

## 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

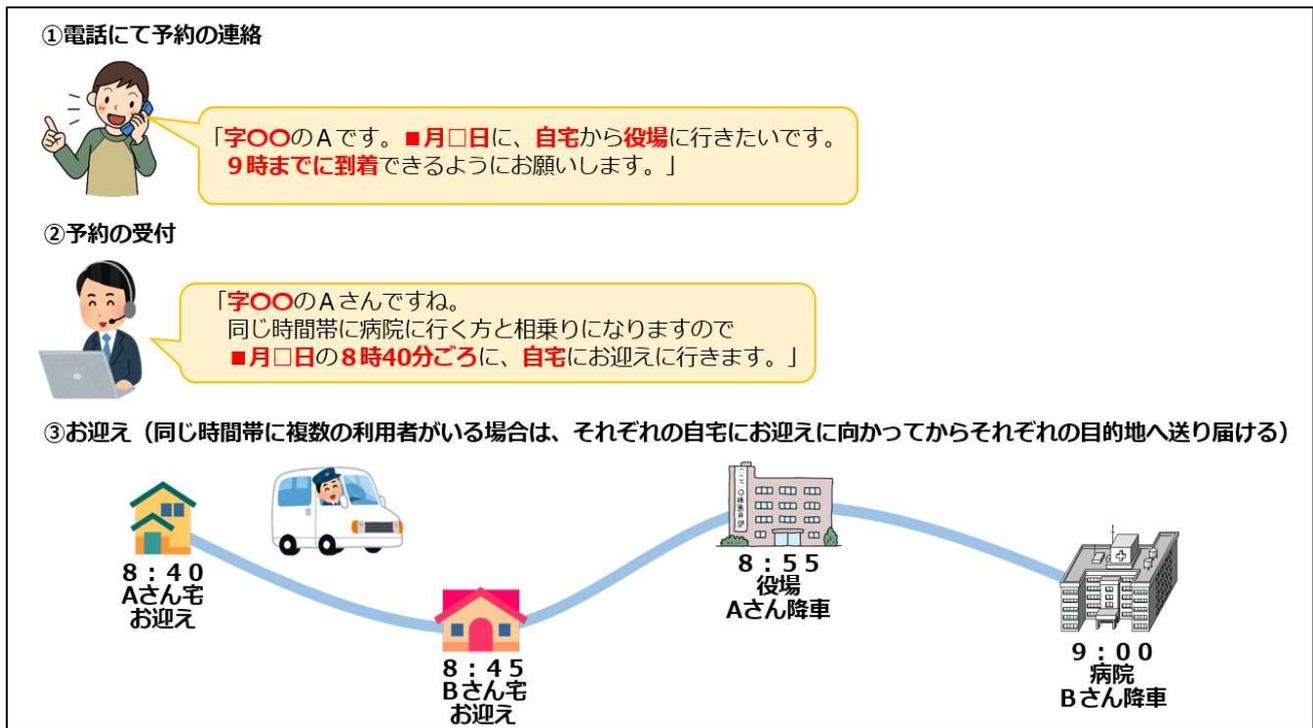
高齢者事業団（シルバー人材センター）の運営に対する事務サポート支援や助言を継続することで運営体制の維持・強化を図り、会員の積極的な生きがいづくりや就労の場となるよう活動を支援します。また、新規会員の確保について広報活動などに努めます。

### 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めます。

### (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いき、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、俱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	倶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。