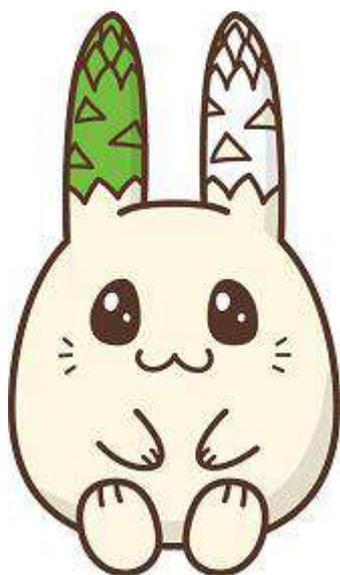


喜茂別町

第8期高齢者保健福祉計画

令和3年度～令和5年度



令和3年3月
北海道喜茂別町

【 目 次 】

喜茂別町の概要

- 1 自然と地理的条件 1
- 2 歴史的背景 2

第1章 計画の策定にあたって

- 1 計画策定の背景 3
- 2 介護保険制度の動向 5
- 3 計画の位置づけと期間 7
- 4 計画の策定体制 8
- 5 第8期計画の基本指針について 9
- 6 持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals : SDGs）の実施に向けた取組み 1 2
- 7 高齢者を取り巻く現状と課題 1 4
- 8 住民意向の把握 2 1

第2章 高齢者保健福祉事業に関する計画の評価と課題

- 1 高齢者保健福祉計画の評価と課題 4 0
 - （1）高齢者保健サービス 4 0
 - （2）住まいの整備 4 1
 - （3）施設サービス等 4 2
 - （4）在宅（福祉）サービス 4 3
 - （5）地域支援事業 4 5

第3章 計画の基本的方向

- 1 基本理念（めざす姿） 5 0
- 2 重点目標 5 0

第4章	高齢者施策の展開	
1	施策の体系	5 3
2	施策の展開	5 4
	重点目標1 地域包括ケアシステムの推進】	
2-1	地域包括支援センター	5 4
	重点目標2 健康づくり・疾病予防のための介護予防と保健事業の一体的な取組みの推進	
2-2	元気でいきいきと過ごすために	5 7
	重点目標3 エビデンスに基づいた介護予防の効果的な取組みの推進	
2-3	地域支援事業等の効果的な実施	6 3
	重点目標4 地域で支え合う仕組みづくり	
2-4	住民支援体制の確立	6 5
	重点目標5 安心して介護・福祉サービスが受けられるまちづくりの推進	
2-5	住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために	6 7
第5章	計画の推進に向けて	
1	組織・団体・機関等との協力、連携	7 0
2	北海道、後志広域連合及び近隣市町村との連携	7 0
3	人材の確保及び育成強化	7 0
4	介護予防・重度化防止の推進	7 0
5	進捗状況の把握と評価の実施	7 1



喜茂別町の概要

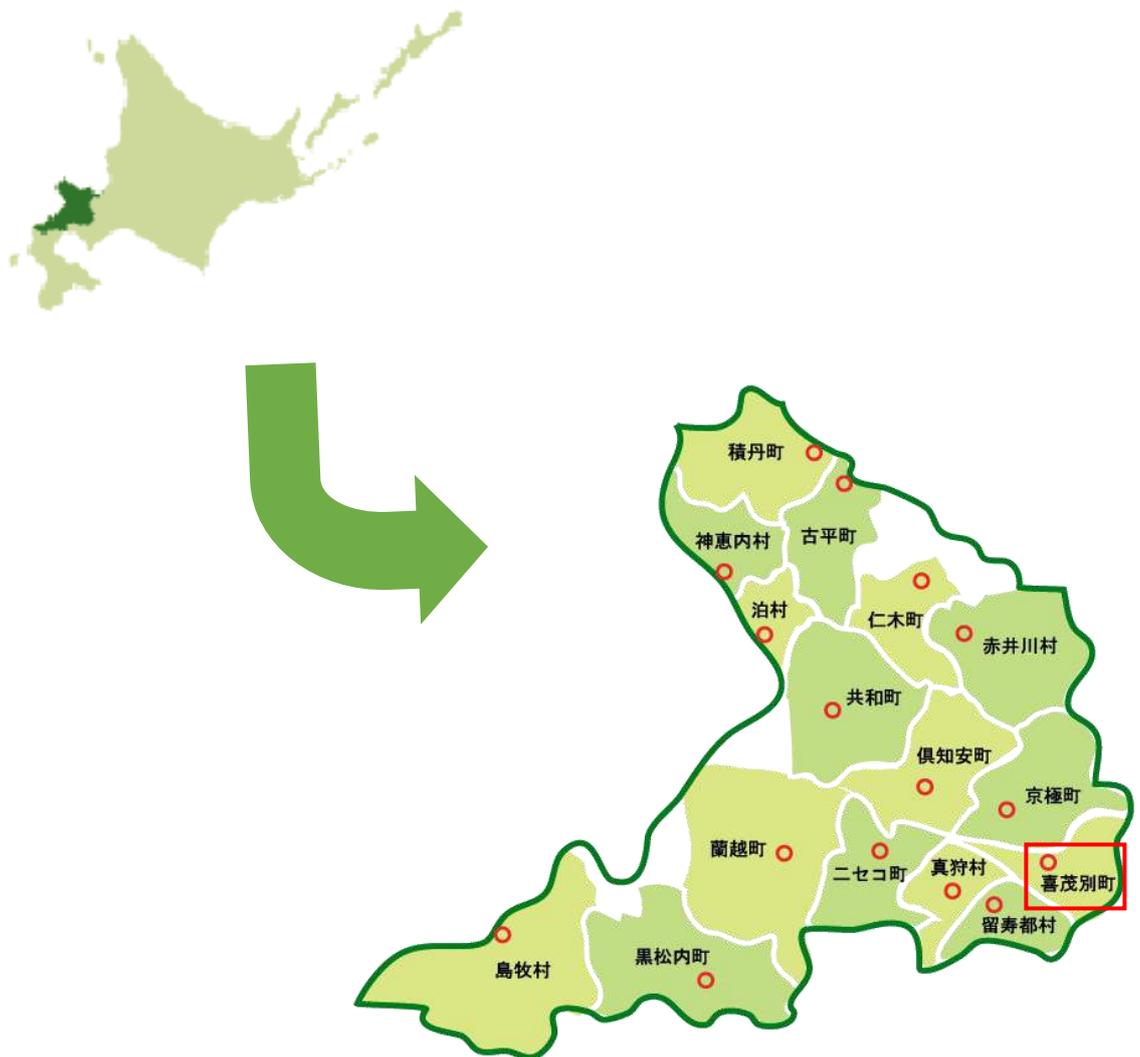
1 自然と地理的条件

喜茂別町は、北海道の南西部、後志管内の東南部に位置し、周囲を羊蹄山・尻別岳・喜茂別岳・無意根連峰等の山々に囲まれた、農業を基幹産業とする町であります。

さらには、札幌市をはじめとする道央主要都市と国道を通じて車で90分程度の距離にあり、洞爺湖、支笏湖、ニセコ、定山溪の観光ルートの中心にあります。

町の総面積は18,951haを有し、その約78%がなだらかな丘陵地にある山林で占められています。町の中心部では、1級河川の尻別川とその支流の喜茂別川・オロウエン尻別川の3河川が合流し、各河川流域には平坦地が広がり、市街地、集落及び農耕地が形成されています。

気候的には内陸性気候を呈し、年間の気温差は40度と大きく、夏季は南西、冬季は北西の強い風が吹き、また、年間積雪量は約4.5mと多く、昭和46年に特別豪雪地帯に指定されました。





2 歴史的背景

- ・明治4年10月、伊達家旧家臣阿部嘉左衛門ほか2名による入地及び駅通所の開設が、喜茂別における和人来住の始まりとなりました。
- ・明治37年、現在の函館本線の開通により、入植が容易になり南部団体・山梨団体・福島団体が入植しています。
- ・大正6年、真狩村（現在の留寿都村）より分村し、喜茂別村（戸数1,145戸：人口7,892人）が誕生しました。
- ・昭和4年に特産物であるアスパラガス、昭和5年にはビートの栽培が開始され、昭和9年にはアスパラガスの缶詰工場が操業を開始しました。
- ・昭和16年に胆振線縦貫鉄道が全線開通（倶知安～伊達）し、鉄道交通による農産物の集荷地として発達してきましたが、昭和61年10月、国鉄胆振線が廃止されました。
- ・昭和27年に現在の町制が施行され、今日に至っています。



第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景

我が国では、令和7年（2025年）に、いわゆる「団塊の世代（昭和22年～昭和24年生まれ）」の方がすべて75歳以上（後期高齢者）に、さらには、令和22年（2040年）には、「団塊ジュニア世代（昭和46年～昭和50年生まれ）」の方が65歳以上に到達し、今後も高齢化が進展することが予想されています。それに伴い、要支援・要介護認定者や認知症高齢者、ひとり暮らし高齢者、「老老介護」世帯、さらに「認認介護^(※)」世帯など、支援が必要な人はますます増加し、需要も多様化する一方、現役世代（地域社会の担い手）の減少といった問題が一層顕在化することとなります。喜茂別町においては、令和3年2月末現在で高齢者807人、高齢化率39.6%となっており、令和7年（2025年）及び令和22年（2040年）の推計では、高齢者の人口は減少するものの、それぞれ、高齢化率は40.6%、46.4%（国立社会保障・人口問題研究所調べ）と1.0ポイント、6.8ポイント増加する見込みです。

このことを踏まえ、本町では、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで続けられることを目指し、地域の実情に応じて、医療・介護・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」の構築を推進しているところです。さらに、この地域包括ケアシステムを中核的な基盤として、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「地域共生社会」の実現を目指しています。

そのような中、介護者を社会全体で支える仕組みである介護保険制度においては、令和7年（2025年）に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、令和22年（2040年）を見据えた地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるように、制度の整備や取組みの強化が図られてきました。今般「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年6月成立・公布、令和3年4月1日施行）」により、介護保険法第5条（国及び地方公共団体の責務）第4項において「**地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない**」と規定され、**介護保険が多様な社会福祉事業と一体的に提供されるべきものであることが明確に**され、地域共生社会の実現をサポートする新たな受け皿として「**重層的支援体制整備事業**」が設けられました。

本町においても、平成30年（2018年）に策定した「第7期喜茂別町高齢者保健福祉計画」の実施状況の評価、検証を行うとともに、上記の法改正を踏まえ計画を見直す必要があります。健康寿命の延伸に向けた介護予防・健康づくりの推進、地域の課題分析から多様なニーズに対応する支援の提供・整備、地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化等の取組みを通じて、介護保険制度の持続可能性を高めるとともに、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる



社会を目指し、「第8期喜茂別町高齢者保健福祉計画」を策定します。

(※) 認知症の要介護者を、認知症の介護者が介護すること。

※第8期後志広域連合介護保険事業計画より抜粋

地域包括ケアシステムの構築に向けた5つの基本的理念

基本的理念1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等の予防、軽減・悪化防止のため、地域の実情に応じて以下の取組を行い、要介護状態等になっても、生きがいを持って生活できる地域の実現を目指す。

- ・住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する普及啓発
- ・介護予防の通いの場の充実
- ・リハビリテーション専門職種との連携
- ・地域ケア会議の多職種連携による取組
- ・地域包括支援センターの強化等

基本的理念2 介護給付等対象サービスの充実・強化

高齢者が要介護状態等になっても、可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、重度の要介護者、単身・夫婦のみの高齢者世帯及び認知症高齢者の増加や在宅介護をしている家族等の就労継続や負担軽減の必要性等を踏まえ、指定地域密着型サービス等のサービス提供や在宅と施設の連携等、地域における継続的な支援体制の整備を図る。

基本的理念3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

今後、増加が予想される医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ慢性疾患や認知症等の高齢者の増加が予想されますが、それら的高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、退院支援、療養支援、急変時の対応、看取り等のさまざまな局面で、在宅での医療・介護が提供できる関係者の連携を推進する体制を整備する。

基本的理念4 日常生活を支援する体制の整備

単身・夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者の増加に対応し、日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくうえで、必要となる見守り・安否確認、外出支援、家事支援（買い物・調理・掃除）、地域サロン開催等の多様な生活支援等サービスを整備する。そのため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等を通じ、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援・介護予防サービスを担う事業主体の支援・協働体制の充実・強化を図る。

基本的理念5 高齢者の住まいの安定的な確保

地域において、それぞれの生活のニーズにあった「住まい」が提供され、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されることが重要です。そのため、持家や賃貸住宅に加えて、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいが、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保する。



2 介護保険制度の動向

期	年	月	内 容
	平成 9 (1997)年	1 2月	◆介護保険法成立
第 1 期	平成 1 2 (2000)年	4 月	◆介護保険法施行
第 2 期	平成 1 5 (2003)年	4 月	◆介護報酬改定
	平成 1 7 (2005)年	6 月	◆介護保険法等の一部を改正する法律 (①) 成立
		1 0月	◆改正法 (①) の一部施行
第 3 期	平成 1 8 (2006)年	1 0月	◆改正法 (①) の全面施行 ⇒地域包括支援センター・新予防給付・地域密着型サービス創設、施設給付 (居住費用・食費) の見直し、「要支援」を「要支援 1・要支援 2」に分割 等 ◆介護報酬改定 劇的変化①
	平成 2 0 (2008)年		5 月
第 4 期	平成 2 1 (2009)年	4 月	◆介護報酬改定
		5 月	◆改正法 (②) の全面施行 ⇒業務管理の体制整備、サービス確保対策等
	平成 2 3 (2011)年	6 月	◆介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律 (③) 成立・公布、一部施行 ⇒介護療養病床の転換延長、介護福祉士資格取得方法の見直しの延期等
第 5 期	平成 2 4 (2012)年	4 月	◆改正法 (③) の全面施行 ⇒定期巡回・随時対応サービス等の創設、介護職員等による喀痰吸引などの実施、保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の取崩し等
	平成 2 6 (2014)年	6 月	◆地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律成立 ⇒地域支援事業の充実、新予防給付の見直し (介護予防訪問介護・介護予防通所介護が地域支援事業に移行等)、特養の機能重点化、負担割合に 2 割導入、低所得者の保険料軽減の強化、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用等、居宅介護支援事業所の指定権限を市町村へ委譲



第6期	平成27 (2015)年	4月	◆改正法の施行 ◆介護報酬改定	劇的変化②
	平成29 (2017)年	5月 施行	◆地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(④)成立 ⇒保険者機能の強化等の取組の推進、介護医療院の創設、共生型サービス創設、有料老人ホーム事業停止命令創設等、負担割合に3割導入、介護納付金への総報酬割の導入等	
第7期	平成30 (2018)年	4月	◆改正法(④)の施行 ◆介護報酬改定	
第8期	令和2 (2020)年	6月	地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(⑤)	
	令和3 (2021)年	4月	◆改正法(⑤)の施行 ◆介護報酬改定	
		8月 施行	◆介護サービス利用の1ヶ月あたり自己負担限度額のうち、「現役並み所得」の層を3区分へ改正。 (高額介護サービス費関連) ◆補足給付の所得区分の「第3段階」を2区分に分割し、そのうちの高い区分については自己負担額を引き上げ。さらに、預貯金勘案の基準を見直し。 (負担限度額認定関連)	



3 計画の位置づけと期間

3-1 これまでの計画の策定状況

平成12年4月 介護保険制度創設

平成12～平成14年度 喜茂別町老人保健福祉計画・介護保険事業計画（1期）

平成15～平成17年度 喜茂別町老人保健福祉計画・介護保険事業計画（2期）

平成18～平成20年度 喜茂別町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（3期）

平成20年3月 「老人保険法」及び「老人保健制度」廃止

平成20年4月 ・「老人保健法」を「高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）」に改称

・後期高齢者医療制度創設

平成21年4月 介護保険の保険者が「後志広域連合」へ移管

介護保険事業計画は「後志広域連合」が作成

（→後志広域連合介護保険事業計画）

平成21～平成23年度 喜茂別町高齢者保健福祉計画（4期）

平成24～平成26年度 喜茂別町高齢者保健福祉計画（5期）

平成27～平成29年度 喜茂別町高齢者保健福祉計画（6期）

平成30～令和2年度 喜茂別町高齢者保健福祉計画（7期）

※後志広域連合介護保険事業計画に基づき喜茂別町高齢者保健福祉計画を策定

3-2 法的根拠

本計画は、「老人福祉法」に基づき策定されるものであり、「第6次喜茂別町総合計画」で示された基本方針や他の関連する計画との整合性を図りつつ、「後志広域連合介護保険事業計画」の内容と一体的に策定するものです。

計画名	法的根拠	概要
(1) 市町村高齢者保健福祉計画	老人福祉法 第20条の8	市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画を定めるものとする。
(2) 市町村介護保険事業計画 (※後志広域連合策定)	介護保険法 第117条	市町村は、基本方針に即して、3年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。



5 第8期計画の基本指針について

地域共生社会の実現を目指すため、令和3年（2021年）4月1日から社会福祉法・介護保険法・老人福祉法等の一部改正がなされます。これを踏まえ、第8期計画において一層の充実が求められる事項は以下のとおりです。

（1）「2025年・2040年」を見据えたサービスの基盤、人的基盤の整備

いわゆる「団塊の世代」が75歳以上（後期高齢者）となる令和7年（2025年）、さらには、いわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上（前期高齢者）となる令和22年（2040年）の高齢化の状況及び介護需要を予測し、第8期計画で具体的な取り組み内容や目標を計画に位置付けることが必要となっています。

なお、サービスの基盤整備を検討する際には、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性を図る必要があります。

（2）地域共生社会の実現

「地域共生社会」とは、社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、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繋がることで、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を目指すものです。この理念や考え方を踏まえた包括的な支援体制の整備や具体的な取り組みが重要となります。

（3）介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防・健康づくりの取り組みを強化して健康寿命の延伸を図ることが求められます。

（4）有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

高齢者が住み慣れた地域において暮らし続けるための取り組みとして、「自宅」と「介護施設」の中間に位置するような住宅も増えており、また、生活面で困難を抱える高齢者が多いことから、住まいと生活支援を一体的に提供する取り組みも進められています。こうした状況を踏まえ、有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の質を確保するとともに、適切にサービス基盤整備を進めることが必要です。

（5）認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

「認知症施策推進大綱」を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごすことができる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進していく必要があります。



(6) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化

現状の介護人材不足に加え、令和7年（2025年）以降は現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保が大きな課題となります。このため、第8期計画に介護人材の確保について取組み方針等を記載し、計画的に進めるとともに、都道府県と市町村が連携しながら進める必要があります。

(7) 災害や感染症対策に係る体制整備

近年の甚大災害の発生や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えを行うことが重要です。

※資料：全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和2年8月7日）

【国が示した第8期計画で記載すべき事項（案）】 ※令和2年7月27日付

- ① 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
2025・2040年を見据え、推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえる
- ② 地域共生社会の実現
地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載
- ③ 介護予防・健康づくり施策の充実・推進
 - 一般介護予防事業の「PDCA サイクルに沿った推進」、「専門職の関与」「他の事業との連携」について記載
 - 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載
 - 自立支援、介護予防・重度化防止に向け、就労的活動等について記載
 - 総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
 - 保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載
 - 在宅医療・介護連携に関し、看取りや認知症への対応強化等を踏まえる
 - 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標について、国で示す指標を参考に記載
 - PDCA サイクルに沿った推進にあたり、データの利活用、そのための環境整備について記載
- ④ 有料老人ホームとサ高住に係る道・市町村間の情報連携の強化
 - 住宅型有料老人ホーム及びサ高住の設置状況を記載
 - 整備に当たっては、有料老人ホーム及びサ高住の設置状況を踏まえ策定
- ⑤ 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進
 - 「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について5つの柱に基づき記載。
 - 教育等他の分野との連携に関する事項について記載
- ⑥ 地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保及び業務の効率化の取組の強化
 - 介護職員、専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
 - 介護現場革新の具体的な方策を記載（ロボット・ICT活用、業務改善など）
 - 担い手確保に関する取組例として有償ボランティア等について記載
 - 要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
 - 文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載
- ⑦ 災害や感染症対策に係る体制整備
 - 近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載



【北海道が示した第8期で記載すべき事項（案）】 ※令和2年8月28日付

①市町村は、老人福祉法及び国が作成した「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」に示された基本的事項、基本的記載事項及び任意記載事項に留意しながら計画を策定する。また、国の指針で新たに追加された次の事項については、十分な検討を行うよう努めること。

1 市町村計画の基本的記載事項

(1) 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込

サービスの量の見込を定める際には、サービス利用に伴う地域間の移動や、住民が必要とするサービスの在り方も含めた地域特性や道の高齢者保健福祉圏域内の広域調整の状況を勘案すること。

2 市町村計画の任意記載事項

(1) 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、市町村は介護予防を進めるに当たり、国民健康保険担当部局や後期高齢者医療広域連合等と連携して高齢者保健事業と一体的に実施するよう努めること。

(2) 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項

市町村は、2025年及び2040年を見据えて、第8期に必要なサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるとともに、それらを基にサービスを提供するために必要となる介護人材の数等を推計すること。

また、サービスごと、職種ごとの人手不足等の状況も踏まえ、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保・育成を行うことで、介護現場全体の人手不足対策を進めるため、国や道と連携し、処遇改善、新規参入や多様な人材の活用促進、介護の仕事の魅力向上、職場環境改善等のための方策を定めること。

(3) 認知症施策の推進

市町村は、認知症施策推進大綱に基づき、認知症の人ができる限り地域のよりよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、認知症施策に取り組むため、市町村介護保険事業計画に、認知症の人を地域で支えるために必要な早期診断等を行う医療機関、介護サービス、見守り等の生活支援サービス等の状況を示すとともに、各年度における具体的な取組内容を定めること。

(4) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数を記載するよう努めること。

なお、このことは特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅を総量規制の対象とするものではないことに留意すること。



(5) 災害に対する備えの検討

介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等における食料等の物資の備蓄・調達状況の確認を行うこと。また、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的の確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促すこと。

(6) 感染症に対する備えの検討

介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染症拡大防止の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行う。

また、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的の確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等を図ること。

さらに、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制を整備すること。

6 「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）」の実施に向けた取組み

SDGsとは、2015年9月の国連サミットで採択された2030年を期限とする、先進国を含む国際社会全体の開発目標で、持続可能な世界を実現するための17の目標と169のターゲットで構成され、「地球上の誰一人として取り残さない」ことを誓っています。わが国においては、政府にSDGs推進本部が設置され、平成29年12月に閣議決定された「まち・ひと・しごと創生総合戦略2017改訂版」において「SDGsの推進は、地方創生に資するものであり、その達成に向けた取組みを推進していくことが重要」とされています。



(資料：内閣府 地方創生推進室 HP <http://future-city.jp/SDGs/>)



(参考：SDGs の 17 の目標と自治体行政の関係)

国は、SDGs の 17 の目標やターゲットに示される多様な項目の追及が、日本の各地域における諸課題の解決に貢献し、地方創生を推進するものであるとしています。

しかし、SDGs の目標やターゲット及びそれらの進捗管理のための指標の中には、グローバルで国家として取り組むべきものなどが多く含まれていることから、これらの中から取捨選択し、各地域の実情にあわせて落とし込む作業が必要です。

なお、それぞれの目標に対し、自治体行政が果たし得る役割を、国際的な地方自治体の連合組織である UCLG(United Cities & Local Governments)が示しており、また、一般財団法人建築環境・省エネルギー機構が発行する「私たちのまちにとっての SDGs (持続可能な開発目標) - 導入のためのガイドライン -」では保健・福祉分野について、下記のように整理しているため、本計画でも、SDGs 17 のうち、「3 すべての人に健康と福祉を」という目標を踏まえます。

	保健	【目標 3】 あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する。	住民の健康維持は自治体の保健福祉行政の根幹です。国民皆保険制度の運営も住民の健康維持に貢献しています。 都市環境を良好に保つことが住民の健康状態の維持・改善に必要であるという研究も報告されています。
--	----	---	--



7 高齢者を取り巻く現状と課題

高齢者の現状

《人口構成の推移》

本町の人口は減少の一途であり、1～2年後には人口2,000人を下回ることが予想されます。高齢者人口も減少傾向ではあるものの、全人口の減少に伴い、高齢化率は上昇傾向です。つまり、65歳以上の高齢者人口の減少幅に比較して、若年層を含めた64歳以下の現役世代の減少幅が非常に大きいことが予想されます。このことから、本町における社会保障費の減少は大きく見込まれないと考えられる一方、税収の大幅減少が想定され、人口減少対策が喫緊の課題となっています。

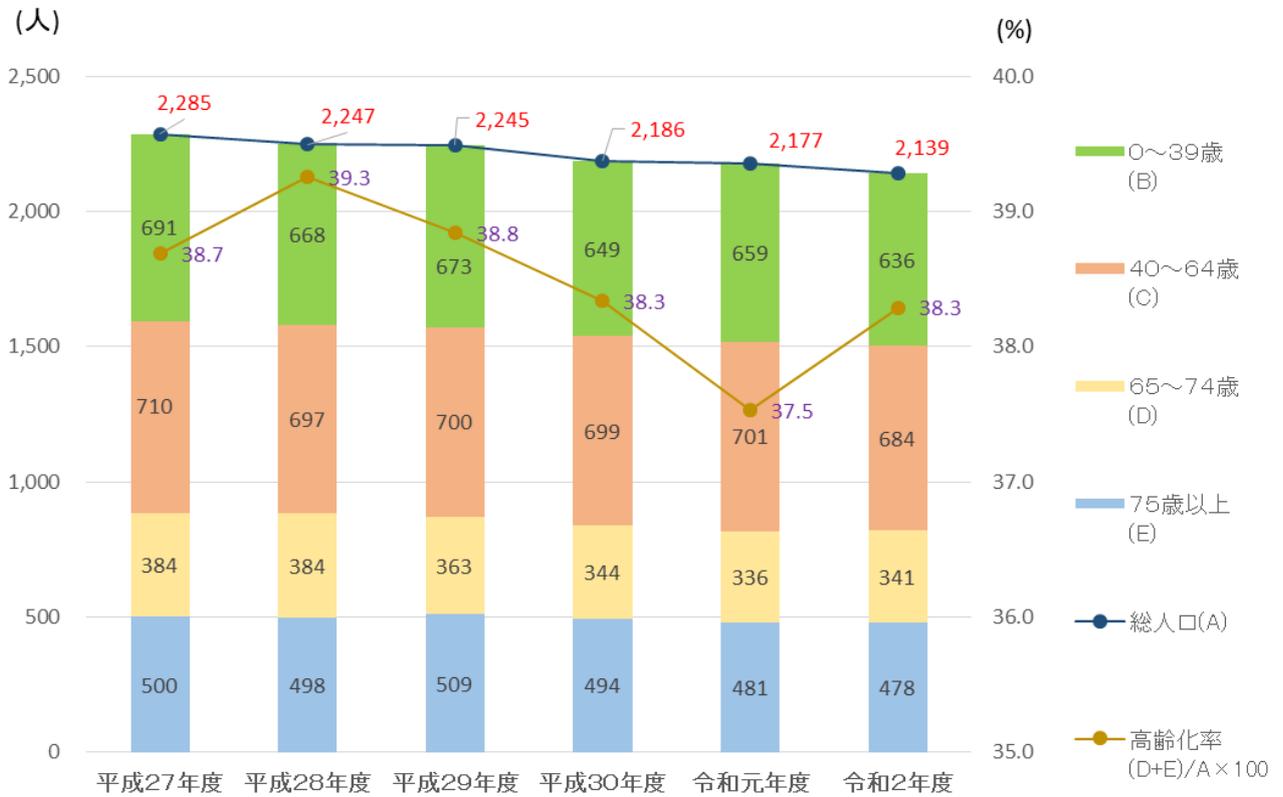
「団塊の世代」が全て後期高齢者に到達する令和7年（2025年）、「団塊ジュニア世代」が65歳以上に到達する令和22年（2040年）に向けて、人口や高齢者人口の推移に注視が必要です。

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和7年度	令和22年度
総人口 (A)	2,285	2,247	2,245	2,186	2,177	2,139	1,834	1,288
0～39歳 (B)	691	668	673	649	659	636	443	281
40～64歳 (C)	710	697	700	699	701	684	647	410
65～74歳 (D)	384	384	363	344	336	341	263	224
75歳以上 (E)	500	498	509	494	481	478	481	373
高齢化率 (D+E)/A × 100	21.9	22.2	22.7	22.6	22.1	22.3	26.2	29.0
高 齢 化 率	38.7	39.3	38.8	38.3	37.5	38.3	40.6	46.4

【単位】 A・B・C・D・E：（人） 高齢化率：（％）



人口構成等の推移(平成27年度～令和2年度)



※1 人口（平成27年度～令和元年度）：住民基本台帳（各年度3月末）

※2 人口（令和2年度）：住民基本台帳（令和2年9月末）

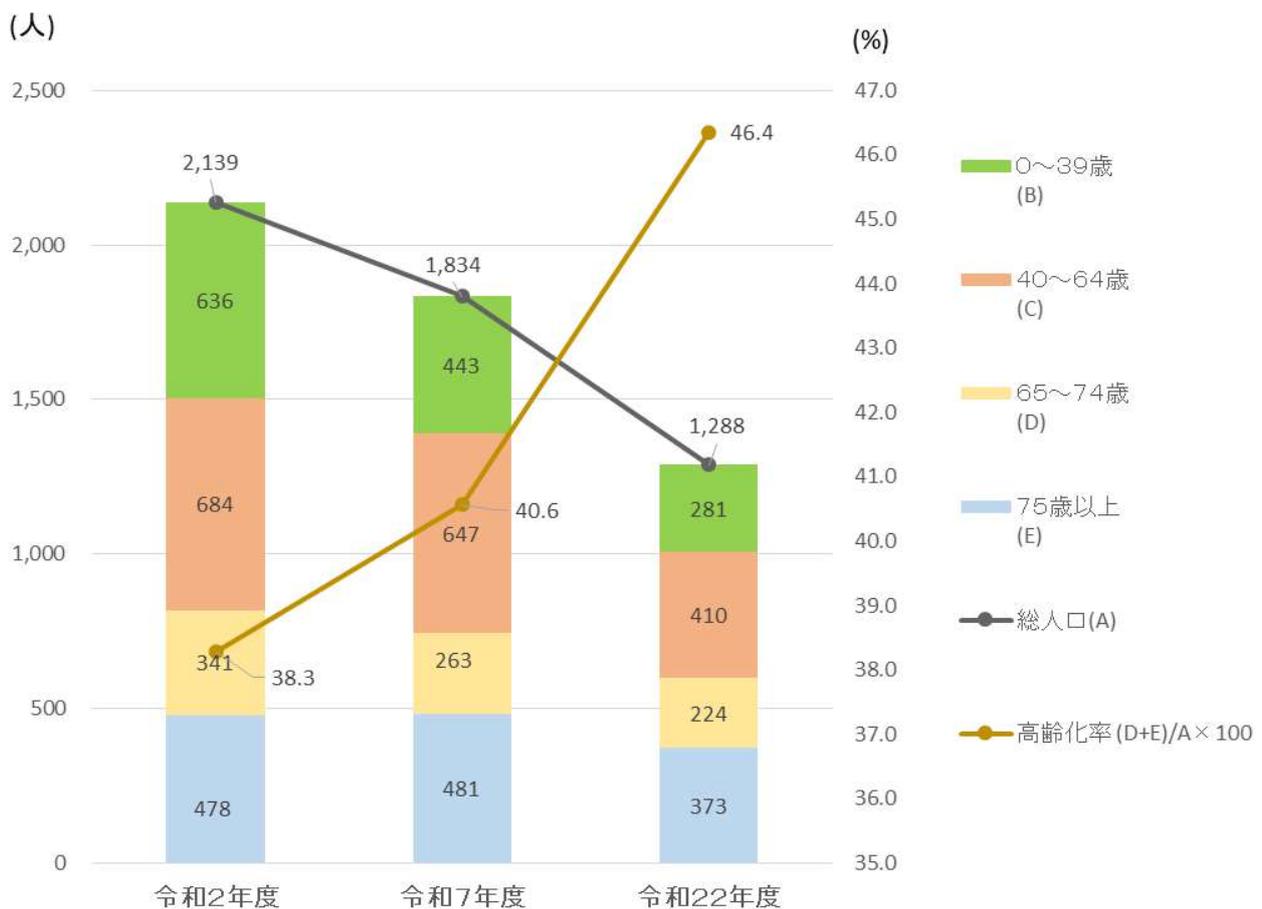


《今後の人口構成等の推移予測》

区分	令和2年度	令和7年度	令和22年度
総人口 (A)	2,139	1,834	1,288
0～39歳 (B)	636	443	281
	29.7	24.2	21.8
40～64歳 (C)	684	647	410
	32.0	35.3	31.8
65～74歳 (D)	341	263	224
	15.9	14.3	17.4
75歳以上 (E)	478	481	373
	22.3	26.2	29.0
高齢化率 (D+E)/A × 100	38.3	40.6	46.4

【単位】 A・B・C・D・E：（人） 高齢化率：（％）

今後の人口構成等の推移(令和2,令和7,令和22年度)



※1 人口（令和2年度）：住民基本台帳（令和2年9月末）

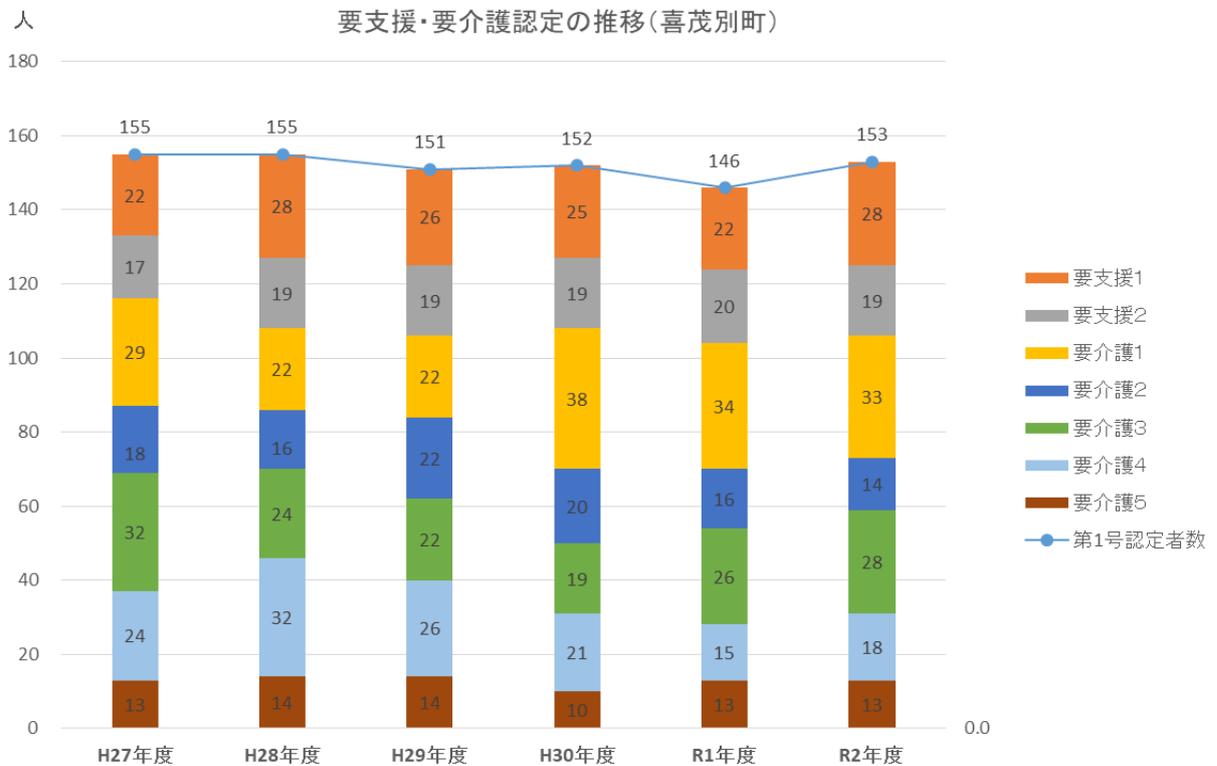
※2 人口（令和7・22年度）：国立社会保障・人口問題研究所調べ



《要介護等認定者（第1号被保険者）数と認定率の推移》

本町の要介護認定者数（第1号被保険者）は、概ね150人前後で推移しています。

区分	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	R2年度
第1号認定者数	155	155	151	152	146	153
要支援1	22	28	26	25	22	28
要支援2	17	19	19	19	20	19
要介護1	29	22	22	38	34	33
要介護2	18	16	22	20	16	14
要介護3	32	24	22	19	26	28
要介護4	24	32	26	21	15	18
要介護5	13	14	14	10	13	13



※ 要支援・要介護認定者数：

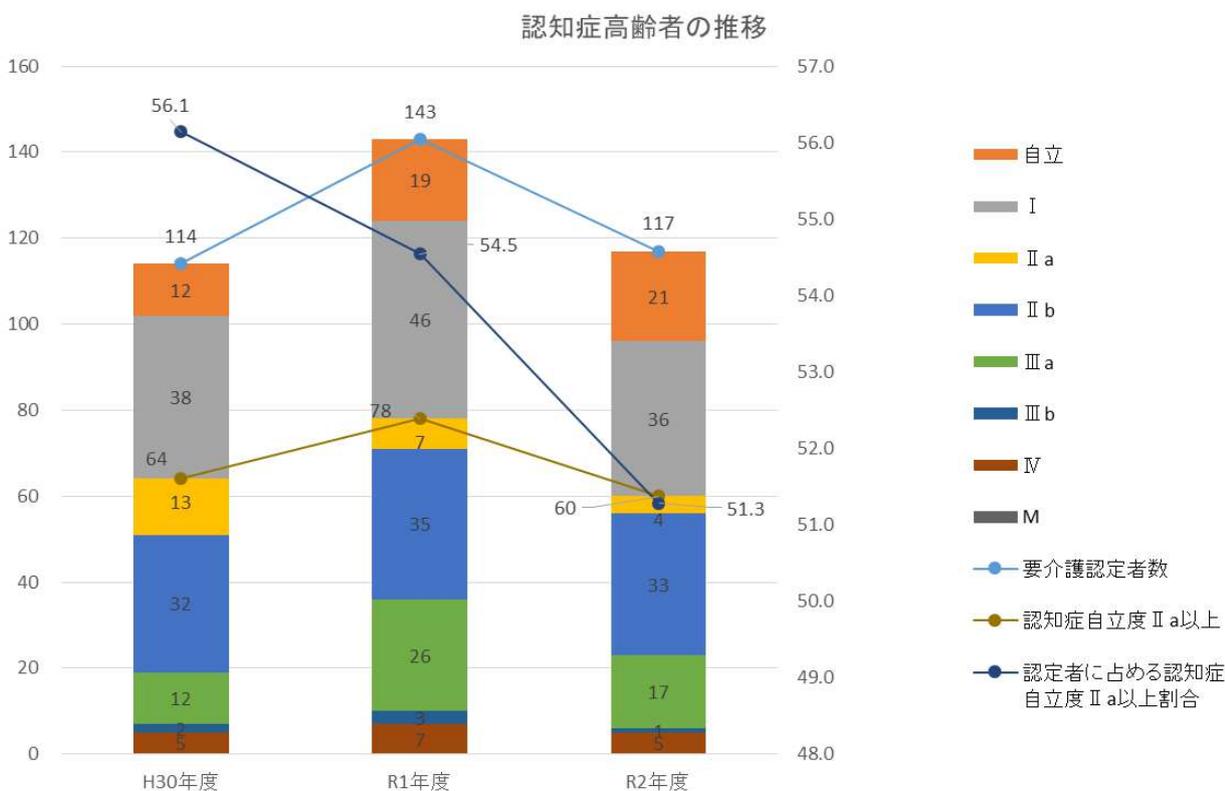
- 平成27年度～令和元年度 介護保険事業状況報告（各年度3月末）
- 令和2年度 介護保険事業状況報告（令和2年9月末）



《認知症高齢者の推移》

平成30年度から令和2年度において、要介護認定者数に多少の差があることから、認知症高齢者数も上下変動をしています。しかし、要介護認定者数に占める認知症高齢者の割合は減少傾向ですが、約50～60%の間を推移しており、今後もますます認知症施策が求められます。

	H30年度	R1年度	R2年度
要介護認定者数	114	143	117
自立	12	19	21
I	38	46	36
II a	13	7	4
II b	32	35	33
III a	12	26	17
III b	2	3	1
IV	5	7	5
M	0	0	0
認知症自立度II a以上	64	78	60
認定者に占める認知症自立度II a以上割合	56.1	54.5	51.3



※1 認知症高齢者の日常生活自立度は、要介護認定調査に基づきます。

※2 平成30年度～令和2年度（各年度3月末）



《医療・介護に関するデータ》

本町の要介護認定率は16.90%で、平均より3.3ポイント低く、後志広域連合の中でも3番目に低い状況です。平均自立期間は、男女とも平均を大きく上回っており、いずれも同連合内で最も長くなっています。

居宅1人当たりの介護給付費は、3,606円と平均よりも8,000円程度低く、同連合内でも3番目に低い状況であるものの、施設1人当たりの介護給付費は15,767円で平均よりも約1,000円高くなっています。総じて、全体の1人当たり介護給付費については、施設1人当たりの介護給付費が高いこと、相対的に施設利用者数が多いことなどから、123,465円と平均よりも約40,000円高く、非常に高い水準となっています。

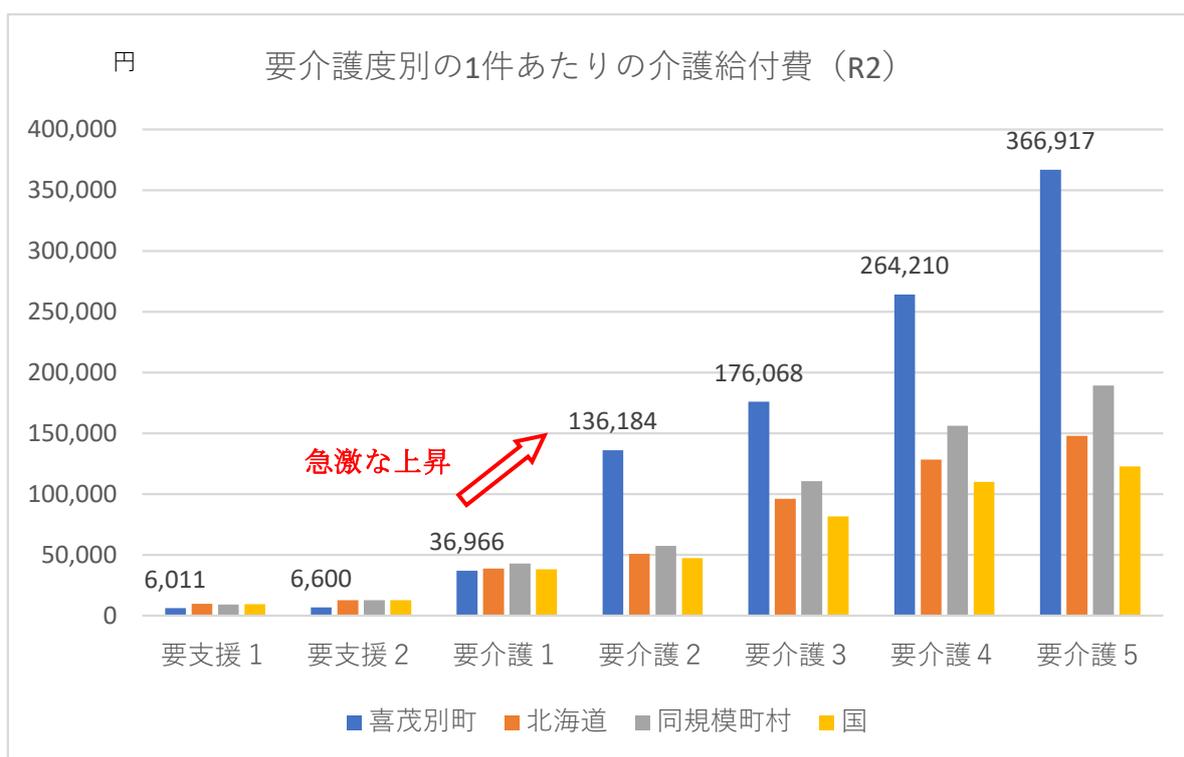
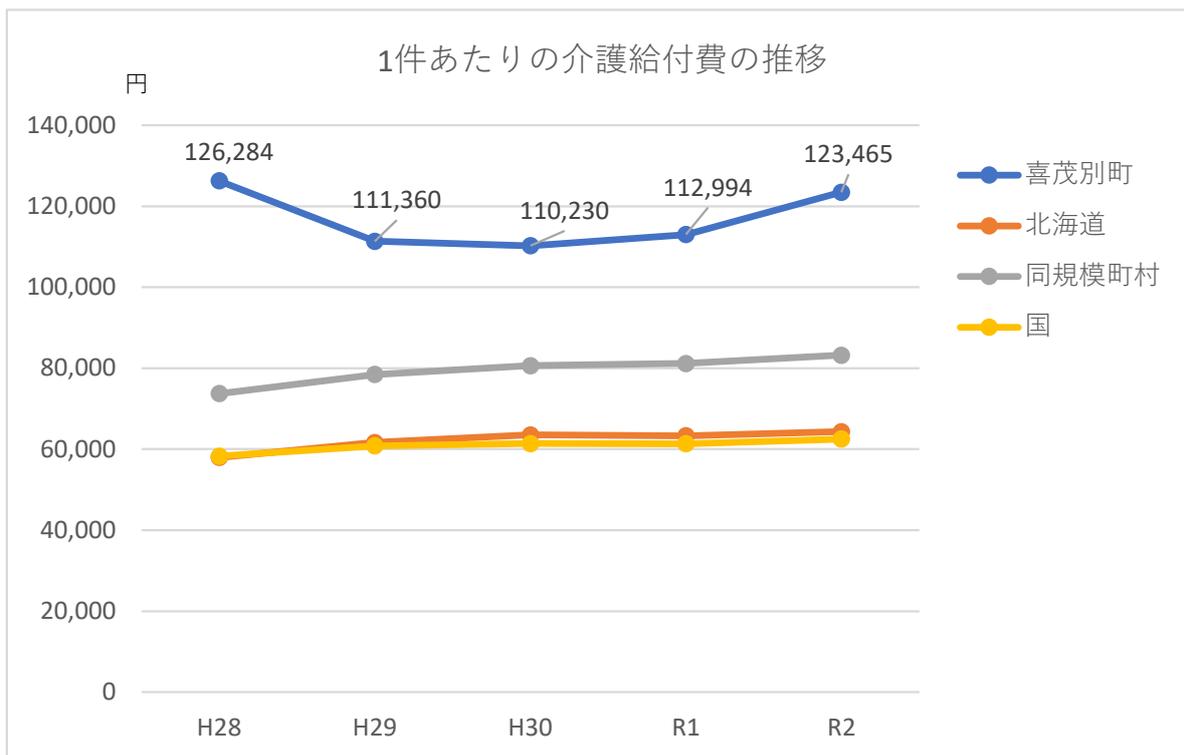
本町における平均自立期間が男女ともに同連合内で最も長いことから、介護予防等の取組みによる一定の成果は得られていると考えられますが、要介護者の重度化等を要因として、1人当たり介護給付費が非常に高くなっています。また、要介護度別の介護給付費は、要介護2から急激に上昇していることから、介護給付費の削減の観点からも、いかに要介護1を維持できるようにするか、また、要支援へと改善できるかが重要であり、すなわち、居宅サービス基盤の整備が課題になります。医療と介護の連携の質を高め、高齢者の医療・介護等に関する情報をコネクタさせ、早期にかつ適切にサービスに繋げることにより、要介護リスクの低減を図ることが重要です。

後志広域連合関係町村名	島牧村	黒松内町	蘭越町	ニセコ町	真狩村	留寿都村	喜茂別町	京極町	
要介護認定率(%)	26.20	19.10	21.50	22.60	25.10	17.70	16.90	15.30	
平均自立期間(歳)									
	男性	79.5	77.9	82.7	80.1	77.3	79.9	84.3	78.9
	女性	80.9	81.6	84.1	85.3	87.4	85.9	87.9	85.2
1件当たりの介護給付費(円)	119,443	80,373	109,295	94,817	64,186	104,346	123,465	88,130	
居宅1人当たり介護給付費(円)	11,947	8,136	5,564	7,627	9,828	4,915	3,606	4,632	
施設1人当たり介護給付費(円)	16,655	16,562	18,574	17,382	14,848	21,319	15,767	14,567	

後志広域連合関係町村名	倶知安町	共和町	泊村	神恵内村	積丹町	古平町	仁木町	赤井川村	
要介護認定率(%)	19.90	23.10	20.10	14.00	24.90	24.70	19.90	20.80	
平均自立期間(歳)									
	男性	79.3	80.3	82.4	80.3	73.0	76.7	75.6	77.3
	女性	84.6	83.8	84.2	84.8	86.2	79.7	81.9	84.2
1件当たりの介護給付費(円)	92,467	96,634	86,709	90,063	102,154	78,207	80,957	88,902	
居宅1人当たり介護給付費(円)	8,086	8,713	2,889	3,737	9,325	11,228	12,405	14,544	
施設1人当たり介護給付費(円)	13,403	19,054	14,695	13,600	20,277	13,801	9,867	9,679	

※1 第8期後志広域連合介護保健事業計画に係る資料「KDBの利活用による地域支援事業等の推進に向けて～介護保険事業計画の推進に向けた目標設定とその評価の重要性～」(令和3年3月発行 (株)北海道二十一世紀総合研究所作成)より一部改変抜粋

※2 1件当たりの介護給付費(令和2年度)以外は、すべて令和元年度の実績



※ 第8期後志広域連合介護保健事業計画に係る資料「KDBの利活用による地域支援事業等の推進に向けて～介護保険事業計画の推進に向けた目標設定とその評価の重要性～」(令和3年3月発行 (株)北海道二十一世紀総合研究所作成)より抜粋



8 住民意向の把握

8-1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(1) 調査概要

1) 調査主体

後志広域連合

2) 調査の目的

本調査は、身体機能低下、閉じこもり、認知症等の要介護度の悪化に繋がるリスク要因、高齢者の生活状況や社会参加状況などを把握するとともに、後志広域連合関係町村（以下、「関係16町村」という。）における介護予防・日常生活支援事業への活用などを主な目的としています。

3) 調査対象者

令和2年1月末時点で、関係16町村の介護保険被保険者のうち、要介護（要支援）認定を受けていない高齢者を対象としました。

4) 調査実施時期

令和2年5月8日～令和2年5月29日

5) 調査の方法

調査票は郵送により発送・回収しました。回収結果は以下のとおりです。

ニーズ調査の結果（関係16町村分）

	件数（人）	回収率（％）
発送数	14,506	—
回収数	9,932	68.5
有効	9,862	68.0
無効	70	—

(2) 喜茂別町のアンケート記入者数（有効回答のみ）

462人



(3) 喜茂別町の回答者の属性（性別・年齢構成）

回答者の年齢及び性別構成は、前期高齢者が46.5%（男性21.4%/女性25.1%）、一方、後期高齢者が53.5%（男性23.2%/女性30.3%）であり、後期高齢者が前期高齢者を、女性が男性をそれぞれ上回っています。

	前期高齢者（65－74歳）		後期高齢者（75歳－）		合計
	男性	女性	男性	女性	
人数（人）	99	116	107	140	462
率（%）	21.4	25.1	23.2	30.3	100



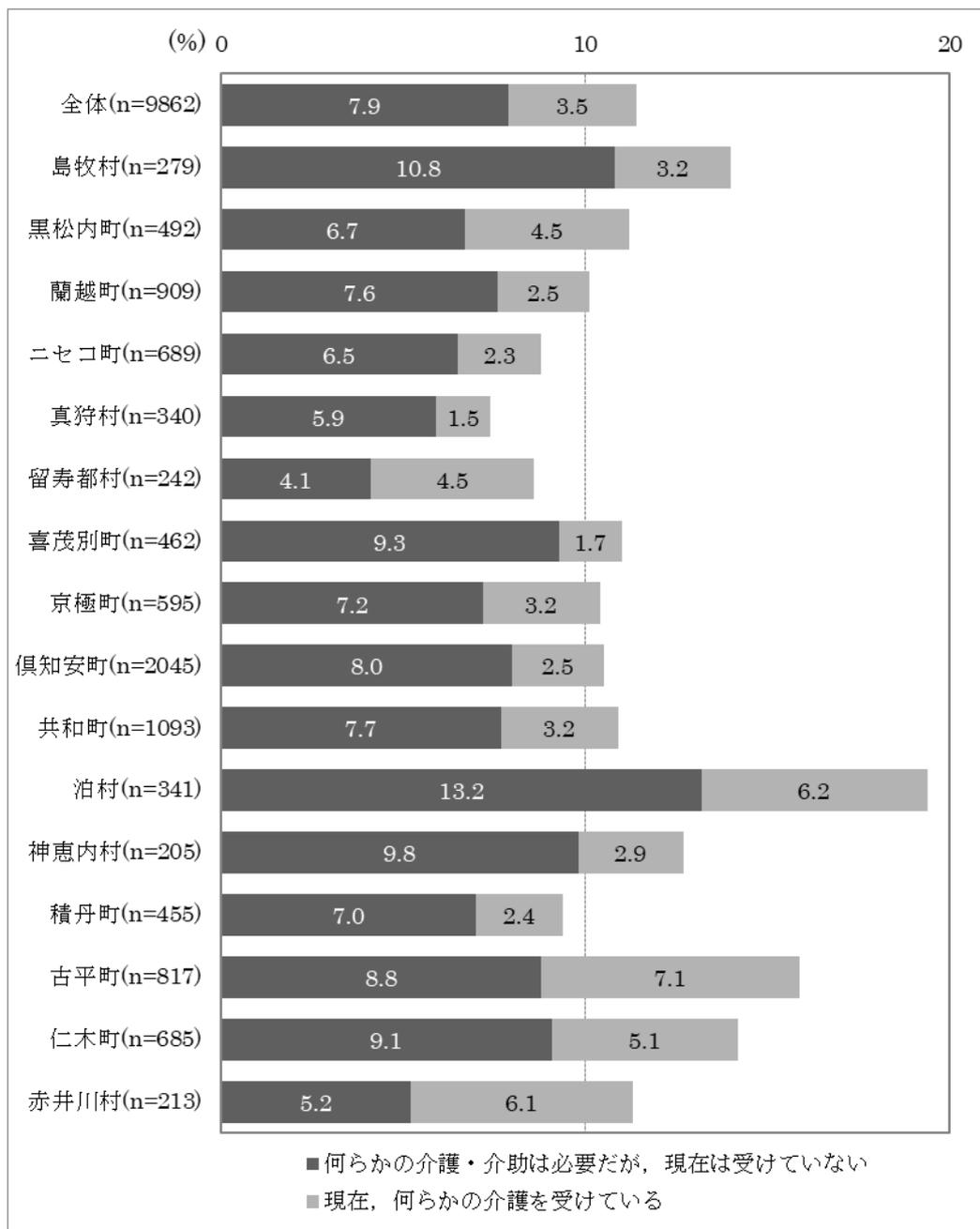
(4) 調査結果の概要

※第8期後志広域連合介護保険事業計画より一部改編抜粋

(1) 介護・介助の必要性和地域活動への参加意向

ア 介護・介助の必要性

介護・介助の必要性がある人（「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」の合算）は、広域連合全体では 11.4%となっており、町村別にみると泊村（19.4%）、古平町（15.9%）、仁木町（14.2%）、島牧村（14.0%）が多くなっています。また、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」という人が 1割程度いる町村もあり、潜在的な需要が見受けられ、今後、高齢化により、このような人たちの介護サービス等の利用が増加することが推測されます。





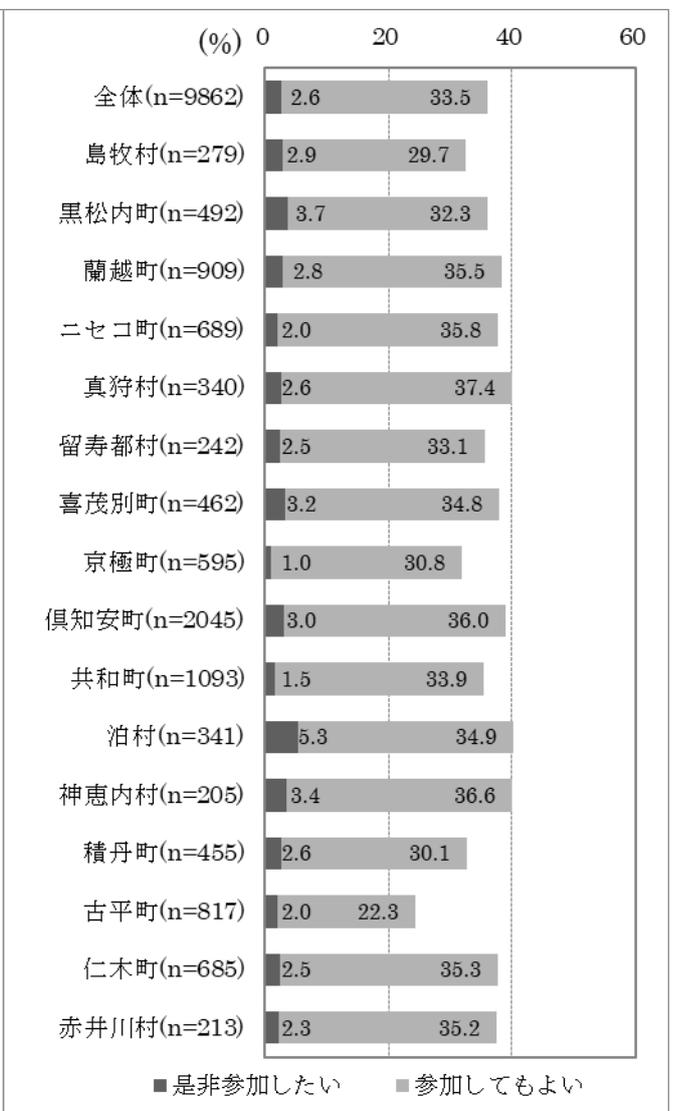
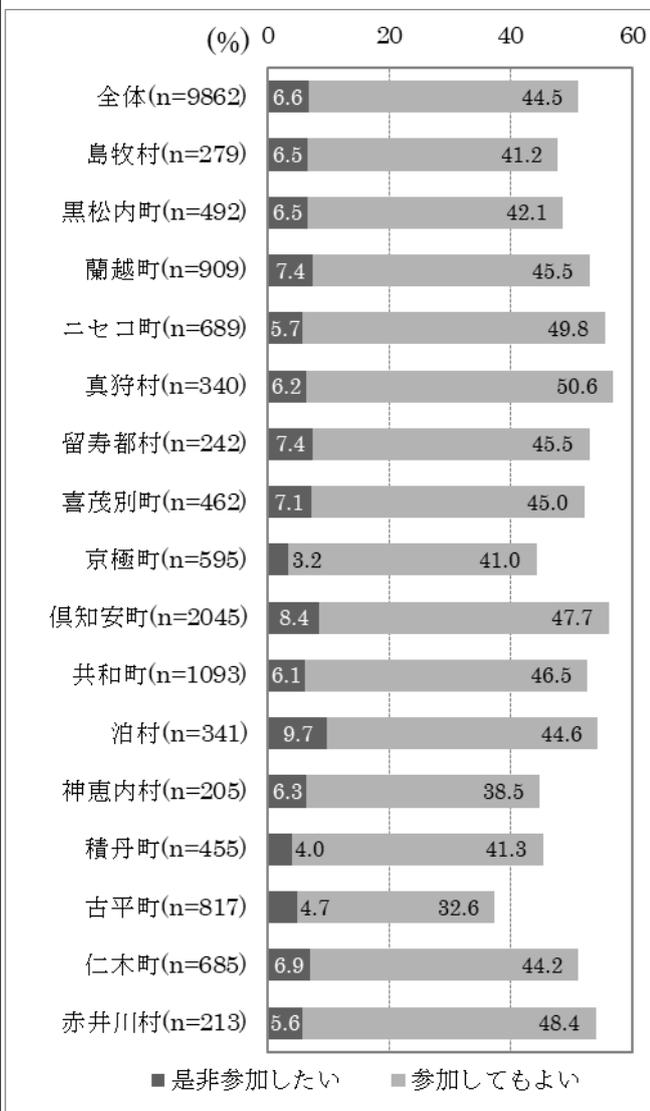
イ 地域活動への参加意向

いきいきした地域づくり活動に参加者として参加してみたいかをたずねたところ、広域連合全体では「是非参加したい」が6.6%、「参加してもよい」が44.5%となっており、半数以上が地域づくり活動に参加者として参加したいと回答しています。また、各町村においても参加したいと回答している人が4~5割程度いることがわかります。

いきいきした地域づくり活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいかをたずねたところ、広域連合全体では「是非参加したい」が2.6%、「参加してもよい」が33.5%となっており、約4割が地域づくり活動の企画・運営（お世話役）として参加したいと回答しています。また、各町村においても参加したいと回答している人が3割前後いることがわかります。地域包括ケアに求められる「自助・互助」のためにも、今後は、上述したような高齢者を実際の地域活動に結びつける方法等についての検討が必要となります。

地域活動への参加者としての参加意向

地域活動への企画・運営としての参加意向





(2) 総合事業対象者について

ア 総合事業対象者の判定方法

本調査結果をもとに、各町村において総合事業対象者となりうる人がどの程度いるかについて判定しました。

【総合事業対象者の判定の手順】

「項目該当表」に示す選択肢のうち、網掛けを回答した場合、その項目に該当

該当する各項目番号をもとに「判定基準」に示すようなリスク判定をする

「判定基準」に示す①～⑦の1つ以上に該当する回答者を総合事業対象者とする
 ※判定基準①～⑤、⑦のいずれにも該当せず、⑥についても「物忘れが多いと感じますか」のみに該当する場合は、「認知機能低下」とはみなさないこととした

項目該当表

項目番号	内容	選択肢			
1	バスや電車を使って1人で外出していますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
2	自分で食品・日用品の買物をしていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
3	自分で預貯金の出し入れをしていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
8	15分位続けて歩いていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
9	過去1年間に転んだ経験がありますか	何度もある	1度ある	ない	
10	転倒に対する不安は大きいですか	とても不安である	やや不安である	あまり不安でない	不安でない
11	身長・体重	BMI ≤ 18.5 (※BMIが18.5以下の場合該当)			
12	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	ほとんど外出しない	週1回	週2～4回	週5回以上
17	物忘れが多いと感じますか	はい	いいえ		
18	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ		
19	今日は何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ		
20	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	はい	いいえ		
21	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	はい	いいえ		



判定基準

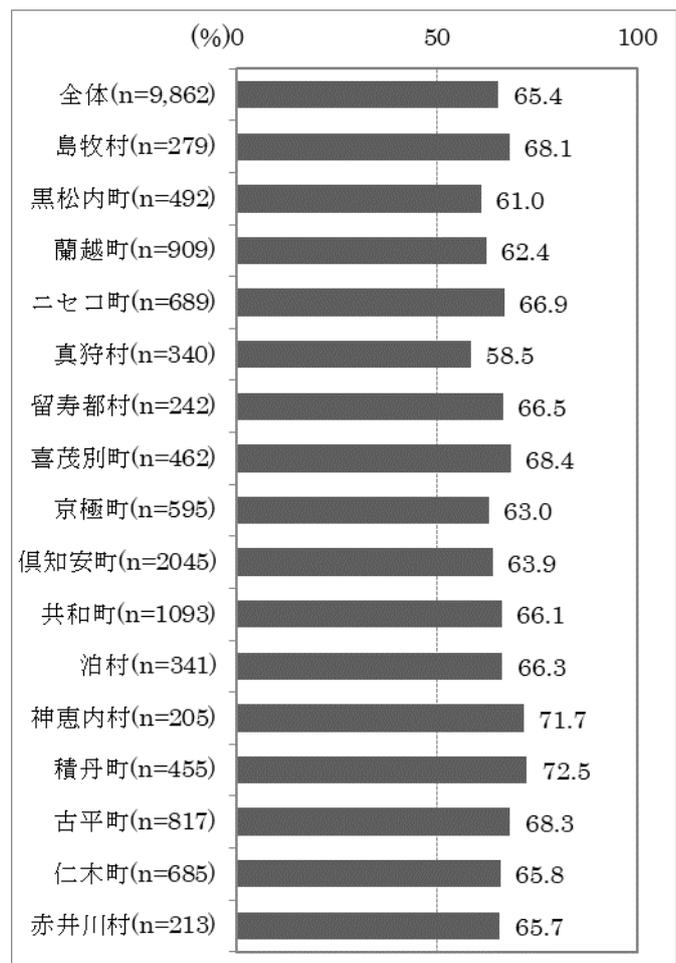
	内容	リスクの判定	総合事業対象者の判定
①	項目番号 1～19 までの 19 項目のうち 10 項目以上に該当	複数の項目に支障	①～⑦の 1 つ以上に該当する回答者を総合事業対象者。
②	項目番号 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動器機能の低下	
③	項目番号 11～12 の 2 項目すべてに該当	低栄養状態	
④	項目番号 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下	
⑤	項目番号 16 に該当	閉じこもり傾向	
⑥	項目番号 17～19 の 3 項目のうち 1 項目以上に該当	認知機能の低下	
⑦	項目番号 20～21 の 2 項目のうち 1 項目以上に該当	うつ傾向	

イ 総合事業対象者

前述の判定基準に基づく分析の結果、65.4%が総合事業に該当する結果となっています。

関係 16 町村別に見ると、「積丹町」が 72.5%と最も多く、次いで「神恵内村」が 71.7%と両町村が 7 割を超えています。最も少ない「真狩村」では 58.5%と 16 町村の中で唯一、6 割を下回っています。

個別のリスクの判定について、次頁以降に示します。





ウ 複数の項目に支障

「複数の項目に支障」に該当する割合についてみると、「神恵内村」が9.3%で最も多く、次いで「古平町」が7.1%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、8町村となっています。

エ 運動器機能の低下

「運動器機能の低下」に該当する割合についてみると、「神恵内村」が18.0%で最も多く、次いで「泊村」が15.5%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、8町村となっています。

オ 低栄養状態

「低栄養状態」に該当する割合についてみると、「俱知安町」と「赤井川村」が1.4%で最も多く、次いで「共和町」が1.2%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、5町村となっています。

カ 口腔機能の低下

「口腔機能の低下」に該当する割合についてみると、「神恵内村」が35.1%で最も多く、次いで「島牧村」が29.4%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、8町村となっています。

キ 閉じこもり傾向

「閉じこもり傾向」に該当する割合についてみると、「神恵内村」が16.6%で最も多く、次いで「島牧村」が16.5%、「積丹町」が16.3%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、8町村となっています。

ク 認知機能の低下

「認知機能の低下」に該当する割合についてみると、「神恵内村」が53.2%で最も多く、次いで「古平町」が51.7%、「積丹町」が51.2%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、10町村となっています。

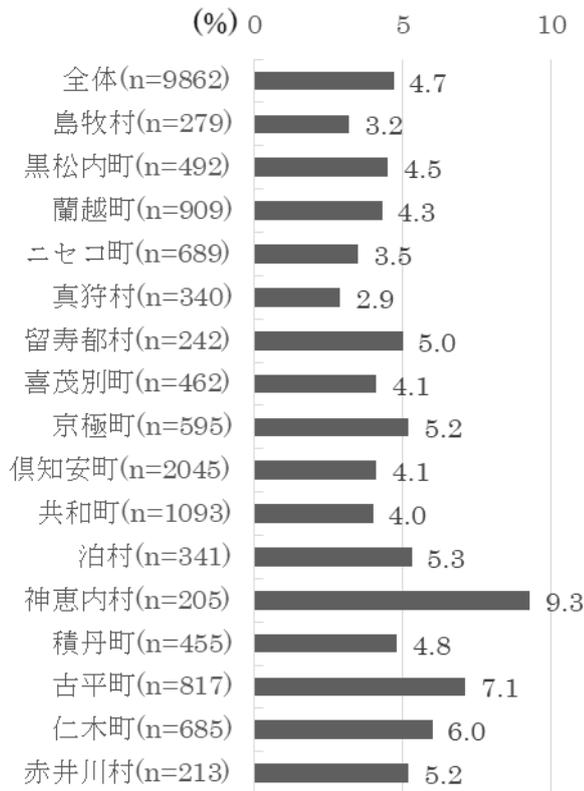
ケ うつ傾向

「うつ傾向」に該当する割合についてみると、「神恵内村」が43.9%で最も多く、次いで「積丹町」が42.6%となっています。

全体よりも割合が高い町村は、6町村となっています。



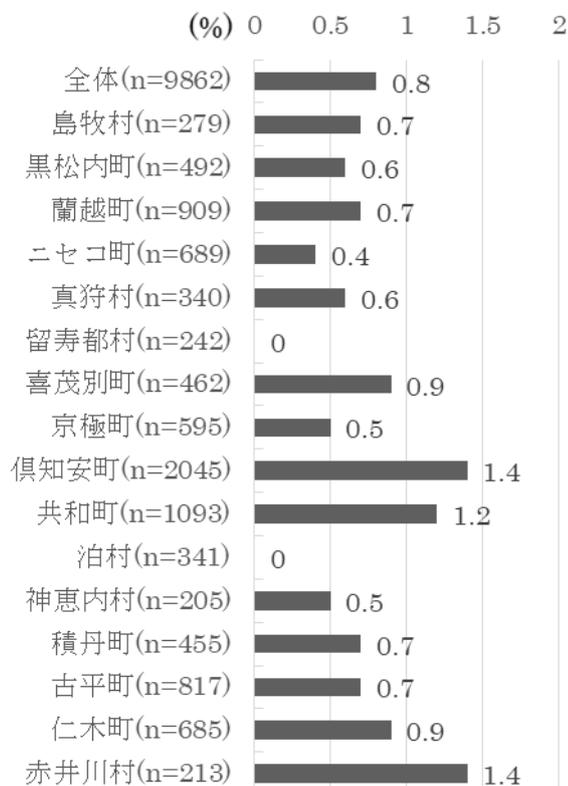
①複数の項目の支障



②運動器機能の低下



③低栄養状態



④口腔機能の低下





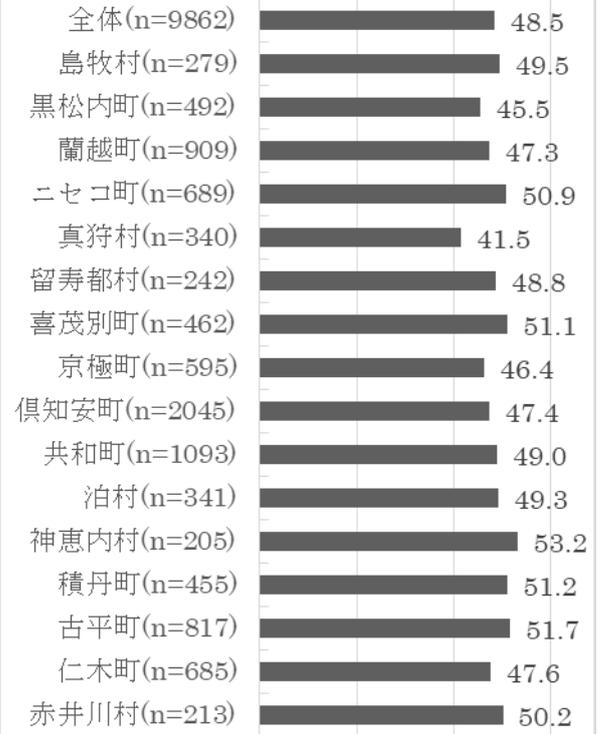
⑥閉じこもり傾向

(%) 0 10 20



⑧認知機能の低下

(%) 0 20 40 60



⑦うつ傾向

(%) 0 20 40 60





8-2 在宅介護実態調査

(1) 調査概要

1) 調査主体

後志広域連合

2) 調査の目的

本調査は、家族等が行っている介護状況、介護保険サービス以外の支援・サービス、住宅生活の継続に必要とされる支援・サービスなどを把握し、高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けた介護サービスのあり方を検討することなどを目的として実施しました。

3) 調査対象者

関係16町村の介護保険被保険者のうち、令和2年1月末までに要介護（要支援）認定を受けている高齢者を対象としました。

4) 調査実施時期

令和2年5月8日～令和2年5月29日

5) 調査の方法

調査票は郵送により発送・回収しました。回収結果は以下のとおりです。

ニーズ調査の結果（関係16町村分）

	件数（人）	回収率（％）
発送数	1,680	—
回収数	1,077	64.1
有効	1,049	62.4
無効	70	—



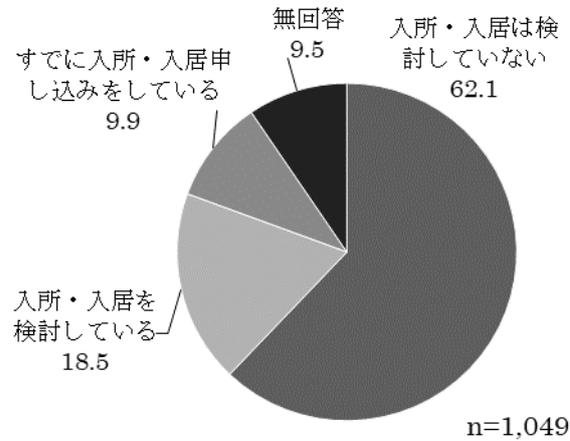
(2) 調査結果の概要

※第8期後志広域連合介護保険事業計画より一部改編抜粋

① 調査対象者本人について

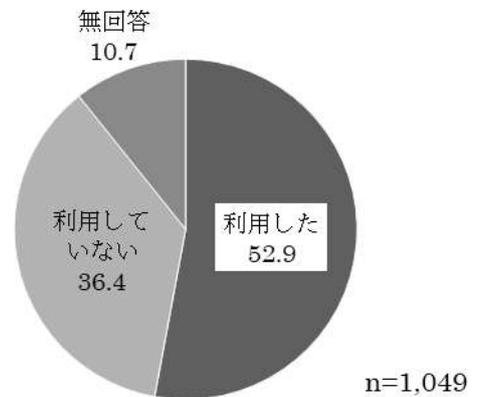
ア 施設等の入所検討状況

施設等への入所・入居の検討状況を見ると、「入所・入居は検討していない」が62.1%と最も多く、次いで「入所・入居を検討している」が18.5%、「すでに入所・入居申し込みをしている」が9.9%となっています。

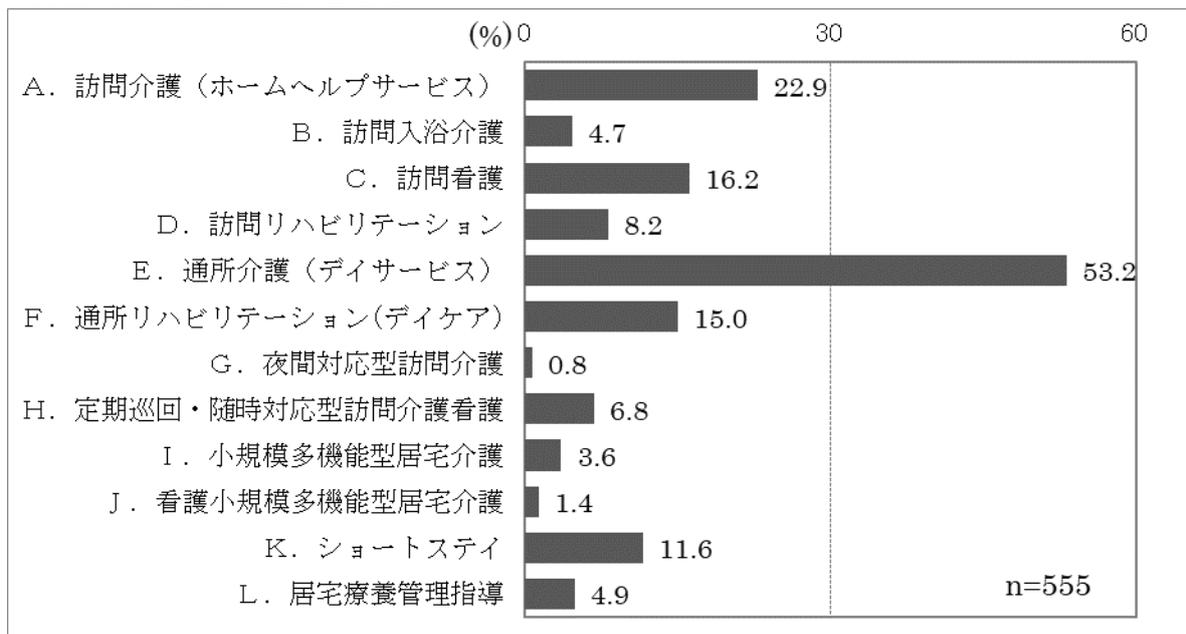


イ 介護保険サービスの利用状況

令和2年4月の1か月の間に、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用したかたずねたところ、「利用した」が52.9%、「利用していない」が36.4%となっています。



令和2年4月の1か月の間に、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用した方に1か月間の利用状況をたずねたところ、「利用した」(「週1回程度」～「週5回以上」の加算値、「月1～7回程度」～「月22回以上」の加算値、「月1回程度」～「月4回程度」の加算値)割合が高いサービスは、「通所介護」(53.2%)、「訪問介護」(22.9%)、「訪問看護」(16.2%)、「通所リハビリテーション(デイケア)」(15.0%)となっています。



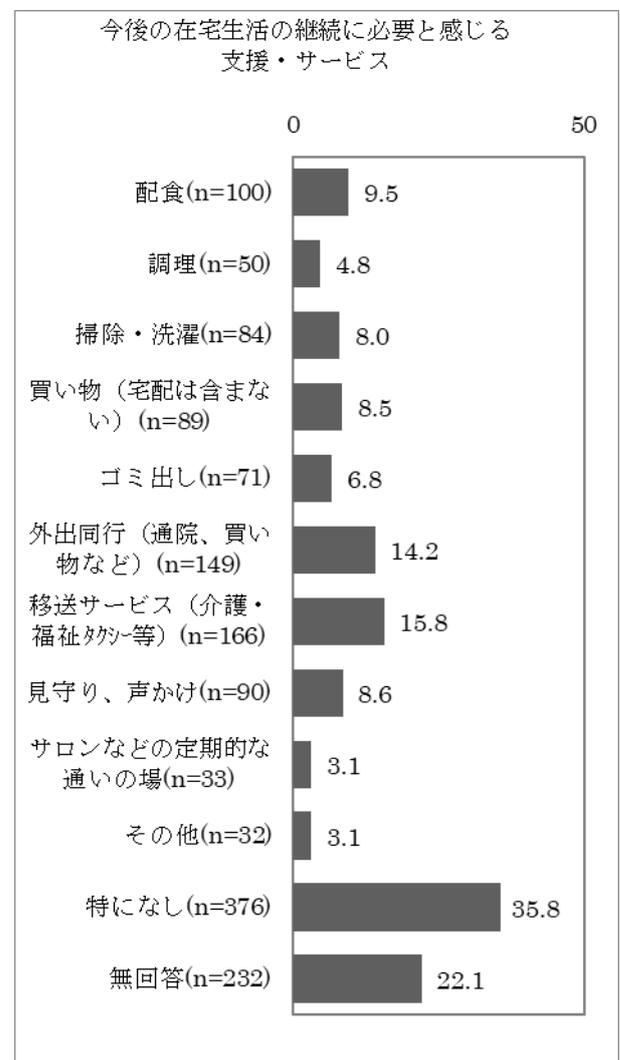
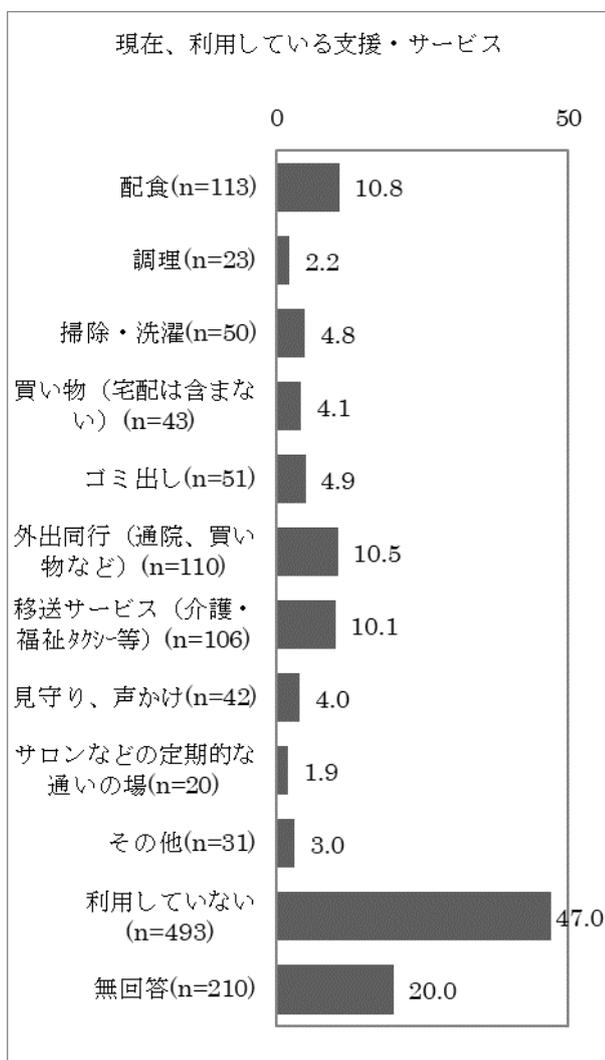


ウ 介護保険外サービスの利用状況

現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについてたずねたところ、「利用していない」が47.0%と最も多く、次いで「配食」が10.8%、「外出同行（通院、買い物など）」が10.5%、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が10.1%となっています。

エ 在宅生活継続に必要と感じる支援・サービス

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスをたずねたところ、「特になし」が35.8%と最も多く、次いで「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が15.8%、「外出同行（通院、買い物など）」が14.2%となっています。



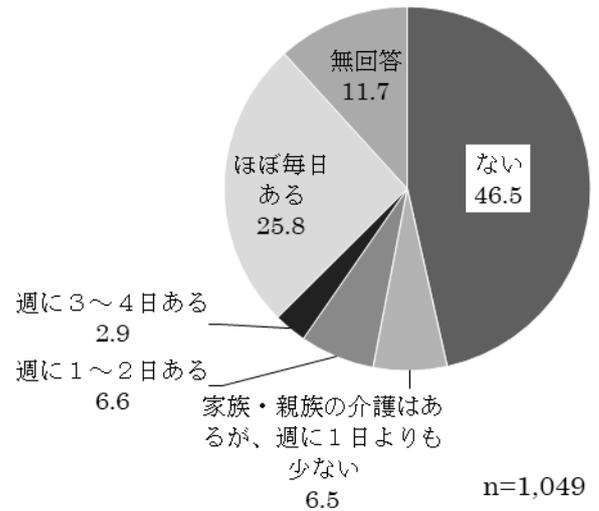
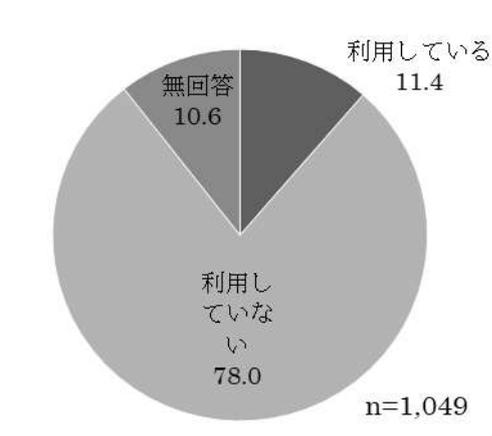


オ 訪問診療の利用状況

調査対象者の現在の訪問診療の利用状況をたずねたところ、「利用している」が 11.4%、「利用していない」が 78.0%となっています。

カ 家族や親族からの介護頻度

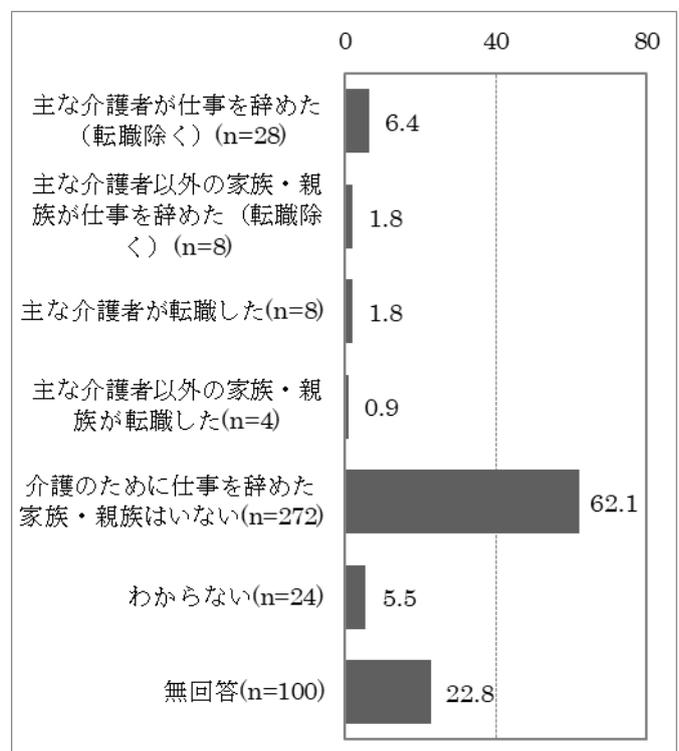
家族や親族からの介護が週にどのくらいあるかたずねたところ、「ない」が 46.5%と最も多く、次いで「ほぼ毎日ある」が 25.8%、「週に 1～2 日ある」が 6.6%、「家族・親族の介護はあるが、週に 1 日より少ない」が 6.5%となっています。



② 主な介護者のことについて

ア 介護を理由とした離職

家族や親族の中で、調査対象者の介護を主な理由として、過去 1 年の間に仕事を辞めた方がいるかたずねたところ、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が 62.1%となっています。一方で、主な介護者やそれ以外の家族・親族が仕事を辞めた・転職した方が約 1 割いることがわかります。

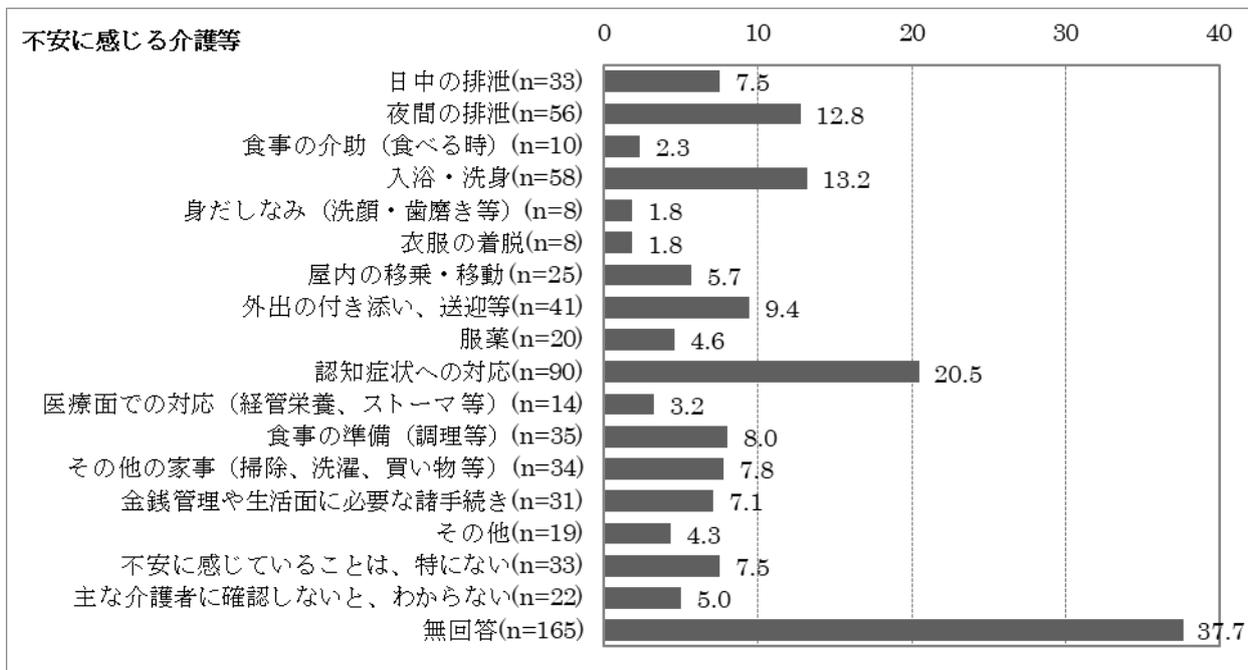
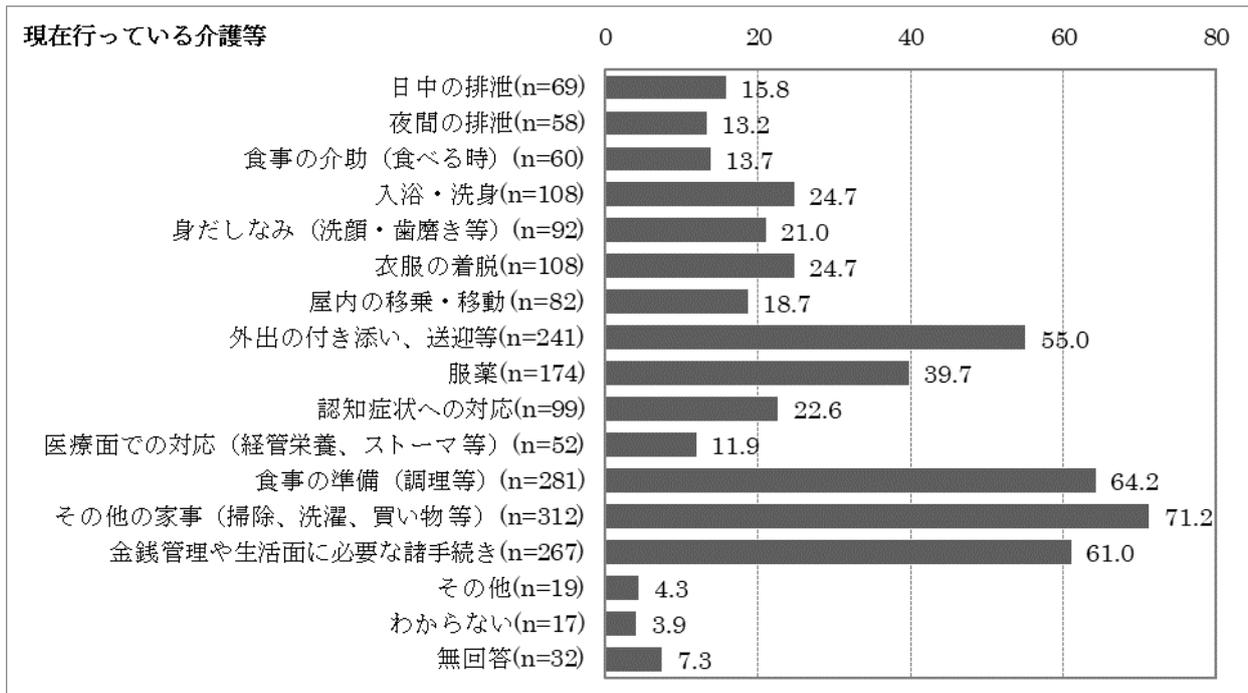




イ 主な介護者が行っている介護と生活継続にあたり不安を感じる介護

現在、主な介護者が行っている介護等をみると、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が71.2%と最も多く、次いで「食事の準備（調理等）」が64.2%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が61.0%、「外出の付き添い、送迎等」が55.0%となっています。

現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安を感じる介護等をみると、「認知症状への対応」が20.5%と最も多く、次いで「入浴・洗身」が13.2%、「夜間の排泄」が12.8%となっています。



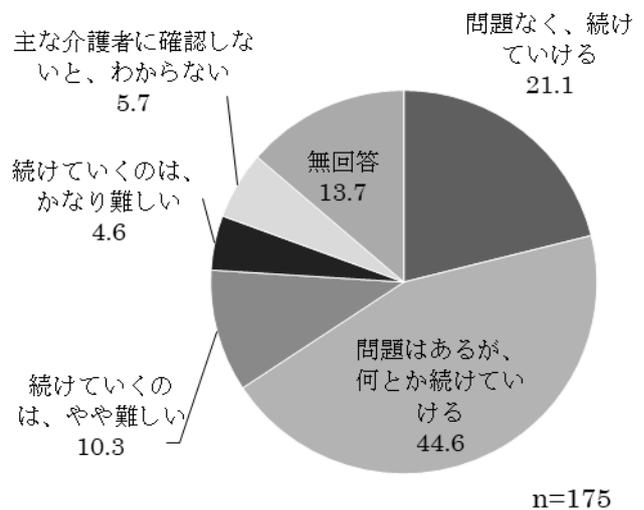
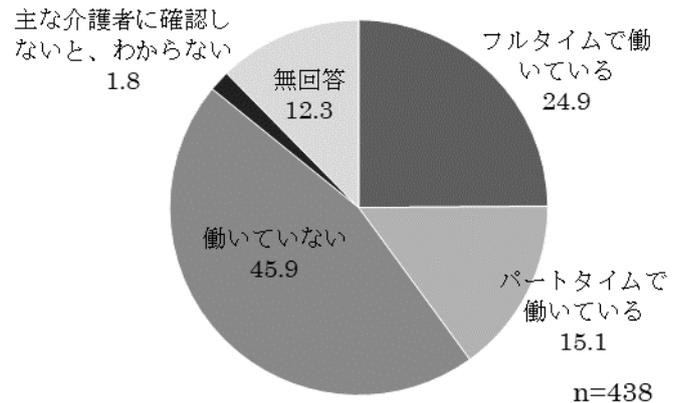


ウ 主な介護者の就労状況

主な介護者の現在の勤務形態をみると、「フルタイムで働いている」が24.9%、「パートタイムで働いている」が15.1%、「働いていない」が45.9%となっています。

「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」主な介護者は、今後も働きながら介護を続けていけそうかたずねたところ、「問題なく、続けていける」が21.1%、「問題はあるが、何とか続けていける」が44.6%となり、約7割が今後も働きながら介護を続けていけると回答していることがわかります。

その一方で、「続けていくのは、やや難しい」が10.3%、「続けていくのは、かなり難しい」が4.6%となり、働きながら介護を続けるのが難しい方が1割以上いることがわかります。



③ 在宅限界点の向上のための支援・サービスについて

在宅限界点の向上に向けて必要となる支援・サービスの検討材料とするために、「在宅生活の継続」と「介護者不安の軽減」の2つの視点からの集計を行いました。

【集計結果にもとづく考察】

- ・要介護度が重度化しても、「在宅で生活を継続できる」と考えている人は、訪問系サービスを利用している割合が高く、こうしたサービスが在宅限界点の向上を図るために重要であると考えられます。
- ・「入浴・洗身」「夜間の排泄」「認知症状への対応」に不安を感じる介護者が多く、いかにこれらの介護に対する不安を軽減するかが在宅限界点の向上を図るための重要ポイントになると考えられます。

【参考 主な集計結果】

ア 要介護度の重度化に伴う「主な介護者が不安を感じる介護」の変化

- ・要介護度が重度化すると、「認知症状への対応」「夜間の排泄」に対する不安が大きい。



イ 要介護度の重度化に伴う「サービス利用の組み合わせ」の変化

- ・要介護度が重度化すると、「訪問系のみ」「訪問系を含む組み合わせ」が増加する。

ウ 「サービス利用の組み合わせ」と「施設等検討の状況」の関係

- ・「訪問系のみ」「通所系・短期系のみ」は、施設を「検討していない」の割合が「訪問系を含む組み合わせ」に比べて高く、「訪問系を含む組み合わせ」は施設を「検討中」「申請済み」が他に比べて高い。

エ 「サービス利用の組み合わせ」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係

- ・「訪問系のみ」は「入浴・洗身」「夜間の排泄」
- ・「訪問系を含む組み合わせ」は「認知症状への対応」「入浴・洗身」
- ・「通所系・短期系のみ」は「認知症状への対応」「夜間への排泄」に対する主な介護者の不安が大きい。

④ 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスについて

介護者の就労継続見込みの向上に向けて必要となる支援・サービスの検討材料とするために、「主な介護者の就労状況」と「主な介護者の就労継続見込み」の2つの視点からの集計を行いました。

【集計結果にもとづく考察】

- ・仕事を「問題はあるが、何とか続けていける」介護者では「介護のために労働時間の調整をしながら働いている」人が多く、仕事を「続けていくのが難しい（「やや＋かなり難しい）」介護者では、「労働時間」「休暇」「在宅勤務」以外の調整を行っている人が多い傾向にあります。また、こうした介護者は「介護・介護休暇等の制度の充実」「介護をしている従業員への経済的な支援」といった支援を求めており、企業等における制度の充実や経済的支援が仕事と介護の両立において重要なポイントになると考えられます。
- ・在宅限界点の向上を図るための重要なポイントにも挙げられた「認知症状への対応」「夜間の排泄」「入浴・洗身」については、仕事と介護の両立の視点からみても重要なポイントとなっています。

【参考 主な集計結果】

ア 就労状況別の主な介護者が行っている介護と就労継続見込み

- ・主な介護者の就労の程度が高くなる（働いていない＜パートタイム勤務＜フルタイム勤務）につれて、「日中の排泄」「入浴・洗身」「屋内の移乗・移動」「認知症状への対応」「医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）」「食事の準備（調理等）」を行うのが難しくなることがうかがえる。
- ・要介護度が重度化すると、仕事を続けていくのが難しいと感じる回答者が増加する。

イ 「主な介護者が不安に感じる介護」と「就労継続見込み」の関係

- ・仕事を「続けていくのは「やや＋かなり難しい」」回答者では、「認知症状への対応」「夜間の排泄」「入浴・洗身」に対する不安が高い。

ウ 「サービス利用の組み合わせ」と「就労継続見込み」の関係



・仕事を「続けていける（「問題なく、続けていける」と「問題はあるが、何とか続けていける」の合算値）」の割合は、「通所系・短期系のみ」で高い傾向にある。

エ 就労状況別の保険外の支援・サービスの利用状況と、施設等検討の状況

・フルタイム勤務の回答者は、特に「外出同行（通院、買い物など）」「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」「見守り、声かけ」を必要と感じているが、利用していない状況がみてとれる。

・働いていない介護者のほうが施設を「検討していない」の割合がやや高く、就労継続が難しくなるにつれて（「問題はあるが、何とか続けていける」→「続けていくのは「やや+かなり難しい」」）施設を「検討中」「申請済み」の割合が高くなる傾向にある。

オ 就労状況別の介護のための働き方の調整と効果的な勤め先からの支援

・フルタイム勤務・パートタイム勤務ともに、4割以上が特に職場における働き方の調整を行っていない。効果的な勤め先からの支援としては、フルタイム勤務では「介護休業・介護休暇等の制度の充実」「自営業・フリーランス等のため、勤め先はない」の割合が高く、パートタイム勤務では「介護をしている従業員への経済的な支援」の割合が高い。

・仕事を「問題なく、続けていける」介護者は働き方の調整を「特に行っていない」、「問題はあるが、何とか続けていける」介護者は「特に行っていない」や「介護のために労働時間の調整をしながら働いている」、「続けていくのは「やや+かなり難しい」」介護者は「労働時間」「休暇」「在宅勤務」以外の調整を行っている人が多い傾向にある。

・効果的な勤め先からの支援として、仕事を「問題なく、続けていける」では「労働時間の柔軟な選択」、「問題はあるが、何とか続けていける」では「介護・介護休業等の制度の充実」、「続けていくのは、「やや+かなり難しい」」では「介護・介護休暇等の制度の充実」「介護をしている従業員への経済的な支援」などが多い傾向にある。

⑤ 保険外の支援・サービスを中心とした地域資源について

在宅限界点の向上に向けて必要となる支援・サービスの検討材料とするために、特に「保険外の支援・サービス」に焦点を当てた集計を行いました。（調査の中では、総合事業に基づく支援・サービスは介護保険サービスに含めるとともに、「在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス」については、介護保険サービスか保険外の支援・サービスであるかは区別していません。）

【集計結果にもとづく考察】

・今後、重度化する可能性がある要支援 1・2 や要介護 1・2 の回答者にとって、「外出同行（通院、買い物など）」や「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」は、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスとして捉えられており、こうした支援・サービスを今後いかに充実させるかが在宅限界点の向上に向けて重要なポイントになると考えられます。

【参考 主な集計結果】

ア 世帯類型別の保険外の支援・サービスの利用状況と必要と感じる支援・サービス

・世帯類型別の「保険外の支援・サービスの利用状況」は、「利用していない」の割合



は「単身世帯」「夫婦のみ世帯」で約 4 割、「その他」では約 6 割である。

・「在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス」に係るニーズは、多くのサービスで「単身世帯」で最も多く、ついで「夫婦のみ世帯」、「その他」の順となっているが、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」「見守り、声かけ」は、どの世帯も同程度である。

イ 「世帯類型」×「要介護度」×「保険外の支援・サービスの利用状況」

・「夫婦のみ世帯」「その他」では「利用していない」の割合がいずれの介護度でも同程度であるのに対し、「単身世帯」では「利用していない」の割合が要支援 1・2、要介護 1・2 では 4 割以下、要介護 3 以上では 5 割以上である。

ウ 「世帯類型」×「要介護度」×「必要と感じる支援・サービス」

・特に「要支援 1・2」「要介護 1・2」では、「外出同行（通院、買い物など）」「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」の割合が高く、「要介護 3 以上」では「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」の割合が高い。

・「単身世帯」では、「要介護 1・2」において、各種の支援・サービスの割合が高い。「夫婦のみ世帯」と「その他世帯」では、「要支援 1・2」「要介護 1・2」において、「外出同行（通院、買い物など）」の割合が高く、また全ての介護度で「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」の割合が高い。

⑥ 将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスについて

在宅限界点の向上のための、将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討材料とするために、特に世帯類型別の「サービス利用の特徴」や「施設等検討の状況」に焦点を当てた集計を行いました。

【集計結果にもとづく考察】

・単身世帯で、近居の家族等による介護がない中で、在宅生活を継続しているケースが多いが、近居の家族等がほぼ毎日介護している世帯が一定程度存在していることがわかります。単身世帯では、「要介護 1・2」では「訪問系を含む組み合わせ」サービスを利用しながら在宅生活することができているが、要介護 3 以上では在宅生活が困難になることがうかがえます。

・世帯類型問わず、サービス「未利用」の中重度の要介護者が存在しており、家族等の介護者の負担が過大となることも懸念されることから、必要に応じて要介護者とその家族等が適切なサービス等を利用できるような支援が必要です。

【参考 主な集計結果】

ア 「要介護度別・世帯類型別」の「家族等による介護の頻度」

・「単身世帯」では、6 割以上が家族等による介護が「ない」、約 2 割が「ほぼ毎日」となり、例えば近居の家族等による介護があるものと考えられる。家族等による介護の頻度が低い（「ない」「週 1 日以下」）世帯が要支援 1・2 で約 8 割、要介護 1・2 で約 7 割、要介護 3 以上で約 6 割となっており、近居の家族等による介護がない中で、在宅生活を継続しているケースが多いことがわかる。

・「夫婦のみ世帯」では、家族等による介護が「ほぼ毎日」が「要支援 1・2」で約 2 割、



「要介護 1・2」「要介護 3 以上」で約 4 割、「その他」の世帯では、「ほぼ毎日」が「要支援 1・2」で約 3 割、「要介護 1・2」で約 5 割、「要介護 3 以上」で約 6 割である。

イ 「要介護度別」の「世帯類型別のサービス利用の組み合わせ」

- ・単身世帯では「要介護 1・2」で「訪問系を含む組み合わせ」が多く、夫婦のみ世帯では介護度が重度化にともない「訪問系を含む組み合わせ」と「通所系・短期系のみ」が多くなる。また、その他世帯では介護度が重度化にともない「訪問系のみ」と「訪問系を含む組み合わせ」が多くなる。

ウ 「要介護度別」の「世帯類型別の施設等検討の状況」

- ・いずれの世帯でも「検討していない」が約 6～7 割であるが、要介護の重度化に伴いその割合が減少傾向となり、「申請済み」の割合が増加する。
- ・特に単身世帯においては、「申請済み」が要支援 1・2 では 1 割以下、要介護 1・2 では約 1 割であったのに対し、要介護 3 以上では約 6 割に急増する。

⑦ 医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービスについて

医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービスの検討材料とするための集計を行いました。

【集計結果にもとづく考察】

- ・要介護度の重度化に伴い、わずかではあるが訪問診療の利用割合が増加する傾向がみられました。今後、「介護と医療の両方のニーズを持つ在宅療養者」が増加する可能性もあることから、このようなニーズに対し、いかに適切なサービス提供体制を確保していくかが重要な課題となります。

【参考 主な集計結果】

ア 訪問診療の利用割合

- ・要介護度の重度化に伴い、わずかに訪問診療の利用割合が増加傾向。

イ 訪問診療の利用の有無別のサービス利用の組み合わせ

- ・訪問診療を「利用している」回答者は「利用していない」回答者に比べ、「訪問系のみ」「訪問系を含む組み合わせ」の割合が高く、「通所系・短期系のみ」の割合が低い。



第2章 高齢者保健福祉事業に関する計画の評価と課題

1 高齢者保健福祉計画の評価と課題

(1) 高齢者保健サービス

①訪問指導

平成20年度より、独居高齢者、認知症高齢者、要支援及び要介護状態の高齢者への訪問指導は地域包括支援センターが実施しています。健康診断にて生活習慣改善を要すると診断された高齢者等については、健診結果説明会を活用しながら保健指導を実施し、必要に応じて保健衛生部門と高齢者福祉部門の保健師が連携を図り情報交換を行いつつ訪問指導を行っています。

②健康教育

一般健康教育は、壮年層の「生活習慣病の発症予防・重症化予防」を主眼として実施し、一人ひとりの健康意識を高め、地域全体の健康の底上げを目指し取り組んできているところですが、目標の達成に至らない部分もありました。つまり、健康への意識には個人差があり、自主的かつ積極的に取り組む方と無関心で健康状態悪化が危ぶまれる方の差が大きく、これまでのような集団教育は、時代の変化とともにそぐわない傾向となっており、個々の生活スタイルに合わせた具体的な個別支援が重要です。高齢者については、みんなで楽しみながら学ぶことが定着しており、「疾病予防」から「介護予防」まで幅広く関心を持ち、お互い協力し合いながら健康を維持していくことを目指す集団教育が適しています。高齢者が孤立せず、人と関わり元気に過ごせるよう、社会的に支援する仕組みづくりが大切です。しかし、社会情勢、特に、令和2年当初から続く、新型コロナウイルス感染症の影響により、これまで同様の取り組み方法では、健康教育・健康啓発の実施が困難となることが予想されます。今後の社会情勢や、新型コロナウイルス等の数年おきに発生する感染症のパンデミックへの対応やその対策も踏まえた、健康教育を模索することが重要です。

一方、認知症施策推進大綱に基づき、「共生」と「予防」の観点で認知症施策を進めるためにも、一般健康教育のみならず、認知症をテーマとした健康教育の実施も不可欠です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
一般健康教育実施回数（回／年）	19	21	0
（延人数）	151	290	0

各年度末実績



③健康診断受診率

高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）により、平成20年より保険者ごとに義務付けられた特定健診の受診率は、目標値60%を未だ達成しておらず、特に、75歳以上の後期高齢者については、「医療機関に通院している」ことを主な理由に受診率は低迷しています。

近年、高齢者の腎機能の低下が課題となっており、糖尿病性腎症の重症化等に起因する人工透析治療に至る状況を未然に防ぐためにも、健康状態の客観的な確認と評価が必要であり、平成30年度より糖尿病性腎症重症化予防の取組みを開始しています。また、高齢者の健診受診率の向上を目指すことが重要です。さらに、高齢者については、壮年層の健診と同様ではなく、北海道科学大学と協働で実施した介護予防健診の研究結果等も踏まえ、高齢者のための効果的な健診の在り方について検討する必要があります。高齢になっても健康で元気に過ごすためには、壮年層からの取組みが重要であり、年代ごとに重点的に受診すべき健診、正しい医療受診の仕方など、自らの健康管理を積極的に行っていく体制整備が必要です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
特定健康診査 (%)	45.8	43.2	43.4
後期高齢者健康診断 (%)	17.1	23.1	20.3

各年度末実績

(2) 住まいの整備

①高齢者向け公営住宅の整備状況

住み慣れた地域で安全・安心に暮らすための「住まい」の確保に努めます。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
整備戸数 (戸)	28	28	28

各年度末実績

②高齢者見守り住宅（すこやか住宅）の整備状況

住み慣れた地域で安全・安心に暮らすための「住まい」の確保に努めます。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
整備戸数 (戸)	3	3	3

各年度末実績



(3) 施設サービス等

①養護老人ホーム

医療制度等の改革により、今後増加する可能性があるため、各関係機関との連絡・連携等強化を図る必要があります。

区 分	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
措置者見込数 (人)	3	3	3
措置者数 (人)	3	2	2

各年度の 1 年間の実績

②生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）

今後の高齢化の状況等を踏まえると、在宅介護サービスを受けられる施設として設置に向けた検討が必要です。また、高齢者が住み慣れた地域に住み続けることができるよう、地域が見守り生活できる住宅の整備を図ります。

③軽費老人ホーム等

当該施設は本町にはなく、利用希望に対しては近隣市町村の施設を利用するなど、事業者からの円滑なサービスの提供がなされるよう関係機関等と連携を図ります。

④ふれあい福祉センター

高齢者等、一般町民や各種団体の会議・研修・講演会等の各種集会に利用されています。また、平日週 3 回及び毎月第 3 土曜日には、60 歳以上の方などがお風呂を利用しています。令和元年末からの新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により、当該施設の利用（一般入浴含む）に際しては、完全予約制にするなど、徹底した感染対策を講じているため、利用者数は大きく減少しています。

■お風呂利用者数

区 分	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
男 性 (人)	1,490	1,280	262
女 性 (人)	2,733	2,102	77
合 計 (人)	4,223	3,382	339
利用日数 (日)	155	139	107
1 日平均人数 (人)	27.25	24.33	3.17

各年度末実績



(4) 在宅（福祉）サービス（地域支援事業以外）

①生きがい活動支援通所サービス（生きがいデイサービス）

3年間の利用実績はありません。平成29年4月に「介護予防・日常生活支援総合事業」が開始されたため、本事業の内容及び活用方法等も見直しが必要です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実人数（人）	0	0	0
延人数（人）	0	0	0

各年度末実績

②配食サービス

平成27年度より配食回数を増やし事業を進めておりますが、必要な方に提供できるよう内容等の検討が必要です。また、調理や食材確保が困難な方への食事の確保及び提供を行うとともに、対象者の健康状態・安否の確認等を行い、異変の可能性が疑われたときには、速やかに関係機関と連携を図ることが必要です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実人数（人）	10	14	6
延食数（食）	990	920	997
日 数（日）	304	309	313

各年度末実績

③除雪サービス

玄関前等の除雪作業を行っていますが、窓の周辺などにたまった雪の排雪を希望される件数が増加しており、今後は、事業内容の検討が必要です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実人数（人）	37	38	44
延人数（人）	500	532	661

各年度末実績

④外出支援事業（喜茂別町社会福祉協議会実施）

平成29年度より、生活用品を買うため大型店にバスで出向く「生活用品買い出し便」を偶数月に実施し、また平成30年度より、「ご近所湯巡り便」を実施し、サービス利用者には大変喜ばれています。自ら行動することが介護予防になるため、今後も対象者が利用しやすいよう検討します。令和元年度及び令和2年度については新型



コロナウイルス感染症感染拡大の影響等により、事業の実施はありません。

区 分		平成30年度	令和元年度	令和2年度
ご近所湯巡り便 (※)	回 数(回)	3	0	0
	延人数(人)	33	0	0
生活用品買い出し便 (偶数月)	回 数(回)	6	0	0
	延人数(人)	62	0	0
合 計	回 数(回)	9	0	0
	延人数(人)	95	0	0

各年度末実績

(注) 町事業として実施していた「日帰りバスツアー」については、平成29年度をもって終了。

その後継に、喜茂別町社会福祉協議会の事業として「ご近所湯巡り便」を平成30年度より実施。

⑤除雪費用助成事業（喜茂別町社会福祉協議会実施）

独居高齢者世帯、高齢者のみ世帯等の方を対象に、冬期間の自宅の除雪費用に係る助成を行っています。当該事業については、本町が補助金を交付し、喜茂別町社会福祉協議会が事務局となり実施している事業です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
屋根件数 (件)	25	39	37
屋根以外件数 (件)	25	26	35
合計延件数 (件)	37	46	72

各年度末実績

※上記①～③：喜茂別町介護予防・生活支援事業条例に基づく事業である。



(5) 地域支援事業（介護保険）

①IP電話見守り・安否確認【生活支援体制整備事業＜包括的支援事業（社会保障充実分）】

介護保険法に規定する地域支援事業の中の生活支援サービスにおいて、IP電話による定期的な安否確認及び緊急時の連絡等を行っています。今後も引き続き気軽に相談できる体制を維持するとともに、利用者が安心できる見守り体制の構築が必要です。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
延人数（人）	200	159	237
実施回数（回）	629	458	585

各年度末実績

②権利擁護事業【権利擁護施策の推進＜包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）】

(ア)

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
支援回数（回）	—	11	—
対象者延人数（人）	—	9	—

各年度末実績

(イ) 市民後見人養成講座の実施

令和2年度に市民後見人養成講座を実施し、4名が講座を修了しました。平均寿命の延伸につれて、認知症高齢者等の要保護者が増加することが見込まれることから、養成講座修了者のフォローアップとともに、今後も市民後見人の養成に努めます。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
修了者数（人）	—	—	4

各年度末実績

③ふれあいカフェ【認知症施策の推進＜任意事業】

令和2年度より喜茂別町社会福祉協議会の事業となりましたが、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため、実績はありません。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数（回）	—	46	0
参加者延人数（人）	—	252	0

各年度末実績



④ストレッチエクササイズ【一般介護予防事業<介護予防・生活支援サービス事業】

リズムに合わせてストレッチや筋トレなどを行います。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため、利用者数は減少しています。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	43	36	53
参加者延人数 (人)	402	330	259

各年度末実績

⑤リズム運動サークル【一般介護予防事業<介護予防・生活支援サービス事業】

映像を見ながらテンポの良いリズムに合わせて身体を動かします。ただし、令和元年度から自主サークルとなったため、令和元年度以降の実績はありません。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	46	—	—
参加者延人数 (人)	308	—	—

各年度末実績

⑥地域サロン活動【一般介護予防事業<介護予防・生活支援サービス事業】

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため、実施はありません。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	81	30	0
参加者延人数 (人)	670	163	0

各年度末実績

⑦サークル活動支援【一般介護予防事業<介護予防・生活支援サービス事業】

町内3地区にてサロンを展開していますが、令和2年度については、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため、実績はありません。また、令和2年度より、生活支援体制整備事業へ移行しました。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
活動回数 (回)	275	270	4
団体延数 (団体)	83	90	1
参加者延人数 (人)	1,513	1,718	12

各年度末実績



⑧通所型サービスA【通所型サービス事業<介護予防・生活支援サービス事業】

利用者間の交流を楽しみながら、身体や頭・お口の体操を行います。令和2年度については、新型コロナウイルス感染症感染拡大対策を図るため、年度当初は個別訪問によるトレーニングや身体状況の確認などを行い、事業ができない状況においても切れ目のない介護予防事業に取り組んでいます。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度 ^(※1,2)
実施回数 (回)	97	87	150
参加者延人数 (人)	720	626	728

各年度末実績

(※1) 4～5月：個別訪問トレーニング、状況確認訪問の合計

(※2) 6月以降：ウサパラ体操、個別訪問トレーニング、状況確認訪問の合計

⑨通所型サービスC【通所型サービス事業<介護予防・生活支援サービス事業】

保健師やリハビリ専門職の指導を受けながら、マシンを使った運動やストレッチ体操を3～6ヶ月間行います。令和2年度より事業休止のため、令和2年度の実績はありません。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	81	40	—
参加者延人数 (人)	198	95	—

※平成30年度～令和元年度：各年度末実績

※令和2年度：事業休止

⑩訪問型サービスC【訪問型サービス事業<介護予防・生活支援サービス事業】

特に身体の動き等に不安があり、外出が難しい方を対象に、保健師等が訪問し、3～6ヶ月間運動等の指導を行います。令和2年度より事業休止のため、令和2年度の実績はありません。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	14	69	—
参加者延人数 (人)	14	69	—

※平成30年度～令和元年度：各年度末実績

※令和2年度：事業休止



⑪はちまる【一般介護予防事業<介護予防・生活支援サービス事業】

週1～2回、マシンを使った運動や有酸素運動を専門職の指導で行います。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため、実施回数や利用者数は大きく減少しています。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	129	141	62
参加者延人数 (人)	552	1,058	524

各年度末実績

⑫鈴トレ【生活支援体制整備事業<包括的支援事業（社会保障充実分）】

市街地から離れた地域住民の健康増進のためのトレーニング事業を、専門職の指導のもと行います。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため、実施回数や利用者数は減少しています。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数 (回)	6	15	6
参加者延人数 (人)	45	71	25

各年度末実績

⑬認知症サポーター養成講座及び脳活塾【認知症施策の推進<任意事業】

認知症の人の地域における共生を目指し、認知症の普及啓発と地域の「支え手」を育成します。同時に、認知症予防の観点からも認知症施策を推進します。

区 分		平成30年度	令和元年度	令和2年度
認知症サポーター 養成講座	実施回数 (回)	3	1	4
	参加者延人数 (人)	88	16	34
脳活塾	実施回数 (回)	—	1	6
	参加者延人数 (人)	—	14	35

各年度末実績



⑭地域包括支援センター【権利擁護施策の推進＜包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）】

高齢者の身近な総合窓口としての役割を担っており、特に近年は認知症高齢者等の増加により認知症に係る相談が増加しています。それに伴い、関係機関との更なる連携強化が必要であるとともに、地域包括支援センターの機能強化(人員体制の確保等)運営方法の検討を図る必要があります。

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
相談件数（延件数）	309	236	233
内権利擁護に係るもの （実件数）	5	3	2
地域ケア推進会議（回）	6	8	6
地域ケア個別会議（回）	6	4	4

各年度末実績



第3章 計画の基本的方向

1 基本理念（目指す姿）

この計画は、上位計画にあたる第6次喜茂別町総合計画（令和2年度～令和6年度）のテーマである「人と自然がきらめく町 きもべつ」を目指す町づくりを推進し、高齢者の方々が住み慣れた家や地域で、人として尊厳を保ち、元気で自分らしく安心して暮らすことができる環境づくりとともに、自らも積極的に社会参画し生きがいを持って健康で健やかに暮らすことができる環境や地域住民で相互に助け合い、笑顔で支え合う地域づくりを目指します。

本計画は、令和7年度（2025年度）の地域包括ケアシステムの構築を段階的に構築していく経過にあるため、現計画の施策や施策方針を踏襲するとともに、地域の課題を関係機関と連携・協働しながらさらに深化・推進することとします。

2 重点目標

（1）地域包括ケアシステムの推進

住み慣れた地域で安心して暮らすためには「住まい」と、その住まいで安定した日常生活を送るために「住まい・医療・介護・予防・生活支援」の各分野が互いに連携しながら支援する体制が必要です。

平成26年度設立の「喜茂別町の未来を考える検討委員会」及び令和2年度より開始しました「喜茂別町及び町内3社会福祉法人の協働による4者会議」において、町の厳しい財政状況の中、今後の高齢及び障がい等の問題に包括的に対応するため、医療・福祉・介護・保健の連携を図りながら、各種課題解決に向けてその方策を検討していきます。

（2）健康づくり・疾病予防のための介護予防と保健事業の一体的な取組みの推進

「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」により、介護保険法第115条の45（地域支援事業）第5項において、「介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施するよう努める」、すなわち、地域支援事業（介護保険法）、高齢者保健事業（高齢者医療確保法第125条）及び国民健康保険事業（国民健康保険法第82条）を一体的に実施するという努力義務が明記され、新制度として「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」がスタートしました。

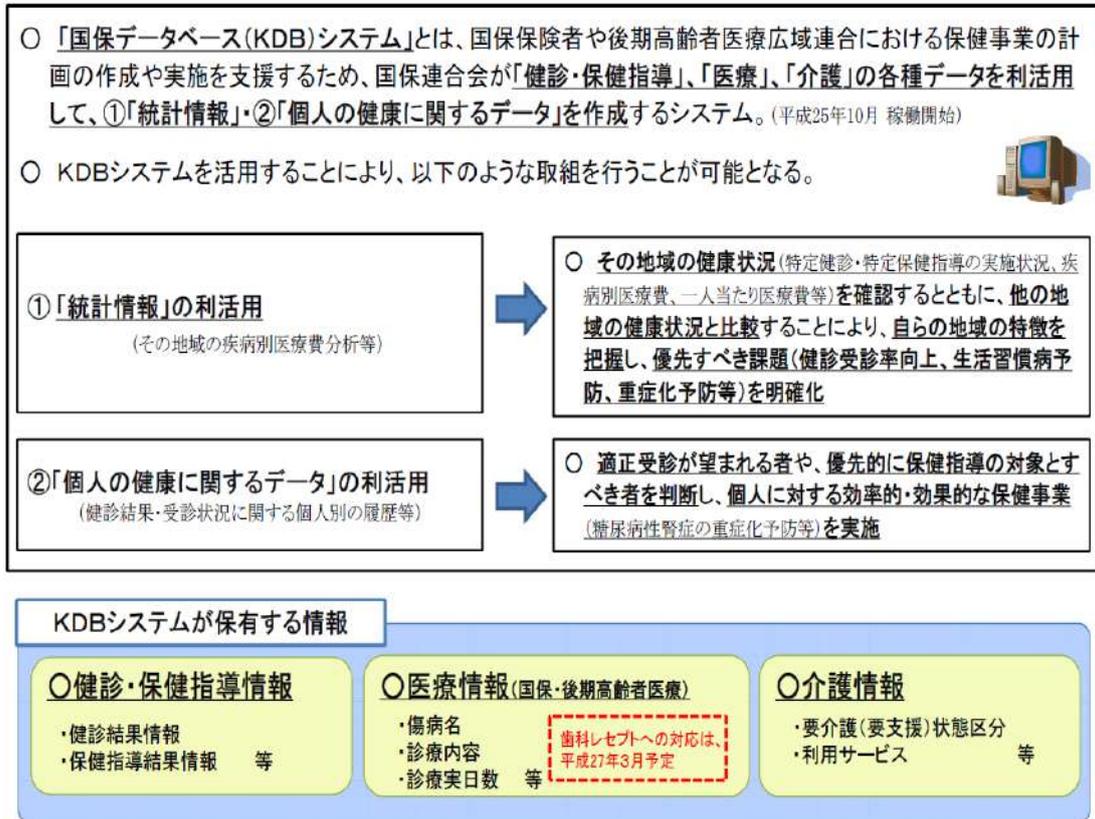
これまでは、健康体操などの介護予防に資する取組みと疾病予防に対する上記2つの保健事業が別々に行われ、疾病・介護予防の効果が十分に発揮されないという課題がありました。つまり、要介護になることと高齢者特有の生活習慣病の相関が強く、医療・保健との連携が十分でなければ介護予防の効果も上がりにくくなります。

高齢者が、元気で自分らしく安心して暮らすためには、制度による「途切れ」を解



消し、各事業が一体的かつ切れ目なく展開されることが必要であり、フレイル対策等を視野に入れ、保健事業の医療専門職が介護予防のアドバイザーやコーディネーターとして関与するなど、KDB（国保データベース）^(注)等の分析も活用しつつ、「疾病予防・持病の重症化予防」と「介護予防」が連動しながら取り組むことが重要です。

(注) KDB（国保データベース）とは



※ 第8期後志広域連合介護保健事業計画に係る資料「KDBの利活用による地域支援事業等の推進に向けて～介護保険事業計画の推進に向けた目標設定とその評価の重要性～」(令和3年3月発行 (株)北海道二十一世紀総合研究所作成)より抜粋

(3) エビデンスに基づいた介護予防の効果的な取組みの推進

健康づくり・介護予防のねらいは、高齢者の自己実現の支援にあります。二次予防の視点から、生活機能低下の早期発見と集中的な対応に努め、重度化を水際で防ぐ必要があります。

地域包括支援センターを中核に、生活機能低下の早期発見と生活機能低下のパターン等から対象者を分類し、対象者の状態等に応じた事業(サービス)を提供する体制の整備に努めます。また、介護予防の観点から強化すべき分野(認知症及びうつ病予防・口腔機能低下予防・栄養改善・運動器の機能向上・閉じこもり予防)について、エビデンスに基づく、より効果的な取組みを推進します。リハビリ専門職の派遣による運動機能等のデータ解析に基づく介護予防活動の創出や、必要に応じて個人ごとにカスタマイズされた運動習慣等の取組みを検討します。



さらには、介護分野ではエビデンスが未だ十分に蓄積されていない現状から、自立支援・重度化防止の取組みの一環として、一貫通貫な「LIFE (Long-term care Information system For Evidence : 科学的介護情報システム)」 (=CHASE、VISITの一体的な運用) 等の活用を通し、どのようなサービスが有効か科学的に分析・提示できるよう取り組みます。

(4) 地域で支え合う仕組みづくり

高齢者が抱える課題は近年複雑・複合化しており、個々に寄り添った支援がますます必要であることから、地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターを軸に、保健・福祉・介護の関係機関や医療機関との連携機能の強化を図ります。

また、認知症は多くの人にとって身近なものとなりつつあります。「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」により、介護保険法第5条の2(認知症に関する施策の総合的な推進等)において、「①認知症の定義の見直し」「②認知症の予防等についての調査研究等の発展」「③認知症当事者への支援体制強化」「④認知症の人の地域における共生を目指すこと」が明記され、いずれも努力義務とはいえ、認知症について国や自治体が「なすべきこと」に踏み込みが見られました。このような認知症施策推進大綱に基づき、「共生」と「予防」の観点で認知症施策を進めます。

すべての高齢者にとって地域での暮らしが安全・安心なものとなり、可能な限り住み慣れた地域で生活を続けることができるよう、生活支援体制の構築を進め、より身近な地域でのニーズを掘り起こし、細やかな支援・助け合いの創出を目指します。

こうした高齢者を取り巻く環境の整備をきっかけに、世代を超えたふれあいと地域の支え合いを醸成することで、ともに生きる福祉のまちづくりを推進し、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という枠を超えて、「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現を推進します。

(5) 安心して介護・福祉サービスが受けられるまちづくりの推進

本町の今後の総人口の減少及び高齢化率の増加を鑑みると、専門職に限らず地域の多様な団体・住民等にも介護の担い手となっていただくことが必要です。平成30年度発足の「喜茂別町福祉・介護人材確保・育成協議会」の活動推進とともに、関係機関と連携し、人材の確保・育成に努めます。さらに、将来にわたり必要な人に必要な支援が届くよう、介護保険制度の持続可能性を高める必要があることから、保険者である後志広域連合と連携し、介護給付費の適正化や介護従事者の資質向上に取り組みます。

昨今の大規模災害や、新型コロナウイルス感染症をはじめとした感染症流行等の状況を踏まえ、高齢者がそのような脅威に直面した場合にも、適切な支援やサービスを受けられるよう、感染症対策や体制の構築を推進します。



第4章 高齢者施策の展開

1 施策の体系

※第6次喜茂別町総合計画 「人と自然がきらめく町 きもべつ」

【すべての『ひと』が健康で、生き生きとすごせるまち（保健・医療・福祉）】



喜茂別町高齢者保健福祉計画

【計画の理念】

- (1) 元気な高齢者をめざします。 ポイント1
- (2) 安心して生き生きと生活できる環境を整備します。 ポイント2

【重点目標】

- (1) 地域包括ケアシステムの推進
- (2) 健康づくり・疾病予防のための介護予防と保健事業の一体的な取組みの推進
- (3) エビデンスに基づいた介護予防の効果的な取組みの推進
- (4) 地域で支え合う仕組みづくり
- (5) 安心して介護・福祉サービスが受けられるまちづくりの推進



※第8期後志広域連合介護保険事業計画（一部改編抜粋）

《基本的な方向性》

【方向性1】 関係町村による地域支援事業の円滑・効果的な取組の推進

- (1) 地域包括ケアシステムの構築に向けたビジョンや戦略等の策定推進
- (2) 外部専門職や医療機関との連携体制の構築
- (3) KDB（国保データベース）の利用促進
- (4) 関係町村内の行政・専門職同士の連携・交流促進
- (5) 生産性向上の推進
- (6) 人材育成の推進

【方向性2】 安定的な介護保険運営の推進

- (1) 要介護等認定の適正化
- (2) ケアマネジメントの適正化（ケアプラン点検・住宅改修等の点検）
- (3) 介護報酬請求の点検
- (4) 地域包括ケアシステム構築に関する情報発信



2 施策の展開

重点目標 1 地域包括ケアシステムの推進

2-1 地域包括支援センター

(1) 地域包括支援センターの設置・運営

地域包括支援センターは、公正、中立な立場から高齢者が地域で生活していくための保健福祉の総合的な相談窓口です。

本町では、地域包括支援センターを平成20年4月に設置し、保健師等関係職員を配置しました。住民の各種相談のほかに、その方に適した介護予防のサービス調整（マネジメント）も行います。さらに、権利擁護事業や成年後見制度、その他様々な社会資源につなげていきます

(2) 地域包括支援センターの事業内容

① 包括的支援事業

- 総合相談支援業務*¹
- 権利擁護業務*²
- 包括的・継続的ケアマネジメント業務*³
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 生活支援体制整備事業
- 認知症総合支援事業

② 地域包括支援ネットワーク推進事業

③ 地域ケア会議推進事業

④ 指定介護予防支援事業

⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）

- 第一号介護予防支援事業*⁴
- 一般介護予防事業*⁵

⑥ 任意事業

- 介護給付等費用適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他（成年後見制度利用支援事業*⁶、福祉用具・住宅改修支援事業*⁷、認知症サポーター等養成事業*⁸等）

(注釈)

* 1 総合相談支援業務

高齢者本人だけでなく、その家族に対しても、初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実施にあたって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の実態把握を行います。



＊ 2 権利擁護業務

地域の高齢者が、安心して尊厳のある生活を送ることができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行います。地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者を対象とします。

＊ 3 包括的・継続的ケアマネジメント業務

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、包括的かつ継続的なケアに対するマネジメントを行います。介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において、多職種相互の協働等による連携を図ります。さらに、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくり、個々の介護支援専門員に対する支援等を行います。

＊ 4 第一号介護予防支援事業

基本チェックリストに該当する方に対し、介護予防及び日常生活支援を目的として、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な支援を行います。

＊ 5 一般介護予防事業

要介護状態にならないよう、介護予防把握事業や介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業等、介護予防活動を推進します。

＊ 6 成年後見制度利用支援事業

市町村長、本人又は家族による、低所得の高齢者に係る成年後見等申立に要する費用及び成年後見人に対する報酬の助成を行います。

＊ 7 福祉用具・住宅改修支援事業

福祉用具・住宅改修に関する相談・助言・情報提供や、介護保険の福祉用具購入費・住宅改修費の支給申請を支援します。

＊ 8 認知症サポーター等養成事業

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする「認知症サポーター」を養成します。認知症サポーター等養成講座は、地域住民や職域団体（金融機関、スーパーマーケット等）、小中学校などで住民講座や学習会として開催します。



介護保険制度等

<旧制度>		<現行>	
介護給付（要介護1～5）		介護給付（要介護1～5）	
介護予防給付 （要支援1～2）	訪問看護・福祉用具等	介護予防給付（要支援1～2）	地域 支 援 事 業
	訪問介護・通所介護	新しい介護予防・日常生活支援総合事業 対象： ・要支援1～2 ・基本チェックリスト該当者（事業対象者） ・それ以外の方 ● 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 ・生活支援サービス（配食・除雪等） ・第1号介護予防支援事業 ● 一般介護予防事業 ・介護予防把握事業 ・介護予防普及啓発事業 ・地域介護予防活動支援事業 ★ <u>総合事業のみ利用⇒要介護認定不要</u>	
	給付から事業へ		
地 域 支 援 事 業	介護予防事業 介護予防・日常生活支援総合事業 ○二次予防事業 ○一次予防事業 介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。	全市町村 で実施	
	包括的支援事業 ○地域包括支援センターの運営 ○介護予防ケアマネジメント ○総合相談支援業務 ○権利擁護業務 ○ケアマネジメント支援		包括的支援事業（地域包括支援センター運営） ◆総合相談支援業務 ◆権利擁護業務 ◆包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 包括的支援事業（社会保障充実分） ●地域ケア会議の推進 ●在宅医療・介護連携推進事業 ●認知症総合支援事業 （認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等） ●生活支援体制整備事業 （コーディネーターの配置、協議体の設置等）
	任意事業 ○介護給付費適正化事業 ○家族介護支援事業 ○その他の事業		任意事業 ●介護給付費適正化事業 ●家族介護支援事業 他(成年後見制度利用支援事業、認知症サポーター等養成事業、福祉用具・住宅改修支援事業等)



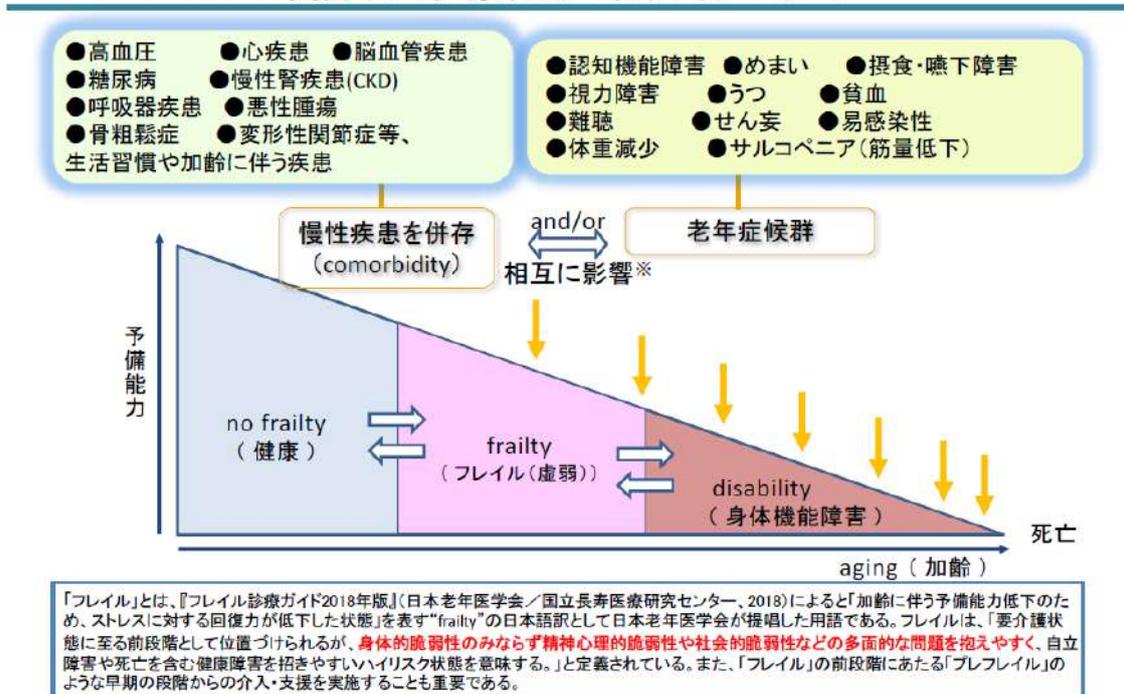
重点目標 2 健康づくり・疾病予防のための介護予防と保健事業の一体的な取組みの推進

2-2 元気でいきいきと過ごすために

高齢者、特に75歳以上の後期高齢者においては、複数の慢性疾患の多重罹患に加え、要介護認定を受ける前段階であっても身体的な脆弱性は顕著に現れます。さらに、精神・心理的な脆弱性や社会的な脆弱性（人との繋がりへの減少等）といった多様な課題と不安を抱えやすく、それらが負の連鎖を起しながらか、いわゆるフレイル状態が悪化しやすくなります。言い換えれば、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も重要であり、人との繋がり、自然や歴史、文化財に触れることやイベント等への参加しやすい仕組みを整えることが必要です。また、高齢者の閉じこもりが、寝たきりや認知症の大きな要因になるとされ、閉じこもりの要因としては、「身体的」「心理的」「環境（人的・物理的）」等が挙げられます。

寝たきりや認知症予防のためにも閉じこもり予防が大切であり、「毎日出かけることを心がける」「一緒に運動したり話をしたりする友達を持つ」「趣味を持つ」ことなどが有効と考えられています。高齢者が閉じこもりになることなく元気に過ごしてもらうため、仲間づくりの支援、学習機会の創出、交流の場の整備等、またアウトリーチによる支援等に努め、人生100年時代を見据えつつ、高齢者の心身の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対して、きめ細やかな保健事業と介護予防の一体的な実施（参考1）を推進します。

高齢者の健康状態の特性等について



※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

厚生労働省保険局高齢者医療課：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月）



I 高齢者の生きがいつくり

(1) 高齢者の参加

① ボランティアへの参加促進

民生委員・児童委員、町内会、女性団体、老人クラブ、PTA組織等のボランティア活動との連携の強化、活動に対する支援等を図ります。また、喜茂別町社会福祉協議会の一機能である「ボランティア活動への相談対応」も活かし、高齢者のボランティアグループへの参加を促し、人生経験を活かした地域活動を支援します。

② 老人クラブの活動の支援

高齢者の社会参加を促進するために、老人クラブの活動を支援していますが、高齢者の数が増加する中で会員の減少、更なる組織の高齢化も課題となっています。老人クラブの活動に対する支援をさらに充実させることにより、高齢者のボランティア活動への参加を促します。

(2) 高齢者の学習機会の整備

高齢者が趣味を活かし、生き生きと暮らすため、興味や関心が持てる生涯学習の場と高齢者の要望や意見を反映した学習機会の充実に努めます。

(3) 高齢者の交流事業の整備

① 高齢者の経験や知識の活用

学校教育や文化施設等において、地域の高齢者がその経験と知識を活かせる機会の創出を図ります。

② 高齢者と子どもの交流を深めるふれあいの場づくり

遊びや各種行事に子どもと高齢者が一緒に集うことによって、ふれあいと交流を深める活動の場をつくります。

II 疾病予防・健康づくりの推進

本町では、平成28年3月に第1期喜茂別町健康増進計画を策定し、第5次喜茂別町総合計画における「人と自然がきらめく町 きもべつ」を実現するため、「支えあいの心が元気と安心につながる町へ」を基本目標の一つとして掲げ、生涯を通じた健康づくりの取組みを進めてきました。さらなる、健康づくりの取組みを推進するため、第2期となる5年間（令和3～7年度）の計画策定を行いました。さらには、データヘルス計画等との連携を図り、総合的に町民の健康状態の向上を図られるよう取組みを進めます。



(1) 総合的な健康づくり

高齢になっても、自分らしく元気に生活するためには、「こころの健康」と「安定した状態・からだ」です。「楽しい」、「うれしい」、「美味しい」、「幸せだ」と思える健康なこころと、活動し行動できるからだづくりが大切です。

病気や体調不良を早期に発見し、個々に合った自主的な健康づくりを支援できるよう、関係部署と連携を図りながら支援します。

(2) 健康診査受診率の向上

高齢になると、医療機関に定期受診をされている方が多く、健康診査については「病院に毎月行っているから必要ない」と考える高齢者が多くみられます。一方で、受診先で受けている検査を、健診においても何度も受けている方もいます。

医療機関はその治療中の疾病に関して治療をしているため、客観的に健康状態を把握するための機会としては健診が大切ですが、健診で客観的に視るべきもの、受診先で検査するべきものの整理は重要です。

高齢者に限らず健診データが悪いにも関わらず、不調を感じない等の理由により放置し、疾病の発見が遅れることもよく見受けられます。健康寿命の延伸を図るため、個人の生活スタイルや病態に合わせた生活習慣の見直しは、どの世代にも必要なことであり、丁寧な対応により、生活の質の維持・向上を目指し、後志広域連合や北海道後期高齢者医療広域連合との連携により、健診受診率の向上に努めます。

(3) 健康相談の充実

高齢者の多種多様な悩みと症状に合わせて、保健師・栄養士・歯科衛生士等、必要な専門職が相談に応じられる体制づくりを進めます。

健診を受けられた方については、健診結果から分かる変化や生活改善の必要性について専門職から積極的な情報提供を行います。

(4) 健康教育の充実

疾病予防のためには、その疾病について知ることが必要です。本町においては、高齢になるにつれて「高血圧」が多く、次いで「糖尿病」が多い疾病となっています。また、各種がんについても減少しておらず、医療が発達し、高齢になっても治療を受けることができる疾病が増えています。

自ら考え、楽しく学ぶことができる工夫を行い、支援します。個別に伝える必要のある内容については、個別教育を実施し、個々の理解度・生活に合わせて必要な情報を提供しながら、健康の維持・増進を図るよう支援します。

(5) 訪問指導の充実

健診結果をもとに、個々の健康状態に合わせ、必要な生活習慣の改善を促し、疾病予防を行うために、個別指導の充実を図ります。家庭訪問を基本として、本人の生活



スタイルを把握しながら、無理なく取り組める健康づくりの情報を提供します。また、必要に応じて各医療・福祉サービスと連携を図ります。

(6) 歯と口腔の健康づくりの推進

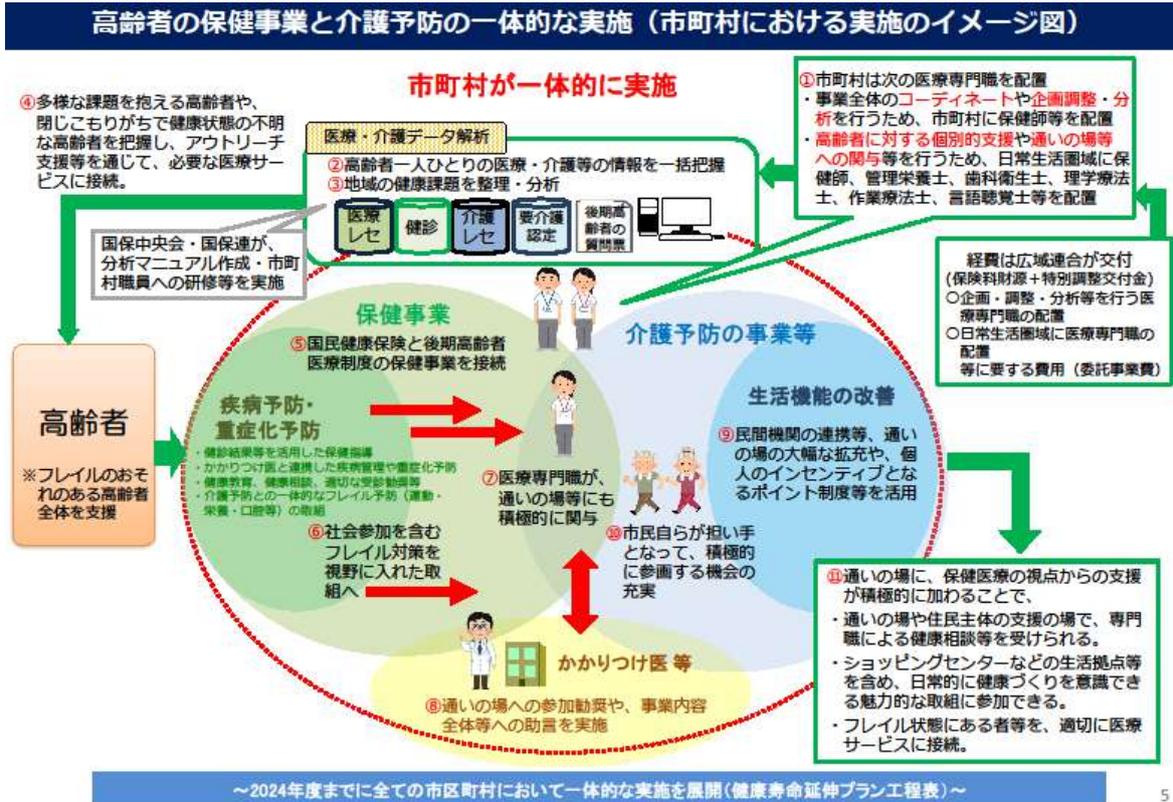
高齢期の歯や口腔の健康における目標は、「高齢者が口腔機能を維持し、最期まで口から食べることができる」とされています。歯や口腔の健康は、「ア．高齢者の低栄養」「イ．誤嚥性肺炎」「ウ．認知症」「エ．糖尿病等の全身疾患」との関連が挙げられ、特にア、イは、口腔機能の衰えに起因しているものも少なくありません。「オーラルフレイル（口腔機能の衰え）」というフレーズも周知されてきていますが、高齢期の不良な口腔衛生状態は、長期間にわたる虫歯や歯周病等の影響が蓄積した結果です。歯を失うことにより生じる咀嚼機能の低下は食べられる食品の幅を狭くし、結果的に、栄養摂取の不良やバランスの悪い食事に繋がると同時に、QOL（生活の質）の大きな要素である「食事の楽しみ」を減少させてしまいます。また、オーラルフレイル^{*}の人はそうでない人に比べて、身体的フレイルで2.4倍、サルコペニアで2.1倍、要介護認定で2.4倍、さらに、総死亡リスクで2.2倍リスクが高まることも報告されています。

歯の喪失や口腔の機能低下を防ぐことは非常に重要であることから、高齢期のみでなく、幼少期からの、生涯を通じた歯科疾患の予防を推進するため、地元歯科医院や歯科衛生士との連携により、歯や口腔の健康について啓発活動や口腔衛生指導等に努めます。特に、歯を喪失してしまったとしても、その後の入れ歯の手入れや、しっかり噛むことができるようケアし続けることは大切であり、その具体的指導についても専門職と連携し支援します。

※「①半年前に比べて硬いものが噛みにくくなった」「②お茶や汁物でむせることがある」「③現在の歯数が20本未満」「④滑舌の低下」「⑤噛む力が弱い」「⑥舌の力が弱い」という6項目のうち3項目以上該当する人を「オーラルフレイル」と定義



(参考1)



令和2年4月 厚生労働省保険局高齢者医療課



(参考2) 後期高齢者の質問票対応マニュアル (一般社団法人 日本老年医学会)

評価方法や鑑別診断

評価項目	評価方法など
1) 老年症候群	加齢に伴い増加する症状・徴候の重なった状態(慢性疼痛、不眠、疲労、便秘など)
2) ポリファーマシー・薬物有害事象	多剤服用(6種類以上など)、重複投与、腎機能、服薬アドヒアランスなどが総合的に評価。特に慎重な処方を要する薬物のリスト参照
3) ラフ	GDS15: 5点以上はうつ傾向、10点以上はうつ状態
4) 栄養状態の評価	BMI、Alb、T-chol などが総合的に評価。除く例では、MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form)、GLIM基準などで評価。
5) 認知機能の評価	改訂長谷川式簡易知能評価スケール(20点以下で認知症疑い) MMSSE (23点以下で認知症疑い) など
6) 反復睡覚醒下テスト	30秒の間に起座を飲み込める回数が2回以下の場合、摂食低下の可能性がある
7) 歯輪っかテスト	両手の親指と人差し指で輪っかをつくり、下唇の最も太い部分を目当てに閉鎖ができる場合はサルコペニアの可能性あり
8) ロコモ度テスト	立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ25 (https://locomo-joa.jp/check/) など
9) 骨粗鬆症の評価	1-a. 大腿骨近位部の骨質性骨折の有無: 問診・臨床症状から判定 1-b. 骨体の脆性骨折の有無: 問診ならびに身長低下(25歳時身長より3-4cm以上の低下があるかどうか)の有無、骨質低下(円背など)の有無から判定。 → 脆性骨折「有り」なら骨粗鬆症と診断。いずれも認めない場合は2を評価する。 2. FRAX 評価 → 10年間の主要骨折率15%以上でまたは骨粗鬆症期間(得Xp, 骨密度測定)を進める。 3. 1と2で骨粗鬆症の診断となった場合、低用量または中用量以上のビスフォスフォネート製剤の投与(薬剤性、肝中状腺機能亢進症など)の有無を確認し、治療方針を決定する。
10) 社会的フレイルに関する質問票	②自分の経済状況に不満、③独居、④地域や近隣の活動への不参加、⑤個人との関係が悪い、⑥満足度は低い(なし)、の4項目で2点以上を社会的フレイルと判断(またはフレイル診療ガイドにある質問票を参照)

鑑別を要する病態	原因疾患など
a) 食欲低下、体重減少の鑑別診断	社会的要因: 孤独、控索、不適切な食習慣、貧困など 医学的病因: 口腔機能低下症、膵臓・胆膵障害、消化管障害、うつ・認知機能低下、疼痛、疾病(炎症性疾患・がんなど)、薬物有害事象、不適切な食事指導
b) 嚥下機能障害の鑑別診断	口腔・嚥下の器質的疾患、神経・筋疾患(脳梗塞やパーキンソン病など)、認知症、円背、加齢に伴う嚥下機能低下など
c) 歩行障害の鑑別診断	軽度の運動障害(衰弱、筋力低下など)、ロコモティブシンドロームおよびその関連疾患(腰痛や関節痛、骨粗鬆症や変形性関節症、変形性股関節症、変形性膝関節症など)、運動障害、サルコペニア、パーキンソン関連疾患、平衡障害、視覚障害
d) 転倒の外的要因	床やじゅうたん、障害物、照明、踏み段など
e) 転倒の内的要因	中脳神経系: 脳血管障害、認知症、パーキンソン病など 脳系: 末梢神経系: 糖尿病・末梢神経障害、視力障害、緑内障による未梢神経障害など 視覚系: 近視・遠視・老眼、不正視など 筋骨格系の疾患: ロコモティブシンドローム、膝関節痛、股関節リウマチなど 薬剤副作用: 鎮痛薬、抗がん剤、抗糖尿病薬、薬剤性パーキンソン症など

参考資料
 ・健康長寿診療ガイドブック (https://www.jpnc-genac-soc.or.jp/book/index.html)
 ・高齢者の薬学知識正誤の解説(総論編) (https://www.rnhw.co.jp/pdf/shing2/0000209848.html)
 ・高齢者薬物療法ガイドライン2015 (https://www.jpnc-genac-soc.or.jp/toi/noex.html)
 ・フレイル診療ガイド2018年版 (http://jstj.umin.jp/clinical_guide.html)
 ・サルコペニア診療ガイドライン2017年版(改訂版) (https://minds.jochu.or.jp/rj/med/4/med0337/G0011021)
 ・ロコモティブシンドローム(解説) (https://locomo-joa.jp/about/)

かかりつけ医のための 後期高齢者の質問票 対応マニュアル

フレイルなど高齢者の特性を踏まえ健康状態を問診により総合的に把握することが後期高齢者の質問票の目的である。フレイルは、高齢者で生理的予備能が低下した要介護状態の前段階で、適切な介入により改善が期待できる。また、身体的、精神的、社会的な多面的要素からなり、各要素で評価・指導方法も異なる。本マニュアルは、かかりつけ医が質問票の回答にどう対応するかを示す目的で作成されており、高齢者の健康寿命延伸に向けて日常診療に活用していただければ幸いである。

一般社団法人 日本老年医学会 理事長 秋下雅弘

専門職との連携

個々の質問項目に限らず、総合的なフレイルの状態を把握し、必要に応じて専門医、専門職種、専門施設、市町村の担当部署(医療専門職等)と連携する。

フレイルなどの状態: 必要に応じた連携の例

身体的フレイル	特定の臓器別疾患: 該当する診療科 増殖を多剤と関連した疾患: 専門性を持った医師がいる施設(老年内科、内科、総合診療科など) ロコモティブシンドローム: 整形外科 ポリファーマシー: 薬剤師
精神的フレイル	精神科、老年内科、神経内科、認知症サポート室、公認心理師など
社会的フレイル	居住地域の地域包括支援センター(院内のソーシャルワーカーや診療所のスタッフが地域包括支援センターへ連絡し、該当する高齢者と面談してもらうことが望ましい)、福祉課など
オーラルフレイル	歯科、管理栄養士、言語聴覚士などによる嚥下リハビリ施設など
視覚	視覚外来、呼吸器内科など

一般社団法人 日本老年医学会

後期高齢者の質問票 対応マニュアル

質問文	回答	フレイル	質問の意図	かかりつけ医での初期対応	初期対応時の主な評価内容	想定される病態	連携がある場合の対応の概要
1. あなたの現在の健康状態はいかがですか?	① よい ② まあよい ③ 普通 ④ あまりよくない ⑤ よくない	身体 精神 社会	全体的な健康状態の評価	身体疾患の増減を見直す 薬物有害事象の有無を評価する	身体疾患・老年症候群の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬物有害事象 うつ・アパシーの有無を判断する 生活環境との関係を見直す	認知症疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ	身体疾患の増減を十分、慢性疾患の再発、新規疾患の発生に對しての検査、治療の目標、優先順位を評価する。 該当する症状の要因となる服用薬を確認する。 薬物有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー薬物の問題について対応する。
2. 毎日の生活に満足していますか?	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満	身体 精神 社会	うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価	QOL が低いと感じるポイントを探る うつ・アパシーの有無を判断する	精神・心理状態に影響する身体疾患の診断 うつ・食欲の評価 経済・生活環境、介護サービス利用を含む経済・社会状況の評価	慢性疼痛、不眠、膵臓、活動量低下など うつ、アパシー	原因疾患や老年症候群が考えられ、それに対する治療やケアを優先する。 うつ病に対する治療やケアも検討する。 うつ・アパシーの要因を評価し、必要に応じて地域包括支援センターや市町村の保健福祉課と連携し、必要に応じて治療やケアを検討する。
3. 1日1食きちんと食べていますか?	① はい ② いいえ	身体 精神 社会	食意不振ならびに栄養の評価	食べない理由を聞いて評価すべき項目を判断する	栄養状態の評価 口腔機能、嚥下・消化器評価 経済状況の評価 家族・生活環境、認知症 うつ、認知症 家族・生活環境、経済状況、介護必要度の評価	認知症疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ、認知症	食意不振・体重減少の原因を適切に評価し、対応する。 嚥下・消化器の評価。 市町村の管理栄養士等と連携し、栄養相談・食事指導を行う。
4. 半年前比べて体重が減っていませんか?	① はい ② いいえ	オーラル	口腔内の器質的問題ならびに口腔機能低下の有無	口腔機能評価	口腔内診察(嚥下、歯周病、歯肉の状況)	嚥下・歯周病、口腔機能低下症、サルコペニア	嚥下や咀嚼障害の存在により、栄養障害を引き起こしている可能性がある。口腔内診察のみならず、栄養状態の評価を実施する。嚥下との連携。
5. お茶や食べ物などむせることがありますか?	① はい ② いいえ	オーラル	嚥下機能の評価	嚥下・脳血管障害の既往の有無 嚥下に起因する総合的機能評価	嚥下機能評価(反復睡覚醒下テスト) 嚥下機能障害の鑑別診断	嚥下、嚥下機能障害、サルコペニア	嚥下リハビリや嚥下予防などの介入を考慮する。嚥下機能が保たれれば栄養介入を考慮する。
6. 6ヵ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか?	① はい ② いいえ	身体 精神 社会	身体的フレイル・低栄養の評価	要因的な減重・治療中の病気によるもの、原因不明に分類する	栄養状態の評価、低栄養の鑑別診断 数日ない体重減少の鑑別診断	低栄養 慢性疾患、炎症性疾患などの身体疾患 フレイル、サルコペニア	原因となる疾患がある場合、適切に対応する。 原因となる疾患がない場合、栄養相談、運動(活動性)、精神・心理、社会的要因(生活環境の変化)を評価し、介入を考慮する。
7. 以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと感じますか?	① はい ② いいえ	身体	サルコペニア、ロコモティブシンドロームなどの運動機能低下や転倒リスクの評価	歩行状態を確認する 骨粗鬆症や変形性関節症、変形性股関節症など整形外科疾患の鑑別	歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断 心機能の評価 握力測定、ロコモ度テスト、歯輪っかテスト	ロコモティブシンドローム サルコペニア 骨粗鬆症 神経疾患 認知症	原因となる疾患がある場合、適切に対応する。 ロコモ・サルコペニア、フレイルに対する運動・栄養介入を考慮する。
8. この1年間に転んだことがありましたか?	① はい ② いいえ	身体	転倒リスク(内因的・外因的)や転倒関連疾患の評価	転倒時の状況、調剤の有無 骨質の低下の有無、骨粗鬆症の評価	転倒の外的要因 ④ 内因的の診断 ロコモ度テスト 骨粗鬆症関連検査	転倒関連疾患 サルコペニア	転倒関連疾患の存在により、栄養障害を引き起こしている可能性がある。転倒の予防や治療の介入や内因的・外因的の要因、除去を考慮する。
9. ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか?	① はい ② いいえ	身体	運動習慣の評価	社会資源活用(運動教室、スポーツセンターなど)の必要性を判断する	家族・住環境、経済状況の把握と運動を拒否する身体疾患の鑑別、慢性疾患の評価	薬物有害事象 慢性疾患 認知症	フレイル予防や健康寿命の延伸に向けて運動習慣の大切さを伝える。 介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
10. 肩こりや腰痛、むくみなどの症状が頻りにありますか?	① はい ② いいえ	精神	記憶力低下の評価	認知機能検査の必要性を判断する	認知機能評価 認知機能障害の鑑別診断または専門医への紹介	認知機能障害	認知症の診断を行う以外に地域包括支援センターの紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニュアルを参考にする。 認知症サポート室との連携。
11. 昨日や何日前かかわらない時がありますか?	① はい ② いいえ	精神	見当識低下の評価	認知機能検査の必要性を判断する	認知機能評価 認知機能障害の鑑別診断または専門医への紹介	認知機能障害	認知症の診断を行う以外に地域包括支援センターの紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニュアルを参考にする。 認知症サポート室との連携。
12. 息が短気な時がありますか?	① 頻りに短気 ② 時々短気 ③ 短気しない	-	呼吸器疾患の診断、喫煙歴の聴取	呼吸器疾患の診断、必要に応じて胸部Xp	呼吸器疾患、必要に応じて胸部Xp	COPD など	過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器疾患の診断、喫煙歴の聴取、肺がん検診の評価を行うことを考慮する。
13. 週に1回以上は外出していますか?	① はい ② いいえ	社会	同じくリスクの評価	外出頻度と同じくリスクを判断する	外出を妨げる原因の評価(2. ②うつ、5. 6. 体重減少、7. 9. 運動量、10. 11. 認知、その他の身体疾患、家族・住環境)	身体疾患(心不全や糖尿病、運動器疾患など) うつ、アパシー、認知症 うつ、社会的孤立	各要素に対する対応策を検討する。 介護予防サービスの活用。
14. 最近から家族や友人と会話しない時がありますか?	① はい ② いいえ	社会	社会的フレイルの評価	社会資源活用(介護サービス)の必要性を判断する	家族・住環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価	身体疾患(心不全や糖尿病、運動器疾患など) うつ、アパシー、認知症 うつ、社会的孤立	地域包括支援センターや福祉課と連携して対応する。 また、地域の介護サービスも活用し、地域資源を活用して対応する。 12〜15で2項目以上「はい」で、質問票上で認知症疑いがある場合、認知症支援センターや市町村の保健事業担当者などの相談窓口を紹介する。
15. 医師や介護士、看護師、薬剤師と会話できる人がいますか?	① はい ② いいえ	社会	社会的フレイルの評価	社会資源活用(介護サービス)の必要性を判断する	家族・住環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価	身体疾患(心不全や糖尿病、運動器疾患など) うつ、アパシー、認知症 うつ、社会的孤立	地域包括支援センターや福祉課と連携して対応する。 また、地域の介護サービスも活用し、地域資源を活用して対応する。 12〜15で2項目以上「はい」で、質問票上で認知症疑いがある場合、認知症支援センターや市町村の保健事業担当者などの相談窓口を紹介する。



重点目標 3 エビデンスに基づいた介護予防の効果的な取り組みの推進

2-3 地域支援事業等の効果的な実施

地域支援事業は、介護保険事業における要介護状態の予防として平成18年度から導入された事業です。介護保険事業は、平成21年度から後志広域連合が実施主体（保険者）として行っており、地域支援事業についても後志広域連合を実施主体としながらも、実際の事業運営は後志広域連合から関係16町村へ委託されています。

地域支援事業のうち「総合事業」は、“市町村ごと”の独自の事業であり、より各市町村の実態に即した介護予防に資する事業として実施されるもので、本町では、平成30年度より本格的に事業が開始されました。また、高齢期の生活の質の向上を図るため、すべての高齢者を対象として一般介護予防事業（介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業等）を行い、要支援・要介護状態になるおそれのある虚弱な高齢者を対象に、運動器の機能向上や閉じこもりの予防等に繋がるサービスを実施しています。

今後は、健康状態や心身機能が個人ごとに大きく異なることを踏まえ、前述した「LIFE（科学的介護情報システム）」の活用や、産学等との連携によりオンラインも活用し、地域で不足するリハビリ専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）による機能評価を通し、どのようなサービスが各個人に有効か科学的に分析し、エビデンスに基づいた事業展開に取り組みます。

さらに、地域支援事業における「包括的支援事業」は、総合相談支援業務や権利擁護業務、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業など、要介護状態の有無にかかわらず高齢者の一体的な窓口として喜茂別町地域包括支援センターで実施されます。



介護予防・生活支援サービス事業（対象：要支援1～2、事業対象者、その他）

①訪問型サービス

介護予防訪問介護に相当する事業
場所：自宅
料金（自己負担）：1割～3割

自分ではできない、又は難しい日常生活上の調理や掃除・洗濯等についてヘルパー等が訪問し、支援が受けられます。

②通所型サービス

介護予防通所介護に相当する事業
（デイサービス）
場所：ふれあいセンター
料金（自己負担）：1割～3割

ふれあいセンターで、入浴や食事等の支援を受けながら、運動や人との交流を行います。

通所 A（緩和基準）
（ミニデイうさばら体操）
場所：ふれあいセンター
料金（自己負担）：200円（1回）
週1～2回

ふれあいセンターで、利用者間の交流を楽しみながら、身体や頭・お口の体操を行います。

一般介護予防事業（対象：おおむね65歳以上の皆さん）

（1）介護予防把握事業

電話・訪問

地域の事情に応じて収集した情報等を活用し、閉じこもり等の、何らかの支援を要する方を把握し、介護予防活動へつなげます。

（2）介護予防普及啓発事業

①ストレッチエクササイズ
場所：ふれあいセンター
料金：無料（週1回）

リズムに合わせてストレッチや筋トレなどを行います。

②はちまる
場所：健康増進センター
料金：無料（週1～2回）

健康増進センターで週1～2回、マシンを使った運動や有酸素運動を専門職の指導で行います。



重点目標 4 地域で支え合う仕組みづくり

2-4 住民支援体制の確立

平成12年施行の社会福祉法により、「地域福祉」の推進が重要な課題とされてきました。また、今般の社会福祉法や介護保険法の改正（令和3年4月1日施行）では、「地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指す」ことが努力義務として規定されたことにより、「地位共生社会」というビジョンと同時に「参加」を目指すことが明確化されました。

身近な日々の暮らしである地域社会において、多様な人々が多様な生活課題を抱えるなかで、孤立せず地域社会に「参加できる」ことを目指し、すべての住民が生活課題を「わが事」として、その課題・解決に「参加」していくということが重要視されています。地域全体で自発的・積極的に取り組む仕組みを構築するため、お互いの差異や多様性を認め合う地域住民相互の連帯、心のつながりを持ち、高齢者をはじめ、障がい者、貧困や失業に陥った人々の地域社会への参加と参画を促し、社会に統合する「共に生きる社会づくり」を目指します。

I 安心の体制づくり

(1) サービス基盤の充実

① サービス基盤の整理・創造

地域で自立生活が続けられるよう、町全体の社会資源を活用したサービス基盤の整理、創造に努めます。

② サービスの質の確保

福祉サービス利用者の利益を保護するため、サービス評価システムを構築し、町としての評価基準の明確化を行い、北海道福祉サービス第三者評価事業等の活用など質の確保を図ります。

(2) 情報体制の充実

① 保健・医療・福祉各サービスの情報発信

福祉サービスの利用者である地域住民が、自らサービスを利用・選択できるよう、町ホームページやIP告知端末等を活用した福祉サービスの情報発信に努めます。

② 福祉総合システムによる事務の効率化と情報の提供

相談窓口としての機能を地域包括支援センターに集約することで、事務の効率化や福祉サービスの提供が行えるシステムの構築を図ります。



II 地域福祉の体制づくり

(1) 福祉サービスを支える人材の育成と確保

①福祉人材の確保及び研修の充実

地域の社会資源として必要である福祉人材の確保を図り、新しい福祉の考え方やケアマネジメントを中心とした福祉関係職員の研修の充実を図ります。

②ボランティアの育成と確保

ボランティアが主体となって進めていく支え合いの活動(インフォーマルケア)を構築するため、ボランティアの育成と確保を図ります。

また、必要とされるサービスを担う人材の確保が課題であり、それらを結びつける仕組みを整備します。

(2) 地域福祉ネットワークづくりの推進

①小地域ネットワークづくりの推進

本町の各地域において活動しているボランティア、民間団体等の広範な参加を得て、原則として民生委員の管轄区域ごとに、民生委員等を中心とした高齢者の生活支援体制の充実を目指します。

②地域で支え合うネットワークの充実

地域住民の積極的な参加を求め、子育て支援や障がい者地域支援、ひとり暮らし高齢者支援等の地域ネットワーク活動を推進し、支援体制の充実に努めます。

隣近所が声をかけあい高齢者の安否確認など、住民一人ひとりが参加する仕組みづくりが必要なため、地域の民生委員等と連携し、見守り活動等を積極的に行います。

III 地域福祉への参加促進

(1) ボランティア活動の推進

①福祉NPOへの支援

介護保険サービスや在宅福祉サービス事業をはじめ、福祉活動を展開する福祉NPOを育成するとともに、積極的に支援するほか、これらと連携し、新たな住民参加の福祉サービスの推進を図ります。

(2) ふれあいと生きがいづくり

①ふれあい活動の推進

地域住民が地域社会の中で共に暮らす一員として、日常の何気ない助け合いの心を持ってふれあうことができる活動の推進を図ります。

地域住民相互のふれあい・助け合いの意識の高揚を図るため、コミュニティ活動の支援や啓蒙を行います。また、コミュニティ推進事業のあり方を検討します。



②社会活動への参加と促進

地域住民が積極的・主体的にスポーツ、レクリエーション、文化活動に参加し、生活の質を向上させ「生きがい」のある生活の実現を図ります。

③地域住民による主体的な活動の推進

住民同士の支え合いをベースとした資源開発の推進とともにそれを担う住民の発掘と育成を図ります。具体的には、介護予防・日常生活支援総合事業の中にある住民主体サービスや、生活支援体制整備事業を通しての「住民」と「コーディネーター」の協働による資源づくり、また、地域住民が手がける「認知症カフェ」「チームオレンジ」等の機能促進が挙げられます。

(3) 福祉教育の推進

①学校教育との連携

地域福祉について理解を深め、ボランティア活動等に積極的に参加できる児童・生徒を育成するため、学校等関係機関と連携を図り体験学習や認知症普及啓発の機会を拡充します。

②社会教育との連携

生涯学習活動を通じて、町民が地域福祉に関心をもち、積極的に地域活動に参加できるよう、福祉施設等での学習機会を拡充するとともに、福祉活動ボランティアの育成と活動の場を積極的に提供します。

重点目標 5 安心して介護・福祉サービスが受けられるまちづくりの推進

2-5 住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために

元気な高齢者であり続けることを心がけていても、加齢等により思うように体が動かなくなったり、出来ていたことが出来なくなったりすることがあります。できないことや不自由なことを嘆くことなく、住み慣れた地域で生きがいを持ち自分らしい生活を営むことができるよう、支援体制の強化と充実に努めます。

I 在宅サービスの支援

(1) 生活支援サービス

①配食サービス

概ね65歳以上の単身・高齢者のみ世帯等で、加齢及び傷病等の理由により食事の調理が困難な方に対し、定期的に居宅を訪問して食事を提供するとともに、健康状態・安否の確認等を行います。



②除雪サービス

概ね65歳以上の単身・高齢者のみ世帯及びこれに準ずると認められる世帯であって、冬期間の除雪労力の確保が困難な世帯に対し、日常生活の維持、火災や家屋の破損事故等を防止するため、居住する家屋周囲の除雪を行います。

③外出支援事業（喜茂別町社会福祉協議会実施）

自ら行動することが介護予防にもなることから、「ご近所湯巡り便」及び生活用品を買うため大型店にバスで出向く「生活用品買い出し便（偶数月）」を継続的に実施し、今後、対象者がさらに利用しやすいよう検討します。

II その他の事業

（1）高齢者虐待への対応

高齢者虐待の対応マニュアル等に基づき、関係機関と連携し、迅速かつ対象者の人権に配慮しながら対応します。

（2）一人暮らし等高齢者への支援

概ね65歳以上の高齢者世帯に対し、IP告知端末による電話や訪問による声かけや励まし、身体状況の聞き取りを行い、孤独感の解消や緊急時の連絡先の確保等に努め、日常生活の安全を確認します。

（3）住み続けられるための住宅等への支援

①道路整備・除雪

歩道の確保及び拡幅など歩行者が快適に歩ける道路の整備を進めます。また、本町では冬季の積雪が多く除雪対策がきわめて重要です。今後も公道の除雪に加えて、一人暮らしや高齢夫婦等の住宅周辺の除雪の支援を行います。

②公共施設などの整備

公共施設においては、今後の施設の建替え・増改築等に合わせて、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、高齢者の利用に配慮した整備を図ります。また、三世代が交流できる健康づくり公園の整備について検討します。

③安全で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、居宅の要援護者を介護する上で、危険な個所や不便な個所が少なくありません。高齢者が住み慣れた地域に住み続けることができるよう地域が見守り、生活できる居住環境等に対しての相談や、適切なアドバイスをすることができる体制の充実を図ります。



④高齢者向けの公営住宅の供給

公営住宅における高齢者の入居に配慮するとともに、地域高齢者見守り住宅の整備等、高齢者が生活しやすい構造、設備等にも配慮した住宅の整備を進めます。

⑤地域防災計画の見直し

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誰が誰を助けるのかといった具体的な対策について研究し、地域ぐるみで災害弱者を守る体制づくりを進めます。

避難行動要支援者名簿をもとに、町内各自治会及び民生委員・児童委員とも協力し、災害時での要援護者の安全をできる限り迅速に確保します。

⑥災害に対する備えの検討

介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等における食料等の物資の備蓄・調達状況の確認を行います。

⑦交通安全対策の充実

高齢者の交通事故が多発するなかで、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、警察署と連携しながら注意を促し、免許返納に対する普及啓発も推進します。

⑧感染症対策（新型コロナウイルス感染症等）

新型コロナウイルス感染症をはじめとした感染症流行等の近隣市町村、北海道内、及び国内、さらには諸外国の感染発生状況等に注視し、広く浸透しつつある「新しい生活様式」の継続的な普及啓発を行うとともに、オンライン会議等の推進、各種ワクチン接種の確実な体制を構築するべく、保健・衛生担当部局と連携を図ることにより、重症化リスクの高い傾向のある高齢者がそのような脅威に直面した場合にも、適切な支援やサービスを受けられるよう、感染症対策や体制の構築を推進します。



第5章 計画の推進に向けて

1 組織・団体・機関等との協力、連携

地域包括ケアシステムの構築をより一層加速させるために、「自助」「互助」「共助」「公助」の考えのもと、各組織・団体・機関など町全体が一体で取組みを推進します。

特に、高齢者が安心して暮らすことができる地域づくりには、コミュニティ活動の推進が重要であり、関係機関と情報の共有化を図り、見守り、声かけなどの地域福祉活動を推進するとともに、ボランティア活動、老人クラブや町内会活動等への加入を促進します。

2 北海道、後志広域連合及び近隣市町村との連携

介護保険制度の円滑な運営においては、介護サービスの広域的利用等周辺地域との関わりも大きく、北海道、後志広域連合及び近隣市町村との連携が不可欠であるため、情報交換や連絡体制の強化を図ります。

3 人材の確保及び育成強化

高齢者が住み慣れた地域で効果的かつ包括的なケアが受けられるようにするためには、地域包括支援センター等に配置された専門職が、その知識や技能を活かしながら高齢者の抱える様々な課題を柔軟に対応し解決していくことが必要です。これら人材の資質の向上が重要となることから、課題や知見等を共有できる場の創出や各種研修等へ積極的に参加します。

また、現在、介護職員の不足は深刻であり、将来、さらに人材不足が進行すると見込まれることを踏まえ、地域住民、各団体・組織等と連携し、児童・生徒など幼少期からの福祉・介護に関する理解を深める活動を継続的に取り組むとともに、介護を必要としないアクティブシニアや主婦等の多様な人材の参入を促進します。

4 介護予防・重度化防止の推進

高齢者が元気で生き生きと暮らすためには、健康であり続けることが理想です。生活習慣の改善指導や健康相談、健康診査など保健サービスの充実に努めるとともに、多様なニーズに合った康づくりを推進します。



5 進捗状況の把握と評価の実施

本計画の目標実現に向けて、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、進捗状況の点検及び評価を行います。また、庁内の推進体制として、引き続き高齢者福祉、保健、介護保険を所管する課が中心となり、関係各課や関係機関との緊密な連携のもと、計画を推進していきます。

また、第9期計画の策定にあたっては、介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を基本としながら、従前の「計画（P）・実施（D）・評価（C）・見直し（A）」に加え、「survey（調査）」に向けた取組みも推進するため、「KDB（国保データベース）」や「LIFE（科学的介護情報システム）」を活用し、よりエビデンスに基づいたPDCAサイクルの運用が重要です。

上記を踏まえ、第4章において掲げた各指標について、計画の進捗管理及び計画全体の評価を行い、取組みに反映させていきます。

評価（CHECK）において
挙げられた意見等を精査し、
取組の改善策を検討
（地域ケア推進会議等）

喜茂別町地域ケア推進会議



第8期喜茂別町高齢者保健福祉計画
喜茂別町地域ケア推進会議

町が実施する事業等
事業者、団体、地域等の取組

KDB、LIFE の活用

(エビデンスの重視)



喜茂別町元気応援課

〒044-0201 北海道虻田郡喜茂別町字喜茂別13番地の3

電話 0136-55-5101

FAX 0136-33-3000

E-Mail genki@town.kimobetsu.lg.jp