中能登町 高齢者福祉計画
第８期 介護保険事業計画

令和3年度～令和5年度

令和３年３月

中能登町

はじめに

平成12年から制度化された介護保険制度は、令和２年で20年が経過しました。その間、介護予防重視型施策に加え、高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるよう、地域全体で高齢者を支えるため、保健・医療・福祉の関係者をはじめ、地域の各種団体や住民が連携し、住まい・医療・介護・予防・生活支援の５つのサービスを一体化して提供していく地域づくりである「地域包括ケアシステム」の構築へと進化してまいりました。

さらに、子ども・高齢者・障がい者など地域で暮らすすべての人々が、生きがいをともに創り、高めあうことができる「地域共生社会」を実現するため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支えあいながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築していくことも必要です。他人事になりがちな地域づくりを「我が事」として主体的に取り組み、地域づくりの支援や福祉サービスの充実、総合相談などの体制づくりを「丸ごと」に行い、また、現在、対象者ごとに整備されている縦割りの福祉サービスについても「丸ごと」（共生型サービス）へと転換していくことになります。

本町においても「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを引き続き推進し、「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」を基本理念に掲げ、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である「中能登町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」を策定いたしました。

本計画の策定にあたり、ご意見・ご指導をいただきました中能登町介護保険事業計画等策定委員会の皆様と、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」にご協力いただいた町民の皆様ほか関係各位に厚くお礼を申し上げますとともに、本計画の施策実現に向け、一層のご理解・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和３年３月

中能登町長　杉本　栄蔵

目　次

第１章　計画策定にあたって ····· 3

１　計画の背景と目的 ---------- 3
２　計画の性格と位置付け ---------- 4
３　中能登町における計画 ---------- 5
４　計画の期間 ---------- 6
５　第８期介護保険事業計画における基本的な考え方 ---------- 6
６　計画の策定体制について ---------- 7
７　計画の進行管理と評価 ---------- 7
８　日常生活圏域について ---------- 8

第２章　事業計画の実績等 ····· 11

１　介護サービスの実績 ---------- 11
２　介護予防サービスの実績 ---------- 20
３　地域支援事業の状況 ---------- 24
４　高齢者等福祉サービスの状況 ---------- 29
５　第７期計画の取り組み状況と課題 ---------- 32

第３章　高齢者の状況と推計 ····· 43

１　人口及び高齢化の状況 ---------- 43
２　高齢者世帯の状況 ---------- 45
３　要介護（要支援）認定者の推移（第１号被保険者のみ） ---------- 47
４　将来人口等の推計 ---------- 48
５　アンケート調査結果の概要 ---------- 50

第４章　計画の基本理念と施策の体系 ····· 71

１　高齢者施策の基本課題の整理 ---------- 71
２　基本理念 ---------- 72
３　基本目標 ---------- 73
４　施策の体系 ---------- 75

第５章　高齢者福祉施策の展開 ····· 79

基本目標１　健康づくり・介護予防の総合的な推進 ---------- 79
基本目標２　日常生活を支援する体制の充実 ---------- 82
基本目標３　地域における支え合い活動の推進 ---------- 84
基本目標４　在宅医療・介護連携の推進 ---------- 86
基本目標５　認知症施策の推進 ---------- 87
基本目標６　暮らしやすい生活環境の整備 ---------- 89
基本目標７　介護保険サービスの安定的な提供 ---------- 91

第６章　介護サービス量の見込みと保険料の設定 ····· 97

１　介護サービス量の見込み ---------- 97
２　介護予防サービス量の見込み ---------- 101
３　令和７年度（2025年度）及び令和22年度（2040年度）の推計値 ------- 103
４　地域支援事業の見込み ---------- 105
５　第１号被保険者の保険料の設定 ---------- 109

資　料　編 ····· 115

１　中能登町介護保険事業計画等策定委員会設置要綱 ---------- 115
２　中能登町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿 ---------- 116
３　策定経過 ---------- 117
４　用語解説 ---------- 118

第 1 章

計画策定にあたって

第１章　計画策定にあたって

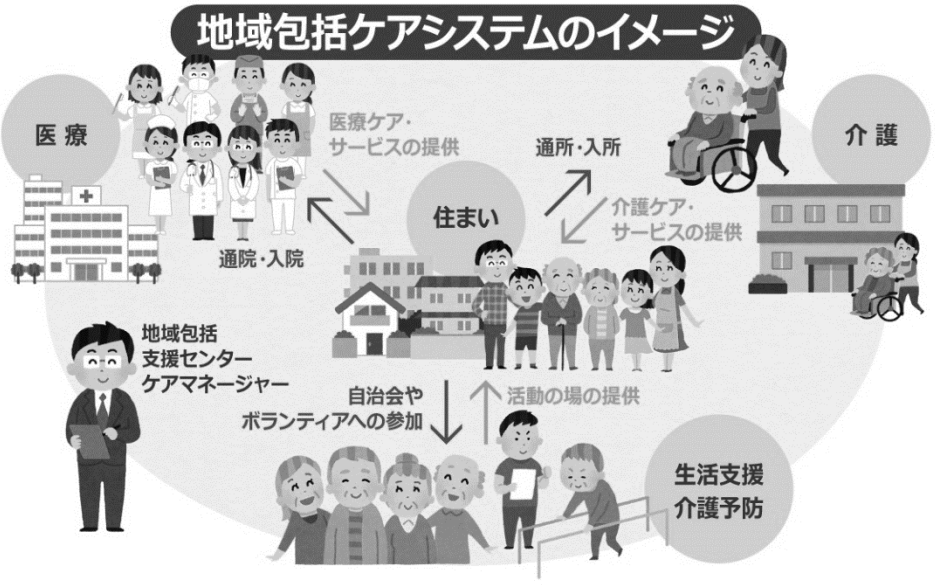
１　計画の背景と目的

介護保険法に基づいて策定が義務付けられている介護保険事業計画は、今回で第８期を迎えます。第５期介護保険事業計画策定時には高齢者が地域で安心して暮らせるための「地域包括ケアシステム」が導入されました。第６期計画からは、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる令和７年（2025年）を見据えて施策推進してきましたが、第８期計画策定においては、高齢者の更なる増加に加えて現役世代の急減等も踏まえ、令和22年（2040年）を目途とする長期的なビジョンの検討が必要であるとされています。

地域包括ケアの深化や制度の持続性確保を推進していくためには、人口・就業動向や社会課題の多様化・複合化等を踏まえた地域共生社会への対応が重要です。また、令和２年の春先から始まった新型コロナウイルス感染症を見据えた新型コロナ時代における「新しい生活様式」への対応や、感染すると重症化になる可能性が高い高齢者への対策も重要と考えます。

今後も、高齢化が進み要介護等認定者の増加が見込まれます。このような中で高齢者自身が健康づくりに努め、生きがいを持って、地域社会でともに支えあっていくことが重要です。一方で住まい・医療・介護・予防・生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供する地域包括ケアシステムの推進を図り、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」の実現を目指します。施策を推進するために、住民・地域・ボランティア団体・行政などが一体となって取り組んでいく必要があります。

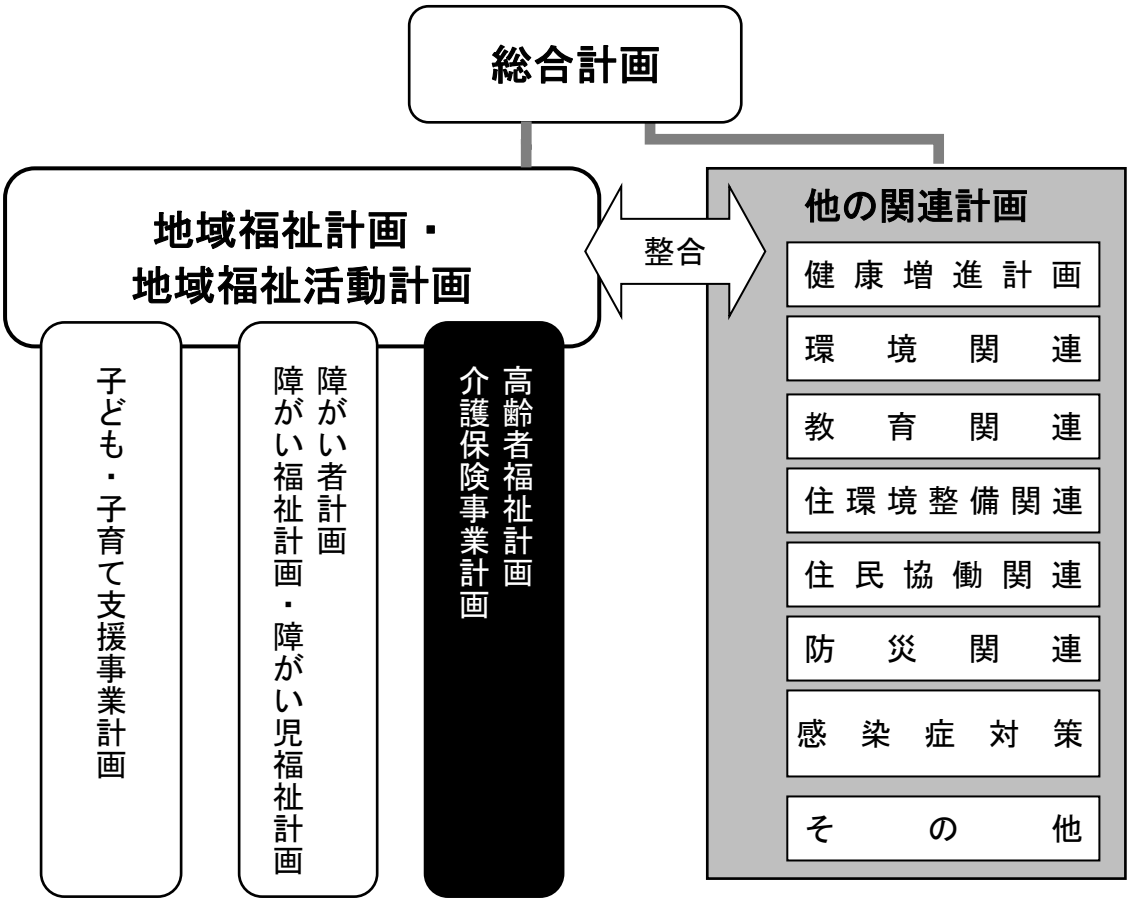
国が示した「基本指針」等の高齢者施策の方向性や中能登町の高齢者を取り巻く現状・課題等を踏まえた上で、新たな高齢者施策を盛り込んだ高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画の策定を行うものとします。



２　計画の性格と位置付け

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、「中能登町健康増進計画」、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・整合性を図ります。



３　中能登町における計画

本町におけるまちづくりの最上位計画である「第２次中能登町総合計画」での、高齢者福祉等に関わる施策等は以下のとおりとなっています。

<table>
<tr><th colspan="2">中能登町総合計画（平成 28 年度～令和７年度）</th></tr>
<tr><td>まちづくりの基本理念</td><td>「ふるさと　ふれあい　心を育む　中能登町」</td></tr>
<tr><td>健康・福祉分野の将来像と施策の大綱</td><td>将来像：「健康でいきいきと暮らせるまちづくり」

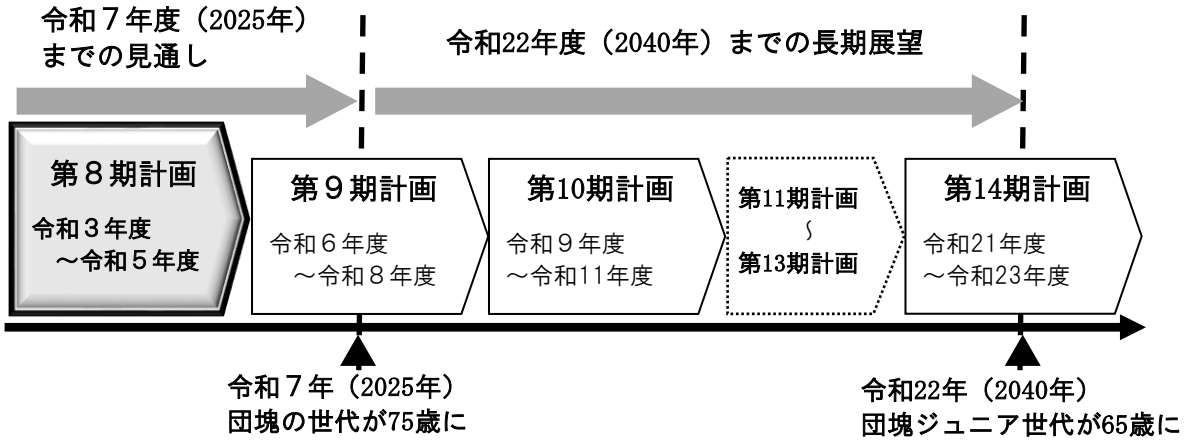
◎保健・医療・福祉の充実
１．地域福祉の充実
地域福祉を支える体制の充実を図るとともに、ユニバーサルデザインの考え方を広めることにより、すべての町民がお互いに助け合いながら、いつまでも安心して暮らすことができる地域社会の形成に努めます。

２．高齢者・障がい者福祉の充実
高齢者や障がい者等が住み慣れた地域で生活を続けられるように、保健、医療、福祉の連携によるサービスの充実や施設の整備を図るとともに、生きがいや生活の安定を確保するため、主体的に社会参加を行うことができる環境づくりを進めます。

３．保健・医療の充実
元気で自立して暮らせる期間である「健康寿命」の延伸を目指し、生涯を通じた心と体の健康づくりを推進します。また、地域で安心して適切な医療サービスが受けられるように医療体制の充実を図ります。</td></tr>
<tr><td>主要な施策と事業</td><td>１．地域福祉の充実
<table>
<tr><th>主要な施策</th><th>主要な事業</th></tr>
<tr><td>（1）地域福祉計画の推進</td><td>地域福祉計画に基づいた事業</td></tr>
<tr><td>（2）ボランティアグループの育成</td><td>ボランティアグループのネットワーク支援事業</td></tr>
<tr><td>（3）ユニバーサルデザインの推進</td><td>公共施設のバリアフリー化</td></tr>
</table>
２．高齢者・障がい者福祉の充実
<table>
<tr><th>主要な施策</th><th>主要な事業</th></tr>
<tr><td>（1）高齢者生きがい対策</td><td>老人クラブ連合会等団体支援事業</td></tr>
<tr><td>（2）シルバー人材センターの充実</td><td>シルバー人材センター推進事業</td></tr>
<tr><td>（3）介護予防・介護サービスの充実</td><td>介護保険事業計画に基づいた事業</td></tr>
<tr><td>（4）障がい者福祉の推進</td><td>障がい者基本計画に基づいた事業</td></tr>
</table>
３．保健・医療の充実
<table>
<tr><th>主要な施策</th><th>主要な事業</th></tr>
<tr><td>（1）生涯を通じた健康づくりの推進</td><td>生活習慣病の予防</td></tr>
<tr><td>（2）医療体制の充実</td><td>休日当番医制事業</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

４　計画の期間

計画は、令和７年（2025年）に向けて中長期的な視野に立ち、その中の第８期計画という位置付けとし、期間は令和３年度から令和５年度の３年間とします。



５　第８期介護保険事業計画における基本的な考え方

第８期介護保険事業計画における基本的な考え方として、第７期計画を継承しつつ、介護保険法等の改正のほか、国が示した基本指針を基に、令和７年（2025年）・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。

また、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・地域包括支援センター・ボランティア・民間事業者・ＮＰＯ・関係各機関等との協働・連携強化を図るほか、アンケート調査等による本町の課題の解決に努めます。

６　計画の策定体制について

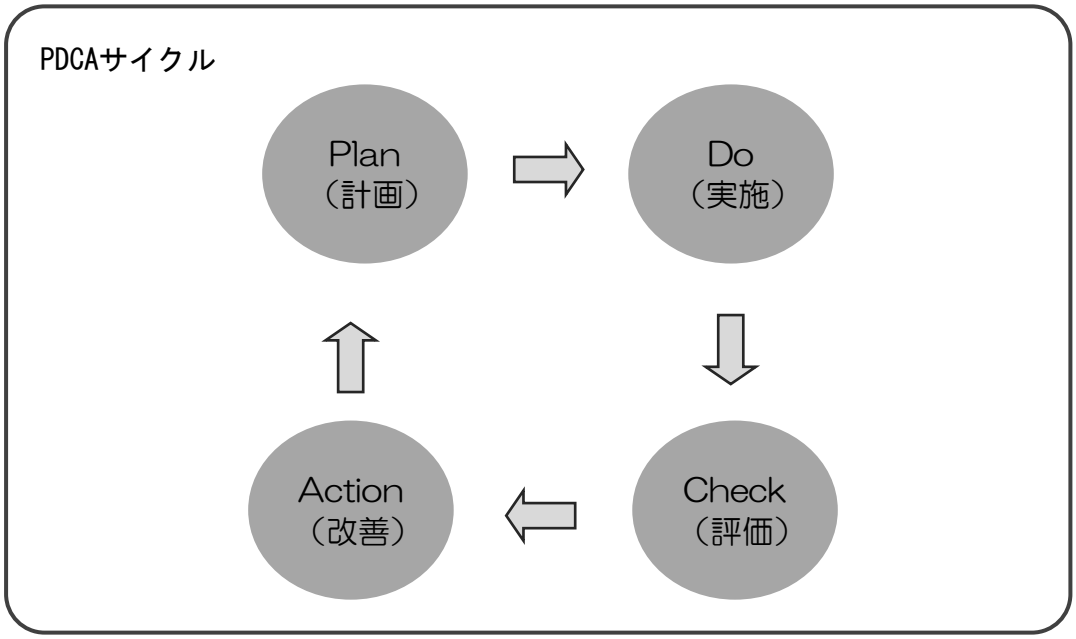
計画の策定及び実施にあたっては、被保険者や要介護（要支援）認定者の意向を反映させるため、国の指針に基づき、65歳以上の要介護認定を受けていない人と要支援１・２の認定を受けている人には「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、介護認定を受けている人には「在宅介護実態調査」の２つのアンケート調査を行いました。

計画の内容については、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。

また、町民を対象にしたパブリックコメントを実施し、広く町民に意見を求め、策定しました。

７　計画の進行管理と評価

本計画は、「中能登町介護保険事業計画等策定委員会」において進行管理・点検・評価を行います。その際に、ＰＤＣＡサイクルの考えに基づき、改善、計画、実施をしていきます。



８　日常生活圏域について

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８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３年度	令和４年度	令和５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

第２章

事業計画の実績等

第２章　事業計画の実績等

１　介護サービスの実績

（１）居宅サービス

在宅で生活している要介護１～５の人を対象に行うサービスです。令和２年度分は、「見える化」システムが算出した見込み値です。

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行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量(回)	2,554	2,568	2,603
	利用者数(人)	82	83	85
実績値	サービス量(回)	2,107	2,063	2,927
	利用者数(人)	76	75	86

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量(回)	12	12	12
	利用者数(人)	3	3	3
実績値	サービス量(回)	15	24	39
	利用者数(人)	4	7	13

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	282	303	329
	利用者数（人）	44	47	51
実績値	サービス量（回）	227	214	205
	利用者数（人）	34	36	42

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	155	164	164
	利用者数（人）	16	17	17
実績値	サービス量（回）	187	149	158
	利用者数（人）	17	12	16

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	86	85	84
実績値	利用者数（人）	89	93	95

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世話、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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	2,448	2,467	2,537
	利用者数（人）	246	248	255
実績値	サービス量（回）	2,738	2,620	2,306
	利用者数（人）	279	271	239

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	857	899	914
	利用者数（人）	102	107	109
実績値	サービス量（回）	927	853	742
	利用者数（人）	117	108	92

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世話及び機能訓練を行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（日）	707	734	759
	利用者数（人）	80	83	86
実績値	サービス量（日）	724	811	631
	利用者数（人）	83	88	61

⑨　短期入所療養介護

介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期入所し、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世話等を行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（日）	23	23	23
	利用者数（人）	3	3	3
実績値	サービス量（日）	25	26	24
	利用者数（人）	2	2	2

⑩　特定施設入居者生活介護

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世話、機能訓練及び療養上の世話を行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	17	19	20
実績値	利用者数（人）	10	9	11

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	252	255	258
実績値	利用者数（人）	253	251	251

⑫　特定福祉用具購入

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	5	5	5
実績値	利用者数（人）	5	5	4

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数(人)	3	3	3
実績値	利用者数(人)	3	3	1

⑭　居宅介護支援

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数(人)	392	396	403
実績値	利用者数(人)	431	413	391

（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。令和２年度分は、「見える化」システムが算出した見込み値です。

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サービスです。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数(人)	－	－	－
実績値	利用者数(人)	0	1	1

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	0	87	106
	利用者数（人）	0	9	11
実績値	サービス量（回）	0	0	36
	利用者数（人）	0	0	3

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」を組み合わせて提供する介護サービスです。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	26	26	26
実績値	利用者数（人）	25	24	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世話及び機能訓練を受ける事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	64	64	64
実績値	利用者数（人）	60	63	67

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世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	29	29	29
実績値	利用者数（人）	29	29	28

⑥　看護小規模多機能型居宅介護

医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を受けられます。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	－	－	－
実績値	利用者数（人）	1	0	0

⑦　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世話、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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	70	70	70
	利用者数（人）	7	7	7
実績値	サービス量（回）	37	20	26
	利用者数（人）	3	2	3

（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」、「介護療養型医療施設」の３種類があり、要介護１以上の人に居住の場を提供するサービスです。令和２年度分は、「見える化」システムが算出した見込み値です。

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	139	140	140
実績値	利用者数（人）	138	140	148

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	126	129	132
実績値	利用者数（人）	128	137	155

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	0	0	3
実績値	利用者数（人）	5	7	31

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	22	23	22
実績値	利用者数（人）	18	22	6

２　介護予防サービスの実績

（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。令和２年度分は、「見える化」システムが算出した見込み値です。

①　介護予防訪問看護

基礎疾患を抱える人に対して主治医が必要性を認めた要支援者に対し、看護師等が居宅を訪問し、介護予防を目的として、健康チェックや療養上の世話または必要な診療補助を行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	8	8	8
	利用者数（人）	2	2	2
実績値	サービス量（回）	14	28	42
	利用者数（人）	5	9	12

②　介護予防訪問リハビリテーション

介護予防を目的として、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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（回）	15	15	15
	利用者数（人）	2	2	2
実績値	サービス量（回）	32	58	42
	利用者数（人）	4	7	6

③　介護予防居宅療養管理指導

介護予防を目的として、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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	7	7	7
実績値	利用者数（人）	7	5	4

④　介護予防通所リハビリテーション

居宅要支援者に対して、介護老人保健施設や病院・診療所等で、介護予防を目的として、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	36	38	39
実績値	利用者数（人）	34	28	22

⑤　介護予防短期入所生活介護

居宅要支援者が介護予防を目的として、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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（日）	6	6	6
	利用者数（人）	1	1	1
実績値	サービス量（日）	15	17	30
	利用者数（人）	3	3	5

⑥　介護予防短期入所療養介護

居宅要支援者が介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期入所し、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世話等を行う事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	サービス量（日）	－	－	－
	利用者数（人）	－	－	－
実績値	サービス量（日）	1	0	0
	利用者数（人）	0	0	0

⑦　介護予防特定施設入居者生活介護

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

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	－	－	－
実績値	利用者数（人）	1	1	2

⑧　介護予防福祉用具貸与

居宅要支援者に対して、介護予防を目的とした福祉用具を貸し出す事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	61	63	65
実績値	利用者数（人）	49	68	85

⑨　特定介護予防福祉用具購入

居宅要支援者に対して、介護予防を目的とした福祉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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	2	2	2
実績値	利用者数（人）	2	1	2

⑩　介護予防住宅改修

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。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	2	2	2
実績値	利用者数（人）	1	1	2

⑪　介護予防支援

居宅要支援者が適切な介護サービスを受けられるように、心身の状況や生活環境、本人や家族の意向などを踏まえ、介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成する事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数(人)	90	95	98
実績値	利用者数(人)	82	95	104

（２）地域密着型介護予防サービス

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。令和２年度分は、「見える化」システムが算出した見込み値です。

①　介護予防小規模多機能型居宅介護

居宅要支援者について、「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」を組み合わせて提供する介護サービスです。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数(人)	4	4	4
実績値	利用者数(人)	3	3	3

②　介護予防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、介護予防を目的として、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を受ける事業です。

（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数(人)	0	0	0
実績値	利用者数(人)	0	0	0

３　地域支援事業の状況

要支援１・２及び事業対象者の人を対象に行うサービスです。令和２年度分は見込み値です。

（１）介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等に対して、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。

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）　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	10	15	15
実績値	利用者数（人）	5	7	5

あしこし元気アップ教室（短期集中通所型）　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	26	26	26
実績値	利用者数（人）	10	5	5

訪問型サービス　（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	66	69	71
実績値	利用者数（人）	30	25	22

通所型サービス　（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	32	34	35
実績値	利用者数（人）	65	87	107

介護予防ケアマネジメント　（月間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	利用者数（人）	67	70	72
実績値	利用者数（人）	65	87	76

②　一般介護予防事業

地域つながりサロン　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	グループ数	35	36	37
	参加者数（延人数）	11,500	12,000	12,500
実績値	グループ数	36	36	37
	参加者数（延人数）	10,404	8,884	6,000

いきいき百歳体操　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	グループ数	25	30	35
	参加者数（実人数）	400	500	600
実績値	グループ数	22	24	26
	参加者数（実人数）	399	413	300

はつらつ運動教室　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	開催回数	22	22	22
	参加者数（延人数）	300	300	300
実績値	開催回数	22	20	－
	参加者数（延人数）	298	262	－

あたま元気アップ教室　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	開催回数	1クール12回	1クール12回	1クール12回
	参加者数（実人数）	24	24	24
実績値	開催回数	1クール4回	1回（※）	1クール4回
	参加者数（実人数）	46	44	30

※１クール４回の予定だったが、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため２回目以降中止

介護予防講座　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	開催回数	30	30	30
	参加者数（延人数）	700	700	700
実績値	開催回数	22	24	9
	参加者数（延人数）	423	524	150

（２）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（年３回）　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
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。

介護用品券の支給　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数(人)	124	122	130

徘徊高齢者家族支援事業　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数(人)	5	7	5

家族介護教室・家族介護者交流事業　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	回数(回)	6	5	6
	参加者数(人)	62	58	37

③　その他の事業

成年後見制度利用支援事業　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数（人）	1	1	1

認知症サポーター養成講座事業　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	回数	10	10	10
	受講者（人）	300	300	300
	サポーター数累計（人）	2,000	2,300	2,600
実績値	回数	5	11	5
	受講者（人）	204	352	284
	サポーター数累計（人）	1,964	2,316	2,600

食の自立支援事業　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	回数（食）	2,315	1,999	2,230
	利用人数（人）	23	20	20

高齢者みまもりコール事業　（年間）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	回数（回）	360	352	300
	利用人数（人）	35	33	30

（３）地域支援事業費の状況

①　介護予防・日常生活支援総合事業費

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	費用(円)	53,000,000	53,000,000	53,000,000
実績値	費用(円)	44,092,762	47,629,142	50,285,000

②　包括的支援事業費・任意事業費

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	費用(円)	40,000,000	41,000,000	42,000,000
実績値	費用(円)	32,289,360	33,936,279	36,555,000

●　地域支援事業費計（①＋②）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
計画値	費用(円)	93,000,000	94,000,000	95,000,000
実績値	費用(円)	76,382,122	81,565,421	86,840,000

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。令和２年度分は見込み値です。

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。
自立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

ア タクシー券の支給　（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	実施回数（回）	497	398	362
	利用人数（人）	57	47	40

イ リフト付き車両券の支給　（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	実施回数（回）	68	80	75
	利用人数（人）	6	8	8

②　寝具類洗濯乾燥消毒サービス事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	実施回数（回）	26	20	20
	利用人数（人）	8	10	10

③　除雪援助事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	実施回数（回）	0	0	30
	利用人数（人）	0	0	20

④　訪問理美容サービス事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	実施回数（回）	42	32	30
	利用人数（人）	17	14	15

⑤　自立支援型住宅リフォーム推進事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数（人）	2	5	0

⑥　緊急保護短期宿泊事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数（人）	0	0	0

⑦　ほっと安心サービス事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数（人）	62	62	71

⑧　介護慰労金支給事業

（年）

		平成30年度	令和1年度	令和2年度
実績値	利用人数（人）	29	26	35

５　第７期計画の取り組み状況と課題

第７期計画期間における施策の取り組み状況と課題は、以下のとおりとなります。

基本目標１　健康づくりの推進

主要施策（１）主体的な健康づくりの推進	
取り組み状況	ライフステージに応じた健康づくりへの取り組みとして、家庭訪問、来所による面接など、個人が自己の健康状態の理解を深め主体的に健康管理ができるよう取り組みを進めました。また、地域での糖尿病や高血圧予防の講座、栄養教室、職域でのがん予防出前講座を開催し、生活習慣改善や疾病予防の大切さについて普及啓発を行いました。
課　　題	高齢期を迎えても、健康な生活を送ることができるよう、地域の健康課題を住民同士で考え、個々に健康づくりへの気づきが深まるよう、引き続き普及啓発を行うことが必要です。
主要施策（２）生活習慣病予防の推進	
取り組み状況	様々なデータや健診結果の改善度を経年的に見て、取り組むべき健康課題を明確にして保健事業を展開しました。 特定健診では、受診勧奨の強化を図り、未受診者対策に取り組みましたが、令和元年度の受診率は48.8%でした。また、健診受診後の特定保健指導においては、実施率の向上と指導の充実に取り組みました。
課　　題	要介護状態の原因となる脳卒中・心臓病・糖尿病は、生活習慣病から起因するものであり、予備軍の減少と発症や重症化の予防が重要な課題であることから、今後も引き続き、特定健診受診者の増加を図るとともに健診事後指導の充実を図る必要があります。
主要施策（３）保健・医療・福祉の連携強化	
取り組み状況	「中能登町内の医療機関との連携の会（なでしこ会）」においては、町の健康課題などを共有しながら、特定健診の実施や、医療機関への受診勧奨など、医療機関と保健の連携を図り取り組みました。七尾市医師会管内における、「糖尿病患者を助け合う地域連携協議会（七緒の会）」では糖尿病重症化予防についての取り組みを進めました。
課　　題	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情報共有や課題の共有などに取り組む必要があります。

基本目標２　介護予防の推進

主要施策（１）介護予防の普及・啓発	
取り組み状況	介護予防講座は、地域つながりサロンや老人会、その他団体に対し、町の実態や認知症予防、筋力の維持・向上など介護予防に必要な知識の普及に努めました。また、運動教室を開催し、生活に必要な筋力を保てるよう筋力運動の大切さと具体的な体操方法の普及啓発を行いました。
課　　題	今後も継続して、生涯にわたり町民が主体的に介護予防の取り組みができるよう、介護予防に必要な知識の普及を図る必要があります。
主要施策（２）介護予防対象者の把握と支援	
取り組み状況	民生児童委員の定例会への参加や「中能登町在宅医療介護連携を考える会（あじさい会)」を通して顔の見える関係づくりやお互いの理解を深めることで、地域や関係機関からの連絡を受け、潜在化している介護予防対象者の把握に努めました。 また、平成29年度より筋力低下のリスクが高い高齢者には短期間集中した支援として、通所型や訪問・通所一体型の教室を行い、自立した生活が送れるよう支援を行っています。
課　　題	地域に潜在している介護予防の必要な高齢者を早期に把握し、必要な支援につなげられるよう関係機関との連携を強化し、相談支援体制の充実を図る必要があります。
主要施策（３）地域介護予防活動の推進	
取り組み状況	高齢者自らが主体的に健康づくりや介護予防に取り組めるよう住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行いました。 また、高齢になっても生きがいや役割をもち、地域の担い手となる人を増やすことを目指し、高齢者の社会参加を促進しました。
課　　題	今後も、高齢者が継続的に介護予防に取り組むことを目指し、住民主体の通いの場等が継続的に活動できるよう支援を行っていく必要があります。

基本目標３　在宅生活を支える社会資源の充実

主要施策（１）情報提供や相談支援体制の充実	
取り組み状況	相談しやすい体制を整えるため、身近な相談窓口である高齢者支援センターの周知を図りました。 広報や出前講座など様々な機会を通して高齢者の介護予防や福祉に関する情報発信を行いました。 支援が必要な高齢者を把握するために、医療・介護関係機関や民生委員などとの連携に努めました。
課　　題	相談窓口である高齢者支援センターの周知を強化するとともに、地域でのつながりが希薄となる中、地域に潜在する支援が必要な高齢者の把握や高齢者の多様なニーズに対応できる相談体制が必要です。

主要施策（２）生活を支える地域資源の充実	
取り組み状況	社会福祉協議会と高齢者支援センターに「生活支援コーディネーター」を配置し、地域福祉座談会や地域つながりサロンを通じて、高齢者の生活支援ニーズの把握と地域支え合い活動の推進に取り組みました。また、地域住民で構成される「なかのとまち調べ隊」と協力し、医療や介護・生活支援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に開設し、社会資源の見える化に取り組みました。
課　　題	今後は把握した高齢者の生活支援ニーズを地域資源の開発などにつなげていく必要があります。
主要施策（３）家族介護者への支援の充実	
取り組み状況	家族介護者交流会と男性介護者交流会を開催し、介護者同士の交流や介護技術や知識を学ぶ機会を設けました。また、アンケートなどで家族介護者のニーズや意見を把握し、交流会の内容に反映させた運営に努めました。 認知症の人の介護者への支援として、令和元年度に若年性認知症の人や家族の会を新たに開設しました。
課　　題	家族介護者のニーズを把握し、そのニーズに沿った介護者への支援が必要です。また、認知症の人の介護者への支援の充実も必要です。
主要施策（４）介護サービスの充実	
取り組み状況	地域密着型サービス事業所連絡会を定期的に開催し、他の事業所の取り組みや課題を共有・検討することで、日々の業務を振り返り、よりよいサービスの提供に努めました。また、令和２年度に認知症対応型通所介護が開所し、今まで以上に認知症の方への個別対応が可能になりました。
課　　題	介護人員は不足傾向にあり、一時的に新規のサービス希望に答えられない場合がありました。要介護者の増加とともに、多様化する個々のニーズに応じたサービスの提供も求められています。
主要施策（５）在宅医療と介護の連携推進	
取り組み状況	高齢者が医療や介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活が続けられるよう、「中能登町在宅医療介護連携を考える会（あじさい会）」の協力を得て、在宅での看取りや認知症の理解についての講演会を開催するなど、住民の在宅医療・介護の理解の促進に努めました。 また、あじさい会の活動を基盤に、障がい分野も含めた医療・介護関係者による研修会を重ね、顔の見える包括的な連携体制の推進に努めました。
課　　題	今後も住民への在宅医療・介護の理解促進や多職種による包括的な連携体制の強化など内容の充実を図りつつ、ＰＤＣＡに沿った取り組みができるよう、在宅医療・介護に関する現状分析や課題の明確化が必要です。

基本目標４　地域で支えあうシステムづくり

主要施策（１）地域見守りネットワークの強化	
取り組み状況	民生委員や地域福祉推進チームと連携を図りながら、総合相談窓口として情報収集に努めました。 民生児童委員をはじめ地域の見守り隊を主体とした地域福祉推進チームは地域において、高齢者の見守りや登下校時の子どもの声掛けを実施しました。 地域住民相互共助の重要性を再認識し、つながり・見守りを促進するため、社協職員が町関係職員とともに地域に出向き「地域福祉座談会」を開催しました。
課　　題	住民が日頃から近隣の様子に気を配り、支え合う地域づくりを進めていくために、支え合いの重要性についての啓発や、民生委員、地域福祉推進チームとの連携を強化する必要があります。
主要施策（２）ボランティア活動の活性化	
取り組み状況	中能登町社会福祉協議会におけるボランティア登録団体数は18団体あり、中能登町ボランティア連絡協議会において交流会や研修会を実施し、会員相互の交流や情報交換などを行い、活性化及び資質の向上を図りました。
課　　題	ボランティア活動者の高齢化や会員数の伸び悩みが課題となっています。また、急速に進む高齢社会の中で会話の機会が少ない高齢者が増えており、心のケアが問題とされている反面、高齢社会とはいえ、その８割以上が元気な高齢者という現況を踏まえて、元気な高齢者自身が同世代の高齢者の心のケアを行う傾聴ボランティア活動の普及や活動者の育成等、自主性・自発性を尊重しながらボランティア人材の発掘、育成を継続して行っていきます。

基本目標５　認知症高齢者施策の推進

主要施策（１）認知症予防・認知症高齢者支援施策の推進	
①　認知症予防活動の推進	
取り組み状況	「認知症予防について」の出前講座を実施して、地域つながりサロン等へ広く普及啓発を行いました。また、認知症予防教室「あたま元気アップ教室」を開催し予防についての知識の習得に努めました。
課　　題	知識の習得のみでなく、認知症予防について、一人一人が意識を高め、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　認知症に対する理解の普及啓発	
取り組み状況	町広報を利用して、認知症の理解や相談窓口の周知を行いました。 「認知症の理解について」の出前講座を実施して、広く町民に普及啓発を行いました。 認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の理解について普及啓発を図り、サポーターの養成に取り組みました。町内の小学校3校に認知症キッズサポーター養成講座を開催しており、小学生も認知症サポーターとして地域の一員であることを理解する機会を作りました。
課　　題	今後さらに地域において認知症の理解を深めるためには、認知症サポーターが地域で活動できる場の仕組み作りが必要です。
③　認知症高齢者施策の充実	
取り組み状況	認知症地域支援推進員である高齢者支援センター職員を中心に認知症に関する相談や地域に向けた情報発信を行いました。また、認知症カフェを３か所設置し、認知症の人や家族、地域住民、専門職が誰でも参加し認知症に関する学びや交流の場となっています。令和元年4月からは若年性認知症の人や家族を対象とした「青空カフェ」を新たに開設しました。 認知症の早期診断や早期対応に向けた支援体制整備として認知症初期集中支援チームを設置していますが、チーム稼働の実績が少ない状況です。 高齢者等安心ネットワークについては、警察署と情報共有し、行方不明高齢者の早期発見及び日頃のゆるやかな見守り体制整備を図りました。
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。 認知症初期集中支援チームについてはさらに周知を行い、対象者をキャッチしスムーズに早期対応ができる体制整備が必要です。 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、金融機関及び商店等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。

主要施策（２）高齢者の権利擁護	
①　高齢者虐待の防止	
取り組み状況	町広報を利用して虐待防止や相談窓口の周知を行ったり、弁護士の無料相談を企画するなど、相談しやすい環境整備に取り組みました。 また、高齢者支援センターと、民生委員やケアマネジャーなど関係機関と連携を図ることで、早期発見・早期対応に努めました。
課　　題	家族形態の多様化･認知症高齢者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、役割分担を明確にしたり、スムーズに対応できるようにする必要があります。
②　成年後見制度等活用のための支援	
取り組み状況	町広報を利用して成年後見制度や相談窓口の周知を行いました。 高齢者支援センターが総合相談の窓口として、日々の相談の中で情報提供を行いました。 また、要支援者の権利擁護のため、必要な場合は町長による申立て等を行い、スムーズに成年後見制度が利用できるよう支援しました。
課　　題	成年後見制度や社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業をスムーズに活用できるよう、制度や相談窓口の周知を図る必要があります。 困難ケースであっても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が必要です。

基本目標６　高齢者の生きがいづくりの支援

主要施策（１）生涯学習・生涯スポーツの推進	
①　生涯学習の推進	
取り組み状況	高齢者でも気軽に参加できる講座を開設しました。体力づくりや健康づくりを意識した活動を展開しました。
課　　題	高齢者にあった運動メニューの組み立てや実践したメニューを自宅でもできる仕組みを考案したいと考えます。
②　生涯スポーツの推進	
取り組み状況	スポーツ施設の維持管理に努め、安心して楽しめる場の提供と各種団体と連携し、高齢者でもプレーできるスポーツ活動の推進ができました。
課　　題	各種団体への加入や参加を促します。 生涯スポーツの大切さと意識の高揚を図ります。

主要施策（２）高齢者の就労支援	
取り組み状況	シルバー人材センターでは、楽しく気軽に就業できるようにセンターのイメージ改善を図りながら、新規会員の増員確保に努めるとともに、公益法人として地域住民の手助けができる様々な就労機会の増大に努力してきました。
課　　題	シルバー人材センターの会員の就業率は向上するものの会員数が減少傾向にあり、作業依頼は増加傾向にありますが、各種職種に携わる会員の高齢化と作業効率の低下に伴い、受注件数並びに契約金額が伸び悩んでいます。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。
主要施策（３）交流活動の促進	
取り組み状況	中能登町文化まつりや各教室の発表会で活動の紹介と成果を報告しました。また、参加促進や情報提供をチラシ等で周知しました。 老人クラブや各種研修会等のクラブ活動を通して、地域の高齢者相互の健康増進や介護予防対策への関心を高めることができ、かつ共にレクリエーションやスポーツを楽しむ中で、仲間づくりを行い孤立することなく地域で支え合う基盤をつくりあげてきています。 中能登町民生委員児童委員主催の「ひとり暮らし老人ふれあいのつどい」等で高齢者と児童の交流の場を支援しています。
課　　題	屋外での活動や交流の楽しさが伝わらないこともあり、友人からの誘いや教室の運営情報の提供を強化します。 年々高齢者人口が増加するなかで、会員数が伸び悩んでおります。この背景には、65歳から70歳の年齢層の老人クラブのもつ意義に対する意識の希薄化が原因となっております。積極的にクラブへの加入促進を図るとともに、魅力的な行事を企画し取り組んでいきます。 核家族化が進み、両親の共働きの増により、地域の人々のふれあいも希薄が懸念される現状であり、今後意識の高揚を図る事業が求められています。

基本目標７　暮らしやすい生活環境の整備

主要施策（１）施設・観光地・道路のバリアフリー化	
取り組み状況	公共施設や観光地のトイレ洋式化や障害者用駐車場拡大などのバリアフリー化の整備を進めました。 道路については、「中能登町移動等円滑化のために必要な道路の構造に関する基準を定める条例」に基づき、道路整備を進めました。
課　　題	引き続き、公共施設や観光地のトイレの洋式化等未実施施設のバリアフリー化の整備を進めます。 道路については、条例に基づいた道路整備を進めていきます。
主要施策（２）身近な移動手段の充実	
取り組み状況	コミュニティバス車両の更新（ノンステップ化）、総合時刻表については携帯性を考慮し、マイ時刻表欄の追加等見やすく使いやすい形にリニューアルを実施しました。また、バスの乗り方についてのＣＡＴＶ番組を作成し、利用促進策を図りました。
課　　題	特に免許返納した方々へのアプローチを積極的に行う必要があります。
主要施策（３）高齢者にやさしい住宅の整備	
取り組み状況	介護保険の住宅改修や自立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推進し、高齢者の在宅生活を支援しました。 「中能登町住宅基本計画（マスタープラン）」に基づき、バリアフリーに配慮した住宅の整備を推進しました。
課　　題	高齢者が安心して自宅で暮らし続けることができるよう制度の利用による整備を支援していきます。 老朽化した公営住宅の更新を今後計画的に実施していきます。
主要施策（４）安全・安心対策の推進	
①　防災対策の推進	
取り組み状況	地域防災組織リーダー育成の強化と地域ぐるみでの防災意識の高揚に努めました。 平成29年度に社会福祉法人中能登町社会福祉協議会と災害時において福祉避難所として老人福祉センター「ゆうゆう」の設置運営に関する協定を結び、また令和元年度に福祉避難所として社会福祉法人鹿寿苑と設置協定を結び、災害弱者対応を進めております。
課　　題	避難訓練未実施地区の解消に努めます。 避難行動要支援者台帳の更新が適切になされていないため、新たに整備します。
②　防火対策の推進	
取り組み状況	消防署と連携し、出前講座等で火災予防の啓発活動を行いました。また、秋の火災予防運動実施に伴い、住宅用火災警報器の広報を行いました。
課　　題	初期消火、体験等の出前講座を推進していきます。

③　雪害対策の推進

取り組み状況	消雪装置の設置や降積雪状況に応じた道路除雪を実施し、安全な交通の確保に努めました。 軽度生活援助事業（除雪支援事業）の活用を民生委員の定例会時に紹介し、高齢者世帯の除雪サービス体制の充実を図りました。
課　　題	雪に強い道路づくりやきめ細やかな道路除雪を推進していきます。 地域住民の共助の意識高揚を図っていくことが重要です。

④　交通安全対策

取り組み状況	交通安全教室やいきいきシニアドライブ相談会を実施。運転免許自主返納制度では、令和２年４月に年齢要件を撤廃済で、返納者数は増加傾向にあります。
課　　題	高齢運転手の事故だけでなく、高齢歩行者の交通事故被害数の抑制が求められています。

⑤　消費者対策

取り組み状況	消費者トラブルの対処法に関する出前講座を年４回程度実施しました。高齢者の消費者トラブルに関する意識向上が感じられました。
課　　題	新たな手口に騙されないよう、最新情報を取り入れての情報発信に努めます。

第 3 章

高齢者の状況と推計

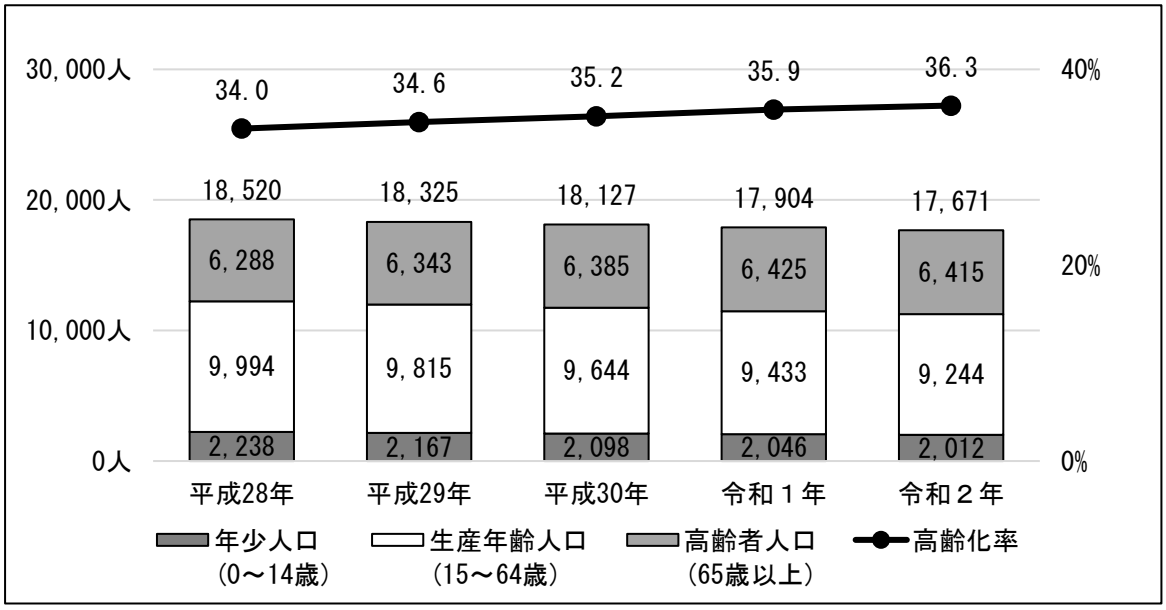
第３章　高齢者の状況と推計

１　人口及び高齢化の状況

（１）総人口の推移

各年10月１日現在の本町の総人口は平成28年で18,520人でしたが、令和２年には17,671人と849人の減少となっています。

年齢区分別でみると、年少人口と生産年齢人口は減少が続いていますが、高齢者人口は増加しており、高齢化率も平成28年の34.0％から令和２年には36.3％と増加しています。

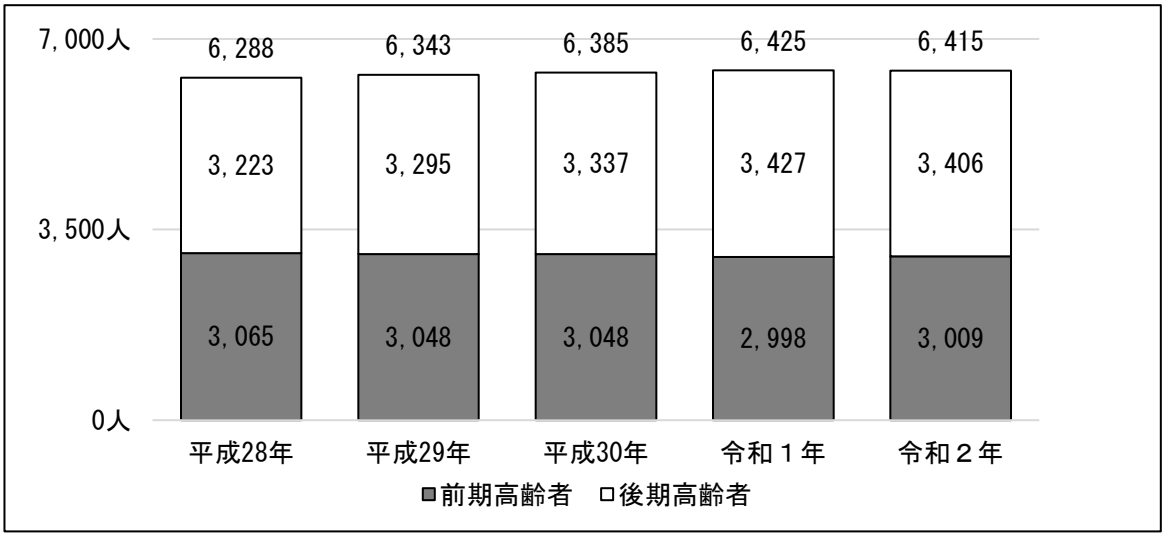


※高齢化率＝65歳以上/総人口

出典：住民基本台帳（各年10月１日現在）

（２）高齢者数の推移

前期高齢者数と後期高齢者数をみると、後期高齢者数が前期高齢者数を上回っています。前期高齢者数は減少傾向となっています。後期高齢者数は増加傾向でしたが、令和１年から令和２年にかけてやや減少に転じています。

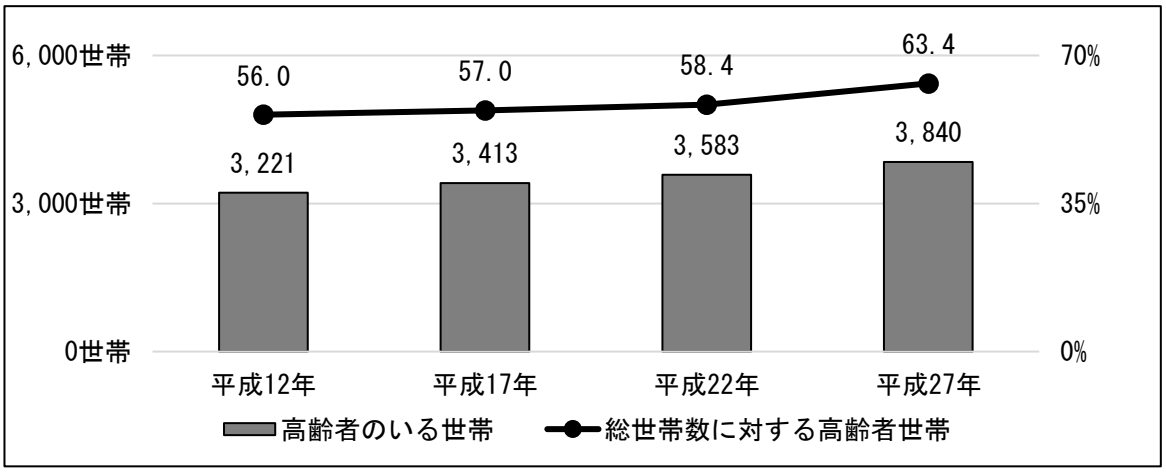


出典：住民基本台帳（各年10月１日現在）

２　高齢者世帯の状況

（１）高齢者のいる世帯の推移

平成27年の国勢調査によると、本町の総世帯数は6,055世帯で、このうち高齢者のいる世帯数は3,840世帯となっており、総世帯数に占める割合は平成12年の56.0%から平成27年には63.4%と増加しています。

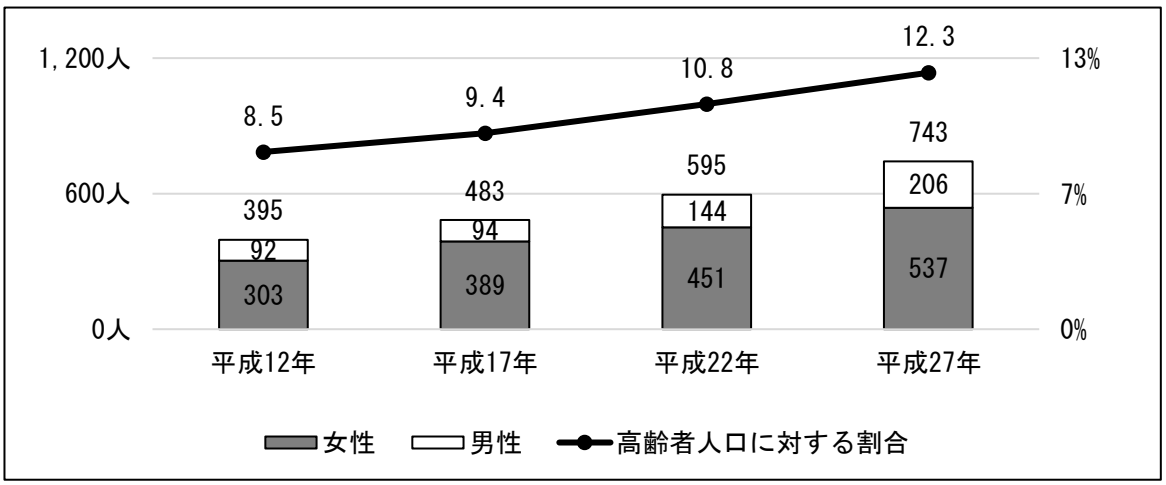


出典：国勢調査

（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、平成27年で743人となっており、高齢者人口の12.3%を占めています。

男女別の内訳では、男性206人に対して、女性が537人と女性が男性の約2.6倍となっています。

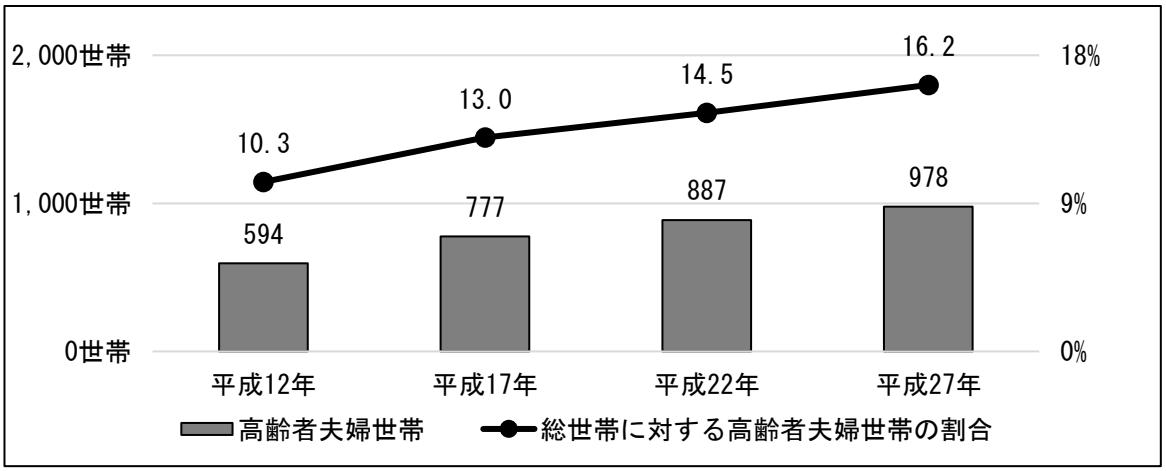


出典：国勢調査

（３）高齢者夫婦世帯の推移

本町の高齢者夫婦世帯は年々増加しており、平成27年では978世帯、総世帯数に占める割合は16.2%となっています。

また、夫婦の年齢別の世帯状況をみると、夫・妻ともに75歳以上の世帯数は275世帯となっており、高齢者夫婦世帯の28.1%を占めています。



出典：国勢調査

夫の年齢、妻の年齢別高齢者夫婦世帯数

（単位：世帯）

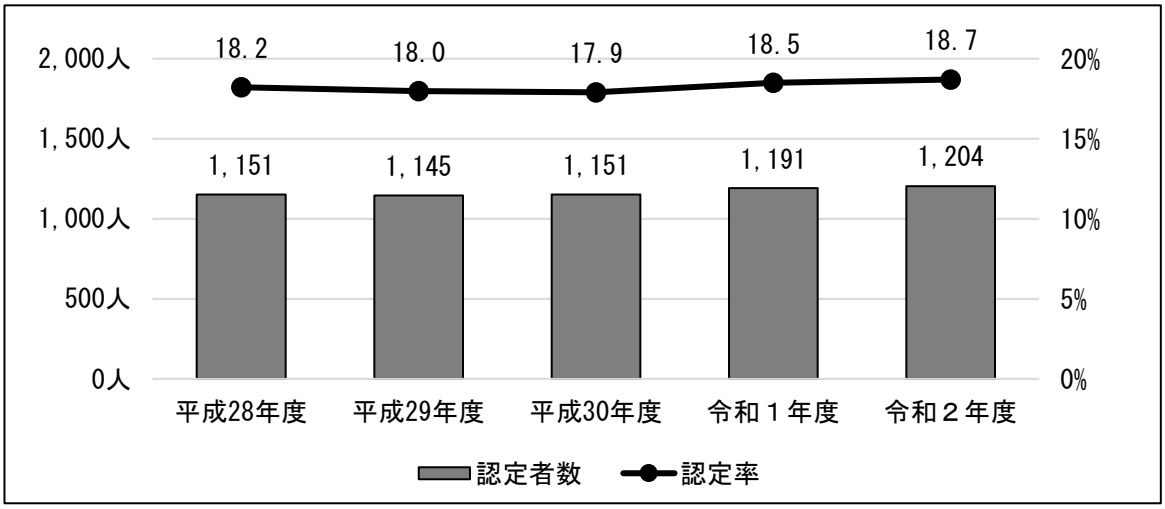
		妻の年齢						
		総数	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
夫の年齢	65～69歳	270	125	139	6	－	－	－
	70～74歳	279	8	165	100	6	－	－
	75～79歳	212	2	12	129	65	4	－
	80～84歳	152	－	1	15	84	50	2
	85歳以上	65	－	－	1	10	38	16
	総数	978	135	317	251	165	92	18

夫・妻ともに75歳以上の高齢者夫婦世帯数
275世帯（28.1%）

出典：国勢調査

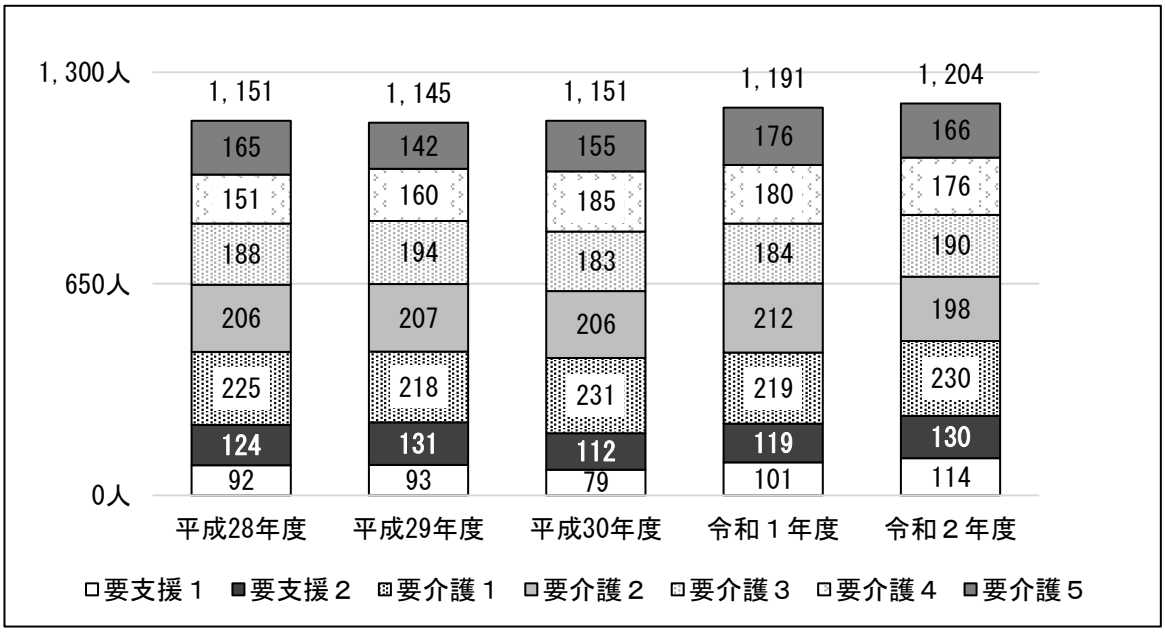
３　要介護（要支援）認定者の推移（第１号被保険者のみ）

各年９月末における本町の認定者数・認定率は、いずれもその年度により微増減していますがほぼ横ばいといえます。また、介護度別認定者数の推移をみると、要介護３以上が増加傾向となっています。



出典：介護保険事業状況報告月報（各年９月分）

介護度別認定者数の推移



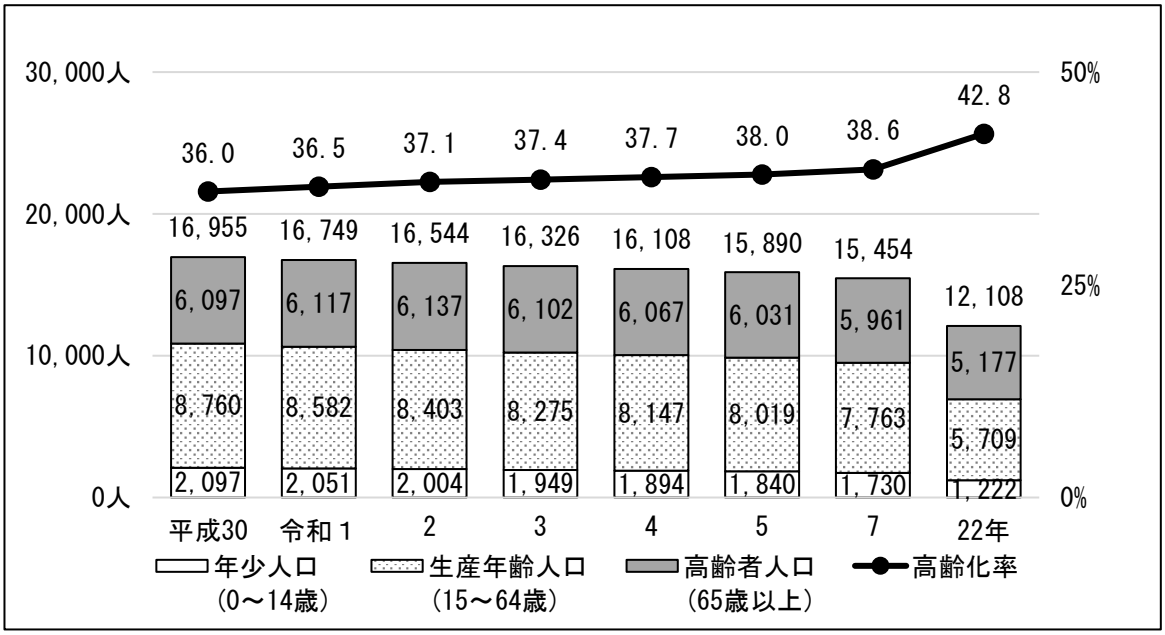
出典：介護保険事業状況報告月報（各年９月分）

４　将来人口等の推計

（１）高齢者人口の見込み

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計)」を基に算出しました。令和２年以降、高齢者人口も含めて人口の減少が続くと推計されています。

高齢化率は上昇が続くとされていますが、これは高齢者人口の減少よりも年少人口と生産年齢人口の減少の方が多いためです。



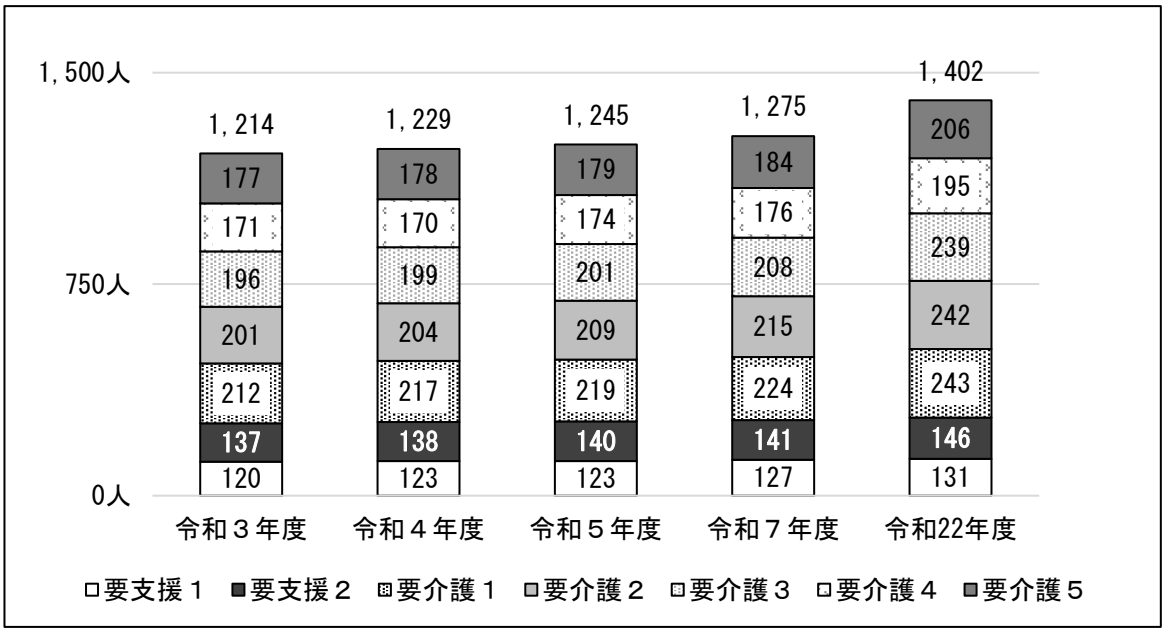
※高齢化率＝65歳以上/総人口

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計)」を基に算出

（２）要介護（要支援）認定者の見込み（第１号被保険者のみ）

要介護認定者数は微増が続き、令和５年度には1,245人と推計され、増加傾向で推移していきます。

令和３年度から令和５年度において介護度別でみると、要介護１～３の人数の増加が他の介護度よりやや多くなっています。



出典：地域包括ケア「見える化」システム

５　アンケート調査結果の概要

（１）調査の目的

令和３年度から始まる「高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」の策定にあたり、厚生労働省が示した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を参考とし、町内にお住まいの高齢者の方々から、日々の生活状況やご意見をお伺いしました。

（２）調査票の設計

アンケート調査票は、厚生労働省が示した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」に本町が必要と判断した設問を加え、作成しました。

（３）調査対象者

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は「要介護認定を受けている方を除く町内在住の65歳以上の方」、在宅介護実態調査は「要支援・要介護認定を受けている町内在住の方」を対象としました。

（４）調査方法と回収状況

調査方法　：郵送によるアンケート調査
調査期間　：令和２年１月（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）
　　：令和２年７月（在宅介護実態調査）

	調査票配布数	回収数	回収率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,000人	671人	67.1%
在宅介護実態調査	1,000人	409人	40.9%

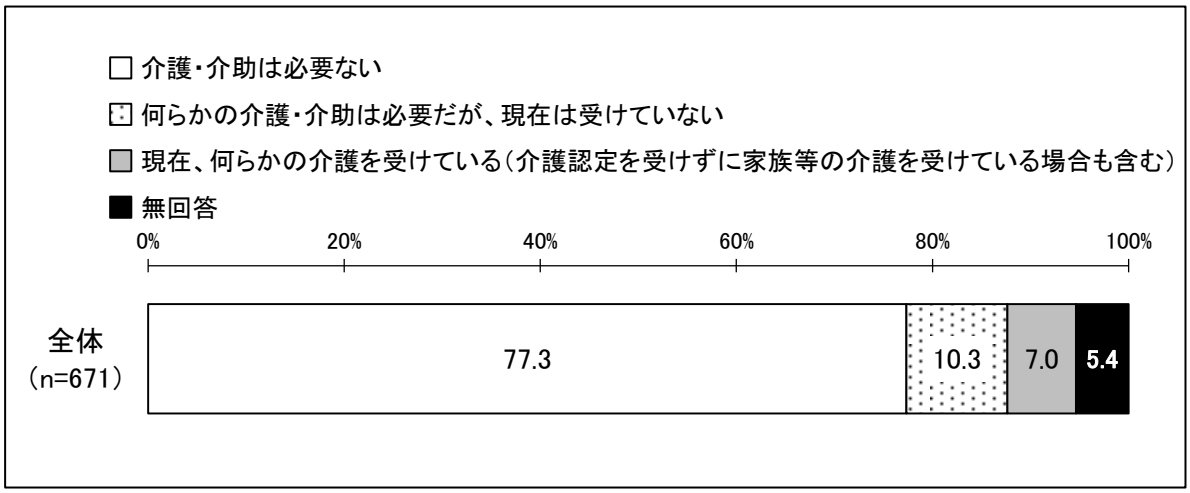
（５）調査項目

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	・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 ・地域での活動について ・たすけあいについて ・健康について
在宅介護実態調査	・ご本人の状況 ・主な介護者の状況

（６）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における分析項目からみた結果

①　介護・介助の必要性について

介護・介助の必要性については、全体では「介護・介助は必要ない」が77.3%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が10.3%、「現在、何らかの介護を受けている」が7.0%となっています。

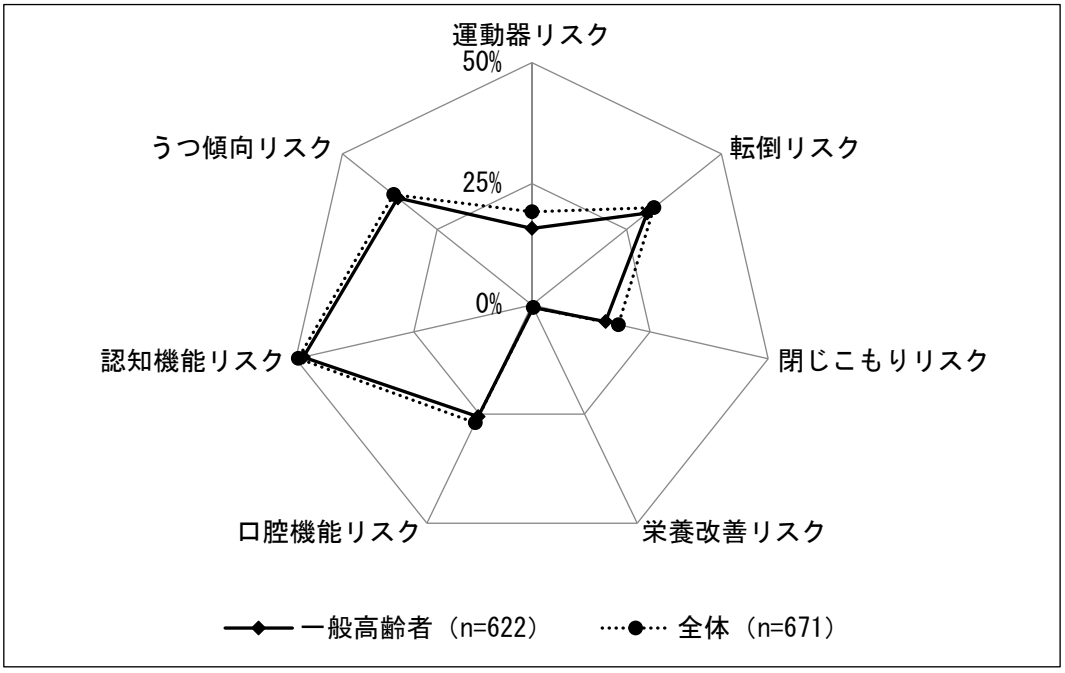


② 該当するリスク判定について

全体でみると、「認知症機能リスク」が49.5%、次いで「うつ傾向リスク」が36.5%、「転倒リスク」が32.2%となっています。一般高齢者（介護認定を受けておらず、かつ、介護予防・日常生活支援総合事業対象者ではない高齢者）の傾向は全体と同様となっています。

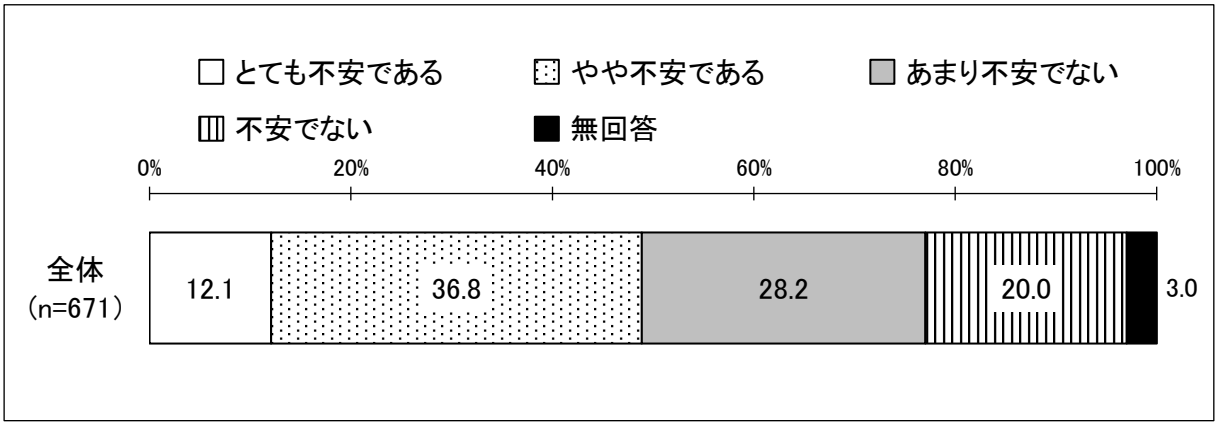
（%）

	一般高齢者（n=622）	全体（n=671）
運動器リスク	15.8	19.2
転倒リスク	30.4	32.2
閉じこもりリスク	15.6	18.3
栄養改善リスク	0.6	0.6
口腔機能リスク	25.6	27.0
認知機能リスク	48.4	49.5
うつ傾向リスク	35.4	36.5



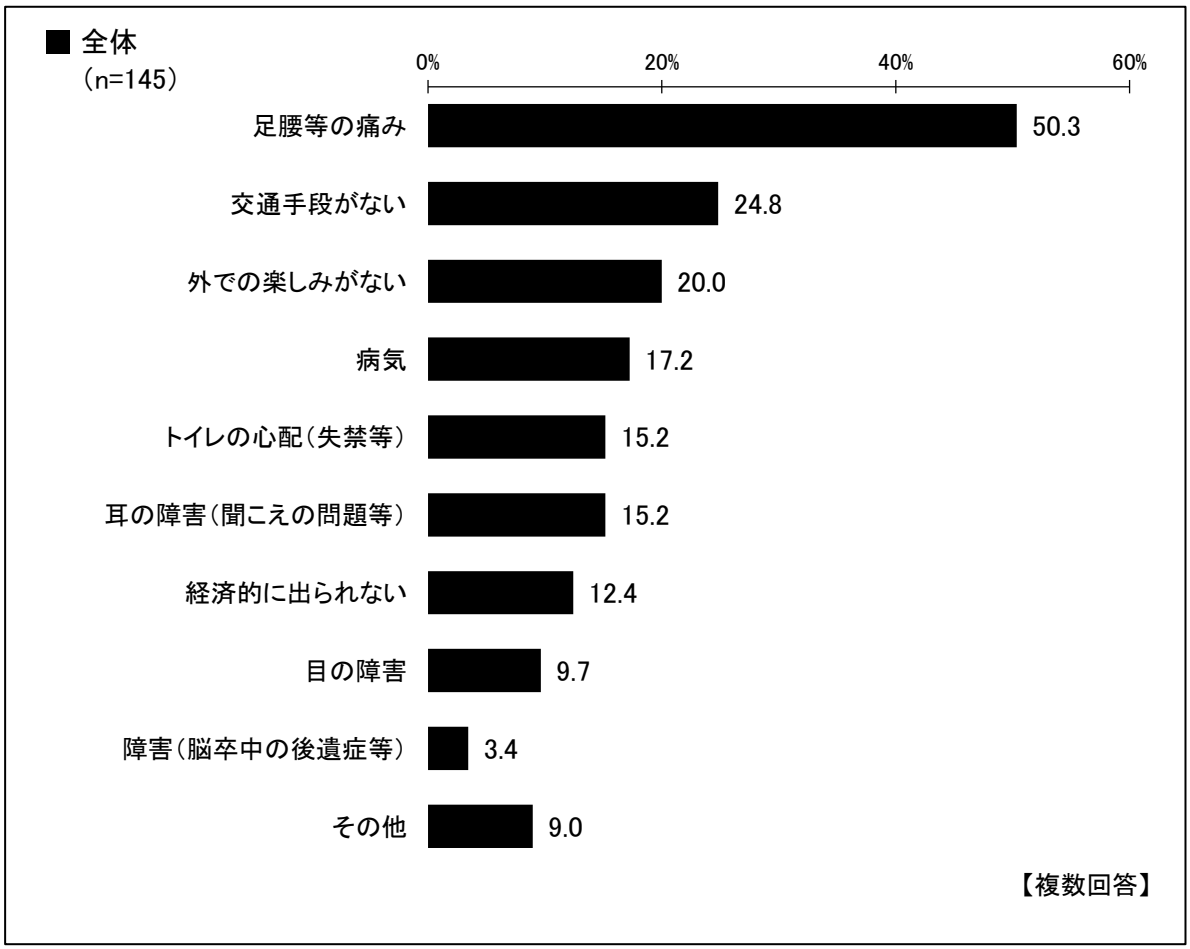
③　転倒に対する不安について

転倒に対する不安については、全体では「とても不安である」（12.1％）と「やや不安である」（36.8％）を合わせた“不安である”の割合が48.9％で、「あまり不安でない」（28.2％）と「不安でない」（20.0％）を合わせた“不安でない”（48.2％）とほぼ同率となっています。



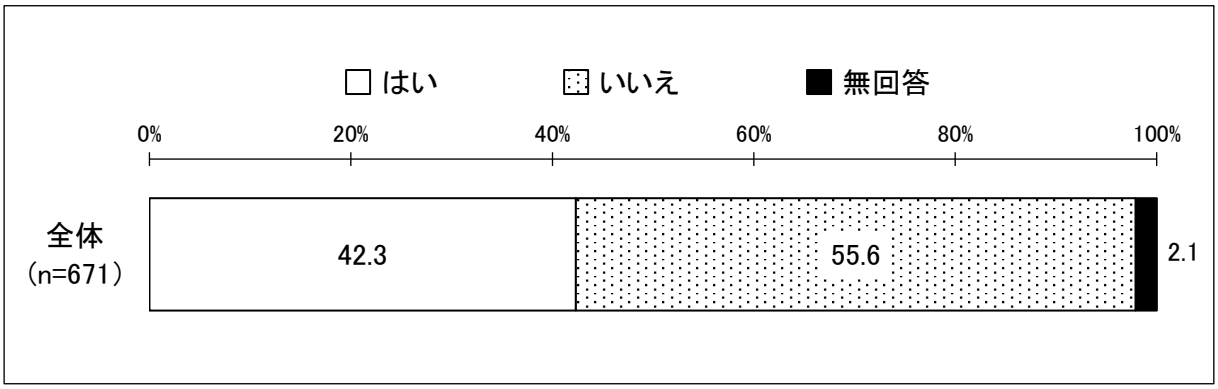
④　外出を控えている理由について（「外出を控えている」と回答した方）

外出を控えている理由については、全体では「足腰等の痛み」の割合が50.3％で最も高く、次いで「交通手段がない」（24.8％）、「外での楽しみがない」（20.0％）などの順となっています。



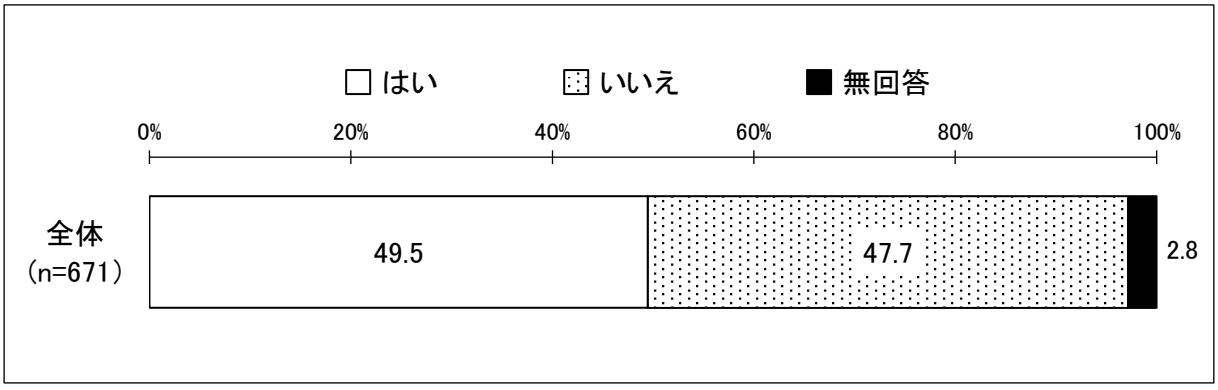
⑤　半年前に比べて固いものが食べにくいかについて

半年前に比べて固いものが食べにくいかについては、全体では「いいえ」の割合が55.6％で、「はい」（42.3％）を上回っています。



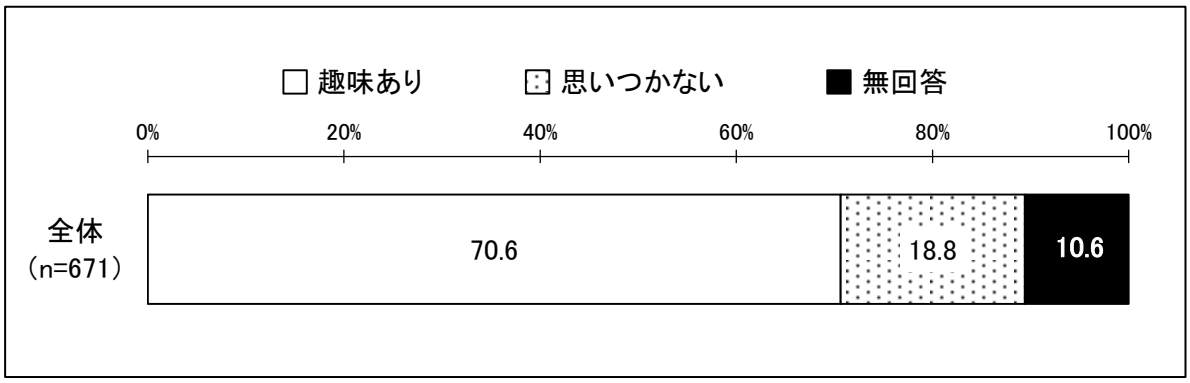
⑥　物忘れが多いと感じるかについて

物忘れが多いと感じるかについては、全体では「はい」の割合が49.5％で、「いいえ」（47.7％）をやや上回っています。



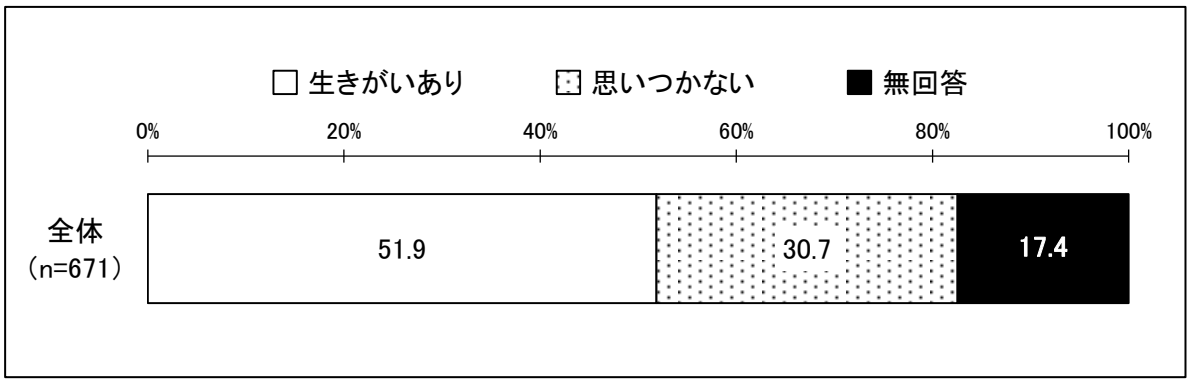
⑦　趣味について

趣味の有無については、全体では「趣味あり」の割合が70.6％で、「思いつかない」（18.8％）を大きく上回っています。



⑧　生きがいについて

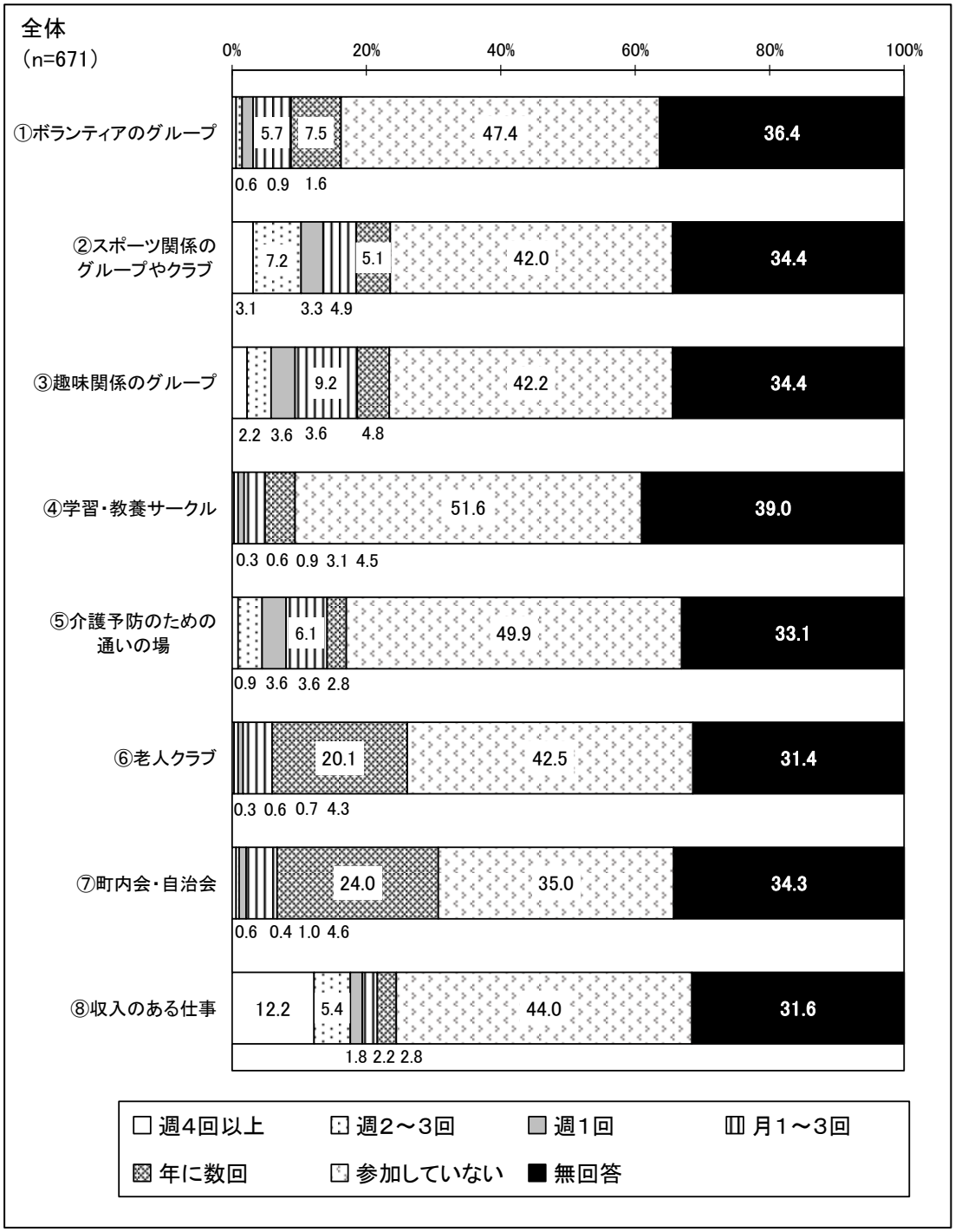
生きがいの有無については、全体では「生きがいあり」の割合が51.9％で、「思いつかない」（30.7％）を上回っています。



⑨　会・グループへの参加頻度について

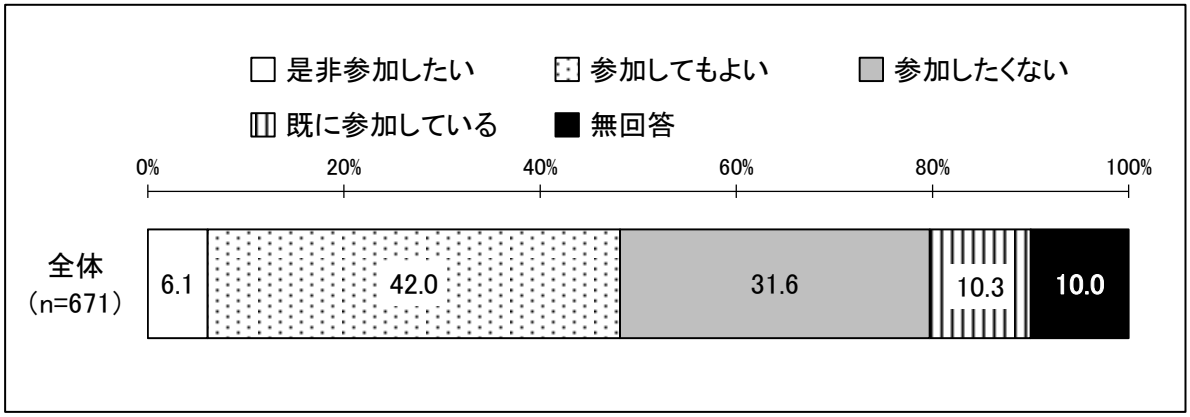
会・グループへの参加状況については、すべての会・グループで「参加していない」の割合が最も高くなっていますが、「年に数回」以上に回答した“参加している”は『⑦町内会・自治会』が最も高く、次いで『⑥老人クラブ』となっています。

また、参加頻度については『⑧収入のある仕事』が最も高く、「週１回」以上に回答した“高頻度”の割合が19.4％となっています。



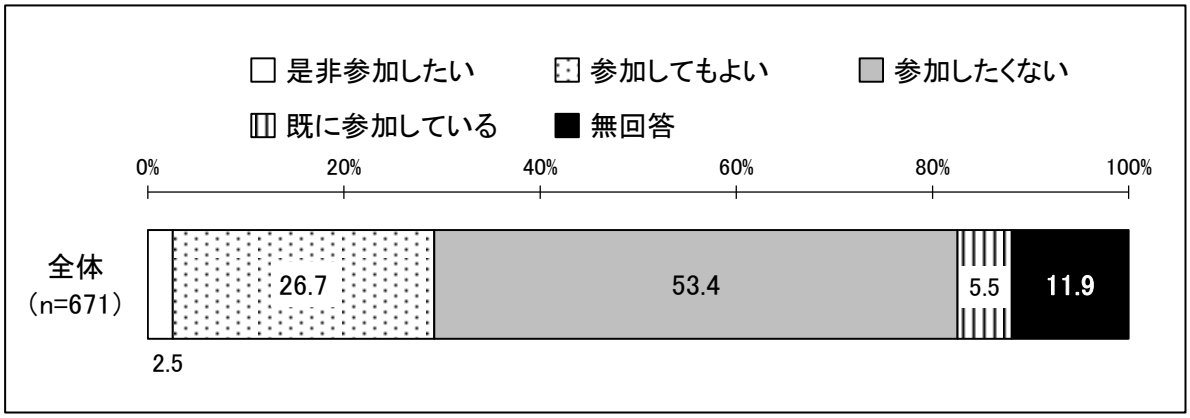
⑩　趣味等のグループ活動への参加者としての参加意向ついて

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は、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48.1％と「参加したくない」(31.6％）を上回っています。なお、「既に参加している」の割合は10.3％となっています。



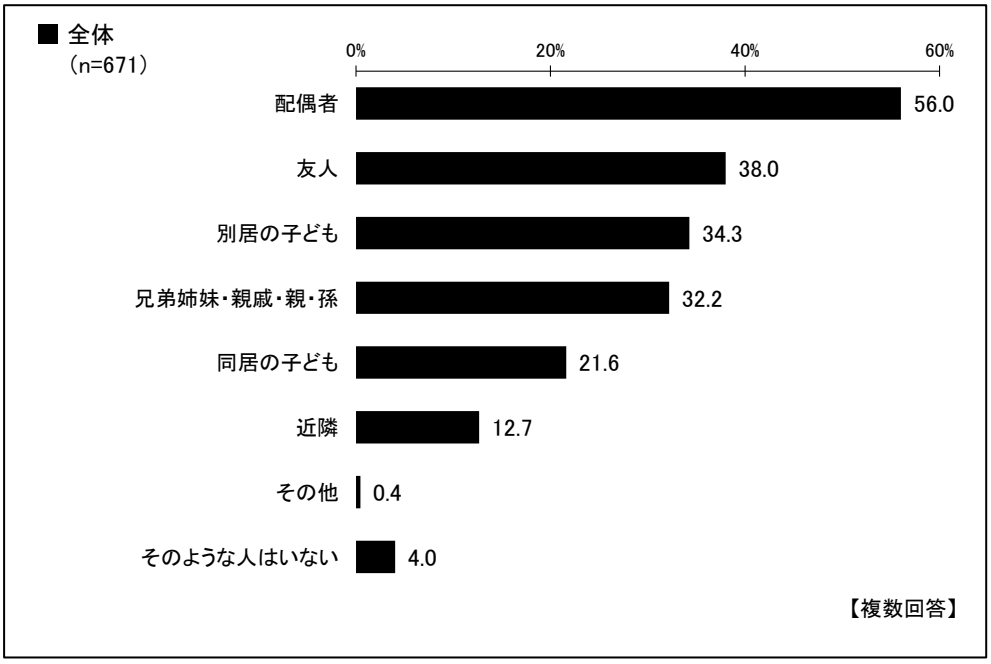
⑪　趣味等のグループ活動への企画・運営としての参加意向ついて

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は、全体では「参加したくない」の割合が53.4％で、「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”(29.2％）を上回っています。なお、「既に参加している」の割合は5.5％となっています。



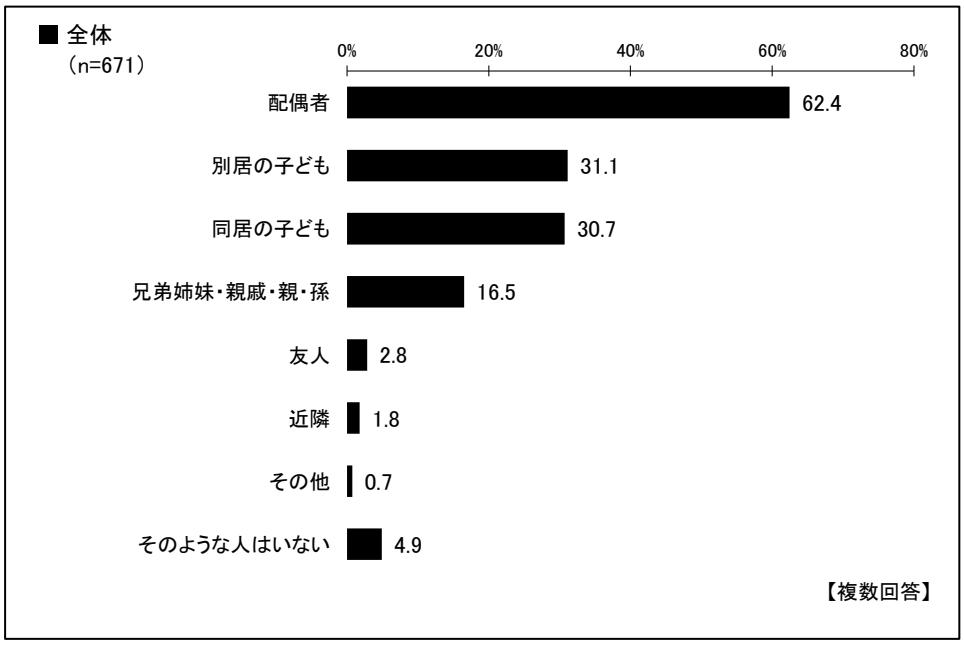
⑫　心配事や愚痴を聞いてくれる人について

心配事や愚痴を聞いてくれる人については、全体では「配偶者」の割合が56.0％で最も高く、次いで「友人」(38.0％)、「別居の子ども」(34.3％）などの順となっています。



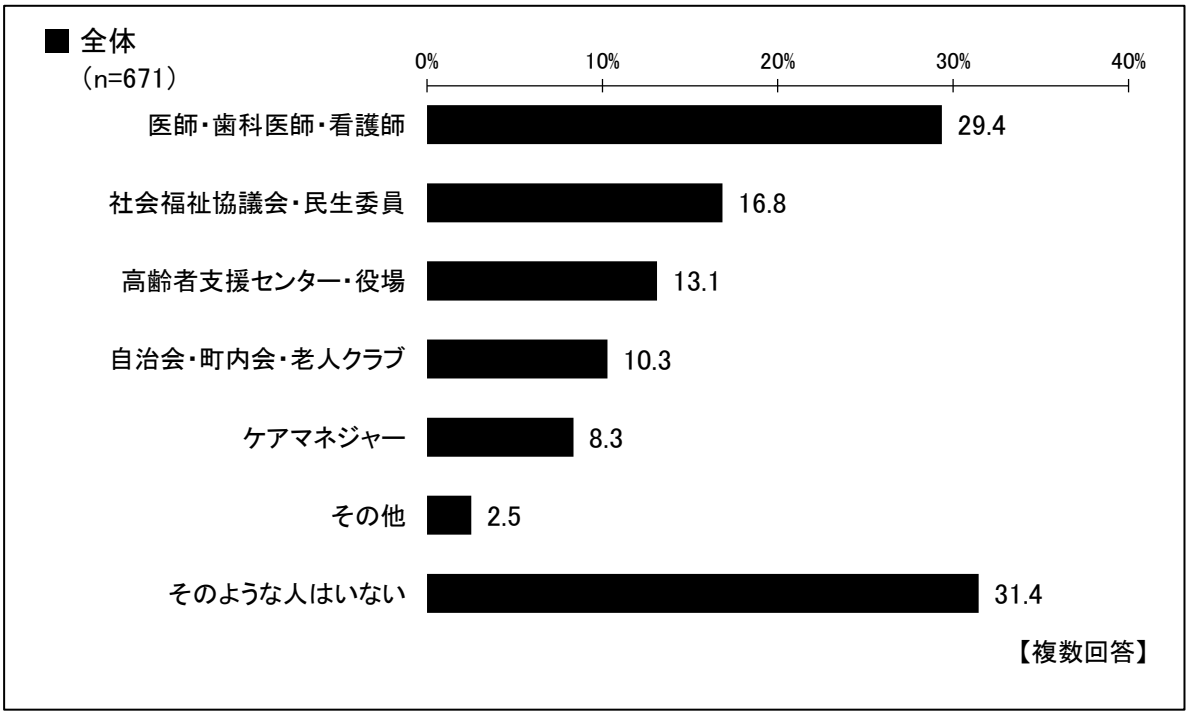
⑬　看病や世話をしてくれる人について

看病や世話をしてくれる人については、全体では「配偶者」の割合が62.4％で最も高く、他の項目を引き離しています。次いで「別居の子ども」(31.1％)、「同居の子ども」(30.7％）などの順となっています。



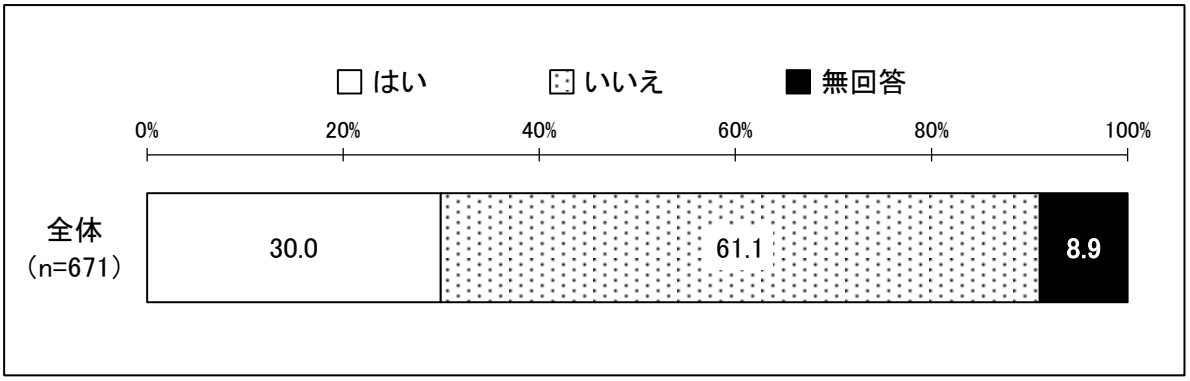
⑭　家族や友人・知人以外の相談相手について

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29.4％で最も高く、次いで「社会福祉協議会・民生委員」（16.8％）、「高齢者支援センター・役場」（13.1％）などの順となっています。なお、「そのような人はいない」の割合は31.4％となっています。



⑮　認知症に関する相談窓口を知っているかについて

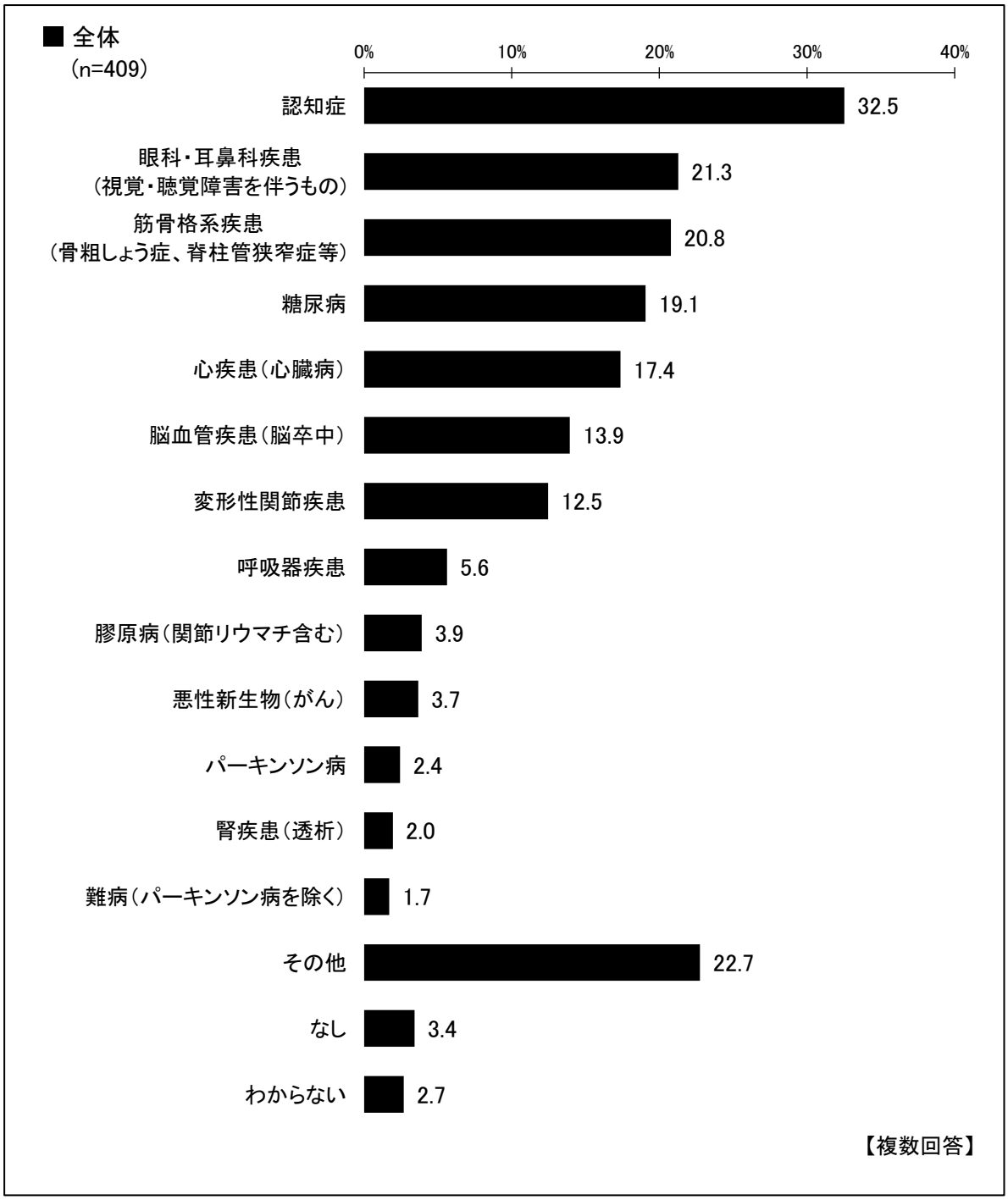
認知症に関する相談窓口を知っているかについては、全体では「いいえ」の割合が61.1％で、「はい」（30.0％）を上回っています。



（７）在宅介護実態調査における分析項目からみた結果

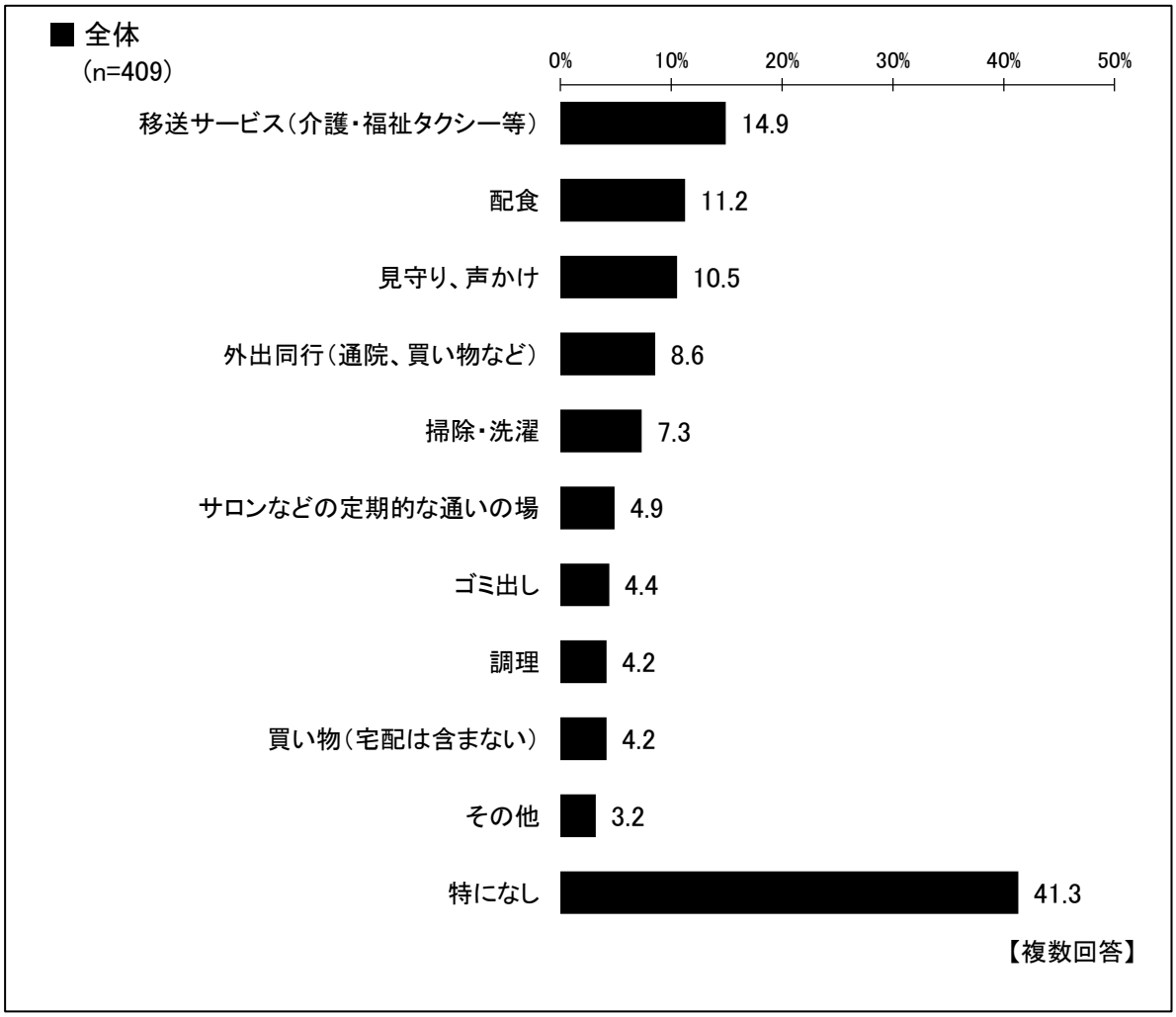
①　現在抱えている傷病について

現在抱えている傷病については、全体では「認知症」の割合が32.5％で最も高く、次いで「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」（21.3％）、「筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）」（20.8％）などの順となっています。また、「その他」の割合が22.7％となっています。



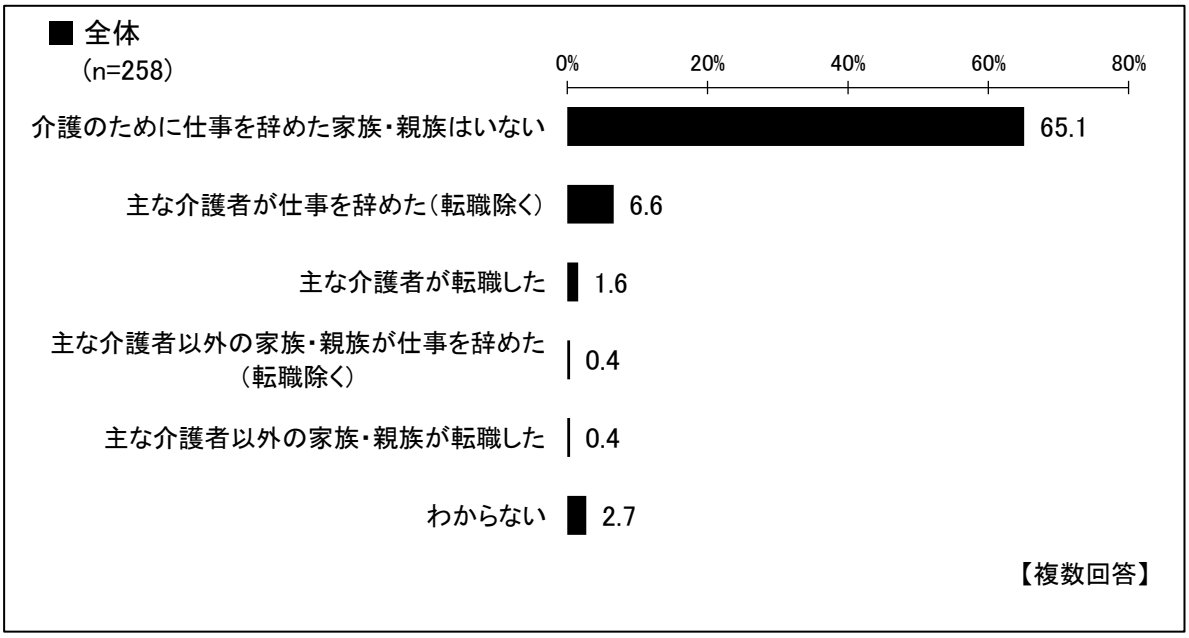
②　今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについては、全体では「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」の割合が14.9％で最も高く、次いで「配食」（11.2％）、「見守り、声かけ」（10.5％）などの順となっています。なお、「特になし」は41.3％となっています。



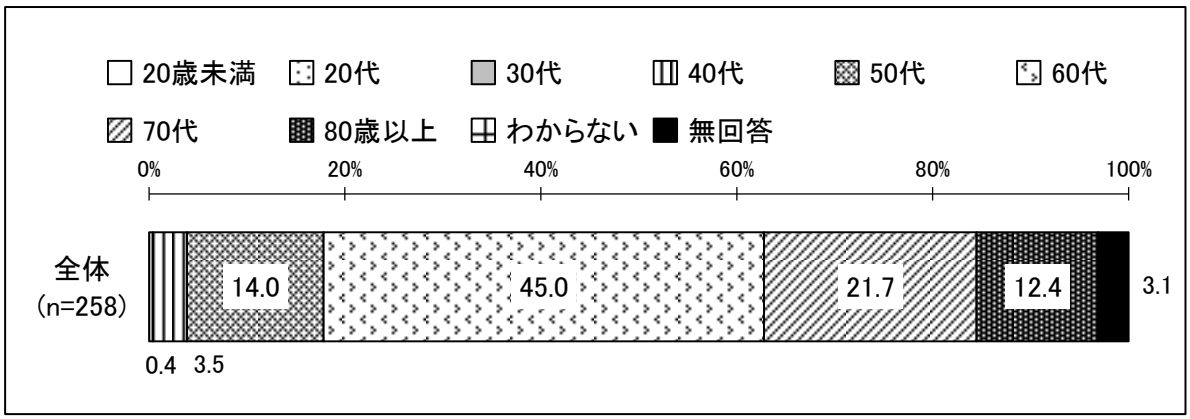
③　介護を理由に過去１年の間に仕事を辞めた家族や親族について

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は、全体では「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」の割合が65.1％で最も高く、次いで「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」（6.6％）、「主な介護者が転職した」（1.6％）などの順となっています。



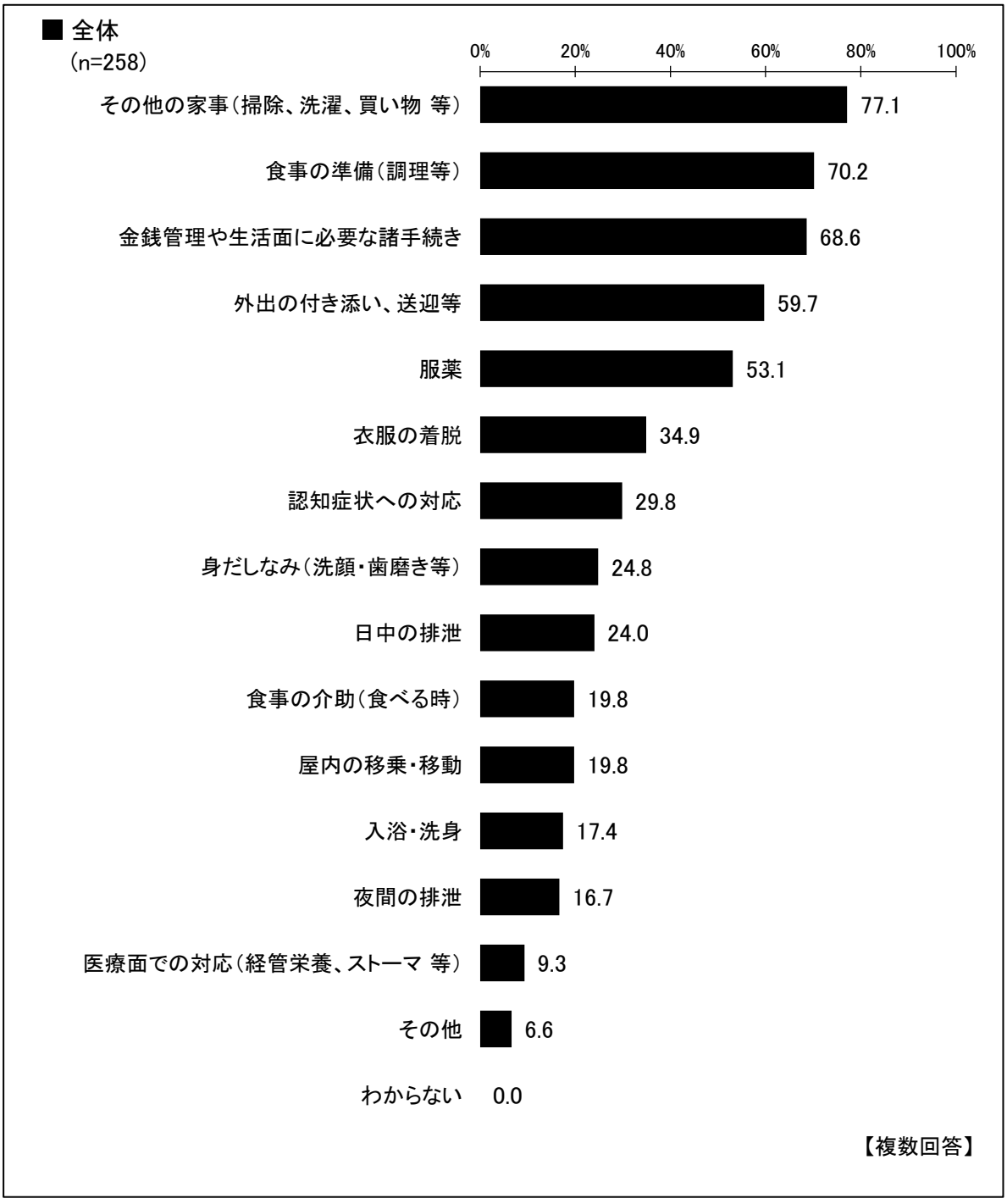
④　主な介護者の年齢について

介護者の年齢については、全体では「60代」の割合が45.0％で最も高く、次いで「70代」（21.7％）、「50代」（14.0％）などの順となっています。



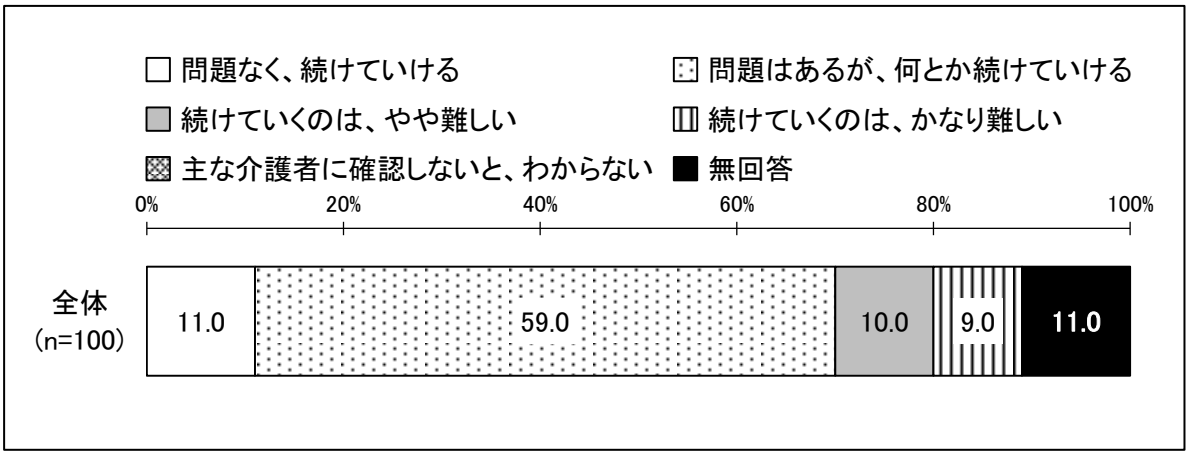
⑤　主な介護者が行っている介護について

介護者が行っている介護等については、全体では「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」の割合が77.1％で最も高く、次いで「食事の準備（調理等）」（70.2％）、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」（68.6％）などの順となっています。



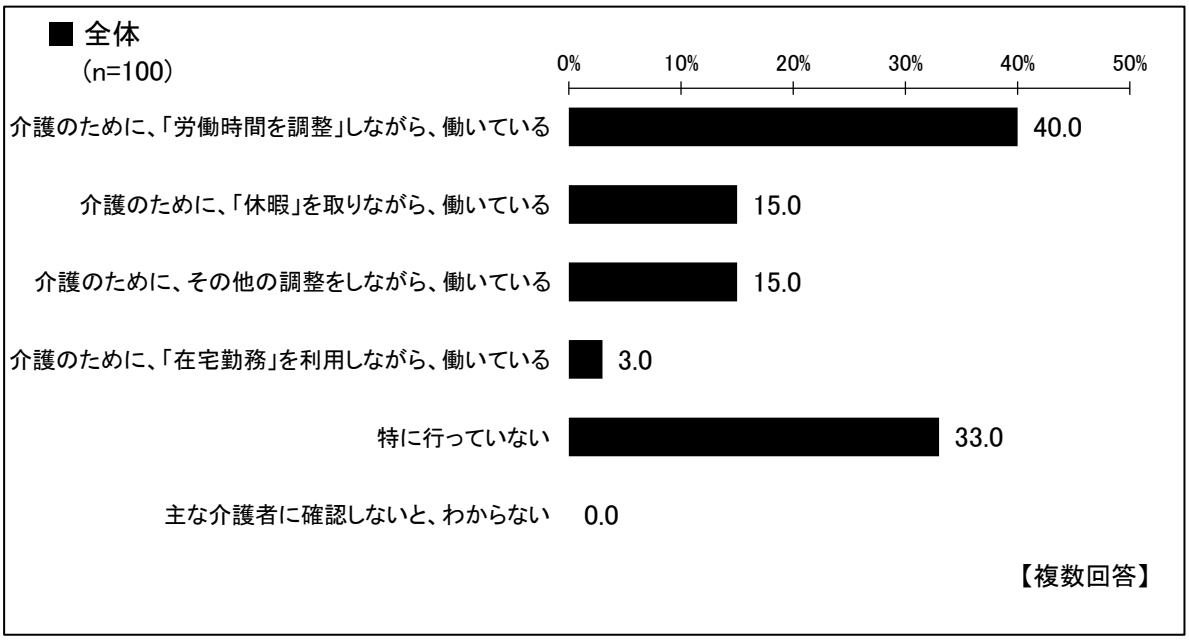
⑥　介護者が今後も働きながら介護を継続する困難度について

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、全体では「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が59.0％で最も高く、次いで「問題なく、続けていける」（11.0％）、「続けていくのは、やや難しい」（10.0％）などの順となっています。



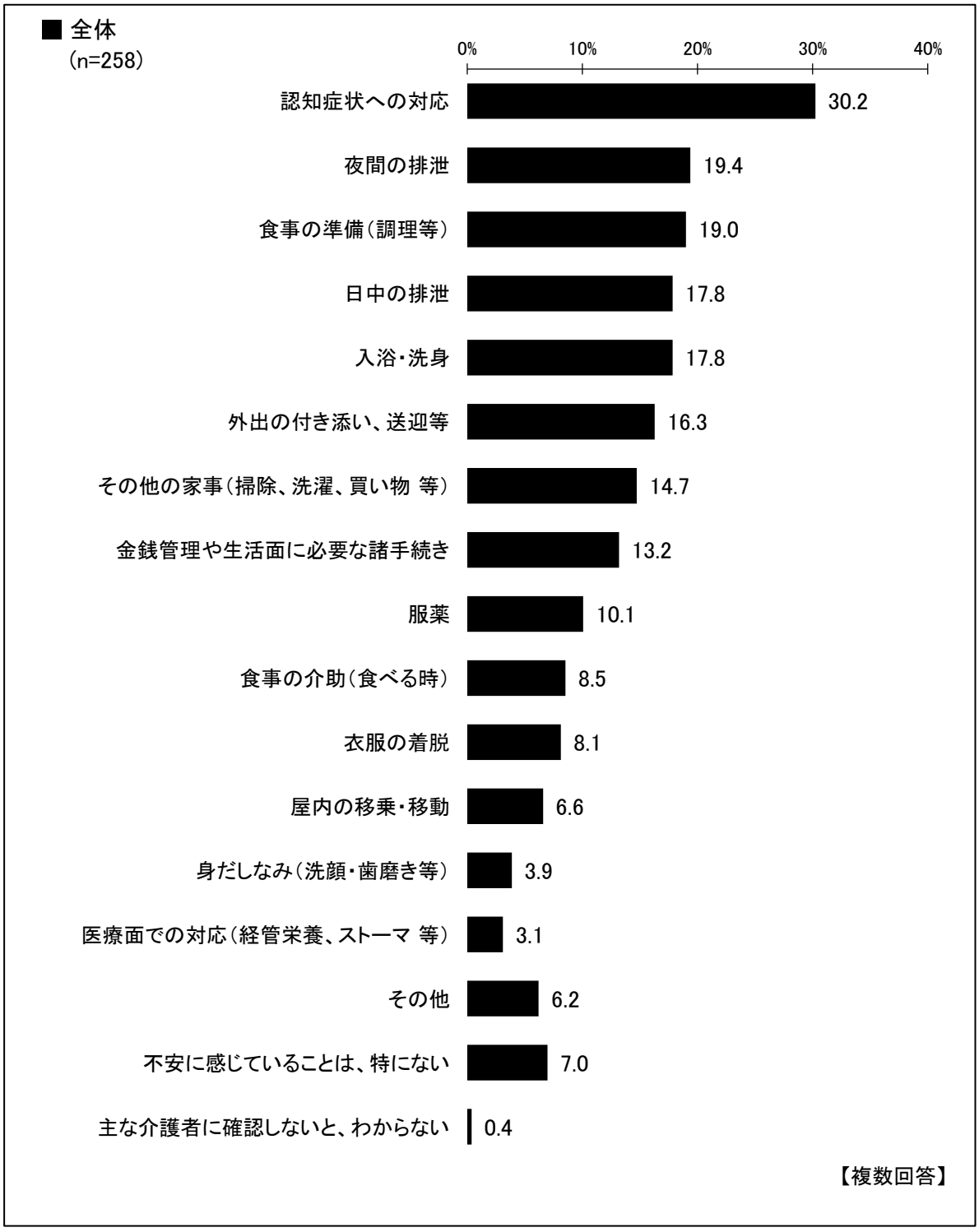
⑦　介護をするにあたって介護者の働き方の調整等について

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は、全体では「介護のために、『労働時間を調整』しながら、働いている」の割合が40.0％で最も高く、次いで「介護のために、『休暇』を取りながら、働いている」「介護のために、その他の調整をしながら、働いている」（同率15.0％）、「介護のために、『在宅勤務』を利用しながら、働いている」（3.0％）の順となっています。なお、「特に行っていない」は33.0％となっています。



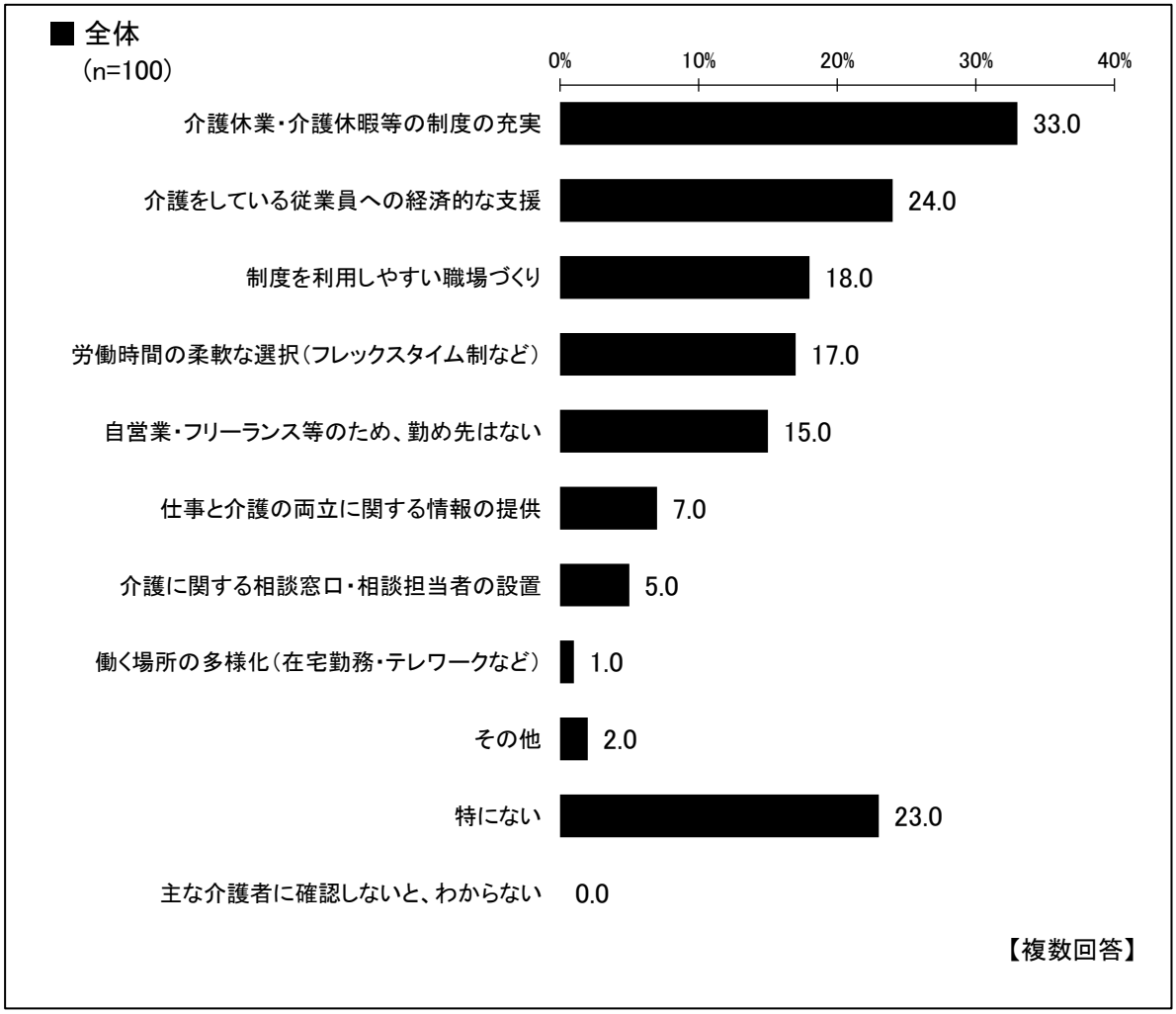
⑧　生活を継続していくにあたって介護者が不安に感じる介護等について

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、全体では「認知症状への対応」の割合が30.2%で最も高く、次いで「夜間の排泄」(19.4%)、「食事の準備（調理等)」(19.0%）などの順となっています。



⑨　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

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は、全体では「介護休業・介護休暇等の制度の充実」の割合が33.0%で最も高く、次いで「介護をしている従業員への経済的な支援」（24.0%）、「制度を利用しやすい職場づくり」（18.0%）などの順となっています。



第４章

計画の基本理念と施策の体系

第４章　計画の基本理念と施策の体系

１　高齢者施策の基本課題の整理

各種統計データ、アンケート調査から本町の高齢者保健福祉に関する課題は以下のとおりまとめられ、これに対応するための施策を展開する必要があります。

基本課題の整理

■高齢者を取り巻く現状

・人口は高齢者人口も含め減少が続きますが、高齢化率は令和７年には 38.6%、令和 22 年には 42.8%と推計されています。また、後期高齢者比率も前期高齢者数を上回って推移しています。

・国勢調査では、高齢者のいる世帯数も総世帯数の６割を超え、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯も増加が続いています。

・要介護（要支援）認定者数及び認定率はほぼ横ばいが続いていますが、今後の見込みでは微増が続くとされています。

■アンケート調査結果（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

・全体では認知症機能リスクが５割弱、うつ傾向リスクと転倒リスクが３割強となっています。また、外出を控えている理由も、「足腰等の痛み」が５割程度となっているほか、転倒に対する不安も半数程度が抱えています。

・半年前に比べて固いものが食べにくい人が約４割、物忘れが多いと感じる人はほぼ５割となっています。

・「趣味あり」と回答した方は７割台、「生きがいあり」と回答した方は５割台となっています。

・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は、全体では「参加したくない」の割合が５割強となっています。

・「心配事や愚痴を聞いてくれる人がいない」が 4.0%、「看病や世話をしてくれる人がいない」が 4.9%、「家族や友人・知人以外の相談相手がいない」が約３割となっています。

■アンケート調査結果（在宅介護実態調査）

・現在抱えている傷病は「認知症」が約３割となっています。

・過去１年間で介護を理由に仕事を辞めた人は 6.6%となっています。また、主な介護者の年齢は、「60 代」が４割強、「70 代」が約２割、「50 代」が１割強などとなっています。

・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”が約２割で、仕事と介護の両立に向けては「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が約３割、「介護をしている従業員への経済的な支援」が２割強などとなっています。

・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、全体では「認知症状への対応」が３割で最も高く、次いで「夜間の排泄」と「食事の準備（調理等）」が２割弱となっています。

２　基本理念

これまで町では、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、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６期・第７期計画においては、基本課題を踏まえ、地域での支えあいを一層強化し、さらに安心して健康に暮らしていけるための高齢者保健福祉サービスの充実を図り、医療と介護の連携、認知症施策の推進など「地域包括ケアシステム」を構築してきました。

第８期計画では、第６期及び第７期計画を踏襲しつつ、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を図り、住民一人ひとりが主体的に地域のことに取り組んでいくことで、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化の防止や、地域共生社会の実現を図っていきます。

高齢者を地域全体で支えあい、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、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。

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んでいくべき、施策展開の基本的な目標を以下に示します。

基本目標１　健康づくり･介護予防の総合的な推進

高齢者が生活習慣病や要支援・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を続けることができるよう、健康づくりや介護予防の取り組みを推進し、健康寿命の延伸を目指します。

また、高齢者の知識や経験を活かし、社会的役割や生きがいを持って活躍できるよう、身近な地域での活動の場の確保や多様な活動を支援し社会参加を促進します。

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。これらの実現のために、公的支援の拡充、相談支援体制の強化、保健・医療・福祉の連携強化、地域組織や商店との連携、当事者同士が相談できる仕組みづくり等を推進します。

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。それらを実現するためには、高齢化の進行や、認知症の人に対する地域住民の理解や相談体制、もしもの時の支援体制の充実が大切です。これらの実現のために、公的支援の拡充に加え、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「丸ごと」支えあう仕組みを推進します。

また、権利擁護の重要性が増している状況を踏まえ、成年後見制度や日常生活自立支援事業の認知度を高めるとともに、相談支援体制の拡充を目指します。

基本目標4　在宅医療･介護連携の推進

高齢者が病気を抱えても、支援や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して生活を続けるためには、高齢者に適切なサービスが提供されるよう体制の確保を図る必要があります。

このために、在宅医療と介護・福祉サービスが一体的に提供できるよう、医療・介護・福祉の関係機関との相互連携を推進します。

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り組みを進めるとともに、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。

国の認知症施策推進大綱を踏まえ、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

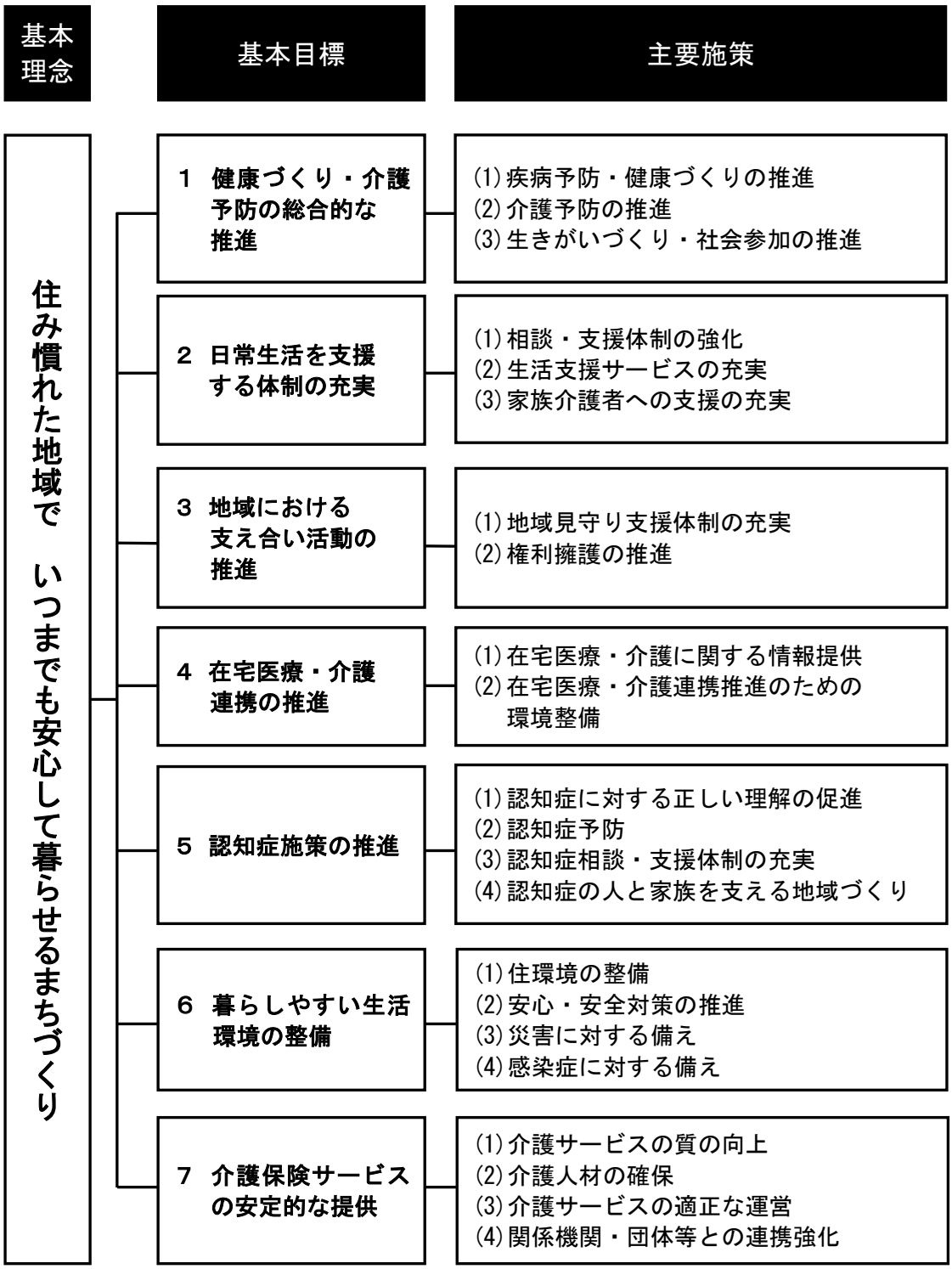
高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、住宅や公共施設の整備、移動手段の確保など生活しやすい環境を整えます。また、大規模災害における防災対策や緊急避難体制を整備するとともに、防火・交通安全対策、詐欺・悪徳商法などの日常生活上のトラブルから高齢者を守り、安心・安全に暮らしやすい生活環境を整えます。

基本目標7　介護保険サービスの安定的な提供

高齢者の増加や現役世代の急減等が見込まれる令和７年（2025年）・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、引き続き保険者としての支援に努めます。

４　施策の体系


基本理念
基本目標
主要施策
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
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) 生きがいづくり・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) 介護サービスの質の向上
(2) 介護人材の確保
(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

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、受診者の増加を図ります。

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具体的な実施について協議を進めます。

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、高齢期を迎えても町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

様々な機会を通して閉じこもり等の何らかの支援を必要とする人をより早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげます。

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地域の健康課題を共有し、具体的な実施について協議を進めます。

②　介護予防普及啓発

高齢者の健康づくりや介護予防に関する知識を町広報やケーブルテレビ等を活用して普及を行うとともに、地域つながりサロンや老人会、その他団体に対し、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場づくりを支援し、高齢者自らが主体的に健康づくりや介護予防活動を地域の中で継続できるよう支援するとともに、高齢者が安心して集える「通いの場」や「居場所」を町内に広げていきます。また、リハビリテーション専門職との連携を図り、介護予防に関する専門的助言等により介護予防の取り組みを強化します。

さらに新型コロナウイルス感染症の感染防止のための外出や活動の自粛により、高齢者のフレイルの進行が懸念されます。フレイルは要介護状態の進行につながることから、感染防止対策を徹底した活動を支援するとともに、人とのつながりの重要性について普及啓発を行います。

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、心身機能の改善を図るとともに、地域の社会資源をケアプランに位置付け、地域とのつながりづくりを推進します。

また、多様なニーズに対して、訪問介護や通所介護、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、地域や家庭への社会参加を可能にします。

そのため、必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用できるよう、地域における現状や課題の把握に努めて、目指すべき提供体制を検討します。

（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ていきます。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。

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）の設置

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等との連携を強化し、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

地域ケア会議で、個別ケースの検討から地域課題を把握し、地域の関係者や専門職が協働して課題解決に取り組みます。

また、地域資源の開発による支援の充実や新たな政策形成のために、地域ケア会議のあり方についても検討します。

（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

社会福祉協議会と高齢者支援センターにそれぞれ配置した「生活支援コーディネーター」を中心に地域福祉座談会や地域つながりサロン等で住民の生活支援ニーズを把握し、高齢者の生活についての課題抽出に努めます。また、地域の支え合い活動の推進に努めます。

②　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ます。

③　協議体の設置

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「まるごと福祉支援協議会」や「なかのとまち調べ隊」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。

④　生活支援の担い手の確保

これまでに把握した地域ニーズを基に、高齢者の個別の生活ニーズに対応する新たな生活支援の担い手として、有償ボランティアの仕組みづくりを実施します。

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。

（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。

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（地域つながりサロン、いきいき百歳体操）など、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重要性についての啓発に努めます。

また、石川県との連携により構築した「地域見守りネットワーク」について、町内にある協定団体や事業所に対して相談窓口の周知や連携に努めます。

②　見守り活動への支援

民生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

一人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)、見守り配食サービスなどのさらなる充実を図ります。

（２）権利擁護の推進

①　高齢者虐待防止の取り組み・対応

高齢者虐待を未然に防止するため高齢者虐待を発見しやすい民生委員、ケアマネジャーなど関係機関と連携を強化し、相談・通報窓口の周知を図り、虐待を未然に防止するとともに早期発見・早期対応に努めます。

また、高齢者・養護者への支援として、高齢者を虐待という権利侵害から守るとともに、虐待を行っている養護者が障がいや疾患、介護負担などの課題を抱えている場合には、養護者支援に取り組み、適切な機関につなぐなど、関係機関と連携を図りながら虐待が解消するように努めます。

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。

高齢者支援センターが総合相談の窓口として日々の相談の中で情報提供し、高齢者の権利擁護のため、必要な場合は町長による申立て等を行い、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、社会福祉協議会やケアマネジャー、弁護士等専門職など関係機関と連携し、権利擁護ネットワークの構築とその中核となる機関を整備し、普及啓発等取り組みます。

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、消費生活支援センター、警察署等の関係機関との連携強化を図るとともに、被害防止のための啓発に努めます。

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まとめ、作成した「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

高齢者支援センターに医療・介護連携支援コーディネーターを設置し、在宅医療・介護連携に関する相談・調整等を行います。

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)」との連携のもと講演会の開催や、町広報・パンフレットなどを通して、高齢社会に向けた在宅医療や介護、看取り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

地域の医療・介護関係者による在宅医療・介護連携推進協議会にて、在宅医療・介護の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討を行います。

また、感染症や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、関係者の連携体制や対応を検討します。

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、顔のみえる関係づくりを推進するため、「中能登町在宅医療介護連携を考える会（あじさい会)」と連携しながら医療・介護・福祉等の多職種による研修会を開催します。

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、「医療・介護連携用紙」を活用するとともに、急変時及び入退院時の連携ルールに即して連携を図ります。

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、子どもたちも認知症の人を支え地域の一員であることを自覚できるよう小学生を対象に「認知症キッズサポーター」の養成に取り組みます。

②　普及啓発

町広報、ケーブルテレビなどの媒体を活用し、また「中能登町福祉のつどい」等の様々な機会を捉え、正しい理解の普及啓発に取り組みます。

（２）認知症予防

①　普及啓発

「出前講座」や「あたま元気アップ教室」を開催し、一人ひとりが認知症予防に対する意識を高め、日常生活で自主的に取り組めるよう普及啓発を図ります。

また、国の認知症施策推進大綱にある「予防」とは「認知症にならない」ではなく「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味であり、正しい理解の普及啓発に努めます。

②　関係機関との連携

運動不足の改善、生活習慣病の予防、社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、身近な通いの場の充実など、関係機関との連携を図りながら取り組みます。

（３）認知症相談・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、町広報等を活用し周知を図ります。また、認知症の容態や段階に応じた適切な医療や介護サービスの流れを示した「認知症ケアパス」を普及、活用します。

②　認知症初期集中支援チームの設置

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」を設置します。かかりつけ医や専門医、認知症疾患医療センター等との連携をとり、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制の充実を図ります。

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である高齢者支援センター職員を中心とし、認知症の人や家族への相談支援、認知症カフェの運営支援、医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関との連携づくりなど、活動の充実を図ります。

（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、「中能登町家族介護者交流会」の企画の中で、認知症家族介護者を対象とした交流会を行い、気分転換や家族同士の交流を図ります。

②　若年性認知症の人や家族への支援

若年性認知症の人や家族の会などの活動を支援します。また、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します。

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を検討し、地域で主体的に活躍できる環境づくりに取り組みます。

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

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、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コミュニティバスの利便性や機能性のさらなる向上に努めるとともに、利用促進を図るために、出前講座の乗り方教室や高齢者運転免許証自主免許返納事業の普及啓発に努めます。

（２）安心・安全対策の推進

①　防災対策の推進

自主防災組織による災害時要援護者の把握に努めるとともに、平常時における声かけなどを通して地域ぐるみでの防災意識の高揚に努めます。

また、災害時避難行動要援護者名簿の再構築を図り、避難において支援が必要な方の名簿を地域と共有し、地域における避難体制構築の支援を行い、災害に備えます。

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、高齢者世帯の訪問等きめ細かい活動を行い、火災予防啓発と防火意識の浸透に努めます。

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支援事業により、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。

④　消費者対策

高齢者の消費者被害を未然に防止するために、新たな手口に騙されないよう最新情報の発信や消費者トラブルの対処法に関する出前講座等により啓発普及を実施します。

（３）災害に対する備え

①　避難訓練や研修の実施

近年の災害の発生状況を踏まえ、介護事業所等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、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を行うよう促し、県や町、関係機関が連携した支援・応援体制を整備します。

（４）感染症に対する備え

①　訓練の実施や感染症拡大の防止

介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止の周知啓発を図ります。

また、石川県や保健所など関係機関等と連携した支援体制の整備と介護事業所等における適切な感染防護具（マスクや手袋など）や消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達などの整備を行います。

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

良質な介護保険サービスを提供するためには、サービスを提供する人材の育成や資質の向上が大切です。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。

（２）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、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。

本町も石川県と連携し、資格所有者でなくてもできる業務を請け負う補助的な人材の活用や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を進めます。

（３）介護サービスの適正な運営

①　わかりやすい情報提供

要介護度に応じた適切なケアプランの作成とサービス提供が行われるよう、事業所に対する働きかけやサービス内容等について情報提供を行い、サービスの質の向上を促進します。

また、町民に向けては、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、介護サービスの周知に努めます。

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の指定・指導監督にあたっては、指定業務の適正な執行に努めるとともに、申請様式や手続きの簡素化など、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す。

③　事務の効率化

介護に係る文書量の負担軽減や、ＩＣＴツールや介護ロボットの導入支援など、業務の効率化やサービスの質の向上を促進することで、適正な運営を支援します。

④　介護給付適正化に向けた取り組みの推進

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５事業」を実施し、介護給付の適正化につなげます。

主要5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	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	複数月にまたがる介護報酬の支払い状況を確認し、請求内容について確認します。また、国民健康保険団体連合会の給付実績を確認し、介護と医療の重複請求等の適正化に取り組みます。
介護給付費通知	受給者に対して介護給付費を通知し、サービス内容や利用者負担額の確認をしてもらうとともに、利用したサービス費用について知ってもらう機会を設けます。

（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。

③　サービス提供事業所等との連携・提供基盤の強化

介護保険サービスは民間事業者から提供されています。これらの民間事業者と情報交換を進め、高齢者に対して総合的にサービスを提供する体制づくりを進めます。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。

第 6 章

介護サービス量の見込みと保険料の設定

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サービスです。

【単位：千円（年間）、日・回・人（月間）】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①訪問介護	給付費	86,946	90,794	93,641
	回数	2,940	3,062	3,162
	人数	93	96	98
②訪問入浴介護	給付費	6,558	6,634	7,564
	回数	44	45	51
	人数	16	16	18
③訪問看護	給付費	16,343	16,807	17,923
	回数	194	200	213
	人数	42	43	46
④訪問リハビリテーション	給付費	7,316	7,235	7,139
	回数	205	203	200
	人数	20	20	20
⑤居宅療養管理指導	給付費	5,281	5,368	5,591
	人数	87	88	92
⑥通所介護	給付費	223,314	222,685	231,830
	回数	2,261	2,246	2,340
	人数	245	245	251
⑦通所リハビリテーション	給付費	84,328	87,631	92,429
	回数	803	837	880
	人数	99	101	105
⑧短期入所生活介護	給付費	94,136	97,971	98,319
	日数	882	916	919
	人数	70	72	72
⑨短期入所療養介護	給付費	3,261	3,263	3,263
	日数	24	24	24
	人数	2	2	2

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
⑩特定施設入居者生活介護	給付費	28,838	28,854	28,854
	人数	12	12	12
⑪福祉用具貸与	給付費	45,795	47,064	48,699
	人数	280	288	296
⑫特定福祉用具購入	給付費	983	983	983
	人数	4	4	4
⑬住宅改修	給付費	2,027	2,027	2,027
	人数	2	2	2
⑭居宅介護支援	給付費	73,856	75,235	77,487
	人数	404	411	423

（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。

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①定期巡回･随時対応型訪問介護看護	給付費	6,125	6,128	6,128
	人数	2	2	2
②夜間対応型訪問介護	給付費	0	0	0
	人数	0	0	0
③認知症対応型通所介護	給付費	4,352	4,355	4,355
	回数	36	36	36
	人数	3	3	3
④小規模多機能型居宅介護	給付費	67,692	67,729	71,609
	人数	27	27	29
⑤認知症対応型共同生活介護	給付費	209,574	212,616	215,628
	人数	69	70	71
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費	0	0	0
	人数	0	0	0
⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費	96,911	96,965	96,965
	人数	29	29	29

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
⑧看護小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0
	人数	0	0	0
⑨地域密着型通所介護	給付費	3,157	3,158	3,158
	回数	27	27	27
	人数	3	3	3

（単位：箇所、人）

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①認知症対応型通所介護	施設数	1	1	1
	定員数	12	12	12
②小規模多機能型居宅介護	施設数	1	1	1
	定員数	29	29	29
③認知症対応型共同生活介護	施設数	4	4	4
	定員数	63	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	1
	定員数	29	29	29
⑤地域密着型通所介護	施設数	0	0	0
	定員数	0	0	0

（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。

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。

また、介護療養型医療施設の廃止が平成29年度末とされていましたが、６年間延長され、その間に介護医療院等への転換が求められています。この転換移行等を踏まえ、関係機関との連携に努めます。

【単位：千円（年間）、人（月間）】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①介護老人福祉施設	給付費	438,758	439,002	439,002
	人数	147	147	147
②介護老人保健施設	給付費	531,448	531,743	531,743
	人数	157	157	157
③介護医療院	給付費	135,654	135,729	135,729
	人数	31	31	31
④介護療養型医療施設	給付費	24,577	24,590	24,590
	人数	6	6	6

（単位：箇所、人）

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①介護老人福祉施設	施設数	1	1	1
	定員数	90	90	90
②介護老人保健施設	施設数	1	1	1
	定員数	100	100	100
③介護医療院	施設数	0	0	0
	定員数	0	0	0
④介護療養型医療施設	施設数	0	0	0
	定員数	0	0	0

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。介護予防訪問介護と介護予防通所介護は、平成29年度から地域支援事業の「訪問型サービス」と「通所型サービス」に移行されました。

【単位：千円（年間）、日・回・人（月間）】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①介護予防訪問入浴介護	給付費	0	0	0
	回数	0	0	0
	人数	0	0	0
②介護予防訪問看護	給付費	5,382	5,611	5,611
	回数	71	74	74
	人数	19	20	20
③介護予防訪問リハビリテーション	給付費	2,051	1,966	1,966
	回数	57	54	54
	人数	8	8	8
④介護予防居宅療養管理指導	給付費	205	205	205
	人数	4	4	4
⑤介護予防通所リハビリテーション	給付費	8,178	8,685	8,685
	人数	19	20	20
⑥介護予防短期入所生活介護	給付費	2,888	3,020	3,020
	日数	35	37	37
	人数	6	6	6
⑦介護予防短期入所療養介護	給付費	0	0	0
	日数	0	0	0
	人数	0	0	0
⑧介護予防特定施設入居者生活介護	給付費	1,460	1,460	1,460
	人数	2	2	2
⑨介護予防福祉用具貸与	給付費	7,353	7,409	7,484
	人数	107	108	109
⑩特定介護予防福祉用具購入	給付費	474	474	474
	人数	2	2	2
⑪介護予防住宅改修	給付費	1,751	1,751	1,751
	人数	2	2	2

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
⑫介護予防支援	給付費	6,230	6,340	6,393
	人数	117	119	120

（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。

【単位：千円（年間）、回・人（月間）】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
①介護予防認知症対応型通所介護	給付費	709	709	709
	回数	8	8	8
	人数	1	1	1
②介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費	1,229	1,229	1,229
	人数	2	2	2
③介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費	0	0	0
	人数	0	0	0

３　令和７年度（2025年度）及び令和22年度（2040年度）の推計値

令和７年度（2025年度）及び令和22年度（2040年度）の介護サービスの種類ごとの量の見込みは、以下のとおりとなります。

（１）居宅サービス

			令和7年度	令和22年度
訪問介護	介護	回/月	2,840	3,147
訪問入浴介護	介護	回/月	34	36
	予防	回/月	0	0
訪問看護	介護	回/月	190	203
	予防	回/月	74	74
訪問リハビリテーション	介護	回/月	183	191
	予防	回/月	54	61
居宅療養管理指導	介護	人/月	81	90
	予防	人/月	4	4
通所介護	介護	回/月	2,229	2,496
通所リハビリテーション	介護	回/月	838	941
	予防	人/月	20	20
短期入所生活介護	介護	日/月	795	903
	予防	日/月	37	37
短期入所療養介護	介護	日/月	24	24
	予防	日/月	0	0
特定施設入居者生活介護	介護	人/月	12	14
	予防	人/月	2	2
福祉用具貸与	介護	人/月	269	302
	予防	人/月	111	114
特定福祉用具購入	介護	人/月	4	4
	予防	人/月	2	2
住宅改修	介護	人/月	2	2
	予防	人/月	2	2
居宅介護支援		人/月	396	443
介護予防支援		人/月	122	126

（２）地域密着型サービス

			令和7年度	令和22年度
定期巡回･随時対応型訪問介護看護	介護	人/月	2	2
夜間対応型訪問介護	介護	人/月	0	0
認知症対応型通所介護	介護	回/月	36	36
	予防	回/月	8	8
小規模多機能型居宅介護	介護	人/月	28	31
	予防	人/月	2	3
認知症対応型共同生活介護	介護	人/月	72	82
	予防	人/月	0	0
地域密着型特定施設入居者生活介護	介護	人/月	0	0
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	介護	人/月	31	34
看護小規模多機能型居宅介護	介護	人/月	0	0
地域密着型通所介護	介護	人/月	3	3

（３）施設サービス

		令和7年度	令和22年度
介護老人福祉施設	人/月	167	186
介護老人保健施設	人/月	175	195
介護医療院	人/月	47	53
介護療養型医療施設	人/月		

４　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の特徴は、地域全体で高齢者の自立した生活を支援するための取り組みを推進し、地域活力を向上させることにあります。

介護予防・日常生活支援総合事業は、市町の判断により地域の実情に応じて、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、高齢者に対して、介護予防や生活支援サービス等を総合的に提供することができる事業です。

事業名	令和３年度	令和４年度	令和５年度
介護予防・生活支援サービス事業			
訪問型サービス			
訪問介護	延240人	延264人	延276人
通所型サービス			
通所介護	延1,272人	延1,284人	延1,296人
短期集中通所型サービス（あしこし元気アップ教室）	実8人	実10人	実10人
短期集中訪問・通所一体型サービス（スーパー元気アップ塾）	実10人	実15人	実15人
介護予防ケアマネジメント	延1,080人	延1,120人	延1,150人
一般介護予防事業			
介護予防普及啓発事業			
介護予防講座	20回 延400人	30回 延600人	30回 延600人
地域介護予防活動支援事業			
地域つながりサロン	37か所	37か所	37か所
いきいき百歳体操	26か所	26か所	27か所
シルバーリハビリ体操教室	7か所	10か所	15か所
地域リハビリテーション活動支援事業			
シルバーリハビリ体操３級指導士養成講習会	－	1クール（全8回）	－
シルバーリハビリ体操３級指導士活動支援	全体連絡会3回 随時活動支援	全体連絡会3回 随時活動支援	全体連絡会3回 随時活動支援
いきいき百歳体操リハビリ支援	41回	41回	42回
介護予防・日常生活支援総合事業費用額	55,905,000円	58,576,000円	56,611,000円

（２）包括的支援事業

地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援するための事業です。

事業名	令和３年度	令和４年度	令和５年度
総合相談業務			
相談支援	延1,500件	延1,550件	延1,600件
権利擁護業務			
高齢者虐待防止			
相談窓口の周知（広報掲載）	1回	1回	1回
高齢者虐待相談件数	8件	10件	12件
研修会	1回	1回	1回
成年後見制度の普及・利用促進			
相談窓口の周知（広報掲載）	1回	1回	1回
成年後見制度相談件数	3件	4件	5件
権利擁護連絡会	2回	3回	3回
研修会	1回	1回	1回
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務			
地域包括支援センター運営協議会	1回	1回	1回
介護保険サービス事業所連絡会・研修会	2回	3回	3回
居宅介護支援事業所連絡会・研修会	3回	3回	3回
介護支援専門員への個別支援	延130件	延130件	延130件
在宅医療・介護連携の推進			
在宅医療・介護連携推進協議会	2回	2回	2回
多職種研修会・事例検討	8回	8回	8回
相談窓口の設置	1か所	1か所	1か所
生活支援体制整備			
生活支援コーディネーターの設置	2人（兼任）	2人（兼任）	2人（兼任）
協議体会議（関係団体との連絡会）	2回	3回	3回
地域福祉座談会	2回	5回	6回
認知症施策の推進			
認知症初期集中支援チームによる支援	4回	5回	6回
認知症地域支援推進員の配置	4人	4人	4人
認知症カフェの開設・運営支援	4か所	4か所	4か所
高齢者等安心ネットワーク事業	事前登録　15人 協力機関　30か所	事前登録　15人 協力機関　40か所	事前登録　15人 協力機関　50か所
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）	24件	24件	24件
地域ケア会議（地域ケア個別会議）	2件	3件	3件

（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。

事業名	令和３年度	令和４年度	令和５年度
介護給付費適正化事業			
認定調査状況チェック	全数	全数	全数
ケアプランの点検	2事業所	2事業所	2事業所
住宅改修の点検	全数	全数	全数
福祉用具・貸与調査	5件	5件	5件
医療情報との突合・縦覧点検	全数	全数	全数
介護給付費通知	3回	3回	3回
家族支援事業			
家族介護者教室及び交流会	7回	7回	7回
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）	6人	7人	8人
介護用品券支給事業	135人	140人	145人
その他			
成年後見制度利用支援事業			
町長申立て	2件	3件	3件
報酬助成	2件	2件	2件
認知症サポーター養成講座			
認知症サポーター養成講座	一般向け　3回 小学校　3回	一般向け　3回 小学校　3回	一般向け　3回 小学校　3回
認知症サポーター養成数	300人	300人	300人
認知症サポーター累計	2,897人	3,197人	3,497人
認知症サポーターフォローアップ講座	1回	1回	1回
地域自立生活支援事業			
「食」の自立支援事業 （見守り配食サービス）	延2,250食	延2,270食	延2,290食
高齢者見守りコール事業	延320回	延340回	延360回
包括的支援事業・任意事業費用額	40,393,000円	40,393,000円	40,393,000円
地域支援事業合計	96,298,000円	98,969,000円	97,004,000円

（４）地域支援事業費の見込量

これまでの事業実績や、新たに地域支援事業に組み込まれた事業の移行などを勘案して見込んでいます。

（単位：円）

事業名	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	55,905,000	58,576,000	56,611,000
包括的支援事業及び任意事業費	40,393,000	40,393,000	40,393,000
合　計	96,298,000	98,969,000	97,004,000

（５）令和７年度(2025年度)及び令和22年度(2040年度)の地域支援事業費の推計値

（単位：円）

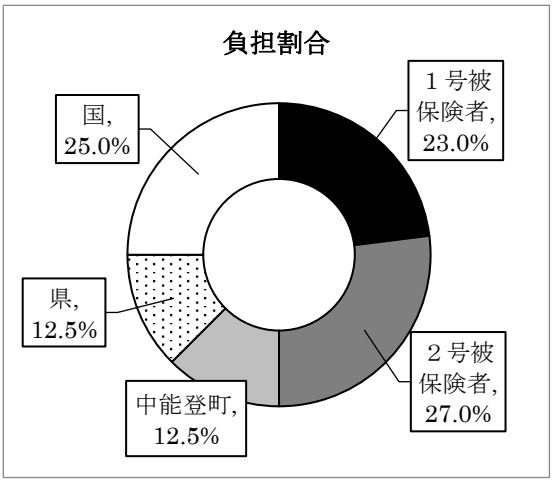
事業名	令和7年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	52,451,538	44,001,786
包括的支援事業及び任意事業費	36,757,770	33,566,856
合　計	89,209,308	77,568,642

５　第１号被保険者の保険料の設定

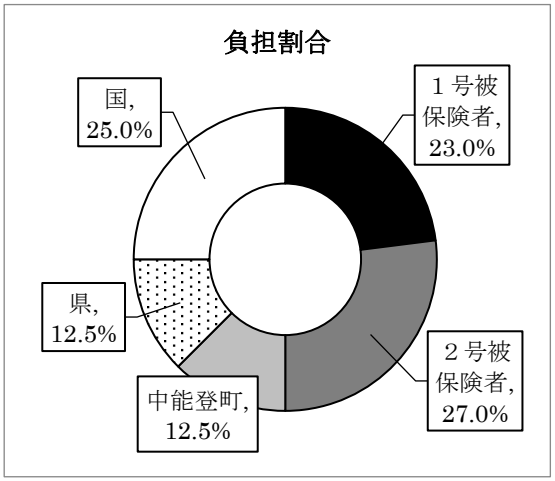
（１）介護保険給付費の財源

介護保険サービスを利用した場合、原則として介護費用の１～３割を利用者が負担し、残りは介護保険から給付されます。この介護保険給付に必要な費用の財源は、半分を国、県、町が負担し、残り半分を65歳以上の保険料（第１号被保険者）と、40歳～64歳までの保険料（第２号被保険者）が負担する保険料で賄うことになっています。また、地域支援事業（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）に要する費用は以下のとおりの負担となっています。

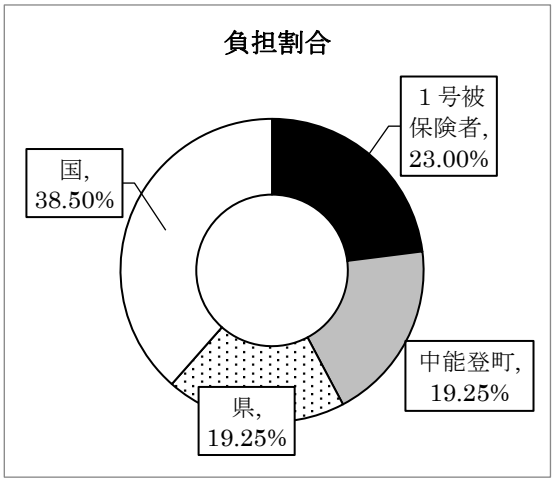
介護保険給付費の財源内訳



介護予防・日常生活支援総合事業の財源内訳



包括的支援事業・任意事業の財源内訳



（２）給付費

介護給付費等の見込みは、介護給付費（居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス、介護予防地域密着型サービスの総給付費）と特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、審査支払手数料のほか、地域支援事業に係る費用等を加えた額となります。

介護給付費等の見込み（令和３年度～令和５年度）

（単位：円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合　計
介護給付費　①	2,235,140,000	2,253,425,000	2,283,643,000	6,772,208,000
特定入所者介護サービス費等給付額　②	64,959,461	58,631,159	59,396,711	182,987,331
高額介護サービス費等給付額　③	38,488,221	38,664,399	39,163,294	116,315,914
高額医療合算介護サービス費等給付額　④	6,577,683	6,607,792	6,693,053	19,878,528
審査支払手数料　⑤	1,333,422	1,349,730	1,367,172	4,050,324
標準見込額　計　⑥　＝①～⑤	2,346,498,787	2,358,678,080	2,390,263,230	7,095,440,097
地域支援事業費　⑦	96,298,000	98,969,000	97,004,000	292,271,000
合　計　⑥＋⑦	2,442,796,787	2,457,647,080	2,487,267,230	7,387,711,097

（３）保険料の設定

第１号被保険者の保険料については、国の基準に合わせた９段階の保険料設定を行います。

第１号被保険者保険料の所得段階別区分

区分	対　象　者	負担割合
第１段階	生活保護受給者、世帯全員が町民税非課税の老齢福祉年金受給者、世帯全員が町民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	基準額×0.50 （×0.30）
第２段階	世帯全員が町民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	基準額×0.75 （×0.50）
第３段階	世帯全員が町民税非課税かつ本人年金収入 120 万円超	基準額×0.75 （×0.70）
第４段階	本人が町民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円以下	基準額×0.90
第５段階	本人が町民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円超	基準額×1.00
第６段階	本人が町民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	基準額×1.20
第７段階	本人が町民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	基準額×1.30
第８段階	本人が町民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	基準額×1.50
第９段階	本人が町民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	基準額×1.70

※第１段階から第３段階は、負担軽減措置により（　）内の割合になります。

（４）保険料の算定

第８期計画期間に見込まれる介護保険給付費を賄うことができるよう、第１号被保険者が負担する保険料収納必要額を算出します。第１号被保険者の保険料の算定は、負担率の23%（第７期と同じ）について、予定保険料収納率等を加味し、所得段階に応じた被保険者数により算出します。なお、第８期計画では、町の介護給付費準備基金から約7,400万円を取り崩し、保険料負担の軽減を図ります。

保険料基準額（月額）の算定

保険料収納必要額 （介護給付費準備基金投入後）	①	1,469,250,432 円
予定保険料収納率	②	99.5%
第１号被保険者数	③	19,227 人
保険料（年額）	④ ①÷②÷③	76,800 円
保険料基準額（月額）	⑤ ④÷12	**6,400 円**

（５）令和７年度（2025年度）及び令和22年度（2040年度）の保険料の推計値

保険料基準額（月額）	令和７年度	7,360 円
	令和 22 年度	9,839 円

資　料　編

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保健福祉計画(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)　議会議員
(2)　民生委員
(3)　医療機関代表
(4)　老人福祉及び保健施設の代表
(5)　各種団体の代表
(6)　関係行政機関の代表
(7)　町行政機関の代表
(8)　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、その職務を代理する。
(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、長寿介護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。

附　則

この告示は、平成 17 年 3 月 1 日から施行する。

附　則(平成 22 年 4 月 1 日告示第 42 号)

この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附　則(平成 27 年 4 月 1 日告示第 47 号)

この告示は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

２　中能登町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿

番号	選出区分	氏名	所属・役職名	備考
1	民生委員・児童委員会	高野　　渡	町民生委員児童委員協議会会長	
2	医療機関代表	安田　紀久雄	医師	
3		藤田　晋宏	医師	
4		堀江　一成	歯科医師	
5	老人福祉・保健施設代表	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		土屋　哲雄	町社会福祉協議会事務局長	
8	各種団体代表	米澤　敏雄	町区長会会長	
9		山本　有義	町老人クラブ連合会会長	
10		亀井　弘美	町女性協議会会長	
11	関係行政機関代表	板谷　玲子	能登中部保健福祉センター 企画調整課　主幹	
12	被保険者代表	表　　宏江	第１号被保険者	

３　策定経過

回	開催日	議　　件
令和２年		
	１月６日～20日	「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の実施
	７月６日～20日	「在宅介護実態調査」の実施
第１回	11月26日	・第８期介護保険事業計画等の概要について
第２回	12月24日	・介護サービス量の見込みと保険料について
令和３年		
	１月15日～29日	パブリックコメントの実施
第３回	２月10日	・第８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、医療・介護等における多職種で構成されています。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。

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、日常生活が自立している 65 歳以上の高齢者のこと。

運動器

立つ、歩くといった人間の体の動きを担う、筋肉・関節・骨・腱・靭帯・神経等の組織のことで、日常の生活を送る上で欠くことのできないもの。

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。

カ行

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。

ケアマネジャー（介護支援専門員）

利用者のニーズを把握し、利用者に対してのサービスを調整し、サービス内容と利用者の満足度を評価し、必要があればサービスを再構築していくケアマネジメントの実践者をいう。

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

社会福祉援助技術の一形態。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。

高齢者支援センター

介護保険法で定められた、地域包括支援センターが担う事業を行う。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。

サ行

社会福祉士

高齢者、身体障がい者、知的障がい者が日常生活を円滑に送ることができるように、助言、指導、そのほかの援助を行う社会福祉の専門職のこと。（社会福祉士及び介護福祉士法で位置付けられた国家資格）

主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）

地域包括支援センター業務の１つである包括的・継続的ケアマネジメントの支援（地域ケア支援事業）を担う人材として、一定以上の経験年数と所定の研修修了者に対し資格を付与することとされている。地域のケアマネジャーに対して支援困難事例への助言や技術向上に向けた指導、日常業務の相談などの業務に従事する。

シルバーリハビリ体操教室

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。

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

医療、介護、福祉等の多職種が協働して、高齢者個人に対する支援の充実や高齢者に対する支援とそれを支える社会基盤の整備を同時に進めるための会議。

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、又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

民生委員・児童委員の担当地区ごとに、地域の保健福祉活動者や参加を希望す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 2025 年を目途に、重度な要介護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後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つくり上げていく。

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 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

脳や身体の疾患を原因として、記憶・認識・判断・学習などの知的機能が低下し、自立した生活に支障が生じる状態のこと。

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。

認知症サポーター

認知症に関する正しい知識と理解をもち、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訴え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

加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされており、健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間を意味する。

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

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８期 介護保険事業計画

発行年月／令和３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