

ニセコ町第9期高齢者保健福祉計画

令和6年3月

北海道ニセコ町

目次

1	計画の基本事項	1
1.1	計画策定の趣旨	1
1.2	計画の位置づけ	2
(1)	計画の根拠と位置づけ	2
(2)	関連計画との整合性	2
(3)	SDGsの推進	3
1.3	計画の期間	4
2	高齢者の現況	5
2.1	人口・世帯の状況	5
(1)	人口の状況	5
(2)	高齢者世帯の状況	6
(3)	要介護認定者の状況	7
2.2	高齢者の生活の状況など	8
(1)	住まいの状況	8
(2)	介護・介助の必要性和地域活動への参加意向	9
2.3	高齢者の健康及び疾病の状況	10
(1)	受診率と医療費の状況	10
(2)	生活習慣病からみた死亡原因	11
(3)	総合事業対象者	12
3	第8期計画における事業の実施状況	15
3.1	健康づくりに関する事業	15
3.2	高齢者福祉事業（生活支援サービス）	17
3.3	地域支援事業（介護保険事業）	18
(1)	地域支援事業の概略	18
(2)	介護予防・日常生活支援総合事業	20
(3)	包括的支援事業	23
(4)	任意事業	25
3.4	介護保険（給付）サービス（介護保険事業）	26
(1)	居宅介護サービス	26
(2)	施設介護サービス	27
(3)	地域密着型サービス	28
4	計画の基本的考え方	29
4.1	計画の基本理念	29
4.2	計画の基本目標	30
4.3	施策の体系	31

5 施策の展開.....	32
◆基本目標1◆ 高齢者が自立して暮らすことができる健康づくり.....	32
(1) 健康づくりの推進.....	32
(2) 生活習慣病予防対策の推進.....	33
(3) 介護予防の推進.....	34
◆基本目標2◆ 高齢者が安心して生活できる支援体制づくり.....	36
(1) 生活支援サービスの充実.....	36
(2) 地域包括ケア体制の充実（包括的支援事業の推進）.....	39
(3) 認知症高齢者対策の推進.....	41
(4) ひとり暮らし高齢者対策の推進.....	42
◆基本目標3◆ 高齢者がいきいきと暮らせる環境づくり.....	43
(1) 生きがいづくりと社会参加の促進.....	43
(2) 高齢者にやさしいまちづくり.....	44
5.3 施策の推進に向けて（包括的な視点の導入）.....	45
(1) 課題の整理.....	45
(2) 今後の取組.....	48

1 計画の基本事項

1.1 計画策定の趣旨

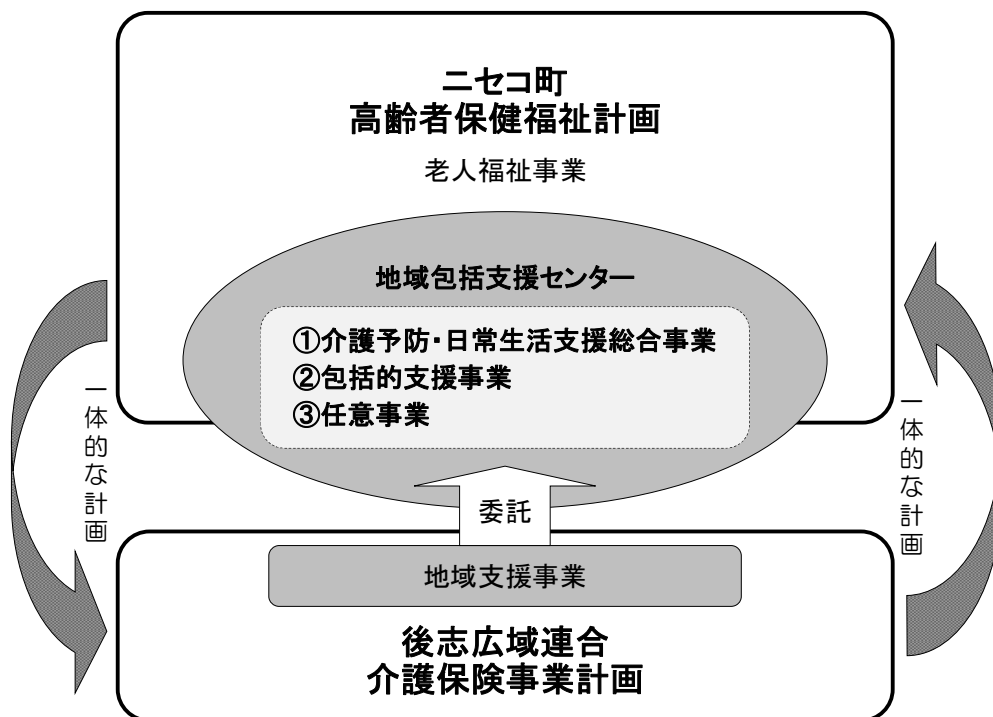
- ・本町では、後志広域連合が第4期介護保険事業計画（平成21～23年度）から介護保険事業を運営することとなったことに伴い、第5期ニセコ町高齢者保健福祉計画（平成24～26年度）から後志広域連合が作成する介護保険事業計画と分離し、町単独の計画として作成してきました。
- ・介護保険事業計画は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、要介護状態の人や要介護状態のおそれのある人を対象に、地域で自立した生活が営めるよう、居宅介護（予防）サービス等を提供することを目的としているのに対し、本計画は、高齢者全体を対象とした健康づくりや介護予防、生活支援等に係る支援策を講ずることを目的としています。
- ・平成26年6月に公布された「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等に関する法律」により介護保険法の一部が改正され、2025年を目前に地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢者全体を対象とした介護予防や認知症対策、さらには生活支援体制の整備などを講ずる地域支援事業の充実が図られました。
- ・本改正に基づき、これまで以上に、地域の自主性や主体的に基づいた地域支援事業の展開が求められており、本町では後志広域連合から委託を受けるかたちで、新しい枠組みでの地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業等）を実施しています。
- ・こうした状況をふまえ、本計画は、地域支援事業における具体的な施策内容を包含した計画として策定しています。
- ・また、本計画で掲げた施策・事業については、進捗状況の点検・評価を年1回、ニセコ町民生委員児童委員協議会の開催にあわせて報告し、意見を聞くこととします。

1.2 計画の位置づけ

(1) 計画の根拠と位置づけ

- ・本計画は、老人福祉法第20条の8（市町村老人福祉計画）を法的根拠として作成するもので、介護保険法第117条に基づき、後志広域連合において作成される「第9期後志広域連合介護保険事業計画」と一体的に取り組むことが義務付けられています。
- ・介護保険事業計画は、要介護状態にある人または要介護状態になるおそれのある人を対象としていますが、本計画は元気な高齢者を含めた、65歳以上の高齢者全体を対象に、高齢者が住み慣れた地域で安全・安心に自立生活を営むことができるように支援していくための計画です。
- ・したがって、本計画では、第9期後志広域連合介護保険事業計画と一体的な計画として、地域支援事業を取り組む形で、町の高齢者に係る全ての保健福祉事業を進めることとしています。

【計画の位置づけ】



(2) 関連計画との整合性

- ・本計画は令和6年度からはじまる「第6次ニセコ町総合計画」を上位計画とし、高齢者保健福祉施策と介護保険事業を一体的に推進するための部門別計画で、本計画に係る具体的な事業は「第6次総合計画」との整合性に配慮して進めるとともに、後志広域連合が作成する第9期介護保険事業計画と一体的に取り組んでいきます。

(3) SDGs の推進

① SDGs について

SDGs（Sustainable Development Goals）とは、「誰一人取り残さない」社会の実現を目指し、平成 27 年の国連サミットで採択された「持続可能な開発目標」のことであり、令和 12 年までを期限とする世界共通の目標です。

持続可能な世界を実現するための 17 のゴールと 169 のターゲットから構成され、経済・社会・環境を包含する統合的な取組みを示しています。

国では、「SDGs 実施指針改定版」（令和元年 12 月 20 日）において、「現在、日本国内の地域においては、人口減少、地域経済の縮小等の課題を抱えており、地方自治体における SDGs 達成へ向けた取組は、まさにこうした地域課題の解決に資するものであり、SDGs を原動力とした地方創生を推進することが期待されている」とされています。



② ニセコ町 SDGs 未来都市計画

町では SDGs の達成に向けた取組み、提案を行う自治体として国から「SDGs 未来都市」に選定されました。

町はこれまで、「住民参加・情報共有による自治の実践」や「環境モデル都市の取組」、「独自の開発ルールづくり」などのまちづくりを継続して実践し、取り組んできました。

これらの取組みは、SDGs の 17 の目標に置き換えるならば目標 17「パートナーシップ」や目標 7「エネルギー」、目標 11「住み続けられるまちづくり」などであり、言い換えれば町のこれまでの取組みそのものが、SDGs が目指す取組みでもあったと捉えています。

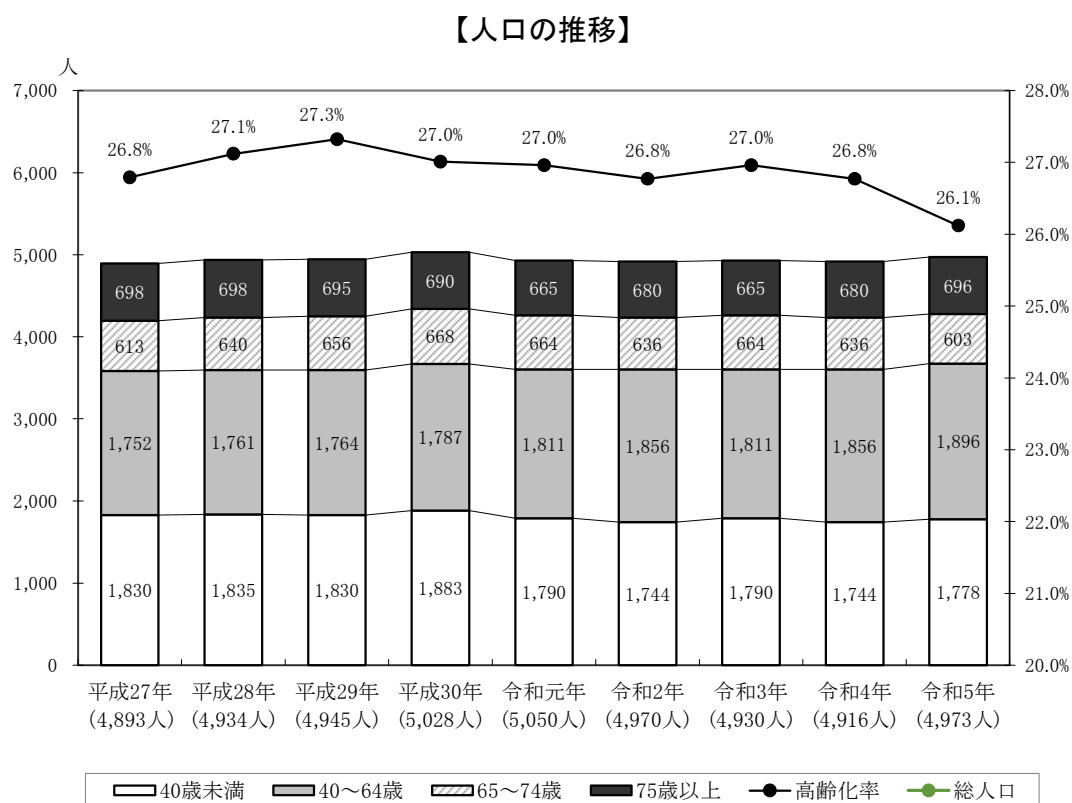
本計画においてもこれを意識した施策を実施し、高齢者保健福祉と SDGs の推進を図ります。

2 高齢者の現況

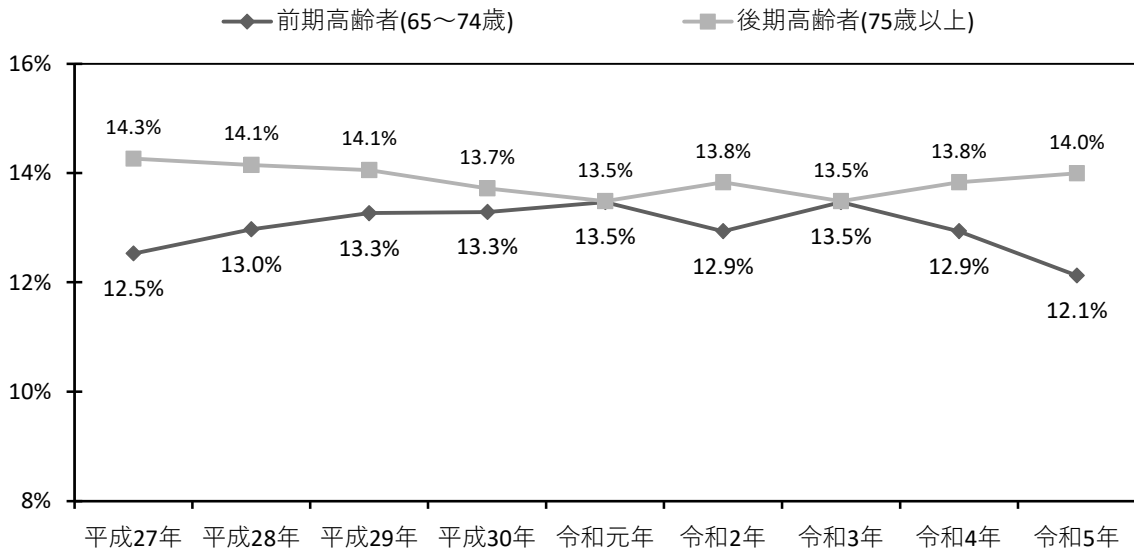
2.1 人口・世帯の状況

(1) 人口の状況

- ・総人口は令和元年の5,050人をピークに減少傾向をたどり、令和4年には4,916人となりましたが、令和5年には4,973人と増加しました。
- ・高齢化率は平成29年の27.3%をピークに減少傾向にあり、令和5年には26.1%となっています。
- ・75歳を境とした前期高齢者と後期高齢者の対総人口比をみると、令和3年以降、後期高齢者の割合は増加傾向、前期高齢者の割合が減少傾向となり、令和5年では前期高齢者が12.1%、後期高齢者が14.0%となっています。



【前期高齢者・後期高齢者の対総人口比の推移】



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

(2) 高齢者世帯の状況

- ・高齢者のいる世帯は、単身世帯が増加傾向、三世帯世帯が減少傾向となっています。

【高齢者のいる一般世帯の状況】

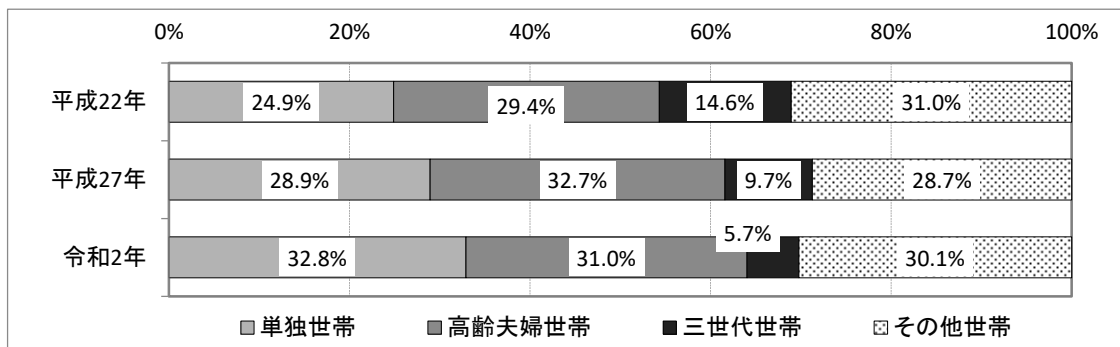
単位：世帯

		単身世帯	高齢夫婦世帯	三世帯世帯	その他世帯	合計
平成22年	一般世帯数	199	235	117	248	799
	構成比	24.9%	29.4%	14.6%	31.0%	100.0%
平成27年	一般世帯数	248	280	83	246	857
	構成比	28.9%	32.7%	9.7%	28.7%	100.0%
令和2年	一般世帯数	281	266	49	258	854
	構成比	32.8%	31.0%	5.7%	30.1%	100.0%

注：各年10月1日現在

資料：国勢調査

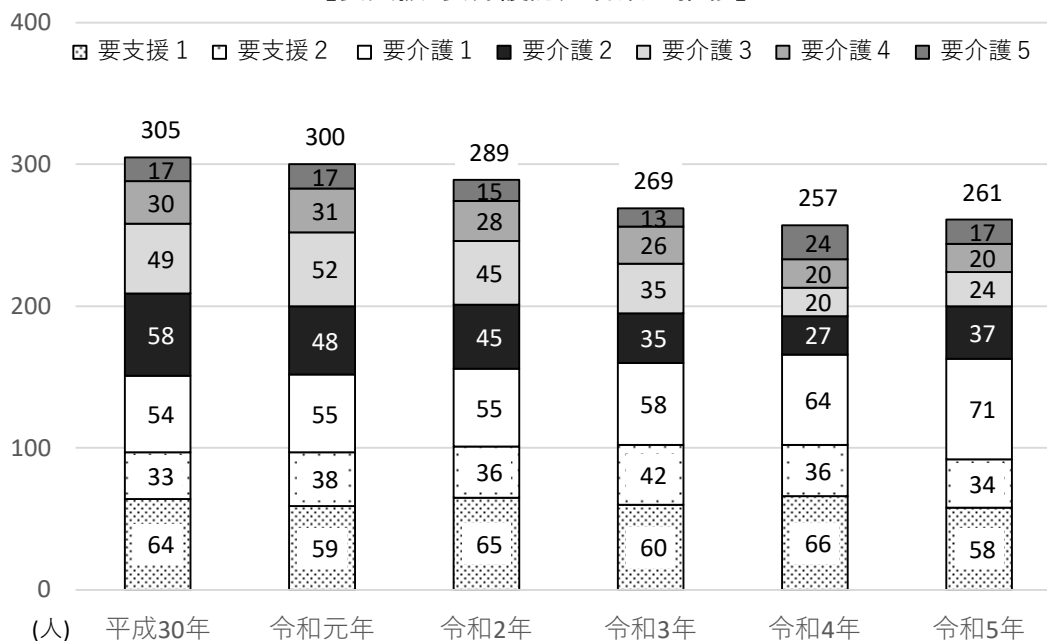
※高齢夫婦世帯とは夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯をいいます。



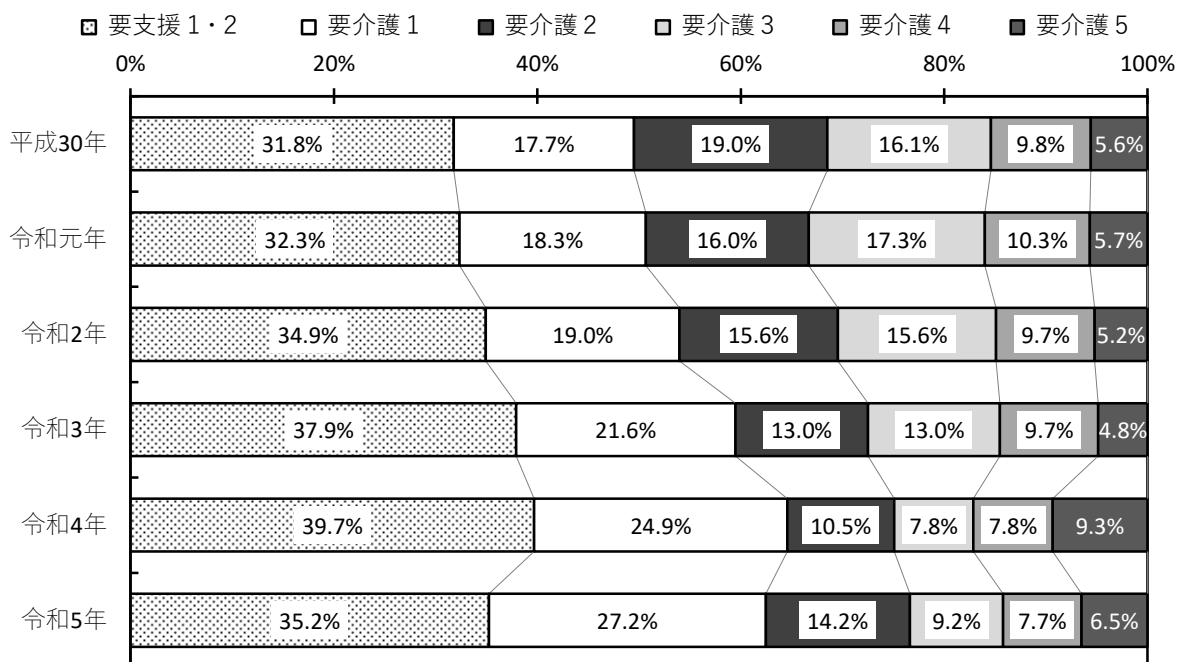
(3) 要介護認定者の状況

- ・ 要介護認定者は減少傾向にありましたが、令和5年は261名と増加しました。
- ・ 要介護度別の構成比をみると、令和2年以降、要支援、要介護1の割合が増加しており、要介護3以上の重度要介護者の割合は減少傾向にあります。

【要支援・要介護認定者数の推移】



【要介護度別の構成比】



注：各年度10月1日現在
資料：介護保険事業状況報告

2.2 高齢者の生活の状況など

(1) 住まいの状況

- ・高齢者のいる一般世帯の住まいの状況をみると、世帯数は、平成17年から令和2年にかけて79戸増加していますが、持ち家率は減少傾向にあり、令和2年は77.6%となっています。
- ・下記の参考に示した一般世帯全体の令和2年の持ち家率（57.9%）と比較すると、高齢者のいる世帯の持ち家率ははるかに高くなっています。

【持ち家率の状況（高齢者のいる一般世帯）】

	平成12年		平成17年		平成22年		平成27年		令和2年		平成17～令和2年	
	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	増減数	増減率
高齢者のいる一般世帯	719	100.0	775	100.0	799	100.0	789	100.0	854	100.0	79	10.2
住宅に住む一般世帯	710	98.7	768	99.1	794	99.4	784	99.4	828	97.0	60	7.8
主世帯	705	98.1	764	98.6	791	99.0	780	98.9	819	95.9	55	7.2
持ち家	613	85.3	643	83.0	649	81.2	605	76.7	663	77.6	20	3.1
借家	92	12.8	121	15.6	121	15.1	175	22.2	156	18.3	35	28.9
公営・公団・公社の借家	76	10.6	109	14.1	82	10.3	107	13.6	125	14.6	16	14.7
民営の借家	8	1.1	9	1.2	18	2.3	53	6.7	22	2.6	13	144.4
給与住宅	8	1.1	3	0.4	3	0.4	15	1.9	9	1.1	6	200.0
間借り	5	0.7	4	0.5	3	0.4	4	0.5	9	1.1	5	125.0
住宅以外に住む一般世帯	9	1.3	7	0.9	5	0.6	5	0.6	26	3.0	19	271.4

単位：世帯、%

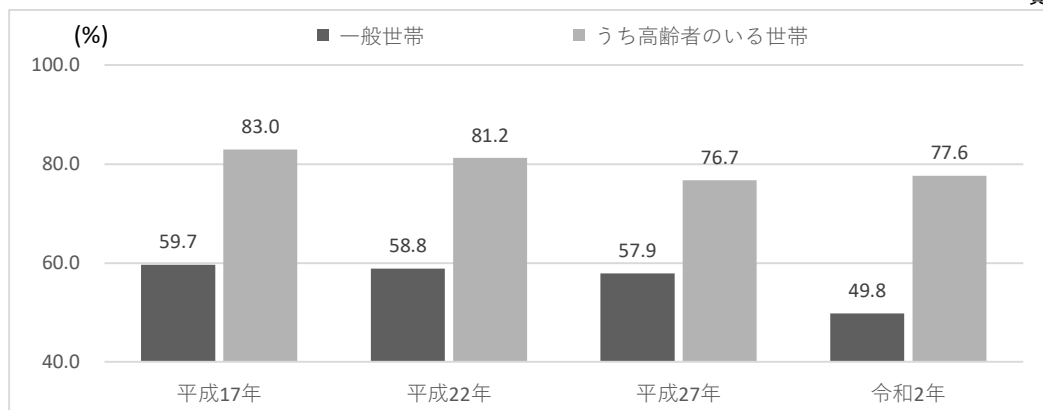
資料：国勢調査

【持ち家率の推移（一般世帯との比較）】

	平成12年		平成17年		平成22年		平成27年		令和2年		平成17～令和2年	
	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	世帯数	構成比率	増減数	増減率
一般世帯	1,752	100.0	1,894	100.0	2,051	100.0	2,270	100.0	2,511	100.0	617	32.6
住宅に住む一般世帯	1,603	91.5	1,746	92.2	1,962	95.7	2,060	90.7	2,209	88.0	463	26.5
主世帯	1,580	90.2	1,722	90.9	1,918	93.5	2,037	89.7	2,156	85.9	434	25.2
持ち家	1,046	59.7	1,130	59.7	1,207	58.8	1,314	57.9	1,251	49.8	121	10.7
借家	534	30.5	592	31.3	711	34.7	364	16.0	905	36.0	313	52.9
公営・公団・公社の借家	371	21.2	384	20.3	392	19.1	253	11.1	387	15.4	3	0.8
民営の借家	65	3.7	145	7.7	253	12.3	88	3.9	373	14.9	228	157.2
給与住宅	98	5.6	63	3.3	66	3.2	23	1.0	145	5.8	82	130.2
間借り	23	1.3	24	1.3	44	2.1	210	9.3	53	2.1	29	120.8
住宅以外に住む一般世帯	149	8.5	148	7.8	89	4.3	210	9.3	302	12.0	154	104.1

単位：世帯、%

資料：国勢調査



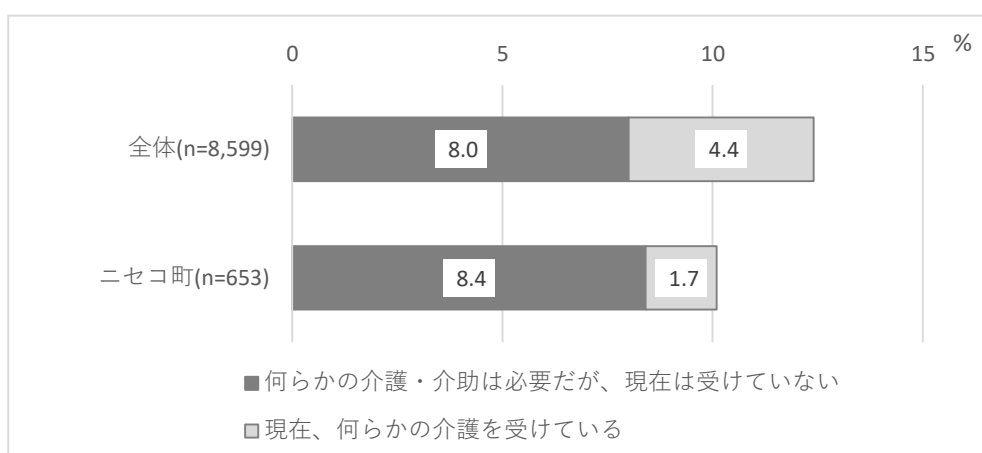
資料：国勢調査

(2) 介護・介助の必要性和地域活動への参加意向

- ・後志広域連合が、関係 16 町村の介護保険被保険者のうち、要介護認定（要支援を含む）を受けていない高齢者を対象とした「令和 5 年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果をもとに、本町における高齢者の介助・介護の必要性や地域活動への参加意向などに係る調査結果について記載します。

① 介護・介助の必要性

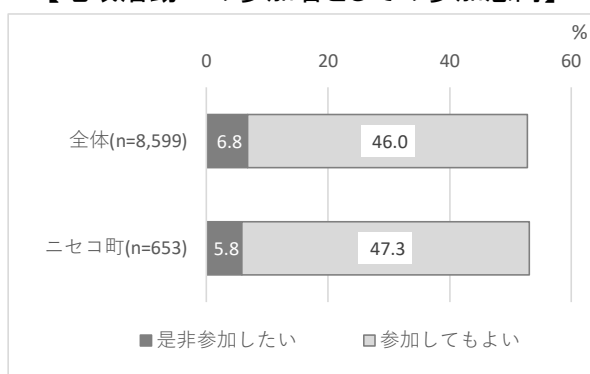
- ・介護・介助の必要性がある人（「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」の合算）は、本町では 10.1%となっており、後志広域連合構成町村全体（12.4%）よりも低くなっています。



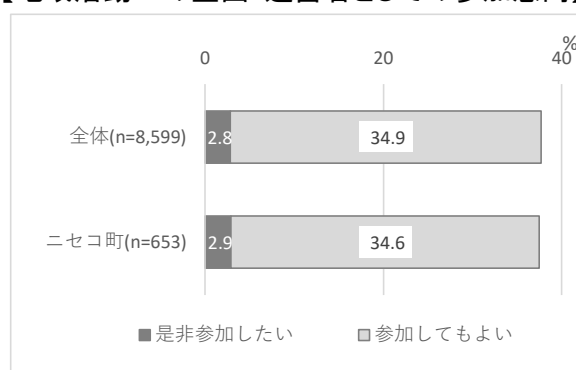
② 地域活動への参加意向

- ・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、本町では参加意向のある（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合算）人が 53.1%となっています。
- ・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、本町では参加意向のある（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合算）人が 37.5%となっています。

【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・運営者としての参加意向】



2.3 高齢者の健康及び疾病の状況

(1) 受診率と医療費の状況

- ・後期高齢者医療制度（75歳以上と65～74歳で一定の障がいのある人が対象）による受診率の状況についてみると、令和4年度では、入院が1年間1人当たり0.9件、入院外が1年間1人当たり13.4件となっています。また、受診日数は、入院が1か月1人当たり1.3日、入院外が1.7日となっています。
- ・北海道全体と比較すると、入院、入院外、歯科いずれも受診率・受診日数は低くなっています。
- ・一方、令和4年度の入院医療費は1件当たり53,229円/月、入院外医療費は同1,655円/月で北海道全体よりも高くなっています。

【受診率の状況】(単位:件、各年度末現在)

受診率	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	ニセコ町	北海道	ニセコ町	北海道	ニセコ町	北海道
入院	1.040	0.951	0.762	0.926	0.847	0.905
入院外	11.508	13.390	11.282	13.394	11.507	13.407
歯科	1.064	1.734	1.189	1.837	1.346	1.933
合計	13.612	16.075	13.233	16.157	13.700	16.245

注：「受診率」/一定期間（通例1年）における被保険者1人当りの受診件数のこと。

資料：北海道後期高齢者医療広域連合

【1人当たりの受診日数の状況】(単位:日/月、各年度末現在)

1人当日数	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	ニセコ町	北海道	ニセコ町	北海道	ニセコ町	北海道
入院	1.66	1.53	1.22	1.48	1.29	1.43
入院外	1.68	1.74	1.68	1.73	1.67	1.71
歯科	0.20	0.29	0.21	0.30	0.23	0.30
合計	3.54	3.56	3.11	3.51	3.19	3.44

注：1件当日数＝一患者が同一月に疾病の治療のために、1つの医療機関に通った日数

資料：北海道後期高齢者医療広域連合

【1件当たりの医療費の状況】(単位:円/月、各年度末現在)

1件当り費用額	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	ニセコ町	北海道	ニセコ町	北海道	ニセコ町	北海道
入院	45,098	48,989	52,144	50,294	53,229	51,970
入院外	1,621	1,563	1,681	1,598	1,655	1,602
歯科	1,537	1,472	1,529	1,441	1,544	1,422
合計	48,256	52,024	55,354	53,333	56,428	54,994

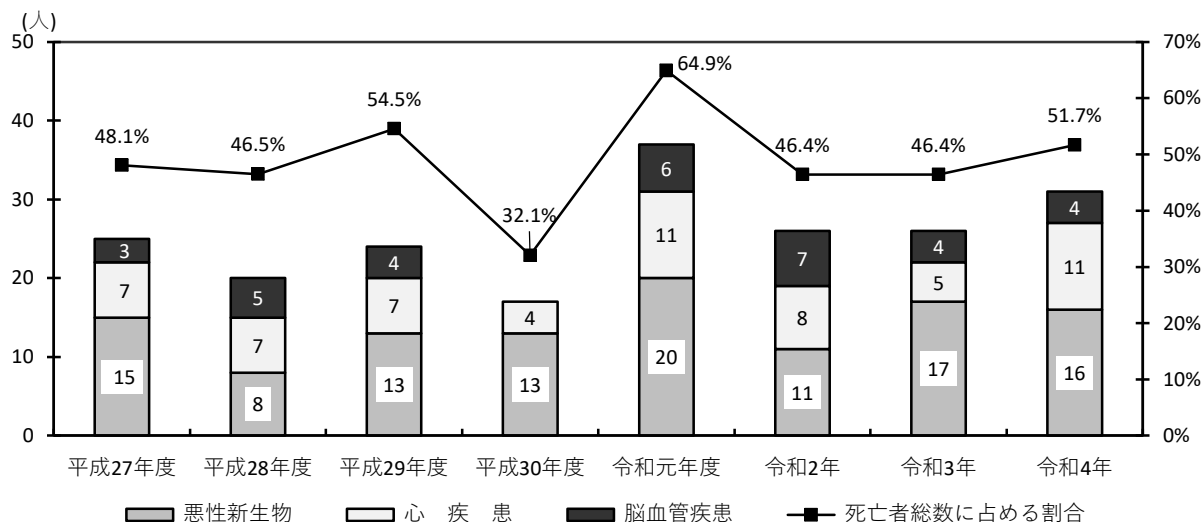
注：1件当り費用額＝一患者が同一月に疾病の治療のためにかかる総診療費用

資料：北海道後期高齢者医療広域連合

(2) 生活習慣病からみた死亡原因

- ・3大生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）による死亡者数や死亡数総数に占める割合は増減を繰り返しており、令和4年度は32人、51.7%となっています。

【3大生活習慣病による死亡者数の推移】



資料：ニセコ町健康づくり活動計画

【主な死因別の死亡数(平成27年実績)】

単位：人、%

	ニセコ町		後志第2次保健医療福祉圏		北海道	
	実数(人)	対総数比	実数(人)	対総数比	実数(人)	対総数比
結核	-	-	2	0.1%	47	0.1%
悪性新生物	17	32.7%	1,005	30.7%	19,098	31.5%
糖尿病	-	-	43	1.3%	698	1.2%
高血圧性疾患	1	1.9%	13	0.4%	262	0.4%
心疾患	7	13.5%	590	18.0%	9,156	15.1%
脳血管疾患	2	3.8%	286	8.7%	4,875	8.0%
肺炎	2	3.8%	242	7.4%	5,641	9.3%
肝疾患	-	-	33	1.0%	666	1.1%
腎不全	1	-	78	2.4%	1,516	2.5%
老衰	4	7.7%	181	5.5%	3,034	5.0%
不慮の事故	1	1.9%	55	1.7%	1,526	2.5%
自殺	1	1.9%	42	1.3%	1,045	1.7%
死亡総数	52	100.0%	3,278	100.0%	60,667	100.0%

資料：令和3年度 北海道保健統計年報

(3) 総合事業対象者

① 総合事業対象者の判定基準

- ・前述した後志広域連合が実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果をもとに、本町において総合事業対象者となりえ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ました。

【項目該当表】

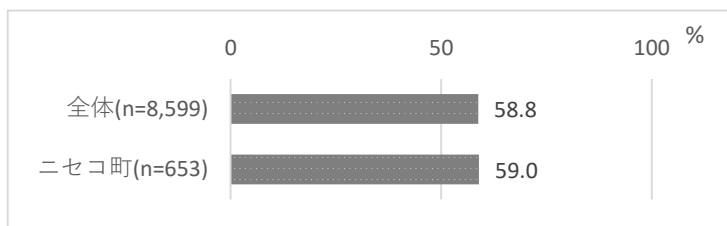
項目番号	内容	選択肢			
1	バスや電車を使って1人で外出していますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
2	自分で食品・日用品の買物をしていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
3	自分で預貯金の出し入れをしていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	できるし、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から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	

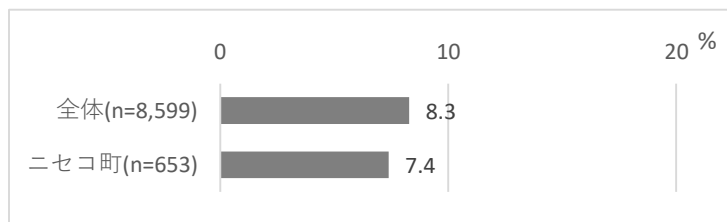
② 総合事業対象者

- ・ 前述の判定基準に基づく分析の結果、本町では 59.0%（前回 66.9%）が総合事業に「該当」する結果となっており、前回に比べて大幅に減少しています。



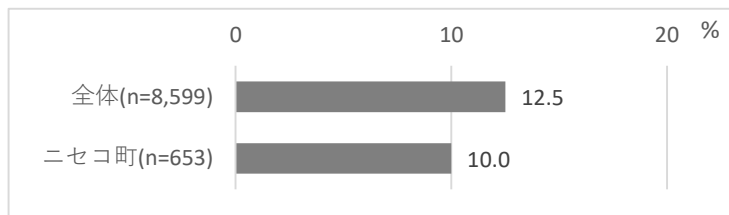
③ 複数の項目に支障

- ・ 「複数の項目に支障」に該当する割合についてみると、本町は 7.4%（前回 3.5%）と、前回よりも増加しています。



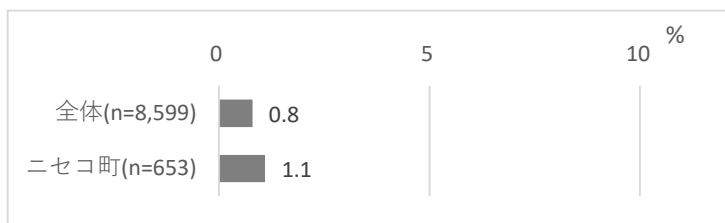
④ 運動器機能の低下

- ・ 「運動器機能の低下」に該当する割合についてみると、本町は 10.0%（前回 10.0%）となっています。



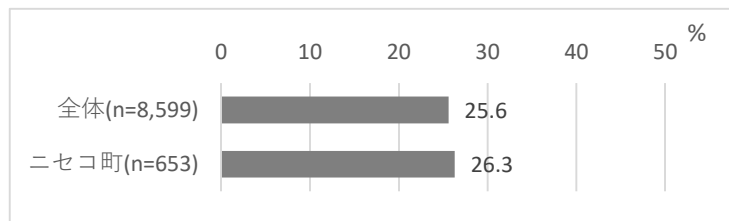
⑤ 低栄養状態

- ・ 「低栄養状態」に該当する割合についてみると、本町は 1.1%（前回 0.4%）となっています。



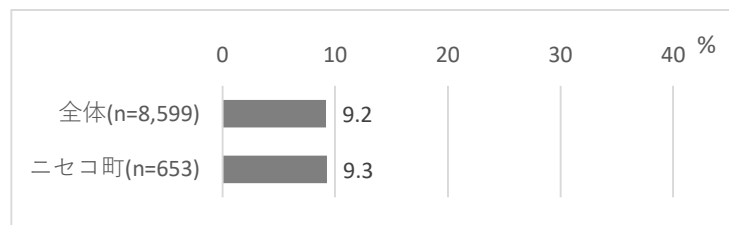
⑥ 口腔機能の低下

- 「口腔機能の低下」に該当する割合についてみると、本町は26.3%（前回25.3%）となっています。



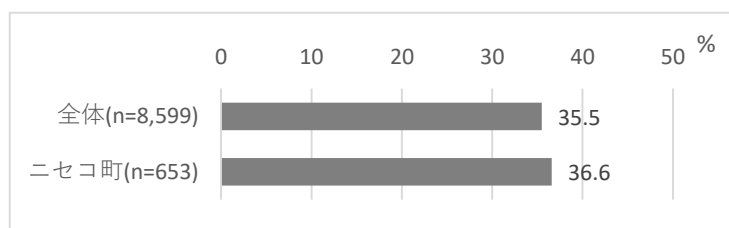
⑦ 閉じこもり傾向

- 「閉じこもり傾向」に該当する割合についてみると、本町は9.3%（前回9.1%）となっています。



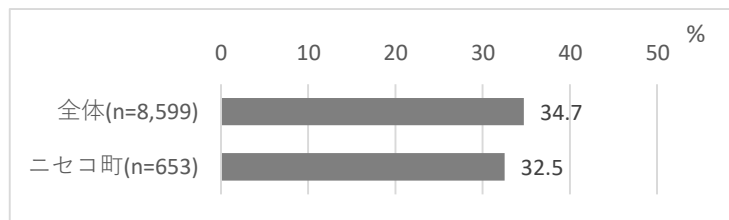
⑧ 認知機能の低下

- 「認知機能の低下」に該当する割合についてみると、本町は36.6%（前回50.9%）と大幅に減少しています。



⑨ うつ傾向

- 「うつ傾向」に該当する割合についてみると、本町は32.5%（前回38.5%）となっています。



3 第8期計画における事業の実施状況

3.1 健康づくりに関する事業

- ・本町では、「第3次ニセコ町健康づくり計画」のもとで、「自分に合った健康習慣で生涯元気」を目標に、健康づくりに対する取り組みを重点的に実施してきました。
- ・健診については、勧奨することで新規の受診者が増加しましたが、受診率は目標に達していないことから、健康意識を高めるために更なる普及啓発や効果的な受診勧奨が必要です。また、健診受診後の生活習慣改善については、関心の低い方が多く改善につながらない場合もあるため、継続的な保健指導ができるような技術向上を図る必要があります。
- ・食生活改善に関しては、町栄養士の取組により、食生活に関する普及啓発の機会が増加し、食生活改善に関する意識を高めることができました。

● 健康診査

- ・町内で実施する集団健診と施設で実施する個別健診を実施し、多様なニーズに対応できるような健診機会を設定しました。
- ・特定健診では受診率向上を図るため、はがきによる受診勧奨を実施しました。
- ・がん検診では大腸がん検診、子宮がん検診、乳がん検診について一定の年齢の方に無料クーポン券を配布し受診率の向上に努めました。

【具体的な取組】

対がん協会検診、巡回ミニドック／特定健診（40～74歳）／胃がん、肺がん、大腸がん など

● 健康教育

- ・食生活改善に関して栄養士による生活習慣病料理教室や地区巡回教室を開催し食生活改善に関する普及啓発を行いました。
- ・運動習慣の定着化を図るため、健康運動教室を開催し、楽しく無理なく続けられる運動についての普及を行いました。

【具体的な取組】

健康教室（冬期間各地区巡回 17 か所）／生活習慣改善教室

● 健康相談

- ・生活習慣病の重症化を予防するため、リスクの高い方に対して特定保健指導を行い生活習慣改善の支援を行いました。
- ・また、高齢期の健康増進を図るため万歩計でウォーキング習慣づけ、定期的な健康相談等を実施しました。

【具体的な取組】

役場／特定保健指導（国保被保険者）／こころの相談／健康支援事業

● その他

・疾病予防の対策として、インフルエンザ予防接種、高齢者肺炎球菌予防接種の助成を行いました。

- 検診時 65 歳以上の方に生活機能チェック
- 家族介護教室（認知症患者家族の交流）
- 転倒予防教室
- すこやか健康教室（年間 3 回／健康相談含む）
- 希望依頼健康教室
- 運動機能向上教室（年間 12 回）
- 認知症相談
- 介護予防プラン作成・介護予防ケアマネジメント
- 介護予防料理教室
- 介護予防ボランティア養成講座（年間 2 回）

注：○印の事業は、地域包括支援センター業務

3.2 高齢者福祉事業（生活支援サービス）

- ・本町の令和3年度、4年度の高齢者福祉事業の実績は下表のとおりです。
- ・令和元年度より配食サービスを週2回に増やし、高齢者の生活支援の充実を図りました。
- ・高齢者が地域で安心して生活することができるように、多様なサービスの提供が今後も必要となってくるため、サービスを提供する事業所や住民主体の地域活動やボランティア育成が必要です。

【高齢者福祉事業の達成状況】

生活支援サービス項目	利用状況	実績量	
		令和3年度	令和4年度
軽度生活援助サービス	利用世帯数	0世帯	0世帯
	派遣時間	0時間	0時間
生きがい活動支援通所サービス(外出支援サービス含む)	利用者数	0人	0人
	延利用回数	0回	0回
配食サービス	利用者数	48人	59人
	延利用回数	2,989回	3,207回
除雪サービス	利用世帯数	24世帯	19世帯
	派遣時間	183時間	154時間
私道除雪サービス	利用世帯数	3世帯	4世帯
高齢者緊急通報体制整備	利用世帯数	4世帯	6世帯

注：利用者数・利用世帯数は1ヶ月当りの平均値

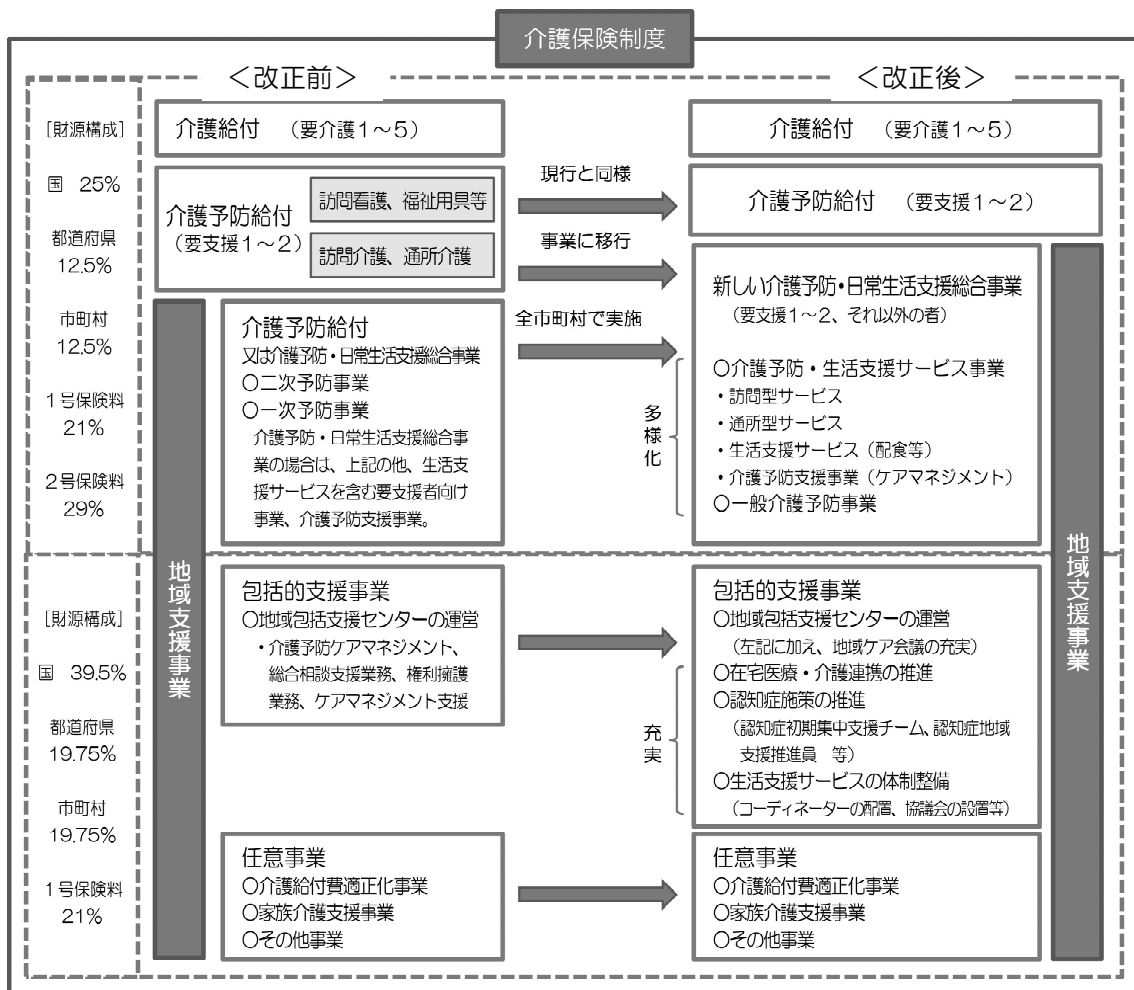
資料：町保健福祉課

3.3 地域支援事業（介護保険事業）

(1) 地域支援事業の概略

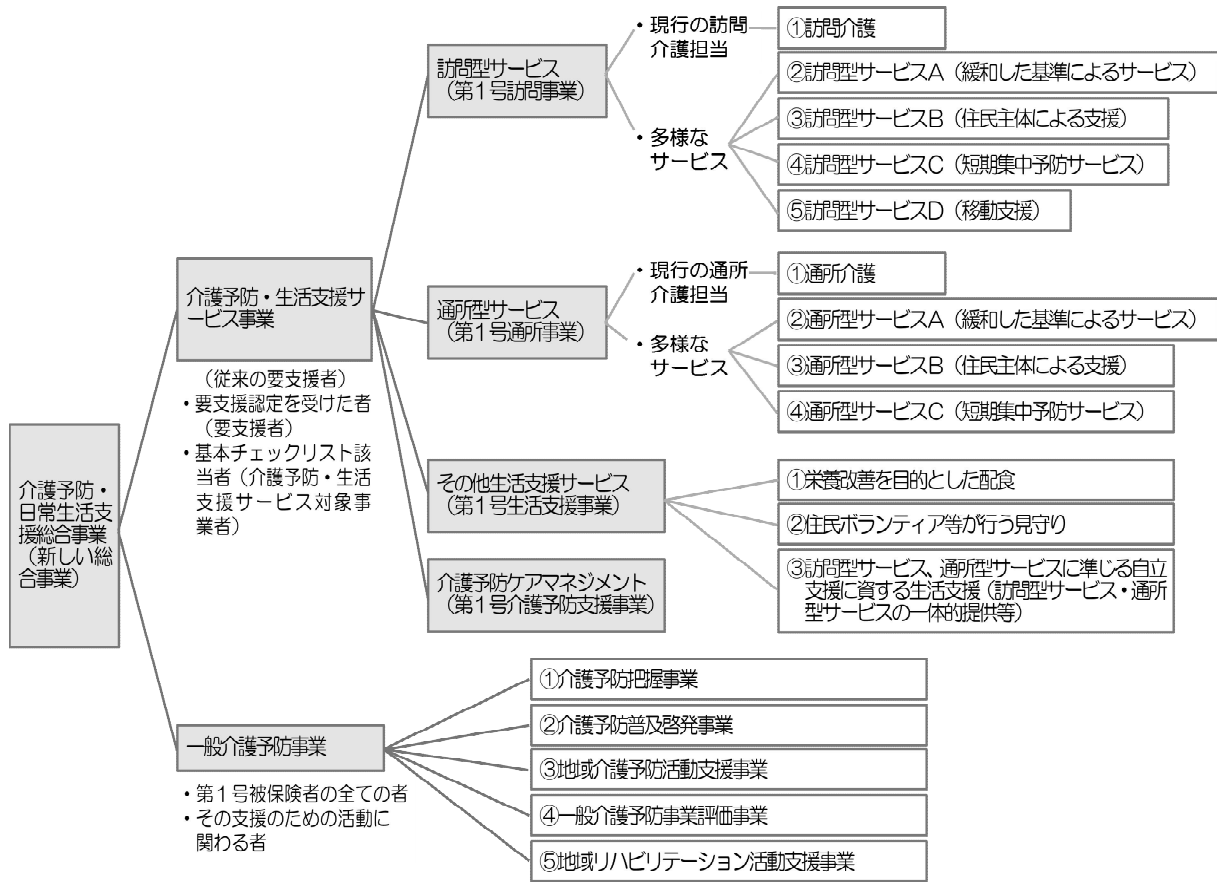
- ・ 地域支援事業は、被保険者が要介護等状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談・支援体制や多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するものです。
- ・ 平成26年度の介護保険制度改正により、従来の介護予防訪問介護・介護予防通所介護は、全国一律の基準に基づくサービスから住民等の多様な主体によるサービス提供により市町村が効果的・効率的に実施することができる「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行され、市町村の独自施策や民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、要支援者等の能力を最大限活かしつつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できるようにすることが重要とされています。

【介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成①】



資料：全国介護保険担当課長会議資料（厚生労働省）

【介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成②】



資料：全国介護保険担当課長会議資料（厚生労働省）

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

① 介護予防・生活支援サービス事業

- ・通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業は、平成29年度から介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス、通所型サービスに移行しています。
- ・本町では、サービスの種類や提供事業所が少ない状況にあるため、通所型および訪問型介護予防事業を継続して実施し、要介護・要支援状態となる可能性の高い高齢者を対象に、心身状態の維持改善と悪化防止のため、運動機能・口腔機能の維持向上や栄養改善などのプログラムを実施しています。
- ・現在、住民主体のサービスがなく、サービスの種類も少ないため、今後は関係機関との連携や住民が主体的に活動できる体制づくりが必要です。

② 一般介護予防事業の実施状況

- ・一般介護予防事業は、すべての高齢者を対象に、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的としています。

ア 介護予防普及啓発事業

- ・地域包括支援センターでは、すこやか健康教室や相談会等を実施しています。
- ・令和4年度はコロナウィルスの感染拡大の影響を受けて、令和元年に比べて実績が少なくなっています。
- ・また、住民主体の活動を支援するため「出張健康教室」として本通団地集会所、望羊団地集会所で健康教室・相談を実施しています。
- ・近年、老人クラブ加入者の人数が減少しており、すこやか健康教室の参加人数が減少していることから、今後は高齢者が気軽に参加できる事業の開催について検討することが必要です。

【介護予防普及啓発事業の実施状況(令和4年度)】

	開催回数	延参加者数
健康教室等		
すこやか健康教室	0回(3回)	0人(12人)
希望依頼健康教室	1回(2回)	12人(23人)
運動機能向上教室	12回(12回)	240人(163人)
栄養改善教室	2回(2回)	7人(23人)
相談会等		
健康相談	3回(4回)	26人(88人)
すこやか健康教室での相談	0回(3回)	

注：()は令和元年度の実績。以下同。

【通所型介護予防事業の実施状況(令和4年度)】

	実施箇所数	実施回数	延参加者数
貯筋教室（運動器・口腔双方の機能向上を目的とした事業）	3回(1回)	12回(12回)	240人 (163人)

【訪問型介護予防事業の実施状況(令和4年度)】

	訪問回数	延訪問者数
運動器の機能向上	15回(12回)	48人(29人)
栄養改善	回	人
口腔機能の向上	3回(2回)	8人(6人)
閉じこもり予防・支援	回	人
認知症予防・支援	回	人
うつ予防・支援	回	人
その他	回	人
計	18回(14回)	56人(35人)

イ 地域介護予防活動支援事業

- ・住民主体による通いの場を支援する健康教室・健康相談を実施しています。
- ・平成30年度より介護予防ボランティア養成講座を開催し、講座受講者は令和2年度より、町の運動機能向上教室で介護予防ボランティアとして協力いただいています。
- ・今後もボランティア活動に興味のある方を発掘し、地域で主体的に活動することができるような人材の発掘・育成が必要です。

【地域介護予防活動支援事業の実施状況(令和4年度)】

	実施回数
地域活動組織への支援・協力等	1回(2回)

ウ 介護予防把握事業

- ・要介護・要支援状態になるおそれの高い虚弱状態（フレイル）と認められる高齢者を把握するための事業で、本町では特定健康診査や、地域包括支援センターにおける総合相談支援、保健師や民生委員の訪問活動を通じた情報提供により把握しています。
- ・令和4年度は「本人・家族からの相談」からのみの把握であり、地域包括支援センターだけではなく、特定健診や医療機関、民生委員等幅広いルートから、フレイル対策が必要な高齢者の把握を円滑に進めることが課題です。

【対象者数(令和4年度)】

	該当者数	男性	女性
65～69歳	6人(24人)	0人(13人)	6人(11人)
70～74歳	8人(25人)	1人(13人)	7人(12人)
75～79歳	8人(29人)	0人(12人)	8人(17人)
80～84歳	3人(13人)	0人(4人)	3人(9人)
85歳以上	4人(7人)	0人(3人)	4人(4人)
計	29人(98人)	1人(45人)	28人(53人)

【対象者の把握経路(令和4年度)】

	計	男性	女性
本人・家族からの相談	29人(10人)	1人(1人)	28人(9人)
特定健康診査(生活機能評価)	0人(88人)	0人(44人)	0人(44人)
医療機関からの情報提供	人	人	人
民生委員からの情報提供	人	人	人
地域住民からの情報提供	人	人	人
要介護認定非該当者	人	人	人
訪問活動による実態把握	人	人	人
高齢者実態把握調査	人	人	人
要支援・要介護者からの移行	人	人	人
計	29人(98人)	1人(45人)	28人(53人)

エ 地域リハビリテーション活動支援事業

- ・本町では、貯筋教室（通所型介護予防教室）を札幌市内 NPO 法人りらいふから作業療法士を派遣してもらい実施しており、集団・個別の指導に加え、随時個別訪問も実施しています。
- ・今後はこうしたリハビリテーション専門職との連携体制を構築し、要支援・要介護者のケアマネジメントの質の向上を図ることが必要です。

(再掲)【通所型介護予防事業の実施状況(令和4年度)】

	実施箇所数	実施回数	延参加者数
貯筋教室（運動器・口腔双方の機能向上を目的とした事業）	3回(1回)	12回(12回)	240人 (163人)

(3)包括的支援事業

① 介護相談・継続支援事業

- ・介護相談・継続支援事業では、来所や電話等による介護相談への対応や要介護・要支援の新規・更新・区分変更の認定調査等を実施しました。

【介護相談・継続支援事業の実績(令和4年度)】

	実績
介護相談(来所・電話等)	132件(62件)
関係機関連絡調整	228件(187件)
新規要介護・要支援認定調査	51件(41件)
更新要介護・要支援認定調査	87件(122件)
区分変更要介護・要支援認定調査	20件(22件)
地域包括支援センターだより発行	1回発行(同左)
個別訪問(状況把握、支援)	630件

② 地域ケア会議等

- ・関係者間の情報共有により、地域におけるネットワーク構築を図るとともに適切なサービス提供を行うため、地域ケア・サービス調整会議を実施しています。
- ・地域包括支援センター職員に必要な知識の習得、介護支援専門員への支援の提供、及び関係者間でのネットワークの構築を図るために、介護支援関係者等学習会・連絡会議を実施しています。
- ・今後は、政策形成に繋げるための場として「地域ケア推進会議」として発展させることが重要となります。

【地域ケア会議等の実績(令和4年度)】

	実績
地域ケア・サービス調整会議	
地域ケア会議	12回(同左)
デイサービスケース検討会	6回参加(同左)

③ 認知症初期集中支援推進事業

- ・認知症の早期発見・早期対応に向けて認知症初期集中支援チームを設置し、サポート医を倶知安厚生病院の精神神経科医師に依頼しており、認知症初期集中支援チーム員会議を月1回開催し、支援のあり方について検討を行っています。また、会議の開催に合わせて、福祉会職員との懇談会を行い、入所者及び利用者へ支援についての検討を行っています。
- ・認知症支援のあり方や、チーム員会議のあり方についての検討を行う認知症初期集支援チーム検討委員会を実施しています。検討委員は健康づくり推進協議会委員に委嘱しています。

【認知症初期集中支援推進事業の実績(令和4年度)】

	実績
認知症初期集中支援チーム員会議	12回開催(11回開催)
認知症初期集支援チーム検討委員会	1回開催(同左)

④ 地域サークル活動支援ボランティア養成事業・介護予防ボランティア養成講座

- ・高齢者の介護予防や生きがいづくり活動のボランティアを養成する講座、高齢者の特徴や介護予防に関する知識を普及するための講義と実技を実施しています。将来的に住民が地域で高齢者の生きがい活動やつどいの場をつくるなど、自主的に活動する場を目指しています。

【地域サークル活動支援ボランティア養成事業・介護予防ボランティア養成講座(令和4年度)】

	実績
地域サークル活動支援ボランティア養成事業・介護予防ボランティア養成講座	延15名参加(同左)

(4)任意事業

① 家族介護支援事業

- ・一般町民向けに介護知識や技術の普及、早期相談対応の結び付きを図ることを目的とした家族介護教室を実施しています。
- ・介護家族、介護について学びたい方を対象に介護職員や家族同士の交流を図ることを目的とした家族介護交流会（ニセコ介護者の会）を実施しており、精神神経科医師が助言者として参加しています。

【家族介護支援事業の実施状況(令和4年度)】

	回数	延参加者数
家族介護交流事業(介護家族の会)	1回	11人
家族介護交流事業(介護なんでも相談)	4回	11人

② 医療救急情報キット配布事業

- ・一人暮らしの高齢者や虚弱な高齢世帯が救急時に既往歴や服薬情報などを迅速に把握できるように医療救急情報キットを配布し、緊急時に備えています。

【医療救急情報キット配布事業の実施状況(令和4年度)】

	実施状況
医療救急情報キット配布数	5世帯(4世帯) (平成24年度～現在まで計380世帯)

③ その他の事業

- ・成年後見制度を利用することが必要な高齢者に対し、制度の利用を支援することにより、権利擁護を図る成年後見人制度利用支援事業を実施しており、成年後見等の審判の申し立て、申し立て費用の負担、後見人報酬への助成を行っています。

【その他の事業の実施状況(令和4年度)】

	実施状況
成年後見人制度利用支援事業	申し立てに関する相談4件(1件) 実績4名(0名)

3.4 介護保険（給付）サービス（介護保険事業）

(1) 居宅介護サービス

- ・居宅介護サービスは、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう提供されるサービスです。
- ・居宅介護サービスには、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売（購入）、住宅改修、居宅介護支援の14種類のサービスがあります。
- ・本町では、上記サービスのうち、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導を除く12種類のサービスが利用されています。
- ・現段階では、利用者のニーズに応じて可能な範囲でサービスを提供していますが、サービスを提供する事業者が少なく、利用者が選択することができない状況にあります。

【居宅介護サービス利用実績】(介護)

延利用者数(人/年)

サービスの種類	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
訪問介護	403	414	387	321	221	225
訪問入浴介護	12	10	13	17	0	0
訪問看護	253	185	153	82	97	80
訪問リハビリテーション	0	0	9	2	11	9
居宅療養管理指導	67	98	122	105	85	70
通所介護	585	539	458	359	325	319
通所リハビリテーション	159	170	150	106	81	82
短期入所生活介護	98	107	85	50	69	53
短期入所療養介護(介護老人保健施設)	15	6	12	2	1	2
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	1	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	-	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	526	515	445	378	334	327
特定福祉用具販売	10	9	9	6	4	8
住宅改修	11	9	3	5	4	4
特定施設入居者生活介護	12	12	16	2	0	0
居宅介護支援	1,121	1,019	860	670	615	615

【居宅介護サービス利用実績】(介護予防)

延利用者数(人/年)

サービスの種類	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
訪問介護	79			0	0	0
訪問入浴介護	0	0	0	0	0	0
訪問看護	20	36	40	50	49	27
訪問リハビリテーション	0	0	0	0	0	0
居宅療養管理指導	0	7	12	11	11	3
通所介護	235	2		0	0	0
通所リハビリテーション	15	23	21	31	53	58
短期入所生活介護	0	5	2	3	3	0
短期入所療養介護(介護老人保健施設)	4	3	0	0	0	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)				0	0	0
福祉用具貸与	169	218	245	266	310	308
福祉用具販売	3	4	5	1	2	6
住宅改修	4	8	4	2	8	7
特定施設入居者生活介護	7	12	6	3	4	0
介護予防支援	436	266	283	308	353	347

(2) 施設介護サービス

- ・介護療養型医療施設の利用者数の実績は、下記のとおりです。

【施設介護サービス利用者数の実績】 単位:人/年

施設の種類の種類	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
施設介護サービス利用者数	862	794	871	910	867	815
介護老人福祉施設	712	663	628	694	659	612
介護老人保健施設	88	72	97	96	90	87
介護療養型医療施設	62	59	11	9	13	0
介護医療院		0	135	111	105	116

(3) 地域密着型サービス

- ・地域密着型サービスの利用者数の実績は、下記のとおりです。

【地域密着型サービス利用者数の実績】 単位：人／年

サービスの種類	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
地域密着型通所介護	39	38	28	36	18	21
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	12	12	15	9	0
認知症対応型共同生活介護	153	136	123	157	179	185
地域密着型介護老人福祉施設	12	13	13	16	5	0

4 計画の基本的考え方

4.1 計画の基本理念

- ・本町では「高齢者がそれぞれのライフスタイルに応じて、元気でいきいきとした生活をおくれるよう、また、支援や介護が必要となっても住み慣れた地域で、心のふれあいや支えあいの中で安心して生活できるような地域社会を築いていくこと」を基本理念として、高齢者保健福祉計画を推進してきました。
- ・本計画は、介護保険事業計画と一体的に取り組むものであり、国の方針も本計画の中間年度にあたる 2025 年を目途に地域包括ケアシステムを構築するといった基本的な方向性は変わらないことから、「基本理念」「基本目標」ともに、第 8 期計画を継続して設定するものとします。

基本理念

みんなで支えあい、自立して生きる健康長寿のまち

4.2 計画の基本目標

- ・本計画では、基本理念の実現に向け、以下の3つの基本目標を設定します。

基本目標1 高齢者が自立して暮らすことができる健康づくり

- ・「自分の健康は自分で守る」をモットーに、高齢者が住み慣れた地域で、できるだけ健康を保持し自立した生活が送れるよう支援していきます。
- ・町は健康診査を実施し、健康寿命が延びるよう高齢者の健康づくりを推進します。
- ・高齢者の自立した生活を支援するため、高齢者が要介護状態にならないよう、たとえ要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないように、介護予防を推進します。

基本目標2 高齢者が安心して生活できる支援体制づくり

- ・高齢者が安心して暮らせるために、介護を必要としない虚弱高齢者やひとり暮らしの高齢者などを対象に、生活支援サービスを提供していきます。
- ・明るく活力ある超高齢社会を構築するために、高齢者福祉や介護を本人や家族といった当事者のみの問題でなく、地域全体の問題としてとらえ支援していく地域包括ケア体制を構築していきます。
- ・そのため、地域で高齢者を支えるボランティアの育成を図るとともに、専門的な支援として地域包括支援センターが中心となって、地域の高齢者を対象に、日常生活に関する身近な悩みごとや生活に係わる様々なことについて、相談に応じたり適切なアドバイスを行う総合相談支援から、高齢者の権利擁護（虐待防止対策、成年後見人制度など）、福祉施設と在宅間を行き来する高齢者への包括的・継続的支援などの事業を、ケアマネジャー・主治医・民生委員・関係機関などの多種多様な専門的立場の人々が連携して地域ケア体制を構築していきます。
- ・後期高齢者の増加に伴い、認知症の方が増大すると予測されます。地域包括支援センターと共同で認知症高齢者のいる介護家族への相談支援の充実を図ります。
- ・さらに、増加するひとり暮らしの高齢者などに対し、災害時や救急医療などの緊急事態に対応した支援策を講じていきます。

基本目標3 高齢者がいきいきと暮らせる生活環境づくり

- ・高齢者にとっては、歳をとっても元気で働けることが生きがいにつながるといえます。そのため、高齢者同士の交流にもなる高齢者事業団での活動は、高齢者本人の健康維持と社会貢献につながり、生きがいづくりの場となっています。
- ・今後は、健康で「活動的な85歳」が生きがい豊かに生活している町をめざして、高齢者が自らの経験と知識を生かし、地域社会の一員としてさまざまな活動に参加できるよう、高齢者の積極的な社会参加を支援します。

4.3 施策の体系

- ・設定した3つの基本目標それぞれにおいて推進する施策項目（施策の体系）は下図のとおりです。

基本理念		みんなで支えあい、自立して生きる健康長寿のまち
基本目標1 高齢者が自立して暮らすことができる健康づくり	(1) 健康づくりの推進	①健康手帳の交付 ②健康教育の実施 ③健康相談の充実
	(2) 生活習慣病予防対策の推進	①健康診査の充実 ②訪問指導の実施
	(3) 介護予防の推進	①介護予防把握事業の推進 ②介護予防普及啓発事業の推進 ③地域介護予防活動支援事業の推進 ④ひとり暮らし及び虚弱な高齢夫婦世帯への声かけ支援事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業の検討 ⑥介護予防・生活支援サービス事業の検討
基本目標2 高齢者が安心して生活できる支援体制づくり	(1) 生活支援サービスの充実	①軽度生活援助サービス ②生きがい活動支援通所サービス ③配食サービス ④高齢者宅除雪サービス ⑤私道(通路)除雪サービス ⑥高齢者緊急通報体制整備 ⑦その他のサービス
	(2) 地域包括ケア体制の充実	①総合相談支援事業・権利擁護業務 ②介護予防ケアマネジメント業務 ③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ④在宅医療・介護連携の推進に向けた地域包括支援センターの機能充実 ⑤生活支援サービスの体制整備
	(3) 認知症高齢者対策の推進	①認知症の正しい理解の促進 ②認知症の発症予防と早期発見・早期対応 ③認知症高齢者グループホームの運営支援 ④認知症地域支援推進員の活動推進 ⑤地域の見守りネットワークの整備
	(4) ひとり暮らし高齢者対策の推進	①災害時避難行動要支援者対策支援プランの推進 ②救急医療情報キットの整備推進 ③声かけ支援事業の実施
基本目標3 高齢者がいきいきと暮らせる生活環境づくり	(1) 生きがいづくりと社会参加の促進	①老人クラブの育成 ②高齢者ボランティアの育成 ③高齢者の就労に対する支援 ④生涯学習活動への支援 ⑤高齢者ふれあいサロンの実施
	(2) 高齢者にやさしいまちづくり	①ラジオニセコを利用した高齢者への情報提供 ②高齢者にやさしい居住環境の整備 ③高齢者の外出支援の充実と公共施設のバリアフリー化促進 ④高齢者にとって安心なまちづくり ⑤同居家族のいる高齢者に対する支援

5 施策の展開

◆基本目標1◆ 高齢者が自立して暮らすことができる健康づくり

(1) 健康づくりの推進

- ・本計画の基本理念「みんなで支えあい、自立して生きる健康長寿のまち」をめざして、町民一人ひとりが「自分の健康は自分で守り、自分でつくる」という意識を持ち、自ら健康づくりに取組めるような支援と環境づくりを推進していきます。
- ・また、生活習慣病の改善などの一次予防（病気にならないこと）に重点を置いて、健康教育や健康相談、訪問指導などを実施するとともに、疾病の早期発見、早期治療を目的とした各種の検診事業の充実を図り、その結果に基づく適正な保健指導に努めます。

① 健康手帳の交付

- ・健康手帳は、特定健康診査・保健指導等の記録や健康の保持のために必要な事項を記載し、自らの健康管理に役立てるため、健診や健康教育、健康相談時に40歳以上の希望者に交付します。

② 健康教育の実施

- ・健康教育は、生活習慣病の予防、介護予防、その他健康に関する必要な知識や実践を身につけてもらい、自らの健康を守ってもらうために実施しています。
- ・現在は、地区巡回健康教室で、疾病の早期発見や予防、認知症やうつ予防、転倒予防、生活習慣の改善などをテーマに実施しており、今後も対象者や目的にあわせて実施していきます。
- ・また、栄養士配置により食生活習慣改善に関する普及啓発が充実しましたが、今後、食生活改善について、より関心を深め行動につながるような取り組みが必要であることから、継続的に栄養士による健康教室を実施し、さらなる普及啓発を図っていきます。

③ 健康相談の充実

- ・心身の健康に関する個別の相談に応じ、健康増進に資するため、必要な助言指導を継続して行っています。
- ・地域の支え合いと活気ある社会の実現に向け、テレビ電話健康相談について、地域住民の主体的な参画を得て推進しており、住民の健康意識の向上を図ることができました。また、継続的な相談体制の確保により健康問題への早期対応を図ることができました。今後は利用者のニーズに合わせた事業内容の検討も行っていきます。

(2) 生活習慣病予防対策の推進

- ・がん（悪性新生物）、心臓病（心疾患）、脳卒中（脳血管疾患）の3大生活習慣病は、日本人の死亡原因の5～6割を占めています。
- ・ニセコ町においても、3大生活習慣病による死亡割合は56.1%（平成23年度）で大きなウェイトを占めています。
- ・そのため、町は第2期健康づくり計画に基づき、生活習慣病予防対策を重点的に実施していきます。そして、町民が健康的な生活習慣を確立できるための支援や、疾病の早期発見・早期治療を図るため、健康診査や事後指導の充実を図っていきます。

① 健康診査の充実

- ・健康診査は、疾病の早期発見・早期治療を目的に実施しています。勧奨することで新規の受診者が増加しましたが、受診率は目標に達していないことから、健康意識を高めるために更なる普及啓発や効果的な受診勧奨が必要であり、住民が健康診査を受けやすい体制づくりを検討し、受診率向上を図ります。

ア. 健康診査・保健指導

- ・高齢者を対象に脳血管疾患、糖尿病、心臓病等の生活習慣病の発症や重症化を未然に防ぐことや、加齢に伴う心身の衰え（フレイル）をチェックし、医療や介護予防につなげることを目的とした健診に取り組むとともに、生活習慣病リスク（危険性）の高い人を早期に発見し、生活習慣を改善するための保健指導を実施しています。
- ・今後は、健診の受診率向上を図るために住民（被保険者）に対し健診制度の周知徹底を図るとともに、医療機関との連携を強め、生活習慣病の予防に努めていきます。

イ. がん検診

- ・がん検診は、胃がん・子宮がん・大腸がん・乳がん・肺がん検診を実施しています。近年は、病院で検診を受診するケースが増え受診者数は減少していますが、今後も受診機会を確保するために継続して実施します。

ウ. その他の検診

- ・その他の検診としては、肝炎ウイルス検診・人間ドック等を実施しています。
- ・今後もこれらの検診を継続して実施します。

② 訪問指導の実施

- ・健康診査の結果、健康指導が必要な方（生活習慣病等の要注意者や要介護状態になるおそれのある高齢者）及びその家族に対して保健師等が訪問し、生活助言や家庭での介護相談、各種制度の活用などについて指導支援を行っており、生活習慣病の重症化予防を目的とした個別指導ができました。
- ・健診後の生活改善については、関心が低く保健指導等の利用を拒否する人がおり、生活習慣改善につながらないことが課題となっています。このため、生活習慣病の重症化を未然に防ぐことを目的とし、糖尿病に重点を置いた保健指導を実施していきます。

(3) 介護予防の推進

- ・高齢者の介護予防は、平成 17 年度の介護保険法改正に伴い、地域支援事業の中で行われています。
- ・第 4 期計画の平成 21 年度以降は、後志広域連合が保険者となって介護保険事業の実施と運営を行っていますが、その中で地域支援事業については、構成町村それぞれの地域性と独自性を尊重し、広域連合が構成町村に委託する方式をとっています。
- ・介護予防事業の内容は、平成 27 年度以降は新しい介護予防・日常生活支援総合事業として再編されており、「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、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業）および介護予防・生活支援サービスを、第 6 期計画から実施しており、今後はさらなる事業の充実を図る必要があります。

① 介護予防把握事業の推進

- ・基本チェックリストを 1 つの目安とし、介護が必要となる前の状態で介護予防の必要性についての普及啓発と自立した生活に向けた介入ができるよう支援体制を作るようにしています。支援が必要な場合は、福祉サービスや介護サービスの利用につなげています。
- ・介護予防事業等に参加しない支援が必要な高齢者の早期発見に向けて、民生委員や関係機関との連携、住民への普及啓発に取り組みます。

② 介護予防普及啓発事業の推進

- ・老人クラブ向けの健康教室は年々参加人数が減少していますが、希望する地区の集会所で実施する健康教室への参加人数は年々増加しています。今後は、より多くの方が参加できるような開催方法についての検討が必要となります。
- ・介護予防のための知識をより多くの高齢者や家族に普及啓発できるよう、参加しやすい開催方法について、地域の住民と一緒に考え、取り組んでいきます。

③ 地域介護予防活動支援事業の推進

- ・平成 30 年度よりボランティア養成講座を開催しており、令和 2 年度の介護予防教室に講座受講者がボランティアとして協力しています。
- ・今後もボランティア養成講座や研修会を実施し、主体的な地区活動組織ができるような体制づくりや人材育成を継続して行います。

④ ひとり暮らし及び虚弱な高齢夫婦世帯への声かけ支援事業

- ・声かけ訪問の利用により、早期にサービス利用につながったり、高齢者の状態変化の早期把握につながっていますが、新規利用者が減少しています。
- ・今後は、声かけ訪問の間隔を 2 週に 1 回から 1~2 週に 1 回に変更し、高齢者の状況変化を早期に把握し、対応できる体制を構築します。

⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業の検討

- ・運動機能や口腔機能の低下の恐れがある方の機能評価を実施し、デイサービスや訪問看護などと連携し、個人に合わせた内容の支援につながっています。ただし、町内にリハビリ専門職がないため、地域ケア会議にはリハビリ専門職が参加しておらず、相談内容に応じて、別途対応している状況にあります。
- ・リハビリ専門職による機能評価は、介護保険事業所と連携を取りながら実施しており、今後も継続予定ですが、地域ケア会議、サービス担当者会議などについては、今後検討が必要となります。

⑥ 介護予防・生活支援サービス事業の検討

- ・介護予防・生活支援サービス事業として、現行の通所型、訪問型サービスを実施していますが、町民が主体となったサービスが不足している状況にあります。
- ・今後は、住民主体の活動が実施できるよう、体制づくりを検討していきます。

◆基本目標2◆ 高齢者が安心して生活できる支援体制づくり

(1) 生活支援サービスの充実

- 生活支援サービスの目標値は下表のとおりです。

【生活支援サービスの目標】

生活支援サービス項目	利用状況	計画量		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
軽度生活援助サービス	利用世帯数	2世帯	2世帯	2世帯
	派遣時間	50時間	50時間	50時間
生きがい活動支援通所サービス(外出支援サービス含む)	利用者数	17人	17人	17人
	延利用回数	380回	380回	380回
配食サービス	利用者数	60人	60人	60人
	延利用回数	3,300回	3,300回	3,300回
高齢者宅除雪サービス	利用世帯数	25世帯	25世帯	25世帯
	派遣時間	180時間	180時間	180時間
私道除雪サービス				
通路除雪サービス	利用世帯数	20世帯	20世帯	20世帯
高齢者緊急通報体制整備	利用世帯数	17世帯	17世帯	17世帯

注) 利用者数、利用世帯数及び利用回数は1月当たりの平均値を示します。

資料 町保健福祉課

① 軽度生活援助サービス（ホームヘルプサービス）

- サービス利用希望者は、介護保険サービスの訪問型サービスを利用しているため、利用対象者がいない状況ですが、今後も高齢者への支援が早期に行われるように、関係機関と連携しながら取り組んでいきます。
- 介護認定で非該当になった場合でも、必要な人がサービスを利用できるよう、事業を継続していきます。

② 生きがい活動支援通所サービス（外出支援サービス含む）

- サービス利用希望者は、介護保険サービスの通所型サービスを利用しているため、利用対象者がいない状況ですが、今後も高齢者への支援が早期に行われるように、関係機関と連携しながら取り組んでいきます。
- 介護認定で非該当になった場合でも、必要な人がサービスを利用できるよう、事業を継続していきます。

③ 配食サービス

- 令和元年度より週2回へ回数を増加していますが、配食サービスに従事するボランティアの人数が減少しています。

- ・栄養改善目的の配食サービス対象者には、管理栄養士と連携し、栄養状態の確認と支援について検討しています。
- ・今後も週2回の配食サービスを継続しながら、支援を必要とする高齢者の食生活の状況の把握と必要な支援について、関係機関と連携しながら検討していきます。

④ 高齢者宅除雪サービス

- ・在宅の虚弱高齢者等で日常生活を営むのに支障がある世帯（一人暮らし世帯や高齢者夫婦世帯）を対象に、家屋周辺の除雪支援を行います。運営は、町からの委託により社会福祉協議会が実施します。
- ・積雪量によって、利用者実績数に大きな変動がありますが、利用登録者数には大きな変動はありません。
- ・今後も社会福祉協議会と連携しながら、豪雪から高齢者の生活を守るため、状況に適応したサービス実施に努めます。

⑤ 私道除雪サービス

- ・民生委員等の意見を聴取しながら、在宅の虚弱高齢者等で日常生活を営むのに支障がある世帯（自力で除雪ができない世帯）を対象に、公道から住宅までの私道の除雪支援を行います。町が運営主体となり、町内除雪業者に委託しサービスを提供します。

⑥ 高齢者緊急通報体制整備

- ・ひとり暮らしの高齢者や支援の必要な高齢夫婦世帯等を対象に、急病や事故などの緊急時に迅速な対応ができるよう緊急通報システムを設置しています。
- ・近年、緊急通報システムの利用者が減少傾向にあるため、民生委員や地域包括支援センター等の意見を徴収し、町民のニーズに合ったシステムの見直しが必要となっています。

⑦ その他のサービス

ア. 福祉灯油の助成

- ・社会福祉委員に担当区域内対象者の申請を取りまとめてもらい、灯油の一部を扶助しています。

イ. ニセコ駅前温泉入館料の助成

- ・毎年70歳を迎える高齢者に対して、文書での通知を行い、70歳以上の方の入館料の一部を扶助しています。

ウ. 紙おむつの支給（社会福祉協議会事業）

- ・要介護認定や身体障害者手帳の交付を受けており、紙おむつが必要な高齢者に対して、紙おむつ代の一部を扶助しています。

エ. 安全杖の支給（社会福祉協議会事業）

- ・身体的に歩行が不自由な高齢者に安全杖を支給しています。

オ. 養護老人ホーム

- ・養護老人ホームは町内に施設がないため、今後とも近隣町村施設との連携を強化し、対

応していきます。

- ・上記、ア～オのサービスについて、今後も関係機関と調整しながら必要な支援を継続していきます。

(2) 地域包括ケア体制の充実（包括的支援事業の推進）

- ・介護保険サービス事業者や医療機関と必要に応じて連携を図り、高齢者への支援体制の構築に取り組んでいます。
- ・近隣の関係機関との連絡体制は円滑に行われるようになってはいますが、遠方の医療機関に受診・入院する高齢者もいるため、様々な関係機関との連絡体制の構築が必要となっています。
- ・高齢者の身体状況、生活状況に応じた適切なサービスが提供できるよう、今後も関係機関との連絡調整に取り組んでいきます。

① 総合相談支援事業・権利擁護業務（虐待防止、虐待の早期発見など）

- ・消費生活相談窓口職員、社会福祉協議会、関係機関と連携し、高齢者の権利擁護のための取り組みを実施しています。また、成年後見制度の利用が必要な高齢者に対し、関係機関と連携を図りながら町長申立てを実施しています。
- ・高齢者の生活上の様々な問題に対して、関係機関と連携しながら支援していますが、地域の社会資源が十分ではない状況にあります。
- ・今後も高齢者の権利擁護のための事業を継続するとともに、普及啓発活動も引き続き行っていきます。

② 介護予防ケアマネジメント業務

- ・要介護状態になる恐れのある高齢者に対しては、個別に訪問支援を実施し、必要なサービスの利用につながるよう支援しています。
- ・対象者の把握に努めていますが、早期に把握できない場合もあり、地域住民や民生委員など、関係機関との連携が今後必要です。
- ・要介護状態になることを予防するため、今後も個別支援を実施するとともに、関係機関との連携を図ります。また、高齢者が地域で安心して生活できるように、地域住民が主体となった活動が実施できるよう地域づくりに取り組んでいきます。

③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・地域ケア会議は、月1回定期開催し、関係機関との情報共有、連携の場となっています。
- ・今後、多職種連携を推進するため、必要に応じた様々な職種のケア会議への参加を呼びかけていきます。

④ 在宅医療・介護連携の推進に向けた地域包括支援センターの機能充実

- ・町内の社会資源の把握はしていますが、社会資源情報誌の更新が十分ではない状況です。今後も地域住民に対し、普及啓発を行っていきます。
- ・医療介護関係者向けの研修会は、本町のみでの実施は難しいため近隣町村と連携するなどの取り組みが必要です。
- ・高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで継続することができるよう、関

係機関と連携を図っていくとともに、住民向けに医療や介護の情報を提供し、安心して生活できる地域づくりについて検討します。

【在宅医療・介護連携推進事業 8項目】

区分	取組内容
医療・介護の資源の把握	町内の医療・福祉・介護の関係機関等の社会資源を把握し、住民が誰でも見て解る資源マップを作成し、必要な時に必要な機関に相談できるようにいたします。
在宅医療介護連携の課題の抽出と対応策の検討	町内医療機関との医療・在宅連携会議や関係機関と実施する地域包括ケア会議の場を活用し、在宅支援における連携や在宅医療等の課題等の検討を行える仕組みづくりをします。
切れ目のない在宅医療介護の提供体制構築推進	訪問診療の潜在患者の受診機会の拡充に努めます。また、介護支援専門員個別の連携のみならず、医療機関や福祉施設との連携体制の構築を図ります。
医療・介護関係者の情報共有支援	情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を図ります。
在宅医療介護連携に関する相談支援	地域包括支援センターが本町の高齢者の総合相談窓口となっており、現在の相談機能を充実し、医療機関と連携しながら医療、介護の情報が発信できるようにしていきます。
医療介護関係者の研修	町内の医療・介護従事者の連携の充実を図る為に、在宅医療に関する研修会や相互の役割についての勉強会等の機会を持てるようにいたします。
地域住民への普及啓発	地域住民に対し、在宅医療・介護について学習する機会を提供することを検討します。
在宅医療介護連携に関する関係市区町村の連携	後志広域連合や倶知安保健所との連携により、医療、在宅関係者が集まり、圏域の在宅医療や連携のあり方を検討します。

⑤ 生活支援サービスの体制整備

- ・現状、生活支援サービスの体制整備や住民主体のサービスが不十分です。また、協議体としての活動を行っていない状況です。
- ・今後、関係機関と連携を図りながら、既存のサービスや団体を活用しながら地域活動の支援の在り方を検討します。

(3) 認知症高齢者対策の推進

①認知症の正しい理解の促進

- ・地域全体で高齢者を支援する体制を推進するために年1回、家族介護教室を開催しています。
- ・家族介護教室の開催を継続し、地域の要望に応じて健康教室を開催します。このような取り組みを通じて、認知症や高齢者の健康に関する知識を普及し、地域住民とともに認知症高齢者を見守り、地域で認知症高齢者を支える体制を検討していきます。

②認知症の発症予防と早期発見・早期対応

- ・認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の人やその家族に早期に関わり、早期診断、早期対応に向けた支援体制を構築しており、会議を月1回開催しています。家族からの相談が少なく、早期対応に結びつかないこともあります。なお、事業の対象にならない場合でも高齢者の支援の在り方を検討する機会となっています。
- ・今後、認知症初期集中支援チームによるチーム員会議の開催を継続し、認知症の人やその家族へ早い段階での支援体制を構築します。また、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症高齢者を支える地域づくりに取り組みます。

③認知症高齢者グループホームの運営支援

- ・高齢者福祉の充実を図るため、運営主体である社会福祉法人ニセコ福祉会と連携をとりながら、支援をしています。
- ・今後も高齢者福祉の充実を図れるよう、継続してグループホームの支援を行います。

④認知症地域支援推進員の活動推進

- ・専任の認知症推進員がいないため、地域包括支援センター職員が推進員を担っており、支援センター業務と併用して活動しています。今後、認知症ケアパスの作成等、活動を広げていくことが必要です。
- ・認知症サポーター養成講座の開催等、地域における認知症の方やその家族の支援体制の構築に努めていきます。

⑤地域の見守りネットワークの整備

- ・高齢者が地域で安心して生活できるよう、民間事業者と見守り協定を締結し、高齢者等の見守り体制の構築を図っており、現在は3か所の事業者と協定を締結しています。
- ・今後、地域全体で高齢者を見守り、支援できる体制づくりが必要であり、認知症サポーター養成講座の開催等、地域における認知症の方やその家族の支援体制の構築に努めていきます。

(4) ひとり暮らし高齢者対策の推進

① 災害時避難行動要支援者対策支援プランの推進

- ・避難行動要支援者台帳を整備し、あらゆる災害に対応できるよう、関係機関と連携を図り、対象者への支援・強化を図っていきます。
- ・今後も関係機関と連携を図りながら、継続して台帳の整備をしていきます。

② 救急医療情報キットの整備推進

- ・救急医療情報キットを一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯等に配布しています。なお、平成 29 年から配布対象年齢を 60 歳以上へと引き下げました。
- ・現在は、新規対象者を中心に配布していますが、若い年代では配布を希望しない場合もあり、今後、救急医療情報キットの必要性について、さらに周知が必要です。また、救急医療情報キット配布とともに、情報の内容を更新することについて、配布済み対象者へ周知と支援を行い、緊急時に活用できる体制を整備します。

③ 声かけ支援事業の実施

- ・高齢者声かけ訪問事業の登録件数は減少していますが、定期的な訪問により生活状況の把握と安否確認が行われ、支援が必要な高齢者では早期に必要なサービスの利用に結びついています。
- ・一人暮らし高齢者や高齢者世帯の状況把握や見守り体制づくりが必要であり、今後も継続した声かけ訪問についての周知を行うとともに、地域住民や関係機関と連携しながら、高齢者の見守り体制の構築を図ります。生活状況に不安のある方等、必要な高齢者には 1～2 週に 1 回の訪問により、状況確認し支援体制を整えていきます。

◆基本目標3◆ 高齢者がいきいきと暮らせる環境づくり

(1) 生きがいつくりと社会参加の促進

① 老人クラブの育成

- ・認知症予防対策の観点からも高齢者の社会参加と生きがいつくりを推進するため、会員の加入促進に努めていますが、会員は未だ減少傾向にあります。
- ・今後も継続した会員の加入促進に努めていきます。

② 高齢者ボランティアの育成

- ・平成30年度から町の介護予防事業に協力するボランティア養成講座を開催し、令和2年度より介護予防事業（貯筋教室）で7名のボランティア（毎回2名ずつ）が参加しています。
- ・今後も継続的にボランティア養成講座を開催し、高齢者の集いの場で主体的に活躍することができるボランティアを育成します。

③ 高齢者の就労に対する支援

- ・高齢者にとっては、歳をとっても元気で働けることが生きがいにつながります。そのため、高齢者同士の交流にもなる高齢者事業団での活動は、高齢者本人の健康維持と社会貢献につながり、生きがいつくりの場となっています。
- ・今後も高齢者の積極的な社会参加を支援していきます。

④ 生涯学習活動への支援

- ・町には高齢者の生涯学習の場として「寿大学」（高齢者大学）があります。
- ・高齢者の生きがいつくりを目的とし、高齢者を対象に、その時々テーマにあわせて学習会を開催したり、サークル活動や研修旅行を実施しています。
- ・今後も継続的に高齢者の生涯学習活動を支援していきます。

⑤ 高齢者ふれあいサロンの実施の検討

- ・高齢者ふれあいサロン事業は現在休止していますが、健康支援事業として、健康相談と運動教室を実施しています。
- ・今後、高齢者の集まる場として、再びサロン化に向けた検討をしています。

(2) 高齢者にやさしいまちづくり

① ラジオニセコを利用した高齢者への情報提供

- ・情報の届きにくい高齢者のためにコミュニティーFMを活用し、慶弔情報や健康相談教室の開催案内などの行政情報だけでなく、地域のお祭りなどの集会の案内など地域情報を提供していますが、現状においては満足な情報提供には至っていません。
- ・今後は、コミュニティーFMのより効果的な活用方法を検討します。

② 高齢者にやさしい居住環境の整備

- ・公的住宅（生活支援ハウスのような低層集合住宅）の検討など、高齢者が生活しやすい構造、設備等に配慮した住宅づくりを進めます。
- ・高齢者の住まいづくりのため、要支援・要介護状態になった高齢者が在宅で自立した生活を送れるよう、居室、浴室及びトイレ等の小規模改修を含め、住宅改修が必要となった場合の相談窓口として、介護支援専門員等による相談支援を実施します。なお、町は介護保険で給付する住宅改修費（上限20万円/件）の不足分について、1件当たり30万円を限度に助成します。

③ 高齢者の外出支援の充実と公共施設のバリアフリー化促進

- ・利用者の予約に対応して自宅等から町内の目的地まで送るデマンドバスを運行し、高齢者の通院・買い物等の交通手段として、高齢者の外出移動支援サービスを行っています。また、特別豪雪地帯に指定される本町では、冬期間の除雪は高齢者にとって、大きな悩みとなることから、公道の除雪に加えて、高齢者私道の除雪サービスを行っており、今後もこれらの支援を継続的に行っていきます。
- ・現状、公共施設の建替え・増改築等はありませんが、今後も引き続き、高齢者が安全・快適に公共施設を利用できるよう、段差解消や休憩スペースの設置、車椅子対応のトイレ整備など公共施設のバリアフリー化を推進します。

④ 高齢者にとって安心なまちづくり

- ・防犯の呼びかけとともに、高齢者が交通事故の当事者にならないよう交通安全に関する意識啓発のための広報活動を推進します。

⑤ 同居家族のいる高齢者に対する支援

- ・同居家族のいる高齢者に対する支援は、十分ではない状況にあり、家族や近所の人などからの相談や情報により、訪問等の支援を行っています。
- ・相談がない場合は、対応が遅くなりがちであり、今後は早期対応に向けた検討が必要です。また、同居家族がいる場合でも、一定の年齢に達した段階で訪問するなど、状況把握に努めます。

5.3 施策の推進に向けて（包括的な視点の導入）

本計画で掲げた事業を着実に実施し、成果を上げるためにはいくつかの課題を克服する必要があります。これらの課題は、あらゆる事業に共通するものであり、包括的な視点での課題解決が求められます。

(1) 課題の整理

① サービス提供体制の確保

- ・小規模自治体の共通の課題と言えますが、医療・介護、生活支援、介護予防等に係るサービス提供体制の確保が課題となっています。
- ・その背景としては、人口規模が小さいため民間のサービス参入が限られること、地域包括支援センターを中心とする行政のマンパワーの不足、町民がお互い助け合う互助体制が弱くなっていることなどがあげられます。

② 高齢者との接点づくり

- ・ニセコ町では高齢者保健・福祉に係る様々な事業を実施していますが、例えば、すべての高齢者を対象とした介護予防事業の参加者は全体の数パーセント程度となっています。また、参加者の多くは固定化（リピーター化）しています。
- ・行政は、要介護者、患者といった、明らかにサービスが必要な町民の情報は把握しており、適切にアプローチすることが可能です。
- ・一方、介護予防事業には参加していないものの、介護予防や生活支援を推進するために特にアプローチが必要な、以下の町民に対しては情報が不足していたり実態把握が不十分な状況です。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・退職後、人との関わりが大幅に減り、閉じこもりリスクのある高齢者・フレイルのリスクが高い高齢者・何かしらの支援を必要としているが、人とのかかわりや情報が不足し、サービス利用に繋がらない高齢者（おもに独居高齢者） など |
|--|

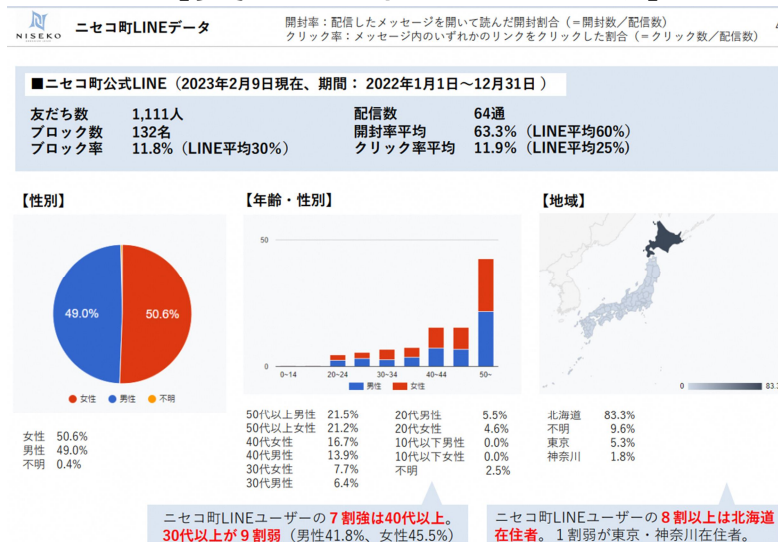
③ 高齢者の主体性を引き出すノウハウ不足

- ・高齢者に対して健康づくりや介護予防を推進したり、生活支援の担い手として活動してもらうためには、高齢者自身が「やってみたい」「やらないとまずい」と感じる「動機づけ」が必要となります。
- ・そのためには、高齢者に対する情報提供の手段・内容、事業の企画内容、専門職による介入方法等について「動機づけ」を強く意識した事業開発が必要となりますが、そのためのノウハウが不足しています。

④ ICT の利活用の促進

- 全国的に高齢者におけるスマートフォンの普及が高まり、町の事業等に関する様々な情報提供に加えて、健康管理、見守り、個別相談などがスマートフォンで円滑に行える環境が整いつつあります。
- こうした ICT の活用は、マンパワー不足が課題の地域包括支援センターなどの職員の業務効率化や、高齢者の健康状態などをモニタリングし、適切なタイミングで専門職が介入することで、フレイルや疾病の早期発見、あるいは要介護状態の重度化、疾病の重症化予防に貢献する等、サービスの質の向上にも貢献する可能性があります。
- 人手不足により医療・介護サービスの維持が困難となる中で、いつまでも安心してニセコ町に暮らし続けるために、ICT の利活用を高齢者（ユーザー）と行政が本気で取り組み、できる限り医療・介護サービスを必要としない「未病・予防」にシフトチェンジすることが必要となっています。

【参考 ニセコ町公式 LINE のデータ】

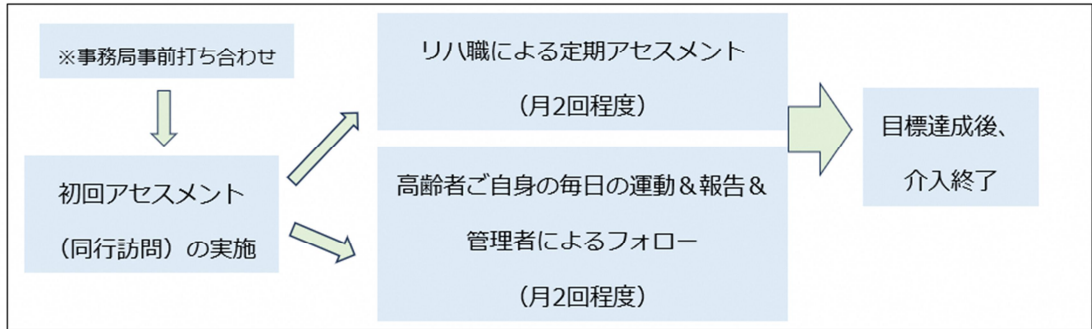


【参考事例 LINE を活用した住民の健康づくり（北海道済生会×ウイングベイ小樽）】

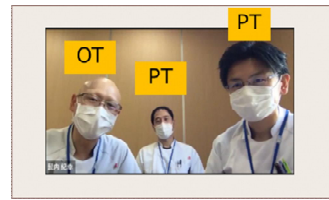


【参考 後志広域連合が関係町村を対象に推進するオンラインリハの取組】

■オンラインを活用したリハビリの流れ



高齢者自宅チーム
(高齢者本人、ケアマネ、社会福祉士・介護福祉士、撮影スタッフ)



専門職チーム (PT 2名、OT 1名)



事務局

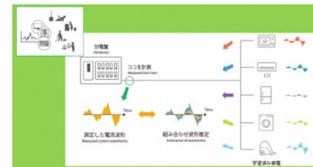
【参考 電力データから高齢者の生活習慣を把握・見守る仕組み】

ライフスタイルセンシングの仕組み

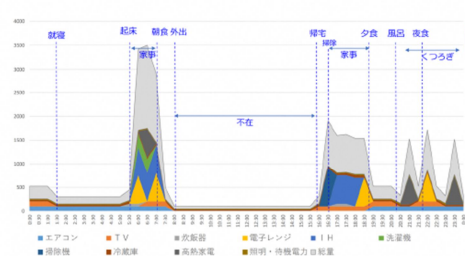
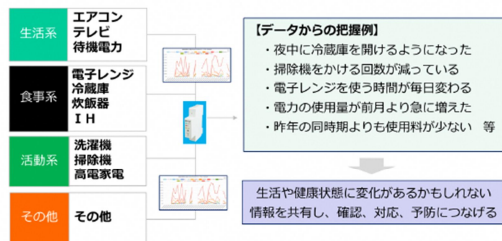
1分単位で電力データを細かく分析

変化の予兆を素早く検知

分電盤に設置した電力センサから、エアコン、電子レンジ、洗濯機など、家電別の電力使用データを取得します。また、収集した電力データを基に家電を4つの群に分け、利用者様のライフスタイルを分析します。家電の使用量、時間帯、季節変動などを分析することで、生活パターンの安定度、変化、変化の予兆等を把握し、ライフスタイルをスコア化したライフスタイルカルテを利用者様にお返しします。



電力データの解析イメージ



(2) 今後の取組

こうした課題を踏まえて、本町における地域支援事業の枠組みや、後志広域連合の独自の事業等を有効活用し、以下を検討します。

① 住民の動機づけ支援のノウハウを学ぶ研修会

健康づくりや介護予防、ボランティア等に無関心な住民の動機づけを目的とし、ナッジ理論を活用した情報提供のあり方や効果的な手法、ツールなどを学ぶための研修会を実施。

【参考 ナッジ理論について】

ナッジ理論とは、人々の日常の選択や意思決定を微妙に誘導することで、特定の行動を促す理論であり、住民の動機づけに向けた活用が期待されます。

一部の自治体ではこの理論を用いた情報提供により受診率向上に繋がっています。

ナッジ活用のコツ : EAST。

- ✓ 行動変容を促す施策の検討時に活用できるフレームワーク（頭文字をとり、「EAST。」）
- ✓ これらは、英国の行動デザインチームが、**研究と学術文献に基づいて作成**
- ✓ 効果的な施策について考える際、シンプルで記憶に残るフレームワークを持つことが有用

簡単に (Easy)	E-1 デフォルト機能を活用する E-2 面倒な要因を減少させる E-3 メッセージを単純化する	印象的に (Attractive)	A-1 関心をひく A-2 動機付け設計を行う
社会的に (Social)	S-1 社会規範を示す S-2 つながりを活用する S-3 コミットメントを促す	タイムリーに (Timely)	T-1 タイミングを見極める T-2 現在バイアスを踏まえる T-3 事前に対処行動を決めるよう促す

ニーズに合わせたメッセージ開発

<div style="border: 1px solid #0070C0; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #0070C0; color: white; margin-bottom: 5px;"> 検診無関心者 (がんに無関心な層) </div>  <p>“私は絶対に大丈夫”</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> <p>乳がんは今や誰しもが心配すべき問題です</p> </div>  </div>	<div style="border: 1px solid #0070C0; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #0070C0; color: white; margin-bottom: 5px;"> 検診関心者 (がんに怖い検診は不安な層) </div>  <p>“がんが見つかるのが怖い”</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> <p>早く見つけてしまえば乳がんは治ります</p> </div>  </div>	<div style="border: 1px solid #0070C0; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #0070C0; color: white; margin-bottom: 5px;"> 検診意図者 (すでに検診を受けようと思っている層) </div>  <p>“どうやって受ければ良いの？”</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> <p>乳がん検診はこのような受けることができます。</p> </div>  </div>
<p style="text-align: center; font-weight: bold; color: #0070C0;">検診受診行動モデルを元に3つのグループに 行動変容を促すメッセージと資材を開発</p> <p style="font-size: small; color: #0070C0;">*東京都における医療保健政策区市町村包括補助事業「がん検診受診率向上事業」にて実施・出典 東京都「受けよう！がん検診」HP</p> <p style="font-size: x-small; color: #0070C0;">Copyright (C) 2019 Cancer Scan Co., Ltd. All Rights Reserved</p>		

② 高齢者や行政における ICT リテラシー向上を目的とした研修会

- ・ 高齢者を対象にスマホや関連するアプリケーション（町の LINE など）の使い方に関する勉強会を開催。
- ・ 行政職員等を対象に当該分野における先進的な ICT の先進事例や、業務を円滑にするための ICT の活用スキル向上を目的とした研修会を開催。

③ 社会実証の推進

上記の取組により得たノウハウ等を活用し、既存事業に応用したり、新たに検討したサービスを実証することでより効果的な施策の検討・推進を図る。

④ 地域ケア会議等を活用した官民連携型の施策検討体制の構築

地域ケア会議の場などを有効活用し、町内の医療・介護分野の関係者だけではなく、当該分野に関する専門家や民間事業者が参画し、地域支援事業等で活用しうる新規事業の創出や実証の評価等を行う官民連携型の検討体制を構築。