

## 第1章 計画の概要

### 第1節 計画策定の趣旨

内閣府が公表した令和2年度版高齢社会白書によると、令和元年10月1日現在、わが国の総人口は1億2,617万人、このうち65歳以上の高齢者人口は3,589万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）は28.4%となっています。65歳未満の生産年齢人口、年少人口が減少を続ける中、今後も高齢化率は上昇を続けることが予想されます。

国の高齢者福祉施策は、平成12年に介護保険制度がスタートし、増加する要介護高齢者の生活を社会全体で支えていくための取り組みが進められてきました。制度の開始から20年が経過した今、社会への浸透・定着がみられる一方で、介護保険料の高騰、介護従事者の不足など、さまざまな課題も生じています。こうした中、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、要介護状態が重度化しても住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムのさらなる推進し、医療・介護の連携を図り、高齢者福祉の更なる充実と介護保険事業の安定した運営を図るために策定します。

### 第2節 法令の根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく市町村老人福祉計画と介護保険法第117条に基づく市町村介護保険計画を一体的に策定するものです。

### 第3節 計画の期間

介護保険事業計画は、3年ごとに計画を見直す必要があり、計画期間は令和3（2021）年度を初年度とした3年間とします。

また、高齢者福祉計画は、介護保険事業計画と一体的に見直しを行う必要があることから、同様の計画期間とします。

### 第4節 日常生活圏域の設定

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地理的条件や生活形態、交通事情等の地域特性を考慮した日常生活圏域を設定することとなっています。

本町における公共施設や交通網、介護サービス提供事業所等の利用範囲、また、人口規模を考慮し、町全体を一つの圏域として設定します。

## 第5節 基本理念

# ともに暮らし、ともに支えあえるハートフルタウン神流

本町の総合計画で目指す将来像は、「小さな町の底力！町民主役のまちづくり」が掲げられています。町民にとっても、訪れる人にとっても、真に魅力ある町、暮らしやすい町を目指すと共に、町民や地域が秘める活力が底力となり、子供から高齢者までの誰もが主役となるまちづくりを町の将来像としています。

本町の高齢化率は、令和2年9月末時点で61.10%であり、同時期の国（28.4%）と比べかなり高く、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると2025年には67.11%にまで上昇するとされており、今後も進行し続ける高齢化への対策は喫緊の課題となっています。

今時計画は、神流町高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画（以下「第7期計画」という。）を策定し、「住み慣れた地域で、いきいきと共に暮らせる町」を基本理念に掲げ、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らせる社会を実現するためのさまざまな施策を推進してきました。

そしてこの度、第7期計画の理念を継承しつつ、これまでの取り組みを見直し、「ともに暮らし、ともに支えあえるハートフルタウン神流」を基本理念に、より一層住民のニーズに即した高齢者福祉施策の推進と介護保険事業の円滑な実施を図ります。

## 第6節 基本的な考え方

### 1 介護サービスの確保に向けた取組

現在、全国的な高齢化を背景として、高齢者の独居や老老介護、認知症高齢者の増加といった多くの課題が浮かび上がっています。また、介護に携わる家族の負担増や介護離職の問題も顕著になっており、高齢者本人だけでなく、その家族のことも配慮した高齢者福祉施策の展開が求められています。以上の課題に対応していくためには、行政を中心としたサービスの提供、そして地域で暮らす方々の協力による、見守り・支え合いの体制を整えていくことが不可欠です。

本町ではこれまで、高齢者がいきいきと暮らすことができるよう、高齢者の健康づくりや介護予防、生きがいくくりなどの取り組みを進めてきました。また、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、地域全体での支え合い体制の強化や医療・介護連携体制の整備、認知症高齢者対策の推進なども進めてきました。

本計画においては、これまでの取り組みを踏まえながら、地域で暮らす高齢者がいきいきと暮らし、自分自身の能力を最大限に発揮しながら、それぞれの自立を支えていくことを目的として、誰もが健康状態や家庭環境などに合った生活ができる社会、安心感と充実感のある生活を送ることができるよう介護サービスの充実を図ります。

### 2 在宅医療・介護の連携

高齢者が、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して過ごすための在宅医療と介護の連携体制の構築のため、医療・介護関係者が集まり、具体的な事例や他職種の役割を学ぶ研修会や地域包括ケアシステムの理念を共有し、医療と介護が一体的に切れ目なく提供される退院調整ルールに基づいた取り組みを進めます。必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる体制を強化します。

### 3 認知症施策の推進

認知症になっても住み慣れた地域で生活が続けられるよう、医療・介護の専門職が連携し必要なサービスへつなぐ支援を行います。

認知症高齢者とその家族を地域で支えるために、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームによるコーディネートや認知症ケアパスを活用しながら、認知症の早期診断・早期治療を目指します。

また、認知症に対する理解を深めるため、認知症サポーター養成講座や正しい知識を習得できる機会の充実を図ります。

#### 4 生活支援・介護予防サービスの充実

生活支援・介護予防サービス体制整備に向け、多様なサービス提供主体の参画が求められています。多様な主体間の情報共有及び連携・協同を図り、地域における助け合いの体制づくりを推進します。

高齢者を地域で支える取り組みを支援する生活支援コーディネーターを配置し、生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等による生活支援、介護予防の担い手育成、発掘など地域資源の開発、多様な主体の情報共有や連携強化の場となる協議体の取り組みを推進し、地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行います。

#### 5 介護人材の確保及び資質向上

介護職員の不足が全国的に問題になっており、本町においても人員不足は慢性化しており、人材の確保が大きな課題となっています。町では、介護資格の取得費用を事業所に対し補助を行い人材確保を図ります。

