

第 10 期 芽室町
高 齡 者 保 健 福 祉 計 画
介 護 保 険 事 業 計 画

令和9年度～令和 11 年度

芽 室 町

目 次

第1章	計画の基本的事項	1
1	計画策定の趣旨	2
2	法的位置づけ	2
3	計画期間および見直し時期	4
4	計画の策定体制	5
5	その他の計画との関連	7
6	日常生活圏域の設定	7
第2章	高齢者を取り巻く状況	8
1	高齢者人口の現状と将来推計	9
2	要介護認定者数・認定率	12
3	認知症の状況	14
4	高齢者の生活実態	15
5	給付実績	29
6	高齢者を取り巻く状況のまとめ	32
7	第9期計画の評価	34
第3章	基本目標と施策体系	36
1	基本理念	37
2	基本目標	37
3	ロジックモデル	39
4	施策体系	40
5	各事業の概要と目標	44
第4章	給付費と介護保険料の推計	
1	介護サービス量の見込み	
2	第1号被保険者の保険料	
3	低所得者への配慮	
添付		
1	策定経過	
2	計画の諮問ならびに答申	



第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の趣旨

高齢者人口がピークとなる 2040（令和 22）年が間近となるなか、本町においても高齢者数は増加を続けており、令和 8 年 3 月末の住民基本台帳における 65 歳以上の高齢者人口は 5,480 人と、本町人口の約 3 人に 1 人が高齢者という状況になっています。

こうした状況のなか、高齢者を取り巻く環境についても、コロナ禍による生活様式の変化や働き方改革による就業構造の変化、デジタル化の進展などにより大きく変容しており、今後の高齢社会に向けた、高齢者の意欲と能力に応じて力を発揮できる社会の構築や、時代の潮流に合わせた柔軟で適時適切な取り組みが求められています。

芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画は、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体のものとして策定し、3 年ごとの見直しを重ねてまいりました。今回の見直しにおいては、これまでの取り組みを基礎としつつ、少子高齢化による様々な課題が想定される中においても、中長期的な視点を持ちながら社会の変化に柔軟に対応し、将来にわたり誰もが安心して暮らし続けられるよう、地域共生社会の実現に向けた各種施策の展開を図るものです。

2 法的位置づけ

本町においては、高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第 20 条の 8 の市町村老人福祉計画として、介護保険事業計画は、介護保険法第 117 条の市町村介護保険事業計画としてそれぞれ位置づけており、それぞれの法令等に基づき、両者を一体のものとして策定しています。

また、令和 6 年 1 月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、市町村における認知症施策推進計画の策定が努力義務とされています。本町では、高齢者施策と連携のもと、認知症施策を総合的かつ計画的に推進するため、認知症施策を含めた本計画を、認知症基本法第 13 条における市町村認知症施策推進計画としても位置付けられるよう策定しています。

●高齢者保健福祉計画

「市町村は、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。」「市町村老人福祉計画は、介護保険法第 117 条第 1 項に規定する市町村介護保険事業計画と一体のものとして作成されなければならない。」（市町村老人福祉計画・老人福祉法第 20 条の 8）

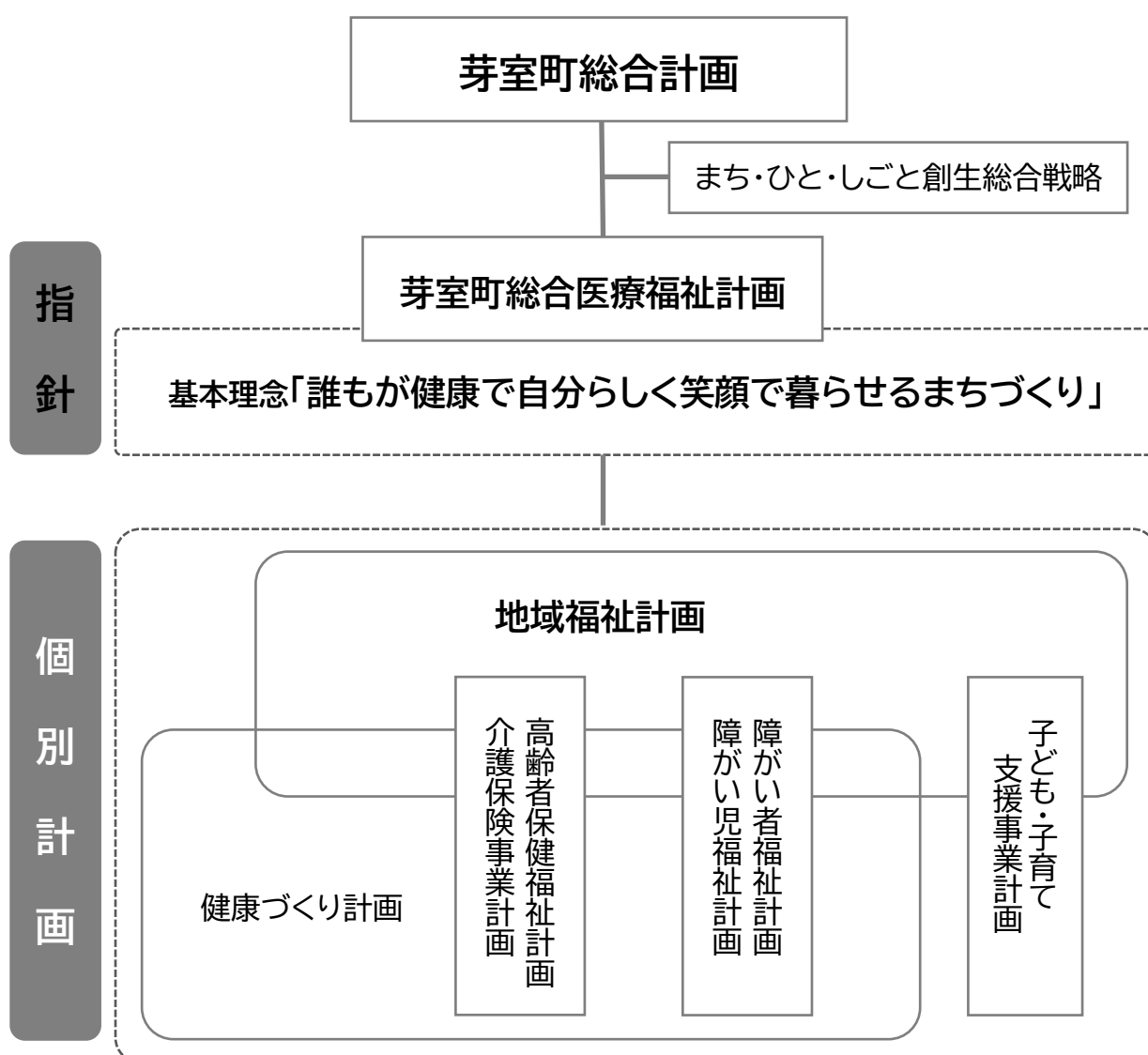
●介護保険事業計画

「市町村は、基本指針（注）に即して、3 年を一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。」「市町村介護保険事業計画は、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に規定する市町村老人福祉計画と一体のものとして作成されなければならない。」（市町村介護保険事業計画・介護保険法第 117 条）

（注）基本指針・・・「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」（厚生労働省告示）

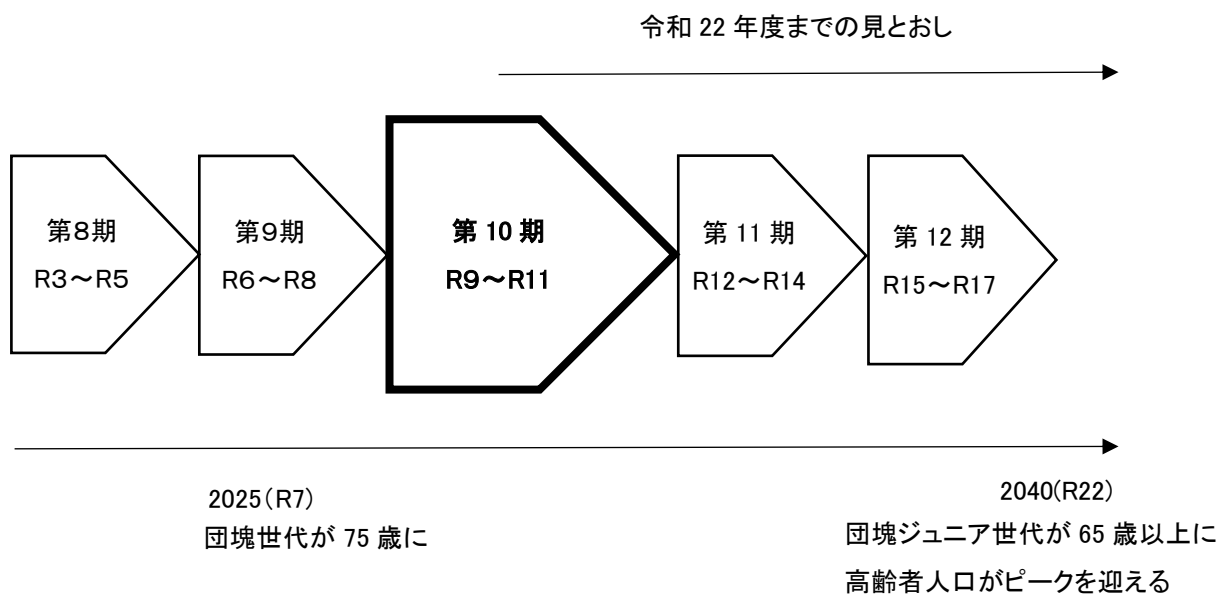
●認知症施策推進計画

「市町村は、基本計画（都道府県計画が策定されているときは、基本計画及び都道府県計画）を基本とするとともに、当該市町村の実情に即した市町村認知症施策推進計画を策定するよう努めなければならない。」「市町村計画は、社会福祉法第 107 条第 1 項に規定する市町村地域福祉計画、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に規定する市町村老人福祉計画、介護保険法第 117 条第 1 項に規定する市町村介護保険事業計画その他の法令の規定による計画であって認知症施策に関連する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。」（市町村認知症施策推進計画・共生社会の実現を推進するための認知症基本法第 13 条）



3 計画期間および見直し時期

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の期間は高齢者人口がピークを迎える令和 22 年を見据え、令和 9 年度から令和 11 年度までの 3 年間とします。



4 計画の策定体制

(1) 芽室町総合保健医療福祉協議会

「芽室町総合保健医療福祉協議会条例」及び「芽室町総合保健医療福祉協議会条例施行規則」に基づき「芽室町総合保健医療福祉協議会」に設置した高齢者・介護部会において審議しました。

(2) 芽室町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画庁内検討委員会

令和8年8月

計画の総合的な策定を目指し、庁内関係部署による検討委員会を設置し、現状分析や検討を行いました。

(3) 町民の意見反映

介護保険法第117条において、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ために必要な措置を講じることとされています。そのため、町民を対象とした調査や関係団体、介護保険サービス事業者との意見交換を行いました。

① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査期間	令和7年12月～令和8年1月
調査対象	自宅で暮らしている65歳以上の町民 (介護保険の要介護認定者を除く)
配布人数	2,000人
調査方法	郵送
結果	回収人数1,542人、回収率77.1%

② 在宅介護実態調査

調査期間	令和7年12月～令和8年1月
調査対象	自宅で暮らしている要支援・要介護認定者及びその家族等介護者
配布人数	230人
調査方法	郵送
結果	回答者数160人、回収率69.6%

③ 関係団体との意見交換

団体名	実施日	参加者数
高齢者支援活動推進事業 活動推奨団体	令和8年7月14日	24人
民生委員児童委員協議会	令和8年 月 日	人

団体名	実施日	参加者数
ケアマネネットワーク会議	令和8年 月 日	人
芽室町単位老人クラブ会長	令和8年 月 日	人

④ 介護保険サービス事業者との意見交換

実施日	対象事業者
令和8年5月29日	町内介護事業所6事業所、代表者8人

⑤ パブリックコメントの実施

期間：令和8年12月 日～令和9年1月 日

5 その他の計画との関連

(1) 芽室町総合計画

総合計画は、まちづくりの計画として最上位に位置づけられており、芽室町の将来像やまちづくりの方向性を示した計画です。

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画は、総合計画における高齢者を対象とした個別計画として位置づけられています。

(2) 芽室町総合保健医療福祉計画

総合保健医療福祉計画は、総合計画における保健医療福祉分野施策を総合的に推進するための基本計画であり、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画の指針となる計画です。

(3) 芽室町地域福祉計画

地域福祉計画は、地域福祉施策を総合的に推進する上での理念と住民参加による地域づくりを進めるための計画です。

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画は高齢者に焦点をあて、地域福祉計画の内容と調和が保たれたものとなります。

地域福祉計画にある「重層的支援体制」とは、高齢者を含む世帯の課題が複合化・複雑化した場合に連携します。

※1 重層的支援体制とは？

属性によらない相談支援、社会参加、地域づくりに向けた支援を一体で実施する体制

(4) その他の関係計画

総合保健医療福祉計画を指針とするその他の個別計画には、「健康づくり計画」、「障がい者福祉計画」等の計画があり、連携と相乗効果をもって推進します。

(5) 北海道の計画

北海道が策定する「北海道医療計画」は市町村などの活動推進の指針となるものであり、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」は、市町村へ基本指針等の提示・助言を行う役割があり、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画はこれらと調和が保たれたものとなります。

6 日常生活圏域の設定

芽室町の地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護保険サービス等を提供するための施設等の整備状況を総合的に勘案し、芽室町全体を1圏域とします。



第2章 高齢者を取り巻く状況

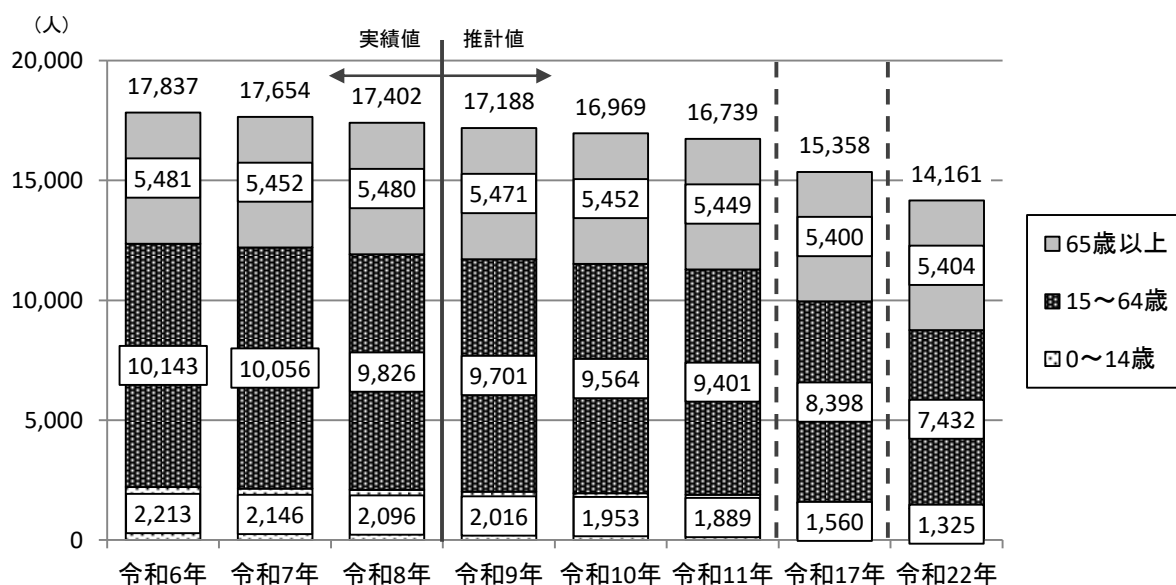
1 高齢者人口の現状と将来推計

(1) 高齢者人口

芽室町の人口は年々減少しており、令和 22 年には、14,161 人まで減少することが見込まれます。また、年齢別人口の割合は、高齢化率がゆるやかに増加していくことが予測されています。

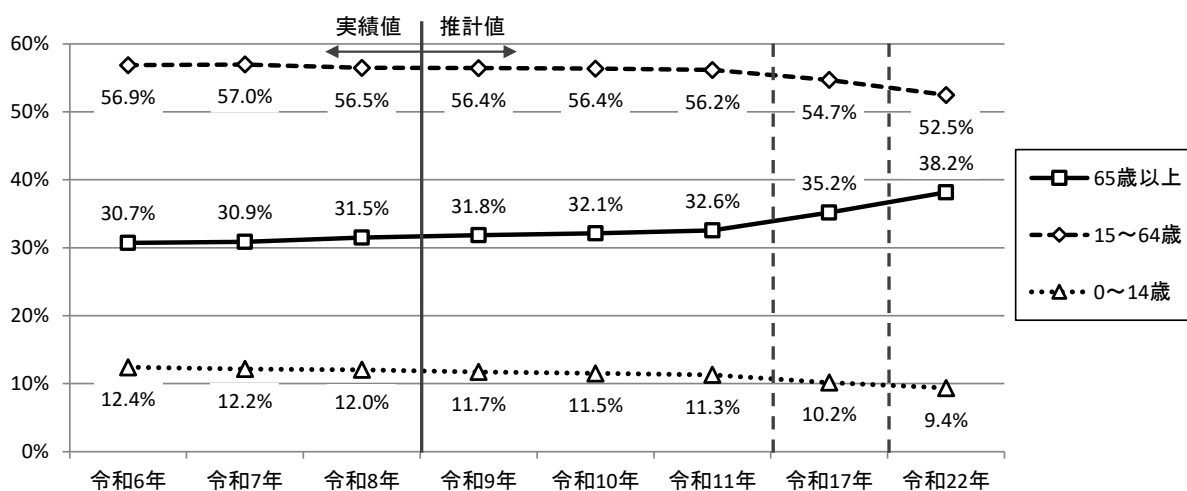
64 歳以下の人口は、今後も減少を続けることが見込まれることから、少ない人数で多くの高齢者を支える必要があります。

■人口の推移



資料：令和6年から令和8年：住民基本台帳（各年3月末）／令和9年以降：コーホート法による推計値

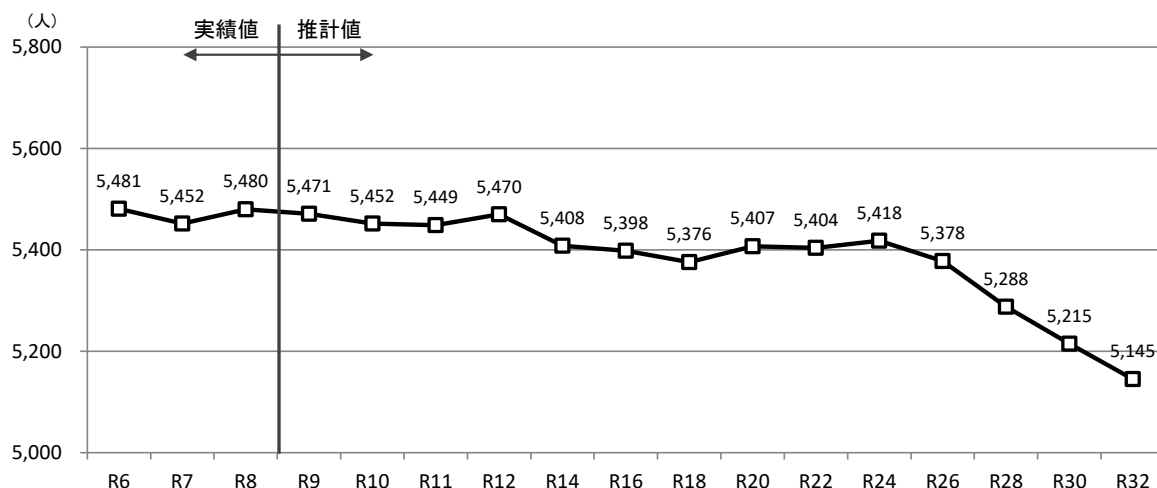
■年齢別人口の割合



資料：令和6年から令和8年：住民基本台帳（各年3月末）／令和9年以降：コーホート法による推計値

■高齢者人口の将来推計

高齢者人口は年によって増減を繰り返しながら、令和 24 年頃まではおおよそ横ばい傾向となっていますが、それ以降は減少傾向で推移していくことが予測されています。

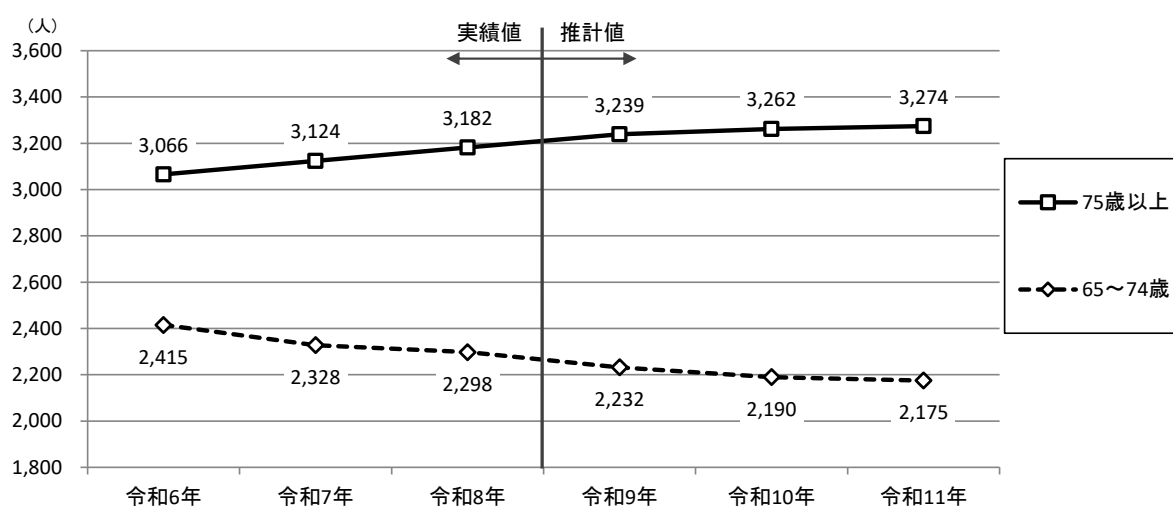


資料：令和6年から令和8年：住民基本台帳（各年3月末）／令和9年以降：コーホート法による推計値

■後期高齢者数の増加

令和 7 年ごろに団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者に到達することから、後期高齢者数は増加傾向で推移しており、令和 11 年には 3,274 人になる見込みとなっています。

一方、65 歳から 74 歳の前期高齢者数は、減少傾向で推移し、令和 11 年には 2,175 人になる見込みとなっています。



資料：令和6年から令和8年：住民基本台帳（各年3月末）／令和9年以降：コーホート法による推計値

(2) 高齢者世帯数

令和7年における高齢者のいる世帯は3,394世帯であり、平成27年(3,102世帯)よりも292世帯増加しています。

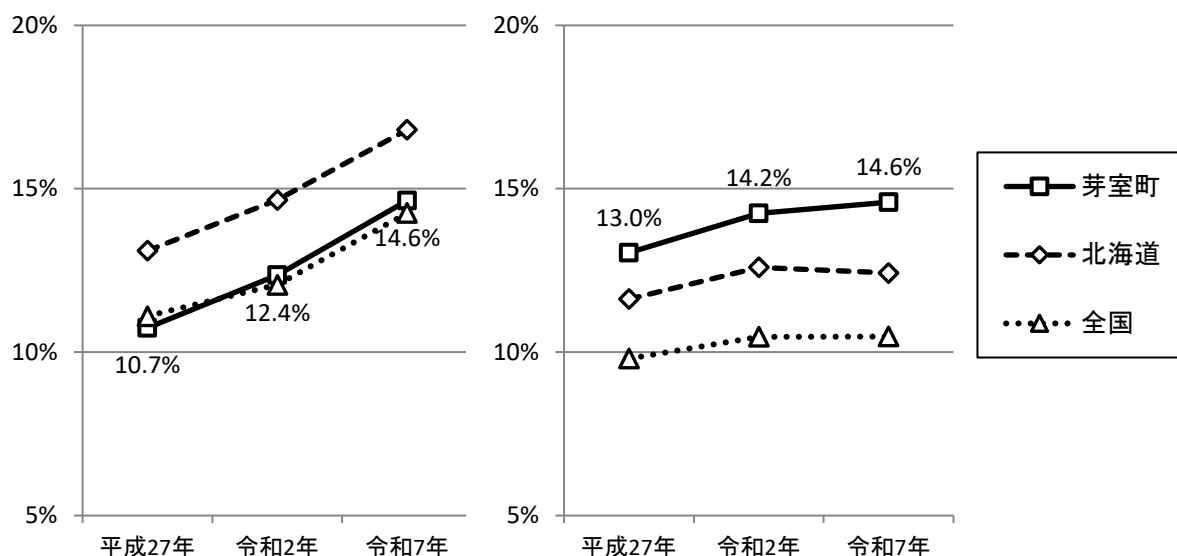
高齢者のいる世帯のうち、高齢者の一人暮らし世帯は、令和7年は1,075世帯であり、平成27年(768世帯)よりも307世帯増加しています。一般世帯数に占める割合は14.6%であり、北海道(16.8%)を下回っている一方で、全国(14.3%)よりはやや上回っています。

高齢者夫婦のみの世帯は、令和7年は1,071世帯であり、平成27年(932世帯)よりも139世帯増加しており、一般世帯数に占める割合は14.6%で、北海道(12.4%)及び全国(10.5%)を上回っています。

■後期高齢者数の増加

	平成27年	令和2年	令和7年
総世帯	7,149	7,230	7,344
高齢者のいる世帯	3,102	3,314	3,394
高齢単身世帯	768	893	1,075
高齢夫婦世帯	932	1,030	1,071

■高齢者の一人暮らし世帯の割合の推移 ■高齢者夫婦のみの世帯の割合の推移



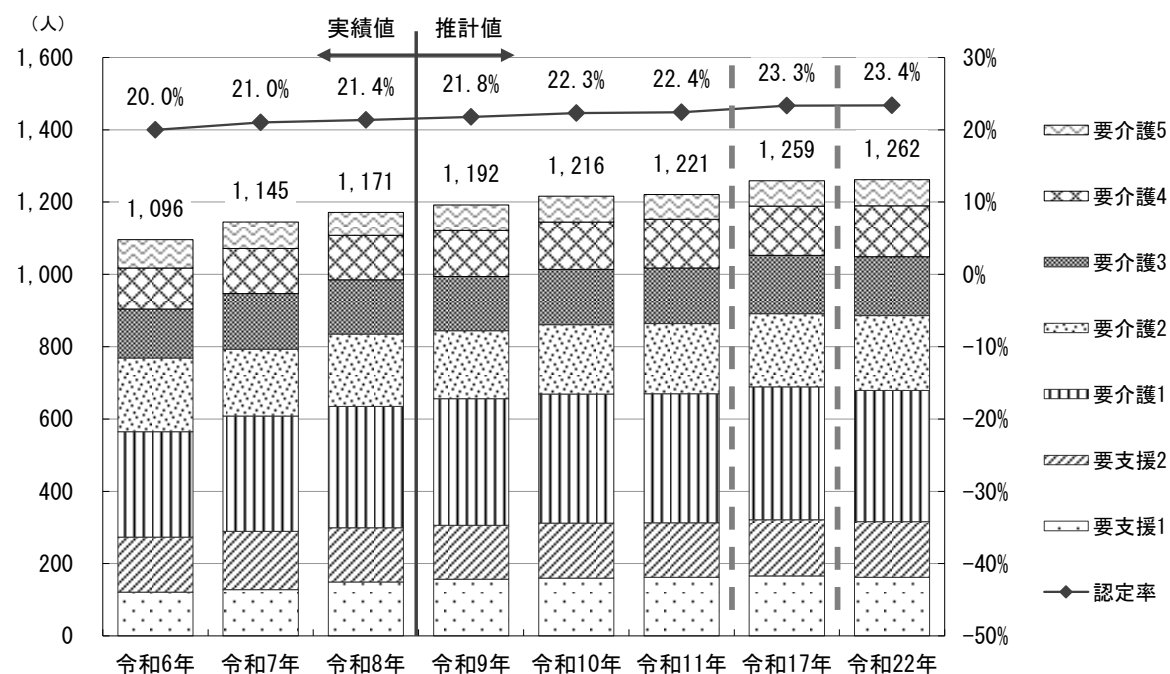
資料：国勢調査（各年10月1日現在）

2 要介護認定者数・認定率

要介護認定者数・認定率については、令和8年で1,171人（21.4%）、令和11年で1,221人（22.4%）、令和22年で1,262人（23.4%）となっており、増加傾向で推移していくことが予測されています。

■介護別認定者数と認定率の推移と推計

	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年	令和17年	令和22年
認定者数(人)	1,096	1,145	1,171	1,192	1,216	1,221	1,259	1,262
要支援1	121	128	149	157	160	162	166	162
要支援2	152	161	150	149	152	151	155	154
要介護1	292	319	336	350	357	357	368	363
要介護2	204	185	200	188	192	194	202	207
要介護3	135	154	150	150	153	154	162	163
要介護4	114	125	123	128	131	134	136	141
要介護5	78	73	63	70	71	69	70	72
認定率(%)	20.0	21.0	21.4	21.8	22.3	22.4	23.3	23.4



資料：令和6年から令和8年は実績値（各年3月末現在）／令和9年以降は見える化システムによる推計値

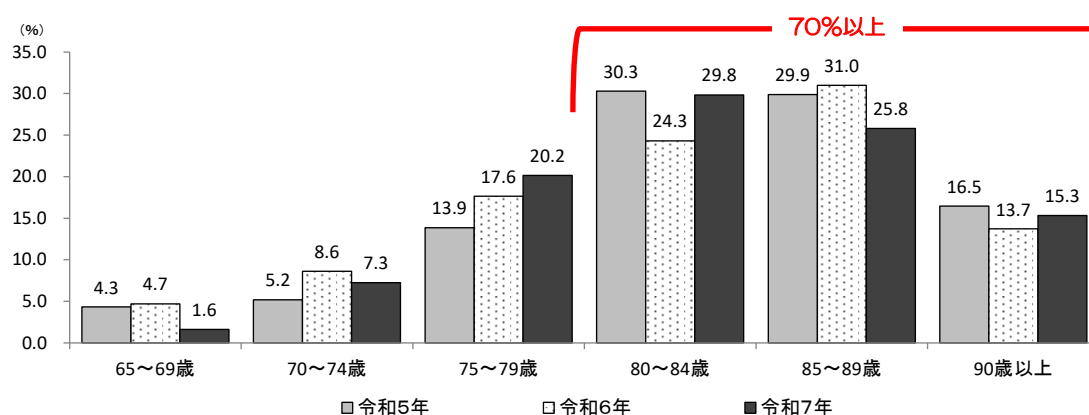
【現状】

新規で要支援・要介護認定を受けた年齢階級別の分布をみると、芽室町では80歳以上が約7割を占めています。また、要介護度別分布においては、要支援～要介護1の軽度者が約7割を占めています。このことは、比較的高齢期の後期に至るまで自立した生活が維持されている傾向を示しています。

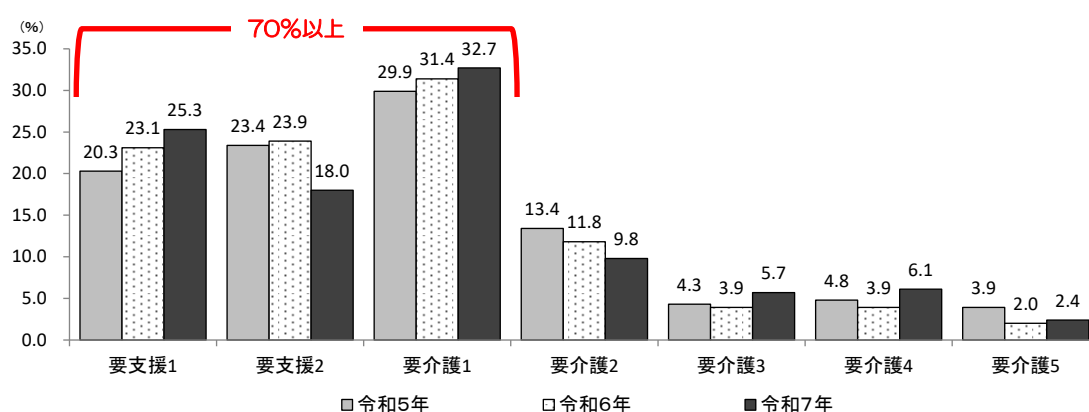
【課題と方針】

今後さらに高齢化が進む中においても、住民一人ひとりが住み慣れた地域で長く自立した生活を送り続けられるよう、要介護状態への移行を予防する「一次予防・早期介入」の重要性が増加しています。

■新規要支援・要介護認定者の年齢分布



■新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布



■介護保険新規申請年齢の推移

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
平均年齢（歳）	82.2	82	82.8	84.2	82.6
新規申請者数（人）	185	204	231	231	255
年度末高齢者人口に対する割合（％）	3.4	3.7	4.2	4.2	4.6

出典 介護保険係所管 要介護認定一覧票

3 認知症の状況

【現状】

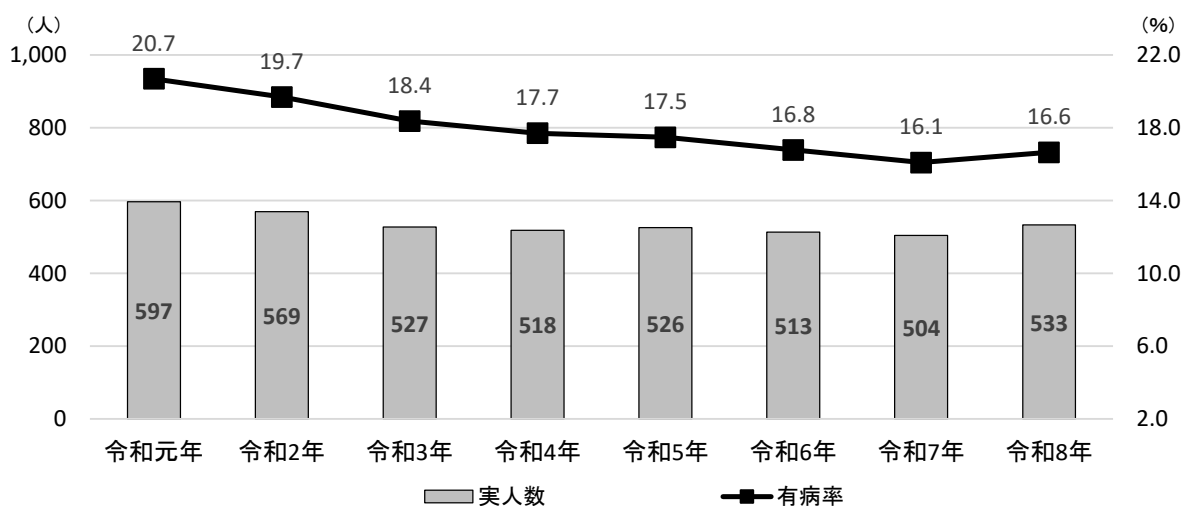
後期高齢者医療保険制度被保険者のうち、医師が認知症と診断している方は、令和8年9月時点で533人（有病率16.6%）となっています。

令和7年にかけて減少傾向で推移していますが、その後、増加に転じています。中期的には、令和12年まで増加し、その後、減少してくと予測されています。

【課題と方針】

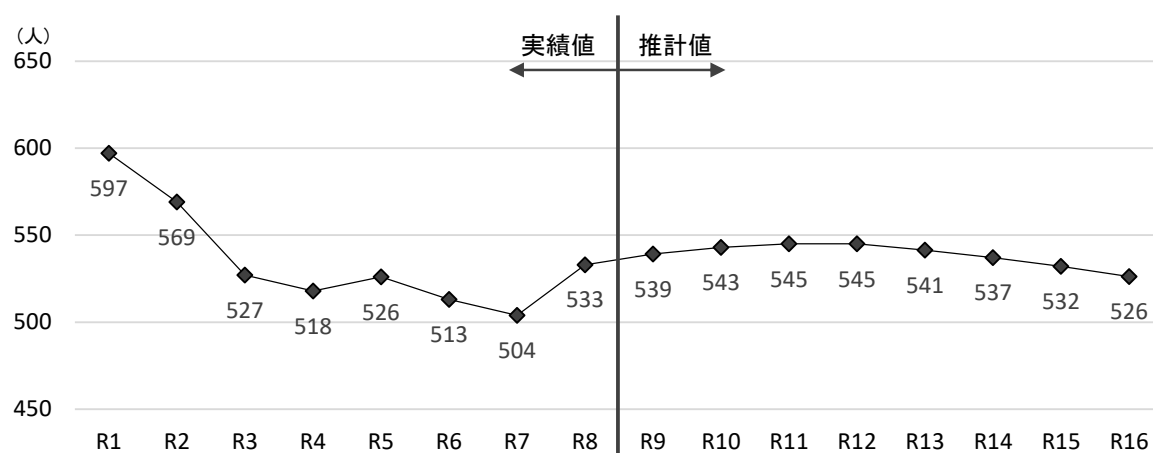
認知症予防への取組みや認知症になっても住み慣れた地域で生活できるように、正しい知識や理解の普及啓発や居場所づくり、専門家へ相談しやすい体制づくりなど認知症施策を推進していく必要があります。

■後期高齢者医療制度被保険者の認知症実人数【各年9月】



出典 KDB調べ

■後期高齢者医療制度被保険者の認知症実人数の将来推計【各年9月】



※推計値の積算方法

後期高齢者医療被保険者の認知症の有病率 16.6%（芽室町の直近）を 75 歳以上人口の推計値に乗じた。

4 高齢者の生活実態

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

この調査は、自宅で暮らす要支援認定者と認定を持たない高齢者を対象に実施しました。要介護状態になる前の社会参加状況等を把握できます。(配布数 2,000、回収数 1,542、回収率 77.1%)

① 運動機能について

以下の5つの設問は、運動機能の低下を問う設問です。

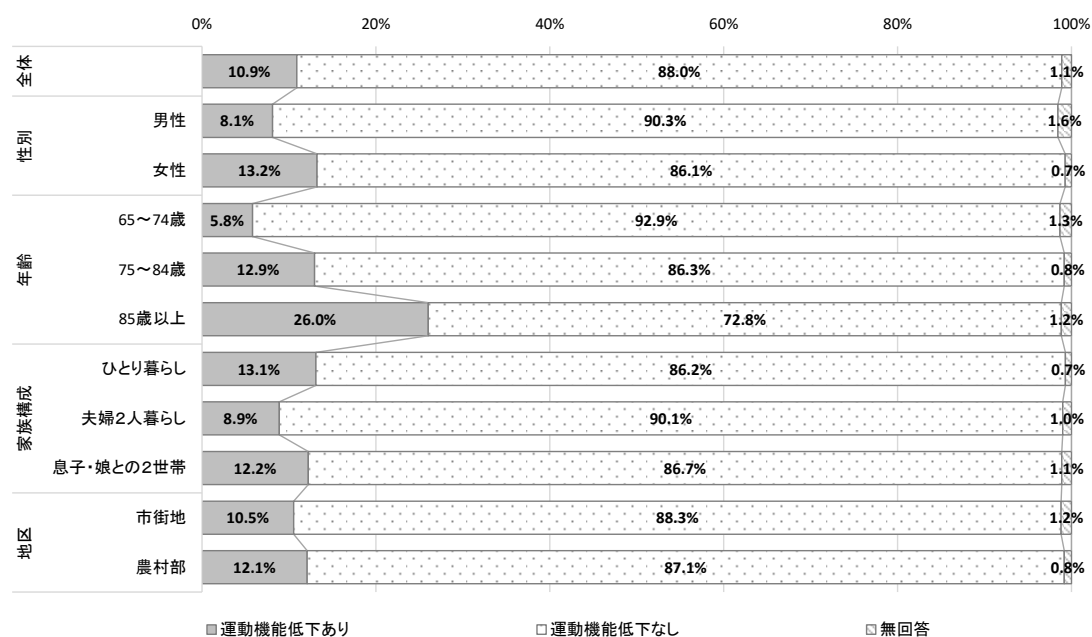
この設問で3問以上、該当する選択肢(表の網掛け箇所)が回答された場合は、運動機能の低下している高齢者となります。

No	設問内容	選択肢
問2(1)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
問2(2)	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
問2(3)	15分位続けて歩いていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
問2(4)	過去1年間に転んだ経験がありますか	1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない
問2(5)	転倒に対する不安は大きいですか	1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

◆「運動機能低下あり」の割合について

- ・「男性（8.1%）」と比べて「女性（13.2%）」の方が、割合が高くなっています。
- ・年齢に比例して、割合が高くなっており、「85歳以上」では26.0%となっています。
- ・家族構成では、「夫婦2人暮らし（8.9%）」と比べて「ひとり暮らし（13.1%）」／「息子・娘との2世帯（12.2%）」の方が、割合が高くなっています。
- ・地区による差はほとんどありませんでした。

	割合（%）		
	運動機能低下あり	運動機能低下なし	無回答
全体	10.9	88.0	1.1
男性	8.1	90.3	1.6
女性	13.2	86.1	0.7
65～74 歳	5.8	92.9	1.3
75～84 歳	12.9	86.3	0.8
85 歳以上	26.0	72.8	1.2
ひとり暮らし	13.1	86.2	0.7
夫婦2人暮らし	8.9	90.1	1.0
息子・娘との2世帯	12.2	86.7	1.1
市街地	10.5	88.3	1.2
農村部	12.1	87.1	0.8



② こころの健康について

以下の2つの設問は、うつ傾向を問う設問です。

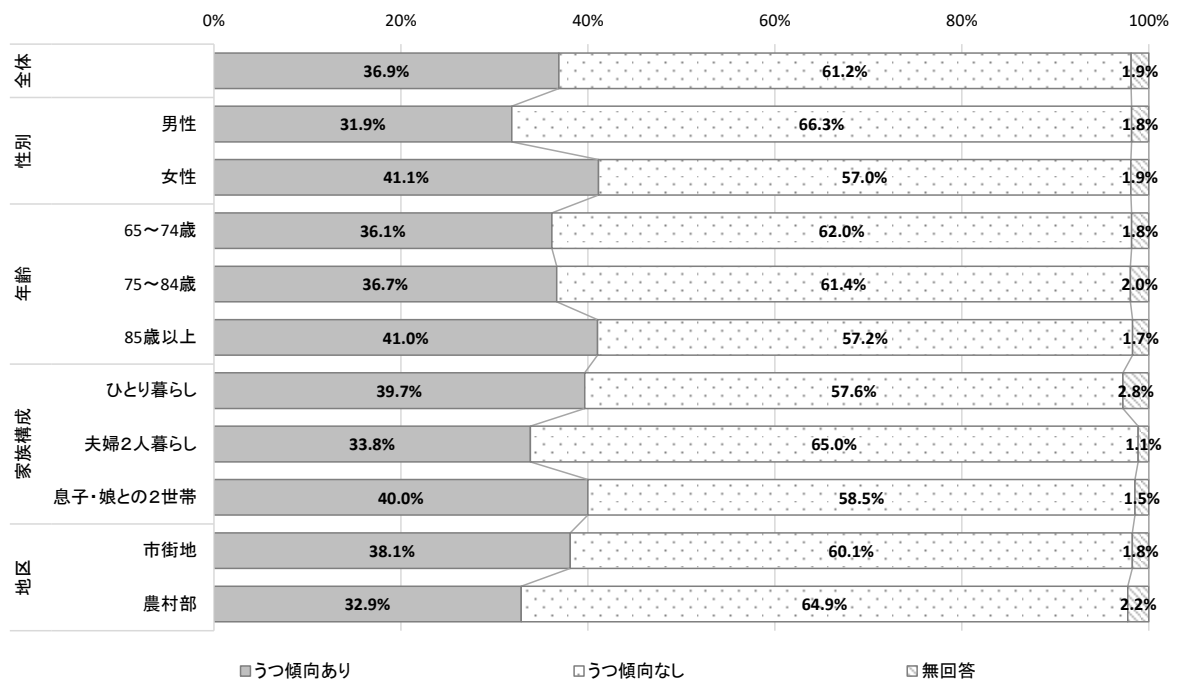
いずれか1つでも「1. はい」に該当する選択肢が回答された場合は、うつ傾向の高齢者となります。

No	設問内容	選択肢
問7(3)	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	1. はい 2. いいえ
問7(4)	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	1. はい 2. いいえ

◆ 「うつ傾向あり」の割合について

- ・「男性（31.9%）」と比べて「女性（41.1%）」の方が、割合が高くなっています。
- ・年齢に比例して、割合が高くなっており、「85歳以上」では41.0%となっています。
- ・家族構成では、「夫婦2人暮らし（33.8%）」と比べて「ひとり暮らし（39.7%）／息子・娘との2世帯（40.0%）」の方が、割合が高くなっています。
- ・地区では、「農村部（32.9%）」と比べて「市街地（38.1%）」の方が、割合が高くなっています。

	割合（%）		
	うつ傾向あり	うつ傾向なし	無回答
全体	36.9	61.2	1.9
男性	31.9	66.3	1.8
女性	41.1	57.0	1.9
65～74歳	36.1	62.0	1.8
75～84歳	36.7	61.4	2.0
85歳以上	41.0	57.2	1.7
ひとり暮らし	39.7	57.6	2.8
夫婦2人暮らし	33.8	65.0	1.1
息子・娘との2世帯	40.0	58.5	1.5
市街地	38.1	60.1	1.8
農村部	32.9	64.9	2.2

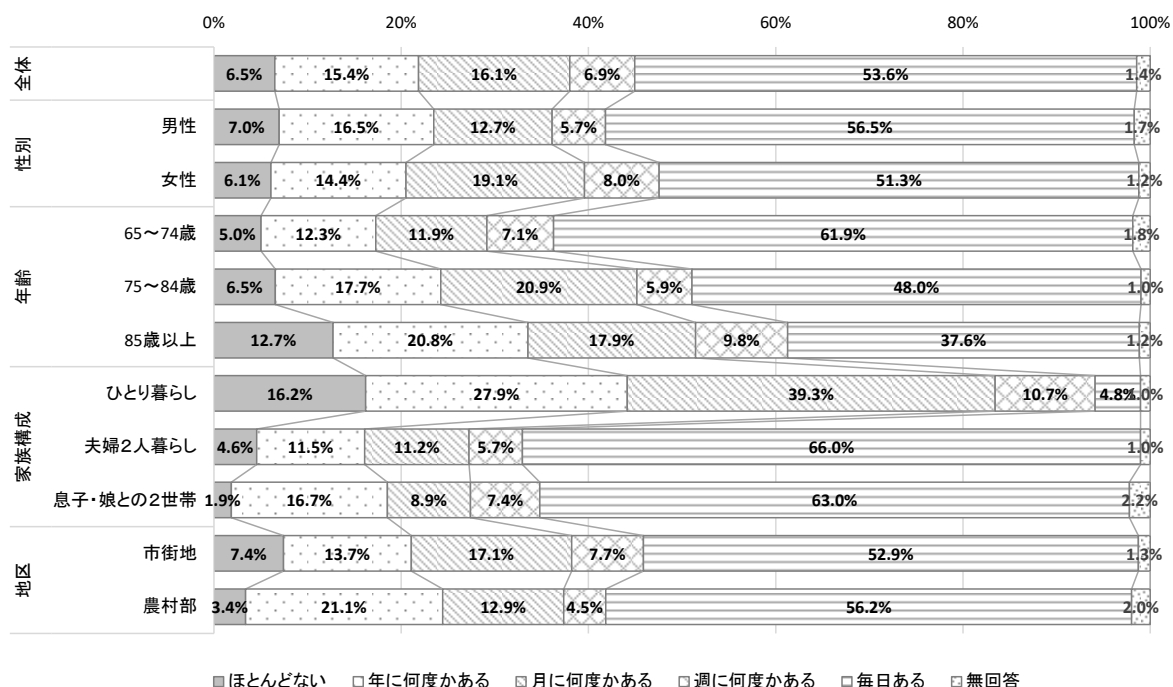


③ 食事について

◆「どなたかと食事をとにもする機会がほとんどない」割合について

- ・性別による差はほとんどありませんでした。
- ・年齢に比例して、割合が高くなっており、「85歳以上」では12.7%となっています。
- ・家族構成では、「ひとり暮らし（16.2%）」が最も高くなっています。
- ・地区では、「農村部（3.4%）」と比べて「市街地（7.4%）」の方が、割合が高くなっています。

	割合（％）					
	ほとんど ない	年に何度 かある	月に何度 かある	週に何度 かある	毎日ある	無回答
全体	6.5	15.4	16.1	6.9	53.6	1.4
男性	7.0	16.5	12.7	5.7	56.5	1.7
女性	6.1	14.4	19.1	8.0	51.3	1.2
65～74歳	5.0	12.3	11.9	7.1	61.9	1.8
75～84歳	6.5	17.7	20.9	5.9	48.0	1.0
85歳以上	12.7	20.8	17.9	9.8	37.6	1.2
ひとり暮らし	16.2	27.9	39.3	10.7	4.8	1.0
夫婦2人暮らし	4.6	11.5	11.2	5.7	66.0	1.0
息子・娘との2世帯	1.9	16.7	8.9	7.4	63.0	2.2
市街地	7.4	13.7	17.1	7.7	52.9	1.3
農村部	3.4	21.1	12.9	4.5	56.2	2.0

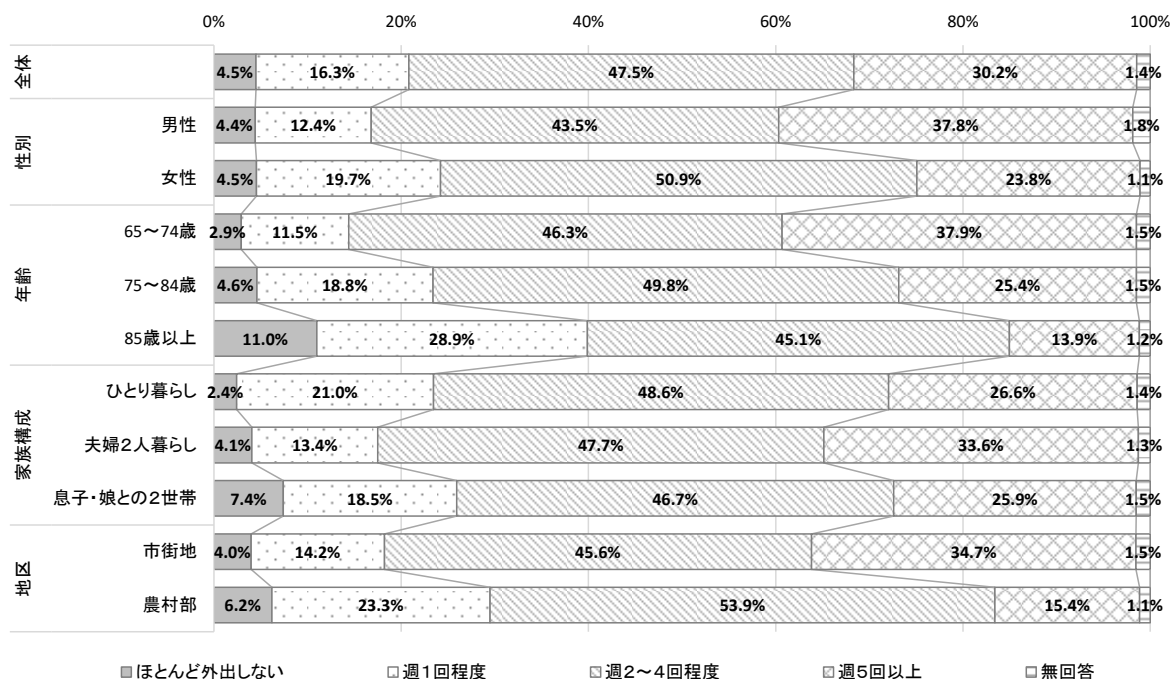


④ 外出について

◆「ほとんど外出しない」割合について

- ・性別による差はほとんどありませんでした。
- ・年齢に比例して、割合が高くなっており、「85歳以上」では11.0%となっています。
- ・家族構成では、「息子・娘との2世帯（7.4%）」が最も高くなっています。
- ・地区による差はほとんどありませんでした。

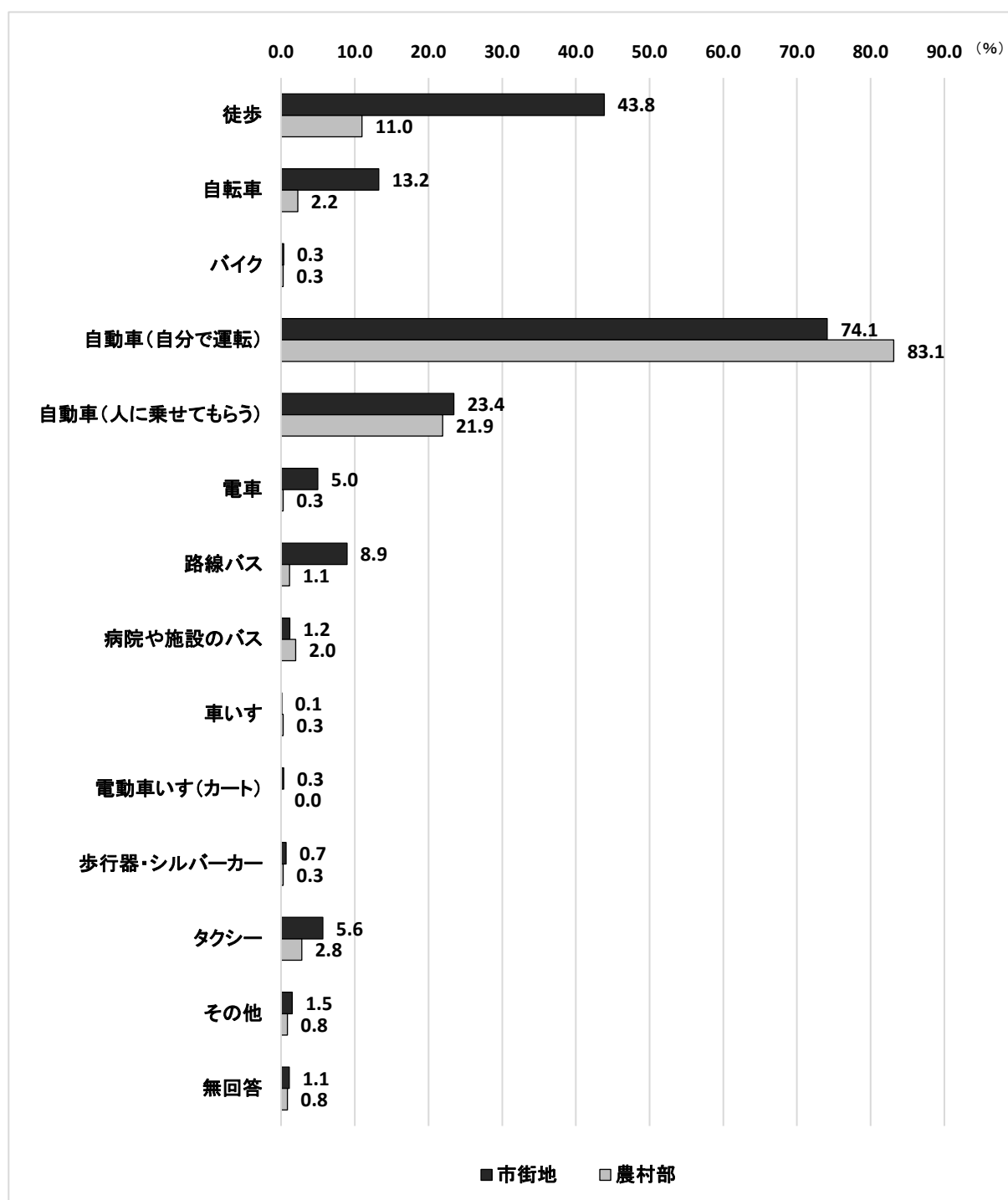
	割合（％）				
	ほとんど外出しない	週1回程度	週2～4回程度	週5回以上	無回答
全体	4.5	16.3	47.5	30.2	1.4
男性	4.4	12.4	43.5	37.8	1.8
女性	4.5	19.7	50.9	23.8	1.1
65～74歳	2.9	11.5	46.3	37.9	1.5
75～84歳	4.6	18.8	49.8	25.4	1.5
85歳以上	11.0	28.9	45.1	13.9	1.2
ひとり暮らし	2.4	21.0	48.6	26.6	1.4
夫婦2人暮らし	4.1	13.4	47.7	33.6	1.3
息子・娘との2世帯	7.4	18.5	46.7	25.9	1.5
市街地	4.0	14.2	45.6	34.7	1.5
農村部	6.2	23.3	53.9	15.4	1.1



⑤ 外出する際の移動手段について

◆地区（市街地、市街地以外）とのクロス集計

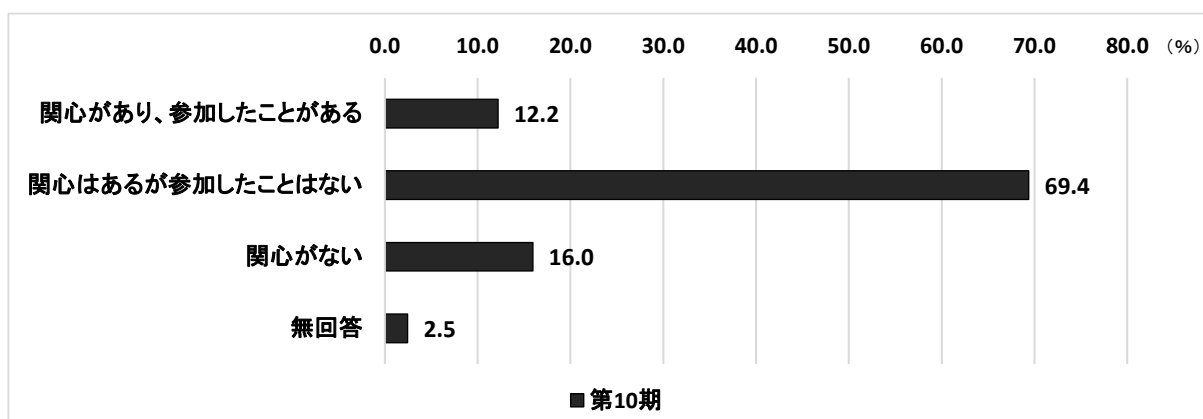
- ・市街地では、「徒歩」、「自転車」、「自動車」、「電車」、「路線バス」、「タクシー」の割合が高くなっており、多様な移動手段が使用されています。
- ・一方、農村部では、「自動車（自分で運転）」の割合が高く、市街地よりも自動車を移動手段とすることが多いといえます。



⑥ 認知症について

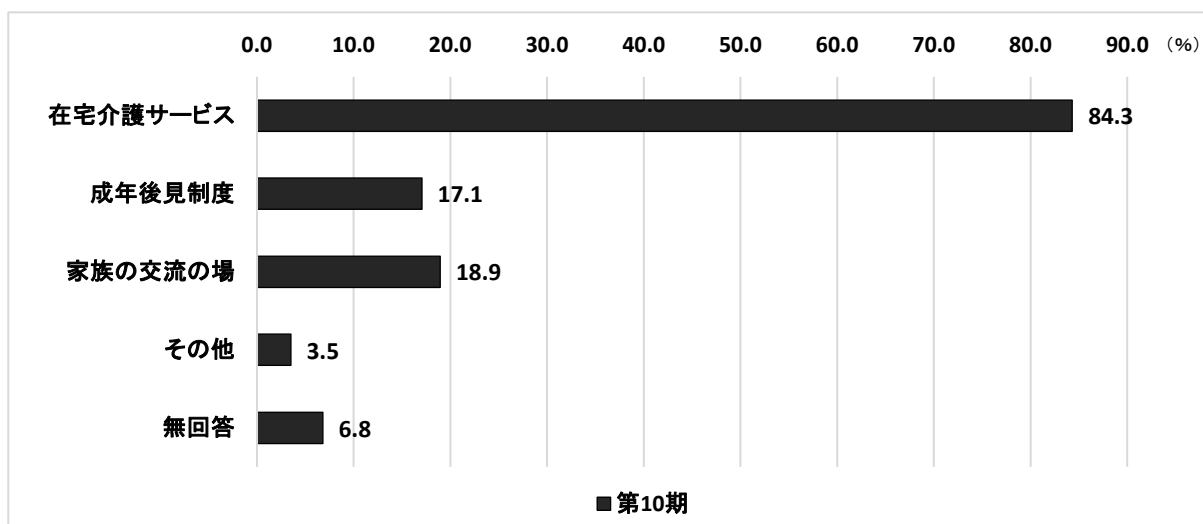
◆認知症講演会、認知症サポーター養成講座などの関心度

- ・「関心があり、参加したことがある（12.2%）」と「関心はあるが参加したことはない（69.4%）」を合わせると 81.6%であり、8割以上の方が認知症に関する講演会等に関心を持っていることがわかります。



◆認知症になっても今の住まいで生活するために必要な支援

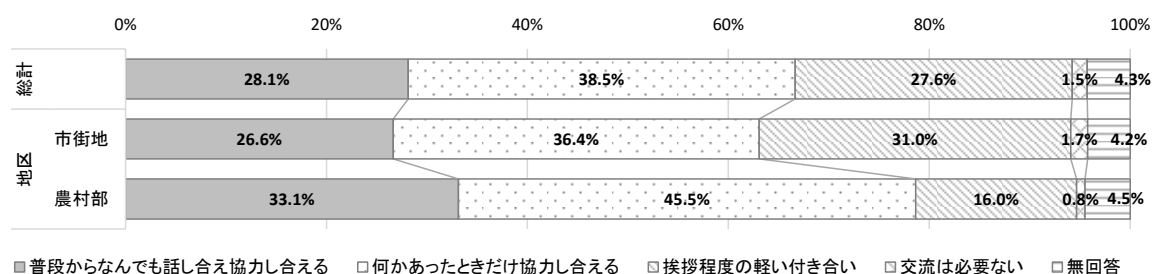
- ・「在宅介護サービス」が 84.3%で最も高くなっています。
- ・また、「成年後見制度」、「家族の交流の場」については、約 2 割の方が必要な支援と認識していることがわかります。



⑦ 近所との付き合いについて

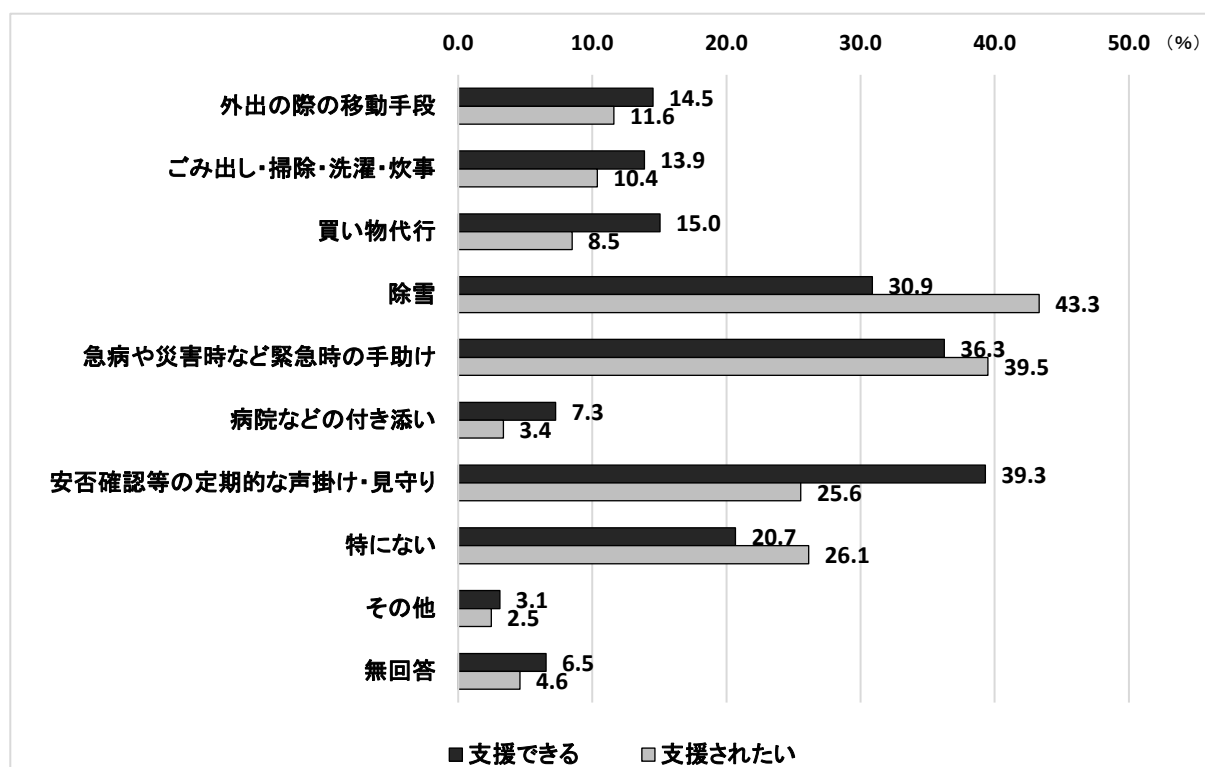
◆近所との付き合い方

- ・総計では、「何かあったときだけ協力し合える」が 38.5% で最も高く、次いで「普段からなんでも話し合え協力し合える（28.1%）」と続いています。
- ・また、23 人（1.5%）の方が「交流は必要ない」と回答しています。
- ・地区別でみると、市街地よりも農村部の方が、近所と深い付き合いをしていることがわかります。



◆できる支援とされたい支援

- ・多くの項目で「支援できる」が「支援されたい」を上回っており、近所で助け合う意識が高いことが見て取れます。
- ・「除雪」、「急病や災害時など緊急時の手助け」に関しては、支援できる割合の方が低く、近所の助け合いだけでは十分でないといえます。



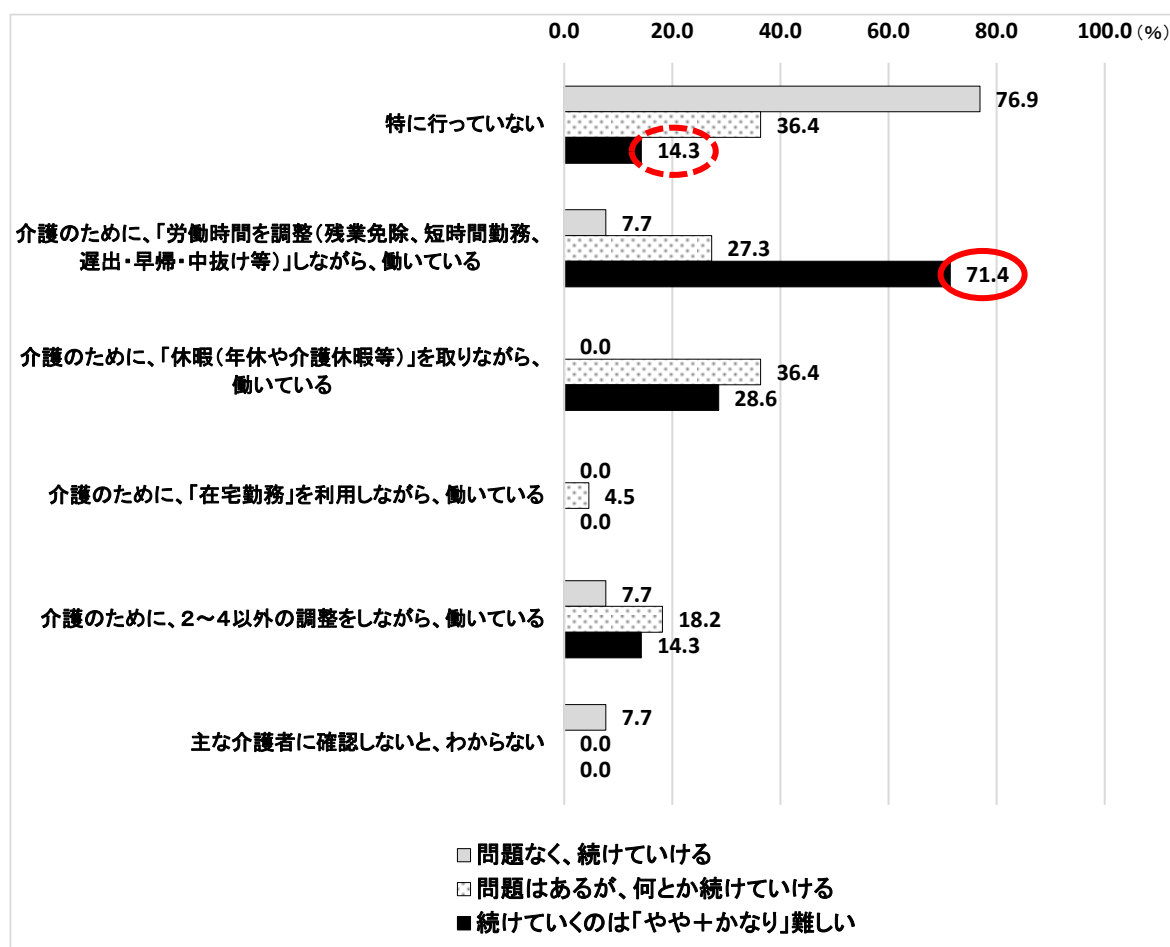
(2) 在宅介護実態調査

在宅で暮らしている介護保険認定者及びその家族（介護者）に対し、介護保険認定者の在宅生活の継続や介護者の就労の継続に有効な介護サービスの在り方を検討するために実施しました。（配布数 230、回収数 160、回収率 69.6%）

① 働き方の調整について

- ・続けていくのは「やや＋かなり」難しい人の働き方の調整について、「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」が、71.4%で最も高くなっています。
- ・一方、続けていくのは「やや＋かなり」難しい状態においても、働き方の調整を「特に行っていない」が 14.3%となっており、働き方の調整をすること自体が難しい状況も考えられます。そのため、介護の状況に応じて必要な制度が、必要な期間、利用できるような環境を整備していく事業所の取組みを促進していくことが必要とされています。

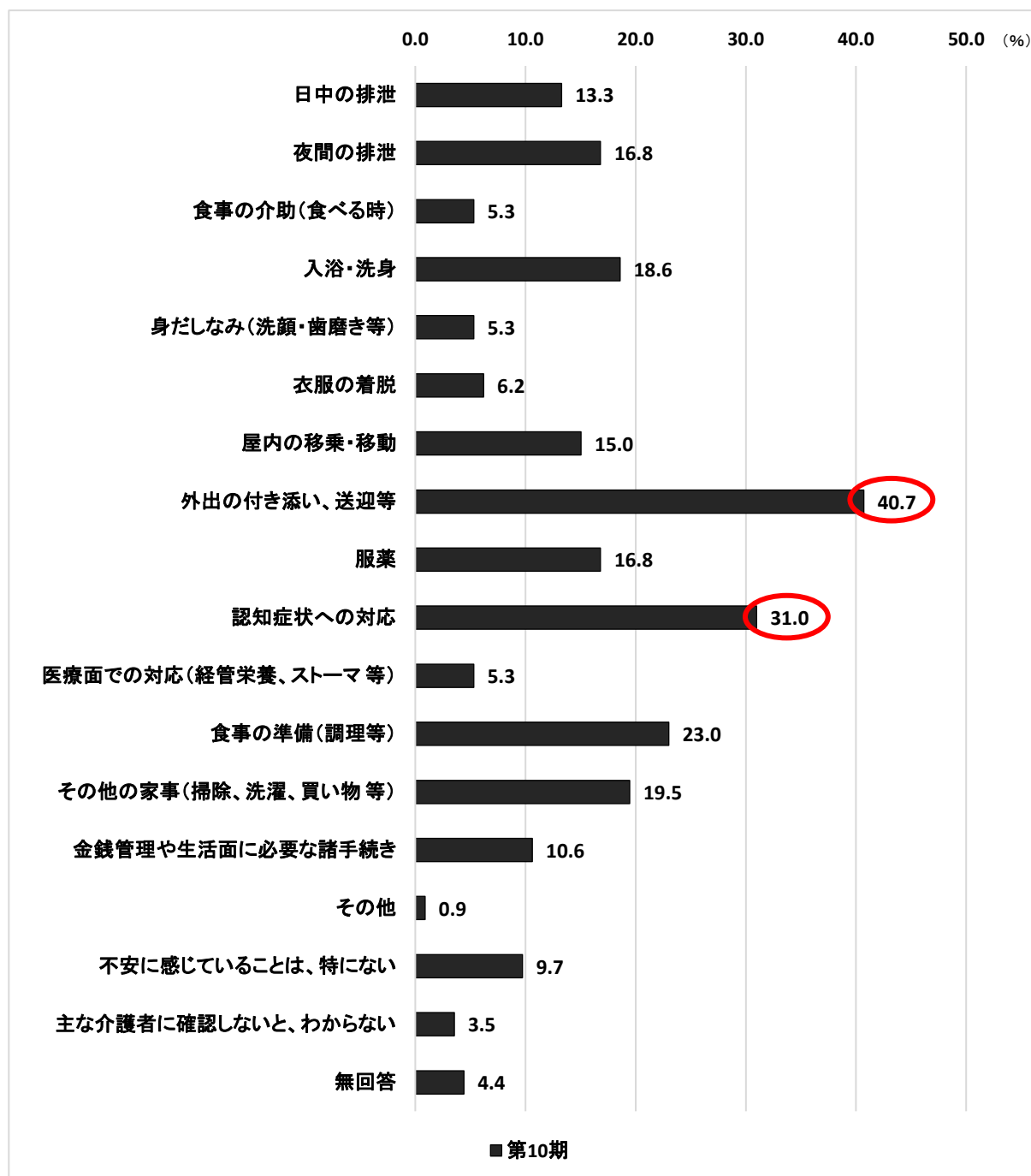
■就労継続見込別 介護のための働き方の調整



② 介護者が不安を感じる介護について

- ・現在の生活を継続していくにあたり、介護者が不安を感じる介護は、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」が高い割合となっています。
- ・在宅限界点に影響を与える要素として得られた介護者の「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」に係る介護不安を如何に軽減していくかが、在宅限界点の向上を図るための重要なポイントになると考えられます。

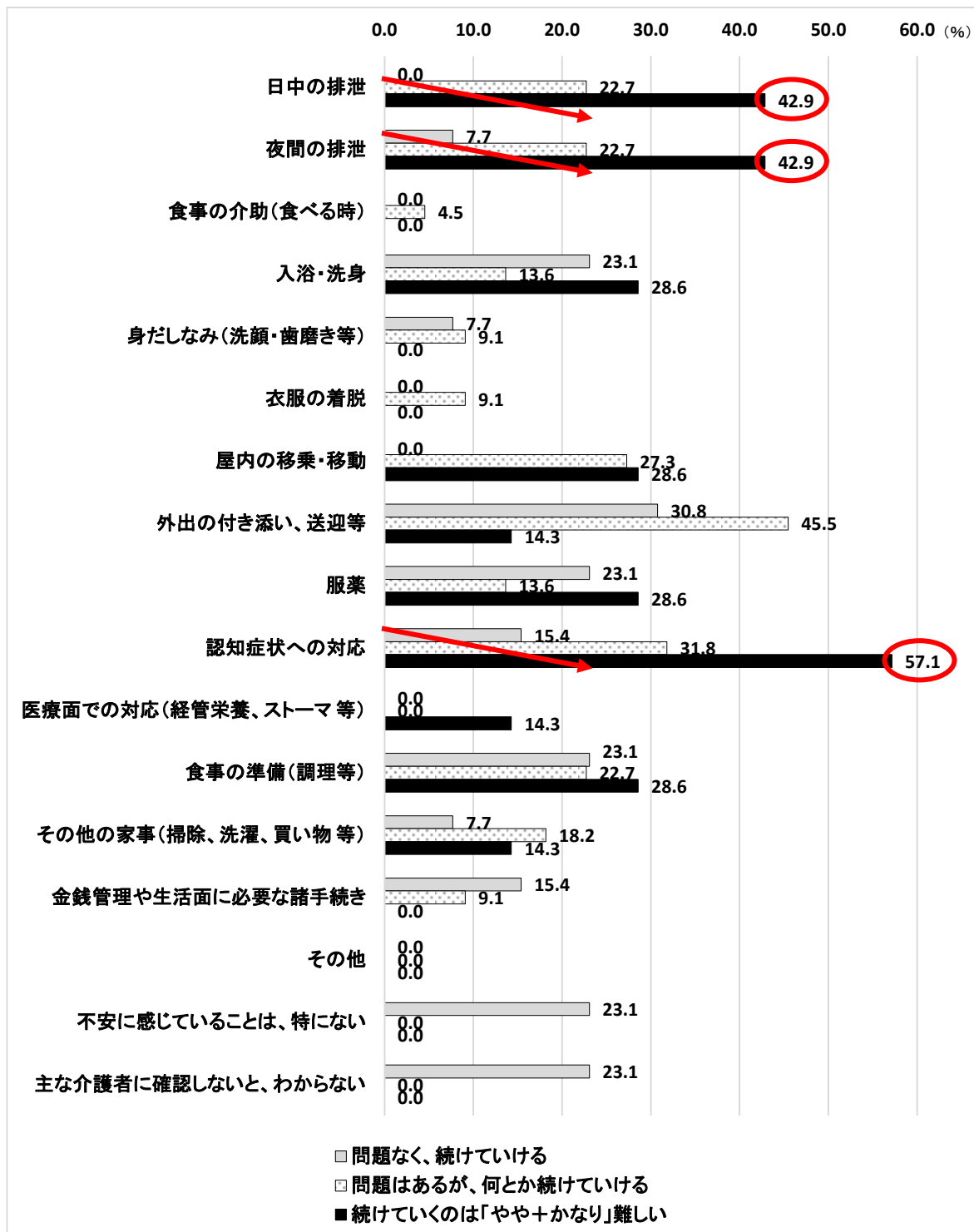
■介護者が不安を感じる介護



③ 介護者が就業困難となる主な原因について

- ・要介護者が在宅で生活をしていくことが難しくなる人ほど、「日中・夜間の排泄」、「認知症への対応」について、介護者が不安を感じる傾向が高くなっています。
- ・これらの介護が、在宅生活を継続しながらの就労を継続していくことについて、介護者が可否を判断するポイントとなっているといえます。

■就労継続見込別 介護者が不安を感じる介護



(3) 80～84 歳訪問での聞き取り調査

生活支援や認知症への住民の意識や実態を把握するため、80～84 歳の方に聞き取り調査を実施しました。(調査対象者〇人(男性〇人、女性〇人) 平均年齢〇歳)

以下、策定中

（４）認知症の人とその家族の思い

認知症基本法では、国及び地方自治体が認知症施策推進計画案を作成しようとするときは、認知症の人及び家族等の意見を聴くよう努めることが定められました。本町では、これまでも認知症の人やその家族の視点を大切にしながら施策を推進してきましたが、本計画の策定に当たっても、認知症の人やその家族の意見を伺う機会を得て、様々な声を寄せていただきました。認知症の人は、何もわからない、何もできないわけではなく、病気への不安、将来の願い、周囲への期待など、発症前と同じように、さまざまな想いを抱きながら日々生活しています。また、地域住民の一人であり、認知症を体験している本人だからこそ、何があったら地域がもっと暮らしやすくなるかを伝えることができます。これらの想いを受け止めながら、認知症になっても自分らしく安心して暮らせるまちづくりが求められています。

以下、策定中

◆認知症本人の声

認知症とわかったとき

認知症になって感じること

楽しい時間・場所

安心できる時間・場所

緊張する時間・場所

信頼できる人はどんな人

緊張する人・苦手な人

元気の秘訣について

地域(社会)とのつながりについて

◆家族の声

5 給付実績

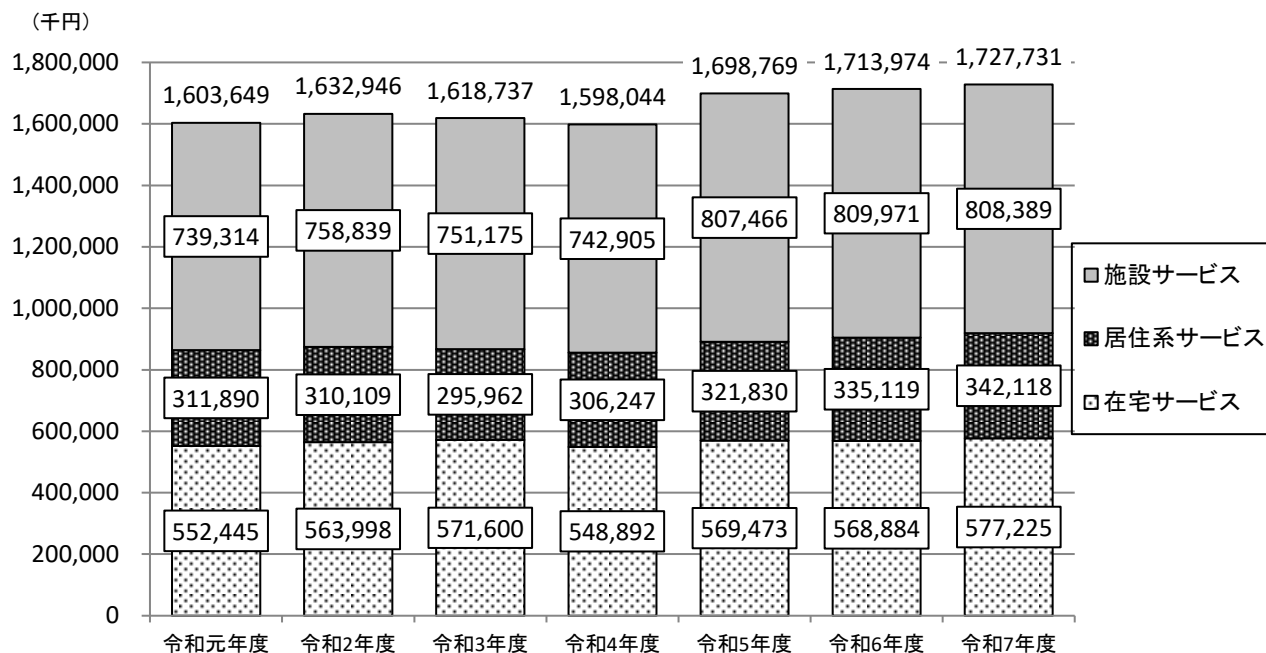
(1) 給付実績の推移

過去7年間の給付費をみると、令和3年度と令和4年度は、新型コロナウイルスの影響で介護保険サービスの利用控えがありました。今後はサービス利用者の増加及び介護報酬改定の影響をうけ給付費は増加する見込みです。

■給付実績の推移

単位：千円

	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6年度	令和7年度
施設サービス	739,314	758,839	751,175	742,905	807,466	809,971	808,389
居住系サービス	311,890	310,109	295,962	306,247	321,830	335,119	342,118
在宅サービス	552,445	563,998	571,600	548,892	569,473	568,884	577,225
合 計	1,603,649	1,632,946	1,618,737	1,598,044	1,698,769	1,713,974	1,727,731



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和6、7年度「介護保険事業状況報告」月報）

(2) 給付実績値と計画値の比較

総給付費（合計）の実績値と計画値の比は 94.8%であり、想定よりサービスの使用は少なかったですが、おおよそ計画通りといえます。

対計画比が 70%を下回ったサービスは、「訪問入浴介護」、「短期入所生活介護」の 2 サービスとなっています。

一方、130%を超えているサービスは、「介護医療院」、「訪問リハビリテーション」、「地域密着型通所介護」、「特定福祉用具販売」、「小規模多機能型居宅介護」の 5 サービスであり、特に、「介護医療院」、「訪問リハビリテーション」、「地域密着型通所介護」は 200%を超えており、想定の 2 倍以上の利用となっています。

■給付実績値と計画値の比較（令和 7 年度）

単位：千円、%

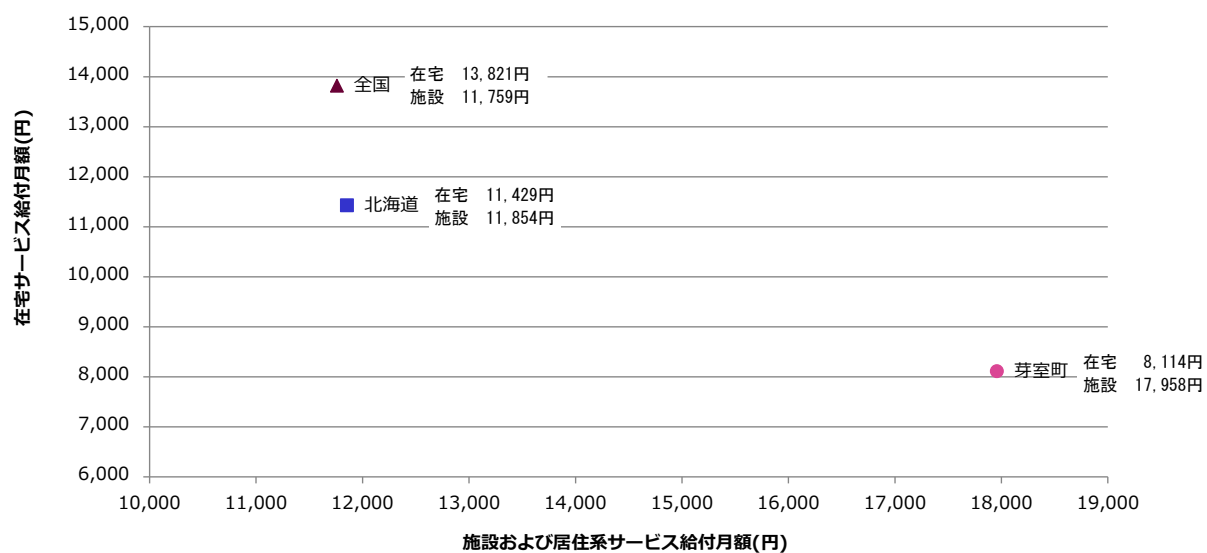
		令和 7 年度		対計画比 (実績値/計画値)
		計 画 値	実 績 値	
施設サービス	小計	854,103	808,389	94.6%
	介護老人福祉施設	406,516	436,077	107.3%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	-
	介護老人保健施設	442,785	362,492	81.9%
	介護医療院	4,802	9,819	204.5%
	介護療養型医療施設	0	0	-
居住系サービス	小計	335,296	342,118	102.0%
	特定施設入居者生活介護	80,413	88,011	109.4%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	-
	認知症対応型共同生活介護	254,883	254,107	99.7%
在宅サービス	小計	633,833	577,225	91.1%
	訪問介護	81,877	64,649	79.0%
	訪問入浴介護	10,418	6,247	60.0%
	訪問看護	42,452	33,380	78.6%
	訪問リハビリテーション	7,075	17,740	250.7%
	居宅療養管理指導	15,121	14,385	95.1%
	通所介護	99,129	80,002	80.7%
	地域密着型通所介護	2,990	6,127	204.9%
	通所リハビリテーション	136,201	113,679	83.5%
	短期入所生活介護	20,521	14,026	68.3%
	短期入所療養介護（老健）	7,029	5,310	75.5%
	短期入所療養介護（病院等）	0	0	-
	短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	-
	福祉用具貸与	49,179	46,036	93.6%
	特定福祉用具販売	2,702	3,530	130.7%
	住宅改修	5,573	5,772	103.6%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	12,434	15,673	126.0%
	夜間対応型訪問介護	0	0	-
	認知症対応型通所介護	0	0	-
	小規模多機能型居宅介護	53,575	71,297	133.1%
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	-
	介護予防支援・居宅介護支援	87,557	79,371	90.7%
	合計（総給付費）	1,823,232	1,727,731	94.8%

資料：【実績値】厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

(3) 第1号被保険者1人あたり給付月額

芽室町の第1号被保険者1人あたり給付月額の実績を全国及び北海道と比較すると、在宅サービス給付月額は約0.6～0.7倍、施設・居住系サービス給付月額では約1.5倍となっていることが分かります。

■第1号被保険者1人あたり給付月額（令和8年）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

6 高齢者を取り巻く状況のまとめ

(1) 人口

① 人口の年齢構成

年齢別人口の割合は、高齢化率がゆるやかに増加していく一方で、64 歳以下の人口割合は、今後も減少を続けることが見込まれています。

② 高齢者人口の将来推計

高齢者人口は、令和 24 年頃まではおおそ横ばい傾向で推移し、それ以降は減少傾向となっています。

③ 後期高齢者数の増加

令和 7 年頃に団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者に到達することから、後期高齢者数は増加傾向となっています。

(2) 介護保険認定からわかる傾向

① 要介護認定者数・認定率

要介護認定者数・認定率については、増加傾向で推移していくことが予測されています。

② 新規要支援・要介護認定

新規で要支援・要介護認定を受けた年齢階級別の分布をみると、80 歳以上が約 7 割を占めています。また、要介護度別分布においては、要支援～要介護 1 の軽度者が約 7 割を占めています。

(3) 認知症の状況

① 認知症実人数

後期高齢者医療保険制度被保険者のうち、医師が認知症と診断している方は、令和 8 年 5 月時点で 533 人（有病率 16.6%）となっています。

② 認知症人実数の将来推計

令和 7 年にかけて減少傾向で推移していますが、その後、増加に転じています。中期的には、令和 12 年まで増加し、その後、減少してくと予測されています。

(4) 高齢者の生活実態

① 近所との付き合い方

「何かあったときだけ協力し合える」が最も高い割合（38.5%）だった一方で、23 人（1.5%）の方が「交流は必要ない」と回答しています。また、地区別でみると、市街地よりも農村部の方が、近所と深い付き合いをしています。

② できる支援とされたい支援

近所で助け合う意識が高い一方で、「除雪」、「急病や災害時など緊急時の手助け」に関しては、支援できる割合の方が低く、近所の助け合いだけでは十分でないといえます。

③ 外出する際の移動手段

市街地では、「徒歩」、「自転車」、「自動車」、「電車」、「路線バス」、「タクシー」の割合が高くなっており、多様な移動手段が使用されています。一方、農村部では、「自動車（自分で運転）」の割合が高く、市街地よりも自動車を移動手段とすることが多いといえます。

(5) 在宅介護の実態について

① 介護者が不安を感じる介護

介護者が不安を感じる介護は、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」が高い割合となっています。

② 介護者が就業困難となる主な原因

要介護者が在宅で生活を続けていくことが難しくなる人ほど、「日中・夜間の排泄」、「認知症への対応」について、介護者が困難を感じる傾向が高くなっています。

③ 働き方の調整

在宅介護を続けていくのは「やや＋かなり」難しい人の働き方の調整は、「労働時間の調整(残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)」が最も高い割合(71.4%)となっています。

(6) 介護保険サービスについて

① 給付実績の推移

過去7年間の給付費をみると、令和4年度まではおおよそ横ばいで推移していますが、その後、増加傾向で推移しています。

② 給付実績値と計画値の比較（令和7年度）

総給付費の実績値と計画値の比は94.8%であり、想定よりサービスの使用は少なかったですが、おおよそ計画通りといえます。

7 第9期計画の評価

(1) 基本目標1 社会とのつながりが可能な心身の健康維持

①社会参加

保健事業の実施や住民主体の通いの場、町が主催する介護予防教室など、社会参加としての場の選択肢があり、社会参加から遠ざかる方へフォローする仕組みや出前講座を実施し、介護保険新規認定者の傾向（新規認定者の年齢分布、要介護度別分布等）から、社会参加が推進され、フレイルの予防に繋がっていると評価しています。

また、令和8年度から新規介護予防事業としてアクティブライフ65・はつらつライフ75を開始し介護予防サービスの拡充に取り組みました。

②心身の健康の維持

健康診断の実施や健康状態が不明な高齢者宅を訪問するなど聞き取りを行った結果、多くの高齢者は生活に困りごとがなく自立した生活を送っていましたが、一方で、身寄りがいない等、複雑な社会的背景を持つ方には早期に介入できるきっかけとなりました。第9期計画期間中には家庭訪問の対象者の拡充を行うことで、より多くの方に社会参加の場の紹介や早期支援に繋げることができました。家庭訪問は困りごとの発掘、早期支援等に繋がる有効な手段であることから、第10期計画においても推進していきます。

(2) 基本目標2 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる仕組み

地域包括支援センターを中核としたきめ細やかな相談体制を構築し、高齢者の方への介護保険制度全般に係る説明や、生活していく上での不安への解消等に努め、必要に応じて関係機関との連携を図り課題解決に取り組みました。

また、在宅医療介護連携の相談窓口を公立芽室病院地域連携室内に設置し、日常の療養支援、入退院支援等の取組み、町民への普及啓発や関係機関との情報共有・ネットワークを促進してきました。

認知症への正しい知識への普及啓発は重要であることから、認知症サポーター養成講座等を継続して開催し、特に小中学校へ養成講座の開催を促し、多くの児童・生徒に対し普及啓発をすることができました。

(3) 基本目標3 高齢者が安心して暮らすことのできるサービス基盤の整備

①介護保険サービスの基盤整備

第9期計画期間中において運動特化型通所介護を整備したことで、軽度の認定者が介護予防に取り組み、重度化防止、自立支援の一助になったと考えます。一方で、介護職員の不足については各種事業で人材確保に取り組んだものの全国的な傾向である慢性的な人員不足の解決には至っておりません。第10期計画においても継続して取り組む必要があります。

②介護保険事業の健全な運営

令和7年度の介護保険財政は保険料収納額が必要額を上回り、保険料の不足は生じませんでした。引き続き介護給付の適正化を目指し、介護保険事業所への運営指導や国保連を通じた給付費のチェックなどを実施します。



第3章 基本目標と施策体系

1 基本理念

高齢者が慣れ親しんだ地域で暮らすために、お互いに支え合う地域共生社会の実現

2 基本目標

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療、介護、介護予防、生活支援、住まいが一体的に提供される「地域包括ケアシステムの深化・推進」について、多様な主体と連携し取り組みを推進します。

(1) 社会とのつながりが可能な心身の健康維持

健康でいるためには、社会参加と心身の健康維持を一体的に進める必要があります。この2つの視点をもって事業を実施します。

① 社会参加

高齢者がいつまでも健康でいるための社会参加は、地域包括ケアシステムを構成する「介護予防」の要素も踏まえ、次の取り組みを推進します。

社会参加の場の提供や家庭訪問等の取り組みを通して社会とのつながりを推進するとともに、地域住民による活動を含め介護予防事業を充実し、高齢者の社会参加を通じた健康寿命の延伸を目指します。

ア 住民主体の通いの場^{※1}の継続

- ・通いの場へ医療専門職の関与

イ 町の介護予防事業の充実

ウ 住民主体の通いの場と町の介護予防事業の連携

- ・通いの場をやめた方に、次の社会参加の場を紹介

エ 高齢者に社会参加（介護予防）を促す働きかけ

※住民主体の通いの場…住民が主催する運動や趣味のグループ活動

② 心身の健康の維持

高齢者の心身の健康の維持は、地域包括ケアシステムを構成する「介護予防」や「医療」の要素を踏まえ、次の取り組みを推進します。

健康状態不明者の実態把握や疾病の早期発見等による医療との連携を更に強化して健康の維持増進と重症化を予防するとともに、必要な支援が届いていない方の実態を把握し社会資源に結び付けることにより、高齢者の心身の健康の維持を目指します。

また、医療と介護をつなぐ公立芽室病院は、地域包括ケアシステムの「医療」における中核としての役割を果たします。

ア 健診による疾病の早期発見と重症化予防

イ 家庭訪問を活用した高齢者の実態把握

ウ 個々に応じた社会資源

※社会資源…行政によるサービスや介護保険等の公的サービスだけでなく、制度化されていない活動や民間が提供するサービス等

(2) 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる仕組み

何らかの支援が必要となっても今の住まいで暮らせる仕組み作りのため、地域包括ケアシステムを構成する「生活支援」や「住まい」の要素を踏まえ、次の取組みを推進します。

高齢者の相談窓口である「地域包括支援センター」を中核とした関係機関との連携により、何らかの支援が必要となっても暮らせる取組みを継続するとともに、住民による支え合いを進め、認知症の方が暮らしやすい地域共生社会の実現を目指します。

① 介護が必要になっても住み続けられる環境づくり

- ア 高齢者福祉施策の継続
- イ 住民による支え合いの促進
- ウ 医療や介護保険サービスを円滑に利用できる体制
- エ 地域包括ケアシステムの進化・推進

(3) 高齢者が安心して暮らすことができる介護サービスの提供

高齢者が安心して暮らすことができる介護サービス提供のため、地域包括ケアシステムを構成する「介護」の要素を踏まえ、次の取組みを推進します。

中長期的な人口動態や介護保険サービスの利用見込み等を適切に捉え、地域の実情に応じた基盤と基盤を支える介護人材の確保に向けた取組みを進めます。また、介護保険制度の改正により今後も変化が予想されるため、制度の理解を深め、持続可能で健全な介護保険事業の運営を目指します。

① 介護保険サービスの基盤整備

- ア 地域の実情に応じた介護保険サービスの提供体制の確保
- イ 介護保険サービスを安定して提供するための介護人材の確保

② 介護保険事業の健全な運営

- ア 介護給付の適正化
- イ 介護保険制度の普及啓発

3 ロジックモデル

基本理念	基本目標		実施事業のポイント	
高齢者が慣れ親しんだ地域で暮らすために、お互いに支え合う地域共生社会の実現	1	社会とのつながりが可能な心身の健康維持	1-1	心身状況に応じた途切れのない介護予防体制の充実
			1-2	保健事業と介護予防事業の一体的実施による専門職訪問や健診事業推進による健康維持増進と重症化予防
			1-3	社会参加や住民活動を通じた介護予防の推進
			1-4	公立芽室病院を医療の中核とした関係機関との連携
			1-5	家庭訪問を通じた早期支援の拡充
	2	何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる仕組み	2-1	地域包括支援センターを中核としたきめ細かな相談体制の推進と保健、医療、福祉、介護サービス事業者との連携と調整
			2-2	認知症の方が暮らしやすいまちづくりの推進
			2-3	複雑な課題に対応するための重層的支援体制を見据えた権利擁護体制構築の拡充
			2-4	住民による支え合いの体制づくりの推進
			2-5	在宅での暮らしへの支援
	3	高齢者が安心して暮らすことができる介護サービスの提供	3-1	安定的な介護保険事業運営のための介護人材確保の推進
			3-2	利用者の安心、安定した生活環境の維持や平時からの情報共有のための介護保険事業者との連携強化
			3-3	適正な介護サービス確保のための介護給付費等適正化計画の推進
			3-4	介護保険制度の普及啓発

4 施策体系

基本目標 1 社会とのつながりが可能な心身の健康維持

高齢者がいつまでも健康でいるために、社会のつながりが可能な心身の健康維持として、主に地域包括ケアシステムを構成する「介護予防」や「医療」の要素も踏まえた事業を推進します。

事業名	担当係
(1) 介護予防きっかけ創出事業	在宅支援係
(2) まる元運動教室開催事業	
(3) 機能訓練教室開催事業	
(4) 高齢者体力増進教室開催事業	
(5) 介護予防教育相談事業	
(6) 生活支援体制整備事業（通いの場）	
(7) 高齢者支援活動推進事業	
(8) 介護予防ポイント推進事業	
(9) めむろ柏樹学園開催事業	社会教育係
(10) 各種健診等実施事業	公立芽室 病院
(11) 地域医療包括ケア推進事業	
(12) 医療相談室窓口運営事業	
(13) 特定健診事業	国保医療係
(14) 後期高齢者特定健診事業	
(15) 特定保健指導事業	
(16) 各種がん検診事業	保健推進係
(17) 成人歯科保健対策事業	
(18) 栄養相談	

事業名	担当係
(19) 高齢者予防接種事業	保健推進係
(20) 保健・介護一体的実施推進事業	
(21) シニアワークセンター支援事業	社会福祉係
(22) 老人クラブ支援事業	
(23) 地域交流サロン支援事業	
(24) 敬老祝い金支給事業	
(25) 家庭訪問	在宅支援係

基本目標２ 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる仕組み

何らかの支援が必要となっても今の住まいで暮らせる仕組み作りのため、主に地域包括ケアシステムを構成する要素する「生活支援」や「住まい」の要素を踏まえた事業を推進します。

事業名	担当係
(１) 成年後見推進事業	在宅支援係
(２) 地域包括支援センター運営事業	
(３) 生活支援体制整備事業（生活支援）	
(４) 在宅医療・介護連携推進事業	
(５) 高齢者食事サービス事業	
(６) 家族介護用品支給事業	
(７) 除雪サービス事業	
(８) 緊急通報システム運営事業	
(９) 養護老人ホーム入所関連事務	社会福祉係
(10) 心配ごと相談	
(11) 要配慮者支援事業	
(12) 認知症施策の推進	在宅支援係

基本目標３ 高齢者が安心して暮らすことができる介護サービスの提供

高齢者が安心して暮らすことができる介護サービス提供のため、地域包括ケアシステムを構成する「介護」の要素を踏まえ、次の事業を推進します。

事業名	担当係
(１) 施設整備の方針	介護保険係
(２) 有料老人ホーム等届出・指導事務	社会福祉係
(３) 介護サービス事業者指定等管理事務	介護保険係
(４) 支えあいの町づくり人材育成事業	
(５) 介護給付費適正化事業	
(６) 介護予防・生活支援サービスの方針	

5 各事業の概要と目標

基本目標1 社会とのつながりが可能な心身の健康維持

(1) 介護予防きっかけ創出事業

65歳及び75歳を対象に、マシントレーニングを中心としたフレイル予防の講座を開催します。節目の時期にアプローチすることで、運動習慣の定着と介護予防活動への意識向上を図り、早期からの健康づくりへの第一歩を後押しします。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
65歳講座参加人数	—	50人	50人	50人
75歳講座参加人数	—	45人	45人	45人
ひまわりⅡ利用人数	—	30人	30人	30人

(1) まる元運動教室開催事業

気軽に通えるまる元運動教室と、体力測定会を開催し、自身の身体状況や認知機能を把握し、運動や介護予防への意欲向上につなげます。

まる元運動教室を2年間経過した方を対象に、「ゆる元運動指導者」を養成し、教室ボランティアや地域での普及活動の担い手を育成します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
参加充足率	96.0%	96.0%	96.0%	96.0%
教室満足度	92.0%	100.0%	100.0%	100.0%
体力測定会参加者数	128人	128人	128人	128人
結果説明会参加率	58.5%	65.0%	70.0%	70.0%

(2) 機能訓練教室開催事業

高齢者が要介護状態に陥らないよう、心身機能の維持向上を図り、健康で生きがいのある生活が送れることを目的に、体力維持や認知機能向上プログラム等を行う送迎付きの教室を開催します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
参加充足率	68.4%	75.0%	75.0%	75.0%

主観的健康観が維持・改善した人の割合	76.9%	74.2%	72.4%	74.5%
--------------------	-------	-------	-------	-------

※参加者の平均年齢 84.1歳(令和5年度～令和7年度)

(3) 高齢者体力増進教室開催事業

介護保険の認定を受けていない高齢者を対象に、機械を使った筋力トレーニングで身体機能の向上を目指します。教室終了後は「卒業生の会」として自主的に運動を継続します。「卒業生の会」には、フォローアップ講座を開催し、トレーニングマシンの使用方法や運動方法の再確認、介護予防に関する知識や実践面においての健康教育を実施します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
参加充足率	100%	100%	100%	100%
卒業生の会登録実人数	182人	182人	182人	182人
講習会開催回数	2回/団体	2回/団体	2回/団体	2回/団体
活動をやめた方への連絡・訪問実施率	100%	100%	100%	100%

参考数値(見込み)

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
活動をやめた方の数	4人	4人	4人	4人

(4) 介護予防教育相談事業

高齢者の健康維持・増進等を目的に依頼に応じて健康講座等を実施します。また、認知症の早期スクリーニングが行える簡易テスト等により、認知症予防の対策を講じるための動機づけとします。

健康状態不明者や通いの場等の活動をやめた方を訪問し、必要な方には継続的に支援していきます。

保健事業と介護予防の一体的実施において、医療専門職が通いの場へ出向き、健康教育や健康相談を実施します。また、基礎疾患にフレイル状態が合併している方等重症化のリスクが高い方への保健指導を実施します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
健康講座受講延人数	1,830人	1,830人	1,830人	1,830人
健康講座実施回数	152回	152回	152回	152回
認知機能チェック 実施人数	152人	152人	152人	152人
健康状態不明者 電話・訪問実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

参考数値(見込み)

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
健康状態不明者数	24人	24人	24人	24人

(5) 生活支援体制整備推進事業(通いの場)

高齢者自身の活動的な生活が継続できる環境づくりを進めることを目的に、生活支援コーディネーターを配置し、高齢者の社会参加の運営支援や活動ニーズのマッチングを推進します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
年間の相談延件数	133件	150件	150件	150件
マッチング件数	33件	35件	35件	35件
既存団体訪問延回数	37回	37回	37回	37回

※マッチングとは？ 相談者の希望に沿った活動(例:住民主体通いの場)を紹介します。

(6) 高齢者支援活動推進事業

住民主体の支え合い(生活支援)や高齢者の通いの場(介護予防)の活動を推進することを目的とします。活動の開始や継続を支援するため、活動実績に応じて報償費を支給します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
活動報償団体数	37団体	37団体	37団体	37団体
登録実人数	388人	400人	400人	400人
活動をやめた方への 連絡・訪問実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

参考数値(見込み)

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
活動をやめた方の数	17人	16人	16人	16人

(7) 介護予防ポイント推進事業

ボランティア活動を通じて社会参加を推進し、自身の介護予防といきいきとした地域社会をつくることを目的とします。活動実績に応じてポイントを付与し、たまったポイントをMポイント等に交換できます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
登録者数	75人	80人	85人	90人
ポイント総付与数	2,212ポイント	2,500ポイント	2,750ポイント	3,000ポイント

(8) めむろ柏樹学園開催事業

楽しみながら多くのことを学べる講演やクラブ活動を行い、学習回数は入園式、学園祭などを含み年間15回あります。加えて修学旅行や、学園生のボランティア活動として子どもたちとの交流事業、ねんりんフェスティバルへの協力などの活動を行います。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
入園者数	130人	110人	110人	110人

(9) 各種健診等実施事業

各種健診業務を実施し、さらなる健診体制の整備に努めていきます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
すこやか健診受診比率	5.6%	5.7%	5.8%	5.9%

(10) 地域医療包括ケア推進事業

医療機関、介護保険施設、在宅介護事業所等と連携し、地域包括ケアシステムにおける医療面の役割を推進します。公立芽室病院を中核として、地域包括ケア

病床の拡充、在宅医療（訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ）を推進します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
地域包括ケア病床 入院稼働率	100.7%	100.0%	100.0%	100.0%

(11) 医療相談窓口運営事業

入院・外来の患者及び他医療機関患者に対して、地域連携室の看護師・医療ソーシャルワーカー等が相談業務を実施します。

外来では、かかりつけ医機能を生かし、認知症・フレイルの早期発見、通院継続できるような働きかけを行います。入院では、入院時面談や多職種カンファレンスを開催し、個別の課題を把握し、取り組みを行います。必要に応じて介護サービス等を利用できるよう調整・連携を図っていきます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
医療相談業務 (相談・調整業務)件数	5,228件	5,240件	5,250件	5,260件

(12) 特定健診事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の国民健康保険被保険者を対象に特定健診受診券を送付し、健診の案内と助成を行っています。健診未受診者には病気の早期発見と治療の観点から、ハガキ・電話・訪問等による受診勧奨を実施します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度) R8.11 確定	令和9年度	令和10年度	令和11年度
受診率	39.5%	46.0%	48.0%	50.0%

(13) 後期高齢者特定健診事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、75歳以上の後期高齢者を対象に特定健診受診券を送付し、健診の案内と助成を行っています。病気の早期発見、重症化予防の観点から、健診の検査項目にクレアチニン、アルブミン値、貧血、心電図の測定を追加し、健康状態の把握や病気の早期発見に努めます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
受診率	17.6%	18.8%	19.4%	20.0%

※クレアチニン、アルブミン値とは？栄養状態や腎臓機能を表す指標です。

(14) 特定保健指導事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき実施した特定健診の結果において、該当となった方に対し、保健指導を実施しています。生活習慣の改善を促すことで、脳血管疾患や心疾患等の重篤な疾病の発症を未然に防ぎ、健康で生き生きした暮らしの実現を目指します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度) R8.11 確定	令和9年度	令和10年度	令和11年度
保健指導実施率	43.9%	66.5%	67.1%	67.8%

(15) 各種がん検診事業

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

		実績値	目標値		
		令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
65歳以上のがん検診受診者数	胃	528人	531人	529人	529人
	肺	653人	657人	654人	654人
	大腸	677人	678人	676人	676人
	子宮頸	72人	146人	145人	145人
	乳	116人	214人	213人	213人

(16) 成人歯科保健対策事業

成人期の歯と口の管理を目指した歯科検診に加え、健康講座による歯科保健全般の周知普及を行います。

後期高齢者の歯科検診については、国保医療係と連携し、北海道後期高齢者広域連合歯科健康診査を受託して実施します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
65歳以上の 歯科検診受診者数	8人	18人	20人	22人
65歳以上を含む 歯科健康講座実施回数	62回	2回	2回	2回

(17) 栄養相談

個々に応じた正しい食習慣や生活習慣病の発症予防・重症化予防を目的とし、かかりつけ医療機関や関係機関と相互に連携を図り実施します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
栄養相談実人数	4人	11人	11人	11人
栄養相談延人数	5人	12人	12人	12人

(18) 高齢者予防接種事業

予防接種法に基づき、発症予防及び重症化予防を目的とし、主に高齢者を対象として実施する定期予防接種（肺炎球菌による感染症、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、带状疱疹）のワクチン接種費用を一部助成します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
肺炎球菌ワクチン 接種費用助成者数	37人	70人	68人	75人
インフルエンザワクチン 接種費用助成者数	2, 441人	2, 451人	2, 442人	2, 441人
新型コロナウイルスワクチン 接種費用助成者数	457人	456人	455人	455人
带状疱疹ワクチン接種費用 助成者数	311人	318人	320人	313人

(19) 保健・介護一体的実施推進事業

健康課題や支援が必要な対象者を明確にし、健康状態が不明な方等へのアプローチや、生活習慣病予防及び重症化予防のための保健指導を実施するほか、通いの場等へフレイル予防に関する知識を広く普及することで、健康寿命の延伸や、医療費・介護給付費の抑制につなげます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
健康状態不明者 電話・訪問実施率(再掲)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

参考数値(見込み)

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
健康状態不明者数(再掲)	24人	27人	27人	27人

(20) シニアワークセンター支援事業

高齢者の雇用の創出や社会参加の推進を目的としているシニアワークセンターに人件費の一部を補助金として交付します。町は、高齢者の生きがいづくりの視点で、雇用先と会員の能力に応じた雇用機会の確保にあたる「開拓訪問員」の配置を支援します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
開拓訪問員数	1人	1人	1人	1人

(21) 老人クラブ支援事業

老人クラブ連合会と単位老人クラブに運営費の一部を補助金として交付し、地域住民や高齢者同士のつながりを深め、老人福祉の推進を図ります。「友愛活動」を中心とした仲間づくりを通じ、生きがいと健康の増進、地域で支え合う基盤づくりなど公益性ある活動を支援すると共に、活動内容や魅力を地域に向けて発信することで、若い世代の加入促進を含め、その機能が維持されるよう支援します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
事業実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(22) 地域交流サロン支援事業

住み慣れた地域の中で孤立することなく、生きがいを持ち、お互いのことを気に掛け合い、笑顔で安心して暮らすために、高齢者に障がい者や子育て世代、地域住民を加え、多世代が交流する地域交流の場づくりを支援します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
開催箇所数	5か所	5か所	6か所	6か所

(23) 敬老祝い金支給事業

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

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
祝い金支給率	100%	100%	100%	100%

(24) 家庭訪問

社会参加が途切れた方や認知症の診断を受けた方等を対象に介護保険申請に至る前の早期支援を目的とした家庭訪問や電話連絡を行います。高齢者だけでなく世帯全体への支援が必要な場合には、重層的支援体制^{※1}の活用に努めます。

※1 重層的支援体制とは？

属性によらない相談支援、社会参加、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する体制

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
80～84歳の方	60人	70人	70人	70人
認知症と診断された方	26人	27人	27人	27人
活動をやめた方 ^{※2}	21人	20人	20人	20人
健康状態不明者(再掲)	24人	24人	24人	24人

※2 (3) 高齢者体力増進教室開催事業と(6) 高齢者支援活動推進事業の活動をやめた方の合計

基本目標２ 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる仕組み

（１）成年後見推進事業

認知症や障がい等により、判断能力が十分でない人たちが、地域で安心して生活できるよう、成年後見制度の申し立て支援・制度の周知や報酬の助成を行います。

複雑な課題に対応するため福祉・医療・司法分野と連携する中核機関を設置し、関係機関からの相談対応、後見人の支援等を行います。また、地域で権利擁護を必要とする人を見守り、支援する権利擁護体制を構築します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
市民後見人活動実人数	11人	14人	14人	14人

（２）地域包括支援センター運営事業

住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、何らかの支援が必要な高齢者を包括的に支援するため、地域包括支援センターで次の業務を行います。

① 総合相談支援業務

本人や家族、地域からの相談に対応するため相談窓口を開設し、支援の必要な方が戸惑わずに利用できるように周知します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
周知回数	13回	13回	13回	13回

② 権利擁護業務

高齢者虐待や消費者被害など、高齢者の権利に関わる相談や支援を行うためネットワークを構築します。

また、高齢者虐待防止の取組みに関しては、警察など関係機関で構築されたネットワークを活用し、高齢者虐待の防止や早期発見、虐待を受けた高齢者に対する支援を行うとともに、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止に取り組むほか、介護事業所に対し、介護従事者等への研修実施を求めるなど、高齢者虐待防止対策を推進します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
おもいやりネットワーク 会議開催回数	3回	3回	3回	3回

③ 包括的・継続的ケアマネジメント業務

関係機関とのネットワークづくりや介護支援専門員への支援を行うため「ケアマネネットワーク会議」を開催します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
ケアマネネットワーク 会議開催回数	5回	5回	5回	5回

④ 介護予防支援・介護予防マネジメント

介護保険サービスを定期的に利用する要支援認定者等にケアプランを作成します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
ケアプラン作成延件数	2, 431件	2, 400件	2, 400件	2, 400件

⑤ 地域ケア会議

保健・医療・福祉・介護サービス事業所等が連携して高齢者を支える資源整備を行います。

ア 地域ケア個別会議 個別事例の支援方針の決定（概ね週1回）

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
個別事例検討延件数	51件	60件	60件	60件

イ 地域ケア推進会議 個別事例を通じた地域課題の把握や課題解決、政策形成

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
会議開催回数	2回	2回	2回	2回

(3) 生活支援体制整備事業（生活支援）

住民をはじめとした有償ボランティアが、生活支援サービスの担い手となる体制づくりを進めます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
養成講座開催回数	2回	2回	2回	2回
フォローアップ講座 開催回数	4回	4回	4回	4回

(4) 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方の支援を受けながら、住み慣れた地域で安心して生活できるよう①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの場面を想定し取り組みを行います。

① 日常の療養支援

医療や介護サービス等を継続して使うことで、本人や家族の健康や気持ちの変化を専門職間で共有し、自宅での暮らしを支えます。

② 入退院支援

医療と介護の専門職等が連携することで、入院と自宅での生活の差を少なくします。

③ 急変時の対応

本人や家族の意思を尊重するため、専門職等と合意形成を図ります。

④ 看取りの場面

本人や家族が望む場所で最期を過ごせるよう、医療と介護サービス等で連携します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
在宅医療相談延件数	4, 601件	4, 700件	4, 750件	4, 800件

(5) 高齢者食事サービス事業

調理及び買い物が困難な在宅の高齢者を対象に、栄養バランスのとれた食事を提供するとともに、配達時の安否確認を行い、健康的で安心した在宅生活が継続

できるよう支援します。また、食事を支援している家族の負担軽減を図ります。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
利用実人数	42人	45人	45人	45人

(6) 家族介護用品支給事業

要介護4または5の方を在宅で介護している家族に介護用品給付券を支給し、介護による家族の心理的、経済的負担の軽減を図るとともに要介護者の在宅生活の支援を継続します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
利用実人数	5人	5人	5人	5人

(7) 除雪サービス事業

自力で除雪が困難な高齢者世帯等を対象に、自宅玄関から公道まで（幅1メートル以内）除雪を実施し、緊急時における避難経路の確保や冬期間の安心した生活を支援します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
実施世帯数	55世帯	60世帯	60世帯	60世帯
支援登録町内会数	6町内会	6町内会	6町内会	6町内会
支援登録個人数	1人	2人	2人	2人

(8) 緊急通報システム運営事業

心身に疾患等を持つ高齢者や80歳以上の独居世帯を対象に、緊急通報装置による緊急時の連絡手段を提供し、月に1度の安否確認を実施します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
設置世帯数	61世帯	65世帯	65世帯	65世帯

(9) 養護老人ホーム入所関連事務

経済的、環境的な理由などから自宅で生活できない、身体機能の自立した高齢者を対象としている養護老人ホームの入所審査・決定を、町が行うとともに入所措置費を負担することにより、入所者の生活の安定を図ります。今後、養護老人ホームの入所の相談が増える見通しを持っており、その方たちが安心して過ごしていただけるようサービスの調整を継続します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
入所待機者数	0人	0人	0人	0人

(10) 心配ごと相談

家庭問題から介護、法律相談など、人権擁護委員・行政相談員等が、問題解決に向けたアドバイスや橋渡しを行います。とかち生活あんしんセンター主催の各種相談会や、消費者協会主催の相談会など相談窓口が増えたことにより、心配ごと相談の件数が減少傾向にありますが、第三者による身近な相談場所として気軽に利用していただけるよう周知を図ります。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
相談窓口の開催回数	24回	24回	24回	24回

(11) 要配慮者支援事業

災害発生時に安否確認及び支援が必要な方を主な対象に、災害時要配慮者台帳へ登録し、おおむね3年をめぐりに台帳登録者の全件調査を行い災害発生時の支援体制の整備を進めていきます。

また、要介護認定者など、特に支援を必要とする方への登録勧奨を今後も継続するとともに、登録者には「安心キット」を配付し、災害・緊急時に迅速に対応できるよう事業を進めます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
登録希望者数の 台帳登録率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(15) 認知症施策の推進

【現状と課題】

これまで、認知症サポーター養成講座や認知症カフェの開催等により認知症に関する正しい理解の促進や普及啓発に取り組んできた。

認知症は誰もがなりうる身近な病気であることから、町民一人一人が認知症当事者や家族の想いを理解していく必要はあることから、今後、より多くの場面で多様な認知症当事者の声を汲み上げ伝えていく必要があります。

【今後の展開】

認知症当事者と家族が抱える悩みや困り事に寄り添い、互いに支え合えるよう、地域の認知症当事者や家族の集まり、認知症カフェ等を通じてピアサポート活動を推進するとともに、認知症の人の声を聴きながら、日常生活や社会生活を営む上で障壁となるものを取り除き、認知症の人が尊厳と希望を持って生活できるよう「新しい認知症観」の理解促進を進めていきます。

① 認知症の普及啓発の推進

ア 認知症サポーター養成事業

地域住民や企業、児童、生徒を対象に、認知症の正しい知識を持ち、認知症の方やその家族を支える認知症サポーター養成講座を開催します。

また、認知症サポーター・ステップアップ講座を開催し、地域で活動するサポーターとして、チームオレンジのメンバーを養成します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
認知症サポーター養成講座開催回数	7回	8回	8回	8回
認知症サポーター年度内養成人数	366人	300人	300人	300人
認知症サポーター・ステップアップ講座年度内受講者数	22人	22人	22人	22人

イ 認知症ケアパス（芽室町認知症ガイドブック）の作成

認知症ケアパスは、認知症の正しい理解、家族に役立つ情報、状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめたもので、認知症の人とその家族がいつ、どこで、どのようなサービスを利用することができるのかを示したものです。

認知症ケアパスを含め、認知症に関するさまざまな情報を掲載した「芽室町認知症ガイドブック」を作成、公開し広く普及に努めていきます。

- ウ 世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等の開催
「世界アルツハイマーデー」や「世界アルツハイマー月間」の機会を捉え、認知症に関する普及・啓発イベントを開催します。

② 認知症の方と家族を支える取組みの推進

ア 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症地域支援推進員を配置し、オレンジカフェでの相談や交流の機会を通じて、認知症の方やその介護者の心理的不安の軽減を図ります。

また、チームオレンジのメンバーと協働し、認知症の方やその介護者等の支援ニーズに対応します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
オレンジカフェ 参加延人数	210人	210人	210人	210人
認知症に関する 相談対応延人数 (地域包括支援センター含む)	487人	500人	500人	500人
オレンジカフェ開催回数	12回	12回	12回	12回

イ 認知症本人の声の把握

認知症本人の意思をできるだけ汲み取り、それを活かして支援できるよう、本人の暮らしの場・活動の場へ足を運び本人の声を聴き、認知症本人が安心して話しをすることができる場所の構築を推進します。

ウ 認知症の方の意思決定支援

認知症があっても尊厳を保ち、その人らしい生活を送ることができるよう、判断能力が十分でない認知症高齢者の権利や財産を守る取組みを推進します。

③ 介護予防教室の推進

ア 住民主体の通いの場の充実

介護予防や住民主体の支え合いを推進するため、身近な場所で主体的に集い、運動、交流、趣味、学び及び支え合いの活動を継続できる「通いの場」の充実を図ります。

イ 認知症予防教室の開催

運動や脳トレ、生活習慣の改善を組み合わせたプログラムの実施など認知症の予防（発症を遅らせるという意味での予防）に関する教室等の開催を検討します。

④ 早期発見・早期対応に向けた体制の充実

ア 認知症初期集中支援事業

在宅で生活している認知症の疑い、または40歳以上の認知症の方への対応に苦慮している家族等を対象に複数の専門職で訪問し、包括的かつ集中的に支援を行い、在宅生活をサポートします。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
実施人数	0人	2人	2人	2人

イ 若年性認知症の早期発見

若年性認知症については、職場などで気づく機会が多いことから、認知症サポーター養成講座や啓発媒体の活用などを通して企業等への普及啓発を行い、職場における理解の拡大や雇用の確保につなげます。

⑤ 認知症の人の安心・安全対策

ア 認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業

認知症の高齢者等が行方不明となった際に、安全確保を目的に協力事業所へ情報提供し、捜索の協力を依頼します。

また、協力事業所だけでなくスマートフォンを持つ町民も発見・通報が行える新たなシステム（見守りシール）を導入し、発見から保護までを迅速に行います。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
SOS ネットワーク 事前登録者数	20人	21人	22人	23人
見守りシール 配付者数	11人	12人	13人	14人

基本目標 3 高齢者が安心して暮らすことができるサービス基盤の整備

(1) 施設整備の方針

① 現在の芽室町内のサービス基盤体制

施設整備の方針の策定にあたり、現状の芽室町における介護基盤の整備状況を把握する必要があります。サービス種別ごとにまとめた表が以下のとおりになります。ただし、みなし指定の事業所は除いています。

サービス種別	サービス名	事業所数
居宅サービス	訪問介護	3
	訪問看護	2
	通所介護	2
	通所リハビリテーション	1
	福祉用具貸与・販売	1
	居宅介護支援事業所	2
	地域包括支援センター	1
	●小規模多機能型居宅介護	1
	●地域密着型通所介護	1
居住系サービス	●認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	5
施設サービス	介護老人福祉施設 (120 床)	1
	介護老人保健施設 (100 床)	1
※	有料老人ホーム (74 床)	5

※有料老人ホームは介護保険施設ではありませんが、高齢者の生活を支える地域資源となっているため、整備数に含めます。

② 現在の介護給付費の分析

現在の芽室町における介護給付費の分析をすると、国及び道と比較して施設および居住系サービス給付月額が約 1.5 倍、在宅サービス給付月額は約 0.6 倍～0.7 倍となっており、施設及び居住系のサービスの利用実績が多いことがわかります。

③ 第 10 期介護保険事業計画に向けた調査結果からわかること

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、49.5%の方が「今後も今の住宅にずっと住みたい」と回答している一方で、余命宣告された場合の終末期療養の場では「自宅では過ごしたいが実現は難しいと思う」と回答された方が最も多く、その主な理由として「家族に介護負担や手間がかかるから」と回答しています。

また、在宅介護実態調査では、施設等への入所・入居について「入所・入居を検討している」「すでに入所・入居申し込みをしている」と回答した方が 28.8%

となっており、前回調査から減少する結果となっております。

これらの結果から、要介護度や認知症自立度等が重度化しても、在宅で暮らし続けることが出来るために、様々なサービスの組み合わせができる介護サービス基盤を確保していく必要があります。

④ 今後の介護サービスの需要と基盤整備について

要介護認定者数・認定率は増加傾向で推移していくことが予測されています。引き続き介護基盤と基盤を支える人材の確保に努めます。

ア 在宅サービスの基盤整備

介護者支援が必要な高齢者が、住み慣れた自宅での暮らしを続けられるよう、介護保険制度に基づいた在宅サービスを提供します。

イ 地域密着型サービスの基盤整備

地域密着型サービスの適正な運営を確保するため、「芽室町総合保健医療福祉協議会」に、被保険者を含む学識経験者、保健・医療関係者、福祉・介護関係者及び町民代表からなる「高齢者・介護部会」を設置し、地域密着型サービスの指定、質の確保、運営の評価を行います。

ウ 施設サービスの基盤整備

施設サービス給付費の給付月額水準が全国及び全道平均と比較して高いことから施設整備は進んでいると捉え、第10期計画期間での新たな整備は見込みません。

⑤ 各サービスの整備目標量等

ア 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

本町における認知症対応型共同生活介護（グループホーム）のサービス提供事業者は、令和元年度末までに2事業者9ユニット（利用定員81人）の基盤整備を行っています。居住系サービスの給付が多いことから、第10期計画期間中においては、新たな整備は見込まないこととします。

イ 認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）

平成20年3月まで認知症対応型通所介護を提供していたサービス事業所が、通常の通所介護に転換したため、現在はサービス基盤がありません。

認知症の方に少人数で認知症状に合わせたケアを実施し、自立した生活をできるだけ続けていくために必要なサービスであることから、事業者等から具体的な整備計画を提案された場合は整備について検討します。

ウ 小規模多機能型居宅介護

平成 23 年 4 月に整備され、登録定員が 29 名（通いのサービスの定員が 18 名、宿泊サービスの定員が 9 名）にて運営しています。現在 1 か所の基盤であり、今後のニーズが高まる可能性はありますが、既存事業所の定員充足状況も考慮したうえで、訪問看護を加えた看護小規模多機能型居宅介護も含め、検討していきます。

エ 地域密着型特定施設入居者生活介護

入所定員が 29 人以下である有料老人ホーム等が、入所する要介護者に対し地域密着型特定施設として提供するサービスです。介護保険制度の改正において、現行の有料老人ホーム等を当該サービスへ移行するよう求められていることから、事業者から整備計画の提案があった際には整備について検討します。

オ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

入所定員が 29 人以下である特別養護老人ホームに入所する要介護者に対するサービスですが、第 5 期計画期間中に広域型の特別養護老人ホームを 20 床増床したこと、現在事業者等から具体的な整備計画がないことから第 10 期計画期間中の整備を計画しないこととします。ただし、今後の重度認定者数の伸び率や待機状況等をふまえ、整備の必要性や時期について、引き続き検討していくこととします。

カ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

介護サービス事業所が定期的に巡回して利用者に短時間の訪問サービスを提供するほか、24 時間 365 日体制で相談できる窓口を設置し、随時の対応も行うものですが、現在はサービス基盤がありません。ニーズ調査において住み慣れた自宅で暮らし続けたいとの意向が多かったこと、医療ニーズを併せ持つ在宅サービス利用者が増加していくことを踏まえ、町民ニーズや事業者の動向を見極め、必要と思われる範囲で検討していきます。

キ 看護小規模多機能型居宅介護

看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能なサービスとされていますが、現在はサービス基盤がありません。医療ニーズを併せ持つ在宅サービス利用者が増加していくことを踏まえ、町民ニーズや事業者の動向を見極め、必要と思われる範囲で検討していきます。

ク 地域密着型通所介護

小規模の通所介護施設にて、少人数でサービスを利用するため、大規模の事

業所とは異なるニーズがあります。芽室町では令和7年に基盤が整備されたことから、町民ニーズや事業者の動向を見極め、必要と思われる範囲で検討していきます。

コ 特定地域サービス等事業（新設）

国の基準に従い北海道が規定した中山間・減少地域において、事業者が介護報酬（出来高）と包括的な報酬（定額）を選択できる仕組みです。詳細が未定であることから、国の動向を注視します。

（２）有料老人ホーム等届出・指導事務

町内で高齢者の方が自立した日常生活を続けるための選択肢の一つである有料老人ホームの設置等に関する事務を町が直接行い、入所希望者や入所者の安心・安定した生活環境の維持を図ります。

	実績値	目標値		
	令和7年度（基準年度）	令和9年度	令和10年度	令和11年度
定期報告実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

（３）介護サービス事業者指定等管理事務

介護保険サービスに関する指定や運営指導を行い、利用者の安心・安定した生活環境の維持を図ります。第10期計画においては、国の方針に基づき利用者の尊厳の確保と運営指導の標準化の方針に基づき実施します。

各種制度改正や災害等の予期しない事態に適正に対応できるよう、平時の事業所との情報共有に努めていきます。

	実績値	目標値		
	令和7年度（基準年度）	令和9年度	令和10年度	令和11年度
運営指導実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※運営指導実施数／当該年度の運営指導計画数

（４）支えあいの町づくり人材育成事業

若い世代を含め介護の魅力発信、介護人材の資格取得などの知識取得及び情報発信の事業を推進します。それぞれの事業を総合的かつ一体的に推進することで将来につながる介護人材の育成体制充実を図ります。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
学生カイゴチャレンジ奨励金事業交付者数	13人	12人	12人	12人

(5) 介護給付費適正化事業

介護給付費適正化事業については平成 20 年度からこれまで3年を1期（第1期のみ4年間）として6期にわたり、各都道府県・保険者において「介護給付費適正化計画」を策定し、都道府県と保険者が一体となり、その推進に取り組んできました。

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

令和9年度以降の国の方針が再編されたことに伴い、第7期（令和9年度～11年度）介護給付等適正化事業計画を次のとおり策定します。

① 要介護認定の適正化

要介護認定数増加により認定調査件数が増加するため、適正な認定を行うための事務処理体系を見直し、適正な要介護認定を行います。

認定調査の全件を事務職員等で点検し、調査を委託している施設にも定期調査として直営の認定調査員が認定調査を行うことで、認定調査の精度を維持します。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
審査会資料点検実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

② 住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検及びケアプラン点検の一体的な実施

第7期においては従来の「住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検」と「ケアプラン点検」を一体的に実施することで、不適正な給付の是正やアセスメントの振り返りによる利用者の自立支援や生活の質の向上に努めます。

ケアプラン点検は国保連介護給付適正化システムを活用し、指導効果が高いケースを選定し点検を行います。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
住宅改修・福祉用具に関わるケアプラン点検数	1件	1件	1件	1件

ケアプラン点検件数	1件	1件以上	1件以上	1件以上
-----------	----	------	------	------

③ 医療情報との突合、縦覧点検

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

芽室町では現在、国保連合会に委託している事務内容であり、事業者への照会・確認から過誤申立書の作成・過誤処理までを委託によって行っています。第7期計画期間も委託業務として取り扱い、費用対効果が高いとされる帳票を中心に、必要に応じてケアプラン点検の機会等に直接確認を行う手法も取り入れます。

	実績値	目標値		
	令和7年度(基準年度)	令和9年度	令和10年度	令和11年度
実施回数	12回	12回	12回	12回

(6) 介護予防・生活支援サービスの方針

地域支援事業のなかで介護予防・日常生活支援総合事業としてサービスを実施します。対象者の求める支援内容に適した担い手や提供体制を構築し、サービスの適正化と給付の抑制を図ります。単価設定についても、利用者・事業者がともに理解できるような単価設定のあり方を検討します。