

第 3 章

計画の基本的な考え方

第3章では、第9期における計画の基本理念や
施策展開の考え方など基本的事項を定めます。

- | | |
|-----|-------------|
| 第1節 | 基本理念 |
| 第2節 | 基本方針 |
| 第3節 | 重点施策・施策の体系図 |

第3章 計画の基本的な考え方

第1節 基本理念

人口減少と高齢化が一層進む中、中長期的な視野に立ち、高齢者の自分らしい生き方が尊重され、生きがいと希望を持って暮らしていくことができるよう、「地域包括ケアシステム」の深化・推進を図るとともに、地域の自主性や主体性に基づき、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実現を目指します。

**高齢者が健康で 生きがいを持ち
安心して暮らせる地域づくり**

第2節 基本方針

- 1 誰もが住み慣れた地域や家庭で継続的かつ安定した生活ができるよう、介護サービス（「共助」）だけでなく、住民による「自助」「互助」を促進するため、地域の生活支援体制の推進を図ります。
- 2 地域の自主性や主体性に基づき、介護予防等の地域づくりに一体的に取り組むとともに、高齢者の生きがいや社会参加の促進に努めます。
- 3 限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、サービスの確保に努めるとともに、自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みを推進します。
- 4 利用者の視点に立ったサービスの提供と自立した日常生活への支援を行うため、サービスの質の確保と向上に努めます。
- 5 地域共生社会の実現を目指して、地域住民の支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築に努めます。

第3節 重点施策・施策の体系図

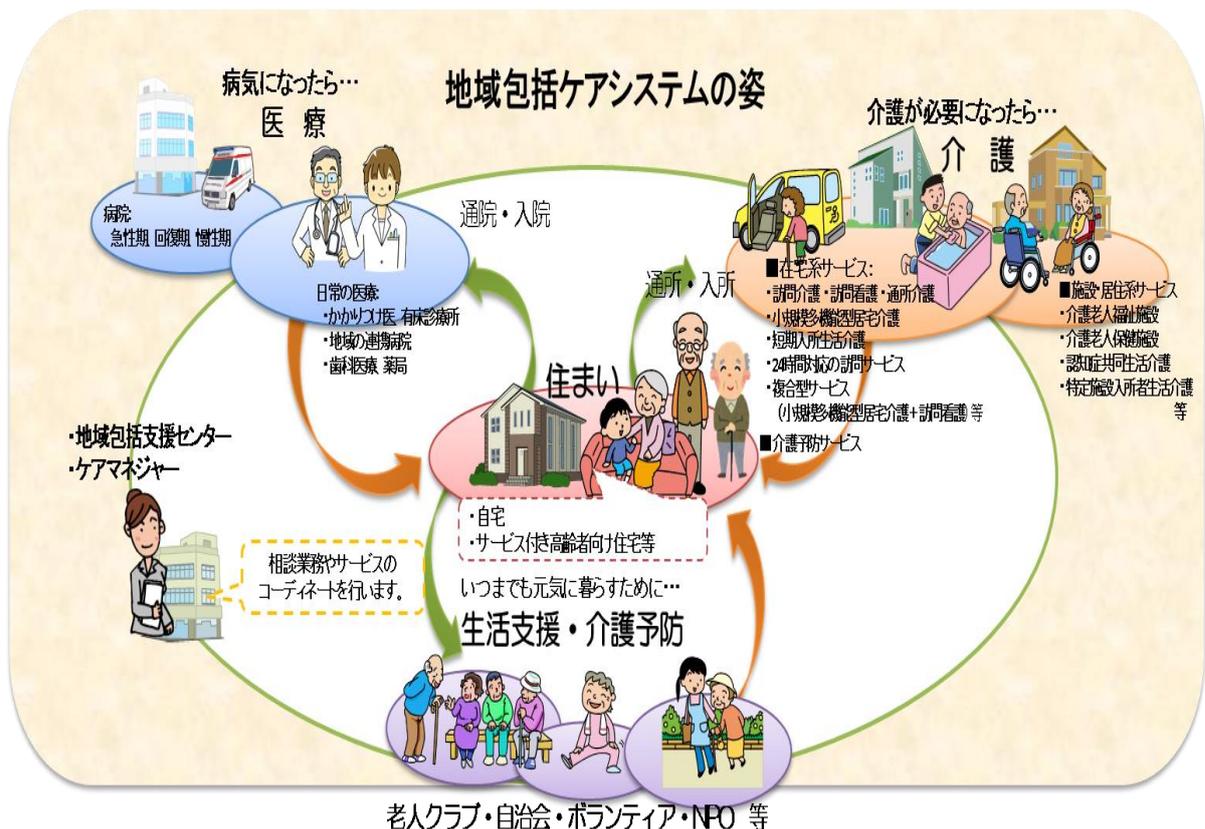
2025年、2040年に向けて
「地域包括ケアシステム」の深化・推進のために

第9期計画期間中には、団塊の世代全員が75歳以上となる2025年（令和7年）を迎えます。

また、2040年（令和22年）を見通すと団塊ジュニア世代が65歳以上となり、医療・介護双方のニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が減少傾向にあると見込まれます。

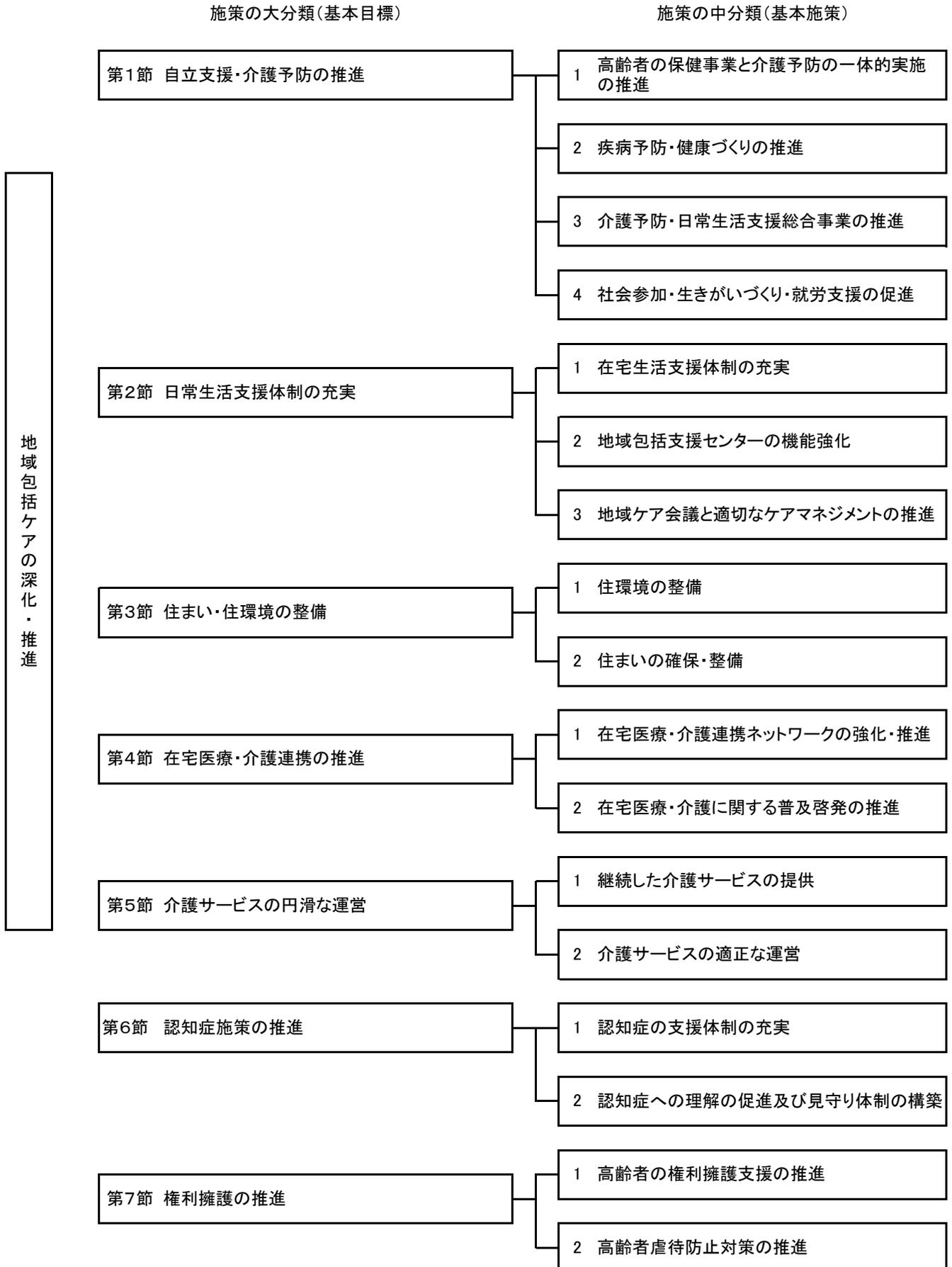
このような状況を踏まえ、第8期計画に引き続き介護保険制度の持続可能性を確保するため、地域の実態把握、課題分析を行いながら目標を設定するとともに、公的サービスと住民力をつなぎ、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく施策の展開を図ります。

- 1 自立支援・介護予防の推進
- 2 日常生活支援体制の充実
- 3 住まい・住環境の整備
- 4 在宅医療・介護連携の推進
- 5 介護サービスの円滑な運営
- 6 認知症施策の推進
- 7 権利擁護の推進



施策の体系図

【基本理念: 高齢者が健康で 生きがいを持ち 安心して暮らせる地域づくり】



第 4 章

各施策の取り組み

第4章では、各施策について、計画期間における施策の展開の方向性や方策、目標値等を定めます。

地域包括ケアの深化・推進

- | | |
|-----|--------------|
| 第1節 | 自立支援・介護予防の推進 |
| 第2節 | 日常生活支援体制の充実 |
| 第3節 | 住まい・住環境の整備 |
| 第4節 | 在宅医療・介護連携の推進 |
| 第5節 | 介護サービスの円滑な運営 |
| 第6節 | 認知症施策の推進 |
| 第7節 | 権利擁護の推進 |

第4章 各施策の取り組み

第1節 自立支援・介護予防の推進

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けることができるよう、生涯にわたり心身ともに健やかに生活していくための自立に向けた健康づくりや介護予防の取り組みを推進し、健康寿命の延伸を目指します。

また、高齢者の経験や知識を生かし、社会的役割や生きがいを持って活躍できるよう、社会参加を促します。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

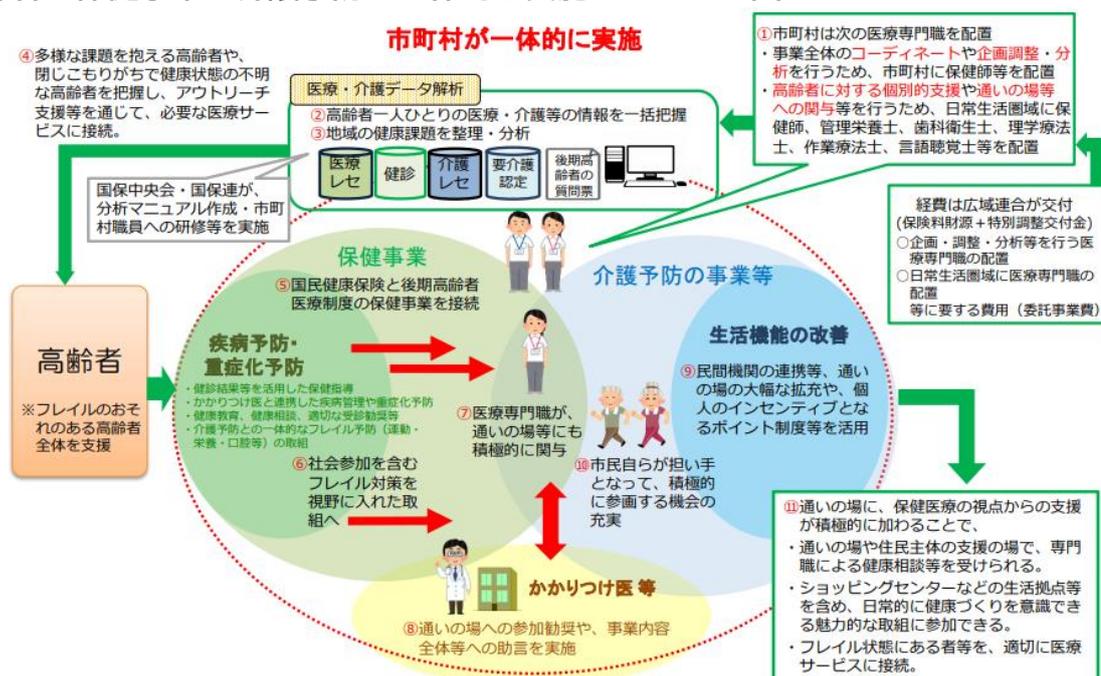
(1) フレイル予防の推進

現在の医療保険制度では、75歳に到達するとそれまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療保険制度へ移行するため、74歳までの健康状態や生活機能の課題に保健事業や介護予防事業が適切に接続されてこなかったという課題がありました。

このため、令和2年4月に「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」が施行され、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」という新たな制度が始まりました。これは、医療・介護・健康診査等のデータを分析して地域の健康課題を把握し、被保険者の特性を踏まえた事業を後期高齢者の医療保険者である後期高齢者医療広域連合と市町村が協力して、高齢者の健康維持・フレイル予防に努める新たな仕組みです。

七尾市では令和3年度から、保健、医療、介護事業担当課と連携し、高齢者が地域で健康的な生活が送れるよう一体的実施に取り組んでいます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のイメージ図



出典：高齢者の保健事業 基礎資料集（厚生労働省）

①ハイリスクアプローチ（個人への介入）

健診結果等より生活習慣病重症化に関する対象者を抽出し、医療専門職が訪問等を実施し、対象者に対して生活改善ができるよう支援します。具体的には、健診結果や健診の間診票等をもとに健康状態や心身機能を把握し、生活習慣との関連や改善に向けた保健指導を行います。

また、必要に応じて、未治療者や中断者への受診勧奨、医療機関連絡票の発行、通いの場等への参加勧奨など医療や介護予防サービスとの連携を図ります。

②ポピュレーションアプローチ（集団への介入）

フレイル予防は、「運動」「食生活（栄養・口腔）」「社会参加」の3つの要素をバランスよく実践することが大切です。高齢者が主体的に、継続的に、介護予防に取り組むことができるよう、関係機関や関係団体、医療専門職と連携を図りながら、積極的にフレイル予防を推進していきます。また、住民力を活かし、地域全体で高齢者を支える地域づくりを推進します。

ア．生活習慣病の予防とフレイルの早期発見・早期対応

地域の通いの場等において医療専門職が健康教育（運動・栄養・口腔等）及び健康相談を行います。また、フレイル予防の普及啓発として、介護予防手帳の活用の推進を図ります。

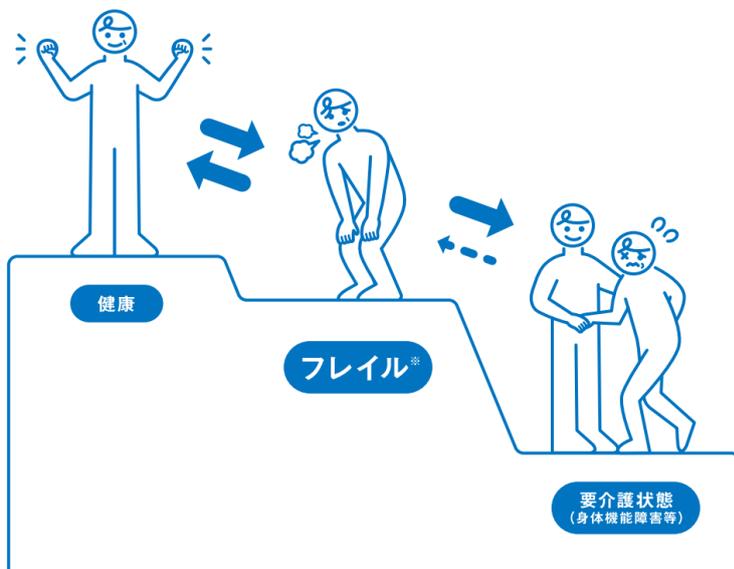
イ．住民の主体的活動支援

個人の健康課題のみならず地域の健康課題の解決とフレイル予防を重視し、元気な高齢者が地域活動の担い手となれるよう、地域活動の人材育成や地域の通いの場のリーダー活動の支援を行います。

フレイルのイメージ図

フレイルとは、年をとって身体や心のはたらき、社会的なつながりが弱くなった状態を指します。そのまま放置すると、要介護状態になる可能性があります。

大事なことは、早めに気づいて、適切な取組みを行うこと。そうすれば、フレイルの進行を防ぎ、健康に戻ることができます。



※フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられますが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味します。

「フレイル診療ガイド 2018 版」
（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）

出典：厚生労働省 令和元年度食事摂取基準を活用した高齢者のフレイル予防事業

2 疾病予防・健康づくりの推進

七尾市健康増進計画（第2次）改定版や七尾市保健事業実施計画（第3期）等に基づき、生活習慣病の発症予防・重症化予防に重点を置き、健康寿命の延伸を実現するため、関係機関等と連携しながら、健康づくりを進めていきます。

（1）生活習慣病予防や健康づくりの普及啓発

糖尿病や高血圧などの生活習慣病に関する正しい知識の普及をはじめ、バランスのとれた食生活や運動の習慣化など、市民が主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、七尾市健康まちづくり推進員等と連携しながら、生活習慣病予防や健康づくり普及啓発を図ります。

（2）生活習慣病の発症予防・重症化予防

①特定健康診査等の実施

40歳から74歳までの七尾市国民健康保険被保険者を対象に、生活習慣病の予防を目的にメタボリックシンドロームに着目した「特定健康診査」を実施すると共に75歳以上の方には「長寿健康診査」を行い、生活習慣病の早期発見に努めます。

また、関係機関等と連携し、がん検診・特定健康診査等の受診勧奨を行い、受診率向上を目指します。

②生活習慣改善に向けての支援

特定健康診査等受診後は、生活習慣病の改善に向けた取組ができるよう、健診結果をもとに特定保健指導等を実施します。特に糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病の発症を予防し、要介護等の原因となる脳血管疾患等の重症化予防に努めます。

3 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の推進

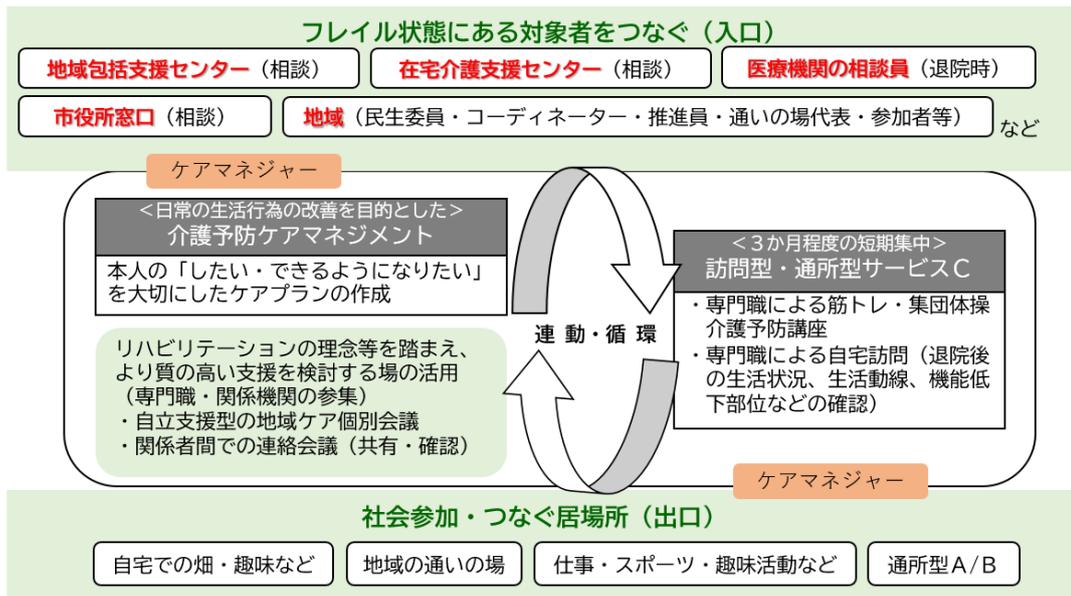
総合事業とは、地域の多様な社会資源を活用し、住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けるための予防や自立支援に重点をおいたサービスです。要介護状態（要介護認定の申請など）に至る前の段階でこの事業を活用することで、フレイル状態（虚弱）にある心と身体の機能維持・改善に取り組み、地域で生活できる力（自助力）をつけるという大きな利点があります。

総合事業は、大きく分けて「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」があります。七尾市では平成29年度から事業をスタートしましたが、特に通所介護（国基準）のサービス費が膨張し続け、総合事業費全体を圧迫している課題を抱えています。そこで、令和4年度から専門職アドバイザーからの伴走的な助言を受けて中・長期的な視点で、短期集中予防サービス事業（サービスC）の新規導入、一般介護予防事業においては令和5年度から介護予防ポイント制度を拡充するなど、『介護予防』と『自立支援』にさらに力を入れています。

七尾市における総合事業

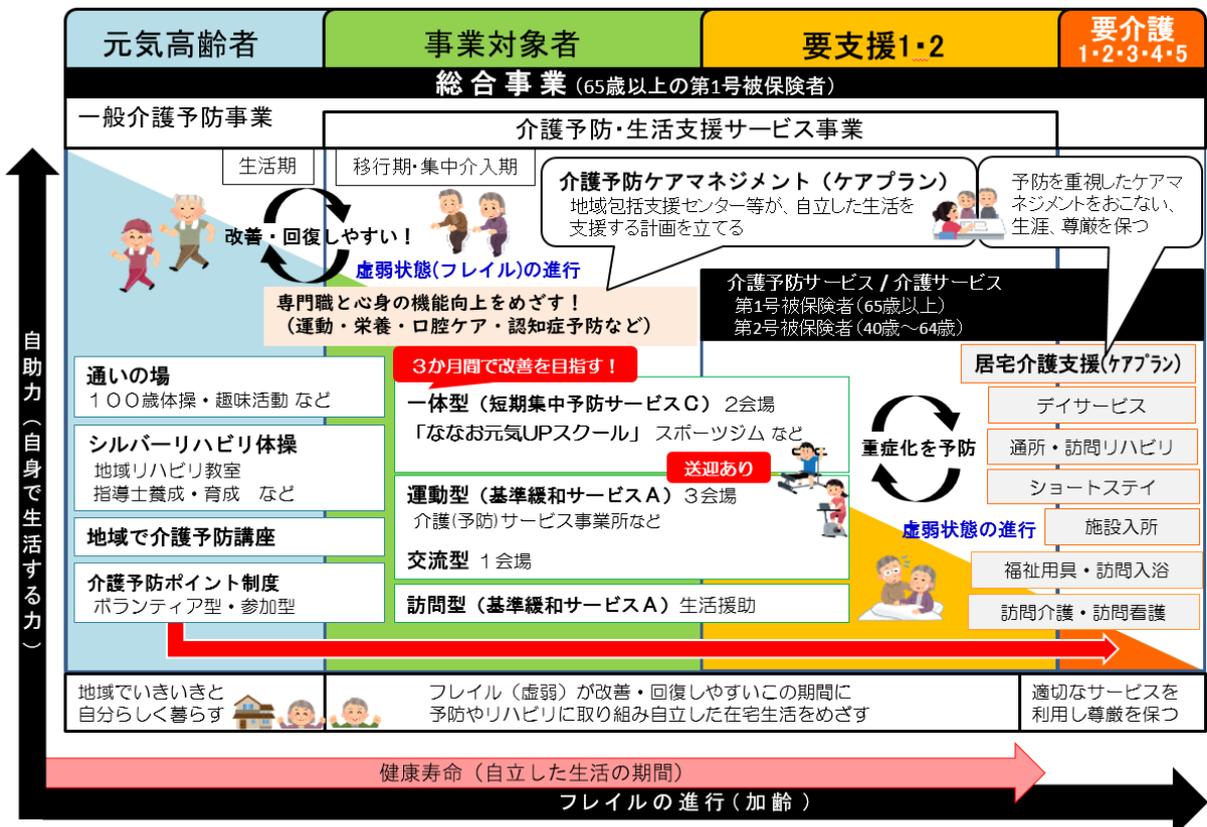
介護予防・生活支援サービス事業		一般介護予防事業
対象者	事業対象者（基本チェックリスト25項目の該当者） 要支援1・要支援2	65歳以上の者
総合事業内容	○介護予防ケアマネジメント(ケアプラン) 地域包括支援センター等の介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護予防ケアマネジメントを行い、本人の思いを大切に した『介護予防』と『自立支援』のケアプランを作成	○介護予防把握事業 ・健診状態不明者への訪問 ○介護予防普及啓発事業 ・市政講座 ・介護予防講演会
	訪問型	○地域介護予防活動支援事業 ・住民主体の通いの場 ・地域の相談体制 ・介護予防グループデイ（補助金等） ・介護予防ポイント制度 （ボランティア型・参加型）
	○訪問型サービスC 短期集中予防サービス一体型 「ななお元気UPスクール」	
	○訪問型サービスA 基準緩和「生活援助」	
	○訪問介護 国基準「生活援助中心」 「身体介護・生活援助」	○地域リハビリテーション活動支援事業 ・地域リハビリ教室 ・シルバーリハビリ体操指導士養成 ○一般介護予防事業評価事業
	通所型	
○通所型サービスC 短期集中予防サービス一体型 「ななお元気UPスクール」		
○通所型サービスA 基準緩和「運動型」「交流型」		
○通所介護 国基準「デイサービス」		

要介護状態に至ることを予防する『介護予防』と『自立支援』の循環イメージ図



- ・フレイル(虚弱)状態にある人が要介護状態に至ることを遅らせるためには、生活習慣病の重症化予防をはじめ、社会参加や生きがいづくりなどの介護予防・フレイル予防といった『予防』の取り組みが大切です。
- ・継続的に予防活動に取り組むためには、自ら目標を持てる動機付け支援が必要であり、一般介護予防事業と短期集中予防サービスの連動に重点を置いた取り組みを着実に推進します。

七尾市の総合事業の図



(1) 介護予防・生活支援サービスの充実

「介護予防・生活支援サービス事業」とは、要支援認定（要支援1・2）を受けた人と、基本チェックリスト（高齢者の心身機能に関する質問25項目）により事業対象と判定された人が利用できる訪問型・通所型のサービスです。

心身の機能の保持・改善に取り組み、地域でいきいきとした生活を継続することを目的としています。

また、理学療法士をはじめとする専門職チームが自立支援型地域ケア会議等で利用者の状態や生活状況を踏まえて見立てを行い、適切な通所・訪問サービスや福祉用具サービスの利用につなげます。

①訪問型

サービス種別	訪問型サービスC (短期集中予防一体型) 「ななお元気UPスクール」	訪問型サービスA (基準緩和) 「生活援助」	訪問介護 (国基準) 「生活援助中心」 「身体介護・生活援助」
サービス内容	体力や日常生活動作の改善に向けて、短期的・集中的(3～6か月間)に専門職が関わる訪問型支援 (内容) ・自宅へリハビリ専門職等が訪問し、機能低下部位や生活状況を確認し助言(ケアマネジャー同行)	ホームヘルパーが利用者宅を訪問し、『介護予防』や『自立支援』を目的としておこなう生活支援 (内容) ・住居の掃除、洗濯 ・買い物 ・食事の準備、調理 など	ホームヘルパーが利用者宅を訪問しておこなう身体介護・生活支援 (内容)左記内容に加え、 ・入浴介助 ・排せつ介助 ・食事介助 ・衣類・シーツ交換
要点	必要に応じて栄養や口腔等改善のための訪問を導入	経過を確認しながら、可能な限り住民主体支援に移行	ケアマネジメントにより状態を踏まえ利用

②通所型

サービス種別	通所型サービスC (短期集中予防一体型) 「ななお元気UPスクール」	通所型サービスA (基準緩和) 「運動型」、「交流型」	通所介護 (国基準) 「デイサービス」
サービス内容	スポーツジム等において、体力や日常生活動作の改善に向け短期・集中的(3～6か月間)に専門職が関わる通所型支援 (内容) ・週1回(2時間程度)、筋力トレーニングや集団体操、介護予防講座(栄養・口腔ケア等)を実施	介護事業所等において、『運動機能向上・介護予防』を目的としておこなう通所型支援 (内容) ・運動型:運動を中心としたプログラムでリハビリ専門職が支援 ・交流型:交流を目的としたプログラム	介護事業所等において、食事・入浴などの介護や機能訓練をおこなう通所事業 (内容) ・入浴介助 ・排せつ介助 ・食事介助 など
要点	利用者の思いを聞きながら、地域での介護予防活動につなぐ	経過を確認しながら、可能な限り住民主体支援に移行	ケアマネジメントにより状態を踏まえ利用

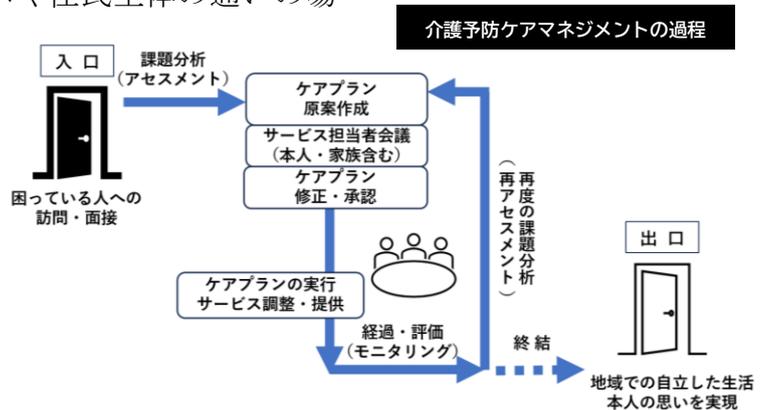
③介護予防ケアマネジメント（ケアプランの作成・実行等）

総合事業の介護予防ケアマネジメントは、高齢者の自立支援を目的として、地域包括支援センター等が要支援者等の状況に応じて、適切なサービスを包括的かつ効率的に提供されるように検討するものです。

役割や生きがいを大切に、社会参加やセルフマネジメントにつながるように、『介護予防』と『自立支援』を重視したアセスメントを行います。さらには広い視点で、短期集中予防サービスや住民主体の通いの場

などの総合事業や地域のインフォーマルサービスといった多様な社会資源を組み合わせて活用します。

また、介護予防ケアマネジメント力を向上するための研修会を地域包括支援センターと年1回合同で実施します。



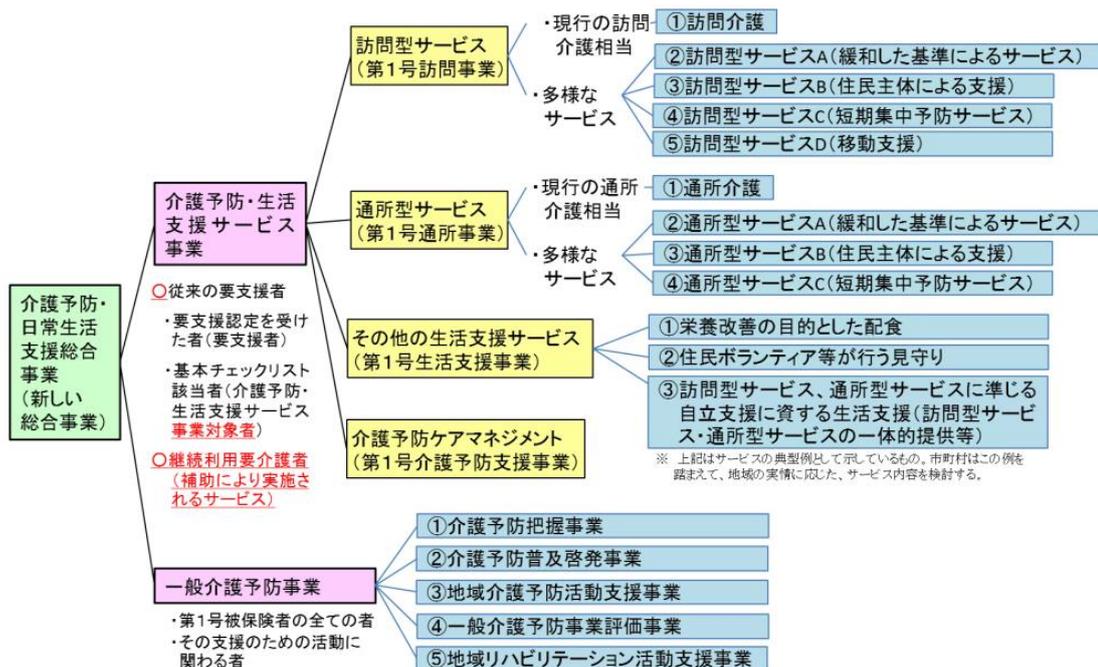
介護予防とは

- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと（健康の保持増進）
- ②要介護状態になっても、状態がそれ以上に悪化しないようにすること（維持・改善をめざして悪化の遅延をはかる）

自立支援（＝介護保険の基本理念）

フレイル状態や認知症になっても、生活・人生を尊重してできる限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるように支援すること

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業の構成



(2) 一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業とは、高齢者の生活機能の改善や生きがいを重視した介護予防事業のことです。

全ての高齢者を対象とし、高齢者が主体的に健康づくり・介護予防に取り組めるよう、住民主体の通いの場の自主グループによる活動を拡充し、地域ぐるみのフレイル予防を推進することで、高齢者の健康寿命の延伸を図ります。また、関係機関や関係団体、医療専門職と連携を図り、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施とも連動させながら効果的に介護予防を推進していきます。

① 介護予防把握事業

地域包括支援センターをはじめとする様々な機関と連携を図りながら、収集した情報を活用し、閉じこもりがちな高齢者や何らかの支援を要する人を把握し、医療専門職等が訪問して、健診や医療機関への受診、介護予防サービス等、必要な支援につなげます。

② 介護予防普及啓発事業

高齢者が活動的に暮らすことができる地域づくりの実現を目指し、一人でも多くの方が介護予防に取り組めるよう、講座の開催や広報、ケーブルテレビを活用し、積極的に介護予防（フレイル予防など）の知識や重要性について普及啓発を行います。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場の参加率の増加※1	8.3%	8.5%	9%	9.5%
週1回以上外出している高齢者の増加	90.7%	—	—	92.0%
地域づくりの活動への参加意欲のある高齢者の増加※2	44.8%	—	—	50.0%

※1 通いの場の登録者数（介護予防グループデイ・100歳体操教室・よりあいの場など）の把握可能な参加人数/各年10月1日現在の65歳以上人口×100

※2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査結果から算出

③ 地域介護予防活動支援事業

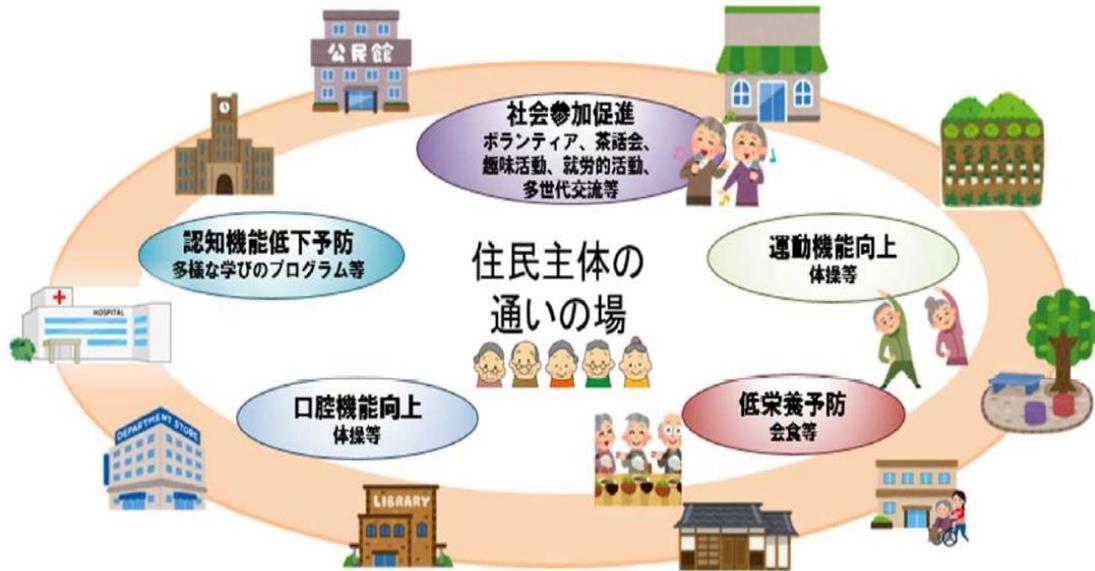
ア. 地域の通いの場への訪問・相談支援

通いの場とは、高齢者をはじめとした地域住民が主体となり、介護予防に関する活動や趣味活動などを目的として集う場です。住民同士のふれあいを通して、生きがいをづくり・仲間づくりの輪を広げて、地域の介護予防の拠点となる場でもあります。

誰もが気軽に参加できる住民主体の通いの場の拡充を図り、通いの場での活動が持続可能な取組みとなるよう、生活支援コーディネーターやシルバーリハビリ体操指導士等の訪問による活動を支援します。

	見込み	目 標 値		
	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
通いの場の数	160団体	162団体	164団体	166団体

住民主体の通いの場の取組み



出典：介護予防について（厚生労働省）

イ. 介護予防ポイント制度の実施

高齢者が介護施設や通いの場等でおこなうボランティア活動または介護予防活動をおこなうことに対してポイントを付与するものです。

地域の担い手として社会参加をする高齢者が増えることで、自身の健康増進・介護予防・生きがいづくりによる「要介護状態の予防」に加えて、自助・互助といった地域コミュニティを活性化する二重三重の波及効果が期待されます。

	見込み	目 標 値		
	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
ポイント制度への参加率※ 1	10.5%	11.0%	11.5%	12.0%

※1 介護予防ポイント制度（ボランティア型・参加型）登録者/第1号被保険者(65歳以上)数
×100

介護予防ポイント制度		
種 類	介護支援ボランティア型	介護予防参加型
対 象	・地域の通いの場 ・介護サービス施設	・地域の通いの場 ・老人クラブ活動 ・スポーツジム
内 容	・レクリエーションや体操の指導・補助 ・話し相手 ・行事の補助 など	運動や体操
ポイント	1時間につき1ポイント	1時間以上の参加1回につき1ポイント

④ 地域リハビリテーション活動支援事業

高齢者の身体機能、生活機能などの維持・向上に精通しているリハビリテーション関連の医療専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）（以下、「リハビリ専門職」）等が、地域ケア会議に参加することで、在宅や地域での生活を継続するための方法の指導、助言をすることにより、ケアマネジメントの充実を図ります。また、通所、訪問、地域への通いの場に関与することで、自立支援や介護予防、重症化予防の取り組みをサポートします。

ア. 地域リハビリ教室

リハビリ専門職等からフレイル予防（運動・栄養・口腔等）や認知症予防等を学ぶ機会を毎月1回中央型（七尾駅前会場）として設けるほか、地域の要望に応じて開催します。

イ. シルバーリハビリ体操指導士養成事業

日常生活を営むための立つ・座る・歩くなどの動作には「関節の動き（関節可動域）」や「筋肉」が作用しています。シルバーリハビリ体操は、それらを維持・拡大することを主とした体操で、身体機能が低下した人も無理なく行えます。

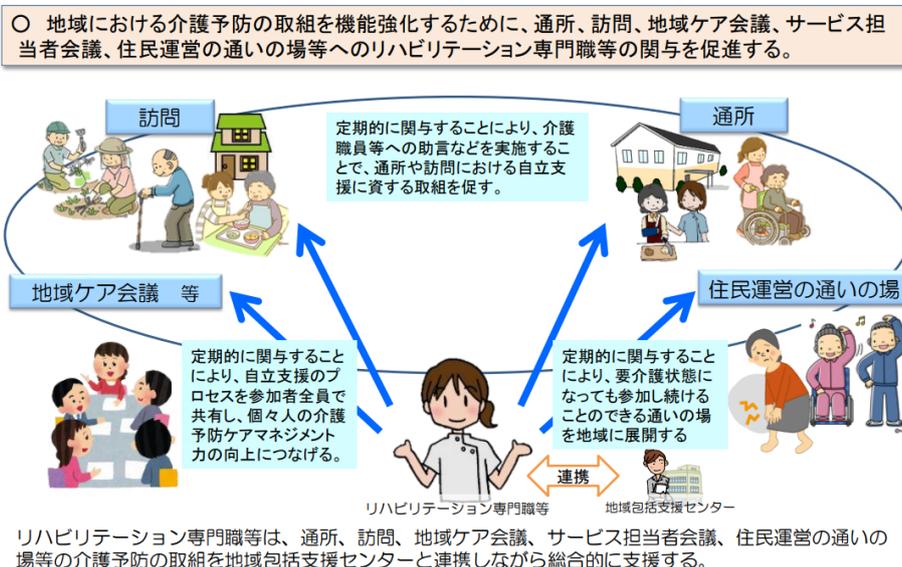
リハビリ専門職による養成講座・その後のフォローアップ研修を定期的実施し、住民に体操を指導する住民リーダーのスキルアップを図ります。

また、地域の通いの場等におけるシルバーリハビリ体操指導士によるシルバーリハビリ体操教室の実施を支援します。住民相互が元気になるまちづくりを目指し、住民リーダーとして社会参加することで自身の健康・生きがいづくり（自助）につながり、さらには地域での交流の輪（互助）を育みます。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
シルバーリハビリ体操指導士人数	65人	80人	95人	110人

地域リハビリテーション活動の概要図

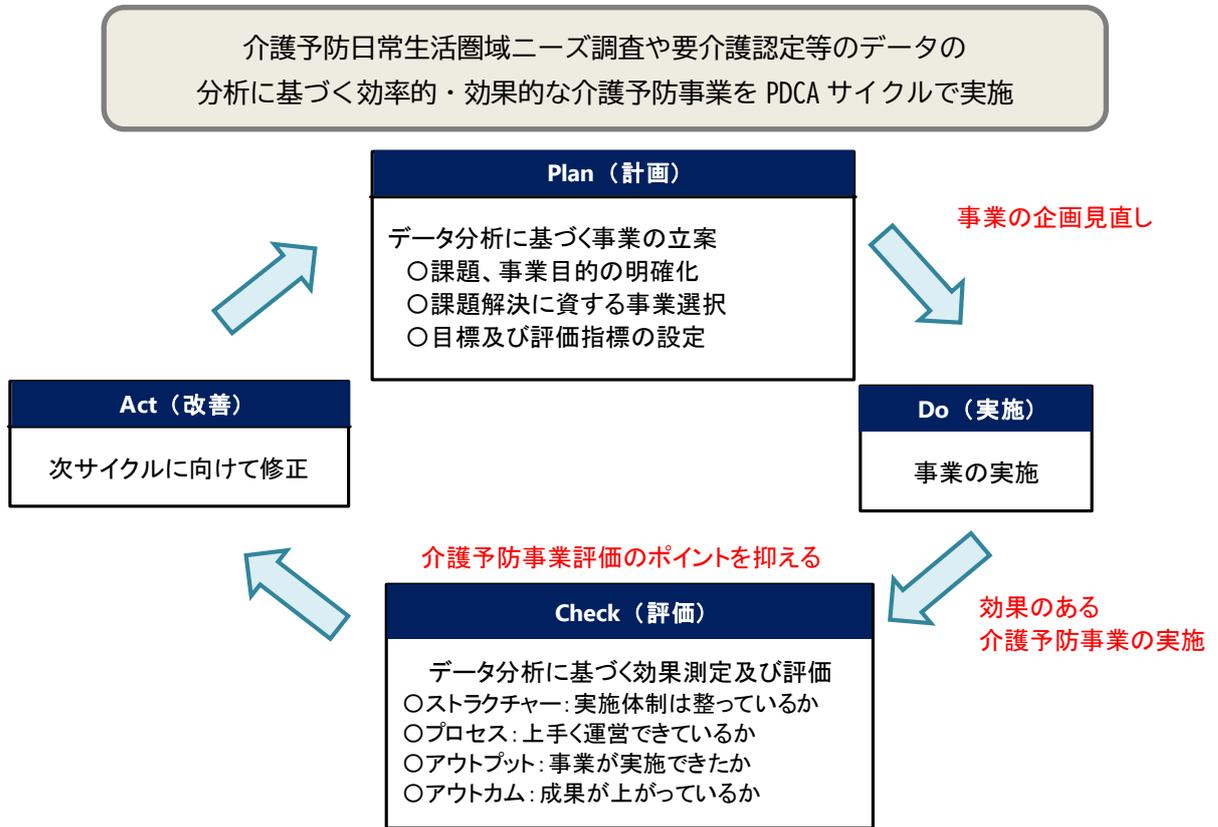
出典：厚生労働省資料



⑤ 一般介護予防事業評価事業

介護予防の取組を進めるに当たっては、事業評価とそれに基づく改善を図っていくことが重要であり、PDCA サイクルに沿って、一般介護予防事業に関する目標値の達成状況の検証など事業評価を行います。

PDCA サイクルに沿った事業評価の実施



	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
高齢者の幸福度の平均点数(10点中)※1	7.1点	—	—	7.5点
調整済み軽度認定率※2	9.8%	9.8%	9.8%	9.8%
調整済み重度認定率※2	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%
通いの場参加者の握力の維持※3	65%	65%	65%	65%

※1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査結果から算出

※2 「調整済み認定率」とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率。「軽度認定率」は要支援1～要介護2の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値、「重度認定率」は要介護3以上の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。

※3 運動を行っている通いの場の参加者に握力測定を行い、握力をレベル1(最小値)～5(最大値)までの5段階で評価し、前回または前年度の測定結果と比べて、レベルが同じまたは改善している者の割合

4 社会参加・生きがいづくり・就労支援の促進

(1) 交流活動の推進

①生涯学習の推進

生涯学習の一環として、各種講座や教室など高齢者等の多様な学習ニーズに対応したさまざまな学びの場を提供します。

(例：市政講座、すこやか老活講座など)

②スポーツ・文化活動の支援

高齢者向けのスポーツ大会等の開催や支援を行い、健康づくりと交流の場を提供し、参加を促進していきます。

(例：高齢者風船バレーボール大会、ゆーりんピック・ねんりんピック参加支援、老人クラブ連合会が実施するスポーツ大会への支援など)

(2) 団体活動の推進

①老人クラブ活動への支援

高齢期を健康でいきいきと過ごすために、地域の老人クラブ活動（奉仕活動・スポーツ活動・研修旅行など）を支援します。

②高齢者の通いの場への支援

市社会福祉協議会と連携し住民同士の交流の場づくりを促進し、地域の身近な場所での通いの場の充実を図ります。

また、高齢者への声かけや地域の見守りの場として、人と人のつながりや助け合い（互助）活動につなげるとともに、高齢者の生きがいづくりや社会参加としての活動の継続を支援します。

(3) 就労等の支援

シルバー人材センターと連携し、高齢者の豊富な知識や経験を活かせる就業の機会を提供することで、社会参加や生きがいづくりを推進するとともに、シルバー人材センターへの加入促進や就労機会の確保、拡大を支援します。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
シルバー会員数	1,000人	1,050人	1,050人	1,050人
就業延人数	64,000人	66,000人	66,000人	66,000人
就業率	61.0%	61.5%	62.5%	63.5%

第2節 日常生活支援体制の充実

高齢者が住み慣れた地域で日常生活を続けられるようにするためには、日頃からの相談先や困りごとなどひとつひとつの不安に対するきめ細やかな支援が必要です。

公的サービス等の市の取組みだけでなく、住民主体の活動等により、地域課題の共有、解決、関係機関との連携を進め、高齢者が孤立せず、安心して暮らし続けることができる地域づくりに取り組みます。

1 在宅生活支援体制の充実

生活支援サービスや福祉サービスの充実を図り、高齢者の心身の状態や生活環境に即したサービスの提供を進めます。

(1) 在宅生活を支える生活支援の充実

①食の自立支援（配食サービス）事業

食事の調理が困難な高齢者に対し、栄養を考慮した食事（弁当）を自宅まで届けるとともに、安否の確認を行います。

	見込み	推 計		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
配食サービス	18,072食	20,568食	20,800食	21,000食

(2) 家族介護者への支援の充実

①家族介護用品支給事業（紙おむつ等支給事業）

在宅介護の推進を図るため、紙おむつ等を使用している要介護3以上の高齢者で市民税非課税の方に、紙おむつ等の購入費用を助成します。

②在宅寝たきり高齢者福祉サービス

ア．寝具乾燥洗濯消毒サービス

健康維持及び保健衛生の向上を図るため、要介護3以上の高齢者の方に、日頃使用している寝具（掛布団、敷布団、毛布）を丸洗い乾燥消毒する費用を助成します。（年4回）

イ．理髪サービス

保健衛生の向上及び気分転換を図るため、要介護3以上の高齢者の方に、自宅への訪問理髪の費用を助成します。（年4回）

ウ．移送サービス

介護家族の負担軽減を図るため、要介護4以上で市民税非課税世帯の高齢者の方に、移送用特殊車両による医療機関への送迎費用を助成します。（月1回）

③行方不明になる可能性がある高齢者へのGPS機器導入の助成

要介護認定者で、行方不明になる可能性がある高齢者を在宅で介護している家族に対し、高齢者の安全確保を目的に位置情報検索サービスへ加入する費用の一部を助成します。

④家族介護教室の開催

家族介護者の介護負担軽減のために、介護方法や認知症への対応などの知識の普及等を行うとともに、悩み事の相談、共有、励まし合いなどができる介護者の交流の機会を提供します。

⑤介護離職等の防止に向けた取り組み

仕事と介護の両立に不安を抱えながら、介護に取り組む家族等の相談支援の強化について検討するとともに、必要な情報を適時受け取ることができるよう体制を整えていきます。

	見込み	推 計		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
紙おむつ等の支給	488人	489人	490人	490人
在宅寝たきり 寝具乾燥サービス	100人	100人	100人	100人
在宅寝たきり 理髪サービス	261人	244人	250人	250人
在宅寝たきり 移送サービス	24件	24件	24件	24件
GPS機器導入助成	4人	5人	8人	11人
家族介護教室	1回	2回	3回	3回
	28人	60人	90人	90人

(3) 見守り体制の充実

①民生委員児童委員による見守り

民生委員児童委員の協力を得て、一人暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯を把握し、見守りを行います。

また、これらの世帯の緊急連絡先を把握し、事故などが発生した際に迅速にその家族等へ連絡できるよう高齢者世帯台帳の充実を進めます。

	見込み	目 標 値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
高齢者世帯台帳登録者数	5,600人	5,700人	5,800人	5,900人

②地域福祉ネットワーク等による見守り

地域における住民同士の連絡・連携体制の構築を進め、地域住民による見守り活動を支援します。

③避難行動要支援者名簿を活用した見守り

日頃の見守りや災害時等の地域住民の支援に活用できるよう、「避難行動要支援者名簿」の登録の促進を行うとともに、各地区・各町会において町会長、民生委員児童委員、地域福祉推進員等が見守り体制について話し合い、支援体制づくりができるよう推進していきます。

④老人クラブによる高齢者友愛訪問の推進

高齢者の孤立防止や社会参加の促進を図るため、老人クラブ会員が地域のひとり暮らし高齢者等世帯への訪問を行う友愛訪問活動を支援します。

⑤緊急通報装置の貸与

ひとり暮らしの高齢者等の急病や災害時に、ボタンを押すだけで利用者が指定した連絡先へ通報できる緊急通報装置を設置します。

⑥食の自立支援（配食サービス）事業による安否確認（再掲）

⑦民間事業所との協定、連携による見守り（ゆるやかな見守り）

民間事業所が地域見守りネットワーク協定による活動を行うことにより、高齢者の異変の早期発見、孤立の防止につなげます。

(4) 在宅生活支援の仕組みづくりの推進

①生活支援体制整備事業の推進

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者の増加に伴い、見守り、安否確認、外出支援、買い物、家事援助など、日常生活支援を必要とする高齢者が増えています。

こうした状況に対応するためには、介護サービスだけではなく、住民同士の「互助」を基本とした地域での支え合いの体制づくりや新たなサービスの創出を進める必要があり、関係機関等と協議しながら取り組んでいきます。

②生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の育成、活動支援

地域ごとの生活支援・介護予防サービスの提供体制づくりを目的に、地域課題の把握、整理等を行う人材として、第1層及び第2層の生活支援コーディネーター（以下「コーディネーター」）を配置しています。地域における既存の事業、組織、ネットワーク等を活用しながら、生活支援・介護予防体制の構築に取り組みます。

地域の実情に合わせた取組みを進めていくために、地域の活動拠点である地域づくり協議会を母体として、第2層のコーディネーターを育成し、全地区での配置に向け取り組みます。

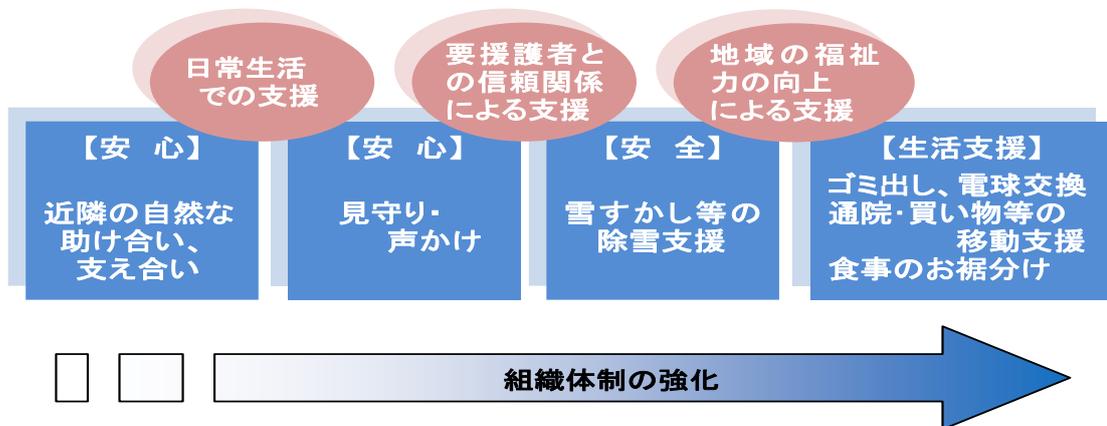
	見込み	目 標 値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第2層コーディネーター配置地区	10/15地区	12/15地区	15/15地区	継続

コーディネーターの役割は、地域を知り、地域の高齢者の思いと地域の多様な活動をつなげることです。コーディネーターの活動がスムーズに行えるよう定期的に情報交換会や研修を実施し、活動を支援するとともに、推進するための環境づくりに取り組みます。

	見込み	目 標 値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
コーディネーター研修の実施	2回	2回	2回	2回

※第1層⇒市全体、第2層⇒15地区

【「地域に根差した生活支援」イメージ図】



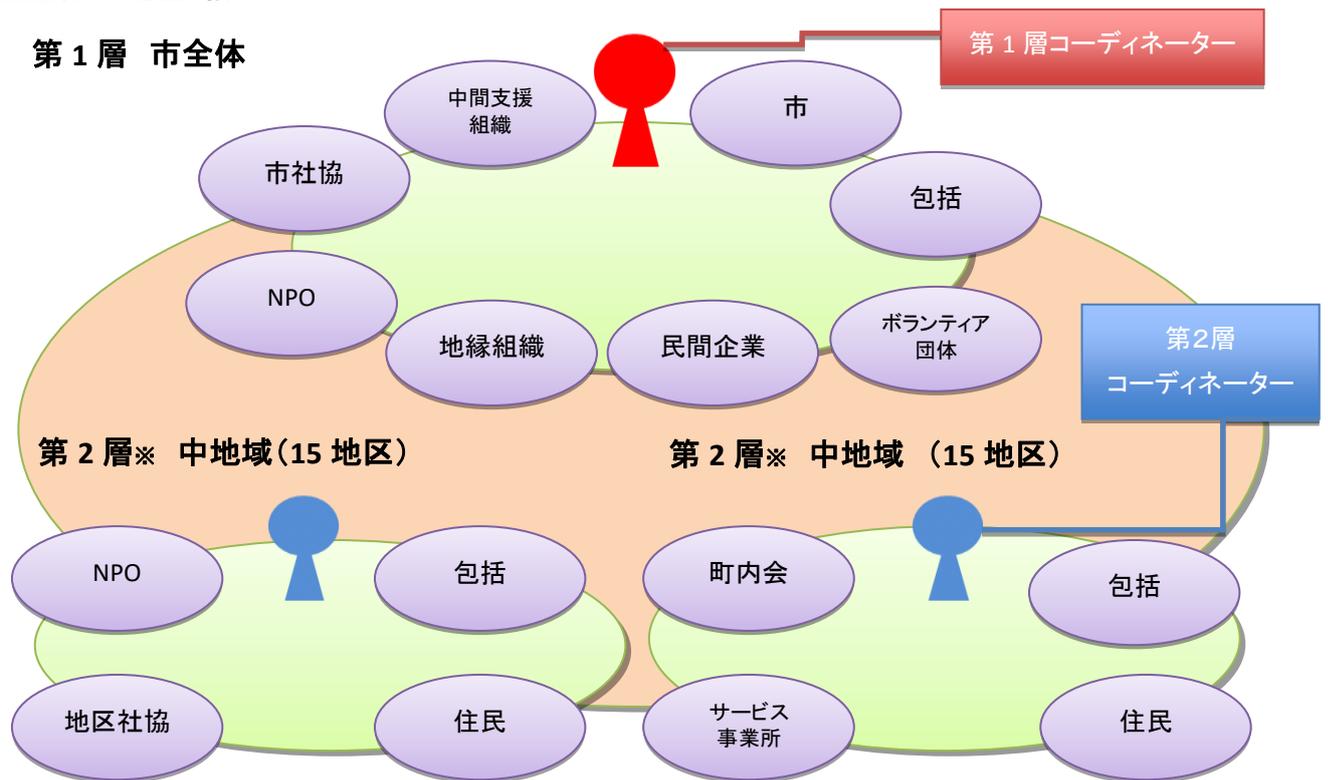
※住民主体の活動の創出には、取組みを通じて地域のつながりを醸成し、一人ひとりの気づきを促すことが重要

③生活支援にかかる協議体の開催及び推進

総合事業の推進や生活支援サービスの創出など体制の整備に向けて、多様な主体の参画が求められることから、定期的な情報の共有・連携強化の場として第1層並びに第2層の協議体を設置しています。協議体では、地域課題の抽出、課題に対する生活支援サービスの検討を行うとともに、地域住民の交流の場の創出、地域における助け合い・支え合いの体制整備をさらに進めていきます。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1層協議体	1回	1回	1回	1回
第2層協議体	各地区で開催	各地区で開催	各地区で開催	各地区で開催

協議体の配置・構成イメージ



※住民主体の活動を広める観点から、第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域づくり協議会等、地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。

④ボランティア等の支援の担い手の養成・活用

生活・介護支援サポーターなどの、生活支援や介護予防の担い手の確保及び養成に取り組むとともに、生活支援体制を強化するため、生活支援コーディネーターと連携し、地域の担い手として活動ができるよう一層取り組みます。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活・介護支援サポーター養成講座開催	1回	1回	1回	1回
受講者数	13人	30人	30人	30人
スキルアップ講座	－	2地区	2地区	2地区
受講者数	－	20人	20人	20人

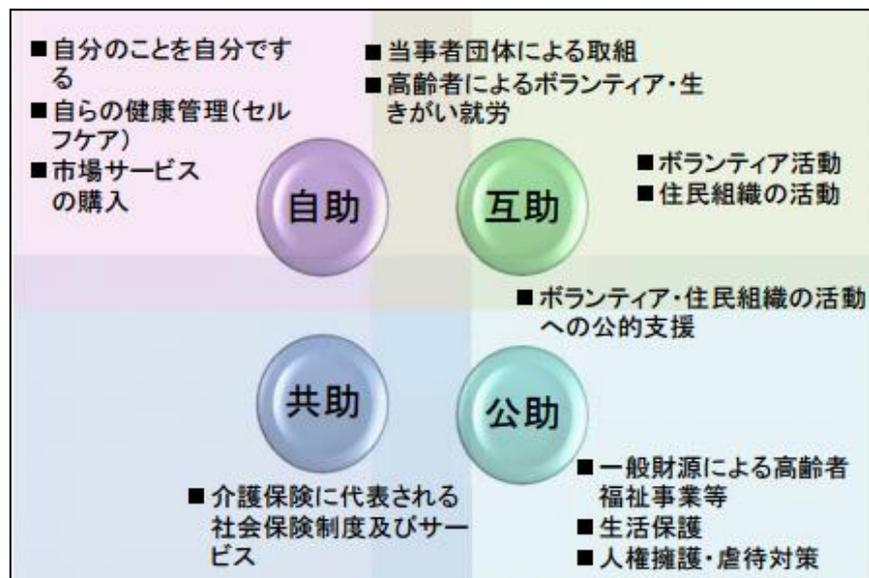
⑤市関係部局間等の連携の推進

事業の推進には、高齢者福祉施策や介護保険制度だけでなく幅広い分野の取り組みが関係します。庁内各分野及び関係機関が地域ビジョンを共有し、目指す地域づくりに向け、地域課題を具体的に共有して事業を推進することが必要です。そのため、庁内各分野及び関係機関への地域包括ケアの理念の周知啓発と庁内連携体制において課題の洗い出し、解決策の検討を行います。

地域包括ケアシステムを支える担い手～自助・互助・共助・公助～

地域包括ケアシステムでは、「自助」をベースに住民同士やボランティアによる助け合いの「互助」を活かし、「共助」、「公助」も含めた「4つの助」を組み合わせ、高齢者の在宅生活を支えていくことが必要です。

「自助」、「互助」を充実させることで、個人や地域のニーズに合った支援やサービスの提供が可能になることや、社会保障制度の持続可能性を高めることが期待されています。



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会報告書」

2 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム構築の中核拠点として、相談支援、地域ケア会議の開催、認知症施策の推進など、様々な役割を担っています。

地域住民が抱える課題が複雑化・複合化し、属性や世代を問わない相談が増加しています。これまでの支援体制では対応が困難なケースが増加傾向にあるため、関係機関と連携して適切な支援を行います。

(1) 総合相談・支援体制の周知及び充実

①地域包括支援センター・在宅介護支援センターによる相談支援の強化

地域包括支援センターや在宅介護支援センターの相談窓口の周知を図るとともに、地域へ出向くなど相談を受ける体制を充実させます。

また、市の各担当課及び関係機関とも連携し、支援体制の強化を図ります。

②地域連絡会の開催

地域包括支援センターの地区担当者が生活支援コーディネーター等と連携し、町会長、民生委員児童委員等と地域課題に関する情報交換会を行います。地域の高齢者の見守り体制や地域の実情を把握したうえで高齢者等の適切な支援や地域福祉ネットワークの構築につなげます。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の推進

個々の高齢者等の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・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推進します。

①包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

ア．包括的・継続的ケアマネジメントの実施

高齢者への支援の実施にあたっては、個人の健康や身体機能、生活面等、抱えている課題を包括的に把握するとともに、適切な支援やサービスが切れ目なく、継続的に提供されるよう柔軟に対応します。また、介護支援専門員と民生委員児童委員等の関係機関の連携を支援します。

イ．介護支援専門員へのサポート及びネットワークの活用

介護支援専門員の質の向上のため、個別支援や困難事例について、地域ケア会議を開催するとともに、課題解決に向けて連携・協働して取り組みます。また介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するため、ネットワークの構築や活用を図ります。

(3) 地域包括支援センターの業務状況の把握及び評価

業務の状況を定期的に把握・評価し、その結果を踏まえて、地域包括支援センターの設置者及び市が事業の質の向上のための改善を図っていくことが必要です。

①地域包括支援センター運営状況調査における評価指標による取組みの確認

地域包括支援センターが、継続的かつ安定的にその機能を発揮するには、現状把握と市との連携強化が必要です。地域包括支援センターの評価を行うこととあわせて、市の関わりについても評価を行った上で、地域包括支援センター運営協議会においても点検を行い、地域包括支援センターの課題を踏まえた機能強化策の検討を行います。

3 地域ケア会議と適切なケアマネジメントの推進

(1) 地域ケア会議の充実

地域ケア会議は、高齢者の能力を生かした自立支援に資するケアマネジメントとなるよう多職種が協働して検討するとともに、これらの検討を通じて明らかになった地域課題について、解決に向けた検討を行います。

①地域ケア会議の充実

ア. 個別地域ケア会議

支援困難事例や地域住民や関係機関による支援要請事例等について多職種で検討を行うほか、自立支援に資するケアマネジメントの支援並びに地域に不足している社会資源の把握及び開発につなげます。個別地域ケア会議の開催を通して、地域住民・関係者による個々の高齢者に対する支援体制を協議し共有するとともに、事例の積み重ねから地域課題を集約・分析し、地域課題の発見機能の強化を図ります。

イ. 中地域ケア会議

支え合いの地域づくりを進める生活支援コーディネーターと協働し、地域の実情を踏まえて実施します。

ウ. 市全体の地域ケア会議

個別ケア会議や中地域ケア会議で抽出された地域課題を地域づくり、不足している資源の開発、政策形成へとつなげていきます。

	見込み	目標値			
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
個別地域ケア会議 (自立支援型)	30回	36回	36回	36回	
個別地域ケア会議 (支援困難事例)	14回	20回	20回	20回	
中地域ケア会議	4回	6回	8回	10回	
市全体の地域ケア会議	1回	1回	1回	1回	

(2) 適切なケアマネジメントの推進

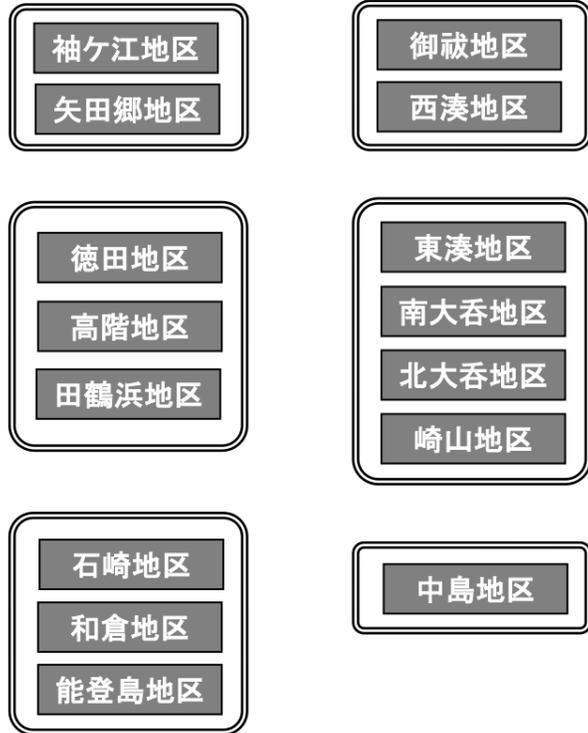
介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念に資するため、適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。居宅介護支援事業所におけるケアプラン点検を地域包括支援センター主任介護支援専門員（介護支援専門員の指導、助言する役割や保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携の役割）と連携を図り、実施します。

	見込み	目 標 値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン点検	1事業所	24件	36件	48件

在宅生活支援のしくみ（イメージ図）

日常生活圏域(住み慣れた地域(おおむね30分以内)とのつながり、介護保険サービス利用のしやすさ、介護環境等を考慮し、6圏域としています。)

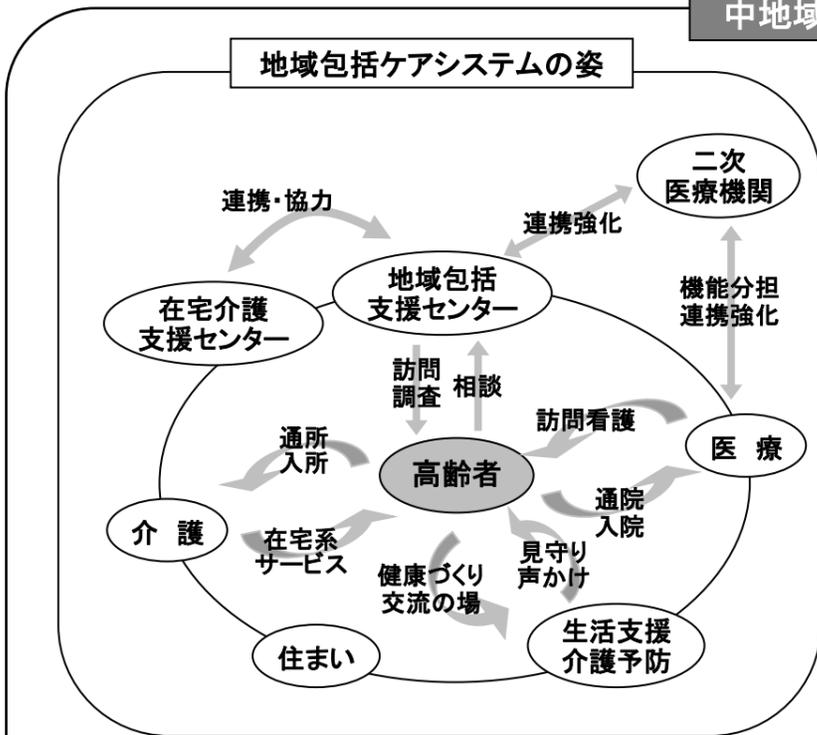
日常生活圏域



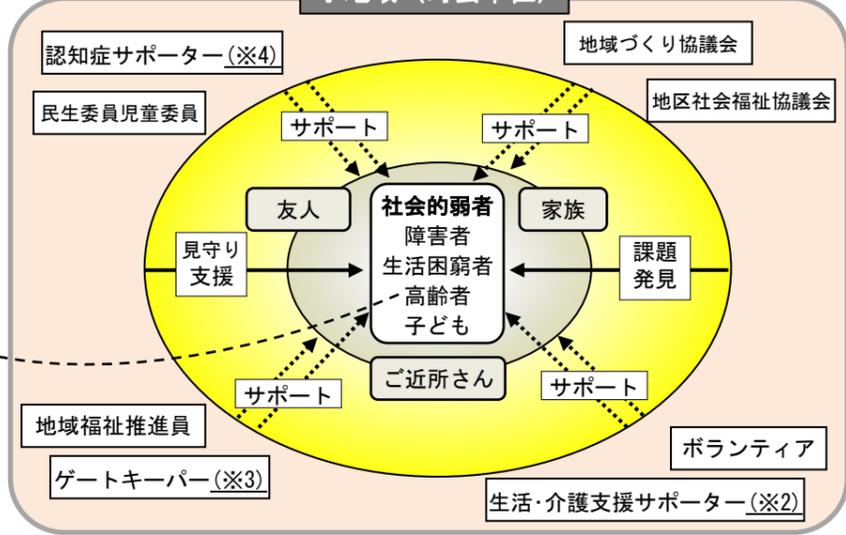
日常生活圏域の設定



中地域(地区単位)



小地域(町会単位)



地域での「支え合いのしくみづくり」を支援
第2層の生活支援コーディネーター(※1)

【小地域(町会単位)の役割】
住民がお互いに支え合い、住み慣れた地域で暮らし続けられる地域づくりに向けて、高齢者、障害者、子ども、生活困窮者といった支援が必要な人を町会の役員や民生委員児童委員、地域福祉推進員等が推進役となり、地域住民みんなで「見守り」「支援」できる体制づくりが必要です。

【中地域(地区単位)の役割】
生活支援や見守り活動を展開するには、中地域と小地域の連携が重要です。そのためには、地域づくり協議会ならびに地区社会福祉協議会を中心に町会連合会等と連携して各町会の取組みを支援することが必要です。

【大地域(市全体)の役割】
市が中心となって基盤整備を行います。地域福祉ネットワークにおけるコーディネートは、地域福祉推進の中核を担う市社会福祉協議会が中心となって行います。

※1【生活支援コーディネーター】
高齢者等の生活支援・介護予防サービスの充実・強化を進める。
・地域の福祉ニーズとサービスのマッチング
・生活支援の担い手の養成、サービスの開発

※2【生活・介護支援サポーター】
高齢者等の生活ニーズに応え、住民自らがサービス(見守り、家事、訪問等)の提供をする。また、支援が必要な方のご近所さんに対してもサポートする。

※3【ゲートキーパー】
自殺のサインに気づき、対応(声をかけ、話を聞いて、必要な支援に繋げ、見守る)を図る。

※4【認知症サポーター】
認知症について正しく理解し、偏見をもたず、認知症の人や家族を温かく見守り、可能な範囲で活動する。

七尾市
(地域福祉活動の基盤整備)

七尾市社会福祉協議会
(地域福祉ネットワークのコーディネート)

第1層の生活支援コーディネーター(※1)

【地域ケア会議の体制】

地域包括ケアシステムの構築

市ケア会議（市主催）

【目的】地域ケア会議からの共通課題解決に必要な資源開発や地域づくり、事業計画に反映等、政策形成につなげる

【機能】地域課題の発見、ネットワーク構築、地域資源の掘り起こし、地域づくり

【参集者】市民の代表者、地域の福祉関係者、保健医療関係者、ボランティア団体の代表、介護支援専門員の代表者、市社会福祉協議会、地域包括支援センター、その他課題解決の検討に必要と思われる関係者など

中地域ケア会議（地域包括支援センター主催）

【目的】自立支援型・個別地域ケア会議、その他で把握された、共通した地域課題の整理。地域課題に対する解決策の検討

【機能】地域課題の発見、地域資源の掘り起こし、地域づくり

【参集者】地域の福祉関係者、市社会福祉協議会、行政、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター、介護サービス事業者、保健医療関係者など

自立支援型地域ケア会議（地域包括支援センター主催）

【目的】自立支援に向けたケアマネジメント支援

【機能】個別課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の発見

【参集者】介護支援専門員、リハビリ専門職、地域包括支援センター、介護サービス事業所、保健医療関係者など

個別地域ケア会議（地域包括支援センター主催）

【目的】支援困難事例等に関する個別課題の解決

【機能】個別課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の発見

【参集者】本人、家族、民生委員児童委員、介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所、保健医療関係者など

地域課題の検討

個別ケースの検討

第3節 住まい・住環境の整備

1 住環境の整備

高齢者が自宅で安心して暮らし続けることができる住環境を目指して、住宅改修によるバリアフリー化を支援します。

(1) 住宅改修費の補助・支援

① 住宅改修支援事業

住宅改修に関する相談・情報提供・助言を行います。

② 在宅支援型住宅リフォームの助成

住民税非課税世帯で65歳以上の在宅の要支援・要介護認定者が在宅での生活をするように手すりの取付け、段差の解消など住宅を改修する場合にその要する費用の一部を助成します。

	見込み	推計値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
助成件数	5件	5件	5件	5件

2 住まいの確保・整備

高齢者のニーズに応じた住まい方を支援するとともに、適切なサービスが提供されるよう支援します。

(1) 高齢者向け住まいの情報提供

窓口での相談、情報提供を行います。

(2) 高齢者向け住まいの確保

① 高齢者福祉等関係施設

ア. 市営住宅（シルバーハウジング）

住宅施策と福祉施策の連携により、高齢者等の生活特性に配慮したバリアフリー化された高齢者世帯向けの公的賃貸住宅です。

イ. 養護老人ホーム

65歳以上の高齢者で、環境上の理由や経済的理由によって在宅での生活が困難な方を養護する措置施設です。

ウ. 生活支援ハウス

60歳以上の一人暮らし又は、夫婦世帯で高齢等のため独立して生活するには不安のある方で家族による援助を受けることが困難な方の入所施設です。

エ. ケアハウス

60歳以上で身体機能の低下や高齢等のため独立して生活するには不安のある方が低料金で利用できる入所施設です。

オ. 有料老人ホーム

高齢者が暮らしやすいように配慮し、食事の提供、健康管理などの日常生活を送るうえで必要なサービスが付いた入所施設です。

カ. サービス付き高齢者向け住宅

高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）に基づき登録される、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供する住宅です。

		見込み	目標値		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
シルバーハウジング*	施設数	1か所	1か所	1か所	1か所
	戸数	16戸	16戸	16戸	16戸
養護老人ホーム	施設数	1か所	1か所	1か所	1か所
	定員	80人	80人	80人	80人
	措置数	86人	86人	86人	86人
生活支援ハウス	施設数	1か所	1か所	1か所	1か所
	定員	20人	20人	20人	20人
	入居数	18人	20人	20人	20人
ケアハウス*	施設数	3か所	3か所	3か所	3か所
	定員	130人	130人	130人	130人
	入居数	130人	130人	130人	130人
有料老人ホーム*	施設数	1か所	1か所	1か所	1か所
	定員	63人	63人	63人	63人
サービス付き 高齢者向け住宅	住宅数	3か所	3か所	3か所	3か所
	定員	95人	95人	95人	95人

※特定施設入居者生活介護の定員を含む

(各年度末の施設数・定員数等)

② 介護保険関係施設

ア. 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常に介護が必要で、自宅では生活が困難な方が対象の施設です。食事・入浴など日常生活の介護や健康管理が受けられる生活介護が中心の施設です。

イ. 介護老人保健施設

病状が安定し、リハビリに重点をおいた介護が必要な方が対象の施設です。医学的な管理のもと在宅復帰に向けて、看護やリハビリを中心とした介護を受けられる施設です。

ウ. 介護医療院

主に長期にわたり療養が必要な方が対象の施設です。医療と介護（日常生活上の世話）が一体的に受けられる長期療養の機能を備えた施設です。

エ. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症と診断された高齢者が共同で生活できる場（住居）で、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられる施設です。

オ. 地域密着型老人福祉施設（小規模特養）

定員29人以下の小規模な介護老人福祉施設で、食事・入浴などの介護や健康管理が受けられる施設です。

		見込み	目標値		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	施設数	6か所	6か所	6か所	6か所
	定員	477人	477人	477人	477人
介護老人保健施設	施設数	4か所	4か所	4か所	4か所
	定員	329人	329人	329人	329人
介護医療院	施設数	2か所	2か所	2か所	2か所
	定員	113人	113人	113人	113人
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	施設数	11か所	11か所	11か所	11か所
	定員	144人	144人	144人	144人
地域密着型老人福祉施設 (小規模特養)	施設数	1か所	1か所	1か所	1か所
	定員	25人	25人	25人	25人

(各年度末の施設数・定員数)

第4節 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるために、医師会等の医療関係者と介護サービス事業者や地域包括支援センター等の介護関係者と協働して、在宅医療と介護サービスを切れ目なく一体的に提供できるよう、在宅医療と在宅介護の連携を推進します。

1 在宅医療・介護連携ネットワークの強化・推進

(1) 医療と介護の切れ目のない支援のための仕組みづくり

①在宅医療・介護連携推進協議会の開催

地域の医療・介護関係者が参画し、医療と介護の両方を必要とする高齢者を地域で支えるために必要な入院時の情報共有、退院支援、日常の療養支援等、様々な局面での連携上の課題の抽出及びその対応策の検討を行いながら、PDCAサイクルを踏まえた取り組みを行い、更なる充実を図ります。また、それぞれの職能団体に対して、取り組み状況の情報共有に努めます。

②医療、介護関係者の情報共有の支援

在宅療養生活を支えるために、4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を中心に医療と介護の関係者間で、速やかな情報共有と連携ができるよう入退院支援ルールブックや緊急ファイル等の活用が推進されるよう普及を図ります。

(2) 多職種連携の強化

①在宅医療・介護関係者の研修の実施

多職種連携組織「ななお紫蘭の会」が中心となって、医師会や地域包括支援センター等と連携して、医療・介護に従事する多職種の研修や事例検討を行い、顔が見える関係づくりを進め、医療・介護関係者間の連携推進や情報共有を図ります。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
研修会等の開催	5回	5回	5回	5回
参加者数	320人	330人	340人	350人

②地域ケア会議の活用（再掲）

医療・介護関係者がつながり、連携しやすくなるように、個々の高齢者に対する支援体制を検討する個別地域ケア会議への医療関係者の参加や、地域ケア会議での検討結果の情報共有など、地域ケア会議の活用を推進します。

(3) 二次医療圏内・関係市町との連携

急変時の情報連携や入退院支援ルール等の医療・介護の連携体制について、近隣市町との共通化を図る必要があります。

石川県、保健所の協力を得て、二次医療圏内・近隣市町と検討等を行い、適切な医療・介護サービスの連携体制の推進を図ります。

2 在宅医療・介護に関する普及啓発の推進

(1) 在宅医療・介護についての市民への啓発

①在宅医療・介護に関する相談窓口の周知

地域包括支援センターに設置する在宅医療・介護の連携に関する相談窓口である「七尾市在宅医療・介護連携支援センター」を、市民や医療・介護関係者に周知し、円滑な連携の推進を図ります。

	見込み	推 計		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談延べ件数	12件	増加	増加	増加

②在宅医療・介護サービス資源の把握と周知

医療機関、薬局の在宅医療実施状況や連携担当窓口等の情報や、介護事業者の情報をまとめ、ホームページ等で周知するとともに、地域の医療・介護関係者へ情報提供するなど、連携の推進を図ります。

③在宅医療・介護の選択に係る普及啓発

住み慣れた自宅で医療や介護を受けながら生活する「在宅療養」について普及を図るとともに、もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え家族や身近な人たちと話し合い、共有する「人生会議」について、市政講座や講演会、シンポジウム等を通じて普及に取り組みます。

第5節 介護サービスの円滑な運営

介護保険制度では、介護が必要となっても住み慣れた地域で生活できることを基本としています。

第9期計画期間に新たな介護サービスの基盤整備の予定はありませんが、既存の介護保険施設を含めて、介護保険サービスの運営が効果的かつ効率的なものとなるよう努めます。

1 継続した介護サービスの提供

(1) 被保険者数等の推計

総人口は、令和8年度には45,532人に減少するとともに、第1号被保険者となる高齢者数は18,474人となり、高齢化率は40.6%になると見込んでいます。

※各年度9月末日現在

【総人口】

(単位：人)

	実績	推 計				
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
人 数	48,505	47,634	46,778	45,532	42,540	35,543

【40歳以上の被保険者数】

(単位：人)

	実績	推 計				
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
第2号被保険者						
40～64歳	15,156	14,777	14,401	14,088	13,045	10,632
第1号被保険者	18,999	18,832	18,689	18,474	18,028	16,255
65～74歳	8,328	7,656	7,269	7,018	5,803	6,378
75～84歳	6,941	7,471	7,730	7,729	7,878	4,539
85歳以上	3,730	3,705	3,690	3,727	4,347	5,338
計	34,155	33,609	33,090	32,562	31,073	26,887

【高齢化率】 (総人口に占める年齢階層別第1号被保険者)

	実績	推 計				
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
65～74歳	17.2%	16.1%	15.5%	15.4%	13.6%	17.9%
75～84歳	14.3%	15.7%	16.5%	17.0%	18.5%	12.8%
85歳以上	7.7%	7.8%	7.9%	8.2%	10.2%	15.0%
計	39.2%	39.6%	39.9%	40.6%	42.3%	45.7%

(2) 要介護・要支援認定者数の推計

要介護等認定者数は、高齢者人口の推移とこれまでの認定率から推計すると、令和8年度には 〃 人に、令和12年度には 〃 人となり、毎年増加すると見込んでいます。

※各年度9月末日現在

【要介護度別認定者数】※第2号被保険者含む (単位：人)

	実績	推 計				
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
要支援1	216					
要支援2	348					
要支援 計	564					
要介護1	707					
要介護2	651					
要介護3	498					
要介護4	537					
要介護5	400					
要介護 計	2,793					
合 計	3,357					

【第1号・2号被保険者別認定者数】 (単位：人)

	実績	推 計				
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
第1号被保険者	3,317					
要支援	553					
要介護	2,764					
前期高齢者	272					
要支援	67					
要介護	205					
後期高齢者	3,045					
要支援	486					
要介護	2,559					
第2号被保険者	40					
要支援	11					
要介護	29					

(3) 居宅サービス・施設サービス量の見込み

作業中

これまでの給付実績、施設等の介護サービス整備計画、要介護認定者の推計などを踏まえ、サービス量等を見込んでいます。

①介護予防サービス見込量

【居宅介護予防サービス】

(単位：千円)

サービス種類		見込み	推計		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防 訪問入浴介護	給付費	106			
介護予防 訪問看護	給付費	4,760			
介護予防 訪問リハビリテーション	給付費	5,806			
介護予防 居宅療養管理指導	給付費	959			
介護予防 通所リハビリテーション	給付費	53,923			
介護予防 短期入所生活介護	給付費	2,568			
介護予防 短期入所療養介護	給付費	25			
介護予防 特定施設入居者生活介護	給付費	1,021			
介護予防 福祉用具貸与	給付費	20,765			
特定介護予防 福祉用具購入費	給付費	1,013			
介護予防 住宅改修費	給付費	5,818			
介護予防支援	給付費	15,630			
給付費合計		112,394	-	-	-

【地域密着型介護予防サービス】

(単位：千円)

サービス種類		見込み	推計		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防 認知症対応型通所介護	給付費	1,067			
介護予防 小規模多機能型居宅介護	給付費	18,884			
介護予防 認知症対応型共同生活介護	給付費	2,892			
給付費合計		22,843	-	-	-

②介護サービス見込量

作業中

【居宅介護サービス】

(単位：千円)

サービス種類		見込み 令和5年度	推計		
			令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護	給付費	370,460			
訪問入浴介護	給付費	18,869			
訪問看護	給付費	59,698			
訪問リハビリテーション	給付費	38,800			
居宅療養管理指導	給付費	27,216			
通所介護	給付費	550,114			
通所リハビリテーション	給付費	352,965			
短期入所生活介護	給付費	171,006			
短期入所療養介護	給付費	25,696			
特定施設入居者生活介護	給付費	75,459			
福祉用具貸与	給付費	140,722			
特定福祉用具購入	給付費	5,129			
住宅改修	給付費	11,007			
居宅介護支援	給付費	246,151			
給付費合計		2,093,292	-	-	-

【施設サービス】

(単位：千円)

サービス種類		見込み 令和5年度	推計		
			令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護老人福祉施設	給付費	1,441,435			
介護老人保健施設	給付費	1,129,585			
介護医療院	給付費	542,455			
介護療養型医療施設	給付費	-			
給付費合計		3,113,475	-	-	-

作業中

(単位：千円)

【地域密着型介護サービス】

サービス種類		見込み	推計		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	給付費	5,535			
認知症対応型通所介護	給付費	45,891			
小規模多機能型居宅介護	給付費	293,960			
認知症対応型共同生活介護	給付費	463,941			
地域密着型 特定施設入居者生活介護	給付費	-			
小規模特養（29人以下）	給付費	89,892			
地域密着型通所介護	給付費	59,489			
給付費合計		958,708	-	-	-

③その他サービス見込量

【その他サービス】

(単位：千円)

サービス種類		見込み	推計		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定入所者介護サービス (食費・居住費)	給付費	176,073			
特定入所者予防サービス (食費・居住費)	給付費	42			
高額介護サービス	給付費	156,888			
高額医療合算介護サービス	給付費	20,412			
審査支払手数料	給付費	3,569			
給付費合計		356,984	-	-	-

(単位：千円)

	見込み	推計		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
保険給付費【総計】①+②+③	6,657,696	-	-	-

(4) 地域支援事業費の見込み

これまでの事業実績、今後の地域支援事業の事業費を見込んでいます。

(単位：千円)

サービス種類	見込み	推 計		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	115,406			
・介護予防・生活支援サービス事業	101,748			
・一般介護予防事業	13,658			
包括的支援事業費	99,654			
・地域包括支援センターの運営	78,513			
・社会保障充実分	21,141			
任意事業費	22,050			
合 計	237,110			

【地域支援事業（再掲）】

事業区分	事業内容	概要(事業名)
介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業)	介護予防・生活支援サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ・生活支援サービス ・介護予防ケアマネジメント
	一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防把握事業 ・介護予防普及啓発事業 HP、広報による普及、介護予防教室 ・地域介護予防活動支援事業 通いの場への訪問、相談支援 介護予防ポイント制度 ・地域リハビリテーション活動支援事業 地域リハビリ教室 シルバーリハビリ体操指導士養成
包括的支援事業	地域包括支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアマネジメント ・総合相談支援業務 ・権利擁護業務 ・包括的継続的ケアマネジメント業務 ・地域ケア会議の充実
	<社会保障充実分> 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・コーディネーターの配置 ・多職種連携会議、研修会等の実施
	<社会保障充実分> 生活支援サービス体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・協議体の設置 ・コーディネーターの配置
	<社会保障充実分> 認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成事業 ・認知症高齢者等SOSネットワーク事業 ・認知症カフェの開催 ・認知症初期集中支援事業
	<社会保障充実分> 地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議の実施
任意事業	介護給付等適正化の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付等適正化事業
	家族介護支援	<ul style="list-style-type: none"> ・家族介護教室事業 ・徘徊高齢者家族支援サービス事業 ・紙おむつ支給サービス事業費
	その他事業	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度利用支援事業 ・福祉用具・住宅改修支援事業費 ・認知症サポーター養成講座 ・食の自立支援(配食)サービス

介護予防・生活支援サービス事業（再掲）

作業中

①介護予防・日常生活支援総合事業見込量

【介護予防・生活支援サービス事業】

サービス種類		見込み 令和5年度	推 計		
			令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護相当サービス	給 付 費 (千円)	23,936			
	利用者数 (年間)	1,320			
訪問型サービス (基準緩和)	給 付 費 (千円)	80			
	利用者数 (年間)	36			
訪問型サービス (短期集中予防)	給 付 費 (千円)	209			
	利用者数 (年間)	15			
通所介護相当サービス	給 付 費 (千円)	54,987			
	利用者数 (年間)	1,788			
通所型サービス (基準緩和)	給 付 費 (千円)	10,150			
	利用者数 (年間)	660			
通所型サービス (短期集中予防)	給 付 費 (千円)	1,513			
	利用者数 (年間)	15			
介護予防ケアマネジメント (A)	給 付 費 (千円)	10,274			
	利用者数 (年間)	2,209			
給付費合計		101,149			

※ 利用者数は、年間延利用者数を記載している。

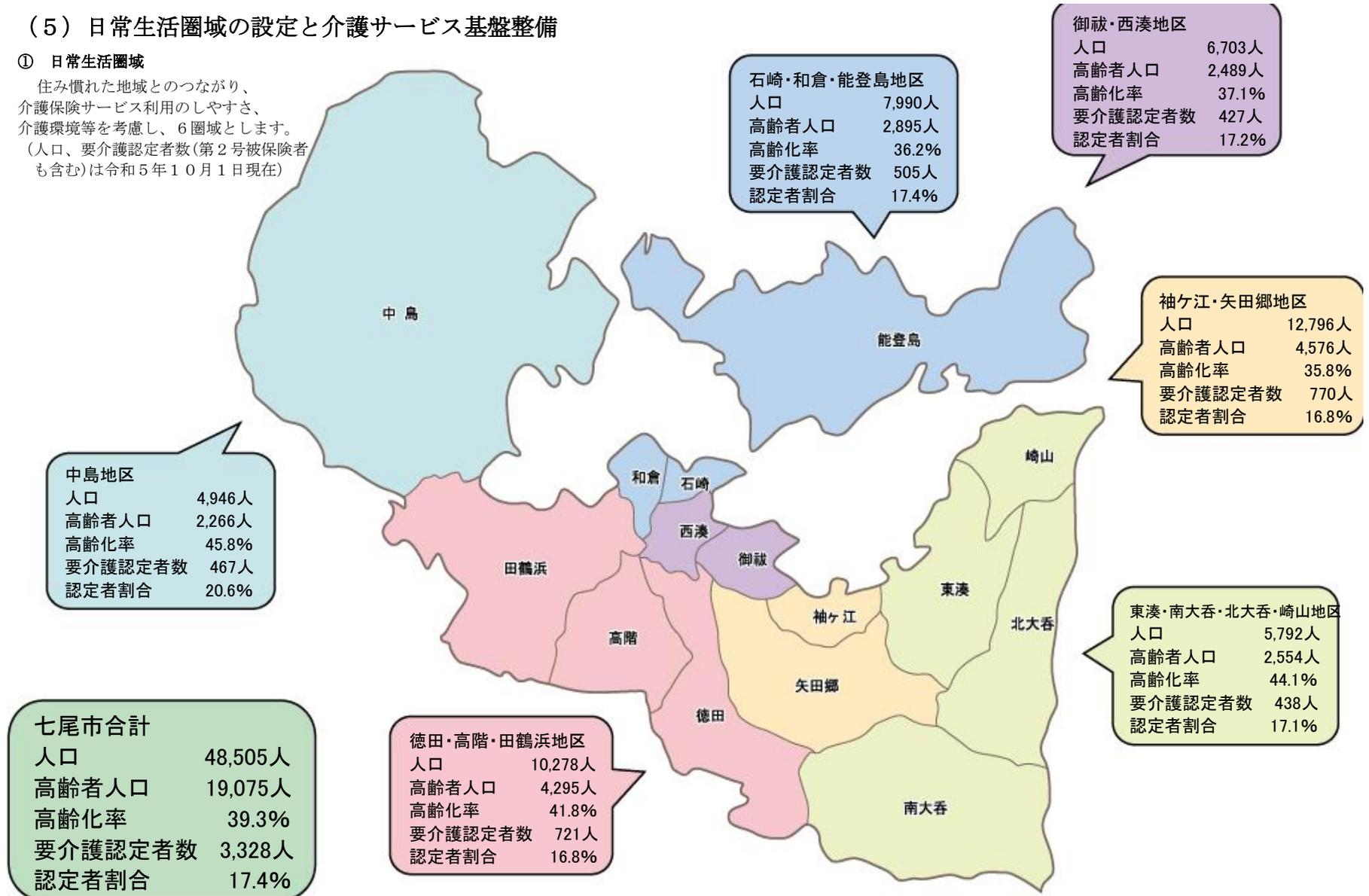
【その他サービス】

サービス種類		見込み 令和5年度	推 計		
			令和6年度	令和7年度	令和8年度
高額介護予防サービス	給 付 費 (千円)	283			
審査支払手数料	給 付 費 (千円)	316			
給付費合計		599			

(5) 日常生活圏域の設定と介護サービス基盤整備

① 日常生活圏域

住み慣れた地域とのつながり、
介護保険サービス利用のしやすさ、
介護環境等を考慮し、6圏域とします。
(人口、要介護認定者数(第2号被保険者
も含む)は令和5年10月1日現在)



※1 要介護認定者数は七尾市に住所を有する人のみ計上している。(第2号被保険者も含む)
 ※2 人口、高齢者人口は住民基本台帳情報、要介護認定者数は七尾市介護システムより算出している。
 ※3 認定者割合は高齢者人口で除している。

(6) 第1号被保険者の介護保険料の見込み

① 介護保険費用の負担割合

ア. 介護給付費に要する費用負担割合

介護給付費に要する費用は、サービス利用時の利用者負担分を除いて、50%が公費（税金）でまかなわれています。

その内訳は、国25%(20%)※、県12.5%(17.5%)※、市12.5%となっています。

公費負担分を除く50%の費用は、第1号被保険者(65歳以上)と、第2号被保険者(40歳～64歳)が保険料で負担します。

第9期においては、第1号被保険者の負担割合は23%となります。

【介護給付費】

※()は施設給付費の場合の割合

23.0%	27.0%	25.0%	12.5%	12.5%
【第1号被保険者】	【第2号被保険者】	(20.0%)※	(17.5%)※	【市】
【国】			【県】	

保険料50%
公費50%

イ. 地域支援事業費に要する費用の負担割合割合

地域支援事業に要する費用においても、第1号被保険者の負担割合は23%となります。

介護予防事業／総合事業の負担割合は、介護給付費と同様となります。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

23.0%	27.0%	25.0%	12.5%	12.5%
【第1号被保険者】	【第2号被保険者】	【国】	【県】	【市】

保険料50%
公費50%

包括的支援事業及び任意事業では、第2号被保険者の保険料負担はなく、77%が公費でまかなわれています。

その内訳は、国38.5%、県19.25%、市19.25%となっています。

【包括的支援事業】・【任意事業】

23.0%	38.5%	19.25%	19.25%
【第1号被保険者】	【国】	【県】	【市】

保険料23%
公費77%

作業中

② 第1号被保険者（65歳以上の方）の介護保険料見込み

作業中

③ 第1号被保険者の保険料段階の設定と保険料

2 介護サービスの適正な運営

(1) 介護サービスの質の向上に向けた支援

介護サービス事業所の運営やサービス提供の状況の把握に努め、苦情相談の対応や事故防止に向けた助言等を行い、事業者のサービスの質の向上を支援します。

また、介護保険事業者が参加する事業者連絡会において、介護保険の現状や研修会や介護保険制度に関する情報等を提供・周知し、介護保険の適正な運営ができるよう推進します。

(2) 介護給付適正化事業の推進

介護給付適正化を効果的・効率的に行うために、給付適正化主要5事業である「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査」「医療情報との突合・縦覧点検」のうち、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を除外し、「ケアプランの点検」及び「住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査」を統合することで次の3事業に再編します。

また、介護保険制度をはじめ高齢者の福祉情報について、ホームページやガイドブック、市政講座などを活用し、普及啓発を行います。

① 要介護認定の適正化

適正かつ公平な要介護認定の確保を図るため、新規認定申請及び区分変更申請については直営調査を基本とし、更新申請については居宅介護支援事業者や介護保険施設などに一部委託し、円滑な要介護認定調査に努めます。また、要介護認定に係る全ての認定調査の内容の点検を実施するとともに、委託事業者の同行調査、研修会等の開催により、認定調査の平準化に向けた取り組みを行います。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
調査の点検	3,000件	3,100件	3,100件	3,100件
認定調査員研修	0回	2回	2回	2回
審査会委員研修	2回	2回	2回	2回

② ケアプランの点検および住宅改修・福祉用具購入等の調査

ア. ケアプランの点検

介護支援専門員が作成したケアプランの記載内容について、作成プロセスを踏まえ、市職員、地域包括支援センターの主任介護支援専門員等と様々な視点から確認、検証を行うことにより、介護支援専門員の「気づき」を促すと同時に「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を行います。

(再掲)

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン点検	1事業所	24件	36件	48件

イ. 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査

必要に応じ住宅改修を行った利用者の自宅に訪問し、利用者の状態確認や施工状況の確認を行い、給付の適正化につなげます。

住宅改修の点検については、改修工事を予定する受給者宅の写真や工事見積りを点検するほか、改修規模が大きく、複雑な場合等は必要に応じ、建築士や作業療法士等の助言や訪問点検を実施します。

福祉用具購入・貸与調査については、受給者の身体の状態に応じて福祉用具の必要性や利用状況について調査することにより、受給者の身体の状態に応じた利用を進めていきます。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
住宅改修の点検	全件実施	全件実施	全件実施	全件実施
うち 大規模改修等	5件	5件	5件	5件
福祉用具購入等の点検	全件実施	全件実施	全件実施	全件実施
軽度者福祉用具	全件実施	全件実施	全件実施	全件実施

③ 医療情報との突合・縦覧点検

国保連合会介護給付適正化システムから提供される情報を活用し、介護と医療情報との突合による重複請求の確認や請求情報の縦覧点検を行い、給付の適正化につなげます。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
縦覧点検	毎月実施	毎月実施	毎月実施	毎月実施
医療情報との突合	毎月実施	毎月実施	毎月実施	毎月実施

(3) 指導監査の適切な実施

介護保険事業所が遵守すべき人員基準、運営基準への適合性について、事業所による自己点検を励行したうえで、市が指定する地域密着型サービス事業所及び（予防）居宅介護支援事業所に指導監査を行い、受給者の心身の状況に応じた適正な介護サービスが提供できるよう取り組みます。

① 集団指導の実施

遵守すべき介護保険制度の内容や報酬請求に関する事項、指導監督に関する事項等について周知徹底を図るため、研修会等の方法により実施します。

② 実地指導の実施

地域密着型サービス事業所及び（予防）居宅介護支援事業所のサービス提供内容、報酬請求の適否等について確認し指導します。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
集団指導	1回	1回	1回	1回
実地指導	5事業所	4事業所	6事業所	6事業所
うち 地域密着サービス事業所	2事業所	3事業所	4事業所	4事業所
うち 居宅介護支援事業所	3事業所	1事業所	2事業所	2事業所

(4) 低所得者の負担軽減対策

介護保険サービス利用料については、特定入所者介護サービス費や高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、社会福祉法人による利用者負担軽減措置等の周知を図りながら、低所得者への負担の軽減を図ります。

(5) 介護人材確保及び業務効率化の取組強化

介護保険事業所と連携し、介護職員の情報交換の場の提供や国・県が主催する介護保険関係の研修等の情報提供に取り組むことにより、人材確保と定着促進に向け支援します。

さらに業務効率化に向け、ICTの導入の促進や介護保険事業所が提出する書類様式を統一し、電子申請に向けた行政のDX（デジタルトランスフォーメーション）を進めていきます。

(6) 災害に対する備え

七尾市防災計画に沿って、大地震や水害等の災害に対して、高齢者を支える施策に取り組みます。

① 自然災害発生時の業務継続計画（BCP※）の継続的な見直し

大地震などの災害の発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するため、非常時の体制での早期の業務再開を図るために事業所が策定するBCPは、災害発生時において迅速に行動ができるよう関係者に周知し、平時から研修・訓練を行い定期的に見直す必要があります。

このBCPにもとづいた平時からの事業所の取り組みについて確認します。

② 福祉避難所の運営

施設と連携し、避難訓練の実施、防災啓発活動、災害におけるリスクや食料等の物資の備蓄・調達状況の確認を促します。

(7) 感染症に対する備え

介護保険事業者においては、感染症の流行が起こった際に適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築することが大切です。

① 平時からの備え

感染症に関する情報（感染症の発生状況、国や自治体の動向など）の収集・提供、手指消毒・換気などの基本的な感染症対策の徹底、職員・入所者の体調管理など感染防止に向けた取り組みを支援します。

また、高齢者等が感染症に関し、正しい知識を持って予防策を実践できるよう働きかけます。

② 感染症発生時の業務継続計画（BCP）の継続的な見直し

感染症の感染拡大時にも、利用者に対する介護サービスの提供を継続するために事業所が策定するBCPは、関係者に周知し、平時から研修・訓練を行い定期的に見直す必要があります。このBCPにもとづいた平時からの事業所の取り組みについて確認します。

また、事業所における適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達の整備の確認を促します。

※ 業務継続計画（Business Continuity Plan）

大地震などの自然災害、感染症のまん延、テロなどの事件、大事故、供給網の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短期間で復旧させるための方針、体制、手順などを示した計画

第6節 認知症施策の推進

認知症は誰もがなりうるものであり、本格的な高齢社会を迎えた今、認知症は高齢者やその家族にとって身近な問題であると言えます。

認知症の人が、尊厳と希望をもって地域で自分らしく暮らし続けることができる共生社会の実現を目指すため、適切な医療や介護などにつながる支援体制を整備するとともに、認知症の方やその家族等への支援の充実を図ります。また、地域全体で認知症の方を見守る地域づくりを進めます。

1 認知症の支援体制の充実

(1) 相談・支援体制の充実

①認知症に関する相談体制の強化

地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症に関する相談対応や地域でのネットワークづくりを推進します。

また、地域包括支援センター及び在宅介護支援センターを住民の身近な相談窓口として活用するとともに、地域連絡会等を通して積極的に地域の実態把握を行います。

②ほっとけんステーションの設置と周知

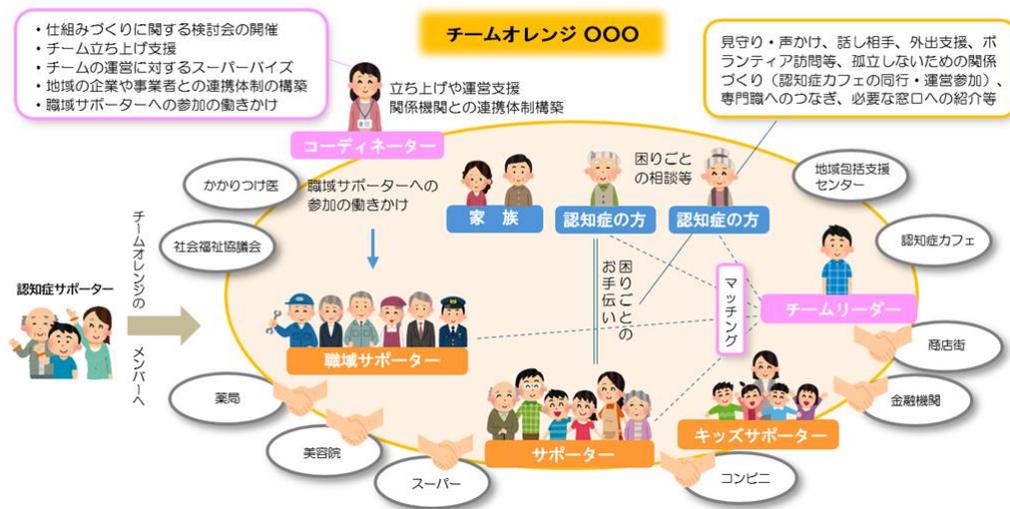
本人・家族からの認知症に関する相談を受け、地域包括支援センターやかかりつけ医への紹介、専門医療機関の受診勧奨などを行う「ほっとけんステーション」を設置します。日頃から利用することが多い薬局などに設置し、認知症に関して気軽に相談できる体制を推進します。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ほっとけんステーション設置数	43か所	45か所	45か所	45か所

③チームオレンジの整備・活動の推進

「チームオレンジ」とは、認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、認知症の人やその家族の生活支援ニーズと、認知症サポーターを中心とした支援者をつなぎ、認知症になっても安心して暮らすことができる地域づくりの仕組みです。認知症地域支援推進員や地域包括支援センターのチームオレンジコーディネーター等が「認知症の人・家族」と認知症サポーターの「地域活動・社会参加」を共に考え、認知症の人とその家族を支援するために地域の状況に応じた「チームオレンジ」の整備と活動の推進に取り組んでいきます。

チームオレンジのイメージ図



参考：チームオレンジの取組の推進（厚生労働省）

（2）認知症予防の取り組みの推進

①生活習慣病の発症予防・重症化予防（再掲）

高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病は、認知症の発症を高める要因です。特定健康診査及び長寿健康診査の受診勧奨と、受診後の生活習慣の改善についての保健指導を行い、生活習慣病の重症化予防に努めます。

②通いの場の拡充（再掲）

認知症の発症リスクを低下するとされる交流や体操等を定期的に行う地域の通いの場の活動が持続可能な取組みとなるよう、生活支援コーディネーターやシルバーリハビリ体操指導士等の訪問による活動支援を行います。また、介護予防やフレイル予防などを目的とした体操や趣味活動等の活動を行う住民主体の通いの場を拡充していきます。

（3）家族介護者への支援

①認知症カフェの開催

認知症の方やその家族が気軽に集うことができる認知症カフェを開催し、家族の介護負担の傾聴や同じ気持ちを分かち合える場として利用を促します。

②行方不明になる可能性がある高齢者へのGPS機器導入の助成（再掲）

③チームオレンジの整備・活動の推進（再掲）

④認知症介護に携わる介護従事者への研修

石川県、石川県社会福祉協議会では、介護経験の少ない介護従事者を対象に認知症に対する基礎的知識や事業所における介護のあり方に関する外部研修を多数開催しています。

それらを事業所が実施する研修計画に位置付け、介護従業者が計画的に参加し、資質の向上につながるよう支援します。

(4) 認知症の容態に応じた適時、適切な医療・介護などの提供

①認知症初期集中支援チームによる支援体制の強化

認知症の症状があっても適切な支援につながらず、重症化してから相談が寄せられる事例が多くあります。認知症の疑いがある方を早期に適切な医療や介護サービスにつなげるため、地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置し、支援体制の強化を図ります。

②認知症知ってあんしん本（認知症ケアパス）の普及

認知症の容態に応じて利用できるサービスや相談機関を周知するため、「認知症知ってあんしん本」の活用の推進を図ります。

(5) 若年性認知症の方への支援・社会参加

「若年性認知症」とは、65歳未満の人がかかる認知症のことです。まだまだ若く、働いたり、子供を育てたり、親の介護をしたりしている時期と重なってしまうため、ご本人やご家族にとって将来への不安や、経済的な問題につながる場合があります。相談窓口として地域包括支援センターや県若年性認知症相談窓口を周知するとともに、本人や家族等が交流できる居場所づくりや、就労支援、福祉サービスの活用など周知していきます。

2 認知症への理解の促進及び見守り体制の構築

(1) 認知症への理解の促進

①認知症サポーター養成事業

認知症について正しく理解し、認知症の方やその家族を見守る応援者である認知症サポーターを養成するため、小中学生や、高齢者に関わる職域の方などを含めた幅広い世代を対象とした養成講座を開催します。

また、実際の活動につなげるためのステップアップ講座を必要に応じて開催し、講座の受講者が、地域で認知症の人やその家族を手助けするための具体的な活動を支える仕組みを検討します。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター養成講座受講者数	400人	500人	500人	500人

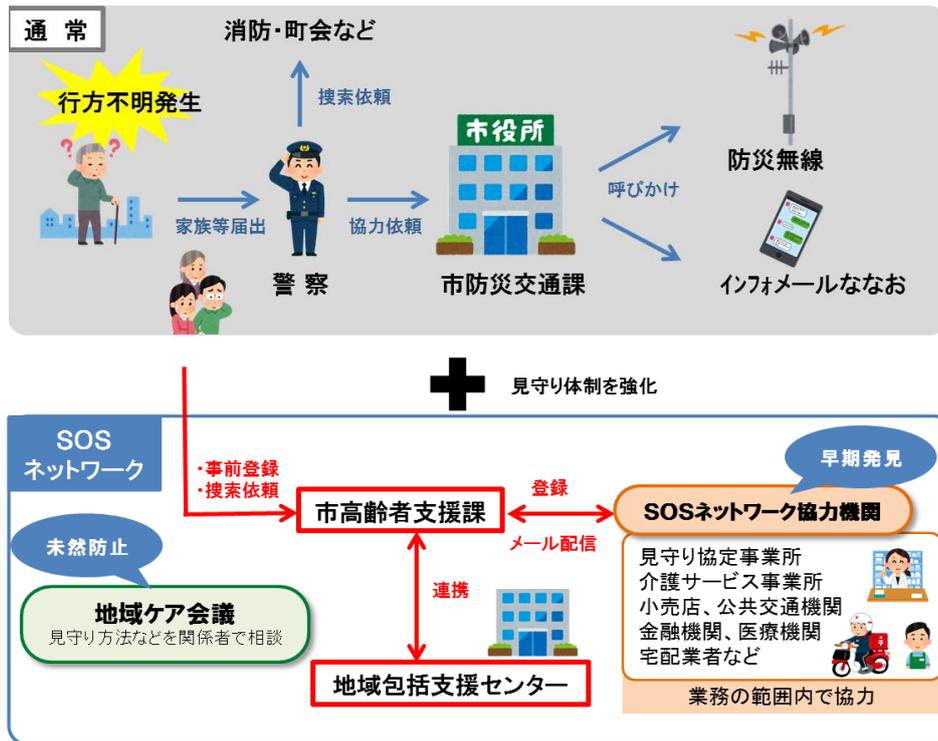
(2) 見守り体制の構築

① 認知症高齢者等SOSネットワーク

認知症高齢者など行方不明になる恐れがある人への情報を事前に登録し、警察署、地域包括支援センターなどの関係機関と共有して有事に備えます。

また、行方不明になった場合に、協力機関等が速やかに捜索することを目的としたSOSネットワーク体制を構築します。

SOSネットワークのイメージ図



② 見守りシール（二次元バーコード）による行方不明未然防止

認知症高齢者等SOSネットワークの事前登録者に、行方不明未然防止策のひとつとして二次元バーコード付き見守りシールを無料で配布します。

見守りシールを衣類や持ち物に貼付することで、夜間等に一人歩きした際に住民や警察、消防（救急）が見守りシールに気づいて読み取ることで家族等と連絡がとれる仕組みです。




③ 行方不明になる可能性のある高齢者へのGPS機器導入の助成（再掲）

要介護認定者で行方不明になる可能性のある高齢者に対し、行方不明未然防止を目的にGPS機器（位置情報検索サービス）の導入費用の一部を助成します。

④地域ケア会議の開催

行方不明になる可能性がある高齢者を対象とし、関係者間で顔合わせをおこないます。高齢者本人が地域での生活を安全に続けるための方法を、情報共有や意見交換を通して検討し合うことで見守り支援体制の強化につなげます。

七尾市地域包括支援センターが開催の調整を行います。

参加者：親族、介護支援専門員、サービス事業所、
知人、町会長、市職員など



⑤行方不明未然防止のための声かけ模擬訓練

認知症の方が道に迷っていることを想定した声かけや保護、通報等を行う訓練を地域の実情に合わせて実施します。

第7節 権利擁護の推進

1 高齢者の権利擁護支援の推進

高齢者の権利擁護の相談に応じ、個々の事例の解決を図りながら、高齢者が尊厳をもって暮らすことができる地域の実現を目指します。

(1) 相談窓口の充実

高齢者の権利擁護を図る観点から、市、市社会福祉協議会及び地域包括支援センターでの相談窓口を開設しています。

(2) 成年後見制度等の普及・促進

成年後見制度や福祉サービス利用支援事業の活用のため、市、市社会福祉協議会及び地域包括支援センターが連携し、各種の広報媒体を利用して制度の周知や利用促進につなげていきます。

また、関係機関や専門職等と連携し、権利擁護支援のための地域連携ネットワークを構築するとともに、その中核となる機関を整備し普及啓発等に取り組みます。

	見込み	目標値		
	令和5度	令和6度	令和7度	令和8度
広 報	1回	1回	1回	1回
研 修	1回	1回	1回	1回

①福祉サービス利用支援事業の広報・案内

成年後見制度を利用するほど判断能力は低下していないが、福祉や介護サービスの手続き方法が分からない、あるいは金銭管理等に不安がある方に対しては、市社会福祉協議会が行う「福祉サービス利用支援事業」により、日常的な支援を行います。

②成年後見制度利用支援事業

判断能力が低下した高齢者の権利を守るため、成年後見制度を申し立てる親族がいない場合や高齢者虐待を受けている場合など、必要に応じて市長による申立てを行うほか、申立費用や後見業務に係る報酬の助成を行い、スムーズに成年後見制度が利用できるよう支援します。

	見込み	推 計		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市 長 申 立	5件	6件	7件	8件
報 酬 助 成	4件	6件	7件	8件

2 高齢者虐待防止対策の推進

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（高齢者虐待防止法）に基づき、高齢者を虐待等の権利侵害から守り、尊厳を保持しながら安定した生活を送ることができるよう支援していきます。

（1）高齢者虐待防止の取り組み

①広報・普及啓発

高齢者虐待を未然に防止するためには、家庭内での権利意識の啓発、認知症に対する正しい理解や介護知識の周知などのほか、適切な介護保険サービスの利用などにより介護負担感を軽減することが重要です。

市が中心となり啓発活動に努め、市民及び関係機関に相談・通報窓口や通報義務の周知を図るとともに、地域住民が高齢者虐待に対する正しい知識や理解を持つことで、虐待を発生させない地域づくりを目指します。

	見込み	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
広 報	1回	1回	1回	1回
研 修	2回	2回	2回	2回

②高齢者虐待防止ネットワークの構築

高齢者虐待を発見しやすい民生委員児童委員等の地域の関係者や保健医療福祉関係機関との連携体制を強化し、相談・通報窓口の周知を図ります。虐待を未然に防止するとともに早期発見、早期対応に努めます。

また、高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会等の関係機関との連携体制を強化します。

（2）高齢者虐待への対応

①相談支援体制の充実

高齢者虐待は様々な課題が絡み合う中で発生しています。多分野の関係機関等との連携や、虐待対応マニュアルの整備、相談援助者の研修受講等による資質向上、高齢者虐待対応専門職チームからの助言等により、複合化した課題にも対応可能な相談支援体制を目指します。

また、虐待が発生した要因等を分析し、再発防止に取り組みます。

②高齢者・養護者への支援

高齢者を虐待等の権利侵害から守るとともに、虐待を行っている養護者が障害や疾患、介護負担など、生活上の課題を抱えている場合には、養護者支援に取り組み、適切な機関につなぐなど、関係機関と連携を図りながら虐待が解消するように努めます。

また、高齢者を一時的に養護者から分離して保護する必要がある場合には、迅速に対応ができるよう関係機関等と連携し、緊急一時保護や措置による臨時保護等を行います。

養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等についても、高齢者の権利擁護のため、関係機関等と連携を図り対応していきます。

③養介護施設従事者等による高齢者虐待防止への対応

養介護施設従事者等による高齢者虐待防止について、周知・啓発活動や未然防止・早期発見に関する取組み、適切な対応や再発防止に向けて、県とも連携しながら対応します。

高齢者虐待防止ネットワーク

