

第4章 健やかで思いやりのあるまち

1 計画の基本指針

地域包括ケアシステムの深化・推進

～高齢者を含むすべての人を支える地域づくりに向けて～

●高齢者福祉施策から、すべての人を包括する施策へ

現在、“我が事・丸ごと”をキーワードとした「地域共生社会の実現」という概念が示され、高齢者だけでなく、障がい者なども含めた地域社会づくりが求められています。その取り組みを進めるにあたり、高齢者福祉・介護分野で考えられてきた地域包括ケアシステムを、より広い視点で捉え進めていくことが必要になります。それらの背景を踏まえながら、団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて「地域包括ケア計画」として位置づけ進めてきた計画の深化と推進を目指していきます。

●今期計画における大切な視点

①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化

サービス利用状況や介護予防の取り組み結果などから、効果的な自立支援・重度化防止の取り組みを行う必要があります。

②医療・介護の連携の推進

医療と介護の現場の専門職間の連携強化に向け、日常的な医学管理や看取り・ターミナル等の機能及び生活施設としての機能を兼ね備えた介護保険施設（介護医療院）が求められています。

③地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

地域共生社会の実現に向け、高齢者と障がい児者が同一事業所でサービスを受けやすくする共生型サービスが位置づけられています。

④地域包括支援センターの機能強化

市町村による評価が義務化され、評価結果を踏まえた適切な人員配置等を通じて、質の向上を図ることが必要となります。

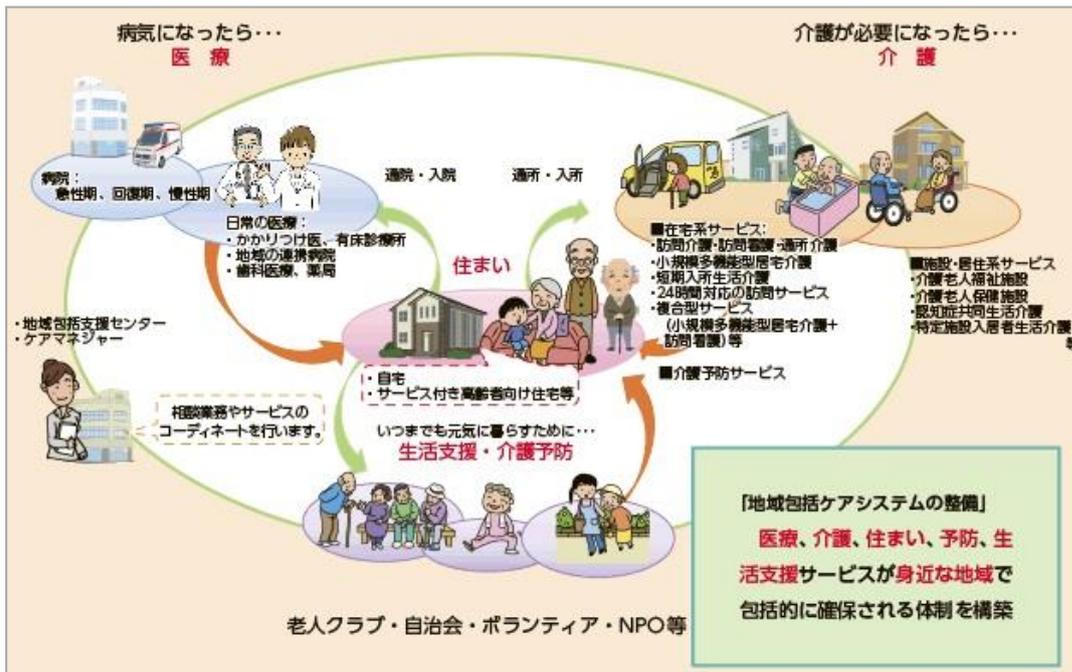
⑤認知症施策の推進

新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を位置づけることが求められています。

●地域包括ケアシステムの基本図・5つの構成要素

・高齢者福祉分野の「地域包括ケアシステム」とは

団塊の世代が75歳以上となる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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるケアシステムです。



※出典：厚生労働省

・「地域包括ケアシステム」の5つの構成要素

<進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」>



※出典：地域包括ケア研究会（厚生労働省） 「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（平成28年3月）より

「地域包括ケアシステム」の5つの構成要素について

地域包括ケア研究会（厚生労働省）では、住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして、植木鉢を形どった模式図を提示しています。

- ◎「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす”植木鉢”に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は養分を含んだ“土”と考えられる。
- ◎「生活」という”土”があって初めて、専門職の提供する「医療・看護」や「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」が3枚の“葉”として十分に機能を発揮する。
- ◎地域の中には多数の植木鉢があり、それぞれの住民ニーズにあった資源を適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが連携し、一体的に提供される体制があってこそ、「住み慣れた地域での生活を継続する」未来が実現可能となる。
- ◎こうした植木鉢も、国の政策の動向や社会的変化に合わせて進化している。これまで、“葉”に位置づけられてきた軽度者向けの介護予防活動の多くは、自助や互助などの取り組みを通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、進化した図では、介護予防と生活支援は一体のものと整理され、“土”に当たる部分に再整理された。
- ◎また、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は、リハビリテーションを中心に、専門職の多職種連携によって、取り組み強化が図られる部分であり、引き続き専門職の“葉”の重要な役割を担っている。

●地域包括ケアシステムを深化・推進するための5つの施策

1. 医療

高齢者が地域の中で安心して暮らし続けていくためには、医療が住み慣れた場所で提供され、医療と介護の両方のサービスを必要とする状態の高齢者に対し、在宅医療と介護サービスを一体的に提供できる体制づくりが重要です。そのため、医療・介護の連携をさらに推進し、強化することが重要です。

2. 介護

在宅サービスの充実などによって、地域の中で介護サービスを提供できる体制づくりが求められています。一方で、後期高齢者の増加などによって、在宅ではケアが難しい専門的・個別的な介護サービスへのニーズの増加などを踏まえ、施設サービスの充実なども並行して必要になります。

3. 予防

高齢者の在宅生活の継続のためには、要支援、要介護状態となることを防ぎ、自立して暮らしていけるように図ることが必要です。そのため、身近な地域において介護予防に取り組める環境を整えるとともに、高齢者の生きがい・健康づくりの充実などを図ることが重要です。

4. 住まい

高齢期になっても住み慣れた家に暮らし続けることができるよう、住宅改修の支援や多様な住まいの提供・確保を図っていくとともに、安全で住みよい環境を整えていくことが重要です。

5. 生活支援

認知症や高齢者のみの世帯の増加などを踏まえて、見守りや配食、買い物など日常生活に関わる多様な生活支援サービスの提供や、高齢者の基本的な生活に関わる権利の擁護などを進めていくことが重要です。

2 計画の基本目標

本町では、「高齢者の尊厳の保持と社会参加の推進」、「地域生活支援体制の確立」、「介護予防・認知症予防の推進」、「地域包括ケアの推進」、「サービスの質の確保と向上」の考え方を大切にして、様々な取り組みを行ってきました。これらの取り組みを通して、本町に住む高齢者が自分らしく生きることができる支援を展開しています。

今期計画においては新たに、“我が事・丸ごと”をキーワードとした「地域共生社会の実現」の考え方が求められています。これにより、今まで以上に多くの住民を横断的に支援する体制づくりが必要となります。

また、「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」では、地域包括ケアシステムを深化・推進し、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止や制度の持続可能性を確保することに配慮し、必要なサービス提供が求められています。

本町においても高齢化が進んでおり、後期高齢者数の増加や認定率の増加など、高齢福祉分野を取り巻く環境は大きく変化しています。その中で、今後においても、高齢者が自らの希望に沿った生活ができる支援が求められます。

これらの状況を踏まえて、今期計画では、「地域包括ケアシステムの向上」、「高齢者・要介護認定者の自立支援と介護保険制度の推進」、「安全・安心のまちづくり」を重点目標として掲げ、高齢者や介護が必要な人、介護を行う人をはじめすべての高齢者福祉に関わる人を支える環境づくりを進めていきます。

3 計画の体系

重点 目標	施策	事業
1 地域包括ケアシステムの向上	地域包括支援センターの強化	総合的な相談・支援
		介護予防マネジメント及び地域ケア会議等を通じたケアマネジメント支援
		虐待の防止と早期発見
	地域ケア会議の推進	地域ケア会議
	認知症に対する支援の強化	認知症支援事業
		認知症ケアパスの作成・普及
		認知症地域支援推進員の活動推進
		認知症初期集中支援チームの体制充実
	医療と介護の連携	在宅医療・介護の連携の推進
		医療計画との整合性の確保
2 高齢者・要介護認定者の自立支援と介護保険制度の推進	確実なサービスの提供	予防サービスの提供
		生活支援サービスの提供
	自立を支える取り組みの展開	介護予防把握事業
		地域介護予防活動支援事業
		介護予防普及啓発事業
		老人福祉センター運営事業
		就労活動の支援
		ボランティア活動への支援
		老人クラブ活動への支援
		生活支援サービスの整備

重点 目標	施策	事業
3 安全・安心のまちづくり	日常生活支援の強化	在宅高齢者生活援助員派遣事業
		緊急通報装置貸与事業
		日常生活用具給付事業
		在宅高齢者短期宿泊事業
		寝たきり等高齢者おむつ代助成事業
		住宅改修支援事業
	権利擁護の推進	成年後見制度利用支援事業
		権利擁護事業などの支援
	安全・安心な生活環境づくり	避難行動要支援者避難支援制度の推進
		在宅高齢者住宅改修助成事業

4 高齢者施策の展開

1 地域包括ケアシステムの向上

地域包括ケアシステムの向上に向け、地域包括支援センターの強化と地域ケア会議の推進、認知症に対する支援、医療・介護の連携を中心に施策を展開していきます。

現在、地域包括支援センターは、菰野町社会福祉協議会と菰野厚生病院（ブランチ）へ委託し2か所で開設しています。

本事業所は、高齢者の相談業務において、日常を支え、総合相談窓口としての役割は重要であり、今後更なる充実が求められます。

本事業所の周知として、住民への総合相談支援の提供や医療・介護関係者への助言・情報提供を効果的に行っていくため、多くの町民に地域包括支援センターを認知してもらえよう、支援内容などの情報を発信していきます。

また、認知症については、周知、早期発見、支援がより重要になるため、認知症地域支援推進員をはじめ認知症初期集中支援チームの充実等を図り、認知症となっても地域で安心して生活のできる環境づくりを進めます。

①地域包括支援センターの強化

①-1 総合的な相談・支援

高齢者の保健医療の向上と福祉の増進を図るための総合相談窓口としての役割を担い、相談者にあった情報提供を行うとともに、サービス事業所や医療機関など関係機関との連絡調整を行います。

①-2 介護予防マネジメント及び地域ケア会議等を通じたケアマネジメント支援

高齢者が要介護状態等になることを予防し、住み慣れた地域で自立した生活が継続できるように、相談時に基本チェックリストを実施し、利用すべきサービス区分等の介護予防ケアマネジメントを実施します。

①-3 虐待の防止と早期発見

老老介護の家族支援、認知症・精神障害等のある高齢者やその家族の支援が困難事例として増加傾向にあります。地域住民や、介護保険サービス事業所等からの相談や情報提供等により早期発見と防止に努め、関

係機関と連携しながら高齢者とその介護者の支援を行います。

②地域ケア会議の推進

②-1 地域ケア会議

地域課題の把握と課題・好事例の共有、保健、医療、福祉、地域の関係者の協働による充実の場としてだけでなく、年間事業計画を検討する上でも重要な協議の場となっています。そのため、地域包括ケアシステムを構築する際の重要なプロセスと位置付けられます。

今後も、医療・介護・予防・住まい・生活支援に関わる課題や困難事例について、地域包括支援センターやサービス事業所、民生委員、社会福祉協議会など、多方面の関係者のネットワークによって情報を共有し、解決に向けて導いていけるように、地域ケア会議（ケース検討会議、地域ケア調整会議、地域ケア推進会議）を進めていきます。

また、個別の地域ケア会議から抽出された地域課題などを検討し、政策的に反映できるよう、政策レベルの地域ケア会議の構築を図ります。

③認知症に対する支援の強化

認知症に関して困っている人が、より相談しやすい環境を整えるために相談会や認知症予防教室の充実を図ります。また、専門医と専門職による認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに設置し、必要な医療・介護サービスにつながっていない人やその家族に対して支援をしていきます。

③-1 認知症支援事業

認知症高齢者が増加傾向にあり、日常生活における介護者の負担は増加しています。

本町では、行方不明者の捜索等地域住民や関係機関と連携して、認知症高齢者の見守り体制として「菰野町高齢者SOSネットワーク」を構築しています。この制度を活用し高齢者が日常的に利用する商店等に周知し、見守り・協力体制を強化していきます。

さらに、地域で認知症の高齢者や家族を支援する「認知症サポーター養成講座」を開催し、受講者の拡大を図り、認知症の理解を深めていきます。また、受講者へのステップアップ研修を強化し、サポーターが地

域で活動ができる体制づくりを推進していきます。

今後、認知症高齢者だけでなくその家族も支えるために、徘徊高齢者を見守る体制や認知症高齢者の家族が悩みなどを話し合えるような交流の場を設定することが重要です。認知症高齢者を在宅でケアする家族同士の交流会や、認知症の人とその家族がともに利用することができる「認知症カフェ」など、家族の一時的なリフレッシュの場にもなる事業の実施を検討するなど、認知症高齢者の家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきます。

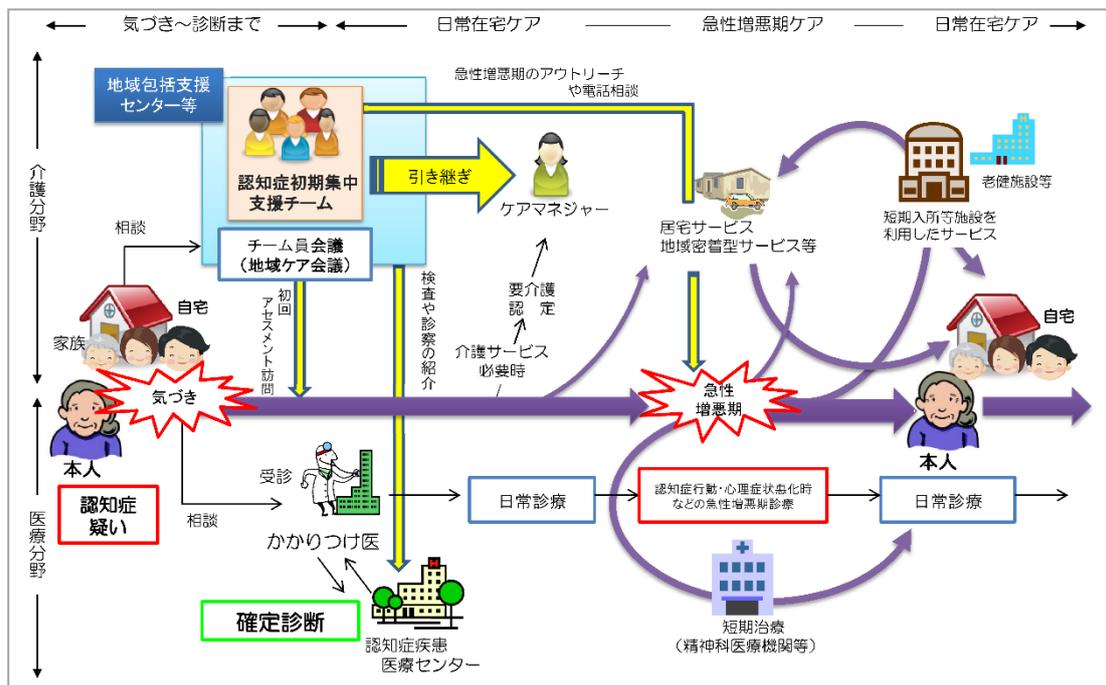
また、家族の交流会については、介護経験豊かな人と浅い人との交流を図り、効果的なケア方法を身近な場で学ぶことができるようにするなど、運営に工夫を凝らしていきます。

③-2 認知症ケアパスの普及

認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害の進行状況に合わせて、あらかじめどのように医療・介護サービスを提供していくかを標準的に決めて、認知症の状態に応じた対応方法や適切なサービス提供の流れを示すものです。

このような流れを作成し、認知症の人やその家族が認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どの様な支援を受ければよいかを理解ができるよう、認知症ケアパスの積極的な周知・啓発を進めるとともに、関係者での情報の共有を図ります。

◆認知症ケアパスの概念図◆



出典：認知症ケアパス研究会第4回委員会資料

③-3 認知症地域支援推進員の活動推進

認知症の人や家族を医療機関や施設、各サービスへつなげるように支援する「認知症地域支援推進員[※]」の育成に努め、「認知症地域支援推進員」が認知症の相談窓口として相談者と病院や介護施設等と連携していきます。

※認知症地域支援推進員とは、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーター役です。

③-4 認知症初期集中支援チームの体制充実

「認知症初期集中支援チーム[※]」が、認知症（疑い）の初期段階の人や家族に個別訪問を行い、認知症の早期診断・対応に努め、検討会議に活動報告・評価をしていきます。

※認知症初期集中支援チームとは、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員などがチームを組み、認知症の疑いがあるにも関わらず、必要な医療・介護サービスにつなげていない人などを個別に訪問し、専門医と連携しながら支援をしていくチームのことです。

④医療と介護の連携

④-1 在宅医療・介護の連携の推進

医療と介護を必要とする状態になっても、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「在宅医療」体制づくりが求められています。

現在、四日市医師会、町内の医療・介護関係者が集う「在宅医療・介護ネットワーク研修会」で、関心の高いテーマについて情報共有し、多職種の見える関係を築いており、今後も継続して実施していきます。

また、住民にも在宅医療について理解が深まるよう啓発していきます。

今後、地域包括ケアシステムの構築に当たって、医療と介護が意識や目的を共有しながら、交流・連携を深めるとともに在宅医療の推進を図っていきます。

◆在宅医療・介護連携事業◆

(1) 在宅医療・介護サービスの資源の把握及び情報共有

地域の資源を把握し、活用促進を図るとともに、さらに連携に有用な項目などを検討し、資源の情報共有に向けた取り組みを進めていきます。

(2) 在宅医療・介護連携の課題抽出及び対応の協議

高齢者が疾病を抱えても、住み慣れた地域で必要な医療や介護サービスを包括的・継続的に受けられる体制整備が求められています。

四日市医師会・歯科医師会・薬剤師会や福祉職等が集まる「在宅医療・介護ネットワーク会議」で課題を検討しており、今後も継続して実施していきます。また、在宅医療・介護連携相談窓口において、医療・介護・福祉関係者の連携を進めていきます。

(3) 在宅医療・介護関係者の交流及び研修

「医療と介護はどちらも利用者のためにある」という認識のもと、多職種連携の実際を学ぶ機会として、多職種が集う集会や研修会などを開催するとともに、地域の幅広い関係者が参加する地域ケア会議などの活用も図り、交流を進めていきます。

（４）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

医療においては、かかりつけ医を中心に夜間等の急変時対応や看取り時の在宅医療が実施されています。

介護においても、在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう、四日市医師会をはじめ関係者との協議を行いサービス提供体制の整備を進めていきます。

（５）住民への普及啓発

在宅医療に関する講演会の開催やパンフレットの配布等、地域住民への在宅医療の理解促進を図っていきます。

（６）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討していきます。

④-2 医療計画との整合性

切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築、自立と尊厳を支えるケア実現を目指して、医療計画に掲げる在宅医療の整備目標と、介護保険事業計画に掲げる介護の見込み量等の整合性の確保を目指します。その実現に向けて、協議の場を持ち調整を進めてきました。

具体的な調整事項は、①医療計画と介護保険事業計画で対応すべき需要、②具体的な整備目標・見込み量の在り方、③目標の達成状況の評価となっています。

今期計画を策定するにあたり、上記の整合性を図りました。

【取り組み内容】（在宅医療フレームワークより）

医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討した在宅医療フレームワークに基づき、認知症を早期に発見し治療につなげるために、市町による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、認知症ケアパスの作成を進めるとともに、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の対応力向上と認知症サポート医の養成を進め、地域における切れ目のない支援体制

を整備し、地域包括ケアシステムの構築に向け、市町による在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施を進めます。

第7期では、三重県地域医療構想のサービス見込みにおける在宅医療等の新たなサービスが必要な人は3,400人となっています。サービス見込み量として、本町の対象者数を平成32年度から平成37年度までの目標人数として推計されている人数のサービス必要量としては、訪問診療、居宅サービス、施設サービスにそれぞれ在宅と施設割合に応じて必要量として見込んでいます。

2 高齢者・要介護認定者の自立支援と介護保険制度の推進

平成29年度より、これまでの予防給付や介護予防事業の一部は、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業とする）」へ移行しました。総合事業では、要支援者と基本チェックリストに該当する高齢者が利用する「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者が利用する「一般介護予防事業」で構成されます。

総合事業では、介護事業者だけでなく、地域団体やNPO・ボランティア等も事業主体として参画することが可能な制度になっています。本町の地域資源の状況やニーズ等を把握し、予防効果の最大化を図るための手段等の検討と実施を進め、介護予防施策を充実します。

また、介護保険事業を取り巻く状況は、多様化・複雑化しています。高齢者・要介護認定者ともに増加することが見込まれるなか、重度化しても地域で自立した生活をするのできる環境づくり等の対策が求められます。

① 確実なサービスの提供

①-1 予防サービス

保健福祉センターで行う通所型サービスは、運動器の機能向上のための集団指導を実施しています。また、訪問型サービスは口腔機能向上、栄養改善のための個別指導を実施しています。

①-2 生活支援サービス

生活面においては、各地域で家事援助（掃除等）や生活支援（ごみだし等）、外出支援等が必要な高齢者に対して、日常生活の自立支援が行えるよう、社会福祉協議会等と連携しています。ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯で、食事の調理が困難な人の在宅生活を支えるために配食サービスを行い、食生活の改善と健康の保持に努めるとともに、配達を通して安否の確認を行います。

②自立を支える取り組みの展開

高齢期になっても、毎日を生き生きと暮らすためには、日頃からの健康づくりが大切です。介護予防に効果のある体操などを広め、健康寿命を延伸できるよう取り組みを進めます。地域で健康づくりや介護予防の取り組みが進む仕組みづくりを行い、高齢者が地域でつながりながら、自ら担い手となり地域活動に参加することで、健康で生きがいを持った活動的な生活が送れるよう支援し、元気な高齢者を増やしていきます。

②-1 介護予防把握事業

基本チェックリストを用いて、要支援・要介護認定を受けていない人の中から、要支援・要介護状態になるおそれの可能性の高い人を把握するための事業を実施していきます。生活機能や心身機能低下がみられる高齢者に対し、介護予防教室などの参加を促していきます。

②-2 地域介護予防活動支援事業(お元気サポーター養成講座)

各地域で介護予防運動を推進していく介護予防ボランティアの養成で「お元気サポーター養成講座」を実施しています。この講座で、介護を必要としない元気高齢者が、基本的な介護予防の知識を習得します。受講後は、サポーターの活動場所として「みんなの運動サロン」をコミュニティセンターで行い、「自らの健康保持・介護予防を行うこと」を意識付けし、参加者をサポートしていきます。

②-3 介護予防普及啓発事業(いきいき栄養・健口教室)

管理栄養士による低栄養予防についての講義や調理実習を実施し、歯科衛生士による口腔ケアや誤嚥性肺炎予防や口腔体操などの講義を行っています。

②-4 介護予防普及啓発事業(にこにこアップ教室)

各専門職（作業療法士、健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士）が中心となり、脳活性化につながるプログラムにより実施しています。講義だけでなく、脳トレーニング学習や日常的な活動の一つである調理実習も取り入れています。また、教室終了後の人を対象に閉じこもり予防や他者との交流の場として、月1回「にこにこアップ教室OB会」を開催

し、簡単なストレッチや筋力アップ体操や脳トレーニング学習等を行っています。

②-5 介護予防普及啓発事業(きらり☆体力アップ教室)

65歳以上の高齢者に対して、運動機能の低下を予防し、自宅でできるストレッチ、筋力トレーニング、ノルディック・ウォーク等の運動により筋力をつけ転倒しない生活を目指して、健康運動指導士が中心に実施します。随時健康相談を実施していきます。

②-6 介護予防普及啓発事業(介護予防講座)

いつまでも元気で自立した生活を送るために、健康づくりと介護予防をテーマとした講演会を町内の医療機関・介護施設と連携して実施していきます。

②-7 介護予防普及啓発事業(地区巡回型運動教室)

健康運動指導士による各地区を対象に高齢者の状態に合わせ、ゆっくりとしたペースの内容で筋力アップのための運動を行い、地域での介護予防を幅広く展開できるようにしていきます。

②-8 老人福祉センター運営事業

高齢者の生きがいと社会参加を促進するために、老人福祉センターを活用し、温泉入浴、歩行浴、教養娯楽室等の開放、教養講座を開催するなど交流の場を提供していきます。

②-9 就労活動の支援

高齢者の就労機会を提供するため「ことぶき人材センター」の活動を支援するとともに、会員組織活動の活性化に努めます。

②-10 ボランティア活動への支援

ボランティア活動の活性化を図るため、社会福祉協議会のボランティアセンターにおいて、ボランティア(団体・個人)の登録受付や相談、コーディネートといった機能の充実を図り、地域に根ざしたボランティア活動が展開されるように必要な支援を行っていきます。また、住民の

ボランティア活動への関心を高めるため、広報啓発活動を積極的に進めるとともに、ボランティア同士の交流や仲間づくりを推進し、継続した活動に結び付けられるよう支援していきます。

②-11 老人クラブ活動への支援

老人クラブが地域において自主的な活動を行う中で、友愛活動や世代間交流事業、地域美化活動など地域に貢献する事業を通じて地域の結びつきを推進し、地域の担い手としての社会的役割も担っていただけるように支援していきます。

②-12 生活支援サービスの整備

ひとり世帯や高齢者のみの世帯が増え、支援が必要な高齢者が増加すると、買い物やごみ出しなどの生活支援の必要性が高まると予想されます。このことから、ボランティアや民間企業などの地域の人が生活支援や介護予防サービスを提供することが必要となってきます。

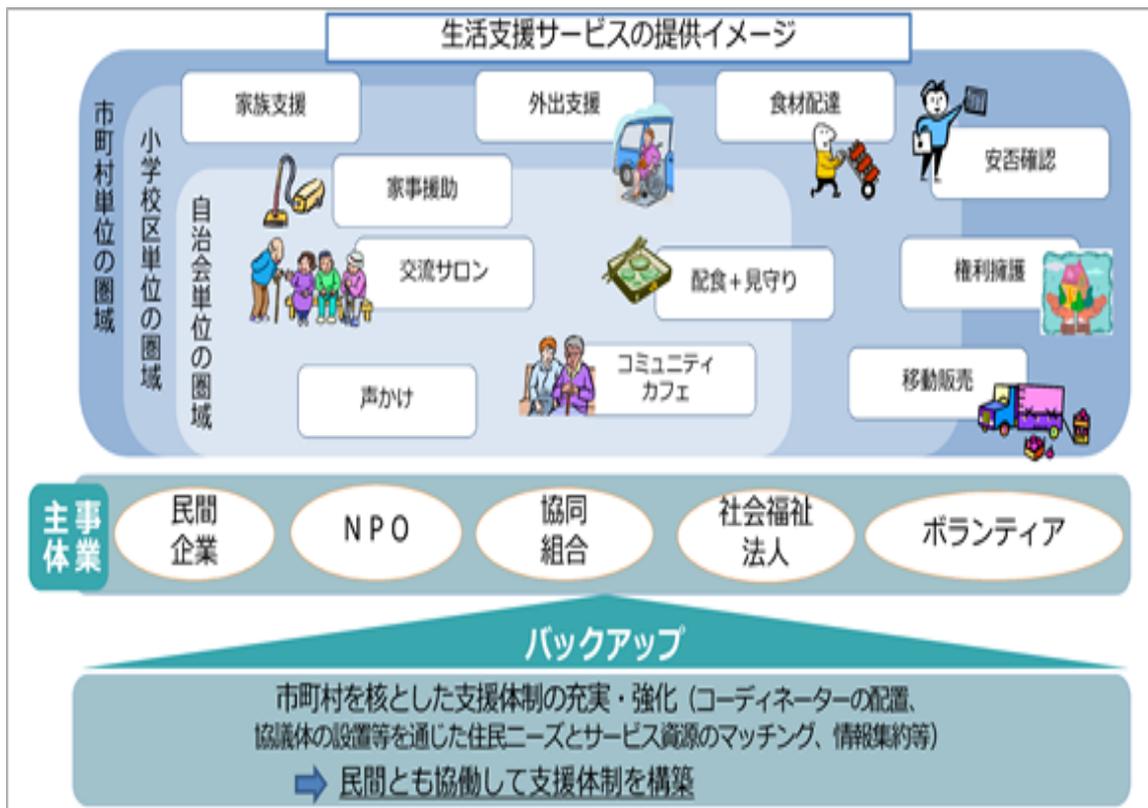
また、地域の担い手として元気な高齢者が社会参加や社会的役割を持つことにより、生きがいにつながり、介護予防効果も期待できます。

そのため、平成29年度から生活支援体制整備事業において生活支援コーディネーターを社会福祉協議会に委託して第1層（町全域）に配置し、生活支援や介護予防サービスの充実に向けて、地域の状況の把握やボランティア等地域の担い手のネットワーク化を進めています。

今期計画では、さらに第2層（日常生活圏域）において生活支援コーディネーターを配置し、生活支援等サービスの提供主体等が定期的な情報共有や連携・協働による取り組みを推進するための場である協議体を設置し、多様な関係者が協働して地域づくりに取り組むための基盤を整備していきます。

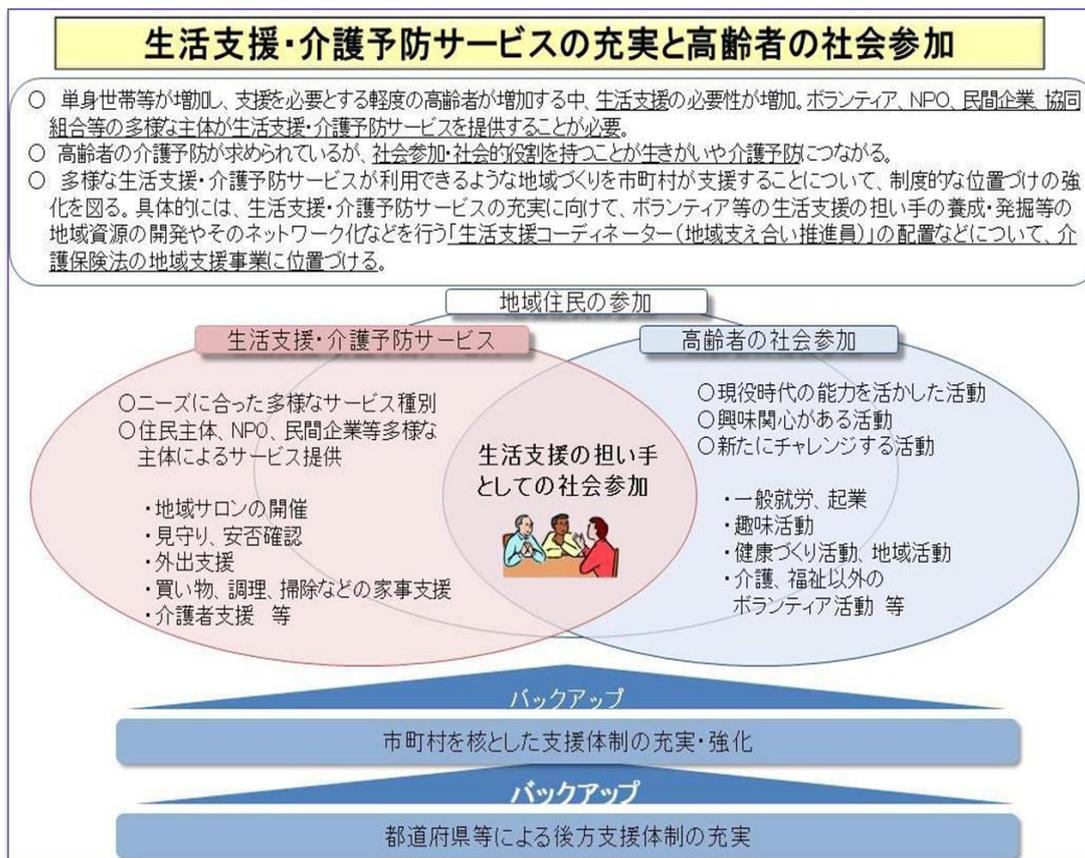
実際の事業活動としては、今までに住民と協働して活動する社会福祉協議会の地域福祉コーディネーター（コミュニティソーシャルワーカー）が大きな役割を果たしてきており、町の地域支援事業で配置する生活支援コーディネーターがこの地域福祉コーディネーターと連携して業務を行い、高齢者のみの支援にとどまらず、地域福祉活動の担い手としての役割を果たせるよう、取り組んでいきます。

◆生活支援サービスのイメージ図◆



出典：平成25年社会保障審議会介護保険部会（第47回）資料1

◆生活支援体制整備事業のイメージ図◆



出典：平成25年社会保障審議会介護保険部会（第47回）資料1

3 安全・安心のまちづくり

介護認定を受けている、いないに関わらず、すべての高齢者が、安心して地域で生活が続けられるよう、身近な地域で助け合いができる共生のまちづくりの実現に向けて、町民、事業所、行政が協働して取り組みを目指します。

介護保険サービスでは、在宅高齢者短期宿泊事業や高齢者おむつ代助成事業などの既存サービスを継続して行うとともに、高齢者の権利を守る事業や取り組みを展開していきます。

①日常生活支援の強化

①-1 在宅高齢者生活援助員派遣事業

高齢者が在宅生活を維持していくため、ひとり暮らしや高齢者世帯をヘルパーが定期的に訪問して相談を受け、必要なサービスにつなげます。同時に、介護予防が必要とされる介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の発見や安否確認も行います。

①-2 緊急通報装置貸与事業

身体が虚弱なひとり暮らしの高齢者の在宅生活を支援するために、緊急通報装置を貸与し生活の安全性を確保します。

①-3 日常生活用具給付事業

在宅生活の安全性を図るために、火災報知器や電磁調理器などの用具を給付するとともに、低所得者への支援も行います。

①-4 在宅高齢者短期宿泊事業

介護保険で非該当となった高齢者等を対象に、介護者の都合等により在宅生活が困難になったとき、養護老人ホームみずほ寮を中心に短期入所を活用し、在宅生活を支援します。

①-5 寝たきり等高齢者おむつ代助成事業

在宅の寝たきり高齢者や認知症の人等で常におむつを必要とする人に対し、在宅介護の負担軽減を図るため、継続して助成していきます。

①-6 住宅改修支援事業

介護支援専門員への住宅改修にかかる指導・助言体制を充実するとともに、理由書作成経費を補助し、適正な改修が実施されるよう支援します。

②権利擁護の推進

②-1 成年後見制度利用支援事業

日常生活を営む中において、認知症により判断能力が十分ではない人などの財産管理や本人の権利を守るために、成年後見制度の普及啓発を行うとともに、申立人不在の場合は審判申立等の制度利用の支援に努めます。

②-2 権利擁護事業などの支援

認知症により判断能力の低下した身寄りのない人や、虐待を受けている高齢者などの支援及び社会福祉協議会の法人後見事業・日常生活支援事業への支援に努めるとともに、地域での見守り体制の充実を図り、迅速な人権保護に努めます。

③安全・安心な生活環境づくり

高齢者の多くは、住み慣れた地域で、そして近所の友人・知人との付き合いを通して生きがいのある自立した在宅生活を送ることを望んでいます。高齢化や核家族化の進行、ひとり暮らしの高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が急増しており、高齢者の孤立した生活が特別な事柄ではなくなりつつあります。

このような孤立しがちな高齢者が安心して生活できるまちづくりを目指すために、支援を必要とする高齢者を把握し、各種サービスの利用など適切な支援につなぎ、継続的な見守りを実施するネットワークシステムの充実を図ります。

③-1 避難行動要支援者避難支援制度の推進

ひとり暮らし高齢者等が災害時に取り残されることのないよう、社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会と協働し、災害が起こった際に避難を支援できる体制の整備を進めています。また、ネットワーク構築事業を展開し、情報の共有化を図ります。避難行動要支援者避難支援制度の推進のため、更なる周知を行うとともに、関係機関との連携強化に努めます。

③-2 在宅高齢者住宅改修助成事業

70歳以上のひとり暮らし高齢者又は70歳以上の高齢者のみの住民税非課税世帯に属する人で、介護保険法の支給対象外の高齢者に対し、高齢者が居住する住宅において、手すりや段差解消等の住宅改修費用の一部を助成します。

