

## 2. 高齢者お達者プラン(案)について



加賀市健康福祉部長寿課

平成 29 年 12 月 21 日



# 目 次

第1章 計画策定にあたって	1
第2章 加賀市の現状と将来推計	
1. 高齢者の現状と将来推計	10
2. 介護保険事業の状況	26
3. 高齢者施策の状況	34
4. 現状から見える今後の課題	41
第3章 日常生活圏域と地域の状況	
1. 日常生活圏域の設定	43
2. 地域の状況	44
第4章 基本理念と施策体系	
1. 基本理念と施策体系	53
基本目標Ⅰ 本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり	56
基本目標Ⅱ 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり	64
基本目標Ⅲ 地域での支えあいの体制づくり	67
第5章 介護保険事業の見込みと介護保険料	
1. 要介護認定者数等の推計	95
2. 介護サービス種類ごとの見込み量	97
3. 予防サービス種類ごとの見込み量	99
4. 地域支援事業の見込み量	100
5. 介護保険事業に係る費用の見込み	102
6. 第1号被保険者の介護保険料の算定	105





# 計画策定にあたって

## 1 計画の趣旨

加賀市介護保険事業計画・加賀市高齢者福祉計画は、本市における介護保険制度と高齢者に関する福祉事業の円滑な実施に関する総合的な計画として、取り組む課題と目的を明らかにし、施策の方針と具体的な目標を定めるものです。

## 2 法令等の根拠

老人福祉法第20条の8の規定に基づく加賀市高齢者福祉計画、及び介護保険法第117条に基づく加賀市介護保険事業計画を、一体のものとして計画を策定します。

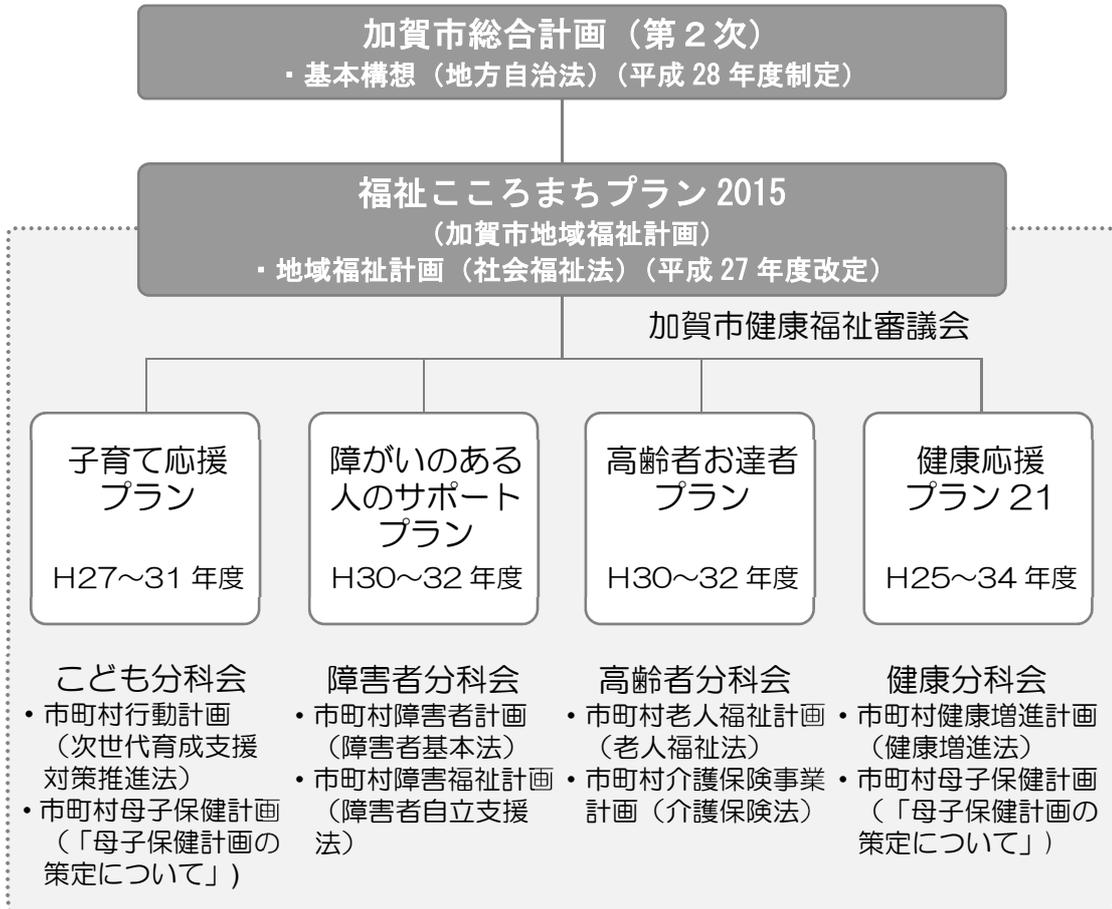
高齢者福祉計画は、高齢者関連施策全般にわたる目標を定める総合的な計画であり、介護保険事業計画は、介護保険事業のサービスの種類と量を定める実施計画です。

## 3 他の計画との関係

本計画は、社会福祉法の規定に基づく地域福祉計画及び健康増進法の規定に基づく健康増進計画と整合性をとり、本市の総合計画（基本構想）に則して定めるものです。

本市では総合計画の基本理念にもあるように、「加賀市民憲章」（平成27年9月制定）の考え方である「歴史と伝統文化の尊重」「美しい自然の保全と継承」「暮らす人や訪れた人が笑顔になるまち」の3つの考え方を、加賀市が目指すべきまちづくりの「基本理念」としています。また、「保健」「医療」「福祉」分野の基本方針として「いつまでも元気で健やかに暮らし続けられるまちづくり」を示しています。

本市の健康福祉に関する体系については下図のとおりです。また、本市の都市・住宅施策、地域交通施策等の環境整備の取組みや「石川県地域医療構想」、「石川県医療計画」などさまざまな計画や施策と連携しています。



## 4 地域包括ケアビジョンと方向性

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は、「予防」「医療」「介護」「生活支援」「住まい」の5つの要素を組み合わせ、一体的に提供される体制が必要です。国では、これを地域包括ケアシステムと名付け、深化・推進を目指しています。

本市では、平成26年度に加賀市の目指すべき地域包括ケアシステムの姿と方向性を「地域包括ケアビジョン」として策定しました。地域包括ケアビジョンとその方向性の意図は、4～6ページのとおりです。この地域包括ケアビジョンは、本市が総合計画の「保健」「医療」「福祉」分野で示す基本方針「いつまでも元気で健やかに暮らし続けられるまちづくり」と合致しています。

これまで、「健康のまちづくり」「シニア活動応援事業」「地域情報、行政情報の集約化」など住民主体の活動を支援する市の事業について庁内横断的に取り組んできました。また、住民主体の地域づくりに対する行政支援のあり方を検証するため、市内3地区をモデル地区として地域づくり活動への相談や支援を行ってきました。

第6期計画は地域包括ケアビジョンに沿って策定し、事業を実施してきました。引き続き第7期計画においても、庁内一丸となって、地域包括ケアビジョンの実現に取り組めます。

実現にあたっては、本計画第3章に記載している各地域の人口動態など地域の実情や特性にあわせて地域に働きかけ、市民、地域の事業者、行政が協働し取り組んでいきます。

# 加賀市版地域包括ケアシステムとして目指すべき姿 (加賀市地域包括ケアビジョン)

## 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～

### ◆予防の目指すべき姿◆ (予防のビジョン)

#### <ビジョンの意図>

<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○若いころから健康への意識をもつことが、生活習慣病の予防である。</li> <li>○自らの健康に配慮できるのはまず自分である。常に頭の片隅に養生する意識を持つこと。</li> <li>○健康を維持するためには、役割や目的を持つことが大切である。</li> <li>○予防することが目的ではなく、日常生活の延長で目的や目標に向かっていく行動や取組みをすることが予防につながる。</li> <li>○いわゆる校下程度の顔なじみのエリアの中で、日常の延長線上として暮らす範囲である。</li> <li>○生きがいや居場所とは、自分のペースでいたいことができること。</li> <li>○今日と同じ明日とは、一人ひとりにこれまでの暮らしがあり、それが不安なく続いていくこと。</li> <li>○自らの最期をどのように迎えるかを考え、備えておくことが必要である。</li> </ul>
---	--

### ◆医療の目指すべき姿◆ (医療のビジョン)

#### <ビジョンの意図>

<p>どのような環境や場所にしようと、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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住んでいる場所や状態によってサービス内容が変わるのではなく、どのような環境や場所にしようとも必要な医療が届くことが大切である。</li> <li>○生活を支える医療は、医師・看護師等の医療職だけで完結できるものではない。</li> <li>○地域での暮らしを支えるためには、本人、家族・介護者をはじめ、医療職、介護職などの多職種が医療の旗のものと本人の生活の継続に向けて協力することが大切である。</li> <li>○医療は切り離されたものではなく、生活の一部である。</li> <li>○病気に対する不安は誰にでも常にある。本人にとって必要な時に必要な情報が届くことが大切である。</li> <li>○重症化しても、本人の声にならない声に耳を傾け、自己実現に向けた支援をあきらめないこと。</li> <li>○人によって価値観・人生観は異なることから、人生の最期の迎え方を含め、自分で選択し、決定できることが本人にとっての最適な医療である。</li> <li>○本人が置かれているすべての状況に目を向け、24時間365日途切れることなく連続する生活があることを理解すること。</li> </ul>
---	---

◆介護の目指すべき姿◆

(介護のビジョン) <ビジョンの意図>

<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護が必要となっても、本人の持つ力を最大限に活かしながら、できることを奪うのではなく、必要などころのみ周囲が手を貸すことが介護である。</li> <li>○本人を支えるためには、本人だけでなく、本人を一番身近で支える家族・介護者を支えることが、本人支援につながるものである。</li> <li>○生活は、本人が主人公である。家族や地域の人、専門職は、本人の生活を下支えする伴走者である。</li> <li>○過去、現在、未来と続く暮らしを理解し、自宅や地域の一員としての生活が担保・尊重されること。</li> <li>○人生の主人公とは、これまで本人が生きてきた道のり（生活スタイル、楽しみ、こだわり、思い等）を大切にし、それが尊重されること。</li> <li>○重度化しても、本人の声にならない声に耳を傾け、自己実現に向けた支援をあきらめないこと。</li> <li>○認知症や身体機能の低下によらず、地域で生活する一人の「生活者＝人」として、丸ごと受け止め、支えること。</li> <li>○本人が置かれているすべての状況に目を向け、24時間365日途切れることなく連続する生活があることを理解すること。</li> </ul>
--	--

◆生活支援の目指すべき姿◆

(生活支援のビジョン) <ビジョンの意図>

<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人がこれまでの人生の中で培ってきた人間関係を活かし、向こう三軒両隣のお互いさまの関係を通じて、提供する側、される側といった一方通行ではない双方向の関係づくり。</li> <li>○地域の中には役割と義務がある。一人ひとりの生きがいや役割、仕事づくりを通じて自らの持っている力を発揮する。</li> <li>○頼り合い、その人のできる範囲で互いの生活に不足するちょっとしたことを担いあう、お互いに「助けて」と言える地域。</li> <li>○地域の主人公は住民である。地域住民の声に耳を傾け、自らのまちを自らが考える。</li> <li>○「住民」「事業者」「行政」がパートナーとして協働で地域のことを考え取り組む。</li> <li>○地域のみんなが、地域のみんまで、地域のみんなの生活を支える。</li> </ul>
---	--

◆住まいの目指すべき姿◆

(住まいのビジョン) <ビジョンの意図>

<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○自分が選んだ住みたいところに住み、暮らし続けられること。</li> <li>○生活の拠点であること。</li> <li>○身体機能の低下、認知症の発症、年齢、経済力、どのような状態になっても住まい続けることができること。</li> <li>○自分にとって「帰ることができる場所」として、存在し続ける場所になること。</li> <li>○すべての市民が、プライバシーが保たれ、ほっと一息落ち着ける場所が確保されること。</li> <li>○本人が主（あるじ）として過ごすことのできる居場所。</li> </ul>
--------------------------------------	---

# 加賀市地域包括ケアビジョンの方向性

## 【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、支えあえる地域づくり

### ◇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】

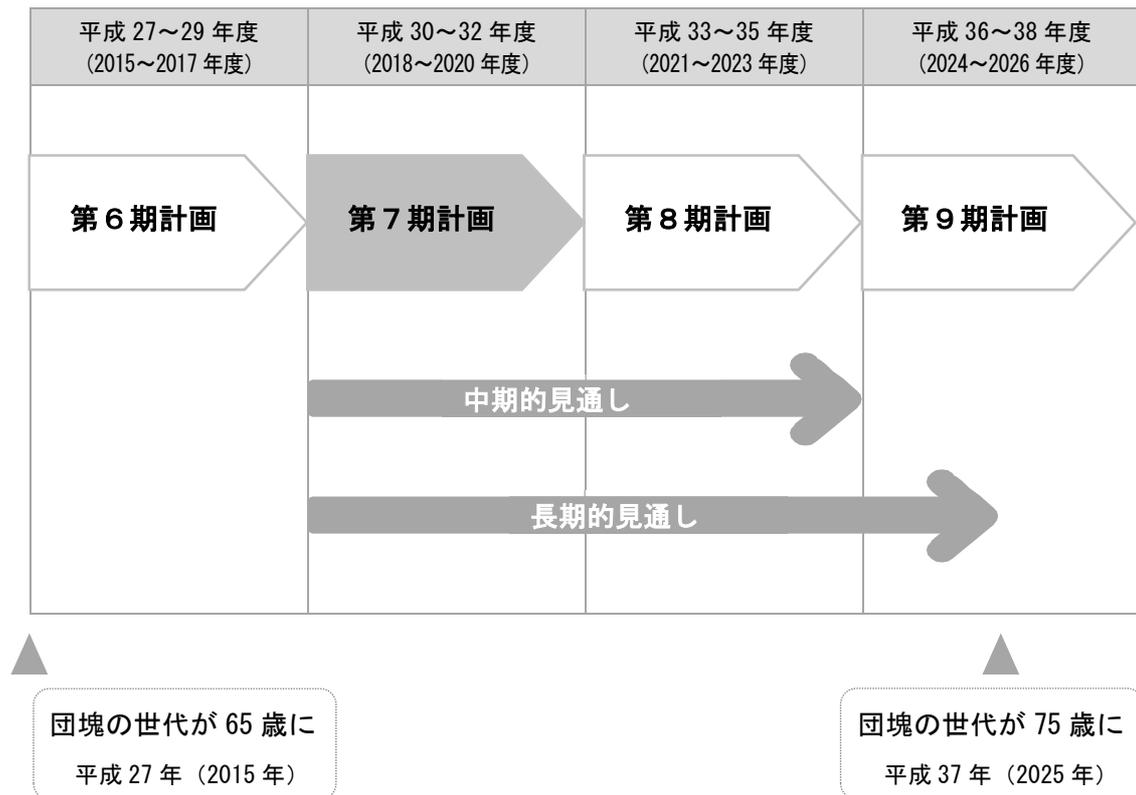
これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力を活かし、暮らしを継続するために、「本人主体」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと

### ◇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。

## 5 計画期間と点検・評価

本計画は、団塊の世代が75歳以上となり、介護を必要とする高齢者の急速な増加が見込まれる平成37年度（2025）を見据え、中・長期的な視野に立った目標を設定し、取組みを行う平成30年度（2018）から平成32年度（2020）までの3か年を計画期間とします。



本計画の推進にあたっては、計画である「Plan」から、事業の実施「Do」、成果の確認「Check」、次期計画の見直し「Action」までを、PDCA(Plan-Do-Check-Action)マネジメントサイクルにのっとり実行します。

第7期計画期間中に、加賀市健康福祉審議会高齢者分科会において、本計画の進捗状況などを点検・評価し、第8期計画の策定を行います。



### (3) 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進

---

#### ①「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による「把握」及び「関係機関との連携」等による解決が図られることを目指す旨を明記。

#### ②この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 1) 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 2) 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制
- 3) 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

#### ③地域福祉計画の充実

市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様）。

#### ④新たな共生型サービスを位置づけ

高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置づける。

### (4) 地域包括ケアシステムにかかる事項

---

#### ①地域包括支援センターに、事業の自己評価と、質の向上を図ることを義務づける。

また、市町村に、地域包括支援センターの事業の実施状況の評価を義務づける。

#### ②認知症施策をより一層推進するため、新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を介護保険制度に位置づける。

#### ③居宅サービス事業者等の指定に対する保険者の関与強化として、市町が居宅サービス等の供給量を調整できるよう、指定拒否や条件付加の仕組みを導入する。



## (5) 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

---

- ①世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

## (6) 介護納付金における総報酬割の導入

---

- ①第2号被保険者（40～64歳）の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- ②各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。（激変緩和の観点から段階的に導入）【平成29年8月分より実施】



## 第2章

## 加賀市の現状と将来推計

## 1 高齢者の現状と将来推計

## (1) 高齢者数（65歳以上）

本市の高齢者（65歳以上）人口は、平成29年（2017）には22,688人、高齢化率33.3%となっています。今後も高齢化は進行し、平成30年（2018）には高齢者人口のピークを迎えるものと見込まれています。

その後は、高齢化の進行とともに後期高齢者（75歳以上）の割合が大きくなり、団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025）には、高齢化率が36.2%、後期高齢化率が22.1%に達するものと見込まれています。さらに、後期高齢者人口は平成39年（2027）に13,395人となりピークを迎えるものと見込まれています。

年齢別人口

(単位:人)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
総人口	69,504	68,789	68,087	67,173	66,251	65,303	60,339
0～39歳	24,401	23,828	23,274	22,624	22,037	21,474	18,915
40～64歳	22,858	22,459	22,125	21,833	21,570	21,203	19,600
65歳以上	22,245	22,502	22,688	22,716	22,644	22,626	21,824
65～74歳	11,605	11,558	11,431	11,217	10,906	10,923	8,506
75歳以上	10,640	10,944	11,257	11,499	11,738	11,703	13,318
高齢化率	32.0%	32.7%	33.3%	33.8%	34.2%	34.6%	36.2%
後期高齢化率	15.3%	15.9%	16.5%	17.1%	17.7%	17.9%	22.1%

(各年10月1日現在)

※平成27年度～平成29年度：住基情報より出力した実績値

※平成30年度以降：コーホート変化率法による推計値

高齢者男女別

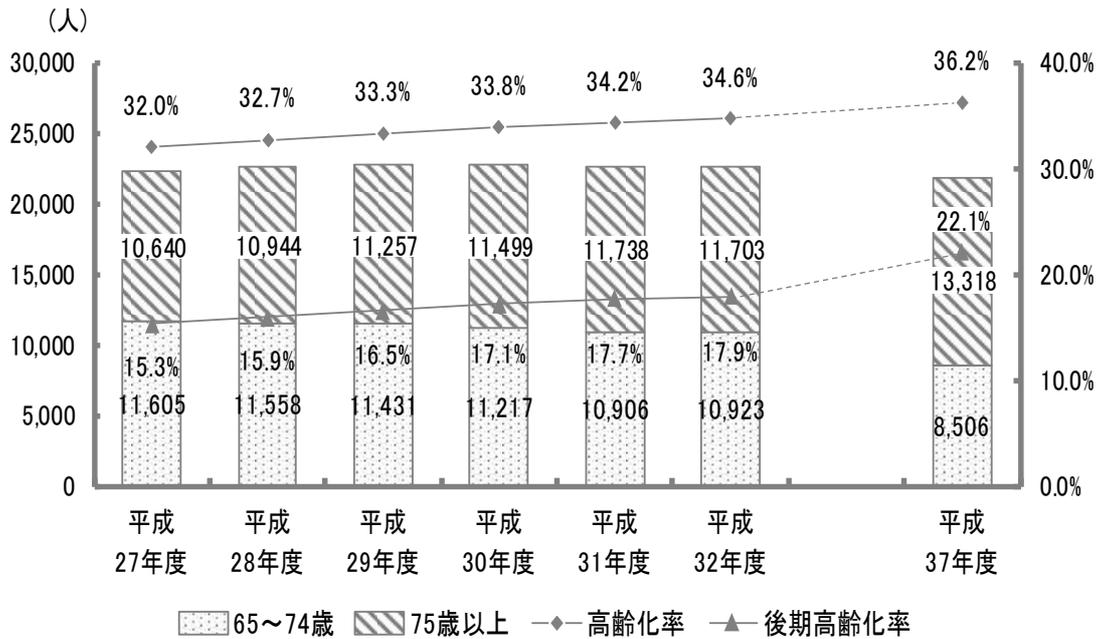
(単位:人)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
男性	9,185	9,324	9,395	9,417	9,397	9,376	9,006
女性	13,060	13,178	13,293	13,299	13,247	13,250	12,818

(各年10月1日現在)

※平成27年度～平成29年度：住基情報より出力した実績値

※平成30年度以降：コーホート変化率法による推計値



## (2) 高齢者のみ世帯数

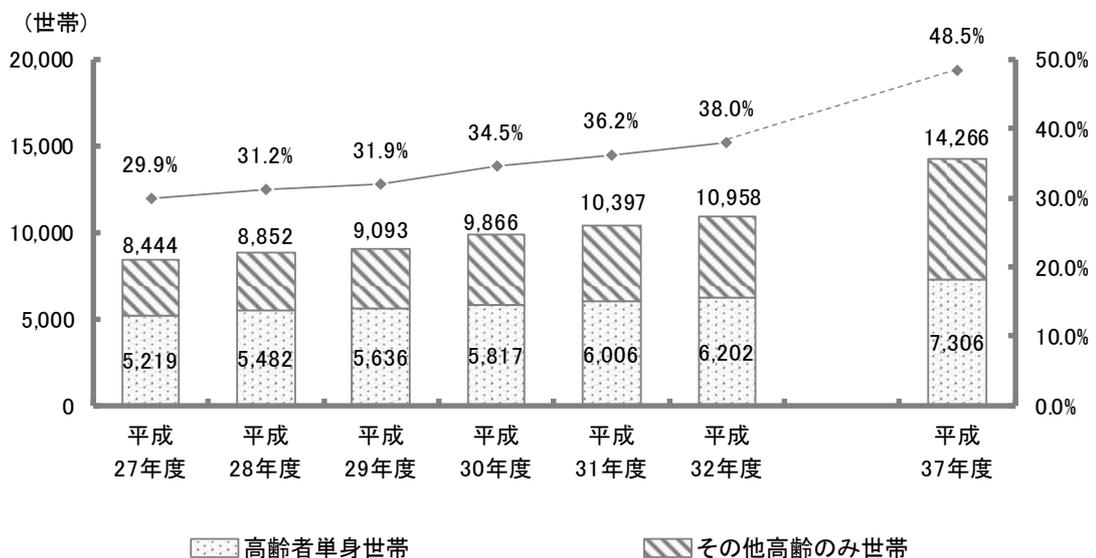
高齢化が進むとともに、高齢者単身世帯や高齢のみ世帯が増加しており、今後さらに増加していくことが見込まれます。

(単位：世帯)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
総世帯数	28,236	28,315	28,473	28,592	28,712	28,832	29,441
高齢のみ世帯 (単身世帯)	8,444 (5,219)	8,852 (5,482)	9,093 (5,636)	9,866 (5,817)	10,397 (6,006)	10,958 (6,202)	14,266 (7,306)
総世帯数に対する 高齢のみ世帯割合	29.9%	31.2%	31.9%	34.5%	36.2%	38.0%	48.5%

(各年10月1日現在)

※平成27年度～平成29年度：住基情報より出力した実績値  
 ※平成30年度以降：コーホート変化率法による推計値



◆ 総世帯数に対する高齢のみ世帯割合

### (3) 要支援・要介護認定者及び総合事業対象者数

要支援・要介護認定者数は、高齢者数の伸びと共に増加しますが、団塊の世代はまだ前期高齢者であり認定者の多くを占める後期高齢者人口は大きく増えないことから、第7期中における認定者数の急激な増加はないものと見込まれます。

要支援・要介護認定者数の推計

(単位：人)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	412	254	205	209	211	211	221
要支援2	670	608	550	558	563	568	593
要支援計	1,082	862	755	767	774	779	814
要介護1	796	736	718	731	740	750	798
要介護2	721	778	743	756	766	778	831
要介護3	556	549	569	581	592	600	648
要介護4	479	500	489	498	506	516	554
要介護5	313	319	327	334	340	346	366
要介護計	2,865	2,882	2,846	2,900	2,944	2,990	3,197
総合計	3,947	3,744	3,601	3,667	3,718	3,769	4,011
高齢者数にする認定者数の割合	17.7%	16.6%	15.9%	16.1%	16.4%	16.7%	18.4%

(各年10月1日現在・第2号要支援・要介護認定者数を含む)

※平成27年度～平成29年度：介護保険事業状況報告より

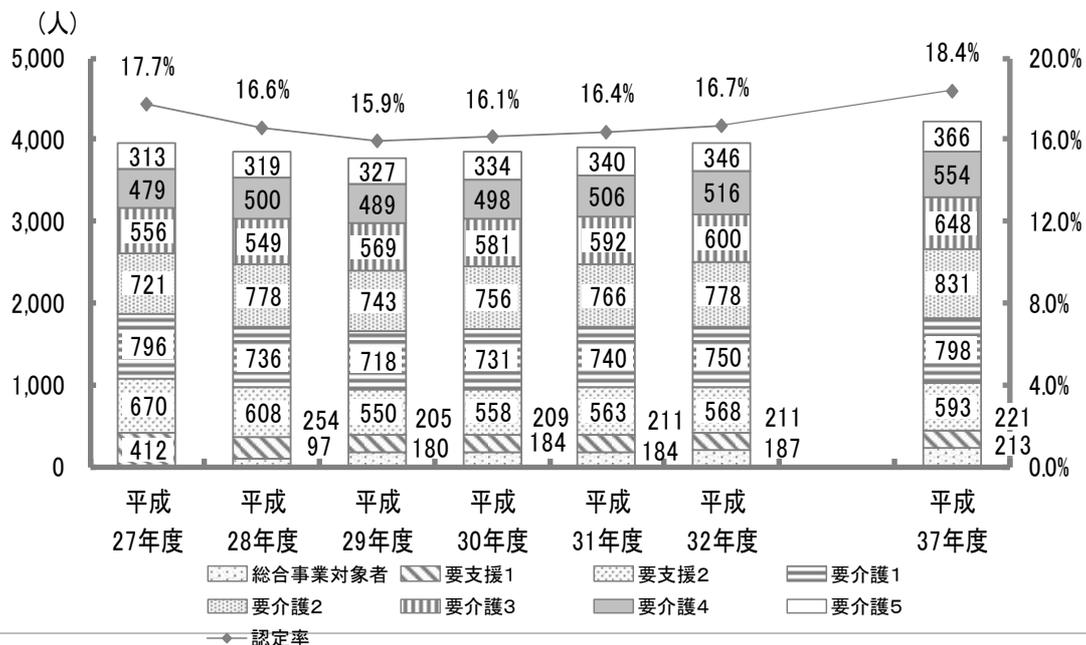
※平成30年度以降：平成29年10月1日の認定者を基に推計

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）対象者数も、要支援・要介護認定者数と同様に第7期中の急激な増加はないものと見込まれます。

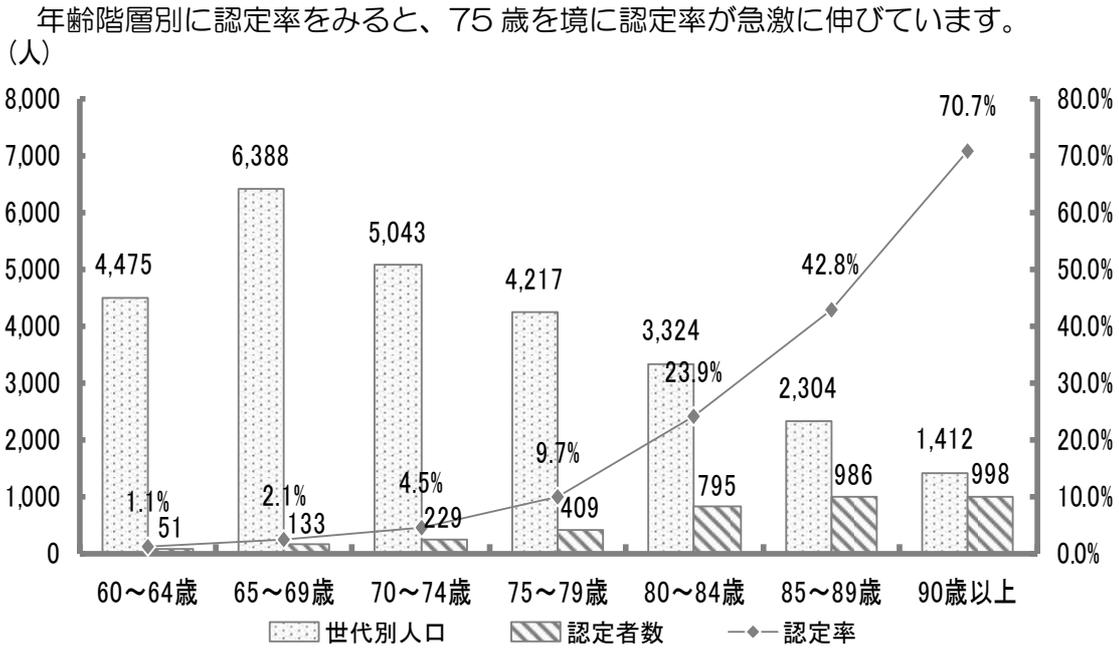
総合事業対象者数の推計

(単位：人)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
総合事業対象者	—	97	180	184	184	187	213

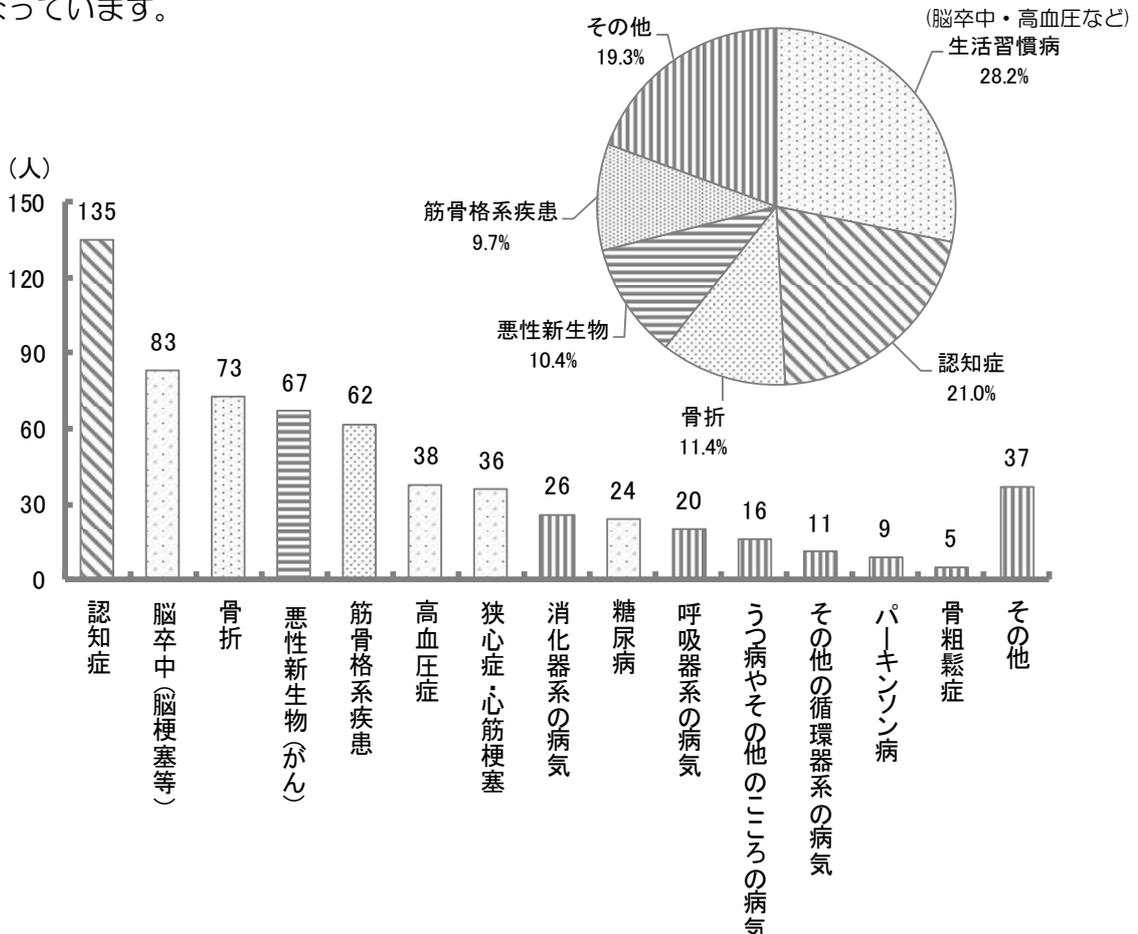


### (4) 高齢者人口と要支援・要介護認定率



### (5) 新規要支援・要介護認定者の申請時疾病

新規要支援・要介護認定者の申請時の疾病は、認知症、脳卒中（脳梗塞等）、骨折、悪性新生物の割合が大きく、この4つの疾病で5割以上を占めています。また、脳卒中（脳梗塞等）、高血圧などの生活習慣病で見ると、申請時疾病として割合が最も多くなっています。



(平成28年4月から平成29年3月の新規介護申請(642人)の主治医意見書主病名1より)

## (6) 認知症高齢者数

要介護認定者数の増加に伴い、認知症と診断される高齢者の増加が見込まれます。要支援・要介護認定者に対する認知症高齢者の割合も増加傾向です。また、認知症の診断を受けた人の半数以上が在宅での生活を継続しています。

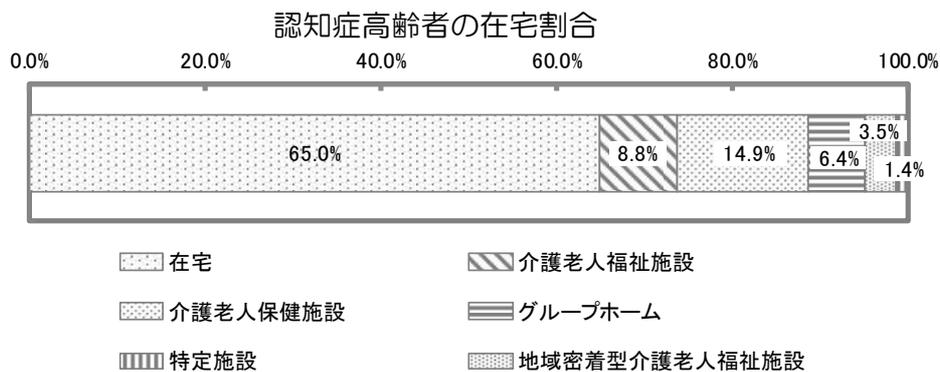
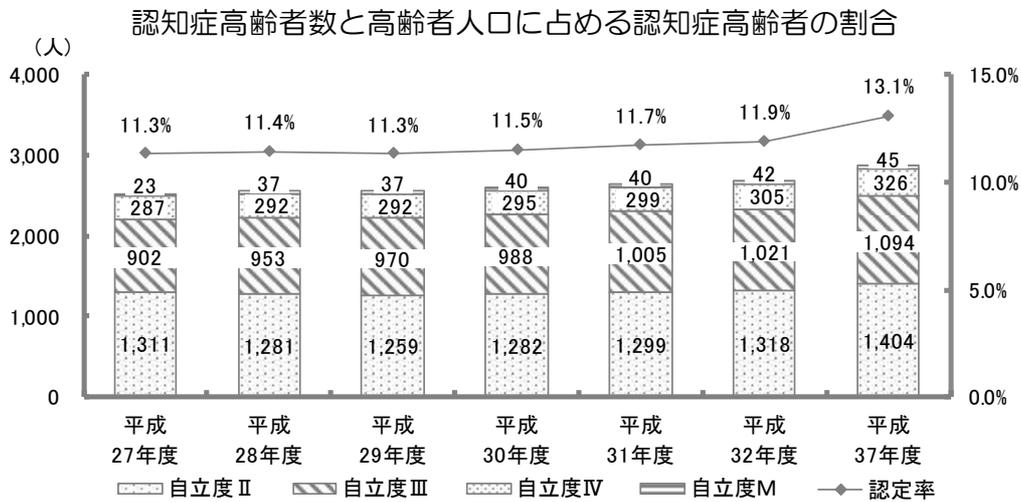
認知症高齢者数の推移

(単位:人)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
自立度Ⅱ	1,311	1,281	1,259	1,282	1,299	1,318	1,404
自立度Ⅲ	902	953	970	988	1,005	1,021	1,094
自立度Ⅳ	287	292	292	295	299	305	326
自立度M	23	37	37	40	40	42	45
合計	2,523	2,563	2,558	2,605	2,643	2,686	2,869
高齢者数に対する割合	11.3%	11.4%	11.3%	11.5%	11.7%	11.9%	13.1%
要支援・要介護認定者数に対する割合	63.9%	68.5%	71.0%	71.0%	71.1%	71.3%	71.5%

(各年10月1日現在)

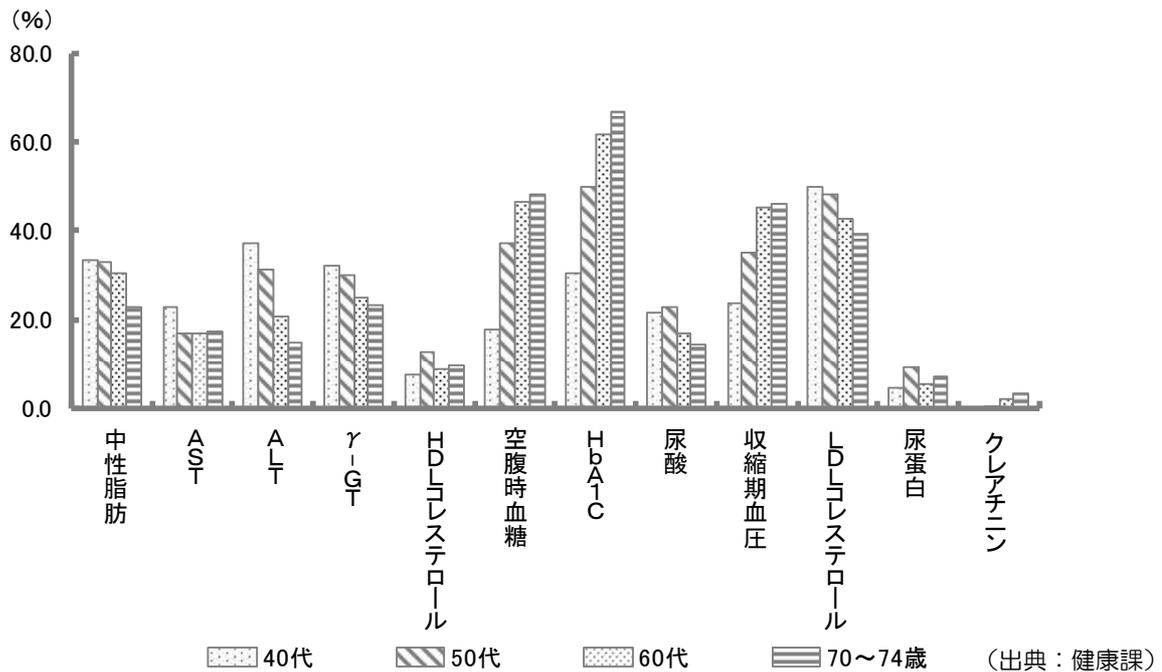
※要介護認定調査における認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上の高齢者数  
 ※平成30年度以降については推計値



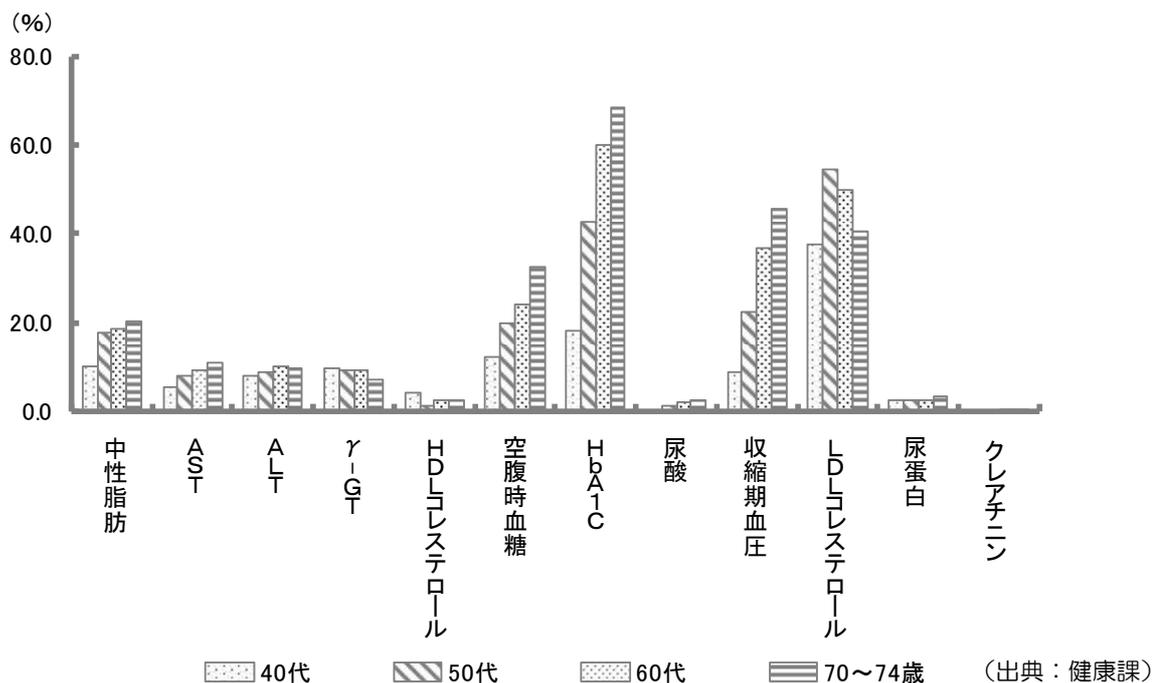
### (7) 生活習慣病の状況（国保特定健康診査結果より）

74 歳までの国民健康保険加入者で、特定健康診査を受診した方の中で、どのような検査項目で異常が見られるかをあらわしたグラフです。男性女性ともに、どの年代においても、空腹時血糖・HbA1c といった糖尿病を疑う検査値の有所見者の割合が高い状況であることが分かります。

#### ①健診データにおける有所見率（男性・平成28年）



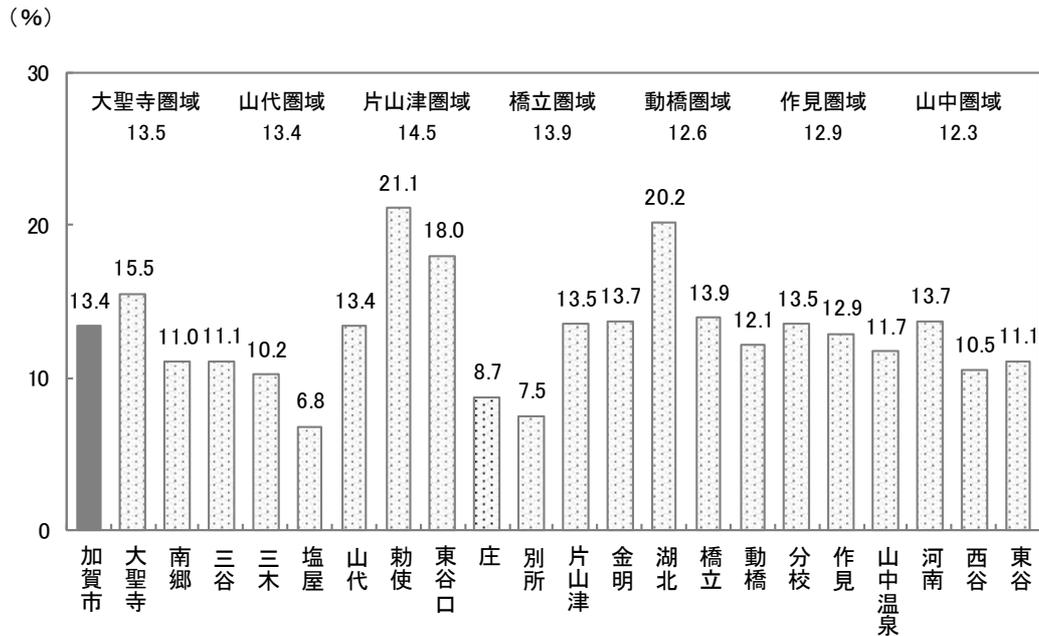
#### ②健診データにおける有所見率（女性・平成28年）



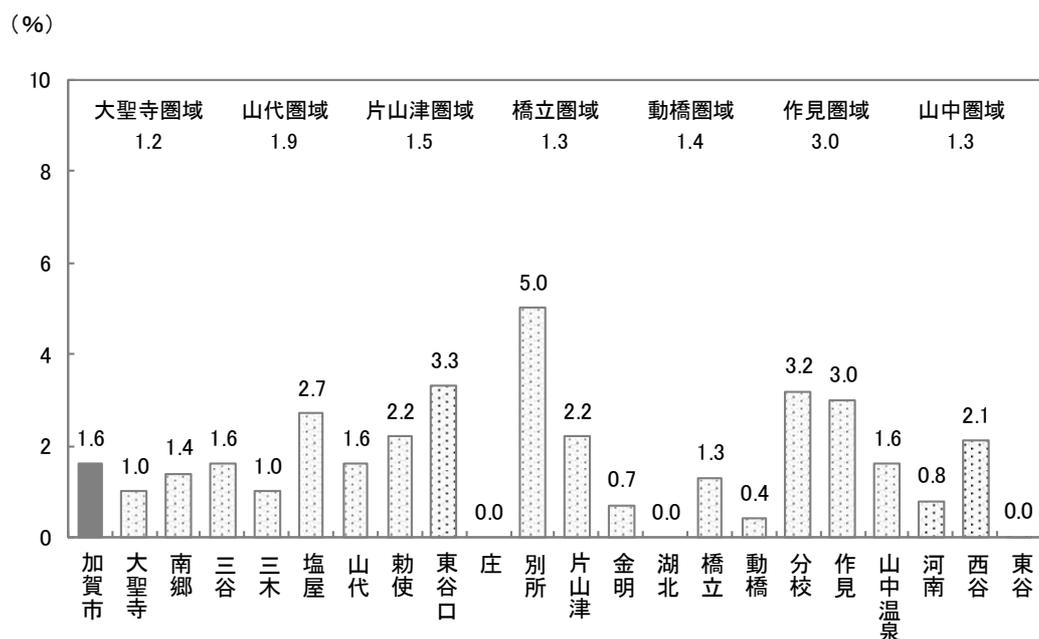
## (8) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果の状況

要支援・要介護認定を受けていない70歳以上の高齢者を対象に行った「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果より、地区別に要介護になるリスクの発生状況を比較しました。地区により抱える課題が異なることが分かります。

### ①足腰など筋力の低下している者の割合（平成29年度 地区別比較）

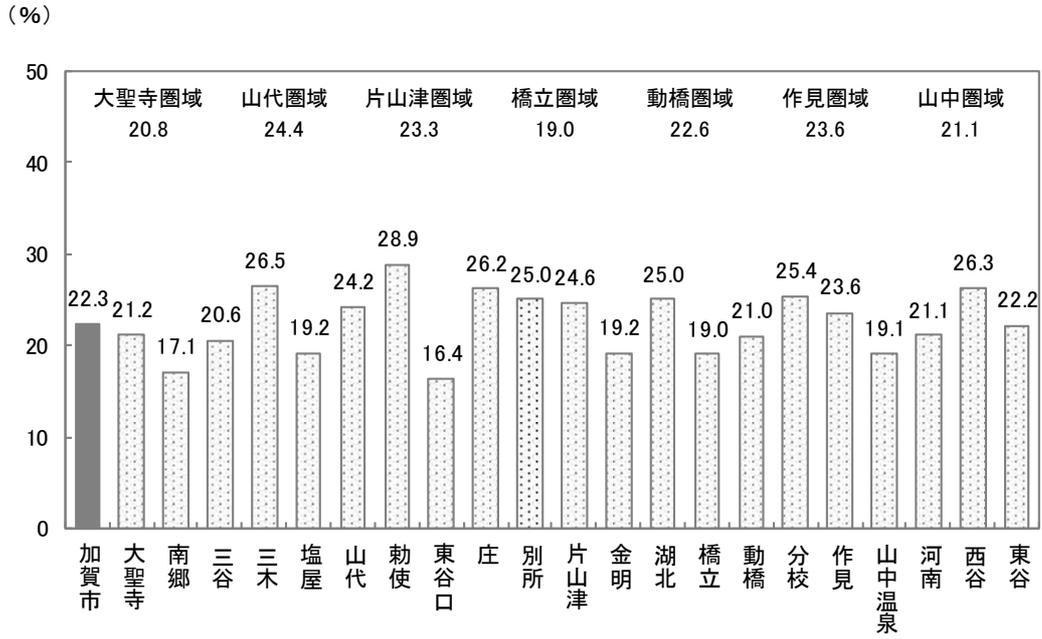


### ②栄養が足りていないおそれのある者の割合（平成29年度 地区別比較）

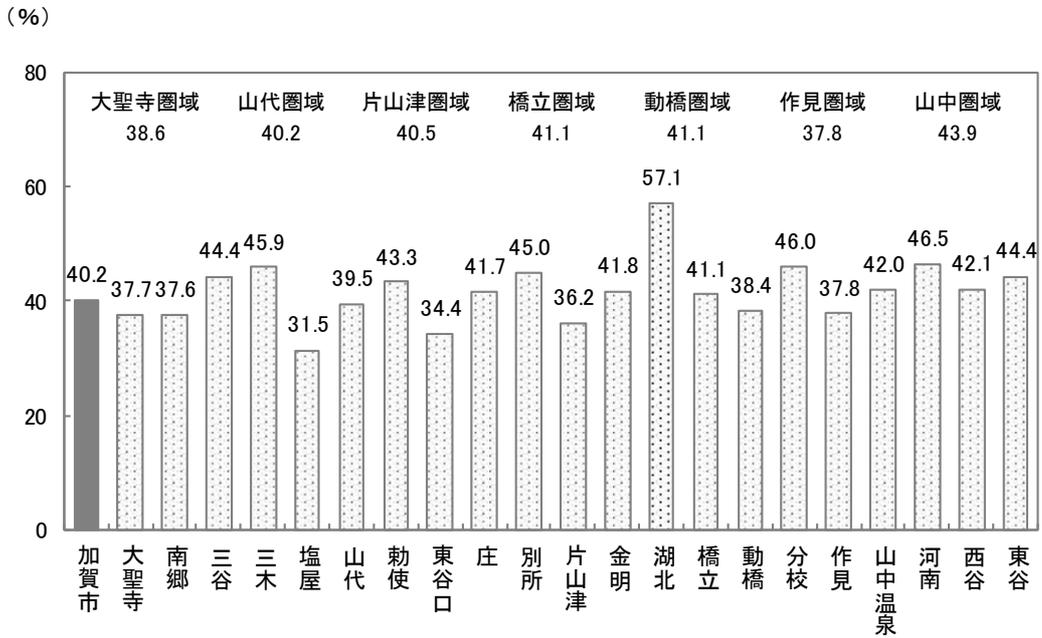




③口腔機能が低下している者の割合（平成29年度 地区別比較）



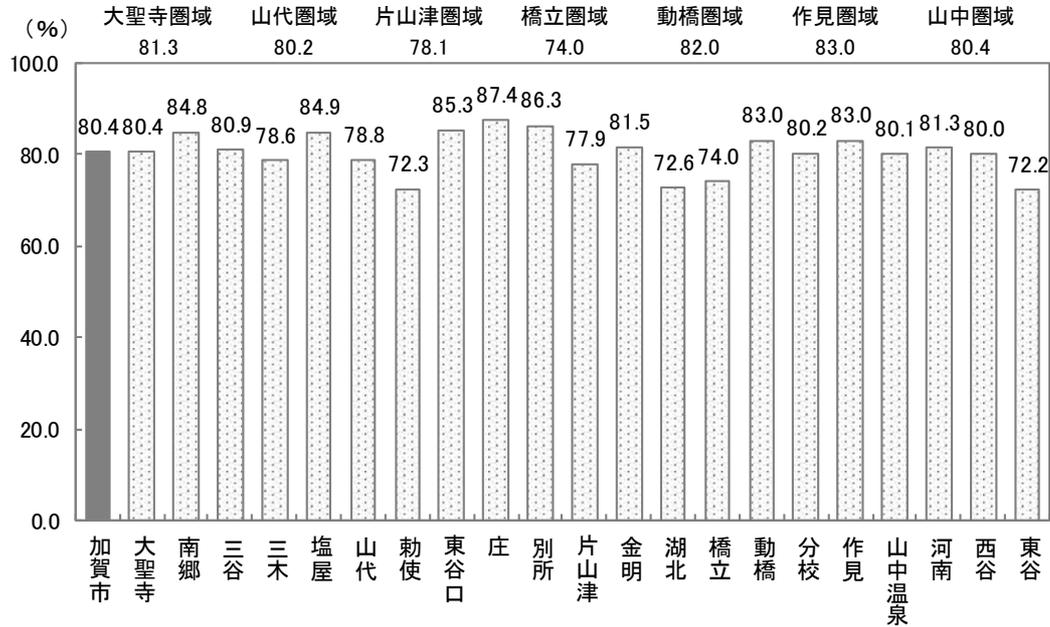
④認知機能の低下が見られる者の割合（平成29年度 地区別比較）





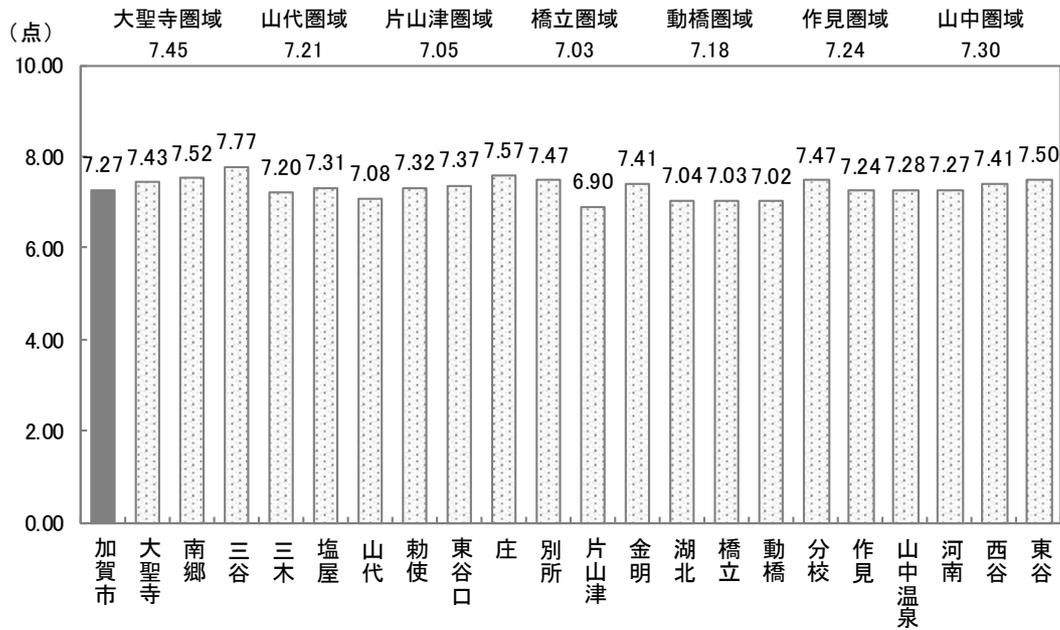
⑤主観的健康感（平成29年度 地区別比較）

現在、あなたの健康状態はいかがですか（とてもよい、まあよいの回答割合）



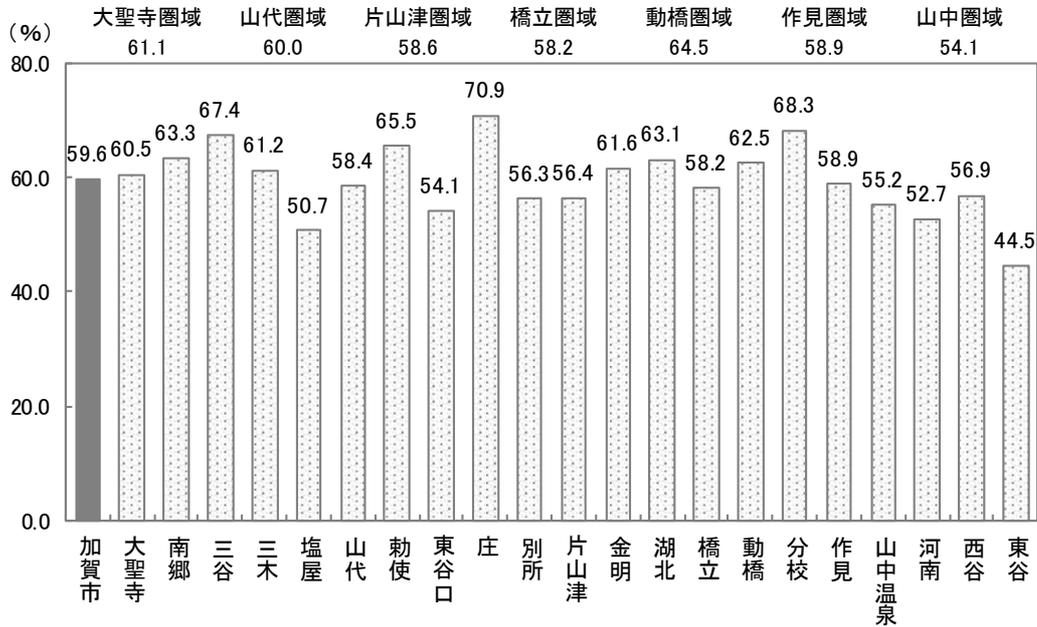
⑥主観的幸福感（平成29年度 地区別比較）

現在、あなたはどの程度しあわせですか。10点満点

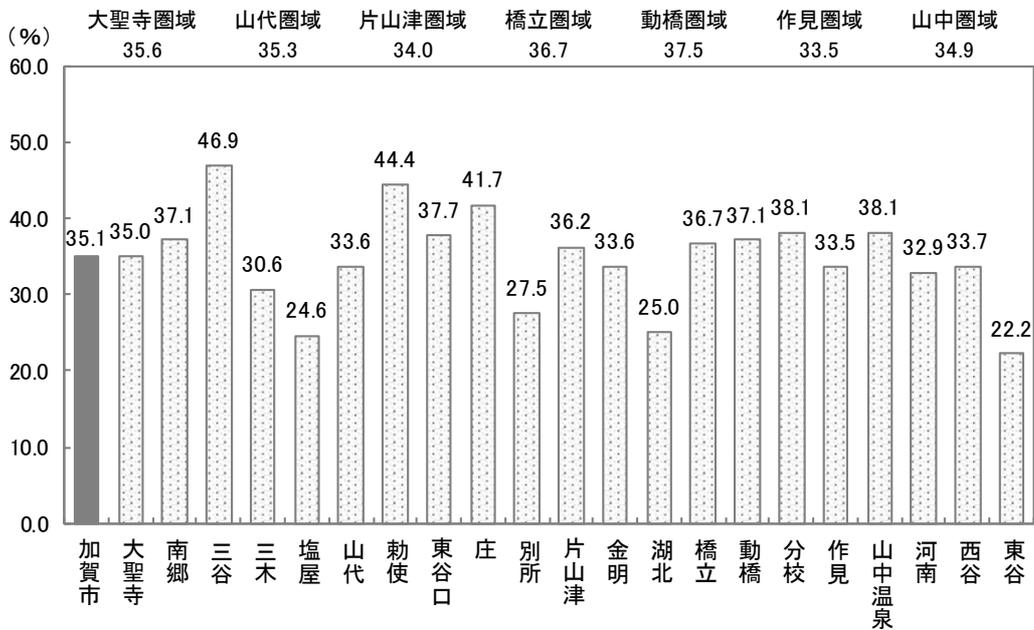




⑦健康づくり活動への「参加者として」の参加意向がある者の割合  
(平成29年度 地区別比較)



⑧健康づくり活動への「企画・運営として」の参加意向がある者の割合  
(平成29年度 地区別比較)



## (9) 市民意見交換会からの主な意見

平成29年6月から10月までに市内21地区へ出向いた市民意見交換会から見てきた課題や意見は以下のとおりです。

### 1) 交通問題・移動手手段の確保

- ・高齢者が運転できない状況になっても、これまでの生活が継続でき、自家用車に依存しなくても生活できる環境があるといい。特に、買い物（自分で品物を見て選びたい）や通院、趣味活動に行くことが困難という意見が多い

### 2) 高齢者が活躍できる場や居場所の開発・拡充

- ・アクティブ・シニア（健康で活動的な高齢者）が、地域で活動の場（居場所）を見つけ、それぞれの立場で活躍できる環境があるといい
- ・身近に集える場があっても、年代が若い年代にシフトして参加しづらくなったという声や、送迎してくれる友達がいてもいつもだと気が引け参加しなくなったという声もある

### 3) 情報の伝達や周知・啓発方法の工夫

- ・もっと自分の地区の現状を教えてほしい
- ・相談窓口がどこに相談すればいいかわからず、家族が相談先に困っている声がある
- ・いろいろな会合に参加する人は決まっている。周りに広げていく事に難しさを感じている
- ・情報をもっと回覧したらいい

### 4) 男性が参加しやすい取り組みの推進

- ・自営業や農業をしている男性はまだつながりがあるが、会社員で定年を向かえると地域でのつながりも薄くなる
- ・男性の集まる会がない

### 5) 隣近所間のネットワークの活性化

- ・お世話焼きさんが少なくなってきた。近所付き合いがない人もいる。井戸端会議も減ってきた。これからは近所同士の支えあいが必要だ。
- ・顔をあわせる場が少なくなってきた
- ・みんなが町のこと近所の人の名前やどこに住んでいるかが知っているような町になっていくといい

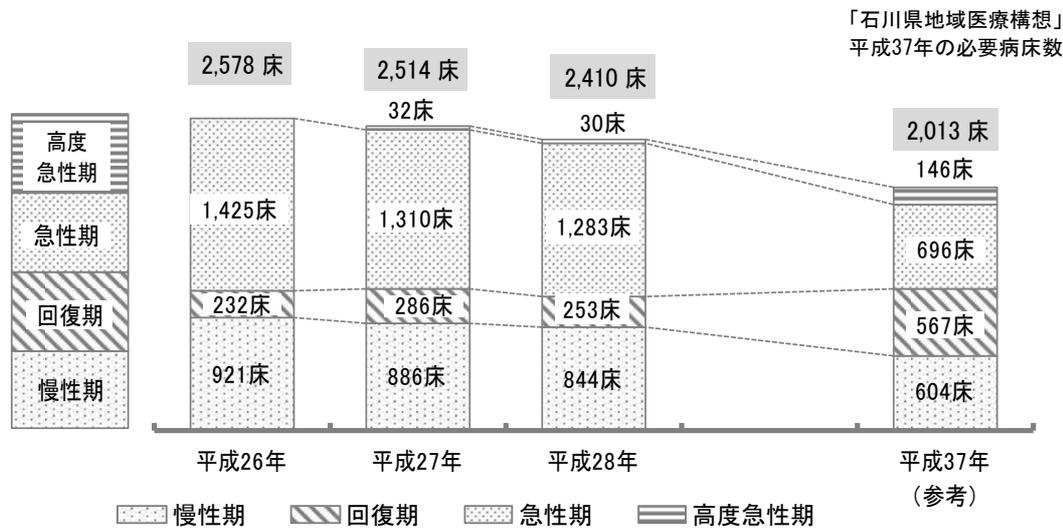
### 6) 介護予防と健康づくりの更なる充実

- ・周りの人に声をかけながら一緒に健康づくりに取り組まないといけない
- ・健康寿命の延伸のため、運動を行ったり健診を受けたり食生活に気をつけたりしないとけない。せっかく行うなら、一人でするのではなく、閉じこもりぎみや運動不足の人に声かけをし、みんなと一緒にしていきたい
- ・もっと「予防」にお金をかけるべきだ

## (10) 医療関係データ

### ① 病床機能報告の年次推移と平成37年の必要病床数（南加賀医療圏）

社会保障費の増大等により、病床数（病院、有床診療所の入院ベッドの数）の見直しが求められています。平成28年度に策定された「石川県地域医療構想」によると、平成37年における南加賀医療圏（加賀市・小松市・能美市・川北町）の必要病床数は、平成26年の病床機能報告による病床数から約20%少ない数となっています（※）。全国的にも、大都市圏などの一部の地域を除いて病床を減らす方向にあります。南加賀医療圏内全体では、今後も病床の減少傾向が続くと見込まれますが、加賀市においては、病院の統合や病棟構成の見直しにより既に減少しています。生活の場で医療を受けられる在宅医療のニーズが高まってきます。



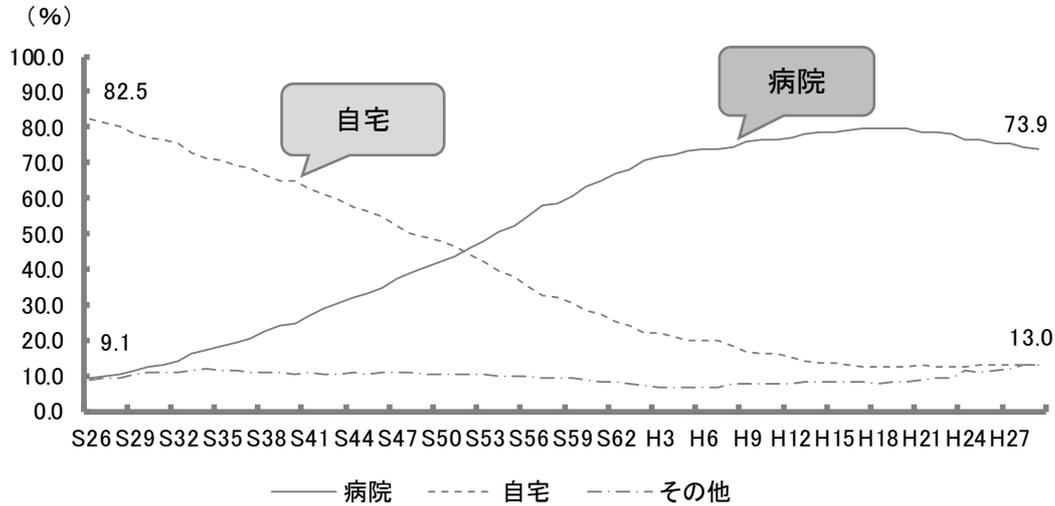
※高度急性期は機械的に国の推計ツールの数値を記載したもの。構想上は高度急性期は全県で設定

資料：南加賀医療圏保健医療計画推進協議会（平成29年10月4日）資料を改変

※必要病床数については、「平成37年（2025）のあるべき医療提供体制に向け、今後検討していくための参考値であり、これにより今ある病床を必要病床数まで直ちに減らすというものではありません。必要病床数の実現に向けては、今後の医療需要等を踏まえ、あくまでも医療機関による自主的な取組みが基本になります」とされています。

### ②場所別にみた年次別死亡数の割合（全国）

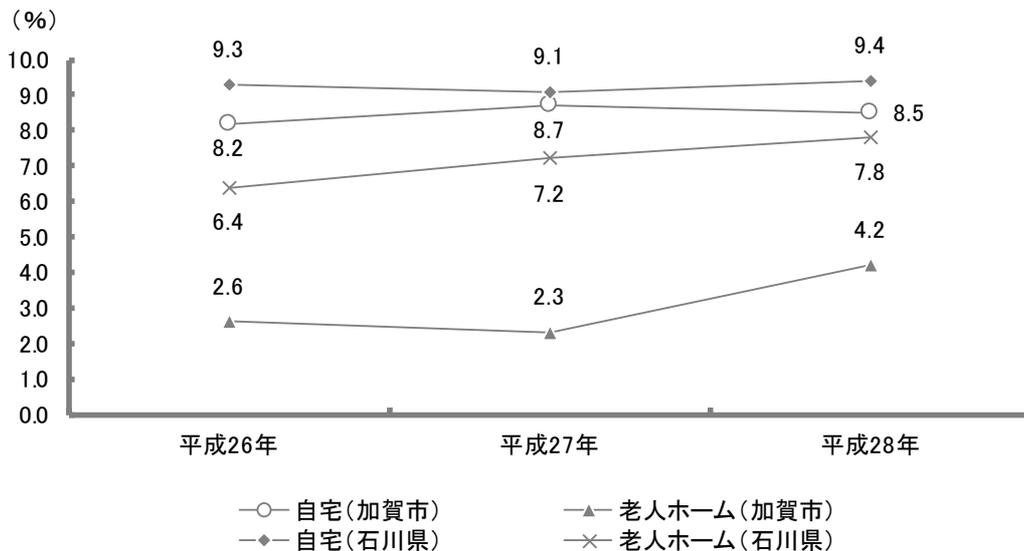
かつては自宅で家族に看取られて亡くなることが当たり前のことでしたが、病院の増加や家族形態の変化などに伴い病院で亡くなる人が増加し、昭和51年を境に自宅で亡くなる人と病院で亡くなる人の割合が逆転しました。近年、自宅や老人ホームでの看取りが増えていますが、依然として病院で亡くなる人が70%を超えています。



資料：人口動態統計

### ③自宅、老人ホームの年次別死亡数の割合（加賀市）（※）

加賀市における、自宅で亡くなる人の割合は、平成28年で、全国が13%、石川県が9.4%と、これらと比較して低い状況です。自宅と同様に生活の場所である老人ホームで亡くなる人は平成28年に増加したものの、他の地域と比べ低い状況です。



資料：在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）

※人口動態統計から市町村別に再集計されたデータで、在宅看取りがどの程度あるかを測る上で、一つの指標として用いられます。死亡診断書に記載された死亡場所の集計であり、救急車で病院に搬送されその場で死亡確認された場合には「病院」として集計されるケースもあるため、病院が若干多くなる傾向にあります。

## (11) 介護人材の状況

### ①介護従事者人員数（介護サービス供給量調査・平成29年）

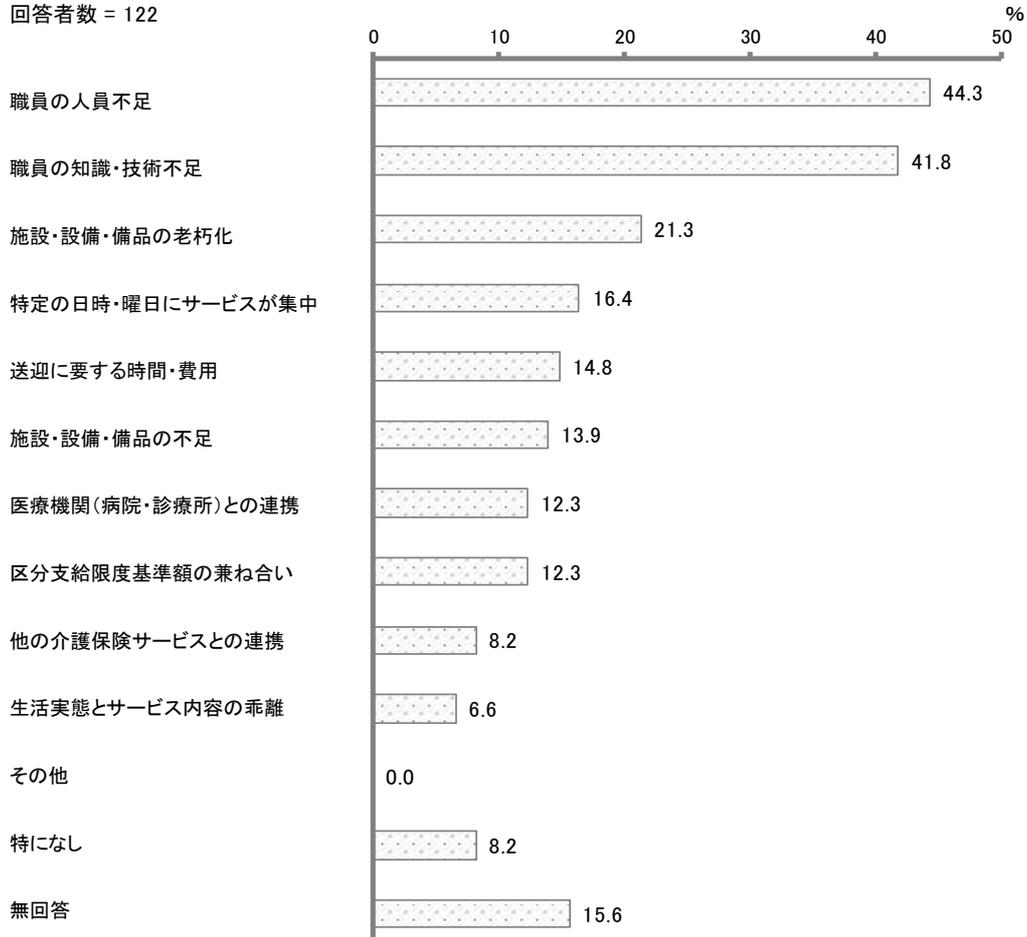
現在、加賀市内で介護サービスに従事する人員数は常勤及び非常勤合わせて1,595名であり、最も多い職種は介護福祉士で523名でした。また、介護保険事業所向けアンケートの結果、事業所として追加で配置を希望する人員数は、常勤及び非常勤合わせて72名であり、最も多い職種は介護福祉士で29名でした。追加で従事者を確保することが求められています。

職種	現在配置人員		追加希望人員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師	4	8	0	2
歯科医師	0	0	0	0
保健師	2	0	0	0
看護師	80	34	12	2
准看護師	64	31	5	0
薬剤師	1	1	0	0
理学療法士	22	2	0	0
作業療法士	14	1	0	0
言語療法士	2	4	0	0
柔道整復師	1	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	1	0	0
栄養士	10	1	0	0
管理栄養士	16	0	0	0
社会福祉士	17	1	1	1
主任介護支援専門員	14	2	1	0
介護支援専門員	60	4	8	1
介護福祉士	417	106	25	4
ヘルパー1級	24	2	0	0
ヘルパー2級	54	63	0	9
ヘルパー3級	0	0	0	0
介護職員	173	142	3	0
事務員	61	11	0	0
その他	60	97	0	0
合計	1,092	503	55	17

## ②サービス提供体制における課題（介護サービス供給量調査・平成29年）

市内の介護サービス事業所が、サービス提供体制における課題として最も多く挙げているものは、「職員の人員不足」であり、次いで「職員の知識・技術不足」でした。市内の半数近くの介護サービス事業所が介護人材に関する課題を抱えている状況です。

回答者数 = 122



## 2 介護保険事業の状況

### (1) 第1号被保険者数の推移

(単位:人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
65～74歳	11,292	11,560	11,514	11,390
75歳以上	10,387	10,629	10,919	11,238
合計	21,679	22,189	22,433	22,628

(各年10月1日現在)  
※介護保険事業状況報告より

### (2) 介護保険サービス利用実績

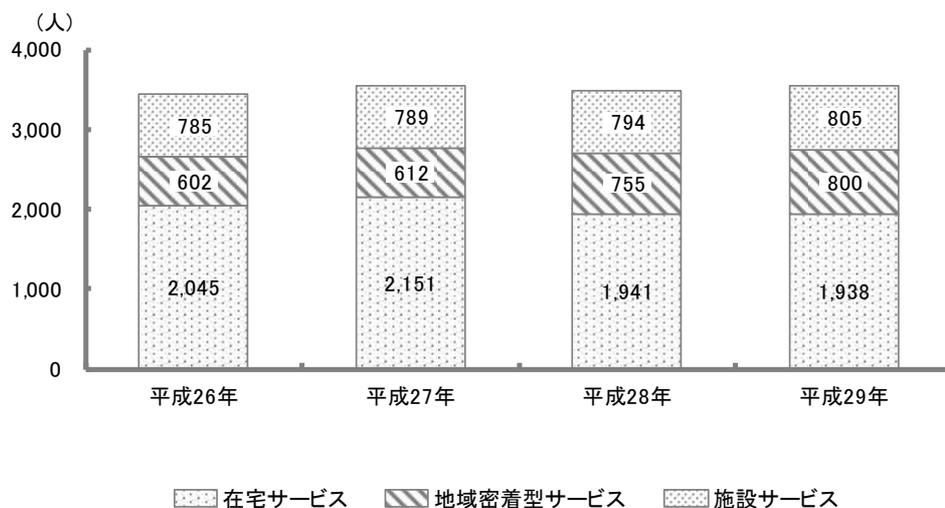
#### ① サービス別利用者数

(単位:人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
居宅サービス	2,045	2,151	1,941	1,938
地域密着型サービス	602	612	755	800
施設サービス	785	789	794	805

(各年9月サービス提供分)  
※介護保険事業状況報告より

サービス別利用者数の推移





## ②サービス種類別利用者数（各年10月サービス提供分）

## 居宅介護サービス

（単位：人）

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
訪問介護	410	369	350	
訪問入浴介護	24	25	20	
訪問看護	161	183	196	
訪問リハビリテーション	24	23	23	
居宅療養管理指導	167	166	235	
通所介護	661	695	619	
通所リハビリテーション	267	281	251	
短期入所生活介護	141	144	144	
短期入所療養介護	31	38	21	
福祉用具貸与	736	768	853	
特定福祉用具購入	10	16	12	
住宅改修	12	9	5	
居宅介護支援	1,137	1,206	1,208	
特定施設入居者生活介護	52	46	49	

## 居宅介護予防サービス

（単位：人）

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
介護予防訪問介護	272	241	2	
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	
介護予防訪問看護	37	37	63	
介護予防訪問リハビリテーション	7	9	11	
介護予防居宅療養管理指導	10	9	10	
介護予防通所介護	350	331	2	
介護予防通所リハビリテーション	176	178	142	
介護予防短期入所生活介護	10	12	8	
介護予防短期入所療養介護	0	2	0	
介護予防福祉用具貸与	347	389	426	
介護予防福祉用具購入	12	11	3	
介護予防住宅改修	12	13	7	
介護予防支援	790	780	521	
介護予防特定施設入居者生活介護	4	7	7	



## 地域密着型サービス

(単位:人)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	39	46	64	
夜間対応型訪問介護	0	0	0	
地域密着型通所介護	—	—	154	
認知症対応型通所介護	46	35	35	
小規模多機能型居宅介護	228	237	232	
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	
認知症対応型共同生活介護	180	178	176	
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	110	105	107	

## 地域密着型介護予防サービス

(単位:人)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護予防認知症対応型通所介護	2	1	2	
介護予防小規模多機能型居宅介護	21	24	30	
介護予防看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	0	0	

## 施設サービス

(単位:人)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護老人福祉施設	290	292	295	
介護老人保健施設	499	492	495	
介護療養型医療施設	1	1	2	

### (3) 介護保険給付実績

#### 介護給付費

(単位：千円)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
居宅介護サービス費	1,699,386	1,768,518	1,750,770	1,792,607
地域密着型介護サービス費	1,365,541	1,390,473	1,559,164	1,638,756
施設介護サービス費	2,482,529	2,469,937	2,487,073	2,531,657
高額介護サービス費	118,499	120,982	131,530	135,283
高額医療合算介護サービス費	14,038	14,490	15,092	16,219
特定入所者介護サービス費	296,153	287,355	274,184	261,336
合 計	5,976,146	6,051,755	6,217,813	6,375,858

※平成 29 年度については見込み額

#### 予防給付費

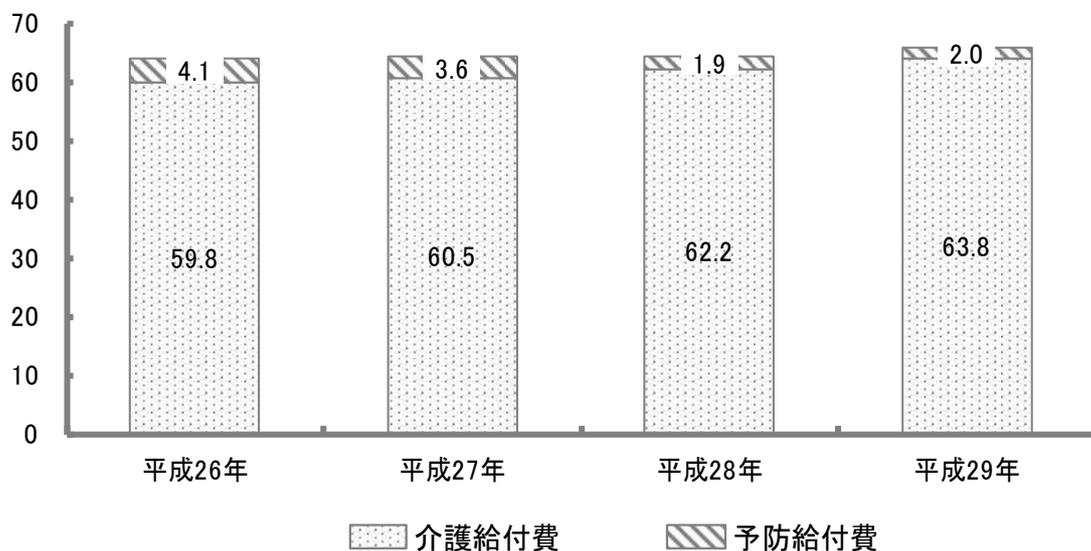
(単位：千円)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
居宅介護予防サービス費	388,828	339,271	158,731	168,239
地域密着型介護予防サービス費	18,481	22,375	26,403	34,702
高額介護予防サービス費	270	200	117	174
高額医療合算介護予防サービス費	121	95	39	73
特定入所者介護予防サービス費	246	479	237	160
合 計	407,946	362,420	185,527	203,348

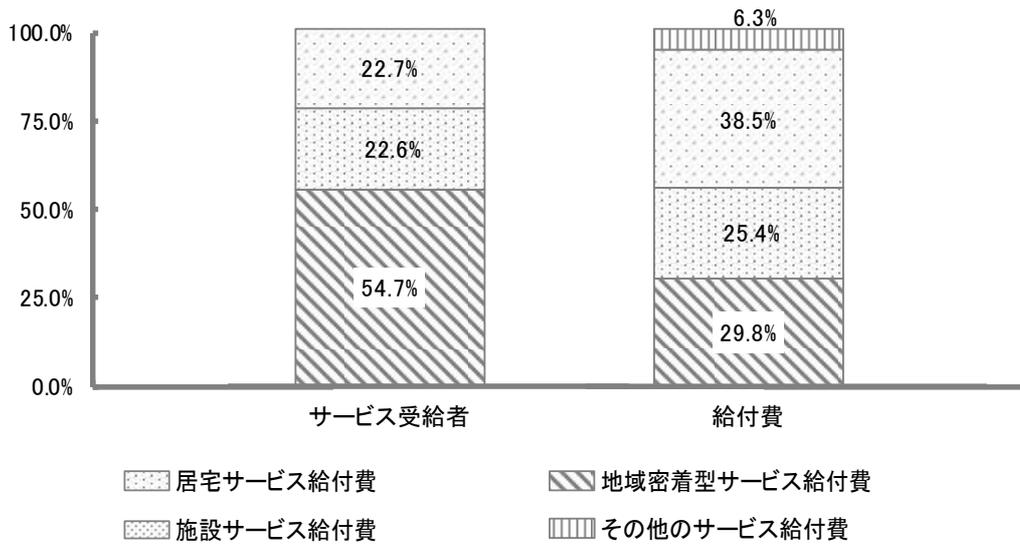
※平成 29 年度については見込み額

#### 介護保険給付費の推移

(億円)



サービス受給者と給付費の割合



#### (4) 地域支援事業実績

地域支援事業費は、地域支援事業は法律及び政令に規定される上限額の範囲内で、市町村が事業を実施することとされています。平成27年度以降は、新しい総合事業及び新しい包括的支援事業の創設に伴い、上限の取扱いを見直しています。上限額は「新しい総合事業（新上限①）」と「包括的支援事業・任意事業（新上限②）」の2つの区分で設定し、新上限②は地域包括支援センターの運営に加え、新しく包括的支援事業に制度化された4つの事業を含むこととし、総合事業開始前年度（平成26年度）の予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）及び介護予防事業の実績額に、110%を乗じた額の範囲内で行われます。

#### 地域支援事業費

(単位：千円)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
地域支援事業費	151,355	383,061	426,855

※平成29年度については実績見込み、見込み額



## ＜地域支援事業費の内訳＞

## ① 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業の実績

(単位：千円)

	平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度		
	実績数	費用額	実績数	費用額	実績数	費用額	
介護予防事業	59,912		—		—		
二次予防事業	28,079		—		—		
二次予防事業対象者把握事業	把握数	9,218 人	13,135	—	—	—	—
通所型介護予防事業	利用者数	160 人	10,376	—	—	—	—
訪問型介護予防事業	利用者数	2 人	180	—	—	—	—
二次予防事業評価事業			1,384	—	—	—	—
介護予防日常生活支援総合事業検討会			3,004	—	—	—	—
一次予防事業	31,833		—		—		
介護予防普及啓発事業	利用者数	162 人	13,231	—	—	—	—
地域介護予防活動支援事業	活動団体数	68 団体	18,602	—	—	—	—
介護予防・日常生活支援総合事業	5,408		253,836		292,489		
介護予防・生活支援サービス事業	509 人	876	6,812 人	187,381	6,896 人	200,359	
通所型サービス事業	利用者数	323 人	—	3,935 人	115,309	3,731 人	116,145
訪問型サービス事業	利用者数	186 人	—	2,648 人	46,428	2,525 人	51,343
生活支援サービス事業	利用者数	—	—	229 人	1,461	640 人	3,544
高額介護予防サービス費相当事業			—	149		359	
介護予防ケアマネジメント事業	件数	247 件	876	2,768 件	23,622	2,645 件	28,498
審査支払手数料			—	412		470	
一般介護予防事業	4,532		66,455		92,130		
介護予防把握事業	利用者数	—	688	7,801 人	16,219	7,678 人	17,131
介護予防普及啓発事業	利用者数	—	1,465	280 人	27,478	305 人	42,071
地域介護予防活動支援事業	団体数	68 団体	2,147	66 団体	17,350	79 団体	20,733
一般介護予防事業評価事業			165	4,765		6,858	
認知症予防体制構築事業	利用者数	—	67	187 人	379	200 人	642
地域リハビリテーション活動支援事業	活動支援回数	—	—	5 回	264	4 回	4,695

※平成 29 年度については実績見込み、見込み額

②包括的支援事業の実績

(単位：千円)

		平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度	
		実績数	費用額	実績数	費用額	実績数	費用額
包括的支援事業		49,456		90,601		92,673	
介護予防マネジメント事業			4,412	—	—		—
総合相談支援	相談件数	8,303 件	28,379	5,721 件	56,832	5,300 件	50,830
	地域ケア会議開催数	34 回		36 回		44 回	
権利擁護事業	研修会開催数	3 回	2,526	3 回	4,282	3 回	4,636
	ケース会議開催数	64 回		51 回		50 回	
包括的・継続的ケアマネジメント支援	ケアプラン検討会(目標設定会議)	42 回	3,902	159 回	9,396	183 回	10,139
在宅医療・介護連携推進事業	ワーキング・研修会開催数	1 回	227	6 回	3,713	6 回	3,825
生活支援体制整備事業	家事支援サービス利用登録数	—	7,552	45 人	10,473	51 人	17,183
認知症総合支援事業	認知症地域推進員配置数	3 人	2,458	3 人	5,905	4 人	6,060
地域包括支援センター数	センター数	1 か所		1 か所		1 か所	
	サブセンター数	0 か所		1 か所		1 か所	
	ブランチ数	6 か所		11 か所		14 か所	

※平成 29 年度については実績見込み、見込み額

③任意事業の実績

(単位：千円)

		平成 27 年度		平成 28 年度		平成 29 年度	
		実績数	費用額	実績数	費用額	実績数	費用額
任意事業		36,579		38,624		41,693	
介護給付等費用適正化事業	給付費通知回数	12 回	4,788	12 回	7,765	12 回	8,427
家族介護支援事業	介護用品支給人数	522 人	23,160	526 人	22,954	530 人	24,122
成年後見制度利用支援事業	利用件数(申し立て件数)	6 件	1,705	4 件	1,700	3 件	2,919
要介護高齢者支援事業	見守りネット形成数	21 地区	2,913	21 地区	506	21 地区	563
ひとり暮らし高齢者ふれあいの集い事業			830		830		830
配食サービス事業	利用者数	5 人	2,710	3 人	208	2 人	400
福祉用具・住宅改修支援事業	利用回数	1 回	13	2 回	18	3 回	52
認知症ケア普及事業			460		4,643		4,380

※平成 29 年度については実績見込み、見込み額



### <介護保険事業にかかる総費用実績>

(単位：千円)

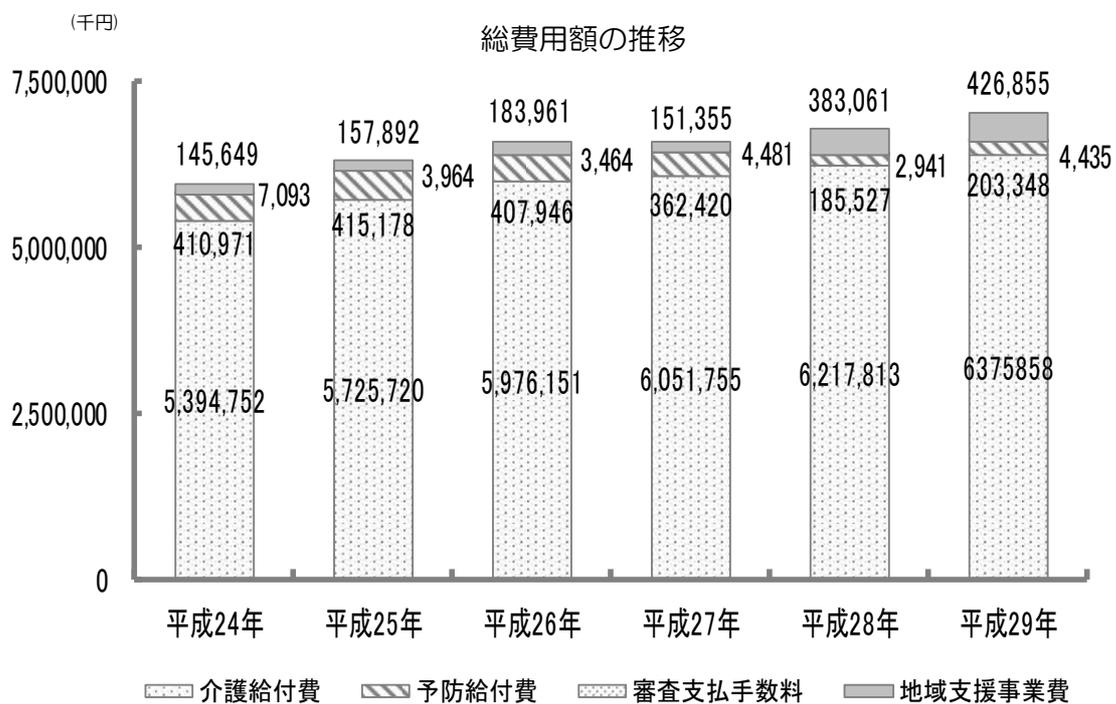
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護給付費	6,051,755	6,217,813	6,375,858
予防給付費	362,420	185,527	203,348
審査支払手数料	4,481	2,941	4,435
地域支援事業費	151,355	383,061	426,855
合 計	6,570,011	6,789,342	7,010,496

※平成 29 年度については実績見込み、見込み額

### <総費用額の推移>

	第 5 期			第 6 期		
	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護保険総費用額	59.6 億円	63.0 億円	65.7 億円	65.7 億円	67.9 億円	70.1 億円

※平成 29 年度については実績見込み、見込み額



### 3 高齢者施策の状況

団塊の世代が75歳に到達する平成37年（2025）を見据え、第6期計画では、『高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく、自立した暮らしを継続できる社会を実現する』ことを基本理念（最大目的）とし、最大目的を達成するための基本目標を以下の3つとし、目的ごとに体系的に施策を展開しました。

第6期の計画目標と取り組んだ課題、実績及び成果については、次のとおりです。

#### （1）本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり

##### その人らしく、自立した

いきいきと暮らし続けることができるよう、自分が「したいこと」を知り、自分が決めて、自分で行うことを支援する仕組みを作ります。

第6期計画で取り組んだ課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康づくり施策と連動した生活習慣病の予防に関する取組みの推進</li> <li>・社会参加につながる取組みや予防活動の機会を気軽に得ることが出来る身近な場づくりの取組みが不十分であり、圏域によってバラツキがある。</li> <li>・権利擁護事業において、継続してモニタリングができる体制の推進</li> <li>・基本チェックリスト把握後のフォローアップ対象者への取組みが不十分</li> <li>・私の暮らし手帳を作成するも、地域での普及活動がまだまだ確立していない</li> <li>・24時間365日の在宅医療提供体制の構築</li> </ul>
第6期計画の成果
<p>【健康づくりと社会活動の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域型元気はつらつ塾の設置</li> <li>・かがやき予防塾の開催</li> <li>・介護支援ボランティア制度の確立</li> </ul> <p>【自己決定と継続の支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業の開始</li> <li>・わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）の作成及び啓発普及の実施</li> <li>・主任介護支援専門員勉強会の実施</li> <li>・関係機関も含めた権利擁護事業の継続</li> <li>・虐待発生リスク確認シートの作成</li> <li>・定期ケース検討会や緊急時のコア会議の開催</li> </ul>
第7期計画で取り組むべき課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や重症化予防を組み入れた健康づくりと介護予防との連携・強化</li> <li>・「もうひとつの予防」を意識した予防体制の構築</li> <li>・専門職の生活の視点に立った自立支援とケアマネジメントの強化及び推進</li> <li>・複雑化・複合化していく課題に対し、他課・関係機関との連携を強化し世帯を支援する視点の強化</li> <li>・わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）の更なる普及啓発活動の推進</li> </ul>



## 〔 評価指標 〕

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方		
活動指標	地域おたっしゅサークル 実施箇所数	目標	71	76	78	参加人数が増えるように周知します。	
		実績	68	66	-		
	元気はつらつ塾実施箇所数	目標	12	17	21		
		実績	9	14	-		
	出前元気はつらつ塾（訪問型） 利用者数	目標	5	10	20		
		実績	2	-	-		
	ケアマネジャー育成支援事業・ 研修会の開催数	目標	6	6	6		サービスの質を 高めます。
		実績	7	8	-		
	虐待防止・権利擁護に関する研 修会の開催数（関係機関）	目標	3	3	3		虐待防止・権利擁 護を理解する機 会を増やします。
		実績	3	3	-		
成果指標	おたっしゅサークル参加者率 （参加者数/要介護認定者を除 く高齢者数）	目標	9.6%	9.8%	10.0%	元気な高齢者を 増やします。（* 認定率に関して は、推計値を越え ないようにしま す。）	
		実績	10.0%	9.8%	-		
	介護支援ボランティア制度事 業・ポイント交換者数	目標	20	25	30		
		実績	36	80	-		
	加賀かがやき予防塾・担い手(か がやき隊)登録者数	目標	24	39	51		
		実績	43	72	-		
	第1号被保険者（65歳以上） の要支援・要介護認定率(推計 値)	目標	17.8%	18.1%	18.5%		
		実績	17.3%	15.9%	-		
	介護サービス事業所研修会・ 連絡会の参加率(参加者事業所/ 市内全サービス事業所)	目標	100%	100%	100%		サービスの質を 高めます。
		実績	63%	67%	-		
支援事例の内虐待ケース検討会 開催割合	目標	100%	100%	100%	専門職によるチ ーム支援を行 います。		
	実績	100%	100%	-			
成年後見制度の市長による 申立て件数	目標	10	10	10	公的な支援制度 を活用します。		
	実績	6	4	-			



## (2) 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり

### 住み慣れた地域で

たとえ認知症やどんな状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる体制を作ります。

#### 第6期計画で取り組んだ課題

- 地区ごとに身近な相談窓口として、地域包括支援センターブランチ（相談窓口）を設置するとともに、地区単位の課題や資源を活用した地域づくりの推進
- ブランチ（相談窓口）を委託する介護保険事業所と基幹型包括とのブランチ連絡会議やブランチ勉強会を行い、専門職としてのスキルアップの向上。
- 地区単位の地域ケア会議の開催をとおして、関係機関や地域資源とのネットワーク活動等を展開
- 認知症初期集中支援チームによる早期診断、早期支援。
- 地域のネットワークづくりや支援体制につながる活動を展開。
- 在宅医療コーディネーターを配置し、医療職と介護職との連携強化
- 地域見守り支えあいネットワークへの登録を推進。
- 介護保険給付の適正化に対する取り組み推進

#### 第6期計画の成果

- 【地域包括支援センターの機能強化】
  - 地域包括支援サブセンターの設置
  - 地区高齢者こころセンターの設置
  - ハイリスク者等への早めの訪問体制の構築
- 【認知症の理解と支援体制の構築】
  - もの忘れ健診やもの忘れ外来等による早期発見、早期対応の充実
  - 認知症初期集中支援チームの設置
  - 認知症キャラバン・メイト養成講座の開催
  - 認知症サポーターステップアップ講座の開催
- 【24時間365日の地域生活を支えるための基盤整備】
  - 小規模多機能居宅介護事業所の設置
  - 公共交通サービスの拡充
  - 給付適正化の構築
- 【在宅医療・介護連携の推進】
  - 在宅医療コーディネーターの設置
- 【安心安全の確保】
  - 安心メールの設置
  - 災害時等の要援護者名簿の登録
  - 地域見守り支えあいに関する協定の実施

#### 第7期計画で取り組むべき課題

- 個別地域ケア会議を通じた関係機関や地域資源とのネットワーク構築及び地域課題の把握や社会資源の発掘や開発
- 軒下マップを活かした支援の推進・強化
- もの忘れ健診受診後のフォローアップ体制の充実
- 認知症サポーターステップアップ講座開催による人材の育成
- 在宅医療コーディネーターを中心とした更なる介護・医療との連携強化
- 交通部局と連携し、互助による新たな輸送サービス体制の検討
- 介護人材確保策の検討
- 中重度の方が望む限り自宅で暮らせる支援体制の構築

## ○地域包括支援センターの機能強化○

〔 評価指標 〕

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方	
活動指標	地域包括支援センター・ブランチ設置数	目標	16		身近な相談窓口を増やします。	
		実績	6	5		-
	地域包括支援センター・ブランチ相談員連絡会開催数	目標	12	12		12
		実績	10	16		-
	地域包括支援センター関連研修会開催数	目標	6	6		6
		実績	14	10		-
成果指標	総合相談延件数	目標	5,900	6,000	6,100	切れ目のない相談支援件数を増やします。
		実績	7,480	5,917	-	
	ブランチ・サブセンター相談件数	目標	500	1,100	1,300	
		実績	816	2,652	-	
	個別地域ケア会議開催数	目標	18	20	22	地域で支えるきっかけを作ります。
		実績	34	36	-	

## ○認知症の理解と支援体制の充実○

〔 評価指標 〕

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方	
活動指標	もの忘れ健診実施医療機関数	目標	30	32	34	認知症について理解できる機会を増やします。
		実績	30	30	-	
	認知症サポーター養成人数(累積人数)	目標	3,000	3,300	3,600	
		実績	3,884	4,799	-	
	多職種協働研修開催数(かかりつけ医対応力等向上研修等)	目標	2	2	2	
		実績	2	2	-	
認知症地域支援推進員配置数	目標	2	3	4		
	実績	3	3	-		
成果指標	もの忘れ健診受診者数	目標	100	120	140	認知症の人と家族を支援する人を増やします。
		実績	156	187	-	
	認知症サポーター登録数(累積)	目標	30	60	90	
		実績	0	0	-	
	多職種協働研修参加者数	目標	50	50	50	
		実績	40	61	-	
専門職人材育成研修(仮称)修了者数	目標	50	50	50		
	実績	27	25	-		



○24時間365日の地域生活を支えるための基盤整備○

〔 評価指標 〕

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方	
活動指標	介護給付費請求の調査回数	目標	12	12	12	給付適正化事業を毎月実施し、給付適正化を図ります。  適正な介護報酬請求とサービスの質の確保、向上に努めます。  必要な人が利用できるように周知します。
		実績	12	12	-	
	ケアプラン点検回数	目標	12	12	12	
		実績	12	12	-	
	集団指導実施回数	目標	2	2	2	
		実績	2	2	-	
	高齢者緊急通報装置の設置数（件）	目標	10	20	30	
		実績	3	2	-	
	自動消火器の新規設置数（件）	目標	10	10	10	
		実績	5	6	-	
	火災警報器の新規設置数（件）	目標	10	10	10	
		実績	1	1	-	
成果指標	苦情件数の減少（対前年比）	目標	100%未満	100%未満	100%未満	サービスの質の向上を目指します。  要介護認定の適正化に努めます。  在宅で生活を続ける人を増やします。
		実績	211%	68%	-	
	再調査件数	目標	1件以下	1件以下	1件以下	
		実績	2	1	-	
	高齢者緊急通報装置の利用者のうち、1年後の在宅生活者の割合（%）	目標	100%	100%	100%	
		実績	67%	50%	-	
	自動消火器の設置者のうち、1年後の在宅生活者の割合（%）	目標	100%	100%	100%	
		実績	100%	100%	-	
	火災警報器の利用者のうち、1年後の在宅生活者の割合（%）	目標	100%	100%	100%	
		実績	100%	100%	-	

○安心安全の確保○

〔 評価指標 〕

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方	
活動指標	福祉避難所として利用可能な施設数	目標	63	63	66	緊急時対応施設を増やします。
		実績	65	67	-	
成果指標	安心メール登録者数	目標	4,000	4,100	4,200	見守り体制を強化します。
		実績	-	232	-	
	地域見守り支えあいネットワーク登録者数	目標	3,200	3,400	3,600	
		実績	3,021	2,984	-	



## ○在宅医療・介護連携の推進○

## 〔 評価指標 〕

	評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方
活動指標	多職種協働研修開催数（かかりつけ医対応力等向上研修以外のもの）	目標	1	1	1	多職種が顔を合わせ、互いを知る機会を設けます。
		実績	0	4	-	
	講演会等開催数	目標	1	1	1	在宅医療に関する市民の理解を広めます。
		実績	1	1	-	
成果指標	多職種協働研修参加者数（かかりつけ医対応力等向上研修以外のもの）	目標	50	50	50	多職種が連携の取りやすい関係を構築します。
		実績	0	40	-	
	講演会等参加者数	目標	150	150	150	在宅医療に関する市民の理解を広めます。
		実績	128	91	-	



### (3) 地域での支えあいの体制づくり

#### 支えあいながら

安心して住み続けることができる地域のために、地域住民が自らできることを考え取り組める体制を作ります。

第6期計画で取り組んだ課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域福祉コーディネート機能（生活支援が必要な高齢者の相談調整）を地区単位で設置推進</li> <li>・地域のつながりを活かした支援体制の推進</li> <li>・社会福祉協議会、シルバー人材センター、民間事業者等による住民参加型の活動（生活支援サービス）の充実</li> <li>・在宅介護の理解が深まるような近所や地域で声をかけあい、支え合あうことができる体制整備の推進</li> </ul>
第6期計画の成果
<p>【多様な生活支援の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域福祉コーディネート機能を地区高齢者こころまちセンターに委託</li> <li>・家事支援サービスの創設</li> </ul> <p>【住民主体の活動の支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・庁内横断ワーキングを開催し、他課職員との課題整理及び協働事業の展開</li> <li>・かがやき予防塾修了生による新たな居場所づくりの設置</li> <li>・シニア活動応援事業の創設</li> </ul>
第7期計画で取り組むべき課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事支援サポーター育成講座の継続開催</li> <li>・庁内横断ワーキングや地区及び市全体の地域ケア会議と連携したシニア活動応援事業の更なる推進と定着</li> <li>・地区単位の地域ケア会議を構築し地域課題の解決力の強化</li> <li>・住民主体の地域づくりの強化（「我が事」・「丸ごと」の地域づくり）</li> <li>・家族介護支援事業の更なる推進</li> </ul>



## 〔 評価指標 〕

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方	
活動指標	地区単位の地域ケア会議開催数	目標	24	36	48	住民と共に地域課題を考える機会を増やします。  地域で活動する担い手を増やします。  家族介護の負担を軽減します。  家族介護について考える機会を増やします
		実績	11	14	-	
	庁内横断ワーキング開催数	目標	4	4	4	
		実績	6	3	-	
	地域福祉コーディネーター配置数	目標	16			
		実績	6	5	-	
	家事支援サービス人材養成講座受講者数	目標	60	60	60	
		実績	24	27	-	
	介護用品支給事業利用者数(月当たり)	目標	350	360	370	
		実績	330	325	-	
家族介護支援事業開催数	目標	30	30	30		
	実績	6	10	-		
成果指標	軒下マップ作成数(累積数)	目標	300	450	600	本人のサポートネットによる支援を行います。
		実績	197	1,263	-	
	家事支援サービス人材登録数	目標	30	30	30	住民主体の生活支援体制を整えます。
		実績	23	26	-	
	家事支援サービス利用者数(登録者数)	目標	-	28	43	
		実績	-	45	-	
	家族介護支援事業参加者数	目標	600	600	600	家族介護を支える市民を増やします。
		実績	128	216	-	

## 4 現状から見える今後の課題

高齢者の現状や将来推計、介護保険事業や高齢者施策の状況、市民座談会などから、今後の高齢者をとりまく主な課題として次のような状況が見えてきます。

状況や考えられる問題点	
後期高齢者数の増加	老化に起因する疾病に罹る高齢者の増加、要介護者の増加、中重度者の増加、ターミナル（終末期）高齢者の増加、最期を過ごす場所の確保が困難
生産年齢人口数の減少	全労働人口の減少、支援者（介護職等）の減少、費用負担者の減少
単身高齢世帯が増加	家族等による支援が得られにくい高齢者の増加
要支援・要介護認定者数の増加	介護給付費の増大、社会保障費を負担する住民の減少
認知症高齢者数の増加	独居の認知症の方の増加、不明者の増加、地域からの排除、権利侵害のリスク（自己決定の侵害）
生活習慣病の増加	QOL の低下、健康寿命延伸の阻害、医療費の増大
ネットワーク（つながり）の減少	支えないがない、地域社会のつながりと距離のある住民の増加、孤立化

重点的な課題として

- 重症化予防の推進
- 支えあいのまちづくりの推進
- 認知症の人とその家族を支える仕組みづくりの推進
- 医療と介護の連携強化
- ケアの質の向上や人材の育成

公的な介護サービスのみで「本人の望む暮らし」を支えることが困難。「支え手」「受け手」という関係を越えて、地域住民や地域の多様な主体が、「我が事」としてとらえ支援していくことで、地域を共に創っていく社会の実現となります。

以上の課題等を踏まえ、第4章では具体的な事業及び目標を記載しています。



第3章

# 日常生活圏域と地域の状況

介護や支援が必要な高齢者は、住みなれた地域で暮らしたいと願っていても、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しています。市民意識調査によると、その理由は家族の身体的・精神的負担を減らすためが最も多くなっています。

高齢者が安心して住みなれた地域で生活を継続できるように、市の区域を分割した「日常生活圏域」を設定し、地域ごとに必要なサービスや社会資源を検討し、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組みます。

## 1 日常生活圏域の設定

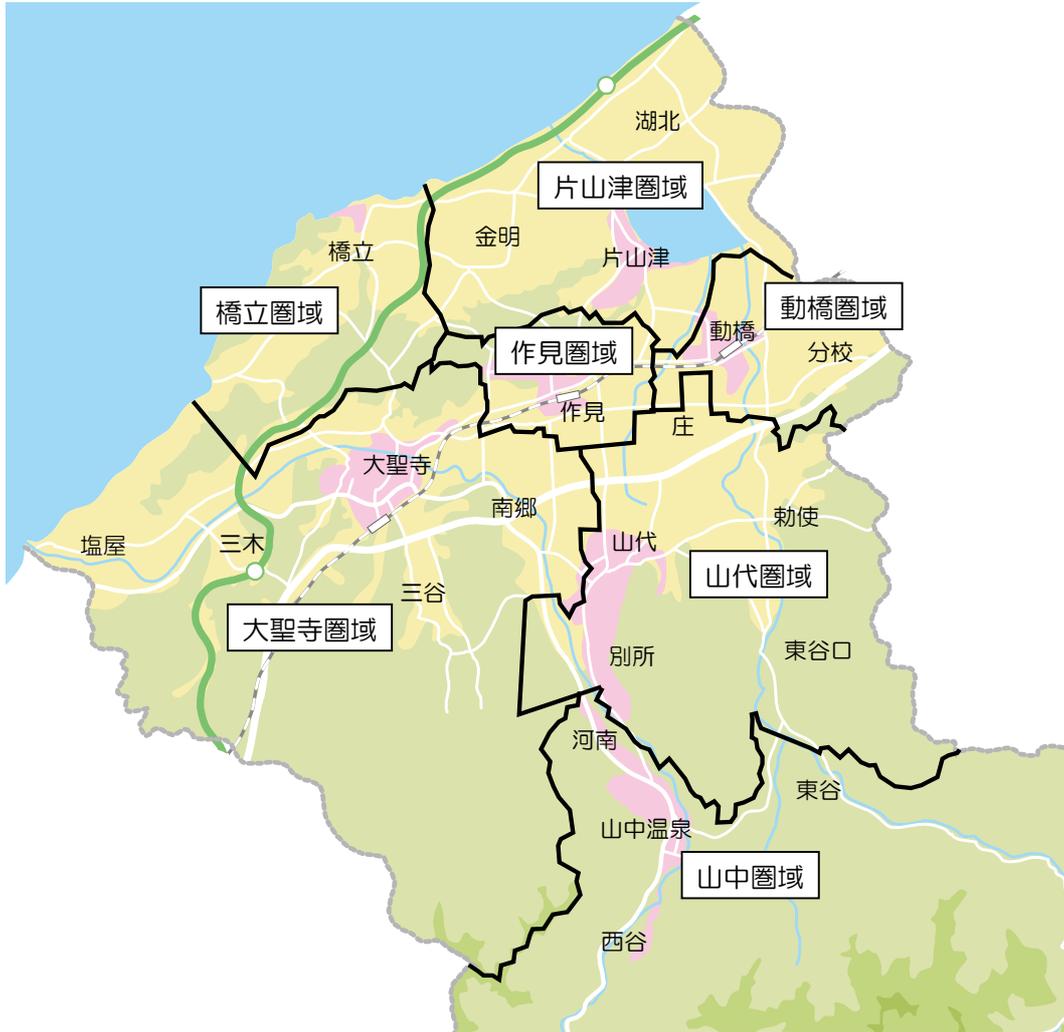
平成28年12月に策定された本計画の最上位計画にあたる『第2次加賀市総合計画』においては、加賀市に7つの地域拠点「大聖寺/山代/片山津/動橋/作見/橋立/山中」を位置づけ、周辺地区の都市機能を補完し、地域全体の快適な生活環境が確保できるように基盤整備を推進することとしています。

本計画においても、『加賀市総合計画』における7地域拠点と整合性をとり、日常生活圏域は、前期計画に引き続き、次の7圏域としています。さらに、圏域を細分化した、まちづくり推進協議会単位の21地区を基本として地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組んでいきます。

### 【日常生活圏域区分】

圏域	地区名
大聖寺圏域	大聖寺地区・南郷地区・三谷地区・三木地区・塩屋地区
山代圏域	山代地区・勅使地区・東谷口地区・庄地区・別所地区
片山津圏域	片山津地区・金明地区・湖北地区
橋立圏域	橋立地区
動橋圏域	動橋地区・分校地区
作見圏域	作見地区
山中圏域	山中温泉地区・河南地区・西谷地区・東谷地区

日常生活圏域図



## 2 地域の状況

地域包括ケアシステムの構築に取り組み、圏域でのサービス体制を整備、推進するには、各圏域での高齢者を取り巻く状況を把握し、地域ごとの特徴や課題を生かして、住民と一緒に考え、地域主体・住民主体で取り組むことが大切です。地域特性に適したサービスの充実の一助とするため、地域の状況として、高齢者に関するデータを圏域別にまとめ、次ページ以降で示します。

## 圏域別 人口の推移

(単位：人)

	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	平成 32 年	平成 37 年
大聖寺圏域	17,782	17,516	17,372	17,173	16,955	16,739	15,573
0～14 歳	1,935	1,825	1,761	1,727	1,684	1,626	1,383
15～64 歳	9,875	9,654	9,502	9,299	9,131	8,953	8,227
65～74 歳	3,076	3,055	3,023	2,981	2,888	2,908	2,215
75 歳以上	2,896	2,982	3,086	3,166	3,252	3,252	3,748
山代圏域	17,076	16,941	16,784	16,620	16,460	16,297	15,342
0～14 歳	1,913	1,878	1,801	1,751	1,718	1,660	1,440
15～64 歳	9,772	9,617	9,451	9,328	9,206	9,104	8,509
65～74 歳	2,956	2,954	2,908	2,826	2,732	2,723	2,109
75 歳以上	2,435	2,492	2,624	2,715	2,804	2,810	3,284
片山津圏域	9,424	9,345	9,222	9,128	9,032	8,924	8,395
0～14 歳	1,107	1,087	1,078	1,057	1,038	1,017	929
15～64 歳	5,242	5,155	5,056	4,984	4,919	4,865	4,569
65～74 歳	1,605	1,588	1,563	1,522	1,487	1,453	1,140
75 歳以上	1,470	1,515	1,525	1,565	1,588	1,589	1,757
橋立圏域	2,980	2,918	2,861	2,815	2,777	2,738	2,528
0～14 歳	360	337	326	313	301	293	221
15～64 歳	1,664	1,600	1,543	1,511	1,491	1,454	1,343
65～74 歳	463	469	489	491	485	485	368
75 歳以上	493	512	503	500	500	506	596
動橋圏域	6,222	6,180	6,125	6,098	6,058	6,021	5,809
0～14 歳	824	821	796	787	789	784	742
15～64 歳	3,657	3,593	3,546	3,522	3,488	3,437	3,234
65～74 歳	910	931	931	922	885	900	751
75 歳以上	831	835	852	867	896	900	1,082

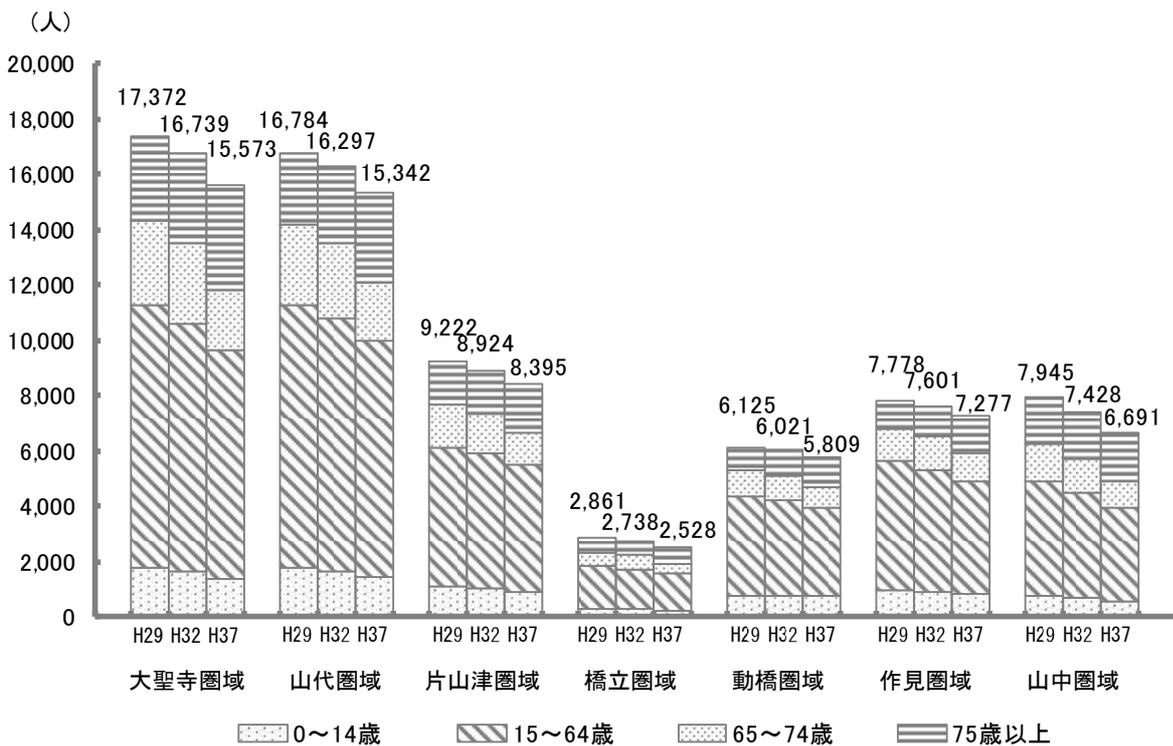
(単位：人)

	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	平成 32 年	平成 37 年
作見圏域	7,814	7,787	7,778	7,724	7,664	7,601	7,277
0～14 歳	952	934	940	936	922	909	816
15～64 歳	4,799	4,739	4,696	4,602	4,526	4,424	4,065
65～74 歳	1,140	1,162	1,148	1,159	1,171	1,220	1,046
75 歳以上	923	952	994	1,027	1,045	1,048	1,350
山中圏域	8,206	8,102	7,945	7,747	7,584	7,428	6,691
0～14 歳	826	802	780	737	716	696	593
15～64 歳	4,333	4,245	4,123	3,996	3,880	3,777	3,336
65～74 歳	1,455	1,399	1,369	1,322	1,273	1,256	969
75 歳以上	1,592	1,656	1,673	1,692	1,715	1,699	1,793
市全体	69,504	68,789	68,087	67,173	66,251	65,303	60,339
0～14 歳	24,401	23,828	23,274	22,624	22,037	21,474	18,915
15～64 歳	22,858	22,459	22,125	21,833	21,570	21,203	19,600
65～74 歳	11,605	11,558	11,431	11,217	10,906	10,923	8,506
75 歳以上	10,640	10,944	11,257	11,499	11,738	11,703	13,318

(各年 10 月 1 日現在)

※平成 30 年以降は推計値。

※圏域ごとに推計をしているため、圏域を合算しても市全体と一致しないことがあります。



### 圏域別 高齢者数と高齢化率の推移

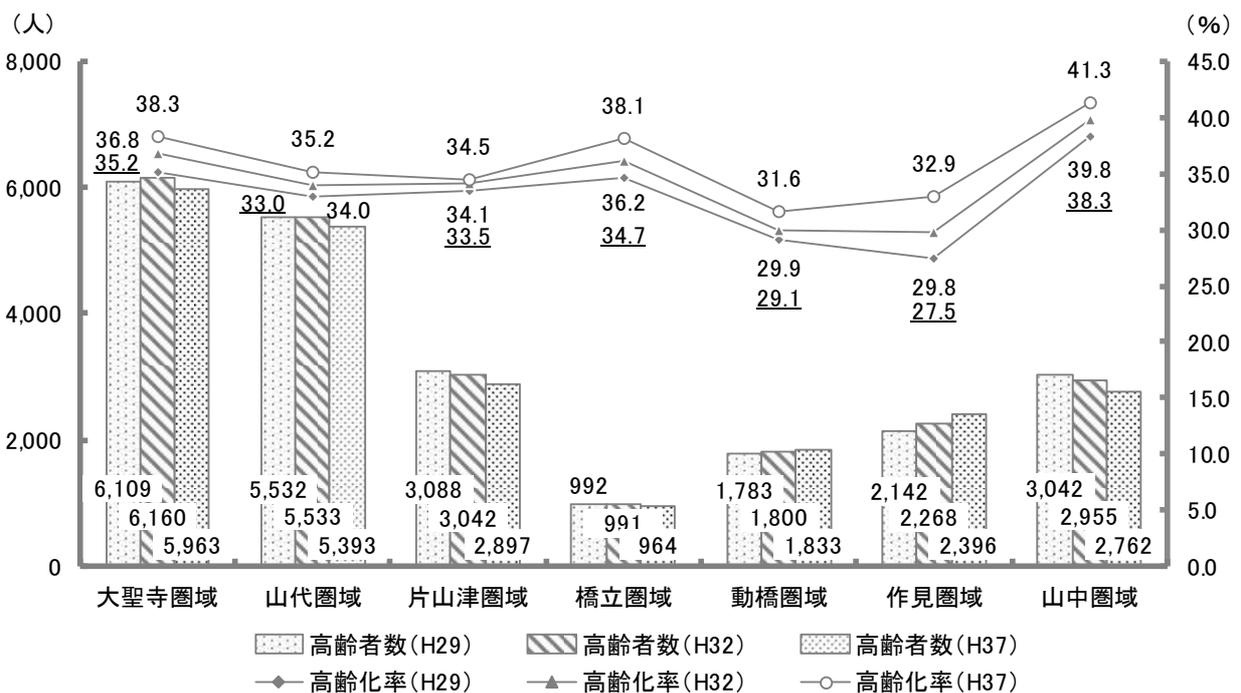
(単位：上段・人、下段・%)

	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	平成 32 年	平成 37 年
大聖寺圏域	5,972	6,037	6,109	6,147	6,140	6,160	5,963
高齢化率	33.6%	34.5%	35.2%	35.8%	36.2%	36.8%	38.3%
山代圏域	5,391	5,446	5,532	5,541	5,536	5,533	5,393
高齢化率	31.6%	32.1%	33.0%	33.3%	33.6%	34.0%	35.2%
片山津圏域	3,075	3,103	3,088	3,087	3,075	3,042	2,897
高齢化率	32.6%	33.2%	33.5%	33.8%	34.0%	34.1%	34.5%
橋立圏域	956	981	992	991	985	991	964
高齢化率	32.1%	33.6%	34.7%	35.2%	35.5%	36.2%	38.1%
動橋圏域	1,741	1,766	1,783	1,789	1,781	1,800	1,833
高齢化率	28.0%	28.6%	29.1%	29.3%	29.4%	29.9%	31.6%
作見圏域	2,063	2,114	2,142	2,186	2,216	2,268	2,396
高齢化率	26.4%	27.1%	27.5%	28.3%	28.9%	29.8%	32.9%
山中圏域	3,047	3,055	3,042	3,014	2,988	2,955	2,762
高齢化率	37.1%	37.7%	38.3%	38.9%	39.4%	39.8%	41.3%
市全体	22,245	22,502	22,688	22,716	22,644	22,626	21,824
高齢化率	32.0%	32.7%	33.3%	33.8%	34.2%	34.6%	36.2%

(各年 10 月 1 日現在)

※平成 30 年以降は推計値。

※圏域ごとに推計をしているため、圏域を合算しても市全体と一致しないことがあります。

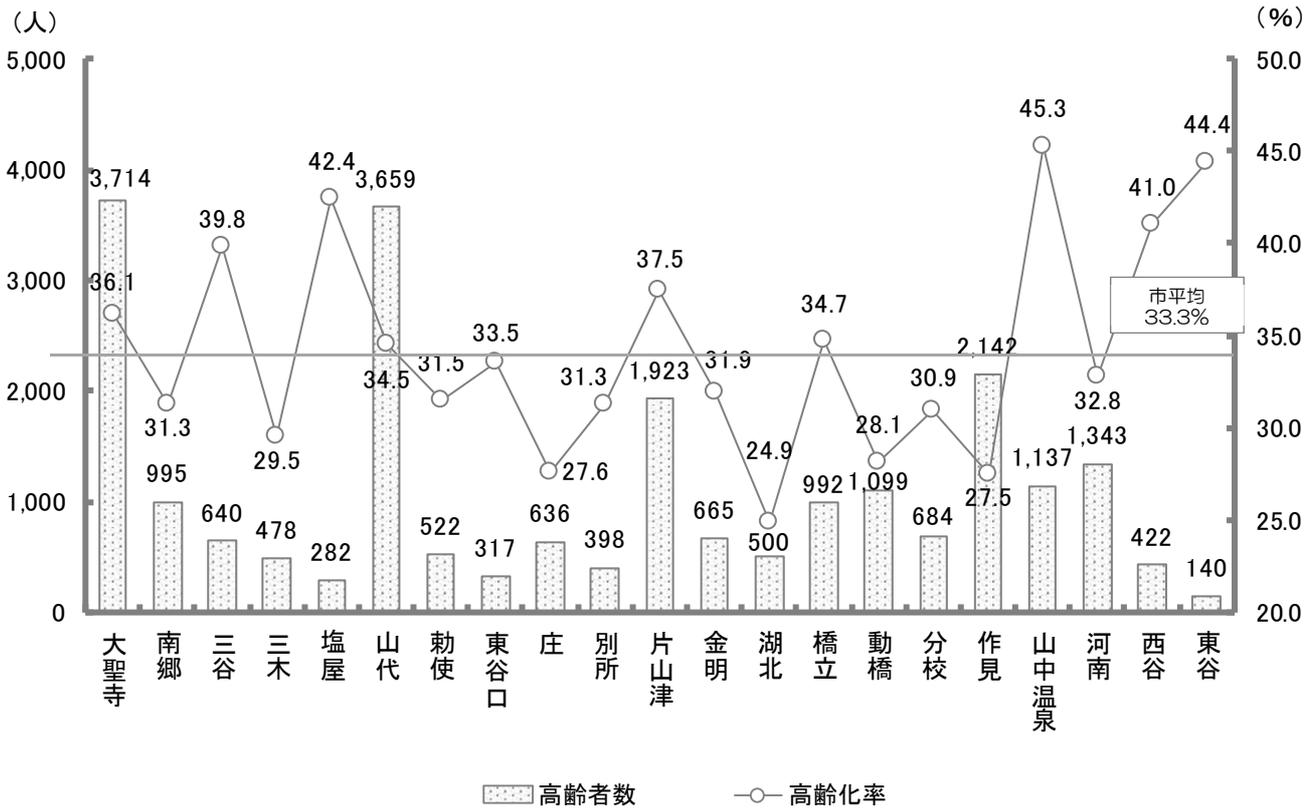


地区別 高齢者数と高齢化率（施設入所者除く）

（単位：人）

地区	高齢者数	高齢化率	地区	高齢者数	高齢化率	地区	高齢者数	高齢化率
大聖寺地区	3,714	36.1%	東谷口地区	317	33.5%	動橋地区	1,099	28.1%
南郷地区	995	31.3%	庄地区	636	27.6%	分校地区	684	30.9%
三谷地区	640	39.8%	別所地区	398	31.3%	作見地区	2,142	27.5%
三木地区	478	29.5%	片山津地区	1,923	37.5%	山中温泉地区	1,137	45.3%
塩屋地区	282	42.4%	金明地区	665	31.9%	河南地区	1,343	32.8%
山代地区	3,659	34.5%	湖北地区	500	24.9%	西谷地区	422	41.0%
勅使地区	522	31.5%	橋立地区	992	34.7%	東谷地区	140	44.4%

（平成 29 年 10 月 1 日現在）



### 圏域別 単身高齢者世帯数の推移

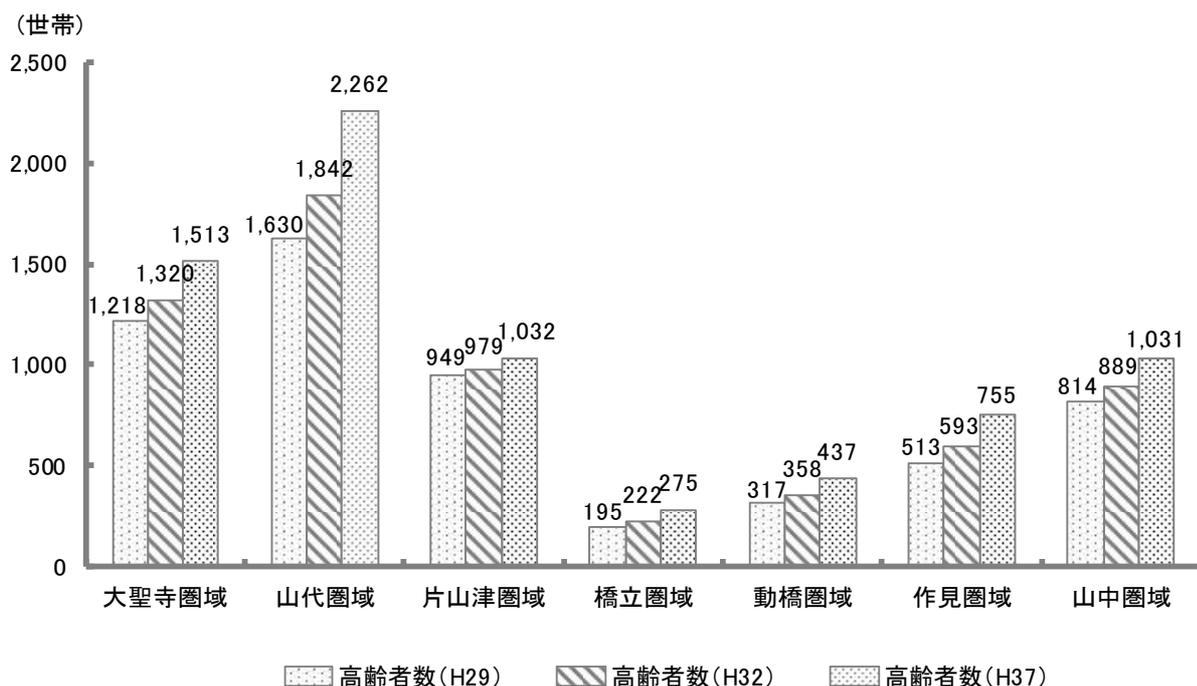
(単位：世帯)

	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	平成 32 年	平成 37 年
大聖寺圏域	1,115	1,172	1,218	1,251	1,285	1,320	1,513
山代圏域	1,478	1,576	1,630	1,698	1,769	1,842	2,262
片山津圏域	928	956	949	959	969	979	1,032
橋立圏域	170	178	195	204	212	222	275
動橋圏域	296	304	317	330	343	358	437
作見圏域	442	486	513	538	565	593	755
山中圏域	790	810	814	838	863	889	1,031
市全体	5,219	5,482	5,636	5,817	6,006	6,202	7,306

(各年 10 月 1 日現在)

※平成 30 年以降は推計値。

※圏域ごとに推計をしているため、圏域を合算しても市全体と一致しないことがあります。

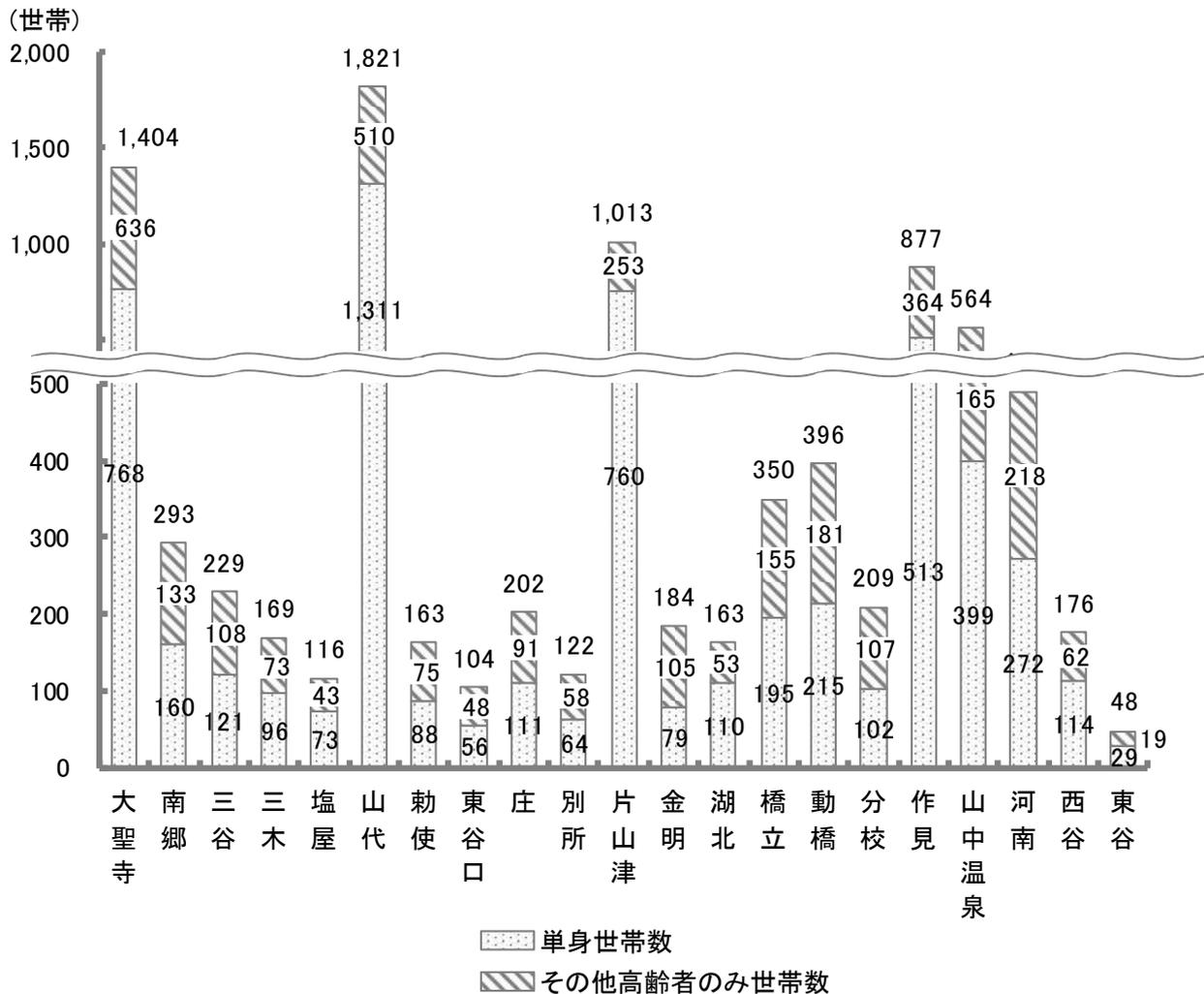


### 地区別 高齢者のみ世帯及び単身高齢者世帯数

(単位：世帯)

地区名	高齢者のみ世帯数 (うち単身世帯数)	地区名	高齢者のみ世帯数 (うち単身世帯数)	地区名	高齢者のみ世帯数 (うち単身世帯数)
大聖寺地区	1,404 (768)	東谷口地区	104 ( 56)	動橋地区	396 (215)
南郷地区	293 (160)	庄地区	202 (111)	分校地区	209 (102)
三谷地区	229 (121)	別所地区	122 ( 64)	作見地区	877 (513)
三木地区	169 ( 96)	片山津地区	1,013 (760)	山中温泉地区	564 (399)
塩屋地区	116 ( 73)	金明地区	184 ( 79)	河南地区	490 (272)
山代地区	1,821 (1,311)	湖北地区	163 (110)	西谷地区	176 (114)
勅使地区	163 ( 88)	橋立地区	350 (195)	東谷地区	48 ( 29)
				市全体	9,093 (5,636)

(平成 29 年 10 月 1 日現在)



### 圏域別 要介護認定者数と認定率の推移（施設入所者除く）

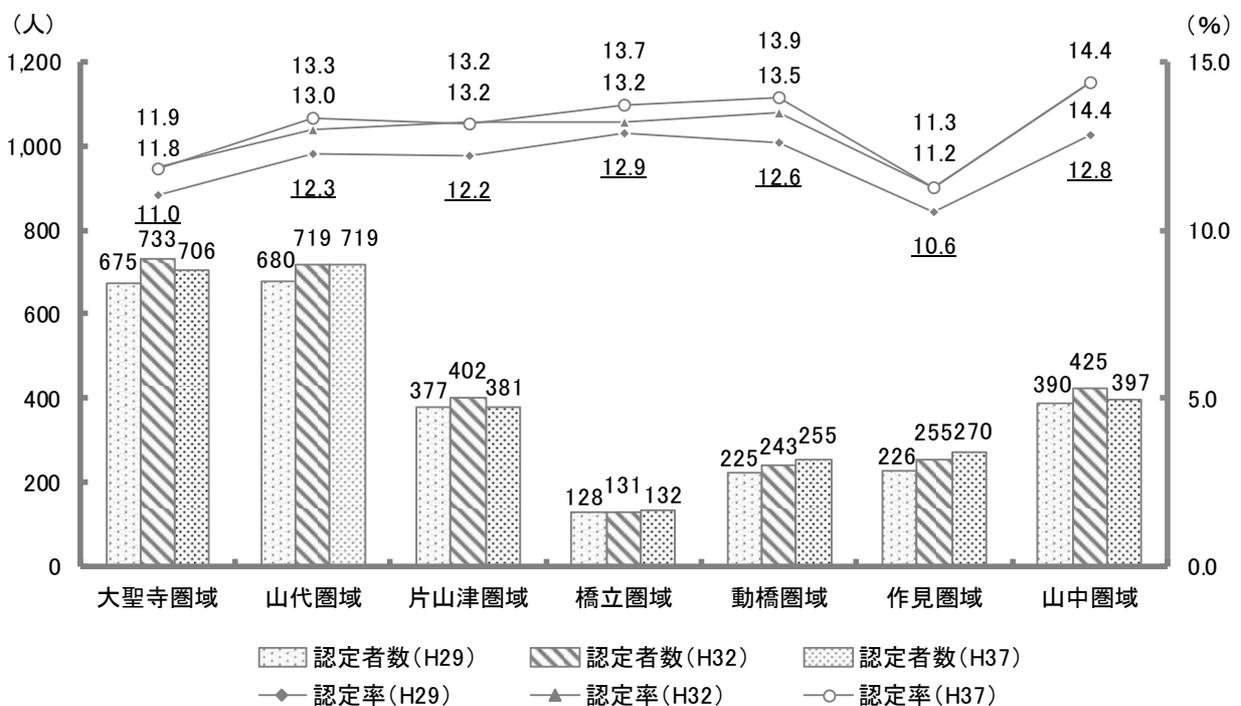
（単位：上段・人、下段・％）

	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	平成 32 年	平成 37 年
大聖寺圏域	746	669	675	730	729	733	706
認定率	12.5%	11.1%	11.0%	11.9%	11.9%	11.9%	11.8%
山代圏域	757	685	680	714	716	719	719
認定率	14.0%	12.6%	12.3%	12.9%	12.9%	13.0%	13.3%
片山津圏域	436	392	377	408	406	402	381
認定率	14.2%	12.6%	12.2%	13.2%	13.2%	13.2%	13.2%
橋立圏域	138	132	128	129	129	131	132
認定率	14.4%	13.5%	12.9%	13.0%	13.1%	13.2%	13.7%
動橋圏域	252	225	225	239	240	243	255
認定率	14.5%	12.7%	12.6%	13.4%	13.5%	13.5%	13.9%
作見圏域	247	232	226	245	249	255	270
認定率	12.0%	11.0%	10.6%	11.2%	11.2%	11.2%	11.3%
山中圏域	476	428	390	433	430	425	397
認定率	15.6%	14.0%	12.8%	14.4%	14.4%	14.4%	14.4%
市全体	3,052	2,763	2,701	2,898	2,899	2,908	2,860
認定率	13.7%	12.3%	11.9%	12.8%	12.8%	12.9%	13.1%

（各年 10 月 1 日現在）

※平成 30 年以降は推計値。

※圏域ごとに推計をしているため、圏域を合算しても市全体と一致しないことがあります。



### 圏域別 認知症高齢者数と認知症高齢者率の推移（施設入所者除く）

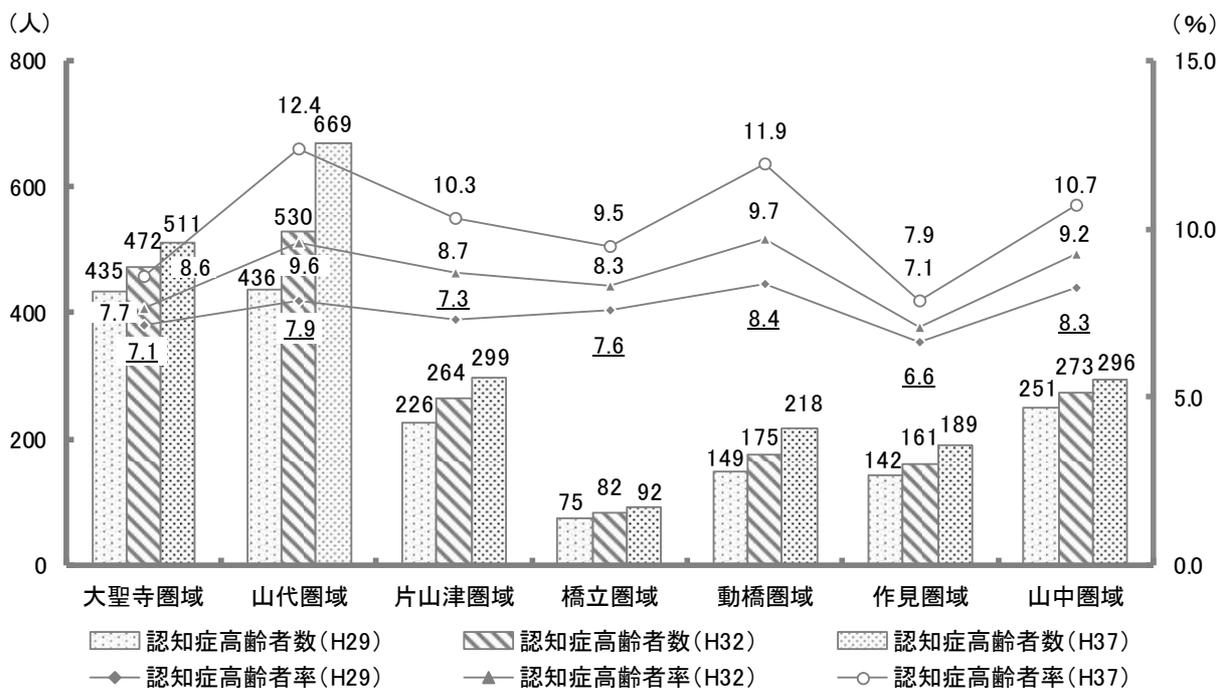
（単位：上段・人、下段・％）

	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	平成 32 年	平成 37 年
大聖寺圏域	417	412	435	449	459	472	511
認定率	7.0%	6.8%	7.1%	7.3%	7.5%	7.7%	8.6%
山代圏域	424	415	436	468	499	530	669
認定率	7.9%	7.6%	7.9%	8.4%	9.0%	9.6%	12.4%
片山津圏域	240	236	226	247	256	264	299
認定率	7.8%	7.6%	7.3%	8.0%	8.3%	8.7%	10.3%
橋立圏域	81	84	75	77	79	82	92
認定率	8.5%	8.6%	7.6%	7.8%	8.0%	8.3%	9.5%
動橋圏域	135	145	149	157	165	175	218
認定率	7.8%	8.2%	8.4%	8.8%	9.2%	9.7%	11.9%
作見圏域	157	137	142	148	154	161	189
認定率	7.6%	6.5%	6.6%	6.8%	6.9%	7.1%	7.9%
山中圏域	275	267	251	259	267	273	296
認定率	9.0%	8.7%	8.3%	8.6%	8.9%	9.2%	10.7%
市全体	1,729	1,696	1,714	1,805	1,879	1,957	2,273
認定率	7.8%	7.5%	7.6%	7.9%	8.3%	8.6%	10.4%

（各年 10 月 1 日現在）

※平成 30 年以降は推計値。

※圏域ごとに推計をしているため、圏域を合算しても市全体と一致しないことがあります。





第4章

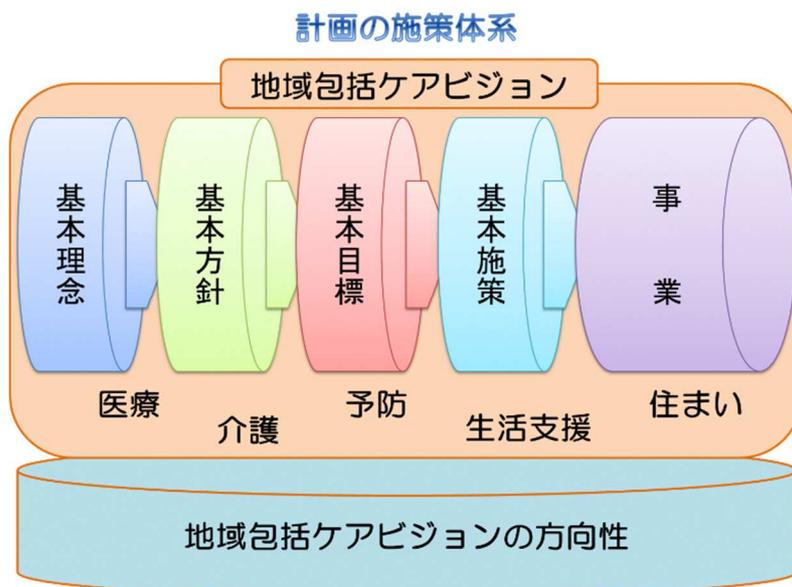
# 基本理念と施策体系

## 1 基本理念と施策体系

今後、人口構造の高齢化が進む中で平成37年（2025）には、戦後の第1次ベビーブーム世代がすべて75歳に到達し、後期高齢者の入り口を迎えることも見据えた取組みが必要になります。地域でのつながりによる支えあいのもとに、高齢者の暮らしを支えていく土壌づくりが必要となります。

第6期計画の基本理念と施策体系（基本方針、基本目標、基本施策等）は、地域包括ケアビジョンの考え方に包含されており、第7期計画でもこれらは変更せず次とおり踏襲し事業を進めていきます。

基本理念（最大目的）  
 高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく、自立した暮らしを継続できる社会を実現する。





## (1) 基本方針・・・高齢者の「自己実現」を支援します。

---

※「自己実現」…自分の能力・可能性を発揮し、創作的活動や自己の成長を図ること

### I. 自立支援の推進

高齢者が自分の持てる力を活用し、自立して生活することを支援します。

### II. 尊厳の保持

高齢者が自分の人生を自分で決め、個人として尊重される社会を構築します。

### III. 当たり前前のくらしの継続

住み慣れた地域でその人らしいくらしが継続できるように支援します。

## (2) 基本目標

---

### I. 本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり・・・その人らしく、自立した

いきいきと暮らし続けることができるよう、自分が「したいこと」を知り、自分が決めて、自分で行うことを支援する仕組みを作ります。

### II. 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり・・・住み慣れた地域で

たとえ認知症やどんな状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる体制を作ります。

### III. 地域での支えあいの体制づくり・・・支えあいながら

安心して住み続けることができる地域のために、地域住民が自らできることを考え取り組める体制を作ります。

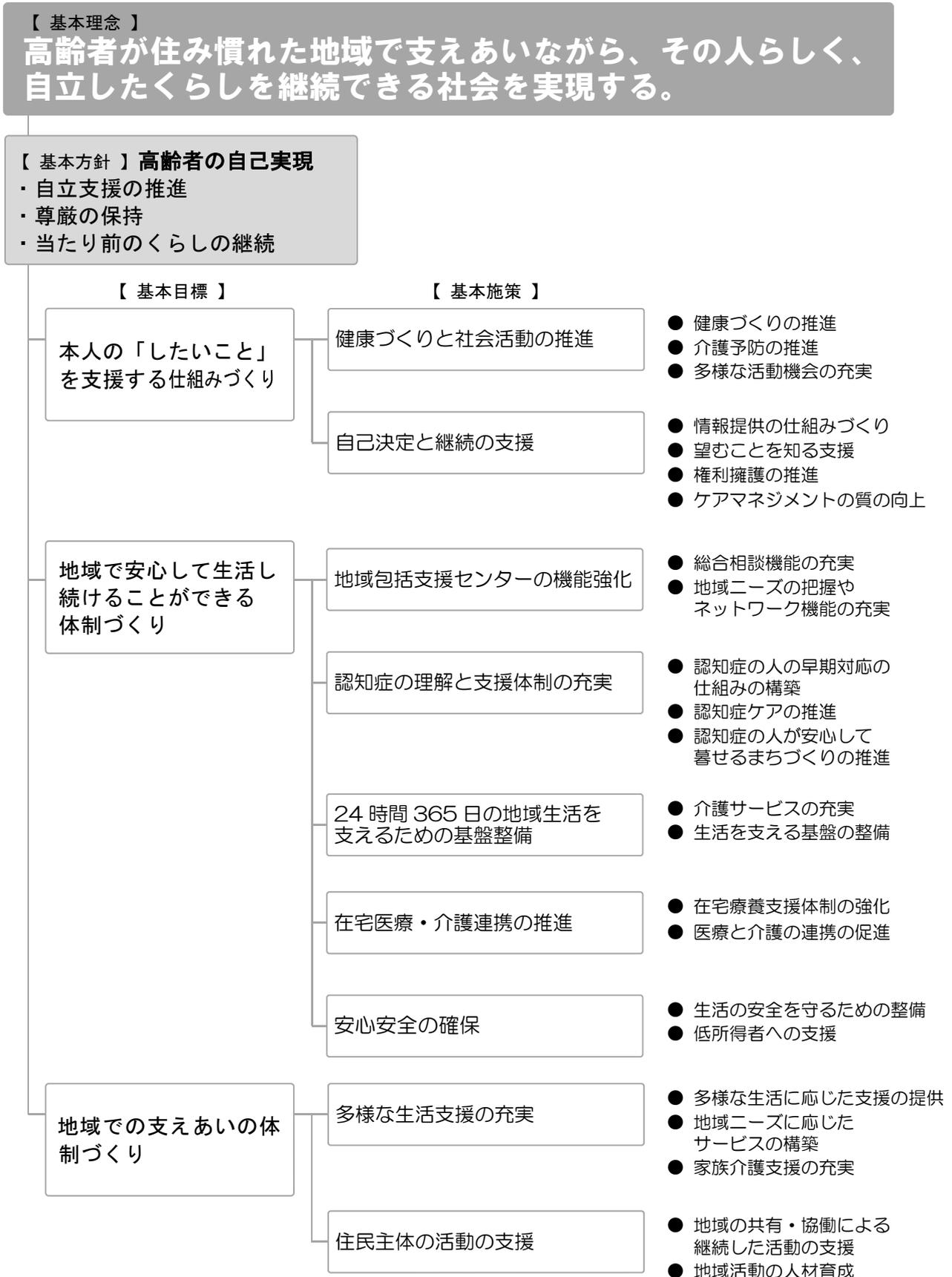
## (3) 基本施策と事業

---

基本目標に即した基本施策をそれぞれ掲げ、各事業は、次の6つの視点により実施していきます。

- ①すべての事業は、基本理念を実現するための事業とする。
- ②すべての事業は、高齢者の人権を尊重するものとする。
- ③すべての事業は、提供する側でなく利用者本位の事業とする。
- ④受益が公平かつ適切に受けられる事業とする。
- ⑤できる限り少ないコストで効果を上げる。
- ⑥市民と事業者と行政の協働により推進する。

(4) 施策体系図





## 基本目標Ⅰ 本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり

### (1) 健康づくりと社会活動の推進

「したいこと」をするためには、「したいこと」ができる自分になる必要があります。そのためには、介護を必要とする時間をできるだけ短くすること、健康寿命を伸ばすことが大切です。また、「したいこと」は人それぞれにありますが、それに応えられるような場が必要であり、活動機会を充実していくことが重要になります。

#### ① 健康づくりの推進

人生100年時代を迎え平均寿命が長くなる中、健康寿命の延伸に向けた取組みを推進することが重要になってきます。

介護認定の新規申請時の原因疾病において、認知症が1位であり、認知症の原因は糖尿病や高血圧であるという研究データもあります。また、2位の脳卒中（脳梗塞等）も高血圧症や糖尿病が原因の一つと言われます。つまり、高血圧症や糖尿病を予防することが健康寿命の延伸につながり、QOLの向上につながります。健康に過ごすためには、高齢期に至る前から、市民一人ひとりが主体性を持って、継続的に健康づくりに努めることが重要です。日常生活圏域ニーズ調査では、健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向は約6割と高くなっており、友人や知人と誘いあいながら運動や食生活の改善に取り組み、地域全体での健康づくりを進めることが必要です。健康づくりを推進するため手軽に行える運動として本市はラジオ体操やウォーキングなどを推奨しています。

第7期計画においても、保健衛生担当課との更なる連携や協働し、健康寿命の延伸に向け、介護予防のみならず高齢者が健康に暮らすために生活習慣病予防や重症化予防などに関する取組みを推進します。

#### 〔実施事業〕

- 健康診査事業
- 保健推進活動事業
- 食生活改善推進事業
- ラジオ体操ステーション認証制度
- かが健食健歩プロジェクト事業との連動
- かが健幸長寿講座

#### ② 介護予防の推進

介護予防は、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」と定義されており、高齢期の生活の質を高めるためには重要な取組みです。こうした従来の介護予防の概念

に加えて、「もうひとつの予防」として、地域や社会に参加し、住民が「つながる」状態に向けた支援も重要なテーマとなります。日常生活圏域ニーズ調査では、年齢が高くなるにつれて外出の機会が減少していることが示されており、地域のつながりを持ち続けることで活動の機会を確保し、健康寿命の延伸につなげていくことが重要となってきます。また、要介護認定を申請するきっかけとなった生活習慣病以外の原因疾患（平成28年）では、認知症が21.0%、筋骨格系疾患が9.7%となっており、これらは早期の対応により改善や悪化防止が可能です。そのため、筋力向上トレーニング教室や介護予防教室、地域おたっしゅサークル事業等を継続して実施してきました。国においては80歳前後から認定率が高くなる一方、本市においては75歳前後から高くなっており、少しでも遅らすために早めの介護予防の取り組みが必要となってきます。

第7期計画においては、「地域でつながる」ことも介護予防の推進における重要課題ととらえ、身近な場所での生活機能改善の活動の場づくりを積極的に取り組んでいきます。運動や口腔機能の向上や趣味活動など日常生活における取り組みが認知機能低下の予防につながる可能性が高いことを踏まえ、地域おたっしゅサークル活動において予防体操や機能向上メニューの充実に努めます。また、筋力向上トレーニング教室については筋骨格系疾患の予防だけではなく、生活習慣病予防も対象とした幅広い事業へ展開していき、介護予防のより一層の推進を図りつつ、さらには通所型サービス（短期集中型サービスC）を新たに導入し、入院等により一時的に生活機能の低下に陥った高齢者に、リハビリテーション専門職が短期的・集中的に介入し、生活機能向上を目指します。

#### 〔実施事業〕

- 介護予防把握事業（日常生活圏域ニーズ把握調査、生活アドバイス票の作成）
- 介護予防教室（転倒予防、認知症予防、栄養改善など）
- 筋力向上トレーニング教室
- 水中運動無料体験事業
- フィットネス無料券
- 地域おたっしゅサークル（介護予防型・サロン型・事業所協働型）
- 地域型元気はつらつ塾
- 通所型サービスA・訪問型サービスB
- 短期集中型サービスC

### ③ 多様な活動機会の充実

高齢者が生きがいをもっていきいきと暮らせるために、ボランティア活動等の社会貢献活動や生涯学習、スポーツ、趣味の活動等への参画を促進し、心と身体の健康づくりを支援することが必要です。身近な地域の中で生活の幅を広げ、家族だけでなく



隣近所や地域住民とのふれあいや交流の機会を充実することも重要です。ボランティア活動の推進、地域おたっしゅサークル事業やサロン等の多様な集いの場の確保推進に努めます。特に、設置箇所数が少ない圏域では、通いの場立ち上げ支援事業等を活用し、その地域の特性に合った場の確保に努めます。本市では、シルバー人材センターや老人クラブ活動の支援、地域の集会場等を活用した介護予防教室、地域おたっしゅサークル事業等を継続して実施してきましたが、大切なことは支援を受ける支え手側と受け手側に分かれるのではなく、誰もが役割を持ち、活躍できる社会をつくるのが大切に成ります。そういった意味では、さまざまな場面を通じてこれまで培った習慣や技能を活かし、生きがいを生み出すことが必要です。その契機として、元気な高齢者が介護保険施設や地域型元気はつらつ塾の協力員としてボランティア活動を行い、その活動実績に応じてポイントを付与する介護支援ボランティア制度や健幸ポイント制度も実施してきました。

第7期計画においては、介護支援ボランティア制度の対象活動等を拡充し、高齢者の積極的なボランティア活動の参加による生きがいづくりや健康づくりの推進に努めます。また、市民活動の更なる活性化に向けて、情報提供や連携・交流施策などの拡充に取り組み、併せてより多様な人々が地域活動に参加するような仕組みづくりを行い、市民主体の事業運営の推進を図っていきます。

〔 実施事業 〕

- かがやき予防塾
- 介護支援ボランティア制度
- 老人クラブ活動支援と連携
- いきいき大集合
- シニア活動応援事業

コラムの挿入  
ゼロ次予防について

## (2) 自己決定と継続の支援

「したいこと」をするためには、本人が自分のことを客観的に見つめ、「これまで」「今」「これから」の暮らしを考えておくことや、家族を含め周囲も理解して応援することが大切です。たとえ、認知症を患っても、「したいこと」をうまく伝えられなくても、周りが分かるように努力し、本人の「したいこと」がし続けられるよう支援することが大事になってきます。

### ①情報提供の仕組みづくり

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していくためには、健康づくりや介護予防の取り組み、介護保険事業や高齢者福祉サービスなど、必要な情報を必要なタイミングで受けられることが必要です。また、必要な人に必要な情報を届けるにはさまざまな方法を検討し、すべての人に行きわたるよう努めることも必要です。本市では、ホームページや広報への情報掲載の他、介護保険事業や高齢者福祉サービス等に関する情報をひとまとめにしたガイドブックや介護予防情報便等を作成し、地区高齢者こころまちセンターから必要な方に必要な情報の提供ができる仕組みづくりや、関係機関への配布・窓口での相談時等に活用してきました。

第7期計画においては、健康づくりに関する情報を拡充した介護予防情報便を発信するとともに、地域高齢者こころまちセンターが把握している社会資源マップなどを活用しながら、必要な方に必要な情報の提供ができる仕組みづくりを引き続き行っていきます。

#### [ 実施事業 ]

- 高齢者保健福祉の手引き（高齢者の健康と介護ガイドブック）作成
- 介護保険広報事業
- 介護予防情報便作成
- かもまる講座

### ②望むことを知る支援

「したいこと」を選択するためには、本人が自分のことを客観的に見つめ、自分の望みを知っておくことや、周囲もそれを理解して応援することが大切です。本市では、危険な老化のサインをいち早く発見する介護予防基本チェックリストの実施とその結果を基に作成した生活アドバイス票の活用により、高齢者が自らの現状を知り、生活を見直すきっかけとなるよう取り組んできました。また、これからの自分自身の人生をより豊かな日々として送るために、未来に向かってどう生きていくかを書き示した“わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）”を作成し、啓発普及に努めています。



第7期計画においては、日常生活圏域ニーズ把握調査を継続的に行い、早期から介護予防の対応ができるような仕組みづくりを進め、効果的な実施方法を検討していきます。更に、わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）を地域や医療機関等で普及・啓発し、本人の望む暮らしを知る支援を推進していきます。

〔 実施事業 〕

- 介護予防把握事業（日常生活圏域ニーズ把握調査、生活アドバイス票の作成）
- “わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）” 啓発普及

コラムの挿入

地域包括ケアシステムの植木鉢について

（わたしの暮らし手帳の写真と啓発普及している場面写真含む）

### ③権利擁護の推進

高齢になったり、認知症になったりしても、一人の人間として尊厳を保ちながら生活していくためには、さまざまな権利侵害から本人を守ることが大切です。また、高齢者の意思や希望を大切に、可能な限り本人が望む生活を送るためには、本人に関わる人たちの権利擁護に対する理解が重要となっています。本市では、高齢者虐待防止普及事業を通して、家族や民生委員等の関係者へのリーフレット配布や市民向け講演会を開催し、権利擁護意識を高める取組みを進めています。また、専門職を対象とした虐待防止研修会や、地域包括支援センター内部での継続的なケース検討会の実施するなど、虐待予防と早期の虐待対応、及び悪化防止に向けて取り組んでいます。加賀市社会福祉協議会の成年後見センター「ほっこり」とも連携し、成年後見制度の利用を促進し、高齢者の契約行為や財産管理の支援を強化しています。

第7期計画においては、今後さらに複雑化・複合化する課題に対して、関係機関など各課が連携して支援方針を確立しモニタリングを継続していきます。また、未然に防ぐために早期から対応できるよう虐待発生リスク確認シートを活用した支援についても継続して取り組んでいきます。

#### 〔実施事業〕

- 高齢者への総合相談と支援（包括的支援事業）
- 虐待防止研修会（視点編・実践編等）
- 成年後見制度、福祉サービス利用支援事業等の周知啓発促進
- 高齢者虐待防止ネットワーク形成事業（庁内連携会議、権利擁護部会）
- 障がい者部門とのケース会議開催

### ④ケアマネジメントの質の向上

ケアマネジメントは、専門的な視点から、特に自立支援・生活機能の向上を目指して行われる必要があり、多様な主体による地域資源を有効活用できるような体制づくりと人材育成により、質の向上に努めることが必要です。ケアプランの作成は、本来は本人が行うこととされていますが、本人に代わってケアマネジャーが行うこともできます。本人の望む暮らしのためにケアマネジメントは、ケアマネジャーだけではなくさまざまな多職種のサービス関係者が本人の支援を考えるチームとして協働し考えることが大切です。特に、事業対象者・要支援認定者においては目標設定会議やモニタリング会議を通じて本人の目標達成にむけ、今後の予後予測や本人の関係力も生かした支援の取組みが必要です。本市では、ケアマネジャーや各サービス事業所等の連絡会の開催や各種研修を実施し、事業所間の交流の促進や互いの課題の共有を行ってきました。また、ケアマネジャーや介護サービス事業者だけでなく、地域の支援者などもメンバーに入れ、支援方針を共有する個別地域ケア会議への開催支援を行うなど、本人がこれまで紡いできた人や地域との関係性を保ちながら、つながりを深めたり、



関係をつなぎ直したりして本人の望む暮らしの実現に向けた支援を行っています。

第7期計画においては、本人本位の視点に立った関わりができる専門職の更なる質の向上や自立支援・チームケアの視点を加え、高齢者が地域でその人らしく暮らし続けられるよう、引き続き、介護保険事業所間の交流や課題の共有を図り、更なる質の向上に努めます。

〔 実施事業 〕

- 介護サービス事業者協議会の後方支援（ケアマネジャー連絡会、通所・訪問系サービス事業所連絡会、地域密着型サービス事業所連絡会）
- 包括的・継続的ケアマネジメント事業（高齢者への総合相談と支援、介護サービス事業者へのケアマネジメント支援、目標設定会議、モニタリング会議、主任介護支援専門員勉強会開催）
- 地域リハビリテーション活動支援連絡会開催

コラムの挿入

ケアマネジメントについて

## [ 評価指標 ]

	評価項目	H30	H31	H32	考え方	
活動指標	生活アドバイス票発行数	9,000	9,250	9,500	参加人数が増えるように周知します。	
	地域おたっしやサークル(介護予防型・サロン型)実施箇所数	75	77	80		
	地域型元気はつらつ塾実施箇所数	16	18	21		
	地域型元気はつらつ塾参加延べ人数	2,500	2,750	3,000		
	かがやき予防塾参加者数	100	100	100		
	ケアマネジャー育成支援事業・研修会の開催数	6	6	6	サービスの質を高めま	
	虐待防止・権利擁護に関する研修会の開催数(関係機関)	3	3	3	虐待防止・権利擁護を理解する機会を増や	
成果指標	おたっしやサークル参加者率(参加者数/65歳以上高齢者数)	9.8%	10.0%	10.5%	元気な高齢者を増やします。(*認定率に関しては、推計値を越えないようにします。)	
	介護支援ボランティア制度・ポイント交換者数	100	150	200		
	かがやき予防塾修了生(かがやきさん)登録者数	80	100	120		
	第1号被保険者(65歳以上)の要支援・要介護認定率(推計値)	16.1%	16.4%	16.7%	自立支援に向けた取組みを推進します。	
	要介護状態の維持・改善の状況(要介護認定等基準時間の変化)					
	支援事例の内、虐待ケース検討会開催割合	100%	100%	100%		専門職によるチーム支援を行います。
	成年後見制度の市長による申立て件数	10	10	10		公的な支援制度を活用します。



## 基本目標Ⅱ 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり

### (1) 地域包括支援センターの機能強化

高齢者が、地域で安心して暮らし続けるためには、すべての高齢者が困ったときにいつでも相談できる体制の充実が大切です。

地域包括支援センターは、市が実施主体となり、平成18年度より市直営の地域包括支援センター（基幹型包括）を1か所設置し、24時間365日対応が可能な公共相談窓口による総合相談、権利擁護事業等の高齢者の生活を支える中核機関として取り組んできました。平成27年8月からは、身近な地域でいつでも相談できる拠点として地区高齢者こころまちセンターも設置してきました。また、平成28年4月には医療と介護との連携強化と退院後の在宅支援強化を図るため、加賀市医療センター地域連携センターつむぎ内に、加賀市地域包括支援サブセンターも設置しました。

第7期計画においても、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として、在宅医療・介護連携強化、地域ケア会議の充実、認知症対策の推進、介護予防・日常生活支援総合事業等と連動した取組みにより、さらなる機能強化に努め、地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていきます。また、市直営の地域包括支援センターの公平中立性を担保した地域包括支援センター機能の委託化についても検討していきます。

本市では、「加賀市健康福祉審議会・高齢者分科会」を地域包括支援センター運営協議会に位置づけ、公正・中立性の担保と職員確保や円滑な運営等について協議していきます。

#### ①総合相談機能の充実

高齢の親と働いていない独身の50代の子の同居世帯（8050問題）、介護と育児の同時ケア（ダブルケア）など、地域で高齢者が抱える問題が複雑化・複合化する中、高齢者が抱える困りごとを受け止め、制度のはざまにある課題においては関係機関が連携して対応していきます。

第7期計画においても、総合相談機能の更なる充実を図るため、身近な地域でいつでも相談できる拠点や人材を計画的に増やし、継続した関わりの充実や早期相談、早期に関係機関につなぐことを重視します。また、市直営の地域包括支援センター（基幹型包括）と地区高齢者こころまちセンターとの連携を強化し、地区単位の課題や社会資源を活用した地域づくりの推進を強化していきます。さらには、地区高齢者こころまちセンターを今後も地域づくりの拠点として位置づけ、早めの出会いを大切に、高齢者の抱える地域課題を“丸ごと”受け止められる体制を推進・強化していきます。

地区高齢者こころまちセンターは、公正・中立性が確保できる適切な介護保険事業者に委託しており、支援が必要な一人ひとりの生活、すなわち「本人の暮らし」に応じた関わりや地域との関係が途切れることがないように意識しながら高齢者の生活に寄り添い、より身近な地域で支援していきます。さらには、これまでの高齢者本人とつながりのある人々の関係性を把握し、個別地域ケア会議（軒下会議）を活用した相談支援を行います。そのためにランチ（相談窓口）を委託する介護保険事業所と市直営の地域包括支援センター（基幹型包括）とのランチ連絡会やランチ勉強会、圏域ごとのブロック連絡会などを重ねながら情報共有を密に行い、相談専門職としてのスキルアップを図り続けます。

ランチ未設置地区の相談窓口は基幹型包括が引き続き担当しますが、第7期計画では地域密着型事業所の設置がある地区でのランチ設置を進め、地域密着型事業所がない地区においては、地域型元気はつらつ塾等の開設を行い、身近な場所で相談ができる体制づくりを推進します。

また、地域包括支援サブセンターでは医療と介護の連携強化や医療に関する相談窓口として医療コーディネーターと連携し、その人がたとえ入院しても在宅復帰後望む暮らしが継続できるよう途切れない支援体制を引き続き強化していきます。

#### 〔 実施事業 〕

- 総合相談支援事業
- 基幹型地域包括支援センター（直営）の継続
- 地域包括支援サブセンター（直営）の継続
- 地区地域包括支援センター（ランチ：身近な相談窓口）の拡充
- 介護なんでも 110 番の設置
- 個別地域ケア会議（軒下会議）の開催
- ブランチ事業（連絡会・勉強会・圏域ブロック連絡会の開催等）

#### ②地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実

地域包括支援センターでは、地域ケア会議の開催や各種連絡会をとおして、総合相談から把握した課題解決のため、関係機関との連絡調整やネットワーク形成等を行ってきました。しかし、地域での暮らしを支えるためには、介護の専門職や行政だけでは解決できないことが多々あります。地域特性に応じた課題に対して地域住民、事業者、行政と共に解決に向けた取組みを行うことが必要不可欠です。

第7期計画においては、地区高齢者こころまちセンターを今後も地域づくりの拠点として位置づけ、高齢者の本人のみならず世帯を含めた支援の強化及び相談から導き出された地域課題を地域と共に解決していく体制構築を強化していきます。具体的には、地域において支え手側と受け手側に分かれるのではなく、あらゆる住民が持てる力を一人ひとりが発揮し、役割をもち、支えあいながら、自分らしく活躍できる地域



コミュニティを育成します。また、庁内においてはさまざまな相談支援機能や、他の公的な福祉サービスとも協働して助け合いながら暮らすことができる「地域包括ケアの深化・地域共生社会」を実現していくことを目指します。

〔 実施事業 〕

- 地域ケア会議（地区単位）の開催
- 地域福祉コーディネート業務
- 庁内連携会議

〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	地域包括支援センター・ブランチ設置数	17			相談窓口を増やします。
	ブランチ連絡会開催数	12	12	12	
	地域包括支援センター関連研修会開催数	6	6	6	
成果指標	総合相談延件数	6,100	6,200	6,300	切れ目のない相談支援件数を増やします。
	ブランチへの新規相談実件数	150	200	250	
	個別地域ケア会議開催数	38	42	46	地域で支えるきっかけを作ります。

コラムの挿入

お互いさまの助けあいの輪について

## (2) 認知症の理解と支援体制の充実

平成 29 年 7 月に改訂された「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025）を目指し、認知症の予防はもとより、たとえ認知症になっても、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるような社会の実現を目指しています。また、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要とも明記してあります。

社会全体で認知症の人を支える基盤をつくるためにも、認知症への正しい理解を深めるためにも、認知症サポーター養成講座・認知症サポーターステップアップ講座を修了した者が地域の実情に応じた活動を推進することも積極的に行う必要があります。また、第6期計画で作成したわたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）についても、さまざまな場面での活用を図り自分自身のこれからを考えることから、たとえ認知症になっても地域で暮らし続けることができる地域づくりに活用されるようより一層の普及に努めます。

### ①認知症の人の早期対応の仕組みの構築

認知症に対する保健・医療・福祉等の多様なサービスが身近なところで早期にかつ包括的に提供できる支援体制を確立するためには、関係機関や医師会等と連携し、認知症高齢者を支える地域のネットワークの強化が求められます。また、早い段階から住民一人ひとりが自分ごとや家族の立場として、認知症という病気を正しく理解し、対応できるための情報を提供する仕組みが重要です。本市では、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームを配置し本人が自分の状況を理解しこれからの暮らしを考え備える（予防する）ことができる仕組みとその後のケアを見据えた支援体制を整えてきました。

第7期計画においては、平成 29 年 3 月に設置した認知症初期集中支援チームによる早期介入、早期支援にも積極的に取り組み、必要に応じた支援を提供し医療と介護の有機的な連携によって認知症の人とその家族の生活を支えます。また、たとえ認知症を患っても、どのように今後暮らしていきたいかを効果的・視覚的に周囲の人に理解してもらうため、これまでのこだわりや楽しみ等をわたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）に自ら記載しておくことが大切です。かがやき予防塾修了生・認知症サポーターステップアップ修了生等のボランティア・地区高齢者こころまちセンター職員等がキャラバン隊となり啓発普及活動を推進していきます。



〔 実施事業 〕

- もの忘れ健診の実施
- 認知症地域支援推進員の配置
- 医療機関相談員連絡会・かかりつけ医と専門医との連絡会や研修会
- 介護なんでも 110 番（相談窓口）の設置
- わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）普及啓発
- 地域福祉コーディネート事業
- 認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チームの設置）
- 認知症の人を支える社会資源整理シートによる状態像に応じた情報提供

②認知症ケアの推進

認知症の人の行動は周りから理解されにくく、家族が介護疲れになることも少なくありません。また、目の前の困り事に対処することが精一杯で、本人よりも周囲の判断によりサービスが提供されることも少なくありません。その結果、これまでのつながりが途切れ、環境が変わることで本人が混乱し、認知症の症状が進行する要因になる場合もあります。前述の①総合相談機能の充実でも紹介しましたが、日々の相談の中からも、認知症が進行してからの相談が多く、本人がどのように暮らしてきたかどう暮らしていきたいかが分からない状況があります。

第7期計画においては、本人本位の視点を大切にし、認知症対応力向上研修（中堅職員向け研修会）の開催や研修修了後のフォローアップ体制を充実しケアの質の向上を図ります。さらに、認知症の症状が変化しても入院しても在宅にいても、わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）を活かした本人本位のケアマネジメントを大切にして、個別地域ケア会議を通して地域との支援体制も強化していきます。すべての認知症の人や家族が地域で暮らす望みを継続できるように、本人の声に耳を傾け、切れ目のない支援と安心につながるケアや関わりができる「備え型の支援」の体制を引き続き行い、本人のできることを最大限生かした支援を構築します。「認知症の人に」ではなく、「認知症という病気を抱えた人と」何ができるか、そして認知症を患った人も同じ地域で暮らす「仲間」と考え、安心して暮らせる地域づくりを推進していきます。若年性認知症対策では、県立高松病院内にある若年性認知症相談窓口と連携していきます。

〔 実施事業 〕

- 認知症対応力向上研修（中堅職員向け研修会）開催や研修修了者フォローアップ勉強会開催
- わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）を活用したケアマネジメント推進
- 個別地域ケア会議（軒下会議）開催
- 本人ミーティングの開催
- 認知症カフェ等を活用したボランティアによる自宅訪問（認とも）
- 家族向け介護教室の取組み推進

### ③認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

認知症になってもその人らしく尊厳を持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域の理解と認知症の人を支えあえる仕組みや支援が不可欠です。

本人・家族はもちろんのこと、地域住民が認知症を正しく理解し、認知症の高齢者と家族を地域で支える体制整備が求められています。本市では、認知症の勉強会（認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座）の開催やキャラバン・メイト養成講座を一般市民にも受講対象者を広げ、行いました。講座を終えた介護サービス従事職員や一般市民がキャラバン・メイト（市民メイト含む）に登録し、サポーター養成講座だけにとどまらず、事業所間を越えたつながりの中で、地域課題を把握し、生活圏域単位で必要な取組みを検討、実践してきました。また、認知症ケア普及事業では、高齢者ふれあい講座をとおして市内小学生へ高齢者の理解や認知症についての講座を実施する等教育委員会と連携しながら、福祉教育にも取り組んでいます。

第7期計画においても、引き続き介護保険事業所に属しているキャラバン・メイトと講座を終えた市民キャラバン・メイトが有機的に連携し、啓発活動の拡充や、万が一に備えた行方不明時の搜索体制の構築及び家族への情報提供を行い、認知症に対する正しい知識や理解の普及啓発に努め、見守りネットワークの充実を図ります。認知症の人や家族が住み慣れた地域で住み続けることができるよう、相談体制のさらなる充実や本人と家族を支える地域づくりなど、本人支援だけでなく介護負担のある家族に対する支援も重層的に行っていきます。

#### 〔 実施事業 〕

- 認知症ケア普及啓発事業（認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座等）
- 家族介護支援事業（地域ごとの家族介護支援教室の実施等）
- 認知症キャラバン・メイトによる圏域単位の啓発普及活動の展開
- 市民キャラバン・メイトの育成
- 認知症国際アジア会議 in 加賀の開催
- 認知症キャラバン・メイト協議会（仮称）の設置



〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	もの忘れ健診実施医療機関数	33	34	35	認知症について理解できる機会を増やします。
	認知症サポーター養成人数 (累積人数)	5,000	5,300	5,600	
	市民キャラバン・メイト養成人数 (累積人数)	7	15	15	
	多職種協働研修開催数 (かかりつけ医対応力等向上研修等)	2	2	2	
	認知症地域支援推進員配置数	4	4	4	
	認知症初期集中支援チーム員 会議相談実件数	10	15	20	
	本人ミーティング開催数	1	1	1	
成果指標	もの忘れ健診受診者数	200	220	240	認知症の人と家族を支援する人を増やします。
	多職種協働研修参加者数	50	50	—	
	認知症対応力向上研修(中堅職員向け研修会) 修了者数	50	50	—	

コラムの挿入

認知症施策におけるトピックス

### (3) 24時間365日の地域生活を支えるための基盤整備

高齢者が住みなれた地域での生活を継続するには、24時間、緊急時に対応できるサービスの提供と、日頃からの外出支援など日常生活におけるさまざまな支援が必要です。また、24時間365日の地域生活を支える基盤整備には、地域や社会全体の中で、相互に支える、支えられるという関係ができる地域共生社会の実現が不可欠です。

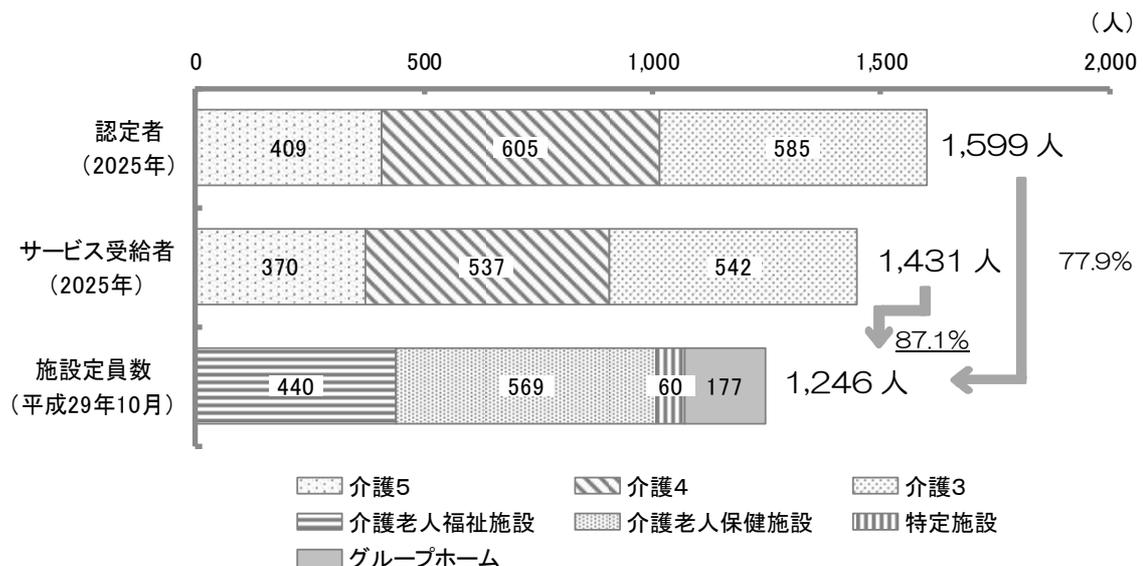
#### ①介護サービスの充実

入所施設は本市では下記図で示してあるように十分に整備されています。このため、新たな入所施設の整備は行わず、既存施設の個室ユニット化と郊外施設の街中移転を推進していきます。

在宅サービス事業所については、通所介護等の通所系のサービスは稼働率からも余剰がありますが、訪問介護等の訪問系サービスは事業者が減少してきています。訪問スタッフや夜勤等職員が不足気味であり、在宅生活を24時間365日支えるサービスの確保に取り組む必要があります。また、介護サービス事業所の整備だけでなく、介護保険事業が健全に運営されるよう、提供されるサービスの質の向上や、未納保険料の徴収、マネジメントや介護給付の適正化を推進していきます。

#### ア) サービス基盤の現状

本市は、全国と比較してもグループホーム・ケアハウスを含め、介護が必要になり、自宅での生活が困難になった場合の入所施設サービスの提供量が非常に高い水準となっており、要介護3以上の認定者のほとんどが入所・入居可能な施設定員数が整備されています。



要介護3以上のサービス利用者の約9割をカバーする定員数が既に確保されており、入所系サービスの基準は充実している。



地域密着型サービスが創設された第3期計画以降は、入所施設が十分整備されているため、郊外に立地する大型施設の個室ユニット化・街中への小規模分散移転や小規模多機能型居宅介護事業所の整備など、住みなれた自宅や地域で自分らしく暮らしていくための環境整備を重点的に進めています。

小規模多機能型居宅介護事業所については、日常生活圏域ごとに必要数を設置することとして整備を進め、国が介護基盤の緊急整備を推進したこともあり、本市における小規模多機能型居宅介護事業所の整備状況は以下のとおりとなっています。

〔 小規模多機能型居宅介護事業所の整備状況 〕

	大聖寺圏域	山代圏域	片山津圏域	橋立圏域	動橋圏域	作見圏域	山中圏域	合 計
第3期計画	1	1			1			3
第4期計画	1	1	1	1		2		6
第5期計画	1		1				1	3
第6期計画		1			1			2
合 計	3	3	2	1	2	2	1	14

(平成30年度当初の数値)

イ) サービス基盤の整備方針

自宅で介護を受けるか、施設に入所して介護を受けるかについては、本人の価値観や状況に応じて、高齢者自身の判断で選択されるべきものです。

介護保険法の改正により、特別養護老人ホーム（地域密着型施設含む）への入所者は原則、要介護3以上の要介護認定者となりますが、先にも述べたとおり、本市では中重度の要介護認定者がほとんど入所可能な施設定員数が整備されております。

本市で実施した市民意識調査によると、長期療養や介護が必要になったときの暮らしの場所として「自宅や家族の家」を希望した人は約31%、「老人ホームなどの施設」を希望した人は約45%などとなっています。これらの選択理由を尋ねたところ、「自宅や家族の家」を希望した人は「住み慣れた場所で過ごしたいから」を約76%の人が選択し、「老人ホームなどの施設」や「病院」を選択した人は「家族の身体的・精神的負担を減らせるから」を約77%の人が選択しています。また、同調査で認知症のための充実すべき施策を尋ねたところ、介護サービスについては「24時間365日対応できる介護サービスの充実」を最も多い約39%の人が選んでいます。

第7期計画においては、定員数を増やすことを目的とした施設整備は行わないものとしませんが、「家族の身体的・精神的負担の軽減」や「24時間365日」を希望される人が多いことから、たとえ認知症になっても、介護が必要になっても、在宅生活をあきらめることなく、住みなれた自宅や地域で尊厳をもって暮らしていける環境整備

を進めていきます。

### ウ) サービス基盤の整備目標

#### i 小規模多機能型居宅介護（サテライト型も含む）・看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、利用者の状態や希望に応じて、事業所への「通い」「泊まり」、自宅への「訪問」といったサービスを柔軟に組み合わせて提供する 24 時間 365 日対応のサービスです。どのような形態で利用しても、なじみの職員が対応し、事業所の利用がない日も安否確認などの支援が行われます。

本市の整備状況は、前頁に示したとおりです。今後は、国が示す小規模多機能型居宅介護の整備目標数に不足している圏域での整備を行います。

また、第7期計画で整備を進める新たな小規模多機能型居宅介護については「サテライト型の小規模多機能型居宅介護」での整備を併せて検討するものとします。

なお、サテライト型の小規模多機能型居宅介護の整備を認める条件としては、本体とする事業所と同一圏域内でサービスの少ない地区での整備であること及び訪問サービスを実施することに加え、既存の小規模多機能型居宅介護から切り出しによる整備の場合は、合計定員が増加しないこと、他のサービス種別からの転換又は切り出しによる整備の場合は保険料の増につながらないことを条件とします。

既存の小規模多機能型居宅介護事業所が「看護小規模多機能型居宅介護事業所」へ移行する場合は、登録している利用者に支障がなく、安定したサービス提供体制が確保できると認められる場合に認めることとします。

#### 〔 第7期計画における整備目標 〕

		山中圏域
小規模多機能型居宅介護（サテライト型含む）・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所	事業所数	1

#### ii 通所介護事業所（地域密着型通所介護事業所含む）

加賀市内の地域密着型通所介護を含む通所介護事業所は、平成 29 年において、サービス供給量が、平成 37 年（2025）の利用者推計値を上回る状態となっています。

通所介護事業所については、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの住み慣れた地域での生活を継続するために必要なサービスの維持・普及のため、これ以上の通所介護事業所の新規の指定申請については国のガイドラインに基づき原則として指定を拒否するものとします。

なお、認知症対応型通所介護については、認知症高齢者の増加が見込まれることから、事業者から申請があれば既存の認知症対応型通所介護の稼働状況等を勘察し、指



定を検討することにします。

### iii 地域密着型事業所（地域密着型介護老人福祉施設・認知症対応型共同生活介護事業所）

認知症対応型共同生活介護事業所については、国の示す必要数がほぼ整備されています。地域密着型介護老人福祉施設については、介護老人福祉施設と併せ、十分な入居施設が整備されています。

大型施設の街中への小規模分散移転などにおいて、個室や個室ユニット化、プライバシーに配慮した準個室などの居室を備えた認知症対応型共同生活介護事業所や地域密着型介護老人福祉施設への転換の意向があった場合には、第7期計画における介護保険料の設定金額を考慮し、整備の検討を行います。

### iv 介護保険施設の個室ユニット化・街中への移転

施設に入所した場合でも、小規模なグループ単位で介護を提供し、施設での生活を限りなく在宅生活に近いものとして、高齢者の意思、自己決定を最大限尊重する介護方法が「ユニットケア」と呼ばれる介護です。国県の目標においては、個室型のユニットケアを行う施設の割合を増加させることを掲げていますが、利用者にとっての施設利用料の負担増加や、介護サービス事業者にとっての職員の配置変更など、既存施設をユニット型の施設へ転換するのは容易なことではありません。

本市においては、「住みなれた地域での自分らしい暮らし」を求める声に少しでも応じられるよう、運営事業者との協議により、今後も既存施設の個室ユニット化を推進していきます。その際には、施設の小規模分散化により、できる限り街中での整備を行っていくものとします。

第7期計画において、運営事業者から施設の総定員数を増加せずにユニット型施設へ転換する意向があった場合には柔軟に対応し、個室ユニット化を進めるものとします。

また、多床室施設の改修時において個室ユニット化を行わない場合においては、プライバシーに配慮した居室の改修を推進します。

### v 介護予防拠点

第3期計画から、施設整備においては小規模多機能型居宅介護事業所に介護予防拠点を併設するなど、介護サービス事業所・施設が要介護高齢者のみ集まる場所ではなく、住民、子供など、地域のさまざまな人達が集える場所となるように整備を進めました。

第7期計画においても、国県の整備交付金が活用できることを前提とし、地域密着型サービスの基盤整備を行う場合は、介護予防拠点を併設することとします。介護予防拠点については、事業者の創意工夫により、子供との世代間交流などさまざまな社

会資源との交流を図っていきます。

既存の介護サービス事業所が、改修、増築、移転した場合や、地域住民活動の活性化が期待できる場合にも整備を検討するものとします。

#### vi 介護人材の確保・育成

介護分野における有効求人倍率は依然として高い水準にあり全産業より高い水準で推移しています。国においては、キャリアアップの仕組みの構築や介護職員処遇改善加算の拡充など介護職員の処遇改善に取り組んでいます。市内の介護サービス事業者においても、給与や手当の引き上げや資格取得のための助成など、それぞれに取り組んでいますが、運営上、余裕のある職員数を確保できていない状況です。事業者からの聞き取り調査では、特に利用者の自宅を訪問するサービスに従事する訪問スタッフや夜勤や深夜早朝の勤務を行う介護職員の確保が難しいとの声が多く聞かれました。今後、生産年齢人口の減少する中で介護人材の確保はますます困難になるものと思われます。市においても不足している人材の確保を図る必要が図るための方策を検討する必要があります。また、今後地域の問題が複雑化・複合化していく中、多機能にわたり対応ができる相談専門職の人材育成も目指します。

#### 〔 実施事業 〕

##### Ⅰ 介護人材（特に訪問スタッフ・夜勤等職員）の確保策等の検討

#### エ) 居住系サービスの適正整備

国は、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ができるよう、介護給付等対象サービス等に関する施策を、居住等に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進することが重要としています。本市においては、次の考え方を基本として、住宅担当部局等と連携して対応していきます。

##### i 高齢者に対する賃貸住宅及び老人ホーム

サービス基盤の整備方針にも示しましたが、入居施設は十分整備されており、定員数を増やす施設整備は行いません。また、市内には住宅型有料老人ホーム84戸(室)、サービス付き高齢者向け住宅182戸(室)が整備されていますので、加賀市においては充足しているものと考えています。

しかし、所得又は資産が少ないなど、地域での生活が困難となっている高齢者を対象に、空家の活用等による低廉な家賃の住まいの確保や、適切な生活支援体制の確保等の取り組みが必要です。県の住宅確保要配慮者円滑入居賃貸住宅（セーフティネット住宅）登録制度などを活用し居住環境の確保を図ります。



## オ) 介護給付費の適正化

介護保険制度は、被保険者からの保険料と税金から成り立っている制度であることから、介護サービスの提供体制の確保・拡充が求められるなかでも、サービス内容と費用の両面から捉え、介護保険の給付については適切に行われる必要があります。

「介護給付費の適正化」とは、給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、受給者が真に必要とするサービスを、事業者がルールに従って適切に提供するように促すことです。要介護認定者等の増加等による介護保険料の高騰も今後考えられるため、引き続き、必要なサービスが必要な人に供給されるよう、介護給付の適正化に努め介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築を図ります。

本市においては、介護サービス事業所の誤解等による過誤請求はあるものの悪質な違法請求が行われた事例は現在までありませんが、石川県の定める「介護給付適正化取組方針」に従い主要5事業及び給付実績の活用の適正化に取り組んでいます。

### i 要介護認定の適正化

介護保険サービスを利用するためには、要支援者又は要介護者の認定を受けることが必要です。本市は、合議体による介護認定審査会を設置しており、認定調査と主治医意見書を元に介護の必要の程度について審査・判定を行っています。

要介護認定の基準については、公平性と客観性の観点から全国一律の基準が用いられており、どの認定調査員や合議体においても同じ審査判定結果となることが望ましいため、その平準化に向けた取り組みを行っています。

#### [ 実施事業 ]

- 認定調査員、審査会委員への研修
- 認定調査・審査判定基準等の速やかな情報提供
- 認定調査・主治医意見書点検、疑義の確認
- 本市の認定調査員による変更申請および要支援2の更新申請の認定調査実施
- 認定調査員向けe-ラーニングシステムの利用促進

### ii ケアプランの点検

介護サービスを利用するには、介護支援専門員が作成した居宅介護（予防）サービス計画に基づきサービス利用します。その内容について、事業者の確認を求めするなどして、本市が点検及び支援を行うことにより、利用者が真に必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善することを行います。

### 〔 実施事業 〕

- 不適正なサービスの利用計画がないかの点検
- 有効期間の半数を超える短期入所サービスの点検

#### iii 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査

- ・住宅改修の点検

住宅改修の工事内容や工事見積書の点検等を行って施行状況を点検することにより、利用者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修の是正を図ります。

- ・福祉用具購入・貸与調査

福祉用具の必要性や利用状況について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を是正し、利用者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めます。

### 〔 実施事業 〕

- 住宅改修等の点検
- 軽度者福祉用具レンタル例外給付の点検

#### iv 縦覧点検・医療情報の突合

- ・縦覧点検

介護サービス利用者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況(請求明細内容)を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

- ・医療情報との突合

医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の適正な利用を図ります。

### 〔 実施事業 〕

- 給付適正化システムの活用
- 給付情報と医療情報との突合

#### v 介護給付費通知

介護サービス利用者に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果を図ります。



〔 実施事業 〕

■ 給付費通知の送付

vi 給付実績の活用

国保連で実施する審査支払の結果から得られる給付実績を活用して、不適切な給付を発見し、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成を図ります。

〔 実施事業 〕

■ 介護サービス事業所からの不適正な介護給付費の請求の調査

vii 事業者に対する制度内容の周知・助言及び指導・監査等の適切な実施

利用者の権利が保障される環境づくりのため、介護サービス事業者協議会等を通じて制度の周知を図ります。

また、平成30年4月に居宅介護支援事業者の指定及び指導の権限が県から本市に移譲されますので、居宅介護支援事業者についてもこれまで地域密着型サービス事業者に対して行ってきた指導と同様に、集団指導により適正なサービス提供のための情報提供を行うとともに、毎年重点指導事項を定め、事業所の実地においてより良いケアの実現に向けた運営や報酬請求についての指導を行います。

なお、通報や苦情、実地指導、事故報告の確認においては、事業者に必要な確認や助言を行い、サービスの質の向上に努めることは言うまでもありませんが、著しい運営基準違反や不正な報酬請求が確認された場合には、厳正な指導監査、必要な処分を行い、利用者保護を図ります。

〔 実施事業 〕

■ 運営事業者に対する報酬基準等の周知、情報提供

■ 地域密着型サービス事業者に対する集団指導、実地指導の実施

■ 居宅介護支援事業者に対する集団指導、実地指導の実施

viii 運営推進会議への参加

介護保険法により開催が義務付けられた地域密着型サービス事業所の運営推進会議は、地域、行政、事業所が一堂に会する場でもあり、事業所の運営だけではなく地域の事を考える場ととらえ、今後も加賀市職員が参加し、地域課題についても共に検討していきます。

## 〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	認定調査・主治医意見書点検実施月数	12	12	12	給付適正化事業を毎月実施し、給付適正化を図ります。
	ケアプラン点検実施月数	12	12	12	
	住宅改修等の点検実施月数	12	12	12	
	給付情報と医療情報との突合実施月数	12	12	12	
	介護給付費通知の通知対象月数	12	12	12	
	介護給付費請求の調査実施月数	12	12	12	
	集団指導実施回数	2	2	2	適正な介護報酬請求とサービスの質の確保、向上に努めます。
成果指標	苦情件数の減少（対前年比）	100%以下	100%以下	100%以下	サービスの質の向上を目指します。
	再調査件数	1件以下	1件以下	1件以下	要介護認定の適正化に努めます。

### カ) 介護保険料の収納率向上

第1号被保険者の介護保険料は、被保険者の所得状況などに応じて負担していただいています。介護保険制度の基本理念でもある「相互扶助」や負担の公平性の観点から、低所得者の介護保険料に公費を投入した軽減を行うなどしております。

今後、増加が見込まれる介護給付費を安定的に確保すること、また、費用負担の公平性からも介護保険料の収納率向上は、最も重要な課題となっています。

#### i 収納率向上のための体制強化

第1号被保険者の介護保険料については、年金からの特別徴収が原則とされていることから一定の収納額が確保されており、納付が滞るような影響については想定されません。しかし、本市の普通徴収の収納率については、近隣市町と比べて低いものとなっており、収納率向上についての更なる取組みが必要な状況にあります。

介護保険被保険者証の送付時などの機会に、介護保険制度の仕組みのわかるパンフレットを同封するなど介護保険制度の周知徹底を図り、収納率の向上に努めます。

普通徴収の納付方法としてコンビニエンスストアでの納付など、より納付しやすい方法の導入を進めます。未納保険料のある被保険者には、納め忘れのないよう口座振替を勧奨します。

また、事情があつてすぐに納付できない場合には、今後の納付計画を記入した納付の申出書の提出を受けます。また、納付に対する理解が得られない場合は、パンフレットなどで制度の概要や滞納した場合の給付制限について説明し、納付を促します。



## ii 未納者に対する給付制限

介護保険では特別な理由もなく介護保険料を納めないでいると、滞納していた期間に応じて介護サービス利用時に介護給付を制限することとなります。

したがって、要介護認定等の申請を行う際には介護保険料の収納状況を確認し、未納介護保険料がある人については、給付制限の説明と納付勧奨を行います。また、時効により徴収権の消滅した介護保険料がある場合は、消滅時効に応じた期間は利用者負担を3割に引き上げ、不公平性を解消します。

## 〔 第1号被保険者の介護保険料収納状況 〕

(単位：千円)

	区 分		調定額	収納額	未収入額	収納率
平成 27 年度	現年度分	特別徴収	1,349,631	1,349,631	0	100.0%
		普通徴収	156,369	121,097	35,272	77.4%
		計	1,506,000	1,470,728	35,272	97.7%
	過年度分		97,419	8,410	89,009	8.6%
平成 28 年度	現年度分	特別徴収	1,387,372	1,387,372	0	100.0%
		普通徴収	150,095	118,034	32,061	78.6%
		計	1,537,467	1,505,406	32,061	97.9%
	過年度分		100,006	11,098	88,908	11.1%

## iii 低所得者に対する支援

介護保険制度は、介護保険事業が適正かつ安定して運営され、すべての高齢者が安心して介護保険サービスを利用できるよう、一人ひとりの所得状況に応じた保険料・利用料の負担を求める仕組みとなっています。

今後さらなる高齢化・核家族化が進み、介護保険サービスを利用する方も増加していくと予想される中、下記のとおり、低所得者への負担緩和に努めます。

## ・ 保険料段階の細分化

本市においては、介護保険料の段階設定を、国の定める標準段階よりも多段階に設定しています。

## ・ 利用者負担の軽減

(高額介護(介護予防)サービス費・高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給)

介護保険サービスを利用した場合、介護保険サービスの利用者負担は、これまで一律1割でしたが、負担能力のある一定以上の所得があるかたは2割負担、現役世代並みの所得の人は3割負担となります。この利用者負担が著しい高額とならないように、世帯の負担合計額が月単位の上限額を超えた場合には、超過分が高額介護(介護予防)サービス費として支給され自己負担額が軽減されます。

さらに、軽減された介護保険の自己負担額に加え医療保険の負担が長期にわたり重複した場合には、介護・医療の自己負担額を合算し、世帯単位の上限額を超過した分が高額医療合算介護(介護予防)サービス費として支給されます。

支給を受けるためには申請が必要となりますが、支給対象者でありながら未申請のため、支給が行われていない方もいます。未申請者に対し適宜申請の勧奨を行うことで、利用者負担の軽減を図ります。

#### ・ 補足給付の支給

市民税非課税世帯の方は、施設サービス・短期入所サービスの食費・居住費（滞在費）負担に限度額が設定され、限度額を超える分は、申請により特定入所者介護サービス費が支給されます（補足給付）。また、本来適用すべき費用負担を行うと生活保護を必要とする方が、より負担の低い基準（施設の食費や居住費(滞在費)・自己負担限度額・保険料段階）を適用すれば生活保護を必要としない状態になる場合には、その負担の低い基準を適用し、生活が継続できるよう支援します。また、市民税課税層においては、一定の要件を満たしている場合にのみ、特例減額措置がとられます。

#### ・ 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業の周知

社会福祉法人等利用者負担額軽減制度とは、社会福祉法人が保険者によって低所得で生計困難と認められた方の介護保険サービスの利用者負担を軽減するものです。本事業はあくまでも、社会福祉法人の主体的な取組みに基づく任意事業です。

低所得者への支援策としてサービス提供事業者及び高齢者に対し、さらなる本事業の周知・利用を図ります。

### キ) 加賀市健康福祉審議会・高齢者分科会

本市においては、高齢者、こども、障がい者を含めた地域の健康と福祉に関する施策を審議する「加賀市健康福祉審議会」を設置しています。

特に高齢者に関する施策に関しては、審議会の下に「高齢者分科会」を設置し審議を行います。（加賀市健康福祉審議会条例第7条）

#### i 委員構成

学識経験者、公益代表、関係団体代表、被保険者代表（第1号、第2号）の20名以内で構成します。

#### ii 審議事項

##### ・ 介護保険事業計画の策定に関すること

介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定は、市長からの諮問を受け、高齢者分科会において原案の策定を行い、答申します。

##### ・ 介護保険事業・高齢者保健福祉事業の実施状況の評価に関すること

介護保険事業と高齢者保健福祉事業の見直しと検証のため、実施状況を確認・評価



します。

・ **地域包括支援センターの運営に関すること**

高齢者分科会は、地域包括支援センター運営協議会として位置づけられており、地域包括支援センターの職員配置や円滑運営のための協議を行います。(介護保険法施行規則第140条の66)

・ **地域密着型サービス事業者の指定等に関すること**

本市が行う地域密着型サービス事業者の指定等については、高齢者分科会の審議を経て行います。(介護保険法第78条の2第7項)

・ **地域介護・福祉空間整備等計画、地域医療介護総合確保計画に関すること**

本市の介護・福祉基盤の整備計画を策定する場合、高齢者分科会で協議を行います。計画が国県に認められれば介護・福祉基盤整備のための交付金を受けることができます。

## ② 生活を支える基盤の整備

地域での生活を送るには、介護サービスだけではすべてを支えきれず、「自助」と「互助」が不可欠となっています。ソフト・ハード両面におけるバリアフリー化の推進により、高齢者が住みやすいまちづくりに努めることが必要であり、地域において、日々の生活でのちょっとした困りごとに対する支援や、住まいからの外出に対する支援も重要です。

第7期計画においては、福祉サービスの利用要件を緩和し、在宅での生活を続けるよう支援をします。また、福祉サービスはもちろんのこと、住民による支えあい、ボランティア活動、民間事業者などにより、本人の生活を支援する環境を整備します。また、今までの暮らしが継続できるようボランティアによる地域内の移動支援策の検討を行うほか、住まいについても建設部局との連携を強化し、高齢者が安心して暮らせる住まいが確保できるような支援体制の検討を行います。

### [ 実施事業 ]

#### ア 在宅生活継続支援として

- 日常生活用具給付等事業（自動消火器、火災警報器、電磁調理器の給付）
- 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業
- 訪問理美容サービス事業
- 高齢者緊急通報システム事業
- 配食サービス事業
- 高齢者住宅リフォーム事業
- 住宅改修・福祉用具相談事業（自宅訪問による相談・助言）
- 介護予防・日常生活支援事業（家事支援サービス）
- シニア活動応援事業

### イ 環境の整備として

- K A G A安心ネットの実施（キャンバス、乗合タクシー「のりあい号」）
- 高齢者外出支援事業（シニアカーの購入助成）
- 運転ボランティア（仮称）による移動手段確保の検討

### ウ 住まいの確保として

- 住宅相談総合窓口の設置
- 高齢者生活福祉センターの運営

### 〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	高齢者緊急通報装置の設置数（件）	5	10	15	必要な人が利用できるよう周知します。
	自動消火器の新規設置数（件）	5	5	5	
	火災警報器の新規設置数（件）	5	5	5	
成果指標	高齢者緊急通報装置者のうち、1年後の在宅生活者の割合（％）	100%	100%	100%	在宅で生活続ける人を増やします。
	自動消火器設置者のうち、1年後の在宅生活者の割合（％）	100%	100%	100%	
	火災警報器利用者のうち、1年後の在宅生活者の割合（％）	100%	100%	100%	



## (4) 在宅医療・介護連携の推進

誰しも、高齢になるに伴って何らかの病気にかかり、あるいは介護を必要とする状態になり得ますが、そのような状態になっても、望む場所での暮らしを続けるには、「医療」と「介護」がバラバラに提供されるのではなく、互いに連携し、切れ目なく提供されることが必要です。

本市においては、医師会、歯科医師会、薬剤師会を中心とした「加賀市在宅医療連携推進協議会」において、意見交換や研修等を通じて医療と介護の連携が取りやすい関係の構築を進めており、今後も医療と介護のさらなる連携の推進に取り組みます。

### ①在宅療養支援体制の強化

通院が困難な人には訪問診療や訪問看護など、医療を住まいに届けることや状態が悪化した時の一時的な入院の受け入れなど、さまざまな支援体制が必要です。一時的に病院等に入院した場合であっても、できる限り早期に生活の場に戻ることができるよう、医療機関においては、入院当初から患者の退院後の生活を見据え、治療を行うことが求められます。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続け、望む人が最期まで自宅等で暮らすことを選択できるよう、関係機関との協力のもと在宅療養を支援する体制の強化に取り組みます。

また、市民が地域医療・介護の資源や制度等を知り、そのうえで医療や介護が必要な状態となった場合にもどのように暮らしていくかを自分で決めることができるよう、さまざまな機会を通じて、身近な「かかりつけ医」の意義や医療・介護サービスなどについて、市民への周知啓発を図っていきます。

#### 〔実施事業〕

- 医療・介護の多職種によるワーキングの実施（在宅医療コーディネーターのヒアリングで把握した課題等への対応）
- 在宅医療に関する周知啓発

### ②医療と介護の連携の促進

医療と介護の連携においては、関係機関がそれぞれの役割を發揮し、積極的に連携する体制が必要です。医師・看護師等の医療従事者やケアマネジャー・ヘルパー等の介護サービス従事者による多職種連携のチームケア体制をすすめ、医療と介護の連携をより深めていくことが求められています。

そのため、これまでも医療と介護の相互理解や質の向上のための多職種連携の研修会を実施するなど、多職種の顔の見える関係の構築を図っています。平成28年4月

に開院した加賀市医療センター「地域連携センターつむぎ」には、病院の地域医療連携の担当部署に加え、市の地域包括支援サブセンターと地域医療施策を担当する地域医療推進室を併設しています。また、在宅医療コーディネーターを配置し、医療ニーズの高い中重度の高齢者の在宅生活を支援するため、介護職等からの医療に関する相談対応や介護サービス事業所へのヒアリングにより連携における課題を把握するなど、「地域連携センターつむぎ」を拠点として医療と介護の連携強化に取り組んでいます。

切れ目ないサービスの提供を目指し、医療職と介護職の仲介・相談役としての在宅医療コーディネーターの機能を生かしながら、今後も多職種が相互に理解を深めるための合同の研修会等の実施や必要な情報を共有できる仕組みづくりのなど、関係機関との協働により、医療と介護のさらなる連携促進を図ります。事業所ヒアリングにおいては、介護現場に必要な医療的知識に関する研修体制を充実していくことが望ましいという声が多数あり、中重度の要介護者を在宅で支えていく上で、介護職も医療的な知識を習得することが大切であり、提供側の質の向上にもつながります。

〔 実施事業 〕

- 「加賀市の在宅医療情報（医療機関リスト）」の作成
- 在宅医療・介護関係者の患者情報の共有支援（看護サマリー等の改善、内容の均一化など）
- 事例検討会や多職種連携研修
- 在宅医療・介護連携の相談支援窓口の設置（在宅医療コーディネーターの配置）

〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	多職種協働連携研修開催数 （かかりつけ医対応力等向上研修以外のもの）	3	3	3	多職種が顔を合わせ、互いを知る機会を設けます。
	多職種連携研修参加者数 （かかりつけ医対応力等向上研修以外のもの）	150	150	150	多職種が連携の取りやすい関係を構築します。
	市民向け講演会・出前講座等の参加者数	200	200	200	在宅療養生活への理解を広げます。
成果指標	在宅療養を希望する人の割合 （H28：12.4%）	—	—	H28と比べ増加	在宅療養生活への理解を広げます。
	自宅で亡くなる人の割合 （H28：8.5%）	H28と比べ増加	H28と比べ増加	H28と比べ増加	在宅で生活を続ける人を増やします。
	サービスを利用して地域で暮らす人の割合 居宅及び地域密着事業所サービス利用者 要介護認定者数（事業対象者除く・2号含む）	75%	77%	80%	



## (5) 安心安全の確保

生活を続けていくなかで、急病や虐待、低所得、犯罪被害、災害などさまざまな不安や危険にさらされる可能性があります。そのような場合には、自らの力だけでは対応できないことがあります。第6期での各種アンケートにおいて、「本当のニーズ」として、「安心」「つながり」「自己選択」が見られました。いざとなったときの緊急時の対応の必要性も市民は求めています。

緊急時に安全が確保できる体制に加え、助けが必要なときには早く対応できるように、日頃から住民、事業者、行政が連携して見守りができる体制を構築します。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、70歳以上の2割以上の人自身が暮らしの状況を経済的に見て“苦しい”と答えていることから、低所得者には経済的な負担が大きくなるよう、さまざまな制度を活用して負担の軽減を図ることが必要です。

### ①生活の安全を守るための整備

高齢者が安全かつ安心して生活するためには、安全性の高いまちづくり、体制づくりを進め、緊急時にも対応できるような仕組みづくりが必要です。本市では、老人福祉法に基づく措置による緊急保護の実施や緊急ショートステイ居室の確保に加え、いざとなったとき、地区高齢者こころまちセンターを利用した緊急時の宿泊ができる体制も整備しています。また、日頃の見守りから災害時の支援まで対応した地域見守り支えあいネットワーク事業への登録を推進しており、事業者と「地域見守り支えあいに関する協定書」を締結し、事業者と連携して地域の見守り体制を構築しています。認知症を患ったことから自宅に戻れず、行方不明となってしまう事例に対しては、事業者間の連絡体制の構築や、一般市民の登録者に対し不明者情報を発信する「安心メール事業」により、不明者情報を広く発信し、早期発見につなげる仕組みを構築しています。悪徳商法などの被害に対する取組みとしては加賀市消費生活センターを設置し、相談員による消費者相談窓口を設けています。

第7期においては、地域で高齢者の個別の課題について検討を行う地域ケア会議を開催すると同時に、こうした高齢者の生活を守るための事業を引き続き実施し、周知啓発を行うことで、高齢者にとってより安心できるまちづくりを目指します。

#### 〔実施事業〕

- 老人福祉法に基づく措置による緊急保護の実施（施設入所など）
- 緊急ショートステイ居室の確保
- 緊急時の宿泊受入れ体制の整備
- 福祉施設等との福祉避難所協定
- 地域見守り支えあいネットワーク事業
- 地域見守り支えあいに関する協定

- 安心メール
- 消費者相談窓口
- 地域ケア会議

## ②低所得者への支援

サービスの利用には経済的な負担が伴いますが、収入によって必要なサービスの受給が制限されたり、サービスの受給によって経済的困窮に陥ったりするようなことはあってはなりません。低所得であっても必要なサービスを受けられるよう、低所得者へのさまざまな負担軽減策制度の利活用を促進していきます。

第7期計画においても、低所得者に対する介護保険料の軽減や社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の活用促進など、低所得者への支援を継続して進めます。

### 〔 実施事業 〕

- 養護老人ホーム入所者生活補給金の支給
- 外国人高齢者福祉手当の支給
- 特定入所者介護サービス費による利用者負担の軽減  
(施設入所者の食費・居住費の助成)
- 高額介護サービス費の支給  
(介護サービス利用料が高額になった場合の払い戻し)
- 高額医療合算介護サービス費の支給  
(医療費と介護サービス利用料の合計が高額となった場合の払い戻し)
- 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の活用促進
- 境界層該当者への対応
- 介護保険料段階設定の多段階化(所得に応じたきめ細かな設定)
- 低所得高齢者向け配食サービス補助事業

### 〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	福祉避難所協定締結事業所数	68	68	69	緊急時対応施設を増やします。
成果指標	安心メール登録者数	250	270	300	見守り体制を強化します。
	地域見守り支えあいネットワーク登録者数	3,000	3,060	3,100	



## 基本目標Ⅲ 地域での支えあいの体制づくり

### (1) 多様な生活支援の充実

加賀市においても、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯が増加しており、今後もその増加が見込まれることから、高齢化の進行に伴う生活支援の充実が必要と考えられます。

人、社会、地域とのつながりや関係の中で、一人ひとりの「暮らし」があります。そのつながりが途切れることなく、本人自身がどう暮らしたいかを最期まで選択し、決定し続けていくことが、本来の「本人主体」の姿です。そのために、「支援」の視点として大切なことは、できないことを代わりに補うために、介護保険サービスを利用するだけでなく、高齢者本人がこれまでの暮らしぶり、生きがい、役割等を持ち、地域とのつながりの中で暮らす、「本人」を軸とするパーソナルサポートネットを意識した支援が大切になります。

#### ①多様な生活に応じた支援の提供

生活観やライフスタイルが多様化するなかで、それぞれのニーズに応じた多様な支援の提供が求められています。高齢者世帯の状況を見ても、昔ながらの多世代世帯が残っている一方、単身高齢者世帯や高齢者夫婦世帯なども増加しています。また、介護保険制度が創設され公的なサービスが利用できるようになった反面、隣近所の声かけや助け合い等の高齢者を支える力（資源）は、地域の中で断片化されたり、失われてしまっている現状があります。

第7期計画においては、地区高齢者こころまちセンターに委託している地域福祉コーディネート業務を継続的に進め、生活支援が必要な高齢者の調整役として支援を行います。第6期で作成したわたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）と連動したパーソナルサポートネット＝軒下マップの作成を行い、高齢者本人、家族、友人、趣味仲間、ご近所等や地域の見守り活動を行っている民生委員から高齢者と地域とのつながりを把握し、既存の活動と連携していきます。「できることはしたい。お互いさま」を大切にしたいちょっとしたお手伝いや、今までの「ねえねえ姉さん」と声かけしていた地域と密着した関係づくりを大切にしたい支援の関係が途切れないよう、糸を紡いでいく関係を目指していきます。そのために介護サービスだけではなく、それまでの本人が培ってきた環境（人・場所・物・機能）を個別地域ケア会議（軒下会議）等で把握し、一人ひとりの実情に応じて紡ぎ直したり、新たに紡いでいきます。

#### 〔実施事業〕

- 地域福祉コーディネート業務事業
- 個別地域ケア会議（軒下会議）の開催

- 軒下マップの作成と活用
- 地域見守り支えあいネットワーク事業

## ②地域ニーズに応じたサービスの構築

地域での暮らしでは単身又は夫婦のみの高齢者世帯や認知症を患う人の増加が見込まれ、地域おたっしゅサークルやサロン等の開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援を含む日常生活上の支援が更に必要となってきました。高齢者の支援には、介護サービスだけでなく、これまで本人が培ってきた環境（人・場所・物・機能）や本人自身もチームとして捉え、なじみの関係の中で支えることが大切です。支え続ける中で、本人の状態や環境の変化により、解決できないことや隙間が生じてくるため、その課題へのアプローチが重要になります。また、公的サービスでは補えない地域課題に対して既存の活動やネットワークで解決できる方法の検討や高齢者の活躍の場づくりの活動支援の体制検討を行うことが必要です。

第7期計画においては、家事支援サービス事業、家事支援サポーター養成講座、配食サービス事業などの生活を支えるサービスの充実を図り、これらを社会福祉協議会、シルバー人材センター、民間事業者等による住民参加型の活動を生活支援サービスとしてより有効な仕組みに整えます。また、介護や福祉分野だけでなく教育・保健衛生等他分野にわたる庁内横断ワーキングにおいて協働で取り組み、行政だけでなく地域の方と一緒に充実した生活支援体制の構築を目指します。

### 〔 実施事業 〕

- 家事支援サービス事業
- 家事支援サポーター養成講座
- 配食サービス事業
- 地域福祉コーディネート事業

## ③家族介護支援の充実

高齢者の生活を支えるためには、在宅サービスの提供体制だけでなく、地域全体で介護している家族を支えるという視点が大切になります。介護に携わる家族介護者への負担は、精神的・肉体的な疲労が特に大きなものとなっています。在宅介護実態調査をみると、介護者同士で話し合える座談会を5割近くの人が望んでおり、日頃からの介護についての悩みや不安を語り合える場を求める声が多くあります。こうした介護者の精神的・肉体的な負担を軽減するために、各種関係団体と連携した支援の充実に努めていきます。

第7期計画においては、家族介護支援事業や在宅介護用品給付事業を継続するとともに、地域で家族介護者への働きかけができるような地域づくりを行い、日常的に近所や地域で声をかけあい、支えあえるような取り組みを進めていきます。家族自身には、



状況を聞きつつ介護の体験談や情報の交換ができる場所を増やし、精神的負担の軽減を図っていきます。また、相談先としての医師等の連携を図ります。さらには、在宅介護用品の支給事業により家族等の身体的・経済的負担の軽減に努めます。

〔 実施事業 〕

- 家族介護支援事業
- 在宅介護用品給付事業
- 介護者座談会の開催
- 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業
- 配食サービス事業

コラムの挿入

家事支援サービスについて（1～3層）

## (2) 住民主体の活動の支援

地域の生活課題はそこに暮らしている住民自身が把握し、どのように解決していくかを考えることが重要であり、「地域で安心して暮らし続けることができる」地域をつくる必要があります。

住民自身がまずは地区の現状を知り自分自身のことを考え、考えることで地域住民自らが、自分たちが安心して住み続けることができる地域のために何ができるかを考え話しあい、住民が主体的に地域課題の課題を把握し解決を試みる体制づくりを支援することが重要になります。

### ①地域の共有・協働による継続した活動の支援

地域におけるさまざまな課題に対応するためには、住民、事業者、行政等といった多様な構成員がそれぞれに活動するだけでなく、共に地域特性を共有し、課題解決に向けた参加・協働をすすめることが大切です。他者とのつながりのなかで、「支え手」「受け手」に固定されることなくお互いに支えあいながら生活していくことが求められています。地域での課題を自分自身の課題ととらえるために、「どのような地域に住みたいか」を話し合える土壌づくりや「楽しい」「やりがいのある」取組みに積極的に参加できる仕組みづくりが重要です。

第7期計画においても、社会福祉協議会や民生委員、福祉協力員等による見守りネットワーク活動やまちづくり推進協議会、地区社会福祉協議会、老人クラブ、地域おたっしゃサークルやサロン活動など、現在行われている地区活動やボランティア活動の支援を推進・強化していきます。「高齢者一人ひとりの課題解決」のための個別の地域ケア会議、「地域課題の把握と解決」「社会資源の発掘や開発」のための地区単位や市全体の地域ケア会議、「政策形成」などの機能が果たせる庁内横断ワーキングがあり、これら3つの地域ケア会議や庁内横断ワーキングにより地域課題の解決を目指します。

#### [ 実施事業 ]

- 庁内横断ワーキングの開催
- 地区単位の地域ケア会議の開催（地域課題の把握・地域づくり）
- 地域見守り支えあいネットワーク事業

### ②地域活動の人材育成

地域での暮らしを支援するには、他人事を「我が事・丸ごと」に変えていく地域づくりを推進する人材の育成が必要となってきます。身近な地域でのちょっとしたお手伝いができる協力者などの人材の発掘や、その育成、さらに人材と資源とをつなげていく（マッチングさせていく）ことにより、助けあい・支えあう地域づくりの創出につながります。これまでも生活支援サポーター養成講座やかがやき予防塾等により地



域の担い手の育成を行ってきました。

第7期計画においては、第6期に引き続き、住民自身の生活の役に立つことや活かすことができるような講座や予防活動等の取組みを通して、地域福祉活動参加への関心を今後も高めていきます。ただ関心を高めるだけでなく、誰もがいつでも気軽に立ち寄れる活動の拠点となる場づくりも大切です。シニア活動応援事業と連動し、高齢者が担い手として地域活動へ参加し、高齢者がこれまで培ってきた知恵や知識を活かし、結果的にはその人自身の生きがいつくりや介護予防にもつながるような活動基盤の体制を整えていきます。

〔 実施事業 〕

- かがやき予防塾
- 介護支援ボランティア制度
- 家事支援サポーター養成講座
- シニア活動応援事業

〔 評価指標 〕

	評価項目	H30	H31	H32	考え方
活動指標	個別地域ケア会議検討案件数	40	45	50	住民と共に地域課題を考える機会を増やします。
	地区単位の地域ケア会議（第2層協議体）開催数	18	27	41	
	市単位の地域ケア会議（第1層協議体）開催数	4	4	4	
	庁内横断ワーキング開催数	4	4	4	
	第2層協議体設置箇所数	17			
	地域福祉コーディネーター業務設置数	17			
	家事支援サポーター養成講座受講者数	40	40	40	地域で活動する担い手を増やします。
	介護用品支給事業利用者数（月当たり）	330	340	350	家族介護の負担を軽減します。
	家族介護支援事業開催数	20	20	20	家族介護について考える機会を増やします。
成果指標	軒下マップ作成数(累積)	1,500	2,250	3,375	本人のサポートネットによる支援を行います。
	家事支援サポーター登録者数	35	45	55	住民主体の生活支援体制を整えます。
	家事支援サービス利用者数	50	75	112	
	家族介護支援事業参加者数	250	250	250	家族介護を支える市民を増やします。

コラムの挿入

自助・互助の考え方について

地域共生社会について





# 第5章 介護保険事業の見込みと介護保険料

## 1 要介護認定者数等の推計

### (1) 被保険者数の推計

被保険者数は、住民基本台帳に基づき推計を行った高齢者数に、特例として本市の被保険者として他市町村の施設に入所している人や、他市町の被保険者として本市の住民となっている人などを考慮して推計しています。

(表1) 被保険者数の推計 (単位:人)

	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
第1号被保険者	22,628	22,654	22,581	22,565
65～74 歳	11,390	11,186	10,875	10,893
75 歳以上	11,238	11,468	11,706	11,672
第2号被保険者	22,125	21,833	21,570	21,203
合計	44,753	44,487	44,151	43,768

※平成 29 年については実数 (各年 10 月 1 日現在)

### (2) 要介護認定者数及び総合事業対象者数等の見込み

第6期における動向及び、高齢者人口の推計から要介護認定者数を見込んでいます。

(表2) 要支援・要介護認定者数見込み (再掲) (単位:人)

	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
要支援 1	205	209	211	211
要支援 2	550	558	563	568
支援計	755	767	774	779
要介護 1	718	731	740	750
要介護 2	743	756	766	778
要介護 3	569	581	592	600
要介護 4	489	498	506	516
要介護 5	327	334	340	346
介護計	2,846	2,900	2,944	2,990
合計	3,601	3,667	3,718	3,769
高齢者数にする 認定者数の割合	15.9%	16.1%	16.4%	16.7%

※平成 29 年については実数 (各年 10 月 1 日現在)



(表3) 総合事業対象者数見込み(再掲)

(単位:人)

	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合事業対象者	180	184	184	187

※平成29年については実数(各年10月1日現在)

## 2 介護サービス種類ごとの見込み量

### (1) 居宅介護サービス等

居宅サービスの利用者数は、第6期における各サービスの利用率が継続するものとし、認定者数の増加に併せて利用者が増加していく見込みとしています。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
訪問介護	回数			
	人数			
訪問入浴介護	回数			
	人数			
訪問看護	回数			
	人数			
訪問リハビリテーション	回数			
	人数			
居宅療養管理指導	人数			
通所介護	回数			
	人数			
通所リハビリテーション	回数			
	人数			
短期入所生活介護	日数			
	人数			
短期入所療養介護	日数			
	人数			
特定施設入居者生活介護	人数			
福祉用具貸与	人数			
特定福祉用具販売	人数			
住宅改修	人数			
居宅介護支援	人数			

### (2) 地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、第4章のサービス基盤の整備目標に基づき、小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護事業所が増加する見込みとしています。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
夜間対応型訪問介護	回数			
	人数			



地域密着型通所介護	回数			
	人数			
認知症対応型通所介護	回数			
	人数			
認知症対応型共同生活介護	人数			
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数			
小規模多機能型居宅介護	人数			
看護小規模多機能型居宅介護事業所※	人数			

### (3) 介護保険施設

介護保険施設については、定員数の増加を目的とした整備を行わないため、利用者数の増加は、市外の利用者の退所に伴う増加のみを見込んでいます。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護老人福祉施設	人数			
介護老人保健施設	人数			
介護医療院	人数			
介護療養型医療施設	人数			
合計	人数			

### 3 予防サービス種類ごとの見込み量

#### (1) 介護予防サービス

介護予防サービスの利用者数は、第6期のサービス利用率が継続するものとし、認定者の増加に併せて利用者が増加していく見込みとしています。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防訪問入浴介護	回数			
	人数			
介護予防訪問看護	回数			
	人数			
介護予防訪問リハビリテーション	回数			
	人数			
介護予防居宅療養管理指導	人数			
介護予防通所リハビリテーション	人数			
介護予防短期入所生活介護	回数			
	人数			
介護予防短期入所療養介護	回数			
	人数			
介護予防特定施設入居者生活介護	人数			
介護予防福祉用具貸与	人数			
特定介護予防福祉用具販売	人数			
介護予防住宅改修	人数			
介護予防支援	人数			

#### (2) 地域密着型介護予防サービス

地域密着型介護予防サービスについても、第4章のサービス基盤の整備目標に基づき、介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者が増加する見込みとしています。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防認知症対応型通所介護	回数			
	人数			
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数			
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数			



## 4 地域支援事業の見込み量

地域支援事業については、各事業の実績から利用者等を見込んでいます。

### (1) 介護予防・日常生活支援総合事業

#### 介護予防・生活支援サービス事業

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
通所型サービス事業	利用者数			
訪問型サービス事業	利用者数			
生活支援サービス事業	利用者数			

#### 介護予防ケアマネジメント事業

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防ケアマネジメント事業	ケアプラン検討会 (目標設定会議)			

#### 審査支払手数料

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
審査支払手数料	件数			

#### 一般介護予防事業

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防把握事業	把握数			
介護予防普及啓発事業	開催数			
地域介護予防活動支援事業	団体数			
一般介護予防事業評価事業				
地域リハビリテーション活動支援事業	活動支援回数			

### (2) 包括的支援事業

		平成30年度	平成31年度	平成32年度
包括的支援事業	センター数 (サブセンター数)			
	ブランチ数			
総合相談支援	相談件数			
	地域ケア会議開催数			
権利擁護事業	研修会開催数			
	ケース会議開催数			
包括的・継続的ケアマネジメント支援	ケアプラン検討会 (目標設定会議)			



在宅医療・介護連携推進事業	ワーキング・研修会開催数			
生活支援体制整備事業	家事支援サービス利用登録数			
認知症総合支援事業	認知症地域推進員配置数			

### (3) 任意事業

		平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護給付等費用適正化事業	給付費通知回数			
家族介護支援事業	介護用品支給人数			
成年後見制度利用支援事業	利用件数 (申し立て件数)			
要援護高齢者支援事業	見守りネット形成数			
ひとり暮らし高齢者ふれあいの集い事業				
配食サービス事業				
福祉用具・住宅改修支援事業	利用回数			
地域自立生活支援事業	配食サービス利用者数			
	見守りネット形成数			



## 5 介護保険事業に係る費用の見込み

### (1) 介護給付費の見込み

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
居宅介護サービス費				
地域密着型介護サービス費				
施設介護サービス費				
高額介護サービス費等				
特定入所者介護サービス費				
合 計				

### (2) 予防給付費の見込み

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
介護予防サービス費				
地域密着型介護予防サービス費				
高額介護予防サービス費等				
特定入所者介護予防サービス費				
合 計				

### (3) 保険給付費・標準給付費の見込み

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
保険給付費見込額				
介護給付費				
予防給付費				
審査支払手数料				
合計（標準給付費見込額）				

※保険給付費・・・地域支援事業費の算定対象となる数値。  
 ※標準給付費・・・調整交付金の算定対象となる数値。

### (4) 地域支援事業費の見込み

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
地域支援事業費見込額				
介護予防日常生活支援総合事業				
包括的支援・任意事業費				
合 計				

<内訳>

①介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・生活支援サービス事業

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
通所型サービス事業				
訪問型サービス事業				
生活支援サービス事業				
高額介護予防サービス費相当事業				

介護予防ケアマネジメント事業

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
介護予防ケアマネジメント事業				

一般介護予防事業

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
介護予防把握事業				
介護予防普及啓発事業				
地域介護予防活動支援事業				
一般介護予防事業評価事業				
地域リハビリテーション活動支援事業				

②包括的支援事業

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
包括的支援事業				
総合相談支援				
権利擁護事業				
在宅医療・介護連携推進事業				
生活支援体制整備事業				
認知症総合支援事業				

③任意事業

(単位：千円)

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	合計
介護給付等費用適正化事業				
家族介護支援事業				
成年後見制度利用支援事業				
福祉用具・住宅改修支援事業				
地域自立生活支援事業				



### (5) 介護保険事業に係る総費用の見込み

---

(単位：千円)

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	合計
介護保険事業費				

## 6 第1号被保険者の介護保険料の算定

### (1) 所得段階別被保険者数の推計

(単位:人)

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	合計
第1号被保険者	22,654	22,581	22,565	67,800
65～74歳	11,186	10,875	10,893	32,954
75歳以上	11,468	11,706	11,672	34,846
所得段階別被保険者数				
第1段階				
第2段階				
第3段階				
第4段階				
第5段階				
第6段階				
第7段階				
第8段階				
第9段階				
第10段階				
第11段階				
第12段階				
合計	22,654	22,581	22,565	67,800
所得段階別加入割合 補正第1号被保険者数				

### (2) 調整交付金の推計

(単位:千円)

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	合計
標準給付費見込額				
調整交付金相当額				
調整交付金見込交付割合				
調整交付金見込額				
調整交付金の差額				



## (3) 第1号被保険者の介護保険料

標準給付費見込額	A	千円	
標準給付費保険料負担額	$B=A \times 23.00\%$	千円	
地域支援事業費見込額	C	千円	
地域支援事業費保険料負担額	$D=C \times 23.00\%$	千円	
財政調整交付金差額	E	千円	
保険料負担総額	$F=B+D+E$	千円	
介護保険事業調整基金取崩予定額	G	千円	
介護保険料収納率見込	H	千円	
軽減後の保険料負担総額	$I \div (F-G) \div H$	千円	
補正第1号被保険者数	J	千円	
保険料基準額	年額	$K=I \div J$	千円
	月額	$L=K \div 12$	千円