

安平町高齢者保健福祉計画

・ 第8期介護保険事業計画

令和3年度(2021年度)～令和5年度(2023年度)

(案)

令和3年2月

安平町健康福祉課

— 目 次 —

1 計画策定の趣旨	P1～P4
令和3年度から3年を計画期間とする第8期介護保険事業計画について	
2 サービス提供体制の確保及び事業実施にあたって	P5～P13
少子高齢化が進む中で、高齢者が自分らしく、 自立した生活を送るための体制整備について	
3 計画の基本目標について	P14
医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供を目指した 地域包括ケアシステムの確立	
・ 地域包括ケアシステムイメージ図	P15
4 安平町の高齢者及び介護サービス事業の現状	P16～P21
安平町の高齢化率と要介護認定率、介護サービスの利用状況について	
・ 高齢者実態調査からみる状況	P22～P27
・ 生活の中にある、要介護状態になるリスクと課題分析について	
5 介護保険事業計画の概要	P28～P31
第8期介護保険事業計画における推計について	
6 具体的な施策の展開	P32～P60
第7期計画の達成状況の検証、第8期計画の位置付けと目標	
7 高齢者福祉施策の概要	P61～P66
在宅高齢者を支援するための町の高齢者福祉施策	
8 第8期介護保険料の設定について	P67
第1号被保険者の介護保険料の設定方法について	
9 介護給付費等の対象サービス計画	P68～P71
現行の介護サービスで第8期のサービス見込み量を推計	
10 第1号被保険者の介護保険料について	P72～P73
令和3年度から令和5年度の介護保険料	
資料編（用語の説明）	P74～P79

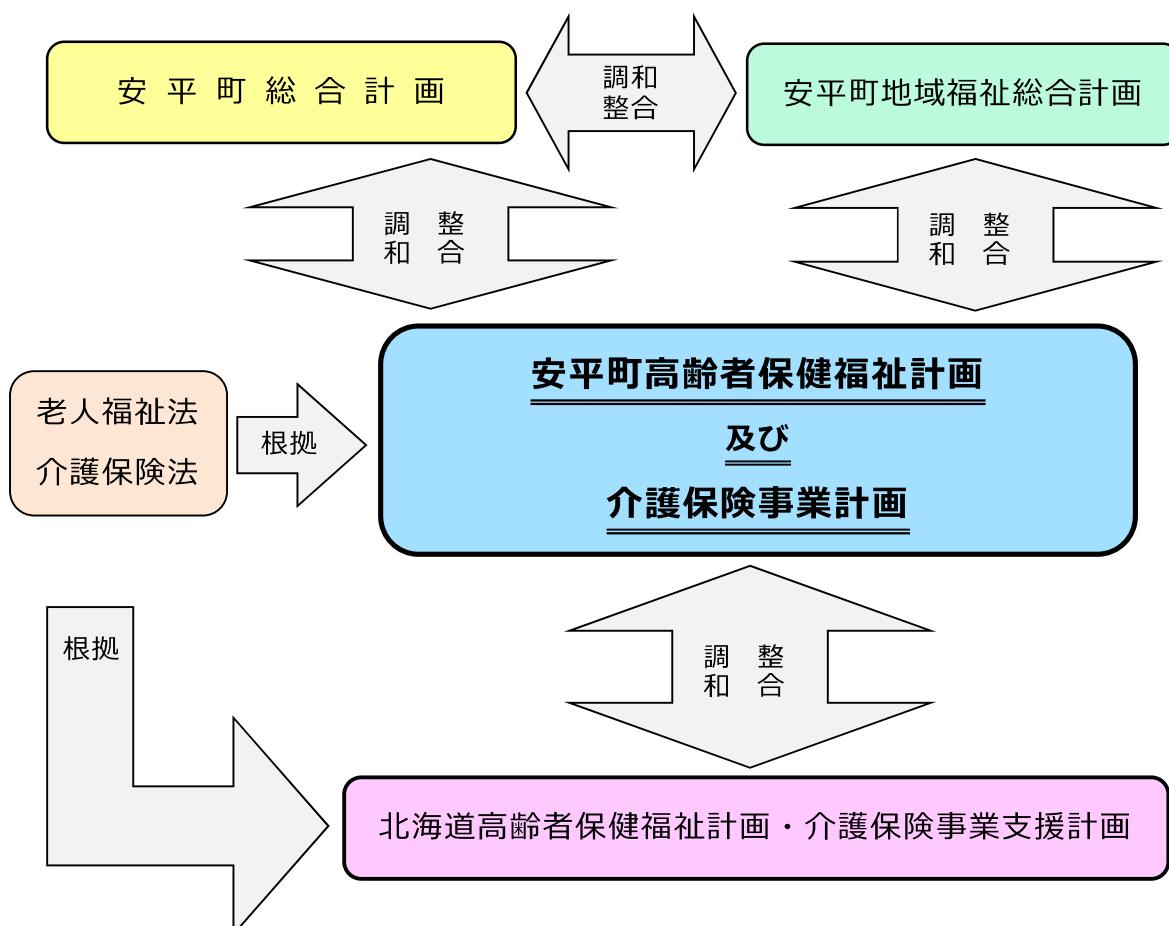
1 計画策定の趣旨

第1節 計画の位置付け

介護保険事業計画は、老人福祉法第20条の8及び介護保険法第117条に規定するもので、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的な計画として策定します。

本町においては、国及び北海道（以下「道」という。）の作成指針に即しつつ、上位計画である「安平町総合計画」や「安平町地域福祉総合計画」、その他関連する計画との整合性を図り策定しています。

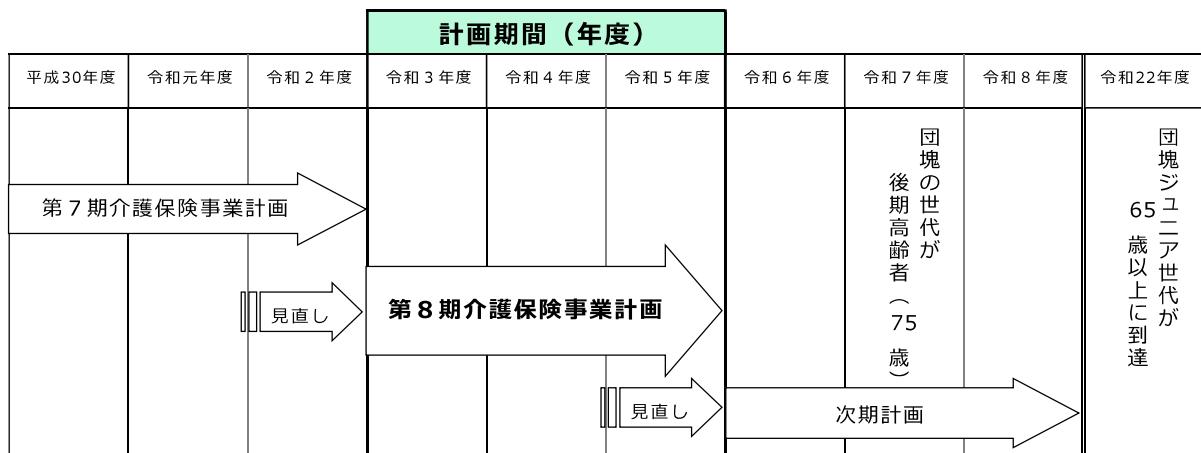
図表：本計画の位置付け



第2節 計画の期間

介護保険事業計画は、概ね3年を通じ財政の均衡を保つものでなければならないものとされ、保険料の算定の基礎となる介護給付等対象サービス及び地域支援事業の量の見込み等について定めるものであることから、3年を1期として作成します。

高齢者保健福祉計画についても、介護保険事業計画と一体的に作成することとされているため、同一の期間としています。



第3節 計画の全体像

高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」をさらに深化・推進していくことが重要となっています。

本計画では団塊の世代が75歳以上となる令和7年、さらには、団塊ジュニア世代が65歳以上になり、現役世代が急減する令和22年を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズの長期的な見通しを行い、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにすることが求められています。

こうした状況を踏まえ、本町の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるよう、安平町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画を策定します。

第4節 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表

(1) 介護保険事業計画の作成のための体制の整備

本計画は、高齢者福祉及び介護保険事業の幅広い関係者の参画により本町の特性に応じた事業展開をしていくために、地域福祉総合検討推進会議の高齢者福祉部会並びに介護保険部会等の協議を経て策定しています。

(2) 介護保険事業計画の点検及び評価

計画の点検及び評価を行うため、安平町地域福祉総合検討推進会議の高齢者福祉部会並びに介護保険部会等においてその内容を検証していきます。

(3) 介護保険事業計画等の公表について

町広報紙やホームページ等を活用するほか、町民に対して計画目標の達成状況の点検、調査及び評価の内容についての公表に努めています。

第5節 要介護者等地域の実態の把握

要介護者等の実態を踏まえ、介護給付等対象サービス及び地域支援事業の需要を把握した上で計画を作成します。

(1) 被保険者の現状と見込み

各種人口統計等を活用し、人口構造、被保険者数、要介護者数、認知症高齢者数等により、計画期間中の各年度及び将来的な被保険者数、介護予防・日常生活支援総合事業及び予防給付の実施状況を勘案した要介護者等の数等の見込みを定めます。

(2) 保険給付の実績把握と分析

介護給付等対象サービスの種類ごとの量、利用状況等を適切に定めるため、要介護者等の人数や保険給付の実績について、各種調査報告や分析システムを活用することにより、保険給付の動向やその特徴の把握に努め、第7期計画の課題を分析・評価を行い、その結果を第8期計画の作成に活用します。

(3) 調査の実施

被保険者のサービスの利用に関する意向等を把握するとともに、自らが定める区域ごとに被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情等、要介護者等の実態に関する「高齢者実態調査」を実施し、調査結果を活用して地域における高齢者の実態、高齢者福祉サービス、介護給付等対象サービスの利用に関する意向を把握していきます。

さらに高齢者実態調査等により新しい介護予防・日常生活支援総合事業の管理・運営に活用するとともに、地域診断（見える化システム）により、他地域と比較しながら、生活支援サービスや介護予防事業の充実等の取り組みを計画に定めるとともに、それらの取り組みを勘案して、要介護者等の数やサービス量の見込みを定めます。

(4) 地域ケア会議等における課題の検討

地域ケア会議の活用により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を図るよう努めていきます。

地域ケア会議の運営にあたっては、地域に不足する資源の開発や有効な支援策の普遍化等について検討し、ニーズ調査等の結果と照らし合わせながら計画等の行政施策につなげていきます。

なお、地域ケア会議の開催にあたっては、安平町地域ケア会議実施要綱と、道の地域ケア会議ガイドラインに基づき、地域包括支援センターの適切な運営を通じて、多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークの構築に努め、課題解決に向け取り組んでいきます。

2 サービス提供体制の確保及び事業実施にあたって

第1節 地域包括ケアシステムの基本的的理念

地域の実情に応じ、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ高齢者が自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（以下「地域包括ケアシステム」という。）の推進に努めていきます。

また、社会福祉法（昭和26年法律第45号）の改正により、地域住民と協働して、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備を目指していきます。

さらに、地域共生社会の実現のための社会福法等の一部を改正する法律（令和2年52号）においては、介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われ、今後は、包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくりなどに一体的に取り組み、地域共生社会の実現に努めます。

（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できるよう支援することや、要介護状態又は要支援状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化を防止するため、自立支援・介護予防に関する普及啓発、地域ケア会議の多職種連携による取組みの推進、地域包括支援センターの強化、ボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加の促進など、地域の実態や状況に応じて様々な取組みを推進します。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることによって、疾病予防・重度化予防の促進を目指します。

(2) 介護給付費等の対象サービスの充実・強化

認知症の人や高齢者が、要介護状態等となっても、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できるよう、地域密着型サービス等の提供や在宅と施設の連携等、地域における継続的な支援体制の整備を進めていきます。

(3) 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療は、受ける患者の生活の場である日常生活圏域での提供体制を整備することが必要であることから、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国及び道の支援のもと、町が主体となって、体制の整備や人材の確保・養成を推進していきます。

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、退院支援、日常の療養支援、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に携わる者、その他の関係者の連携体制「在宅医療・介護連携」の整備を図っていきます。

(4) 日常生活を支援する体制の整備

多様な生活支援・介護予防サービスを整備していくため、町が中心となって、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成等を通じ、生活支援・介護予防サービスを担う事業主体の支援、協働体制の充実・強化を図っていきます。

平成30年4月より、全ての介護予防訪問介護、介護予防通所介護が、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）へ移行していることから、厚生労働大臣が定める指針等を参考に、地域支援事業の活用のほか、一般施策等も併せながら積極的に取組みを進めています。

(5) 高齢者の住まいの安定確保

高齢者向けの住まいである「高齢者向け住宅」が、地域におけるニーズに応じて適切に供給、確保されるとともに、入居者が安心して暮らすことができるよう努めていきます。

また、社会的に孤立する高齢者等多様な生活課題を抱える高齢者及び地域での生活が困難となっている高齢者を対象に「高齢者生活共同施設」や「単身高齢者生活共同施設」の活用等による低廉な家賃の住まいの確保と、住宅型有料老人ホームや軽費老人ホームについては、実情に応じたサービス量の見込みを定め、適切な生活支援体制の確保等に留意するとともに、住宅施策と連携し「まちづくり」の一環という視点を明確にしながら、医療及び介護の提供体制を整備していきます。

第2節 令和7年及び令和22年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標

団塊の世代が75歳以上となる令和7年までの間に、介護給付等対象サービスの充実を図るとともに、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策や生活支援サービスの充実等地域包括ケアシステムの推進に向けた方策に取り組んでいきます。

また、団塊ジュニア世代が65歳を迎える令和22年には、介護ニーズの高い85歳以上の人口が急速に増加することが見込まれることから、地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備について取組みを進めています。

このため、本計画を地域包括ケア推進計画として位置付け、第7期計画の達成状況の検証を踏まえた上で、第8期の位置付け及び期間中に目指すべき姿を具体的に明らかにしながら目標を設定し取組みを進めています。

第3節 医療計画との整合性の確保

平成30年度以降、町計画、道計画及び医療計画（医療法第30条の4 第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）の作成・見直しのサイクルが一致しています。

そのため、病床機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築、並びに在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、計画の整合性を確保することとし、道や町の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設け、協議の場において、道の地域医療構想（医療法第30条の4 第2項第7号に規定する将来の医療提供体制に関する構想をいう。以下同じ。）を踏まえ、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性を確保するため、町計画及び道計画において掲げる介護サービスの見込量と、医療計画における在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、より緊密に連携を図っていきます。

第4節 地域包括ケアシステム推進のための地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進

介護保険事業を運営しながら、地域における保健医療サービス及び福祉サービスを総合的に整備するため、地域包括支援センターが中心となって、地域で適切なケアマネジメントが行われる環境を整備するとともに、地域ケア会議の開催を通じて、地域包括ケアシステムの構築を進めています。

また、高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体、就労的活動支援コーディネーターが中心となり、高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めています。

第5節 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上 並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業

地域包括ケアシステムの構築に関しては、介護給付等対象サービス及び地域支援事業に携わる質の高い人材を、安定的に確保するための取り組みに加え、ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行えるようにするために、業務の効率化及び質の向上を図る取り組みを推進していきます。

また、地域包括支援センターでも必要な体制の検討を行うとともに、地域支援事業を充実させるため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置、生活支援等の支え手となるボランティア、NPOの支援、市民後見人の育成、認知症サポートの養成等、必要な施策に加え、介護人材がやりがいを持って働き続けられる環境整備を進めています。

今後も高齢者の増加に伴い要介護認定申請件数の増加が見込まれること等から、要介護認定制度における業務の簡素化等を踏まえながら、引き続き、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制を計画的な整備に取り組みます。

第6節 介護に取り組む家族等への支援の充実

介護のために離職せざるを得ないという状況を防ぎ、希望する者が働き続けられる社会の実現を目指します。そのために町で実施している家族介護支援事業に加え、相談体制の拡充など、地域の実情を踏まえ、家族等に対する相談・支援体制の強化を図っていきます。

第7節 認知症施策の推進

認知症施策については、これまで「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づき推進されてきましたが、今後認知症の人の数が増加することが見込まれていることから、さらに強力に施策を推進していくために、令和元年

6月にとりまとめられた「認知症施策推進大綱」に沿って認知症の人ができる限り地域のより良い環境で自分らしく暮らしが続けることができる社会の実現を目指すため、次のとおり認知症施策を進めていきます。

(1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発

認知症サポーターの養成や活動の支援、認知症の人本人からの発信支援など、社会全体で認知症の人を支える基盤の整備を推進していきます。

(2) 予防

認知症に係る適切なサービスを提供するため、医療機関、サービス事業者等と連携し、認知症の予防に関する調査研究を推進し、認知症予防に関するエビデンス（証拠）の収集・普及を推進していきます。

(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

① 医療・ケア（早期診断・早期対応）

認知機能低下のある人（軽度認知障害を含む）や認知症の人に対して、早期発見、早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム等の更なる質の向上と連携の強化を推進します。

② 介護サービス

認知症の人に対して、それぞれの状況に応じた適切な介護サービスを提供できるよう、介護サービス基盤整備や介護人材確保、介護従事者の認知症対応力向上のための取組みを推進します。

③ 介護者への支援

認知症の人の介護者の負担軽減や生活と介護の両立が図れるよう、認知症の人及びその介護者が集う認知症カフェ等の取組みを推進します。

(4) 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・

社会参加支援

① 認知症バリアフリーの推進 生活のあらゆる場面で、認知症になって

からも住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組みを推進していきます。また、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を認知症の人やその家族の支援ニーズにあった具体的な支援につなげる仕組みづくりに取り組みます。

- ② 若年性認知症の人への支援 若年性認知症支援コーディネーターの活用等により若年性認知症の人への支援を推進します。
- ③ 社会参加支援 地域支援事業の活用等により、認知症の人の社会参加活動の促進に取り組みます。

第8節 高齢者虐待の防止等

高齢者虐待は依然として増加傾向にあり、その対策が急務となっているため、次に掲げる高齢者虐待防止の体制整備に取り組むとともに、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止に取り組んでいきます。

特に、養護者による高齢者虐待への対応については、主な養護者である家族の不安や悩みを聞き助言等を行う相談機能の強化・支援体制の充実に取り組んでいきます。

(1) 広報・普及啓発

高齢者虐待の対応窓口となる部局（相談通報窓口）の周知徹底、虐待防止に関する制度等への住民への啓発を行い、介護事業者等へ向けても高齢者虐待防止法についての周知に取り組みます。

(2) ネットワーク構築

早期発見・見守り、保健医療福祉サービスの介入支援、関係機関介入支援、等を図るためのネットワークの構築を図っていきます。

(3) 行政機関連携

成年後見制度の町長申立、警察署長に対する援助要請等、措置をとるた

めに必要な居室の確保等に関する関係行政機関等との連携、調整を行います。

(4) 相談・支援

虐待を行った養護者に対する相談、指導や助言等を行います。

第9節 介護サービス情報の公表

介護サービス情報の公表制度は、利用者の選択を通じて介護保険のシステムが健全に機能するための基盤となります。

このため、道は、介護サービス情報の公表制度が適切に行われるよう、必要な人材の養成等体制整備を図っています。

町では、情報公表システムを周知するとともに、生活支援・介護予防サービスの情報について主体的に情報収集した上で、情報公表に努めています。

第10節 効果的・効率的な介護給付の推進

介護給付の適正化を推進するための方策として、必要に応じ、技術的事項について必要な助言を道に求め、介護給付適正化事業の一層の推進に取り組んでいきます。

そのため、地域の実情やこれまでの取組みを踏まえ、今後の介護給付の適正化に向けた具体的な取組み内容及び実施方法とその目標等を定めるとともに、国民健康保険団体連合会や介護給付費の適正化システム等を活用しながら、道と協力して給付適正化の一層の推進に取り組んでいきます。

第11節 北海道からの支援並びに道、市町村間及び市町村相互間の連携

介護保険制度への信頼を維持していく観点から、今後も事業者の指導監督等については、道と保険者である町が十分に連携して対応していきます。

市町村相互間の連携に関しては、地域の実情に応じて、近隣の市町と連携して在宅医療・介護連携や介護予防の推進、認知症施策や生活支援・介護予防サ

ービスの充実等地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいきます。

また、介護現場におけるICTの活用等や介護分野の文書に係る負担軽減の取組み等を進め、業務の効率化に取り組みます。

第12節 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進

地域課題を分析し、地域の実情に則して、高齢者の自立支援や重度化防止の取り組みに関する目標を計画に定めるとともに、目標に対する実績評価及び評価結果の公表を行っていきます。

第13節 保険者機能強化推進交付金の活用

平成30年度に新設された「保険者機能強化推進交付金」を活用して、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた必要な取組みを進めるとともに、新たな事業への積極的な展開を含めて、各種取組みの一層の強化を図ります。

第14節 災害・感染症対策に係る体制整備

近年の災害の発生状況や新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、次のこと取り組みます。

- ① 介護事業所等と連携し防災や新型コロナウイルス感染症についての周知啓発、研修、訓練の実施
- ② 関係部局と連携し、介護事業所等における災害や感染症の発生時に必要な物資についての備蓄・調達・輸送体制の整備
- ③ 道・町・関係団体が連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制の構築

3 計画の基本目標について

(1) 目標の設定

全国的に少子高齢化が急速に進んでおり、団塊の世代が高齢者になっていく中で、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯も増加しています。町でも団塊の世代が高齢者になり、令和2年9月末現在の高齢者(65歳以上)人口は2,816人、高齢化率は37.0%となっています。

第5期計画から、団塊の世代の高齢化が一段と進む令和7年度に向けた地域包括ケアシステムの構築の取組みがスタートしており、今回の第8期介護保険事業計画では、第7期計画の取組み状況から検証を行い、課題に応じて目標を設定します。

(2) 令和7年度及び令和22年度の推計並びに第8期の目標

団塊の世代が75歳となる令和7年度、さらには、その先の団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年度に向け、介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計を行います。

その推計を踏まえて第8期の保険料を定め、地域包括ケアシステムの構築に向け、第8期以降各計画期間を通じた段階的な充実の方針及びその中の第8期の位置づけを明らかにするとともに、その地域の特色を具体的に反映した、第8期の具体的な施策により目指す目標を定めます。

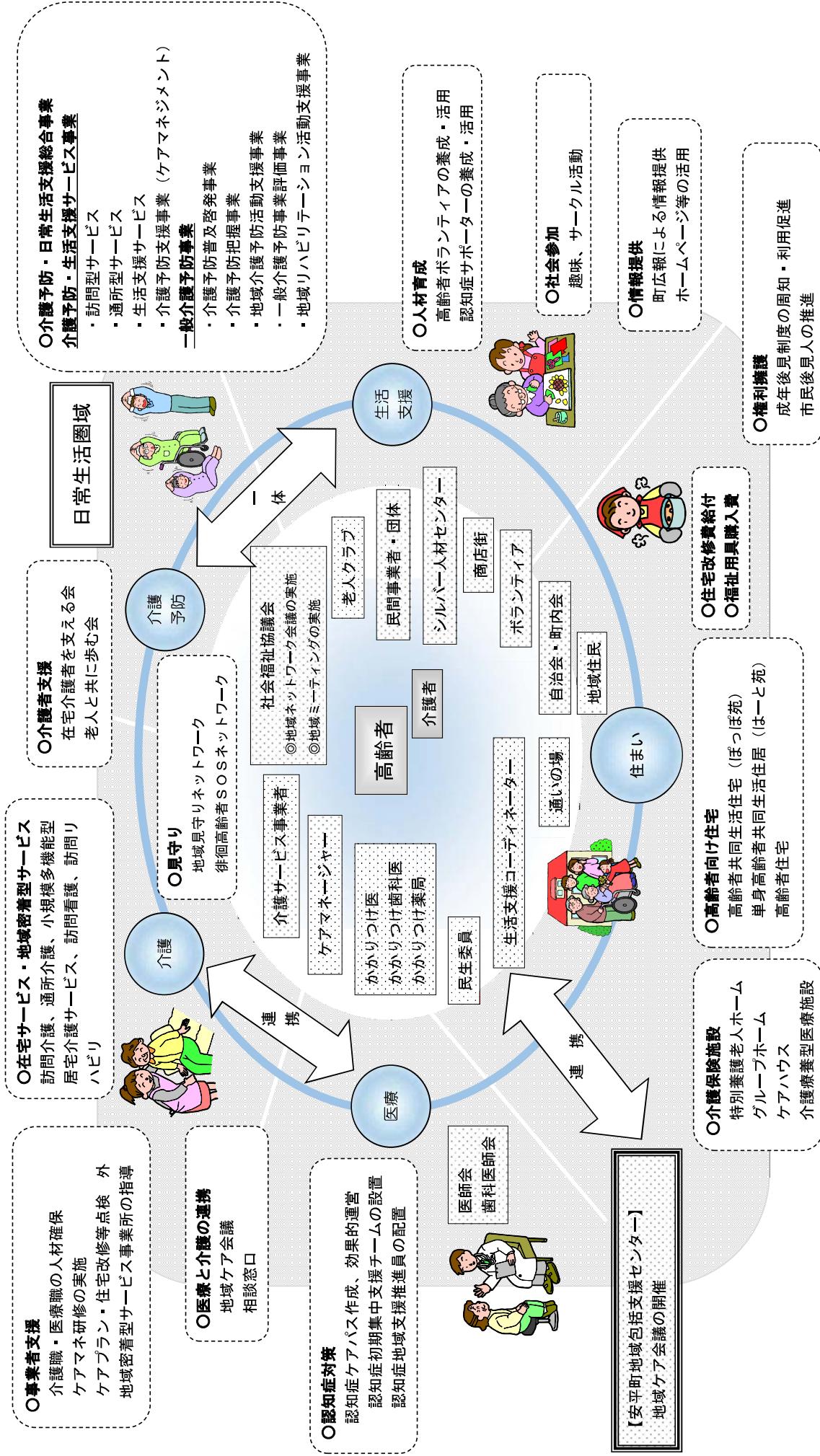
(3) 日常生活圏域の設定

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して、高齢化のピーク時までに目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭において、地域の実情に応じた日常生活圏域を定めます。

イメージ図：1

■ 地域包括ケアシステムイメージ図

【計画目標】
住み慣れた地域において人生の最期まで暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを確立する



4 安平町の高齢者及び介護サービス事業の現状

第1節 安平町の高齢者等の現状

(1) 安平町の高齢者数

介護保険制度がスタートした平成12年、安平町（合併前の2町計）の高齢者人口は2,237人、高齢化率は23.7%でした。令和2年9月末日現在の高齢者人口並びに高齢化率を比較すると、人口で579人、高齢化率は13.3ポイント上昇しています。

地区別にみた3年間の高齢化率の伸び率をみると、追分地区で1.5ポイント、早来地区では1.8ポイント上昇し、「瑞穂」、「緑が丘」、「北町」、「春日」、「新栄」では50%を超えていいます。

【安平町の高齢者等の状況と国・道との比較】

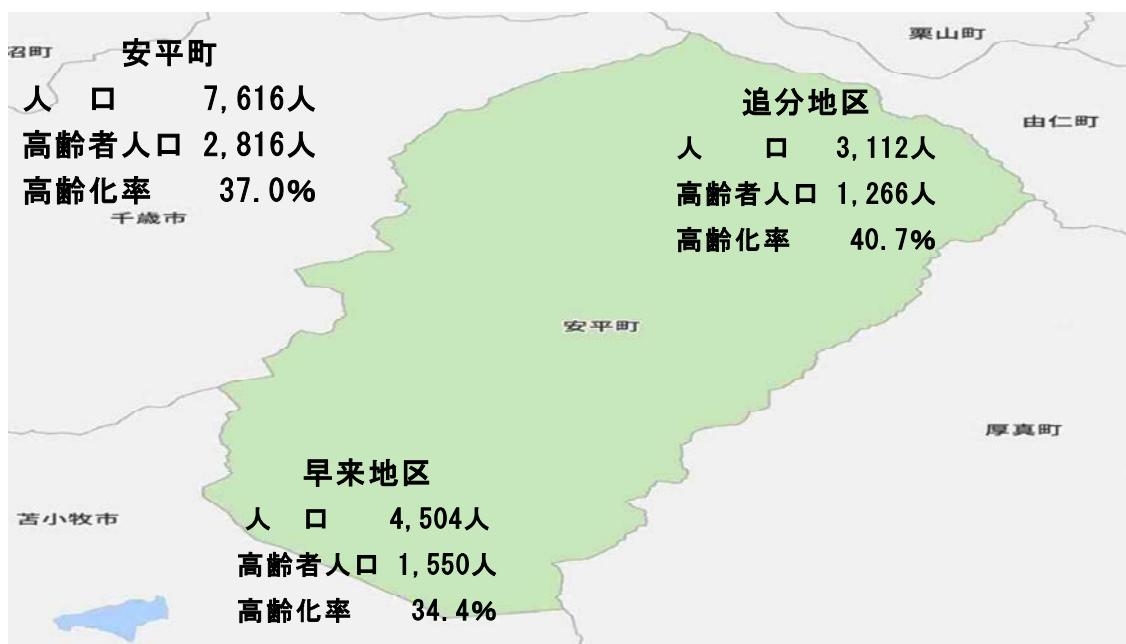
区分		平成26年	平成29年	令和2年
安平町	総人口（人）	8,587人	8,218人	7,616人
	65歳以上 ※被保険者数	2,841人	2,916人	2,816人
	65歳～74歳（人）	1,357人	1,345人	1,252人
	75歳以上（人）	1,484人	1,571人	1,564人
	高齢化率（%）	33.1%	35.5%	37.0%
道	高齢化率（%）	26.8%	29.7%	31.7%
国	高齢化率（%）	25.2%	27.4%	28.7%

- (注) 1. 国・道の高齢化率は26年と29年は10月1日、令和2年は1月1日現在
2. 安平町は各年とも9月末日現在

【安平町内地区別の高齢化率の状況】

地区名	地区別人口	高齢者人口	高齢化率
追分地区	3,112人 (3,382人)	1,266人 (1,326人)	40.7% (39.2%)
早来地区	4,504人 (4,833人)	1,550人 (1,577人)	34.4% (32.6%)

※上段は令和2年9月の状況、下段（）内は平成29年9月の状況



【高齢化の分布状況】

高齢化率	地区別
0.0%～20.0%	旭、源武
21.0%～30.0%	向陽、白樺、守田、大町（しらかば、ときわ）、富岡
31.0%～40.0%	弥生、北進、東早来、大町（あけぼの、あかね）、栄町、遠浅
41.0%～50.0%	美園、豊栄、若草、花園、柏が丘、本町、青葉、中央、安平、緑丘
51.0%～	春日、緑が丘、瑞穂、新栄、北町

※参考資料：安平町「高齢者台帳」

さらに、少子化や核家族化が進み、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯は増加し、令和2年9月末日現在のひとり暮らしの高齢者は885人で、高齢者全体に占める割合は31.4%になっています。

【安平町のひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯数】

区分	平成26年	平成29年	令和2年
世帯数	1,465世帯	1,521世帯	1,515世帯
ひとり暮らしの高齢者世帯	810世帯	860世帯	885世帯
高齢者のみの世帯	655世帯	661世帯	630世帯

(注) 1. 世帯数は各年とも9月末日現在

※参考資料：安平町「高齢者台帳」

(2) 安平町の認定者数の推移

町の要支援、要介護認定者数は平成30年の北海道胆振東部地震による新規申請等により平成29年度と比較して2.2%増加しました。

区分の分布では、要介護1と2で全体の42%を占めていますが、要支援1、2の認定者が令和元年度末と比較し2.1%増となっています。

認定率は、認定者数とともに平成30年以降微増で推移しています。

安平町の要支援及び要介護認定者の状況

区分	平成30年(H31.3)	令和元年(R2.3)	令和2年(R2.9)
要支援1	58人	10.6%	60人
要支援2	69人	12.6%	87人
支援計(A)	127人	23.2%	147人
要介護1	104人	18.9%	126人
要介護2	116人	21.1%	105人
要介護3	76人	13.8%	63人
要介護4	71人	12.9%	64人
要介護5	55人	10.0%	43人
介護計(B)	422人	76.8%	401人
計(A+B)	549人	100.0%	548人
			100.0%

(注) 1. 認定者数は各年()内の月末現在

2. 要支援・要介護認定者数には第2号被保険者を含む

安平町の要支援及び要介護認定率の状況

区分	平成30年(H31.3)	令和元年(R1.3)	令和2年(R2.9)
65歳以上	2,892人	-	2,829人
要支援数	127人	4.4%	148人
要介護数	422人	14.6%	401人
認定者数	549人	19.0%	549人

(注) 1. 65歳以上の(第1号被保険者)人数は各年()内の月末現在

2. 認定者数は各年()内の月末現在

3. 要支援・要介護認定者数には第2号被保険者を含む

第2節 介護保険サービスの利用（分析含む）実績等

平成30年度～令和2年度における利用実績及び見込み

1. 居宅サービス

第7期計画中、訪問看護と居宅療養管理指導の利用が大幅に増加、短期入所生活介護と特定施設入居者生活介護が微増しています。

また、要介護認定者が減少しているため、通所介護と居宅介護支援が減少となっています。

サービスの種類	実績値及び見込値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
訪問介護	11,508回	11,061回	13,200回
訪問入浴介護	133回	68回	120回
訪問看護	652回	649回	684回
訪問リハビリテーション	219回	440回	120回
居宅療養管理指導	389回	627回	432回
通所介護	8,261回	7,603回	6,684回
通所リハビリテーション	1,515回	1,458回	1,440回
短期入所生活介護(含療養介護)	2,735日	3,362日	2,664日
特定施設入居者生活介護(含短期)	261人	275人	264人
福祉用具貸与	1,285件	1,207件	1,332件
特定福祉用具販売	15件	28件	24件
住宅改修	12件	22件	24件
居宅介護支援	2,266人	2,076人	1,920人

2. 施設サービス

施設サービスにつきましては、胆振東部地震により住所地特例制度を利用する方が増え、利用者が増加しましたが、町全体的に人口の減少が進み、令和2年度においては、利用者が減少しています。

サービスの種類	実績値及び見込値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
介護老人福祉施設	660人	666人	647人
介護老人保健施設	230人	274人	240人
介護療養型医療施設	24人	40人	24人

3. 地域密着型サービス

小規模多機能型居宅介護では、平成28年2月に開設した「華たば」の利用と認知症対応型通所介護の利用者が増えています。グループホーム「さかえ」では、引き続き短期認知症対応型共同生活介護の提供をしています。

サービスの種類(含予防)	実績値及び見込値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
認知症対応型通所介護	1,369回	1,294回	1,428回
認知症対応型共同生活介護(含短期)	531人	531人	528人
小規模多機能型居宅介護	699人	681人	728人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0人	0人	2人
地域密着型通所介護	251回	281回	276回

4. 介護予防サービス

訪問リハビリテーションについては、追分菊池病院で平成30年度から再開したことにより利用実績が増加しています。

サービスの種類	実績値及び見込値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
介護予防訪問看護	269回	314回	229回
介護予防訪問リハビリテーション	22回	90回	116回
介護予防通所リハビリテーション	37人	48人	40人
介護予防短期入所生活(療養)介護	17日	28日	20日
介護予防特定施設入居者生活介護	671人	94人	134人
介護予防福祉用具貸与	352件	452件	599件
介護予防特定福祉用具販売	15件	13件	16件
介護予防住宅改修	9件	19件	16件
介護予防支援	408人	537人	652人

※介護予防訪問介護及び通所介護は、平成28年3月に総合事業へ移行。

第3節 安平町内における介護サービス事業者の現状

町では、第7期計画中に、事業所の閉所により居宅介護支援事業所が2か所、通所リハビリステーション、訪問介護事業所が減となっています。平成30年4月に地域密着型介護老人福祉施設「早来陽光苑」（定員20名）が開所しています。

（計画基盤による実績を含む）

サービスの種類	平成30年度 整備実績	令和元年度 整備実績	令和2年度 整備見込	整備総数 (事業所数)	備考
(介護予防)訪問介護			▲ 1カ所	2カ所	
(介護予防)訪問看護			▲ 1カ所	0カ所	
(介護予防) 訪問リハビリテーション				1カ所	
(介護予防)通所介護				2カ所	定員 計45名
(介護予防) 通所リハビリテーション			▲ 1カ所	0カ所	
(介護予防) 短期入所生活介護				1カ所	
(介護予防) 短期入所療養介護				0カ所 (休床中)	
(介護予防) 特定施設入居者生活介護				1カ所	
居宅介護支援			▲ 2カ所	2カ所	
介護予防支援				1カ所	
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)				1カ所	定員 30名(床)
介護療養型医療施設				0カ所 (休床中)	定員 10名(床)
認知症対応型通所介護				1カ所	定員 10名
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護				1カ所	定員 18名
認知症対応型共同生活介護(含短期)（認知症高齢者グループホーム）				3カ所	定員 計45名
地域密着型介護老人福祉 施設	1カ所 (早来陽光苑)			1カ所	定員 20名

第4節 高齢者実態調査からみる状況

(1) 調査の目的

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目的で、在宅介護支援センターとの連携を強化して「高齢者実態調査」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施しています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果は、地域診断「見える化」システムを活用して地域間の比較等を行い、現状分析や町の課題抽出することで、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進していきます。

調査結果

○調査対象：町内にお住いの平成29年～令和元年までの3年間で、後期高齢者の方を対象に調査を実施（要介護認定者は除く）。

○調査期間：平成29年4月1日～令和2年3月31日

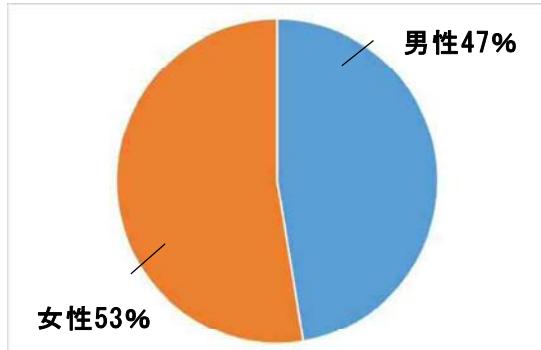
○調査方法：高齢者実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：調査員による聞き取り調査

○対象者・実施状況

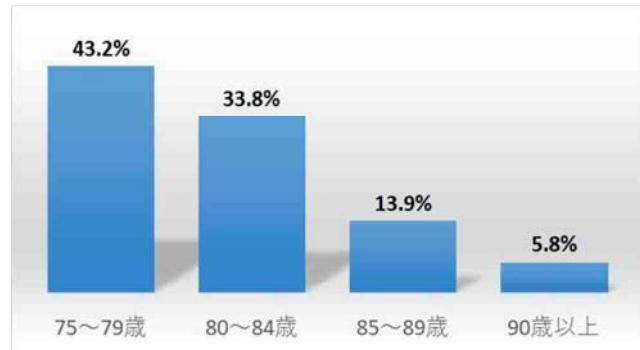
対象者	回答数	回答率
952人	481人	50.5%

回答者の属性

【性別】



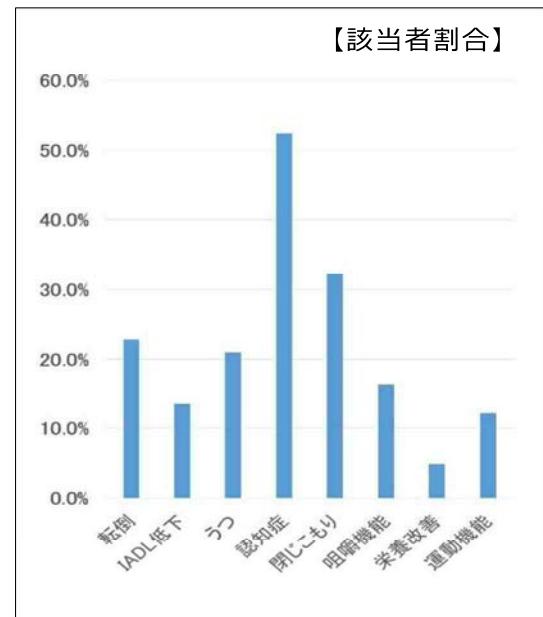
【年代別】



調査のねらい

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は要介護状態に陥る可能性の高い高齢者について、「要介護状態になるリスクの発生状況」、「要介護状態になるリスクに影響を与える日常生活の状況」を把握し、地域の実態・課題分析を特定することを目的に実施しました。

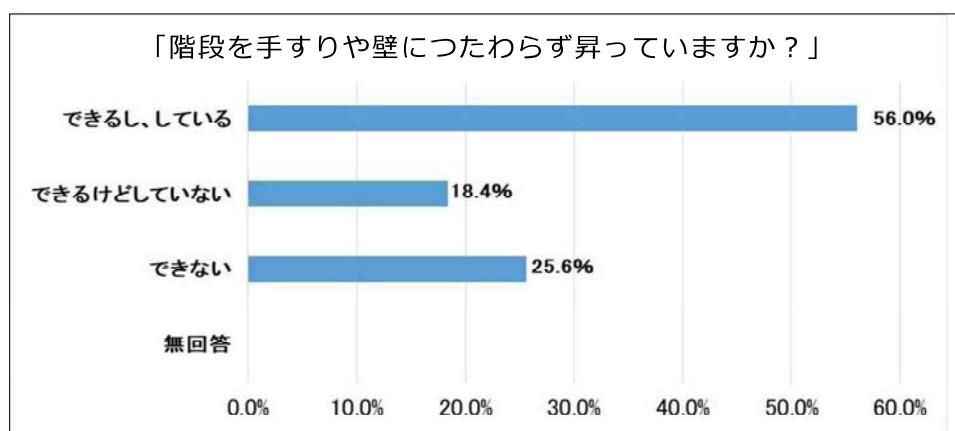
調査結果から4つのテーマを設定し、回答傾向を把握・分析を行い施策や事業等の方向性の参考にすることを目的とします。本町の高齢者の状態を、「運動機能・栄養改善・咀しゃく機能・閉じこもり・認知症・うつ・IADL低下・転倒」の8項目の回答傾向をみてみました。



【テーマ1】身体的状況について

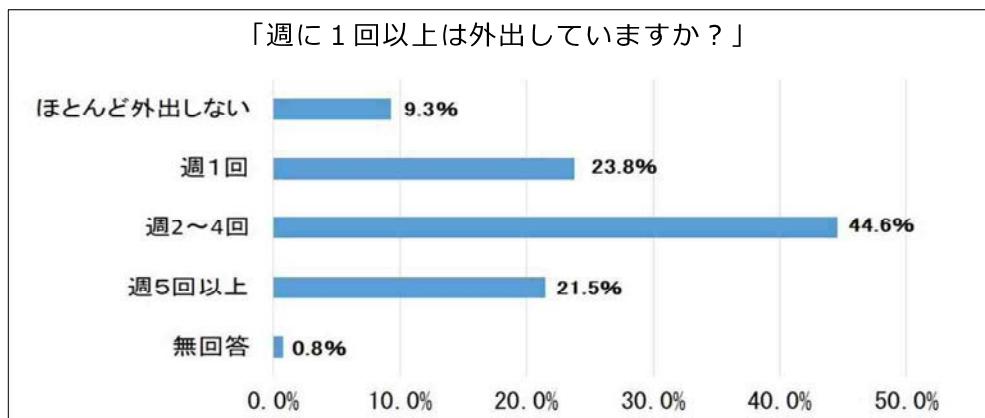
(1) からだを動かすことについて（単回答）

「階段を手すりや壁につたわらず昇っていますか？」の質問に対し、7割以上の方が「できる」という回答に対し、3割の方が「できない」と回答しています。



(2) 外出について（単回答）

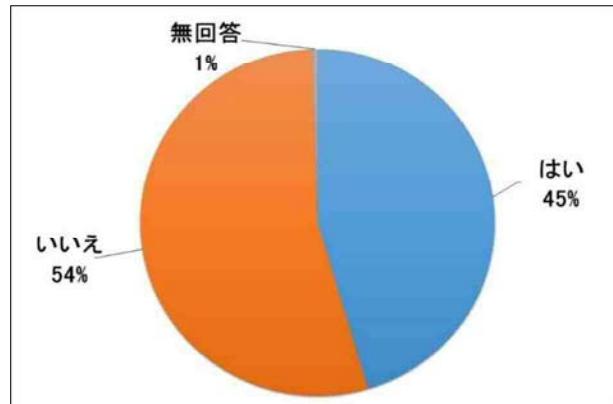
「週2～4回」が44.6%、「週5回以上」21.5%で全体の約6割以上の方が活発に活動されていることがわかります。対して、全体の3割程度の方の外出頻度が少ないという回答でした。



(3) 記憶について（単回答）

物忘れが多いと感じるかとの質問に対し、「はい」は45.0%、「いいえ」の回答は54.0%でした。

「忘れ物が多いと感じますか？」

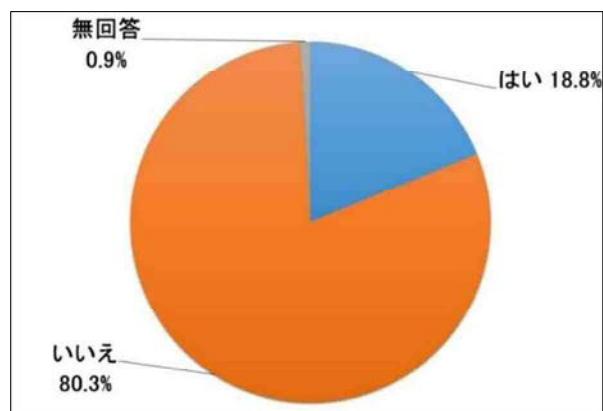


(4) 気分の揺れ動きについて

（単回答）

（調査時において）直近1か月の間に気分が沈んだり、ゆううつな気分になったりしたことがあった方は18.8%、特に変わりがなかつた方は80.3%でした。

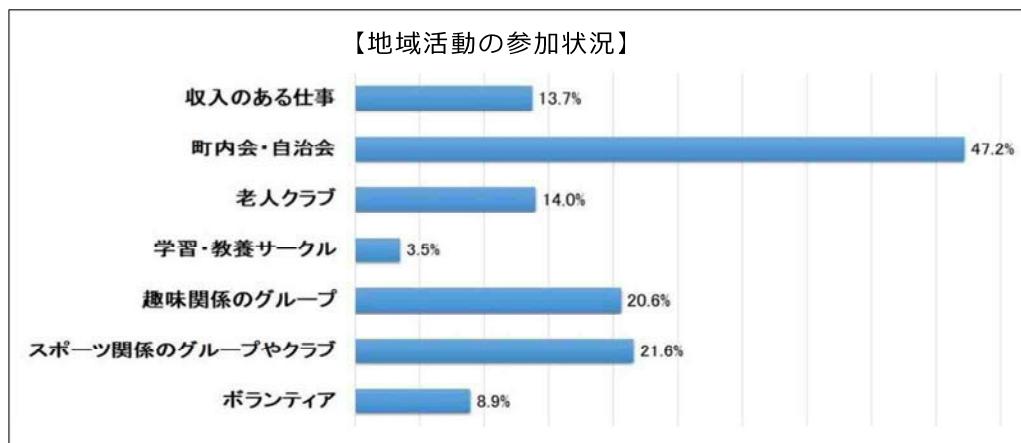
「直近1ヶ月の間に気分が沈んだ」または「ゆううつな気分になった」



【テーマ2】社会参加・地域交流

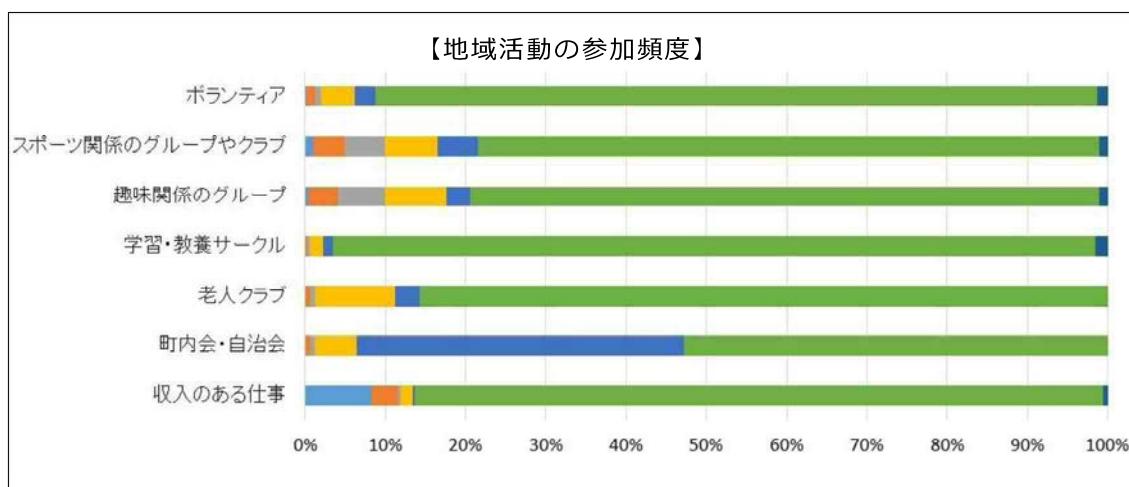
(1) 地域活動への参加状況（複数回答）

「自治会・町内会」47.2%、「スポーツ関係のグループやクラブ」21.6%、「趣味関係のグループ」20.6%などの集団での活動のはか、収入のある仕事と回答した方が13.7%となっています。



(2) 地域活動への参加頻度から見た地域づくり

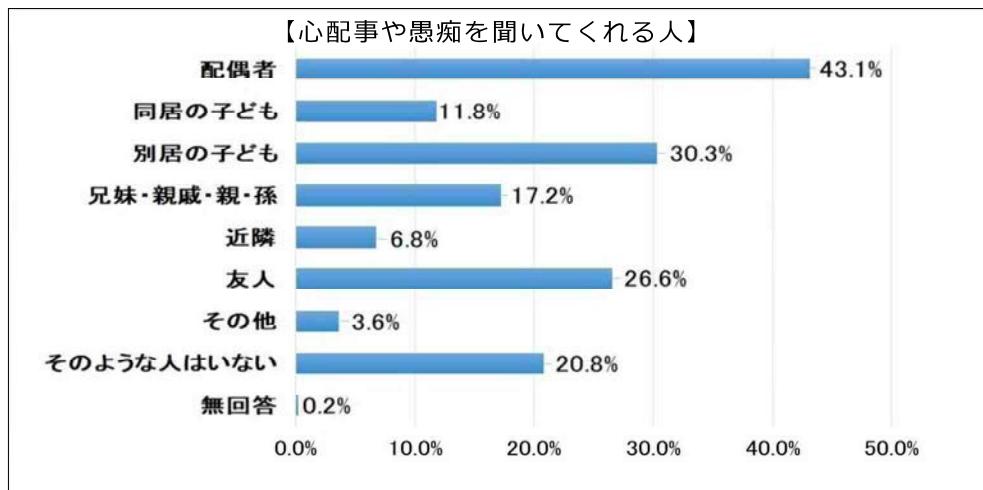
地域活動への参加頻度を伺ってみたところ、「参加していない」との回答が大半を占めている中、「町内会・自治会」への活動に「年に数回」参加している人が40.9%、月1回～3回老人クラブに参加している人が10%、趣味やスポーツに参加している人が14.2%、週1回以上参加している人が19.9%となっています。



【テーマ3】生活状況について

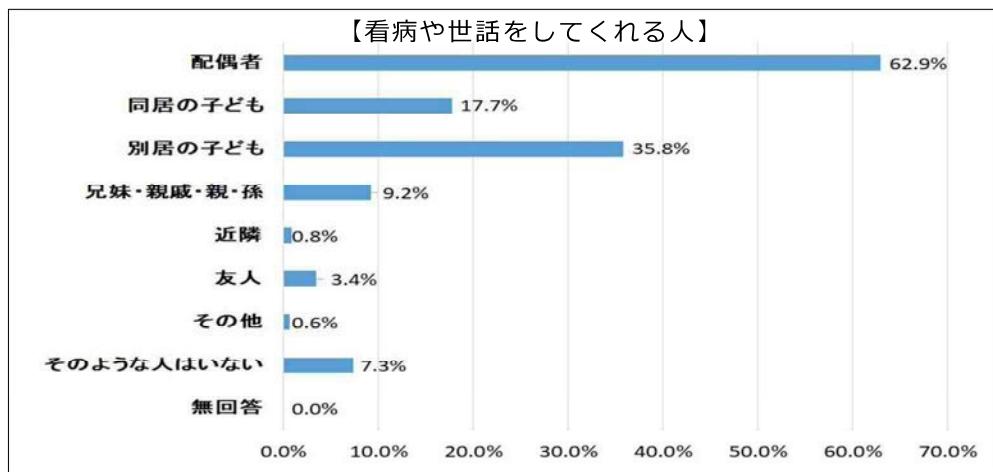
(1) 心配事や愚痴を聞いてくれる人（複数回答）

配偶者が43.1%で最も多く、次いで「別居の子ども」30.3%、「友人」26.6%、「兄弟・親戚・親・孫」17.2%となっています。また、「そのような人はいない」と回答した人が20.8%となっています。



(2) 数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人（複数回答）

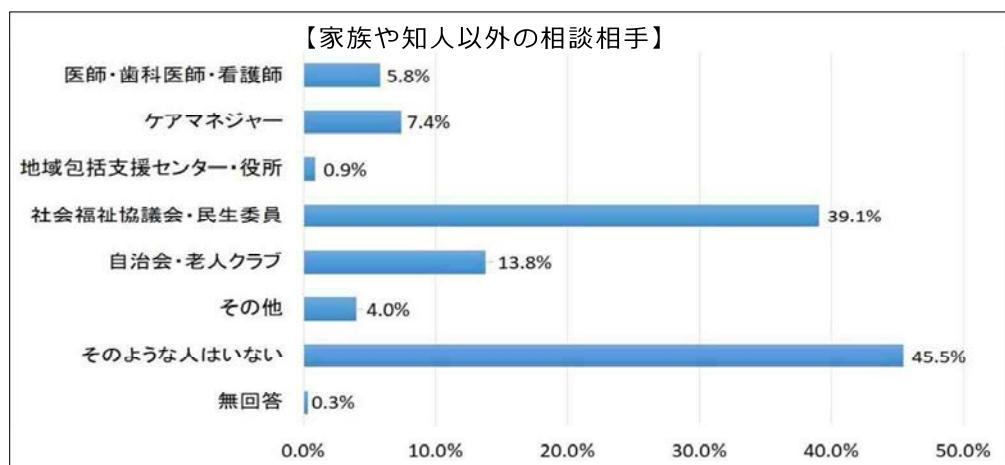
回答の中では「配偶者」62.9%と最も多く、次いで「別居の子ども」35.8%、「同居の子ども」17.7%、「兄弟・親戚・親・孫」9.2%となっています。また、「そのような人はいない」と回答した方が7.3%となっています。



【テーマ4】相談先について

家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手（複数回答）

「社会福祉協議会・民生委員」が39.1%と最も多く、次いで「自治会・老人クラブ」が13.8%、「ケアマネージャー、医師・歯科医師・看護師」が13.2%という回答の中、およそ、半数の方が「そのような人はいない」との回答しており、「地域包括支援センター、役所」と答えた方は、1割に満たない状況ということがわかりました。



～調査からわかったこと～

調査全体を通して、「物忘れが多いと感じる人」が4割以上おり、「ゆううつな気分になったことがある人」は2割近くいました。

また、閉じこもりの傾向について見てみると、「外出の頻度が週に1回以下」と3割の方が回答していました。閉じこもりになることで、孤独感を感じたり、他者が変化に気付きにくい状況に置かれてしまうため、認知症やうつ状態となる可能性が高まります。

こうした状況から、地域活動や地域づくりに参加するためのきっかけを作ったり、継続的な参加につながるような仕組みを作ることが重要と考えられます。

また、困った時の相談先やサービス等を広報などで周知し、相談の充実や情報共有の強化が求められていると考えられます。

5 介護保険事業計画の概要

第1節 日常生活圏域の設定について

(1) 安平町における日常生活圏域設定

介護保険の事業規模等を勘案し、日常生活圏域を1圏域として地域包括支援センターを設置し、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるよう包括的及び継続的な支援を行っていきます。

第2節 高齢者人口及び被保険者数の推計

(1) 高齢者人口の推移

町の令和2年9月末日現在の高齢者数（65歳以上）は2,816人で、高齢化率は37.0%となっております。国立社会保障・人口問題研究所による推計を参考に独自の分析を加味し、第8期及び令和7年度の人口等を推移しました。

平成30年度以降、人口の減少に伴い高齢者数全体の人口も減少していますが、後期高齢者人口（75歳以上）は令和7年度まで増加する見込みとなっており、高齢化率、後期高齢者率共に、今後も伸びることが予想されます。

推定では、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年度には、後期高齢化率は63.2%とピークを向かえることが予想されます。

被保険者数	見込値	第8期計画中（推計値）				将来推計値	
		令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
総人口数	7,616人	7,390人	7,261人	7,132人	6,874人	5,035人	
高齢者数	2,816人	3,012人	2,800人	2,778人	2,732人	2,324人	
前期高齢者	1,252人	1,189人	1,141人	1,091人	994人	888人	
後期高齢者	1,564人	1,634人	1,659人	1,687人	1,738人	1,436人	
高齢化率	37.0%	40.8%	38.7%	39.0%	39.7%	46.1%	
後期高齢化率	55.3%	54.2%	59.3%	60.7%	63.2%	61.8%	

後期高齢化率…高齢者数に占める後期高齢者の割合

第3節 要介護（要支援）認定者数の推計

令和2年9月末日の要介護（要支援）認定者数は548人で、人口推計と第7期計画期間の実績数を基に、要介護（要支援）認定者数を推計した結果、令和5度までの認定者数は556人、令和7年度にはピークを迎える571人となりました。

また、高齢者数は減少するも、後期高齢者数は増加し、令和5年度には認定率が20%に到達、令和22年度には24.1%になると予測しています。

	見込値	第8期計画中（推計値）			将来推計値	
		令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度
第1号被保険者	2,816人	2,823人	2,800人	2,778人	2,732人	2,324人
要支援者計	159人	153人	153人	156人	159人	149人
要支援1	72人	67人	67人	69人	70人	64人
要支援2	87人	86人	86人	87人	89人	85人
要介護者計	389人	391人	400人	400人	412人	410人
要介護1	126人	125人	129人	129人	131人	126人
要介護2	104人	101人	104人	105人	109人	108人
要介護3	62人	61人	62人	61人	64人	66人
要介護4	56人	58人	59人	59人	61人	61人
要介護5	41人	46人	46人	46人	47人	49人
認定者数	548人	544人	553人	556人	571人	559人
認定率	19.5%	19.3%	19.8%	20.0%	20.9%	24.1%

【認定者数の推移】



第4節 サービス利用者数及び利用量の見込みの推計

国民健康保険団体連合会のデータの実績を基に、平成30年度及び令和元年度実績、令和2年度の実績見込量等の分析と第8期事業計画を含め、令和3年度以降の各サービスの見込み量を推計しています。

1. 居宅サービス

第8期計画期間において、要介護認定者の減少が予測されるため、ほとんどのサービスで利用回数及び人数が減少すると見込んでいますが、居宅療養管理指導についてのみ増加が見込まれます。

	見込量	第8期計画(計画見込量)			推計見込量
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問介護	13,200回	13,267回	13,798回	13,798回	14,074回
訪問入浴介護	120回	96回	96回	120回	120回
訪問看護	680回	696回	696回	696回	720回
訪問リハビリテーション	340回	1,392回	1,500回	1,500回	1,764回
居宅療養管理指導	336人	336人	336人	336人	372人
通所介護	6,995回	6,855回	6,923回	6,923回	7,165回
通所リハビリテーション	1,032回	1,320回	1,368回	1,368回	1,500回
短期入所生活(療養)介護	3,039日	3,708日	3,708日	3,708日	3,708日
特定施設入居者生活介護	264人	240人	240人	240人	264人
福祉用具貸与	1,120件	1,260件	1,320件	1,320件	1,440件
特定福祉用具販売	24件	24件	24件	24件	36件
住宅改修	24件	24件	24件	24件	36件
居宅介護支援	1,920人	1,872人	1,884人	1,884人	1,908人

2. 施設サービス

介護老人福祉施設では住所地特例(町外施設)での入所者が微増しており今後も増加が見込まれます。他の施設では大きな変動は見込んでいません。

	見込量	第7期計画(計画見込量)			推計見込量	
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
介護老人福祉施設	660人	660人	660人	660人	660人	696人
介護老人保健施設	228人	228人	235人	264人	216人	
介護医療院	24人	24人	24人	24人	36人	
介護療養型医療施設	36人	36人	36人	36人	36人	

3. 地域密着型(含予防)サービス

第8期計画では、多くの方が望む在宅での生活を後押しするため、小規模多機能型居宅介護及び地域密着型介護老人福祉施設の給付費を定員数で見込んでいます。

	見込量	第7期計画(計画見込量)				推計見込量
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
認知症対応型通所介護	1,572回	1,560回	1,584回	1,584回	1,625回	
認知症対応型共同生活介護	540人	540人	540人	540人	540人	
小規模多機能型居宅介護	288人	288人	288人	288人	300人	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	240人	240人	240人	240人	240人	
地域密着型通所介護	360回	360回	360回	360回	360回	

4. 介護予防サービス

平成28年3月から総合事業を実施したことから、介護予防訪問介護と介護予防通所介護は地域支援事業に移行しました。

要支援認定者数が増加傾向にあるため、介護予防福祉用具貸与、介護予防特定福祉用具販売、介護予防住宅改修、介護予防支援については、増加が見込まれます。

	見込量	第7期計画(計画見込量)				推計見込量
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
介護予防訪問看護	272回	350回	350回	350回	350回	350回
介護予防訪問リハビリテーション	132回	350回	350回	350回	350回	350回
介護予防通所リハビリテーション	60人	60人	60人	60人	60人	60人
介護予防短期入所生活(療養)介護	36日	60日	60日	60日	60日	60日
介護予防特定施設入居者生活介護	96人	156人	156人	156人	156人	156人
介護予防福祉用具貸与	600件	660件	600件	600件	684件	
介護予防特定福祉用具販売	18件	18件	16件	16件	24件	
介護予防住宅改修	12件	12件	12件	12件	24件	
介護予防支援	648人	756人	756人	768人	780人	

6 具体的な施策の展開

団塊の世代が75歳以上となる令和7年までの間に、介護給付等対象サービスの充実を図るとともに、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策や生活支援サービスの充実等地域包括ケアシステムの構築に向けた方策に取り組みます。

このため、介護保険事業計画を地域包括ケア推進計画として位置付け、第7期計画期間中に発生した災害等の影響を受け事業を縮小して実施してきた中の達成状況の検証を踏まえた上で、第8期の位置付け及び期間中に目指すべき姿を具体的に明らかにしながら目標を設定し取組みを進めます。

第1節 地域包括ケアシステムの構築

①在宅医療・介護連携の推進

1. 地域の医療・介護の資源の把握

これまでの取り組み

- 地域の医療機関、介護事業者等の情報を所在地、連絡先、機能等の情報を収集し作成した「介護・医療マップ」をパンフレット、町ホームページへ掲載し、地域住民に対する情報提供を行っています。また医療機関・介護事業所の窓口となる職員の名簿を作成し連携を図っています。

現状と課題

- 地域住民にとって、町内の医療機関や介護事業所が分かりやすく示されているか精査を継続していく必要があります。

これからの方針

- 「介護・医療マップ」を随時精査・更新し、パンフレット、町ホームページにより地域住民に対する情報提供を行っていきます。

2. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

	これまでの取り組み
	○介護・医療職等多職種が参加している地域ケア会議にて、地域の課題や対応策について検討しています。

	現状と課題
	○地域ケア会議には様々な職種が参加し検討をしています。今後もさらに多職種が参加できるよう声掛けしていくことが重要です。

	これからの目標
	○地域ケア会議を活用し、引き続き検討が必要な課題も含め、課題の抽出、対応策の検討を行います。

3. 在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携

	これまでの取り組み
	○東胆振圏域医療介護連携推進会議を平成29年4月に開設した、とまこまい医療介護連携センターを中心とし、東胆振圏域内において連携を図ることができるよう協議を行っています。

	これからの目標
	○東胆振圏域内で情報を共有し、各関係機関と広域的に連携を図ります。

4. 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

	これまでの取り組み
	○東胆振圏域医療介護連携推進会議を中心に1市4町による情報共有、連携体制の構築を継続します。

	現状と課題
	○在宅医療・介護の提供体制において、今後医療機関や訪問看護ステーションとの連携が必要となってきます。

これから の目標

- 在宅での療養支援や看取りなどの様々な局面において、医療機関や訪問看護ステーション等の多職種との連携強化及び体制の構築を行います。

5. 医療・介護関係者の情報共有の支援

これまで の取り組み

- 情報共有シートを活用し、町内外の医療機関や介護事業所と情報の共有を図っているほか、医療・介護連携全体会議を開催しています。

【実績】平成30年度 参加事業所数18事業所／参加者40名

令和元年度 参加事業所数21事業所／参加者43名

現状と課題

- 情報共有シートを使用し、スムーズな情報交換が行われています。

これから の目標

- 今後も共有のツールとして活用を普及させていきます。

6. 在宅医療・介護連携に関する相談支援

これまで の取り組み

- 地域包括支援センターでの相談業務のほか、平成30年度より追分菊池病院にも業務委託をし、院内に介護連携相談窓口として看護師を配置しています。

【委託相談窓口の実績】※令和2年11月末現在

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
窓口開設日数	365日	366日	334日
延べ人数	687人	568人	374人

現状と課題

- 地域包括支援センター以外にも相談窓口があることで、地域住民や医療・介護事業所からの相談を受けやすい体制が作られましたが、周知不足により認知度が低い状況となっています。

これからの目標

- 広報やホームページによる相談窓口の周知を行い、相談業務等の利用拡大を図っていきます。

7. 医療・介護関係者の研修

これまでの取り組み

- 在宅医療・介護連携のために必要な知識の習得や知識の向上のため、医療・介護関係者の研修を行っています。

【実績】令和元年度 権利擁護『成年後見制度について』：参加者26名

現状と課題

- 医療・介護職員の自己研鑽と連携の場として定期的な研修を実施することが必要です。

これからの目標

- 研修後のアンケート等を参考に研修の内容や目標等を設定し、今後も継続していきます。

8. 地域住民への普及啓発

これまでの取り組み

- 町広報やホームページ、パンフレットによる「介護・医療マップ」の普及啓発のほか、老人クラブや自治会・町内会等へ出向き、講演等を行っています。

■ 現状と課題

- 老人クラブや町内会・自治会等へ出向き講演等を実施する必要があります。

■ これからの目標

- 今後も「介護・医療マップ」の周知や地域住民向けに内容を精査していきます。継続的に老人クラブや自治会、町内会等へ出向いて講演等を行います。

②高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

これまでの取り組み

- 保健部門と連携をとり、健診事後訪問や地域の通いの場において健康意識を高めるための測定や講話等を行ってきました。高齢者については、複数の慢性疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階においても精神・心理的な課題や不安を抱えやすく、虚弱な状態である「フレイル」になりやすい傾向にあります。また65歳未満の認定を受けている第2号被保険者の診断名を見ると、脳血管疾患や悪性新生物が多く占めていました。

■ 現状と課題

- 要介護状態に至る前の段階であるフレイルの状態からの取り組みが要介護状態につながらないために必要であるため、より若い年代から健康に関する意識を高め予防に取り組めるような活動が必要です。

■ これからの目標

- さらに保健部門と連携を密に取り、要介護になる前の段階からの予防活動を継続し、適切な医療サービス等につなげることにより早期から疾病予防・重症化予防の促進を推進していきます。

③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

これまでの取り組み

- 町民の誰もが住み慣れた地域や家庭で安心した生活ができるように、保健・医療・福祉サービスの総合的なシステムづくりを進めています。
- 平成30年度より安平町社会福祉協議会に生活支援コーディネーターを配置し、連携して協議を行っています。
 - ・地域ネットワーク会議
各分野の関係機関の連携や自治会・町内会・近隣住民等からなる援護のネットワークづくりの構築を目的として実施しています。一緒に支え合うまちづくりを検討し福祉・介護の充実を図り、いつまでも住みやすいまちを目指して協議を行っています。
 - ・地域ミーティング
各自治会・町内会のなかで住民が互いに支え合うために情報共有と地域課題等について協議を行っています。
 - ・小地域ネットワークの充実
地域課題の把握や独居高齢者等の名簿・地図の整理、地域での活動の支援を行っています。またボランティア活動の推進や各団体との連携も行っています。
 - ・通いの場の普及
ふまねっと教室や地域のサロン活動などの支援や様々な専門職・団体との連携を行っています。また、「あびら通いの場ガイドブック」を作成しています。

現状と課題

- 生活支援コーディネーターの顔が見えるような活動の普及啓発、地域のニーズと資源の調整を行っていく必要があります。

これからの目標

- 地域の関係者のネットワークづくりや既存の取り組み、組織等も活用しながら以下の業務を実施していきます。

- ①地域に不足するサービスを創出し、支援の担い手を養成し活動の場を確保します。
- ②活動者間の情報共有やサービス提供者との連携体制整備を行います。
- ③地域資源と地域ニーズの調整等を行います。
- ④高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めていきます。また就労的活動支援コーディネーターの活用について検討を進めていきます。

④地域ケア会議の推進

これまでの取り組み			
○高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるように、地域課題を把握し高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える支援体制を強化することを目的として実施しています。 具体的には、地域ケア会議の中で個別事例の検討を行うことを通じて、高齢者個人の生活課題に対して、単に既存サービスを提供するだけではなく、その課題の背景にある要因を探り、個人と環境に働きかけることによって自立支援に資するケアマネジメント支援を行っています。			
個別会議開催回数(回) 【個別事例検討】	平成30年度 6回	令和元年度 4回	令和2年度 2回
推進会議開催回数(回) 【推進会議】	1回	2回	-
参加者数(人)	102人	116人	27人
参加者：医療・介護事業所職員、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター、薬剤師、民生委員、警察、地域包括支援センターなど			

現状と課題	
○生活支援コーディネーターと連携し、地域づくりや資源開発などについて	

ても積極的に検討し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく必要が
あります。

これからの目標

- 町や地域包括支援センターが中心となり、多様な機能をもつ地域ケア会議の確立を目指します。また生活支援コーディネーターと連携し、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、課題の発生予防や重度化予防に取り組むとともに、多職種協働によりネットワークの構築や資源開発等に取り組むことが必要であり、さらなる個別支援の充実につなげていきます。

⑤在宅介護者を支える会・老人と共に歩む会との連携

これまでの取り組み

- 在宅介護者を支える会では、高齢者を在宅で介護している方や介護を終えた方等が参加し、総会・交流会・施設見学・学習会などを実施しています。また、会が主体的に活動できるよう、運営支援を行っています。
- 老人と共に歩む会については、高齢者を支えることを目的に、独自に研修会など開催し高齢者の支援について活動を行っています。

これからの目標

- 会の活動と携わりを持ちながら活動支援を行っていきます。

第2節 介護人材の確保及び資質の向上

これまでの取り組み

- 介護福祉士養成専門学校等に入学し、介護福祉士として町内の介護事業所に従事する予定の学生に対し、奨学金制度を設けています。

■ 現状と課題

- 高齢化が進み、介護人材が減少していく中においても、介護職員を確保し、質の高い介護保険サービスの提供及び安定供給を図る必要があります。

■ これからの目標

- 今後も奨学金制度を継続して行います。また、高齢化に伴い、介護人材の確保が重要となってくるため、町内の介護事業所等と連携し、介護の仕事に興味のある人材の登録や、介護の仕事のPR等の「介護の仕事応援事業」を実施し、積極的に取り組みます。

第3節 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供

① 総合事業

1. 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 訪問型サービス及び通所型サービス

■ これまでの取り組み

- 町では平成28年3月に総合事業に移行し、第1号訪問事業及び第1号通所事業として、現行の訪問介護及び通所介護相当サービスの提供を行っています。

サービスの種類	実績値※令和2年10月末実績		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
第1号訪問事業 (旧介護予防訪問事業)	237人	204人	303人
第1号通所事業 (旧介護予防通所事業)	221人	195人	271人

■ 現状と課題

- 介護報酬は国の基準とし、サービス提供も町が指定する事業者が行い、利用者に移行前と変わらないサービスの提供を行っています。

これから の目標

- 利用者には、可能な限り現行サービスの水準を保つために多様なサービスの提供を検討していきます。
- さらに、民間企業やボランティアなど地域の多様な主体を活用したサービスの提供も検討していきます。

(2) 介護予防ケアマネジメント

これまでの取り組み

- 介護予防支援と同様のケアマネジメントを行っています。

これから の目標

- 利用者には、介護予防支援と同様のケアマネジメントを行い、生活上の困り事に対して、単にサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような支援を行っていきます。

2. 一般介護予防事業

(1) 介護予防把握事業

これまでの取り組み

- 町では「高齢者実態調査」を行い、高齢者の生活や健康状況を把握し、介護予防活動等を行っています。

【高齢者実態調査の実績等】 ※令和2年12月末現在（見込み）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	合 計
対象者数	309人	348人	208人	865人
訪問による調査(人)	164人	164人	4人	332人
郵送による調査(人)			102人	102人
回収率	53.0%	47.1%	50.9%	

※平成30年度、令和元年度の高齢者実態調査は75歳以上の介護認定を受けていない方を対象に在宅介護支援センターによる訪問調査を実施。（平成29年から令和元年の3か年で、年度の対象地区に調査を実施）

※令和2年度の高齢者実態調査は、新規65歳・75歳の介護認定を受けていない方を対象に郵送による調査を実施。返送のなかった方には後日、在宅介護支援センターによる訪問調査を実施。

■ 現状と課題

- 回収率が50%程度となっているため、回収率を伸ばす取組みの検討が必要です。

■ これからの目標

- 在宅介護支援センターとの連携をさらに強化し、「高齢者実態調査」を行いながら、地域の高齢者等の心身の状況及びその家族等の状況等の実態を踏まえ、ニーズの把握に努めていきます。
- また「見える化」システムを活用し、地域間比較等による現状分析や町の課題抽出をすることで、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進していきます。

(2) 一般介護予防教室（足腰しゃんしゃん教室）

■ これまでの取り組み

- 要介護認定を受けていない、又は要支援1、2の65歳以上の方を対象に、楽しく身体を動かし、下肢筋力の維持・向上・体力づくりのための運動指導を実施し、日常生活に運動を取り入れ、寝たきりや要支援・要介護状態への移行を予防する教室を実施してきました。

【実施状況】※令和2年11月末現在

	平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	回数	延べ人数	回数	延べ人数	回数	延べ人数
追分地区	30回	997人	32回	766人	14回	228人
早来地区	30回	1,095人	32回	917人	14回	342人
計	60回	2,092人	64回	1,683人	28回	570人

【参加者の要介護移行率】※令和2年12月末現在（見込み）				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	3年間での移行率
参加者実数	114人	110人	55人	
要介護への移行数	8人	3人	0人	
1年以上継続参加者数	114人	10人	54人	
要介護移行率	7.02%	2.73%	0.00%	3.25%
【参考】町全体の要介護移行率	6.36%	5.66%		

■ 現状と課題

- 例年100人を超える方が教室に参加し、介護認定を受けず自立した生活を続けている人が8割以上ですが、介護認定を受け「要支援」の判定を受けた方も6名参加しています。
- 北海道胆振東部地震や新型コロナウイルス感染症の影響を受け状況が落ち着くまでは欠席するという参加者も多く、一時的に教室の参加率は減少していますが、欠席が続く方には電話で最近の様子を確認するなど今後も継続参加できるよう取り組んでいます。
- 日常生活における運動の実践によりフレイルの予防や身体機能の向上、重症化の予防といった効果だけでなく、教室をきっかけに自治会・町内会活動や高齢者大学や芸能発表会といった行事に参加するようになるなど、生活範囲の拡大にも効果をもたらしています。
- 楽しみながら物忘れの予防に取り組めるよう、教室開始前に脳トレのプリントを配布しています。
- 介護予防のためには、より若い年代から健康への関心を高め、運動や交流機会として新規参加を促していく必要があります。
- 今後もフレイルの予防のため、楽しみながら外出・交流・運動機会を確保することが必要です。

■ これからの目標

- 地域住民が健康で自立した生活を継続するためには、予防の観点を主とした健康管理や身体作りが重要です。健康に関心を持って行動できる場として今後も介護予防教室を継続していきます。

- 教室に参加することにより、日常生活のなかに外出・交流・運動機会を取り入れることができるよう取り組み、フレイルを予防していきます。
- 教室参加者の平均年齢は上昇を続け、新規参加者も75歳以上の後期高齢者が増加しています。若年層にも広く認知され、早い段階での予防行動がとれるよう、保健・教育分野とも連携を強化していきます。
- 参加者が今後も継続して通いつづけることで、フレイルや要介護状態となる時期が遅くなるよう健康寿命の延伸に取り組んでいきます。

(3) 健康教育・健康相談

これまでの取り組み

- 老人クラブや各自治体・町内会の集会時に時間をもらい、フレイル予防のため健康講話や健康相談、健康への意識を高めるために各種測定等を行ってきました。
- 実施回数や参加人数は胆振東部地震や新型コロナウィルス感染症の影響を受け減少しましたが、令和元年度から新規で活動を開始した地区もあります。
- 専門的な助言を含む個別の健康相談、血圧・骨密度・血管年齢の測定のほか、脳トレや軽運動など自宅でも取り入れられる内容を行いました。
- 広報に健康に関する情報を掲載したり、教育委員会と連携し脳トレや口腔機能向上を目的とした動画を作成しあびらチャンネルやフェイスブック、動画共有サイトで配信を行いました。

【実施状況】※令和2年11月末現在

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数	22回	32回	11回
延べ人数	579人	598人	184人

現状と課題

- 地域の集会に参加していない人に対しての健康教育の機会が少ないため、広報や各種媒体を使い自宅にいてもできるような方法の提案等健康に関する意識付けができるよう今後も検討していく必要があります。

これから の目標

- 転倒予防・身体機能維持のためにも継続した体づくりの場が必要と考え、今後も楽しみながら仲間と集い、運動を継続できる場を提供していきます。
- 健康の意識を高めるため、時期にあわせた健康講話の内容や自分の体を知るための測定の実施などを参加者とともに検討していきます
- 積極的に各種集会や広報等の各種媒体を使い介護予防に関する情報を提供していきます。

(4) 地域介護予防活動支援事業

これまでの取り組み

- 介護予防に関するボランティア等の人材の育成・支援を行ってきました。ふまねっとサポーターの研修参加支援や認知症サポーター養成講座を開催しました。

これから の目標

- 住み慣れた地域で自分らしくいきいきと生活が送れるよう地域で介護予防のために活動するボランティア育成に取り組んでいきます。
- 住民の主体性を阻害しないよう健康教育や相談、活動助成等の交付金等の支援を継続し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進していきます。

(5) 一般介護予防事業評価

これまでの取り組み

- 第7期計画で記載した取組と目標について、実施状況及び目標の達成状況について年1回自己評価を行っています。

現状と課題

- 自己評価の結果により課題分析や対応策を立てていますが、地域住民や関係者等と認識の共有を図るために、評価結果の公表が必要です。

これから の目標

- 引き続き取り組みと目標に係る自己評価を行っていくとともに、評価結果の町ホームページ等での公表を行います。

(6) 地域リハビリテーション活動支援事業

これまで の取り組み

- 地域リハビリテーション活動支援事業の立ち上げのため、先進地区に視察に行き事業の組み立てについて検討しました。
- 平成30年胆振東部震災後DMATの引き上げに伴い北海道リハビリテーション専門職協会（HARP）から北海道の事業を活用した形で事業提案を受け、リハビリテーション専門職による教室を実施しました。立ち上げ支援8回とフォローアップ3回を早来・追分の2か所で開催し、作業療法士・理学療法士・言語聴覚士による講話と実践を行いました。
- 令和元年7月に地域リハビリテーション活動支援事業の要綱を整備し、これまで2団体が事業を活用し専門職を集会に招いています。

【教室（アビラップ）参加人数】

	立ち上げ支援		フォローアップ	
	回数	延人数	回数	延人数
追分地区	8回	155人	3回	25人
早来地区	8回	151人	3回	36人
計		306人		61人

【内容】

- ・身体可動域の拡大について
- ・日常生活動作や家事で体に負担の少ない動き方について
- ・ダブルタスクについて（脳トレ）
- ・オーラルフレイルについて 等

現状と課題

- 事業要綱制定後に新型コロナウィルス感染症が拡大し各種集会自体が開催されていないこともあり、当事業の周知や各団体に実施に向けた提案が十分にできていませんでした。

②地域包括支援センターの運営

1. 介護予防ケアマネジメント事業

これまでの取り組み

- 介護予防支援と同様のケアマネジメントを行っており、要支援者等のケアプランを作成し支援を行っています。
- 地域包括支援センターでは週1回会議を行い、ケース等情報共有や困難事例の検討を実施し各専門職のスキルアップを行っています。

これからの目標

- 生活上の困り事に対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような支援を行っていきます。
- 事例検討会や各種研修を通じ職員のスキルアップを図っていきます。

2. 総合相談支援業務

これまでの取り組み

- 各地区でスムーズな対応ができるよう「安平町地域包括支援センター」を設置しています。随時地域の方からの相談を受けています。

【職員配置数】※令和2年12月末現在		【相談支援状況】令和元年度実績	
	在籍数		件数
センター長	1名	訪問	1251件
主任介護支援専門員	1名	来庁相談	309件
保健師	4名	電話相談	246件
社会福祉士	3名	関係者連絡	754件

これからの目標
<ul style="list-style-type: none"> ○本人や家族、地域の方からの様々な相談を受け、適切な機関・制度・サービスにつなぐとともに継続的な支援を行います。 ○地域ケア会議を開催し、個別ケースの検討から地域課題の発見・資源開発・新たなネットワークの構築を強化し地域づくりに努めます。また、引き続き、地域ミーティングに参加し地域の実態把握と支援に努めています。

3. 権利擁護業務

これまでの取り組み
<ul style="list-style-type: none"> ○成年後見制度を適切に利用できるような支援や必要な場合には町長申立てを行うなど、関係機関と連携し手続きを行っています。また成年後見人制度の需要の増大に対応するため、苫小牧社会福祉協議会で行う市民後見人の養成やフォローアップ研修の参加の周知を行っています。 ○高齢者虐待への対応 高齢者虐待対応マニュアルを作成し、高齢者虐待に関する周知・啓発を行うとともに、地域や関係機関と連携し早期発見・防止に努め、緊急の場合など必要に応じて老人福祉施設等への入所等の対応をしています。 ○消費者被害の防止 高齢者を狙った詐欺など消費者被害を未然に防止するため、関係機関と連携し、見守り体制の構築や講話を行うなど普及啓発に努めるとともに、被害を把握した場合には解決の支援を行っています。

■ 現状と課題

○成年後見制度の活用促進

支援組織の体制整備については、相談体制の構築、市民後見人の育成・管理などを行う為苦小牧市と協議し広域での実施を検討していくことが必要です。

○高齢者虐待への対応

家族介護者への支援を充実させることや介護施設従事者等による虐待などを防止するために、虐待に関する知識の普及や介護者の負担軽減に向けた相談の普及啓発が今後も必要です。

○消費者被害の防止

さらなる被害を防ぐために医療・介護関係者と連携しながら見守りのネットワーク体制整備の構築、情報収集や周知の方法など検討していくことが必要です。

■ これからの目標

○成年後見制度の活用促進

広域での体制整備に向けて検討し、各種制度や相談窓口の周知等に努めています。市民後見人の養成及びフォローアップ研修については、引き続き苦小牧市社会福祉協議会が行う講座への参加の周知、育成等についても検討していきます。

○高齢者虐待の対応

早期発見・未然防止のため、地域や関係機関との連携を強化し見守りネットワークの充実を図るとともに、支援や対応スキルの向上を目的とした研修等に取り組みます。

○消費者被害の防止

警察や消費者問題相談窓口等と連携を行い、地域住民や介護事業所など関係機関に情報提供、広報や講話等により普及啓発に努めています。

4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

■ これまでの取り組み

○居宅介護支援事業所等から相談のあったケースについては、地域包括支

援センターでケース検討会議を実施し、同行訪問や助言等の支援を行っています。また、介護支援専門員としての資質や専門性を高めるために地域包括支援センター主催での研修会を実施してきました。

これから の目標

- 在宅や施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関と介護支援専門員、関係機関との連携を支援し、研修会や地域ケア会議等を通して、地域の多職種とともに専門性を高める取り組みを実施していきます。

5. 家族介護者支援

これまで の取り組み

- 介護をしている家族の負担軽減のために、介護手当制度、介護用品制度を実施しています。また地域包括支援センターで随時介護相談を受けています。
- 介護者が交流や学習をする場である在宅介護者を支える会や認知症力フエ等への支援を行っています。

現状と課題

- 担当の介護支援専門員を中心とし、制度や参加可能な会の紹介などの個別支援を行ってきました。
- 老老介護や遠方介護など、家族による介護の多様化がみられており、実際に合わせた支援体制の検討が必要です。

これから の目標

- 介護相談を継続実施し、介護している家族の負担軽減につながるサービス利用や相談支援に努めます。
- 老老介護、子育てと介護のダブルケア、遠方介護など多様化する状況を踏まえながら、介護支援専門員等からも家族介護の実状について聞き取り、ＩＣＴの活用など負担軽減につながる支援体制の整備に取り組みます。

第4節 認知症施策の推進

認知症施策推進大綱に基づき、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、施策の導入を推進し、状態に応じた適切なサービス提供を構築することを目指します。

①認知症への理解を深めるための普及・啓発

1. 認知症サポーターの養成

これまでの取り組み

- 地域で認知症の方やその家族を支援するため、企業や小学校などで認知症サポーター養成講座を実施し、約600名のサポーターを養成してきました。また地域での見守り体制を強化するため、認知症サポーターに対し、フォローアップ研修を実施しスキルアップを目指しています。

【認知症サポーター数と養成講座回数】※令和2年12月末現在（見込み）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
認知症サポーター数	427人	535人	620人
養成講座開催数	4回	6回	5回
フォローアップ研修	1回	1回	—

現状と課題

- 地域で認知症の人やその家族が安心して生活できるよう、認知症サポーターの活躍により様々な活動を実施していくことが望まれています。

これから目標

- 認知症サポーター数900人を目標に講座を実施します。また、認知症サポーターが地域で活躍できるよう、認知症サポーターの会の設置や認知症カフェへの参加への呼びかけなど検討していきます。

2. 認知症の本人からの発信支援

これまでの取り組み

- 地域包括支援センターを認知症の相談窓口としていますが、認知症の本人からの相談は少ない状況です。

現状と課題

- 認知症の方からの相談は少なく、家族や周りからの相談が大部分を占めています。本人が家族などの周りの人が気軽に相談できるような体制づくりが必要です。

これからの目標

- 認知症の人の声を聞く機会である本人ミーティング等の実施や相談窓口の普及・啓発を行っていきます。

②認知症の予防の推進

これまでの取り組み

- 認知症ケアパスの作成や広報紙、あびらチャンネル、老人クラブなどの健康教育にて、認知症に関する情報提供を行っています。

現状と課題

- 要介護認定を受けている人のうち認知症の判定が出ている人の人数は横ばいで経過しています。
- 生活習慣病や閉じこもりの状況は認知症になりやすいと言われており、予防が必要となっています。本人や家族など周りの人が物忘れに気づき、早期に相談できるような体制づくりが必要です。

※要介護認定を受けており認知症の判定が出ている者（令和2年11月末現在）

認知症の判定基準	平成30年度	令和元年度	令和2年度
日常生活自立度Ⅱa以上の者	391人	384人	367人

これからの中標

- 生活習慣病の予防や通いの場の拡充など、認知症予防に資する可能性のある活動を推進していきます。また認知症の早期発見・早期対応、重症化予防を行っていきます。

③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

1. 認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

これまでの取り組み

- 早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築するため、平成30年4月から認知症初期集中支援チームを設置しました。

現状と課題

- 地域包括支援センターと連携し、認知症の方の支援を行っています。

これからの中標

- 認知症初期集中支援チームが中心となり、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族の支援を行っていきます。

2. 認知症地域支援推進員の活動の推進

これまでの取り組み

- 地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等のネットワークの構築、認知症サポーター養成講座や認知症カフェの開催及び認知症の人やその家族への相談支援体制の普及・定着を目指すため、各種講習等に参加し、活動を行う上で必要な知識、資質の向上を図りました。
- 9月の世界アルツハイマーデーに合わせ公民館図書室に認知症関連の書籍を展示しています。

■ 現状と課題

- 現在、認知症カフェは町内1カ所で行っていますが、各地域の状況をみながら会場を増やしていくことも検討する必要があります。

【認知症カフェ開催実績】※令和2年11月末現在

	令和元年度	令和2年度
開催数	11回	
参加人数	285人	
内容	認知症に関するミニ講座、セラピューティックケア、折り紙コーナー、コミュニケーション麻雀など	新型コロナウイルス 感染拡大防止のため 未実施

■ これからの目標

- 認知症の方に適切なサービス提供が行われるよう各関係機関との連携を支援し、またそのご家族の相談支援や支援体制の構築に取り組みます。
- 認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを作るため、認知症ケアパスを普及させていきます。
- 認知症の方の家族に対する支援として、認知症カフェの活用等に取り組んでいきます。

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

1. 地域の見守りネットワークの構築

■ これまでの取り組み

- 地域包括支援センターや各介護事業所等で、認知面の低下によって徘徊の恐れのある高齢者に対して安平町徘徊高齢者等SOSネットワーク事業の登録を勧め、早期対応できるよう取り組んでいます。
- 安平町徘徊高齢者等SOSネットワーク事業にて、徘徊が見られる高齢者の登録や徘徊した場合に協力員や協力機関に対して情報提供等を呼びかけるメール配信システムを導入しています。また、令和元年には生活協同組合コープさっぽろや町内の介護事業所などと協力機関協定を結ぶなど、各関係機関と連携体制を構築しています。

【SOSネットワーク登録等の実績】※令和2年12月末現在（見込み）

実績	
高齢者の登録者	27人
協力員の登録者	95人
情報配信回数	3回

現状と課題

- 今後も認知症高齢者の方が増えて徘徊リスクが高くなることが予測されるため、SOSネットワーク登録の周知や、協力員・協力機関のさらなる拡充が必要です。

これからの目標

- 徘徊を未然に防ぐための家族への呼びかけや、徘徊の可能性がある高齢者の事前登録を呼び掛けていきます。また徘徊時も迅速に対応できるよう情報提供等の協力員の増員や、安平町徘徊高齢者等SOSネットワーク協力機関協定を結んでいる各関係機関との連携を図り、支援体制の構築を進めています。

2. 若年性認知症の人への支援

これまでの取り組み

- 地域包括支援センターでは年に数名、65歳以下で認知症を発症する若年性認知症の人の相談を受けています。

現状と課題

- 65歳以下で認知症を発症する方の支援については就労などの支援も必要となる可能性があり、相談しやすい体制づくりが望まれます。

これからの目標

- 認知症の人が安心して生活できるよう、個別支援について検討を進め、

見守り体制や認知症センター等をその人や家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みの構築、成年後見制度の利用促進などにおける支援体制を整備します。また、各都道府県に配置されている若年性認知症支援コーディネーターの活用により、社会参加等への支援を推進します。

第5節 災害や感染症対策に係る体制整備

これまでの取り組み

- 医療・介護事業所へ防災や感染症の拡大予防について防災訓練や研修会などを実施し連携・協力を行ってきました。

これからの中目標

- 日頃から医療・介護事業所と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、災害等発生時に備えた平時からの事前準備に向けた連携体制の構築を行います。
- 感染症等発生時に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備に取り組みます。

第6節 介護給付等費用適正化事業

①要介護認定の適正化

これまでの取り組み

- 認定の申請をされた方に、適正な認定調査及び認定審査が行われるよう、介護認定調査員及び介護認定審査委員が町や保健所の研修に参加をしています。また、保健所等から技術的助言を受け認定に偏りがないよう取り組んでいます。認定審査会の全体会では、審査委員研修を実施しています。
- 認定調査票の全件を2人以上の職員が点検し、必要な場合は認定調査員に内容を確認しています。

○主な点検事項

- ・調査内容の記入漏れの確認
- ・選択項目と特記事項の整合性の確認
- ・主治医意見書との整合性の確認

現状と課題

- 国が公表している業務分析データでは国、道とのデータの乖離は減少傾向にあり、点検における訂正必要箇所も減少傾向にあります。
- 減少傾向ながらも確認項目はみられており、適正な認定審査会資料の作成には点検の継続が必要です。

これからの目標

- 認定調査票の全件点検を継続し、適正な認定審査会資料を作成します。
- 国が公表している認定調査員テキストや業務分析データ、e-ラーニングシステム等を活用し町独自の調査員研修の実施や保健所主催の研修への継続参加を通して認定調査員や審査委員のスキルアップを行います。

②ケアプランの点検

これまでの取り組み

○ケアプランの点検については、事業所等を絞り込み、介護支援専門員が作成したサービス計画の提出を求め、町職員が点検を行っています。点検により、受給者の状態に合わないサービス等があった場合は、改善を行うよう取り組んでいます。

○主な点検事項

- ・受給者の状態に適合しているか
- ・過剰な給付になっていないか
- ・自立支援、重度化防止に資しているか

現状と課題

- 新任期の介護支援専門員の作成した計画を中心に点検を行ってきました

た。状態に適合した計画がほとんどでしたが、判断の根拠の記載不十分など状況に応じて介護支援専門員と面接し、点検内容を伝達しました。

これからの目標

- 更なる改善を目指し、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」等を活用し、点検の実施件数を増やし、継続的にヒアリングを行います。また、適正化システムを利用し過剰な給付があるケアプランを抽出し点検を行っていきます。

③住宅改修等の点検

これまでの取り組み

- 住宅改修申請時に、申請書（見積書、図面、写真等）に加えケアプランの提出を受け、福祉住環境コーディネーターの資格を持つ職員が改修内容を確認しています。必要な場合は改修前に助言・指導を行っています。
- 福祉用具購入においても、受給者の状態に合っているか必要性を認定調査票等から確認し、疑義がある場合は介護支援専門員等から聞き取りを行っています。

主な点検事項

- ・改修(購入)の内容（介護保険の対象であるか）
- ・受給者の状態に適合しているか
- ・自立支援、重度化防止に資しているか

現状と課題

- 申請全件の点検及び介護支援専門員等関係者から、制度内容や改修箇所に関する相談を受けてきました。
- 訪問調査が必要となった申請はありません。

これからの目標

- 現状がわかりにくい場合など必要時、書面上の点検だけではなく訪問調

査も行います。

- 適切な住宅改修及び福祉用具購入制度利用に向け、介護支援専門員等関係職種に制度内容の周知をはかっていきます。

④医療情報との突合・縦覧点検

これまでの取り組み

- 請求内容の誤り等を早期に発見し適切な給付管理を行うため、介護報酬の支出状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数等の点検を実施しています。
- 主な点検事項
 - ・重複請求縦覧チェック一覧表の確認
 - ・算定期間回数制限チェック一覧表の確認
 - ・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表の確認

現状と課題

- 事業者への照会・確認から過誤申立書の作成・過誤処理までを国保連に委託し実施しています。

これからの目標

- 引き続き国保連への委託により実施していきます。
- 担当職員の理解を深めるため、国保連等が主催する研修へ積極的に参加します。

⑤給付実績の活用

これまでの取り組み

- 適正化システムを導入し、認定ソフト情報と給付実績をシステム分析し給付が適正かどうかを抽出し、疑義がある場合は事業所に確認を行っています。

主な点検事項：サービスの偏り、短期入所の利用日数、給付や加算が受給者との状態に適合した給付であるかの確認

■ 現状と課題

- 事業所への確認を行っていますが、時期が不定期なため、継続的な確認が必要です。
- 利用者本人または家族に対し、サービスの請求状況及び費用について、通知するように指導されていますが、高齢者の不安や混乱を招く要因となることが懸念されるため未実施となっています。

■ これから の目標

- 適正化システムを利用した分析を行い、抽出と点検のみとせず、内容によっては、事業所の指導まで行えるような体制を整えていきます。
- 利用者に対するサービスの請求状況等の通知については、サービス利用状況や給付実績の状況を見ながら、実施の有無について検討していきます。

7 高齢者福祉施策の概要

第1節 高齢者福祉施策の充実

在宅高齢者、その家族に対し、生活支援サービスを提供することで、在宅高齢者等の自立した生活を支援するとともに、介護者の負担を軽減することを目指していきます。

高齢者が健康でいきいきした生活を送るための健康づくりや介護予防を推進し、閉じこもりや孤独・不安感の解消のための支援も引き続き行っています。

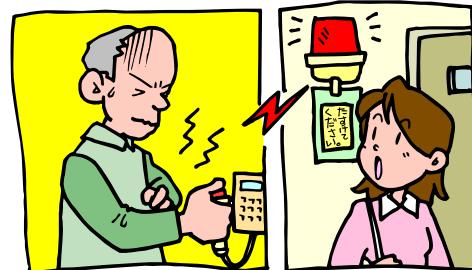
また、高齢者が要介護状態になってもできる限り住み慣れた地域や環境の中で自立した生活が営めるよう、施設サービス等の充実も図ります。

在宅高齢者等生活支援事業

(1) 緊急通報システム事業

ひとり暮らしなどで、身体病弱のため緊急事態に機敏に行動することが困難な方に対して、緊急通報機器を設置し24時間体制で見守ります。

* 設置に係る費用：無料



(2) 災害時等要護者登録制度

災害時発生時に自力で避難することが困難な方の命を守るために、避難誘導や安否確認を円滑に行うことができる支援体制です。

* 登録に係る費用：無料

(3) 地域見守りネットワーク

子ども、しうがい者、高齢者など地域で安心して暮らし続けるためのサポート体制を構築しています。

※苦小牧警察署、消防署、町内関係団体合計64団体がサポート隊として登録しています。

(4) 外出支援サービス事業

要介護認定者で、公共の交通機関による単独外出が困難である住民税非課税世帯の方に対して、町内の医療機関での受診や買い物等のための移送サービスを行います。

* 利用料：無料

(5) 通院移送車運行事業（通院移送サービス）

公共交通機関、自家用車等を利用することが困難な方に対して、ご自宅から町外の医療機関（苫小牧市内に限る）までの通院移送サービス車を運行します。

* 利用料：JR運賃の片道分を負担

(6) 通院交通費助成

公共交通機関、自家用車及び通院移送サービス車で町外の医療機関に通院することが困難な方に対して、通院に係るタクシー料金の一部を助成します。

* 助成限度：1通院 5,000円（年24回）

(7) 福祉用具購入費助成

介護保険料第1段階に該当する方に対して、介護予防のため介護保険適用外の福祉用具（歩行用杖・シルバー杖・風呂用マット）を購入した場合に、購入費用の一部を助成します。

* 助成割合：要した費用の90%



(8) 介護手当支給事業

要介護3以上の高齢者と同居し、無報酬で介護をしている住民税非課税世帯の方に対して支給します。

* 支給額：要介護3～月額 5,000円 要介護4～月額 10,000円
要介護5～月額 20,000円

(9) 介護用品支給事業

日常的におむつ等の介護用品を使用する要介護3以上の高齢者と同居し、在宅で介護している町道民税非課税世帯の方に、対象となる介護用品を購入する費用の一部を助成します。

* 支給額：年額75,000円

(10) 地域支え合い活動推進事業助成金

町民一人ひとりが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域住民の参加と協力による支えあい及び助け合いによる地域福祉の推進を図るための事業に対し、予算の範囲内で交付金を交付します。

【令和元年度実績】自治会・町内会で20団体が、地域でのサロン開催や地域内の高齢者・しうがい者宅の除雪支援を行うために活用しています。

(11) 介護人材の確保及び資質の向上

介護福祉養成専門学校等に入学し、介護福祉士として町内の介護事業所に従事する予定の学生に対し、奨学金制度を設けています。

* 助成額：年間 60万円（2年間まで）

(12) 地域福祉を支えるボランティア人材育成事業

安平町民で福祉ボランティアの資格取得に要する受講料及びテキスト代の経費1／2（上限2万円）相当額を助成します。

(13) 福祉灯油特別対策事業

原油価格上昇の影響を強く受けている在宅の低所得高齢者世帯等の負担軽減を図るため、高齢者世帯、ひとり親世帯、しうがい者世帯に対して灯油等購入費用へ助成

* 要件により5,000円の助成（令和元年度）

(14) 高齢者の冬の生活支援事業

在宅高齢者に冬期間における除雪サービスを実施し、自立した日常生活を支援します。

(15) 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業

ひとり暮らしなどで、傷病等の理由で寝具の衛生管理が困難な方に対して、寝具類等を清潔に保ち快適な安眠、健康の維持増進を図るため、洗濯・乾燥・消毒に要する費用を助成します。



(16) 在宅介護支援センターの活用

在宅の要援護高齢者や要援護となるおそれのある高齢者又はその家族に対し、在宅介護等に関する総合的な相談に応じ、各種の保健、福祉、介護サービスが、総合的に受けられるようサービス実施機関及び居宅介護事業所との調整を行います。

【主な内容】

- ①在宅介護や生活支援に関するさまざまな相談及び支援
- ②地域の高齢者の実態把握や介護ニーズなどの評価
- ③認知症カフェの支援

高齢者福祉事業

(1) 地域公共交通助成事業

安平町地域公共交通機関を利用する高齢者、しうがい者等の経済的負担を軽減する地域公共交通助成制度

※年間16,500円を上限に共通回数乗車券を交付。

(2) 長寿祝金

高齢者に対して、長寿を祝福するとともに社会に貢献した労をねぎらい、併せて町民の敬老思想の高揚を図ることを目的に長寿祝金を支給します。

* 支給額：満77歳	20,000円	満88歳	30,000円
満99歳	50,000円	満100歳	120,000円

(3) 老人クラブ運営費補助

老人クラブ連合会や単位老人クラブの活動に対し補助をします。

(4) 後期高齢者健康診査の無料化

高齢者の方の負担を軽減し受診しやすい環境をつくるため、町は平成27年度から後期高齢者健康診査を無料化しています。

(5) 各種予防接種

- ・インフルエンザ：65歳以上の方、60歳以上のハイリスクの方が、町が定める期間内に接種を受ける場合、1,100円の自己負担で接種できます。
- ・成人用肺炎球菌：65歳以上の方、60歳以上のハイリスクの方が初めて（または5年以上の間隔が空いている方）成人用肺炎球菌予防接種をする場合、3,000円の自己負担で接種できます。
- ・その他：国が接種を必要とする場合に予算の範囲内で実施します。

(6) 脳ドック

安平町国民健康保険又は後期高齢者医療制度に加入されている方を対象に、循環器系の病気の中でも多く見受けられる脳梗塞などの脳血管疾患の早期発見・早期治療のために脳ドック検診を実施しています。

町で17,743円を助成し、自己負担9,000円（交通費も本人負担）で受診できます。

健康寿命延伸事業

・セルフケア推進事業

自らの健康と向き合い、生涯にわたり自主的に健康の保持増進（介護予防や機能回復）できる機会を提供するため、健康福祉課と教育委員会が連携し、現在の「介護予防教室」のほか、「各種運動教室」等を開催し、町民の健康寿命延伸を図り、医療費の抑制に取り組みます。

施設サービス（高齢者の居住安定に係る施策との連携）

北海道胆振東部震災以降、高齢者向け住宅は地域においても高いニーズがありますが、第8期計画において、要介護3以上の認定者の推計が減少傾向にあること、また空きのある施設もあるため、現状維持とします。

今後、高齢者の状況やニーズに合わせ、これらの施設が介護施設等に転換が必要な場合や、新たな施設が必要になる場合の検討については引き続き行なっていきます。

【現状】

養護老人ホーム

現在、養護老人ホーム(町外施設)の入所者数は1名となっています。

軽費老人ホーム(ケアハウス)

早来地区に特定施設『ケアハウスサックル』(定員30名)があります。

高齢者共同住宅

追分地区に高齢者生活共同施設『ぽっぽ苑』(定員20名)と単身高齢者生活共同施設『はーと苑』(定員8名)があります。

名 称	部 屋	部屋数	定 員	備 考
安平町高齢者生活共同施設 「ぽっぽ苑」	Aタイプ	12室	12人	1人向け
	Bタイプ	2室	4人	2人向け
	Cタイプ	2室	4人	2人向け
安平町単身高齢者生活共同施設 「はーと苑」	—	8室	8人	—

有料老人ホーム

現在、安平地区に有料老人ホーム『安平の郷』があります。

名 称	部 屋	部屋数	定員
高齢者住宅安平の郷	1人部屋	6室	6人
	2人部屋	1室	2人

町が指定する介護事業所への入院給付費助成

町が指定する地域密着型サービス(入居系)を提供する介護事業所に対し、入所者が入院した場合において、入所者が退院後も継続して入所することで、安心した生活の確保と円滑な事業所運営を図るため入院給付費として助成を行います。

* 給付額：厚生労働省が算定を認める入院時費用（ひと月に6日を限度）を除いた日数1日あたり2,460円（入院期間3か月を限度）

8 第8期介護保険料の設定について

第1節 第8期介護保険料の設定の考え方

第8期介護保険事業計画における保険料の設定については、第7期計画のサービス量の実績及び見込みから下記の条件等を見込んで、「見える化システム」により算定を行い、設定しています。

(1) 第8期計画における新規事業等に係る給付費

第8期計画期間中の新規事業や利用定員の増は予定していません。

(2) 介護保険法の一部改正による負担率の変更による介護保険料

第7期計画における第1号被保険者の費用負担割合は23%でしたが、第8期計画でも23%となります。

(3) 介護報酬改定に伴う影響

令和3年度における介護報酬の改定率は0.7%(見込)となり保険料は増加します。

(4) 低所得者の第1号保険料軽減強化について

第1段階から第3段階の被保険者については、引き続き消費税を財源とする公費を投入して保険料軽減を行います。

(5) 第7期計画における余剰財源について

第7期計画において、北海道胆振東部地震や新型コロナウイルス感染症の影響で、当初計画よりもサービス費が減少したことにより余剰財源が出たため、第8期計画における介護保険料の上昇を抑制する財源としています。

認定者数の増加に伴い、自然増加が予測される給付分も含め、第8期計画では現行のサービス量を維持しつつ被保険者の負担抑制を念頭において、第7期事業計画中の財源剩余金を充当し、第8期介護保険料を抑制して算定しております。

9 介護給付費等の対象サービス計画

第1節 居宅サービス(介護給付)

(1) 居宅介護サービス給付費の推移

第7期計画中に要介護認定者が減少したため、第8期計画では、自然増加を含めてもほぼ横ばいの推計となっています。

通所リハビリテーションについては、事業所の休止により減額を見込んでいます。

単位：円

	実績値		見込値		推計値	
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅介護サービス給付費	241,603,313	240,864,774	236,091,000	236,923,000	241,421,000	241,287,000
訪問介護	53,857,869	50,100,710	50,567,000	50,567,000	51,821,000	51,821,000
訪問入浴介護	1,648,122	842,147	369,000	369,000	369,000	369,000
訪問看護	3,966,386	3,977,283	3,463,000	3,463,000	3,463,000	3,463,000
訪問リハビリテーション	1,315,956	2,415,455	4,831,000	4,831,000	5,234,000	5,234,000
居宅療養管理指導	1,476,036	2,406,400	3,677,000	3,677,000	3,794,000	3,794,000
通所介護	59,936,836	54,852,712	61,064,000	60,643,000	62,345,000	62,345,000
通所リハビリテーション	12,087,431	12,355,642	9,013,000	9,013,000	9,013,000	9,013,000
短期入所生活(療養)介護	22,620,189	27,858,783	25,046,000	25,207,000	25,207,000	25,207,000
特定施設入居者生活介護	42,626,283	44,964,511	44,341,000	44,341,000	44,341,000	44,341,000
福祉用具貸与	12,545,867	12,115,837	9,348,000	9,534,000	9,838,000	9,704,000
特定福祉用具販売	480,565	768,356	672,000	720,000	720,000	720,000
住宅改修	894,381	1,499,683	1,028,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000
居宅介護支援	28,147,392	26,707,255	22,672,000	23,058,000	23,776,000	23,776,000

第2節 施設サービス

(1) 施設介護サービス給付費の推移

第8期計画での新規施設計画等はありませんが、第7期計画中に北海道胆振東部地震の影響で介護老人福祉施設については減額となっていたこと、住所地特例による入所は今後も見込まれることから、給付費は若干の増額を見込んでいます。

単位：円

	実績値		見込値		推計値	
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
施設介護サービス給付費	234,146,950	261,924,767	261,331,000	278,013,000	278,013,000	278,013,000
介護老人福祉施設	159,133,997	168,132,671	167,964,000	184,646,000	184,646,000	184,646,000
介護老人保健施設	64,546,181	79,862,895	62,372,000	62,372,000	62,372,000	62,372,000
介護医療院	0	0	18,631,000	18,631,000	18,631,000	18,631,000
介護療養型医療施設	10,466,772	13,929,201	12,364,000	12,364,000	12,364,000	12,364,000

第3節 地域密着型サービス

(1) 地域密着型介護（予防）サービス給付費の推移

地域密着型サービスについて、グループホームでは待機者の状況を考慮し今後も満床が続くと見込み給付費を増額しています。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について増加が見込まれるため、給付費を増加し対応します。

その他のサービスについては、実績等から過不足とならないよう推計しています。

単位：円

	実績値		見込値	推計値		
	平成30年度	令和元年度		令和2年度	令和3年度	令和4年度
地域密着型サービス給付費(含予防)	216,635,667	240,084,411	273,790,000	280,737,000	283,557,000	283,557,000
認知症対応型通所介護	13,920,620	12,650,355	21,494,000	21,502,000	21,502,000	21,502,000
認知症対応型共同生活介護(含短期)	129,914,892	133,317,873	155,365,000	155,365,000	158,185,000	158,185,000
小規模多機能型居宅介護	34,266,406	36,959,183	38,777,000	39,126,000	39,126,000	39,126,000
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	3,010,000	9,600,000	9,600,000	9,600,000
地域密着型通所介護	1,442,240	1,607,832	1,209,000	1,209,000	1,209,000	1,209,000
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	37,091,509	55,549,168	53,935,000	53,935,000	53,935,000	53,935,000

第4節 介護予防サービス

(1) 介護予防サービス給付費の推移

ケアハウスサックルで要支援者の入所が増えていることから、介護予防特定施設入居者生活介護について給付費を増額しています。

その他のサービスについても実績等から過不足とならないよう推計していますが、要支援認定者数が増加傾向にあるため、全体的に増加すると見込まれます。

単位：円

	実績値		見込値	推計値		
	平成30年度	令和元年度		令和2年度	令和3年度	令和4年度
介護予防サービス給付費	12,834,145	17,853,753	25,350,000	26,414,000	26,414,000	26,563,000
介護予防訪問看護	2,109,436	2,291,402	2,068,000	2,068,000	2,068,000	2,068,000
介護予防訪問リハビリテーション	118,980	542,016	902,000	902,000	902,000	902,000
介護予防居宅療養管理指導	332,028	189,810	137,000	137,000	137,000	137,000
介護予防通所リハビリテーション	1,155,465	1,568,142	1,826,000	1,826,000	1,826,000	1,826,000
介護予防短期入所生活(療養)介護	85,374	203,571	160,000	160,000	160,000	160,000
介護予防特定施設入居者生活介護	4,972,950	7,255,242	13,559,000	13,559,000	13,559,000	13,559,000
介護予防福祉用具貸与	1,295,589	1,521,618	2,420,000	2,464,000	2,464,000	2,508,000
介護予防特定福祉用具販売	386,409	308,734	504,000	480,000	480,000	480,000
介護予防住宅改修	572,514	1,614,968	509,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000
介護予防居宅介護支援	1,805,400	2,358,250	3,265,000	3,318,000	3,318,000	3,423,000

注：給付費の算定については、介護保険制度改革における費用負担等に関する見直しや介護現場の人材確保や処遇改善のための介護報酬改定に係る財政影響額を反映し推計しています。

第5節 各サービス別給付費の推移

(1) 各サービス別給付費の推移

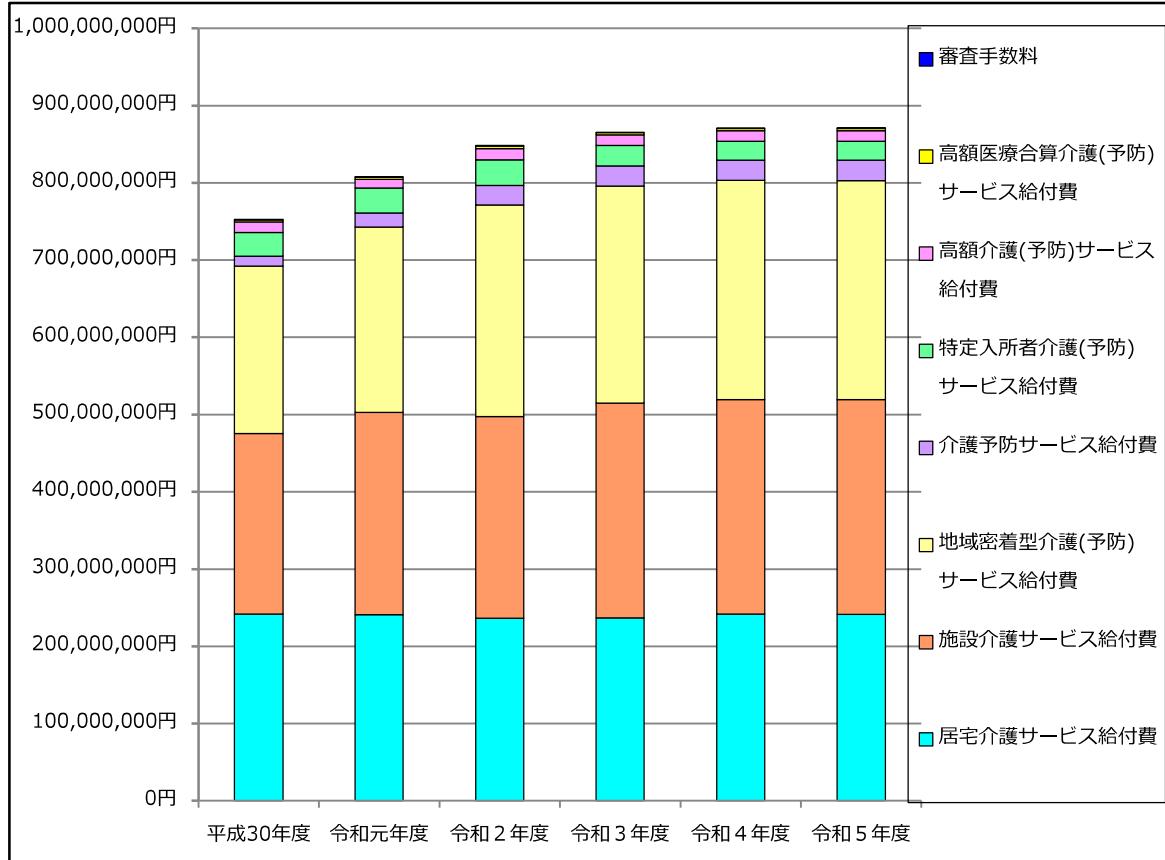
平成30年度には胆振東部地震の影響により一時的に給付費は減少しましたが、令和3年度以降は自然増加の給付増も含めると微増の推計となっています。

特定入所介護(予防)サービス給付費及び高額介護(予防)サービス給付費の算定については、令和3年度からの介護保険制度改正における費用負担の見直しに係る影響額を反映し推計しています。

単位：円

	実績値		見込値	推計値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅介護サービス給付費	241,603,313	240,864,774	236,091,000	236,923,000	241,421,000	241,287,000
施設介護サービス給付費	234,146,950	261,924,767	261,331,000	278,013,000	278,013,000	278,013,000
地域密着型介護(予防)サービス給付費	216,635,667	240,084,411	273,790,000	280,737,000	283,557,000	283,557,000
介護予防サービス給付費	12,834,145	17,853,753	25,350,000	26,414,000	26,414,000	26,563,000
総給付費	705,220,075	760,727,705	796,562,000	822,087,000	829,405,000	829,420,000
特定入所者介護(予防)サービス給付費	30,694,494	32,411,977	33,256,000	26,459,000	24,386,000	24,563,000
高額介護(予防)サービス給付費	13,555,829	11,404,136	14,400,000	13,668,000	13,801,000	13,900,000
高額医療合算介護(予防)サービス給付費	2,573,259	2,748,955	3,600,000	2,627,000	2,665,000	2,684,000
審査手数料	603,574	604,979	558,000	592,000	600,000	605,000
標準給付費	752,647,231	807,897,752	848,376,000	865,433,000	870,857,000	871,172,000

○各サービス別給付費の実績及び推移グラフ



第6節 第8期計画、令和7年度の各サービス別給付費の推計

(1) 各サービス別給付費の推移

第8期計画による推計を行い、さらに団塊の世代が後期高齢者になる2025年度（令和7年度）の推計を行いました。

高齢者数や後期高齢者数は減少となります、高齢化率や後期高齢者率がピークを迎えるため給付費も伸びていくことが予想されます。

単位：円

	実績値	見込値	第8期計画推計			第9期計画
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
居宅介護サービス給付費	240,864,774	236,091,000	236,923,000	241,421,000	241,287,000	249,097,000
施設介護サービス給付費	261,924,767	261,331,000	278,013,000	278,013,000	278,013,000	268,021,000
地域密着型介護(予防)サービス給付費	240,084,411	273,790,000	280,737,000	283,557,000	283,557,000	294,657,000
介護予防サービス給付費	17,853,753	25,350,000	26,414,000	26,414,000	26,563,000	26,707,000
総給付費	760,727,705	796,562,000	822,087,000	829,405,000	829,420,000	838,482,000
特定入所者介護(予防)サービス給付費	32,411,977	33,256,000	26,459,000	24,386,000	24,563,000	25,224,000
高額介護(予防)サービス給付費	11,404,136	14,400,000	13,668,000	13,801,000	13,900,000	14,274,000
高額医療合算介護(予防)サービス給付費	2,748,955	3,600,000	2,627,000	2,665,000	2,684,000	2,756,000
審査手数料	604,979	558,000	592,000	600,000	605,000	620,000
標準給付費	807,897,752	848,376,000	865,433,000	870,857,000	871,172,000	881,356,000

第7節 介護予防・生活支援サービス事業費の推計

(1) 各サービス別事業費の推移

介護予防・日常生活支援総合事業については、要支援認定者数の増加に対応するため、給付費を増額し、その他の事業費は、実績等から大きな変動がないものと推計しています。

単位：円

	実績値	見込値	第8期計画推計			第9期計画
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
第1号訪問事業	5,321,148	6,583,000	6,583,000	6,583,000	6,583,000	6,187,000
訪問介護(旧:介護予防訪問介護相当)	5,321,148	6,583,000	6,583,000	6,583,000	6,583,000	6,187,000
第1号通所事業	7,917,335	10,065,000	10,065,000	10,065,000	10,065,000	9,459,000
通所介護(旧:介護予防通所介護相当)	7,917,335	10,065,000	10,065,000	10,065,000	10,065,000	9,459,000
高額介護及び高額医療合算相当	110,878	100,000	111,000	111,000	111,000	111,000
介護予防生活支援サービス事業費	13,349,361	16,748,000	16,759,000	16,759,000	16,759,000	15,757,000
第1号介護予防支援事業(ケアマネジメントA)	1,313,450	1,630,000	1,630,000	1,630,000	1,630,000	1,761,000
介護予防ケアマネジメント事業費	1,313,450	1,630,000	1,630,000	1,630,000	1,630,000	1,761,000
審査手数料	34,465	42,000	48,000	48,000	48,000	48,000
その他諸費	34,465	42,000	48,000	48,000	48,000	48,000
事業費計	14,697,276	18,420,000	18,437,000	18,437,000	18,437,000	17,566,000

10 第1号被保険者の介護保険料について

第1節 第8期介護保険事業計画における介護保険料

介護保険料は町の介護保険条例により定められるものであるため、現時点では、暫定的な保険料となります。

また、低所得者軽減強化のため保険料段階が第1段階から第3段階（世帯全員が住民税非課税）の方は、その段階に応じて保険料が軽減されます。

軽減分については、別枠消費税を財源とする公費（※国1/2,道1/4,町1/4）により補填されます。

（1）介護保険料等(年額)

区分	令和2年度	改定額	令和3年度	備考(軽減額)
第1段階(軽減後)	18,720円	0円	18,720円	▲12,480円
第2段階(軽減後)	31,200円	0円	31,200円	▲15,600円
第3段階(軽減後)	43,680円	0円	43,680円	▲3,120円
第4段階	56,160円	0円	56,160円	—
第5段階(基準額)	62,400円	0円	62,400円	—
第6段階	74,880円	0円	74,880円	—
第7段階	81,120円	0円	81,120円	—
第8段階	93,600円	0円	93,600円	—
第9段階	106,080円	0円	106,080円	—

※改定率は基準額で0%になります。

（2）介護保険料等(月額)

区分	令和2年度	改定額	令和3年度	備考(軽減額)
第1段階(軽減後)	1,560円	円	1,560円	▲1,040円
第2段階(軽減後)	2,600円	円	2,600円	▲1,300円
第3段階(軽減後)	3,640円	円	3,640円	▲260円
第4段階	4,680円	円	4,680円	—
第5段階(基準額)	5,200円	円	5,200円	—
第6段階	6,240円	円	6,240円	—
第7段階	6,760円	円	6,760円	—
第8段階	7,800円	円	7,800円	—
第9段階	8,840円	円	8,840円	—

(3) 保険料段階対象者区分

段 階	対 象 者	保険料率
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方 ・生活保護受給者 ・世帯全員が住民税非課税で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 	基準額×0.50 (軽減後0.30)
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が住民税非課税で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超え、120万円以下の方 	基準額×0.75 (軽減後0.50)
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が住民税非課税で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超えた方 	基準額×0.75 (軽減後0.70)
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> ・住民税が課税されている世帯員がいるが、本人は住民税非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 	基準額×0.90
第5段階 (基準額)	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が住民課税非課税で世帯に住民税が課税されている世帯員がいる方 	基準額×1.00
第6段階	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の方 	基準額×1.20
第7段階	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方 	基準額×1.30
第8段階	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が住民税課税で前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方 	基準額×1.50
第9段階	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が住民税課税で前年の合計所得金額が320万円以上の方 	基準額×1.70

※対象者の合計所得金額の基準は、国が定める基準所得金額としています。

※基準所得金額が第7段階の方の上限が「200万円未満」から「210万円未満」に、第8段階の方の上限が「300万円未満」から「320万円未満」に、第9段階の方は、「300万円以上」から「320万円以上」に改正されています。

資料編

用語の説明

【あ行】

「I A D L」 (P23)

インストゥルメンタル・アクティビティズ・オブ・デイリー・リビングの略で「手段的日常生活動作」のこと。具体的な動作として、買物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理、服薬管理などのことをいいます。

「I C Tの活用」 (P12)

介護現場における情報連携、業務の効率化を図るため介護ソフトや介護ロボットなどを活用・導入することをいいます。

【か行】

「介護給付適正化事業」 (P 12)

介護給付を必要とする要介護者に対し、真に必要とするサービスを適切に提供するよう事業所に促すため、町（保険者）によるケアプランの点検や給付実績の縦覧点検等を行うことをいいます。

「介護サービス基盤整備」 (P10)

高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域での生活が継続できるよう在宅サービスや地域密着型サービスの充実に努めるとともに、在宅で介護を受けることが困難な方のための施設整備を行うことをいいます。

「介護サービス計画」 (P 57)

介護支援専門員が利用者の希望及び利用者についてのアセスメント結果に基づき、利用者の家族の希望及び地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載したものをおこします。

「介護保険制度」 (P 16)

介護を社会全体で支え合う仕組みとして平成12年4月にスタートしました。介護が必要な高齢者が心身の状況や生活環境等に応じてサービスを選択し、できる限り在宅で自立した生活を送ることを目指す制度です。

65歳以上の方は、お住いの市区町村第1号被保険者となります。なお40歳から64歳までの方で、病気が原因で、介護や日常生活に支援が必要となったとき、お住いの市区町村の認定を受けることでサービスを利用することができます。

「介護保険事業計画」（P 1）

市区町村ごとに、保険料の算定の基となる種類ごとの介護給付対象サービスや地域支援事業の量の見込み（利用者数や回数など）等について定めるもの。3年ごとの見直しが必要です。

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（P22）

各保険者が地域の実態を把握するために独自の調査を実施してきたが、第5期介護保険事業計画策定時から、厚生労働省が例示した調査票を活用することで、地域ごとの特性等を比較しやすいものとされ、実施されている調査です。

「介護予防・日常生活支援総合事業」（P 4）

市町村が中心となって地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画によって、多様なサービスを充実させることで、地域の支えあい体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指した事業です。

「協議体」（P 8）

『定期的な情報共有・連携強化の場』として市町村が主体となって設置するもの。安平町は第1層協議体を設置済みです。

「ケアマネジメント」（P 8）

要介護者に対して必要なサポートを検討し、医療従事者と相談しながら介護サービスを行い、要介護者やその家族が心配や不安を感じることなく、過ごせるように考えることをいいます。アセスメント、ケアプランの作成、モニタリングを行うことです。

「ケース検討会議」（P 50）

医師や介護支援専門員、看護師、サービス事業者、また要介護者や家族などが集まり、介護者の身体状況の確認や新たな課題の有無、サービス内容の検証などを行うための会議のこと。事例研究、ケース検討会議、またはカンファレンスともいいます。

「後期高齢化率」（P 16）

総人口に占める75歳以上の人口の割合をいい、地域の後期高齢化の程度をはかる指標として使用されています。

本誌では、75歳以上の高齢者が高齢者人口に占める割合としています。

「高齢化率」（P 16）

総人口に占める65歳以上の人口の割合をいい、地域の高齢化の程度をはかる指標として世界中で使用されています。

「高齢者虐待」（P 11）

高齢者の人権を侵害すること。殴る・蹴るなどの身体的虐待、叱りつける・無視するなどの心理的虐待、劣悪な環境で放置するなど介護や世話の放棄、金銭を無断で使い込むなどの経済的虐待のほか性的虐待もあげられます。

「高齢者実態調査」（P 4）

町内の高齢者の生活や健康などの状況を把握し、計画を策定する上での基礎資料として活用するとともに、今後の介護や高齢者福祉、生活支援などの施策に反映させていく

ために実施するものなどをいいます。

「高齢者保健福祉計画」（P 1）

高齢者の在宅生活支援事業及び福祉施設による事業の供給体制の確保について定めるものとされている計画のことで、介護保険事業計画と一体的に策定される計画（老人福祉法第20条の8）のことをいいます。

【さ行】

「在宅医療・介護連携」（P 6）

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供することができるよう、地域の関係機関の連携体制の推進を構築することをいいます。

「市民後見人」（P 48）

弁護士や司法書士などの資格を持たない一般の方で、成年後見に関する講座等を受講し一定の知識・態度を身につけた第三者後見人等の候補者をいいます。

「若年性認知症」（P 11）

65歳未満で認知症を発生した場合に「若年性認知症」と診断されます。

「若年性認知症支援コーディネーター」（P 11）

若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役のことをいいます。本人が自分らしい生活を継続できるよう本人の生活に応じた総合的なコーディネートが求められます。

「就労的活動支援コーディネーター」（P 8）

高齢者が役割を持って社会参加することなどが可能となるよう、就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組みを実施したい事業者等とのマッチングを行う人のことをいいます。

「少子高齢化」（P 14）

出生率の低下や平均寿命の伸びが原因で、人口に占める子どもの割合が減り、同時に高齢者の割合が増えることをいいます。

「生活支援コーディネーター」《地域支え合い協力員》（P 6）

2015年（平成27年）の介護保険制度改正において、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的に「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置と生活支援コーディネーターを組織的に補完するものとして、NPOや民間企業、協同組合などが参画し連携を図る「協議体」の設置が義務付けられました。

生活支援コーディネーターの役割には、①生活支援の担い手の養成、サービスの開発、②関係者のネットワーク化、③ニーズとサービスのマッチングといったものがあります。

「生活支援サービス」（P 4）

見守りや外出支援のほか家事支援など、ニーズに合ったサービス種別。住民やNPO、

民間企業等が主体となって提供するサービスのことです。

「成年後見制度」（P 11）

認知症の高齢者や知的しうがい者、精神しうがい者などの判断力が十分でない成年者の契約や財産管理を保護する民法上の制度のことです。後見人、保佐人、補助人が本人を代理したり、助けたりするものです。

【た行】

「ダブルタスク」（P 46）

デュアルタスクともいいます。複数の動作を一度に行うことです。

「地域共生社会」（P 5）

制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことです

「地域ケア会議」（P 4）

地域包括ケアシステムの実現に向けた手法で、高齢者個人への支援の充実（個別ケースの支援内容の検討によるもの）、それを支える社会基盤の整備（地域の実情に応じて必要と認められるもの）を進めることを目的に専門職と家族などが協議を行います。

「地域支援事業」（P 2）

介護保険法第115条の47の規定に基づき、介護保険制度の円滑な観点から、被保険者要介護状態に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であっても、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事業で、町が主体となって実施する事業をいいます。

「地域診断『見える化』システム」（P 4）

都道府県、市町村における計画策定・実行を支えるために「介護・医療の現状分析」、「課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援」「介護サービス見込み量等の将来推計支援」「介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を有したシステムのことです。

「地域包括ケアシステム」（P 7）

地域住民に対し、保健サービス（健康づくり）、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーションなどの介護サービスと福祉サービスを関係者が連携・協力して地域住民のニーズに応じて一体的・体系的に提供する仕組みのことです。

「地域包括ケア推進計画」（P 7）

地域包括ケアシステムの構築を推進するため、介護保険事業計画を「地域包括ケア推進計画」と位置付けられています。

「地域包括支援センター」（P 8）

介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関で、市町村に設置される。保健師、主任介護支

援専門員、社会福祉士が設置され、専門性を生かして相互連携しながら業務にあたります。
「地域密着型サービス」（P 20）

要介護者が住み慣れた地域での生活を支えるため、町が提供することが適当なサービスのことをいいます。

「D M A T」《災害派遣医療チーム》（P 46）

災害急性期に機動性を持ったトレーニングを受けた医療チームのことをいいます。

【な行】

「日常生活圏域」（P 14）

町が策定する介護保険事業計画において、その地域の住民が日常生活を営んでいる地域として、地位的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備その他の条件を総合的に勘案して日常生活圏域を定めることとされています。

「認知症カフェ」（P 10）

認知症高齢者とその家族が集い、交流できる場所。お茶を楽しむだけでなく、専門家による介護に関する情報提供や相談などにも対応しています。

「認知症ケアパス」（P 54）

認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的なサービス提供の流れをまとめたものです。

「認知症サポーター」（P 9）

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して「できる範囲」で手助けする人のことをいいます。

「認知症施策推進大綱」（P 9）

令和元年6月政府によって、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組みを進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」の取組みを進めることをまとめたものとあります。

「認知症初期集中支援チーム」（P 10）

認知症になつても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わるチームのことで、医師、専門医、保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士などで構成された組織です。

「認知症地域支援推進員」（P 10）

認知症に関する専門的知識や経験を有する医師、保健師、社会福祉士などが推進員の要件となっており、医療・介護等のネットワークの構築、認知症対応力向上のための支援、相談支援・支援体制の構築などに取り組みます。

「認知症バリアフリー」（P 10）

認知症になっても住み慣れた地域で普通に暮らしていく環境が整っていること、生活を妨げる障壁が排除されていることをいいます。

「脳トレ」（P 43）

認知症を予防する訓練の手段として、介護予防に利用されているトレーニングの一つです。

「福祉住環境コーディネーター」（P 58）

高齢者やしうがい者が住む家や道具などを使いややすく・生活しやすい環境に整えるためのアドバイスを行う人のことをいいます。（民間資格）

【は行】

「フレイル」（P 5）

要介護状態に至る前段階として位置づけられますが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態をいいます。

「保険者機能強化推進交付金」（P 13）

平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組みや都道府県による保険者支援の取組みが全国で実施されるようPDCAサイクルによる取組みの強化を図り、市町村による様々な取組みの達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組みを推進するために創設されました。自治体においては、取組みの自己評価を行う手段でもあります。

【や行】

「要介護認定」（P 18）

身体及び認知機能の低下などにより、介護が必要とされる状態になった場合や家事や身支度等の日常生活に支援が必要と判断され、介護認定審査会で判定されるものです。

「要介護認定率」（P 18）

市町村における65歳以上の高齢者のうち、要介護(支援)の判定を受けている人の割合をいいます。

【ら行】

「リハビリテーション専門職」（P 46）

一般的に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を言い、病気や怪我、加齢などによる後遺症やしうがいを持つ方の社会復帰を目指すために行う訓練を指導すること。

厚生労働省では、自立支援に資する取組みを推進することを期待して、リハ専門職の地域活動の場への派遣の取組みを推進しています。