

第9期 芽室町
高齢者保健福祉計画
介護保険事業計画
素案(案)

令和6年度～令和8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	3
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	8
第2章	高齢者を取り巻く状況	9
1	高齢者人口の現状と将来推計	10
	(1) 高齢者人口	
	(2) 高齢者世帯数	
	(3) 平均寿命と平均余命	
	(4) 高齢者の人口構成の変化	
2	介護保険認定からわかる傾向	13
	(1) 介護保険認定者の年齢構成	
	(2) 介護保険新規申請者の認定	
	(3) 介護保険新規認定者の疾患	
3	認知症の状況	16
	(1) 後期高齢者医療制度被保険者の認知症実人数	
	(2) 後期高齢者医療制度被保険者の認知症実人数将来推計	
4	高齢者の生活実態	18
	(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	
	(2) 80～84歳訪問での聞き取り調査	
	(3) 在宅介護実態調査	
5	第8期計画の評価	30
	(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	
	(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	

目次

	(3) 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	
6	介護保険認定者数と給付実績	32
	(1) 認定者数の推計	
	(2) 芽室町と全国・全道の比較	
7	高齢者を取り巻く状況のまとめ	35
	(1) 人口	
	(2) 介護保険認定からわかる傾向	
	(3) 高齢者の生活実態	
	(4) 介護保険サービスについて	
第3章	基本目標と施策体系	37
1	基本理念	38
2	基本目標	38
3	基本方針	39
4	施策体系	41
5	各事業の概要	44



第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の趣旨

- 我が国の令和4年10月1日現在の65歳以上人口は、3,624万人となり総人口に占める割合（高齢化率）は29.0%になりました。なかでも75歳以上人口は1,936万人で総人口に占める割合は15.5%であり、65～74歳の13.5%を上回っています。^{※1}

芽室町も全国と同様の傾向で、生産年齢人口の減少と85歳以上人口の増加が予想されています。
- 人口構造の変化とそれに伴う地域社会の変化（就業人口の減少や介護保険サービスの需要増等）に対応するため、引き続き高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」の見直しが必要です。

「できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らしたい」、これは町民の多くに共通する願いであり、これを実現するためには、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する場所で安心して生活できる環境が求められます。
- 本計画は人口構成や地域社会の変化があっても、保健・医療・介護・福祉を実情に応じて構築し、持続していくために策定するものです。

出典

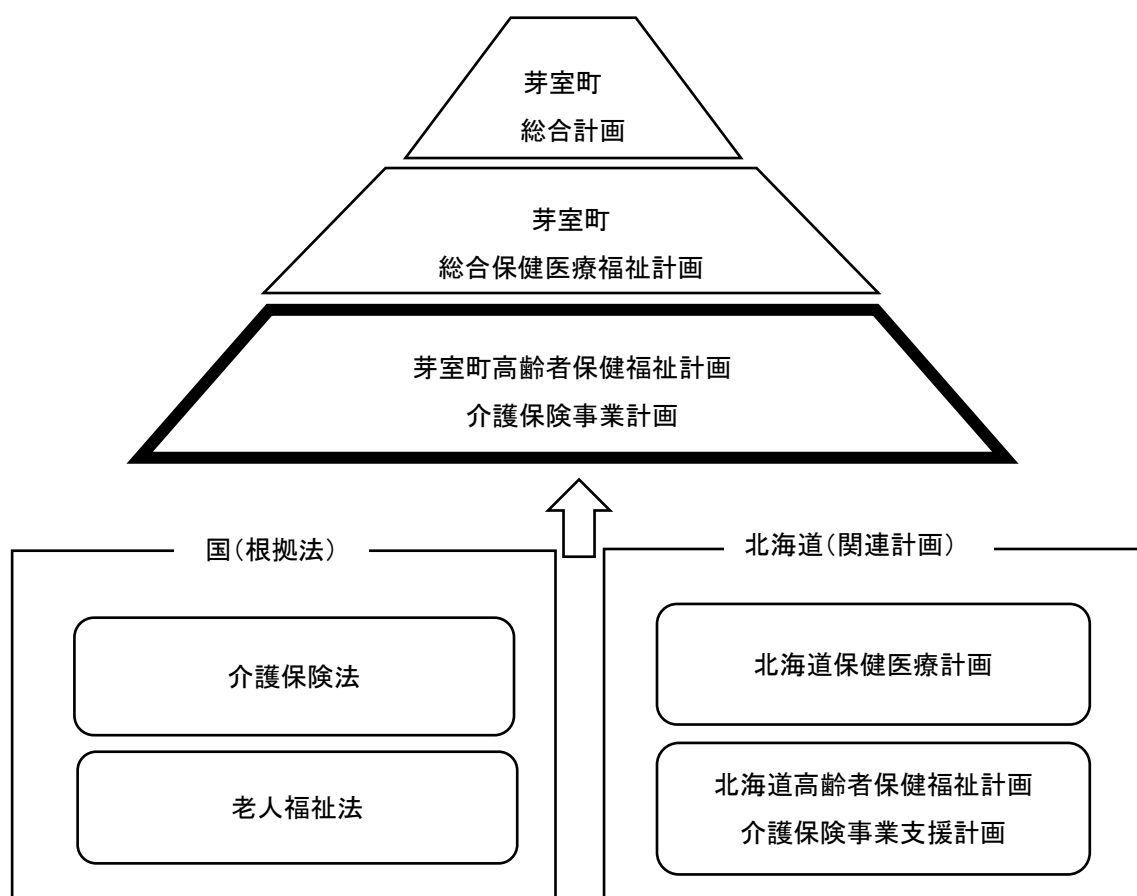
※1 令和4年度高齢者白書

2 法的位置づけ

高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第 20 条の 8 に基づき、主な保健福祉事業の内容や利用見込み、供給体制の確保に関し必要な事項を定めるものです。

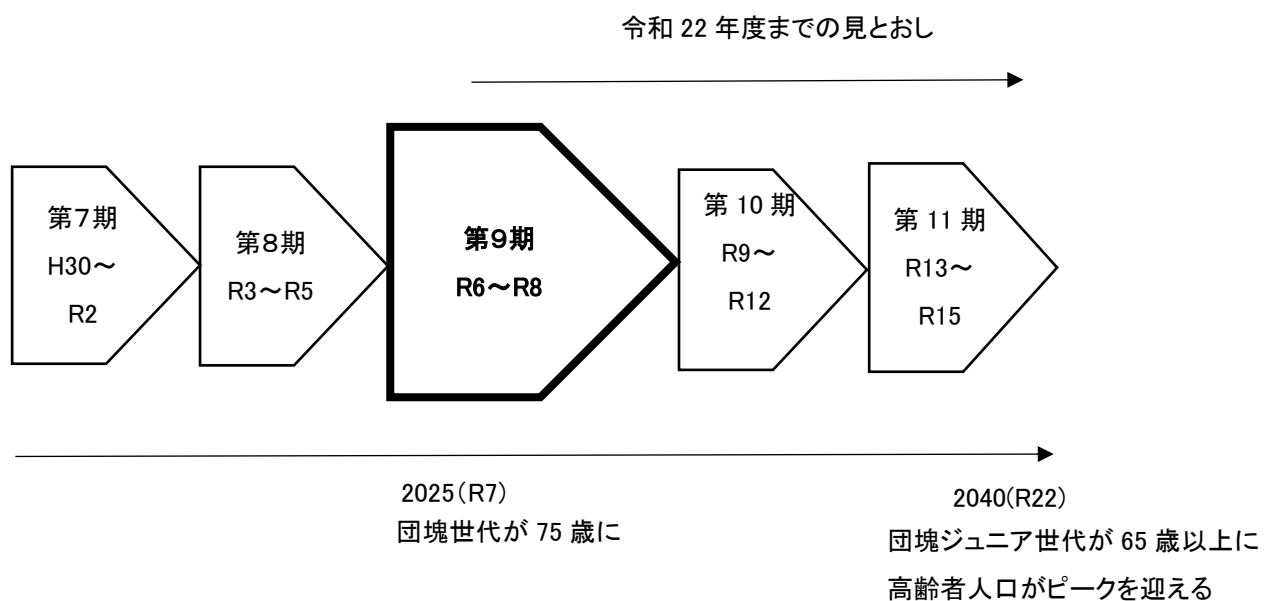
介護保険事業計画は、介護保険法第 117 条に基づき介護給付等のサービスや地域支援事業の内容、見込み量を定めるなど、介護保険事業の安定した運営に向け必要な事項を定めるものです。

老人福祉法および介護保険法では、これらの計画を一体のものとして作成することとされています。



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6年度から令和8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5年6月から●月まで

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4年12月～令和5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1,499人、回収率75.0%

②在宅介護実態調査

調査期間	令和4年12月～令和5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	260人
調査方法	郵送
結果	回答者数149人、回収率57.3%

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5年7月21日	27人
民生委員児童委員協議会	令和5年8月24日	43人
ケアマネネットワーク会議	令和5年10月19日	●人
地域ケア会議	令和5年●月●日	●人
茅室町単位老人クラブ会長	令和5年12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5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5年12月●日～令和6年1月●日

5 その他計画との関連

(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、地域福祉計画の内容と調和が保たれたものとなります。

(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

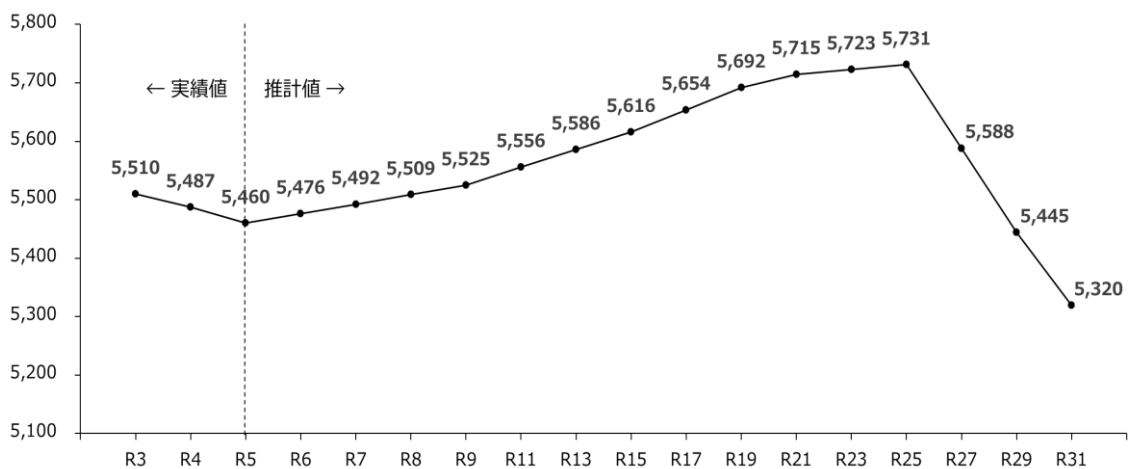
1 高齢者人口の現状と将来推計

(1) 高齢者人口

芽室町の令和5年9月末時点の住民基本台帳に基づく総人口は、17,949人で、平成20年をピークに減少している一方で、高齢者人口は平成12年の介護保険制度開始前から増加を続けており、令和25年まで高齢者数が増加すると予測されます。

また、全国的に総人口が減少する中で少子化が進むことから高齢化率は上昇するものと予測されます。

【図表1 高齢者人口の将来推計(人)】



【図表2 高齢者人口の推移(人)】 出典 住民基本台帳 令和6年9月から推計値

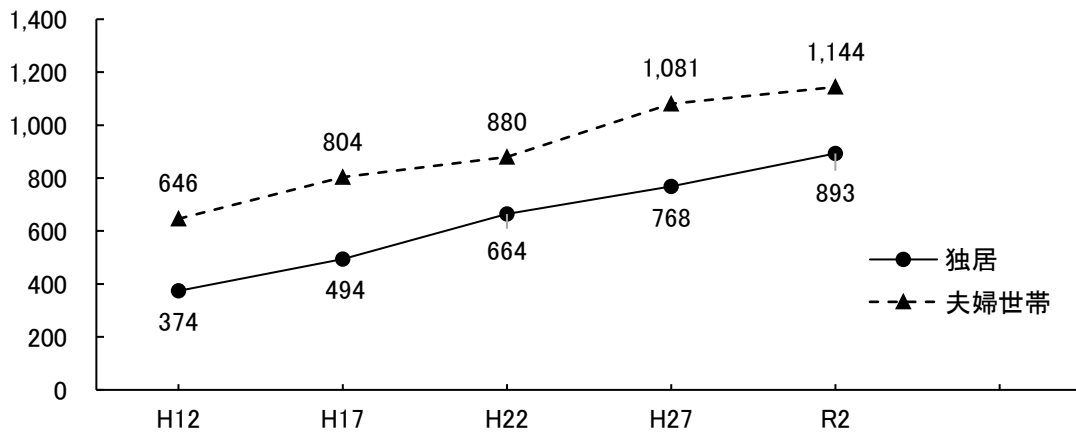
	R3.9 (2021)	R4.9 (2022)	R5.9 (2023)	R6.9 (2024)	R7.9 (2025)	R8.9 (2026)	R9.9 (2027)	R11.9 (2029)	R13.9 (2031)
総人口	18,192	18,079	17,949	17,767	17,586	17,404	17,223	16,856	16,485
高齢者人口	5,510	5,487	5,460	5,477	5,492	5,509	5,524	5,556	5,586
65～74歳	2,643	2,569	2,456	2,404	2,352	2,301	2,249	2,219	2,262
75歳以上	2,867	2,918	3,004	3,073	3,140	3,208	3,275	3,337	3,324
高齢化率(%)	30.3	30.4	30.4	30.8	31.2	31.7	32.1	33.0	33.9

	R15.9 (2033)	R17 (2035)	R19 (2037)	R21 (2039)	R23 (2041)	R25 (2043)	R27 (2045)	R29 (2047)	R31 (2049)
総人口	16,114	15,724	15,334	14,931	14,516	14,101	13,625	13,150	12,697
高齢者人口	5,616	5,654	5,692	5,715	5,723	5,731	5,588	5,445	5,319
65～74歳	2,306	2,358	2,410	2,435	2,432	2,430	2,301	2,172	2,045
75歳以上	3,310	3,296	3,282	3,280	3,291	3,301	3,287	3,273	3,274
高齢化率(%)	34.9	36.0	37.1	38.3	39.4	40.6	41.0	41.4	41.9

(2) 高齢者世帯数

高齢者世帯数が増加しています。今後も増加する見込みです。

【図表3 高齢者世帯数の推計（世帯）】



出典 国勢調査

※1 5年ごとの国勢調査を基にしているため、実績値は R2 となります。

※2 国勢調査の夫婦世帯は、夫 65 歳以上、妻 60 歳以上の世帯です。

(3) 平均寿命と平均余命

① 平均寿命

芽室町の平均寿命は、全国と比較して長くなっています。

【図表4 芽室町の平均寿命（歳）】

	H12	H17	H22	H27	R2
男	78.5	79.4	80.3	81.3	82.1
女	85.1	85.8	85.9	87.4	87.8
男(全国)	77.2	78.5	79.5	80.7	81.4
女(全国)	84.6	85.5	86.3	87.1	87.6

出典 厚生労働省 市区町村別生命表 国勢調査を実施した年に公表されます。

② 平均余命

全国の75歳の平均余命は、男性12年（87歳）、女性16年（91歳）となっています。平均寿命よりも平均余命が長くなっており、長生きを前提に健康で過ごせる期間を延ばす取り組みが必要です。

平均余命とは、ある年齢の人があと何年生きられるか示す年数です

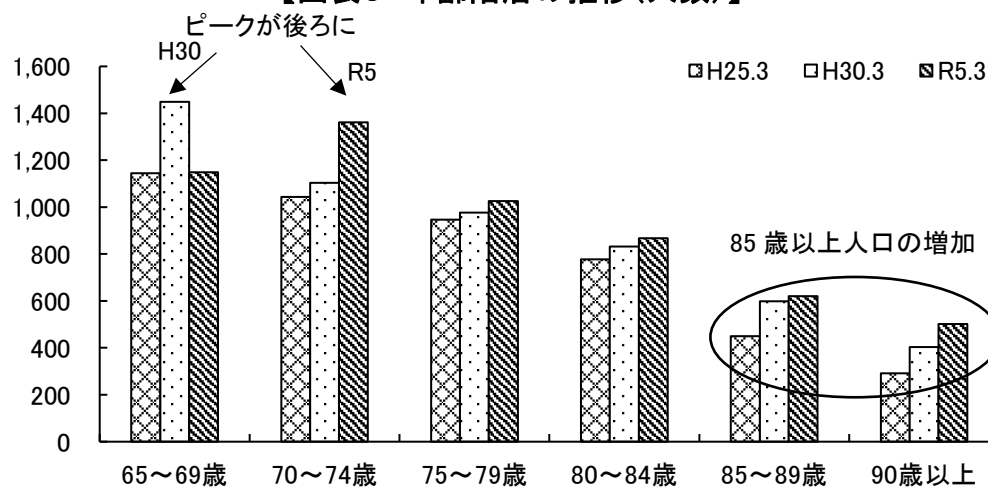
出典 厚生労働省 令和2年簡易生命表

（4）高齢者の人口構成の変化

芽室町の高齢者の人口は、平成30年には65～69歳がピークでしたが、令和5年には70～74歳がピークになっています。平均寿命が延びていることから今後も人口のピークが後ろ倒しになっていく見込みです。

平成25年と比較すると85歳以上の人口が増えており、介護保険認定者になりやすい年齢層の人口が増えています。芽室町では65歳以上人口の中で「高齢化」が起きていることがわかります。

【図表5 年齢階層の推移(人数)】



出典 見える化システム

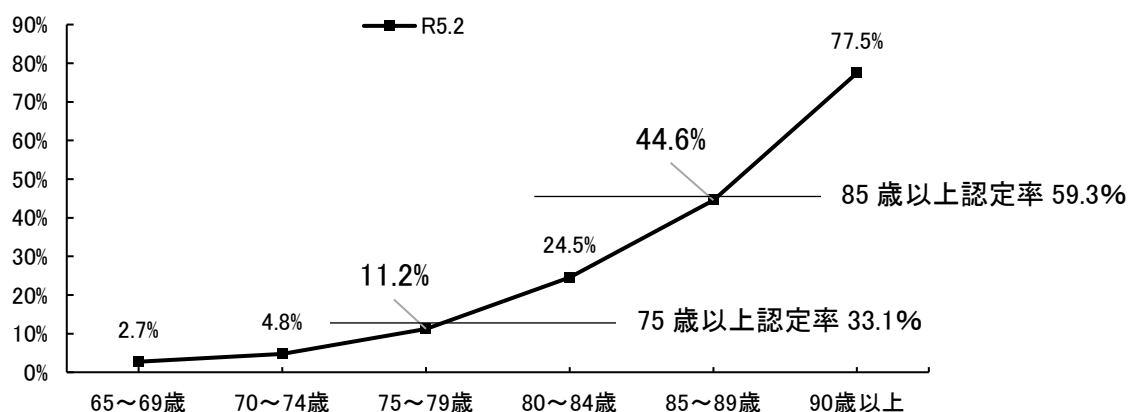
2 介護保険認定からわかる傾向

(1) 介護保険認定者の年齢構成

① 芽室町の要介護認定率

75～79歳で11.2%、85歳～89歳で44.6%となり10年間で急激に上昇します。85歳以上では59.3%が認定者となります。認定率は高齢者の年齢構成に影響され、85歳以上人口増に伴い認定率も上昇する見込みです。

【図表6 年齢別認定率 令和5年2月末(芽室町)】

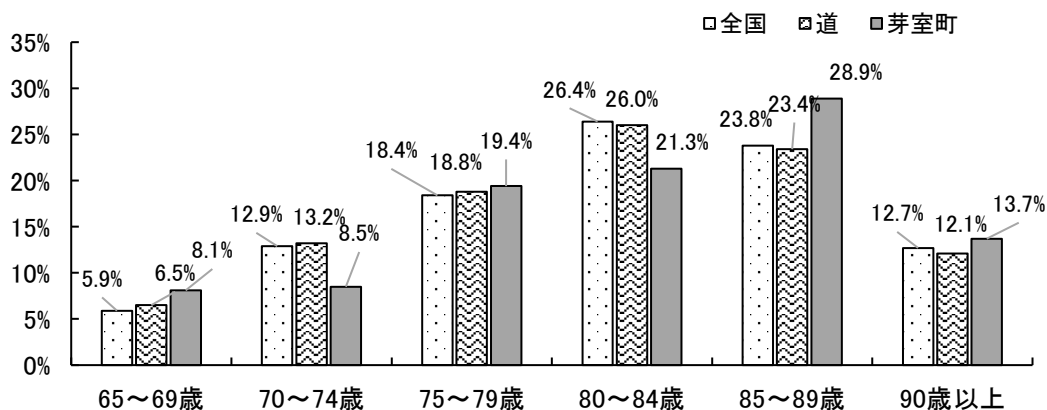


出典 介護保険システム

② 芽室町の新規認定者の年齢分布

全国と比較すると、84歳までは少なく85～89歳の年齢層が多い状況です。これは全国・全道と比較して元気で暮らせる期間が長いことを示しています。

図表7 新規要支援・要介護認定者の年齢階級別分布
令和3年度



出典 見える化システム

③ 参考

【図表8 芽室町の介護保険新規申請年齢の推移】

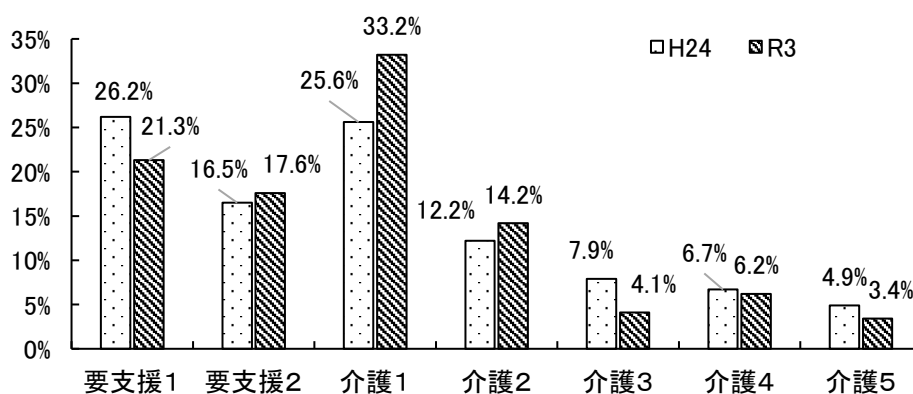
年度	平均年齢（歳）	新規申請者数（人）	年度末高齢者人口に対する割合（%）
H26	80.2	168	3.4
H27	80.7	144	2.9
H28	80.4	187	3.6
H29	82.3	210	4.0
H30	81.6	208	3.9
R1	83.0	186	3.4
R2	82.2	185	3.4
R3	82.0	204	3.7
R4	82.8	231	4.2

出典 介護保険係所管 要介護認定一覧票

④ 新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布

新規要支援認定者の割合を令和3年度と平成24年度で比べると低く抑えられているのに対し、要介護1認定者の割合は増加しています。要介護1になると認知症の割合が増えることから、生活上の不便が生じて申請に至ったと考えられます。関節疾患等だけでなく認知症の発症を視野に入れた取り組みが必要です。

図表9 新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布（芽室町）

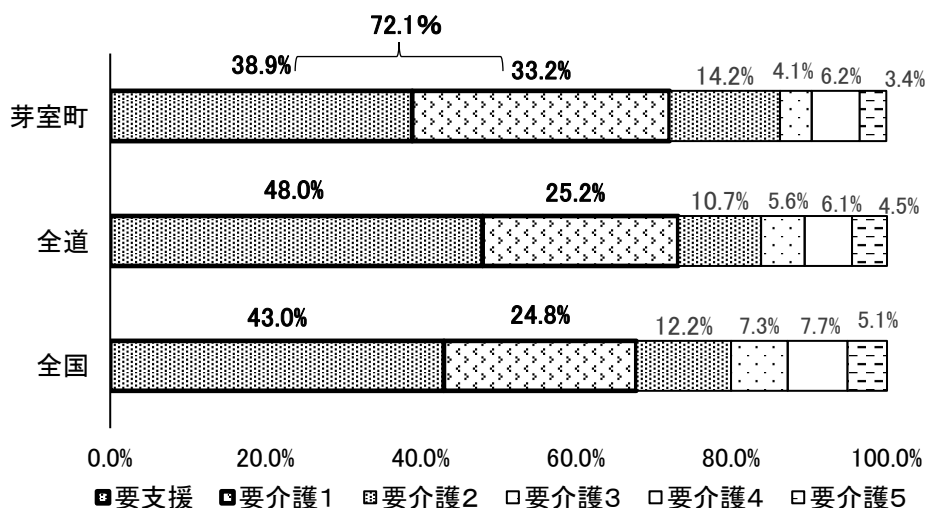


出典 見える化システム

(2) 介護保険新規申請者の認定

芽室町の令和3年度の新規認定者のうち、要支援・要介護1の軽度認定者が占める割合は、全体の72.1%です。下段の図表11から脳血管疾患やがんではなく、加齢等による影響で徐々に生活機能が低下し、介護保険申請に至ったと考えられます。

図表10 介護保険新規認定者の認定内訳全国比較(R3)



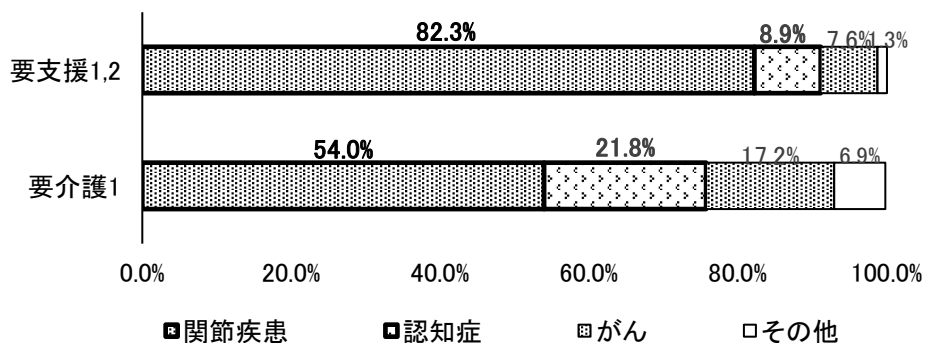
出典 見える化システム

(3) 介護保険新規認定者の疾患

令和4年度の新規要支援認定者の主な疾患は関節疾患が82.3%になっています。関節疾患等は、身体的フレイルの原因の一つであり、フレイルの状態を早期に発見することが介護予防につながります。また、新規要介護1になると、認知症の割合が21.8%に増加します。フレイルへの対策に加えて認知症への取り組みが必要です。

※ フレイル 健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の間

図表11 介護保険新規認定者の疾患内訳(R4)



出典 介護保険係所管 要介護認定一覧票の新規申請者におけるKDB

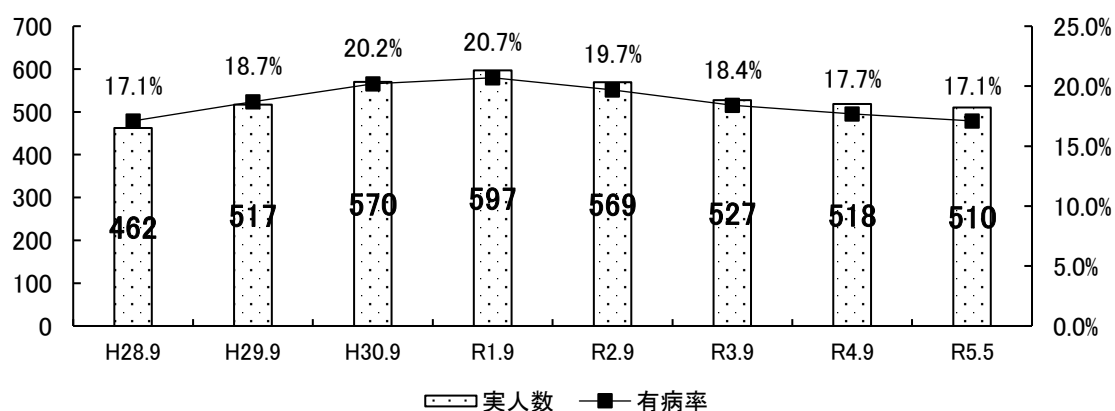
3 認知症の状況

(1) 後期高齢者医療制度被保険者の認知症実人数

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4年9月時点で518人です。518人のうち75人が初めて認知症と診断され、そのうち介護保険認定者は62人です。初めて認知症と診断された方は既に介護保険サービス等を利用されている方が多く、公的サービスとつながっていることがわかります。

実人数が減少している理由は、令和元年を境に認知症の診断者数を死亡者等数が上回っているものです。

図表12 後期高齢者医療制度被保険者の認知症実人数



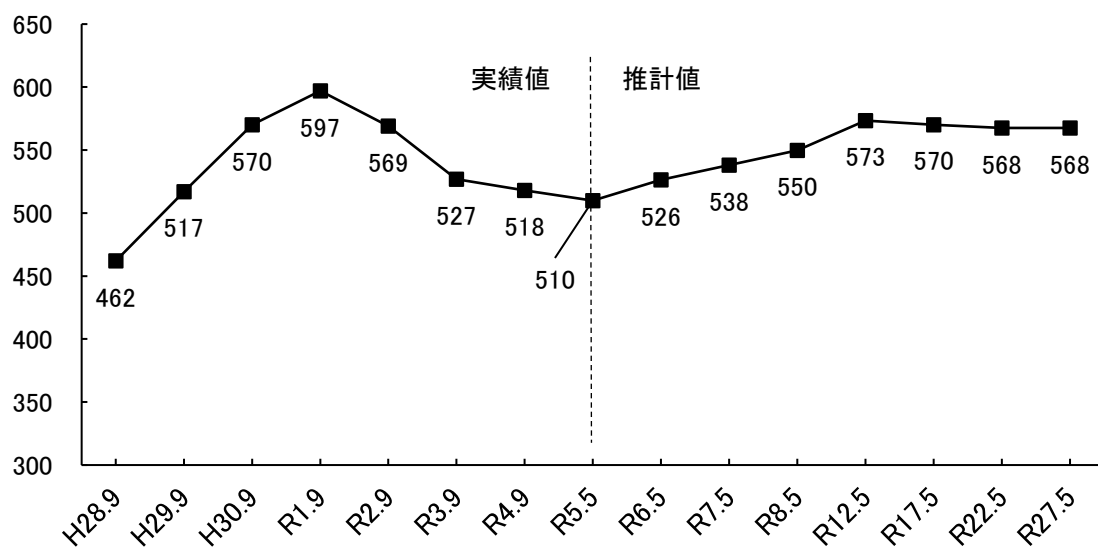
出典 KDB調べ

	H28.9	H29.9	H30.9	R1.9	R2.9	R3.9	R4.9	R5.5
認知症 人数(人)	462	517	570	597	569	527	518	510
被保険者 人数(人)	2,697	2,764	2,823	2,886	2,890	2,870	2,928	2,987
被保険者 平均年齢 (歳)	83.0	82.4	82.5	82.6	82.8	82.9	82.8	82.7
高齢者人口 (人)	5,171	5,317	5,385	5,447	5,507	5,510	5,487	5,497

(2) 後期高齢者医療制度被保険者の認知症人実数の将来推計

第9期計画期間中（R6～R8年度）の認知症と診断された方の人数は、微増にとどまる見込みです。認知症の方が望む生活を続けられるように、その方に応じた個別支援が必要です。

図表13 認知症実人数の将来推計(人)



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 17.1%(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

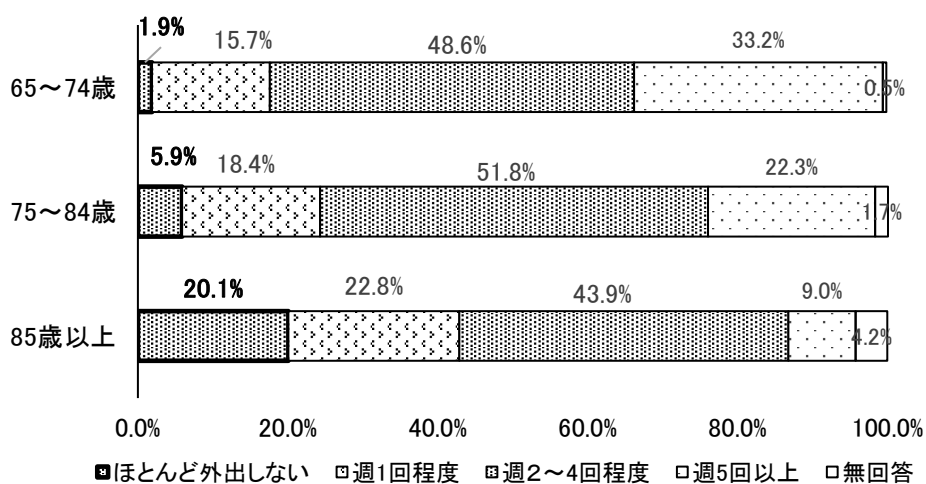
(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

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 1,499、回収率 75.0%)

① 外出の頻度

年齢に比例して「ほとんど外出しない」割合が高くなっており、85歳以上では20.1%となります。これは85歳以上の介護保険認定率が59.3%になることから、自力で外出する(移動手段や介助者の確保が必要となる)ことが難しくなるためと考えられます。

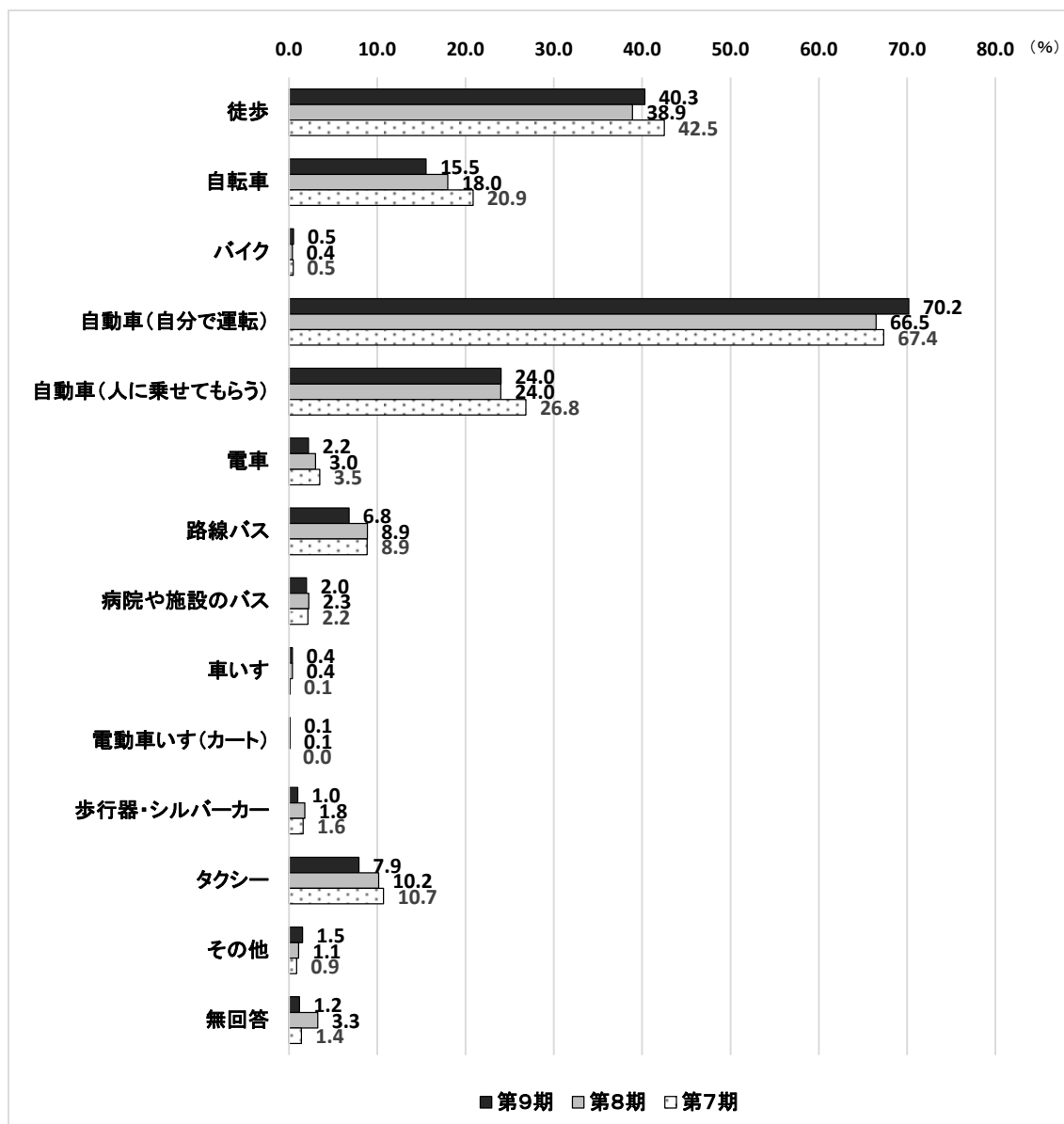
図表14 ほとんど外出しない割合



② 外出する際の移動手段

「自動車(自分で運転)」が70.2%で最も高く、次いで「徒歩」、「自動車(人に乗せてもらう)」と続きます。過去の調査と比較し、大きな変化は見られません。

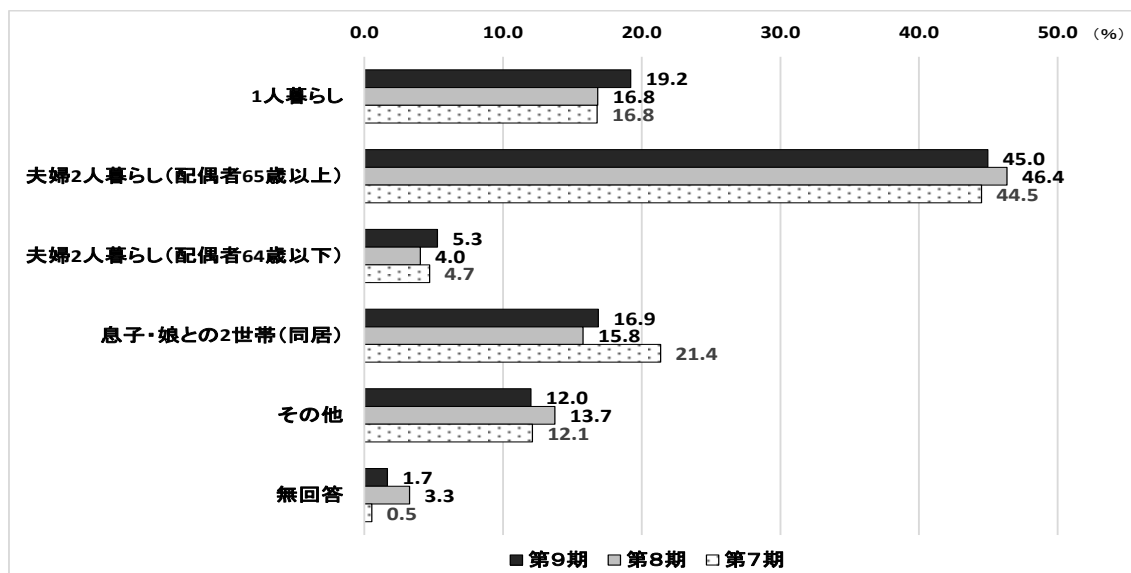
【図表15 外出する際の移動手段】



③ 家族構成

「夫婦2人暮らし(配偶者 65歳以上)」が 45.0%で最も高く、次いで「1人暮らし」「息子・娘との2世帯」と続いています。過去の調査と比較し、大きな変化は見られません。

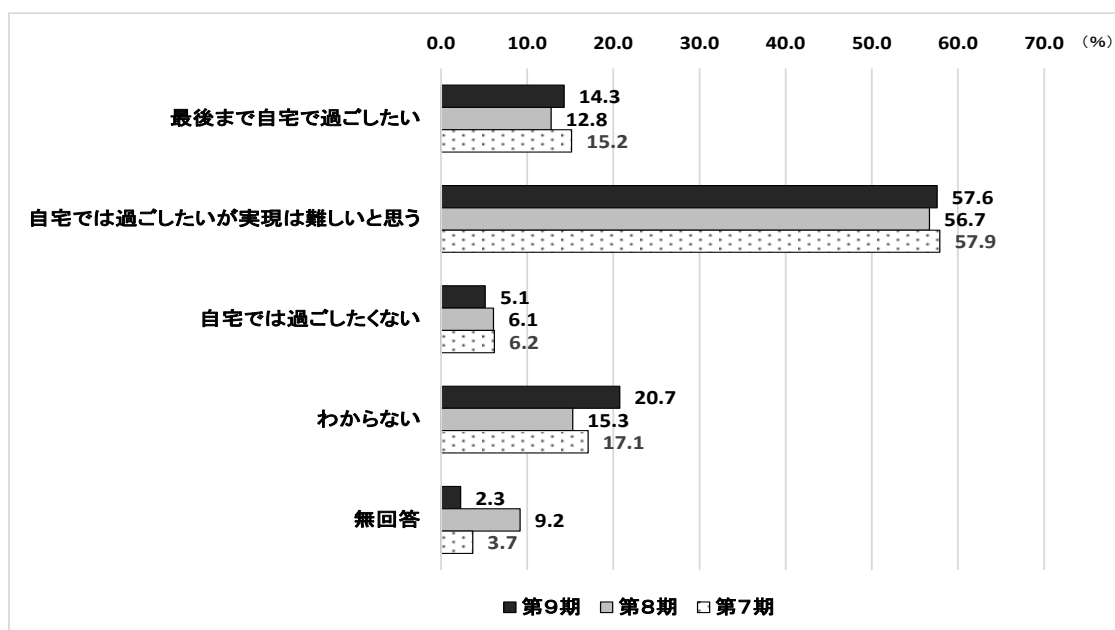
【図表16 家族構成】



④ 余命宣告された場合、希望する療養場所

「自宅で過ごしたいが実現は難しいと思う」が 57.6%で最も高く、次いで、「わからない」、「最後まで自宅で過ごしたい」と続いています。過去の調査と比較し、大きな変化は見られません。

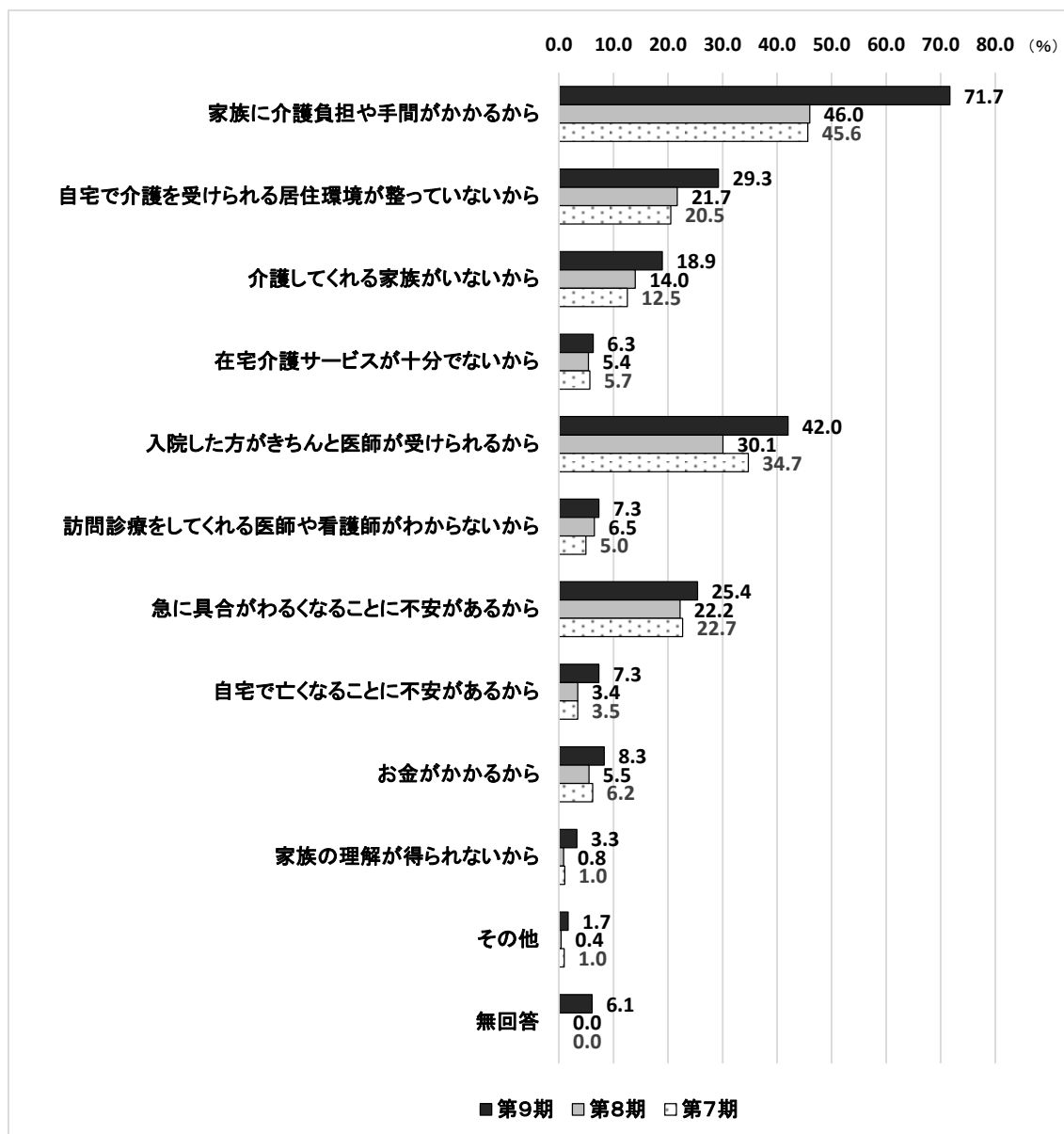
【図表17 余命宣告された場合、希望する療養場所】



⑤ 余命宣告された場合、自宅で過ごせないと思う理由

「家族に介護負担や手間がかかるから」が71.7%で最も高く、次いで「入院した方がきちんと医療が受けられるから」「自宅で介護を受けられる居住環境が整っていないから」と続きます。過去の調査と比較して「家族に介護負担や手間がかかるから」が増加しています。

【図表18 余命宣告された場合、自宅で過ごせないと思う理由】



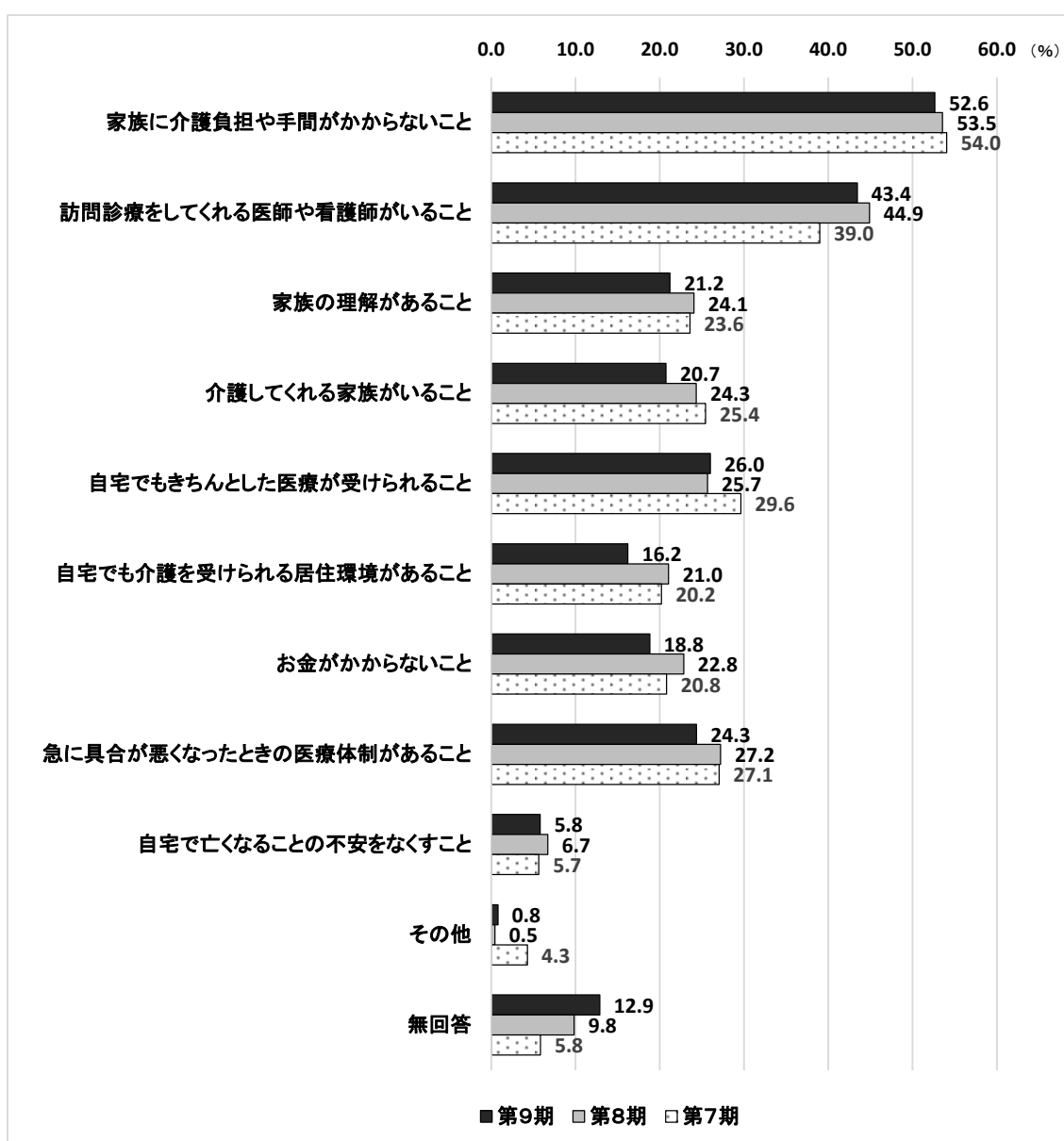
⑥ 余命宣告された場合、自宅で過ごす条件

「家族に介護負担や手間がかからないこと」が 52.6%で最も高く、次いで「訪問診療をしてくれる医師や看護師がいること」、「自宅でも介護を受けられる居住環境があること」と続いています。

芽室町では、令和4年の死亡者数が 240 人※になり 10 年前の平成 24 年に比べて 54 人増えました。町内の訪問診療や訪問看護等の社会資源を活用し、家族の介護負担を軽減することで、自宅で終末期を過ごせるようになると推察されます。

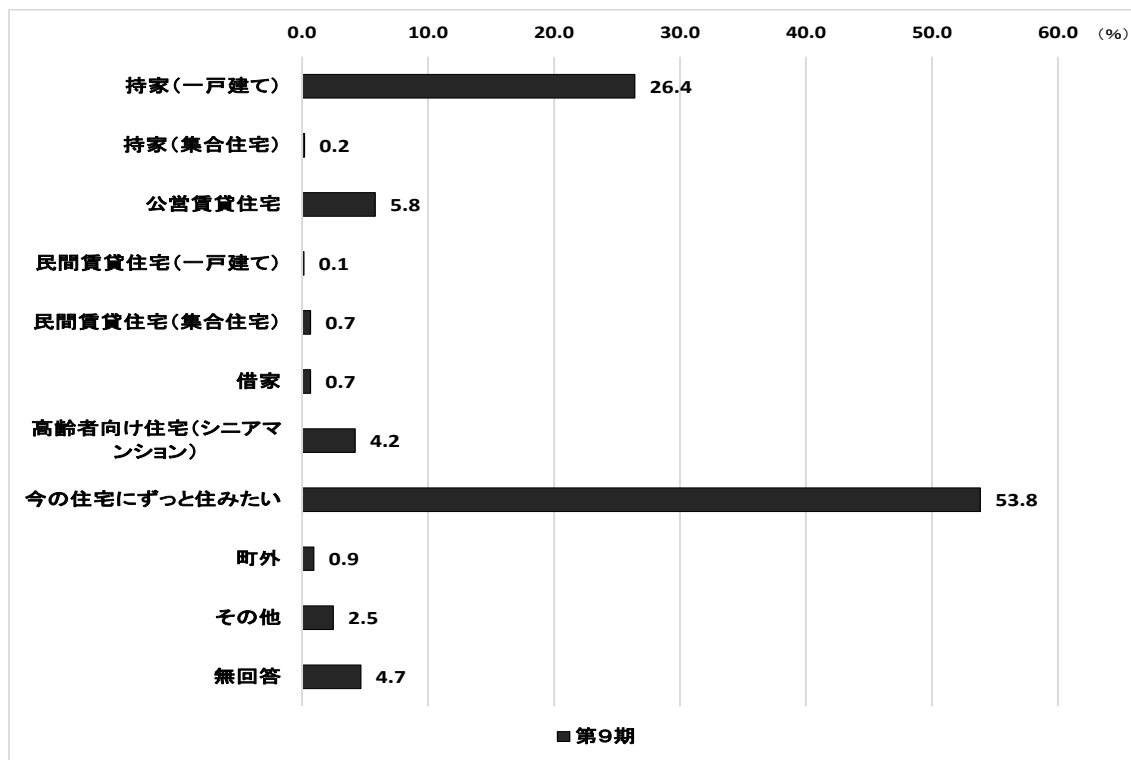
出典 ※:死亡者数:町勢要覧

【図表19 余命宣告された場合、自宅で過ごす条件】



- ⑦ 今後、今住んでいる場所以外での居住を考えていますか
「今の住宅にずっと住みたい」が 53.8%と最も高く、次いで「持家(一戸建て)」、
「公営賃貸住宅」と続いています。

【図表20 今後、今住んでいる場所以外での居住を考えていますか】



(2) 80～84歳訪問での聞き取り調査

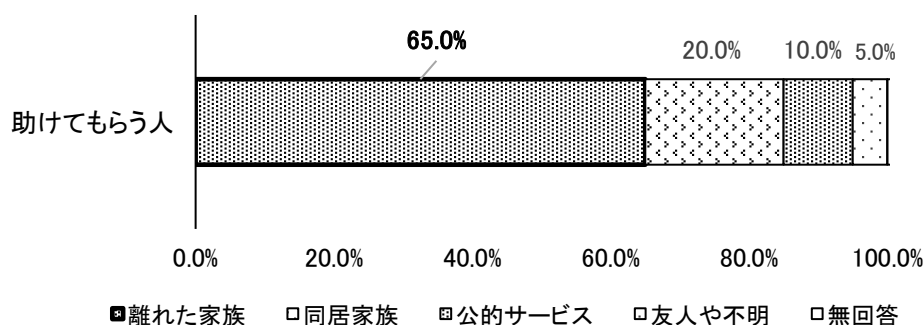
生活支援や認知症への住民の意識や実態を把握するため、80～84歳の方に聞き取り調査を実施しました。(調査対象者 35人(男性 17人、女性 18人) 平均年齢 82.7歳)

① 生活支援に関すること

ア 困った時、だれに助けてもらいますか？(複数回答)

手伝ってもらえることがなくても、家族が定期的に来訪している世帯が多く、公的サービスは選択肢になりにくい状況です。比較的自立度が高い高齢者にとって、今ある公的サービスは家族が手助けできない時の「セーフティネット」の役割を持つと推察されます。

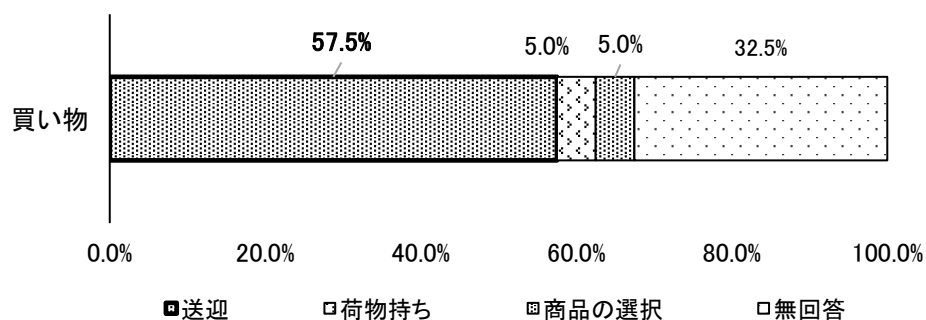
図表21 生活支援で助けてもらう人



イ 手助けを希望する内容

買い物、掃除の2つの選択肢の中では、買い物が多い状況でした。買い物のうち送迎が 57.5%を占め「将来、運転できなくなった時の心配」と「実際に送迎をしてもらっている方」の声が多く挙がっています。調査の対象者は、送迎さえあれば用事が足せる方がほとんどなため、送迎を希望する高齢者が多いと推察されます。

図表22 買い物で手伝いが必要な内容

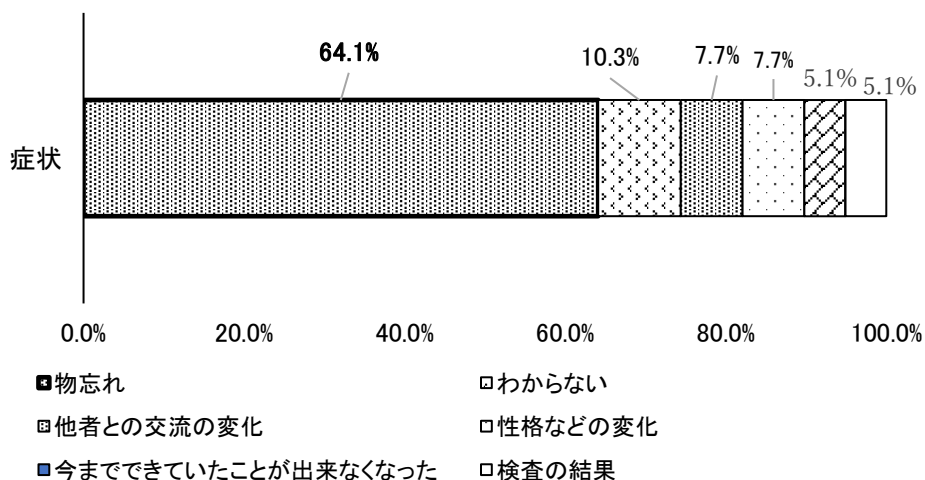


② 認知症に関すること

ア 認知症を疑う症状は何ですか？

「物忘れ」と回答した割合が64.1%となっています。認知症の初期症状は物忘れから始まるため、多くの方が正しく理解できています。

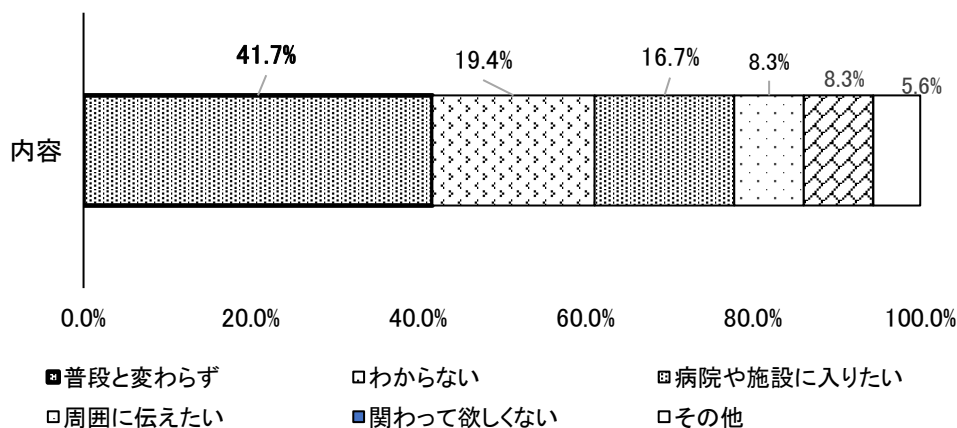
図表23 認知症を疑う症状



イ 自分が認知症になったら、周囲の人にどのように接してもらいたいですか？

「普段と変わらず接してほしい」が41.7%、対して「わからない、施設や病院に入りたい、関わって欲しくない」の合計が44.4%になっています。認知症を身近な病気として捉えられず、病状の進行に応じた準備や心構えが難しいと推察されます。認知症の症状や認知症の方への接し方など、知識の普及が必要です。

図表24 周囲の人に、どのように接してもらいたいですか



(3) 在宅介護実態調査

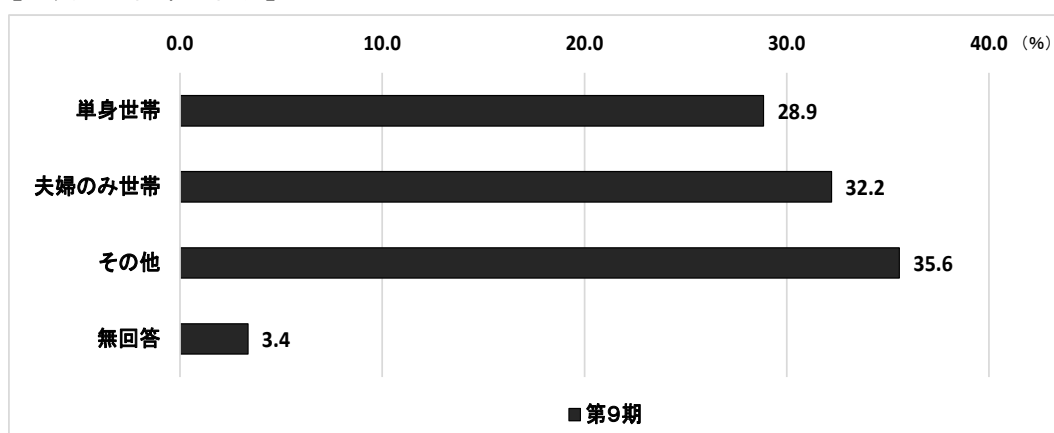
在宅で暮らしている介護保険認定者及びその家族(介護者)に対し、介護保険認定者の在宅生活の継続や介護者の就労の継続に有効な介護サービスの在り方を検討するために実施しました。(配布数 260、回収数 149、回収率 57.3%)

① 介護者及び世帯の状況

ア 世帯の状況

「夫婦のみの世帯(32.2%)」、「単身世帯(28.9%)」で約6割を占めており、介護者の孤立を防ぐ支援が必要です。

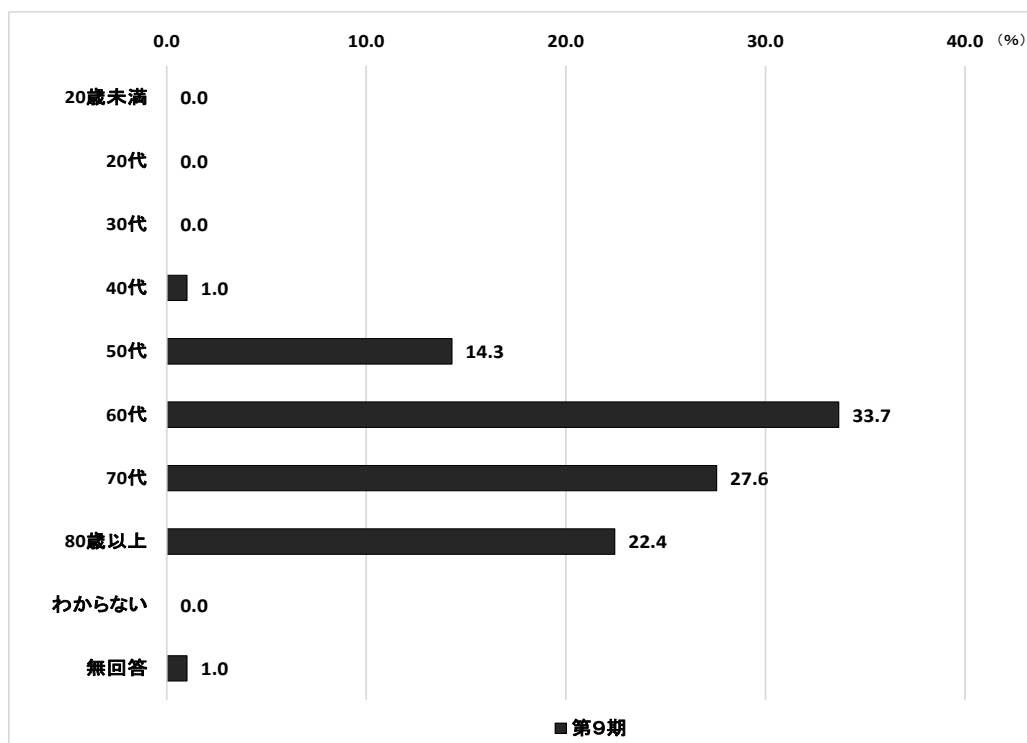
【図表25 世帯の状況】



イ 主な介護者の年齢

「60代」が33.7%で最も高く、次いで、「70代(27.6%)」、「80歳以上(22.4%)」となっており、介護者自身の加齢に伴う精神的・身体的負担の軽減につながる支援が重要です。また、20代、20歳未満の回答がなかったものの介護者自身に自覚がない等、いわゆる「潜在的なヤングケアラー」への情報発信や支援については、様々な手法で実施していく必要があります。

【図表26 主な介護者の年齢】

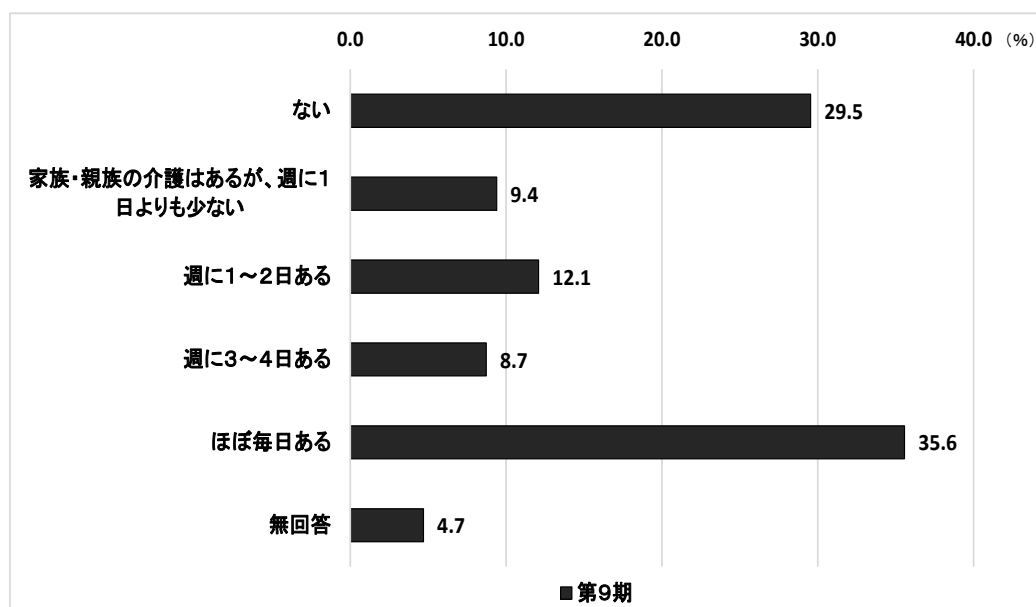


② 介護の内容・負担

ア 家族や親族による介護の頻度

「ほぼ毎日ある」が 35.6%で最も高く、次いで「ない(29.5%)」、「週に1～2日ある(12.1%)」と続いています。

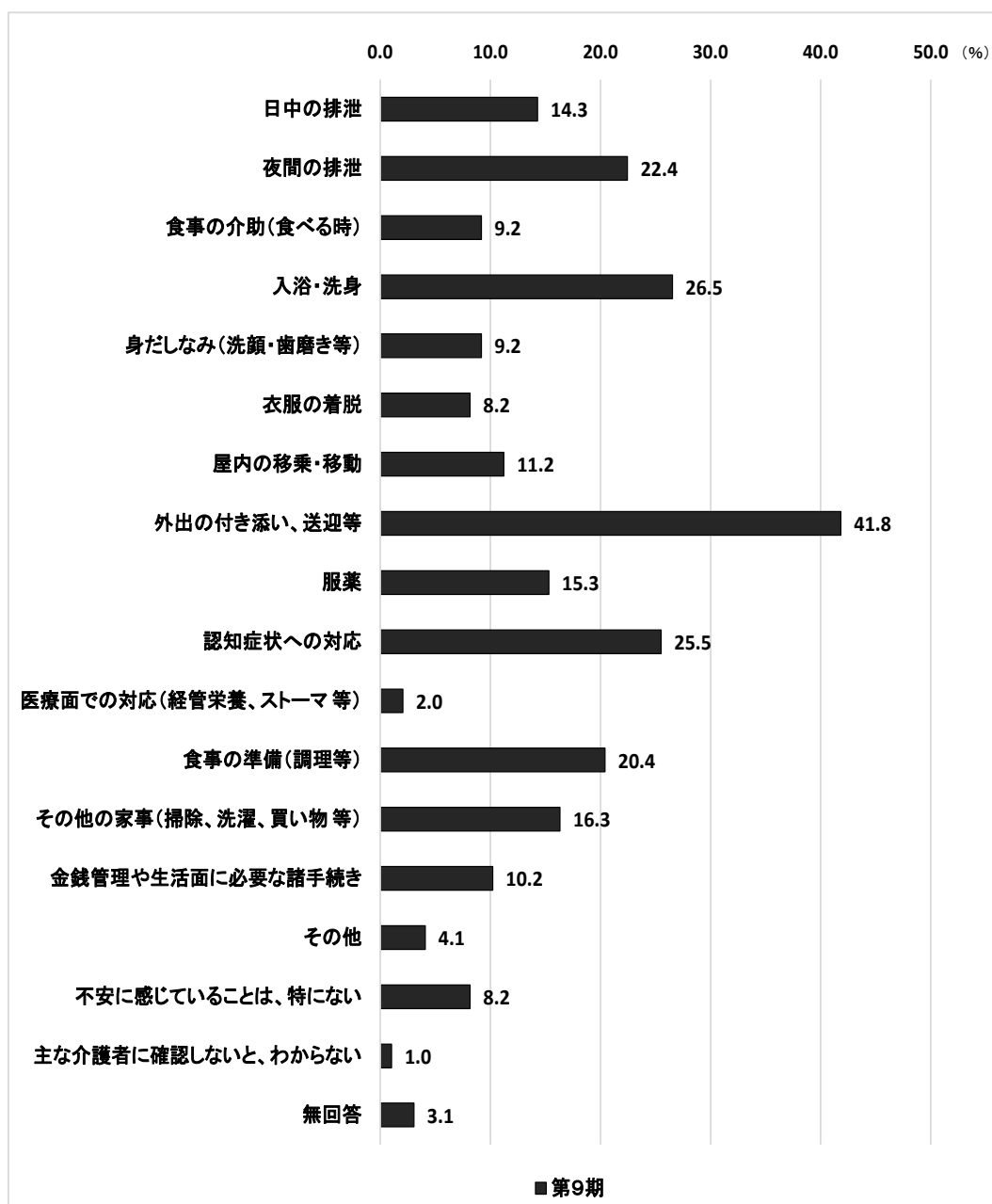
【図表27 家族や親族による介護の頻度】



イ 主な介護者が不安を感じる介護

「入浴・洗身」、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」について、介護者の不安が大きいことから、これらの介護負担を軽減する支援が、自宅で介護を続けるうえで重要と考えられます。今回の調査では「施設等への入所・入居を検討していない」と回答した方が 59.7%を占めていましたが、施設入所・入居を検討せざるを得ない在宅介護の限界に到達しないうえでも、重要なポイントと考え支援体制を検討していく必要があります。

【図表28 主な介護者が不安を感じる介護】

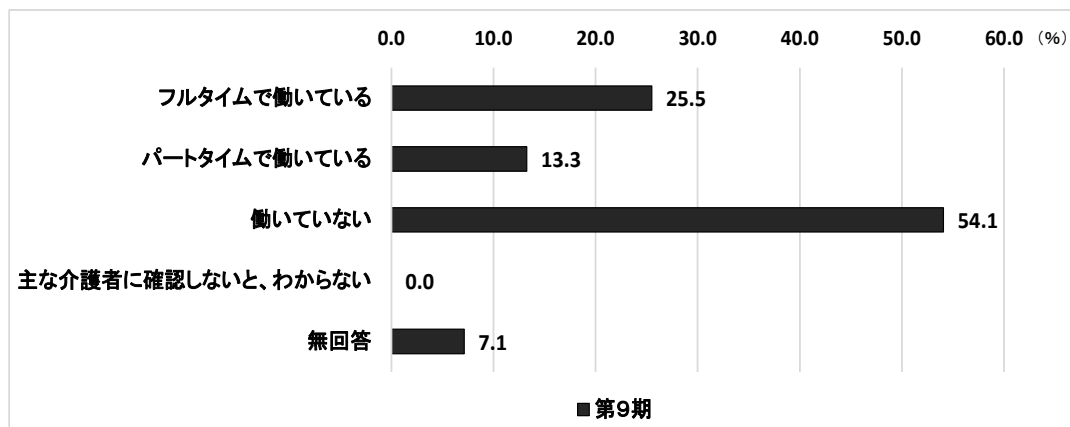


③ 介護者の就業の状況

ア 介護者の勤務形態

「働いていない」が54.1%で最も高く、次いで、「フルタイムで働いている(25.5%)」、「パートタイムで働いている(13.3%)」と続いています。

【図表29 介護者の勤務形態】

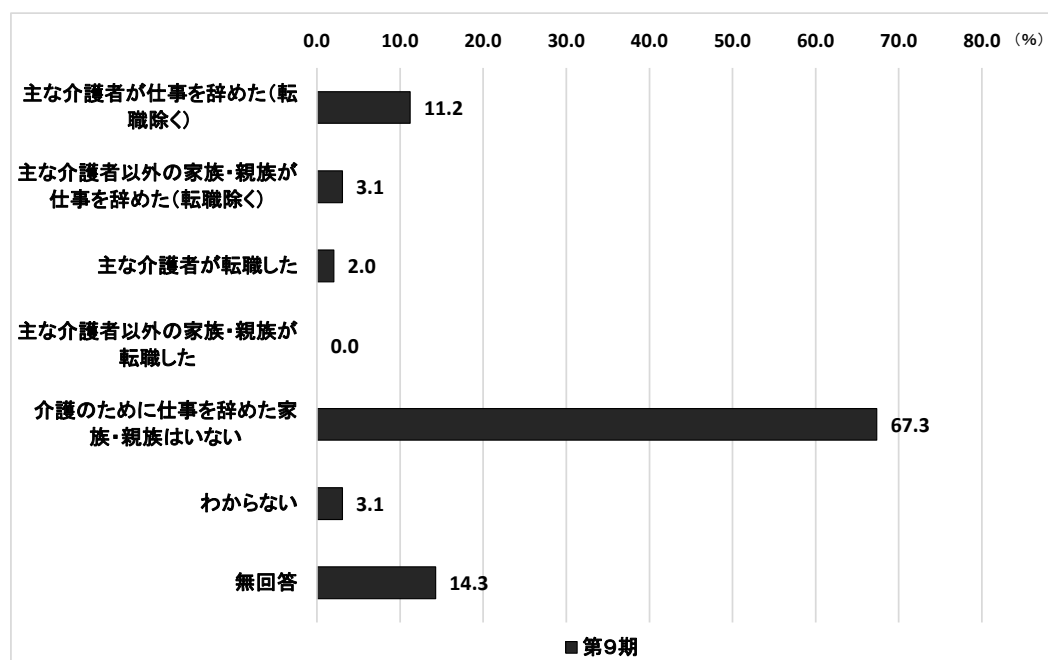


イ 介護による離職

「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が67.3%で最も高く、次いで、「主な介護者が仕事を辞めた(転職除く)(11.2%)」、「主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職除く)(3.1%)」と続いています。

介護負担により離職につながらないように、介護者が働く環境や、介護休暇等制度の普及啓発が必要と考えます。

【図表30 介護による離職】



5 第8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の維持

① 社会参加（介護予防）

芽室町の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（介護予防）の状況は推進されています。これは、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、社会参加の場の選択肢があること、社会参加から遠ざかる方をフォローする仕組みや出前講座の実施等が要因の一つと考えます。第9期計画においても同様の基本目標とします。

② 心身の健康の維持

健診の実施や健康状態が不明な高齢者等に訪問しました。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が含まれていることがわかり早期介入のきっかけとなりました。家庭訪問は、社会参加の場の紹介や早期支援に有効な手段であることから、第9期計画においては、訪問の対象者範囲を広げることとします。

(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

① 介護が必要になっても住み続けられる環境づくり

高齢者福祉施策や介護保険サービスの活用だけでなく、住民による生活支援を開始し、公的制度ではできない部分を補っています。多様な選択肢が町にあれば、現状の住まいで暮らす一助になると考えられることから、第9期計画においても同様の基本目標とします。

(3) 基本目標3 重度化防止、自立支援に向けた介護基盤整備

① 基盤整備の方向性

令和4年度における介護保険財政は保険料収納が必要額を上回り、保険料の不足は生じませんでした。一方で介護職員の不足による介護事業所の休止及び、新型コロナウイルス感染症の蔓延によるサービス提供の中止などの課題が生じました。第9期計画においては、介護人材の確保を重点に介護基盤の整備をすすめます。また、運動特化型通所介護など自立に向けた基盤整備により、重度化を防ぐよう検討を継続します。

② 介護給付費適正化事業の計画

第8期計画中にケアプラン点検実施マニュアルや様式の整備、担当者による点検や面接の実施体制が整備されました。第9期計画においては給付費の傾向等の町の課題に沿った視点でさらに内容の充実を目指します。

6 介護保険認定者数と給付実績

(1) 認定者数の推計

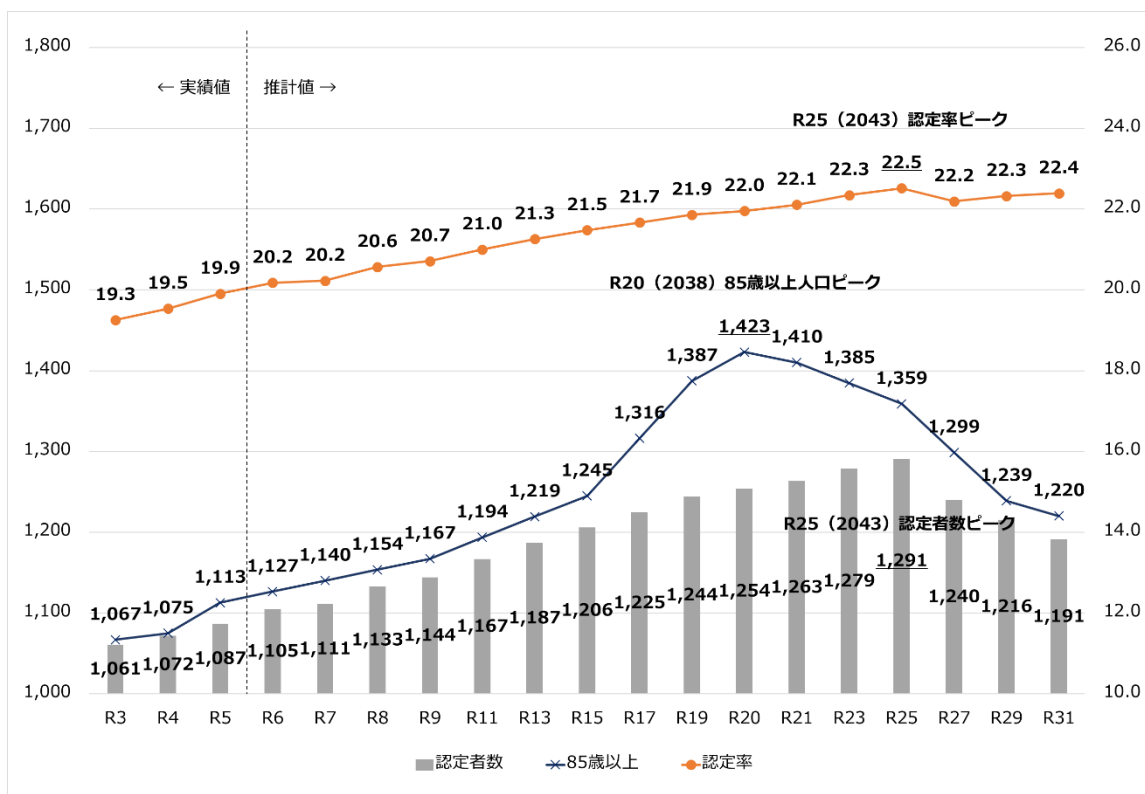
生活に何らかの支援が必要と考えられる85歳以上の人口は令和20年まで増加を続けます。

また、認定者のうち多い年齢層は85歳前後であり、認定者数は令和25年まで増加を続け、これに伴い介護保険サービス等の需要が伸びると予測されます。

認定率について、推計では認定者数同様に令和25年まで上昇傾向にあり、令和26年に減少したのち令和27年から微増するものの、85歳以上人口及び認定者数の減少傾向から大きな増加は見られないものと予測されます。

今後も介護保険サービス等の需要増に備え、生活に何らかの支援が必要となる年齢を後ろ倒しする介護予防の推進と計画的な介護基盤整備が必要です。

【芽室町 85 歳以上高齢者人口・認定率・認定者数の推移】



【第1号被保険者の介護保険認定者数の推計】

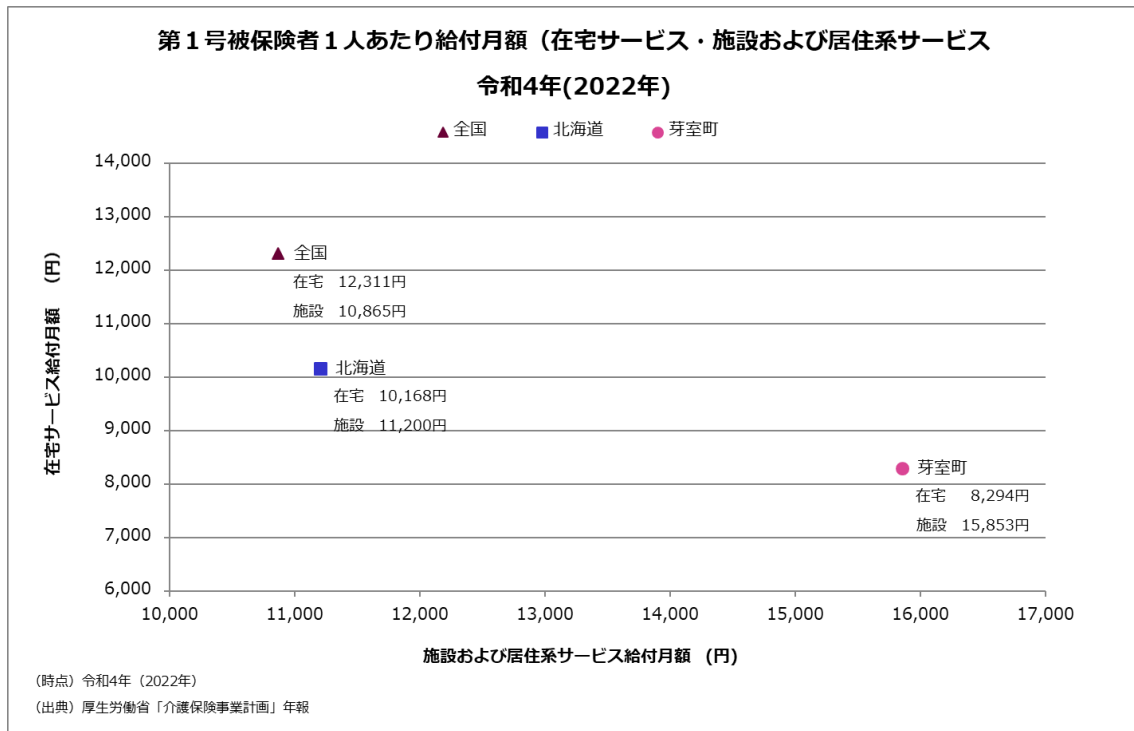
(人)

	R3.9 (2021)	R4.9 (2022)	R5.9 (2023)	R6.9 (2024)	R7.9 (2025)	R8.9 (2026)	R9.9 (2027)	R11.9 (2029)	R13.9 (2031)
要支援 1	112	102	100	101	101	102	103	106	108
" 2	135	138	135	135	135	139	140	141	143
小計	247	240	235	236	236	241	243	247	251
要介護 1	290	313	303	312	316	321	323	331	337
" 2	180	192	191	200	202	207	209	213	216
" 3	140	131	142	143	141	145	147	150	154
" 4	106	102	131	129	131	135	136	137	139
" 5	98	94	85	85	85	84	86	89	90
小計	814	832	852	869	875	892	901	920	936
合計	1,061	1,072	1,087	1,105	1,111	1,133	1,144	1,167	1,187

	R15.9 (2033)	R17 (2035)	R19 (2037)	R21 (2039)	R23 (2041)	R25 (2043)	R27 (2045)	R29 (2047)	R31 (2049)
要支援 1	109	110	110	111	111	110	109	108	107
" 2	147	150	153	155	156	157	150	147	143
小計	256	260	263	266	267	267	259	255	250
要介護 1	342	348	352	357	359	359	348	342	337
" 2	219	221	226	230	236	242	230	224	219
" 3	156	159	162	165	167	169	160	157	153
" 4	142	145	148	151	153	156	148	145	142
" 5	91	92	93	94	97	98	95	93	90
小計	950	965	981	997	1,012	1,024	981	961	941
合計	1,206	1,225	1,244	1,263	1,279	1,291	1,240	1,216	1,191

(2) 芽室町と全国、全道の比較

芽室町の介護給付費の実績を全国及び全道と比較すると、在宅サービス給付月額額は約0.7～0.8倍、施設・居住系サービス給付月額では約1.4倍～1.5倍となっていることが分かります。



7 高齢者を取り巻く状況のまとめ

(1) 人口

① 高齢者人口

令和 25 年 (5,731 人) にピークを迎え、何らかの支援が必要になる年齢 (概ね 85 歳以上) は、それよりも早い令和 20 年 (1,423 人) にピークを迎えます。

② 65 歳以上人口の「高齢化」

芽室町全体だけでなく 65 歳以上人口でも高齢化が起きています。

65 歳以上人口のピークが後ろに H30:65 歳～69 歳⇒R5:70 歳～74 歳

85 歳以上人口の増加 H25:741 人⇒R5:1,113 人

③ 死亡者数の増加

平均寿命の延伸と 65 歳以上の人口構成の変化により死亡者数は増加する見込みです。終末期の療養場所を選択できる体制づくりが求められます。

死亡者数 H24:186 人⇒R4:240 人

(2) 介護保険認定からわかる傾向

① 積極的な介護予防が必要な年齢層

第 8 期計画と同様で 75 歳以上となります。

② 介護保険新規要支援認定者の傾向

全国・全道や町の過年度の認定状況では、改善傾向にあります。

③ 新規要支援認定者の主な疾患

新規認定者のうち 38.9%が軽度の要支援認定者です。要支援認定者の主な疾患は関節疾患等で、身体的フレイルが原因の一つです。引き続き社会参加(介護予防)の取り組みにより生活機能の向上が可能と考えられます。

④ 新規要介護 1 認定者の主な疾患

関節疾患等に加えて認知症の割合が増えます。初めて認知症と診断された方の多くは、介護保険サービス等を利用されています。

(3) 高齢者の生活実態

① 親族による支援

支援の必要性に関わらず家族が定期的に来訪していたり、配偶者がいる場合は、手助けしてもらいたい人として家族を希望されています。

② 住まいに関する住民のニーズ

住民のニーズである「今の住居で暮らす」ためには、家族以外にも高齢者福祉施策と介護保険サービス、住民による支え合い（除雪サービスなど住民同士をつなぐ仕組み）を円滑に提供できる体制が必要です。

③ 住民の認知症への認識


認知症は誰もがかかる病気と言われていますが、認知症を身近な病気として捉えられず、病状の進行度に応じた準備や心構えが難しいと推察されます。認知症の症状や接し方などの知識の普及が必要です。

(4) 介護保険サービスについて

① 高齢者や要介護認定者が増加する一方で、介護保険サービスの提供者である生産労働人口減少しており、現在の介護職員を確保すると同時に将来の介護の担い手を育成支援する体制が必要です。職業としての担い手のみならず、広く介護保険制度や介護についての理解者や協力者を増やす取り組みが必要です。

② 限られた介護人材や基盤を維持できるよう、真に介護保険サービスを必要とする方に適切にサービス提供ができるよう、自立支援・尊厳保持を遵守し、適正給付に努めます。

③ 在宅介護実態調査結果に基づき、介護者が身体的・精神的負担や就労などの生活困難を抱えることがないように、現行の介護保険サービスの充実や、介護者支援制度の普及啓発を行います。



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

(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

- ア 住民主体の通いの場^{※1}の継続
 - ・住民主体の通いの場への医療専門職の関与
- 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
- エ 高齢者に社会参加を促す働きかけ

※1 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

- 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の紹介と支援が届いていない方への早期介入

(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 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

(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

① 介護保険サービスの基盤整備

- ア 少子高齢化の深刻化、感染症の蔓延及び災害等を予測した介護保険サービス内容の検討
- 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 介護給付費適正化事業の実施
- イ あらゆる対象に向けた介護保険事業の普及啓発

3 基本方針

(1) 基本目標 1

社会とのつながりが可能な心身の健康の維持

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 住民主体の通いの場や介護予防事業等を継続し、社会参加の場を提供します。
- ② 住民主体の通いの場をやめた方には、介護予防事業や別の通いの場を紹介し、社会参加を途切れさせないよう働きかけます。
- ③ 家庭訪問を実施し、個人の状態に応じて社会資源を紹介したり、何らかの支援が必要にも関わらず支援が届いていない方へ早い段階で介入します。
- ④ 地域の活動（町内会など）が、新型コロナウイルス感染症が流行する前の状態に戻りつつあるにもかかわらず、外出を控えたまま過ごしている方を把握した場合には、その方にあわせた社会参加の場を紹介します。

(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

認知症等など何らかの理由で介護が必要になっても、今の住居で暮らしたいという住民のニーズがあります。一方で、就労人口の減少で高齢者の生活に必要な細かな支援を行政や介護保険サービス事業者等が提供するの難しくなります。高齢者福祉施策の継続だけでなく住民による支え合いを進め、地域共生社会の実現を目指します。

(3) 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

- ① 高齢者の中での高齢化や少子化に伴う生産年齢人口の減少により、介護基盤に不可欠な介護人材の不足が予測されます。介護保険制度の理解や関心を高める中で介護人材を創出し、安定したサービス提供体制を維持する必要があります。

- ② 必要な介護保険サービスの検討と同時に、介護保険サービスが真に必要な対象者に提供されるよう給付の適正化を図ります。
- ③ 第8期計画期間の振り返りから、感染症蔓延下や災害等予期せぬ事態発生に備えたサービス提供体制を視野に事業所機能の充実を目指します。

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

事業名	担当係
(1) 介護予防教室開事業	介護予防係
(2) 機能訓練教室開催事業	
(3) 高齢者体力増進教室開催事業	
(4) 介護予防相談事業	
(5) 生活支援体制整備事業（通いの場）	
(6) 高齢者支援活動推進事業	
(7) 介護予防ポイント推進事業	
(8) 高齢者学級「めむろ柏樹学園」開催事業	社会教育係
(9) 各種健診等実施事業（受託）	公立芽室 病院
(10) 地域医療包括ケア推進事業	
(11) 医療相談室運営事業	
(12) 特定健診事業	
(13) 後期高齢者特定健診事業	国保医療係
(14) 特定保健指導事業	保健推進係
(15) 健康診査推進事業	
(16) シニアワークセンター支援事業	社会福祉係
(17) 老人クラブ支援事業	
(18) 地域交流サロン支援事業	
(19) 敬老祝い金支給事業	
(20) 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

事業名	担当係
(1) 認知症初期集中支援事業	在宅支援係
(2) 認知症サポーター養成事業	
(3) 認知症地域支援・ケア向上事業	
(4) 高齢者 SOS ネットワーク事業	
(5) 成年後見推進事業	
(6) 地域包括支援センター運営事業	
(7) 生活支援体制整備事業（生活支援）	
(8) 在宅医療・介護連携推進事業	
(9) 高齢者食事サービス事業	
(10) 家族介護用品支給事業	
(11) 除雪サービス事業	
(12) 急通報システム運営事業	
(13) 養護老人ホーム入所関連事務	社会福祉係
(14) 心配ごと相談	
(15) 要配慮者支援事業	

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

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

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)介護予防教室開催事業

気軽に通える介護予防教室と、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。

(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。

(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。

(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、健診結果で血糖や血圧のコントロール不良者で薬剤治療がない方には保健指導により、重症化を予防します。

(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。

(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。

(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。

(8)高齢者学級「柏樹学園」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、ふるさと歴史館まつりへの協力などの活動を行います。

(9)各種健診等実施事業(受託)

芽室町や他市町村及び他事業所等の要請を受け、各種健診業務を実施します。さらなる健診体制の整備に努めていきます。

(10)地域医療包括ケア推進事業

他医療機関、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・在宅医療（訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ）の提供を行っていきます。

(11)医療相談室運営事業

入院・外来の患者及び他医療機関患者に対して、地域連携室の看護師・医療ソーシャルワーカー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。

(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。

(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。フレイル予防の観点から、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。

(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ぐことで、健康で生き生きした暮らしの実現を目指します。

(15) 健康診査推進事業

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

(16) 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「就労コーディネーター」の配置を支援します。

(17) 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。

(18)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。

(19)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 77 歳（喜寿）、88 歳（米寿）、100 歳（上寿）の方に、感謝状とお祝いを贈呈します。

(20)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サービスに至る前の早期支援を目的とした家庭訪問を実施します。

基本目標 2 何らかの支援が必要になっても、今の住まいで暮らせる仕組み

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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、認知症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。

(4) 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・通報が行えるシステムを導入し、発見から保護までを迅速に行います。

(5) 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。

(6) 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。

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います。

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。

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。

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。

(7)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と進めます。

(8)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。

(9)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。

(10)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。

(11)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。

(12)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。

(13)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。

(14)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・行政相談員などについて、問題解決に向けたアドバイスや橋渡しを行います。とま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。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。

(15)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、65歳到達者や要介護認定者など、特に支援を必要とする方への登録勧奨を今後も継続するとともに、登録者には「安心キット」を配布し、災害・緊急時に迅速に対応できるよう事業を進めます。

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	3
	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
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	6

●のサービスについては地域密着型サービスであり、個別に整備目標量等を設定しています。

※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、施設および居住系サービス給付月額が1.5倍、在宅サービス給付月額は0.9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今後の介護サービスの需要と基盤整備について

芽室町においては今後も高齢者人口・要介護認定率はともに増加を続けます。また、サービス利用者数の推計も増加する見込みです。町民の介護ニーズを捉えたサービスの提供体制を整え、安定したサービスの提供に努めます。

④第8期介護保険事業計画に向けた調査結果からわかること

94.6%の人が「介護が必要になっても芽室町で暮らしたい」と希望しています。持ち家（一戸建て）に住んでいる方のうち、85.7%が、今の住まいに住み続けたいと回答しています。訪問系サービスには、利用する頻度が多いほど介護者の不安を軽減する効果があり、その結果、施設入所の検討に影響を及ぼします。

⑤運動特化型の通所介護について

第7期介護保険事業計画に実施していた、運動特化型の通所介護の検証については、自立支援・介護予防・重度化防止の推進に対して効果が確認できており、今後も介護事業者に対し継続して周知する必要があります。

⑥リハビリテーションの目標について

芽室町におけるリハビリテーションのサービスの利用率は全国、全道をと比べると3倍近く高いものとなっており、芽室町が目指す重度化防止や自立支援に向けた介護保険サービスとして重要な役割を担っています。事業所と町が協力し、利用者が今後も住み慣れた地域でリハビリテーションのサービスを活用しながら自分らしく過ごせる町を目指します。

現在、アウトカム指標として使用する、現状を数値化したデータ（BIやFIM）がないため、第8期計画期間中に本町のデータを取りまとめる必要があります。

⑦地域共生社会の実現に向けて

第7期計画期間中に介護保険と障害福祉制度に「共生型サービス」が創設され、介護保険又は障害福祉のいずれかで指定を受けた事業所がもう一方の制度における指定を受けやすくなりました。現在事業者から具体的な

相談は受けてはいませんが、共生型サービスの在り様、必要性について事業者とともに検証していきます。

⑧地域密着型サービスの整備計画

高齢者が住み慣れた地域で生活するという観点から、日常生活圏域内にサービス提供の拠点が確保されるサービスであり、芽室町民のみの利用が原則となります。

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。

地域密着型サービスは現行9種類のサービスメニューがありますが、すべてのサービスを提供できる状況にはありません。従って、町民のニーズや実現性のある施設整備を念頭にサービスの提供体制を整え、安定したサービスの提供に努めます。

・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9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。ただし、認知症高齢者の住まいとしては手厚い資源であるため、今後も追加整備の必要性や時期について検証していきます。

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。

認知症高齢者の数が令和12年度まで増加すると見込んでいる本町において、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、将来的な整備について検討していきます。

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、将来的な追加整備について検討していきます。

エ 夜間対応型訪問介護

訪問介護事業所に登録している利用者に対し、夜間を含め定期巡回と通報により、随時提供するサービスですが、現在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から、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。

オ 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が、現在事業者等から具体的な整備計画がないことから見込まないこととします。今後、在宅及び施設サービスを利用する被保険者の状況、高齢者の住まいの整備状況を勘案し、必要と認められる範囲で検討していきます。

カ 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 9 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。

キ 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は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。

ク 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。

ケ 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。現在はサービス基盤がありませんが、少人数できめ細かいサービスが実施できる本サービスの需要が高まると考えられるため、事業者の動向を見極め、整備を検討します。

(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。

(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9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。

(4) 支えあいの町づくり人材育成事業

介護認定者数がピークを迎えると推計される20年後を見据えて、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に図ります。

(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5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。

芽室町では第5期（令和3年度～5年度）介護給付費適正化計画において主要事業と位置付けられる5事業（要介護認定の適正化、ケアプラン点検、住宅改修等の調査、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費通知）の実施はもちろんで、体制の標準化や内容の充実に努めました。

令和6年度以降の国の方針が再編されたことに伴い、第6期（令和6年度～8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。

ア 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。

イ 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6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。

ウ 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6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。

(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。