加賀市健康福祉審議会高齢者分科会
令和８年度　第３回

資料４

４．地域包括ケアビジョンについて

加賀市健康福祉部介護福祉課

令和８年10月15日

加賀市版地域包括ケアビジョンについて

「地域包括ケアビジョンとその方向性」（平成27年（２０１５年）4月 加賀市）より

① 地域包括ケアシステムの必要性

国において、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、予防・医療・介護・生活支援・住まいが一体的に提供される**「地域包括ケアシステム」**の構築が求められ、保険者である市町村が地域と協働し、地域特性に応じて作り上げていくことが必要とされました。

② 策定当時の加賀市の現状と課題

本市でも、2025年に向けて人口が減少する一方で高齢者は増加し、少子高齢化が進む見込みとなっていました。その中で、**「単身・高齢者のみ世帯の増加」「要支援・要介護認定者の増加」「認知症高齢者の増加」「介護の担い手となる人材の不足」**という、大きく4つの課題が見えてきました。

地区座談会では「死ぬまで自分の家で暮らしたい」という声が聞かれる一方、**現実には多くの高齢者が自宅から離れた施設への入所を選択せざるを得ない状況**にありました。

また、これまで「予防」「医療」「介護」「生活支援」「住まい」の取組を各担当課が個別に進めてきましたが、**それだけでは住み慣れた地域での暮らしは実現できず**、サービスや取組の情報も必要な人に充分に届いていない実態が見えてきました。

③ ビジョンの策定

こうした国の動きと本市の課題を踏まえ、5つの要素の目指すべき姿を明確にする「加賀市版地域包括ケアビジョン」を策定しました（平成27年4月）



加賀市版 地域包括ケアビジョン(平成27年4月策定)

地域包括ケアシステムを構成する5つの要素の目指すべき姿

予防
誰もが自らの将来に関心を寄せ、健康の維持・増進に取り組み、身近な地区の中で、生きがいや居場所のある今日と同じ明日を迎えることができるまち

介護
本人の人生やこだわりに寄り添い、最期まで尊重し、「できる力」を活かしながら住み慣れた地域で歩み続けることができるまち

医療
どんな環境や場所にいようと、住みなれた自宅や地域において、生活に沿った最適な医療により、最期まで本人の望む生活が続けられるまち

生活支援
本人の望む暮らしの実現のために、向こう三軒両隣のお互いさまの関係の中で、持っている力を発揮し、さらなる助け合いが生まれるまち

住まい
誰もが、最期まで住みたいところに住み続けることができるまち

3

加賀市版 地域包括ケアビジョンの方向性(平成27年4月策定)

本人主体

「私らしくあり続けることを大切にし、共に考え、認め合うことができるまち」

意図
○その人の歩んできた人生や、価値観を尊重し、その人の思いを理解しあい、本人の暮らしに応じた支援を行い、本人が望む暮らしを応援する。



住民主体

「自分たちのまちは自分たちで」をモットーに、自らの決定に責任をもち、住民、行政、事業者が協働し、支え合う地域づくり

意図
○地域の課題を自分ごととしてとらえ、我がまちをつくるのは自分たちであるという意識を持つ。
○住民自身が担い手となり、自分たちで決めたことには、その結果に責任を持つ。
○自主的な活動をけん引するリーダーと支える仲間がいる。



圏域単位で予防・医療・介護・生活支援・住まいの5つの要素が一体的に提供されるもの

これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力を活かし、暮らしを継続するために、「本人主体」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと

意図
○本人主体、住民主体は当事者視点の“言葉”。一体的提供とは、要素の組み合わせではなく、5つの要素がそれぞれのニーズに応じて統合され、提供されること。
○これまでの暮らしを継続するための、本人の力、周りの力の発揮によるのぞむ暮らしの実現に向けた取り組み。
○“暮らし”に視点を置いた本人に対する「個の支援」の積み上げにより、面としての地域課題にも取り組む。



4

重点事項と過去10年の実績（予防・医療・介護）

加賀市版 地域包括ケアシステム

平成27年に策定し、この10年間、ビジョンをもとに具体的な事業や取り組みを推進してきました。
なお、詳細の事業の評価等については、各計画において記載します。

要素	重点事項		過去10年の実績
予防	認知症予防（早期発見・対応・構え）	もの忘れ健診の実施、フォロー体制（訪問、講座等普及事業、わたしの暮らし手帳の作成・普及）の強化	• もの忘れ健診の実施。（25医療機関） • わたしの暮らし手帳を作成（第4版まで改訂）し、70歳以上の高齢者全員に配布。 • 認知症カフェの実施
	生活習慣病の発症予防・重症化予防	健康診査、健康教育、健康相談等による健康づくりの推進	• 介護予防と保健事業の一体的実施により、地域の身近な窓口（ブランチ）で、健康や介護予防について相談できる体制整備。 • 地域おたっしゃサークルへの栄養・運動・口腔の講師派遣を定着化。
	地域の状態像に応じた予防活動の充実	介護予防・日常生活支援総合事業の開始と推進 サークル・サロンの拡充、地域型デイサービスの全市展開	• 地域と介護事業所との協働により地域型元気はつらつ塾を実施。（16か所） • ・介護予防型・サロン型などの地域おたっしゃサークル（通いの場）の整備
	高齢者の社会参加の推進	介護支援ボランティア制度の推進・強化 介護予防サポーター（かがやき隊）の地域活動展開	• かがやき予防塾（介護予防講座）の実施を継続。受講後、希望者は地域型元気はつらつ塾の協力員など地域活動を行う人材として活動。 • 家事支援サポーター養成講座により、家事支援サービスを担う人材を育成。
医療	在宅療養支援体制の強化	在宅医療の課題解決の検討、提供体制構築の推進 市民への普及啓発（講演会・講座等）	• 加賀市救急医療懇話会、健康のまちづくりを考える座談会の開催などを通した普及啓発の実施。 • 地域医療審議会において課題を協議。
	医療と介護の連携の促進	医療・介護の円滑な連携（情報共有、合同研修等）を促進 在宅医療・介護連携に関する相談支援	• 加賀市在宅医療連携推進協議会において医療介護連携ワーキングを実施。 • 加賀市医療センター内に「地域連携センターつむぎ」を開設。
介護	在宅の限界点を高める取り組み	小規模多機能型居宅介護整備	• 小規模多機能居宅介護事業所を15事業所整備。
	認知症対策の強化	認知症地域支援推進員の配置 認知症初期集中支援体制の基盤整備⇒施策の推進	• 認知症初期集中支援チームの設置。 • 希望するブランチに認知症地域支援推進員を配置。
	相談機能・家族介護支援の強化	地域での家族介護支援（講座・サロン等）の充実 地区単位での包括支援センター相談窓口の設置等	• 地域包括支援センターブランチを16か所に設置。

重点事項と過去10年の実績（生活支援・住まい）

加賀市版 地域包括ケアシステム

要素	重点事項		過去10年の実績
生活支援	地域の資源の把握と開発支援	地域福祉コーディネーター 順次地区単位で設置	• 地域包括支援センターブランチ16か所において地域福祉コーディネート業務を実施。 • 市民とともに地域課題を話し合う協議の場を設置。 • 乗り合いタクシー「のりあい号」の運行を充実化。
	住民参加型生活支援活動の充実（家事支援サービス・ボランティア運送など）	取り組みの推進と充実	• 介護支援ボランティア制度による支援活動を実施。 • 家事支援サポーター（有償ボランティア）による家事支援サービスを実施。
	地域特性を活かした住民主体活動の展開	見守り支えあいネットワーク事業の拡充	• 地域見守り支えあいネットワークおよび安心カードの普及啓発を実施。 • 個別避難計画の作成推進。
住まい	安心して住める住まいの環境整備	住宅改修相談の実施	• 住宅改修相談事業を実施。 • 住まい相談員を配置。 • 加賀市居住支援協議会の設立。 • 宅建協会による住まい相談会の開催。
		改修費等補助の拡充の実施 シェアハウス制度の構築の実施	• 介護保険制度において住宅改修費の支給、高齢者福祉事業において住宅リフォーム助成を実施。
	住まいの円滑な確保の支援	住宅賃貸、売買時の補完サービスの構築 住み替え等の補助制度の創設	• 住宅取得助成事業を創設。
		空き家バンクの開設と運用	• 加賀市空き家バンク登録制度を開始。

地域包括ケアビジョンの見直しについて

策定から10年。2040年の加賀市を見据えて

2040年の加賀市の姿

2040年には、本市の人口は現在より約3割少なくなり、高齢化率は46%と、**市民のおよそ2人に1人が高齢者**となる見込みである。地域を支える20～64歳の人口が約3割減る一方で、介護が必要になりやすい85歳以上の方は約1.4倍に増えるなど、**「支える人」が減り、「支えが必要な人」が増える時代**を迎えます。

見直しが必要な4つの理由

1 目標年次の2025年を迎えた

現行ビジョンは2025年を目標年次として策定しました。この10年で育ってきたブランチなどの仕組みを土台に、2040年を見据えた新たな道しるべが必要です。

2 「支える人」と「支えが必要な人」のバランスが変わる

公的サービスだけで暮らしを支えるのは難しくなります。住民・事業者・行政がともに支え合う形を描き直す必要があります。

3 圏域ごとの違いが大きくなる

平成28年から令和5年で人口が約4割減った地区がある一方、減少が5%程度にとどまる地区もあります。

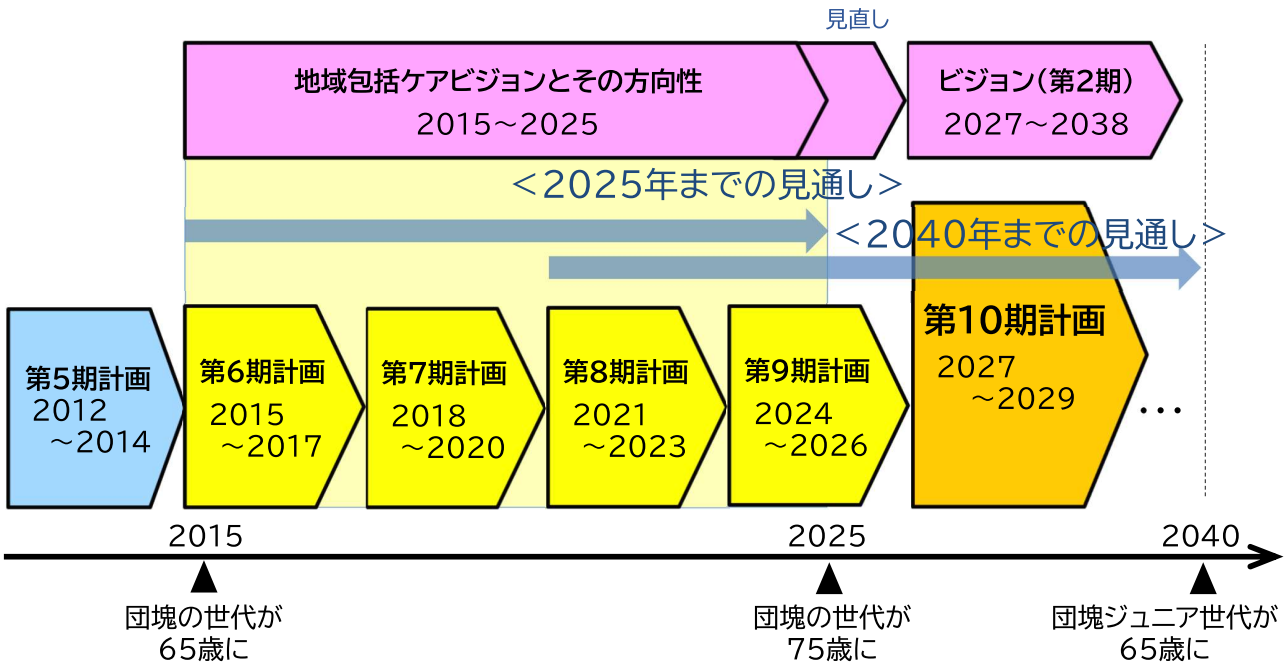
4 暮らしの課題の複雑化、福祉から地域共生へ

地域包括支援センターへの相談は、令和2年度から令和6年度で約1.5倍に。国も、地域共生社会や認知症基本法など、高齢者に限らない支え合いを進めています。

見直しの方向性 「本人主体」「住民主体」の目指すべき姿を引き継ぎながら、2040年に向けて取組の進め方を見直します。

健康福祉部の担当部署がワーキングを開催し、５つの要素において、市民アンケートや各種調査等から課題を抽出し、報告制を見直し定めました。

地域包括ケアビジョンと介護保険事業計画の位置付け



8

「予防」の現状

33,295人 地域おたっしゃサークルの参加延べ人数（令和5年度、平成28年度の43,457人から減少）	**81.20歳** 地域おたっしゃサークルの参加平均年齢の割合（令和5年度）（令和元年度：78.77歳）	**41.9%** 特定健診受診率（令和7年度、令和4年度37.9%から微増）	**7.3点** 幸福感（介護予防基本チェックリストより。0から10点の間）（令和7年度、令和5年度の7.2点から増加）
40.6% 「わたしの暮らし手帳」認知度（令和7年度、令和3年度24.6%から上昇）	**男性：1.7歳差** **女性：3.9歳差** 健康寿命と平均寿命との差異（令和2年度、平成28年度 男性：3.9歳差から2.2歳の縮小、 女性：6.2歳差から2.3歳の縮小）	**25.5%** 介護保険新規申請理由における認知症の割合（令和5年度、平成25年度17.1%から上昇）	**29.2%** 主観的健康観「よい・まあよい」の割合（令和7年度、平成28年度31.2%から低下）

住民・支援者の声

「楽しい、安心して動ける様になった。転びにくくなった。」
元気はつらつ塾参加者

「おたっしゃサークルのリーダーの高齢化でサークルの存続ができなくなるのではないか心配。」
地域おたっしゃサークル

「家事支援サポーターも高齢となっていくため、継続的に新規の家事支援サポーターを育成する必要がある。」
支援者の声

「男性は状態が悪くなると悪くなった自分を見せたくないという方が多く、外出頻度が減るのでは。」
支援者の声

「以前していた趣味を復活してみようと思う。はつらつ塾で体力が上がり、畑まで歩いて行ってみた。」
元気はつらつ塾参加者

「新しい参加者が来ても、既存メンバー同士の輪ができており、入りにくいと感じる声もある。」
サークル参加者

「支援が必要な人に対して何か協力できないかと思った。ちょっとでも役立ちたい。」
家事支援サポーター養成講座受講生

「もの忘れ健診案内が届いたことで受診しようと思えるよう、背中を押してもらえた。」
わたしの暮らし手帳活用講座参加者

「予防」における地域生活の課題

主な課題

高齢者の社会参加・支え合いの体制づくり

- 通いの場（サークル・サロン等）への参加継続が難しい高齢者が増加しており、身近な場所で無理なく参加できる活動の充実及びサークルリーダーの負担軽減が必要である
- 閉じこもりや孤立を防ぐため、本人の興味・経験に応じた社会参加の機会を広げることが重要である

地域活動を支える担い手の確保・育成

- 家事支援サポーターの担い手が固定化・高齢化し、慢性的な人員不足
- シルバー人材センター等、既存組織の強みを生かした担い手確保の工夫も求められる
- 家事支援サポーター養成講座の実施について、定期開催できる実施体制が必要である。

自立した暮らしを支えるセルフケアの推進

- 健診受診だけでなく、日常生活の中で自身の健康状態をICT等を利用し把握するなど、セルフケアに取り組む習慣をつける ことが必要である
- 認知症への正しい理解が十分に浸透しておらず、情報提供が必要である
- 壮年期からの健康づくりや生活習慣の改善、重症化予防に加え、認知症予防を併せた取組が重要である
- 高齢者自身が将来を見据え、早めに必要な備えに取り組めるような支援体制が必要である

「医療」の現状

589床 市内一般病床数（令和8年6月、令和元年6月　633床）	**32.7%** 後期高齢者の割合（2050年、2025年23.8%から上昇）	**3,793人** 救急搬送人員（令和7年度、うち軽症者46.5%）	**39.4%** 長期療養時に「自宅」を希望する割合（「病院」は18.6%、「施設」は30.1%）（令和7年度）
24診療所 市内の内科診療所数（令和8年6月）（令和元年6月：25診療所）	**79.1%** 医療ケアが必要で、施設から居所変更した割合（令和8年度）	**72.0%** 特別養護老人ホームの居所変更先として「病院・診療所」の割合（令和8年度、令和5年度 84.6%より減少）	**71.1%** グループホームの居所変更先として「病院・診療所」の割合（令和8年度、令和5年度 56.6%より減少）

住民・支援者の声

「住み慣れた場所で過ごしたいから自宅を選ぶ（87.1%）。家族の負担を減らせるからと病院・施設を選ぶ（81.6%）。」
健康とくらしの調査より

「医師、看護師など福祉関係者を加賀市にもっと来てもらうにはどうしたらよいのか。」
市民の声

「医療者同士の連携や医療と介護の連携をさらに図っていく必要がある（顔の見える関係づくり）。」
在宅医療連携推進協議会

「ブランチ業務において、負担を感じる相談内容として、「経済的困窮を抱える高齢者に関すること」や「独居高齢者に関すること」が多く挙げられている。」
包括・ブランチから

「意思決定支援・ACPについて、病院職員間や市民にも十分周知されていない状況である。」
包括・ブランチから

「日常の療養支援を必要とする市民が増えているため、専門職間で在宅医療に関する様々な情報を共有する機会が必要である。」
在宅医療連携推進協議会から

「医療」における地域生活の課題

主な課題

市民への周知啓発

- 高齢者の在宅生活を支えるサービス・制度等の周知や市民の意識改革が求められる
- 市民が最期の過ごし方について考える機会づくりが必要である

医療・介護人材の確保

- 医療職、介護職の人材確保が求められる
- 介護職員等の喀痰吸引等の実施に伴う認定特定行為業務従事者を増やすことが重要である

多職種・機関間の連携強化

- 医療依存度の高い高齢者の退院先確保が難しいため、医療介護連携のさらなる強化が必要である
- 医療関係者同士、医療と介護の職種間の連携を深める取り組みが重要である
- 患者・利用者情報の共有など、デジタルを活用した多職種連携の情報共有の手法の検討が必要である

在宅医療体制の強化

- 24時間365日を通じて支えられる在宅医療体制の充実が必要である
- 在宅患者の服薬管理・指導の推進が求められる
- 医療依存度の高い高齢者の退院支援の確保が求められる

「介護」の現状

80.2% 主な介護者が行っている介護のうち掃除、洗濯、買い物等の割合（令和8年3月）	**31.0%** 施設等における死亡率（介護老人保健施設除く）（令和8年度、令和5年度42.4%から減少）	**27.0%** 要介護2以下の居所変更率（介護老人保健施設除く）（令和8年度、令和5年度　22.5%から増加）	**35人** ケアマネジャー数（令和8年、令和5年の43人から減少）
20.0% 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスのうち「外出同行（通院、買い物など）」の割合（令和8年6月）	**73.3%** 主な介護者のうち、介護をするにあたって、労働時間の調整等（短時間勤務、介護休暇、在宅勤務等）をしている割合（令和8年6月）	**75.8%** ヘルパーに占める50歳代以上の割合（令和8年、令和5年は54.7%）	**66人** ヘルパー数（令和8年、令和5年の95人から減少）

住民・支援者の声

「移動手段を充実させてほしい。」
介護者の声

「移乗、紙おむつの選び方、食事介助、食事の形態などについて、専門職に聞く機会が少ない。」
介護者の声

「介護者向けの相談会や勉強会があるとよい。」
介護者の声

「ケアプラン作成時に家族との意見調整に手間取る。」
ケアマネジャーアンケート

「在宅での生活が困難になったときに順番待ちをすることなく施設に入りたい。」
介護者の声

「カスタマーハラスメント（強い口調での指示、過度なやり直し要求、突き放す言葉遣い）がひどいときある。」
介護現場から

「仕事をしながらの介護のため、朝に更衣、食事介助、服薬、洗顔等をしてくれる人がいると助かる。」
介護者の声

「できる限り家族の負担にならないように生活したい。自分（介護者）のストレスを発散したい。」
要介護者・介護者の声

「介護」における地域生活の課題

主な課題

市民への理解促進

- 人口減少・高齢化率の上昇により、高齢者を地域で支えることが一層困難になると見込まれる
- 介護職員が不足する中、介護サービスありきではなく自助・互助の活動を活かしつつ、適切な介護保険制度の活用が求められる
- カスタマーハラスメントについて住民の理解を広げることも必要である
- 介護サービスや、認知症についての情報発信が求められる

介護者支援の充実

- 周囲に迷惑をかけまいと、一人で介護を抱え込んでしまう介護者がいる
- 身体介助や食事介助、介護用品の選び方等を気軽に相談できる地域の窓口が求められる
- 介護技術に関する情報発信のニーズが高い

生活支援（保険外サービス）の確保及び持続的な介護サービスの確保

- 要支援者に対応する介護職員の確保が見込めない中、家事支援（調理・買い物・洗濯・掃除等）の確保が必要である
- 外出支援等、生活全般を支える生活支援サービスの確保が求められる
- 医療依存度の高い高齢者を地域で支える介護サービスの充実が求められる

介護職員への支援の拡充

- 介護職員の不足により、介護サービスの提供が困難になっている
- ICT・介護ロボット等を積極的に活用した労働環境の整備が必要である
- カスタマーハラスメントへの理解や事業所での対応体制の構築が求められる

「生活支援」の現状

265件 新規生活困窮の相談件数（令和7年度、社協受付分、令和6年度257件）	**31,814人** のりあい号の利用者数（令和7年度、令和5年度15,196人、定期券販売開始）	**36人** 家事支援サポーター登録者数（令和8年度、令和6年度42人から減少）	**208人** 被後見人の人数（令和7年度、平成24年度112人から増加）
5社 移動スーパー事業者数（令和8年、前年3社から増加）	**230件** 新規の生保・生活困窮相談受付件数（相談支援課、令和7年度）	**22.4%** 今後必要とする支援のうち、「見守り、買い物など身の回りの生活支援」の割合 （大聖寺すまいに関するアンケート　令和7年度）	**248件** 消費生活センター相談取扱件数（令和7年度、令和5年度197件から増加）

住民・支援者の声

「宅配弁当や移動販売等の情報がわからない。」
市民の声

「のりあい号の予約をとろうとするが、病院終了後、予約が難しい。」
支援者の声

「訪問した時、いつもありがとうと感謝の言葉を言われるのが嬉しい。頑張りがいがある。」
家事支援サポーター

「高齢者の求職数が多いが、仕事自体の内容が高齢者が難しく、就労につながらない。」
支援者の声

「地域の世話人（区長、民生委員）のなり手がなく見つからない。町内会から脱退する人もいる。」
支援者の声

「頼れる身寄りのない高齢者の支援が難しい。」
支援者の声

「単身・身寄のない高齢者の増加に伴い、生活基盤（家と病気・お金の管理）が脅かされ、支援が難しい。」
支援者の声

「移動販売車の来る日が減って困っている。」
市民の声

「生活支援」における地域生活の課題

主な課題

頼れる身寄りのない高齢者の生活基盤の確保

- 「身寄りがなく住まいの確保が難しい」「保証人がいないため転居できない」といった相談が増えており、住まいの確保を支える仕組みが必要である
- 金銭管理に加え、緊急時の対応や意思決定支援を担う体制の整備が必要である
- 従来、家族が担ってきた機能が弱まり、制度だけでは生活を支えきれないケースが増えていることから、地域や関係機関が連携して支える仕組みづくりが重要である

効果的につなぐ地域福祉コーディネート機能の強化

- 家事支援、シルバー人材センター、移動スーパー、宅配弁当等、一定の地域資源は存在するが、「必要としている人」と「支援できる人・サービス」が十分に結びついておらず、両者をつなぐコーディネート機能の強化が必要である
- 「地域の役に立ちたい」という高齢者の意欲を活かした、地域共生の地域づくりが必要である

移動・買い物・地域への交流を支える地域生活の維持

- 医療・介護だけでなく、買い物や外出、人とのつながりを維持できる環境を整えることが重要である
- 区長・民生委員の担い手不足や、地域でのかかわりが少なくなってきたため、地域の実情に応じた新たな支えあいの仕組みが必要である

地域資源の見える化

- ICT等を活用して地域資源を見える化し、本人や家族、支援者が必要な情報を見つけやすくすることが必要である

地域包括ビジョンにおける5つの要素

「住まい」の現状

66.3% 高齢者のみ世帯の持ち家率（2020年国勢調査）	**約2,300件** 空き家件数（令和8年度予測、平成28年度973件から増加）	**56件** 空き家バンクの成約件数（令和7年、登録71件のうち）	**53%** 加賀市空き家バンク」制度について「知らない」と回答した割合（空き家管理・利活用調査より　令和7年度）
92% 空き家対象の建物の処分（売却・解体）を希望する所有者の割合（空き家管理・利活用調査　令和7年度）	**14.1%** 住宅での最多の困りごとは、「維持管理（雪かき、草むしり等）が大変」と回答した割合（大聖寺すまいに関するアンケート　令和7年度）	**67.6%** 今の住まいに「住み続ける予定」と回答した割合（大聖寺すまいに関するアンケート　令和7年度）	**41.6件** 住環境で必要なことで、「買い物・通院の利便性」と回答した割合（大聖寺すまいに関するアンケート　令和7年度）

住民・支援者の声

「高齢化に伴い、町内の清掃活動やごみ当番など自治会組織としての運営が年々難しくなってきている。」
支援者の声

「保証人や身元引受人がいない高齢者が増えてきている。保証会社の審査が通らない人もいる」
不動産業者へのアンケート

「買い物やゴミ出しができない一人暮らし高齢者や高高齢者世帯が多い。」
民生委員・児童委員の声

「住宅要配慮者（低所得者、高齢者、障害者等）の住まいの確保が困難である。（1階の物件がない、車椅子でも生活できる物件がない。」
福祉専門職アンケート

「空き家となり、管理する人がいないため、草刈りや雪かきがされず、防犯防火上も不安を与えている。」
住民の声

「身寄りない人や単身高齢者等に不動産屋に連絡し物件を探すことが困難であったため、物件を探して引っ越しまで支援した。」
福祉専門職アンケート

「入院して、身体機能の低下などがみられると、スムーズに自宅へ退院できず、新たな住まいを探す高齢者が多い。」
医療職の声

「どこで住まいの相談をすればいいのかわからない。」
空き家管理・利活用調査

17

地域包括ケアビジョンにおける5つの要素

「住まい」における地域生活の課題

主な課題

包括的な住まいの相談窓口体制

・住まいに関する相談窓口が分からず、どこに相談すればいいのか分からない。
・福祉部門と住宅部局、不動産業者等が連携し住まいを提供できるしくみが必要である。
・住宅確保要配慮者は保証審査が通りにくく、希望する住まいに入居できないケースが多い。

住環境の整備と住み替えへの支援の充実

・住み慣れた家に住み続けるには、医療機関やスーパー、交通等の周辺環境も重要である。
・雪かき等の生活支援も住みやすさを支える要素として欠かせない。
・身体状況に応じた適切な住環境への早めの住み替え支援が必要である。

住まいの確保

・住宅確保要配慮者自身の収入で生活できる低廉家賃の住まいが不足している。
・貸主（オーナー）側の不安解消（家賃滞納リスクや孤独死、トラブルへの懸念）に対し、支援するしくみが必要である。
・入居可能な賃貸物件や利用可能な空き家の情報提供のしくみが必要である。
・身体状況や医療の必要度に合わせた住まいの確保が必要である。

5つの要素の課題の全体像

加賀市では人口減少と高齢化が同時に進行しており、2035年には85歳以上の人口がピークを迎える。家族機能の低下や地域のつながりの希薄化により、従来は家族や地域が担ってきた住まい先の確保・金銭管理・見守りなどの生活基盤が弱まり、介護保険サービスだけでは支えきれないケースが増えている。こうした生活課題は「予防」「医療」「介護」「生活支援」「住まい」の各分野に共通する論点であり、単独の分野だけでは対応できない。住んでいる場所にかかわらず、必要な人に必要な情報と支援を確実に届け、どの高齢者にとっても5つの要素が満たされることが求められる。

予防
誰もが役割と居場所を持ち、暮らし続ける

医療
在宅医療体制と多職種連携で、望む暮らしを支える

介護
介護人材不足と地域資源の活用

生活支援
高齢者の生活基盤の確保

住まい
住宅確保要配慮者の住まい確保

36.2%
高齢化率（令和7年10月時点）

2035年(R17)
85歳以上人口のピーク到達年

約1,000人/年間
人口減少数の規模

第10期計画では、公的サービスだけでは補えない生活課題を、地域全体で支える仕組みづくりが重要である。

19

第2期ビジョン策定の考え方

課題の見直しから見えたこと

・高齢化が進行
・地域の担い手不足
・地域のつながりの希薄化
・介護人材の不足
・頼れる身寄りのいない高齢者の生活基盤の確保
・住まい先の確保の困難　など

公的サービスだけでは補えない生活課題が各分野で共通して生じている。

第2期ビジョンの方向性

・これまで通り「本人主体」「住民主体」の考え方は引き続き大切にしていく

・一人ひとりが役割を持ち、支える側・支えられる側を固定しない地域共生の地域づくり

・新たな担い手づくり

暮らしの変化に応じた支援を重視するため、ビジョンの一部を修正し、第2期とします。

19

第2期地域包括ケアビジョンの５つの要素の方向性について

加賀市版 地域包括ケアビジョン ５つの要素の目指すべき姿の比較

第1期の理念を継承しつつ、**3つの要素（予防・介護・生活支援）を修正**し、**2つの要素（医療・住まい）は継承**しました。

要素	第1期（平成27年4月策定）	第2期	修正の内容と背景
予防［修正］	誰もが自らの将来に関心を寄せ、健康の維持・増進に取り組み、身近な地区の中で、生きがいや居場所のある今日と同じ明日を迎えることができるまち	誰もが自らの将来に関心を寄せ、健康の維持・増進に取り組み、身近な地区の中で、生きがいや居場所があり、これまでの暮らしが続き、一人ひとりが役割を持てるまち	・「今日と同じ明日を迎える」を時代に応じた表現に変更 ・「一人ひとりが役割を持てるまち」を追加 背景：社会参加の機会の確保、担い手の高齢化
医療［継承］	どんな環境や場所にいようと、住みなれた自宅や地域において、生活に沿った最適な医療により、最期まで本人の望む生活が続けられるまち	どんな環境や場所にいようと、住み慣れた自宅や地域において、生活に沿った最適な医療により、最期まで本人の望む生活が続けられるまち	変更なし
介護［修正］	本人の人生やこだわりに寄り添い、最期まで尊重し、「できる力」を活かしながら住み慣れた地域で歩み続けることができるまち	本人の人生や「したいこと」に寄り添い、最期まで尊重し、「できる力」を活かしながら、住み慣れた地域で歩み続けることができるまち	・「こだわり」から「したいこと」へ 背景：本人の望む暮らしに沿った支援、自助・互助の活用
生活支援［修正］	本人の望む暮らしの実現のために、向こう三軒両隣のお互いさまの関係の中で、持っている力を発揮し、さらなる助け合いが生まれるまち	本人の望む暮らしの実現のために、向こう三軒両隣から地域社会全体へと広がるお互いさまの関係の中で、持っている力を発揮し、助け合いが生まれるまち	・「向こう三軒両隣の」から「向こう三軒両隣から地域社会全体へと広がる」に変更 ・「さらなる」を削除 背景：地域のつながりの希薄化、頼れる身寄りのない高齢者の増加
住まい［継承］	誰もが、最期まで住みたいところに住み続けることができるまち	誰もが、最期まで住みたいところに住み続けることができるまち	変更なし

21

加賀市版 地域包括ケアビジョン（第2期）

ともに支えあう健康で豊かなまちづくり

～病気になっても、介護が必要になっても、たとえ認知症になっても住みなれたまちで暮らし続けるために～

予防
誰もが自らの将来に関心を寄せ、健康の維持・増進に取り組み、身近な地区の中で、生きがいや居場所があり、これまでの暮らしが続き、一人ひとりが役割を持てるまち

介護
本人の人生や「したいこと」に寄り添い、最期まで尊重し、「できる力」を活かしながら、住み慣れた地域で歩み続けることができるまち

医療
どんな環境や場所にいようと、住み慣れた自宅や地域において、生活に沿った最適な医療により、最期まで本人の望む生活が続けられるまち

生活支援
本人の望む暮らしの実現のために、向こう三軒両隣から地域社会全体へと広がるお互いさまの関係の中で、持っている力を発揮し、助け合いが生まれるまち

住まい
誰もが、最期まで住みたいところに住み続けることができるまち

22

第2期地域包括ケアビジョンの方向性について

方向性について

5つの要素の課題を見直した結果、人口減少と高齢化が同時に進む中で、公的サービスだけでは補えない生活課題が各分野で共通して生じていることがわかりました。こうした課題に向き合うには、**本人の思いを大切にし（本人主体）、住民・事業者・行政が協働し（住民主体）、地域ごとに支える（圏域単位）という第1期の考え方がこれまで以上に重要**であることから、方向性は変更せず第1期を継承します。

方向性	第1期	第2期	変更点
本人主体	本人らしくあり続けることを大切にし、共に考え、認め合うことができるまち	本人らしくあり続けることを大切にし、共に考え、認め合うことができるまち	**変更なし**
住民主体	「自分たちのまちは自分たちで」をモットーに、自らの決定に責任をもち、住民、行政、事業者が協働し、支えあえる地域づくり	「自分たちのまちは自分たちで」をモットーに、**それぞれの得意なことやできることを活かし、**住民、行政、事業者が協働し、支えあえる地域づくり	**「自らの決定に責任をもち、」を「それぞれの得意なことやできることを活かし」に変更** 支え手が減る中、住民に責任を求めるのではなく、一人ひとりの強みに目を向け、誰もが自分らしく役割を持てる表現とした。
圏域単位で5つの要素が一体的に提供されるもの	これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力をいかし、暮らしを継続するために、「本人本位」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと	これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力をいかし、暮らしを継続するために、「本人本位」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと	**変更なし**
持続可能な地域支援の基盤づくり		**支える人も支えられる人も無理なく暮らし続けられる、ICT等を活用した持続可能なまち**	**新規**

加賀市版 地域包括ケアビジョンの方向性（第2期）

本人主体

「私らしくあり続けることを大切にし、共に考え、認め合うことができるまち」

意図

○その人の歩んできた人生や、価値観を尊重し、その人の思いを理解しあい、本人の暮らしに応じた支援を行い、本人が望む暮らしを応援する。



住民主体

「自分たちのまちは自分たちで」をモットーに、それぞれの得意なことやできることを活かし、住民、行政、事業者が協働し、支え合う地域づくり

意図

○地域の課題を自分ごととしてとらえる。
○住民自身が担い手となり、自分たちのことは自分たちで決める。
○自主的な活動を仲間で支え合う。



圏域単位で予防・医療・介護・生活支援・住まいの5つの要素が一体的に提供されるもの

これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力を活かし、暮らしを継続するために、「本人主体」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと

意図

○本人主体、住民主体は当事者視点の“声”。一体的提供とは、要素の組み合わせではなく、5つの要素がそれぞれのニーズに応じて統合され、提供されること。
○これまでの暮らしを継続するための、本人の力、周りの力の発揮によるのぞむ暮らしの実現に向けた取り組み。
○“暮らし”に視点を置いた本人に対する「個の支援」の積み上げにより、面としての地域課題にも取り組む。



持続可能な地域支援の基盤づくり

「支える人も支えられる人も無理なく暮らし続けられるICT等を活用した持続可能なまち」

意図

○ 介護人材や地域の担い手が限られるなかでも、ICTを活用し、専門職が本来の業務に力を注げる環境をつくる。
○ 見守り機器や情報共有のシステムを活用し、医療・介護の連携や在宅生活の安心を支える。
○ ICT等を上手に活用し、時間や負担を減らすことで、人と人がつながり、支え合う時間を生み出す。
○ 介護サービスに加え、新たな担い手づくりや企業等による多様な生活支援サービスの創出する。