

基本目標2 住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるために

本市では、高齢者独居世帯や高齢者夫婦世帯が増加傾向にあるほか、後期高齢者の増加や家族構成の変化により老老介護や子育てと介護の両立（ダブルケア）など、介護の状況や介護をしている家族が抱える問題も複雑化・複合化しています。

こうした中、介護を必要とする状態になった場合でも、自宅で暮らし続けたいと希望される方が多く、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるための取組みの促進が求められています。

住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるためには、相談窓口機能の強化や認知症施策の推進、在宅医療と介護の連携など、在宅生活における取組みを複合的に促進していくことが必要となります。

また、生活困窮者や社会的に孤立する高齢者の多様な生活課題に対応できるよう、高齢者福祉施設等の整備を促進し、高齢者の住まいの確保と生活の一体的な支援を推進します。

<施策の方向>

●地域包括支援センターの事業の推進 P 62

●茨城型地域包括ケアシステム推進事業 P 64

●在宅での生活を続けるための支援 P 65

●認知症施策の推進 P 70

●在宅医療・介護連携の推進 P 75

●安心・安全なまちづくりの促進 P 77

第1節 地域包括支援センターの事業の推進

地域共生社会の実現において基盤となる地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、地域包括支援センターが中核機能を担うことから、高齢者や介護者が速やかに相談できるよう、その存在や役割について、第7期計画に引き続き周知を図ります。

近年、地域包括支援センターに寄せられる相談は複雑化・複合化し、高齢者分野のみでは解決が困難なケースも増えてきていることから、障がい、子ども等、他分野における相談機関との連携や、地域にある社会資源との連携を強化しながら、包括的な相談支援体制を構築します。

そのためには、適切な運営を確保する必要があることから、地域包括支援センターの自己評価及び市による評価を行い、評価により把握した課題や効果を運営方針や個別の事業内容に反映させ、事業の質の向上に努めるとともに、保険者機能強化推進交付金等を活用した積極的な体制強化を図ります。

1. 介護予防ケアマネジメント事業

予防事業対象者が要介護状態になることを予防するため、心身の状況に応じて、自ら活動し、地域活動に参加できるよう必要な援助を包括的・効果的に行います。

2. 総合相談支援事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくことができるよう、相談窓口を2段体制で設置し、早期の段階で必要なサービス・各種機関につなげる等の支援を行います。

3. 権利擁護事業

権利侵害を受けている、または受ける可能性の高い高齢者が地域で安心して尊厳のある暮らしを維持できるよう支援を行います。また、成年後見制度の普及啓発に努め、活用促進を図ります。

4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援

地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう多職種と連携を図り、また個々の高齢者に対し包括的・継続的ケアマネジメントを介護支援専門員（ケアマネジャー）が実践できるようサポートを行います。

5. 地域包括支援センターの機能強化

高齢化の進行、それに伴う相談件数の増加や困難事例に対応できるよう、専門職の配置等人員体制を確保するとともに、センター等の相談窓口や行政との連携強化、多職種協働によるケアマネジメントの支援充実を図ります。

また、介護離職防止等の家族介護者への支援の観点から、地域包括支援センター等の土日祝日開所について段階的に検討を進めるとともに、電話等による相談体制の拡充、地域に出向いた相談会の実施等、地域に寄り添った相談機関としての支援体制を促進します。

6. 地域包括ケア会議の推進

個別事例の検討を通じて多職種協働によるケアマネジメントを行うとともに、個別課題だけでなく地域課題の検討も行い、地域のネットワーク構築を図ります。また、出された地域課題解決のための検討につなげる体制を図ります。

第2節 茨城型地域包括ケアシステム推進事業

在宅の高齢者や心身に障がいのある方々が、家庭や地域の中で安心して暮らせるように、援護が必要な方一人ひとりに、保健・医療・福祉の関係者が連携したケアチームを組織し、各種在宅サービスが受けられる制度です。地域ケアコーディネーターが中心となって進められ、介護などに関する相談や必要な在宅サービスを組み立てて提供します。

なお、地域包括支援センターの総合相談支援事業や包括的・継続的ケアマネジメント事業との連携も十分に図りながら、地域包括ケアの実現に向けて事業を進めます。

1. 地域ケアコーディネーターの配置

地域ケアコーディネーターは、地域の実情と関係諸制度を理解している者の中から選任され、地域への啓発活動や関係機関との連絡調整、サービスを必要とする対象者やニーズの把握、サービス調整会議への諮問、在宅ケアチームの編成などの業務にあたります。

2. サービス調整会議の開催

対象者一人ひとりの状態に合わせて、最も望ましい保健・医療・福祉サービスを提供するため、専門医を含む各分野の実務者から会議員を選出し、会議員による「サービス調整会議」を開催し、対象者に対する処遇方針（サービスプログラム）を策定するとともに、処遇の経過を点検します。

3. 在宅ケアチームの活動

【地域の実態把握】

「地域ケアコーディネーター」を中心として、対象者等の状況とサービス供給側の人的資源、機関、施設等の状況を把握するとともに、保健・医療・福祉関連団体・機関等の協力を得て、対象者の実態やニーズを把握します。

【在宅ケアチームの組織化及びサービスの提供】

「地域ケアコーディネーター」は、サービス調整会議等の結果に基づき、「在宅ケアチーム会議」を開催し、援護を必要とする一人ひとりの対象者ごとに、保健師やホームヘルパー、民生委員、かかりつけの医師等の直接的なサービス担当者が在宅ケアチームを組み、役割分担と相互連絡を図ることによって、的確で効率的なサービスを提供します。

【キーパーソンの設置】

在宅ケアチームの構成員の中から当該在宅ケアチームのまとめ役となる「キーパーソン」を選出し、「キーパーソン」は対象者や家族のニーズの変化に対応した適切なサービスが図れるよう常に把握し、変化が生じた場合は「地域ケアコーディネーター」等に連絡、調整します。

第3節 在宅での生活を続けるための支援

高齢化や核家族化の進展、地域とのつながりを持たないことなどの要因による高齢者の社会的孤立は、高齢者の生きがいを低下させ、消費者被害や孤立死などの問題を生み出しています。

高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けるためにも、高齢者の生活実態の把握に努め、高齢者が地域から孤立しないよう見守り、支え合いの仕組みづくりを地域や関係機関等と連携しながら推進していきます。

1. 在宅福祉サービスの充実

(1) 軽度生活援助事業

概ね65歳以上のひとり暮らしまたは高齢者世帯で、身体虚弱等の方を対象に、家事援助や屋外の作業を石岡地方広域シルバー人材センターへ委託しその一部を助成します。

<サービス提供計画/実績>

	平成30年度			令和元年度			令和2年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数（人）	210	190	△20	210	200	△10	210	200	△10
延べサービス提供量（時間）	2,500	2,569	69	2,500	2,624	124	2,500	2,560	60

※令和2年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用者数（人）	210	215	220
延べサービス提供量（時間）	2,500	2,550	2,600

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後、ひとり暮らしや高齢者世帯の増加が見込まれることから、引き続き事業を推進していきます。

(2) さわやか出前理美容サービス事業

概ね 65 歳以上のひとり暮らしまたは高齢者のみの世帯で、自力で理美容店を利用することが困難な方に対して、理美容業者の協力を得て自宅を訪問して理美容サービスを行います。

<サービス提供計画/実績>

	平成 30 年度			令和元年度			令和 2 年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数 (人)	10	6	△4	11	10	△1	12	11	△1
延べサービス提供数 (回)	35	24	△11	40	29	△11	45	35	△10

※令和 2 年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
実利用者数 (人)	12	13	14
延べサービス提供数 (回)	45	50	55

◆サービス見込量及び確保のための方策

高齢者の健康で衛生的な生活を支援するため、引き続き事業を実施するとともに、事業利用の促進に向けて事業の周知に努めます。

(3) 高齢者日常生活用具給付事業

65 歳以上のひとり暮らし高齢者等に対して、電磁調理器・消火器・家庭用火災報知器等の給付を行い、高齢者の日常生活の便宜を図ります。

<サービス提供計画/実績>

	平成 30 年度			令和元年度			令和 2 年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数 (人)	5	1	△4	5	1	△4	5	1	△4
延べサービス提供数 (回)	5	1	△4	5	1	△4	5	1	△4

※令和 2 年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用者数（人）	5	5	5
延べサービス提供数（回）	5	5	5

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後、ひとり暮らしの高齢者の増加が見込まれることから、高齢者が安心して地域での生活を送れるように事業を推進していきます。

(4) 在宅福祉サービスセンター事業

日常生活において支援を必要とする概ね 65 歳以上の方へ有償ボランティア（協会員）を派遣し、家事援助等のサービスを提供することで、家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

<サービス提供計画／実績>

	平成30年度			令和元年度			令和2年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数（人）	120	84	△36	120	89	△31	120	100	△20
延べサービス提供件数（件）	1,200	894	△306	1,200	1,074	△126	1,200	750	△450

※令和2年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用者数（人）	120	120	120
延べサービス提供件数（件）	1,200	1,200	1,200

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後、要介護者の増加が見込まれることから、サービスの利用状況を踏まえながら事業を推進していきます。

(5) ひとり暮らし老人等ふれあい給食サービス事業

概ね 65 歳以上のひとり暮らしの方を対象に、引きこもりや孤独感の解消を目的とした会食を生活圏域ごとに開催し、健康の保持と生きがいつくりの支援を図ります。

<サービス提供計画／実績>

	平成 30 年度			令和元年度			令和 2 年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
延べ利用者数 (人)	1,320	1,249	△71	1,320	1,126	△194	1,320	760	△560
実施回数 (回／年)	24	24	0	24	21	△3	24	27	3

※令和 2 年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
延べ利用者数 (人)	1,320	1,320	1,320
実施回数 (回／年)	24	24	24

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後ひとり暮らしの高齢者の増加が見込まれることから、他の高齢者福祉サービス事業や介護予防サービス等との連携を図り事業を推進していきます。

(6) ひとり暮らし高齢者「愛の定期便」事業

70 歳以上の高齢者で閉じこもり傾向にある方や孤立している方、65 歳以上の方で身体虚弱で安否確認が必要な方に乳製品を配付し、安否確認と健康保持及び孤独感の解消を図ります。

<サービス提供計画／実績>

	平成 30 年度			令和元年度			令和 2 年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数 (人)	300	385	85	300	246	△54	300	200	△100
延べ配布本数 (本)	109,500	117,644	8,144	109,500	80,921	△28,579	109,500	50,000	△59,500

※令和 2 年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用者数（人）	200	210	220
延べ配布本数（本）	73,000	76,600	80,300

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後ひとり暮らしの高齢者の増加が見込まれることから、他の高齢者福祉サービス事業との連携を図り事業を推進していきます。

(7) 配食サービス事業

概ね 65 歳以上のひとり暮らしまたは高齢者世帯で、身体虚弱等により調理等が困難な方へ栄養バランスの取れた食事を定期的に自宅へ届けることにより、高齢者の健康管理を行うとともに見守りを兼ねて実施します。

<サービス提供計画／実績>

	平成30年度			令和元年度			令和2年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数（人）	160	145	△15	170	154	△16	180	150	△30
延べサービス提供量（食）	17,300	13,108	△4,192	18,400	13,543	△4,857	19,500	14,500	△5,000

※令和2年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用者数（人）	150	155	160
延べサービス提供量（食）	15,000	15,500	16,000

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後ひとり暮らしの高齢者の増加が見込まれることから、他の高齢者福祉サービス事業や介護予防サービス等との連携を図り事業を推進していきます。

第4節 認知症施策の推進

今後、急速な高齢化とともに認知症高齢者も増加し、令和7年（2025年）には700万人を超え、65歳以上の5人に1人が認知症となることが予測されています。厚生労働省においては、平成26年度に「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作りに向けて～（新オレンジプラン）」を策定し、認知症施策を推進してきましたが、さらに強力で施策を推進していくため、令和元年6月に認知症施策推進大綱がとりまとめられました。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、認知症高齢者やその家族の意見も踏まえて、「共生」と「予防」の施策を推進することが重要とされています。認知症施策推進大綱において、「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でともに生きる、という意味であり、「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」という意味で使われています。

本市においては、認知症初期集中支援チームの設置や認知症ケアパスの作成、認知症カフェの開設、認知症地域支援推進員の活動、認知症サポーターの養成などの取組みを行ってきました。

第8期計画においては、これらの取組についてさらなる充実を図り、認知症と共生する社会の実現に向けた取組を推進します。

1. 支援体制の促進

認知症は、周囲の適切なサポートがない場合、発症から受診まで時間がかかり、重症化してから医療につながる方も少なくありません。早期に受診につながることで適切な診断や治療を受け、周囲が正しい対応方法を知ることによって進行を緩やかにすることができ、早期診断、早期対応が受けられる相談体制の確保が重要になります。

また、医療従事者の認知症対応力向上のための取組を推進するとともに、診断後の認知症高齢者やその家族に対する精神的支援や日常生活全般に関する支援等を推進する必要があります。

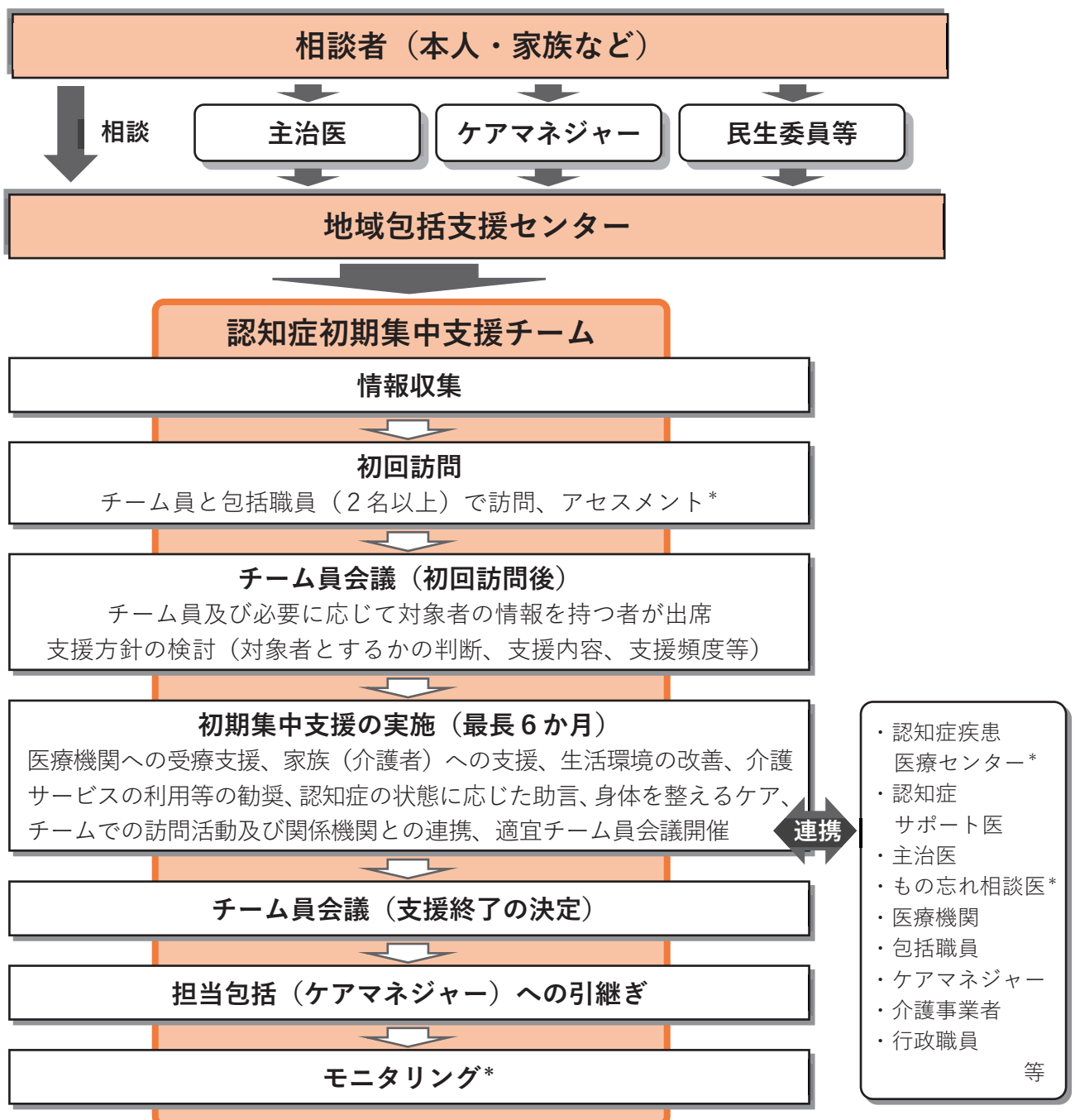
第8期計画では、認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進を図るほか、認知症地域支援推進員の活動を推進します。

(1) 認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

本市では、平成30年度に認知症サポート医*や認知症の専門知識を有する保健師等の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」を設置しました。

認知症初期集中支援チームは、本人、家族において集中的な支援が必要だと思われる方に対して、訪問・観察・評価、認知症に関する正しい情報の提供等により、心理的サポートや助言等を行うとともに、チームのさらなる質の向上を図り、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化します。また、認知症の高齢者だけではなく、若年性認知症の方も支援の対象としています。

< 認知症初期集中支援の流れ >



(2) 認知症地域支援推進員の活動の推進

本市では、平成 28 年度から地域の中で認知症の方の支援を行う医療機関や介護サービス事業所等とのネットワークの構築・連携支援と、認知症の人やその家族の支援ネットワークの構築を行う「認知症地域支援推進員」を配置しています。

地域包括支援センターを中心に構築してきた医療と介護のネットワークとも緊密に連携し、認知症の早期診断・早期対応に向けたネットワークの充実を図ります。今後、認知症に係る情報提供を継続的に行いながら、認知症地域支援推進員の活動を推進し、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを推進します。

< 認知症地域支援推進員の主な役割 >

認知症地域支援推進員 < 主な役割 >

◆医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れを表にしたもの）の作成・普及・随時見直し 等

◆認知症対応力向上のための支援

- 認知症の専門医療機関の専門医等による、病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症ライフサポート研修*など、認知症多職種協働研修*の実施 等

◆相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による、必要なサービスが認知症の方や家族に提供されるための調整

2. 認知症への理解を深めるための取組

認知症になってもできる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、本人、家族はもちろん、地域全体で認知症への理解を深め、地域で見守り支え合い、認知症の有無にかかわらず同じ社会の一員として共生できる地域づくりが重要です。

第8期計画では、認知症に関する正しい知識や理解の普及・啓発を進めるとともに、認知症カフェの活用等で認知症高齢者の介護者への支援及び地域交流の促進を図る取組を行います。

(1) 認知症高齢者の介護者への支援と地域交流の促進

本市では、認知症高齢者や認知症高齢者を介護している家族、地域の人、医療職・介護職など（認知症に関する相談対応ができる専門職）が交流し、情報交換やお互いを理解し合う通いの場として、「認知症カフェ」を市内2か所に開設しています。

第8期計画では、認知症カフェの充実を図り、住民により身近な集いの場、情報提供の場、認知症高齢者の重症化の早期発見や介護者の相談の場としても活用されるよう運営していきます。また、ボランティアの活用について検討し、地域の人との交流を通じて、地域で認知症高齢者を見守る体制づくりを推進していきます。

(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援

厚生労働省では、「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の一環として、「認知症サポーターキャラバン*」事業を実施し、認知症サポーターの養成を進めています。

認知症サポーターは、キャラバン・メイト*が実施するサポーター養成講座において、認知症に対する正しい知識について学び、地域の中で認知症の方の理解者となり、見守りを行います。全国での認知症サポーター養成講座受講者数は、令和2年6月末日現在で1,260万人を超え、本市においても、令和2年3月末日までに2,130人が養成講座を受講しました。

引き続き、認知症サポーターの養成に取り組むとともに、認知症サポーターが様々な活動に参加できるようフォローアップを図り、地域ぐるみで認知症高齢者への支援を推進します。

◆認知症サポーター養成講座の開催

<実績>

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
開催回数（回）	5	3	3
養成者数（人）	120	51	50

※令和2年度は見込量

<計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
開催回数（回）	5	5	5
養成者数（人）	75	75	75

（3）チームオレンジ・チームオレンジコーディネーターの活用

地域で暮らす認知症の人や家族の困りごと、生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者を結びつけるための「チームオレンジ」の取り組みの整備を目指し、準備を行います。

（4）若年性認知症の方に対する支援

若年性認知症に対する理解の不足等により医療機関を受診することが遅れる傾向があることから、医療機関や市、地域包括支援センターにおいて若年性認知症支援ガイドブック*の配布等による情報提供を行い、若年性認知症の理解を促進します。

3. 認知症の方及び家族に対する支援

認知症により、徘徊等のおそれのある在宅高齢者が行方不明となった場合に、早期発見及び事故を未然に防ぐ環境を整備するための手段の一部として、引き続き茨城県内統一で身元確認を行うための標示物「おかえりマーク」について関係機関へ周知し、活用の推進を図ります。

第5節 在宅医療・介護連携の推進

高齢者の増加が見込まれる中、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域における医療・介護の関係者が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要となっていきます。

地域支援事業に位置付けられた、在宅医療・介護連携推進事業は、以下の①から⑧の8項目について、市が医師会等の関係団体と連携しながら取り組むこととされています。

＜在宅医療・介護連携推進事業の8つの取組項目＞

- ① 地域の医療・介護の資源の把握
- ② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 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 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援
- ⑤ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ⑥ 地域住民への普及啓発
- ⑦ 関係市区町村の連携
- ⑧ 医療・介護関係者の研修

1. 在宅医療・介護の資源の把握及び情報提供の充実

市内の医療・介護に関する資源を把握し、各種情報を地図などにまとめた「おみたま『医療』と『介護』の便利マップ」を作成し、市民や関係機関に情報提供を図ってきました。

今後、関係機関と連携を図りながら、在宅医療に関する講演会の開催、パンフレット及びホームページ等を活用し、在宅での療養に関する情報提供を計画的に進めます。

2. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

庁内関係各課の連携及び情報共有を推進するとともに、医療・介護の関係者間での協議・検討の場を設け、在宅医療・介護連携の推進に向けた課題の抽出、対応の協議を行います。

3. 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

地域包括ケア会議を活用し、在宅医療・介護連携の課題の抽出、対応策の検討を行ってきました。引き続き、意見交換会の開催等で顔の見える関係性の構築を図り、医療関係者と介護関係者が円滑に連携できるように検討していきます。また、地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進していきます。

4. 在宅医療・介護関係者の情報共有の推進

地域包括ケア会議等の場や「おみたま『医療』と『介護』の便利マップ」を活用し、関係者間の情報共有を図ります。

5. 在宅医療・介護関係者の相談窓口の設置

在宅医療・介護関係者の相談窓口を地域包括支援センター（直営）に開設し、運営しています。引き続き、窓口や電話、FAXなどによる相談体制を継続し、医療・介護関係者からの相談の受付や支援を行います。

6. 地域住民への普及啓発

地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催や「おみたま『医療』と『介護』の便利マップ」及びホームページ等を活用し、地域住民の理解を図ります。

7. 関係市町村の連携

第8期計画以降、茨城県が主体となり、切れ目のない連携体制の構築に向けて検討していきます。

8. 医療・介護関係者の研修

多職種研修会を開催し、在宅医療・介護連携や包括的・継続的ケアマネジメント支援等への理解を深めてきました。引き続き、多職種研修会等を通じて、多職種間の連携及びスキルアップを図ります。

第6節 安心・安全なまちづくりの促進

今後、後期高齢者の増加が予測されることから、介護を必要とする高齢者や認知症高齢者の増加も見込まれる中、自宅での生活が困難となった場合であっても適切な介護が提供されるように、施設サービスの充実を図ります。また、多様な住まいの確保を図るため、有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅について、高齢者のニーズに合った整備となるよう、県との連携・情報共有に努めていきます。

高齢者は、加齢に伴う身体機能の低下や要介護状態のため、災害が発生した際、避難が困難である場合があります。近年の自然災害の発生状況を踏まえると、災害時の避難体制のさらなる強化を図っていく必要があります。また、新型コロナウイルス等の感染症に対する備えとして、感染拡大防止策や感染症発生時における対応など、日頃から県や関係機関等との連携を図り支援体制を構築していくことが重要となります。

急速な高齢化により、ライフスタイルも多様化し、社会参加への意識も高まりを見せている中で、高齢者が地域の中で安心して生活を送るためには、バリアフリーやユニバーサルデザインの視点に基づいた建物や道路、施設の整備が求められています。

高齢者が安心して生活を送れるよう、住みよいまちづくりの視点で環境整備や支援を行います。

1. 安心して暮らせる住まいの確保

(1) 居住安定に係る施策との連携

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などサービス提供の前提となる住まいに関しては、住宅関係の部局等との連携を図り、各種情報提供を進め、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。

(2) 施設サービスの充実

養護老人ホーム

家庭状況や経済的な理由により、自宅での生活が困難な低所得の65歳以上の高齢者を対象に、自立支援を行うための施設です。

今後ひとり暮らしや高齢者世帯の増加が見込まれることから、養護老人ホームの事業者等との連携を図ります。

なお、本市には養護老人ホームの設置がないため、利用を必要とする場合には他市町村との連携を図ります。

ケアハウス（軽費老人ホーム）

60歳以上で、身体機能の低下等で在宅の生活に不安があり、家族の援助を受けられない方が入所する施設です。

今後ひとり暮らしや高齢者世帯の増加が見込まれることから、軽費老人ホームの事業者等との連携を図ります。

なお、本市には1か所設置しており、定員は50人となっています。

有料老人ホーム

高齢者が安心して快適な生活を送ることが出来るように、概ね60歳以上で、共同生活が可能な方が入所できる施設です。なお本市にある有料老人ホームは、介護付です。

今後ひとり暮らしや高齢者世帯の増加が見込まれることから、有料老人ホームの事業者等との連携を図ります。

なお、本市には1か所設置しており、定員は67人となっています。

（3）多様な住まい方の促進

高齢者独居世帯や高齢者のみの世帯が増加し、高齢者のニーズが介護も含め多様化する中、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、地域生活の基盤である住まいの確保はますます重要となります。

また、厳しい社会経済情勢等を背景に、住まいを自力で確保することが難しい高齢者が今後も増加することが予測される中、住まいに困窮する高齢者の居住の安定を確保するために、平成29年4月に「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」の一部が改正され、住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度や住宅確保要配慮者の入居円滑化等が位置づけられました。

茨城県では平成30年3月に「茨城県高齢者居住安定確保計画」が策定され、高齢者が安心して暮らせる住まいづくりなどの取組みが位置付けられています。これらの計画との連携を図り、高齢者の住まいの確保と多様な住まい方の支援を行います。

2. 安心・安全な生活環境の整備

(1) 緊急通報システム装置の設置事業

概ね 65 歳以上のひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等に対して緊急通報装置を設置し、急病の緊急時に消防署への通報体制を整え、高齢者の不安を解消し在宅生活の支えとします。

<サービス提供計画／実績>

	平成 30 年度			令和元年度			令和 2 年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数（人）	350	252	△98	360	241	△119	370	251	△119

※令和 2 年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
実利用者数（人）	266	271	286

(2) 防犯・防災・緊急時対策の推進

地域防犯体制の強化や住民の防犯意識の向上に努め、住民と関係機関が一体となった防犯体制を確立するとともに、防災に関する広報活動や防災訓練等により、住民の防災意識の普及・啓蒙を図ります。さらに、緊急時の安全確保策として、ソフトとハードの両面からの支援を整備・検討していきます。

また、ボランティアや消防署等と連携し、救急時に迅速、かつ適切な対応を図るための人的ネットワークの整備も検討します。

(3) バリアフリーのまちづくり

茨城県の「ひとにやさしいまちづくり条例」に基づき、高齢者が住み慣れた地域でいきいきとした生活ができるよう、スロープ・手すりの設置などによる段差の解消や、見やすい案内板の設置・整備など、引き続きバリアフリーのまちづくりを推進します。

(4) 外出支援サービス事業

自動車運転免許証を所有していない、または返納された70歳以上の高齢者にタクシー利用助成券を交付し、高齢者の自立した生活を継続できるよう支援するとともに、庁内関係部署との連携を強化しながら、安心・安全な生活環境の整備についても検討していきます。

<サービス提供計画/実績>

	平成30年度			令和元年度			令和2年度		
	計画	実績	増減	計画	実績	増減	計画	実績	増減
実利用者数(人)	1,000	1,039	39	1,010	1,150	140	1,020	1,100	80
延べサービス提供数(枚)	24,000	14,211	△9,789	24,240	14,516	△9,724	24,480	15,840	△8,640

※令和2年度は見込量

<サービス提供計画>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用者数(人)	1,200	1,250	1,300
延べサービス提供数(枚)	26,400	30,000	31,200

◆サービス見込量及び確保のための方策

今後要援護者の増加が見込まれることから、他の移動支援事業との連携を図り事業を推進していきます。