

第10次 能登町高齢者保健福祉計画
第9期 能登町介護保険事業計画



健康で心に豊かさを持てる人づくり

高齢者が元気に暮らせる
高齢者福祉の向上

令和6年3月
能登町

はじめに

令和6年1月1日に発生した能登半島地震により亡くなられた方々に深く哀悼の意を表するとともに、御遺族にお悔やみを申し上げます。また、被災された方々に心からお見舞いを申し上げます。また、個人の支援も含め、たくさんの支援物資、そして救急、救助、避難所運営等を行う職員の派遣など、思いやりと支え合いの心で多岐にわたる御支援をいただいていることに対し、心から感謝と御礼を申し上げます。

21世紀の超高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帯の理念に基づき、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして創設された介護保険制度は20年以上が経ち、介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超えており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきました。

総人口が減少に転じる中、高齢者数は今後も増加し、高齢化は進展していきます。能登町においては、平成28年度を境に高齢者数は減少していますが、高齢化率は増加しており、いわゆる団塊の世代全てが75歳以上（後期高齢者）となる令和7年には50%を超えるると推計されています。介護保険制度においてはその令和7年を見据え、制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を各地域の実情に応じて深化・推進してきたところです。

平成26年には、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律等に関する法律により、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療制度改革と一体的に、地域包括ケアシステムの構築及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、地域支援事業の充実、低所得者の保険料軽減の強化、予防給付のうち訪問介護及び通所介護の地域支援事業への移行、特別養護老人ホームへの新規入所者を原則要介護3以上の高齢者に限定すること及び所得・資産のある人の利用者負担の見直し等を一体的に行う介護保険制度の改革が行われたところです。

また、平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による自立支

援・重度化防止に向けた取組の推進、医療及び介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの介護保険制度の見直しが行われたところです。

令和7年が近づく中で、更にその先を展望すると、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年に向け、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢者人口がピークを迎えます。

75歳以上人口は令和37年まで増加傾向となっており、介護ニーズの高い85歳以上の人口は令和17年頃まで、75歳以上から85歳未満の人口を上回る勢いで増加し、令和42年頃まで増加傾向が見込まれます。また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっています。保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もありますが、都市部を中心に令和22年まで増え続ける保険者も多く、人口構成の変化や介護需要の動向は地域ごとに異なります。また、中山間地域等では、介護の資源が非常に脆弱な地域も存在します。

こうした各地域の中長期的な介護ニーズ等の状況に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備していくことが重要です。また、世帯主が高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加のほか、85歳以上人口の増加に伴い、認知症の人や認知機能が低下した高齢者の増加が見込まれる中で、地域で生活する高齢者等の意思決定支援や権利擁護の重要性が高まります。必要な介護サービス需要が変化することが想定される一方、生産年齢人口の急減に直面することを踏まえ、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や介護現場における生産性の向上の推進等が重要です。

こうした状況を踏まえ、中長期的な目標を示した上で、第9期（令和6年度から令和8年度まで）の「第9期介護保険事業計画・第10次高齢者保健福祉計画」の策定のための基本的事項を定めるとともに、地域の実情に応じた介護サービス等を提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるようにすることを目的とします。

この新たな計画のもと、高齢者が住み慣れた地域社会で積極的に活躍、社会参加し、地域全体で見守り、支援していく社会の実現を目指してまいりたく、町民の皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

最後になりますが、計画策定のため多大なご協力ご指導いただきました関係各位をはじめ、ご意見をお寄せいただきました皆様方に深く御礼申し上げます。

令和6年3月

能登町長 大森 凡世

目 次

第1章 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

【国が示す基本的事項】

1. 老人福祉事業の推進-----	1
①基本指針との関係	
②地域包括ケアシステムの推進に向けた基盤の整備	
③地域共生社会に向けた養護老人ホーム及び軽費老人ホームの整備	
④介護保険事業の対象外のサービスに係る事業	
⑤計画期間等	
⑥広域連合又は一部事務組合の構成市町村が 老人福祉計画を作成する際の留意事項	
⑦留意事項	
2. 地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現-----	3
①自立支援、介護予防・重症化予防の推進	
②介護給付等対象サービスの充実・強化	
③在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備	
④日常生活を支援する体制の整備	
⑤高齢者の住まいの安定的な確保	
3. 中長期的な目標-----	6
4. 医療計画との整合性の確保-----	7
5. 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと 地域ケア会議・生活支援体制整備の推進-----	7
6. 地域包括ケアシステムを支える人材の確保 及び介護現場の生産性の向上の推進等-----	8
7. 介護に取り組む家族等への支援の充実-----	10
8. 認知症施策の推進-----	10
①普及啓発・本人発信支援	
②予防	
③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	
④認知症バリアフリーの推進 ・若年性認知症の人への支援・社会参加支援	
⑤研究開発・産業促進・国際展開	
9. 高齢者虐待防止対策の推進-----	12
①高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化	
②養護者による高齢者虐待への対応強化	
③養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化	
10. 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進-----	12
11. 介護サービス情報の公表-----	13
12. 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等-----	13
13. 効果的・効率的な介護給付の推進-----	13
14. 都道府県による市町村支援並びに都道府県、市町村間 及び市町村相互間の連携-----	14

15. 介護保険制度の立案及び運用に関する	
	P D C Aサイクルの推進----- 15
16. 保険者機能強化推進交付金等の活用-----	15
17. 災害や感染症対策に係る体制整備-----	16

第10次高齢者保健福祉計画	
・第9期介護保険事業計画の基本理念及び目標-----	17

第2章 計画の策定に関する事項

I. 計画の作成に関する基本的事項-----	19
1. 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に 応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等----	19
2. 要介護者等の実態の把握等-----	21
(一) 能登町における被保険者の現状と見込み-----	21
(二) 老人福祉事業や保険給付、地域支援事業の実態把握と分析----	25
・老人福祉事業-----	26
・介護保険事業-----	28
・地域支援事業-----	33
(I) 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)-----	33
(1) 介護予防・生活支援サービス事業-----	33
(2) 一般介護予防事業-----	33
(II) 包括的支援事業-----	37
(III) 任意事業-----	40
(三) 調査の実施-----	45
(四) 地域ケア会議等における課題の検討-----	45
3. 介護保険事業計画の作成のための体制の整備-----	45
(1) 関係部局相互間の連携-----	46
(2) 介護保険事業計画等策定委員会等の開催-----	46
(3) 被保険者等の意見の反映-----	46
(4) 都道府県との連携-----	46
4. 中長期的な推計及び第9期の目標-----	47
(1) 中長期的な推計-----	47
(2) 第9期の目標-----	47
5. 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表-----	48
6. 日常生活圏域の設定-----	48
(1) 基本的な考え方-----	48
(2) 生活圏域ごとの特徴-----	48
7. 他の計画との関係-----	49
8. 計画期間と策定の時期、公表-----	50
・計画期間と策定の時期-----	50
・公表と地域包括ケアシステムの普及啓発-----	51
II. 計画の基本的記載事項-----	52

1. 日常生活圏域-----	52
2. 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み-----	53
(一) 各年度における老人福祉サービスの種類ごとの量の見込み-----	53
(二) 各年度における介護給付・予防給付対象サービスの種類ごとの量の見込み-----	55
・居宅サービス（介護予防サービス）の状況及び各年度の目標量-----	56
・地域密着型サービス（地域密着型介護予防サービス）の状況及び各年度の目標量-----	58
・施設サービスの状況及び各年度の目標量-----	59
・居宅介護支援・介護予防支援の状況及び各年度の目標量-----	60
・保険事業の健全な運営-----	60
・保健医療福祉施設の整備状況-----	61
3. 各年度における地域支援事業の量の見込み-----	62
(一) 各年度における介護予防	
・日常生活支援総合事業（総合事業）の量の見込み-----	64
（Ⅰ）介護予防・生活支援サービス事業-----	64
（Ⅱ）一般介護予防事業-----	65
(二) 包括的支援事業の事業量の見込み-----	67
(三) 任意事業の事業量の見込み-----	69
4. 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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若しくは悪化の予防及び介護給付の適正化への取組及び目標設定-----	71
(一) 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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若しくは悪化の防止への取組及び目標設定-----	71
《リハビリテーションサービス提供体制の構築について》-----	71
(二) 介護給付の適正化への取組及び目標設定-----	74
III. 計画の任意記載事項-----	76
1. 地域包括ケアシステムの深化・推進のため	
重点的に取り込むことが必要な事項-----	76
(一) 在宅医療・介護連携の推進-----	76
(二) 高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的な実施-----	77
(三) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進-----	77
(四) 地域ケア会議の推進-----	78
(五) 高齢者の居住安定に係る施策との連携-----	78
2. 各年度における介護給付費等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策-----	79

(一) 関係者の意見の反映-----	80
(二) 公募及び協議による事業者の指定-----	80
(三) 都道府県が行う事業者の指定への関与-----	80
3. 各年度における地域支援事業に要する費用の額 及びその見込量の確保のための方策-----	80
(一) 地域支援事業に要する費用の額-----	80
(二) 総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、 その他の生活支援サービスの種類ごとの 見込量確保のための方策-----	81
(三) 地域支援事業及び予防給付の実施による 介護予防の達成状況の点検及び評価-----	81
(四) 総合事業の実施状況の調査、分析及び評価-----	81
4. 地域包括ケアシステムを支える人材の確保 及び介護現場の生産性の向上の推進等-----	81
5. 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の 円滑な提供を図るための事業等に関する事項-----	84
(一) 介護給付等対象サービス-----	84
(二) 総合事業-----	85
(三) 地域包括支援センターの設置、 適切な運営及び評価並びに体制の強化-----	86
(四) 高齢者虐待防止対策の推進-----	87
6. 認知症施策の推進-----	88
(一) 普及啓発・本人発信支援-----	88
(二) 予防-----	88
(三) 医療・ケア・介護サービス・介護者等への支援-----	89
(四) 認知症バリアフリーの推進 ・若年性認知症の人への支援・社会参加支援-----	89
7. 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない 有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の 入居定員総数-----	90
8. 地域包括支援センター及び 生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項-----	90
9. 独自事業に関する事項-----	91
(一) 保健福祉事業に関する事項-----	91
(二) 特別給付に関する事項-----	91
(三) 一般会計に関する事項-----	91
10. 災害に対する備えの検討-----	91
11. 感染症に対する備えの検討-----	92
12. 介護保険制度改正に関する事項について-----	93
能登町日常生活圏ニーズ調査の集計結果 及び在宅介護実態調査の集計結果について-----	94

第1章

サービス提供体制の確保
及び事業実施に関する基本的事項

第1章 サービス提供体制の確保

及び事業実施に関する基本的事項

【国が示す基本的事項】

1. 老人福祉事業の推進

高齢者が、介護が必要になっても、住み慣れた地域や住まいで尊厳ある自立した生活を送ることができるよう、質の高い保健医療・福祉サービスの確保、将来にわたって安定した介護保険制度の確立などに取り組んでいます。

安心して暮らせるよう自立と安心のためのサービスを推進します。

①基本指針との関係

市町村老人福祉計画及び都道府県老人福祉計画は、法に規定されているとおり、基本指針に即して定められる介護保険事業（支援）計画と一体ものとして作成されるものであることから、介護保険法に規定されている事項については基本指針を参考として策定することとします。

②地域包括ケアシステムの推進に向けた基盤の整備

（「2. 地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現」に記載しています。）

③地域共生社会に向けた養護老人ホーム

及び軽費老人ホームの整備・運営

(1) 共通事項

今後、独居の困窮者・高齢者等の増加が見込まれる中であって、住まいをいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持の観点に加え、地域共生社会の実現の観点からも非常に重要な課題です。特に居宅での生活が困難な低所得の老人等に対する受け皿として、措置施設である養護老人ホーム及び無料又は低額な料金で老人を入所させる軽費老人ホームが、居住及び生活の支援の機能を果たすことが求められます。

さらに、今後、養護老人ホーム及び軽費老人ホームは、これらの施設が有する専門的支援機能を強化し、入所者はもとより地域で暮らす老人等も対象として社会生活上の課題解決を支援するとともに、関係者との強力な連携のもとで地域福祉を推進していくことが期待されることから、都道府県又は市町村の実情に応じて、各施設サービス量の見込みを定める必要があります。

その際は、法第20条の8第6項の規定に基づき、市町村は、当該市町村の区域における身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障がある老人の人数、その障害の状況、その養護の実態その他の事情を勘案して、サービス量を見込むよう留意する必要があります。また、運営費については一般財源化されており、各施設がその役割を十分に果たしていくためには、地方財政による継続的な支援が不可欠であることから、適時適切な財政支援を行うよう留意が必要です。

(2) 養護老人ホーム

養護老人ホームについては、

- ①入所者の自立支援及び社会参加を促進し、住み慣れた地域に戻り自立した生活を送ることが可能な者に対する環境調整を行うこと
- ②地域で生活を送る老人等の社会生活上の課題を解決するため、アウトリーチを積極的に実施し、必要な支援を行うこと
- ③地域に戻って自立した生活を送ることが困難な入所者に対する質の高い個別的及び

継続的な伴走型の支援を提供すること
等が期待されるところです。

また、高齢化の進展に伴い、生活困窮及び社会的孤立の問題等が顕在化しており、今後、介護ニーズ以外の面で生活の問題を抱える老人が増加することが見込まれる中で、養護老人ホーム以外の施策では十分な対応が難しい高齢者も増加することが見込まれるところ、養護老人ホームの果たすべき役割は重要性を増していることから、必要な定員を確保する必要があります。

なお、養護老人ホームについては、一定の要件の下、居住に困難を抱える高齢者等の契約入所を認める取扱いを行っているところであり、柔軟な取扱いを促進することが考えられます。

(3) 軽費老人ホーム

軽費老人ホームについては、法制定時から存続するA型に続き、B型及びケアハウスが制度化され、職員配置及び居室等の基準が異なる三類型が併存してきたところですが、平成20年にこれら三類型はケアハウスに統一されています。このため、既存のA型及びB型（軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成20年厚生労働省令第107号）附則第2条において経過の軽費老人ホームとして規定。）については、建て替えの機会等に円滑にケアハウスに移行していくことが必要です。

また、養護老人ホームの入所者が地域に戻って生活する受け皿を確保する上で、小規模なケアハウスが整備されることも必要です。さらに、日常生活及び介護に不安を抱く低所得の高齢単身世帯等が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むためには、住宅及び生活支援サービス等が組み合わせられた形での支援機能の確保の観点からも軽費老人ホームの担う役割が重要となってくることから、必要な定員を確保する必要があります。

④介護保険事業の対象外のサービスに係る事業

老人福祉計画には、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び在宅介護支援センターについて、参酌すべき標準を参考に、事業量の目標を盛り込む必要があります。

⑤計画期間等

第9期介護保険事業計画と一体のものとして作成される必要があることから、計画期間は第9期介護保険事業計画と同一とし、令和6年度からの3年間の計画とすることが適当です。したがって、見直しは、令和5年度中に終える必要があります。

なお、市町村老人福祉計画は市町村地域福祉計画（社会福祉法第107条に規定する市町村地域福祉計画をいう。以下同じ。）と、都道府県老人福祉計画は都道府県地域福祉支援計画（社会福祉法第108条に規定する都道府県地域福祉支援計画をいう。以下同じ。）と調和が保たれたものとし、市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画は、地域における高齢者、障害者、児童及びその他の福祉に関し、共通して取り組むべき事項を定める計画として位置づけられていることに留意することが重要です。

⑥広域連合又は一部事務組合の構成市町村が

老人福祉計画を作成する際の留意事項

広域連合又は一部事務組合を構成する市町村が市町村ごとに老人福祉計画を作成する場合、老人福祉計画における介護保険事業に位置づけのある事項については、その所属する広域連合又は一部事務組合が作成する介護保険事業計画との一体性が保たれ

たものとする必要があります。

⑦留意事項

(1) 市町村は市町村老人福祉計画を作成したときは、遅滞なく、これを都道府県知事に、都道府県は都道府県老人福祉計画を作成したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するほか、公表については、介護保険事業（支援）計画と同様に取り扱うこととします。

(2) 老人福祉計画は、その実施状況を毎年点検し、評価することとする。また、介護保険事業計画の見直しと併せ、3年ごとに老人福祉計画の見直しを行います。

2. 地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現

保険者は、介護保険法の基本的理念を踏まえ、次に掲げる点に配慮して、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を図り、地域の実情に応じて、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムの構築に努めることが重要です。

また、今後高齢化が一層進む中で、地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものあるとともに、すべての人が地域、暮らし、生きを共に創り、高め合う地域共生社会の実現が地域包括ケアシステムの目指す方向です。

こうして地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により社会福祉法が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備することが市町村の努力義務とされたところです。

これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきましたが、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律においては、令和22年を見据えて、また、地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われたところです。

これまでも各自治体において、地域共生社会の実現に向け、介護保険制度における地域包括ケアシステムの基盤を活かした取組が進められており、今後は包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて医療と介護の連携強化や医療・介護の情報基盤の一体的な整備による地域包括ケアシステムの一層の推進や、保険者機能を一層発揮しながら、地域の自主性や主体性に基づき、介護予防や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域の実情に応じて取組をデザインする、いわば「地域デザイン機能」を強化し、地域共生社会の実現を図っていくことが必要です。

①自立支援、介護予防・重症化予防の推進

介護保険制度は、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を図ることが重要です。このため、住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する普及啓発、介護予防の通いの場の充実、リハビリテーション専門職等との連携や口腔機能向上や低栄養防止に係る活動の推進、地域ケア会議の多職種連携による取組の推進、地域包括支援センターの強化、介護サービス提供時間中の有償での取組も含めたボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加や生きがいづくりの促進など、地域の実態や状況に応じた様々な取組を行うことが重要です。特に、高齢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若しくは悪化の防止の推進に当たっては、機能回復訓練等的高齢者へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要です。

このような効果的なアプローチを実践するため、地域における保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与を得ながら、高齢者の自立支援に資する取組を推進することで、要介護状態等になっても、高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現を目指すことが重要です。その際には、多様なサービスである短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し進めることが重要です。また、効果的・効率的な取組となるよう、令和2年の法改正も踏まえた地域支援事業等に関するデータやアウトカム指標含む評価指標を活用するとともに、好事例について横展開を図りながら、PDCAサイクルに沿って取組を進めることが重要です。

なお、介護予防を進めるに当たっては、高齢者の心身の状態が自立、フレイル、要支援、要介護、またその状態が可変であるというように、連続的に捉え支援するという考えに立って行われることも重要です。加えて、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律による改正後の介護保険法等に基づき、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることによって、疾病予防・重症化予防の促進を目指すことが重要です。さらに、要介護者等がその能力に応じ自立した日常生活を営むためには、要介護者等に対するリハビリテーションに係るサービスが計画的に提供されるよう取り組むことが重要です。

②介護給付等対象サービスの充実・強化

高齢者が要介護状態等となっても、自分の意思で自分らしい生活を営むことを可能とする「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」を確立することが重要です。そのために、認知症の人や高齢者が環境変化の影響を受けやすいことに留意し、これらの者が要介護状態等となっても、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう指定地域密着型サービス等のサービスの提供や在宅と施設の連携等、地域における継続的な支援体制の整備を図ることが重要です。その際、在宅における重度の要介護者、医療ニーズの高い中重度の要介護者、単身又は夫婦のみの高齢者世帯及び認知症の人の増加、働きながら要介護者等を在宅で介護している家族等の就労継続や負担軽減の必要性等を踏まえ、高齢者の日常生活全般を毎日複数回の柔軟なサービス提供により支えることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及を図るために、要介

護者等をはじめ地域の住民やサービス事業所等を含めた地域全体に対して理解を図っていくことが重要です。

また、居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要です。さらに、施設に入所する場合も、施設での生活を居宅での生活に近いものとし、高齢者の意思及び自己決定を最大限尊重することが重要です。さらに、施設に入所する場合も、施設での生活を居宅での生活に近いものとし、高齢者の意思及び自己決定を最大限尊重することが重要です。加えて、介護老人福祉施設等の介護保険施設において、入所者の医療ニーズに適切に対応することが重要です。また、介護老人福祉施設において、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある方が、要介護1・2であっても適切に入所できるようにする観点から、そうした方の入所も含めてサービスの量の見込みを定めることや、入所の可否を判断する際、入所の必要性を適切に判断することが重要です。

③在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を

図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要です。

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図ることが重要です。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士若しくは作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士又は歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が、主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要です。

その際には、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にするとともに、取組を総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要です。また、市町村でPDCAサイクルに沿った事業展開を行えるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要です。

④日常生活を支援する体制の整備

単身又は夫婦のみの高齢者世帯、認知症の人の増加に対応し、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援を含む日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援・介護予防サービスを整備していくために、市町村が中心となって、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等を通じ、

介護給付等対象サービス及び地域支援事業等の公的なサービスのほか、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援・介護予防サービスを担う事業主体の支援、協働体制の充実・強化を図ることが重要です。

平成26年の法改正では、要支援者等の多様な生活支援ニーズに対応するため、平成30年4月より全ての介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）へ移行することとされました。

総合事業の充実化については、第九期介護保険事業計画期間中に集中的に取り組むことが重要であり、地域共生社会の実現という観点からも、総合事業の多様なサービス等において地域住民の主体的な参画を促進していくことが必要です。

その際、市町村においては、厚生労働大臣が定める指針等や好事例の提供等を参考に、地域支援事業の活用はもちろんのこと、市町村が行う一般施策等も併せながら積極的に必要な体制の整備に取り組むことが重要です。また、令和3年度以降、市町村が必要と認める居宅要介護被保険者について総合事業の利用が可能となること及び総合事業のサービス単価について国の定める額を勘案して市町村において定めることとなったことにも留意が必要です。

⑤高齢者の住まいの安定的な確保

今後、独居の困窮者・高齢者等の増加が見込まれる中であって、住まいをいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持の観点に加え、地域共生社会の実現の観点からも非常に重要な課題です。また、地域においてそれぞれの生活のニーズにあった住まいが提供され、かつ、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されることが、保健、医療、介護等のサービスが提供される前提となるため、個人において確保する持家としての住宅や賃貸住宅に加えて、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいが、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保するとともに、これらの住まいにおける入居者が安心して暮らすことができるよう、必要に応じて住宅政策を所管する部局と連携し、供給目標等を定めるとともに、都道府県は適確な指導監督を行うよう努めることが重要です。

また、生活困窮者や社会的に孤立する高齢者等多様な生活課題を抱える高齢者に対応できるよう、養護老人ホームや軽費老人ホームについて、地域の実情に応じて、サービス量の見込みを定めることが重要です。さらに、居住支援協議会等の場も活用しながら、生活に困難を抱えた高齢者等に対する住まいの確保と生活の一体的な支援の取組を推進することや、低廉な家賃の住まいを活用した高齢者の居住の確保を図ることが重要です。

また、今後、高齢者人口や人口構成の変化に伴い地域ごとに介護需要も異なってくることから、医療及び介護の提供体制の整備を、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域ごとの将来の姿や課題を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要です。その際には、町内会や自治会等の活動を基盤とした既存のコミュニティを再構築していくことはもとより、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の活用や、NPO、ボランティア団体、民間事業者等の地域の様々な活動主体との協力によって、地域包括ケアシステムを構築していくことが重要です。

3. 中長期的な目標

高齢者の自立と尊厳を支えるケアを実現するため、令和7年までの間に、各地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することを目標として、介護給付等対象サービスの充実を図るとともに、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策や生活支援サ

サービスの充実等地域包括ケアシステムの構築に向けた方策に取り組むことが重要です。

また、令和22年頃には、生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢者人口がピークを迎えます。75以上人口は令和37年まで概ね増加傾向となっており、介護ニーズの高い85歳以上人口は令和17年頃まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和42年頃まで増加傾向が見込まれます。また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっています。

保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もありますが、都市部を中心に令和22年まで増え続ける保険者も多く、人口構成の変化や介護需要の動向は地域ごとに異なります。また、中山間地域等では、介護の資源が非常に脆弱な地域も存在します。こうした各地域の中長期的な介護ニーズ等の状況に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備していくことが重要です。

さらに、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくため、既存施設や事業所の今後の在り方を含めて検討することが重要であります。加えて、世帯主が高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加のほか、85歳以上人口の増加に伴い、認知症の人や認知機能が低下した高齢者の増加が見込まれる中で、地域で生活する高齢者等の意思決定支援や権利擁護の重要性が高まります。

必要な介護サービス需要が変化することが想定される一方、生産年齢人口の急減に直面することを踏まえ、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や介護現場における生産性の向上の推進等が重要です。

このため、第6期（平成27年度から平成29年度まで）以降の市町村介護保険事業計画を地域包括ケア計画として位置付け、各計画期間を通じて地域包括ケアシステムを深化・推進するとともに、令和22年等の中長期を見据え介護サービス基盤を計画的に整備することとし、第8期（令和3年度から令和5年度まで）の達成状況の検証を踏まえた上で、第9期の位置付け及び第9期期間中に目指すべき姿を具体的に明らかにしながら目標を設定し、取組を進めることが重要です。

4. 医療計画との整合性の確保

平成30年度以降、市町村介護保険事業計画、都道府県介護保険事業支援計画及び医療計画の作成・見直しのサイクルが一致することとなりました。病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築並びに在宅医療・介護の充実等地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、これらの計画の整合性を確保することが重要です。このため、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を開催し、より緊密な連携が図られるような体制整備を図っていくことが重要である。

当該協議の場においては、例えば、各都道府県において地域医療構想が策定され、医療法第30条の14に規定する地域医療構想調整会議において地域医療構想の達成の推進に関する協議が行われていることも踏まえつつ、病床の機能の分化及び連携に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性を確保することが重要であることから、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画において掲げる介護のサービスの見込量と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、必要な事項についての協議を行うことが重要です。

5. 地域包括ケアシステムの構築を進める

地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進

市町村は、介護保険事業の運営を核としながら、地域住民による多様な活動の展開を含む、地域における保健医療サービス及び福祉サービスを総合的に整備することが

重要です。このため、地域包括支援センターによる、①介護支援専門員個人だけでなく、地域住民やサービス事業所等に対して介護予防や自立支援に関する理解を促し、地域で適切なケアマネジメントが行われる環境を作ること、②地域ケア会議を開催することを通じて、市町村が、多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークの構築を進めることが重要です。

加えて、認知症高齢者の家族、ヤングケアラーなど家族介護者支援に取り組むことが重要です。更に、地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されることも踏まえ、高齢者だけでなく、経済的困窮者、単身・独居者、障害者、一人親家庭やこれらが複合したケースなどに対応するため、生活困窮分野、障害分野や児童福祉分野など他分野と連携促進を図っていくことが重要です。

このようなニーズに対応し適切にその役割を果たすために、地域包括支援センターにおける体制や環境の整備を進めることが重要です。さらに、また、高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）が中心となり、サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを市町村が進めていくことが重要です。

さらに、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要です。

こうして市町村を中心として、サービス提供者、多様な専門職や機関、地域住民等が地域の課題を共有し、資源開発、政策形成につなげ、情報通信技術（ICT）等の活用も図りつつ、地域づくりに取り組むことが重要です。

6. 地域包括ケアシステムを支える人材の確保

及び介護現場の生産性の向上の推進等

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、介護給付等対象サービス及び地域支援事業に携わる質の高い人材を、安定的に確保するための取組を講じていくことが重要です。加えて、少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、職場環境の改善等の取組を通じ、職員の負担軽減を図るとともに、ケアの充実等の介護サービスの質の向上へ繋げていくなどの生産性の向上の推進に取り組んでいくことが不可欠です。

このため、都道府県は広域的な立場から、市町村は保険者として地域で取組を進める立場から、必要な介護人材の確保のため、令和7年やその先の生産年齢人口の減少の加速等を見据えつつ、「介護離職ゼロ」の実現に向けた介護サービス基盤の整備に伴って必要となる人材の確保に向け、総合的な取組を推進することが重要です。

その際には、地域の関係者とともに、処遇改善や、若年層、中高年齢層、子育てを終えた層や他業種からの新規参入の促進、都道府県福祉人材センター等の活用等による多様な人材の参入促進、離職した介護福祉士等の届出制度も活用した潜在的有資格者等の復職・再就職支援、外国人介護人材の確保・受入れ・定着や介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備、離職防止・定着促進のための働きやすい環境の整備、介護の仕事の魅力向上・発信、キャリアパスや専門性の確立による資質の向上、介護現場における業務仕分けや課題に応じた介護ロボット・ICTの活用、高齢者や女性も含めた幅広い層の参入による業務改善（いわゆる介護助手の取組）、複数法人による協同組合の推進等による生産性の向上や介護現場の革新等に一体的に取り組むことが重要です。

また、都道府県は、広く域内の介護サービスの情報を把握できる立場にあることか

ら、介護現場の生産性の向上の取組は都道府県が主体となり、地域の実情を踏まえ、総合的かつ横断的に進めていくことが重要です。そのため、令和5年の法改正による改正後の法第5条においても都道府県は「介護サービスを提供する事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努めなければならない。」とされており、発信力のあるモデル施設・事業所を地域で育成し、周辺に取組を伝播させていくなど、自治体が主導し、地域全体で取組を推進していく必要があります。

具体的には、地域医療介護総合確保基金に基づく介護生産性向上推進総合事業によるワンストップ型の窓口の設置、介護現場革新のための協議会の設置といった取組が考えられます。また、認知症施策の総合的な推進に当たっては、「8.」に掲げる各施策の推進に必要な人材育成のための取組を進めることが重要です。加えて、ケアマネジメントの質の向上及び介護支援専門員の人材確保に取り組むことが重要です。

地域包括支援センターの職員については、人材確保が困難となっている現状を踏まえ、柔軟な職員配置と居宅介護支援事業所などの地域の拠点との連携を推進していくことが重要です。また、地域包括支援センターの適切な関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することに伴い、介護予防を居宅介護支援事業所と連携し推進していくことが重要です。さらに地域支援事業を充実させるため、地域において生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等の養成を進めることが重要です。

この場合、市町村においても、都道府県と連携しながら、生活支援等の支え手となるボランティア及びNPOの育成、市民後見人の育成、認知症サポーターの養成等、必要な施策に取り組むことが重要です。

その際、地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）におけるボランティア活動へのポイント付与や事務お助け隊（地域の支え合い・助け合い活動のための事務手続き等支援事業）等の事業の活用についても検討することが重要です。

生活支援等の担い手については、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）や協議体を中心となり、サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう元気高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを市町村が進めていくことが重要です。

加えて、生産年齢人口が減少する中においても、介護現場が地域における介護ニーズに応え、介護人材が利用者や家族からも感謝され、やりがいを持って働き続けられる環境作りを進めるためには、職場の良好な人間関係作りや、結婚や出産、子育てを経ても働ける環境整備を図ることが重要です。

また、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組を推進していくことが重要です。

介護現場における業務仕分けや、課題に応じた介護ロボットやICTの活用、元気高齢者を含めた介護人材の確保・定着、介護という仕事の魅力発信等の介護現場革新の取組について、地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備を図った上で、都道府県と市町村とが連携しながら関係者の協働の下進めるとともに、介護現場革新の取組の周知広報等を進め、介護現場のイメージを刷新していくことが重要です。

また、都道府県及び市町村において、医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築に向けた計画等の立案、評価等に携わる人材の育成を行っていくことも重要です。

業務の効率化の観点からは、介護現場におけるICTの活用を進めるとともに、介護分野の文書に係る負担軽減を図っていくことが重要であることから、指定申請や報酬請求等に係る国が示している標準様式と「電子申請・届出システム」の使用の基本原則化に向けて、令和5年3月に介護保険法施行規則等の改正を行い、令和8年3月までにその準備を完了することとされたところです。国、都道府県、市町村、関係団

体等がそれぞれの役割を果たしながら連携して介護事業者及び自治体の業務効率化に取り組むことが重要です。

加えて、介護人材確保が喫緊の課題とされる中で、介護サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用するため、介護サービス事業者の経営の協働化や大規模化も有効な手段の一つです。また、今後も高齢者の増加に伴う要介護認定申請件数の増加が見込まれることから、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために、各保険者において、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化を進めつつ、必要な体制を計画的に整備していくことが重要です。

7. 介護に取り組む家族等への支援の充実

介護保険制度が創設された大きな目的の一つは、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みを設けることで、家族による過度な介護負担を軽減することにあります。制度の創設とその後の介護サービスの充実に伴い、家族の負担は軽減された面もありますが、今なお、介護サービスを利用していない場合だけでなく利用している場合でも、多くの家族は何らかの心理的な負担感や孤立感を有しており、特に、認知症の人を介護している家族の場合にこの傾向が強いと言えます。また、一億総活躍社会の実現の観点から、①必要な介護サービスの確保を図るとともに、②家族の柔軟な働き方の確保、働く家族等に対する相談・支援の充実を図ることで、働く人が家族の介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、希望する者が働き続けられる社会の実現を目指すこととされています。

さらに、全世代型社会保障の構築を進める観点から、ヤングケアラーも含めた家庭における介護の負担軽減のための取組を進めることが重要です。こうした点を踏まえ、市町村で実施している家族介護支援事業、地域包括支援センターによる総合相談支援機能の活用、地域拠点が行う伴走型支援などの関係機関等による支援や、それらの連携を通じて、介護を必要とする高齢者のみならず、家族介護者を含めて支えていくための取組を進めていくことが重要です。

8. 認知症施策の推進

認知症施策については、これまで「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づき推進されてきましたが、今後認知症の人の数が増加することが見込まれていることから、さらに強力に施策を推進していくため、令和元年に認知症施策推進関係閣僚会議において認知症施策推進大綱がとりまとめられました。

認知症施策推進大綱の対象期間は令和7年までの6年間であり、令和4年は策定3年後の中間年であったことから、施策の進捗状況について中間評価が行われました。したがって、今後は、中間評価の結果を踏まえ、認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、次の①から⑤までに掲げる柱に沿って認知症施策を進めることが重要です。

また、これらの施策は認知症の人やその家族の意見も踏まえて推進することが重要です。

なお、令和5年通常国会で成立した共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行に向けては、国が今後策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて認知症施策を推進していく必要があることに留意しなければなりません。

①普及啓発・本人発信支援

認知症サポーターの養成等を通じた認知症に関する理解促進や相談先の周知、認知症の本人からの発信支援に取り組めます。

② 予防

認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、研究機関、医療機関、介護サービス事業者等と連携し、認知症の予防に関する調査研究を推進します。

認知症予防に関するエビデンスの収集・普及を進めます。認知症に関する正しい知識と理解に基づき、通いの場における活動の推進など、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を推進します。

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(1) 医療・ケア・介護サービス

認知機能低下のある人（軽度認知障害を含む）や認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上や連携の強化を推進します。

また、医療従事者の認知症対応力向上のための取組を推進します。さらに、診断後等の認知症の人やその家族に対する精神的支援や日常生活全般に関する支援等を推進します。

あわせて、認知症の人に対して、それぞれの状況に応じた適切な介護サービスを提供できるよう、介護サービス基盤整備や介護人材確保、介護従事者の認知症対応力向上のための取組を推進します。

(2) 介護者への支援

認知症の人の介護者の負担軽減や生活と介護の両立が図れるよう、認知症の人及びその介護者が集う認知症カフェ等の取組を推進します。

④ 認知症バリアフリーの推進

・ 若年性認知症の人への支援・社会参加支援

(1) 認知症バリアフリーの推進

生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進します。

また、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ等）の構築、成年後見制度の利用促進などを地域における支援体制の整備を推進します。日本認知症官民協議会における取組を踏まえた、官民が連携した認知症施策を推進します。

(2) 若年性認知症の人への支援

若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援を推進します。

(3) 社会参加支援

地域支援事業の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進します。

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

国が中心となって、地方公共団体と連携しながら、認知症の予防法やリハビリテーション、介護モデル等に関する調査研究の推進に努めます。また、産業界の認知症に関する取組の機運を高め、官民連携等に努めます。国際交流に努めます。

9. 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待については、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律が施行された平成18年度以降、増加傾向にあり、対策が急務となっています。このため、次に掲げる地方公共団体におけるPDCAサイクルを活用した高齢者虐待防止の体制整備が重要です。

① 高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化

(1) 広報・普及啓発

高齢者虐待の対応窓口となる部局（相談通報窓口）の住民への周知徹底、地方公共団体や地域包括支援センター等の関係者への虐待防止に資する研修の実施、虐待防止に関する制度等についての住民への啓発、介護事業者等へ的高齢者虐待防止法等についての周知、地方公共団体独自の対応マニュアル等の作成等を行います。

(2) ネットワーク構築

早期発見・見守り、保健医療及び福祉サービスの介入支援、関係機関介入支援等を図るためのネットワークを構築します。

(3) 庁内連携、行政機関連携

成年後見制度の市町村長申立て、警察署長に対する援助要請等並びに措置を採るために必要な居室の確保等に関する関係行政機関等との連携及び調整を図ります。

② 養護者による高齢者虐待への対応強化

適切な行政権限行使により、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導又は助言等を行い、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止へ取り組むことが重要です。また、養護者に該当しないものによる虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止にも取り組むことが重要です。

③ 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化

都道府県と市町村が協働して養介護施設従事者等による虐待の防止に取り組むことが重要です。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は、「教育知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」などとなっており、養介護施設等に対して、老人福祉法や法による権限を適切に行使し、養介護施設従事者等への教育研修や管理者等への適切な事業運営の確保を求めることが重要です。

また、令和3年度介護報酬改定によって、法に規定する介護サービス事業者においては、①虐待防止委員会の開催、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置が令和6年4月1日から義務化されるところであり、これらの事業者だけでなく、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等も含め、虐待防止対策を推進していくことが必要です。

10. 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築を見据えて、各自治体において、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等を行うことが重要です。

1 1. 介護サービス情報の公表

介護保険制度は、利用者の選択を基本としており、利用者の選択を通じてサービスの質の向上が進むことが期待されているため、介護サービス情報の公表制度は、利用者の選択を通じて介護保険のシステムが健全に機能するための基盤となるものです。

都道府県においては、厚生労働省が運用している介護サービス情報公表システムを通じて、各介護事業所・施設の介護サービス情報を公表しているが、介護サービス情報の公表制度が適切に実施されるよう、必要な人材の養成等の体制整備を図ることが重要です。

また、市町村においては、情報公表システムが、介護が必要になった場合に適切なタイミングで利用者やその家族等に認知されるよう、要介護認定及び要支援認定の結果通知書に情報公表システムのURLを記載する等周知していくとともに、地域包括ケアシステム構築の観点から、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続していくために有益な情報と考えられる地域包括支援センター及び配食や見守り等の生活支援・介護予防サービスの情報について主体的に情報収集した上で、情報公表システムを活用する等、情報公表に努めることが重要です。

あわせて、地域密着型サービスに係る事業者が、必要な報告の拒否等を行い、都道府県知事からその報告等を命ぜられたにもかかわらず、その命令に従わない場合、都道府県からの通知に基づいて、当該事業者の指定の取消し又は効力の停止等適切な対応を行うことが重要です。

また、利用者のサービスの選択の指標として、同時に、介護人材の確保に向けた取組の一環として、介護サービス情報の公表制度を活用し、離職率、勤務時間、シフト体制等といった介護従事者に関する情報の公表の推進に努めることが重要です。加えて、利用者の選択に資するという観点から、介護サービス事業者の財務状況を公表することが重要です。

1 2. 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等

介護サービス事業者の経営情報については、効率的かつ持続可能な介護サービス提供体制の構築に向けた政策の検討、物価上昇や新興感染症の影響等を踏まえた介護事業者への支援策の検討、分析結果をわかりやすく丁寧に情報提供することによる介護の置かれている現状・実態に対する国民の理解の促進等のために、定期的に収集及び把握することが重要であり、令和5年の法改正では、介護サービス事業者経営情報に関するデータベースを厚生労働大臣が整備することとされました。

都道府県においては、事業者から経営情報が適切に報告されるよう必要な対応を行うとともに、厚生労働省が運用する介護サービス事業者経営情報に関するデータベースを活用し、事業所又は施設ごとの収益及び費用等の情報を把握しつつ、地域において必要とされる介護サービスの確保に向けた取組を行うよう努めることが重要です。

また、市町村においては、指定地域密着型サービス又は指定地域密着型介護予防サービスに係る事業者が、必要な報告の拒否等を行い、都道府県知事からその報告等を命ぜられたにもかかわらず、その命令に従わない場合、都道府県からの通知に基づいて、当該事業者の指定の取消し又は効力の停止等適切な対応を行うことが重要です。

1 3. 効果的・効率的な介護給付の推進

令和7年等の中長期も見据えつつ、引き続き、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止を図ることが重要であり、質が高く必要なサービスを提供していくと同時に、財源と人材をより重点的・効率的に活用する仕組みを

構築することにより、介護保険制度の持続可能性を確保していくことが重要です。

効果的・効率的な介護給付を推進するためには、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことが重要であり、これにより適切なサービス提供の確保とその結果としての費用の効率化を通じた介護給付の適正化を図ることが、介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものであり、保険者である市町村及び都道府県におけるたゆまぬ努力が重要です。

都道府県は、市町村における介護給付の地域差について分析するとともに、市町村等の関係者から幅広く意見及び事情を聴取し、介護給付の適正化を推進するための方策を定めることが重要です。また、必要に応じて市町村との協議を行い、介護給付の不合理的な地域差の改善や介護給付適化事業の一層の推進に向けて市町村の支援に取り組むことが重要です。また、市町村は、地域の実情やこれまでの介護給付の適正化の取組を踏まえ、実施する具体的な取組の内容及び実施方法とその目標等を定めるとともに、都道府県国民健康保険団体連合会の適正化システム等を活用しながら、都道府県と協力して一層の推進に取り組むことが重要です。なお、このような観点も踏まえ、第9期からの調整交付金の算定に当たっては、第8期に引き続き、介護給付の適正化事業の取組状況を勘案することになっています。

1.4. 都道府県による市町村支援並びに都道府県、市町村間

及び市町村相互間の連携

都道府県は、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施に関する市町村の方針を尊重しながら、市町村への在宅医療・介護連携の推進や認知症施策、地域ケア会議の実施等地域包括ケアシステムの構築へ向けた取組の支援、広域的観点からの介護給付等対象サービス及び地域支援事業の需要の把握、地域密着型介護老人福祉施設又は指定介護老人福祉施設への入所を必要とする高齢者の状況の把握、療養病床を有する医療機関に入院している高齢者の実態及び療養病床を有する医療機関の介護保険施設等への転換の予定等に関する調査の実施、介護人材の確保や生産性向上の取組に関する市町村との連携や支援、複数の市町村による広域的取組に対する協力等により、市町村における介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施等を支援することが重要です。

平成29年の法改正では、市町村の保険者機能の強化を図るとともに、国と都道府県による重層的な支援を行うため、都道府県による市町村支援を法律上に位置付け、明確にしたところである。また、この一環として、市町村や都道府県の自立支援、重度化防止等に関する取組を評価指標の達成状況に応じて支援する交付金として保険者機能強化推進交付金を創設し、また、令和2年度からはさらに介護保険保険者努力支援交付金を創設してその拡充を図ったところです。

都道府県が市町村を支援するに当たっては、これら交付金の管内市町村に係る評価結果を活用し、小規模市町村をはじめ、市町村の取組状況を踏まえたきめ細かい支援を行い、地域全体の底上げを図っていくことが重要です。さらに、介護保険制度への信頼を維持していく観点からも、介護給付等対象サービスを提供する事業者について、利用者から良質な事業者が選択されるようにするとともに、悪質な事業者には厳格に対応していくことが必要であることから、事業者の指導監督等については、都道府県と保険者である市町村が十分に連携をして、対応していくことが重要です。

市町村相互間の連携に関しては、地域の資源を有効に活用するためにも、地域の実情に応じて、近隣の市町村と連携して在宅医療・介護連携や介護予防の推進、認知症

施策や生活支援・介護予防サービスの充実等地域包括ケアシステムの構築に取り組むとともに、要介護者等の実態に関する調査の共同実施、市町村介護保険事業計画の共同作成、介護給付等対象サービスの共同利用等の広域的取組を推進することが重要です。

その際、複数の市町村による広域的取組が各市町村の責任を不明確にしないよう留意することが重要です。

業務の効率化の取組においても都道府県による市町村支援並びに都道府県、市町村及び市町村相互間の連携が重要であり、好事例の展開や地域で共同した取組等により、介護現場におけるICTの活用等や介護分野の文書に係る負担軽減の取組等を進め、介護事業者及び自治体の業務効率化に取り組むことが重要です。

15. 介護保険制度の立案及び運用に関する

PDCAサイクルの推進

地域包括ケアシステムを深化・推進するためには、PDCAサイクルを活用して市町村の保険者機能及び都道府県の保険者支援の機能を強化していくことが重要です。このため、平成29年の法改正により、市町村及び都道府県が、地域課題を分析し、地域の実情に則して、高齢者の自立支援や重度化防止の取組に関する目標を計画に記載するとともに、目標に対する実績評価を行うこと及び評価結果を公表するよう努めることが定められました。あわせて、当該実績評価については、市町村は都道府県に結果を報告するとともに、都道府県は管内市町村に係る評価結果と併せて厚生労働大臣に結果を報告することとされました。

厚生労働省においては、こうした仕組みも活用し、報告された市町村及び都道府県における実績評価や、保険者機能強化推進交付金及び介護保険者保険者努力支援交付金の評価結果等も含む地方公共団体の取組状況の分析や好事例の横展開、地域包括ケアシステムの構築状況を点検するために有効なツールの提供やデータを有効活用するための環境整備を行うなど、PDCAサイクルを通じて、より効果的な市町村及び都道府県に対する支援策等を検討し、所要の措置を講ずることとします。都道府県においては、市町村における高齢者の自立支援や重度化防止の取組の地域差について、要因分析を行い、支援を確実に行うことが必要であり、市町村が目指すべきこと、取り組むべきことを示すとともに、小規模自治体をはじめ、市町村へのきめ細かい支援を行うことが重要です。

また、市町村による地域の実情に応じた介護保険事業計画の策定等に活用できるよう、厚生労働省は介護情報基盤の整備を進めることとします。

16. 保険者機能強化推進交付金等の活用

保険者機能強化推進交付金等は、保険者機能の強化を図る観点から、国が定める評価指標に基づき、市町村及び都道府県が行う様々な取組の評価を行い、その結果に応じて交付金を交付する仕組みです。保険者機能強化推進交付金等の創設以降、毎年度、市町村等が自らの取組の進捗を確認・検証するPDCAサイクルが定着してきています。

今後の高齢化の一層の進展を見据え、その実効性をより高めていくためには、市町村等における高齢者の自立支援、重度化防止等に係る取組の有無やその過程を評価するだけでなく、これらの取組の実施状況や成果などのアウトプット等も含めた評価を行いつつ、取組の進捗状況や、要介護認定率等のアウトカムとの関連性を明らかにしていくことが重要です。

こうした評価手法の改善や、その結果の一層の見える化等を通じ、市町村等において、取組に係る実態や課題把握、関係者への共有、検証、改善といったプロセスを確

立し、保険者機能の更なる強化につなげていくことが期待されます。

また、市町村等においては、保険者機能強化推進交付金等について、自らの取組に係る評価結果を踏まえつつ、課題の解決に向けた取組内容の改善や、取組内容の更なる充実等に活用していくことが重要です。

1 7. 災害や感染症対策に係る体制整備

近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、都道府県及び市町村においては、次の取組を行うことが重要です。

①介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練を実施すること、

②関係部局と連携して、介護事業所等における災害や感染症の発生時に必要な物資についての備蓄・調達・輸送体制をあらかじめ整備すること、

③都道府県、市町村、関係団体が連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築すること、

なお、平時からICTを活用した会議の実施等による業務のオンライン化を推進することは、災害・感染症対策としても重要です。加えて、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律等を踏まえ、高齢者施設等が感染症への適切な対応を行うことができるよう、介護保険担当部局も必要に応じて平時から関係部局・関係機関と連携することが重要です。

第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の基本理念及び目標

基本理念	基本目標	重点的取り組み
高齢者が元気に暮らせる高齢者福祉の向上	老人福祉事業の推進	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの充実
	地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現	<ul style="list-style-type: none"> 一般介護予防事業のPDCAサイクル促進や専門職・他の事業との連携の充実 居宅・地域密着型・施設サービスの充実 在宅医療と介護の連携 看取り、認知症関係の取組の強化 総合事業の弾力的な見直しの検討 住まいと生活の支援の充実
	中長期的な目標	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・健康づくりの強化 地域支援事業の実施 介護予防サービスの充実 地域包括ケア体制の充実 地域の保健医療福祉体制の整備・連携 自立生活への支援 生活支援・介護予防サービスの充実
	医療計画との整合性の確保	<ul style="list-style-type: none"> 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築 地域の創意工夫を生かせる仕組み 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進 限りある資源の効率的かつ効果的な活用 情報通信技術（ICT）の活用
	地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の生きがい活動の推進 生涯学習活動の利用推進 ボランティア活動の参加促進 就労に向けての支援 多様な専門職や機関等による地域づくりの推進
	地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等	<ul style="list-style-type: none"> 町内の事業所への就業促進 担い手の確保 地域包括支援センターの充実 介護サービス事業所との連携 継続可能な事業内容の見直し 介護サービスの質の確保 認定審査会の簡素化や認定事務の効率化
	介護に取り組む家族等への支援の充実	<ul style="list-style-type: none"> 介護に関する知識と技術の提供 課題の解決を検討する場の設置 認知症高齢者の見守りの推進 成年後見制度の利用促進 家族介護の継続推進

認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・普及啓発・本人発信支援 ・予防 ・医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 ・認知症バリアフリーの推進、 若年性認知症の人への支援・社会参加支援 ・研究開発・産業促進・国際展開
高齢者虐待防止対策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化 ・養護者による高齢者虐待への対応強化 ・養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化
介護現場の安全性の確保及び リスクマネジメントの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・事故情報の分析 ・介護現場に対する指導・支援
介護サービス情報の公表	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な情報提供の推進 ・情報公表システムの活用
介護サービス事業者経営情報の 調査及び分析等	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの確保に向けた取組の情報収集・把握
効果的・効率的な介護給付の 推進	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な介護認定と適正なサービス提供
県による町への支援や市町間 及び市町相互間の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体間の連携の充実 ・介護事業者及び自治体の業務効率化
介護保険制度の立案及び運用 に関するPDCAサイクルの 推進	<ul style="list-style-type: none"> ・事業適正化のためのデータ活用 ・PDCAサイクルを通じた 地域包括ケアシステムの構築状況の点検
保険者機能強化推進交付金・ 保険者努力支援交付金	<ul style="list-style-type: none"> ・交付金の活用の促進 ・課題解決に向けた取組内容の改善・充実
災害や感染症対策に係る体制 整備	<ul style="list-style-type: none"> ・各種災害ごとの防災計画の見直し ・支援・応援体制の構築 ・体制整備や備蓄の量の確保 ・平時からの関係部局・関係機関との連携 ・迅速な情報把握

第2章

計画の策定に関する事項

I. 計画の作成に関する基本的事項

第2章 計画の策定に関する事項

I. 計画の作成に関する基本的事項

1. 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた

特色の明確化、施策の達成状況の評価等

～ 基本理念 ～

高齢社会が進行していく中で、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる地域共生社会の構築が必要です。実現させるためにはその理念や考え方を踏まえた包括的な支援体制の整備や具体的な取り組みが重要です。

高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り住み慣れた地域において自立した日常生活を営むことができるようにすることは重要な目的ですが、もちろんこうした中、高齢者をはじめとする意欲のある方々が社会で役割を持って活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めることが必要です。その前提として、介護保険制度としても、特に介護予防・健康づくりの取組の強化及び健康寿命の延伸を図ることが求められています。

「第2次能登町総合計画」では、『健康で心に豊かさを持てる人づくり』を健康・福祉分野の基本方針として、これからの高齢者施策の基本的な考え方と方針を明示しています。元気な高齢者が地域社会で活躍できるよう、就職やボランティアなどの生きがい活動を進め、既存施設の活用や、趣味のクラブでの活動を推奨することで日頃からの交流を促します。

令和6年度介護報酬改定に向けては、介護給付分科会において、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点と合わせ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進」「介護人材の確保と介護現場の生産性の向上」「制度の安定性・持続可能性の確保」について議論されたところです。

これらを踏まえ、本計画では、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる令和7年までに各地域の実情に応じた、すべての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現が地域包括ケアシステムの目指す方向であり、その構築を目指し、さらには団塊ジュニア世代が65歳を迎える令和22年、全国的に見て75歳以上人口の増加が続く令和37年、さらに介護ニーズが高い85歳以上人口の増加が続く令和42年までを見据えたサービス、人的基盤整備を行うことが重要です。それを踏まえた上で、第9期計画の位置付けや具体的目標を定めることとします。

高齢者が元気に暮らせる
高齢者福祉の向上

能登町の高齢者を支えるしくみ（イメージ）

基 本 目 標

<p>元気な 高齢者</p>	<p>地域に生きる一人ひとりが尊重され、 社会とつながること、その生きる力や可能性を 最大限に発揮できる地域共生社会を実現します</p>	<p>介護予防をすすめます</p>	<p>社会参加と生きがいづくりを支援します</p>	<p>介護サービスの充実をすすめます</p>	<p>自立と安心のためのサービスを提供します</p>	<p>認知症の発症を遅らせ、 認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせるようにします</p>	<p>支え合いのしくみづくりをすすめます</p>
<p>虚弱（フレイル） 高齢者</p>							
<p>事業対象者 要支援1 要支援2</p>							
<p>要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p>							

2. 要介護者等の実態の把握等

・令和22（2040）年までの保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もある一方、都市部を中心に令和22年まで増え続ける保険者も多いことから、こうした状況を見据え、各市町村における中長期的な人口構造の変化等を勘案して見込んだ中長期的な介護ニーズの見通し等について、介護サービス事業者を含め、地域の関係者と共有し、介護サービス基盤整備の在り方を議論することが重要であり、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくため、既存施設や事業所の今後の在り方を含めて検討することが重要です。

また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、市町村の医療部局や都道府県とも連携し、地域における医療ニーズの変化について把握・分析することが重要です。

さらに、市町村介護保険事業計画の策定に当たり、住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意することが重要であり、市町村と後期高齢者医療広域連合等が連携して行う高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施など、医療及び介護を効果的かつ効率的に提供するための取組等を計画に定めるよう努めることが重要です。

（一）能登町における被保険者の現状と見込み

・人口の推移と高齢化率

本町の総人口は、令和5年では15,289人となり、平成17年の23,448人と比較すると、18年間で8,159人の減少となっています。

高齢者人口は令和6年以降も減少が見込まれますが、高齢化率・後期高齢化率は年々増加し、いわゆる「団塊の世代」が75歳を迎える令和7（2025）年には高齢化率が51.3%になると推計されます。さらには「団塊ジュニア世代」が65歳を迎える令和22（2040）年には高齢化率が54.5%になると推計されます。令和42（2060）年には75歳以上人口は総人口の2人に1人以上となります。

[表1] 総人口・高齢者人口の推移 (各年10月1日基準 単位：人)

	総人口		65歳以上人口		75歳以上人口	
	人数	伸び率	人数	伸び率	人数	伸び率
平成17年	23,448	100.0%	7,697	100.0%	3,808	100.0%
平成20年	21,942	93.2%	7,872	102.3%	4,313	113.3%
平成23年	20,586	87.8%	7,735	100.5%	4,619	121.3%
平成26年	19,332	82.4%	8,103	105.3%	4,528	118.9%
平成29年	17,928	76.5%	8,042	104.5%	4,480	117.6%
令和2年	16,597	70.8%	7,962	103.4%	4,399	115.5%
令和5年	15,289	65.2%	7,644	99.3%	4,498	118.1%

*伸び率は平成17年に対する割合

【住民基本台帳】

[表 2] 将来人口の推計 (各年10月1日基準 単位:人)

	総人口	40歳以上人口	65歳以上人口		75歳以上人口	
			高齢化率	後期高齢者率		
平成27年	18,823	13,870	8,078	43.0%	4,492	23.9%
平成28年	18,396	13,672	8,069	43.9%	4,451	24.2%
平成29年	17,985	13,453	8,030	44.6%	4,471	24.9%
平成30年	17,494	13,223	8,010	45.8%	4,483	25.6%
令和元年	17,060	12,982	7,980	46.8%	4,468	26.2%
令和2年	16,597	12,811	7,962	48.0%	4,399	26.5%
令和3年	16,165	12,530	7,900	48.9%	4,301	26.6%
令和4年	15,741	12,247	7,777	49.4%	4,398	27.9%
令和5年	15,289	11,958	7,644	50.0%	4,498	29.4%
令和7年	14,472	11,360	7,419	51.3%	4,561	31.5%
令和12年	12,567	9,978	6,616	52.6%	4,445	35.4%
令和17年	10,815	8,694	5,769	53.3%	4,081	37.7%
令和22年	9,184	7,433	5,004	54.5%	3,447	37.5%
令和27年	7,714	6,369	4,378	56.8%	2,943	38.2%
令和32年	6,480	5,583	3,947	61.0%	2,622	40.5%
令和37年	5,443	5,026	3,679	67.6%	2,448	45.0%
令和42年	4,571	4,658	3,545	77.6%	2,395	52.4%

【国立社会保障・人口問題研究所の『日本の地域別将来推計人口』と住民基本台帳を掛け合わせている】

・世帯の状況

人口の減少とともに、近年は世帯数も減少傾向にありますが、高齢単身世帯数においては、増加傾向となっています。

世帯の状況も変化しており、世帯人員は少しずつ減ってきています。

[表 3] 世帯の状況 (各年10月1日基準 単位:人)

	総世帯数	高齢者のいる世帯 (世帯比率)			
		単身世帯	夫婦世帯	その他の同居世帯	
令和4年度	7,323	5,395	2,089	1,433	1,873
	100.0%	73.7%	28.5%	19.6%	25.6%
令和5年度	7,252	5,312	2,111	1,410	1,791
	100.0%	73.2%	29.1%	19.4%	24.7%

高齢者のいる世帯 …65歳以上の高齢者がいる世帯

単身世帯 …ひとり暮らし高齢者世帯

高齢夫婦世帯 …いずれかが65歳以上の夫婦1組の世帯

【住民基本台帳】

[表4] 世帯人員の状況 (各年10月1日基準 単位:人)

	S55年	S60年	H2年	H7年	H12年	H17年
人口	31,277	30,328	28,065	25,590	23,673	23,487
世帯数	8,095	8,079	8,006	7,832	7,752	8,151
世帯人員	3.86	3.75	3.51	3.27	3.05	2.88

	H27年	R元年	R2年	R3年	R4年	R5年
人口	18,823	17,060	16,597	16,165	15,741	15,289
世帯数	7,892	7,568	7,471	7,385	7,323	7,252
世帯人員	2.39	2.25	2.22	2.19	2.15	2.11

【住民基本台帳】

・被保険者数等の推計

将来人口の推計[表2]に基づく第1号及び第2号被保険者の人数は次の通りです。

①被保険者数の推計

[表5] 被保険者の人数 (各年10月1日基準 単位:人)

	R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32	R37	R42
第2号被保険者(40~64歳)	4,128	3,941	3,826	3,362	2,925	2,429	1,991	1,636	1,347	1,113
第1号被保険者(65歳以上)	7,533	7,419	7,260	6,616	5,769	5,004	4,378	3,947	3,679	3,545
前期高齢者(65~74歳)	3,003	2,858	2,722	2,171	1,688	1,557	2,435	1,325	1,231	1,150
後期高齢者(75歳~)	4,530	4,561	4,538	4,445	4,081	3,447	2,943	2,622	2,448	2,395
被保険者計	11,661	11,360	11,086	9,978	8,694	7,433	6,369	5,583	5,026	4,658
総人口	14,881	14,472	14,091	12,567	10,815	9,184	7,714	6,480	5,443	4,571

②要支援者・要介護者数の推計

[表6] 要支援者・要介護者数の推計(第2号被保険者含む) (単位:人)

年度	R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32
要支援1	138	138	137	135	133	125	111	102
要支援2	118	116	116	115	112	107	101	98
要介護1	252	250	249	242	237	234	226	221
要介護2	201	202	202	197	192	191	188	187
要介護3	142	145	144	145	141	135	129	130
要介護4	226	228	229	233	226	218	215	214
要介護5	153	155	154	152	147	142	141	139
計	1,230	1,234	1,231	1,219	1,188	1,152	1,111	1,091

③介護サービス利用者数の推計

[表7] 介護サービス利用者数の推計(平均1ヶ月分の推計) (単位:人)

年度	R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32
居宅サービス	1,075	1,085	1,091	987	962	938	908	892
地域密着型サービス	375	374	373	351	344	338	327	321
施設サービス	335	335	335	362	351	339	333	332
計	1,785	1,794	1,799	1,700	1,657	1,615	1,568	1,545

④第1号被保険者の介護保険料（月額）の推移と推計

社会保障審議会介護保険部会意見書において、「介護保険制度の持続可能性を確保するためには、低所得者の保険料上昇を抑制することが必要であり、負担能力に応じた負担の観点から、既に多くの保険者で9段階を超える多段階の保険料設定がなされていることも踏まえ、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行うことが適当である。」との意見が出されたこともあり、国が定める保険料設定に係る標準段階が改定されました。制度内の所得再分配機能を強化し低所得者の保険料上昇を抑制する観点からも、当町では第9期からは国が定めた標準の13段階で保険料設定を行います。

所得の少ない減額賦課対象が平成30年度までは第1段階に相当する方のみでしたが、令和元年度の10月分からは消費税の引き上げに伴い、第3段階に相当する方までに拡充されました。下記において、令和12年度以降は減額されていない数値を記載しています。

[表8] 各年度の介護保険料（月額）の推移と推計 (単位：円)

年 度	H30	R1	R2	R3/4/5	R6/7/8	R12	R17	R22	R27	R32
第1段階	2,610	2,175	1,740	1,740	1,596	3,602	3,867	4,204	4,484	4,860
第2段階	4,350	3,625	2,900	2,900	2,716	5,422	5,821	6,329	6,750	7,316
第3段階	4,350	4,205	4,060	4,060	3,836	5,462	5,864	6,376	6,799	7,370
第4段階	5,220	5,220	5,220	5,220	5,040	7,124	7,648	8,316	8,869	9,613
第5段階	5,800	5,800	5,800	5,800	5,600	7,916	8,498	9,240	9,854	10,681
第6段階	6,960	6,960	6,960	6,960	6,720	9,499	10,198	11,088	11,825	12,817
第7段階	7,540	7,540	7,540	7,540	7,280	10,291	11,047	12,012	12,810	13,885
第8段階	8,700	8,700	8,700	8,700	8,400	11,874	12,747	13,860	14,781	16,022
第9段階	9,860	9,860	9,860	9,860	9,520	13,457	14,447	15,708	16,752	18,158
第10段階					10,640	15,040	16,146	17,556	18,723	20,294
第11段階					11,760	16,624	17,846	19,404	20,693	22,430
第12段階					12,880	18,207	19,545	21,252	22,664	24,566
第13段階					13,440	18,998	20,395	22,176	23,650	25,634

⑤認知症高齢者数の推移と推計

要介護（要支援）認定調査における訪問調査時に「認知症高齢者の日常生活自立度」のⅡa以上と判断された人数を記載しています。

（Ⅱa：たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等）

[表9] 各年度の認知症高齢者数の推移と推計 (単位：人)

年 度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7	R22	R37	R42
Ⅱa	227	239	240	255	284	277	239	269	264	260
Ⅱb	330	279	279	294	282	281	285	283	285	285
Ⅲa	202	235	207	191	180	191	219	200	200	203
Ⅲb	33	38	41	42	39	36	39	37	40	40
Ⅳ	70	75	71	60	48	52	76	61	64	66
M	4	2	2	2	0	0	0	0	0	0
合計	866	868	840	844	833	837	858	850	853	854

⑥障害高齢者数の推移と推計

要介護（要支援）認定調査における訪問調査時に「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」のA1以上と判断された人数を記載しています。

（A1：寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合）

[表10] 各年度の障害高齢者数の推移と推計 (単位：人)

年 度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7	R22	R37	R42
A 1	313	338	347	371	385	364	339	361	365	362
A 2	227	217	207	183	164	179	218	191	193	197
B 1	96	83	79	80	74	76	83	78	79	79
B 2	209	214	215	221	213	207	214	210	214	214
C 1	34	48	45	45	42	40	45	42	44	44
C 2	139	125	109	116	111	115	118	116	115	115
合計	1,018	1,025	1,002	1,016	989	981	1,017	998	1,010	1,011

⑦一人暮らし高齢者数の推移と推計

[表11] 一人暮らし高齢者数の推移と推計 (各年10月1日基準 単位：人)

R5	R7	R22	R37	R42
2,111	2,012	1,357	998	962

⑧必要な介護人材数の推移と推計

令和元年度から町内の各介護保険施設を対象に「介護人材確保に関する調査」を実施しています。在籍職員数と不足していると思われる職員数を足した数を必要職員数としています。

[表12] 必要な介護人材数の推移と推計 (各年4月1日現在 単位：人)

年	H31	R2	R3	R4	R5	R7	R22	R37	R42
在籍職員数	503	506	492	508	501	495	500	500	498
不足職員数	65	52	93	55	79	95	85	82	88
必要職員数	568	558	585	563	580	590	585	582	586

(二) 老人福祉事業・保険給付・地域支援事業の実態把握と分析

・平成29年の法改正により、市町村は、国から提供された介護レセプトや要介護認定情報のデータを分析した上で、その結果を勘案して、計画を作成するよう努めることが定められ、令和2年の法改正では、これらのデータに、高齢者の状態や提供される具体的な介護サービスの内容に関する情報が加えられるとともに、地域支援事業の実施に当たり、関連データの活用を行うよう努めることが定められました。さらに、令和5年の

法改正により、介護情報基盤の整備が地域支援事業に位置付けられており、市町村においては、地域の実情に応じた介護保険事業計画の策定等への活用が想定されています。

※保険給付と地域支援事業においては、目標に対する実施内容の達成状況を記載しています。数値目標があるものは、達成率（◎：80%以上、○：60～79%、△：30～59%、×：29%以下）により自己評価を行っています。達成率が出しにくい場合、数値目標を設定していない場合は、「◎：達成できた、○：概ね達成できた、△：達成はやや不十分、×：全く達成できなかった」の指標により自己評価を行っています。

・老人福祉事業

(1) 配食サービス事業

概ね65歳以上のひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯で、調理することや栄養管理が困難な方を対象に、安否確認を兼ね一部を利用者が負担の上、昼食や夕食の配達を行っています。

(2) 家族介護継続推進事業（介護用品給付サービス）

介護している家族等の様々なニーズに対応し、各種サービスを提供することにより、高齢者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、向上を図ることを目的としています。

介護用品給付サービス要介護4相当以上の在宅高齢者を介護している町民税非課税世帯を対象に、月に6,500円分（年78,000円）の介護用品が購入できるクーポン券を交付しています。

(3) 養護老人ホーム入所事業

65歳以上の方で身体上若しくは精神又は環境上の理由及び経済的な理由により居宅での生活が困難な方が入所されています。

(4) 生活支援ハウス入所事業

高齢等のため居宅において生活することに不安のある方が、必要に応じて入所されています。

(5) 軽度生活支援事業

虚弱なひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が、在宅での生活が快適に過ごせるよう支援します。ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯で、支援を必要とする方にサービスを提供します。屋内・外の清掃、話し相手、買い物、調理等を行います（平成29年度から能登町シルバー人材センターのみがサービス提供）。

(6) 緊急通報機器設置事業

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の急病や災害等の緊急時に、迅速かつ適切な対応を図るため、必要性のあるひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯宅に緊急通報装置を設置します。

(7) 老人福祉連絡員事業

近所に住む老人福祉連絡員が、ひとり暮らし等高齢者や高齢夫婦等これに準ずる世帯を随時訪問します。

高齢者の健康状態や生活状況等を把握する『一声訪問』を行い、地域での見守り活

動を推進し、高齢者が安心できる日常生活の営みを支援します。

(8) 高齢者ショートステイ事業

65歳以上の要介護認定非該当で日常生活に支障のある方を緊急的に養護老人ホームで短期間預かる事業です。

(9) 在宅長寿祝金事業

長寿者に敬老の意を表し、高齢者福祉の増進を図ることを目的として、10年以上能登町に住所を有する在宅の方を対象に、88歳到達者には2万円の商品券、100歳到達者には5万円の商品券、花束、祝状を支給します（能登町内の施設入所者で100歳到達者には花束、祝状を支給します）。

(10) ふれあい入浴助成事業

公衆浴場の無料入浴日を設けることにより、健康で生きがいのある豊かな生活の向上を図り、もって住民福祉の増進に寄与することを目的として石川県公衆浴場業生活衛生同業組合能登支部に加入している町内の公衆浴場に助成することにより、毎月22日には65歳以上の町民は無料で入浴できるものとします。

(11) 老人クラブ活動推進事業

高齢者の生きがいと健康づくりに資する活動・事業を推進し、明るい長寿社会の実現と保健福祉の向上に寄与することを目的とし、老人クラブ連合会及び単位老人クラブに対して補助金を交付します。30人未満だと3万円、30人以上だと4万円に人数の階層に応じた金額がプラスされます。

老人福祉事業				
事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5見込
(1) 配食サービス	計画延配食数	38,000	38,000	38,000
	利用延配食数	34,984	35,726	36,398
	達成率	92.1%	94.0%	95.8%
(2) 家族介護継続推進事業(クーポン枚数)	計画延交付数	20	20	20
	利用延交付数	22	25	20
	達成率	110.0%	125.0%	100.0%
(3) 養護老人ホーム入所	計画延人数	60	60	60
	利用延人数	57	60	60
	達成率	95.0%	100.0%	100.0%
(4) 生活支援ハウス入居	計画延人数	10	10	10
	利用延人数	10	9	9
	達成率	100.0%	90.0%	90.0%

事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
(5) 軽度生活支援	計画延時間	500	500	500
	利用延時間	623	562	708
	達成率	124.6%	112.4%	141.6%
(6) 緊急通報機器設置	計画延件数	30	30	30
	利用延件数	18	18	17
	達成率	60.0%	60.0%	56.7%
(7) 老人福祉連絡員	計画延人数	60	60	60
	利用延人数	34	30	24
	達成率	56.7%	50.0%	40.0%

・介護保険事業

(1) 居宅サービス（※介護予防サービス含む）

①訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーを派遣し、家事（調理・買い物・掃除等）や、介護（食事・排泄・入浴の介助等）のお世話をします。

なお、ひとり暮らしの高齢者・高齢夫婦世帯や要介護高齢者が増えていく現状の中で、高齢者の自立を支援し家族などの介護負担の軽減を図ります。

②訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車が居宅を訪問し、在宅介護の中でも家族の負担が大きい入浴の手助けを行っています。特に重度介護認定者の方が利用されますが、令和4年度をもって、町内でサービス提供する事業所はその事業を廃止しました。

③訪問看護

訪問看護ステーションまたは医療機関から派遣される看護師等が居宅を訪問し、療養上の世話や必要な診療の補助などを提供するサービスです。

④訪問リハビリテーション

医療機関から派遣される理学療法士又は作業療法士が居宅を訪問し、リハビリを行います。

⑤居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。家族等の介護者や介護サービス計画を作成する介護支援専門員に対して、居宅サービスの提供について医学的管理に基づき指導、助言を行う、福祉と医療を連携する重要なサービスです。

⑥通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターまで送迎し、日帰りで入浴や食事の提供、機能訓練などを提供するサービスです。

⑦通所リハビリテーション（デイケア）

医療機関や介護老人保健施設にて、日帰りで理学療法や作業療法等のリハビリを提供するサービスです。

⑧短期入所生活介護及び短期入所療養介護（ショートステイ）

短期間、介護老人福祉施設などに宿泊してもらい、介護やリハビリテーションのサービスを提供します。

⑨福祉用具貸与

居宅で生活する要介護者等に日常生活上の便宜を図るために、車いす・特殊ベッド・歩行補助つえなどを貸与します。

⑩特定福祉用具購入

腰掛便器・特殊尿器・入浴補助用具等の購入費を支給し、居宅での生活環境を整えます。

⑪住宅改修（住宅リフォーム事業）

手すりの取り付け、洋式便器への取り替えや段差解消のために行った工事費の一部を補填するサービスです。

⑫特定施設入居者生活介護

指定を受けた有料老人ホーム及びケアハウス等に入所している方に、食事や入浴などの介護や機能訓練のサービスを提供するものです。

（2）地域密着型サービス（※介護予防サービス含む）

①認知症対応型通所介護（認知症対応型デイサービス）

日常生活に必要な入浴、排泄、食事などの身の回りのお世話や機能訓練を提供するサービスで、認知症のある方が対象です。令和2年度からサービス提供をする事業所が2ヶ所増えています。

②小規模多機能型居宅介護

小規模な住宅型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて食事、入浴などの介護や支援の提供を行います。

③認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症のある方が少人数単位で共同生活ができる施設で、家庭的な雰囲気の中で介護や機能訓練を提供します。

④地域密着型通所介護

18名までの定員を設け、小さな規模で日常生活に必要な入浴、排泄、食事などの身の回りのお世話や機能訓練を提供するサービスです。

(3) 施設サービス

①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

寝たきりや認知症などで常時介護が必要となり、在宅での生活が困難になった方が入所する施設です。食事・入浴・排泄などの日常生活の介護や健康管理等のサービスを提供します。

②介護老人保健施設

病状が安定した後、リハビリテーションに重点を置いたケアを必要とする方が入所する施設で、医学的な管理のもとで介護や機能訓練などを提供します。

③介護療養型医療施設

病状が安定した後も長期間の療養が必要となる方が入所する施設で、医療や看護または介護などサービスを提供します。全国の介護療養型医療施設は令和6年度からは完全に介護医療院に転換されます。

④介護医療院

平成30年度に、介護療養型医療施設（介護療養病床）の後を引き継ぐ形で創設された施設が介護医療院です。介護医療院では要介護の高齢患者（利用者）に対して、医療・介護だけでなく、生活の場を提供するのが特徴で、医師が配置されているため、喀痰（かくだん）吸引や経管栄養など医療ニーズの高い要介護者の方にも対応できます。また、人生の最終段階におけるケア（看取り）を支える役割も担っています。

(4) 居宅介護支援・介護予防支援（介護サービス計画の作成）

町内には現在5箇所の居宅介護支援事業所があります。

居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護者の心身の状況や家庭環境等を考慮したうえで、サービス利用希望に基づき、各種サービスの利用に関する介護サービス計画を作成します。介護支援専門員は、サービスが確実に提供されるようサービス提供事業者との連絡調整を行います。

要介護・要支援と認定された方は、このサービス計画に基づきサービスを利用されることとなります。

また、要支援1、2の方のサービス計画は原則地域包括支援センターで作成することとなっていますが、その一部を居宅介護支援事業所に委託しています。

介護保険事業				
事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
(1) 居宅サービス				
①訪問介護	計画延回数	29,947	29,947	29,686
	利用延回数	36,572	36,837	38,502
	達成率	122.1%	123.0%	129.7%

事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
②訪問入浴介護	計画延回数	593	593	593
	利用延回数	240	312	0
	達成率	40.5%	52.6%	0.0%
③訪問看護	計画延回数	3,904	3,904	3,904
	利用延回数	4,702	4,658	4,584
	達成率	120.4%	119.3%	117.4%
④訪問リハビリテーション	計画延回数	258	258	258
	利用延回数	1,046	1,126	1,630
	達成率	405.4%	436.4%	631.8%
⑤居宅療養管理指導	計画延回数	840	864	864
	利用延回数	924	1,008	1,116
	達成率	110.0%	116.7%	129.2%
⑥通所介護	計画延回数	23,318	23,483	23,357
	利用延回数	24,852	21,492	17,988
	達成率	106.6%	91.5%	77.0%
⑦通所リハビリテーション	計画延回数	3,719	3,786	3,786
	利用延回数	1,625	1,383	980
	達成率	43.7%	36.5%	25.9%
⑧短期入所生活介護 及び短期入所療養介護	計画延回数	17,273	17,428	17,311
	利用延回数	16,862	16,179	16,258
	達成率	97.6%	92.8%	93.9%
⑨福祉用具貸与	計画延人数	4,188	4,212	4,176
	利用延人数	4,164	4,176	4,164
	達成率	99.4%	99.1%	99.7%
⑩特定福祉用具購入	計画延人数	24	24	24
	利用延人数	72	84	60
	達成率	300.0%	350.0%	250.0%
⑪住宅改修	計画延人数	48	48	48
	利用延人数	72	60	132
	達成率	150.0%	125.0%	275.0%
⑫特定施設入居者生活介護	計画延人数	564	576	576
	利用延人数	576	528	576
	達成率	102.1%	91.7%	100.0%

事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
(2) 地域密着型サービス				
①認知症対応型通所介護	計画延回数	6,792	6,792	6,677
	利用延回数	5,422	4,589	5,282
	達成率	79.8%	67.6%	79.1%
②小規模多機能型居宅介護	計画延人数	708	708	708
	利用延人数	612	576	660
	達成率	86.4%	81.4%	93.2%
③認知症対応型共同生活介護	計画延人数	912	924	924
	利用延人数	996	996	1,056
	達成率	109.2%	107.8%	114.3%
④地域密着型通所介護	計画延回数	12,880	12,998	12,884
	利用延回数	6,100	7,892	12,330
	達成率	47.4%	60.7%	95.7%
(3) 施設サービス				
①介護老人福祉施設	計画延人数	2,532	2,532	2,532
	利用延人数	2,484	2,568	2,628
	達成率	98.1%	101.4%	103.8%
②介護老人保健施設	計画延人数	324	324	324
	利用延人数	252	300	348
	達成率	77.8%	92.6%	107.4%
③介護療養型医療施設	計画延人数	-	-	-
	利用延人数	0	0	0
	達成率	-	-	-
④介護医療院	計画延人数	1,272	1,272	1,272
	利用延人数	1,092	1,020	1,044
	達成率	85.8%	80.2%	82.1%
(4) 居宅介護支援・介護予防支援				
居宅介護支援・介護予防支援	計画延人数	6,444	6,468	6,408
	利用延人数	6,492	6,552	6,636
	達成率	100.7%	101.3%	103.6%

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「〇」

第8期介護保険事業計画期間の初年度である令和3年度から市町村の判断により、国が定めるサービス単価の上限をあくまで目安とし、市町村が具体的な単価を定めることができるようになりました。このことを踏まえながらも、町としては令和3年10月より、サービス提供の維持の観点と要介護者とのサービス量の違いから、国が示す単価と同じようにサービス単価を引き上げています。しかし、以前からサービス提供事業者の皆様からは増

大する需要に供給が追いつかなくなっているという報告がされており、また、総合事業の事業費においては上限が設けられていることから、今後においても、制度の持続可能性を維持することを念頭に置き、対象者にとってそのサービスは適切なのか、その他のサービスで賄えるような方はそのサービスを利用してもらうなどを考えていき、事業者間での連携を図ることはもちろん必要になっていきます。

当町としては令和2年度から「能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金」の支給を行う等の人材確保に係る施策を行っています。また令和4年度からは「能登町介護サービス資格取得奨励給付金」と「能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金」を創設し、新たな介護人材の発掘を図りました。

加えて、令和5年度からは「能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金」と「能登町居宅介護支援事業所介護支援専門員支援交付金」を創設し、現に介護業務を担っているスタッフの定着化を図り、今後も安定した介護サービスが提供出来るよう体制維持の為の取り組みを行っています。しかし、所謂「団塊の世代」が後期高齢者となり、当町の高齢化率が50%を超えると推計されている令和7年に向けて解消しなければならない課題は今後も決して少なくありません。

・地域支援事業

(I) 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

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、平成29年度より新しく介護保険制度に位置付けられた町の事業です。自立支援と介護予防を推進する事を目的に、65歳以上の方を対象に基本チェックリストで心身の状態を確認する事で、訪問型と通所型のサービスを提供します。

①訪問型サービス【訪問型サービスA・訪問介護相当サービス】

②通所型サービス【通所型サービスA・通所介護相当サービス】

③通所型サービス【介護予防短期集中型通所サービス】

④介護予防ケアマネジメント

(2) 一般介護予防事業

要介護状態となるおそれの高い虚弱な高齢者を対象に、要介護状態を予防し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、また、元気なうちから生涯を通じて、介護予防に取り組んでもらうことをねらい、全ての高齢者を対象にした、介護予防の考えを広める活動も行っています。その他、介護予防に対するニーズの増大が予想される中で、ボランティアや民間団体、住民団体等にもさまざまな社会資源として協力を仰ぐため、介護予防に携わるボランティア育成を支援しています。

①介護予防把握事業

65歳以上（認定者を除く）の人を対象に基本チェックリストを実施し、状況の確認を行うことで、支援の必要な人を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげます。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「○」

目標件数30件、実施件数8件であり、目標数値は達成できませんでしたが、目標が達成できなかった理由としては、相談があったケースに関して、基本チェックリストを聴取しても、総合事業等のサービスに繋がった場合は本事業に計上していないためです。また、本事業開始時は四ツ葉の会（能登町の健康に携わる4つのボランティア組織）のボランティアの協力を得て一つの地区の年齢で区切った高齢者に対して一斉にチェックリストを聴取していましたが、現在はそのような形をとっていないためでもあります。課題としては相談のない方に対して、どう確認するかであり、家族や地域住民、関係機関等から情報があがってくるような体制づくりが重要です。その他、状況把握後、高齢者交流会等の住民主体の介護予防活動につなげるためにも、高齢者交流会を全地域に開催できるよう支援していきます。

・令和4年度分「○」

目標件数30件、実施件数4件であり、目標数値は達成できませんでしたが、目標が達成できなかった理由としては、相談があったケースに関して、基本チェックリストを聴取しているが、総合事業等のサービスに繋がった場合は本事業に計上していないためです。

相談のないケースの把握においては、「お達者ですか」の事業を活用しており、1年間医療受診がない、介護保険の利用がない、またコロナワクチン接種もない、いわゆる「健康状態不明者」に対して訪問してチェックリストを聴取しています。そのチェックリストを計上しました。今後は更に相談のない方で支援が必要な方をもらさないため、家族や地域住民、関係機関等から情報が出てくるような体制づくりが重要です。

②いきいき食訪問事業

ひとり暮らしで概ね75歳以上の高齢者を食生活改善推進員が訪問し、栄養改善普及啓発を行うとともに栄養面も含めた健康状態に関する調査を実施しています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「△」

コロナ禍であったため、訪問ができず、町から「低栄養予防」のパンフレットを郵送しました。

・令和4年度分「△」

食生活改善推進員が弁当を作り、民生委員が訪問して届けています。今後も新型コロナの感染状況を踏まえながら、訪問を通じて栄養改善普及啓発を実施していきます。

③いきいき低栄養予防訪問事業

後期高齢者健診で把握した低栄養要注意者に対し、管理栄養士・栄養士が訪問等で低栄養予防の栄養指導を実施しています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「○」

訪問対象となる方がおらず、訪問までには至りませんでしたが、継続指導が必要な方には

電話にて指導しました。栄養指導の対象となる方が、他にもいると思われます。健診受診率の向上、人的な情報ネットワーク強化を図ります。

④高齢者栄養改善事業

食生活改善推進員が、高齢者を対象に公民館単位で、いきいき食教室を開催し、低栄養予防の普及啓発を図り、介護予防につなげています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「〇」

調理や食について、伝えることができました。大規模な会場で開催することができず、対象人数が限られています。回数を積み重ね、広い範囲で継続して知識の普及を図ります。

・令和4年度分「〇」

調理や食について、伝えることができました。開催回数は新型コロナ前の開催状況に戻ることができましたが、まだ感染予防のため教室の実施を拒否する団体が多くありました。今後開催方法を工夫し、開催回数は維持していき、また参加者の参加前後の評価をしていきます。

⑤介護予防知識普及啓発事業

一般高齢者（老人会、各地区高齢者交流会等）を対象に、低栄養予防、筋力向上、認知症やうつ病予防等介護予防の知識の普及教室を開催しています。一般住民や、町内企業、小学校を対象とした認知症サポーター講座、認知症講演会等で介護予防に関する情報の提供を図り、介護予防につなげています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「〇」

I. 介護予防知識普及教室

※介護予防 口腔ケアを通してフレイル予防について、知識を伝えることができました。

※低栄養予防 食と栄養について、伝えることができました。

II. 介護予防教室

※コロナ禍であり、開催に協力してくれる団体が無く、実施できませんでした。

III. 認知症予防のための運動教室

※2地区で実施し、1地区は終了後からいきいき百歳体操教室に切り替えて実施することになりました。もう1地区は月に一回の頻度で、自費で本教室を継続実施しました。

大規模な会場で開催することができず、対象人数が限られています。回数を積み重ね、広い範囲で継続して知識の普及を図ります。

・令和4年度分「〇」

I. 介護予防知識普及教室

家族介護者教室にてフレイル予防について、知識を伝えることができました。

II. 介護予防教室

2年ぶりに教室の開催に至りました。新型コロナ感染者を出さず、以前の形で開催でき、介護予防について学んでもらうことができました。

III. 認知症予防のための運動教室

2地区で実施。1地区は実施前からいきいき百歳体操教室を開催しています。もう1地区は教室の継続に至りませんでした。

開催回数は新型コロナ前の開催状況に戻ることができましたが、まだ感染予防のため教室の実施を拒否する団体が多くありました。今後開催方法を工夫し、開催回数は維持していき、また参加者の参加前後の評価をしていきます。

⑥高齢者交流会助成金事業

閉じこもりなど低活動低社会性の状態から引きおこされる要介護状態を予防することを目的とし、高齢者の参加しやすい身近な会場で、地域のボランティアが主体となって定期的（おおむね月1回）に開催している交流活動（健康に関する講話、茶話会、体操、ゲーム等の実施）に対し、助成金を交付しています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「○」

新規団体は無く、1団体休止しました。また、全体として活動回数も昨年度より減少しました。新型コロナの流行が収まらず、高齢者が通って集まることが困難になっています。安否確認とフレイル予防のために、各団体にはできる形で開催していただきます。

・令和4年度分「○」

新規団体は無く、1団体休止しました。休止していた1団体が再開し、団体数は前年度と変わりませんでした。また、新型コロナ流行前までとはいきませんが、全体として活動回数は昨年度より増加しました。新型コロナとの共存に社会が変動してきており、それに合わせ、活動を再開してきた団体が増加した模様です。新規開催団体が増えるように、また継続している団体が継続しやすいように支援していきます。

⑦高齢者交流会ボランティア育成事業

高齢者交流会を実施しているボランティアを対象に研修会を開催したり、新たに交流会を立ちあげる地区のボランティアに対し説明会を開くなど、交流会に関係するボランティアの活動を支援しています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「◎」

高齢者交流会の出前講座の紹介も兼ね、薬局薬剤師による「高齢者と薬」についての研修会を実施しました。コロナ禍で開催方法に悩んでいるリーダー達の悩み等を共有し、地域で継続して交流会を開催できるよう、計画的に事業を進めます。

・令和4年度分「◎」

令和5年度から実施するシルバーリハビリ体操指導士養成のため、石川県理学療法士会に講師を依頼し、計3回フレイル予防等の研修会を実施しました。以前から地域で継続して交流会を開催していくことを困難に思っているボランティアが多いようです。高齢者交流会に徐々にシルバーリハビリ体操を普及することで、開催に行き詰っているボランティアの支援にもなると考えられます。

⑧介護予防ボランティア養成事業

一般住民を対象に、高齢者の心身に関する知識（特に認知症）や運動指導、レクリエーション、栄養改善等の講座を開催し、高齢者交流会活動等地域で介護予防活動を実践するボランティア（健康づくり推進員、食生活改善推進員、老人保健ビジター）を養成

しています。隔年開催で令和4年度に養成講座を実施し、3年度は食生活改善推進員のスキルアップ講座を行いました。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「○」

介護予防ボランティア養成事業を実施できませんでした。しかし、各会において育成研修は実施できました。ボランティアの高齢化が進んでおり、積極的に若年層へ声掛けを行い、新規ボランティア希望者の掘り起こしを図ります。

⑨いきいき百歳体操教室

令和2年度から始まった事業で、住み慣れた地域で自分らしい暮らしができる限り続けられるよう、いきいき百歳体操を通じて、馴染みの関係性の中で交流しながら筋力の維持、向上を図ります。3人以上で構成され、週1回以上の頻度で継続できるグループが対象となります。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「◎」

前年度から更に3団体立ち上げることができました。教室参加による効果を示し、今後さらに団体数を増やしていきます。

・令和4年度分「◎」

前年度から更に2団体立ち上げることができました。百歳体操とシルバーリハビリ体操、コグニサイズの位置づけを明確にし、それぞれの教室の開催を支援していきます。

⑩いきいき百歳体操ボランティア養成事業

令和3年度から始めている事業で、いきいき百歳体操グループに対して、実施している体力測定に協力してくれるボランティアを養成します。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「○」

3人の養成ができました。ボランティア希望者は少ないのですが、活動内容を周知し、更に養成者を増やしていきます。

・令和4年度分「×」

健康づくり推進員に呼びかけましたが、参加者がいなかったため養成講座を開催できませんでした。令和5年度は四ツ葉の会（能登町の健康に携わる4つのボランティア組織）の会員を養成する予定であり、新規に健康づくり推進員になった方を含め、養成講座への参加を呼び掛けていきますが、現在、3人のボランティアで問題なく体力測定を実施できているのが現状です。

（Ⅱ）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、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント業務などを実施しています。

①総合相談支援事業

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、地域のネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を把握し、地域における適切な保健・医療・福祉サービスの機関または制度に繋げる等の相談支援を行っています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「◎」

例年に比べて相談件数は若干増加しました。地域包括支援センターに寄せられた相談には、認知症や社会資源に関する相談が多かったです。今後も高齢者以外の同居家族等にも介入を要する相談ケースが予測されるため、ケース内容に応じて関係機関と連携を図りながら対応していきます。

・令和4年度分「◎」

相談件数は前年度に比べ、250件ほど増加しました。増加した要因の一つとして新型コロナウイルス感染症予防対策による行動制限の緩和等により帰省する家族が増えたことで、対象者の心身の状態が1～2年前に比べ低下傾向にあることを把握した家族が、利用できる在宅サービス等について相談するケースが多かったことが考えられます。

二つ目は地域包括支援センターに寄せられる相談も年々複雑化してきており、継続的・集中的に関わるケースが増加してきていることが考えられます。

今後も高齢者以外の同居家族等にも介入を要する相談ケースが予測されるため、ケース内容に応じて関係機関と連携を図りながら対応していきます。

②権利擁護事業

高齢者虐待や消費者被害等、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に解決できない等の困難な状況において、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利を守るための支援をしています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

対象者や関係者の方に成年後見制度を説明し、町長申立てなど必要な手続きや支援を行うことができました。虐待相談の件数は例年とほぼ横ばいでしたが、その都度、関係機関と連携しながら対応しました。

今後も成年後見制度の利用支援や虐待対応等関係機関と連携しながら対応していきます。

③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

個々の高齢者の状況や変化に応じて包括的且つ継続的に支援できるよう、地域の関係機関等との連携、多職種相互の協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行っています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「◎」

コロナ禍によって毎月開催はできませんでしたが、地域ケア個別会議を行うことで、ケースを通じて、介護支援専門員の資質向上、他職種との連携の強化、地域課題の洗い出しができました。介護支援専門員からのケースの相談を通して、介護支援専門員の支援を行っていますが、内容が複雑化しており、他機関や地域との連携を求められることが多くなっ

ています。

今後もケースの相談、地域ケア会議、介護支援専門員へのこまめな声掛けを通して、包括的、継続的に関わっていきます。

・令和4年度分「◎」

介護支援専門員からの相談では他機関との連携が必要なケースが増えていますが、適宜関係機関につながることができました。また、相談を受けていく中で出てきた課題について、研修会を行うことで資質向上にもつなげることができました。複雑化してきている相談内容に介護支援専門員が疲弊している時もあるため、適宜声かけ対応していきます。介護支援専門員自らが関係機関に相談できるようにもしていきます。

④認知症地域支援推進員設置事業（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、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うのが「認知症初期集中支援チーム」です。専門医や保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等の多職種によるチームで構成され、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としており、個別事例の検討を行います。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

認知症により、継続的な支援が必要なケースには「認知症初期集中支援チーム」の介入等により対応しています。

⑤認知症地域支援推進等設置事業（認知症総合支援事業）

認知症予防のため、地域における支援員を養成します。認知症を抱える方や、その家族に対する支援を行います。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

令和4年度は住民の方を対象に年2回「認知症講話・専門相談」を開催しました。しかし、専門職の方を対象に例年開催している「認知症看護と介護に関わる関係者連絡会」は、感染防止の観点から開催しませんでした。

今後も認知症症状に応じた支援対応や認知症に関する研修会等の開催を調整していきます。

⑥在宅医療・介護連携推進事業

平成27年度より、包括的支援事業として開始しています。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後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進することを目的とした事業です。地域の医療・介護サービス資源の把握や課題の抽出と対応の協議をするほか、講演会開催、パンフレットの作成・配布等によって、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図ります。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「○」

新型コロナの感染防止のため、「能登町医療介護連絡協議会」は開催できませんでしたが、在宅医療の充実に向け4場面シートの見直しを行いました。

ここ数年「在宅医療推進連絡会」が開催できていないため、何らかの形で開催していきます。

・令和4年度分「○」

新型コロナの感染防止のため、「能登町医療介護連絡協議会」は開催できませんでしたが、初めてオンラインを活用し奥能登地区で協力して専門職を対象にリーダー研修会を開催することができました。

ここ数年コロナ禍で開催できていないため、今後もオンラインを活用し開催していきます。

⑦生活支援体制整備事業

平成28年度より、包括的支援事業として開始しています。生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、多様なサービス提供主体の参画が求められることから、生活支援コーディネーターが主体となって、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として公民館単位で協議体を開催することにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進する事業です。

コーディネーターの組織的な補完、地域ニーズの把握、情報の見える化の推進を行うほか、企画・立案・方針策定を行う場、地域づくりにおける意識の統一を図る場、情報交換の場、働きかけの場の提供を行います。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「◎」

コロナ禍により前年度に引き続き、第1層協議体会議は書面開催となりましたが、第2層協議体会議の対面開催、地域ケア会議の参加をとおして地域課題の発見や意見交換をすることが出来ました。

コロナ禍の影響により、生活支援コーディネーターの活動が十分に出来ていない状況が続いていますが、今後も地域課題に対する支援体制の構築を進めていきます。

・令和4年度分「◎」

前年度に比べ感染症の規制緩和等もあり、第1、2層協議体会議の開催、地域ケア会議に生活支援コーディネーターが参加することができました。

第2層協議体会議、地域ケア会議を通して、地域課題が浮き彫りになってきている地区もあります。今後も第1・2層生活支援コーディネーター間で地域課題を共有し、何ができるか、何をすべきかを整理しながら支援体制を整えていきます。

(Ⅲ) 任意事業

家族やヘルパー等、高齢者を介護している方を対象とした教室の開催、また認知症対策や成年後見制度利用支援等、その他必要な支援を行っています。

①家族介護者教室事業

介護者を対象に介護に関する知識と技術の提供を行うことで、要介護状態の悪化防止や在宅生活の維持につながるよう、また、介護者交流の場として家族介護者教室を開催しています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

これまで町内3地区それぞれに開催していた事業を、すべて合同で行うことができたので、目標数には届いていませんが、事業の目的は達成できました。

介護に関する知識をより深めるよう、研修内容の充実を図ります。

②介護食講座事業

家族やヘルパー等、高齢者を介護している方を対象に、摂食・嚥下困難者の食事（内容、形状、口腔管理等）、低栄養予防や疾病に応じた食事づくりに関する知識や技術を習得する講座を開催しています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

令和4年度もコロナ感染拡大予防のため、調理実習は行わず、高齢者の食生活に関わるケアマネジャー、介護職員を対象とし、高齢者の糖尿病食について講話を行いました。糖尿病とはどんな病気なのか、食ではどのようなことに注意していくべきか、普段の生活で意識することが少ないように感じます。

③地域ケア会議推進事業

地域ケア会議とは、介護支援専門員、保健、医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者等により構成される会議です。個別ケースを検討する会議から、地域の課題の解決を検討する場まで、一体的に取り組むことで、地域包括ケアシステムの構築の推進につなげていきます。平成28年度より始めました。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度分「◎」

新型コロナウイルス感染症予防のため中止になることがありましたが、専門職である薬剤師を2名体制とすることで、医療関係者との話し合いを多く持つことができ、資質向上につながりました。

・令和4年度分「◎」

地域ケア会議の目的である「地域課題の把握」や「ケアマネジャーの資質向上」につながるようなケースが多く、参加者からも活発に意見が出る会議ができました。

把握できた地域課題を関係機関に伝えていくことはできましたが、「地域資源の開発」や「地域づくり」にまでつながっていないため、今後はさらに検討していく必要があります。

④認知症高齢者見守り事業

地域での認知症高齢者の早期発見と見守りシステムを構築するとともに地域住民への啓発活動を行い、認知症に対する理解の促進と偏見の解消に努めています。「ひまわりネットワーク」では、地域住民やボランティア、各種団体や金融機関等々の方々が高齢者を見守ることを意識し、連携・協同しています。

地域資源マップを作製し全戸配布、ひまわりネットワークの各種団体に説明、配布することで、認知症への理解と関心、見守りへの意識づけを図りました。

また、関係機関多職種を対象とした認知症連絡会・研修会を実施しました。「傾聴ボランティア」活動では、会話を通じて高齢者の孤独感や不安感を和らげ、さりげなく見守る役割を担っていただいています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

認知症サポーター数の8割は目標を達成でき、住民の方々などを対象に認知症について学ぶ機会を提供することができました。

今後、更に一人でも多くの方に認知症に対する理解や関わり方を繰り返し習得できる機会を検討していきます。

⑤成年後見制度利用支援事業

判断能力が十分でないために金銭管理や契約等に支障がある高齢者で、成年後見制度の利用が必要であるにもかかわらず、制度申し立てに要する費用や後見人報酬等で利用が困難となっている方に費用の助成を行っています。また、制度利用の手続きが困難な方への支援をしています。

【自己評価結果・課題と対応策】

・令和3年度、4年度分「◎」

本人とのかかわりの中で、必要に応じて利用支援事業を提案し、申し立てを進めていくことができました。身寄りが無い、親族と疎遠になっているケースが多くなっているように思われるため、今後も必要な方がスムーズに制度利用できるよう関係機関に働きかけていきます。

地域支援事業				
事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5見込
(I) 介護予防・日常生活支援総合事業				
(1) 介護予防・生活支援サービス事業				
①訪問型サービス 【訪問型サービスA・訪問介護相当サービス】	計画延日数	3,900	3,900	3,900
	利用延日数	3,112	3,127	3,144
	達成率	79.8%	80.2%	80.6%
②通所型サービス 【通所型サービスA・通所介護相当サービス】	計画延日数	16,800	16,800	16,800
	利用延日数	15,304	14,149	14,940
	達成率	91.1%	84.2%	88.9%
③通所型サービス 【介護予防短期集中型通所サービス】	計画延回数	0	0	0
	利用延回数	0	0	0
	達成率	—	—	—
④介護予防ケアマネジメント	計画延人数	3,620	3,620	3,620
	利用延人数	3,059	2,733	2,720
	達成率	84.5%	75.5%	75.1%

(2) 一般介護予防事業				
事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
①介護予防把握事業（基本チェックリスト数）	計画人数	30	30	35
	実施人数	8	4	25
	達成率	26.7%	13.3%	71.4%
②いきいき食訪問事業	計画人数	110	100	100
	実施人数	110	96	100
	達成率	100.0%	96.0%	100.0%
③いきいき低栄養予防訪問事業 （栄養指導実施数）	計画要注意者数	15	15	15
	実施人数	10	16	10
	達成率	66.7%	106.7%	66.7%
④高齢者栄養改善事業（食教室実施数）	計画回数	12	12	12
	実施回数	4	10	10
	達成率	33.3%	83.3%	83.3%
⑤介護予防知識普及啓発事業 （講座開催数）	計画回数	35	35	35
	実施回数	15	15	15
	達成率	42.9%	42.9%	42.9%
⑥高齢者交流会助成事業	計画団体数	60	60	60
	利用団体数	56	56	56
	達成率	93.3%	93.3%	93.3%
⑦高齢者交流会ボランティア育成事業	計画回数	1	1	1
	利用回数	1	3	1
	達成率	100.0%	300.0%	100.0%
⑧介護予防ボランティア養成事業	計画人数	27	-	27
	実施人数	0	0	15
	達成率	0.0%	-	55.6%
⑨いきいき百歳体操教室	計画団体数	10	10	10
	利用団体数	8	10	11
	達成率	80.0%	100.0%	110.0%
⑩いきいき百歳体操ボランティア養成	計画人数	5	5	5
	実施人数	3	0	0
	達成率	60.0%	0.0%	0.0%
(II) 包括的支援事業				
①総合相談支援事業（相談件数）	計画延件数	800	800	800
	利用延件数	763	1,021	1,000
	比率	95.8%	127.6%	125.0%

事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
②権利擁護事業（相談件数）	計画延件数	80	80	80
	相談延件数	104	124	80
	比率	130.0%	155.0%	100.0%
③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 （介護支援専門員支援件数）	計画延回数	10	10	10
	利用延回数	19	10	10
	達成率	190.0%	100.0%	100.0%
④認知症地域支援推進員設置事業 （認知症初期集中支援チーム）（検討会数）	計画回数	2	2	2
	実施回数	0	0	2
	達成率	0.0%	0.0%	100.0%
⑤認知症地域支援推進等設置事業 （認知症総合支援事業）	計画養成人数	1	1	1
	養成人数	2	2	2
	達成率	200.0%	200.0%	200.0%
	設置人数	10	11	13
⑥在宅医療・介護連携推進事業 （能登町医療介護連絡協議会開催数）	計画回数	2	2	2
	実施回数	0	1	2
	達成率	0.0%	50.0%	100.0%
⑦生活支援体制整備事業 （全第2層協議体会議数）	計画回数	15	15	15
	実施回数	13	14	15
	達成率	86.7%	93.3%	100.0%
(Ⅲ) 任意事業				
①家族介護者教室事業 ・能都、内浦、柳田地区の合同開催。	計画延回数	24	24	24
	利用延回数	8	8	7
	達成率	33.3%	33.3%	29.2%
②介護食講座事業	計画延回数	1	1	1
	実施延回数	1	1	1
	達成率	100.0%	100.0%	100.0%
	※参加人数	4	15	10
③地域ケア会議推進事業	計画延回数	10	10	10
	実施延回数	12	17	20
	達成率	120.0%	170.0%	200.0%
④認知症高齢者等見守り事業 （I・キャラバンメント養成実人数） ・キャラバンメントとは、認知症ケア養成の講師役	計画実人数	-	5	-
	利用実人数	0	0	3
	達成率	-	0.0%	-
	※累計数	9	9	12

事業名	項目	実績		
		R3	R4	R5 見込
④認知症高齢者等見守り事業 (Ⅱ・認知症ケアラー養成延人数)	計画延人数	150	150	150
	利用延人数	122	114	120
	達成率	81.3%	76.0%	80.0%
	※累計数	2,516	2,630	2,750
④認知症高齢者等見守り事業 (Ⅲ・傾聴ボランティア養成実人数)	計画実人数	5	5	5
	利用実人数	0	4	5
	達成率	0.0%	80.0%	100.0%
	会員数	28	28	24
⑤成年後見制度利用支援事業	計画延人数	3	3	3
	利用延人数	3	2	2
	達成率	100.0%	66.7%	66.7%

(三) 調査の実施

【当町の取組状況】

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」を実施した他、介護分野における労働力人口の確保の為、介護職員がどれだけ不足しているかを把握する目的で、町内の介護保険施設を対象に「介護人材確保に関する調査」を平成31年4月から実施しています。

この調査で得た情報を基に、定住促進担当とも連携し、「能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金」等を創設しました。ホームページや町広報誌に掲載し利用を促すことで、定住・定着の一助になるよう努めています。

(四) 地域ケア会議等における課題の検討

【当町の取組状況】

多職種にわたる専門家による地域ケア会議を開催しました。地域の課題について話し合われた他、今現在ある地域の支援や地域でうまく行われていることや、ケアマネジャーの負担軽減などにも及びました。今後は、生活支援体制整備事業との連携により、課題の吸い上げや、逆に地域への提言に繋げていきます。

また、就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、役割がある形で高齢者の社会参加等の促進のための就労的活動支援コーディネーター(就労的活動支援員)の配置を検討していきます。

3. 介護保険事業計画の作成のための体制の整備

・医療計画と介護保険事業計画との整合性を確保するため、計画の作成に当たって、都道府県及び市町村の医療・介護担当部局による協議の場を設け、両計画における在宅医療の整備目標の達成状況、介護サービスの整備状況及び見込み量、地域医療構想調整会

議における議論の状況や転換意向調査の結果を共有した上で、両計画の整合性確保のための協議を行い、緊密な連携を図ることが必要です。

(1) 関係部局相互間の連携

【当町の取組状況】

・庁内での連携体制として、企画・総務・交通・保健・福祉・介護等の担当者の意見を踏まえながら、計画書素案の検討及び策定を行いました。

(2) 介護保険事業計画等策定委員会の開催

【当町の取組状況】

介護保険をはじめ保健・福祉施策の推進には、幅広い関係者の協力を得て地域の実情に応じたものとするのが求められます。

このため、計画策定にあたっては、計画内容を協議・検討するために介護保険事業計画等策定委員会を設置し、学識経験者、保健医療関係者、福祉関係者、サービス事業者、被保険者代表者等による協議などを経て、幅広い意見の反映に努めました。

(3) 被保険者等の意見の反映

【当町の取組状況】

町民の皆様の声の本計画に反映させる目的で、前期計画策定時にも実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の他、「要介護者の在宅生活の継続」「介護者の就労継続」に有効な介護サービスのあり方を探るため、「在宅介護実態調査」を実施しました。

・各調査にご協力いただいた皆様には心より御礼申し上げます。

(4) 都道府県との連携

【当町の取組状況】

医療計画と介護保険事業計画との整合性を確保について、市町と県担当部局による事前協議を行い、その後、県地域医療推進室による圏域別地域医療構想調整会議が実施されました。受け皿の整備の必要量を踏まえた在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みを、それぞれの計画の間で整合的に、かつ受け皿整備の先送りが発生しないよう計画的に設定する必要がありますが、当町は追加的需要よりも、介護医療院への転換数が多かった市町にあたる為、その設定の必要はありません。

その他、高齢者向け住まいの質の確保や、適切な介護基盤整備のため、県からの有料老人ホーム一覧表の提供や、届出のない有料老人ホームの情報提供を当町が行う等、随時情報交換をし、連携の強化を図っています。

4. 中長期的な推計及び第9期の目標

・地域の介護需要のピーク時を踏まえ中長期的な介護需要、サービスの種類ごとの量の見込みやそのために必要な保険料水準を推計し、各地域の中長期的な介護ニーズ等の状況に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備するとともに、今後、生産年齢人口の急減に直面することを踏まえ、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や介護現場における生産性の向上を推進するなど、持続可能な介護保険制度とするための

中長期的な視点に立った市町村介護保険事業計画の策定が重要です。

【当町の取組状況】

第8期（令和2年度～5年度）の実績を検証評価し、令和8年度の目標達成に向け、第9期（令和6年度～8年度）の事業計画を策定することとします。

また、高齢化がさらに進む令和22年度、27年度、32年度の計画値もあわせて推計しています。

(1) 中長期的な推計

・市町村は、介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計を行い、示すよう努めるものとされています（なお、介護給付等対象サービスの種類ごとの量及び地域支援事業の量は、令和22（2040）年度について推計します。）。その際には、都道府県が定める地域医療構想を含む医療計画との整合性を図ることが重要です。

【当町の取組状況】

意向調査によって、本県において第9期中に介護保険対象サービスに移行予定の医療療養病床はありません。したがって、移行分のサービス量を追加的需要として見込むことはありません。

(2) 第9期の目標

・介護予防に関する取組の目標など、第9期期間中に取組の効果を測定することが困難なものについては、中期的な目標として設定することも考えられます。また、介護保険施設等の整備については、事業者の選定から施設等の開設まで期間を要することや、需要の変動に柔軟に対応する必要があることなどから、地域の実情によっては、2期を通した中期的な整備目標を定め、第10期市町村介護保険事業計画の策定に合わせて見直すことも考えられます。

年度	R3 実績	R4 実績	R5 見込	受給率（単位：％）		
				R6	R7	R8
在宅サービス受給率※	7.50	7.63	7.95	8.75	8.95	9.12
施設・居住系サービス受給率※	5.70	5.80	6.16	6.31	6.38	6.49

※在宅サービス受給率：在宅サービス利用者数÷第1号被保険者数

※施設・居住系サービス受給率：施設・居住系サービス利用者数÷第1号被保険者数

介護保険施設利用者全体に対する要介護4、5の割合目標値（単位：人）

年度	R3 実績	R4 実績	R5 見込	要介護4、5の割合目標値							
				R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32
施設利用者	319	324	335	335	335	335	362	351	339	333	332
要介護4・5	236	246	256	256	256	256	280	271	261	258	256
施設利用者に対する要介護4～5の者の割合	74.0	76.0	76.4	76.4	76.4	76.4	77.3	77.2	77.0	77.5	77.1

5. 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表

・地域包括ケア計画として位置付けられている市町村介護保険事業計画の達成状況を点検に当たっては、地域の実情に応じて実施している様々な取組が、地域の目指す姿（目標）を実現するためにそれぞれ連動しつつ十分に機能しているかという視点が重要であり、点検に当たっては、国が提供する点検ツールを活用することが可能です。

【当町の取組状況】

高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組が制度化されました。この一環として、自治体への財政的インセンティブ（出来高）として、市町村や都道府県のような取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標が設定され、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金が創設され、平成30年度から交付されています。

令和2年度からは、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）が創設され、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準が明確にされています。

当町としてはこれらの評価指標を単なる点数取りの道具として利用するだけでなく、保険者機能の発揮や向上に向け活用することこそが重要であると考えております。

また、平成30年度から「介護保険事業計画『取組と目標』に対する自己評価シート」をホームページに掲載し、「自立支援、介護予防、重度化防止」「介護給付費等費用の適正化」について点検や評価をした結果を町民へ公表しています。

6. 日常生活圏域の設定

【当町の取組状況】

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して日常生活圏域を定めました。

(1) 基本的な考え方

能都地区、柳田地区、内浦地区の3区域で設定していますが、地域の実情に合わせきめ細かい対応を考えていきます。

(2) 生活圏域ごとの特徴

①能都圏域

旧能都町の区域で面積が大きく人口も町のほぼ半数を占めます。宇出津地区を中心に商業従事者の率が高いが、農業や漁業従事者も存在します。

②柳田圏域

旧柳田村の区域で人口密度が低く、独居高齢者及び高齢者のみの世帯の率が高い農村地域です。

③内浦圏域

旧内浦町の区域で面積は最小ですが、人口密集地が松波地区と小木地区の2ヶ所に

分かれています。能登圏域について商業従事者の率が高く農業や漁業従事者も存在します。

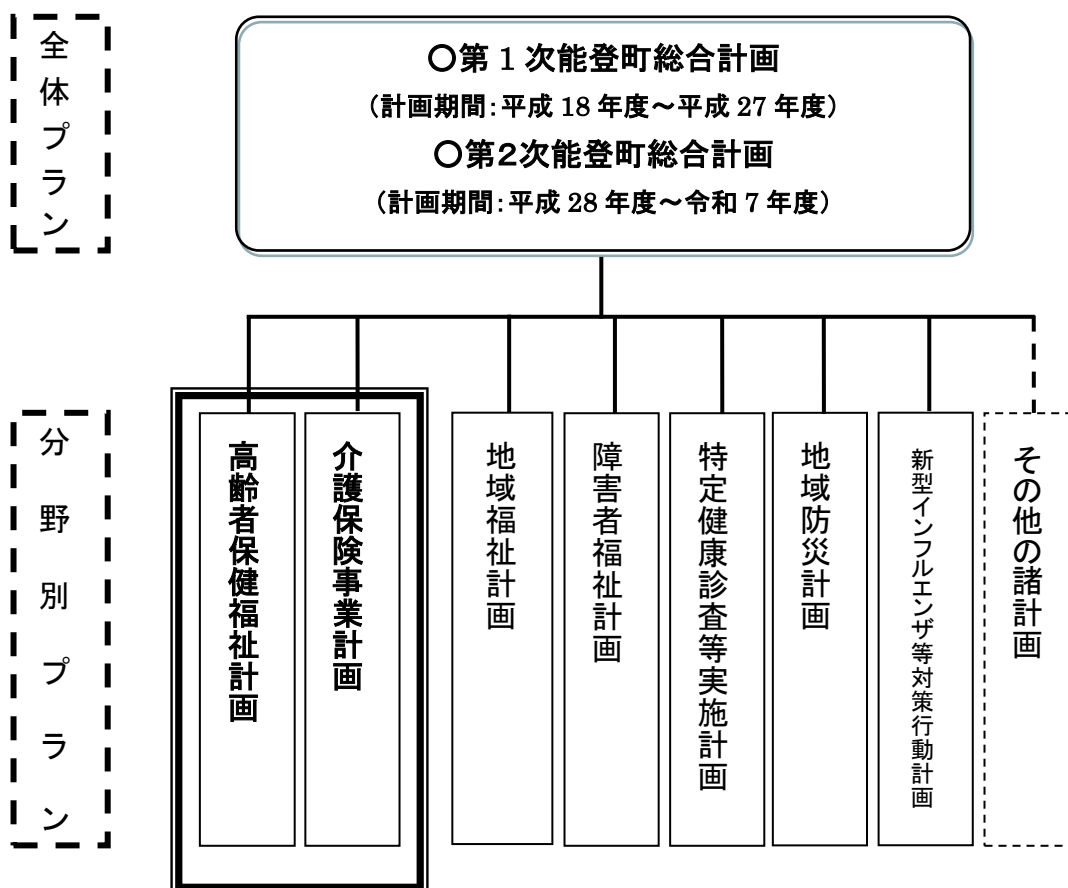
7. 他の計画との関係

・認知症施策推進大綱の対象期間は令和7年までの6年間であり、令和4年は策定3年後の中間年であったことから、施策の進捗状況について中間評価が行われました。したがって、今後は、中間評価の結果も踏まえ、認知症施策推進大綱の考え方を踏まえた施策を進めることが重要です。

【当町の取組状況】

本計画は、能登町の新しいまちづくりの方向性を定める「能登町総合計画」を上位計画として策定する計画であり、他の計画と整合性を図りながら、老人福祉、介護保険施策に関する部門別計画として策定するものです。今回からは「地域防災計画」と「新型インフルエンザ等対策行動計画」とも整合性を図り、認知症施策推進大綱を踏まえたものとなりました。なお、地域住民の抱える課題解決のための包括的な支援体制の整備を進めるため、断らない相談支援・参加支援・地域づくりを一体として行う重層的支援体制整備事業を含めたサービスの見込量を策定することとしました。

また、法的な位置づけとしては、老人福祉法第20条の8に基づく「老人福祉計画」と介護保険法第117条に基づく「介護保険事業計画」を一体的に策定し、高齢者の福祉・介護に関する施策を総合的に推進します。



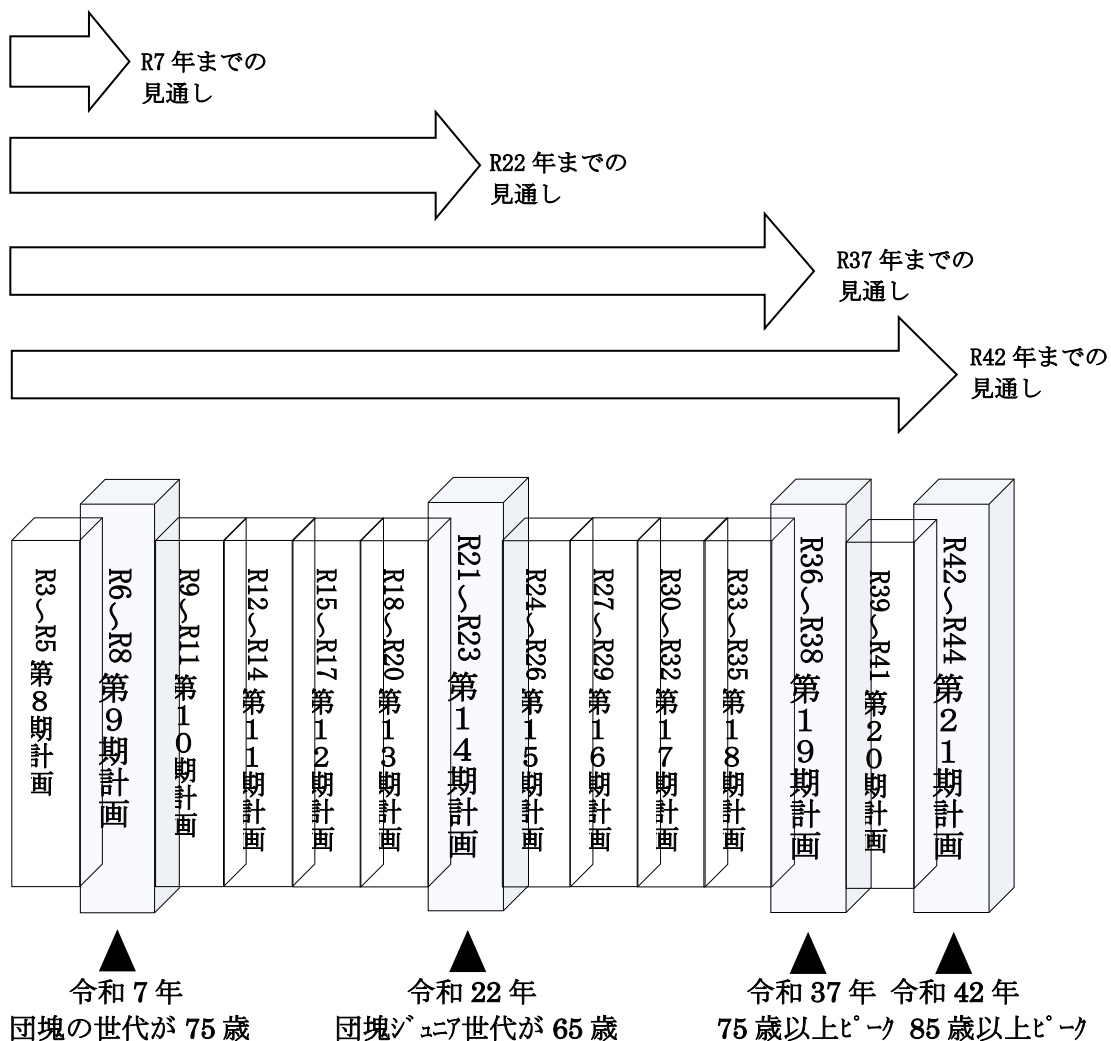
8. 計画期間と策定の時期、公表

・計画期間と策定の時期

介護保険事業計画は、3年毎に策定することが介護保険法で定められているため、令和6年度から令和8年度までの3年間（第9期）を計画期間とします。

また、団塊の世代が75歳以上の高齢者になる令和7（2025）年を見据えるため、課題を身近に捉え、着実な効果を狙い段階的に事業を進めたのが第7期であり、第8期はその効果を検証し、本当に必要とされている事業を強化することを目的とする期間でした。

第9期では、「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・推進に向けた取組」「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の推進」を目指し、団塊ジュニア世代が65歳を迎える令和22年、全国的に見て75歳以上人口の増加が続く令和37年、さらに介護ニーズが高い85歳以上人口の増加が続く令和42年に向けて、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要を踏まえ、中長期的な視野に立って、介護需要の大きな傾向を把握し、その上で、サービス整備の絶対量、期間を勘案して第9期計画を作成することとします。



・公表と地域包括ケアシステムの普及啓発

この計画は町内の各事業所に配布する他、ホームページ上でも公表されます。地域包括ケアシステムの普及啓発として、地域包括支援センターの役割等の広報活動や、町の出前講座を通じた事業の説明等で、住民の皆さんに身近な存在であり、重層的支援体制が整っていることをPRしていきます。



Ⅱ. 計画の基本的記載事項

II. 計画の基本的記載事項

※ここでは厚生労働省が提供する地域包括ケア「見える化」システムにて推計できる令和3年度までの数値を掲載します。

1. 日常生活圏域

・令和3年度までの日常生活圏域単位の65歳以上人口（各年10月1日基準 単位：人）

	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32
能都地区	3,844	3,785	3,720	3,703	3,646	3,569	3,252	2,836	2,460	2,152	1,941
柳田地区	1,424	1,401	1,377	1,353	1,333	1,304	1,188	1,036	899	786	708
内浦地区	2,632	2,591	2,547	2,477	2,440	2,387	2,176	1,897	1,645	1,440	1,298
計	7,900	7,777	7,644	7,533	7,419	7,260	6,616	5,769	5,004	4,378	3,947

能登町の生活圏域について			(令和5年10月1日現在)				(令和32年10月1日推計)			
生活圏域名	—	—	能都	柳田	内浦	計	能都	柳田	内浦	計
人口	A	人	7,318	2,814	5,157	15,289	3,101	1,193	2,186	6,480
高齢者人口	B	人	3,720	1,377	2,547	7,644	1,941	708	1,298	3,947
高齢化率	C (=B/A)	%	50.83	48.93	49.39	50.00	62.59	59.35	59.38	60.91
要介護認定者数(注1)	D (=E~K)	人	559	214	406	1,179	519	198	374	1,091
要支援1	E	人	60	21	54	135	45	16	41	102
要支援2	F	人	43	23	43	109	39	20	39	98
要介護1	G	人	110	35	83	228	107	34	80	221
要介護2	H	人	101	34	69	204	93	31	63	187
要介護3	I	人	79	27	51	157	65	23	42	130
要介護4	J	人	94	40	62	196	103	43	68	214
要介護5	K	人	72	34	44	150	67	31	41	139
要介護認定率	L (=D/B)	%	15.03	15.54	15.94	15.42	26.74	28.13	28.80	27.64
要支援1	M (=E/B)	%	1.61	1.53	2.12	1.77	2.32	2.26	3.16	2.58
要支援2	N (=F/B)	%	1.16	1.67	1.69	1.43	2.00	2.82	3.00	2.48
要介護1	O (=G/B)	%	2.96	2.54	3.26	2.98	5.51	4.79	6.16	5.60
要介護2	P (=H/B)	%	2.72	2.47	2.71	2.67	4.79	4.38	4.85	4.74
要介護3	Q (=I/B)	%	2.12	1.96	2.00	2.05	3.35	3.25	3.24	3.29
要介護4	R (=J/B)	%	2.53	2.90	2.43	2.56	5.31	6.07	5.24	5.42
要介護5	S (=K/B)	%	1.94	2.47	1.73	1.96	3.45	4.38	3.16	3.52
事業者数										
訪問介護	箇所		2	1	0	3				
訪問入浴介護	箇所		0	0	0	0				
訪問看護	箇所		2	0	1	3				
訪問リハビリテーション	箇所		1	0	0	1				
居宅療養管理指導	箇所		15	2	5	22				
通所介護	箇所		1	1	1	3				
通所リハビリテーション	箇所		1	1	0	2				
短期入所生活介護	箇所		1	1	1	3				
短期入所療養介護	箇所		0	1	0	1				
特定施設入所者生活介護	箇所		2	0	0	2				
	定員		110	0	0	110				
福祉用具貸与	箇所		2	0	1	3				
認知症対応型通所介護	箇所		3	2	0	5				
	定員		12	18	0	30				
小規模多機能型居宅介護	箇所		2	0	0	2				
	定員		54	0	0	54				
認知症対応型共同生活介護	箇所		3	2	2	7				
	定員		36	36	36	108				
地域密着型通所介護	箇所		1	1	1	3				
	定員		15	18	18	51				
介護老人福祉施設	箇所		1	1	1	3				
	定員		100	80	80	260				
介護医療院	箇所		0	1	0	1				
	定員		0	144	0	144				
居宅介護支援事業所	箇所		3	2	0	5				

(注1)第2号被保険者も含む。

2. 各年度における介護給付等対象サービスの

種類ごとの量の見込み

(一) 各年度における老人福祉サービスの種類ごとの量の見込み

介護保険対象外のサービスに係る目標を定めるに当たって参酌すべき以下の標準（老人福祉法第20条の8第5項の規定に基づく参酌すべき標準）を参考として、町独自のサービスとともに目標量を見込みます。

(1) 養護老人ホーム

各地域において環境上の理由（入所措置基準によるもの）及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者を把握し、適当な量を見込みます。

(2) 軽費老人ホーム及び生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）

軽費老人ホームの設置数については、経過的軽費老人ホーム（A型及びB型）からの移行、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設からの退所者数を把握するとともに、必要な利用者数を踏まえ、適当な量を見込みます。

生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）については、生活支援の必要な者を把握し、適当な量を見込みます。

(3) 老人福祉センター

現状程度の設置数とすることを標準とします。

(4) 在宅介護支援センター

地域包括支援センターの設置状況等も踏まえ、地域包括支援センターのランチ及びサブセンターとしての積極的な活用を図ることを前提として必要な量を見込みます。

①配食サービス事業

高齢者の実態把握に努め、他のサービスと調整を図りながら、食の自立支援の観点から高齢者の食環境の改善に努めます。概ね65歳以上のひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯で、調理することや栄養管理が困難な方を対象に安否確認を兼ね、昼食か夕食の1食の配達を行います。また、頻回な安否確認が必要でない対象者に対しては、スーパーや弁当屋等の民間活力を利用する方策について検討します。

②介護用品給付事業

要介護4及び5の在宅高齢者を介護している市町村民税非課税世帯を対象に、月に6,500円分（年78,000円）の介護用品が購入できるクーポン券を交付します。

③養護老人ホーム入所事業

65歳以上の高齢者であって、身体上若しくは精神上または、環境上の理由及び経済的理由により居宅において援護を受けることが困難な方が入所します。入所者本人と扶養義務者の方に、それぞれ所得等により措置費用の一部負担をしていただきながら引き続き措置入所を行っていきます。町内には、養護老人ホーム「石川県鳳寿荘」が整備されています。

④生活支援ハウス入居事業

高齢等のため居宅において、生活することに不安のある方に必要に応じて住居を提供します。家族による援助を受けることが困難な方や高齢者虐待を受けている方の保

護としても利用できます。

⑤軽度生活支援事業

虚弱なひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が、在宅での生活が快適に過ごせるよう支援します。ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯で支援を必要とする方にサービスを提供します。屋内・外の清掃、話し相手、買い物、調理等を行います。サービスの内容によっては自費での利用で、平成29年度から能登町シルバー人材センターのみがサービス提供しています。

⑥緊急通報機器設置事業

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の急病や災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応を図ります。必要性のあるひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯に緊急通報装置を設置します。

⑦老人福祉連絡員設置事業

近所に住む老人福祉連絡員が、ひとり暮らし等高齢者や老夫婦等これに準ずる世帯を随時訪問します。高齢者の健康状態や生活状況等を把握する「一声訪問」を行い、地域での見守り活動を推進し、高齢者が安心できる日常生活の営みを支援します。

能登町におけるひとり暮らし高齢者等は今後も増加すると予測されますが、「ひまわりネットワーク」や緊急通報機器設置事業、安心生活基盤構築事業等を推進することにより連絡員数については現状維持を図ります。

⑧高齢者ショートステイ事業

65歳以上の要介護認定非該当で日常生活に支障のある方を緊急的に養護老人ホームで短期間預かる事業です。

⑨在宅長寿祝金事業

長寿者に敬老の意を表し、高齢者福祉の増進を図ることを目的として、10年以上能登町に住所を有する在宅の方を対象に、88歳到達者には2万円の商品券、100歳到達者には5万円の商品券、花束、祝状を支給します（能登町内の施設入所者で100歳到達者には花束、祝状を支給します）。

⑩ふれあい入浴助成事業

公衆浴場の無料入浴日を設けることにより、健康で生きがいのある豊かな生活の向上を図り、もって住民福祉の増進に寄与することを目的として石川県公衆浴場業生活衛生同業組合能登支部に加入している町内の公衆浴場に助成することにより、毎月22日には65歳以上の町民は無料で入浴できるものとします。

⑪老人クラブ活動推進事業

高齢者の生きがいと健康づくりに資する活動・事業を推進し、明るい長寿社会の実現と保健福祉の向上に寄与することを目的とし、老人クラブ連合会及び単位老人クラブに対して補助金を交付します。30人未満だと3万円、30人以上だと4万円に人数の階層に応じた金額がプラスされます。

老人福祉事業				
事業名	項目	第9次事業計画		
		R6	R7	R8
①配食サービス事業	計画延配食数	38,000	38,000	38,000
②介護用品給付事業（ケボン枚数）	計画延交付数	20	20	20
③養護老人ホーム入所事業	計画延人数	60	60	60
④生活支援ハウス入居事業	計画延人数	10	10	10
⑤軽度生活支援事業	計画延時間	500	500	500
⑥緊急通報機器設置事業	計画延件数	30	30	30
⑦老人福祉連絡員設置事業	計画延人数	60	60	60

・老人福祉センター

無料または低額な料金で、老人福祉に関する各種の相談に応じ、高齢者の健康増進や教養の向上、またレクリエーションなどの機会を総合的に提供することを目的として設置された老人福祉施設で、その地域に住む60歳以上の人なら誰でも利用でき、地域の高齢者同士を結ぶコミュニティ機関の役割も果たしていて、能登町社会福祉協議会によって運営されています。

名称	位置
笹ゆり荘	柳田梅部198番地

・在宅介護支援センター

在宅介護の相談を行い、また在宅介護の支援を行う拠点として、平成2年に創設されました。介護保険法が改正されたため、平成18年からは在宅介護支援センターの相談機能を強化した地域包括支援センターが新設され、そのサブセンターも設置されています。

名称	位置
能都藤波支所	藤波井字48番地1（藤波ケアサービスセンター居宅介護支援事業所内）
能都崎山支所	崎山1丁目1番地（能登町社会福祉協議会 能都支所内）
柳田支所	五郎左エ門分藤17番地（居宅介護支援事業所 こすもす内）
内浦支所	松波13字75番地1（能登町社会福祉協議会内）

(二) 各年度における介護給付・予防給付対象サービスの種類ごとの量の見込み

【当町の取組状況】

・介護保険サービスの基盤整備について

介護離職ゼロの実現に向け、特定施設入居者生活介護施設（ケアハウス）や有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）など的高齢者向け住まいの基盤整備は重要です。在宅生活の限界点を上げるサービスとして重要ですが、地方部では都市部と比べ新たな施設の設置は難しく、その機能の維持を図ることで要介護者の受け皿を確保しています。

今後も介護基盤施設等整備費補助金等を活用し、現在設置のそれらの施設が維持できるよう、町としても支援していきます。今後も県と届出のない有料老人ホームにつ

いての情報交換を密なものとしていきます。なお、下記のとおり、令和4年度の状況から見ると、施設系サービスとして受け皿は充実していると思われます。

要支援・要介護者1人あたり定員 (令和4年度 単位：人)	能登町（県内順位）		石川県	全国
介護老人福祉施設	0.217	1位	0.102	0.084
介護療養型医療施設（介護医療院）	0.150	1位	0.010	0.004

【地域包括ケア「見える化」システム】

・居宅サービス（介護予防サービス）の状況及び各年度の目標量

居宅サービスについては、要介護者が、可能な限り、居宅において日常生活を営むことができるよう配慮するという介護保険の基本理念に基づいて、次の事項に留意し、適切なサービス目標を設定しました。

第8期（令和3年度～）の実績を基に各種サービスの利用希望率や現在利用状況を踏まえ、各種サービスの需要量を算定してあります。また、介護疲れ、介護うつ、介護離職などを防ぐという、いわゆる「在宅介護の限界点」を引き上げる目的のため、有効にサービスを利用することも重要です。

あわせて、居宅要介護者の生活を支えるため、訪問リハビリテーション等の更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要ではありますが、当町管内には介護老人保健施設が存在しない為、医療施設における通所リハビリテーション等でそのニーズをカバーしていくことが大切であり、そのためには、関係団体等と連携した上で、協力要請や医療専門職の確保等の取組を行うことが重要です。なお、在宅医療のニーズや整備状況も踏まえて介護給付対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めることとします。

①訪問介護（ホームヘルプサービス）

日常生活に支障がある、おおむね65歳以上のひとり暮らし老人、ねたきり老人、認知症高齢者及び障害者のいる家庭等などに、ホームヘルパーを派遣し、家事（調理・買い物・掃除等）や、介護（食事・排泄・入浴の介助等）のお世話をします。

なお、ひとり暮らしの高齢者・高齢夫婦世帯や要介護高齢者が増えていく現状の中で、高齢者の自立を支援し家族などの介護負担の軽減を図ります。

町内3事業所で実施しています。

②訪問入浴介護

訪問入浴車による訪問入浴は、在宅の重度者のニーズが高いサービスです。

唯一サービス提供を行っていた事業所が事業を廃止し、現在町内では実施している事業所はありません。

③訪問看護

今後、保健・医療・福祉の連携を考えると、訪問看護のニーズが増加するため、機能を強化し在宅の医療依存度の高い方への十分な対応が必要となります。かかりつけ医の指示に基づき、看護計画を作成し、ニーズに応じて医師、保健師、理学療法士、作業療法士、地域包括支援センター職員、ホームヘルパーなどがチームを組み、同行訪問による総合的なサービスを行います。

町内2箇所の訪問看護ステーションを主として医療機関からの訪問看護も行っています。

④訪問リハビリテーション

理学療養士や作業療法士等が主治医の指示のもと居宅へ訪問し、日常生活動作能力の維持、回復を図るための訓練を行います。

当町では、サービスの認知度は低く、利用実績に増減があります。

町内1事業所で実施しています。

⑤居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。家族等の介護者や介護サービス計画を作成する介護支援専門員に対して、居宅サービスの提供について医学的管理に基づき指導、助言を行う、福祉と医療を連携する重要なサービスです。

町内22事業所で実施しています。

⑥通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターで食事、入浴、レクリエーション、機能訓練等のサービスを提供することにより、生活機能や心身状態の維持向上、社会的孤立感の解消等を図るとともに、その家族の身体的、精神的な負担を軽減させることを目的とします。平成29年度から介護予防分については地域支援事業へ移行しています。

町内3事業所で実施しています。

⑦通所リハビリテーション（デイケア）

機能訓練が必要な高齢者等に対し、通所により、理学療法士や作業療法士等による心身機能の維持・改善を図るリハビリテーション等のサービスを行います。

町内2事業所で実施しています。町外でサービスを受ける方も増えています。

⑧短期入所生活介護（ショートステイ）及び短期入所療養介護

寝たきりの防止と家族の介護負担の軽減に寄与しています。ショートステイは介護者の休養や介護負担の軽減等在宅ケアにとって強力な支援となっています。

町内3箇所の短期入所生活介護及び1箇所の短期入所療養介護施設で実施しています。

⑨福祉用具貸与

電動ベッドなどの福祉用具の活用は、よりよい在宅生活を続ける上で大切であり、自立と在宅生活を支える一対のサービスです。車椅子・入浴補助用具等は生活や障害に見合ったものが必要で、どのようなものを活用すればよいかといった福祉用具の適用は、介護支援専門員や理学療法士、作業療法士、保健師などのスタッフと一緒に考え選択することが大切です。介護保険制度のなかで、電動ベッド・車椅子等を貸与されるものと、腰掛便座等のように購入費が支給されるものがあります。

今後、福祉用具利用のニーズは、在宅を基本とする介護保険制度の周知のなかで増加が見込まれます。また、要支援1・2の予防給付及び要介護1の軽度の方に対して過度な福祉用具の給付を制限し、予防効果の増進及び給付の適正化が行われています。

⑩特定福祉用具購入

腰掛便座・特殊尿器・入浴補助用具等の購入費を支給し、居宅での生活環境を整えます。

⑪住宅改修（住宅リフォーム事業）

住宅改修において、手すりや小さな段差解消などは住宅改修費として介護保険の給付対象となっています。手すりの取り付け等の住宅改修により、日常生活の安定と機能の維持向上が図られます。住宅改修と福祉用具の活用は在宅生活の自立を高め、家

族の介護負担の軽減を行ううえで重要なサービスです。

当町では、本人自立に即さない改修を避け有効な改修を推進し、給付の適正化に努めます。

⑫特定施設入所者生活介護

要介護者等が有料老人ホーム、ケアハウス等に入所して、介護サービス計画に基づいて入浴、食事及び機能訓練等行うサービスです。

町内2事業所で実施しています。

(1) 居宅サービス									
事業名	項目	第9期事業計画			R12	R17	R22	R27	R32
		R6	R7	R8					
①訪問介護	計画延回数	48,346	50,168	50,752	40,402	39,503	38,559	37,875	37,764
	利用延人数	1,632	1,668	1,680	1,452	1,428	1,392	1,356	1,344
②訪問入浴介護	計画延回数	-	-	-	-	-	-	-	-
	利用延人数	-	-	-	-	-	-	-	-
③訪問看護	計画延回数	5,171	5,273	5,273	4,624	4,540	4,469	4,250	4,196
	利用延人数	792	804	804	708	696	684	648	636
④訪問リハビリテーション	計画延回数	1,664	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659
	利用延人数	144	144	144	144	144	144	144	144
⑤居宅療養管理指導	計画延回数	1,296	1,320	1,332	1,116	1,092	1,068	1,044	1,020
⑥通所介護	計画延回数	18,992	18,670	18,868	16,311	15,515	15,291	15,018	14,927
	利用延人数	1,932	1,896	1,908	1,740	1,668	1,644	1,608	1,596
⑦通所リハビリテーション	計画延回数	1,006	1,070	1,070	910	910	910	910	910
	利用延人数	288	300	300	264	264	240	228	228
⑧短期入所生活介護 及び短期入所療養介護	計画延回数	19,073	19,548	19,773	17,007	16,577	16,173	15,833	15,616
	利用延人数	1,656	1,680	1,692	1,536	1,500	1,464	1,428	1,392
⑨福祉用具貸与	計画延人数	4,356	4,404	4,428	4,080	3,972	3,864	3,708	3,612
⑩特定福祉用具購入	計画延人数	60	60	60	60	60	60	60	60
⑪住宅改修	計画延人数	144	144	144	144	144	144	132	132
⑫特定施設入居者生活介護	計画延人数	600	600	600	600	576	552	540	540

・地域密着型サービス（地域密着型介護予防サービス）の

状況及び各年度の目標量

地域密着型サービスは、原則事業所のある市区町村の住民だけが利用できるサービスで、能登町では、①認知症対応型通所介護、②小規模多機能型居宅介護、③認知症対応型共同生活介護、④地域密着型通所介護の4事業を行っています。

これ以外に日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや他の地域密着型サービスを組み合わせを行い、様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、既存資源等を活用した「複合型サービス」を整備していくことも重要であり、事業実施については今後のニーズなどにより検討していく必要があります。また、サービスの量の見込みを定める際には、サービス利用に際した地域間の移動や、住民のサービス利用の在り方も含めた地域特性や都道府県による老人福祉圏域内の広域調整を踏まえることが必要です。

そうした観点から、地域密着型サービスについて、都道府県と連携を図りつつ、広

域利用に関する事前同意等の調整を行うことが重要ですが、奥能登4市町においては互いに連携を図りながら、柔軟な利用者の受け入れを行っています。

①認知症対応型通所介護（認知デイ）

日常生活に必要な入浴、排泄、食事などの介護など身の回りのお世話や機能訓練を施設などで受けるサービスで、認知症の方が対象です。町内5事業所で実施しています。

②小規模多機能型居宅介護

小規模な住宅型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて食事、入浴などの介護や支援が受けられます。

町内2事業所で実施しています。

③認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症高齢者に対し、家庭的な環境の中で生活上の指導、援助等を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ精神的に安定した生活を送れるよう支援するための共同生活施設です。利用者は、家庭での介護が困難な方で、概ね身の自立ができており共同生活を送ることに支障がない方が対象です。

町内7事業所で実施しています。

④地域密着型通所介護

18名までの定員を設け、小さな規模で日常生活に必要な入浴、排泄、食事などの身の回りのお世話や機能訓練を提供するサービスで、地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督します。

町内3事業所で実施しています。

(2) 地域密着型サービス									
事業名	項目	第9期事業計画			R12	R17	R22	R27	R32
		R6	R7	R8					
①認知症対応型通所介護	計画延回数	5,662	5,607	5,636	5,460	5,266	5,266	5,062	4,880
	利用延人数	840	828	828	804	780	780	744	720
②小規模多機能型居宅介護	計画延人数	780	780	792	696	684	660	636	624
③認知症対応型共同生活介護	計画延人数	1,080	1,056	1,032	1,020	996	984	960	948
④地域密着型通所介護	計画延回数	15,495	15,688	15,678	14,877	14,656	14,358	13,910	13,694
	利用延人数	1,800	1,824	1,824	1,692	1,668	1,632	1,584	1,560

・施設サービスの状況及び各年度の目標量

介護保険施設について、要介護者の重度化や高齢者世帯の増加により家庭での介護力の低下は考えられますが、今計画では新たに施設整備を行う予定はありません。いわゆる「社会的入院」を解消して医療費の抑制につなげる目的で、令和6年度には全国の介護療養型医療施設は介護医療院に転換されます。

なお、介護老人福祉施設のサービスの量の見込みを定める際には、特列入所者数の見込みも踏まえて定めることが重要です。特列入所の運用については、介護老人福祉施設が在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化されている趣旨等や地域における実情を踏まえ、各市町村において、必要と認める事情があればそれも考慮した適切な運用を図ることが重要です。

また、当町管内に存在していませんが、離島や過疎地域等に所在している小規模介護福祉施設（小規模特養）については、地域において必要な介護サービス提供が継続されるよ

う、都道府県と連携を図りつつ、地域住民と協働しその地域における小規模特養の在り方を含めて議論することが重要です。

(3) 施設サービス									
事業名	項目	第9期事業計画			R12	R17	R22	R27	R32
		R6	R7	R8					
①介護老人福祉施設	計画延人数	2,628	2,628	2,628	2,928	2,844	2,736	2,676	2,676
②介護老人保健施設	計画延人数	348	348	348	384	372	372	372	372
③介護療養型医療施設	計画延人数								
④介護医療院	計画延人数	1,044	1,044	1,044	1,032	996	960	948	936

・居宅介護支援・介護予防支援の状況及び各年度の目標量

介護支援専門員（ケアマネジャー）が心身の状況、家庭環境等において要介護者のサービス利用希望に基づき、各種サービスの利用に関する介護サービス計画を作成するとともに、サービスが確実に提供されるようサービス提供事業者との連絡調整を行います。町内には現在5箇所の居宅介護支援事業所があります。

要介護と認定された方は、このサービス計画に基づきサービスを利用されることとなります。

(4) 居宅介護支援・介護予防支援									
事業名	項目	第9期事業計画			R12	R17	R22	R27	R32
		R6	R7	R8					
居宅介護支援・介護予防支援	計画延人数	7,128	7,188	7,152	6,744	6,612	6,420	6,168	6,012

・保険事業の健全な運営

①財政運営の安定

介護保険の費用は、利用者の負担を除いた分の半分を公費で、残り半分を保険料で負担します。

公費のうち国から交付される調整交付金は、町の65歳以上の方の所得状況や75歳以上の後期高齢者の割合によって交付され、能登町の場合、現在のところ8.6%程になると見込まれます。

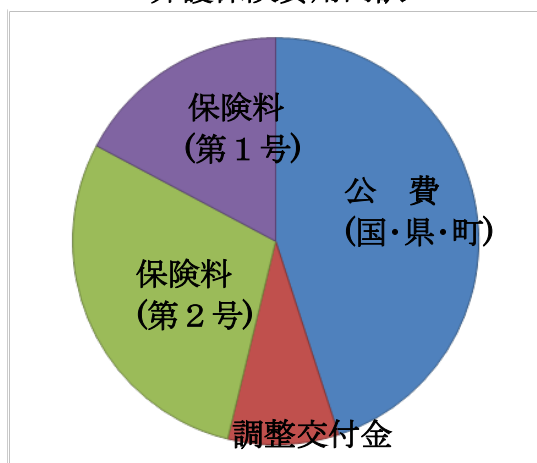
その他の公費負担は、国が施設給付費の15.0%とその他の標準給付費の20.0%、県が施設給付費の17.5%とその他の標準給付費の12.5%、町が12.5%です。

保険料のうち40歳から64歳までの方（第2号被保険者）の保険料（支払基金交付金）は介護保険費用の27.0%となります。65歳以上の方（第1号被保険者）の保険料については、残りの19.4%程となります。

第1号被保険者の保険料については、安定的な保険財政の運営を行うため中期的な標準給付費の見通しに基づいて保険者ごとに設定され、3年に1度全国で一斉に改定されます。

また、都道府県ごとに財政安定化基金が設置され、保険給付費が見通しを上回った場合などは資金の貸し付け・交付を行い保険財政の赤字に備えます。

介護保険費用内訳



内訳表

種別	施設給付費	その他給付費
国庫支出金 (調整交付金以外)	15.0%	20.0%
県支出金	17.5%	12.5%
町繰入金	12.5%	12.5%
調整交付金	8.6%	8.6%
第2号保険料 (支払基金交付金)	27.0%	27.0%
第1号保険料	19.4%	19.4%
計	100.0%	100.0%

② 保険給付費等の見込み

能登町の第9期(令和6～8年度)、「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22年度、75歳以上人口がピークを迎える令和37年度等の保険給付費等の見込みは次のとおりです。

(単位：千円)

年度	R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32
居宅介護サービス費	662,126	672,331	677,858	588,075	569,181	556,149	543,932	540,336
地域密着型サービス費	610,920	607,877	605,706	566,093	552,824	542,766	527,532	520,859
施設介護サービス費	1,176,139	1,177,627	1,177,627	1,260,487	1,221,524	1,179,577	1,160,377	1,155,104
介護予防支援・居宅介護支援	80,229	81,543	81,235	75,222	73,743	72,045	69,856	68,610
特定入所者介護サービス費	115,295	115,816	115,535	112,673	109,808	106,480	102,691	100,842
高額介護サービス費等	74,844	75,182	74,999	73,142	71,282	69,121	66,661	65,461
審査支払手数料	1,381	1,386	1,382	1,369	1,334	1,294	1,248	1,225
計	2,720,934	2,731,762	2,734,342	2,677,061	2,599,696	2,527,432	2,472,297	2,452,437

年度	R6	R7	R8	R12	R17	R22	R27	R32
介護予防・日常生活支援総合事業費	97,312	97,312	97,312	97,312	97,312	97,312	97,312	97,312
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	61,075	61,075	61,075	61,075	61,075	61,075	61,075	61,075
包括的支援事業 (社会保障充実分)	8,463	8,463	8,463	8,463	8,463	8,463	8,463	8,463
地域支援事業費の計	162,750	162,750	162,750	162,750	162,750	162,750	162,750	162,750

・保健医療福祉施設の整備状況

①能登町健康管理センター

現在、当町には健康管理センターがなく、福祉センターや開発センター等を利用しているのが現状であり、健康管理センターの整備予定は無く、各施設や役場庁舎を利活用し、健康管理体制を充実するとともに、健康指導や健康づくりのためのイベント等の開催により、町民への啓発を図り、健康づくりを推進していく必要があります。

②町内医療機関

当町の医療施設は、病院2、診療所7、歯科診療所5で医療活動が行われています。今後、医療需要の増大、疾病構造の変化に対応できる医療体制を広域的に検討するとともに、疾病予防対策の充実を図る必要があります。

また、公立宇出津総合病院については、奥能登広域圏域内の各総合病院や地域の医療施設との連携を強化するとともに、高度医療や救急医療体制の充実、地域に密着したサービスの提供を図る必要があります。

種別	名称	位置
病院	公立宇出津総合病院	宇出津夕字 97
	医療法人社団持木会 柳田温泉病院	上町 8-393
診療所	千間内科クリニック	宇出津山分 2-32-2
	医療法人社団 美能里会 はしもとクリニック	崎山 3-203
	医療法人社団 持木会 持木メディカルクリニック	宇出津夕字 61-2
	瑞穂診療所	瑞穂 10-166
	生垣医院	柳田ロ-1
	小木クリニック	小木 15-23-3
	升谷医院	松波 10-99-1
歯科診療所	岡本歯科	崎山 2-4-2
	はしもとデンタルクリニック	宇出津新港 2-24-1
	持木歯科医院	宇出津夕字 42-1
	宮本歯科医院	笹川口部 36-2
	草山歯科医院	小木 15-23-4

3. 各年度における地域支援事業の量の見込み

各年度における地域支援事業に係る事業の種類ごとの量の見込みを定めることとします。また、その算定に当たっての考え方を示すことが重要です。また、介護給付等対象サービスと同様、サービスの量の見込みを定める際には、地域で作成した認知症ケアパスの勘案にも留意することが重要です。

・介護予防の推進

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものです。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものです。

要介護に陥るリスクの高い人や軽度認定者に対しては、要介護状態になる前から一貫性・連続性のある介護予防サービスを統一的な体系の下で提供する「介護予防システム」の構築が必要です。また、元気なうちから生涯を通じて、介護予防に取り組んでもらうように健康づくりを推進し、介護予防の考え方を広めています。

(1) 介護予防対象者のスクリーニング

①要介護認定調査、主治医意見書などにより介護認定審査会で、予防給付の対象となる方について判定します。

②相談時に基本チェックリストを実施することで、要支援、要介護に陥るおそれのある虚弱高齢者が判断し、介護予防に適切なサービス事業の選定を行います。

③地域の重層的なネットワークを構築し、支援が必要な高齢者を早期発見します。また、閉じこもりやうつ状態にある人等の潜在的介護予防対象者の把握に努めます。

(2) 介護予防ケアマネジメントの確立

①平成18年4月から予防重視型システムへの転換を図り、予防給付対象者及び地域支援事業（介護予防事業）対象者の介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行っています。

②虚弱や要支援状態にある高齢者は、効果に対してのあきらめを抱く人や意欲が低下している人、慢性疾患のある人などさまざまであり、このような人々を介護予防につなげるためのケアマネジメントには質の高い技術が要求されます。

地域包括支援センター支所職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、事例検討会や学習会などを行い、介護予防における介護支援専門員の質の向上を図るための支援及びバックアップ体制を進めていきます。

③保険者として、ケアマネジメントに関する基本方針を伝えるためのガイドラインを介護支援専門員連絡会にて配付し、周知しています。介護予防・生活支援サービス事業の利用への理解を求めるとともに、自立支援、重度化予防等に資することを目的とし、省令に則したケアマネジメント業務に努めていただけるよう説明しています。

(3) 介護予防サービス・地域支援事業の充実

予防給付におけるサービスなどが適切なケアマネジメントに基づき、良質かつ効果的に提供されるよう、町内の介護予防サービス事業者に働きかけていきます。また、地域支援事業の内容も充実を図っていきます。

(4) 予防給付（訪問介護・通所介護）の円滑な地域支援事業への移行

・介護予防・日常生活支援総合事業の実施

多様な生活支援ニーズに対応し、身近な地域資源を活用しながら心身の健康状態を維持できるよう、平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業を実施しています。

(5) 地域の資源を生かした多様なサービスの充実

・多様なサービスの担い手となる地域人材の育成

NPO、ボランティア団体、地縁組織など多様な団体が多様な生活支援サービスを提供する体制づくりや、住民が担い手となる環境づくりを行います。

(6) 地域リハビリテーション活動の支援

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。

その際、総合事業の量の見込みに対し、より質の高い取組を推進するために必要な医療専門職等を安定的に確保するためには、通いの場をはじめとした総合事業におけるサービスに医療専門職等を派遣することについて、協議の場において医療機関や介護事業所等の調整を行うことが重要です。

なお、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、活動を自粛している状況も見られることから、感染防止に配慮しつつ、活動再開や参加率向上に向けた取組を進めていくことも重要です。

(一) 各年度における介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業)の量の見込み

【当町の取組状況】

機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業が見直されました。

年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。

リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化します。予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市区町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行しました。

既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援します。また、支援を受ける高齢者が支え手側に回ることもあり得ます。

当町においては平成29年度から総合事業が始まり、今年度で7年目を迎えます。以前は所謂「自立デイ」「自立ヘルプ」を提供してきました。

総合事業へ移行してからは自己負担額がさらに安くなり、デイサービス、ヘルプサービスで介護予防を実施するという意識が利用者やケアマネジャーの皆様にも浸透してきているものと思われませんが、その反面、サービス提供事業者の皆様からは増大する需要に供給が追い付かなくなっている現状があることも報告されております。

対象者であっても、一般介護予防事業で賄えるような方はそのサービスを利用してもらうなど事業間での連携を図るほか、サービス提供の維持の観点から、対象者や単価の弾力化等を踏まえて計画を策定しました。

従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラムにおいても、平成29年度から「介護予防・生活支援サービス事業」として実施しています。介護予防については、介護予防ケアマネジメントに基づき事業を行います。

(I) 介護予防・生活支援サービス事業

①訪問型サービス

ホームヘルパーを派遣し、家事（調理・買い物・掃除等）や、介護（食事・排泄・

入浴の介助等)のお世話をします。

なお、ひとり暮らしの高齢者・高齢夫婦世帯や要介護高齢者が増えていく現状の中で、高齢者の自立を支援し家族などの介護負担の軽減を図ります。

②通所型サービス

介護認定を受けていない家に閉じこもりがちな高齢者、要支援認定を受けている高齢者に対し、介護予防のための体操・作業・レクリエーションなどを実施するとともに、介護予防に関する知識の普及啓発を行い、要介護状態になることを予防します。

③介護予防短期集中型通所サービス事業

運動機能低下の恐れのある高齢者に対し、筋力トレーニングを行い、筋力の低下を予防し、要介護状態になることを予防します。

④介護予防ケアマネジメント事業

総合事業対象者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的・効率的に実施されるよう必要な援助を行います。また、平成18年度から介護予防・生活支援サービス事業対象者、要支援1・2と認定された方のサービス計画は町が直接地域包括支援センターで作成することとなっていますが、その一部を居宅介護支援事業所にも委託しています。

(Ⅱ) 一般介護予防事業

元気なうちから生涯を通じて、介護予防に取り組むことを目的にし、地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的としています。

また、ボランティアや民間団体、住民団体等さまざまな社会資源も活用して、介護予防に携わるボランティア育成にも積極的に支援していきます。事業の対象者は、第1号被保険者の全ての方や、その支援のための活動に関わる方となります。

【当町の現状と課題】

いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者を迎える令和7年には、当町において高齢化率は50%を超えると推計されています。サービス提供量にも限りがある中で、元気なうちから生涯を通じて、介護予防に取り組み、重度化する前に支援の手を差し伸べる施策を実行することが重要です。

①介護予防把握事業

閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へ繋げます。訪問の際には、チェックリストの聴取により状況の確認を行います。

～介護予防知識の普及啓発～

【当町の現状と課題】

「健康で心に豊かさを持てる人づくり」を目標に掲げる能登町において、住民運営

の通いの場を充実させ、継続的に拡大していくような地域づくりを推進することが重要です。また「食」というものは大きな役割を担っています。田舎ならではの濃い味付けになりやすく、偏食傾向にある高齢者に、いかにバランスの取れた健康的な食を指導・提案できるかが、介護予防への一つのカギとなります。

②いきいき低栄養予防訪問事業（食生活改善推進員へ委託）

③低栄養予防訪問事業（特定健診結果該当者）

調査で把握した低栄養要注意者に対し、管理栄養士・栄養士が訪問や電話等で低栄養予防の栄養指導を行います。

④いきいき食教室事業（食生活改善推進員へ委託）

食生活改善推進員が、高齢者を対象に公民館単位で低栄養予防のためのいきいき食教室を実施します。

⑤介護予防知識普及啓発事業

高齢者（老人会、各地区高齢者交流会等）を対象に講座を開催し、低栄養予防、筋力向上、認知症、うつ病等介護予防に関する知識の普及と、介護予防に関する情報の提供を行います。

～地域介護予防活動支援～

【当町の現状と課題】

今後、既存の介護事業所による既存のサービスに加え、NPO、民間団体、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援する必要があります。

高齢者要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すとともに、支援を受ける高齢者が支え手側に回ることもあり得るという実態を理解しながら、介護予防に関わるボランティア育成にも積極的に支援することが重要になります。

⑥高齢者交流会助成事業

閉じこもりなど低活動低社会性の状態から引きおこされる介護状態を予防することを目的とし、高齢者の参加しやすい身近な会場で、地域のボランティアが主体となって定期的（概ね月1回）に開催する交流活動（健康に関する知識、趣味活動、体操、ゲーム等）に対し、助成金を交付します。

⑦高齢者交流会ボランティア育成事業

高齢者交流会を実施しているボランティアを対象に研修会を開催します。

⑧介護予防ボランティア養成事業

一般住民を対象に、高齢者の心身に関する知識（特に認知症）や運動指導、レクリエーション、栄養改善等の講座を開催し、高齢者交流会活動等地域で介護予防活動を実践するボランティアを養成します（隔年で実施）。令和6年度は、食生活改善推進員のスキルアップ講座を行います。

⑨いきいき百歳体操教室

令和2年度から始まった事業で、住み慣れた地域で自分らしい暮らしができる限り続くよう、いきいき百歳体操を通じて、馴染みの関係性の中で交流しながら筋力の維持、向上を図ります。3人以上で構成され、週1回以上の頻度で継続できるグループが対象となります。

⑩いきいき百歳体操ボランティア養成

令和3年度から始まった事業で、いきいき百歳体操グループに対して、体操の効果判定、モチベーション維持のための体力測定を行います。体力測定は3カ月後、6カ月後、1年後の間隔で行います。介護予防ボランティア養成講座を修了された方で、活動に関心のある方が対象です。いきいき百歳体操の研修を受講された方をボランティアとして登録し、活動を行っていきます。

(二) 包括的支援事業の事業量の見込み

・地域包括支援センター（以下「センター」）は、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする機関であり、地域の関係者とのネットワークの下、総合相談支援などの包括的支援事業や介護予防支援等の支援を行うとともに、こうした取組を通じて市町村と一体となって地域課題の把握やその対応策の検討等を行うことが期待されています。

一方で、高齢化の進展や地域住民の支援ニーズの複雑化・複合化等を背景として、センターの業務負担は増大しており、業務負担軽減の観点から、令和5年5月に成立した「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」において、センターが効果的な業務を実施し、それぞれの地域における地域包括ケアの中核機関として期待される役割を發揮できるよう、介護保険法の改正が行われました（令和6年4月1日施行）。

主な改正点は以下のとおりです。

①介護予防支援においては、実施状況の把握を含め、センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することが適当とされました。

②総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等が可能とされました。

③人材確保が困難となっている現状を踏まえ、3職種（保健師・社会福祉士及び主任介護支援専門員、その他これに準ずる者）の配置は原則としつつ、センターによる支援の質が担保されるよう留意した上で、複数拠点で合算して3職種を配置することや、「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」の「準ずる者」の範囲の適切な設定など、柔軟な職員配置が可能とされました。

④センターが行う第1号介護予防支援事業について、質の確保を図りつつ、その業務負担の軽減を行う観点から、総合事業において、従前相当サービス等として行われる介護予防ケアマネジメントAについて、利用者の状態像等に大きな変化がないと認められる場合に限り、モニタリング期間の延長等を可能とすることが適当であるとされました。

当町においては、センターを3圏域に本所1箇所、支所4箇所を設置し、介護や支援を必要とする高齢者の早期発見や適切なサービス提供が行われるように、高齢者を支える仕組みづくりに努めていますが、より抜け目のない体制整備の構築の為、上記の制度改正に伴う対応の検討も進めていきます。

【当町の現状と課題】

多様化するニーズとサービスに対応するため、被保険者に対する幅広い相談支援や地域の介護サービス事業者のネットワーク化など、支援システムを構築するための取組が必要となっています。

①総合相談支援事業

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、地域のネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を把握し、地域における適切な保健・医療・福祉サービス機関または制度の利用に繋げられるよう相談支援を実施します。

②権利擁護事業

成年後見制度の利用支援や高齢者に対する虐待防止・早期発見など、権利擁護に関する相談・支援を実施します。

③包括的・継続的ケアマネジメント事業

介護支援専門員と個別事例検討会を行い、介護支援専門員の資質向上や連携強化等における支援を実施します。

④認知症初期集中支援推進事業

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、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うのが「認知症初期集中支援チーム」です。専門医や保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等の多職種によるチームで構成され、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としており、個別事例の検討を行います。

⑤認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の様態の変化に応じ、すべての機関と通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図ります。

⑥在宅医療・介護連携推進事業

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後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進することを目的とした事業です。

地域の医療・介護サービス資源の把握や課題の抽出と対応の協議をするほか、講演会開催、パンフレットの作成・配布等によって、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図ります。

⑦生活支援体制整備事業

生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、多様なサービス提供主体の参画が求められることから、市町村が主体となって、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として公民館単位で協議体を設置することにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進する事業です。

コーディネーターの組織的な補完、地域ニーズの把握、情報の見える化の推進を行うほか、企画・立案・方針策定を行う場、地域づくりにおける意識の統一を図る場、情報交換の場、働きかけの場の提供を行います。

平成28年度より、包括的支援事業として始まりました。第9期以降も全15地区で第2層協議体における会議を年1回以上行っていきます。また、協議体の場でも出された意見を盛り込んだ、町内の社会資源を掲載したパンフレットを作成・配布によって、町民に有益な情報を提供していきます。

(三) 任意事業の事業量の見込み

地域の実情に応じて市町村独自の発想・形態で企画・実施される事業で、家族やヘルパー等、高齢者を介護している方を対象とした教室の開催、また認知症対策や成年後見制度利用支援等、その他介護者（家族）に必要な支援を行います。

【当町の現状と課題】

年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、要介護（支援）者を地域で見守ることができるよう、地域の実情に応じた保険者独自の発想・形態で企画・実施される事業が必要となっています。

①家族介護者教室事業

寝たきり高齢者等を介護している家族やヘルパー等、高齢者を介護している方を対象に、介護に関する知識と技術の提供を行い、要介護状態の改善と疾病の重症化予防を図ります。また、介護者同士の交流の場を提供します。

②介護食講座事業

家族やヘルパー等、高齢者を介護している方を対象に、摂食・嚥下困難者の食事（内容、形状、口腔管理等）、低栄養予防や疾病に応じた食事づくりに関する知識や技術を習得する講座を開催しています。

③地域ケア会議推進事業

地域ケア会議とは、介護支援専門員、保健、医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者等により構成される会議です。個別ケースを検討する会議から、地域の課題の解決を検討する場まで、一体的に取り組むことで、地域包括ケアシステムの構築の推進に繋がっていきます。

④認知症高齢者見守り事業

地域での認知症高齢者の早期発見と見守りシステムともに地域住民への啓発活動を行い、認知症に対する理解の促進と偏見の解消に努めます。具体的には、ひまわりネットワークを通して、連絡会開催や各種団体向けのPRにて認知症見守りを推進していくとともに、関係職種対象の認知症研修会・座談会や住民を対象とした認知症講演会を実施、また傾聴ボランティアにて見守りができる人材を養成していきます。

⑤成年後見制度利用支援事業

判断能力が十分でないために日常生活に支障がある高齢者で、成年後見制度の利用が必要であるにもかかわらず、その利用が困難な方に成年後見制度を利用することができるよう支援します。

地域支援事業									
事業名	項目	第9期事業計画			R12	R17	R22	R27	R32
		R6	R7	R8					
(一) 介護予防・日常生活支援総合事業									
(1) 介護予防・生活支援サービス事業									
①訪問型サービス 【訪問型サービスA・訪問介護相当サービス】	計画延日数	3,300	3,300	3,300	3,000	2,800	2,600	2,400	2,000
②通所型サービス 【通所型サービスA・通所介護相当サービス】	計画延日数	15,500	15,500	15,500	15,000	14,000	11,200	10,000	8,000
③通所型サービス 【介護予防短期集中型通所サービス】	計画延回数	0	0	0	0	0	0	0	0
④介護予防ケアマネジメント	計画延人数	3,000	3,000	3,000	2,800	2,600	2,400	2,000	1,500
(2) 一般介護予防事業									
①介護予防把握事業（基本チェックリスト数）	計画延人数	50	50	50	50	50	50	50	50
②いきいき食訪問事業 （食生活改善推進員へ委託）	計画延人数	100	100	100	100	100	100	100	100
③低栄養予防訪問事業 （特定健診結果該当者）	計画指導延人数	10	10	10	10	10	10	10	10
④いきいき食教室事業 （食生活改善推進員へ委託）	計画回数	10	10	10	10	10	10	10	10
⑤介護予防知識普及啓発事業 （講座開催数）	計画回数	30	30	30	30	30	30	30	30
⑥高齢者交流会助成事業	計画団体数	60	60	60	60	60	60	60	60
⑦高齢者交流会がランティヤ育成事業	計画回数	1	1	1	1	1	1	1	1
⑧介護予防がランティヤ養成事業	計画延人数	-	17	-	-	17	-	17	-
	内、健康づくり推進員	-	2	-	-	2	-	2	-
	内、食生活改善推進員	-	10	-	-	10	-	10	-
	内、老人保健ビシター	-	5	-	-	5	-	5	-
⑨いきいき百歳体操教室	計画団体数	12	13	14	15	15	15	15	15
⑩いきいき百歳体操がランティヤ養成	計画人数	-	2	-	-	2	-	2	-
(二) 包括的支援事業									
①総合相談支援事業（相談件数）	計画件数	900	900	900	900	900	800	800	800
②権利擁護事業（相談件数）	計画件数	100	100	100	100	100	90	90	90
③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 （介護支援相談員支援件数）	計画延回数	10	10	10	10	10	10	10	10
④認知症初期集中支援推進事業 （検討回数）	計画回数	2	2	2	2	2	2	2	2
⑤認知症地域支援・ケア向上事業 （認知症講話実施回数）	計画回数	4	4	4	4	4	4	4	4
⑥在宅医療・介護連携推進事業 （能登町医療介護連絡協議会開催数）	計画回数	2	2	2	2	2	2	2	2
⑦生活支援体制整備事業 （全第2層協議体会議数）	計画回数	15	15	15	15	15	15	15	15
(三) 任意事業									
①家族介護者教室事業	計画回数	9	9	9	9	9	9	9	9
②介護食講座事業	計画回数	1	1	1	1	1	1	1	1
③地域ケア会議推進事業	計画回数	10	10	10	10	10	10	10	10
④認知症高齢者見守り事業	ケアマネジメント養成計画実人数	2	-	2	2	-	2	-	2
	認知症ケア養成計画延人数	100	100	100	100	100	100	100	100
	傾聴がランティヤ養成計画実人数	5	5	5	5	5	5	5	5
⑤成年後見制度利用支援事業	計画人数	3	3	3	5	5	5	5	5

4. 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、 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 若しくは悪化の予防及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

(一) 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、 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 若しくは悪化の防止への取組及び目標設定

【当町の取組状況】

要介護（要支援）状態であって、その後改善されたとしても、それまでと同等サービスの総合事業を利用することができます。

また、要介護状態等になった場合であっても、一般介護予防事業を利用することができます。就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、役割がある形で高齢者の社会参加等の促進のため、高齢者の生きがいづくりのための就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置や、介護サービス提供時間中の有償での取組も含めたボランティア活動や就労的活動による社会参加の促進を検討していきます。

具体的な内容としては、シルバー人材センターへの登録を促し、町内企業での活動に繋がるような活動を想定しています。

また、市町村は地域包括ケアシステムの構築状況に関する自己点検の結果も参考にしながら、これまでの取組を活かしつつ、地域包括ケアシステムを推進していくことにより、住民一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らせる社会の実現に向けた地域づくりに取り組むことが重要であり、そうした取組は地域共生社会の実現に資することとなり得ます。

その際、国が作成・周知する資料や、地方自治体の取組事例の分析結果等を活用することも重要です。

《リハビリテーションサービス提供体制の構築について》

当町において、障害自立度が重い認定者の割合が、県内でも比較的高い傾向があります。リハビリテーションにおいては、要介護（支援）者がリハビリテーションの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、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することにより、より自立した日常生活が送れることを目指します。

そのために、利用者のニーズに応えられるように、人材の確保・育成を行う他、利用者の自立支援に向けて個々の利用者に適したリハビリテーションを提供できるよう、関係サービス間の連携を強化します。その際、地域の医師会をはじめとした関係団体・関係機関等との協議の場を設け、具体的な取組内容の検討・実施を行うことが重要です。

・ストラクチャー（医療サービスを提供する物資資源、人的資源及び組織体制）指標から把握される当町の現状

リハビリテーションサービスの施設・事業所数（令和5年度）

サービス提供事業所数	
訪問リハビリテーション（病院併設）	1事業所
通所リハビリテーション（病院併設）	2事業所
介護老人保健施設	—
介護医療院	1事業所
短期入所療養介護（老健）	—
短期入所療養介護（医療院）	1事業所

リハビリテーション専門職の数（平成29年度 単位：人）

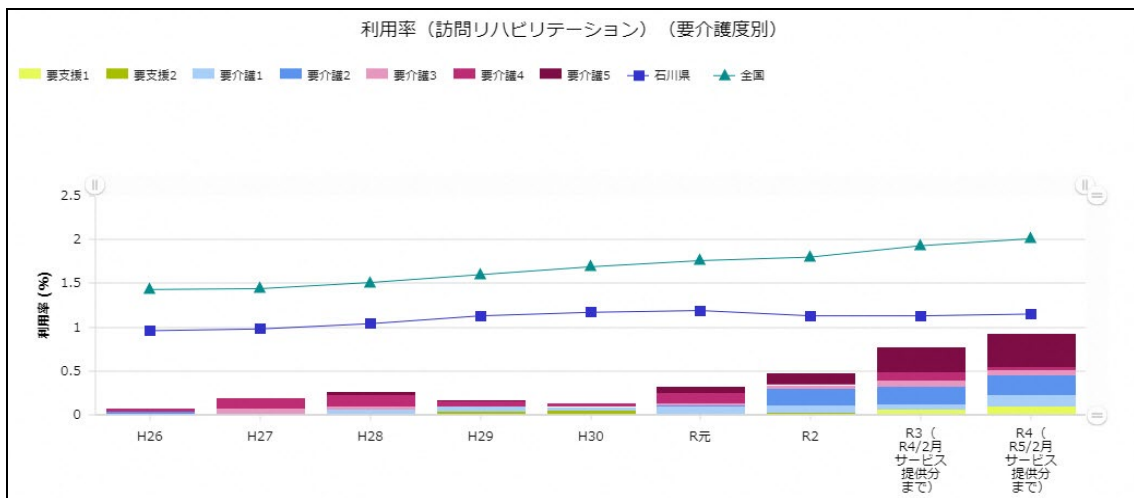
従事者数（認定者1万人あたり）	能登町	石川県	全国
理学療法士	8.66	24.01	29.42
作業療法士	0.00	19.92	16.35
言語聴覚士	0.00	1.78	3.06

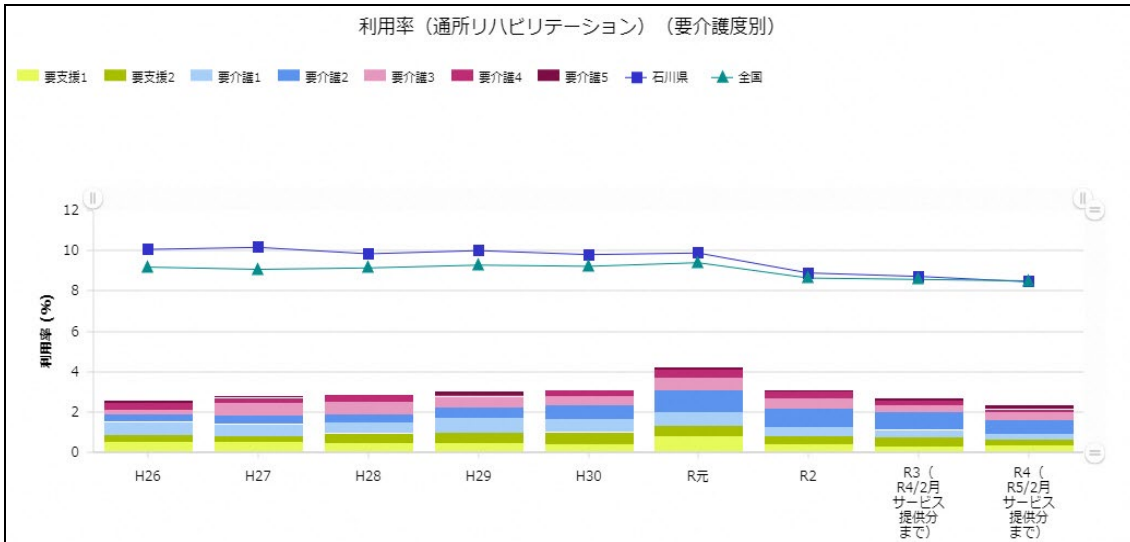
【地域包括ケア「見える化」システム】

※リハビリテーション専門職について、関係する施設・事業所数が全国や県に比べ少なく、専門職数が限られています。特に、言語聴覚士については、町内に従事者がいない状況です。

・プロセス（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制）指標から把握される当町の現状

リハビリテーションサービスの利用状況





【地域包括ケア「見える化」システム】

※訪問及び通所リハビリテーションについて利用率は、石川県平均（■）及び全国平均（▲）と比べて低いが、近年上昇している傾向にあります。

リハビリテーションサービスの提供状況（令和元年度 単位：人）

各種加算（認定者1万人あたりの算定者）	能登町(県内順位)	石川県	全国
短期集中個別リハビリテーション実施加算	31.43 18位	101.71	136.36
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	19.01 9位	20.76	32.88
個別リハビリテーション実施加算	5.85 13位	32.65	57.37
経口維持加算	36.55 12位	86.52	51.33
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上	78.22 13位	241.45	161.35
生活機能向上連携加算	20.47 15位	239.21	198.65
通所リハビリテーション（短時間（1時間以上2時間未満））	104.53 3位	54.13	66.53

【地域包括ケア「見える化」システム】

【分析】

・当町において、障害自立度が高い認定者の割合が、県内でも比較的多い傾向があります。訪問リハビリテーションについて利用率は、石川県平均及び全国平均と比べて低いが、近年上昇している傾向にあります。町外の事業所を利用している可能性も考えられますが、増加する需要に対応できるよう、サービス提供体制を拡充する必要があります。

・サービス提供体制について、専門職数が県平均や全国平均と比較して少なく、人的資源が限られています。特に言語聴覚士について常勤従事者がおらず、地域の介護サービスの中で、高齢者に必要な言語聴覚療法を必要なタイミングで提供することが難しいと言えます。

・訪問及び通所リハビリテーションの各種加算の算定状況から、それぞれが役割分担をしながら地域のリハビリテーションを担っている状況が把握されたが、今後、リハビリテーションを受ける必要がある高齢者が増加していく傾向を踏まえると、訪問及び通所リハビリテーションの双方で短期集中個別リハビリテーションやリハビリテーションマネジメントに取り組める体制が望ましく、その実現のためにリハビリテーション専門職を増やす取組が必要です。

【今後の当町の施策】

・専門職については、県全体で不足している状態です。町立の総合病院である公立宇出津総合病院では令和元年度から通所リハビリテーション（定員20名）を提供しており、それによってサービスの提供が増加してきています。医療・介護両保険に係るリハビリテーション職は5名在職しており、今後、大幅な増員することは考えにくい状況です（令和6年度には6名に増員予定）。民間事業所において、能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金を活用することで人員確保ができるよう、より一層の制度の周知を図ります。

（二）介護給付の適正化への取組及び目標設定

・保険者の事務負担の軽減を図りつつ、効果的・効率的に事業を実施するため、これまでの給付適正化主要5事業を3事業に再編するとともに、実施内容の充実化を図ることとされました。

まず、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を任意事業として位置づけるとともに、実施の効率化を図るため「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を親和性の高い「ケアプラン点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた3事業を給付適正化主要事業として再編されました。また、再編後の3事業については、全ての保険者において実施すること（実施率100%）を目指すとともに、最低限に取組むべき事業を明確化することにより、適正化事業に着手できていなかった小規模保険者等の事業実施を促進し、地域差の改善を図ることとされました。

さらに、こうした取組の実施に当たっては、地域差の改善や介護給付費の適正化に向けて、都道府県との協議の場において議論を行い、国保連合会への委託等も検討することが重要です。

【当町の取組状況】

「石川県介護給付費適正化取組方針2024における取組み」が策定される見込みです。また、明確に事務処理上必要な事項を定めるため、能登町介護給付費適正化事業実施要綱を制定しています。適正化事業の実施に関し必要な事項は、能登町介護給付費適正化事業マニュアルによることとしています。

（1）要介護認定の適正化

要介護認定の調査内容について、訪問又は書面等の審査を通じて点検するとともに、認定調査員研修を実施することで、判断のばらつきを無くし、適切かつ公平な要介護認定の確保に向けた取り組みを実施します。

（2）ケアプラン点検・住宅改修等の点検

個々の受給者が真に必要なサービスの確保を目的として、適切ではないサービス提供の是正を図るため、介護支援専門員のケアプラン作成傾向を調査・分析し、対象事業所を絞り込んで点検するなど、効果的な点検を実施します。

限られた人員や時間等の制約もあり、ケアプラン点検数が低い数値となりがちですが、居宅介護支援事業所への実地指導を行う際に合わせて実施することとしています。

住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検は、受給者の身体の状態に応じて真に必要なかを確認します。受給者宅の訪問調査などは行わないとしても、工事見積書や施工写真の点検、介護支援専門員への確認などを行います。

なお、必ずしもケアプランの点検と並行して住宅改修等の点検を実施するという趣

旨のものではなく、どの事業を優先的に実施するか等について、これまでの取組状況等を踏まえ、地域特性やサービス事業所等からの介護保険の請求傾向等を総合的に勘案のうえ、適宜判断していきます。

(3) 縦覧点検・医療情報との突合

縦覧点検及び医療情報との突合は、石川県国民健康保険団体連合会に委託することで、年間を通して実施されています。

縦覧点検とは、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・日数等の点検を行うことです。これには事業者との過誤処理も含まれます。また、医療情報との突合とは、医療保険と介護保険の給付情報を突合し、サービスの整合性の他、重複して請求されていないか確認することです。

介護給付適正化事業									
事業名	項目	第9期事業計画			R12	R17	R22	R27	R32
		R6	R7	R8					
(1) 要介護認定の適正化	認定調査票点検計画件数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数
	認定調査員研修計画回数(新任)	2	2	2	2	2	2	2	2
	認定調査員研修計画回数(現任)	1	1	1	1	1	1	1	1
(2) ケアプラン点検・住宅改修等の点検	点検件数(以上)	1	1	1	1	1	1	1	1
	点検対象計画事業所数(以上)	1	1	1	1	1	1	1	1
	住宅改修着工前点検計画件数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数
	住宅改修着工後点検計画件数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数
	福祉用具購入点検計画件数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数
	福祉用具貸与(軽度者分)点検計画件数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数	全数
(3) 縦覧点検・医療情報との突合	縦覧点検の実施計画月数	12	12	12	12	12	12	12	12
	医療情報との突合の実施計画月数	12	12	12	12	12	12	12	12

Ⅲ. 計画の任意記載事項

Ⅲ. 計画の任意記載事項

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進のため

重点的に取り込むことが必要な事項

(一) 在宅医療・介護連携の推進

【当町の取組状況】

・在宅医療と介護の連携

当町では在宅医療・介護連携推進コーディネーターを1名配置しています。その役割は、地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付です。

また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行います。

具体的には、広域的な医療介護連携のため、各市町が管内病院の連携窓口の一覧を作成したものを県に情報提供し、県ホームページにて公開する取組を実施しています。

また、自宅での療養やリハビリテーションなどを促進するために、在宅医療と介護の連携を強化します。また、かかりつけ医の確保を促進します。

これは令和5年の法改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつということになりますが、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることにつながります。

かかりつけ医機能報告については令和7年4月施行になります。そして、早期に歯科も受診し、必要に応じて早期治療とケアが行われれば、認知症の進行速度を抑えることもできます。

特に、医療ニーズや介護ニーズを併せ持つ慢性疾患のある高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれることから、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう取り組みを進めます。

介護支援専門員が医師とコンタクトをとるためにどのような時間帯、方法で連絡を取ったら良いかという情報をまとめた「ケアマネタイム」を年度初めに更新、配布しています。

・能登町医療介護連絡協議会の開催

地域医療関係者の連携強化を図り、介護保険の有機的な利用を行い、地域住民の医療・介護に資することを目的に、能登町医療介護連絡協議会を開催し、町内の医師、歯科医師、ケアマネジャー等が一堂に会し、講師による研修を行うほか、意見交換会も実施しています。

・「能登町内在宅医療・介護サービス提供法人ガイドブック」の作成

保健福祉事業の一つとして、令和3年度に、町内法人（事業所）へ掲載記事の記載依頼を行って情報を収集し、介護サービス事業所の提供サービス内容の他、求人情報等を兼ねたパンフレット「能登町内在宅医療・介護サービス提供法人ガイドブック」を作成しました。

6年度には在宅医療・介護連携推進事業の一つとして、掲載内容を変えて医療と介護の連携を目的に作成、配布する予定です。

- ・地域住民への普及啓発

地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促すために、看取りや認知症等をテーマにした講演会等を実施していく予定です。

人口10万人あたりの指数（令和元年度）	能登町（県内順位）	
訪問看護利用件数（医療として・精神以外）	324.1件	4位
訪問看護利用者数（介護保険として）	553.9人	7位
往診を受けた件数	1502.5件	6位
訪問薬剤管理指導を受けた人数	282.8人	7位
在宅ターミナルケアを受けた患者数	159.1人	3位

【地域包括ケア「見える化」システム】

（二）高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的な実施

【当町の取組状況】

地域ケア会議で保健・医療・福祉に係る各サービスを総合的に調整、推進、実施してきましたが、今後より一層の強化を図り、関係機関の継続的かつ安定的な連携を推進します。

また、健康教育、健康相談の実施や特定健診、がん検診の受診率向上等については、医師会の協力を得ながら、保健サービスの提供を推進するとともに、介護予防推進のため、要介護認定で「自立」と判定された人や要介護認定を受けても介護保険サービスを利用しない人への適切なサービスを提供するために情報を集約し、スムーズなサービス提供にむけて、体制を構築します。

その他、歯や義歯の手入れ、唾液腺マッサージ、口腔体操などの講話や実践を行い、口腔機能の維持・向上を図る目的で「口腔ケア教室」を実施するなど、通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を行っています。

また、石川県国民健康保険団体連合会のデータを用いて、医療・介護サービスや健診を受けていない人を抽出したデータに基づき、対象者に対し、「お達者ですか訪問事業」として、地域包括支援センター職員等が適宜訪問するなどして必要な支援はないか確認しています。

令和5年度からは、健康福祉課内の医療係、健康推進係、地域包括支援センターが連携することで、健康寿命の延伸に向けて年齢によって途切れない事業を展開しています。ハイリスクアプローチとしては糖尿病性腎症重症化予防など、ポピュレーションアプローチとしてシルバーリハビリ体操3級指導士養成講座などを実施しています。

今後は後期高齢者健診の受診率向上に向けた取り組みを実施するほか、石川県国民健康保険団体連合会のデータを用いて、医療・介護サービスや健診未受診者を抽出したデータに基づき、健康状態不明者として状態把握を実施し、医療や介護など適切なサービスに繋げていくなど、「一体的実施」の事業を広げていきます。

（三）生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

- ・総合事業の実施状況の評価等が努力義務とされていることを踏まえ、総合事業の実施

状況の調査、分析、評価等を適切に行い、必要に応じて広域的な対応を検討することが重要です。当町においては『取組と目標』に対する自己評価シート」における「自立支援、介護予防、重度化防止」について点検や評価を毎年度行うこととしています。

【当町の取組状況】

- ・生活支援コーディネーターの配置

介護予防・日常生活支援総合事業では、生活支援コーディネーターの配置等を通じて地域の支えあいの体制づくりを推進し、既存の介護サービス事業者によるサービス提供から、元気な高齢者を始め住民が担い手として積極的に参加する支援まで、サービスの多様化を図り、高齢者の多様なニーズに応じていきます。

- ・生活支援サービスに関する協議体の設置

地域課題を共有するとともに、地域のニーズや資源を把握し、生活支援サービスの充実を目指すため、生活支援サービスに関する協議体を設置しています。

- ・その他のサービスの整備について

生活支援・介護予防サービスには該当しませんが、生活支援体制整備事業を通じて令和2年度から移動販売を展開する事業所が1箇所増えました。また、令和3年度からは宇出津、神野、柳田地区において、老人福祉センター「笹ゆり荘」へのバスによる送迎を週1回実施することになりました。

今後もコーディネーターを中心に地域のニーズと地域資源のマッチング等の機能強化を図っていきます。

(四) 地域ケア会議の推進

【当町の取組状況】

- ・地域ケア会議と生活支援体制整備事業との連携により、課題の吸い上げや、逆に地域への提言に繋がっています。生活支援コーディネーターが直接地域ケア会議に参加することでスムーズなニーズの把握に繋がっています。

(五) 高齢者の居住安定に係る施策との連携

- ・今後、独居の困窮者・高齢者等の増加が見込まれる中であって、住まいをいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持の観点に加え、地域共生社会の実現の観点からも非常に重要な課題です。

市町村は、高齢者向け住まいの確保を図るに当たり、地域の人口動態、医療・介護ニーズ及び高齢者の住まいに関するニーズを分析するとともに、住宅政策を所管する部局等と連携して、当該ニーズに対し、既存の施設やサービス基盤を組み合わせつつ、計画的に対応していく必要があります。

また、住宅政策を所管する部局や都道府県等と連携を図り定めることが重要です。なお、養護老人ホームにおいて、居住に困難を抱える高齢者の契約入所を認めるといった柔軟な取扱いを促進することも考えられます。

さらに、居住支援協議会等の場も活用しながら、行政における様々な分野の関係部署や、居住支援法人、不動産団体、社会福祉法人、NPO等の関係団体が連携を深めつつ、住まい支援に関する総合的な窓口等について、それぞれの地域の実情に合った形で構築するなど、住まいの確保と生活の一体的な支援の体制を整備しつつ、生活に困難を抱えた高齢者等に対し、低廉な家賃の住まいを活用した高齢者の居住の確保を図ることも重要です。このため、地域支援事業等の活用、都道府県や他分野の施策との連携等が考えられます。

【当町の取組状況】

老人福祉事業のサービスとして、身体上若しくは精神上または、環境上の理由及び経済的理由により居宅において援護を受けることが困難な方を対象とした「養護老人ホーム入所事業」や、生活することに不安のある方、また家族による援助を受けることが困難な方や、高齢者虐待を受けている方の保護を目的に住居を提供する「生活支援ハウス入居事業」があります。

ひとり暮らしの高齢者等の急病や災害等の緊急時に迅速かつ適切に対応を図る「緊急通報体制等整備事業」や、近所に住む老人福祉連絡員が、ひとり暮らし等高齢者や老夫婦等これに準ずる世帯を随時訪問し、高齢者の健康状態や生活状況等を把握する『一声訪問』を行い、地域での見守り活動を推進し、高齢者が安心できる日常生活の営みを支援する「老人福祉連絡員設置事業」などソフト面の施策も展開しています。

介護給付サービスである住宅改修事業においても、町営住宅の改修であっても、担当の係員と協議の上、利用者の利便性を最優先に考えた上で許可していくこととしていくなど、住まいと生活の支援を一体的に実施していきます。

また、生活に困難を抱えた高齢者等に対する住まいの確保として、該当者に町営住宅へ優先的に入居させるようにします。

2. 各年度における介護給付費等対象サービスの種類ごとの

見込量の確保のための方策

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護等、特定施設などの各種介護サービスについて、中長期的な人口構造や介護ニーズの変化に加え、医療ニーズの変化も見据えた的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策を示すことが重要です。

また、地域密着型サービスについて、既存施設の有効活用等を図るとともに、区域外へのサービス提供に係る介護事業所の負担の軽減を図る観点から、都道府県と連携を図りつつ、広域利用に関する事前同意等の調整をすることも重要です。

【当町の取組状況】

地域密着型サービスは、要介護者が住み慣れた地域で生活することを支えるため、市町村内の支援ニーズに応じて提供されるサービスであり、市町村が事業所を指定するものです。

このため、市町村の被保険者は、その市町村の地域密着型サービスを利用することを原則としています。

ただし、他の市町村に所在する地域密着型サービス事業所についても被保険者からの利用希望に基づき、市町村が必要であると認める場合には、他の市町村の同意を得て指定（区域外指定）することで、被保険者が利用することが可能となります。

他の市町村の事業所を指定することについては、各市町村の実情に応じた、それぞれの判断であり、各市町村はケースごとに適切に判断し、運用されるものですが、各市町村におかれては、被保険者から相談があった場合には、そのケースに応じて市町村の方針をきちんと説明し適切に対応しています。

また、当町においては、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスについて、既存施設の有効活用等を図るとともに、区域外へのサービス提供に係る介護事業所の負担の軽減を図る観点から、都道府県と連携を図りつつ、広域利用に関する事前同意等の調整を図ることとします。さらに、地域密着型サービスの広域利用を促進するための具体的方策について、区域外指定の事前同意を含め、地方自治体向けの手引きを活用していきます。

(一) 関係者の意見の反映

【当町の取組状況】

毎年度、地域密着型サービス運営協議会を介護保険運営協議会と兼ねて開催しております。サービス内容の紹介や利用者数や指定更新の実地指導の状況等を示しています。各事業所の運営推進会議の際には住民やスタッフからの意見を聴取する他、グループホームのホーム長会議にも保険者として参加しています。

また、平成31年4月から「介護人材確保に関する調査」を町内全事業所を対象に行い、人員数や外国人労働者の雇用、介護ロボットの導入状況等についての把握を行っています。

そこから能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金支給事業等の創設により、地域密着型サービス施設も含めた人材確保に向けた取り組みに繋げています。

(二) 公募及び協議による事業者の指定

【当町の取組状況】

令和5年度現在、事業者の公募は行っていません。当町は近隣自治体と比べてもハード面は充実しており、これ以上の施設整備は既存施設内での人員不足を起こしかねません。指定管理による当町保有の施設においては、今後も適切に運営されているのか指導監督していきますが、今後、事業の廃止や施設の取り壊しが行われた場合には、その補完として新たな法人等の新規参入などについても検討していきます。

なお、長期的なサービス提供、持続可能性の維持の観点から、老朽化した施設の修繕や建て替えについては適切に対応していきます。

要支援・要介護者1人あたりの定員（令和4年度）	能登町（県内順位）	
介護老人福祉施設	0.217人	1位
介護療養型医療施設（介護医療院）	0.150人	1位
施設サービス定員計	0.488人	1位

【地域包括ケア「見える化」システム】

(三) 都道府県が行う事業者の指定への関与

【当町の取組状況】

当町の介護保険事業計画との整合性や、既存のサービスとの関係性等を考慮した上で、今後も県と情報交換を密なものとしていきます。

3. 各年度における地域支援事業に要する費用の額

及びその見込量の確保のための方策

(一) 地域支援事業に要する費用の額

【当町の取組状況】

サービスへの理解も浸透してきているものと思われませんが、その反面、サービス提供事業者の皆様からは増大する需要に供給が追い付かなくなっている現状があることも報告されております。対象者にとってそのサービスは適切なものか、その他のサービスで賄

えるような方はそのサービスを利用してもらうなどを考えていき、事業間での連携を図ります。

令和3年度から市町村の判断により、国が定めるサービス単価の上限をあくまで目安とし、市町村が具体的な単価を定めることができるようになっていきます。サービス提供の維持の観点において、単価を上げることを想定しています。

また、要介護者についても総合事業の対象とすることが可能となりますが、現在当町においては、総合事業のサービスのみを提供する事業所は存在しないため、実施は現実的ではありません。

(二) 総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、 その他の生活支援サービスの種類ごとの見込量確保のための方策

【当町の取組状況】

就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、役割がある形での高齢者の社会参加等の促進のための就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置を検討していきます。

(三) 地域支援事業及び予防給付の実施による 介護予防の達成状況の点検及び評価

【当町の取組状況】

「『取組と目標』に対する自己評価シート」における「自立支援、介護予防、重度化防止」について点検や評価を毎年度行うこととしています。

(四) 総合事業の実施状況の調査、分析及び評価

【当町の取組状況】

当町において生活支援・介護予防サービス分では訪問系、通所系サービスは介護給付費におけるサービス提供を行う事業所が実施しているため、県と町両方の指導監督がなされている状況です。

その他の総合事業においては、「介護保険事業計画『取組と目標』に対する自己評価シート」における「自立支援、介護予防、重度化防止」について点検や評価を毎年度行うこととしており、次期計画に反映させることにしています。

4. 地域包括ケアシステムを支える人材の確保 及び介護現場の生産性の向上の推進等

・介護現場の生産性の向上の取組は、都道府県が主体となり、地域の実情を踏まえ、総合的かつ横断的に進めていくことが重要です。そのため、令和5年の法改正においても、都道府県は「介護サービスを提供する事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努めなければならない。」とされており、具体的には、地域医療介護総合確保基金に基づく介護生産性向上推進総合事業によるワンストップ型の窓口の設置、介護現場革新のための協議会の設置といった取組が考えられます。

市町村においては、都道府県と連携し、都道府県が実施する施策の事業者への周知等を行うことが重要です。

業務効率化を進めて職員の負担軽減を図る観点から、介護分野の介護ロボット・ICT導入を進めていくことも重要であり、地域医療介護総合確保基金に基づく介護ロボット・ICT導入支援について、3年間の導入事業所数等の数値目標を設定していくことも考えられます。

加えて、ケアマネジメントの質の向上及び介護支援専門員の人材確保に取り組むことが重要です。

さらに、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備や人材確保の観点から、共生型サービスの活用も重要です。

さらに、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律、及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、令和3年度介護報酬改定において、全ての介護サービス事業者に対し、事業の運営に当たって、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより就業環境が害されること（職場におけるセクシュアルハラスメント又はパワーハラスメント）を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずることが義務付けられました。

このような状況も踏まえ、ハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくりに向けた取組を推進していくことが重要です。

介護分野の文書負担軽減の観点から、指定申請や報酬請求等に係る国が定める標準様式及び「電子申請・届出システム」の使用の基本原則化に向けて、令和5年3月に介護保険法施行規則等が改正されました。

これにより、市町村等においては、令和8年3月31日までに「電子申請・届出システム」の使用に向けた準備を完了する必要があることから、条例や規則の改正等を遅滞なく進めることが重要です。

なお、標準様式及び「電子申請・届出システム」の活用により、区域外指定を受ける地域密着型サービス事業者が複数市町村に対して行う指定申請にかかる事務負担も軽減されます。

加えて、介護人材確保が喫緊の課題とされる中で、介護サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用するため、介護サービス事業者の経営の協働化や大規模化も有効な手段の一つとして検討することが重要です。そして、業務効率化の観点からは、介護情報基盤の整備に向けた取組を進めることが重要です。また、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化を進めつつ、必要な体制を計画的に整備することが重要です。

【当町の取組状況】

・介護ロボットの普及の促進

県と連携し、介護ロボット導入支援と業務改善支援を効果的に組み合わせて実施するなど、積極的な取組をお願いするとともに、研修会等の場を通して好事例の周知をしていきます。

・介護人材確保に関する調査

平成31年4月から町内全事業所を対象に「介護人材確保に関する調査」を行い、人

員数や外国人労働者の雇用、介護ロボットの導入状況等についての把握を行っています。介護ロボットの種類としては、センサーなどの見守り系ロボットの導入が多く見られ、状態の不安定な利用者の確認と介護スタッフの負担軽減が図られているようです。

・能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金支給事業

令和2年度から、離職して他産業へ流出せず、介護分野に定着するよう、新たに能登町内の介護保険施設等に就職する介護従事者、もしくは再度町内の介護保険施設等に就職する介護従事者に対し、3年を限度として給付金（1年毎に介護福祉士等では20万円、資格が無い場合には10万円）を支給しています。

《実績 令和2年度 有資格者8名、無資格者2名》

《実績 令和3年度 有資格者10名、無資格者6名》

《実績 令和4年度 有資格者14名、無資格者7名》

・能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給事業

令和4年度から、町内の民間介護保険施設等に常勤雇用として就職する介護従事者であって、令和4年1月1日以降に介護福祉士等の資格を取得、保有した者に対し、その介護福祉士等の資格につき1人1回を限度とし、一律20万円を支給します。別の資格を取得、保有した場合にはその都度支給しています。

《実績 介護福祉士3名、介護支援専門員1名、主任介護支援専門員1名》

・能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金支給事業

令和4年度から、申請時に、町内の民間介護保険施設等に常勤雇用として就職する介護従事者又はその予定がある者を対象に、介護福祉士国家試験に向けた対策模擬試験（「公益社団法人 日本介護福祉士会」「一般社団法人 石川県介護福祉士会」が開催又は共催するものに限る）の受験費として1万円を限度として補助することとしています。なお、今後の事業の継続については、各年度の実績を鑑みて支給条件を変更するなど柔軟な対応を行っています。

・能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金支給事業

令和5年度から、能登町内の介護保険施設等に勤務し、現に介護サービス計画の作成業務に従事し介護支援専門員及び主任介護支援専門員の資格更新を行った者を対象に、一律20万円を支給します。

・能登町居宅介護支援事業所介護支援専門員支援交付金支給事業

令和5年度から、能登町の介護保険被保険者が介護保険サービスを利用するために必要な居宅介護支援等の作成を担う介護支援専門員等の処遇改善を図り、人材確保のため、通年に渡り居宅介護支援事業所に所属し、能登町の介護保険被保険者の居宅介護支援等を月平均10件以上提供する介護支援専門員等に対し、1会計年度につき一律20万円を支給します。

・文書量削減に係る取組

「介護保険法施行規則等の一部を改正する省令」を踏まえた指定申請の提出項目削減として、平成30年度中に町の要綱も一部改正し、指定申請書や変更届出書から、国の省令と同様の項目を削除しています。また、今後様式をExcelファイルに統一することで、複数書類への反映や自動計算ができるようにします。

その他、「介護保険施設等に対する実地指導の標準化・効率化等の運用指針」の内容を反映した実地指導方針を内部で決定し、実地指導を行います。

・申請様式のホームページにおけるダウンロードや文章に係る負担軽減
指定申請等に伴う申請様式をホームページにて公表し、ダウンロードできるようにしています。

現状の介護事業所の指定申請等において、事業所側に要請している提出書類に対しての考え方が、地方自治体により異なる、同一法人においては、展開する自治体が異なることで、提出する書類も若干異なるという状況があります。必要書類については各自治体の判断とはなるものの、複数の自治体との相談や、国による統一書式の提示などで今後とも対応していきます。

・国によるIT導入補助

IT導入による業務効率化を後押しするため、国による補助制度「サービス等生産性向上IT導入支援事業（IT導入補助金）」が令和2年度から始まりました。また県では「介護施設ICT・IoT導入促進事業費補助金」という補助も行っております。当町においても事業所の負担軽減の観点から、独自の補助事業の創設、予算措置を検討していきます。

・要介護認定の見直しについて

介護保険法施行規則が改正され、令和3年4月1日からは、更新認定の二次判定において、直前の要介護度と同じ要介護度と判定された方について、有効期間の上限を、36箇月から48箇月に延長することが可能とされています。

この他、認定調査員には県が主催する新任・現任への認定調査員研修への参加を推進する等、認定事務負担の軽減を図るとともに、保険者として要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制確保に努めます。

・介護認定審査会におけるデジタル化

令和3年度から紙媒体の資料をタブレット端末内の電子データに変更し、資料作成に係る経費の削減や印刷・審査会委員への配付に係る業務負担の軽減を図るほか、感染症が蔓延した際にでもオンラインによる会議が開催できるよう体制整備を行っています。

5. 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の

円滑な提供を図るための事業等に関する事項

(一) 介護給付等対象サービス

・介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国が示している事故報告様式を活用して、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等の取組を行うことが重要です。

【当町の取組状況】

令和2年度に能登町介護保険サービス事業者における事故発生時の取扱いに関する要綱を制定しました。

これまででは石川県が示す「介護保険事業者における事故発生時の報告の取扱い」文書や、「介護保険事業者事故等報告書」により、事故発生時の事務処理を行ってききましたが、今般の新型コロナウイルス感染症の発生への迅速な情報把握等の対応を行うため、また、明確に事務処理上必要な事項を定めるため、好事例の紹介等を通して再発防止を図るため、この要綱を制定することとなりました。

この他、広域的な対応が必要となるため、県や近隣自治体との連携が重要であり、情報交換を密なものとしていきます。

市町村に登録された介護相談員が、介護サービス施設・事業所に出向いて、利用者の疑問や不満、不安を受け付け、介護サービス提供事業者及び行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上につなげる取組として、地域支援事業の任意事業（介護サービスの質の向上に資する事業）の一つとして、介護相談員派遣等事業を実施できるよう努めます。

（二）総合事業

・総合事業の効果的な提供体制を構築していく方策として、総合事業の多様な担い手に対して、情報の提供並びに相談及び援助を適切に行いながら、それぞれの者の連携体制の整備に関する事項を盛り込むことが重要です。

その際、総合事業によるサービスの効果的・効率的な提供を促進する観点から、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス事業所、生活支援コーディネーター、住民団体等、同事業に関係する者が、事業の目的やそれに向けてそれぞれが実施すべきことを明確に理解する場等を設けることが重要です。また、生活支援体制整備事業において、介護予防や日常生活支援に係るサービスを提供・支援する様々な主体との連携の促進及び連携先が実施している取組の評価を行うことが重要です。

【当町の取組状況】

・基本方針の提示

保険者として、介護支援専門員連絡会にて文書を配布の上、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、地域包括支援センター職員その他、介護支援専門員に対して伝える中で、効果的に総合事業の利用促進を勧めています。

・総合事業の担い手の確保

当町では、現在において、総合事業（生活支援・介護予防サービス分）の新規の担い手の確保は困難な状況です。さらに、サービス提供事業者の皆様からは増大する需要に供給が追いつかなくなっている現状があることも報告されております。

対象者にとってそのサービスは適切なものか、その他のサービスで賄えるような方はそのサービスを利用してもらうなどを考えていき、事業間での連携を図ります。

現在担い手となっただけにしている事業所等が継続的に事業展開できるよう、令和3年度から市町村の判断により、国が定めるサービス単価の上限をあくまで目安とし、市町村が具体的な単価を定めることができるようになります。サービス提供の維持の観点において、設定単価を上げています。

・一般介護予防事業

高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の集いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進していきます。

また、このような取組は、認知機能低下の予防につながる可能性も高いことから推進していきます。

さらに、一般介護予防事業の充実を図るためには、行政内における様々な分野の担当と連携し、横断的に進めるための体制を構築すると共に、地域の自治会や医療・介護の関係団体等を含めた多様な主体との連携を進めていく予定です。

- ・地域介護予防活動支援事業

高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することができる介護予防活動の地域展開を目指し、町が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場等の活動を地域の実情に応じて、効果的かつ効率的に支援していきます。

介護予防に資する住民主体の通いの場については、高齢者がそれぞれの年齢層や性別、健康状態、関心等に応じて参加できるよう、介護保険制度による支援を行っているものに限らず、スポーツや生涯学習に関する取組等を含めた多様な取組の実施を検討していく予定です。

(三) 地域包括支援センターの設置、適切な運営 及び評価並びに体制の強化

・地域包括支援センターの設置、適切な運営及び評価並びに体制の強化
地域包括支援センターの設置及び運営に関する目標や地域課題・地域住民に対して果たす役割について定めることが重要であり、今後の高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応する観点から、業務負担軽減を進めるとともに体制の整備を図ることが必要です。そのため、地域包括支援センターの体制を整備するに当たっては、次の取組等を行うことが考えられます。

イ. 地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援については業務等による一定の関与をした上での、居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定対象を拡大します。

ロ. 居宅介護支援事業所等、地域の拠点の活用による地域包括支援センター業務の体制整備を推進します。（総合相談支援業務の部分委託、ランチ・サブセンターとしての活用）

ハ. 柔軟な職員配置（地域包括支援センターによる支援の質が担保されるよう留意した上で、複数拠点で合算して3職種を配置します。「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」の「準ずる者」の適切な範囲を設定するなど）

・介護離職の防止など、家族介護者の支援の充実のためには、地域包括支援センターの土日祝日の開所や、電話等による相談体制の拡充、地域に出向いた相談会の実施のほか、認知症対応型共同生活介護などの地域拠点が行う伴走型支援、認知症カフェの活動、介護支援専門員による仕事と介護の両立支援などの取組や、ヤングケアラーを支援している関係機関との地域包括支援センターの連携など、地域の実情を踏まえた家族介護者支援の強化について、具体的な取組を定めることが重要です。

【当町の取組状況】

- ・地域支援体制の推進

地域包括支援センターの設置は、概ね人口2～3万人に1か所が目安とされており、役場に設置された地域包括支援センターを拠点として、地域包括支援センター能都藤波支所・能都崎山支所・柳田支所・内浦支所と連携をとりながら、介護や支援を必要とする高齢者の早期発見や適切なサービス提供が行われるように、高齢者を支える仕組みづくりに努めます。

なお、地域包括支援センターの公正・中立性を確保する観点から、「地域包括支援センター運営協議会」を設置しています。

- ・基本方針等の提示

保険者として、介護支援専門員連絡会にて文書を配布の上、ケアマネジメントに関する

る保険者の基本方針を、地域包括支援センター職員その他、介護支援専門員に対して伝えて
ています。

この他、「能登町地域包括支援センターの公正性・中立性の確保等についての指針」や
「介護保険サービス等における苦情内容の記録や苦情対応等についての指針」を示して
います。

・包括的支援事業の推進

地域包括支援センターには、介護予防、総合相談窓口、介護支援専門員支援を担う専
門職員（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）を配置し、おのおの連携をとりな
がら地域支援事業を実施しています。

高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、以下の事業を実施
しています。

①介護予防ケアマネジメント業務

要介護状態になることを予防するため、介護予防事業その他の適切な事業が効果的かつ
効率的に実施されるよう必要な援助を行います。また、その一部の業務を居宅介護支
援事業所に委託できます。なお、介護保険運営協議会の承認を得て、業務を委託してい
ます。

②総合相談支援業務

高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問等にて実態把握を行い、必要な支
援を実施します。また地域のネットワーク構築に繋げていきます。

③権利擁護業務

虐待防止や消費者被害など高齢者の権利擁護に努めます。（成年後見制度の活用・施設
措置など）

④包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者に対し包括的・継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を
活用したケアマネジメント体制の構築を支援します。（介護支援専門員支援・各種サービ
ス利用ケアマネジメントなど）

⑤地域ケア会議の充実

高齢者の支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括
ケアシステムの実現に向けた手法です。

（四）高齢者虐待防止対策の推進

・市町村は、高齢者虐待防止法に基づき、高齢者に対する虐待等の権利侵害を防止して、
高齢者の尊厳の保持と安全で安心できる生活環境や福祉サービス利用環境の構築を目指
すため、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待の双方につ
いて、PDCAサイクルを活用し、計画的に高齢者虐待防止対策に取り組むことが重要
です。

計画策定に当たっては、高齢者虐待防止法に基づく調査結果等の既存指標（介護サー
ビス相談員派遣事業の活動目標や体制整備項目等）を活用した上で、地域ケア推進会議
等の場を活用するなど幅広い関係者と協議し、重点的に取り組む目標値（評価指標）を
計画に定めるとともに、事後評価を行うことが有効です。

また、養護者に該当しない者からの虐待防止やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防
止についても高齢者の権利擁護業務として対応する必要があることから、関係部署・機
関等との連携体制強化を図ることも重要です。

【当町の取組状況】

相談があれば情報収集をし、48時間以内に管理職を含む健康福祉課・地域包括支援センターの職員が緊急性を判断、対応の検討をする「コアメンバー会議」を開催します。その後、安否や事実確認の為に訪問や、状況に応じて養護者への助言、介護保険サービスの調整、医療機関への入院や介護老人福祉施設等への短期入所措置の調整を行います（「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」の規定による権限の行使）。他に、処遇困難事例検討会として金沢弁護士会や石川県高齢者虐待対応専門職チームへの相談等、連携を図ります。

夜間や休日であっても、役場への緊急の相談連絡には地域包括支援センターの職員がオンコールにて対応しています。

6. 認知症施策の推進

・認知症施策推進大綱に基づき、認知症の人ができる限り地域のよりよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、認知症施策に取り組むことが重要です。

医療・ケア・介護サービス・介護者等への支援として、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、令和3年度介護報酬改定において認知症介護基礎研修の受講が義務化されています。

また、認知症バリアフリーの推進日本認知症官民協議会における取組を踏まえた、官民が連携した認知症バリアフリーの推進等の認知症施策の取組を推進します。

(一) 普及啓発・本人発信支援

【当町の取組状況】

・認知症に関する啓発運動

地区公民館や集会場などを利用し、地区住民を対象として精神保健福祉士による認知症に関する講話や相談を実施し、認知症に関する健康教育の機会を持つとともに、基本チェックリストの認知症該当者に対し電話や訪問による面接を実施することで、認知症への理解を深め、予防や早期発見ができるよう支援します。認知症キャラバンメイトによる認知症サポーター養成講座を要請のあった町内の団体に対して開催しています。

・認知症ケアパスの作成・活用促進

地域ごとに、認知症の発症予防から人生の最終段階まで、状態に応じたケアの流れを示した「認知症ケアパス」を、介護保険パンフレット内に掲載し、窓口での相談や出前講座の際に配付、説明を行っています。

(二) 予防

【当町の取組状況】

・通いの場への参加促進

石川県国民健康保険団体連合会のデータを用いて、医療・介護サービスや健診を受けていない人を抽出したデータに基づき、対象者に対し、「お達者ですか訪問事業」として、地域包括支援センター職員等が適宜訪問するなどして必要な支援はないか確認し、必要に応じて通いの場の紹介をしています。

(三) 医療・ケア・介護サービス・介護者等への支援

【当町の取組状況】

・地域における認知症高齢者支援

認知症カフェの運営を呼びかけ、賛同した団体が現在町内5箇所で開催しています。認知症の人の見守りネットワークとして、地域の各種団体が構成する「ひまわりネットワーク」を運営している他、家族介護者教室を開催しています。

今後はピアサポーターによる活動の支援として、介護者に対して、認知症地域支援推進員が介護用品の説明会、認知症講話等の実施や、本人ミーティングを取り入れた地域づくりに力を入れていく予定です。

・認知症初期集中支援チーム

週1回、包括職員（支援チーム員兼推進員）でケース事例を情報共有しています。また、年1回、支援チームが介入したケースとして、チーム員会議を開催し、認知症地域支援推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的に情報連携する体制を構築し、今後の方針や課題を検討しています。

・認知症高齢者への支援体制の整備

軽度又は中程度の認知症高齢者（介護認定者）が、町内の7事業所で共同生活を行い、生活援助員が日常生活上の援助等を実施することで、認知症の進行を穏やかにし、BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）を減少させ、高齢者が精神的に安定して健康で明るい生活が送れるよう支援します。

また、この事業所は、認知症高齢者が地域社会とのつながりの中で、安全に共同生活を営むことを基本としていることから、ボランティアや地域住民に対し、グループホームへの啓発や理解を促し、積極的に関わりが持てる体制を支援しています。

名称	位置	ユニット数	定員(人)
夕風	藤波21字7番地1	1	9
いるか乃里	姫3丁目15番地	1	9
なかよし	瑞穂ツ字112番地3	2	18
ぽかぽか	上町へ部20番地	2	18
鶴の恩返し柳田	石井ト部5番3	2	18
長寿の郷	布浦ノ字10番地3	3	27
鶴の恩返しホーム	小木1丁目161番2	1	9

(四) 認知症バリアフリーの推進

・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

【当町の取組状況】

・早期発見・早期対応

ボランティア活動や見守りネットワークの訪問により認知症の早期発見に努め、認知症について家族の理解や対応を指導します。

また、高齢者やその家族が気軽に相談できるよう身近な窓口として地域包括支援センターを周知し、早期対応や支援を行います。

- ・権利擁護事業と成年後見制度利用支援事業
成年後見制度の利用支援や高齢者に対する虐待防止・早期発見など、権利擁護に関する相談・支援を実施します。
また、成年後見制度の利用が必要であるにもかかわらず、その利用が困難な高齢者に成年後見制度を利用することができるよう支援します。
- ・若年性認知症患者への支援
地域包括支援センターを相談窓口とし、県内の専門医療機関の紹介や認知症カフェへの参加を促進していきます。県内における若年性認知症相談窓口である石川県認知症疾患医療センター（県立こころの病院内）の周知を図ります。

7. 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない

有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数

【当町の取組状況】

- ・設置状況について
令和5年度現在、当町において有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が設置されていません。今後も県と届出のない有料老人ホームについての情報交換を密なものとしていきます。
- ・指導監督の徹底等による質の確保
有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等に併設している介護サービス事業所を利用している居住者の方が、一般住宅等のサービス利用者よりも介護サービス利用量が多いという実態が国から報告されています。
このため、主に集合住宅等に入居する高齢者に対して介護サービスを提供する事業所への重点的な実地指導を行い、サービス提供を明らかにする目的で、令和2年度から「高齢者向け集合住宅関連事業所指導強化推進事業実施要綱」が定められました。当町においてはこの要綱に適合しませんが、事業創設の目的を意識しながら、その他のサービス事業所への指導監督を徹底していきます。

8. 地域包括支援センター

及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項

【当町の取組状況】

- 当町において地域包括支援センターは本所及び支所方式をとっており、支所の4箇所については民間事業所に委託しています。
できるだけ各事業所の負担が軽減されるよう、各所在地域を中心とした担当としていますが、利用者が主体的に事業所を選択するための情報を提供しています。
また、生活支援・介護予防サービスにおいても同様です。概ね町内事業所においては情報公表システムへの情報入力が行われていますが、変更があった場合等には随時更新していくことに努めます。
また、「認知症施策推進大綱」では、「広報誌やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村100%」、「厚生労働省ホームページに全市町村

の認知症に関する相談窓口へのリンクを掲載」、「認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加」といった令和7年に向けた「KPI（重要業績評価指標）／目標」を掲げ、認知症に関する相談窓口の周知を図っているところです。当町においても、「日常生活圏域ニーズ調査」の結果では、認知症に関する相談窓口を知らないと答えた方が約6割に及んでおり、各種パンフレットへの記載や窓口対応の中の周知に励む必要があります。

9. 独自事業に関する事項

(一) 保健福祉事業に関する事項

【当町の取組状況】

介護保険法では、保健福祉事業について「市町村は、地域支援事業のほか、要介護被保険者を現に介護する者の支援のために必要な事業、被保険者が要介護状態等となることを予防するために必要な事業、指定居宅サービス及び指定居宅介護支援の事業並びに介護保険施設の運営その他の保険給付のために必要な事業、被保険者が利用する介護給付等対象サービスのための費用に係る資金の貸付けその他の必要な事業を行うことができる。」と定められています。

令和3年度からは、人材確保に関する事業を展開し、新人・再就職介護従事者就業支援給付金等の事業費を保険者機能強化推進交付金を充当する形で盛り込んでいます。

今後も、当町の介護を取り巻く状況等が変化し、必要性が高まった場合、規則や要綱を定める等を行った上で実施することとします。

(二) 特別給付に関する事項

【当町の取組状況】

通常の介護給付サービス、予防給付サービスの他に、要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止、又は、要介護状態となることの予防に資する介護給付として市町村が条例で定める給付です。介護給付、予防給付に対して「横だしサービス」と言われています。現在当町では、特別給付による支出はありません。法定の介護給付及び予防給付以外の独自の給付として、老人福祉事業のサービスを展開しています。

(三) 一般会計に関する事項

【当町の取組状況】

当町では、老人福祉事業のサービス費を一般会計から支出している他、介護保険特別会計への繰り出し金として介護給付、地域支援事業、職員給与、一般事務、低所得者保険料軽減事業に係る経費の一部又は全部を支出しています。また、当町保有施設の維持費や指定管理に係る事業費等を計上しています。

10. 災害に対する備えの検討

・災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築することは重要であり、指定基準により、全ての介護サービス事業者を対象に、業務

継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられているところであり、管内の介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行うことが必要です。

【当町の取組状況】

介護施設等は、自力避難困難な方も多く利用されることから、利用者の安全を確保するため、介護保険法等関係法令の中で、非常災害対策計画の作成や避難訓練の実施が義務付けられています。地域密着型サービス事業所において、実地指導の際に各種防災に関する計画の確認や防災訓練の実施状況、施設内の目視点検を通して備蓄状況等を確認します。

また、実地指導は基本的に3年に1度の実施となることから、定期的に災害に対する備えの状況を書面等を通して確認します。

その他、管内の介護事業所と定期的に災害に関する必要な訓練として、危機管理部局及び関係機関と連携し、能登町総合防災訓練の一環として、介護施設の災害時における要支援者の受入訓練を実施しています。受入時のチェック項目や行政との連絡体制を確認しています。

各事業所における業務継続計画（BCP）の作成について、経過措置の期限である令和6年3月までに業務継続計画の策定等を完了させる予定となっています。BCP作成後の研修の実施や訓練の実施の促進やその支援を実地指導の際などに行っていきます。

1 1. 感染症に対する備えの検討

・感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築することは重要であり、指定基準により、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられているところであり、管内の介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行うことが必要です。

【当町の取組状況】

地域密着型サービス事業所において、実地指導の際に感染症防止、発生した際のマニュアル等を確認します。また、実地指導は基本的に3年に1度の実施となることから、定期的に感染症に対する備えの状況を書面等を通して確認します。

令和2年度に能登町介護保険サービス事業者における事故発生時の取扱いに関する要綱を制定しました。これまでは石川県が示す「介護保険事業者における事故発生時の報告の取扱い」文書や、「介護保険事業者事故等報告書」により、事故発生時の事務処理を行ってききましたが、今般の新型コロナウイルス感染症の発生への迅速な情報把握等の対応を行うため、また、明確に事務処理上必要な事項を定めるため、好事例の紹介等を通して再発防止を図るため、この要綱を制定することとなりました。この他、広域的な対応が必要となるため、県や近隣自治体との連携が重要であり、情報交換を密なものとしていきます。

12. 介護保険制度改正に関する事項について

・本書24ページで示した第1号被保険者の介護保険料の推移と推計について、下記のとおり、制度内の所得再分配機能を強化し低所得者の保険料上昇を抑制する観点から、第9期（令和6年度から）からは定率の変更と第9段階の細分化がなされ、国が定める標準段階は13段階となり、これにより保険料設定がなされます。

所得段階	対象者	第8期まで	第9期から	増減
第1段階	生活保護の受給者及び世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金を受けている人または前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	0.500	0.445	△0.055
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の人	0.750	0.685	△0.065
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円超の人	0.750	0.690	△0.060
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	0.900	0.900	0
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税で、第4段階に該当しない人	1.000	1.000	0
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人	1.200	1.200	0
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	1.300	1.300	0
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	1.500	1.500	0
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	1.700	1.700	0
第10段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の人		1.900	0.200
第11段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の人		2.100	0.400
第12段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の人		2.300	0.600
第13段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の人		2.400	0.700

※第5段階が基準となります。所得の少ない減額賦課対象が第3段階に相当する方となっていますが、ここでは軽減されていない数値を掲載しています。

・介護保険料に係る所得段階の算定については、平成30年度税制改正（令和2年分以後の所得税等について適用。）が適用されることに伴う意図せざる影響や不利益が生じないよう、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）に附則第23条を加える等の一部改正を行われました。

この附則第23条は、第8期の保険料に係る所得についての特例措置を規定したものであり、当該規定による特例措置は、第9期以後の保険料に継続しません。

すなわち、第9期以後は、市町村民税課税者の所得段階の算定に当たり、合計所得金額に給与所得又は公的年金等に係る所得が含まれている場合でも、当該給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除する対応を行いません。

能登町日常生活圏域ニーズ調査の集計結果
及び在宅介護実態調査の集計結果について

能登町日常生活圏ニーズ調査の集計結果 及び在宅介護実態調査の集計結果について

・町民の皆様の声を本計画に反映させる目的で実施した上記2つの調査の集計結果は、能登町ホームページに掲載しておりますのでそちらをご覧ください。

能登町ホームページトップ画面URL
https://www.town.noto.lg.jp/www/total_top.jsp

能登町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿

氏 名	役 職 等	区 分	備 考
長谷川 啓	公立宇出津総合病院長	医療・保険関係者	委員長
小路 政敏	能登町議会教育厚生常任委員長	学識経験者	副委員長
坂上 信彦	能登町町会区長会連合会長	学識経験者	
中山 満子	能登町婦人団体協議会長	被保険者代表	
上野 耕平	能登町老人クラブ連合会長	被保険者代表	
千間 純二	能登北部医師会長	医療・保険関係者	
草山 和人	能登町歯科医師代表	医療・保険関係者	
本間 雅代	石川県能登北部保健福祉センター(企画調整課長)	医療・保険関係者	
井口 潔	能登町民生委員児童委員協議会会長	福祉関係者	
紙谷 達也	社会福祉法人 石川県社会福祉事業団 特別養護老人ホーム石川県鳳寿荘施設長	サービス事業者	
橋本 淳	社会福祉法人 長寿会 特別養護老人ホーム第二長寿園施設長	サービス事業者	
紙谷 靖博	社会福祉法人 清祥会理事長 特別養護老人ホームこすもす施設長	サービス事業者	
小路 芳宏	能登町社会福祉協議会事務局長	福祉関係者	
田代 信夫	能登町副町長	町行政	
14名			

令和5年度 介護保険事業計画等策定委員会経過報告

開催日時・場所	議題	出席委員
第1回 10月24日(火) 14:00～ 能登町役場 2階大集会場	(1) 介護保険事業について (2) 地域包括支援センターについて (3) 地域密着型サービスについて (4) 第9期能登町介護保険事業計画の策定について (5) 居宅介護支援事業所について (6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	長谷川 啓 小路 政敏 坂上 信彦 中山 満子 上野 耕平 千間 純二 草山 和人 井口 潔 紙谷 達也 橋本 淳 紙谷 靖博 小路 芳宏 田代 信夫
第2回 1月16日(火) 14:00～ 能登町役場 2階大集会場	※能登半島地震による状況を鑑み中止。 書面による意見聴取を行い、計画案に反映。	