

中能登町高齢者福祉計画・ 第9期介護保険事業計画

【令和6年度～令和8年度】

令和6年3月

中能登町

はじめに

少子高齢化は日本における重要な問題であり、日本の人口は平成20年(2008年)をピークに減少しており、その一方で65歳以上の高齢者の割合が年々増加し続けています。

中能登町でも同様に、令和5年には高齢化率が37%を超えて、3人に1人は高齢者という現状にあります。

そのような中、令和7年(2025年)には、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となり、介護保険制度を取り巻く環境が一層厳しくなっています。

このことから、第8期介護保険事業計画では、すべての団塊の世代が75歳以上を迎える2025年を目途として、介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取り組んでまいりました。

この度、前期となる第8期に引き続き「住み慣れた地域で いつまでも 安心して暮らせるまちづくり」を基本理念とし、町の高齢者保健・福祉及び介護保険事業の取り組むべき施策を盛り込んだ中能登町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画を作成いたしました。

本計画においては、地域共生社会の実現に向けて、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取り組みや、認知症基本法の制定に伴い認知症施策のさらなる推進を図り、地域包括ケアシステムの進化・推進に向けて取り組んでまいります。また、これらを推進していくためにも、介護人材の確保や介護現場の生産性向上の推進、介護サービス基盤の計画的な整備にも努めてまいります。

なお、この計画策定中の令和6年1月1日におきた能登半島地震により、奥能登地域を中心として未曾有の大災害となり、中能登町においても多くの被害がもたらされました。

震災における復旧・復興を推進するとともに、今回の教訓を踏まえ、防災体制・災害発生時の対応と備えについて、一層取り組みを進めてまいります。

最後に、この計画を策定するにあたり、中能登町介護保険事業計画等策定委員会の皆様をはじめ、アンケート調査にご協力をいただきました住民の皆様ほか、関係各位に感謝申し上げますとともに、本計画の施策実現に向け、ご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます。



令和6年3月

中能登町長 宮下 為幸

目 次

第1章 計画の基本的な考え方	1
1. 計画策定の背景と目的.....	1
2. 計画の位置づけ.....	2
3. 計画の期間.....	3
4. 計画の策定体制.....	3
5. 日常生活圏域の設定.....	4
6. 制度改正の主な内容.....	4
第2章 本町の高齢者を取りまく状況	6
1. 総人口の推移と高齢化率.....	6
2. 高齢者世帯の状況.....	7
3. 要介護（要支援）認定者数の推移.....	9
4. 介護保険サービスの状況.....	11
5. 介護人材の状況.....	13
6. アンケート調査結果について.....	15
第3章 第8期計画の利用実績と評価	35
1. 介護サービス等の利用実績.....	35
2. 地域支援事業等の実績.....	46
3. 第8期計画の評価・検証と課題.....	54
第4章 計画の基本理念と施策体系	63
1. 高齢者を取り巻く状況の整理.....	63
2. 計画の基本理念.....	64
3. 基本目標.....	65
4. 施策の体系.....	67
第5章 高齢者福祉施策の展開	68
基本目標1 健康づくり・介護予防の総合的な推進.....	68
基本目標2 日常生活を支援する体制の充実.....	71
基本目標3 地域における支え合い活動の推進.....	73
基本目標4 在宅医療・介護連携の推進.....	75
基本目標5 認知症施策の推進.....	76
基本目標6 暮らしやすい生活環境の整備.....	78
基本目標7 介護保険サービスの安定的な提供.....	80

第6章 介護サービス量の見込みと保険料の設定.....	83
1. 介護サービス量の見込み.....	83
2. 介護予防サービス量の見込み.....	87
3. 地域支援事業の見込み.....	89
4. 介護保険料の設定.....	93
資 料 編.....	97
1. 中能登町介護保険事業計画等策定委員会設置要綱.....	97
2. 中能登町第9期介護保険事業計画等策定委員会名簿.....	98
3. 策定経過.....	99
4. 用語解説.....	100

第1章 計画の基本的な考え方

1. 計画策定の背景と目的

わが国の高齢化率は増加の一途をたどっており、国立社会保障・人口問題研究所が令和5年（2023年）に発表した「日本の将来推計人口（令和5年推計）」によると、令和7年（2025年）には高齢者数3,652万人（高齢化率29.6%）、令和22年（2040年）には3,928万人（高齢化率34.8%）に達すると推計されています。

中能登町（以下、本町という）においても、令和5年（2023年）10月1日時点の高齢化率は37.7%と全国平均と比べて高く、令和32年（2050年）には47.2%にまで達することが見込まれます。

このように高齢化が進展する中、全国的には生産年齢人口は減少していくことが見込まれ、今後、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを迎える地域もあるなど、人口構成の変化や医療・介護ニーズ等の動向が地域ごとに異なるなかで、持続可能な制度を確保していくことが重要となっています。

国では、地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込量を踏まえ、介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取り組み内容や目標について検討することを次期計画における重点事項として示しています。

こうした状況を踏まえ、住民一人ひとりの暮らしと生きがいや地域をともに創っていく「地域共生社会」の実現を目指し、高齢者自身が役割や生きがいを持って住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らせるまちづくりを推進するものとして、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）を計画期間とする「中能登町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」（以下、本計画という。）を策定します。

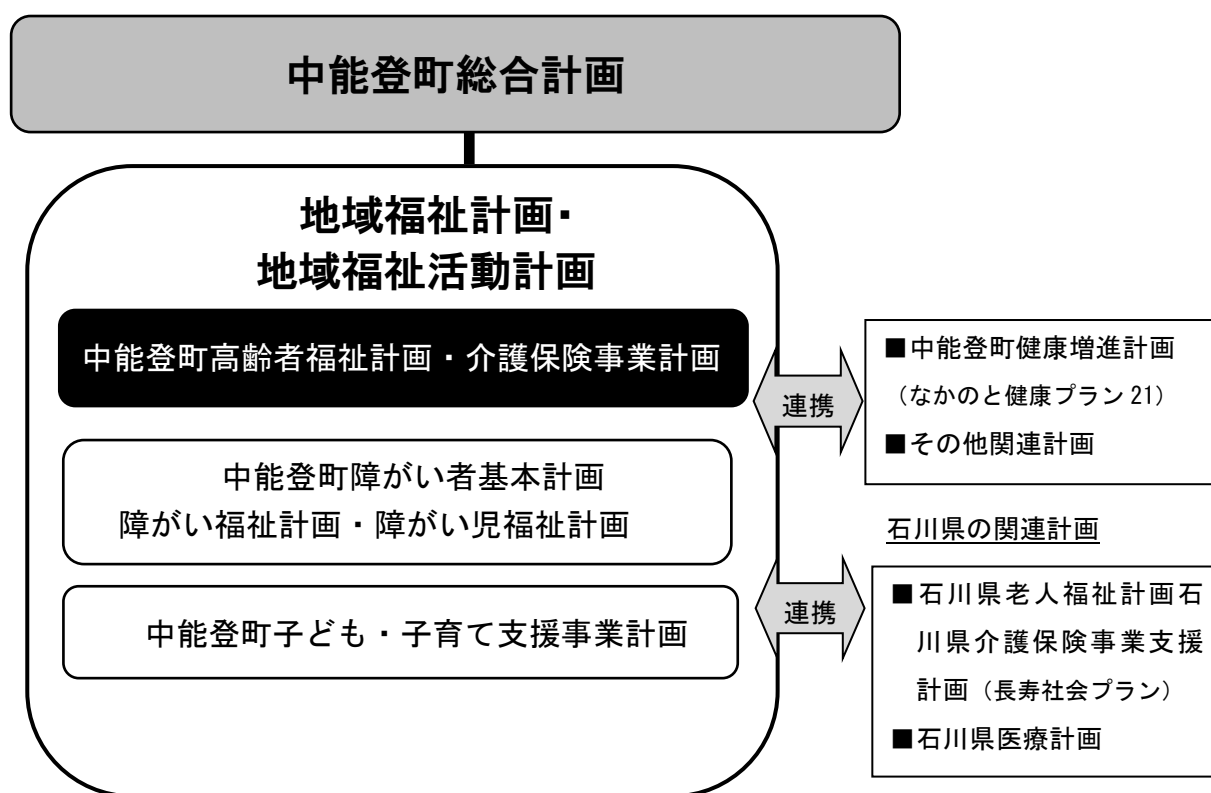
■地域包括ケアシステムのイメージ



2. 計画の位置づけ

高齢者福祉計画・介護保険事業計画は、老人福祉法第 20 条の 8 による規定（老人福祉計画）及び介護保険法第 117 条による規定（介護保険事業計画）に基づき両計画を一体的に策定するものです。

本計画は、本町の「総合計画」を最上位計画とし、社会福祉法に基づく「地域福祉計画・地域福祉活動計画」をはじめ、「中能登町障がい者基本計画 障がい福祉計画・障がい児福祉計画」、その他関連計画との整合性を図ります。また、国や県の高齢者福祉施策や地域医療構想等との連携・整合も図ります。



3. 計画の期間

本計画の計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）までの3年間と定めます。

また、計画期間中には、団塊の世代がすべて75歳以上となる令和7年（2025年）が含まれるとともに、高齢者人口がピークを迎え、85歳以上の人口が急増し、要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減する令和22年（2040年）、団塊ジュニア世代が75歳を迎える令和32年（2050年）を見据えて計画を定めます。

■計画の期間

R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	R22年度	R32年度
第8期計画										
			第9期計画（本計画）			中長期を見据えて検討				
						第10期計画				

4. 計画の策定体制

（1）高齢者日常生活圏域ニーズ調査・在宅介護実態調査の実施

計画を策定するにあたり、被保険者や要介護（要支援）認定者の意向を反映させるため、国の指針に基づき、65歳以上の要介護認定を受けていない人と要支援1・2の認定を受けている人には「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、介護認定を受けている人には「在宅介護実態調査」の2つのアンケート調査を行いました。

（2）中能登町介護保険事業計画等策定委員会における検討

計画の策定に際しては、地域の実情に応じた内容とするため、保健・医療・福祉関係者、各種団体代表者、被保険者等で構成された「中能登町介護保険事業計画等策定委員会」において審議・検討を行いました。

(3) パブリックコメントの実施

本計画案について、住民から幅広い意見を聴取するために、パブリックコメント（意見公募）を実施しました。

(4) 計画の進捗管理

本計画はPDCAサイクルの考え方に基づき進捗管理を行い、「中能登町介護保険運営委員会」及び「中能登町地域包括支援センター運営協議会」において事業等の実施状況について報告し、審議を行います。

5. 日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、介護保険事業計画において国から示された考え方に基づき、住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情、介護施設の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して、地域の実情に応じて定める必要があります。

中能登町においてはこれらを踏まえ、第9期計画についても町全域を1つの圏域として設定し、地域包括ケアシステムの展開を図っていきます。

圏域名	地域	令和6年度	令和7年度	令和8年度
中能登町日常生活圏域	中能登町全域	1 圏域	1 圏域	1 圏域

6. 制度改革の主な内容

本計画は、国から示された制度改革の内容や方針等を踏まえて施策を推進します。

中長期的な視点に立ち、令和22年（2040年）の「現役世代人口の急減」という重要課題に対応しながら、「介護サービス基盤の計画的な整備」「地域包括ケアシステムの深化・推進」「介護現場の改善と支援」に取り組み、地域共生社会の実現を目指していくことが必要です。

第9期計画の基本指針は、厚生労働省社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて改訂されました。

○ 基本的な考え方

- 計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる令和7年（2025年）を迎えることになる。
- また、高齢者人口がピークを迎える令和22年（2040年）を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。

○ 見直しのポイント

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ◆中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要がある。
- ◆医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要である。

② 在宅サービスの充実

- ◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及。
- ◆訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実を図る。

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み

① 地域共生社会の実現

- ◆地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤であり、「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組みを促進し、総合事業の充実を推進する。
- ◆地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、包括的な相談支援等を担う。
- ◆認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要である。

② デジタル技術を活用し、医療・介護間等での連携のための情報基盤を整備

③ 保険者機能の強化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ◆介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人介護人材の受入環境整備などの取組みを総合的に実施する。

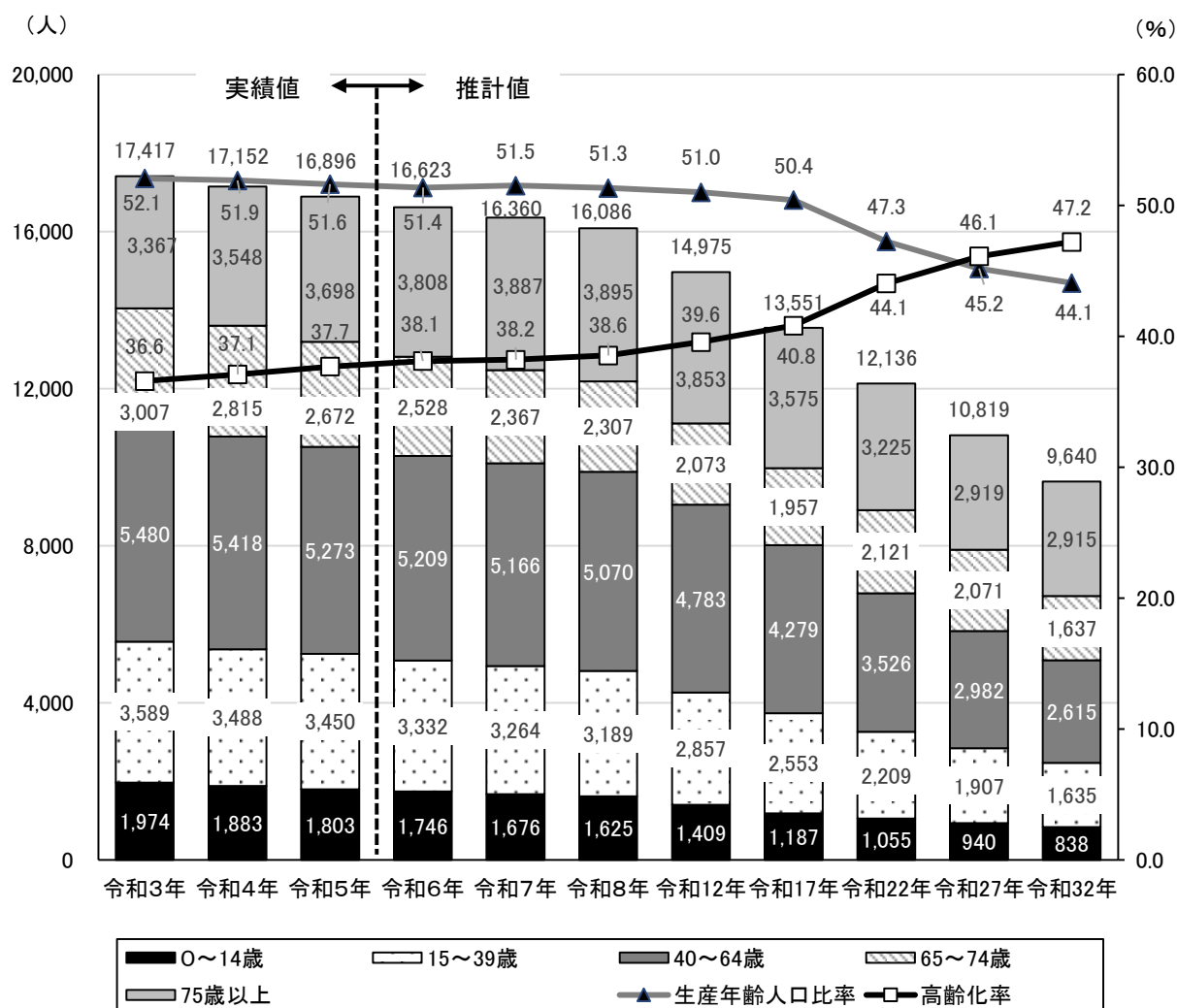
第2章 本町の高齢者を取りまく状況

1. 総人口の推移と高齢化率

本町の総人口は年々減少しており、令和4年（2022年）時点で17,152人となっており、令和32年（2050年）時点では9,640人まで減少する見込みです。生産年齢人口割合が低下する一方で、高齢化率は上昇し続け、令和27年（2045年）には高齢化率が生産年齢人口比率を上回り、令和32年（2050年）時点での生産年齢人口割合は44.1%、高齢化率は47.2%となる見込みです。

高齢者人口は令和5年（2023年）頃をピークに緩やかに減少していくと推計されます。年齢区分別にみると、前期高齢者（65～74歳）は令和3年（2021年）頃をピークに減少し、後期高齢者（75歳以上）は令和8年（2026年）頃をピークに減少すると推計されます。

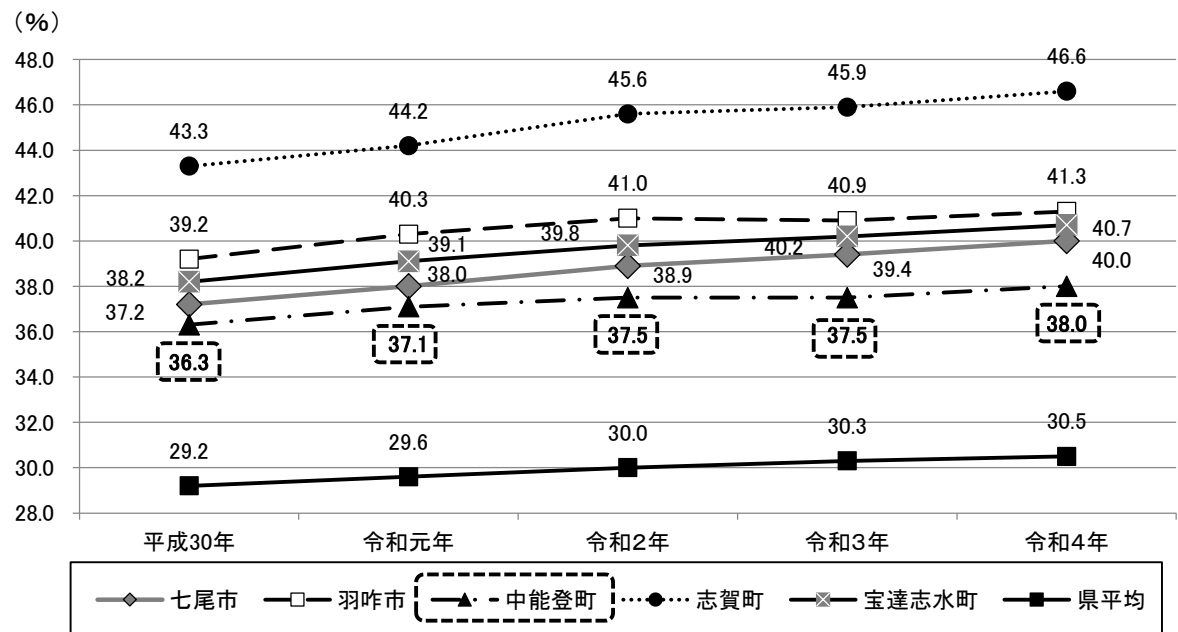
■住民基本台帳に基づく総人口の推移と将来推計



資料：令和3年～令和5年まで住民基本台帳（各年10月1日時点）
令和6年以降：住民基本台帳を基にした将来推計人口

平成 30 年（2018 年）以降の高齢化率をみると、少しずつ高くなる傾向にあります。令和 4 年（2022 年）の本町の高齢化率は 38.0%、県平均の 30.5%よりは高くなっていますが、近隣市町では一番低い数値となっています。

■高齢化率の推移（近隣市町）

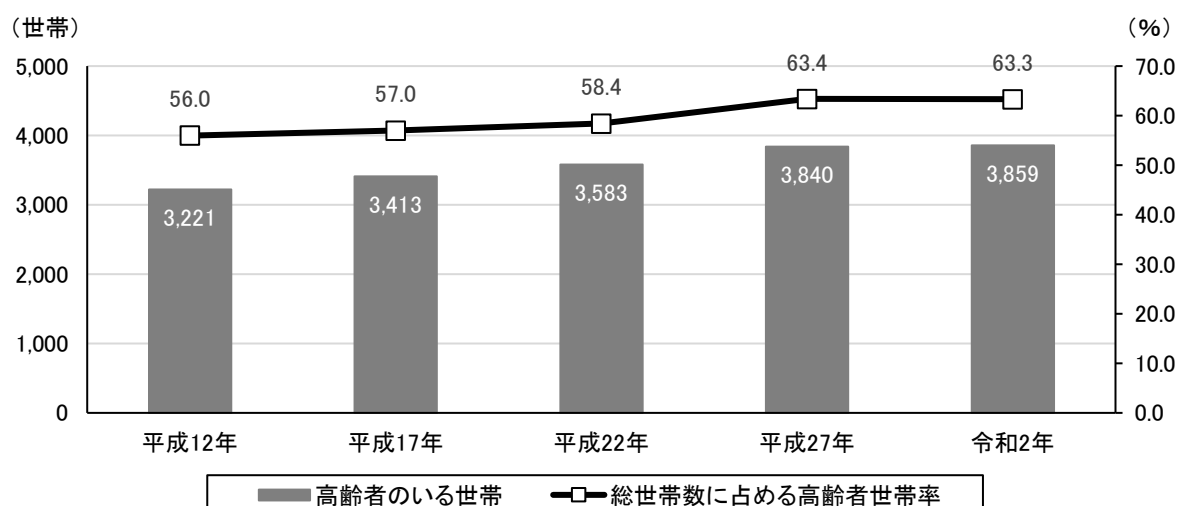


資料：石川県の人口と世帯（各年 10 月 1 日時点）

2. 高齢者世帯の状況

（1）高齢者のいる世帯数の推移

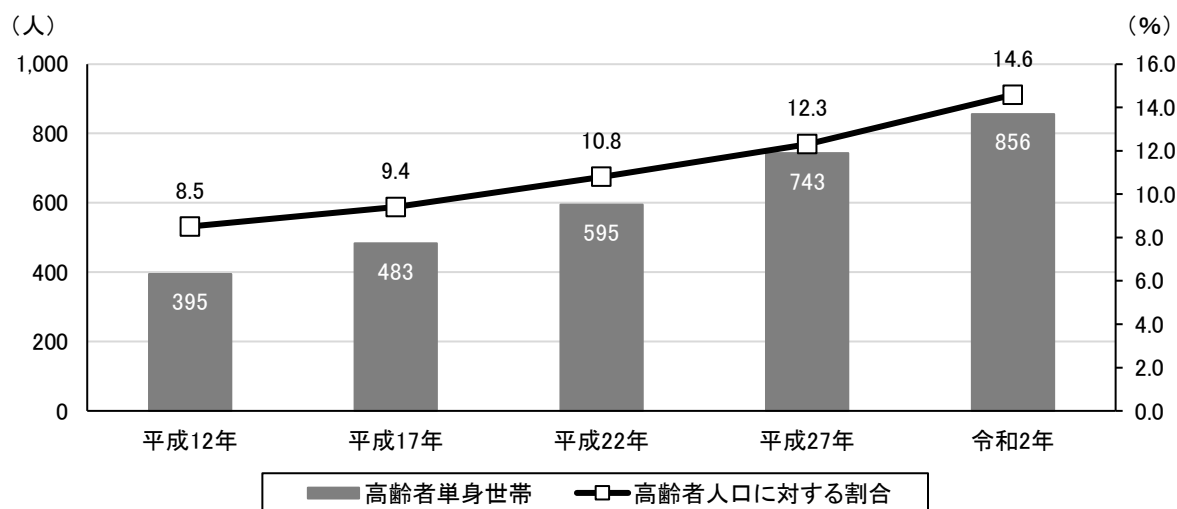
令和 2 年（2020 年）の国勢調査によると、本町の高齢者のいる世帯数は 3,859 世帯となっており、総世帯数に占める割合は 63.3%、平成 12 年（2000 年）よりも増加しているものの、平成 27（2015）年からは横ばいとなっています。



資料：総務省「国勢調査」

（２）高齢者単身世帯（ひとり暮らし高齢者）の状況

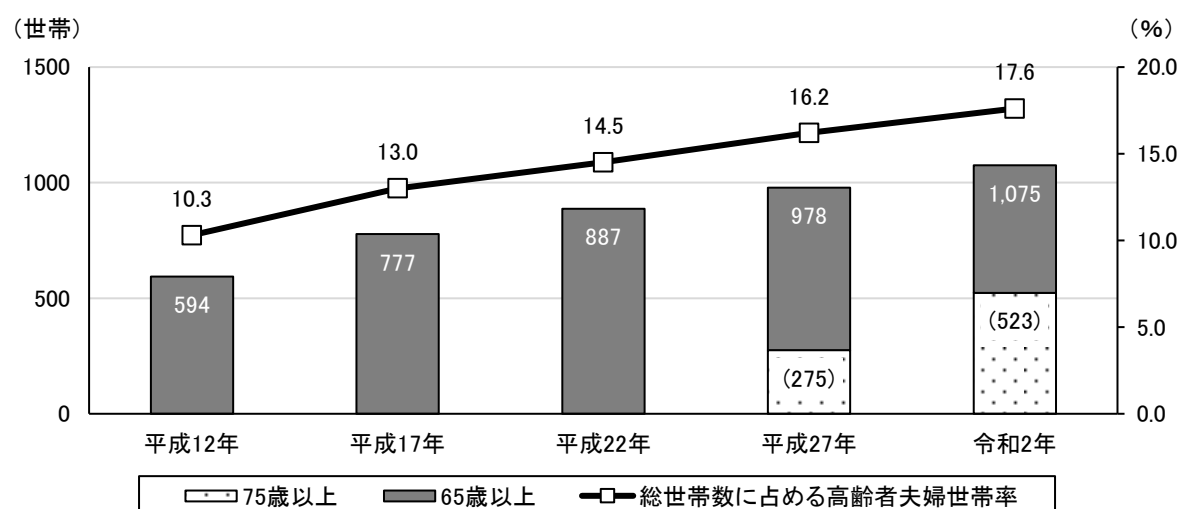
本町の高齢者単身世帯（ひとり暮らし高齢者）は増加傾向にあり、令和２年（2020 年）で 856 人となっており、高齢者人口の 14.6%を占めています。



資料：総務省「国勢調査」

（３）高齢者夫婦世帯の推移

本町の高齢者夫婦世帯は増加傾向にあり、令和２年（2020 年）では 1,075 世帯、総世帯数に占める割合は 17.6%となっています。また、夫・妻とも 75 歳以上の世帯は 523 世帯で高齢者夫婦世帯の 48.7%を占めています。



資料：総務省「国勢調査」

※平成12年～22年における75歳以上の夫婦世帯データはありません。

※75歳以上の()内の数値は内数。

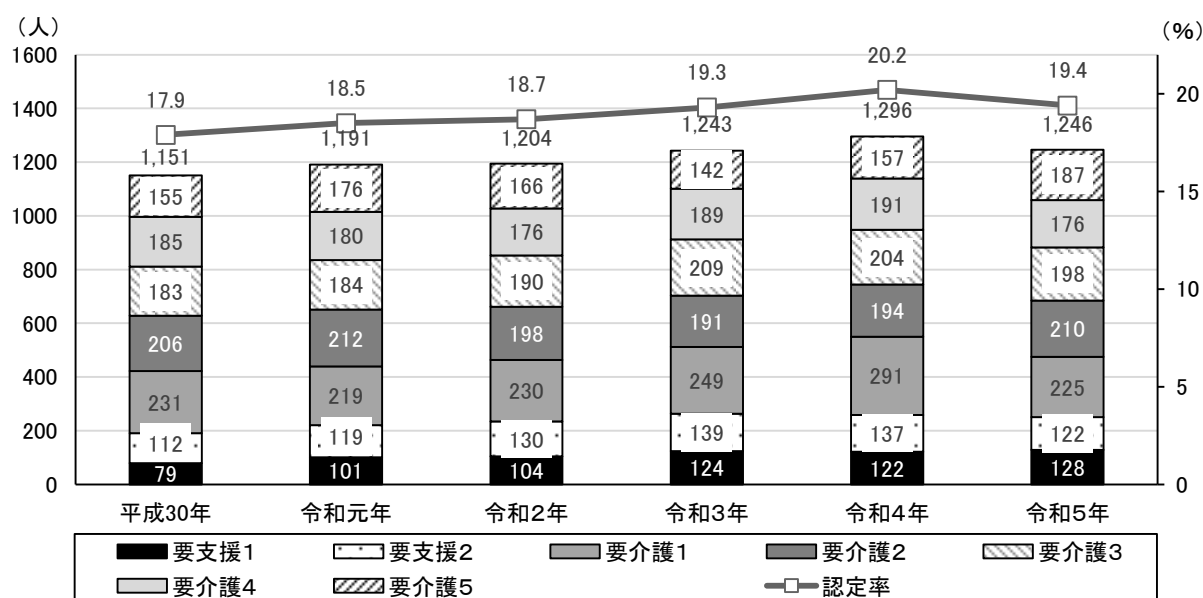
3. 要介護（要支援）認定者数の推移

（１）要支援・要介護認定者数の推移と推計

各年9月末における本町の認定者数・認定率は、平成30年（2018年）以降増加傾向にあり、令和4年（2022年）では認定者数1,296人、認定率20.2%となっています。平成30年（2018年）以降を要介護度別にみると要支援1、2及び要介護1、3の増加が顕著にみられます。

また、要支援・要介護認定者数の将来推計については、令和8年（2026年）には1,314人、令和12年（2030年）には1,341人と高い水準で推移し、その後徐々に減少し、令和32年（2050年）は1,069人になると推計されます。

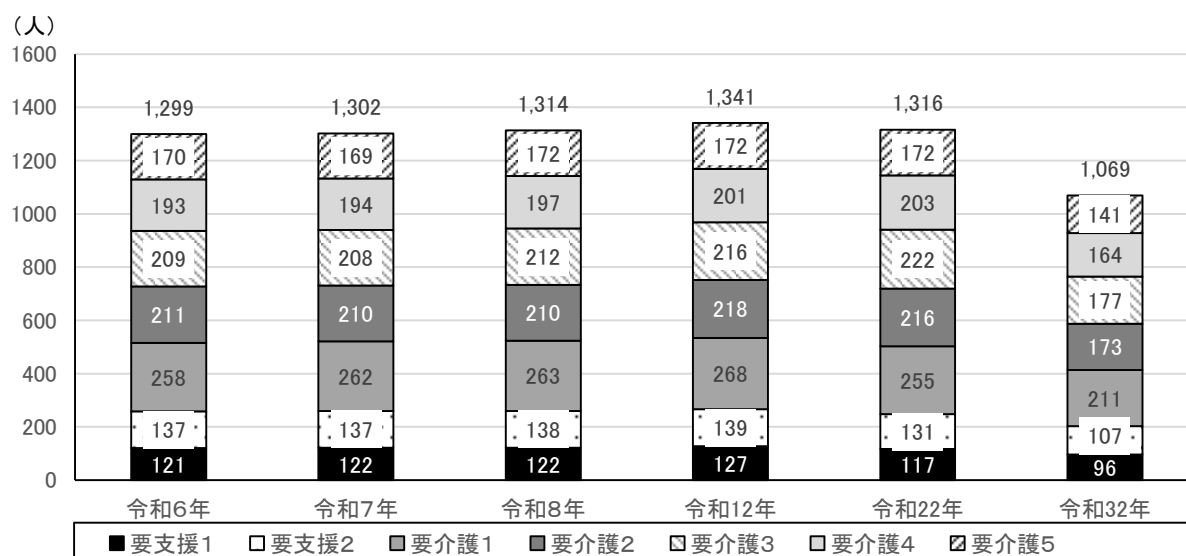
■要支援・要介護認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末）

※認定率は第1号被保険者が対象

■要支援・要介護認定者数の将来推計



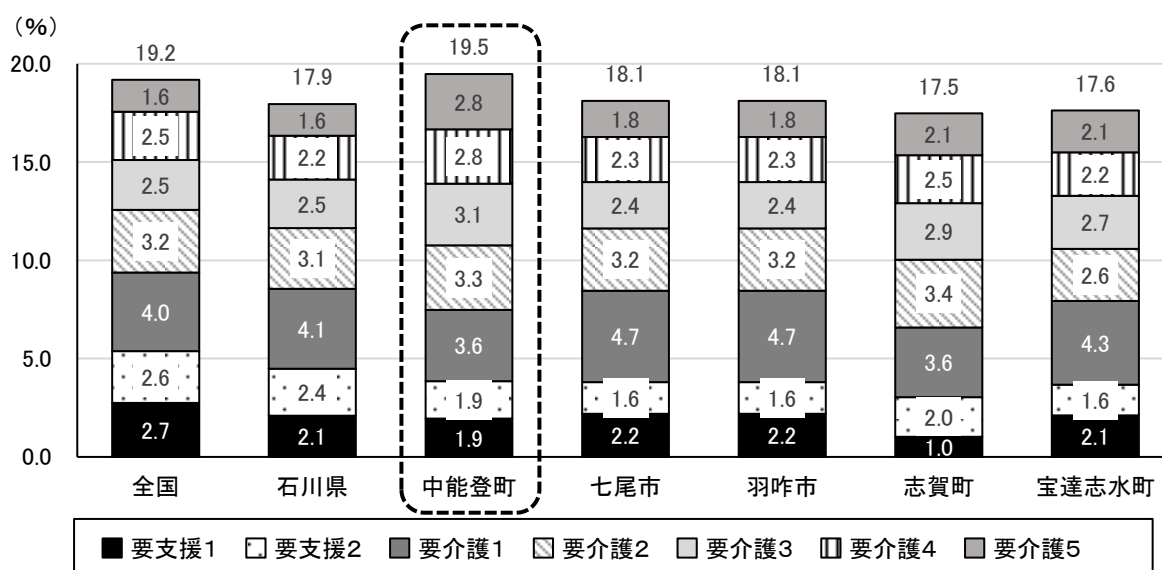
資料：住民基本台帳、令和元～4年までの認定者数から推計

(2) 要支援・要介護認定率の比較

本町の令和5年(2023年)6月末時点の認定率は19.5%となっており、全国、県、近隣市町と比較では最も高くなっています。特に要介護3以上の重度認定者の割合が高くなっています。

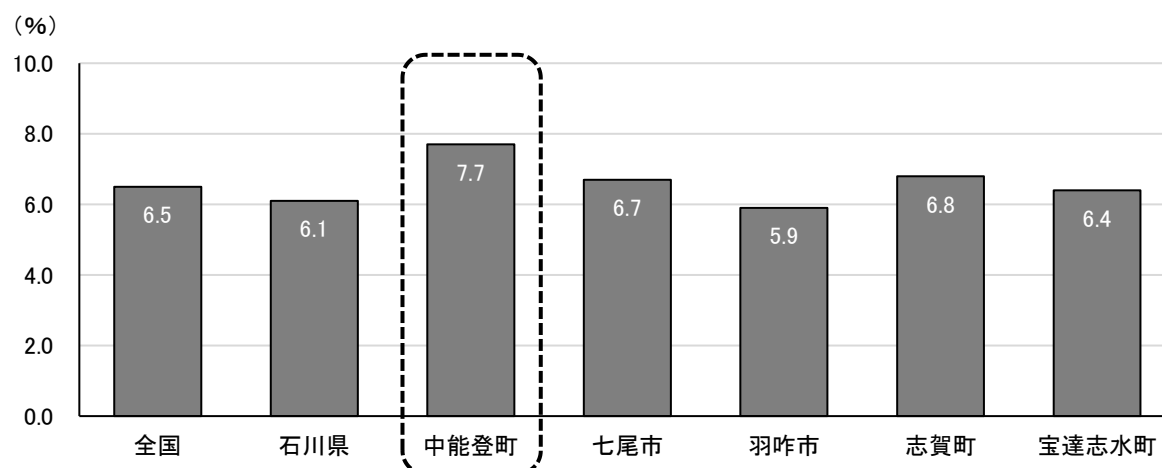
調整済重度認定率をみても全国、県、近隣市町よりも高く、重度の認定者が多くなっています。

■要支援・要介護認定率の比較(国、県、近隣市町)



資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和5年6月末時点)

■調整済重度認定率※



※「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率で、保険者内の第1号被保険者の年齢構成の違いを調整したものです。

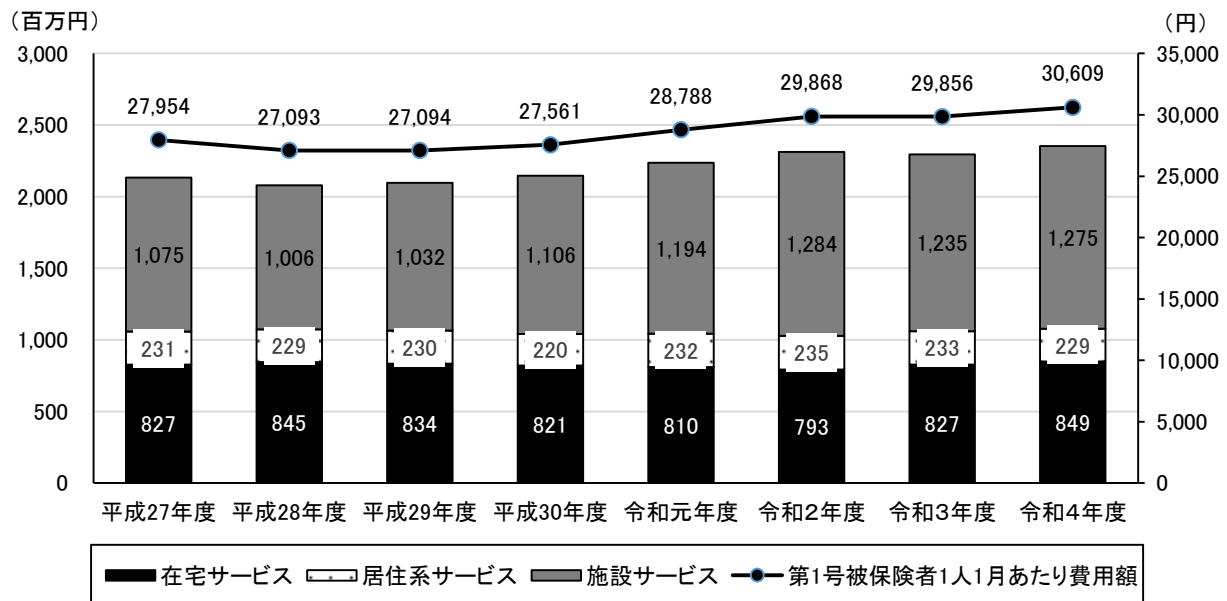
資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和5年6月末時点)

4. 介護保険サービスの状況

(1) 介護費用額の状況

地域包括ケア「見える化」システムを活用し、取得データから本町の地域分析を行いました。本町の年間介護費用額は増減を繰り返しながら増加傾向で推移しています。

■年間介護費用額の推移



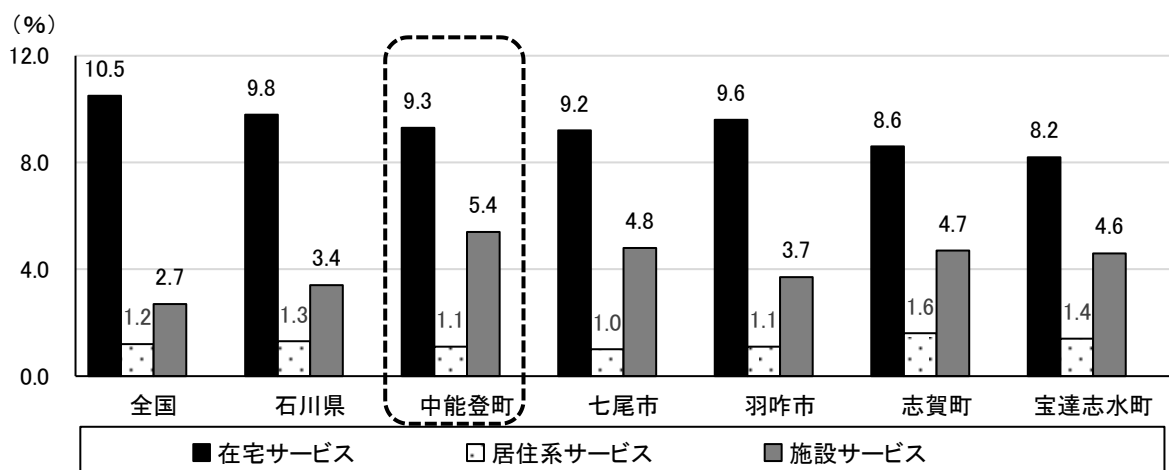
資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和5年 11 月 17 日取得)

(2) 介護給付実績データからみた現状

① サービス系列別受給率の比較

第1号被保険者1人あたりの給付月額について、在宅サービス受給率は県内の比較自治体の中で2番目に高いものの、国・県の平均値より低い状況です。一方、施設サービス受給率は比較自治体の中で一番高く、国、県の平均値を上回っています。

■サービス系列別受給率の比較 (令和5年) (第1号被保険者1人あたり給付月額)

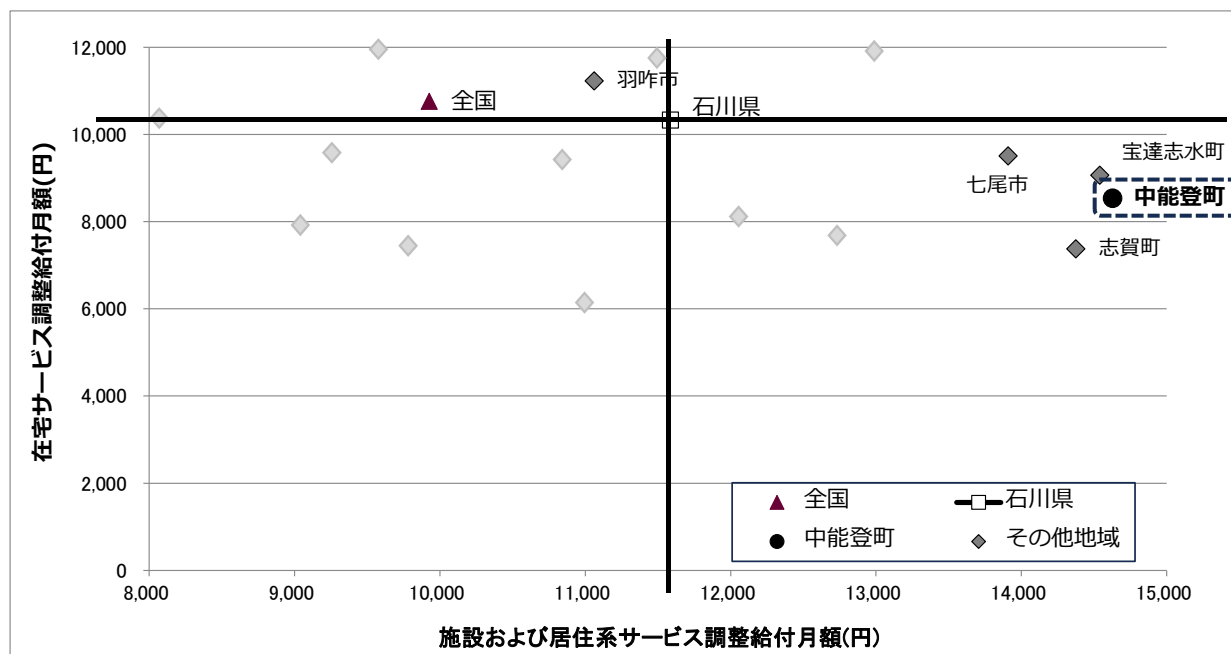


資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和5年 11 月 17 日取得)

② 在宅サービス、施設・居住系サービスの分布

第1号被保険者1人あたりの給付月額について、施設及び居住系サービスは県内でも高い方にありますが、在宅サービスは県の平均値を下回っています。

■在宅サービス、施設・居住系サービスに関する分布（令和5年）

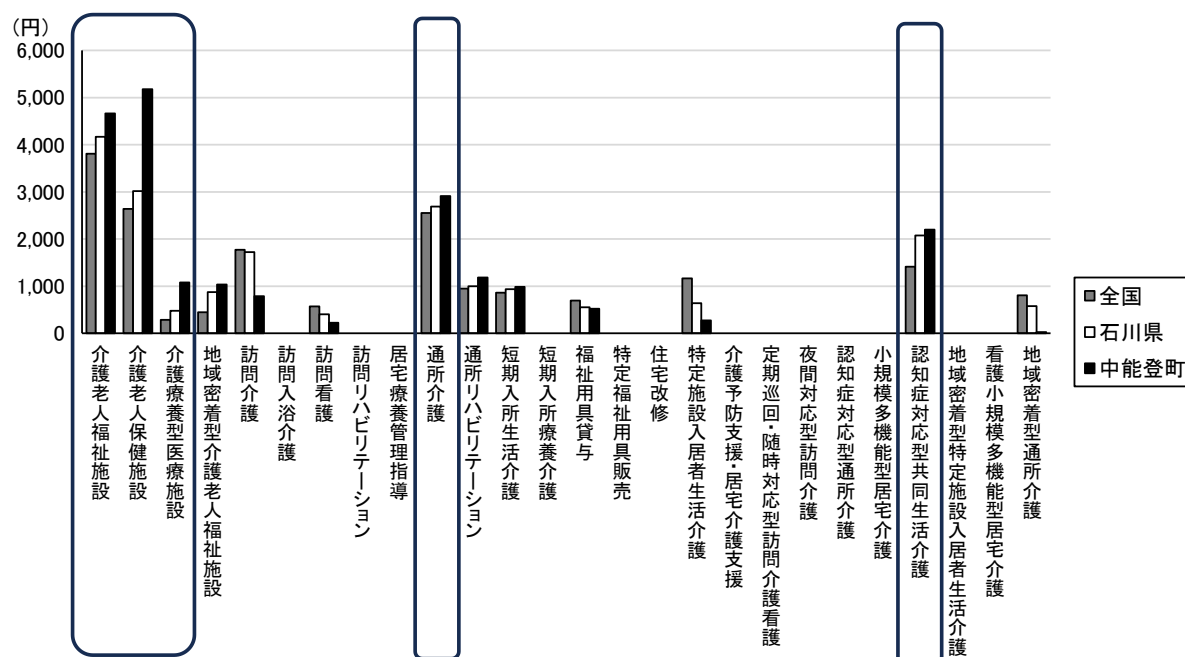


資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和5年11月17日取得) ※第1号被保険者1人あたりの給付月額

③ 第1号被保険者1人あたり給付月額（サービス種類別）

「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」、「通所介護」、「認知症対応型共同生活介護」が全国や県よりやや高い状況です。

■ 第1号被保険者1人あたり給付月額（サービス種類別・令和2年）【性・年齢調整後】



資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和5年11月17日取得)

5. 介護人材の状況

(1) 介護職員の体制と職員の過不足状況

調査基準日において、中能登町内で介護サービスに従事する職員数は正規・非正規合わせて365人で、最も多い職種は介護職員の211人となっています。

また、介護サービス事業所へのアンケートの結果、事業所として不足と感じている人員数は24人で、最も不足している職種は介護職員の8人となっています。

■中能登町内の介護サービス事業所における職員体制（令和5年8月1日現在）（単位：人）

職 種	雇用形態	20代以下	30代	40代	50代	60代以上	合計
管理者	正規	0	0	4	6	3	13
	非正規	0	0	0	0	0	0
訪問介護員	正規	0	0	0	0	1	1
	非正規	0	1	1	0	5	7
介護職員	正規	17	27	46	40	16	146
	非正規	1	4	14	11	35	65
看護職員	正規	0	0	10	9	7	26
	非正規	0	4	2	1	9	16
機能訓練指導員	正規	0	2	1	1	0	4
	非正規	0	0	0	1	1	2
生活相談員・支援相談員	正規	1	1	2	2	0	6
	非正規	0	0	0	1	0	1
主任介護支援専門員	正規	0	0	3	3	1	7
	非正規	0	0	0	0	1	1
介護支援専門員	正規	0	2	4	8	3	17
	非正規	0	0	0	0	0	0
栄養士または管理栄養士	正規	1	1	1	2	0	5
	非正規	0	0	0	0	0	0
事務員	正規	1	2	1	3	2	9
	非正規	0	0	0	0	0	0
介護助手	正規	0	0	0	0	0	0
	非正規	2	0	0	0	3	5
その他（理学療法士、作業療法士、清掃員、施設整備員、洗濯専門員、宿直員等）	正規	6	5	0	1	0	12
	非正規	1	1	3	0	17	22
合計	正規	26	40	72	75	33	246
	非正規	4	10	20	14	71	119

資料：令和5年8月実施 中能登町介護サービス事業所アンケートより

■中能登町内の介護サービス事業所における職員の不足人数（令和5年8月1日現在）

職 種	不足 人数 (人)	過不足状況(事業所数)					
		かなり 不足	不足	やや 不足	充足	潤沢	該 当 職 種 な し
訪問介護員	3	1	0	0	0	0	2
介護職員	8	0	5	1	0	0	0
看護職員	4	1	0	3	1	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	1	3	0	0
生活相談員・支援相談員	1	0	0	0	4	0	0
介護支援専門員	3	0	0	3	1	0	0
栄養士または管理栄養士	1	0	0	1	2	0	1
事務員	1	0	1	0	2	0	1
介護助手	3	0	1	2	1	0	0
合計	24						

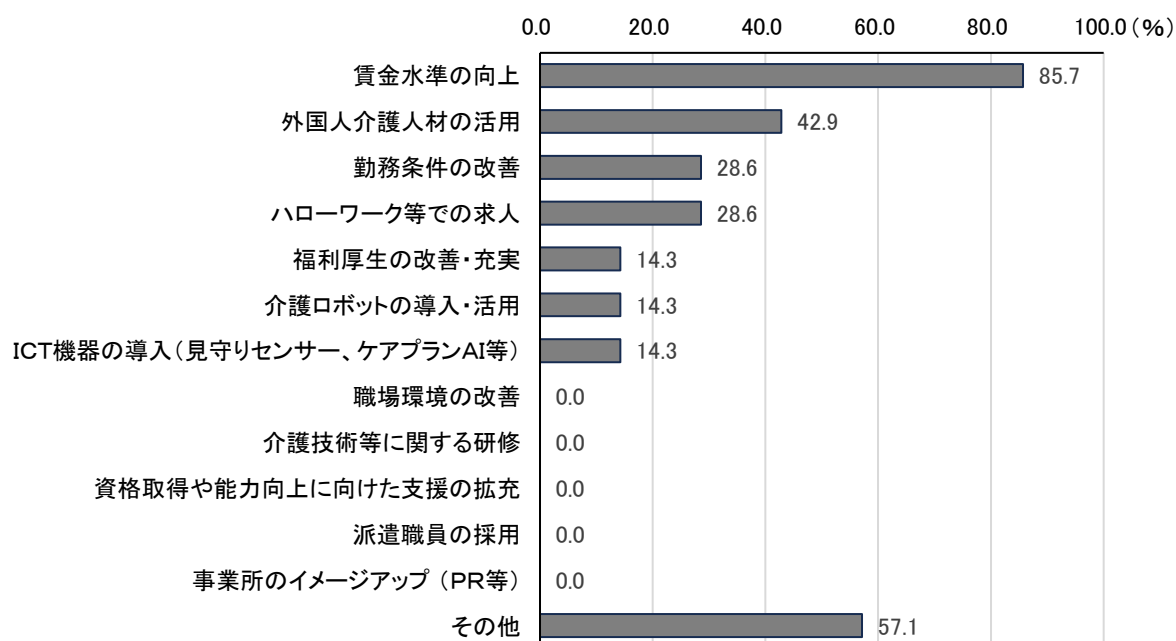
資料：令和5年8月実施 中能登町介護サービス事業所アンケートより

（２）介護人材不足の対策について

介護人材不足の対策として、有効な取組みと考えられるものについては、「賃金水準の向上」が85.7%と最も高く、次いで「外国人介護人材の活用」が42.9%、「勤務条件の改善」、「ハローワーク等での求人」がそれぞれ28.6%となっています。

また、その他の回答として、介護職のイメージアップや働きやすい環境づくりなどがあげられています。

■介護人材不足の打開策として、有効な取組みと考えられるもの



資料：令和5年8月実施 中能登町介護サービス事業所アンケートより

6. アンケート調査結果について

(1) 調査の実施概要

◇調査目的

本計画の策定に向けて、高齢者の生活状況や健康状態、地域における活動の状況などを把握し、本町の高齢者福祉施策の検討や介護予防の充実に加え、在宅介護の実態を把握し、介護サービスの在り方を検討するための基礎資料とすることを目的に以下のとおり調査を実施しました。

区 分	介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査期間	令和5年1月8日～1月22日	
調査方法	郵送による配布・回収（無記名で回答）	
調査対象者 ※令和4年12月1日現在	町内在住で、65歳以上の方 （要介護認定を受けている方を除く）	町内在住で、在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている65歳以上の方
調査対象者数 （配布数）	1,000	600
有効回収数	677	321
有効回答率	67.7%	53.5%
調査項目	・ 家族や生活状況について ・ からだを動かすことについて ・ 食べることについて ・ 毎日の生活について ・ たすけあいについて ・ 地域での活動について ・ 健康について ・ 認知症にかかる相談窓口について	・ ご本人の状況 ・ 主な介護者の状況

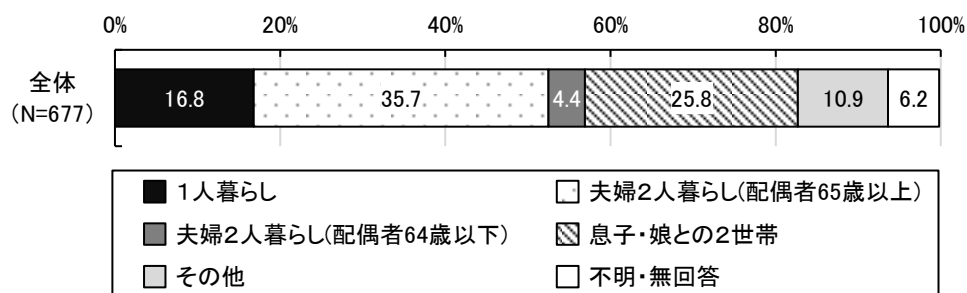
(2) 報告書の見方

- 回答結果の割合「%」は、有効回答数に対して、それぞれの回答数の割合を小数点以下第2位で四捨五入したものです。そのため、単数回答（複数の選択肢から1つの選択肢を選ぶ方式）であっても合計値が100.0%にならない場合があります。このことは、本報告書内の分析文、グラフ、表においても同様です。
- 複数回答（複数の選択肢から1つもしくは2つ以上の選択肢を選ぶ方式）の設問の場合、回答は選択肢ごとの有効回答数に対して、それぞれの割合を示しています。そのため、合計が100.0%を超える場合があります。
- 図表中において「不明・無回答」とあるものは、回答が示されていない、または回答の判別が困難なものです。
- 図表中の「N (number of case)」は、集計対象者総数（あるいは回答者限定設問の限定条件に該当する人）を表しています。
- 本文中の設問の選択肢は簡略化している場合があります。

(3) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

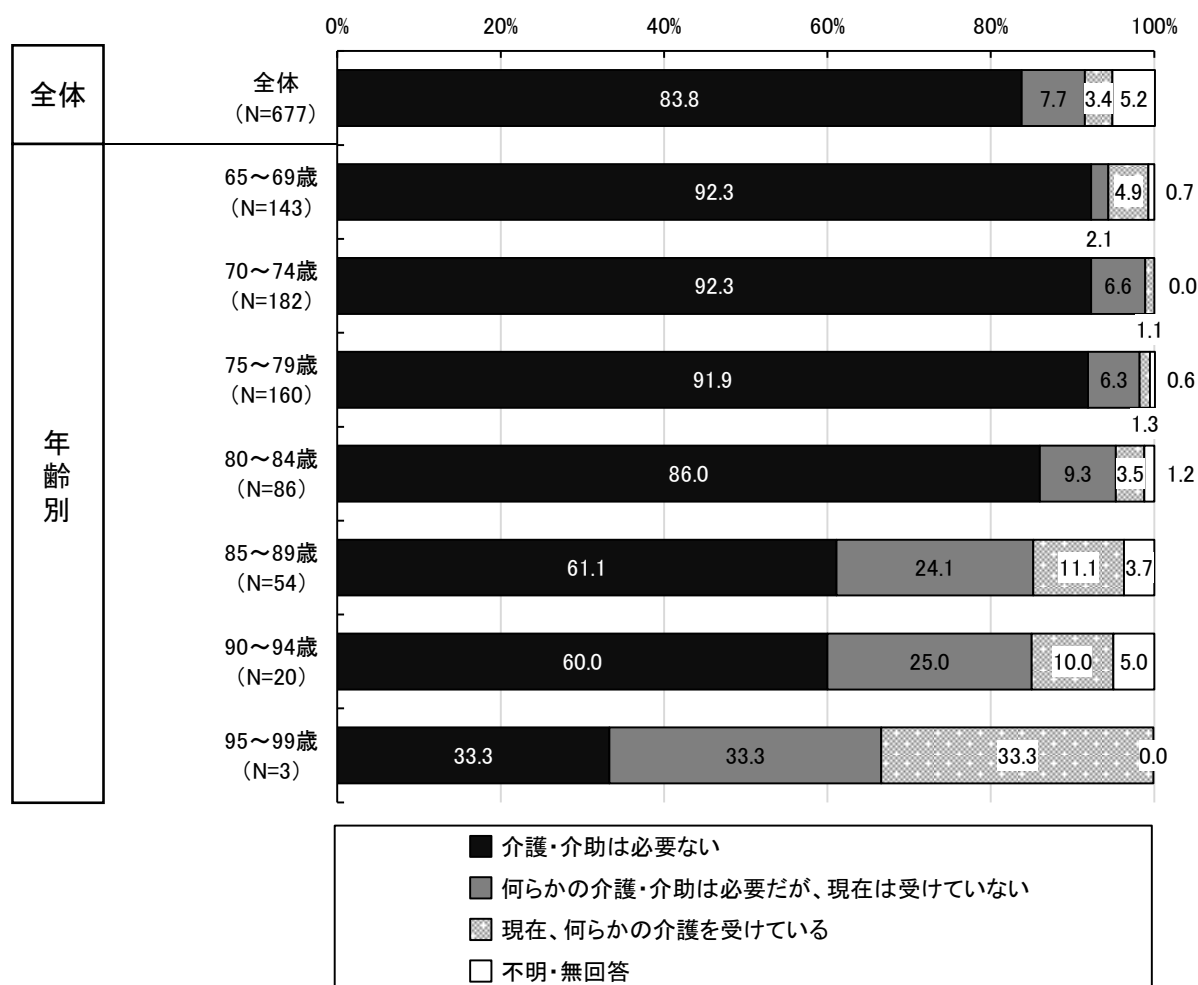
① 家族構成について（単数回答）

家族構成については、「夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 35.7%と最も高く、次いで「息子・娘との2世帯」が25.8%、「1人暮らし」が16.8%となっています。「1人暮らし」と「夫婦2人暮らし」を合わせた割合は52.5%となっています。



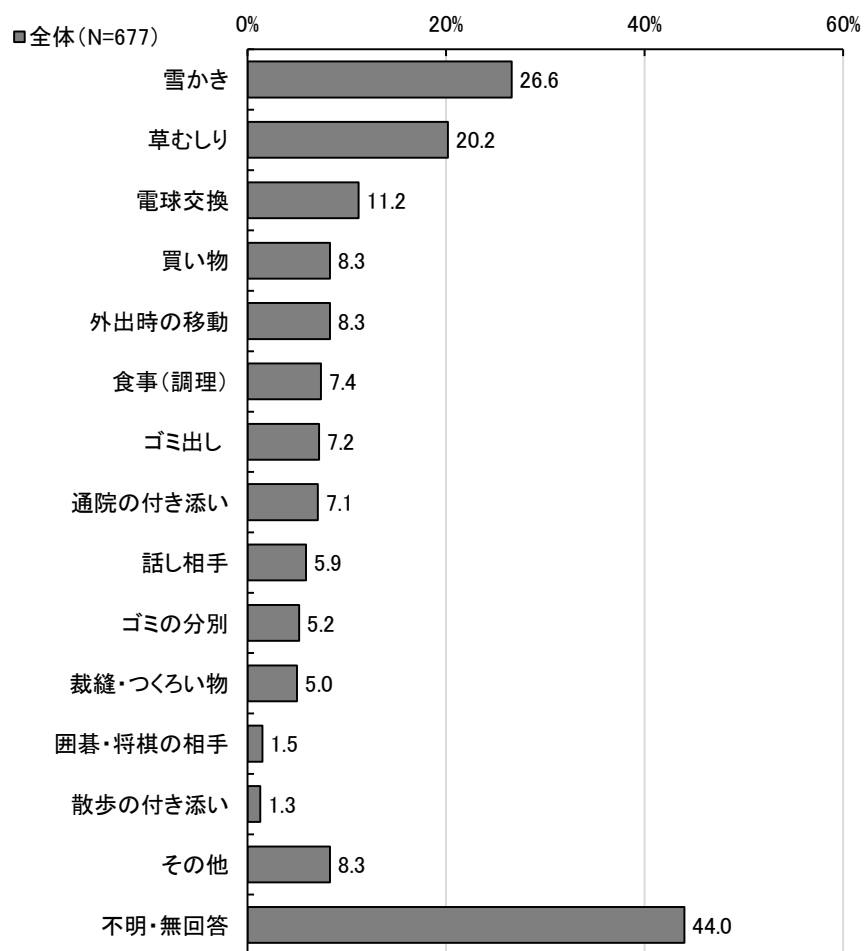
② 介護・介助の必要性について（単数回答）

普段の生活で誰かの介護・介助が必要かについては、全体で「介護・介助は必要ない」が 83.8%と最も高く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が 7.7%、「現在、何らかの介護を受けている」が 3.4%となっています。年齢別でみると、「介護・介助は必要ない」の割合が 85 歳以上では大きく減少しています。



③ 日常の困りごとについて（複数回答）

日常の困りごとについては、「雪かき」が 26.6%と最も高く、次いで「草むしり」が 20.2%、「電球交換」が 11.2%となっています。



■ 生活機能評価（リスク判定）

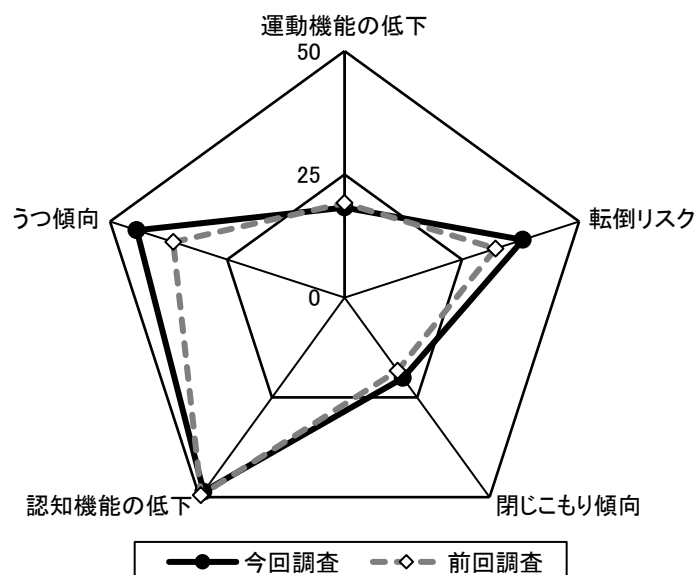
生活機能評価のリスク判定をみると、「認知機能の低下」が 48.6%、「うつ傾向」が 44.3%、「転倒リスク」が 38.0%となっています。

前回調査との比較では、「認知機能の低下」は微減となったものの、「うつ傾向」は 7.8 ポイント、「転倒リスク」は 5.8 ポイントと大きく増加しており、リスクが高くなっています。

（単位：％）

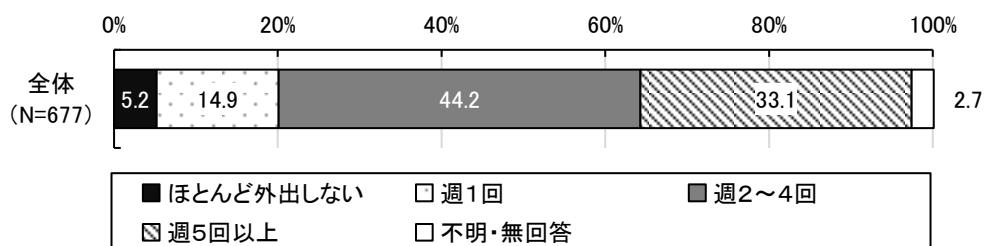
項 目	今回調査	前回調査	増減値
運動機能の低下	18.3	19.2	-0.9
転倒リスク	38.0	32.2	5.8
閉じこもり傾向	20.1	18.3	1.8
認知機能の低下	48.6	49.5	-0.9
うつ傾向	44.3	36.5	7.8

前回調査：令和2年1月



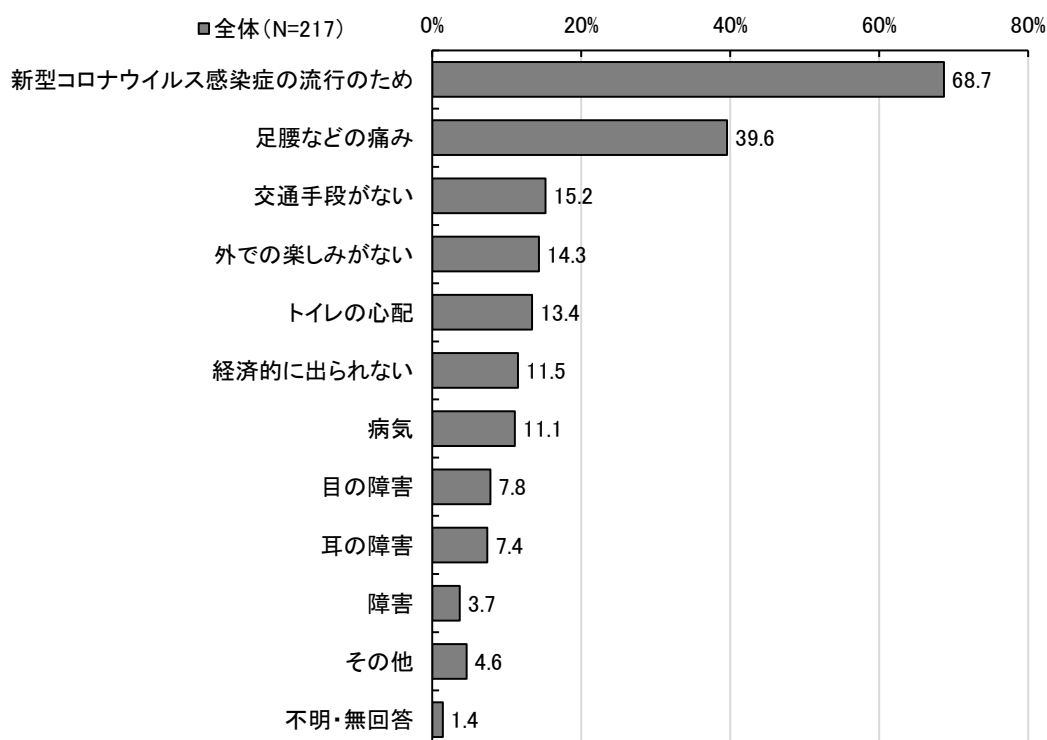
④ 外出の頻度について（単数回答）

全体の 8 割弱の方は週に 2 回以上外出しています。一方、外出の頻度が週 1 回以下の方は 20.1%で、約 2 割の方が閉じこもり傾向にあるとみられます。



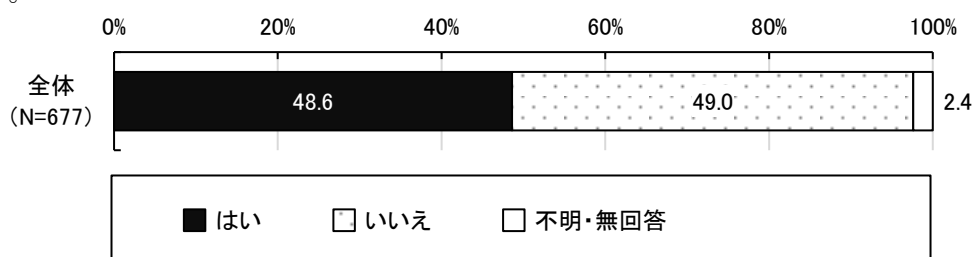
⑤ 外出を控えている理由について（「外出を控えている」と回答した方）
（複数回答）

外出を控えている理由についてみると、「新型コロナウイルス感染症の流行のため」が68.7%と最も高く、次いで「足腰などの痛み」が39.6%、「交通手段がない」が15.2%となっています。



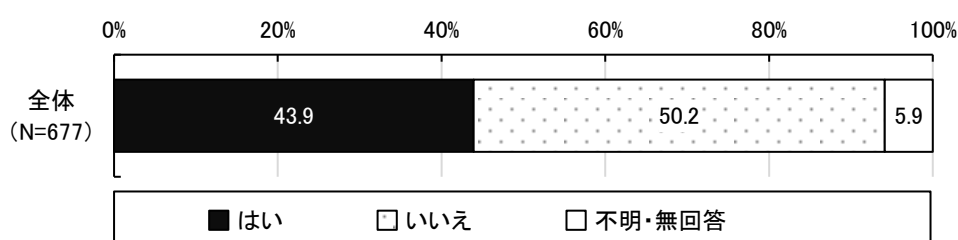
⑥ もの忘れについて（単数回答）

物忘れが多いと感じるかについてみると、「はい」が48.6%、「いいえ」が49.0%となっています。



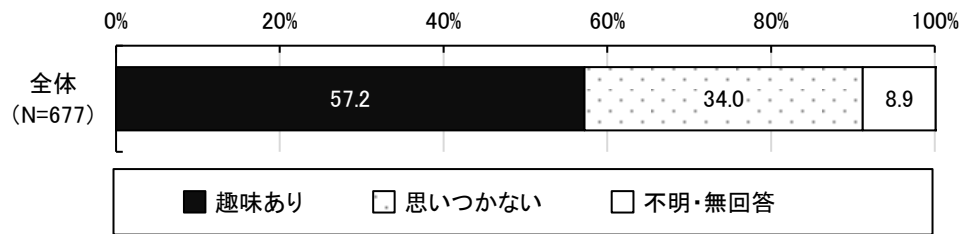
⑦ 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかについて（単数回答）

半年前に比べて固いものが食べにくくなったかについてみると、「はい」が43.9%、「いいえ」が50.2%となっています。



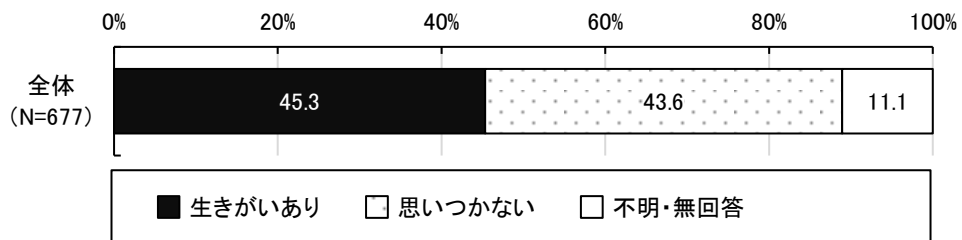
⑧ 趣味について（単数回答）

趣味はあるかについてみると、「趣味あり」が 57.2%、「思いつかない」が 34.0%となっています。



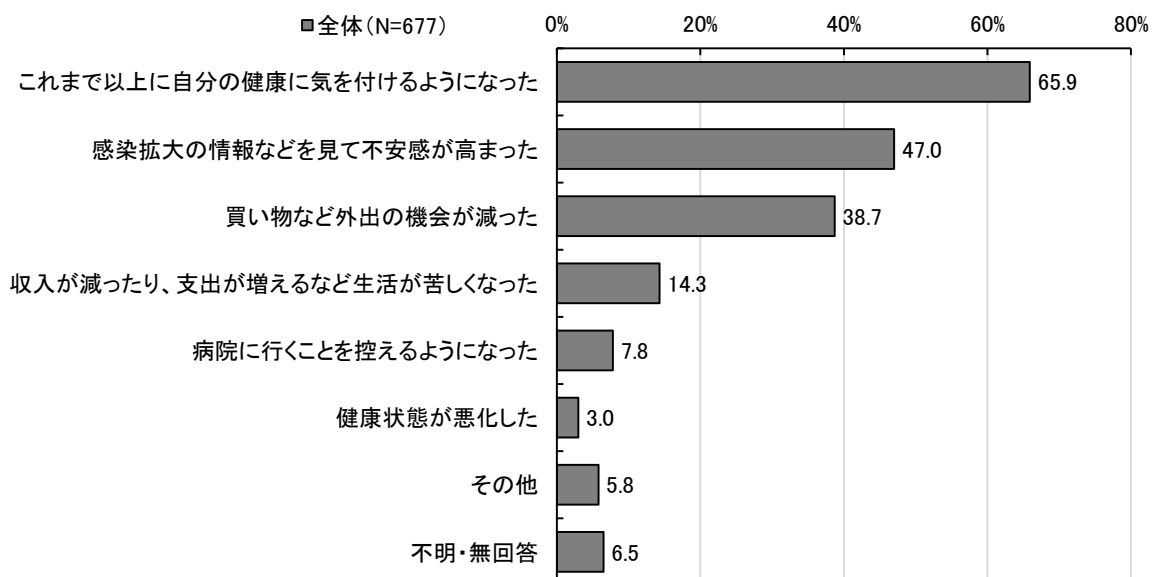
⑨ 生きがいについて（単数回答）

生きがいはあるかについてみると、「生きがいあり」が 45.3%、「思いつかない」が 43.6%となっています。



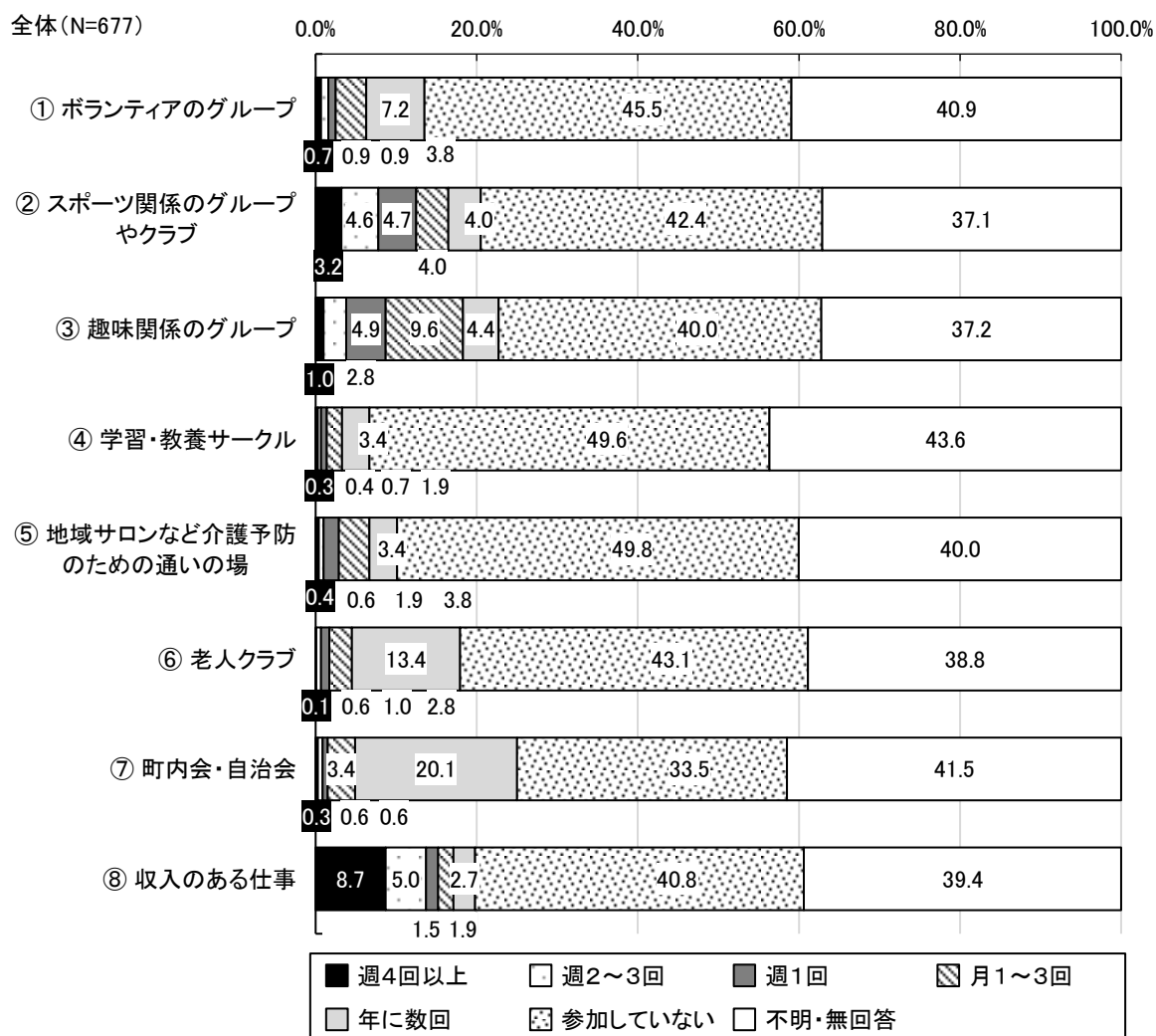
⑩ 新型コロナウイルス感染症が流行して以降、あなたの生活や心身の状態はどう変わったかについて（複数回答）

新型コロナウイルス感染症が流行して以降、あなたの生活や心身の状態はどう変わったかについてみると、「これまで以上に自分の健康に気を付けるようになった」が 65.9%と最も高く、次いで「感染拡大の情報などを見て不安感が高まった」が 47.0%、「買い物など外出の機会が減った」が 38.7%となっています。



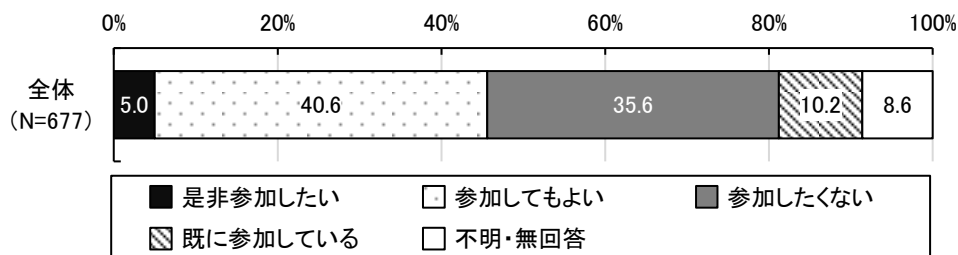
⑪ 会やグループへの参加について（単数回答）

会・グループ等への参加頻度についてみると、【② スポーツ関係のグループやクラブ】
【③ 趣味関係のグループ】【⑦ 町内会・自治会】において『参加している』（「週4回以上」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」の合計）が2割台となっています。
一方、いずれの会・グループにおいても「参加していない」が3割以上となっています。



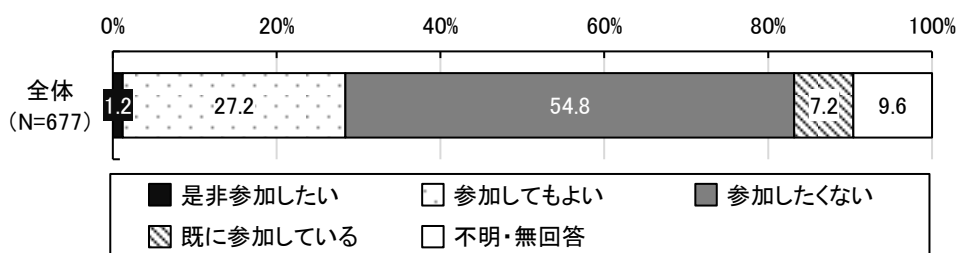
⑫ 地域住民の有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加者としての参加意向について（単数回答）

地域住民の有志による地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思うかについてみると、全体では「是非参加したい」と「参加してもよい」を合わせた『参加意向あり』の割合が45.6%と「参加したくない」の35.6%を上回っています。なお、「既に参加している」の割合は10.2%となっています。



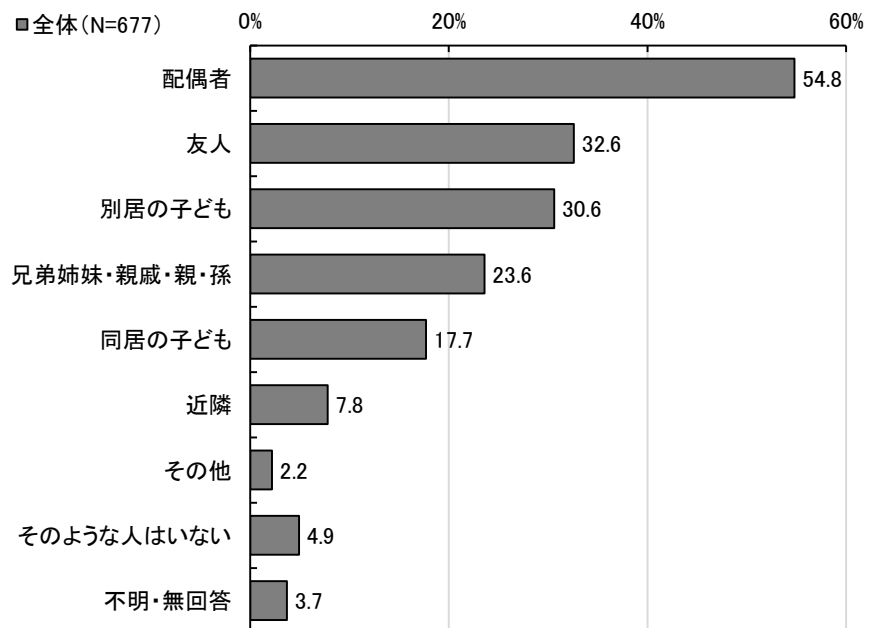
⑬ 地域住民の有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動への企画・運営としての参加意向について（単数回答）

地域住民の有志による地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思うかについてみると、全体では「参加したくない」の割合が54.8%あり、「是非参加したい」と「参加してもよい」を合わせた『参加意向あり』の割合28.4%を上回っています。なお、「既に参加している」の割合は7.2%となっています。



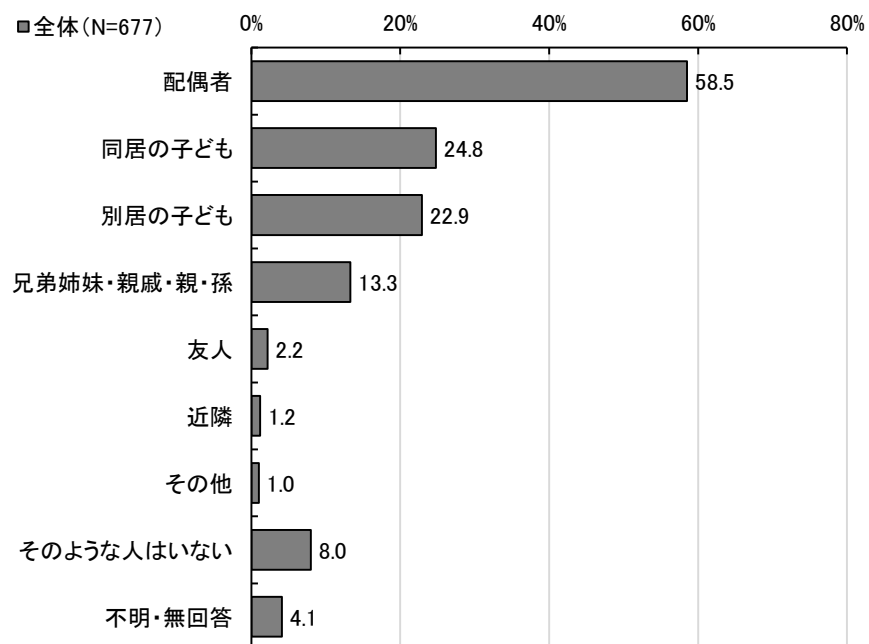
⑭ 心配事や愚痴を聞いてくれる人について（単数回答）

あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人についてみると、「配偶者」が 54.8%と最も高く、次いで「友人」が 32.6%、「別居の子ども」が 30.6%となっています。



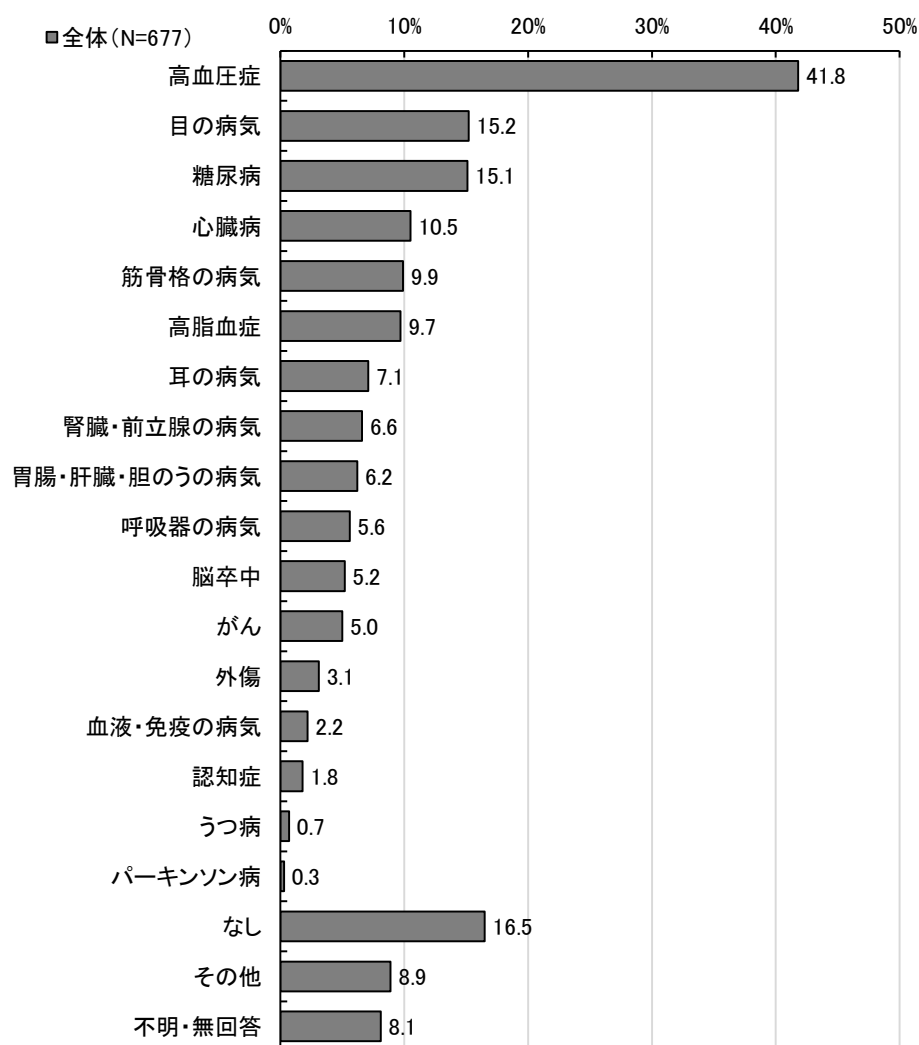
⑮ 看病や世話をしてくれる人について（単数回答）

あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人についてみると、「配偶者」が 58.5%と最も高く、次いで「同居の子ども」が 24.8%、「別居の子ども」が 22.9%となっています。



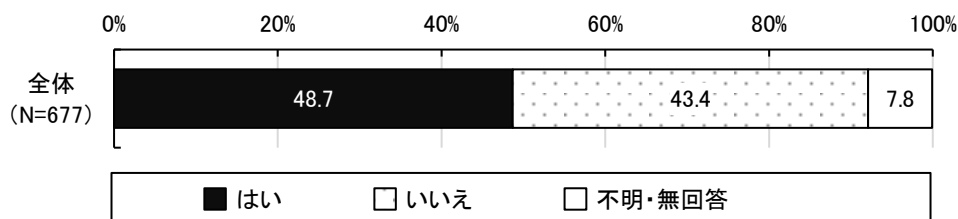
⑩ 現在治療中、または後遺症のある病気について（複数回答）

現在治療中、または後遺症のある病気についてみると、「高血圧症」が 41.8%と最も高く、次いで「目の病気」が 15.2%、「糖尿病」が 15.1%となっています。



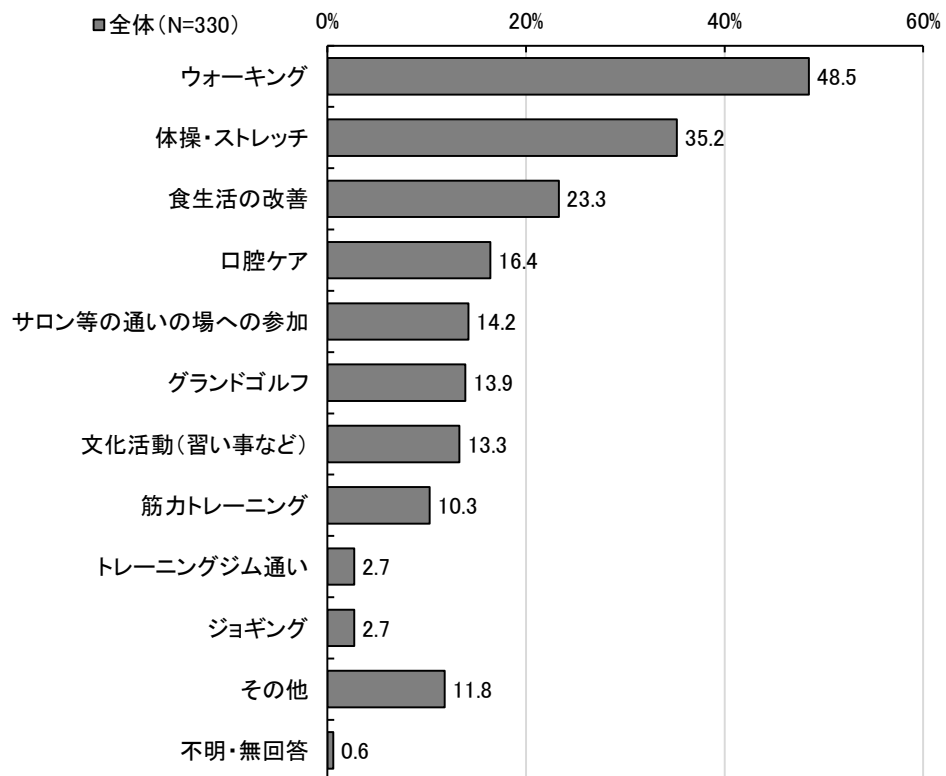
⑪ 介護予防として取り組んでいることはあるかについて

毎日の生活の中で介護予防として取り組んでいることはあるかについては、「はい」が 48.7%、「いいえ」が 43.4%となっています。



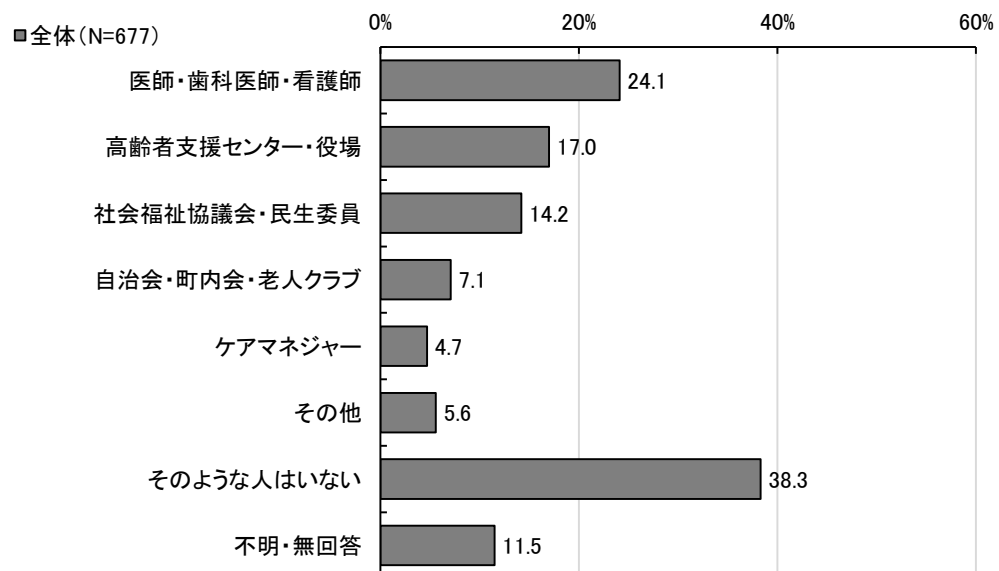
⑱ 介護予防として取り組んでいることについて

介護予防として取り組んでいることについては、「ウォーキング」が 48.5%と最も高く、次いで「体操・ストレッチ」が 35.2%、「食生活の改善」が 23.3%となっています。



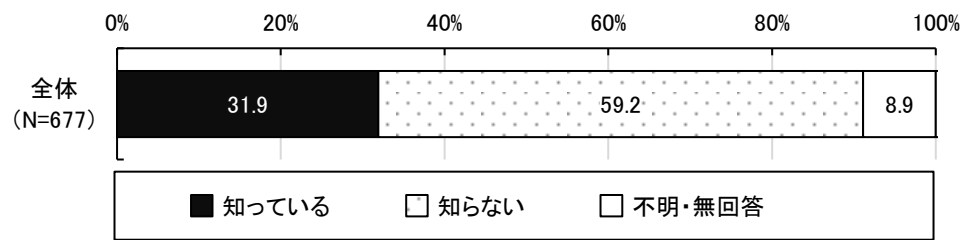
⑲ 家族や友人・知人以外の相談相手について

家族や友人・知人以外の相談相手については、全体では「医師・歯科医師・看護師」の割合が 24.1%で最も高く、次いで「高齢者支援センター・役場」が 17.0%、「社会福祉協議会・民生委員」が 14.2%となっています。一方、「そのような人はいない」の割合は 38.3%となっています。



⑳ 認知症に関する相談窓口について

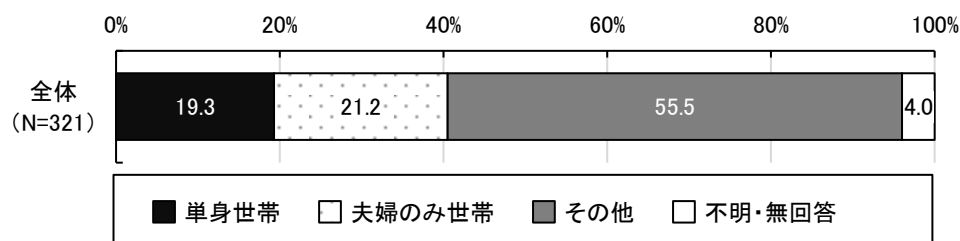
認知症に関する相談窓口の認知度についてみると、「知っている」が 31.9%、「知らない」が 59.2%となっています。



(4) 在宅介護実態調査結果

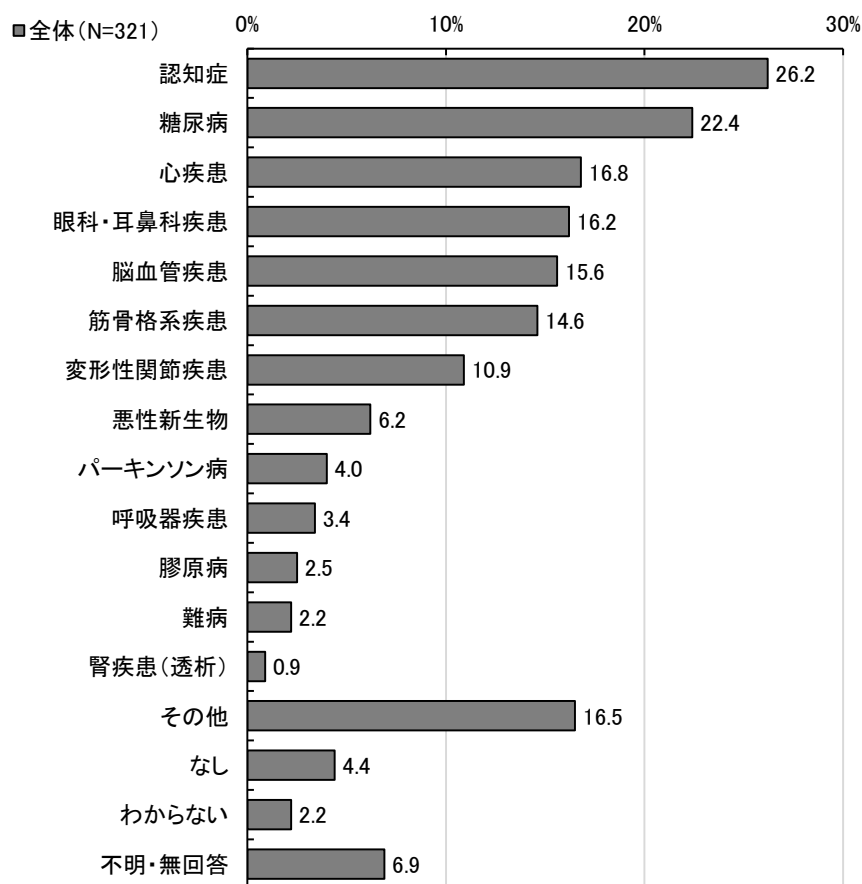
① 世帯類型について（単数回答）

世帯類型についてみると、「その他」が55.5%、「夫婦のみ世帯」が21.2%となっています。



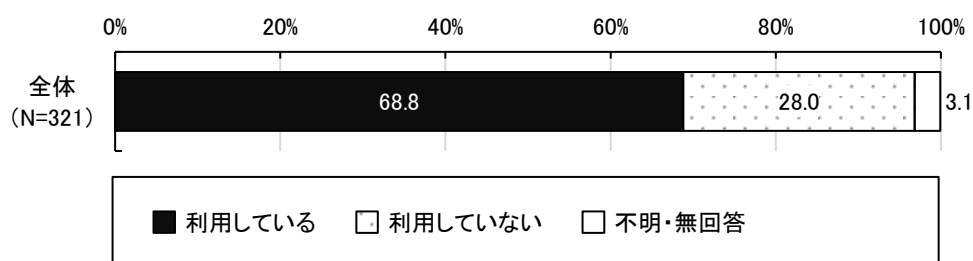
② 現在抱えている傷病について

調査対象者が、現在抱えている傷病についてみると、「認知症」が26.2%と最も高く、次いで「糖尿病」が22.4%、「心疾患」が16.8%となっています。



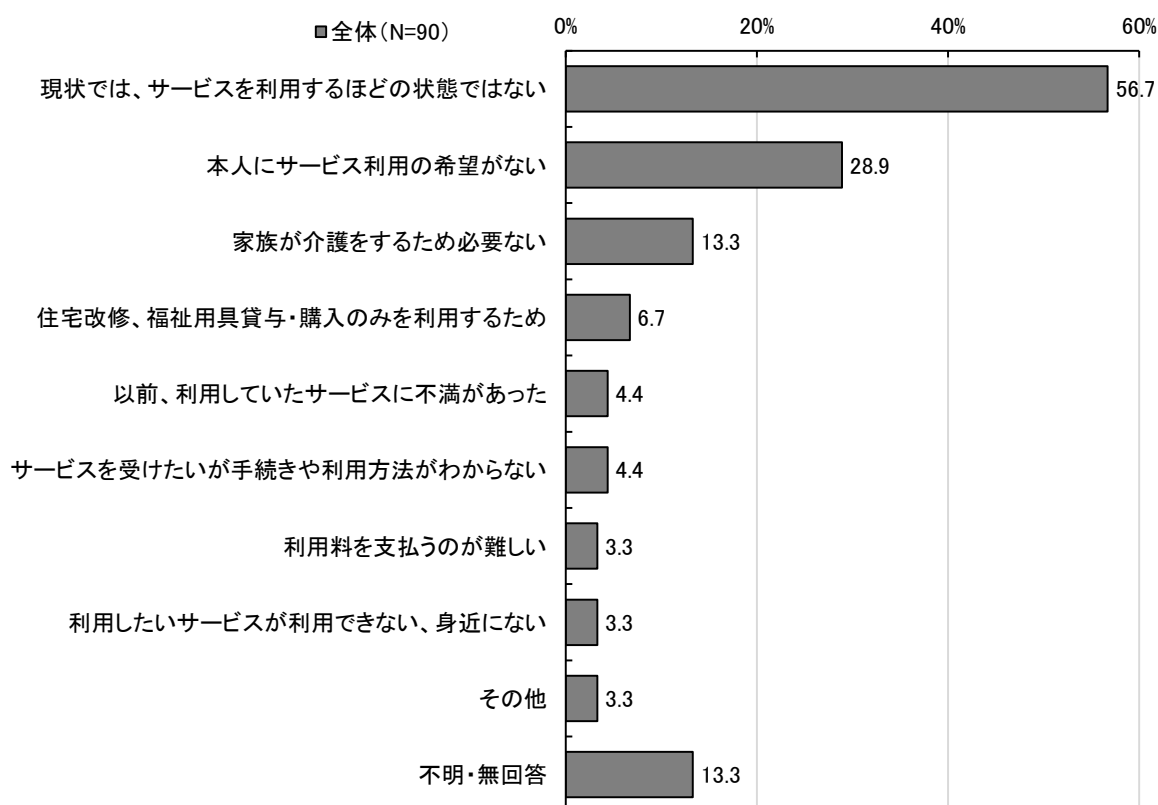
③ 現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか（単数回答）

現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用しているかについてみると、「利用している」が68.8%、「利用していない」が28.0%となっています。



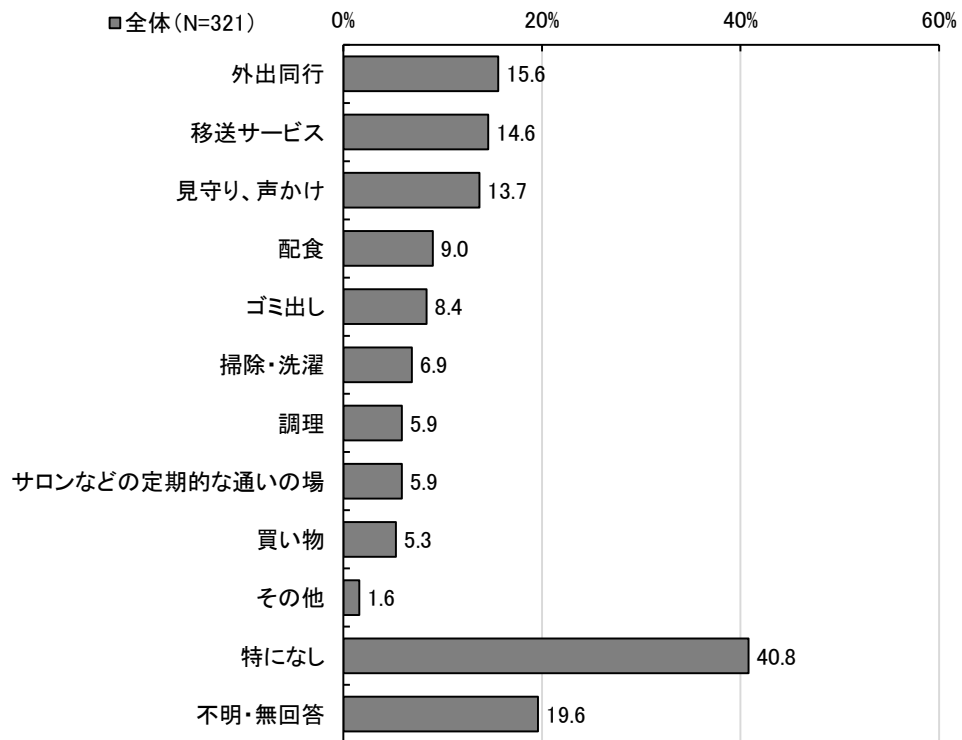
④ 介護保険サービスを利用していない理由について（複数回答）

介護保険サービスを利用していない理由についてみると、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」が56.7%と最も高く、次いで「本人にサービス利用の希望がない」が28.9%、「家族が介護をするため必要ない」が13.3%となっています。



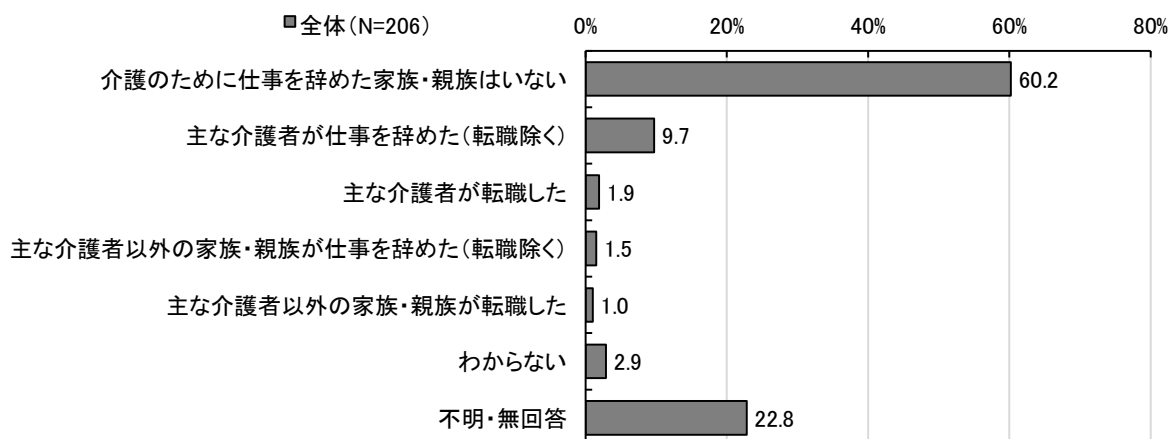
⑤ 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについてみると、「特になし」が40.8%と最も高く、次いで「外出同行」が15.6%、「移送サービス」が14.6%となっています。



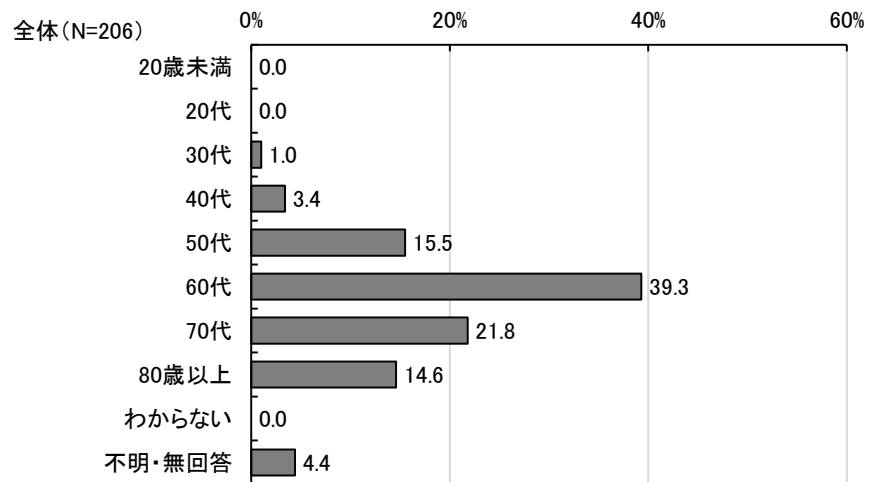
⑥ 介護を理由に過去1年の間に仕事を辞めた家族や親族について

家族や親族の中で、ご本人（調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいるかについてみると、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が60.2%と最も高く、次いで「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」が9.7%となっています。



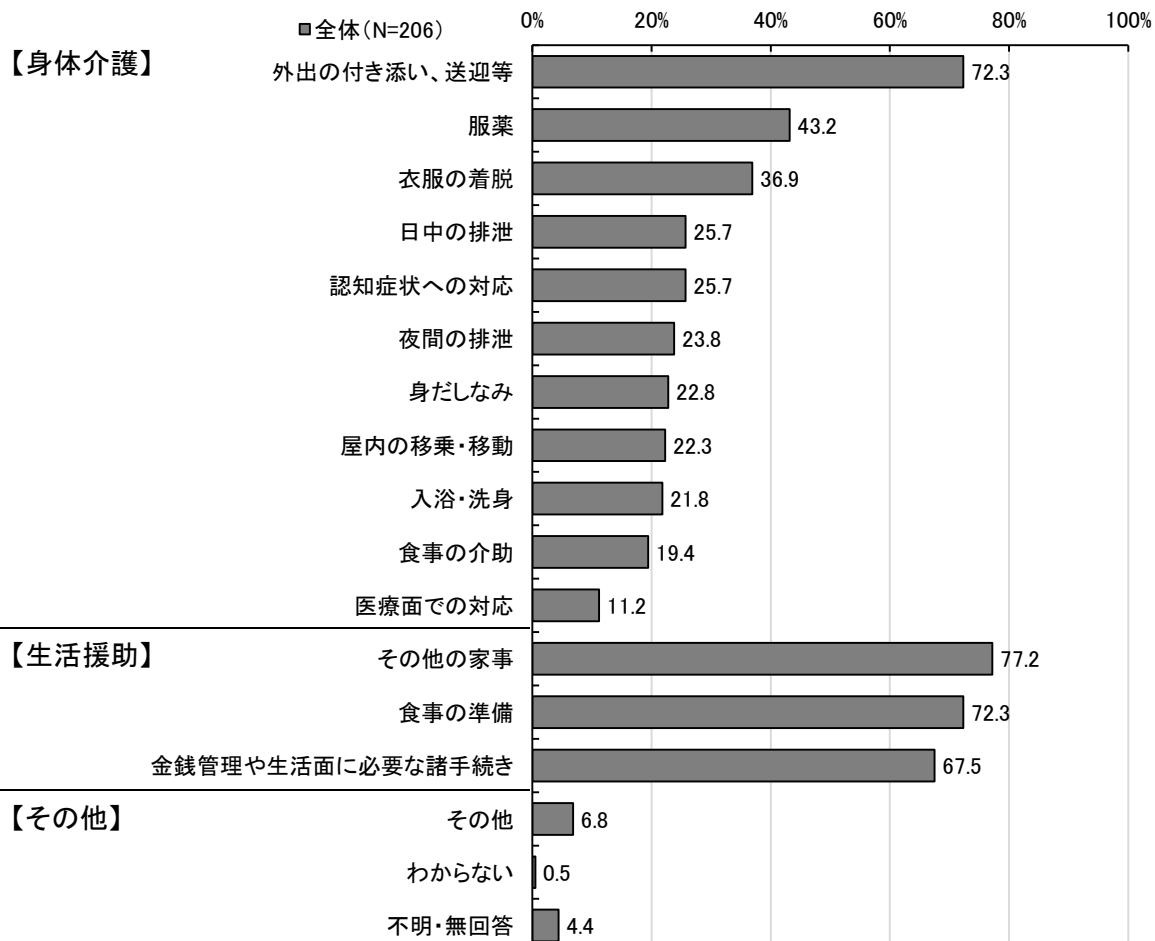
⑦ 主な介護者の年齢について

主な介護者の年齢についてみると、「60代」が39.3%と最も高く、次いで「70代」が21.8%、「50代」が15.5%となっています。



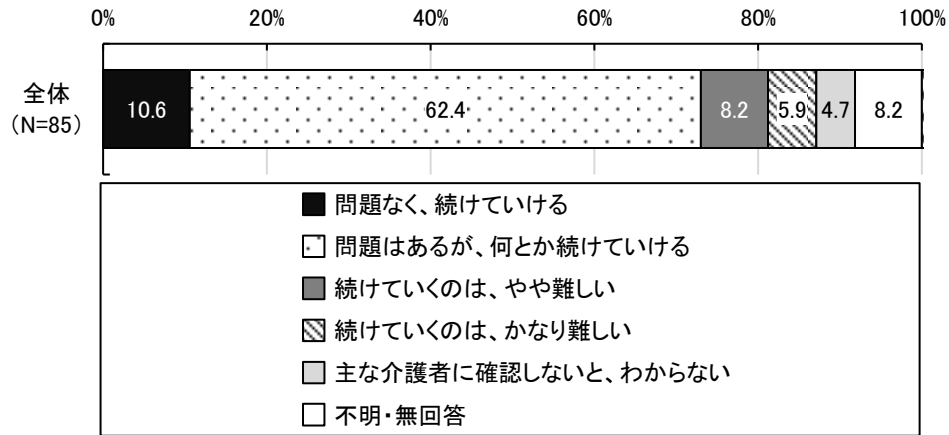
⑧ 主な介護者が行っている介護について

現在、主な介護者の方が行っている介護等についてみると、【身体介護】については、「外出の付き添い、送迎等」が72.3%と最も高く、次いで「服薬」が43.2%、「衣服の着脱」が36.9%となっています。【生活援助】については「その他の家事」が77.2%と最も高く、次いで「食事の準備」が72.3%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が67.5%となっています。



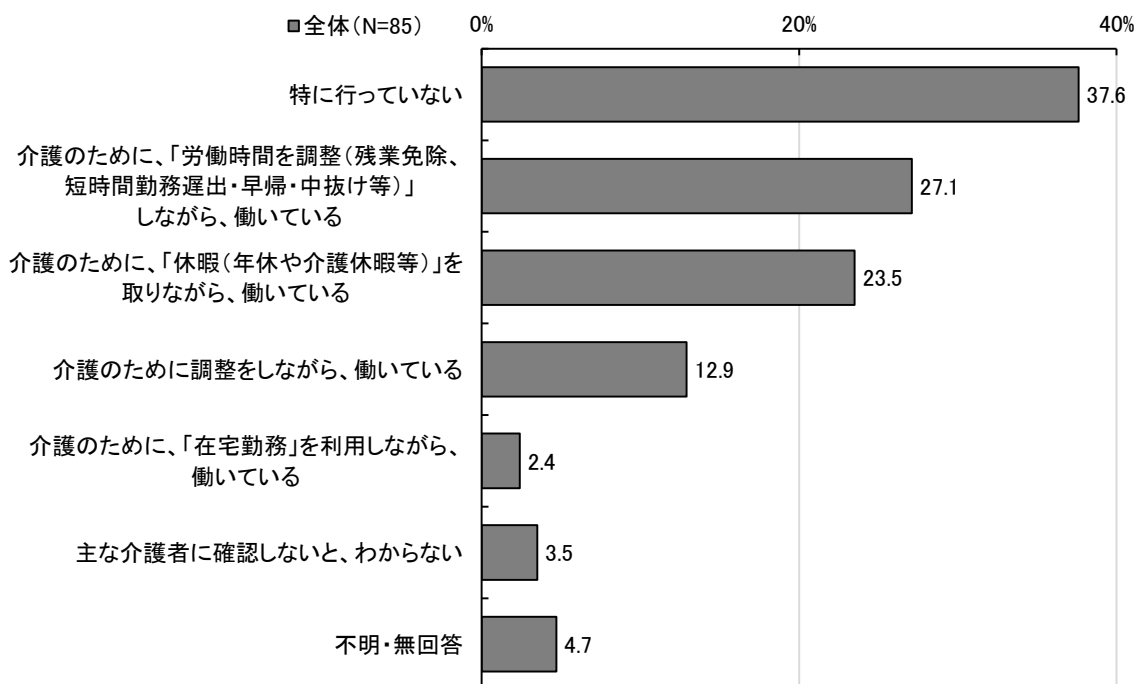
⑨ 介護者が今後も働きながら介護を継続する困難度について

主な介護者の方が、今後も働きながら介護を続けていけそうかについてみると、「問題はあるが、何とか続けていける」が 62.4%と最も高く、次いで「問題なく、続けていける」が 10.6%、「続けていくのは、やや難しい」が 8.2%となっています。



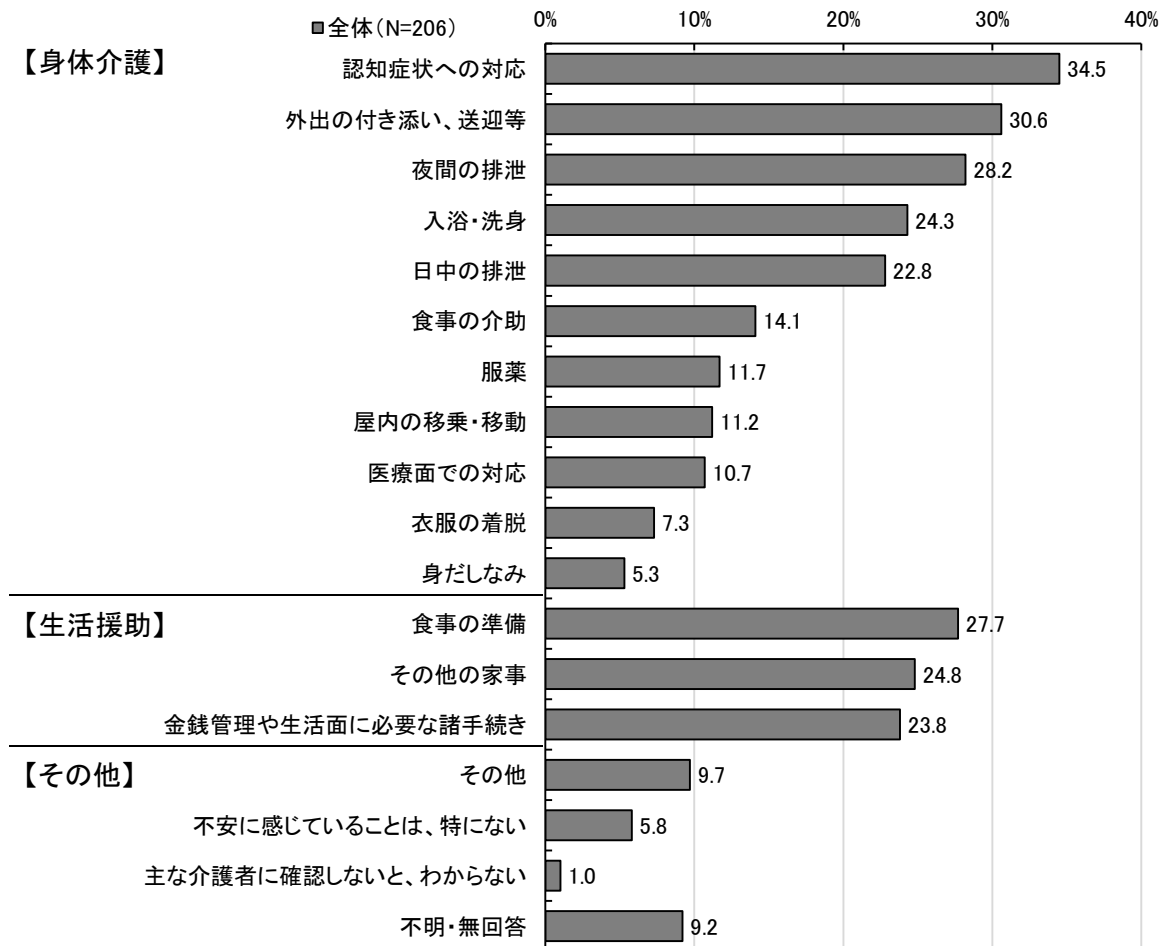
⑩ 介護をするにあたって介護者の働き方の調整等について

主な介護者の方が、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしているかについてみると、「特に行っていない」が 37.6%と最も高く、次いで「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 27.1%、「介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」が 23.5%となっています。



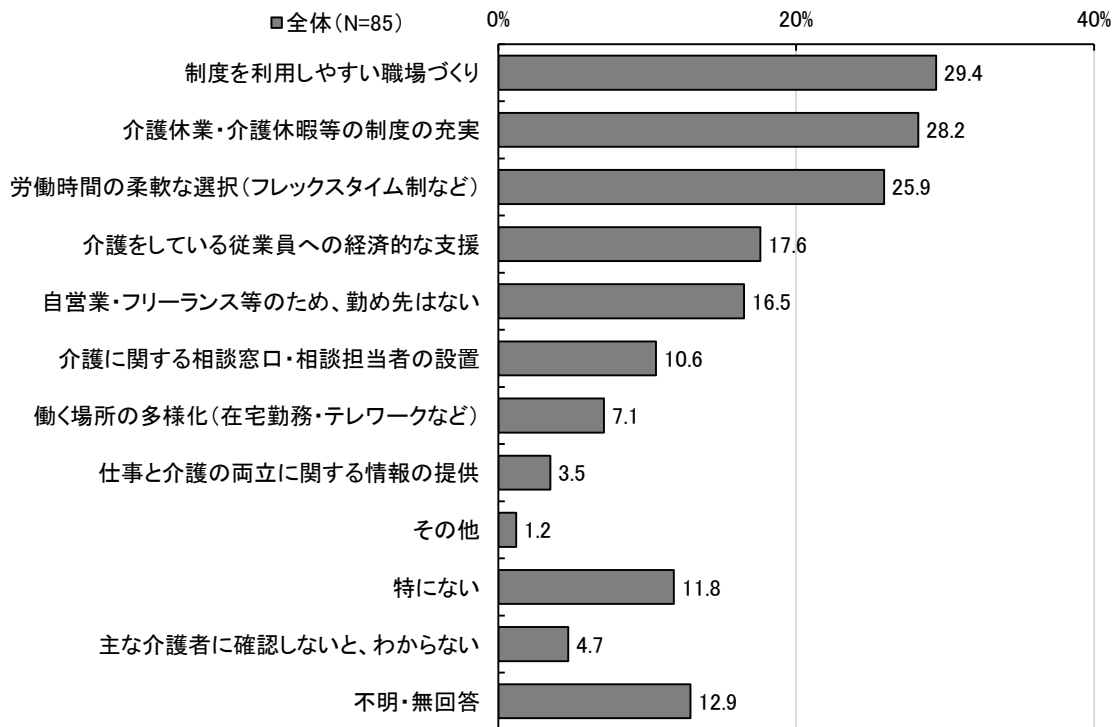
⑪ 生活を継続していくにあたって介護者が不安に感じる介護等について

現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等についてみると、【身体介護】では、「認知症状への対応」が 34.5%と最も高く、次いで「外出の付き添い、送迎等」が 30.6%、「夜間の排泄」が 28.2%となっています。【生活援助】では、「食事の準備」が 27.7%と最も高く、次いで「その他の家事」が 24.8%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 23.8%となっています。



⑫ 介護者の仕事と介護の両立に効果的な勤め先からの支援について

主な介護者の方が、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思うかについてみると、「制度を利用しやすい職場づくり」が 29.4%と最も高く、次いで「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が 28.2%、「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」が 25.9%となっています。



第3章 第8期計画の利用実績と評価

1. 介護サービス等の利用実績

(1) 居宅サービス

在宅で生活している人を対象とした、居宅での生活を支援するための介護サービスです。

〈サービス別での動向〉

- 訪問介護は、回数が計画値を上回り増加傾向にあります。
- 訪問看護は、計画値を大きく上回って推移しています。
- 訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導は、介護給付では計画値を上回り、増加傾向にあります。
- ★訪問系サービスは、全体的に増加傾向がみられます。
- 通所介護は、ほぼ計画値のとおり推移しています。
- 短期入所生活介護は、利用日数が計画値を下回っています。
- 福祉用具貸与、居宅介護支援は、介護給付では計画値を上回り増加傾向にあります。

※以下のサービス別の実績値は地域包括ケア「見える化」システムより

※数値はすべて月間の数値

※網掛け数値は計画値を実績が上回っている数値

① 訪問介護

居宅要介護者に対して、介護福祉士、訪問介護員（ホームヘルパー）等によって入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話をを行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	回数(回)	計画値	2,940	3,062	3,162
		実績値	3,194	3,178	3,489
	人数(人)	計画値	93	96	98
		実績値	91	98	93

② 訪問入浴介護

寝たきり等で入浴が困難な要介護者の居宅を訪問し、浴槽を持ち込んで入浴介護を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	回数(回)	計画値	0	0	0
		実績値	0	0	0
	人数(人)	計画値	0	0	0
		実績値	0	0	0
介護給付	回数(回)	計画値	44	45	51
		実績値	42	44	58
	人数(人)	計画値	16	16	18
		実績値	12	12	15

③ 訪問看護

主治医が必要性を認めた場合、看護師等が居宅において療養上の世話や必要な診療補助を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	回数(回)	計画値	71	74	74
		実績値	51	38	24
	人数(人)	計画値	19	20	20
		実績値	9	9	8
介護給付	回数(回)	計画値	194	200	213
		実績値	316	434	381
	人数(人)	計画値	42	43	46
		実績値	46	59	64

④ 訪問リハビリテーション

主治医が必要性を認めた場合、居宅において心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法等の必要なリハビリテーションを行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	回数(回)	計画値	57	54	54
		実績値	37	35	42
	人数(人)	計画値	8	8	8
		実績値	5	5	5
介護給付	回数(回)	計画値	205	203	200
		実績値	147	212	249
	人数(人)	計画値	20	20	20
		実績値	15	25	32

⑤ 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が居宅を訪問し、療養上の管理及び指導等を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	4	4	4
		実績値	6	6	3
介護給付	人数(人)	計画値	87	88	92
		実績値	106	112	133

⑥ 通所介護

居宅要介護者が老人デイサービスセンターで、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、栄養改善のための指導や日常生活を想定した運動機能の向上のための機能訓練等を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	回数(回)	計画値	2,261	2,246	2,340
		実績値	2,354	2,254	2,176
	人数(人)	計画値	245	245	251
		実績値	244	250	252

⑦ 通所リハビリテーション

居宅要介護者に対して、介護老人保健施設や病院・診療所等で、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法等の必要なリハビリテーションを行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	19	20	20
		実績値	26	30	45
介護給付	回数(回)	計画値	803	837	880
		実績値	864	838	799
	人数(人)	計画値	99	101	105
		実績値	111	113	110

⑧ 短期入所生活介護

特別養護老人ホーム等に短期間入所し、その施設で、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	日数(日)	計画値	35	37	37
		実績値	17	11	3
	人数(人)	計画値	6	6	6
		実績値	3	3	1
介護給付	日数(日)	計画値	882	916	919
		実績値	613	637	839
	人数(人)	計画値	70	72	72
		実績値	69	69	79

⑨ 短期入所療養介護（老健）

介護老人保健施設に短期入所し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の支援等を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	日数(日)	計画値	0	0	0
		実績値	0	0	0
	人数(人)	計画値	0	0	0
		実績値	0	0	0
介護給付	日数(日)	計画値	24	24	24
		実績値	15	13	6
	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	1	1	1

⑩ 特定施設入所者生活介護

特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス等）に入居している要介護者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	1	1	0
介護給付	人数(人)	計画値	12	12	12
		実績値	10	10	13

⑪ 福祉用具貸与

日常生活を営むのに支障がある要介護者の日常の動作を助けたり、介護者の負担を助けたりするための福祉用具や、機能訓練のための福祉用具を貸し出す事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	107	108	109
		実績値	77	72	79
介護給付	人数(人)	計画値	280	288	296
		実績値	287	319	335

⑫ 特定福祉用具購入費

住み慣れた自宅で自立した生活ができるよう、排せつや入浴に使われる用具を購入した場合に、その費用の一部を支給する事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	2	2	2
介護給付	人数(人)	計画値	4	4	4
		実績値	4	5	5

⑬ 住宅改修

転倒防止や自立しやすい生活環境を整えるため、段差の解消や手すりの取り付け等、小規模な一定種類の住宅改修に関わる費用の一部を支給する事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	2	1	2
介護給付	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	3	2	1

⑭ 居宅介護支援（介護予防支援）

介護サービスの適切な利用ができるよう、利用者、家族等に各種サービスの情報の提供を行い、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、計画に基づくサービスが適切に提供されるようにサービス提供事業所との連絡調整、実施状況の把握・評価等を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	117	119	120
		実績値	100	100	114
介護給付	人数(人)	計画値	404	411	423
		実績値	426	453	463

(2) 地域密着型サービス

要介護者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援する介護サービスです。

サービスの基盤整備は市町単位で行われ、原則として中能登町の住民のみが利用可能です。

〈サービス別での動向〉

- 認知症対応型通所介護は、計画値を大きく上回り増加傾向にあります。
- 認知症対応型共同生活介護は、計画値を下回り横ばいとなっています。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と地域密着型通所介護については、区域外指定として他市町のサービス事業所を利用した実績です。
- 第8期計画期間中に新たな施設整備は行っておらず、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、ほぼ計画値通りの利用実績となっています。

※以下のサービス別の実績値は地域包括ケア「見える化」システムより

※数値はすべて月間の数値

※網掛け数値は計画値を実績が上回っている数値

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的に、または密接に連携しながら、定期巡回と随時の対応を受けられる事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	1	2	2

② 認知症対応型通所介護

認知症の方を専門としたデイサービスで、食事・入浴等の介助のほか、認知症の方に適した運動やレクリエーションを通して機能訓練等を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	回数(回)	計画値	8	8	8
		実績値	0	0	0
	人数(人)	計画値	1	1	1
		実績値	0	0	0
介護給付	回数(回)	計画値	36	36	36
		実績値	50	77	98
	人数(人)	計画値	3	3	3
		実績値	6	9	15

③ 小規模多機能型居宅介護

居宅要介護者について、「通い」を中心として、その方の様態や希望に応じて、随時、「訪問」や短期間の「泊まり」を組み合わせ提供する事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	2	2	2
		実績値	2	1	1
介護給付	人数(人)	計画値	27	27	29
		実績値	23	28	24

④ 認知症対応型共同生活介護

身近な地域で、比較的安定状況にある認知症高齢者が共同生活をし、家庭的な雰囲気の中で、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を受ける事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
予防給付	人数(人)	計画値	0	0	0
		実績値	1	1	1
介護給付	人数(人)	計画値	69	70	71
		実績値	61	59	63

⑤ 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人以下の施設で、常時介護を必要とする人で自宅における介護が困難な要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の支援を行います。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	人数(人)	計画値	29	29	29
		実績値	28	29	29

⑥ 地域密着型通所介護

定員が18人以下の小規模な老人デイサービスセンターで、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、栄養改善のための指導や日常生活を想定した運動機能の向上のための機能訓練等を行う事業です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	回数(回)	計画値	27	27	27
		実績値	33	18	19
	人数(人)	計画値	3	3	3
		実績値	4	2	2

(3) 施設サービス

「介護老人福祉施設」等の施設に入居して受ける介護サービスです。

〈サービス別での動向〉

■介護老人福祉施設は、増加傾向にあり計画値をやや上回る状況にあります。

■介護老人保健施設は、計画値を下回る状況にあります。

■介護医療院の実績値は、ほぼ計画値に収まっています。

※以下のサービス別の実績値は地域包括ケア「見える化」システムより

※数値はすべて月間の数値

※網掛け数値は計画値を実績が上回っている数値

① 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、入所定員が30人以上の施設で、常時介護を必要とする人で自宅における困難な要介護者に対し、利用されるものです。入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	人数(人)	計画値	147	147	147
		実績値	138	143	154

② 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、病状が安定期にあり入院治療の必要はないが、看護、介護、リハビリを必要とする要介護状態の人を対象とします。看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行います。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	人数(人)	計画値	157	157	157
		実績値	145	144	144

③ 介護医療院

長期にわたり療養が必要な要介護者の方に対して、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた介護保険施設です。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	人数(人)	計画値	31	31	31
		実績値	29	28	29

④ 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設は、脳卒中や心臓病等の急性期の治療が終わり、長期にわたる療養を要する要介護状態の人に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、その他の世話及び機能訓練等の必要な医療を行います。

制度改正により、令和6年（2024年）3月末までに介護医療院等への転換が義務付けられています。

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
介護給付	人数(人)	計画値	6	6	6
		実績値	0	0	0

(4) 施設整備の状況（令和5年10月現在）

介護サービス	事業所名	定員(人)
居宅介護支援	なごみの里鹿島居宅介護支援事業所	-
	鹿寿苑居宅介護支援事業所	-
	中能登町社協居宅介護支援センター	-
訪問介護	中能登町社協ヘルパーステーション	-
訪問入浴介護	訪問入浴ステーション鹿寿苑	5/日
訪問看護	中能登訪問看護ステーション	-
小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護事業所 恵寿みおや	29
通所介護	ほのぼの通所介護事業所「ほのぼの」	55
	デイサービスセンター鹿寿苑	25
	デイサービスセンターひまわり	32
	認知症対応型デイサービスひまわり	12
通所リハビリテーション	通所リハビリテーション事業所「いきいき」	15
	なごみの里鹿島通所リハビリテーション	30
	ほのぼの短期入所生活介護事業所「ほのぼの」	24
短期入所生活介護	短期入所生活介護センター鹿寿苑	10
	グループホームなごみの里鹿島	18
認知症対応型共同生活介護	グループホーム一青の家	18
	グループホーム鹿寿苑	9
	グループホーム しあわせの里	18
	第二鹿寿苑	29
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	特別養護老人ホーム鹿寿苑	90
介護老人福祉施設	介護老人保健施設 なごみの里鹿島	100

■第8期計画期間中の施設整備の状況

年度	内容	整備内容
令和4年度	通所介護(1施設:20床増床)	令和4年12月 デイサービスセンター「いこい(定員:35人)」を廃止し、ほのぼの通所介護事業所「ほのぼの」(定員:35人)に統合(定員55人)

2. 地域支援事業等の実績

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援1・2及び事業対象者の人を対象に要介護状態となることの予防や高齢者の多様な生活ニーズを地域全体で支えるための事業です。

※数値はすべて年間の数値。

① 介護予防・生活支援サービス事業

■スーパー元気アップ塾(短期集中訪問・通所一体型サービス)

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	利用者数(人)	10	15	15
実績値	利用者数(人)	7	10	10

■あしこし元気アップ教室(短期集中通所型サービスC)

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	利用者数(人)	8	10	10
実績値	利用者数(人)	-	4	16

■訪問型サービス

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	延利用者数(人)	240	264	276
実績値	延利用者数(人)	276	274	200

■通所型サービス

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	延利用者数(人)	1,272	1,284	1,296
実績値	延利用者数(人)	1,148	989	1,000

■介護予防ケアマネジメント

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	延利用者数(人)	1,080	1,120	1,150
実績値	延利用者数(人)	790	642	550

② 一般介護予防事業

a. 介護予防普及啓発事業

■介護予防講座

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	開催回数	20	30	30
	参加者数(延人数)	400	600	600
実績値	開催回数	14	17	25
	参加者数(延人数)	191	255	300

b. 地域介護予防活動支援事業

■地域つながりサロン

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	グループ数	37	37	37
実績値	グループ数	32	35	36

■いきいき百歳体操

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	グループ数	26	26	27
実績値	グループ数	26	26	24

■シルバーリハビリ体操教室

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	実施会場数(か所)	7	10	15
実績値	実施会場数(か所) ※出前講座含む	18	26	26

c. 地域リハビリテーション活動支援事業

■通いの場へのリハビリテーション専門職の支援

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	支援回数(回)	41	41	42
実績値	支援回数(回)	1	9	20

(2) 包括的支援事業

地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護、ケアマネジメント支援などを包括的に行う事業です。

① 総合相談業務

■相談支援

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	延件数(件)	1,500	1,550	1,600
実績値	延件数(件)	1,237	1,423	1,600

② 権利擁護業務

■高齢者虐待防止

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
相談窓口の周知 (広報掲載)	計画値	回数(回)	1	1	1
	実績値	回数(回)	1	1	1
高齢者虐待相談件数	計画値	件数(件)	8	10	12
	実績値	件数(件)	9	18	15
研修会	計画値	回数(回)	1	1	1
	実績値	回数(回)	1	0	1

■成年後見制度の普及・促進

			令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
相談窓口の周知 (広報掲載)	計画値	回数(回)	1	1	1
	実績値	回数(回)	2	2	1
成年後見制度相談件数	計画値	件数(件)	3	4	5
	実績値	件数(件)	6	6	5
まるごと福祉支援協議会 権利擁護部会	計画値	回数(回)	2	3	3
	実績値	回数(回)	2	2	1
研修会	計画値	回数(回)	1	1	1
	実績値	回数(回)	1	1	1

③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
介護保険サービス事業 所連絡会・研修会	計画値	回数(回)	2	3	3
	実績値	回数(回)	1	1	2
居宅介護支援事業所 連絡会・研修会	計画値	回数(回)	3	3	3
	実績値	回数(回)	2	3	3
介護支援専門員への 個別支援	計画値	延人数(人)	130	130	130
	実績値	延人数(人)	133	158	150
自立支援型個別会議 (目標設定会議)	計画値	件数(件)	24	24	24
	実績値	件数(件)	25	24	24
地域ケア会議 (地域ケア個別会議)	計画値	件数(件)	2	3	3
	実績値	件数(件)	2	1	6

④ 在宅医療・介護連携の推進

			令和3 年度	令和4 年度	令和5年 度見込
在宅医療・介護連携 推進協議会	計画値	回数(回)	2	2	2
	実績値	回数(回)	1	1	2
多職種研修会・ 事例検討	計画値	回数(回)	8	8	8
	実績値	回数(回)	3	5	8
相談窓口の設置	計画値	(か所)	1	1	1
	実績値	(か所)	1	1	1

⑤ 生活支援体制整備

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
生活支援コーディネータ ーの設置(兼任)	計画値	人数(人)	2	2	2
	実績値	人数(人)	2	2	2
まるごと福祉支援協議会 生活支援部会	計画値	回数(回)	2	3	3
	実績値	回数(回)	1	1	2
地域福祉座談会	計画値	回数(回)	2	5	6
	実績値	回数(回)	1	13	8

⑥ 認知症施策の推進

■認知症施策の推進

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
認知症初期支援チーム による支援	計画値	回数(回)	4	5	6
	実績値	回数(回)	0	0	1
認知症地域支援推進員 の配置	計画値	人数(人)	4	4	4
	実績値	人数(人)	3	5	5
認知症カフェの開設・ 運営支援	計画値	(か所)	4	4	4
	実績値	(か所)	4	4	4
高齢者安心ネットワーク事業 (事前登録)	計画値	人数(人)	15	15	15
	実績値	人数(人)	13	11	15
高齢者安心ネットワーク事業 (協力機関)	計画値	(か所)	30	40	50
	実績値	(か所)	36	53	60

(3) 任意事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続できるようにするため、家族介護支援、高齢者の地域における自立した日常生活の支援など、以下の事業を実施しています。

① 介護給付費通知事業

介護保険サービス事業所で、どのようなサービスをどのくらい利用されたかをお知らせするとともに、介護保険に対するご理解を深めていただくものです。

■介護給付費通知

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	通知回数(回)	3	3	3

② 家族介護支援事業

介護用品券の支給、徘徊高齢者家族支援事業、家族介護教室・家族介護者交流事業を実施しています。

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
家族介護教室・家族介護 者交流事業	計画値	回数(回)	7	7	7
	実績値	回数(回)	5	6	6
認知症高齢者見守り事業 (徘徊高齢者等家族支援サー ビス事業)	計画値	人数(人)	6	7	8
	実績値	人数(人)	5	2	1
介護用品券支給事業	計画値	人数(人)	135	140	145
	実績値	人数(人)	134	163	170

③ その他

■成年後見制度利用支援事業

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
町長申立て	計画値	件数(件)	2	3	3
	実績値	件数(件)	1	1	1
報酬助成	計画値	件数(件)	2	2	2
	実績値	件数(件)	1	0	1

■認知症サポーター養成講座

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
一般向け	計画値	回数(回)	3	3	3
	実績値	回数(回)	4	13	11
小学校	計画値	回数(回)	3	3	3
	実績値	回数(回)	3	3	3

■認知症サポーター養成数

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
養成数	計画値	人数(人)	300	300	300
	実績値	人数(人)	266	369	340
養成数累計	計画値	人数(人)	2,897	3,197	3,497
	実績値	人数(人)	2,861	3,230	3,570

■認知症サポーターフォローアップ講座

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
計画値	回数(回)	1	1	1
実績値	回数(回)	3	1	1

■地域自立支援事業

			令和3 年度	令和4 年度	令和5 年度見込
「食」の自立支援事業 (見守り配食サービス)	計画値	延食数(食)	2,250	2,270	2,290
	実績値	延食数(食)	1,754	1,663	1,700
高齢者見守りコール事業	計画値	延回数(回)	320	340	360
	実績値	延回数(回)	262	271	280

(4) 高齢者等福祉サービスの状況

本町では、法定介護保険サービス以外に、下記に示す福祉サービス事業を実施しており、高齢者の自立支援や日常生活の援助等を行っています。

■高齢者等福祉サービス

事業名	内 容
外出支援サービス事業 (タクシー券の支給)	要介護認定を受け、一般の交通機関を利用することが困難な人に、医療機関への定期受診の外出支援として、タクシー券を支給します。
外出支援サービス事業 (リフト付き車両券の支給)	立位や歩行ができないため自家用車へ乗れない人に、医療機関への定期受診の外出支援として、リフト付き車両券を支給します。
寝具類洗濯乾燥消毒サービス事業	在宅の要介護4・5と認定を受けた人に、寝具類の衛生管理のため、水洗い、消毒、乾燥等を行います。
除雪援助事業	積雪時、玄関先から道路まで、人が通れる程度の幅を除雪します。
訪問理美容サービス事業	寝たきり高齢者に対し、居宅での理髪を提供します。
在宅支援型住宅リフォーム推進事業	高齢者が住み慣れた住宅で安心して生活を送れるように、身体状況に適した住宅改修を行う際の経費を支援します。
緊急保護短期宿泊事業	介護者の事情で介護を受けられないために、在宅生活に支障をきたす要介護者に対し、一時的に短期入所サービスを提供します。
ほっと安心サービス事業	各家庭に設置している音声告知端末機器を利用して、ボタン1つで家族や協力者に連絡を行うことができます。
介護慰労金支給事業	要介護4、5の認定を受けた人を介護する家族に対し、介護慰労金を支給します。

① 外出支援サービス事業

■タクシー券の支給

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
町内利用券	実施回数(回)	219	256	260
	利用人数(人)	26	32	32
町外利用券	実施回数(回)	173	217	250
	利用人数(人)	19	27	30

■リフト付き車両券の支給

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	実施回数(回)	76	153	170
	利用人数(人)	11	16	18

② 寝具類洗濯乾燥消毒サービス事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	実施回数(回)	24	34	45
	利用人数(人)	9	11	17

③ 除雪援助事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	実施回数(回)	24	34	34
	利用人数(人)	15	20	20

④ 訪問理美容サービス事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	実施回数(回)	42	30	30
	利用人数(人)	18	12	13

⑤ 在宅支援型住宅リフォーム推進事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	利用人数(人)	4	2	1

⑥ 緊急保護短期宿泊事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	利用人数(人)	0	0	0

⑦ ほっと安心サービス事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	利用人数(人)	35	23	23

⑧ 介護慰労金支給事業

		令和3年度	令和4年度	令和5年度見込
実績値	利用人数(人)	41	42	42

3. 第8期計画の評価・検証と課題

第8期計画の評価・検証を行うことにより、第9期計画の施策に反映します。

第8期計画の施策の進捗状況について、4段階で担当部署による自己評価を行いました。100ある個別施策のうち、「できた」が39項目（39%）、「概ねできた」が53項目（53%）となっており、施策は概ね順調に推移しています。

実施できなかった事業は新型コロナウイルス感染症の影響によるものがほとんどを占めています。

■施策の進捗状況

基本目標	個別 施策数	◎ できた	○ 概ねできた	△ あまりで きなかつた	× できな かった
1 健康づくり・介護予防の総合的な推進	19	9	8	2	0
2 日常生活を支援する体制の充実	18	6	11	1	0
3 地域における支え合い活動の推進	16	8	7	1	0
4 在宅医療・介護連携の推進	6	3	3	0	0
5 認知症施策の推進	14	9	3	2	0
6 暮らしやすい生活環境の整備	12	1	10	0	1
7 介護保険サービスの安定的な提供	15	3	11	1	0
合 計	100	39	53	7	1

※事業の評価は、「◎できた」、「○概ねできた」、「△あまりできなかった」、「×できなかった」で表示しています。

● 基本目標1 健康づくり・介護予防の総合的な推進

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 疾病予防・健康づくりの推進	①生活習慣病の早期発見	特定健診 後期高齢者健診	特定健診（40～74歳の国民健康保険加入者）や後期高齢者健診（75歳以上）の実施とともに、受診率向上対策として、広報や医療機関・商業施設等でのポスター掲示、保健推進員による健診受診の声かけ等の普及啓発を行い、また健診未受診者へは電話やハガキで受診勧奨し受診率の向上に努めました。	○ 概ねできた
	②生活習慣病の発症予防・重症化予防	特定保健指導 後期高齢者への保健指導	健診結果より、生活習慣病のリスクがあり生活習慣の改善が必要な方へ、個別の保健指導や医療機関への受診勧奨を強化し、生活習慣病の発症予防と重症化予防に努めました。 また高齢者では、生活習慣病予防とともに、フレイルの予防・改善にも着目し、疾病予防と介護予防が継続的・一体的に実施できるよう、保健・医療・介護等の関係部署や関係機関と一体的実施について協議を進め、R5年度より開始しました。	○ 概ねできた
	③健康づくりの推進	健康講座	地域つながりサロンなどにおいて、出前講座を実施し、高齢期の食生活や高血圧予防、こころの健康など、高齢期の健康課題や情報提供を行いました。	○ 概ねできた
	【課題】若い年代から生活習慣病の発症予防、高齢期における複数の慢性疾患の重症化予防といった、各年代層の課題を踏まえて、切れ目のない生活習慣病の重症化予防に取り組む必要があります。また、地域の通いの場におけるフレイル予防の視点が強化されるよう、医療等専門職の介入により疾病予防など健康課題に応じた取り組みを拡大していく必要があります。			
(2) 介護予防の推進	①介護予防対象者の把握と支援	介護予防対象者の把握と支援・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	センターの総合相談や訪問活動を通じて介護予防対象者を把握し、適切な介護予防活動につなげました。 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、R5年度から健康保険課と連携し、事業計画を策定、フレイル予防教室を実施し、介護予防の取り組みを推進しました。	○ 概ねできた
	②介護予防普及啓発	介護予防講座	出前講座をはじめ、町広報誌やケーブルテレビ等で、介護予防の取り組みや家庭でできる体操の紹介などの普及啓発を行いました。コロナ禍の影響により、参加延人数は目標値には届きませんでした。	◎ できた
	③地域介護予防活動支援	地域つながりサロン	新型コロナウイルス感染症による活動自粛等により、参加者数は減少しましたが、地域住民が主体となり、身近な場所で体操やレクリエーションなどを行い交流を深めました。	◎ できた
		いきいき百歳体操	新型コロナウイルス感染症による活動自粛により、参加者数は減少しましたが、地域住民が主体となり、身近な場所で百歳体操を継続することができました。	◎ できた
		シルバーリハビリ体操教室	シルバーリハビリ体操を普及するために、活動拠点での教室実施のほか、出前講座を活用し広く体操の普及啓発を行い、開催回数を増やすことができました。また、リハビリテーション専門職と連携し、指導士活動への支援を行い、R5年度には3回目の養成講習会を開催しました。養成者数（R5.8月現在）60人	◎ できた
	④介護予防・生活支援サービスの充実	訪問型サービス（訪問介護）	旧介護予防訪問介護に相当するサービスに加えて、R5年度より緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA）を創設し、介護予防・生活支援サービスの充実を図りました。	◎ できた
		通所型サービス（通所介護）	現行相当における通所型サービスの利用が、コロナ禍の影響による利用控えのためか、減少しています。	○ 概ねできた
		通所型サービスC（あしこし元気アップ教室）	R3及び4年度はコロナ禍の影響により、教室開催が難しい状況となりましたが、R5年度からは教室の運営を委託し、リハビリテーション専門職と連携し適切なサービスを提供することができました。	○ 概ねできた
		訪問・通所一体型サービス（スーパー元気アップ塾）	継続して教室の運営を委託し、リハビリテーション専門職と連携し、通年を通じて訪問や通所によるサービスを提供することができました。	◎ できた
		介護予防ケアマネジメント	高齢者の自立支援や介護予防を目的に、適切なケアマネジメントを実施しました。延人数が計画値より少ない状況でした。	◎ できた
	⑤リハビリテーションサービスの提供体制の充実	通いの場へのリハビリテーション専門職の支援	通いの場であるいきいき百歳体操グループに対しリハビリテーション専門職による支援を行いました。R3、4年度はコロナ禍の影響により中止をすることがあり、リハビリテーション専門職の支援体制の構築が困難な状況でした。	△ あまりできなかった
		通所リハビリ（給付）	認定者の内、軽度者の割合が近年増加傾向にあり、それに伴い軽度者の介護予防及び自立支援に向けて、リハビリテーションがケアプランに位置づけられ利用実績も伸びています。	◎ できた
【課題】フレイルに陥っている高齢者を早期に把握し、適切な介入・支援により、要介護状態の発生を遅らせる必要があります。地域の通いの場は、コロナ禍以降、従来の参加者数まで戻らない現状があります。住民自らが主体的に介護予防活動に取り組み、活動を継続できるよう支援する必要があります。				

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(3) 生きがいつくり・社会参加の推進	①生涯学習・生涯スポーツの推進	-	生涯学習の推進の実績については、若者から高齢者がともに学習できる様々な講座を開催し、高齢者の学びの場を提供しました。生涯スポーツの推進の実績については、町スポーツ協会加盟団体、健康クラブ3団体をとおして、ライフステージに応じた生涯スポーツを推進し、高齢者が軽運動や軽スポーツを気軽に親しめる場を提供しました。	○ 概ねできた
	②地域交流の推進	老人クラブ	老人クラブ（47クラブ）の活動では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、R3年度はほとんど自粛だったが、R4～5年度は各地域単位クラブで活動を実施しているほか、本会でもグラウンドゴルフ大会や会員研修会等を開催し交流の場を設けています。	△ あまりできなかった
		地域つながりサロン	地域つながりサロンも同様に地域のサロンごとに感染予防に配慮し、R4年度は35クラブが活動しています。	
		温浴施設3か所	町内3温浴施設（老人福祉センター「天平の里、ゆうゆう」では、R3～4年度は、新型コロナウイルス感染症対策で温浴の利用のみであったが、R5年度から、コロナウイルスが5類に分類されたことからボランティア演芸やしょうぶ湯など企画し、高齢者の健康増進や親睦、高齢者同士の支え合い見守り、声掛けを図っています。	
		-	（生涯学習課） 老人クラブや文化協会を中心に活動を展開しており、各加盟団体による文化・芸術活動、中能登町文化まつりをとおして親睦と交流が盛んに行われた。心身ともに生き生きと活動を楽しめており、地域交流の推進が図られました。	○ 概ねできた
	③高齢者の就労等支援	介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービスA）	町シルバー人材センターの会員8名が「中能登町生活支援ヘルパー養成研修」を受講しました。受講者8名の内1名が訪問型サービスA（委託型）に就業する事になり、新たな分野での就労拡大となりました。	◎ できた
【課題】生涯学習の推進については、高齢者に向けて考案した自宅でもできる運動メニューの提供や、自宅でも実践できる仕組みを検討したいと考えます。生涯スポーツの推進については、各種団体への加入や参加を促し、生涯スポーツの大切さと意識の高揚を図ります。老人クラブの会員数が減少しており、会員加入への周知と理解を求めています。				

●基本目標2 日常生活を支援する体制の充実

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 相談・支援体制の強化	①高齢者支援センター（地域包括支援センター）の設置	相談支援	高齢者等に関する様々な相談を受け止め、適切な機関や制度、サービスにつなぎ、継続的にフォローするとともに、必要に応じて包括センターの各業務につなげました。	◎ できた
		地域包括支援センター運営協議会	設置要綱に基づき運営協議会を開催し、設置・運営・評価等に係る必要な事項について審議を行いました。R3、4年度はコロナ禍のため書面会議としました。	◎ できた
		介護保険サービス事業所連絡会・研修会	コロナ禍のためオンラインで開催し、保険者及び高齢者支援センターからの連絡や報告、事業所相互の意見交換などを行いました。	○ 概ねできた
		居宅介護支援事業所連絡会・研修会	意見交換や事例検討会など中心に開催しました。また、ケアマネジャーと民生委員との連携強化を図るため、アンケート調査の実施、民生委員定例会での合同研修会を開催しました。	◎ できた
		介護支援専門員への個別支援	居宅サービス計画の作成への助言、サービス担当者会議の開催支援など、ケアマネジャーに対する個別支援を行いました。	◎ できた
	②地域ケア会議の充実	自立支援型個別ケア会議（目標設定会議）	利用者の自立支援を目的として、リハビリ専門職等を含め多職種で支援方針の検討、会議後にはモニタリングと評価を実施しました。R4年度からは、個別事例からみえてきた地域課題を整理し「地域ケア推進会議」を行い、庁内で地域課題を共有することができました。	◎ できた
		地域ケア会議（地域ケア個別会議）	地域から上がった個々の心配事について、民生委員・児童委員や家族、本人、支援者が一緒に検討し、地域ネットワークの構築を図りました。	○ 概ねできた
【課題】家族関係の希薄化、ひきこもり、生活困窮など、高齢者に対する支援だけでは解決が困難なケースなど、複雑かつ解決困難な相談が増えてきています。全ての業務の入り口となる総合相談の機能強化や、包括的・継続的に支援する体制の充実に努める必要があります。				
(2) 生活支援サービスの充実	①生活支援コーディネーターの配置	生活支援コーディネーターの設置	生活支援コーディネーターを社会福祉協議会、高齢者支援センターに各1名ずつ配置し、地域の高齢者のニーズ把握や、地域における支え合いの体制整備に取り組みました。	○ 概ねできた
	②社会資源の見える化	-	R4年度になかのとまち調べ隊と認知症安心ネットワーク担当者が協働し、町内の食料品店に対し安心ネットワークへの登録促進を呼びかける訪問を実施、18店舗の新規参加につながりました。また、ホームページなどを活用し情報発信に努めました。	○ 概ねできた
		-	R3年度は新型コロナウイルス感染症拡大の為、活動を中止し、R4年度は1回開催し、町内の事業者の廃業や規模縮小、また、新規事業者の調査などを進めました。	○ 概ねできた
	③協議体の設置	まると福祉支援協議会生活支援部会	まると福祉支援協議会生活支援部会において、生活支援コーディネーターの活動報告や有償ボランティア創設に向けての意見交換会を行いました。	○ 概ねできた
		地域福祉座談会	コロナ禍により地域福祉懇談会の開催が困難となり、R4年度からは地域における支え合いの仕組みづくりの一環として、地域福祉推進チームにより福祉見守りマップの作成支援を行いました。	○ 概ねできた
	④生活支援の担い手の確保	なかのと結び隊（有償ボランティア）	R4年度に有償ボランティア（なかのと結び隊）養成講座を開催し、14名が受講しました。R5年度にはブレ実施を経て制度設計を調整し本格的に稼働しました。	◎ できた
	⑤在宅高齢者等福祉サービス事業・地域支援事業の充実	「食」の自立支援事業	認知症や調理困難な高齢者等の栄養改善や見守りを行いました。民間業者が実施する同様のサービス内容に差があり、利用者数が徐々に減少しています。	△ あまりできなかった
		高齢者見守りコール事業	通報等に迅速に対応し孤立死等の未然防止や遠方に暮らす家族の不安解消を図りました。	○ 概ねできた
	【課題】高齢者を取り巻く日常生活において、地域ケア会議等で見えてきた地域課題に対し、仕組み作りや施策提案など具現化していく必要があります。 高齢者の生活支援ニーズに対し、地域資源の整備や協議を図り、課題解決に向けて取り組む必要があります。			
(3) 家族介護者への支援の充実	①家族介護者交流会の開催	家族介護者教室及び交流会	介護者間の情報交換会や、介護知識の習得やリフレッシュのための講座等を開催し、在宅介護者の支援を行いました。	○ 概ねできた
	その他	認知症高齢者見守り事業（徘徊高齢者等家族支援サービス事業）	徘徊の未然防止や家族の不安解消を図りました。	○ 概ねできた
		介護用品券支援事業	重度要介護者を在宅で介護している家族の経済的負担軽減を図りました。	○ 概ねできた
	【課題】家族介護者交流会などは、参加者の固定化がみられます。今後は、ヤングケアラー支援やチームオレンジの仕組みづくりの視点を踏まえた家族介護者支援のあり方について検討する必要があります。			

●基本目標3 地域における支え合い活動の推進

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 地域見守り支援体制の充実	①見守り支援ネットワークの充実	地域つながりサロン事業	コロナ禍であったが、35サロンが活動し、閉じこもり、認知症の予防を展開しました。	○ 概ねできた
		民生委員・児童委員活動 （3地区一人暮らし配食サービス（年2回））	コロナ禍であったが、配食活動は3地区で年2回実施し、見守り安否確認ができました。	○ 概ねできた
		高齢者世帯の見守り事業	民生委員・児童委員による地域の高齢者世帯の見守り活動に取り組みました。但し、コロナ禍においての活動は縮小しました。	○ 概ねできた
		-	高齢者支援センターでは、民生委員定例会において意見交換を行ったり、ケアマネジャーとの合同事例検討会を開催する等「顔の見える関係性づくり」に努めました。また、地域福祉推進チームに対し「福祉見守りマップ」の作成支援を通じて、それぞれの地区に合った見守り支援についてともに考える取組みを行いました。地域見守りネットワークについては、石川県と協定締結事業所からの相談内容について、センター職員で共有して、必要に応じて関係機関と連携して本人・家族への支援に取り組みしました。	○ 概ねできた
	②見守り活動への支援	高齢者見守りコール事業	通報等に迅速に対応し孤立死等の未然防止や遠方に暮らす家族の不安解消を図りました。	○ 概ねできた
	【課題】 高齢者の一人暮らし世帯及び高齢者夫婦世帯が増加傾向にあり、地域での見守り体制が重要となってきた。高齢化が進展する中、地域全体で見守ることや支え合うことの大切さを住民一人ひとりが認識するとともに、継続した穏やかな見守り支援体制について検討する必要があります。			
(2) 権利擁護の推進	①高齢者虐待防止の取り組み・対応	相談窓口の周知（広報掲載）	町広報誌に児童虐待防止推進月間に合わせ、高齢者・障がい者の一体的な虐待防止について掲載し、相談窓口の周知を図りました。	◎ できた
		高齢者虐待相談件数	民生委員・児童委員、ケアマネジャー、警察など関係機関と相談・協力しやすい関係作りに努めました。相談・通報があれば早急に対応し、虐待が解消するよう努めました。	○ 概ねできた
		研修会	コロナ禍であり研修会の開催はできなかったが、民生委員・介護事業所連絡会などで虐待について説明し相談窓口の周知や通報の義務など普及啓発に努めました。	△ あまりできなかった
	②成年後見制度等活用のための支援	相談窓口の周知（広報掲載）	成年後見制度の相談窓口や中核機関について町広報誌に掲載し、相談窓口の周知を図りました。	◎ できた
		成年後見制度相談件数	随時相談受付し、必要に応じて成年後見制度申立て支援や専門機関へつなぐなど対応しました。	◎ できた
		まると福祉支援協議会 権利擁護部会	法律及び福祉の専門職団体や地域の関係機関と権利擁護ネットワークを構築し、成年後見制度について研修会の開催や、後見人等との意見交換会の開催など行いました。	◎ できた
		研修会	医療、介護関係職員、その他専門職向け研修会や、住民向けセミナーを開催し、制度の普及啓発を行いました。	◎ できた
		成年後見制度利用支援事業（町長申立て）	町長申立てが必要と判断された場合、必要に応じて受任調整しながら速やかに町長申立てを行いました。	◎ できた
		成年後見制度利用支援事業（報酬助成）	制度の利用がスムーズに継続できるよう、後見人等に報酬助成を行いました。	◎ できた
	③消費者被害等の防止体制の充実	-	相談があれば、企画課等と連携し、被害の未然防止に努めました。日々の相談や訪問のなかで、消費者被害を防止するための情報提供を行いました。	○ 概ねできた
		-	七尾警察署と連携を図り、「振り込め詐欺」や「還付金詐欺」などの防止対策として、音声告知端末等で注意喚起を促しました。	◎ できた
	【課題】 家族形態の多様化・認知症高齢者等の増加から高齢者虐待の発生リスクは高まっており、さらなる相談・通報窓口の周知が必要です。また、関係機関との連携強化を図り、適切な対応を行う必要があります。 成年後見制度については引き続き、制度や相談窓口の周知をさらに図る必要があります。多様化する高齢者の権利を守るためスムーズに制度が利用できるように、中核機関の設置、弁護士等専門職を含む権利擁護ネットワークの構築を進めていく必要があります。			

●基本目標4 在宅医療・介護連携の推進

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 在宅医療・介護連携の推進	①地域の医療・介護資源の把握	-	R2年度に中能登町医療・介護資源マップを作成、R3年度に医療機関や介護等関係機関に配布しました。また、個別相談の場面や各種会議等に多く活用しました。	◎ できた
	②在宅医療・介護連携に関する相談窓口	相談窓口の設置	R4年度から、従来から在宅医療と介護の連携支援の拠点となっている中能登訪問看護ステーションにコーディネーターを業務委託にて配置したことにより、連携支援に関する相談件数が増加しました。	◎ できた
	③在宅医療・介護についての普及啓発	-	広く住民や専門職を対象に人生会議や看取り、認知症の理解などオンライン講演会等を開催しました。また、町の出前講座や広報誌を活用し、住民への普及啓発を行いました。	○ 概ねできた
	【課題】 医療や介護分野における担い手不足が深刻な状態となってきています。今後、人口減少や高齢化が進む中、より一層在宅医療と介護が連携し、在宅療養を支えていく必要があります。 地域住民への在宅医療・介護の理解促進や、多職種連携の取り組みを継続していく必要があります。			
(2) 在宅医療・介護連携推進のための環境整備	①在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	在宅医療・介護連携推進協議会	医師を含めた在宅医療・介護連携推進協議会は年1回開催しました。地域課題の共有、現状の取組みや対応策の検討等については、施策・指標マップを活用し、コアメンバー会議を開催し協議しました。	◎ できた
	②医療・介護関係者の情報共有	多職種研修会・事例検討	コロナ禍では、地域の医療・介護関係者は感染拡大防止対策が最優先で、疲労感もみられましたが、そんななかでも、事例検討や研修会などをオンラインや集合形式で開催しました。	○ 概ねできた
	③在宅医療・介護連携の情報共有ツールの活用	-	民生委員や消防署と連携し、独居高齢者等の急変時の迅速な緊急搬送に備えて「緊急ファイル」の設置を行いました。また、入退院支援では、R3年度に七尾市と連携し入退院支援ルールブック（初版）を作成し、関係機関に配布し活用を促しました。	○ 概ねできた
	【課題】 「地域課題」の現状を把握し、医療介護関係者で情報共有することが必要となってきています。そのためにも、見える化することや、情報共有ツールの活用、災害時等における継続的なサービス提供を維持するために関係機関の連携体制を確認、検討する必要があります。			

●基本目標5 認知症施策の推進

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 認知症に対する正しい理解の促進	①認知症サポーターの養成	認知症サポーター養成講座 (小学校・高校)	毎年、町内3か所の小学校及び1か所の高校にて寸劇を交えたサポーター養成講座を実施しました。	◎ できた
		認知症サポーター養成講座 (一般向け)	R4年度は新たに地域のショッピングセンターにおいて社員向け講座を開催し、延べ70人の受講があり、養成数を大きく伸ばすことができました。	◎ できた
	②普及啓発	-	認知症ケアパスを、認知症の勉強会や窓口での相談時の説明資料に活用しました。 「福祉のつどい」でクイズ形式やミニ講座など認知症の普及啓発に取り組みました。	◎ できた
【課題】認知症について、正しく理解し、地域全体で認知症の人やその家族を温かく見守り、サポートできるよう、一人ひとりが意識を高め、自主的に取り組むことができるような工夫、働きかけが必要です。				
(2) 認知症予防	①普及啓発	-	出前講座として「認知症予防」のメニューを入れて町広報に掲載し普及啓発に取り組みました。 認知症予防講座実績：R3 0回、R4 4回、R5 2回（見込） 「あたま元気アップ教室」は、R3年度は年10回、実人数12人の参加がありました。R4年度からは「あしこし元気アップ教室」と一体化して実施しています。	◎ できた
	②関係機関との連携	-	認知症サポーター養成講座では生活習慣病予防にも触れ、認知症予防との関係について学ぶ機会を設けました。また、保健事業と介護予防事業の一体的実施について健康保険課と打合せを重ね、R5年度から実施しました。	◎ できた
	【課題】生活習慣病の視点で認知症予防を捉えられるように、関係機関との連携を図り、認知症の正しい理解とともに認知症予防に対する意識を高める必要があります。			
(3) 認知症相談・支援体制の充実	①相談窓口の周知	-	・9月のアルツハイマー月間に合わせて、町広報に認知症関連の記事掲載を行い周知に取り組みました。 ・R3年度に「中能登町認知症あんしんガイドブック（ケアパス）」を作成し、関係機関等への配布や住民からの相談時にガイドブックと一緒に確認するなど、普及・活用等に取り組みました。	◎ できた
	②認知症初期集中支援チームの設置	認知症初期集中支援チームによる支援	認知症初期集中チームの事務フロー図を作成する等の体制整備に取り組みました。現状では総合相談で対応できており実績件数は0件となっています。	△ あまりできなかった
	③認知症地域支援推進員活動の充実	認知症地域支援推進員の配置	地域支援推進員として、家族介護者交流会の実施への協力や、青空カフェの運営等に協力し、認知症の人や家族への相談支援や、地域の支援機関との連携に取り組みました。	○ 概ねできた
	【課題】総合相談窓口となる高齢者支援センター周知や、認知症ケアパス等のさらなる普及・活用が必要です。 認知症初期集中支援チームの今後の活動についての協議や、チーム支援体制の効果を検証する等の取組みが必要です。			
(4) 認知症の人と家族を支える地域づくり	①認知症の人や家族の居場所づくり	認知症カフェの開設・運営支援	・新型コロナウイルス感染拡大防止のため、3か所の事業所で行われていた「認知症カフェ」の開催が難しい状況となっています。 ・「中能登町家族介護者交流会」の外企画に、認知症家族介護者も参加して交流する等の取組みを行いました。	△ あまりできなかった
	②若年性認知症の人や家族への支援	-	月1回、地域のお寺等を開放していただき「青空カフェ」を開催しました。	○ 概ねできた
	③見守りネットワークの充実	高齢者等安心ネットワーク事業（事前登録）	・R3年度に「どこシル伝言板」を導入して、「安心見守りシール」の二次元コード読取で徘徊者を発見する体制を整備しました。 ・R4年度に町ケーブルテレビにて「気づいて下さい！安心見守りシール」の番組を作成し、事業周知を行いました。	◎ できた
		高齢者等安心ネットワーク事業（協力機関）	R3年度は町内の金融機関、R4年度には地域の商店、コンビニ等に対し協力機関への登録促進を行いました。R5年度は理美容店やタクシー業者等への登録促進を行いました。	◎ できた
		認知症高齢者見守り事業（徘徊高齢者等家族支援サービス事業）	徘徊の未然防止や家族の不安解消を図りました。	○ 概ねできた
	④認知症サポーターの活動支援	認知症サポーターフォローアップ講座	講義だけでなく、家族介護者交流会や認知症カフェに認知症サポーターとして実習参加し、サポーターとしてどのような活動ができるのか考える機会となりました。	◎ できた
【課題】認知症地域支援推進員が中心になり、認知症カフェを主として、当事者の居場所や当事者同士がつながる機会を増やしていくことが必要です。 高齢者等安心ネットワークについては事業の周知を行い、事前登録者を増やすとともに、地域の関係機関への働きかけを行い見守り体制の充実を図ることが必要です。				

●基本目標6 暮らしやすい生活環境の整備

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 住環境の整備	①住宅・公共施設の整備	PFI事業町営久江住宅及び芹川住宅建替、並びに町営住宅維持管理・運営事業	町営住宅の長寿命化計画に併せて、建替えを必要とする住宅については、ユニバーサルデザイン、バリアフリーを建築計画に盛り込み、高齢者やその他利用しやすい住環境整備を図ります。※現在は、たきお住宅を新築（R5年度に20戸建設）	○ 概ねできた
		-	介護保険の住宅改修や在宅支援型住宅リフォーム推進事業を利用して、バリアフリーに配慮した住宅整備を促進し高齢者の在宅生活を支援しました。	○ 概ねできた
		-	期間中に整備した公共施設はありません。	× できなかった
		-	公共施設においても、誰もが利用しやすいユニバーサルデザインの考え方にに基づき、高齢者に配慮した整備を引き続き実施しました。	○ 概ねできた
	②移動手段の支援	中能登町地域公共交通網形成計画	複数（4）指標あり 1 公共交通年間利用者数 2 免許返納者の年間利用者数 3 公共交通の年間収支率 4 公共交通満足度	
		外出支援サービス事業	外出支援サービス事業により、医療機関への受診や調剤薬局への送迎費用を支援しました。	○ 概ねできた
【課題】 公共施設においても、誰もが利用しやすいユニバーサルデザインの考え方にに基づき、高齢者に配慮した整備を引き続き実施します。				
(2) 安心・安全対策の推進	①防災対策の推進	-	県や町が行う防災訓練に合わせ、地域の自主防災組織へ各種訓練の実施を呼びかけ、防災意識の高揚に努めました。 また、災害の恐れがある場合には、避難所を開設し、早めの自主避難を呼びかけるなど人的被害防止に努めました。	○ 概ねできた
	②防火対策の推進	避難行動要支援者名簿	民生委員・児童委員の協力を得ながら、避難行動要支援者名簿作成及び更新作業を行い、災害時の対応に備えました。	○ 概ねできた
	③交通安全対策の推進	高齢者運転免許証自主免許返納事業	七尾警察署や交通安全協会と連携し、75歳以上の高齢者を対象とした運転技術講習会や高齢者向け交通安全教室の出前講座の実施、ホームページや広報による運転免許証自主免許返納制度の周知を行いました。	◎ できた
	【課題】 災害時要援護者に関する名簿の運用や避難行動計画の作成及び町との連絡体制について、整備を進める必要があります。 消防署・警察署等の関係機関と連携しながら高齢者の安全対策を推進していきます。			
(3) 災害に対する備え	①災害に対する備え	-	地域密着型サービス事業所運営推進会議等を通して、介護事業所の防災計画の確認や災害発生時等に必要な情報提供等を行いました。	○ 概ねできた
	②避難訓練や研修の実施	-	災害の恐れがある場合には、避難所を開設し、早めの自主避難を呼びかけるなど人的被害防止に努めました。	○ 概ねできた
	【課題】 介護保険サービス事業所等における災害発生時の備えや災害別の避難経路、所要時間等の把握状況及び町との連絡体制について、整備を進める必要があります。			
(4) 感染症に対する備え	感染症に対する備え	感染症拡大防止	ホームページ等により、新型コロナウイルス感染状況や拡大防止の周知に努めました。 また、医療機関などの協力を得ながら、ワクチン接種の体制整備を行い、高齢者や介護従事者等の優先的な接種に努めました。	○ 概ねできた
		-	地域密着型サービス事業所運営推進会議等を通して、介護事業所での感染症の拡大防止に必要な情報提供等を行いました。	○ 概ねできた
	【課題】 高齢者への適切な情報提供のあり方や、感染拡大時に対応できるよう、感染症防護具などの衛生物資の備蓄を行い、提供体制を整える必要があります。			

●基本目標7 介護保険サービスの安定的な提供

I 主要施策	II 具体的な事業・取組	III 事業名	IV R3～5年度（第8期）における実績（取り組み内容や対応等）	V 事業評価
(1) 介護サービスの質の向上	①介護保険サービス事業所連絡会における情報交換や事例検討による研鑽	-	介護保険サービス事業所連絡会を実施し情報交換を行いました。	○ 概ねできた
	②介護保険サービスに関する利用者からの相談・苦情	-	利用者からの相談や苦情に随時対応しました。	○ 概ねできた
	【課題】 介護保険サービス事業所連絡会において、今後も介護保険の現状や各種研修会や介護保険制度に関する情報等を提供・周知し、介護サービスの質の向上を支援します。			
(2) 介護人材の確保	①介護人材の確保	・介護分野資格取得支援事業 ・介護職員等継続勤務奨励金	R4年度より新しい2つの事業を実施しました。 国・県から介護人材の確保に関連する情報があれば、速やかに介護保険サービス事業所に情報提供を行いました。	○ 概ねできた
	【課題】 介護人材不足は喫緊の課題であるため、現場の声を聞きとり、特に不足している職種に対して対策を講じる必要があります。また、介護職の負担を減らすような業務改善に対する支援も行っていく必要があります。			
(3) 介護サービスの適正な運営	①わかりやすい情報提供	-	居宅介護支援事業所へ、介護給付以外の町の在宅福祉事業について情報提供を行い、対象者が必要なサービスにつながる体制づくりを行いました。 また、利用者がサービスを適切に選択できるよう、サービス提供事業者や介護サービス利用の流れなどのパンフレットの作成を行いました。住民向けに出前講座を行い、介護サービスの周知を図りました。	◎ できた
	②地域密着型サービス事業所の指定・指導監査の実施	地域密着型サービス事業所等の指導・監査	地域密着型サービス事業所等の指定・指導監督にあたっては、国の方針に基づきながら実施することで、適切な事業運営を支援しました。	◎ できた
	③事務の効率化	-	介護に係る文書量の負担軽減を促進することで、適正な運営を支援しました。	○ 概ねできた
	④介護給付適正化に向けた取り組みの推進	認定調査状況チェック	認定調査の結果について調査票の点検確認を実施し、適切かつ公平な認定の確保を図りました。	○ 概ねできた
		ケアプランの点検	毎年2事業所を選定し、町職員・高齢者支援センターの主任介護支援専門員とともに調査・点検し助言を行いました。 それ以外にも、給付実績からケアプランの確認を要する事例があれば随時点検を行いました。	○ 概ねできた
		住宅改修の点検	書類点検は全件実施。必要に応じ、利用者の自宅に訪問し状態確認や施工状況の確認を行いました。	○ 概ねできた
		福祉用具・貸与調査	軽度者福祉用具に係る書面は全件確認。訪問調査実績はなし。	△ あまりできなかった
		医療情報との突合・縦覧点検	国保連に委託し毎月実施。点検内容の確認を行いました。	○ 概ねできた
		介護給付費通知	国保連に作成を委託し、年に3回（6月、10月、3月）に通知を送付しました。	◎ できた
	【課題】 今後も、介護報酬改定など介護サービスの事業所運営に欠かせない情報を遅滞なく届けていくとともに、ケアプラン点検など給付適正化事業の実施方法を見直し、さらに効果的な方法を模索していく必要があります。 また、利用者に対してもよりわかりやすい介護保険制度の情報を発信していく必要があります。			
(4) 関係機関・団体等との連携強化	①国・県との連携	-	国や県の制度に基づき運営しました。	○ 概ねできた
	②関係団体等との連携	-	高齢者支援センター、社会福祉協議会のほか、シルバー人材センター等と連携を実施しました。	○ 概ねできた
	③サービス提供事業所等との連携・提供基盤の強化	-	介護保険サービス事業所連絡会、町内の地域密着型サービス事業所で構成される「笑顔の友の会」を実施し情報交換を行いました。	○ 概ねできた
	【課題】 今後とも、行政・住民・地域・ボランティア団体などが一体となって連携していく体制を維持していく必要があります。			

第4章 計画の基本理念と施策体系

1. 高齢者を取り巻く状況の整理

各種統計データ、介護保険給付実績、アンケート調査結果から本町の高齢者を取り巻く状況は以下の通りとなります。

■各種統計データ、介護保険給付実績から見る状況

- 令和5年(2023年)10月1日時点の高齢化率は37.7%と全国平均と比べて高く、令和32年(2050年)には47.2%にまで達すると見込まれます。
- 令和2年度(2020年度)国勢調査での高齢者のいる世帯数は3,859世帯、総世帯数に占める割合は63.3%、高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯も増加傾向にあります。特に75歳以上の高齢者夫婦世帯の増加が顕著となっています。
- 令和4年度(2022年度)における要介護認定率は20%を超え、全国や県を上回り、近隣市町で最も高くなっています。特に要介護3以上の重度認定率が高くなっています。
- 第1号被保険者1人あたり給付月額をみると、「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「通所介護」、「認知症対応型共同生活介護」が全国や県を上回るなど、施設サービスの割合が高くなっています。一方、在宅サービスは県の平均値を下回っています。

■アンケート調査結果（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

- 回答者全体でのリスク判定は、認知機能の低下リスクが48.6%、うつ傾向が44.3%、転倒リスクが38.0%となっています。
- 外出の頻度については、「ほとんど外出しない」が5.2%で、外出を控えている理由は「新型コロナウイルス感染症の流行のため」が68.7%、次いで「足腰などの痛み」が39.6%となっています。また、もの忘れが多いと感じている人は48.6%となっています。
- 「趣味はある」と回答した人は57.2%、「生きがいはある」と回答した人は45.3%となっています。
- 趣味等のグループ活動への参加意向のある人は45.6%、企画・運営としての参加意向のある人については28.4%となっています。
- 毎日の生活の中で介護予防に取り組んでいる人は48.7%、取り組み内容としては「ウォーキング」が48.5%、「体操・ストレッチ」が35.2%となっています。

■アンケート調査結果（在宅介護実態調査）

- 要介護認定者が現在抱えている傷病については「認知症」が26.2%と最も高く、次いで「糖尿病」「心疾患」となっています。
- 過去1年間で介護を理由に仕事を辞めた人は9.7%となっています。また、主な介護者の年齢は、「60代」が39.3%、「70代」が21.8%、「50代」が15.5%となっています。
- 生活を継続していくにあたって介護者が不安に感じる介護等については、「認知症状への対応」が34.5%、次いで「外出の付き添い、送迎等」が30.6%、次いで「夜間の排泄」、「食事の準備（調理等）」となっています。
- 介護者が今後も働きながら介護を継続する困難度については、「続けていくのは難しい（かなり難しい+やや難しい）」が14.1%、仕事と介護の両立に向けては「制度を利用しやすい職場づくり」が29.4%、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が28.2%となっています。

2. 計画の基本理念

これまで本町では、活力ある高齢者像を目標に、介護予防や健康づくり、生きがいづくり、社会参加支援等の施策に加え、保健・医療・福祉サービスの効果的な提供や地域見守り体制の充実・推進に取り組んできました。

第8期計画においては、令和7年（2025年）及び令和22年（2040年）を見据え、更なる地域包括ケアシステムの推進と地域共生社会の実現に向け、住民・地区組織・ボランティア・民間事業者・関係機関等との協働・連携強化を図ってきました。

第9期計画では、第8期計画を踏襲しつつ、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）をむかえるにあたり、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、在宅支援の充実を図り、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止や、地域共生社会の実現を目指していきます。さらには中長期的な視点に立ち、令和22年（2040年）の「現役世代人口の急減」という重要課題に対応しながら、介護サービス基盤の計画的な整備や、地域包括ケアシステムの深化・推進、介護現場を支える人材の確保に取り組んでいきます。

高齢者を地域全体で支え、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けられる地域づくりを目指すため、基本理念を第8期計画に引き続き「住み慣れた地域で いつまでも安心して暮らせるまちづくり」とし、感染症対策や災害時の支援も含め、総合的に施策を推進していきます。

計画の基本理念

住み慣れた地域で いつまでも
安心して暮らせるまちづくり

3. 基本目標

基本理念の実現を目指していくため、本計画において取り組むべき施策展開の基本目標を示します。

基本目標1

健康づくり・介護予防の総合的な推進

生活習慣病の重症化予防や要支援・要介護状態にならずに、生涯にわたり心身ともに健康な生活が続けることができるよう、健康づくりや介護予防の取組みを推進し、壮年期からの生活習慣病の重症化を防止することで、健康寿命の延伸を目指します。

高齢者自らの健康管理や介護予防の取組みを推進するとともに、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組みを促進します。

基本目標2

日常生活を支援する体制の充実

高齢者やその家族が、住み慣れた地域で自分らしく暮らすためには、適切な介護や福祉サービスの提供はもちろん、地域にある様々な社会資源を活用する必要があります。引き続き、公的支援の拡充、包括的な相談支援体制の強化、生活支援サービス等の充実、地域組織や関係団体等との連携による見守り活動の体制づくり、家族介護者への支援の充実等を推進します。

基本目標3

地域における支え合い活動の推進

住み慣れた地域で暮らし続けたいと願うことは誰もが抱く基本的な想いです。高齢化の進展や、認知症高齢者等の増加などの社会背景より、より一層地域包括ケアシステムの充実を推進していく必要があります。また、地域共生社会の実現のために、在宅支援サービスの充実に加え、すべての地域住民がこれらのことを「我が事」とし、公的サービスでは対応できない課題に対処できる地域共生社会の実現を、住民と一体となり考え、誰でも何でも「まるごと」支え合う仕組みづくりを推進します。

また、高齢者等の権利擁護の重要性が増している状況を踏まえ、高齢者虐待防止の一層の取組みや対応、成年後見制度や日常生活自立支援の利用支援、相談支援体制の充実を目指します。

基本目標4

在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療・介護・福祉の関係機関等との協議・連携を推進します。

基本目標5

認知症施策の推進

認知症になっても誰もが住み慣れた地域でつながりを持ちながら生活できるよう、認知症に対する正しい理解の普及啓発及び予防の取組み、相談窓口の周知を進めるとともに、関係機関と連携を図りながら認知症の人や家族に対する切れ目のない相談支援体制や地域づくりを推進します。

令和5年（2023年）6月に成立した認知症基本法や国の認知症施策推進大綱等を踏まえ、認知症の人や家族の視点を重視し「共生」と「予防」を両輪とする認知症施策を推進します。

基本目標6

暮らしやすい生活環境の整備

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、住宅や公共施設の整備、移動手段の確保など生活しやすい環境を整えます。また、大規模災害における防災対策や緊急避難体制を整備するとともに、防火・交通安全対策、詐欺・悪徳商法などの日常生活上のトラブルから高齢者を守り、安心・安全に暮らしやすい生活環境を整えます。

基本目標7

介護保険サービスの安定的な提供

団塊世代がすべて75歳以上になる令和7年（2025年）や現役世代の急減等が見込まれる令和22年（2040年）を見据えながら、持続可能で安定的な介護保険サービスの提供を図ります。そのため、「介護認定」、「サービスの提供」、「介護給付」を適正に行う等の体制の整備を図りつつ、介護サービス基盤の整備や、介護人材の確保・介護現場の生産性向上への支援に取組み、引き続き保険者機能の強化を図ります。

4. 施策の体系

【基本理念：住み慣れた地域で いつまでも安心して暮らせるまちづくり】

		基本目標	主要施策
地域包括ケアシステムの深化・推進	1	健康づくり・介護予防の総合的な推進	(1) 疾病予防・健康づくりの推進 (2) 介護予防の推進 (3) 生きがいつくり・社会参加の推進
	2	日常生活を支援する体制の充実	(1) 相談・支援体制の強化 (2) 生活支援サービスの充実 (3) 家族介護者への支援の充実
	3	地域における支え合い活動の推進	(1) 地域見守り支援体制の充実 (2) 権利擁護の推進
	4	在宅医療・介護連携の推進	(1) 在宅医療・介護に関する情報提供 (2) 在宅医療・介護連携推進のための環境整備
	5	認知症施策の推進	(1) 認知症に対する正しい理解の促進 (2) 認知症予防 (3) 認知症に関する相談・支援体制の充実 (4) 認知症の人と家族を支える地域づくり
	6	暮らしやすい生活環境の整備	(1) 住環境の整備 (2) 安心・安全対策の推進 (3) 災害に対する備え (4) 感染症に対する備え
	7	介護保険サービスの安定的な提供	(1) 介護サービスの充実 (2) 介護人材の確保及び介護現場の生産性向上 (3) 介護サービスの適正な運営 (4) 関係機関・団体等との連携強化

第5章 高齢者福祉施策の展開

基本目標 1 健康づくり・介護予防の総合的な推進

(1) 疾病予防・健康づくりの推進

① 生活習慣病の早期発見

要介護状態の原因となる脳卒中・心臓病・糖尿病等の生活習慣病の早期発見として、特定健診（40～74歳の国民健康保険加入者）や後期高齢者健診（75歳以上）を実施するとともに、健診未受診者へ働きかけ、受診率の向上を図ります。

② 生活習慣病の発症予防・重症化予防

特定健診受診後は、生活習慣の改善が必要な方へは、個別の検診結果に対応した保健指導や医療機関への受診勧奨を強化し、生活習慣病の発症予防と重症化予防に努めます。

また、高齢者の疾病予防と介護予防が継続的・一体的に実施できるよう、保健・医療・介護等の関係部署や関係機関との連携を図り、取組みを進めます。

③ 健康づくりの推進

地域での健康講座など様々な機会を通して、高齢期を迎えても住民が主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、地域の健康課題の周知や情報提供を行います。

(2) 介護予防の推進

① 介護予防対象者の把握と支援

フレイルやオーラルフレイルのおそれのある高齢者を早期に把握し、個別支援を行い、住民主体の介護予防活動へつなげます。

② 介護予防普及啓発

元気なときから介護予防・フレイル予防に取り組めるよう町広報等を活用して普及啓発を行うとともに、地域つながりサロン等の住民主体の通いの場や老人クラブ等の様々な団体に対し、フレイル・オーラルフレイルや認知症の予防等の出前講座を開催します。

③ 地域介護予防活動支援

地域つながりサロンやいきいき百歳体操、シルバーリハビリ体操教室等の住民主体の通いの場づくりを支援し、高齢者自らが主体的に取り組む、身近な地域の中で介護予防活動を継続できるよう支援します。また、通いの場参加者の拡大や活動内容の充実のため、eスポーツなど新たな取組みや通いの場への参加やボランティア活動に対してポイントを付与

するポイント制度の導入の検討を行います。

今後も住民主体の通いの場が活動を継続できるよう社会福祉協議会やリハビリテーション専門職等と連携し、取組みを推進していきます。

④ 介護予防・生活支援サービスの充実

要支援１・２の人や事業対象者（生活機能の低下がみられる方）に対して、自立支援に基づく適切な介護予防ケアマネジメントを行うことにより、心身機能や生活行為の改善を図るとともに、地域の社会資源を活用し、地域のネットワーク構築を推進します。

また、多様なニーズに対して、訪問型サービスや通所型サービス、短期集中予防サービス、訪問・通所一体型サービスなどの提供体制を整え、介護予防と生活支援を推進します。

⑤ リハビリテーションサービスの提供体制の充実

要支援・要介護認定者が、リハビリテーションにより心身機能等の向上または維持を図り、日常生活の活動能力を高めることで、自立支援や社会参加を実現するため、介護保険サービス事業所や介護支援専門員との連携を強化し、適切なリハビリテーションサービスの利用・提供体制の充実に努めます。

また、既存の介護保険サービスに加え、地域における介護予防や自立支援に向けた取組みの機能強化を図るため、地域ケア会議や通いの場において、リハビリテーション専門職の関与を促進していきます。

（３）生きがいづくり・社会参加の推進

① 生涯学習・生涯スポーツの推進

若者から高齢者がともに学習できる様々な講座を開催し、高齢者の学びの場を提供します。また、ライフステージに応じた生涯スポーツを推進し、高齢者が軽運動や軽スポーツを気軽に親しめる場を提供します。

② 地域交流の推進

地域における老人クラブ、地域つながりサロン等の通いの場、ボランティア等の活動の活性化を図るために、関係機関との連携強化や適切な情報提供に努めます。

また、高齢者施設（老人福祉センター「天平の里」「ゆうゆう」、高齢者生きがいセンター、老人ふれあいセンター、ふれあい交流館「北部」「喜楽館」）において、高齢者が気軽に集まり、健康増進や趣味活動など様々な活動ができるよう支援します。

さらに、高齢者の豊富な経験や知識を活かし、地域における世代間交流を推進します。

③ 高齢者の就労等支援

高齢者が豊富な知識や経験を活かして地域で働くことができるよう、シルバー人材センターへの加入促進や、就労機会の拡大を支援します。

また、高齢者支援センターとの連携を強化し、多くの方に介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービスA）の周知を図り、利用者数の増加に伴うシルバー人材センター会員による就労の拡充・拡大に繋がります。

基本目標２ 日常生活を支援する体制の充実

（１）相談・支援体制の強化

① 高齢者支援センター（地域包括支援センター）における相談窓口の充実

高齢者が地域で安心して生活できるよう身近な相談窓口として、高齢者支援センターの周知を図るとともに相談しやすい環境づくりに努めます。

また、医療・介護の関係機関や民生委員・児童委員との連携を強化し、支援が必要な高齢者の把握に努めるとともに、高齢者の多様なニーズに対して包括的・継続的に支援する体制を強化します。

② 地域ケア会議の充実

地域ケア会議において、地域の関係者や専門職が協働して個別ケースについて検討し、個別課題の解決に取り組みます。

また、地域ケア推進会議において、地域ケア会議から把握された地域課題を共有し、地域・団体等の関係者や行政関係機関と連携して、地域づくりや新たな社会資源の開発等につなげていきます。

（２）生活支援サービスの充実

① 生活支援コーディネーターの活動の推進

「地域福祉推進チーム」「なかのと結び隊」を中心とする様々な地域活動を通じて、地域課題の把握に努めます。また、地域課題を解決するための仕組づくりや施策提案を行います。

② 地域の社会資源の見える化

地域住民で構成される「なかのとまち調べ隊」の協力で収集した、医療や介護・生活支援（商店や地域活動）に関する情報を掲載した「高齢者お役立ち情報」を社会福祉協議会ホームページで情報発信し、高齢者やその家族が地域で安心して生活できるよう社会資源の見える化を推進し、情報更新に努めます。

③ 生活支援に関する協議会の設置・運営

生活支援コーディネーターと医療・福祉・介護関係機関や地域住民から構成される「まると福祉支援協議会生活支援部会」等の多様なメンバーで、生活支援サービスの現状や体制整備について情報共有や協議を進めます。

また、地域において身近な協議の場である地域福祉推進チームによる福祉見守りマップの作成支援を継続し、災害時の対応や地域の支え合い活動につなげていきます。

④ 生活支援の担い手の確保

「なかのと結び隊（有償ボランティア）」を社会資源として定着することを目指し、ボランティア育成と適切な広報活動を行います。

⑤ 在宅高齢者等福祉サービス事業・地域支援事業の充実

外出支援サービス事業、高齢者見守りコール事業、「食」の自立支援事業、除雪援助事業などのサービスの周知やサービス内容の充実を図ります。

「食」の自立支援事業については、より利用しやすい事業にするため事業内容等を見直します。その他の事業については、今後も継続して事業を実施します。

さらに、地域における民間事業者の多様性を図るため、在宅サービス提供事業者を中心として、新たな参入やサービス内容の多様化等を適切に促進していきます。

（３）家族介護者への支援の充実

① 家族介護者交流会の開催

家族介護者への介護方法や認知症の対応などの知識や技術を学ぶ機会の提供や、家族介護者同士の情報交換や交流などを通して、在宅介護の負担軽減を図ります。

また、高齢者のみの世帯、就労・子育て世帯、ヤングケアラーなど多様な世代の家族介護者を支えるため、関係機関と緊密な連携を図り、効果的な支援を行います。

② 家族介護者への支援

介護慰労金支給事業や介護用品券支給事業により、在宅で高齢者を介護している家族の身体的・精神的及び経済的負担の軽減を図ります。

基本目標 3 地域における支え合い活動の推進

(1) 地域見守り支援体制の充実

① 見守り支援ネットワークの充実

見守りが必要な高齢者に対し、民生委員・児童委員や地域福祉推進チームと連携を図るとともに、区や町内会、老人会、地域における通いの場などにおいて、地域住民が日頃から声かけや見守りなどを行い、地域全体で支え合うことの重要性について啓発に努めます。

具体的な取組みとしては、「福祉見守りマップ」の作成支援を通じて、地域福祉推進チームの活性化、石川県が構築する「地域見守りネットワーク」における、協定締結事業者と連携して、相談窓口の周知や相談支援等に取り組みます。

② 見守り活動への支援

民生委員・児童委員の見守り活動を支援し、相談窓口や必要な介護・福祉サービスなどの情報提供に努めます。

③ 見守りサービスの充実

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯で必要な方に対して、高齢者見守りコール事業（緊急通報装置の貸与）、見守りを兼ねた配食サービスの提供などの充実を図ります。

(2) 権利擁護の推進

① 高齢者虐待防止の取組み・対応

高齢者虐待を未然に防止するため、地域組織や介護保険サービス事業所など関係機関との連携を強化し、相談・通報窓口の周知を図り、早期発見・早期対応に努めます。

また、保険者と高齢者支援センターがそれぞれの役割を担い、高齢者の保護についての体制整備を行い、虐待の解消に向けてスムーズに対応できるよう努めます。

② 成年後見制度等活用のための支援

町広報等を活用して成年後見制度及び日常生活自立支援事業や相談窓口の周知を図るとともに、支援が必要な事例を早期に発見し、迅速に対応できるよう相談支援体制の充実を図ります。

総合相談の中で必要に応じて情報提供を行い、高齢者の権利擁護のため、町長による申立てや報酬助成等を含め、スムーズに成年後見制度が利用できるよう支援します。

また、成年後見制度の利用を促進するための中核機関や医療・福祉・介護関係機関や地域住民、弁護士等専門職など関係機関から構成される地域連携ネットワークの「まるごとネット」の多様なメンバーで、制度を必要な方が必要なときに適切な支援につながるよう体制整備や普及啓発等に取り組みます。

③ 消費者被害等の防止体制の充実

高齢者を狙った訪問販売等の悪質商法や「振り込め詐欺」、「還付金詐欺」等のいわゆる特殊詐欺による被害を防止するため、日々の相談の中で情報提供していきます。

また、消費者生活支援センター、警察署等の関係機関と連携し、被害防止に努めます。

基本目標 4 在宅医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療・介護に関する情報提供

① 地域の医療・介護資源の把握

地域の医療機関や介護保険サービス事業所等の情報を集約した「中能登町医療・介護資源マップ」の内容の更新を図りながら、地域の医療・介護関係者間の連携や地域住民への情報提供に活用します。

② 在宅医療・介護連携に関する相談窓口

在宅医療・介護の連携拠点である中能登訪問看護ステーションにコーディネーターを配置し、相談窓口の周知、体制強化を図ります。

③ 在宅医療・介護についての普及啓発

「中能登町在宅医療介護連携を考える会（あじさい会）」の活動を核として地域住民を対象とした講演会の開催、町広報や出前講座にて、看取りや人生会議及び認知症についての地域住民の理解が進むよう普及啓発に努めます。

(2) 在宅医療・介護連携推進のための環境整備

① 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

在宅医療介護連携推進協議会にて、地域課題の抽出や4つの場面目標を達成するための具体的な取組みについて検討を行います。

また、感染症のまん延や災害時における持続可能なサービス提供ができるよう、関係者の連携体制のあり方について検討します。

② 医療・介護関係者の情報共有

医療・介護関係者相互の理解や、情報共有を図るとともに顔の見える関係づくりを推進します。

また、ICT等を活用した周知や、関係機関のニーズを把握し、研修会や事例検討会を開催するなど、地域の専門職等のつながりを促進します。

③ 在宅医療・介護連携の情報共有ツールの活用

高齢者の医療や介護に関する情報が関係者間で共有できるよう、急変時や入退院時における連携について、現状を把握し、ニーズに応じた手段やツールの活用を検討します。

基本目標 5 認知症施策の推進

（１）認知症に対する正しい理解の促進

① 認知症サポーターの養成

認知症について正しく理解し、地域で認知症の人や家族を温かく見守り手助けをする「認知症サポーター」の養成を推進します。また、小学生や高校生の講座を実施し、若い世代のサポーターを増やすとともに、個人や地域の様々な団体等に働きかけ、地域全体で認知症の人を見守り支えていけるよう、認知症サポーター養成を推進していきます。

② 普及啓発

住民の認知症に関する正しい理解のために、町広報やケーブルテレビ等を活用し、様々な機会を捉え普及啓発を進めていきます。また、当事者の声を発信するなど、より身近なこととして捉え考えられるよう工夫します。

（２）認知症予防

① 普及啓発

「出前講座」や「あたま・あしこし元気アップ教室」を開催し、認知症の正しい理解とともに認知症予防に対する意識を高め、住民一人ひとりが自主的に予防活動に取り組めるよう普及啓発を図ります。

② 関係機関との連携

保健事業と介護予防事業との一体的実施において、生活習慣病の発症予防や重症化予防の視点から、認知症予防の取組みを関係機関と連携し実施していきます。

（３）認知症に関する相談・支援体制の充実

① 相談窓口の周知

認知症の相談窓口である「高齢者支援センター」についての周知や、認知症ケアパスの「高齢者安心ガイドブック」の普及・活用を継続していきます。

② 認知症初期集中支援チームによる支援の実施

認知症またはその疑いがある人やその家族に対し、必要な初期支援を集中的に行い、自立に向けた支援を行う「認知症初期集中支援チーム」により、相談事案に対しチームで支援を行い、早期診断・早期対応につなげます。

③ 認知症地域支援推進員活動の充実

地域の認知症地域支援推進員が連携し、認知症の人の「本人の声」や当事者の意見等を活用した地域活動を検討していきます。

また、認知症施策等と連携した活動についても協議等を行いながら取組みを推進します。

(4) 認知症の人と家族を支える地域づくり

① 認知症の人や家族の居場所づくり

認知症地域支援推進員が中心となり、認知症の人や家族、地域住民、医療・介護専門職が集まり、相談や情報共有、交流ができる「認知症カフェ」の設置及び運営支援を行います。

また、コロナ禍により、認知症カフェが活動休止する中で、今後の「認知症カフェ」のあり方や、認知症に特化した相談日の開設などについて検討します。

② 若年性認知症の人や家族への支援

若年性認知症についての普及啓発や相談支援体制を整備するとともに、認知症カフェ「青空」の運営支援を行い、若年性認知症の人や家族等の支援を行います。

③ 見守りネットワークの充実

認知症等で行方不明のおそれのある方について、「高齢者等安心ネットワーク」により七尾警察署と情報共有し、行方不明時の対応を行うとともに、金融機関や商店等へ協力機関の登録促進や連携を更に行い、日頃のゆるやかな見守り体制の充実を図ります。

また、「徘徊高齢者家族支援サービス」では、GPS機能を備えた機器の貸与を行い、行方不明の未然防止や早期発見に対応します。

④ 認知症サポーターの活動支援

認知症サポーターが認知症の理解をより深めるためのフォローアップ講座を開催します。また、認知症サポーターの活動の場の提供や、チームオレンジ（認知症の人やその家族が必要とする支援ニーズと認知症サポーター等をつなげる仕組み）の発足に向けての体制構築を行います。

基本目標6 暮らしやすい生活環境の整備

(1) 住環境の整備

① 住宅・公共施設の整備

本町においては、持ち家が中心であることから、在宅の要支援・要介護認定者が安心して自宅で暮らし続けることができるよう、介護保険制度の住宅改修費用助成や自立支援型住宅リフォーム費用助成を利用した住環境の整備を支援します。

また、高齢期の多様な住まい方について、幅広く情報収集を行い、国や県、事業者との連携を図りながら住まいの充実を検討し、適切な情報提供に努めます。

公共施設においても、誰もが利用しやすいユニバーサルデザインの考え方にに基づき、高齢者に配慮した整備を引き続き実施します。

② 移動手段の支援

高齢者が安心して通院や買い物ができるよう、利用者の声を聴きながら利便性の高い公共交通体系の確立を図るとともに、高齢者の健康増進に結び付く施策との連携によって利用促進への展開と啓発を実施していきます。

また、外出支援サービス事業による、医療機関への受診や調剤薬局への送迎費用の支援を引き続き実施します。

(2) 安心・安全対策の推進

① 防災対策の推進

地域防災計画等に沿って、地震等の災害に対して、高齢者を支える施策に取り組みます。

災害時避難行動要援護者名簿の更新及び個別避難計画の策定並びに関係機関との連携強化を図ります。

② 防火対策の推進

消防署や自主防災組織との連携により、高齢者世帯の巡回や防災無線等による防火の放送などを定期的に行い、火災予防啓発と防火意識の向上に努めます。

③ 交通安全対策の推進

石川県や警察、交通安全協会と連携した高齢者向けの交通安全教室や運転技術講習会の開催や広報啓発活動の充実により、高齢者の交通安全意識の高揚に努めます。

また、運転免許証自主返納助成事業により、運転に不安がある方に対する自主返納の後押しを図ります。

（３）災害に対する備え

① 災害に対する備え

地域防災計画等に沿って、地震等の災害に対して、高齢者を支える施策に取り組みます。福祉避難所など協定施設と連携し、訓練の実施、防災啓発活動、物資の備蓄状況等の確認を行います。

また、災害のおそれがある場合には、状況に応じた早めの自主避難を呼びかけるなど人的被害防止に努めます。

② 避難訓練や研修の実施

近年の災害の発生状況を踏まえ、介護保険サービス事業所と連携し防災に対する意識向上及び啓発活動に努めます。

災害発生時の備えや、介護保険サービス事業所で策定している災害に関する計画を定期的に確認するとともに、避難に要する時間や避難経路等の確認を促します。

（４）感染症に対する備え

介護保険サービス事業所と連携し、感染症の予防や適切な対応について周知啓発するとともに、感染症発生時にも必要なサービスを継続できるよう業務継続計画等の策定や日頃からの研修や訓練の実施を促していきます。

また、適切な感染防護具、消毒液その他感染症対策に必要な物資の備蓄・調達の整備状況の確認を行います。

基本目標 7 介護保険サービスの安定的な提供

(1) 介護サービスの充実

更なる高齢化の進行に伴い、認定者（利用者）の増加が見込まれるとともに、医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、生産年齢人口が急減する令和22年（2040年）を見据えながら、居宅サービス及び地域密着型サービスを中心とした在宅サービスの提供体制の維持・充実を図ります。利用者の状況によっては他市町と協議の上、地域密着型サービスの区域外指定を行い、サービスの利用機会の拡充を図ります。

また、居宅サービス利用との調整を図りながら、広域での連携により、施設サービスの充実を図ります。

介護保険サービスの見込み量に対する供給体制を確保するため、事業者に対して令和32年（2050年）までの中長期的サービス需要の見込みや地域の現状、本計画に関する情報提供を行うことにより、事業者の円滑かつ適切なサービス提供体制の整備促進に努めます。

地域密着型サービスについては、本計画期間中においては、新たな整備は見込まないものとしませんが、事業者の参入意向があった場合には、整備の必要性について検討するものとします。

(2) 介護人材の確保及び介護現場の生産性向上

① 介護人材の確保

高齢化に伴うサービス利用者が増加する半面、地域包括ケアシステムを支えるための介護人材は不足しており、その確保については喫緊の課題となっています。

町独自の介護人材確保対策事業として令和4年度（2022年度）より施行した「介護分野資格取得支援事業」「介護職員等継続勤務奨励金」の活用に向け、更なる普及啓発を行い、引き続き介護人材の定着促進を図ります。

また、国・県と連携し、外国人労働者の導入、復職支援など、介護人材の確保に向けた支援や情報提供を積極的に行っていきます。

② 介護現場の生産性の向上

介護現場で働く職員の負担を減らしつつ、質の高い介護サービスを継続的に提供することを目的に、介護ロボットやICTの活用をはじめ、業務手順の見直し・文書負担の軽減・介護情報基盤の整備等を促進し、介護現場の生産性の向上を推進します。

(3) 介護サービスの適正な運営

① 介護保険サービス事業所連絡会における情報交換や事例検討による研鑽

良質な介護保険サービスを提供するために、介護保険サービス事業所連絡会において情報交換や事例検討などで研鑽の場を確保し、介護保険制度に関する情報等を提供・周知し、介護保険の適正な運営を推進します。

② 介護保険サービスに関する利用者からの相談・苦情

利用者からの相談や苦情に対応するため、高齢者支援センターや県、町が連携して相談や苦情に対し、適切かつ丁寧な対応を行うことで、質の高い介護サービスの提供に努めます。

③ 高齢者施策に関する多様な情報提供

高齢者施策に関する多様な情報を住民が的確に選択できるように、介護保険制度の概要を説明したパンフレットや、本町の地域資源をまとめた「医療・介護資源マップ」等を発行していきます。また、町広報やホームページ、出前講座等を通じて介護保険制度や福祉サービスについて情報提供を行い、制度の周知に努めます。併せて、低所得者の負担の軽減のための制度についても適切な情報提供に努めます。

④ 地域密着型サービス事業所の指定・指導監査の実施

介護保険事業の健全な運営を図るため、地域密着型サービス事業所の指導・監査を実施し、事業所への支援を行うとともに、介護サービスの質の確保及び介護給付の適正化に努めます。

⑤ 介護給付適正化に向けた取組みの推進

介護サービスを必要とする方に過不足なくサービスを提供することができ、持続可能な制度とするために、「主要3事業」を実施し、介護給付の適正化につなげます。

主要3事業	内 容
要介護認定の適正化	認定調査の結果について調査票の点検確認を実施し、適切かつ公平な認定の確保を図ります。
ケアプランの点検	・ケアプラン点検 利用者の自立支援・重度化防止に資する適切なケアプラン作成に向け、ケアプランの点検・支援を行います。
	・住宅改修等の点検 住宅改修や福祉用具の購入・貸与について、申請書類等に加え要介護認定時の訪問調査結果等により確認を行い、疑義が生じた場合には担当ケアマネジャーへの確認や訪問確認を行うなど、適切な審査や支給を行います。
縦覧点検・医療情報との突合	国保連合会介護給付適正化システムから提供される情報を活用し、請求情報の縦覧点検や介護と医療情報の突合による重複請求の是正を行い、給付の適正化に取り組みます。

（４）関係機関・団体等との連携強化

① 国・県との連携

高齢者の地域生活を支える様々な施策は、国や県の制度に基づき運営されているものが少なくありません。そのため、国や県の動向に留意するほか、施策を推進するにあたり国や県とも連携しながら、本計画の確実な推進を図ります。

② 関係団体等との連携

高齢者が、住み慣れた地域で、安心して、心豊かに暮らしていくためには、行政のみならず、関係団体等との協働により、きめ細かいサービスを提供する必要があります。そのため、高齢者支援センター、社会福祉協議会のほか、シルバー人材センター、商工会、ボランティア団体、民生委員・児童委員協議会等、各種関係団体等との連携を促進します。

第6章 介護サービス量の見込みと保険料の設定

1. 介護サービス量の見込み

(1) 居宅サービス

在宅で生活している要介護1～5の人を対象とした、居宅での生活を支援するための介護サービスです。第9期計画及び中長期（令和12年、令和22年、令和32年）について推計しています。

■居宅サービス

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度	令和32年度
①訪問介護	給付費	112,841	116,799	119,387	127,026	119,698	87,727
	回数	3,732	3,853	3,943	4,201	3,954	2,876
	人数	100	102	103	106	103	82
②訪問入浴介護	給付費	10,364	10,469	10,469	11,315	9,623	8,207
	回数	67	68	68	74	63	53
	人数	16	16	16	17	15	13
③訪問看護	給付費	32,929	34,044	35,489	36,015	33,825	24,758
	回数	418	430	448	454	429	313
	人数	75	77	80	81	77	56
④訪問リハビリテーション	給付費	10,031	10,446	10,828	11,314	11,744	8,450
	回数	246	255	264	276	287	207
	人数	34	35	36	39	40	29
⑤居宅療養管理指導	給付費	9,002	9,268	9,396	9,523	9,284	7,532
	人数	144	148	150	152	148	120
⑥通所介護	給付費	226,131	222,298	223,049	227,991	227,684	164,774
	回数	2,198	2,155	2,158	2,207	2,198	1,610
	人数	271	273	276	282	280	205
⑦通所リハビリテーション	給付費	88,156	88,830	89,895	96,938	94,647	72,876
	回数	801	805	816	869	845	656
	人数	115	117	120	125	122	95
⑧短期入所生活介護	給付費	94,608	94,727	94,727	112,735	94,382	84,792
	回数	887	887	887	1,053	882	791
	人数	79	79	79	92	79	70

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
⑨短期入所療養介護(老健)	給付費	610	610	610	610	610	610
	回数	6	6	6	6	6	6
	人数	1	1	1	1	1	1
⑩特定施設入居者生活介護	給付費	32,947	32,988	32,988	35,631	35,631	30,555
	人数	13	13	13	14	14	12
⑪福祉用具貸与	給付費	62,107	62,224	62,340	62,795	62,481	53,191
	人数	343	344	345	353	345	295
⑫特定福祉用具購入費	給付費	1,881	1,881	2,223	2,566	1,881	1,881
	人数	5	5	6	7	5	5
⑬住宅改修	給付費	2,451	2,451	2,451	2,451	1,226	1,226
	人数	2	2	2	2	1	1
⑭居宅介護支援	給付費	90,896	91,572	91,586	93,143	92,660	68,336
	人数	478	481	481	490	485	361

（２）地域密着型サービス

要介護者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、身近な市町で提供されるサービスです。サービスの基盤整備は市町単位で行われ、原則として中能登町の住民のみが利用可能となります。

■地域密着型サービス

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
①定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	給付費	9,925	9,937	10,865	10,865	9,937	5,433
	人数	3	3	4	4	3	2
②夜間対応型訪問介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
③地域密着型通所介護	給付費	1,303	1,304	1,304	1,304	1,304	1,304
	回数	20	20	20	20	20	20
	人数	2	2	2	2	2	2
④認知症対応型通所介護	給付費	14,665	14,833	14,923	17,260	14,923	13,637
	回数	100	100	101	117	101	92
	人数	15	15	15	18	15	14

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度	令和32年度
⑤小規模多機能型居宅介護	給付費	72,919	73,011	73,011	74,733	63,200	56,219
	人数	31	31	31	32	29	24
⑥認知症対応型共同生活介護	給付費	196,848	197,098	197,098	197,098	197,098	197,098
	人数	63	63	63	63	63	63
⑦地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費	102,547	102,677	102,677	102,677	102,677	102,677
	人数	29	29	29	29	29	29
⑨看護小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0

●施設数と定員数

【単位：箇所、人】

介護サービス		令和5年度末 (見込)	令和8年度末 (見込)
①認知症対応型通所介護	施設数	1	1
	定員数	12	12
②小規模多機能型居宅介護	施設数	1	1
	定員数	29	29
③認知症対応型共同生活介護	施設数	4	4
	定員数	63	63
④地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	施設数	1	1
	定員数	29	29
⑤地域密着型通所介護	施設数	0	0
	定員数	0	0

※ 本計画期間中（令和6～8年度）においては、新たな整備は見込まないものとしませんが、事業者の参入意向があった場合には、整備の必要性について検討するものとします。

(3) 施設サービス

施設サービスには、「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」の3種類があります。要介護1以上の人に居住の場を提供するサービスですが、平成27年度（2015年度）から介護老人福祉施設は、原則要介護度3以上の方が入所することになりました。

■施設サービス

【単位：千円（年間）、人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度	令和32年度
①介護老人福祉施設	給付費	506,073	509,876	513,291	526,445	514,284	423,987
	人数	158	159	160	164	161	133
②介護老人保健施設	給付費	513,971	518,030	521,617	542,036	528,639	428,069
	人数	147	148	149	155	152	123
③介護医療院	給付費	137,629	142,065	146,371	146,371	137,175	109,849
	人数	31	31	32	32	30	24

●施設数と定員数

【単位：箇所、人】

介護サービス		令和5年度末 (見込)	令和8年度末 (見込)
①介護老人福祉施設	施設数	1	1
	定員数	90	90
②介護老人保健施設	施設数	1	1
	定員数	100	100
③介護医療院	施設数	0	0
	定員数	0	0

※ 本計画期間中（令和6～8年度）においては、新たな整備は見込まないものとします。

今後も居宅サービス利用との調整を図り、より重度の要介護者が優先的に施設サービスを受けられるよう、近隣市町の施設整備状況等にも留意しながら、利用の適正化を図ります。

2. 介護予防サービス量の見込み

(1) 介護予防サービス

要支援1・2の人を対象に、要介護状態へ移行することを予防するためのサービスです。

■介護予防サービス

【単位：千円（年間）、日・回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
①介護予防訪問入浴介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
②介護予防訪問看護	給付費	2,033	2,036	2,036	2,226	1,610	1,420
	回数	27	27	27	30	21	19
	人数	10	10	10	11	8	7
③介護予防訪問リハビリテーション	給付費	1,951	2,020	2,020	2,020	2,020	1,683
	回数	53	55	55	55	55	46
	人数	6	6	6	6	6	5
④介護予防居宅療養管理指導	給付費	430	430	430	430	370	245
	人数	5	5	5	5	4	3
⑤介護予防通所リハビリテーション	給付費	15,442	15,993	16,524	19,003	17,586	14,518
	人数	38	39	40	50	46	38
⑥介護予防短期入所生活介護	給付費	192	192	200	200	200	200
	日数	3	3	3	3	3	3
	人数	1	1	1	1	1	1
⑦介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
⑧介護予防福祉用具貸与	給付費	6,766	6,930	7,094	7,785	6,766	5,947
	人数	80	82	84	92	80	70
⑨特定介護予防福祉用具購入費	給付費	757	757	757	1,065	757	757
	人数	2	2	2	3	2	2
⑩介護予防住宅改修	給付費	1,724	1,724	1,724	2,805	1,724	1,724
	人数	2	2	2	3	2	2

【単位：千円（年間）、日・回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
⑪介護予防特定施設入居者 生活介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
⑫介護予防支援	給付費	6,779	6,904	7,082	7,259	6,793	4,476
	人数	117	119	122	125	117	78

（２）介護予防地域密着型サービス

要支援者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、身近な市町で提供されるサービスです。サービスの整備基盤は市町単位で行われ、基本的には中能登町に居住する住民のみが利用可能となります。

■介護予防地域密着型サービス

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

介護サービス		第9期計画			中長期推計		
		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
①介護予防認知症対応型 通所介護	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
②介護予防小規模多機能型 居宅介護	給付費	755	755	755	755	755	755
	人数	1	1	1	1	1	1
③介護予防認知症対応型 共同生活介護	給付費	2,914	2,918	2,918	2,918	2,918	2,918
	人数	1	1	1	1	1	1

3. 地域支援事業の見込み

地域支援事業は、高齢者が要支援・要介護状態になることを予防するとともに、要支援・要介護状態になった場合においても、住み慣れた地域で自立した日常生活を過ごせるよう支援することを目的としています。

そのために、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた住まい・医療・介護・予防・生活支援の充実、強化を行っていきます。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援1・2及び事業対象者の人を対象に要介護状態となることの予防や高齢者の多様な生活ニーズを地域全体で支えるための事業です。

【年間】

事業名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・生活支援サービス			
スーパー元気アップ塾 (短期集中訪問・通所一体型サービス)(人)	10	12	12
あしこし元気アップ教室 (短期集中通所型サービスC)(人)	16	16	16
訪問型サービス(延人数)	300	300	300
訪問型サービスA(延人数)	36	36	36
通所型サービス(延人数)	1,200	1,200	1,200
介護予防ケアマネジメント(延人数)	580	590	600
一般介護予防事業			
介護予防普及啓発事業			
介護予防講座(回)	25	25	25
地域介護予防活動支援事業			
地域つながりサロン(グループ数)	37	37	37
いきいき百歳体操(グループ数)	25	25	25
シルバーリハビリ体操教室(か所)	26	26	26
地域リハビリテーション活動支援事業			
通いの場へのリハビリテーション専門職の支援(回)	25	25	25
・介護予防におけるポイント付与の仕組みづくり ・男性の介護予防の取組みの推進 ・介護予防事業評価の実施 ・シルバーリハビリ体操指導士の養成			
① 介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	52,637,000	55,466,000	53,166,000

(2) 包括的支援事業

地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護、ケアマネジメント支援などを包括的に行う事業です。

【年間】

事業名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総合相談業務			
相談支援(件)	1,600	1,650	1,700
権利擁護業務			
高齢者虐待防止			
高齢者虐待相談件数(件)	15	15	15
成年後見制度の普及・促進			
成年後見制度相談件数(件)	6	8	10
・相談窓口の周知 ・研修会の開催 ・まるごと福祉支援協議会権利擁護部会			
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務			
介護保険サービス事業所連絡会・研修会(回)	2	2	2
居宅介護支援事業所連絡会・研修会(回)	3	3	3
介護支援専門員への個別支援(人)	150	150	150
自立支援型個別会議(目標設定会議)(件)	24	24	24
地域ケア会議(地域ケア個別会議)(件)	6	6	6
在宅医療・介護連携の推進			
在宅医療・介護連携推進協議会(回)	2	2	2
多職種研修会・事例検討(回)	8	8	8
在宅医療介護連携に関する相談支援(件)	65	70	75
生活支援体制整備			
生活支援コーディネーターの設置(兼任)(人)	2	2	2
福祉見守りマップ作成支援(回)	8	8	8
有償ボランティア(延人数)	100	150	200
・まるごと福祉支援協議会生活支援部会			

【年間】

事業名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症施策の推進			
認知症初期支援チームによる支援(回)	1	1	2
認知症地域支援推進員(人)	5	5	6
認知症カフェの開設・運営支援(か所)	4	4	4
高齢者安心ネットワーク事業(事前登録)(人)	15	15	15
高齢者安心ネットワーク事業(協力機関)(か所)	65	70	75
認知症に関する普及啓発(回)	5	5	5
・チームオレンジの取組み			

(3) 任意事業

地域における自立した日常生活の支援など、地域の実情に応じ、創意工夫を活かした多様な事業です。

【年間】

事業名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付費適正化事業			
認定調査票の点検	全件	全件	全件
ケアプラン点検			
ケアプラン点検(実施事業所数)	2	2	2
住宅改修の点検	全件	全件	全件
(内 訪問点検)(件)	5	5	5
福祉用具購入時等の点検	全件	全件	全件
軽度者福祉用具貸与状況の点検	全件	全件	全件
(内 訪問点検)	1	1	1
縦覧点検・医療情報との突合	毎月実施	毎月実施	毎月実施
介護給付費通知(回)	3	3	3
家族介護支援事業			
家族介護教室・家族介護者交流事業(回)	6	6	6
認知症高齢者見守り事業(徘徊高齢者等家族支援サービス事業)(人)	2	3	4
介護用品券支給事業(人)	170	175	180

【年間】

事業名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
その他			
成年後見制度利用支援事業			
町長申立て(件)	2	2	2
報酬助成(件)	2	2	2
認知症サポーター養成講座			
一般向け(回)	5	5	5
小学校(回)	3	3	3
認知症サポーター養成数			
養成数(人)	300	300	300
養成数累計(人)	3,870	4,170	4,470
認知症サポーターフォローアップ講座(回)	1	1	1
地域自立支援事業			
「食」の自立支援事業 (見守り配食サービス)(食)	2,600	3,250	3,900
高齢者見守りコール事業(回)	280	290	300
② 包括的支援事業・任意事業費(円)	49,085,000	49,630,000	50,130,000
①+② 地域支援事業費・合計(円)	101,722,000	105,096,000	103,296,000

(4) 令和12年度(2030年度)以降の地域支援事業費の中長期推計値

(単位：円)

事業名	令和12年度	令和22年度	令和32年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	53,395,744	45,261,641	33,040,022
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業費	33,025,683	28,240,179	24,499,249
包括的支援事業(社会保障充実分)	13,520,000	13,520,000	12,948,000
合 計	99,941,427	87,021,820	70,487,271

4. 介護保険料の設定

(1) 財源構成

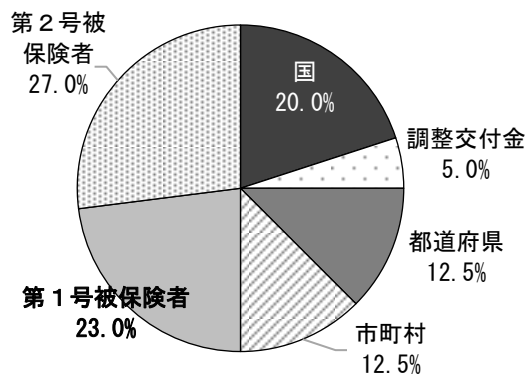
介護保険の財源構成は、介護保険法で被保険者の保険料が50%、国・県・町による公費負担が50%と定められており、第1号被保険者の負担割合は23.0%となります。

なお、公費負担の50%のうち国は25%となっており、そのうち5%は市町村の後期高齢者（75歳以上）人口の比率及び所得段階別の構成比に基づき、介護給付費財政調整交付金（以下、調整交付金）として、全国平均で5%交付されます。

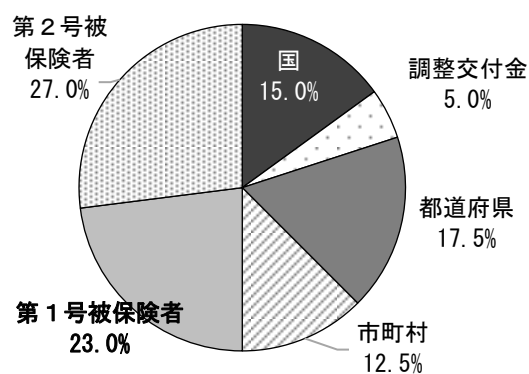
	第1号被保険者 保険料	第2号被保険者 保険料	国負担金	調整交付金	県負担金	町負担金	計
介護給付 (施設等給付費除く)	23.0%	27.0%	20.0%	5.0%	12.5%	12.5%	100.0%
介護給付 (施設等給付費)	23.0%	27.0%	15.0%	5.0%	17.5%	12.5%	100.0%
地域支援事業費 (介護予防・日常生活支援総合事業)	23.0%	27.0%	20.0%	5.0%	12.5%	12.5%	100.0%
地域支援事業費 (包括的支援事業・任意事業)	23.0%	—	38.5%	—	19.25%	19.25%	100.0%

※財源構成については第8期からの変更はありません。

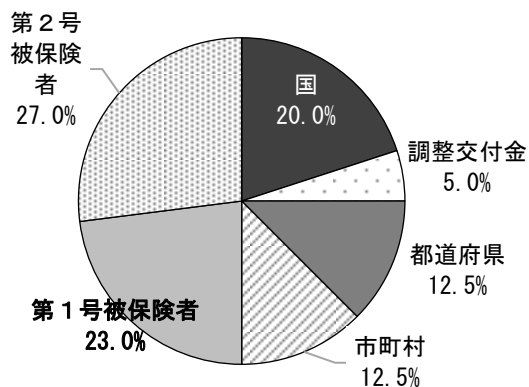
〈介護給付(施設以外)〉



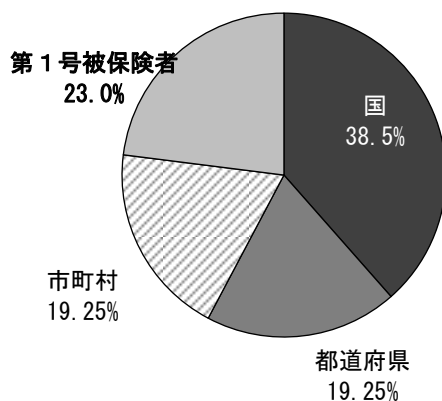
〈介護給付(施設等)〉



〈介護予防・日常生活支援総合事業〉



〈包括的支援事業・任意事業〉



(2) 基準保険料の算定

(単位:千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	合 計
①	介護予防給付費	39,743	40,659	41,540	121,942
②	介護給付費	2,330,834	2,347,438	2,366,595	7,044,867
③	特定入所者介護サービス等給付費	60,847	60,924	60,924	182,695
④	高額介護サービス費等給付費	42,204	42,364	42,754	127,322
⑤	高額医療合算介護サービス等給付費	7,066	7,083	7,148	21,297
⑥	算定対象審査支払手数料	1,456	1,456	1,456	4,368
⑦	標準給付費見込額 (①+②+③+④+⑤+⑥)	2,482,150	2,499,924	2,520,417	7,502,491
⑧	介護予防給付費・日常生活支援総合事業費	52,637	55,466	53,166	161,269
⑨	包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業費	35,355	35,700	36,200	107,255
⑩	包括的支援事業(社会保障充実分)	13,730	13,930	13,930	41,590
⑪	地域支援事業費 (⑧+⑨+⑩)	101,722	105,096	103,296	310,114
⑫	第1号被保険者負担相当額 (⑦+⑪)×23%	594,291	599,155	603,454	1,796,899
⑬	調整交付金相当額 (⑦+⑧)×5%	126,739	127,769	128,679	383,188
⑭	調整交付金交付割合	6.36%	6.44%	6.42%	
⑮	調整交付金交付見込額 (⑦+⑧)×⑭	161,212	164,567	165,224	491,003
⑯	介護給付費準備基金取崩額				137,800
⑰	保険者機能強化推進交付金等の交付見込額				18,000
⑱	保険料収入必要額 ⑫+⑬-⑮-⑯-⑰				1,533,284
⑲	保険料収納率				99.6%
⑳	所得段階別加入割合補正後被保険者数				18,865 人
㉑	保険料基準額(年額) ⑱÷⑲÷㉑				81,600 円
㉒	保険料基準額(月額) ㉑÷12				6,800 円

※各費用の見込みには端数が含まれるため、計算式と一致しない場合があります。

第9期

保険料標準月額 **6,800 円** (参考 第8期 6,400 円)

令和12年(2030年)

保険料標準月額 **8,626 円** (参考※)

※ 令和12年における第1号被保険者の負担割合見込は24.0%となっております。

(3) 所得段階別保険料額の算定

介護保険給付費等や地域支援事業費の23%を第1号被保険者が、所得段階に応じて介護保険料として負担することになります。

第9期においては、国が示す標準的な所得段階の変更と合わせ、従来の9段階から更に細分化し、13段階としました。(下表の太枠部分が第8期からの変更部分です)

段階	対象者		保険料率	保険料額(円)	
				(月額)	(年額)
軽減の見直し	第1段階	生活保護受給者			
		老齢福祉年金受給者	基準額×0.455 (×0.285)	3,094 (1,938)	37,128 (23,256)
		「前年の本人課税年金収入額＋合計所得金額」が80万円以下			
	第2段階	世帯全員が町民税非課税 「前年の本人課税年金収入額＋合計所得金額」が80万円超120万円以下	基準額×0.685 (×0.485)	4,658 (3,298)	55,896 (39,576)
	第3段階	「前年の本人課税年金収入額＋合計所得金額」が120万円超	基準額×0.69 (×0.685)	4,692 (4,658)	56,304 (55,896)
上位段階の新設	第4段階	本人が町民税非課税で(世帯に課税者がいる)	基準額×0.90	6,120	73,440
	第5段階	「前年の本人課税年金収入額＋合計所得金額」が80万円超	基準額	6,800	81,600
	第6段階	「前年の本人合計所得金額」が120万円未満	基準額×1.20	8,160	97,920
	第7段階	「前年の本人合計所得金額」が120万円以上210万円未満	基準額×1.30	8,840	106,080
	第8段階	「前年の本人合計所得金額」が210万円以上320万円未満	基準額×1.50	10,200	122,400
	第9段階	「前年の本人合計所得金額」が320万円以上420万円未満	基準額×1.70	11,560	138,720
	第10段階	本人が町民税課税 「前年の本人合計所得金額」が420万円以上520万円未満	基準額×1.90	12,920	155,040
	第11段階	「前年の本人合計所得金額」が520万円以上620万円未満	基準額×2.10	14,280	171,360
	第12段階	「前年の本人合計所得金額」が620万円以上720万円未満	基準額×2.30	15,640	187,680
	第13段階	「前年の本人合計所得金額」が720万円以上	基準額×2.40	16,320	195,840

※合計所得金額から長期譲渡所得及び短期譲渡所得の特別控除額を控除して保険料段階を判定します。

第1～5段階を判定するときは、公的年金等に係る雑所得も控除します。

※()は、低所得者保険料軽減適用後の値です。

◆所得段階別被保険者数及び所得段階別加入割合補正後被保険者数の推計

(単位:人)

段階区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1段階	478	472	468
第2段階	770	760	754
第3段階	757	747	741
第4段階	429	423	420
第5段階	1,464	1,445	1,433
第6段階	1,190	1,175	1,165
第7段階	757	747	741
第8段階	285	281	279
第9段階	95	94	93
第10段階	35	35	35
第11段階	18	18	17
第12段階	9	9	9
第13段階	49	48	47
第1号被保険者数計	18,792		
所得段階別加入割合補正後被保険者数	18,865		

※ 第1号被保険者保険料に不足を生じないよう、所得段階ごとに人数と保険料率を乗じた数の合計
(=所得段階別加入割合補正後被保険者数)を被保険者数とみなして基準額を算定します。

資 料 編

1. 中能登町介護保険事業計画等策定委員会設置要綱

平成17年3月1日

告示第46号

(設置)

第1条 中能登町は、介護保険の円滑な実施を図り介護サービス基盤の計画的な整備を進めるとともに、高齢者の保健福祉をめぐる情勢の変化を踏まえ、中能登町介護保険事業計画及び中能登町老人福祉計画（以下「介護保険事業計画等」という。）を策定するため、中能登町介護保険事業計画等策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、町長の諮問に対して調査検討を行い、意見を具申する。

(構成)

第3条 委員会は、委員若干人で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 民生委員児童委員の代表
- (2) 医療機関の代表
- (3) 老人福祉施設及び老人保健施設の代表
- (4) 各種団体の代表
- (5) 関係行政機関の代表
- (6) 被保険者の代表
- (7) 前各号に掲げるもののほか、必要と認められる者

(任期)

第4条 委員の任期は、介護保険事業計画等の策定が終了するまでのおおむね1年間とする。

ただし、委員に欠員が生じた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(組織)

第5条 委員会に委員長及び副委員長各1人を置き、委員の互選によって選任する。

2 委員長は、会務を総理し、委員会の議長となる。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理す。

(会議)

第6条 委員会は、必要に応じて委員長が招集する。

2 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求めてその意見を聴くことができる。

(事務局)

第7条 委員会の事務を処理するため、長寿福祉課内に事務局を置く。

(その他)

第8条 この告示に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、町長が別に定める。

2. 中能登町第9期介護保険事業計画等策定委員会名簿

(敬称略)

番号	選出区分	氏名	所属・役職名	備考
1	民生委員・児童委員の代表	高野 渡	町民生委員・児童委員協議会会長	副委員長
2	医療機関の代表	安田 紀久雄	医師 安田医院 院長	委員長
3		鍛冶 武和	医師 かじ内科クリニック 院長	
4		堀江 一成	歯科医師 堀江歯科医院 院長	
5	老人福祉施設及び老人保健施設の代表	堀内 浩一	介護老人福祉施設「鹿寿苑」施設長	
6		上坂 経英	介護老人保健施設「なごみの里鹿島」施設長	
7	各種団体の代表	北野 勇	町区長会会長	
8		杉本 栄蔵	町老人クラブ連合会会長	
9		亀井 弘美	町女性協議会会長	
10		土屋 哲雄	町社会福祉協議会事務局長	
11	関係行政機関の代表	金子 明日香	能登中部保健福祉センター 企画調整課 技師	
12	被保険者の代表	山口 節子	第1号被保険者	

3. 策定経過

回	開催日	議 件
令和5年		
	1月8日 ～ 22日	・「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の実施 ・「在宅介護実態調査」の実施
第1回策定委員会	10月11日	・第9期介護保険事業計画等の概要について
第2回策定委員会	12月20日	・第1回策定委員会での意見等の回答について ・第8期介護保険事業計画等の振り返りについて ・第9期介護保険事業計画等の素案について ・介護サービス量の見込みと保険料について
令和6年		
	1月10日 ～ 25日	・パブリックコメントの実施
第3回策定委員会	2月14日	・第9期介護保険事業計画（案）について

4. 用語解説

ア行

- ・ICT（アイシーティー、Information and Communication Technology）

「情報通信技術」と訳され、通信技術を活用したコミュニケーションを指す。情報処理だけではなく、インターネットのような通信技術を利用した産業やサービスなどの総称。

- ・あしこし元気アップ教室（短期集中型サービスC）

足腰の弱りや物忘れが増えてきたと感じている人を対象に、3か月間、専門の指導員と一緒に足腰を元気にする体操やレクリエーションを行う教室。心身機能の回復を図りながら日常生活における困りごとを自分自身で解決できることを目指している。

- ・あじさい会

中能登町の在宅医療と介護連携を考える会として、地域の医療職や介護職等などの多職種で構成されている。医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者等が住み慣れたところで、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、定期的に情報共有や研修会等を行い、連携を密にしながら在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築している。

- ・アセスメント

問題解決のための援助活動に先立って行われる総合評価、または初期・事前評価を指す。介護保険制度では、ケアマネジメントの過程の1つとして、介護サービス計画の作成に先立つ課題分析として位置付けられる。

- ・eスポーツ

「エレクトロニック・スポーツ」の略で、広義には、電子機器を用いて行う娯楽、競技、スポーツ全般を指す言葉であり、コンピューターゲーム、ビデオゲームを使った対戦をスポーツ競技として捉える際の名称。

- ・いきいき百歳体操

筋力の維持向上のため、手首や足首におもりをつけ、DVDを見ながら行う体操。

- ・一般高齢者

要介護認定を受けていない、おおむね日常生活が自立している65歳以上の高齢者のこと。

- ・NPO＝民間非営利組織

民間非営利組織(Non-Profit Organization)の略。営利を目的としない公益事業や住民活動を行う組織のこと。これらを支援する「特定非営利活動促進法(NPO法)」が施行されている。

力行

・介護給付

介護保険における要介護認定を受けた被保険者（要介護 1 ～ 5）に対する保険給付。

・介護職員等継続勤務奨励金

町内に所在する介護保険サービス事業所等における介護人材の確保及び定着を図り、介護サービスの質の向上を支援するために、初めて介護職に就く方や、介護職を離職後に再度介護職に就労された方で、一定期間継続勤務され、今後も現在就労している事業所で働き続ける意欲のある方に奨励金を交付する事業。

・介護分野資格取得支援事業

町内に所在する介護保険サービス事業所等における介護人材の確保及び定着を図り、介護サービスの質の向上を支援するために、介護に係る資格取得に要する経費の一部について助成する事業。

・介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりを推進するもの。生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進等を基本に事業を実施する。

・協議体

生活支援コーディネーター、社会福祉協議会、事業者、地縁組織、ボランティア等の地域の関係者から構成され、地域ニーズの把握や、企画、立案、情報交換等、生活支援・介護予防サービスの体制整備に向け、定期的な情報の共有・連携強化を図っていく場となる。

・介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者や要支援者の人が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有し、要介護者や要支援者のニーズを把握するとともに、介護サービスを受けられるようにケアプランの作成やサービス事業者等との連携調整を行う者をいう。

・ケアプラン

ケアマネジメントの過程において、アセスメント（課題分析）により利用者のニーズを把握し、必要なサービスを検討して作成する介護サービス計画のこと。

・ケアマネジメント

サービス利用者に対し、アセスメント（課題分析）によりニーズを明確化して、適切なサービス提供を目指し、様々な地域に存在する社会資源を活用したサービス計画を策定し、その実施から継続的な見守り、必要に応じて見直しを行う一連の過程をいう。

・高額介護サービス費

要介護者等が1か月に支払った利用者負担（1～3割）が、決められた上限額を超えたときに、その超えた分を申請により払い戻すサービス費。福祉用具の購入費・住宅改修費の利用者負担や、施設サービス等での食費・居住費（滞在費）、その他の日常生活費等は含まない。平成21年度（2009年度）からは、高額医療・高額介護合算制度が開始され、医療と介護の両方を合わせた自己負担が、決められた上限額を超えたものについても払い戻しの対象となる。

・高齢社会

総人口の中で65歳以上の高齢者の占める割合が14%を超えた社会をいう。高齢化については、その進行度をみるために7%からその倍の14%に達する年数（倍化年数）が指標として用いられ、わが国では高齢化率が7%を超えた昭和45年（1970年）からわずか24年後の平成6年（1994年）に達している。

サ行

・シルバーリハビリ体操

関節や筋肉の動きを良くすることを目的とし、道具は必要なく「いつでも、どこでも、一人でも」できる介護予防体操。

・審査支払手数料

保険者が国民健康保険連合会に委託し、介護サービス事業所等からの介護給付費の請求に関する審査を行ってもらうための手数料。介護保険では、明細書の事務的審査に加え、保険者から受給者台帳の登録を受け、受給者ごとの資格審査及び支給上限管理を行うとともに、県に登録された介護サービス事業所台帳の登録により各事業所の資格サービスの施設基準の審査も行っている。

・スーパー元気アップ塾（短期集中訪問・通所一体型サービス）

入院をきっかけに体力や筋力が低下した人を対象に、3～6か月間、リハビリテーション専門職が個人に合わせた体操支援を行う教室。心身機能の回復を図りながら生活意欲を高め、日常生活における困りごとを自分自身で解決できることを目指している。

・生活支援コーディネーター

協議体と協力しながら、地域における高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくための調整役。

・成年後見制度

病気や障がいのため判断能力が著しく低下し、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれがある人を保護し支援する制度で、家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律

行為の同意や代行などを行う。

タ行

・地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。

・地域ケア会議

高齢になっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるまちづくりに向けた一つの手法として、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備（地域づくり）を同時に図っていくことを目的とした会議。

・地域支援事業

被保険者が要介護状態等となることの予防、または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うことを目的として、市町村が行うもの。

・地域つながりサロン

自宅から近い集会所等で、年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に介護予防に参加することができる住民主体の通いの場。

・地域福祉推進チーム

地区ごとに、地域の区長や民生委員・児童委員、保健福祉活動者に関わる住民から編成され、見守り体制の充実など、誰もが安心して生活できる地域づくりの推進を目的としている。

・地域包括ケアシステム

団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年（2025 年）を目途に、高齢となっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供することを推進し、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく。

・地域包括ケア「見える化」システム

都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムで、厚生労働省が運営している。

・地域包括支援センター

介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関。各市町村に設置することが義務付けられ、センターには、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士が置かれ、専門性を活かして相互連携しながら、

市町村事業である地域支援事業を行う。

町では、「中能登町高齢者支援センター」の名称を用いて、直営で1か所設置し、運営している。

・特定健診（特定健康診査）

生活習慣病の前段階にあるメタボリックシンドロームに着目した健康診断のことで、40～74歳を対象として糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としている。

・特定入所者介護サービス費

低所得者の要介護者等が施設サービス（介護保険施設等）や短期入所サービスを利用したとき、食費・居住費（滞在費）について、補足給付として支給されるサービス費。在宅の方との負担の均衡を図るため、法改正により平成17年（2005年）10月から介護保険施設等における食費・居住費（滞在費）が個人負担となったことに伴い始まった制度。

ナ行

・なかのとまち調べ隊

高齢者が地域で安心して生活できるよう、地域の医療や介護、生活支援に関する様々な情報を社会福祉協議会ホームページの「高齢者お役立ち情報」で情報発信するために、地域で様々な情報収集に協力する住民グループ。

・日常生活自立支援事業

認知症の方、知的障がい者、精神障がい者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う。

・認知症カフェ

認知症の人やその家族、地域住民、専門職など誰もが気軽に集まり、情報交換や交流等を目的として参加できる活動拠点。

・認知症ケアパス

認知症の症状の進行に応じて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスなどが利用できるのかまとめたもの。

・認知症サポーター

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で、認知症の人や家族に対してできる範囲で手助けをする人で、養成講座を受講する必要がある。

- ・ **認知症初期集中支援チーム**

複数の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人、及びその家族を訪問し、アセスメントや本人や家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。

- ・ **認知症地域支援推進員**

地域における医療及び介護の連携強化並びに、認知症の人やその家族に対する支援体制の強化を図る役割を担う専門職員。厚生労働省が実施する「認知症地域支援推進員研修」を受講し、地域包括支援センター等に配置される。

ハ行

- ・ **バリアフリー**

「障壁がないこと」を指す。障がいのある人、高齢者などの行動を阻害するような都市、環境、建築等の物理的なバリア、さらに人間の心理的なバリア、そして社会的制度におけるバリアなど、すべての「障壁」を取り除こうという考え方。

- ・ **フレイル**

年齢を重ねたり、病気になったりすることで筋力や認知機能など、体と心の機能が低下し、将来介護が必要になる可能性が高くなっている状態を指し、健康な状態と介護が必要な状態の中間を意味する。

また、オーラルフレイルは口から食べ物をこぼす、むせる、柔らかいものばかり食べる、活舌が悪くなる等といった軽微な口の衰えのこと。

- ・ **福祉見守りマップ**

住宅地図を活用し、75歳以上の夫婦世帯や見守りが必要な世帯などの世帯状況の色分けと緊急連絡カードの設置の有無を記載しているマップ。

- ・ **訪問介護員（ホームヘルパー）**

介護保険制度において訪問介護を担う専門職で、介護職員初任者研修課程（旧ホームヘルパー2級）を修了することが必要。また、介護職員基礎研修とホームヘルパー1級は介護職員実務者研修に一本化され、介護福祉士受験資格には実務経験3年に加えて、実務者研修の修了が義務付けられている。

- ・ **保健師**

厚生労働大臣の免許（保健師助産師看護師法第29条）を受けて、保健師の名称を用いて健康の保持や増進、疾病の予防、健康教育等の保健指導に従事する者をいう。

・ ボランティア

社会をよくするために、無償性、善意性、自発性に基づいて技術援助、労力提供等を行う民間奉仕者のこと。

ヤ行

・ ヤングケアラー

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行うことで、子どもとして守られるべき権利が侵害されている、18 歳未満の子どものこと。

・ ユニバーサルデザイン

障がいの有無や年齢、性別、人種などにかかわらず、たくさんの人々が利用しやすいように製品やサービス、環境をデザインする考え方。

・ 要介護者（要支援者）

介護保険法第 7 条によると、次に掲げる者を指す。

①要介護（要支援）状態にある 65 歳以上の者

②要介護（要支援）状態にある 40 歳以上 65 歳未満の者で、その原因である身体上や精神上的の障がいが特定疾病（脳血管疾患、がんなど）によって生じた者。

・ 要介護（要支援）状態

身体上または精神上的の障がいがあるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、6 か月にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態で、要介護（要支援）状態区分のいずれかに該当する者をいう。（介護保険法第 7 条）

・ 予防給付

「自立支援」をより徹底する観点から、要介護状態の軽減・悪化防止のための支援や、日常生活の支援が必要とされた要支援者に提供されるサービスのこと。

中能登町 高齢者福祉計画
第9期 介護保険事業計画

発行年月／令和6年3月

発 行／中能登町

編 集／中能登町 長寿福祉課

〒929-1692

石川県鹿島郡中能登町能登部下91-23

TEL 0767-72-3133（直）

FAX 0767-72-3794