

第4章 施策の展開

施策体系と個別施策・事業名

| 基本方針 | | | |
|------|--------------------------------|---|--|
| 基本施策 | | | |
| | 個別施策 | 事業 | ページ |
| I | 地域の支え合いの推進 | | 38 |
| 1 | 共に支え合う地域づくりの推進 | | 38 |
| | (1)地域包括支援センターの機能強化 | ア 地域包括支援センターの体制整備 イ 地域包括支援センターとの連携・協働 ウ 地域包括支援センターの普及・啓発 | 39 41 41 |
| | (2)地域ケア会議の推進 | ア 地域ケア会議の開催 イ 地域ケア会議体系の構築 | 42 43 |
| | (3)高齢者の日常生活支援体制の充実・強化 | ア 介護支援ボランティアポイント事業 イ ぐらしのサポーター養成事業【H28 開始】 ウ 生活支援体制整備事業 | 44 44 44 |
| | (4)高齢者虐待防止の推進 | ア 高齢者虐待防止の普及・啓発 イ 高齢者虐待防止ネットワークの構築 ウ 高齢者虐待事例への対応 | 45 45 46 |
| | (5)地域における見守り活動の推進 | ア 高齢者見守りネットワーク事業 イ 地域の見守り活動の普及・啓発 | 46 46 |
| | (6)介護に取り組む家族等への支援の充実 | ア 家族介護者交流事業 イ 男性家族介護者交流事業【H29 開始】 ウ 介護マーク配付事業 エ 家族介護支援員の配置 オ 家族介護慰労事業 カ 家族介護用品給付事業 キ 認知症サポーター養成事業 | 47 47 47 47 48 48 48 |
| | (7)高齢者在宅福祉サービスの充実 | ア ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業 イ 東部地区外出支援サービス ウ 除雪サービス エ 寝具乾燥サービス オ 「食」の自立支援事業 カ 高齢者生活援助員派遣事業 キ ショートステイ事業 ク シルバーハウジング生活援助員派遣事業 ケ 在宅福祉ふれあいサービス事業 コ 安心ボトル(救急医療情報キット)配付事業 | 49 49 50 50 50 50 51 51 51 51 |
| | (8)福祉コミュニティエリアの整備 | 福祉コミュニティエリアの整備 | 52 |
| 2 | 在宅医療・介護連携の推進 | | 53 |
| | (1)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 | ア 函館市医療・介護連携支援センター運営委員会の設置 イ 関係市町との連携 | 53 53 |
| | (2)医療・介護連携支援センターの機能の充実 | ア 地域の医療・介護の資源の把握 イ 医療・介護関係者の情報共有の支援 ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援 エ 地域住民への普及・啓発 オ 医療・介護関係者の研修 カ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築 | 54 54 54 54 54 55 |
| 3 | 認知症高齢者等への支援の充実 | | 56 |
| | (1)知識の普及と理解の促進 | ア 認知症ケアバスの普及 イ 認知症ガイドの配布 ウ 軽度認知障害スクリーニングテストの実施【H28 開始】 エ 若年性認知症への理解の促進 | 56 56 56 57 |
| | (2)認知症の人と家族への支援体制の強化 | ア 認知症サポーター養成事業【再掲 P48】 イ 認知症カフェの地域展開(通いの場の創出) ウ 認知症地域支援推進員の配置 エ 認知症関連団体支援事業 | 57 57 57 57 |
| | (3)医療・介護・地域連携による適時・適切な予防・支援の推進 | ア 認知症相談の実施 イ 認知症初期集中支援チームの配置【新規】 ウ 函館地区高齢者のためのSOSネットワークシステム | 58 58 58 |
| | (4)成年後見制度の利用促進 | ア 成年後見センターの設置・運営 イ 市民後見人の養成 ウ 成年後見制度利用支援事業 | 59 59 59 |

| 基本方針 | | | |
|------|----------------------|---|----------------------------------|
| 基本施策 | | | |
| | 個別施策 | 事業 | ページ |
| II | 自立した生活を送ることができる環境の整備 | | 60 |
| | 4 介護予防・健康づくりによる自立の推進 | | 60 |
| | (1)介護予防の普及・啓発 | ア 介護予防の普及・啓発 イ 介護予防教室 ウ 介護予防体操の普及【H28 開始】 | 61 61 61 |
| | (2)地域の主体的な介護予防活動の支援 | ア 地域住民グループの支援 イ 介護予防体操リーダーの養成【H28 開始】 ウ 地域型介護予防体操教室【H29 開始】 エ 通いの場の運営支援【新規】 オ 介護支援ボランティアポイント事業【再掲 P44】 カ ぐらしのサポーター養成事業【再掲 P44】 | 62 62 62 62 62 63 |
| | (3)地域リハビリテーションの推進 | ア 地域リハビリテーション活動支援事業【新規】 | 63 |
| | (4)高齢期の健康づくり・疾病予防の推進 | ア 心身の健康の増進 イ 感染症の予防 | 64 65 |
| | 5 主体的な社会参加の促進 | | 66 |
| | (1)支え合い活動への参加支援 | ア 介護支援ボランティアポイント事業【再掲 P44】 イ ぐらしのサポーター養成事業【再掲 P44】 ウ 生活支援体制整備事業【再掲 P44】 | 66 66 67 |
| | (2)生涯学習・スポーツ活動の推進 | ア 社会参加の促進 イ 生涯学習の充実・促進 ウ スポーツ活動の推進 | 67 69 70 |
| | (3)就業機会の拡大 | ア 高齢者の雇用の確保と促進 イ シルバー人材センターへの支援 ウ 就業支援の実施等 | 71 71 71 |
| | 6 暮らしやすいまちづくりの推進 | | 72 |
| | (1)市民協働の推進 | ア 市民活動への支援 イ 町会活動への支援 | 72 72 |
| | (2)安心・安全な生活の確保 | ア 交通安全対策の強化 イ 消費者・防犯意識の啓発 ウ 防火・防災対策の強化 | 73 73 74 |
| | (3)福祉のまちづくりの推進 | ア 道路の整備 イ 公園・緑地等の施設整備 ウ 公共交通の利便性の向上 | 75 75 75 |
| | (4)高齢者向け住まいの充実 | ア 高齢者福祉施設への入所・入居 イ 高齢者向け住宅の供給確保 ウ 住宅改修等への支援 | 76 77 78 |
| III | 安定した介護保険制度の構築 | | 80 |
| | 7 介護保険サービスの充実 | | 80 |
| | (1)施設・居住系サービス基盤の整備 | ア 施設・居住系サービス基盤の整備の考え方 イ 第7期介護保険事業計画における施設・居住系サービス基盤の見込み | 80 81 |
| | (2)介護給付等対象サービスの利用見込み | ア 居宅サービス イ 地域密着型サービス ウ 施設サービス エ 介護予防・生活支援サービス | 82 86 89 90 |
| | (3)介護保険料 | ア 保険料基準額の算出 イ 所得段階別月額保険料(保険料率) ウ 低所得者の保険料軽減 エ 平成37年度の保険料の見込み | 91 93 93 93 |
| | 8 介護保険制度の円滑な運営 | | 94 |
| | (1)情報発信の充実 | ア 制度の周知・啓発 イ 介護サービスに関する情報提供 | 94 94 |
| | (2)人材の確保および資質の向上 | ア サービス従事者の育成と質の向上 イ 介護職員の人材確保 ウ 介護サービスにおける事故防止の徹底 | 95 95 95 |
| | (3)事業者への支援・指導体制の充実 | ア 適正な事業者の指定 イ 事業者への指導・監査 | 96 96 |
| | (4)低所得者向け施策の実施 | ア 介護保険料の軽減【再掲 P93】 イ 介護保険料の減免 ウ 利用者負担の軽減 | 96 97 97 |
| | (5)介護認定の公平性・公正性の確保 | ア 訪問調査 イ 介護認定審査会 | 97 97 |
| | (6)介護給付適正化計画の推進 | 介護給付適正化計画の推進 | 98 |

第1節 基本方針Ⅰ 地域の支え合いの推進

施策の方向性

今後ますます高齢化が進行する中で、地域とのつながりが弱く、孤立する高齢者の増加が懸念されます。住み慣れた地域で、高齢期の生活をその人らしく豊かに安心して営むことができるように、地域住民をはじめ、民生委員・児童委員や町会等の地域の多様な支援者と連携しながら、地域包括支援センターを中心とした相談支援体制の充実化を図り、共に支え合う地域づくりに取り組みます。

さらに、高齢者は加齢に伴い、疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発症率が高いなどの特徴があり、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加しています。こうした高齢者が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よう、様々な局面で包括的かつ継続的な医療と介護を提供するため、医師会をはじめ関係団体と緊密に連携しながら、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築に向けた取組を推進します。

また、認知症の人やその家族が孤立せず、地域の支え合いの中で生活することができるよう、認知症に対する正しい知識と理解の普及・啓発や支援体制の強化に取り組みます。

基本施策1 共に支え合う地域づくりの推進

施策の目標 ・多様な人々の支え合いによる地域社会の実現を目指します
 ・支援を必要とする人へ早期に介入し適切な支援を行います

個別施策

- (1) 地域包括支援センターの機能強化
- (2) 地域ケア会議の推進
- (3) 高齢者の日常生活支援体制の充実・強化
- (4) 高齢者虐待防止の推進
- (5) 地域における見守り活動の推進
- (6) 介護に取り組む家族等への支援の充実
- (7) 高齢者在宅福祉サービスの充実
- (8) 福祉コミュニティエリアの整備

〔 成果指標 〕

| 指標 | | 現状値(年度) | 目標値 |
|-----|----------------------------|---------------------|---------|
| 指標1 | 家族親族以外に関わりが あまりない人の割合 | 7.5% (H28) | H31<H28 |
| 指標2 | 地域ケア会議への参加者数 | 1,454人 (H28) | H32>H28 |
| 指標3 | 地域包括支援センターの 相談・対応件数 | 17,876件(延) (H28) | H32>H28 |
| 指標4 | 養護者による高齢者虐待 に関する相談・通報件数 | 77件 (H28) | H32>H28 |

< 主な取組 >

| | | |
|-----------|-------------------------|-------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(1) 地域包括支援センターの機能強化 | |
| | ア | 地域包括支援センターの体制整備 |
| | イ | 地域包括支援センターとの連携・協働 |
| | ウ | 地域包括支援センターの普及・啓発 |

取組の内容

ア 地域包括支援センターの体制整備

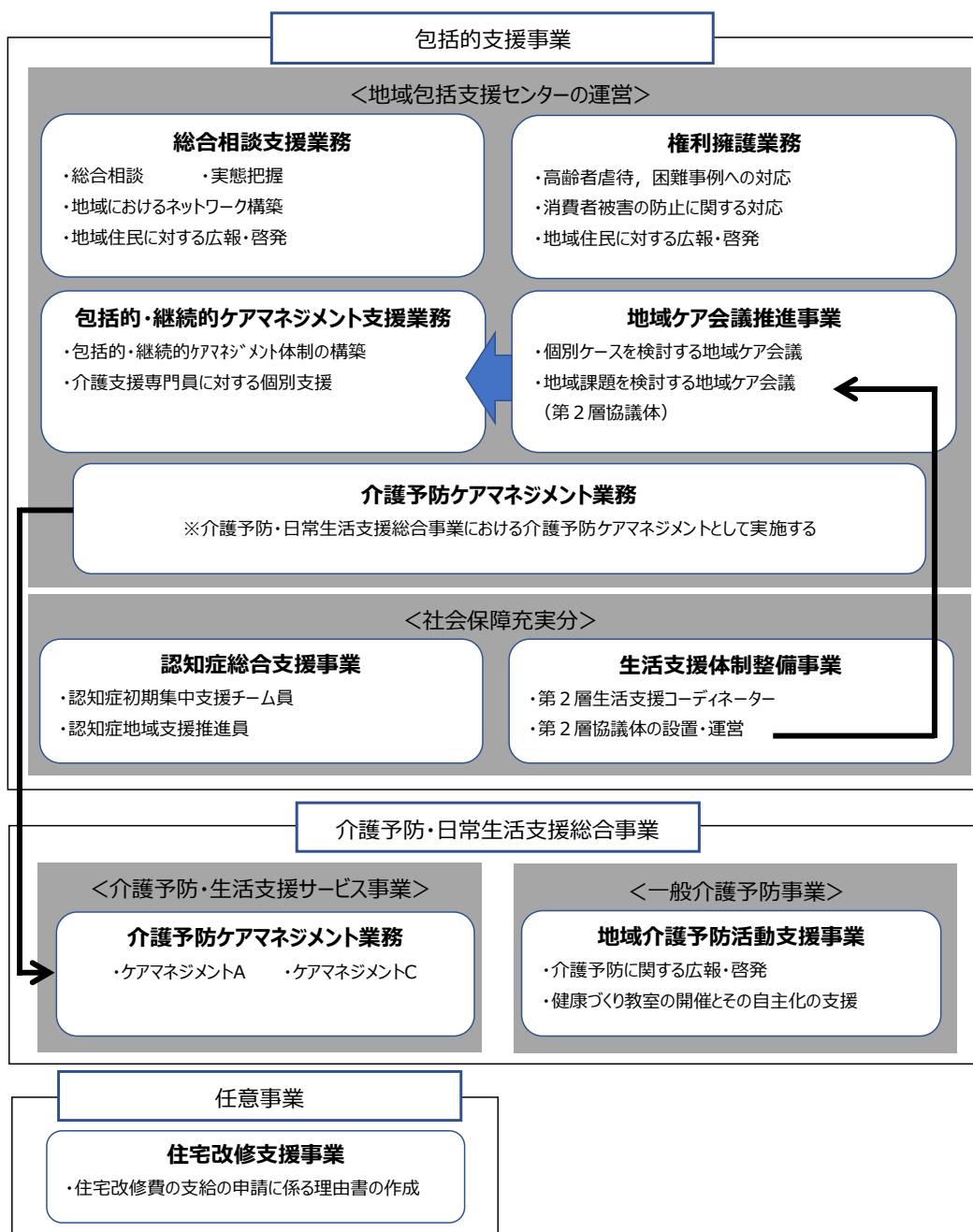
地域包括支援センターは、地域包括ケアの中核機関として、様々な相談対応やサービス等のコーディネートを行うにあたり、多分野に渡る専門知識や技術を必要とするとともに、総合相談支援業務をはじめとする各事業の実施においては、高齢者の自立支援や地域課題の解決に向けた、より積極的な地域との関わりが求められています。

地域包括支援センターが地域包括ケアシステム構築に向け、期待される役割を果たすとともに、実態把握や関係機関とのネットワーク構築などの活動を十分に行うことができるよう、高齢者の人口や新たに付加する機能等に応じた適切な職員配置を図ります。

また、今後国が定める評価指標を踏まえ、事業評価の実施方法を見直すほか、地域包括支援センターの自己評価や市の事業評価を通じて、地域包括支援センターの事業の質の向上に努めます。

取組の内容

【地域包括支援センター運営事業体系】



<地域包括支援センターが取り組む地域の重点課題>

地域で生活する人々が高齢者を見守るとともに、誰かが異変に気づいたら相談できる地域づくりに向けて、以下の3点を重点課題として取り組みます。

- ① 地域で高齢者を支える関係機関との連携強化
- ② 地域住民に対する認知症の正しい理解と地域の見守りについての普及・啓発の強化
- ③ 住民主体の活動の場の拡充による地域づくり

取組の内容

イ 地域包括支援センターとの連携・協働

市の地域包括ケアに関わる課や相談窓口保健師や社会福祉士といった専門職を配置し、地域包括支援センターが適正かつ効果的に事業が実施できるよう連携を図ります。

(ア) 運営方針・活動計画の策定の連携

地域包括支援センターと協働し、取組の方向性や活動目標等を設定した運営方針を策定するほか、運営方針をもとに各地域包括支援センターが策定する活動計画やその遂行状況の自己評価、次年度の活動計画への反映といった PDCA サイクルによる事業展開に積極的に関わることにより、効果的な事業運営と事業の質の向上に努めます。

(イ) 地域包括支援センターとの協働

高齢者の複雑かつ多様化する相談や困難事例などに適切に対応するため、地域包括支援センターの職員と情報を共有しながら協働して課題解決を図るほか、定例的な協議の場を設けるとともに、地域包括支援センター連絡協議会が開催する会議や職能部会に参加し、意見交換や助言を行うなど、地域包括支援センターに対する支援を継続します。

ウ 地域包括支援センターの普及・啓発

地域包括支援センターが、サブネームである「高齢者あんしん相談窓口」として、地域の身近な相談先としての役割を果たせるよう、地域包括支援センターの機能や利用できる場面について、積極的に普及・啓発を図り、地域住民の認知度の向上に努めます。

トピックス

〔PDCA サイクル〕

Plan(計画), Do(実施), Check(検証・評価), Action(改善)の頭文字をとったもので、行政政策や企業の事業活動にあたって、計画から見直しまでを一貫して行い、さらにそれを次の計画・事業にいかそうという考え方



| | |
|-------------------|-------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(2) 地域ケア会議の推進 |
| | ア 地域ケア会議の開催 |
| | イ 地域ケア会議体系の構築 |

取組の内容

ア 地域ケア会議の開催

地域住民，民生委員・児童委員など地域の支援者や専門的視点を有する多職種の参画により，地域ケア会議を開催し，高齢者やその家族に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を図るとともに，多職種・多機関が連携・協働し，地域包括支援ネットワークの構築を進めます。

(ア) 地域包括支援センターが主催する地域ケア会議

日常生活圏域において，地域住民および民生委員・児童委員などの地域の支援者，介護支援専門員等の多職種と連携・協働し，「個別ケースを検討する地域ケア会議」および「地域課題を検討する地域ケア会議」を開催し，個別ケースの支援を通じて，地域課題の把握を行うとともに，地域包括支援ネットワークの構築を進め，高齢者の自立支援や地域課題の解決に必要な社会資源の開発を推進します。

(イ) 市が主催する地域ケア会議(地域ケア全体会議)

日常生活圏域から抽出された地域課題を踏まえ，地域包括支援センターや関係機関，関連する会議体等と連携・協働し，『共に支え合うまち函館をめざして』をテーマに，「困った時に頼める人がいる」，「誰かの役に立っている」という市民が増えるよう，地域住民，関係機関，行政の総合力による地域づくりを行います。

トピックス

〔地域ケア会議〕

地域住民および民生委員・児童委員などの地域の支援者，介護支援専門員等の多職種が集まり，個別ケースの支援内容の検討や地域の課題について話し合う会議。高齢者個人に対する支援の充実とともに，それを支える社会基盤の整備を同時に進めること。地域包括ケアシステムを構築していくための手法のひとつ。



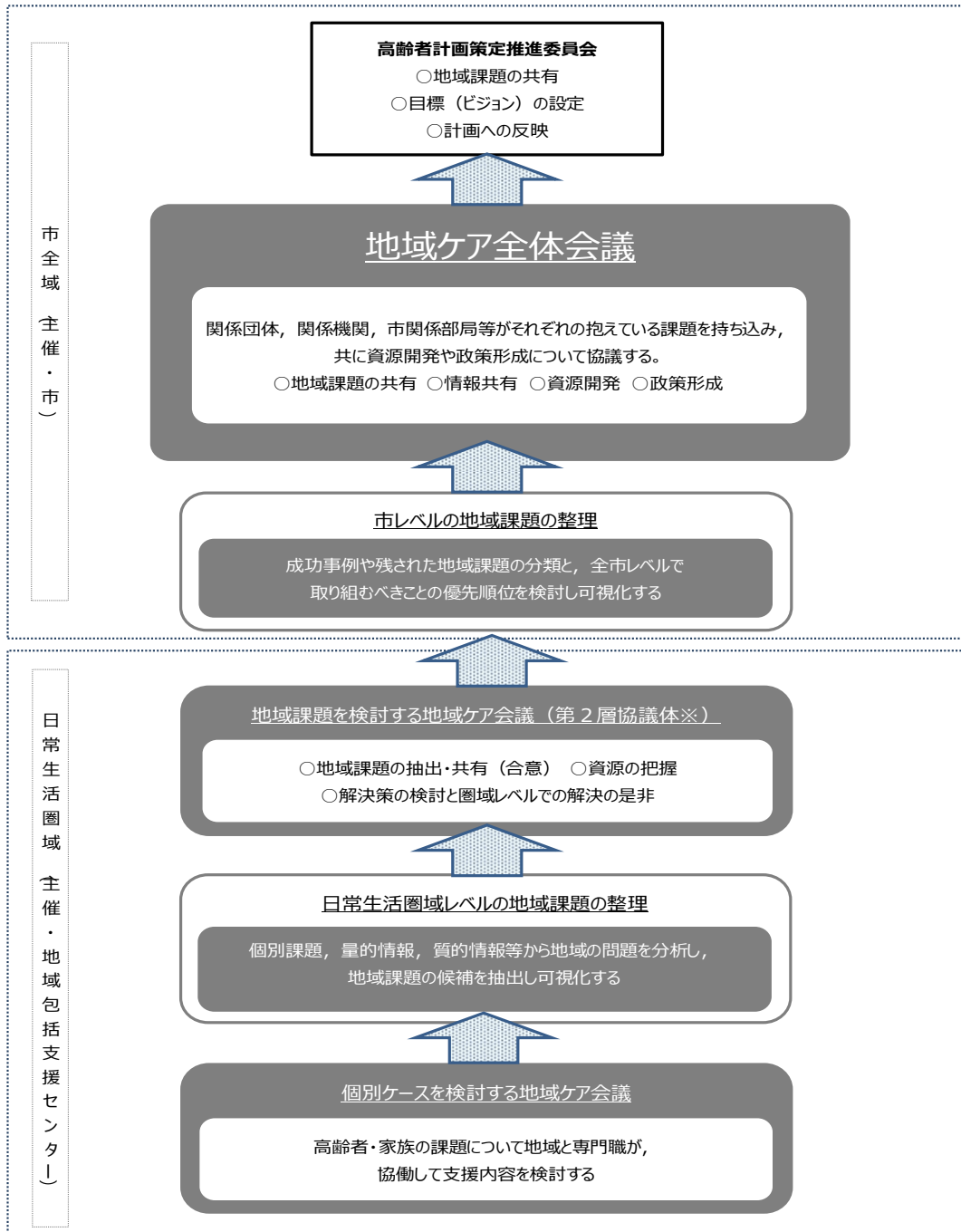
地域ケア全体会議の様子

取組の内容

イ 地域ケア会議体系の構築

地域包括支援センターと協働し、個別ケースを検討する地域ケア会議において自立支援型のケアマネジメント支援の視点を加えるほか、把握した地域課題の整理方法、既存の会議体等との連携体制を構築することについて検討を進めるなど、体系の構築と実効性のある仕組みづくりに取り組み、地域ケア会議の充実を図ります。

【函館市における地域ケア会議体系】



※生活支援体制整備事業における、日常生活圏域（第2層）単位に設置する協議体のことをいう。（P42 参照）

| | | |
|-------------------|----------------------------|-----------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(3) 高齢者の日常生活支援体制の充実・強化 | |
| | ア | 介護支援ボランティアポイント事業 |
| | イ | くらしのサポーター養成事業【H28 開始】 |
| | ウ | 生活支援体制整備事業 |

取組の内容

ア 介護支援ボランティアポイント事業

高齢者が介護施設等においてボランティア活動を行い、その実績に応じて付与されたポイントを換金する体制を構築することにより、高齢者の社会参加や地域貢献を積極的に奨励・支援し、高齢者の介護予防の推進を図ります。

また、地域の支え合いを広げていくため、ボランティアの活動内容や活動場所等の拡充について検討します。

イ くらしのサポーター養成事業【H28 開始】

住民が主体となって行う生活支援や介護予防の活動等に携わるボランティア(くらしのサポーター)を養成する研修を実施するほか、サポーターが円滑に活動することができるよう、活動先の紹介や情報提供、助言などの支援をすることにより、地域における支え合いを推進します。

ウ 生活支援体制整備事業

市全域(第1層)および日常生活圏域(第2層)単位に配置する生活支援コーディネーターならびに設置する協議体において、住民の社会参加や地域に応じた支え合いの仕組みづくり等を推進し、高齢者が安心して在宅生活を継続できる地域の実現をめざします。

(ア) 生活支援コーディネーター

社会参加を通じた地域の支え合いや介護予防に関する普及・啓発、生活支援・介護予防サービスに関する情報の把握、地域に不足するサービスの開発等の役割を担います。

(イ) 協議体

生活支援コーディネーターや社会福祉協議会、地縁団体、民間事業者等、地域における多様な主体間の情報共有や地域に応じた支え合いの仕組みづくりの検討の場としての役割を担います。

| | | |
|-----------|--------------------|------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(4) 高齢者虐待防止の推進 | |
| | ア | 高齢者虐待防止の普及・啓発 |
| | イ | 高齢者虐待防止ネットワークの構築 |
| | ウ | 高齢者虐待事例への対応 |

取組の内容

ア 高齢者虐待防止の普及・啓発

(ア) 地域住民および地域の支援者への普及・啓発

地域住民および民生委員・児童委員や町会等の地域の支援者に対し、市や地域包括支援センター等の対応窓口や高齢者の異変に気付く視点等について、高齢者虐待防止講演会の開催やリーフレットの配布、地域包括支援センターによる出前講座等を通じた普及・啓発を図ります。

(イ) 介護サービス事業者等への普及・啓発

介護サービス事業者等に対し、高齢者虐待防止に関する研修を実施し、高齢者虐待の未然防止や早期発見に向けたスキルアップを図ります。

また、新設の介護サービス事業所に対し、函館市高齢者虐待対応支援マニュアルを用い、発見の際の通報義務や虐待対応の流れ、身体拘束等について説明をすることにより、その普及・啓発を図ります。

イ 高齢者虐待防止ネットワークの構築

司法などの専門家や医療・介護関係、警察等の代表者による要援護高齢者・障がい者対策協議会を開催し、高齢者虐待の早期発見や要援護者に対する適切な支援を行うための関係機関とのネットワークを構築します。

また、地域包括支援センターにおいて、医療機関向けに作成した「相談シート※」の普及を図り、高齢者虐待の早期の発見と相談・連絡ができる体制の構築に努めます。

※医療機関が地域包括支援センターへ連絡・相談するための様式で、虐待が疑われる高齢者に関する情報を記載するもの。高齢者虐待の通報義務、相談・通報については、個人情報の漏えいにあたらぬことを明記している。

取組の内容

ウ 高齢者虐待事例への対応

(ア) 養護者による高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止法等の関係法令や、函館市高齢者虐待対応支援マニュアルに基づき、市の相談窓口配置する保健師、社会福祉士が中心となり、地域包括支援センターと連携し、高齢者の迅速かつ適切な保護および養護者に対する支援等を行います。

(イ) 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止法等の関係法令や、函館市高齢者虐待対応支援マニュアルに基づき、市の保健師、社会福祉士が中心となり事実確認を行い、虐待と判断した場合には、改善指導や行政処分を行います。

| | |
|-------------------|------------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(5) 地域における見守り活動の推進 |
| | ア 高齢者見守りネットワーク事業 |
| | イ 地域の見守り活動の普及・啓発 |

取組の内容

ア 高齢者見守りネットワーク事業

(ア) 単身高齢者の実態把握

地域包括支援センターが、介護サービス等を利用していない 75 歳以上の単身高齢者宅を訪問し、対象者の心身の状況等について、実態把握を行います。実態把握の結果、必要に応じ個別の支援を行います。

(イ) 地域見守り活動協定事業者等との連携

民間事業者等が業務中に支援や保護を求められた場合、または訪問先などで異変等を発見した際に、市に相談・通報することにより、迅速かつ適切な対応につなげられるよう、市内の民間事業者等と、地域見守り活動に関する協定を締結し、協力体制の構築を図ります。

また、相談・通報がしやすくなるよう、意見交換等を実施し、連携を強化します。

イ 地域の見守り活動の普及・啓発

地域住民が共に支え合う地域の基盤づくりに向けて、地域包括支援センターと連携し、出前講座、リーフレットの配布等による、高齢者見守りネットワーク事業や地域での見守りの重要性について普及・啓発を図ります。

| | | |
|-------------------|----------------------------------|----------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(6) 介護に取り組む家族等への支援の充実 | |
| | ア | 家族介護者交流事業 |
| | イ | 男性家族介護者交流事業 【H29 開始】 |
| | ウ | 介護マーク配付事業 |
| | エ | 家族介護支援員の配置 |
| | オ | 家族介護慰労事業 |
| | カ | 家族介護用品給付事業 |
| | キ | 認知症サポーター養成事業 |

取組の内容

ア 家族介護者交流事業

高齢者等を介護している家族を介護から一時的に解放し、介護者相互の交流を行うことにより、家族介護者の心身の元気回復(リフレッシュ)を図ります。

【家族介護者交流事業参加者】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 | 計 画 | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 | 平成 30 年度 | 平成 31 年度 | 平成 32 年度 | 平成 37 年度 |
| 参加者数 | 39 人 | 44 人 | 78 人 | 100 人 | 100 人 | 100 人 | 100 人 |

イ 男性家族介護者交流事業 【H29 開始】

男性家族介護者ならではの悩み、不安、介護負担を男性介護者相互の交流を通じ精神的な不安の解消を図ります。

【男性介護者交流事業実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 | 計 画 | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 | 平成 30 年度 | 平成 31 年度 | 平成 32 年度 | 平成 37 年度 |
| 開催回数 | — | — | 2 回 | 4 回 | 6 回 | 6 回 | 6 回 |

ウ 介護マーク配付事業

認知症の人の介護は、他の人から見て介護していることがわかりにくいいため、介護者が偏見や誤解を受けることがないように、介護者であることを周囲に知らせる介護マークを作成し、周知および配付することにより、介護者を温かく見守り支え合う地域づくりを推進します。

エ 家族介護支援員の配置

高齢者や認知症の人を在宅で介護している家族の介護負担を軽減するため、保健師等の専門職を配置し、介護の悩みや心配に対する相談に応じるなど、地域の中で安心して生活できるよう支援するほか、働く家族に対する相談体制の充実について検討します。

取組の内容

オ 家族介護慰労事業

寝たきりや認知症の高齢者を介護サービスを利用せずに在宅で介護している家族に対し、介護による身体的、精神的および経済的な負担を軽減するため、慰労金を支給します。

【家族介護慰労事業実施状況】

| 区分 | 実績 | | 見込 | 計画 | | | |
|------|--------|--------|----|--------|--------|--------|--------|
| | 平成27年度 | 平成28年度 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 平成31年度 | 平成32年度 |
| 支給件数 | 6件 | 2件 | 5件 | 5件 | 5件 | 5件 | 5件 |

カ 家族介護用品給付事業

寝たきりや認知症の高齢者を在宅で介護している家族に対し、紙おむつの購入に要する費用負担を軽減するため、利用券を交付します。

【家族介護用品給付事業実施状況】

| 区分 | 実績 | | 見込 | 計画 | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 平成27年度 | 平成28年度 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 平成31年度 | 平成32年度 |
| 給付認定者数(延) | 2,278人 | 1,882人 | 2,424人 | 2,408人 | 2,545人 | 2,690人 | 2,690人 |

キ 認知症サポーター養成事業

認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職場において、認知症の人やその家族を支援する認知症サポーターを養成します。

トピックス

〔認知症サポーター〕

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を見守る応援者のこと。

サポーターには、その証としてオレンジ色のリストバンド（オレンジリング）をお渡しします。

認知症サポーターに関する問合せ先

保健福祉部高齢福祉課 ☎ 21-3081



サポーターの証 オレンジリング

| | | |
|-----------|------------------------|----------------------|
| 基本施策 1 | 個別施策(7) 高齢者在宅福祉サービスの充実 | |
| | ア | ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業 |
| | イ | 東部地区外出支援サービス |
| | ウ | 除雪サービス |
| | エ | 寝具乾燥サービス |
| | オ | 「食」の自立支援事業 |
| | カ | 高齢者生活援助員派遣事業 |
| | キ | ショートステイ事業 |
| | ク | シルバーハウジング生活援助員派遣事業 |
| | ケ | 在宅福祉ふれあいサービス事業 |
| | コ | 安心ボトル(救急医療情報キット)配付事業 |

取組の内容

ア ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業

ひとり暮らしの高齢者等で、身体が虚弱なため緊急事態に機敏に行動することが困難な者や突発的に生命に危険な症状が発生する持病を抱えている者などを対象に、火災や急病、その他の事故等の緊急時に消防本部へ通報できる装置を設置します。

【緊急通報システムの設置状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 新規設置台数 | 211 台 | 161 台 | 208 台 |
| 年度末設置総数 | 1,894 台 | 1,721 台 | 1,638 台 |

イ 東部地区外出支援サービス

車いすの利用などで一般の交通機関を利用することが困難な東部地区居住の高齢者等を対象に、移送用車輦で利用者の居宅と医療機関等との間の送迎を行います。

【東部地区外出支援サービスの実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 利用者数(延) | 3,762 人 | 3,796 人 | 3,924 人 |

取組の内容

ウ 除雪サービス

ひとり暮らしの高齢者等で、除雪を行うことが困難で家族等の支援を受けられない者を対象に、生活通路の確保のため、除雪や排雪、屋根の雪下ろしを行います。

【除雪サービス利用者数】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 利用者数(延) | 1,283 人 | 765 人 | 1,139 人 |

エ 寝具乾燥サービス

ひとり暮らしの高齢者等で、寝具の衛生管理が困難な者を対象に、寝具の乾燥を行います。

【寝具乾燥サービスの実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 利用者数(延) | 61 人 | 67 人 | 89 人 |

オ 「食」の自立支援事業

地域の事業者が実施している配食サービスを活用し、ひとり暮らしの高齢者等で、食事の調理が困難な者を対象に、定期的に食事を提供するとともに、利用者の安否確認を行います。

【「食」の自立支援の実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 | 計 画 | | | |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 | 平成 30 年度 | 平成 31 年度 | 平成 32 年度 | 平成 37 年度 |
| 利用件数(延) | 25,783 件 | 20,567 件 | 20,058 件 | 20,058 件 | 20,058 件 | 20,058 件 | 20,058 件 |

カ 高齢者生活援助員派遣事業

ひとり暮らしの高齢者等を対象に、介護保険制度で対応できない草取りなどの家周りの手入れ等、一時的に軽易な生活援助サービスを行い、在宅で自立した生活を送ることができるよう支援します。

【高齢者生活援助員派遣の状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 利用者数(延) | 54 人 | 46 人 | 83 人 |

取組の内容

キ ショートステイ事業

在宅での自立した日常生活を営むことに支障がある高齢者で、介護している者の疾病などにより、介護保険の利用限度を超えて短期入所生活介護等の利用が必要と認められる者などに、一時的に短期入所生活介護施設等に入所させ、必要なサービスを提供します。

【ショートステイの実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 利用日数(延) | 447 日 | 419 日 | 524 日 |

ク シルバーハウジング生活援助員派遣事業

高齢者の特性に配慮し、バリアフリー化された市営住宅花園団地内のシルバーハウジングに生活援助員を配置し、居住者に対する生活指導・相談、安否確認、緊急時の対応等のサービスを提供します。

ケ 在宅福祉ふれあいサービス事業

社会福祉協議会が実施主体となり、町会単位で設置している在宅福祉委員会において、ひとり暮らしの高齢者等を対象に、訪問安否確認や家事援助、給食、訪問理美容のサービスを提供するほか、ボランティア団体への活動支援、健康・生きがいづくりなどに関する各種事業を実施します。

【在宅福祉ふれあいサービス事業の実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|----------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 在宅福祉委員会数 | 125 委員会 | 124 委員会 | 130 委員会 |
| 協力員数 | 2,045 人 | 2,026 人 | 2,092 人 |
| 対象世帯数 | 5,700 世帯 | 5,624 世帯 | 5,815 世帯 |

コ 安心ボトル(救急医療情報キット)配付事業

65 歳以上のひとり暮らしの高齢者等を対象に、かかりつけ医療機関や持病などを記載した情報用紙等を保管する安心ボトル(救急医療情報キット)を無料で配付し、万一の際の迅速で適切な救急活動に役立て、高齢者の日常生活の安心と安全を図ります。

【安心ボトルの配付状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|-----|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 配付数 | 215 本 | 225 本 | 240 本 |

基本施策

1

個別施策(8) 福祉コミュニティエリアの整備

取組の内容

福祉コミュニティエリアは、東央部第1圏域に位置する日吉4丁目の市営住宅団地跡地に、子どもからお年寄りまで、障がいの有無に関わらず、安全で安心して快適に暮らし続けられる住まいをはじめ、在宅の高齢者や障がい者などを支援する各種サービスを提供する事業所のほか、在宅での生活が困難な者のための施設などを整備するとともに、ふれあいや生きがいをもって共に支え合う地域コミュニティを形成することで、地域福祉を実践し、地域包括ケアシステムを構築するモデル的なエリアとしての整備を進めます。

【福祉コミュニティエリアにおける主な事業】

- ・住宅(戸建て住宅, 集合住宅, サービス付き高齢者向け住宅など)
- ・多世代交流施設
- ・メディカルモール(在宅療養支援診療所など)
- ・広域型特別養護老人ホーム
- ・地域密着型特別養護老人ホーム
- ・認知症高齢者グループホーム
- ・地域密着型特定施設
- ・看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ・院内保育所, 託児所
- ・総合相談窓口
- ・就労支援サービス
- ・生活支援サービス
- ・コミュニティ・カフェレストラン
- ・介護予防, 健康増進事業など
- ・生活利便施設(スーパーマーケット, コンビニエンスストアなど)
- ・道路, 公園, 広場, 共同駐車場など

6施設 223床

基本施策2 在宅医療・介護連携の推進

施策の目標 ・切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築に向けた取組を推進します

個別施策

- (1) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (2) 医療・介護連携支援センターの機能の充実

〔 成果指標 〕

| 指標 | | 現状値(年度) | 目標値 |
|-----|--------------|-----------------|---------|
| 指標5 | 多職種連携研修参加機関数 | 361 機関 (H28) | H32>H28 |

<主な取組>

| | | |
|-------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 基本施策 2 | 個別施策(1) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 | |
| | ア | 函館市医療・介護連携支援センター運営委員会の設置 |
| | イ | 関係市町との連携 |

取組の内容

ア 函館市医療・介護連携支援センター運営委員会の設置

医療・介護連携支援センターの活動評価を行い運営の充実を図るため、医療・介護の関係者で構成する函館市医療・介護連携支援センター運営委員会を設置し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築に向けて必要な仕組みを協議します。

イ 関係市町との連携

行政区域を越えて在宅医療・介護サービスを利用する者がいる実態を踏まえ、入退院支援のルール、医療・介護連携のための情報共有ツール、急変時対応の仕組みなど、市において定めた仕組みやルールの広域的な利用などについて、北海道や関係市町と協議します。

| | |
|-------------------|------------------------------------|
| 基本施策 2 | 個別施策(2) 医療・介護連携支援センターの機能の充実 |
| | ア 地域の医療・介護の資源の把握 |
| | イ 医療・介護関係者の情報共有の支援 |
| | ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援 |
| | エ 地域住民への普及・啓発 |
| | オ 医療・介護関係者の研修 |
| | カ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築 |

取組の内容

ア 地域の医療・介護の資源の把握

在宅療養を支える地域の医療機関や介護サービス事業所の情報を引き続き把握し、医療・介護連携支援センターのホームページ上に「在宅医療・介護連携マップ」を公表し、市民および医療・介護関係者へ活用を周知します。

イ 医療・介護関係者の情報共有の支援

患者・利用者の在宅療養生活における状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有を行うためのツールとして作成した「はこだて医療・介護連携サマリー」の運用状況の検証を行うとともに、ICTの活用による情報共有に向けた調査研究を進めます。

ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

医療・介護連携支援センターに看護師や社会福祉士の資格と介護支援専門員の資格を併せ持つ専門の相談員を配置し、市民や地域の医療・介護関係者からの相談対応、必要な情報提供のほか、関係者が円滑に連携するための調整・支援を積極的に行います。

エ 地域住民への普及・啓発

地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるよう、医療と介護の連携に関する各種の情報を、高齢者大学などの高齢者が集まるさまざまな場を通じて提供し、普及・啓発に取り組みます。

オ 医療・介護関係者の研修

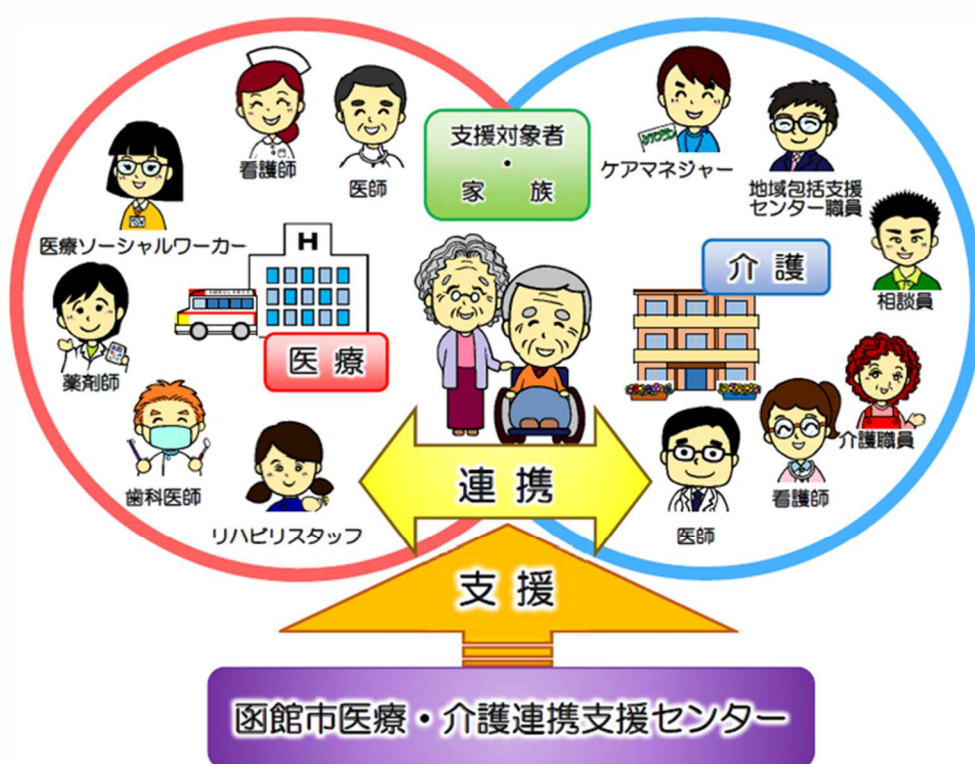
在宅医療や介護に関わる多様な職種間の相互理解を深め、専門的な知識の普及や資質の向上が図られるようさまざまな研修会を企画・開催します。

また、市内の各関係機関が開催する研修情報等を一元化し、医療・介護連携支援センターのホームページ上に公表することにより、関係多職種が相互に学ぶことができる機会を情報提供します。

取組の内容

カ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築

患者・利用者の入退院時における医療・介護関係者間の連携のための標準的なルールとして作成した「はこだて入退院支援連携ガイド」の周知および運用状況の検証を行うほか、医療・介護連携における「急変時の対応」、「看取り」の局面における市内の各関係機関の好取組事例の調査研究とそのノウハウの拡大などに取り組みます。



基本施策 3 認知症高齢者等への支援の充実

施策の目標 ・認知症の人とその家族を支える地域づくりに取り組みます

個別施策

- (1) 知識の普及と理解の促進
- (2) 認知症の人と家族への支援体制の強化
- (3) 医療・介護・地域連携による適時・適切な予防・支援の推進
- (4) 成年後見制度の利用促進

〔 成果指標 〕

| 指標 | | 現状値(年度) | 目標値 |
|-----|---------------|--------------|---------------|
| 指標6 | 認知症地域支援推進員の人数 | 3人 (H28末) | 13人 (H32末) |

<主な取組>

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| 基本施策 3 | 個別施策(1) 知識の普及と理解の促進 |
| | ア 認知症ケアパスの普及 |
| | イ 認知症ガイドの配布 |
| | ウ 軽度認知障害スクリーニングテストの実施 【H28 開始】 |
| エ 若年性認知症への理解の促進 | |

取組の内容

ア 認知症ケアパスの普及

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、どのような支援を受ければよいか理解できるよう、状態に応じた適切な医療や介護サービスなどの提供の流れを示す認知症ケアパスを作成し、その普及に努めます。

イ 認知症ガイドの配布

認知症に早く気づき、症状を理解して適切に対応することができるよう、認知症ガイドを作成し、公共機関の窓口や医療機関、各相談窓口に設置します。

ウ 軽度認知障害スクリーニングテストの実施 【H28 開始】

認知症の予備軍とされる軽度認知障害(MCI)の疑いがある高齢者を早期に発見し、介護予防活動につなげるとともに、認知症の正しい知識の普及啓発や早期診断の契機とすることを目的にスクリーニングテストを実施します。

取組の内容

エ 若年性認知症への理解の促進

北海道とも連携し、若年性認知症への理解の促進を図るとともに、若年性認知症の人やその家族が、その状態に応じた適切な支援を受けられることができるよう具体的な検討を進めます。

| | | |
|-----------|---------------------------|----------------------|
| 基本施策 3 | 個別施策(2) 認知症の人と家族への支援体制の強化 | |
| | ア | 認知症サポーター養成事業【再掲】 |
| | イ | 認知症カフェの地域展開(通いの場の創出) |
| | ウ | 認知症地域支援推進員の配置 |
| | エ | 認知症関連団体支援事業 |

取組の内容

ア 認知症サポーター養成事業【再掲 P48】

認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職場において、認知症の人やその家族を支援する認知症サポーターを養成します。

【認知症サポーター養成講座の実施状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 | 計 画 | | | |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 | 平成 30 年度 | 平成 31 年度 | 平成 32 年度 | 平成 37 年度 |
| 実施回数 | 52 回 | 55 回 | 58 回 | 60 回 | 60 回 | 60 回 | 60 回 |
| 受講者数(延) | 1,635 人 | 1,736 人 | 1,500 人 | 1,500 人 | 1,500 人 | 1,500 人 | 1,500 人 |

イ 認知症カフェの地域展開(通いの場の創出)

認知症の人やその家族、地域住民、専門職等が集い、認知症の人を支えるつながりを支援するとともに、認知症の人の家族負担の軽減に資することを目的とした認知症カフェを、地域の身近な場所で実施します。

ウ 認知症地域支援推進員の配置

医療機関や介護サービス事業所および地域の支援機関との連携を図るための取組や、認知症の人やその家族に対する相談・支援事業などを行う認知症地域支援推進員の配置を拡充し、支援体制の強化を図ります。

エ 認知症関連団体支援事業

地域において自主的に認知症を予防する活動に取り組んでいるグループや認知症の人とその家族への相談・支援活動を行っている団体を支援します。

| | | |
|-------------------|--|----------------------------|
| 基本施策 3 | 個別施策(3) 医療・介護・地域連携による適時・適切な予防・支援の推進 | |
| | ア | 認知症相談の実施 |
| | イ | 認知症初期集中支援チームの配置 【新規】 |
| | ウ | 函館地区高齢者のための SOS ネットワークシステム |

取組の内容

ア 認知症相談の実施

市役所，地域包括支援センターをはじめとして，社会福祉協議会や認知症の家族会，認知症疾患医療センターにおいて電話，来所などによる相談に随時対応するなど，相談体制の充実を図ります。

イ 認知症初期集中支援チームの配置 【新規】

認知症になっても，本人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることを目的として，認知症が疑われる人や認知症の人，およびその家族に対し，訪問，観察，評価，家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い，必要な医療・介護等のサービスにつなげ，自立生活の支援を行うための認知症の専門医や医療・介護の専門職からなる認知症初期集中支援チームを設置します。

ウ 函館地区高齢者のための SOS ネットワークシステム

徘徊などにより，行方不明となった認知症の高齢者等を北海道や警察署，周辺自治体等との連携，ならびに市のANSINメールによる市民への情報配信，捜索への協力の呼びかけにより速やかな保護に努めます。

【行方不明者の保護状況】

| 区 分 | 実 績 | | 見 込 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 平成 27 年度 | 平成 28 年度 | 平成 29 年度 |
| 保護人数(延) | 8 人 | 27 人 | 60 人 |

| | |
|-------------------|---------------------|
| 基本施策 3 | 個別施策(4) 成年後見制度の利用促進 |
| | ア 成年後見センターの設置・運営 |
| | イ 市民後見人の養成 |
| | ウ 成年後見制度利用支援事業 |

取組の内容

ア 成年後見センターの設置・運営

成年後見センターは、成年後見制度に係るワンストップサービス機関として設置しており、成年後見制度に関する相談・利用支援、普及啓発のほか、市民後見人の育成・指導・活動支援・受任調整、関係機関との連携などを行い、制度の利用促進を図ります。

イ 市民後見人の養成

成年後見制度利用者の増加に伴い、親族以外の第三者後見人等に対するニーズが高まっていることから、弁護士などの専門職以外の第三者後見人として新たな市民後見人の養成を検討します。

ウ 成年後見制度利用支援事業

判断能力が不十分で、成年後見制度の利用が有効と認められる認知症高齢者等が、身寄りがいない等の場合に、家庭裁判所への申立てを本人・親族に代わって市長が行うほか、制度の利用に係る費用負担が困難な者にその費用を助成します。

トピックス

〔成年後見制度〕

認知症、知的障がい、精神障がいなどにより、物事の判断能力が不十分な者に対し、本人の権利を守る援助者を選ぶことで法律的に支援する制度です。

<問合せ先・相談先>

函館市成年後見センター 函館市総合福祉センター(あいよる 21) 2階 ☎ 23-2600

| 成年後見人の役割 | |
|---|---|
| 身上監護 | 財産管理 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 住居に関すること (賃貸の契約,家賃の支払 など) ・ 福祉サービスに関すること (介護保険の利用手続き, 施設入所の手続き など) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 収入(年金,給与等)や支出(生活費,公共料金等)の管理 ・ 預貯金,印鑑,権利証などの保管 ・ 金融機関との取引 ・ 不動産など重要な財産の管理保存 |
| 等 | 等 |