

安平町高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画 (取組状況報告)



令和6年9月
安平町

第1節 地域包括ケアシステムの構築

主要施策	施策の展開 (P)	取組内容 (D)	進捗状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
1. 在宅医療・介護連携の推進	<p>(1) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <p>●地域の医療・介護の資源の把握のため、地域の医療機関、介護事業者等の情報を収集して作成した「介護・医療マップ」を活用していきます。</p> <p>(2) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討</p> <p>●地域ケア会議を活用して、継続検討が必要な課題も含め、個別ケースについて検討する「個別会議」とケア会議のあり方や学習会を行う「推進会議」を開催し対応策の検討をしていきます。</p> <p>(3) 在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携</p> <p>●平成29年4月に開設された1市4町で構成される東胆振圏域医療介護連携推進会議により、連携を図ることができるよう協議を進めています。</p> <p>(4) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <p>●地域ケア会議で検討を行い、東胆振圏域医療介護連携推進会議を中心に1市4町による情報の共有と連携体制の構築を行います。</p> <p>(5) 医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <p>●町内の医療機関との情報共有ツールとして活用している情報共有シートの活用普及を図ります。</p> <p>(6) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <p>●地域包括支援センターによる相談業務のほか、あびら追分クリニックに業務委託を行い、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。</p> <p>(7) 医療・介護連携関係者の研修</p> <p>●在宅医療・介護連携に必要な知識の習得・向上のための研修を実施しています</p>	<p>・計画期間中に閉所等の変更のあった事業所について、随時介護パンフレットとホームページ（医療機関と介護サービスのページ）を更新、希望者や転入者へ配布。</p> <p>・関係機関に対し、医療機関、介護事業所の窓口となる職員名簿を作成・配布。</p> <p>・地域ケア会議を活用した会議の場で、対応策を検討。</p> <p>*個別会議 R3 0回 R4 6回（延べ 62名） R5 11回（延べ 112名）</p> <p>*推進会議 R3 1回（延べ 27名） R4 1回（延べ 27名） R5 1回（延べ 24名）</p> <p>※R3、R4はオンライン開催</p> <p>・地域包括ケアシステムの構築に向けた協議も含め、生活支援コーディネーターとの月1回の打ち合わせを実施し、地域ケア会議で挙がった地域課題も検討した</p> <p>・とまこまい医療介護連携センターを中心に、東胆振圏域内における連携について協議することとなっているが、令和4年度からは必要時開催に変更</p> <p>・在宅医療と介護の提供体制について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得ながら、体制の構築について継続協議。</p> <p>・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共有を支援。</p> <p>・在宅医療・介護連携全体会議での協議</p> <p>・町内の各事業所に情報共有シートの内容について、意見募集を実施</p> <p>・委託先は365日開設、随時相談業務対応。</p> <p>※相談件数実績 R3 419件/月平均35件 R4 672件/月平均56件 R5 718件/月平均60件</p> <p>・委託先の院内に介護連携相談窓口であることを掲示。</p> <p>委託事業者と協議してテーマを決め、研修会を開催 R4 11月テーマ「嚥下」27名 R5 12月テーマ「ACP」24名</p> <p>*ACPとは（Advance Care Planingの略）：今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス</p>	<p>80%</p> <p>100%</p> <p>80%</p> <p>60%</p> <p>80%</p> <p>80%</p> <p>80%</p>	<p>・ホームページの医療・介護マップは適宜更新しているため、町外の医療・介護事業所の問い合わせに対応しやすくなっている。</p> <p>・医療機関・介護事業所の職員名簿の作成により事業所間の連絡体制が整備された。</p> <p>・令和5年度は随時開催と月例個別会議開催とし、緊急ではない個別会議の開催につながった。</p> <p>・共通課題の抽出のほか、地域ネットワークづくりの推進、参加者の課題解決能力の亢進につながるものとして、会議の増回を促進することができた。</p> <p>・多職種が参加する会議であるため、分野横断的な話題の検討につながった。</p> <p>・コロナ禍のオンライン開催は、参加する医療・介護従事者にとって友好的な手段となった。</p> <p>・生活支援コーディネーターとの毎月の打ち合わせを定例化し、地域ケア会議での課題も情報共有することで、必要な支援等の発掘、実現化に向けた協議が可能となった。</p> <p>・終末期を在宅で過ごしたいと希望する方が増え、医療機関・訪問看護事業所との連携を確保することができた。</p> <p>・町内の事業所での利用率が低いことから、在宅医療・介護連携全体会議を通して、情報共有シートの見直しを図った。</p> <p>・医療機関と介護事業所の意見を取り入れた情報共有シートが完成した（R6より運用）</p> <p>・地域包括支援センター以外にも相談窓口を設置し、各事業所の窓口となる名簿を作成・配布により連絡体制が整備された。</p> <p>・介護連携相談窓口に認知度が低いため、委託先の院内や町ホームページなどを活用し継続して周知を徹底する。</p> <p>・医療・介護職員の自己研鑽と連携・情報共有の場として定期的な開催が必要。</p> <p>・介護事業所・医療機関などで課題となっているテーマを絞ることで、参加しやすい研修会となった。</p>	<p>・必要時、圏域内における情報共有を行い、各関係機関と広域的な連携を図ることが必要。</p> <p>・在宅医療・介護を希望する方に対する支援体制強化のため、引き続き関係機関との連携を図る。</p> <p>・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事業所等の多職種との連携強化及び体制構築を図る。</p> <p>・意見を参考にしながら、随時様式の見直しを進める</p> <p>・情報共有シートの活用を進め、双方が相談しやすい環境の提供について協議する。</p> <p>・医療・介護間における情報共有の基盤を整備が必要</p> <p>・介護連携相談窓口の周知徹底</p> <p>・多職種連携及び体制の構築</p> <p>・より相談しやすい環境の検討・整備に努める。</p>	<p>地域包括ケアシステムの構築に不可欠である医療・介護事業所との連携構築を推進する。</p> <p>令和5年度（11回）以上の会議の場を設定し、必要な支援、政策の検討・提言等の取組みを推進していく。</p> <p>医療・介護間での連携を円滑に進めるための基盤整備を推進していく。</p> <p>在宅医療・介護連携における相談体制の強化・情報共有を円滑に行うための基盤整備を進める。</p> <p>介護現場で働く従事者のニーズに合わせた研修の開催を継続できるよう連携を図る。</p>

第1節 地域包括ケアシステムの構築

主要施策	施策の展開 (P)	取組内容 (D)	進捗状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
	<p>(8) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域住民向けの内容を検討し、広報・町公式ホームページによる「医療・介護マップ」の普及啓発のほか、老人クラブ・自治会・町内会などで講演会等を実施していきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶介護パンフレット、町ホームページに掲載し、住民周知を継続して実施。 ※感染症の影響により講演会は未実施だが、通いの場等の再開により普及啓発に努める 	50%	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護マップの作成により、ホームページを見た町外者からの問い合わせに対応しやすくなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人クラブや自治会・町内会等での講演会等を実施にむけて検討を進める。 	<p>医療・介護マップは常に最新状態にあることが前提であるため、定期的に確認する。</p>
<p>2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●フレイル状態に陥りやすい高齢者の慢性疾患や身体的状況を把握することで、重度化防止に取り組みます。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶健診の事後訪問や要請に応じて地域の通いの場における測定、健康講話を実施。 ・健康教育 16回/626人 ▶保健・介護部門の保健師合同で学習会を実施。健康不明者訪問、通いの場でのフレイル予防講話を実施 ・学習会・研修会 5回(保健師、医療介護関係者) ・未受診者訪問 未受診者18人/訪問件数16件 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診断未受診者対象者の訪問などで保健部門との連携を図ることができた。 ・保健と介護の一体化に向けた取組みが、高齢者の健康不明者訪問のきっかけに繋がった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早期からの疾病予防・重度化防止の促進を推進するため、保健部門との連携強化を図る。 	<p>保健と介護の一体化に向け、保健部門と連携し学習会や訪問を継続する。</p>
<p>3. 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●生活支援コーディネーター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、共同体制の充実・強化を図ります 	<ul style="list-style-type: none"> ▶社会福祉協議会に業務委託し、生活支援コーディネーターを2名配置。 ・生活支援コーディネーターの認知度、活動の普及啓発に継続して取り組み、社協だよりやSNSなどで周知。 ・ボランティアセンター公式SNSを開設し、ボランティア募集などの情報発信、気軽に参加できる仕組みづくりを推進。 ▶地域ネットワーク会議、地域ミーティング等に参加し、地域の情報収集、資源の把握を実施。 ▶コーディネータと各団体等との協働に向けた取組み(こども園・NPO等) ▶地域包括支援センター担当者と生活支援コーディネーターによる打合せ会議の定例化。 ▶高齢者向けサービスをまとめた「くらしの便利帳」の作成に向けた情報収集 	80%	<ul style="list-style-type: none"> ・2名のコーディネーターの活動により、自治会町内会ごとに開催する地域ミーティングで集めた地域課題を集約し、地域ネットワーク会議で課題とし、町全体で取り組むべき課題として、個別地域での活動を支援する仕組みづくりが構築された。 ・コロナ禍において停滞する地域のサロン活動、団体活動を下支えするため、地域活動にコーディネーターを派遣し、サロンスタッフのサポートや休止した老人クラブの再開のきっかけづくりなどの支援に努めた。 ・活動の一つでもあるボランティアラインの登録者も増加傾向にあり、実際にボランティアを希望している方とマッチングにつながっている。 ・地域包括支援センターとコーディネーターとの定例打合せにより、地域ケア会議で挙げられる地域課題の検討が進められた。 ・高齢者のための「くらしの便利帳」発行(R5.12)し、町内各所へ配布 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民だけで通いの場の活動に取り組むことが難しくなった地域を対象に、社協出張サロンを開催するとともに、地域住民にボランティアとして参加を呼びかけ、地域の助け合い活動の促進に取組みが必要。 ・地域の課題に対して新たなサービスの検討。 ・社会資源を創出するための検討が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会や町内会の役員の高齢化が進む中、持続可能な地域の見守り活動の体制づくりを推進するとともに、変化する地域の状況や活動する人たちの状況を把握しながら、地域の実態を課題として提起し、助け合いの地域づくりの機運を醸成する。 ・各地区のサロンスタッフの情報交換や活動意欲の向上を目的とした研修交流会を年1回開催する。 ・NPO法人等と連携して、有償の助け合い活動の仕組みづくりの推進。また、地域課題等の共有のため年1回以上情報共有会議を開催する。 ・広報やボランティア体験プログラムなどにより、助け合い活動への参加のきっかけづくりに取り組み、地域の支え合い活動のすそ野の拡大を図る。また、LINE等のSNSを活用し、活動の担い手づくりを促進する。
<p>4. 地域ケア会議の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●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、個別協議の検討等を通して、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していきます。 	<p>《再掲》P1「在宅医療・介護連携の課題抽出と検討」</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶地域ケア会議を活用した会議の場で、対応策を検討。 *個別会議 第8期 17回(延174名) *推進会議 第8期 3回(延 78名) ・月例個別会議開催への取組み 	50%	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症拡大防止としてオンライン開催を推進し、事業所間の情報交換の場にもすることができた。 ・令和5年度は随時開催と月例個別会議開催とし、緊急ではない個別会議の開催につながった。 ・共通課題の抽出のほか、地域ネットワークづくりの推進、参会者の課題解決能力の亢進につながるものとして、会議の増回を促進することができた。 ・多職種が参加する会議であるため、分野横断的な話題の検討につながった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・会議数は増回できたが、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくり、資源開発機能、政策形成機能の協議につながるケース検討を行う体制の構築を進める必要がある。 ・地域ケア会議の開催にあたり、支援者の同意・協力を得ることが困難なケースの対応策を検討が必要。 	<p>年平均の開催数を令和5年度(11回)以上の会議開催を目標とし、必要な支援、政策の検討・提言等の取組を推進していく。</p>

第2節 介護人材の確保及び資質の向上

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
<p>1. 介護人材の確保及び資質の向上</p>	<p>介護人材の確保及び資質の向上。 介護福祉士の資格取得を目指す18歳以上の町民及び学生に対し、介護福祉士養成専門学校等へ就学するための資金の給付を行います。 (対象：18歳以上の町民及び町内の高校生、追分高校生)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●町内の介護事業所等と連携し「介護の仕事応援事業」に取り組みます。 ●地域おこし協力隊の活用 ●外国人介護職員確保支援の取組み 	<ul style="list-style-type: none"> ・安平町介護職員人材確保等事業の周知（広報、町ホームページのほか、追分高校、専門学校へのPR） ・粟山町立北海道介護福祉学校と介護人材の確保に関する包括連携協定を締結。自治体推薦要領を作成し、入学希望者を支援 ・安平町介護職員人材確保等事業の対象拡大 <p>・安平町介護の仕事応援事業の住民周知、事業所との連携</p> <p>※R5年度未登録者 6件（就業者 1名）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・登録者に行政ポイントを付与。 <p>・地域おこし協力隊制度（介護職員）の活用について運営法人及び主管課との連携。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外国人介護職を雇用している町内介護事業所に、外国人介護職員の受入費用の一部を支援。 	<p>100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・安平町介護職員人材確保等事業補助対象者を見直し、18才以上の町民まで対象拡大した。 ※申請2件。（うち1名は安平町自治体推薦により粟山介護福祉学校に就学。） ・粟山町北海道立介護福祉学校包括連携協定に基づき、同校が主催する他町村とのミーティング、情報交換、教育委員会・追分陽光苑と連携し追分高校生と介護事業所とのオンライン交流の実施や地域の介護に関する授業の実施につながった。 ・慢性的な介護人材不足解消に向けた取組みとして、職を求める人・人材を求める事業所の課題解決に取組み、奨学金制度や包括連携協定の締結、介護人材登録事業、外国人介護人材を受入れ事業所の支援に着手。 ・奨学金制度利用者 2名（1年経過） ・介護の仕事応援事業登録者 6名（1名就業） ・外国人介護職受入費用の支援 2件 ・地域おこし協力隊（介護職員）の活用支援に取組み事業所におけるサービス提供の充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・依然として町内事業所での人材不足は変わらない状況にあるため、8期計画期間内における介護人材確保事業の成果を検証し、事業所との情報交換を実施しながら、介護人材の安定確保に繋がる事業の検討が必要。 ・就業期間が短期、家庭の事情などにより、長期就労につながらないケースもあるため、事業所や包括支援センターとの連携強化を図る。 ・令和6年度から活用が決まっている地域おこし協力隊員が、やりがいを持って活動することができるよう、事業所との連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第8期に実施した給付型奨学金制度、介護の仕事応援事業（人材バンク）、外国人介護職員受入費用支援の継続と、各事業所が取り組む求人活動の整理を進め、協働で介護人材の確保に取り組む。

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

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
1. 総合事業	<p>(1) 介護予防・生活支援サービス</p> <p>①訪問型サービス及び通所型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ●平成28年3月より総合事業へ移行し、現行の訪問介護、通所介護相当のサービスを提供。 ●報酬は国の単価を基準とし、サービス提供は継続して指定事業者が行う。 <p>②介護予防ケアマネジメント</p> <p>介護予防支援と同様のケアマネジメントを行う。</p> <p>(2) 一般介護予防事業</p> <p>①介護予防把握事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●65歳以上の介護認定を受けていない方を対象に「高齢者実態調査」を実施しています。 <p>②一般介護予防教室（足腰しゃんしゃん教室）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●健康で自立した生活を継続できるよう、健康管理や身体づくりのための介護予防教室を継続実施しています。 ●業務委託により、運動指導士等の指導のもと、安全に運動することができます。 ●運動指導に限らず、参加者の状況確認ができ、血圧測定や状態確認を行う際に本人や家族の健康相談を実施することができます。 ●日常生活に外出、交流、運動機会を取り入れることができます。 <p>(3) 健康教育・健康相談</p> <ul style="list-style-type: none"> ●要介護状態を予防するため、地域住民が健康の維持・増進に必要な情報と知識を得て行動できるように介護予防の情報普及を図っていきます。 ●老人クラブや各町内会・自治会などの集会等での健康講話、健康相談のほか、各種測定等を実施していきます。 ●各種媒体を活用し展開していきます。 <p>(4) 地域介護予防活動支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●住み慣れた地域で自分らしい生活が送れるよう地域で活動する介護予防のためのボランティアの育成に努めます。 ●住民が主体的に介護予防活動に取り組むことができるよう、活動助成等に対する交付金等手続きの支援をしていきます。 <p>(5) 一般介護予防事業評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターの運営等に関する評価を実施していきます。 ●評価は1年に1回行うものとし、結果を公表していきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 第7期計画に続き総合事業移行前と変わらぬサービスを利用者に提供。 ▶ 生活支援コーディネーターと連携し、町民ニーズに合った多様なサービスについて検討 ▶ 利用者それぞれの心身の状態に合わせたサービスを提案。 ▶ 第9期計画作成のための介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票を、高齢者実態調査の調査項目を含めた形で作成し、65歳以上で要支援の認定を受けている方及び要介護認定を受けていない方全員を対象に実施。（回収66.8%） ▶ 第9期計画作成にあたり地域診断ソフト「見える化」を活用し8項目のリスク（認知症、閉じこもり、転倒、うつ、咀嚼機能、IADL機能※、運動機能、栄養改善）分析を実施。 ※IADL機能：「手段的日常生活動作」買い物や洗濯などの家事、金銭管理、服薬管理などのこと。 ▶ 下肢筋力の維持・向上・体力づくりのための運動指導。 ▶ 運動指導士とのカンファレンスにより安全な進行を実施。 ▶ 年に1回体力測定を行い、個々の健康状況を把握。 ▶ 参加者には行政ポイントを付与 <p>【実績】※中止は感染症流行によるもの</p> <p>R3 回数：40回（30回中止） 人数：860人</p> <p>R4 回数：60回（10回中止） 人数：1459人</p> <p>R5 回数：70回（うち出張教室2回） 人数：1,863人</p> <p>出張教室：遠浅公民館 35名（新規11名） 花若会館 19名（新規 3名）</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 老人クラブやサロンで、フレイル予防、認知症予防を目的とした健康教育や健康相談の実施。地区課題や要望に合わせて、骨密度測定、血管年齢測定、インボディ測定など内容を多様化。 ▶ 広報やあびらチャンネル、動画共有サイトを活用した健康教育の実施 <p>R3 17ヶ所（健康教育261名、健康相談281名） R4 29ヶ所（健康教育268名、健康相談591名） R5 39ヶ所（健康教育685名、健康相談587名） 広報あびら「Abilife」コラム掲載</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 介護予防に関するボランティア等の人材育成、支援の継続。 ▶ 障害福祉施設職員、一般町民、町内小学生、追分高校生を対象とした認知症サポーター養成講座の開催。 ▶ 参加者に行政ポイントを付与。 ▶ 高齢者福祉事業に係る交付金申請等の支援 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 事業実施状況、目標の達成度については、年1回の自己評価を実施し、ホームページで公開。 (https://www.town.abira.lg.jp/gyousei/kakushu-keikaku/kenko/1433) ▶ 評価結果により課題分析や対応策の検討を推進。 	<p>70%</p> <p>100%</p> <p>70%</p> <p>90%</p> <p>90%</p> <p>90%</p> <p>60%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援認定者数の増加により、サービス利用者も増加しているため、引き続き民間ボランティアやNPO法人等を活用したサービス提供の検討が必要。 ・利用者の自立支援に資するため、限りある資源を活用して、サービス提供事業者との情報共有及び連携強化が必要。 ・回収率を上げる取組みの検討が必要。 ・在宅介護支援センターとの連携強化、調査を継続しニーズの把握に努める。 ・ニーズ調査と高齢者実態調査を同じ調査票にしたことから、調査の主旨が伝わらなかったためか、回答することに抵抗感や拒否感を感じてしまった人もいたと考えられる。調査の趣旨や必要性を理解してもらえるような工夫をする必要がある。 ・地域診断ソフト「見える化」による現状分析や課題抽出の実施 ・要介護認定（要支援1、2）を受けていても参加できたため、下肢筋力の維持に繋がっており、継続参加により、要介護への移行推移が低い。 （令和3年度1名、令和4年度1名、令和5年度1名） ・感染症対策に実施した脳トレの自主トレの普及、フレイル対策、身体機能の向上、外出機会のきっかけとなった。 ・感染症分類が第5類に引き下がったことで、対策を講じながら教室を再開し、参加者の外出のきっかけづくりとなった。 ・試験的に出張しゃんしゃん教室は、新規や再開参加者があり、年間を通じて全体的に参加者の増加に繋がった。 ・講話の内容や測定項目など参加者と検討しながら、その集団の課題に関する内容で実施することで、集団によっては年間計画での開催に繋がった。 ・保健師講話、栄養士講話のほか、地域リハビリテーション推進事業やアビースポーツクラブとの共催事業、広報紙を通じた高齢者の健康教育を周知することで、通いの場等への参加意識が高まったと評価できる。 ・ボランティア人材育成、活動に対し行政ポイントを付与することで、参加意識が高まった。 ・住民の主体性を尊重した支援の継続。 ・年1回の自己点検を継続し、HPでの公表を継続 ・事業別の振り返りを評価し、地域包括支援センター運営推進協議会への報告を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題である多様なサービスの創出のため検討をしていくことが必要。 ・予防的観点から、介護サービスだけでなく、地域のサロンへの参加を促す等自立支援に資する取組を行う。 ・第9期計画作成のため介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施、調査結果は地域診断ソフト「見える化」を活用して分析した。回答への拒否や、調査の趣旨に対する問合せもあつたことから、回収率を上げる取組みとあわせて調査の趣旨など理解してもらえるような取組みが必要。 令和3～4年度は感染症流行により、参加者数に増減幅が大きかったが、再開後は、あびらポイントの付与や参加者の口コミによる新規参加者が増加し、参加率が向上。また、出張教室を開催し、会場変更により新規参加者を獲得できるか検証したところ、多数の新規参加者が見られた。これらにより、教室全体の参加率が向上につながっている。 ・一般介護予防事業同様、壮年期の参加率向上を図る取組が必要。身体機能に合わせた強度別のメニューの検討。 ・行政ポイント付与により、感染症の影響で開催数が減っていた認知症サポーターの数が8期計画の目標値を上回ることに繋がった。 ・厚労省が提供する地域包括ケアシステム構築状況の点検ツール等の活用を進め、今後の進め方の検討材料とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所でも新たなサービスの提供を進めている段階にあり、利用者の送迎やサービス提供時間、利用料等を含め事業者との意見交換を進め、新たなサービスの創出を進める。 ・自立に繋がる心身機能の改善や地域の中で生きがいや役割を感じながら生活できるよう支援を行う。 ・次期計画に向けた介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、回収率を上げる取組みとあわせて調査の趣旨など理解してもらえるような取組みを行う。地域診断ソフト「見える化」を活用して、8項目のリスク（認知症、閉じこもり、転倒、うつ、咀嚼機能、IADL機能※、運動機能、栄養改善）分析は継続して行い、経年変化も把握し施策への反映を行っていく。 ・ニーズに応じた介護予防教室内容の検討。出張教室の増加や若い年代が介護予防の観点を中心とした健康管理や身体作りに関心を示すよう強度が異なる介護予防教室、通いの場等地域において町民主体で行うことが可能となるような指導者講習の実施等を推進していく。 保健部門との一体的な取組みを推進するため、多様なメニューを提案し、ともに考え、高齢者の健康維持につながる情報提供を進めていきます。 安平町認知症サポーターの会の設立後、養成講座やオレンジカフェの開催により、ボランティア活動の場が確保された。今後も会と連携し継続的な活動の支援と活躍の場を提供していく。 厚労省が提供する地域包括ケアシステム構築状況の点検ツールを活用し、た点検を進める。

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

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
	<p>(6)地域リハビリテーション活動支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域における介護予防取組み強化のため、リハビリテーション専門職の関与を推進していきます。 ●専門職が関わり、課題を考え、共有することができます。 ●リハビリテーション専門職と連携し、介護予防の取組み強化を図ります。 ●条例等を定め、関与の仕組みづくりを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ●要綱（令和元年度策定）に基づき、リハビリテーション専門協会の協力のもと、リハビリテーション活動支援を継続。 ●運動や介護予防目的の脳トレ、オーラルフレイル（口や発語などの口腔機能の衰え）予防などを実施。 <p>【実績】</p> <ul style="list-style-type: none"> R3 0ヶ所（感染予防のため中止） R4 3か所 参加人数：36人 R5 4ヶ所 参加人数：74人 	75%	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場の性格が異なるため、それに合わせたリハビリ専門職の派遣により、専門的視点から介護予防に関する取り組みに繋がった。 ・感染症流行による休止を経て、再開とともに事業利用希望が増え、令和5年度より予算を増額し事業展開し、通いの場へのアプローチが可能となった。 ・介護保険事業へのリハビリテーション専門職の関与及び専門職の協力のもと介護予防の取組みを推進。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職の関わりにより、介護予防の意識向上、運動習慣のきっかけに繋がる取組みが必要。 	<p>地域リハビリ活動支援事業の周知徹底、通いの場のほか、介護事業所への派遣などを検討・協議を進める。</p> <p>通所介護においては、サービスの質の向上に繋がるよう、専門職による利用者の身体状況に合った運動メニューの提供が検討できる体制づくりを進める。</p>
2. 地域包括支援センターの運営	<p>(1)介護予防ケアマネジメント事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域住民の心身の健康保持及び日常生活の安定のための必要な援助を行います。 ●被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行っています。 ◇高齢者や家族に対し保険外サービスを含めた相談・支援 ◇利用者の自立支援に資するよう、心身機能改善、地域での生きがいや役割を持って生活できるよう支援に取組む。 <p>(2)総合相談支援業務</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センター設置義務に位置付けられている3職種（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士）を配置し、地域住民からの相談、支援に対応していきます。 ●困難な事例に対し、多職種から支援が行えるよう地域ケア会議を開催していきます。 <p>(3)権利擁護業務</p> <ul style="list-style-type: none"> ●成年後見制度の活用促進、市民後見人の体制整備を図り、支援を要する方に対し適切な支援を行います。 ●関係機関と連携を取り課題解決に努めます。 <p>●高齢者虐待の早期発見・未然防止のための体制整備を図っています。また、擁護者による虐待対応の相談機能強化、支援体制の充実に取り組みます。</p> <p>●地域や関係団体とのネットワークの構築、行政機関との連携や調整を図ります。</p> <p>●高齢者を狙った消費者被害の防止に向け、関係機関と連携し見守り体制の構築を進めています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●要支援認定者等に対し予防ケアプランの作成及び支援。 <p>【実績】</p> <ul style="list-style-type: none"> R3 1152件（新規37件） R4 1306件（新規36件） R5 1491件（新規50件） <ul style="list-style-type: none"> ●ケアマネカフェの参加や研修への参加、週1回の包括会議及び月1回の事例検討会を開催し、ケース等の情報提供や困難事例等の検討を継続して実施。 ●生活上の困りごとなどへの対応を含めた支援を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ●高齢者本人のほか、地域住民からの情報提供や家族の相談にも対応。 ・主な相談内容：介護相談 R3 3850件 320件/月 R4 4627件 385件/月 R5 5011件 418件/月 <ul style="list-style-type: none"> ●内容に応じて適切な機関や制度へ繋ぐ支援、必要なサービスの提案・提供。 ●ケースに応じて地域ケア会議を開催。 R5 個別会議 11回（112人） 推進会議 1回（24人） <ul style="list-style-type: none"> ●令和4年4月より1市3町広域で成年後見センターを設置し、市民後見人講座の持ち回り開催や巡回相談の実施、とまごまい成年後見センター運営協議会に出席。 ●市民後見人講座 R4 安平町開催：受講者 6名 R5 厚真町開催：受講者 4名 ●後見人候補者名簿登録者数 3名 ●巡回相談の実施 ※相談件数 R4 11件（町長申立 1件） R5 10件（町長申立 4件） <ul style="list-style-type: none"> ●高齢者虐待マニュアルの活用・推進 ●高齢者虐待マニュアルに基づき通報から48時間以内の初動対応、コア会議開催へとつながった。 ※虐待相談・疑い通報件数 R4 4件（認定2件、未認定2件） R5 6件（認定5件、未認定1件） ●高齢者虐待マニュアルの定期的な見直し ●指定地域密着型サービス事業所の運営推進会議における虐待防止委員会の取扱い。 ●介護事業所対象の高齢者虐待研修実績 11回 ●防犯担当、消費者担当部局との情報交換や介護事業所への情報提供、サロンでの講話・啓発、広報媒体を活用した周知を実施。 ●関係機関との情報交換。 ●広報での消費者被害防止に関する周知。札幌弁護士会から『訪問販売お断り』ステッカーをケアマネジャーに配布し、必要性がある方の予防対策に活用してもらおう。 	80%	<ul style="list-style-type: none"> ・管内のケアマネカフェ参加することで、他市町村のケアマネジャーとの交流・情報交換ができ、ケアマネジャーの研さんにつながった。 ・相談内容に応じた機関や制度に繋ぐことができている。 ・令和4年にとまごまい成年後見支援センターの広域設置により相談体制が強化され、事例検討による学習の機会が増えたことで、包括やケアマネジャーからの相談に繋がった。 ・成年後見は対象者と家族などの関係者の関係性を崩さぬよう、慎重に進めることが必要だが、成年後見センターの助言等により丁寧かつ慎重に対応することができており、必要な支援に繋げることができている。 ・令和5年度は市民後見人講座が町外開催であったが、安平町から4名の参加があり、極端な参加人数の減少はなかった。 ・高齢者虐待の通報受付後の初動期対応は全て48時間以内で対応出来ており、警察や介護事業所、関係機関との連携により、高齢者の保護措置に繋がった。 ・事業所向け虐待防止研修の実施により、従事者の意識付けに繋がり、身体拘束委員会と同等の位置づけで虐待防止委員会の設置に向けた検討が進んだ。 ・消費者被害や金銭目的の詐欺被害等については、サロンなどの通いの場を活用し、警察署と協働で啓発活動に取り組むことで、高齢者と警察署（駐在員）との顔の見える関係の構築に繋がった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・センター職員のスキルアップを図るとともに、身寄りのないかたの支援や困難ケースの増加に伴う相談件数の増加など、地域包括支援センター業務の負担が増えていることから、軽減策の検討が必要。 ・高齢者を取り巻く環境が多岐に渡るため、時間を要するケースが増えていること、また個別ケースの検討から地域の課題、資源開発及びネットワーク構築の強化が必要。 ・居宅介護支援事業所の人員減により、居宅介護支援にかかる体制維持・強化が必要 ・市民後見人養成講座、フォローアップ研修の受講者増員に向け継続した取組みが必要。 ・次年度は市民後見人養成講座が安平町以外になるため受講者の減少が予想されるため周知の強化を図る。 ・制度の周知等を図る為、町内事業所向けに研修会などの企画を検討していく。 	<p>地域包括支援センターの業務負担軽減策の検討と、生活支援コーディネーターとの連携強化を図り、介護サービスに偏らず自立した生活を送ることができるよう取組みの促進を図る。</p> <p>・生活支援コーディネーターと連携し、介護サービスに偏らず、高齢者がより自立した生活を送ることができるよう支援に取り組む。</p> <p>・ケアラー問題や身寄りのない高齢者の支援など、地域包括ケアシステムと介護支援専門員に求められる役割に対する体制強化を図る。</p> <p>・後見人候補者の新規登録がなく、名簿登録者も転出等により減っているため、後見人制度の周知・啓発活動の継続。</p> <p>・市民後見人講座の受講者数を年間5名、後見人候補者の新規登録者を3年間で5名の増加を目指す。</p> <p>・介護事業所を対象とした虐待の研修を定期的開催し、他事業所の職員による情報交換などの場を設け、幅広い視点で高齢者虐待防止に取り組むとともに、虐待を受けた高齢者や養護者に対する支援を行う。また虐待の発生要因等を分析し、再発防止に取り組む。</p> <p>・高齢者の狙った消費者被害の未然防止には、警察や消費者センターなどの公的機関や地域との連携強化、周知・啓発に努める</p>

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

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
	<p>(4)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 困難ケースに対し、地域包括支援センターでケース検討会議を実施し、同行訪問や助言等による支援を図ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員としての資質や専門性向上に向けた研修等を実施。 ・ 町内居宅介護支援専門員対象の研修及び3町合同開催の介護支援専門員研修を実施。 ・ 困難事例を抱える介護支援専門員支援のため、希望により地域ケア会議（個別会議）での検討を実施 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身近な話題や課題をテーマとした研修を実施し、介護支援専門員の資質向上に繋がった。また、3町合同研修により、資源の状況に対応したマネジメントのあり方を学ぶ機会となった。 ・ 地域ケア会議（個別会議）を個別ケース検討の場として捉え、研修の一環に位置付けることができている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員以外の職種と共に専門性を高める取組みが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 昨今の家族形態の変化、身寄りのない高齢者や疾患などによる孤立する高齢者及びそれに関わる介護支援専門員等介護に携わる職員の負担が増加している現状から、高齢者またそのような職員が孤立しないよう連携した支援体制を構築する。
	<p>(5)家族介護者支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者福祉施策として、在宅高齢者等生活支援事業を展開。 ● 在宅介護をしている介護者の負担軽減を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護3以上の住民税非課税世帯の在宅介護者を対象に介護手当、介護用品支給（購入に係る給付券）事業を実施。要介護3以上の被介護者の洗い出しを行い該当者の支援を行えるよう積極的にケアマネジャーなどに情報提供し支援を実施している。 <p>【実績】 ・介護手当 R3 5名 R4 13名 R5 13名 ・介護用品 R3 3名 R4 4名 R5 9名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護用品支給事業利用者には、もえるごみ袋が支給され、家族の負担軽減に繋がっている。（R5利用者 9名） ・ 在宅高齢者生活支援事業において、5年以上利用実績のない慰労金支給事業の今後の取扱いについて検討を開始。 	80%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険パンフレットや地域包括支援センターのチラシから連絡先の周知を継続実施し、訪問、来庁、電話など多様な方法での介護相談を実施し、介護保険内外のサービス利用等につながった。 ・ ホームページから各種申請書をダウンロードできるようになり、遠方介護者の利便性が高まった。 ・ 介護手当、介護用品在宅高齢者等生活支援事業実施に関し、対象者への制度説明や利用支援を実施し対象者が制度活用できる体制とした。 ・ 類似事業の実施状況を調査、地域包括支援センターに対し支援案の打診をしたが、要綱に見合う支援案がなく、引き続き高齢者支援に繋がる事業を検討する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老々介護、遠方介護など、介護の多様化に合わせた支援体制の検討に向け、他市町村における用品支給事業状況を調査。被介護者本人を支給対象とするなど、介護の状況に合わせた支援の取組を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多様化している介護の形態をふまえて被介護者にあった支援の方法を検討する必要があるため、情報整理等に取り組む。 ・ 介護事業所におけるICTの活用の推進について補助や支援事業などの情報提供、活用の推進に取り組む ・ ・在宅介護するうえでオンライン介護や見守りサービス、記録した生活状況のデータ転送など、ICTを活用することによる介護職員の負担軽減を図る必要がある。
	<p>(6)在宅介護者を支える会・安平町共に歩む会との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 安平町在宅介護者を支える会と連携していきます。 ● 安平町共に歩む会主体性を尊重し支援していきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安平町在宅介護者を支える会が主体的な活動の運営支援。 <p>支える会の開催回数（役員会含む）6回/年 参加者数 65名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 令和4年度に在宅介護者を支える会・安平町共に歩む会・認知症サポーターの会3団体の共催で開催された講演会を支援。 在宅介護者を支える会のリーフレット、周年記念誌の作成支援。 ・ 安平町共に歩む会が主体的に活動できるように、要請に応じて活動支援をしている。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ禍において活動が制限された中でも在宅介護者を支える会と安平町共に歩む会との共催による講演会を開催した。 ・ 会員の参加減少と役員の担い手不足を改善のため、包括職員や介護支援専門員等を通じて新規参加者の確保に繋がった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安平町在宅介護者を支える会の課題解決（会員の減少と役員の担い手不足改善）に向けた取組みの検討を進める。 ・ 在宅介護者を支える会と安平町共に歩む会が、定期的に交流・できるように支援していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 取組み方次第で会員の確保が可能となったが、会員も高齢化により役員の担い手不足は課題であるため、会に対する支援を継続する。

第4節 認知症施策の推進

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発	<p>(1)認知症サポーターの養成</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症を知り、地域での見守り体制強化を図ります。 ●認知症の方や家族が安心して暮らせる地域づくりを進めていきます。 <p>(2)認知症の本人からの発信支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相談窓口を設置し認知症の人の支援を推進します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防対策を講じて追分高校、一般、社会福祉団体を対象に養成講座受講を実施 R4 128名(総数815名) R5 107名(総数922名) 【R5実施】町内小学校(4、5年)、追分高等学校3年生、一般町民、職域を対象 ●サポーター養成講座9回 ●フォローアップ研修4回 ●ステップアップ研修1回 ・受講者に行政ポイントを付与。 ・安平町認知症サポーターの会の地域での活動促進のため、認知症サポーター養成講座や認知症カフェの運営を協働で進める。 <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターに相談窓口を設置。 ・令和5年6月本人ミーティング実施 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・小学生や高校生などの若年層を対象としたことや行政ポイント事業の取組みにより、第8期計画の目標値を達成。 ・サポーター会員が意欲的に活動する仕組みづくりを進めるため、行政ポイントの付与に取り組んだ。 <ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族共に認知症を隠す傾向にある状況で、1度でも本人ミーティングが開催できたことは評価できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サポーターの会の活動範囲の拡大を図る。 ・地域での見守り体制の強化や正しい理解の促進を目指し、多様な対象へ認知症サポーター養成講座の実施を働きかける。 <ul style="list-style-type: none"> ・相談しやすい雰囲気づくりや場面の提供方法について引き続き検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期中の認知症サポーター数の目標を300名に設定し、総数1200名を目指す。新規サポーター養成のほか、フォローアップ研修・オレンジカフェ参加者の増加に向け、サポーターの会との連携を強化し、2025年度までにチームオレンジの設立を目指す。 <p>※「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が令和5年6月14日に公布されたことにより、認知症の人が尊厳を持って暮らすことができるよう認知症施策を総合的に推進していくこととなったため、町において第9期計画と一体的に策定することとする。</p> <p>認知症施策を推進していくうえで、「本人」の声は重要であり、本人や家族への支援の在り方について施策に反映する必要があるため実施に向けた検討を継続して取り組む。</p>
2. 認知症の予防の推進	<p>(1)認知症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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアパス作成のほか、広報媒体の活用、講話などにより情報提供を実施。 ・認知症カフェなどへの参加呼びかけ。 ・認知症集中支援チームに認知症サポート医の配置。 ・認知症疾患医療センター(道央佐藤病院)との連携構築。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・あびらチャンネルCM、広報に記事掲載、老人クラブでの認知症の最新情報の講話、認知症予防に関する講話などを実施。多様な媒体で認知症に関する情報を提供することができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防につながる活動(生活習慣病予防、通いの場の拡充)を推進し、認知症の早期発見・早期対応、重症化予防に取り組む。 	<p>認知症ケアパスの見直しを行う。また予防の視点を持てるよう認知症カフェにて講座等を行い、継続した参加を促すよう周知する。保健部門と連携しフレイルや認知症予防についての学習会や訪問を継続する。</p>
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	<p>(1)認知症初期集中支援チームの運営・活用の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、認知症疑いのある方、その家族に対し、初期支援を包括的かつ集中的に行います。 ●認知症への理解を深め、地域での見守り体制を強化する活動に取り組みます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームでは、認知症サポート医を2名配置。 ・地域包括支援センター内の検討で対応可能であるため、チームとしての活動実績はないが、必要時はチーム活動ができる体制を整備している。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポート医を配置し、必要時はチームとして活動できる状態を確保している。(認知症疑いのあるケースであっても、地域包括支援センター内で対応できたためチームの活動実績がない。) ・地域包括支援センターにて週1回会議、月1回地域ケア会議としての事例検討、その他にも状況によりケース会議を実施しており、初期集中支援チームとしての実績はなし。 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要と思われるケースを精査し、支援対象者の支援を行う。 	<p>引き続き地域包括支援センターの定例打ち合わせや地域ケア会議、事例検討を重ね、ケースによって認知症初期集中支援チームへとつなぐルートを維持しておく。</p>
	<p>(2)認知症地域支援推進員の活動の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症施策を総合的に推進していくために地域包括支援センターに「認知症推進員」を配置しています。 ●医療・介護等が連携し、認知症の容態の変化に応じて、切れ目のない支援に努めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーターの会発足支援。会主体の認知症サポーター養成講座、認知症フォローアップ研修、認知症カフェの支援を通して相談支援体制の普及・定着を目指す。 ・オレンジカフェ開催回数 R3:3回(早来のみ 42名) R4:10回(早来のみ 198名) R5:21回(早来・追分 494名) ・認知症地域支援推進員研修会への参加(推進員:4名) 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・安平町認知症サポーターの会発足以降は、会主体で養成講座や認知症カフェを運営。令和5年度からは早来・追分の両地区での開催、医療や介護事業所等の参画も得られた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員を中心に、認知症サポーターと連携し個別相談に繋ぎ、医療・介護・福祉との協働のもと、相談者に適切な支援を提供できる体制の構築、相談者の不安や悩み、ストレスの軽減を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(令和5年6月14日交付)に基づき策定した「認知症施策推進計画」を推進し、認知症に対する理解と支援に取り組む。

第4節 認知症施策の推進

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
<p>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</p>	<p>(1)地域の見守りネットワークの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知面の低下が見られる高齢者が行方不明になった場合に、情報を一元化し早期発見・保護することを目的に「安平町徘徊高齢者SOSネットワーク事業」を実施しています。 ●登録者が徘徊により行方不明になった場合に情報提供等と呼び掛ける「メール配信システム」を導入しています。 ●関係機関と協力機関協定を締結し、連携体制の構築に努めています。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ SOSネットワーク登録者を対象としたテストメールの配信 ▶ 登録者数 (R5年度末) <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の登録 12名 ・協力員の登録 97名 ▶ 生活協同組合や介護事業所に加え運送会社とも協力機関協定を締結し、連携体制の構築を推進する。 ▶ SOSネットワーク事前登録の勧奨、協力員、協力機関の増員・拡充の取組みを継続 	80%	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター、各介護事業所では、認知症の高齢者の方に対して、SOSネットワーク事前登録を推進している。 ・不測の事態に備えるための介護保険適用の福祉用具(徘徊探知機や見守りロボット等)も普及しており、事業所や家族などが導入することで、未然防止につながっている。 ・テストメールの配信により、協力員の登録状況の確認ができ、地域ミーティングや民生委員協議会での周知を図り協力体制の構築が進んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・協力員の新規登録が停滞している要因の一つとして、メールユーザーの減少、スマートフォンによるアプリを使用者の増加が考えられる。現状より今後のシステムについて、メール配信からアプリへ変更していくことも検討していく。 ・徘徊高齢者の模擬検索など、協力員以外の方でも参加可能な事業を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・SOSネットワーク事業システムの見直し・検討、協力員の新規登録の増員、SOSネットワーク事前登録等、SOSネットワーク事業の拡充を推進。
	<p>(2)若年性認知症の人への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ●町として若年性認知症に特化した取組みはないが、65歳以下で認知症を発症する方もおり、地域包括支援センターにて相談・支援に努めています。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 65歳以下で認知症を発症した方に対する相談に対応。福祉グループやサポートセンターいぶりと連携している。 	100%	<p>若年性認知症者への支援は、認知症疾患医療センターや就労支援に取り組むサポートセンターいぶりと連携構築に努めた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症を発症した方の就労なども含め、相談・支援など総合的な体制整備の継続が必要。 ・若年性認知症支援コーディネーターの活用も検討しながら、認知症疾患医療センターと連携を深め、早期より支援できるような体制の確保に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(令和5年6月14日交付)に基づき策定した「認知症施策推進計画」を推進し、認知症に対する理解と支援に取り組むこととし、各関係機関との連携・情報共有を図りながら、引き続き若年性認知症者の支援、サポート体制の構築を図る。

第5節 災害や感染症対策に係る体制整備

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
1. 災害や感染症に係る体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ●災害や感染症対策に係る体制整備 ・災害や感染症について正しい知識の取得と普及、啓発を図ります 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営指導の事前資料として自己点検表に感染症対策、防災に関する項目を追加し、点検状況を確認した。 ・国や道から発出される通知を速やかに各事業所へ回付。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所に対し、自己点検表によりマニュアル策定状況の点検及び、防災（避難）訓練の実施状況を運営指導時に確認している。 ・国が実施する介護保険施設への物品調査等の周知ほか、マニュアルを確認し平時からの事前準備に向けた連携体制の構築状況を確認に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各事業所で作成したBCP計画の定期的な点検に取り組む必要がある。 ・事業所によっては、独自の対策マニュアルを策定しておらず、厚労省資料をマニュアルとしていたため、事業所の状況を踏まえた策定を指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・立地が災害区域内とされている施設においては、運営指導時に限らず防災に関する自己点検の定期的な指導に取り組む。 ・業務継続（BCP）計画策定の点検や見直し状況の確認を実施する

第6節 介護給付の適正化の推進

主要施策	施策の展開 (P)	内容 (D)	取組状況	評価 (C)	改善 (A)	第9期の目標
1. 介護認定の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ●要介護認定の区分変更又は更新認定に係る認定調査の内容について、市町村職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検し、適正かつ公平な介護認定の確保を図ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認定調査は全て職員が行い、遠方場合は委託契約により実施。 ▶ 介護認定調査員及び認定審査委員は、北海道が実施する研修に参加している。 ▶ 審査委員研修 5名 (R3～5) ※新任・現任 ▶ 新規調査員 5名 (R3～5) ▶ 調査票作成及び審査においては保健所の技術的支援を求めている。 ▶ 調査票は全て2人以上で点検し、必要に応じ調査員への聞き取りを実施。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・職員による調査票点検のWチェックにより、訂正箇所等が減少につながっている。 		<p>介護給付費適正化事業（第6期）に基づき、認定調査票の全件点検を継続し、1次判定から2次判定の軽重度変更率の地域差等の分析や、認定調査項目別の選択状況について全国の保険者と比較した分析を実施し、要介護認定調査の平準化に向けた取り組みを行う。</p>
2. ケアプランの点検	<ul style="list-style-type: none"> ●介護支援専門員が作成したケアプランの内容について、受給者に必要なサービスが確保されているか点検を行います。 ●作成者と確認・検証しながら、介護支援専門員の『気づき』を促すとともに、自立支援に資するケアマネジメントに向けた取り組みの支援を目指します。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 令和2年までは新任期の介護支援専門員が作成したケアプランを中心に実施。令和3年度からは新規ケアプラン及び適正化システムによりサービス利用者を抽出して実施。 <p>【実績】</p> <p>R3 22件 R4 150件 R5 125件</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 受給者の状態に合ったサービスが提供されているか、疑義がある場合は介護支援専門員に照会、必要に応じて指導を行う。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・給付の適正化、介護支援専門員の資質向上のため継続してケアプラン点検を実施。新規ケアプランに絞ることで介護支援専門員と点検者の双方が対応可能な範囲で効果的に実施することができた。 ・適正化システムについては、客観的な基準で対象ケアプランを抽出でき、町外も含めた全事業所を対象としたケアプラン点検を実施することができた。 ・点検により、要件に該当しない加算を算定している事業所に対し是正を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員協会主催のケアマネカフェ等を通じたマネジメント研修や同協会の協力による、ケアプラン点検等の実施を検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者だけでなく、介護支援専門員協会等の職能団体によるケアプラン点検の導入など、その手法について検討・取り組みを進め、介護支援専門員の質の向上を図る。
3. 住宅改修等の点検	<ul style="list-style-type: none"> ●受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、完了後の施工状況の点検により、受給者の状態にそぐわない住宅改修を排除していきます。 ●福祉用具の必要性や利用状況等の点検を行い受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を図ることを目的に点検を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 住宅改修申請時において、申請書類（見積書、図面、写真等）のほか、ケアプランの提出を求め、福祉住環境コーディネーター資格を持つ職員による内容確認を実施。 ▶ 事前申請の書類審査時に改修内容に関する助言及び指導。 <p>【住宅改修】</p> <p>R3 27件（介護12、支援15） R4 39件（介護17、支援22） R5 37件（介護16、支援21）</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 福祉用具購入時は、受給者の状態にあった福祉用具を提案しているかを介護支援専門員に確認。 <p>【購入】</p> <p>R3 34件（介護17、支援17） R4 26件（介護13、支援13） R5 27件（介護12、支援15）</p> <p>【貸与】 ※軽度者のみ</p> <p>R3 8件 R4 5件 R5 11件</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 住宅改修に関する問い合わせで内部検討した場合のQ&Aの記録の作成。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・書類や写真で現状が分からない場合は訪問調査を行うこととしているが、申請前における書類作成や写真撮影の留意点を伝えることで訪問調査は0件で実施できた。 ・適正に制度を利用に繋がるよう、介護支援専門員等関係各所からの随時相談に対応した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与においては、軽度者の利用分だけでなく、給付実績を活用した点検も検討する必要がある。 ・町外の介護支援専門員が安平町の利用者のマネジメントを行うにあたり、町の概要や地域資源などについて十分な情報提供が必要。 ・介護支援専門員の負担軽減が見込まれる住宅改修や福祉用具購入に係る受領委任払いの導入を検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員等の資格保有者と共に申請前後の書類の点検等を行い、適正な給付となるよう継続実施する。 ・町外の介護支援専門員が安平町の利用者のマネジメントを行うにあたり町の概要や地域資源などについて十分な情報提供を図る。 ・介護支援専門員の負担軽減に繋がる点検方法の電子化の推進を図るとともに、利用者の経済的負担軽減にも繋がる受領委任払い制度の導入を検討。 ○住宅改修に関する問い合わせで内部検討した場合のQ&Aの記録の継続。 ○福祉用具貸与においては、軽度者の利用分だけでなく、給付実績を活用した点検も検討する必要がある。
4. 医療情報との突合・縦覧点検	<ul style="list-style-type: none"> ●受給者ごとに給付実績の縦覧を行うことで、サービスの整合性、算定回数、算定日数等の点検を行い、請求誤りを早期発見し適切な処理を行います。 ●医療担当部門と連携を図り、受給者の後期高齢者医療や国保加入者の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、医療と介護の重複請求の排除に努めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 介護報酬の支出状況を確認し、サービスの整合性、算定回数等の点検を実施。（国保連へ委託） ▶ 国保連が主催する研修会への参加実績（延べ人数） <p>R3 0名 R4 1名 R5 2名</p>	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・継続実施。 ・給付事業にかかる理解を深めるため研修等へ積極的に参加 ・給付実績の点検により過誤調整等の指導を実施した。 <p>R3～5 過誤申立件数 5件 過誤金額 70,070円</p>		<p>国保連への委託を継続するとともに、研修会に継続して参加し研さんを図る。</p>
5. 給付実績の活用	<ul style="list-style-type: none"> ●事業者の請求及び費用の給付状況等について、国保連から提供される給付実績を活用し、不正請求などの未然防止に努めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 給付適正化システムに給付実績データを分析し、疑義のあるサービスについてケアプラン点検等を実施。 	100%	<ul style="list-style-type: none"> ・給付実績等のデータを給付適正化システムを活用した分析することで、疑義のあるサービスについてケアプラン点検に活用でき、適切なケアマネジメントに繋がっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・給付実績の分析・抽出・点検のみならず、事業所の指導まで行えるよう体制整備に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適正化システムでの分析を継続し、抽出と点検のほか、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く。