

第2章 施策の具体的な展開

第1節 健康づくり・介護予防の総合的な推進

1 生涯にわたる健康づくりの推進

＜将来の目指す姿＞

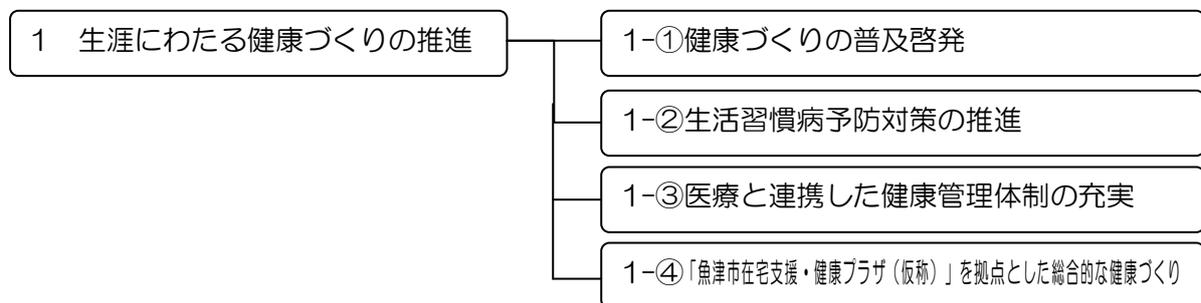
住民自らが主体的に健康づくりや生活習慣病予防に取り組むことで、健康寿命を伸ばし、健康でいきいきと自立した生活を送っています。

＜第6期計画における課題＞

健康寿命を延伸させ、障害期間を短縮させるためには、壮年期死亡の減少や要介護認定者の減少を図ることが必要です。そのために、特定健康診査やがん検診の受診率を向上させ、疾病の早期発見・早期治療につなげるとともに、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図ることが急務と言えます。

また、市民の健康に対する意識の高揚を図るために、健康づくりに関する知識の普及啓発、検診のキャンペーン・PR 活動及び多様な媒体や広報活動による情報提供など、積極的な普及啓発が必要です。

＜施策の展開＞



1-① 健康づくりの普及啓発

ア 健康づくりに関する情報の提供

栄養・食生活の改善のための活動の支援や、健康体操や歩こう会などの運動習慣の定着を図るために、健康づくりの普及啓発を行います。

また、各種教室や多様な媒体（インターネットや CATV 等）の活用に加え、関係機関と協力しながらこころと身体の健康に関する情報提供を充実します。

イ 健康教育・健康相談の推進

健康の保持・増進のために健康づくりに関する健康教育や健康相談会を充実し、情報提供や個々に応じた食生活の実践や運動習慣の定着などを支援します。

また、高齢者のうつ病や認知症など、こころと身体の健康に関する正しい知識の普及啓発を行うとともに、関係機関と連携した相談体制の充実に努めます。

ウ 健康づくり活動・組織への支援

食生活の改善や健康づくりの推進を目的として、食生活改善推進連絡協議会や健康体操連絡協議会、環境保健衛生協議会等の健康づくり推進団体や地区組織が活動しています。今後も活動の支援を継続するとともに、健康づくりを推進する組織及びそのリーダー等の育成に努めます。

1-② 生活習慣病予防対策の推進

ア 特定健康診査・特定保健指導の推進

特定健康診査では、高血糖、高血圧、脂質異常でメタボリックシンドロームと判定され、かつ必要な方に保健指導（積極的支援、動機付け支援）を実施します。

また、若い頃から、運動習慣の定着と食生活の改善を柱とした健康的な生活習慣の確立を図ることにより、生活習慣病の予防に努めます。

そのためには、特定健康診査の未受診者対策を強化し、受診率向上に努めるとともに、保健指導の充実に努めます。

区分	H25 年度		H29 年度（目標）
	受診者数	受診率・実施率	受診率・実施率
特定健康診査	2,743 人	38.6%	50%
特定保健指導	30 人	9.7%	25%

イ がん対策の推進

市広報や CATV 等を活用しがん検診の周知を図るとともに、がん街頭キャンペーンを実施するなど、がんに対する意識の向上に努めます。

また、休日検診や特定健康診査と併せた総合健診を拡充するなど、受診しやすい体制づくりを整備し、がん検診の受診率の向上を図ります。

区分	H25 年度		H29 年度（目標）
	受診数	受診率	受診率
胃がん	3,171 人	21.9%	25.0%
大腸がん	3,177 人	21.9%	25.0%
肺がん	4,901 人	37.9%	50.0%
子宮がん	2,384 人	21.5%	25.0%
乳がん	2,125 人	24.9%	30.0%
前立腺がん	567 人	27.5%	30.0%

ウ 後期高齢者の健康診査の実施

75歳以上については、健康診査を通じて生活習慣病の早期治療・重症化予防を図ります。また、医療機関や65歳以上の総合相談窓口である地域包括支援センターと協力して、総合的な健康づくりを推進します。

エ 訪問指導の強化

健康診査の要指導・要医療者や介護予防の観点から支援が必要な方に対して、訪問や電話による指導を実施します。

特に、特定健康診査の結果から、糖尿病や高血圧等のハイリスク者を対象に継続的に訪問指導を行います。

1-③ 医療と連携した健康管理体制の充実

ア 健診後の事後フォロー体制の整備

医師会・歯科医師会等と協力して、各種健診の受診勧奨や健康診査後の保健指導の充実を図るとともに、医療を必要とする方にはかかりつけ医による適切な医療が行われるよう、健診後の事後フォロー体制の整備に努めます。

イ 生活習慣病予防対策の推進

市民課で策定した「国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）」と一体的に、国保データベースシステムを活用した保健事業の推進を図ります。具体的には、健康診査の結果や医療費等の分析を行い、健康課題を明確にするとともに、医療機関や関係者との連携を強化し、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の発症予防や重症化予防対策に重点的に取り組みます。

ウ がん検診の精度管理の向上

がん対策事業では、医療機関の協力のもと、がん検診の精検受診率及び精度管理の向上に努め、質の高いがん検診を推進します。

1-④ 「魚津市在宅支援・健康プラザ(仮称)」を拠点とした総合的な健康づくり

新たに設置する「魚津市在宅支援・健康プラザ(仮称)」において、予防に関する機能を集約することで、生涯を通じた健康づくり事業を総合的に推進します。

～ 「魚津市在宅支援・健康プラザ（仮称）」基本構想 ～

<基本目標>

- ライフステージに応じた健康づくりによる健康寿命の延伸
- 安心して在宅で生活できるための保健・医療・福祉・介護連携の充実

<施設概要>

① 予防拠点としての機能

医療と連携のうえ、乳幼児から高齢者まで生涯を通じた健康づくりを総合的に推進します。（地域保健法第18条 市町村保健センターの事業として位置づけ）

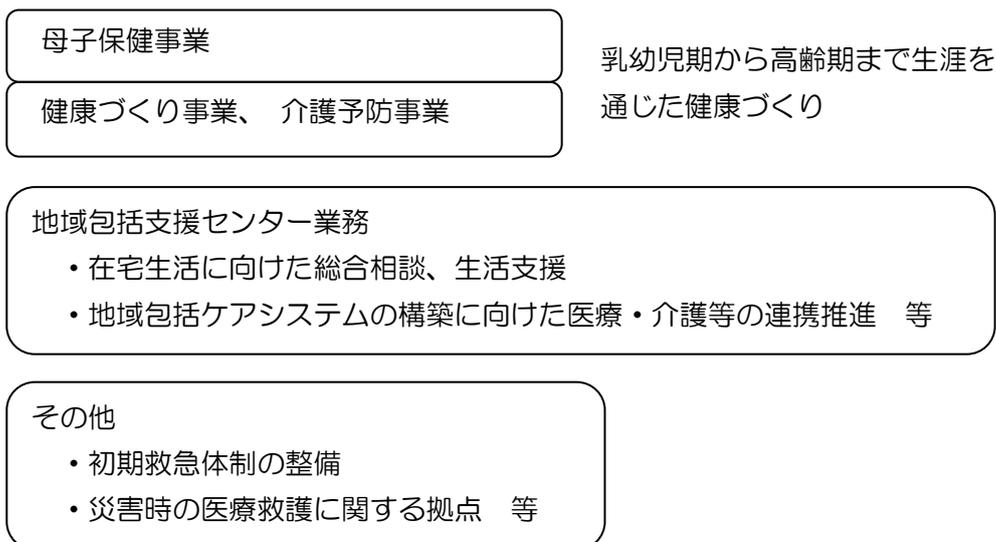
② 連携拠点としての機能

安心して在宅生活を送るために、相談対応のワンストップ化を図り、退院時の相談や在宅生活を継続するためのコーディネート機能を充実します。また、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、保健・医療・福祉・介護の連携を図りながら支援します。

③ その他の機能

初期救急や災害時の医療救護等が円滑に機能するための体制を整えます。

<イメージ図>



2 生きがいつくりの推進

<将来の目指す姿>

高齢者が元気で生きがいをもって、それぞれの能力やライフスタイルに応じた社会参加が積極的に行われています。

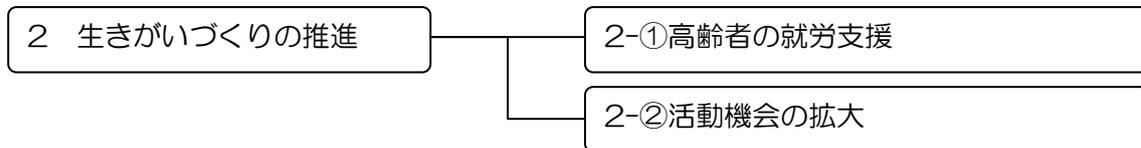
<第6期計画における課題>

団塊の世代が75歳を迎える平成37年（2025年）に向けて、高齢者がますます元気で生きがいをもって生活できるような街づくりを押し進める必要があります。

シルバー人材センターや老人クラブ^{*1}等の高齢者関連団体に対しては、魚津市の高齢者活動の柱を担う団体であることから、これまで同様、引き続き会員増加や活動の活性化が図られるよう支援の継続は必要と考えます。

しかし、平成25年度に実施した『シニア世代の生きがいつくり等に関するアンケート』^{*2}結果によると、ライフスタイルの多様化・個人化が顕著に見受けられ、社会参加の活動機会を既存の団体や組織以外に求める方が多いことも分かりました。また、シニア世代の多くの方が、自らの能力を活かせる場が欲しいと考えていることから、既存の枠組みに捉われない幅広い活動機会の提供に努める必要があります。

<施策の展開>



2-① 高齢者の就労支援

公益社団法人魚津市シルバー人材センターに対する支援を継続的に行い、会員増加、就業機会の確保、就業開拓、事業拡大等に取り組み、高齢者の就業を通じた生きがいつくりを推進します。

また、魚津市高齢者いきいきセンターを活用し、多様な特技や技能を有する意欲的な高齢者の活躍の場を創出するとともに、日常的な生活支援を求める高齢者に対してサービスを提供する事業（魚津市生活支援有償ボランティア事業^{*3}）に取り組みます。

2-② 活動機会の拡大

ア 老人クラブ活動の充実

高齢者が元気で生きがいをもって生活できるよう、単位老人クラブ^{※4}への加入促進を図るとともに、魚津市老人クラブ連合会への支援に努めます。

また、ライフスタイルの多様化を踏まえた活動内容の多様化・充実を図り、引きこもりがちな高齢者の社会参加を促すとともに、元気高齢者の地域活動への参画促進を図ります。

イ 文化活動・スポーツ活動の支援

高齢者趣味教室を継続的に実施する一方、新たな教室開催を検討するなど、高齢者のニーズに即した文化活動の活性化に努めます。

また、健康保持・増進に向けてスポーツの必要性を啓発するとともに、レクリエーション要素の高いスポーツ活動（ペタンク・カローリング等）の促進を図り、気軽にスポーツを楽しめるよう機会の拡充に努めます。

ウ 多様な活動機会の検討

ライフスタイルの多様化・個人化に伴い、既存の枠組みに捉われない新たな活動機会の確保が求められています。

『シニア世代の生きがいづくり等に関するアンケート』結果では、「趣味・教養・スポーツ・娯楽のサークルや団体」への参加に興味を持つ方が非常に多いことが分かりました。また、将来も生きがいをもって生活していくために最も重要なことについて、『健康』、『経済的ゆとり』、『仲間』という回答が大多数を占めました。

市内には、健康づくりや余暇の充実に資するサービスを提供する民間企業・団体が既に存在しており、民間活力の活用も含めて、高齢者の生きがいづくりに資する取組みを検討します。

※1 老人クラブ

老人福祉法（昭和38年法律第133号）第13条において「老人福祉増進のための事業」として老人クラブが位置づけられている。概ね60歳以上の方が対象者とされ、生きがいづくりと健康保持に努めるとともに、地域を豊にする社会奉仕活動などを行う。会員数・・・650万人/全国、5,000人/魚津市

※2 『シニア世代の生きがいづくり等に関するアンケート』

平成25年度に実施。シニア世代の仕事や生活に対する思い・ライフスタイルなどを調査することにより、今後さらに社会で活躍していただくための方策を検討するなど、今後の高齢社会対策の推進に資することを目的とした。市内の昭和19年から昭和33年生まれのうち2,000名を無作為抽出。回答率59.5%。

※3 魚津市生活支援有償ボランティア事業

高齢者に対し、軽易な日常生活上のサービスをシニア世代の方々自らが安価な金額で提供することにより、高齢者の在宅生活を支援し、地域福祉の向上とシニア世代の生きがいづくりに資することを目的とした事業。

※4 単位老人クラブ

日常的に声を掛け合い、歩いて集まることができる小範囲を単位として組織される。魚津市では、現在79の単位老人クラブがある。

3 総合的な介護予防の推進

<将来の目指す姿>

住民自らが、主体的に介護予防に取り組むことで、生き生きと活動的に暮らしています。

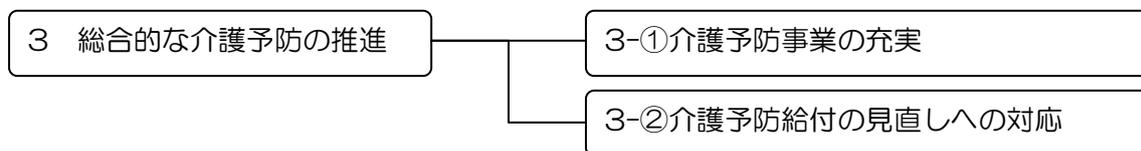
<第6期計画における課題>

魚津市では、全国平均よりも高齢化が進んでおり、75歳以上の後期高齢者の増加に伴い、介護が必要となるケースが多くなる傾向が見られます。

新規の要介護認定申請者では、主な原因疾患として「認知症」「内科疾患」「整形疾患」「脳血管疾患」「骨折」などが挙げられ、件数的には人口の違いから女性が多い状況です。高齢になれば、さまざまな原因により、要支援・要介護の状態となっていますが、加齢とともに「認知症」を患うケースが多くなっています。また、健康寿命においてはわずかに延伸がみられましたが、平均寿命も伸びており障害を持つ期間の短縮はみられません。

介護予防としては、これらの疾病予防や良質な生活習慣を保ち、自らが健康で活動的な生活を送るための取組みを継続する必要があります。

<施策の展開>



3-① 介護予防事業の充実

介護が必要な状態となる主な要因である、「運動機能の低下」「口腔機能の低下」「低栄養」「閉じこもり」「物忘れ」「うつ状態」の予防・改善を目的とした事業について、従来実施してきた内容を見直しながら、さまざまな内容で実施します。

また、リハビリテーション専門職等の関与を積極的に行うことで、より効果的な内容となるよう検討していきます。

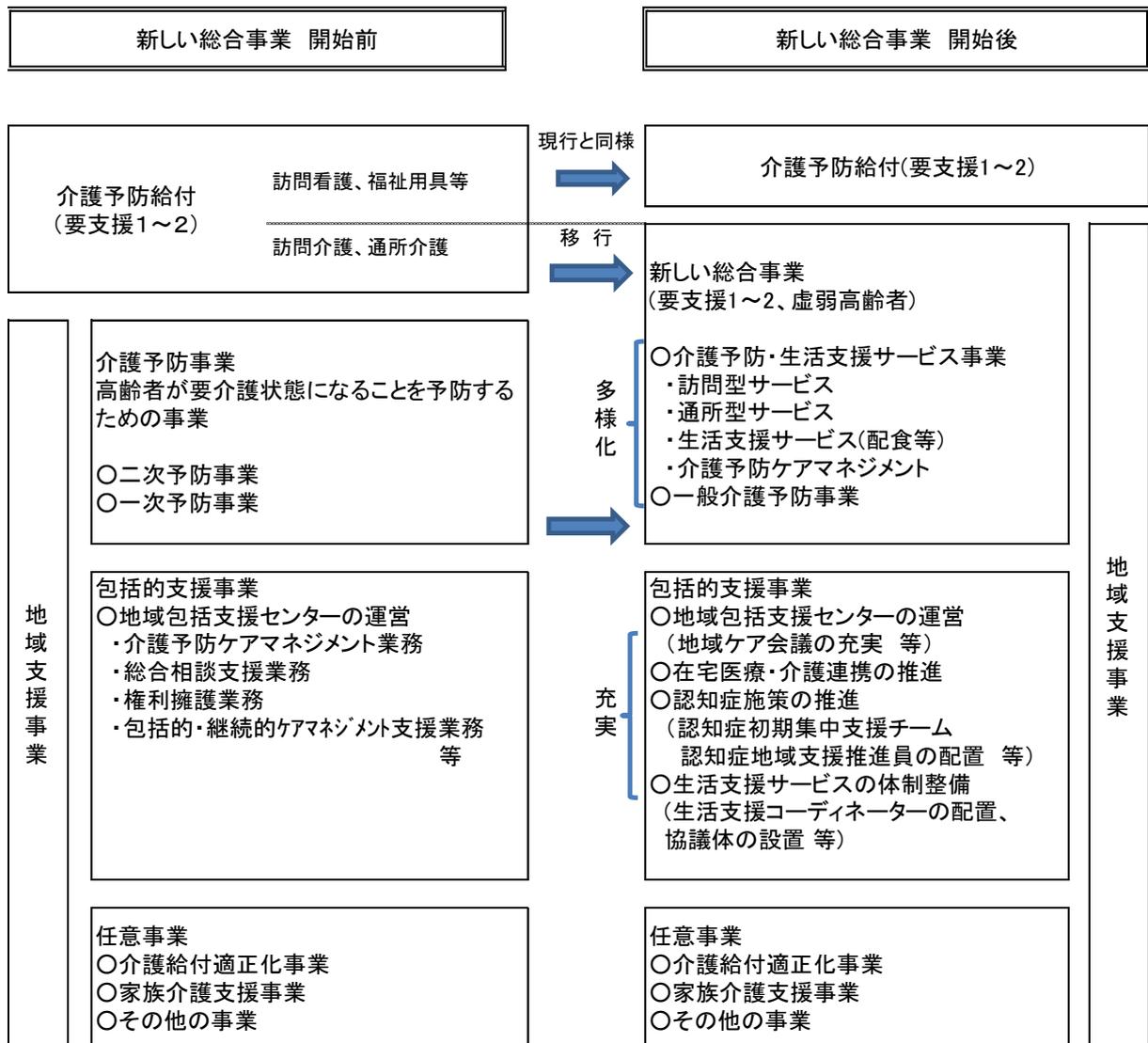
介護保険制度の改正により、主に要支援1及び2のサービス体系が、計画期間中に大きく変更しますが、分かりやすい体制や十分な周知により、利用者が混乱しないように進めていきます。

3-② 介護予防給付の見直しへの対応

地域支援事業とは、高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、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する事業です。

本計画期間内（H27～H29）では、地域支援事業の中でも、新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新しい総合事業」）について、開始前と開始後で、実施内容が異なります。市では、平成29年4月までに移行することとし、平成27年4月からは、当面現行のサービスを行います。

<地域支援事業の全体像>



(1) 新しい総合事業開始前

ア 二次予防事業（虚弱高齢者を対象とした介護予防）の充実

○虚弱高齢者把握事業（二次予防事業対象者把握事業）

さまざまな機会を利用して、25項目の質問「基本チェックリスト」を実施することで虚弱高齢者の早期把握に努めます。

○通所型介護予防事業の推進

把握された虚弱高齢者に対して、地域包括支援センターが作成する予防プランに基づき、運動器の機能向上、閉じこもり予防または、脳を活性化させる定期的なプログラムなどを継続します。また、国内外で実施されている教室等の情報を得て、より効果的な取組みも検討していきます。

○訪問型介護予防事業の推進

運動器の機能低下、閉じこもり、認知症、うつなど生活機能が低下している高齢者を対象とした訪問を継続し、生活状況の確認と活動的な生活となるような支援や、必要に応じて予防事業や各種サービスの情報提供を行います。

イ 一次予防事業（高齢者全体を対象とした介護予防）の充実

○介護予防普及啓発事業

介護が必要になることを予防するための健康教育、健康相談を様々な会場（公民館、ふれあい・いきいきサロン会場、銭湯 など）において実施し、普段の日常生活が活動的なものになるように働きかけ、自らの積極的な予防活動を促します。

○地域介護予防活動支援事業

地域における様々な取組み（老人クラブ、ふれあい・いきいきサロン 等）を支援することで、普段からの“活動”“参加”を高めるような地域づくりを推進し、高齢者が健康でいきいきと暮らしている社会を目指します。

(2) 新しい総合事業開始後

「新しい総合事業」では、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援を目指します。

ア 介護予防・生活支援サービス事業

対象者は、要支援1、2及び「基本チェックリスト（25項目）」の回答結果により判定された虚弱高齢者であり、国が策定するガイドライン等を参考に、平成29年4月までに、従来の“介護予防訪問介護”及び“介護予防通所介護”相当のサービスを含めた、新たなサービス体系へ移行し事業を実施します。

① 訪問型サービス

現行の介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービス

○多様なサービス例

- ・軽度な生活援助等
- ・住民主体の自主活動として行う生活援助等
- ・居宅での相談指導等 など

② 通所型サービス

現行の介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービス

○多様なサービス例

- ・ミニデイサービス、運動・レクリエーション
- ・体操、運動等の活動など、自主的な通いの場
- ・生活機能改善を目的とした運動機能向上、栄養改善プログラム など

③ その他の生活支援サービス

○サービス例

- ・栄養改善を目的とした配食
- ・住民ボランティア等が行う見守り
- ・訪問型サービス、通所型サービスに準ずる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）

イ 一般介護予防事業

65歳以上すべての高齢者を対象として、要支援者等も参加できる住民主体の活動を充実し、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します。

①介護予防把握事業

25項目の質問からなる「基本チェックリスト」等、地域の実状に応じて収集した情報の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげます。

②介護予防普及啓発事業

新しい総合事業開始前の事業を継続します。

③地域介護予防活動支援事業

新しい総合事業開始前の事業を継続します。

④地域リハビリテーション活動支援事業

通所、訪問、地域ケア会議、住民活動の場等に、リハビリテーション専門職の関与を積極的に図ることにより、効果的な事業の実施に努めます。

第2節 地域包括ケアシステムの推進

1 介護と連携した在宅医療の推進

<将来の目指す姿>

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を目途に、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」において、在宅医療・介護連携を推進することで、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ていきます。

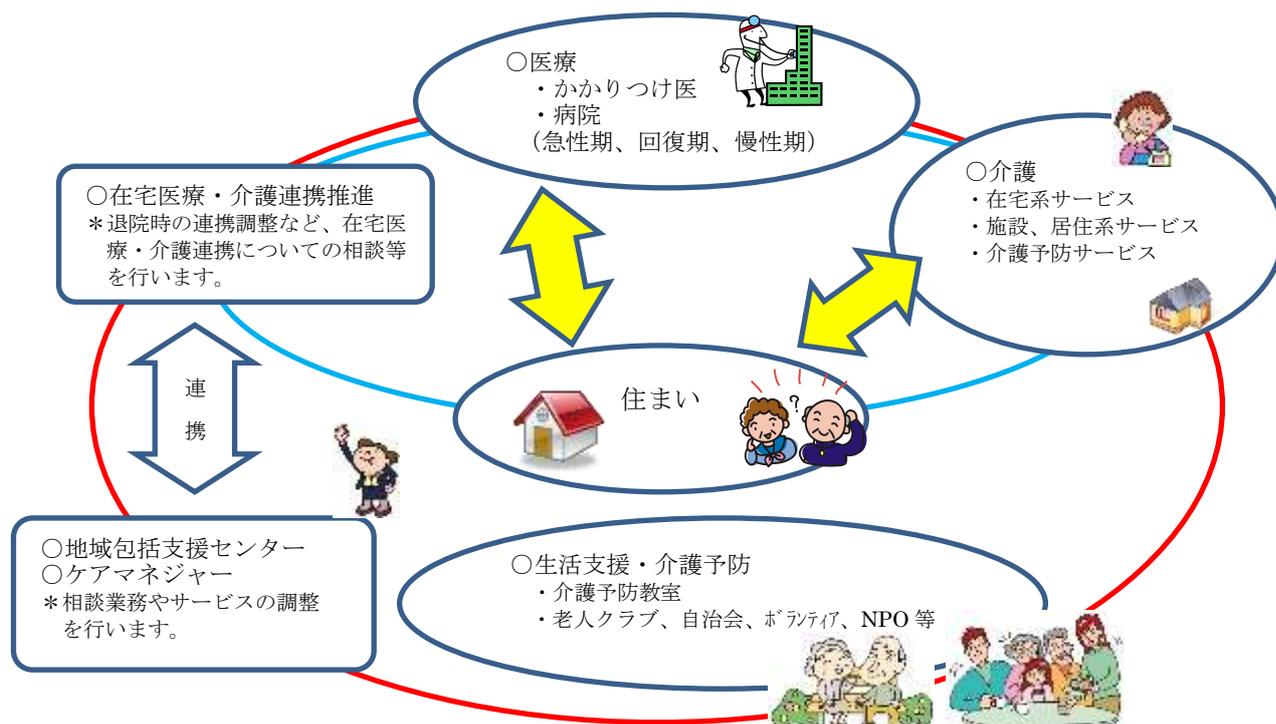
<第6期計画における課題>

高齢者世帯や一人暮らし高齢者、認知症高齢者が今後ますます増加することが予測されます。現状においても、さまざまな要因が絡み合って、市民が抱える生活課題は複雑化・多様化の傾向にあります。

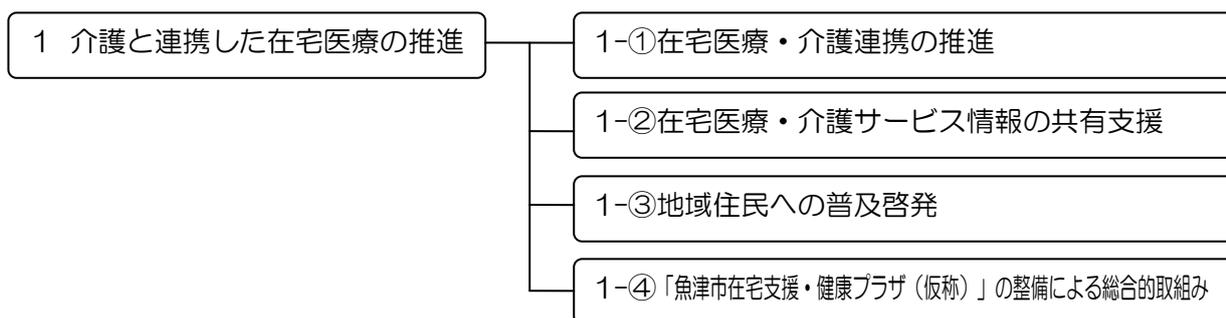
こうした状況において、団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向け具体的な事業の実施が求められます。

また、地域包括ケアシステムは、市町村が地域の自主性や主体性に基づき、医療・介護関係や地域の支援など、多くの関係機関との連携を強化した取り組みが必要となります。さらには、拠点を設置して総合的に取り組むことで、高い効果が期待されます。

<地域包括ケアシステムのイメージ>



<施策の展開>



1-① 在宅医療・介護連携の推進

地域の在宅医療・介護連携についての相談窓口を設置し、地域の医療・介護関係者等に対して、在宅医療、介護サービスに関する相談対応を行います。

必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、医療・介護関係者に対して、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者の紹介を行います。

また、医療及び介護関係者が一堂に会する研修会等の開催により、地域包括ケアシステムの充実を目指します。

1-② 在宅医療・介護サービス情報の共有支援

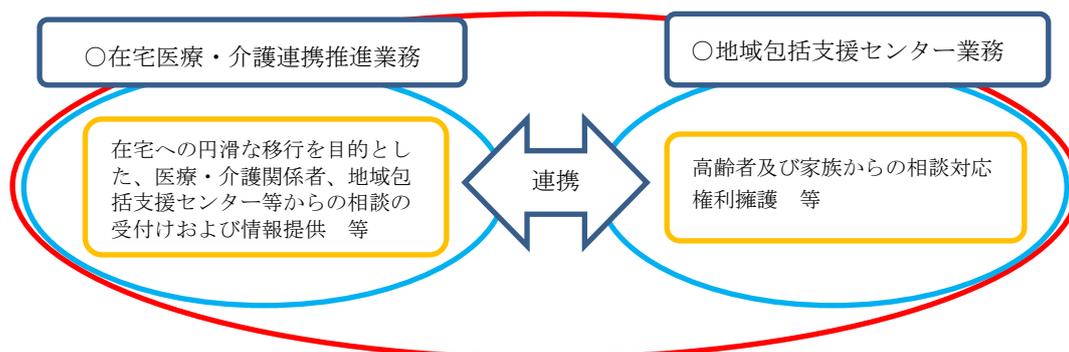
在宅医療・介護サービスの連携において、共有すべき情報の検討を行い、地域の医療・介護関係者等の間で、情報を共有できるように支援します。

1-③ 地域住民への普及啓発

地域住民への在宅医療・介護についての理解促進を図ります。

1-④ 「魚津市在宅支援・健康プラザ(仮称)」の整備による総合的取組み

市の中央に設置予定の「魚津市在宅支援・健康プラザ（仮称）」において、地域包括支援センター業務や、在宅医療・介護連携推進業務を一体的に取り組むことで、より効果的な在宅医療・介護連携推進を目指します。



2 認知症施策の推進

<将来の目指す姿>

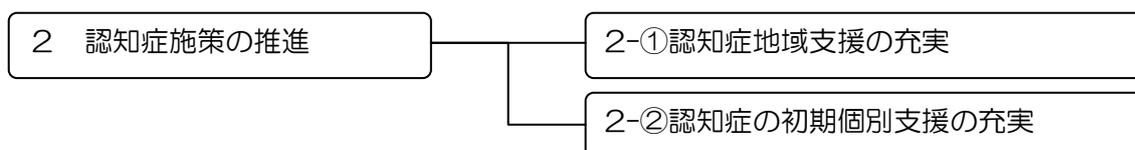
認知症に対する理解が深まり、早期からの医療・介護サービス利用、地域住民による見守り等、様々な社会資源の活用により、たとえ認知症になっても、住み慣れた地域で安心して生活しています。

<第6期計画における課題>

高齢化の進展に伴い、認知症により要介護状態となる高齢者増の傾向は、年々強くなっています。また、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加もみられ、安心して生活するためには、良質なサービスの整備とともに、住まいや地域による支援等、様々な対応が望まれます。

認知症高齢者については、早期の対応が生活における障害の緩和に効果的であり、早期発見や医療・介護サービスの早くからの関りが望まれます。そのためにも、気軽に相談できる環境や継続的な生活支援ができるような体制の整備、併せて世代を超えた、多くの方の認知症の理解が大切です。

<施策の展開>



2-① 認知症地域支援の充実

認知症高齢者を地域で支える体制を充実させるため、認知症地域支援推進員^{※1}を配置して、関係機関と連携を図り事業に取り組みます。

ア 認知症に関する正しい理解と対応の普及

地域住民、民間事業者を対象とした「認知症サポーター養成講座」の実施により、認知症に関する正しい知識を普及するとともに、認知症高齢者や家族の理解者・支援者となる“認知症サポーター^{※2}”を育成します。また、介護保険サービス従事者の技術向上を目指します。

※1 認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

※2 認知症サポーター

認知症についての正しい知識を持ち、認知症高齢者本人やその家族の「身近な理解者」や「見守りの担い手」となる応援者です。60～90分程度の『認知症サポーター養成講座』を受講することでサポーターとなります。

イ 認知症ケアパスの普及

認知症高齢者とその家族が、できる限り住み慣れた環境で生活続けることができるよう、認知症の症状が見られた場合に、受けられる医療・介護・生活支援サービス等についての認知症ケアパス（介護に応じた適切なサービス提供の流れ）の普及を図ります。

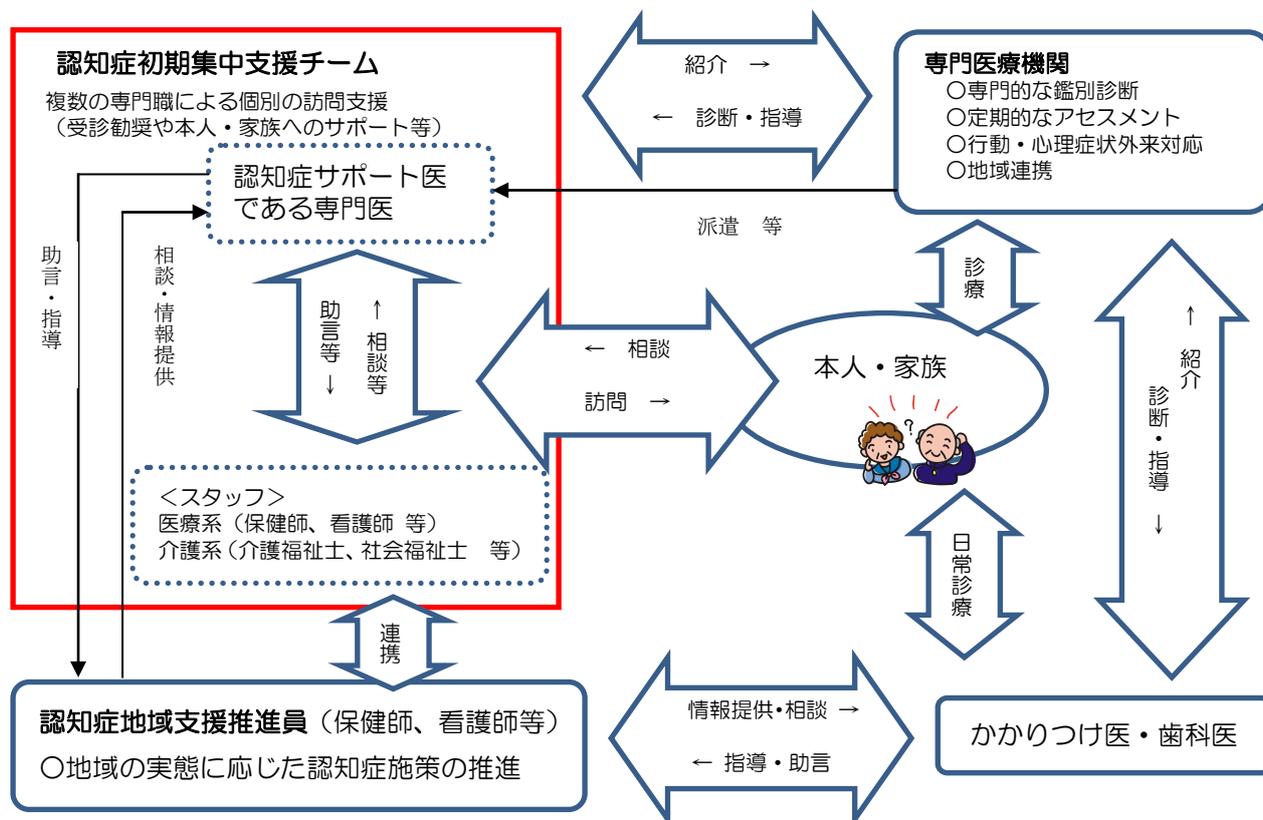
ウ 地域支援の充実

認知症本人、家族、地域住民等を含めた社会的交流の場（「認知症カフェ」等）を設けます。また、行方不明となる恐れのある高齢者に対しては、徘徊高齢者SOSネットワークの充実を図るなど、様々なニーズへの対応を検討します。

2-② 認知症の初期個別支援の充実

認知症専門医の指導の下に、医療及び介護職による複数の専門職（認知症初期集中支援チーム※1）により、認知症が疑われる人とその家族に対して、初期の支援を集中的に行い、自立生活のサポートを行う取組みを段階的に実施し、今計画期間中の体制整備に努めます。

<認知症施策のイメージ図>



※1 認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が、認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、認知症の専門医による診断等を踏まえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

3 生活支援サービスの基盤整備

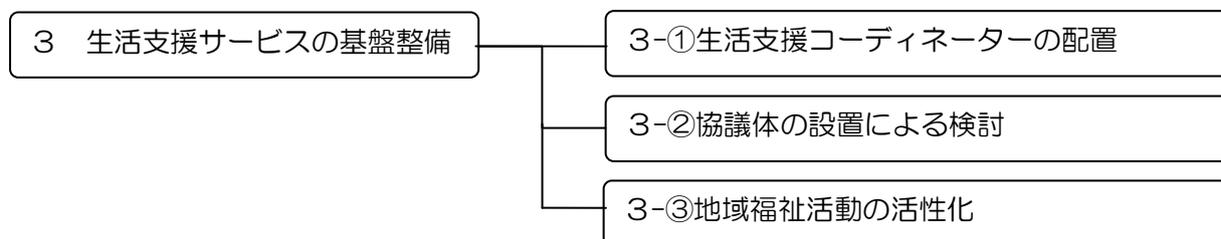
<将来の目指す姿>

日常の簡易な生活支援を必要とする高齢者に対し、公的なサービスだけでなく、ボランティア、NPO、民間企業、組合等の多様な主体による生活支援・介護予防サービス提供などの社会資源が充実しています。

<第6期計画における課題>

一人暮らし世帯や高齢者のみ世帯が増え、支援を必要とする高齢者の増加が予想されます。介護保険サービスや地域の社会資源及び財政等についての現状を踏まえて、高齢者の生活を支えるサービスについて、多方面から検討する必要があります。

<施策の展開>



3-① 生活支援コーディネーターの配置

生活支援の担い手の養成や、生活支援サービスの開発等をコーディネートする生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置し、生活支援・介護予防サービスの提供体制を整備します。

<取組み例>

- 資源開発（不足するサービスの創出、サービス担い手の養成 等）
- ネットワーク構築
- ニーズと取組のマッチング

3-② 協議体の設置による検討

地域で活動を行う様々な団体により、地域のニーズや地域資源の共有、連携の強化を図り、必要な生活支援サービスについて検討します。

<多様な関係主体の参画例>



3-③ 地域福祉活動の活性化

ア ボランティア団体、NPO法人等の育成・支援

新しい介護予防・日常生活総合事業への円滑な移行が喫緊の課題となっており、生活支援・介護予防サービス提供などの社会資源の充実が求められており、ボランティア団体、NPO法人、社会福祉法人等、多様な主体によるサービス提供が行われるよう体制整備が必要です。

これら多様な主体が地域福祉の担い手として活躍できるよう、他地域の先進的な事例を研究するなど、団体等の育成・支援に資する取組みに努めます。

イ 社会福祉協議会との連携強化

社会福祉法人魚津市社会福祉協議会及び魚津市ボランティアセンター^{※1}との連携を強化し、ケアネット活動事業^{※2}、ボランティア活動など、既存の社会資源を整理するとともに、これらの活動の更なる充実に努めます。

※1 魚津市ボランティアセンター

社会福祉法人魚津市社会福祉協議会内に設置されているボランティア活動の推進・支援等を目的とした組織。ボランティアをしたい方や必要とする方からの相談受付、紹介のほか、活動支援、ボランティア団体とのネットワークづくりを実施。

※2 ケアネット活動事業

魚津市社会福祉協議会が実施する地域総合福祉推進事業の通称。支援を必要とする方（子育て世帯、障がい者、閉じこもりがちな方、独居高齢者、高齢者のみ世帯など、年齢・家族構成は問わず。）に対して地区住民と市社協に配置されているケアネット活動コーディネーターがチームを組み、専門職等と連携しながらボランティア活動を実施している。通常3～5名でチームを組み、見守り、ゴミ出し、除雪、通院付き添いなどを適宜行う。

4 生活支援体制の充実

<将来の目指す姿>

高齢者の生活支援や家族介護者の負担軽減に資する体制が市内全域にわたって整備され、高齢者が自らの能力を活かした在宅生活を送っています。

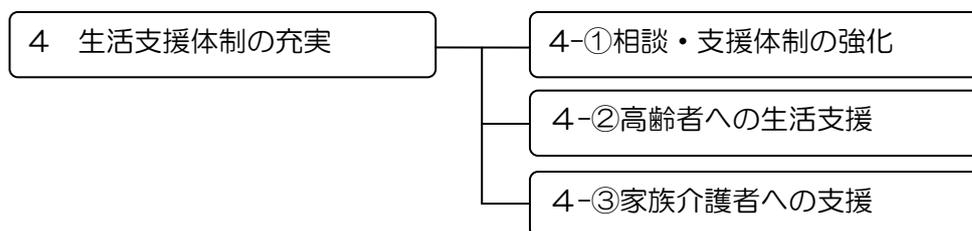
<第6期計画における課題>

市の総合相談窓口（魚津市地域包括支援センター）では、保健・医療・介護・日常生活上の困りごと・高齢者虐待など多岐にわたる相談が寄せられています。高齢者や家族介護者からのさまざまな相談に対する確に答えられるよう、関係機関との連携強化を図り、適切なアドバイスや対応策を示すことが必要です。また、高齢者を取り巻く状況が深刻な事態に陥ることがないように、未然に察知することも重要です。

また、介護予防や自立支援の観点からも、高齢者への生活支援サービスを適切に実施し、ひとり暮らし高齢者等が自身の能力を活かしながら在宅生活を送ることができるような環境づくりが求められています。

さらに、少子高齢化に伴う家族介護者の負担軽減を図るよう、所要の取組みを継続することが必要です。

<施策の展開>



4-① 相談・支援体制の強化

ア 高齢者総合相談体制の強化

職員の研鑽・資質向上に努めながら、総合相談機能の充実を図ります。

また、民生児童委員、社会福祉協議会、新川厚生センター魚津支所などの関係機関との連携を強化し、きめの細かい相談体制を構築します。

イ 個別訪問相談

高齢者や家族介護者からの相談に対し、個別訪問を実施して生活状況を確認するなど、必要な支援に繋がります。

ウ 高齢者の実態把握

民生児童委員や福祉推進員^{*1}などとの連携を図り、虚弱な高齢者の心身の状況及び家族介護者等の実態を把握し、支援が必要と思われる場合は、保健・医療・福祉・介護の各関係機関との連絡調整を行い、適切な支援に繋がります。

4-② 高齢者への生活支援

配食サービス（毎日型）、給食サービス（月2回型）、高齢者緊急通報装置設置事業、在宅高齢者等住宅改善支援事業、寝具クリーニングサービス事業、訪問理美容サービス事業、在宅要介護者福祉金支給事業、要介護高齢者ミドルステイ事業、要援護世帯除雪助成金支給事業等の実施により、高齢者の日常生活を支援します。

4-③ 家族介護者への支援

高齢化の進展がもたらす側面として、介護の長期化が問題となっています。また、少子化による弊害として、高齢者や障害者をなど複数の方を家族1人で介護するいわゆる『多重介護』が顕在化しています。医療や介護が在宅へと方針転換するなかで、家族介護者の困りごとを把握しながら、適切な支援を行います。

ア 家族介護者支援事業

おむつ等介護用品支給事業、徘徊高齢者家族支援事業、障害者等介護手当支給事業、徘徊高齢者SOSネットワーク事業等の実施により、家族介護者への支援を行います。

イ 家族介護者等の交流

認知症など的高齢者を介護する家族に対して「介護家族の集い」を開催し、定期的な情報交換や相談する機会を設け、家族介護者の不安を和らげます。また、家族と併せて、認知症本人や地域住民を含めた社会的交流の場（「認知症カフェ」等）を設けます。

※1 福祉推進員

民生児童委員や地区社会福祉協議会と連携しながら、各町内のひとり暮らし高齢者、高齢者夫婦、障害者の方などに対し見守り活動をはじめとする福祉活動を行うボランティア。魚津市社会福祉協議会会長から委嘱される。50世帯に一人を目安に配置されており、平成26年3月末現在で312名が委嘱されている。

5 地域包括支援センターの機能強化

<将来の目指す姿>

魚津市地域包括支援センターが中心となって、魚津市の地域性や社会資源に沿った『地域包括ケアシステム』構築に向けた取組みが図られています。

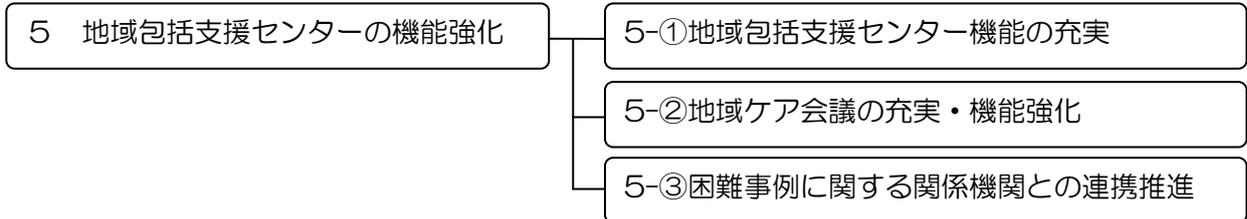
<第6期計画における課題>

高齢者世帯やひとり暮らし高齢者、認知症高齢者が今後ますます増加することが予測されますが、現状においても、高齢者や障害者の介護、要支援者の生活困窮、地域からの孤立、家族関係の希薄化など、市民が抱える生活課題は多様化・複雑化する傾向にあります。

魚津市地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行い、保健、医療の向上及び福祉増進を包括的に支援するため、「介護予防ケアマネジメント事業」、「総合相談支援事業」、「権利擁護事業」、「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」を一体的に実施する役割を担う機関として位置付けられています。

地域包括ケアシステム構築の実現に向けて、魚津市地域包括支援センターのこれまで担ってきた役割を更に機能強化する必要があります。

<施策の展開>



5-① 地域包括支援センター機能の充実

地域包括支援センターは「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」（介護保険法第115条の46）とされています。

魚津市地域包括支援センターは市直営の包括支援センターであり、行政機能と一体的な支援体制をスムーズに構築できるメリットがあります。

今後ますます増加する高齢者が、住み慣れた魚津で安心して過ごすことができるよう、保健師・社会福祉士・介護支援専門員等がその専門知識を活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別支援を適時・適切にコーディネートできるような支援体制の整備に努めます。

このため、地域包括支援センターにおけるマンパワーを確保するとともに、職員研修の充実や専門知識対応などの研鑽を図ります。また、指定介護予防支援事業の質的

向上を図り、介護保険における予防給付の対象となる要支援1・2の方が介護予防サービスを適切に利用することができるよう努めます。

5-② 地域ケア会議^{※1}の充実・機能強化

地域包括ケアシステム構築の具体的な手法として、地域ケア会議の開催が挙げられます。地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援と社会基盤整備を図ることを目的としており、平成26年度より本格的に開催をしています。地域ケア会議を通じて、高齢者個人への支援を充実させることはもとより、魚津市全体の地域課題を明らかにするとともに、魚津市にとって必要な資源開発に努めるなど、地域包括ケアシステム構築に資するための取組みを進めます。

ア 個別課題解決

他職種の協働により個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員のケアマネジメント実践力の向上に努めます。

イ 地域包括支援ネットワークの構築

高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークの構築に努めます。

ウ 地域課題発見

個別ケースの課題分析等を行うことにより、地域に共通した課題の把握に努めます。

エ 地域づくり・資源開発

インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源の開発に努めます。

オ 政策形成

地域に必要な取組みを明らかにし、政策の立案・提言に結びつくよう努めます。

5-③ 困難事例に関する関係機関との連携推進

高齢化の進展に伴い、生活困窮、共に支え合う機能の脆弱化、社会的孤立等、多岐に亘る問題が顕在化しています。地域包括支援センターでは、困難事例に対する対応を始め、関係機関との連携、協働による支援体制の構築を推進します。

※1 地域ケア会議

地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される会議体」と定義されている。地域ケア会議の目的として、

ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、

(i) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築

(ii) 地域の介護支援専門員（※ケアマネージャー）の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援

(iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

が挙げられている。【地域包括支援センターの設置運営について（平成18年10月18日付け厚労省通知）】

第3節 地域で支え合うまちづくりの推進

1 高齢者の権利擁護の推進

<将来の目指す姿>

高齢者の権利をその人が主体的に行使できるよう代弁したり、支援を行うことにより、全ての高齢者が住み慣れた魚津で尊厳ある生活を維持しています。

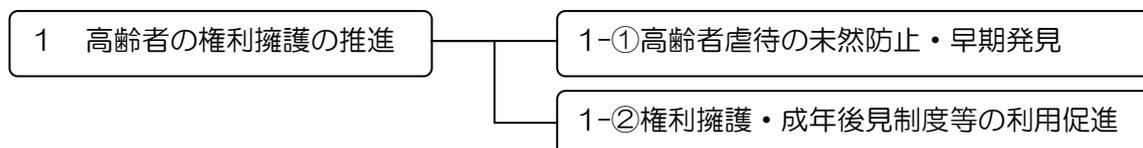
<第6期計画における課題>

急速な高齢化の進展により、寝たきりや認知症など介護を必要とする高齢者が増加するとともに、核家族化が進み、身近に介護者がいない高齢者も増加しています。また、高齢者の人権にかかわる問題として、身体的・精神的虐待や介護放棄、経済的虐待ともとれる事案が増加しています。

こうした状況を踏まえ、高齢者の権利擁護に関する理解と認識を高め、高齢者の尊厳が保たれるよう、幅広い層に対して啓発活動を行う必要があります。

また、関係機関との連携のもと、高齢者虐待を未然に防ぎ、仮に虐待が起きても早期に対応できる仕組みを整えることが重要であり、重大な権利侵害があるときは法制度等を活用した支援に結びつけることも必要です。

<施策の展開>



1-① 高齢者虐待の未然防止・早期発見

ア 権利意識の普及啓発と地域との連携

高齢者虐待を未然に防止するため、地区ケース検討会等を通じて、権利意識の啓発、認知症等に対する正しい理解、介護知識の周知などを行うとともに、介護保険制度の利用促進などによる養護者^{※1}の負担軽減を図ることが必要です。

また、民生児童委員や福祉推進員との連携により把握した、地域から孤立しがちな高齢者や家族からの支援が十分でない高齢者に対し、虐待が発生する要因を低減させるよう、地域包括支援センターが中心となり所要のアプローチに努めます。

イ 高齢者虐待相談窓口

地域包括支援センターが高齢者虐待の相談窓口となり、民生委員・福祉推進員・新川厚生センター魚津支所・警察などの関係機関と連携し、虐待の早期発見に努めるとともに、虐待の事実確認をした場合の早期対応に努めます。

1-② 権利擁護・成年後見制度等の利用促進

ア 権利擁護相談窓口

高齢者の権利を本人が主体的に行使できるよう支援するため、地域包括支援センターが権利擁護の相談窓口となり、関係機関との連携に努めます。

イ 成年後見制度等の利用促進

成年後見制度の更なる普及啓発を図りながら、制度を活用するメリットの周知に努めます。また、ますます増加する養護者のいない高齢者に対して、市長申立てにより成年後見制度^{※2}の利用促進を図ります。

また、福祉サービスの利用手続きや、日常的な金銭管理に不安のある高齢者に対しては、魚津市社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業^{※3}の利用を検討するなど、高齢者個人の能力に応じた支援策を講じます。

※1 養護者

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）では、養護者を「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のものをいう。」と定義している。

※2 成年後見制度

認知症や知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力が不十分な方について、本人の権利を守る援助者（成年後見人等）を選ぶことにより、法律的に支援する制度。

※3 日常生活自立支援事業

認知症や知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力が不十分な方に対して、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等の援助を行うことにより、地域で安心した生活を送ることができるよう支援する事業。事業主体は魚津市社会福祉協議会である。

2 高齢者見守り施策の推進

<将来の目指す姿>

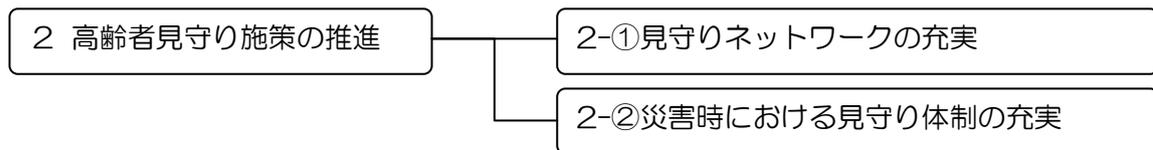
高齢者と他世代が相互に理解と協力をもって支え合う社会が形成されるとともに、市民が積極的に福祉活動に参加しています。

<第6期計画における課題>

ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯の増加に加え、家族機能の低下や地域コミュニティの希薄化が叫ばれるなか、地域社会から孤立する高齢者の増加が危惧されます。住み慣れた魚津で安心して暮らし続けることができるよう、地域住民が一体となった見守り活動の継続・強化が必要です。

また、行政及び関係機関においては、これまで同様、見守り活動に主眼を置いた各種施策を継続的に行うとともに、高齢者を地域で支える意識啓発を行う必要があります。

<施策の展開>



2-① 見守りネットワークの充実

見守りネットワークについては、民生委員、社会福祉協議会、社会福祉法人、地域住民、民間事業者等との協働により、ネットワークを構築してきました。今後とも高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、見守りネットワークに関する事業を継続するとともに、見守り活動を通じて把握した地域課題に即応できるよう、関係機関との連携強化を図ります。

- 民生委員事業
- 高齢者見守りネットワーク推進事業（福祉推進員）
- 地域総合福祉推進事業（ケアネット活動事業）
- 魚津市地域見守りネットワーク事業（まめなけネット^{※1}）
- 魚津市地域包括支援センター相談協力員活動事業
- 地域住民グループ活動支援事業（ふれあい・いきいきサロン）
- 徘徊高齢者家族支援事業
- 魚津市徘徊高齢者SOSネットワーク事業
- 緊急通報装置設置事業
- 配食サービス事業（毎日型）
- 給食サービス事業（月2回型）

2-② 災害時における見守り体制の充実

平成25年度の災害対策基本法の改正により、避難行動要支援者名簿^{※2}の作成が市町村に義務付けられました。

魚津市では、民生委員が日頃の見守り活動に使用している要援護者名簿（65歳以上の独居者と75歳以上のみで構成されている世帯の名簿）を、魚津市個人情報保護条例の規定に基づく適正な取扱いを行うことを条件に、自主防災組織^{※3}へ提供します。この名簿を、魚津市避難行動要支援者名簿として位置付け、災害時に円滑な避難行動が行えるよう体制整備に努めます。

※1 まめなけネット

民間事業所等の協力により、見守る人・見守られる人を特定しないで、日常生活や仕事の中で、「新聞がたまっている」、「洗濯物が長い間干したままになっている」などの「ちょっと気になる」ことを市に連絡していただくネットワーク体制。現在53事業所に登録をいただいている。

※2 避難行動要支援者名簿

平成25年の災害対策基本法の改正により新たに定義づけられ「災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な方であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要する方」をいう。

※3 自主防災組織

大規模災害等の発生による被害を軽減するために、地域住民が連帯し、協力し合って「自分たちのまちは自分たちで守る」という共助の精神により、効果的な防災活動を実施することを目的として結成された組織のこと。市内13地区を単位とした組織と、町内会等を単位とした58組織がある。

第4節 自立生活を支えるサービスの充実

1 介護保険サービスの充実

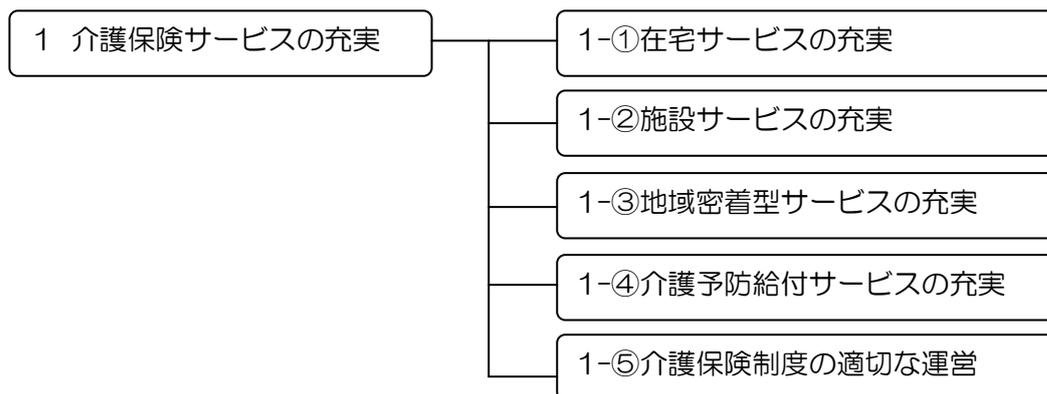
<将来の目指す姿>

加齢にともなう病気などで要介護状態となり、日常生活において支援が必要な人に対して適切な介護保険サービスが提供されています。

<第6期計画における課題>

いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる平成37年（2025年）に向けて介護保険サービスの基盤整備を図るとともに、要介護状態の進行を抑えることや、要介護状態にならないための予防が重要であるとの認識から、介護予防に重点を置くことが必要となっています。

<施策の展開>



1-① 居宅サービスの充実

魚津市の在宅サービスの基盤は十分整備されていることから、高齢者が要介護状態であっても自分らしい生活が続けられるよう、様々なサービスを組み合わせ、高齢者の生活機能向上に繋げるために、ケアマネジメントの質の向上とサービスの向上を図るため、ケアプラン指導、ケアマネジメント研修、サービス事業者研修を引き続き実施していきます。

居宅サービス量の見込み

居宅サービス		平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 32年度	平成 37年度
訪問介護	人数(人)	4,224	4,476	4,644	5,004	5,592	6,396
	前年比(%)	—	106	104	108	—	—
訪問入浴介護	人数(人)	144	156	168	180	216	240
	前年比(%)	—	108	108	107	—	—
訪問看護	人数(人)	564	612	660	720	780	756
	前年比(%)	—	109	108	109	—	—
訪問 リハビリテーション	人数(人)	540	588	672	732	828	936
	前年比(%)	—	109	114	109	—	—
居宅療養管理指導	人数(人)	1,044	2,400	2,460	2,508	2,808	3,192
	前年比(%)	—	230	103	102	—	—
通所介護	人数(人)	6,744	7,056	7,440	8,016	9,084	10,284
	前年比(%)	—	105	105	108	—	—
通所 リハビリテーション	人数(人)	3,672	3,900	4,500	4,980	5,592	6,360
	前年比(%)	—	106	115	111	—	—
短期入所生活介護	人数(人)	2,280	2,328	2,424	2,520	2,808	3,180
	前年比(%)	—	102	104	104	—	—
短期入所療養介護	人数(人)	696	720	756	804	900	1,008
	前年比(%)	—	103	105	106	—	—
福祉用具貸与	人数(人)	7,080	7,440	7,884	8,352	9,348	10,596
	前年比(%)	—	105	106	106	—	—
特定福祉用具販売	人数(人)	1,224	1,416	1,632	1,764	1,968	2,208
	前年比(%)	—	116	115	108	—	—
住宅改修	人数(人)	1,440	1,548	1,656	1,812	1,956	2,244
	前年比(%)	—	108	107	109	—	—
居宅介護支援	人数(人)	12,420	12,672	13,344	14,112	15,492	17,688
	前年比(%)	—	102	105	106	—	—

1-② 施設サービスの充実

入所希望の多い特別養護老人ホームについては、自宅で介護が困難で入所の必要性が高い重度者がより優先的に入所できるよう、入所指針の適正運用を推進します。

なお、施設整備については第6期計画期間中に新規整備等を行わないこととします。

施設サービス量の見込み

介護保険施設サービス		平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 32年度	平成 37年度
介護老人福祉施設	人数(人)	2,052	2,064	2,064	2,064	2,064	2,064
	前年比(%)	—	101	100	100	—	—
介護老人保健施設	人数(人)	2,748	3,228	3,228	3,228	3,228	3,228
	前年比(%)	—	117	100	100	—	—
介護療養型医療施設	人数(人)	1,608	1,440	1,488	1,536	1,536	1,536
	前年比(%)	—	90	103	103	—	—
うち要介護4・5(人)		4,644	4,464	4,512	4,560	4,572	5,016
うち要介護4・5の割合(%)		72.5	66.3	66.5	66.8	67	73.5

1-③ 地域密着型サービスの充実

多くの高齢者が、たとえ介護が必要になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることを望んでいます。このためには、在宅サービスと施設サービスとの中間的サービスに位置づけられる小規模多機能型居宅介護や認知症高齢者グループホームといった地域密着型サービスの充実が必要です。地域密着型サービスについては、日常生活圏域単位での検討を行い、地域の実情に沿ったサービスが提供できるよう支援していきます。

また、平成28年度中に医療と介護の連携による定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを実施できるよう支援していきます。さらに、平成32年度には小規模多機能型居宅介護事業所の増設、平成37年度には複合型サービスの整備を検討します。

地域密着型サービス量の見込み

地域密着型サービス		平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 32年度	平成 37年度
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	人数(人)	0	0	180	180	360	360
	前年比(%)	—	—	—	100	—	—
夜間対応型 訪問介護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
	前年比(%)	—	—	—	—	—	—
認知症対応型 通所介護	人数(人)	360	372	372	396	432	420
	前年比(%)	—	103	100	106	—	—
小規模多機能型 居宅介護	人数(人)	576	648	648	648	972	972
	前年比(%)	—	113	100	100	—	—
認知症対応型 共同生活介護	人数(人)	660	648	648	648	756	756
	前年比(%)	—	98	100	100	—	—
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	人数(人)	264	240	240	240	240	240
	前年比(%)	—	91	100	100	—	—
複合型サービス	人数(人)		0	0	0	0	300
	前年比(%)	—	—	—	—	—	—
介護予防 小規模多機能型居宅介護	人数(人)	36	48	48	48	72	72
	前年比(%)	—	133	100	100	—	—

1-④ 介護予防サービスの充実

介護保険制度の改正により、平成29年4月までに介護予防訪問介護と介護予防通所介護が地域支援事業に移行することとなっています。

介護予防サービス量の見込み

介護予防サービス		平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 32年度	平成 37年度
介護予防訪問介護	人数(人)	1,296	1,428	1,512	792	0	0
	前年比(%)	—	110	106	52	—	—
介護予防訪問入浴介護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
	前年比(%)	—	—	—	—	—	—
介護予防訪問看護	人数(人)	144	168	180	192	216	228
	前年比(%)	—	117	107	107	—	—
介護予防訪問 リハビリテーション	人数(人)	132	144	156	168	180	192
	前年比(%)	—	109	108	108	—	—
介護予防居宅療養管理指導	人数(人)	84	168	180	204	240	264
	前年比(%)	—	200	107	113	—	—
介護予防通所介護	人数(人)	1,548	1,740	1,860	900	0	0
	前年比(%)	—	112	107	48	—	—
介護予防通所 リハビリテーション	人数(人)	1,308	1,428	1,644	1,788	1,968	2,100
	前年比(%)	—	109	115	109	—	—
介護予防短期入所生活介護	人数(人)	72	72	96	108	132	144
	前年比(%)	—	100	133	113	—	—
介護予防短期入所療養介護	人数(人)	24	36	48	60	72	84
	前年比(%)	—	150	133	125	—	—
介護予防福祉用具貸与	人数(人)	1,956	2,208	2,400	2,592	2,856	3,072
	前年比(%)	—	113	109	108	—	—
特定介護予防福祉用具販売	人数(人)	816	864	900	936	1,044	1,104
	前年比(%)	—	106	104	104	—	—
住宅改修	人数(人)	1,248	1,320	1,356	1,404	1,488	1,560
	前年比(%)	—	106	103	104	—	—
介護予防支援	人数(人)	4,308	4,680	5,028	4,500	3,468	3,744
	前年比(%)	—	109	107	89	—	—

1-⑤ 介護保険サービスの適切な運営

ア 公平・公正な要介護認定

要介護認定は、全国一律の基準に基づき、的確に行われることが重要です。認定調査員や主治医から得た情報が十分に反映されたものであり、かつ、公平・公正でなければなりません。認定調査員や認定審査会委員など要介護認定にかかわる関係者への研修の実施による資質向上に努めていきます。

イ 情報提供

(1) 制度の趣旨普及

介護保険事業の円滑な運営には、介護保険料の改定を含め介護保険制度についての市民の理解と協力を得ることが重要です。市広報、CATV、パンフレット、出前講座、ホームページ等を通じて情報提供に努めていきたいと考えています。

(2) 介護サービスの情報の公開

介護サービスの内容や運営状況に関する報告を全ての介護サービス事業者に義務づけ、県が一部調査をした上で公表しています。当市においても、事業者に関する情報をホームページ等を通じて公開したいと考えています。

ウ サービスの質の向上

(1) 介護サービス事業者及び介護支援専門員の質の向上

利用者に対して質の高いサービスが提供されるように、介護支援専門員及び介護サービス事業者に対して研修会を実施します。

また、平成 18 年度より、指定事業所の更新及び介護支援専門員の更新が義務付けられたことにより、適正な介護保険事業の運営につながるものと考えています。

(2) 指導監督

介護保険制度の健全で適正な運営を確保するため、市は県と連携を図りながら、サービス事業者等に指導監督を行います。

指導は、事業者等の育成・支援を念頭において行われるものであり、指定基準などで定められた介護給付等対象サービスの取扱いや介護報酬請求等についての周知徹底を方針としています。

サービス提供や介護報酬請求について不正や著しい不当が疑われる場合は、監査を実施して、事実関係を把握し、公正かつ適切な措置をとることとしています。

(3) 介護相談員派遣事業

市では介護保険施設や居宅系サービス事業所等に介護相談員を派遣しています。サービスを利用している方の相談に応じ利用者の疑問や不平・不満の解消を図るとともに、派遣を受けた事業所における介護サービスの質的な向上を図るための事業です。

エ 介護給付費適正化

県で策定した、「富山県介護給付適正化計画」にもとづき、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なサービスを、事業者がルールに従って適切に提供するように促していきます。

第6期計画においても、富山県国民健康保険団体連合会から提供されるデータを有効に活用し、介護給付費の適正化に向けての取組みを強化し、介護保険料の抑制につなげていきたいと考えています。

- 例) ○ケアプラン点検
- 住宅改修等の点検
- 医療情報との突合・縦覧点検
- 介護給付費通知

2 生活環境の充実

<将来の目指す姿>

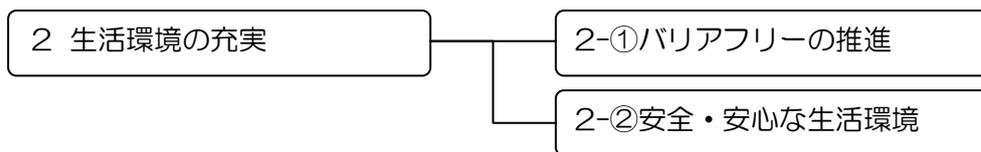
高齢者が安心かつ安全に日常生活を送れるよう、住環境の整備が図られています。

<第6期計画における課題>

高齢者が地域のなかで気軽に活動し、いきいきと暮らすためには、バリアフリーの街づくりが必要です。魚津市では、これまでも道路、公園、公共施設のバリアフリー化を推進してきましたが、未だ多くの施設の整備が行き届いていない状況です。

また、高齢者が暮らす住宅には建築年度が古いものが数多くあり、段差解消や手すりの設置、水回りの改修など、在宅生活を継続するためには、住宅改修が必要なケースが少なくありません。介護保険制度や魚津市の住宅改修制度を活用しながら、高齢者の在宅生活を支援することが必要です。

<施策の展開>



2-① バリアフリーの推進

ア 公共・公共的施設等の整備

中・長期的な観点から、公共施設の今後の在り方を十分検討しつつ、バリアフリーの制度・理念に即した施設整備に努めます。

イ バリアフリー住宅の普及

介護保険制度の住宅改修と併せて、在宅高齢者のための住宅改善支援事業（県・市）を実施し、バリアフリー住宅の普及に努めます。

2-② 安全・安心な生活環境

ア 防犯・消費者被害対策の取組み

地区ケース検討会や民生委員等の会議の場において、防犯・消費者被害対策に関するチラシを配付するなど、啓発活動に努めます。

イ 交通安全対策の取組み

高齢者学級、福祉センター、健康保険証交付会場などで交通安全教室を開催し、高齢者の交通事故防止に努めます。また、街頭活動や巡回広報を通じ、幅広い層に対して、交通安全に関する啓発活動を実施します。

ウ 防火・救急対策の取組み

13地区ごとに開催されている地区ケース検討会等の場で、民生児童委員や福祉推進員など地元関係者ととも、防火・救急対策に係る研鑽を行います。

また、ひとり暮らし高齢者等の救急搬送の際には、東部消防組合と連携し、速やかに家族との連絡をとるなどの対応に努めます。