するために、多様な趣味・スポーツ・サークル活動等を行っています。また、子どもの登下校時の見守りパトロールや地域の清掃などの社会貢献活動、友愛訪問やミニデイでのボランティア活動等地域福祉の増進に寄与する活動を行っています。

○老人クラブはその活動をとおして、高齢者の生きがいと健康づくりに大きく寄与していますが、役員のなり手不足が課題となっています。

○高齢者が生きがいを持ち、いつまでも社会参加が図られるよう、町老人クラブ連合会及び単位老人クラブへ助成を行っています。

▸世代間交流

○保育所（園）では、敬老会に祖父母を招いて触れ合いを行っており、幼稚園では、祖父母交流会や地域老人クラブを通して、高齢者との交流を行っています。また、小学校、中学校においても授業や平和学習の他、地域ボランティア活動後の高齢者との交流などを行っています。

▸学習・趣味・スポーツ活動

○中央公民館では、公民館学級講座として様々な講座を開催するとともに、数多くのサークル活動の拠点となっており、高齢者も多く参加しています。

○老人クラブ連合会では、ボウリング大会や老人大運動会などのスポーツ大会の開催や民踊、カラオケ、囲碁等のサークル活動が行われています。また、女性部会による、料理講習会や福祉レク講習会なども開催しています。そのほか、町文化協会においても郷土芸能、日舞、織物染色、写真、書道など多様な文化活動が活発に行われています。

○高齢者の生きがいと健康づくりを推進するために、町長杯ゲートボール大会(町主催)を実施しており、多くの高齢者が参加しています。また、町ゲートボール協会の活動も活発に行われていますが、協会加入者が減少傾向にあります。

▸高齢者サロン

○町社会福祉協議会が推進する小地域福祉ネットワークの一環として、各区の自治会を中心に、地域のボランティアの協力により、高齢者の生きがいと健康づくり、社会参加を図るために高齢者サロンを実施しています。

○小地域福祉ネットワークの組織化されていない地区では高齢者サロンも実施していないため、その組織化を進める必要があります。

○高齢者サロンを支えるボランティアの確保が課題となっています。

○地域ごとに違いはありますが、高齢者サロンへ参加する男性が少ない状況です。

高齢者サロンの実績

			H26	H27	H28				H26	H27	H28
1	与那覇	実施日数	22	22	21	9	照屋	実施日数	23	22	22
		ボランティア延人数	275	301	283			ボランティア延人数	68	123	127
		延利用者数	257	282	254			延利用者数	188	210	268
2	宮城	実施日数	22	24	27	10	津嘉山	実施日数	20	21	24
		ボランティア延人数	153	196	239			ボランティア延人数	497	517	607
		延利用者数	463	418	408			延利用者数	751	706	748
3	大名	実施日数	7	9	6	11	山川	実施日数	9	10	12
		ボランティア延人数	29	50	36			ボランティア延人数	71	92	114
		延利用者数	79	137	92			延利用者数	180	167	182
4	新川	実施日数	38	35	41	12	神里	実施日数	10	12	11
		ボランティア延人数	192	246	324			ボランティア延人数	61	67	93
		延利用者数	1,070	760	940			延利用者数	194	230	218
5	宮平	実施日数	22	22	22	13	兼本ハイツ	実施日数	34	32	33
		ボランティア延人数	206	204	197			ボランティア延人数	314	279	275
		延利用者数	425	463	417			延利用者数	81	139	113
6	兼城	実施日数	25	35	31	14	第一団地	実施日数	72	64	66
		ボランティア延人数	270	327	297			ボランティア延人数	145	133	141
		延利用者数	382	535	387			延利用者数	291	470	536
7	本部	実施日数	19	14	14	15	第二団地	実施日数	65	73	79
		ボランティア延人数	54	65	65			ボランティア延人数	310	345	482
		延利用者数	253	182	238			延利用者数	1,218	1,217	1,278
8	喜屋武	実施日数	5	6	5	16	北丘ハイツ	実施日数	12	13	24
		ボランティア延人数	34	22	28			ボランティア延人数	109	83	132
		延利用者数	116	101	80			延利用者数	121	119	215
合計(H26～H28)						実施日数			405	414	438
						ボランティア延人数			2,788	3,050	3,440
						延利用者数			6,069	6,136	6,374

資料：町社会福祉協議会（平成 26 年度～平成 28 年度）

▸町社会福祉協議会のふれあい、生きがい活動

○町社会福祉協議会では、友愛訪問員・福祉協力員(ボランティア)による、定期的な見守りが必要な世帯を対象に友愛訪問事業を行っており、安否確認を行いながら、孤独感の解消を図っています。今後は、身近な地域の人たちも参加した友愛訪問の充実を図る必要があります。

○町社会福祉協議会では、総合保健福祉防災センターの健康器具等を有効活用し、高齢者の筋力の維持・向上と健康・生きがいづくりを推進しています。各字公民館・集会所を中心に福祉バスを運行しており、利用を楽しみにしている高齢者が多く、交流の場としても喜ばれています。

友愛訪問事業実績（毎週１回、火曜日）

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実施日数	51 日	48 日	51 日
延へ訪問回数	2,175 回(食)	2,032 回(食)	2,513 回(食)
実利用者数	53 人	66 人	65 人
民生委員・福祉協力員数	32 人	35 人	35 人

資料：町社会福祉協議会

高齢者健康づくり推進事業実績（毎週月・水・金）

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実施日数	145 日	144 日	141 日
延べ利用者数	8,271 人		
１日平均利用者数	57 人		
福祉バス延利用者数	2,618 人	1,891 人	1,883 人
１日平均福祉バス利用者数	18 人	13 人	13 人

資料：町社会福祉協議会

▸敬老会

○町主催の敬老会を、毎年中央公民館で開催しており 530 人～550 人余の参加があり盛況となっています。

▸高齢者就労支援

○経済的な面で就労を希望する高齢者の相談があります。また、団塊の世代が高齢期に達することで、働く意欲のある高齢者も増えることが予測されます。

（アンケート調査より）

○現在収入のある仕事をしている高齢者は 22.7%(前回：17.3%)となります。一方、就労していない高齢者で収入のある仕事への就労希望については、「ぜひしたい」が 3.6%、「したい」が 12.5%で、合わせると 16.1%が就労を希望しています。

【施策の推進】

［基本方針］

高齢者それぞれが自分なりの生きがいを持ち、気持ちに張りのある充実した生活が送れるように、高齢者の社会参加や主体的な活動を支援するとともに、生きがいづくりの機会の創出を図ります。

①老人クラブ活動支援

・高齢者が生きがいを持ち、いつまでも社会参加が図れるよう、引き続き老人クラブへの助成を行うとともに、活動の充実を図るために必要な支援を行います。

②世代間交流の推進

・今後も、保育所（園）、幼稚園では敬老会やムーチーづくりなど年間行事等を通して、高齢者との交流を図るほか、高齢者サロンとの交流を推進します。また、小中学校でも運動会などの学校行事や高齢者サロンなどで高齢者との交流を推進します。
・町のまつり等で、高齢者と各世代との交流が深まるようなプログラムの企画・実施に取り組みます。

③高齢者サロンへの支援

・高齢者サロンの継続と活動の充実が図られるよう、小地域福祉ネットワークの組織化の促進、ボランティア養成講座の実施、小地域福祉ネットワーク研修会の内容充実等について、必要に応じた支援を行います。

④学習・趣味・スポーツ活動等への支援

・今後も、中央公民館における各種公民館学級講座を開催します。また、高齢者の知識・技能を活かした講座開催ができるよう、高齢者への呼びかけを行います。
・町文化協会の活動の充実が図れるよう、必要な支援を行います。また、中央公民館などを拠点とした各種サークル活動の充実が図れるよう、活動しやすい環境づくりを推進します。
・今後も、町長杯ゲートボール大会を開催するほか、老人大運動会や町ゲートボール協会の活動など各種スポーツ活動を支援します。

⑤町社会福祉協議会のふれあい、生きがい活動支援

・町社会福祉協議会が実施する友愛訪問事業や高齢者健康づくり推進事業など、高齢者とのふれあいや生きがいづくりへの取り組みに対し、その充実が図られるよう、必要に応じた支援を行います。

⑥敬老会の推進

・高齢者の長寿を祝い、長年の社会貢献に感謝を表すために、今後も町主催の敬老会を開催します。

⑦高齢者就労支援

・町の委託事業等において、高齢者が可能な就労について、高齢者の活用を進めます。
・町の雇用サポートセンターや町社会福祉協議会のまちづくりサポートセンターと連携し、高齢者の就労支援に努めます。

基本目標２　包括的ケアにより安心して暮らしていけるまちづくり

１．地域包括支援センターの運営の充実

【現状・課題】

▸総合相談支援事業

○地域包括支援センターでは、電話や来庁及び訪問により、高齢者の様々な相談に対応し、必要な情報の提供や各種サービスの利用支援を行っています。また、町社会福祉協議会に配置されているコミュニティソーシャルワーカー（ＣＳＷ）及び在宅介護支援センターと連携を密にし、地域における福祉ニーズの把握に努めるとともに、見守り体制の構築に向けて取り組んでいます。

○独居で認知症の高齢者の支援、高齢者を含めた世帯全体の支援を要する場合等、解決困難な事例が多く、関係機関や地域の方と連携しながら解決に向けて取り組んでいく必要があります。

○相談件数及び複雑な相談は年々増加傾向にあり、マンパワーの確保が必要となっています。

総合相談事業の状況

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
介護、他生活に関すること	1,878 件	2,111 件	1,502 件
介護保険関連	504 件	902 件	1,041 件
福祉制度・サービス関連	140 件	601 件	856 件
計	2,522 件	3,614 件	3,399 件

資料：保健福祉課

▸高齢者実態把握事業

○在宅介護支援センターでは、高齢者及びその家族が安心して地域生活が送れるよう、福祉・医療・保健等に関する総合的な相談に応じ、ニーズに対応した各種のサービスが適切に受けられるよう、各関係機関との連絡調整を行い、町内高齢者の福祉の向上を図っています。また、単身高齢者や高齢者世帯等、自ら支援を求めることが困難な方に対し訪問等で現状を把握し、必要な支援につなげ、介護予防、重症化予防に努めています。

在宅介護支援センター活動実績

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
相談件数		1,514 件	1,492 件	1,712 件
訪問件数		1,113 件	941 件	924 件
	実態把握数	411 件	157 件	83 件
福祉サービス利用申請数		39 件	36 件	15 件
	適用件数	36 件	28 件	11 件

資料：保健福祉課

▸**権利擁護（高齢者虐待）**

○高齢者への虐待に関する相談件数は毎年 10 件程度発生しており、実際に虐待と認められるケースも多くなっています。

○虐待は家族の介護負担から発生することが多く、また、虐待であることを認識していないケースもあることから、虐待を未然に防ぎ、早期介入に繋げるためには周囲の気付きが重要となります。

○平成 28 年度より、虐待対応で特に判断が難しい事例については、県高齢者虐待対応力向上事業を活用し、虐待対応を専門とする弁護士や社会福祉士が虐待対応会議に参加しています。市町村の権限行使の必要性等、専門職による助言を受けながら対応に努めています。

高齢者虐待関連の状況

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
虐待関連相談（延べ件数）	176 件	186 件	285 件
※虐待相談実数	13 件	7 件	16 件
（うち県報告件数）	0 件	1 件	2 件

資料：保健福祉課

▸**権利擁護（成年後見制度）**

○高齢者の権利擁護に関する相談は増加しており、町長申立ての人数も増加しています。その背景には家族支援が困難なケースや身寄りのない方等が増加していると考えられます。また、精神科医療機関に長期入院中で、身寄りのない高齢者の成年後見制度利用支援事業の相談件数が増える傾向にあります。今後、一人暮らし認知症の高齢者の増加により、成年後見制度の利用ニーズはさらに高まると予測されます。

○成年後見制度の利用の促進に関する法律を踏まえるとともに、国の動向を注視しながら、必要に応じて成年後見制度の利用促進に関する取り組みを検討する必要があります。

権利擁護関連の状況

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
権利擁護に関する相談（延べ件数）	94 件	199 件	128 件
※成年後見相談実数	21 件	19 件	9 件
（うち町長申立て件数）	0 件	3 件	1 件

資料：保健福祉課

▸**包括的・継続的ケアマネジメント**

○地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう、医療と介護の連携強化の必要性や、家族介護力の弱さといった実態も踏まえた支援体制を構築する必要があります。

○町内ケアマネ連絡会は毎年 4 回開催しており、研修や事例検討会などを行っています。支援困難な事例は多く、ケアマネジャーから検討事例として報告や相談を受けるケースがあり、ケアマネジャーの資質向上や不安解消を図るために、連絡会の開催内容を検討しながら進めています。

▸**アンケート調査より**

○「地域包括支援センター」については、「名称を知っており、内容も知っている」が 19.0%と最も低いことから、今後周知強化に努める必要があります。

【施策の推進】

［基本方針］

地域包括支援センターは、高齢者の生活の安定のために必要な援助を包括的に行う中核機関として、高齢者やその家族等からの様々な相談に対応するとともに、在宅介護支援センター等と連携した地域の高齢者の実態を把握し、関係者と情報を共有することで、多職種が協働した支援を行います。また、介護支援専門員の資質向上を支援します。さらに、これまでの取り組みに加え、地域包括ケアシステムの実現に向けては、地域包括支援センターの担う役割が増々重要となることから、センターの運営体制の強化を図ります。

①総合相談支援事業の充実

・地域包括支援センターでは、今後も電話や来所及び訪問により、高齢者の相談に対応していきます。特に訪問（アウトリーチ）を積極的に行い、個別支援を展開していきます。また、世帯全体の支援の必要性を見立て、関係機関との連携及び支援調整を図っていきます。

②高齢者実態把握の推進

・在宅介護支援センターにおいて、単身世帯及び高齢者のみ世帯の実態把握活動を中心に関係機関等と連携を密にして実態把握を行うとともに、医療・福祉に関する情報提供及びサービス利用申請の支援などをとおして、高齢者の安心した在宅生活を支援します。

③権利擁護の充実（高齢者虐待）

・高齢者への虐待防止と虐待の早期発見・早期対応を図るために、町民への虐待に関する知識の普及啓発を図るとともに、虐待に関する相談窓口や通告義務等について周知を図ります。

・各関係機関との円滑な連携のもとで、被虐待高齢者や養護者などへの適切な支援に取り組みます。また施設における虐待に関して適切に対応できるよう、県と連携して取り組みます。

・虐待対応で特に判断が難しい事例については、県高齢者虐待対応力向上事業を活用し、専門職による助言を受けながら虐待対応を迅速・的確に進めていきます。

④権利擁護の充実（成年後見制度）

・成年後見制度のほか、ケースによっては、町社会福祉協議会が窓口となって提供される日常生活自立支援事業や日常的金銭管理支援事業について、情報の提供や利用促進を図るとともに、町社会福祉協議会と連携した利用支援を行います。

・精神科医療機関に長期入院中の高齢者の成年後見制度の利用にあたっては、医療機関との連携を密にし、適切な利用支援を行います。

・成年後見制度の利用の促進に関する法律について、国の動向を注視しながら、必要な対応に努めます。

⑤包括的・継続的ケアマネジメント事業の推進

・地域の介護支援専門員への支援と資質向上を図るために、今後も定期的なケアマネ連絡会を開催し情報交換や研修会等を実施し、介護支援専門員とのネットワークの充実を図ります。

・町内のサービス事業所や医療機関及び地域の社会資源等について、介護支援専門員等への周知を図り、適切な支援につなぐことができるよう、これらの情報提供の充実を図ります。

・ケアマネジメント支援のための地域ケア会議を開催し、自立支援に資するケアプラン作成につながるよう支援します。

⑥地域包括支援センターの運営体制の強化（機能強化）

・地域包括支援センターは、高齢化の進展により相談件数の増加とこれに伴う業務量の増加が予測されます。また、認知症施策や医療と介護連携の推進のほか、共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた役割が増えることから、人員体制の充実を図るなどにより、地域包括支援センターの機能強化に取り組みます。

・地域包括ケア推進協議会による事業評価等を通して運営体制の充実に取り組みます。

・地域包括支援センターの周知強化を図ります。

２．地域ケア会議の充実

【現状・課題】

▸地域ケア会議

○高齢者への支援にあたっては、地域包括支援センター、高齢者福祉班、健康づくり班、在宅介護支援センター、コミュニティソーシャルワーカー、生活支援コーディネーター等関係者による定例の地域ケア会議を開催しています。会議では情報交換を行うとともに、各々の機関から見えてきた本町の高齢者福祉の課題を共有し、必要な支援について検討を行っています。

○処遇困難なケースについては、随時個別ケース会議を開催し、課題の解決に向け関係機関で連携して取り組んでいます。

○介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、そのためには、地域ケア会議を通して多職種連携によるケアマネジメント支援の充実が求められています。

▸地域包括ケア推進協議会

○地域包括ケア推進協議会は年 1 回の開催で、1 年間の取り組み状況の報告が主となっているため、今後、地域包括支援センターの事業評価及び地域包括ケアシステム構築の視点から、必要な施策について協議を行うことができるよう協議会の活用について検討していく必要があります。

【施策の推進】

［基本方針］

国の基本指針では、地域ケア会議は地域包括ケアシステム実現のための有効なツールであり、更に取り組みを進める必要があるとしています。そのため、地域ケア会議について個別課題解決機能、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、政策形成機能といった 5 つの機能を担う体制づくりを求めています。本町では既存の地域ケア会議と地域の実情を踏まえつつ、これらの機能が発揮できる体制づくりに取り組みます。

しかし、地域ケア会議だけでは全ての機能を発揮することは困難であることから、協議体等関連する会議と連動する仕組みを構築していきます。

①地域ケア会議の開催（個別課題解決機能・地域課題発見機能・ネットワーク構築機能）

・定例で開催している地域ケア会議を「ケアマネジメント支援型地域ケア会議（仮称）」、「福祉課題検討型地域ケア会議（仮称）」の２つに分けて実施します。

・ケアマネジメント支援型地域ケア会議は、介護保険法に基づいた自立支援に資するケアマネジメントの支援を目的とし、介護認定を受けている高齢者等の支援について多職種でケアプランを検討をします。

・福祉課題検討型地域ケア会議では、介護認定の有無を問わず全ての高齢者と高齢者のいる世帯について、地域包括支援センター、高齢者福祉班、健康づくり班、在宅介護支援センター、コミュニティソーシャルワーカー、生活支援コーディネーター等関係者がそれぞれが関わっている個別の支援から見えてきた福祉課題の共有、課題の解決に向けた検討を行います。

・定例で開催される地域ケア会議（福祉課題検討型地域ケア会議及びケアマネジメント支援型地域ケア会議）で把握された個別課題から地域課題を抽出します。

②地域包括ケア推進協議会の開催（政策形成機能）

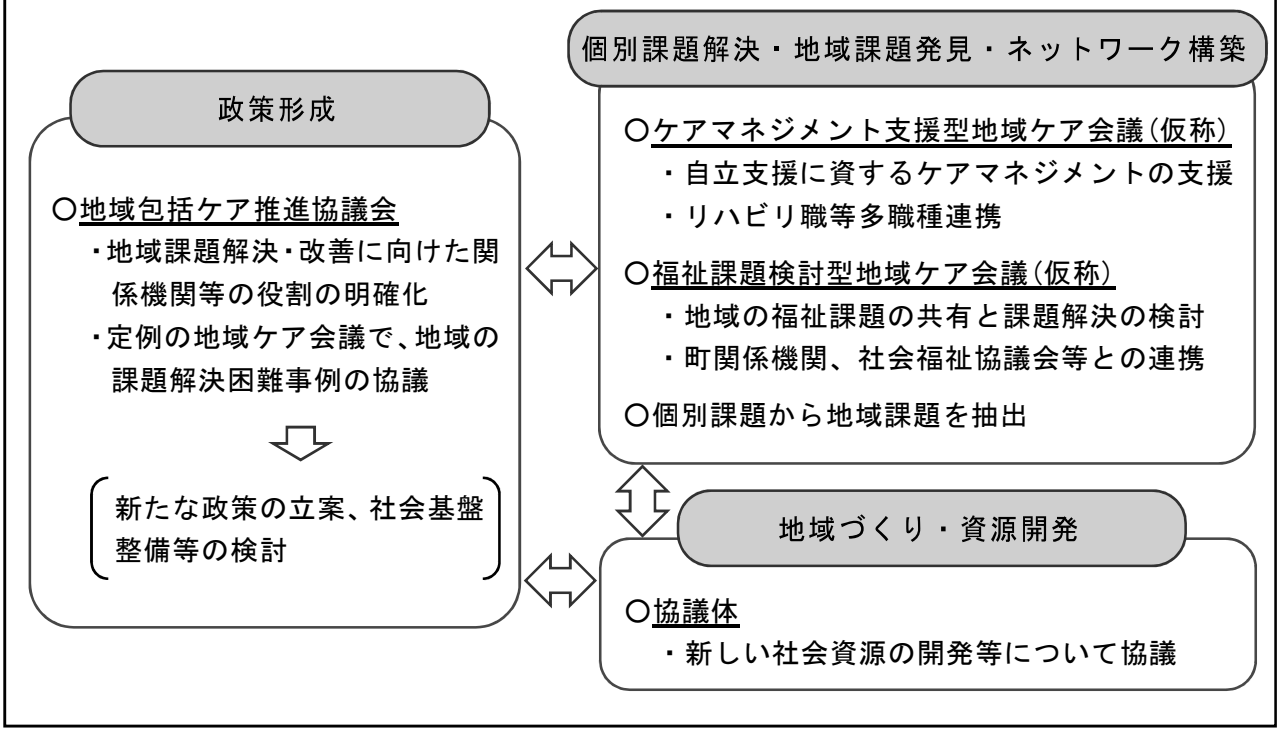
・地域ケア会議で抽出された地域課題の解決策・改善策について、どの機関がどのような役割を担えるか、具体的に検討する流れを作っていきます。

・定例の地域ケア会議では、地域の課題を解決していくことが困難だと考えられる場合は、地域包括ケア推進協議会において解決に向けた新たな政策の立案や社会基盤の整備等について協議を行います。

③協議体との連携（地域づくり・資源開発機能）

・高齢者の地域生活を支えていくための地域づくりや資源開発（新たなサービスの創出等）については、地域住民や民間企業、社会福祉法人等による生活支援のための協議の場である協議体（生活支援体制整備事業）と連携を図りながら進めていきます。

地域ケア会議の体制


個別課題解決・地域課題発見・ネットワーク構築
政策形成
○地域包括ケア推進協議会
・地域課題解決・改善に向けた関係機関等の役割の明確化
・定例の地域ケア会議で、地域の課題解決困難事例の協議
新たな政策の立案、社会基盤整備等の検討
○ケアマネジメント支援型地域ケア会議（仮称）
・自立支援に資するケアマネジメントの支援
・リハビリ職等多職種連携
○福祉課題検討型地域ケア会議（仮称）
・地域の福祉課題の共有と課題解決の検討
・町関係機関、社会福祉協議会等との連携
○個別課題から地域課題を抽出
地域づくり・資源開発
○協議体
・新しい社会資源の開発等について協議

３．在宅医療・介護連携の推進

【現状・課題】

▸地域の医療・介護サービス資源の把握

○平成 28 年度に地域の医療機関及び介護事業所等の住所や機能等を把握し、各市町等が把握している情報と合わせてリスト及び社会資源マップを作成しました。

▸在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

○平成 28 年度に医療と介護関係者が参画する会議を 2 回開催したほか､消防署へ訪問し、救急の場における在宅医療介護連携の課題について情報交換を行いました。

○平成 29 年 1 月から南部地区医師会へ業務を委託し、担当者連絡会議等を通して課題の抽出に努めています。

▸南部在宅医療介護支援センターの運営

○南部市町(糸満市・豊見城市・南城市・与那原町・八重瀬町)と合同で南部地区医師会に業務委託し、南部在宅医療介護支援センターを設置しました。

▸地域住民への普及啓発

○在宅医療・介護連携についての住民への普及啓発として、南部市町合同で市民公開講座(看取りに関すること)を実施しました。

▸二次医療圏内・関係市町村の連携

○平成 28 年度に、南部地区在宅医療･介護連携推進事業担当者連絡会議の開催(2 回)と南部地区在宅医療支援ネットワーク協議会を開催し、連携を体制の構築に努めました。

【施策の推進】

［基本方針］

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、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、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医師会等と緊密に連携しながら、在宅医療・介護連携体制の充実に取り組みます。

(ア)地域の医療・介護の資源の把握

・地域の医療機関・介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集を行い、医療及び介護関連資源のリスト及びマップを作成します。

(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

・医療と介護関係者が参画する会議を開催し、住宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策を協議します。

（ウ）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

・切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制構築のために、必要な取り組みについて医療と介護関係者が参画する会議（（イ）で設置）等で検討します。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

・県メディカルソーシャルワーカー協会と協働し、医療・介護関係者の入退院時における連携強化を図ります。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

・南部地区医師会に設置した「南部在宅医療介護支援センター」において、地域の医療・介護関係者からの相談受付を行います。

（カ）医療・介護関係者の研修

・医療と介護関係者の多職種によるグループワーク研修会を開催し、在宅医療・介護関係者の質の向上を図ります。

（キ）地域住民への普及啓発

・地域住民を対象にした在宅医療・介護に関する「市民公開講座」を引き続き開催し、地域住民の在宅医療・介護への理解を深めます。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

・南部地区在宅医療・介護連携推進事業担当者連絡会議を引き続き開催し、関係市町村との連携を図ります。

４．認知症対策の推進

【現状・課題】

▸認知症ケアパスの構築

○平成 29 年度に認知症ケアパスを作成しました。

▸認知症初期集中支援チームの設置

○平成 30 年 4 月に南城市・八重瀬町と合同設置に向けて取り組んでいます。

▸認知症地域支援推進員の配置

○平成 28 年 6 月から認知症地域支援推進員を配置し、個別訪問を中心に相談業務を行っています。

▸認知症サポーターの養成と活用推進

○認知症を正しく理解し、早期発見・早期治療につながるよう、各地区の住民、民生・児童委員、福祉協力員や役場職員等を対象に認知症サポーター養成講座を実施しました。

○平成 27 年度からは、地域包括支援センターによる、一般事業所等を中心とした認知症サポーター養成講座を実施しています。

○今後も各地区、企業、教育機関と連携し、認知症サポーター養成講座の開催数を増やす必要があります。

▸認知症につながる疾患予防対策の充実

○認知症等の要因となる糖尿病、高血圧症などの動脈硬化の基礎疾患の予防・重症化防止に取り組んでいます。

▸徘徊発見・保護体制

○認知症の徘徊の捜索は家族だけの対応では困難であるため、平成 27 年度に南風原町認知症高齢者等徘徊 SOS ネットワークを立ち上げました。

○今後 SOS ネットワークに協力する機関の拡充や見守り体制の充実を図る必要があります。

（アンケート調査より）

○自分が認知症ではないかと不安に思ったことがある高齢者は 23.9%いますが、そのうちの 54.6%の方がどこにも相談していないと答えています。一方、相談したことがある方の相談先としては「家族・友人・知人」（59.7%）と「病院」（46.5%）の 2 つが突出して高くなっており、地域包括支援センターや社会福祉協議会、民生委員への相談は 1 割未満となっています。

【施策の推進】

［基本方針］

認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現を目指すこととします。その実現のため、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の活用を促進するほか、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動の充実に向けて取り組みます。

①認知症ケアパスの活用促進

・認知症ケアパスを活用し、早期の適切な診断や対応が可能となるよう、認知症ケアパスの地域への周知を図るとともに、活用の促進に向けた啓発を行います。

②認知症初期集中支援チームの設置

・認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に、認知症の方やその家族に対して認知症初期集中支援チームが個別に訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行います。

③認知症地域支援推進員の活動推進

・認知症地域支援推進員を引き続き配置し、認知症初期集中支援チームとの連携の下、医療機関、介護サービス事業所及びその他の地域の支援機関をつないだ連携支援を行うほか、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。

④認知症ケア向上推進事業の推進

・認知症ケアの向上を図るため、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症高齢者グループホームなどでの在宅生活継続支援のための相談・支援、家族教室や認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援等の取り組みを推進します。

⑤認知症への理解促進・情報提供の充実

・認知症を正しく理解し、早期発見・早期治療につながるよう、パンフレットの配布や認知症講演会の開催の充実を図ります。また、認知症の予防及び介護に必要な技術の普及啓発を行います。

・認知症に関する地域の相談窓口の周知を図るほか、認知症専門の医療機関、専門医、サポート医等の情報提供の充実を図ります。

・在宅訪問などに関わる関係機関と連携し、認知症の早期発見体制を強化していきます。

⑥認知症サポーターの養成と活用推進

・認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを進めるために、認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を自分のできる範囲で見守り支えていく認知症サポーターの養成に引き続き取り組みます。

⑦認知症予防対策の充実（再掲）

・脳血管性認知症やアルツハイマー認知症の要因となる糖尿病、高血圧症などの動脈硬化の基礎疾患の予防・重症化防止を積極的に推進します。

・基礎疾患の治療が必要な方への医療機関受診勧奨、治療中の方へは医療機関と連携したコントロール良を目指し保健指導・栄養指導を行っていきます。

・自宅でもできる認知症予防活動（体操・読み書き・計算等）の普及に努めます。

⑧徘徊発見・保護体制の充実

・認知症高齢者等徘徊 SOS ネットワークを中心に認知症による徘徊で行方不明となった高齢者を警察や関係機関等との連携のもと、早期発見・保護できる体制を維持します。また、協力機関の拡充に努めます。

・徘徊の可能性の高い高齢者を事前に把握し、GPS 等を活用した普段からの見守り体制や、緊急時の関係者への連絡や情報の提供が円滑に行われるよう支援を行います。

５．生活支援サービスの体制整備

【現状・課題】

▸生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置

○単身高齢者や高齢者のみの世帯及び認知症の高齢者が増加する中、介護保険サービスだけでは高齢者の生活を支えることが困難になっています。そのため、高齢者の在宅生活を重層的に支えていくために、平成 28 年度から生活支援体制整備事業が始まりました。この事業により生活支援コーディネーターの配置（2 人）と、協議体を設置しました。今後は、地域の多様な主体が連携し、生活支援・介護予防サービスの提供体制の充実及び地域における支え合いの体制づくりの充実に向けて取組む必要があります。

○生活支援コーディネーターについては、平成 28 年度から町社会福祉協議会に委託して配置（中学校区ごと）しており、高齢者の生活課題の把握や生活支援サポーター養成講座の開催、ネットワーク構築等に取り組んでいます。また、社会資源の「見える化」のための社会資源マップの作成・配布を行いました。

生活支援コーディネーター(2 名)活動実績（平成 28 年度）

活動内容	活動件数
資源開発の情報収集等	447 件
ネットワーク構築	6 件
ニーズと取り組みのマッチング	34 件
ニーズ把握	200 件
その他	336 件

資料：保健福祉課

○協議体については、定期的に開催しており、行政、生活支援コーディネーター、町社会福祉協議会、民生委員児童委員、地域住民、社会福祉法人、民間事業所、関係団体等、地域の多様な主体が参画し、地域の情報共有と連携強化を図る場となっています。今後、協議体は生活支援コーディネーターの活動を組織的に補完するとともに、新たな社会資源の開発等の機能強化に努める必要があります。

（アンケート調査より）

○「一人暮らし」の高齢者で、何かあればかけつけてくる家族は 4.8%が「いない」と答えており、また、「いる」と答えた高齢者でも 1 番身近な家族の所在地が、「とても遠い(車で 30 分以上)」と「離島・県外」を合わせると 4.7%で、家族のいない一人暮らしの見守り等のニーズがうかがえます。

○困っている高齢者への手助けについては、手助けしたいと「思う」が 46.0%、「思うけどできない」が 36.8%で、手助けしたいと思っている高齢者が 82.8%を占めます。

○手助けしたいと「思う」と答えた高齢者の手助けできることは、「話し相手」が 73.0%と最も高く、次に「見守り訪問」が 24.3%、「庭の草刈り」が 20.2%となります。

○自分が手助けしてもらいたいことについては、「ある」が 10.8%、「ない」が 80.2%となります。

○手助けしてもらいたい内容は「話し相手」が 45.7%、「庭の草刈り」が 29.8%と自分ができる手助けと同じ内容が上位を占めます。次に「病院への送迎」が 17.2%、「出かける際の送迎(病院以外の送迎)が 13.9%となります。

【施策の推進】

［基本方針］

生活支援体制の充実を図るために、生活支援体制整備事業を活用した「生活支援コーディネーター」の配置や「協議体」の開催等を通じて、行政、町社会福祉協議会、自治会、民生委員児童委員、地域住民、社会福祉法人、民間事業所、関係団体等地域の多様な主体が連携し、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスの創出及び地域における支え合いの体制づくりの推進に向け、積極的な取り組みを進めます。

①生活支援コーディネーターの活動の充実

・生活支援コーディネーターは、引き続き中学校区ごとに配置し、コミュニティーソーシャルワーカー、地域包括支援センター等と連携を図り、地域における支えあいの体制づくりに向け、より身近な行政区において地域のことを地域の方と話し合う機会を設けていきます。また、活動を通じて、高齢者の生活課題及び地域の福祉ニーズの把握に取り組むとともに、地域福祉活動のサポートや、新たな生活支援の担い手の養成、ネットワークの構築等に取り組みます。

②協議体の充実

・関係機関相互の連携を密にし、多様なネットワーク構築に向けて協議体の機能強化に取り組みます。

・地域だけでは解決できない課題については、協議体において多様な事業主体と新たな社会資源の開発及び施策の反映等を検討していきます。

・地域ケア会議等で把握された課題や社会資源の開発等について、地域ケア会議と連携した課題解決や資源開発に取り組みます。

基本目標３　高齢者の自立と安心･安全な暮らしを支えるまちづくり

１．自立生活支援の充実

【現状・課題】

▸高齢者外出支援サービス事業

○公共交通機関を利用することが困難な高齢者について、町社会福祉協議会に委託し、リフト付車輌により医療機関への送迎を行っています。また、歩行に不安があるため、一般高齢介護予防通所事業（ミニデイ）や高齢者サロン等への参加が困難な方に対しても、送迎を行っています。

○一般高齢介護予防通所事業（ミニデイ）や高齢者サロンへの送迎は、利用希望者が多く、一部の地域では新規利用者の受け入れは困難な状況にあります。

○介護保険サービスの充実や介護タクシーの普及等もあり、利用者の選択肢が広がっています。

高齢者外出支援サービス事業実績

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
医療機関等送迎	利用実人数	14 人	12 人	11 人
	運行回数	219 回	254 回	220 回
ミニデイ等送迎	利用実人数	31 人	46 人	42 人
	稼働日数	159 日	153 日	159 日

資料：町社会福祉協議会

▸軽度生活援助事業

○日常生活上の支援が必要な高齢者世帯に対し、町社会福祉協議会に委託しホームヘルパーを派遣し、家事援助等を行い、心身の健康保持及び生活の安定を支援しています。

○介護状態にしないためにも早期での支援を行っており、一定の成果を得ていますが、自立支援を視点としたサービス提供を通して、介護予防としての効果を高める必要があります。

軽度生活援助事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
利用者実人数	13 人	15 人	15 人
派遣延回数	495 回	690 回	722 回
派遣延時間	715.5 時間	891 時間	925 時間

資料：町社会福祉協議会

▸食の自立支援サービス事業

○毎日の食事の確保が困難な高齢者を対象に、町社会福祉協議会へ委託し栄養バランスのとれた食事を宅配しています。定期的な訪問により利用者の生活状況や健康状態を把握することができ、関係機関(行政・在宅介護支援センター・ケアマネジャー・民生委員等)と連携した支援に努めています。近年、特別食や制限食の利用者が増えています。

○総合事業への移行を視野に入れ、事業内容等を検討する必要があります。

○サービスを一度利用し始めると長期的な支援になることも多く、利用者自ら調理するなどの自立心を阻害する場合があり、適宜にモニタリングを実施する必要があります。

○栄養バランスのとれた食事を提供することで介護予防としての効果も大きく、重要な事業となっています。また、一般に調理が困難な各種制限食への要望にも応えることで、健康維持という意味でも成果を得ています。

栄養改善事業実績

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
利用者実人数		62 人	58 人	44 人
実施日数		257 日	259 日	259 日
配色数		9,188 食	9,512 食	8,974 食
	昼食	4,732 食	5,364 食	4,763 食
	夕食	4,456 食	4,148 食	4,211 食

資料：保健福祉課

▸ふれあいコールサービス事業

○一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯などへ定期的に電話をかけることで、健康状態や安否の確認及び心のふれあいを図っています。町社会福祉協議会に委託しており、利用者の体調や生活状況に変化がみられた時は、家族や関係機関と連携した対応に努めています。

○外出の少ない一人暮らしの高齢者にとっては、貴重な対話の機会となっています。

ふれあいコールサービス事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
利用者実人数	11 人	19 人	20 人
利用者延べ回数	967 回	992 回	1,399 回

資料：町社会福祉協議会

▸在宅高齢者緊急通報システム事業

○一人暮らし高齢者等の急病又は事故等の緊急時に、迅速な対応等ができ、日常生活上の安全の確保と不安を解消するために、緊急通報システムを整備しています。

○通報があった際に対応をする協力員の確保が難しい場合や、実際に深夜に通報があった場合には、協力員が対応出来ないなどの課題があります。

在宅高齢者緊急通報システム事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
利用者実人数	15 人	14 人	14 人
利用者延べ人数	166 人	153 人	150 人

資料：保健福祉課

▸養護老人ホームの入所措置

○環境上の理由及び経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な高齢者について、養護老人ホームへの入所措置を行っています。

養護老人ホーム事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
入所者数	2 人	2 人	2 人

資料：保健福祉課（各年 10 月末現在）

▸高齢者日常生活用具給付等事業

○高齢者の在宅生活の自立支援や介護予防を促進することを目的に、日常生活用具の給付又は貸与を行っています。

高齢者日常生活用具給付等事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
歩行支援用具	2 人	1 人	3 人
入浴補助用具	0 人	2 人	1 人
腰掛便座	1 人	0 人	1 人
福祉電話	1 人	1 人	0 人

資料：保健福祉課

▸老人福祉医療費助成金支給事業

○在宅や入院中の高齢者に対し、健康保険などの保険外負担となっているおむつ代を助成しています。

老人福祉医療費助成金支給事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
支給者実数	229 人	232 人	233 人

資料：保健福祉課

▸家族介護用品給付事業

○自宅で高齢者を介護している家族の負担を軽減し、要介護者の家庭生活の継続と向上を図るために介護用品を支給しています。

家族介護用品給付事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
支給者実数	20 人	16 人	13 人

資料：保健福祉課

▸高齢者祝金・記念品の贈呈

○トーカチ(88 歳)の方に記念品及び祝金、カジマヤー(97 歳)、新 100 歳、100 歳以上の方に祝金を贈呈して高齢者の長寿を祝っています。

高齢者祝い金支給事業実績

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
支給者数		118 人	131 人	148 人
	トーカチ	84 人	88 人	97 人
	カジマヤー	16 人	25 人	25 人
	新 100 歳	8 人	6 人	14 人
	100 歳以上	10 人	12 人	12 人

資料：保健福祉課

▸寝たきり老人見舞金支給事業

○食事、入浴、排泄等、日常生活上介助が必要な在宅及び入院中の高齢者に、見舞金を支給しています。

寝たきり老人見舞金支給事業実績

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
支給者数	68 人	73 人	57 人

資料：保健福祉課

▸家族介護支援事業

○家族介護支援事業は、町社会福祉協議会へ委託し、家族介護者が介護技術や保健福祉制度、介護者自身の健康づくりについて学び、介護の精神的・身体的負担の軽減を図るために家族介護教室を開催しています。また、介護している家族同士の交流や情報交換及びレクリエーションなどを通して、日頃の介護疲れを癒し、心身のリフレッシュを図るために家族介護者交流事業を実施しています。

○介護の当事者同士が気軽に集い、自らの介護や制度・サービスの情報共有をとおして介護に関する知識を高めるとともに心身のリフレッシュを図ることを目的に茶処「かなさ」を月１回開催し、交流を深めています。

家族介護支援事業実施回数

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
家族介護教室	5 回	4 回	4 回
介護者交流事業	4 回	4 回	4 回

資料：町社会福祉協議会

【施策の推進】

［基本方針］

在宅における介護や自立生活の支援の充実をはかるために、在宅福祉サービスを推進します。

①高齢者外出支援サービス事業の推進

・今後も、事業を継続するとともに、適切なサービスの利用となるよう、適時、利用者の状況等について調査し、サービス提供の調整を行います。

・広報誌及び関係機関の連絡会等でサービス紹介を行い、事業の周知を図ります。

②軽度生活援助事業の推進

・日常生活上の支援が必要な高齢者世帯に対し、ホームヘルパーを派遣し家事援助等を行い、心身の健康の保持及び生活の安定を支援します。また、事業の周知強化を図り、ニーズの発掘に取り組みます。

・委託先と連携した、効果的な事業運営を推進し、事業の充実を図ります。

・地域の実情を踏まえ、必要に応じて総合事業への移行を検討します。

③食の自立支援サービス事業の推進

・毎日の食事の確保が困難な高齢者の栄養バランスを整えるとともに、定期的な訪問による安否確認を行い、健康状態等に異変があった場合は関係機関と連携し必要な支援を行います。

・支援を行うことで自ら調理することができ、食事の確保が見込める方に対しては、自立につながる仕組みとして機能するよう、適宜モニタリングを実施します。

・事業の充実に向けて、総合事業への移行も視野に入れながら、事業内容を検討します。

④ふれあいコールサービス事業の推進

・一人暮らし高齢者等の健康状態や安否確認、心のふれあいを図るとともに、体調や生活に変化がみられる時は、家族や関係機関と連携した支援が行えるよう、今後も事業を継続します。

・広報誌及び関係機関との連絡会等で事業の周知を図るなど、ニーズ発掘に取り組みます。

⑤在宅高齢者緊急通報システム事業の推進

・一人暮らし高齢者等の日常生活上の安全の確保と不安を解消するため、より利用しやすいシステムのあり方について検討していきます。

⑥養護老人ホームの入所措置推進

・居宅において養護を受けることが困難な高齢者について、今後も養護老人ホームへの入所措置を行います。

⑦高齢者日常生活用具給付等事業の充実

・在宅生活の自立支援及び介護予防を目的に、今後も事業を継続します。

⑧老人福祉医療費助成金支給事業の推進

・事業の有効性を踏まえ、事業の継続について検討していきます。

⑨家族介護用品給付事業の推進

・事業の有効性を踏まえ、事業の継続について検討します。

⑩高齢者祝金・記念品の贈呈の推進

・高齢者の長寿を祝うために、今後も祝金・記念品を贈呈します。

⑪寝たきり老人見舞金支給事業の推進

・事業の有効性を踏まえ、事業の継続について検討していきます。

⑫家族介護支援事業の推進

・家族介護者支援事業については、その事業の目的とこれまでの成果を鑑みて、今後も引き続き実施するものの、その内容については、介護者の関心が高い事項をテーマとして取り扱うなど、内容を工夫して取り組みます。
・茶処「かなさ」については、当事者が気軽に集い、自らの介護を語り合える場所として認知してもらうために、広報啓発の充実に取り組みます。

２．安心・安全な生活環境の整備

【現状・課題】

▸バリアフリー

○「沖縄県福祉のまちづくり条例」の制定後、本町の道路、建築物等の整備にあたっては、条例に基づき、高齢者や障がい者等の円滑な移動に配慮した、バリアフリーが行われています。また、地域交流センター(中央公民館)建設検討委員会のメンバーに障がい者代表も参加し、バリアフリー対策が必要な箇所について、その方の意見も踏まえて施設建設を進めました。一方、条例制定以前の公共施設については、町民の要請に応じて、必要な箇所について改善を図ってきましたが、依然として物理的な障壁が多くみられます。

▸住環境

○高齢者世帯の住宅の改修は、介護保険の住宅改修費による改修が主となっています。

○住宅の確保については、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」(高齢者住まい法)の改正に伴い、民間による高齢者向けの住宅(有料老人ホーム等)が増えてきています。

(アンケート調査より)

○住まいは「持ち家(一戸建て)」が 80.5%を占めます。

○現在の住まいについては「住み続けたいが住み続けるのは困難だと思う」が 9.9%、「住み続けたくない」が 2.7%となります。その理由としては、「住宅が老朽化している」が 34.5%と最も高く、次に「段差があるなど住むのに適していないから」が 20.9%、「自宅での介護は家族が大変だから」が 19.2%となります。

▸防災対策

○「南風原町地域防災計画」の修正を平成 28 年度に行いました。合わせて、災害時の避難行動要支援者に対し、支援体制を確立し、地域内で安心・安全に暮らすことができるよう災害時要支援者避難支援計画（全体計画）を作成しました。

○地域住民、行政、消防、警察が連携した防災訓練を実施しているほか、出前講座を行い災害に対する啓発を行いました。

○災害時要支援者避難支援計画に基づき、避難行動要支援者(災害時要支援者のうち、特に支援を必要とする人)について、今後、具体的な避難方法等についての個別支援計画を作成する必要があります。

○毎年度ハザードマップや防災・減災マップ帳を配布しています。

○災害等により避難生活が長期化する場合等、避難行動要支援者が安心して避難生活ができる体制づくりとして福祉避難所の確保に取り組む必要があります。

(アンケート調査より)

○台風や地震、大雨などの時の避難について、「不安がある」と答えた高齢者が 22.6%を占めます。

○不安に思っていることは、「避難先がわからない」が 43.5%と最も高く、次に避難所の設備や介助を心配する割合が高くなります。要支援者の避難支援について町の体制や取り組みの周知を図るとともに、不安なく暮らしていくために必要な対策を考えていく必要がうかがえます。

▸**防犯対策**

○高齢者を犯罪から守るため、警察や消防、各自治会及び町内各種団体と連携し、犯罪の未然防止のためにさまざまな活動を行っています。また、警察と連携し、犯罪に関する地域への情報提供と啓発を行っています。

○全国的に、高齢者を狙った消費者被害や詐欺被害が多発していることから、本町においても、被害防止や被害にあった際の支援の充実を図る必要があります。

【施策の推進】

［基本方針］

高齢者等が地域において快適に暮らしていくために、物理的な障壁をなくし、利用しやすいよう、公共施設のバリアフリーを推進します。また、住環境の向上を進めるとともに、災害や犯罪等に不安を感じることなく、安全で安心して暮らせる地域社会の実現を目指します。

①バリアフリーの推進

・新たに整備する道路や公共建築物については、引き続きバリアフリーに関する法律や「沖縄県福祉のまちづくり条例」等に基づく設置基準に従って、高齢者等の円滑な利用に配慮したバリアフリーを推進します。

・既存の建物や公園等の公共建築物については、高齢者や障害者をはじめ、誰もが快適に利用できるように、スロープや手すり、エレベータの設置、身体障害者用のトイレや駐車スペースの確保等について、必要に応じて整備を行います。

・生活道路についても、可能な限り歩道の段差解消や拡幅、ガードレールや信号機の設置等安全な歩行環境の整備を推進するほか、安全な歩行を妨げる車の駐車や障害物について、住民への啓発を行います。

②住環境の向上

・住みなれた自宅でいつまでも暮らしていけるよう、必要な住宅の改修について、介護保険における住宅改修費や持ち家のリフォームを行う際の情報の提供や相談に対応します。

・日常生活用具給付事業における手すりやスロープ等の歩行支援用具及び入浴補助用具等の周知と利用促進を図ります。

・高齢者向けの住宅（有料老人ホーム等）について、適時必要な情報の提供を行います。

③防災対策の充実

・地域防災計画に基づき、町民に対する防災知識の普及啓発や防災訓練の実施、自主防災組織の育成を進めていきます。

・避難行動要支援者については、警察や消防、医師会等の各関係機関、自治会、各種団体及び地域住民と連携し、要支援者の安否確認や避難誘導体制の構築並びに避難場所での健康管理、その他必要な救護・救済の支援体制を構築します。

・災害時等に避難行動要支援者が安心して避難生活ができるよう「災害時要支援者避難支援計画」に基づき、福祉避難所の確保に取り組みます。

・実態把握のための訪問活動を通して、対象となる高齢者に対し災害時における個別支援計画の周知及び策定支援を行います。

④防犯対策の充実

・今後も、警察や消防、自治会、各種団体と連携し、犯罪の未然防止に向けた諸活動を推進します。また、警察と連携し、犯罪に関する地域への情報提供と注意を呼びかけていきます。

・関係機関と連携し、消費者被害に関する情報を把握し、被害防止の方法を含めた地域への情報提供を行うとともに、相談窓口の周知を図ります。

・一人暮らし高齢者世帯や日中一人になることが多い高齢者世帯については、必要に応じて自治会や民生委員等と連携し、被害確認や注意を促していきます。

・消費者被害・詐欺被害に対しては、警察や県民生活センター等の関係機関と連携し、ケースに応じた必要な支援を行っていきます。

第５章　計画の推進にあたって

１．計画の進行管理

本計画の実行性を確保していく上で、計画の進行管理は重要です。そのため、毎年度、本計画の施策・事業の取り組み状況や成果等について点検・評価を行い、必要に応じて施策の見直しを行うなど、計画の適切な進行管理を行います。

２．庁内連携体制の強化

本計画の推進にあたっては、計画を主管する町保健福祉課だけではなく、防災・防犯対策、生涯学習、スポーツ活動、就労、住宅政策、まちづくりなどを管轄する部署との連携も重要であることから、町の関係各課との連携強化を進め、計画に関わる情報の共有化を図るとともに、施策・事業について必要な調整等を行うことができる体制を構築します。

３．多様な主体との連携

高齢者が住み慣れた地域において安心して暮らしていくことができるよう、地域包括ケアシステムの実現にあたっては、住宅医療・介護連携や認知症対策、地域ケア会議の充実、介護予防・日常生活支援サービス事業の体制整備等が求められています。これらの取り組みを推進するには、多様な関係機関・団体等との連携が不可欠であることから、沖縄県、保健所、医師会、介護等事業所並びに地域の自治会や各種団体、住民及びボランティア等との連携を深めます。

４．計画の推進主体の役割

計画の推進においては、高齢者自身を含む地域の多様な主体の参画が求められることから、行政をはじめ、住民、地域社会、関係団体、事業所などの各主体が担う役割を明らかにします。

（１）行政の役割

○本計画に基づき、関係機関・団体等と連携した高齢者の保健・福祉・医療・介護等の施策の総合的な推進を図るとともに、サービス基盤の整備やサービスの質的向上に取り組みます。

（２）高齢者の役割

○高齢期のライフプランを持ち、生きがいの確保、健康の維持・増進、介護予防に積極的に取り組みます。

○豊かな経験、技能等を活かした新たな社会貢献を見出し、社会とのつながりを広げます。

（３）住民の役割

○住民一人ひとりが高齢者への敬意と労わりの心を持ち、日常生活の中で身近な高齢者とのふれあい、日常の生活や介助を支えていきます。

（４）地域社会・団体の役割

○高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう、自治会、老人クラブ等が相互に連携し、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の見守りを促進するなど、地域の支え合いの仕組みづくりを進めます。

○高齢者の通いの場や社会参加の機会の提供、生活支援サービスへの参画等、社会福祉の向上に取り組みます。

（５）事業所の役割

○サービス提供事業所は、高齢者のニーズに応じた良質なサービス提供となるよう、利用者の自立の視点を持つとともに、サービスの質の確保、事業内容やサービス内容の情報公開、事業評価体制の整備などを進めます。

○地域包括ケアシステムの実現に向けて、行政をはじめとする関係機関や地域の関係団体等及び事業所相互の連携を図り、積極的な支援・協力を行います。

資料編

❏高齢者の生活に関するアンケート調査の主な調査結果

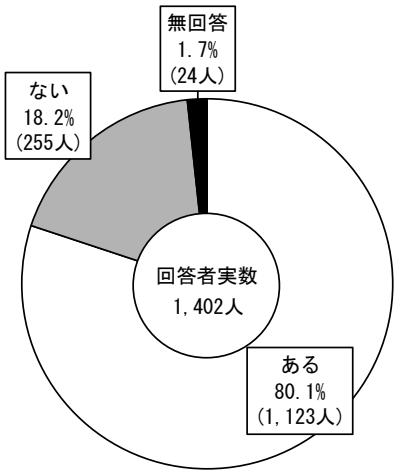
（１）定期的な収入

問4　あなたは年金及びその他の定期的な収入はありますか。

「ない」が18.2%

年金及びその他の定期的な収入があるかについては、「ある」が80.1%と8割を占め、「ない」が18.2%となります。

定期的な収入



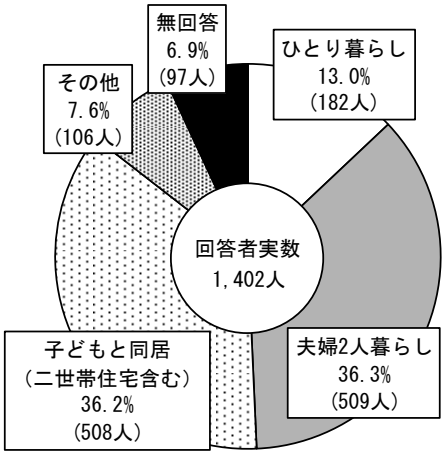
（２）家族との同居

問5　あなたはご家族などと同居していますか。

「ひとり暮らし」が13.0%

家族との同居については「夫婦2人暮らし」と「子どもと同居（二世帯住宅含む)」が、ともに36%程度と高く、「ひとり暮らし」が13.0%となります。

家族構成



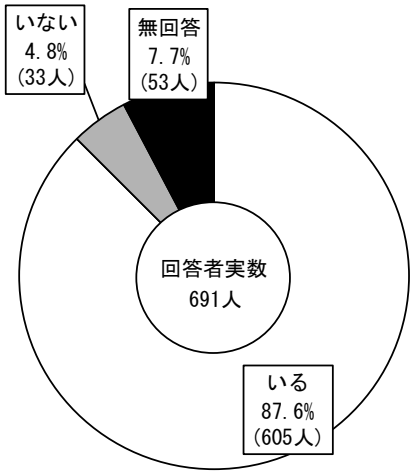
（３）何かあればかけつけてくれる家族の存在

問9　あなたに何かあればかけつけてくれる家族はいますか。

「いる」が87.6%

「一人暮らし」の高齢者で、何かあればかけつけてくれる家族はいるかについては、「いる」が87.6%とほとんどで、「いない」が4.8%となります。

何かあればかけつけてくれる家族の存在



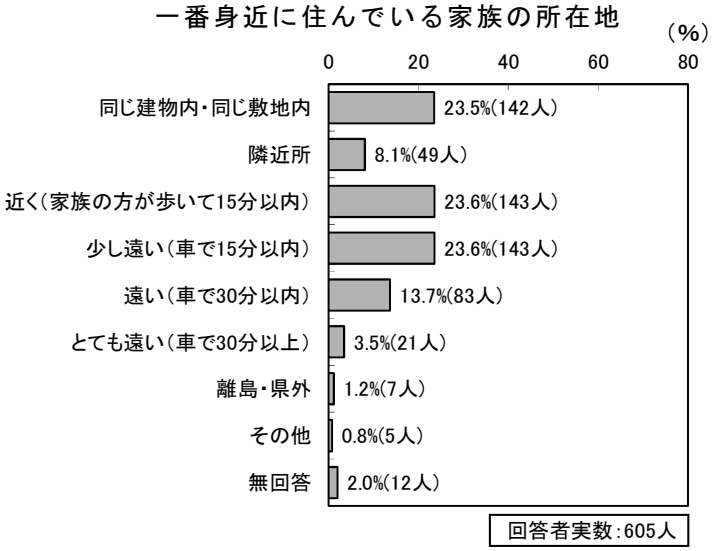
（４）一番身近に住んでいる家族の所在地

問10　かけつけてくれる家族のなかで、一番近くに住んでいる方の所在地はどこですか。

「とても遠い(車で30分以上)」が3.5%

「一人暮らし」の高齢者で、何かあればかけつけてくれる家族がいると答えた高齢者について、一番近くに住んでいる方の所在地は「近く（家族の方が歩いて15分以内)」と「少し遠い（車で15分以内)」がともに23.6%と最も高く、次に「同じ建物内・同じ敷地内」が23.5%となります。

一番身近に住んでいる家族の所在地



近く	家族の方が歩いて15分以内
少し遠い	車で15分以内
遠い	車で30分以内
とても遠い	車で30分以上

（５）家族との同居の意向

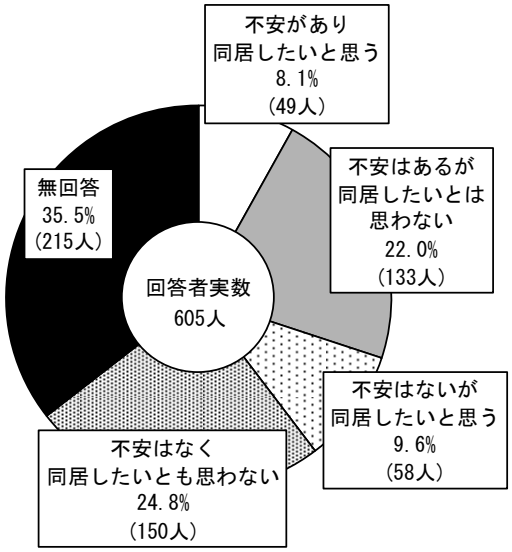
問11　あなたは、一人で暮らしていることに不安があり、家族などと同居したいと思いますか。

「不安はあるが同居したいとは思わない」が22.0%

「一人暮らし」の高齢者で、一人で暮らしていることに不安があり、家族などと同居したいかについては、「不安はなく、同居したいとも思わない」が24.8%と最も高く、次に「不安はあるが、同居したいとは思わない」が22.0%で、合わせると46.8%が同居したいとは思っていません。

一方、8.1%が「不安があり同居したいと思う」と答えています。

家族との同居の意向

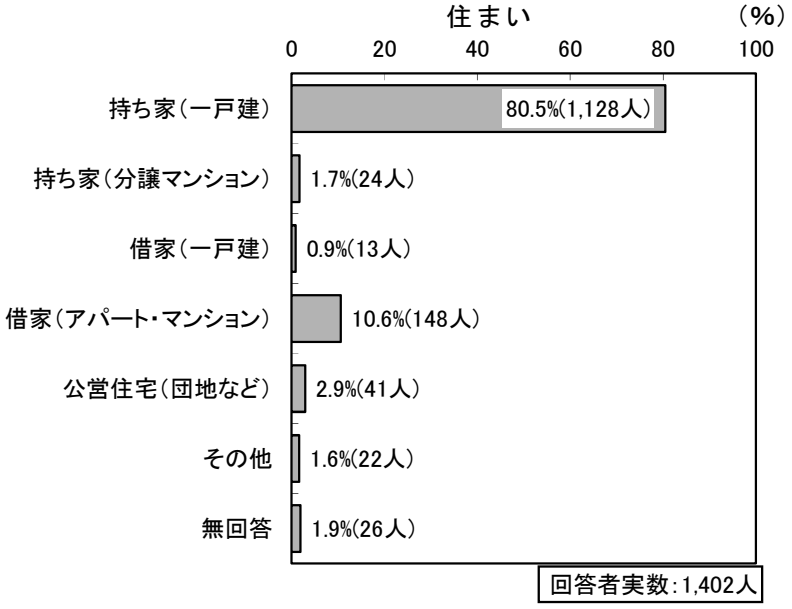


（６）住まい

問17　あなたのお住まいは、次のどれですか。

「持ち家（一戸建て）」が80.5%

高齢者の住まいについては、「持ち家（一戸建て）」が80.5%と大半を占めます。



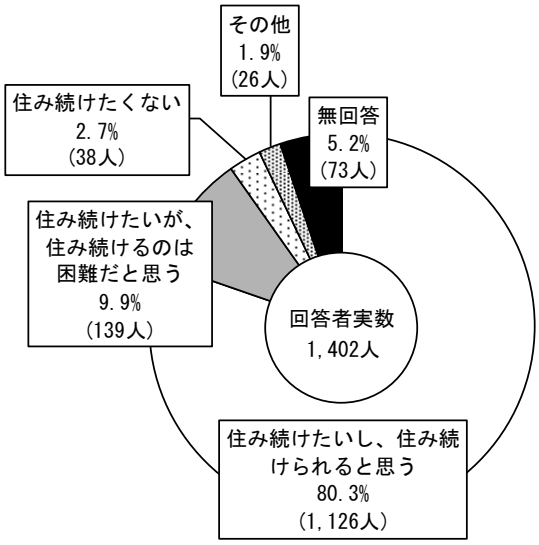
（７）現在の住まいに住み続けること

問18　現在の住まいについて、どのように考えていますか。

「住み続けたいし、住み続けられると思う」が80.3%

現在の住まいについて、今後どのように考えているかについては、「住み続けたいし、住み続けられると思う」が80.3%と大半を占めます。また、「住み続けたいが、住み続けるのは困難だと思う」が9.9%で、住み続けられると合わせると、90.2%が住み続けたいと考えています。一方「住み続けたくない」は2.7%となります。

現在の住まいに住み続けること



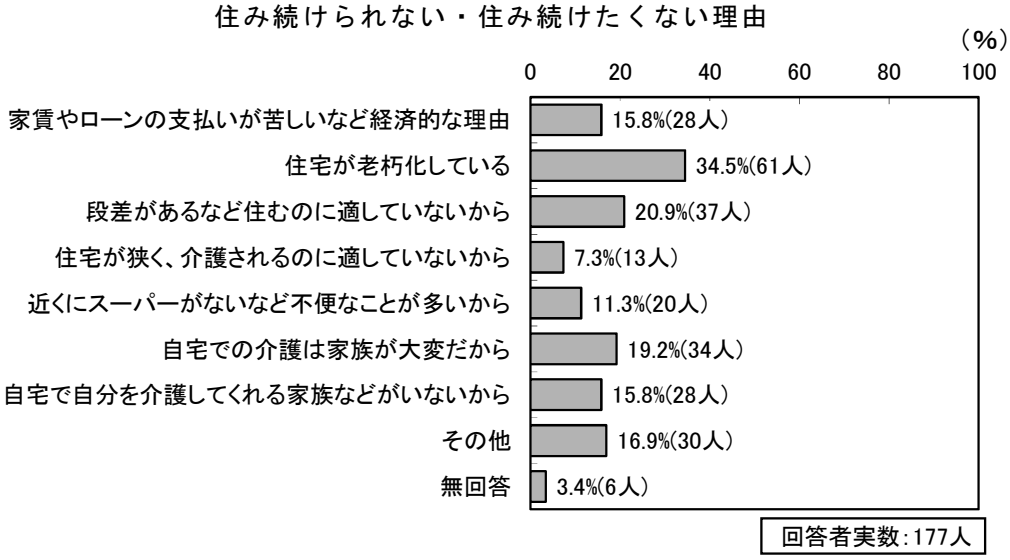
（８）住み続けられない・住み続けたくない理由（複数回答）

問19　住み続けるのが困難なのはどうしてですか。また、住み続けたくないのはどうしてですか。

「住宅が老朽化している」が34.5%

現在の住まいについて「住み続けたいが、住み続けるのは困難だと思う」または、「住み続けたくない」と答えた高齢者のその理由については、「住宅が老朽化している」が34.5%と最も高く、次に「段差があるなど住むのに適していないから」が20.9%、「自宅での介護は家族が大変だから」が19.2%となります。

住み続けられない・住み続けたくない理由

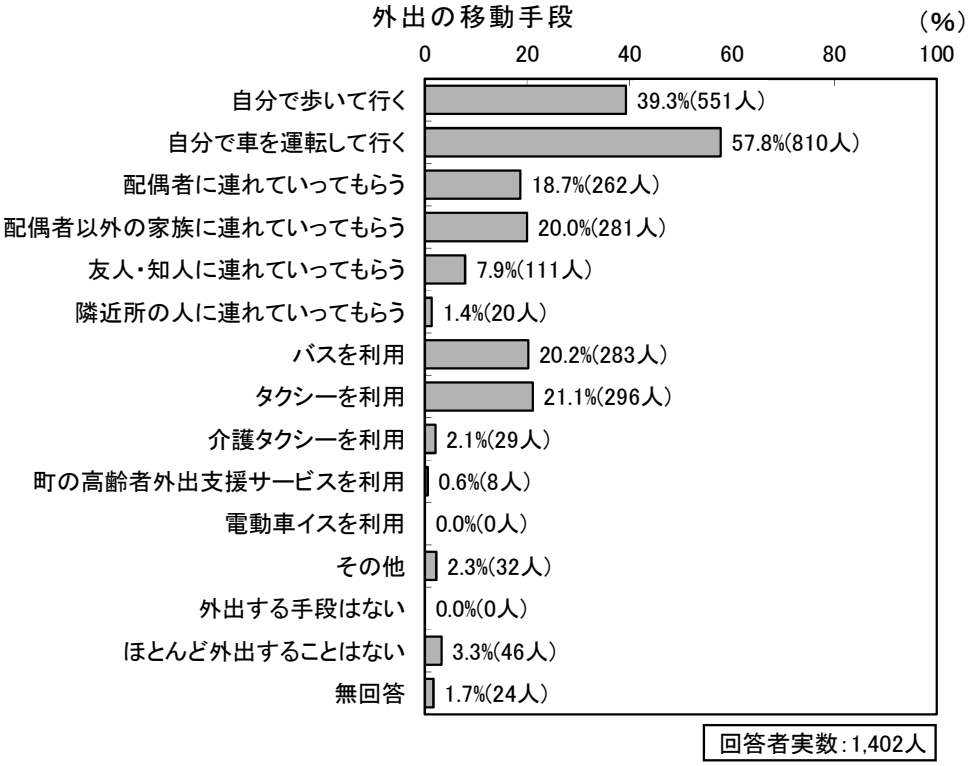


（９）外出の移動手段（複数回答）

問20　あなたが外出する際にはどのような手段がありますか。

「自分で車を運転して行く」が57.8%

外出する際の移動手段としては、「自分で車を運転して行く」が57.8%と最も高く、次に「自分で歩いて行く」が39.3%となります。



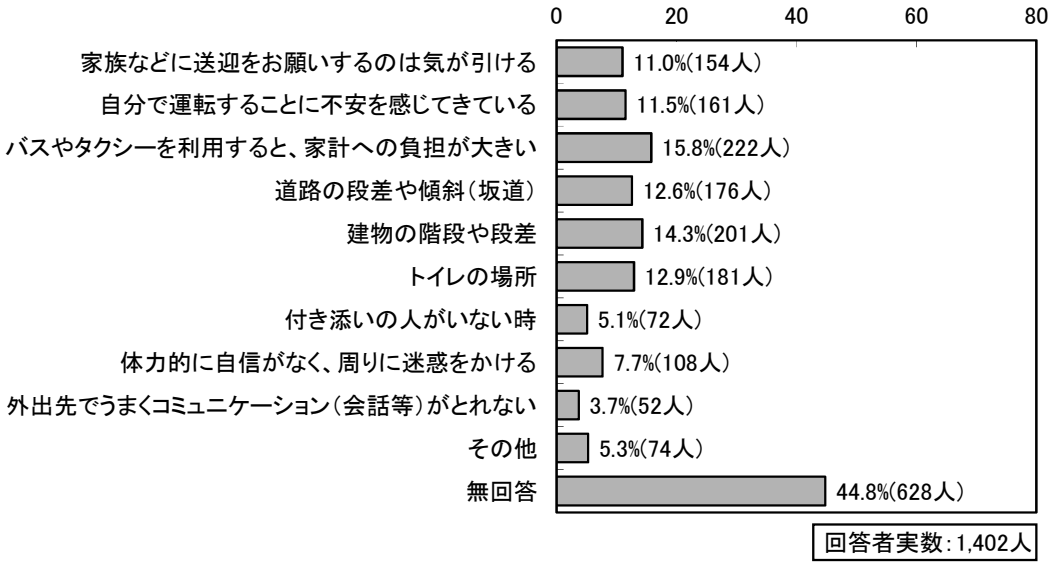
（10）外出する際に困ること（複数回答）

問21　あなたが外出する際に気にしたり、困ったりすることは何ですか。

「バスやタクシーを利用すると、家計への負担が大きい」が15.8%

外出する際に困ることについては、「無回答」を除いた55.2%の方が具体的な問題を答えています。そのうち「バスやタクシーを利用すると、家計への負担が大きい」が15.8%と最も高く、次に「建物の階段や段差」が14.3%となります。

外出する際の問題点



（11）健康診査・人間ドッグなどの受診

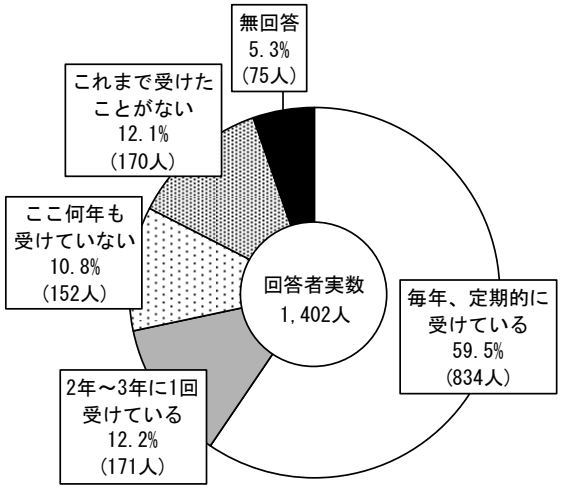
問22　あなたは、ちむぐくる館や医療機関で実施する健康診査（特定健診、長寿健診、人間ドッグ等）を受けていますか。

「毎年、定期的に受けている」が59.5%

ちむぐくる館や医療機関で実施する健康診査の受診については、「毎年、定期的に受けている」が59.5%と最も高く、「2年～3年に1回受けている」が12.2%で、全体の71.7%が受診しています。

一方、「これまで受けたことがない」が12.1%、「ここ何年も受けていない」が10.8%で受診していない高齢者が22.9%となります。

健康健診・人間ドッグなどの受診



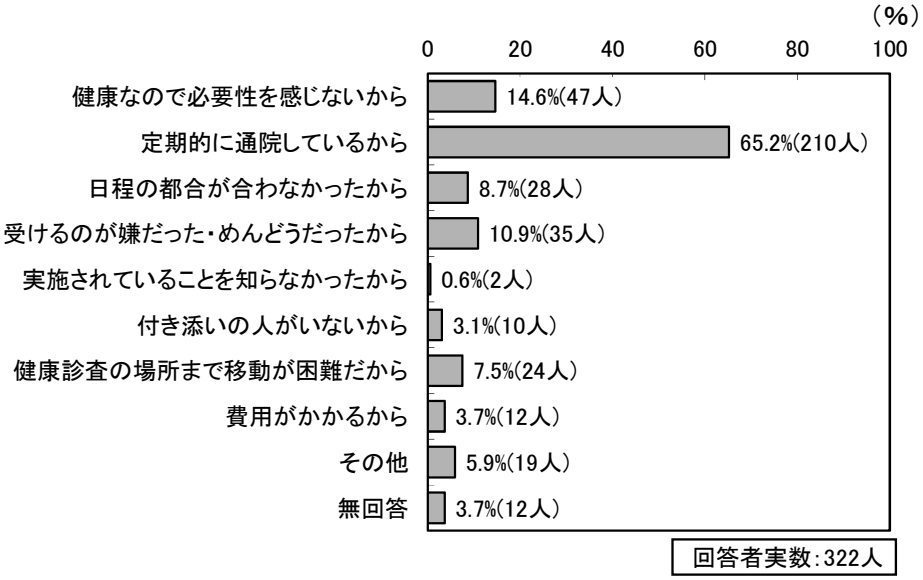
(12) 受診していない理由（複数回答）

問23　健康診査などを受けていないのはどうしてですか。

「定期的に通院しているから」が65.2%

健康診査などを「ここ何年も受けていない」、「これまで受けたことがない」と答えた高齢者の、受けていない理由については、「定期的に通院しているから」が65.2%と最も高く、次に「健康なので必要性を感じないから」が14.6%となります。

受診していない理由



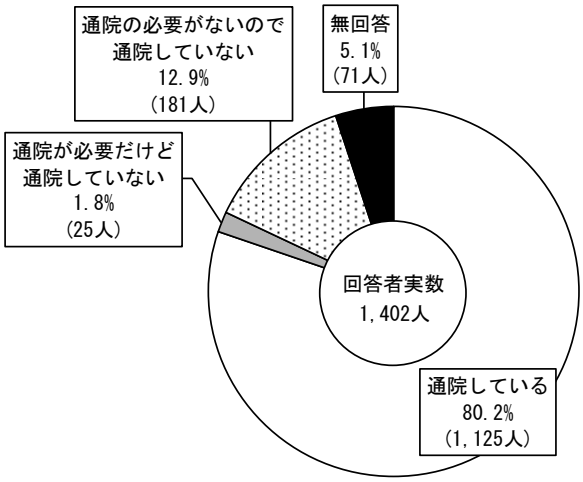
(13) 治療のための定期的な通院

問24　あなたは、病気やケガを治療するため定期的に通院していますか。

「通院している」が80.2%

病気やケガを治療するため定期的に通院しているかについては、「通院している」が80.2%と大半を占めます。一方、割合は1.8%と低いが「通院が必要だけど通院していない」と答えた高齢者がいます。

治療のための定期的な通院

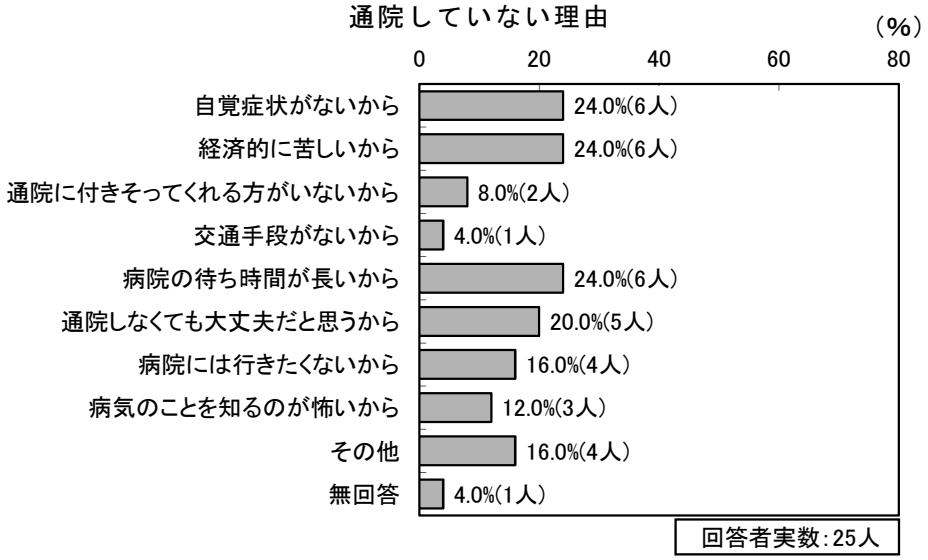


（14）通院していない理由（複数回答）

問26　通院が必要なのに通院していないのはどうしてですか。

「自覚症状がないから」「経済的に苦しいから」「病院の待ち時間が長いから」が24.0%

「通院が必要必要だけど通院していない」と答えた高齢者の、その理由については、「自覚症状がないから」、「経済的に苦しいから」、「病院の待ち時間が長いから」がいずれも24.0%と最も高く、次に「通院しなくても大丈夫だと思うから」が20.0%となります。

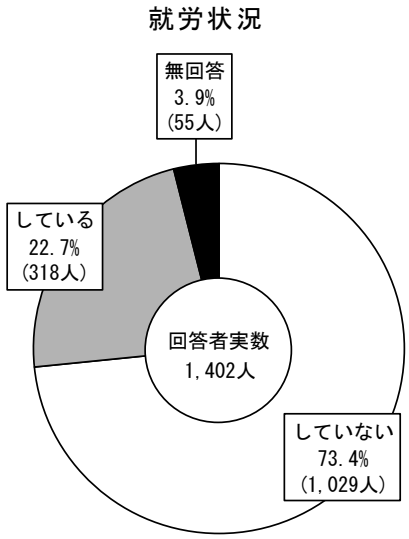


（15）就労状況

問27　あなたは、現在収入のある仕事をしていますか。

「している」が22.7%

現在収入のある仕事をしているかについては、「していない」が73.4%、「している」が22.7%となります。



（16）就労希望

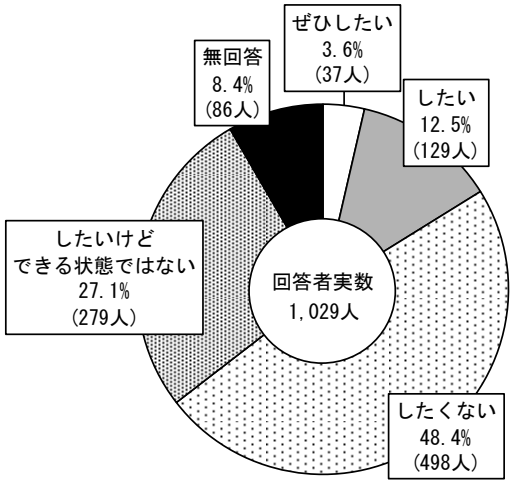
問28　今後収入のある仕事をしたいですか。

「したくない」が48.4%

現在収入のある仕事を「していない」と答えた高齢者の、今後の就労希望としては、「したくない」が48.4%と最も高く、次に「したいけどできる状態ではない」が27.1%となります。

また、「したい」(12.5%)と「ぜひしたい」(3.6%)を合わせた、仕事をしたいと考えている高齢者は16.1%となります。

就労希望



（17）介護予防事業への参加（複数回答）

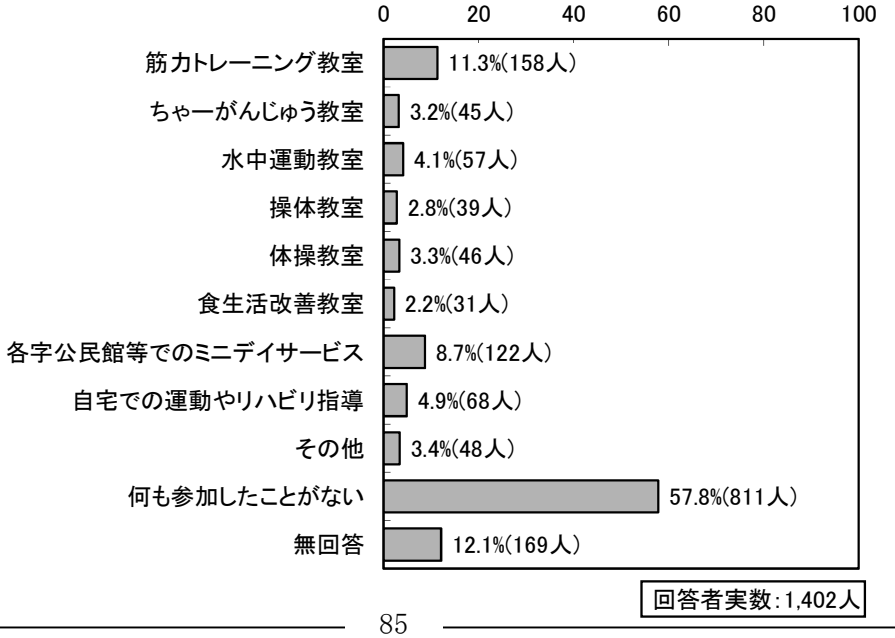
問30　あなたは、介護が必要な状態とならないよう、次の町主催の介護予防事業に参加したことがありますか。

「何も参加したことがない」が57.8%

介護が必要な状態とならないよう、介護予防事業に参加したことがあるかについては、「何も参加したことがない」が57.8%と最も高くなります。

全体から「何も参加したことがない」と「無回答」を除いた、参加したことがあると答えた高齢者は43.9%となります。参加している介護予防事業の中では「筋力トレーニング教室」が11.3%と最も高く、次に「各字公民館等でのミニデイサービス」が8.7%となります。

介護予防事業への参加



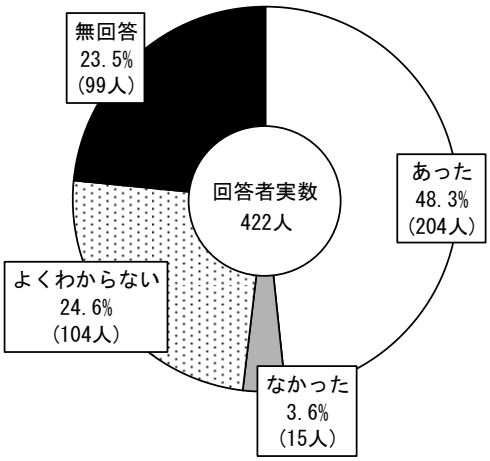
(18) 介護予防事業の効果

問31　介護予防事業に参加してみて、効果はありましたか。

「あった」が48.3%

介護予防事業に参加したことがあると答えた高齢者の、参加後の効果については、「あった」が48.3%と最も高く、「なかった」が3.6%で、「よくわからない」が24.6%となります。

介護予防事業の効果



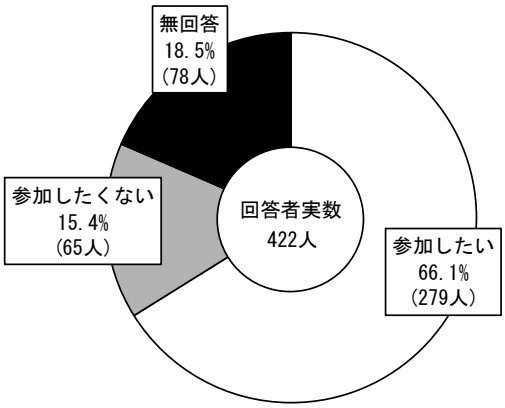
(19) 今後の介護予防事業への参加意向

問32　今後も、介護予防事業に参加したいと思いますか。

「参加したい」が66.1%

介護予防事業に参加したことがあると答えた高齢者の、今後の介護予防事業への参加意向については、「参加したい」が66.1%を占め、「参加したくない」が15.4%となります。

今後の介護予防事業への参加意向

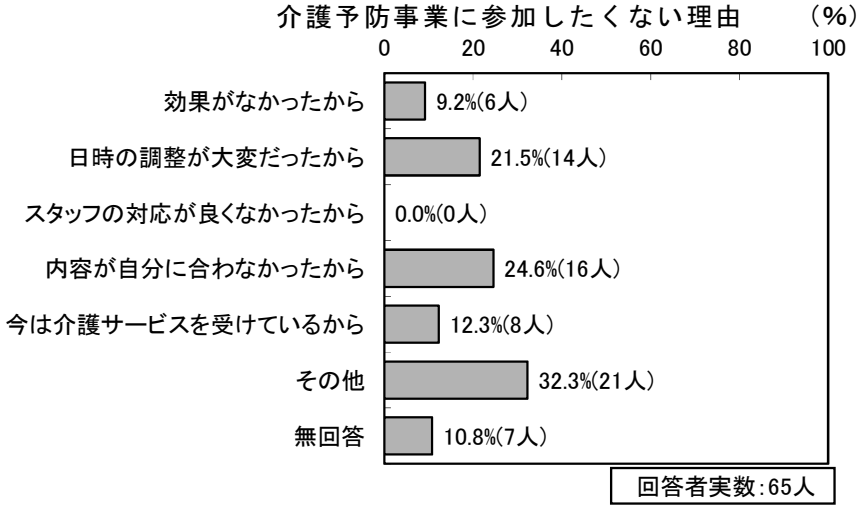


（20）介護予防事業に参加したくない理由（複数回答）

問33　参加したくないのはどうしてですか。

「内容が自分に合わなかったから」が24.6%

今後の介護予防事業への参加意向で、「参加したくない」と答えた高齢者の、参加したくない理由について、「その他」以外では「内容が自分に合わなかったから」が24.6%と高く、次に「日時の調整が大変だったから」が21.5%となります。

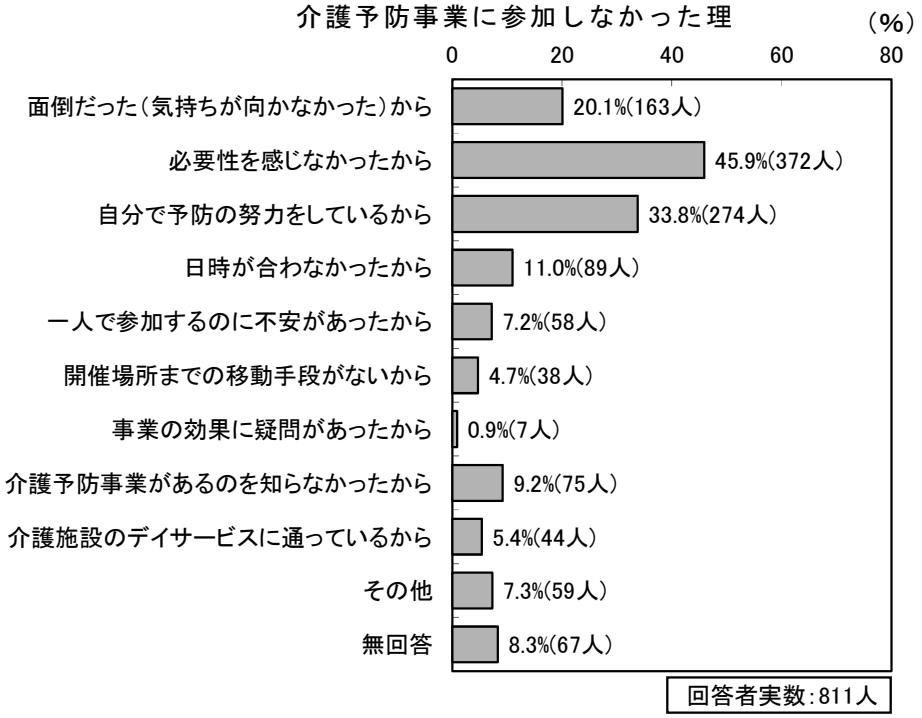


（21）介護予防事業に参加しなかった理由（複数回答）

問34　介護予防事業に参加しなかったのはどうしてですか。

「必要性を感じなかったから」が45.9%

介護予防事業に「何も参加したことがない」と答えた高齢者の、その理由については、「必要性を感じなかったから」が45.9%と最も高く、次に「自分で予防の努力をするから」が33.8%、「面倒だった（気持ちが向かなかった）から」が20.1%となります。



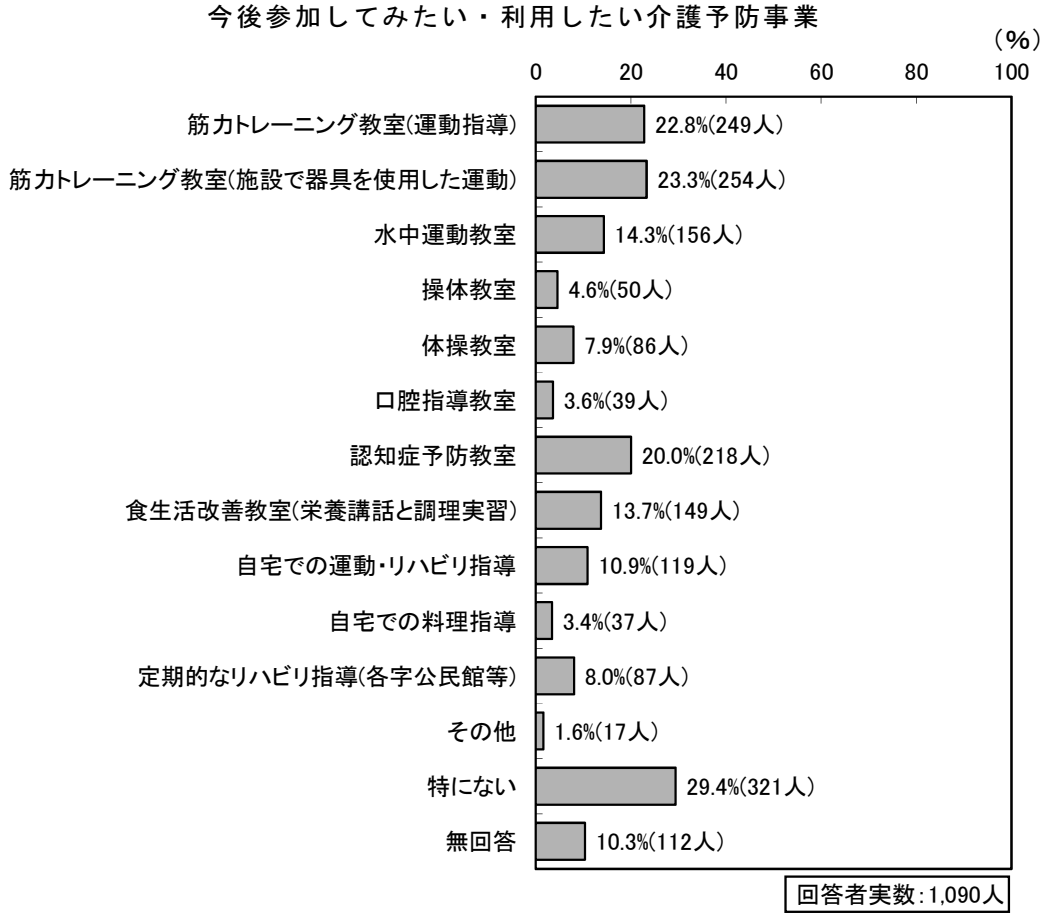
（22）今後参加してみたい・利用したい介護予防事業（複数回答）

問35　今後、介護予防のために参加してみたい・利用したい事業はありますか。

「筋力トレーニング教室」と「認知症予防教室」が各20%程度

介護予防事業に「何も参加したことがない」又は今後も「参加したい」」と答えた高齢者の、今後、参加してみたい・利用したい介護予防事業については、「特にない」が29.1%と最も高くなります。一方、参加を希望する事業では「筋力トレーニング教室（施設で器具を使用した運動）」が23.2%と高く、次に「筋力トレーニング教室（自宅でできる運動指導）」が22.9%となります。

今後参加してみたい・利用したい介護予防事業

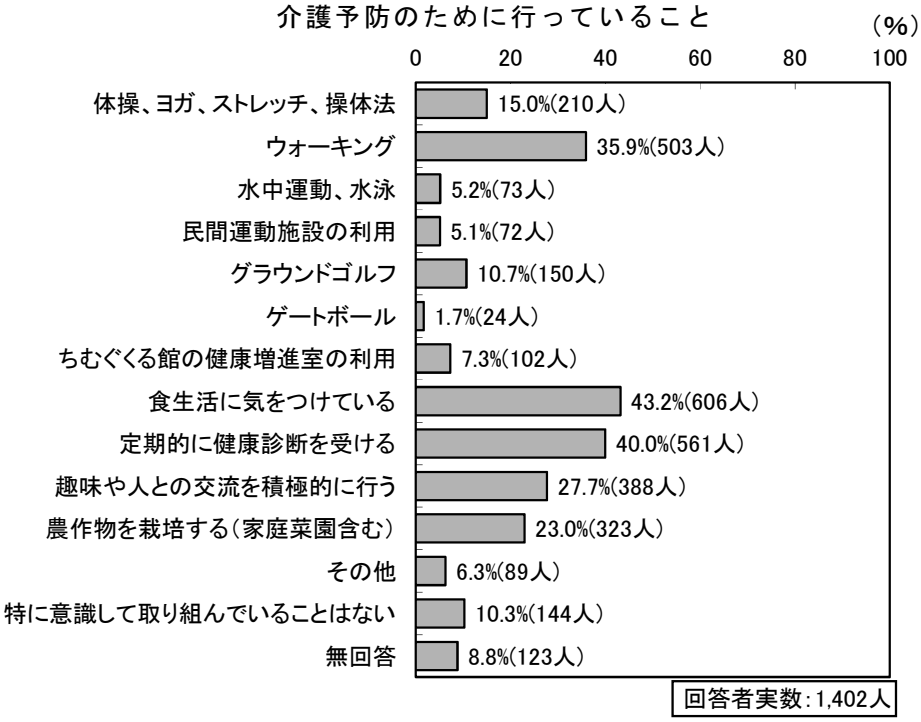


（23）介護予防のために行っていること（複数回答）

問36　あなた自身が元気でいるため（介護予防のため）に行っていることがあれば教えて下さい。

「食生活に気をつけている」が43.2%

元気でいるため(介護予防のため)に行っていることについては、「食生活に気をつけている」が43.2%と最も高く、次に「定期的に健康診断を受ける」が40.0%となります。

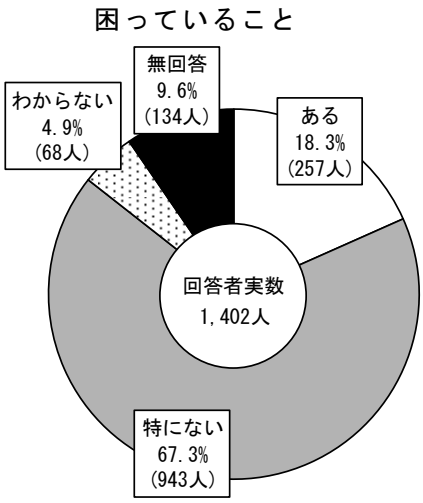


（24）困っていること

問37　あなたは、現在何か困っていることはありますか。

「特にない」が67.3%

現在困っていることについては、「特にない」が67.3%を占め、「ある」が18.3%となります。



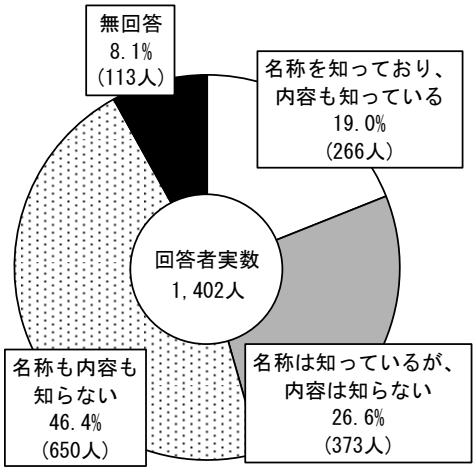
(25) 地域包括支援センターの周知状況

問39　あなたは、町役場内に設置されている「地域包括支援センター」を知っていますか。

「名称を知っており、内容も知っている」が19.0%

「地域包括支援センター」については、「名称を知っており、内容も知っている」が19.0%と最も低くなります。一方、「名称も内容も知らない」が46.4%と最も高く、次に「名称は知っているが、内容は知らない」が26.6%となります。

地域包括支援センターの周知



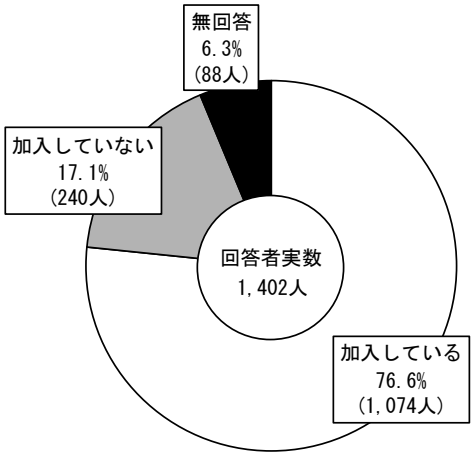
(26) 自治会加入状況

問40　あなたの世帯は自治会に加入していますか。

「加入している」が76.6%

自治会への加入については、「加入している」が76.6%、「加入していない」が17.1%となります。

自治会加入状況



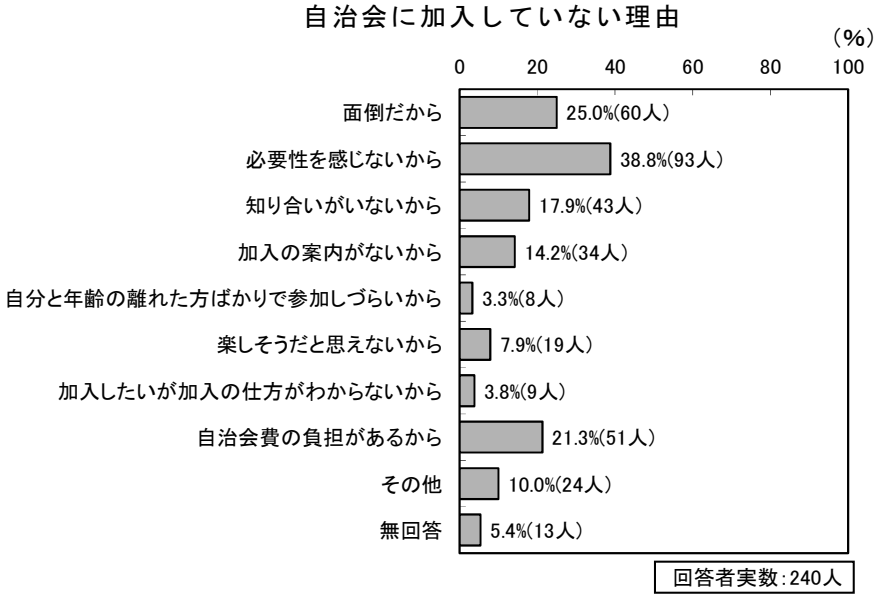
(27) 自治会に加入していない理由（複数回答）

問41　自治会に加入していないのはどうしてですか。

「必要性を感じないから」が38.8%

自治会に「加入していない」と答えた高齢者の、加入していない理由については、「必要性を感じないから」が38.8%と最も高く、次に「面倒だから」が25.0%となります。

自治会に加入していない理由



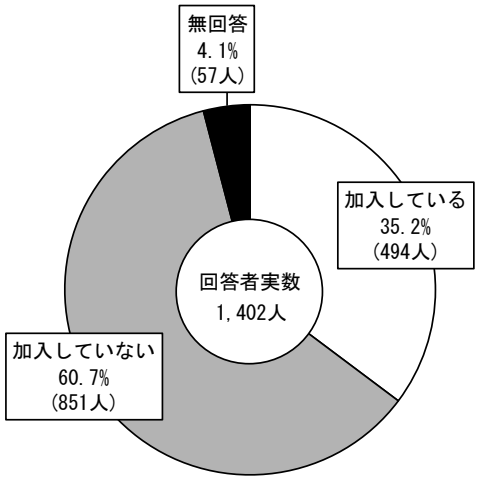
(28) 老人会・老人クラブへの加入

問42　あなたは老人会・老人クラブに加入していますか。

「加入していない」が60.7%

老人会・老人クラブへの加入については、「加入していない」が60.7%を占め、「加入している」が35.2%となります。

老人会・老人クラブへの加入



(29) 近所づきあい

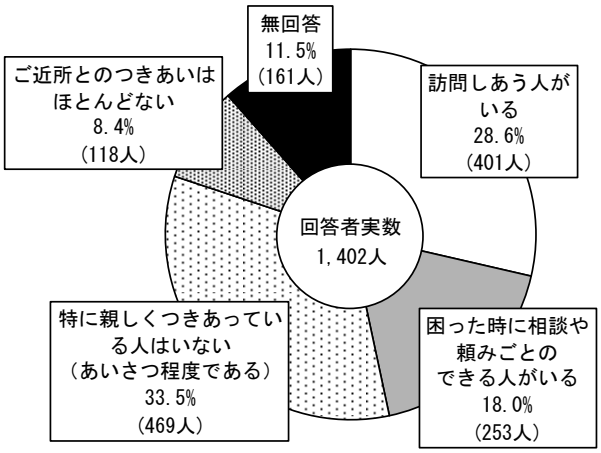
問　44あなたは、ご近所に親しいおつきあいをしている方はいますか。

「特に親しくつきあっている人はいない(あいさつ程度である)」が33.5%

近所に親しいおつきあいをしている方がいるかについては、「特に親しくつきあっている人はいない(あいさつ程度である)」が33.5%と最も高く、「ご近所とのつきあいはほとんどない」の8.4%を合わせると、41.9%の高齢者は隣近所とのつきあいは希薄であると考えられます。

一方、「訪問しあう人がいる」が28.6%と2番目に高く、「困った時に相談や頼みごとのできる人がいる」の18.0%を合わせると、46.6%の高齢者は、近所に親しいつきあいのできる相手がいます。

近所づきあい



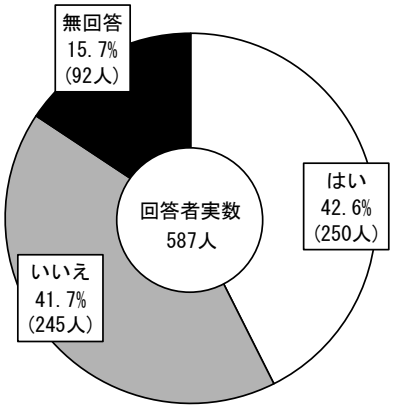
(30) 今後の近所づきあいについて

問45　ご近所に親しくおつきあいのできる方をつくりたいと思いますか。

「いいえ」が41.7%

近所づきあいについて「特に親しくつきあっている人はいない」、「ご近所とのつきあいはほとんどない」と答えた高齢者が、今後、近所に親しくおつきあいのできる方をつくりたいかについては、「いいえ」が41.7%、「はい」が42.6%とほぼ半々となります。

今後の近所づきあいについ



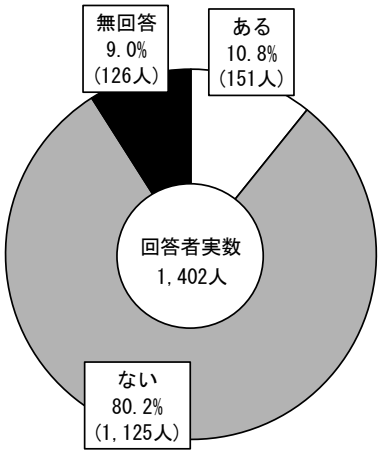
（31）手助けをしてほしいことの有無

問49　あなたは、日々の生活の中で地域の人達やボランティアから手助けをしてもらいたいことはありますか。

「ない」が80.2%

日々の生活の中で地域の人達やボランティアから手助けをしてもらいたいことがあるかについては、「ない」が80.2%と大半を占め、「ある」が10.8%となります。

手助けをしてほしいことの有

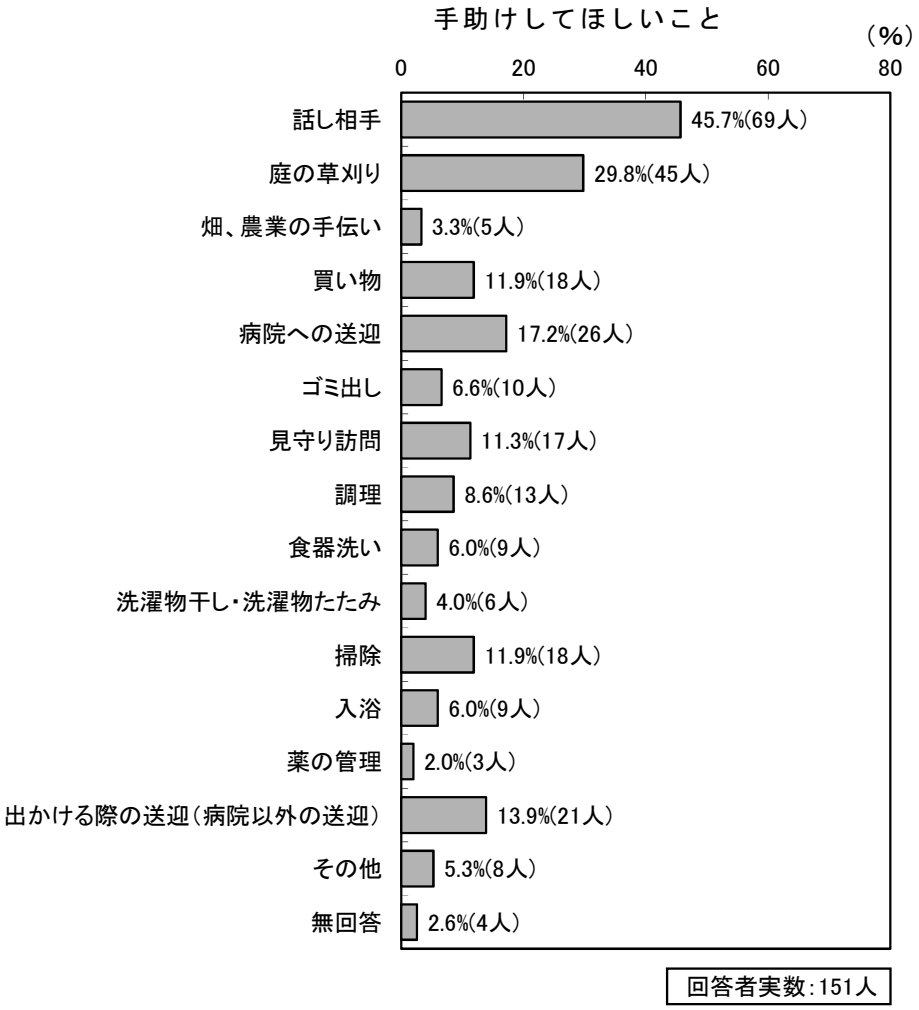


(32) 手助けをしてほしいこと（複数回答）

問50　どのような手助けをしてもらいたいですか。

「話し相手」が45.7%

日々の生活の中で地域の人達やボランティアから、手助けをしてもらいたいことが「ある」と答えた高齢者の、手助けをしてもらいたいことについては、「話し相手」が45.7%と最も高く、次に「庭の草刈り」が29.8%となります。以下、「病院への送迎」が17.2%、出かける際の送迎（病院以外の送迎)」が13.9%、「買い物」と「掃除」がともに11.9%となります。

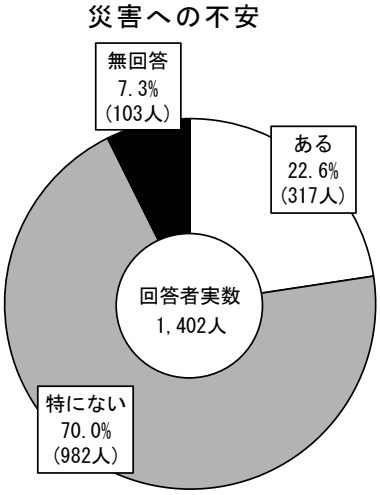


(33) 災害への不安

問51　あなたは、台風や地震、大雨などの時の避難に不安を感じることはありますか。

「ある」が22.6%

台風や地震、大雨などの時の避難に不安を感じることがあるかについては、「特にない」が70.0%で、「不安がある」が22.6%となります。

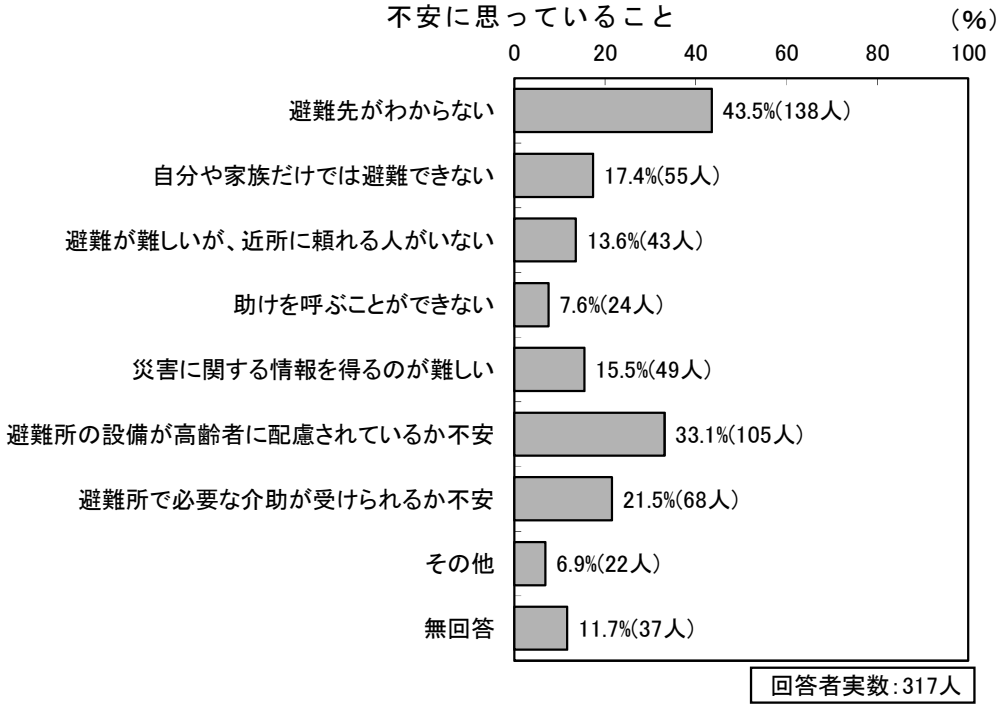


(34) 不安に思っていること（複数回答）

問52　どのような不安がありますか。

「避難先がわからない」が43.5%

台風や地震、大雨などの時の避難に「不安がある」と答えた高齢者の、具体的な不安については、「避難先がわからない」が43.5%と最も高くなります。次に、「避難所の設備が高齢者に配慮されているか不安」が33.1%、「避難所で必要な介助が受けられるか不安」が21.5%、「自分や家族だけでは避難できない」が17.4%、「災害に関する情報を得るのが難しい」が15.5%となります。



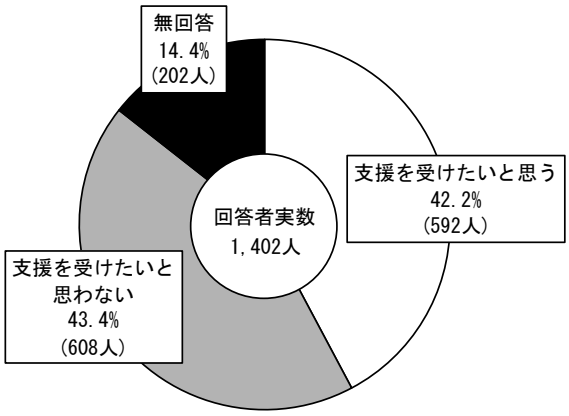
(35) 災害時の避難支援の意向

問53　南風原町では、災害時に避難の手助けが必要な方は、避難のための支援が受けられます。あなたは、支援を受けたいと思いますか。

「支援を受けたいと思わない」が43.4%

災害時の避難のための支援については、「支援を受けたいと思う」が42.2%、「支援を受けたいと思わない」が43.4%とほぼ半々となります。

災害時の避難支援の意向



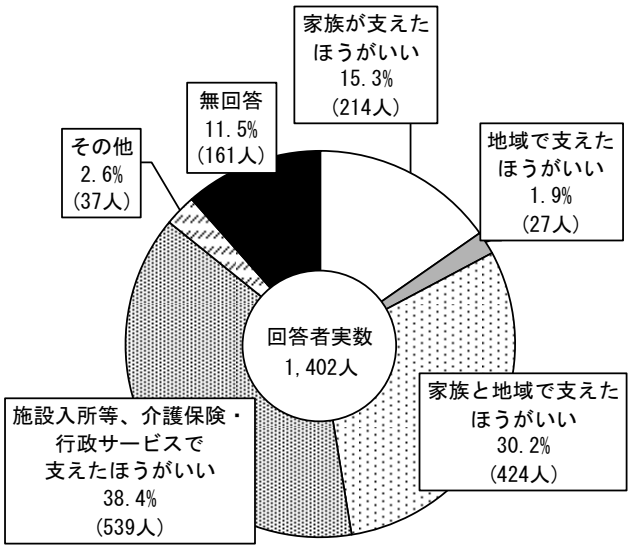
(36) 認知症者の生活支援の中心者

問54　あなたは、認知症の方の生活を誰が中心となって支えたらいいと思いますか。

「施設入所等、介護保険・行政サービスで支えたほうがいい」が38.4%

認知症者の生活を誰が中心となって支えたらよいかについては、「施設入所等、介護保険・行政サービスで支えたほうがいい」が38.4%と最も高くなります。次に、「家族と地域で支えたほうがいい」が30.2%、「家族が支えたほうがいい」が15.3%となります。

認知症者の生活支援の中心者



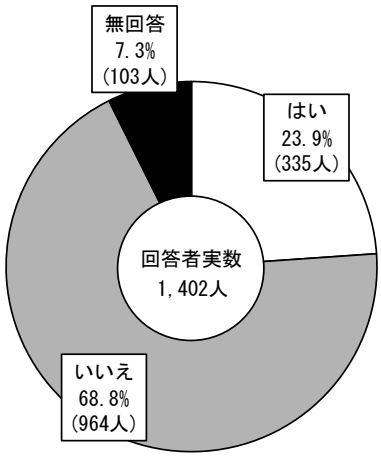
(37) 認知症ではないかと思ったこと

問55　あなたは、自分が認知症ではないかと不安に思うことがありますか。

「はい」が23.9%

自分が認知症ではないかと不安に思ったことがあるかについては、「いいえ」が68.8%、「はい」が23.9%となります。

認知症ではないかと思ったこと



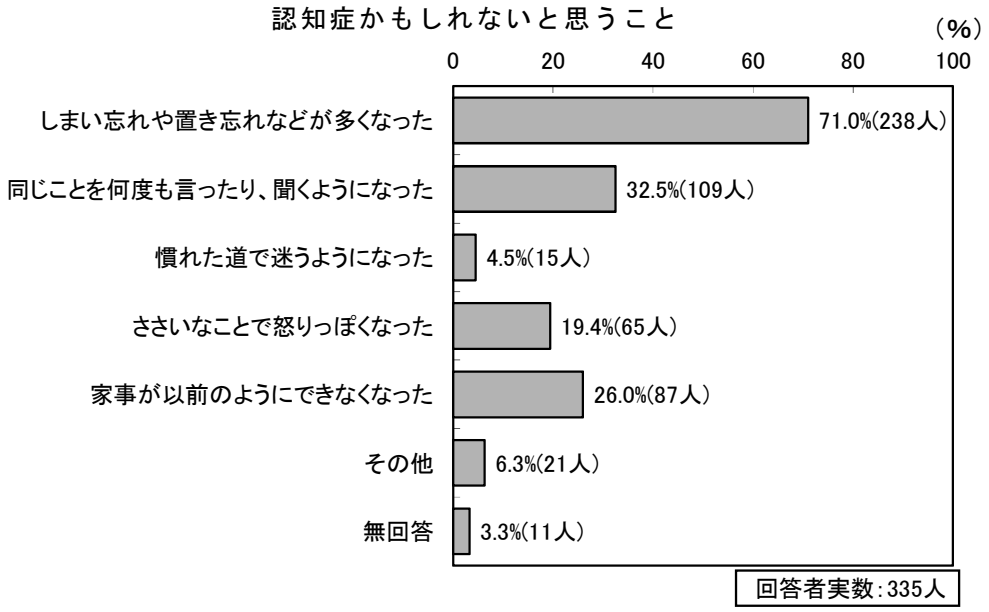
(38) 認知症かもしれないと思うこと（複数回答）

問56　それはどのようなことですか。

「しまい忘れや置き忘れなどが多くなった」が71.0%

認知症ではないかと不安に思ったことがあるのは、どのようなことかについては、「しまい忘れや置き忘れなどが多くなった」が71.0%と最も高くなります。次に「同じことを何度も言ったり、聞くようになった」が32.5%、「家事が以前のようにできなくなった」が26.0%となります。

認知症かもしれないと思うこと



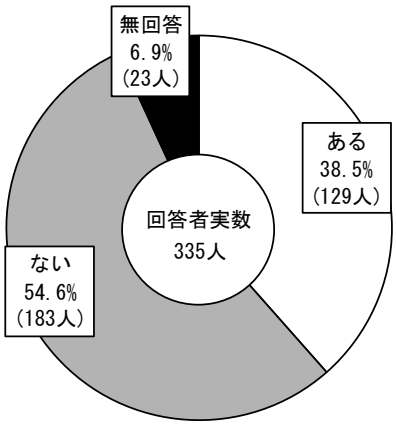
(39) 認知症についての相談の有無

問57　認知症ではないかと不安に思ったことを相談したことがありますか。

「ある」が38.5%

自分が認知症ではないかと不安に思ったことを相談したことがあるかについては、「ない」が54.6%、「ある」が38.5%となります。

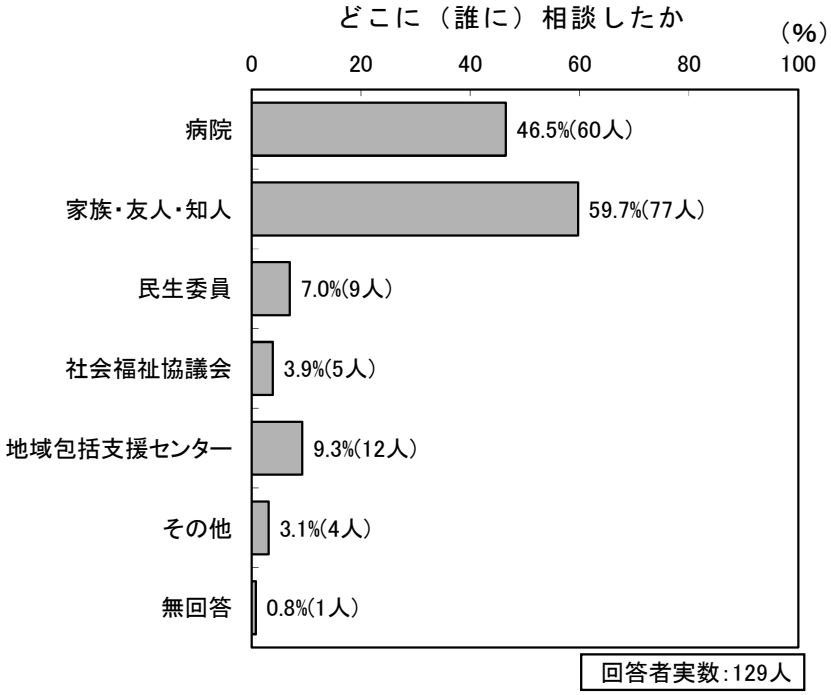
認知症についての相談の有無



(40) どこに（誰に）相談したか（複数回答）

問58　相談はどこに（誰に）しましたか。

「家族・友人・知人」が59.7%

認知症について相談したことが「ある」と答えた高齢者が、どこに(誰に)相談したかについては、「家族・友人・知人」が59.7%と最も高く、次に「病院」が46.5%、「地域包括支援センター」が9.3%となります。

どこに（誰に）相談したか