第９期　礼文町高齢者保健福祉計画

第８期　礼文町介護保険事業計画

（令和３年度～令和５年度）

令和３年３月

礼文町

目　次

[第１章　計画の基本的考え方 1](#_Toc63460955)

[１　計画策定の背景 1](#_Toc63460956)

[２　計画の位置づけ 2](#_Toc63460957)

[３　計画の期間 3](#_Toc63460958)

[４　第８期計画策定のための基本的な指針 3](#_Toc63460959)

[５　計画策定の体制 6](#_Toc63460960)

[第２章　高齢者の状況 7](#_Toc63460961)

[１　高齢者数等の推移 7](#_Toc63460962)

[２　要介護（要支援）認定者数の推移 8](#_Toc63460963)

[３　アンケート調査でみる礼文町の現状 9](#_Toc63460964)

[第３章　第７期計画の実施状況 18](#_Toc63460965)

[１　介護給付サービスの計画値と実績値 18](#_Toc63460966)

[２　高齢者保健福祉サービスの実施状況 20](#_Toc63460967)

[第４章　計画の基本的な考え方 22](#_Toc63460968)

[１　計画の基本理念 22](#_Toc63460969)

[２　2025年・2040年を見据えた地域包括ケアシステムの構築 22](#_Toc63460970)

[３　計画の基本目標 23](#_Toc63460971)

[第５章　施策の展開 25](#_Toc63460972)

[１　地域支援事業の実施 25](#_Toc63460973)

[２　自立支援・重度化防止に向けた取り組みの推進 29](#_Toc63460974)

[３　人材の確保策 31](#_Toc63460975)

[４　保健福祉の環境整備 32](#_Toc63460976)

[５　高齢者の生きがい対策の推進 34](#_Toc63460977)

[６　介護給付の適正化 35](#_Toc63460978)

[第６章　介護保険事業計画 36](#_Toc63460979)

[１　介護保険サービス見込み量等の推計 36](#_Toc63460980)

[２　介護給付費等の推計 38](#_Toc63460981)

[３　第１号被保険者保険料の算定 42](#_Toc63460982)

[第７章　計画の推進に向けて 45](#_Toc63460983)

[１　推進体制の整備 45](#_Toc63460984)

[２　住民参加の促進 45](#_Toc63460985)

[３　計画の広報 45](#_Toc63460986)

[４　介護サービス事業者への支援 45](#_Toc63460987)

[５　計画の進行管理 46](#_Toc63460988)

# 第１章　計画の基本的考え方

## １　計画策定の背景

わが国の人口は、総人口が減少に転じる中、今後ますます高齢化が進展し、令和7年には日本経済を担ってきたいわゆる団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者となります。その後、令和22年（2040年）に向けて、介護ニーズの高い85歳以上の方が急速に増加し、1,000万人を超えると見込まれています。

介護が必要な方を社会全体で支える新たな仕組みとして平成12年４月に導入された介護保険制度は、介護予防重視型の制度への転換や地域包括支援センターの設置、介護と医療の連携、保険給付の見直しなどの改正が行われ、現在に至ります。今後も被保険者数の増加により、給付費と保険料が年々増加することが見込まれており、制度の持続可能性を確保していくことが課題となっています。

このような中、高齢者ができる限り住み慣れた地域で、能力に応じて自立した日常生活を営むことを可能としていくためには、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、医療、介護、予防、住まい及び自立に向けた生活への支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を礼文町の実情に応じて、さらに深化・推進していくことが重要となります。

令和3年度から令和5年度を計画期間とする第8期計画においては、いわゆる団塊世代が75歳以上となる令和7年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）を見据えた介護保険事業の動向に加えて、近年の災害発生状況や、令和2年に発生した新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、高齢者を守る体制整備などが求められています。

本町の第８期高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業計画（平成30年度から令和2年度）においては、「1.高齢者が要介護状態となることの予防。要介護状態の軽減や悪化の防止」「2.高齢者個々の環境や選択に基づいて、住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活が継続可能な保健・医療・福祉サービスの信頼できる事業者・施設からの総合的かつ効率的提供体制の構築」「3.高齢者が、自ら生きがいを持って生活ができる環境の整備と体制の構築」の３つの基本理念を定め、高齢者福祉と介護保険事業の充実に取り組んできました。

これまでの取り組みを引き継ぎつつ、子ども・高齢者・障がい者などすべての人が地域に暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現に向け、「第９期高齢者保健福祉計画・第８期介護保険事業計画」（以下「本計画」という。）を策定するものです。

## ２　計画の位置づけ

### （１）法令の根拠

高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の８に基づくもので、高齢者の居宅生活支援及び高齢者の福祉施設による事業の供給確保のための計画です。

また、介護保険事業計画は、介護保険法第116条に「厚生労働大臣は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第三条第一項に規定する総合確保方針に即して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めるものとする。」と規定され、また同法第117条の「市町村は、基本指針に即して、３年を１期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。」との規定に基づいて、本町における高齢者の現状や背景を踏まえて、介護保険の給付対象となるサービスの種類ごとにサービス量の見込みを定めるなど、介護サービスの円滑な実施を図るとともに、サービス提供体制の確保及び適正な運営を実現するための計画です。

本計画は、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を、一体的に策定するものです。

＝根拠法令（抜粋）＝

*老人福祉法第20条の8第1項*

市町村は、地方自治法（昭和２２年法律第６７号）第２条第4項の基本構想に即して、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画を定めるものとする。

*介護保険法第117条第1項*

市町村は、基本指針に即して、３年を１期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。

### （２）礼文町まちづくり総合計画等との連携

礼文町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画は、高齢者が要介護状態となることの予防や状態の軽減や悪化を防止し、住み慣れた地域で健康を維持しつつ住み続けることができることを重点とし、要介護状態になった時には高齢者の希望に応じて必要な介護を受けながら、地域での生活を継続できることを目的としています。

このため、高齢者の生きがい対策としての成人教育や高齢者が地域で生活する為バリアフリーの思想を取り入れた町づくり、高齢者に利用しやすい交通機関の計画等、様々な地域計画・町づくり施策との連携が必要となります。本計画の策定・推進にあたっては、礼文町まちづくり総合計画や礼文町まち・ひと・しごと創生総合戦略、礼文町教育推進計画、礼文町障がい者計画との整合性を持たせる等、他の施策との連携をもって推進していきます。

## ３　計画の期間

本計画は、令和３年度から令和５年度までの３年間を計画期間とします。

また、第７期計画での目標や具体的な施策を踏まえ、2025年を目指した地域包括ケアシステムの整備、更に現役世代が急減する2040年の双方を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えることについて第８期計画に位置付けることが求められています。

**第８期計画**

**令和３**

**～令和５年**

2025年までの見通し

2040年までの見通し

第６期計画

平成27

～平成29年

第７期計画

平成30

～令和２年

2025年

第９期計画

令和６

～令和８年

2015年

令和22年（2040年）

2040年

団塊世代が

全て65歳

団塊世代が

全て75歳

団塊ジュニア世代が65歳

## ４　第８期計画策定のための基本的な指針

第８期介護保険事業計画を策定するに当たり、国において「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（以下「基本指針」という。）が提示されました。

第８期（令和3年度から令和5年度）においては、第７期計画での目標や具体的な施策を踏まえ、令和7年を目指した地域包括ケアシステムの整備、さらに現役世代が急減する令和22年（2040年）の双方を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据え、第８期計画に位置づけることが求められています。

基本指針における計画の見直しの主な内容は以下のとおりです。本計画の策定にあたっては、これらの内容を踏まえた見直しを行っています。

### （１）2025年・2040年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整備

いわゆる団塊世代が75歳以上となる令和7年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）の高齢化の状況及び介護需要を予測し、第８期計画で具体的な取組内容や目標を計画に位置づけることが必要となっています。

なお、サービスの基盤整備を検討する際には介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性を図る必要があります。

### （２）地域共生社会の実現

「地域共生社会」とは、社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、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参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、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を目指すものです。この理念や考え方を踏まえた包括的な支援体制の整備や具体的な取組みが重要となります。

### （３）介護予防・健康づくり施策の充実・推進

可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるように、介護予防・健康づくりの取組を強化して健康寿命の延伸を図ることが求められています。

その際、一般介護予防事業の推進に関して「ＰＤＣＡサイクルに沿った推進にあたってデータの利活用を進めることやそのための環境整備」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」を行うこと、総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を作成すること、保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進、在宅医療・介護連携の推進における看取りや認知症への対応強化等を図ること、要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標設定等が重要となります。

### （４）有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の

### 強化

高齢者が住み慣れた地域において暮らし続けるための取組として、「自宅」と「介護施設」の中間に位置するような住宅も増えており、また、生活面で困難を抱える高齢者が多いことから、住まいと生活支援を一体的に提供する取組も進められているところです。

こうした状況を踏まえ、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するとともに、適切にサービス基盤整備を進めるため、都道府県が住宅型有料老人ホームの届出に関する情報を市町村へ通知することとする規定が盛り込まれました。こうした取組の実施により都道府県・市町村間の情報連携を強化することが必要となります。

また、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の整備状況も踏まえながら第８期計画の策定を行い、サービス基盤整備を適切に進めていくことが必要です。

### （５）認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

「認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）」を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく必要があります。

具体的な施策として①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、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、⑤研究開発・産業促進・国際展開の５つの柱に基づいて施策が推進されています。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスの収集・普及とともに、通いの場における活動の推進など、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取組が求められています。

### （６）地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

現状の介護人材不足に加え、令和7（2025）年以降は現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保が大きな課題となります。

このため、第８期計画に介護人材の確保について取組方針等を記載し、計画的に進めるとともに、都道府県と市町村とが連携しながら進めることが必要です。

さらに、総合事業等の担い手を確保する取組や、介護現場の業務改善や文書量の削減、ロボット・ＩＣＴの活用推進等による業務の効率化の取組を強化することが重要となっています。

### （７）災害や感染症対策に係る体制整備

近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、災害や感染症対策に係る体制整備が急務となっています。

感染症の拡大防止策の周知啓発、代替サービスの確保に向けて、施設職員の研修を充実させるとともに、マスクや防護服、消毒液など衛生材料の備蓄や調達、輸送体制の整備が必要となっています。また、台風などの災害に備えて、介護事業所等における避難訓練の実施や食料、生活必需品の備蓄、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認が求められています。

## ５　計画策定の体制

### （１）計画策定の方法とその基本的な考え方

礼文町では、高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画の策定にあたり幅広い分野からの意見や提言を取り入れるため、その基本となる組織づくりをしています。

①行政機関内部における計画策定体制

本計画は、庁内における高齢者保健福祉事業及び介護保険事業の運営主管である町民課地域福祉係を中心に、保健課障がい者支援係、同保健推進係、総務課財政係が連携を図りながら策定しています。

また、国（厚生労働省）や北海道（宗谷総合振興局）と連携して事業・計画の調整を図っています。

②礼文町介護保険事業計画策定委員会の設置

高齢者保健福祉事業、介護保険事業は幅広い関係者の参画により、礼文町の特性に応じた事業計画とその展開を図る必要があります。

このため、礼文町では学識経験者や保健医療関係者、福祉関係者、被保険者代表の参加を得て礼文町介護保険事業計画策定委員会を設置（平成10年10月1日）しています。

### （２）住民要望の取りまとめ

高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画の策定にあたっては、被保険者の意見を反映させることが位置付けられています。

このため礼文町介護保険事業計画策定委員会の構成にあたっては、被保険者である地域住民の代表としての参加を図っています。

### （３）高齢者等の需要（ニーズ）の把握

これまでの介護サービス給付実績の分析を行なうとともに、町と町内サービス事業者による「礼文町地域ケア会議」や事業所に寄せられるニーズの把握又、各戸訪問により実施している地域高齢者の実態把握調査などニーズの把握に努めています。

### （４）介護保険事業推進への評価

サービス利用者とその介護者や福祉団体関係者で構成する「礼文町介護保険運営協議会」において、サービス内容や実施状況等の事業の運営や介護保険事業全般の評価に関して意見を伺っています。

### （５）第７期計画と実施状況、給付実績の比較・分析

平成30年4月から令和2年10月までの実施状況や保険給付の状況、毎月実施されている町と町内のサービス事業者による礼文町地域ケア会議により令和2年度末までの利用動向など把握し、第７期計画で見込んだサービス量との比較と分析を行なっています。

# 第２章　高齢者の状況

## １　高齢者数等の推移

礼文町の総人口は、平成22年度3,078人、令和2年度では2,413人ですが、令和22年度には1,307人になると見込まれています。65歳以上の高齢者の人口は、平成22年度946人、令和2年度の895人から、令和7年度855人、令和22年度には593人になると見込まれます。



資料：平成22年～令和2年は国勢調査及び町の統計

令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所による日本の地域別将来推計人口

総人口に占める高齢者の割合は、平成22年度では30.7%ですが、令和7年度40.9%、令和22年度には45.4%になると見込まれます。

北海道及び全国と比較すると全ての年度で高くなっています。



資料：平成22年～令和2年は国勢調査及び町の統計

令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所による日本の地域別将来推計人口

## ２　要介護（要支援）認定者数の推移

要介護（要支援）認定者数は、平成27年の176人から、令和2年の153人まで減少傾向で推移しています。



資料：介護保険事業状況報告（各年3月末現在）

礼文町の要介護（要支援）認定率は、平成27年の19.0%人から、令和2年の16.8%まで年ごとの増減はあるものの減少しています。

北海道及び全国と比較すると平成28年以降全ての年度で低くなっています。



資料：礼文町　介護保険事業状況報告（各年3月末現在）

北海道、全国　介護保険事業状況報告（各年3月末現在）

## ３　アンケート調査でみる礼文町の現状

### （１）調査概要

①調査の目的

第8期高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の策定にあたり、既存データでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査・分析し、計画策定の基礎資料とすることを目的とし実施しました。

②調査対象者

礼文町在住の高齢者（65 歳以上の要介護認定を受けていない高齢者、要支援認定者）について、無作為に抽出した528件を対象として、320件の回答を得ました（回収率60.6%）。

③調査期間

令和2年5月

④調査方法

郵送による配布・回収

### （２）調査結果

①回答者属性

【性別】

「男性」が68.1％、「女性」が31.3％となっている。



【年齢】

「70～74歳」が25.0％で最も多く、次いで「65～69歳」20.9％、「75～79歳」19.1％の順となっている。



【家族構成】

「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が40.0％で最も多く、次いで「1人暮らし」35.3％、「息子・娘との2世帯」10.0％の順となっている。



【経済的にみた暮らしの状況】

「ふつう」が64.7％で最も多く、次いで「やや苦しい」20.0％、「大変苦しい」4.7％の順となっている。



③運動・外出について

【補助なしで階段を登れるか】

「できるし、している」が56.9％で最も多く、次いで「できるけどしていない」21.3％、「できない」15.0％の順となっている。



【補助なしで椅子から立ち上がれるか】

「できるし、している」が70.0％で最も多く、次いで「できない」14.1％、「できるけどしていない」9.7％の順となっている。



【15分程度の歩行】

「できるし、している」が59.1％で最も多く、次いで「できるけどしていない」25.0％、「できない」12.8％の順となっている。



【外出の回数】

「週2～4回」が36.6％で最も多く、次いで「週5回以上」29.7％、「週１回」17.2％の順となっている。



【昨年と比べて外出の回数が減っているか】

「減っている」が34.4％で最も多く、次いで「あまり減っていない」33.8％、「減っていない」24.4％の順となっている。



【外出を控えているか】

「はい」が42.8％、「いいえ」が54.4％となっている。



【外出の移動手段】

「自動車（自分で運転）」が52.5％で最も多く、次いで「徒歩」40.6％、「路線バス」20.3％の順となっている。



④健康について

【現在の健康状態（主観的健康感）】

「まあよい」が59.4％で最も多く、次いで「あまりよくない」21.9％、「とてもよい」7.2％の順となっている。



【治療中または後遺症のある病気】

「高血圧」が46.6％で最も多く、次いで「目の病気」15.9％、「糖尿病」15.3％の順となっている。



⑤認知症について

【本人又は家族の認知症状の有無】

「はい」が10.9％、「いいえ」が80.3％となっている。



【認知症の相談口の認知度】

「はい」が25.9％、「いいえ」が65.6％となっている。



⑥生活機能評価

【運動器機能】

運動器機能の低下に該当している人の割合は、男性で16.1％、女性で21.0％となっており、男性よりも女性の方が該当者割合が高くなっている。



年齢別の運動器機能では、高齢になるほど該当者割合が高く、85歳以上では4割近くとなっている。



認定該当状況による運動器機能の低下に該当している人の割合は、一般高齢者16.1％、要支援１・２認定者43.8％となっており、要支援１・２認定者が高くなっている。



【閉じこもり】

閉じこもり傾向ありに該当している人の割合は、男性27.1％、女性38.0％となっており、男性よりも女性の方が該当者割合が高くなっている。



年齢別の閉じこもり傾向ありでは、高齢になるほど該当者割合が高く、85歳以上で5割近くとなっている。



認定該当状況による閉じこもり傾向ありに該当している人の割合は、一般高齢者28.8％、要支援１・２認定者56.3％となっており、要支援１・２認定者が高くなっている。



⑦老研式活動能力指標による評価

【ＩＡＤＬ（手段的日常生活動作能力）】

ＩＡＤＬにおいて「高い」に該当している人の割合は、男性77.1％、女性76.2％となっており、女性よりも男性の方が該当者割合が若干高くなっている。



年齢別のＩＡＤＬでは、年齢ごとにばらつきがあり、80～84歳の「高い」に該当している人の割合が最も低くなっている。



認定該当状況によるＩＡＤＬにおいて「高い」に該当している人の割合は、一般高齢者78.3％、要支援１・２認定者43.8％となっており、一般高齢者が高くなっている。



※「IADL」とは、（instrumental　activities　of　daily　living）の略で「掃除・料理・洗濯・買い物などの家事や交通機関の利用、電話対応などのコミュニケーション、スケジュール調整、服薬管理、金銭管理、趣味」などの複雑な日常生活動作のことを指します。

### （３）調査結果総括

①回答者の属性・住まいの状況

回答者の属性について、男性が68.1％、女性が31.3％と男性のほうが多く、年齢では、70～74歳が最も多く、次いで65～69歳、75～79歳の順となっています。

家族構成について、１人暮らしが35.3％、夫婦２人暮らし（配偶者65歳以上）が40.0％となっており、合わせると７割以上が高齢者のみの世帯となっており、地域における見守りが必要となっています。

現在の暮らしについて、4分の1程度（「大変苦しい」が4.7％、「やや苦しい」が20.0％）が経済的に苦しいと回答しています。

②運動・外出について

運動器機能の低下をみると、リスク該当者の割合は全体で17.8％となっていますが、男性と比較して女性の方が3.9ポイント多くなっています。補助なしで階段を昇ることや椅子から立ち上がること、15分程度歩くことについて、できるにもかかわらずしていない人が１割から２割程度みられます。日常生活におけるこうした取り組みの積み重ねによって、身体機能が維持され、介護予防につながることの意識付けが必要です。

外出の状況については、週１回以上外出する人が83.5％となっており、ほとんどの人が週に１回以上外出していますが、昨年と比べて外出の回数が減った人が４割以上となっています。

閉じこもりリスクをみると、女性及び年齢が高くなるほどで該当者の割合が多くなっています。閉じこもりリスク該当者が多い女性や高齢者では、外出の際に自動車やタクシーといった運転手付きの移動手段を利用している人が多いことが考えられることから、転倒や足腰の痛み等に配慮した安全な移動手段の確保が求められます。

③日常生活について

バスや電車を使った１人での外出や食品・日用品の買物、食事の用意などを基に算出されるＩＡＤＬ（手段的日常生活動作能力）では、高齢者の方が低いとした判定が増加していることから、高齢者になると行動範囲がやや限定され、日常的な作業を行う能力も低くなっていることが分かります。

④健康について

自身の健康状態をよいと感じている人は6割近くとなっています。

既往歴に関しては、高血圧、糖尿病、心臓病等の生活習慣病に起因する疾病が多くみられるため、健診などによる生活習慣病対策が重要であると考えられます。

⑤認知症について

認知症について、自身や家族に症状がある人は１割程度となっています。また、認知症に関する相談窓口を知っている人は４分の1程度となっています。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」をめざし、認知症バリアフリーの地域づくりを進めるにあたり、認知症の症状の有無にかかわらず、まずは地域で認知症の相談窓口が周知されることが重要であると考えられます。

# 第３章　第７期計画の実施状況

## １　介護給付サービスの計画値と実績値

介護給付費の合計に関しては、平成30年度、令和元年度ともに、給付実績が計画値を下回っています。

介護予防給付費の合計に関しては、平成30年度、令和元年度ともに給付実績が計画値を大きく下回っています。

また、一つひとつのサービスで見ていくと、大きく計画値を超過しているもの、反対に大きく不足するものが見られます。これら計画値と大きく乖離のあったサービスに関してはその要因を検証し、より正確な計画値を設定できるよう努める必要があります。

（単位：千円）



（単位：千円）



（単位：千円）



## ２　高齢者保健福祉サービスの実施状況

介護保険によるサービスの実施とあわせ、高齢者ができる限り介護状態とならずに、健康で生き生きとした生活を送ることを目的として、地域自立生活支援事業と生きがい活動デイサービス事業を委託事業として実施し、在宅高齢者福祉の向上を図りました。

### （１）地域自立生活支援事業

①移送サービス事業

公共交通機関の利用が困難な方で、家庭内等において交通手段を確保することができない高齢者へ移送サービスを行い、通院や地域社会への積極的な参加と日常生活を支援し、生活の不安解消や予防を目的として礼文町社会福祉協議会へ委託し実施しました。

**【移送サービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **平成30年度** | **令和元年度** | **令和２年度** |
| **サービス回数** | 323回 | 327回 | 300回 |
| **利用実人数** | 167人 | 167人 | 165人 |
| **一人当りサービス回数** | 1.9回 | 1.9回 | 1.8回 |

②電話サービス事業

一人暮らしの高齢者等に電話サービス活動員が定期的に電話で安否の確認や健康状態の問い合わせ、相談等を行うことにより高齢者とのコミュニケーションを図り、生活不安の解消及び安否確認を目的として礼文町社会福祉協議会へ委託し実施しました。

**【電話サービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **平成30年度** | **令和元年度** | **令和２年度** |
| **サービス回数** | 165回 | 178回 | 178回 |
| **利用実人数** | 47人 | 47人 | 47人 |
| **一人当りサービス回数** | 3.5回 | 3.7回 | 3.7回 |

③除雪サービス

冬期間、一人暮らしの高齢者等の玄関前や自宅周辺の除雪を行い、高齢者が安心して生活できるように礼文町社会福祉協議会へ委託して実施しました。

**【除雪サービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **平成30年度** | **令和元年度** | **令和２年度** |
| **サービス回数** | 24回 | 14回 | 19回 |
| **利用実人数** | 18人 | 9人 | 14人 |
| **一人当りサービス回数** | 1.3回 | 1.5回 | 1.3回 |

### （２）介護予防・生きがい活動支援事業

①生きがいホームヘルプサービス

要介護認定で非該当（自立）の判定を受け、介護保険サービスを利用できない高齢者に対し、主に家事援助などの日常生活における支援サービスを提供し、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上

を図り、要介護状態にならないようにするために礼文町社会福祉協議会へ委託し実施しました。

**【生きがいホームヘルプサービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **平成30年度** | **令和元年度** | **令和２年度** |
| **利用回数** | 40回 | 41回 | 42回 |
| **利用人数** | 24人 | 24人 | 24人 |
| **一人当り利用回数** | 1.6回 | 1.7回 | 1.7回 |

②生きがいデイサービス

生きがいホームヘルプサービスと同様に、要介護認定で非該当（自立）の判定を受け、介護保険サービスを利用できない高齢者に社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上を図り、要介護状態にならないようにするために礼文福祉会へ委託し実施しました。

**【生きがいデイサービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **平成30年度** | **令和元年度** | **令和２年度** |
| **利用回数** | 42回 | 26回 | 0回 |
| **利用人数** | 12人 | 7人 | 0人 |
| **一人当り利用回数** | 3.5回 | 3.7回 | 0回 |

③生きがいショートステイサービス

生きがいホームヘルプ、生きがいデイサービスと同様に、要介護認定で非該当（自立）の判定を受け、介護保険サービスを利用できない高齢者に対してのサービスです。

このサービスは同居している家族が長期不在になる時など、高齢者を一人にするには不安があるという場合に利用が限られます。

**【生きがいショートステイサービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **平成30年度** | **令和元年度** | **令和２年度** |
| **利用回数** | 0回 | 0回 | 0回 |
| **利用人数** | 0人 | 0人 | 0人 |
| **一人当り利用回数** | 0回 | 0回 | 0回 |

# 第４章　計画の基本的な考え方

## １　計画の基本理念

**基本理念**

**1　高齢者が要介護状態となることの予防。要介護状態の軽減や悪化の防止。**

**2　高齢者個々の環境や選択に基づいて、住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活が継続可能な保健・医療・福祉サービスの信頼できる事業者・施設からの総合的かつ効率的提供体制の構築。**

**3　高齢者が、自ら生きがいを持って生活ができる環境の整備と体制の構築。**

本計画では、第７期計画を引き継ぎ、「1.高齢者が要介護状態となることの予防。要介護状態の軽減や悪化の防止。」「2.高齢者個々の環境や選択に基づいて、住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活が継続可能な保健・医療・福祉サービスの信頼できる事業者・施設からの総合的かつ効率的提供体制の構築。」「3.高齢者が、自ら生きがいを持って生活ができる環境の整備と体制の構築。」を基本理念として掲げることとします。

地域包括ケアシステムの構築と地域共生社会の実現により、本町で暮らす高齢者が、生涯に渡って心身ともに健康で、生きがいや楽しみのある充実した生活を送ることができる地域、介護が必要になっても一人ひとりが尊厳を持ちながら、誇りと自信に満ちて住み続けられる地域、災害にあっても安心・安全に暮らし続けることができる地域を理想とし、その実現に向けて行政、市民、事業者、各種団体、関係機関等が連携・協働しながら様々な取り組みを推進していくこととします。

## ２　2025年・2040年を見据えた地域包括ケアシステムの構築

介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で有する能力に応じ自立した日常生活を営むためには、介護サービスの提供のみにとどまらず、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が包括的に提供できる体制が必要です。加えて、家庭や地域のコミュニティにおける人々の絆やつながりの重要性を鑑み、自助を支える共助を軸とした安心して暮らせる地域社会に資する仕組みづくりが不可欠です。地域包括ケアシステムの構築とは、このような体制・仕組みが総合的に確立され、誰もが暮らしやすい地域社会がつくられることです。

本計画においては、2025年（団塊世代の多くが後期高齢者となる）を見据えて、介護が必要な状態になっても高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の社会資源を活用し、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進します。

今後はさらに高齢化が進展していく中、計画の基本理念を実現し、希望と明るさに満ちた2040年を迎えることができるよう、サービス供給体制の整備、地域コミュニティの発展、問題解決に向けた様々な主体による連携体制の確保を推進します。

## ３　計画の基本目標

本計画では、第７期計画の取り組みの内容を踏襲しつつ、これまでの取り組みの進捗状況や社会情勢の変化を踏まえ、基本理念の実現に向けて以下の５つの基本目標を定めます。

|  |  |
| --- | --- |
| **基本目標１** | **社会参加の促進と生きがいづくりの推進** |

支援や介護が必要な高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、質の高い介護サービスの提供はもとより、認知症高齢者への対応、医療ニーズの高い高齢者への対応、より安心・安全に暮らせる居住環境の確保等が欠かせません。

このために、地域包括支援センターを核として、町、老人福祉施設、医療施設等の関係機関が連携、協働できる仕組みを構築し、認知症施策、在宅医療・介護の連携、高齢者の住まいの確保等に取り組みます。

また、頻出する近年の災害発生や、新型コロナウイルス感染症の流行などを踏まえ、災害や感染症対策に係る体制整備に取り組みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **基本目標２** | **認知症施策の推進** |

認知症は誰もがなりうるものであり、現在では多くの人にとって身近なものとなっています。認知症施策推進大綱を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら｢共生｣と｢予防｣を車の両輪として施策を推進します。

|  |  |
| --- | --- |
| **基本目標３** | **健康づくりと介護予防の推進** |

高齢になっても自立した生活やさまざまな活動を継続していくためには、健康であることが重要です。そのためには、加齢による衰えを防ぐための体力づくりや病気の予防・早期発見・早期治療に努めていくことが大切です。

このために、生涯を通じて健康で、できる限り介護を必要とせず、いきいきと過ごせるよう、介護予防を推進するとともに、健康づくりに関する取り組みを一体的に実施し、要介護状態の軽減や重度化防止に取り組みます。また、地域住民、ボランティア等との連携を図り、多様な生活支援・介護予防サービスが提供される地域づくりを促進します。

|  |  |
| --- | --- |
| **基本目標４** | **みんなで支え合う地域社会の構築** |

高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、判断能力や自立度の低下等により、財産の保管や契約行為を行うことが難しくなったときの支援体制が必要です。また、虐待を受けたり、犯罪の被害にあったりすることがないように、啓発や相談体制の充実が重要です。

さらに、高齢者を単なる支援の対象者とみなすのではなく、その経験や能力・意欲を十分に発揮することができる環境整備や、地域住民が「我が事」として主体的に関わっていく仕組みをつくっていくとともに、多様な課題を包括的（丸ごと）に相談・支援する体制の整備に取り組みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **基本目標５** | **介護保険事業の円滑な運営** |

高齢者が要介護状態になっても、自分の意思で自分らしい生活を営むことができる「高齢者の尊厳を支えるケア」の確立を目指します。

このために、地域密着型サービスをはじめとする介護サービスを充実させるとともに、在宅と施設の連携体制等を確保し、要介護状態となっても、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支援します。

また、介護保険事業の持続及び適正な運営のため、介護給付の適正化に取り組みます。

# 第５章　施策の展開

## １　地域支援事業の実施

要支援者等の支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービスの展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進を図るため、以下の事業の実施を目指します。

### （１）介護予防・日常生活支援総合事業

①介護予防・生活支援サービス事業

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種類** | **事業内容** |
| ア）訪問型サービス | 要支援者等に対し、訪問介護サービスが受けられるよう関係機関と協力して安定したサービス提供に努めます。 |
| イ）通所型サービス | 要支援者等に対し、通所介護サービスが受けられるよう関係機関と協力して安定したサービス提供に努めます。 |
| ウ）生活支援サービス | 要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者への見守りを提供できるサービスを検討します。 |
| エ）介護予防支援事業  （ケアマネジメント） | 総合事業が必要とされた対象者に対し、本人や家族の意向を踏まえた上で、サービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを実施します。 |

②一般介護予防事業

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **サービス種類** | **事業内容** | **取り組み等** |
| ア）介護予防把握事業 | 地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげられるよう努めます。 | ・高齢者実態調査  ・検診時における基本チ  ェックリストの実施 |
| イ）介護予防普及啓発  事業 | 広報等を活用し、介護予防に資する基本的な知識や活動の普及啓発に努めます。 | ・ホームページや広報誌  を活用した啓発  ・包括支援センター職員  による自治会訪問事業  の実施 |
| ウ）地域介護予防活動  支援事業 | 地域における住民主体の介護予防活動や、介護予防に資する地域活動の育成と支援を実施します。 |  |
| エ）一般介護予防事業  評価事業 | 本計画において定めた介護予防事業の効果による要介護認定者数の目標値等に照らした達成状況の検証を行ない、一般介護予防事業の事業評価を実施します。 |  |
| オ）地域リハビリテーシ  ョン活動支援事業 | 地域における介護予防の取組を機能強化するために、地域ケア会議等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。 | ・地域ケア会議における  理学療法士の参加 |

### （２）包括的支援事業

①地域包括支援センターの運営

高齢者へ包括的一体的に支援を行なっていく上で重要となる包括的支援事業は、公平・中立な立場を担保し、支援に必要な人材の安定的な確保を図るため、「地域包括支援センター」を直営で設置し、町の福祉担当部署である町民課と一体的に運営を行ない、次の事業を実施します。

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種類** | **事業内容** |
| ア）介護予防ケアマネジ  メント事業 | 本人や家族の意向を踏まえた上で、状態の悪化防止や軽減に必要な介護予防事業の適切な使用のためのマネジメントを実施します。 |
| イ）総合相談支援事業・  権利擁護事業 | 高齢者に対し、介護保険サービスにとどまらず様々な形での支援を行うための地域における関係者や関係機関とのネットワークの構築や、高齢者の実態把握、サービス等に関する情報提供等の初期相談対応や、継続的・専門的な相談支援、特に権利擁護が必要と思われる高齢者への対応と支援を実施します。 |
| ウ）包括的・継続的ケア  マネジメント事業 | 主治医やケアマネージャーなどの多職種協働や、地域の関係機関との連携を通じてケアマネジメントの後方支援を目的として、ケアプラン作成に係る支援や困難事例への助言、医療機関を含む関係施設やボランティアなど様々な地域における社会資源との連携、協力体制の整備など、包括的・継続的なケア体制の構築を図ります。 |
| エ）地域ケア会議の充実 | 多職種共同による個別事例のケアマネジメントの充実と地域課題の解決による地域包括ケアシステムの構築を目指します。  関係機関が参加し、担当者レベルの会議を毎月開催します。 |

②在宅医療・介護連携の推進

医療機関や介護保険関係機関との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供体制の構築を目指します。

|  |  |
| --- | --- |
| **国が示す具体的な事業** | **取り組み等** |
| ア）地域の医療・介護の資源の把握  イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討  ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進  エ）医療・介護関係者の情報共有の支援  オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援  カ）医療・介護関係者の研修  キ）地域住民への普及啓発  ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携 | ・毎月開催している「在宅医療カン  ファレンス」を活用し、医療と介  護という枠を超えた「地域」とし  ての連携を目指し、限られた人材  と地域だからできる、質の高い  医療・介護の連携体制を構築します。  ・多職種が参加する連携会議を開催  します。 |

※「在宅医療カンファレンス」とは、礼文町地域包括支援センター、船泊診療所、礼文町社会福祉協議会（居宅介護支援事業所、訪問介護事業所）、礼文福祉会（通所介護事業所、短期入所事業所）が参加して毎月開催している会議をいう。

③認知症施策の推進

早期診断・早期対応等により、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制づくりなど、認知症施策を推進します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業名** | **内容** | **取り組み等** |
| 認知症地域支援・ケア向  上事業 | ・認知症の人に対し状態に応じた適切  なサービスが提供されるよう、地域  において認知症の人を支援する関係  者の連携を図る。  ・認知症の人及びその家族を支援する  相談支援並びに支援体制を構築す  る。 | ・地域包括支援センターに「認知症  地域支援推進員」（専門職）を配  置し、相談業務をはじめ、住民の  要望に則したきめ細かいケアを行  います。  ・認知症に関しての普及啓発  ・認知症カフェ等の開設  ・専門職間での共通理解と支援の質  の向上 |
| 認知症初期集中支援推進  事業 | ・認知症の人やその家族に対して初期  の支援を包括的、集中的に行う支援  チームを設置する。 | 必須の研修を受講した国家資格を有する専門職2名と認知症サポート医研修を受講した専門医1名の計3名からなる支援チームを配置し、早期診断、早期対応に向けた支援体制を構築します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **施策** | **取り組み内容** |
| 認知症バリアフリーの推進 | 移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り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」の取り組みを推進します。 |
| 若年性認知症への支援 | 若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境等の特徴を踏まえ、認知機能が低下してもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられるよう、支援を行います。 |

④生活支援サービスの体制整備

コーディネーターの配置や協議体の設置等を通じて地域での高齢者のニーズ把握等が円滑に図られるよう、多様な主体による生活支援の充実を目指します。

|  |  |
| --- | --- |
| **施策** | **取り組み内容** |
| 生活支援コーディネータ  ーの配置 | 「生活支援コーディネーター養成研修」を受講した者1 名を生活支援コーディネーターとして地域包括支援センターに配置します。 |
| 協議体の設置 | 定期的な情報の共有・連携強化の場として「協議体」を設置し、サービスの開発、創出に取り組みます。 |

### （３）任意事業

介護予防事業が必要な高齢者や、在宅で介護している家族への支援として、次の事業を実施します。

①家族介護支援事業

町内においてのサービスは充実してきてはいるものの、家族において高齢者の介護を行なう場面も多いことから、家族への介護方法等の研修を実施するとともに、継続的な家族介護を支援し、家族による介護の労をねぎらうための支援を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種類** | **事業内容** |
| ア）家族介護教室開催 | 在宅で介護している家族等を対象に、適切な介護の方法についての講習を開催します。 |
| イ）礼文町家族介護手当  支給事業 | 要介護者（要介護４・５）を家庭で介護している家族に対して慰労のために手当を支給することにより、家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図ります。 |
| ウ）在宅要介護者紙おむ  つ助成 | 紙おむつを使用している要介護者の在宅高齢者及び障がい者に対し、紙おむつ購入費の助成をすることにより身体的負担、精神的負担及び経済的負担を軽減し、もって福祉の増進を図ります。 |
| エ）家族介護支援短期入  所事業（委託事業） | 家族等と同居している自立の高齢者に対し、短期入所サービス（ショートステイサービス）を提供します。 |

②地域自立生活支援事業

高齢者が、安心して地域で自立した生活を営む上で必要なサービスを次のとおり実施します。

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種類** | **事業内容** |
| ア）生活援助員派遣事業  （委託事業） | 自立の高齢者であって、軽度の支援や安否確認などが必要な高齢者に対し、生活援助員派遣サービス（ホームヘルプサービス）を提供します。 |
| イ）在宅生活見守り（電  話）事業（委託事業） | 在宅の一人暮らしの高齢者が安心して生活できるよう、安否確認と不安解消を目的として電話サービスを実施します。 |
| ウ）冬期在宅生活安心確  保（除雪）事業（委託事業） | 高齢者が、冬期間も安心して自立した在宅生活を営めるよう除雪サービスを実施し、高齢者の冬期間の不安解消を図ります。 |
| エ）外出支援（移送）事  業（委託事業） | 公共交通機関の利用や外出が困難な高齢者等が、介護予防事業や生きがい支援活動、通院や社会活動に参加する際、移送用車両により利用者の居宅と各種サービスを提供する場所、医療機関などとの間を送迎するサービスを実施します。 |
| オ）生きがい活動デイサ  ービス事業  （委託事業） | 自立の高齢者であっても、生きがいを持って健康で生き生きとした生活を送ることを目的に、デイサービスを提供します。 |
| カ）福祉用具利用支援事  業（委託事業） | 高齢者が在宅での生活に必要な福祉用具についての相談援助を実施します。 |
| キ）在宅生活サポート  事業 | 高速情報通信網を利用した高齢者の見守りや健康生活支援サービスを実施します。 |
| ク）洗濯支援サービス  事業 | 船泊診療所に入院した方で、自分では洗濯作業が困難で、町内に身寄りがいない、あるいは依頼できる人がいない場合など入院時の洗濯が困難な人に対し、支援するサービスを実施します。 |

## ２　自立支援・重度化防止に向けた取り組みの推進

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、制度の持続可能性を維持するために、地域包括支援センターを中心に次の項目を重点的に取り組みます。

|  |
| --- |
| **取り組み** |
| 現役で漁業に携わる高齢者が多いという地域特性を踏まえたうえで、介護予防・日常生活支援総合事業等の施策を通じ、自立者や地域支援事業対象者への積極的な介護予防推進を図ることで高齢者の介護予防意識を高め、その結果としての要支援・要介護認定状況を評価基準とします。 |

|  |
| --- |
| **目標** |
| 高齢者一人一人が、生活の中に役割を持ちながら介護予防への意識を持つことにより、原状と比較して要支援・要介護認定率に過大な変化が見られないことを目標とします。 |

### （１）地域包括支援センターの機能強化

・人員体制を業務量に応じて適切に配置

・包括３職種（主任ケアマネージャー、社会福祉士、保健師）の適正配置

・認知症地域推進員及び認知症初期集中支援チームの配置

・生活支援コーディネーターの配置

### （２）地域支援事業の重点的取り組みの推進

・認知症施策の取り組み【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】

・在宅医療・介護連携の推進【医療と介護という枠を超えた、「地域」としての連携】

・地域ケア会議の充実【関係機関との連携強化】

### （３）地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

・地域福祉の推進理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複雑的な地域生活課題に

ついて、住民や福祉関係者による状況把握及び関係機関との連携による解決が図られることを目指し

ます。

・このことを実現するため、地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備に努めま

す。

・また、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整できる体制整

備に努めます。

・高齢者と障害者が同一の事業所でサービスを受けられる、新たな共生型サービスの創設を目指しま

す。

・知的、精神等自立支援の対象者となる方の親亡き後の生活支援・自立支援の課題を解決するため、

住まいづくりを検討します。

### （４）介護予防と健康づくりの一体的推進

後期高齢者の心身の状況としては、身体的脆弱性や複数の慢性疾患、認知機能や社会的繋がりの低下といった多面的な課題を抱える、いわゆるフレイル状態にある場合も多くみられ、これまでの疾病予防・重症化予防における個別的な対応のみならず、フレイル予防の観点をもった、社会参加を含む地域での取り組みへと拡大していく必要があります。高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性があります。

医療、介護、保健等のデータを一体的に分析し、高齢者一人ひとりを医療、介護、保健等の必要なサービスに結びつけていくとともに、社会参加を含むフレイル予防等の取組まで広げていく必要があることから、健康課題にも対応できるような通いの場や、通いの場を活用した健康相談、受診勧奨の取組の促進等、後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防との一体的な実施を推進します。

※「フレイル」とは、健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことを指します

## ３　人材の確保策

地域包括ケアシステムの構築にあたって、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を講じていく必要があり、北海道は、2020年代初頭までに必要となる人材の確保に向け、広域的な立場から地域の関係者とともに、介護の仕事の魅力向上、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱に、新規参入促進の取組、潜在的有資格者等の復職・再就職支援、資質の向上、処遇改善や雇用環境改善など、総合的な取り組みを推進することとしています。

当町においても、北海道と連携しながら、生活支援等の支え手となるボランティア等の育成をはじめ医師や介護福祉士等の専門職の人材を確保できるよう、必要な施策に取り組みます。具体的には、平成30年4月から修学資金・就業支援金制度を拡充し、医療・福祉関係の有資格者不足の解消と医療・福祉事業の推進を図ります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **貸付額　貸与額** | **貸付額　貸与額** | **償還（返還）免除** |
| 医療技術者等修学資金 | ①医師、歯科医師  ②診療放射線技師、臨床工学技  士、理学療法士、作業療法士、  歯科技工士、歯科衛生士、保健  師、助産師、看護師  ③准看護師 | ①月額　　　15万円以内  入学支度金  50万円以内  教材購入資金  100万円以内  ②月額　　　10万円以内  入学支度金  30万円以内  ③月額　　　　６万円以内  入学支度金  30万円以内 | 貸付を受けた期間、本町で業務に従事した時は償還免除 |
| 福祉系技術者等修学資金 | 介護福祉士、介護支援専門員、  社会福祉士、管理栄養士、栄養士、  保育士 | 月額　　　　10万円以内  入学支度金  30万円以内 | 貸付を受けた期間、本町で業務に従事した時は償還免除 |
| 医療技術者・  福祉系技術者就業  支援金 | 医療技術者・福祉系技術者の資格を有し、礼文町において医療技術者・福祉系技術者として就業を希望する者 | 就業予定期間2年の者  60万円  就業予定期間3年の者  100万円 | 貸与を受けた就業予定期間を満了した時は返還免除 |

## ４　保健福祉の環境整備

### （１）保健・医療・福祉の連携

①行政機関内部での各部門との連携方針

行政機関内部において、保健部門・医療部門・福祉部門が連携を図ることは、保健福祉の環境整備に向けた重要な課題であり、地域包括支援センターを中核とした保健・医療・福祉のネットワークの形成を図ります。

②保健・医療・福祉の専門機関、各種協議会との連携方針

○保健・医療・福祉相互の情報交換や連携を図るために、現在、定期的に開催されているケアカンフ

ァレンスに協力していきます。

○地域包括支援センターを中核として、保健・医療・福祉部門のサービス実践担当者による情報交換

とケア方針の検討を目的としたネットワーク会議を定期的に開催します。

○礼文福祉会との連携強化に努め、施設を基本としたサービスの提供体制強化に努めます。

○社会福祉協議会との連携強化に努め、居宅サービスの提供体制強化に努めます。

### （２）高齢者施策を行うその他行政部門との連携方針

行政機関には、高齢者に関する施策を行う様々な部門があり、このそれぞれが連携をとって高齢者行政を行うことが必要不可欠な課題となります。このため、礼文町においては、行政機関内の連携を以下のとおり推進していきます。

○高齢者の生きがい対策の一環として、成人教育等を推進するため教育委員会との連携を図ります。

○高齢者が暮らしやすい町づくりの推進に向け、高齢者のための住宅・生活環境整備に向け担当課と

の連携を図ります。

○高齢者が利用しやすい行政サービス提供体制の推進に向け、自治会・民生委員協議会等との連携

を強めるため、各組織の担当課との連携を図ります。

### （３）地域の関係団体との連携

高齢者保健福祉は、地域に根ざしたものがその多くを占め、地域の関係団体との連携はその環境整備に欠かせないものとなります。

このため、社会福祉協議会や自治会・民生委員協議会など地域と緊密な関係を持っている団体との連携を強化するとともに、その活動への支援策を推進します。

○「礼文町地域見守りネットワーク」体制の充実

町内各商店や金融機関及び関係団体等との「礼文町地域見守りネットワーク協定」を締結し、高齢者や障害者等が住み慣れた地域で安心した暮らしが続けられるよう連携して、地域全体で日常的に見守り支えあう体制の充実を図ります。

●「礼文町地域見守りネットワーク協定」

協定先～町内郵便局、礼文町商工会、ヤマト運輸、山崎新聞店、須田新聞店、須藤新聞店、

稚内信用金庫礼文支店、天龍寺、吉祥寺、海全寺、北教寺、妙慶寺、長昌寺、

生活協同組合コープさっぽろ

### （４）ボランティア等民間団体への支援

地域の保健福祉環境の整備において、ボランティア等民間団体が担う役割は高まっています。ボランティア団体等への支援として、以下の方策を推進します。

○ボランティア団体等の発足を支援します。

○ボランティア団体等の活動への支援を推進します。

○ボランティア団体等の活動施設の確保を支援します。

### （５）町内サービス事業者への支援

礼文町においては、介護保険のサービス事業者となる民間サービス事業者の町外からの参入が望めず、サービス事業者は礼文福祉会と礼文町社会福祉協議会に限られています。

しかし、介護保険の対象となる利用者が他の地域に比べて限定されるため、安定的なサービス供給のために町内サービス事業者への支援を行います。

○サービス事業者の運営に必要な財源の確保を支援します。

### （６）高齢者の住まいの確保

現在、礼文町には老人福祉寮が１棟あり、事情により自宅において在宅生活が難しい方々が入居しています。礼文町においては、かつては2 世代３世代が同居し、また、隣近所の付き合いの中で、お互いを支えあう暮らしができておりましたが、急激な少子高齢化が進んでいる現状から、一人暮らしの高齢者や夫婦だけの世帯が増え、将来への生活不安から、住み慣れた地域から離れてしまう傾向が見られています。

こうした実態を踏まえ、本計画期間中に、このような方々が最期まで住み慣れた地域で安心して生活がおくられる一助として、高齢者向け住宅の建設を検討します。

### （７）感染症対策に係る体制の整備

新型コロナウイルスから持続的に健康をまもるためのセルフケアの仕方に関して、ホームページや広報紙などを通じて周知、啓発を行うとともに、通いの場などでの感染症対策として、利用のためのルールの徹底を図ります。

また、役場などの公共施設によるソーシャルディスタンスの確保やマスクの着用、消毒液の設置などの感染症対策を徹底します。

## ５　高齢者の生きがい対策の推進

高齢者が健康で生き生きと生活するためには、保健福祉サービスの提供とともに生きがいのある生活が重要な要素となります。

また、介護予防の観点からも生きがい対策は閉じこもりの防止等非常に大きな効果が期待されます。

礼文町においては、地域支援事業と連携を図りながら、高齢者の生きがい対策として以下の支援策を推進します。

○老人クラブ等の活動を支援します。

○高齢者成人教育指導者の育成に関係機関との連携に努めます。

○高齢者に対する成人教育を推進します。

○礼文町社会福祉協議会との連携により、高齢者の生活不安の解消に努めます。

○健康増進・憩いの場としての温泉施設の利用促進に努めます。

○75歳以上の高齢者に対し、町内のバス路線の利用負担の軽減を図ります。

○１年以上町内在住の方を対象に７７歳、８８歳、100 歳を迎える方に祝い金を贈呈します。

○世帯主が７５歳以上で、住民税非課税世帯を対象に、水道料及びごみ処理手数料の利用者負担

の軽減を図ります。

○70歳以上のみの世帯や世帯主が障害をお持ちの世帯等で住民税非課税世帯を対象に、燃料の購入費の一部を助成します。

## ６　介護給付の適正化

主要5事業のうち「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」、の４事業については継続して実施し、未実施である「介護給付費通知」については方法等を模索のうえ計画期間中の実施に向け検討します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区分** | | **実施内容・方法等** |
| ア、要介護認定の適正化 | | ・委託している更新申請及び区分変更申請に係る認定調査の結果  について、保険者による点検を実施。  ・遠隔地を除き、直営で調査を実施し、疑義のあった調査票につ  いて事後点検を実施。 |
| イ、ケアプランの点検 | | ・町内事業所分は全て点検を実施。 |
| ウ、住宅改修等の点検 | | ・町内事業所分は全て点検を実施。 |
|  | ①住宅改修の点検 | ・施工前の工事見積書、竣工前後の写真等により、住宅改修の施  工状況の点検を実施する。 |
| ②福祉用具購入・貸与調査 | ・福祉用具利用者等に対する訪問調査等を行い、福祉用具の必要  性や利用状況等を確認する。 |
| エ、医療情報との突合・縦覧点検 | | ・町内事業所分は全て点検を実施。 |
|  | ① 縦覧点検 | ・国保連合会に委託により実施。 |
| ② 医療情報との突合 | ・国保連合会に委託により実施。 |
| オ、介護給付費通知 | | ・方法等を模索のうえ計画期間中の実施に向け検討 |
| カ、給付実績の活用 | | ・上記主要５事業以外に、国保連合会の適正化システムによって  出力される給付実績の活用として提供されたデータを分析・評  価 |

# 第６章　介護保険事業計画

## １　介護保険サービス見込み量等の推計

### （１）介護保険サービス見込み量推計の流れ

第8期計画期間（令和3～5年度）における介護保険事業の第１号被保険者の介護保険基準額については、国が示す推計方法を踏まえて、見える化システムを利用し、以下の手順に沿って算出しました。

第7期計画期間（平成30～令和2年度）における被保険者数、認定者数、サービス利用者数、給付費などの実績をもとに推計を行い、次に介護保険料の算定にあたっての諸係数などを勘案しながら第１号被保険者の介護保険料基準額を設定する流れとなっています。

|  |
| --- |
| **被保険者数、認定者数の推計** |
| 過去の人口推移の実績から、コーホート変化率法を用いて、令和22年度（2040年度）までの本町の将来推計人口を予測した上で、推計人口と要介護認定者発生率を掛け合わせて、本計画期間の各年度における要介護認定者数を算出します。 |

|  |
| --- |
| **介護保険施設・居住系サービスの量の見込み算出** |
| 推計された要支援・要介護認定者数見込みに対する施設・居住系サービス利用者数の見込み、過去の利用実績、今後の施策による増減、制度改正の影響等を勘案しサービス別事業量を算出します。 |

|  |
| --- |
| **在宅サービス等の量の見込み算出** |
| 要支援・要介護認定者数から施設居住系サービス利用者数の見込みを差し引くことで、在宅サービス対象者数を推計します。  在宅サービス対象者数に、過去のサービス利用実績（利用率、日数、回数、給付費等）や今後の施策による増減、制度改正の影響を勘案し、在宅サービスの事業量を推計します。 |

### （２）被保険者数の推計

令和22年度までの被保険者数の推計は下記の通りです。

第１号被保険者（65歳以上）は減少傾向で推移し、令和5年度に861人、令和22年度には、580人になる見込みです。



資料：平成30年度～令和2年度　介護保険事業状況報告

令和3～22年度　コーホート変化率法により推計

### （３）認定者数の推計

要介護（支援）認定者は、令和3年度以降、減少傾向と推計され、令和5年度は143人、令和22年度には119人になる見込みです。



資料：平成30年度～令和2年度　介護保険事業状況報告

令和3～22年度　地域包括ケア「見える化」システムにより推計

実績値・推計値ともに第２号認定者含む

## ２　介護給付費等の推計

### （１）介護給付費・サービス量の推計

（給付費単位：千円、回数・人数は１ヵ月あたり）



※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

（給付費単位：千円、回数・人数は１ヵ月あたり）



※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

### （２）予防給付費・サービス量の推計

（給付費単位：千円、回数・人数は１ヵ月あたり）



※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

### （３）標準給付費の推計

介護給付費及び介護予防給費に、特定入所者介護サービス費等のその他経費を加えた標準給付費の推計は以下のとおりとなります。

単位：千円



※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

### （４）地域支援事業費の推計

地域支援事業は、高齢者が要支援・要介護状態になる前に心身の状態を維持・向上させ、生活機能の改善を図ることで、住み慣れた地域において自立した日常生活を継続できるようにする事業です。

ア　介護予防・日常生活支援総合事業

生活機能の低下により要支援又は要介護者になる可能性がある高齢者に、生活機能の維持・向上を目的とした介護予防事業を行うとともに、健康な高齢者には、健康維持のための介護予防普及啓発事業を行います。

また、「訪問介護」や「通所介護」等のサービスを中心に、既存の介護保険事業所だけではなく、地域の多様な事業主体を活用し、高齢者を支援する取り組みを行います。

イ　包括的支援事業・任意事業

包括的支援事業は、地域包括支援センターの運営、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、地域ケア会議推進事業からなり、任意事業は、地域の実情に応じた支援を行う事業で、家族介護支援事業及びその他の事業として成年後見制度利用支援事業等を行います。

単位：千円



※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

### （５）介護保険総費用の推計

単位：千円



※千円以下を端数処理しているため、合計が合わないことがあります。

## ３　第１号被保険者保険料の算定

### （１）介護保険事業に係る費用構成

介護保険の給付費は、半分を公費（国・都道府県・市町村）で負担し、残りを第１号被保険者（65歳以上の方）、第２号被保険者（40～64歳の方）からの保険料で負担する仕組みです。

保険料の負担割合は、第８期計画期間においては、第１号被保険者が23.0％、第２号被保険者が27.0％となります。

ただし、国の負担には調整交付金５.0％相当分が含まれており、各市町村の後期高齢者加入割合や所得段階別被保険者割合などの実情に応じて交付割合が調整されます。調整交付金の増減分は、第１号被保険者の負担割合を増減して補正します。



### （２）財政調整交付金

市町村間の後期高齢者比率、被保険者の所得水準による第１号保険料の格差の調整に用いられており、全国平均と各市町村の後期高齢者比率、被保険者の所得水準を比較し、国の定めた算定式に沿って、調整交付金交付割合が決定します。

５％を基本割合としており、後期高齢者比率が高い、被保険者の所得水準が低い自治体（主に地方）ほど、交付割合が高く、第１号保険料が軽減されます。一方、後期高齢者比率が低い、被保険者の所得水準が高い自治体（主に都市部）ほど、交付割合が低く、第１号保険料が加重されます。

### （３）保険料収納必要額

第１号被保険者の保険料収納必要額は、標準給付額の第１号被保険者負担分に調整交付金見込額等を減じて算出され、令和３年度から令和５年度３年間の保険料収納必要額の合計は　**160,163,344円**となります。

**【保険料収納必要額の算定】**

**第１号被保険者負担分相当額**

**+**

**調整交付金相当額**

**調整交付金見込額**

**+**

**準備基金取崩額**

**保険料収納必要額**

**（160,163,344円）**

### （４）保険料基準月額

保険料基準月額は以下の方法で算出され、本町の第８期（令和３年度から令和５年度）の第１号被保険者保険料基準月額は、　**5,000円**となります。

**【第１号被保険者の保険料基準月額の算定】**

**保険料収納必要額**

**（160,163,344円）**

**予定保険料収納率**

**99.94％**

**所得段階加入割合で補正**

**した第１号被保険者数**

**（３ヶ年合計）**

**2,663人**

**12ヵ月**

**令和３年度から令和５年度の**

**第１号被保険者の保険料基準月額**

**5,000円**

### （５）所得段階別保険料

第１号被保険者の保険料は、先に求めた標準額に基づき、本人の所得の状況に応じて決まります。

礼文町における第８期計画期間中（令和３年度～令和５年度）の所得段階別介護保険料は次の表のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **所得段階** | **要件（前年の所得と課税の状況）** | **基準額に**  **対する割合** | **保険料**  **月額** | **保険料 年額** |
| 第１段階 | 〇生活保護を受給している人及び世帯全員が町民税非課税で老齢福祉年金を受けている人  ○世帯全員が町民税非課税で、前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円以下の人 | 0.30  (軽減前0.50） | 1,500円 | 18,000円 |
| 第２段階 | ○世帯全員が町民税非課税で、前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円を超え120万円以下の人 | 0.50  (軽減前0.75） | 2,500円 | 30,000円 |
| 第３段階 | ○世帯全員が町民税非課税で、前年の合計所得金額＋課税年金収入額が120万円を超える人 | 0.70  (軽減前0.75） | 3,500円 | 42,000円 |
| 第４段階 | ○世帯の誰かに町民税が課税されているが、本人は町民税非課税で前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円以下の人 | 0.90 | 4,500円 | 54,000円 |
| 第５段階 | ○世帯の誰かに町民税が課税されているが、本人は町民税非課税で前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円を超える人 | 1.00  基準額 | 5,000円 | 60,000円 |
| 第６段階 | ○本人が町民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の人 | 1.20 | 6,000円 | 72,000円 |
| 第７段階 | ○本人が町民税課税者で前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人 | 1.30 | 6,500円 | 78,000円 |
| 第８段階 | ○本人が町民税課税者で前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人 | 1.50 | 7,500円 | 90,000円 |
| 第９段階 | ○本人が町民税課税者で前年の合計所得金額が320万円以上の人 | 1.70 | 8,500円 | 102,000円 |

# 第７章　計画の推進に向けて

## １　推進体制の整備

本町において高齢者保健福祉施策を推進するにあたり、計画が確実に達成できるよう、各事業担当課を中心に社会福祉法人や民間団体等の事業者・医療機関と協力し事業運営・サービス提供の効率化に努めます。

そのため、地域包括支援センターを中心に、関係機関・団体等間の連携を重視して施策の進行状況を把握できる包括的組織体制整備を推進し、計画の総合的促進を図ります。

## ２　住民参加の促進

計画の効果的な推進を図るとともに、高齢者が質の高いサービスを受けるためには、高齢者をとりまく環境整備が大切です。そのためには、高齢者が安心してサービスを受けられるよう住民間のつながりを強力にし、高齢者を社会全体で支え合う仕組みを確立することが必要です。

住民と高齢者とのネットワーク形成のため、住民のボランティア育成やボランティア活動参加啓発、地域福祉推進の啓発等を促進し、計画に規定するサービス推進につながるよう努めます。

## ３　計画の広報

本計画を推進するためには、住民の協力が不可欠であり、計画内容を住民の方々にも理解してもらう必要があります。したがって、計画内容を村の広報誌等に掲載し、広く周知を図ることが重要です。

高齢者が計画内容を理解できるよう、各事業提供者やボランティア、地域の民生委員等がより多く高齢者とふれあう機会をつくり広報に努めるとともに、40歳～65歳未満の２号被保険者への広報にも努めます。

## ４　介護サービス事業者への支援

高齢者のニーズに柔軟に対応するため、介護サービスを提供する事業者が、役場を中心としてその他医療機関等と連携し、サービスの質の向上を図るよう努めます。

## ５　計画の進行管理

本計画の進行管理に関しては、ＰＤＣＡサイクルの考え方に基づき、関係各課及び関係機関による進行管理を行い、評価、施策や事業に係る課題の整理・検討を基に、推進方法等を適宜、強化・見直しを行います。



第９期礼文町高齢者福祉計画・第８期礼文町介護保険事業計画

（令和３年度～令和５年度）

令和３年３月発行

発行　北海道礼文町

編集　北海道礼文町　町民課

〒097-0021

北海道礼文郡礼文町大字香深村字トンナイ558番地5

Tel ：0163-86-1001

Fax ：0163-86-1664

Mail：fukushi@town.rebun.hokkaido.jp