

素案

黒松内町 第 6 期高齢者保健福祉計画

平成 27 (2015) 年度～平成 29 (2017) 年度



平成 27 年 2 月
黒松内町

目 次

第1章 計画の策定に当たって	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置付け及び計画期間	2
3 計画の策定方法	3
(1) 計画の策定体制	3
(2) 策定委員会	3
(3) 高齢者生活実態調査	3
4 推計高齢者人口	4
(1) 推計総人口	4
(2) 計画対象人口の推計	5
第2章 高齢者を取り巻く現状	6
1 人口等の動向	6
(1) 人口等の推移	6
(2) 人口構成の推移	7
(3) 高齢者のいる世帯の状況	8
2 高齢者の実態調査	9
(1) アンケートの目的	9
(2) 調査アンケートからみた課題	9
(3) 認定者の状況	17
3 保健事業の実施状況	19
4 介護予防・包括的支援事業の実施状況	20
(1) 介護予防事業	20
(2) 包括的支援事業	21
5 福祉サービス等の利用状況	22
(1) 日常生活の支援	22
(2) 養護老人ホーム等	23
(3) 生きがい支援	23
6 介護保険法改正の主な内容	24
(1) 地域包括ケアシステムの構築	24
(2) 重点化・効率化	24
(3) 費用負担の公平化	24
第3章 計画の基本的な考え方	26
1 計画の基本理念	26
2 施策の基本方向	26
(1) 地域で支え合うまちづくりの推進	26
(2) 生きがいづくりと社会参加の促進	26

(3) 健康づくりと介護予防の推進.....	27
(4) 地域における安心生活の確保.....	27
3 重点的に取り組むこと.....	28
(1) 認知症高齢者支援.....	28
(2) 新しい総合事業の実施.....	28
(3) 地域包括ケアシステムの構築.....	28
4 施策の体系.....	29
第4章 高齢者施策の展開.....	30
1 地域で支え合うまちづくりの推進.....	30
(1) 地域包括ケアシステムの構築.....	30
(2) 認知症高齢者対策の推進.....	32
(3) 福祉意識の醸成.....	34
(4) ボランティア活動の促進.....	35
2 生きがいづくりと社会参加の促進.....	36
(1) スポーツ・レクリエーション活動の促進.....	36
(2) 生涯学習活動の充実.....	36
(3) 老人クラブ活動の充実.....	37
(4) 就労支援.....	37
3 健康づくりと介護予防の推進.....	38
(1) 健康づくりの推進.....	38
(2) 介護予防の総合的な推進.....	39
4 地域における安心な生活の確保.....	46
(1) 介護サービスの充実.....	46
(2) 生活支援の推進.....	48
(3) 安心生活のための環境整備.....	51
第5章 計画の推進に向けて.....	53
1 連携及び協力体制の構築.....	53
2 地域資源の把握、整理、提供の充実.....	53
3 計画の点検・評価体制（PDCAサイクルによる評価）.....	53
資料編.....	55
1. 黒松内町障がい者基本祉計画等策定委員会設置要綱.....	56

第1章 計画の策定に当たって

1 計画策定の背景と趣旨

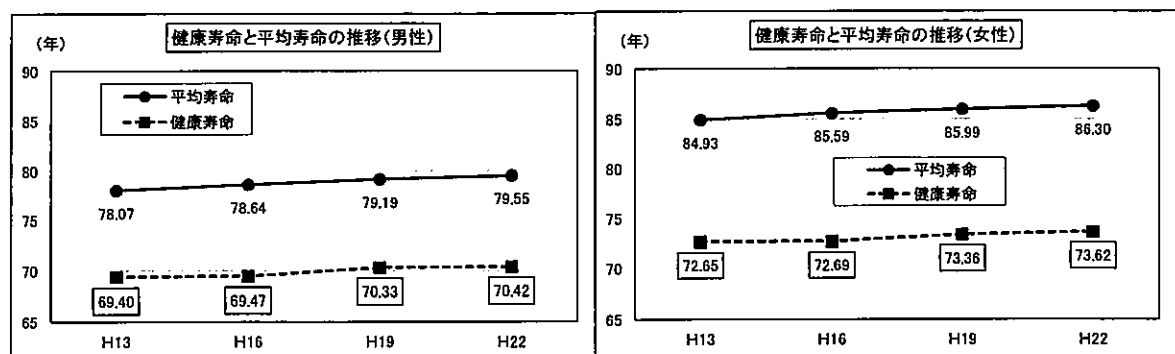
■ 高齢化率の上昇

我が国の高齢化率（65 歳以上人口が総人口に占める割合）は、平均寿命の延伸と少子化の進行による若年人口の減少により、世界に例を見ない速さで進展し、平成 25 年 10 月 1 日時点で 25.1%と、4 人に 1 人が高齢者となっています。

■ 平均寿命と健康寿命

平成 25 年簡易生命表によると、男性の平均寿命は 80.21 年、女性の平均寿命は 86.61 年で、世界でトップクラスとなっていますが、日常生活に制限のない期間（健康寿命）は、平均寿命に比べ伸びが小さく、平均寿命と健康寿命の差が広がる傾向にあります。疾病予防と健康増進、介護予防などによって平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できます。

体力づくりや健康づくり、介護予防や認知症予防に主体的に取り組むことができる環境づくりを推進し、高齢者の健康長寿に向けた取組を促進する必要があります。



※資料：高齢社会白書（平成26年版）P22

■ 一人暮らし世帯と認知症高齢者の増加

65 歳以上の高齢者の世帯は全世帯の 44.7%を占め、その中でも、一人暮らし高齢者は増加傾向にあります。

さらに、高齢化の進行や高齢者人口の増加とともに、認知症高齢者の一層の増加が見込まれています。

厚生労働省の推計によると、認知症高齢者数の 65 歳以上高齢者に占める割合は、平成 27 年は 10.2%、平成 32 年は 11.3%、平成 37 年には 12.8%と予想されています。

成年後見制度等の啓発や利用促進、高齢者への虐待防止や消費者被害の防止など、高齢者の権利を守り日常生活の安心を確保し、高齢者の個性を尊重することを基本として、認知症高齢者の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていくことが重要な課題となっています。

このような高齢者の実態に対応するため、国では、平成 26 年 7 月 28 日に開催された「全国介護保険担当課長会議」において、第 6 期計画策定指針案が示されました。

第 6 期計画以降の計画は、これまでの地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療・介護連携等の取組を本格化していくものであり、3 年間の計画にとどまらず、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年（平成 37 年）までの中長期的な視点に立った施策の展開を図ることなど、2025 年（平成 37 年）を見据えた介護保険事業計画の策定が求められています。

本町においては、「保健・福祉・医療等の連携により、高齢者の健康で安心した生活を支えるまちづくり」の実現に向け、第 5 期までの計画において高齢者福祉施策に取り組んできました。

本町の人口は、年々減少傾向にあります。高齢化率は国や道の平均より高く推移しています。

黒松内町第 6 期高齢者保健福祉計画（以下「本計画」という。）では、高齢者が住みなれた地域で、いつまでも安心して暮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を目指します。

2 計画の位置付け及び計画期間

高齢者福祉計画は、老人福祉法第 20 条の 8 の規定に基づき定められるものです。

高齢者の保健事業は「健康増進法」や「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき実施されますが、福祉とは関連が深く、本町では従来どおり保健に関する計画も包括した内容としました。

介護保険事業計画は「3 年ごとの計画」と改められたため、一体的に策定する高齢者保健福祉計画についても、平成 27 年度から平成 29 年度までの 3 年間を計画期間とします。

なお、第 6 期介護保険事業計画は、後志広域連合での策定となります。

24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度	30 年度	31 年度	32 年度
			第 6 期高齢者保健福祉計画					
第 5 期介護保険事業計画 （後志広域連合で作成）			第 6 期介護保険事業計画 （後志広域連合で作成）			第 7 期介護保険事業計画 （後志広域連合で作成）		

3 計画の策定方法

(1) 計画の策定体制

本計画の策定に当たっては、保健福祉担当部門を中心として、高齢者保健福祉計画の評価及び見直しを進めるとともに、保健福祉課が計画作成のための各種業務を担当し、庁内調整を経ながら策定に至りました。

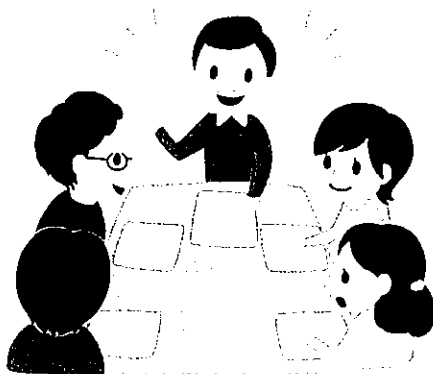
(2) 策定委員会

計画の策定に住民の声を充分反映させるため、学識経験者や保健・医療・福祉関係者、被保険者となる住民等で構成される「黒松内町地域福祉計画等策定委員会」が本計画の策定委員会を兼ねることとし、各種施策に関する検討と計画に対する意見・要望の集約を図りました。

(3) 高齢者生活実態調査

この調査は、平成 27～29 年度までの3年間に本町が取り組むべき高齢者保健福祉施策や介護保険事業を総合的に展開するための計画策定の資料とするため、主に生活機能の面から地域に在住する高齢者の生活状況を把握し、高齢者の生活状態に合った介護（予防）サービスや生活支援・権利擁護などの各種福祉サービスを提供するために行いました。

なお、調査は後志広域連合で実施しました。



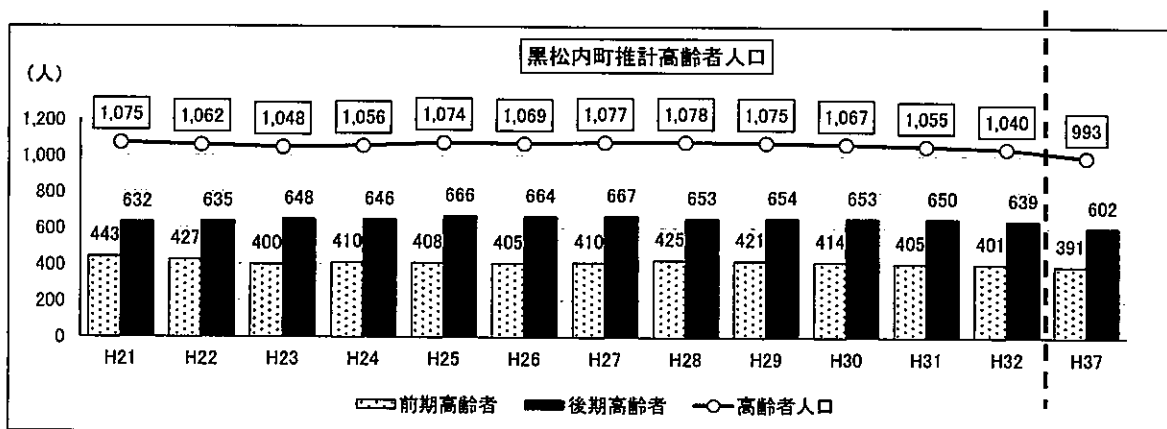
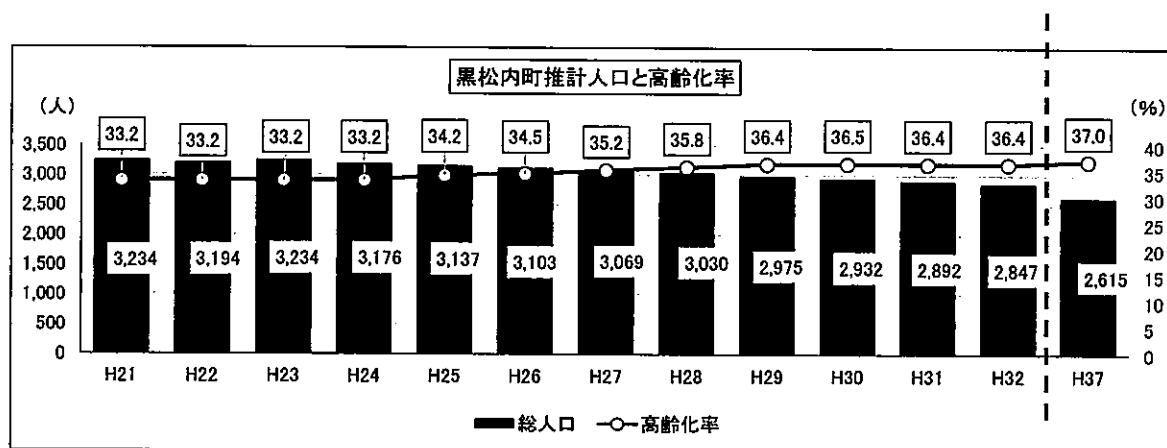
4 推計高齢者人口

(1) 推計総人口

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）までの人口を、平成18年から平成25年の住民基本台帳人口（各年9月30日）を基に、コーホート変化率法により推計しました。平成37年の総人口は2,615人と推計されます。

また、総人口における高齢者（65歳以上）人口の割合は、平成37年には37%となることが予測されます。

推計高齢者人口は、平成27～29年の間がピークで、平成30年以降減少していくと見込まれます。



(2) 計画対象人口の推計

計画対象の40歳以上人口は次のように推計されます。

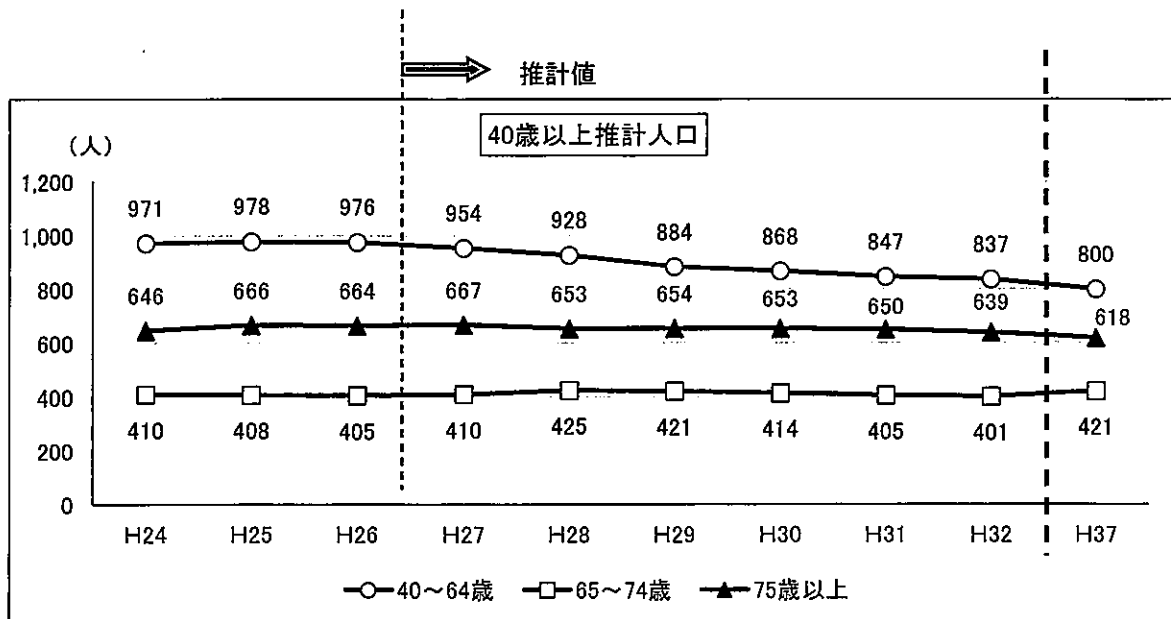
計画期間についてみると、前期高齢者（65～74歳）はわずかながら増加傾向、後期高齢者（75歳以上）は減少傾向です。

高齢者全体では、平成27～29年の期間は平成26年より若干増えるものの、大きな変化はなく推移しますが、その後、減少傾向になります。

介護保険の2号被保険者である「40～64歳」は、年々減少していくと見込まれます。

■黒松内町の年齢構成別推計人口の推移(各年10月1日現在) [単位:人、(%)]

区 分	実績値			推計値						
	平成 24年	平成 25年	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	平成 31年	平成 32年	平成 37年
総人口	3,176	3,137	3,103	3,064	3,012	2,963	2,918	2,874	2,823	2,557
40～64歳	971	978	976	954	928	884	868	847	837	800
65～69歳	195	197	192	208	231	234	223	224	207	195
70～74歳	215	211	213	202	194	187	191	181	194	196
75～79歳	201	195	190	192	173	193	193	197	189	178
80～84歳	222	230	219	216	202	176	169	165	166	164
85歳以上	223	241	255	259	278	285	291	288	284	260
40歳以上計	2,027	2,052	2,045	2,031	2,006	1,959	1,935	1,902	1,877	1,793
65～74歳 (前期高齢者)	410	408	405	410	425	421	414	405	401	391
75歳以上 (後期高齢者)	646	666	664	667	653	654	653	650	639	602
65歳以上計 (高齢者)	1,056	1,074	1,069	1,077	1,078	1,075	1,067	1,055	1,040	993
	33.2	34.2	34.5	35.2	35.8	36.3	36.6	36.7	36.8	38.8



第2章 高齢者を取り巻く現状

1 人口等の動向

(1) 人口等の推移

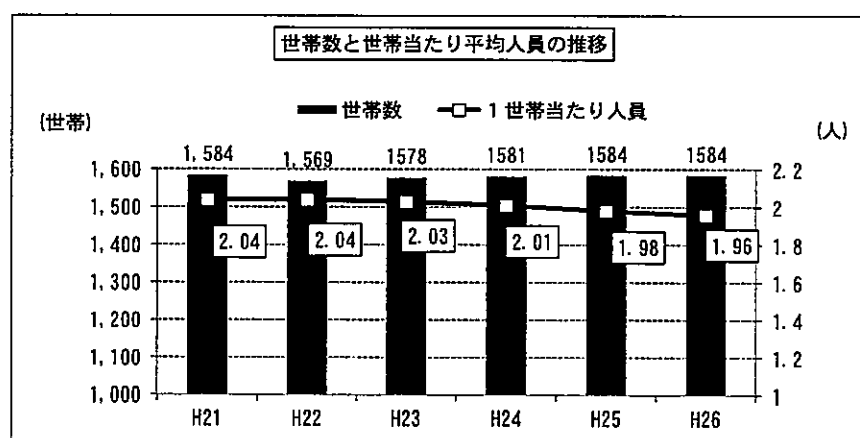
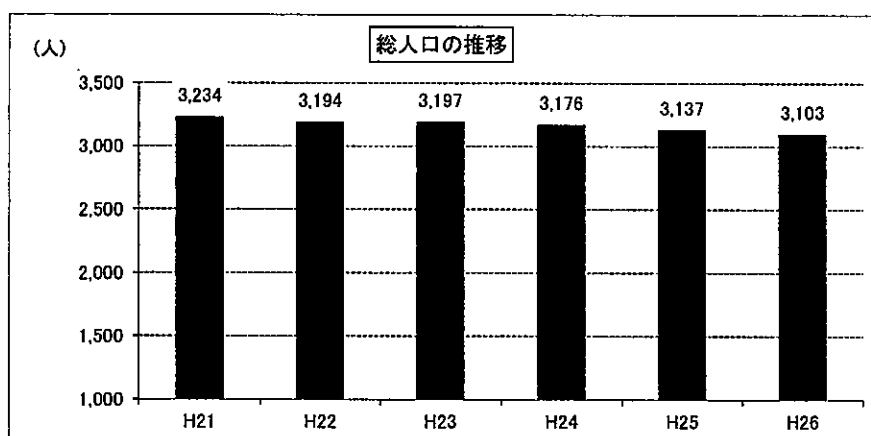
本町の人口は平成21年度以降減少傾向にあり、平成26年の住民基本台帳人口（9月末現在）は、3,103人となっています。

また、世帯数は多少の増減がありますが、1,580世帯前後で推移しています。しかし、人口の減少に伴い、世帯当たり平均人員は減少傾向が続き、平成26年では1.96人となっています。

■人口等の推移（住民基本台帳各年9月末）

（単位：人、世帯）

区 分		平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年
総 人 口	人	3,234	3,194	3,197	3,176	3,137	3,103
世 帯 数	世帯	1,584	1,569	1,578	1,581	1,584	1,584
世 帯 当 り 人 員	人員	2.04	2.04	2.03	2.01	1.98	1.96



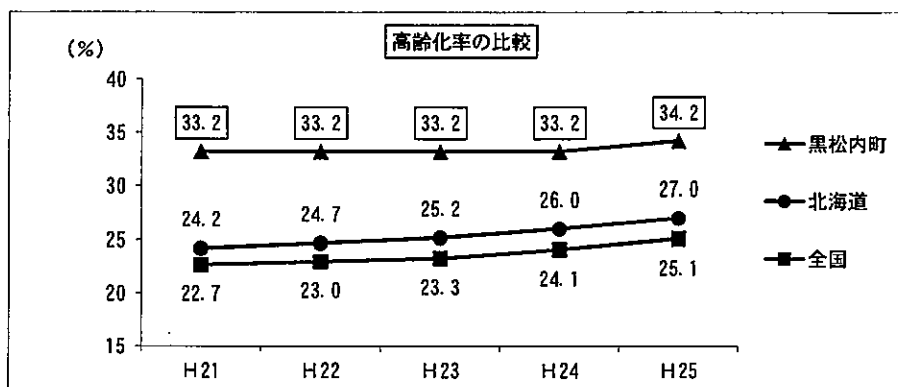
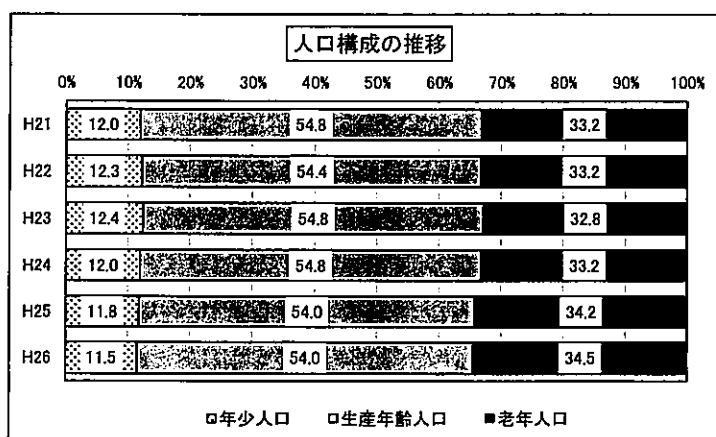
(2) 人口構成の推移

本町の平成 26 年の人口構成比は、「0～14 歳」11.5%、「15～64 歳」54.0%、「65 歳以上」34.5%です。

本町の高齢化率は全国や北海道の高齢化率より、7%～9%高く推移しています。

■人口構成の推移（住民基本台帳各年 9 月末）

区 分	単位	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年
0～14 歳	(人)	388	394	397	381	369	357
15～64 歳		1,771	1,738	1,752	1,739	1,694	1,677
65 歳以上		1,075	1,062	1,048	1,056	1,074	1,069
総人口		3,234	3,194	3,197	3,176	3,137	3,103
0～14 歳	(%)	12.0	12.3	12.4	12.0	11.8	11.5
15～64 歳		54.8	54.4	54.8	54.8	54.0	54.0
65 歳以上		33.2	33.2	32.8	33.2	34.2	34.5
総人口		100	99.9	100	100	100	100



資料：北海道と全国：「人口推計」（総務省統計局）、町は住民基本台帳

(3) 高齢者のいる世帯の状況

高齢者のいる世帯は増減を繰り返えし、大きく増加したり、減少したりする傾向はみられません。

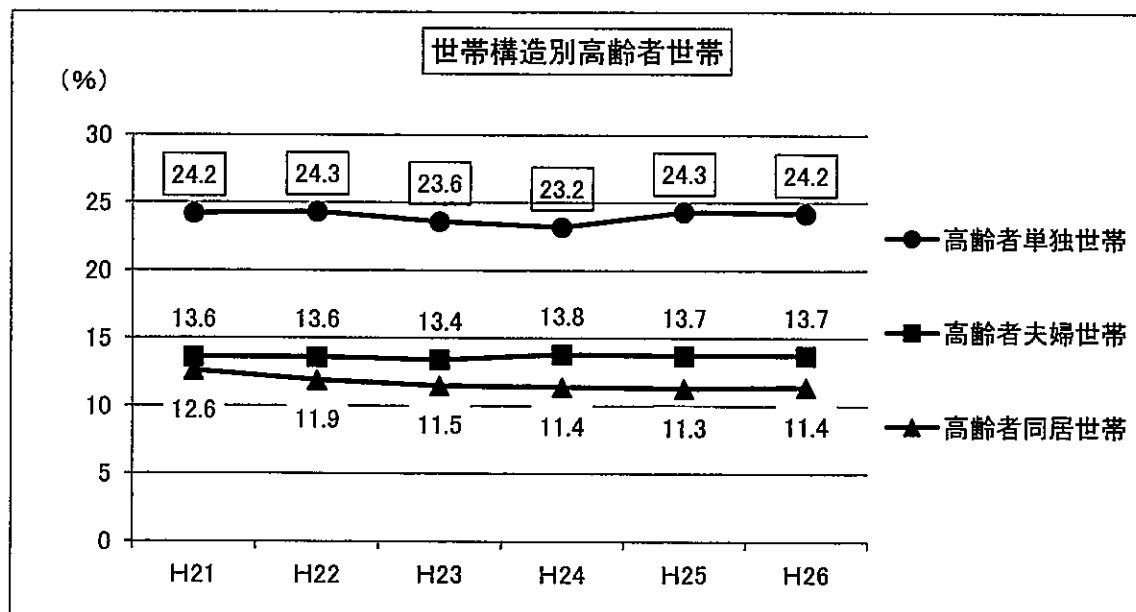
本町の高齢者世帯は全世帯の半数近くを占めています。平成25年国民生活基礎調査によると、全国では65歳以上の高齢者のいる世帯は全世帯の44.7%であり、本町は全国平均より約5%高くなっています。

高齢者のいる世帯を世帯構造別にみると、高齢者同居世帯が減少傾向を示し、高齢者単独世帯や高齢者夫婦世帯が増加傾向になりつつあります。

■高齢者世帯等の推移

[単位:上段:世帯, 下段: (%)]

区 分	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年
総世帯数(A)	1,584	1,569	1,578	1,581	1,584	1,584
高齢者のいる世帯数(B)	798	781	765	765	781	780
高齢者単独世帯(C)	383	382	372	367	385	383
高齢者夫婦世帯(D)	215	213	211	218	217	217
高齢者同居世帯(E)	200	186	182	180	179	180
総世帯数に対する割合	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年
高齢者のいる世帯数(B/A)	50.4	49.8	48.5	48.4	49.3	49.2
高齢者単独世帯(C/A)	24.2	24.3	23.6	23.2	24.3	24.2
高齢者夫婦世帯(D/A)	13.6	13.6	13.4	13.8	13.7	13.7
高齢者同居世帯(E/A)	12.6	11.9	11.5	11.4	11.3	11.4



2 高齢者の実態調査

(1) アンケートの目的

本調査は、平成27～29年度までの3年間に本町が取り組むべき高齢者保健福祉施策や介護保険事業を総合的に展開するための計画策定の基礎資料とするために、後志広域連合で実施しました。

主に生活機能の面から地域に在住する高齢者の生活状況を把握し、高齢者の生活状態に合った介護（予防）サービスや生活支援・権利擁護などの各種福祉サービスを提供するために行いました。

(2) 調査アンケートからみた課題

アンケートからの課題を取りまとめてみると、次のようになります。

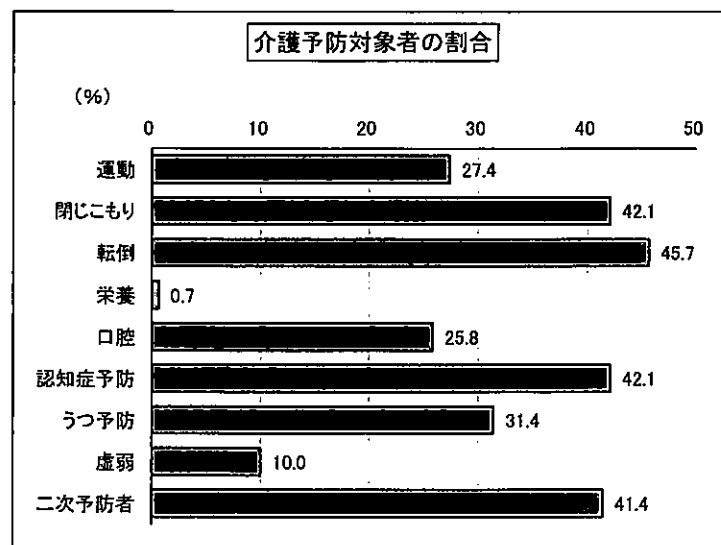
1) 介護予防

① 全体の該当者割合

今回の調査の主な目的は認定を受けていない方の二次予防事業対象者高齢者を抽出することでした。

認定を受けていない方の中で、機能低下が進んでいると思われる二次予防対象高齢者は全体では41.4%でした。

分野別でみると、転倒予防事業の該当者が45.7%と最も高くなっていました。



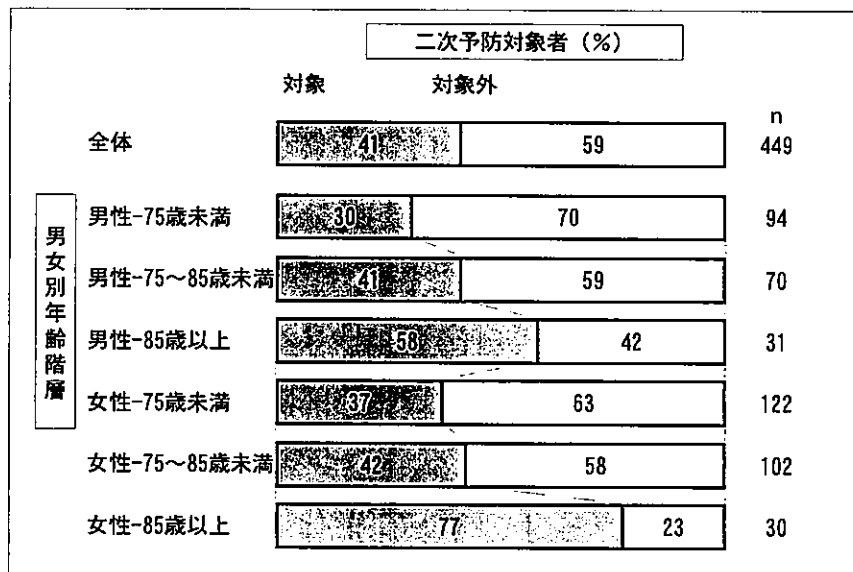
② 二次予防

地域支援事業の一部として行われる介護予防事業には、一般の高齢者向けのサービス（一次予防事業）と要介護状態・要支援状態にはないが、そのおそれがあると考えられる65歳以上のものを対象として実施するサービス（二次予防事業）があります。

二次予防事業は、対象者が要介護状態等になることを予防することを通じて、一人一人のいきがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある人生を送ることができるように支援する事業です。（事業の説明は、国「介護予防マニュアル」を参考。以下事業についても同様です。）

日常生活の状況に関する25項目からなる「基本チェックリスト」で二次予防事業の対象者を把握します。

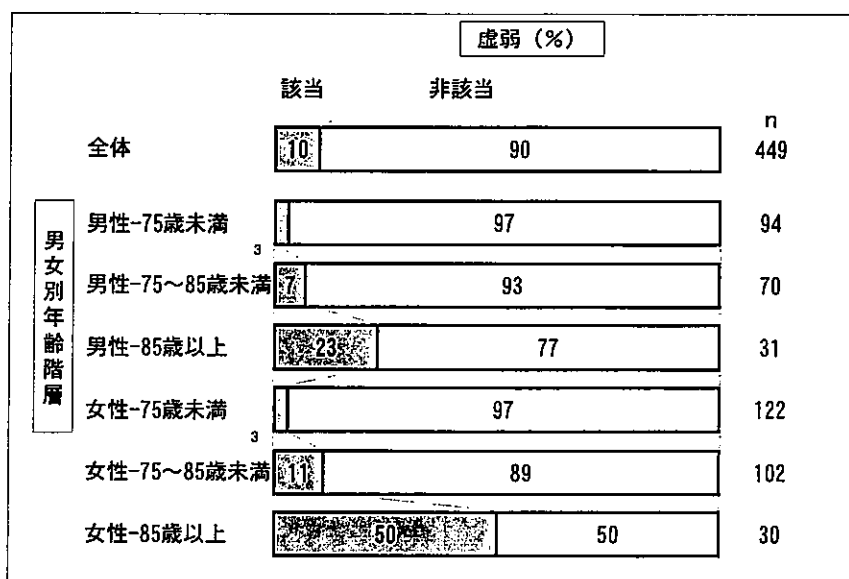
全体では41%が対象者ですが、年齢が上がるにつ対象者の割合は高くなり、特に【女性85歳以上】では、77%が対象者となります。



③ 虚弱

チェックリストの指定項目20項目のうち10項目以上で該当となります。

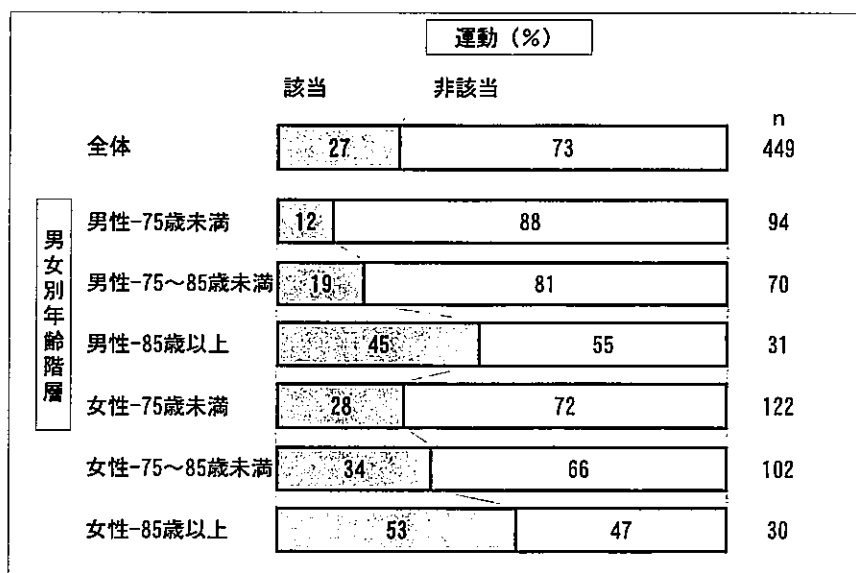
該当者は、『全体』では10%ですが、【85歳以上】になると、【男性】は23%、【女性】は50%が該当します。



④ 運動器の機能向上

高齢期の運動器の機能低下をもたらす要因は、加齢を転機として、身体活動が減少し、社会的・心理的加齢がもたらされ、さらに運動器の機能低下を引き起こす、悪循環モデルで説明されています。運動器の機能向上のプログラムでは、身体面・心理面・社会面へなど多様な取組手段のある中で、特に運動器の機能を向上させることにより、社会的・心理的に好ましい影響を与え、最終的には高齢者のQOL を高めることを目標としています。

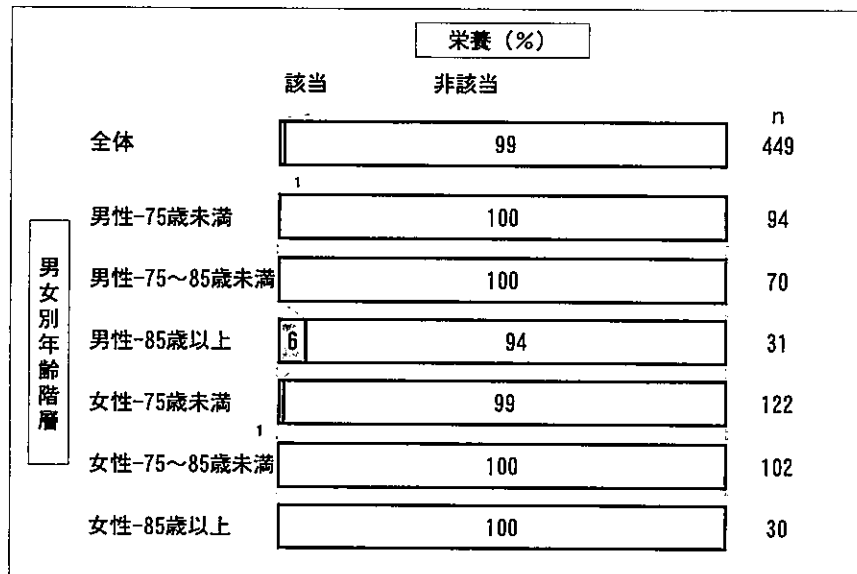
該当者は、『全体』では27%ですが、【85歳以上】になると、【男性】は45%、【女性】は53%へと上昇します。



⑤ 栄養改善

栄養改善サービスは、日常生活において「食えること」を支援し、低栄養状態の予防や改善を通じて高齢者がいつまでも「食」を楽しみ、自立した生活を送って、生活の質（QOL）の高い社会の実現を目指すものです。

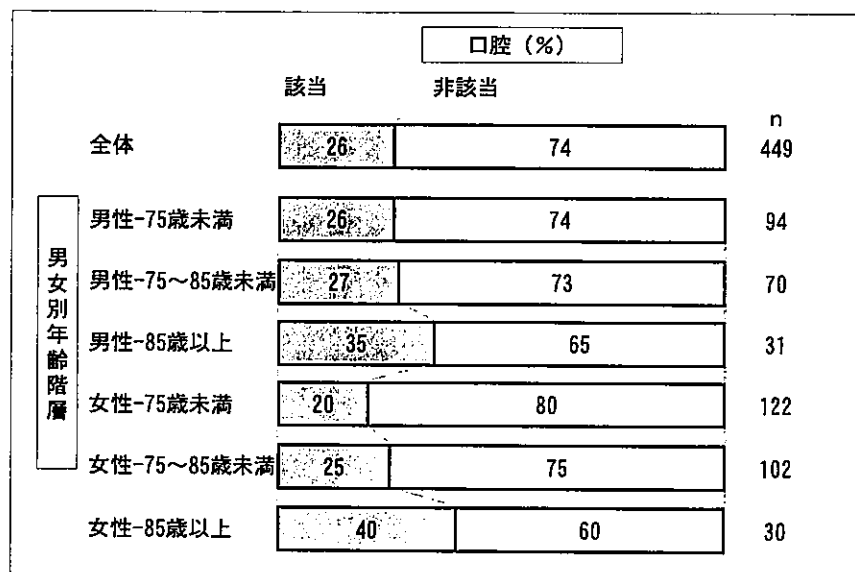
該当者は、『全体』ではわずか1%、最も高い【男-85歳以上】でも6%に過ぎません。



⑥ 口腔機能の向上

「口腔機能向上プログラム」は明るく活力ある超高齢社会を実現するために、高齢者の口腔機能向上を図ることが不可欠であると、学際的根拠のもと立証されたため、「地域支援事業」と「予防給付」に新たなメニューとして導入されました。

該当者は、『全体』では26%ですが、【85歳以上】になると、【男性】は35%、【女性】は40%へと上昇します。

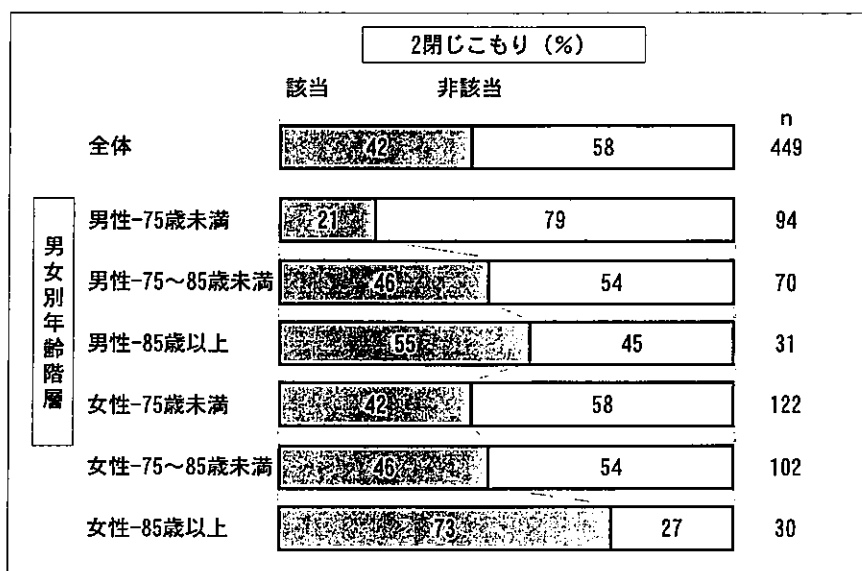


⑦ 閉じこもり予防

老化に伴い、様々な原因で外出頻度が少なくなり、生活空間が狭くなっていきます。また、家庭における役割（買い物など）がない、あるいは地域社会における役割がないと、外出の頻度が低くなります。

閉じこもり予防は、屋外、社会における役割を担う結果として、外出頻度が増え、生活全般を活性化させることが本来の目的です。

該当者は、『全体』では42%ですが、【85歳以上】になると、【男性】は55%、【女性】は73%へと上昇します



⑧ 認知症予防

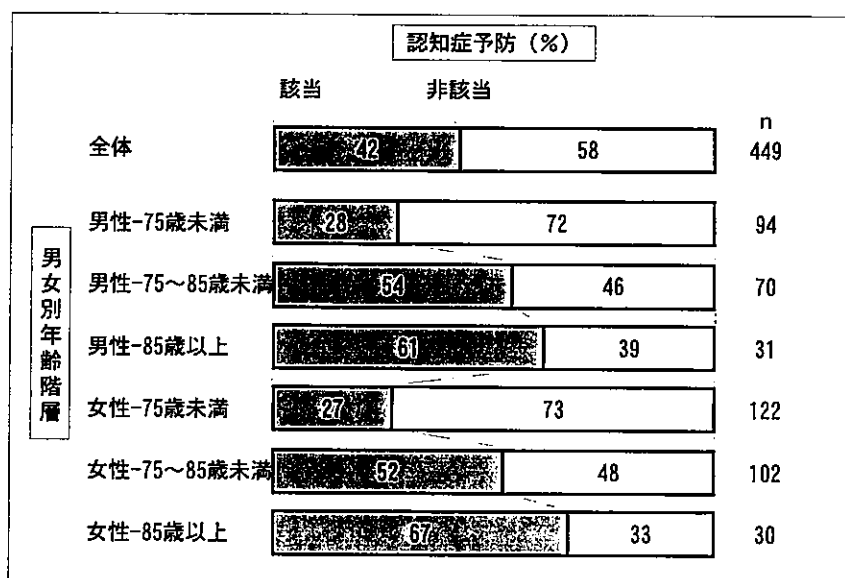
高齢社会の進展により認知症高齢者の増加が予測され、その予防が喫緊の課題となっています。認知症とは、いったん獲得した知的機能が持続的に低下し、複数の認知機能障害のために社会生活に支障をきたすようになった状態と定義されています。

しかし、実際の認知症（特にアルツハイマー病）による症状が出現する十数年前から脳内ではタンパク質の異常蓄積が既に始まっており、認知症を発症した時点では相当の神経細胞が機能不全に陥っていると考えられたため、発症後の予防対策は極めて困難です。

認知症を予防するためには、その前段階とされる「軽度認知機能障害」(Mild Cognitive Impairment: MCI) の時期で認知機能低下を抑制する方法が現時点では最も効果的であると考えられています。

本事業では、あくまで認知症予備群としてのMCI 高齢者における認知機能低下の予防を目指したものです。

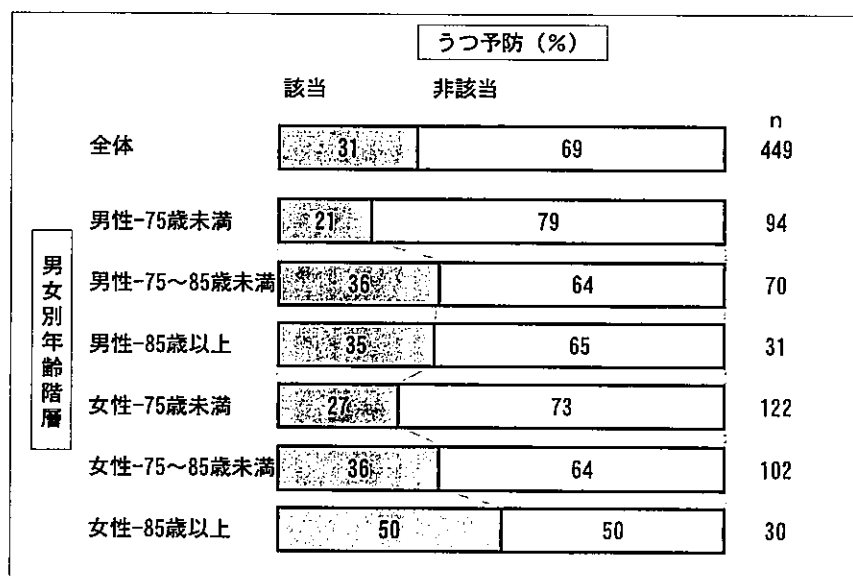
該当者は、『全体』では42%ですが、【85歳以上】になると、【男性】は61%、【女性】は67%へと上昇します。



⑨ うつ予防・支援

うつというのは、精神的なエネルギーが低下して、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持てなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりするといった症状に対して強い苦痛を感じ、日常生活の支障がほとんど毎日現れるまでになった状態です。高齢者は、身体的にも社会的にも喪失に関連した様々なストレスを感じることが多いことから、うつ状態になりやすいと考えられます。うつ状態が強くなると、身体 の健康状態にも影響することから、高齢者のうつ対策は生活習慣病予防・進展防止、ひいては要支援・要介護高齢者を少なくするためにも重要です。

該当者は、『全体』では31%ですが、【女性85歳以上】では50%へと上昇します。
【女性】のほうが該当割合が高い傾向にあります。

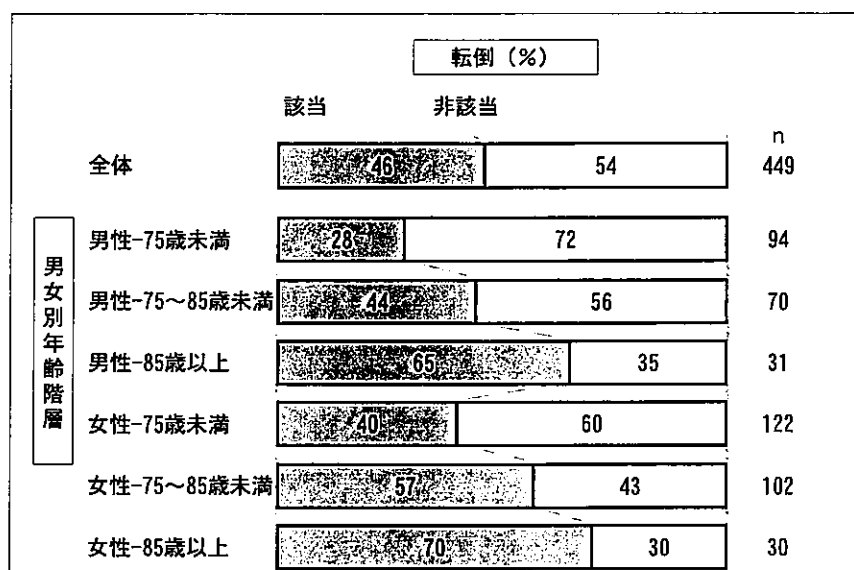


⑩ 転倒リスク

この1年間の転倒経験や転倒にたいする不安等と現在5種類以上の服薬状況から判定します。

転倒リスクがある方は、『全体』では46%ですが、【85歳以上】になると、【男性】は65%、【女性】は70%へと上昇します。

各年齢階層とも、【女性】の割合が高くなっています。



⑪ 加齢による影響

虚弱者、運動器の機能向上対象者などの機能低下傾向にある方については、年齢が上がるにつれ該当者割合が高くなることが分かりました。前期高齢者と後期高齢者の境である75歳だけでなく、後期高齢者の中でも85歳以上になるとさらに機能低下が進み、転倒リスクも高くなることがわかりました。

運動器の機能低下は15分以上続けて歩くことが出来にくくなり、外出の機会の減少にもつながっているものと思われます。

⑫ 男女別の違い

虚弱、運動機能向上対象者、閉じこもり予防対象者については、【女性】の割合が高いことが分かりました。運動機能の低下が閉じこもり傾向に結びついているのかもしれませんが。

⑬ 介護予防の今後の方向性（予防給付見直しへの対応）

介護、医療、住まい、見守りなどの生活支援の充実が重要であることは言うまでもないことですが、可能な限り、各自が自立できる状況にあることが、生活の質の確保の点からも大切なことです。そのためにもできる限り要介護状態にならないための予防の取組や自立支援型介護を推進していく必要があります。

また、機能低下にも男女、年齢による違いがみられました。40%以上が認知症予防事業の対象者であることもわかりました。

介護予防には、老化に伴う身体機能の低下の兆候を早期に発見し、個々の特性を踏まえた適切なプログラムへとつなげていく必要があります。

なお、予防給付のうち、訪問介護・通所介護については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直されます（平成29年度にはすべて事業に移行）。

本町においても、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の実施に向けて、社会福祉協議会・町内会・NPO・ボランティア等の多様な主体による新たなサービスの提供について検討していく必要があります。

(3) 認定者の状況

1) 認定者数の状況

各年度の認定者の状況についてみると、人数、認定率ともに、年々、わずかながら増加しています。

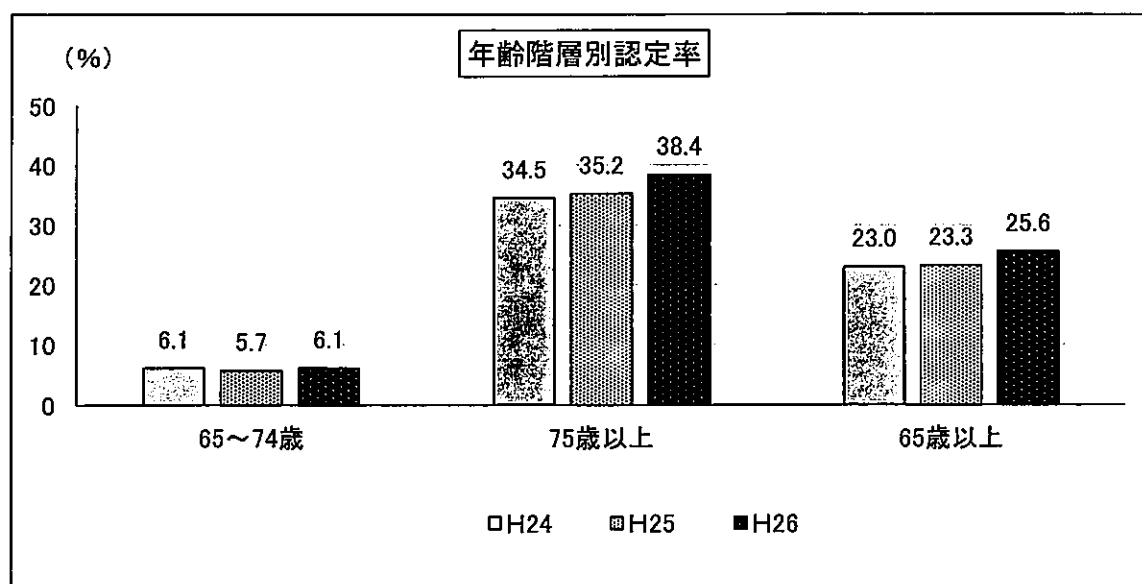
認定率は年齢階層で大きな違いがあり、75歳未満は6%前後ですが、75歳以上では40%近くになり、年々認定率は高くなる傾向にあります。

■認定者等の状況

区 分		65～75 歳未満	75～85 歳未満	65 歳以上
被保険者数	平成 24 年度	396	586	982
	平成 25 年度	402	593	995
	平成 26 年度	392	597	989
認定者数	平成 24 年度	24	202	226
	平成 25 年度	23	209	232
	平成 26 年度	24	229	253
認定率	平成 24 年度	6.1	34.5	23.0
	平成 25 年度	5.7	35.2	23.3
	平成 26 年度	6.1	38.4	25.6

※ 資料は介護保険事業状況報告（月報）（各年9月末）

※ 第1号被保険者数は各年9月末現在の住民基本台帳人口



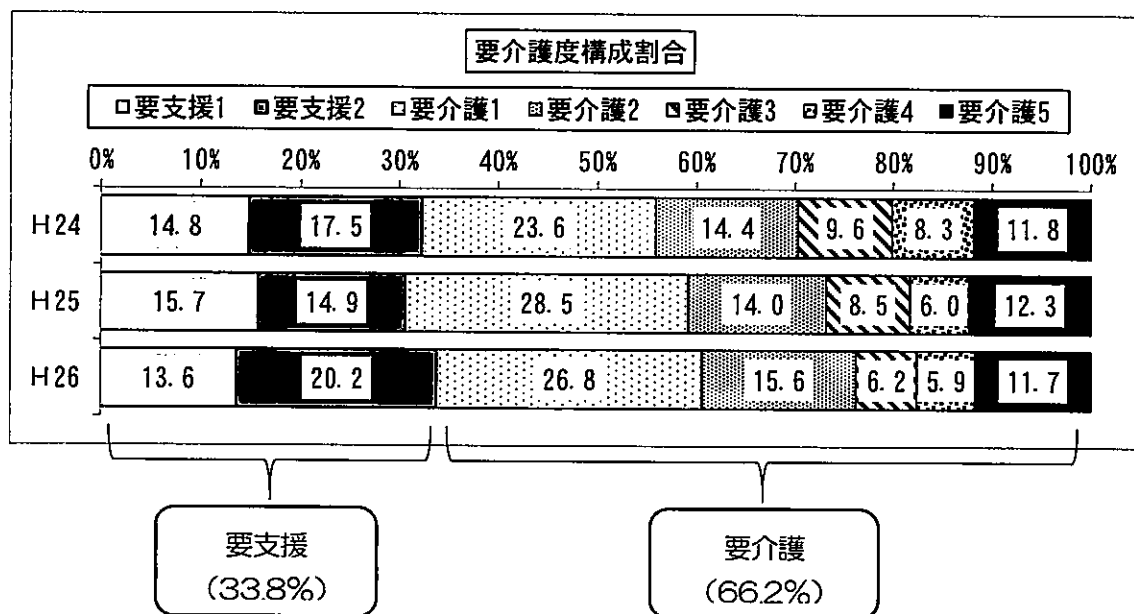
2) 認定者の要介護度の状況

平成26年度の要介護度別の割合をみると、「要支援」が33.8%、「要介護」が66.2%で、約1対2の割合です。年々、要介護1以下の割合が増える傾向にあります。

■要介護度別認定者数等の推移（第2号被保険者数を含む）

区 分		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
認定者数	平成 24 年度	34	40	54	33	22	19	27	229
	平成 25 年度	37	35	67	33	20	14	29	235
	平成 26 年度	35	52	69	40	16	15	30	257
構成比	平成 24 年度	14.8	17.5	23.6	14.4	9.6	8.3	11.8	100
	平成 25 年度	15.7	14.9	28.5	14	8.5	6	12.3	100
	平成 26 年度	13.6	20.2	26.8	15.6	6.2	5.8	11.7	100

※ 資料は介護保険事業状況報告（月報）（各年9月末）



3 保健事業の実施状況

保健事業の実施状況は次のとおりです。

① 健康手帳の交付

区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
交付数(人)	20	11	18

② 訪問指導の実施状況（65歳未満対象）

区 分		平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
健診事後指導	特定保健指導(人)	145	123	140
	特定以外保健指導(人)	0	0	0
総 合 相 談	実施回数(回)	16	16	16
	受診延べ人数(人)	34	3	0

③ 基本健康診査

区 分			平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
40～74 歳 (特定健診)	受診者数(人)	計 画	329	383	155
		実 績	159	151	172
	受 診 率(%)	計 画	55.0	65.0	30.0
		実 績	29.1	28.0	31.3
75 歳以上	受診者数(人)	実 績	76	82	95

4 介護予防・包括的支援事業の実施状況

第5期の介護予防・包括的支援事業の実施状況は次のとおりです。

(1) 介護予防事業

1) 二次予防事業対象者の把握事業

■二次予防事業対象者の把握事業の実績

区 分	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
高齢者人口(人) (A)	1,075	1,062	1,048	1,058	1,074
二次予防事業対象者(人) (B)	31	31	30	32	31
(B)/(A) (%)	2.9	2.9	2.9	3	2.9

2) 予防事業

■通所型・訪問型介護予防事業の実績

区 分		平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
運動機能向上事業	開催数 (回)	257	258	258	258	257
	実人数 (人)	24	33	28	23	25
介護予防訪問事業	実人数 (人)	5	4	5	4	4

3) 地域介護予防活動支援事業

■事業の実績

区 分		平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
若 返 り	開催数 (回)	12	12	12	12	12
	参加延人数 (人)	131	113	88	85	82
ひ ま わ り	開催数 (回)	12	12	12	12	10
	参加延人数 (人)	90	113	97	91	78
作開ガンバル	開催数 (回)	12	12	12	12	12
	参加延人数 (人)	121	141	144	119	126

4) 介護予防普及啓発事業

■事業の実績

区 分		平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
介護予防普及及 び啓発事業	開催数 (回)	14	13	13	14	14
	参加延人数(人)	224	219	221	218	224

(2) 包括的支援事業

1) 総合相談支援事業・権利擁護事業の強化

■相談内容の実績

(単位：件)

区 分	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
権利擁護(成年後見制度等) に関する相談	0	0	4	6	6
在宅高齢者に対する虐待の 相談件数	0	0	0	0	0

■相談件数(延件数)の実績

(単位：件)

区 分	相談方法				合 計
	訪問	来所	電話	その他	
平成 21 年度	19	44	123	44	230
平成 22 年度	16	36	108	23	183
平成 23 年度	8	31	74	14	127
平成 24 年度	10	26	91	20	147
平成 25 年度	6	24	97	12	139

2) 介護予防ケアマネジメント事業

■予防プラン作成件数(各年度3月末実績値)

区 分	予防プラン作成件数		
	合 計	内、包括作成分	内、委託分
平成 21 年度	31	22	9
平成 22 年度	55	47	8
平成 23 年度	57	49	8
平成 24 年度	57	51	6
平成 25 年度	54	45	9

3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援の推進

■ケアマネ連絡会の開催状況

	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
地域ケア研究会開催(回)	11	11	11	10	11
支援困難事例等への指導・ 助言(件)	11	11	11	10	11

5 福祉サービス等の利用状況

(1) 日常生活の支援

高齢者の日常生活を支援する各事業の実績は、次のとおりです。

①軽度生活援助事業			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
利用実人員(人)	1	0	0

②移送サービス			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
利用実人員(人)	33	38	40
利用延回数(回)/年	153	142	169

③福祉バス運行管理事業			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
延利用人員(人)/年	13,724	12,118	11,856

④緊急通報装置の設置			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
設置台数(台)	42	36	33

⑤配食サービス			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
利用実人員(人)	44	56	57
利用延食数(食)/年	2,551	2,701	2,503

⑥お出かけサポート券			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
利用実人員(人)	802	808	838

⑦敬老祝い金の支給			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
支給人員(人)	16	26	28

⑧紙おむつの支給			
区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
支給人員(人)	10	10	20

(2) 養護老人ホーム等

養護老人ホームは、おおむね 65 歳以上で、身体上もしくは精神上又は環境上の理由及び経済的理由により、居宅において生活が困難な人を施設において養護します。

■養護老人ホームの状況

区 分	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
箇所数	1	1	1	1	1
入所者数	108	108	108	108	108
内町措置数	39	39	39	47	47

(3) 生きがい支援

高齢者の生きがいを支援する各事業の実績は、次のとおりです。

■高齢者事業団の活動状況

区 分	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
登録者数(人)	13	13	13	13	14
請負件数(件/年)	110	148	136	144	141

■老人クラブの活動状況

区 分	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
グループ数	6	6	6	6	6
会員数(人)	293	273	254	248	243
男性 (人)	130	122	110	108	104
女性 (人)	163	151	144	140	139

■ボランティアの活動状況

区 分	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
グループ数	1	1	1	1	1
会員数(人)	25	25	25	25	25
男性 (人)	0	0	0	0	0
女性 (人)	25	25	25	25	25

6 介護保険法改正の主な内容

介護保険制度の改正により、低所得者の保険料軽減の拡充を図ります。また、保険料の上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用負担が見直されます。

(1) 地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住みなれた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実します。

(2) 重点化・効率化

1) 新しい総合事業の実施

「新しい総合事業」は、これまで予防給付として提供されていた訪問介護（ホームヘルプ）・通所介護（デイサービス）を地域支援事業に段階的に移行し（平成29年度末までにはすべて事業に移行。）、多様なサービスを提供できるようにするものです。

事業の実施に当たっては、訪問・通所事業者に加え、NPO、民間企業、ボランティアなどの多様な主体による地域の特性を生かした取組を実施します。

2) 特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定

原則、特別養護老人ホームへの新規入所者を要介護3以上の高齢者に限定し、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機能に重点化を図ります。

ただし、既入所者は除き、軽度（要介護1・2）の要介護者についても、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に入所を認めます。

(3) 費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減の拡充を図ります。また、保険料の上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用負担が見直されます。

1) 低所得者の保険料軽減の拡充

給付費の5割の公費に加えて別枠で新たに公費を投入し、低所得者の保険料の乗率の引き下げを行います。

また、所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うため、所得段階を見直します。

保険料の標準の段階設定を、現行の6段階から9段階に見直し、引き続き保険者の判断による弾力化が可能とされています。

2) 利用者負担の見直し

① 一定以上の所得のある方の自己負担の引き上げ

一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げます。

合計所得金額160万円以上の方の自己負担を1割から2割に引き上げます。

ただし、年金以外の収入を中心としているケースや、世帯としての負担能力が低いケースに配慮するための基準も設けられています。

② 補足給付の要件に資産などを追加

低所得の施設利用者の食費・居住費を補助する補足給付について、次の要件が加えられます。

- 一定額超の預貯金等（単身1000万円以上、夫婦世帯2000万円以上）がある場合は対象外
- 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案

第3章 計画の基本的な考え方

1 計画の基本理念

第5期計画の施策展開の4つの柱を、本計画においても踏襲するとともに、「心かよい合う
長寿のまち 黒松内町」の実現を目指し、本計画の理念を次のとおりとします。

保健・福祉・医療等の連携により、
高齢者の健康で安心した生活を支えるまちづくり

2 施策の基本方向

計画の理念を実現するため、次に掲げる4つの目標の下に、取組を進めていきます。

(1) 地域で支え合うまちづくりの推進

本町の地域福祉の基本理念は「広げよう支え合い！つなごう地域の力！」です。

高齢者が、住み慣れた地域で生活し続けるに当たって、介護保険事業サービスなどの
公的サービスだけでは、対応できない困難な問題もあります。このような問題を幅広い
住民の参画を得ながら、様々な地域資源の役割分担の下、解決していくしくみを構築し
ていく必要があります。

住民が抱える困難について、隣近所の住民、関係する機関・団体・グループ、そして
行政等と一緒に解決できるよう取組を進めていきます。

地域ネットワークの確立については、地域包括支援センターが核となって、社会福祉
協議会等と調整していきます。

(2) 生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと過ごすためには、健康や体力はもとより、生き
がいを持つことが必要です。高齢者の豊富な知識や体験を活かして積極的に社会に参加
していくこと、すなわち高齢者の出番づくりの施策が求められています。

また、高齢者の閉じこもり症候群が、寝たきりや認知症の大きな要因と考えられます。

閉じこもり症候群の要因としては、「身体的なもの」「心理的なもの」「環境（人的・物理的）」などが考えられますが、寝たきり、認知症予防には、閉じこもり症候群にならないようにすることが大切です。

高齢者が閉じこもり症候群になることなく、85歳元気高齢者を目指し、高齢者の豊富な知識や体験を活かしていきいきと過ごすため、外出の支援、仲間づくりの支援、学習の機会の創出、交流の場の整備などに努めていきます。

(3) 健康づくりと介護予防の推進

高齢者が要介護状態に陥ったり、要介護状態がさらに悪化したりすることなく、できる限り健康でいきいきした生活が送れるよう介護予防への取組が重要となっています。

健康づくりの意識の啓発、健全な生活習慣の確立を促進し、介護予防施策を推進することにより、健康寿命の延伸を実現するとともに、医療保険制度、介護保険制度の安定的な運営を目指します。

介護予防については、介護予防事業・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の実施にむけて、多様な主体による柔軟な取組について検討していきます。

(4) 地域における安心生活の確保

介護が必要な状態になっても、自宅や住み慣れた地域で安心して生活できる環境の整備が求められています。

相談機能の充実や在宅サービスの充実、福祉と医療の連携を図るとともに、高齢者の住まいの確保や、すべての高齢者が生活しやすいよう、環境の整備に努めます



3 重点的に取り組むこと

(1) 認知症高齢者支援

高齢化の進行や高齢者人口の増加とともに、認知症高齢者の一層の増加が見込まれています。

認知症の人とその家族が安心して暮らしていける支援体制を計画的に整備していくことが求められています。

本町においては、認知症予防事業に重点的に取り組むとともに、認知症の症状や心がまえ、家族の関わり方や地域住民の接し方、早期発見・早期診断の重要性など、幅広く認知症についての情報を住民に届けて理解を深める取組を進めていきます。

(2) 新しい総合事業の実施

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、新しい総合事業という。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支えあい体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

事業の内容は、介護予防・生活支援事業と一般介護予防事業で、全国一律の介護予防給付（訪問介護（ホームヘルプ）・通所介護（デイサービス））を町が取り組む地域支援事業に移行し、多様な担い手（介護従事者、民間事業者、NPO、ボランティア等）による多様なサービスの提供を行います。

本町では、新たな介護予防事業として、町独自事業も実施していきます。

(3) 地域包括ケアシステムの構築

団塊の世代がすべて75歳以上となる平成37年度に向けて、高齢者の要介護度が重度になっても住み慣れた地域で自立した生活を安心して続けることができるよう、医療や介護、生活支援などのサービスが一体的に切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築を進めます。



4 施策の体系

計画の基本理念（目指す姿）…心かよい合う長寿のまち・黒松内町

- 保健・福祉・医療等の連携により、高齢者の健康で安心した生活を支えるまちづくり

1 地域で支合うまちづくりの推進



- (1) 地域包括ケアシステムの構築
- (2) 認知症高齢者対策の推進
- (3) 福祉意識の醸成
- (4) ボランティア活動の促進

2 生きがいづくりと社会参加の促進



- (1) スポーツ・レクリエーション活動の促進
- (2) 生涯学習活動の充実
- (3) 老人クラブ活動の充実
- (4) 就労支援

3 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

4 地域における安心な生活の確保



- (1) 介護サービスの充実
- (2) 生活支援の推進
- (3) 安心生活のための環境整備

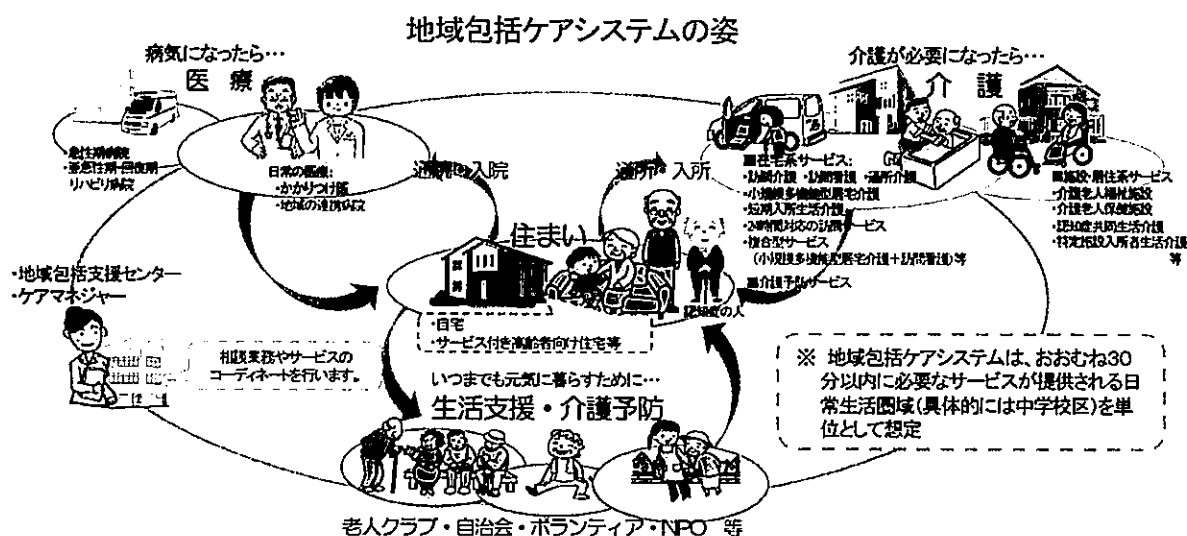
第4章 高齢者施策の展開

1 地域で支え合うまちづくりの推進

(1) 地域包括ケアシステムの構築

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められています。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。



1) 地域包括支援センターの体制

地域包括支援センターは、住民が困ったり悩んだりした時に、まず最初に訪れる最も身近な窓口であるとともに、相談からサービス調整まで一貫した対応ができる“ワンストップサービスの拠点”となる必要があります。こうした点を踏まえ、体制整備を充実し課題解決に向けた取組の実践が求められています。

本町の地域包括支援センターでは、社会福祉士1名、ケアマネジャー1名の職員を専任配置し、業務は相談受付・対応のほか、その人にとって一番良い介護予防のサービスの調整（マネジメント）も行っています。

今後は、地域包括支援センターは、現行のまま2名体制を維持し、社会福祉協議会として日常生活自立支援事業の対応で職員1名の補充を行い、成年後見制度利用促進や地域包括ケアシステム構築に向け、取り組んでいきます。

しかし、地域支援事業の充実、地域包括ケアや認知症施策の推進など、増大している業務に対応するため、専門職の配置や人員増などについての検討も必要となっています。

2) 地域包括ケアシステムの構築について

地域包括ケアシステム構築は限られた資源の中で進めていくのは難しいものがあります。

しかし、平成26年度に実施した高齢者実態調査による課題の把握及び社会資源の発掘などを関係機関の連携や住民参加により進め、本町らしい問題解決の方法を探って行きます。

具体的には、地域福祉ネットワークづくりの核となる社会福祉協議会の強化を図るとともに、小地域ネットワーク体制づくりを推進し、活動には既存施設の有効活用を図り、地域住民の協力を得ながら、地域包括ケアシステムの構築につなげていきます。

また、高齢者の問題は医療・介護・予防・生活支援・住まいと多岐にわたり、全庁的な取組が必要となります。各課・関係機関と連携しながら地域包括ケアシステムの構築を進めていきます。

① 社会福祉協議会の機能の強化促進

- 介護保険制度や成年後見制度などに対応できるよう、社会福祉協議会の計画的な取組を促進し、地域福祉ネットワークづくりの核となる社会福祉協議会の強化を図ります。

② 小地域ネットワーク体制づくり

- 区長、民生委員児童委員を中心に各地域で、見守り、声かけ、助け合い、除雪などの、近隣の見守り活動の仕組みづくりを進めていきます。
- 認知症についての理解を深めるとともに、具体的な見守り対応について学習する講座などを開催します。
- 身近な相談・情報窓口として、「世話焼きさん」の発掘に努めます。
- 介護保険サービス（ヘルパー、訪問看護、デイサービス等）と、ケアマネジメントのための訪問等、配食サービスや緊急通報装置などの福祉サービス、郵便局員、新聞配達員や地域住民の見守り体制の組織化（具体化）により包括的な独居高齢者の見守りを強化していきます。（現在、「生協」「商工会」と見守り協定を結んでいます。）

③ 町内活動への支援

- 町内会での共同活動や学習を通して、自分たちの地域で問題解決行動の実績を作っていくため、地域組織の自主的な取組に対する学習機会・情報の提供、地域活動指導者（コミュニティリーダー）の育成を図ります。

④ 既存施設の活用促進

- 地域における活動の核となる生涯学習センターや黒松内温泉、ゲートボール場、パークゴルフ場、保健福祉センターなどの活用を促進します。

3) 在宅医療・介護の連携の強化

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関連機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅療養・介護の提供を行うことが必要となります。

関係機関が連携し、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するため、北海道・保健所の支援の下、町が中心となって、地域の医師会と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図ります。

(2) 認知症高齢者対策の推進

「認知症」についての正しい知識の普及を図り、地域全体が認知症高齢者への関心を高め、早期発見・早期対応に向けた支援体制づくりを進めることにより、地域の関わり合いの中で認知症の進行の予防を図ります。

1) 認知症に関する知識の普及

認知症高齢者を支援するにはまず、家族をはじめ地域の人々が「認知症」について、正しい知識を持ち理解することが重要です。

認知症は、自分自身や家族など、誰にでも起こりうる脳の病気ですが、早期発見・早期治療が重要です。自分のため、家族のために認知症の知識や対処方法についての学習機会を設けることが必要です。

本町では、地域包括支援センターと社会福祉協議会で講演会を実施したり、「社協だより」で認知症の周知を図っています。

今後も、老人クラブ、ふれあいサロンの活動や講演会など、あらゆる機会を通して、認知症に関する知識の普及に努めます。

2) 認知症ケア体制の確立

認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識に基づく本人や家族への支援など、地域単位で総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが求められています。

認知症初期集中支援チームの設置や認知症地域支援推進員の配置など、認知症の早期発見の方法について検討していくとともに、認知症の疑いのある方の家族に適切な医療機関の紹介や認知症と診断された場合利用できるサービスについて紹介していきます。

3) 認知症高齢者とその家族への地域支援

認知症の人やその家族が住みなれた自宅や地域でその生活を継続できるようにするため、誰もが自らの問題として認識し、地域社会全体で認知症の人の生活を支える取組へと発展させることが重要です。認知症の人やその家族が抱える不安や悩みを気軽に相談できる体制の充実が求められています。

本町では、地域包括支援センターの相談窓口で情報をわかりやすく周知するよう努めています。

今後も、地域包括支援センターを中心として、認知症の人やその家族の相談に対応するとともに、家族が周囲の方に協力を求めやすい環境づくりを支援したり、介護家族の交流の機会を設けることにより、不安や悩みの軽減に努め、認知症の方も暮らしやすい地域づくりをめざします。また、介護する家族の了解のもと、徘徊の恐れがある認知症高齢者についての情報を警察署等に対し随時情報提供を行い、徘徊時における早期発見に努めます。

4) 認知症ケアパスの作成と普及

国の資料（H25.9.4社会保障審議会 資料2）によると、要介護認定者の6割が認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者で、このうちの半数が自宅で生活している実態があります。今後も認知症高齢者は増加が予測されています。

本町の高齢者実態調査でも、認定を受けていない方『全体』の42%、『85歳以上』では60%以上が認知症予防事業の対象者でした。

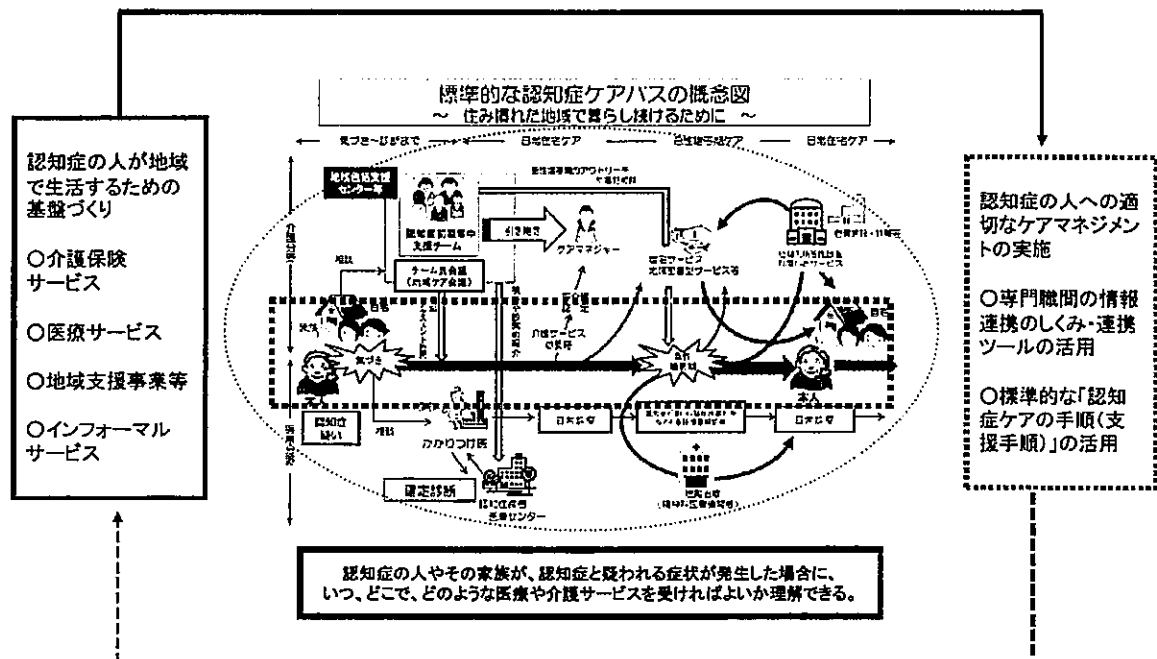
認知症対策として「早期発見と専門医につなぐ仕組みづくり」が求められています。

国は「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）において、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」を基本とし、目標を設定しています。

その目標の1つが標準的な認知症ケアパスの作成・普及です。

認知症ケアパスとは、状態に応じた適切なサービスの流れを示すものです。

本町においては、限られた資源の中、認知症の在宅支援にかかる医療や介護サービス及び福祉サービスの情報を体系的に整理し、住民へ情報提供を図っていきます。



資料：厚生労働省

(3) 福祉意識の醸成

1) 福祉意識の啓発

- 「広報くろまつない」や「社協だより」に高齢者に係る各種事業について掲載したり、高齢者や高齢期をテーマにした講演会やイベントの開催などにより、広報の充実と福祉意識の啓発を図ります。
- 「わくわく楽しい運動会」など各種行事の機会を活用して、世代間交流を図ることにより福祉意識の啓発を図ります。
- 福祉コミュニティの構築に向けて、ボランティア活動などの実践的な福祉教育を幼少期から推進するとともに、多世代交流の促進により、実際のふれあいを通じた福祉意識の醸成を図ります。
- 福祉をテーマとする生涯学習講座の開催などにより、住民全体の福祉意識の高揚を図ります。
- 多くの住民が関心や興味を持ち参加できるよう、福祉資源の紹介やニーズに応じた講座の開催など、引き続き町社会福祉大会の内容の充実を図ります。
- 子どもたちが、高齢者や社会福祉について関心を持ち、自ら考え、行動できる力を養うことを目的に、小・中学校では福祉体験学習や高齢者との交流活動のほか、車椅子を町内福祉施設に寄贈するためにのリングブル収集、共同募金活動への参加などの活動を引き続き促進していきます。

2) 権利擁護事業への取組

- 高齢者に対する虐待など人権を侵害する事件が起きないように人権思想の啓発・普及に努めるとともに、認知症の高齢者などが自らの能力に応じてできる限り地域において尊厳のある生活を維持していきます。
- 安心して生活を送るために、社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業や成年後見制度など権利擁護を目的とするサービスや仕組みを有効活用するなど、ニーズに即したサービスを関係機関につなぎ、適切な支援を提供していきます。
- 平成26年度から成年後見制度の利用に向けた要綱を整備し、判断能力が乏しい方への支援を行っています。引き続き、成年後見制度、日常生活自立支援事業を活用し、安心した生活環境の構築を進めます。

成年後見制度と日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）

事業	内 容	対象者
成年後見制度	認知症、知的障がいや精神障がいにより判断能力が不十分な方を保護するために、財産管理、介護や施設入退所などの契約、遺産分割、悪徳商法等の被害にあう恐れなどのある場合に、家庭裁判所で決められた後見人等が本人を保護・支援します。 ○ 後見人は、本人や家族の申立てによって家庭裁判所が選びます。 ○ 本人に判断能力がなく、身寄りがいないなどの理由で申立てする人がいない場合は、市町村長が申立てを行います。 ○ 今後、自分の判断能力が不十分になった場合に備えて、頼みたい方に後見を契約しておく任意後見制度があります。 ＜問い合わせ先＞ ○成年後見制度…家庭裁判所又は支部 ○任意後見制度…各公証役場	判断能力が低下した方
日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）	認知症高齢者、知的障がい者や精神障がい者等のうち判断能力が不十分な方に対し、福祉サービスの利用援助や日常的金銭管理サービスを行うことにより、自立した地域生活が送れるよう支援します。 ○ 実際にサービスを受ける場合には、利用料等が必要となります。 ＜問い合わせ先＞ 町社会福祉協議会等	判断能力が不十分な方（契約できる程度）

（４） ボランティア活動の促進

１） ボランティア登録者の育成

- 広報誌等により、ボランティアセンターやボランティア活動内容の紹介と参加方法の周知を図るとともに、ボランティアに関する相談体制の確立を進めます。
- ボランティア登録者の多様なライフスタイルや意欲に応じた活動機会・学習機会の提供に努めるとともに、各種行事において気軽に参加できる体験機会の提供により、ボランティアの掘り起こしを行います。

２） ボランティア活動の支援

- ボランティア団体等の活動施設の確保等を支援していきます。
- 高齢者によるボランティア活動の活性化を支援します。



2 生きがいづくりと社会参加の促進

(1) スポーツ・レクリエーション活動の促進

1) 体育施設などの地域資源の活用

生涯スポーツの必要性が高まり、住民ニーズも多様化している状況の中、健康づくり、体力づくりの活動の場としてパークゴルフ場やゲートゴルフ場、フットパスコース、体育館、総合町民センターなどの活用を図ります。

2) イベントへの高齢者参加促進

歩くことの楽しさや運動効果を知ってもらい、ウォーキングを健康づくりにつなげていけるよう、ハイキングやノルディックウォーキングへの高齢者の参加を促がしていきます。

(2) 生涯学習活動の充実

1) 講座等の内容の充実

- 各種講座や文化活動等へ高齢者が自主的に参加するよう、認知症の理解促進も含めた住民啓発や認知症予防への講座等の開催など、高齢者が参加しやすい内容の充実に努めます。
- 高齢者の仲間づくりと、新しい知識を身につける教室や講座の充実を図るとともに、学んだ成果を生かす高齢者の自主的地域活動を促進します。
- 教育委員会と教室と介護予防事業の区分けを行い、認知症や身体的負担が大きい高齢者への対応を進めます。
- 学習需要の高まりや多様化に対応するため、講師・指導者の充実を図るとともに、住民の中から講師・指導者の発掘・育成を行い、生涯学習ボランティアバンクの設置について検討します。

2) 「ふれあいの森情報館マナヴェール」の活用

- 「ふれあいの森情報館マナヴェール」では、高齢者向きの図書も配置し、サークルの場としても活用していきます。
- 生涯学習センター本部と各地区の生涯学習センターの整備を充実し、「ふれあいの森情報館」との施設相互の緊密な連携を図ります。

3) 交通手段への配慮

- 様々な生涯学習活動に高齢者が参加しやすいよう、福祉バスや公用車による送迎を実施していますが、今後も、そのときの資源を活用し送迎を行っていきます。

(3) 老人クラブ活動の充実

- クラブ活動に対し、福祉バスの利用や施設の提供など現行どおりの支援を行うとともに、クラブ活動への保健師の介入や社協の参加により健康管理や地域の情報収集を図ります。
- 地域の過疎化が進むとともに、クラブ加入者のが高齢化が進んでおり、老人クラブの指導者の育成、活動への助言、各老人クラブ間の交流、情報交換等により、活動の活性化を図ります。
- 「わくわく楽しい運動会」など児童等との交流を通し、高齢者の知識、経験や文化の伝承など地域全体の活性化を図ります。
- 地域の福祉ケア力を高める社会資源として、情報提供や行動を通して地域福祉に協力できる体制づくりに取り組んでいきます。

(4) 就労支援

1) 高齢者事業団等の育成・促進

- 高齢者の働く場である高齢者事業団は、長年培ってきた能力や経験を生かした仕事を通じて、生きがいの充実や社会参加を図るため高齢者の登録をしています。
- 高齢者事業団の組織強化、事務局機能の強化、まちづくり・地域づくりと連携した新しい職種の開拓とそれに向けての技能講習の充実などにより、魅力ある高齢者事業団の育成を促進します。引き続き、開拓員の維持のための補助を行っていきます。
- 高齢者の技能、知識を活用できる場や機会をつくっていきます。

2) 高齢者の技能・知識の活用

- 町内での花や農作物の販売・展示などについては、道の駅において、農産物や手芸等の販売の場が確保されており、今後もこのような活動を支援していきます。
- 高齢者の出番づくりの意味から、お祭りやイベント等では、できるだけ高齢者がかつて就いていた仕事が活かされるような役割を分担できるよう工夫していきます。
- 高齢者の技能・知識の活用については、有償ボランティアを検討し、システムづくりを図ります。

3 健康づくりと介護予防の推進

(1) 健康づくりの推進

1) 生涯にわたる健康づくりの推進

- 健康な高齢期を送るためには、壮年期からの総合的な健康づくりが重要です。そのため、健康増進法に基づき実施している健康教育、健康診査、機能訓練、訪問指導等の健康増進事業の一層の推進を図ります。
- 健診や訪問など、直接高齢者の状況を確認することはもとより、見守りネットワーク会議や地域からの情報による早期発見に努めます。
- 地域包括ケア体制の構築には、保健・福祉・医療など健康づくりに関わる保健福祉課・住民課（国保担当）・病院など関係各機関の連携が重要であり、関係機関連携の下、総合的で一貫性のある住民の健康づくりを進めていきます。

2) がん検診

- がん検診は、病巣の早期発見、早期治療に結びつけるために重要であることから、受診について、より一層の勧奨に努めていきます。
- 新規受診者を増やすために個別のアプローチや受診勧奨を行います。
- 定年後、事業所の健診が途切れても、継続してがん検診を受診するよう意識付けを行います。



(2) 介護予防の総合的な推進

1) 新しい総合事業開始前の地域支援事業

新しい総合事業を開始するまでは、第5期介護保険事業計画と同様に、介護予防事業、包括的支援事業を実施していきます。

① 介護予防事業

要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者（以下、特定高齢者という。）を対象に行い、事業参加者のうち要支援・要介護状態への悪化を防止することを目標とします。

ア) 二次予防事業対象者把握事業

- 二次予防事業対象者の把握については、対象となる方すべての実態把握を目指し、検診ごとに基本チェックリストを配布、回収しています。また、新規に個別相談を受けたときや見守りネットワークで気になる高齢者には実態把握に入り状況を確認しています。今後は、住民の情報提供や医療機関との連携が必要であり、きめ細やかな対象の把握を行っていきます。

イ) 通所型介護予防事業

- 通所型介護予防事業については、二次予防事業対象者が通所できる事業所が1箇所のため、受入れへの対応や対象者の高齢化により介護保険サービス利用へとなるケースも多くなっています。総合事業への移行に伴い、町単独事業の検討も行い、サービスの内容の拡充を図ります。また、サポートしてくれる方の発掘、育成も図ります。
- 特定高齢者を対象に、通所により、介護予防を目的として、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」等に効果があると認められる事業を実施します。

■いきがいデイサービス

対 象	閉じこもりがちな高齢者（特定高齢者）
目 的	寝たきり・認知症の大きな原因として考えられる「閉じこもり」を予防するとともに高齢者の生きがいづくりを目指す。
内 容	● 黒松内つくし園（デイサービスセンター）に委託して事業を実施 ● 日常動作訓練から趣味活動（生きがい活動）等の各種サービスを提供 ● 閉じこもりがちな高齢者の意識や意向を把握するため、対象者を拡大した実態調査の実施 ● 孤独感より開放し、生きがいを見出してもらうため、自立高齢者への生きがいデイサービスの利用を促進

■栄養改善事業

対 象	低栄養のおそれがある、又は低栄養状態にある高齢者（特定高齢者）
目 的	高齢者の方の食生活改善を支援する。
内 容	● 個別的の栄養相談や集団栄養教室を実施

■認知症予防事業

対 象	地域の2割から3割いると考えられる認知症リスク群の高齢者（特定高齢者）
目 的	認知機能を刺激する料理・パソコン・園芸などの知的プログラムを実施することで認知機能を維持し、運動習慣と併せて、認知症発症を抑制・遅延化する。
内 容	● デイサービスセンター内で認知症予防教室を開催 ● 介護予防プランを作成し、評価を行う。

ウ) 訪問型介護予防事業

- 閉じこもり、認知症、うつ等のおそれのある（又はこれらの状態にある）特定高齢者を対象に、保健師等がその者の居宅等を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導を実施します。
- 職員が限られているため、優先順位を考えながら対応していきます。

■訪問指導（保健・リハビリ・栄養・歯科）

対 象	訪問指導の対象は、健康診査の要指導者、介護予防の観点から支援が必要な人（一人暮らし高齢者、閉じこもりがちな高齢者、寝たきり又は認知症等で介護保険以外のサービスに係る調整が必要な人など）、及び介護に携わる家族
目 的	適切な疾病管理や心身機能低下予防及び健康の保持増進に関する指導を行い、生活機能の維持及び生活の質の向上を図る。
内 容	● 健診等でスクリーニングした、閉じこもりがちな高齢者、認知症、うつ予防を必要とする高齢者を対象に、保健師が訪問・指導 ● 通所型介護予防事業や任意事業、老人クラブへの参加、温泉、地域活動などを呼びかける。

エ) 介護予防特定高齢者（二次予防事業対象者）施策評価事業

- 介護保険事業計画において定める「介護予防事業の効果による要介護認定者数の目標値」に照らした達成状況の検証を通じ、介護予防特定高齢者（二次予防事業対象者）施策の事業評価を実施します。
- 評価をしやすいように目標指標の明確化を行います。

② 介護予防一般高齢者施策（一次予防事業）

活動的な状態にある高齢者が生きがいを持って活動的に暮らすことを地域全体で支援し、生活機能の維持・向上を図ることを目的とします。

ア) 介護予防普及及び啓発事業

■介護予防普及及び啓発事業

対 象	高齢者
目 的	介護予防についての基本的な知識の普及を図る。
内 容	● パンフレットや介護予防手帳の配布 ● 相談事業の推進 ● 介護予防についての情報提供 ● 介護予防の普及・啓発を目的とした健康教室の開催 ● 各老人クラブ訪問

イ) 地域介護予防活動支援事業

- 介護予防に関するボランティア等の人材養成のための研修や介護予防に資する助成活動組織の育成・支援のための事業等を実施します。
- 自ら地域活動への参加等で問題解決できる力を育てるために、ソーシャルキャピタル（信頼・ネットワーク・社会活動など）の豊かさの育成を行います。

■地域介護予防活動支援事業

対 象	ふれあいサロン(自主活動グループ)参加者 (作開地区、白井川地区、市街地区等)
目 的	生きがいづくり、閉じこもり予防
内 容	● 保健福祉センターで月1回例会開催 ● スポーツ指導員による体操指導、施設見学 ● 作品づくりやレクリエーション実施

③ 包括的支援事業

ア) 総合相談支援事業・権利擁護事業

- 高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度につなげる等の支援を行います。
- 高齢者が、住み慣れた地域で尊厳ある生活と人生を維持することができるよう、社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業や苦情解決の仕組みなどの権利擁護を目的とするサービスや仕組みの有効活用など、ニーズに即したサービスを関係機関につなぎ、適切な支援を提供します。

イ) 介護予防ケアマネジメント

- 高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう、ケアマネジャーと社会福祉士が担当し、個々の心身の状況や生活環境、生活機能低下が生じた原因に応じた支援計画を作成します。
- 具体的な目標を設定し、サービスの提供の確保を行い、一定期間経過後は初期の目標達成状況を評価するとともに、必要に応じて計画の見直しを行います。

ウ) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- 主治医、ケアマネジャーなどとの多職種協働や、地域の関係機関との連携を通じてケアマネジメントの後方支援を行うことを目的として、地域のケアマネジャー等に対する相談窓口の設置によるケアプラン作成技術の指導等を行います。
- 地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例への指導助言等を行うとともに、医療機関を含む関係施設やボランティアなど様々な地域における社会資源との連携・協力体制の整備など包括的・継続的なケア体制の構築等を行います。
- 主任ケアマネを中心にした事例検討を充実し、困難事例への対応を図ります。

エ) 高齢者自主グループ運営協力

- 住民たちが自ら健康づくりに取り組むグループ（作開ガンバル会・ひまわりの会等）の活動を支援します。
- 各グループの位置づけを整理し、一次予防事業ではなく、新しい制度の介護予防・生活支援サービス事業への移行を検討していきます。

オ) 運営協議会

- 地域包括支援センターの設置・運営に関しては、中立性の確保、人材確保支援等の観点から、福祉施設、医師会、福祉・ボランティア団体、民生委員で構成する「地域包括支援センター運営協議会」で協議していきます。

2) 介護予防・日常生活支援事業（新しい総合事業）の実施

要介護状態になることを予防し、要介護状態になった場合でもできるだけ地域において自立した日常生活を営むことができるよう、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進することが必要です。

具体的には、日常生活の中で気軽に参加できる活動の場が身近にあり、地域の人とのつながりを通して活動が広がるような地域づくりが求められます。

本町の通所型介護予防事業については、新しい総合事業への移行に伴い、健康体操教室などの町単独事業の検討も行い、サービスの内容の拡充を図ります。

また、住民たちが自ら健康づくりに取り組むグループ（作開ガンバル会・ひまわりの会等）の活動についても、新しい総合事業への移行を検討していきます。

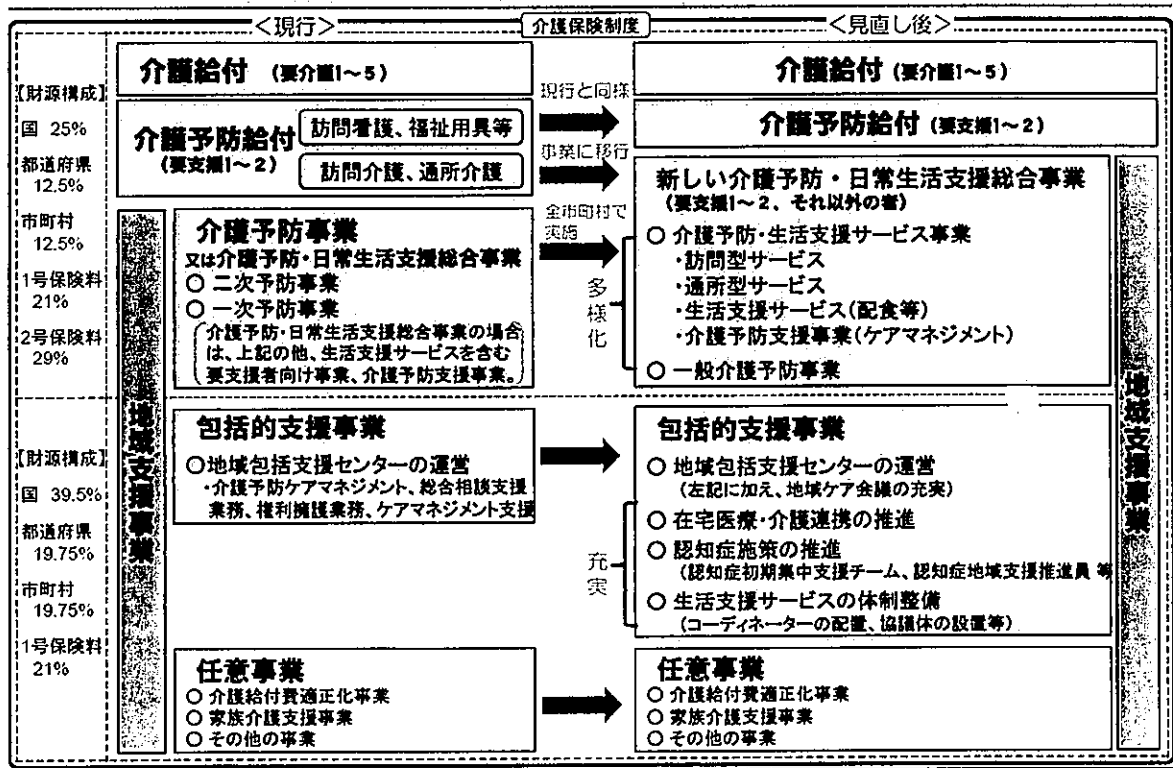
新しい総合事業においても、これらの取組を継続的・一体的に展開することにより、高齢者の一人一人が活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、既存の社会資源を活用した場の確保を図るとともに、プログラムを充実していきます。

また、介護保険制度の改正により、平成29年4月までに予防給付のうち、訪問介護及び通所介護を新しい総合事業に移行します。

要支援者には地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、新しい総合事業のサービスと予防給付のサービスを組み合わせ提供していきます。

新しい総合事業への移行に向けて、健康な高齢者を含む地域住民やボランティアなど多様な主体によるサービスの提供について、サポートしてくれる方の発掘、育成も図ります。

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成



資料：厚生労働省

3) 介護予防の普及と認知症予防の推進

生活機能が低下した高齢者に対して、早期に適切な介護予防事業を実施し、要支援・要介護状態になることを防止します。

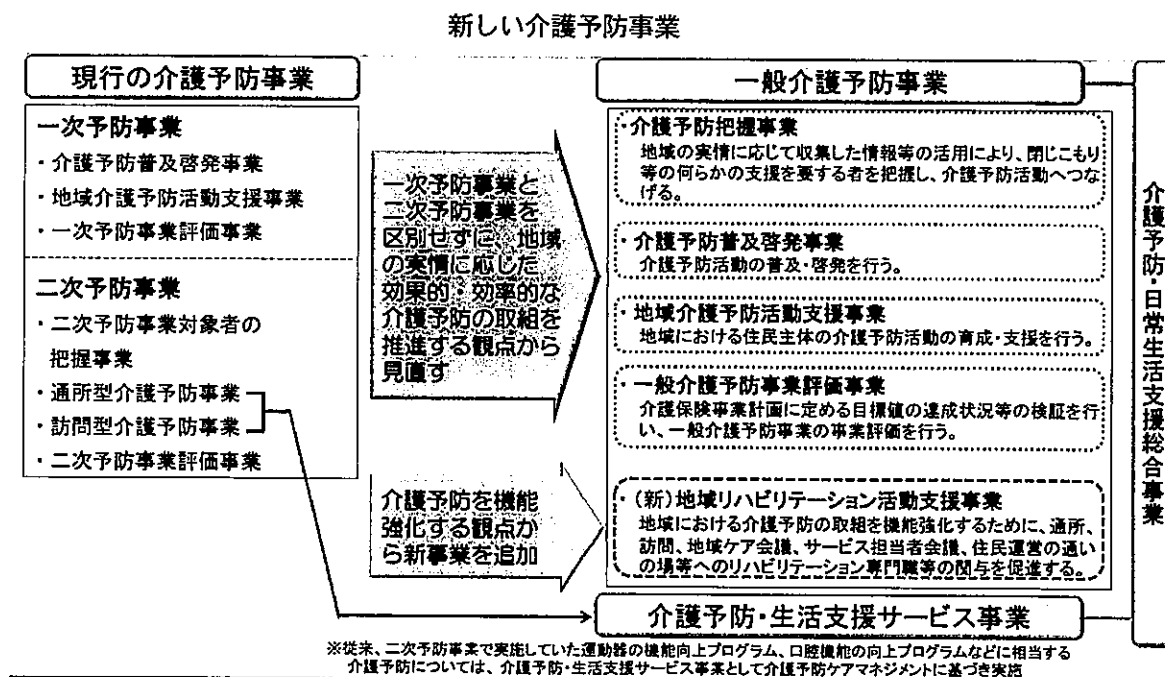
新しい介護予防事業では、一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進することになります。

本町においても、二次予防事業は新しい総合事業の中の介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービスに移行します。

より多くの高齢者の参加をめざし、老人クラブ等での健康相談・健康教育の実施や、高齢者自主グループ等に対して、介護予防の知識を普及啓蒙していきます。

また、認知症予防事業の対象者については、ニーズ調査では42%が該当者となる結果となりました。この結果を活用しながら、より効果的な事業の実施を目指します。

さらに、認知症を予防するためには、その前段階とされる「軽度認知機能障害」の時期で認知機能低下を抑制する方法が現時点では最も効果的であると考えられています。本事業では、あくまで認知症予備群としての「軽度認知機能障害」高齢者における認知機能低下の予防をめざします。



4) 住民の自主的活動への支援

ふれあいサロン（自主活動グループ）（作開地区、白井川地区、市街地区等）の活動を支援していくことで、今後も、高齢者が自宅で手軽にできる運動を学び実践することにより元気な高齢者を育成していきます。

また、老人クラブの活動へ保健師や社会福祉協議会がかかわることにより、高齢者の実態把握に努めます。

5) 基盤整備に向けた取組

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

新しい総合事業の基盤整備に向けた取組として、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置を検討していきます。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）は、多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、生活支援・介護予防の一体的な活動を推進していきます。

コーディネート機能	
資源開発	ネットワークの構築
● 地域に不足するサービスの創出 ● サービスの担い手の養成 ● 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	● 関係者間の情報共有 ● サービス提供主体間の連携の体制づくり

② 協議体の設置

多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進するために、学識経験者、サービス提供事業者、ボランティアなどを構成員とする協議体を設置します。

4 地域における安心な生活の確保

(1) 介護サービスの充実

1) 予防給付の充実

「要支援1」と「要支援2」の認定者には、地域包括支援センターにおける「介護予防プラン」と、介護予防サービス事業所による予防給付の提供により、要介護状態への進行防止を図ります。

予防給付は、利用者の改善の可能性を見つけ、できるだけ利用者が「自分でできる生活行為」の幅を広げていくことで、生活機能の回復を図るような手法をとります。そのために、介護予防プランの作成に当たっては、利用希望者が以前は自分でできていたのに、今は自分でできない生活行為の中から、「今後は自分でできそうだと考える生活行為を自分でできるようになること」を当面の目標とし、これを実現するために必要なサービスを選択して利用することになります。また、予防給付は、定期的に実施効果の調査・検証が行われ、要介護状態とならないことを目標として行います。

2) 居宅サービスの充実

在宅での自立生活を支援するため、より一層質的向上を図るとともに安定的な利用に向け、サービス提供体制の充実を図っていきます。

なお、要支援対象者の訪問介護と通所介護が「新しい総合事業」に移行されることとなりますが、平成27～28年度は、「新しい総合事業」への移行経過措置期間であり、引き続き、適切な供給量の確保に努めるとともに、提供されるサービス内容の充実を図ります。

3) 地域密着型サービス

「地域密着型サービス」については、特に今後増加が予定される認知症高齢者への支援の柱となるとともに、地域ケアの基盤強化に不可欠なことから、財政負担との均衡を図りながら、事業者の参入を検討していきます。

「地域密着型サービス」に位置付けられるサービスの中で、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）については、近隣市町村との協議により、サービスの提供を行うとともに、本町においても平成26年度の整備（1ユニット8床）に向けた検討を進めましたが、規模などの理由により運営が難しく、採算が見込めないことから建設を中止し、広域連合との連携により対応していくこととなりました。

今後も、広域連合内での調整により対応していきます。

4) 施設サービス

施設サービスは、在宅での生活が困難な高齢者の受け皿としての役割を果たしています。

本町では、特別養護老人ホーム緑ヶ丘ハイツについて、ユニット化を含め建替えを検討してきましたが、補助率の低下及びユニット化に伴う職員の確保等が困難なため、延期となっています。

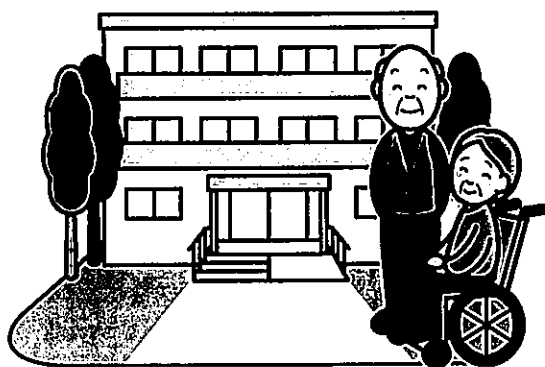
今後は、国の動向を見ながら、引き続き検討を進めていきます。

平成27年4月1日以降、特別養護老人ホームについては、原則介護度3以上に限定されますが、利用者の生活や身体状況に応じた適切な入所を進めます。

適切な供給量の確保と補完的なサービスの提供体制の整備に努めるとともに、利用者の生活機能が向上するサービスの提供ができるようサービスの充実を図ります。

■町内施設

事業	施設名	入所定員	備考
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム 緑ヶ丘ハイツ	80	全室ユニット(個室)化を検討中
介護老人保健施設	介護老人保健施設 湯の里・黒松内	80	
介護療養型医療施設	現在は、ありません		



(2) 生活支援の推進

高齢者の日常生活を支援するため、次の事業を引き続き実施します。

1) 軽度生活援助事業

対 象	自立生活への支援が必要な高齢者
目 的	在宅の一人暮らし高齢者等の自立した生活の継続を可能にする。
内 容	● 黒松内つくし園のヘルパーステーションに委託してヘルパーを派遣 ● 利用者本人の自立を促がすようなサービス内容に改善 ● 週1回の定期的な利用のほかに、月1回あるいは必要時の利用など、高齢者の必要に応じた派遣を検討 ● 高齢者はヘルパーの来訪自体を楽しみにしている場合が多いので、生活支援に加えて心のケアも重視 ● 生活援助事業の実施体制づくりを、対象者の掘り起こしとあわせて、住民の協力のもとに推進 ● 社会福祉協議会のボランティアセンター等を活用し、健康な高齢者やボランティアなどの幅広い層から、住民が積極的に生活援助サービスの提供に参加できる体制づくりの推進 ● 冬期間の不安となる除雪については、ボランティア除雪や委託除雪、除雪経費の一部を助成する除雪サポート事業を実施 ● 電話ボランティアやヤクルト訪問による安否確認 ● 消防署と繋がる緊急通報装置の設置を行うとともに、緊急時安心キット(連絡先や薬剤情報の入った容器)を設置し、緊急時の迅速な対応を図る

2) 移送サービス

対 象	高齢・障がい等によって公共交通機関を利用することが困難な方や、家族による送迎が困難な方 町外の通院については、町内に専門医がない場合が対象
目 的	一般交通機関の利用が困難な高齢者等の通院支援
内 容	● 運輸局の市町村福祉輸送(第79条の3)の許可を受けた指定車両で病院までの移送を行う ● 国土交通大臣指定の講習会を受講した委託先の社会福祉協議会職員が運転手となり、移送業務を実施

3) 福祉バス運行管理事業

対 象	おおむね65歳以上の高齢者
目 的	高齢者の外出支援
内 容	● 黒松内ハイヤーに委託して、毎週月～金曜日、福祉バスを町内で巡回運行。また、老人クラブ等の団体が研修などにも利用 ● 福祉バスは、地域の高齢者の生活にとって必要 ● ニーズにあった路線、時刻表の再構築を図る

4) 緊急通報装置の設置

対 象	高齢者のみで生活する世帯に、緊急通報装置(ボタンを押しての連絡、ガス警報器・火災警報器との連動による通報)を設置
目 的	高齢者等の緊急時対応
内 容	● 緊急通報装置(ボタンを押しての連絡、ガス警報器・火災警報器との連動による通報)を設置

5) 配食サービス

対 象	食材料の調達・調理が困難な高齢者
目 的	高齢者の自立支援と安否確認
内 容	● 平成 15 年度より配食サービスは社会福祉法人黒松内つくし園独自事業として継続して実施 ● 虚弱な一人暮らし高齢者も多いことから、アンケート等により配食の回数について検討 ● 配食の際、高齢者の生活状況を把握するとともに、提供された食事の摂取量等に注意し、体調などにも配慮 ● 配られた食事を何度にも分けて食べる場合があり、夏場の食中毒の危険性もあることから、食べ残しの回収について検討 ● 配食の際の安否確認について、本人不在の場合の対応等、ボランティアへの周知の徹底 ● 低所得者への対応について検討

6) お出かけサポート券

対 象	ささやか暮らしの支援条例に基づき、70 歳以上の高齢者、2 級以上の障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方、一人親家庭等医療費受給者証の交付を受けている方
目 的	高齢者等の外出を支援し、高齢者等が社会参加や他世代との交流を図り、生きがいのある生活を送れるよう支援する。
内 容	● お出かけサポート券交付事業は、高齢者等の外出を支援し、高齢者等が社会参加や他世代との交流を図り、生きがいのある生活を送れるよう、ささやか暮らしの支援条例に基づき、今後も継続して実施 ● 共通券とし、年間 60 枚を交付。なお、施設入所者については 50 枚 ● サポート券の利用は、タクシー、黒松内温泉、自然の家となっている。

7) 安否確認ボランティア訪問

対 象	独居高齢者
目 的	他者との関わりや外出の機会が少ない独居高齢者の安否確認
内 容	● ボランティアや社会福祉協議会の職員が週 1 回乳飲料を持って訪問

8) 安否確認テレホンサービス

対 象	独居や夫婦のみの高齢者世帯
目 的	安否確認
内 容	● 安否の確認や話相手が必要な方に対し、ボランティアが週 1～2 回、電話をかけお話をする。

9) その他

事業	内容
敬老祝金の支給	● 本町に20年以上在住している88歳、95歳、100歳の高齢者に敬老祝金を支給。金額は88歳が5万円、95歳が10万円、100歳が20万円
紙おむつの支給	● 紙おむつを必要とする寝たきりなどの要介護者等を対象として、利用者の条件にあったタイプの紙おむつを月1回支給
在宅高齢者福祉金給付事業	● ささやか暮らしの支援支援条例に基づき、町内に居住する65歳以上の高齢者のみの世帯で、前年の年金収入等が生活保護基準を下回る方に、福祉金を支給する。 ※平成26年度実績 単身世帯 57,600円 二人世帯 103,200円
福祉除雪事業	● 高齢・障がい等によって自宅の除雪が困難な方に対し、ボランティア又は委託先の業者が除雪を行う。ボランティアは町内会にて、委託では高齢者事業団等が年2回程度行う。 ● 自力での除排雪が困難な方で、除雪作業を町内事業所に委託している場合、その経費の一部を助成する。
愛情銀行	● 低所得世帯に対し、経済的自立と生活意欲増進のため生活資金の貸付を行う。貸付金の限度額は5万円で、償還期間は1年、申請には保証人の署名が必要
生活福祉基金貸付事業	● 北海道社会福祉協議会の事業 ● 他の貸付制度が利用できない低所得世帯や障がい者世帯に対し、用途に応じた資金を貸し付ける。返済期間は各種資金によって異なる。(4か月～15年 連帯保証人が必要)
福祉灯油助成	● 町内に在住する次の対象世帯に冬季の採暖に必要な灯油と交換できる「灯油券」を交付する。 ① 65歳以上の高齢者世帯、障がい者世帯、一人親世帯の低所得世帯(200リットル分) ② 75歳以上のみの高齢者世帯で町民税非課税世帯(100リットル)
地域支え合い買い物支援	● NPO法人により、デジタルペンや電話・FAXを活用した買い物支援システムが構築され、日常の買い物が困難な高齢者を対象に、利用が進められている。
高齢者の居場所づくり	● 生きがいづくりや閉じこもり防止のため、自主活動グループを対象にふれあいサロンを開催。 ● 福祉バスの待合い機能を兼ね備えた市街地の拠点整備に伴い、高齢者がくつろぎ集うことができる空間について、検討、整備を進めます。

10) 養護老人ホーム

事業	内容
養護老人ホーム	低所得で身寄りがなく虚弱であるなど、居宅での生活が困難な高齢者を対象とする入所施設。自立のために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにすることを目指す。入所している要支援・要介護者の者は、外部から介護保険サービスを利用できるようになり、入所者には住所地特例を適用する。 ● 入所者の介護保険認定 ● 外部サービス型特定施設入居者生活介護サービス利用による自立支援

(3) 安心生活のための環境整備

1) 高齢者に配慮したまちづくり

新たに建設される施設は、バリアフリー化を図ることとしており、引き続き、バリアフリー化を進め、障がい者や高齢者が利用しやすい建物、道路、公園や交通機関などの整備を促進し、福祉のまちづくりを総合的に推進します。

2) 利用しやすい公共施設づくり

公共施設においては、バリアフリー化は全施設において進められており、今後も施設の建替え・増改築等に含わせて、段差の解消や休憩スペースの設置、トイレの仕様の改善など高齢者が利用しやすい施設整備・改善を進めていきます。

3) 安全に快適な住宅づくりに対する支援

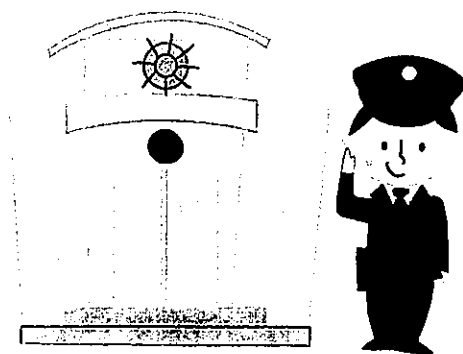
- 一般の住宅には高齢者が生活する上で、また、居宅の要介護者を介護する上で、危険な箇所や不便な箇所が少なくありません。高齢者が安全に快適に住むことができる住宅づくり等に対しての相談機能・アドバイス機能の整備や情報提供の充実を目指します。
- 介護保険の住宅改修費を利用しようとする高齢者が、適切な助言を受けられるようにするなど、住宅改修に対する支援を図ります。
- 公営住宅においては、現状復帰を条件に介護保険の住宅改修を認めるなど、高齢者の入居に配慮します。

4) 災害や犯罪から高齢者を守る支援

- 高齢者は、災害時には災害弱者となり、危険な環境に置かれることとなります。各地区の一人暮らし高齢者や高齢夫婦世帯等の状況を十分に把握し、災害時に的確な避難や収容が可能となるよう、避難ルートの設定や見守りネットワーク会議において、実際に災害弱者になる方を確認したり、要介護者台帳の整備を進め、地域ぐるみで災害弱者を守る体制づくりを進めています。
- 高齢者を対象に避難訓練や災害の講演会を実施していますが、今後も、防災の日、避難訓練や災害の講演会を実施するなど、防火・防災知識の普及に努めます。
- チラシの配付、地域での声かけ運動、緊急連絡網の整備・活用など自主防犯活動を支援します。
- 高齢者を狙った悪徳商法など消費者被害防止のため、道消費生活センターやようてい地域消費生活相談窓口、警察などによる高齢者への消費者相談・消費者教育の強化を要望します。

5) 交通安全対策の充実

高齢者の交通事故が多い中で、多様な機会を利用して交通安全に対する啓発活動を進めます。また、高齢者のドライバーに対し、警察署とも連携しながら、注意を促していきます。



第5章 計画の推進に向けて

1 連携及び協力体制の構築

介護予防を効果的なものとし、元気な高齢者を増やしていくためには、保健・福祉・介護保険事業の有機的な連携を保ちながら、事業を積極的に展開していく体制を整える必要があります。

市内の横断的連携による取組の推進はもとより、住民、福祉団体、事業者、医療機関等がそれぞれの特徴を生かしながら、役割を明確にし、連携して取り組んでいきます。

2 地域資源の把握、整理、提供の充実

住み慣れた地域で生活を継続するには、介護保険サービスや保健・福祉サービスのみでは限界があります。

地域における事業を効果的に展開していくには、高齢者自身による自主的な努力や取組、ボランティアの活動等、住民相互の支援は欠くことのできないものです。

さらに、既存の農地や山林、温泉施設、公園施設、学校施設、地域の生涯学習館、児童館、図書館や体育館、商店街やJA、老人クラブや趣味のグループ、地域で活動する企業などすべてが、介護予防や生きがいづくりに活用できる社会資源です。

これらの資源を把握、整理、調整し、有効活用を図っていきます。

3 計画の点検・評価体制（PDCAサイクルによる評価）

健康増進事業及び介護保険事業については、各年度においてその達成状況を点検し、この結果に基づいて対策を実施することが必要です。

健康アウトカム指標上の改善効果（健康受診率の向上、要介護者数の減少）、高齢者の自立支援効果が現れているか、住み慣れた地域で生活を継続することができているか、在宅サービスと施設サービスのバランスが改善してきたか等の達成状況を分析し、評価します。その評価に基づき、事業（サービス）の改善・中止、新規事業（サービス）の導入等が実施できるように体制を整えていきます。

PDCAサイクル

