

=ことぶきプラン2021=

西原町高齢者保健福祉計画



令和3年3月
沖縄県西原町



あいさつ

令和2年版高齢社会白書によりますと、我が国の65歳以上の高齢者人口は令和元年10月1日現在、3,589万人にのぼり、高齢化率は28.4%に達しています。

本町におきましては、平成15年(2003年)に10%だった高齢化率が令和3年(2021年)1月末には21.9%に達し、高齢化が着実に進行しております。その一方で、社会・経済を支える生産年齢人口(15歳～64歳)は平成25年以降減少傾向にあり、平成25年(2013年)には高齢者1人当たりを4.3人で支えていた生産年齢人口が、団塊の世代が後期高齢者となる令和5年(2023年)には高齢者1人当たりを2.1人で支えることになると推計されています。

こうした中、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に努めることが重要となっております。「ことぶきプラン2015」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3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・推進を更に図るための計画とします。

この計画の策定により、高齢者が住み慣れた自宅や地域で、いつまでも明るく、安心して暮らしていけるように、町民皆様のなお一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、本町は平成29年度より沖縄県介護保険広域連合に加盟したことにより、介護保険事業計画は、広域連合において策定されることとなります。

結びに、本計画の策定にあたり、貴重なご意見、ご指導、ご審議をいただきました皆様に心から感謝申し上げますとともに、今後とも本町へのご指導、ご助言を賜りますようお願い申し上げます。

令和3年3月

西原町長 崎原盛秀

目 次

あいさつ

第1章 計画の策定にあたって.....	1
1 計画の背景と趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	4
3 計画の策定体制.....	6
4 計画の期間及び見直しの時期.....	6
5 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施.....	7
第2章 計画の基本的な考え方.....	9
1 計画の基本理念.....	9
2 地域包括ケアシステムの実現に向けた基本方針.....	10
3 基本目標.....	12
4 施策の体系.....	13
5 重点施策.....	15
第3章 高齢者を取り巻く現状.....	17
第4章 事業別実施の現状と評価及び課題.....	35
第5章 施策の推進.....	65
基本目標1 健やかで充実した高齢期の実現.....	65
1 健康づくり(生活習慣病予防)の充実.....	65
2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進.....	67
3 在宅福祉サービスの推進.....	71
4 生きがい活動支援の充実.....	72
基本目標2 いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立.....	73
1 地域包括支援センターの運営の充実.....	73
2 権利擁護の推進.....	75
3 在宅医療・介護連携の推進.....	76
4 認知症対策の推進.....	78
5 生活支援体制整備の推進.....	80
基本目標3 安全・安心な生活環境の整備推進.....	81
1 住環境の向上推進.....	81
2 安全・安心なまちづくり推進.....	81
第6章 計画の推進体制.....	83
1 計画の進行管理.....	83
2 庁内連携体制の強化.....	83
3 多様な主体との連携.....	83

4 計画の推進主体の役割.....	83
資料編.....	85
□日常生活圏域ニーズ調査の主な調査結果.....	87
□西原町高齢者保健福祉計画策定委員会要綱.....	99
□西原町高齢者保健福祉計画策定委員名簿.....	101

第 1 章 計画の策定にあたって

1 計画の背景と趣旨

2019 年 10 月 1 日現在、我が国の高齢者人口は 3,589 万人で、高齢化率は 28.4%と、国民の 4 人に 1 人以上が高齢者となります。また、今後の人口推計では 2025 年に団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、さらに 2040 年に団塊ジュニア世代が 65 歳以上となるため、高齢化率は 35.3%と、国民の 3 分の 1 以上が高齢者となることが予測されています。

本町の高齢化率は 2019 年 10 月 1 日現在では 20.7%と全国、沖縄県より低い状況ですが、本町においても高齢化率は 2030 年に 29.2%、2040 年には 34.6%と全国と同程度の高齢化率となることが予測されています。

こうした高齢者人口の増加に伴い、医療や介護を必要とする高齢者も増えることが見込まれますが、その一方で現役世代の急激な人口減少が進むことから、高齢者を地域で支える新たな取り組み(仕組みづくり)が必要となっています。

こうした状況を踏まえ、国は 2014 年に介護保険法を改正し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、2025 年を見据えた医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた指針を示しました。この指針に基づき本町では「ことぶきプラン 2015」を策定しました。

また、2017 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)を図るための指針が示され、これに基づき本町では「ことぶきプラン 2018」を策定しました。

そして 2020 年では、2025 年・2040 年を見据えて、地域共生社会の実現や認知症施策大綱(参考 1)に基づく認知症対策の推進、介護予防・健康づくりの取り組みを強化し健康寿命の延伸を図っていくなどの指針(参考 2)が示されました。この指針を踏まえるとともに、本町のこれまでの取り組みと新たな課題に対応した取り組み進め、本町の高齢者施策(ことぶきプラン)の基本理念である「全ての高齢者が明るく安心して暮らせるぬくもりのあるまち」を目指して、「ことぶきプラン 2021(西原町高齢者保健福祉計画)」を策定します。

参考 1：認知症施策の総合的な推進について


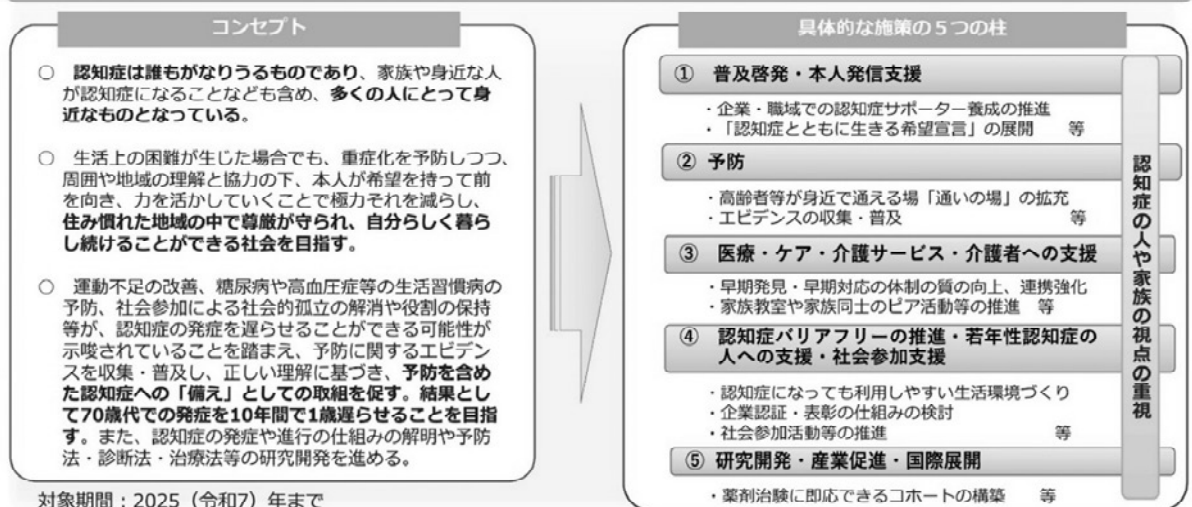
我が国においては、2018（平成 30）年における認知症の人の数は 500 万人を超え、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人が認知症と見込まれている。このように、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。こうした中、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、2015（平成 27）年 1 月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン) を策定し取組を進めてきたところである。こうした中、2018（平成 30）年 12 月、「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置された。その後、「認知症施策推進のための有識者会議」における認知症に関する有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族をはじめとした様々な関係者からの意見聴取、「認知症施策推進関係閣僚会議幹事会」での議論を経て、今般、「認知症施策推進大綱」をとりまとめた。現在、高齢化に伴う認知症の人の増加への取組は世界共通の課題となっている。世界で最も速いスピードで高齢化が進んできた我が国における、社会をあげた取組のモデルを積極的に各国に発信するとともに、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、本大綱に沿った施策を着実に実施していくこととする

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組を進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】
 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会とともに生きるという意味
 ※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

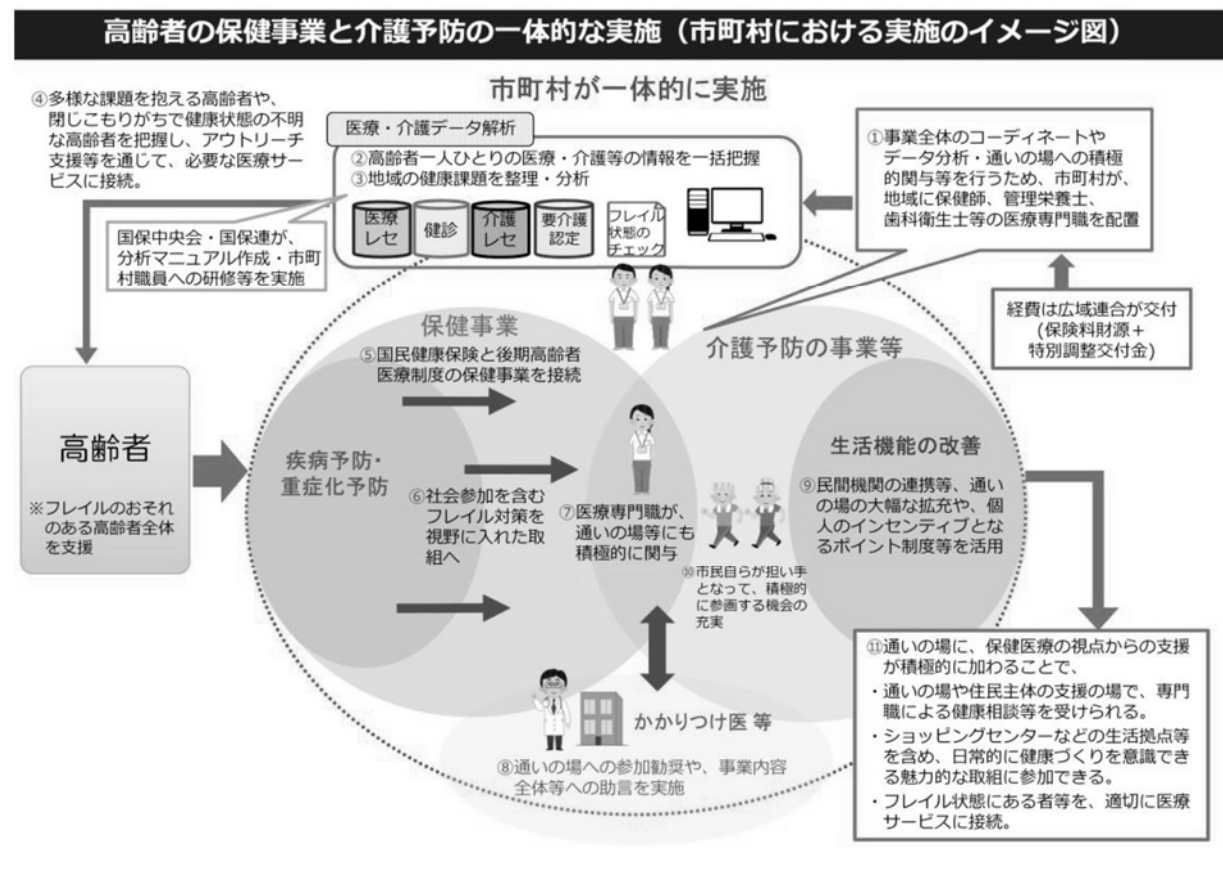



参考2：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達すると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになっている。この結果、保健事業の実施主体についても市町村等から後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）に移ることとなり、74歳までの国民健康保険制度の保健事業と75歳以降の後期高齢者医療制度の保健事業（以下「高齢者保健事業」という。）が、これまで適切に継続されてこなかったといった課題が見られる。広域連合の中には、市町村に高齢者保健事業の委託等を行うことで重症化予防等の取組を行っている事例も見られるが、多くの場合、健康診査（以下「健診」という。）のみの実施となっている状況であった。

また、高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有している。しかしながら、高齢者保健事業は広域連合が主体となって実施し、介護予防の取組は市町村が主体となって実施しているため、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題もあった。

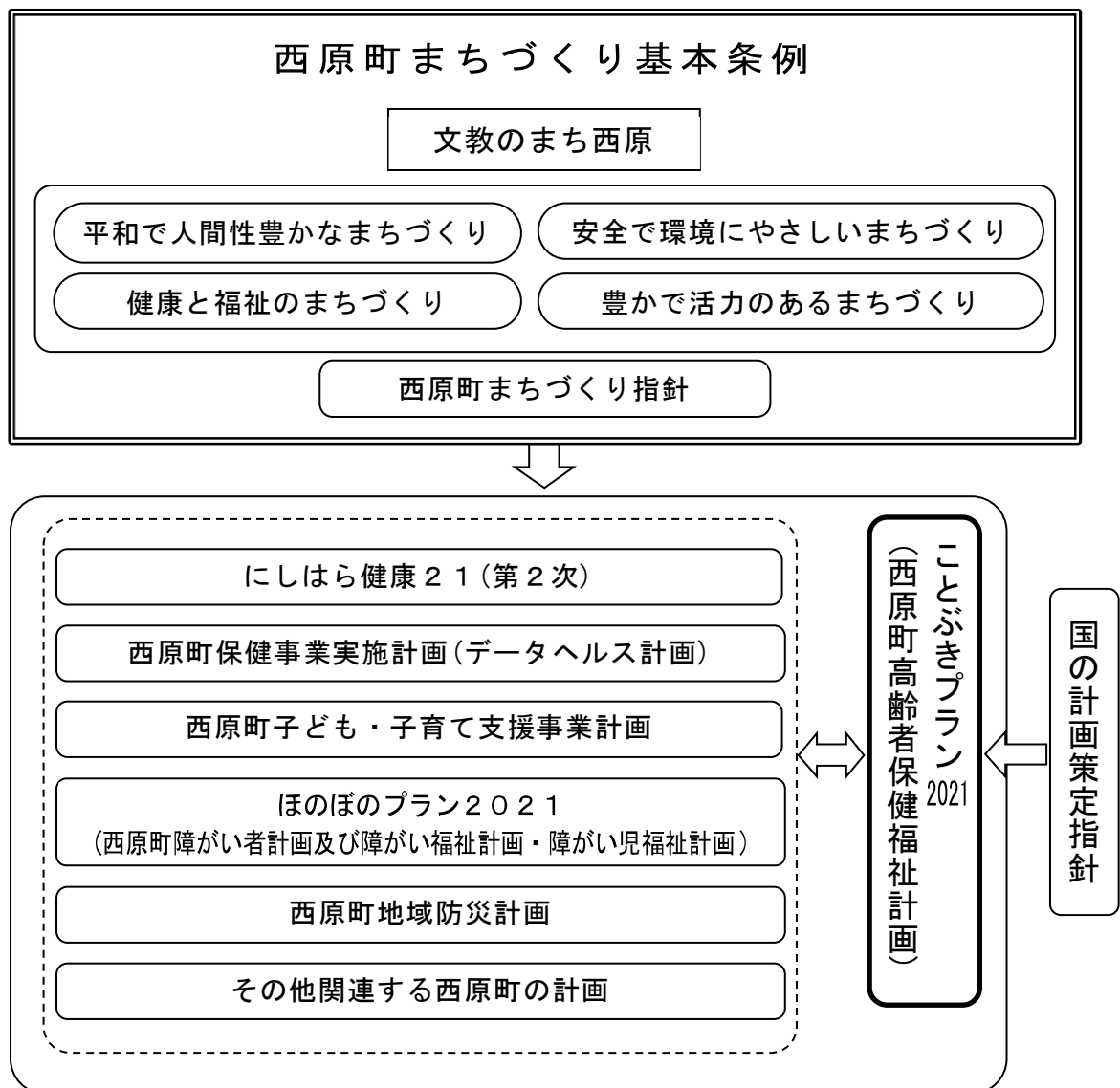
このような課題について、市町村は、市民に身近な立場からきめ細やかな住民サービスを提供することができ、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や介護予防についてもノウハウを有していること等から、高齢者の心身の特性に応じてきめ細かな保健事業を進めるため、個々の事業について市町村が実施できるように法整備を行った。



2 計画の位置づけ

(1) 関連する計画との関係

- 本計画は、「西原町まちづくり基本条例」に則する分野別の個別計画として位置づけます。
- 本計画は、「にしはら健康21(第2次)」、「西原町保健事業実施計画」、「西原町子ども・子育て支援事業計画」、「西原町障がい者計画及び障がい福祉計画・障がい児福祉計画」といった本町の他の関連する分野の個別計画と整合性を図った計画とします。



(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

「ことぶきプラン2015」以降の計画は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年(令和7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3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・推進を更に図るための計画とします。

●ことぶきプラン2015(平成27年度～平成29年度)

地域包括ケアシステムの構築を目指し、段階的な取り組みの充実を図るための初段階の計画として、今後の進むべき道筋を明らかにするものです。また、地域包括ケアシステムを推進するための基本的な体制構築が主となるため、準備期の計画として位置づけます。

●ことぶきプラン2018(平成30年度～令和2年度)

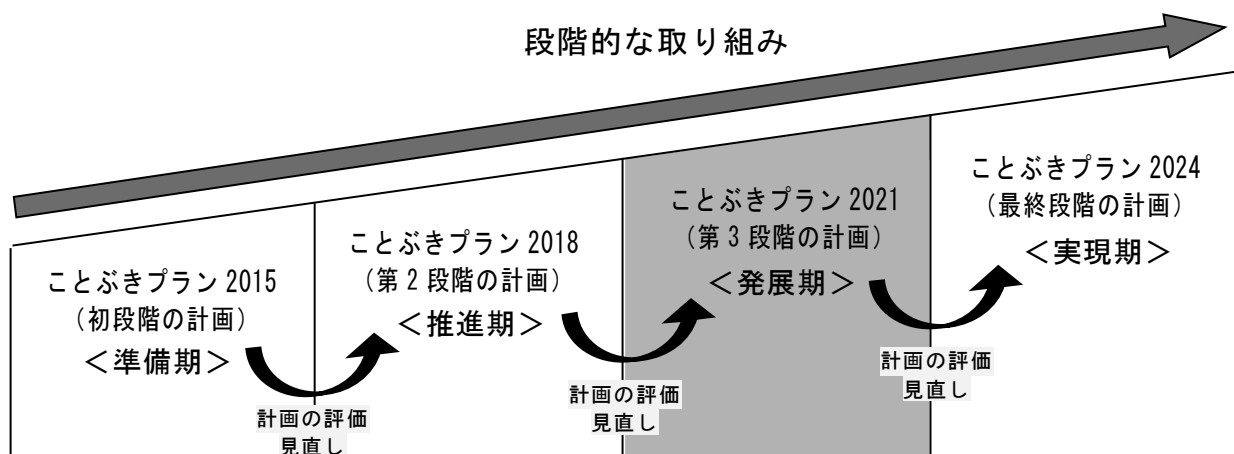
地域包括ケアシステムの構築を目指す第2段階の計画とし、初段階の計画における準備期間を経て、総合的かつ本格的に地域包括ケアシステムの構築に取り組むための、深化・推進期の計画として位置づけます。

●ことぶきプラン2021(令和3年度～令和5年度)

地域包括ケアシステムの構築を目指す第3段階の計画とし、第2段階の取り組みを踏まえつつ、2040年をも見据え、更なる地域包括ケア体制の充実を図るための、発展期の計画として位置づけます。

●ことぶきプラン2024(令和6年度～令和8年度)

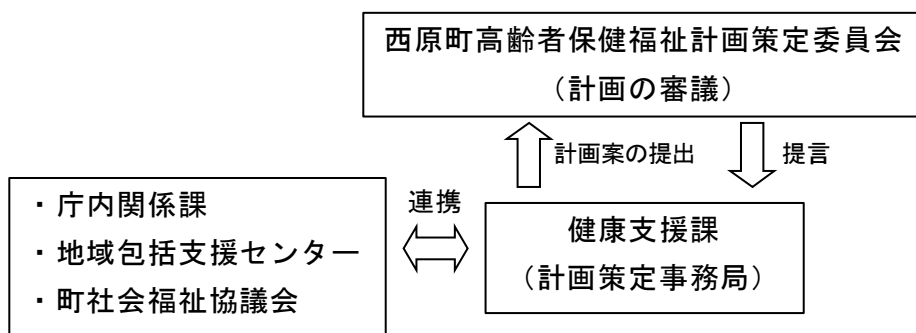
最終段階の計画として公的支援とともにボランティア、NPO、民間事業者等多様な主体が連携・協働した地域包括ケアシステムが高い水準で確立され、高齢者がいつまでも安心して暮らしていただける地域を実感できる、実現期の計画として位置づけます。



3 計画の策定体制

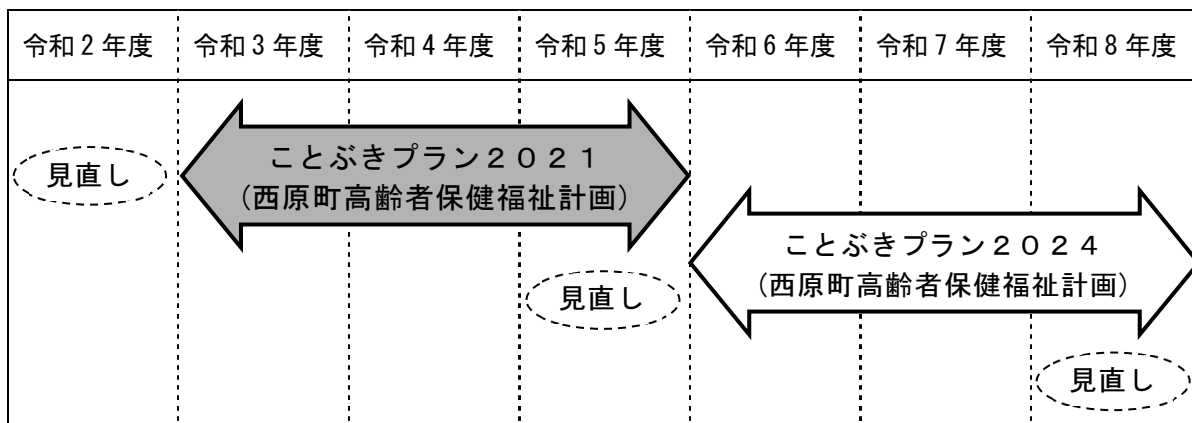
- 本計画の主管課である健康支援課を中心に、教育委員会、福祉保険課、こども課、産業観光課等、本計画の施策と関連のある関係課及び地域包括支援センターや町社会福祉協議会と連携を図りながら策定しました。
- 幅広い関係者等の意見に配慮した計画とするため、学識経験者や保健・福祉・医療の関係者及び被保険者代表で構成される「西原町高齢者保健福祉計画策定委員会」を設置し、計画の審議を行いました。

計画の策定体制



4 計画の期間及び見直しの時期

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及び老人福祉計画と一体的に策定することが規定されているため、本計画は、令和3年度(2021年度)から令和5年度(2023年度)の3年間を計画期間とし、令和5年度に見直しを行います。



5 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施

【 調査の概要 】

○調査の目的

どのような支援を必要としている高齢者が、どの程度いるか等、地域の高齢者の状態像やニーズ及び高齢者の自立生活を阻む課題を把握し、計画策定の基礎資料とすることを目的とします。

○調査対象者

令和1年11月30日現在、町内に住所を有し、要介護認定を受けていない65歳以上の方の中から、無作為に1,300人を抽出し調査対象者としました。

○配布・回収状況

調査票の配布数は1,300件、回収数は635件で回収率は48.8%となります。

配布数	回収数	回収率
1,300件	635件	48.8%

○標本誤差について

アンケート調査における有効回収数は、母集団に対し、どの程度の誤差を持つかによって決まります。母集団を推定する際のサンプル数(有効回収数)とのずれの大きさ(標本誤差率)は、下式によって求められます。

$$\text{標本誤差率} = \sqrt{\frac{N-n}{N-1} \times \frac{P(1-P)}{n}} \times \pm 1.96 \times 100\%$$

N = 母集団の大きさ (調査対象となる高齢者数)。
n = サンプルの大きさ (ここでは有効回収数とする)
P = 回答率 (通常は0.5を用いる)
±1.96 = 標準化補正值

N	n (有効回収数)	P	標本誤差率
6,425	635	0.5	±3.69

- ・一般的に、許容できる標本誤差率の範囲は±5%程度の範囲までとされています。
- ・今回の調査の回収数は635件、標本誤差率は±3.69で、回収数としては有効であると言えます。

第2章 計画の基本的な考え方

1 計画の基本理念

基本理念は、前計画における理念を継承し、次のように掲げます。

**全ての高齢者が
明るく安心して暮らせる
ぬくもりのあるまち**

●活動的で充実した高齢期の実現

高齢者ができるだけ介護を必要としないよう、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日常生活の活動を高めることや主体的に社会参加を図るなど、活動的で充実した高齢期を目指します。

●地域包括ケアシステムの実現

高齢者一人一人が、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。

●ぬくもりのあるまちの実現

高齢者一人一人の価値観や生き方が尊重されるとともに、高齢者の自立を地域全体で支えていけるよう、地域の誰もが、互いに相手を認め合い助け合うことのできる、ぬくもりのあるまちを目指します。

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的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、必要な介護サービスが安心して適切に利用できるよう介護保険広域連合と連携し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、機能訓練など高齢者本人への個別的な対応だけでなく、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、リハビリテーション専門職等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」

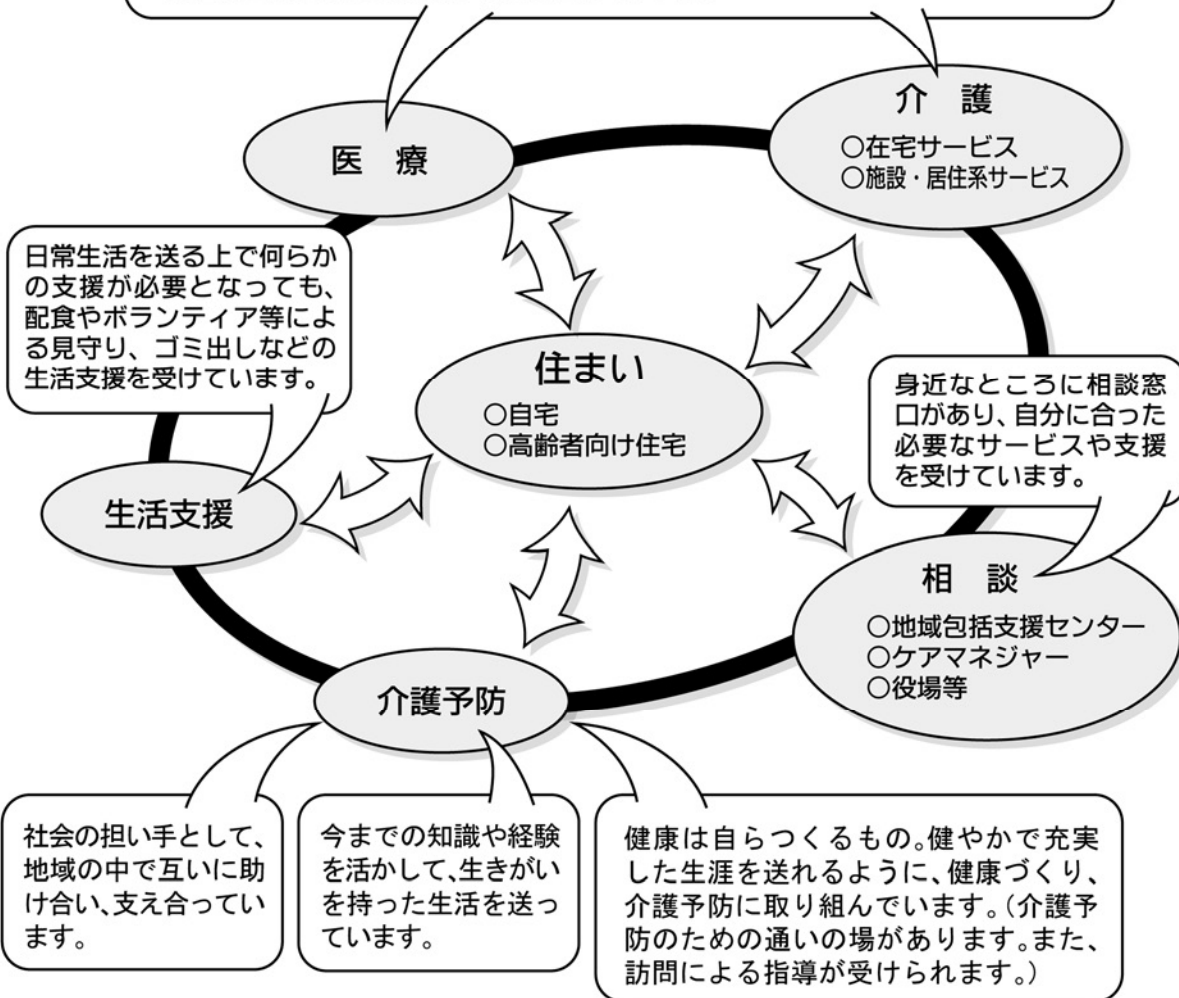
日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援等サービスを整備するため、従来の互助による活動に加えて、ボランティア、NPO、民間事業等の主体による支援・協働体制の充実・強化を進めます。

西原町地域包括ケアシステムの姿

2025年・2040年の姿
 団塊の世代が75歳以上
 団塊ジュニア世代が65歳以上

高齢者一人一人が、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ます。

介護が必要になっても、医療を含めた様々なサービスを利用しながら、安心して快適な生活を送れる環境づくりが進んでいます。



3 基本目標

(1) 健やかで充実した高齢期の実現

高齢者が単に長く生きるのではなく、明るく主体性を持って充実した生活を送ることができるよう、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の充実を図るほか、高齢者の保健事業とも連携した介護予防対策の充実、生活支援サービスの提供体制の構築に取り組みます。

また、自らの知識・経験・能力を活かした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・スポーツ・サークル活動を支援するなど、自己実現が図れる環境づくりを推進します。

(2) いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らしていけるぬくもりのあるまちを目指して、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課題解決のために地域ケア会議の充実を図ります。また、在宅療養者に対しては必要な医療と介護が一体的に提供されるよう、在宅医療・介護連携体制の充実に取り組みます。さらに、認知症については、早期発見・早期支援の体制を維持するとともに、認知症となっても尊厳と希望を持って共に暮らしていける地域づくりに取り組みます。

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と協議体の連携による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による生活支援の充実に取り組みます。また、安心して在宅生活を継続していけるよう在宅福祉サービスを提供していきます。

(3) 安全・安心な生活環境の整備推進

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、社会参加や交流を深める人にやさしい環境づくりを推進するとともに、生活の質の向上のために高齢者に適した住環境の整備、災害時における避難支援体制の構築を図ります。

4 施策の体系

基本目標 1 健やかで充実した高齢期の実現

基本施策	個別目標
1 健康づくり (生活習慣病予防)の充実	①特定健康診査受診率向上 ②特定保健指導 ③健康教育 ④長寿健康診査 ⑤健康長寿訪問指導 ⑥高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
2 介護予防・日常生活支援 総合事業の推進	(1) 介護予防・生活支援サービス事業 ①訪問介護 ②通所介護 ③さらばんじ短期大学(通所型サービスC) ④介護予防ケアマネジメント (2) 一般介護予防事業 ①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③介護予防サポーター養成と活動の充実 ④地域介護予防活動 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業(訪問型支援事業)
3 在宅福祉サービスの推進	①配食サービス ②生活管理短期宿泊事業 ③緊急通報システム
4 生きがい活動支援の充実	①敬老記念品支給事業 ②老人クラブ活動支援 ③世代間交流活動の推進 ④学習・スポーツ活動等の推進 ⑤シルバー人材センターの活動推進

基本目標2 いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立

基本施策	個別目標
1 地域包括支援センターの運営の充実	①総合相談支援事業 ②高齢者実態把握事業 ③包括的・継続的ケアマネジメント事業 ④地域ケア会議の充実 ⑤地域包括支援センターの運営体制の強化(機能強化)
2 権利擁護の推進	①成年後見制度の普及啓発 ②成年後見制度利用支援事業 ③高齢者虐待防止対策 ④消費者被害・詐欺被害の防止対策
3 在宅医療・介護連携の推進	①医療・介護サービス資源の把握 ②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議 ③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築 ④医療・介護関係者の情報共有支援 ⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援 ⑥医療・介護関係者の研修 ⑦地域住民への普及啓発 ⑧二次医療圏内・関係市町村との連携
4 認知症対策の推進	①認知症ケアパスの普及 ②認知症初期集中支援チーム ③認知症地域支援推進員 ④認知症ケア向上推進事業 ⑤認知症への理解促進・情報提供 ⑥認知症サポーターの養成と連携 ⑦認知症高齢者発見・保護体制 ⑧認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の確保
5 生活支援体制整備の推進	①生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の活動 ②生活支援等協議体の活性化 ③生活支援サポーター(仮称)の養成

基本目標3 安全・安心な生活環境の整備推進

基本施策	個別目標
1 住環境の向上推進	①住環境の整備推進 ②情報提供
2 安全・安心なまちづくり推進	①バリアフリーの推進 ②防災対策 ③感染症の拡大防止

5 重点施策

全ての高齢者が住みなれた地域で、明るく安心して暮らしていけるよう、地域包括ケアシステムの実現に向けて、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) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

総合事業に基づく介護予防事業や日常生活支援サービスの実施体制の充実を図り、介護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る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。

(2) 認知症対策の推進

認知症は誰もがなりうるものであり、身近なものとなっています。このため、国の認知症施策推進大綱における基本的な考え方にに基づき、認知症の早期発見・早期支援に取り組むとともに、認知症となっても地域において共に暮らせる社会づくりを目指します。また、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことに着目した認知症に対する地域への理解促進等を図ります。

(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資源開発等の機能の向上を目指します。

(4) 循環器疾患の重症化防止

本町においても、脳血管疾患等の循環器疾患により介護が必要となる方が多いことから、高齢期に至る以前から高血圧、糖尿病等の生活習慣病からくる循環器疾患の予防と重症化防止に取り組みます。

(5) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の確保

認知症対応型共同生活介護が1か所廃止となり、ベッド数に不足が生じているため、新たに1か所を確保します。

第3章 高齢者を取り巻く現状

1. 高齢化の動向

(1) 総人口及び年齢3区分別人口の推移

総人口は平成25年から平成28年にかけて減少傾向にありましたが、平成29年から増加に転じています。令和元年の総人口は35,399人で、平成28年の35,121人から3年間で278人の増加となります。

年齢3区分別にみると、「老年人口」は年々増え続けており、平成22年の4,851人に対し、令和元年は7,342人と、この9年間で2,491人(51.4%)の増となります。

一方、「年少人口」は徐々に減少する傾向にあり、平成27年には初めて老年人口を下回りました。また、「生産年齢人口」も平成25年以降減少傾向にあります。

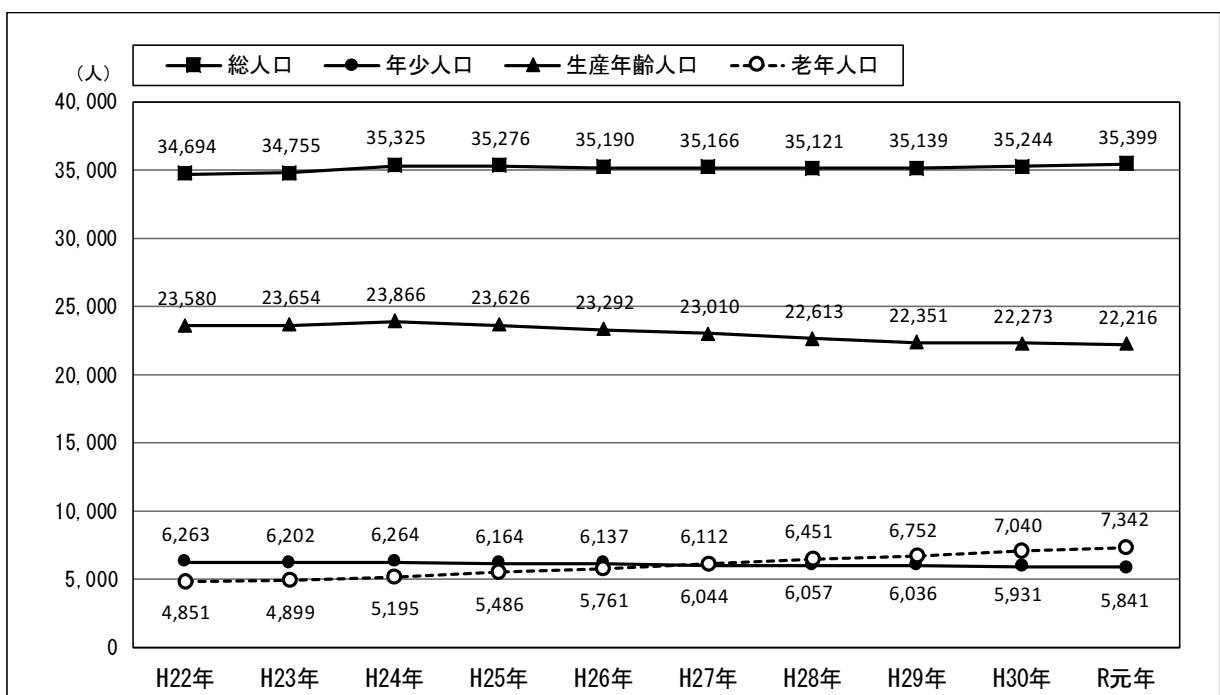
【総人口及び年齢3区分別人口の推移】

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	平成29年	平成30年	令和元年
総人口	34,694	34,755	35,325	35,276	35,190	35,166	35,121	35,139	35,244	35,399
老年人口 (65歳以上)	4,851	4,899	5,195	5,486	5,761	6,112	6,451	6,752	7,040	7,342
生産年齢人口 (15～64歳)	23,580	23,654	23,866	23,626	23,292	23,010	22,613	22,351	22,273	22,216
年少人口 (0～14歳)	6,263	6,202	6,264	6,164	6,137	6,044	6,057	6,036	5,931	5,841

資料：住民基本台帳(各年10月1日現在)

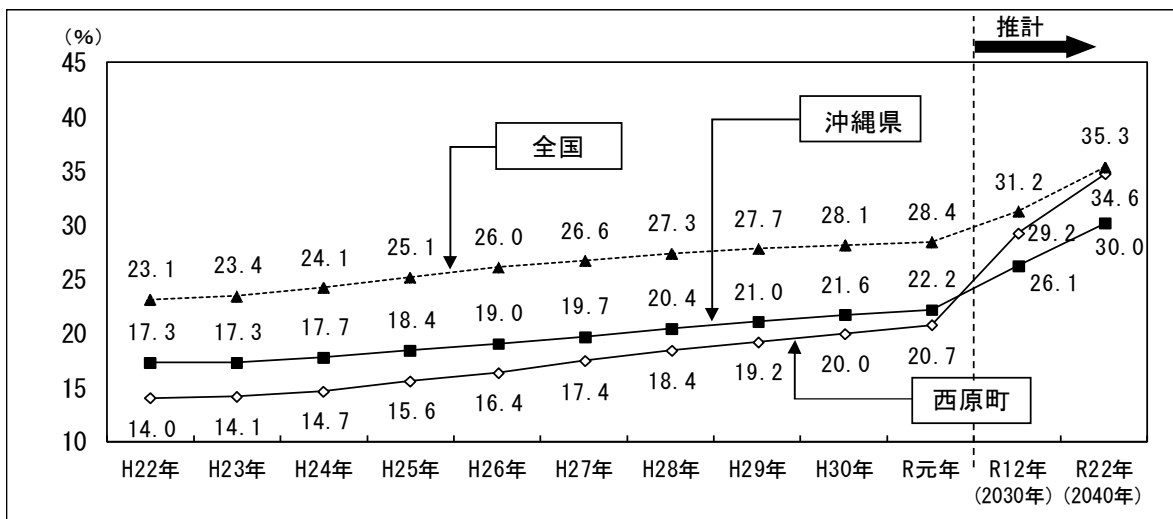
平成22年～平成23年は日本人のみ、平成24年以降は外国人を含む。



(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おり、令和元年度では20.7%となっています。一方、沖縄県の高齢化率との差は徐々に縮まってきています。また、将来推計では、本町の高齢化率は令和12年(2030年)に29.2%、令和22年(2040年)に34.6%と、沖縄県の高齢化率を上回ることが予測されています。

【高齢化の推移】



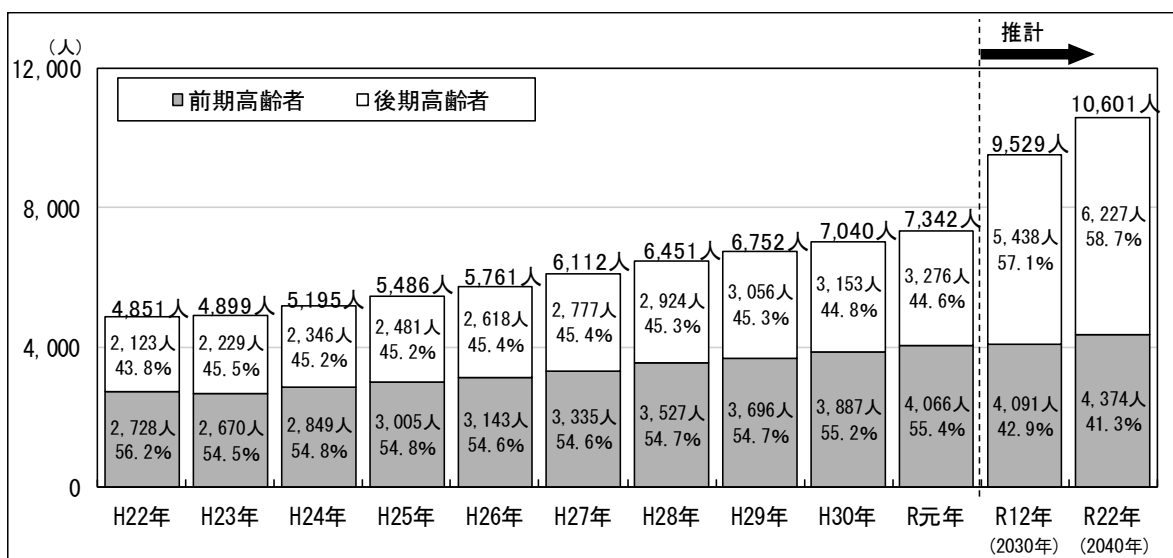
資料：西原町は住民基本台帳、全国、沖縄県は総務省統計局「人口統計」より(各年10月1日現在) 令和12年、令和22年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

(3) 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毎年増え続けています。前・後期高齢者人口の比は平成24年以降、およそ5.5：4.5とほぼ横ばいで推移しています。

将来推計では、後期高齢者人口の伸びが大きく、前・後期高齢者人口の比はおよそ4：6となります。

【前・後期高齢者人口の推移】



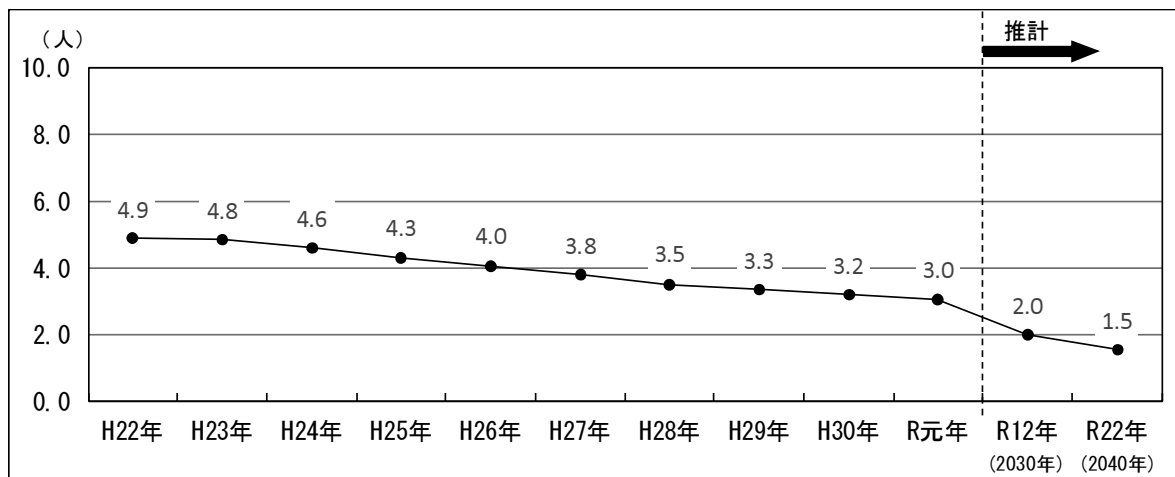
資料：令和元年までは住民基本台帳、令和12年、令和22年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

(4) 高齢者1人あたり生産年齢人口比

高齢者1人に対する社会・経済を支える生産年齢人口比は年々減少し、令和元年は3.0人と、平成22年の4.9人から1.9人の減となります。

また、令和12年(2030年)には2.0人、令和22年(2040年)には1.5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比】



資料：令和元年までは住民基本台帳、令和12年、令和22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

行政区ごとの高齢化率を平成 25 年から 3 年毎にみると、各年で「坂田」が最も高く、次に「幸地ハイツ」と「小波津団地」が高い状況です。令和元年度でみると「坂田」が 39.9%、「幸地ハイツ」が 38.6%、「小波津団地」が 38.1%となります。また、「徳佐田」が 33.2%、「西原台団地」が 36.8%、「西原ハイツ」が 34.7%といずれも 30%を超えています。一方、「千原」が 5.4%と最も低く、次に「上原」が 9.7%、「内間団地」が 8.9%となります。

高齢化率は全ての行政区で年を追うごとに高くなってきており、平成 25 年に対する令和元年の高齢化率は、「西原ハイツ」が 15.0 ポイント増と最も大きく、次に「西原台団地」が 14.3 ポイント増、「池田」が 11.3 ポイント増となります。

【行政区別高齢化率の推移】

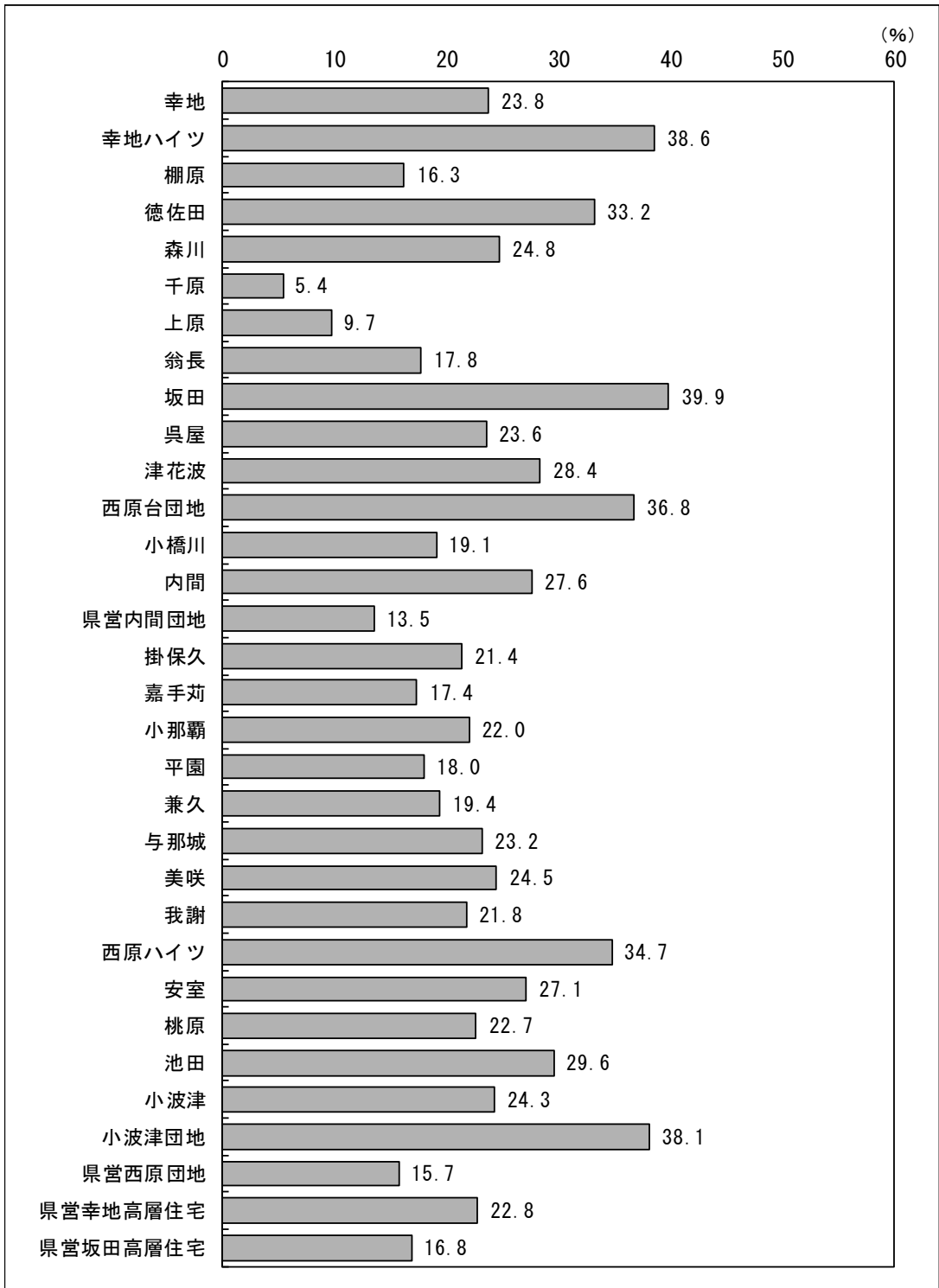
(単位：人、%)

行政区	平成 25 年			平成 28 年			令和元年		
	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
幸地	1,635	314	19.2	1,676	366	21.8	1,684	400	23.8
幸地ハイツ	316	97	30.7	305	101	33.1	306	118	38.6
棚原	2,564	311	12.1	2,512	366	14.6	2,670	434	16.3
徳佐田	312	83	26.6	269	82	30.5	283	94	33.2
森川	486	72	14.8	487	100	20.5	509	126	24.8
千原	1,073	26	2.4	1,007	35	3.5	981	53	5.4
上原	3,475	251	7.2	3,703	306	8.3	4,031	392	9.7
翁長	3,367	459	13.6	3,412	562	16.5	3,430	609	17.8
坂田	1,085	357	32.9	1,019	377	37.0	971	387	39.9
呉屋	557	102	18.3	569	113	19.9	569	134	23.6
津花波	472	105	22.2	461	123	26.7	475	135	28.4
西原台団地	440	99	22.5	448	135	30.1	416	153	36.8
小橋川	1,039	136	13.1	1,030	169	16.4	1,075	205	19.1
内間	492	112	22.8	484	117	24.2	478	132	27.6
内間団地	710	51	7.2	740	66	8.9	710	96	13.5
掛保久	471	132	15.5	481	142	17.5	472	156	21.4
嘉手苺	459	62	13.5	430	66	15.3	420	73	17.4
小那覇	2,091	376	18.0	2,109	437	20.7	2,275	501	22.0
平園	1,730	218	12.6	1,723	263	15.3	1,678	302	18.0
兼久	2,579	384	14.9	2,542	450	17.7	2,587	503	19.4
与那城	1,543	265	17.2	1,524	324	21.3	1,466	340	23.2
美咲	1,049	184	17.5	962	213	22.1	922	226	24.5
我謝	2,267	366	16.1	2,215	419	18.9	2,241	488	21.8
西原ハイツ	506	100	19.8	492	136	27.6	455	158	34.7
安室	372	67	18.0	401	83	20.7	398	108	27.1
桃原	253	42	16.6	280	53	18.9	282	64	22.7
池田	767	140	18.3	744	171	23.0	690	204	29.6
小波津	1,024	175	17.1	1,006	205	20.4	984	239	24.3
小波津団地	821	273	33.3	861	303	35.2	806	307	38.1
県営西原団地	491	31	6.3	478	47	9.8	439	69	15.7
県営幸地高層住宅	363	60	16.5	348	73	21.0	316	72	22.8
県営坂田高層住宅	467	36	7.7	403	48	11.9	380	64	16.8

資料：町健康支援課（各年 10 月 1 日現在）

※「掛保久」の高齢者人口は介護老人福祉施設(守礼の里)の高齢者を含んでいるため、高齢化率は入所定員数(70人)を除いて算出した。

【行政区別高齢化率】
 〈令和元年10月1日現在〉



(6) 高齢者のみ世帯人員・高齢者独居世帯人員

高齢者のみ世帯人員は、町全体では平成29年の2,208人に対し、令和2年では2,707人とこの3年間で499人増えています。また、高齢者独居世帯人員も、平成29年の1,547人に対し、令和2年では1,657人と110人の増となっています。令和2年の町の総世帯数に対する高齢者独居世帯の割合は11.3%となります。

行政区別でみると、平成29年と比べて令和2年で減少している高齢者のみ世帯人員は「内間」と「嘉手苧」の2地区ですが、高齢者独居世帯人員が減少している行政区は「幸地」や「池田」など12地区となります。行政区の総世帯数に対する高齢者独居世帯の割合は、「徳佐田」が24.2%と最も高く、次に「内間」が19.1%で、「千原」が3.1%と最も低くなります。

【高齢者のみ世帯人員・高齢者独居世帯人員】

(単位：人、%)

行政区	平成29年4月1日		令和2年4月1日					総世帯数	高齢者独居世帯の割合
	高齢者のみ世帯人員	高齢者独居世帯人員	高齢者のみ世帯人員	高齢者独居世帯人員	増減(対29年)				
					高齢者のみ世帯人員	高齢者独居世帯人員			
幸地	130	87	147	75	17	▲12	669	11.2	
幸地ハイツ	34	20	52	18	18	▲2	127	14.2	
棚原	111	124	142	123	31	▲1	1,222	10.1	
徳佐田	25	24	29	32	4	8	132	24.2	
森川	35	34	52	29	17	▲5	275	10.5	
千原	13	10	19	21	6	11	683	3.1	
上原	108	93	124	110	16	17	1,733	6.3	
翁長	197	152	236	142	39	▲10	1,355	10.5	
坂田	168	64	184	59	16	▲5	390	15.1	
呉屋	41	27	56	31	15	4	217	14.3	
津花波	32	29	45	29	13	0	182	15.9	
西原台団地	77	14	81	23	4	9	175	13.1	
小橋川	51	33	79	39	28	6	406	9.6	
内間	44	28	40	36	▲4	8	188	19.1	
県営内間団地	12	24	28	27	16	3	246	11.0	
掛保久	16	1	26	24	10	23	227	10.6	
嘉手苧	30	18	28	18	▲2	0	171	10.5	
小那覇	134	80	172	109	38	29	910	12.0	
平園	58	68	95	67	37	▲1	632	10.6	
兼久	138	118	187	123	49	5	1,007	12.2	
与那城	115	82	122	77	7	▲5	562	13.7	
美咲	76	57	89	53	13	▲4	378	14.0	
我謝	148	102	165	131	17	29	917	14.3	
西原ハイツ	59	17	74	21	15	4	178	11.8	
安室	24	14	45	21	21	7	143	14.7	
桃原	20	8	24	12	4	4	103	11.7	
池田	53	77	74	64	21	▲13	341	18.8	
小波津	59	40	73	44	14	4	374	11.8	
小波津団地	140	57	145	50	5	▲7	336	14.9	
県営西原団地	16	11	18	16	2	5	156	10.3	
県営幸地高層住宅	28	20	32	16	4	▲4	138	11.6	
県営坂田高層住宅	16	14	24	17	8	3	134	12.7	
合計	2,208	1,547	2,707	1,657	499	110	14,707	11.3	

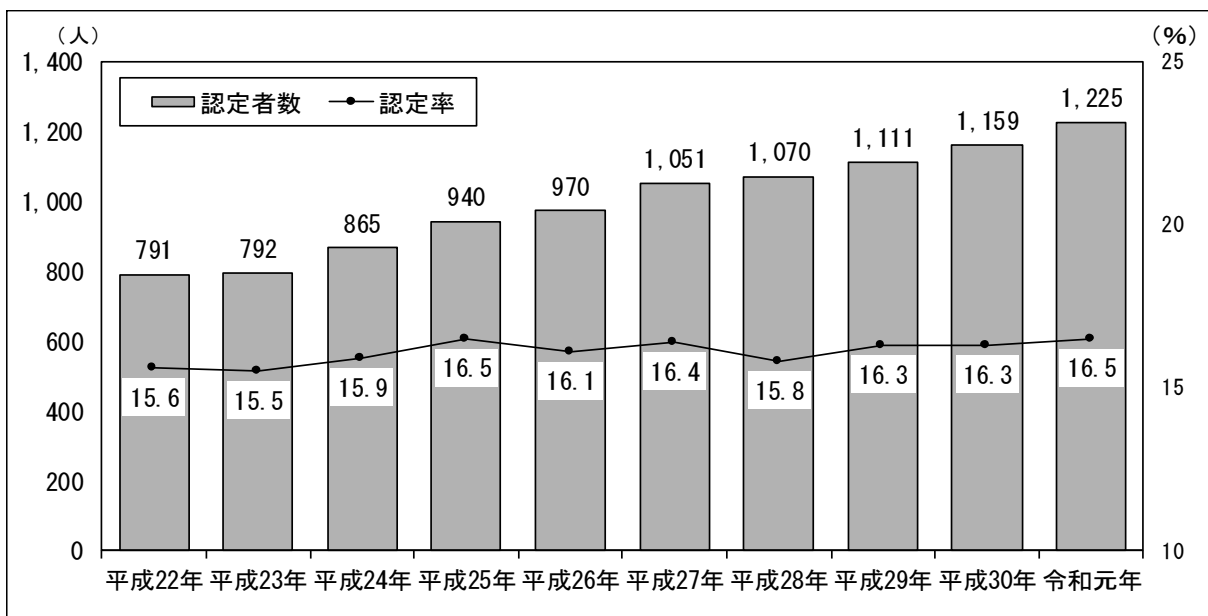
資料：町健康支援課 ※「掛保久」の高齢者独居世帯人員は介護老人福祉施設(守礼の里)の入所定員数(70人)を除いて算出した。

2. 介護保険の状況

(1) 認定者数・認定率の推移

介護保険の認定者数は、高齢者人口の増に伴い年々増え続けており、平成22年の791人から令和元年では1,225人と、この9年間で434人増え、約1.5倍となっています。また、認定率は平成25年以降ほぼ16%程度で推移しています。

【認定者・認定率の推移】



資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）

※認定率：第1号被保険者数／認定者数(2号認定者含む)×100

7) 要支援・要介護度別認定者数の推移

要支援 1 は、平成 26 年まで 80 人～90 人程度で推移していましたが、平成 27 年以降ほぼ毎年 100 人を超えています。

要支援 2 は、平成 26 年が 84 人で、それ以降毎年増え続け、令和元年では 224 人と平成 26 年から 140 人(約 2.7 倍)の増となっています。

要介護 1 は、平成 22 年(124 人)から平成 27 年(198 人)にかけて毎年増え続けていましたが、その後減少する傾向にあり、令和元年度では 168 人となります。

要介護 2 は、平成 24 年(144 人)以降増加傾向にあり、平成 29 年以降は毎年 200 人程度となっており、他の認定者数と比べて最も多くなります。

要介護 3 も平成 24 年以降増加する傾向にあり、平成 23 年の 133 人から令和元年では 201 人と、68 人の増となります。

要介護 4 は、平成 22 年が 130 人で、その後増加し、平成 26 年以降は年によって増減しながら 190 人～200 人程度で推移しています。

要介護 5 は、平成 24 年以降毎年 100 人を超えており、平成 27 年の 124 人がこれまでで最も多く、次に平成 28 年の 117 人となります。

認定者に占める要介護 3 以上の割合は、平成 28 年度までは 45%～48%程度でしたが、平成 29 年以降は 41%～42%程度と低くなっています。

【要支援・要介護度別認定者数の推移】

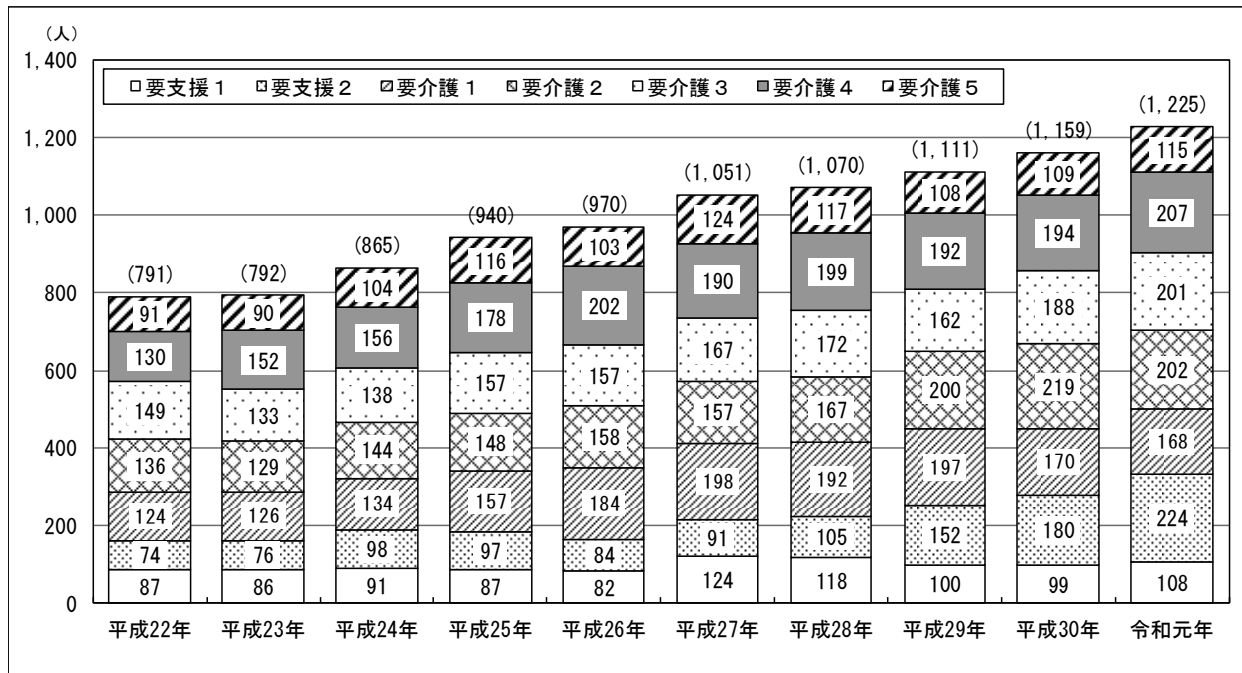
(単位：人、%)

	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	平成 29 年	平成 30 年	令和 元年
要支援 1	87	86	91	87	82	124	118	100	99	108
要支援 2	74	76	98	97	84	91	105	152	180	224
要介護 1	124	126	134	157	184	198	192	197	170	168
要介護 2	136	129	144	148	158	157	167	200	219	202
要介護 3	149	133	138	157	157	167	172	162	188	201
要介護 4	130	152	156	178	202	190	199	192	194	207
要介護 5	91	90	104	116	103	124	117	108	109	115
計	791	792	865	940	970	1,051	1,070	1,111	1,159	1,225
全認定者に占める 要介護 3 以上の割合	46.8	47.3	46.0	48.0	47.6	45.8	45.6	41.6	42.4	42.7

資料：介護保険事業状況報告（各年 10 月分報告）

■ はその年で最も認定者の人数が多いことを示す。

【要支援・要介護度別認定者数の推移】



(2) 介護等サービス利用率

ア) サービス利用率

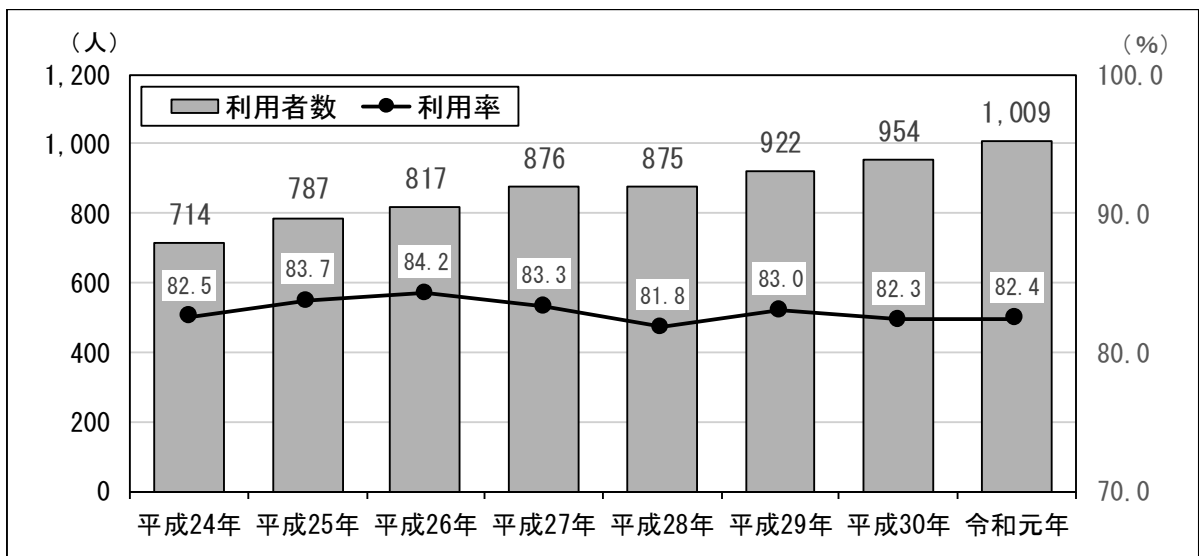
毎年、介護保険認定者の8割程度が介護等サービスを利用しています。

【サービス利用率】

(単位：人、%)

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
認定者数	865	940	970	1,051	1,070	1,111	1,159	1,225
利用者数	714	787	817	876	875	922	954	1,009
利用率	82.5	83.7	84.2	83.3	81.8	83.0	82.3	82.4

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）



1) 居宅介護等サービス利用率

毎年、介護保険認定者の6割程度が居宅介護等サービスを利用しています。

サービス利用率は平成25年以外の年で要介護1・2が最も高く、増減をくり返しながらも高くなる傾向にあり、平成29年以降は80%程度となります。

次に利用率が高いのは、平成26年までは要支援1・2(70%程度)、平成27年以降は要介護3(60%台)となります。また、要支援1・2の利用率は平成25年(74.5%)から平成29年(40%)にかけて毎年低下していましたが、平成30年と令和元年では高くなる傾向にあります。

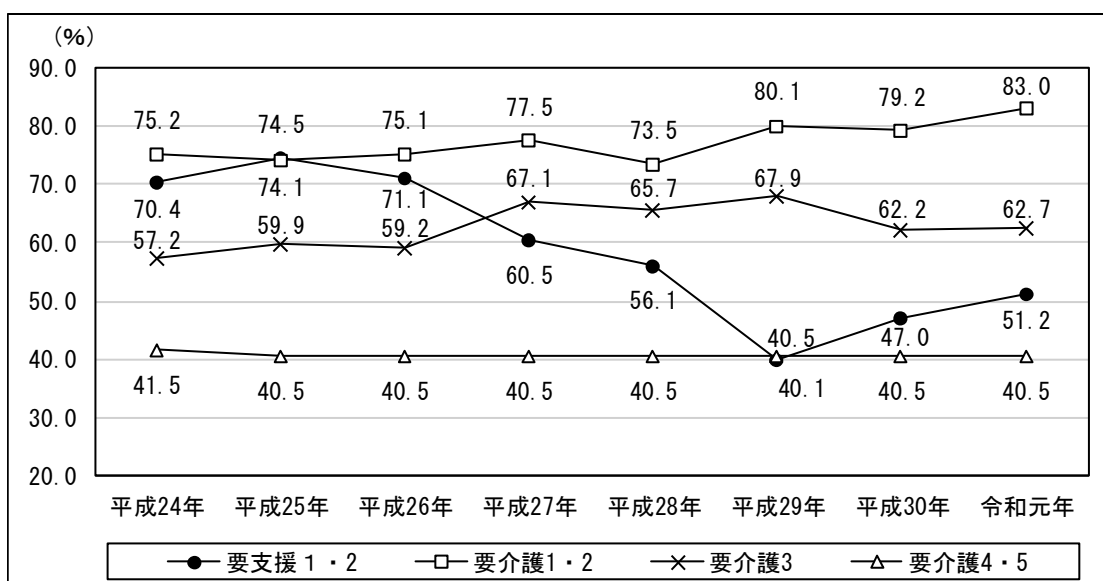
要介護4・5の利用率が毎年最も低く、概ね40%台で推移しています。

【居宅介護等サービス利用率】

(単位：人、%)

		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
要支援1・2	認定者数	189	184	166	215	223	252	279	332
	利用者数	133	137	118	130	125	101	131	170
	利用率	70.4	74.5	71.1	60.5	56.1	40.1	47.0	51.2
要介護1・2	認定者数	278	305	342	355	359	397	389	370
	利用者数	209	226	257	275	264	318	308	307
	利用率	75.2	74.1	75.1	77.5	73.5	80.1	79.2	83.0
要介護3	認定者数	138	157	157	167	172	162	188	201
	利用者数	79	94	93	112	113	110	117	126
	利用率	57.2	59.9	59.2	67.1	65.7	67.9	62.2	62.7
要介護4・5	認定者数	260	294	305	314	316	300	303	322
	利用者数	108	119	134	125	142	144	151	150
	利用率	41.5	40.5	43.9	39.8	44.9	48.0	49.8	46.6
計	認定者数	865	940	970	1,051	1,070	1,111	1,159	1,225
	利用者数	529	576	602	642	644	673	707	753
	利用率	61.2	61.3	62.1	61.1	60.2	60.6	61.0	61.5

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）



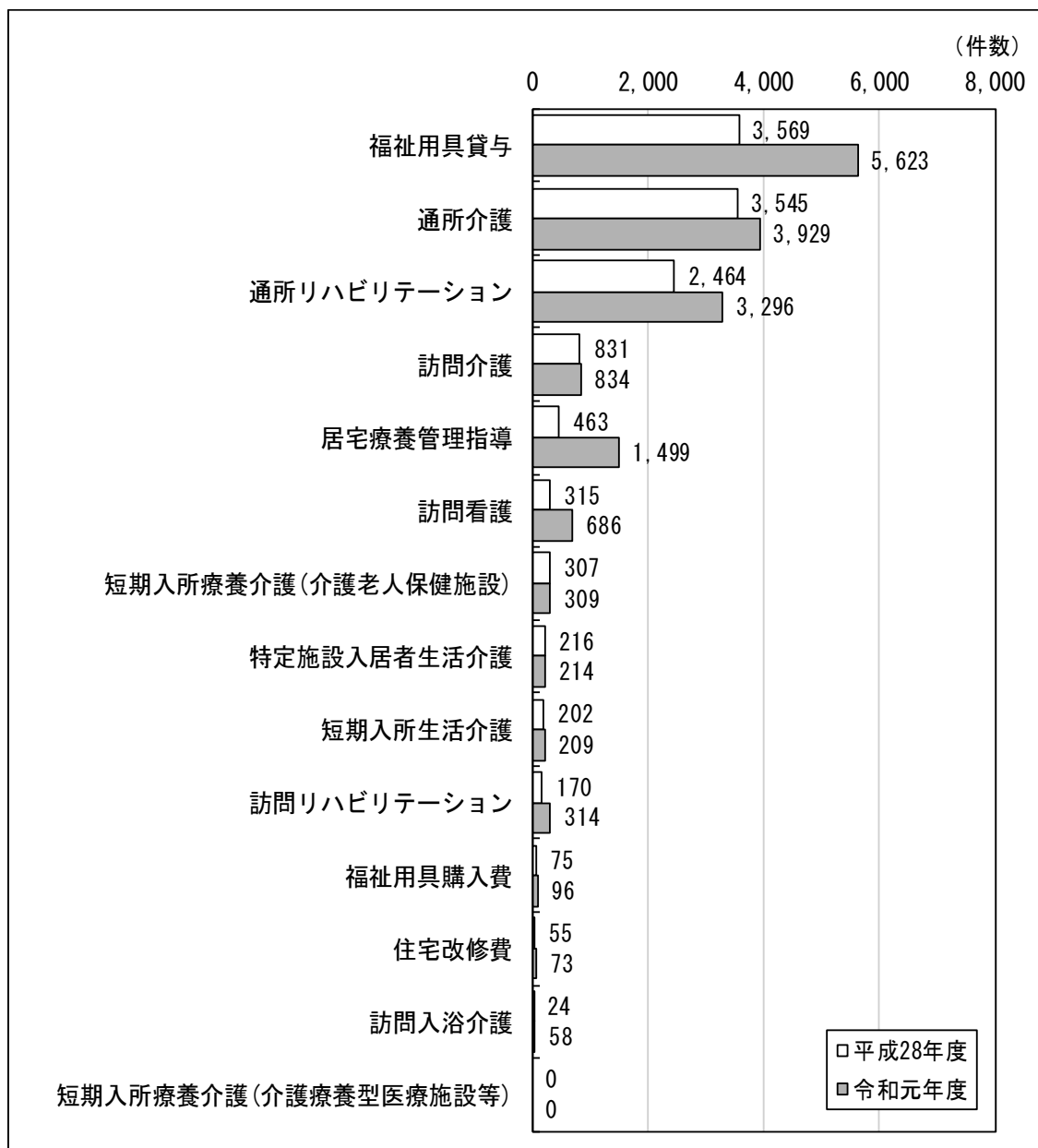
ウ) 居宅サービス種類別利用件数

平成 28 年度と令和元年度の居宅サービスの利用件数をみると、各年とも「福祉用具貸与」が最も多く、次に「通所介護」、「通所リハビリテーション」が多い状況です。

ほとんどの居宅サービスで、平成 28 年度と比べて令和元年度の利用件数が多くなっていますが、特に「福祉用具貸与」の利用件数は、平成 28 年度が 3,569 件であるのに対し、令和元年度では 5,623 件と 1.6 倍の増となっています。

また、「通所リハビリテーション」や「居宅療養管理指導」の利用件数も、平成 28 年度に比べて令和元年度の件数が大きく増えています。

【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、令和元年度）

I) 地域密着型サービス利用者数

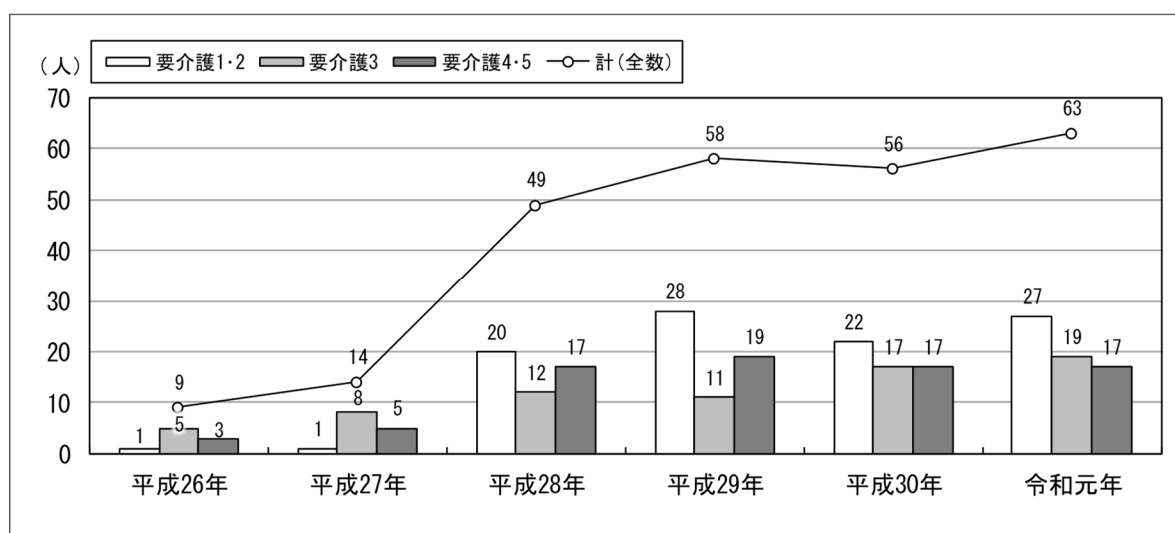
平成 28 年から「地域密着型通所介護」の利用が始まり、利用者は増える傾向にあります。利用者は平成 29 年以降 40 人程度で推移しており、そのうち要介護 1・2 の利用者が最も多くなります。

「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」の事業所は、平成 27 年に 1 か所増え 2 か所となり、令和元年では 18 人が利用しています。そのうち要介護 4・5 の利用者が最も多くなります。

【地域密着型サービス利用者数】

		平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和 元年
地域密着型 通所介護	要介護 1・2	0	0	19	26	20	26
	要介護 3	0	0	4	6	11	12
	要介護 4・5	0	0	9	8	8	7
	小計	0	0	32	40	39	45
認知症対応型 共同生活介護	要介護 1・2	1	1	1	2	2	1
	要介護 3	5	8	8	5	6	7
	要介護 4・5	3	5	8	11	9	10
	小計	9	14	17	18	17	18
合計	要介護 1・2	1	1	20	28	22	27
	要介護 3	5	8	12	11	17	19
	要介護 4・5	3	5	17	19	17	17
	計(全数)	9	14	49	58	56	63

資料：介護保険状況報告（各年 10 月分報告）



ホ) 介護保険施設利用者数

介護保険施設の利用者数は平成27年が221人と最も多く、それまで増加傾向にありましたが、その後減少し令和元年では194人となります。

利用者は介護度が高いほど多くなりますが、要介護4・5については平成27年の154人をピークにその後減少し、平成29年以降は120人台で推移しています。

「介護療養型医療施設」については、新たな受け入れは認められないことから、利用者は徐々に減少しています。

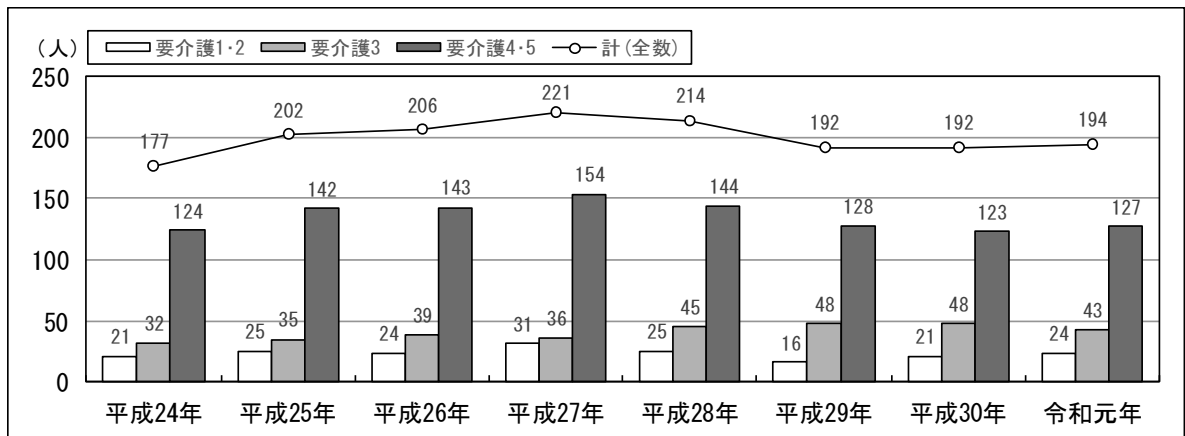
慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、平成30年より新たに「介護医療院」が創設され、本町では、令和元年で4人が利用しています。

【介護保険施設利用者数】

(単位：人、%)

		平成 24年	平成 25年	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年
介護老人 福祉施設	要介護1・2	7	8	6	7	6	4	1	3
	要介護3	13	14	19	14	21	21	26	27
	要介護4・5	51	59	56	66	64	64	59	68
	小計	71	81	81	87	91	89	86	98
介護老人 保健施設	要介護1・2	14	16	18	24	19	12	20	21
	要介護3	19	19	19	20	23	26	21	15
	要介護4・5	67	80	84	85	78	61	62	52
	小計	100	115	121	129	120	99	103	88
介護療養型 医療施設	要介護1・2	0	1	0	0	0	0	0	0
	要介護3	0	2	1	2	1	1	1	1
	要介護4・5	6	3	3	3	2	3	2	3
	小計	6	6	4	5	3	4	3	4
介護医療院	要介護1・2							0	0
	要介護3							0	0
	要介護4・5							0	4
	小計							0	4
合計	要介護1・2	21	25	24	31	25	16	21	24
	要介護3	32	35	39	36	45	48	48	43
	要介護4・5	124	142	143	154	144	128	123	127
	計(全数)	177	202	206	221	214	192	192	194

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）



(3) 介護保険給付費の推移

介護保険における給付費は、平成 27 年度まで毎年度 1 億円程度増加していましたが、平成 28 年度ではやや減少しました。減少の要因は、介護保険制度の改正により平成 27 年度から総合事業(介護予防・日常生活支援総合事業)への移行が開始され、本町では平成 28 年度より総合事業を実施しました。これにより、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が介護保険から総合事業に移行(実施主体は市町村)したことで、介護保険の給付費に含まれなくなったためです。しかし、平成 29 年度以降も給付費は増加する傾向にあり、令和元年度では 20 億円を超えました。

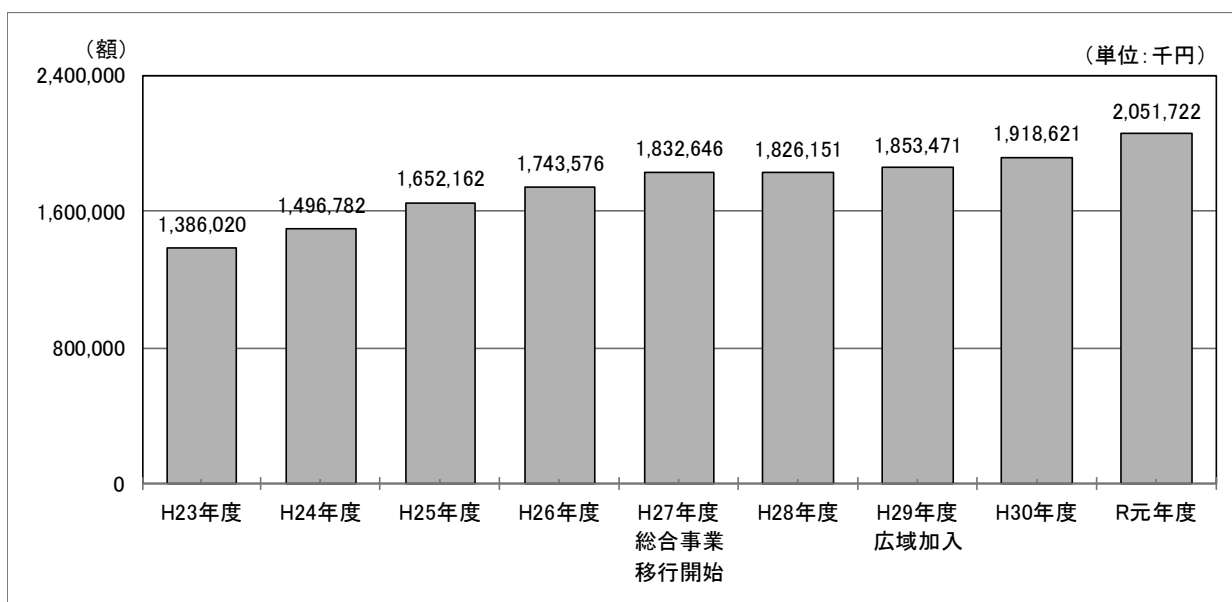
総合事業費も年々増える傾向にあり、平成 28 年度が 1 千万円程度であるのに対し、令和元年度では 3 千 3 百万円程度と 3 倍以上の費用となっています。

【介護保険給付費の推移】

(単位：千円)

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度 総合事業 移行開始	H28年度	H29年度 広域加入	H30年度	R元年度
給付費	1,386,020	1,496,782	1,652,162	1,743,576	1,832,646	1,826,151	1,853,471	1,918,621	2,051,722
総合事業費					0	10,184	27,040	29,563	33,164
介護予防ケアマネジメント 事業費(委託料)					15	2,313	4,586	3,850	3,691

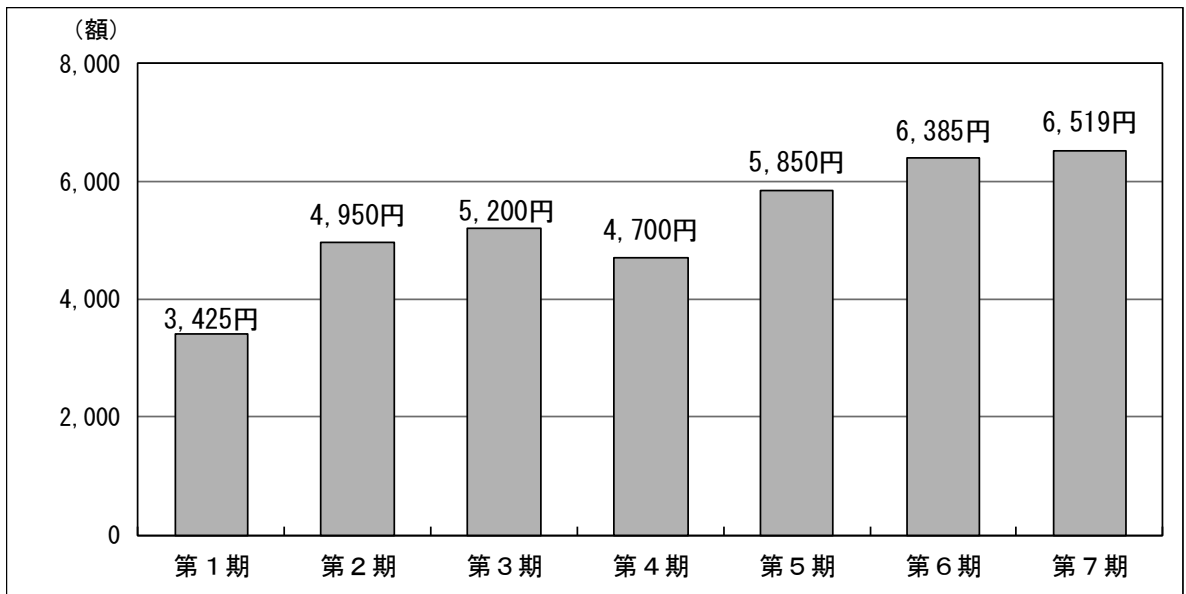
資料：町健康支援課



(4) 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：町健康支援課

(5) 西原町医療機関マップ

病院

1	琉球大学医学部付属病院	上原207
2	アドベンチストメディカルセンター	幸地868
3	しらかわ内科医院	棚原248-1
4	とうま内科医院	幸地972
5	城間医院	翁長240-7
6	儀間クリニック	翁長410-1
7	あいわクリニック	池田766-2
8	しんざと内科	
9	にしはら皮膚科	小波津3-5
10	SAKU整形外科医院	

病院

11	にしはら耳鼻咽喉科	小波津3-6
12	しろま眼科クリニック	小橋川154-13
13	のびのび整形外科医院	棚原240-1
14	太田小児科医院	小橋川164-1
15	いちょう内科 あしとみ	内間345-2
16	ゆいゆい内科クリニック	我謝786-11
17	玄米クリニック	翁長834
18	ハートライフクリニック	掛保久288
19	ハートライフ病院(中城村)	伊集208
20	与那原中央病院(与那原町)	与那原2905
21	ながみね内科(与那原町)	与那原1121



歯科医院

22	あらかわ歯科	我謝241-66
23	石川歯科医院	嘉手苺78-1
24	サンユー歯科	小橋川154-5
25	城北歯科医院	翁長523-1
26	平良歯科クリニック	小那覇639
27	南歯科医院	翁長240-5
28	まちだ歯科クリニック	翁長504
29	備瀬歯科医院	兼久4-2
30	さわふじ歯科医院	呉屋93-1
31	西原歯科クリニック	翁長641-120
32	伊熊歯科	呉屋108-2

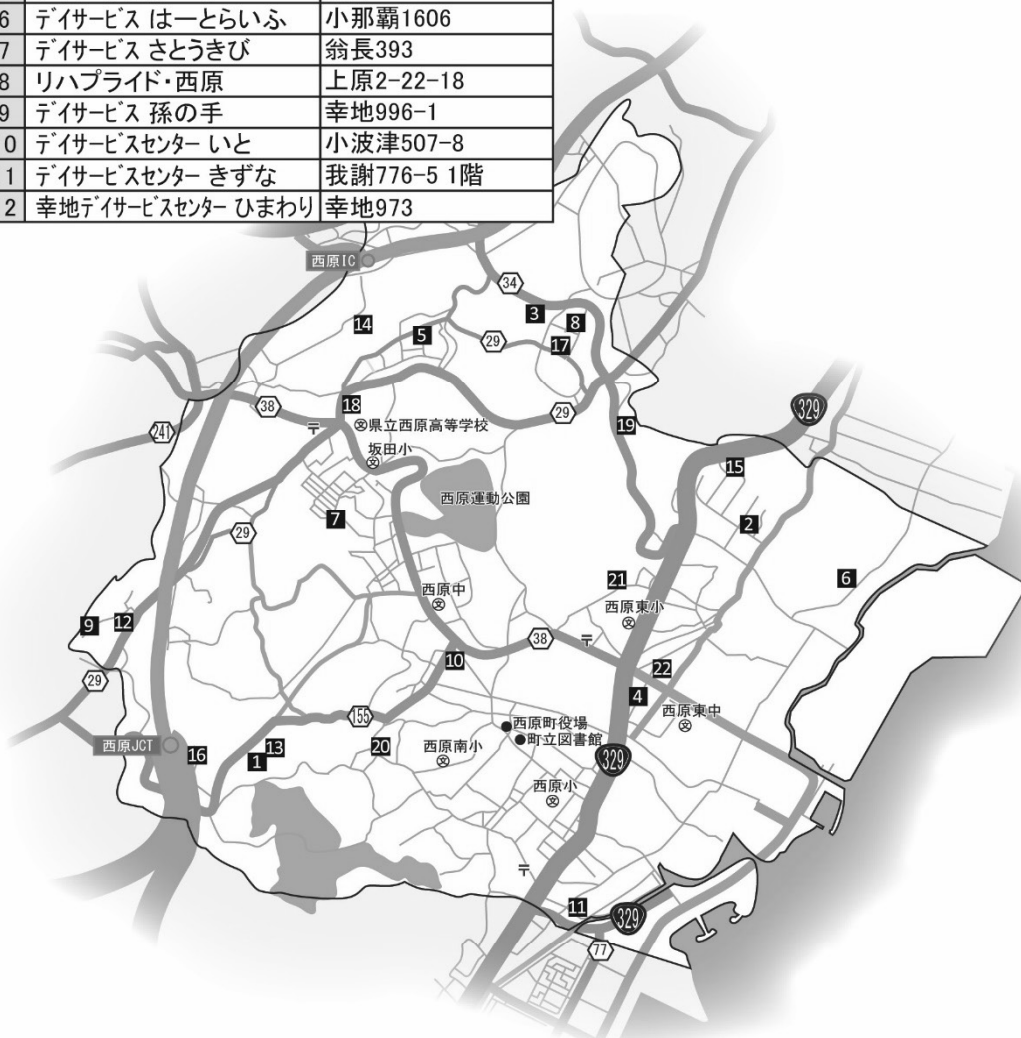
(6) 西原町介護サービス事業所マップ

通所介護(デイサービス)

1	あいわクリニックデイサービスセンター	池田766-2
2	通所介護事業所 守礼の里	掛保久346
3	デイサービス はなまる	上原2-29-9 コムシト71階
4	デイサービス もりのはな	小那覇275-15 1階
5	デイサービス かーさ	棚原1-11-3
6	デイサービス はーとらいふ	小那覇1606
7	デイサービス さとうきび	翁長393
8	リハプライド・西原	上原2-22-18
9	デイサービス 孫の手	幸地996-1
10	デイサービスセンター いと	小波津507-8
11	デイサービスセンター きずな	我謝776-5 1階
12	幸地デイサービスセンター ひまわり	幸地973

通所リハビリテーション(デイケア)

1	あいわクリニックデイケアセンター	池田766-2
13	介護老人保健施設 池田苑	池田757
14	介護老人保健施設 西原敬愛園	徳佐田159-1



訪問介護(ヘルパー)

15	ヘルパーステーション はーとらいふ	小那覇1606
16	ヘルパーステーション きずな	池田371-21 池田ハイツA-24

入所・ショートステイ

2	介護老人福祉施設 守礼の里	掛保久346
13	介護老人保健施設 池田苑	池田757
14	介護老人保健施設 西原敬愛園	徳佐田159-1

訪問看護

17	訪問看護ステーション さわふじ	上原2-23-3 サンテラス屋良1階
6	訪問看護ステーション はーとらいふ	小那覇1606

認知症対応型共同生活介護

18	クローバー	翁長591
----	-------	-------

小規模多機能型居宅介護

22	グリーンハウス西原	小那覇218
----	-----------	--------

居宅介護支援事業所

14	ケアプランセンター 西原敬愛園	徳佐田159-1
2	居宅介護支援事業所 守礼の里	掛保久346
13	なごみ居宅介護支援事業所	池田757
19	居宅介護支援事業所 盛楽	上原309-4
20	居宅支援事業所 ウェルビーング	安室314-1
6	ケアプランセンター はーとらいふ	小那覇1606
7	介護計画相談所 さとうきび	翁長393
11	ケアプランセンター きずな	我謝776-5
21	居宅支援事業所 さねり	小橋川37

第 4 章 事業別実施の現状と評価及び課題

基本目標 1

健やかで充実した高齢期の実現

1 健康づくり(生活習慣病予防)の充実

①特定健康診査

【現状・評価】

- 受診率向上に向けて、広報誌等による健康に関する情報の提供や特定健康診査の受診啓発を行っています。また、戸別訪問や個別電話による受診勧奨、チラシ配布、主に町内の個人内科医への通院者受診協力依頼などを継続して行っています。
- 特定健康診査受診勧奨の呼びかけを行う、健康づくり推進員の確保に努めています。
- 平成 30 年度から、特定健康診査受診率の高い行政区に対し、報奨を授与する取り組み(特定健康診査受診率自治会報奨制度)を行っています。

	被保険者数	受診者数	受診率	
				沖縄県
平成 29 年度	5,443	2,250	41.3%	39.1%
平成 30 年度	5,311	2,138	40.3%	39.3%
令和元年度	5,231	2,052	39.2%	38.6%

【メタボリックシンドローム該当者・予備群】

性別	年度	受診者数	予備群				該当者			
			人数	割合			人数	割合		
				沖縄県	同規模内順位			沖縄県	同規模内順位	
男性	平成 29 年度	1,044	237	22.7	20.6	2	464	32.3	33.6	5
	平成 30 年度	1,008	221	21.9	21.1	2	312	31.0	34.2	5
	令和元年度	958	202	21.0			341	34.7		
女性	平成 29 年度	1,206	134	11.1	9.3	1	154	12.8	13.6	5
	平成 30 年度	1,130	106	9.4	9.5	4	135	12.4	13.9	5
	令和元年度	1,094	126	11.0			146	12.9		

【課題】

- 受診率は県平均より高いものの、徐々に低下する傾向にあるため、受診率の向上に向けた更なる取り組みが必要です。
- 健診長期未受診者の糖尿病をはじめとする生活習慣病の結果が著しく悪いことから、引き続き、長期未受診者対策が重要となります。
- 健康づくり推進員は、各行政区に少なくとも 1 人は確保したいところですが、現在町全体で 9 人であるため、更なる確保に努める必要があります。

②特定保健指導

【現状・評価】

- 健診結果について、保健師と管理栄養士による個別の結果説明と保健指導を継続して行っています。
- 保健指導は、これまで通り重症化予防に向けて優先順位を決めて行っており、優先順位の上位は、病院受診がなく、腎機能及び糖代謝において専門医受診が必要な者となります。また、健診結果の重症度に応じて優先順位を決めています。
- 保健指導にあたっては、国保データベース(KDB)などの情報システムを活用した、効率的・効果的な指導に努めています。
- 健診結果では、依然として若年層から内臓脂肪蓄積による血糖値に異常があるものが多い状況です。

	対象者数	終了者数	実施率	
				沖縄県
平成 29 年度	345	227	65.8%	60.0%
平成 30 年度	325	237	72.9%	63.8%
令和元年度	301	206	68.0%	

【課題】

- 特定保健指導における、保健師等のマンパワーの確保が依然からの課題となっています。また、保健指導による生活改善者が増えるよう、引き続き保健指導のスキル向上を図る必要があります。

③健康教育

委託先〔沖縄県健康づくり財団〕

【現状・評価】

- 将来の生活習慣病の発症を防ぐために、生活習慣病発症のリスクを抱えた者に対し、運動を含めた食生活を見直し、積極的に生活習慣の改善に取り組むことができるよう、平成 28 年度から沖縄県健康づくり財団に委託し、「なりたいをつくる 3 か月チャレンジ教室」を開催しています。

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
開催数	66 回	72 回	63 回
延参加者数	293 人	353 人	539 人

【課題】

- もともと運動習慣を持っている方の教室参加が目立ち、本来の目的である運動習慣を身に付けるためのきっかけづくりの役割としては課題が残ったままです。
- 3 か月チャレンジ教室参加者への事後フォローの体制を整えることができていないため、引き続き体制づくりに取り組み、改善した生活習慣を継続できるよう支援していく必要があります。

④長寿健康診査(後期高齢者健康診査)・人間ドック

【現状・評価】

○沖縄県後期高齢者医療広域連合と協力して、長寿健康診査を実施しています。また、広域連合が対象としない後期高齢者の人間ドックについて町から費用の助成を行っています。

	被保険者数	除外者数	対象者数	受診者数	受診率		人間ドック 受診者数
						沖縄県	
平成 29 年度	2,906	295	2,611	931	35.7%	32.9%	301
平成 30 年度	3,019	127	2,892	932	32.2%	32.4%	282
令和元年度	3,104	152	2,952	967	32.8%	32.2%	325

【課題】

○受診率は県平均より高いものの、低下傾向にあるため、広域連合と協力して受診率向上に取り組む必要があります。

⑤健康長寿訪問指導

【現状・評価】

○平成 28 年度から後期高齢者医療広域連合から指定された対象者について、委託を受けて訪問指導を実施しており、指導対象者の健康診断の経年結果を参考に保健指導を実施しています。専門職が年間 10 名程度を訪問しています。

○訪問する際のアポ取りに時間がかかることや、拒否される方も多い状況です。また、訪問した際に、健診結果のみならず介護保険や医療保険などの経済的不安、ゴミ収集日等の生活関連の相談が多く、関係機関につないでいます。

【課題】

○健康状態の把握だけではなく、経済的な不安や公的機関の手続きなどで困っている方も多いため、医療や福祉の情報を収集し、提供していく必要があります。

○高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する観点から、今後は健診を受けた全ての後期高齢者に対する初回保健指導の実施を考えていく必要があります。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

①訪問介護

○介護保険の要支援認定者及び基本チェックリストで要支援者に相当すると認められた者に対し、総合事業の開始に伴い平成 28 年度から訪問介護(旧介護予防訪問介護に相当するサービス)を提供しています。

	訪問介護サービス延べ利用回数
平成 29 年度	285
平成 30 年度	371
令和元年度	680

【課題】

○特になし

②通所介護

○介護保険の要支援認定者及び基本チェックリストで要支援者に相当すると認められた者に対し、総合事業の開始に伴い平成 28 年度から通所介護(旧介護予防通所介護に相当するサービス)を提供しています。

	通所介護サービス延べ利用回数
平成 29 年度	956
平成 30 年度	1,018
令和元年度	1,119

【課題】

○特になし

③さらばんじ短期大学（通所型サービスC）

【現状・評価】

- 平成 29 年度 10 月より「さらばんじ短期大学(通所型サービスC)」として、リハ専門職を中心に週 1 回程度、運動器機能等の向上を目的とした介護予防プログラムを、約 3 か月の短期間で実施しています。
- 令和 2 年度は、事業実施のあり方の検討と新型コロナウイルス感染症対策等を考慮し、休止としています。

		対象者数		実施回数	利用者数(実数)				
					性別		状態別		
		男性	女性		男性	女性	要支援1	要支援2	事業対象者
平成 29 年度	1クール	2	4	13	2	4	2	1	3
	2クール	3	4	11	3	4	1	1	5
平成 30 年度	1クール	2	3	12	2	3	0	0	5
	2クール	2	4	12	2	4	2	1	3
令和元年度	1クール	0	4	12	0	4	1	0	3
	2クール	0	4	12	0	4	3	1	0
	3クール	0	3	5	0	3	3	0	0

【課題】

- 事業参加者が少ないため、対象者の把握が課題となっています。今後は、退院者の短期集中サービスとして提供する仕組みに移行する必要があります。
- 平成 29 年度から謝礼金による直営実施となっていますが、マンパワーの確保と事業の強化を図るために、事業実施のあり方を考えていく必要があります。

④介護予防ケアマネジメント

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 介護予防事業対象者及び要支援者について、これまで地域包括支援センターにおいて介護予防ケアプランを作成し、必要な介護予防等のサービス提供に努めてきました。また、モニタリングも適時実施しています。
- 介護予防ケアプランの対象者は増加傾向にあり、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に一部委託しています。

	作成実人数			作成延件数			委託事業所数	延委託件数
	事業対象者	要支援1	要支援2	事業対象者	要支援1	要支援2		
平成 29 年度	16	73	98	18	86	123	14	623
平成 30 年度	16	80	149	27	140	265	16	683
令和元年度	12	71	156	14	105	225	19	753

【課題】

- 介護予防ケアプラン作成委託先の人員体制や業務繁忙期と重なることで、委託調整が難しくなってきました。

(2) 一般介護予防事業

①介護予防把握事業

【現状・評価】

○高齢者実態調査や個別支援、窓口における相談、地域包括支援センターとの連携等において対象者の把握に努めています。

【課題】

- 介護予防事業の参加者を増やすために、対象者の把握に努め、介護予防の意識啓発や予防事業の効果の周知など、積極的なアプローチが必要です。
- 事業対象者の効果的かつ効率的な把握方法について、今後も検討が必要です。
- 後期高齢者の保健事業と連携した把握をする必要があります。

②介護予防サポーター養成講座

委託先〔日本健康倶楽部〕

【現状・評価】

- 高齢者の健康づくりを支えるために、介護予防について学び、自分自身の健康づくりを行いながら、介護予防教室や地域の介護予防活動等で、ボランティアとして活動する人材を育成する、介護予防サポーター養成講座を平成 28 年度から実施しています。
- サポーターは民生委員や食生活改善推進員、母子保健推進員が主となっており、現在、「さらばんじ短期大学（通所型サービス C）」で事業をサポートしています。
- 養成後はスキル向上のための定例会を年 6 回実施しています。

	講座開催 地区数	開催回数	参加者数		サポーター 養成者数 (累計)
			実数	延数	
平成 29 年度	7 地区	1 回	11	59	22
平成 30 年度	8 地区	1 回	6	38	30
令和元年度	8 地区	1 回	5	39	35

【課題】

- 養成講座の定員は 15 人ですが、応募者は年々少なくなっています。また、活動の場が通所型サービス C 事業のみであるため、モチベーションが低くなっており、定例会には講座修了者の 3 割程度しか参加していません。
- 介護予防サポーターの増を図るとともに、サポーターの活動の場を広げる必要があります。

③地域型通所事業

【現状・評価】

- 地域における体操の自主サークルとして事業展開を図るために、公募により、サークルの立ち上げを希望する地域に、理学療法士が週1回の3ヶ月集中的に関与し、その後の6ヶ月は支援期間として月1回の支援を行っています。
- 平成27年度から平成29年度までは沖縄理学療法士協会に委託し実施しました。平成30年度では理学療法士を非常勤で採用し展開していく予定でしたが、確保出来ず謝礼にて実施しました。
- これまで9か所で事業を展開してきましたが、その後活動の代表が都合により活動できない等で3か所が継続出来ていません。
- 令和2年度は新型コロナウイルス感染症予防もあり、昨年度からの継続地区1ヶ所と新規の1ヶ所で実施予定としています。

	実施地区	実施回数	参加者数(延数)
平成29年度	掛保久、上原、坂田高層、小橋川	46	665
平成30年度	兼久、上原、坂田高層	20	183
令和元年度	西原台団地、上原、兼久	22	189

【課題】

- 活動の継続が代表者や世話人の状況によるため、自主サークルとして定着するよう育成する必要があります。
- 理学療法士や役場の支援継続を望む声が多く、自主サークルとしての位置づけと介護予防の受け皿の強化の観点から、関与のあり方を考えていく必要があります。
- これまで、いいあんべー共生事業の参加者を中心に展開していることが多く、地域の予防事業に参加していない者も含めた、自主サークルを立ち上げる必要があります。また、介護予防サポーター等の活用も考えていく必要があります。

④いいあんべー共生事業

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 各区公民館や自治会事務所等において、高齢者の生きがい活動支援と介護予防及び健康増進を目的に、自治会や老人クラブ、婦人会、青年会、子ども会、地域ボランティア等の協力を得て、世代間交流やレクリエーション、趣味活動、健康チェック、出前講座等さまざまな活動を継続して行っています。
- いいあんべー共生事業には、のこれまでも多くの高齢者が参加するとともに、地域の協力員（ボランティア）の育成が図られるなど、地域の事業支援体制の構築が進められてきました。また、高齢者にとっては、事業開催を楽しみ（生きがい）にしている方が多いことや孤独感の解消、安否確認、閉じこもりの予防に繋がるなどの効果が出ています。
- 現在、全ての地区（33地区）で実施しています。

行政区名	平成29年度			平成30年度			令和元年度		
	開催回数	ボランティア実人数(活動者)	延利用者数	開催回数	ボランティア実人数(活動者)	延利用者数	開催回数	ボランティア実人数(活動者)	延利用者数
1 幸地	24	14	528	24	16	546	21	12	515
2 幸地ハイツ	25	2	604	24	2	446	22	-	489
3 棚原	26	-	1,120	24	1	1,045	26	7	2,285
4 徳佐田	27	4	198	24	4	166	22	2	197
5 森川	25	12	766	24	50	480	23	21	515
6 千原							24	-	194
7 上原	25	13	777	24	17	813	21	17	707
8 翁長	24	6	732	24	5	695	22	5	659
9 坂田ハイツ	24	7	598	24	3	468	24	5	592
10 呉屋	24	6	505	24	7	503	25	4	1,036
11 津花波	24	6	254	24	8	369	22	9	260
12 西原台団地	52	-	1,167	62	-	1,170	30	-	672
13 小橋川	25	1	489	24	9	500	24	6	582
14 内間	24	0	339	24	0	424	22	0	416
15 県営内間団地	24	3	272	24	1	306	7	2	52
16 掛保久	24	2	354	24	2	373	42	3	565
17 嘉手苅	24	10	395	24	9	404	22	7	325
18 小那覇	24	21	565	24	20	625	22	18	480
19 平園	84	27	1,851	34	31	1,445	31	33	1,586
20 兼久	25	23	767	24	22	756	24	22	647
21 与那城	24	7	494	24	6	655	21	5	315
22 美咲	25	24	533	24	-	602	23	15	718
23 我謝	24	16	793	24	17	768	23	18	650
24 西原ハイツ	24	5	249	24	-	240	21	1	216
25 安室	26	-	588	24	-	427	24	-	513
26 桃原	25	18	647	24	18	660	26	-	666
27 池田	24	-	510	24	-	559	21	1	477
28 池田ハイツ	24	1	195	24	1	215	21	1	187
29 小波津	24	22	710	24	14	741	22	11	643
30 小波津団地	25	-	506	24	-	467	21	2	482
31 県営西原団地	24	5	314	24	5	238	24	4	314
32 県営幸地高層	24	5	291	24	6	353	22	4	296
33 県営坂田高層	24	2	373	24	4	366	24	3	365

【課題】

- ボランティアの減少やボランティアの負担が大きいといった声があり、今後の通いの場を継続する上での課題となっています。
- 公民館や自治会事務所等の活動拠点が遠く、通うことが困難な高齢者がいます。
- 医療やリハビリテーションの関与が依然できていないため、今後進める必要があります。

⑤ロコフィット体操(機能訓練事業)

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 若い時からの介護予防対策として、40歳以上の住民を対象に運動習慣を身に付け、体力維持と運動器の機能向上を図るために、血圧測定、筋力トレーニング、ストレッチ、体力測定等年間を通して実施しています。
- 定員は30人で、いいあんべー家で週2回実施しており、いいあんべー家の職員・看護師(事業前の健康チェックや相談)が対応しています。
- 参加者は60代、70代を中心に、主婦やパートの方も比較的多い状況です。また、中には何年も通っている方がいます。

	開催回数	参加人数	
		実数	延数
平成29年度	123	109	3,110
平成30年度	124	84	2,828
令和元年度	117	70	2,967

【課題】

- 利用者の意見・要望等踏まえながら、事業実施内容の向上に努める必要があります。

⑥ロコフィット体操男塾(機能訓練事業)

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 若い時からの介護予防対策として、40歳以上の男性を対象に、運動習慣を身に付け、体力維持と運動器の機能向上を図るために、血圧測定、筋力トレーニング、ストレッチ、体力測定等年間を通して実施しています。
- いいあんべー家で週1回実施しており、いいあんべー家の職員(運動指導者)・登録看護師(事業前の健康チェックや相談)が対応しています。

	開催回数	参加人数	
		実数	延数
平成29年度	41	16	193
平成30年度	41	21	282
令和元年度	42	15	315

【課題】

- 広報活動は行っていますが、参加者が少ない状況です。男性の積極的な参加につながる事業内容を検討する必要があります。

⑦じんぶん教室(認知症予防・生活機能改善事業)

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 要支援、要介護認定者を除く 65 歳以上の高齢者を対象に、運動機能や認知機能等の低下を予防するために行っています。
- 教室は、いいあんべ一家で全 14 回（週 1 回）を 2 クール実施しており、運動だけではなく、口腔機能、栄養、認知症予防に関する講座も取り入れるとともに、事前・事後の体力測定により参加者の評価を行っています。
- 教室の定員は 25 人で、通所型サービス C からつなぐ方もいます。また、教室参加者の中から、認知症サポーターを養成しています。
- 教室のスタッフは理学療法士、看護師、ヘルパーまたは認知症サポーターとなっています。
- 利用者については、タクシー(町内事業者)による無料の送迎があります。

	1 期			2 期		
	開催回数	参加者数		開催回数	参加者数	
		実数	延数		実数	延数
平成 29 年度	14	15	152	14	12	137
平成 30 年度	24	21	157	24	32	175
令和元年度	38	20	432			

【課題】

- 依然として男性の参加者が少ない傾向にあることから、引き続き男性の参加促進を模索していく必要があります。
- 教室終了者については地域になじまない方が多く、次の受け皿となる、いいあんべ共生事業への参加が難しいため、教室終了後の通いの場に繋がらない方がいます。
- 利用者の送迎費用が無料となっていますが、いいあんべ共生事業等他の事業との整合性や受益者負担の観点から、費用負担を考えていく必要があります。

⑧訓練室運動事業

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 介護予防につながるよう、40 歳以上の住民で運動制限のない方を対象に、いいあんべ一家の訓練室の一角に、ストレッチ・体操コーナーを設け運動器具を配置し、気軽に運動を継続してもらえるようにしています。
- いいあんべ一家の職員(運動指導者)が利用者の身体の状態を把握し、ストレッチや筋トレなどの運動指導を行っています。
- 毎週月～土の 9 時から 17 時まで、1 年を通して訓練室を開放しています。

【課題】

- 運動器具が劣化しているため、器具の入れ替えを検討する必要があります。

⑨夜のピラティス教室

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 40歳～59歳の住民を対象に、健康づくりと介護予防の意識を高めてもらうために、ヨガ講師によるピラティス(姿勢改善)教室を平成30年度から開催しています。
- 教室は、いいあんべ一家において19時半～20時半で開催しており、週1回の全4回のコースとなっています。エクササイズのほか、休養を含めたセルフケアについて情報の提供を行っています。
- 利用者へのアンケートでは、介護予防の意識が高まっています。また、参加ニーズの高い教室となっています。
- 安全管理の面から、いいあんべ一家担当職員と看護師が参加しています。

	開催回数	参加人数	
		実数	延数
平成30年度	8	22	79
令和元年度	4	18	128

【課題】

- 自主活動の声もあり、サークル育成等の検討が必要です。

⑩健康講話・医療講話

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 40歳以上の住民を対象に、介護予防や健康づくりの意識を高めてもらうために、主として医療機関の理学療法士による、介護予防に関する講話及び運動等を行っています。
- 平成30年度から実施しており、定員は25人です。

	開催回数	参加人数	
		実数	延数
平成30年度	2	22	38
令和元年度	3	19	59

【課題】

- 特になし

⑪訪問型支援事業(地域リハビリテーション活動支援事業)

【現状・評価】

- 基本チェックリスト等により生活機能の低下がみられ、心身の状況により通所による介護予防事業への参加が困難な者について、理学療法士が対象者の居宅を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し必要な相談・指導等を行っています。

	利用者数(実数)		利用回数(延数)	
	男性	女性	男性	女性
平成29年度	3	2	6	6
平成30年度	1	2	1	2
令和元年度	0	1	0	1

【課題】

- 地域や関係団体等と連携し、事業対象者の把握を更に進めるとともに、広報等により事業の利用促進に努める必要があります。
- 理学療法士は謝礼金により依頼していますが、事業の充実を図るためには、雇用による確保が必要となっています。

3 任意事業の推進

①配食サービス 委託先〔西原敬愛園、パーソナルフードサービス、高齢者協同組合、ふれ愛牧港本店〕

【現状・評価】

- 低栄養状態のおそれのある在宅の高齢者等に対し、栄養改善の観点から十分な調査等を行った上で、配食サービスを提供し、食生活の改善と健康増進、併せて安否確認を行っています。
- 家族等が用意することが困難な糖尿病食や腎臓病食等の特別食にも対応しています。
- 利用は週5食で昼・夕の利用が可能となっています。利用者は100人程度で推移しています。

	登録者数	利用者数 (実数)	配食数 (延数)	利用高齢者世帯の内訳		
				単身	高齢者 のみ	その他
平成29年度	123	105	12,125	39	34	32
平成30年度	129	109	13,652	35	29	45
令和元年度	168	105	14,177	39	29	37

【課題】

- 近隣に親族がいるにもかかわらず、依然としてサービスの利用申請をする方がおり、配食サービスの意義、目的について啓発を強化する必要があります。
- 介護保険通所サービス利用者の夕食も認めています。夕食配達時に通所サービスから帰宅していない場合があります。安否確認としての事業目的を果たすことが出来ないことがあります。今後高齢者の増加に伴いサービス利用者も増えることから、安否確認の面から夕食配達のあり方を検討する必要があります。

4 生きがい活動支援の充実

①敬老祝金交付事業

【現状・評価】

- 平成29年度における交付対象年齢は、「満80歳」、「トウシビー（数え85歳）」、「トーカチ（数え88歳）」、「カジマヤー（数え97歳）」、「満100歳」と祝い歳の方が対象となっており、支給額は「満80歳」、「トウシビー（数え85歳）」、「トーカチ（数え88歳）」は10,000円、「カジマヤー（数え97歳）」は20,000円、「満100歳」は30,000円となっています。
- 令和元年度においては、交付額を「トウシビー（数え85歳）」、「トーカチ（数え88歳）」は3,000円、「カジマヤー（数え97歳）」、「満100歳」は5,000円となっています。
- 令和2年度からは当面の間、交付しないこととしています。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
支給者数	456	309	280

【課題】

- 財政面で事業の継続が難しい状況です。

②敬老記念品支給事業

【現状・評価】

- トーチカ(数え 88 歳)、カジマヤー(数え 97 歳)、新百歳の方を対象に、町長訪問による記念品贈呈を行い、長年の社会貢献に敬意を表しています。
- 令和元年度から、新百歳の方については町からの記念品と祝い状を廃止しています。

	トーチカ	カジマヤー	新百歳	事業費
平成 29 年度	24	9	5	1,429,874 円
平成 30 年度	15	7	2	1,405,172 円
令和元年度	4	6	3	544,320 円

【課題】

- 介護、福祉事業の充実が求められている中、今後も事業実施のあり方を検討する必要があります。

③老人クラブ活動支援

【現状・評価】

- 老人クラブ連合会は 5 部会(総務部、文化・レク部、保健・体育部、広報・生産部、女性・友愛部)から成り、部会ごとの活動や各種サークル活動を中心に様々な活動を展開しています。また、町内老人施設を訪問し、ボランティア活動を行っています。
- 60 歳以上の人口は増え続けていますが、老人クラブの会員数は減少傾向にあります。

	単位 老人クラブ数	60 歳以上 人口	老人クラブ 会員数	老人クラブ 加入率(%)
平成 29 年度	21	9,311	878	9.4
平成 30 年度	19	9,607	806	8.4
令和元年度	17	9,853	722	7.3

※各年 4 月 1 日現在

【課題】

- 会員数の減少が将来的な活動の低下に繋がることがないように、新規会員を増やしていく必要があります。

④世代間交流活動の推進

【現状・評価】

- 町内幼稚園において、園児の祖父母を招いて昔遊びを一緒に楽しんでいます。また、老人福祉施設を訪問し、歌やダンスを披露するなど世代間の交流を深めています。
- 学校におけるキャリア教育の一環として、デイサービス体験を行い、お年寄りとの交流や福祉への理解を図っています。
- いいあんべー共生事業や自治会活動において、3 世代交流を行っている地区があります。

【課題】

- 今後も世代間交流を継続する必要があります。

⑤生涯学習・スポーツ活動等の推進

【現状・評価】

- 町中央公民館において、高齢者を対象に暮らしや趣味等を支援するために「文教大学」を開催しています。
- サークル活動の活動場所として、中央公民館やいいあんべ一家などの利用支援に努めています。
- 町立図書館において、文化教養講座を開催しています。
- 町老人クラブ連合会では、グラウンドゴルフやパークゴルフの大会を開催しています。

【課題】

- 今後も、高齢者の生きがいくつりと健康増進のために、学習やスポーツ、サークル活動等の推進に努める必要があります。

⑥シルバー人材センター(就労支援)

【現状・評価】

- シルバー人材センターでは、高齢者の豊かな経験と多種多様な技術を活かした就業機会の提供に努めるとともに、会員の就業に対する意見・要望等の実態把握に努め、就業率を維持する取り組みに努めています。
- 「緑のリサイクル事業」は行政の支援を受けて独自事業として着実に事業実績を拡大し、会員の就業拡大に大きく貢献しています。生ごみの有効活用は廃棄物の減量化と処理経費の縮減にきわめて効果的な取り組みとして位置づけ、「緑のリサイクル事業」と連携の下、より品質の高い優良堆肥の生産と会員への就業拡大に努めています。
- 基盤拡大事業や中期事業計画の目標達成に向けた取り組みとして、シルバー人材センター事業の仕組みを地域社会へ浸透させるため、就業機会創出員を配置しシルバー事業の普及啓発と入会促進に努めています。

	受注件数	受注契約額	就業延人数	就業率	会員数
平成 29 年度	908 件	139,518 千円	20,315 人	89.5%	228 人
平成 30 年度	922 件	132,819 千円	19,564 人	88.8%	214 人
令和元年度	884 件	127,940 千円	18,923 人	90.0%	210 人

【課題】

- シルバー人材センターは、高齢者の生きがいくつりやまちづくりに貢献している団体であり、「緑のリサイクル事業」などの収益事業をはじめ、引き続き必要な業務改善、受注件数の確保などにより補助金によらない財源確保の努力が必要です。

1 地域包括支援センター運営の充実

①総合相談支援事業

委託先〔西原町地域包括支援センター〕

【現状・評価】

- 地域包括支援センターの業務は、平成 30 年度より西原町社会福祉協議会に委託しています。
- 地域包括支援センターでは、来所や電話、訪問、その他(メール・FAX)で相談を受け付けており、相談者は家族等のほか行政関係者やケアマネジャー、施設及び医療従事者等の関係者から相談があります。また、社会福祉協議会の地域相談窓口の相談員と連携した、初期段階での相談対応に努めています。
- 相談内容では介護保険サービスに関する相談が半数以上を占め、次に地域支援(配食、緊急通報、認知症 SOS ネットワーク等)、権利擁護・虐待、保健・福祉サービスに関することとなっています。
- 相談に対する支援としては情報提供、専門機関の紹介、サービスの申請代行及び専門機関と連携した支援に努めています。

①相談受付件数

	相談対応件数(延べ)				うち夜間・休日 対応件数
	来所	電話	訪問	メール・FAX 他	
平成 29 年度	43	170	57	3	21
平成 30 年度	470	1,399	990	67	259
令和元年度	613	3,102	1,520	141	514

②相談内容

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
①介護相談(介護方法等)	52	773	1,958
②介護保険サービスに関すること	108	2,500	5,075
③地域支援(配食、緊通等)	26	288	635
④保健・福祉サービス(生保・身障・精神等)	5	98	496
⑤権利擁護・虐待に関すること	13	198	540
高齢者虐待への対応	11	179	338
消費者被害の防止	0	8	23
成年後見制度の活用促進	2	11	119
⑥その他	87	597	1,026
合計	291	4,454	9,730

【課題】

- 相談は介護や保健、医療、権利侵害及び法的な問題や住まいの確保に関する相談など、多岐にわたり、中には支援が困難なケースがあります。
- 認知症に関する相談が増加していますが、診察できる病院での受診や、介護サービス利用にあたり高齢者本人が拒否するため介護サービスに繋がらないといったケースがあります。

②高齢者実態把握事業の充実(地域相談窓口との連携) 委託先〔西原町地域包括支援センター〕

【現状・評価】

- 西原町社会福祉協議会が町内 27 自治会に設置した地域相談窓口(相談員)と連携し、地域の公民館で様々な相談を受けることにより高齢者の実態を把握しています。また、関係者等からの情報に基づき必要な方への訪問調査を行い、実態の把握に努めています。
- 相談に対応する中で関係機関等と連携し、誰もが安心して暮らしていけるような地域のつながり、支え合い体制の構築に努めています。

【課題】

- 地域窓口相談開設日に相談者が来ないという自治会もあり、相談開設の曜日や時間、住民への周知方法等の再検討を行う必要があります。
- 相談窓口まで来所できない方や地域行事等にも参加しない方に対して、どのようにアプローチをしていくのかも検討する必要があります。

③包括的・継続的ケアマネジメント事業の充実 委託先〔西原町地域包括支援センター〕

【現状・評価】

- ケースを通して介護専門職、医療機関(主治医等)、地域のインフォーマルサービス等と連携した、多職種協働による包括的・継続的ケアマネジメントを推進しています。
- 介護支援専門員への個別支援として、介護支援専門員から寄せられる困難事例に対し同行訪問や関係機関とのケース会議の調整・参加等、必要な支援や連携を図っています。また、資質向上のための研修を沖縄県介護支援専門員連絡会西原支部と企画・開催しました。

【課題】

- 医療と介護の連携がよりスムーズに行える体制を構築していく必要があります。特に新型コロナウイルス感染症の影響により在宅の高齢者が増えていることから、医療との連携は重要です。
- 介護支援専門員から認知症高齢者の独居や徘徊に伴う見守りの相談が増えており、地域ケア会議等を通じて関係機関、医療機関、地域のインフォーマルサービスを含めた見守りの体制づくりを強化していく必要があります。

④地域ケア会議の充実

【現状・評価】

- 地域包括支援センターにおいては、朝のミーティング時に事例相談会を適時行っています。
- ケース会議(個別支援会議)では個々のケースに応じて、町保健師や介護・福祉の関係機関の職員をはじめ、医療機関、地域の民生委員や自治会役員等にも参加してもらい、情報共有や包括的な支援について話し合っています。

【課題】

- ケース会議(個別支援会議)を通じて個別課題の解決を図る取り組みは行っていますが、今後は個別課題の積み重ねによる地域課題の明確化や、課題解決のための資源開発・地域づくり等に向けて、地域ケア会議の充実を図る必要があります。

⑤地域包括支援センターの運営体制の充実

【現状・評価】

- 職員は、社会福祉士 2 人、保健師 1 人、ケアマネジャー5 人、請求事務 1 人の計 9 人(令和 2 年 11 月現在)となります。
- 地域包括支援センターの相談室や社会福祉センターの相談室を活用し、相談しやすい環境を提供しています。
- 職員が輪番で携帯電話を所持し、土日祝日及び夜間の相談に対応しています。また、利用者及び家族の要望に応じて、土日祝日の訪問についても臨機応変に対応しています。

【課題】

- 町の高齢者人口や地域包括支援センターの業務量等に基づき、人員体制の適正化に努める必要があります。
- 地域包括支援センターが高齢者や家族にとって、より身近で相談しやすい場となるよう、また、効率的・効果的な相談支援業務を推進するために、町内にサテライト型のセンター設置(1カ所)について検討する必要があります。

2 権利擁護の推進

①成年後見制度の普及・啓発

【現状・評価】

- 成年後見制度に関する相談は増えてきており、制度利用に関する情報提供や関係機関と連携した利用支援に努めています。
- 高齢者人口の増加に伴い、認知症等により判断力が低下し、制度利用を必要とする高齢者はさらに増えると予測されます。

【課題】

- 成年後見制度の利用にあたり、裁判所への同行や提出書類の作成などの支援が必要なケースがあり、法的な面で専門家と連携がとれる体制が必要です。
- 成年後見制度の利用が必要となる以前から、制度への理解を深め、より円滑な利用につながるよう、成年後見制度の地域への普及啓発に努める必要があります。

②成年後見制度利用支援事業

【現状・評価】

- 成年後見制度の利用にあたり、必要な費用の負担が困難な方に対し、成年後見制度利用支援事業により町が費用を助成するとともに、利用に関する相談支援を行っています。

【課題】

- 事業実績は少ないものの、利用が必要なケースは増えてきています。また、認知症等により利用ニーズは今後も増えることが予測されます。平成 28 年 5 月より成年後見制度利用促進法が施行され、基本計画や中核機関に関する取組について努力するよう義務化されました。取組を検討する上での体制の検討が必要です。
- 現在町長申立てを行っている方については、引き続き支援していく必要があります。

③高齢者虐待防止対策

【現状・評価】

- 高齢者虐待に関する相談は増える傾向にあり、相談に対する訪問調査等を地域包括支援センターが行っています。また、実際に虐待があった場合の対応については、「西原町高齢者・障がい者虐待防止対策協議会」のもとで、関係機関が連携し組織的に対応しています。
- 虐待防止対策協議会は年 1 回の開催ですが、実務者会議を年 3 回実施、個別支援会議については、必要に応じて適時実施しています。
- 被虐待高齢者の一時避難先を確保しています。

	情報提供 件数 (延べ)	他機関との 連携回数 (延べ)	その他	虐待認知件数(実数)	
					うち措置支援 件数(実数)
平成 29 年度				3	0
平成 30 年度	178	61	117	3	0
令和元年度	338	184	154	5	0

【課題】

- 被虐待高齢者が分離を拒む場合があります。

④消費者被害・詐欺被害の防止対策

【現状・評価】

- 消費者被害・詐欺被害について、広報誌・HP 等による情報提供とともに、注意喚起や被害にあった際の相談窓口の周知に努めています。
- 消費者被害に関する相談は増える傾向にあり、被害に関する相談を受けた際には、関係機関と連携した被害者救済に努めています。

【課題】

- 消費者被害・詐欺被害の未然防止を図るために、引き続き関係機関と連携した情報収集に努めるとともに、地域への情報提供と注意を呼びかけていく必要があります。

3 在宅医療・介護連携の推進

①地域の医療・介護サービス資源の把握

委託先〔中部地区医師会〕

【現状・評価】

- 医療・介護関係者の連携を強化するための、医療・介護サービス資源の把握と関係者等への情報提供について、広域的な部分では中部地区医師会(在宅医療介護連携推進支援センター)に委託しており、医師会では資源マップシステムの管理・運営を行っています。
- 本町では、町内にある医療機関及び介護事業所等について把握し、情報提供に努めています。

【課題】

- 広域的な部分で、未登録の医療機関及び介護事業所があるため、登録を増やし情報提供の充実を図る必要があります。

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

委託先〔中部地区医師会〕

【現状・評価】

- 3 町村(西原町・中城村・北中城村)合同による在宅医療・介護連携推進会議が年 6 回開催され、在宅医療・介護に関わる多職種が参加し、医療・介護連携における課題の抽出と対応策の検討を行っています。

【課題】

- 課題の整理で終わっているため、効率的・効果的に事業を進めることが出来るよう、対応策の検討が必要です。

③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

委託先〔中部地区医師会〕

【現状・評価】

- 在宅医療支援診療所の医師と定期的(令和元年 9 月より毎月)な意見交換の場が持たれ、在宅医療支援医師の現状を把握し、在宅医療と介護連携を推進するためのきっかけをつくることができました。

【課題】

- 病院から在宅医療、在宅診療を希望する方への受け皿の整備が十分ではないため、在宅医師の負担軽減や多職種の連携を強化する必要があります。

④医療・介護関係者の情報共有支援

委託先〔中部地区医師会〕

【現状・評価】

- 中部地区医師会が作成した入退院連携マナーブックの活用、在宅医療・介護連携支援センターのホームページの運営及びメーリングリストを活用し、医療・介護関係者の情報共有を図っています。

【課題】

- ホームページの閲覧は増えてきていますが、入退院マナーブックの利用状況についてのアンケートでは、在宅医療・介護連携推進事業の認知度が高くはなく、関係者の認知度を高める必要があります。

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援	委託先〔中部地区医師会〕
【現状・評価】 ○中部地区医師会(在宅医療介護連携推進支援センター)に相談窓口を設置し、医療介護連携コーディネーターによる、在宅医療・介護従事者からの相談及び紹介等の支援業務を行っています。	
【課題】 ○相談窓口の利用件数が少ないため、窓口の周知強化と利活用の促進を図る必要があります。	

⑥医療・介護関係者の研修	委託先〔中部地区医師会〕
【現状・評価】 ○医療・介護の多職種が参加する研修会及びグループワークが開催され、在宅医療・介護の質の向上に努めています。	
【課題】 ○医師や介護職員(介護施設)の「在宅医療・介護」、「多職種連携」についての関心が薄く、研修会等への参加が少ない状況です。	

⑦地域住民への普及啓発	委託先〔中部地区医師会〕
【現状・評価】 ○地域住民の在宅医療に関する理解を深めるため、中部地区医師会と3町村合同(西原町、中城村、北中城村)による、住民を対象とした在宅医療・介護に関する講演会を開催しました。 ○沖縄県医師会が作成した住民向けのパンフレットを配布し、在宅医療・介護に関する普及啓発に努めました。	
【課題】 ○少子高齢化社会が進む中で、現在介護に携わっている一部の年齢層(高齢層)に対する講演会だけではなく、若い人も含めた地域住民全体に周知していく必要があります。 ○各町村で地域の実情が異なることから、3町村合同だけでなく、各町村単位の講演会を検討する必要があります。 ○社会状況等を踏まえた、多種多様な講演会を検討する必要があります。(例えば終活など)	

⑧二次医療圏内・関係市町村の連携	委託先〔中部地区医師会〕
【現状・評価】 ○在宅医療・介護連携合同推進会議が年2回開催され、広域連携の課題を共有し検討しています。 ○在宅医療・介護連携推進事業に関する情報交換や情報共有、研修会等の共同開催を検討するため、中部地区管内の市町村担当者との定期的な意見交換会を実施しています。	
【課題】 ○看取りや入退院支援、療養支援、急変時支援に関して、二次医療圏の課題として関係者間で共有はできていますが、今後は、課題に対する具体的対応策について検討する必要があります。	

4 認知症対策の推進

①認知症ケアパス

【現状・評価】

○認知症ケアパスは「西原町認知症安心ガイド」として、平成30年度に作成(構築)し、役場や地域包括支援センター等の相談窓口で配布、活用を行っています。また、いいあんべー共生事業でも配布しケアパスの周知と活用を促しています。

※認知症ケアパス

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護をうけることができるのか、具体的な機関や事業所等の情報及びケアの内容等を、あらかじめ認知症の人とその家族に提示することで、当事者が自らサービスを選択できるようにしたものです。

【課題】

○最新の情報に基づき、認知症ケアパスの修正を適宜行っていく必要があります。

②認知症初期集中支援チーム

【現状・評価】

- サポート医の確保ができ、平成30年3月に認知症初期集中支援チーム検討委員会を開催し、平成30年4月に認知症初期集中支援チームを設置し活動を開始しました。
- 役場・包括にて初回訪問を行い、認知症初期集中支援チームで支援計画等についての協議・アセスメントを行っています。また、対象者の今後の見通しやケアについてサポート医からの助言も受けながら、適切なサービス利用や医療受診、状況の改善等につないでいます。
- チーム員会議は、毎月1回を基本に対象者の状況に応じて開催しています。

【課題】

- チームによる支援の目途が最長6か月の集中的な支援としていますが、状況の変化が見られず長期化することがあり、支援終了のタイミングを判断することが難しいケースもあります。そのため、支援期間終了後も個別に見守りを続けることがあります。
- 認知症初期集中支援チームについては、ケアマネジャー連絡会や広報等により周知を図っていますが、チーム対応件数(事例)が年に1件、2件と少なく、相談件数も少ない状況です。このため周知方法等の検討が必要です。

③認知症地域支援推進員の配置

【現状・評価】

○平成29年度より、認知症地域支援員を配置し、認知症のある人や家族等の相談を受け、必要な医療や介護サービスに繋ぐなどの支援を行っています。

【課題】

○認知症初期集中支援チームと連携を図り、認知症高齢者及び家族への支援の充実を図る必要があります。

④認知症ケア向上推進事業（認知症カフェ）

【現状・評価】

- 令和元年度に認知症カフェを役場、包括、町内施設の協力者とともに3回開催しました。参加者は一般の方が延11人（関係者は延23人）で、午後2時間程度の開催としました。主に参加者同士の情報交換の場となり、その中でミニ講話を行うことで、普段は直接聞けない専門家の話が聞けたことがよかったとの感想がありました。
- 令和2年度はコロナ感染症対策のため、認知症カフェは開催していません。

【課題】

- 認知症当事者の家族等による、認知症カフェの定期的な運営・自主的な運営に向けた取り組みを進める必要があります。

⑤認知症への理解促進・情報提供の充実

【現状・評価】

- 「いいあんべー共生事業」を実施している自治会の要請により、共生事業の中で認知症地域支援推進員による認知症に関する講話を行い、正しい知識に基づく理解促進を図っています。

【課題】

- 引き続き、認知症に関する講話を行うほか、その他の方法により理解促進に努める必要があります。

⑥認知症サポーターの養成と連携

【現状・評価】

- 認知症を正しく理解し、地域全体で認知症の人やその家族を支えていくことを目的に、一般町民を対象とした、認知症サポーター養成講座を開催しています。
- 養成講座では、認知症の症状・診断・治療、予防、認知症の方と接する心構えについて学んでいます。
- 令和元年度では、企業と小学生を対象とした養成講座を開催しました。また、これまで「いいあんべー共生事業」でも認知症サポーターを養成してきました。

	講座開催数	受講者数		サポーター認定者数				
				住民	企業	小学生	中学生	その他
平成29年度	7	286	286	34	50	102	99	1
平成30年度	5	180	180	24	21	115	0	20
令和元年度	2	95	95	0	9	86	0	0

【課題】

- 認知症の高齢者は増えてきており、認知症サポーターの養成とともに、サポーターの活用について検討していく必要があります。
- 認知症サポーター養成講座の講師となる認知症キャラバン・メイトについても、増やす必要があります。

⑦徘徊発見・保護体制の充実

【現状・評価】

- 認知症により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・保護のために、平成30年1月に浦添警察署、西原町、町社会福祉協議会で「西原町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク」の協定締結をしました。
- ネットワークへの登録者数は増加傾向にあり、令和2年9月末現在で32人が登録されています。搜索件数は、平成30年度と令和元年度に各1件ずつあります。

	登録者数	見守り件数	搜索件数	連携機関等名称
平成30年度	11		1	浦添警察署、西原町社会福祉協議会、 西原町包括支援センター 協力機関（町登録）：(株)琉葉
令和元年度	12		1	

【課題】

- 今後は警察等関係機関と徘徊発見・保護に向けた、体制の充実を図る必要があります。
- 登録名簿への登録にあたっては聞き取りする内容が多く、登録後も適宜確認し登録情報を更新（変更、取消等）していく必要があります。

※認知症対策の推進において、現計画の取り組みとしては盛り込んではいませんが、新たな現状・課題として次の事項を記載します。

⑧認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の確保

【現状】

- 本町の認知症対応型共同生活介護(グループホーム)は、介護保険事業計画(広域連合作成)において2か所あることを前提としていますが、1か所が令和2年1月1日に廃止となり、現在1か所となっています。

【課題】

- 廃止に伴い、ベッド数の不足が生じているため、認知症対応型共同生活介護を新たに1か所確保する必要があります。

5 生活支援体制整備の推進

①生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置

委託先〔町社会福祉業議会〕

【現状・評価】

- 令和元年度より、住民等による高齢者の日常生活の支援の充実を図るため、既存の住民福祉活動の活用や生活支援の担い手の養成、サービスの開発、関係者のネットワーク化、ニーズとサービスのマッチングなどのコーディネート機能を果たす、生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)を、中学校区に各1人(計2人)配置しました。
- 生活支援コーディネーターは、現在、町社会福祉協議会の地域相談窓口(27自治会に設置)と連携し、高齢者の生活課題の把握に努めている段階です。
- 既存の住民福祉活動としては、ほとんどの自治会で見守り活動が行われているほか、地域によっては買い物支援(自家用車での移動支援)を行っています。見守り活動では町内事業所(新聞等自宅訪問のある事業所、デイサービス等)と協定を結び、事業所と連携した見守りを行っている地域もあります。

【課題】

- 生活支援コーディネーターの今後の活動については、地域課題を踏まえた具体的な生活支援等につながる取り組みを展開していく必要があります。

②生活支援等協議体の設置

【現状・評価】

- 生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化を図り地域の資源開発等を推進するために、その中核となる協議体(ネットワーク)として、令和元年度に地域ケア推進会議を第1層協議体に位置づけました。
- 同じく令和元年度に、身近な地域での助け合いの仕組みを作るため、地域課題の把握や課題解決の検討等を行う第2層協議体として、生活支援コーディネーター(中学校区)を位置づけました。

【課題】

- 今後は、地域の支え合いに基づく生活支援・介護予防サービスの創出を図るため、第1層協議体と第2層協議体が連携・協働し、地域課題の把握と課題解決のための取り組みを進める必要があります。

③生活支援・介護予防サポーターの養成

【現状・評価】

- 介護予防サポーターは育成していますが、生活支援サポーターについてはニーズの発掘段階であり、養成は行っていません。

【課題】

- 生活支援サポーターについては、第2層協議体による地域課題の把握状況に応じて、必要なサポーターの養成を検討する必要があります。

1 介護保険サービスの確保推進

①地域密着型サービスの整備

【現状・評価】

＜小規模多機能型居宅介護＞

○令和 2 年 12 月 1 日に開所(1 か所)され、整備することができました。

＜小規模型通所介護の移行＞

○平成 28 年 4 月 1 日に「リハプライド・西原」「デイサービスいと」「デイサービスはなまる」3 つの事業所に移行しています。

【課題】

○グループホームは 2 ヶ所の計画ですが、1 ヶ所が令和 2 年 1 月 1 日に廃止していることから整備が必要です。

2 在宅福祉サービスの推進

①生活管理短期宿泊事業

委託先〔社会福祉法人がじゅまる会 守礼の里〕

【現状・評価】

○自立した生活を営むのに支障のある在宅高齢者を、町内の特別養護老人ホームに一時的に宿泊させ、生活習慣の指導を行うとともに体調調整を図っています。

○利用者は平成 29 年度からの 3 年間で 1 人だけとなっています。

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
実利用者数	0	0	0
延利用回数	0	0	0

【課題】

○ニーズ調査では、高齢者の 8 割余りに何らかの既往症があり、一人暮らしや夫婦のみの世帯も多いことから、潜在的な対象者がいると考えられ、事業の周知と利用促進を図る必要があります。

②在宅老人移送サービス事業

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

○民間の介護タクシー等の普及に伴い、利用者が減少傾向にあるなどにより、令和 2 年度より事業廃止となりました。

	実利用者数(人)	延利用回数(回)	町負担額(円)
平成 29 年度	90	629	3,280,000 円
平成 30 年度	42	532	931,430 円
令和元年度	38	516	895,250 円

③介護用品支給事業

【現状・評価】

○令和2年度より事業廃止となりました。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
実利用者数	14	11	11

④緊急通報システムの推進

委託先〔(株)安全センター〕

【現状・評価】

○平成30年度より委託先が変わり、通報機器もモバイル型緊急通報端末に変更しました。また、定期のお伺い訪問やお元気コールのサービスを提供しているほか、専門的知識を有するオペレーターが24時間体制で電話相談等に対応することで、高齢者等の不安解消や緊急時における対応が可能となっています。

	登録者数	通報回数	通報の内訳			
			相談	緊急通報	その他	誤報
平成29年度	28	22	7	8	5	2
平成30年度	21	272	45	13	149	65
令和元年度	22	228	46	10	152	20

【課題】

○今後、独居や高齢者のみ世帯が増加する中、協力員が見つかりにくいケースへの対応や、入所等に伴うサービス利用辞退等の手続き代行について、事業者と調整等を図る必要があります。

1 住環境の向上推進

①住宅の改修・確保

【現状・評価】

- 住宅の改修については、介護保険の住宅改修費が主となっており、他の制度を活用した改修はほとんどありません。
- 町営住宅については、高齢者の入居に一定の配慮をしています。

介護保険住宅改修	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
件数	58 件	83 件	73 件
事業費	5,267,211 円	7,736,862 円	7,377,266 円

【課題】

- 要支援・要介護度の維持・改善や介護予防の観点から、必要な住宅改修の案内に引き続き努める必要があります。

②情報提供

【現状・評価】

- 介護保険における住宅改修についての相談・情報提供や有料老人ホーム、サービス付き高齢者専用住宅の説明等を行い、必要に応じて個別の情報提供に努めています。

【課題】

- 引き続き住宅に関する相談・情報提供に努める必要があります。

2. 安全・安心なまちづくり推進

①バリアフリーの推進

【現状・評価】

- ・新たに整備する道路や公共建築物については、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に努めています。
- ・既存の建物や公園等の公共建築物については、高齢者や障がい者をはじめ、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っています。

【課題】

- 引き続き既存の道路や公共建築物等のバリアフリーに努める必要があります。

②防災対策

【現状・評価】

- 町では、「西原町地域防災計画」に基づき、防災訓練の実施や自主防災組織の育成に努めています。また、ハザードマップによる災害時危険箇所や避難場所、災害に対する備えと対策について、地域への周知を図っています。
- 町社会福祉協議会及び町内の高齢者介護保険施設(3施設)と福祉避難所の協定を締結しており、一般の避難所生活では支障をきたす高齢者等の要配慮者に対して、特別の配慮がなされる避難所を確保しています。
- 災害時における避難等が困難な高齢者や障がい者等について、避難誘導等の支援につなぐために、避難行動要支援者名簿を作成しています。
- 名簿登録者の転出や死亡の更新は行っていますが、状況の変化等にかかる情報の更新は、名簿登録者等からの申請により更新しています。

【課題】

- 避難行動要支援者名簿を整備するとともに、避難支援計画を作成し災害時における安否確認や避難の誘導、避難場所での健康管理など要援護者が必要な救護・救援の支援体制を構築することが重要となります。
- 震災直後は避難行動要支援者名簿への登録申請は多かったものの、毎年度広報等により名簿の周知を図っていますが、その後申請が依然として伸びない状況にあります。
- 名簿登録者の状況の変化等にかかる情報の更新について、名簿登録者等からの申請は少ないため、最新情報の把握に向けた取り組みが必要です。

第5章 施策の推進

基本目標 1 健やかで充実した高齢期の実現

1 健康づくり(生活習慣病予防)の充実

生活習慣病に起因する疾病により介護が必要となるケースが増えていることから、健やかで充実した高齢期を実現するためには、若い時からの生活習慣病の予防が極めて重要となります。生活習慣病の予防に向けては、特定健康診査の受診者の増とともに、健診結果に基づく生活習慣の改善や早期の適正治療の促進等必要な保健指導及び町の実態を踏まえた健康教育の更なる推進を図ります。こうした取り組みを通して住民一人ひとりが自らの健康を意識し、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、健康づくりの動機付けや必要な情報の提供及び知識の普及啓発を図ります。また、後期高齢者の健康づくりを推進します。

①特定健康診査受診率向上

- ・特定健康診査の受診率向上を図るために、引き続き戸別訪問や電話、チラシ、防災無線等による受診勧奨及び町内医療機関と連携した通院者への受診勧奨に取り組みます。
- ・未受診者を中心とした受診勧奨等の強化を図るために、広報等による募集案内や自治会、地域の団体等と連携し、健康づくり推進員の増に取り組みます。
- ・特定健康診査受診率の高い行政区に対し報奨を授与することで、町全体の受診率向上につながるよう、特定健康診査受診率自治会報奨制度の実施を継続します。

②特定保健指導

- ・特定健康診査の結果については、引き続き保健師と管理栄養士による個別の結果説明と必要な保健指導を行います。結果説明に参加していない者に対しては、改めて説明日時の予約を取るなど参加への働きかけを行います。
- ・生活習慣病への早期介入と重症化を予防するため、適切な医療受診や生活改善等が必要な者について、継続してフォローしていけるよう対象者の情報管理と指導体制の充実を図ります。また、保健指導の効果を高めるために、今後も二次健診を実施し結果に基づく保健指導を行います。
- ・食の面から生活習慣病の重症化を予防するために、管理栄養士を中心に地区担当保健師と連携し、対象者への栄養相談・栄養指導の充実に取り組みます。
- ・保健指導に係る職員のスキル向上を図るため、引き続き各種研修会等に積極的に参加します。

③健康教育

- ・保健指導・健診後フォロー時に、生活習慣の改善が必要な方に対し 3 ヶ月チャレンジ教室を案内します。その際、途中脱落者が出ないように参加継続の要件を具体的に説明します。また、広報掲載を早い時期から開始します。
- ・3 ヶ月チャレンジ教室参加者について、改善した生活習慣を継続できるよう教室終了後のフォロー体制を整えます。
- ・引き続き健診結果や医療費の分析及び介護認定の原因疾患等を踏まえて、本町の実情に即した健康教育を推進します。

④長寿健康診査

- ・沖縄県後期高齢者医療広域連合と協力し、後期高齢者健康診査を引き続き実施します。また、人間ドックを受診する者について費用助成を継続します。

⑤健康長寿訪問指導

- ・長寿健康診査の結果に基づき、沖縄県後期高齢者医療広域連合が指定する訪問指導対象者について、引き続き委託により健康長寿訪問指導を行います。
- ・訪問指導の際には、対象者の経済的な不安や困りごとなどにできる範囲で対応していただけるよう、対象者が必要とする医療や福祉及び日常生活関連の情報提供に取り組みます。また、必要に応じて関係機関につなぎます。
- ・今後は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の観点から、医療広域連合と連携し長寿健康診査を受けた全ての高齢者について、訪問指導が可能な体制づくりに取り組みます。

⑥高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- ・沖縄県後期高齢者医療広域連合からの委託により、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うために、保健師等の医療専門職を配置します。
- ・医療専門職は、事業全体のコーディネート等を行います。また、医療・介護データを分析し高齢者の健康課題を把握するとともに、具体的な健康課題を抱える高齢者や閉じこもりがちな高齢者、健康状態不明な高齢者を特定し、必要に応じてアウトリーチ支援を行いながら、必要な医療・介護サービスにつなぎます。
- ・さらに、これまで保健事業で行っていた疾病予防・重症化予防と併せて、地域の医療関係団体等と連携を図りながら、医療専門職がいないあんべー共生事業(通いの場)等の介護予防活動にも積極的に関与し、フレイル予防にも着眼した高齢者への支援に取り組みます。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

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ことなく、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

要支援者等の介護予防の充実を図るために、訪問型サービスや通所型サービスの提供及びこれらのサービスが適切に提供されるよう、介護予防ケアマネジメントの充実を図ります。

①訪問介護

- ・介護保険の要支援認定者及び基本チェックリストで要支援者に相当すると認められた者に対し、利用意向に基づき訪問介護(旧介護予防訪問介護に相当するサービス)を提供します。

②通所介護

- ・介護保険の要支援認定者及び基本チェックリストで要支援者に相当すると認められた者に対し、利用意向に基づき通所介護(旧介護予防通所介護に相当するサービス)を提供します。

③さらばんじ短期大学(通所型サービスC)

- ・今後は事業対象者を整形外科疾患等のリハビリ後の退院者とし、運動器等の改善可能な者を事業につなぐため、対象者の選定についてフローチャートを作成し、総合事業への流れを作ります。また、事業実施の評価を地域ケア会議等で行います。
- ・マンパワーの確保と実施体制の強化を図るために、事業委託を検討し通年を通して実施出来るよう取り組みます。

④介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防・生活支援サービス事業の利用に際しては、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントを行います。
- ・介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、高齢者が地域における自立した日常生活を送れるよう支援することを基本に、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防に繋がるという視点を持ちます。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。
- ・ケアプラン作成業務は可能な限り地域包括支援センターで対応するものとし、業務の増加に対応できない場合は、一部を居宅介護支援事業所に委託します。

(2) 一般介護予防事業

一般介護予防事業は全ての高齢者を対象に、町が行う一般介護予防事業や住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。また、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指します。

①介護予防把握事業

- ・相談窓口や地域包括支援センターによる高齢者実態把握事業、地域ケア会議、地域生活支援コーディネーター、いいあんべ家、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、基本チェックリストによる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

- ・町広報誌やチラシ、パンフレット等の活用及び介護予防に関する講演会(出前講座等)の開催などにより、介護予防の普及啓発に取り組みます。
- ・健康づくり部門と連携し、各地域において生活習慣病の予防が介護予防に繋がることの周知と啓発に取り組みます。

③介護予防サポーター養成と活動の充実

- ・介護予防サポーターの増を図るため、サポーターの活動意義と養成講座の周知強化を行い、講座への参加促進を図ります。
- ・介護予防サポーターの定例会でサポーターのスキルアップを図ります。
- ・介護予防サポーターの活動の場を広げるために、地域生活支援コーディネーターと連携した生活支援活動、いいあんべ共生事業やいいあんべ家の介護予防活動などへの支援につながるよう、関係者等と連携を密にします。また、介護予防サポーターに対するボランティアポイント制度の実施を検討します。

④地域介護予防活動

7) 地域型通所事業(体操サークル)

- ・体操サークルの運営において、代表者の都合等により活動が止まることがないように、自主運営が定着するサークルの育成に取り組みます。
- ・介護予防の受け皿の強化を図る上で、体操サークルへの理学療法士等の関与は重要であり、安定的に確保していくために、理学療法士協会等と連携した配置に取り組みます。
- ・介護予防サポーターによる体操サークルへの活動支援に取り組みます。
- ・いいあんべ共生事業等地域の事業に参加していない対象等も含めて、新たな自主サークルの掘り起しに取り組みます。
- ・これまで育成した地域の中で、精力的に活動している地域があり、モデル地区として活動の発表や好事例の紹介を行いサークルの普及を図ります。

イ) いいあんべー共生事業

- ・高齢者の閉じこもりを防止し、介護予防や生きがい活動等を支援するために、地域のボランティアや地域活動組織等の協力を得て、地域の公民館や自治会事務所等に定期的に集ってもらい、健康チェックや趣味・レクリエーション活動、交流活動、各種講座の開催等、多様な取り組みを行います。
- ・介護予防に資する取り組みの充実を図るために、地域事業の自主サークル等との連携及び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。
- ・ボランティアの減少や負担が大きいことについて、地域と課題を共有し、活動促進に取り組みます。
- ・公民館から遠く事業参加が困難な高齢者に対し、地域による参加への支援活動について地域と話し合っていきます。

ウ) ロコフィット体操(機能訓練事業)

- ・若いときからの介護予防対策として40歳以上を対象に、体力維持と運動器の機能向上を図ります。
- ・「誰でも簡単にできる運動」を主軸にしながらも、参加者からの意見・要望を可能な範囲で反映させ、継続して参加していきたいと思えるよう事業を展開します。

エ) ロコフィット体操男塾(機能訓練事業)

- ・若いときからの介護予防対策として、40歳以上の男性のみを対象に、体力維持と運動器の機能向上を図ります。
- ・男性の積極的な参加につながるよう、事業内容や事業の周知方法について検討します。

オ) じんぶん教室(認知症予防・生活機能改善事業)

- ・介護予防を目的に体力測定、運動指導、口腔機能向上、入れ歯や歯の磨き方の指導、栄養指導、認知症予防の講習会などを行います。
- ・参加者の増を図るために、保健部門や生涯学習部門と連携した、住民への教室の周知と参加促進を図ります。特に男性の参加者が増えるよう工夫します。
- ・運動の継続を促すために、体力測定から目標設定を行い、目的志向型の教室を展開していきます。
- ・教室利用者の送迎費用の受益者負担について検討します。

カ) 訓練室運動事業

- ・介護予防につながるよう、40歳以上の住民で運動制限のない方を対象に、気軽に運動を継続して行けるよう、いいあんべー家の訓練室の活用と運動指導を行います。
- ・運動器具の劣化に対する対応を検討します。

キ) 夜のピラティス教室

- ・40歳～59歳の住民を対象に、健康づくりと介護予防の意識を高めてもらうために、ヨガ講師によるエクササイズ等を実施します。

ク) 健康講話・医療講話

- ・40歳以上の住民を対象に、介護予防や健康づくりの意識を高めてもらうために、介護予防に関する講話及び運動等を行っていきます。

⑤地域リハビリテーション活動支援事業(訪問型支援事業)

- ・基本チェックリスト等により今後要介護状態等となる可能性が高いと認められた者で、心身の状況により通所形態による事業への参加が困難な者について、理学療法士等がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し必要な相談・指導等を実施します。
- ・地域や地域の関係機関・団体等との連携により、事業対象となる高齢者を把握し事業の利用促進を図ります。
- ・委託等により理学療法士を確保し事業の強化を図ります。

3 在宅福祉サービスの推進

安心して暮らしていけるよう、在宅における介護や自立生活の支援の充実を図るために、総合事業と連携のとれた在宅福祉サービスを推進します。

①配食サービス

- ・低栄養状態にある高齢者の栄養改善や疾病等に伴う特別食への対応を図るために、計画的に食事を提供し、食生活の改善と健康増進を図り、併せて高齢者の安否確認を行います。
- ・サービスの周知を図るほか、ニーズ調査や関係機関・関係団体等との情報交換により対象者を把握し利用促進を図ります。
- ・サービス利用者に対し、安易な理由での利用とならないよう、サービスの意義・目的の浸透を図ります。
- ・介護保険の通所サービス利用者の夕食の利用について、安否確認の面から利用のあり方を検討します。

②生活管理短期宿泊事業

- ・生活指導や体調調整が必要な高齢者を、地域の関係機関・関係団体等との連携により把握し、当該サービスの利用促進を図ります。

③緊急通報システム

- ・緊急通報システムが十分機能するよう、協力員が見つかりにくいケースへの対応や、入所等に伴うサービス利用辞退等の手続き代行について、事業委託先と調整等行います。

4 生きがい活動支援の充実

高齢者それぞれが自分なりの生きがいを持ち、明るく、活動的で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敬老記念品支給事業

- ・長年の社会貢献に対する感謝の気持ちを表し、高齢者の長寿を祝うために、トーチカ(88歳)、カジマヤー(97歳)の方に町長訪問による記念品贈呈を行います。
- ・状況に応じて、事業実施のあり方について検討します。

②老人クラブ活動支援

- ・老人クラブの活動の充実が図れるよう、今後も補助金を交付するほか、活動に対する必要な相談支援を行います。
- ・会員数の減少により活動の低下に繋がることがないように、会員数の維持・拡大を促します。

③世代間交流活動の推進

- ・いいあんべー共生事業や自治会活動、老人クラブ活動、スポーツ大会等において、世代間交流の取り組みを推進します。

④学習・スポーツ活動等の推進

- ・高齢者がいつまでも生きがいを持ち社会参加が図れるよう、高齢者のスポーツ・サークル活動を支援します。
- ・中央公民館において高齢者を対象とした「文教大学」を引き続き開催します。
- ・町立図書館において、高齢者のニーズを踏まえながら文化教養等の講座を開催します。

⑤シルバー人材センターの活動推進

- ・シルバー人材センターの就業機会の拡大を図るために、広報誌やホームページなどで活動等の周知及び利用促進を図ります。
- ・引き続き「のびるくん(液肥)」「かえるくん・めばえくん・すくすくくん(堆肥)」の販売促進・安全供給を図り、収益の確保及び会員全員の就業機会の確保を目指します。

基本目標 2 いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立

1 地域包括支援センターの運営の充実

地域包括支援センターは、全ての高齢者が明るく安心して暮らしていけるよう、必要な援助を包括的に行う中核機関として、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、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、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、地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域ケア会議の充実等地域包括支援センターの運営体制の充実を図ります。

①総合相談支援事業

- ・本町の高齢者にかかわる総合的な相談窓口として、高齢者及びその家族等からの相談に対し、必要な指導・助言や情報の提供、サービスの利用援助等を行います。
- ・単に公的サービスの利用のみでは解決が困難な事例については、地域ケア会議の開催を通して、多職種や関係機関、地域活動組織等と協働した支援を行います。

②高齢者実態把握事業

- ・地域相談窓口(相談員)と連携し、地域の公民館で高齢者やその家族等からの様々な相談を受けることで地域の高齢者の実態を把握します。
- ・関係者等からの情報に基づき、必要に応じて高齢者への訪問調査を行い、実態を把握します。
- ・地域相談窓口の利用促進を図るために、相談することの大切さについて啓発を図るとともに、相談窓口の開設のあり方や相談しやすい環境づくりに取り組みます。
- ・毎年度、実態把握重点地域を定め調査を行うとともに、調査結果に基づく地域の状況や課題等について、地域ケア会議において参加者の情報の共有化に取り組みます。

③包括的・継続的ケアマネジメント事業

- ・地域ケア会議等を通して、地域の福祉、保健、介護、医療に関わる各関係機関・関係団体及びインフォーマルサービス(住民福祉活動)と連携した、多職種協働による包括的・継続的ケアマネジメントを推進します。
- ・西原町介護支援専門員連絡会と協働し、介護支援専門員の資質向上を図るための研修などの企画・運営や介護支援専門員同士の交流を図ります。
- ・介護支援専門員のケアプラン作成に関する相談・指導や支援困難な事例に対する指導・助言等を行います。
- ・在宅医療・介護連携に基づき、在宅高齢者への介護サービスの提供とともに、医療関係者との連携を深めます。

④地域ケア会議の充実

- ・地域包括ケアシステムの実現に向けて、個別のケースに対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を進めるために、個別ケースの課題分析等を積み重ねるとともに、地域ケア会議を通して、地域課題の把握や地域資源の開発・地域づくり等の機能の構築を目指します。

⑤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、今後も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ることから、地域包括支援センターの機能の充実を図ります。
- ・地域包括支援センターから遠い地域にいる高齢者等に対し、より身近で相談しやすい環境と効率的・効果的な相談業務が行える体制を整えるために、サテライト型の地域包括支援センターの設置に取り組みます。

2 権利擁護の推進

高齢者が認知症などで判断力が低下することにより、権利が侵害されることや虐待によって尊厳が傷つけられないよう、安心して暮らしていくために地域包括支援センターと関係機関・関係団体等が連携した、権利擁護の取り組みを推進します。また、消費者被害や詐欺被害から高齢者を守る取り組みを進めます。

①成年後見制度の普及啓発

- ・認知症等で判断能力が十分ではない高齢者の権利擁護のために、成年後見制度の普及啓発を図ります。
- ・地域包括支援センターにおいて、成年後見制度に関する相談に対応するとともに、可能な範囲で制度利用のための支援を行います。
- ・制度利用の支援の充実を図るために、法律の専門家との連携に取り組みます。
- ・成年後見制度利用促進計画及び中核機関の設置について検討します。

②成年後見制度利用支援事業

- ・成年後見制度の利用にあたり、必要な費用の負担が困難な方に対し、町が費用を助成する成年後見制度利用支援事業について、引き続き周知を図るとともに、地域包括支援センターにおいて利用に関する相談支援を行います。

③高齢者虐待防止対策

- ・高齢者虐待の早期発見・早期対応を図るために、地域包括支援センター等において虐待に関する相談に対応します。
- ・虐待があった際の通告義務等について、町民への周知を図ります。
- ・被虐待高齢者の一時避難先の確保を継続します。
- ・実際に虐待があった際には、地域包括支援センターを中心に、被虐待高齢者本人の意思を最大限尊重するとともに、ケースに応じて、関係者間の連絡・連携を密にし、状況の変化に即した組織的な対応を行うものとします。

④消費者被害・詐欺被害の防止対策

- ・消費者被害等の防止を図るために、地域への情報提供と未然・再発防止の啓発、地域包括支援センターや町をはじめとする消費者被害等の相談窓口の周知を行います。
- ・被害があった際には関係機関や関係団体と連携し、被害者救済について協議し、必要な対策を講じます。

3 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して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、県や保健所の支援の下、中部地区医師会等と緊密に連携しながら、居宅における医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携体制の構築等に取り組みます。

①医療・介護サービス資源の把握

- ・中部地区医師会と連携し、医療と介護サービスの資源マップシステムへの登録数を増やし、関係者への周知を強化することで、地域の医療・介護関係者が紹介先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるよう取り組みます。

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ・中部地区医師会と連携し、引き続き在宅医療・介護連携に関する課題の抽出を行うとともに、課題に対する対応が効果的かつ効率的に進められるよう、PDCAサイクルによる検証や課題等を客観的に把握できるデータの活用などに取り組みます。

③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

- ・病院から在宅医療、在宅診療を希望する方について、医療と介護の連携を深め安心して在宅生活を送れるよう、中部地区医師会との連携のもと、在宅医療に関わる医師と介護専門職の共通理解及び医療介護等の多職種連携による支援の提供に取り組みます。

④医療・介護関係者の情報共有支援

- ・在宅医療・介護連携事業について、地域の医療機関、介護事業所等関係者への周知強化を図るとともに、入退院連携マナーブック、在宅医療・介護連携支援センターのホームページ及びメーリングリストなどによる、医療・介護関係者の情報共有を促進します。

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・在宅医療・介護連携における、医療介護従事者の相談支援の窓口となる、中部地区医師会の在宅医療介護連携推進支援センターについて、地域の関係者への周知強化と活用を促し、より円滑な在宅医療・介護連携体制の構築につなぎます。

⑥医療・介護関係者の研修

- ・中部地区医師会が開催する多職種研修会に参加し、在宅医療・介護の質の向上を図ります。
- ・地域の介護職員へ参加の促進を呼びかけます。

⑦地域住民への普及啓発

- ・地域への在宅医療・介護連携への普及啓発を図るために、引き続き中部地区医師会と連携し、パンフレットの配布や講演会等を開催します。
- ・講演会は若い人を含めた、幅広い年齢層の参加促進に取り組みます。また、3町村合同の講演会のほか、町村単位の講演会の開催及び社会情勢や住民ニーズ等を踏まえた、多種多様な講演会の開催に取り組みます。

⑧二次医療圏内・関係市町村との連携

- ・中部地区医師会による中部地域等の二次医療圏にある市町村との連携会議に引き続き参加し、当該二次医療圏内の医療機関から退院する事例等に関して、退院後に在宅医療・介護サービスを一体的に提供していくための課題等の確認及び、その他在宅医療・介護連携のために必要な事項について協議を行います。

4 認知症対策の推進

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で安心して暮らし続けることができる社会の実現を目指します。その実現のため、状態に応じた適切なサービス提供の流れを示した認知症ケアパス(西原町認知症安心ガイド)の普及を図ります。また、認知症への早期支援や相談体制の充実、地域の認知症への理解促進、その他認知症者や家族への支援等の取り組みを進めます。

①認知症ケアパスの普及

- ・認知症ケアパス(西原町認知症安心ガイド)を引き続き役場や地域包括支援センター等の相談窓口で配布し、相談支援ツールとして活用するとともに、ケアパスの地域への普及と活用促進を図ります。また、必要に応じていいあんべー共生事業等で配布し、ケアパスの周知と活用を促します。
- ・最新の情報に基づき、認知症ケアパスの内容を適宜更新します。

②認知症初期集中支援チーム

- ・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人やその家族に対して個別に訪問し適切な支援を行うために、「認知症初期集中支援チーム」の設置と活動を継続します。
- ・「認知症初期集中支援チーム」の地域への周知強化と活用促進に取り組みます。

③認知症地域支援推進員

- ・「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やその他の支援機関をつなぐ連携支援を行うほか、認知症の人やその家族を支援するための相談支援業務を行います。

④認知症ケア向上推進事業

- ・家族介護者の集まりとして行われている認知症カフェについて、運営を継続していけるよう、当事者・家族、関係機関と調整連携を行っていきます。
- ・家族等による認知症カフェの自主運営を目指します。

⑤認知症への理解促進・情報提供

- ・地域において認知症の早期発見と早期支援につながるよう、引き続き各自治会と連携した講話を実施するなど、地域への認知症に関する正しい知識と理解の普及啓発を進めます。また、今後は、講話以外の方法(寸劇等)による理解促進の方法について検討します。

⑥ 認知症サポーターの養成と連携

- ・ 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取り組みます。
- ・ 「認知症サポーター養成講座」の講師役となるキャラバン・メイトの養成に取り組みます。
- ・ 必要に応じて「認知症地域支援推進員」の活動をサポートする人材(協力員)として、認知症サポーターの活用を検討します。

⑦ 認知症高齢者発見・保護体制

- ・ 認知症により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・保護できるよう「西原町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク」における連携体制の充実を図ります。
- ・ SOSネットワークに登録された高齢者について、関係者への連絡や情報の提供が円滑に行われるよう、適時登録情報の確認と更新を行います。

⑧ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の確保

- ・ 認知症対応型共同生活介護を新たに1か所確保するために、公募等により事業者の参入を図ります。

5 生活支援体制整備の推進

全ての高齢者がいつまでも安心して暮らし続けることができるよう、必要な生活支援・介護予防サービスを整備していくために、関係機関・関係団体と連携し高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していきます。

①生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の活動

- ・地域における高齢者の生活支援体制の整備を推進していくために、「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」を引き続き配置します。
- ・生活支援コーディネーターは、高齢者の日常生活における生活課題を把握し、課題解決のために、地域組織や既存の住民福祉活動の活用をコーディネートするとともに、第1層協議体と連携した、新たなサービス(福祉活動)の開発や担い手の確保・養成、地域の関係者間のネットワーク化などに取り組みます。

②生活支援等協議体の活性化

- ・地域における高齢者の生活支援体制を整備していく上で、関係者が参画し定期的な情報共有及び連携強化を図り、地域の資源開発等を推進するための中核となる第1層協議体について、引き続き地域ケア推進会議を位置付けます。また、生活支援コーディネーターを引き続き第2層協議体に位置付けます。
- ・第1層協議体は、第2層協議体で把握された生活課題に対し、町全体で考えていくべきことを整理するとともに、第2層協議体が主体的に活動しやすいような仕組みづくりや制度を考えていきます。

③生活支援サポーター(仮称)の養成

- ・第2層協議体による地域課題の把握状況に応じて、必要となる生活支援サポーター(有償ボランティア)の養成に取り組みます。

基本目標 3 安全・安心な生活環境の整備推進

1 住環境の向上推進

全ての高齢者が明るく安心して暮らせる在宅生活を支えるために、住宅の改修や必要な情報の提供を行います。

①住環境の整備推進

- ・介護予防の観点から必要な高齢者に対し、介護保険における「住宅改修」を案内します。
- ・町営住宅については、引き続き高齢者の入居に一定の配慮を行います。

②情報提供

- ・高齢者の居住の安定を確保するために、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービス付き高齢者向け住宅などの、住まいに関する情報を提供します。

2 安全・安心なまちづくり推進

高齢者が地域において安心して暮らせるように、公共施設のバリアフリーの推進、災害時における避難支援体制を構築します。

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、高齢者や障がい者をはじめ、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。

②防災対策

- ・「西原町地域防災計画」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引き続き進めます。また、ハザードマップによる災害における危険箇所や避難所、備えと対策についての周知を継続して行います。
- ・町社会福祉協議会及び町内介護保険施設(3施設)との福祉避難所の協定を継続します。
- ・避難行動要支援者名簿の周知徹底を図り、登録者の増を図ります。
- ・災害時避難行動要支援者への避難支援体制を構築するために、地域の関係機関、関係団体、福祉施設、事業所及び地域住民等と連携し、避難行動要支援者名簿登録者の情報の更新や具体的な避難誘導等についてを検討していきます。

③感染症の拡大防止

- ・令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の世界的感染拡大が起こり、これにより、本町でも地域の集まりが抑制されたり、高齢者のサービスの利用が控えられるなどの影響が出ています。高齢者については外出の機会が減ったり、生活が不活発になるとフレイルを招く危険性が高くなります。

こうした中、ウイルスと共存しつつ本計画における高齢者へのサービスの提供や社会活動の活性化を進めるためには、感染拡大を防止する「新しい生活様式」を定着させることが重要です。

安心して必要な方が必要なサービスを利用できるように、マスクの着用、手洗い・手指の消毒、「3密（密閉、密集、密接）」の回避など、国や県からの指導・助言等に基づく感染予防対策を徹底した、高齢者へのサービス提供や生活支援等に取り組みます。

新型コロナウイルス感染症

COVID-19 (coronavirus disease 2019) : 令和元年(2019年)に発生した感染症。ヒト・ヒト間での感染が認められており、症状としては、発熱、咳、頭痛、倦怠感等のインフルエンザに似た症状や呼吸困難を伴う肺炎を認める場合がある。令和2年(2020年)10月現在、有効な治療法は存在せず、対症療法が中心である。我が国においても感染が拡大しており、健康福祉施策にも大きな影響を及ぼしている。

第6章 計画の推進体制

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、計画を主管する健康支援課だけではなく、住民の健康づくりや生涯学習、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、庁内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

全ての高齢者が住み慣れた地域で、明るく安心して暮らしていくことができる、ぬくもりのあるまちづくりを構築するための、地域包括ケアシステムの実現にあたっては、在宅医療・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、民間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しょう。

○豊かな経験、技能等を活かした新たな社会貢献を見出し、社会との繋がりを広げましょう。

(3) 住民の役割

- 住民一人一人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しょう。

(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、一人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しょう。
- 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、地域福祉の向上に取り組みましょう。

(5) 事業所の役割

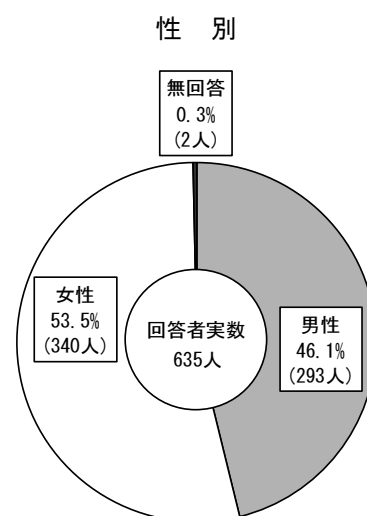
- サービス提供事業所は、高齢者のニーズに応じた良質なサービス提供となるよう、利用者の自立の視点を持つとともに、サービスの質の確保、事業内容やサービス内容の情報公開、事業評価体制の整備などを進めましょう。
- 地域包括ケアシステムの実現に向けて、行政をはじめとする関係機関や地域の関係団体等及び事業所相互の連携を図り、積極的な支援・協力を行いきましょう。

資料編

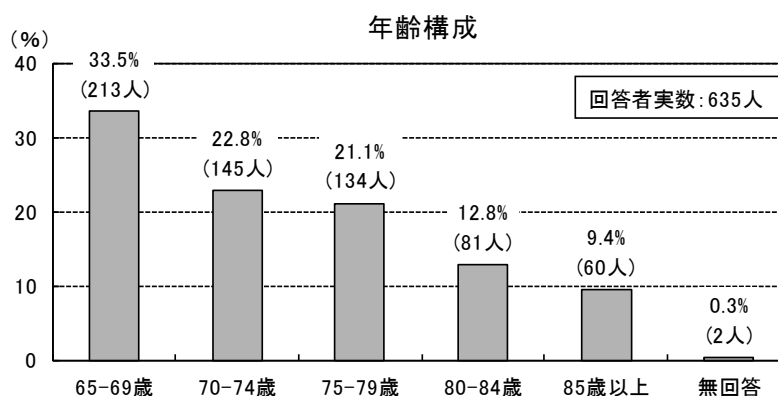
□日常生活圏域ニーズ調査の主な調査結果

(1) 性別・年齢構成

高齢者の性別は「男性」が 46.1%、「女性」が 53.5%
で、「女性」が 7.4 ポイント高くなります。

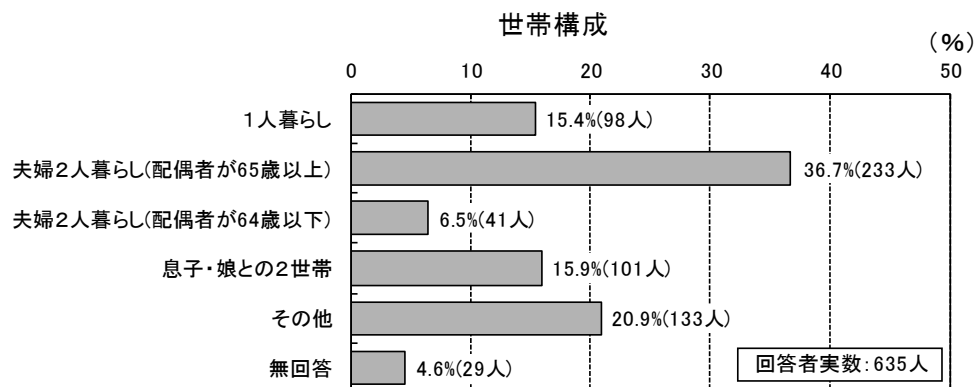


高齢者の年齢構成を 5 歳ごとの年齢階級で見ると、年齢階級が高いほど割合は低くなります。また、「65～69 歳」の 33.5%と「70～74 歳」の 22.8%を合わせた、前期高齢者が全体の 56.3%を占め、75 歳以上の後期高齢者が 43.3%を占めます。



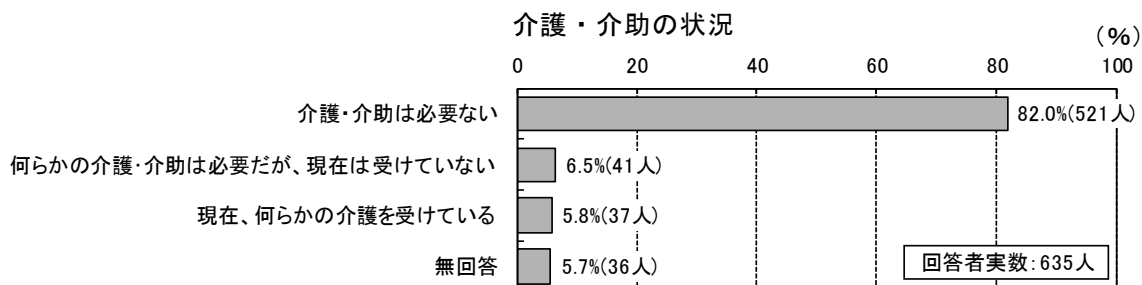
(2) 世帯構成

世帯構成は、「夫婦 2 人暮らし(配偶者が 65 歳以上)」が 36.7%と最も高く、次に「その他」が 20.9%、「息子・娘との 2 世帯」が 15.9%、「1 人暮らし」が 15.4%となります。



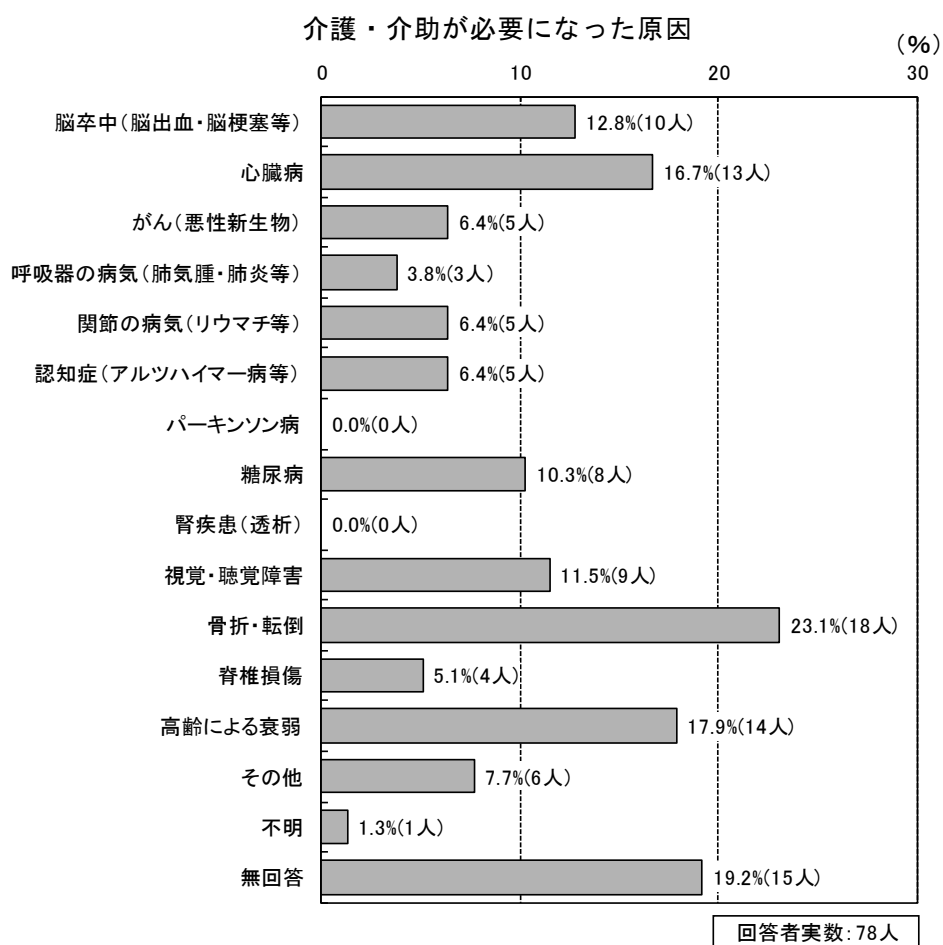
(3) 介護・介助の状況

介護・介助の状況については、「介護・介助は必要ない」が82.0%と多数を占めます。一方、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が6.5%、「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」が5.8%で、合わせると12.3%が介護・介助を必要としています。



(4) 介護・介助が必要になった主な原因（複数回答）

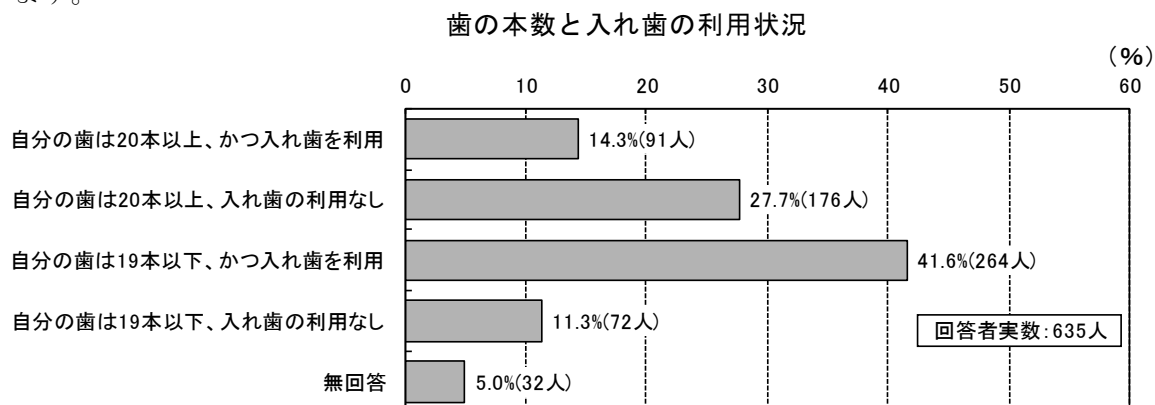
前項（「(3) 介護・介助の状況」）で「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」または「現在、何らかの介護を受けている」と答えた高齢者の、介護・介助が必要となった主な原因については、「骨折・転倒」が23.1%と最も高くなります。次に「高齢による衰弱」が17.9%、「心臓病」が16.7%、「脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」が12.8%となります。



(5) 歯の本数と入れ歯の利用状況

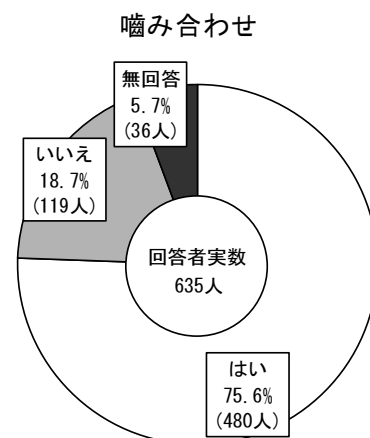
歯の本数と入れ歯の利用については、「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」が41.6%と最も高く、次に「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」が27.7%、「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」が14.3%、「自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし」が11.3%となります。

また、入れ歯を利用している高齢者が55.9%で、歯が20本以上ある高齢者が42.0%となります。



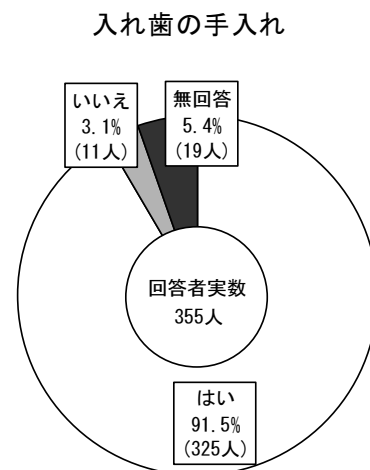
(6) 噛み合わせ

噛み合わせが良いかについては、「はい」が75.6%、「いいえ」が18.7%となります。



(7) 入れ歯の手入れ

前項（「(6) 歯の本数と入れ歯の利用状況」）で入れ歯を利用していると答えた高齢者が、毎日入れ歯の手入れをしているかについては、「はい」が91.5%とほとんどを占め、「いいえ」が3.1%となります。

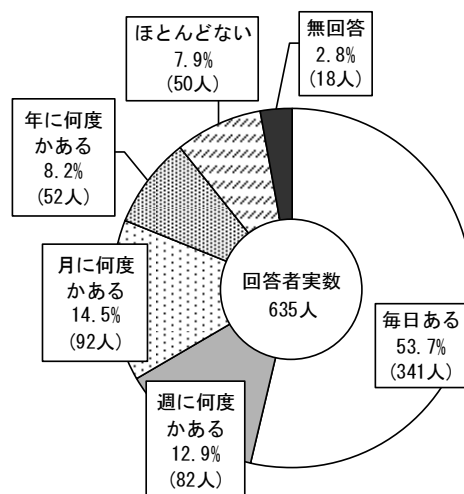


(8) 孤食等の状況

誰かと食事をとる機会については、「毎日ある」が53.7%と最も高く、これに「週に何度かある」の12.9%を合わせると、共食の機会が多い高齢者が66.6%を占めます。

一方、「年に何度かある」が8.2%、「ほとんどない」が7.9%で、合わせると孤食の多い高齢者が16.1%となります。これに、「月に何度かある」の14.5%を合わせると、孤食または孤食傾向にある高齢者が30.6%となります。

孤食等の状況

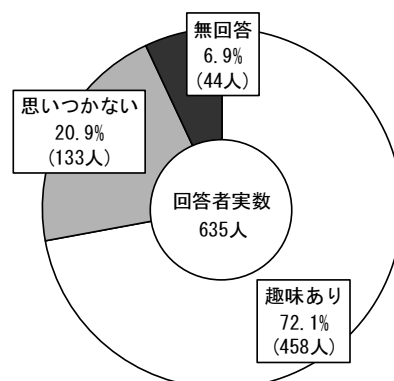


(9) 趣味

趣味を持っているかについては、「趣味あり」が72.1%、「思いつかない」が20.9%となります。

具体的な趣味を記述してもらった内容(複数記述)では、「農業・園芸」が84件と最も多く、次に「手芸・工作・DIY」が68件、「楽器演奏」が48件、「読書」が43件となります。

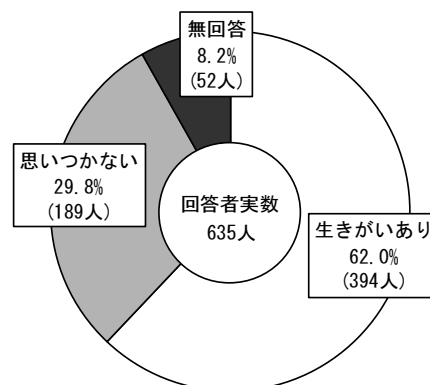
趣味の有無



(10) 生きがい

生きがいがあるかについては、「生きがいあり」が62.0%、「思いつかない」が29.8%となります。

生きがい



(11) 会・グループ活動等への参加の頻度

下表の①～⑧の会・グループ活動等への参加の頻度については、いずれも「参加していない」の割合が最も高く、それぞれ40%台～60%台の割合となります。

また、「無回答」が多いことから一概には言えませんが、「参加していない」は「老人クラブ」が62.4%と最も高く、次に「学習・教養サークル」が61.4%となります。また、①～⑧のいずれのグループ活動等にも参加していない割合が20.5%で、高齢者の約5人に1人は社会との関わりが希薄であることがうかがえます。

参加の頻度に関わらず、参加している割合は「③趣味関係のグループ」が30.8%と最も高く、次に「⑦町内会・自治会」が25.9%となります。また、「⑥老人クラブ」が9.4%と最も低く、次に「④学習・教養サークル」が9.7%となります。

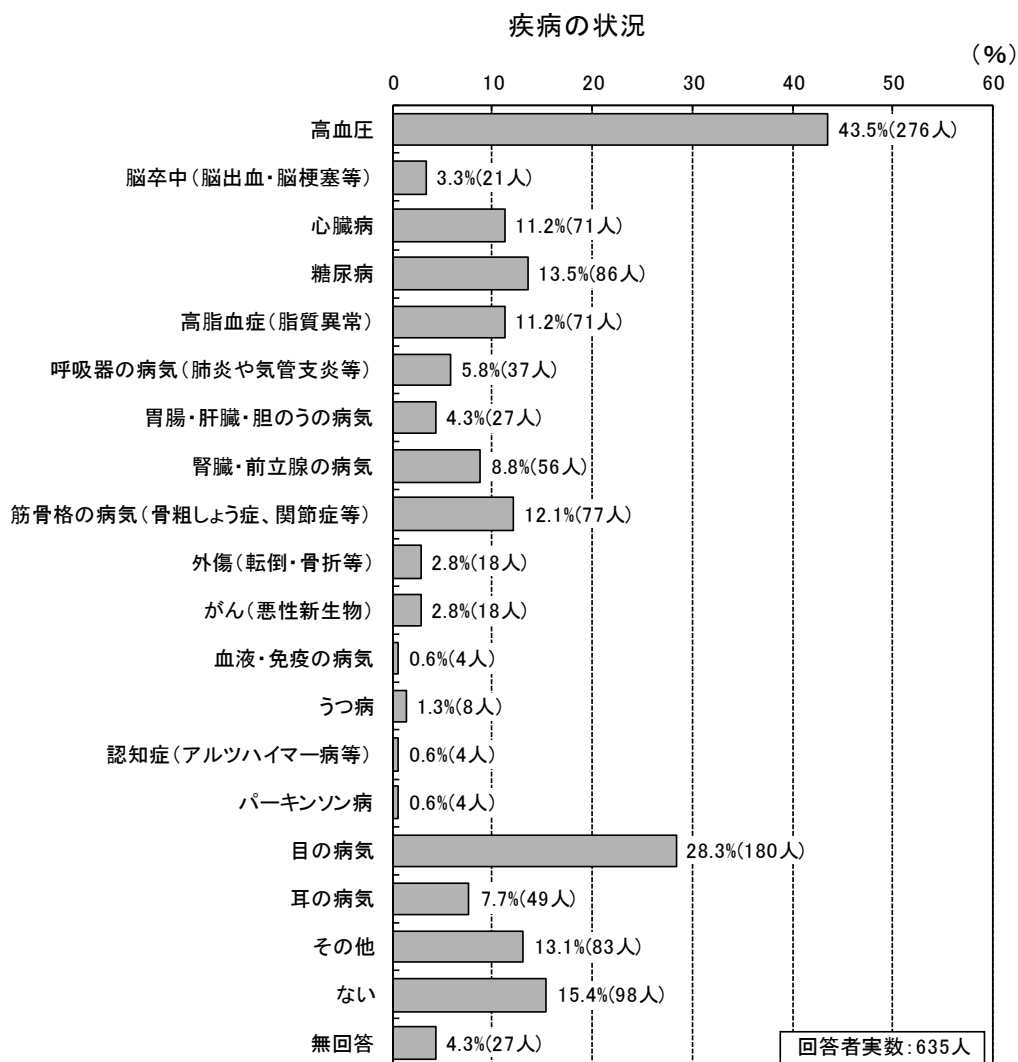
参加の頻度が最も多い「週4回以上」では、「収入のある仕事」が9.0%と最も高く、次に「②スポーツ関係のグループやクラブ」が3.3%となります。

会・グループ活動等への参加の頻度								
項目	参加している						参加していない	無回答
	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	計		
① ボランティアのグループ	0.5% (3 人)	2.4% (15 人)	1.6% (10 人)	2.8% (18 人)	7.9% (50 人)	15.2%	57.6% (366 人)	27.2% (173 人)
② スポーツ関係のグループやクラブ	3.3% (21 人)	6.9% (44 人)	4.4% (28 人)	3.6% (23 人)	3.1% (20 人)	21.3%	52.8% (335 人)	25.8% (164 人)
③ 趣味関係のグループ	3.0% (19 人)	6.1% (39 人)	7.6% (48 人)	9.8% (62 人)	4.3% (27 人)	30.8%	45.4% (288 人)	23.9% (152 人)
④ 学習・教養サークル	0.6% (4 人)	1.7% (11 人)	2.4% (15 人)	2.8% (18 人)	2.2% (14 人)	9.7%	61.4% (390 人)	28.8% (183 人)
⑤ いいあんべー共生事業や地域の体操教室等、介護予防のための通いの場	0.8% (5 人)	3.9% (25 人)	1.9% (12 人)	6.5% (41 人)	2.5% (16 人)	15.6%	58.0% (368 人)	26.5% (168 人)
⑥ 老人クラブ	0.6% (4 人)	1.1% (7 人)	2.0% (13 人)	3.3% (21 人)	2.4% (15 人)	9.4%	62.4% (396 人)	28.2% (179 人)
⑦ 町内会・自治会	0.5% (3 人)	1.6% (10 人)	1.3% (8 人)	6.1% (39 人)	16.4% (104 人)	25.9%	47.1% (299 人)	27.1% (172 人)
⑧ 収入のある仕事	9.0% (57 人)	5.7% (36 人)	0.6% (4 人)	1.9% (12 人)	1.7% (11 人)	18.9%	54.2% (344 人)	26.9% (171 人)

いずれのグループ活動等にも参加していない割合	20.5% (130 人)
------------------------	---------------

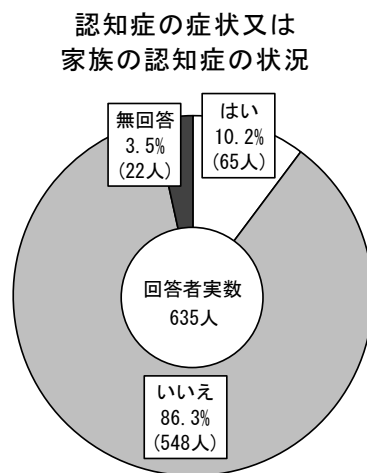
(12) 疾病の状況

現在治療中、または後遺症のある病気については、「高血圧」が43.5%と最も高く、次いで「目の病気」が28.3%となります。以下、「糖尿病」、「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」、「心臓病」、「高脂血症(脂質異常)」と続き、いずれも10%台の割合となります。また、病気は「ない」が15.4%と3番目に高い割合となります。



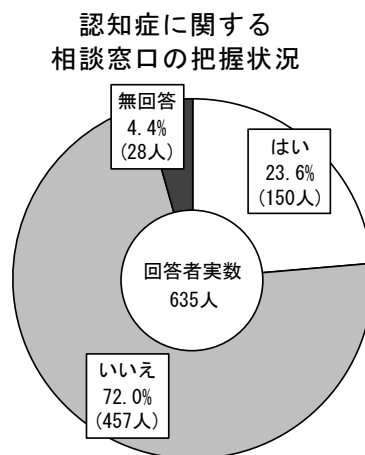
(13) 認知症の症状又は家族の認知症の状況

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人があるかについては、「いいえ」が86.3%、「はい」が10.2%となります。



(14) 認知症に関する相談窓口

認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「いいえ」が72.0%、「はい」が23.6%となります。

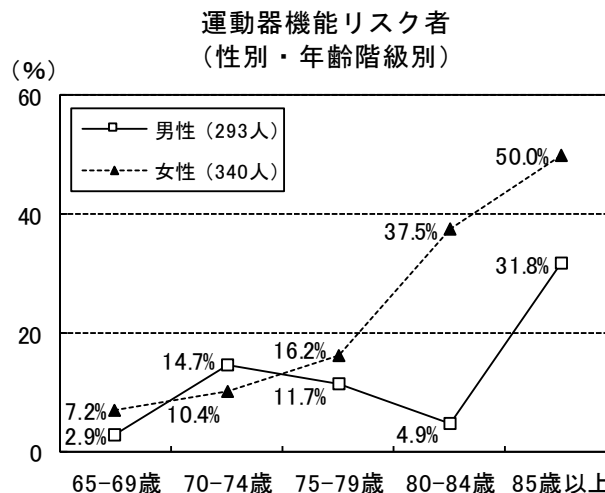
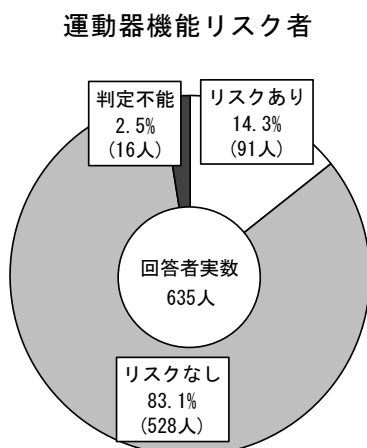


(15) 運動器機能リスク者

運動器機能リスク者は14.3%となります。

リスク者を性別・年齢階級別でみると、「男性」は65歳から84歳の各年齢階級で2.9%～14.7%の割合となりますが、「85歳以上」で大きく上昇し、31.8%と最も高くなります。

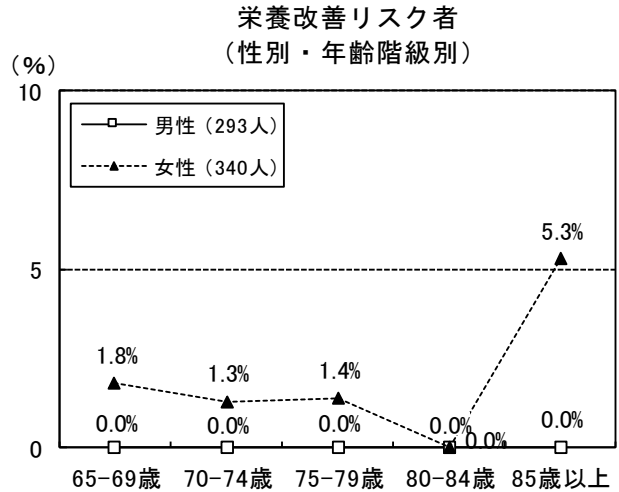
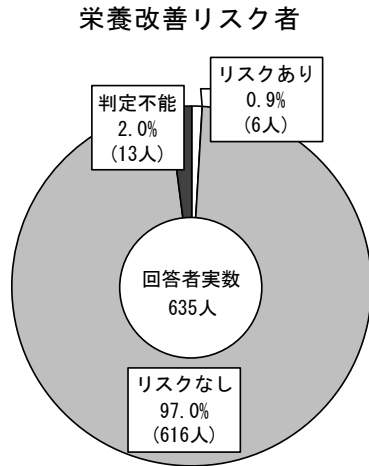
「女性」は年齢階級が高いほどリスク者の割合も高く、特に「80歳以降」で大きく上昇し、「85歳以上」では50.0%となります。



(16) 栄養改善リスク者

栄養改善のリスク者は0.9%となります。

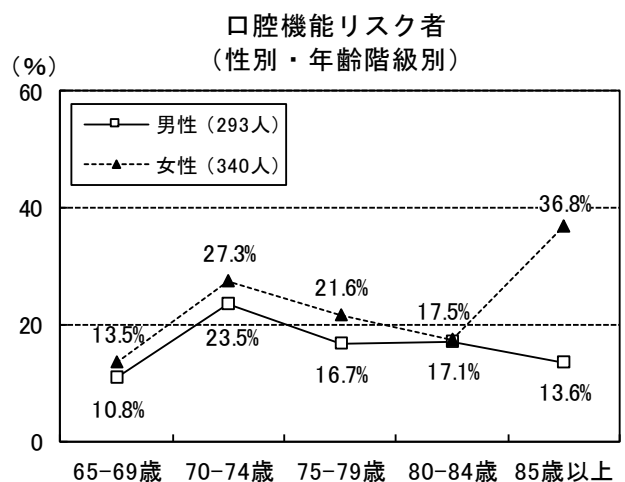
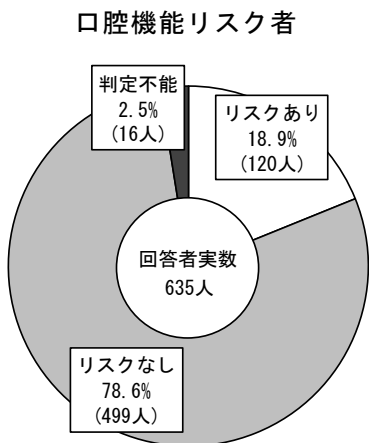
リスク者を性別・年齢階級別でみると、「女性」に該当者（リスク者）はいません。「男性」は「85歳以上」が5.3%と最も高く、そのほかの年齢階級では1.8%以下の割合となります。



(17) 口腔機能リスク者

咀嚼機能のリスク者は18.9%となります。

リスク者を性別・年齢階級別でみると、各年齢階級で「男性」に比べて「女性」の割合が高くなります。「男性」の割合は年齢階級とともに上下降をくり返しながらも、低下する傾向にあり、「70～74歳」が23.5%と最も高く、「65～69歳」が10.8%と最も低くなります。「女性」は「70～74歳」が27.3%で、その後「80～84歳」にかけて低下しますが、「85歳以上」では大きく上昇し36.8%と最も高くなります。

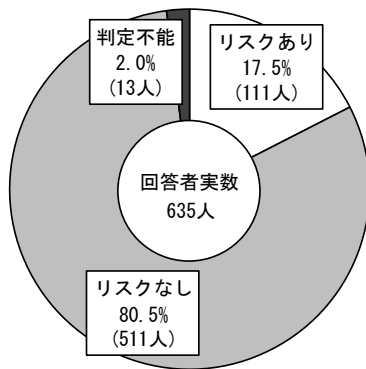


(18)閉じこもりリスク者

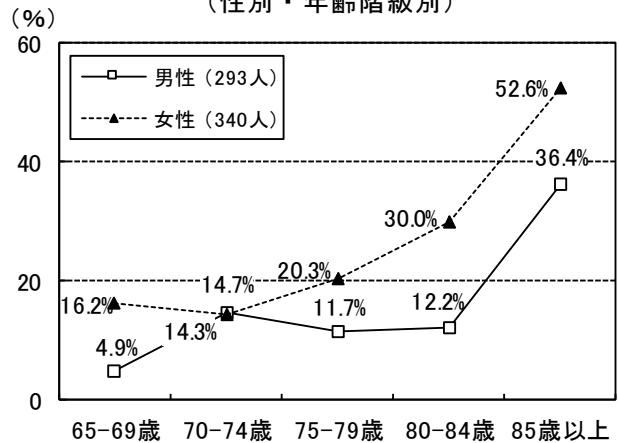
閉じこもりのリスク者は17.5%となります。

リスク者を性別・年齢階級別でみると、「男性」は「65～69歳」が4.9%と最も低く、70歳から84歳の各年齢階級では11%～14%程度の割合ですが、「85歳以上」では大きく上昇し36.4%となります。「女性」は70歳以降年齢階級が高いほど割合も高く、特に「85歳以上」で大きく上昇し52.6%となります。また、「70～74歳」以降の各年齢階級では「男性」に比べて「女性」の割合が高くなります。

閉じこもりリスク者



閉じこもりリスク者
(性別・年齢階級別)

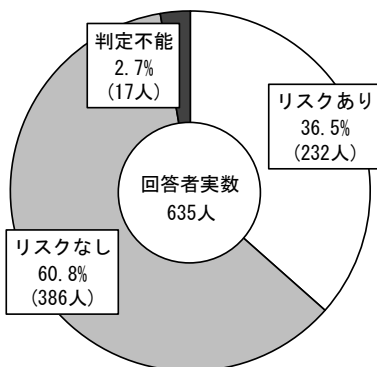


(19)認知機能リスク者

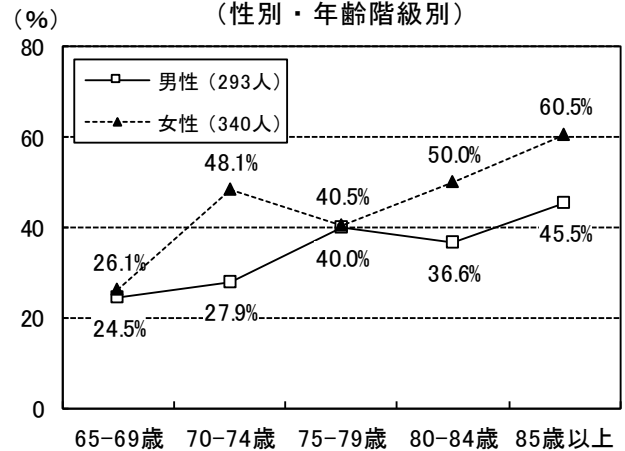
認知機能のリスク者は36.5%となります。

リスク者を性別・年齢階級別でみると、各年齢階級で「男性」に比べて「女性」の割合が高くなります。「男性」は年齢階級が高いほど割合も高くなる傾向にあり、「65～69歳」の24.5%から「85歳以上」では45.5%となります。「女性」も年齢階級が高いほど割合も高くなる傾向にあり、「65～69歳」の26.1%から「85歳以上」では60.5%となります。

認知機能リスク者



認知機能リスク者
(性別・年齢階級別)

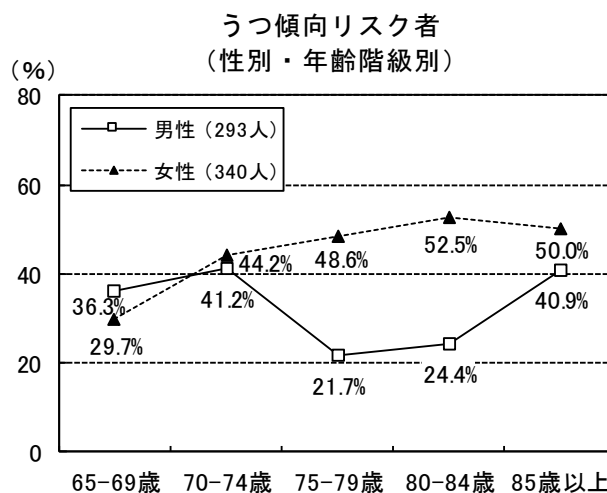
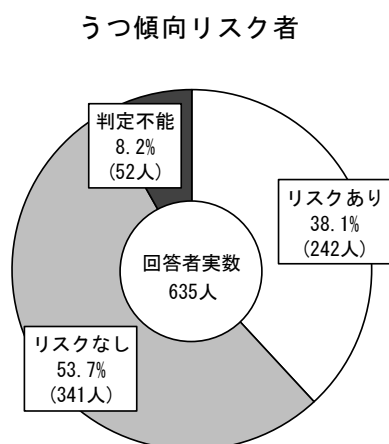


(20) うつ傾向リスク者

うつ傾向のリスク者は38.1%となります。

リスク者を性別・年齢階級別でみると、「女性」は「80～84歳」まで年齢階級が高いほど割合も高く、「80～84歳」が52.5%と最も高くなります。「85歳以上」ではやや低下し50.0%となります。「男性」は「70～74歳」と「85歳以上」が各40%程度と高く、次に「65～69歳」が36.3%となります。また、「75～79歳」と「80～84歳」が20%程度と低くなります。

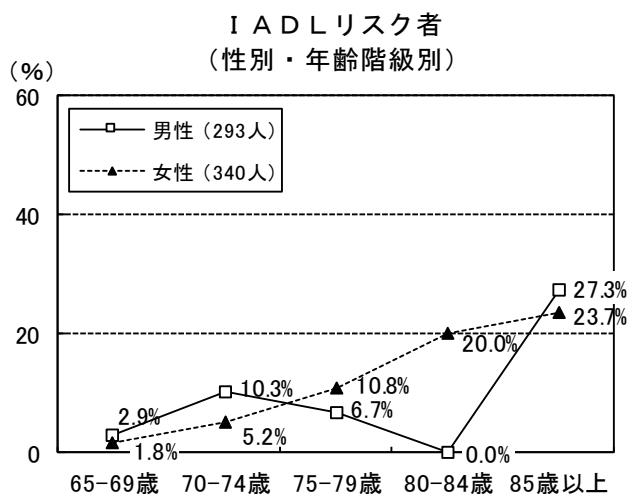
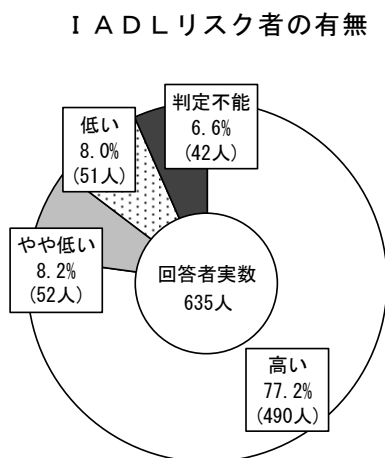
70歳以上の各年齢階級では「男性」に比べて「女性」の割合が高くなります。



(21) IADL (手段的自立度) リスク者

IADL (手段的自立度)のリスク者は、「低い」の8.0%と「やや低い」の8.2%を合わせると、16.2%となります。

リスク者を性別・年齢階級別でみると、「男性」は65～79歳の各年齢階級で2.9%～10.3%の割合で推移し、「80～84歳」では該当者がいません。しかし、「85歳以上」では大きく上昇し27.3%となります。「女性」は、年齢階級が高いほど割合も高く、「65～69歳」の1.8%から「85歳以上」では23.7%となります。

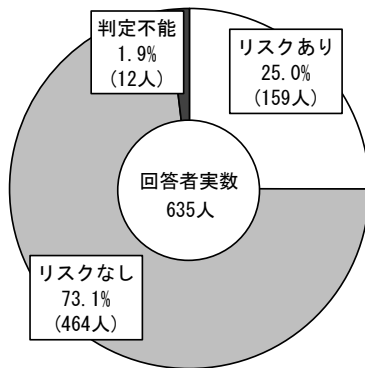


(22) 転倒リスク者

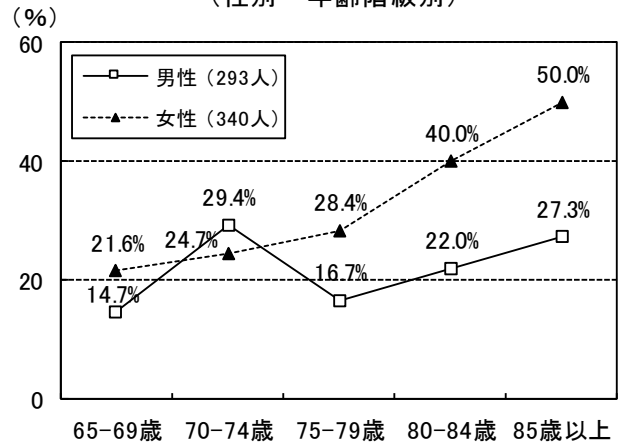
転倒のリスク者は 25.0%となります。

性別・年齢階級別でみると、「女性」は年齢階級が高いほど割合も高く、「65～69 歳」の 21.6%から「85 歳以上」では 50.0%となります。「男性」は、「65～69 歳」の 14.7%から「70～74 歳」では 29.4%に上昇し最も高くなります。「75～79 歳」では 16.7%に低下しますが、その後は年齢とともに割合も高くなる傾向にあります。

転倒リスク者



転倒リスク者
(性別・年齢階級別)



(23) リスク者のまとめ

リスク者の割合は、高齢者全体では「うつ傾向リスク者」が38.1%と最も高く、次に「認知機能リスク者」が36.5%、「転倒リスク者」が25.0%となります。また、「栄養改善リスク者」が0.9%と最も低くなります。

性別でみると、「男性」全体では「うつ傾向リスク者」が33.1%と最も高く、次に「認知機能リスク者」が31.7%、「転倒リスク者」が20.5%、「口腔機能リスク者」が16.0%となります。

「女性」全体でも「うつ傾向リスク者」が42.1%と最も高く、次に「認知機能リスク者」が40.9%、「転倒リスク者」が29.1%、「閉じこもりリスク者」が22.4%となります。

リスク者の割合が高い上位3位までの順位は、男女とも同じです。

年齢階級別でみると、「女性」の「うつ傾向リスク者」の割合は「80～84歳」が52.5%と最も高くなりますが、それ以外のリスク項目では「85歳以上」の割合が最も高くなります。また、「男性」では「口腔機能リスク者」、「うつ傾向リスク者」、「転倒リスク者」の割合は、いずれも「70～74歳」が最も高く、それ以外（「栄養改善リスク者」を除く）のリスク項目では「85歳以上」の割合が最も高くなります。

リスク者のまとめ								
	高齢者 全体	性別・年齢階級別						全体 (性別)
			65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	
①運動器機能リスク者	14.3%	男性	2.9%	14.7%	11.7%	4.9%	31.8%	9.9%
		女性	7.2%	10.4%	16.2%	37.5%	50.0%	18.2%
②栄養改善リスク者	0.9%	男性	—	—	—	—	—	—
		女性	1.8%	1.3%	1.4%	—	5.3%	1.8%
③口腔機能リスク者	18.9%	男性	10.8%	23.5%	16.7%	17.1%	13.6%	16.0%
		女性	13.5%	27.3%	21.6%	17.5%	36.8%	21.5%
④閉じこもりリスク者	17.5%	男性	4.9%	14.7%	11.7%	12.2%	36.4%	11.9%
		女性	16.2%	14.3%	20.3%	30.0%	52.6%	22.4%
⑤認知機能リスク者	36.5%	男性	24.5%	27.9%	40.0%	36.6%	45.5%	31.7%
		女性	26.1%	48.1%	40.5%	50.0%	60.5%	40.9%
⑥うつ傾向リスク者	38.1%	男性	36.3%	41.2%	21.7%	24.4%	40.9%	33.1%
		女性	29.7%	44.2%	48.6%	52.5%	50.0%	42.1%
⑦IADL (手段的自立度リスク者)	8.0%	男性	2.9%	10.3%	6.7%	—	27.3%	6.8%
		女性	1.8%	5.2%	10.8%	20.0%	23.7%	9.1%
⑧転倒リスク者	25.0%	男性	14.7%	29.4%	16.7%	22.0%	27.3%	20.5%
		女性	21.6%	24.7%	28.4%	40.0%	50.0%	29.1%

□西原町高齢者保健福祉計画策定委員会要綱

平成 11 年 5 月 31 日

要綱第 24 号

改正 平成 14 年 3 月 29 日要綱第 8 号

平成 20 年 3 月 28 日要綱第 22 号

平成 23 年 7 月 9 日要綱第 12 号

平成 28 年 9 月 5 日要綱第 32 号

平成 29 年 3 月 17 日要綱第 21 号

平成 29 年 9 月 12 日要綱第 40 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、西原町附属機関の設置に関する条例(平成 16 年西原町条例第 17 号)第 3 条の規定に基づき、西原町高齢者保健福祉計画策定委員会(以下「委員会」という。)の組織、運営その他必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第 2 条 委員会の所掌事務は、町長の諮問に応じ、次に掲げる事項について調査審議し、答申するものとする。

- (1) 高齢者保健福祉計画の見直しに関すること。
- (2) 高齢者の現状把握及び現況の分析に関すること。
- (3) その他高齢者の保健及び福祉に関して必要な事項

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 8 人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者について、町長が委嘱する。

- (1) 医師等医療関係者
- (2) 学識経験者
- (3) 沖縄県南部福祉事務所代表
- (4) 社会福祉施設代表
- (5) 町老人クラブ連合会代表
- (6) 社会福祉協議会事務局代表
- (7) 町民

(委員の任期)

第 4 条 委員の任期は、2 年とする。

2 補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第 5 条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長及び副委員長は、委員の互選により定める。

3 委員長は、会議を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員長は、必要に応じて、委員以外の学識経験者又は関係者等の出席を求め、意見を聴くことができる。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、健康支援課において処理する。

(補則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営その他必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成14年要綱第8号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成20年要綱第22号)

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成23年要綱第12号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成28年要綱第32号)

この要綱は、公表の日から施行する。

附 則(平成29年要綱第21号)

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則(平成29年要綱第40号)

この要綱は、公表の日から施行する。

□西原町高齢者保健福祉計画策定委員名簿

委員会等の名称	西原町高齢者保健福祉計画策定委員会委員
任期	令和2年9月17日～令和4年9月16日（2年間）

（委員名簿）

	氏名	団体名・役職名等	備考
1	佐久本 嗣夫	SAKU 整形クリニック 院長 医師	
2	國吉 緑	琉球大学 医学部 教授	
3	當間 秀樹	南部福祉事務所 所長	
4	久貝 隆	介護老人福祉施設 守礼の里 在宅課長	
5	平安 恒政	西原町老人クラブ連合会 会長	
6	前田 光智	西原町社会福祉協議会 事務局長	
7	寄川 めぐみ	町民・一般公募	通所リハ施設長
8	新垣 直子	町民・一般公募	ケアマネ、社会福祉士

ことぶきプラン2021

西原町高齢者保健福祉計画

令和3年3月

発行：西原町 福祉部 健康支援課

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町与那城 140 番地の1

電話：098-945-4791



西原町