

第8期 芽室町
高齢者保健福祉計画
介護保険事業計画
資料編
令和3年度～令和5年度

芽室町

目次

- 1 日常生活圏域ニーズ調査結果 P 1～P 47
- 2 在宅介護実態調査結果 P 48～P 116
- 3 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 中間年度までの実績 P 117～208
- 4 関係団体との意見交換 P 209～P 222
- 5 介護保険サービス事業者との意見交換 P 223

<集計分析結果>

(単純集計版)

1 介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査の集計結果

～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～

令和2年3月30日

<茅室町>

目次

～単純集計～

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について [P. 1]

2 各設問の回答結果

　問 1 あなたのご家族や生活状況について [P. 4]

　問 2 からだを動かすことについて [P. 7]

　問 3 食べることについて [P. 11]

　問 4 毎日の生活について [P. 13]

　問 5 地域での活動について [P. 16]

　問 6 たすけあいについて [P. 19]

　問 7 健康について [P. 22]

　問 8 認知症にかかる相談窓口の把握について [P. 24]

　問 9 将来、あなたに介護が必要となったときについて [P. 25]

　問 10 終末期の療養について [P. 28]

～単純集計～

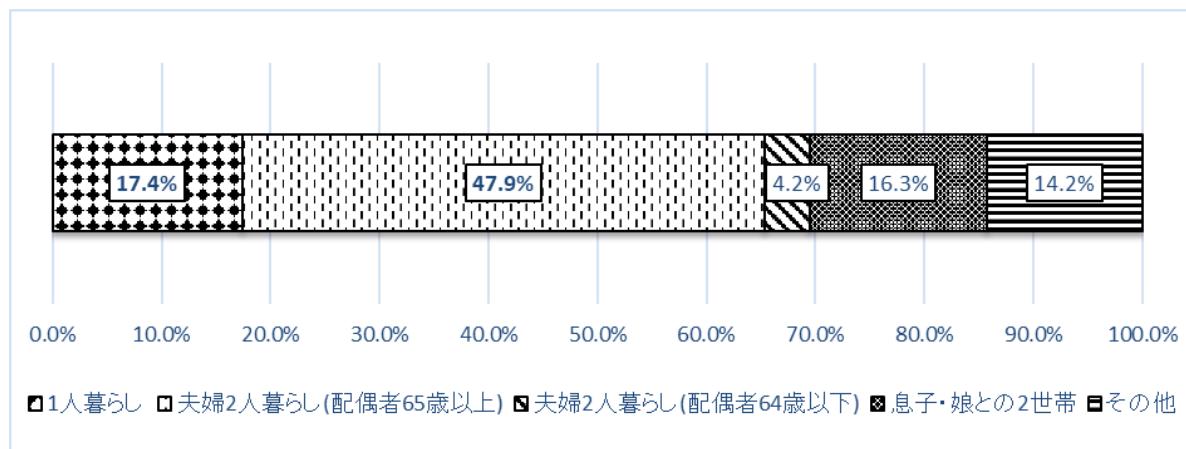
1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

- 第6期介護保険事業計画（平成27年～29年）の策定の際に用いた「日常生活圏域ニーズ調査」の目的は、地域の高齢者の状況を把握することで、地域課題を把握して地域の目標を設定すると同時に、介護予防事業に誘導すべき高齢者のスクリーニングに活用することを想定していました。
第7期介護保険事業計画（平成30年～令和2年）の策定に使用する際から「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」と名称が変更され、目的も高齢者のスクリーニング等の個別の対応を実施すのではなく、地域診断に活用することが求められるようになりました。
- 今回実施する第8期介護保険事業計画（令和3年～5年）の策定に用いる調査では、要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定することと、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用することを目的にしています。
- 国では調査項目として必須項目42問とオプション項目（自治体ごとで入れても入れなくてもよいとされている項目）29問の計71問を提示していましたが、茅室町ではオプション項目の内容を精査し、50問とし、それに加えて茅室町独自の質問項目を20問設定し、合計70問で行いました。
- 調査方法についても悉皆調査と抽出調査の選択ができましたが、サンプル数の確保の面から悉皆調査を行いました。全対象者4,617名に対し調査票回収者数3,087名となり回答率は66.9%となりました。
- 以降各項目の結果をグラフにまとめます。なお、各項目におけるnは総回答者数を示しており、回答の選択総数ではありません。
例) 1人が2つの回答をすると n=1
2人が1つずつ回答をすると n=2
- 国の必須項目は【必】、オプション項目は【オ】、町独自の項目は【町】を設問の後ろに付けてあります。

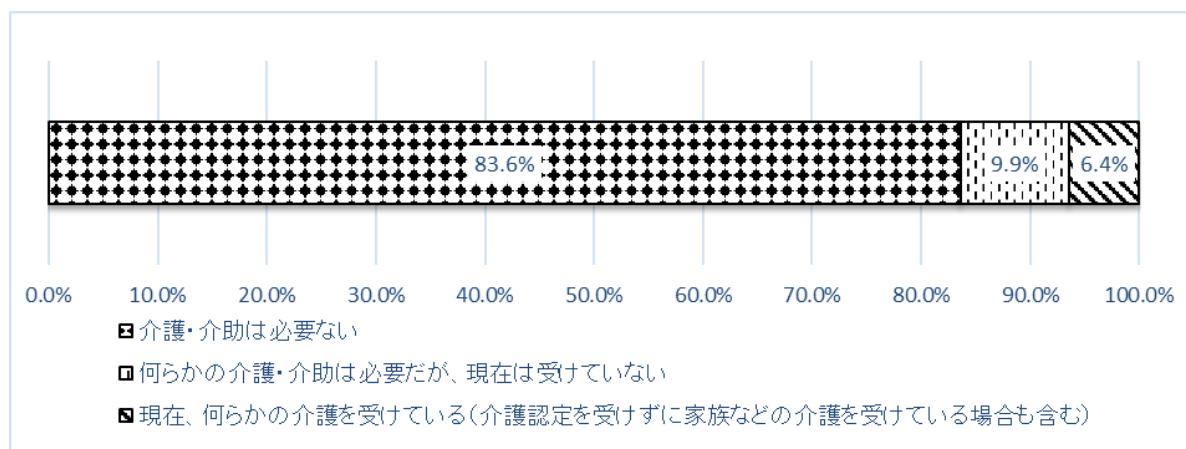
2 各設問の回答結果

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えください【必】(n = 3,000)

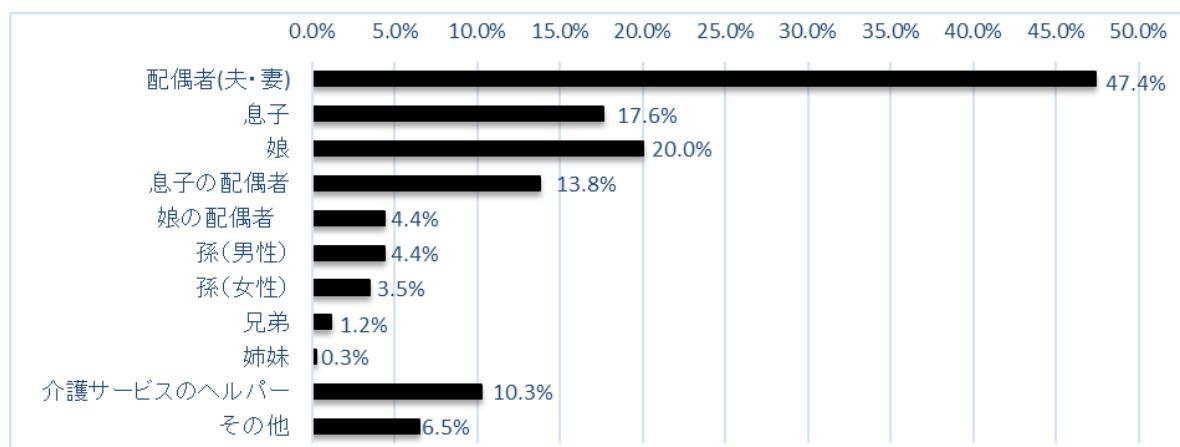


(2) あなたは普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか【必】(n = 2,958)



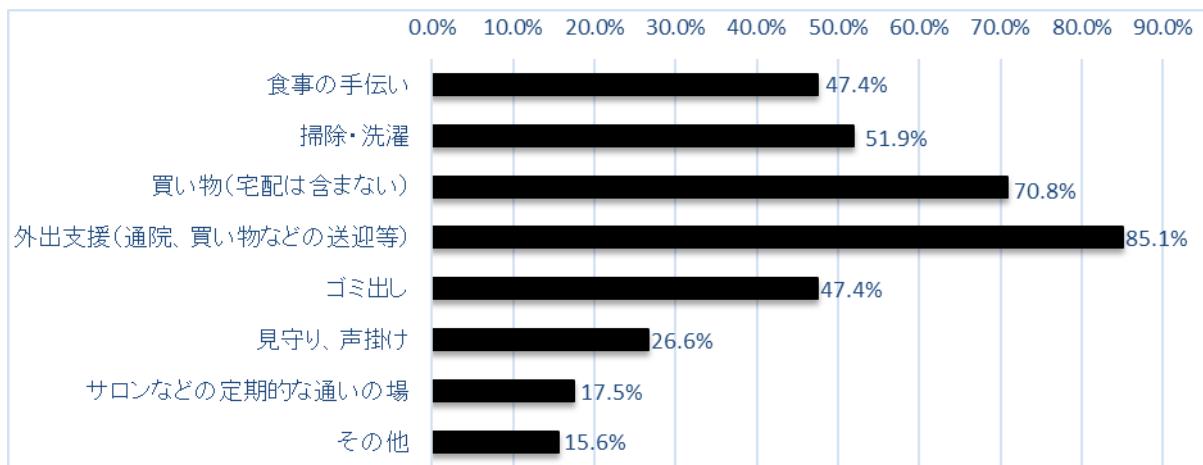
(2)で「現在、何らかの介護を受けている」を選んだ方に

主にどなたの介護・介助を受けていますか【オ】(n = 340)

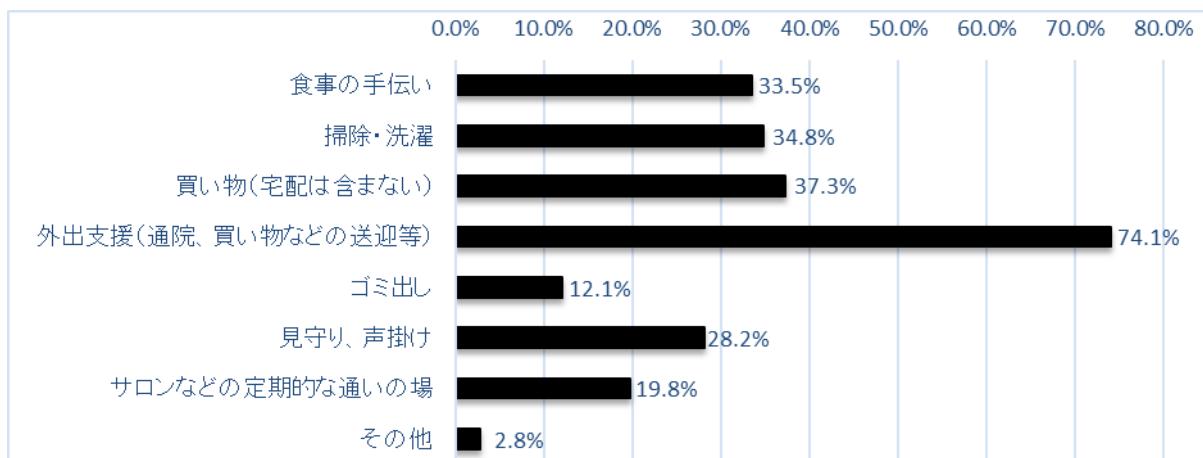


(2) で「現在、何らかの介護を受けています」を選んだ方に

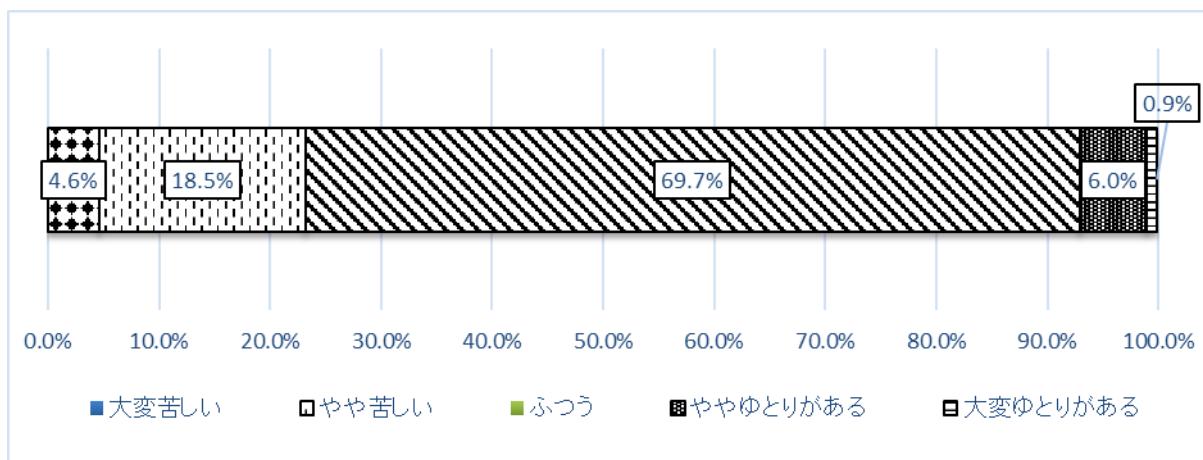
今あなたが支援や世話を受けているのはどのようなことですか（全てお答えください）
【町】（n = 154）



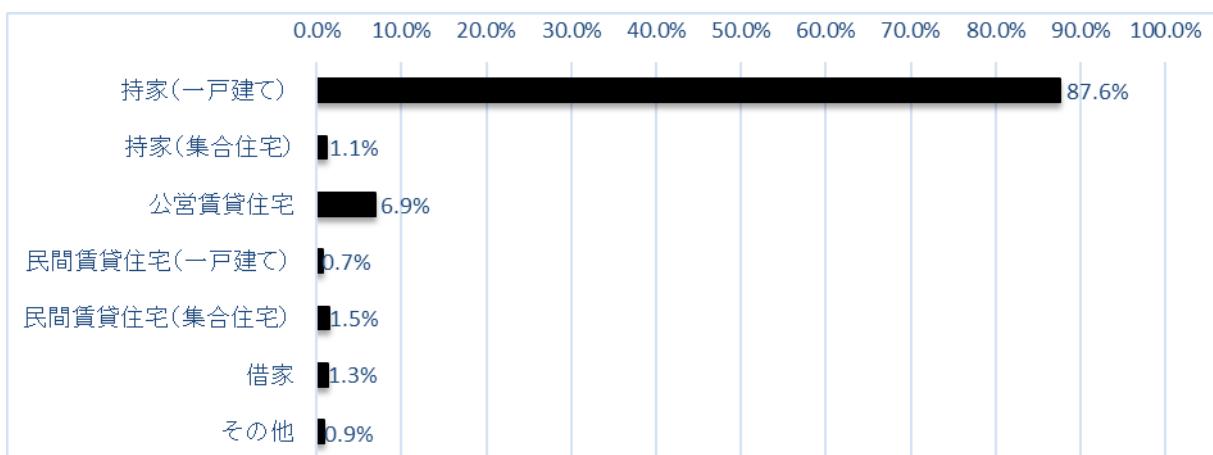
(3) あなたが今後在家生活を過ごすうえで、受けたいもの、もしくは必要だと感じる支援・サービスについて3つまで選んで回答してください。【町】（n = 2, 304）



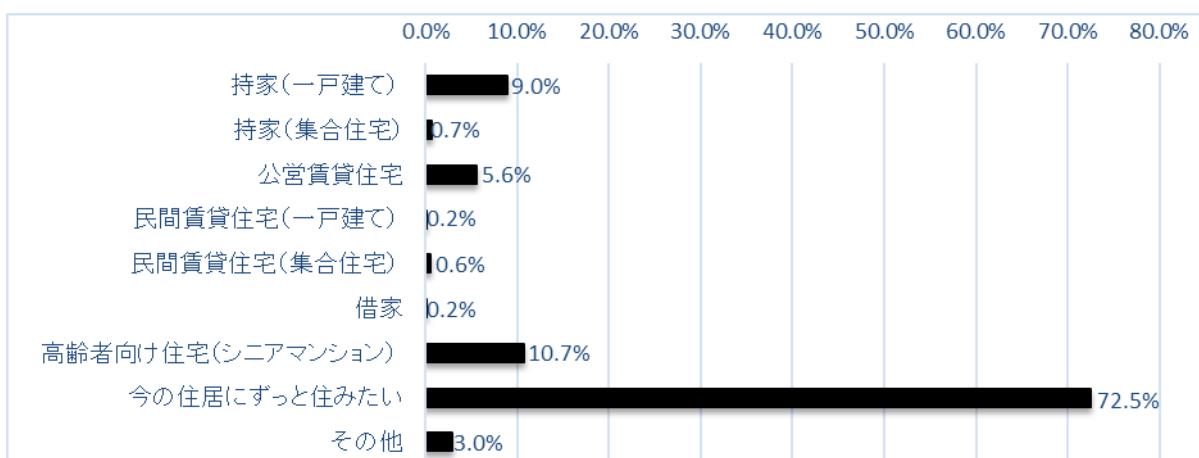
(4) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか【必】（n = 2, 995）



(5) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか【オ】(n = 3, 011)

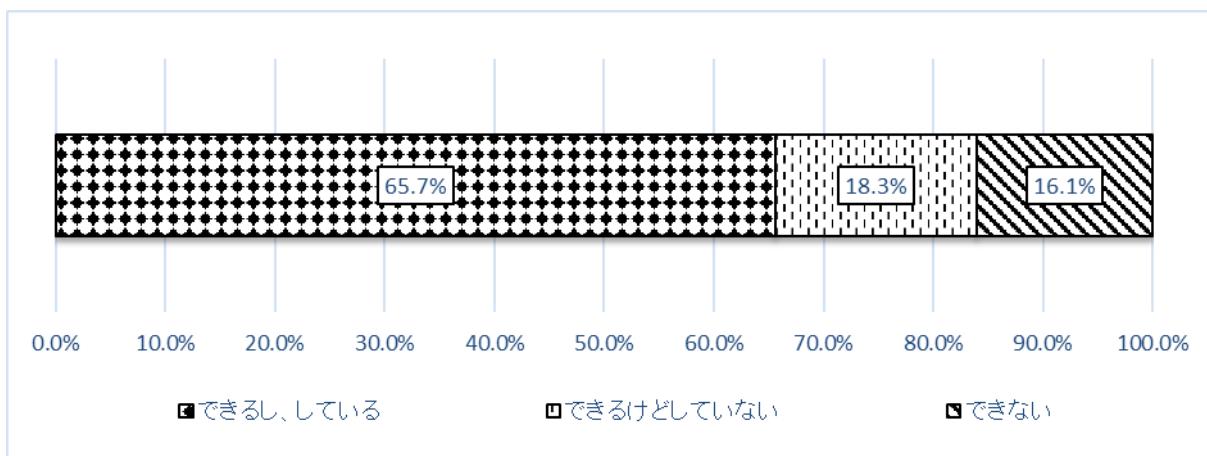


(6) 今後、今住んでいる場所以外での居住を考えていますか【町】(n = 2, 726)

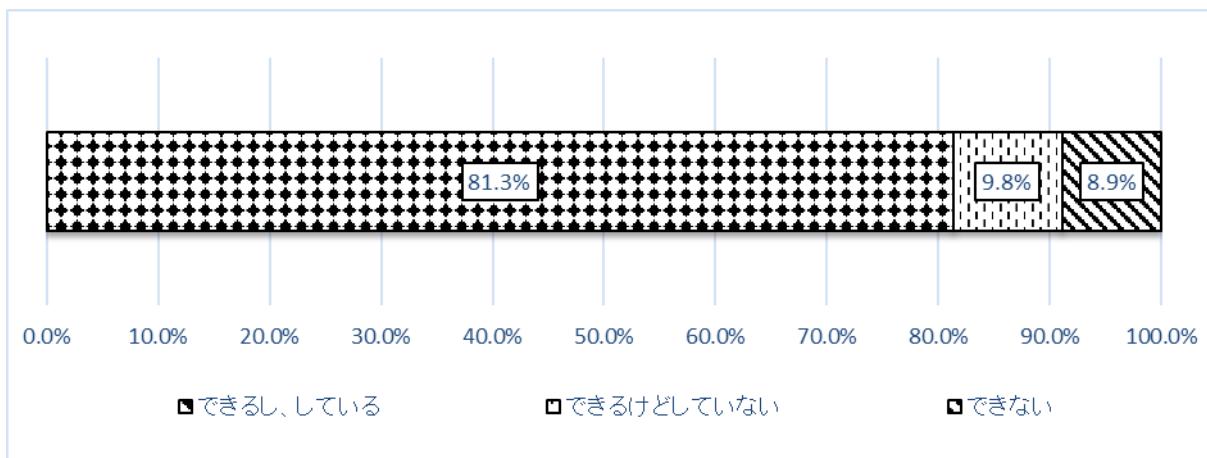


問2 からだを動かすことについて

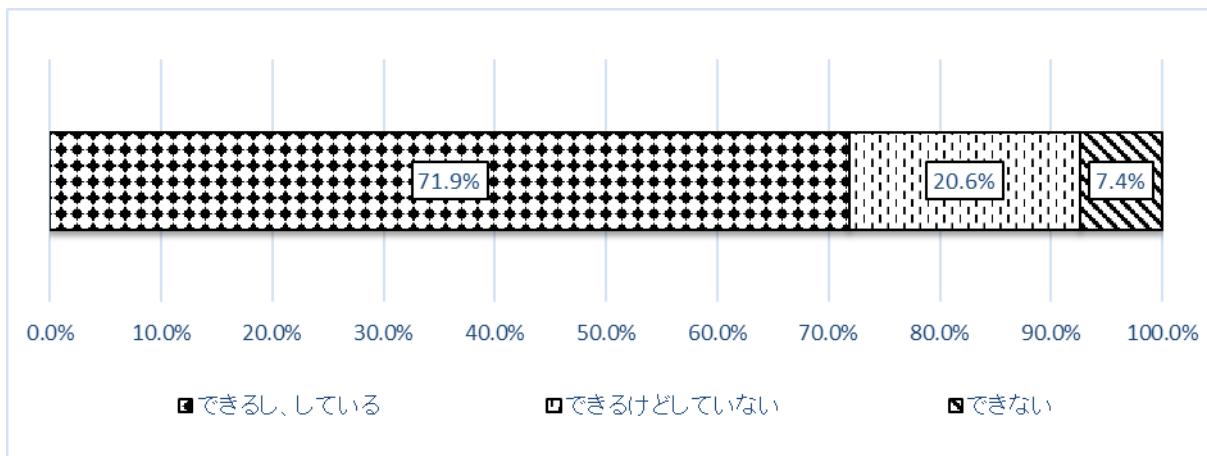
(1) 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか【必】(n = 2, 979)



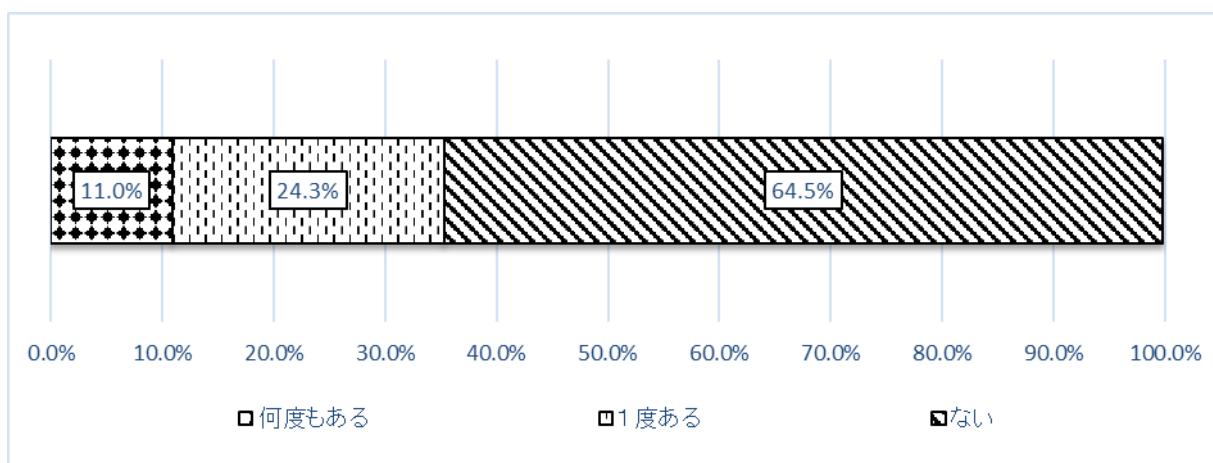
(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか【必】(n = 3,006)



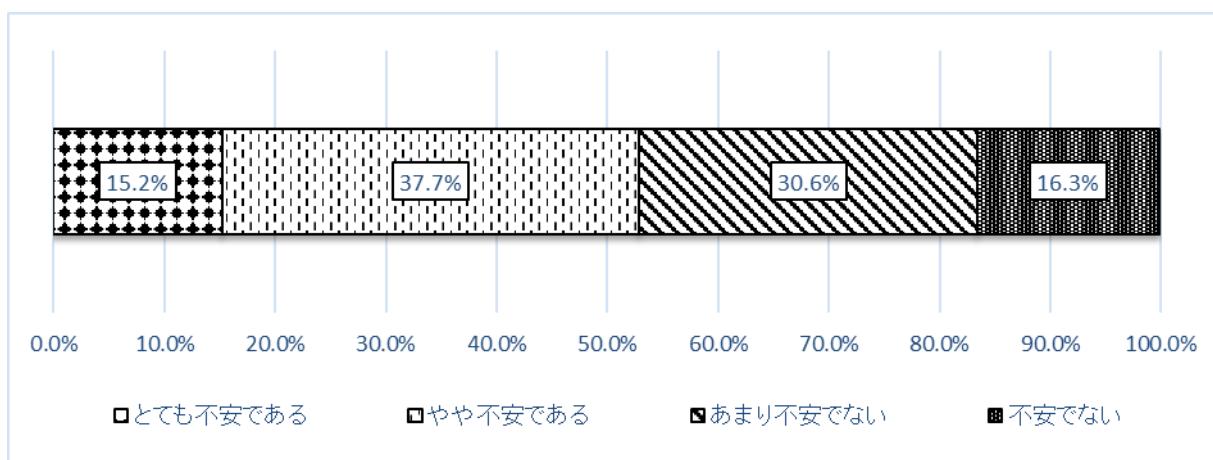
(3) 15分位続けて歩いていますか【必】(n = 3, 013)



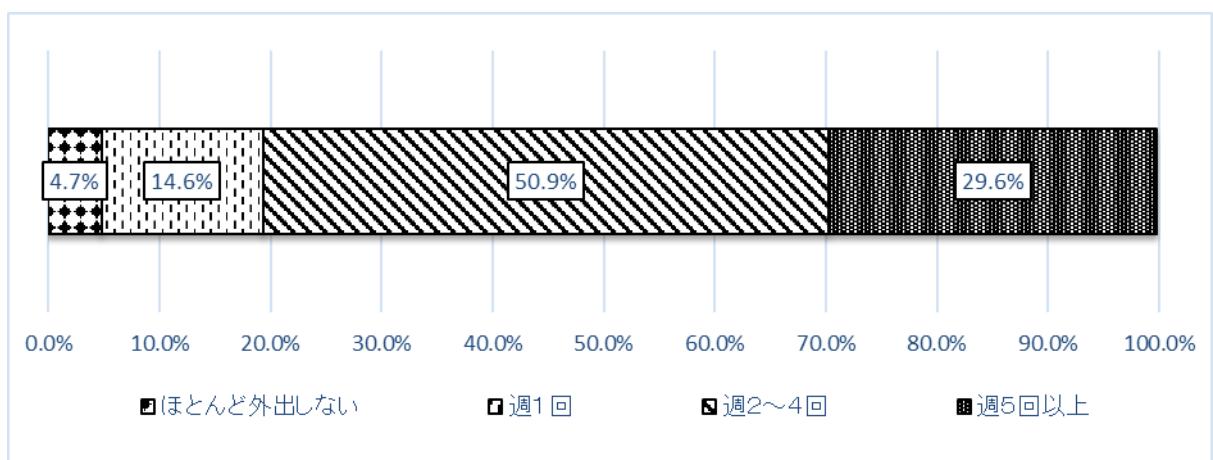
(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか【必】(n = 3, 020)



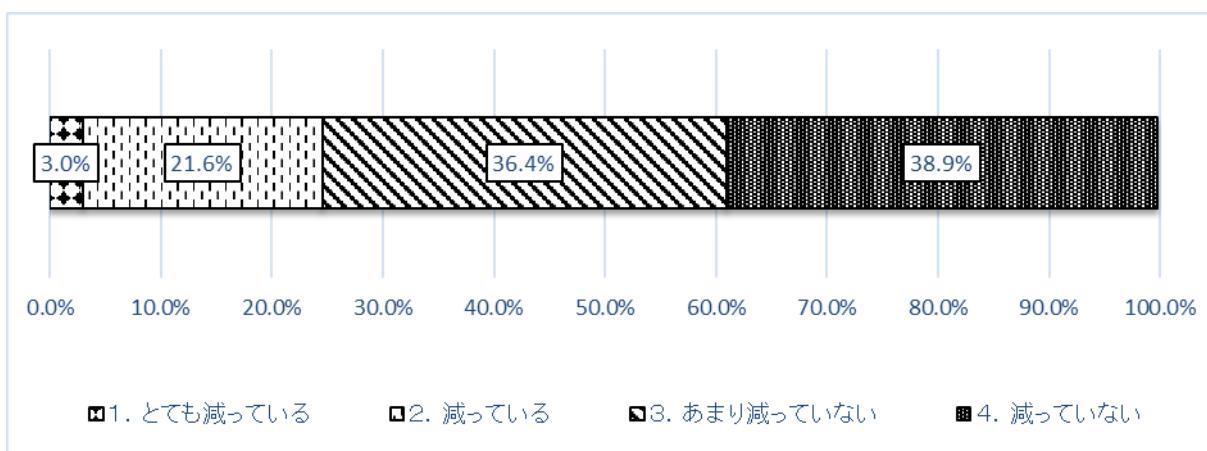
(5) 転倒に対する不安は大きいですか【必】(n = 2, 991)



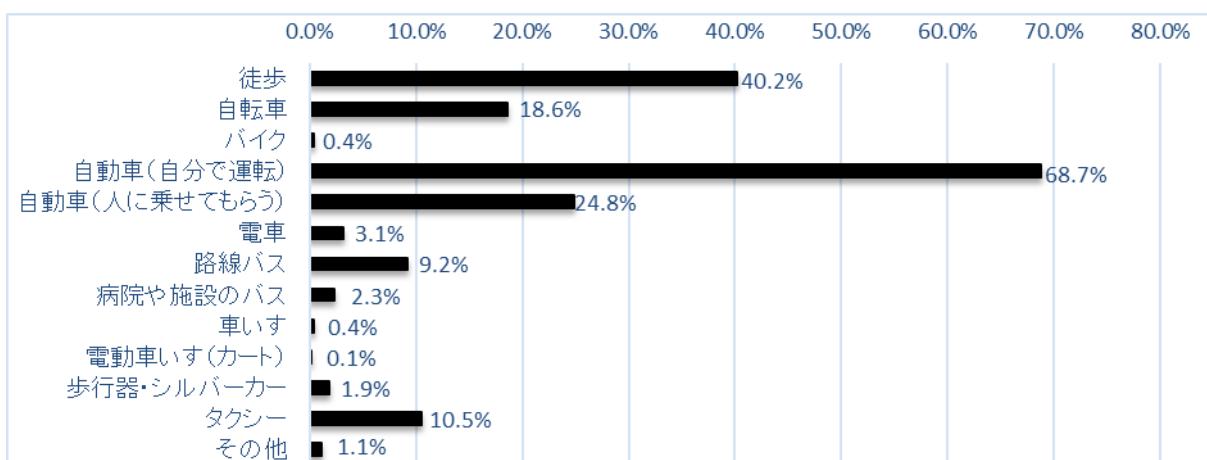
(6) 週に1回以上は外出していますか【必】(n = 3, 019)



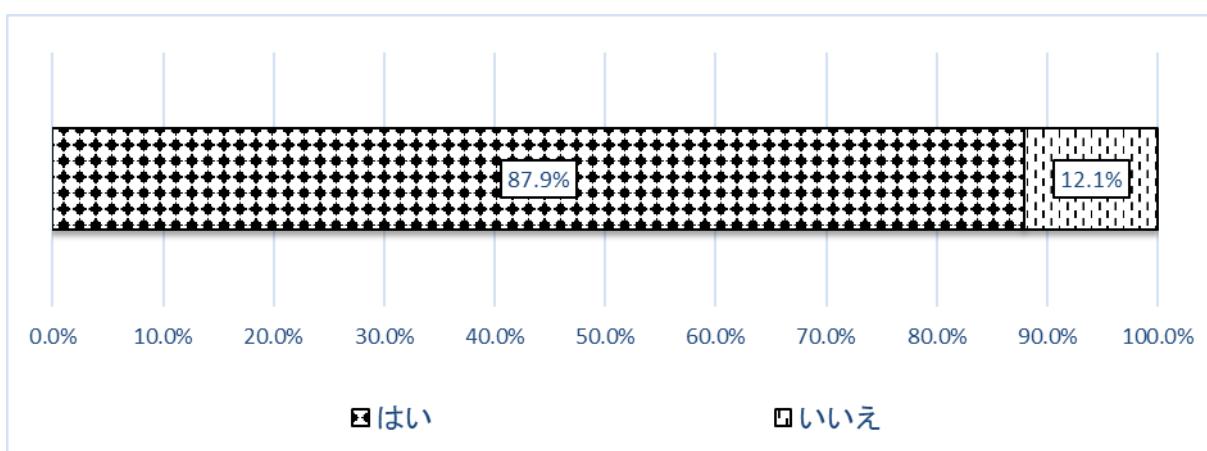
(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか【必】(n = 3, 028)



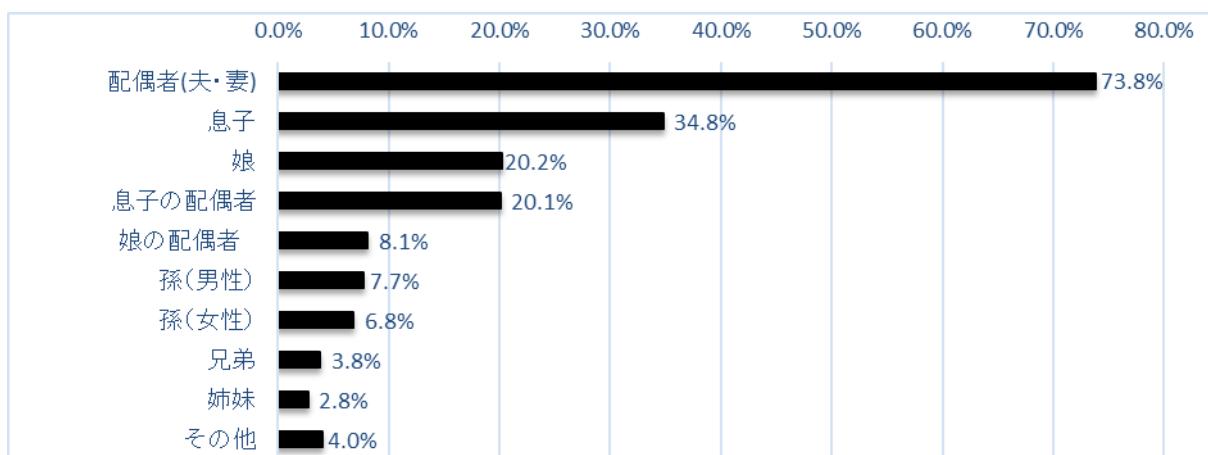
(8) 外出する際の移動手段は何ですか（いくつでも）【オ】(n = 2, 999)



(9) あなたの家に自動車はありますか【町】(n = 3, 019)

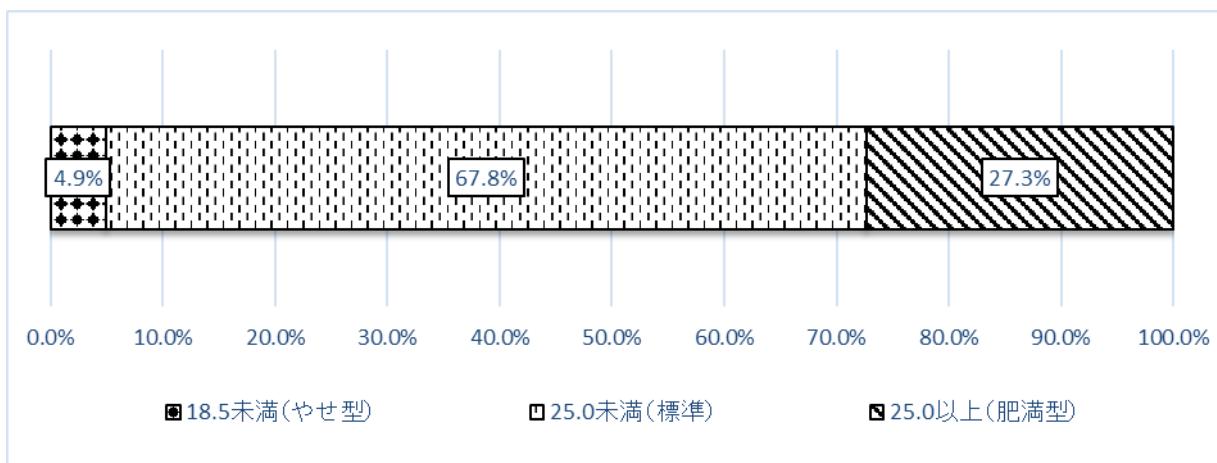
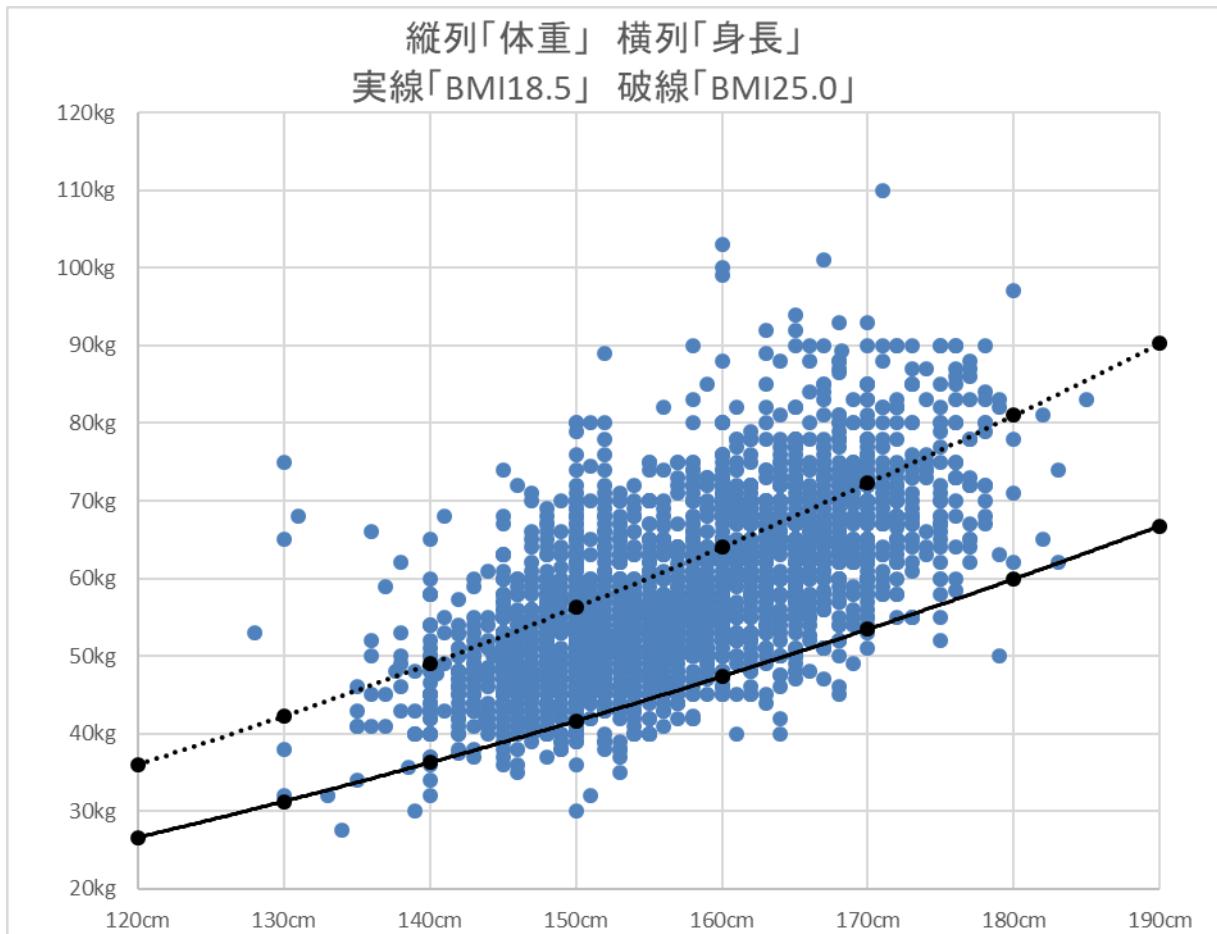


車の所有者は誰か。複数回答あり、重複回答もあり (n = 2, 353)

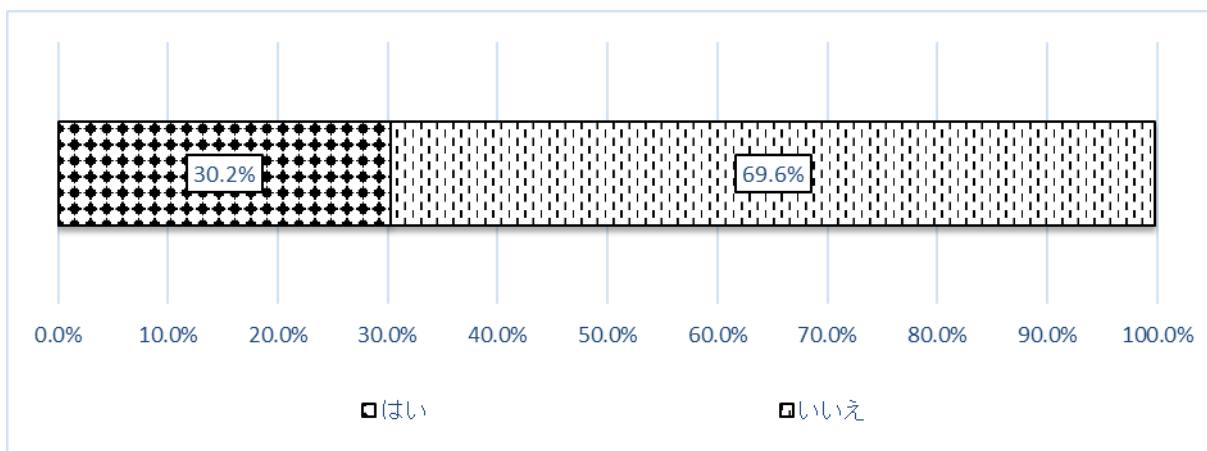


問3 食べることについて

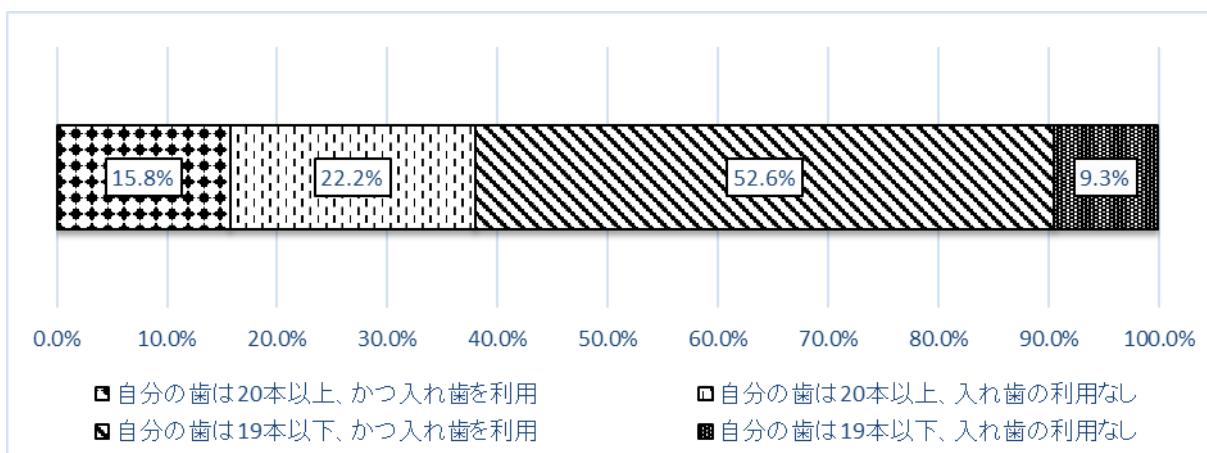
(1) 身長・体重【必】(n = 2, 946)



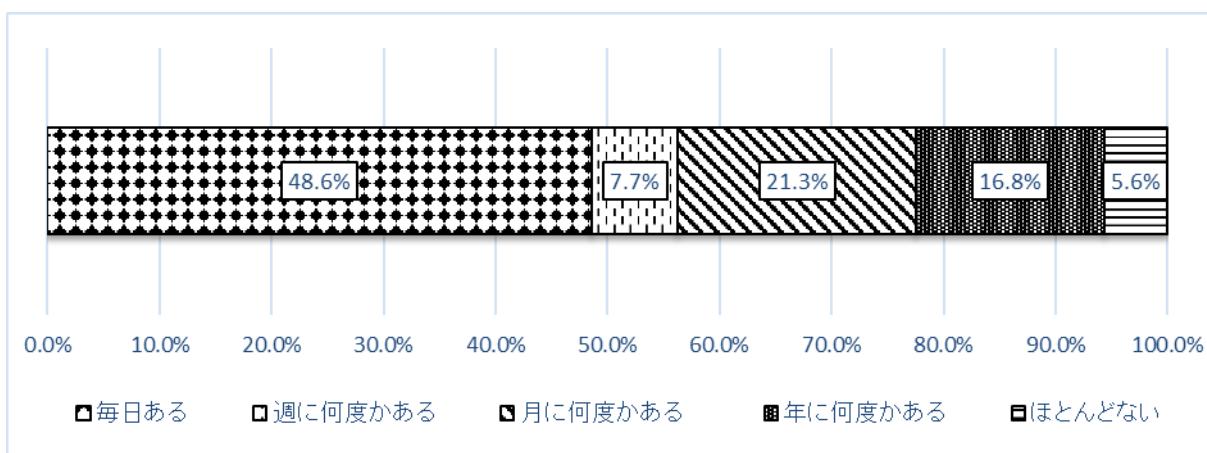
(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか【必】(n = 2, 956)



(3) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください【必】(n = 2, 900)

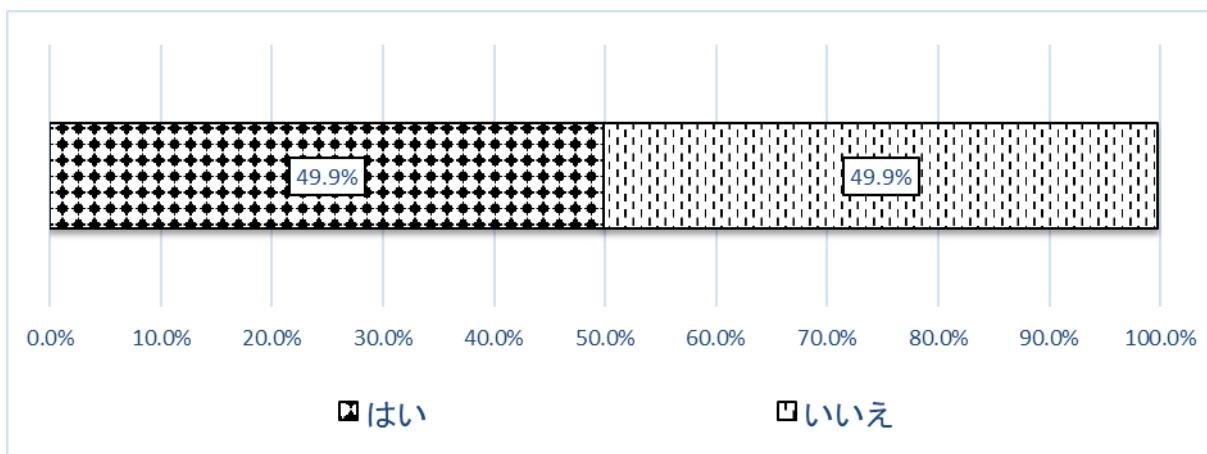


(4) どなたかと食事をともにする機会はありますか【必】(n = 2, 988)

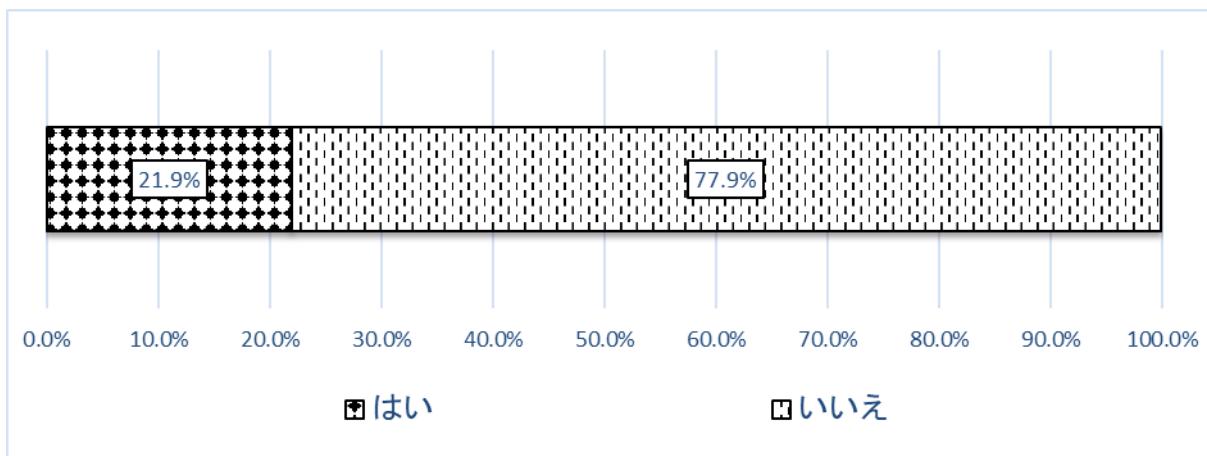


問4 毎日の生活について

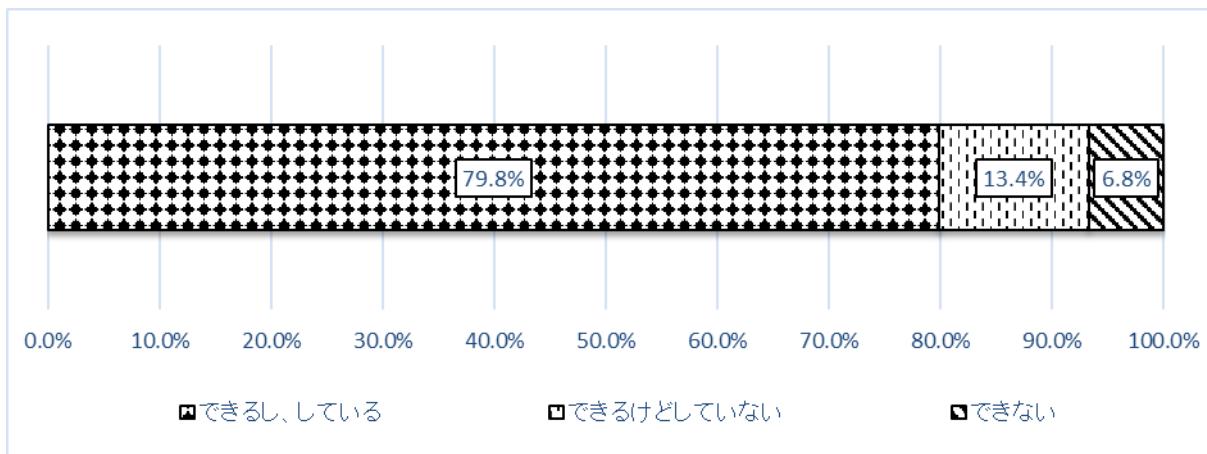
(1) 物忘れが多いと感じますか【必】(n = 3, 006)



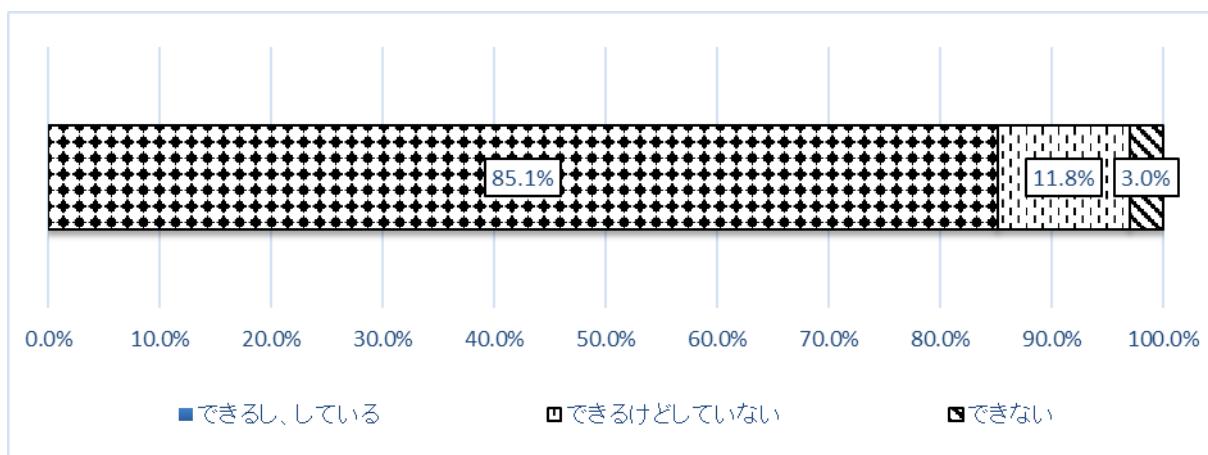
(2) 今日が何月何日かわからない時がありますか【オ】(n = 3, 013)



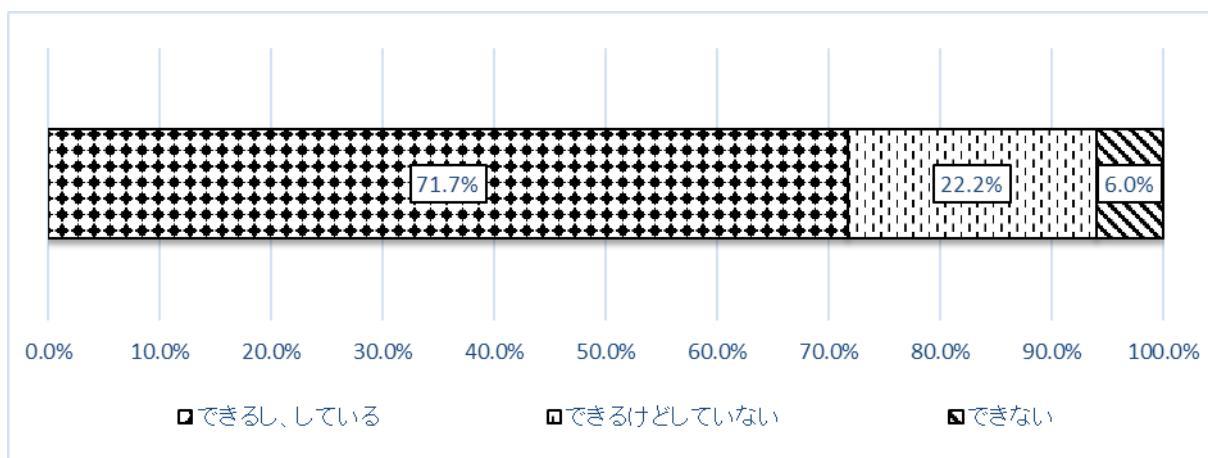
(3) バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）【必】(n = 2, 991)



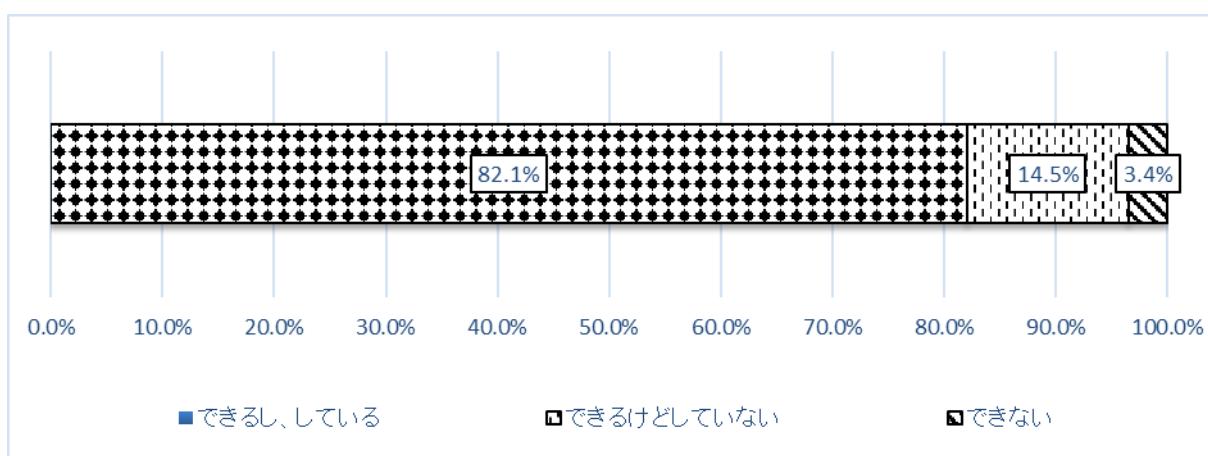
(4) 自分で食品・日用品の買い物をしていますか【必】(n = 3, 015)



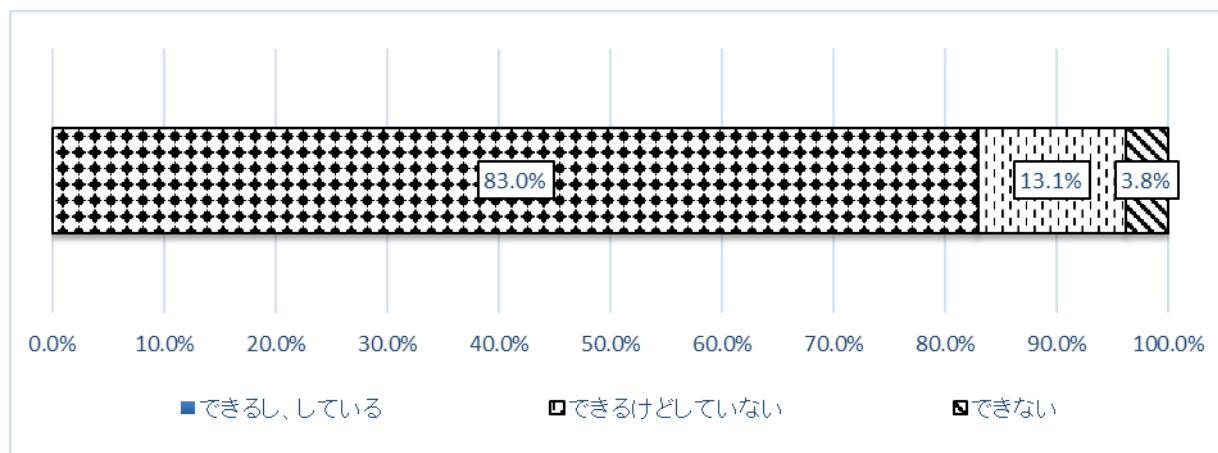
(5) 自分で食事の用意をしていますか【必】(n = 3, 018)



(6) 自分で請求書の支払いをしていますか【必】(n = 3, 015)



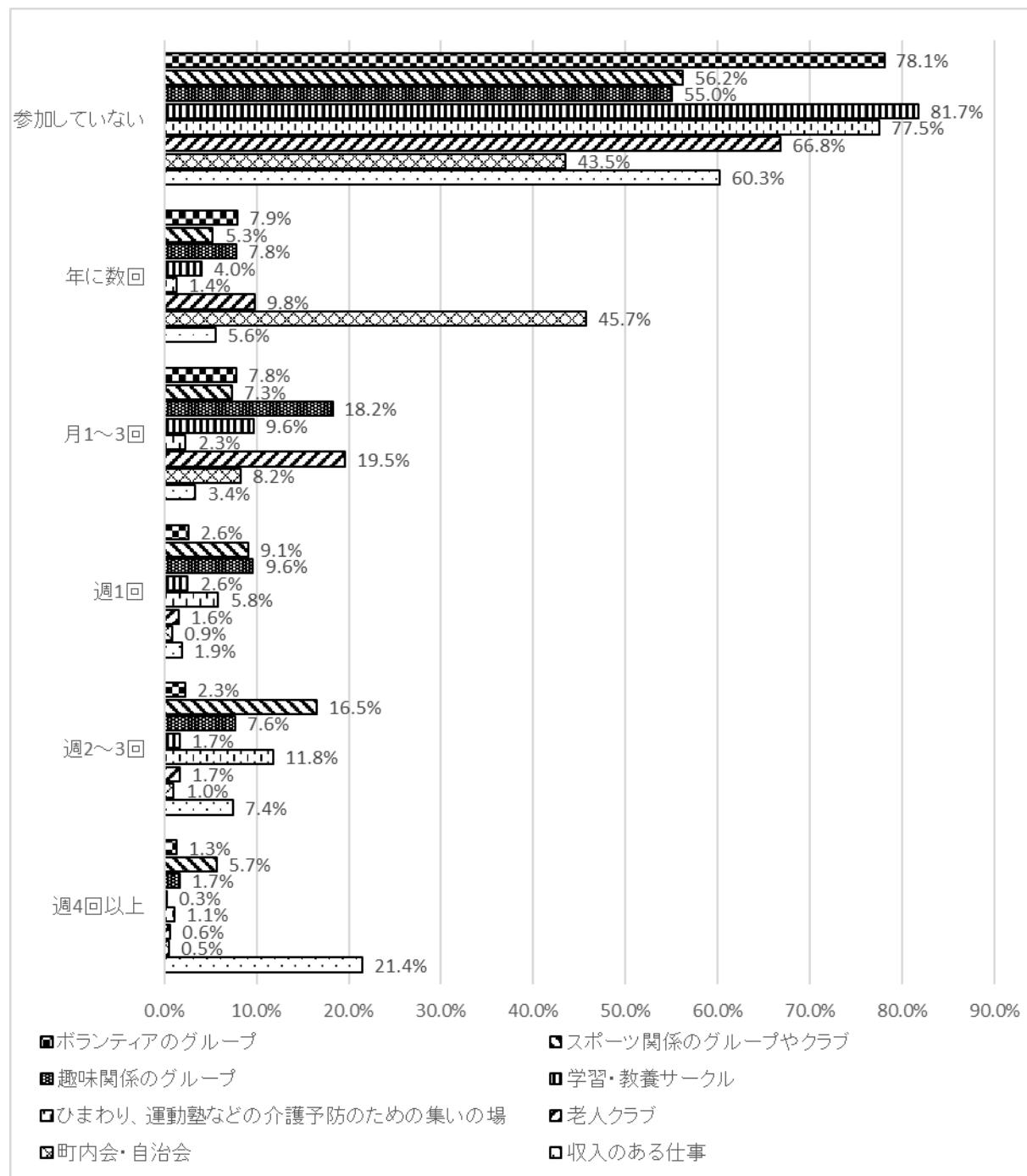
(7) 自分で預貯金の出し入れをしていますか【必】(n = 3, 017)



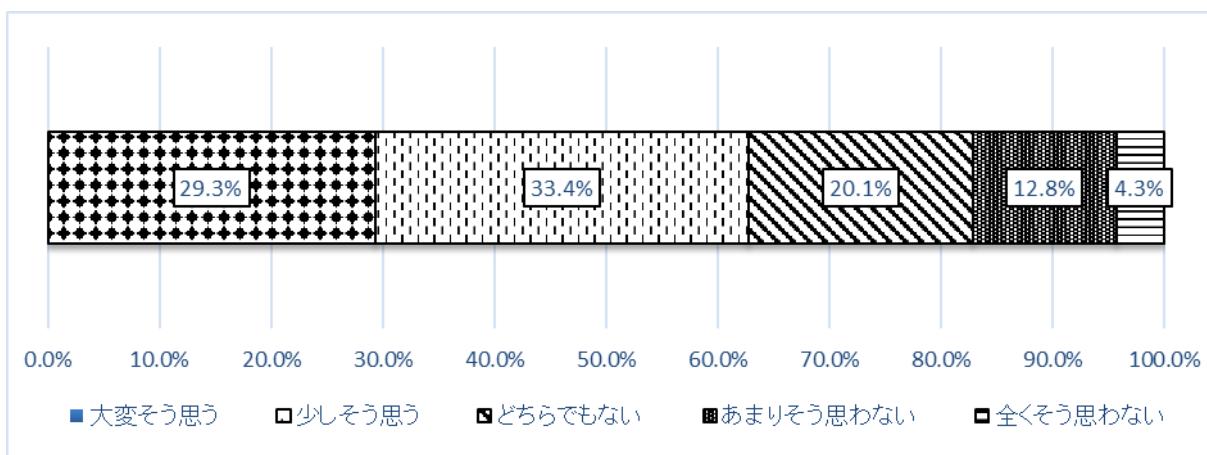
問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか【必】

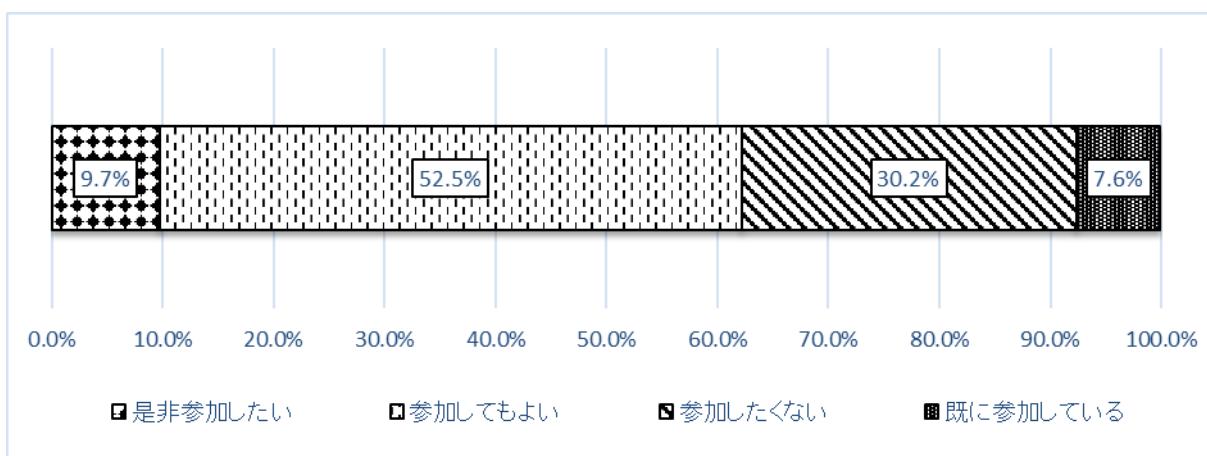
- ①ボランティアのグループ(n=1,486) ②スポーツ関係のグループやクラブ(n=1,731)
- ③趣味関係のグループ(n=1,755) ④学習・教養サークル(n=1,368)
- ⑤ひまわり、運動塾などの介護予防のための集いの場(n=1,472)
- ⑥老人クラブ(n=1,663) ⑦町内会・自治会(n=1,751) ⑧収入のある仕事(n=1,535)



(2) (1) の①～⑧のような活動の必要性を感じていますか【町】(n = 2, 774)

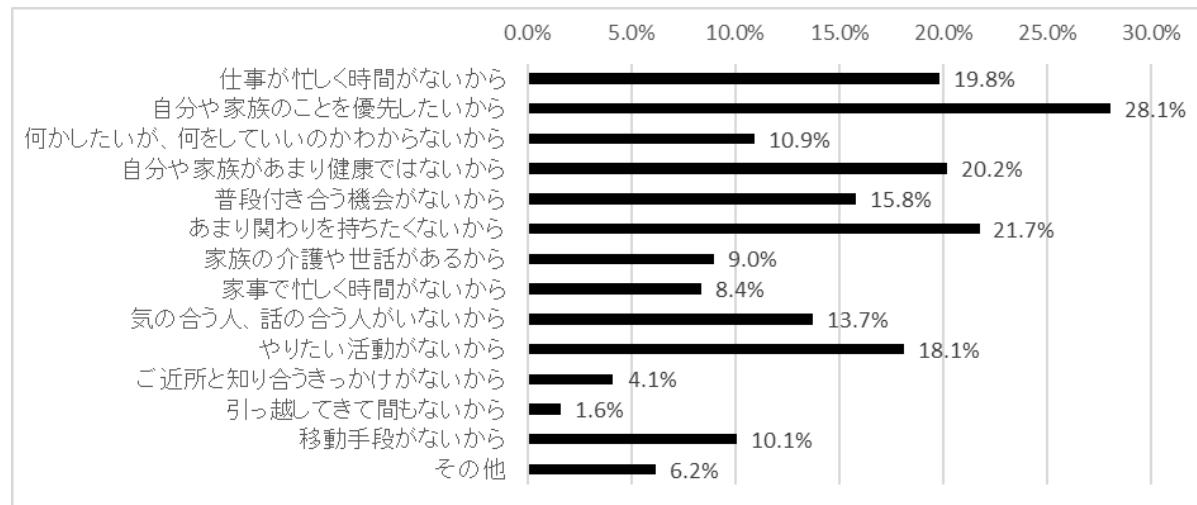


(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか【必】(n = 2, 880)

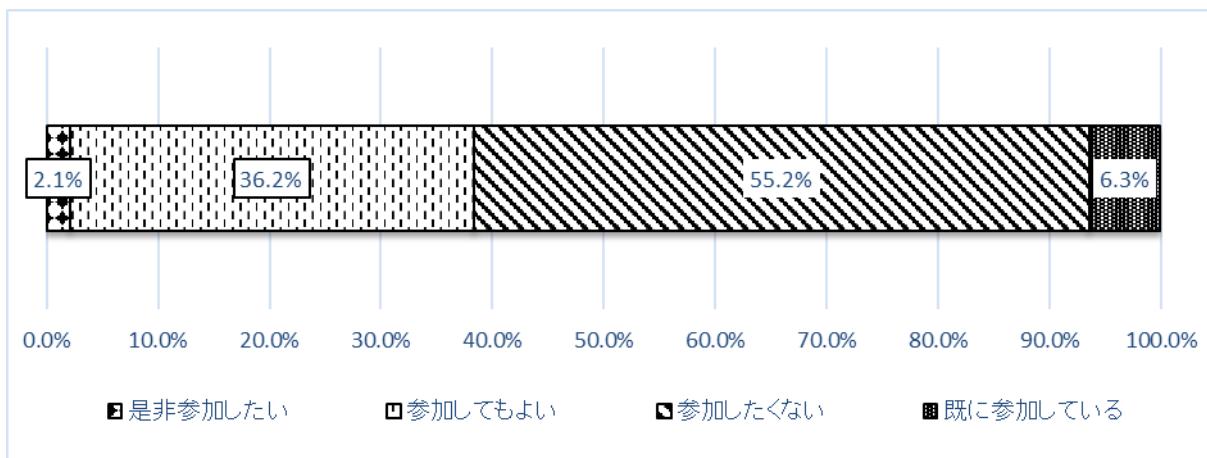


(3) において「参加したくない」を選んだ方に

参加者として参加したくない理由はなんですか (いくつでも) (n = 823)

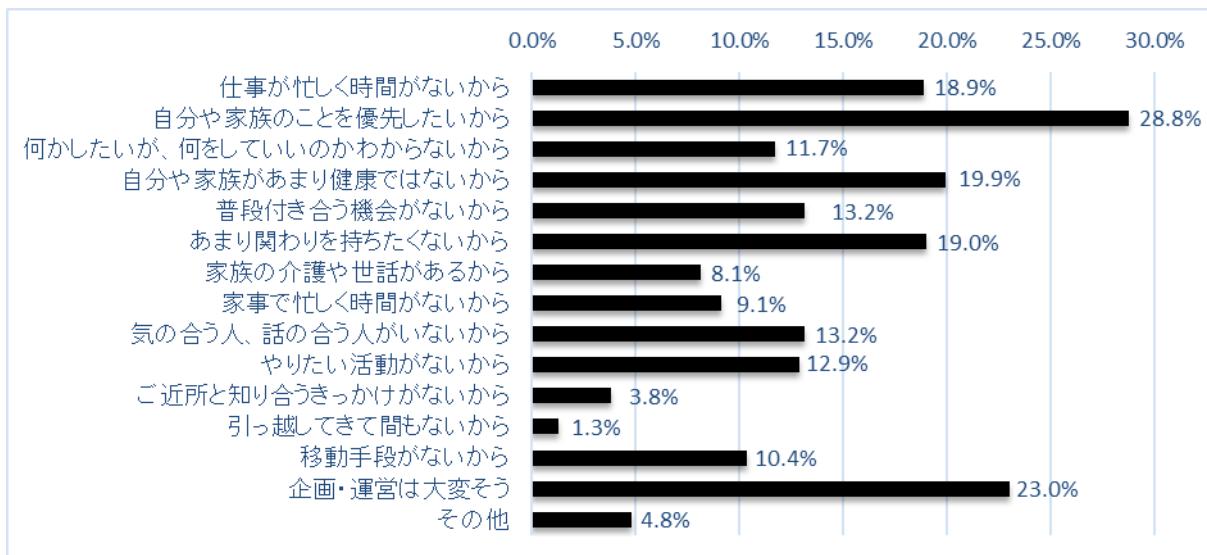


(4) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか【必】(n = 2, 829)

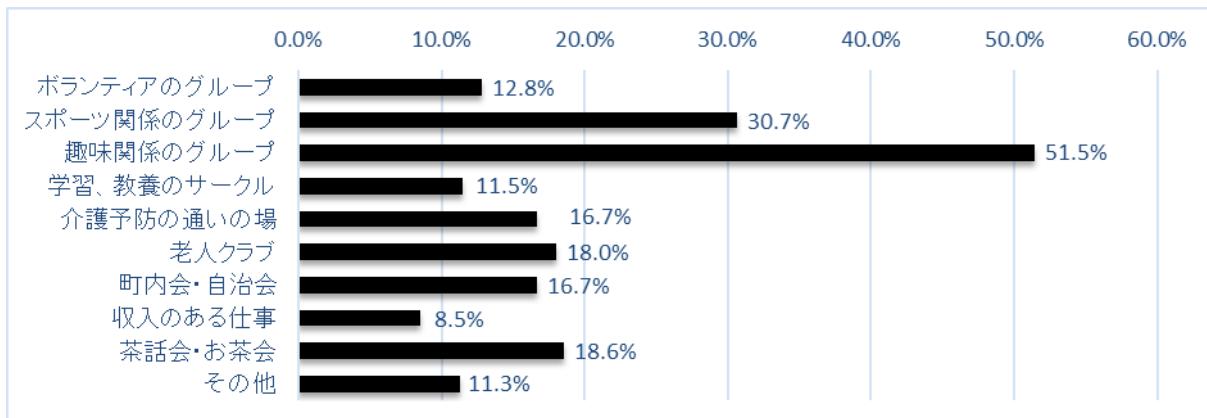


(4) において「参加したくない」を選んだ方に

参加者として参加したくない理由はなんですか（いくつでも）(n = 1, 314)

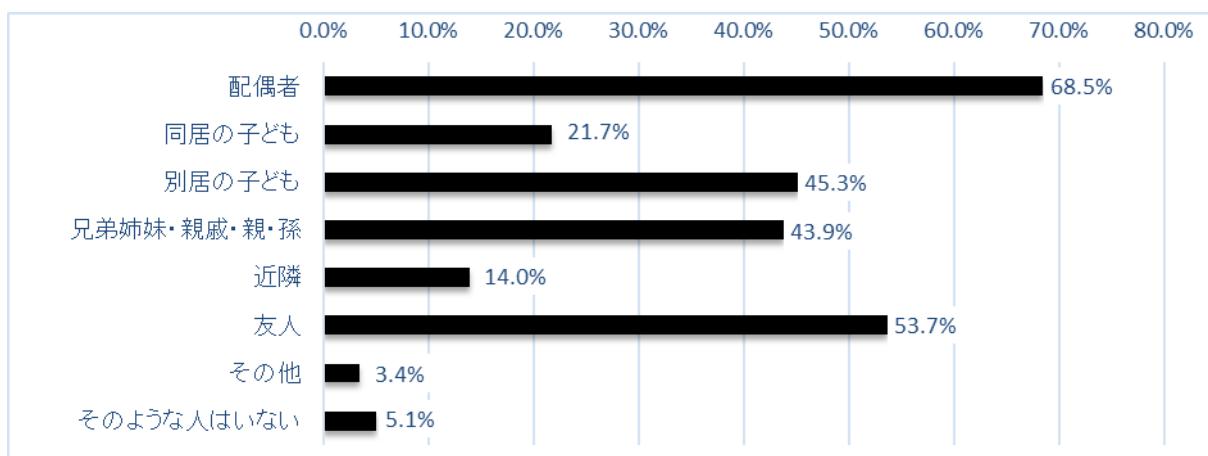


(4) グループ活動がどんな活動内容ならば参加してみたいですか【町】(n = 1, 554)



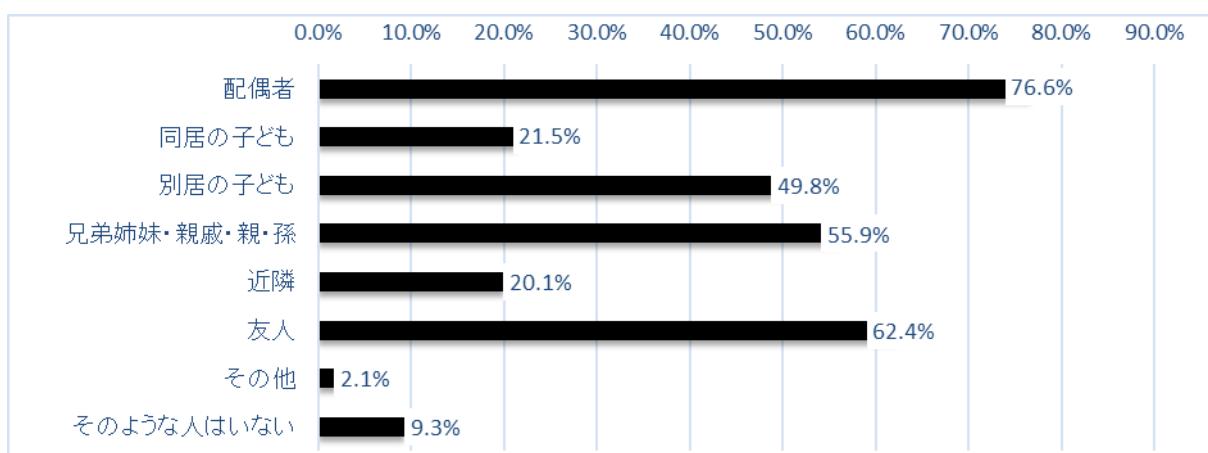
問6 たすけあいについて

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（いくつでも）【必】（n = 2,336）



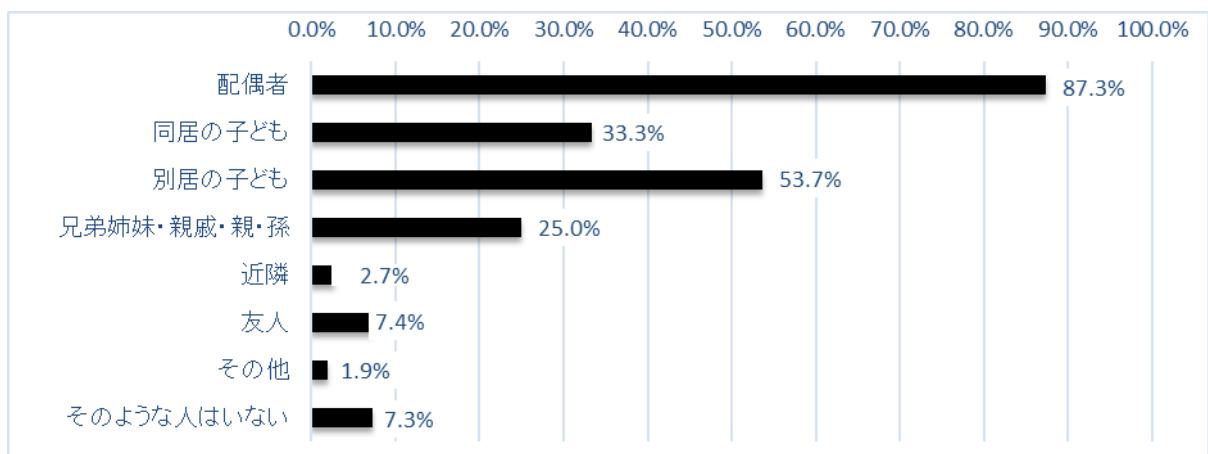
(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも）【必】

(n = 2,034)

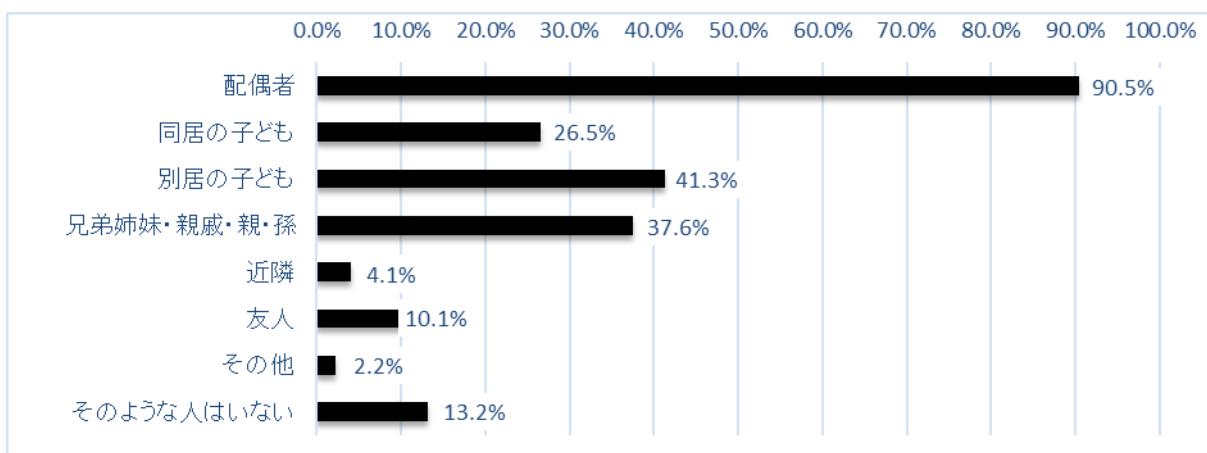


(3) あなたが病気で数日間寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人（いくつでも）【必】

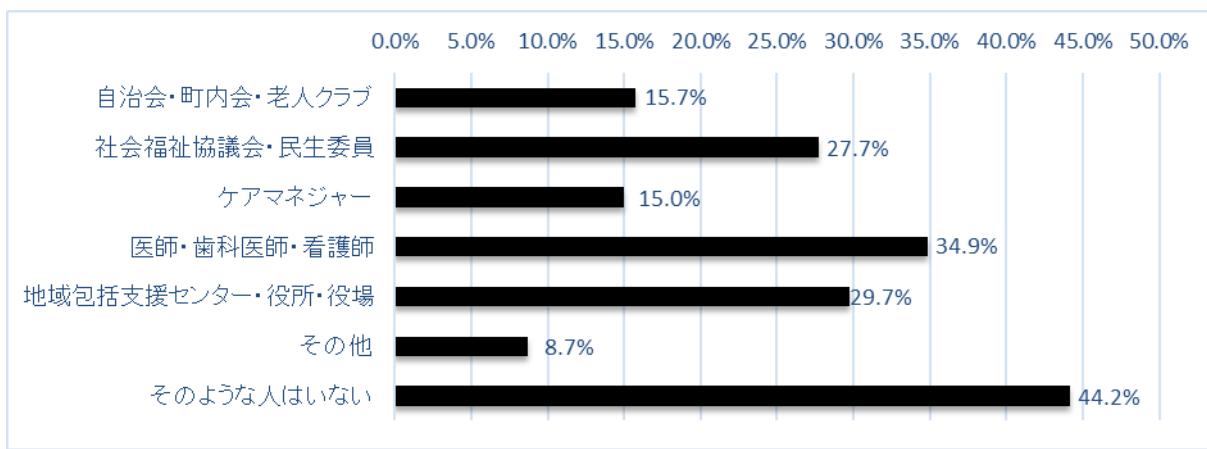
(n = 2,087)



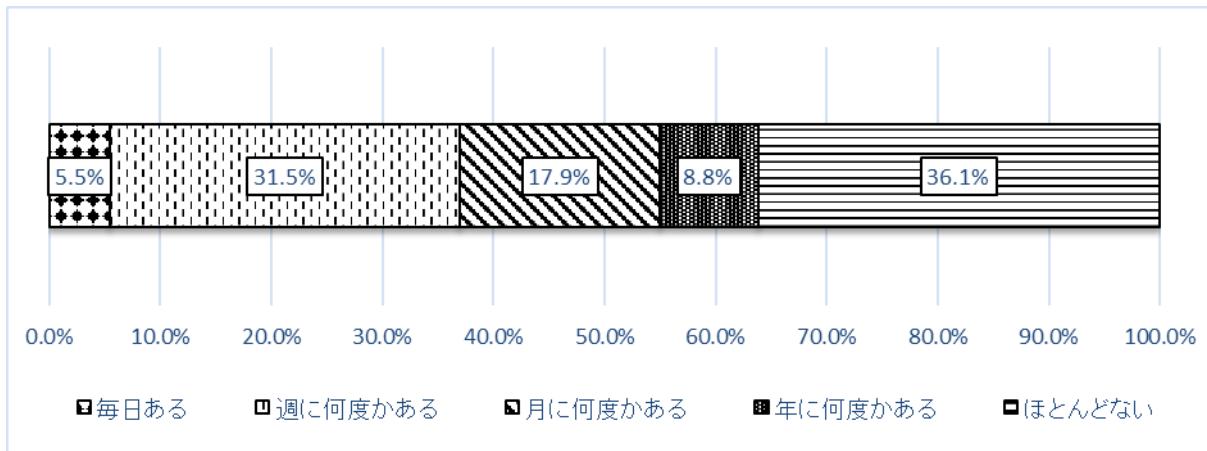
(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）【必】（n = 2, 085）



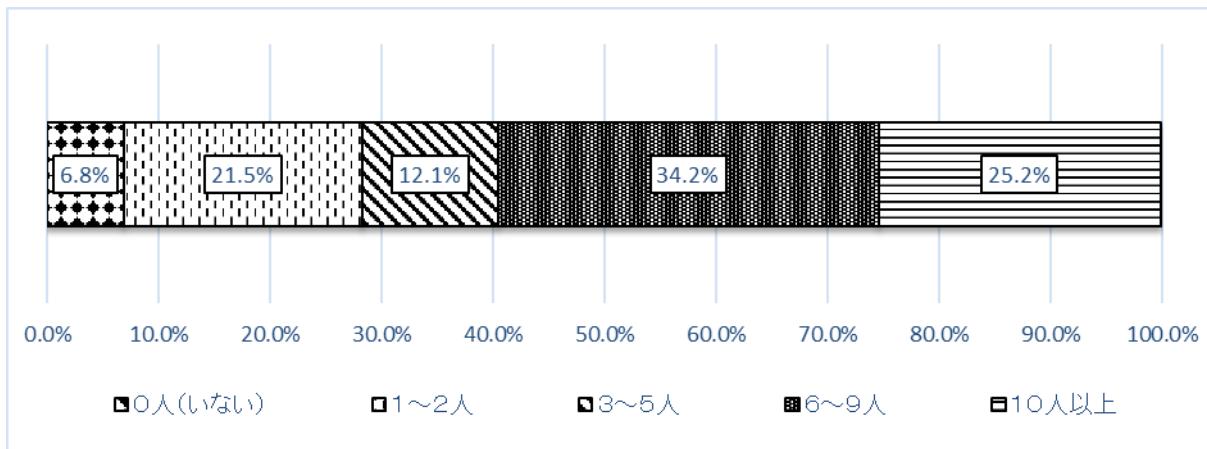
(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください（いくつでも）【オ】（n = 2, 073）



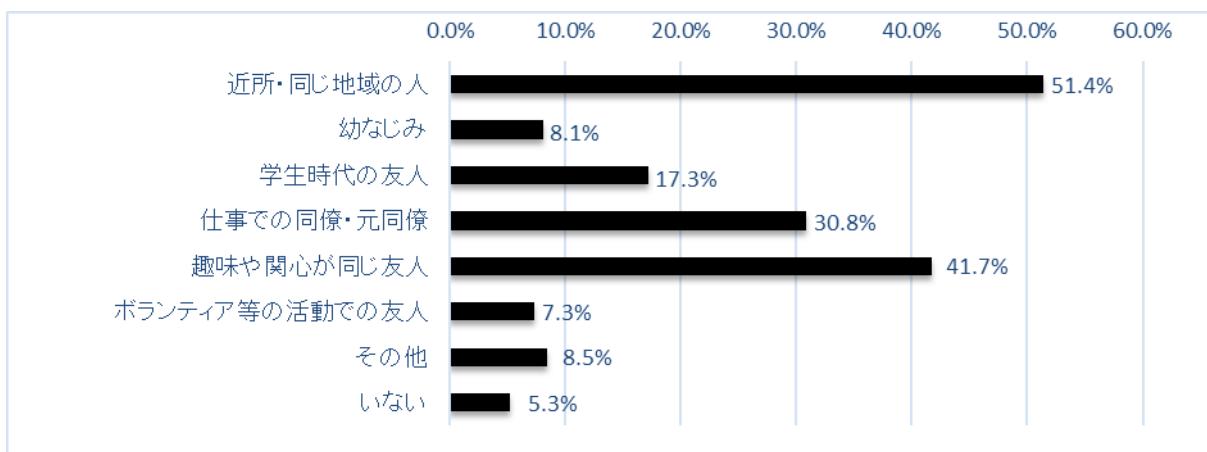
(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか【オ】（n = 2, 904）



(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。【オ】(n=2,876)

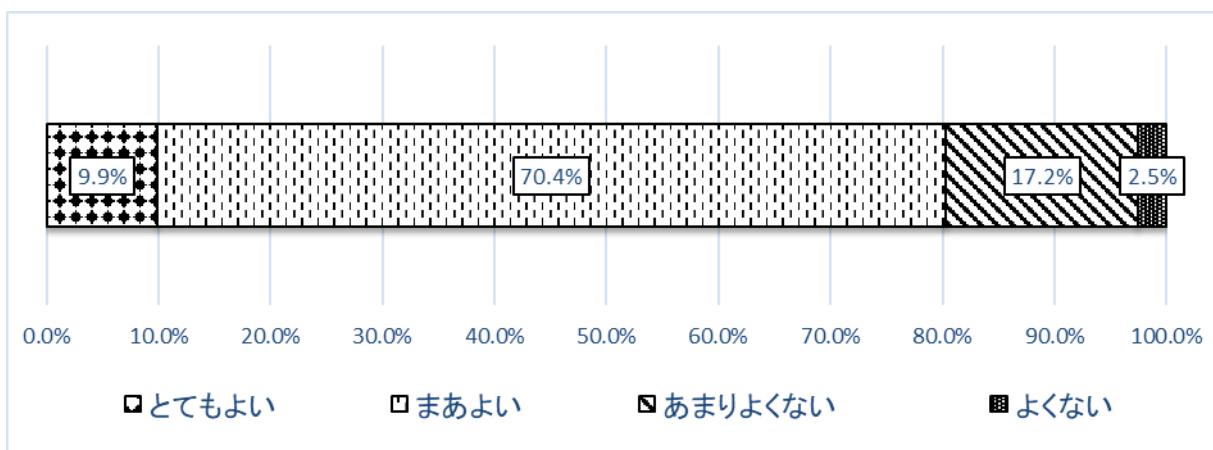


(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (いくつでも) 【オ】(n=2,811)

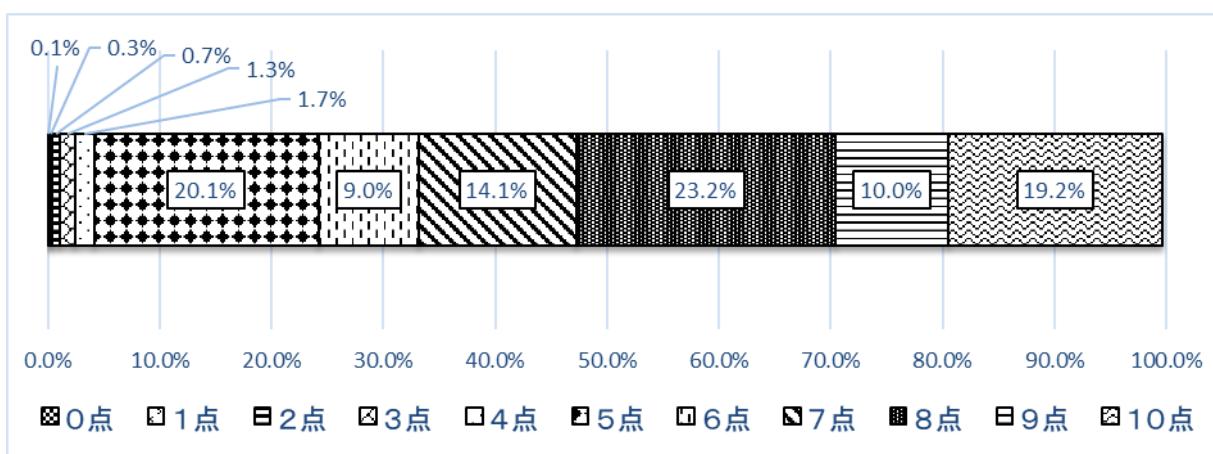


問7 健康について

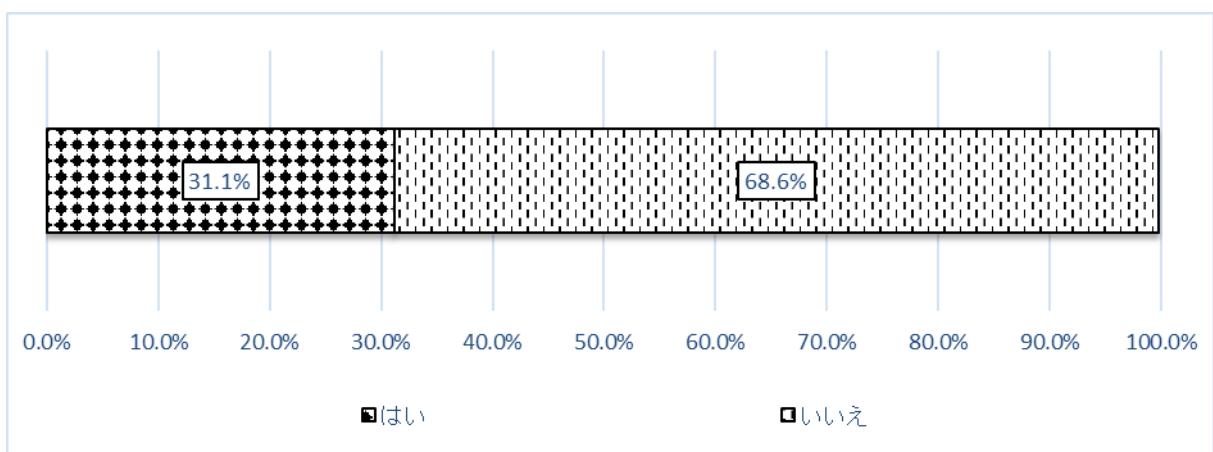
(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか【必】(n = 2, 892)



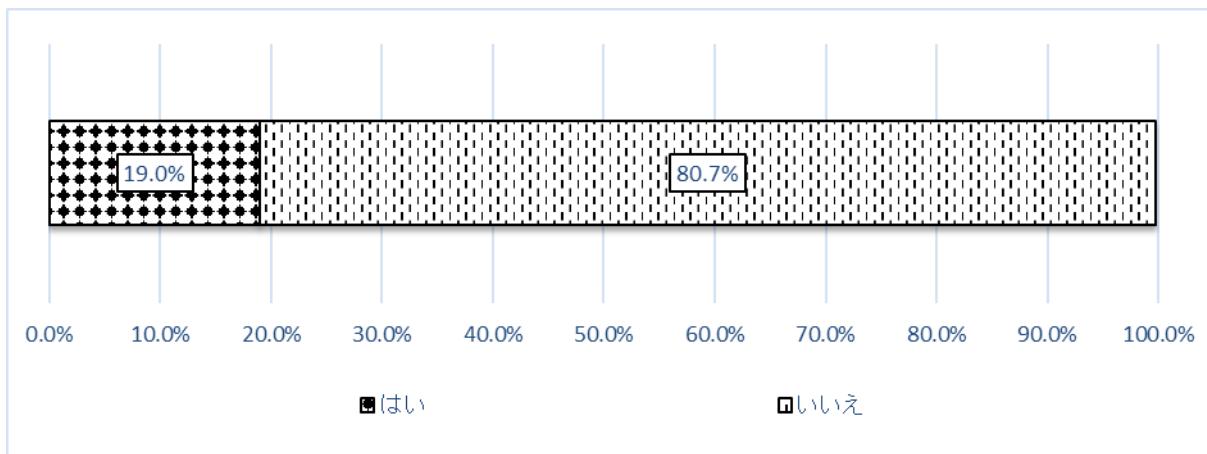
(2) あなたは現在どの程度幸せですか（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください）【必】(n = 2, 861)



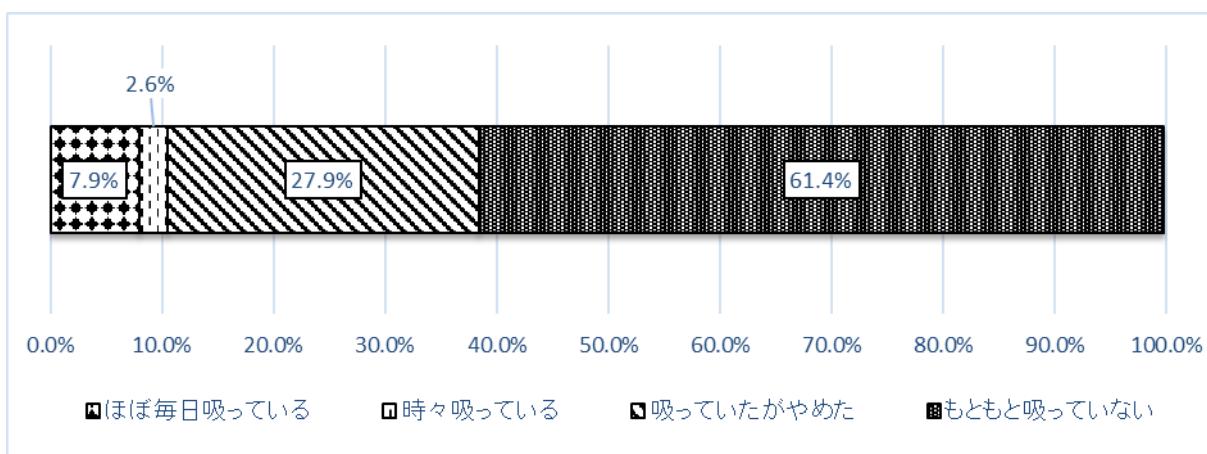
(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか【必】(n = 2, 883)



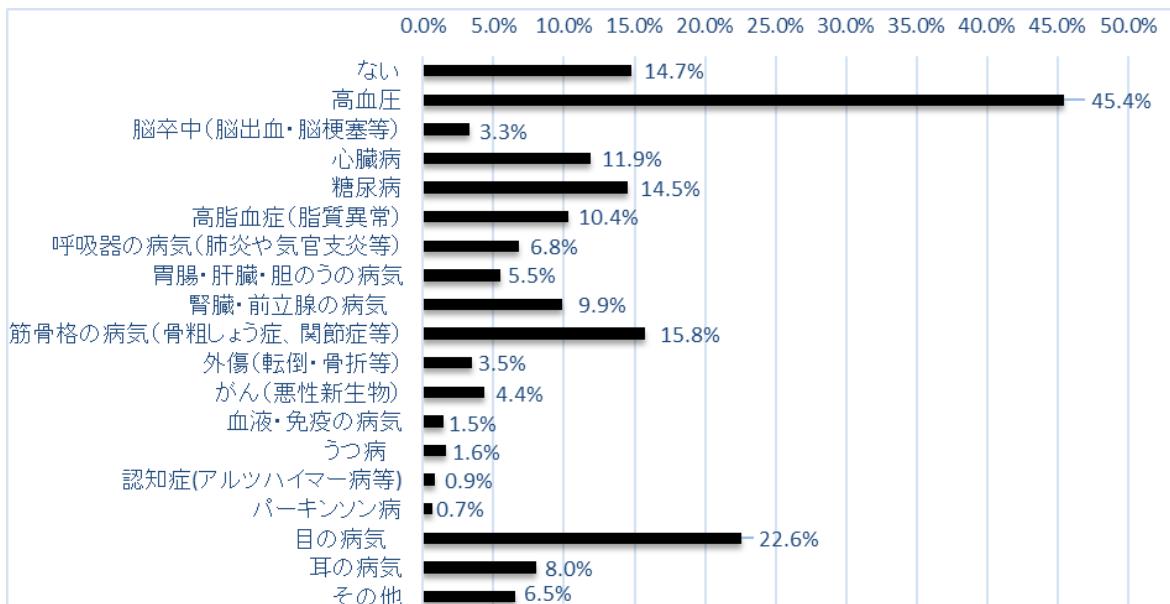
(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか【必】(n = 2, 830)



(5) タバコは吸っていますか【必】(n = 2, 891)

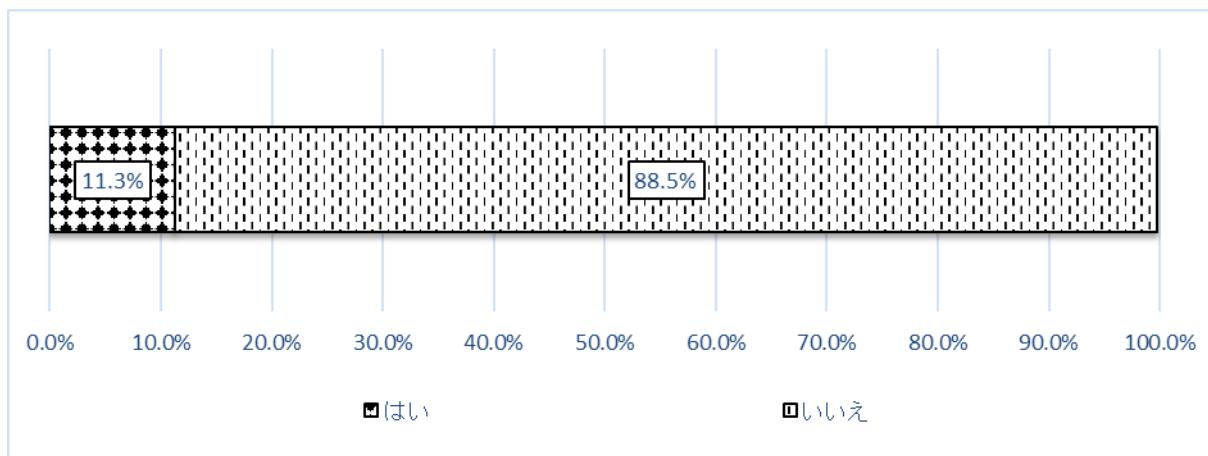


(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(いくつでも)【必】(n = 2, 734)

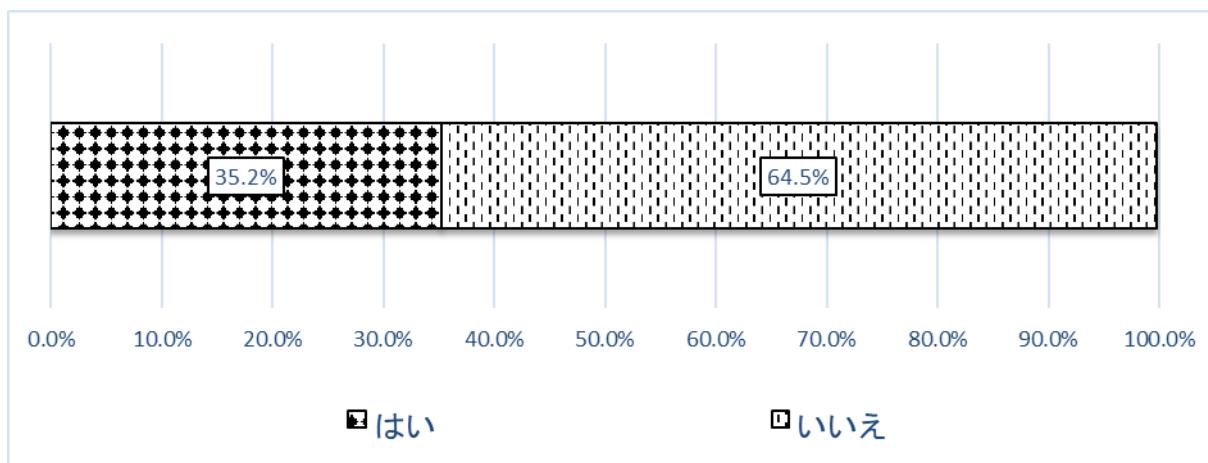


問8 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか【必】(n=2,852)

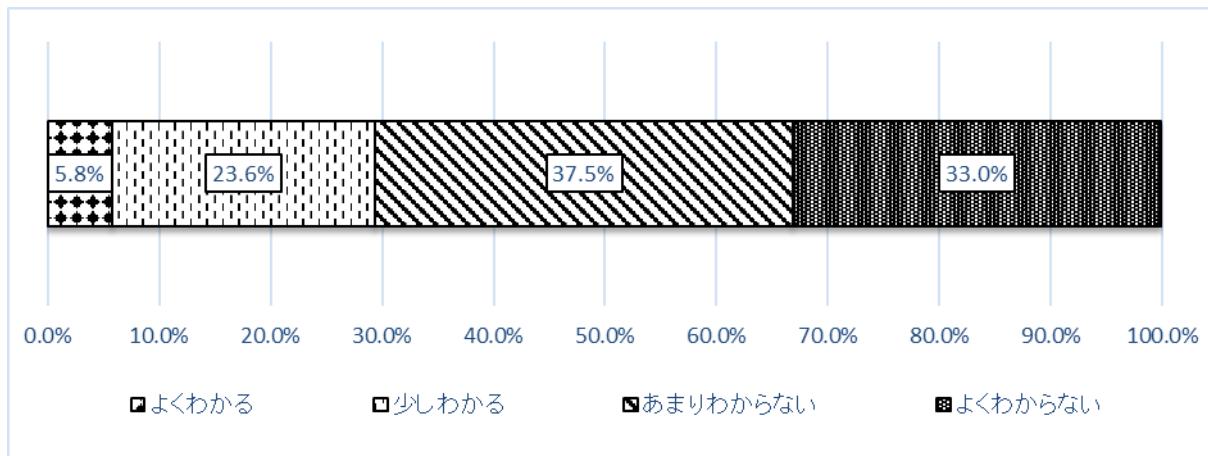


(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか【必】(n=2,845)

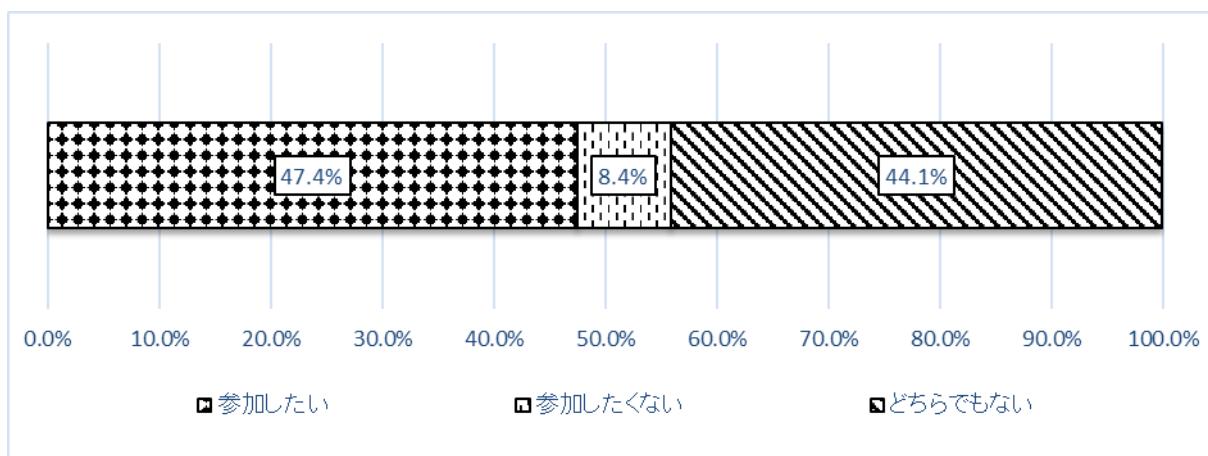


問9 将来、あなたに介護が必要になったときについて

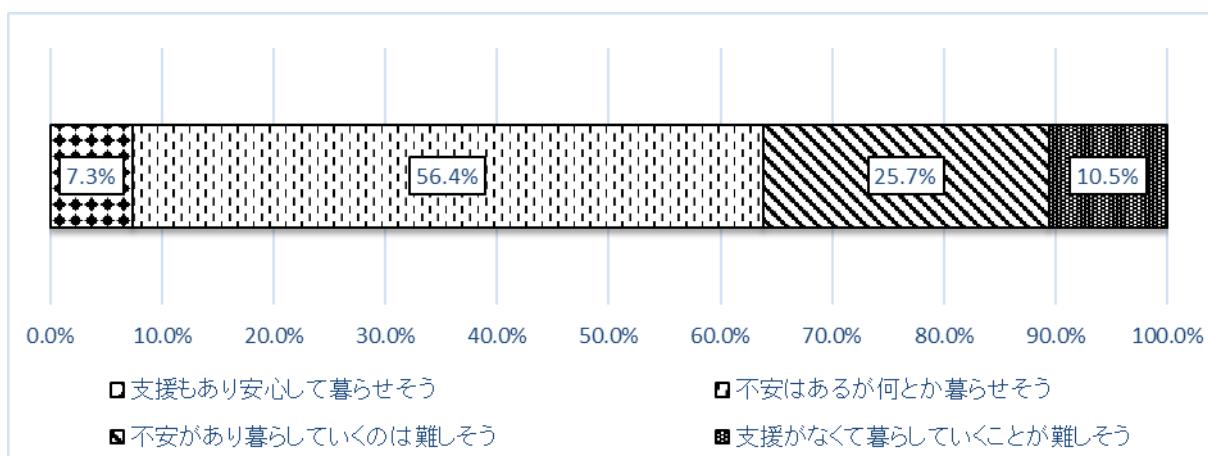
- (1) 介護保険の制度（介護保険料の計算方法や介護認定申請方法など）がわかりますか
【町】（n = 2, 842）



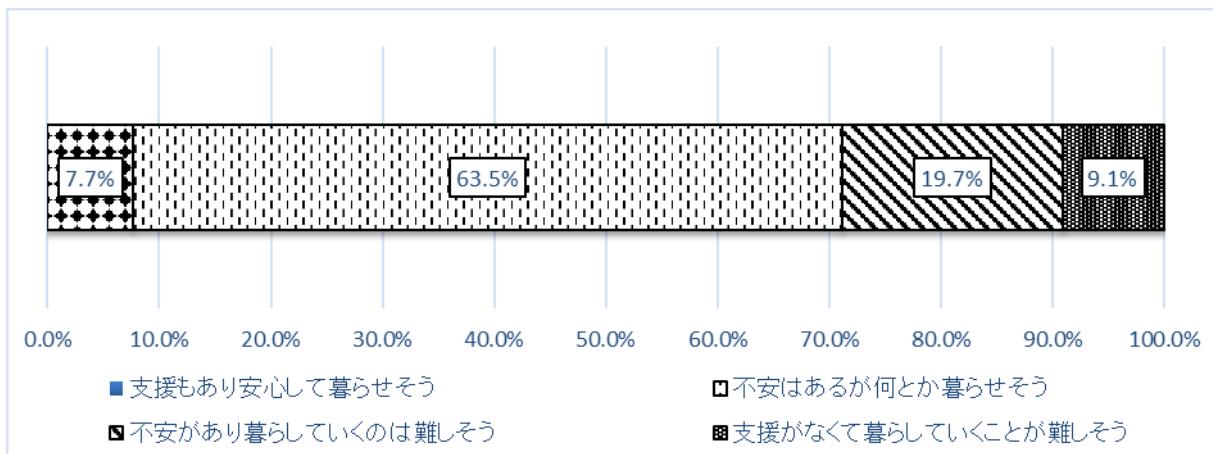
- (2) 介護保険制度の説明があれば参加してみたいですか【町】（n = 2, 795）



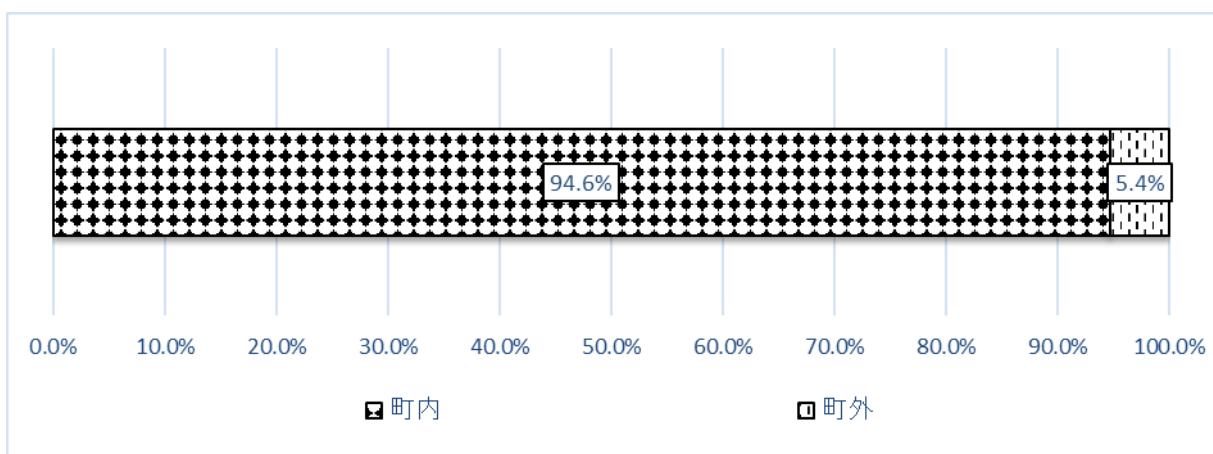
- (3) 現在の状態で認知症になったとしたらどのように感じますか【町】（n = 2, 709）



(4) 身体機能の低下によって今よりも体を動かすのが少し不自由になったらどのように感じますか【町】(n = 2, 713)

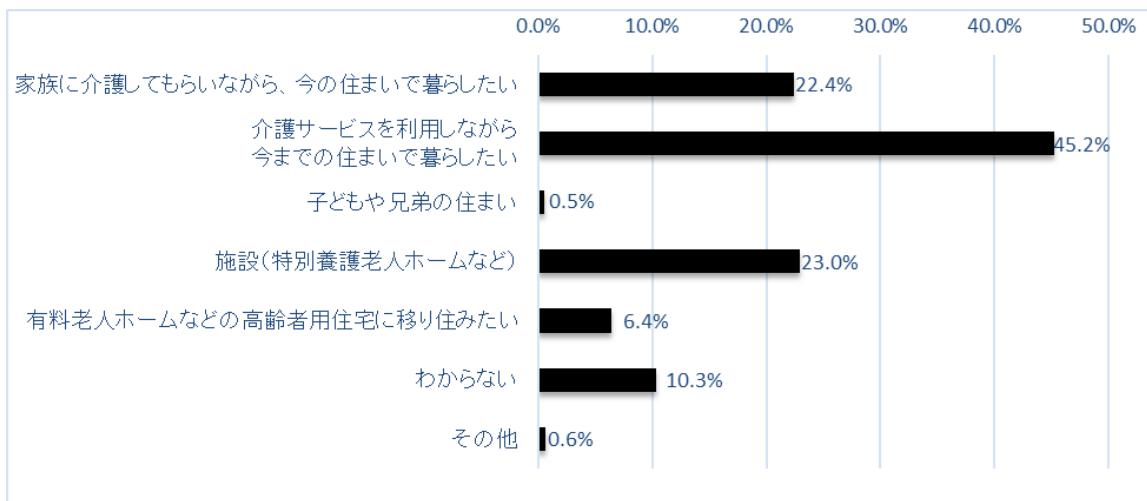


(5) 認知症になったり、今よりも体を動かすのが少し不自由になったり、介護が必要になった場合、あなたはどこで暮らしたいと考えていますか【町】(n = 2, 798)



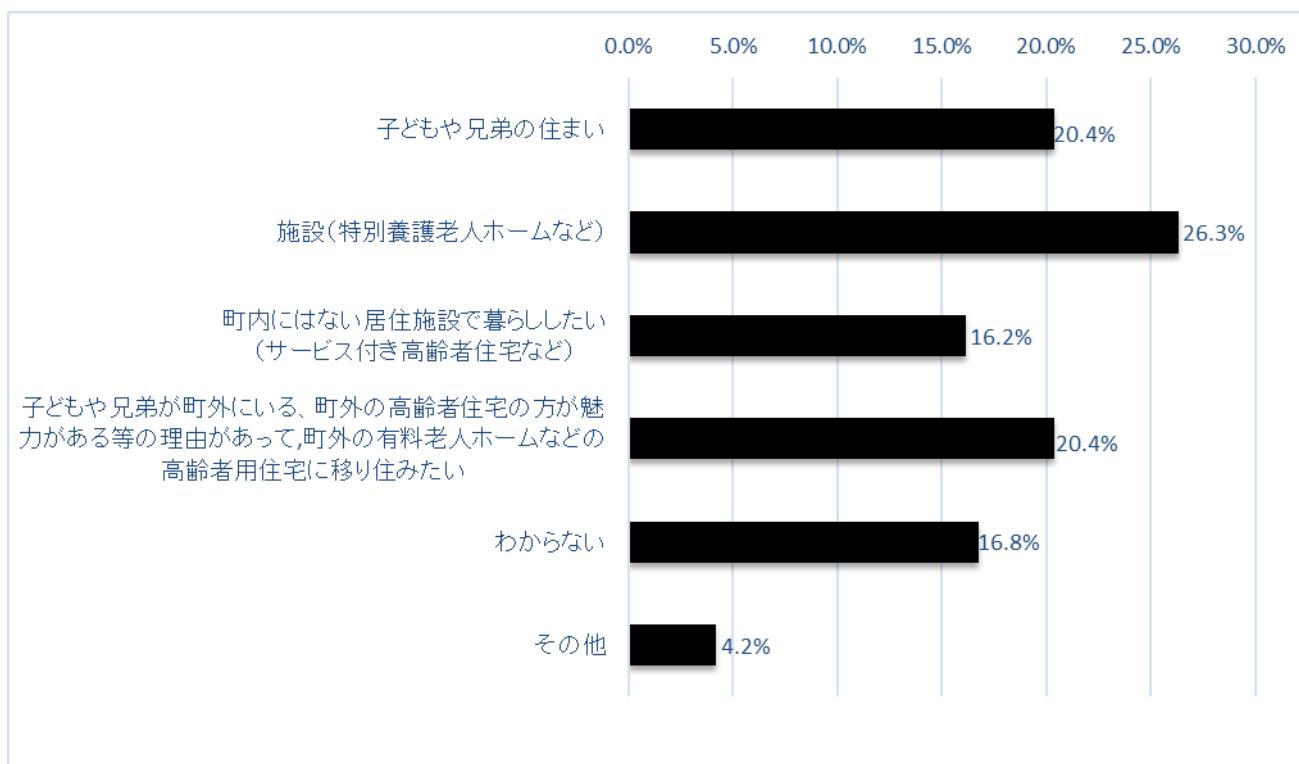
(5) で町内を選んだ方のみ

具体的にどこで暮らしたいと考えていますか【町】(n = 2, 640)



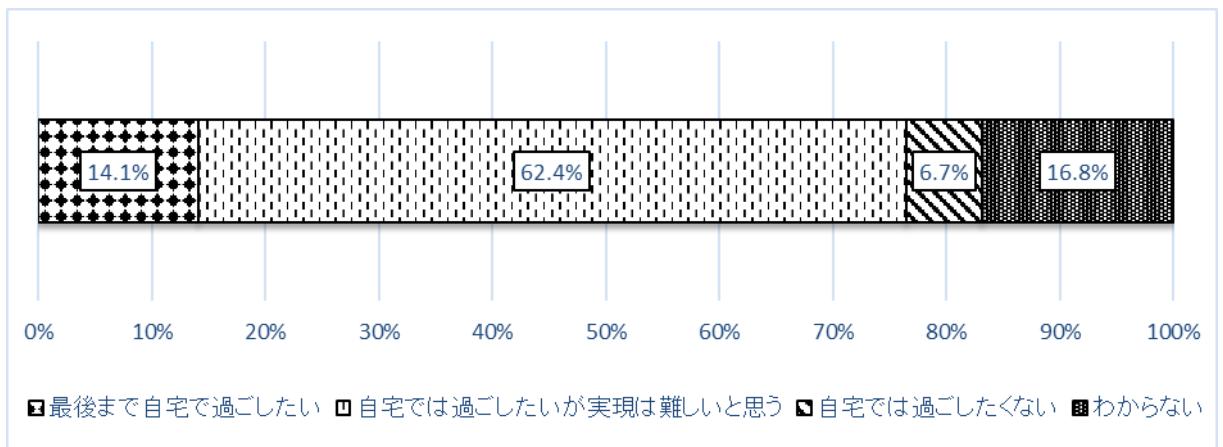
(5) で町外を選んだ方のみ

具体的にどこで暮らしたいと考えていますか【町】(n = 167)



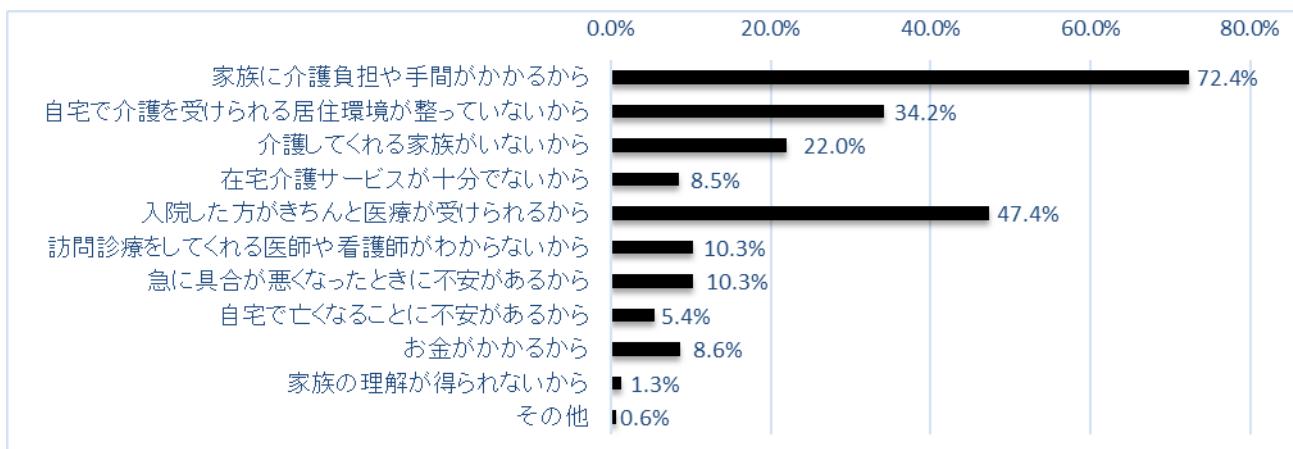
問10 終末期の療養について

(1) 余命宣告された場合、希望される療養の場はどこですか【町】(n = 2, 816)

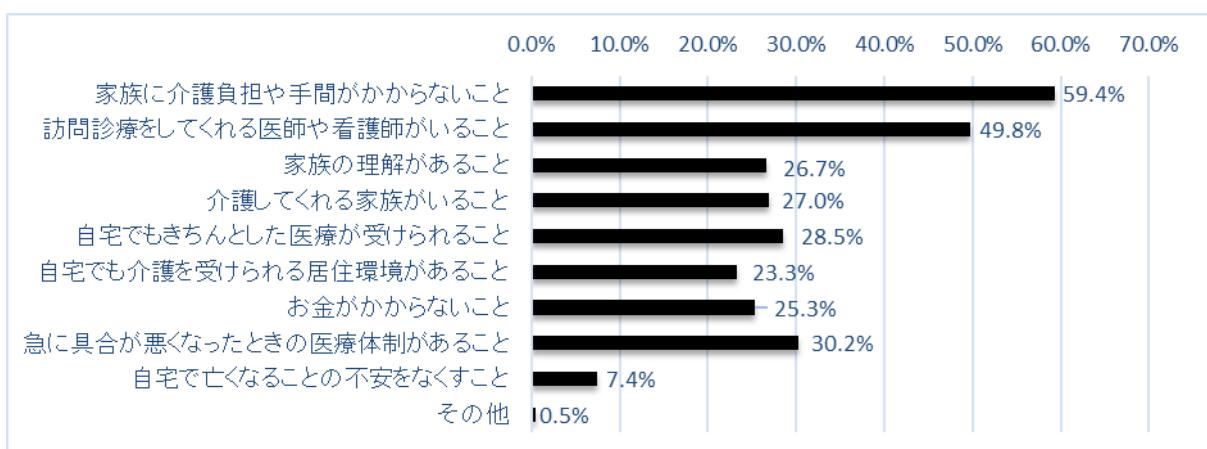


(1)で「自宅では過ごしたいが実現は難しいと思う」「自宅では過ごしたくない」を選んだ方のみお答えください

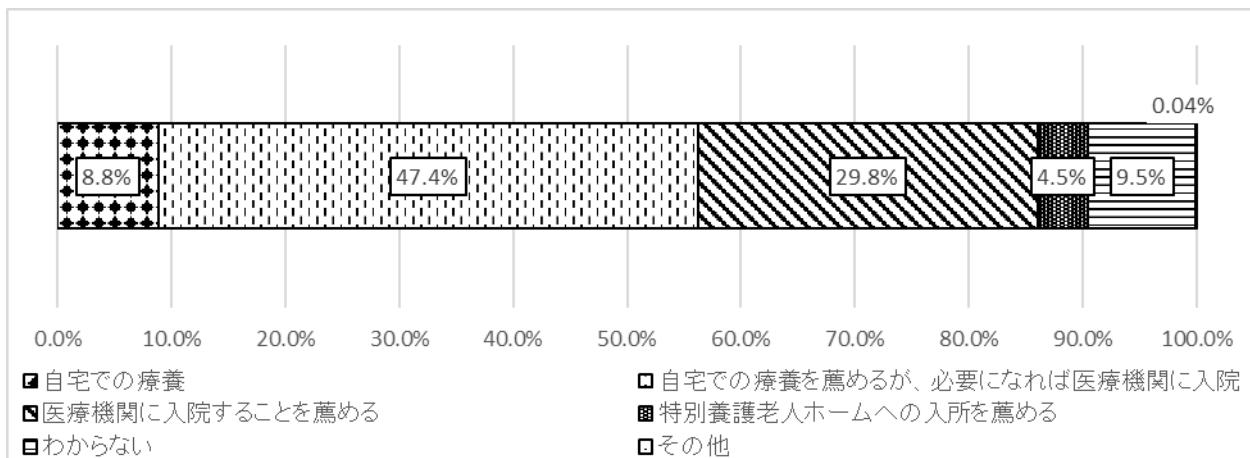
それはなぜですか。3つまで選んでください 【町】(n = 1, 969)



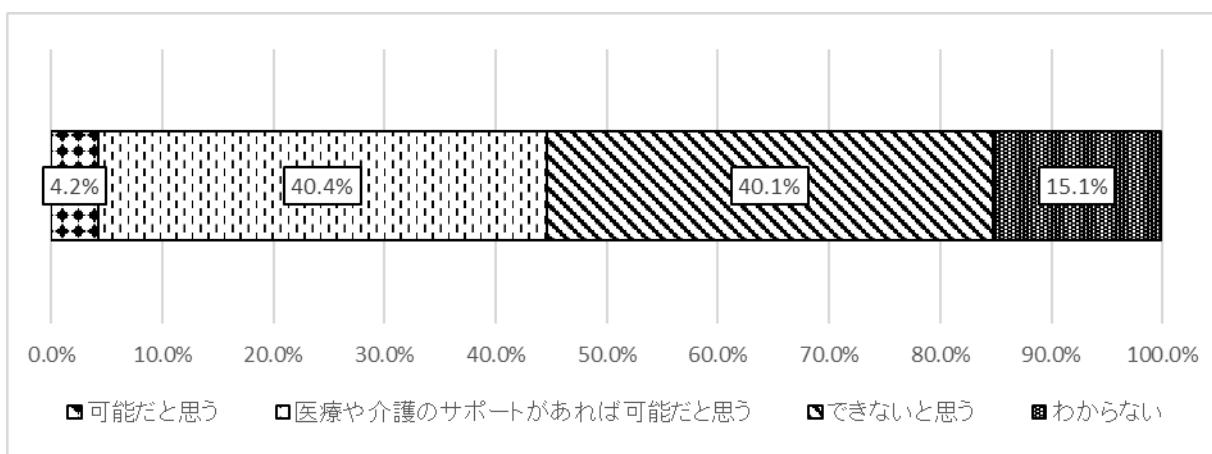
(2) 最後に自宅で過ごすとしたら、どんな条件が必要だと思いますか。3つまで選んでください 【町】(n = 2, 643)



(3) 自分の家族が治る見込みのない病気になり、死期が迫っていることが分かった場合どこで最後を過ごすことを薦めますか【町】(n = 2, 643)



(4) 自分の家族が自宅療養を希望した場合、自宅療養は最後まで可能だと思いますか【町】(n = 2, 892)



<集計分析結果>

(クロス集計版)

介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査の集計結果

～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～

令和2年3月30日
<茅室町>

目次

～クロス集計～

1 地域での活動についての分析 [P. 32]

(1) 各活動に参加している人の年齢層 [P. 32]

(2) 何らかの活動に参加している人と全く参加していない人の健康状態の違い [P. 37]

(3) 全く活動に参加していない人の活動への参加意欲の割合 [P. 38]

(4) 各活動への参加率の第7期計画策定時との比較 [P. 39]

2 高齢者の住まいについての分析 [P. 40]

(1) 住み替えの意識調査 [P. 40]

(2) 高齢者向け住宅へ住み替えを希望している人の属性について [P. 41]

3 外出について [P. 45]

(1) 外出頻度×転倒への不安 [P. 45]

(2) 外出頻度×過去1年間に転んだかどうか [P. 45]

(3) 外出頻度×活動に参加しているか [P. 46]

(4) 外出頻度×外出の方法 [P. 47]

1 地域での活動についての分析

集計・分析の狙い

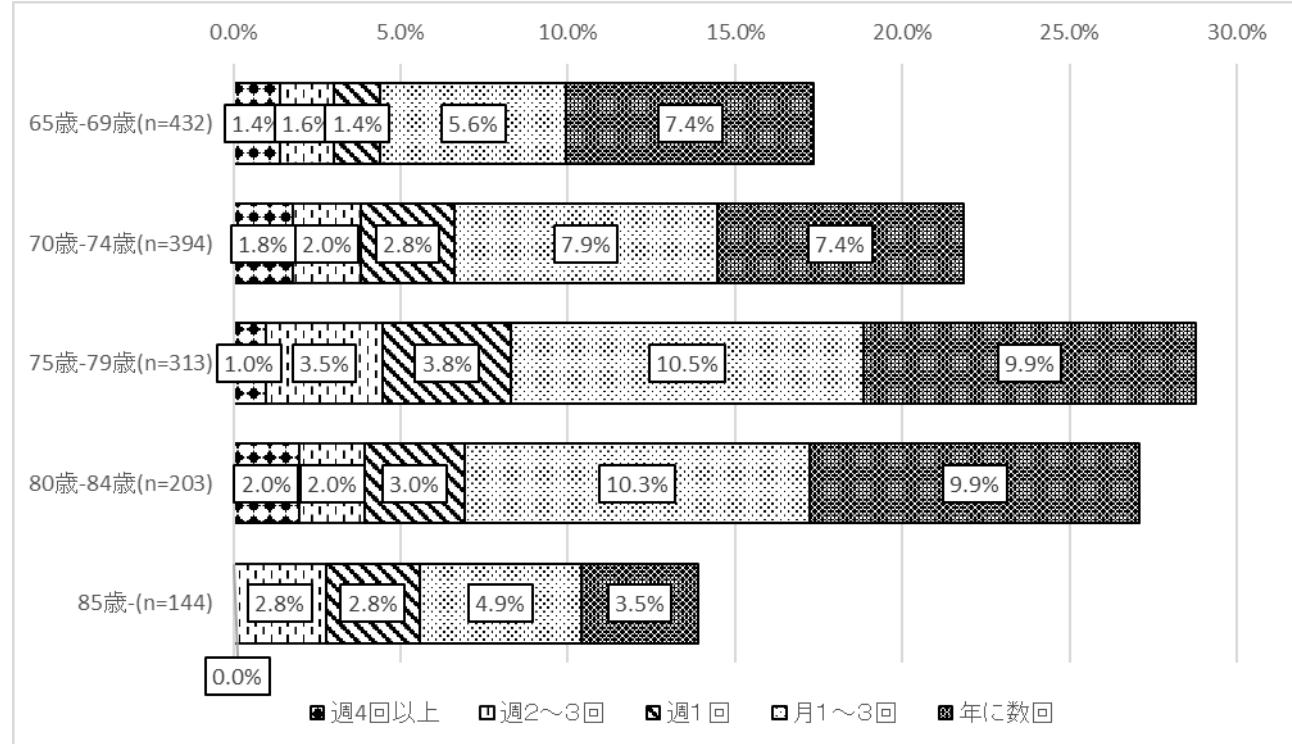
- 人口減少社会を迎え、つながりのある地域社会づくりと高齢者自らが介護予防を意識した生活を送ることが求められています。本調査において、様々な活動に参加することでどのような効果が生じているのかを分析し、つながりのある地域社会づくりの拡大と、高齢者の介護予防の意識の啓発を行うことが目的です。

(1) 各活動に参加している人の年齢層

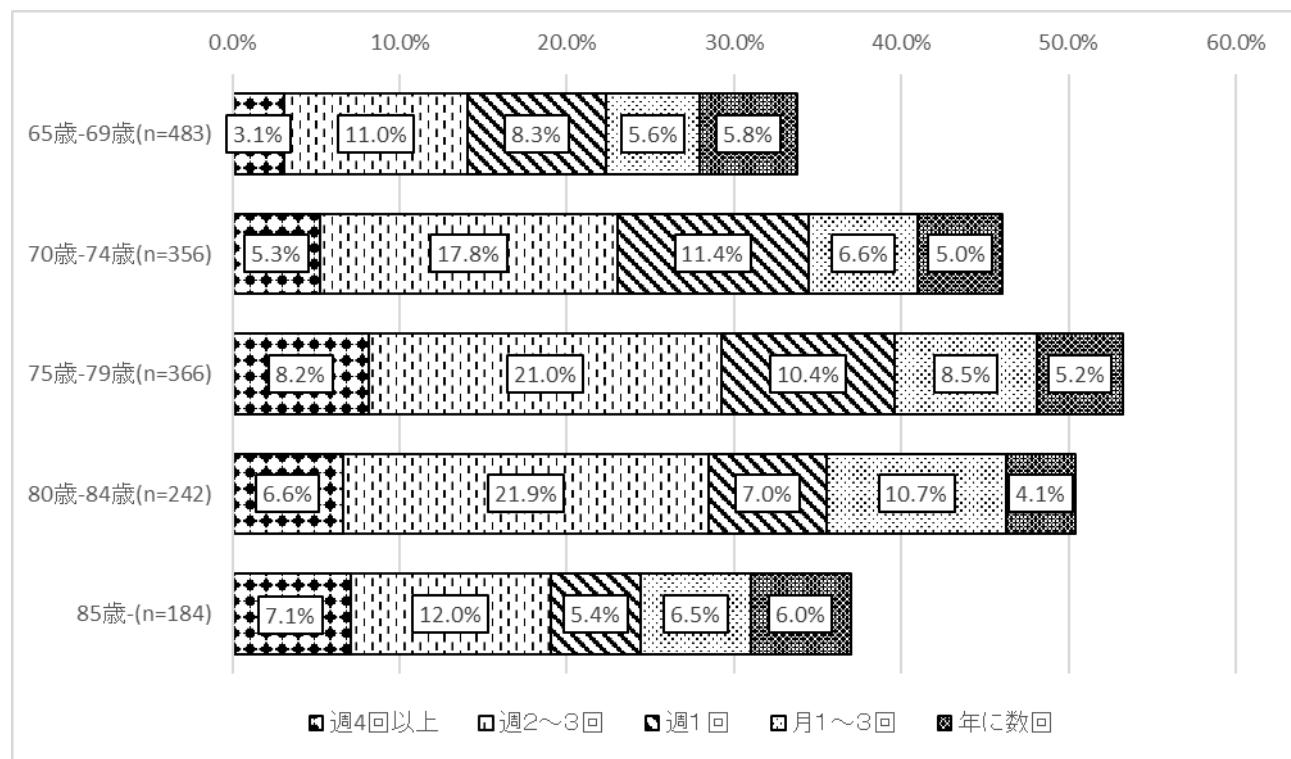
- 各活動に参加している人の年齢についてクロス集計をしています。どの年齢層の方がどんな活動に参加しているか把握することで、年齢層に応じた活動の場の提供が実施できるだけではなく、予防効果を高めたいターゲットの絞り込みにも用います。

- あくまでも参加している人の年齢層を把握するためにグラフ上では参加していない人のデータは掲載しておりませんが、「100% - グラフ上の数値 = 参加していない人の割合」となるように作成しています。

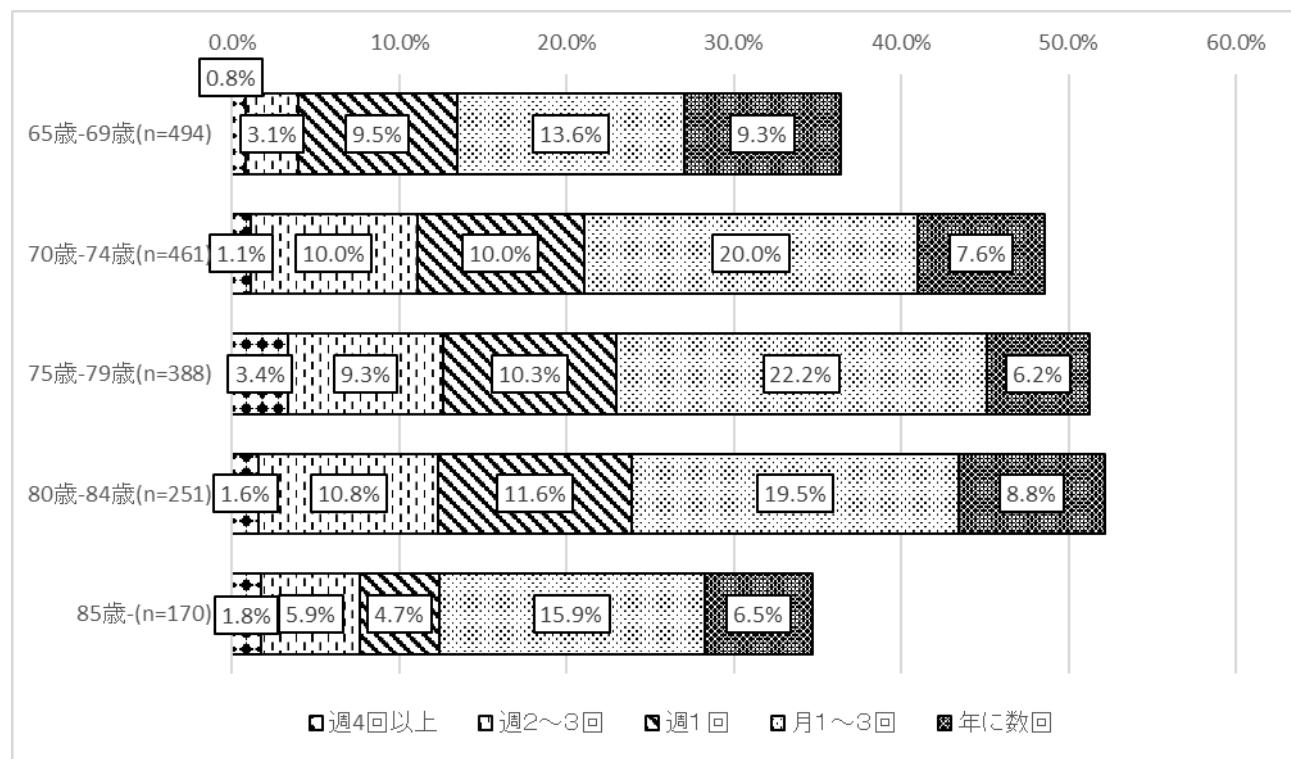
①ボランティアのグループ



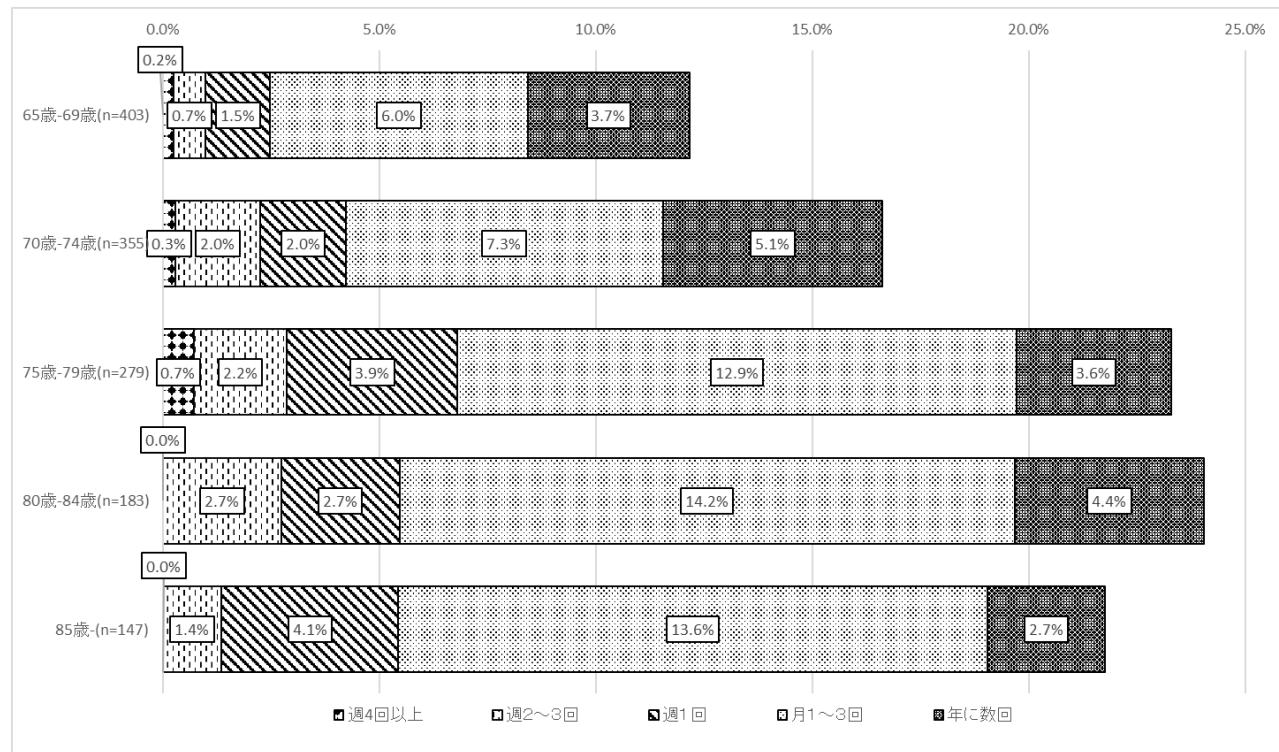
②スポーツ関係のグループやクラブ



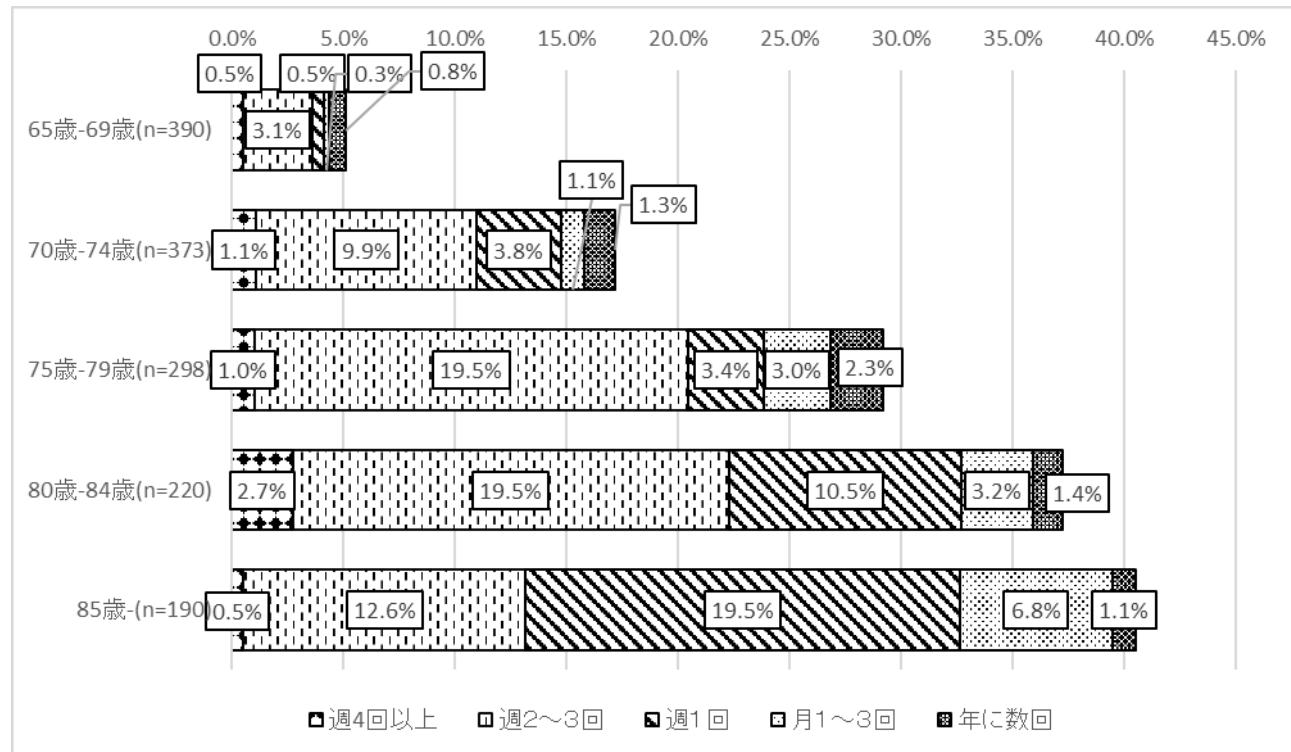
③趣味関係のグループ



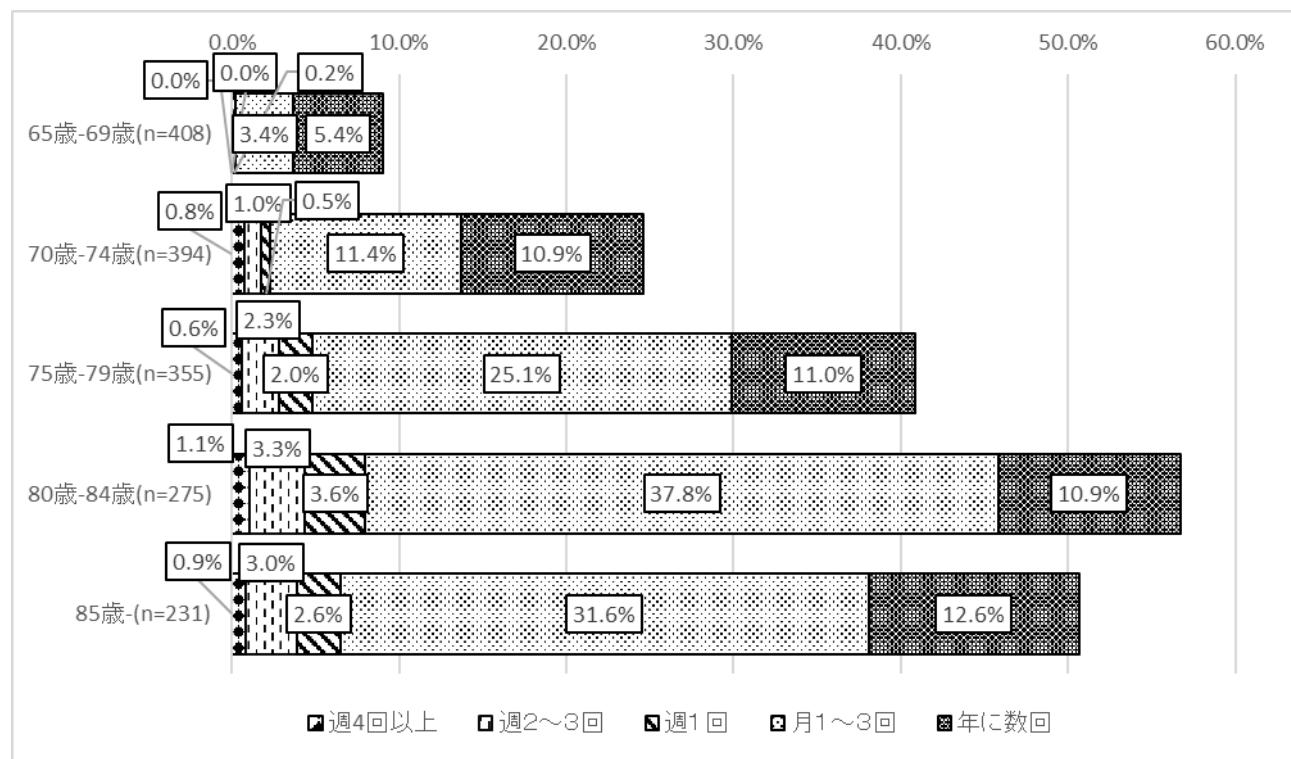
④学習・教養サークル



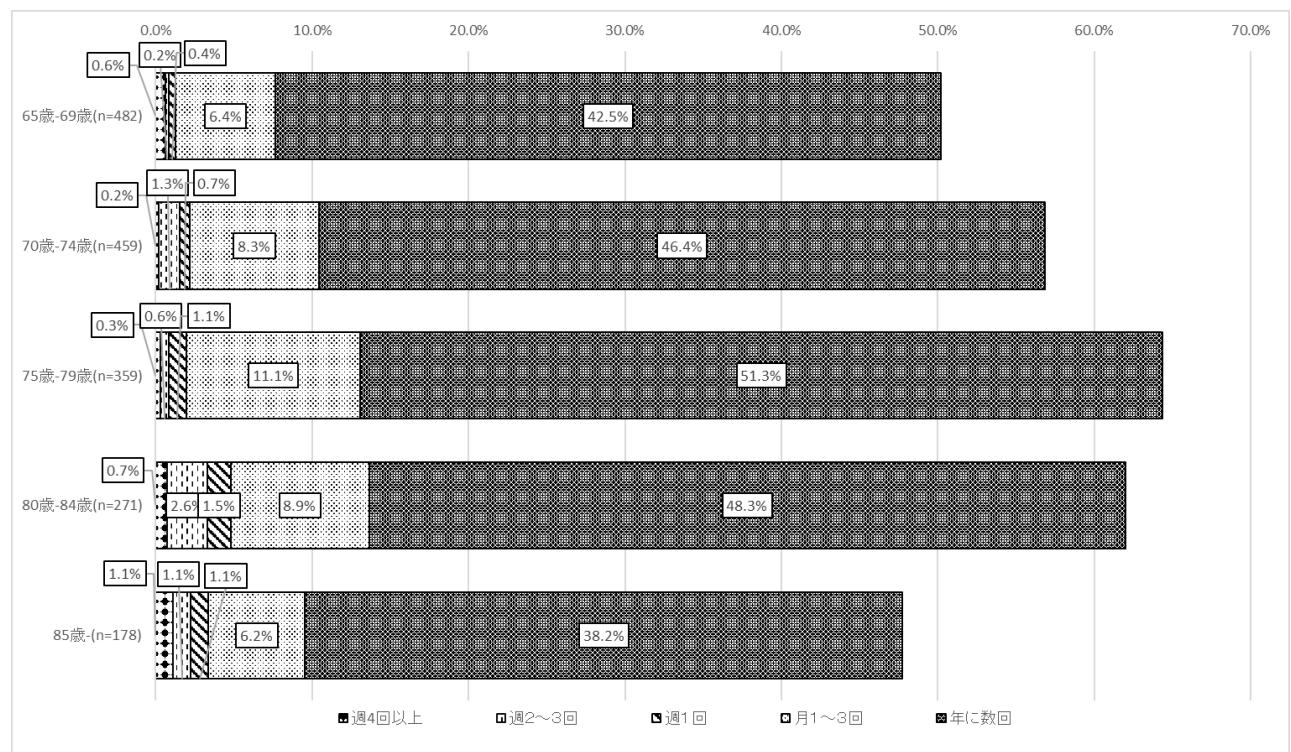
⑤ひまわり、運動塾などの介護予防のための集いの場



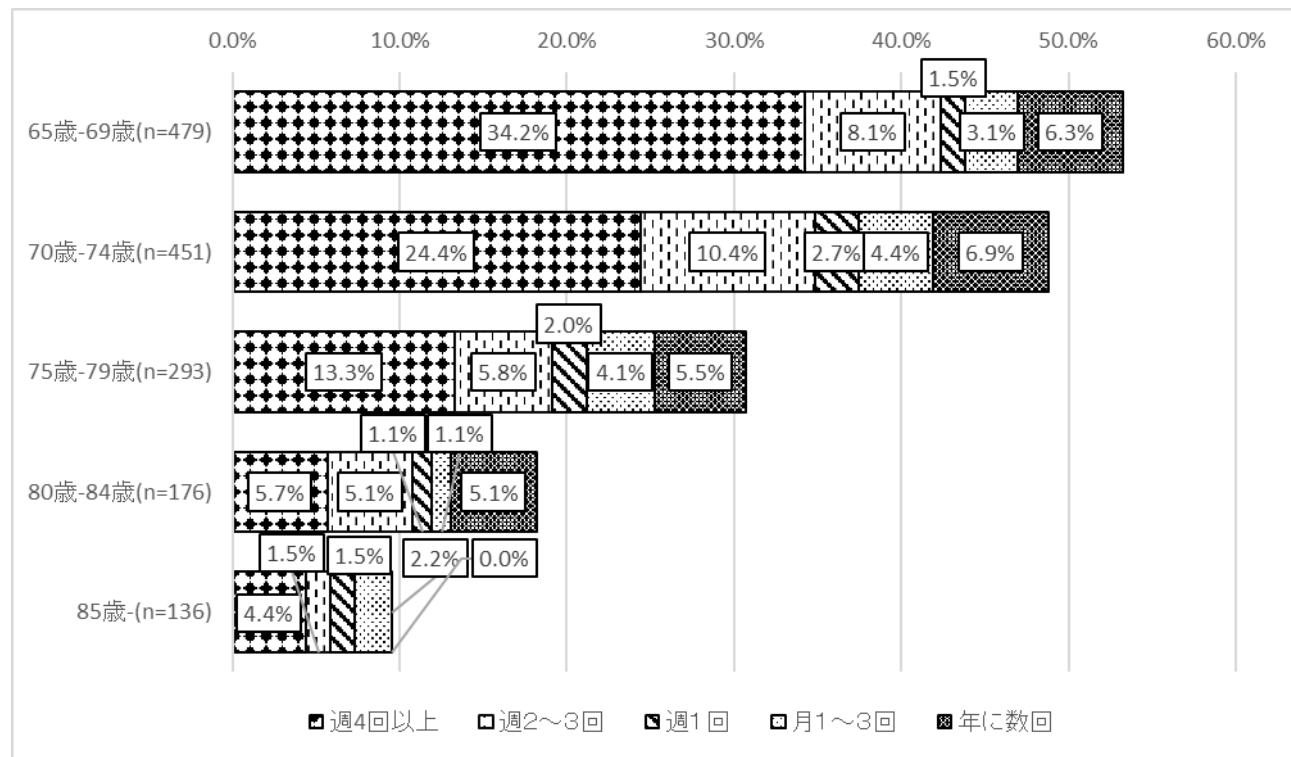
⑥老人クラブ



⑦町内会・自治会



⑧収入のある仕事



まとめ

- ①～⑦の活動については75歳以上の参加者が多く、⑧の収入のある仕事については、65～74歳の参加者が多い結果となりました。

→このことから、75歳くらいまでは収入のある仕事につき、その後様々な活動に参加している人が多いことがわかります。

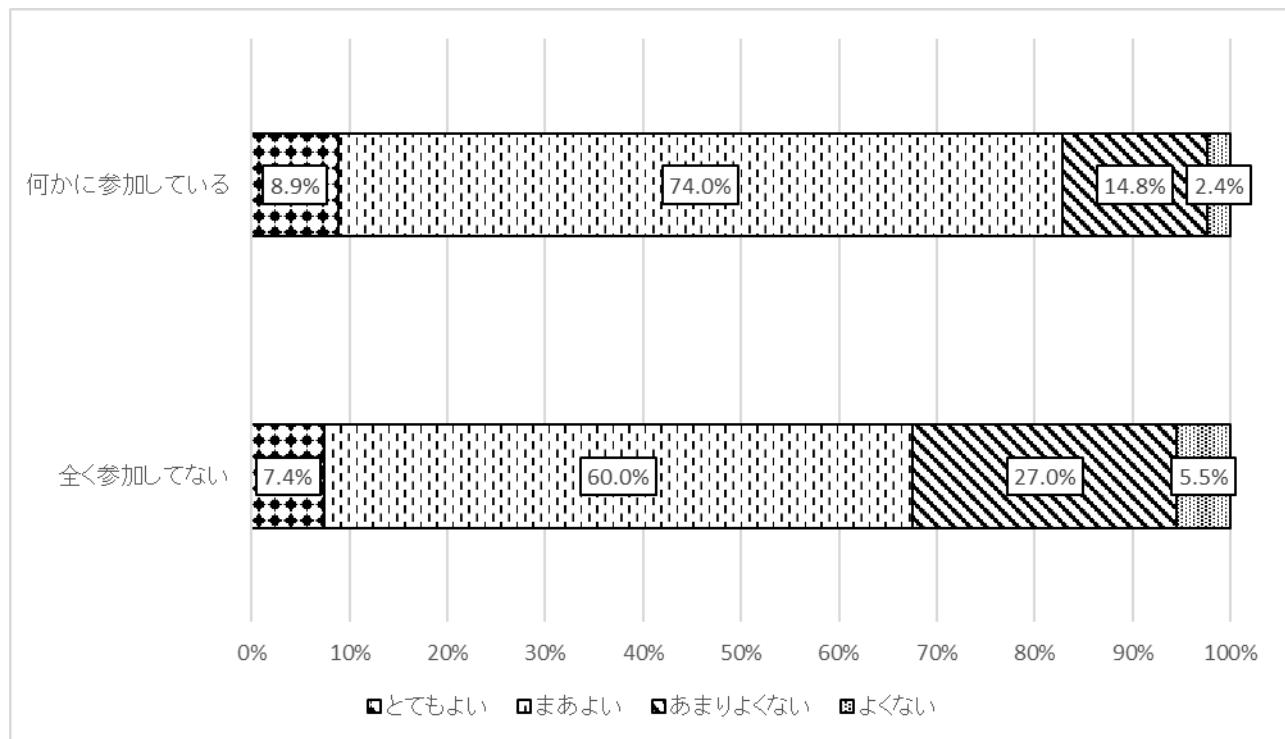
- 収入のある仕事から、他の活動への参加をどのように促すかが、活動を途切れさせないポイントとなります。

（2）何らかの活動に参加している人と全く参加していない人の健康状態の違い

○何らかの活動に参加している人と、全く参加していない人の、自身の健康状態（問7）

（1）現在のあなたの健康状態はいかがですか）を比較し、何らかの活動に参加していることが健康状態に変化をもたらすかを分析します。

○この質問については、「活動に参加しているから健康と感じている」のか「健康ではないと感じているから活動に参加できていない」のどちらかを考慮しながら分析する必要性があります。



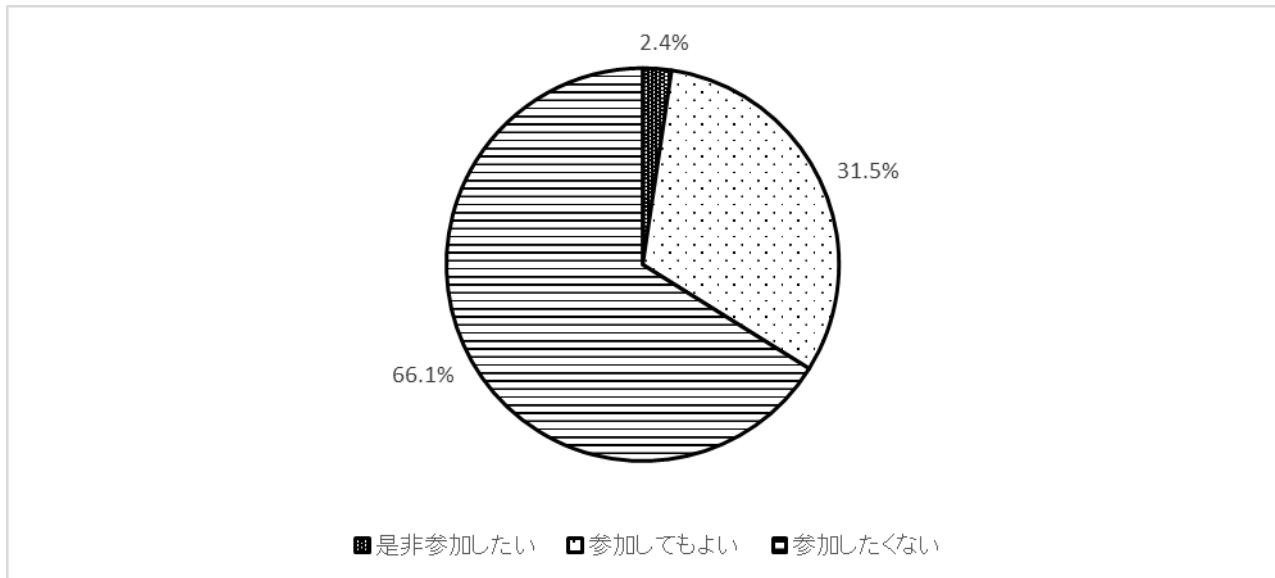
まとめ

- ・何らかの活動に参加している人のほうが、全く参加していない人よりも自身の健康について「よい、まあよい」と回答した割合が高いことがわかります。
- ・健康状態が悪いと感じていても参加している人がいるため、どのように支援しているかを各活動の様子から分析し、他の活動団体にも様々な方を受け入れられるよう工夫を促すことが求められます。

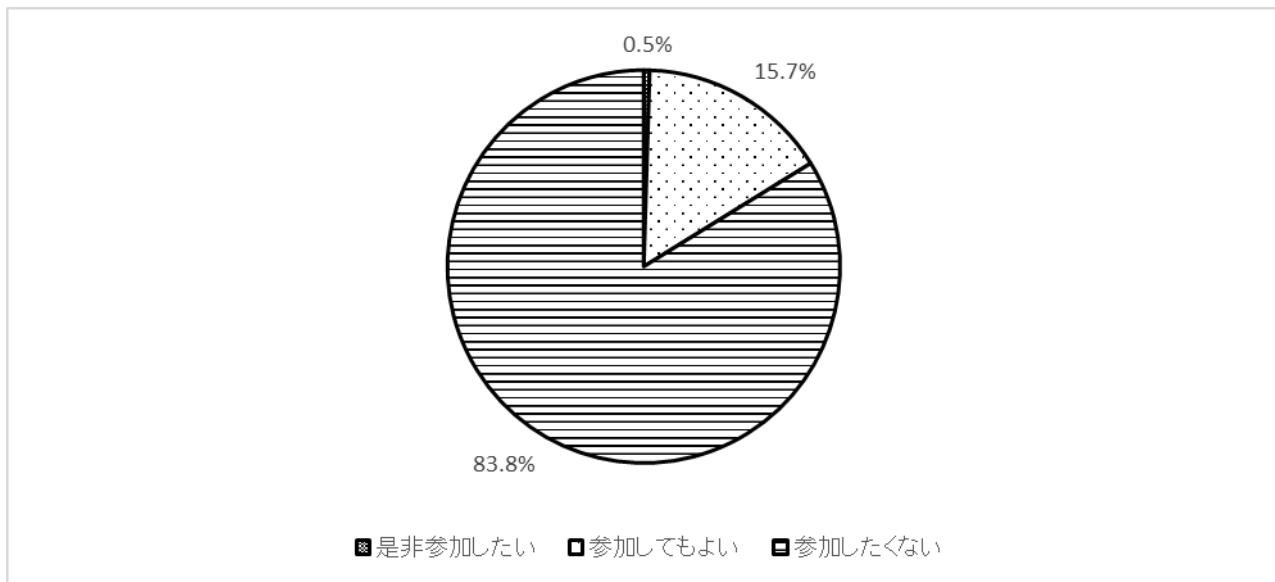
(3) 全く活動に参加していない人の活動への参加意欲の割合

○地域の活動に参加してみたいと思っているが、実際に参加できていない、潜在的な地域の協力者を推計することができます。そのような人たちに参加してもらえる基盤づくりを行う必要があります。

何も参加していない人の参加者として活動に参加したいかどうか（回答数425名）



何も参加していない人の主催者として活動に参加したいかどうか（回答数414名）



まとめ

・現在参加していない方の中で、参加者であれば3割、主催者でも1.5割程度の人は活動への参加の意欲があります。この人たちを実際に活動に参加してもらうように周知等を行う必要があります。

(4) 各活動への参加率の第7期計画策定時との比較

○第7期介護保険事業計画において高齢者の活動の場を増やし、参加を促す活動を行っていったため、その効果の指標となりうるため比較します。

7期と8期の比較（ひまわりについては8期からの質問項目）（増加している値は太字で下線を引いています）

| (%) | ボランティア | | スポーツ | | 趣味 | | 学習・教養 | | ひまわり | | 老人クラブ | | 町内会・自治会 | | 収入のある仕事 | |
|-------|--------|------------|------|-------------|------|-------------|-------|------------|------|------|-------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|
| | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 |
| 週4回以上 | 0.6 | <u>1.3</u> | 3.3 | <u>5.7</u> | 2.1 | 1.7 | 0.5 | 0.3 | | 0.6 | 1.5 | 0.6 | 0.7 | 0.5 | 10.9 | <u>21.4</u> |
| 週2～3回 | 1.3 | <u>2.3</u> | 12.4 | <u>16.5</u> | 6.0 | <u>7.6</u> | 1.0 | <u>1.7</u> | | 1.7 | 1.3 | <u>1.7</u> | 0.9 | <u>1.0</u> | 3.9 | <u>7.4</u> |
| 週1回 | 1.2 | <u>2.6</u> | 6.4 | <u>9.1</u> | 6.3 | <u>9.6</u> | 1.1 | <u>2.6</u> | | 1.6 | 0.9 | <u>1.6</u> | 0.6 | <u>0.9</u> | 1.0 | <u>1.9</u> |
| 月1～3回 | 4.6 | <u>7.8</u> | 6.3 | <u>7.3</u> | 11.6 | <u>18.2</u> | 4.8 | <u>9.6</u> | | 19.5 | 11.1 | <u>19.5</u> | 4.8 | <u>8.2</u> | 2.0 | <u>3.4</u> |
| 年に数回 | 5.4 | <u>7.9</u> | 4.2 | <u>5.3</u> | 6.9 | <u>7.8</u> | 3.1 | <u>4.0</u> | | 9.8 | 8.1 | <u>9.8</u> | 31.6 | <u>45.7</u> | 3.6 | <u>5.6</u> |

まとめ

- ・全体的に増加しており、町民の活動の割合は3年前と比較し、増加していると考えられます。
- ・7Pにあるように何らかの活動に参加している方のほうが自分で感じる健康状態がよかつたため、今後も参加者を増加させ、介護予防に努める必要があります。

2 高齢者の住まいについての分析

集計・分析の狙い

- 本町における、高齢者の住まいに関する意識調査を実施することで、今後増加すると考えられる介護保険施設等のニーズを把握することが目的です。
- 高齢者向け住宅への住み替えを検討している方がどのような方が分析し、他の基盤の整備によって解消できるものかどうかを検討します。

(1) 住み替えの意識調査

- 現在の住まいと今後の住まいの希望の関係について、集計分析をします。縦列に現在の居住形態、横列に希望する居住形態を並べています。現在の居住形態と同じ選択肢を選んだ人と、今の住居にずっと住みたいと選択肢を回答した人を住み替えの希望がない人として集計しています。

| | 持家(一戸建て) | 持家(集合住宅) | 公営賃貸住宅 | 民間賃貸住宅(一戸建て) | 民間賃貸住宅(集合住宅) | 借家 | その他 |
|---------------------------------|----------|----------|--------|--------------|--------------|-------|-------|
| 持家(一戸建て) | 207 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 持家(集合住宅) | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 公営賃貸住宅 | 64 | 1 | 52 | 9 | 9 | 7 | 3 |
| 民間賃貸住宅(一戸建て) | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 民間賃貸住宅(集合住宅) | 8 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 0 |
| 借家 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 高齢者向け住宅(シニアマンション) | 249 | 2 | 14 | 1 | 15 | 5 | 1 |
| 今の住居にずっと住みたい | 1787 | 18 | 112 | 7 | 12 | 15 | 14 |
| その他 | 60 | 2 | 8 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| 合計件数 | 2326 | 24 | 183 | 17 | 40 | 32 | 19 |
| 今の住居にずっと住みたい +今も希望も同じ選択をした件数 | 1994 | 19 | 164 | 7 | 16 | 17 | 15 |
| | 85.7% | 79.2% | 89.6% | 41.2% | 40.0% | 53.1% | 78.9% |

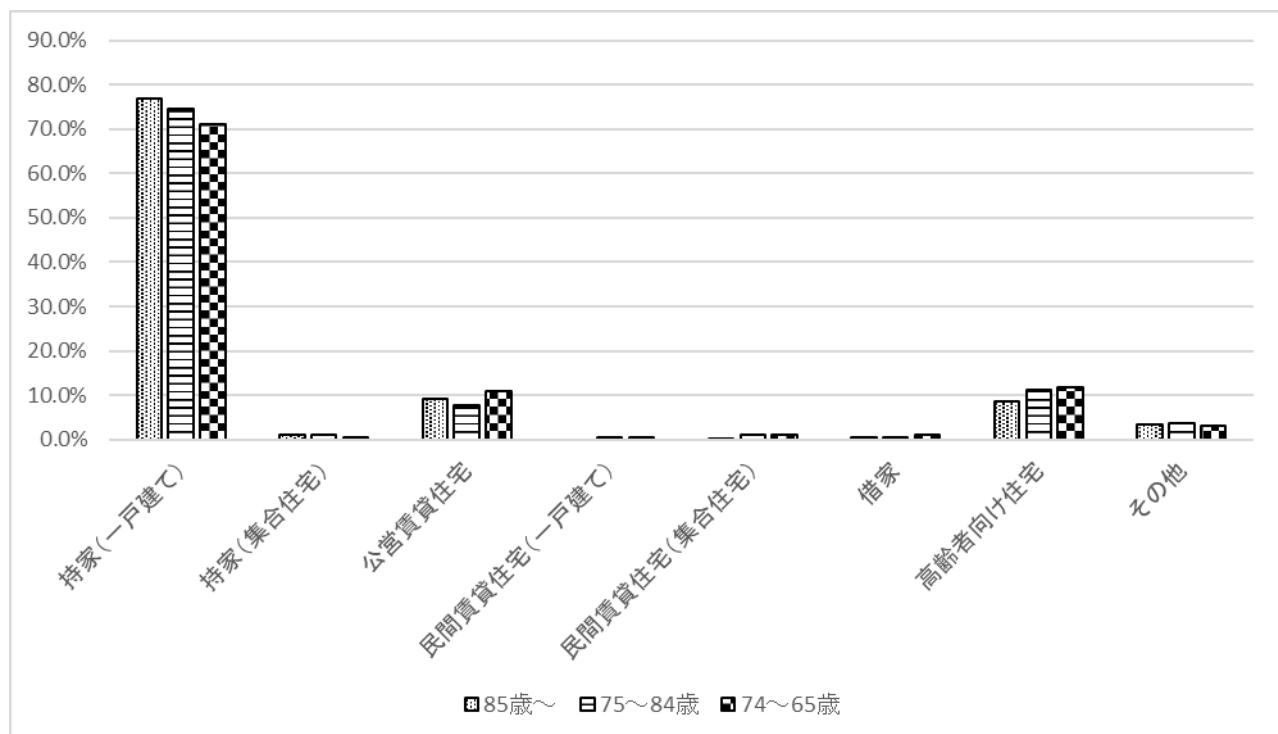
まとめ

- ・ 8割以上の方が現在の住居にずっと住みたいと回答しています。
- ・ 現在持家に住んでいる方の1割程度の方は高齢者向けマンションに住みたいと考えており、今後の施設整備の検討の際に考慮する必要があります。

(2) 高齢者向け住宅へ住み替えを希望している人の属性について

- 現在すでに高齢者向け住宅へ住み替えを希望している人がどのような人が多いか把握することで、住み替えの需要の傾向を把握します。

住み替えたい人 × 年齢



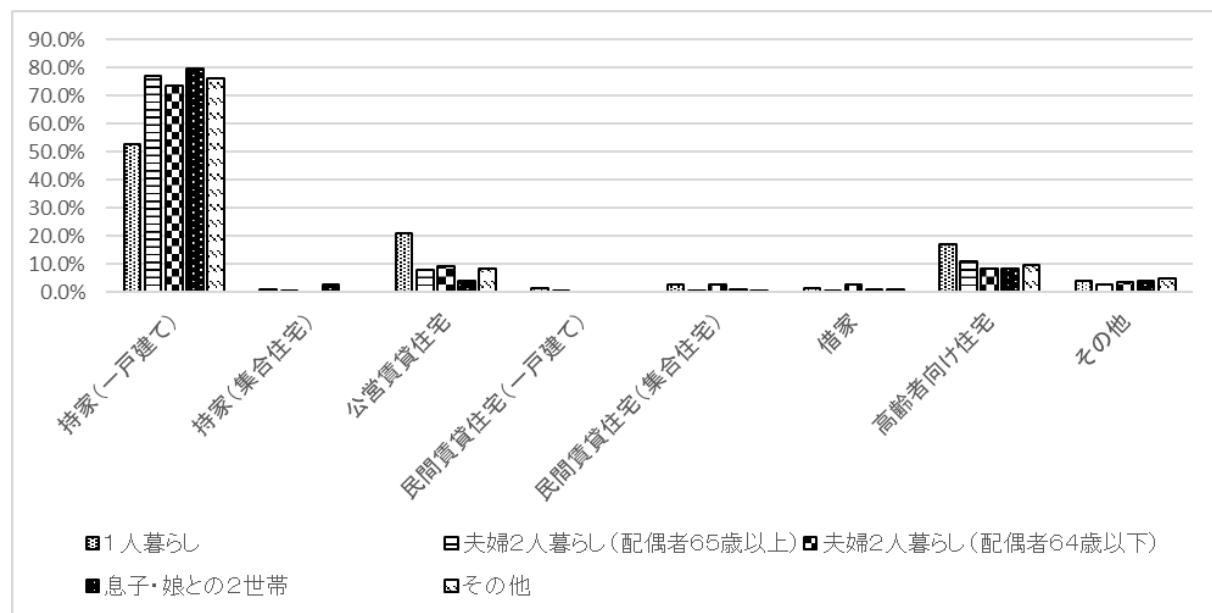
| | 85歳～ | 75～84歳 | 74～65歳 |
|--------------|-------|--------|--------|
| 持家(一戸建て) | 76.8% | 74.4% | 71.2% |
| 持家(集合住宅) | 1.2% | 1.1% | 0.6% |
| 公営賃貸住宅 | 9.2% | 7.6% | 10.8% |
| 民間賃貸住宅(一戸建て) | 0.0% | 0.4% | 0.6% |
| 民間賃貸住宅(集合住宅) | 0.3% | 1.1% | 1.0% |
| 借家 | 0.6% | 0.5% | 1.0% |
| 高齢者向け住宅 | 8.6% | 11.3% | 11.7% |
| その他 | 3.3% | 3.6% | 3.1% |

まとめ

・わずかではあるが、若い方人たちのほうが、持家（一戸建て）の割合が低く、高齢者向け住宅の割合が高くなりました。

→おそらく、現状困っていて高齢者住宅に住みたいというわけではなく、将来的に困るかもしれないから住みたいという人が多いのではないかと分析します。

住み替えたい人×世帯状況

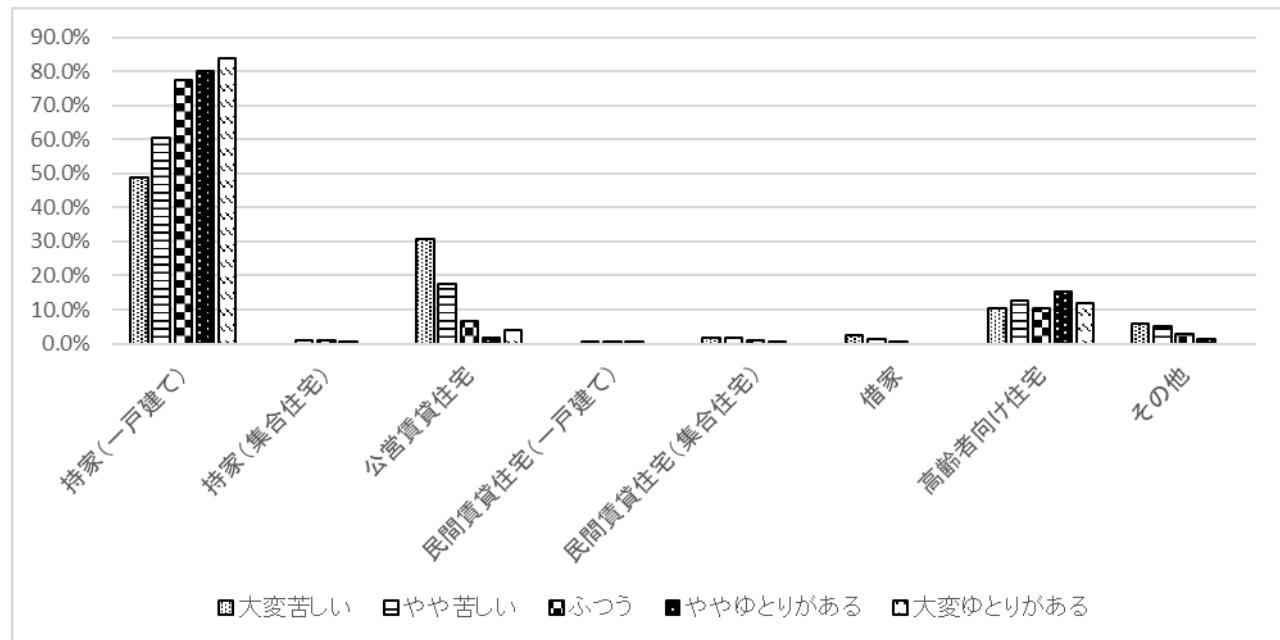


| | 1人暮らし | 夫婦2人暮らし (配偶者65歳以上) | 夫婦2人暮らし (配偶者64歳以下) | 息子・娘との 2世帯 | その他 |
|--------------|-------|-----------------------|-----------------------|---------------|-------|
| 持家(一戸建て) | 52.6% | 77.0% | 73.6% | 79.5% | 76.2% |
| 持家(集合住宅) | 0.9% | 0.5% | 0.0% | 2.6% | 0.0% |
| 公営賃貸住宅 | 20.7% | 7.8% | 9.1% | 4.0% | 8.2% |
| 民間賃貸住宅(一戸建て) | 1.1% | 0.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 民間賃貸住宅(集合住宅) | 2.6% | 0.5% | 2.7% | 0.9% | 0.3% |
| 借家 | 1.3% | 0.4% | 2.7% | 0.7% | 0.8% |
| 高齢者向け住宅 | 17.0% | 10.9% | 8.2% | 8.4% | 9.8% |
| その他 | 3.7% | 2.6% | 3.6% | 4.0% | 4.8% |

まとめ

- ・ 1人暮らし人が公営住宅や高齢者向け住宅への住み替えを希望している割合が高いです。
→独居に対する介助者がいないことへの不安が考えられます。(不安を軽減するように在宅生活の基盤整備を行う必要があります。)

住み替えたい人×経済状況

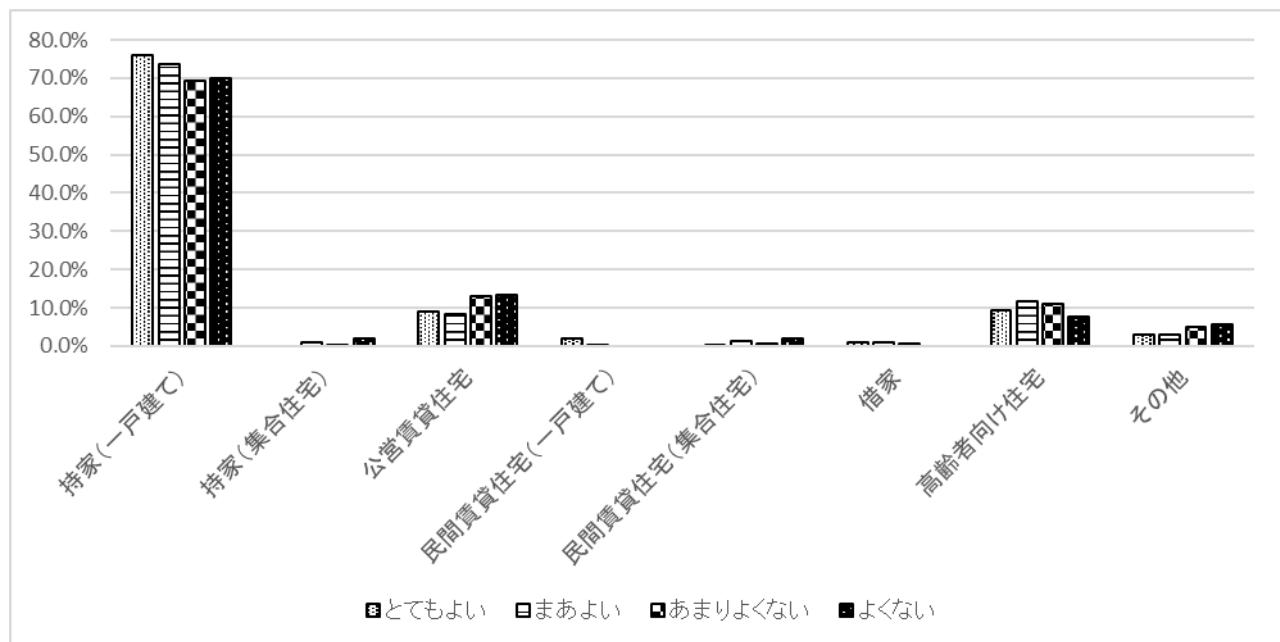


| | 大変苦しい | やや苦しい | ふつう | ややゆとりがある | 大変ゆとりがある |
|--------------|-------|-------|-------|----------|----------|
| 持家(一戸建て) | 48.7% | 60.6% | 77.5% | 80.0% | 84.0% |
| 持家(集合住宅) | 0.0% | 0.8% | 0.9% | 0.6% | 0.0% |
| 公営賃貸住宅 | 30.8% | 17.4% | 6.7% | 1.8% | 4.0% |
| 民営賃貸住宅(一戸建て) | 0.0% | 0.6% | 0.4% | 0.6% | 0.0% |
| 民営賃貸住宅(集合住宅) | 1.7% | 1.6% | 0.8% | 0.6% | 0.0% |
| 借家 | 2.6% | 1.4% | 0.5% | 0.0% | 0.0% |
| 高齢者向け住宅 | 10.3% | 12.8% | 10.3% | 15.2% | 12.0% |
| その他 | 6.0% | 4.9% | 2.9% | 1.2% | 0.0% |

まとめ

- 経済状況が一番影響を及ぼしているのが公営賃貸住宅の値であり、経済状況が苦しい方の賃料の安い公営賃貸住宅へのニーズが増加していると考えられます。

住み替えたい人×健康状態



| | とてもよい | まあよい | あまりよくない | よくない |
|---------------|-------|-------|---------|-------|
| 持家 (一戸建て) | 75.9% | 73.5% | 69.3% | 69.8% |
| 持家 (集合住宅) | 0.0% | 1.0% | 0.2% | 1.9% |
| 公営賃貸住宅 | 8.8% | 8.3% | 13.1% | 13.2% |
| 民間賃貸住宅 (一戸建て) | 2.0% | 0.4% | 0.0% | 0.0% |
| 民間賃貸住宅 (集合住宅) | 0.4% | 1.1% | 0.7% | 1.9% |
| 借家 | 0.8% | 0.8% | 0.7% | 0.0% |
| 高齢者向け住宅 | 9.2% | 11.7% | 11.1% | 7.5% |
| その他 | 2.8% | 3.1% | 5.0% | 5.7% |

まとめ

- ・健康状態がよくない方が公営賃貸住宅を選択した方が多くなりました。高齢者向け住宅の値はそこまで変化がありませんでした。

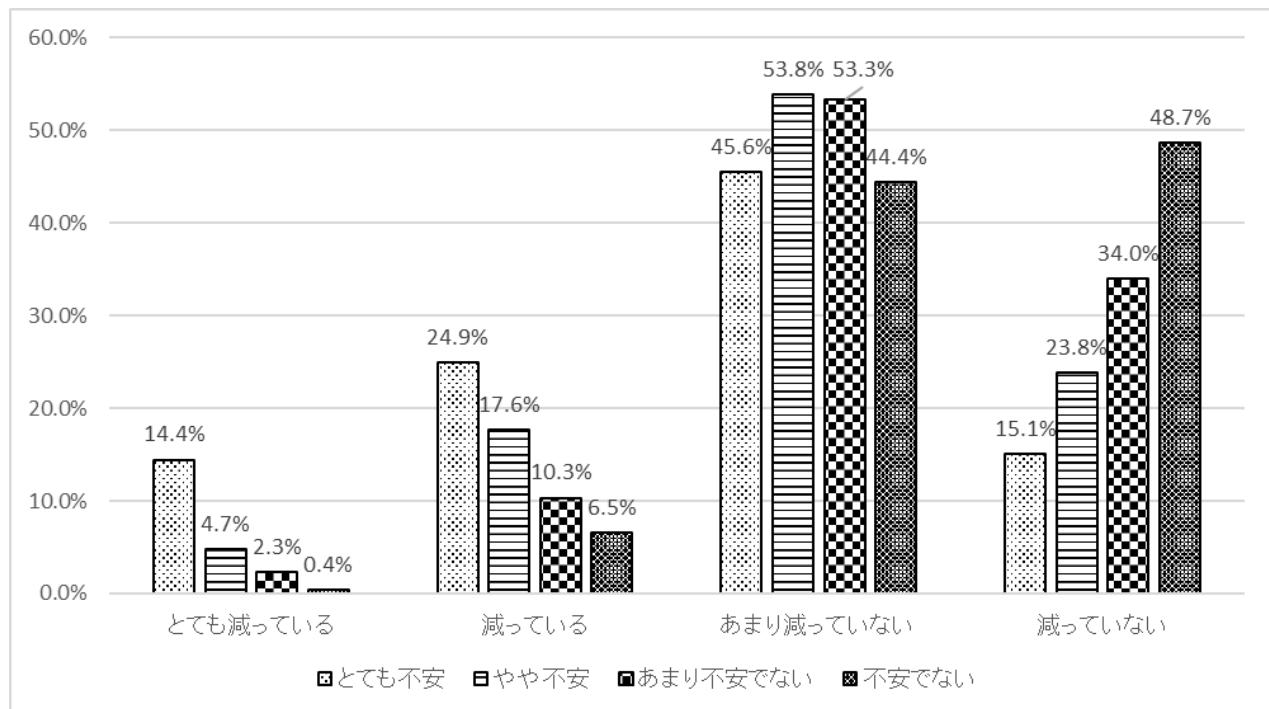
総論

- ・高齢者向け住宅への住み替えの一番の要因は世帯状況であり、今後の支援等が不安になると住み替えを希望する人が多いと考えられます。

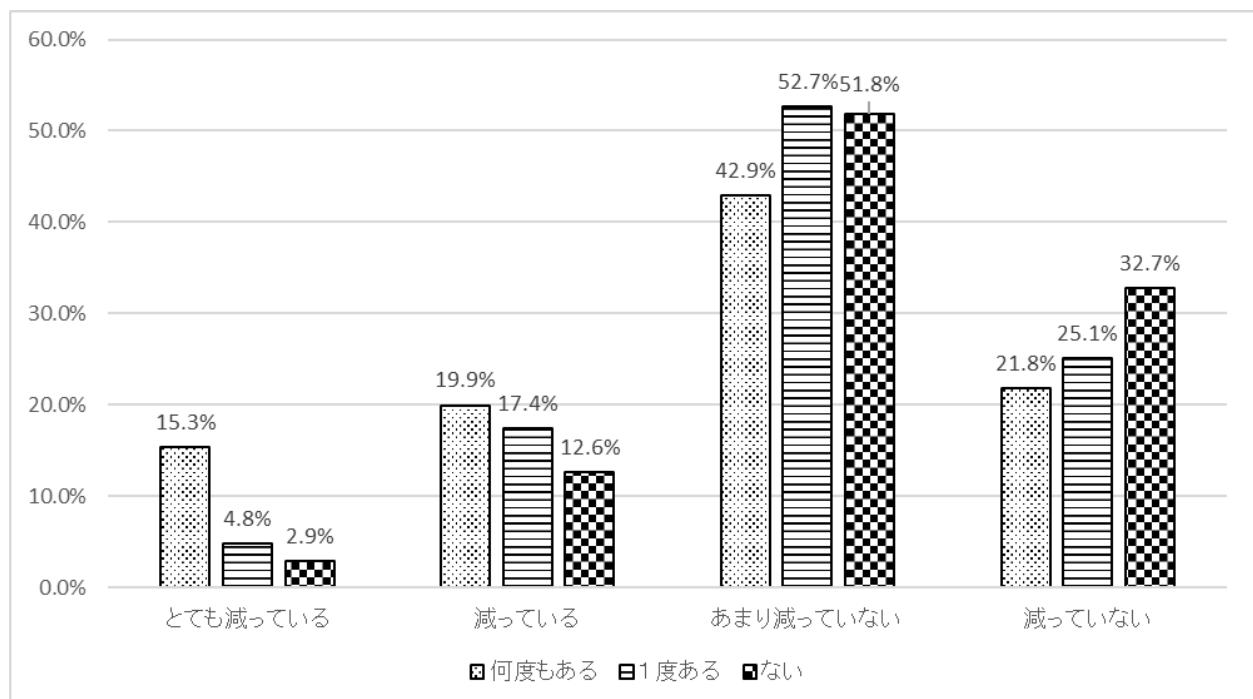
3 外出について

○高齢者の外出支援について、本町において、タクシーの助成を試験的に実施したりしていますが、抜本的な解決ができているわけではありません。そこで本町が目指す高齢者の外出支援の在り方、考え方をまとめます。

(1) 外出頻度×転倒への不安



(2) 外出頻度×過去1年間に転んだかどうか



まとめ

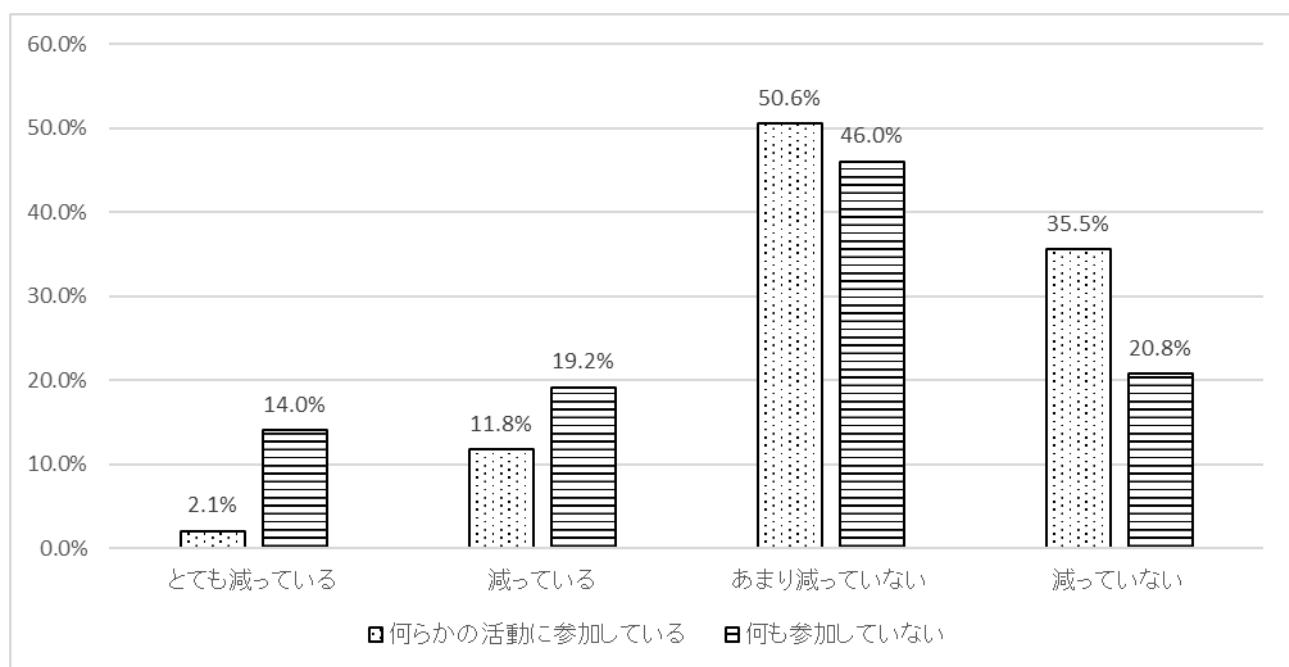
・転倒に対する不安が大きいほど外出の頻度が低下しています。

・実際に転倒している人は外出の頻度が減っています。

→外出頻度が減る原因の一つとして転倒が関係していると考えられます。

・転倒予防の啓発をすすめて、外出が自力ができる人を増やすべく自分で外出できない人を増やさない活動を行う必要があります。

（3）外出頻度×活動に参加しているか

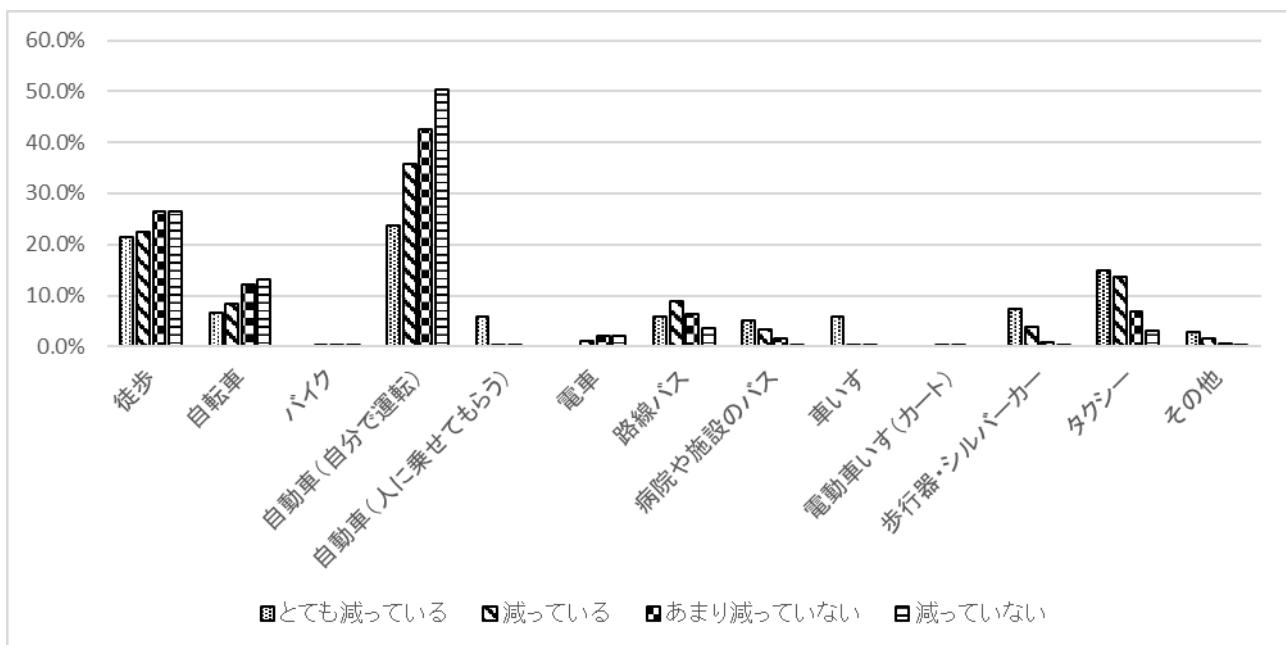


まとめ

・何の活動にも参加していない人は外出の頻度が低下しています。

・何らかの活動に参加してもらうことで、外出の頻度の低下の防止になることが考えられるため、周知活動を行う必要があります。

(4) 外出頻度×外出の方法



| | とても減っている | 減っている | あまり減っていない | 減っていない |
|---------------|----------|-------|-----------|--------|
| 歩き | 21.5% | 22.4% | 26.5% | 26.4% |
| 自転車 | 6.7% | 8.4% | 12.2% | 13.2% |
| バイク | 0.0% | 0.4% | 0.2% | 0.3% |
| 自動車(自分で運転) | 23.7% | 35.7% | 42.6% | 50.3% |
| 自動車(人に乗せてもらう) | 5.9% | 0.2% | 0.1% | 0.0% |
| 電車 | 0.0% | 1.1% | 2.1% | 2.1% |
| 路線バス | 5.9% | 9.0% | 6.4% | 3.7% |
| 病院や施設のバス | 5.2% | 3.4% | 1.5% | 0.3% |
| 車いす | 5.9% | 0.2% | 0.1% | 0.0% |
| 電動車いす(カート) | 0.0% | 0.2% | 0.1% | 0.0% |
| 歩行器・シルバーカー | 7.4% | 3.8% | 0.8% | 0.3% |
| タクシー | 14.8% | 13.6% | 6.8% | 3.2% |
| その他 | 3.0% | 1.6% | 0.7% | 0.3% |

まとめ

- 一番外出頻度に影響を与えてるのは自動車を自分で運転しているかどうかです。
- 歩き、自転車も外出頻度に影響を与えていため運動機能を保持することが必要です。

<集計分析結果>

2 在宅介護実態調査の集計結果

～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～

令和2年6月

<茅室町>

目次

単純集計 [P. 51]

1 基本調査項目 (A票) [P. 51]

- (1) 世帯類型 [P. 51]
- (2) 家族等による介護の頻度 [P. 51]
- (3) 主な介護者の本人との関係 [P. 52]
- (4) 主な介護者の性別 [P. 52]
- (5) 主な介護者の年齢 [P. 53]
- (6) 介護のための離職の有無 [P. 53]
- (7) 施設等検討の状況 [P. 54]

2 主な介護者様用の調査項目 (B票) [P. 55]

- (1) 主な介護者の勤務形態 [P. 55]
- (2) 主な介護者の方の働き方の調整の状況 [P. 55]
- (3) 主な介護者の就労継続の可否に係る意識 [P. 56]
- (4) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護 [P. 56]

3 要介護認定データ [P. 57]

- (1) 年齢 [P. 57]
- (2) 性別 [P. 57]
- (3) 二次判定結果 (要介護度) [P. 58]
- (4) サービス利用の組み合わせ [P. 58]
- (5) 訪問系サービスの合計利用回数 [P. 59]
- (6) 通所系サービスの合計利用回数 [P. 59]
- (7) 短期系サービスの合計利用回数 [P. 60]
- (8) 障害高齢者の日常生活自立度 [P. 60]
- (9) 認知症高齢者の日常生活自立度 [P. 61]

クロス集計 [P. 62]

1 在宅限界点の向上のための支援・サービスの提供体制の検討 [P. 63]

1.1 集計・分析の狙い [P. 63]

1.2 集計結果と着目すべきポイント [P. 64]

(1) 基礎集計 [P. 64]

(2) 要介護度・認知症自立度の重度化に伴う「主な介護者が不安に感じる介護」の変化 [P. 65]

(3) 要介護度・認知症自立度の重度化に伴う「サービス利用の組み合わせ」の変化 [P. 68]

(4) 「サービス利用の組み合わせ」と「施設等検討の状況」の関係 [P. 72]

(5) 「サービス利用の組み合わせ」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係 [P. 75]

(6) 「サービス利用の回数」と「施設等検討の状況」の関係 [P. 78]

(7) 「サービス利用の回数」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係 [P. 82]

(8) 「施設入所の検討状況」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係 [P. 89]

1.3 考察 [P. 91]

2 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスの提供体制の検討 [P. 92]

2.1 集計・分析の狙い [P. 92]

2.2 集計結果と着目すべきポイント [P. 93]

(1) 基本集計 [P. 93]

(2) 就労状況別の、主な介護者が行っている介護と就労継続見込み [P. 96]

(3) 「介護保険サービスの利用状況」・「主な介護者が不安に感じる介護」と
「就労継続見込み」の関係 [P. 98]

(4) 「サービス利用の組み合わせ」と「就労継続見込み」の関係 [P. 100]

(5) 就労状況別の、保険外の支援・サービスの利用状況と、施設等検討の状況 [P. 102]

(6) 就労状況別の、介護のための働き方の調整と効果的な勤め先からの支援 [P. 103]

2.3 考察 [P. 105]

3 将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討 [P. 106]

3.1 集計・分析の狙い [P. 106]

3.2 集計結果と着目すべきポイント [P. 107]

(1) 基礎集計 [P. 107]

(2) 「要介護度別・世帯類型別」の「家族等による介護の頻度」 [P. 108]

(3) 「要介護度別・認知症自立度別」の「世帯類型別のサービス利用の組み合わせ」 [P. 110]

(4) 「要介護度別・認知症自立度別」の「世帯類型別の施設等検討の状況」 [P. 113]

3.3 考察 [P. 116]

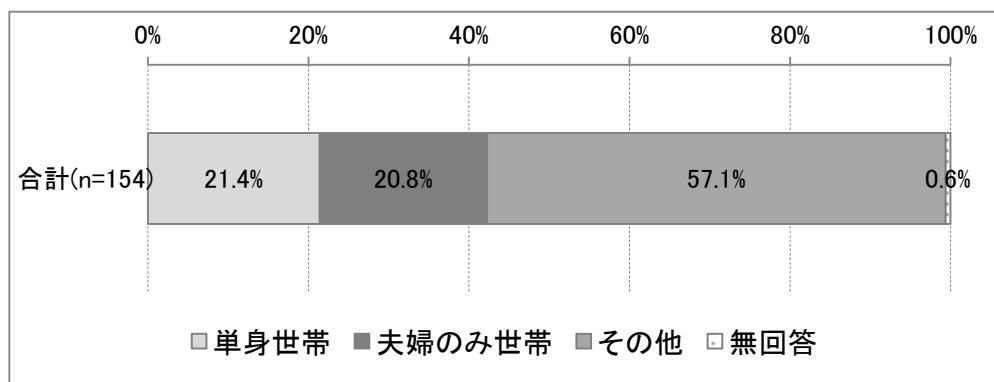
※図表タイトルの「★」は、オプション調査項目であることを示しています。

単純集計

1 基本調査項目（A票）

（1）世帯類型

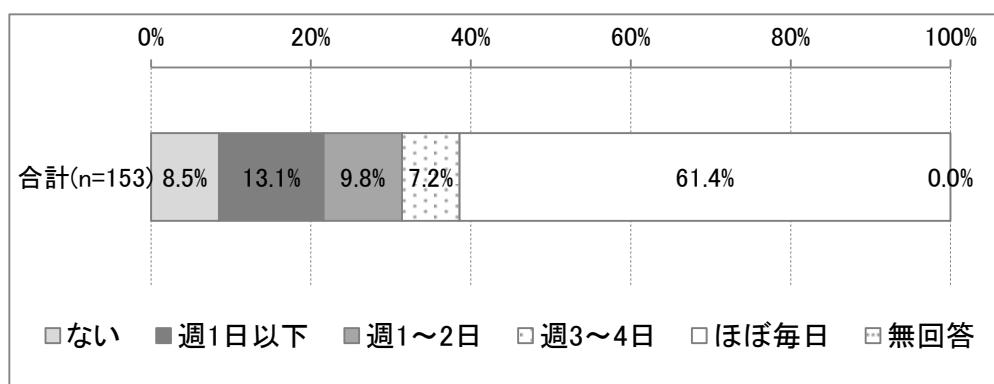
図表 1-1 世帯類型（単数回答）



- ・その他は2世帯で暮らしている方や、シニアマンション入所者が多いです。
- ・高齢者のみでの生活は全体の4割程度です。

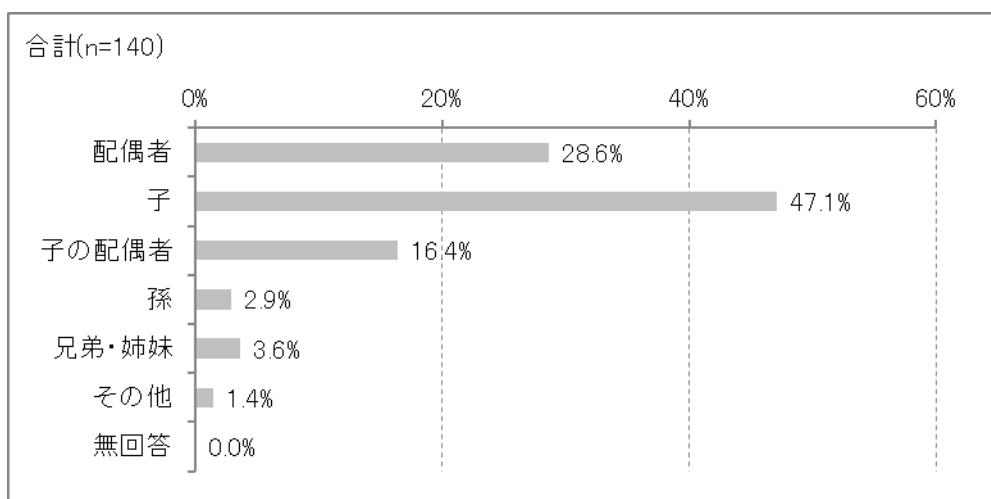
（2）家族等による介護の頻度

図表 1-2 家族等による介護の頻度（単数回答）



(3) 主な介護者の本人との関係

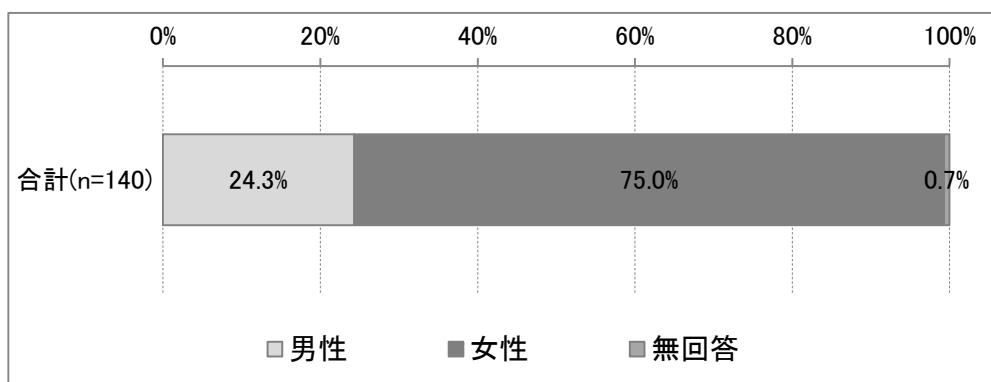
図表 1-3 ★主な介護者の本人との関係 (単数回答)



- ・主な介護者は子や子の配偶者の割合が多く、合わせて全体の6割以上を占めており、1世代若い方の介助が多いことがわかります。

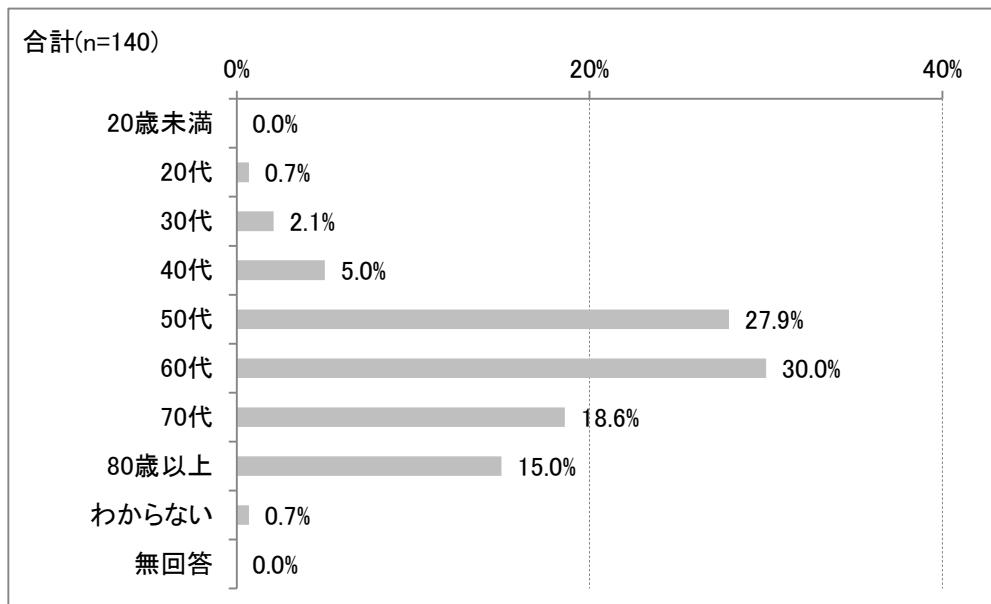
(4) 主な介護者の性別

図表 1-4 ★主な介護者の性別 (単数回答)



(5) 主な介護者の年齢

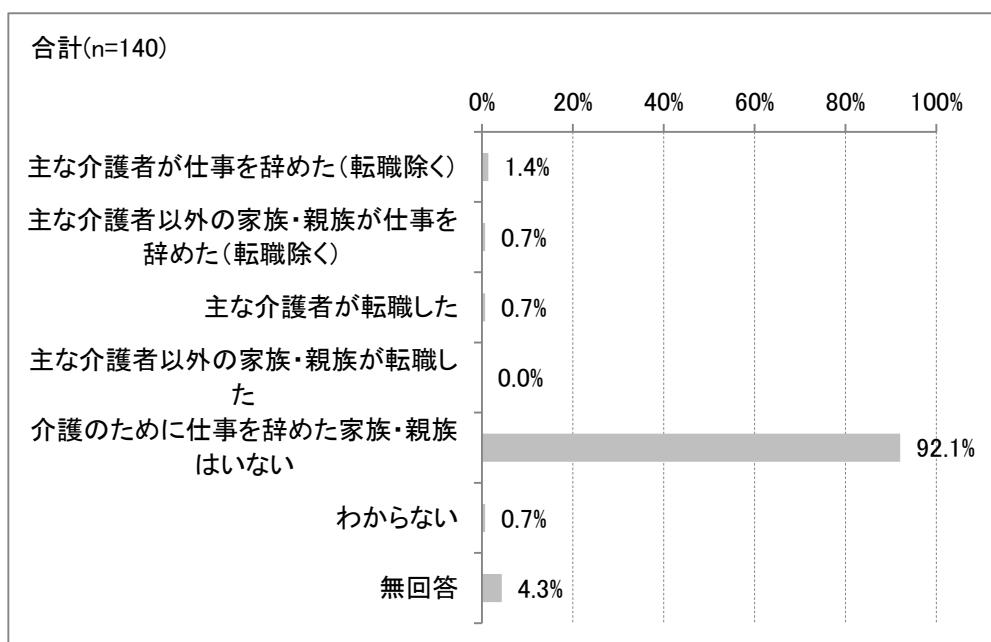
図表 1-5 主な介護者の年齢 (単数回答)



- 50～60代の割合が多く、親が80歳以上となり、介護が必要な割合が高くなっているものと推測できます。(茅室町の要介護認定申請者の新規申請の平均年齢は83歳)

(6) 介護のための離職の有無

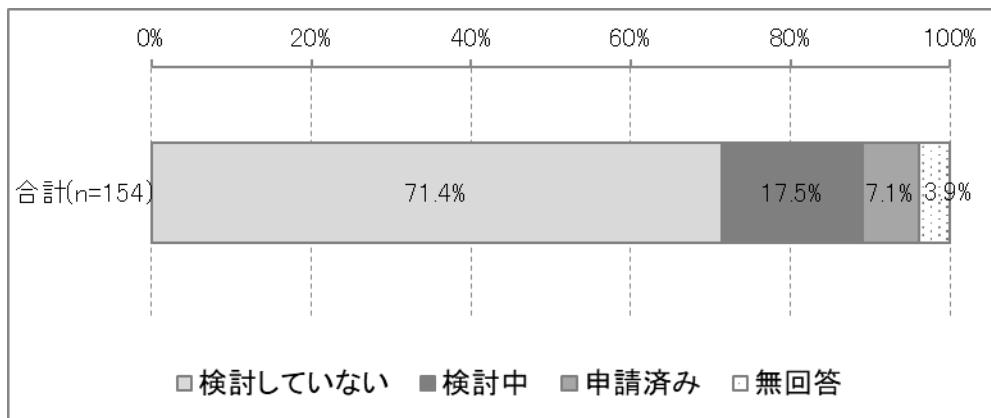
図表 1-6 介護のための離職の有無 (複数回答)



- 仕事を辞めたり、転職を行った方が3%程度おり、今後も介護離職ゼロに向けて事業を進めていく必要があります。

(7) 施設等検討の状況

図表 1-7 施設等検討の状況（単数回答）

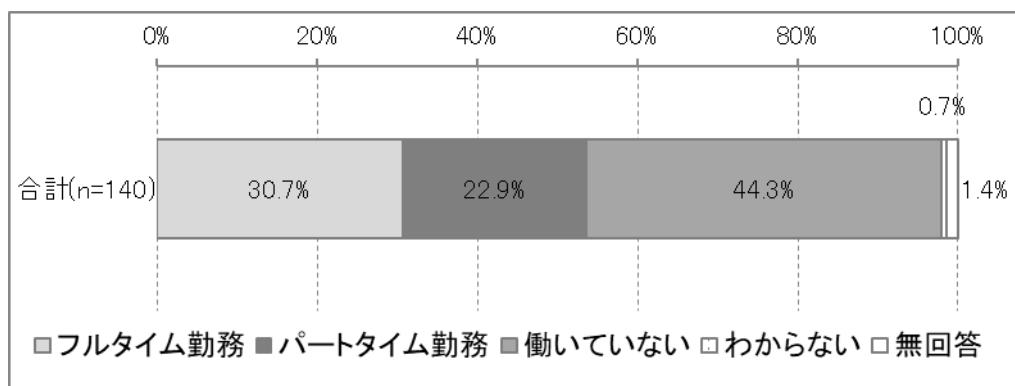


- 施設の検討や、申請済みの割合を合計すると 25% 程度となります。

2 主な介護者様用の調査項目（B票）

(1) 主な介護者の勤務形態

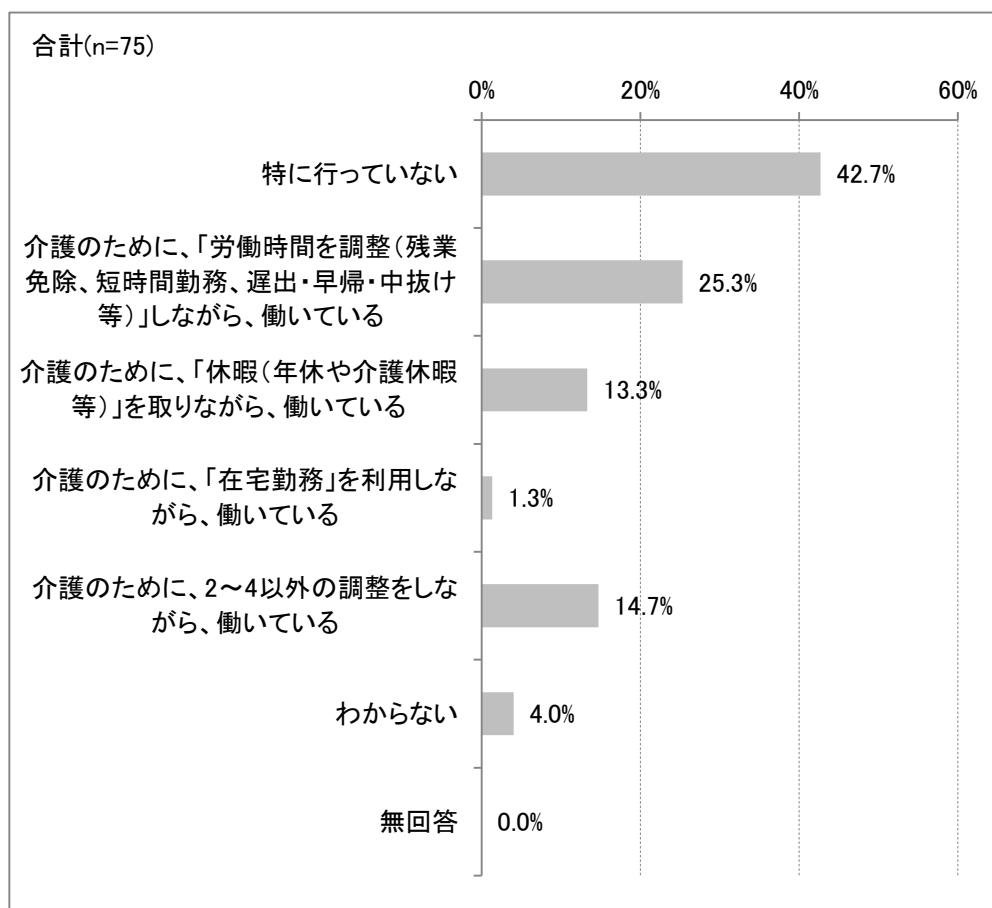
図表 2-1 主な介護者の勤務形態（単数回答）



・働いている人と働いていない人はほぼ同じくらいの割合です。

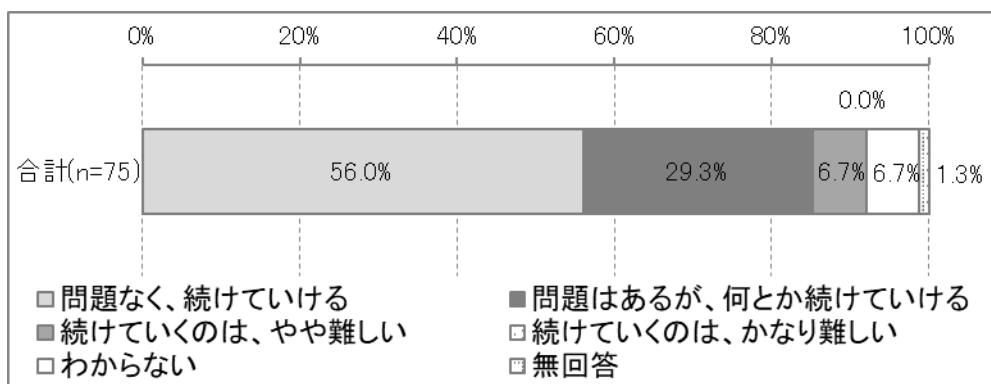
(2) 主な介護者の方の働き方の調整の状況

図表 2-2 主な介護者の方の働き方の調整の状況（複数回答）



(3) 主な介護者の就労継続の可否に係る意識

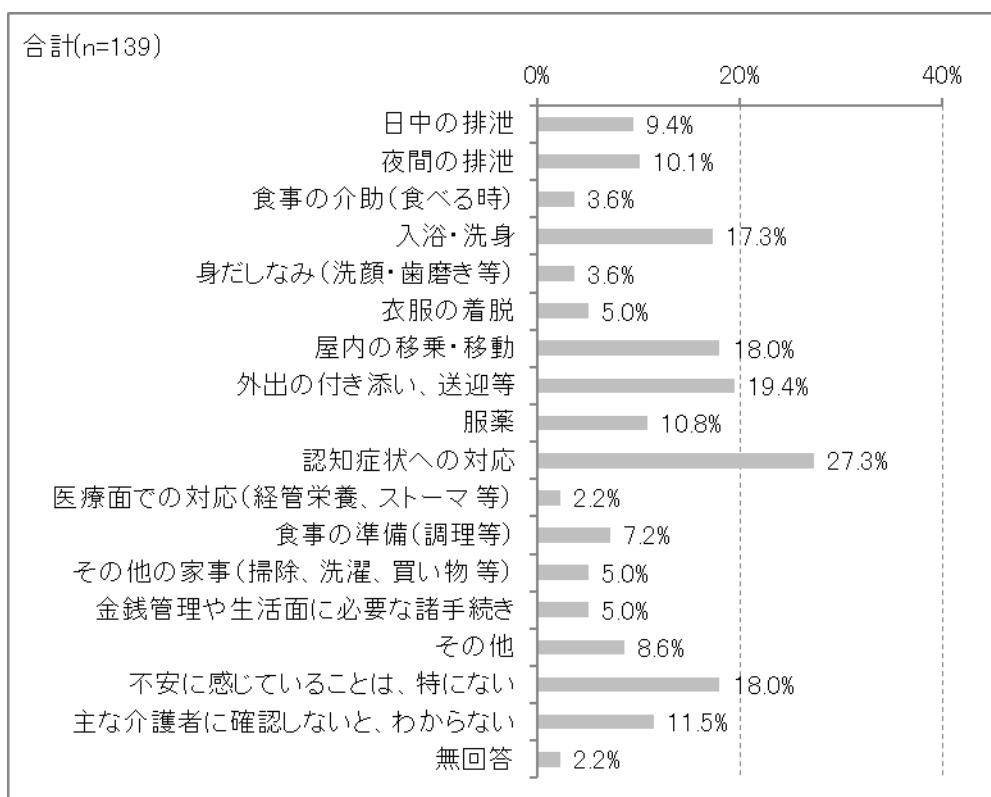
図表 2-3 主な介護者の就労継続の可否に係る意識（単数回答）



・現在働いている方で、7%近くの方が仕事を続けていくことが難しいと感じています。

(4) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護

図表 2-4 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護（複数回答）



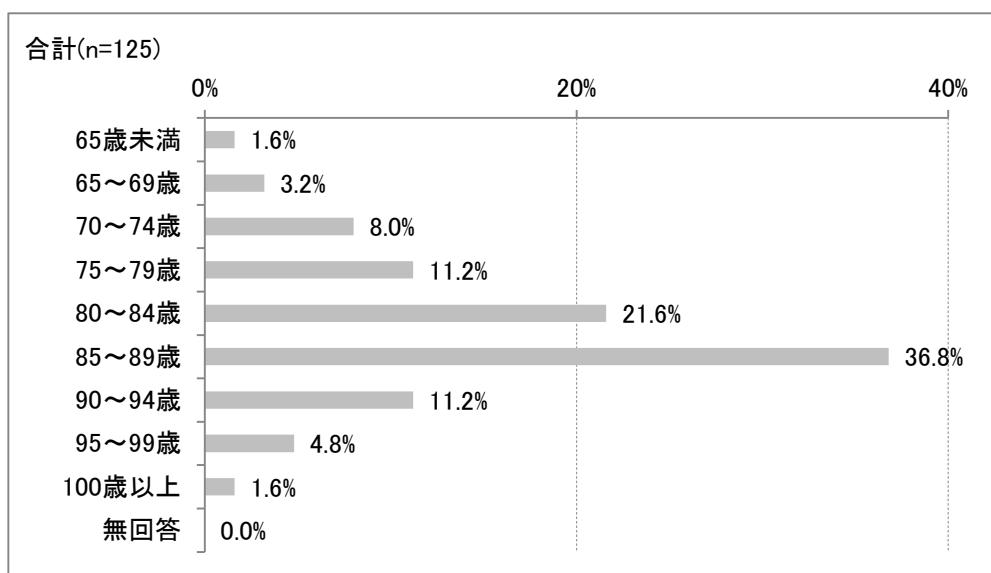
・認知症状への対応が一番不安視されています。

・不安に感じていることは特にないと感じている方は2割以下の数値であり、8割以上の介護者が何らかの不安を持ちながら介護していることがわかります。

3 要介護認定データ

(1) 年齢

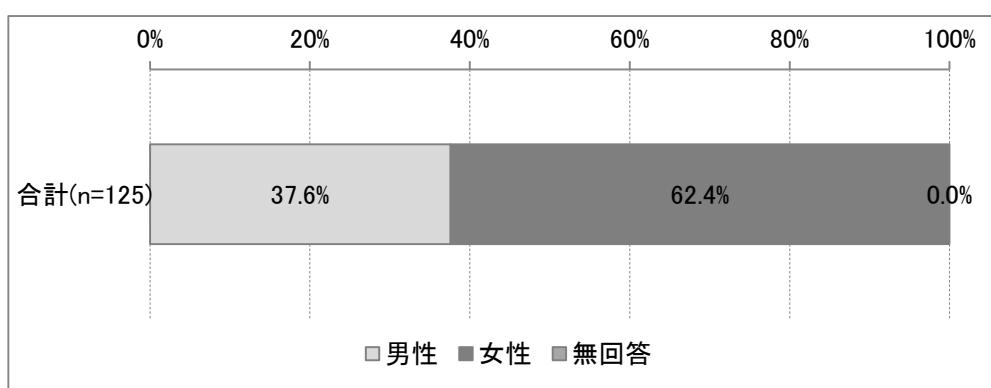
図表 3-1 年齢



- 80代以上の方が大半であり、芽室町の要介護認定申請者の新規申請の平均年齢は83歳であることからこのような結果になっていることがわかります。

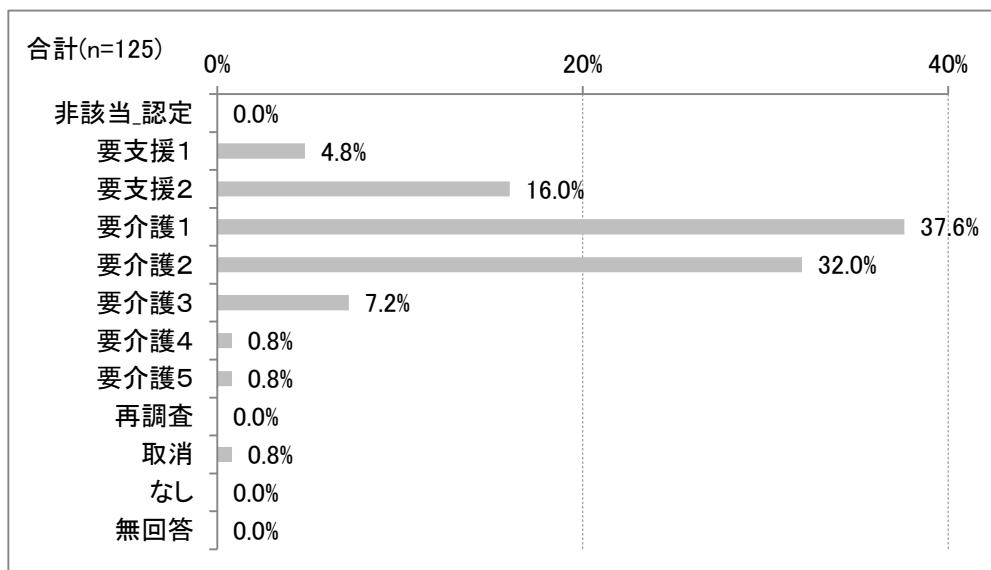
(2) 性別

図表 3-2 性別



(3) 二次判定結果（要介護度）

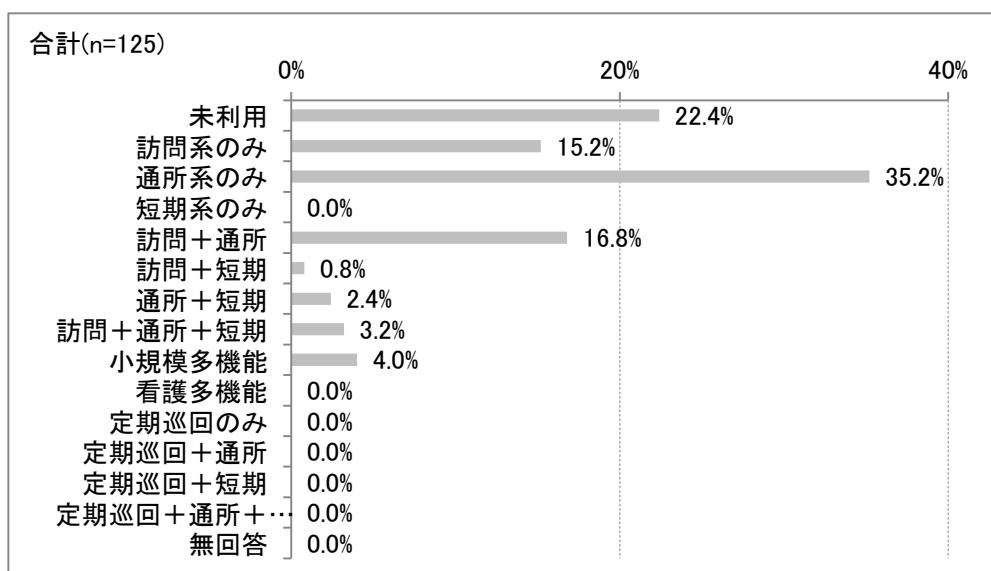
図表 3-3 二次判定結果



- 要介護3以上（特に4、5）については在宅で生活している人が少ない+認定有効期間を延長しているためそもそも更新申請が少ないとから少なくなっています。そのため、この後のクロス集計等で要介護度によるデータの精度を欠くものがあります。

(4) サービス利用の組み合わせ

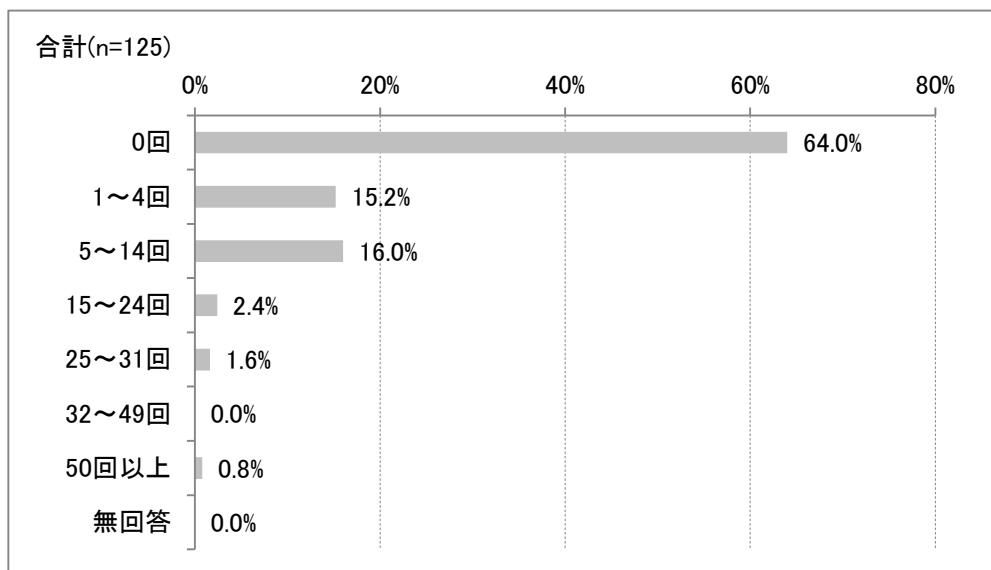
図表 3-4 サービス利用の組み合わせ



- 芽室町内に看護小規模多機能型居宅介護と定期巡回・隨時対応型訪問介護看護の事業所がないため、そのサービスが絡んでいる項目が0%になっています。

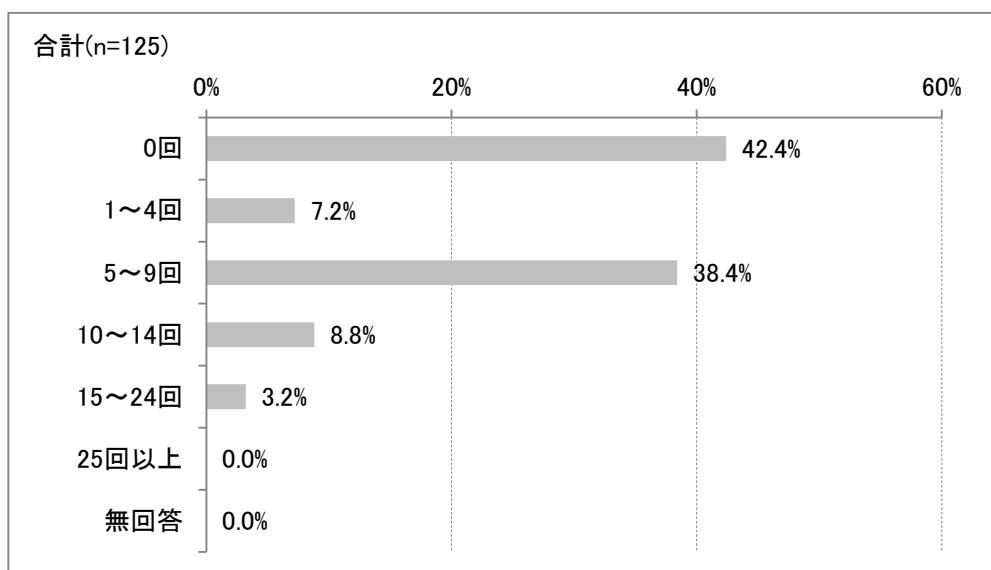
(5) 訪問系サービスの合計利用回数

図表 3-5 サービスの利用回数（訪問系）



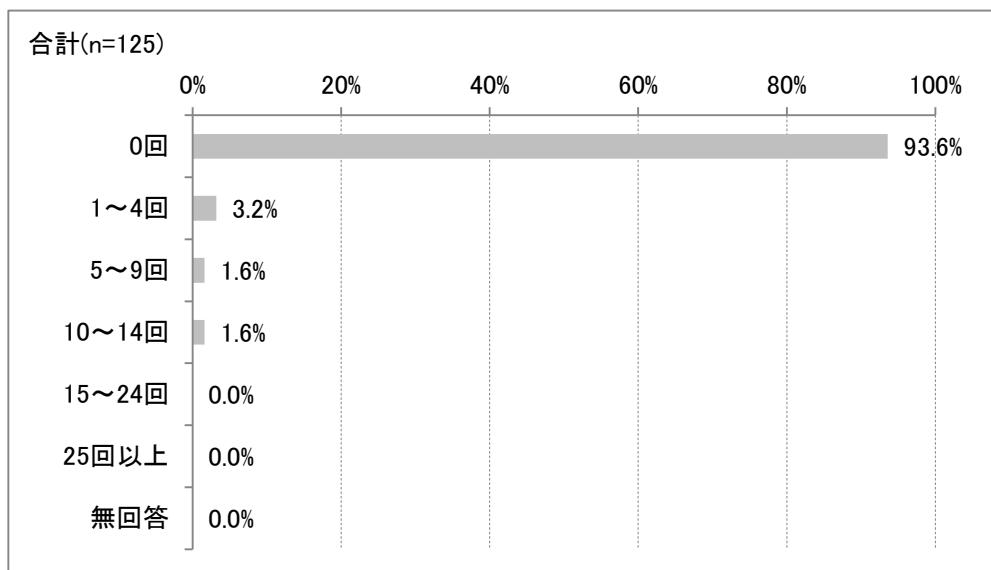
(6) 通所系サービスの合計利用回数

図表 3-6 サービスの利用回数（通所系）



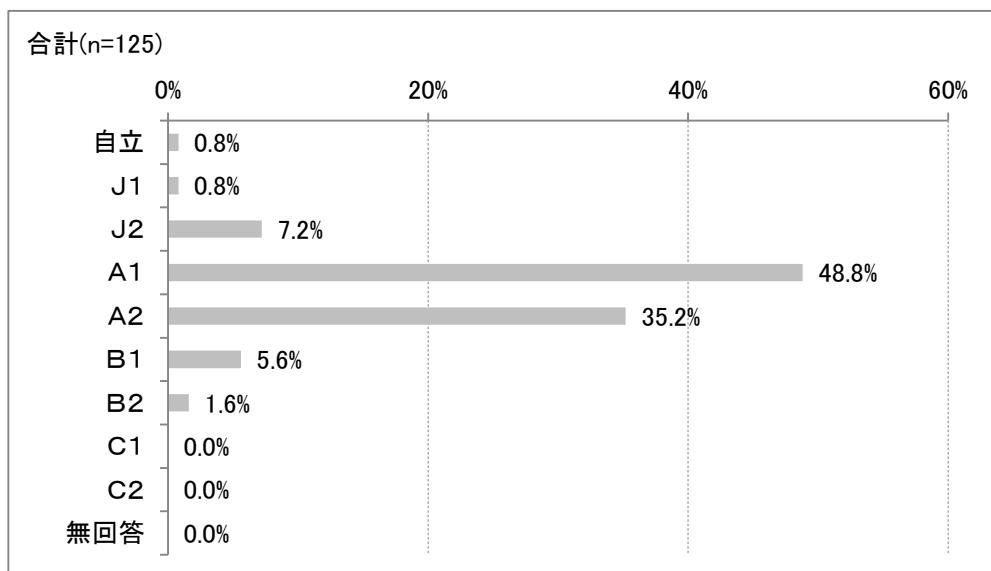
(7) 短期系サービスの合計利用回数

図表 3-7 サービスの利用回数（短期系）



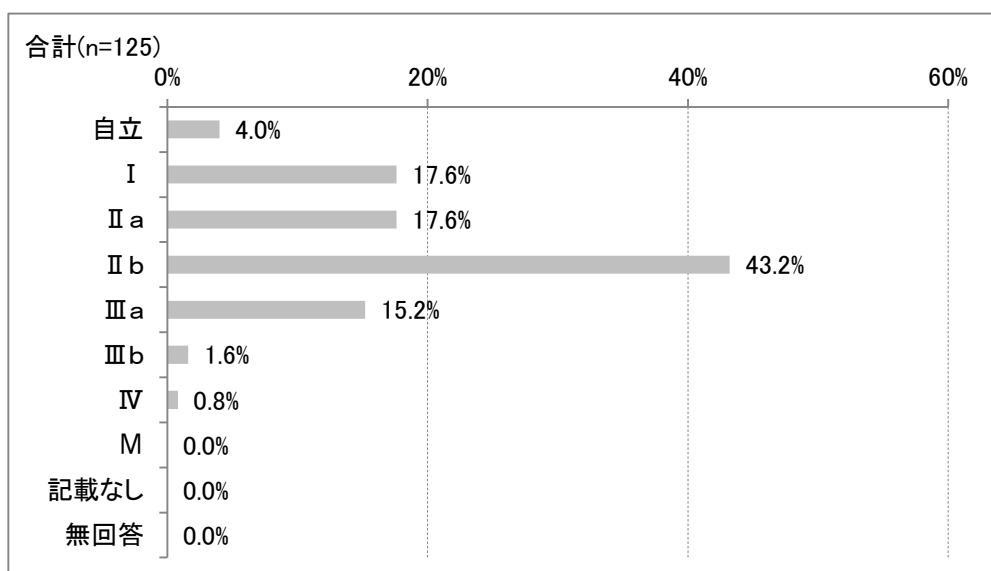
(8) 障害高齢者の日常生活自立度

図表 3-8 障害高齢者の日常生活自立度



(9) 認知症高齢者の日常生活自立度

図表 3-9 認知症高齢者の日常生活自立度



クロス集計

- 単純集計の結果を用いてテーマごとに集計分析を行います。
- 本年度の在宅介護実態調査の集計から、独立性の検定機能が追加されています。独立性の検定とは、 2×2 以上のクロス集計表について分類基準の間に関連があるか、統計学的に検証することを指します。独立性の検定の結果については記号で表記され、以下のとおりとなります。

「***」: 0.1%水準で有意な差がある

「*」: 1%水準で有意な差がある

「*」: 5%水準で有意な差がある

「+」: 10%水準で有意な差がある

「(記号なし)」: 有意な差がない

※ 「○○%水準で有意な差がある」 = 「分類基準の間に関連がないと仮定し、その仮定が誤りであると結論付けた場合に、その結論が誤っている確率が○○%未満である」

例示

2つの事象「A」と「B」についての場合

仮定1 A と B の間には関係性がない

仮定2 仮定1が誤りであると仮定する

検定1 仮定2が誤りである確率が○○%未満 = ○○%水準で有意な差がある

検定1の確率が低ければ低いほど仮定2が正しいこととなり、その結果仮定1が誤り

である確率が高くなる。

ただし、独立性の検定の結果については2点注意する必要性があります。

①「有意な差がない」 = 「差がない」ということではありません

独立性の検定では、分類基準の間に関連がないという仮定を統計学的に否定するに足る差が認められる場合に有意な差があると結論付けています。裏返せば、有意な差がないとは、この仮説を統計学的に否定するに足る差が認められない、という意味であり、差がないあるいは同じであるということまではわかりません。

②検定方法について

今回の検定はカイ二乗検定と呼ばれる検定補法を用いていますが、サンプルサイズが小さい場合等に妥当性を欠くことが知られています。

①②より、検定結果はあくまでも参考情報として参照することします。

1 在宅限界点の向上のための支援・サービスの提供体制の検討

1.1 集計・分析の狙い

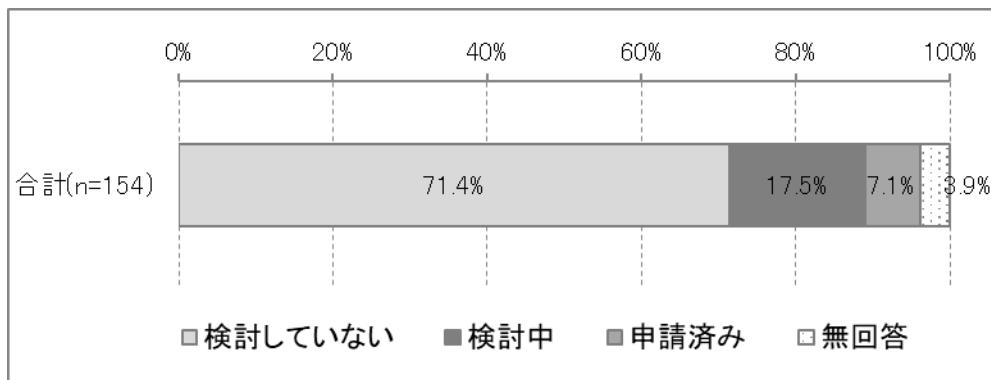
- ここでは、在宅限界点の向上に向けて必要となる支援・サービスを検討するために、「在宅生活の継続」と「介護者不安の軽減」の2つの視点からの集計を行っています。
- それぞれ、「どのようなサービス利用パターンの場合」に、「在宅生活を継続することができると考えているのか」、もしくは「介護者の不安が軽減されているのか」を分析するため、「サービス利用パターン」とのクロス集計を行っています。
- なお、「サービス利用パターン」は、「サービス利用の組み合わせ」と「サービス利用の回数」の2つからなります。
- また、在宅限界点についての分析を行うという主旨から、多くの集計は要介護3以上、もしくは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方に限定して集計をしています。

1.2 集計結果と着目すべきポイント

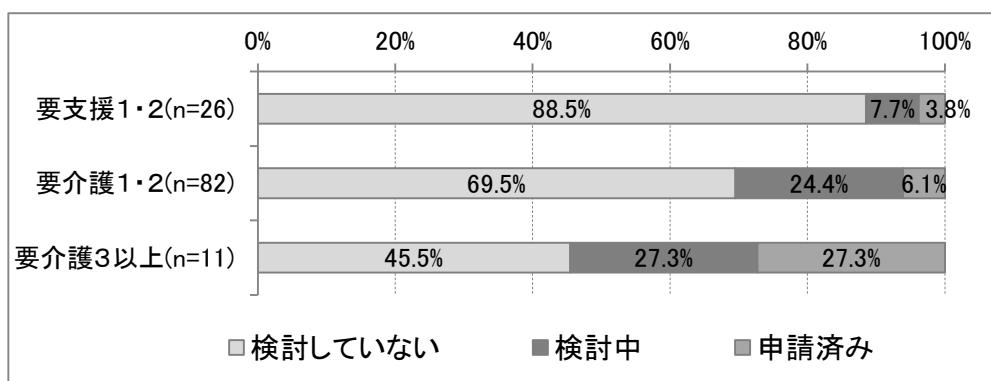
(1) 基礎集計

- 施設等の検討状況に係る、基礎的な集計を行っています（図表1-1～図表1-3）。
- 要介護度の重度化に伴う、施設等検討状況の変化や世帯類型ごとの施設等検討状況についてその状況を確認してください。

図表1-1 施設等検討の状況（単純集計より参照）

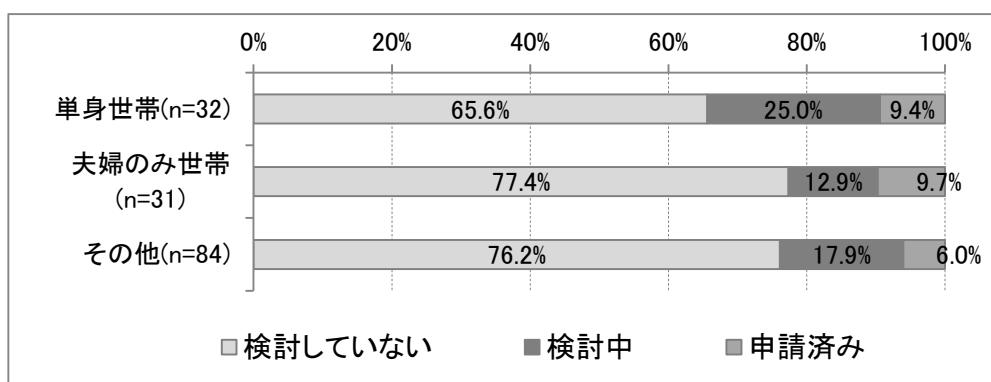


図表1-2 要介護度別・施設等検討の状況^(*)



- ・要介護度が高いほど施設等の検討や申請を行っています。

図表1-3 世帯類型別・施設等検討の状況



(2) 要介護度・認知症自立度の重度化に伴う「主な介護者が不安に感じる介護」の変化

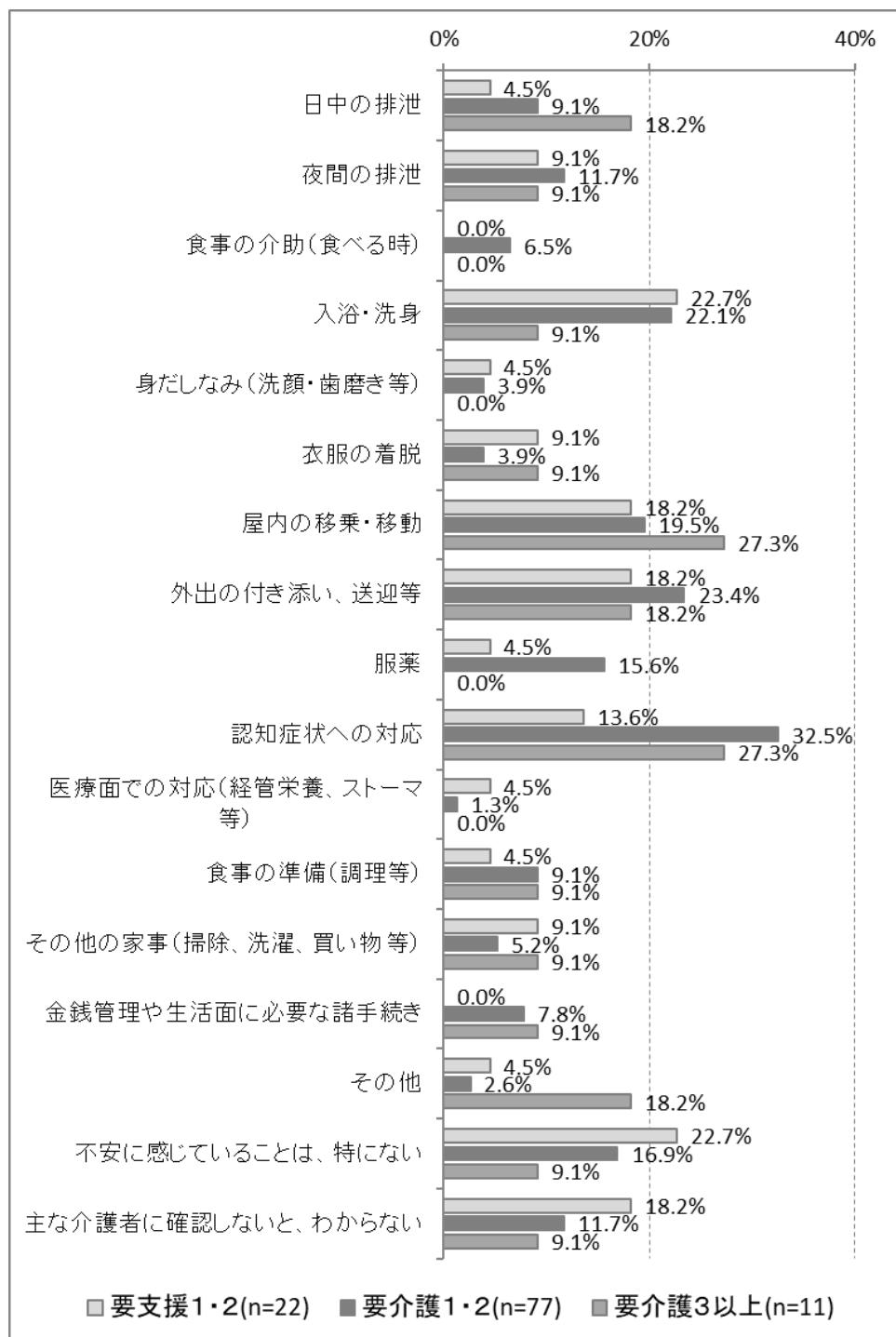
【着目すべきポイント】

- 要介護度と認知症自立度の重度化に伴う「主な介護者が不安に感じる介護」の変化について、集計分析をしています（図表1-4、図表1-5）。
- ここでの「主な介護者が不安に感じる介護」とは、「現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護等」のことです。なお、ここで選択される介護は、現状で行っている介護であるか否かは問われていません。
- ここから、要介護度・認知症自立度別の、主な介護者が不安に感じる介護等を把握することができます。
- また、主な介護者の不安が相対的に大きな介護や、重度化に伴い主な介護者の不安が大きくなる介護等に着目することで、在宅限界点に大きな影響を与えると考えられる「主な介護者が不安に感じる介護」を推測することも可能になります。

【留意事項】

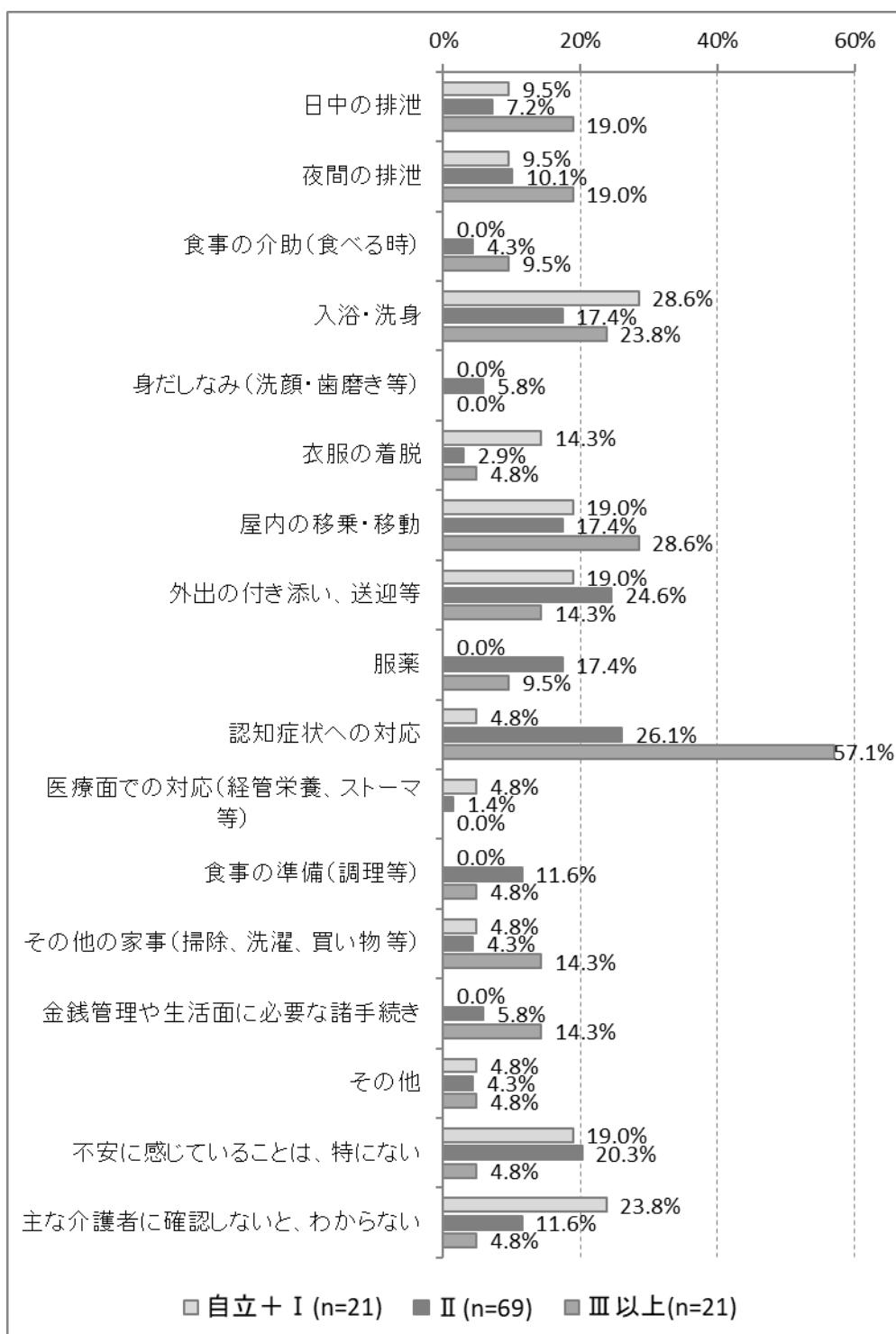
- なお、「医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）」については、特に、実際に行われている割合が低い可能性が高いと考えられます。したがって、仮に選択した回答者が少ない場合でも、実際に医療ニーズのある要介護者を介護しているケースでは、主な介護者の不安は大きいことも考えられます。
- そのような観点から、在宅限界点に与える影響が過小評価される項目もあると考えられるところから、注意が必要です。

図表 1-4 要介護度別・介護者が不安に感じる介護



- ・介護度が重度化するにつれて介護者が不安に感じていることはないという割合が低下していることから、不安に感じることが増えていると考えられます。
- ・全体的な傾向を捉えにくく、要介護度が重度化すると増加、減少、変化なし等、バラバラの結果となりました。そのため、項目ごとに注目すると、介護サービス等で実施しきれない（日中の排泄、屋内の移乗・移動、外出の付き添い送迎等、頻度が多く不定期な介護）ことを不安に感じる方が重度化が進むにつれて増加傾向にあると分析できます。

図表 1-5 認知症自立度別・介護者が不安に感じる介護



- ・認知症自立度が高いほど認知症状への対応を不安に感じています。
- ・不安に感じていることは特にないと回答している方が、認知症自立度がIII以上になると急に減少しています。

(3) 要介護度・認知症自立度の重度化に伴う「サービス利用の組み合わせ」の変化

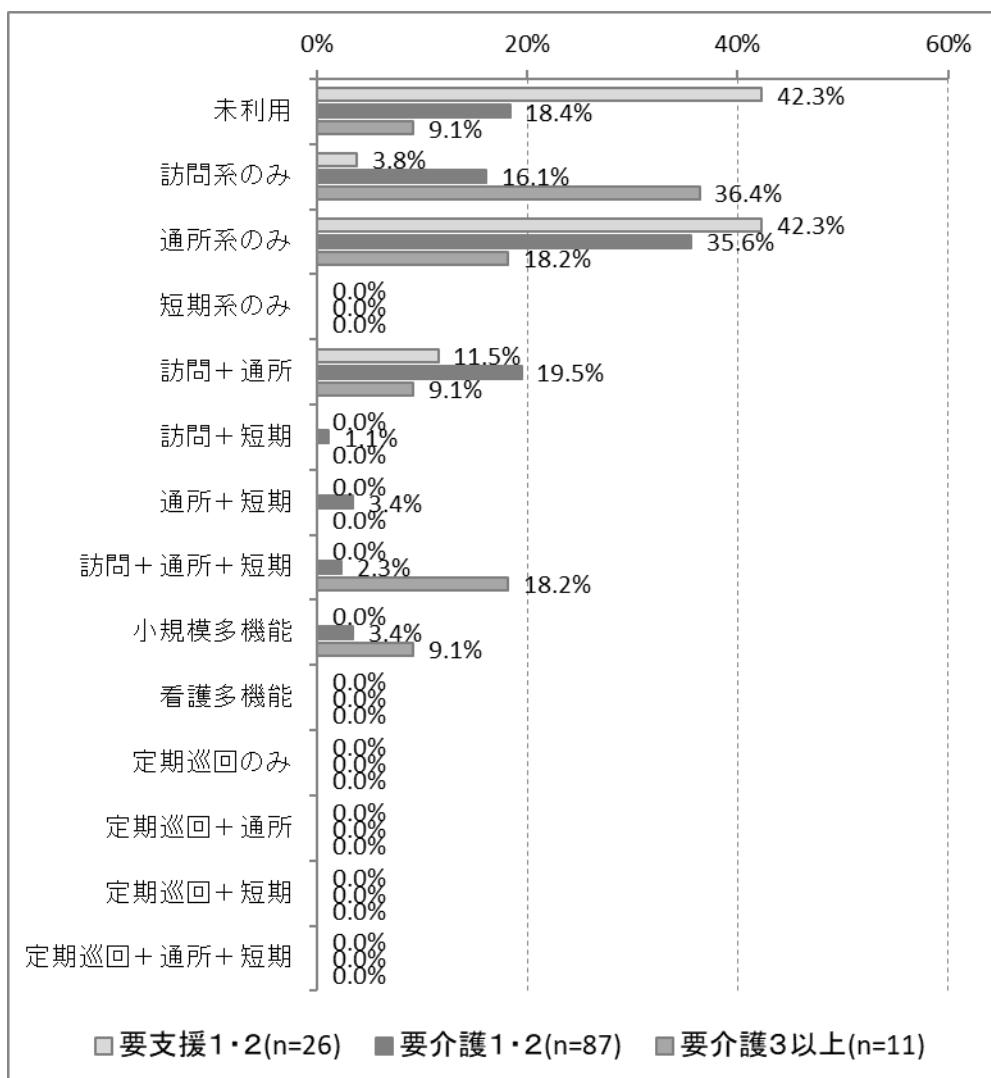
【着目すべきポイント】

- ここでは、要介護度・認知症自立度別の「サービス利用の組み合わせ」について、集計分析をしています（図表1-6、図表1-7）。
- 特に、重度化に伴い、どのようなサービス利用の組み合わせが増加しているかに着目することで、現在在宅で生活をする中重度の要介護者が、どのような組み合わせのサービス利用を増加させることで在宅生活を維持しているかを把握することができます。
- さらに、例えば今後の中重度の要介護者の増加に伴い、どのような「サービス利用の組み合わせ」のニーズが大きくなると考えられるかを推測することも可能になります。

【留意事項】

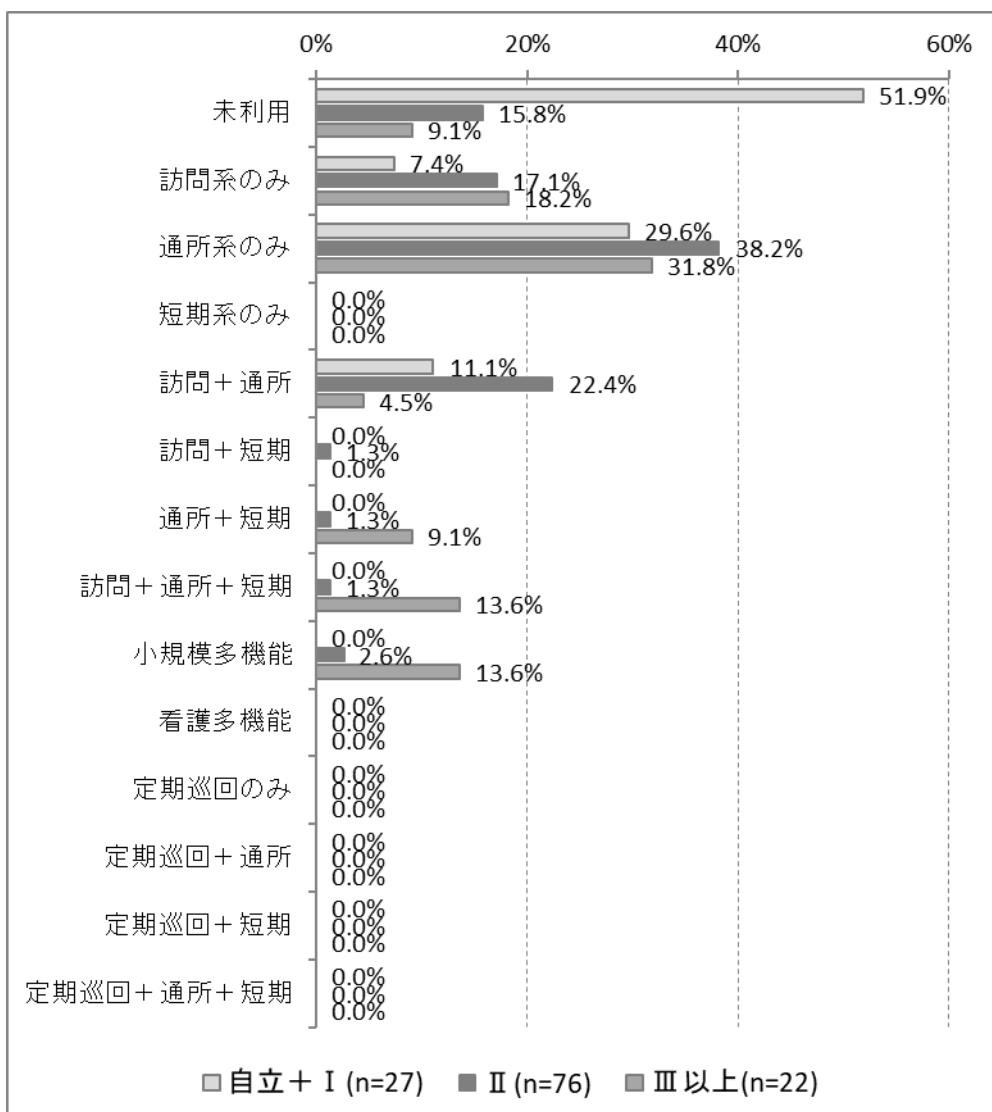
- ただし、現在利用しているサービスが「地域目標を達成するためのサービス」であるとは限らない点には注意が必要です。
- 芽室町内に看護小規模多機能型居宅介護と定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所がないため、そのサービスが絡んでいる項目が0%になっています。

図表 1-6 要介護度別・サービス利用の組み合わせ<*>



- ・介護度が重度化するほど、訪問系のみ、短期入所を含む項目、小規模多機能の割合が増加傾向にあり、未利用者や通所系のみの割合は減少傾向にあります。

図表 1-7 認知症自立度別・サービス利用の組み合わせ<***>

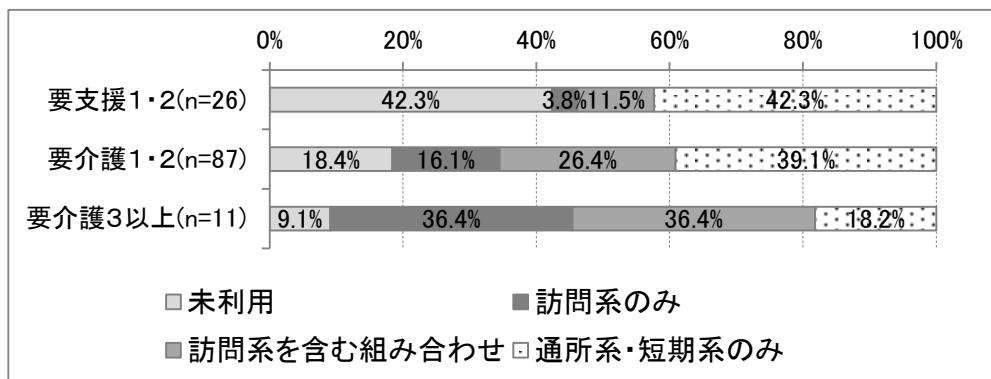


・図表 1-6 要介護度別・サービス利用の組み合わせと似た傾向を示し、認知症自立度が重度化するほど、訪問系のみ、短期入所を含む項目、小規模多機能の割合が増加傾向にあり、未利用者の割合は減少傾向にあります。唯一、通所系のみの値は同様の傾向とはならず、IIの割合が一番大きい値となりました。

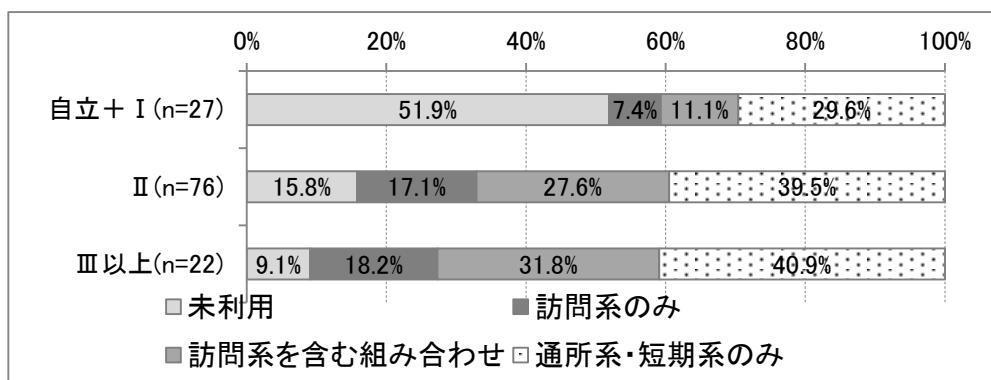
【着目すべきポイント】

- ここでは、要介護度・認知症自立度別の「サービス利用の組み合わせ」について、組み合わせのパターンを簡略化した集計分析をしています（図表1-8、図表1-9）。
- 具体的には、サービス利用の組み合わせを、「訪問系のみ」のサービス利用と、レスパイト機能をもつ「通所系」および「短期系」のみのサービス利用、さらにその2つを組み合わせた「訪問系を含むサービス利用」の3種類（未利用除く）に分類したものです。
- 組み合わせのパターンが細分化された集計分析（図表1-6、図表1-7）と比較して、上記のような視点から、重度化に伴う「サービス利用の組み合わせ」の変化の傾向等を分かりやすく示すことを目的としたものです。
- 前掲の集計分析（図表1-6、図表1-7）と同様に、重度化に伴い、どのようなサービス利用の組み合わせが増加しているかに着目することで、現在在宅で生活をする中重度の要介護者が、どのような組み合わせのサービス利用を増加させることで在宅生活を維持しているかを把握することができます。
- また、中重度の要介護者の増加に伴い、どのような「サービス利用の組み合わせ」のニーズが大きくなると考えられるかを推測することも可能になります。

図表1-8 要介護度別・サービス利用の組み合わせ[※]



図表1-9 認知症自立度別・サービス利用の組み合わせ^{**}



・要介護度、認知症自立度ともに重度化するにつれて訪問系の利用割合が増加しています。

(4) 「サービス利用の組み合わせ」と「施設等検討の状況」の関係

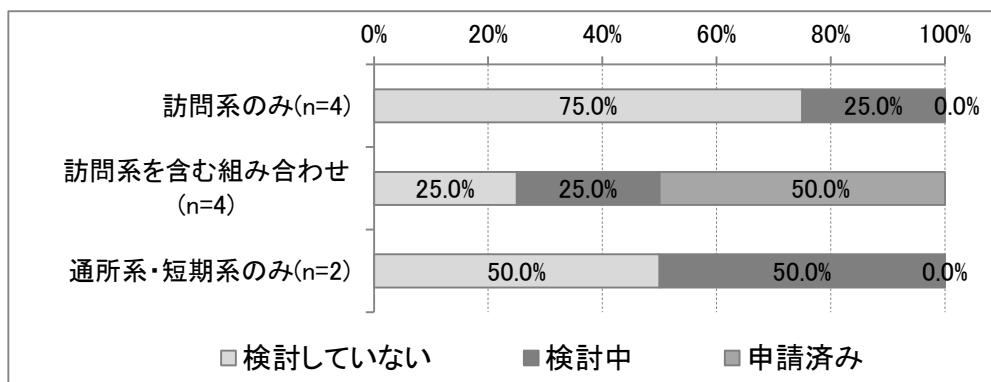
【着目すべきポイント】

- ここでは、「サービス利用の組み合わせ」と「施設等検討の状況」の関係について、集計分析をしています。それぞれ、要介護3以上と要介護4以上、認知症自立度Ⅲ以上に分けて集計分析を行っています。
- 「施設等検討の状況」について「入所・入居は検討していない」の割合を高めることは、在宅介護実態調査で想定する「アウトカム」の1つです。
- ここでは「サービス利用の組み合わせ」との関係を集計分析することで、地域目標を達成するためのサービス整備方針の検討につなげることなどを想定しています。
- 図表1-10～図表1-12は、「サービス利用の組み合わせ」別に「施設等検討の状況」の割合を集計分析したもので、特に「サービス利用の組み合わせ」ごとの「施設等検討の状況」の比較が容易です。
- また、図表1-13～図表1-15は、表側と表頭を逆にして集計したもので、「施設等検討の状況」別の「サービス利用の組み合わせ」をみることができます。これにより、例えば施設等への入所・入居を「検討していない」ケースのような「適切な在宅生活の継続を実現している」と考えられる要介護者について、実際に「どのような組み合わせのサービスを利用しているか」を把握することができます。
- したがって、例えば「検討中」や「申請済み」と比較して、「検討していない」ケースで多くみられるような「サービス利用の組み合わせ」を推進するような支援・サービスの整備を進めていくことで、在宅限界点の向上につながることなどが期待されます。

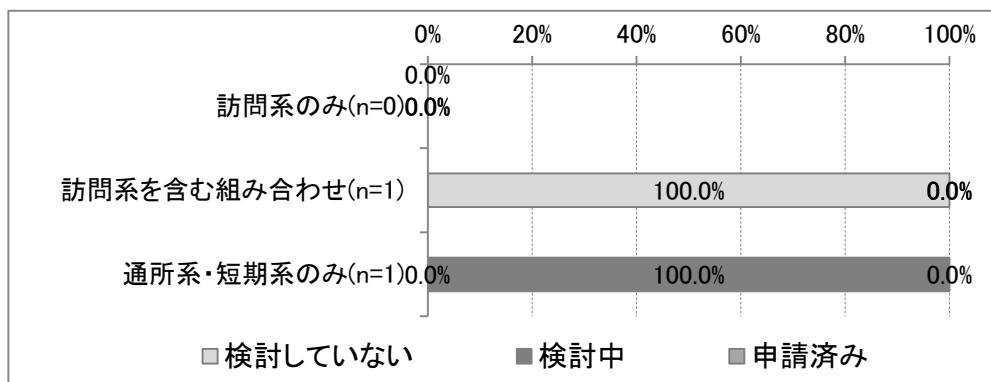
【留意事項】

- ただし、このような「サービス利用の組み合わせ」については、ケアマネジメントに直結する内容でもあることから、ここでの集計分析結果やその解釈については、ケアマネジャー等を含む専門職との議論を交えながら、地域ごとにその効果等についての考察を深めていくことが重要となります。
- 例えば、「□□のサービスを利用しているケースでは、「検討していない」の割合が高い」といった傾向がみられたとしても、「何故、□□のサービスを利用しているケースでは、「検討していない」の割合が高いのか」といった解釈には、地域の特性や専門職の知見等を踏まえた個別の議論を行うことが必要になります。

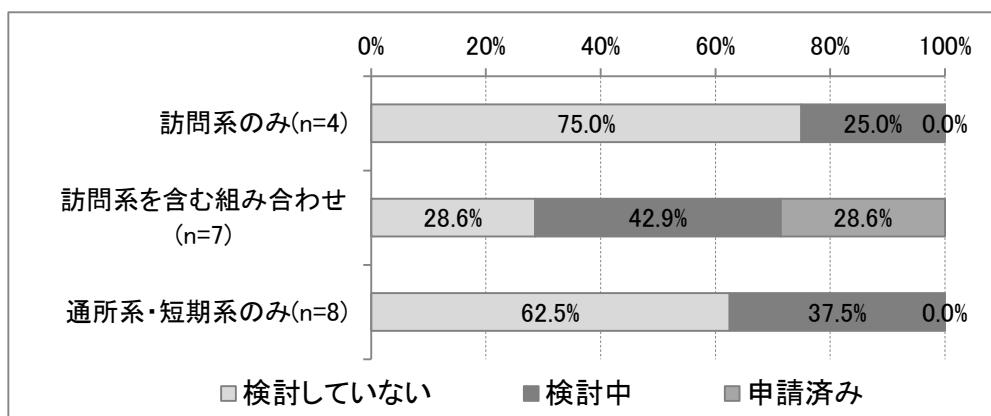
図表 1-10 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（要介護 3 以上）



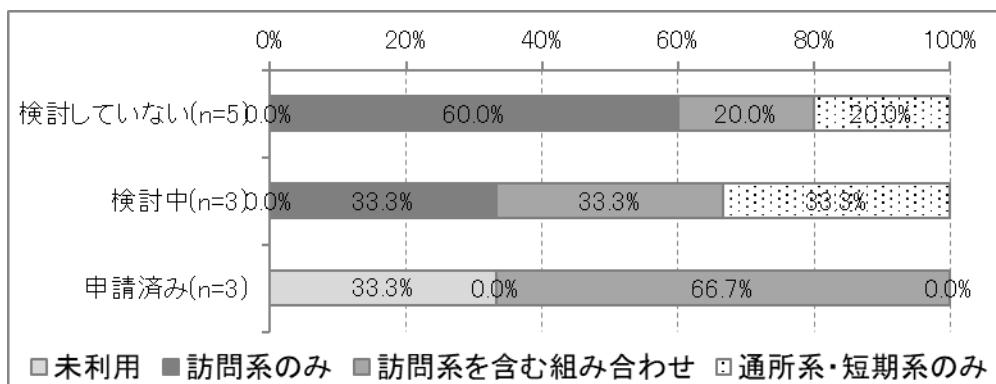
図表 1-11 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（要介護 4 以上）



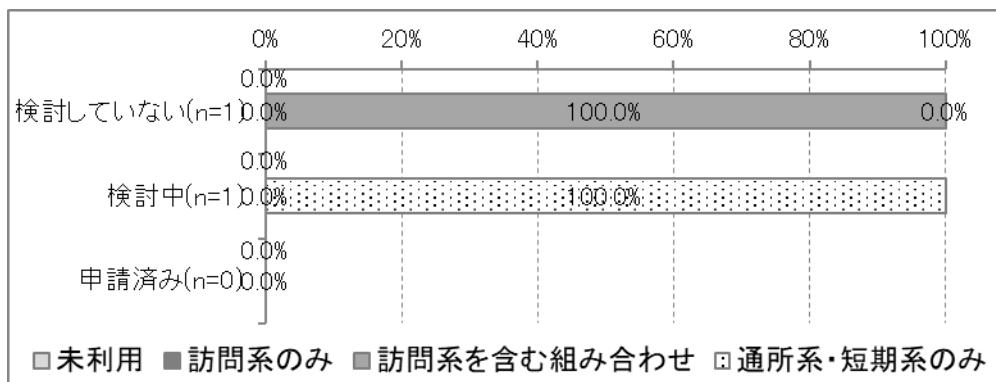
図表 1-12 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（認知症Ⅲ以上）



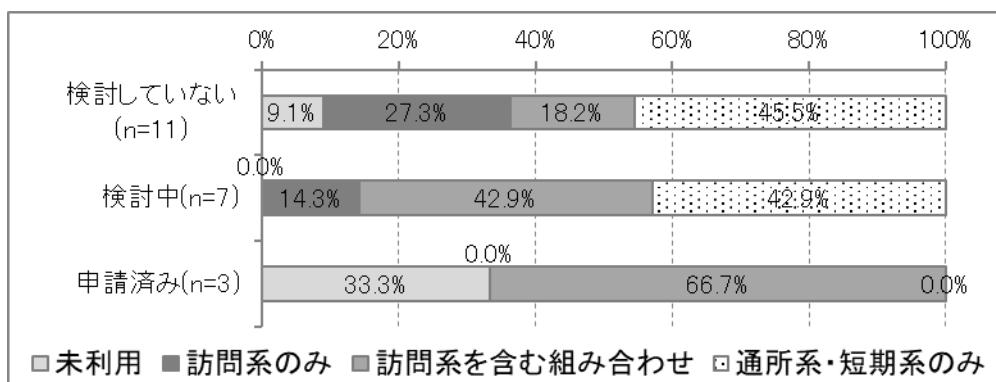
図表 1-13 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（要介護 3 以上）



図表 1-14 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（要介護 4 以上）



図表 1-15 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（認知症Ⅲ 以上）



・図表 1-10～図表 1-15 については対象者が少なく、データの傾向がとらえられませんでした。今後集計される全国平均のデータ等を参考に当町におけるデータを再分析する必要があります。

(5) 「サービス利用の組み合わせ」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係

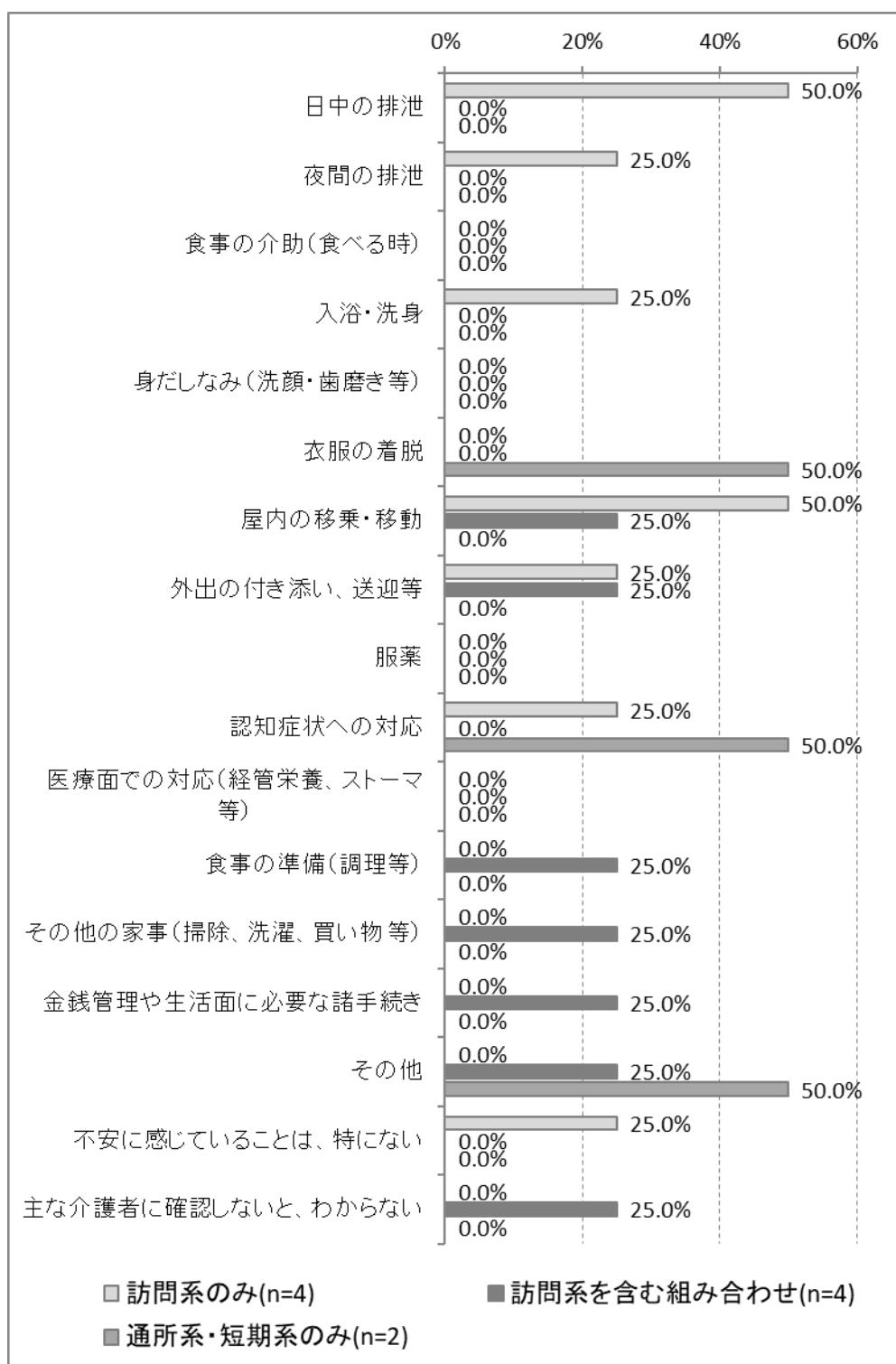
【着目すべきポイント】

- ここでは、「サービス利用の組み合わせ」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係について、集計分析をしています（図表1-16、図表1-17）。それぞれ、要介護3以上と認知症自立度Ⅲ以上に分けて集計分析を行っています。
- 「在宅生活の継続に向けてポイントとなる介護（主な介護者の不安が大きな介護等）」について、「主な介護者が不安に感じる」割合を下げるることは、在宅介護実態調査で想定する「アウトカム」の1つです。
- ここでは「サービス利用の組み合わせ」との関係を集計分析することで、地域目標を達成するためのサービス整備方針の検討につなげることなどを想定しています。
- したがって、「主な介護者の不安」が比較的小さくなるような「サービス利用の組み合わせ」を推進するようなサービス整備を進めていくことで、在宅限界点の向上につながることなどが期待されます。

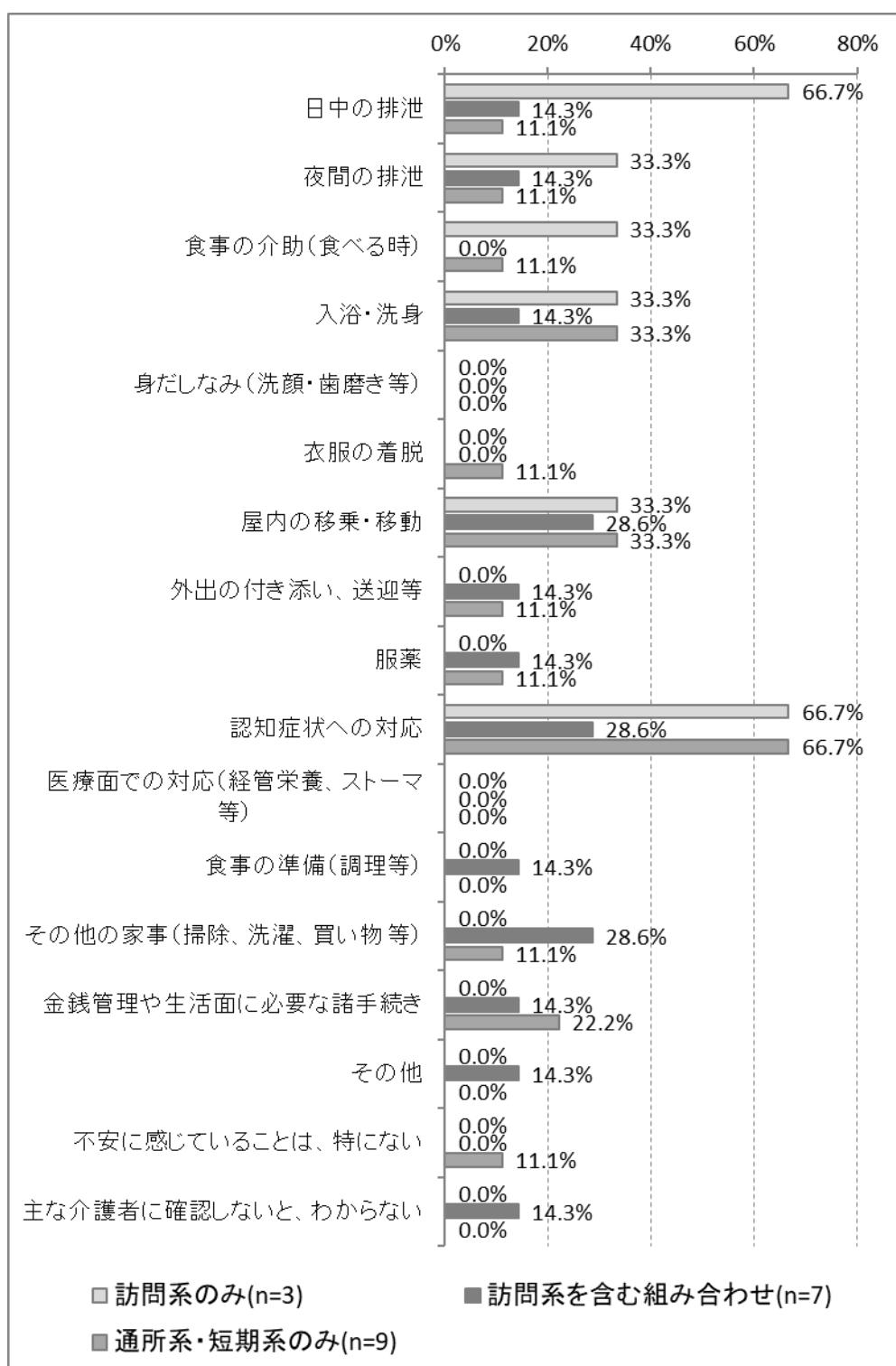
【留意事項】

- ただし、このような「サービス利用の組み合わせ」については、ケアマネジメントに直結する内容でもあることから、ここでの集計分析結果やその解釈については、ケアマネジャー等を含む専門職との議論・考察を交えながら、地域ごとにその効果等についての議論を深めていくことが重要となります。
- 例えば、「□□のサービスを利用しているケースでは、○○の介護について「主な介護者が不安に感じる」割合が低い」といった傾向がみられたとしても、「何故、□□のサービスを利用しているケースでは、○○の介護について「主な介護者が不安に感じる」割合が低いのか」といった解釈には、地域の特性や専門職の知見等を踏まえた個別の議論を行うことが必要になります。

図表 1-16 サービス利用の組み合わせ別・介護者が不安を感じる介護（要介護 3 以上）



図表 1-17 サービス利用の組み合わせ別・介護者が不安を感じる介護（認知症Ⅲ以上）



・図表 1-16、図表 1-17 については対象者が少なく、データの傾向がとらえられませんでした。今後集計される全国平均のデータ等を参考に当町におけるデータを再分析する必要があります。

(6) 「サービス利用の回数」と「施設等検討の状況」の関係

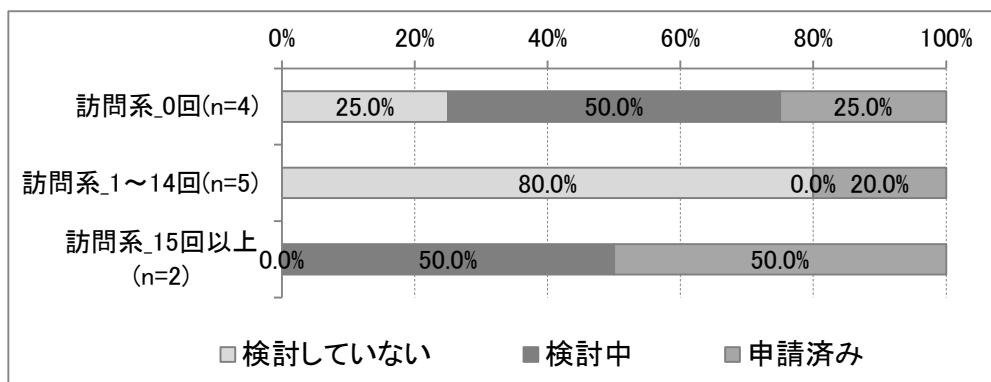
【着目すべきポイント】

- (4)では、「サービス利用の組み合わせ」と「施設等検討の状況」の関係を分析しましたが、ここでは「サービス利用の回数」と「施設等検討の状況」について、集計分析を行っています。それぞれ、要介護3以上と認知症自立度Ⅲ以上に分けて集計分析を行っています。
- 「施設等検討の状況」について「入所・入居は検討していない」の割合を高めることは、在宅介護実態調査で想定する「アウトカム」の1つです。
- ここでは「サービス利用の回数」との関係を集計分析することで、地域目標を達成するためのサービス整備方針の検討につなげることなどを想定しています。
- 図表1-18と図表1-19が訪問系、図表1-20と図表1-21が通所系、図表1-22と図表1-23が短期系について集計分析した結果です。
- 「サービス利用の回数」の増加に伴い、施設等への入所・入居を「検討していない」割合が高くなるような支援・サービスの整備を進めていくことで、在宅限界点の向上につながることなどが期待されます。

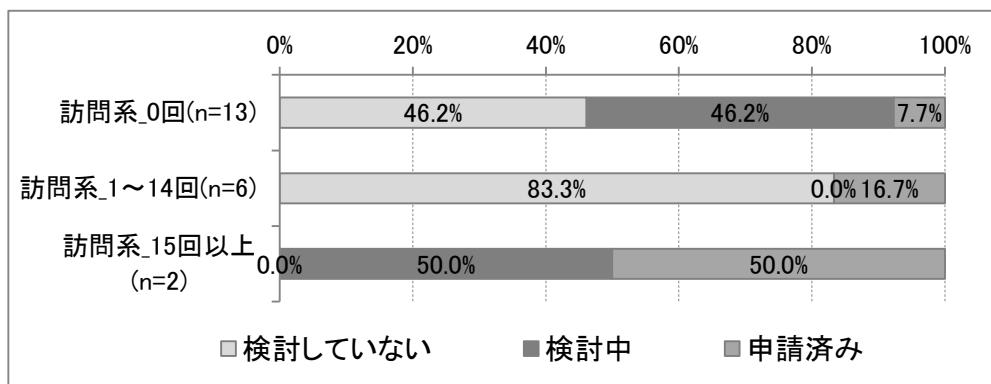
【留意事項】

- (4)の「サービス利用の組み合わせ」と、ここでの「サービス利用の回数」の2つの分析結果を参考に、在宅限界点の向上に資するサービス整備方針の検討につなげていくことが重要です。
- (4)の「サービス利用の組み合わせ」と同様、ケアマネジメントに直結する内容であることから、ここでの集計分析結果やその解釈については、ケアマネジャー等を含む専門職との議論・考察を交えながら、地域ごとにその効果等についての議論を深めていくことが重要となります。

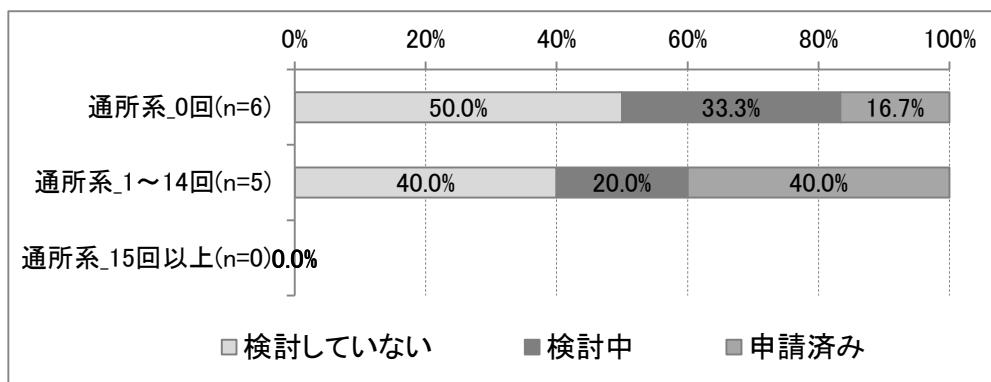
図表 1-18 サービス利用回数と施設等検討の状況（訪問系、要介護 3 以上）



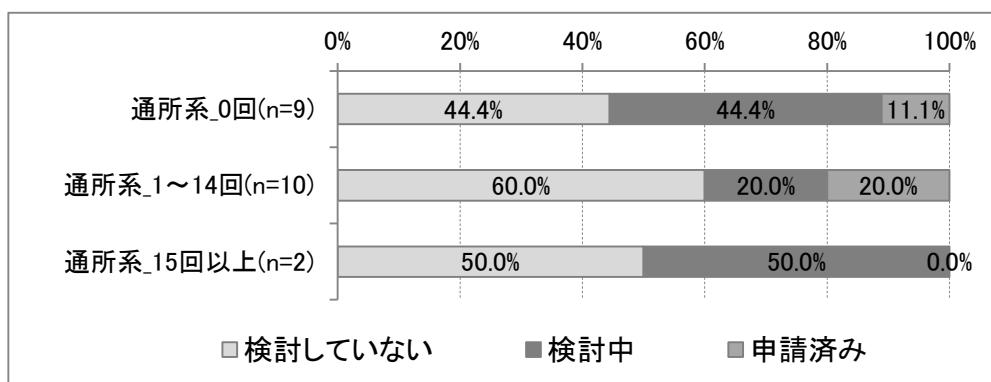
図表 1-19 サービス利用回数と施設等検討の状況（訪問系、認知症Ⅲ以上）



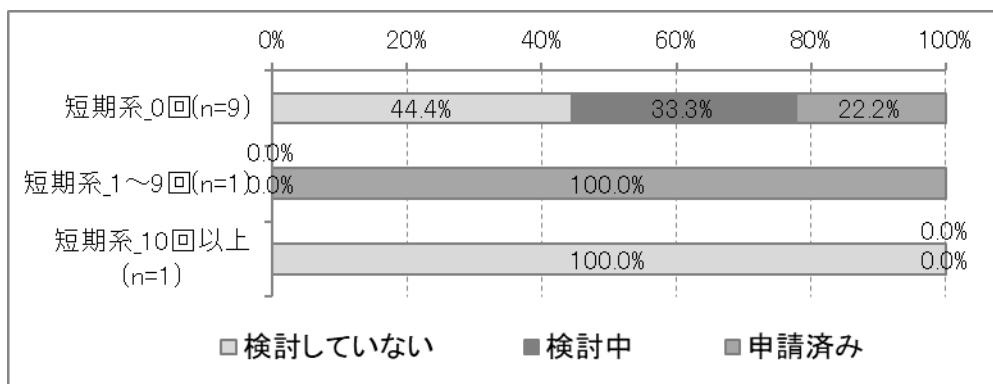
図表 1-20 サービス利用回数と施設等検討の状況（通所系、要介護 3 以上）



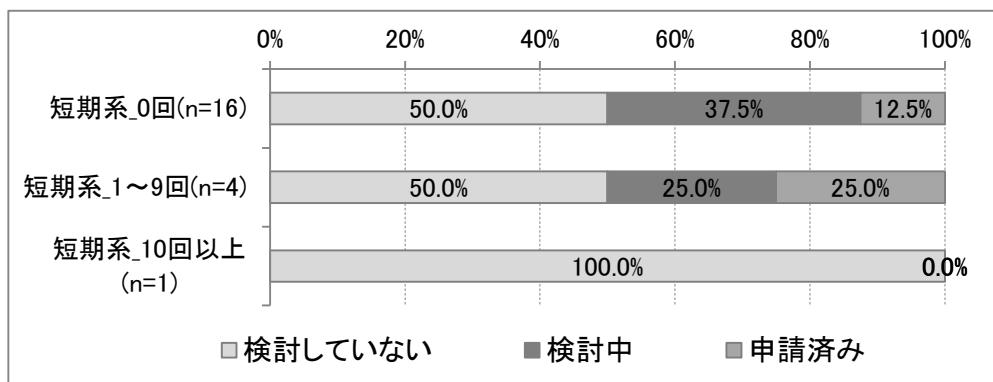
図表 1-21 サービス利用回数と施設等検討の状況（通所系、認知症Ⅲ以上）



図表 1-22 サービス利用回数と施設等検討の状況（短期系、要介護 3 以上）



図表 1-23 サービス利用回数と施設等検討の状況（短期系、認知症Ⅲ以上）



・図表 1-18～図表 1-23 については対象者が少なく、データの傾向がとらえられませんでした。今後集計される全国平均のデータ等を参考に当町におけるデータを再分析する必要があります。

(7) 「サービス利用の回数」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係

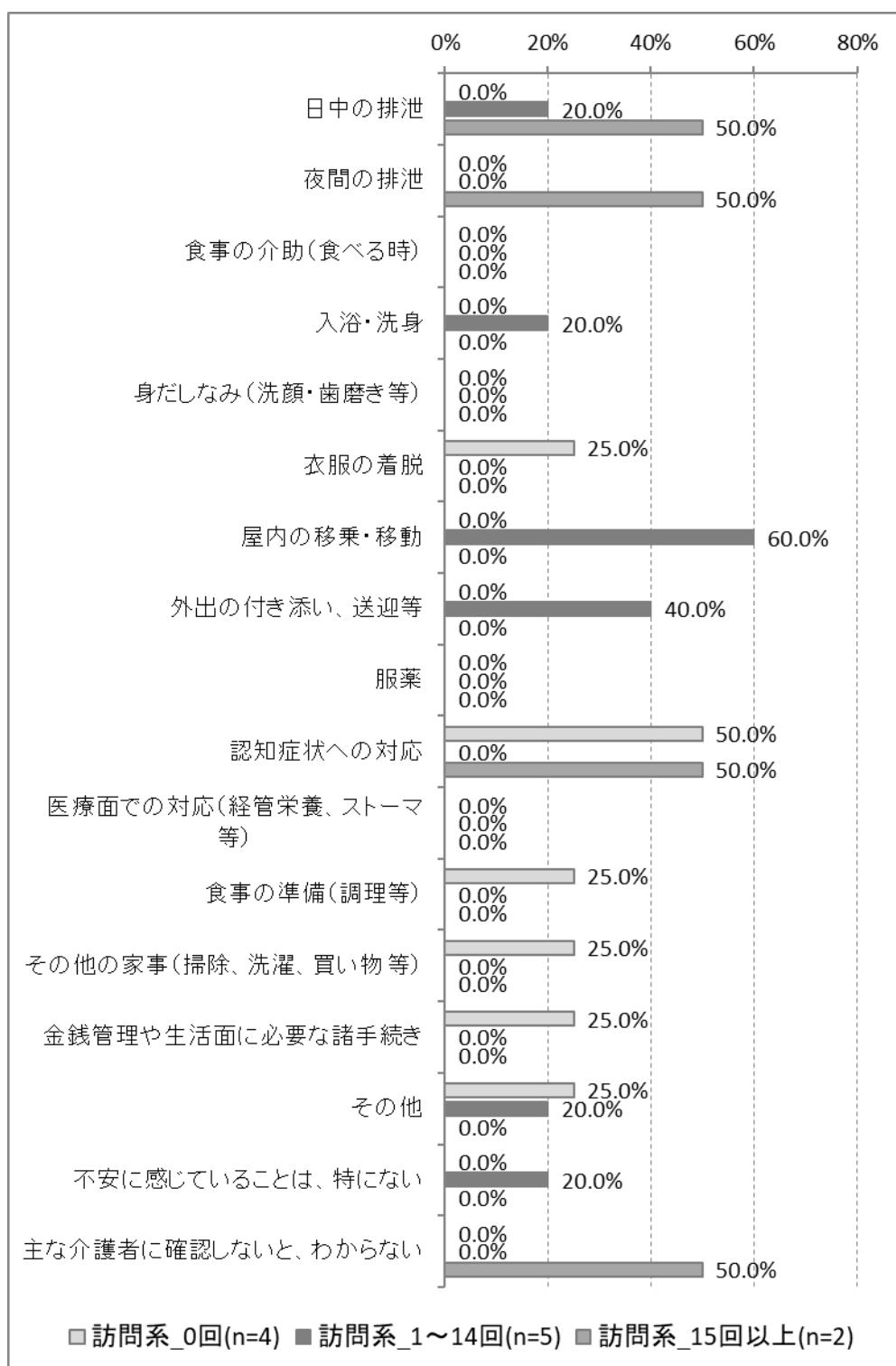
【着目すべきポイント】

- (5)では、「サービス利用の組み合わせ」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係を分析しましたが、ここでは「サービス利用の回数」と「主な介護者が不安に感じる介護」について、集計分析を行っています。
- 「在宅生活の継続に向けてポイントとなる介護（主な介護者の不安が大きな介護 等）」について、「主な介護者が不安に感じる」割合を下げるることは、在宅介護実態調査で想定する「アウトカム」の1つです。
- ここでは「サービス利用の回数」との関係を集計分析することで、地域目標を達成するためのサービス整備方針の検討につなげることなどを想定しています。
- 図表1-24と図表1-25が訪問系、図表1-26と図表1-27が通所系、図表1-28と図表1-29が短期系について集計分析した結果です。それぞれ、要介護3以上と認知症自立度Ⅲ以上に分けて集計分析を行っています。
- 「サービス利用の回数」の増加に伴い、「主な介護者が不安に感じる」割合が低くなるような支援・サービスの整備を進めていくことで、在宅限界点の向上につながることなどが期待されます。

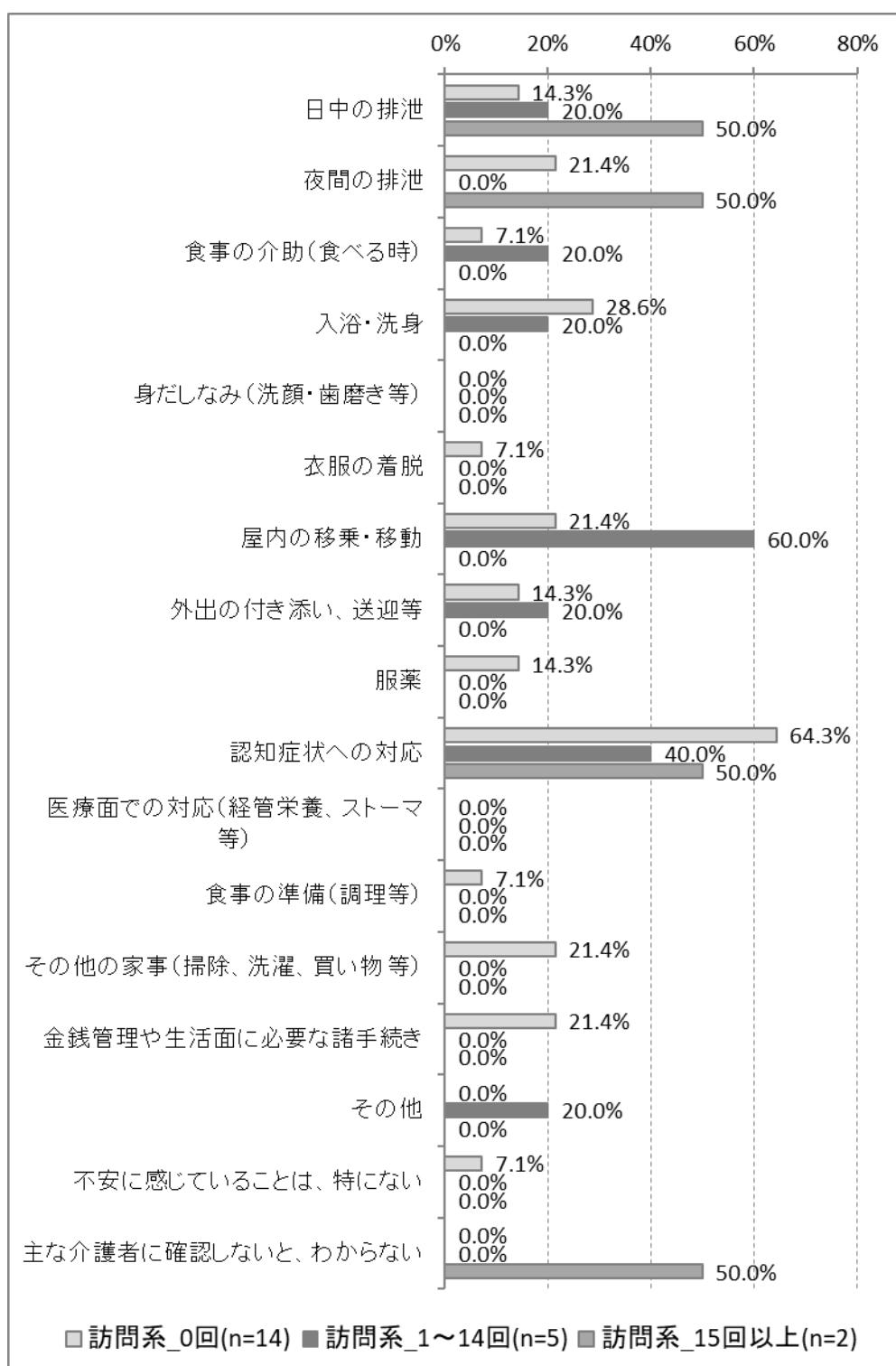
【留意事項】

- (5)の「サービス利用の組み合わせ」と、ここでの「サービス利用の回数」の2つの分析結果を参考に、介護者不安の軽減に資するサービス整備方針の検討につなげていくことが重要です。
- (5)の「サービス利用の組み合わせ」と同様、ケアマネジメントに直結する内容であることから、ここでの集計分析結果やその解釈については、ケアマネジャー等を含む専門職との議論・考察を交えながら、地域ごとにその効果等についての議論を深めていくことが重要となります。

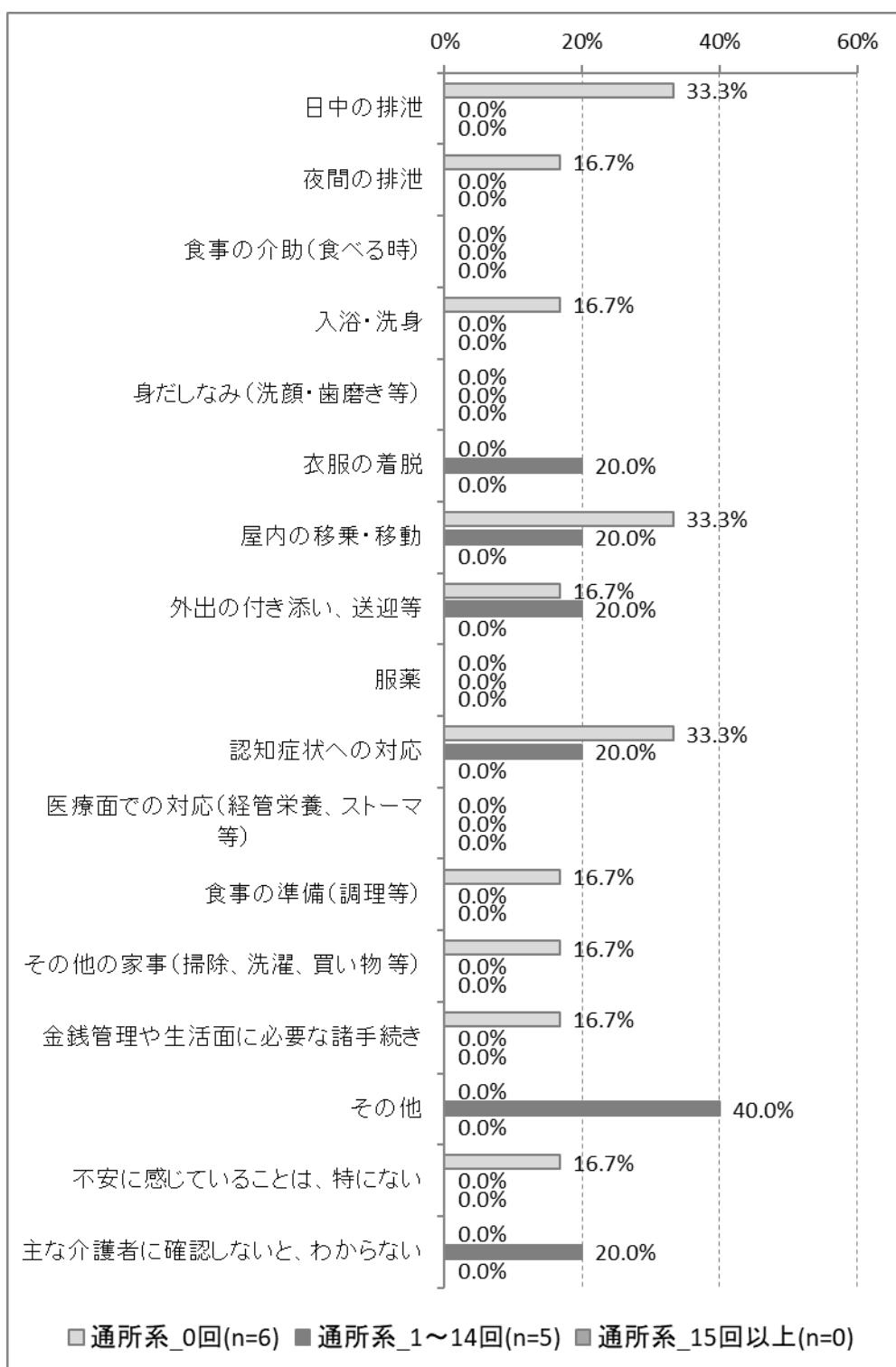
図表 1-24 サービス利用回数別・介護者が不安を感じる介護（訪問系、要介護 3 以上）



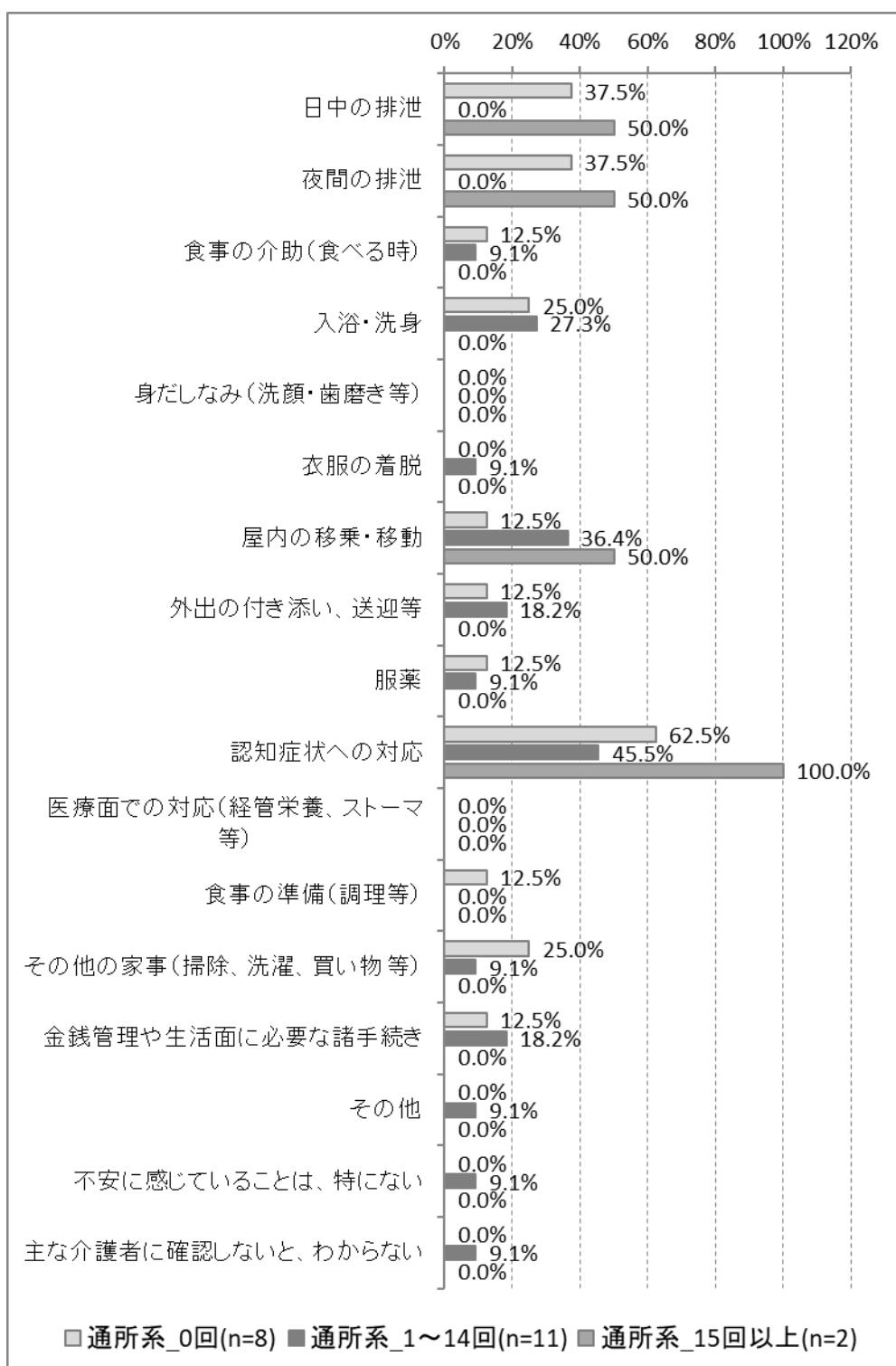
図表 1-25 サービス利用回数別・介護者が不安を感じる介護（訪問系、認知症Ⅲ以上）



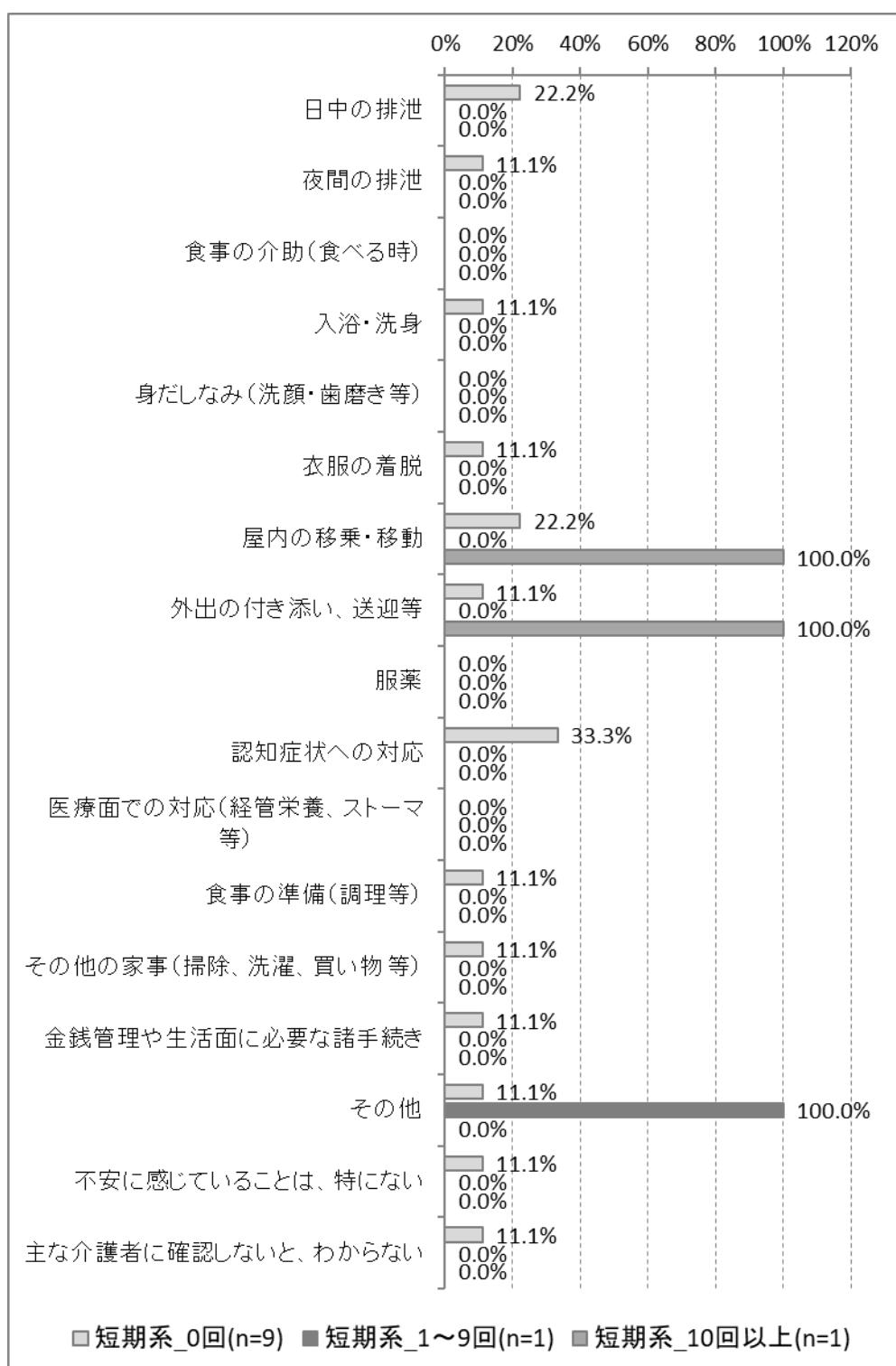
図表 1-26 サービス利用回数別・介護者が不安を感じる介護（通所系、要介護 3 以上）



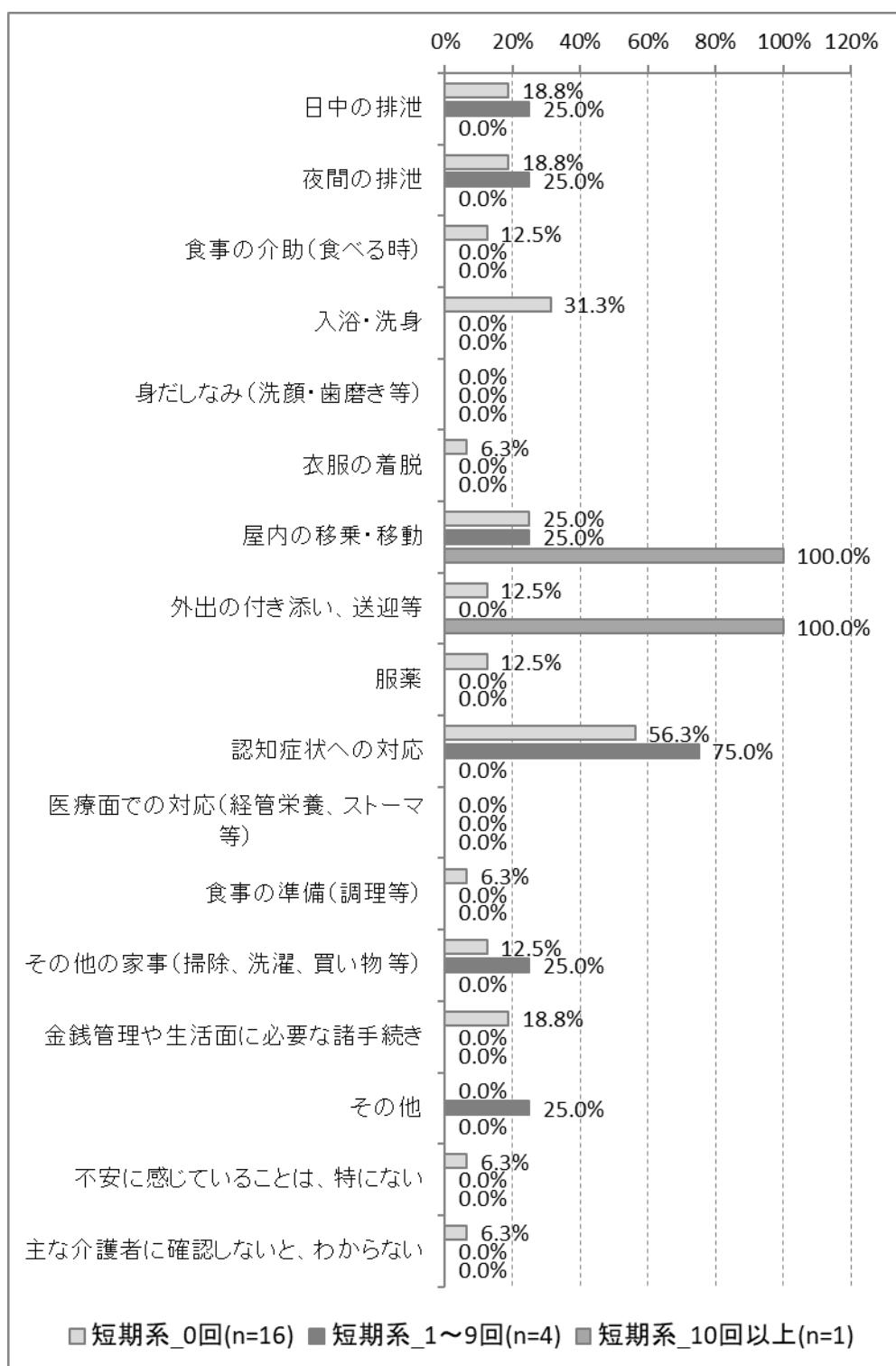
図表 1-27 サービス利用回数別・介護者が不安を感じる介護（通所系、認知症Ⅲ以上）



図表 1-28 サービス利用回数別・介護者が不安を感じる介護（短期系、要介護 3 以上）



図表 1-29 サービス利用回数別・介護者が不安を感じる介護（短期系、認知症Ⅲ以上）



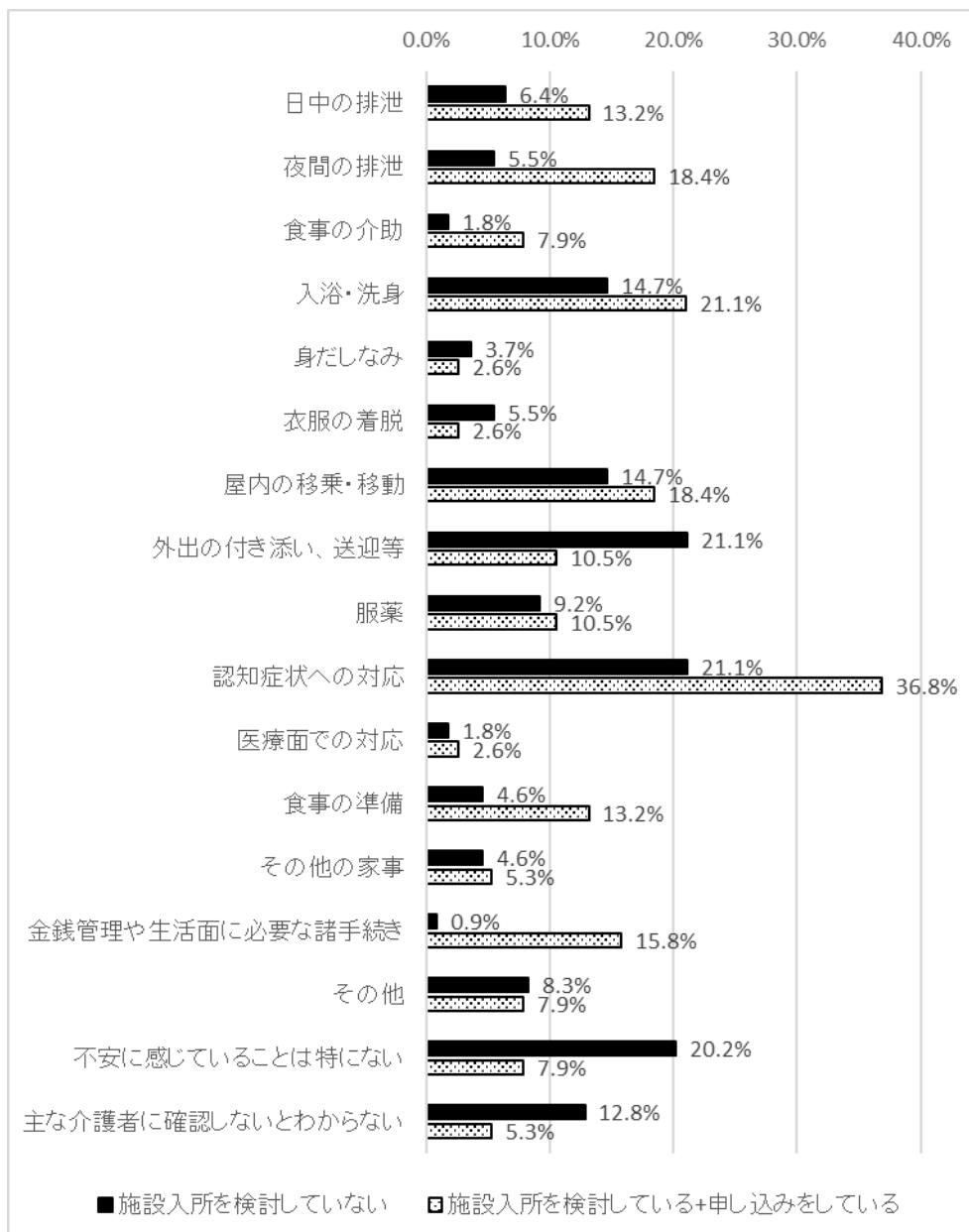
- ・図表 1-24～図表 1-29 については対象者が少なく、データの傾向がとらえられませんでした。今後集計される全国平均のデータ等を参考に当町におけるデータを再分析する必要があります。

(8) 「施設入所の検討状況」と「主な介護者が不安に感じる介護」の関係

【着目すべきポイント】

- 「在宅生活の継続に向けてポイントとなる介護（主な介護者の不安が大きな介護 等）」について、「主な介護者が不安に感じる」割合を下げるることは、在宅介護実態調査で想定する「アウトカム」の1つです。
- ここでは「施設入所の検討状況」との関係を集計分析することで、どんな介護が不安を感じている方が施設入所を検討しているかを分析し、在宅生活への援助の手立てを検討します。
- 「主な介護者が不安に感じる」割合が低くなるような支援・サービスの整備を進めていくことで、在宅限界点の向上につながることなどが期待されます。

図表 1-30 施設入所検討状況別・介護者が不安を感じる介護



- ・認知症状への対応の不安が一番大きな数値をとなり、施設入所を検討しているもしくは、申し込みをしている方の3人に1人程度が認知症状への不安を感じています。
- ・施設入所の検討の有無で差が大きかったものは、日中と夜間の排泄、食事の準備・介助、入浴・洗身、金銭管理等の諸手続きの項目で、施設入所を検討しているほうが多く不安を感じています。
→排泄、食事、入浴・洗身、諸手続きの不安を解消できれば在宅生活の限界点の向上につながる可能性があります。

1.3 考察

・介護者不安の軽減に向けての検討

- 在宅限界点の向上を介護者不安の軽減の視点から、介護者がどのような不安があると施設入所の検討を行うかを分析し、その不安を軽減するための手立てを模索します。
- 介護者が不安に感じる介護の中で、日中と夜間の排泄、食事の準備・介助、入浴・洗身、金銭管理等の諸手続きに関する不安は施設入所の検討の有無によって大きく変わり、認知症状への対応については施設入所の検討の有無に寄らず不安に感じる人は多いです。
- 日中と夜間の排泄、食事の準備・介助、入浴・洗身、金銭管理等の諸手続きに関する不安については訪問介護や、総合事業における在宅生活で利用できるサービス（食事サービス、家族介護用品等）の事業を活用しながら介護者の不安を軽減していくことが求められます。
- 認知症状への対応については現在、認知症サポーター養成講座、認知症カフェ等の事業を実施しています。今後の方針としてはチームオレンジの取り組みを芽室町にてどのように実施するかを検討し、普及させることで認知症状への対応についての不安を軽減していく必要があります。

・在宅生活の継続について

- この視点については芽室町内の調査件数が不足しており、具体的な対応策が出せるまでの議論を深めることができませんでした。そのため、今後国が全国での集計を実施するのであれば、その数値を参考に芽室町における在宅生活の継続に必要なサービスを模索する必要があります。
- 第7期介護保険事業計画策定時に国が作成したシートには、多頻度の訪問を含む複数の支援やサービス提供が謳われており、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備や、それが困難な場合には必要に応じて20分未満の訪問介護を活用することにより頻回な訪問を提供することが可能であることから、そのようなケースにおけるケアマネジメントのあり方についても併せて検討を行うことが重要とされています。芽室町内には定期巡回・随時対応型訪問介護看護がないため整備の検討の必要性があり、短時間の訪問介護を適切に実施するためにも居宅介護支援事業所とも連携しながらケアマネジメントのあり方を検討する必要があります。

2 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスの提供体制の検討

2.1 集計・分析の狙い

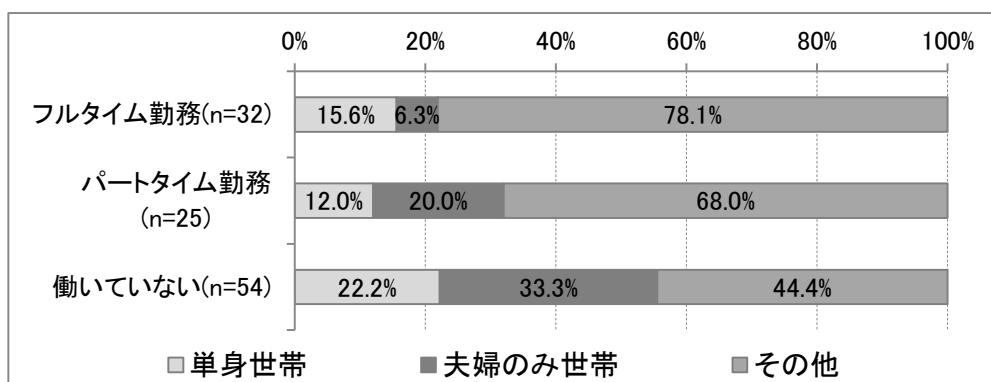
- ここでは、介護者の就労継続見込みの向上に向けて必要となる支援・サービスを検討するため、「主な介護者の就労状況」と「主な介護者の就労継続見込み」の2つの視点からの集計を行っています。
- 具体的には、「就労している介護者（フルタイム勤務、パートタイム勤務）」と「就労していない介護者」の違いに着目し、就労している介護者の属性や介護状況の特徴別に、必要な支援を集計・分析しています。
- さらに、「どのようなサービス利用」や「働き方の調整・職場の支援」を受けている場合に、「就労を継続することができる」という見込みを持つことができるのかを分析するため、主な介護者の「就労継続見込み」と、「主な介護者が行っている介護」や「介護保険サービスの利用の有無」、「介護のための働き方の調整」などとのクロス集計を行っています。
- 上記の視点からの分析では、要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度といった要介護者の状態別の分析も加え、要介護者の自立度が重くなても、在宅生活や就労を継続できる支援のあり方を検討しています。

2.2 集計結果と着目すべきポイント

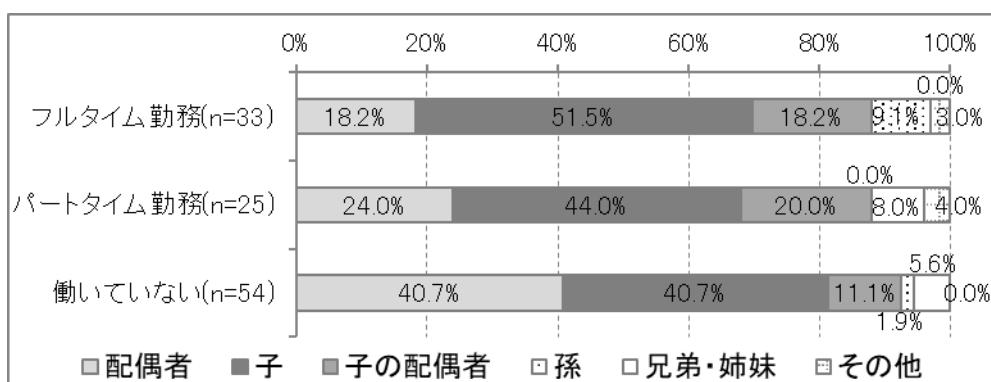
(1) 基本集計

- 主な介護者の就労状況（フルタイム勤務・パートタイム勤務・働いていない）別に、世帯や介護者の特徴などの基礎的な集計を行っています。
- 主な介護者の属性や、要介護者の要介護度・認知症自立度について、就労状況別にその状況を確認してください。

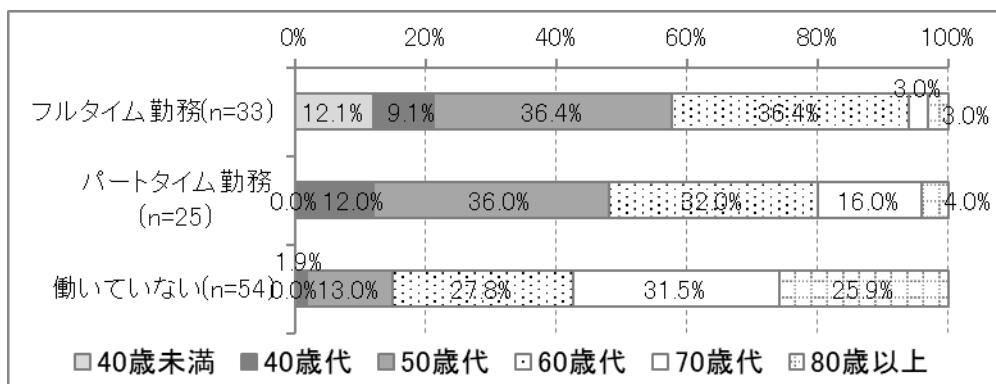
図表 2-1 就労状況別・世帯類型<*>



図表 2-2 就労状況別・★主な介護者の本人との関係<+>

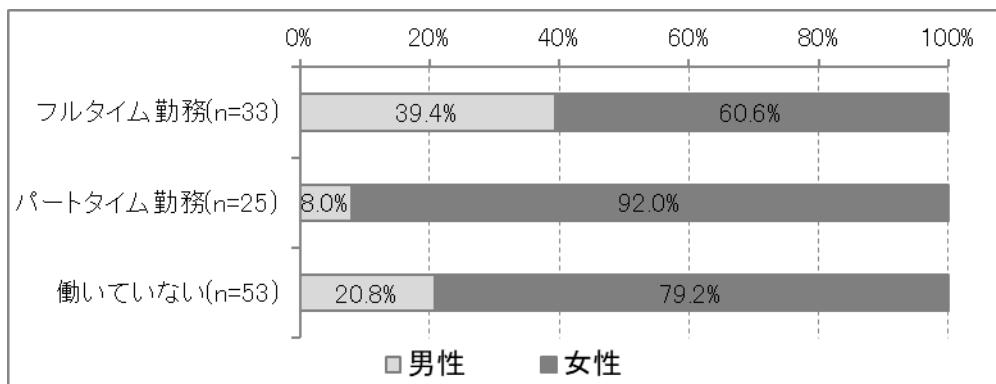


図表 2-3 就労状況別・主な介護者の年齢<***>

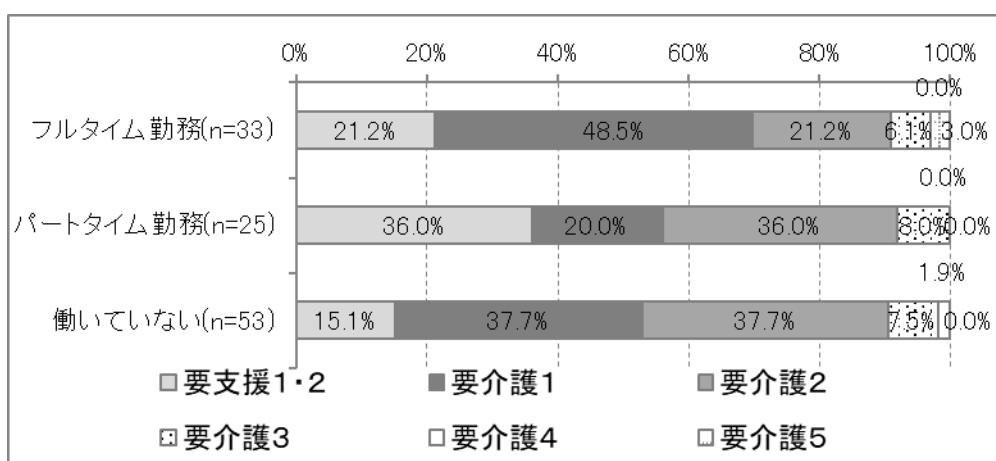


・若い世代はフルタイム勤務の方が多い。

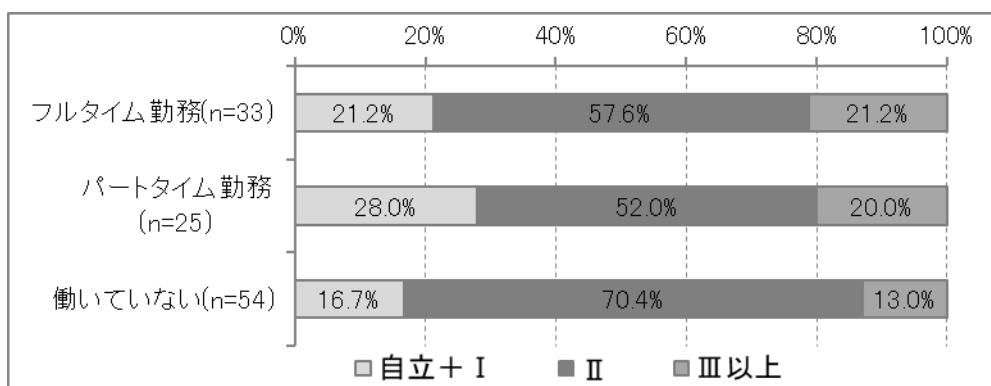
図表 2-4 就労状況別・主な介護者の性別<*>



図表 2-5 就労状況別・要介護度



図表 2-6 就労状況別・認知症自立度

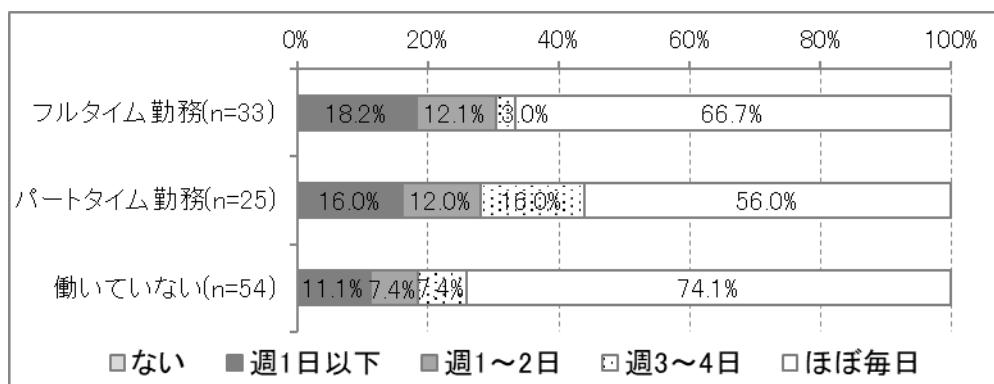


(2) 就労状況別の、主な介護者が行っている介護と就労継続見込み

【着目すべきポイント】

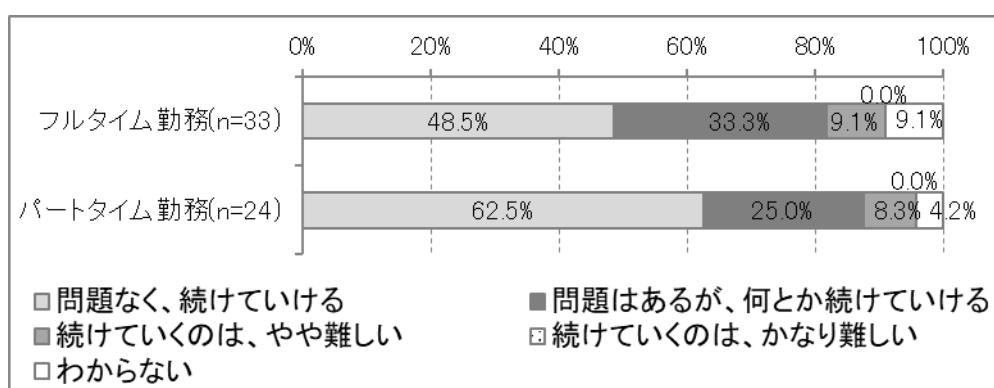
- ここでは、「今後の就労継続見込み」について、主な介護者の就労状況別に集計分析をしています（図表2-7）。
- 「主な介護者が行っている介護」について、例えば、「働いていない」と比較して、「フルタイム勤務」や「パートタイム勤務」で少ない介護は、働いている介護者が、他の介護者や介護サービスの支援を必要としているものと考えられます。
- 「今後の就労継続見込み」については、「就労状況」との関係に加え、「要介護度」や「認知症自立度」別についても、集計分析を行っています。これにより、要介護者の重度化に伴って就労継続見込みを困難と考える人が増加するかどうかを把握することができます。

図表2-7 就労状況別・家族等による介護の頻度



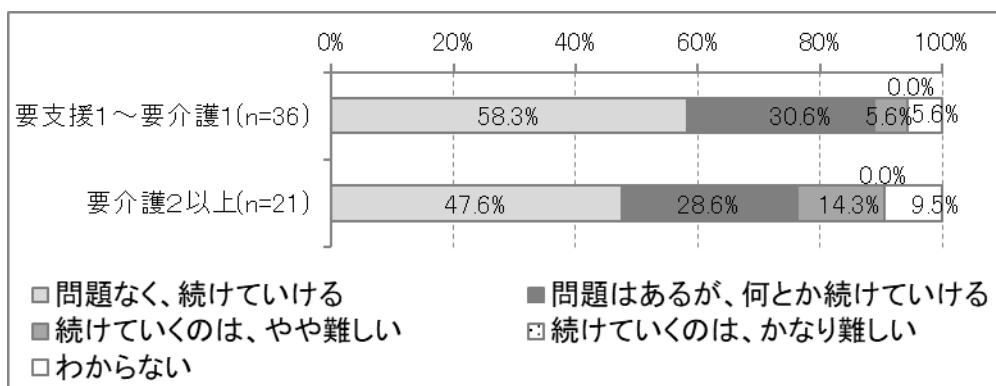
- ・働いている人より働いていない人のほうが介護の頻度は高くなっています。

図表2-8 就労状況別・就労継続見込み



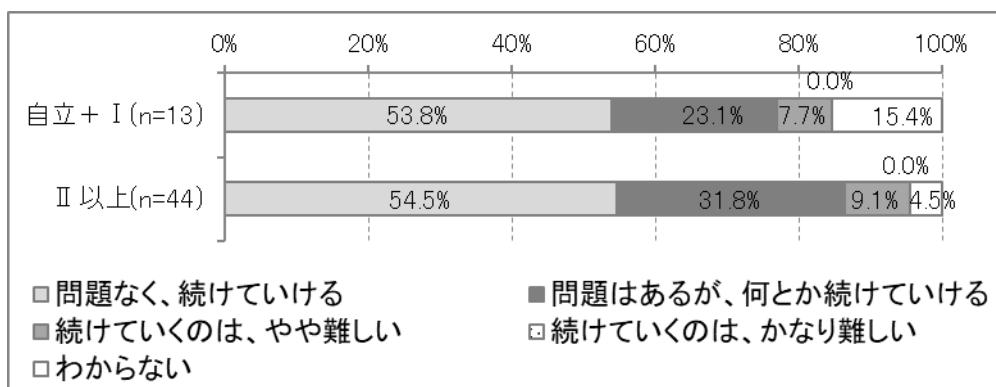
- ・フルタイム勤務、パートタイム勤務のどちらも、1割弱の方が介護を続けることに難しさを感じています。

図表 2-9 要介護度別・就労継続見込み（フルタイム勤務＋パートタイム勤務）



- 要介護度が高いほど就労の継続の難しさを感じる方が多いです。

図表 2-10 認知症自立度別・就労継続見込み（フルタイム勤務＋パートタイム勤務）



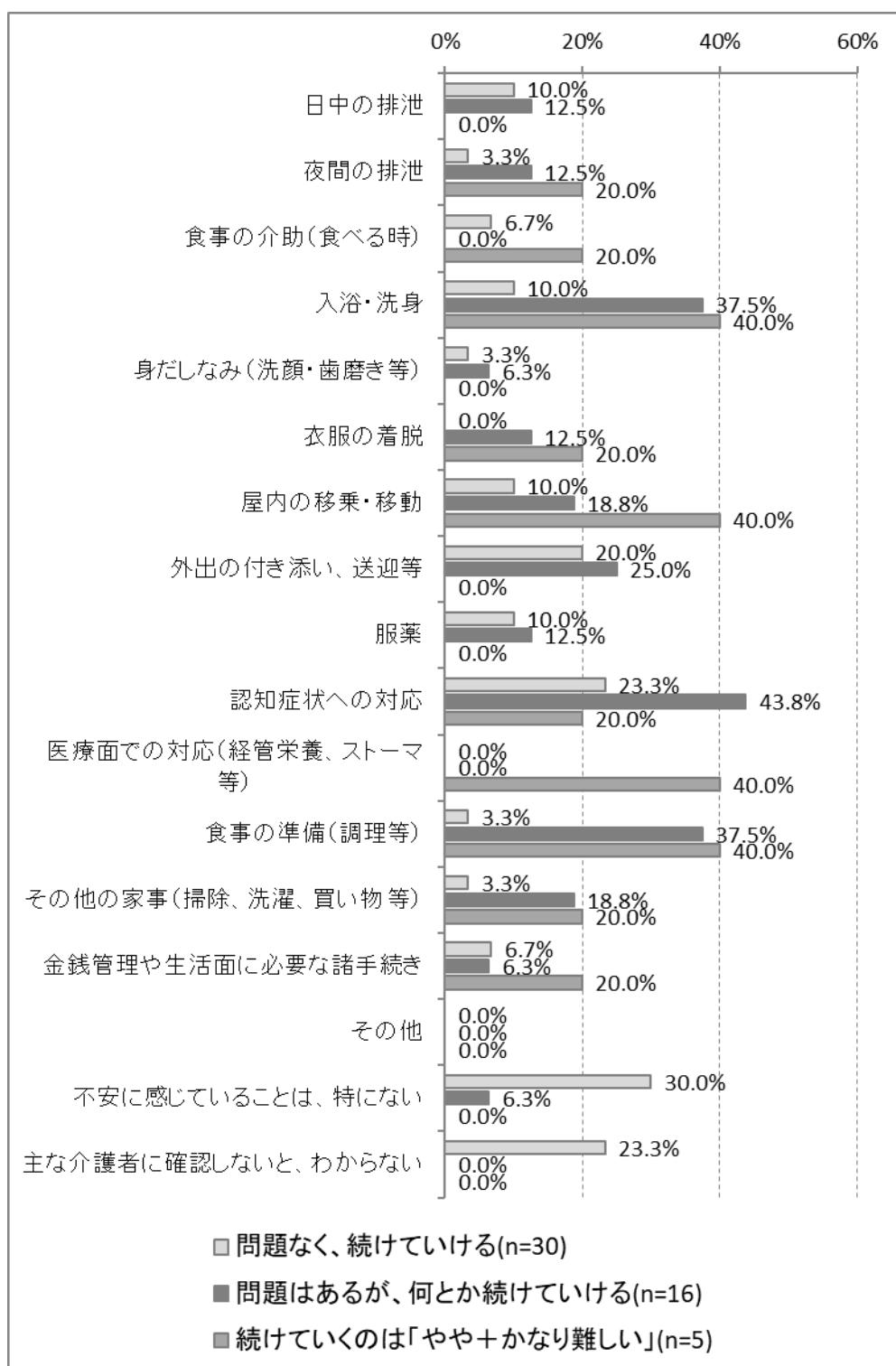
- 認知症自立度については軽度の方はわからないと回答する割合が多く、重度の方のほうが就労の継続が難しいと感じている人の割合が多いです。

(3) 「介護保険サービスの利用状況」・「主な介護者が不安に感じる介護」と「就労継続見込み」の関係

【着目すべきポイント】

- ここでは、「主な介護者が不安に感じる介護」について、主な介護者の就労状況別及び就労継続見込み別に集計分析をしています（図表2-11）。
- 「主な介護者が不安に感じる介護」については、就労継続見込みの困難化に伴い、どのような介護等で不安が増加しているかに着目することで、在宅生活を継続しながらの就労継続について、介護者がその可否を判断するポイントとなる可能性がある介護等を把握することができます。

図表 2-11 就労継続見込み別・介護者が不安に感じる介護(フルタイム勤務+パートタイム勤務)



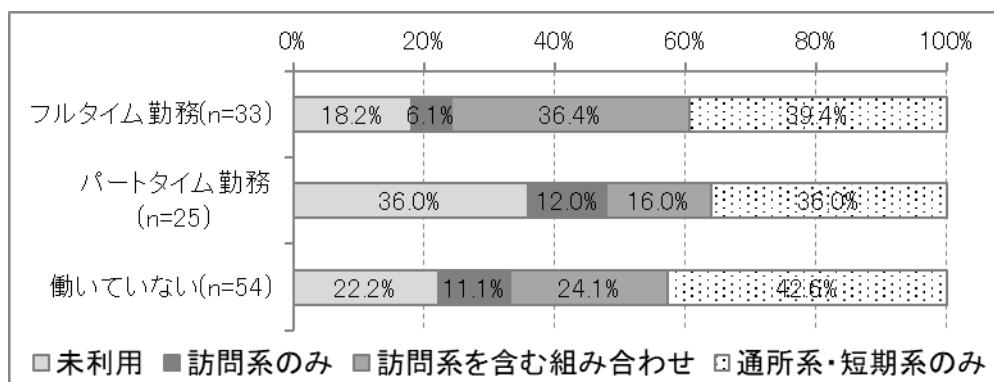
・大体の項目で就労継続の難しさを感じている人のほうが、不安に感じる割合が多いです。特に入浴・洗身、屋内の移乗・移動、医療面での対応、食事の準備の項目が高い割合になりました。

(4) 「サービス利用の組み合わせ」と「就労継続見込み」の関係

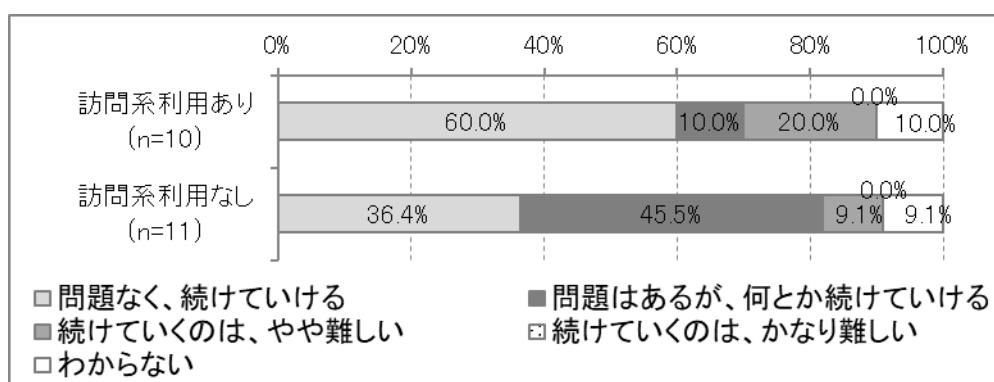
【着目すべきポイント】

- ここでは、「サービス利用の組み合わせ」について、組み合わせのパターンを簡略化し、主な介護者の就労状況別及び就労継続見込み別に集計分析をしています。さらに、訪問系サービスについては、要介護2以上、認知症自立度II以上に分けて集計分析を行っています（図表2-12～図表2-14）。
- ここから、主な介護者の就労状況によって、「サービス利用の組み合わせ」に差がみられるかどうかを把握することができます。
- また、「訪問系サービスの利用の有無」と「就労継続見込み」の関係を集計分析することで、訪問系サービスの利用が、就労継続見込みの「問題なく、続けていける」「問題はあるが、何とか続けていける」の割合に影響を与えているかどうかを推測することができます。

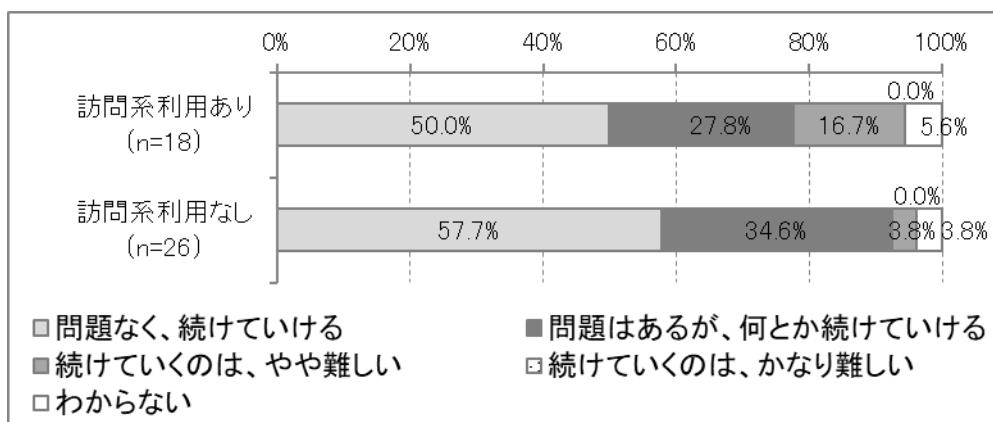
図表2-12 就労状況別・サービス利用の組み合わせ



図表2-13 サービス利用の組み合わせ別・就労継続見込み（要介護2以上、フルタイム勤務+パートタイム勤務）



図表 2-14 サービス利用の組み合わせ別・就労継続見込み（認知症自立度Ⅱ以上、フルタイム勤務+パートタイム勤務）



- ・図表 2-13, 2-14 にて訪問系のサービスを利用している人のほうが就労継続について難しいと感じています。（国の平均データと逆の結果となっています）

→芽室町における訪問介護系のサービスが要介護度、認知症自立度が高くなるにつれ、利用されている実態があり、特に要支援者は3.8%ととても低い値となっています。（図表 1-6, 1-7）そのため、訪問系のサービスを利用している人は重度の方がほとんどとなり、介護負担が大きく、就労継続が難しいと感じている割合が高くなっていると考えられます。

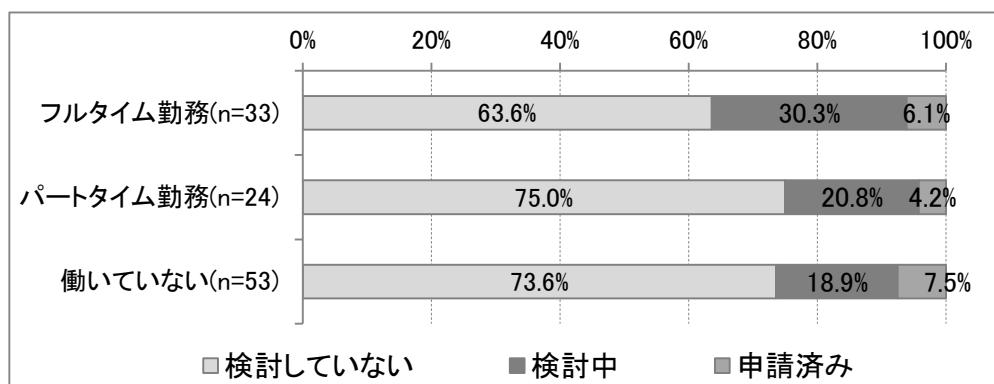
訪問系の基盤が少なく、重度の方以外へのサービス提供が実施できていない可能性があるため、基盤整備の際に検討します。

(5) 就労状況別の、保険外の支援・サービスの利用状況と、施設等検討の状況

【着目すべきポイント】

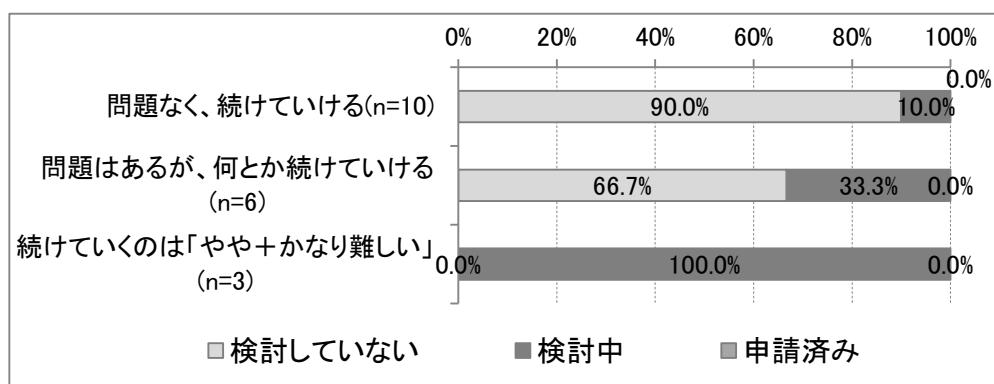
- ここでは、「施設等検討の状況」について、主な介護者の就労状況別及び就労継続見込み別に集計分析をしています（図表 2-21、図表 2-22）。
- 「施設等検討の状況」については、働いていない介護者に比べて、働いている介護者では、施設入所を必要と感じているかどうか分析することを目的としています。
- さらに、要介護 2 以上の中重度者については、就労継続見込みについて「続けていくのは、やや難しい」「続けていくのは、かなり難しい」と考える人のうち、どの程度の人が施設を検討しているかに着目しています。これにより、在宅での仕事と介護の両立が困難となった場合の対応として、施設対応の必要性と、在宅サービスや働き方の調整による対応の必要性のそれぞれについて、把握することができます。

図表 2-21 就労状況別・施設等検討の状況



・介護者がフルタイム勤務の方のほうが施設の検討をしている割合がなっています。

図表 2-22 就労継続見込み別・施設等検討の状況（要介護 2 以上、フルタイム勤務＋パートタイム勤務）<*>



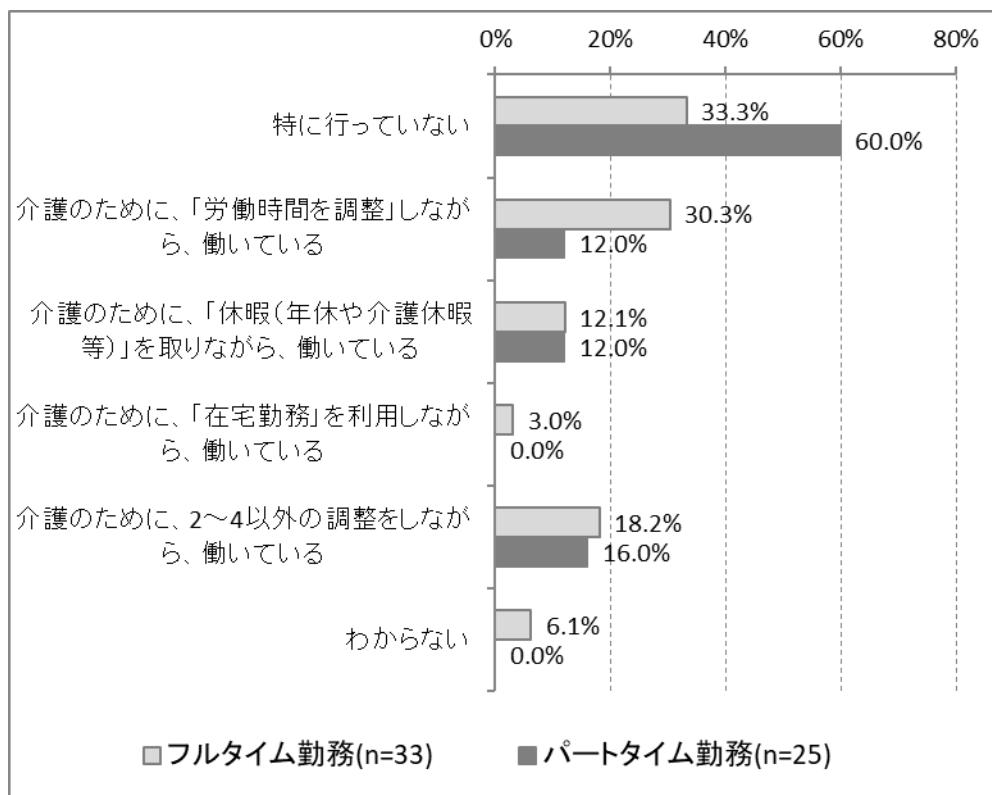
・就労継続の見込みが難しいと感じるほど施設入所を検討している割合が高くなっています。

(6) 就労状況別の、介護のための働き方の調整と効果的な勤め先からの支援

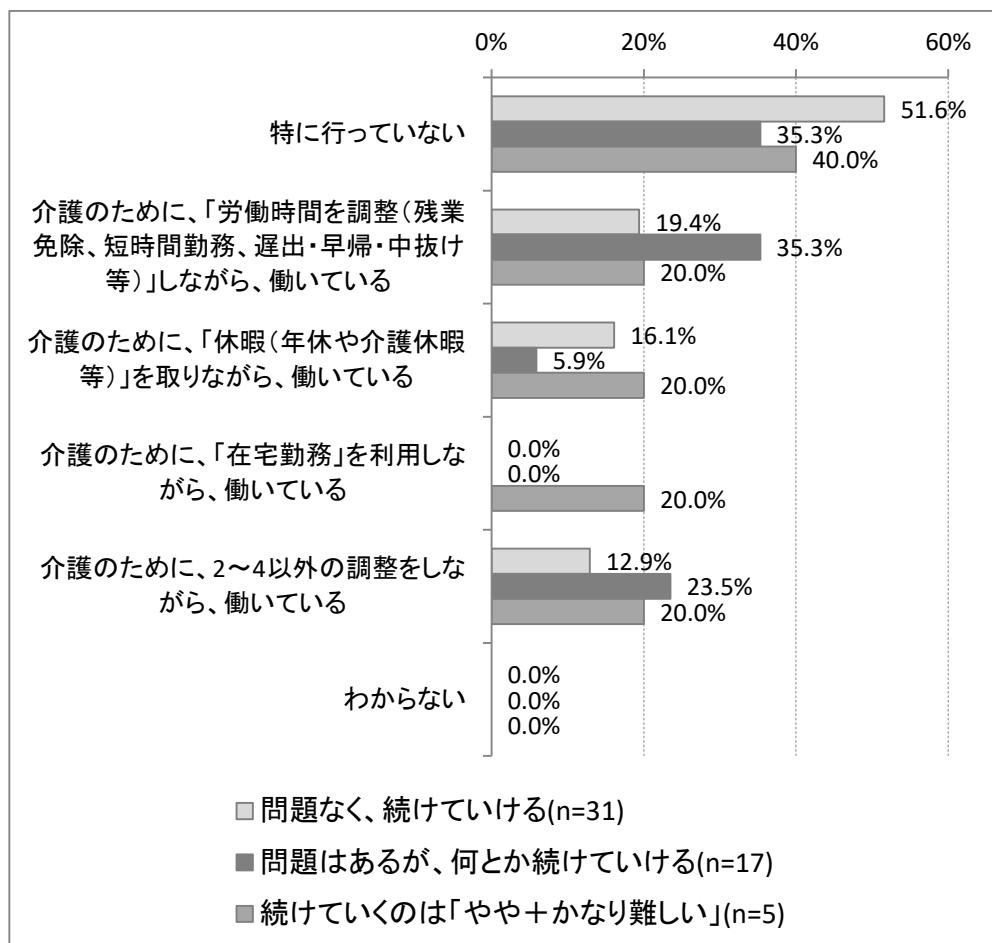
【着目すべきポイント】

- ここでは、「介護のための働き方の調整」と、「効果的な勤め先からの支援」について、主な介護者の就労状況別及び就労継続見込み別に集計分析をしています（図表2-23～図表2-26）。
- 就労継続見込みによって、介護のために働き方を調整している割合や、効果的と考える勤め先の支援内容がどのように変化するかに着目して集計分析をしています。
- ただし、「問題なく、続けていける」とする人において、働き方の調整を「特に行っていない」割合、もしくは効果的な勤め先の支援として「特にない」が高いケースは、職場が恒常的な長時間労働や、休暇取得が困難といった状況ではなく、介護のために特段働き方の調整や勤め先からの支援を行わなくても、両立可能な職場であることが考えられます。
- このように、職場の状況や業務の内容によっても、必要な調整や支援の内容が異なることに留意することが必要です。

図表2-23 就労状況別・介護のための働き方の調整



図表 2-24 就労継続見込み別・介護のための働き方の調整（フルタイム勤務＋パートタイム勤務）



2.3 考察

・主な介護者の就労状況について

- 芽室町における主な介護者の就労状況については芽室町だけのデータでみても属性の把握にとどまり、その値の良し悪しの分析ができないことから、全国の集計と比較し、芽室町に足りていない支援を検討する必要があります。

・主な介護者の就労継続見込みについて

- 現在就労している方の7%程度の方が就労を続けていくことが難しいと感じています。その方たちの就労の継続に向けた取り組みを実施する必要があります。そのために、まずは現在就労を続けていくことが難しいと感じている人がどのような介護に不安を持っているかを分析する必要があります。
- 図表2-11から、就労に難しさを感じている人が続けていけると感じている方と比べて不安に感じている介護は食事の介助（食べる時）、屋内の移乗・移動、医療面での対応、金銭管理や生活面に必要な諸手続きが高い割合になっています。さらに、就労に難しさを感じていると、不安に感じていることは特にない、と感じている人がおらず、なんらかの不安を持って介護しているかがわかります。
- 食事の介助（食べる時）、屋内の移乗・移動、については、事前に準備ができず、その場にいないと対応できないことが多く、就労中に抜け出して見られることから不安視しているものと分析できます。医療面での対応、金銭管理や生活面に必要な諸手続きについても就労状況上休めず、対応ができないことが多くなっているものと分析できます。
- 訪問介護や、総合事業等で就労中に不安に感じている部分にサービス提供を実施し、不安を取り除くことが出来る可能性はあるため、適切なケアマネジメントからサービスにつなぐ必要があります。
- 図表2-13, 2-14にて訪問系のサービスを利用している人のほうが就労継続について難しいと感じています。これは前回の国の平均データと逆の結果となっています。芽室町における訪問介護系のサービスが要介護度、認知症自立度が高くなるにつれ、利用されている実態があり、特に要支援者は3.8%ととても低い値となっています。（図表1-6, 1-7）そのため、訪問系のサービスを利用している人は重度の方がほとんどとなり、介護負担が大きく、就労継続が難しいと感じている割合が高くなっていると考えられます。訪問系の基盤が少なく、重度の方以外へのサービス提供が実施できていない可能性があるため、基盤整備の際に検討します。

3 将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討

3.1 集計・分析の狙い

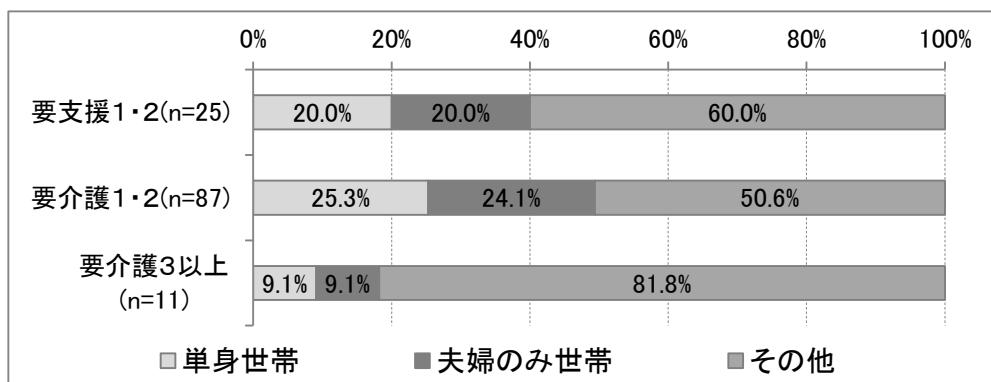
- ここでは、在宅限界点の向上のための、将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討につなげるため、特に世帯類型別の「サービス利用の特徴」や「施設等検討の状況」に焦点を当てた集計を行っています。
- 具体的には、世帯類型別の「家族等による介護の頻度」、「サービス利用の組み合わせ」、「施設等検討の状況」などの分析を行います。
- 将来の高齢世帯の世帯類型の構成は、地域ごとに異なりますので、それぞれ地域の実情に応じた支援・サービスの検討につなげていくことが重要となります。

3.2 集計結果と着目すべきポイント

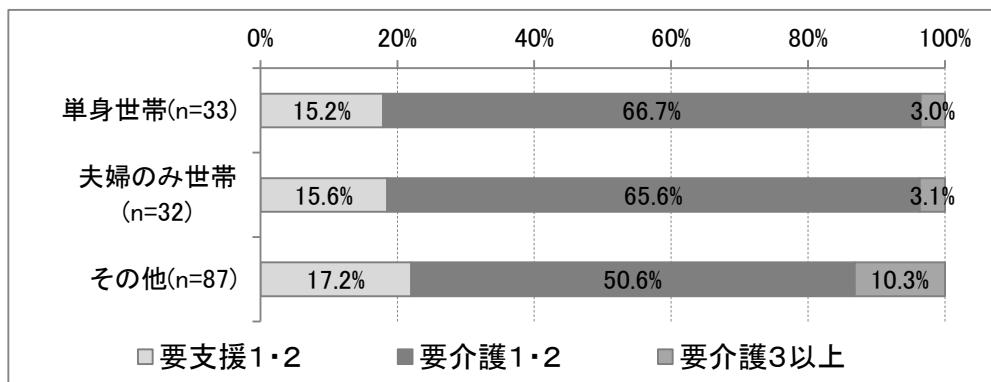
(1) 基礎集計

- 「要介護度別の世帯類型の割合」および「世帯類型別の要介護度の割合」を集計しています(図表3-1、図表3-2)。
- 要介護度の重度化に伴う、世帯類型の変化などを確認してください。

図表3-1 要介護度別・世帯類型



図表3-2 世帯類型別・要介護度<+>

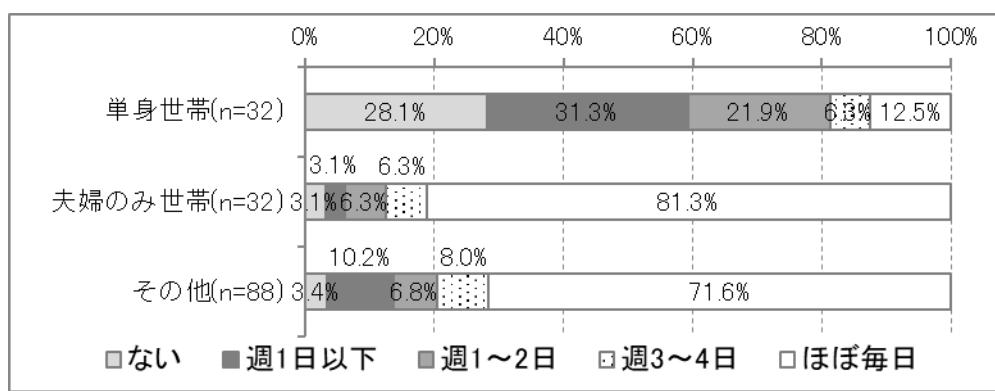


(2) 「要介護度別・世帯類型別」の「家族等による介護の頻度」

【着目すべきポイント】

- 図表 3-3 では、「世帯類型別」の「家族等による介護の頻度」の割合を集計しています。また、図表 3-4～図表 3-6 では、世帯類型別に「要介護度別」の「家族等による介護の頻度」を集計しています。
- 「単身世帯」については、同居の家族等はいなくても、近居の家族等による介護が行われているケースも多いと考えられます。中重度の単身世帯のうち、家族等の介護がない中で在宅生活を送っているケースがどの程度あるかなど、現状についてご確認ください。

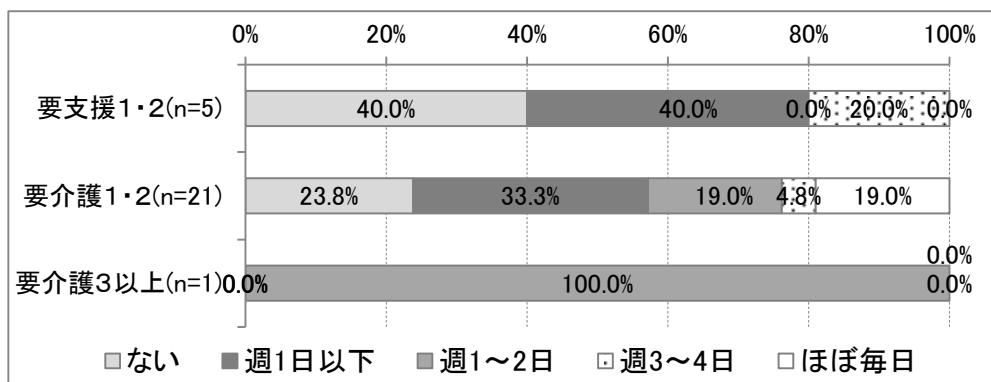
図表 3-3 世帯類型別・家族等による介護の頻度<***>



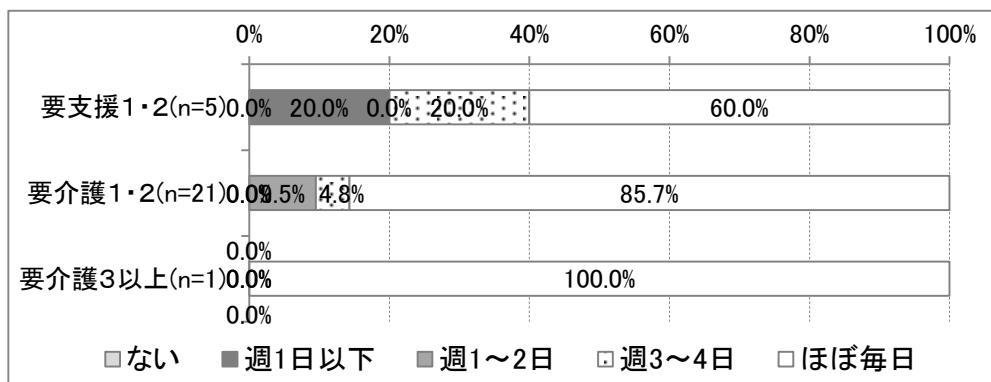
・同居している人のほうが単身世帯よりも介護の頻度が高くなっています。

→単身世帯の方が必要なサービスを受けられていないかを把握しながら、介護の必要性を判断し真に必要な量の介護サービスの提供を実施する必要があります。

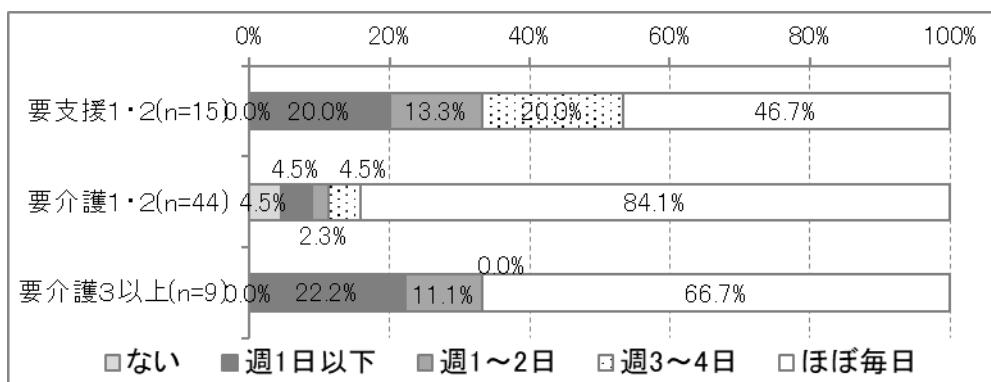
図表 3-4 要介護度別・家族等による介護の頻度（単身世帯）



図表 3-5 要介護度別・家族等による介護の頻度（夫婦のみ世帯）



図表 3-6 要介護度別・家族等による介護の頻度（その他世帯）<+>



・要介護度が重度化するにつれて介護の頻度が増加している傾向があります。

(3) 「要介護度別・認知症自立度別」の「世帯類型別のサービス利用の組み合わせ」

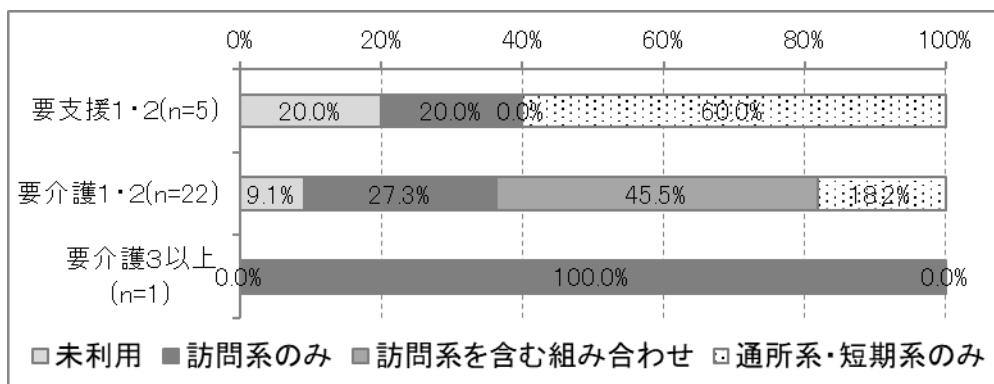
【着目すべきポイント】

- 要介護度別・認知症自立度別の「世帯類型別のサービス利用の組み合わせ」について、集計分析をしています（図表3-7～図表3-12）。
- サービス利用の組み合わせは、「訪問系のみ」のサービス利用と、レスパイト機能をもつ「通所系」および「短期系」のみのサービス利用、さらにその2つを組み合わせた「訪問系を含むサービス利用」の3種類（未利用除く）に簡略化したものを使用しています。
- 重度化に伴い、どのようなサービス利用の組み合わせが増加しているかに着目することで、現在在宅で生活をする中重度の要介護者が、どのような組み合わせのサービス利用を増加させることで在宅生活を維持しているかを、世帯類型別に把握することができます。
- また、世帯類型別の要介護者の増加に伴い、どのような「サービス利用の組み合わせ」のニーズが大きくなると考えられるかを推測することも可能になります。
- 例えば、特に今後「要介護度が中重度の単身世帯」が増加すると見込まれる場合は、単身世帯の要介護者が要介護度の重度化に伴いどのようなサービス利用の組み合わせを増加させているかに着目し、推測することなどが考えられます。

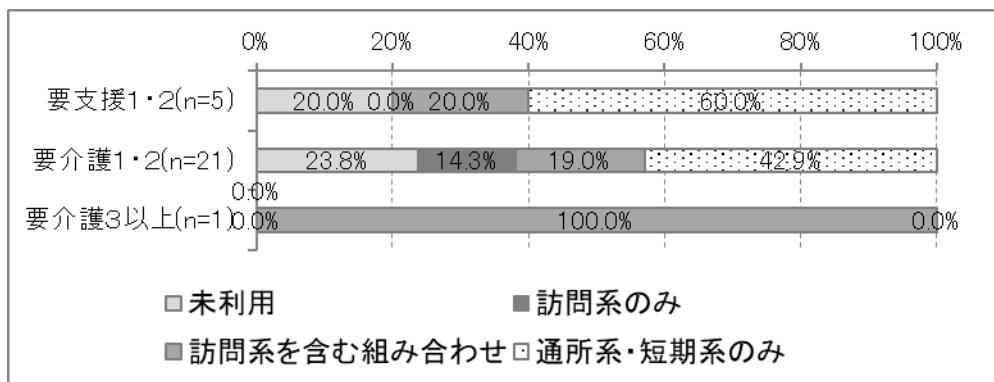
【留意事項】

- ただし、現在利用しているサービスが「地域目標を達成するためのサービス」であるとは限らない点には注意が必要です。

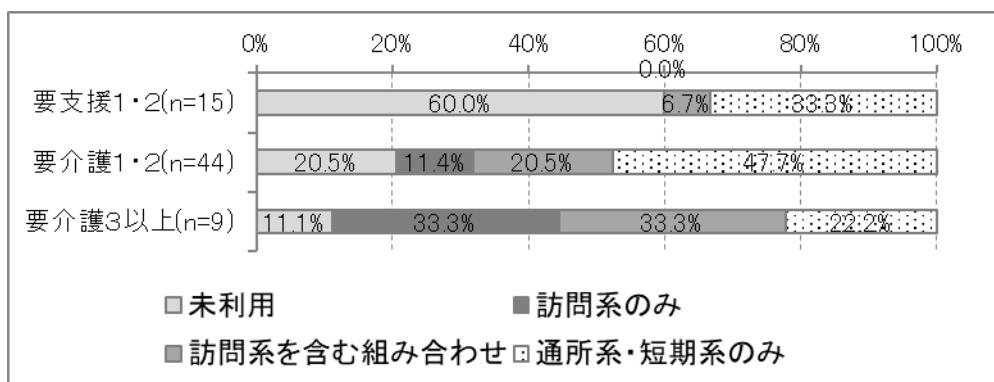
図表 3-7 要介護度別・サービス利用の組み合わせ（単身世帯）



図表 3-8 要介護度別・サービス利用の組み合わせ（夫婦のみ世帯）

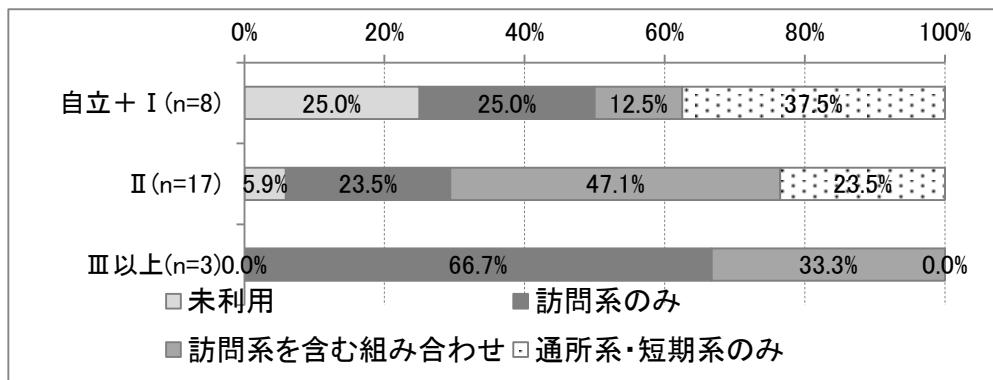


図表 3-9 要介護度別・サービス利用の組み合わせ（その他世帯）<*>

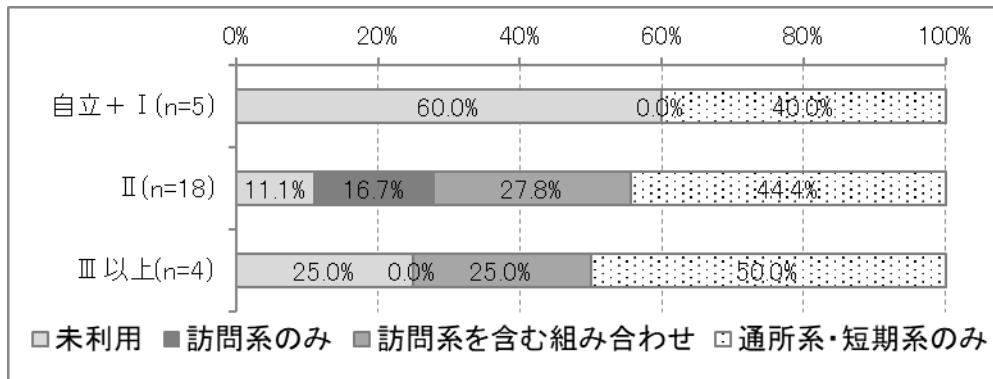


- 要介護度が重度化するにつれて未利用者が減少し、訪問系のサービス需要が増加する傾向がみられます。

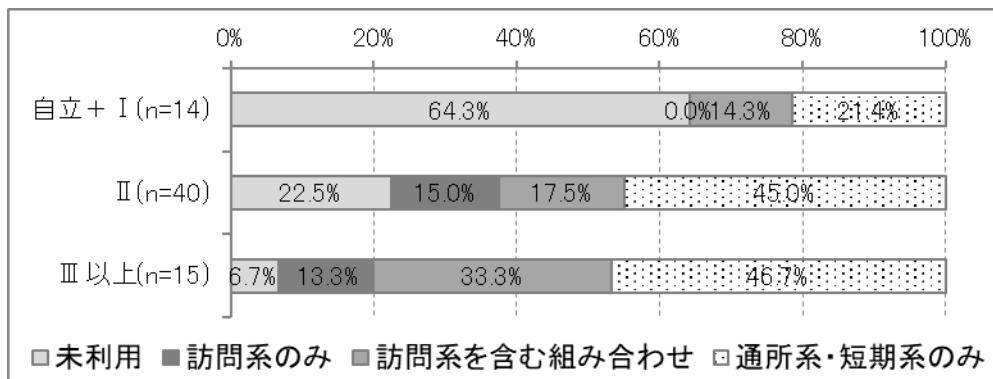
図表 3-10 認知症自立度別・サービス利用の組み合わせ（単身世帯）



図表 3-11 認知症自立度別・サービス利用の組み合わせ（夫婦のみ世帯）



図表 3-12 認知症自立度別・サービス利用の組み合わせ（その他世帯）<*>



・認知症自立度についても重度化するにつれて未利用者が減少し、訪問系のサービス需要が増加する傾向がみられます。ただし、要介護度のグラフよりは通所系の伸びがみられます。

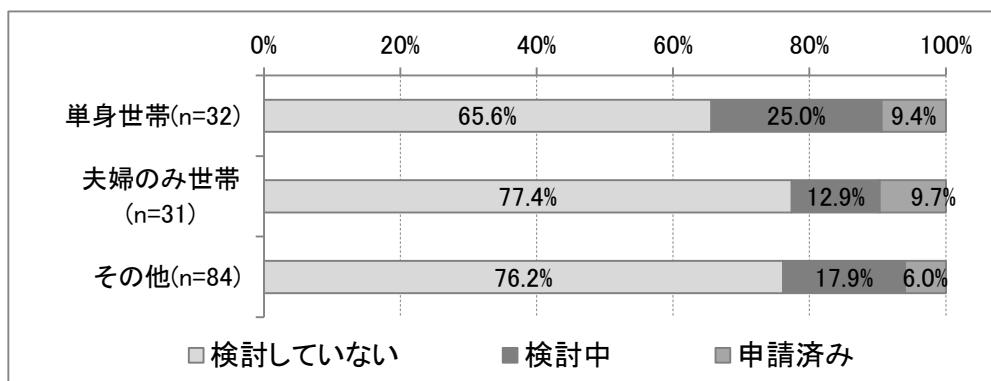
→要介護度、認知症自立度ともに重度化すると訪問系のサービスの利用が増加していることがわかります。重度化しても在宅でサービスを継続するためには訪問系と他のサービスを組み合わさることが重要です。

(4) 「要介護度別・認知症自立度別」の「世帯類型別の施設等検討の状況」

【着目すべきポイント】

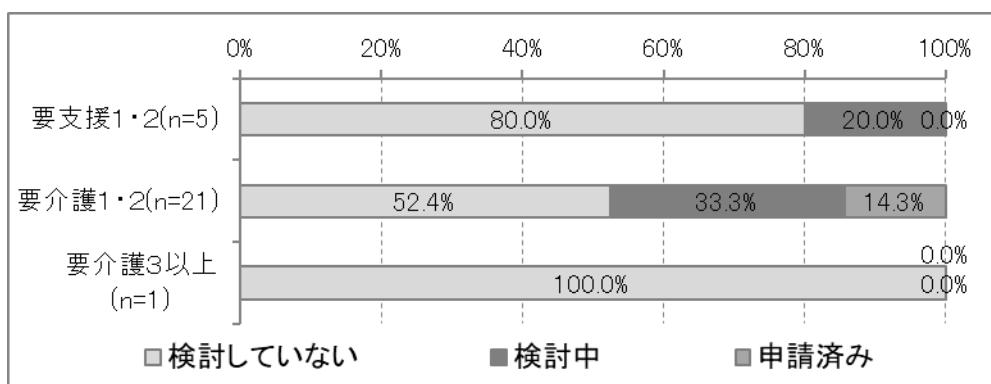
- ここでは、「要介護度別・認知症自立度別」の「世帯類型別の施設等検討の状況」について、集計分析をしています（図表3-13～図表3-19）。
- 「施設等検討の状況」について「入所・入居は検討していない」の割合を高めることは、在宅介護実態調査で想定する「アウトカム」の1つです。
- ここでは「世帯類型」ごとの特徴を集計分析することで、地域目標を達成するためのサービス整備方針の検討につなげることなどを想定しています。

図表3-13 世帯類型別・施設等検討の状況（全要介護度）

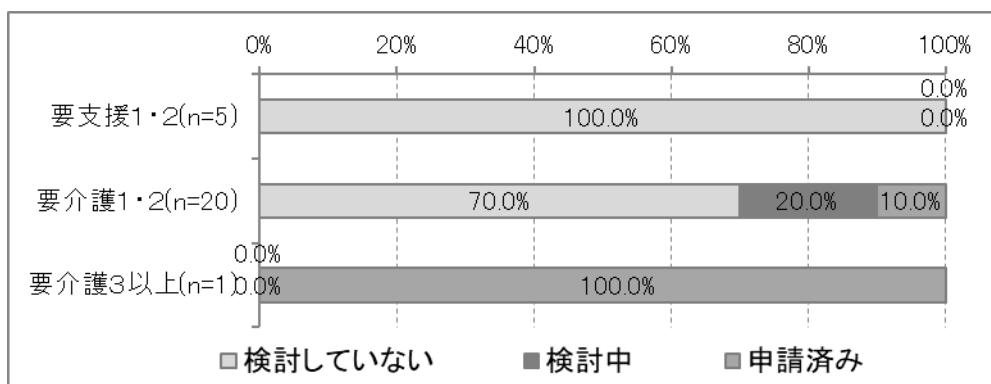


・単身世帯の方が施設入所を検討、もしくは申請済みである割合が高いです。

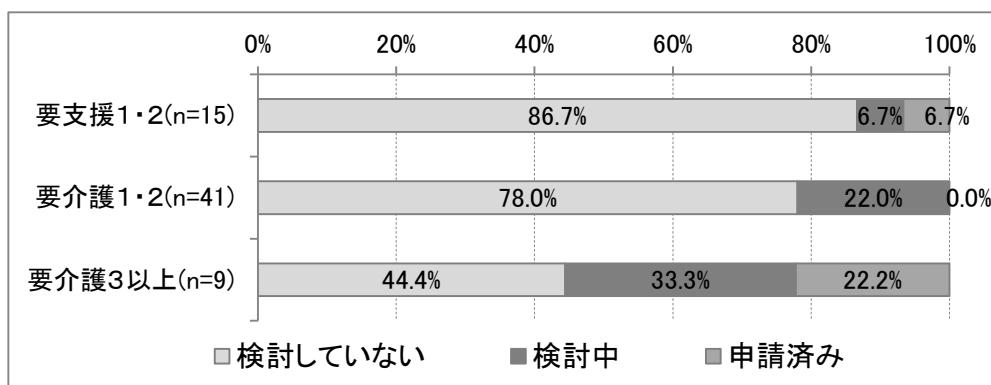
図表 3-14 要介護度別・施設等検討の状況（単身世帯）



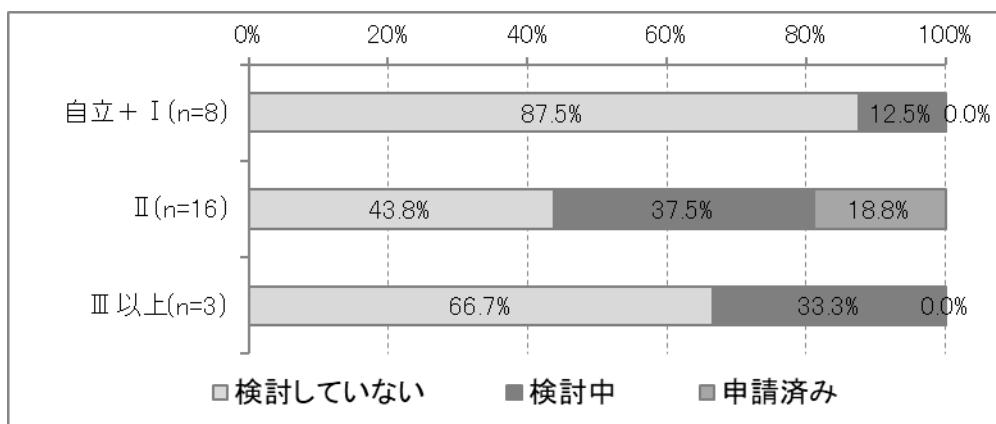
図表 3-15 要介護度別・施設等検討の状況（夫婦のみ世帯）<*>



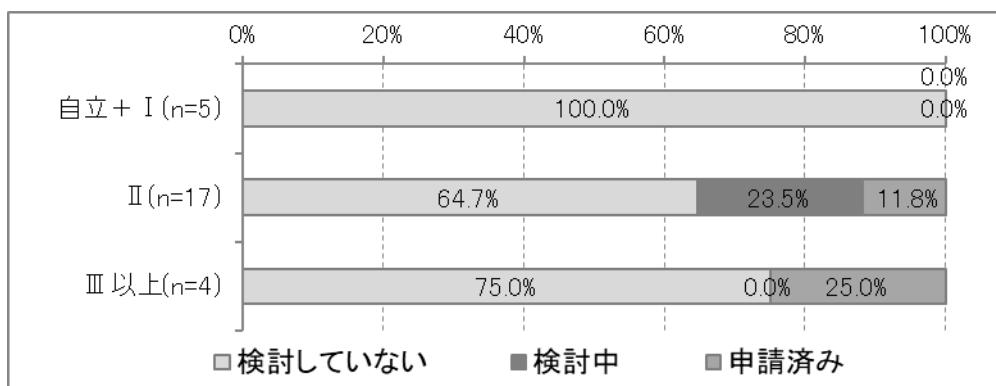
図表 3-16 要介護度別・施設等検討の状況（その他世帯）<*>



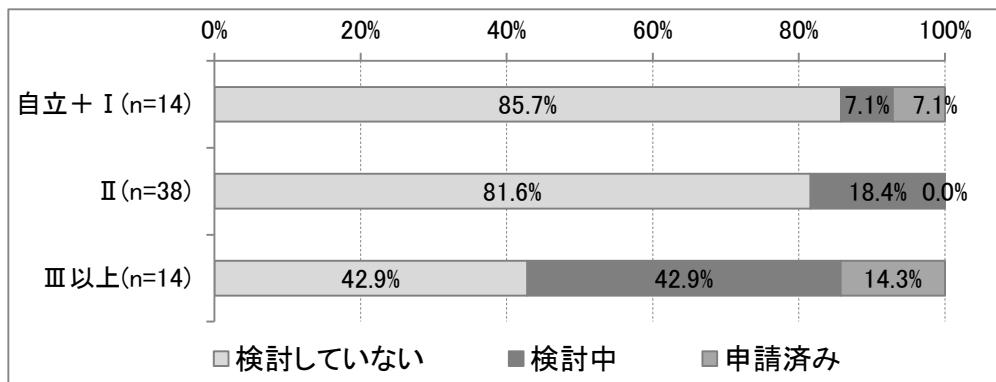
図表 3-17 認知症自立度別・施設等検討の状況（単身世帯）



図表 3-18 認知症自立度別・施設等検討の状況（夫婦のみ世帯）



図表 3-19 認知症自立度別・施設等検討の状況（その他の世帯）<*>



3.3 考察

・世帯類型ごとの特徴

- 同居している人のほうが単身世帯よりも介護の頻度が高くなっています。単身世帯の方が必要なサービスを受けられていないかを把握しながら、介護の必要性を判断し真に必要な量の介護サービスの提供を実施する必要があります。
- 要介護度、認知症自立度ともに重度化するにつれてサービス未利用者が減少し、訪問系のサービス需要が増加する傾向がみられます。ただし、認知症自立度については通所系の伸びもみられます。要介護度、認知症自立度ともに重度化すると訪問系のサービスの利用が増加していることがわかります。重度化しても在宅でサービスを継続するためには訪問系と他のサービスを組み合わることが重要です。

3 令和元年度 第7期芽室町高齢者保健福祉計画進捗状況(R2.3月末時点)

第1節 高齢者保健福祉計画の基本目標と事業体系

1 高齢者保健福祉計画の内容

『高齢者保健福祉計画』は、「健康づくりや疾病の早期発見、重症化予防」、「生きがいづくりや社会参加」、「暮らしを支える介護・福祉サービス」など、高齢者の生活に関わる幅広い取り組みについて、具体的な目標や推計値をもって計画するものです。

2 高齢者保健福祉計画の基本目標

高齢者のみなさんが365日安心して自分らしく暮らすことのできる芽室町を目指し、「芽室町地域包括ケアシステム推進プロジェクト会議(平成27年6月～平成29年3月)報告書」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(平成28年11月～12月)」、「在宅介護実態調査(平成29年1月～7月)の結果」等を踏まえ、3つの基本目標を設定し、計画を推進します。

- (1) 基本目標1 高齢期の健康づくり
- (2) 基本目標2 高齢者の活躍と社会参加の推進
- (3) 基本目標3 暮らしの安心と不便の解消

基本目標1 高齢期の健康づくり

芽室町では、介護保険認定者の方の糖尿病の有病率が全国の約1.7倍になっています。介護を要する状態になるきっかけは、糖尿病や高血圧、脳血管疾患などの生活習慣病と膝や腰などの関節の痛みや骨折、認知症などが大きな割合を占めています。

高齢期の健康づくりは、成年期から引き続き、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底が必要です。また、健康寿命を延ばし、できる限り日常において制限のない生活を続けられるようにするために、身体虚弱、筋力低下、低栄養、認知症などの介護予防への取り組みが必要になります。町民自らが健康づくり意識を高め実践する取り組みについて、生きがいや社会参加、介護予防を推進する他施策との相乗効果を高めながら、進めます。また、本町における中核医療機関である公立芽室病院、地域医療機関との連携を図り、重症化予防を含めた疾病管理、健康診査など、医療サービスを通じた高齢期の暮らしの安定を目指します。さらに、医療と介護の両方を必要とする方々への切れ目ない支援体制の構築を進めます。

基本目標2 高齢者の活躍と社会参加の推進

長寿命化により長くなった高齢期をいかに楽しく、充実して過ごすかは、生活の質に直結する視点であり、また、お元気な高齢者の活躍は、人口減少社会における社会的要請でもあります。

高齢者が、自分のため、仲間のため、地域の誰かのために、社会貢献や参加意欲をもちながら活動できる環境づくりが求められます。

一人ひとりの心身機能に合わせた地域とのつながり、自らが活躍の場や役割を選んで参加できる環境づくりを進めます。

基本目標3 暮らしの安心と不便の解消

例えばひとり暮らしの継続を考えた場合、24 時間体制の見守りなど、物理的な安全を提供することは現実的ではないですが、「安心感」を高めることにより将来生活への不安を軽減し、暮らしの安定を期待することができます。

また、要介護状態でなくても、加齢に伴う緩やかな心身機能の低下は避けられず、日々の暮らしにおける不便は、在宅生活継続の困難要因ともなります。

ひとり暮らしであっても、認知症になっても、不安感を募らせ、深刻な不便を抱え続けながら暮らすことのない支援環境づくりを住民と共に進めます。

3 高齢者保健福祉計画の事業体系

基本目標1 高齢期の健康づくり

第7期計画の新規計上事業…★

| 財源 介護保険に ○ | 事業名 | 担当係 | 第4期 総合計画施策 |
|------------------|---|-------------|-------------------------------|
| ○ | (1) 国保特定健診事業 | 国保 医療係 | 生涯を通じた 健康づくり |
| | (1) 特定健診事業 | | |
| | (2) 国保特定健診事業 | | |
| | (1) 後期高齢者特定健診事業 | | |
| | (3) 国保特定保健指導事業 | | |
| | (4) 健康診査推進事業 | | |
| | (5) 各種がん検診事業 | | |
| | (6) 成人歯科保健対策事業 ★ | | |
| | (7) 栄養相談 | | |
| | (8) 高齢者予防接種事業 | | |
| | (9) インフルエンザ対策事業 | | |
| | (10) 各種健診等実施事業(受託) | 公立芽 室病院 | 公立芽室病院の 総合的な医療体 制の維持・発展 |
| | (11) 医療相談室運営事業 | | |
| | (12) 地域医療包括ケア推進事業 | | |
| ○ | (13) 高齢者生活習慣病予防対策事業 ★ | 高齢者 相談係 | 生涯を通じた 健康づくり |
| | (14) 介護予防健康教育相談事業 ★ | | 高齢者福祉の 充実 |
| | (15) 多様なニーズ・適性に応じたスポーツ活 動と軽スポーツの普及事業 ★ | スポーツ 振興係 | スポーツしやすい 環境づくり |

※ ○がついている事業については、第5章介護保険事業計画に再掲しています。

基本目標2 高齢者の活躍と社会参加の推進

第7期計画の新規計上事業…★

| 財源 介護保険 に○ | 事業名 | 担当係 | 第4期 総合計画施策 |
|------------------|------------------------|------------|---------------------------|
| ○ | (1) 生活支援体制整備事業 ★ | 高齢者 相談係 | 高齢者福祉の充 実 |
| ○ | (2) 高齢者支援活動推進事業 ★ | | |
| ○ | (3) 介護予防ポイント推進事業 | | |
| ○ | (4) 高齢者体力増進教室開催事業 | | |
| ○ | (5) 機能訓練教室開催事業 | | |
| ○ | (6) 脳活性化教室開催事業 | | |
| ○ | (7) 介護予防施設維持管理事業 | | |
| | (8) 高齢者学級「めむろ柏樹学園」開催事業 | 社会 教育係 | 生涯学習の推進 |
| | (9) 老人クラブ支援事業 | 社会 福祉係 | 高齢者福祉の充 実 |
| | (10) ふれあい交流館維持管理事業 | | |
| | (11) シニアワークセンターへの支援 | | |
| | (12) 敬老祝金支給事業 | | |
| | (13) 給食交流会支援事業 | | |
| | (14) タクシーチケット助成事業 | 障がい 福祉係 | 障がい者の自立 支援と社会参加の 促進 |

※ ○がついている事業については、第5章介護保険事業計画に再掲しています。

基本目標3 暮らしの安心と不便の解消

第7期計画の新規計上事業…★

| 財源 介護保険に ○ | 事業名 | 担当係名 | 第4期 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) 認知症サポーター養成事業 | | |
| ○ | (4) 高齢者 SOS ネットワーク事業 | | |
| ○ | (5) 高齢者見守りネットワーク事業 | | |
| ○ | (6) 家族介護用品支給事業 | | |
| ○ | (7) 介護家族リフレッシュ事業 | | |
| ○ | (8) 高齢者食事サービス事業 | | |
| ○ | (9) 地域ケア会議 | | |
| ○ | (10) 総合相談 | | |
| ○ | (11) 介護予防サービス事業 ★ | | |
| ○ | (12) 福祉人材確保対策事業 ★ | | |
| | (13) 在宅福祉通院移送サービス事業 | | |
| | (14) 除雪サービス事業 | | |
| | (15) 緊急通報システム運営事業 | | |
| | (16) 訪問看護交通費助成事業 | | |
| | (17) 災害時要配慮者支援体制の整備 | 社会 福祉係 | 互いに認め合う 地域社会の形成 |
| | (18) 心配ごと相談 | | |
| | (19) 養護老人ホーム事業 | | |
| | (20) 住宅型有料老人ホーム ★ | | |
| ○ | (21) 権利擁護事業 | 在宅 支援係 | 高齢者福祉の充実 |
| | (22) 成年後見推進事業 ★ | | |
| | (23) 介護予防支援事業 | | |
| ○ | (24) 介護予防ケアマネジメント事業 ★ | | |
| ○ | (25) 家庭訪問 | | |
| ○ | (26) 福祉用具購入・住宅改修支援事業 | | |
| ○ | (27) 介護支援専門員支援事業 | | |
| ○ | (28) 在宅医療・介護連携推進事業 ★ | | |

※ ○がついている事業については、第5章介護保険事業計画に再掲しています。

第2節 計画推進のための各事業

基本目標1 高齢期の健康づくり

高齢期の健康づくりを推進するため、15事業を行います。各事業の概要および目標値は次のとおりです。

(1) 国保特定健診事業:特定健診事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、当該年度 40～74 歳の国民健康保険被保険者に対し、特定健康診査を実施します。特定健診を活用し、病気の早期発見や生活習慣改善による予防を図ることにより、健康で生き生きとした暮らしの実現を目指します。

| 評価指標 | | 2018(平成 30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|----------------------------|-----|---------------|-------------|
| 65 歳～74 歳の 特定健診受診 者数 | 目標値 | 765人 | 861人 |
| | 実績値 | 690人 | 695人 |
| | 達成率 | 90. 2% | 80. 8% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 生活習慣病の予防と早期発見・早期治療のために行っています。平成20年度からは、高齢者の医療の確保に関する法律により、基本健康診査の実施主体が医療保険者となり、特定健診を実施しています。 |
| 評価 | 65 歳以上の受診率は全体の 80%近くを占めております。健診により生活習慣を見直す機会となり、病気の予防と早期発見・早期治療につながる機会として活用されています。 |

| 推計値 | 2018(平成 30)年度 | 2019(令和元)年度 | 2020(令和 2)年度 |
|-----------------------|---------------|-------------|--------------|
| 65 歳～74 歳の 国保被保険者数 | 1,931人 | 1,931人 | 1,931人 |

(2) 国保特定健診事業:後期高齢者特定健診事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、北海道後期高齢者医療広域連合の委託を受け、75歳以上の後期高齢者及び後期高齢者医療の被保険者に対し、健康診査を実施します。後期高齢者健診を活用し、自己の体調管理の意識づけや病気の早期発見及び生活習慣病の重症化を防ぐことを目指します。また、医療費や介護保険料の抑制を図ります。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------|-----|--------------|-------------|
| 後期高齢者健診受診者数 | 目標値 | 255人 | 255人 |
| | 実績値 | 247人 | 245人 |
| | 達成率 | 96.9% | 96.1% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 平成20年度から、高齢者の医療の確保に関する法律により、後期高齢者医療被保険者のための特定健診として実施しています。 |
| 評価 | 受診者は、75歳前から継続して受診している方が多い傾向にあります。健診により生活習慣を見直す機会となり、自己の体調管理や病気の重症化予防、早期発見・早期治療につながる機会として活用されています。 |

| 推計値 | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 | 2020(令和2)年度 |
|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 後期高齢者医療被保険者数 | 2,833人 | 2,910人 | 2,910人 |

(3) 国保特定保健指導事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき行う国保特定健康診査の結果で該当になった方に對し特定保健指導を実施します。ガイドラインに基づく短期集中の生活習慣改善の取り組みを指導し、生活習慣病の発症を防ぐとともに、脳血管疾患・心疾患等の重篤な疾病的発症を未然に防ぎ、健康で生き生きとした暮らしを実現することを目指します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------------|-----|--------------|-------------|
| 65歳～74歳の特定保健指導実施数 | 目標値 | 52人 | 58人 |
| | 実績値 | 39人 | 36人 |
| | 達成率 | 75.0% | 62.1% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年4月から開始された特定健診の結果、該当になった方に対し、特定保健指導(動機づけ支援)を実施しております。内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備軍を減少させること(病気の予防)を目的としております。 |
| 評価 | 保健師や管理栄養士との面談により、対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のため、自主的な取り組みを継続的に行うことができるような働きかけやアドバイスを行っています。 |

| 推計値 | 2018(平成 30)年度 | 2019(令和元)年度 | 2020(令和 2)年度 |
|----------------------|---------------|-------------|--------------|
| 65 歳～74 歳の特定保健指導対象者数 | 73人 | 82人 | 91人 |

(4) 健康診査推進事業

無症候、あるいは未発症の脳及び脳血管疾患あるいはその危険因子を発見し、脳血管疾患の発症や進行を防止するため、35 歳以上を対象(受診は2年毎)に町独自の検診として脳ドックを実施します。

| 評価指標 | | 2018(平成 30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------------------|-----|---------------|-------------|
| 65歳～74歳の脳ドック受診者数 | 目標値 | 100人 | 105人 |
| | 実績値 | 105人 | 83人 |
| | 達成率 | 105.0% | 79.1% |
| 75歳以上の脳ドック受診者数 | 目標値 | 20人 | 21人 |
| | 実績値 | 20人 | 20人 |
| | 達成率 | 100.0% | 95.3% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 平成 26 年度から現代の高齢社会を受け、70 歳以上の方も受診できるよう受診枠を拡大しており、後期高齢者の受診枠は定員に達しています。 |
| 評価 | 今後も検診により生活習慣を振り返り、病気の予防と早期発見・早期治療につながる機会とします。後期高齢者の人口割合が増えていることから、受診希望者も増加することが考えられ、受診枠拡大の検討が必要です。 |

(5) 各種がん検診事業

増え続けるがんの早期発見・早期治療を目的に、厚生労働省の指針に基づき、胃・肺・大腸・子宮頸・乳がん検診を「対策型検診」、前立腺がん検診を「任意型検診」として実施します。（対象年齢は、胃・肺・大腸・乳がん検診は40歳以上、子宮頸がん検診は20歳以上、前立腺がん検診は50歳以上です。）

| 評価指標 | | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|----------------|-----|-----|--------------|-------------|
| 65歳以上のがん検診受診者数 | 胃 | 目標値 | 1,166人 | 1,223人 |
| | | 実績値 | 560人 | 578人 |
| | | 達成率 | 48.1% | 47.3% |
| | 肺 | 目標値 | 1,166人 | 1,223人 |
| | | 実績値 | 625人 | 642人 |
| | | 達成率 | 53.6% | 52.5% |
| | 大腸 | 目標値 | 1,166人 | 1,223人 |
| | | 実績値 | 613人 | 657人 |
| | | 達成率 | 52.6% | 53.8% |
| | 子宮頸 | 目標値 | 209人 | 219人 |
| | | 実績値 | 110人 | 71人 |
| | | 達成率 | 52.7% | 32.5% |
| | 乳 | 目標値 | 209人 | 219人 |
| | | 実績値 | 137人 | 139人 |
| | | 達成率 | 65.6% | 63.5% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 各種がんやその他の疾患の早期発見・早期治療へつながるよう実施しています。 |
| 評価 | 高齢者の検診受診率は若年層と比べると比較的高いです。しかし、平成30年度と比較すると、受診率は減少しています。そのため、検診受診の必要性を理解していただき、受診に結びつくような働きかけを行っていく必要があります。 |

(6) 成人歯科保健対策事業

成人期の歯と口の管理を目指した歯科検診に加え、健康講座による歯科保健全般の周知普及を行います。後期高齢者の歯科検診については、国保医療係と連携し、北海道後期高齢者広域連合歯科健康診査を受託して実施します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|----------------------------|-----|--------------|-------------|
| 65歳以上の 歯科検診受診者数 | 目標値 | 14人 | 15人 |
| | 実績値 | 12人 | 15人 |
| | 達成率 | 85.8% | 100.0% |
| 65歳以上を含む 歯科健康講座 実施回数 | 目標値 | 4回 | 4回 |
| | 実績値 | 3回 | 2回 |
| | 達成率 | 75.0% | 50.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 集団歯科検診において、歯科検診・歯周組織検査・ブラッシング指導を実施しています。後期高齢者は口腔機能検査として、嚥下機能や舌・口唇機能等を測定しています。 |
| 評価 | 歯科検診受診者数は目標値を達成しています。歯科検診が歯科・口腔の疾患の予防や早期発見・早期治療に繋がることが理解され、歯と口腔の健康増進が食生活・社会生活・全身の健康に影響を及ぼすということが周知されつつあるということが伺えます。 |

(7) 栄養相談

個々に応じた正しい食習慣確保や生活習慣病の発症予防・重症化予防を目的に、65歳以上の高齢者を対象とし、かかりつけ医療機関や関係機関と相互に連携を図り実施します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|----------------|-----|--------------|-------------|
| 栄養相談実施 人数 | 目標値 | 20人 | 21人 |
| | 実績値 | 36人 | 17人 |
| | 達成率 | 180.0% | 81.0% |
| 栄養相談実施 延べ人数 | 目標値 | 24人 | 25人 |
| | 実績値 | 57人 | 22人 |
| | 達成率 | 237.5% | 88.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 正しい食習慣の確保のため、電話や来庁・訪問により、個々に応じた栄養相談を随时、実施しています。疾病の進行状況・通院状況の確認や実施した栄養相談の理解度の確認等を行うため、継続的に介入し、重症化予防に努めています。 また、相談内容に応じて、医療機関と連携を図りながら実施し、適切な治療や治療の必要性の理解につながっています。 |
| 評価 | 糖尿病や高血圧等の生活習慣病に関する相談に加え、腎疾患に関する相談が多く、食習慣を含めた生活習慣の改善や病態に合わせた食事管理について相談対応を行い、正しい情報の提供により不安の解消につながっています。 |

(8) 高齢者予防接種事業

高齢者の肺炎球菌による感染症を予防し、感染に起因する合併症や死亡を防ぐため、65歳以上(令和元年度以降は満65歳)及び60歳以上65歳未満の心臓・腎臓・呼吸器の機能障がいを有した方を対象に、予防接種の実施と接種費用の助成を行います。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------------------|-----|--------------|-------------|
| 肺炎球菌ワクチン接種費用助成者数 | 目標値 | 360人 | 100人 |
| | 実績値 | 328人 | 142人 |
| | 達成率 | 91.2% | 142.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 平成26年10月の予防接種法一部改正により定期接種となり、対象者が65歳及び、60歳以上65歳未満の心臓・腎臓・呼吸器の機能障がいを有した方と定められ、経過措置も含めて対象者への予防接種の実施と接種費用の助成を行っています。 |
| 評価 | 対象年齢の方への個別通知により、接種を希望する対象者が機会を逃さず、医師の指示のもと接種できる体制となっています。広報、折込みチラシにより接種の可否の問い合わせがあり、接種忘れ防止の一定の効果になっています。 |

(9) インフルエンザ対策事業

高齢者のインフルエンザ発症や重症化を防ぐこと、また、インフルエンザのまん延を予防することを目的に、65歳以上及び60歳以上65歳未満の心臓・腎臓・呼吸器の機能障がいを有した方を対象に、予防接種の実施と接種費用の助成を行います。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|---------------------|-----|--------------|-------------|
| インフルエンザワクチン接種費用助成者数 | 目標値 | 2,761人 | 2,893人 |
| | 実績値 | 2,397人 | 2,507人 |
| | 達成率 | 86.9% | 86.7% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 平成21年度からインフルエンザ対策は高齢者を含むすべての町民を対象としたインフルエンザ対策事業として実施しています。ワクチン接種費用の助成は平成24年度から予防接種法による対象者に対して行っています。 |
| 評価 | インフルエンザによる症状の重症化やまん延防止のために有効です。費用助成者数はほぼ横ばいで推移しています。 |

(10) 各種健診等実施事業(受託)

芽室町や他市町村及び各事業所等の要請を受け、各種健診業務を実施します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|----------------|-----|--------------|-------------|
| すこやか健診 受診比率 | 目標値 | 6. 03% | 6. 03% |
| | 実績値 | 4. 47% | 4. 36% |
| | 達成率 | 74. 2% | 72. 3% |

| | |
|----|---------------------|
| 現状 | 昨年度同様の値となっています。 |
| 評価 | 受診率向上に努めていく必要があります。 |

(11) 医療相談室運営事業

入院・外来の患者及び他医療機関患者に対して、医療ソーシャルワーカーが、相談業務を実施します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|---------|-----|--------------|-------------|
| 相談・調整件数 | 目標値 | 5, 100件 | 5, 200件 |
| | 実績値 | 4, 745件 | 4, 641件 |
| | 達成率 | 93. 1% | 89. 3% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 概ね昨年同様の値となっています。 |
| 評価 | 入院外来患者数、他医療機関患者数の向上、相談を求めている方の早期介入に努めていく必要があります。 |

(12) 地域医療包括ケア推進事業

在宅医療の実施に向けて、町内医療機関、介護福祉施設等と連携し、地域包括ケアを推進します。公立芽室病院を中心として、地域包括ケア病床・訪問診療を実施します。また、訪問看護の実施を検討します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------------|-----|--------------|-------------|
| 地域包括ケア病床 入院稼働率 | 目標値 | 70% | 70% |
| | 実績値 | 73. 6% | 82. 4% |
| | 達成率 | 105. 2% | 117. 8% |

| | |
|----|------------------------------|
| 現状 | 入院稼働率の目標値を超えて維持しています。 |
| 評価 | 当院の『回復期機能』を果たしている結果だと考えられます。 |

(13) 高齢者生活習慣病予防対策事業

家庭訪問により健診未受診者への受診勧奨を実施することで、生活習慣病の重症化予防に努めます。また、健康教育を各種団体に実施し、生活習慣病予防の知識の普及を行うことにより、健康寿命の延伸を目指し、要支援・要介護状態になることを予防します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------|-----|--------------|-------------|
| 未受診者訪問等実施人数 | 目標値 | 50人 | 50人 |
| | 実績値 | 129人 | 105人 |
| | 達成率 | 258.0% | 210.0% |
| 健康講座受講延人数 | 目標値 | 1,190人 | 1,200人 |
| | 実績値 | 572人 | 1,078人 |
| | 達成率 | 48.1% | 89.9% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 訪問に限らず、電話でも個別連絡し、健康状態や定期受診の状況、健診の受診勧奨等を行い、健康に関する意識付けを行っています。健康講座では、運動、認知症予防、健康管理のテーマでの受講者数が増加しています。 |
| 評価 | 意識付けの結果、早期発見・早期治療が、健康寿命の延伸や要支援・要介護状態になることを予防することへの関心が高くなっているため、継続が必要と考えます。 |

(14) 介護予防健康教育相談事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|----------------|-----|--------------|-------------|
| 健康講座受講延人数 | 目標値 | 1,190人 | 1,200人 |
| | 実績値 | 674人 | 1,078人 |
| | 達成率 | 56.7% | 89.9% |
| 健康相談実施人数 | 目標値 | 150人 | 150人 |
| | 実績値 | 86人 | 83人 |
| | 達成率 | 57.4% | 55.4% |
| あたまの健康チェック実施人数 | 目標値 | 70人 | 80人 |
| | 実績値 | 69人 | 47人 |
| | 達成率 | 98.6% | 58.8% |

| | |
|----|---|
| 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。</p> <p>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が増え、受講人数の増加につながっています。</p> <p>あたまの健康チェックは、少しずつ認知されているが、申込者と実施者共に低下しています。</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。</p> <p>あたまの健康チェックについては、MCI(軽度認知機能障害)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、対面式の方法に変更する等検討が必要です。</p> |

ポイント

糖尿病等の生活習慣病が認知症の有病率に大きく影響することがわかっています。芽室町では介護保険認定者の糖尿病と認知症の割合が高いことから、生活習慣病予防のための知識の普及、重症化予防のための個別支援を行います。また、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めるよう「あたまの健康チェック」を広く周知していきます。

(15) 多様なニーズ・適正に応じたスポーツ活動と軽スポーツの普及事業

年齢や体力に応じ、町民が身体を動かし健康増進を進めるために各種スポーツ教室等を開催します。高齢者やその前段の世代で、健康増進や病気・ケガ等の予防のために実施します。

基本目標2 高齢者の活躍と社会参加の推進

高齢者の活躍と社会参加を推進するため、14事業を行います。各事業の概要および目標値は次のとおりです。

(1) 生活支援体制整備事業：介護保険事業計画に再掲

人口減少社会を迎える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 |
|-----------------------------------|-----|--------------|-------------|
| 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 |
| | 実績値 | 5回 | 4回 |
| | 達成率 | 83.4% | 66.7% |
| 講演会・研修会の開催回数 | 目標値 | 1回 | 1回 |
| | 実績値 | 1回 | 1回 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 協議体では、高齢者の皆さんのが住み慣れた地域で暮らすために必要なこととして「通いの場」と「生活支援」が挙げられています。 通いの場として、南コミセンを会場に「ダイサンキン」を開催し、生活支援として「新しい担い手の養成が必要」との結論に至りました。 講演会では、「これから支え合いを考える」と題し、北海道社会福祉協議会を講師に迎え、町民82人が参加しました。 |
| 評価 | 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。 |

(2) 高齢者支援活動推進事業：介護保険事業計画に再掲

人口減少社会を迎える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。町民の皆さんに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、体が不自由になつ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 |
|---------|-----|--------------|-------------|
| 活動推奨団体数 | 目標値 | 27団体 | 30団体 |
| | 実績値 | 28団体 | 30団体 |
| | 達成率 | 103.7% | 100.0% |
| 団体登録延人数 | 目標値 | 407人 | 432人 |
| | 実績値 | 506人 | 540人 |
| | 達成率 | 124.4% | 125.0% |

| | |
|----|---|
| 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。 活動推奨団体のうち、この事業をきっかけに新しく通いの場を始めた団体が通算8団体あります。 |
| 評価 | 住民の皆さんにとって、新しい通いの場を作る手段として有効な事業と考えます。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。 |

(3) 介護予防ポイント推進事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|----------|-----|--------------|-------------|
| 活動登録者数 | 目標値 | 120人 | 120人 |
| | 実績値 | 111人 | 108人 |
| | 達成率 | 92.5% | 90.0% |
| ポイント総付与数 | 目標値 | 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 |
| | 達成率 | 106.9% | 95.8% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 高齢者が行ったボランティア活動の実績を評価したうえでポイントを付与し、本人の申し出により、ポイントを町商工会商品券や社会体育施設回数券と交換します。 |
| 評価 | 登録者数は平成29年度から減少していますが、延べ活動人数や一人当たりの活動ポイント数は増加していることから、事業自体が減少に傾いているものではないと評価します。 |



芽室町地域包括ケアシステム推進プロジェクト会議の結果

元気な高齢者に目を向けた取り組みとして、自分の意思で参加できること、対象者に制限がないことから、町民の皆さんのが主体的に行う活動が効果的です。

町民の皆さんのが主体となる活躍の場が増えるように取り組みを進めます。

ポイント

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果では、「将来、体が少し不自由になったら、どのように感じますか?」という質問に対し、「不安があり暮らしていくのは難しそう」「支援がなくて暮らしていくことが難しいそう」と回答した方は、33.7%でした。

支援が必要な高齢者を支える地域づくりはもちろんのこと、意欲のある高齢者が活躍する環境整備に努めます。

(4) 高齢者体力増進教室開催事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|-------------------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 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% |
| | 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 |
| | 実績値 | 293人 | 312人 |
| | 達成率 | 111.0% | 103.4% |
| 「卒業生の会」継続10年以上の人数 | 目標値 | 52人 | 58人 |
| | 実績値 | 57人 | 53人 |
| | 達成率 | 109.7% | 91.4% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 教室終了時の、体力測定で大体の項目で改善が見られ、痛みの軽減や、自主的に体を動かすようになった等、生活の質が向上しています。 卒業生の会は、少人数で活動しているグループ同士や、既存グループと新規卒業生を統合しながら、長く活動して頂けるよう、支援しています。 |
| 評価 | 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、介護保険申請の後ずらしにつながっています。 |

(5) 機能訓練教室開催事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 37人 | 37人 |
| | 実績値 | 41人 | 39人 |
| | 達成率 | 110.9% | 105.4% |
| 通室平均年数 | 目標値 | 3年 | 3年 |
| | 実績値 | 3.5年 | 4.0年 |
| | 達成率 | 116.7% | 133.4% |

※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 | 年度内の利用者はトータルで39人、月毎にみた登録平均人数は34.9人となっています。通室平均年数も目標達成できています。 |
| 評価 | 教室で運動を定期的に行うことにより、身体機能や外出の機会の維持につながっています。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改善していきます。 |

(6) 脳活性化教室開催事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 60人 | 60人 |
| | 実績値 | 58人 | 50人 |
| | 達成率 | 96.7% | 83.4% |
| 通室平均年数 | 目標値 | 3年 | 3年 |
| | 実績値 | 5年 | 5年 |
| | 達成率 | 166.7% | 166.7% |

※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、目標値が変更となります。

| | |
|----|---|
| 現状 | 年度内の利用者はトータルで50人、月毎にみた登録平均人数は46人となっています。平均年齢が86.2歳のため、生理的な身体機能低下もみられていますが、認知症予防の活動をすることで、認知機能低下する方は少ない結果です。通室平均年数も目標達成できています。 |
| 評価 | 加齢に伴う身体機能低下により、機能維持や向上は難しくなっています。脳トレーニングや体操に加え、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改善していく必要があります。 |

(7) 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。

(8) 高齢者学級「めむろ柏樹学園」開催事業

高齢者の生きがい、学習機会の提供のため事業を実施します。生きがいづくりに関する講座のほか、クラブ活動や、子ども達との交流などの活動を加え、生きがいづくりに努めます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 参加人数 | 目標値 | 303人 | 303人 |
| | 実績値 | 198人 | 189人 |
| | 達成率 | 65.4% | 62.4% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 就労する高齢者が増えたことによる新規加入者の減少や、入園者の高齢化による通園手段の無い学園生の退園が起きています。また、新型コロナウィルス感染症により、多くの人が集まることが難しくなっています。 |
| 評価 | 高齢者の生きがいづくりの点では、クラブ活動や、子ども達との交流などの活動は続いている。今後も必要な取り組みであります。 |

(9) 老人クラブ支援事業

住み慣れた町で楽しく安心して生活できるよう活動している老人クラブ連合会、及び単位老人クラブに運営費の一部を補助金として交付し、地域住民との交流はもとより、高齢者同士のつながりを深めるなど老人福祉の推進を図ります。

ここ数年クラブの加入者数は微減傾向にありますが、町としては「友愛活動」を中心とした仲間づくりを通じ、生きがいと健康の増進、地域で支え合う基盤づくりなど公益性ある活動を支援すると共に、活動内容や魅力を地域に向けて発信することで、若い世代の加入促進を含め、その機能が維持されていくよう支援します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-----------|-----|--------------|-------------|
| 老人クラブ数 | 目標値 | 23団体 | 23団体 |
| | 実績値 | 23団体 | 23団体 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |
| 老人クラブ加入者数 | 目標値 | 1,220人 | 1,220人 |
| | 実績値 | 1,162人 | 1,158人 |
| | 達成率 | 95.3% | 95.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | それぞれのクラブにおいて、活動内容や魅力を地域に発信し、会員募集や仲間づくりに取り組んでいます。 |
| 評価 | 地域を基盤とする高齢者の自主的な活動であり、仲間づくりを通じた生きがいと健康づくりに取り組むなかで、高齢者同士が繋がりを強めて孤立を防ぎ、地域で支えあう基盤をつくりあげています。 |

(10) ふれあい交流館維持管理事業

施設の維持管理を、公共サービスパートナー制度により、豊かな経験、技術知識を生かして高齢期の社会貢献活動を実践する社会参加グループ「みつ葉会」に委託し、積極的な社会活動・自主活動など元気で活発な高齢者が集う場として利用できる維持管理に努め、高齢者の生きがい・社会参加の推進を図ります。施設の老朽化が進んでいるため、今後も利用に支障のないよう現状維持管理に努めるとともに、新庁舎建設に伴う廃止に際しては、現利用者の声を伺いながら、高齢者の活動の場を検討していきます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 16,000人 | 16,000人 |
| | 実績値 | 15,308人 | 13,232人 |
| | 達成率 | 95.7% | 82.7% |
| 登録団体数 | 目標値 | 39団体 | 39団体 |
| | 実績値 | 37団体 | 39団体 |
| | 達成率 | 94.9% | 100.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 登録団体数の増減はありませんが、年度末に新型コロナウイルス対策として長期休館とした影響もあり、利用者数は前年より減少しています。 |
| 評価 | 施設管理を委託している「みつ葉会」と、利用者の年代が同じことから、高齢者の活動の場として利用する際に、潤滑なコミュニケーションが図られています。 |

(11) シニアワークセンターへの支援

豊かな経験と能力を有している高齢者の、雇用機会の創出・社会参加の促進を目的に運営しているシニアワークセンターに運営費の一部を補助金として交付します。

会員の高齢化が進んでいますが、雇用先と会員の能力や体力に応じた就労機会の確保にあたる就労コーディネーターの配置を支援し、高齢者が活躍できる環境整備に努めます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 登録者数 | 目標値 | 245人 | 245人 |
| | 実績値 | 241人 | 239人 |
| | 達成率 | 98.4% | 97.6% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 豊かな経験と能力を活かした就労を通じて、生活の充実と福祉の増進を目的に運営されており、町として、会員の体力に見合った就労機会の確保に当たる就労コーディネーターの人事費の一部を補助しています。 |
| 評価 | 町内で高齢者が活躍するための重要な資源として、運営状況を把握しながら、引き続き支援していきます。 |

(12) 敬老祝金支給事業

社会に貢献した高齢の町民に対し、長寿を祝福するとともに、多年の労をねぎらい、併せて町民の敬老思想の高揚を図ることを目的に、慶祝の意を込めて、基準日に町内に住所を有している77歳(喜寿)、88歳(米寿)、100歳(上寿)の方に、感謝状とお祝いを贈呈します。

なお、77歳の方については、「健康長寿を目指す通過点となる節目年齢」として捉え、積極的に外出し、活動する機会をつくることを目的に、町内で使用できる商品券の贈呈を継続し、さらに今後も健康で充実した生活を営んでいただくことを目的に、お祝金贈呈時に町等が実施する健康長寿に繋がる事業等の紹介・勧奨に取り組みます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|--------------|-----|--------------|-------------|
| 該当者数 (喜寿) | 目標値 | 200人 | 208人 |
| | 実績値 | 191人 | 201人 |
| | 達成率 | 95.5% | 96.7% |
| 該当者数 (米寿) | 目標値 | 125人 | 131人 |
| | 実績値 | 116人 | 120人 |
| | 達成率 | 92.8% | 91.6% |
| 該当者数 (上寿) | 目標値 | 5人 | 12人 |
| | 実績値 | 4人 | 7人 |
| | 達成率 | 80.0% | 58.4% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 喜寿 77歳 10,000円分の芽室町商工会商品券を贈呈 米寿 88歳 20,000円を贈呈 上寿 100歳 50,000円を贈呈 |
| 評価 | 引き続き長寿を祝福し、町内唯一の多年の労をねぎらう事業として継続し、本事業が健康長寿につながる手法も検討していきます。 |

(13) 給食交流会支援事業

芽室町社会福祉協議会が主催するひとり暮らしの高齢者を対象とした事業に運営費の一部を補助金として交付しています。交流機会の確保や社会参加の促進、外出機会の増加による引きこもり予防、異変の察知等に繋がることが期待されています。高齢者を対象とした各種事業などが増加したことにより給食交流会への参加者が減少傾向にありますが、潜在ニーズの発掘を行い、利用勧奨に努めています。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 登録数 | 目標値 | 90人 | 100人 |
| | 実績値 | 59人 | 44人 |
| | 達成率 | 65.6% | 44.0% |

| | | | |
|------|-----|-------|-------|
| 参加実数 | 目標値 | 80人 | 90人 |
| | 実績値 | 31人 | 26人 |
| | 達成率 | 38.8% | 28.9% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 新型コロナウイルス対策で2月以降事業を休止したことから、登録者数及び参加者数は減少傾向にあります。 今後、高齢化による身体機能の低下等で、参加が困難になる会員が増加すると見込み、開催場所を変えるなど工夫し、参加しやすい検討がされています。 |
| 評価 | ふれあい交流会ボランティア「かしわ会」の協力により、手作りの温かい食事を提供し、会員にとても喜ばれています。 通常交流会の会食前には、ふまねっと運動などのレクリエーションや幼稚園児との交流、外部講師を招いての出前講座などを実施し、通常交流会以外では敬老会やクリスマス会、日帰り温泉旅行などの行事を実施するなど多彩な多彩なプログラムを用意し、工夫されています。 |

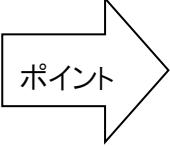
(14) タクシーチケット助成事業

在宅の寝たきり高齢者や重度の身体障がい者等を対象に、タクシー運賃の一部を助成しています。障がい者等の生活圏の拡大、日常生活の利便性の向上を図ると共に、経済的負担の軽減を図り、社会参加を促進します。(年間 6,000 円分のタクシーチケットを交付)

| 評価指標 | | 2018(平成 30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|----------------|-----|---------------|-------------|
| 利用者数 (申請者数) | 目標値 | 25人 | 26人 |
| | 実績値 | 32人 | 29人 |
| | 達成率 | 128.0% | 111.6% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 利用者は重度の要介護者や視覚障がい者、障がい等が原因で車椅子を使用している方となります。重度の要介護者の新規申請は増加していますが、継続利用者の施設入所や死亡により、全体の利用者数は前年度に比べ減少しています。 |
| 評価 | 新規申請者数が増加していることから、制度の認識が深まっています。 |

| 推計値 | 2018(平成 30)年度 | 2019(令和元)年度 | 2020(令和 2)年度 |
|-------------|---------------|-------------|--------------|
| 対象者数(制度対象者) | 120人 | 120人 | 120人 |



ポイント

地域共生社会の実現に向けた視点

直面する人口減少、少子高齢化社会においては、これまでの「支える側」と「支えられる側」の二分法は成り立たず、制度や分野ごとの縦割りの限界についても、克服する必要性が示されています。

高齢者の社会参加や活躍の場の拡大、身近な支援活動等について、障がい者や子どもなど世代や背景の異なるすべての人々との関係性や参画を意識しながら推進することにより、「つながり」の再構築を通じた地域共生社会の実現を目指します。

3 基本目標3 暮らしの安心と不便の解消

暮らしの安心と不便を軽減・解消するため、28事業を行います。各事業の概要および目標値は次のとおりです。

(1) 認知症地域支援・ケア向上事業 : 介護保険事業計画に再掲

国の認知症有病者数は平成24年時点では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、認知症の人の状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 |
|-----------------|-----|--------------|-------------|
| 認知症カフェ 開催回数 | 目標値 | 12回 | 12回 |
| | 実績値 | 12回 | 16回 |
| | 達成率 | 100.0% | 133.4% |
| 認知症カフェ 参加延人数 | 目標値 | 240人 | 240人 |
| | 実績値 | 233人 | 232人 |
| | 達成率 | 97.1% | 96.7% |
| 講演会開催回 数 | 目標値 | 1回 | 1回 |
| | 実績値 | 1回 | 1回 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 認知症カフェは、既存のめむろーどのほかに、南コミュニティーセンターで試験的に開催(6回)しました。 映画の上映会では、昨年上映したドキュメンタリー映画の続編を上映し、174人の来場者がありました。 |
| 評価 | めむろーど開催の認知症カフェでは、継続参加者も多く、認知症当事者と一般市民等との交流の場となっています。参加者の声掛け等による新規参加もあることから、開催の継続は必要と考えます。 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、定期開催へ繋げができるよう検討していきます。また、映画上映会により認知症に対する関心の高さが伺えたことから、今後は講演会等の開催により認知症の知識の普及を図ります。 |

※ 参考 芽室町の認知症高齢者数および有病率

| | | 2017(平成29)年度 | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 | 2020(令和2)年度 | 2025(令和7)年度 |
|---------|-----|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 認知症高齢者数 | 芽室町 | 751人 | 774人 | 800人 | 823人 | 935人 |
| 認知症有病率 | 芽室町 | 14.1% | 14.4% | 14.7% | 15.0% | 16.8% |
| | 全国 | 16.3% | 16.6% | 16.9% | 17.2% | 19.0% |

2017(平成29年)年度は10月実績値

(2) 認知症初期集中支援推進事業：介護保険事業計画に再掲

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、今までには、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 |
|----------------|-----|--------------|-------------|
| 初期集中支援実施人数 | 目標値 | 4人 | 4人 |
| | 実績値 | 4人 | 3人 |
| | 達成率 | 100.0% | 75.0% |
| 認知症に関する相談対応延人数 | 目標値 | 60人 | 65人 |
| | 実績値 | 131人 | 141人 |
| | 達成率 | 218.4% | 217.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 3の方に実施し、2人は専門医の受診につながっており、今後サービス調整を行う予定です。他1人についても、次回専門医の受診を予定します。専門的な視点から関わることで、スムーズな介入につながっています。 |
| 評価 | 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ます。 |

(3) 認知症サポーター養成事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|-------------------------|-----|--------------|-------------|
| 認知症サポーター養成講座実施回数 | 目標値 | 8回 | 10回 |
| | 実績値 | 8回 | 11回 |
| | 達成率 | 100.0% | 110.0% |
| 認知症サポーター累計養成人数 | 目標値 | 2,500人 | 2,750人 |
| | 実績値 | 2,566人 | 2,949人 |
| | 達成率 | 102.7% | 107.3% |
| 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 |
| | 実績値 | 75人 | 75人 |
| | 達成率 | 125.0% | 93.8% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 今年度ですべての小中学校で認知症サポーター養成講座を実施することができ、多くの児童・生徒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、新型コロナウイルス感染予防のため、開催を中止しています。 |
| 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。 |

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果では、「将来、認知症になつたらどのように感じますか?」という質問に対し、「不安があり、暮らしていくのは難しそう」「支援がなくて暮らしていくのは難しそう」と回答した方は、約48%でした。

→ ポイント

認知症の発症予防への取り組みはもちろんですが、だれでも認知症になる可能性があることを理解した上で、認知症の病態や経過を正しく理解し、自分だったら認知症になつた時、どう受け止め行動していくか考えていけるような働きかけが必要となってきます。

認知症であることを隠さず、周囲の理解を得ながら生活していくことのできる環境を目指して、認知症地域支援推進員等による普及啓発を進めます。

(4) 高齢者 SOS ネットワーク事業 : 介護保険事業計画に再掲

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 |
|----------|-----|--------------|-------------|
| 事前登録者数 | 目標値 | 9人 | 10人 |
| | 実績値 | 12人 | 14人 |
| | 達成率 | 133.4% | 140.0% |
| 協力事業所数 | 目標値 | 42か所 | 43か所 |
| | 実績値 | 47か所 | 46か所 |
| | 達成率 | 111.9% | 107.0% |
| 模擬訓練実施回数 | 目標値 | 1回 | 1回 |
| | 実績値 | 0回 | 0回 |
| | 達成率 | 0% | 0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 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。 模擬訓練は、町内会に周知を行ってきましたが、訓練内容全てを実施することが難しいとの声もあり、内容を簡易的にしたものをお前講座として1町内会で実施しました。 |
| 評価 | 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。 模擬訓練については、今後も周知を行い、町内会等の実情に合わせた訓練内容への対応を行うことで実施につなげていきます。 |

(5) 高齢者見守りネットワーク事業 : 介護保険事業計画に再掲

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 |
|----------|-----|--------------|-------------|
| 協定締結事業所数 | 目標値 | 15か所 | 16か所 |
| | 実績値 | 14か所 | 14か所 |
| | 達成率 | 93.4% | 87.5% |

| | |
|----|--|
| 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。 |

(6) 家族介護用品支給事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 27人 | 28人 |
| | 実績値 | 28人 | 26人 |
| | 達成率 | 103.7% | 92.9% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 在宅で最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 | 実利用者は、年々減少傾向にありますが、利用者からは制度継続の要望が上がっていることから要介護者の在宅生活の継続に寄与していると評価できます。 第7期介護保険計画期間中に事業の廃止・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ることから、次期計画に向け事業の方向性を検討する必要があります。 |

(7) 介護家族リフレッシュ事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|-------|-----|--------------|-------------|
| 開催回数 | 目標値 | 3回 | 3回 |
| | 実績値 | 3回 | 3回 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |
| 参加延人数 | 目標値 | 30人 | 30人 |
| | 実績値 | 35人 | 77人 |
| | 達成率 | 116.7% | 256.7% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 家族介護は、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、共感したり、介護サービスの利用について等の情報交換の場にもなり、開催を楽しみにしている方が増えています。 学習会は、認知症の人と共に暮らすまちづくり研修会とし、認知症予防の講演を実施しました。 食事会 延人数13人 学習会 実人数77人 |
| 評価 | 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あり、リピーターが増えています。学習会は、介護に興味のある町民の方を対象に開催することで、介護に関する知識の習得の場にもなっていることから継続が必要な事業です。 |

(8) 高齢者食事サービス事業 : 介護保険事業計画に再掲

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(令和元年度想定)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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 実利用人数 | 目標値 | 44人 | 88人 |
| | 実績値 | 43人 | 66人 |
| | 達成率 | 97.8% | 75.0% |
| 配達延べ食数 | 目標値 | 5,840食 | 11,680食 |
| | 実績値 | 4,697食 | 8,199食 |
| | 達成率 | 80.5% | 70.2% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 令和元年10月から制度改正を行い、複数事業者と協定することにより提供日・提供地域等の拡大を実施。対象要件から家族の食支援の有無を外すことにより家族の介護負担の軽減も図ります。 また、配達時の安否確認フローを作成することにより、配達員が変更になった場合でも一定した安否確認を可能としています。 |
| 評価 | 制度改正後の新規申請者は23人おり、旧制度では配達区域外や家族の支援が可能等の事由により対象外となっていた方や新たな事業者が増えたことによるものです。 食数は、申込時の予定食数の8割程度にとどまっていますが、徐々に利用者も増えてきており、高齢者の生活支援、家族の食支援に係る負担の軽減に寄与していると評価できます。 |



在宅介護実態調査では、就労している介護者は就労の継続について「問題はあるが、なんとか続けている」と回答した方が45%、また、介護者が不安に感じる介護内容は「認知症状への対応:31.6%」に上っており、負担を感じながら自身の生活と両立している様子が伺えます。
必要なサービスが必要なタイミングで利用できる介護サービス基盤の整備、介護家族への直接的な支援に加え、高齢者自身の暮らしの安定による介護家族の負担軽減に努めます。

(9) 地域ケア会議：介護保険事業計画に再掲

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 |
|--------------|-----|--------------|-------------|
| 会議の開催回数 | 目標値 | 80回 | 90回 |
| | 実績値 | 92回 | 70回 |
| | 達成率 | 115% | 77.8% |
| 個別事例の検討実人数 | 目標値 | 130人 | 140人 |
| | 実績値 | 76人 | 66人 |
| | 達成率 | 58.5% | 47.2% |
| 支援困難事例の検討実人数 | 目標値 | 25人 | 30人 |
| | 実績値 | 29人 | 18人 |
| | 達成率 | 116.0% | 60.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 前年度と比較すると会議の開催回数や件数は減少傾向にあります。 理由としては在宅サービスの基準緩和により開催件数の減少に繋がったと考えられます。 |
| 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 |
|---------------------|-----|--------------|-------------|
| 会議の開催回数 | 目標値 | 6回 | 6回 |
| | 実績値 | 5回 | 3回 |
| | 達成率 | 83.4% | 50.0% |
| 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 |
| | 実績値 | 4回 | 3回 |
| | 達成率 | 100.0% | 75.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 地域ケア個別会議で検討した事例について、多職種で支援の方法や方向性について振り返りました。 |
| 評価 | 事例の振り返りの結果、各関係機関のネットワークを強化することが、今後の支援困難事例における支援技術向上に必要であるとの結論に至りました。 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。 |

(10) 総合相談：介護保険事業計画に再掲

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 |
|-----------|-----|--------------|-------------|
| 新規相談受付け人数 | 目標値 | 309人 | 315人 |
| | 実績値 | 214人 | 233人 |
| | 達成率 | 69.3% | 74.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 介護に限らない高齢者の相談窓口として、広報誌や出前講座等で周知している。高齢者に関する困りごとが生じたときに、スムーズに対応できるよう各関係機関とネットワークを維持しています。 |
| 評価 | 今後も相談窓口の周知と関係機関とのネットワークの維持が必要です。 |

(11) 介護予防サービス事業：介護保険事業計画に再掲

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、担い手の養成を行なながら、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 |
|---------|-----|--------------|-------------|
| 訪問型サービス | 目標値 | 2,772回 | 2,772回 |
| | 実績値 | 2,592回 | 2,662回 |
| | 達成率 | 93.5% | 96.1% |
| 通所型サービス | 目標値 | 2,460回 | 2,460回 |
| | 実績値 | 2,712回 | 3,584回 |
| | 達成率 | 110.3% | 145.7% |
| 事業対象者数 | 目標値 | 20人 | 30人 |
| | 実績値 | 14人 | 13人 |
| | 達成率 | 70.0% | 43.4% |

| | |
|----|---|
| 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できます。 |

(12) 福祉人材確保対策事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|---------------|-----|--------------------|--------------------|
| 介護職員初任者研修修了者数 | 目標値 | 5人 | 7人 |
| | 実績値 | 14人 (5人) | 14人 (7人) |
| | 達成率 | 280.0% (100.0%) | 200.0% (100.0%) |
| その他育成者数 | 目標値 | 5人 | 5人 |
| | 実績値 | 0人 | 0人 |
| | 達成率 | 0% | 0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 町内の介護保険サービス事業所の介護人材を確保するため、受講料を無料とした介護職員初任者研修等を実施しました。 受講者15人の受講者(1人は有資格者の復職向け研修)の内、9人は町内で介護職として就労しています。()内は介護事業所に勤務していない、新規の資格取得者数となります。 |
| 評価 | 受講者の内、4人は就労の目途がたっておらず、受講終了後のスムーズな就労に向けて検討する必要があります |

(13) 在宅福祉通院移送サービス事業

在宅で暮らす常時車いすを利用する方等に対し、通院手段の確保と、経済的負担の軽減を図り、在宅生活の継続を支援します。

十勝管内の医療機関への通院が対象で、車いすやストレッチャーのまま乗車でき、固定して走行する営業車両により送迎し、運賃の半額を助成します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 18人 | 19人 |
| | 実績値 | 27人 | 21人 |
| | 達成率 | 150.0% | 110.6% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 昨年度、利用申請して実際に利用していた方は、約半数となっています。 |
| 評価 | 今年度の利用者は、3月末現在で利用申請者数に対して半数以上の方が利用しており、在宅の方の通院の機会が増加しているものと推測します。 |

(14) 除雪サービス事業

除雪が困難なひとり暮らしの高齢者、高齢者のみ世帯、重度身体障がい者世帯等を対象に、自宅玄関先から公道までを除雪し、冬季生活の安全と閉じ込められ防止に寄与します。除雪作業の担い手確保に課題があり、持続可能な事業の在り方を検討します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 申請世帯数 | 目標値 | 115世帯 | 115世帯 |
| | 実績値 | 117世帯 | 105世帯 |
| | 達成率 | 101.8% | 91.3% |
| 除雪延べ回数 | 目標値 | 800回 | 800回 |
| | 実績値 | 537回 | 729回 |
| | 達成率 | 67.2% | 91.2% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 前年度は降雪量が少なく、除雪回数は減少しました。今年度も昨年度同様、降雪が少ないため、減少傾向です。 |
| 評価 | 除雪が困難な高齢者にとって、緊急時における避難経路の確保は極めて重要で、引き続き事業の継続が必要です。 以前から課題となっている除雪の担い手不足は変わらないため、今後も担い手確保について協議を重ねる必要があります。 【支援登録町内会 9町内会/48町内会、支援登録個人 4人】 |

(15) 緊急通報システム運営事業

ひとり暮らし、心身に疾病等を持つ高齢者や高齢夫婦世帯に対し、緊急通報システム機器一式を無償で貸与することにより、緊急の際に外部に助けを求めることができ、安心して在宅生活を送れるように支援します。

平成30年度より、次のとおり事業の強化を図り、暮らしの安心感を高めます。

対象要件を、「一定年齢以上(80歳以上)のひとり暮らしに不安を感じる高齢者等」に緩和し、希望者全員に対してレンタル機器を設置し、多くの高齢者が安心感を高めて生活が送れるように支援します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------------------|-----|--------------|-------------|
| 総設置世帯数 | 目標値 | 175世帯 | 195世帯 |
| | 実績値 | 118世帯 | 104世帯 |
| | 達成率 | 67.5% | 53.4% |
| (再掲)レンタル機器設置世帯数 | 目標値 | 40世帯 | 70世帯 |
| | 実績値 | 20世帯 | 20世帯 |
| | 達成率 | 50.0% | 28.6% |
| 80歳以上のひとり暮らし高齢者の新規設置世帯数 | 目標値 | 20世帯 | 20世帯 |
| | 実績値 | 18世帯 | 6世帯 |
| | 達成率 | 90.0% | 30.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | <p>施設入所や死亡により、撤去数が新規設置数を上回ったため、総設置世帯数は減少しています。</p> <p>昨年、対象要件を緩和しましたが、設置の声かけをした方の中には「まだ必要ない。」「直接救急車を呼ぶことができない。」「光回線にしてしまったため設置できない。」等の意見があり、設置希望は少ない状況です。</p> <p>※レンタル機器はアナログ回線のみ設置可</p> |
| 評価 | 高齢者が安心して暮らしていくための一つの手段として、民生委員にも協力を得ながら、多くの高齢者世帯に設置できるよう周知していくことが必要です。 |

※ 参考 65歳以上のひとり暮らし世帯数の推移

| | 2017(平成29)年度 | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 | 2020(令和2)年度 | 2025(令和7)年度 |
|-----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 65歳以上のひとり暮らし世帯数 | 796世帯 | 811世帯 | 826世帯 | 841世帯 | 921世帯 |

平成27年度国勢調査結果と直近5年間の後期高齢者伸び率に基づく推計値



茅室町地域包括ケアシステム推進プロジェクト会議の結果

暮らしの不安感を軽減することが、ひとり暮らしをより長く続けられる重要な要素と考えます。緊急通報システム設置世帯に行われる「安否確認」や「24時間受け付ける緊急時への対応」は暮らしの安心感を高めます。

(16) 訪問看護交通費助成事業

町内の訪問看護事業所が提供する医療保険の訪問看護サービスの派遣交通費を助成します。助成により、必要なサービス利用の手控えを防ぎ、適切な療養環境のもとでの在宅生活継続を支援します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 実利用者数 | 目標値 | 12人 | 13人 |
| | 実績値 | 13人 | 28人 |
| | 達成率 | 108.4% | 215.4% |
| 延べ利用回数 | 目標値 | 1,140回 | 1,151回 |
| | 実績値 | 686回 | 1,119回 |
| | 達成率 | 60.2% | 97.3% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 町内にある訪問看護事業所(2か所)を対象としています。今年度は定期的なサービス利用者の他、短期間での頻回な利用が増加しています。 |
| 評価 | 昨年度に比べて、利用者数はかなり増加しており、高頻度のサービス利用者にとっての経済的負担の軽減につながっていると考えられ、在宅生活の継続に必要です。 |

(17) 災害時要配慮者支援体制の整備

災害発生時に安否確認及び支援が必要な方を主な対象に、災害時要配慮者台帳の登録をし、おおむね3年をめどに登録台帳の全件調査を行い災害発生時の支援体制の整備を進めていきます。また、65歳到達時者や要介護認定者など、特に支援を必要とする方への登録勧奨を今後も継続していきます。なお、登録者には「安心キット」を配布し、災害・緊急時に迅速な対応を行います。

登録システムの更新を行い、初動体制の整備を図るとともに、消防や自主防災組織などと連携した支援活動を行う体制づくりを進めます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|---------|-----|--------------|-------------|
| 登録者数 | 目標値 | 2,840人 | 2,890人 |
| | 実績値 | 2,591人 | 2,484人 |
| | 達成率 | 91.3% | 86.0% |
| 情報提供団体数 | 目標値 | 40団体 | 50団体 |
| | 実績値 | 35団体 | 35団体 |
| | 達成率 | 87.5% | 70.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 登録した情報は、民生児童委員、町総務課地域安全係、芽室消防署、町内会・行政区(登録情報を目的以外に利用しない旨の誓約締結団体)と共有し、非常時の備えとします。 |
| 評価 | 災害時はもとより、日常的見守りが必要な方やひとり暮らしの方への支援にも役立つ情報として必要です。 |

(18) 心配ごと相談

芽室町社会福祉協議会が主催している事業で、家庭問題から介護、法律相談など、人権擁護委員・行政相談員などが対応し、問題解決に向けたアドバイスや橋渡しをしています。生活困窮者対策支援法施行に伴う、とかち生活あんしんセンター主催の各種相談会や、消費者協会主催の相談会など相談窓口が増えたことにより、心配ごと相談の件数が減少傾向にありますが、第三者による身近な相談場所として気軽に利用していただけるよう周知を図っていきます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 定期相談件数 | 目標値 | 12件 | 12件 |
| | 実績値 | 5件 | 8件 |
| | 達成率 | 41.7% | 66.7% |
| 随時相談件数 | 目標値 | 1件 | 1件 |
| | 実績値 | 3件 | 3件 |
| | 達成率 | 300.0% | 300.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 相談件数は前年度より増えています。 |
| 評価 | 専門的な相談窓口が増えていることにより、相談件数は減少すると見込んでいましたが、身近な場所で各方面に精通する相談員がこれまで活動してきたことが、利用者の信頼を得ていると捉えており、事業継続への支援が必要と考えています。 |

(19) 養護老人ホーム事業

経済的、環境的な理由などから自宅で生活できない自立した高齢者を対象としている施設である養護老人ホームの入所審査・決定をするとともに、入所措置費を負担することにより、生活の安定を図ります。

近年、養護老人ホームの入所の相談が微増していますが、その方たちが安心して過ごしていただけるようサービス調整を図ります。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------------|-----|--------------|-------------|
| 施設入所者 数 | 目標値 | 6人 | 6人 |
| | 実績値 | 7人 | 5人 |
| | 達成率 | 116.7% | 83.4% |

| | |
|----|------------------------------------|
| 現状 | 前年度から7人が入所しており、今年度退所した方が2人となっています。 |
| 評価 | 制度上の対象者を踏まえ、引き続き適切に措置事務を行います。 |

(20) 住宅型有料老人ホーム

高齢者の方が、自立した日常生活を継続できる環境を整える選択肢の一つである、住宅型有料老人ホームの指導・監督等を行い、安心・安定した生活環境の維持を図ります。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 施設数 | 目標値 | 7施設 | 7施設 |
| | 実績値 | 7施設 | 7施設 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 町内の施設数は前年度から増減ありません。 |
| 評価 | 引き続き適切な指導・監督等を行い入居者の安心・安定した生活環境の維持を図ります。 |



茅室町地域包括ケアシステム推進プロジェクト会議の結果

高齢期の住み替え資源として期待される見守りや食事つきの住宅、主に住宅型有料老人ホームについては、町内資源に空きがあり、また、新たな開設希望も聞かれています。当面の間は、供給にゆとりのある環境が予測されることから、行政主導の整備計画は不要と考えます。

(21) 権利擁護事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|---------------|-----|--------------|-------------|
| 権利擁護相談 延件数 | 目標値 | 60件 | 61件 |
| | 実績値 | 67件 | 67件 |
| | 達成率 | 111.7% | 109.9% |
| 権利擁護相談 実人数 | 目標値 | 40人 | 41人 |
| | 実績値 | 41人 | 32人 |
| | 達成率 | 102.5% | 78.1% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 虐待に関する相談実人数は、昨年度より減少していますが、身体的虐待、心理的虐待、経渓的虐待がほぼ同じ割合となり、複雑な背景を抱えたケースが多く、複数機関、複数の係で対応するケースが多いいため、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。 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。 |
| 評価 | 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。 |

(22) 成年後見推進事業

誰もが住み慣れた地域で、自分らしく安心して暮らせる環境を目指し、認知症や知的障がい、精神障がい等により判断能力が不十分となった人が成年後見制度を適切に利用できる仕組みづくりを進めます。

また、地域福祉の観点から町民が後見業務の新たな担い手として活動できるよう支援し、成年後見制度の利用促進及び市民後見の推進を図ります。

なお、日常生活自立支援事業を実施している芽室町社会福祉協議会に業務を委託し、成年後見制度へ切れ目ない権利擁護支援を行なえるよう事業の推進に努めます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-----------------|-----|--------------|-------------|
| 市民後見人 新規養成人数 | 目標値 | 10人 | 0人 |
| | 実績値 | 15人 | 0人 |
| | 達成率 | 150.0% | — |
| 市民後見人 累計養成人数 | 目標値 | 22人 | 22人 |
| | 実績値 | 27人 | 27人 |
| | 達成率 | 122.8 | 122.8% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 芽室町成年後見支援センターで、成年後見制度に関する相談窓口、市民後見人の育成、広報、普及啓発等を継続して行っています。 平成26、30年度に帯広市と合同で市民後見人養成研修を開催し、計27人が修了しています。 修了生は、社会福祉協議会の法人後見支援員として6人、日常生活自立支援事業の支援員として7人が活動しています。 |
| 評価 | 修了生の活動量は徐々に増加しており、成年後見支援センターの職員のバッゲアップを受けながら活動しています。引き続き、フォローアップ研修を計画的に行い、市民後見人の育成をするほか、地域住民や関係機関に向けて出前講座など普及啓発を行うことで、成年後見制度の利用促進へ繋げていきます。 |

(23) 介護予防支援事業

要支援1・2の認定を受けた方に対して、介護予防給付サービス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、自立支援および要介護状態への重度化防止を目指します。

※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できるよう計画を立て、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 |
|------------------|-----|--------------|-------------|
| 介護度が維持・改善した割合(※) | 目標値 | 50% | 55% |
| | 実績値 | 81% | 77% |
| | 達成率 | 162.0% | 140.0% |
| 介護予防支援計画作成延べ件数 | 目標値 | 1,242件 | 1,332件 |
| | 実績値 | 1,389件 | 1,578件 |
| | 達成率 | 111.9% | 118.5% |

※年度途中でサービスを変更する場合もあるため、介護予防ケアマネジメント事業対象者と合わせた数値を記載しています。

| | |
|----|--|
| 現状 | 要支援認定者数の増加により、介護予防給付サービス利用の為のケアプラン作成数も増加傾向です。介護度の維持・改善率は昨年度と同様の割合です。 |
| 評価 | 昨年度と同様に、8割近くの方の介護度が維持・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。 |

(24) 介護予防ケアマネジメント事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|------------------------|-----|--------------|-------------|
| 介護度が維持・改善した割合(※) | 目標値 | 50% | 55% |
| | 実績値 | 81% | 77% |
| | 達成率 | 162% | 140.0% |
| 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 |
| | 実績値 | 528件 | 628件 |
| | 達成率 | 69.3% | 73.7% |

※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 | 予防支援プランと同様に総合事業プラン数も増加傾向にあります。介護度の維持・改善率は昨年度と同様の割合でした。 |
| 評価 | 昨年度と同様に、8割近くの方の介護度が維持・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。 |

(25) 家庭訪問：介護保険事業計画に再掲

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ています。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、より効果的に専門的な支援につながるように工夫していきます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------------|-----|--------------|-------------|
| 家庭訪問延べ件数 | 目標値 | 1,350件 | 1,400件 |
| | 実績値 | 1,218件 | 1,024件 |
| | 達成率 | 90.3% | 73.2% |
| 介護保険認定者 訪問延べ件数 | 目標値 | 925件 | 925件 |
| | 実績値 | 732件 | 732件 |
| | 達成率 | 79.2% | 79.2% |

| | |
|----|--|
| 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に努めます。 |

(26) 福祉用具購入・住宅改修支援事業：介護保険事業計画に再掲

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對しても、退院後の生活を見据えた住環境が整備できるよう、医療機関と積極的に連携し支援します。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|---------------|-----|--------------|-------------|
| 福祉用具購入申請書作成件数 | 目標値 | 15件 | 16件 |
| | 実績値 | 22件 | 14件 |
| | 達成率 | 146.7% | 87.5% |
| 住宅改修申請書作成件数 | 目標値 | 20件 | 21件 |
| | 実績値 | 22件 | 23件 |
| | 達成率 | 110.0% | 109.6% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 医療機関入院中から病院と連携し、担当ケアマネジャーがいない方への住宅改修や福祉用具購入申請書を作成しています。住宅改修は微増、福祉用具購入は減少していますが、特に、自宅への退院まで期間のない方への対応を行っています。 |
| 評価 | 退院時に自宅の環境整備を検討する場合は、病院のリハビリ担当スタッフと共に訪問し、退院後に安定した在宅生活が送れるよう、効果的な方法を提案しています。 |

(27) 介護支援専門員支援事業：介護保険事業計画に再掲

① 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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 会議開催回数 | 目標値 | 6回 | 6回 |
| | 実績値 | 6回 | 5回 |
| | 達成率 | 100.0% | 83.4% |
| 参加延べ人数 | 目標値 | 150人 | 150人 |
| | 実績値 | 130人 | 124人 |
| | 達成率 | 86.7% | 82.7% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 例年どおり2か月に1回の会議を開催している。今年度は、2回にわたり事例検討会を開催しました。軽度者の自立支援や重症化予防に向けて積極的な意見交換の場となっています。 令和2年2月は新型コロナウイルス感染拡大防止に伴い、開催を中止しています。 |
| 評価 | 事例検討会を開催したことで、ケースにおける情報収集の必要性やアセスメントの考え方などを深く学ぶ機会となり、ケアマネジャーの資質向上に繋がっています。 |

② 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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 開催回数 | 目標値 | 10回 | 10回 |
| | 実績値 | 6回 | 3回 |
| | 達成率 | 60.0% | 30.0% |
| 参加延べ人数 | 目標値 | 120人 | 125人 |
| | 実績値 | 124人 | 38人 |
| | 達成率 | 103.4% | 30.4% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 今年度も地域の介護保険事業所から介護福祉士を中心とした有志の実行委員を募り、意見交換を行いながら開催しています。今年度は、今後の運営を検討するため、帯広市と音更町の実行委員を招き他市町村の実施状況を把握しました。 |
| 評価 | 年々参加人数が減少しており、めむろケアカフェの今後のあり方や運営体制等について検討していく必要があります。 |

(28) 在宅医療・介護連携推進事業：介護保険事業計画に再掲

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 |
|------------|-----|--------------|-------------|
| 在宅医療相談延べ件数 | 目標値 | 100件 | 110件 |
| | 実績値 | 1,296件 | 2,109件 |
| | 達成率 | 1296.0% | 1917.3% |
| 研修・講演会開催回数 | 目標値 | 2回 | 2回 |
| | 実績値 | 1回 | 5回 |
| | 達成率 | 50.0% | 250.0% |

| | |
|----|---|
| 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。令和元年度から普及啓発のための講演会に加えて、看護師・薬剤師・理学療法士などの研修の場に職員が赴き、本事業の概要や在宅介護医療の現状についての学習会を行っています。 |
| 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。今後は介護分野・医療分野それぞれの課題を共有し、お互いに課題解決に向けていくように相互の情報発信・課題の解決へのつながりづくりを推進していくことが必要です。 |

令和元年度 第7期芽室町介護保険事業計画進捗状況

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、要介護状態になつ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

昨年と比較すると実績が増加している事業が多いこと、要支援者に行う介護予防ケアマネジメント事業の指標にある介護度が維持・改善した割合について、8割に近い実績値となったことから、自立支援、介護予防、重度化防止が推進できていると評価します。

中には実績が減少している事業もありますが、他の事業の増加に伴って減少した事業もあります。例えば、体力増進教室、機能訓練教室、脳活性化教室の参加人数が減少していますが、町民による活動団体が増加していることから、そちらの団体に人が流れたことが考えられます。

今後も自立支援、介護予防、重度化防止の推進を実施するために、複数の事業が地域に与える影響、効果を検証して、より効果的な事業となるように実施していく必要があります。

(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

在宅医療・介護連携推進事業においては、前年度1回だった研修・講演会を5回実施した効果か、在宅医療の相談件数が前年度の倍近くの実績となっています。今後は、介護分野・医療分野それぞれの課題を共有し、お互いに課題解決に向けていくように相互の情報発信・連携を推進していく必要があります。

地域ケア会議の実施回数自体は個別会議、推進会議ともに減少していますが、個別会議は在宅サービスの基準緩和により減少したもので、推進会議においては地域課題として各関係機関のネットワークの強化の必要性を提示しており、地域ケア会議としての役割はそれぞれ果たしているものと評価します。

(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。特に介護度が重くと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

地域支援事業で実施している介護サービス基盤の中では、令和元年10月より制度改正を実施した高齢者食事サービスの利用が昨年度よりも大きく増加しています。食事サービスの対象要件から家族の食支援の有無を外したことにより家族の介護負担軽減の効果も見込まれます。他にも認知症カフェの開催回数や場所を増やしたことや、介護家族リフレッシュ事業の参加者数が増加していることから、介護をする側の基盤整備も推進していると評価します。

福祉人材確保対策事業で実施している介護職員初任者研修は14人が受講、そのうち新規資格取得者が7名おり、今後も増加する見込みである介護職員の需要に対応しています。

介護保険給付分の介護サービス基盤においては、前年度に運動特化型の効果を確認できたので、介護事業者に対し、芽室町の現在の介護サービスの利用実態を説明し、現状を把握していただきました。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しました。

(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

最近では、様々な事情を抱えた方も多く、1件の相談について複数回の対応が必要になってきていますが、関係機関とのネットワークや、多職種の連携を活かして複数の機関や係で対応しています。また、後方支援の一端を担っているケアマネネットワーク会議の内容において、今年度は2回事例検討を実施しており、ケースにおける情報収集の必要性や、アセスメントの考え方などを深く学ぶ機会を作ることで関係者の資質向上につながっています。

任意事業中の介護給付等費用適正化事業については、今計画から数値化した目標と結果を掲載しています。昨年度に実施できなかったケアプラン点検についてはマニュアルを作成し、3月に実施予定でありましたが、コロナウィルスの影響で実施できていません。

(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 | | |

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節までに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 |
|----------------|-----|--------------|-------------|
| 健康講座受講延人数 | 目標値 | 1,190人 | 1,200人 |
| | 実績値 | 674人 | 1,078人 |
| | 達成率 | 56.7% | 89.9% |
| 健康相談実施人数 | 目標値 | 150人 | 150人 |
| | 実績値 | 86人 | 83人 |
| | 達成率 | 57.4% | 55.4% |
| あたまの健康チェック実施人数 | 目標値 | 70人 | 80人 |
| | 実績値 | 69人 | 47人 |
| | 達成率 | 98.6% | 58.8% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 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。 あたまの健康チェックは、少しずつ認知されているが、申込者と実施者共に低下しています。 |
| 評価 | 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(軽度認知機能障害)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、対面式の方法に変更する等検討が必要です。 |

(2)生活支援体制整備事業

人口減少社会を迎える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 |
|-----------------------------------|-----|---------------|-------------|
| 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 |
| | 実績値 | 5回 | 4回 |
| | 達成率 | 83. 4% | 66. 7% |
| 講演会・研修会の開催回数 | 目標値 | 1回 | 1回 |
| | 実績値 | 1回 | 1回 |
| | 達成率 | 100. 0% | 100. 0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 協議体では、高齢者の皆さんが必要なこととして「通いの場」と「生活支援」が挙げられています。 通いの場として、南コミセンを会場に「ダイサンキン」を開催し、生活支援として「新しい担い手の養成が必要」との結論に至りました。 講演会では、「これから支え合いを考える」と題し、北海道社会福祉協議会を講師に迎え、町民82人が参加しました。 |
|----|---|

| | |
|----|--|
| 評価 | 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。 |
|----|--|

(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。町民の皆さんがある程度の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 |
|---------|-----|--------------|-------------|
| 活動推奨団体数 | 目標値 | 27団体 | 30団体 |
| | 実績値 | 28団体 | 30団体 |
| | 達成率 | 103.7% | 100.0% |
| 団体登録延人数 | 目標値 | 407人 | 432人 |
| | 実績値 | 506人 | 540人 |
| | 達成率 | 124.4% | 125.0% |

| | |
|----|---|
| 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。 活動推奨団体のうち、この事業をきっかけに新しく通いの場を始めた団体が通算8団体あります。 |
| 評価 | 住民の皆さんにとって、新しい通いの場を作る手段として有効な事業と考えます。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 |
|----------|-----|---------------|-------------|
| 活動登録者数 | 目標値 | 120人 | 120人 |
| | 実績値 | 111人 | 108人 |
| | 達成率 | 92. 5% | 90. 0% |
| ポイント総付与数 | 目標値 | 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 |
| | 達成率 | 106. 9% | 95. 8% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 高齢者が行ったボランティア活動の実績を評価したうえでポイントを付与し、本人の申し出により、ポイントを町商工会商品券や社会体育施設回数券と交換します。 |
| 評価 | 登録者数は平成 29 年度から減少していますが、延べ活動人数や一人当たりの活動ポイント数は増加していることから、事業自体が減少に傾いているものではないと評価します。 |

(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 |
|------------|-----|---------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 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% |
| | 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 |
| | 実績値 | 293人 | 312人 |
| | 達成率 | 111. 0% | 103. 4% |
| 「卒業生の会」継続 10年以上の人数 | 目標値 | 52人 | 58人 |
| | 実績値 | 57人 | 53人 |
| | 達成率 | 109. 7% | 91. 4% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 教室終了時の、体力測定で大体の項目で改善が見られ、痛みの軽減や、自主的に体を動かすようになった等、生活の質が向上しています。 卒業生の会は、少人数で活動しているグループ同士や、既存グループと新規卒業生を統合しながら、長く活動して頂けるよう、支援しています。 |
| 評価 | 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、介護保険申請の後ずらしにつながっています。 |

(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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 37人 | 37人 |
| | 実績値 | 41人 | 39人 |
| | 達成率 | 110. 9% | 105. 4% |
| 通室平均年数 | 目標値 | 3年 | 3年 |
| | 実績値 | 3. 5年 | 4. 0年 |
| | 達成率 | 116. 7% | 133. 4% |

※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 | 年度内の利用者はトータルで39人、月毎にみた登録平均人数は34. 9人となっています。通室平均年数も目標達成できています。 |
| 評価 | 教室で運動を定期的に行うことにより、身体機能や外出の機会の維持につながっています。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改善していきます。 |

(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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 60人 | 60人 |
| | 実績値 | 58人 | 50人 |
| | 達成率 | 96.7% | 83.4% |
| 通室平均年数 | 目標値 | 3年 | 3年 |
| | 実績値 | 5年 | 5年 |
| | 達成率 | 166.7% | 166.7% |

※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、目標値が変更となります。

| | |
|----|---|
| 現状 | 年度内の利用者はトータルで50人、月毎にみた登録平均人数は46人となっています。平均年齢が86.2歳のため、生理的な身体機能低下もみられていますが、認知症予防の活動をすることで、認知機能低下する方は少ない結果です。通室平均年数も目標達成できています。 |
| 評価 | 加齢に伴う身体機能低下により、機能維持や向上は難しくなっています。脳トレーニングや体操に加え、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改善していく必要があります。 |

(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 |
|-------------------------|-----|--------------|-------------|
| 認知症サポーター養成講座実施回数 | 目標値 | 8回 | 10回 |
| | 実績値 | 8回 | 11回 |
| | 達成率 | 100.0% | 110.0% |
| 認知症サポーター累計養成人数 | 目標値 | 2,500人 | 2,750人 |
| | 実績値 | 2,566人 | 2,949人 |
| | 達成率 | 102.7% | 107.3% |
| 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 |
| | 実績値 | 75人 | 75人 |
| | 達成率 | 125.0% | 93.8% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 今年度ですべての小中学校で認知症サポーター養成講座を実施することができ、多くの児童・生徒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、新型コロナウイルス感染予防のため、開催を中止しています。 |
| 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、情報共有や搜索を行い、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・行政区で実際の搜索場面を想定した模擬訓練を行い、搜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 |
|----------|-----|--------------|-------------|
| 事前登録者数 | 目標値 | 9人 | 10人 |
| | 実績値 | 12人 | 14人 |
| | 達成率 | 133.4% | 140.0% |
| 協力事業所数 | 目標値 | 42か所 | 43か所 |
| | 実績値 | 47か所 | 46か所 |
| | 達成率 | 111.9% | 107.0% |
| 模擬訓練実施回数 | 目標値 | 1回 | 1回 |
| | 実績値 | 0回 | 0回 |
| | 達成率 | 0% | 0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 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。 模擬訓練は、町内会に周知を行ってきましたが、訓練内容全てを実施することが難しいとの声もあり、内容を簡易的にしたものをお前講座として1町内会で実施しました。 |
| 評価 | 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。 模擬訓練については、今後も周知を行い、町内会等の実情に合わせた訓練内容への対応を行うことで実施につなげていきます。 |

(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 |
|----------|-----|---------------|-------------|
| 協定締結事業所数 | 目標値 | 15か所 | 16か所 |
| | 実績値 | 14か所 | 14か所 |
| | 達成率 | 93. 4% | 87. 5% |

| | |
|----|--|
| 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 |
|------------------------|-----|--------------|-------------|
| 介護度が維持・改善した割合(※) | 目標値 | 50% | 55% |
| | 実績値 | 81% | 77% |
| | 達成率 | 162% | 140.0% |
| 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 |
| | 実績値 | 528件 | 628件 |
| | 達成率 | 69.3% | 73.7% |

※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 | 予防支援プランと同様に総合事業プラン数も増加傾向にあります。介護度の維持・改善率は昨年度と同様の割合でした。 |
| 評価 | 昨年度と同様に、8割近くの方の介護度が維持・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

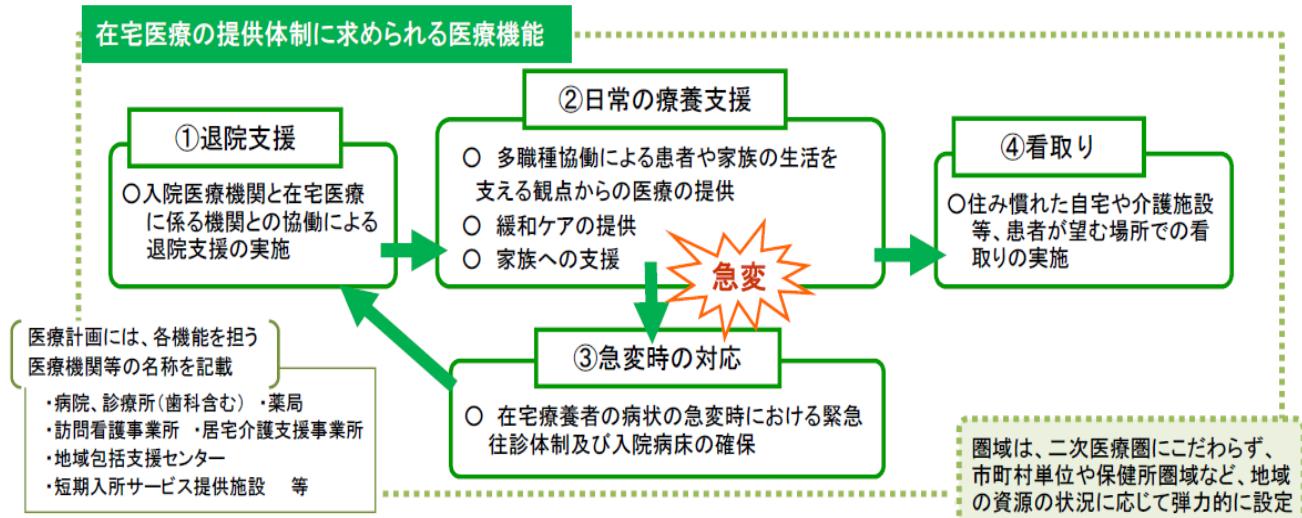
1 医療・介護の連携の推進について

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～令和2年)と第7次北海道医療計画(平成30年～令和6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令和7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、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/stf/seisaku-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

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 |
|--------------|-----|--------------|-------------|
| 会議の開催回数 | 目標値 | 80回 | 90回 |
| | 実績値 | 92回 | 70回 |
| | 達成率 | 115% | 77.8% |
| 個別事例の検討実人数 | 目標値 | 130人 | 140人 |
| | 実績値 | 76人 | 66人 |
| | 達成率 | 58.5% | 47.2% |
| 支援困難事例の検討実人数 | 目標値 | 25人 | 30人 |
| | 実績値 | 29人 | 18人 |
| | 達成率 | 116.0% | 60.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 前年度と比較すると会議の開催回数や件数は減少傾向にあります。 理由としては在宅サービスの基準緩和により開催件数の減少に繋がったと考えられます。 |
| 評価 | 今年度に関しても経済的問題、近親者や身寄りがいない、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 |
|---------------------|-----|--------------|-------------|
| 会議の開催回数 | 目標値 | 6回 | 6回 |
| | 実績値 | 5回 | 3回 |
| | 達成率 | 83.4% | 50.0% |
| 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 |
| | 実績値 | 4回 | 3回 |
| | 達成率 | 100.0% | 75.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 地域ケア個別会議で検討した事例について、多職種で支援の方法や方向性について振り返りました。 |
| 評価 | 事例の振り返りの結果、各関係機関のネットワークを強化することが、今後の支援困難事例における支援技術向上に必要であるとの結論に至りました。 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革により新設され、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 |
|------------|-----|--------------|-------------|
| 在宅医療相談延べ件数 | 目標値 | 100件 | 110件 |
| | 実績値 | 1,296件 | 2,109件 |
| | 達成率 | 1296.0% | 1917.3% |
| 研修・講演会開催回数 | 目標値 | 2回 | 2回 |
| | 実績値 | 1回 | 5回 |
| | 達成率 | 50.0% | 250.0% |

| | |
|----|---|
| 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。令和元年度から普及啓発のための講演会に加えて、看護師・薬剤師・理学療法士などの研修の場に職員が赴き、本事業の概要や在宅介護医療の現状についての学習会を行っています。 |
| 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。今後は介護分野・医療分野それぞれの課題を共有し、お互いに課題解決に向けていくように相互の情報発信・課題の解決へのつながりづくりを推進していくことが必要です。 |

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く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 |
|-----------------|-----|--------------|-------------|
| 認知症カフェ 開催回数 | 目標値 | 12回 | 12回 |
| | 実績値 | 12回 | 16回 |
| | 達成率 | 100.0% | 133.4% |
| 認知症カフェ 参加延人数 | 目標値 | 240人 | 240人 |
| | 実績値 | 233人 | 232人 |
| | 達成率 | 97.1% | 96.7% |
| 講演会開催回 数 | 目標値 | 1回 | 1回 |
| | 実績値 | 1回 | 1回 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 認知症カフェは、既存のめむろーどのほかに、南コミュニティーセンターで試験的に開催(6回)しました。 映画の上映会では、昨年上映したドキュメンタリー映画の続編を上映し、174人の来場者がありました。 |
|----|---|

| | |
|----|--|
| 評価 | めむろーど開催の認知症カフェでは、継続参加者も多く、認知症当事者と一般町民等との交流の場となっています。参加者の声掛け等による新規参加もあることから、開催の継続は必要と考えます。 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、定期開催へ繋げができるよう検討していきます。また、映画上映会により認知症に対する関心の高さが伺えたことから、今後は講演会等の開催により認知症の知識の普及を図ります。 |
|----|--|

(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、今までには、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 |
|------------------------|-----|---------------|-------------|
| 初期集中支援 実施人数 | 目標値 | 4人 | 4人 |
| | 実績値 | 4人 | 3人 |
| | 達成率 | 100. 0% | 75. 0% |
| 認知症に関する 相談対応延人 数 | 目標値 | 60人 | 65人 |
| | 実績値 | 131人 | 141人 |
| | 達成率 | 218. 4% | 217. 0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 3の方に実施し、2人は専門医の受診につながっており、今後サービス調整を行う予定です。他1人についても、次回専門医の受診を予定します。専門的な視点から関わることで、スムーズな介入につながっています。 |
| 評価 | 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ます。 |

(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 |
|------|-----|--------------|-------------|
| 利用者数 | 目標値 | 27人 | 28人 |
| | 実績値 | 28人 | 26人 |
| | 達成率 | 103.7% | 92.9% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 在宅で最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 | 実利用者は、年々減少傾向にありますが、利用者からは制度継続の要望が上がっていることから要介護者の在宅生活の継続に寄与していると評価できます。 第7期介護保険計画期間中に事業の廃止・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ることから、次期計画に向け事業の方向性を検討する必要があります。 |

(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 |
|-------|-----|--------------|-------------|
| 開催回数 | 目標値 | 3回 | 3回 |
| | 実績値 | 3回 | 3回 |
| | 達成率 | 100.0% | 100.0% |
| 参加延人数 | 目標値 | 30人 | 30人 |
| | 実績値 | 35人 | 77人 |
| | 達成率 | 116.7% | 256.7% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 家族介護は、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、共感したり、介護サービスの利用について等の情報交換の場にもなり、開催を楽しみにしている方が増えています。 学習会は、認知症の人と共に暮らすまちづくり研修会とし、認知症予防の講演を実施しました。 食事会 延人数13人 学習会 実人数77人 |
|----|--|

| | |
|----|---|
| 評価 | 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あり、リピーターが増えています。学習会は、介護に興味のある町民の方を対象に開催することで、介護に関する知識の習得の場にもなっていることから継続が必要な事業です。 |
|----|---|

(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(令和元年度想定)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 |
|--------|-----|---------------|-------------|
| 実利用人数 | 目標値 | 44人 | 88人 |
| | 実績値 | 43人 | 66人 |
| | 達成率 | 97. 8% | 75. 0% |
| 配達延べ食数 | 目標値 | 5, 840食 | 11,680食 |
| | 実績値 | 4, 697食 | 8, 199食 |
| | 達成率 | 80. 5% | 70. 2% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 令和元年10月から制度改正を行い、複数事業者と協定することにより提供日・提供地域等の拡大を実施。対象要件から家族の食支援の有無を外すことにより家族の介護負担の軽減も図ります。 また、配達時の安否確認フローを作成することにより、配達員が変更になった場合でも一定した安否確認を可能としています。 |
| 評価 | 制度改正後の新規申請者は23人おり、旧制度では配達区域外や家族の支援が可能等の事由により対象外となっていた方や新たな事業者が増えたことによるものです。 食数は、申込時の予定食数の8割程度にとどまっていますが、徐々に利用者も増えてきており、高齢者の生活支援、家族の食支援に係る負担の軽減に寄与していると評価できます。 |

(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 |
|---------|-----|--------------|-------------|
| 訪問型サービス | 目標値 | 2,772回 | 2,772回 |
| | 実績値 | 2,592回 | 2,662回 |
| | 達成率 | 93.5% | 96.1% |
| 通所型サービス | 目標値 | 2,460回 | 2,460回 |
| | 実績値 | 2,712回 | 3,584回 |
| | 達成率 | 110.3% | 145.7% |
| 事業対象者数 | 目標値 | 20人 | 30人 |
| | 実績値 | 14人 | 13人 |
| | 達成率 | 70.0% | 43.4% |

| | |
|----|---|
| 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できます。 |

(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 |
|---------------|-----|--------------------|--------------------|
| 介護職員初任者研修修了者数 | 目標値 | 5人 | 7人 |
| | 実績値 | 14人 (5人) | 14人 (7人) |
| | 達成率 | 280.0% (100.0%) | 200.0% (100.0%) |
| その他育成者数 | 目標値 | 5人 | 5人 |
| | 実績値 | 0人 | 0人 |
| | 達成率 | 0% | 0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 町内の介護保険サービス事業所の介護人材を確保するため、受講料を無料とした介護職員初任者研修等を実施しました。 受講者15人の受講者(1人は有資格者の復職向け研修)の内、9人は町内で介護職として就労しています。()内は介護事業所に勤務していない、新規の資格取得者数となります。 |
| 評価 | 受講者の内、4人は就労の目途がたっておらず、受講終了後のスムーズな就労に向けて検討する必要があります |

※介護保険サービス受給者数の伸び率と、町内事業所の職員数から介護人材不足について推計すると、令和7年までに新たに45人程度の介護職員の需要が発生する見込みです。

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

昨年度に運動特化型のデイサービスについて「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ている。今年度は、町内の事業所に対し、2045年までの芽室町の人口と高齢者の推計を作成し、現状を把握していただいた。その中で様々な通所介護の在り方、町内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した。

・訪問介護の人材育成

訪問介護の人材育成については目標値の7人を大きく上回る、14人の実績です。そのうち7人はすでに町内事業所に就労している方であり、職員のスキルアップにつながっている。その他に町内の介護事業所に勤務していない新規の資格取得者が7人おり、うち2人が町内事業所に就職していることから、人材発掘の面においても効果をあげている。今後も継続的に人材確保を行うために、ニーズに合わせて事業を継続的に行う必要がある。

・芽室町の高齢者の動向

現在、芽室町の要介護・要支援認定者数は増加している。(平成31年3月時点1,057人→令和2年3月時点1,077人)傾向としては、要支援2、要介護1、要介護3の人数が増加し、それ以外が減少しています。

現在は比較的軽度と言われている要支援2、要介護1の人数が増加しているが、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ので、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。

特別養護老人ホームの入所要件である要介護3の人数が増加しているため、施設整備検討の際に考慮する必要があります。

| | 平成31年3月 | 令和2年3月 | 増減数 |
|--------|---------|--------|------|
| 要支援1 | 113人 | 101人 | -12人 |
| 要支援2 | 137人 | 153人 | +16人 |
| 要介護1 | 235人 | 258人 | +23人 |
| 要介護2 | 206人 | 200人 | -6人 |
| 要介護3 | 158人 | 166人 | +8人 |
| 要介護4 | 109人 | 104人 | -5人 |
| 要介護5 | 99人 | 95人 | -4人 |
| 要支援者合計 | 250人 | 254人 | +4人 |
| 要介護者合計 | 807人 | 823人 | +16人 |
| 全体の合計 | 1,057人 | 1,077人 | +20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元年度には「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

令和元年度は、令和2年2月26日に第1回芽室町総合保健医療福祉協議会「高齢者・介護部会」を開催し、第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の進捗状況、指定地域密着型(介護予防)サービス事業者の指定の状況、地域密着型(介護予防)サービス事業者の指導監査の状況を議題としています。

6 地域密着型サービス整備目標量等

地域密着型サービスは現行9種類のサービスメニューがありますが、すべてのサービスを提供できる状況ではなく、また新たなサービス基盤を求める特段のニーズもないことから、本年度において新たなサービス基盤の整備は行っていません。

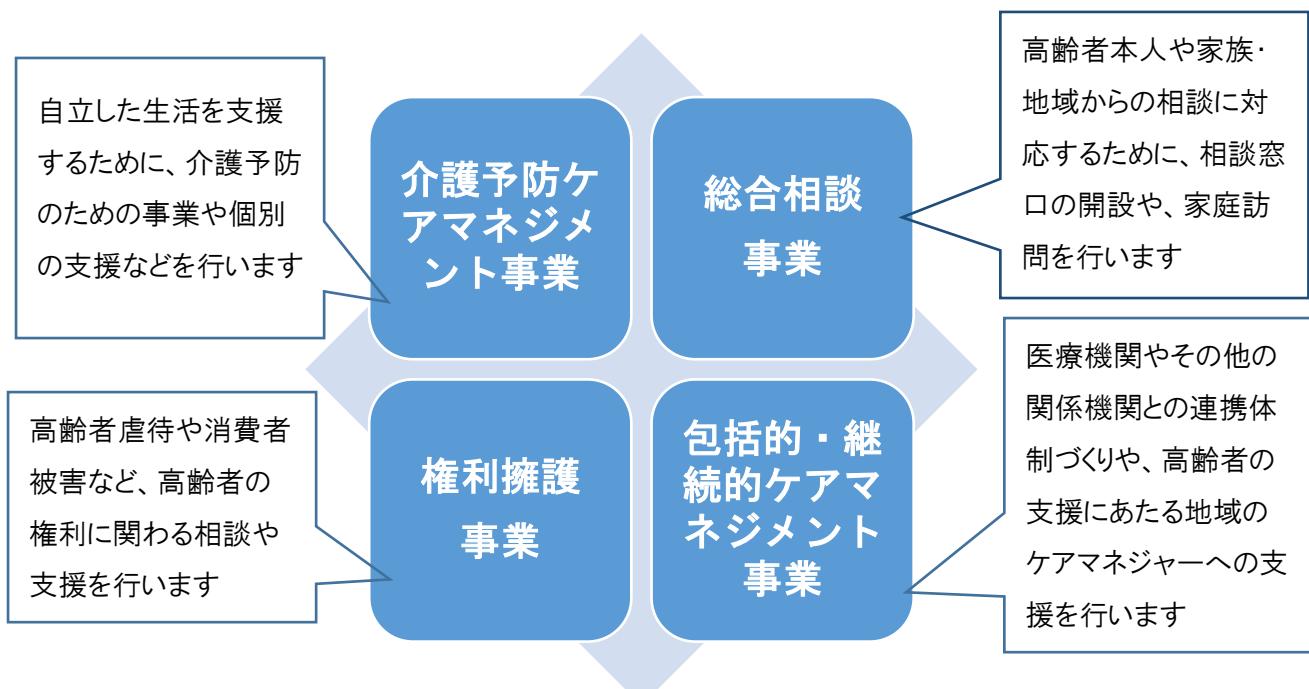
今後も町民のニーズや実現性のある施設整備を念頭にサービスの提供体制を整え、安定したサービスの提供に努めます。

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・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 |
|------------------------|-----|--------------|-------------|
| 介護度が維持・改善した割合(※) | 目標値 | 50% | 55% |
| | 実績値 | 81% | 77% |
| | 達成率 | 162% | 140.0% |
| 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 |
| | 実績値 | 528件 | 628件 |
| | 達成率 | 69.3% | 73.7% |

※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 | 予防支援プランと同様に総合事業プラン数も増加傾向にあります。介護度の維持・改善率は昨年度と同様の割合でした。 |
| 評価 | 昨年度と同様に、8割近くの方の介護度が維持・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 |
|---------------|-----|--------------|-------------|
| 新規相談受付 け人数 | 目標値 | 309人 | 315人 |
| | 実績値 | 214人 | 233人 |
| | 達成率 | 69.3% | 74.0% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 介護に限らない高齢者の相談窓口として、広報誌や出前講座等で周知している。高齢者に関する困りごとが生じたときに、スムーズに対応できるよう各関係機関とネットワークを維持しています。 |
| 評価 | 今後も相談窓口の周知と関係機関とのネットワークの維持が必要です。 |

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ています。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、より効果的に専門的な支援につながるように工夫していきます。

| 評価指標 | | 2018(平成30)年度 | 2019(令和元)年度 |
|-------------------|-----|--------------|-------------|
| 家庭訪問延べ件数 | 目標値 | 1,350件 | 1,400件 |
| | 実績値 | 1,218件 | 1,024件 |
| | 達成率 | 90.3% | 73.2% |
| 介護保険認定者 訪問延べ件数 | 目標値 | 925件 | 925件 |
| | 実績値 | 732件 | 732件 |
| | 達成率 | 79.2% | 79.2% |

| | |
|----|--|
| 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に努めます。 |

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 |
|---------------|-----|--------------|-------------|
| 権利擁護相談 延件数 | 目標値 | 60件 | 61件 |
| | 実績値 | 67件 | 67件 |
| | 達成率 | 111.7% | 109.9% |
| 権利擁護相談 実人数 | 目標値 | 40人 | 41人 |
| | 実績値 | 41人 | 32人 |
| | 達成率 | 102.5% | 78.1% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 虐待に関する相談実人数は、昨年度より減少していますが、身体的虐待、心理的虐待、経済的虐待がほぼ同じ割合となり、複雑な背景を抱えたケースが多く、複数機関、複数の係で対応するケースが多いため、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。 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。 |
| 評価 | 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。 |

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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 会議開催回数 | 目標値 | 6回 | 6回 |
| | 実績値 | 6回 | 5回 |
| | 達成率 | 100.0% | 83.4% |
| 参加延べ人数 | 目標値 | 150人 | 150人 |
| | 実績値 | 130人 | 124人 |
| | 達成率 | 86.7% | 82.7% |

| | |
|----|---|
| 現状 | 例年どおり2か月に1回の会議を開催している。今年度は、2回にわたり事例検討会を開催しました。軽度者の自立支援や重症化予防に向けて積極的な意見交換の場となっています。 令和2年2月は新型コロナウイルス感染拡大防止に伴い、開催を中止しています。 |
| 評価 | 事例検討会を開催したことで、ケースにおける情報収集の必要性やアセスメントの考え方などを深く学ぶ機会となり、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 |
|--------|-----|--------------|-------------|
| 開催回数 | 目標値 | 10回 | 10回 |
| | 実績値 | 6回 | 3回 |
| | 達成率 | 60.0% | 30.0% |
| 参加延べ人数 | 目標値 | 120人 | 125人 |
| | 実績値 | 124人 | 38人 |
| | 達成率 | 103.4% | 30.4% |

| | |
|----|--|
| 現状 | 今年度も地域の介護保険事業所から介護福祉士を中心とした有志の実行委員を募り、意見交換を行いながら開催しています。今年度は、今後の運営を検討するため、帯広市と音更町の実行委員を招き他市町村の実施状況を把握しました。 |
| 評価 | 年々参加人数が減少しており、めむろケアカフェの今後のあり方や運営体制等について検討していく必要があります。 |

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 |
|------------------------|----------|---------|
| 訪問型サービス | 2, 772回 | 2, 772回 |
| | 2, 592回 | 2, 307回 |
| 通所型サービス | 2, 460回 | 2, 460回 |
| | 2, 712回 | 3, 584回 |
| 事業対象者数 | 20人 | 30人 |
| | 14人 | 13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 |
| | 528件 | 628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 |
|--------------|-------------------|--------|--------|
| 介護予防把握事業 | あたまの健康チェック | 70人 | 80人 |
| | 実施人数 | 69人 | 47人 |
| 介護予防普及啓発事業 | 出前健康講座 | 1,190人 | 1,200人 |
| | | 674人 | 1,078人 |
| | 健康相談 | 150人 | 150人 |
| | | 86人 | 83人 |
| | 体力増進教室 | 40人 | 40人 |
| | | 29人 | 19人 |
| | 脳活性化教室 | 60人 | 60人 |
| | | 58人 | 50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 |
| | | 111人 | 108人 |
| | 高齢者支援活動事業 | 407人 | 432人 |
| | | 506人 | 540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 }
- ・家庭訪問 総合相談事業
- ・権利擁護事業
- ・ケアマネネットワーク会議 }
- ・めむろケアカフェ事務局業務 包括的・継続的ケアマネジメント事業

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 }
- ・認知症初期集中支援推進事業 認知症総合支援事業

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～令和2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 |
|--------|---------------|-------------|
| 審査資料確認 | 100% | 100% |
| 実施率 | 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とする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 |
|------|---------------|-------------|
| 実施件数 | 6 件以上 | 6 件以上 |
| | 0 件 | 0 件 |

令和元年度にマニュアルを作成したが、コロナウィルスの影響に伴い実施できていません。

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 |
|----------|---------------|-------------|
| 事前申請確認割合 | 100% | 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 |
|-------------------|---------------|-------------|
| 福祉用具購入 申請書作成件数 | 15件 | 18件 |
| | 22件 | 14件 |
| 住宅改修申請書 作成件数 | 20件 | 25件 |
| | 22件 | 23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 |
|------|---------------|-------------|
| 実施回数 | 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 |
|------|---------------|-------------|
| 実施回数 | 2回 | 2回 |
| | 2回 | 2回 |
| 実施件数 | 対象者全員 | 対象者全員 |
| | 1,543件 | 1,596件 |

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。

第7節 介護サービス量の見込み

(1) 居宅サービス量の見込み

令和元年度における居宅サービス利用者数は微減となり、計画比伸び率も抑制傾向にあり、1月当たり利用者数はR1計画値428人/月に対して、384人/月の実績となっています。

サービス毎の利用状況は、居宅サービスで訪問系サービスの訪問入浴や居宅療養管理指導の利用が増加しています。地域密着型サービスでは、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型共同生活介護がほぼ計画どおりであるのに対し、地域密着型通所介護が計画値より減少しています。

| | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 | |
|----------------------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|--------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | | |
| 居宅サービス(人／月) | 402 | 428 | 446 | 403 | 384 | — | 89.6% | |
| 訪問介護 | 利用回数 (回／年) | 36,626 | 37,208 | 39,370 | 20,709 | 19,778 | — | 53.2% |
| 訪問入浴介護 | 利用回数 (回／年) | 82 | 82 | 82 | 587 | 701 | — | 854.9% |
| 訪問看護 | 利用回数 (回／年) | 3,090 | 3,342 | 3,579 | 2,998 | 3,539 | — | 105.9% |
| 訪問リハビリテーション | 利用日数 (回／年) | 1,380 | 1,501 | 1,622 | 792 | 689 | — | 45.9% |
| 居宅療養管理指導 | 利用人数 (人／年) | 432 | 456 | 492 | 563 | 694 | — | 152.2% |
| 通所介護 | 利用回数 (回／年) | 16,974 | 17,395 | 17,989 | 14,513 | 13,865 | — | 79.7% |
| 通所リハビリテーション | 利用回数 (回／年) | 16,159 | 16,856 | 18,009 | 16,201 | 14,086 | — | 83.6% |
| 短期入所生活介護 | 利用日数 (日／年) | 2,449 | 2,620 | 2,694 | 1,681 | 1,614 | — | 61.6% |
| 短期入所療養介護 (老健) | 利用日数 (日／年) | 2,872 | 2,918 | 2,956 | 1,684 | 1,314 | — | 45.0% |
| 福祉用具貸与 | 利用人数 (人／年) | 2,964 | 3,168 | 3,360 | 3,116 | 3,153 | — | 99.5% |
| 福祉用具購入 | 利用人数 (人／年) | 84 | 84 | 96 | 72 | 58 | — | 69.0% |
| 特定施設 入居者生活介護 | 利用人数 (人／年) | 252 | 264 | 276 | 321 | 375 | — | 142.0% |
| 地域密着型サービス(人／月) | | 234 | 252 | 263 | 201 | 169 | — | 67.1% |
| 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | 利用人数 (人／年) | 24 | 24 | 24 | 24 | 37 | — | 154.2% |
| 夜間対応型訪問介護 | 利用人数 (人／年) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| 地域密着型通所介護 | 利用回数 (回／年) | 1,588 | 1,785 | 1,910 | 1,194 | 736 | — | 41.2% |
| 認知症対応型 通所介護 | 利用回数 (回／年) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| 小規模多機能型 居宅介護 | 利用人数 (人／年) | 252 | 264 | 276 | 256 | 291 | — | 110.2% |
| 認知症対応型 共同生活介護 | 利用人数 (人／年) | 948 | 948 | 948 | 939 | 965 | — | 101.8% |
| 地域密着型特定施設 入居者生活介護 | 利用人数 (人／年) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| 地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活 | 利用人数 (人／年) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| 看護小規模多機能型居宅 介護(複合型サービス) | 利用人数 (人／年) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| 住宅改修 | 利用人数 (人／年) | 72 | 84 | 84 | 92 | 60 | — | 71.4% |
| 居宅介護支援 | 利用人数 (人／年) | 4,824 | 5,136 | 5,352 | 4,837 | 4,604 | — | 89.6% |

(2) 介護予防サービス量の見込み

令和元年度における介護予防サービス利用者数（一月当たり）は、R1計画値に対し増加となる128人/月となっています。

サービス毎の利用状況は、介護予防サービスで福祉用具貸与や特定施設入居者生活介護の利用が大きく増加しています。地域密着型介護予防サービスは、要支援者によるグループホームの利用者減に伴い、利用量はR1計画値に対し減少しています。

| | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----|------------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | |
| 介護予防サービス(人／月) | 103 | 105 | 108 | 113 | 128 | – | 122.1% |
| 介護予防訪問入浴介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | – | 0.0% |
| 介護予防訪問看護 | 700 | 734 | 835 | 345 | 408 | – | 55.6% |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 201 | 211 | 216 | 129 | 169 | – | 80.1% |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 12 | 12 | 12 | 15 | 21 | – | 175.0% |
| 介護予防通所リハビリテーション | 732 | 744 | 756 | 730 | 764 | – | 102.7% |
| 介護予防短期入所生活介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | – | 0.0% |
| 介護予防短期入所療養介護(老健) | 75 | 75 | 75 | 64 | 50 | – | 66.7% |
| 介護予防短期入所療養介護(病院等) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| 介護予防福祉用具貸与 | 732 | 792 | 840 | 883 | 1,066 | – | 134.6% |
| 介護予防特定福祉用具購入 | 36 | 36 | 48 | 23 | 30 | – | 83.3% |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 12 | 12 | 12 | 29 | 46 | – | 383.3% |
| 地域密着型介護予防サービス(人／月) | 3 | 4 | 5 | 4 | 2 | – | 56.3% |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 36 | 48 | 60 | 35 | 26 | – | 54.2% |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 0 | 0 | 0 | 14 | 1 | – | 0.0% |
| 住宅改修 | 36 | 36 | 48 | 32 | 43 | – | 119.4% |
| 介護予防支援 | 1,236 | 1,260 | 1,296 | 1,357 | 1,538 | – | 122.1% |

※参考

| | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----|------------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業(人／月) | 436 | 436 | 458 | 442 | 491 | – | 112.6% |
| 訪問型サービス | 2,772 | 2,772 | 2,910 | 2,592 | 2,307 | – | 83.2% |
| 通所型サービス | 2,460 | 2,460 | 2,583 | 2,712 | 3,584 | – | 145.7% |

(3) 施設サービス量の見込み

令和元年度における施設サービス利用回数（年間）は、R1計画値では、介護老人福祉施設の利用人数は105人／月、介護老人保健施設は110人／月、介護療養型医療施設は3人／月人としており、介護療養型医療施設を除き、利用人数増の実績となって います。

| 〔実人数〕 | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 | |
|-----------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | | |
| 介護老人福祉施設 | 利用人数 (人／月) | 104 | 105 | 107 | 103 | 110 | － | 104.8% |
| 介護老人保健施設 | 利用人数 (人／月) | 109 | 110 | 111 | 109 | 120 | － | 109.1% |
| 介護医療院 | 利用人数 (人／月) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | － | 0.0% |
| 介護療養型医療施設 | 利用人数 (人／月) | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | － | 66.7% |

介護認定の推計(要介護度別)

要介護（支援）認定者数は年々増加しており、令和元年度末の認定者数は、R1計画値では1,073人としていましたが、年度末には1,077人となり、計画値を上回る認定者数でした。具体的には要支援の認定者数合計が計画値198人に対して、254人と56人増となっています。

| 区分 | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----|------------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | |
| 要支援1 | 87 | 89 | 90 | 113 | 101 | － | 113.5% |
| 要支援2 | 110 | 109 | 116 | 137 | 153 | － | 140.4% |
| 要介護1 | 228 | 246 | 253 | 235 | 258 | － | 104.9% |
| 要介護2 | 236 | 256 | 254 | 206 | 200 | － | 78.1% |
| 要介護3 | 147 | 139 | 148 | 158 | 166 | － | 119.4% |
| 要介護4 | 114 | 119 | 127 | 109 | 104 | － | 87.4% |
| 要介護5 | 118 | 115 | 128 | 99 | 95 | － | 82.6% |
| 合 計 | 1,040 | 1,073 | 1,116 | 1,057 | 1,077 | － | 100.4% |
| 要介護認定率 | 20.2% | 20.3% | 20.5% | 19.5% | 19.8% | － | 97.9% |

※ 実績数値は第2号被保険者数を含む。

| | | |
|----------------|--------------|-------|
| 《参考》 | 認定者のサービス利用実績 | 900人 |
| | 在宅サービス | 562人 |
| | 地域密着型サービス | 113人 |
| | 施設サービス | 225人 |
| 認定者に占める利用割合(%) | | 83.6% |

第8節 第1号保険者の保険料

(2) 標準給付費などの見込み

○ 居宅介護サービス・地域密着型介護サービス・施設介護サービスの給付費の推移

居宅介護サービス等の給付費は、R1計画値において増加を見込んで1,592,660千円としていましたが、実際は、増加傾向はあるものの増加幅は見込みより小さく、1,556,756千円の実績となっています。

【居宅介護サービス・地域密着型介護サービス・施設介護サービスの給付費推計】 (単位:千円)

| 区分 | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 | |
|-----------|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | | |
| 居宅介護サービス費 | 訪問介護 | 94,809 | 96,162 | 102,136 | 82,202 | 85,997 | – | 89.4% |
| | 訪問入浴介護 | 982 | 982 | 982 | 7,037 | 8,510 | – | 866.6% |
| | 訪問看護 | 15,128 | 16,426 | 17,636 | 20,434 | 24,357 | – | 148.3% |
| | 訪問リハビリテーション | 3,888 | 4,229 | 4,567 | 4,652 | 4,047 | – | 95.7% |
| | 居宅療養管理指導 | 4,299 | 4,535 | 4,911 | 3,953 | 4,995 | – | 110.1% |
| | 通所介護 | 120,814 | 123,558 | 129,791 | 95,269 | 93,231 | – | 75.5% |
| | 通所リハビリテーション | 135,481 | 142,620 | 155,067 | 119,065 | 103,129 | – | 72.3% |
| | 短期入所生活介護 | 18,533 | 19,754 | 20,371 | 13,693 | 12,990 | – | 65.8% |
| | 短期入所療養介護(老健) | 28,484 | 28,998 | 29,378 | 16,643 | 13,039 | – | 45.0% |
| | 短期入所療養介護(病院等) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 特定施設入居者生活介護 | 45,147 | 46,416 | 48,247 | 56,339 | 66,246 | – | 142.7% |
| | 福祉用具貸与 | 29,579 | 30,825 | 33,212 | 31,706 | 31,924 | – | 103.6% |
| | 特定福祉用具購入 | 2,445 | 2,517 | 2,788 | 2,494 | 1,903 | – | 75.6% |
| | 住宅改修 | 4,419 | 4,796 | 4,796 | 6,181 | 4,300 | – | 89.7% |
| サービス費用計 | | 504,008 | 521,818 | 553,882 | 459,668 | 454,668 | – | 87.1% |
| 居宅介護支援 | | 69,156 | 73,250 | 76,815 | 68,840 | 65,563 | – | 89.5% |
| 介護地域サービス費 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 3,321 | 3,322 | 3,322 | 3,458 | 6,329 | – | 190.5% |
| | 夜間対応型訪問介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 認知症対応型通所介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 39,632 | 41,417 | 43,952 | 36,959 | 43,494 | – | 105.0% |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 239,545 | 239,513 | 239,361 | 234,997 | 241,467 | – | 100.8% |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 地域密着型通所介護 | 13,988 | 15,724 | 16,784 | 9,783 | 5,920 | – | 37.6% |
| | サービス費用計 | 296,486 | 299,976 | 303,419 | 285,197 | 297,210 | – | 99.1% |
| 施設介護サービス費 | 介護老人福祉施設 | 334,694 | 338,282 | 344,656 | 318,618 | 348,967 | – | 103.2% |
| | 介護老人保健施設 | 340,602 | 345,558 | 349,690 | 341,245 | 382,723 | – | 110.8% |
| | 介護医療院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | – | 0.0% |
| | 介護療養型医療施設 | 13,770 | 13,776 | 13,776 | 17,527 | 7,625 | – | 55.3% |
| | サービス費用計 | 689,066 | 697,616 | 708,122 | 677,390 | 739,315 | – | 106.0% |
| 介護給付費計(I) | | 1,558,716 | 1,592,660 | 1,642,238 | 1,491,095 | 1,556,756 | – | 97.7% |

○ 介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスの給付費の推移

介護予防サービス等の給付費は、R1計画値では増加傾向を見込み43,386千円としていましたが、計画値に対する要支援認定者数の増加幅が大きく、要支援者によるグループホームの利用人数の減に伴う、地域密着型介護予防サービス費の減少はあるものの、実績は46,894千円となっています。

【介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスの給付費推計】 (単位:千円)

| 区分 | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 | |
|-------------|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|--------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | — | 0.0% | |
| | 介護予防訪問看護 | 2,685 | 2,817 | 3,196 | 2,191 | 2,693 | — | 95.6% |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | 562 | 589 | 602 | 711 | 998 | — | 169.4% |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | 218 | 218 | 218 | 246 | 296 | — | 135.8% |
| | 介護予防通所リハビリテーション | 21,476 | 21,697 | 22,135 | 19,264 | 20,809 | — | 95.9% |
| | 介護予防短期入所生活介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 185 | — | 0.0% |
| | 介護予防短期入所療養介護(老健) | 537 | 537 | 537 | 489 | 348 | — | 64.8% |
| | 介護予防短期入所療養介護(病院等) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1,305 | 1,305 | 1,305 | 2,571 | 4,092 | — | 313.6% |
| | 介護予防福祉用具貸与 | 3,724 | 3,957 | 4,149 | 4,270 | 5,732 | — | 144.9% |
| | 特定介護予防福祉用具購入 | 1,190 | 1,190 | 1,486 | 528 | 781 | — | 65.6% |
| | 介護予防住宅改修 | 2,738 | 2,738 | 3,852 | 2,614 | 2,445 | — | 89.3% |
| | サービス費用計 | 34,435 | 35,048 | 37,480 | 32,884 | 38,387 | — | 109.5% |
| 介護予防支援 | 5,589 | 5,700 | 5,863 | 5,982 | 6,773 | — | 118.8% | |
| 地域密着型介護予防費用 | 介護予防認知症対応型 通所介護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0.0% |
| | 介護予防小規模多機能型 居宅介護 | 1,867 | 2,638 | 3,187 | 1,933 | 1,648 | — | 62.5% |
| | 介護予防認知症対応型 共同生活介護 | 0 | 0 | 0 | 3,144 | 86 | — | 0.0% |
| | サービス費用計 | 1,867 | 2,638 | 3,187 | 5,077 | 1,734 | — | 65.7% |
| 予防給付費計(II) | 41,891 | 43,386 | 46,530 | 43,943 | 46,894 | — | 108.1% | |

○ 給付費等の推移

特定入所者介護サービス等給付額は、R1計画値を前年度計画値のやや増加を見込んでおり、実績値とほぼ同等となっております。高額介護サービス費等給付額については、計画値より増加しています。これらを合算した給付費等合計については、R1計画値を増加傾向を見込んで1,761,322千円としていましたが、実績は増加幅が小さく、1,720,818千円となっています。

(単位:千円)

| 区分 | 計画 | | | 実績 | | | R1 計画対比 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|---|-----------|----|------------|
| | H30 | R1 | R2 | H30 | R1 | R2 | |
| 介護給付費計(I) | 1,558,716 | 1,592,660 | 1,642,238 | 1,491,095 | 1,556,756 | — | 97.7% |
| 予防給付費計(II) | 41,891 | 43,386 | 46,530 | 43,943 | 46,894 | — | 108.1% |
| 給付費総計 | 1,600,607 | 1,636,046 | 1,688,768 | 1,535,038 | 1,603,650 | — | 98.0% |
| 利用者負担見直し 影響額 | -670 | -1,046 | -1,124 | 利用者負担増(2割から3割に伴う1割分) 及び消費税増に伴う影響額は給付実績 に反映される | | | — |
| 消費税率等見直し 勘案影響額 | | 13,333 | 26,667 | | | | — |
| 特定入所者介護 サービス等給付額 | 66,314 | 67,137 | 68,150 | 61,599 | 66,759 | — | 99.4% |
| 高額介護サービス 費等給付額 | 43,018 | 44,490 | 46,017 | 40,462 | 49,013 | — | 110.2% |
| 審査支払手数料 | 1,335 | 1,362 | 1,391 | 1,318 | 1,396 | — | 102.5% |
| 標準給付費 | 1,710,604 | 1,761,322 | 1,829,869 | 1,638,417 | 1,720,818 | — | 97.7% |

3 第1号被保険者保険料の検証

令和元年度の実績は、標準給付費(①)が計画比で減少、地域支援事業費(②)が計画値より増加、調整交付金相当額との差額(④)は減少しています。総合すると保険料収納必要額(⑥)は403,014,010円となり、計画対比で99.5%となっています。保険料収納額(⑦)と比較すると100.2%であり、保険料は充足しています。

(単位:円)

| 区分 | | 計画 | 実績 | 計画対比 |
|---|---------|---------------|---------------|--------|
| ①標準給付費 | 平成30年度 | 1,710,603,869 | 1,638,417,000 | 95.8% |
| | 令和元年度見込 | 1,761,322,276 | 1,720,818,000 | 97.7% |
| | 令和2年度 | 1,829,868,676 | — | — |
| | 合計 | 5,301,794,821 | 3,359,235,000 | 63.4% |
| ②地域支援事業費 | 平成30年度 | 79,945,000 | 81,836,000 | 102.4% |
| | 令和元年度見込 | 82,283,391 | 98,139,000 | 119.3% |
| | 令和2年度 | 84,690,179 | — | — |
| | 合計 | 246,918,570 | 179,975,000 | 72.9% |
| ③ 第1号被保険者負担分相当額 | 平成30年度 | 411,826,240 | 395,658,190 | 96.1% |
| | 令和元年度見込 | 424,029,303 | 418,360,110 | 98.7% |
| | 令和2年度 | 440,348,537 | — | — |
| | 合計 | 1,276,204,080 | 814,018,300 | 63.8% |
| ④ 調整交付金相当額との差額 ※調整交付金相当額 (実調整交付金額 - 調整基準標準給付費 × 5%) | 平成30年度 | 20,703,757 | 18,202,150 | 87.9% |
| | 令和元年度見込 | 19,130,635 | 15,346,100 | 80.2% |
| | 令和2年度 | 17,030,592 | — | — |
| | 合計 | 56,864,984 | 33,548,250 | 59.0% |
| ⑤ 財政安定化基金取り崩しによる交付額 | 平成30年度 | 0 | 0 | 0.0% |
| | 令和元年度見込 | 0 | 0 | 0.0% |
| | 令和2年度 | 0 | — | — |
| | 合計 | 0 | 0 | 0.0% |
| ⑥ 保険料収納必要額 ※(③-④-⑤) | 平成30年度 | 391,122,483 | 377,456,040 | 96.5% |
| | 令和元年度見込 | 404,898,668 | 403,014,010 | 99.5% |
| | 令和2年度 | 423,317,945 | — | — |
| | 合計 | 1,219,339,096 | 780,470,050 | 64.0% |

※④の令和元年度調整交付金は101,387千円

(単位:円)

| | |
|---------------|-------------|
| ⑦ 令和元年度保険料収納額 | 404,020,332 |
|---------------|-------------|

| | | |
|----------------|-----------------------|----|
| 保険料過不足額 ⑦-⑥実績値 | 1,006,322 (100.2%) | 充足 |
|----------------|-----------------------|----|

4 関係団体との意見交換

(1)高齢者支援活動推進事業活動推奨団体

- ・日時：令和2年7月29日
- ・参加者数：33人
- ・実施場所：保健福祉センター会議室
- ・結果：基本目標に関して、意見質問等はありませんでした。

(2)民生委員児童委員協議会

- ・日時：令和2年8月26日
- ・参加者数：43人
- ・実施場所：ふれあい交流館大ホール
- ・結果

基本目標1 社会のつながりが可能な心身の健康維持

(1) 意見

- ① 高齢者へ気軽に参加するような意識づけと、行政と地域のより強い連携が必要と思います。
- ② 各種健診とともに健康づくりへの参加、誘導の強化が必要です。
- ③ 施策の方向性が受動的なので、能動的な方向性も盛り込んだ方が良いと思います。(例：高齢者スポーツ推進による筋力アップや脳トレ教室の開催など)
- ④ ゲートボールを活用し、老人クラブに加入していくなくても、個人参加者でチームを作り、大会に参加できる体制があれば、住民主体の通いの場の充実になると思います。
- ⑤ 何らかの楽しみ・喜びを多くする生活、コミュニティとつながる生き方、場づくりの方向が必要と考えます。
- ⑥ 高齢者の社会参加は大いに賛成できますが、気兼ねなく通える場が必要と思います。ただし、新型コロナウィルスの感染が収まらないうちは難しいと思います。
- ⑦ 他者への迷惑を理由に社会参加を躊躇する高齢者に、一步踏み出してもらえるような方法があるとよいと思います。
- ⑧ 社会参加の手立てとして、個別の訪問や小さな規模の通いの場の推進も必要と思います。

- ⑨ 社会参加だけが最良の生活ではなく、自宅にいるのが幸せという方もいます。
- ⑩ 心身の健康維持は、既に皆さんが努力していると思います。

回答

高齢者の皆さんに健康でいただくためには、社会参加（介護予防）と心身の健康の維持は一体的に進めるべきと認識しております。

町が主導すべきことではありますが、例えば閉じこもりがちの方の情報を民生委員の皆さんから提供いただく等、地域の協力なくしては進んでいかないと考えております。

ゲートボールを始め、住民の皆さんのが主催する「通いの場」が生まれ、継続できる施策や効果的に介護予防ができる介護予防事業を実施することで、高齢者のみなさんに社会参加の場を提供し、利用してもらえるように進めていきたいと考えております。

（2） 質問

- ① 住民主体の通いの場とは何ですか？内容を明示してはどうですか

⇒ 回答：住民主体の通いの場とは、住民自らが主催する運動や趣味のグループ活動を指します。基本目標に注釈を追加します。

- ② 基本目標に必要ではないと思いますが、健診の具体的な間隔等に目標はありますか？

⇒ 回答：健診の種類に応じた適切な間隔があります。例えば、公立芽室病院などの医療機関やバスによる集団健診は年1回、各種がん検診は年1回（子宮頸がん検診・乳がん検診では2年に1回）となっています。

- ③ 認知症やフレイルの方の社会参加を促す働きかけとは、どんな働きかけになりますか？外出のお手伝いですか？

⇒ 回答：職員による個別訪問等で、本人に合った社会参加の場を紹介し、利用いただくことを想定しています。外出のお手伝い（通院、買い物などの送迎等）については、高齢者への調査で「受けている介護の内容」の1位に

なっていますので、このような支援も必要だと思います。

④ 健康状態が不明な高齢者の把握は、どのような方法で行いますか？

⇒ 回答：役場にあるシステムで、健診歴や受診歴のない方がわかります。
その方々への個別訪問等を予定しています。

⑤ 要支援認定の基準を緩和できませんか？

⇒ 回答：国が基準を決めていますので、緩和することは難しいですが、必要な方が円滑に介護保険サービスを受けられるように相談対応に努めます。

基本目標2 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる

（1）意見

- ① 個人情報の漏洩を防ぐ手立てが必要ではないでしょうか。
- ② 火災等の防止方法も必要ではないでしょうか。（消防等から意見をもらう）
- ③ シェアハウスのように入居者同士で役割、組織、責任を持ち合えるような仕組みがあれば、住民による支え合いが可能となるのではないかでしょうか。
- ④ 孤独や不安を少しでも取り除くことが大切と思います。そのためには、ボランティア等によるサポート体制や、町とサポートする団体・個人との連携が重要になってくると考えます。
- ⑤ 在宅介護、訪問診療などの充実が必要と思います。
- ⑥ 独居高齢者へ声掛け等は実施していますが、老人クラブ等では、高齢者が高齢者を支える状態で、参加する高齢者の顔ぶれは同じです。また、閉じこもりがちの方を誘い出すのは、とても難しいです。

回答

今の住まいでも暮らすには、介護保険サービスに加えてゴミ出し等のちょっとした困りごとをサポートできる体制づくりが必要と考えています。ただし、町内会でもサポート体制や防災体制を検討する際、個人情報の取り扱いが高いハードルになっていると伺っています。

サポート体制は、助ける側、助けられる側の双方が、お互いを知らなければできませんので、個人の情報の取り扱いについては、お互いの了承が必要と考えております。

また、閉じこもりがちの高齢者に外出を促すことは難易度が高く、粘り強く働きかけるしかないと考えます。

(2) 質問

① 高齢者の住宅状況や独居老人対策はどのように考えますか？

⇒ 回答：町による高齢者への調査では、持ち家に住んでいる回答者 2,326 人のうち 1,994 人がそのまま住み続けたいと回答しています。また、249 人は住み替え先に高齢者向け住宅（シニアマンション）を想定している状況です。

今後、就労人口の減少で、独居の高齢者に限らず、高齢者の生活に必要な細かな支援を行政や介護保険サービス事業者等が提供するのは難しくなることから、高齢者福祉施策と介護保険サービス、住民による支え合いの 3 つを円滑に提供できる体制が必要と考えます。

② どのような高齢者福祉施策を実施していますか？

⇒ 回答：次期計画では、緊急通報システム事業、除雪サービス、要配慮者支援事業、認知症関連事業など 17 事業（R2.8.21 時点）を実施予定です。

③ 住民の福祉施策への高齢者の参加率について、調査結果を出して欲しい

⇒ 回答：高齢者が参加する福祉施策の一例となりますが、町が把握している住民主体の通いの場へ参加している登録実人数は 408 名、介護予防教室は 72 名、運動塾卒業生の会は 246 名、合計 726 名、参加率 13.2% になります。（R2.4.1 時点高齢者人口 5,480 名）

基本目標3 重度化防止、自立支援に向けた介護基盤整備

- ① 基盤整備の方向性
- ② 介護給付費適正化事業の計画

(1) 意見

- ① 現状課題解決の明確な方向性が見えにくいと思います。

回答

課題解決策の方針を大きく2点考えております。

1点目が介護人材不足・介護離職に対しての方針です。介護人材不足の解消のために介護人材養成講座を実施することで、介護サービスの供給体制の確保と、介護サービスを導入することによって介護をしている人の負担を軽減し、介護離職を防ぐ目的があります。

第7期介護保険事業計画では介護職員初任者研修を実施し、無資格者のスキルアップを含めた人材発掘を行うような内容でした。第8期介護保険事業計画では、第7期のまま実施するのか、対象を変更するのかを介護事業所との話し合いをもって決定する予定です。

2点目が在宅生活の限界点の向上（在宅生活の期間を延ばす）についてです。芽室町は全国比率で施設給付費が高く（1.5倍）、居宅サービス給付費が低い（0.7倍）ことから、居宅サービスの充実を図ります。中でも訪問介護を受けているかどうかが施設入所の検討に影響を与えていたことが在宅介護実態調査でわかったため、訪問介護の拡充を目指します。

単に在宅サービスの総量を増やすだけでは増加する高齢者に対応しきれなくなるため、必要なサービスの量と質を考えて、ケアプランを作成する介護支援専門員と芽室町で重度化防止や自立支援への共通認識をもち、ケアプランについても行政の点検を入れるようにします。

② コロナ禍で介護への支援がより重要と強く感じました。介護職員の方に十分な手当や保障が必要だと思います。

⇒ 回答：現在、国の事業として、「新型コロナウィルス感染症緊急包括支援交付金」が創設されており、感染症対策について必要なかかり増し経費についての支援、介護職員への慰労金の支給受付が開始されています。また、北海道の方でも介護職員の派遣についての制度を進めており、市町村の垣根を超えた制度が創設されております。

その他、感想等

- ① 家で穏やかに最後を迎える。死期を悟ったら、安楽死が選択できる法制度ができたら究極の幸せだと思います。
- ② 70歳代は、まだまだ若いという自覚が80歳代につながります。介護保険サービスの利用は最後の最後と考えるので、（介護保険サービスは）ありがたいと感じるし、腹も立たない。

(3) 地域ケア会議

都合により文書審議を実施

- ・結果

1 質問

(1) 基本目標1について

ア 住民に対して具体的にどのような働きかけをしますか？

回答

医療職が住民主体の通いの場に出向き、参加している方には参加を途切れさせないように支援し、また、認知症やフレイルの方には、訪問により社会参加（介護予防教室や住民主体の通いの場）を促します。

イ 健康状態が不明な高齢者をどのように把握しますか？

ウ 受診を拒否する方への働きかけは、どのようにしますか？

エ 通院を途切れさせないための働きかけは、どのようにしますか？

回答

イについて

役場のシステムで、健診や受診歴のない高齢者がわかるようになります。その方々への家庭訪問等を予定しています。

ウについて

自らの意思で受診や健診を受けない高齢者は一定数存在し、その方々に受診等を承諾いただくのは難しいと認識しております。健康状態の不明な高齢者のうち、受診や健診に応じてくれる方から取り組みを進めたいと考えております。

エについて

定期通院をしているかどうかの把握先として、家庭訪問、コーディネーター会議、公立芽室病院地域連携室等があります。通院が途切れ心配がある高齢者に、電話連絡、家族や地域連携室との連携、必要なサービスへの接続などを実施します。

基本目標2 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる

1 意見や質問

(1) 質問

団体・個人の支え合いについて、トラブルの防止策として、一定のルールは設けますか？もしくは、今、ありますか？

回答

住民による支え合いの一つとして、高齢者への生活支援を担っていただける住民を募集します。その方々を対象に「担い手養成講座：仮称」を実施し、訪問時の基本的なルール（マナー）を学んでいただきます。

また、総合事業において、訪問型サービスB（住民主体による支援）を実施していますが、受託団体に対し研修の受講を義務付け、研修受講者が高齢者への生活支援を提供する体制を整えております。

(2) 意見

現在、医療や介護保険サービスは町内資源のみでは充足しておらず、他市町村のサービスを利用しなければならない状況です。住民から「町内のサービス事業所の利用を…」と希望されても、町内サービスの数量不足があると思います。

回答

前提として芽室町内の医療や介護サービスだけで、現在の高齢化社会に対応できる資源量を確保することは難しいと認識しております。そのため、近隣市町村を含めた限られた資源をどのように使っていくのかが大切になります。その際、医療と介護の連携がうまく図られていないと、限られた資源の有効活用ができません。それを防ぐために、医療や介護保険サービスを円滑に利用できる社会＝地域包括ケアシステムの推進を実施するものです。

基本目標3 重度化防止、自立支援に向けた介護基盤整備

(1) 意見や質問

①意見

認知症等で重度化してしまった場合、次の受け入れ施設がなく悩む場面が多くあります。また、生活保護ではないけれども金銭的に余裕のない高齢者は、この先どのような生活を送れば良いのでしょうか？お金がなく施設入所が難しい方の場合、共倒れが心配です。

回答

第8期計画では施設を整備せずに在宅介護の強化を進め、重度化防止や自立支援を強化していく方針を検討しています。その結果、自宅への受け入れが可能な方が増加し、重度化した方の受け入れ先（施設等）の待機状況が改善すると考えております。

金銭的な問題については一概にお答えするのが難しいのですが、要介護者、介護者の共倒れを防ぐために、施設に比べて費用負担が少ない在宅サービスを利用しながら、本人が住み慣れた地域で暮らせるように支援します。また、家族の介護負担や介護離職を減らせるよう、介護家族リフレッシュ教室等による介護家族の支援にも力を入れていきます。

②質問

運動特化型通所介護の開設目途を教えてください。いつぐらいまでを予定、計画していますか？

回答

運動特化型通所介護については、第7期計画で自立支援に向けた介護サービスとして有効であると評価しました。ただし、通所介護事業者は、介護保険の制度上、町が公募することはできず、町が実施主体となって事業所を開設する計画もありません。そのため、当該サービスの必要性を第8期計画に記載し、通所介護事業者による開設を期待している現状にあります。以上のことから、開設時期に関しましては「未定」という記載といたしました。

(4) 芽室町単位老人クラブ会長会議

- ・日時：令和2年10月19日
- ・参加者数：単位老人クラブ会長 22名
- ・場所：ふれあい交流館大ホール
- ・結果

基本目標1 社会とのつながりが可能な心身の健康維持

1 質問

(1) 全体の具体策が知りたい

回答

健康でいるためには、社会参加（介護予防）と心身の健康維持（病気の管理等）を一体的に進める必要があります。具体策として下記を予定しています。

- (1) 社会参加の場となる住民主体の通いの場や介護予防事業等を充実し、高齢者の皆さんへ社会参加の場を提供します。
- (2) 住民主体の通いの場をやめた方には、介護予防事業や別の通いの場を紹介し、社会参加が途切れないよう働きかけます。
- (3) 身体的フレイルの原因である関節疾患等の予防や認知症の発症を遅らせるため、住民主体の通いの場や家庭訪問等で対象となる方を早期発見し、要介護状態になる前に支援を開始します。
- (4) 健診や受診歴がない健康状態不明高齢者を把握し、受診や社会参加を促します。

2 意見

(1) 住民主体の通いの場の充実について

私たち、単位老人クラブの例会等を研修の場として積極的に活用してほしい。地域包括支援センターの活動の場として有効ではないでしょうか？

回答

高齢者の皆さんのが集まる単位老人クラブは、研修の場として効果が高いと思います。協力いただけるのであれば、町からの出前講座や医療職による老人クラブへの訪問等を受け入れていただきたいと考えております。

(2) 住民主体の通いの場の充実について

老々介護が増加すると思われます。介護予防のための「ひまわり」のような施設の拡大、拡充が必要と思います。

回答

元気でいられる期間を長くするには「ひまわり」のような介護予防教室も有効と考えています。現在の教室を継続するとともに、新しい介護予防教室の開催を検討中です。

基本目標2 何らかの支援が必要になっても、今の住まいでも暮らせる

1 質問

(1) 住民による支え合いの促進について、住民のプライバシーの問題をどうするのか？

回答

今の住まいでも暮らすには、介護保険サービスに加えてゴミ出し等のちょっとした困りごとをサポートできる体制づくりが必要と考えています。ただし、町内会でもサポート体制や防災体制を検討する際、個人情報の取り扱いが高いハードルになっていると伺っています。

サポート体制は、助ける側、助けられる側の双方が、お互いを知らなければできませんので、個人の情報の取り扱いについては、お互いの了承が必要と考えております。

基本目標3 重度化防止、自立支援に向けた介護基盤整備 ⇒意見や質問はありませんでした。

感想

(1) 高齢者自身もやっていただくだけでなく、自ら参加・協力する姿勢が大切
と思います。

(2) 行政が高齢化社会をどうするのか努力している反面、生産年齢人口の減少で若年層の税金の費用負担が増す構図になります。高齢者は感謝の念を持ち、若者も「いつかは自分も年を取るのだ」という意識の醸成が家庭内でも必要と思い

ます。

(3) (何らかの支援が必要になっても) まずは家族の責任を忘れないようにしたい。

(4) 高齢になっても自宅で暮らすには医療機関や介護の支援は不可欠。町内の医療機関が住民との対話に努力していることは大変ありがたい。

(5) 核家族のため、子供たちとの接点が減っています。親としては、介護で子供に迷惑をかけたくないという思いもあると思います。

(6) 本年度より老人クラブで年3回、旧会員と現会員で例会へ出席していない人のお宅へ安否確認訪問を秋に計画していたが、新型コロナウィルスの関係で、冬になった。「趣味の会」など他の団体とも連携し、老人クラブが頼れる会となり、入会者の少ない、現在、入会を促したい。

(5) ケアマネネットワーク会議での意見交換

・日時:令和2年10月22日 午後4時～5時

・参加事業所数:7事業所

・場所:保健福祉センターかしわホール

基本目標1 社会とのつながりが可能な心身の健康維持

基本目標2 何らかの支援が必要になっても、今の住まいに暮らせる

⇒ 基本目標1と2について、意見や質問はありませんでした。

基本目標3 重度化防止、自立支援に向けた介護基盤整備

① 基盤整備の方向性

② 介護給付費適正化事業の計画

(1) 質問

在宅介護（特に訪問介護）の基盤の強化と記載されていますが、どのように実施しますか？

⇒ 回答：介護保険係長

訪問介護の提供数を増やすことを目標としています。

(2) ケアマネからの情報提供

ア 帯広でも生活支援、身体介護の種別を問わず、訪問介護が不足しており、ケアマネジャーが提供可能な訪問介護事業所を探している状況です。

帯広から芽室町に来てくれる事業所を探すとなると、よりハードルが上がります。

イ 帯広の訪問介護事業所には、芽室町の農村部への提供を断られることが多く、町内の訪問介護事業所に依頼するしかない状況です。

(3) 地域包括支援センター総合相談担当からケアマネへの情報提供

地域包括支援センターでもヘルパー不足の状況を承知しています。

相談に来所された方が生活支援を望まれる場合は、訪問介護に限らず民間サービスも併せて紹介していますが、訪問介護を選択されることが多い状況です。

5 介護保険サービス事業者との意見交換

| | |
|------|---------------------------------|
| 開催日時 | 2020(令和2)年10月6日 午後18時00分～19時00分 |
| 参加者 | 3事業者 合計8人 |
| 実施場所 | 保健福祉センター会議室 |

| 主な意見 |
|---|
| ○外国人の採用について ・現状では新規で入ってくる学生が少ないため、人員を維持するために、紹介業者を使うか、外国人の仲介業者を使うかしないと認識している。外国人だと言語や住まい、職場環境等心配な部分は多いが、選択肢が少ない中では現実的に考えていかなくてはいけないと感じている。 ・外国人が勤務しているが、コミュニケーションには不安がある。知り合い等が周りにおらず、職員が外出に誘ったり、様々な手続きも職員が一緒に行くことが多い。外国人の集合住宅のようなものがあれば、そのなかでもコミュニケーションが取れるのではないかと考えたことはある。 |
| ○学生の採用について ・職員採用につながるものとして、学生の実習からの受け入れがあったが、現在、専門学校等に入学する際に様々な法人が奨学金制度を出しており、その法人内で働くことを条件に返済不要としているものが多く、高校生の時に現場を見ずに法人を決定している子が増え、現場に入ってギャップに苦しんでいる学生や、実習のモチベーションが上がらない学生も見かけている。 ・中学生のころから介護のことを知ってもらう必要があると思う。魅力発信の場があればよいと思っている。 ・現状では採用される側が様々な事業所から選べるような状況で最終的に報酬が少ないと別の事業所を選択されることもある。 |
| ○現状の職員体制について ・正職員、パート、夜勤ができるかどうか、土日の勤務が可能かどうかを法人全体で職員配置をしながらサービス提供をしている。そのため、土日が正職員ばかりで平日はパートばかりとなったり、夜勤勤務職員が固定したりとバランスがとりにくいのが現状。 ・できるだけ地元の人を採用し、地域に根付いた活動をしてもらいたいと考えているがなかなか出てこない。子育て世代の方はシフトを組んで自由に働く環境は良いのではないかと感じている。 |
| ○コロナウィルスの対応について ・職員に行動制限はしていないものの、気を付けて生活することで職員のストレスが溜まっていると感じている。商品の値上がりがあり、現在は国の制度もあるため購入できているがこの先どうなってしまうのか不安である。 ・利用者が使ったものの消毒を毎日実施しているが、手間がすごくかかっている。 |