

報告第 1 号

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の令和 7 年度進捗状況、令和 8 年度実施計画及び評価について

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 7 年度進捗状況）

重点的な取組		令和7年度実施計画	令和7年度実績	評価指標	目標値	実績
1. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進【重点1】						
1	介護予防把握事業	介護認定を受けていない80歳到達の方の健康状態や日常生活の実態把握を行い、閉じこもり等何らかの支援を要する方を早期に把握し、必要なサービス等につなげる。	市内（3箇所）のセンターへ委託により実施した。	介護予防把握事業の調査件数	450件	406件
2	介護予防普及啓発事業	要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を図るため、必要な知識の普及啓発を行い、ＱＯＬの向上を目指す。	高齢者が要介護状態等となることの予防や住民主体の介護予防が自主的かつ継続的に実施できるよう支援し、社会等への参加を促し、生活の質の向上を目指すことを目的として、介護予防教室を市内3会場で開催した。（合計42回実施）。	介護予防教室の参加延人数	800名	770名
3	地域介護予防活動支援事業	地域のリハビリテーション専門職の協力のもと、住民主体の介護予防が自主的かつ継続的に実施できるよう支援を行う。	介護予防を住民主体で実施できるよう支援することを目的に、「フレイル予防講習会、かるやか体操体験会」を北海道リハビリテーション専門職協会へ委託し全5回実施した。	「フレイル予防講習会、かるやか体操体験会」の参加延人数	90名	168名
4	一般介護予防事業評価事業	総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を行う。	総合事業全体の評価と改善を行った。	—	—	—
5	地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーション専門職が、住民主体の通いの場や介護事業所に従事する介護職員等へ介護予防に関する技術的助言を行い、介護予防の取り組みを支援する。	通いの場の支援として、地域住民が主体的に介護予防やフレイル予防に資する活動を実施している団体に対し、地域のリハビリテーション専門職を派遣し介護予防に関する助言及び指導を行った（1団体、合計4回実施）。また、市内の通所介護事業所へリハビリテーション専門職を派遣し、介護職員に対する研修を行った他、地域包括支援センターの職員への同行訪問を通じた技術的助言を行った。（2事業所、合計2回実施）	リハビリテーション専門職を通いの場へ派遣した延回数	12回	4回
				介護事業所の介護職員等の支援の実施回数	3回	2回
6	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施し、フレイル状態に陥りやすい高齢者に対して、個々の状況に合わせた支援を行う。	糖尿病の重症化予防や低栄養防止を目的に保健指導を実施したほか、市内の町内会、サロン等の通いの場に市の保健師、管理栄養士が出向き、出前講座を実施して健康教育を行った。	重症化予防・低栄養防止に係る保健指導実施者数	15名	9名
				通いの場等における健康相談等の実施回数	18回	27回
2. 在宅医療・介護連携の推進【重点2】						
1	在宅医療・介護連携の課題抽出と対応の協議、切れ目のない在宅医療と介護提供体制の構築の推進	在宅医療・介護連携推進会議を開催し、在宅医療・介護連携における課題の抽出やその対応策及び切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて協議を行う。	在宅医療・介護連携推進会議を開催し、在宅医療・介護連携に関する課題の共有と対応策の協議を行うとともに、市民講演会や医療・介護関係者研修会について、テーマ設定や振り返りなどを行った。また、令和7年度に開設された在宅医療ソリューション会議に出席し、会議の目的を共有し、地域課題の確認・解決策の検討を行った。	在宅医療・介護連携推進会議の開催回数	2回	2回
2	地域住民への普及啓発	地域住民に在宅医療や介護についての理解を促進を図るため、市民講演会等を開催する。	令和7年11月に市民会館で、市民講演会「終活からはじまる人生のアップデート」を開催し、終活についての普及啓発を行った。また、「未来へつなぐノート」について、市公式ウェブサイトや広報紙のほか、市民講演会、介護予防教室、のぼりべつ認知症予防フェア等で周知を行い、希望者へ配付した。	在宅医療・介護連携に関する市民講演会の開催回数	1回	1回
3	在宅医療・介護連携に関する相談支援	相談窓口機能を有する地域包括支援センター（以下「センター」という。）に寄せられる相談等に対し、適切な連絡調整、情報提供を実施する。	相談窓口であるセンターが適切に対応した。また、在宅医療・介護連携推進会議においても、相談傾向について情報共有を図った。	—	—	—
4	医療・介護関係者の研修及び情報共有の支援	在宅医療・介護連携の推進のため、在宅医療・介護関係者の研修を開催し、関係者の顔の見える連携体制づくりを支援する。	のぼりべつケアマネ連絡会と共催し、令和7年12月に市民会館で、登別市在宅医療・介護連携推進事業「医療・介護関係者研修会」×「令和7年度のぼりべつケアマネ連絡会定例会」を開催した。	在宅医療・介護関係者の研修の開催回数	1回	1回

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 7 年度進捗状況）

重点的な取組	令和 7 年度実施計画	令和 7 年度実績	評価指標	目標値	実績
3. 認知症施策の推進【重点 3】					
1 認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座の開催のほか、世界アルツハイマー月間である 9 月に認知症に関する普及啓発イベントを開催する。 また、認知症予防に対する理解の促進と認知症初期集中支援チームの活動の周知を目的に「おれんじふぉーむ」を開催する。	令和 7 年 6 月に鷺別コミュニティセンターで一般向けの認知症サポーター養成講座を、令和 7 年 7 月に鷺別コミュニティセンターでステップアップ講座を開催した。 また、認知症に関する普及啓発イベントとして、世界アルツハイマー月間である 9 月に、認知症を正しく理解してもらうため、市立図書館及び市民会館、若草つどいセンターに認知症に関する書籍の特集コーナーを設置したほか、市広報紙に新たな認知症施策としてチームオレンジの特集記事を掲載し周知を行った。 例年開催していた「おれんじふぉーむ」は「のぼりべつ認知症予防フェア」へ開催形式を変更し、イオン登別店で開催した。	認知症サポーター養成数（累積）	11,734人	11,741人
			ステップアップ講座受講者数	20人	25人
2 相談先の周知	「認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）」や認知症サポーター養成講座の場等を活用し、認知症地域支援推進員の活動や認知症施策等について周知啓発を行うほか、ケアパスの見直しについて、おれんじ連絡会等を活用し、検討を進める。	認知症サポーター養成講座やのぼりべつ認知症予防フェアの来場者へケアパスを配付し、相談先や認知症施策を周知したほか、令和 7 年 4 月にオレンジ通信を発行し、認知症地域支援推進員の取組の周知を行った。 また、ケアパスの見直しについて、おれんじ連絡会で協議し、編集作業を行った。 ※ケアパスについては、令和 8 年 4 月に改訂	—	—	—
3 認知症予防に資する可能性のある活動の推進	一般介護予防事業や高齢者保健と介護予防の一体的実施とも連携した認知症予防対策に取り組む。	一般介護予防事業の介護予防教室で、市と包括連携協定を締結している企業から講師を招き、認知症予防に関する講義を行った。 また、シルバー人材センター会員に対しても認知症予防に関する健康教室を行った。	—	—	—
4 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	センターや認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターと連携し、軽度認知障害（MCI）と診断された方の支援を行う。 また、SOS ネットワーク協力機関と連携を図り、地域の見守り機能の強化を推進する。	認知症初期集中支援チームが認知症の方への早期支援を包括的・集中的に行い、本人とその家族を支援したほか、認知症初期集中支援チームのチーム員会議等を通して、関係者間の連携強化を図った。 また、令和 7 年 9 月に市内 3 箇所で SOS ネットワークを活用したはいかい模擬訓練を実施した。	—	—	—
5 認知症バリアフリーの推進、社会参加支援	認知症の方やその家族が認知症カフェに参加してもらえるよう、運営方法について振り返りを行うほか、地域等に周知を図る。 また、チームオレンジの活動を市民に周知し、活動の拡充を図る。	認知症カフェについて、市公式ウェブサイトや市公式 LINE に掲載したほか、認知症サポーター養成講座やのぼりべつ認知症予防フェアでも紹介し、周知を行った。 また、チームオレンジについては、ステップアップ講座での活動紹介や世界アルツハイマー月間におけるパネル展示、広報紙への掲載を行い、昨年度からの継続 1 件、新規 2 件の活動を実施した。 ※認知症カフェについては、令和 8 年 4 月に「ゆ〜カフェ」が新規開設	認知症カフェ利用者数	1,200人	1,229人

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 7 年度進捗状況）

重点的な取組	令和 7 年度実施計画	令和 7 年度実績	評価指標	目標値	実績
4. 地域ケア会議の推進【重点 4】					
1 個別ケア会議	支援困難事例等について、多様な関係者が協働し、在宅生活を支援するための検討を行い、個別課題の解決を図るとともに、地域関係者のネットワークの構築、さらには地域全体の高齢者支援に係る課題を把握する。	支援困難事例等について、個別ケア会議を通じて、地域住民や関係者が多様な視点で在宅生活を支援するための検討を行い、高齢者の課題解決を図るとともに、地域関係者のネットワークの構築を行った。 また、ケアマネジャーの研修会の開催時や地域包括支援センターによる介護事業所訪問時に個別ケア会議のリーフレットを手渡し、開催事例の呼びかけや相談事例の把握を行った。	個別ケア会議の開催回数	9 回	9 回
2 介護予防・自立支援型個別ケア会議	多職種の専門職からの助言を得ることで、要支援者等の生活行為の課題を明らかにし、高齢者の QOL の向上を目指すとともに、ケアマネジャー等のケアマネジメント力を高め、介護予防に資するケアプランの作成とそのケアプランに即したケア等の提供を行うことで個別事例を通して地域課題を把握する。	多職種の専門職からの助言を得ることで、要支援者等の生活行為の課題を明らかにし、高齢者の QOL の向上を目指すとともに、介護支援専門員のケアマネジメント力を高めることに繋がった。	介護予防・自立支援型個別ケア会議の開催回数	20 回	19 回
3 地域包括ケアシステム推進会議	個別ケア会議や介護予防・自立支援型個別ケア会議等から把握した地域課題等の共有を図り、総合的な調整を行うとともに、地域づくり、地域に必要な資源開発及び地域課題の解決に向けた施策を講じるための検討を行う。	登別市、社会福祉協議会及び地域包括支援センターの 3 者間で目指すべき方向性について目線合わせを行うため、外部のアドバイザーから支援を受けながら、ロジックモデルの作成を行ったほか、地域課題や各々の取組状況を整理し、地域課題の解決に向けた施策を講じるための検討を行った。	地域包括ケアシステム推進会議の開催回数	3 回	3 回
5. 地域包括支援センターの適切な運営【重点 5】					
1 総合相談支援業務	地域住民などから寄せられる相談に対し、適切な保健・医療・福祉・介護サービスなどに繋がれるよう支援する。	相談からサービス調整までをセンターにおいてワンストップ対応に努め、フォローアップを心がけた。また、市とセンターにおいて必要に応じて情報共有を図った。	総合相談者数	5,000 人	5,596 人
2 権利擁護業務	センターや関係機関と連携し、高齢者世帯や認知症高齢者等の消費者被害防止や高齢者虐待の早期対応に取り組む。	消費者被害の防止を図るため、センターや関係機関と最新事例の共有や勉強会を行ったほか、高齢者宅の訪問等により高齢者虐待の早期発見、早期終結・再発防止に向け、コアメンバー会議等で情報共有、対応検討等センターと連携を図った。	—	—	—
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	センターが行う介護支援専門員に対するケアプラン作成等に関する後方支援や資質向上に向けた研修会等の実施、ネットワークの再構築を進める。	センター主催で介護支援専門員に対し資質向上に向けた研修会を開催した。	—	—	—
4 介護予防ケアマネジメント業務	センター等が実施する介護予防ケアマネジメント業務について、介護予防サービスや社会資源、自立支援型個別ケア会議等の活用を促す。	自立支援型個別ケア会議の開催を通して、ケアプランの方向性を確認した。	—	—	—
5 認知症施策の推進	認知症地域支援推進員を配置し、認知症の方への総合的な支援体制の構築と認知症のケア向上に向けた取り組みを推進する。	3. 認知症施策の推進【重点 3】に記載	—	—	—
6 地域包括支援センターの事業評価	全国一律の評価基準により、市とセンターの機能について、地域包括支援センター運営協議会において評価する。	市とセンターにおいて事業評価に取り組み、センターにおける業務の実施状況を把握した。	—	—	—

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 7 年度進捗状況）

重点的な取組	令和7年度実施計画	令和7年度実績	評価指標	目標値	実績
6. 生活支援体制の充実【重点6】					
1 ニーズの把握	地域ケア会議への参画や関係者との協議等により、地域の高齢者が抱える生活上のニーズを把握する。	地域ケア会議及び重層的支援体制整備事業支援会議に参加し、地域住民や関係機関等と一緒に協議する中で、地域の高齢者が抱える生活支援ニーズについて把握を行った。	地域支え合い推進員の地域ケア会議への参加回数	20回	20回
2 資源の把握	多様な主体が実施する、高齢者の生活支援に結びつくサービスを把握し、日常生活に必要なサービスをまとめた「くらしあったか便利帳」を更新し、掲載内容の充実に務める。	高齢者の生活支援に結びつくサービスを把握するため、「くらしあったか便利帳」の改訂を行い、後期高齢者健康診査受診券に案内を同封するなどの周知を行った。	くらしあったか便利帳の更新	1回	1回
3 ニーズと資源のマッチング	生活支援コーディネーターの補完的な役割として多様な主体が参画する協議体会議を開催し、生活支援コーディネーターと協議体が連携しながらニーズと支援のマッチングを推進する。	地域包括ケアシステム推進会議を兼ねた生活支援体制整備事業協議体会議を開催し、外部のアドバイザーから支援を受けながら、ニーズと支援のマッチング等の仕組みづくりに向けた検討を行った。	協議体会議の開催回数	3回	3回
4 生活支援体制の強化	ボランティアや民間企業、社会福祉法人、住民主体の通いの場などの多様な主体に、地域の支え合い体制の構築の仕組みづくりの協議に参画してもらい、生活支援体制の強化につなげる。	住民主体の通いの場の活動が持続可能なものとなるよう、登別市、社会福祉協議会及び市内医療機関のリハビリテーション専門職による協議を行い、生活支援体制の強化につなげた。	—	—	—
5 多様な主体間のネットワーク強化	多様な主体が協議体への参画をすること等を通して、関係者間のネットワーク強化を図る。	地域包括ケアシステム推進会議を兼ねた生活支援体制整備事業協議体会議を開催し、関係者間のネットワーク強化を図ったほか、北海道の生活支援・介護予防充実強化研修への参加を通じて、胆振管内における生活支援コーディネーター（行政・関係機関を含む）間での情報交換等を行った。	—	—	—
7. 虐待防止・権利擁護の推進【重点7】					
(1) 虐待防止対策の推進					
1 高齢者の虐待防止対策の充実	市及びセンター向けの研修会や介護サービス事業者向けの勉強会を実施する。	実際に対応した身体的虐待事例を用いた勉強会を8月に、在宅介護サービス事業所従事者等を対象にした基礎知識やグループワークを10月に、セルフネグレクトの事例を用いた勉強会を1月に行った。	高齢者虐待に関する研修会・勉強会の開催	3回	3回
2 高齢者の生活安全	消費生活センター等と連携し、消費者被害等の防止に向け、最新事例の共有やリーフレットの配布など情報発信を実施する。	消費生活センター等と連携し、消費者被害等の防止に向け、最新事例の共有を行った。センターの通信紙で最新情報を周知した。	—	—	—
(2) 成年後見制度の利用促進（登別市成年後見制度利用促進基本計画）					
1 地域連携ネットワークの構築と役割	権利擁護支援の必要な人の発見・支援及び早期の段階からの相談・対応体制の整備に努める。また、意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築を進める。	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携し、意思決定支援や身上保護が必要な人の早期発見、相談や成年後見制度の利用につなげた。	—	—	—
2 地域連携ネットワークの中核機関の整備	権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核機関の設置について検討を進める。	権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核機関の設置に向け検討し、令和7年4月1日より室蘭成年後見支援センターを中核機関として設置した。	—	—	—
3 地域連携ネットワークの中核機関の機能	出前講座等で成年後見制度の普及に努めるとともに、相談機能等の充実に努める。また、市民後見人等の支援、育成に努める。	成年後見制度の理解を図るため地域住民への説明会を3回、成年後見人養成講座を受講した人へのフォローアップ研修を1回行った。	成年後見制度の普及啓発に関する研修会等	5回	4回
4 チーム・協議会	近隣市町や北海道、札幌家庭裁判所室蘭支部とも連携し、必要な対応や支援について検討を進める。	必要な対応等を進めるため、札幌家庭裁判所室蘭支所と情報共有や意見交換等を行った。	—	—	—

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 7 年度進捗状況）

重点的な取組	令和 7 年度実施計画	令和 7 年度実績	評価指標	目標値	実績
8. 介護保険制度の円滑な運営【重点 8】					
1 介護保険制度の普及啓発	介護保険制度のほか市内事業者の情報等を市公式ウェブサイト、パンフレット等を活用し市民周知を図る。	市公式ウェブサイト介護保険制度及び各種手続き方法等を掲載するとともに、令和 7 年度介護保険料納入通知書（当初賦課分）発送時に、介護保険料に係る案内チラシを同封した（送付件数16,682件）。また、転入や年齢到達により本市の介護保険資格を取得した被保険者に対し、介護保険被保険者証の送付時に市内のセンター及び居宅介護支援事業所の一覧を同封した。	—	—	—
2 介護保険サービスの基盤整備	第10期計画の基盤整備へ向けた調査を実施する予定。	介護サービスの実利用状況を把握するために、「在宅介護実態調査」を実施した。「介護サービス事業者調査」については令和 8 年度に実施する。	—	—	—
3 介護給付の適正化	認定調査内容は市職員が全件点検し、介護報酬や医療情報との突合も国保連への委託により適正化を図る。ケアプラン点検は 2 事業所に対し行う予定。 不適切または不要な住宅改修を排除するため、受給者宅への改修工事前後の訪問調査による点検を実施する。 利用者の身体状況に応じて必要な福祉用具の利用を進めるため、利用者宅への訪問調査による点検を実施する。	認定調査内容は全件実施した。ケアプラン点検については、2 事業所を予定していたが、1 事業所が休止となったため、1 事業所へ実施（2 件）となった。 住宅改修の点検は、確認可能な利用者宅（17 件）を訪問し点検した。 福祉用具の利用者宅への訪問調査は、今後実施する予定。	認定調査・点検実施率	100%	100%
			ケアプラン点検及び面談	2 事業所（3 件）	1 事業所（2 件）
			住宅改修の点検	月 5 件	17 件
			福祉用具購入・貸与調査	月 5 件	0 件
4 介護保険料の収納率向上	引き続き夜間・休日の納付相談を実施し、収納率向上を目指す。（令和 5 年度実績：98.7%）	計画どおり実施した。	—	—	—
9. 介護保険サービスの質の向上【重点 9】					
1 介護サービス事業者への支援・指導	7 月より順次運営指導を実施し、適切なサービス提供につながるよう指導を行う。	8 月から指導を開始し、13 事業所に対し運営指導を行った。	—	—	—
2 介護従事者の人材確保及び介護現場の生産性の向上	介護に関する市民向けの講座や高校生向けの講座を実施するなど介護離職防止・定着促進を図る。	高校生向けの研修を10月に実施し、一般向けの研修を 1 月に実施した。また、介護職員初任者研修受講者に対し受講費の助成を行った。	—	—	—
3 苦情・相談体制の整備	介護サービス利用についての苦情等について、センター等と連携し迅速に対応する。	苦情処理専門部会に報告する案件はなかった。相談については、随時対応した。	—	—	—
10. 介護予防・生活支援サービス事業の実施【重点 10】	引き続き、サービスの利用状況を把握し適切なサービス提供のあり方を検討する。	毎月の給付実績の確認やセンターの職員と市の担当者からなる部会等で、各事業所の利用状況などを確認しサービスの現状を把握した。	—	—	—

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 8 年度実施計画）

重点的な取組	令和 8 年度実施計画	令和 8 年度実績	評価指標	目標値	実績
1. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進【重点 1】					
1 介護予防把握事業	介護認定を受けていない80歳到達の方の健康状態や日常生活の実態把握を行い、閉じこもり等何らかの支援を要する方を早期に把握し、必要なサービス等につなげる。		介護予防把握事業の調査件数	450件	
2 介護予防普及啓発事業	要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を図るため、必要な知識の普及啓発を行い、ＱＯＬの向上を目指す。		介護予防教室の参加延人数	800名	
3 地域介護予防活動支援事業	地域のリハビリテーション専門職の協力のもと、住民主体の介護予防が自主的かつ継続的に実施できるよう支援を行う。		「シニア健康スタートアップ教室」の参加延人数	90名	
4 一般介護予防事業評価事業	総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を行う。		—	—	
5 地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーション専門職が、住民主体の通いの場や介護事業所に従事する介護職員等へ介護予防に関する技術的助言を行い、介護予防の取り組みを支援する。		リハビリテーション専門職を通いの場へ派遣した延回数	12回	
			介護事業所の介護職員等の支援の実施回数	3 回	
6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施し、フレイル状態に陥りやすい高齢者に対して、個々の状況に合わせた支援を行う。		重症化予防・低栄養防止に係る保健指導実施者数	15名	
			通いの場等における健康相談等の実施回数	18回	
2. 在宅医療・介護連携の推進【重点 2】					
1 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応の協議、切れ目のない在宅医療と介護提供体制の構築の推進	在宅医療・介護連携推進会議を開催し、在宅医療・介護連携における課題の抽出やその対応策及び切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて協議を行う。		在宅医療・介護連携推進会議の開催回数	2 回	
2 地域住民への普及啓発	地域住民に在宅医療や介護についての理解を促進を図るため、市民講演会等を開催する。		在宅医療・介護連携に関する市民講演会の開催回数	1 回	
3 在宅医療・介護連携に関する相談支援	相談窓口機能を有する地域包括支援センター（以下「センター」という。）に寄せられる相談等に対し、適切な連絡調整、情報提供を実施する。		—	—	
4 医療・介護関係者の研修及び情報共有の支援	在宅医療・介護連携の推進のため、在宅医療・介護関係者の研修を開催し、関係者の顔の見える連携体制づくりを支援する。		在宅医療・介護関係者の研修の開催回数	1 回	
3. 認知症施策の推進【重点 3】					
1 認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座の開催のほか、世界アルツハイマー月間である 9 月に認知症に関する普及啓発イベントを開催する。 また、認知症予防に対する理解の促進と認知症初期集中支援チームの活動の周知を目的に認知症予防フェアを開催する。		認知症サポーター養成数（累積）	12,111人	
			ステップアップ講座受講者数	20人	
2 相談先の周知	「認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）」や認知症サポーター養成講座の場等を活用し、認知症地域支援推進員の活動や認知症施策等について周知啓発を行う。		—	—	
3 認知症予防に資する可能性のある活動の推進	一般介護予防事業や高齢者保健と介護予防の一体的実施とも連携した認知症予防対策に取り組む。		—	—	

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 8 年度実施計画）

重点的な取組		令和 8 年度実施計画	令和 8 年度実績	評価指標	目標値	実績
4	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	センターや認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターと連携し、認知症の方の早期発見・早期対応に取り組む。 また、SOS ネットワーク協力機関と連携を図り、地域の見守り機能の強化を推進する。		—	—	
	認知症バリアフリーの推進、社会参加支援	認知症の方やその家族が認知症カフェに参加してもらえるよう、運営方法について振り返りを行うほか、地域等に周知を図る。 また、チームオレンジの活動を市民に周知し、活動の拡充を図る。		認知症カフェ利用者数	1,200人	
4. 地域ケア会議の推進【重点 4】						
1	個別ケア会議	支援困難事例等について、多様な関係者が協働し、在宅生活を支援するための検討を行い、個別課題の解決を図るとともに、地域関係者のネットワークの構築、さらには地域全体の高齢者支援に係る課題を把握する。		個別ケア会議の開催回数	9 回	
	介護予防・自立支援型個別ケア会議	多職種の専門職からの助言を得ることで、要支援者等の生活行為の課題を明らかにし、高齢者のQOLの向上を目指すとともに、ケアマネジャー等のケアマネジメント力を高め、介護予防に資するケアプランの作成とそのケアプランに即したケア等の提供を行うことで個別事例を通して地域課題を把握する。		介護予防・自立支援型個別ケア会議の開催回数	20回	
	地域包括ケアシステム推進会議	個別ケア会議や介護予防・自立支援型個別ケア会議等から把握した地域課題等の共有を図り、総合的な調整を行うとともに、地域づくり、地域に必要な資源開発及び地域課題の解決に向けた施策を講じるための検討を行う。		地域包括ケアシステム推進会議の開催回数	3 回	
5. 地域包括支援センターの適切な運営【重点 5】						
1	総合相談支援業務	地域住民などから寄せられる相談に対し、適切な保健・医療・福祉・介護サービスなどに繋がれるよう支援する。		総合相談者数	5,000人	
	権利擁護業務	センターや関係機関と連携し、高齢者世帯や認知症高齢者等の消費者被害防止や高齢者虐待の早期対応に取り組む。		—	—	
	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	センターが行う介護支援専門員に対するケアプラン作成等に関する後方支援や資質向上に向けた研修会等の実施、ネットワークの再構築を進める。		—	—	
	介護予防ケアマネジメント業務	センター等が実施する介護予防ケアマネジメント業務について、介護予防サービスや社会資源、自立支援型個別ケア会議等の活用を促す。		—	—	
	認知症施策の推進	認知症地域支援推進員を配置し、認知症の方への総合的な支援体制の構築と認知症のケア向上に向けた取り組みを推進する。		—	—	
	地域包括支援センターの事業評価	全国一律の評価基準により、市とセンターの機能について、地域包括支援センター運営協議会において評価する。		—	—	
6. 生活支援体制の充実【重点 6】						
1	ニーズの把握	地域ケア会議等への参画や関係者との協議等により、地域の高齢者が抱える生活上のニーズを把握する。		地域支え合い推進員の地域ケア会議等への参加回数	20回	
	資源の把握	多様な主体が実施する、高齢者の生活支援に結びつくサービスを把握し、日常生活に必要なサービスをまとめた「くらしあったか便利帳」を更新し、掲載内容の充実に務める。		くらしあったか便利帳の更新	1 回	
	ニーズと資源のマッチング	生活支援コーディネーターの補完的な役割として多様な主体が参画する協議体会議を開催し、生活支援コーディネーターと協議体が連携しながらニーズと支援のマッチングを推進する。		協議体会議の開催回数	3 回	

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗管理について（令和 8 年度実施計画）

重点的な取組		令和 8 年度実施計画	令和 8 年度実績	評価指標	目標値	実績
4	生活支援体制の強化	ボランティアや民間企業、社会福祉法人、住民主体の通いの場などの多様な主体に、地域の支え合い体制の構築の仕組みづくりの協議に参画してもらい、生活支援体制の強化につなげる。		—	—	
	多様な主体間のネットワーク強化	多様な主体が協議体への参画をすること等を通して、関係者間のネットワーク強化を図る。		—	—	
7. 虐待防止・権利擁護の推進【重点 7】						
(1) 虐待防止対策の推進						
1	高齢者の虐待防止対策の充実	市及びセンター向けの研修会や介護サービス事業者向けの勉強会を実施する。		高齢者虐待に関する研修会・勉強会の開催	3 回	
2	高齢者の生活安全	消費生活センター等と連携し、消費者被害等の防止に向け、最新事例の共有やリーフレットの配布など情報発信を実施する。		—	—	
(2) 成年後見制度の利用促進（登別市成年後見制度利用促進基本計画）						
1	地域連携ネットワークの構築と役割	権利擁護支援の必要な人の発見・支援及び早期の段階からの相談・対応体制の整備に努める。また、意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築を進める。		—	—	
2	地域連携ネットワークの中核機関の整備	権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核機関の設置について検討を進める。	令和 7 年 4 月 1 日設置済	—	—	—
3	地域連携ネットワークの中核機関の機能	出前講座等で成年後見制度の普及に努めるとともに、相談機能等の充実を図るとともに、市民後見人等の支援、育成に努める。また、困難対応なケースについて、法曹職を含む協議会への相談体制の強化を図る。		成年後見制度の普及啓発に関する研修会等	5 回	
4	チーム・協議会	近隣市町や北海道、札幌家庭裁判所室蘭支部とも連携し、必要な対応や支援について検討を進める。		—	—	
8. 介護保険制度の円滑な運営【重点 8】						
1	介護保険制度の普及啓発	介護保険制度のほか市内事業者の情報等を市公式ウェブサイト、パンフレット等を活用し市民周知を図る。		—	—	
2	介護保険サービスの基盤整備	第10期計画の基盤整備へ向けた調査を実施する。実施した調査などから内容の把握や分析等を行う。		—	—	
3	介護給付の適正化	認定調査内容は市職員が全件点検し、介護報酬や医療情報との突合も国保連への委託により適正化を図る。ケアプラン点検は 2 事業所に対し行う予定。 不適切または不要な住宅改修を排除するため、受給者宅への改修工事前後の訪問調査による点検を実施する。 利用者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めるため、利用者宅への訪問調査による点検を実施する。		認定調査・点検実施率	100%	
				ケアプラン点検及び面談	2 事業所（4 件）	
				住宅改修の点検	月 5 件	
				福祉用具購入・貸与調査	月 5 件	
4	介護保険料の収納率向上	引き続き夜間・休日の納付相談を実施し、収納率向上を目指す。（令和 5 年度実績：98.7%）		—	—	
9. 介護保険サービスの質の向上【重点 9】						
1	介護サービス事業者への支援・指導	7 月より順次運営指導を実施し、適切なサービス提供につながるよう指導を行う。		—	—	
2	介護従事者の人材確保及び介護現場の生産性の向上	介護離職防止・定着促進を図るため、介護に関する市民向けの講座や高校生向けの講座を実施する予定。		—	—	
3	苦情・相談体制の整備	介護サービス利用についての苦情等について、センター等と連携し迅速に対応する。		—	—	
10. 介護予防・生活支援サービス事業の実施【重点 10】		引き続き、サービスの利用状況を把握し適切なサービス提供のあり方を検討する。		—	—	

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の評価について

重点的な取組		計画期間中の主な取組内容	第 9 期取組内容の評価	達成度合
1. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進【重点 1】				
1	介護予防把握事業	○要介護認定を受けていない高齢者の健康状態及び日常生活の把握を行い、閉じこもり等の何らかの支援を要する方を早期に発見し、健診・医療の受診勧奨や介護サービス等につなげます。	○介護予防把握事業については、令和 6 年度は 443 件実施し、総合相談 18 件、要介護認定申請 8 件につながった。令和 7 年度は 406 件実施し、総合相談 10 件、要介護認定申請 10 件につながった。	○
2	介護予防普及啓発事業	○要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を図るため、必要な知識の普及啓発を行い、日常生活の活動を高め、社会等への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現など、QOL の向上を目指します。	○介護予防普及啓発事業として、高齢者が要介護状態等となることの予防や社会等への参加を促し、QOL の向上を目指すことを目的として介護予防教室を開催した。 (令和 6 年度：42 回、延べ 850 人 令和 7 年度：42 回、延べ 770 人)	○
3	地域介護予防活動支援事業	○介護予防を住民団体内で指導できる人材を育成することを目的に、住民主体の介護予防活動が自主的かつ継続的に実施できるよう支援します。	○介護予防を住民団体内で指導できる人材を育成することを目的に、令和 6 年度は「かるやか体操指導者講座」を、介護予防を住民主体で実施できるよう支援することを目的に、令和 7 年度は「フレイル予防講習会、かるやか体操体験会」を北海道リハビリテーション専門職協会へ委託し実施した。 (令和 6 年度：5 回、延べ 92 人 令和 7 年度：5 回、延べ 168 人)	○
4	一般介護予防事業評価事業	○地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を図ります。	○総合事業全体の評価と改善を行った。	○
5	地域リハビリテーション活動支援事業	○住民主体の通いの場において、リハビリテーション専門職の専門性を活かし、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく参加できる通いの場を充実させることにより、介護予防の取り組みを推進します。	○通いの場の支援として、地域住民が主体的に介護予防やフレイル予防に資する活動を実施している団体に対し、地域のリハビリテーション専門職を派遣し、介護予防に関する助言及び指導を行った。 (令和 6 年度：3 団体、12 回 令和 7 年度：1 団体、4 回) ○通所介護における自立支援に資する取組を促すことを目的に、市内の通所介護事業所へリハビリテーション専門職を派遣し、介護職員に対する研修を行った他、地域包括支援センターの職員への同行訪問を通じた技術的助言を行った。 (令和 6 年度：2 事業所、2 回 令和 7 年度：2 事業所、2 回)	○
6	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	○高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施することにより、フレイル状態に陥りやすい高齢者に対して、個々の状況に合わせた支援を行います。	○ハイレスクアプローチとして、糖尿病の重症化予防や低栄養防止を目的に保健指導を実施した。 (令和 6 年度：14 人 令和 7 年度：9 人) ○ポピュレーションアプローチとして、市内の町内会、サロン等の通いの場に市の保健師、管理栄養士が出向き出前講座を実施して健康教育を行った。 (令和 6 年度：15 箇所、24 回、344 人 令和 7 年度：23 箇所、27 回、420 人)	○
2. 在宅医療・介護連携の推進【重点 2】				
1	在宅医療・介護連携の課題抽出と対応の協議、切れ目のない在宅医療と介護提供体制の構築の推進	○地域の医療関係者や介護関係者、消防、行政等が参画する在宅医療・介護連携推進会議を継続的に開催し、在宅医療・介護連携における課題の抽出やその対応策及び切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて協議します。	○在宅医療・介護連携推進会議を年 2 回開催し、室蘭市医師会、室蘭歯科医師会、北海道薬剤師会室蘭支部、西いぶり訪問看護者連絡会、のぼりべつケアマネ連絡会、地域包括支援センター、登別市消防、登別市の関係者で、在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けた協議を行うことができた。	○

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の評価について

重点的な取組		計画期間中の主な取組内容	第 9 期取組内容の評価	達成度合
2	地域住民への普及啓発	○地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるよう市民講演会の開催等により、理解の促進を図ります。	○市民講演会を年 1 回開催し、人生会議や終活をテーマとした普及啓発を行うことができた。 ○市で作成している「未来へつなぐノート」について、広報紙や市民講演会、介護予防教室のほか、令和 6 年度は民生委員児童委員役員会、連合町内会役員会、令和 7 年度は町内会回覧やのぼりべつ認知症予防フェア等で周知を行い、希望者へ配付することができた。	○
	3 在宅医療・介護連携に関する相談支援	○在宅医療・介護の連携を支援するための相談窓口機能を地域包括支援センター（以下「センター」という。）に置き、地域の医療・介護関係者等からの相談に対し、連絡調整、情報提供を行うなどの支援をします。	○相談窓口であるセンターが適切に対応しており、在宅医療・介護連携推進会議においても、相談傾向について情報共有を図ることができた。	○
	4 医療・介護関係者の研修及び情報共有の支援	○在宅医療・介護連携の推進のためには、医療関係者と介護関係者の連携が重要であることから、研修会の開催等を通して、顔の見える連携体制づくりを支援します。	○のぼりべつケアマネ連絡会と共催で医療・介護関係者研修会を年 1 回開催し、医療・介護関係者の顔の見える連携体制づくりの支援を行うことができた。	○
3. 認知症施策の推進【重点 3】				
1	認知症に関する理解促進	○職域や企業での認知症サポーターの養成講座や、人格形成の重要な時期である小中学生への認知症キッズサポーター養成講座の実施に取り組みます。 ○認知症サポーターでさらに知識を深めたい方を対象にステップアップ講座を開催するとともに、受講者が地域でボランティアとして活躍できるよう活動の支援を行います。 ○世界アルツハイマーデー（毎年 9 月 21 日）及び月間（毎年 9 月）の機会をとらえ、普及啓発イベントを開催します。 ○市民へ認知症予防に対する理解の促進と認知症初期集中支援チームの活動の周知を目的に「おれんじふぉーらむ」を開催します。	○認知症サポーターの養成講座については、市民や市内小中学校の児童・生徒に実施。（令和 6 年度：647 人、令和 7 年度：657 人） ○ステップアップ講座については、認知症サポーター養成講座終了者に対して実施。（令和 6 年度：17 人、令和 7 年度：25 人） ○世界アルツハイマー月間の普及啓発イベントとして、市立図書館等に認知症に関する書籍の特集コーナーを設置しているほか、広報 9 月号でも認知症の特集記事を掲載し周知を行った。 ○令和 6 年度は「おれんじふぉーらむ」、令和 7 年度は「のぼりべつ認知症予防フェア」を開催し、認知症予防に対する理解の促進と認知症初期集中支援チームの活動の周知を行った。	○
	2 相談先の周知	○「認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）」を積極的に活用し、いつ、どこに相談したらよいかなど、認知症に関する相談機関や医療機関等の周知を行います。 ○認知症地域支援推進員の活動周知に努めるとともに、認知症高齢者等やその家族の相談支援、関係機関への連絡・調整等の活動を推進します。	○認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）を関係機関や認知症関連のイベント来場者に配付したほか、市公式ウェブサイトで周知した。 ○令和 6 年度は広報紙に認知症の相談機関や医療機関の連絡先を掲載した。 ○おれんじ通信を年 1 回発行し、認知症地域支援推進員の取組を周知した。	○
	3 認知症予防に資する可能性のある活動の推進	○運動不足の改善、社会参加による社会的孤立の解消を図るため、地域で高齢者が身近に通える場等の拡充に努めます。 ○一般介護予防事業や高齢者の保健と介護予防の一体的実施と連携した認知症予防に取り組みます。	○通いの場の拡充については、一般介護予防事業と一体的に取り組み、通いの場の支援として、介護予防活動を実施している団体に対し、リハビリテーション専門職を派遣し、助言及び指導を行った。 （令和 6 年度：3 団体、12 回実施 令和 7 年度：1 団体、4 回実施） ○一般介護予防事業の介護予防教室で、認知症地域支援推進員や市と包括連携協定を締結している企業から講師を招き、認知症予防に関する講義を行った。 ○シルバー人材センター会員に対して認知症予防に関する健康教室を行った。	○

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の評価について

重点的な取組		計画期間中の主な取組内容	第 9 期取組内容の評価	達成度合
4	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	○認知症地域支援推進員が認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームと連携し、軽度認知障害（MCI）と診断された方への早期対応に取り組みます。 ○認知症初期集中支援チームが認知症の方への早期支援を包括的・集中的に行い、認知症高齢者等とその家族を支援します。 ○認知機能低下のある方や認知症の方を早期発見・早期対応が行えるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム及び関係機関のさらなる質の向上と連携体制の強化を図ります。 ○行方不明となった認知症高齢者等の家族の精神的負担を軽減するため、はいかい高齢者等 SOS ネットワーク事業を行うとともに、協力機関の拡充を図り、地域の見守り機能の強化を推進します。	○認知症初期集中支援チームが認知症の方への早期支援を包括的・集中的に行い、本人とその家族を支援した。また、認知症初期集中支援チームのチーム員会議等を通して、関係者間の連携強化を図った。 ○SOS ネットワークを活用したはいかい模擬訓練を年 1 回実施した。 ○令和 6 年度は認知症地域支援推進員と協力し、介護保険事業所等へ働きかけを行い、SOS ネットワーク協力機関の拡充を図った。（176箇所） ○令和 7 年度は SOS ネットワーク連絡会議を対面で開催し、ネットワーク構築の強化を図った。	○
	認知症バリアフリーの推進、社会参加支援	○認知症の方やその家族、地域住民及び専門職等の誰もが自由に参加でき、気軽に相互交流や相談等ができる地域に開かれた集う場である認知症カフェの拡充に努めます。 ○認知症の方やその家族の悩み、身近な生活支援ニーズ等を認知症サポーターを中心とした支援者となつた組織みであるチームオレンジの設置に努めます。	○令和 6 年度及び令和 7 年度は認知症カフェを運営する 2 事業者に対し補助金を交付した。また、認知症関連の講座等でも認知症カフェを紹介し、地域への周知を行った。 ○チームオレンジについては、令和 6 年度はケアマネジャーや認知症サポーターでボランティア希望者に対し、チームオレンジの説明を実施し、2 件（13回）の活動につなぐことができた。令和 7 年度は実施要項を定め、継続 1 件、新規 2 件（25回）の活動を実施した。	○
4. 地域ケア会議の推進【重点 4】				
4	1 個別ケア会議	○支援困難事例等について、多様な関係者が協働し、在宅生活を支援するための検討を行い、個別課題の解決を図るとともに、地域関係者のネットワークの構築、さらには地域全体の高齢者支援に係る課題を把握します。	○個別ケア会議については、センター主催により令和 6 年度 6 回、令和 7 年度 9 回開催され、個別課題解決機能やネットワーク構築機能、地域課題発見機能を生かすことができた。	○
	2 介護予防・自立支援型個別ケア会議	○多職種の専門職からの助言を得ることで、要支援者等の生活行為の課題を明らかにし、高齢者の QOL の向上を目指すとともに、ケアマネジャー等のケアマネジメント力を高め、介護予防に資するケアプランの作成とそのケアプランに即したケア等の提供を行うことで個別事例を通して地域課題を把握します。	○介護予防・自立支援型個別ケア会議については、市の主催により令和 6 年度 8 回、令和 7 年度 19 回開催し、多職種の専門職から助言を受けることで、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント力を高めることができた。	○
	3 地域包括ケアシステム推進会議	○個別ケア会議や介護予防・自立支援型個別ケア会議等から把握した地域課題等の共有を図り、総合的な調整を行うとともに、地域づくり、地域に必要な資源開発及び地域課題の解決に向けた施策を講じるための検討を行います。	○地域包括ケアシステム推進会議を、令和 6 年度は 4 回開催し、連合町内会、民生委員児童委員協議会、地域包括支援センター、社会福祉協議会、登別市の関係者で、生活支援体制整備事業と連動した地域の支え合い体制の構築の仕組みづくりについて協議を行うことができたが、関係者間での規範的統合を図ることができなかった。 ○令和 7 年度は登別市、社会福祉協議会及び地域包括支援センターの 3 者間で目指すべき方向性について目線合わせを行うため、外部のアドバイザーから支援を受けながら、推進会議を 3 回開催し、ロジックモデルの作成を行ったほか、地域課題や各々の取組状況を整理し、地域課題の解決に向けた施策を講じるための検討を行った。	○
5. 地域包括支援センターの適切な運営【重点 5】				
5	1 総合相談支援業務	○地域住民の総合相談窓口として、支援を必要とする方に対し必要な支援を把握し、適切な保健・医療・福祉サービス、機関や制度利用につなげるなど、センターが持つ専門性を活かした支援を行います。また、介護を行う家族等に対する支援も行います。	○地域住民の総合相談窓口として、相談から必要なサービス調整や関係機関との連携など支援に努めた。また、地域に向けた啓発活動などを通じ体制強化を図ったほか、地域特性や地域課題の分析・把握を行った。	○
	2 権利擁護業務	○一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症等による判断能力の低下等が見られる高齢者等の権利擁護の周知啓発を実施するとともに、庁内連携や関係機関とのネットワークを強化し、高齢者虐待や消費者被害の未然防止・早期発見に取り組みます。	○消費生活センターや包括支援センターと消費者被害防止の会議を 2 か月ごとに開催し、消費者被害防止のための情報共有を行った。また、高齢者虐待が発生した際は、早期に情報収集や適正な支援の方法を包括支援センターや関係機関と協議しながら、虐待の終結、再発防止に努めた。	○

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の評価について

重点的な取組		計画期間中の主な取組内容	第 9 期取組内容の評価	達成度合
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	○ケアマネジャーが作成するケアプランへの助言や相談等による後方支援の実施のほか、研修会や情報交換会の開催により、自立支援・介護予防に資する適切なケアマネジメントの作成を支援します。 ○医療機関や各施設、地域の職能団体などとの連携や地域におけるケアマネジャーとのネットワークの構築に努めます。 ○ケアマネジャーが地域ケア会議を積極的に活用することで、地域との協力体制の強化を図ることができるよう支援します。	○ケアマネジャーに対し、適切なケアプランに繋がるよう研修会を開催し資質向上や自己研鑽の機会を提供、また、通信の作成やメール、電話による後方支援を行った。 ○医療機関や各施設、地域の職能団体、地域のケアマネジャーと連携を図り相談等に対応することができた。 ○地域ケア会議において、居宅介護支援事業所の事例検討を行い、地域との協力体制の強化を図るとともに個別課題から地域の課題を見出すことができた。	○
4	介護予防ケアマネジメント業務	○要支援 1・要支援 2 と認定された方と事業対象者に対する、介護予防サービス計画作成はその計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、関係機関との連絡調整などを行います。本業務は、センターが行う業務とされており、介護保険法等により市の指定を受ける必要があります。 ○介護予防・自立支援型個別ケア会議を積極的に活用するなど、総合的な視点で支援のあり方を検討し、高齢者の自立に資する介護予防ケアマネジメントを行います。	○介護予防サービス計画に基づき、関係機関と連絡調整を行った。また、計画作成のための知識向上のため、勉強会等を行った。 ○再委託先居宅介護支援事業所等のケアマネジャーが重度化防止や介護予防に資するケアプランの作成が行えるよう電話や来所により必要な指導をした。また、介護予防・自立支援型個別ケア会議を通して総合的な視点で支援のあり方を検討し、高齢者の自立に資する介護予防ケアマネジメントを行った。	○
5	認知症施策の推進	○各センターに配置されている認知症地域支援推進員が中心となり、認知症サポーターが認知症カフェや認知症対応型共同生活介護事業所等でボランティア活動に参加できる仕組みづくりを行います。 ○認知症の予防と早期発見・早期対応のため、認知症疾患医療センター、かかりつけ医等と連携し、軽度認知障害（MCI）と診断された方への支援を行います。 ○認知症になっても住み慣れた地域でできる限り暮らしていけるよう地域での見守り体制の強化を推進するとともに、認知症本人やその家族がいつでも気軽に集える交流拠点（チームオレンジ）の活動を推進します。	3. 認知症施策の推進【重点 3】に記載	○
6	地域包括支援センターの事業評価	○地域包括支援センターの適切かつ公正な事業運営の確保等を目的とし、地域包括支援センター運営協議会を設置し、運営及び事業評価の協議を行います。 ○地域包括支援センターと市は、全国一律の評価基準に基づいた機能評価を通じて、センター機能の強化、充実に努めます。	○地域包括支援センター運営協議会を設置し、センターの適正な運営その他運営評価に関する事項等について協議した。 ○地域包括支援センターと市は、全国一律の評価基準に基づいた機能評価を通じて、センター機能の強化、充実に努めた。	○
6. 生活支援体制の充実【重点 6】				
1	ニーズの把握	○地域ケア会議への参画や関係者との協議等により、地域の高齢者が抱える生活上のニーズを把握します。	○地域ケア会議や生活支援体制整備事業協議体会議により、地域住民や他職種からの地域ニーズを把握したほか、令和 7 年度は重層的支援体制整備事業支援会議により、地域の高齢者を含めた複合的な課題ニーズを把握することができた。	○
2	資源の把握	○多様な主体が実施する、高齢者の生活支援に結びつくサービスを把握します。 ○日常生活に必要なサービスをまとめた「暮らしあったか便利帳」を更新し、掲載内容の充実に努めます。	○「暮らしあったか便利帳」を毎年更新し、生活支援サービスを把握することができた。	○
3	ニーズと資源のマッチング	○生活支援コーディネーターの補完的な役割として多様な主体が参画する協議体を設置し、生活支援コーディネーターと協議体が連携しながら、ニーズと資源のマッチングを推進します。 ○各種サービスを必要とする高齢者に「暮らしあったか便利帳」の周知を行います。	○令和 6 年度は「暮らしあったか便利帳」を後期高齢者健康診査受診券に同封するなどして周知を行った。 ○令和 7 年度は外部のアドバイザーから支援を受けながら、ニーズと資源のマッチング等の仕組みづくりに向けた検討を行ったが、マッチングの推進を図るまでには至らなかった。	△
4	生活支援体制の強化	○ボランティアや民間企業、社会福祉法人、住民主体の通いの場などの多様な主体に対して生活支援サービスの提供主体となるよう協力を依頼し、生活支援体制の強化に努めます。 ○高齢者等がサービスの担い手として活躍できる取り組みを推進します。	○生活支援体制整備事業協議体会議を、令和 6 年度 4 回、令和 7 年度 3 回開催し、多様な主体と支え合いの体制づくりについて協議を行うことができた。 ○令和 7 年度は、住民主体の通いの場の活動が持続可能なものとなるよう、登別市、社会福祉協議会及び市内医療機関のリハビリテーション専門職による協議を行い、生活支援体制の強化につなげた。	○
5	多様な主体間のネットワーク強化	○多様な主体が協議体への参画すること等を通して、関係者間のネットワーク強化を図ります。	○生活支援体制整備事業協議体会議により、関係者間のネットワーク強化を図ったほか、令和 7 年度は北海道の生活支援・介護予防充実強化研修への参加を通じて、胆振管内における生活支援コーディネーター（行政・関係機関を含む）間での情報交換等を行った。	○

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の評価について

重点的な取組	計画期間中の主な取組内容	第 9 期取組内容の評価	達成度合
7. 虐待防止・権利擁護の推進【重点 7】			
(1) 虐待防止対策の推進			
1 高齢者の虐待防止対策の充実	○虐待防止に関する市民周知を図ります。 ○介護サービス事業者へ、虐待に関する研修会を実施します。 ○関係機関とのネットワークにより、迅速な対応と適切な支援に努めます。	○令和 7 年度は、事業所向けに虐待事例を用いた勉強会、施設従事者等に基礎知識・ワーキンググループ研修等を開催した。 ○適宜関係機関との連携を図り、早期解決、再発防止に努めた。	○
2 高齢者の生活安全	○消費者被害や詐欺行為等を防止するため、啓発を図るとともに、関係機関との連携を強化します。	○消費生活センター等と連携し、消費者被害等の防止に向け、最新事例の共有を行った。センターの通信紙で最新情報を周知した。	○
(2) 成年後見制度の利用促進（登別市成年後見制度利用促進基本計画）			
1 地域連携ネットワークの構築と役割	○権利擁護支援の必要な人の発見・支援に努めます。 ○早期の段階からの相談・対応体制の整備に努めます。 ○意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築を進めます。	○地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携し、意思決定支援や身上保護が必要な人の早期発見、相談や成年後見制度の利用につなげた。	○
2 地域連携ネットワークの中核機関の整備	○室蘭成年後見支援センターを共同設置している 2 市 3 町と、権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核機関の設置について検討を進めます。	○権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核機関の設置に向け検討し、令和 7 年 4 月 1 日より室蘭成年後見支援センターを中核機関として設置した。	○
3 地域連携ネットワークの中核機関の機能	○広報機能 出前講座等で成年後見制度の普及に努めます。 ○相談機能 相談者の状況に応じた必要な支援につなげます。 ○成年後見制度利用促進機能 身寄りがないなどの理由で審判の申立てができず、成年後見制度が必要と認められる場合は、市長申立てを行います。また、後見人等へ支払う報酬金の負担が困難な方に対して、費用を助成します。 ○後見人支援機能 市民後見人等の支援、育成に努めます。	○令和 7 年度は成年後見制度の理解を図るため地域住民への研修会、成年後見人育成養成講座を受講済み者へのフォローアップ研修を行った。 ○成年後見制度が必要と認められるが、身寄りがないなどの理由で審判申立てができない者に代わり市長申立てを行い、成年後見制度の利用を行った。	○
4 チーム・協議会	○近隣市町や北海道、札幌家庭裁判所室蘭支部とも連携し、必要な対応や支援について検討を進めます。	○家事関係機関との連絡協議会に参加し、対応支援等についての情報共有や意見交換を行った。	○
8. 介護保険制度の円滑な運営【重点 8】			
1 介護保険制度の普及啓発	○広報紙、ホームページ、パンフレットなどにより、介護保険制度に関する情報を提供するとともに、各種行事や出前講座などを通して制度の普及啓発を積極的に行います。 ○要介護（要支援）認定者等に対し、利用者が介護保険サービスの選択ができるよう、厚生労働省が運用している介護サービス情報公表システムの周知に努めます。	○市公式ウェブサイト介護保険制度及び各種手続き方法等について掲載し、周知を行った。 ○毎年 7 月の介護保険料納入通知書（当初賦課分）発送時に、介護保険料に係る案内チラシを同封した。 （令和 5 年度：17,117 件送付、令和 6 年度：16,904 件送付、令和 7 年度：16,682 件送付） ○転入や年齢到達により本市の介護保険資格を取得した被保険者に対し、介護保険被保険者証の送付時に市内のセンター及び居宅介護支援事業所の一覧を同封した。 ○厚生労働省が運用している介護サービス情報公表システムについては、要介護（要支援）認定の結果通知とともに周知を行った。	○
2 介護保険サービスの基盤整備	○各調査の結果、第 9 期計画期間中の介護保険サービスの利用状況を踏まえ、第 10 期計画以降のサービスの整備予定について必要に応じ検討します。 ○高齢者の在宅生活継続のために必要な介護保険サービスの利用の促進や、質の向上に努めます。	○市内介護サービス事業所について、6 事業所が廃止、6 事業所が新規開設した。 ○第 10 期計画以降のサービスの整備については、「在宅介護実態調査」及び「介護サービス事業者調査」の結果から検討を進める。 ○市民や事業者からの相談等に迅速に対応し、サービス利用の促進や、サービスの質の向上に努めた。	○

第 9 期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の評価について

重点的な取組		計画期間中の主な取組内容	第 9 期取組内容の評価	達成度合
3	介護給付の適正化	○適切な要介護（要支援）認定を行った上で、利用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できるよう促すために、北海道と保険者が一体となり介護給付の適正化に取り組んでいることから、本市においては、費用的な効果が最も見込まれる「要介護（要支援）認定の適正化」・「ケアプラン点検」・「縦覧点検、医療情報との突合」の 3 事業に重点を置き、取り組みます。	○「要介護（要支援）認定の適正化」については、介護認定審査会資料の確認事務において、全件の認定調査内容を確認することで公平な審査を実施することができた。 ○「縦覧点検、医療情報との突合」については、国保連への委託により計画どおり実施した。 ○「ケアプラン点検」の「福祉用具の点検」については、今後実施予定。 ○「ケアプラン点検」の「住宅改修の点検」については、確認可能な利用者宅のみ、訪問による点検を実施することができた。	△
	4	介護保険料の収納率向上	○計画どおり実施した。 【参考】収納率：令和 5 年度 98.65%、令和 6 年度 98.70%、令和 7 年度 98.84%（見込）	○
9. 介護保険サービスの質の向上【重点 9】				
1	介護サービス事業者への支援・指導	○介護保険サービスの質の確保・向上を目的とし、利用者へ適切なサービスが提供されるよう事業者への支援・指導を行います。 ○事業者の業務効率化の観点から、各種届出等の文書作成に係る負担軽減を図るため、国から示された方針に基づき、申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化及び「電子申請・届出システム」の整備を行います。	○介護保険サービスの質の確保・向上を目的とし、利用者へ適切なサービスが提供されるよう事業者に対し運営指導等にあたった。 ○事業者の業務効率化の観点から、各種届出等の文書作成に係る負担軽減を図るため、国から示された方針に基づき、申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化を行い、書類提出等も I C T で対応している。	○
	2	介護従事者の人材確保及び介護現場の生産性の向上	○介護従事者の人材の確保や育成について、北海道等と連携し各種研修等事業の周知啓発を行い、離職防止・定着促進に努めます。 ○介護サービス事業者等と連携し市民を対象とした各種研修などを実施します。 ○介護サービスの質の向上や職員の業務負担の軽減、職場環境を改善するなどの生産性の向上について、北海道等と連携し各種施策の周知啓発を行います。	○
	3	苦情・相談体制の整備	○被保険者が適切かつ円滑に介護保険サービスを利用することができるよう、相談や苦情に対しセンターなどの関係機関と連携を図り、迅速に対応します。 ○介護保険制度における苦情処理機関として位置づけられている国民健康保険団体連合会や北海道と連携し、事業者への指導・助言を行います。	○
10. 介護予防・生活支援サービス事業の実施【重点 10】		○介護予防ケアマネジメントに基づき必要と認められた訪問型サービスや通所型サービスなどを提供する介護予防・生活支援サービス事業のほか、栄養改善を目的とした配食サービス、住民ボランティア等が行う見守り、リハビリテーション専門職による機能強化や短期集中型介護予防サービス等、その他の多様な生活支援サービスの必要性について、民間事業者や地域住民、介護事業者とも連携しながら引き続き検討していきます。	○サービス・活動 C（短期集中予防サービス）の実施に向け検討資料を作成した。引き続き検討を行う。	○

報告第 2 号

令和 8 年度介護保険関係予算について

1. 被保険者
 第1号被保険者 65歳以上の者
 第2号被保険者 40歳以上65歳未満の医療保険加入者

2. 保険給付費の財源構成
 介護費用から利用者負担（1割～3割）を除いた額を「給付費」といい、
 給付費の1/2を公費、1/2を保険料で賄います。

保 険 給 付 費					
公 費	国 費	定 率	20% (※)	保 険 料	第1号被保険者の保険料 23%
		調整交付金	5% + α		
		都 道 府 県	12.5% (※)		第2号被保険者の保険料 27%
		市 町 村	12.5%		

(※) 介護保険施設等の給付費の負担割合は、国費15%、都道府県17.5%

3. 地域支援事業費の財源構成
 地域支援事業の事業費は、次のとおり公費と保険料で賄います。

介護予防・生活支援サービス事業費、その他諸費及び一般介護予防事業費					
公 費	国 費	定 率	20%	保 険 料	第1号被保険者の保険料 23%
		調整交付金	5% + α		
		都 道 府 県	12.5%		第2号被保険者の保険料 27%
		市 町 村	12.5%		

包括的支援事業費・任意事業費					
公 費	国	費	38.5%	保 険 料	第1号被保険者の保険料 23%
	都 道 府 県		19.25%		
	市 町 村		19.25%		

4. 保険料
 (1) 第1号被保険者の所得段階別保険料

所得段階	第1号被保険者	保険料月額
第1段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税 ・世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入の合計額が82.65万円以下	基準額×0.285 =1,225円
第2段階	・世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入の合計額が82.65万円超120万円以下	基準額×0.485 =2,085円
第3段階	・世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入の合計額が120万円超	基準額×0.685 =2,945円
第4段階	・本人が市民税非課税（世帯の中に市民税課税の人がいる） かつ、前年の合計所得金額と課税年金収入の合計額が82.65万円以下	基準額×0.90 =3,870円
第5段階	・本人が市民税非課税（世帯の中に市民税課税の人がいる） かつ、前年の合計所得金額と課税年金収入の合計額が82.65万円超	基準額×1.00 =4,300円
第6段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満	基準額×1.20 =5,160円
第7段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満	基準額×1.30 =5,590円
第8段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満	基準額×1.50 =6,450円
第9段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満	基準額×1.70 =7,310円
第10段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満	基準額×1.90 =8,170円
第11段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満	基準額×2.10 =9,030円
第12段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満	基準額×2.30 =9,890円
第13段階	・本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上	基準額×2.40 =10,320円

(2) 保険料の状況

(単位：円)

令和8年度			令和7年度		
所得段階	月額保険料	年額保険料	所得段階	月額保険料	年額保険料
第1段階	1,225	14,700	第1段階	1,225	14,700
第2段階	2,085	25,000	第2段階	2,085	25,000
第3段階	2,945	35,300	第3段階	2,945	35,300
第4段階	3,870	46,400	第4段階	3,870	46,400
第5段階	4,300	51,600	第5段階	4,300	51,600
第6段階	5,160	61,900	第6段階	5,160	61,900
第7段階	5,590	67,000	第7段階	5,590	67,000
第8段階	6,450	77,400	第8段階	6,450	77,400
第9段階	7,310	87,700	第9段階	7,310	87,700
第10段階	8,170	98,000	第10段階	8,170	98,000
第11段階	9,030	108,300	第11段階	9,030	108,300
第12段階	9,890	118,600	第12段階	9,890	118,600
第13段階	10,320	123,800	第13段階	10,320	123,800

(3) 第1号被保険者の所得段階別人数

令和8年度			令和7年度		
所得段階	人数(人)	割合(%)	所得段階	人数(人)	割合(%)
第1段階	3,747	22.8	第1段階	3,796	22.8
第2段階	1,603	9.7	第2段階	1,624	9.7
第3段階	1,570	9.5	第3段階	1,590	9.5
第4段階	1,857	11.3	第4段階	1,881	11.3
第5段階	1,597	9.7	第5段階	1,618	9.7
第6段階	2,133	13.0	第6段階	2,161	13.0
第7段階	2,404	14.6	第7段階	2,435	14.6
第8段階	871	5.3	第8段階	883	5.3
第9段階	336	2.0	第9段階	341	2.0
第10段階	131	0.8	第10段階	133	0.8
第11段階	45	0.3	第11段階	46	0.3
第12段階	30	0.2	第12段階	30	0.2
第13段階	126	0.8	第13段階	128	0.8
計	16,450	100.0	計	16,666	100.0

5. 介護（介護予防）サービス受給人数見込

(単位：人)

◆ 居 宅 サ ー ビ ス	令和8年度	令和7年度
要 支 援 1	342	303
要 支 援 2	387	386
要 介 護 1	422	450
要 介 護 2	197	190
要 介 護 3	74	66
要 介 護 4	32	41
要 介 護 5	22	25
居 宅 サ ー ビ ス 計	1,476	1,461
◆ 施 設 サ ー ビ ス		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29	29
介護老人福祉施設	206	206
介護老人保健施設	131	130
介護療養型医療施設 (介護医療院を含む)	16	17
施 設 サ ー ビ ス 計	382	382
◆ 居 住 系 サ ー ビ ス		
認知症対応型共同生活介護	117	117
特定施設入居者生活介護	177	161
居 住 系 サ ー ビ ス 計	294	278
合 計	2,152	2,121

6. 介護給付費内訳

(単位：千円)

区 分	令和8年度当初予算	令和7年度当初予算
居 宅 サ ー ビ ス	1,428,860	1,315,947
地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	630,000	644,600
施 設 サ ー ビ ス	1,284,200	1,255,576
審 査 支 払 手 数 料	3,710	3,530
高 額 介 護 サ ー ビ ス	89,400	89,400
高額医療合算介護サービス	12,300	13,407
特定入所者介護サービス	105,200	99,132
合 計	3,553,670	3,421,592

7. 地域支援事業費内訳

(単位：千円)

区 分	令和8年度当初予算	令和7年度当初予算
介護予防・生活支援サービス事業	267,498	243,434
審 査 支 払 手 数 料	926	880
一 般 介 護 予 防 事 業	9,398	12,466
包括的支援事業・任意事業	33,842	28,470
合 計	311,664	285,250

8. 予算状況

(1) 歳入歳出予算内訳

(単位：千円)

歳入科目	R8年度 当初予算	R7年度 当初予算	比 較	主な内訳
保 険 料	744,509	754,384	△ 9,875	第1号被保険者保険料
国 庫 支 出 金	901,432	861,686	39,746	介護給付費負担金、調整交付金、地域支援事業交付金
支 払 基 金 交 付 金	1,034,624	993,268	41,356	介護給付費交付金、地域支援事業支援交付金
道 支 出 金	554,389	532,542	21,847	介護給付費負担金、地域支援事業交付金
財 産 収 入	10	10	0	利子及び配当金
繰 入 金	783,806	708,080	75,726	一般会計繰入金、基金繰入金
繰 越 金	10	10	0	
諸 収 入	220	220	0	
合 計	4,019,000	3,850,200	168,800	

歳出科目	R8年度 当初予算	R7年度 当初予算	比 較	主な内訳
総 務 費	129,668	119,425	10,243	総務管理費、認定審査会費
保 険 給 付 費	3,553,670	3,421,592	132,078	介護サービス等諸費、介護予防サービス等諸費
基 金 積 立 金	10	10	0	介護給付費準備基金積立金
地 域 支 援 費 地 事 業 費	311,664	285,250	26,414	介護予防・生活支援サービス事業費、包括的支援事業費・任意事業費
公 債 費	1,000	1,000	0	一時借入金利子
諸 支 出 金	17,988	17,923	65	保険料還付金、一般会計繰出金
予 備 費	5,000	5,000	0	
合 計	4,019,000	3,850,200	168,800	

※ 令和7年度から2か年で第10期高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定の委託料を計上する。(令和7年度：3,850千円 令和8年度：2,750千円)

(2) 保険給付費の内訳

(単位：千円)

区 分	R 8 当初	R 7 当初	比 較
介護サービス等諸費	3,060,920	2,957,025	103,895
居宅介護サービス給付費	1,015,000	929,000	86,000
特例居宅介護サービス給付費	200	200	0
施設介護サービス給付費	1,284,000	1,255,376	28,624
特例施設介護サービス給付費	200	200	0
居宅介護福祉用具購入費	4,800	4,984	△ 184
居宅介護住宅改修費	10,320	9,323	997
居宅介護サービス計画給付費	129,000	125,542	3,458
特例居宅介護サービス計画給付費	200	200	0
地域密着型介護サービス給付費	617,000	632,000	△ 15,000
特例地域密着型介護サービス給付費	200	200	0
介護予防サービス等諸費	282,140	259,098	23,042
介護予防サービス給付費	202,000	183,000	19,000
特例介護予防サービス給付費	200	200	0
介護予防福祉用具購入費	6,600	5,378	1,222
介護予防住宅改修費	17,640	17,220	420
介護予防サービス計画給付費	42,700	40,700	2,000
特例介護予防サービス計画給付費	200	200	0
地域密着型介護予防サービス給付費	12,600	12,200	400
特例地域密着型介護予防サービス給付費	200	200	0
審査支払手数料	3,710	3,530	180
高額介護サービス等費	89,400	89,400	0
高額介護サービス費	89,000	89,000	0
高額介護予防サービス費	400	400	0
高額医療合算介護サービス等費	12,300	13,407	△ 1,107
高額医療合算介護サービス費	12,000	13,107	△ 1,107
高額医療合算介護予防サービス費	300	300	0
特定入所者介護サービス等費	105,200	99,132	6,068
特定入所者介護サービス費	104,400	98,332	6,068
特例特定入所者介護サービス費	200	200	0
特定入所者介護予防サービス費	400	400	0
特例特定入所者介護予防サービス費	200	200	0
保険給付費計	3,553,670	3,421,592	132,078

(3) 地域支援事業費の内訳

(単位：千円)

区 分	R 8 当初	R 7 当初	比 較
介護予防・生活支援サービス事業費	244,889	221,230	23,659
介護予防ケアマネジメント事業費	22,609	22,204	405
審査支払手数料	926	880	46
一般介護予防事業費	9,398	12,466	△ 3,068
包括的支援事業費	20,903	21,739	△ 836
任意事業費	12,939	6,731	6,208
地域支援事業費計	311,664	285,250	26,414

(4) 地域支援事業の内容

- ① 目的 高齢者等が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進する。

② 令和8年度の主な事業内容

(単位：千円)

事業項目	事業内容	予算額
介護予防・生活支援サービス事業費		244,889
介護予防・生活支援サービス事業費	要支援者等に対し、訪問型サービス及び通所型サービスを提供し、要介護状態になることの予防または要介護状態への悪化の防止を図る。	244,363
高額介護予防・生活支援サービス費	介護予防・生活支援サービス事業における自己負担額が著しく高額である場合に、基準額を超えた分を支給する。	400
高額医療合算介護予防・生活支援サービス費	介護予防・生活支援サービス事業及び医療に係る自己負担額が著しく高額である場合に、基準額を超えた分を支給する。	126
介護予防ケアマネジメント事業費	要支援者等の心身の状況や置かれている環境等に応じて、その状態等に適したサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう支援する。	22,609
審査支払手数料	介護予防・生活支援サービス事業費の支給に関する審査及び支払に係る事務を委託し、適正な支給を行う。	926
一般介護予防事業費	高齢者が要介護状態等になることを予防し、自立した生活を長く続けることができるよう、地域のリハビリテーション専門職等を活用し、一般市民を対象に広く介護予防についての知識普及を目的とした介護予防活動普及啓発事業や住民主体の通いの場が継続して活動できるよう支援を行う地域リハビリテーション活動推進事業を実施する。また、介護予防把握事業として、当該年度に80歳に到達し、要介護認定を受けていない人を対象とした実態把握の訪問を実施するほか、総合事業全体を評価し、事業全体の改善を行う一般介護予防事業評価事業を行う。	9,398

(単位：千円)

事業項目	事業内容	予算額
包括的支援事業費		20,903
認知症初期集中支援推進事業費	認知症の方やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームの配置を委託し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。	10,824
認知症地域支援・ケア向上推進事業費	認知症の方の家族の介護負担の軽減を図るため、認知症の方やその家族等が集い、介護の相談や情報交換等を行う認知症カフェの開設及び運営に係る経費の一部を補助する。	594
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業費	認知症の方やその家族が抱える支援ニーズと認知症サポーターをつなぎ、認知症の方やその家族を地域で支えるチームオレンジの体制を構築する。	3,659
在宅医療・介護連携推進事業費	地域の医療と介護関係者による会議の開催や研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進する。	5,434
地域ケア会議推進事業費	地域ケア会議を開催して、民生委員等の地域の関係者や医療・介護・福祉等の多職種協働による個別課題の解決を図るとともに、会議で把握した地域課題の解決に向けた検討を行う。	392
任意事業費		7,771
住宅改修支援事業費	介護支援専門員等が、住宅改修の利用者に対し「住宅改修が必要な理由書」を作成した場合、その作成料を支給する。	120
高齢者等介護用品給付費	市民税非課税世帯のうち、在宅生活をしている要介護4以上の高齢者に対し、介護用品の購入に要する経費を給付し経済的負担等の軽減を図る。	1,255
成年後見制度利用支援事業費	判断能力が不十分な高齢者の権利・利益を保護するため、親族がいない人などに市長が成年後見制度の申立てを行うほか、成年後見人等への報酬を負担することが困難な人に対して当該報酬の全部又は一部を助成する。	2,365
成年後見支援センター事業費	西いぶり定住自立圏で設置した「室蘭成年後見支援センター[西いぶり2市2町]」に事業を委託し、市民後見人の養成・指導監督、市民の相談、申立支援業務や成年後見制度の普及啓発を行う。	3,655
高齢者見守り支援事業費	認知症の方や家族を支える認知症サポーターの養成講座及びステップアップ講座を開催するほか、認知症高齢者等の見守り体制やはいかい高齢者の早期発見できる仕組みを構築する。	376
地域支援事業費計		306,496

◎一般会計の状況

〈低所得者保険料軽減負担金〉

【 歳 入 】

(単位：千円)

科目(款)	令和8年度 当初予算	令和7年度 当初予算	主な内訳
国庫支出金	24,790	25,045	補助率 1/2
道支出金	12,395	12,522	補助率 1/4

〈社会福祉法人利用者負担軽減助成金〉

【 歳 入 】

(単位：千円)

科目(款)	令和8年度 当初予算	令和7年度 当初予算	主な内訳
道支出金	642	617	補助率 3/4

【 歳 出 】

(単位：千円)

科目(款)	令和8年度 当初予算	令和7年度 当初予算	主な内訳
民生費	856	823	負担金・補助及び交付金

〈重層的支援体制整備事業〉

高齢・障がい・子ども・生活困窮などの各分野における既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民が抱える複雑化した支援ニーズに対応していくために、包括的な支援体制の構築を図るとともに、既存事業（令和5年度に実施している各事業）と新規事業を一体的に実施することで、「相談支援」・「参加支援」・「地域づくりに向けた支援」の推進を図ることを目的とする。

【 歳 入 】

(単位：千円)

科目(款)	令和8年度 当初予算	令和7年度 当初予算	主な内訳
国庫支出金	28,779	28,698	重層的支援体制整備事業交付金
道支出金	14,388	14,349	重層的支援体制整備事業交付金

【 歳 出 】

(単位：千円)

科目(款)	令和8年度 当初予算	令和7年度 当初予算	主な内訳
民生費	74,891	74,664	地域包括支援センター運営事業費、地域介護予防活動支援事業費、生活支援体制整備事業

令和 8 年度の主な事業内容

(単位：千円)

事業項目	事業内容	予算額
包括的相談支援事業		69,248
地域包括支援センター運営事業費	総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のほか、認知症地域支援推進員の配置を委託し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定に必要な支援を行う。	69,248
地域づくり事業		797
地域介護予防活動支援事業費	住民主体の介護予防活動が自主的かつ継続的に実施できるよう支援する。	382
生活支援体制整備事業費	地域支え合い推進員を配置し、高齢者の困りごとに対応できるよう、地域住民や民間企業等が提供しているサービスや支援の内容を把握し、関係者間のネットワークづくりを行う。	415
計		70,045

※令和 6 年度から重層的支援体制整備事業の実施に伴い、介護保険特別会計から一般会計に移行

報告第 3 号

令和 8 年度登別市認知症初期集中支援推進事業計画について

令和 8 年度 登別市認知症初期集中支援推進事業計画

1. 支援チームに関する普及啓発

- ・認知症の早期発見や認知症予防の普及・啓発を目的に一般市民対象の認知症予防フェアを開催する。
- ・認知症地域支援推進員と連携し、地域の出前講座に出向き、支援チームの周知を行う。
- ・市内の介護事業所、介護施設等に、支援チームの広報活動を継続して行う。

2. 訪問支援対象者数（延べ人数）

- ・令和 8 年度、25 件以上の新規対象者の受入れを目指す。
- ・支援継続中の訪問支援対象者で、長期に及ぶ事例については、地域包括支援センターと支援継続の必要性を協議し、終結に向けての支援方法を検討し、各関係機関との連携・調整を図ることで、支援期間 6 か月の達成を目指す。

3. 訪問支援対象者の把握

- ・相談窓口となる地域包括支援センター及び受診窓口の認知症疾患医療センターと連携を図りながら訪問支援対象者の把握に努める。

4. 初回訪問時の支援

- ・チーム員 2 名と地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所ケアマネジャーの担当職員が一緒に初回訪問を実施する。
- ・初回訪問の際は、支援チームの役割の説明や認知症に関する正しい情報提供、支援対象者及び家族の心理的サポートと助言等を行う。

5. 情報収集及び観察・評価

- ・初回訪問の際に、本人や家族に対し、D A S C 2 1（認知症アセスメントシート）、D B D 1 3（認知症行動障害尺度）、Z a r i t 8（介護負担尺度）の各項目を聴取し、観察・評価を行う。
- ・家族が本人の前で介護負担等について話したくない場合は、後日、電話により聴取する等の配慮を行う。
- ・訪問支援を重ねることにより得られる本人や家族の情報は、随時、追加基本情報等に記録整理しアセスメントを行う。

6. チーム員会議

- ・毎月、チーム員会議を開催する。年間最低でも全 12 回の開催。ただし、新型コロナウイルスの感染状況により、会議の延期や会議方法については、関係機関と検討していく。

- ・会議の活性化を図るため、チーム員会議の内容と出席者について、市及び地域包括支援センターとの協議を行う。
- ・会議は、担当の地域包括支援センターの関係職員が出席し、会議でサポート医からの医療についての意見を引き出しやすくするため、事前に地域包括支援センターと協議する。また、担当ケアマネジャーやその他関係機関への会議出席を調整し、各機関で情報共有及び今後の方針を検討していく。

7. 認知症初期集中支援の実施

- ・支援の実施にあたっては、信頼関係を築くことにより、サービス利用につながる等の効果が得られやすいことから、小まめに訪問を行う等、支援者の特徴に合わせて訪問回数やタイミング等を配慮し、実施する。
- ・支援方針に基づき、支援を実施するが、訪問支援対象者の訪問拒否が強い場合や支援状況に大きな変更がある場合は、定例チーム員会議にて検討するとともに、適宜相談を行う。また、チーム員に対する訪問拒否が強くある場合は、各関係機関（地域包括支援センター等）に引き継ぎ作業を早期に行う等、支援方針を見直す。
- ・新型コロナウイルスの感染予防を徹底した上で訪問する。

8. 支援終了とその後のモニタリング

- ・支援期間の目安となる6か月を経過する場合、支援状況を確認し、支援の継続か終結かを判断するため、関係者が集まって会議を行う。
- ・支援終結後2か月を目処に、対象者を訪問し、モニタリングを実施する。

9. 関係機関との連携

- ・円滑な支援を行うため、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、かかりつけ医療機関をはじめ、登別市役所、社会福祉協議会、認知症疾患医療センター、介護保険事業所等の関係機関と連携を図る。
- ・認知症地域支援推進員との連携については、必要に応じて介入ケース紹介及びケース検討を行うことで、支援方法や課題の検討を行い、共にケースの理解を深めていく。

10. 資質向上のための活動

- ・各種研修会への参加及びほかの自治体の支援チームとの情報交換を通じ、認知症・若年性認知症の介護・権利擁護についての知識を深め、初期集中支援の対応例を習得し、チーム員の資質の向上につなげる。

報告第4号

地域密着型サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業者の
指定等について

1 地域密着型サービス事業者として次のとおり指定更新したことを報告します。

(1) 地域密着型サービス事業者指定更新

申請者名称	医療法人社団 倭会
サービスの種類	小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護
事業所名	小規模多機能型居宅介護 チェロ登別
所在地	登別市柏木町4丁目33番地9
有効期間開始日	令和8年4月1日

(2) 地域密着型サービス事業者指定更新

申請者名称	社会福祉法人登別千寿会
サービスの種類	地域密着型通所介護
事業所名	デイサービスセンター緑風園
所在地	登別市中登別町253番地7
有効期間開始日	令和8年4月1日

(3) 地域密着型サービス事業者指定更新

申請者名称	社会福祉法人室蘭福祉事業協会
サービスの種類	認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護
事業所名	デイサービスセンターかがやき
所在地	室蘭市東町4丁目20-8
有効期間開始日	令和8年4月1日