

## 第5章 介護保険事業計画

### 第1節 第7期介護保険事業計画の基本目標と総評

#### 1 第7期芽室町介護保険事業計画の基本目標と総評

##### (1) 自立支援、介護予防、重度化防止の推進

高齢者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防・重度化予防の普及啓発を促進し、要介護状態になっても生きがいや目標を持って生活のできる地域の実現を目指します。

##### 総評

要支援認定者のサービス利用を調整する介護予防ケアマネジメント事業の指標では、要介護度が維持・改善された割合が8割を超えており、要介護状態にならないように適切な支援が行われ、成果に表れているものと考えます。令和2年度においては、介護予防に関わる教室や講座などが、感染症予防のため中止または縮小となった影響から実績が減少しています。新しい生活スタイルや、感染症対策を講じた形での事業の継続について検討が必要です。

併せて、地域全体で高齢者の自立支援に取り組むことができるよう、高齢者のみならず様々な年代の町民や、地域の事業所等への普及啓発が重要です。

##### (2) 医療・介護の連携の推進

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことが出来るよう、在宅医療及び在宅介護の提供に携わる者その他関係者の連携を推進します。

##### 総評

平成30年度に新設となった「在宅医療連携相談窓口」は、広く関係機関や町民に周知され、相談件数は年々増加しています。それに伴い、日常的な医療機関と介護事業所との連絡や、支援上の連携も活発になっています。令和3年度の介護保険法改正の視点からも「必要なサービスが切れ目なく提供できる体制」づくりの重要施策と位置付け、人口構造や社会背景の変化に合わせて、個別の支援にとどまらず、地域における医療と介護の協力体制の充実が望まれます。

##### (3) 介護サービス基盤の整備等

高齢者が住み慣れた地域で、必要な在宅介護や施設サービスを不安なく利用できるよう、介護サービス基盤整備の必要性・緊急性について、長期的視点と介護保険料負担のバランスを考慮して比較・検討します。特に介護度が重くなっても在宅生活が可能となる在宅サービスの整備について検討します。

また、介護サービス基盤の充実に伴い必要となる、質の高い人材を安定的に確保するため、介護人材不足対策として介護人材の育成及び確保の支援や、在宅介護を担っている家族等に対する相談及び支援体制の充実を図り、過重な介護負担や介護離職を防ぐよう努めます。

## 総評

介護保険サービスが持続的かつ安定して提供されるために、介護人材の維持と確保は喫緊の課題として、具体的な情報集と分析のもと、様々な方策を講じていく必要があります。また、少子高齢化に伴う人口構造の変化により、支え手となる若い世代にも制度の理解を推進していくことが重要と考えます。

予期しない災害や感染症の蔓延など、サービスの提供に影響がある事態に備え、対策や業務継続に向けた取組を推進していく必要があります。

## (4)地域支援事業の推進

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ための市町村事業である、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業を推進し強化に努めます。

## 総評

要介護者の支援は件数の増加している上に、支援にかかる調整回数、必要な専門性も高まっています。相談の入り口となる地域包括支援センターの専門性の維持や、困難ケースについての検討機会の充実が必要です。期間中に計画し準備を行っていた「ケアプラン点検」は、感染症拡大防止のため、事業所への出入りが困難になったこともあり十分に実施できませんでした。サービス調整を行う居宅介護支援事業所のケアプランは、本人の自立した生活維持に欠かせないものであり、引き続き点検機能の構築に向けて準備が必要です。

また、高齢者の住まいの選択肢も多様化していることから、様々な環境下において、終末期を視野に入れた取組の推進が求められます。

## (5)介護保険財政の健全な運営

介護サービスを必要とする方を適切に認定し、真に必要とする過不足のないサービスを適切に提供するよう、介護給付適正化事業を継続して実施します。また、介護保険制度の仕組みについてのPRに努め、安心して介護サービスを利用できるように低所得者を支援します。

※本計画では、介護保険料を財源として実施する取組みそれぞれに目標値や活動量を明示し、取組み毎の進捗を確認するなかで、目標全体の達成状況を評価していくこととします。

## 2 介護保険事業計画の事業体系

### 介護保険事業計画基本目標1 第3節 自立支援、介護予防、重度化防止の推進

事業名	担当係名	総合計画施策
(1)介護予防健康教育相談事業	高齢者相談係	高齢者福祉の充実
(2)生活支援体制整備事業		
(3)高齢者支援活動推進事業		
(4)介護予防ポイント推進事業		
(5)高齢者体力増進教室開催事業		
(6)機能訓練教室開催事業		
(7)脳活性化教室開催事業		
(8)介護予防施設維持管理事業		
(9)認知症サポーター養成事業		
(10)高齢者 SOS ネットワーク事業		
(11)高齢者見守りネットワーク事業		
(12)介護予防ケアマネジメント事業	在宅支援係	高齢者福祉の充実

### 介護保険事業計画基本目標2 第4節 医療・介護の連携の推進

事業名	担当係名	総合計画施策
(1)地域ケア会議	高齢者相談係	高齢者福祉の充実
(2)在宅医療・介護連携推進事業	在宅支援係	

### 介護保険事業計画基本目標3 第5節 介護サービス基盤の整備等

事業名	担当係名	総合計画施策
(1)認知症地域支援・ケア向上事業	高齢者相談係	高齢者福祉の充実
(2)認知症初期集中支援推進事業		
(3)家族介護用品支給事業		
(4)介護家族リフレッシュ事業		
(5)高齢者食事サービス事業		
(6)介護予防サービス事業		
(7)福祉人材確保対策事業		
(8)介護サービス基盤の整備	介護保険係	

介護保険事業計画基本目標4 第6節 地域支援事業の推進 ※

事業名	担当係名	総合計画施策
(1)介護給付等費用適正化事業	介護保険係	高齢者福祉の充実
(2)総合相談	高齢者相談係	
(3)権利擁護事業	在宅支援係	互いに認め合う地域社会の形成
(4)家庭訪問		高齢者福祉の充実
(5)介護支援専門員支援事業		
(6)福祉用具購入・住宅改修支援事業		

※地域支援事業については、他にも様々な事業が含まれておりますが、第3節から第5節まですでに掲載されている事業につきましてはこの表に掲載しておりません。

## 第2節 自立支援、介護予防、重度化防止の推進

### 1 自立支援、介護予防、重度化防止の推進について

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、介護保険制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析し、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取り組みを推進することが必要です。

第7期介護保険事業計画の中では、地域における自立支援等の施策及びその目標を市町村介護保険事業計画に定め、適切に評価を行うことで持続可能な社会の形成を目指します。

### 2 自立支援、介護予防、重度化防止の推進をするための事業について

#### (1) 介護予防健康教育相談事業

老人クラブや町内会などの団体を中心に、依頼に応じて健康講座・健康相談を行い、高齢者の健康維持・増進等を図ることで、要支援・要介護状態になることを予防します。

広報や新聞折込チラシにより事業を周知し、健康でいることが社会への貢献となること、要介護状態となることの予防を自ら行うことの意義について、広く普及啓発を行います。

また、電話で気軽に認知機能を確認できる「あたまの健康チェック」を広く周知し、認知症予防や進行を遅らせるための生活習慣に、早い段階から取り組むきっかけとなるよう支援し、介護保険認定者に多くみられる認知症の早期予防に努めます。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
健康講座受講 延人数	目標値	1,190人	1,200人	1,210人
	実績値	674人	1,078人	314人
	達成率	56.7%	89.9%	26.0%
健康相談実施 人数	目標値	150人	150人	150人
	実績値	86人	83人	42人
	達成率	57.4%	55.4%	28.0%
あたまの健康チ ェック実施人数	目標値	70人	80人	90人
	実績値	69人	47人	16人
	達成率	98.6%	58.8%	17.8%

現状	<p>健康講座は、団体の希望するテーマに応じて講師を選定し、健康に関する講座は、地区担当保健師が実施しています。健康相談は、希望される団体が少なく、ここ数年実施人数は減っているものの、それに代わり健康講座を依頼されることが増え、受講人数の増加につながっています。</p> <p>令和2年度は新型コロナウイルスの影響により、受講・実施人数は減少しています。あたまの健康チェックは、少しずつ認知されていますが、申込者と実施者共に減少しています。</p>
評価	<p>健康講座・健康相談は、今後も依頼に合わせて実施していきます。あたまの健康チェックについては、MCI(軽度認知障害)の早期発見の手段として、多くの方に利用してもらえるよう、健康講座等で周知します。また、電話での実施に抵抗があることや実施方法がわかりづらいという声もあるため、令和3年度から対面式の方法に変更して実施します。</p>

## (2)生活支援体制整備事業

人口減少社会を迎え、行政サービスや社会保障だけでなく、地域住民をはじめボランティア、民間企業、地縁組織など多様な主体が高齢者の支え手となる地域づくりを進めます。

高齢者自身の活動的な生活が継続できる環境づくり、活躍の場の広がりによる地域共生社会実現への寄与を目指します。

生活支援コーディネーターや生活支援体制整備推進協議体は、地域ごとの高齢者の生活上の不便や生きがいを把握し、社会資源の開発、社会資源のネットワークづくり、社会資源と高齢者のマッチングを行います。

また、多様な主体が高齢者の支え手となる地域づくり、高齢者自身の活動的な生活を継続できる環境づくりの普及のため、講演会等を開催します。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
協議体会議開催回数 (うち1回を講演会・研修会の開催とする)	目標値	6回	6回	6回
	実績値	5回	4回	3回
	達成率	83.4%	66.7%	50.0%
講演会・研修会の 開催回数	目標値	1回	1回	1回
	実績値	1回	1回	1回
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%

現状	<p>協議体は、新型コロナウイルスの影響で、開催が2回と減少しましたが、「第8期芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の基本目標について」「コロナ禍における(高齢者団体)活動の工夫」を議題とし、情報共有を図りました。</p> <p>講習会では、大樹町社会福祉協議会生活支援コーディネーターを講師に迎え、大樹町で実施している住民による生活支援「地域サポート事業」についての講演を実施し、町民57人が参加しました。</p>
評価	<p>町主催の介護予防事業との相乗効果を期待し、住民主催の通いの場に参加を促す取り組みや生活支援の担い手を発掘の取り組みを継続します。</p>



### (3)高齢者支援活動推進事業

人口減少社会を迎え、つながりのある地域社会づくりと高齢者自らが介護予防を意識した生活を送ることが求められています。町民の皆さんが有する知識や経験を活かし、自発的に行う高齢者の暮らしを支援する活動、交流の場を開催する活動に対して報償費を支給し、活動の開始や継続を応援しています。多少、体が不自由になっても仲間同士で活動を続けることが、介護保険認定者の出現、延伸・重度化を抑制します。また、活動を通じて生まれる関係性は、仲間同士の助け合いにつながります。

本事業を通じて活動推奨団体が成熟し、10年先においても社会資源としてあり続けることを期待しています。

団塊の世代の全員が75歳以上となる2025(平成37)年までに、団体登録実人数557人を目指します。(557人は、推計高齢者人口の10分の1)

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
活動推奨団体数	目標値	27団体	30団体	33団体
	実績値	28団体	30団体	30団体
	達成率	103.7%	100.0%	90.9%
団体登録実人数	目標値	407人	432人	457人
	実績値	506人	540人	527人
	達成率	124.4%	125.0%	115.4%

現状	事業が周知され、概ね目標値どおりで推移しています。 新型コロナの影響により、活動回数は減少しているが、解散した団体はなく感染状況等をみながら活動を継続しています。
評価	前述の生活支援体制整備事業の取り組みと連携して事業を継続します。

#### (4)介護予防ポイント推進事業

ボランティア活動や趣味活動への積極的な参加が、転倒や認知症、うつ病の予防になるといわれます。ボランティア活動を通じた社会参加と地域貢献を推奨し、活動的な生活を意識して実践する高齢者を増やすことで、要介護認定者の出現、延伸・重度化を抑制します。活動を評価する転換交付金についても、引き続き、町商工会商品券や社会体育施設回数券と引き換えることにより、更に活動性を高める仕組みとして、継続します。要支援、要介護認定者であっても参加が可能な活動メニューや男性の参加を促すメニューの追加を検討します。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
活動登録者数	目標値	120人	120人	120人
	実績値	111人	108人	99人
	達成率	92.5%	90.0%	82.5%
ポイント総付与数	目標値	4,000ポイント	4,000ポイント	4,000ポイント
	実績値	4,275ポイント	3,829ポイント	1,435ポイント
	達成率	106.9%	95.8%	35.9%

現状	登録者数の減少に加え、令和2年度は、新型コロナの影響により、登録機関の受入自粛や、登録者の活動自粛もあり、ポイント付与数は激減しています。
評価	登録者数の減少はあるものの、高齢者の社会参加、介護予防のメニューとして継続していきます。 今後は、受入機関の意向確認も踏まえ、より活用しやすい制度になるように検討していく必要があります。



## (5)高齢者体力増進教室開催事業

65歳以上の介護保険の認定を受けていない方を対象に、筋力や身体機能の向上を目的とする機械(マシン)による筋力アップトレーニングや、体操を行っています。教室を終了した方は自主活動グループ「卒業生の会」に移行し、運動を継続します。

教室終了者の「卒業生の会」への移行率を高めるとともに、自主活動継続10年を目標とするなかで、介護保険認定者の出現・延伸を目指します。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
利用者数	目標値	40人	40人	40人
	実績値	29人	19人	-
	達成率	72.5%	47.5%	-
「卒業生の会」移行率	目標値	95%	95%	95%
	実績値	100%	100%	-
	達成率	105.3%	105.3%	-
「卒業生の会」総人数	目標値	264人	302人	340人
	実績値	293人	312人	226人
	達成率	111.0%	103.4%	66.5%
「卒業生の会」継続10年以上の人数	目標値	52人	58人	74人
	実績値	57人	53人	52人
	達成率	109.7%	91.4%	70.3%

現状	<p>からだイキイキ運動塾については、新型コロナの影響により、実施を中止しました。</p> <p>既存の卒業生の会については、フォローアップ講習の増回や出前講座を開催する等、内容を手厚くし、より長く活動して頂けるよう支援しています。</p>
評価	<p>卒業生の会で活動を続けている方のうち、10年以上継続されている方も多数います。生理的な機能低下によって、介護保険の認定を受ける方もいますが、全体的には、介護保険申請の延伸につながっています。</p>

## (6)機能訓練教室開催事業

加齢や疾病が原因で、体力の改善や意欲の向上が必要と認められる65歳以上の方(介護保険要介護認定者を除く)を対象に、週1回、体操や筋力トレーニング、口腔機能プログラム、レクリエーション、作業療法を行い、身体機能や社会参加の機会を維持することにより、要介護状態になることを予防します。教室参加者の中で加齢に伴い、身体機能の低下が見られた方については、身体や生活状況に合わせて次の活動場所を紹介していきます。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
利用者数	目標値	37人	37人	48人
	実績値	41人	39人	62人
	達成率	110.9%	105.4%	129.2%
通室平均年数	目標値	3年	3年	3年
	実績値	3.5年	4.0年	3.5年
	達成率	116.7%	133.4%	116.7%

※利用者数は教室の定員人数から算出しているため、定員を変更した場合は、評価指標が変更となります。

現状	令和2年度から定員を変更し、年度内の利用者はトータルで62人、月毎にみた登録平均人数は49人となっています。平均年齢は83.4歳ですが、身体機能・認知機能の急激な低下は少ない結果となっています。
評価	令和2年度からクラス数を増やし、身体状況に応じたクラス分けを行い、参加者各々の身体機能・認知機能に合わせた、機能の維持・向上の目標を設定することで、安全かつ効果的な内容で実施できています。外出の機会の維持や心身機能維持につながっており、通室平均年数も目標達成しています。 今後も参加者の状態を適宜評価し、状態に合わせた教室内容やサービスを紹介していくと共に、より身体機能・認知機能低下を予防できるよう教室内容を検討していきます。

## (7)脳活性化教室開催事業

加齢や疾病が原因で、体力の改善や意欲の向上が必要と認められる65歳以上の方(介護保険要介護認定者を除く)を対象に、週1回、脳活性化プログラム、体操、レクリエーション、作業療法、買い物や季節の行事等の外出を通じ、心身機能や社会参加の機会を図り、健康で生きがいのもてる生活を送ることにより、要介護状態に陥ることなく自立した日常生活を継続していくことを目的とします。教室参加者の中で加齢に伴い、身体機能の低下が見られた方については、身体や生活状況に合わせて次の活動場所を紹介していきます。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
利用者数	目標値	60人	60人	24人
	実績値	58人	50人	26人
	達成率	96.7%	83.4%	108.4%
通室平均年数	目標値	3年	3年	3年
	実績値	5年	5年	6年
	達成率	166.7%	166.7%	200.0%

※利用者数は教室の定員人数から算出しているため、定員を変更した場合は、目標値が変更となります。

現状	令和2年度より定員を変更し、実施内容は現状に加え、口腔機能向上プログラムを導入しました。年度内の利用者はトータルで26人、月毎にみた登録平均人数は22人となっています。平均年齢が85.9歳のため、生理的な身体機能低下もみられていますが、定期的な活動により、身体機能や認知機能が急激に低下する方は少ない結果となっています。
評価	定員を減らしたことで、より安全で安心できる教室運営ができ、個別に関わる時間も充実しました。加齢に伴う身体機能低下により、機能向上は難しくなっていますが、外出の機会・心身機能の維持につながっており、通室平均年数は目標達成しています。 今後も参加者の状態を適宜評価し、状態に合わせた教室内容やサービスを紹介していくと共に、より身体機能・認知機能低下を予防し、機能維持できるような教室内容を検討していきます。

## (8)介護予防施設維持管理事業

町で開催している介護予防教室(高齢者体力増進教室、機能訓練教室、脳活性化教室)並びに高齢者体力増進教室の「卒業生の会」の活動場所として、2カ所の施設を管理しています。

公共サービスパートナーシップ協定に基づき、高齢者の社会参加グループ「みつ葉会」に施設の管理を委託することで、管理者、施設利用者の双方にとっての生きがい、社会参加の場として活用されています。

## (9)認知症サポーター養成事業

認知症の人や家族が、認知症であることを隠すことなく地域で安心して暮らすことができるよう、地域での理解者として「認知症サポーター」の養成を継続します。

また、小中学生等を対象とするキッズサポーター養成講座の普及に努め、高齢者を敬う気持ちと身近な病気として認知症の理解を広めることにより、子どもから大人まで様々な視点で認知症の人や家族を地域全体で見守る環境づくりを進めていきます。

さらに地域で活動できる認知症サポーターの養成として、認知症サポーター・ステップアップ講座を開催し、認知症サポーターが自主的に地域で活動を展開していくためのきっかけづくりを支援していきます。2025年までに認知症サポーター養成講座受講者数4,000人を目指します。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
認知症サポーター養成講座実施回数	目標値	8回	10回	10回
	実績値	8回	11回	10回
	達成率	100.0%	110.0%	100.0%
認知症サポーター累計養成人数	目標値	2,500人	2,750人	3,000人
	実績値	2,566人	2,949人	3,319人
	達成率	102.7%	107.3%	110.7%
認知症サポーターステップアップ講座累計養成人数	目標値	60人	80人	100人
	実績値	75人	75人	81人
	達成率	125.0%	93.8%	81.0%

現状	令和2年度は新型コロナウイルスの影響もあり、小中学校からの依頼は例年より少ない状況でしたが、新たに高校からの依頼があり、幅広い年代の学生に認知症について知っていただく機会を得ることができました。 ステップアップ講座は、例年に比べ参加人数は少ない状況でしたが、参加者が自由に発言できる雰囲気となり、認知症についてより理解を深めることができました。
評価	今後も多世代の方、企業等にも講座を受講していただけるよう、広報活動を実施していくと共に、ステップアップ講座を受講した認知症サポーターが活躍できる機会の検討も必要です。

## (10)高齢者 SOS ネットワーク事業

認知症等の高齢者が所在不明になった際に、関係機関や他自治体と協力して、情報共有や捜索を行い、高齢者の安全確保のための体制づくりを推進します。また、町内会・行政区で実際の捜索場面を想定した模擬訓練を行い、捜索方法や日頃からの地域での見守り活動のきっかけづくり、事前登録の必要性についての普及啓発に努めます。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
事前登録者数	目標値	9人	10人	11人
	実績値	12人	14人	9人
	達成率	133.4%	140.0%	81.9%
協力事業所数	目標値	42か所	43か所	44か所
	実績値	47か所	46か所	45か所
	達成率	111.9%	107.0%	102.3%
模擬訓練実施回数	目標値	1回	1回	1回
	実績値	0回	0回	0回
	達成率	0%	0%	0%

現状	<p>認知症等により行方不明になる可能性の高い方を把握した際には、事前登録の必要性について積極的に説明しています。登録者の中には、施設入所や死亡等により登録を廃止した方や新規で登録されている方もいるため、登録者数の変動があります。</p> <p>協力事業所については、事業所の閉店等により事業所数の減少がありました。</p> <p>模擬訓練は、町内会等で訓練内容全てを実施することが難しいとの声もあり、希望があった団体について実施することとしており、令和2年度は実施していません。</p>
評価	<p>所在不明となった際に早期対応・早期発見につながるよう、SOS ネットワークの体制整備や事前登録の勧奨を行っていきます。</p>

## (11)高齢者見守りネットワーク事業

長寿命化を背景にひとり暮らしの高齢者が増えていくと見込まれます。また、地域の関係性の希薄化で、家族や住民同士で相互に支え合う機能が低下しつつあります。高齢者の重大な変化に気づく可能性を高めることを目的に、高齢者の生活に関わりがある民間事業所と見守りに関する協定を結び、連絡体制を築きます。孤立死や虐待、認知症が心配など寄せられた情報については、家庭訪問等、速やかに対応できるように体制を整備します。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
協定締結事業所数	目標値	15か所	16か所	17か所
	実績値	14か所	14か所	15か所
	達成率	93.4%	87.5%	88.3%

現状	地域住民や民生委員、町内事業所等から認知症の心配がある方や安否に関する情報提供があります。寄せられた情報に対しては、都度、訪問して関係機関へつなげています。
評価	緊急を要する高齢者の安否確認や個人への支援の入り口となっています。今後も協定事業所等とのネットワークを維持します。

## (12)介護予防ケアマネジメント事業

要支援1・2認定者および事業対象者に対して、介護予防・日常生活支援サービス事業利用等の介護予防ケアマネジメントを実施します。

地域包括支援センターの専門職の特性を活かしたケアプランを作成し、多様なニーズに応じて、自立支援及び要介護認定への重度化防止に努めます。

※ 事業対象者とは、基本チェックリストを用いて判断し該当した方です。

※ 介護予防ケアマネジメントとは、要介護状態になることを予防し、その人自身の能力を活かし、住み慣れた地域で自立した生活が送れるよう計画を立て、社会資源の活用やサービス利用等の支援をすることです。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
介護度が維持・改善した割合(※)	目標値	50%	55%	60%
	実績値	81%	77%	70%
	達成率	162%	140.0%	116.7%
介護予防ケアマネジメント支援計画作成延べ件数	目標値	762件	852件	1,008件
	実績値	528件	628件	587件
	達成率	69.3%	73.7%	58.3%

現状	総合事業プラン数については、昨年度とほぼ横ばいでした。介護度の維持・改善率は昨年度より低下しています。低下の理由としては、自然老化が約4割、病気による理由が約3割となっており、大半を占めています。
評価	介護度の維持・改善について、7割の方が維持・改善されています。しかし、要支援認定者やサービス利用者は増加しており、利用者の自立支援及び要介護度の重度化予防、適切なサービス利用に向けたケアマネジメント能力を高め、さらに維持・改善につなげる必要があります。



## 第3節 医療・介護の連携の推進

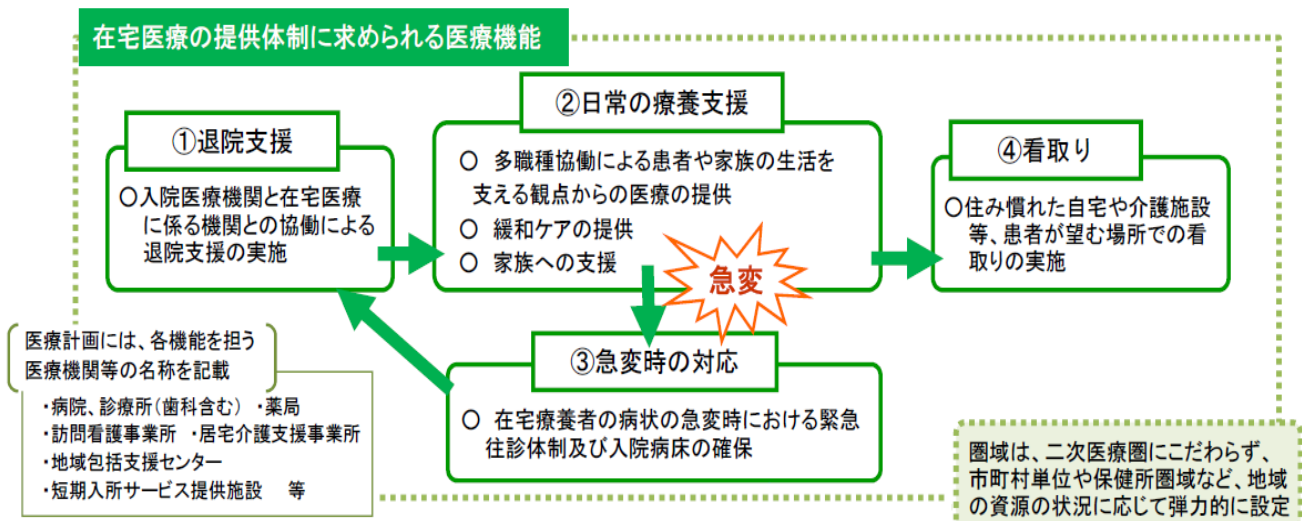
### 1 医療・介護の連携の推進について

医療と介護の連携について、第7期介護保険事業計画(平成30年～平成32年)と第7次北海道医療計画(平成30年～平成36年)の改正時期が同一であることに加え、医療・介護の連携を図ることを国の方針として推し進めています。その中で、医療保険側の比較的医療依存度の低い入院患者が利用している療養病床数を減少させ、介護保険の介護老人保健施設等にて受け皿を作成するといった、両計画で連動させる目標数値があり、具体的には芽室町内で平成37年までに11.5人分の介護保険への追加需要があることが見込まれています。

しかし、施設の受け入れだけではなく、住み慣れた地域や自宅で、自分らしい生活を続けることができるように、在宅医療についても推進する必要があります。厚生労働省は在宅医療の大きな観点として下記の4観点を掲げています。

- ・退院支援
- ・日常の療養支援
- ・急変時の対応
- ・看取り

「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ図



第1回 全国在宅医療会議(厚生労働省) <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumka/0000129546.pdf> を加工して掲載

## 2 医療・介護の連携の推進のための事業について

### (1) 地域ケア会議

保健、医療、福祉、介護サービス事業所等が連携して高齢者の暮らしを支える環境整備を行うことを目的に会議を開催します。

#### ① 地域ケア個別会議

個別事例の支援内容、方針を決定します。(通称 コーディネーター会議:概ね週1回)

#### ② 地域ケア推進会議

個別事例を通じて、地域課題の把握や課題解決、政策形成のため多職種で協議します。  
(通称 地域ケア会議:概ね3か月に1回および必要時)

#### ① 地域ケア個別会議

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
会議の開催回数	目標値	80回	90回	100回
	実績値	92回	70回	96回
	達成率	115%	77.8%	96.0%
個別事例の検討実人数	目標値	130人	140人	150人
	実績値	76人	66人	84人
	達成率	58.5%	47.2%	56.0%
支援困難事例の検討実人数	目標値	25人	30人	35人
	実績値	29人	18人	24人
	達成率	116.0%	60.0%	68.6%

現状	支援困難事例の検討実人数は、平均するとほぼ横ばいとなっています。支援困難ケースは必要に応じて、地域ケア推進会議へつなげています。
評価	今年度に関しても経済的問題、近親者や身寄りがない、医療依存度が高い、認知症進行などに関する対応を必要とするケースは多く、関係機関と検討して支援を行うことで連携が強化されています。

#### ② 地域ケア推進会議

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
会議の開催回数	目標値	6回	6回	6回
	実績値	5回	3回	2回
	達成率	83.4%	50.0%	33.4%
うち、政策形成を目的とした会議開催回数	目標値	4回	4回	4回
	実績値	4回	3回	1回
	達成率	100.0%	75.0%	25.0%

現状	知的障害がある事例の支援方法について検討しました。 新型コロナウイルス感染拡大の影響で、開催回数が少なくなっています。
評価	事例検討の結果、本人と良好な関係性を築けるキーパーソンが必要との結論に至り、地域包括支援センターによる支援を継続することとなりました。 今後も、支援困難事例についての検討を進め、地域課題を政策に結びつける協議の場として継続します。

## (2)在宅医療・介護連携推進事業

平成 27 年度に介護保険制度改正により新設され、医療と介護の両方の支援を受けながら、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、医療と介護相互の情報共有や、学習体制の推進、課題の解決及び相談体制の強化などを目的としています。個別事業としては、相談窓口の設置、医療介護連携マップの普及、医療介護情報共有ファイルの作成、普及啓発のための講演会等を行います。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
在宅医療相談延べ件数	目標値	100件	110件	120件
	実績値	1,296件	2,109件	3,124件
	達成率	1296.0%	1917.3%	2603.4%
研修・講演会開催回数	目標値	2回	2回	3回
	実績値	1回	5回	1回
	達成率	50.0%	250.0%	33.4%

現状	平成30年度に新設された公立芽室病院の在宅医療連携相談窓口は、広く関係事業所や医療機関に周知されており、相談件数は増加しています。講演会は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため開催を見合わせました。
評価	ケースを通しての医療機関・介護事業所の連携は相互に広がっており、情報共有の機会も増加傾向にあります。新型コロナウイルス感染症対策を踏まえ、講演会開催に向けて検討していきます。

## 第4節 介護サービス基盤の整備等

### 1 第7期中の地域支援事業費分の介護サービス基盤の整備の考え方と事業概要

地域支援事業において、高齢者が要介護認定を受けずとも住み慣れた環境で生活していける支援体制を整えることや、支援している家族の不安、負担を減らすこと等を目的に、芽室町において下記の事業を計画します。

#### (1) 認知症地域支援・ケア向上事業

国の認知症有病者数は平成24年時点で462万人、軽度認知障害(MCI)有病者数は、約400万人と推定されています。高齢者数の増加に伴い認知症有病者数はさらに増加し、平成37年には約700万人になる見込みとなっています。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すために、住民全てに認知症に関する正しい知識の普及を進めるとともに、認知症ケアの質の向上を図り、認知症の人や家族への包括的、継続的支援を実施する体制を構築する必要があります。

認知症地域支援推進員が中心となって、認知症の人の容態に応じて必要な医療や介護サービスを受けることができるよう支援体制を構築するとともに、認知症カフェ等を通じ、認知症に関する相談や情報交換を行うことにより、認知症の人や家族の心理的不安の軽減を図ることを目的としています。また、認知症ケアパスの普及に努め、必要に応じた改訂を行います。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
認知症カフェ 開催回数	目標値	12回	12回	12回
	実績値	12回	16回	6回
	達成率	100.0%	133.4%	50.0%
認知症カフェ 参加延人数	目標値	240人	240人	240人
	実績値	233人	232人	39人
	達成率	97.1%	96.7%	16.3%
講演会開催回 数	目標値	1回	1回	1回
	実績値	1回	1回	1回
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%

現状	<p>めむろ一ど1階めむろまちの駅で開催していた認知症カフェは、新型コロナウイルスの影響で会場が使用できず4～9月まで休止していましたが、会場を3階のレファレンス室に変更し、10月から再開しました。感染対策として申込制とし、開催時間の短縮や内容の見直しを行いました。試験的カフェについては、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から令和2年度は開催を中止しました。</p> <p>認知症講演会では、『認知症の理解と予防についての講演会』を開催し、51名の方の参加がありました。</p>
----	--

評価	<p>めむろ一どで開催している認知症カフェは、令和元年度に比べ参加人数の減少はありますが、独居の方や認知症の心配のある方等の参加は継続されており、認知症カフェにより外出や交流の機会となっていることから今後も開催していくことが必要と考えます。</p> <p>試験的実施の認知症カフェについては、今後も地域を変えて開催しながら、参加者の状況や地域の特性などを考慮し、定期開催へ繋げることができるよう検討していきます。</p> <p>認知症講演会は、毎回参加者も多く、関心の高い話題であることから、今後も講演会等の開催により認知症の知識の普及を図ります。</p>
----	--

## (2)認知症初期集中支援推進事業

これまで認知症の早期対応の遅れから症状が悪化し、行動・心理症状が生じてから医療機関を受診する例や、継続的なアセスメントが不十分で適切な認知症ケアができていない例など、今までは、認知症の方に危機が生じてからの事後対応が主眼となっていたことから、「早期支援機能」として認知症初期集中支援推進事業が始まりました。

認知症初期集中支援チームが、認知症と診断されていない方や治療を中断している方、医療サービスや適切な介護サービスを利用していない方、認知症による症状が強く対応に困っている方を対象に訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立した生活のサポートを行います。認知症の早期発見・早期診断・早期対応により住み慣れた環境での暮らしを継続していくことを目的としています。

認知症初期集中支援チーム構成員：認知症サポート医、看護師・社会福祉士等、町の保健師等

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
初期集中支援 実施人数	目標値	4人	4人	4人
	実績値	4人	3人	3人
	達成率	100.0%	75.0%	75.0%
認知症に関する 相談対応延人数	目標値	60人	65人	70人
	実績値	131人	141人	158人
	達成率	218.4%	217.0%	225.8%

現状	<p>令和2年度から支援開始している者は1名で、他2名は令和元年度から継続支援を行っています。令和2年度の支援者1名は、専門医療機関やサービス利用につながっていますが、家族への相談対応で支援を継続しています。令和元年度継続者については、1名は支援を終了し、1名は専門医療機関へ入院となっています。初期集中支援チームでの専門的な視点による関わりにより、スムーズな介入につながっています。</p>
評価	<p>積極的な事業の活用により、認知症の早期発見・早期治療だけでなく、相談者等への生活支援にもつながっていることから、事業の周知も積極的に行っています。</p>

### (3) 家族介護用品支給事業

在宅の最重度の要介護認定者を介護している家族に対し、介護用品支給券を交付することを通じて、在宅介護の経済的・心理的負担感を軽減し、在宅生活の選択・継続を支援する環境整備として実施します。最重度の要介護認定者、その家族を対象とする事業として、ケアマネジャー等関係者等と連携・協力し、周知漏れのない事業運営を目指します。多様な介護用品の流通にあたり、可能な限り、介護家族の立場に立った対象用品の見直しを行います。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
利用者数	目標値	27人	28人	30人
	実績値	28人	26人	24人
	達成率	103. 7%	92. 9%	80. 0%

現状	在宅で重度の要介護者を介護している家族に対して、1か月6, 500円の介護用品給付券を交付することにより、家族介護による経済的負担の軽減を図るとともに、要介護者の住宅生活の継続・向上を支援します。
評価	<p>実利用者は、年々減少していますが、利用者からは制度継続の要望が上がっており、介護者の負担軽減と要介護者の在宅生活の継続に寄与しています。</p> <p>第7期介護保険計画期間中は、事業の廃止・縮小に向けた具体的な取り組みを検討していることを条件に交付金の対象事業となっていたことから、第8期介護保険計画期間については、対象者を非課税世帯に限定し、引換可能な介護用品についても紙おむつ等の排泄関連の使い捨て用品に限定することで、低所得者等に配慮した内容の事業縮小を実施し、事業の継続を図ります。</p>



#### (4)介護家族リフレッシュ事業

介護家族は介護に対する不安やストレス等精神的負担を抱えている方が多い状況です。介護者同士の交流の場や健康管理に関する学習の機会を提供することにより、介護する側、受ける側双方にとって健全な関係・暮らしが継続されるようお手伝いします。深刻な悩みを抱える介護家族に対しては、教室開催時だけでなく、ケアマネジャー等の関係者と連携してサポートします。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
開催回数	目標値	3回	3回	3回
	実績値	3回	3回	3回
	達成率	100.0%	100.0%	100%
参加延人数	目標値	30人	30人	30人
	実績値	35人	77人	17人
	達成率	116.7%	256.7%	56.7%

現状	<p>介護を担う家族は、在宅のみに限ったことではなく、施設等の入所でも、精神的負担を抱えながら生活しています。お互いを労い、共感し、介護サービスの利用について等の情報交換の場になっています。</p> <p>これまで学習会の対象を介護に関心のある方にも対象を広げて参加いただきましたが、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、令和2年度は介護家族に限定し、体操の講座を開催しました。</p>
評価	<p>リピーターの方が多くいますが、個別勧奨により新規の方の参加もあり、参加者からは、自分のための時間を過ごすことができ、リフレッシュの時間になっているという声も聞かれています。今後も介護家族が交流やリフレッシュの時間を持てるよう開催内容を検討していきます。</p>



## (5) 高齢者食事サービス事業

ひとり暮らしの高齢者等で、調理・買い物等の日常生活に何らかの支援が必要な方を対象に、利用者自らが選択した食事を配達することにより、自立した生活の支援や健康の維持・増進、社会的孤立感の解消を図ります。

第7期計画期間内(平成31年度想定)において、次の事業見直しを計画します

- ① 利用対象者を拡大し、食の安定による暮らしの安定に寄与します
- ② チケット販売をやめ、利用者と事業者による直接契約を斡旋します
- ③ 月～金曜日の夕食のみの提供体制から、毎日の昼食・夕食に拡大。おかずのみの提供も想定します
- ④ 配達時の安否確認システムを維持するとともに、低所得者への助成を想定します
- ⑤ 自ら選んで食事を手配し、料金を支払うことの難しい方をコーディネーターの配置により支援します
- ⑥ 介護家族の食支援に係る負担軽減に寄与します
- ⑦ 訪問介護による買い物、調理支援の稼働を減らします

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
実利用人数	目標値	44人	88人	132人
	実績値	43人	66人	80人
	達成率	97.8%	75.0%	60.6%
配達延べ食数	目標値	5,840食	11,680食	17,520食
	実績値	4,697食	8,199食	14,177食
	達成率	80.5%	70.2%	81.0%

現状	自らの食事の調理及び買い物に行けない高齢者に対し、栄養士によるバランスの取れた食事を提供し、配達時に規定の安否確認を実施することにより、配達員が変更になった場合でも安定した安否確認を可能としています。
評価	実利用人数と配達食数は伸びており、栄養バランスの取れた食事の提供や家族による食事支援の負担軽減、安定した安否確認は、高齢者が安心して在宅生活を送るうえで必要であると評価できます。

## (6) 介護予防サービス事業

介護予防・日常生活支援総合事業(新総合事業)の開始に伴い、要支援認定者及び事業対象者向けサービスを地域支援事業において実施します。平成 28 年 11 月より開始した住民型訪問サービスについて、担い手の養成を行いながら、需要に合わせた提供体制を構築します。第7期計画期間内に多様なサービスメニューの追加を計画します。また、対象者の求める支援内容に適した担い手や提供体制を構築し、サービスの適正化と費用の抑制を図ります。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
訪問型サービス	目標値	2,772回	2,772回	2,910回
	実績値	2,592回	2,662回	2,812回
	達成率	93.5%	96.1%	96.7%
通所型サービス	目標値	2,460回	2,460回	2,583回
	実績値	2,712回	3,584回	3,719回
	達成率	110.3%	145.7%	144.0%
事業対象者数	目標値	20人	30人	40人
	実績値	14人	13人	9人
	達成率	70.0%	43.4%	22.5%

現状	介護予防・日常生活支援総合事業として要支援認定者及び事業対象者向けサービスを実施しました。訪問型サービスの一部は住民支援団体への委託業務として実施しました。
評価	新総合事業の開始に伴い、軽度者へのサービスについて市町村が独自にサービス設計し、より効果的・効率的なサービスを提供することにより、将来的な介護費用の抑制や多様な支援の担い手の育成を進めることが求められています。

## (7)福祉人材確保対策事業

介護人材の不足は全国的に深刻な社会問題となっており、本町においても介護事業者との協議において、既に必要数の確保が困難となっている状況が確認されています。

介護サービス基盤としての担い手を確保し、将来に渡って必要なサービス基盤(量)を維持していくために、福祉人材確保対策事業として人材育成等を行います。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
介護職員初任者 研修修了者数	目標値	5人	7人	10人
	実績値	14人(5人)	14人(7人)	—
	達成率	280%(100%)	200%(100%)	—
その他育成者数	目標値	5人	5人	5人
	実績値	0人	0人	—
	達成率	0%	0%	—

現状	新型コロナの影響により、事業を中止したため、平成 30 年度～令和元年度の講座を受講し資格を取得した方(新規 28 人、有資格者1人)に対し、就労状況等の追跡調査を実施しました。
評価	安定した介護サービス基盤を維持するために、引き続き人材の育成は必要と考えますが、資格取得者の中には、様々な理由で就労につながらないケースもあることから、業務内容の積極的な発信も必要と感じています。

## 2 第7期中の介護保険給付費分の介護サービス基盤の整備について

芽室町における第7期中の介護保険給付費分の介護サービス基盤の整備の考え方において、下記の内容を計画に記載し、整備を進めることとしました。

この芽室町の現状を踏まえ、第7期介護保険事業計画期間中には、芽室町に未整備であった運動特化型の通所介護の整備について検証することとします。また、訪問介護の人材を確保すること等を目指し、人材育成に取り組むこととします。なお、施設整備についても芽室町の高齢者の動向を把握しながら、必要に応じて検討していくこととします。

進行管理の中では、この文章中「運動特化型の通所介護の整備」「訪問介護の人材育成」「芽室町の高齢者の動向」の3点について評価します。

### ・運動特化型の通所介護の整備

平成30年度に運動特化型の通所介護について「自立支援、介護予防、重度化防止の推進」に効果があると位置付け、前年度は町内事業所に対して、芽室町の将来人口と高齢者の推計を作成し、その中で様々な通所介護の在り方、町内町外事業所の利用状況、今後の高齢者人口の伸びから推計するサービス需要量などを説明。令和2年度では、第8期介護保険事業計画策定における検討のなかで、運動特化型の通所介護の効果が既に確認できていることから、第8期介護保険事業計画においても継続して介護事業所に対する説明及び周知を進めることとした。

### ・訪問介護の人材育成

新型コロナウイルスの影響により、令和2年度の介護職員初任者研修の事業を中止することとしたが、平成30年度から令和元年度の研修修了者は29人(新規28人、有資格者1人)で、うち9人が町内事業所に就労する実績となる。しかし、介護人材不足は未だ全国的に深刻な社会問題であるため、第8期介護保険事業計画においても引き続き人材の確保と育成の取り組みを進めることとした。

・芽室町の高齢者の動向

令和2年度末の要介護・要支援認定者数は前年度に対して減少(1,077人→1,070人)しているものの、傾向としては令和21年度まで増加を続ける見込みとなっています。

現在は比較的軽度と言われている要支援2及び要介護1の人数が増加していますが、今後は被保険者の高齢化が進むとともに要介護度の重度化は避けられない課題になるため、要介護・要支援認定者数の動向を把握し、必要なサービス基盤体制を構築する必要があると捉えます。

	平成31年3月末	令和2年3月末	令和3年3月末	対前年増減
要支援1	113人	101人	104人	+3人
要支援2	137人	153人	144人	-9人
要支援者計	250人	254人	248人	-6人
要介護1	235人	258人	272人	+14人
要介護2	206人	200人	195人	-5人
要介護3	158人	166人	159人	-7人
要介護4	109人	104人	103人	-1人
要介護5	99人	95人	93人	-2人
要介護者計	807人	823人	822人	-1人
合計	1,057人	1,077人	1,070人	-7人

### 3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

人口減少などの地域の実情に応じて、介護保険と障害福祉制度の「縦割り」を超えて柔軟に必要な支援を確保することが容易になるよう、事業・報酬の体系が見直され、介護保険にも障害福祉制度にも「共生型サービス」が創設されることとなりました。芽室町において令和2年度には「共生型サービス」についての指定・相談はありませんでした。今後も、制度の周知と共生型サービスの在り様、必要性について事業者とともに検証していきます。

### 4 地域密着型サービスの考え方

高齢者が住み慣れた地域で生活するという観点から、日常生活圏域内にサービス提供の拠点が確保されるサービスであり、芽室町が事業者の指定を行い、芽室町民のみの利用が原則となります。また、様々な理由で他の市町村にある事業所の利用を希望する場合には、その市町村との合意・同意を得て芽室町が当該事業者の指定をしたうえで利用することになります。

### 5 芽室町総合保健医療福祉協議会 高齢者・介護部会

令和2年度は、次のとおり各議題について審議を行いました。

・第1回芽室町総合保健医療福祉協議会 高齢者・介護部会（7月29日開催）

#### 【議題】

- ① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果について
- ② 在宅介護実態調査の結果について
- ③ 高齢者を取り巻く状況について
- ④ 第8期芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の基本目標(案)について
- ⑤ 地域包括支援センターの方向性について

・第2回芽室町総合保健医療福祉協議会 高齢者・介護部会（10月28日開催）

#### 【議題】

- ① 第8期芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の素案(案)について
- ② 地域包括支援センター外部委託の経過について

・第3回芽室町総合保健医療福祉協議会 高齢者・介護部会（12月28日開催）

#### 【議題】

- ① 第8期芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の原案(案)について

・第4回芽室町総合保健医療福祉協議会 高齢者・介護部会（1月20日開催）

#### 【議題】

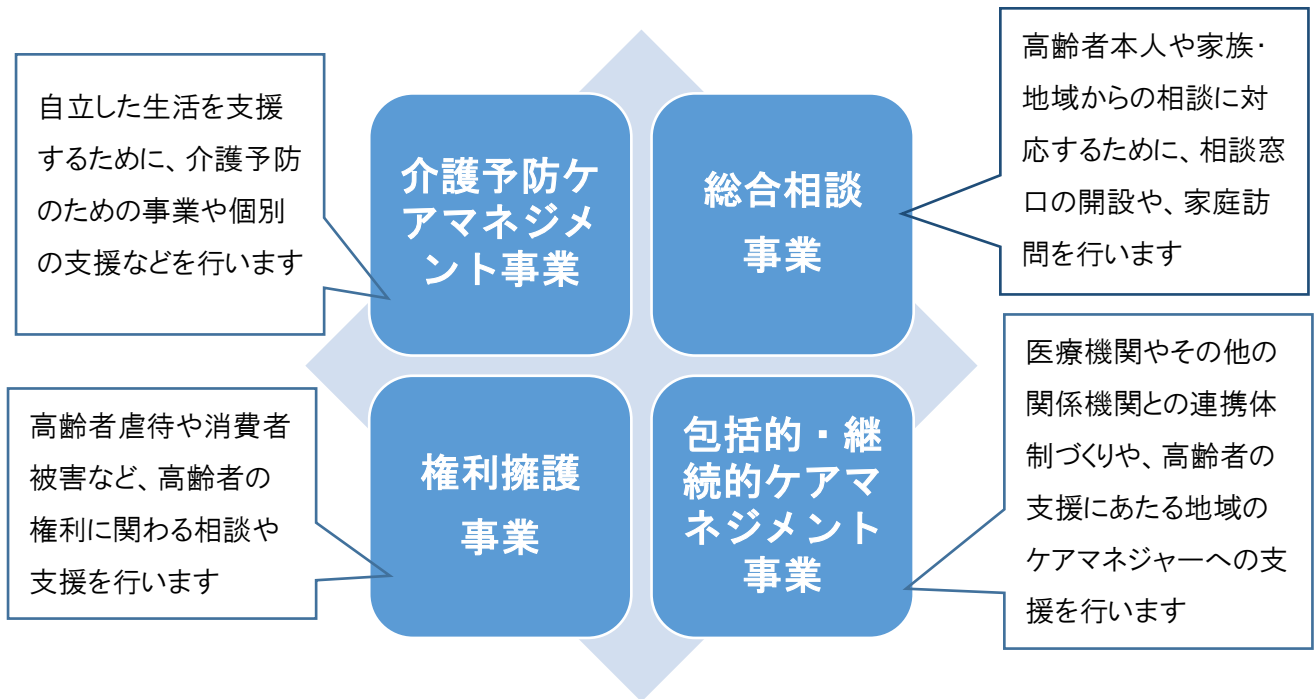
- ① 地域密着型サービス運営委員会について
- ② 第8期芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の原案(案)の修正について

## 第5節 地域支援事業の推進

### 1 地域包括支援センターについて

#### (1) 地域包括支援センターの役割・機能

高齢者の増加、高齢者のみ世帯・ひとり暮らし世帯の増加、認知症高齢者の増加が予測される中、介護サービス、医療サービスのみならず、地域の助け合いや見守りなど様々な支援が切れ間なく提供される体制(地域包括ケアシステム)が必要です。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推進を地域支援事業における包括的支援事業として、公正・中立の立場から次の4つの事業を基本機能として行います。



#### (2) 地域包括支援センターの設置

現状における日常生活圏域の設定や人口規模等を勘案し、効率的な運営が可能であると判断し、平成19年度から直営で1か所設置しています。地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)の3職種を中心とする体制で、地域支援事業における包括的支援事業と指定介護予防支援事業(要支援1・2の方に対するケアプラン作成等)を実施します。



### (3)地域包括支援センターの事業内容と方針、目標

#### ①介護予防ケアマネジメント事業

要支援1・2認定者および事業対象者に対して、介護予防・生活支援サービス事業利用等の介護予防ケアマネジメントを実施します。

地域包括支援センターの専門職の特性を活かしたケアプランを作成し、多様なニーズに応じて、自立支援及び要介護認定への重度化防止に努めます。

※ 事業対象者とは、基本チェックリストを用いて判断し該当した方です。

※ 介護予防ケアマネジメントとは、要介護状態になることを予防し、その人自身の能力を活かし、住み慣れた地域で自立した生活が送れるよう計画を立て、社会資源の活用やサービス利用等の支援をすることです。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
介護度が維持・改善した割合(※)	50%	50%	55%	60%
	81%	81%	77%	70%
	162%	162%	140. 0%	116. 7%
介護予防ケアマネジメント支援計画作成延べ件数	762件	762件	852件	1, 008件
	528件	528件	628件	587件
	69. 3%	69. 3%	73. 7%	58. 3%

※年度途中でサービスを変更する場合もあるため、介護予防支援事業対象者と合わせた数値を記載しています。

現状	総合事業プラン数については、昨年度とほぼ横ばいでした。介護度の維持・改善率は昨年度より低下しています。低下の理由としては、自然老化が約4割、病気による理由が約3割となっており、大半を占めています。
評価	介護度の維持・改善について、7割の方が維持・改善されています。しかし、要支援認定者やサービス利用者は増加しており、利用者の自立支援及び要介護度の重度化予防、適切なサービス利用に向けたケアマネジメント能力を高め、さらに維持・改善につなげる必要があります。

## ②総合相談事業

### ②-1 総合相談

地域包括支援センターは、高齢者やその家族、近隣に暮らす方々の介護や健康、福祉、医療、生活に関することなど様々な相談に対応する窓口で、芽室町では町直営で1か所設置しています。

寄せられる相談の内容により、医療機関、介護保険事業所、介護予防教室、民生委員、地域住民、警察など様々な関係機関との連絡調整や、家庭訪問などの継続支援を行います。また、関係機関に寄せられた相談についても、日頃から連携を強化し、必要時相談対応していきます。

第7期計画期間においては、相談窓口の週休日の開設等の機能拡大は計画せず、予約制による週休日対応、守衛職員を介した夜間の電話対応を引き続き行います。

今後も、高齢者の総合相談窓口として広く町民に周知を行っていきます。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
新規相談受け人数	目標値	309人	315人	317人
	実績値	214人	233人	205人
	達成率	69.3%	74.0%	64.7%

現状	介護に限らない高齢者の相談窓口として利用されています。高齢者に関わる困りごとが生じたときに、滞りなく対応できるように各関係機関とネットワークを維持しています。
評価	今後も滞りなく利用できるように取り組みます。

### ②-2 家庭訪問

介護認定の有無にかかわらず、健康状態や生活状況の確認、各種サービスの利用調整などの目的で、地域包括支援センターの職員が家庭を訪問します。実際の生活の場所で、生活環境の整備やご本人の生活に寄り添った支援を行うために、今後も継続していきます。また、地域の他職種(管理栄養士・歯科衛生士等)や関係機関(介護保険事業所等)との同行訪問により、より効果的で専門的な支援につながるよう工夫していきます。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
家庭訪問延べ件数	目標値	1,350件	1,400件	1,450件
	実績値	1,218件	1,024件	824件
	達成率	90.3%	73.2%	56.9%
介護保険認定者訪問延べ件数	目標値	900件	925件	950件
	実績値	732件	732件	573件
	達成率	79.2%	79.2%	60.4%

現状	目的に合わせて多職種(保健師・社会福祉士・理学療法士・歯科衛生士等)が家庭訪問を行い、生活状況や健康状態に合わせた支援を行っています。介護保険サービス・介護者支援・権利擁護等、多様な支援を要する場合もあり、それぞれの専門性を生かして事業を行っています。
評価	高齢者や要介護者等、支援を必要とする対象が増加する中、家庭訪問はもちろん、地域のサロンや地域活動の場に出向いて情報発信し、個別の支援につながるよう今後も努めます。新型コロナウイルス感染症拡大防止により、電話での相談へ対応を変更するなどしたため、訪問数の減少につながったと考えます。

### ③権利擁護事業

認知症や支援者不在等の困難を抱える高齢者が、住み慣れた地域で安心して尊厳のある生活を送れるよう、成年後見制度の利用促進や高齢者虐待への対応、高齢者虐待防止や早期発見のためのネットワークの充実及び相談支援等の事業を行います。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
権利擁護相談 延件数	目標値	60件	61件	62件
	実績値	67件	67件	119件
	達成率	111.7%	109.9%	192.0%
権利擁護相談 実人数	目標値	40人	41人	42人
	実績値	41人	32人	39人
	達成率	102.5%	78.1%	92.9%

現状	<p>高齢者虐待は心理的虐待と疑われるケースの相談割合が高く、複雑な背景を抱えています。そのため、複数機関・係で対応するケースがあり、1件に対しての対応回数が増加しています。成年後見制度の報酬助成や申立できる親族が不在の方には市町村長申立も実施しています。</p> <p>消費者協会や、芽室交番と情報共有を行う「おもいやり連携会議」を年3回開催するなど、権利擁護ネットワークの強化を図っています。</p>
評価	<p>複雑な課題を抱える事例に対し、関係機関と連携しながら対応しており、今後もネットワークの充実を図っていき、支援困難ケースへ対応できる体制を継続する必要があります。</p>

#### ④包括的・継続的ケアマネジメント事業

##### ④-1 介護支援専門員支援事業

##### ④-1-a ケアマネネットワーク会議

2か月に1回、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象に、情報交換や研修会を実施し、介護支援専門員の資質向上や後方支援を目指しています。町内の事業所だけでなく、町民を支援している町外の事業所に周知して参加を促しています。地域課題を介護支援専門員と共有すると同時に、必要な知識の習得の場として活用されています。今後も、町の健康問題や地域の特性を踏まえた学習内容を盛り込むと同時に、介護支援専門員が持つ課題解決を支援できるように聞き取り調査を経て、計画的な研修体制を構築していきます。

評価指標		2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
会議開催回数	目標値	6回	6回	6回
	実績値	6回	5回	4回
	達成率	100.0%	83.4%	66.7%
参加延べ人数	目標値	150人	150人	150人
	実績値	130人	124人	77人
	達成率	86.7%	82.7%	51.4%

現状	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、4回のうち、2回を書面開催で実施しています。ケアマネジャー業務の参考として、研修内容をまとめた資料を各事業所に郵送しました。研修テーマは、町内の保健福祉サービスに関する内容から薬剤師による居宅療養管理指導に関する内容等まで幅広く設定しています。
評価	薬剤師や歯科衛生士等の他の専門職による研修を実施することで、アセスメントやモニタリング時に役立てるような情報を得る機会となり、ケアマネジャーの資質向上に繋がっています。

#### ④-1-b めむろケアカフェ事務局業務

概ね月に一度、町内の介護保険サービス事業所、医療機関等の職員が、情報交換・関係づくりを行う機会として、主に保健福祉センターを会場に「めむろケアカフェ」を開催しています。関係機関への案内や開催テーマの調整のほか、子育て中の女性が参加しやすい環境づくりのため、平成 29 年度から託児を行っています。

評価指標		2018(平成 30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和 2)年度
開催回数	目標値	10回	10回	10回
	実績値	6回	3回	0回
	達成率	60.0%	30.0%	0%
参加延べ人数	目標値	120人	125人	130人
	実績値	124人	38人	0人
	達成率	103.4%	30.4%	0%

現状	近年は参加者の減少やニーズの低下、運営委員の日程調整や選出の困難さなどがあったため、アンケート調査を行い今後の活動のあり方を検討しました。 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため開催を見合わせました。
評価	アンケート結果を基に、講演会や会議等の開催前後に合わせて、集まりやすい日程や時間での開催をしていきます。

## 2 地域支援事業について

### (1) 地域支援事業の考え方

地域支援事業は、被保険者が要介護状態等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及び支援体制、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。

3事業で構成され、平成26年の介護保険制度改正により、次のように機能が拡大されました。また、保険給付のサービスと同様、介護保険料を財源とする取り組みとして、費用と効果を検証しながら推進します。

#### 介護予防・日常生活支援総合事業

- ・要支援認定者や基本チェックリスト該当者を対象とする「介護予防・生活支援サービス事業」と広く高齢者を対象とする「一般介護予防事業」を総合的に展開する。

#### 包括的支援事業

- ・地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメント、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援を継続して推進する。
- ・第6期計画期間において開始した、社会保障充実分の包括的支援事業(在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業及び地域ケア会議推進事業)を強化しながら推進する。

#### 任意事業

- ・本町の状況に照らして必要とする取り組み(介護給付費等費用適正化事業、介護家族支援事業及びその他の事業(成年後見制度利用支援事業や高齢者食事サービス事業等))を重点化して実施する。

## (2)地域支援事業の具体的内容と方針

### ① 介護予防・日常生活支援総合事業

#### a 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定者や基本チェックリスト該当者(事業対象者)に対して、従来、介護予防訪問介護や介護予防通所介護により提供されていた専門的なサービスに加え、住民主体等のサービスを整備し、必要な支援が多様な担い手により提供される環境において、利用の促進を図ります。

事業	平成30年度	令和元年度	令和2年度
訪問型サービス	2,772回	2,772回	2,910回
	2,592回	2,662回	2,812回
通所型サービス	2,460回	2,460回	2,583回
	2,712回	3,584回	3,719回
事業対象者数	20人	30人	40人
	14人	13人	9人
介護予防ケアマネジメント支援計画作成延べ件数	762件	852件	1,008件
	528件	628件	587件

※枠内上段が計画値、下段が実績値となります。



## b 一般介護予防事業

高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させることなどにより、介護予防・認知症予防を進めるとともに、要介護状態になっても生きがいや役割意識をもって生活できる地域の構築を目指します。

区分	事業	平成30年度	令和元年度	令和2年度
介護予防把握事業	あたまの健康チェック 実施人数	70人	80人	90人
		69人	47人	16人
介護予防普及啓発事業	出前健康講座	1,190人	1,200人	1,210人
		674人	1,087人	314人
	健康相談	150人	150人	150人
		86人	83人	42人
	体力増進教室	40人	40人	40人
		29人	19人	中止
	脳活性化教室	60人	60人	24人
		58人	50人	26人
地域介護予防活動支援事業	介護予防ポイント推進事業(登録者)	120人	120人	120人
		111人	108人	99人
	高齢者支援活動事業	407人	432人	457人
		506人	540人	527人

※枠内上段が計画値、下段が実績値となります。

## ② 包括的支援事業

### a 地域包括支援センターの運営

事業内容は地域包括支援センターの事業内容と方針と目標と同様の内容ですので省略いたします。

- ・介護予防ケアマネジメント事業
- ・総合相談事業 } 総合相談事業
- ・家庭訪問
- ・権利擁護事業
- ・ケアマネネットワーク会議 } 包括的・継続的ケアマネジメント事業
- ・めむろケアカフェ事務局業務

### b 社会保障充実分の事業

社会保障充実分の事業として芽室町では下記の5事業を計画しています。また事業内容につきましてはすでに記載しておりますので省略いたします。

- ・生活支援体制整備事業
- ・地域ケア会議
- ・在宅医療、介護連携推進事業
- ・認知症地域支援・ケア向上事業 } 認知症総合支援事業
- ・認知症初期集中支援推進事業

### ③ 任意事業

- a 介護給付費等適正化事業
- b 家族介護支援事業
- c その他の事業

#### a 介護給付等費用適正化事業

介護給付費適正化事業については平成20年度からこれまで3年を1期(第1期のみ4年間)として3期にわたり、各都道府県において「介護給付費適正化計画」を策定し、都道府県と保険者が一体となり、その推進に取り組んできました。今般、「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」により、市町村介護保険事業計画において、介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされました。

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定して、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するよう促すことで、適切な介護サービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものであります。

実施主体は保険者であり、保険者が本来発揮すべき保険者機能の一環として自ら主体的・積極的に取り組むものとされ、具体的な目標を設定し促進を図っています。

介護給付等費用適正化事業の主要事業は全部で5事業あり、芽室町では第3期(平成27年～平成29年)に、要介護認定の適正化、住宅改修等の調査、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費通知の4事業を行っており、ケアプラン点検のみ未実施でした。

第3期の結果として、要介護認定の適正化では、資料作成にて、適切かつ公平を確保するように確認するように努め、住宅改修等の調査、縦覧点検・医療情報との突合については、給付の誤りに対応し、事業所等に訂正の連絡を実施しました。介護給付費通知においては、通知を受けた利用者の申出から過誤申請につながった件数は0件でした。

第3期の取り組みの結果をうけて第4期(平成30年～平成32年)介護給付等適正化事業において下記のとおり計画します。

#### a-ア 要介護認定の適正化

本事業は、要介護認定の変更認定又は新規認定、更新認定に係る認定調査の内容について、市町村職員等が訪問又は完成した資料の確認を通じて点検することにより、調査員ごとの差異をなくし、適切かつ公平な要介護認定の確保を図るために行います。

芽室町は、現在認定調査の全件を事務職員でチェックを行い、調査を委託している施設にも定期調査として直営の認定調査員が認定調査を行うことで、施設入所者の認定調査結果の是正を行っており、次期計画期間中も第3期計画と同様に取り組みます。

	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
審査資料確認	100%	100%	100%
実施率	100%	100%	100%

### a-イ ケアプラン点検の実施

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出又は訪問調査を行い、市町村職員等の第3者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善するために行います。

芽室町では第3期までは行えていませんでしたが、ケアプラン点検をすることの効果額が大きいことや、居宅介護支援事業所への指導の強化を図るためにも、第4期計画中に実施するための運用方法を検討し実施します。

	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
実施件数	6件以上	6件以上	6件以上
	0件	2件	0件

### a-ウ 住宅改修、福祉用具購入、福祉用具貸与の点検

保険者が利用者の状況にそぐわない不適切又は不要な住宅改修、福祉用具購入・貸与を排除し、適切な利用を進めるものです。

芽室町では、住宅改修、福祉用具購入ともに事前申請を受けており、事前申請の段階で必要性に欠ける、不適切、不要な申請であれば、承認をしない場合や、より詳細な情報を提供していただき、内容が適正な申請かを改めて判断するなどの対応をしており、第4期計画も同様に点検を行っていきます。

	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
事前申請確認	100%	100%	100%
割合	100%	100%	100%

### 住宅改修、福祉用具購入に関する事業

#### ※福祉用具購入・住宅改修支援事業

担当ケアマネジャーのいない介護保険認定者に対して、福祉用具購入及び住宅改修費の給付申請の際に、地域包括支援センター職員が、健康状態・生活状況に合わせて適切な福祉用具の選定や住宅改修方法を検討し、理由書を作成します。今後も、自立支援や安全性の確保、介護者の負担軽減などが図れるよう、継続して実施していきます。また、医療機関に入院中の方の相談に対しても、退院後の生活を見据えた住環境が整備できるよう、理学療法士等医療機関と積極的に連携し支援します。

	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
福祉用具購入 申請書作成件数	15件	16件	17件
	22件	14件	8件
住宅改修申請書 作成件数	20件	21件	23件
	22件	23件	13件

### a-エ 縦覧点検・医療情報との突合

縦覧点検は受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況(請求明細書内容)を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

医療情報との突合は医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図ります。

芽室町では現在、国保連合会に委託している事務内容であり、事業者への照会・確認から過誤申立書の作成・過誤処理までを委託によって行っています。委託の結果は芽室町に送付され、実際に事業所からの過誤申請が提出されており、適正化に効果があると判断し、第4期計画期間も委託業務として取り扱います。

	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
実施回数	12回	12回	12回
	12回	12回	12回

### a-オ 介護給付費通知事業

保険者から受給者本人(家族を含む)に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果を目的にしています。第3期計画では利用者からの申出はありませんでしたが、介護給付費通知を送付していることにより、事業所の不正請求への抑止力となると判断し、第4期計画期間も継続して行うこととします。

目標値	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度
実施回数	2回	2回	2回
	2回	2回	2回
実施件数	対象者全員	対象者全員	対象者全員
	1,543件	1,596件	1,651件

令和2年度は総合事業分187件を含む。

### b 家族介護支援事業

家族介護用品支給事業、介護家族リフレッシュ教室、認知症高齢者などの見守り事業等により、介護家族の負担軽減と住民理解の促進、要介護高齢者の安定した生活の継続を支援します。

### c その他の事業

ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加を踏まえ、成年後見制度の利用促進や認知症サポーターの養成を継続するとともに、食事サービスの充実による暮らしの安定を図ります。