

# 第9期俱知安町 高齢者保健福祉計画

《令和6年度～令和8年度》



令和6年3月

俱知安町



# 目 次

<b>第1章</b>	<b>計画の策定にあたって</b>	<b>1</b>
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の位置付け	2
3	計画期間	3
4	計画の策定体制	3
5	日常生活圏域の設定	4
6	介護保険制度改正の概要	4
<b>第2章</b>	<b>高齢者を取り巻く町の状況</b>	<b>7</b>
1	人口等の動向	7
2	倶知安町のサービス等の概要	11
3	第8期計画の実施状況	14
4	介護保険事業の実施状況	32
5	計画策定に向けた課題等	36
<b>第3章</b>	<b>計画の基本的な方向</b>	<b>39</b>
1	基本理念	39
2	基本目標	39
3	施策の体系	40
<b>第4章</b>	<b>高齢者施策の展開</b>	<b>42</b>
1	健康づくりと介護予防の推進	42
2	医療・介護体制の充実	48
3	安心して暮らせる環境づくりの推進	51
4	地域支援体制の強化	53
5	支え合う地域づくりの推進	57
<b>第5章</b>	<b>計画における取組目標</b>	<b>60</b>
1	高齢者の自立支援と重度化防止の取組目標	60
2	認知症対策の取組目標	60
3	リハビリテーションに関する取組目標	60
<b>第6章</b>	<b>計画の推進に向けて</b>	<b>61</b>
1	庁内部署及び関係機関との連携・調整	61
2	後志広域連合、北海道及び近隣市町村との連携	61
3	計画の進行管理	61
<b>資料編</b>		<b>62</b>
1	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の集計結果（抜粋）	62
2	在宅介護実態調査の集計結果（抜粋）	73
3	用語解説	81
4	倶知安町高齢者保健福祉計画策定委員会委員名簿	86



# 第1章 計画の策定にあたって

## 1 計画策定の趣旨

本町の令和5年10月1日現在の65歳以上の高齢者人口は3,653人で、高齢化率は25.1%となっており、国の29.0%（令和5年4月1日現在）、北海道の32.8%（令和5年1月1日現在）に比べて低くなっていますが、今後は人口の減少・高齢化率の上昇が進んでいくことと予想されます。一方、海外投資によるホテル、コンドミニアムの建設が相次ぎ、宿泊施設の従業員の増加、北海道新幹線の開業に向けた建設従事者が増加しており、また、新型コロナウイルス感染症の収束に伴い、外国人観光客数が再び増加していくことが予想され、町民は今まで以上に多様性をもちながら、外国籍住民を含めた多様な人々との協働によるまちづくりが必要となってきます。

本町における俱知安町高齢者保健福祉計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8の規定に基づく市町村老人福祉計画として策定しており、第6期においては、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる令和7年を見据え、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」、「在宅医療・介護連携の強化」、「地域ケア会議の推進」、「総合的な認知症施策の推進」、「生活支援・介護予防の基盤整備」の5つの柱を重点的取組事項とした「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、基盤整備を進めてきました。第7期においては、「地域包括ケアシステムの深化・推進」をテーマに、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化に伴うインセンティブ制度の導入や医療・介護の連携推進を中心とした制度改正が行われました。第8期においては、社会福祉法等の一部が改正され、地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、町の包括的な支援体制構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制整備等の推進などの見直しが行われました。

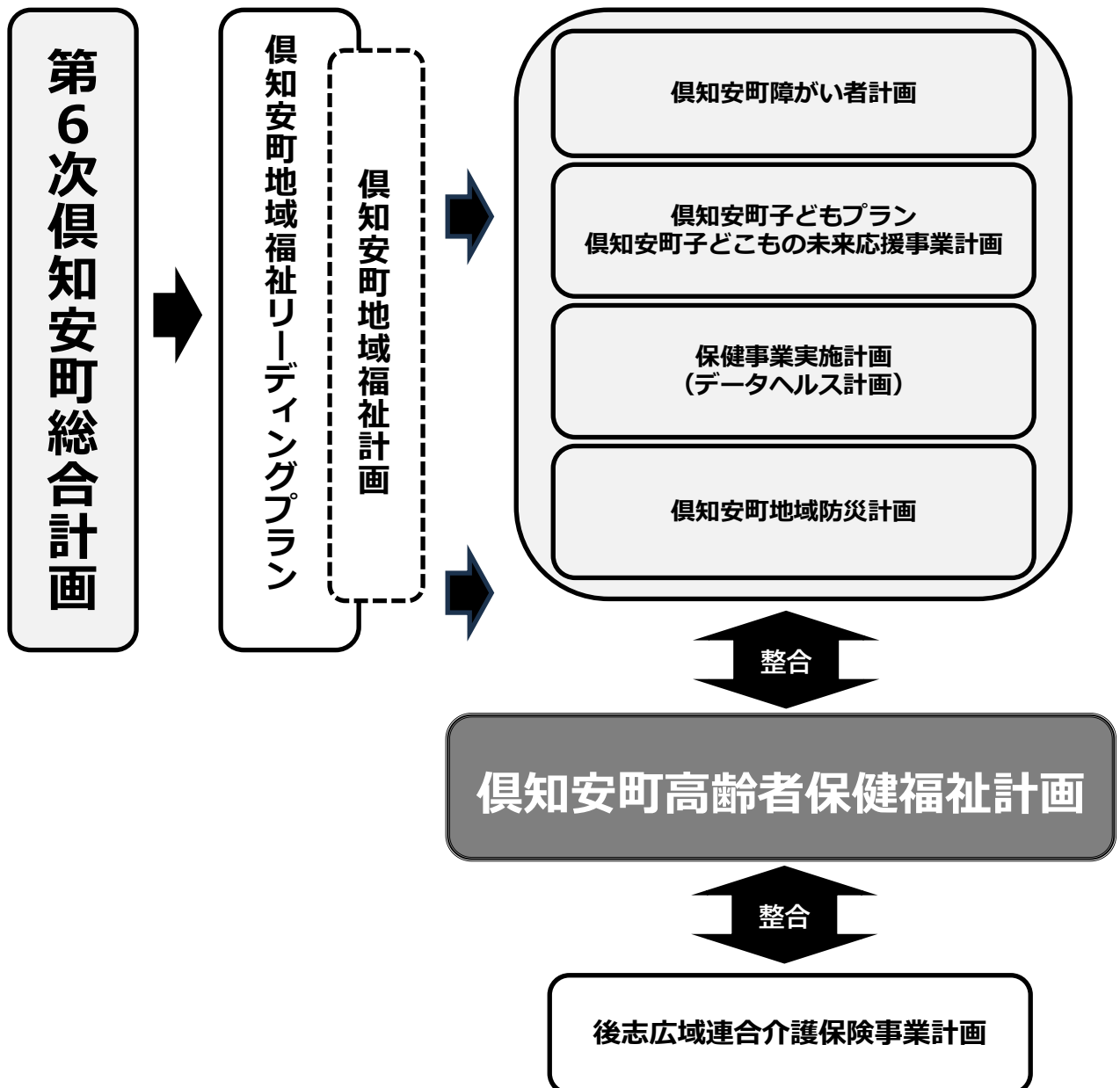
「第9期俱知安町高齢者保健福祉計画」では、本町の中長期的な人口動態や医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を適切に捉え、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制を確保するとともに、「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進し、高齢者がいつまでも、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現をめざし、これまでの成果や課題、新たな国の動向を踏まえ、本町らしい地域包括ケアシステムの構築に取り組みます。

## 2 計画の位置付け

### (1) 計画の位置付け

本町における本計画の位置付けは、「第6次倶知安町総合計画（令和2～13年度）」を上位計画とし、後志広域連合策定による介護保険事業計画や関連する町の保健・医療・福祉・教育分野の計画及び方針や、北海道が策定する医療計画や高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画と整合を図るものとし、倶知安町における福祉サービスの適切な利用の推進、事業の健全な成長、地域ぐるみの支援体制の構築などを目指して策定するものです。

#### ■本計画と関連計画との関係



### 3 計画期間

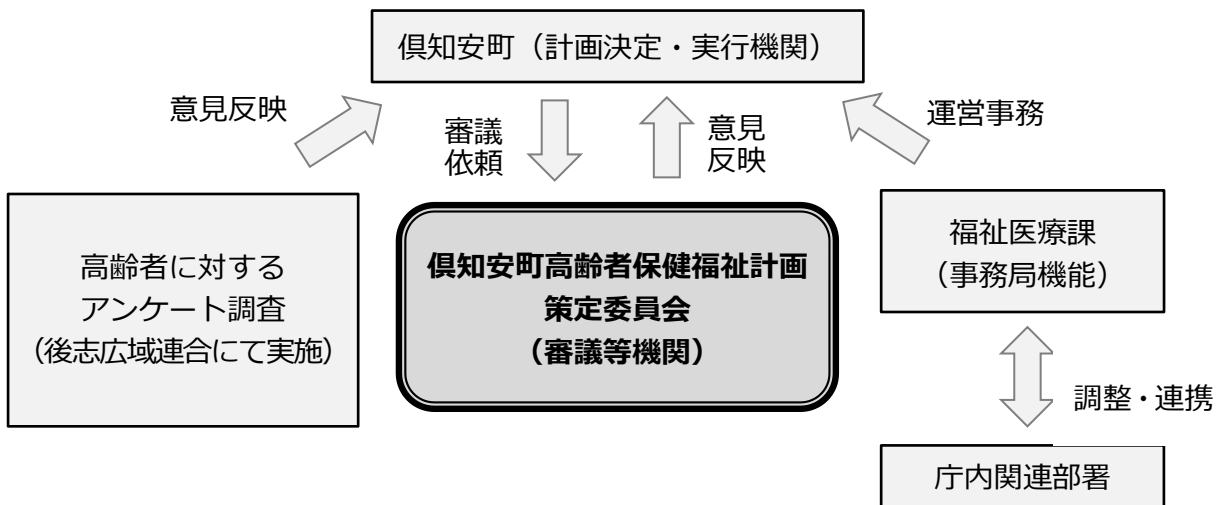
後志広域連合が策定する介護保険事業計画は3年を1期とする計画であり、本計画も令和6年度～令和8年度までの3年間の計画期間とします。

令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
				団塊の世代が75歳以上に				
第8期倶知安町 高齢者保健福祉計画			第9期倶知安町 高齢者保健福祉計画			第10期倶知安町 高齢者保健福祉計画		
←————→			←————→			←…………→		
第8期後志広域連合 介護保険事業計画			第9期後志広域連合 介護保険事業計画			第10期後志広域連合 介護保険事業計画		

### 4 計画の策定体制

計画の策定にあたっては、庁内関係部署との連携・協力のもと計画の原案づくりを行うとともに、町民の意見を反映させるため、被保険者及び保健・福祉・医療の各分野の専門家、学識経験者等から構成される「倶知安町高齢者保健福祉計画策定委員会」を設置し、計画内容の審議を行いました。

■計画策定体制のイメージ



## 5 日常生活圏域の設定

高齢者が要介護となっても住み慣れた地域で生活続けることができるよう、必要なサービスが継続的かつ包括的に提供できるエリアとして、町内全体を1つの日常生活圏域として設定しています。

## 6 介護保険制度改正の概要

### (1) 介護保険制度改正の全体像

令和5年5月に、健康保険法等の一部が改正され、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずることなどが示され、介護情報基盤の整備、介護サービス事業者の財務状況等の見える化、介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務などの見直しが行われました。

#### 【健康保険法等の改正の概要】

##### 1. こども・子育て支援の拡充

- ・ 出産育児一時金の支給額を引き上げ
- ・ 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除

##### 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

- ・ 後期高齢者負担率の設定方法の見直し
- ・ 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整

##### 3. 医療保険制度の基盤強化等

- ・ 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実
- ・ 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化
- ・ 退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止

##### 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

- ・ かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築

#### <介護保険関係>

- ・ 医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施
- ・ 医療法人や介護サービス事業者の経営情報の報告義務化、データベース整備
- ・ 地域医療連携推進法人制度について、個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みの導入
- ・ 計画の認定制度について、期限の延長

[出典] 社会保障審議会介護保険部会資料（厚生労働省）

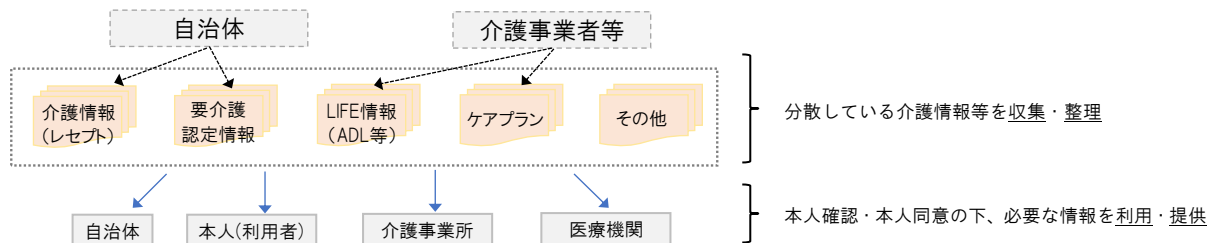


## (2) 介護情報基盤の整備

### 改正の概要

- 現在、利用者に関する介護情報等は、各介護事業所や自治体等に分散しています。今般、医療・介護間の連携を強化しつつ、多様な主体が協同して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備します。
- 自治体においては、以下のような効果が期待されます。
  - 自治体**：利用者が受けている自立支援・重度化防止の取組の状況等を把握し、地域の実情に応じた介護保険事業の運営に活用できます。
  - 利用者**：利用者が自身の介護情報を閲覧できることで、自身の自立支援・重度化防止の取組の推進に繋がります。
 ※さらに、紙でのやり取りが減り、事務負担が軽減される効果も期待されます。
- こうした情報基盤の整備を、保険者である市町村が実施主体であり、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置付けます。

### ■事業イメージ



[出典]社会保障審議会介護保険部会資料（厚生労働省）

### (3) 介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等

---

#### 改正の概要

- 介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表する制度を創設します。

### (4) 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

---

#### 改正の概要

- 都道府県を中心に一層取組を推進するため、都道府県の役割を法令上明確にする改正を行うとともに、都道府県介護保険事業支援計画において、介護サービス事業所等における生産性向上に資する事業に関する事項を任意記載事項に加える改正を行います。

### (5) 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

---

#### 改正の概要

- 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）では、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能であり、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えています。サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進めていく必要があります。

### (6) 地域包括支援センターの体制整備等

---

#### 改正の概要

- 地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増大しています。
- このため、居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図ります。

# 第2章 高齢者を取り巻く町の状況

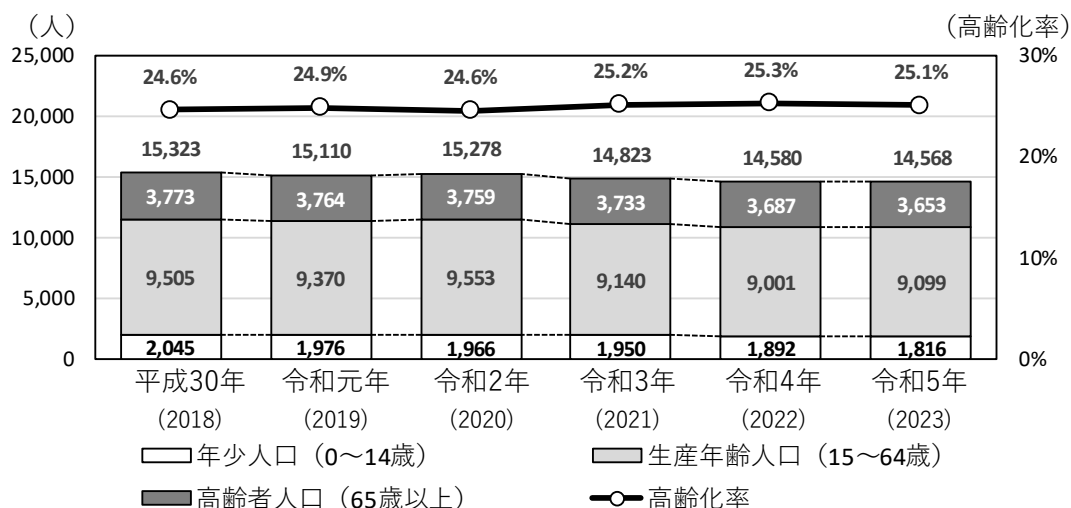
## 1 人口等の動向

### (1) 総人口の推移

住民基本台帳をもとに年齢3区分別の人口をみると、高齢者数は平成30年から減少傾向が続いており、令和5年は3,653人となっています。

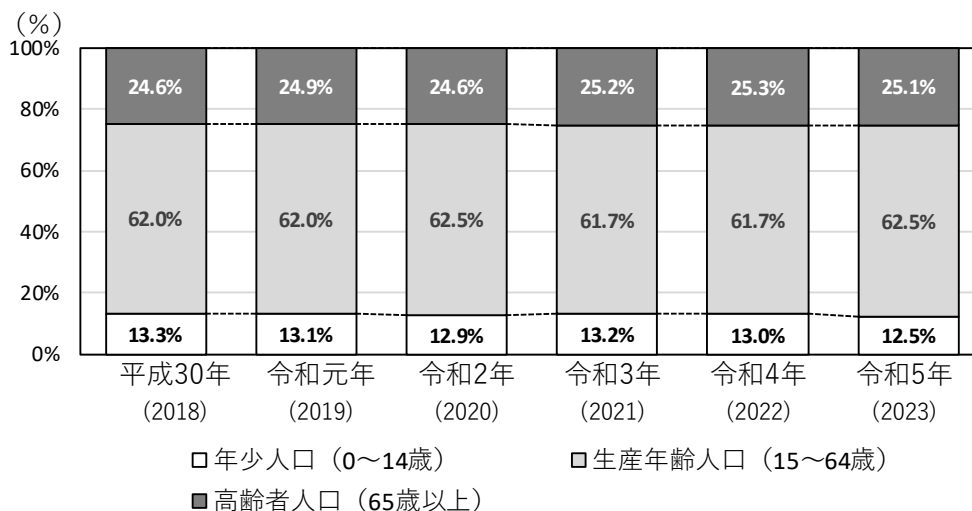
総人口に占める高齢者の人口割合となる高齢化率は、25%前後で横ばいに推移しています。

#### ■年齢3区分別人口の推移



[出典]住民基本台帳（各年10月1日現在）

#### ■年齢3区分別人口割合の推移



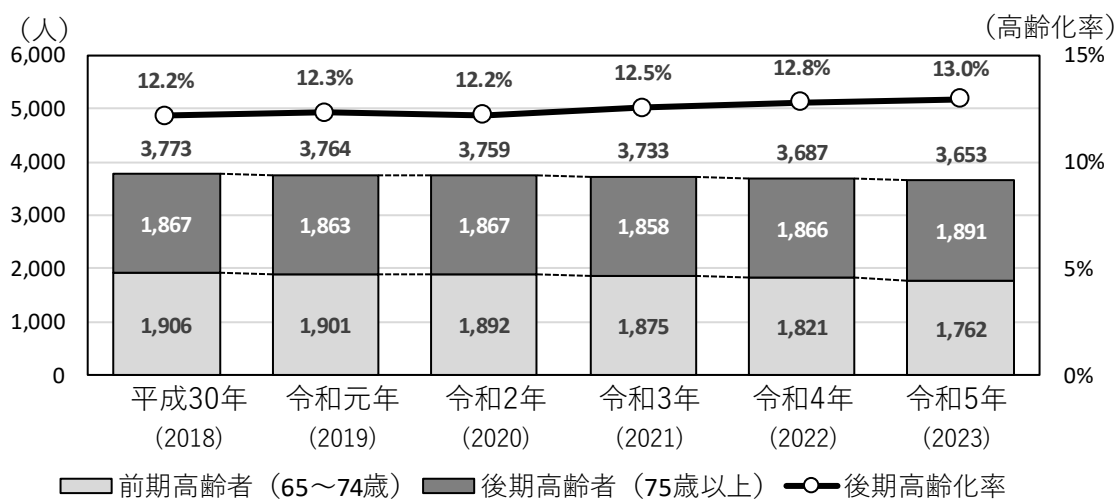
[出典]住民基本台帳（各年10月1日現在）

## (2) 高齢者人口の推移

高齢者人口の内訳をみると、前期高齢者（65～74歳）は平成30年から減少傾向がみられ、後期高齢者（75歳以上）は、令和5年にわずかながら増加しています。

後期高齢者比率（総人口に占める後期高齢者の割合）は令和2年からわずかに上昇傾向となっています。

### ■高齢者人口の推移



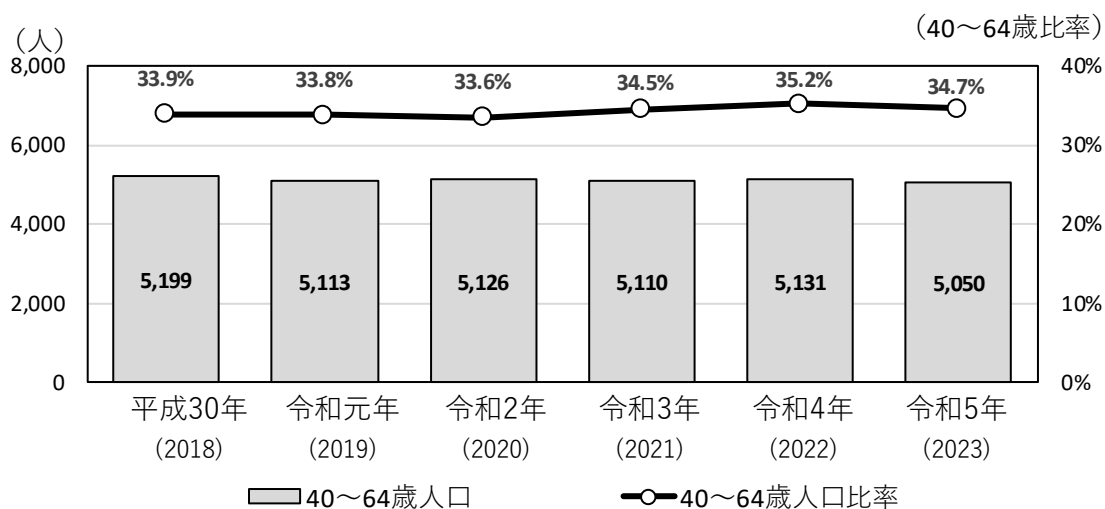
[出典]住民基本台帳（各年10月1日現在）

## (3) 40～64歳人口の推移

40～64歳（第2号被保険者）の人口は、平成30年以降5,100～5,200人前後で横ばいに推移していましたが、令和5年は減少しています。

また、40～64歳人口比率（総人口に占める40～64歳人口の割合）は、平成30年から令和5年まで約33～35%で横ばいに推移しています。

### ■40～64歳人口の推移

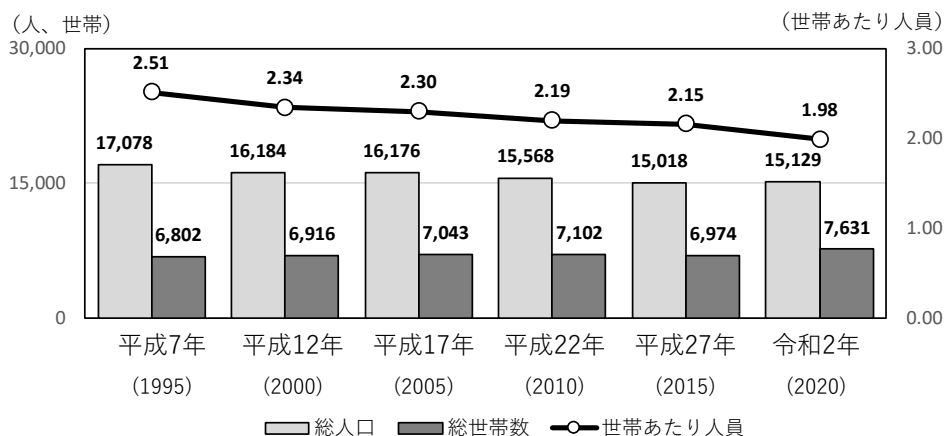


[出典]住民基本台帳（各年10月1日現在）

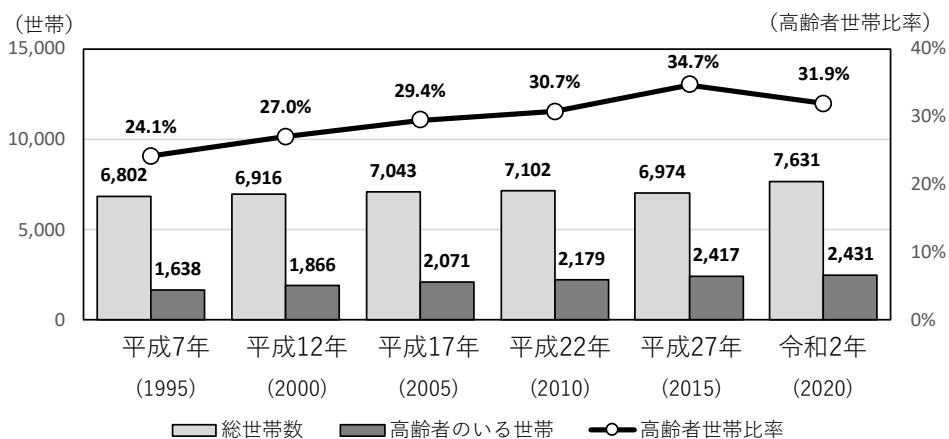
## (4) 世帯数の推移

総世帯数は平成27年減少しましたが、令和2年は増加に転じ7,631世帯となっています。高齢者のいる一般世帯数は増加傾向が続いていましたが、令和2年は減少に転じ31.9%となっています。また、高齢者世帯に占める1人暮らしの世帯の割合は増加傾向となっており、令和2年は33.4%となっています。

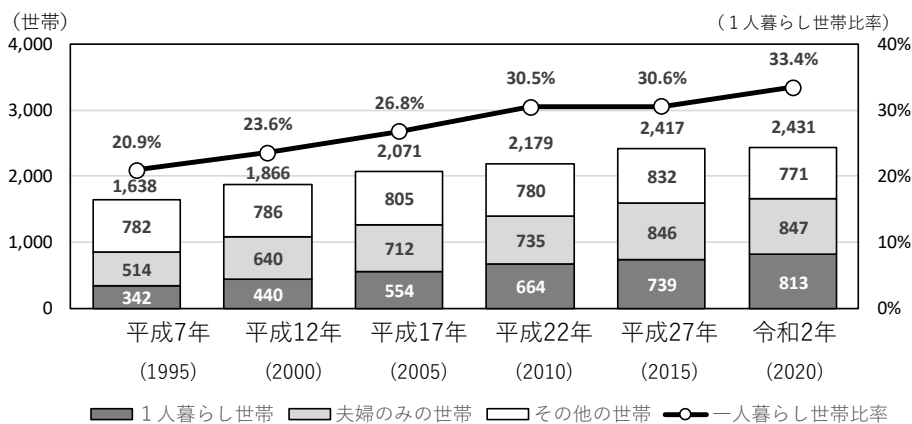
### ■ 総人口と世帯数の推移



### ■ 高齢者世帯の推移



### ■ 世帯類型別高齢者世帯の推移



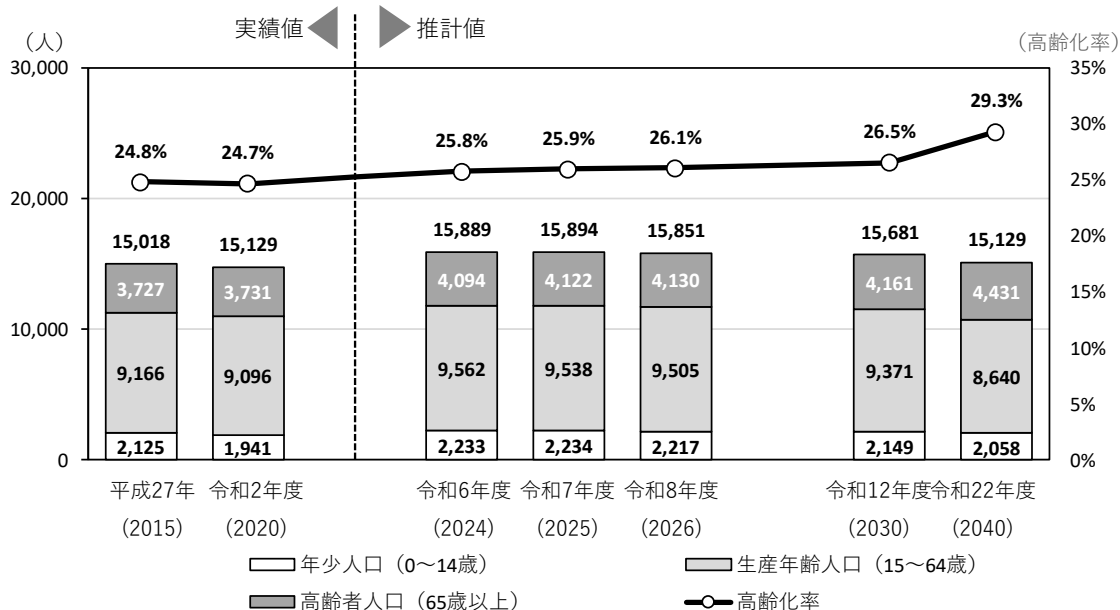
[出典] 上記グラフすべて国勢調査

### (5) 将来推計人口

俱知安町人口ビジョンによると、高齢者人口は今後増加が続くと予測され、令和12年度には4,161人、令和22年度には4,431人になると見込まれます。

高齢化率は今後上昇すると予測され、令和12年度には26.5%、令和22年度には29.3%になると予測されています。

#### ■ 総人口の推移



(単位：人)

	実績値		推計値				
	平成27年度 (2015)	令和2年度 (2020)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
総人口	15,018	15,129	15,889	15,894	15,851	15,681	15,129
年少人口 (0~14歳)	2,125 (14.1%)	1,989 (13.1%)	2,233 (14.1%)	2,234 (14.1%)	2,217 (14.0%)	2,149 (13.7%)	2,058 (13.6%)
生産年齢人口 (15~64歳)	9,166 (61.0%)	9,318 (61.6%)	9,562 (60.2%)	9,538 (60.0%)	9,505 (60.0%)	9,371 (59.8%)	8,640 (57.1%)
高齢者人口 (65歳以上)	3,727 (24.8%)	3,822 (25.3%)	4,094 (25.8%)	4,122 (25.9%)	4,130 (26.1%)	4,161 (26.5%)	4,431 (29.3%)

※実績値：国勢調査、推計値：俱知安町人口ビジョン（令和6、8年度は線形補間にて算出）  
 ※（）内は総人口に占める割合

## 2 俱知安町のサービス等の概要

### ■サービス分野ごとの高齢者保健福祉事業・介護保険事業の展開

サービスの分野	サービスの内容	サービスを担う人材	サービス提供機関(組織)
情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>広報、ガイドブック</li> <li>ホームページ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> </ul>
ニーズの把握	医療・保健 <ul style="list-style-type: none"> <li>健康相談</li> <li>訪問指導</li> <li>医療・介護データ分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師</li> <li>栄養士</li> <li>医師・看護師等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>医療機関</li> <li>保健所</li> </ul>
	生活・福祉 <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問サービス事業</li> <li>電話サービス事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパー</li> <li>電話サービス員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括支援センター</li> <li>社会福祉協議会</li> </ul>
相談	保健・福祉・介護 <ul style="list-style-type: none"> <li>総合相談</li> <li>健康相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町職員</li> <li>保健師</li> <li>栄養士</li> <li>看護師</li> <li>社会福祉士</li> <li>主任介護支援専門員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>社会福祉協議会</li> <li>医療機関</li> <li>保健所</li> </ul>
	権利の擁護 生活保護 <ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)</li> <li>成年後見制度利用支援事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援員</li> <li>市民後見人</li> <li>社会福祉士</li> <li>町職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>社会福祉協議会</li> </ul>
生きがいづくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>生涯学習活動</li> <li>スポーツ・レクリエーション活動</li> <li>就労の場の確保</li> <li>サロン活動</li> <li>地域支援活動</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>スポーツ推進委員</li> <li>ボランティア</li> <li>地域住民</li> <li>生活支援コーディネーター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>社会福祉協議会</li> <li>老人クラブ・町内会</li> <li>高齢者事業団</li> </ul>
疾病の早期発見・予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康診査</li> <li>健診後健康相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師</li> <li>栄養士</li> <li>医師・看護師等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>医療機関</li> </ul>
健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己健康管理ツールの交付</li> <li>健康教育、訪問指導</li> <li>健康栄養相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師</li> <li>主任ケアマネジャー</li> <li>栄養士</li> <li>看護師</li> <li>歯科衛生士</li> <li>スポーツ推進委員</li> <li>ボランティア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>医療機関</li> </ul>
介護予防 (地域支援事業) (予防給付)	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合事業(介護予防・生活支援サービス事業) (訪問型サービス・通所型サービス)</li> <li>総合事業(一般介護予防事業) (転倒予防教室、健口体操教室、栄養改善等)</li> <li>介護予防地域密着型サービス</li> <li>介護予防居宅サービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師</li> <li>主任ケアマネジャー</li> <li>栄養士</li> <li>理学・作業療法士</li> <li>ボランティア</li> <li>介護福祉士</li> <li>社会福祉士</li> <li>認知症地域支援推進員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>社会福祉協議会</li> <li>後志広域連合</li> <li>サービス事業者</li> </ul>
介護給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス(訪問介護、訪問入浴、訪問看護、居宅療養管理指導、通所介護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、福祉用具販売、住宅改修費支給)</li> <li>地域密着型サービス(認知症対応型共同生活介護、通所介護)</li> <li>施設サービス(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主任ケアマネジャー</li> <li>ケアマネジャー</li> <li>介護福祉士</li> <li>看護師</li> <li>医師・歯科医師</li> <li>薬剤師</li> <li>理学・作業療法士</li> <li>保健師</li> <li>施設職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>医療機関</li> <li>後志広域連合</li> <li>サービス事業者</li> </ul>
外出の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>移送サービス事業</li> <li>高齢者福祉ハイヤー(バス)利用助成事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町職員</li> <li>ホームヘルパー</li> <li>社会福祉協議会職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>社会福祉協議会</li> </ul>
生活支援 家族支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族介護用品の支給</li> <li>家族介護慰労事業</li> <li>配食サービス事業</li> <li>軽度生活援助事業</li> <li>寝具洗濯サービス事業</li> <li>除雪ヘルパー派遣事業</li> <li>福祉用具・住宅改修支援事業</li> <li>緊急通報システム事業</li> <li>生活管理指導短期宿泊事業</li> <li>徘徊高齢者等家族支援事業</li> <li>認知症カフェ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町職員</li> <li>ホームヘルパー</li> <li>社会福祉協議会</li> <li>施設職員</li> <li>ボランティア</li> <li>認知症地域支援推進員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>社会福祉協議会</li> <li>サービス事業者</li> <li>ボランティア団体</li> <li>民間企業</li> </ul>
生活の場所の 整備・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>養護老人ホーム</li> <li>高齢者向け公営住宅(85戸)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町職員</li> <li>介護福祉士</li> <li>施設職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>町</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>サービス事業者</li> </ul>

■対象者ごとの高齢者保健福祉事業・介護保険事業の展開

主な対象者	活動的で元気な高齢者	一人暮らし高齢者 高齢者世帯	虚弱高齢者	介護・支援を必要とする高齢者
目標	健康づくり、生活機能の維持・向上、疾病の早期発見・早期治療、生きがいがづくりなどの施策の展開	緊急時の対処を目的としたサービスとともに閉じこもりなどを防止するための生きがいがづくりや交流の促進	生活機能低下の早期発見、早期対応、機能低下を防ぐための介護予防サービスの提供	要支援者に対しては、自立支援の観点からの目標指向型サービスの提供 要介護者に対しては、要介護状態の改善、重度化を予防する介護サービスの提供
主な在宅サービス (介護保険以外)	保健サービス ・健康相談 ・訪問指導 ・健康教育 ・健診 ・がん検診 ・骨粗鬆症検診 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	保健サービス ・健康相談 ・訪問指導 ・健診 ・がん検診  福祉サービス ・配食サービス ・軽度生活援助 ・集いの場（運動、語り等） ・緊急通報システム ・除雪ヘルパー派遣 ・訪問サービス ・電話サービス ・徘徊高齢者等家族支援事業 ・認知症カフェ	保健サービス ・健康相談 ・訪問指導 ・健診 ・がん検診  福祉サービス ・配食サービス ・軽度生活援助 ・集いの場（運動、語り等） ・緊急通報システム ・寝具洗濯サービス ・除雪ヘルパー派遣 ・訪問サービス ・電話サービス ・生活管理指導短期宿泊 ・認知症カフェ	保健サービス ・健康相談 ・訪問指導 ・健診 ・がん検診  福祉サービス ・配食サービス ・軽度生活援助 ・緊急通報システム ・寝具洗濯サービス ・電話サービス ・家族介護用品の支給 ・家族介護慰労事業 ・徘徊高齢者等家族支援事業 ・認知症カフェ
主な在宅サービス (介護保険サービス)	包括的支援事業 ・総合的な相談・支援 ・権利擁護事業  総合事業「一般介護予防事業」 ・広報等による介護予防啓発 ・地域での介護予防教室（転倒予防・健口体操・認知症予防など）	包括的支援事業 ・総合的な相談・支援 ・権利擁護事業  総合事業「一般介護予防事業」 ・広報等による介護予防啓発 ・地域での介護予防教室（転倒予防・健口体操・認知症予防など）	包括的支援事業 ・総合的な相談・支援 ・権利擁護事業  総合事業「一般介護予防事業」 ・広報等による介護予防啓発 ・地域での介護予防教室（転倒予防・健口体操・認知症予防など）  総合事業「介護予防・生活支援事業」 ・訪問型サービス ・通所型サービス	包括的支援事業 ・総合的な相談・支援 ・権利擁護事業  総合事業「一般介護予防事業」 ・広報等による介護予防啓発 ・地域での介護予防教室（転倒予防・健口体操・認知症予防など）  総合事業「介護予防・生活支援事業」 ・訪問型サービス ・通所型サービス  介護保険居宅サービス
主な施設居住サービス	・高齢者向け公営住宅 ・高齢者向け下宿	・高齢者向け公営住宅 ・高齢者向け下宿	・養護老人ホーム ・高齢者向け公営住宅	介護保険施設サービス ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・介護医療院  地域密着型サービス ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  介護保険居宅サービス ・特定施設入居者生活介護
生きがいがづくり	・ボランティアへの参加促進 ・認知症サポーター養成講座 ・家族介護教室 ・老人クラブ活動への支援 ・生涯学習活動 ・交流事業 ・サロン	・ボランティアへの参加促進 ・認知症サポーター養成講座 ・家族介護教室 ・老人クラブ活動への支援 ・生涯学習活動 ・交流事業 ・サロン	・認知症サポーター養成講座 ・家族介護教室 ・老人クラブ活動への支援 ・生涯学習活動 ・交流事業 ・サロン	・老人クラブ活動への支援 ・生涯学習活動 ・交流事業 ・サロン



**(1) 町内介護保険事業者一覧**

## ■町内の介護保険サービス事業者一覧表（令和5年4月1日現在）

事業所種別	事業所名	利用定員等
居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	J A北海道厚生連 ようてい居宅介護支援事業所	利用定員：35名
	羊蹄ハイツ ケアプランニングセンター	利用定員：35名
	居宅介護支援事業所ろっかえん	利用定員：105名
介護予防支援事業所	倶知安町地域包括支援センター	
訪問介護事業所 (ホームヘルプサービス)	倶知安町社会福祉協議会 ヘルパーステーション	
	倶知安訪問介護ステーション つくしんぼ (R6.2.29 廃止)	
	ヘルパーステーションろっかえん	
訪問看護事業所	J A北海道厚生連 ようてい訪問看護ステーション	
通所介護事業所 (デイサービス)	倶知安町老人デイサービスセンター	利用定員：1日20名
地域密着型通所介護事業所 (デイサービス)	デイサービスセンター羊蹄ハイツ	利用定員：1日18名
	デイサービスセンターろっかえん	利用定員：1日10名
	リハビリ特化型デイサービス カラダラボ倶知安	利用定員： 午前15名、午後15名
通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設麓華苑	利用定員：1日40名 土曜日のみ半日20名
短期入所生活介護事業所 (ショートステイ)	羊蹄ハイツ 短期入所生活介護事業所	利用定員：1日8名 専用ベッドあり
短期入所療養介護事業所 (ショートステイ)	介護老人保健施設麓華苑	利用定員：1日1名 (空床利用可)
認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム)	グループホーム羊蹄	利用定員：18名
	グループホームつくしんぼ	利用定員：18名
福祉用具貸与事業所	株式会社あしすと	
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム羊蹄ハイツ	利用定員：70名
介護老人保健施設	介護老人保健施設麓華苑	利用定員：100名

[出典]「上手につかってあんしん・あんぜんな介護保険」

### 3 第8期計画の実施状況

#### 1 元気でいきいきと過ごすために

##### (1) 健康づくりの推進

○実施状況 ●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①健康手帳による健康管理の充実		<p>○健康手帳の普及において、健康診査・がん検診等の受診履歴の自己管理を促進しました。令和3年度からツールを健康手帳からシール型に変更し、より多くの方へ配布しました。</p> <p>○令和4年度から健康講話に参加した方や、健康状態不明者へ「ますけんファイル」（健康にまつわる資料や自身の健（検）診結果等をまとめた物）を配布しました。</p>
②健康診査の推進	1) 特定健診等	<p>○コロナ禍により、受診機会が縮小されたため受診率が減少しましたが、回復傾向となっています。広報誌での周知、新聞折込チラシ、ICTを活用し健診を勧奨しました。</p> <p>○集団健診では、令和2年度から昨年度受診者へ自動予約システムを導入しました。</p> <p>●新規受診者の確保による受診率の維持向上が課題です。</p>
	2) がん検診	<p>○胃・肺・大腸・子宮・乳がん検診を引き続き実施しました。</p> <p>○子宮・乳がん検診の無料検診クーポン券を検診対象年齢に配布し、若年者からの検診受診習慣の意識付けを行っています。また、検診受診勧奨はがきを送付し、個別に受診勧奨を行っています。</p> <p>●検診後の精密検査受診など、事後管理の仕組みづくりが課題です。</p>
	3) 骨粗しょう症検診	<p>○満30歳以上から5年毎の受診ができ、若い頃からの習慣づけを可能とすることで、結果から自身の状況を知り、予防行動への動機付けに繋がります。</p> <p>●骨粗鬆症検診の実施率は少なく、受診率の向上が課題です。</p> <p>●骨折のリスクが高くなる高齢者へ、フレイル予防として栄養・運動・口腔等の健康講話を充実していく予定です。</p>
③健康教育・健康相談の推進	1) 健診事後健康相談	<p>○健診結果と KDB を活用し対象者理解を深め、疾病のメカニズムの資料を活用し保健指導を実施しました。</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防に関して、医療機関と連携し、対象支援を実施しました。</p> <p>●重点的な支援を実施するために、保健指導対象者を明確化し、住民に対しても事業を周知していく方針です。</p> <p>●家庭訪問をメインに保健指導・栄養指導を実施するうえで、効果的なアプローチの仕方、対象者の選定について検討する必要があります。</p>

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
	2) 地域の健康相談・健康教育	○新型コロナ感染症予防対策の為、成人期の健康教育実施を縮小しました。 ●健康課題である高血圧重症化予防に関する講話等、成人期から健康づくりの意識づけの取組が必要です。
④訪問指導の推進		○新型コロナ感染症予防対策の為、訪問件数が減少しましたが、令和4年度から少しずつ訪問を再開しました。訪問対象者の明確化を行い、家庭訪問をメインに保健指導を実施していく方針です。 ○地区担当保健師が自身の地区に出向き、住民と対面での生活状況・健康状況の確認、町広報誌により家庭訪問の周知等を行っています。
⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	1) 健康課題の分析・把握	○OKDBから健診・医療・介護の情報を分析し、「高血圧から脳血管疾患で要介護となる人が多い」という健康課題を明確化しました。 ○健康課題と結びつけ、ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチを実施しました。 ●町全体の健康課題分析に向けて、国民健康保険加入者だけでなく他保険加入者情報も含めて分析を行う必要があります。
	2) 医療機関との連携	○医療機関との連携、情報共有を実施しました。 ●糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施の目標評価期間と保健指導の効果を明確にし、事業内容を見直した上で医療機関と連携していく必要があります。
	3) ハイリスクアプローチによる高齢者の支援	○疾病発症のリスクが高い方へ、個別で保健指導を実施しました。 ●ポピュレーションアプローチから個別支援が必要な方を把握し、他部署と連携した支援の実施が必要です。
	4) ポピュレーションアプローチによる高齢者の支援	○各老人クラブやサロン活動の場の健康教育でフレイル予防の普及啓発を実施しました。 ○地域包括支援センターや社会福祉協議会の実施する一般介護予防事業や生活支援体制整備事業と連携しました。 ●住民自身がフレイル予防に関心を持ち、目的意識を持ちながら健康づくりができるよう、継続した支援が必要です。

①健康手帳・シールの交付状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
健康手帳交付	39歳以下	12	17	19
	40～74歳	79	139	358
	75歳以上	18	21	141

②健康診査の実施状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
40～74歳 (特定健診)	受診者数(人)	639	678	743
	受診率(%)	32.2	34.7	34.8
75歳以上	受診者数(人)	150	155	193

③がん検診の実施状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
胃がん健診	受診者数(人)	519	547	483
	受診率(%)	11.5	11.6	11.7
肺がん健診	受診者数(人)	515	953	924
	受診率(%)	11.2	22.1	20.8
大腸がん健診	受診者数(人)	515	925	910
	受診率(%)	11.2	21.4	20.4
子宮がん健診	受診者数(人)	260	309	247
	受診率(%)	9.8	12.0	9.6
乳がん健診	受診者数(人)	231	305	239
	受診率(%)	9.8	13.2	10.3

④骨粗しょう症検診

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
骨粗しょう症検診	受診者数(人)	161	212	185
	受診率(%)	29.3	39.0	31.8

⑤健診事後健康相談の実施状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診事後指導	特定保健指導(人)	21(15)	27(15)	35(24)
	特定以外保健指導(人)	618	651	708

## ⑥健康相談及び健康教育の実施状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
総合相談	実施回数（回）	18	40	20
	受診延べ人数（人）	117	150	46
集団健康教育	実施回数（回）	2	5	0
	利用延べ人数（人）	8	131	0

## ⑦訪問指導の実施状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
訪問指導	延べ訪問回数（人回）	12	29	25

## ⑧糖尿病性重症化予防プログラムの実施件数

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
糖尿病性重症化プログラム	実施数（人）	6	9	11
	実施数のうち新規実施数（人）	0	3	2

## ⑨高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
重症化予防 （糖尿病性腎症）	指導数 （人）	22	7	1
重症化予防 （その他の生活習慣病）		17	11	21
健康状態不明者（人）				9

## ⑩ポピュレーションアプローチフレイル予防の普及啓発実績

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
フレイル予防の普及啓発	啓発回数 （カ所（回））	3（4）	3（4）	4（5）

(2) 介護予防の総合的な推進

○実施状況

●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①介護予防・生活支援サービス事業の充実	1) 訪問型サービス	<p>○事業対象者・要支援者のサービスが必要な方へのサービスを継続的に提供しました。</p> <p>●地域の他資源を活かし、生活上介護を必要とする利用者の重要性や緊急性、必要な内容に応じた対応が必要です。</p> <p>●人材確保・育成を継続的に行い、利用者が必要とするサービス提供ができる継続的な体制整備が必要です。</p>
	2) 通所型サービス	<p>○事業対象者・要支援者のサービスが必要な方へのサービスを継続的に提供しました。</p> <p>○総合相談や手続き来庁者に対して、必要に応じて介護サービスについて情報提供し、申請手続きの支援を実施しました。</p> <p>●利用者へ、タイムリーなサービス提供ができる体制の確保が必要です。</p>
	3) その他の生活支援サービス	<p>○地域の社会資源の実態を把握し、地域サロンへ訪問し聞き取りを実施しました。</p> <p>○長寿会などに参加し、地域住民からニーズ把握の聞き取りを行い、定期的に協議体の連携会議で協議を実施しました。</p> <p>●生活支援コーディネーターからの情報や地域ケア会議での地域課題について整理し、町独自のサービスの必要性や見直しを図る必要があります。</p>
	4) 介護予防ケアマネジメント	<p>○必要な方への介護予防ケアマネジメント業務を継続しました。</p> <p>○状況変化に応じて、本人、家族、関係機関等と連携して、訪問や状況確認を実施しました。</p> <p>●人材確保・育成を継続的に行い、利用者に対して適切に対応できる体制整備が必要です。</p>
②一般介護予防事業の充実	1) 介護予防把握事業	<p>○集いの場の参加者に対して、チェックリストの実施による現状のフレイル状態を確認しました。</p> <p>○総合相談や地域の関係機関との連携による相談を受けながら、状況に応じた支援対応を実施しました。</p> <p>●どの地域に居住していても、全員が同様の介護予防として対応できる環境作りを検討します。</p>
	2) 介護予防普及啓発事業	<p>○生活支援コーディネーターとの連携により、地域での集いの場や社会福祉協議会と共催での集いの場を作り、介護予防普及啓発を実施しました。</p> <p>○基本チェックリストを活用し、介護予防の必要性と共に、早期からの取組が必要であることの普及と啓発を実施しました。</p> <p>●集いの場が限定的な箇所になっていることから、幅広い方々へ対面での啓発の場を設ける必要があります。</p>

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
	3) 地域介護予防活動支援事業	○生活支援コーディネーターと連携をはかり、生活での困りごとなどを確認しながら、地域の状況に合わせ相談対応や地域支援を行えるよう、定期的に情報共有を実施しました。 ○住民主体の場が継続できるよう、相談しながら活動の場を再開するサポートを行い、介護予防への取組支援を実施しました。
	4) 一般介護予防事業評価事業	○社会福祉協議会と連携して、介護予防の必要性を講話や実技を交え、活動制限時にも自宅で取り組める内容を盛り込んだ集いの場を実施しました。 ●町全体として捉えた際の介護予防への取組として、集いの場や活動が継続できる環境作りの視点で対応していくことが必要です。 ●活動制限時のアウトプット検討も行き、早めの介護予防への取組対策も実施する必要があります。
	5) 地域リハビリテーション活動支援事業	○介護予防取組強化のためのリハビリ専門職と連携を図る機会を継続しました。 ○専門職同士での連携の中で気軽に相談をできる場や、リハビリ専門職からの知識・技術の獲得と共に、直接、住民が専門職の指導を受けることで、介護予防の取組への意識付けを図る取組を実施しました。 ●リハビリ専門職の講話は単発での取組であり、継続した予防啓発や実践に至っていないため、様々な住民が継続的に参加でき、且つ専門的な相談などを受けられる環境づくりが必要です。

①予防プラン作成件数（単位：件数）

区分	令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	小計	内訳		小計	内訳		小計	内訳	
		包括 作成分	委託分		包括 作成分	委託分		包括 作成分	委託分
事業対象者	308	295	13	311	303	8	237	237	0
要支援1	829	730	99	886	829	57	777	714	63
要支援2	647	442	205	597	420	177	579	409	170
合計	1,784	1,467	317	1,794	1,552	242	1,593	1,360	233

②介護予防対象者の状況

区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度
一般介護予防事業対象者（人）	8	4	3
うち運動器の機能向上プログラム参加者（人）	8	4	3

(3) 生きがいづくり促進

○実施状況 ●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①老人クラブ活動への支援		<p>○老人クラブや地域会館での活動に対し、介護予防に関する講話を行い、ふまねっと等の実践を通して、介護予防の啓発を実施しました。</p> <p>○老人クラブ連合会の活動に対して、補助金を交付しました。</p> <p>●各老人クラブでの60代後半・70代前半の新規会員の加入と確保が課題です。</p>
②生涯学習活動の促進		<p>○令和5年度については、寿大学の参加者申し込みが100名を超えており、各活動においても参加者が増加しています。</p> <p>●寿大学の住民ニーズは非常に高いものと認識しているが、一方で事業の企画立案などを担う理事者が減少しています。</p> <p>●事業を安定的に実施するために、地域との関わりや貢献を感じられる取組も行うことで、やりがいを持って主体的に関わる人材を増加させる必要があります。</p>
③就労への支援		<p>○高齢者が生きがいを持って長く働き続けるために、高齢者事業団へ運営補助金を交付し、作業に必要な車両の更新の際に、運営補助金を増額しました。</p> <p>○高齢者事業団の運営に必要な事務のサポートを継続的に実施しました。</p>
④外出や移動の支援		<p>○じゃがりん号については、新型コロナウイルス感染拡大防止対策を実施しながら、減便等することなく通常どおり運行しました。</p> <p>○令和4年度には、寿大学でじゃがりん号の乗り方講座の実施と、お試し無料乗車券を配布し、高齢者の利用促進と外出機会を創出しました。</p> <p>○郊外地域に暮らす高齢者の生活の移動手段の確保については、令和3年度より郊外デマンドバス「じゃがたく」の実証運行により、新たな郊外交通の導入について検討を進めました。</p> <p>●じゃがりん号の利用実態に即した運行ルート、ダイヤの変更を検討します。</p> <p>●冬期間のタクシー不足の対策の一つとして、今後も郊外地域の高齢者が利用できる新たな交通モードの導入について検討します。</p>



施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
④ 外出や移動の支援（包括支援センター）		<p>○高齢者福祉ハイヤー券の予算の執行状況は、令和2年度 89.75%、令和3年度 91.07%、令和4年度 87.11%</p> <p>○令和3年度からは、介護ハイヤーでもハイヤー券を利用できるよう対象を拡大しました。</p> <p>●冬期間はハイヤーがスキー場周辺の利用客に多く利用され、町中でハイヤーを利用することが難しいです。</p>

①老人クラブの状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
老人クラブ	グループ数（グループ）	13	12	12
	会員数（人）	863	742	703

②高齢者事業団の状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
高齢者事業団	登録者数（人）	16	15	16
	就業延べ人員（人）	2,422	2,221	2,784

2 安心して住み続けるために

(1) 介護保険サービスの充実

○実施状況 ●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①介護保険サービスの提供	1) 居宅サービス	<p>○町内外から専門職の人材獲得を行うため、町内事業所への勤務を要件に、研修や資格試験費用等を支援する補助制度を整備しました。</p> <p>●上記制度を広く周知し、人材確保に繋げる必要があります。</p> <p>●現在表面化していない資格取得者を発掘していく必要があります。</p>
	2) 地域密着型サービス	<p>○平成28年4月から定員18人以下のデイサービスも地域密着型サービスに指定され、現在は3事業所が地域密着型デイサービスを提供しています。</p> <p>●上記以外の地域密着型デイサービスについても、地域の実情に応じて検討していく必要があります。</p>

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
	3) 施設サービス	<p>○介護保険法の改正に伴い、特別養護老人ホームへの入所基準が要介護3以上の高齢者となり、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化を図りました。</p> <p>○軽度要介護者については、やむを得ない状況が認められる場合は特例入所について、施設と協議を行いました。</p> <p>●特例入所に関しては、町として具体的なルールを明確化する必要があります。</p> <p>●施設入所の基準に満たない高齢者や、1人暮らしが困難な高齢者の受け入れ可能な施設や住宅の建設を検討していく必要があります。</p>
②介護・福祉人材確保への支援		<p>○介護支援専門員及びヘルパー等資格の取得維持にかかる費用助成制度を新規事業として開始しました。</p> <p>●資格の取得に関する研修会や費用助成等の情報を広く周知し、活用を促す必要があります。</p>
③介護保険サービスの情報提供		<p>○報誌やパンフレット等を通じて、広く町民に対して制度の内容を周知しました。</p> <p>●地域包括支援センターの周知を、今後も広く定期的に行っていく必要があります。</p> <p>●あらゆる年代の方へ、介護保険制度やサービス利用についての周知が行き届く手法の工夫が必要です。</p>
④サービスの質の向上		<p>○計画策定に関わる職員が積極的に外部研修へ参加しました。</p> <p>○内部研修を定期的に行い、ケアマネジメントに必要な技術の確認の場や情報共有を行う事での学びや気づきの場を設けて、職員の質の向上を図りました。</p> <p>●計画策定に関わる職員全員が、定期的に外部研修を受けながら、振り返りや見直しを行い、質の向上を図っていく必要があります。</p>

(2) 福祉サービスの充実

○実施状況 ●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①生活支援の充実		<p>○社会福祉協議会が実施する移送サービス（有償運送サービス）や配食サービスなど、高齢者の生活を支えるための生活支援サービスを実施しました。</p> <p>●現在の事業に対して高齢者の現状にあっていない施策もあるため見直しを進める必要があります。</p>

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
②介護者への支援		<p>○介護用品の支給については一定数の給付実績があり、在宅で介護する家族の経済的な負担の軽減を図ることができました。</p> <p>○家族介護慰労金支給事業は、制度の啓発を実施したものの、申請実績はありませんでした。</p> <p>●家族介護用品支給事業は対象世帯が非課税で介護をしている世帯が要件となっており、課税世帯のため利用できない事例があったため、実態を調査し、要綱の見直しを図る予定です。</p> <p>●家族介護慰労金について、継続的に広報・啓発活動を実施していく必要があります。</p>
③生活支援サービスの体制整備	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	<p>○生活支援コーディネーターを1名配置し、社協や地域包括支援センターと連携しながら、地域の社会資源の実態を把握するために、地域サロンへの訪問、長寿会への参加などから、地域住民のニーズを把握しました。</p> <p>○コロナ禍もあり、サロン活動休止地区も多く、生活支援コーディネーターの全ての地域への聞き取りはできませんでした。</p> <p>●今後はサロン未設置地区などで集いの場を開催し、より地域住民の課題に寄り添いながら住民主体の活動に向けた取組が必要です。</p>
	2) 協議体の設置	<p>○社協の生活支援コーディネーター、行政の地域包括支援センターと保健師によって構成された協議体により、定期的な協議の場を実施しました。</p> <p>●現在の協議体メンバーは社協と行政の関係者で構成されているため、地域の住民や民生委員など多方面の分野の方に対して、協議体への参画を検討する必要があります。</p>

①在宅福祉サービスの利用状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
移送サービス事業	実利用者数（人）	110	110	92
	延べ利用回数（人）	1,900	2,327	2,369
老人福祉ハイヤー（バス）利用助成事業	実利用者数（人）	685	787	644
	延べ利用枚数（枚）	10,764	10,818	10,349
寝具洗濯サービス事業	実利用者数（人）	0	0	0
	延べ利用者数（人）	0	0	0
軽度生活援助事業	実利用者数（人）	15	12	6
	延べ利用者数（人）	224	302	149
緊急通報システム事業	実利用世帯数（世帯）	55	55	52

第2章 高齢者を取り巻く町の状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
配食サービス事業	実利用者数（人）	42	56	47
	延べ利用食数 （人食）	3,220	2,887	2,264
日常生活用具給付 及び貸付け事業	実利用者数（人）	0	0	0
	延べ利用回数（人）	0	0	0
除雪ヘルパー 派遣事業	実利用世帯数（世帯）	115	122	113
	延べ利用世帯数 （世帯）	477	454	385
訪問サービス事業	実利用世帯数（世帯）	5	2	3
	延べ利用回数（回）	102	82	97
電話サービス事業	実利用世帯数（世帯）	25	26	24
	電話サービス 活動員（人）	870	1150	1,086

②介護者支援事業の利用状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
家族介護慰労金支給	支給件数（件）	0	0	0
介護用品の支給	支給件数（件）	4	4	2

(3) 安心のまちづくり

○実施状況 ●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①公共施設の整備		○役場新庁舎の建設において、バリアフリーやユニバーサルデザインに配慮した建物を建築しました。 ●多くの町民が利用しやすいよう、公共施設や多くの人が集まる場所等で、ユニバーサルデザインの考え方を取り入れて、施設や環境の整備を進めていく必要があります。
②住環境の充実	1) 養護老人ホームの活用	○必要に応じて対象となる人の生活状況、資力等を生活保護担当等との連携を図りながら適切に措置を行いました。 ●措置入所者が、年々増加傾向にあることが課題です。 ●前期高齢者の時点で入所した措置入所者が長期間入所してしまう傾向にあり、施設の空きの確保が難しくなることが課題です。
	2) 安全で快適な住宅づくりに対する支援	○バリアフリー改修補助の他、住宅の耐久性向上改修補助、雪対策改修（定住化対策）補助、省エネ改修補助を実施しました。実績は以下のとおりです。 R3年度 63件、R4年度 43件 ●新たなニーズに対応するため、補助制度の見直し・改善を検討する必要があります。

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
	3) 高齢者向けの公営住宅の供給	<p>○ノースパークタウン夏・冬棟長寿命化等改善工事、高齢者向け地域優良賃貸住宅の制度要綱等の制定、南6条団地建替のための基本計画の策定・測量及び基本・実施設計、ノースパークタウン連絡通路改修工事を実施しました。</p> <p>●民間供給による高齢者向け地域優良賃貸住宅制度の要綱等を制定し、事業者を募集しているが、応募がないため、町有地の活用を検討するほか、民間住宅の借上げなど新たな施策の検討を行う必要があります。</p>
③防災体制の充実		<p>○年1、2回対象者名簿の更新作業と個別避難計画の作成を行いました。</p> <p>○介護サービス事業者に対しても、防災に関する情報提供を行い、災害対策の実施を支援しました。</p> <p>●今後も避難行動支援者名簿の更新と個別避難計画の作成が必須です。</p>
④防犯対策の推進		<p>○令和3年度より、俱知安消費者協会のHPを立ち上げ、紙面だけでなく、インターネットでの啓発活動も開始しました。</p> <p>●常に新しい詐欺が発覚し続けていることから、それに対応した啓発活動を行っていく必要があります。</p> <p>●自己防衛ができる知識やスキルを講習等により身につけさせることが課題です。</p>
⑤交通安全の確保		<p>○交通安全教室を始め、様々な方法で交通安全意識の高揚を図っています。</p> <p>○道路交通法の改正に伴い、令和4年度より交通安全イベントを実施しました。</p> <p>●1件でも交通事故を減少させるため、今後も様々な方法を模索し、交通安全啓発に努めていきます。</p>
⑥感染症対策の推進		<p>○手洗いの重要性や感染症に関する情報を、緊急通報システムのお知らせ機能を使って周知しました。</p> <p>○関係事業所との連携に努め、感染症対策会議への参加や物資配分等の情報提供を行いました。</p> <p>●今後も感染症対策について情報収集を行い、状況によっては関係機関などと迅速に連携を図る必要があります。</p>

①養護老人ホームの状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
養護老人ホーム (町外)	箇所数(箇所)	2	2	2
	入所者数(人)	5	6	6

②高齢者向け公営住宅の整備状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
高齢者向け公営住宅	実利用世帯数 (世帯)	85	85	85

3 多様な暮らしを支え合うために

(1) 地域包括ケア体制の充実

○実施状況 ●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①地域包括支援センターの機能強化		<p>○地域包括支援センターの3職種が連携し、複合的な生活課題を抱える地域の方のケースなどに取り組みました。</p> <p>○居宅介護支援事業所や介護サービス事業所、庁内他部署との会議を開催し、連携を図りました。</p> <p>●年々内容が複雑化した困難ケースが増えており、それに対応する時間・人手が増大していることが課題です。</p> <p>●公的なサービスで対応できない場合は、包括支援センター職員が対応せざるを得ない場面があり、業務が圧迫していることが課題です。</p>
②地域ケア会議の推進		<p>○地域ケア個別会議や各事業所からの課題を話し合い、地域課題を検討する会議を実施しました。</p> <p>○令和元年度より、専門職による助言がある会議形式で、自立支援型の会議を開催しました。</p> <p>●地域ケア会議から出された課題を集約し、体制づくりに繋げていくことが今後の課題です。</p>
③在宅医療・介護連携の推進	1) 現状分析と課題抽出	<p>○地域の医療・介護情報は、ケース対応等の機会を含めて状況を把握しました。</p> <p>○現状把握と課題抽出を行い、対応策等の検討については、引き続き実施します。</p> <p>●医療機関が感じている、連携の必要性や課題を把握し、適切な連携を検討していく必要があります。</p>
	2) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<p>○電話や手続きでの来庁、窓口での個別の相談対応、関係者からの相談対応を実施しました。</p> <p>●過去に配布したままになっている医療緊急情報キットの情報更新や、入退院時における医療機関とのスムーズな情報共有の確立、事例検討、研修などを進める必要があります。</p>
	3) 地域住民への普及・啓発	<p>○広報誌等により、総合相談窓口の周知や情報提供を行い、内容に応じて在宅医療の情報を提供しました。</p> <p>●関係機関の連携を図り、適切な相談窓口へ繋がる仕組みが整うよう情報共有が必要です。</p>

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
	4) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<p>○個別のケースの検討や連携推進会議などで関係する医療・介護担当者が、連携や協働を図りました。</p> <p>●医療職・介護職が定例で会する機会を持ち、お互いの役割を共有して、連携・協働がスムーズな地域づくりが必要です。</p>
④相談体制と情報提供の充実		<p>○職員の資質向上のため、包括支援センター職員研修など各種研修を受講しました。</p> <p>○関係機関と、ケアマネ会議やケア会議などを開催し、連携の強化を行い、広報やHP、パンフレットに相談窓口を記載し、情報提供を行いました。</p> <p>●介護や認知症について、正しい知識をより広めるために情報提供方法の工夫を行う必要があります。</p>
⑤包括的・継続的ケアマネジメントの推進		<p>○地域のケアマネジャー同士での定期的な情報交換や、業務における相談などを行える会議を開催し、また、ケアマネジャー支援としての個別対応も実施しました。</p> <p>○生活支援体制整備事業において、地域の会議を通じて地域の実情を共有し、ケアマネジメントへの相互連携を図りました。</p> <p>●更なる高齢化が見込まれる中、医療との連携は必須であり、全ての医療機関との連携を図りながら、より包括的な支援構築が行える環境が必要です。</p>
⑥権利擁護の推進	1) 高齢者虐待の防止	<p>○関係機関や家族からの虐待通報を適切に受理し、コアメンバー会議を開催して、実態調査、終結に至るプロセスを実施しました。</p> <p>●虐待対応マニュアルによるプロセスツールがうまく活用できないケースがあったため、今後も引き続きマニュアルを確認して進める必要があります。</p>
	2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築	<p>○地域包括支援センターと社会福祉協議会が連携して中核機関を設置し、権利擁護の拠点作りを進めました。</p> <p>○地域の権利擁護連携協議会へ参加し、情報共有を図りました。</p> <p>●一般町民からの相談が少なく、さらなる制度周知が必要です。</p>
	3) 制度の普及啓発と利用促進	<p>○制度を必要とする方への相談対応、その後の成年後見市町村長申立を実施しました。</p> <p>○成年後見制度利用支援事業により、低所得などの理由で費用支払が難しい方へ申立費用の助成、報酬助成を実施しました。</p> <p>●関係機関向けに定期的に制度理解や周知を図る必要があります。</p> <p>●制度になじみがない方に対して、制度の理解や周知のための普及研修事業や相談窓口の周知が必要です。</p>

①地域ケア会議の開催状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
地域推進会議	回数（回）	1	3	2
地域ケア個別会議		2	3	2

②総合相談支援事業の相談件数

区分	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	相談実人数 （人）	延べ件数 （件）	相談実人数 （人）	延べ件数 （件）	相談実人数 （人）	延べ件数 （件）
電話	42	44	84	84	56	56
来所	55	57	23	23	53	53
訪問	21	39	40	44	1	1
合計	118	140	147	151	110	110

③相談経路内訳

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
本人家族	相談実人数（人）	68	94	74
民生児童委員		1	7	2
サービス事業所		8	8	4
ケアマネジャー		10	7	1
医療機関		19	22	20
保健所		0	0	0
その他		12	9	9
合計		118	147	110

④介護支援専門員からの相談状況

区分		令和2年度			令和3年度			令和4年度		
		電話	来所	合計	電話	来所	合計	電話	来所	合計
困難事例、他問題家族支援について	延べ件数 （件）	0	2	2	4	4	8	3	0	3
ケアプランについて		0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護保険制度や事務全般について		1	2	3	2	1	3	0	0	0
その他		1	3	0	1	2	3	4	0	4
困難事例等に対するケース検討会の開催等		0	0	0	0	0	0	0	0	0



## ⑤ケアマネ会議の開催状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催会議数	回数（回）	6	4	4
	延べ参加者数（人）	17	44	64

## ⑥成年後見制度に関する相談件数

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
社会福祉協議会	相談実人数（人）	6	5	9
	相談延べ件数（件）	31	98	147
地域包括 支援センター	相談実人数（人）	2	2	2
	相談延べ件数（件）	4	4	2

## ⑦日常生活自立支援事業に関する相談件数

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
社会福祉協議会	相談実人数（人）	3	2	3
	相談延べ件数（件）	5	3	4
地域包括 支援センター	相談実人数（人）	0	0	1
	相談延べ件数（件）	0	0	2

## ⑧成年後見制度利用支援事業及び日常生活自立支援事業の利用状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
成年後見制度利用支援事業 及び日常生活自立支援事業	利用件数	2	3	1
	（件）	4	5	4

## ⑨法人後見受任件数の状況（社会福祉協議会）

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
後見	件数（件）	0	0	0
保佐		3	4	5
補助		1	0	0
合計		4	4	5

(2) 認知症高齢者対策の推進

○実施状況

●課題

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
① 認知症に関する知識の普及・啓発		<p>○認知症に対する理解や対応方法などを理解してもらうためのサポーター養成講座を開催し、サポーター数を増加する取組を実施しました。</p> <p>○認知症罹患者が地域で生活するうえで、応援者としてサポーターの必要性を理解してもらうための普及・啓発を実施しました。</p> <p>●認知症対応者は全年代に渡ることから、全ての年代に向けて実施する取組が必要です。また、企業に対しても受講状況を確認し、必要に応じた企業向けの計画も必要です。</p>
② 認知症ケア体制の充実		<p>○認知症罹患者の早期対応のため、毎月認知症初期集中支援チームによる会議を開催し、早期支援を開始することで悪化防止に努める対応を実施しました。</p> <p>○認知症の相談なども、専門医と連携し、本人や家族の不安を汲み取りながら早期対応を行い、必要に応じた関係機関との連携により生活が維持できるようサポートを継続しました。</p> <p>●サポーター養成にて、受講した方々へのステップアップ講座を開催し、地域で見守れる体制作りが早期に求められます。</p>
③ 認知症見守りネットワークの推進		<p>○徘徊リスクの高い人や警察保護などが起きた際の連携を適切に素早く実施しました。</p> <p>●情報共有のタイミングなど、具体的なルールが曖昧な部分があり、ケースによってはリスク回避に至らない可能性もあるため、家族同意を含め早期の見守り体制の見直しが必要です。</p>
④ 認知症高齢者とその家族への支援		<p>○コロナ禍で、「こでまり」の開催は未実施です。</p> <p>○家族の介護負担として、個別相談などを受けながら対応を実施しました。</p> <p>●現在の認知症カフェ以外にも新しいカフェの創設が必要です。また家族介護教室などの、家族が気軽に相談できる集いの場も必要です。</p>
⑤ 認知症ケアパスの作成と普及		<p>○認知症ケアパスの作成、認知症の特徴、症状、罹患した時のサポート、町で実施しているサービス、認知症を疑った時のチェックリストなどを記載し、認知症に罹患した場合のケアパス概念図を作成しました。</p> <p>○作成したケアパスは各サロンなど集いの場での啓発を行いました。</p>

①認知症サポーター養成の状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
認知症サポーター養成講座	受講者数(人)	29	18	120

(3) 地域共生社会の実現

施策分類	事業や取組	主な実施状況と課題
①福祉意識の醸成	1) 福祉意識の啓発	○生活支援コーディネーターと連携し、地域サロンや長寿会へ参加し地域資源の把握やニーズの聞き取りを実施しました。 ●地域住民が福祉の意識や知識を得て生活していくために、周知啓発活動が必要です。
	2) 福祉教育の推進	○令和4年度に、認知症サポーター養成講座を小学校で開催しました。 ●教育部門・福祉部門・社会福祉協議会が、福祉教育という共通認識を持つ必要があります。
②ボランティア活動の活発化		○社会福祉協議会による配食サービスにおけるボランティアポイント制度を継続しました。 ○生活支援コーディネーターが、地域サロンに出向き、ボランティアの担い手の確保する取組を行いました。 ●ボランティアの担い手を増やし、活動の機会の確保が必要です。
③包括的な支援体制の整備		○複合的な課題を持つケースの方については、関係部署により横断的な話し合いを実施し、重層的な課題を持つケースに対しては、関連する部署が協議を行い、情報共有を図りました。 ●複合的な課題に対して関連した係が連携していく相談体制を整備することが必要です。

①ボランティアの状況

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
ボランティア	グループ数(グループ)	13	13	14
	会員数(人)	377	346	351

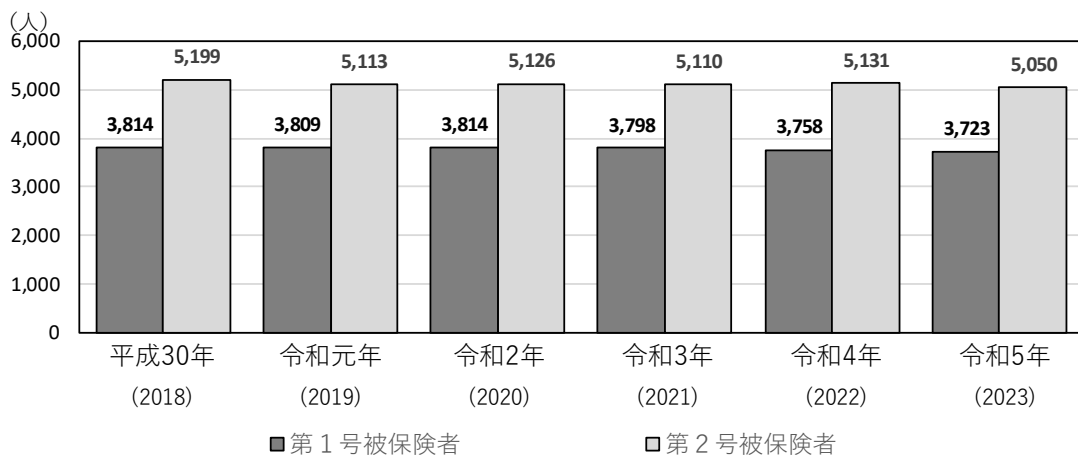
## 4 介護保険事業の実施状況

### 1 被保険者数と要介護認定者数

#### (1) 被保険者数の推移

第1号被保険者数は令和3年度以降減少傾向となっており、令和5年度は3,723人となっています。一方、第2号被保険者数も令和3年度以降減少傾向となっています。

#### ■被保険者数の推移

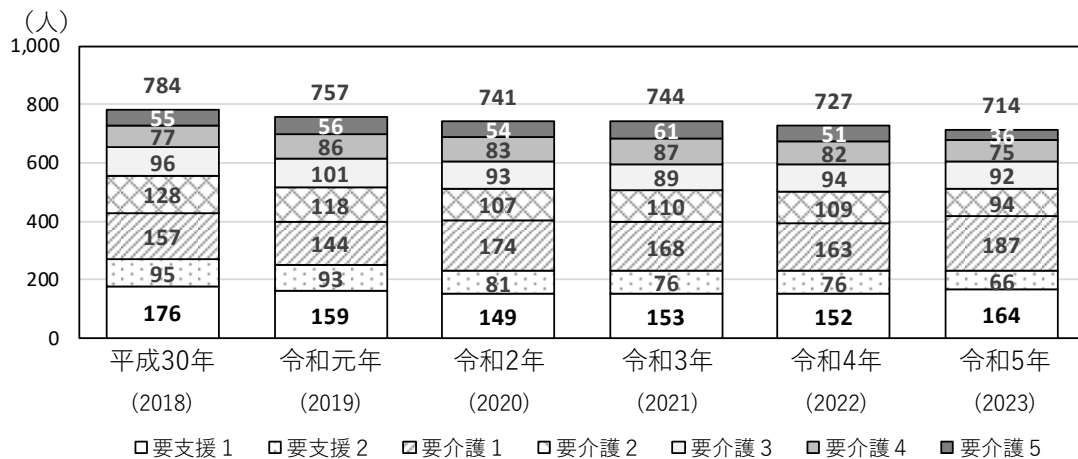


資料：後志広域連合（各年10月1日現在）

#### (2) 要介護認定者数の推移

要介護認定者数は令和元年度以降横ばいの傾向となっていましたが、令和4年度以降は減少に転じて令和5年度で714人となっています。国の令和5年7月末の要介護認定者数と比較すると、要支援1、要介護1で国よりも割合が高くなっており、要支援2、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5で国よりも割合が低くなっています。

#### ■要介護認定者数の推移



資料：後志広域連合（各年10月1日現在）

■要介護認定者数と割合

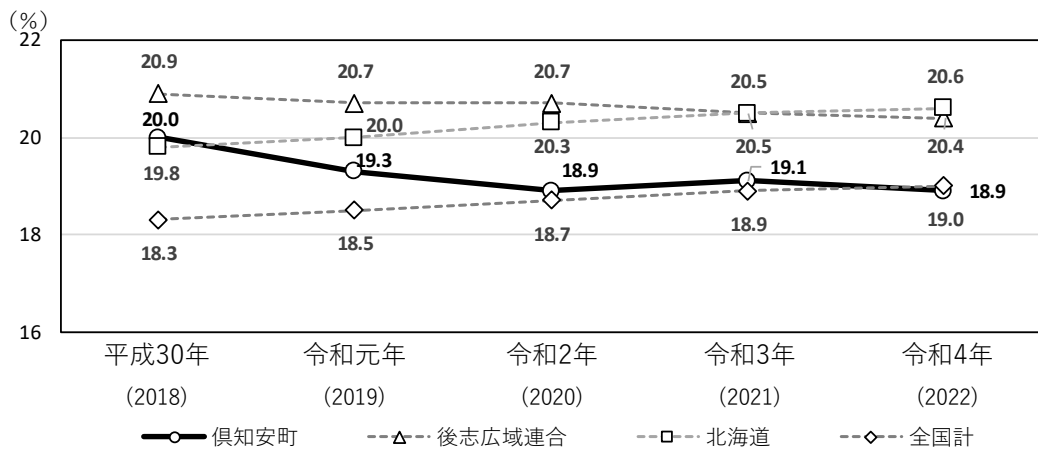
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
俱知安町(人)	164	66	187	94	92	75	36	714
俱知安町(%)	23.0	9.2	26.2	13.2	12.9	10.5	5.0	
全国(人)	996,882	974,119	1,457,371	1,175,604	928,931	899,142	598,579	703,0628
全国(%)	14.2	13.9	20.7	16.7	13.2	12.8	8.5	
北海道(人)	65,031	51,369	81,734	55,310	37,250	3,6845	25,449	352,988
北海道(%)	18.4	14.6	23.2	15.7	10.6	10.4	7.2	

出典：厚生労働省 介護保険事業状況報告

(3) 認定率の推移

平成30年度以降における本町の第1号被保険者の要介護認定率は減少傾向となっており、後志広域連合、北海道よりも低い割合で推移しています。

■認定率の推移（第1号被保険者）



資料：後志広域連合、見える化システム（俱知安町は各年10月1日現在、俱知安町以外は各年度末現在）

## 2 サービス別利用件数の状況

サービス別の利用件数を対前年比でみると、令和3年度では、居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービスの利用実績は前年を上回っていますが、令和4年度では居宅サービス、地域密着型サービスで前年を下回って推移しています。

2年連続で実績が前年を上回っているサービスは、居宅サービスでは、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与及び特定施設入居者生活介護、施設サービスは介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院となっています。

### ■介護保険サービス別利用件数

	利用実績（件/月）			前年比（％）	
	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 3年度	令和 4年度
居宅サービス	644	669	651	103.9	97.4
訪問介護	74	73	74	98.4	101.5
訪問入浴介護	1	1	0	11.1	-
訪問看護	57	61	54	106.1	88.6
訪問リハビリテーション	1	2	3	600.0	154.2
居宅療養管理指導	37	41	53	112.7	128.2
通所介護	18	15	16	83.9	108.2
通所リハビリテーション	70	65	58	93.2	88.7
短期入所生活介護	5	9	8	171.0	88.7
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	5	1	2	21.7	146.2
福祉用具貸与	140	151	153	108.0	101.4
福祉用具購入費	3	3	2	100.0	73.7
住宅改修費	1	2	1	171.4	62.5
特定施設入居者生活介護	7	7	10	103.5	140.9
介護予防支援・居宅介護支援	226	238	217	105.6	91.0
地域密着型サービス	122	123	113	100.8	92.0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4	6	6	139.2	98.6
夜間対応型訪問介護	0	0	0	-	-
地域密着型通所介護	75	77	71	103.1	91.8
認知症対応型通所介護	0	1	1	-	1200.0
小規模多機能型居宅介護	1	1	1	100.0	100.0
認知症対応型共同生活介護	38	37	33	97.2	87.7
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	-	-
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3	1	0	37.8	-
看護小規模多機能型居宅介護	1	1	2	85.7	383.3
施設サービス	199	205	205	103.3	100.0
介護老人福祉施設	98	99	101	101.5	102.3
介護老人保健施設	78	80	82	103.1	102.7
介護療養型医療施設	6	5	0	78.9	-
介護医療院	17	21	22	123.1	102.3

※前年比の計算は四捨五入を行っていない件数をもとに計算しています。

資料：後志広域連合

### 3 サービス別給付費の状況

サービス別の給付費を対前年比で見ると、居宅サービスでは2年連続で前年を上回っており、地域密着型サービスでは2年連続で前年を下回っています。施設サービスでは令和3年度は前年を上回っていますが、令和4年度は前年を下回っています。

2年連続で実績が前年を上回っているサービスは、居宅サービスでは、訪問介護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導、地域密着型サービスでは、認知症対応型通所介護、施設サービスでは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院となっています。

#### ■介護保険サービス別給付費

	給付実績（千円）			前年比（％）	
	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 3年度	令和 4年度
居宅サービス	171,063	185,018	187,287	108.2	101.2
訪問介護	27,047	33,985	35,600	125.7	104.8
訪問入浴介護	279	12	0	4.3	-
訪問看護	23,689	26,188	22,408	110.5	85.6
訪問リハビリテーション	96	556	699	578.6	125.7
居宅療養管理指導	3,567	3,603	4,614	101.0	128.0
通所介護	7,904	6,283	8,064	79.5	128.4
通所リハビリテーション	39,771	37,775	36,499	95.0	96.6
短期入所生活介護	6,036	10,707	9,448	177.4	88.2
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	4,588	967	1,024	21.1	105.8
福祉用具貸与	17,575	18,814	18,686	107.1	99.3
福祉用具購入費	1,323	1,237	1,067	93.5	86.3
住宅改修費	998	1,720	1,246	172.3	72.5
特定施設入居者生活介護	11,124	10,613	17,833	95.4	168.0
介護予防支援・居宅介護支援	27,473	32,556	30,099	118.5	92.5
地域密着型サービス	181,424	176,218	161,139	97.1	91.4
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	7,030	9,396	9,179	133.7	97.7
夜間対応型訪問介護	0	0	0	-	-
地域密着型通所介護	47,456	50,388	48,027	106.2	95.3
認知症対応型通所介護	0	17	725	-	4316.2
小規模多機能型居宅介護	2,016	2,025	1,666	100.5	82.3
認知症対応型共同生活介護	113,863	109,998	96,605	96.6	87.8
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	-	-
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	9,799	3,268	0	33.3	-
看護小規模多機能型居宅介護	1,260	1,126	4,937	89.3	438.3
施設サービス	627,430	658,576	656,201	105.0	99.6
介護老人福祉施設	274,879	278,183	291,397	101.2	104.7
介護老人保健施設	250,646	266,157	273,005	106.2	102.6
介護療養型医療施設	27,281	22,951	0	84.1	-
介護医療院	74,625	91,284	91,800	122.3	100.6
合計	979,917	1,019,811	1,004,627	104.1	98.5

資料：後志広域連合

---

---

## 5 計画策定に向けた課題等

---

---

地域包括ケアシステムの5つの要素である「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「生活支援」及び国の動向、近年の社会情勢、第8期計画で実施した施策の進捗状況等を鑑みて、本町においては、次のような取組が必要になると考えられます。

### (1) 高齢者が住み続けられる医療・介護サービスの提供

---

- 少子高齢化がより一層進み、75歳以上の後期高齢者人口の増加が今後も見込まれる中で医療・介護間での情報を共有できる基盤の整備を進め、医療機関・介護事業所等で必要な時に必要な情報を共有・活用していく必要があります。
- 医療機関や介護事業所をはじめとする関係機関が連携を図り、サービスやサポートを必要とする高齢者が適切な相談窓口へつながる仕組みを作っていく必要があります。
- 認知症対応者は全ての年代にわたることから、全ての年代に向けて、認知症に対する理解や対応方法などを理解してもらえるような機会を提供していく必要があります。
- 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援等の取組を総合的に実施し、必要な利用者に必要なタイミングでサービスを提供できる体制を確保する必要があります。
- 本町のどの地域に居住していても、全ての町民に同様のサービスを提供できるような体制づくりを進める必要があります。

### (2) 一人一人にあった健康づくりと介護予防

---

- 高齢者が、自主的に健康や体力の維持に取組、趣味、学習・スポーツ活動、人的な交流、就労等の生きがいづくりやボランティア・地域貢献活動などを継続的に取り組めるよう、高齢者の居場所と活躍機会の創出が必要です。
- 健康に対する意識が高く、積極的に健康維持に取り組んでいる人がいる一方で、健康に対する意識が低く、運動機能が顕著に衰えている人がいる中で、高齢者一人一人にあった健康づくりや介護予防を促進できるような環境づくりを進める必要があります。
- 仲間とともに楽しみながら社会貢献にもつながるような取組に、一人でも多くの住民が関わることができるような働きかけが望まれます。



### (3) 安心・安全に暮らせる住まい・まちづくり

---

- 町の補助金を活用したり、サービスを利用することで状況にあった住環境を整え、在宅生活を安全に続けられる環境づくりを進める必要があります。
- ユニバーサルデザインやバリアフリーの考え方を取り入れた住まいや公共施設、まちづくりを進めていく必要があります。
- 高齢者が安心して暮らせるよう、詐欺を始めとする犯罪に対して自己防衛できる知識やスキルや、災害時の個別避難計画の作成などを周知していく必要があります。

### (4) 地域共生社会に向けた環境整備

---

- 更なる高齢化により、地域とのかかわりが浅くなり孤立しがちな高齢者の増加が見込まれるだけでなく、これから高齢者を支えていく生産年齢人口が急速に減少していく中で、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進していく必要があります。
- 高齢化社会が進行する中、高齢者夫婦や一人暮らしの高齢者が増えることが見込まれ、高齢者夫婦世帯等を中心とした老々介護も増えることが予測され、家族介護者への支援の充実を図っていく必要があります。
- 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業についてはこれまで進めてきた取組に加え、地域のニーズに合わせた支援に向けたサービスの検討を進めていく必要があります。
- 複合的な課題に対して、関連した係が連携していく相談体制を整備していく必要があります。





## 第3章 計画の基本的な方向

### 1 基本理念

令和7年には団塊世代が75歳以上となり、本町においても少子高齢化が進むことが見込まれる中、高齢者をはじめとするあらゆる町民が、可能な限り住み慣れた地域でその人らしく自立し安心して生活していくことができるまちづくりが求められています。

本計画では、このような背景や倶知安町第6次総合計画や関連計画等を踏まえ、以下のとおり基本理念を定めます。

**高齢者がいつまでも、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現**

### 2 基本目標

本計画の基本理念を実現するために、前計画までの取組の実施状況や計画策定に向けた課題等を整理し、以下の3つの基本目標を設定します。

<b>基本目標1</b>	<b>いつまでも健康で元気な高齢者を目指して</b>
高齢者がいつまでも健康で元気に過ごすため、高齢者一人一人が自主的に健康や体力の維持に取り組むことができるよう、健康づくりや介護予防への支援を充実させ、高齢者の居場所や活躍機会の創出を目指します。	

<b>基本目標2</b>	<b>高齢者が安心して生活できる環境づくりを目指して</b>
高齢者が安心して生活するため、高齢者のニーズにあわせた介護サービスの充実、医療介護間での連携を図るとともに、認知症施策の推進、高齢者が住みやすい居住環境、生活環境の整備を目指します。	

<b>基本目標3</b>	<b>倶知安町らしい地域共生社会の実現を目指して</b>
更なる少子高齢化が見込まれる中、個人では解決できない複合的な問題に対応していくために、「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、ともに助け合い、支え合って暮らしていける地域づくりを目指します。	

### 3 施策の体系

基本理念	基本目標	施策の方向性	施策項目	
<b>高齢者がいつまでも、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現</b>	いつまでも健康で 元気な高齢者を 目指して	1 健康づくりと 介護予防の推進	(1) 健康づくりの推進	
			(2) 介護予防の総合的な推進	
			(3) 生きがいつくりの促進	
		高齢者が安心して 生活できる環境 づくりを目指して	2 医療・介護体制の充実	(1) 介護保険サービス等の充実
				(2) 在宅医療・介護連携の推進
	(3) 介護人材の確保			
	俱知安町らしい 地域共生社会の 実現を目指して	3 安心して暮らせる 環境づくりの推進	(1) 安心して暮らせる環境の確保	
			(2) 人にやさしいまちづくり	
		4 地域支援体制の強化	(1) 地域包括支援センターの体制強化	
			(2) 地域ケア会議の充実	
			(3) 認知症施策の推進	
	5 支え合う地域づくり の推進	(1) 福祉サービスの充実		
		(2) 地域共生社会の実現		

具 体 的 取 組

①高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ②セルフケアによる健康管理の充実  
③健康教育・健康相談の推進 ④訪問指導の推進 ⑤健康診査の推進

①介護予防・日常生活支援総合事業の充実 ②一般介護予防事業の充実

①老人クラブ活動への支援 ②生涯学習活動の促進  
③就労への支援 ④外出や移動の支援

①介護保険サービスの提供 ②介護保険サービスの情報提供 ③サービスの質の向上

①在宅医療・介護連携の推進

①介護・福祉人材確保への支援

①公共施設の整備 ②住環境の充実

①防災体制の充実 ②防犯対策の推進 ③交通安全の確保 ④感染症対策の推進

①地域包括支援センターの機能強化 ②相談体制と情報提供の充実  
③包括的・継続的ケアマネジメントの推進 ④包括的な支援体制の整備

①地域ケア会議の推進

①認知症ケア体制の充実 ②認知症見守りネットワークの推進  
③認知症ケアパスの作成と普及 ④権利擁護の推進  
⑤認知症に関する知識の普及・啓発 ⑥認知症高齢者とその家族への支援

①生活支援の充実 ②介護者への支援 ③生活支援サービスの体制整備

①福祉意識の醸成 ②ボランティア活動の活発化

## 第4章 高齢者施策の展開

### 1 健康づくりと介護予防の推進

#### 施策の方向性

生涯を通じていきいきと暮らすためには、健康意識の向上や健康づくりの推進を図る必要がありますが、高齢期の特性として、生活習慣病の重症化が起こりやすいだけでなく、フレイルとなることにより、介護が必要となる可能性が高まります。

そのため、早期に気づき、予防することで、要介護状態に至る可能性を下げるができることから、生活背景と結びつけながら普段からの健康づくりの促進に努めます。

また、高齢者の社会参加を通じた生きがいづくりや、自身の望む暮らしの実現につながる取組を推進し、社会参加には「趣味活動の充実」「就業」「ボランティア」「地域活動（自治会や高齢者クラブ等）」「地域住民との交流」など多様な形態があることから、様々な機会や情報を提供して高齢者の社会参加を促すことにより、健康づくりや介護予防の取組につなげていきます。

#### (1) 健康づくりの推進

##### ① 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

###### 1) 健康課題の分析・把握

生活習慣病や介護状態の重症化予防を図るため、国保データベース（KDB）Expander システム等の活用により、国保・後期高齢者・協会けんぽ含めて分析を行い、町の健康課題をより明確化します。データヘルス計画等との整合も図り、アプローチを行う年代や方法についてより優先度をつけた実践につなげていきます。

###### 2) 医療機関との連携

国民健康保険の努力支援制度にあげられている重要課題としての糖尿病性腎症重症化予防を図るため、かかりつけ医など医療機関と連携して対応を行います。

また、目標の評価期間を1年と設定し、保健指導の効果を明確にしながら進めていきます。

###### 3) ハイリスクアプローチによる高齢者の支援

国保データベース（KDB）Expander の活用で分析を深め、町の健康課題をより明確化し、データヘルス計画と整合を図りながら、アプローチを行う年代や方法についてより優先度をつけた実践につなげていきます。ポピュレーションアプローチから見える個別支援が必要な方々についても、他部署連携を図り必要な支援を検討し実践していきます。

#### 4) ポピュレーションアプローチによる高齢者の支援

健康教育・健康相談等を通じて、フレイル予防の普及・啓発を行い、より充実した集いの場とするほか、「後期高齢者の質問票」等の活用によりフレイル状態にある高齢者や介護予防事業につなげる必要のある高齢者の把握を行い、健診や医療の受診勧奨、介護予防に係り地域包括支援センターとの連携を行います。

運動と口腔、認知機能の低下を中心に、住民ご自身やスタッフの力を活用しながら色々な住民が集う場所でのアプローチをしながら新規展開を検討していきます。

#### ②セルフケアによる健康管理の充実

健診受診記録のシールや健康に関する情報を綴った「ますけんファイル」を配布しており、自分の健康を自身で振り返り、健康づくりに活用していただけるように工夫・啓発します。

また、町の健康課題である高血圧の改善に向けて、引き続き家庭血圧測定の普及を行います。

#### ③健康教育・健康相談の推進

##### 1) 健診事後健康相談

家庭訪問を中心に保健指導を実施しており、メタボリックシンドロームから起因する生活習慣病予防として特定保健指導及び重症高血圧者の保健指導・栄養指導を実施しています。その実施状況を基に、アプローチの仕方、対象者の選定・課題の共有についてPDCAサイクルに沿いながら検討していきます。

また、糖尿病性腎症重症化予防に関して、羊蹄山麓内でのシステムの検討や国保データベース（KDB）システムを活用した分析等により重点的な支援対象者を把握し、重症化予防の保健指導を実施します。

##### 2) 地域の健康相談・健康教育

企業や他団体との連携を図れるよう取組を進めながら、成人期を中心に、生活習慣病予防に関する講話等、健康づくりにむけたアプローチをしていきます。

#### ④訪問指導の推進

生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図るために、専属の多職種のスタッフを配置する等の工夫をしていながら健診事後指導における訪問指導を中心に実施し、不在等での未実施状況の改善に向け、多角的な視点で支援方法を検討していきます。

また、健診受診率向上に向けて、生活背景と結びつけて様々な形で勧奨方法を計画していきます。

## ⑤健康診査の推進

### 1) 特定健診等

要介護状態になることを予防するため、若年期から健診を通して健康づくりを行い、治療中の疾病がある場合も1年に1度の健康診査を受診し続けていけるよう、健診の目的や活用について啓発します。

集団健診と個別健診を選んで受診できるなど高齢者が受診しやすい環境づくりに努めるほか、未受診者の把握や勧奨方法の検討を行うなど、広域連合と連携し受診率確保に向けた取組を推進します。

### 2) がん検診

がんによる早世の予防を図るため、胃・肺・大腸・子宮・乳がん検診を今後も引き続き実施します。胃がん検診に関しては50歳以上の個別検診において胃内視鏡検査を実施します。検診しやすい環境づくりや、広報、新聞折込チラシ、はがきや無料検診クーポンの配布等を通じて受診勧奨を推進し、がん検診受診率の向上を図ります。

### 3) 骨粗しょう症検診

自身の骨密度の状態を知り、骨粗しょう症の予防を行うため、骨粗しょう症検診を実施します。

また、若年からの予防に対する意識作りを目指し、将来の骨折予防につなげます。特定健診やがん検診と同日に受診できることや、若年層でも5年に1度受診できることを周知していきます。

## (2) 介護予防の総合的な推進

---

### ①介護予防・日常生活支援総合事業の充実

#### 1) 訪問型サービス

要支援1・2と認定された方及び基本チェックリストの該当者を対象としたサービスで、訪問介護員による身体介護や生活援助を受けることができます。

現在実施している介護予防訪問介護相当サービスを今後も継続して提供し、サービスを必要とする利用者へタイムリーにサービスが提供できるような体制の確保に取り組みます。

#### 2) 通所型サービス

要支援1・2と認定された方及び基本チェックリストの該当者を対象としたサービスで、通所により生活機能向上のための機能訓練を受けることができます。

現在実施している介護予防通所介護相当サービスを今後も継続して提供します。



### 3) その他の生活支援サービス

生活支援コーディネーターの地域における高齢者への生活支援に係る情報共有等、地域ケア会議での地域課題を意識し、今後も在宅福祉サービスを展開していく検討を進めます。

### 4) 介護予防ケアマネジメント

総合事業の対象者に向けて、介護予防プラン作成を行います。また、サービス利用後に介護予防プラン通り実行されているか、利用者の方の生活に変化がないか継続的にモニタリングを行います。地域づくりが少しずつ浸透してきている中、更なる体制整備を進めます。

## ②一般介護予防事業の充実

### 1) 介護予防把握事業

地域の実態・ニーズ調査により収集した情報の活用により、自宅での閉じこもりやうつ病、栄養不足など何らかの問題を抱えた高齢者を早期に把握、対応ができる環境作りと共に、介護予防活動へつなげることを目的とした事業です。

基本チェックリストを用いて事業対象者の把握を行うとともに、後志広域連合で実施する日常生活圏域ニーズ調査のデータの分析や、様々な相談経路から支援の必要な高齢者の情報を収集・把握し、一般介護予防事業への活動の場も地域マップを作成しながら拡大できるよう環境整備を実施します。

### 2) 介護予防普及啓発事業

一般高齢者等を対象に介護予防の基本的な知識を普及・啓発するため、パンフレットの作成配布や講話など、地域における自主的な介護予防の活動を支援していく事業です。

集いの場を増やし、ふまねっとや、認知症予防など、簡単に地域住民が主体で取り組める内容を提案継続し、集まってもらうだけでなく、出向く方法も取り入れながら介護予防への関心が高まるよう積極的に知識の普及・啓発を行います。

### 3) 地域介護予防活動支援事業

住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う事業で、生活支援の担い手となる者の知識・スキルの向上といった各種研修や、地域のサロンを推進する活動等への支援が行えるような仕組みを検討していきます。生活支援コーディネーターと連携し、課題整理を深掘りしながら地域との密な連携による対応を目指します。

### 4) 一般介護予防事業評価事業

事業が適切かつ効率的に実施されたか、原則として年度ごとに事業評価を行っています。

地域住民の介護予防に関する認知度、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から介護予防・日常生活支援総合事業の評価を行うとともに、集いの場の拡大を目指し、必要に応じて現状に合わせた取組内容の見直しを行います。

### 5) 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の集いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

定期的なリハビリテーション専門職による介護予防に関する技術的助言等を継続するとともに、専門職が行う介護予防支援の視点を強化していき、専門職等が地域事業に参加できるシステム作りを目指します。

## (3) 生きがいづくりの促進

---

### ① 老人クラブ活動への支援

老人クラブ連合会への活動支援を継続し、各地区の老人クラブや地域会館での活動に、介護予防に関する相談や教室活動など様々な取組を展開し、参加者同士の交流や支え合いによる自発的な活動への支援を行います。

また、課題となっている新規会員の確保に関して、働いている年代も多く、その中で魅力あるものとしてサポート、広報活動等による支援に努めます。

### ② 生涯学習活動の促進

高齢者にとって寿大学は、心身の健康維持・増進と自己実現の達成に向けた活動と広く認識されており、高齢社会が進む中でその需要も年々高まっています。

今後は、教養や健康に関する生涯学習のほか、長年培ってきた豊かな人生経験を活かせる交流機会やボランティアなどの第三者のためとなる活動の推進を図ります。

### ③ 就労への支援

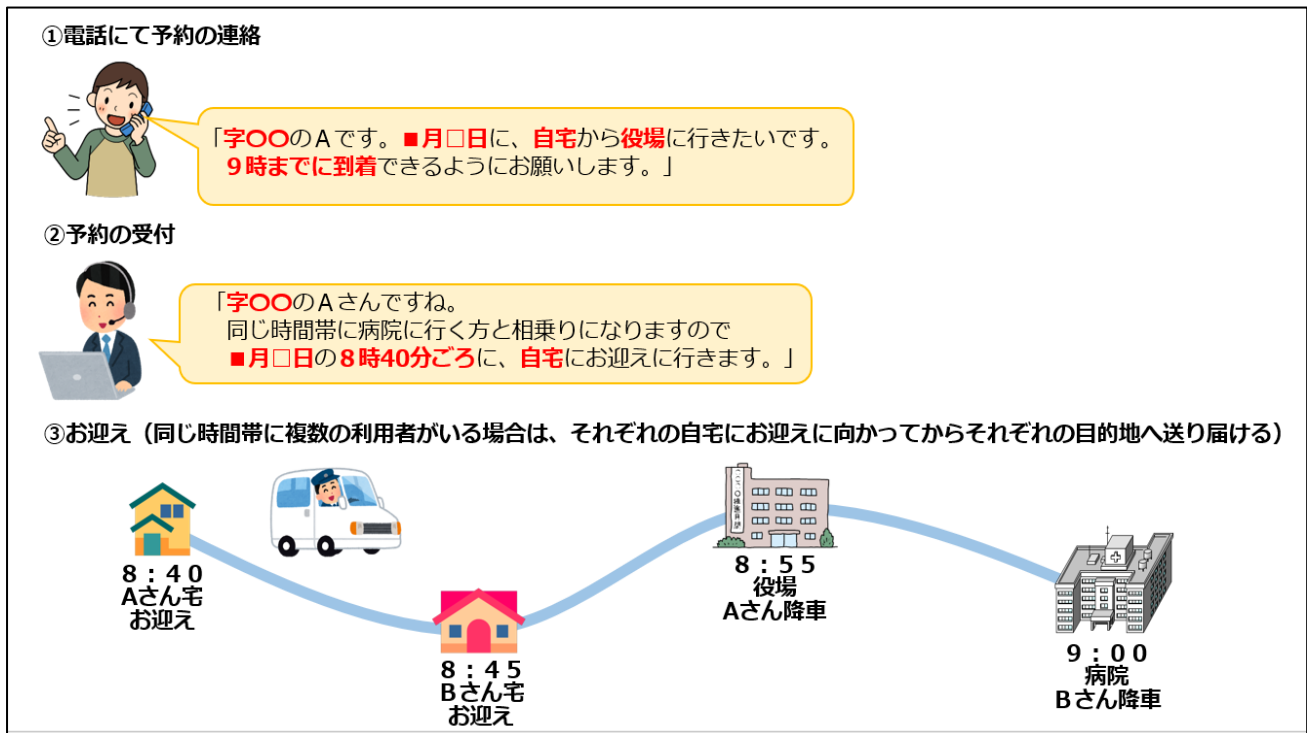
高齢者事業団（シルバー人材センター）の運営に対する事務サポート支援や助言を継続することで運営体制の維持・強化を図り、会員の積極的な生きがいづくりや就労の場となるよう活動を支援します。また、新規会員の確保について広報活動などに努めます。

### ④ 外出や移動の支援

自ら移動手段をもたない高齢者にハイヤー券又はバス券を交付し、外出や通院支援を継続します。じゃがりん号の運行はデジタル技術の活用を検討しながら、利用実態に即した運行サービスを提供できるよう改善を図ります。

また、ハイヤーが不足する冬期間、公共交通の利用が不便な郊外地域の生活の足を確保するため、予約に応じて利用者の自宅と市街地の停留所を結ぶ「郊外型デマンドバスじゃがたく」の実証運行を実施しており、高齢者も自由に外出できるような新たな郊外交通の導入を検討しています。

【「郊外型デマンドバスじゃがたく」乗車までの流れ】



## 2 医療・介護体制の充実

### 施策の方向性

高齢者の在宅生活においては、疾病等に伴う医療サービスと身体機能の低下等に伴う介護サービスの両方が必要となることが多いため、病院等様々な支援機関と連携し、対象者の状態を把握・課題共有しながら適切なサービスを提供することが必要です。

生活習慣病や認知症などの様々な疾病や身体機能の低下を抱えたとしても、高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある暮らしを続けることができるよう、医療と介護の関係機関が連携して対応力を高めることで、高齢者に対する包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供をワンストップサービスで行うことを目指します。

また、少子高齢化の進展に伴い、介護サービスを必要とする高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少により介護サービスを提供する担い手不足が課題となっており、担い手確保・資質向上に向けた事業の周知など、様々な機会を通じて、介護サービス事業所等で勤務する職員の維持確保と資質向上に向けた支援に取り組みます。

### (1) 介護保険サービス等の充実

#### ① 介護保険サービスの提供

##### 1) 居宅サービス

在宅での自立生活を継続的に支援するためには、担い手となる人材の確保に向けた取組を図るとともに安定的な利用に向け、現状の取組を継続し、サービス提供体制の維持に努めます。

##### 2) 地域密着型サービス

一人暮らし高齢者が増加傾向にあり、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、住み慣れた地域で必要なサービスを受けられることが重要であるため、現状の取組は継続していきます。

本町のニーズに合った地域密着型サービスの提供について、実情に応じて整備の検討を行います。

##### 3) 施設サービス

介護度の高い高齢者にとって施設サービスは必要不可欠であるため、今後も施設サービスが安定的に供給されるよう努めます。状況に応じた特例入所についても適宜対応を検討していきます。

## ②介護保険サービスの情報提供

介護・介護予防サービスの適切な利用を促進するため、広報誌やパンフレット等を通じて町民に対して制度の内容について周知を図るとともに、地域包括支援センター及びケアマネジャーにより、利用者がサービスを選択するために出向いて情報を提供する等の幅広い住民へ周知していく手法を検討します。また、制度の変化に応じて正しい情報の周知ができるよう、職員が研修会等へ積極的に参加し、資質向上を図り続けます。

## ③サービスの質の向上

サービス事業者の資質向上を目的とした各種研修会等を実施し、均一で質の高いサービスの確保を図ります。

ケアマネジャーの資質向上を図るため、継続的にケアマネジメント業務の自己評価や振り返りを行い、講演会や研修会の開催等を通して、連携しやすい関係性や環境づくりに努めます。

## (2) 在宅医療・介護連携の推進

### ①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状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。

平成30年4月から在宅医療・介護連携推進事業として、次の(ア)～(ク)のすべての事業項目の実施が求められていましたが、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、地域の実情に応じて取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組をさらに進められるよう事業内容の見直しが行われました。

#### 在宅医療・介護連携推進事業

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
(カ) 医療・介護関係者の研修
(キ) 地域住民への普及啓発
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

### 1) 現状分析と課題抽出

地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と併せてリスト化を行います。また、在宅医療・介護連携推進事業を推進していく中で医療を見据えた勉強会等も含め行っており、各医療機関と連携しながら情報把握と課題共有を行い、対応策等の検討を行います。

### 2) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療に関する情報提供や相談支援等、地域住民に向けた相談体制の充実を図るとともに、地域の医療・介護関係者等からの在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行います。また、入退院時の医療機関とのスムーズな情報共有のマニュアル化、システム化を進めていきます。

### 3) 地域住民への普及・啓発

地域包括支援センター広報冊子等により、在宅医療に関する相談支援窓口の周知や情報提供を幅広く継続します。様々な支援機関と連携することで、周知されていくのと同時にネットワーク機能の構築も検討していきます。また、総合相談窓口として受けた相談の中で、対応した職員が問題の整理と必要な情報の提供をワンストップサービスで行えるよう、資質向上を図ります。

### 4) 医療・介護関係者の情報共有の支援

個別ケースの支援や連携推進会議を通して、医療職・介護職それぞれの強みを活かし、それぞれの役割や連携を意識しながら、多職種協働により、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築します。

## (3) 介護人材の確保

---

### ① 介護・福祉人材確保への支援

国や道が推進する介護・福祉人材確保施策の有効活用を図るとともに、介護人材の確保や定着に向け、「倶知安町介護人材確保支援事業」を広く活用していただき、新規に介護職に就く人材を増やすよう、取組を進めます。

### 3 安心して暮らせる環境づくりの推進

#### 施策の方向性

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、住まいの安定的な確保や、安心して暮らせる環境が必要不可欠です。

高齢者が安心して暮らすことができるよう、それぞれの状況やニーズ等に対応した多様な住まいの確保に努めるとともに、バリアフリーやユニバーサルデザインに配慮し、日常生活をサポートするサービスの提供により、高齢者の在宅生活を支援します。

また、安心して暮らすためには災害や感染症に備えることが重要であり、災害時に配慮が必要とされる高齢者等への支援体制の整備や、介護サービス事業者に対する情報提供、感染症拡大に備えた関係機関との連携体制の構築などに努めます。

#### (1) 安心して暮らせる環境の確保

##### ① 公共施設の整備

公共施設の建替や増改築等においては、バリアフリーやユニバーサルデザインに配慮し、高齢者をはじめとするすべての町民にとって、利用しやすい施設となるよう整備を進めていきます。

##### ② 住環境の充実

###### 1) 養護老人ホームの活用

養護老人ホームは、原則として65歳以上の方で環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な方が入所する施設です。

町内には養護老人ホームがないため、近隣3町村の養護老人ホームの利用を継続し、他部署との情報共有と連携を密に行いつつ、必要に応じて適切な措置を行います。

###### 2) 安全で快適な住宅づくりに対する支援

バリアフリー改修、耐久性向上改修など、持ち家リフォーム補助制度を継続するとともに、これら補助制度の情報提供を行います。また、様々なニーズに対応できるよう、補助制度の見直し・改善を検討します。

###### 3) 高齢者向けの公営住宅の供給

「倶知安町公営住宅等長寿命化計画」に基づき、ユニバーサルデザインによる町営住宅の建て替え・改善を行い、高齢者に配慮した住宅の整備を促進します。

また、生活に困難を抱えた高齢者等が入居可能な住宅の確保支援についても検討するとともに、高齢者向け公営住宅のみではなく、民間供給型地域優良賃貸住宅の建設促進といった新たな住宅施策の検討を進めます。

## (2) 人にやさしいまちづくり

---

### ①防災体制の充実

避難行動要支援者の把握や情報収集について引き続き集約を図るとともに、名簿の更新と個別の避難計画の作成を行います。

介護サービス事業者に対して適宜情報提供を行い、適切な災害対策の実施を支援します。

### ②防犯対策の推進

高齢者の被害が多い振り込め詐欺や悪質商法等のトラブル防止のため、様々な媒体を活用して継続的に情報発信を行うとともに、こまめな声かけ、日頃の連絡が大切であることなどを啓発します。また、高齢者が自己防衛できる知識・スキルを身につけるための具体的な方法を検討していきます。

### ③交通安全の確保

関係機関と協力し、今後も交通事故が発生しにくい環境づくりを進めていくとともに、運転モラルをはじめとする安全意識の高揚を図ります。

また、車に限らず、歩行や自転車でも事故に巻き込まれないよう、安全意識の向上と啓発について警察署や関係部署と連携を図るとともに、引き続き交通安全イベントの開催や、看板の新規設置等を行っていきます。

### ④感染症対策の推進

国や道、保健所等からの情報提供を行うとともに、緊急通報システム端末を利用した感染拡大対策等の周知を速やかに行います。

また、介護保険サービス事業所における感染症対策を支援するため、地域ケア会議を活用し、関係機関や庁内他部署と連携を図り、事業所と感染症対策の情報共有や確認を行います。



## 4 地域支援体制の強化

### 施策の方向性

地域包括支援センターは、これまで以上に多様な連携・ネットワークづくりが求められていることから、介護予防及び自立支援型ケアマネジメントの推進、地域ケア会議の活用、医療及び介護の関係機関や生活支援コーディネーター機能との連携に努めていきます。

高齢者の自立支援・重度化防止に向けた支援体制の充実と、住み慣れた地域の中で自分らしく安心して在宅生活を継続するために必要な地域課題の把握や社会資源の開発に向けて、専門職や関係機関等が様々な事例や課題について、積極的に意見交換や課題検討を行う地域ケア会議の実施を推進します。

また、認知症の予防には「発症を遅らせるための予防」と「進行を遅らせるための予防」があります。この2つの予防を推進するためには、認知症に対する正しい知識や理解の普及啓発と併せて、運動不足の解消、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の予防や社会参加による社会的孤立の解消、地域・家庭内での役割の保持等が重要になります。

認知症があっても、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、その進行に応じた適切な医療・介護サービスの提供、認知症に対する周囲の正しい理解や適切な対応、オレンジカフェの利用等で介護を行う家族への支援など進めていきます。

### (1) 地域包括支援センターの機能強化

#### ① 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターに求められる役割が拡大していく中で、今後も高齢者支援の中核的機関としての役割を実践するとともにその充実に努めます。

また、複合的な生活課題を抱える高齢者は公的な制度のみでは難しいケースも増えているため、関係機関との連携をより深め、ネットワーク機能を大きく活用し、地域全体の包括ケアを目指し、体制を強化します。

地域包括支援センターの事業内容については、後志広域連合にて地域包括支援センター運営協議会を開催し評価を行っています。

#### ② 相談体制と情報提供の充実

今後も高齢者等からの困難度が高い相談や複雑化する様々な相談に対応できるよう職員の資質向上に努めるほか、支援を必要としている人に適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるよう、関係機関との連携強化など相談支援体制の充実に努めます。

また、住民に対して、周知啓発強化のため、既存の周知ツール以外の方法も検討していきます。

### ③包括的・継続的ケアマネジメントの推進

ケアマネジャーへの個別支援や会議開催を継続し、医療機関と密に連携をとりながら、介護・医療連携をより強化していきます。また、生活支援体制整備事業や在宅医療・介護連携推進事業等において、重層的な支援ができるよう、様々な社会資源との連携や多職種協働を進め、総合事業・介護予防支援・居宅介護支援によるケアマネジメントの相互の連携を図ります。

### ④包括的な支援体制の整備

地域における多様で複合的な課題については、福祉関係だけではなく、町民、医療、保健、雇用、産業、教育、権利擁護など多岐にわたる分野の連携が必要となります。

そのため、分野を超えて複雑化した地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制づくりが必要となります。

本町においても、これらの包括的な相談支援体制のあり方を協議するとともに、町内での体制づくりに向けた検討を進めます。

## (2) 地域ケア会議の充実

---

### ①地域ケア会議の推進

地域ケア会議は地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールとされており、これまでも介護支援専門員やサービス提供事業者等への情報提供、研修会等として開催してきました。

今後も地域ケア個別会議、地域ケア推進会議の開催を継続し、問題の位置づけを議論しながら課題の優先順位をつけて、地域支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握など実効性のあるものとなるよう取組を進めます。

また、町内事業所からも要支援者等の軽度者を対象に事例を提供いただき、その方が住み慣れた地域で自分らしく暮らすことができるように専門職が課題を検討し、ケアマネジメントに活かしていきます。

### (3) 認知症施策の推進

---

#### ① 認知症ケア体制の充実

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置を継続するとともに、その充実に努めます。

また、認知症の人やその家族の相談支援を行うとともに、啓発活動や関係機関との連絡調整などの支援を行う認知症地域支援推進員の活動を継続します。

早期に「チームオレンジ」の立ち上げに至るよう、認知症サポーターの養成を継続し、自主的な活動をさらに進め、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるため「チームオレンジコーディネーター」を配置し、ステップアップ講座を開催します。

#### ② 認知症見守りネットワークの推進

認知症の人の1人歩きは、思わぬ事故に遭遇する可能性もあり、高齢者の生命に関わる重要な問題であるため、町独自もしくは町に近い関係機関でネットワークの構築と共に、より迅速に対応できる仕組みを作ることが課題です。

今後も本町と見守り協定を結んでいる企業や警察等と連携し、体制整備の見直しを行います。

#### ③ 認知症ケアパスの作成と普及

認知症ケアパスとは、認知症の人の生活機能障がいの進行に合わせ、いつ、どこでどのような医療・介護サービスが受けることができるのかを認知症の人やその家族に提示することを目的に作成されています。その周知を進める為に、医療機関や金融機関、スーパー等にも冊子を配置しています。

また、認知症予防の視点も踏まえながら、認知症の人の生活機能障がいの進行に合わせて、定期的な見直しとカスタマイズが必要であり、住民の方々が理解しやすいケアパスにしていきます。

#### ④ 権利擁護の推進

##### 1) 高齢者虐待の防止

今後も高齢者虐待防止法に基づき複雑化する虐待ケースに取り組んでいくとともに、相談や通報の受理から介入、解決に至るまでの一連のプロセスについて、地域包括支援センターを中心とし、民生委員等地域住民、サービス事業者、司法関係者などとの連携を図り、適切な対応を行います。また、虐待対応マニュアルを活用し、様々な虐待ケースに対応します。

## 2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

成年後見制度の利用が必要な方を早期に発見し、適切に制度を利用できる支援体制の構築と権利擁護支援の地域連携ネットワークの仕組みづくりを推進します。

また、地域連携ネットワークの整備や協議会等の適切な運営を推進するためには、社会福祉協議会とともに中核機関として会議や研修、啓発活動を展開していきます。

## 3) 制度の普及啓発と利用促進

身寄りのない重度認知症高齢者等が介護保険サービスの利用、財産管理、日常生活上の支援が必要な場合に、申立人がいない方の場合の町長申立、低所得者への後見人等への報酬助成など成年後見制度利用支援事業を継続していきます。

また、制度の普及啓発を図るため、社会福祉協議会が実施している福祉サービスの利用手続きや金銭管理の支援等を行う「日常生活自立支援事業」を含めた権利擁護全体の制度について、医療機関等の関係機関と連携を取りながら周知を図ります。

### ⑤ 認知症に関する知識の普及・啓発

地域で暮らす人々が認知症について理解し、認知症に対する偏見・無理解の解消を図るため、普及・啓発活動として広報誌や町ホームページでの情報提供や、出張講座等で認知症サポーター養成講座を開催してきました。

今後も様々な媒体を通じて広報活動を行いながら認知症サポーターの育成を図り、サポーター数をさらに増やす取組の実施、認知症の人を地域で見守る意識の普及・啓発を図ります。

### ⑥ 認知症高齢者とその家族への支援

認知症患者本人やその家族が、気軽に相談できる場としてのオレンジカフェを、「こでまり」以外にも令和5年度に新たなカフェを創設しています。運営主体を住民が担える体制の検討や、本人だけの集まり又は家族だけが集まれるなどの工夫をした集いの場も検討していきます。また、家族介護教室(家族の人の会)などの創設も検討していきます。

## 5 支え合う地域づくりの推進

### 施策の方向性

高齢者が、住み慣れた地域でいつまでも楽しくいきいきと暮らしていくためには、支えられるだけではなく、家族や地域の中で自分なりの役割を持ち、周囲から必要とされ、認められることや生きがい・やりがいを感じられることが生活の充実につながると考えられます。

生活機能が低下した高齢者に対しては、運動、口腔、栄養、認知機能などの心身機能の改善に加え、家庭内で役割を持って生活することや生きがいづくり、趣味活動等を通じた社会参加・地域活動の取組を促します。

また、少子高齢化や核家族化が進行する中、幅広い年代に対し、地域全体で支え合うまちづくりに向けた福祉意識の啓発を進めると共に地域ボランティア活動の担い手発掘、育成の取組を推進します。

### (1) 福祉サービスの充実

#### ①生活支援の充実

さらなる高齢化の進展により、高齢者人口及び一人暮らし高齢者の増加が予想されます。

今後とも一人暮らし高齢者等が、安心して住み続けるための在宅福祉サービスの提供に努めるとともに、事業を広く周知します。サービス内容についてもケアマネジャーを通じたニーズ調査で希望があるものについては検討、整理を進めていきます。

#### ■在宅福祉サービスの概要

事業名	事業の概要
①移送サービス事業	公共交通機関の利用が困難な方の通院手段として、倶知安町社会福祉協議会が移送サービスを行います。
②高齢者福祉ハイヤー（バス）利用助成事業	高齢者の外出機会の拡大を促進するため、ハイヤー又は路線バスを利用する際の費用の一部を助成します。
③寝具洗濯サービス事業	町内に居住する寝たきり状態にある高齢者等に、寝具洗濯の生活支援を行います。
④軽度生活援助事業	在宅高齢者等に、必要な生活援助サービスを提供する生活援助員（ホームヘルパー）を派遣し、家事援助や通院介助等の軽易な日常生活上の援助を行います。

事業名	事業の概要
⑤緊急通報システム事業	緊急時の通報ボタンを押すことで日中は地域包括支援センター、夜間は警備会社と通話が可能となるタブレット端末を貸与します。また、緊急時だけでなく、お知らせボタンやおやすみ・おはよう・健康チェックボタン、外出ボタンなどで日常の安否確認や健康状態を把握し、見守りを行います。
⑥配食サービス事業	俱知安町社会福祉協議会が主体となり弁当方式による配食を週2回実施し栄養のバランスのとれた食事を提供します。また、配食時に高齢者の安否確認を行います。
⑦生活管理指導短期宿泊事業	家族の外泊等により、高齢者等が一人で過ごすことに不安がある場合などに、一時的に短期入所施設に入所してもらい、日常生活のお世話をするとともに、生活習慣等の指導や体調調整を図ります。
⑧除雪ヘルパー派遣事業	高齢や心身の障がいなどのため住宅周辺の除雪作業が困難な世帯に、除雪ヘルパーを派遣し除雪を行います。
⑨訪問サービス事業	介護保険によるサービスを受けていない高齢者等に、社会福祉協議会のヘルパーにより健康状態の把握、日常生活の相談、情報提供等を行います。
⑩電話サービス事業	高齢者世帯等に電話サービス員が、週1回程度「ふれあい電話」として、電話による声かけを行います。

## ②介護者への支援

在宅介護を継続するための介護サービスに関する相談・ケアマネジャーからの情報提供による支援など、家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減に努めます。

### ■介護者支援の事業概要

事業名	事業の概要
①家族介護用品の支給	在宅で「要介護4」「要介護5」と認定された方を介護している住民税非課税世帯に、介護用品（紙おむつ、尿とりパット、介護用使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー）の購入費用を助成します。
②家族介護慰労金事業	在宅で「要介護4」「要介護5」と認定された方を介護している住民税非課税世帯で、要介護者が過去1年間介護保険サービスを利用していない世帯を対象に、慰労金を支給します。

## ③生活支援サービスの体制整備

### 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

地域生活支援コーディネーターは、地域の様々な場所に赴き、地域の困りごとやニーズ調査などを行い解決まで共に考えていきます。

今後もコーディネーターの配置を継続し、行政・社会福祉協議会・地域包括支援センターと協働しながら、地域のニーズや社会資源の実態把握や多様な地域団体との連携及び協力の促進を図り、住民主体の支え合いの基盤づくりを推進します。

現在町内には地域サロンが6つありますが、今後は生活支援コーディネーターの働きかけにより地域サロンの無い地域やエリアで集まりの場を展開していきます。

## 2) 協議体の設置

介護・医療のサービス事業者の専門職に加え、NPO法人、地域の活動団体、ボランティア等住民組織の参画によりメンバーを拡充したうえで、協議体を設置し、定期的な連携会議の継続、地域資源の把握や住民主体の集まりの場を創設できるよう、生活支援コーディネーターへ支援を継続していきます。

## (2) 地域共生社会の実現

---

### ①福祉意識の醸成

#### 1) 福祉意識の啓発

少子高齢化や核家族化が進行する中、福祉活動の重要性が拡大する一方、住民の福祉に関する意識や知識、技術は、まだまだ十分とはいえません。

社会福祉協議会や生活支援コーディネーター等色々な手段で、町民や各関係団体等への働きかけを行い、地域サロンを開設・周知する等、地域全体で支え合うまちづくりに向けた福祉意識の啓発等を継続していきます。

#### 2) 福祉教育の推進

俱知安町社会福祉協議会の協力のもと、小学校における総合的な学習の時間を活用した体験型福祉教育を定期的実施しています。

今後も、幅広い年代に向けて視点を広げていながら、町の教育部門と保健福祉部門、社会福祉協議会等が連携し、総合的な学習の時間などを活用して福祉教育の充実に努めます。

### ②ボランティア活動の活発化

配食サービスにおけるボランティアポイント制度の導入を継続するとともに、移送サービス事業など、有償ボランティアの拡充に向けた検討を進めます。

生活支援体制整備事業において、生活支援コーディネーターや協議体の設置により、各団体や関係機関との連携や活動性を保つネットワークづくり、多様なボランティア活動や担い手の発掘、育成の取組を推進します。

ボランティア活動における参加の機会の確保や継続した取組に向けて、社会福祉協議会に設置されているボランティアセンターの活動を支援します。

## 第5章 計画における取組目標

### 1 高齢者の自立支援と重度化防止の取組目標

区 分	取組内容		取組目標		
			令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)
一般介護予防事業 の推進	老人クラブ等に対して保健指 導・栄養指導を行います	保健指導・ 栄養指導回数（回）	10	12	12
包括的な ケアマネジメント の推進	ケアマネジャーの質向上を図 るため、「ケアマネ会議」を開 催します。	ケアマネ会議 開催回数（回）	3	3	3
	個別事例を通じた多職種協働 を目的として「地域ケア推進会 議」を開催します。	地域ケア推進会議 開催回数（回）	3	3	3
	個別事例を通じた自立支援を 目的として「地域ケア個別会 議」を開催します。	地域ケア個別会議 開催回数（回）	3	3	3

### 2 認知症対策の取組目標

取組内容		取組目標		
		令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)
認知症ケアパスの作成		1	1	1
認知症サポーターの養成	養成講座開催回数（回）	5	6	6
	養成人数（人）	50	60	70
認知症カフェの開催	開催回数（回）	6	6	6
家族介護者の集い開催	開催回数（回）	3	4	5
チームオレンジ設置に向けた取組	研修受講者数（人）	15	25	40

### 3 リハビリテーションに関する取組目標

取組内容			取組目標		
			令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)
介護保険のリハビリ テーション供給体制 の充実	事業所数	通所	1	1	1
		訪問	2	2	2
	定員数	通所	40	40	40
		リハビリテーション専門職の従事者数	通所	5	5
	訪問	2	2	2	
介護サービスの利用	延べ利用人数	通所	7,550	7,650	7,750
		訪問	1,480	1,720	1,960



# 第6章 計画の推進に向けて

## 1 庁内部署及び関係機関との連携・調整

本計画の効果的な取組を推進するために、庁内関係部署との会議体により進捗管理を行います。

また、地域包括ケアシステムの構築には、保健・医療・福祉・介護など、様々な専門機関が連携・協力して進めていく必要があります。医療と介護の連携協議体等を通じて、状況把握や進捗管理、多職種が参加する地域ケア会議の実施など、包括的な支援体制づくりに向けて、関係機関との連携・調整を推進いたします。

## 2 後志広域連合、北海道及び近隣市町村との連携

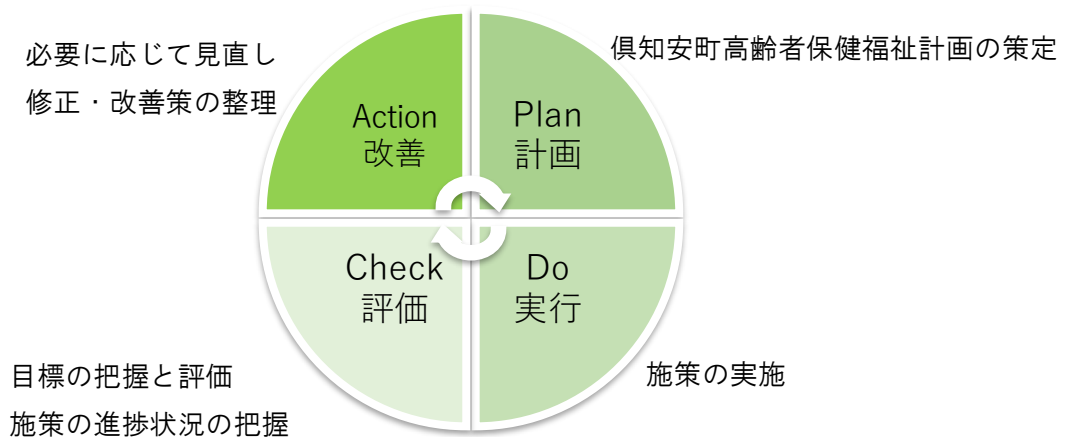
本町の高齢者施策に関する取組の充実に向け、介護保険事業の運営主体である後志広域連合との連携を図ります。

また、広域的な課題や共通する問題に適切に対応できるよう、北海道や近隣市町村などとの連携を図ります。

## 3 計画の進行管理

進捗管理及び評価に当たっては、PDCA サイクルに基づき、計画で見込んだ計画値と実績値の乖離状況や、具体的な取組の進捗状況について各指標を活用しながら行い、施策の実施状況や成果目標の達成状況などの中間評価を高齢者保健福祉計画策定委員会で実施することで、より効果的な計画の推進につなげていきます。

### ■PDCAサイクルのイメージ



# 資料編

## 1 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査の集計結果（抜粋）

※前回表内カテゴリにあった「非該当」については正確な内容を読み取れない場合が多い為、今回より削除しています。また、複数回答の設問は回答件数の累計と合計が異なる場合があります。

### （1）調査対象者の属性

#### ①性別

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	男性	739	45.3
2	女性	894	54.7
	無回答	0	0.0
	合計	1,633	100.0

#### ②年齢

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	65～69 歳	362	22.2
2	70～74 歳	487	29.8
3	75～79 歳	354	21.7
4	80～84 歳	277	17.0
5	85～89 歳	122	7.5
6	90～94 歳	27	1.7
7	95～99 歳	4	0.2
8	100 歳以上	0	0.0
	無回答	0	0.0
	合計	1,633	100.0

#### ③現在の就労状況

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	ほぼ毎日就労している	317	19.4
2	週3～4日就労している	149	9.1
3	週1～2日就労している	33	2.0
4	月に1～3日程度就労している	33	2.0
5	就労していない	1,036	63.4
	無回答	65	4.0
	合計	1,633	100.0

## (2) 家族や生活状況について

### ①介護・介助の必要性

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	介護・介助は必要ない	1,391	85.2
2	何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	118	7.2
3	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）	55	3.4
	無回答	69	4.2
	合計	1,633	100.0

### ②介護・介助が必要になった主な原因（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	14	8.0
2	心臓病	19	10.9
3	がん（悪性新生物）	13	7.5
4	呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）	13	7.5
5	関節の病気（リウマチ等）	31	17.8
6	認知症（アルツハイマー病等）	11	6.3
7	パーキンソン病	1	0.6
8	糖尿病	15	8.6
9	腎疾患（透析）	3	1.7
10	視覚・聴覚障害	14	8.0
11	骨折・転倒	16	9.2
12	脊椎損傷	10	5.7
13	高齢による衰弱	34	19.5
14	その他	19	10.9
15	不明	2	1.1
	無回答	41	23.6

## ③現在の暮らしの経済的状況

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	大変苦しい	140	8.6
2	やや苦しい	395	24.2
3	ふつう	962	58.9
4	ややゆとりがある	79	4.8
5	大変ゆとりがある	18	1.1
	無回答	39	2.4
	合計	1,633	100.0

## ④現在のまちで今後も暮らし続けたいか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	可能な限りずっと住み続けたい	1,317	80.6
2	他の市町村に移り住む予定である	46	2.8
3	具体的に決まっていないが、他の市町村に移り住みたい	189	11.6
4	その他	45	2.8
	無回答	36	2.2
	合計	1,633	100.0

## ⑤他の市町村に移り住みたい理由（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	子ども等と同居する予定だから	15	6.4
2	病気になった時に不安だから	88	37.4
3	介護が必要になった時不安だから	57	24.3
4	交通が不便だから	60	25.5
5	買い物が不便だから	35	14.9
6	生活環境が悪いから	68	28.9
7	地域の助け合いが少ないから	11	4.7
8	その他	91	38.7
	無回答	4	1.7

### (3) 身体を動かすことについて

#### ①階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	できるし, している	1,133	69.4
2	できるけどしていない	260	15.9
3	できない	202	12.4
	無回答	38	2.3
	合計	1,633	100.0

#### ②過去1年間に転んだ経験がありますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	何度もある	260	15.9
2	1度ある	420	25.7
3	ない	931	57.0
	無回答	22	1.3
	合計	1,633	100.0

#### ③週に1回以上は外出していますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	ほとんど外出しない	111	6.8
2	週1回	340	20.8
3	週2～4回	717	43.9
4	週5回以上	429	26.3
	無回答	36	2.2
	合計	1,633	100.0

#### ④外出を控えていますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	はい	536	32.8
2	いいえ	1,050	64.3
	無回答	47	2.9
	合計	1,633	100.0

## ⑤外出時の移動手段（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	徒歩	844	51.7
2	自転車	321	19.7
3	バイク	15	0.9
4	自動車（自分で運転）	931	57.0
5	自動車（人に乗せてもらう）	424	26.0
6	電車	77	4.7
7	路線バス	108	6.6
8	病院や施設のバス	14	0.9
9	車いす	1	0.1
10	電動車いす（カート）	0	0.0
11	歩行器・シルバーカー	4	0.2
12	タクシー	241	14.8
13	その他	24	1.5
	無回答	22	1.3

**(4) 食べることについて**

## ① 6か月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	226	13.8
2	いいえ	1,359	83.2
	無回答	48	2.9
	合計	1,633	100.0

## ②半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	526	32.2
2	いいえ	1,081	66.2
	無回答	26	1.6
	合計	1,633	100.0

## ③お茶や汁物等でむせることがありますか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	470	28.8
2	いいえ	1,134	69.4
	無回答	29	1.8
	合計	1,633	100.0

## ④歯の数と入れ歯の利用状況

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用	183	11.2
2	自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし	319	19.5
3	自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用	824	50.5
4	自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし	205	12.6
	無回答	102	6.2
	合計	1,633	100.0

## ⑤どなたかと食事をとる機会がありますか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	毎日ある	859	52.6
2	週に何度かある	96	5.9
3	月に何度かある	196	12.0
4	年に何度かある	244	14.9
5	ほとんどない	196	12.0
	無回答	42	2.6
	合計	1,633	100.0

**(5) 毎日の生活について**

## ①物忘れが多いと感じますか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	737	45.1
2	いいえ	870	53.3
	無回答	26	1.6
	合計	1,633	100.0

## ②バスや電車を使って1人で外出していますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	できるし, している	1,205	73.8
2	できるけどしていない	295	18.1
3	できない	98	6.0
	無回答	35	2.1
	合計	1,633	100.0

## ③自分で食品・日用品の買い物をしていますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	できるし, している	1,386	84.9
2	できるけどしていない	203	12.4
3	できない	35	2.1
	無回答	9	0.6
	合計	1,633	100.0

## ④自分で食事の用意をしていますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	できるし, している	1,215	74.4
2	できるけどしていない	314	19.2
3	できない	88	5.4
	無回答	16	1.0
	合計	1,633	100.0

## ⑤健康を保つために取り組んでいることはありますか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	はい	1,127	69.0
2	いいえ	430	26.3
	無回答	76	4.7
	合計	1,633	100.0



## ⑥健康を保つために取り組んでいること何ですか（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	身体を動かす	811	72.0
2	食事に気を付ける	748	66.4
3	歌う・話す	189	16.8
4	趣味を楽しむ	416	36.9
5	読み書きを意識的に行う	306	27.2
6	計算やクイズなど考える	303	26.9
7	外出する	294	26.1
8	その他	70	6.2
	無回答	7	0.6

## ⑦趣味はありますか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	趣味あり	1,072	65.6
2	思いつかない	435	26.6
	無回答	126	7.7
	合計	1,633	100.0

## ⑧生きがいがありますか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	生きがいあり	819	50.2
2	思いつかない	642	39.3
	無回答	172	10.5
	合計	1,633	100.0

**(6) 地域での生活について**

## ①生活上の不安はありますか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	646	39.6
2	いいえ	931	57.0
	無回答	56	3.4
	合計	1,633	100.0

## ②生活上の不安はどのような時に感じますか（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	災害時	278	43.0
2	急病時	398	61.6
3	緊急時	244	37.8
4	その他	134	20.7
	無回答	32	5.0

## ③見守りは誰にしてほしいですか（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	家族・親族	1,226	75.1
2	知人・友人	220	13.5
3	近所の人	220	13.5
4	自治会・町内会・老人クラブ	73	4.5
5	社会福祉協議会・民生委員	120	7.3
6	ケアマネジャー	62	3.8
7	看護師・保健師など医療専門職	162	9.9
8	地域包括支援センター・役場	142	8.7
9	してほしいと思わない	55	3.4
10	お願いしたいが、難しい	107	6.6
11	その他	25	1.5
	無回答	135	8.3

## ④見守りはどのような方法で希望しますか（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	定期訪問	397	24.3
2	電話	738	45.2
3	FAX・手紙	45	2.8
4	メール	216	13.2
5	スマートフォンのラインなどのSNS	222	13.6
6	変化（新聞・手紙・カーテン・電灯など）に気づいて訪問	149	9.1
7	ふらりと立ち寄ってほしい	284	17.4
8	見守りをしてほしくない	56	3.4
9	その他	55	3.4
	無回答	297	18.2

## ⑤地域にあったら良いと思うサービス（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	サロンなどの定期的な集いの場	307	18.8
2	見守り、声かけ	425	26.0
3	移送サービス（介護・福祉ハイヤーなど）	397	24.3
4	外出同行（通院、買い物など）	132	8.1
5	ゴミ出し	107	6.6
6	買い物（宅配は除く）	71	4.3
7	配食サービス	189	11.6
8	除雪	787	48.2
9	その他	71	4.3
	無回答	311	19.0

## （7）健康について

---

## ①現在の健康状態はいかがですか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	とてもよい	132	8.1
2	まあよい	1,166	71.4
3	あまりよくない	257	15.7
4	よくない	31	1.9
	無回答	47	2.9
	合計	1,633	100.0

## ②気分が沈んだり憂鬱な気持ちになったりすることがありましたか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	548	33.6
2	いいえ	1,018	62.3
	無回答	67	4.1
	合計	1,633	100.0

## ③物事に対して興味がわからない感じがありましたか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	386	23.6
2	いいえ	1,160	71.0
	無回答	87	5.3
	合計	1,633	100.0

## ④現在治療中、又は後遺症のある病気はありますか（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	ない	219	13.4
2	高血圧	761	46.6
3	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	57	3.5
4	心臓病	177	10.8
5	糖尿病	256	15.7
6	高脂血症（脂質異常）	190	11.6
7	呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	99	6.1
8	胃腸・肝臓・胆のうの病気	91	5.6
9	腎臓・前立腺の病気	136	8.3
10	筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）	226	13.8
11	外傷（転倒・骨折等）	59	3.6
12	がん（悪性新生物）	79	4.8
13	血液・免疫の病気	20	1.2
14	うつ病	17	1.0
15	認知症(アルツハイマー病等)	14	0.9
16	パーキンソン病	2	0.1
17	目の病気	254	15.6
18	耳の病気	102	6.2
19	その他	103	6.3
	無回答	104	6.4

## 2 在宅介護実態調査の集計結果（抜粋）

### （1）調査対象者の属性

#### ①性別

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	男性	36	25.2
2	女性	107	74.8
	無回答	0	0.0
	合計	143	100.0

#### ②年齢

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	65歳未満	0	0.0
2	65～69歳	6	4.2
3	70～74歳	20	14.0
4	75～79歳	18	12.6
5	80～84歳	28	19.6
6	85～89歳	38	26.6
7	90歳以上	33	23.1
	無回答	0	0.0
	合計	143	100.0

#### ③要介護度

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	要支援1	34	23.8
2	要支援2	29	20.3
3	要介護1	29	20.3
4	要介護2	19	13.3
5	要介護3	12	8.4
6	要介護4	6	4.2
7	要介護5	6	4.2
8	分からない	3	2.1
	無回答	5	3.5
	合計	143	100.0

## (2) 在宅で介護を受けている方の状況について

### ① 今後も今お住まいのまちで暮らし続けたいか

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	可能な限りずっと住み続けたい	131	91.6
2	他の市町村に移り住む予定である	4	2.8
3	具体的に決まっていないが、他の市町村に移り住みたい	5	3.5
4	その他	3	2.1
	無回答	0	0.0
	合計	143	100.0

### ② 他の市町村に移り住みたい理由 (複数回答)

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	子ども等と同居する予定だから	1	11.1
2	病気になった時に不安だから	2	22.2
3	介護が必要になった時不安だから	1	11.1
4	交通が不便だから	1	11.1
5	買い物が不便だから	1	11.1
6	生活環境が悪いから	0	0.0
7	地域の助け合いが少ないから	0	0.0
8	その他	5	55.6
	無回答	2	22.2

### ③ 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況

No.	カテゴリ	件数 (件)	割合 (%)
1	入所・入居は検討していない	109	76.2
2	入所・入居を検討している	20	14.0
3	すでに入所・入居申し込みをしている	8	5.6
	無回答	6	4.2
	合計	143	100.0

## ④現在抱えている傷病（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	脳血管疾患（脳卒中）	21	14.7
2	心疾患（心臓病）	33	23.1
3	悪性新生物（がん）	3	2.1
4	呼吸器疾患	7	4.9
5	腎疾患（透析）	7	4.9
6	筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）	28	19.6
7	膠原病（関節リウマチ含む）	10	7.0
8	変形性関節疾患	17	11.9
9	認知症	24	16.8
10	パーキンソン病	8	5.6
11	難病（パーキンソン病を除く）	2	1.4
12	糖尿病	32	22.4
13	眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障がいを伴うもの）	42	29.4
14	その他	27	18.9
15	なし	11	7.7
16	分からない	3	2.1
	無回答	2	1.4

## ⑤令和4年11月の1か月の間に介護保険サービスを利用したか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	利用した	91	63.6
2	利用していない	38	26.6
	無回答	14	9.8
	合計	143	100.0

## ⑥介護保険サービスを利用していない理由（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	現状では、サービスを利用するほどの状態ではない	12	31.6
2	本人にサービス利用の希望がない	7	18.4
3	家族が介護をするため必要ない	7	18.4
4	以前、利用していたサービスに不満があった	0	0.0
5	利用料を支払うのが難しい	1	2.6
6	利用したいサービスが利用できない、身近にない	0	0.0
7	住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため	3	7.9
8	サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない	2	5.3
9	その他	3	7.9
	無回答	12	31.6

## ⑦今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	配食	14	9.8
2	調理	6	4.2
3	掃除・洗濯	10	7.0
4	買い物（宅配は含まない）	7	4.9
5	ゴミ出し	15	10.5
6	外出同行（通院、買い物など）	31	21.7
7	移送サービス（介護・福祉タクシー等）	38	26.6
8	見守り、声かけ	12	8.4
9	サロンなどの定期的な通いの場	6	4.2
10	その他	5	3.5
11	特になし	48	33.6
	無回答	32	22.4



## ⑧家族や親族からの介護の頻度

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	ない	59	41.3
2	家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない	13	9.1
3	週に1～2日ある	7	4.9
4	週に3～4日ある	5	3.5
5	ほぼ毎日ある	44	30.8
	無回答	15	10.5
	合計	143	100.0

## (3) 主な介護者の状況について

## ①主な介護者の方はどなたか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	配偶者	19	27.5
2	子	32	46.4
3	子の配偶者	10	14.5
4	孫	0	0.0
5	兄弟・姉妹	2	2.9
6	その他	0	0.0
	無回答	6	8.7
	合計	69	100.0

## ②主な介護者の方の性別

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	男性	20	29.0
2	女性	44	63.8
	無回答	5	7.2
	合計	69	100.0

## ③主な介護者の方の年齢

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	20歳未満	0	0.0
2	20代	0	0.0
3	30代	1	1.4
4	40代	2	2.9
5	50代	13	18.8
6	60代	24	34.8
7	70代	17	24.6
8	80歳以上	8	11.6
9	分からない	0	0.0
	無回答	4	5.8
	合計	69	100.0

## ④主な介護者の方は本人と同居しているか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	同居	47	68.1
2	別居	17	24.6
3	いない（決めていない）	1	1.4
	無回答	4	5.8
	合計	69	100.0

## ⑤家族や親族の中で介護を理由に過去1年の間に仕事を辞めた方がいるか

(複数回答)

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）	6	8.7
2	主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）	0	0.0
3	主な介護者が転職した	1	1.4
4	主な介護者以外の家族・親族が転職した	0	0.0
5	介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない	41	59.4
6	分からない	0	0.0
	無回答	21	30.4

## ⑥主な介護者の方はストレスを感じた時に発散できる行動をとれているか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	はい	25	36.2
2	いいえ	12	17.4
3	どちらともいえない	18	26.1
4	主な介護者に確認しないと分からない	5	7.2
	無回答	9	13.0
	合計	69	100.0

## ⑦主な介護者の方が不安を感じる介護等（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	日中の排せつ	14	20.3
2	夜間の排せつ	18	26.1
3	食事の介助（食べる時）	7	10.1
4	入浴・洗身	16	23.2
5	身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	2	2.9
6	衣服の着脱	3	4.3
7	屋内の移乗・移動	12	17.4
8	外出の付き添い、送迎等	17	24.6
9	服薬	9	13.0
10	認知症状への対応	20	29.0
11	医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）	4	5.8
12	食事の準備（調理等）	16	23.2
13	その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）	15	21.7
14	金銭管理や生活面に必要な諸手続き	15	21.7
15	その他	4	5.8
16	不安に感じていることは、特にない	4	5.8
17	主な介護者に確認しないと分からない	4	5.8
	無回答	7	10.1

## ⑧仕事と介護の両立に効果があると思う支援（複数回答）

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	自営業・フリーランス等のため、勤め先はない	4	16.0
2	介護休業・介護休暇等の制度の充実	8	32.0
3	制度を利用しやすい職場づくり	7	28.0
4	労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）	7	28.0
5	働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）	2	8.0
6	仕事と介護の両立に関する情報の提供	1	4.0
7	介護に関する相談窓口・相談担当者の設置	5	20.0
8	介護をしている従業員への経済的な支援	4	16.0
9	その他	0	0.0
10	特になし	4	16.0
11	主な介護者に確認しないと分からない	2	8.0
	無回答	1	4.0

## ⑨主な介護者の方は今後も働きながら介護を続けていけそうか

No.	カテゴリ	件数（件）	割合（％）
1	問題なく、続けていける	3	12.0
2	問題はあるが、何とか続けていける	13	52.0
3	続けていくのは、やや難しい	1	4.0
4	続けていくのは、かなり難しい	3	12.0
5	主な介護者に確認しないと分からない	3	12.0
	無回答	2	8.0
	合計	25	100.0

### 3 用語解説

#### (1) 居宅サービス

サービス名	サービスの概要
訪問介護 (ホームヘルプ)	訪問介護員(ホームヘルパー)が介護を受ける人の自宅を訪問し、入浴、排せつ、食事の介護などの日常生活をサポートします。
訪問入浴介護	在宅にて介護を受けている人が、自宅浴室等での入浴が困難な場合に、巡回入浴車で各家庭を訪問し、居間等での入浴及び介助を行います。
訪問看護	在宅で介護を受ける高齢者等に主治医の指示に基づき看護師等を派遣し、病状の確認や医療処置を行います。
訪問リハビリテーション	心身の機能の維持回復、日常生活の自立を助けることを目的として、理学療法士、作業療法士等の専門職が居宅を訪問してリハビリテーションを行います。
居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が在宅で介護を受ける人の家庭を訪問し、薬の服用についてのアドバイスや栄養面での指導、歯の衛生管理のために歯磨き指導や入れ歯の洗浄など、日常の健康管理チェックを行います。
通所介護 (デイサービス)	在宅で介護を受けている人が日帰りでサービスを利用し、身体機能の維持・向上を目指し、機能訓練をしたり、他者との交流を通して社会的孤立感の解消や認知症予防を図ることができます。
通所リハビリテーション (デイケア)	在宅で介護を受けている人が、日帰りで医療機関や介護老人保健施設にて、リハビリテーションを受けることができます。
短期入所生活介護	特別養護老人ホーム等の施設で短期間入所してもらい、入浴、排せつ、食事などの介護や日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
短期入所療養介護	介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設で短期間入所してもらい、介護予防を目的として、看護、医学的管理のもとに介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の支援を行います。
福祉用具貸与	できる限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、福祉用具をレンタルできるサービスです。

サービス名	サービスの概要
福祉用具購入費	福祉用具のうち、入浴や排せつの際に用いられる等、貸与にはなじまないもの（これを「特定福祉用具」という）を販売します。
住宅改修費	手すり取り付け、段差解消、滑り止め、和式便器から洋式便器への取り換え等住宅改修を行った場合に改修費を支給します。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、軽費老人ホームなどに入居している要介護認定を受けた利用者に対して、食事・入浴・排せつ等の介護、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、日常生活を送る上で必要となる支援を行います。
介護予防支援・居宅介護支援	居宅サービス等を適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等を定めたケアプラン（居宅サービス計画）を作成するとともに、サービス事業者等と連絡調整その他の便宜を行います。介護保険施設へ入所する場合は施設への紹介等を行います。

## (2) 地域密着型サービス

サービス名	サービスの概要
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通して、訪問介護と訪問看護が一体的又は密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行います。
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な巡回訪問介護サービスと、通報に応じて随時来てもらうサービスを組み合わせて利用する訪問介護サービスです。
地域密着型通所介護	老人デイサービスセンターなどで提供される、食事・入浴・排せつなどの介護、その他の日常生活を送る上で必要となる支援及び機能訓練を行います（ただし、利用定員が19名未満のものに限ります）。
認知症対応型通所介護	認知症高齢者を対象に、指定された施設において入浴や食事の提供その他の日常生活上の支援や機能訓練を行います。
小規模多機能型居宅介護	利用者の在宅で、又は利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される食事・入浴・排せつなどの介護、その他の日常生活を送る上で必要となる支援などや機能訓練を行い、通い・訪問・宿泊のサービスを提供します。
認知症対応型共同生活介護	認知症高齢者に対し、共同生活を営む住居において、食事・入浴・排せつ等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行います。

サービス名	サービスの概要
地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設に入居している利用者を対象として、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設に入所している利用者を対象として、入浴、排せつ、食事などの介護、その他の日常生活を送る上で必要となるサービスなどや機能訓練を提供します。
看護小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスの1つで、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせたサービス。家庭的な環境のもとに行う、通い・訪問・宿泊のサービスを提供します。

### (3) 施設サービス

サービス名	サービスの概要
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい要介護認定者のための施設。入所により、食事・入浴・排せつなどの介護、機能訓練、健康管理、療養上の支援などが受けられる施設です。
介護老人保健施設 (老人保健施設)	入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設。利用者の状態に合わせたケアプラン(施設サービス計画)に基づき、医学的管理のもとで、看護、リハビリテーション、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを併せて受けることができる施設です。
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性的な医療的・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。
介護療養型医療施設	慢性疾患を有し、長期の療養が必要な要介護認定者のために、介護職員が手厚く配置された医療機関(施設)。病状は安定していても自宅での療養生活は難しいという人が入所して、必要な医療サービス、日常生活における介護、リハビリテーションなどを受けられることができる施設です。

## (4) その他

語句名	内容
団塊の世代	戦後の第一次ベビーブーム期（昭和 22 年から昭和 24 年頃）に生まれ、日本の高度成長期とともに育った世代とされる。
介護予防・日常生活支援総合事業	市町村の判断で利用者の状態・意向を踏まえ、介護予防、生活支援（配食・見守り等）、権利擁護、社会参加も含めて総合的で多様なサービスを提供する事業。
地域ケア会議	医療、介護、福祉等の多職種が協働して、高齢者個人に対する支援の充実や高齢者に対する支援とそれを支える社会基盤の整備を同時に進めるための会議。
地域包括ケアシステム	介護が必要になった高齢者も、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるように、医療・介護・介護予防・生活支援・住まい等の 5 つの分野で一体的に受けられる支援体制のこと。
地域共生社会	制度・分野ごとの縦割りや支え手・受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。
日常生活圏域	高齢者が住み慣れた地域で生活を持続することができるようにするため、市町村内にいくつかを設定される生活圏域。
ハイリスクアプローチ	健康診査や保健指導などによって疾患の発症リスクの高い特定の対象者に介入する方法。
ポピュレーションアプローチ	普及啓発や環境整備によって集団全体の健康づくりを目指す方法。
国保データベース（KDB）システム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
フレイル	健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下がみられる状態のこと。
機能訓練	疾病や負傷等により心身の機能が低下している人に対し、その維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる訓練のこと。訓練の内容としては、歩行、起き上がり等の基本動作の訓練、レクリエーション等（社会的機能訓練）がある。
協議体	互助を中心とした地域づくりを住民主体で進めるために、助け合い活動をともに創出し、充実させていく組織のこと。



語句名	内容
NPO	Non-Profit Organization の略。民間の非営利組織で、ボランティア団体等の市民活動団体や公益を目的とした公益法人、社会福祉法人、医療法人、福祉公社等の営利を目的としない団体。
成年後見制度	認知症等のために判断能力が不十分であると家庭裁判所が認めた場合に、成年後見人等が財産管理等を行い、本人を保護・支援する制度。
認知症キャラバン・メイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める人。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。
アセスメント	その人の身体状況、精神状況や生活環境、背景や要因を含め、今後の支援に必要な見通しをたてるために、事前に把握、評価、分析を行うこと。
チームオレンジコーディネーター	チームオレンジの立ち上げや運営支援、関係機関との連携体制を構築するコーディネーターのこと。
チームオレンジ	本人・家族を含む地域サポーターと多職種の地域サポーターのチームのこと。認知症サポーターが正しい理解を得たことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための取組を行う。

## 4 倶知安町高齢者保健福祉計画策定委員会委員名簿

任期：令和5年6月1日～令和8年5月31日

氏名	推薦区分	所属・役職	備考
川端 琢磨	保健医療	倶知安町三師会 会長	
佐藤 純司	保健医療	JA 北海道厚生連倶知安厚生病院 看護部長	
森 征	保健医療	北海道リハビリテーション専門職協会 (JA 北海道厚生連倶知安厚生病院 理学療法士)	
安達 進	福祉関係	倶知安町民生委員児童委員協議会 会長	
加藤 直己	福祉関係	倶知安町社会福祉協議会 会長	副委員長
岩森 桃子	福祉関係	ようてい訪問看護ステーション 科長	
追立 司	福祉関係	倶知安福祉会 施設長	
下里 亜由美	福祉関係	介護老人保健施設 麓華苑 看護師長	
瀧上 雅也	福祉関係	黒松内つくし園 倶知安地区 課長	
佐藤 裕	被保険者	倶知安町町内会連合会 会長	委員長
廣瀬 文夫	被保険者	倶知安スポーツ協会 副会長	
小野 幸子	被保険者	倶知安町消費者協会 会長	
山田 英男	費用負担者	倶知安町老人クラブ連合会 会長	
佐々木 栄	費用負担者	倶知安町身体障害者福祉協会 会長	
池田 日出夫	学識経験者	倶知安商工会議所 常議員	

※敬称略。役職は所属・役職名は、令和6年2月1日現在で掲載しています。



## 第9期俱知安町高齢者保健福祉計画

発行日 令和6年3月

発行 俱知安町

編集 俱知安町 福祉医療課 高齢者介護保険係

〒044-0001

北海道虻田郡俱知安町北1条東3丁目3番地

TEL0136-22-1121 FAX0136-21-2143

E-mail : kaigohoken@town.kutchan.lg.jp