

いきいきシニアこまつ推進プラン

〔第8期小松市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画
～こまつ地域包括ケア推進計画～〕

令和3年3月

小 松 市

はじめに ～プラン策定にあたって～

わが国は、かつてどの国も経験したことのないスピードで高齢化が進んでおり、本市においても、介護保険制度がスタートした2000年に17.9%であった高齢化率は2020年には28.4%と10.5ポイント上昇し、3.5人に1人が高齢者となっています。

このような中、いわゆる団塊の世代の方がすべて75歳以上となる2025年を見据えて策定された「第6・7期いきいきシニアこまつ推進プラン」の各取り組みにより、「いきいきシニア率（75歳以上で要介護認定を受けていない方の割合）」は、設定時（第6期）の66.2%から70.5%まで上昇し、また、2018年度から始まった国による保険者機能の評価では、全国的にも上位の評価を得る等、本市における地域包括ケアの推進は順調に推移していると考えられます。しかしながら、近年全国的に発生している大きな災害や新型感染症の流行は、個々の生活のみならず、市の施策そのものにも大きな影響を与えています。

そこで第8期いきいきシニアこまつ推進プランでは、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた、より長期的な観点を持つとともに、これまでの計画推進の視点である「予防・自立支援の重視」「共創による支え合いの推進」に加え、「災害・感染症に対するレジリエンスの向上」の視点を盛り込み、策定しました。これらの視点により、今後起こりうるどのような環境の変化に対しても柔軟に、既存の取り組みをモデルチェンジしながら対応していくとともに、市民の皆様や事業者の方々と協働しながら、地域包括ケアの推進を力強く、持続可能なものにしていきたいと考えています。皆様には一層のご理解とご協力をお願いいたします。

結びに、本プランの策定にあたっては、小松市介護保険事業計画等策定委員会での審議をはじめ、地域ケア会議における専門職等との活発な意見交換、アンケートなどを通じた市民や事業者の皆様からのご意見ご提言、そのほか様々な地域の声を元に策定いたしました。ここにご協力いただきました皆様に心からお礼を申し上げます。

令和3年3月

小松市長 和田 慎司

目 次

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
(1) 老人保健福祉計画と介護保険事業計画との関係	2
(2) 他の計画との関係	2
(3) 計画の期間	3
(4) 計画の推進体制	3
3. 日常生活圏域	5
(1) 日常生活圏域の設定	5

第2章 高齢者及び介護保険の現状と今後の見通し等について

1. 長期的トレンド	7
(1) 小松市的人口構造（人口ピラミッド）の変化	7
(2) 小松市の人団の推移及び推計（成り行きの推計）	8
2. 高齢者の現状と今後の見通し	9
(1) 総人口及び65歳以上人口	9
(2) 高齢化率の比較	10
(3) 年齢階層別人口(ピラミッド)	12
(4) 高齢者のいる世帯等の状況	13
3. 介護保険の現状と今後の見通し	15
(1) 要介護認定者の状況と見込み	15
(2) 後期高齢者（75歳以上）の要介護等認定者の状況と見込み	17
(3) 校下別・日常生活圏域別の状況	18
(4) 認知症高齢者数	21
(5) 寝たきりの高齢者数	22
(6) 介護保険給付等の状況	23

第3章 計画の基本理念とビジョン（大目標・中目標）について

1. 計画の目標と施策の体系	27
2. いきいきシニアこまつ推進プラン（こまつ地域包括ケア推進プラン）の体系	29
(1) 基本理念	29
(2) 大目標（2025年に目指す姿）	29

(3) 4つのSと中目標、及び、施策の構築方針	29
(4) テーマ毎の施策の推進	31

第4章 4つのSの枠組みに沿った現状分析と

サービス提供体制の構築方針・具体的事業

○セルフケア	33
○サービス	56
○ソポーター	76
○セーフティネット	89

第5章 主な施策別の方針

○災害や感染症対策に係る体制整備	109
○在宅医療・介護連携推進事業	111
○リハビリテーションの推進	113
○生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	115
○認知症施策の推進	117
○生涯にわたる介護予防・重度化防止の推進	120
○高齢者総合相談センター	122
○地域密着型サービス	124
○給付の適正化	126

第6章 介護保険サービス量の推計と介護保険料について

1. 介護給付費の見込み	129
2. 介護保険によるサービスの概要について	135
3. 介護給付費及び地域支援事業費の負担割合	145
4. 第8期の介護保険料	146

資料編

I 高齢者実態調査等について	147
1. 日常生活圏域ニーズ調査結果(抜粋)	149
2. 在宅介護実態調査結果(抜粋)	154
3. 小松市介護支援専門員に関する調査結果(抜粋)	156
4. 介護サービス事業者調査結果(抜粋)	159
5. 施設入居待機者に係る実態調査結果(抜粋)	161
6. 在宅生活改善調査結果(抜粋)	163
7. 居所変更実態調査結果(抜粋)	165

8. 介護人材実態調査結果(抜粋) ······	167
9. 在宅医療・介護連携及びリハビリテーションに関する指標 ······	169
II 小松市介護保険事業計画等策定委員会について ······	172
1. 審議状況 ······	172
2. 小松市介護保険事業計画等策定委員会委員名簿 ······	173
3. 小松市介護保険事業計画等策定委員会設置要綱 ······	174

第1章

計画の策定にあたって

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

わが国の人口構造の高齢化は急速に進み、団塊世代の全員が65歳以上となった平成27年（2015年）には、高齢化率が26.6%（総務省統計局人口推計）と4人に1人以上が高齢者となりました。団塊世代の全員が75歳以上となる令和7年（2025年）には、高齢化率は30.0%、後期高齢化率は17.8%に達すると予測されています。

小松市においても、介護保険制度がスタートした平成12年（2000年）には、17.9%であった高齢化率が、令和2年には28.4%と大きく伸びています。令和7年の高齢化率の見込みは28.9%と伸びは緩やかになりますが、後期高齢化率は令和2年の14.8%から令和7年には17.7%まで2.9ポイント伸び、高齢者の中での高齢化が進むことが見込まれています。

このような超高齢社会に対応していくため、国は第8期計画の策定における「基本指針」において、次のような項目の充実を示しています。

- 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
- 地域共生社会の実現
- 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）
- 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の連携の推進
- 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進
- 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
- 災害や感染症対策に係る体制整備

本市では、平成30年に「いきいきシニアこまつ推進プラン（第7期小松市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画～こまつ地域包括ケア推進計画～）」を策定し、その計画に基づいて取組みを推進してきました。

このたび、第7期計画より取り組んでいる地域包括ケアシステムの理念や考え方をより深化・推進するため、2025年におけるビジョン（あるべき姿）を大目標と中目標の2段階で定めるとともに、第7期計画でのサービス整備・取組みの実績や、その推進の過程で地域の住民や専門職との協働により得られた情報を分析し、ビジョンの進捗を確認するための評価指標及びそれらを達成するためのサービス提供体制の構築方針を定めました。

ビジョン実現のために評価指標をモニタリングしながらPDCAを回し、必要な施策を柔軟に実施し、健康寿命の延伸と住み慣れた地域での自分らしい暮らしを続けられるまちづくり・仕組みづくりを推進することを目的に「いきいきシニアこまつ推進プラン（第8期小松市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画～こまつ地域包括ケア推進計画～）」を策定します。

2. 計画の位置づけ

(1) 老人保健福祉計画と介護保険事業計画との関係

本計画は、老人福祉法の規定に基づく老人福祉事業の実施に必要な事項や、高齢者の健康の増進、疾病の予防などの保健事業を取り入れた「老人保健福祉計画」と、介護保険法の規定に基づく介護サービスの見込量や介護保険事業を円滑に実施するために必要な事項などを定める「介護保険事業計画」を一体的に策定するものとして位置づけています。

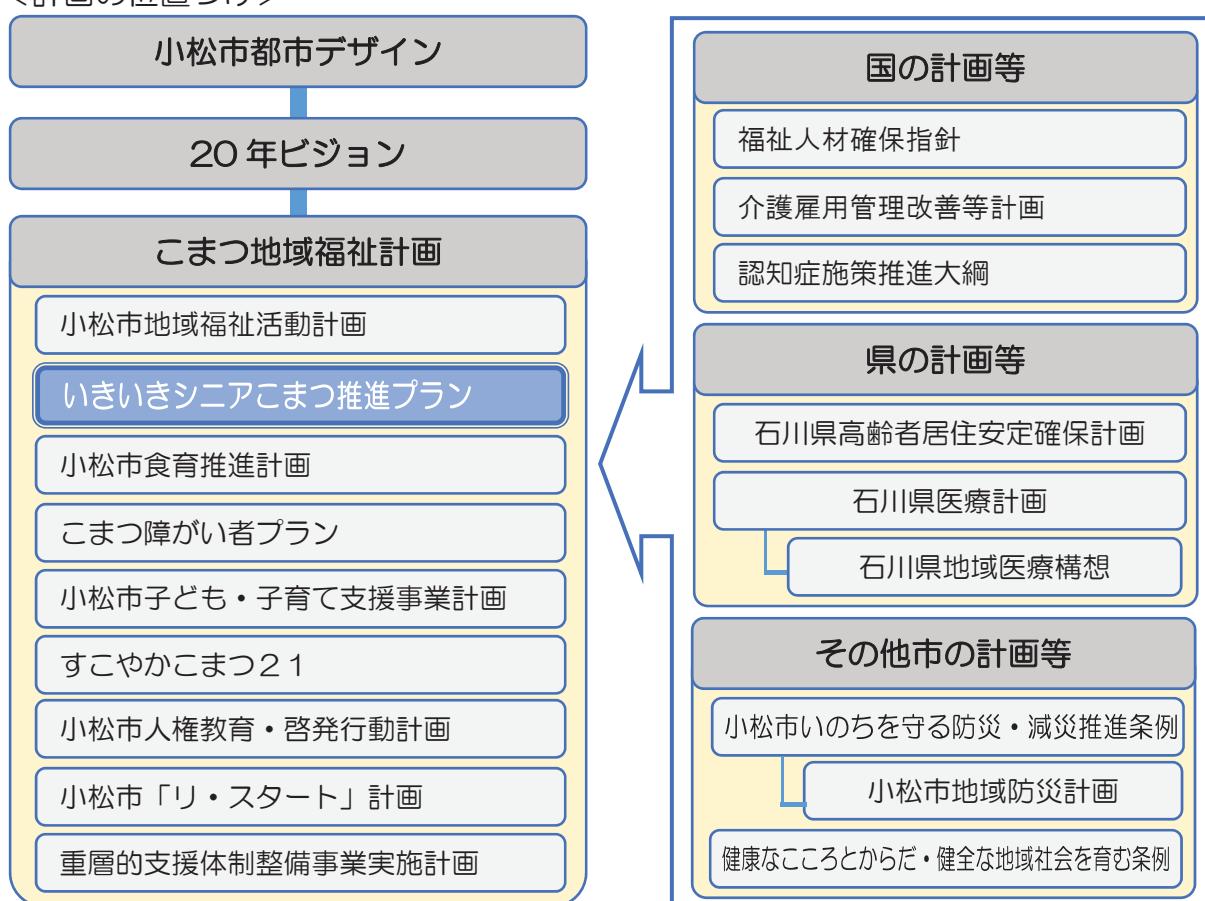
第8期の計画は、団塊世代の全員が75歳以上となる令和7年（2025年）、さらには、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年（2040年）に向けて、これまで積み上げてきた取組を踏まえ、地域包括ケアシステムを推進・深化させ、住み慣れた地域で健康で安心して生きがいを持って暮らしていくまちづくり・仕組みづくりに取組んでいく計画となります。

(2) 他の計画との関係

本計画は平成27年10月に制定（令和2年9月に改訂）した小松市のまちづくりの指針である「小松市都市デザイン」を上位計画とし、そのサブ目標として設定された「かがやきシニア率（75歳以上85歳未満で介護認定を受けていない人の割合）」を目標に、小松市都市デザインを具体的なイメージで示す「NEXT10年ビジョン」で掲げる「こまつは日本一『ここちよい』まち」の実現に向けて、関連する他の計画との整合性を図りながら策定するものです。

また、地域包括ケアシステムを推進・進化するための施策は、医療・保健・福祉のみならず、災害・感染症予防や人材確保まで多岐にわたっており、関連する各種計画等を踏まえた計画とします。

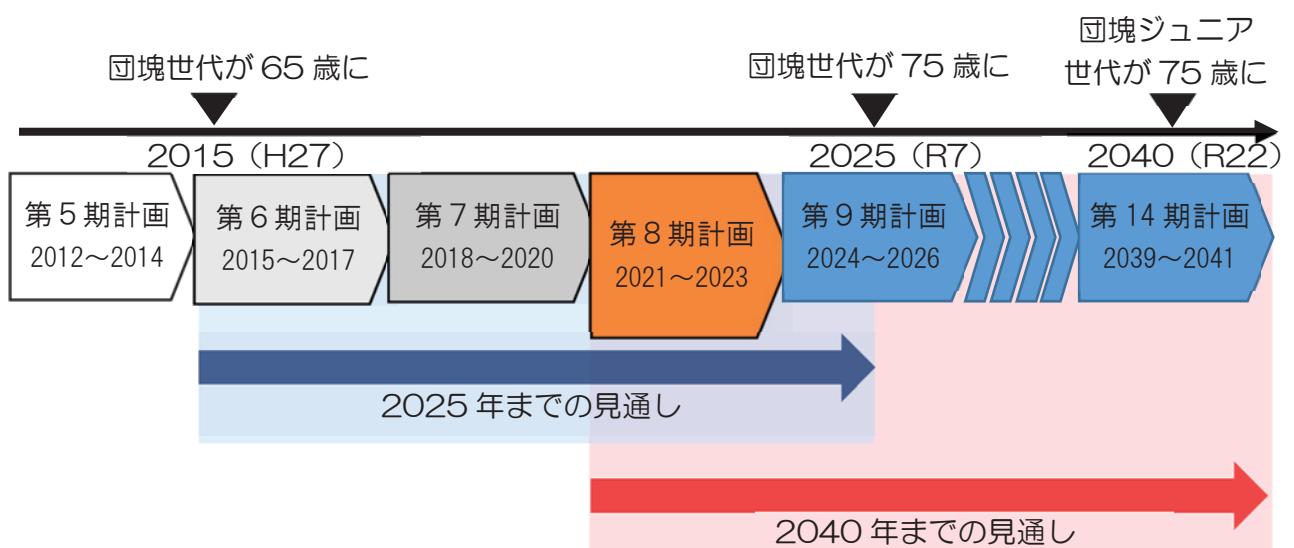
＜計画の位置づけ＞



(3) 計画の期間

第8期の計画期間は、令和3年度（2021年）から令和5年度（2023年）までの3年間です。計画は3年ごとに社会情勢や市民の意識等の変化に対応するため見直しを行います。

本計画は、第5期計画から取り組み始めた地域包括ケアシステムを深化させ、令和7年度（2025年）を見据えた中長期的な視点から今後3年間に取り組むべき施策を推進するための計画ですが、上位計画である小松市都市デザインでは、目標年次を2040年としており、本計画においても、より長期的な視点を意識して策定します。



(4) 計画の推進体制

計画の進行管理については、学識経験者、被保険者代表、介護サービスに関する代表者など幅広く市民の意見を得るために小松市介護保険事業計画等策定委員会を設置し、事業計画の実施状況の進捗管理を行っていくとともに、課題点・問題点の検証・検討を適宜行い、計画の円滑な実施に努めています。

策定委員会には、高齢者総合相談センターの運営等について協議する「小松市地域包括支援センター運営部会」と地域密着型サービスの運営等について協議する「小松市地域密着型サービス運営部会」を設置しています。

地域包括ケアシステムの推進は、行政のみで実現するものではありません。そこで、地域ケア会議やテーマに応じたワーキング部会等の協議体を設置し、地域の専門職や住民と共に協働しながら課題分析や施策化を進めています。

＜策定委員会・各種協議体 体系図＞

介護保険事業計画等策定委員会 (いきいきシニア推進プラン策定委員会)

【主な機能】計画策定、政策の評価、進捗状況の管理

【主な参加者】学識経験者、福祉関係者、保健医療関係者、被保険者代表、行政

地域包括支援センター運営部会

【主な機能】

- 高齢者総合相談センターの質の確保
- 高齢者総合相談センターの運営評価

地域密着型サービス運営部会

【主な機能】

- 地域密着型サービスの指定
- 地域密着型サービスの質の確保
- 地域密着型サービスの運営評価
- その他適正な運営を確保するための必要な協議

地域ケア推進会議（第一層協議体）

各種協議体や、個別ケース検討結果から地域の課題を抽出し、新たな施策の創出をおこなうもの。

【主な機能】

- 地域包括ケアの推進に関する課題の抽出
- 地域づくり・資源開発（はつらつシニア支援事業の創出）
- 政策提言

ワーキング部会

地域ケア推進会議で出たテーマについて、有識者を交えて内容を掘り下げ、具体的な施策の検討をするもの。

在宅医療・介護連携推進会議

在宅医療・介護連携上の課題を把握し、その解決に向けた施策の創出を行うもの。

【主な機能】

- 在宅医療・介護連携推進に関する課題の把握及び分析
- 切れ目のない在宅医療・介護連携体制の構築

ワーキング部会

在宅4場面（退院支援・日常の療養支援・急変時の対応支援・看取り支援）や病態毎に現場の有識者と協働で課題分析を行い、具体的な対策を検討するもの。

市全体
(第一層)
の課題

ミニ地域ケア会議

地域の専門職や住民と共に、個別ケースについて検討するもの。

【主な機能】

- 個別課題解決機能
- ネットワーク構築機能
- 地域課題発見機能

地域ケア個別プラン会議

多職種によるケアプランの検討を通して、ケアの質を向上させるもの。

【主な機能】

- 個別課題解決機能
- ネットワーク構築機能
- 地域課題発見機能
- 給付の適正化機能

日常生活圏域
(第二層)
の課題

認知症対策推進会議

認知症対策の推進について、認知症大綱の内容を踏まえながら多職種で検討し、その解決に向けた施策の創出を行うもの。

【主な機能】

- 認知症対策の推進に関する課題の把握及び分析
- 認知症初期集中支援チームの活動に関する検討

地域連絡会（第二層協議体）

高齢者総合相談センターが主体となり、地域の専門職や住民と共に地域の課題について検討し、地域でできることを創出するもの。

【主な機能】

- 地域単位の地域包括ケアの推進に関する課題の抽出
- 地域単位の取組の創出
- ⇒取組はセンターの提案事業として実現を目指す

3. 日常生活圏域

(1) 日常生活圏域の設定

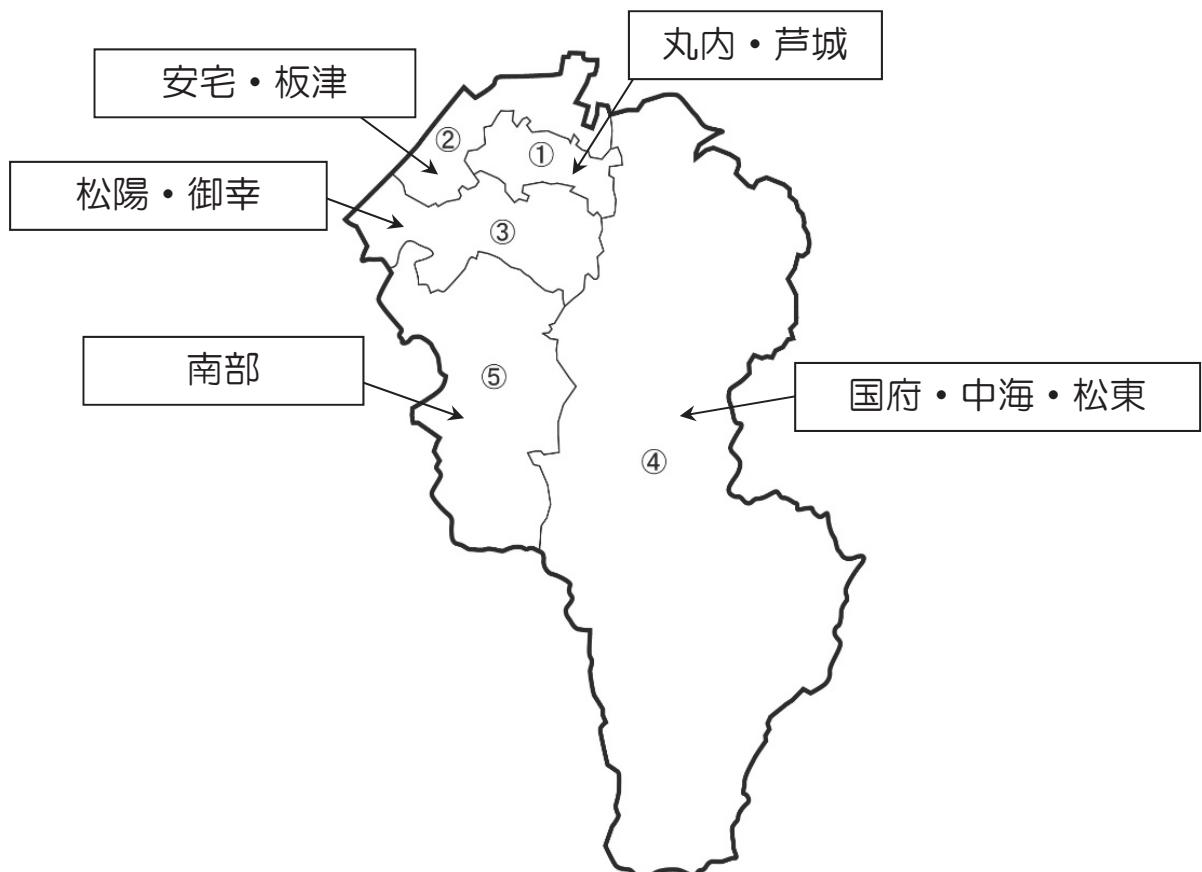
本計画における日常生活圏域の考え方は、介護が必要になっても、住み慣れた地域での生活が継続できることが可能となるよう、概ね中学校校下を想定した日常生活圏域を設定しています。

圏域の設定にあたっては、地理的条件や人口など、それぞれの地域の特性を勘案し、概ね中学校校下をもとに、市内を5つに区分し、圏域ごとに高齢者の相談支援窓口となる地域包括支援センター（本市では「高齢者総合相談センター」と呼称しています。）を設置しています。

＜圏域別の人団・高齢化率＞　※住民基本台帳（令和2年10月）

圏域	総人口	65歳以上 高齢者数	高齢化率	備考
丸内・芦城	28,699	7,852	27.4%	上牧町、下牧町を除く
安宅・板津	17,822	5,391	30.2%	上牧町、下牧町を含む
松陽・御幸	27,610	6,914	25.0%	
国府・中海・松東	13,739	4,514	32.9%	
南部	19,950	5,973	29.9%	
計	107,820	30,644	28.4%	

＜日常生活圏域＞



＜高齢者総合相談センター設置状況＞

事業所名	担当区域	備考
丸内・芦城 高齢者総合相談センター	芦城 第一（糸町・白江町・白松町を除く）	フレイル予防機能強化型
丸内・芦城 第二 高齢者総合相談センター	稚松（上牧町・下牧町を除く） 第一（糸町・白江町・白松町）	
安宅・板津 高齢者総合相談センター	安宅（上牧町・下牧町含む）	
安宅・板津 第二 高齢者総合相談センター	犬丸・荒屋・能美	
松陽・御幸 高齢者総合相談センター	向本折・苗代・蓮代寺	
松陽・御幸 第二 高齢者総合相談センター	今江・串・日末	
国府・中海 高齢者総合相談センター	国府・中海・東陵	
松東 高齢者総合相談センター	金野・波佐谷・西尾	
南部 高齢者総合相談センター	粟津・那谷・矢田野	
南部 第二 高齢者総合相談センター	月津・木場・符津	メンタルヘルス機能強化型

第2章

高齢者及び介護保険の 現状と今後の見通し等について

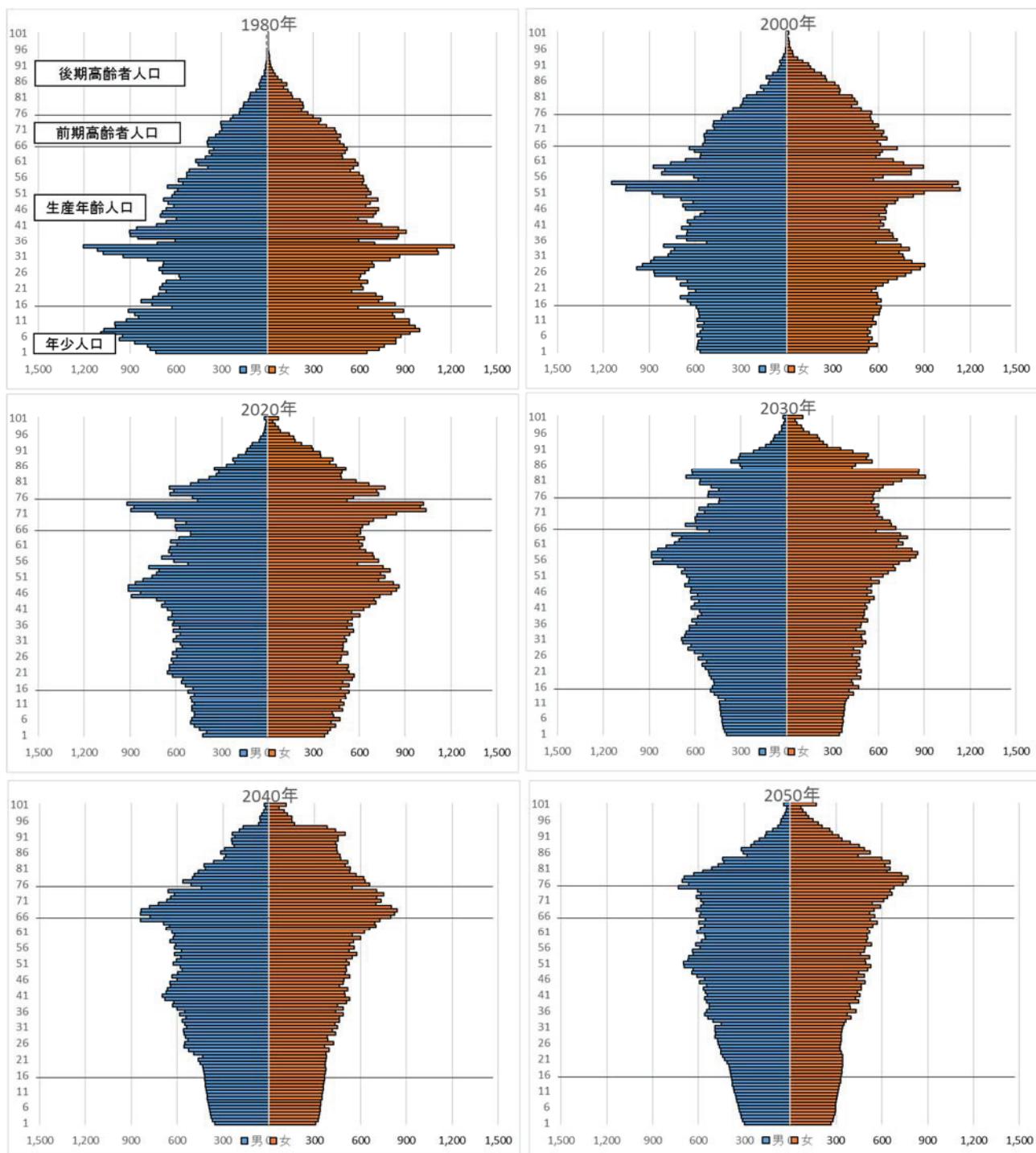
第2章では、第8期計画の方針を設定するための材料として、小松市の高齢者及び介護保険の現状や、今後の見通し等について整理しました。

第2章 高齢者及び介護保険の現状と今後の見通しについて

1 長期的トレンド

(1) 小松市の人団塊世代の人口構造（人口ピラミッド）の変化

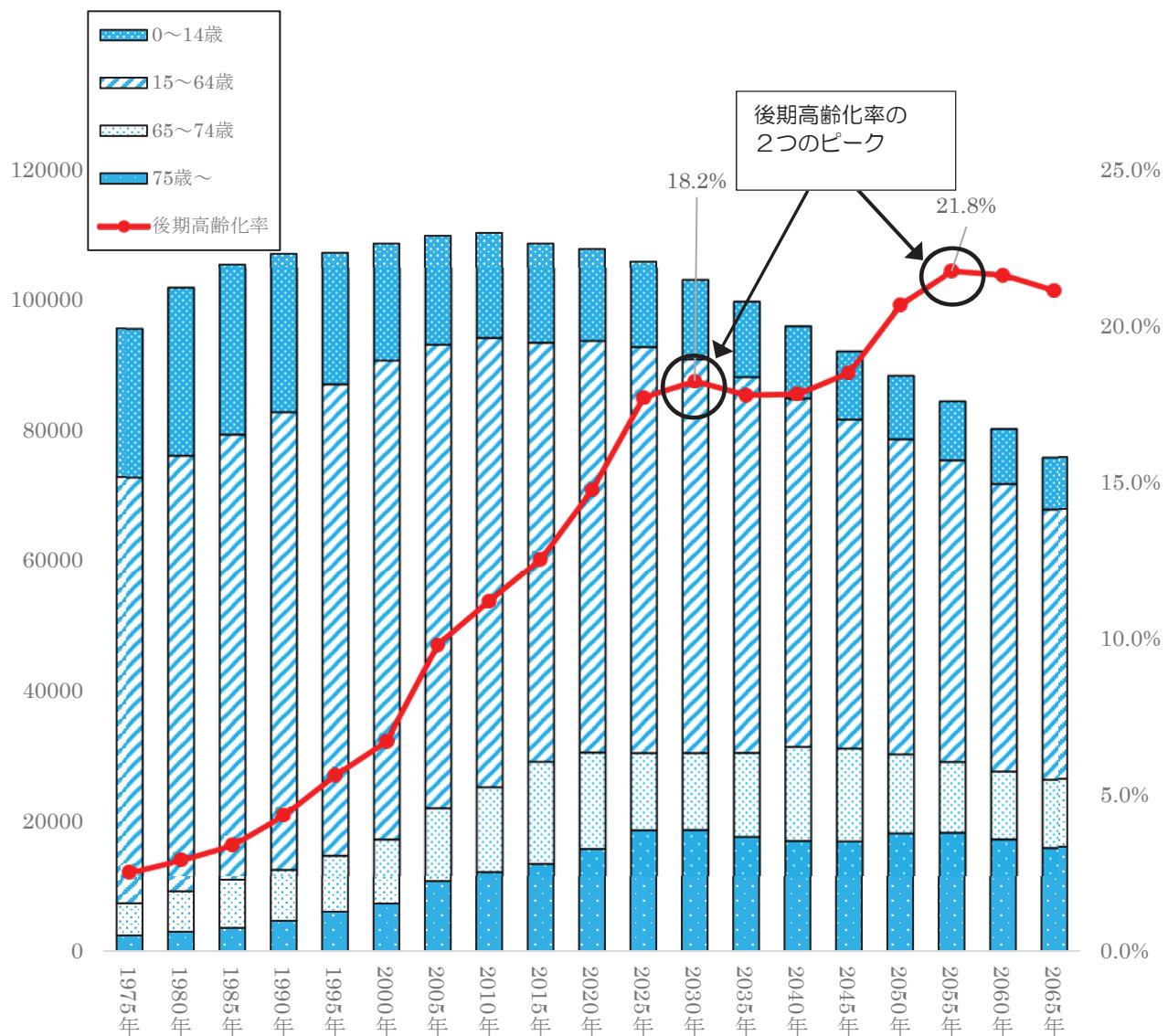
本市の人口構造（人口ピラミッド）の変化を見てみると、全国と同様の傾向ですが、団塊世代とその子にあたる団塊ジュニア世代の2つの山の高齢化および平均寿命の延伸と少子化により、人口構造が大きく変化していくことが見込まれています。



資料) 小松市長寿介護課資料

(2) 小松市の人団の推移及び推計（成り行きの推計）

本市の人口については、総人口については2008年をピークに減少に転じています。後期高齢者数については2027年にピークを迎えるものの、その後も2055年頃まで高い水準を維持し、高齢者数は2041年にピークを迎えます。後期高齢化率については、2030年、2055年と2つのピークがあると見込んでいます。



2 高齢者の現状と今後の見通し

(1) 総人口及び65歳以上人口

本市の令和2年10月1日現在の人口は107,820人で、平成20年度をピークに減少傾向で推移しています。本市の将来人口については、「コーホート（変化率）法」（※）により団塊世代が全員75歳になる令和22（2040）年度まで推計したところ、総人口については、令和7（2025）年度には105,861人、令和22（2040）年度には96,025人まで減少するという推計結果となっています。

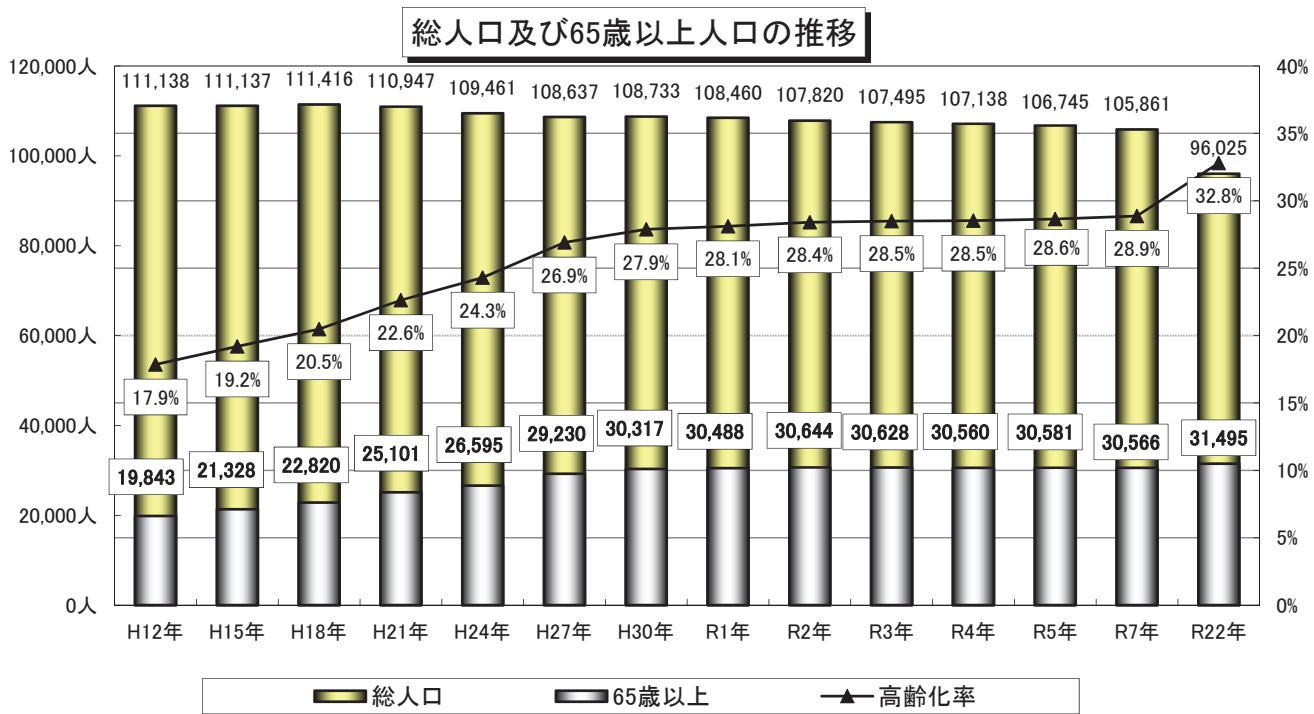
一方、65歳以上の高齢者人口については、令和2年度の30,644人が、令和22（2040）年度には31,495人まで増加するという推計結果となっています。総人口に占める65歳以上人口の割合を示す高齢化率については、令和2年度の28.4%が、令和7（2025）年度には28.9%、令和22（2040）年度には32.8%まで上昇することが見込まれています。

また、40歳から64歳までの人口（第2号被保険者数）については、令和2年度の35,056人が、令和7（2025）年度には34,999人、令和22（2040）年度には29,767人という推計結果となっています。

※「コーホート」とは、同年（または同期間）に出生した集団のことをいい、コーホート法とは、その集団毎の時間変化を軸に人口の変化をとらえる方法です。たとえば、ある地域において観測された20歳の人口は、5年後には、25歳に達します。その年齢の集団は、20年前に出生したものであり、その人口集団を年次的に追跡し、その人口集団の軌跡の変化量、変化率を用いる方法を一般にコーホート法といいます。

●総人口及び65歳以上人口の推移

	総人口(人)	65歳以上人口(人)	高齢化率
平成12年	111,138	19,843	17.9%
平成15年	111,137	21,328	19.2%
平成18年	111,416	22,820	20.5%
平成21年	110,947	25,101	22.6%
平成24年	109,461	26,595	24.3%
平成27年	108,637	29,230	26.9%
平成30年	108,733	30,317	27.9%
令和元年	108,460	30,488	28.1%
令和2年	107,820	30,644	28.4%
令和3年	107,495	30,628	28.5%
令和4年	107,138	30,560	28.5%
令和5年	106,745	30,581	28.6%
令和7年（2025年）	105,861	30,566	28.9%
令和22年（2040年）	96,025	31,495	32.8%



(2) 高齢化率の比較

本市における令和2年10月1日現在の高齢化率は28.4%で、全国平均より若干低く、県平均より1.6%低くなっています。

また、近年の高齢化率の動向をみると、県平均を下回り、全国平均を若干下回って推移しています。

	小松市	石川県	全国
平成12年	17.9%	18.6%	17.4%
平成15年	19.2%	20.0%	19.0%
平成18年	20.5%	21.5%	20.8%
平成21年	22.6%	23.4%	22.7%
平成24年	24.3%	24.8%	24.1%
平成27年	26.9%	27.9%	26.7%
平成30年	27.9%	29.2%	28.1%
令和元年	28.1%	29.2%	28.4%
令和2年	28.4%	30.0%	28.7%
令和7年(2025年)	28.9%	31.0%	30.0%
令和22年(2040年)	32.8%	35.9%	35.3%

資料：小松市は住民基本台帳人口及び外国人登録者数(各年度10月1日現在)

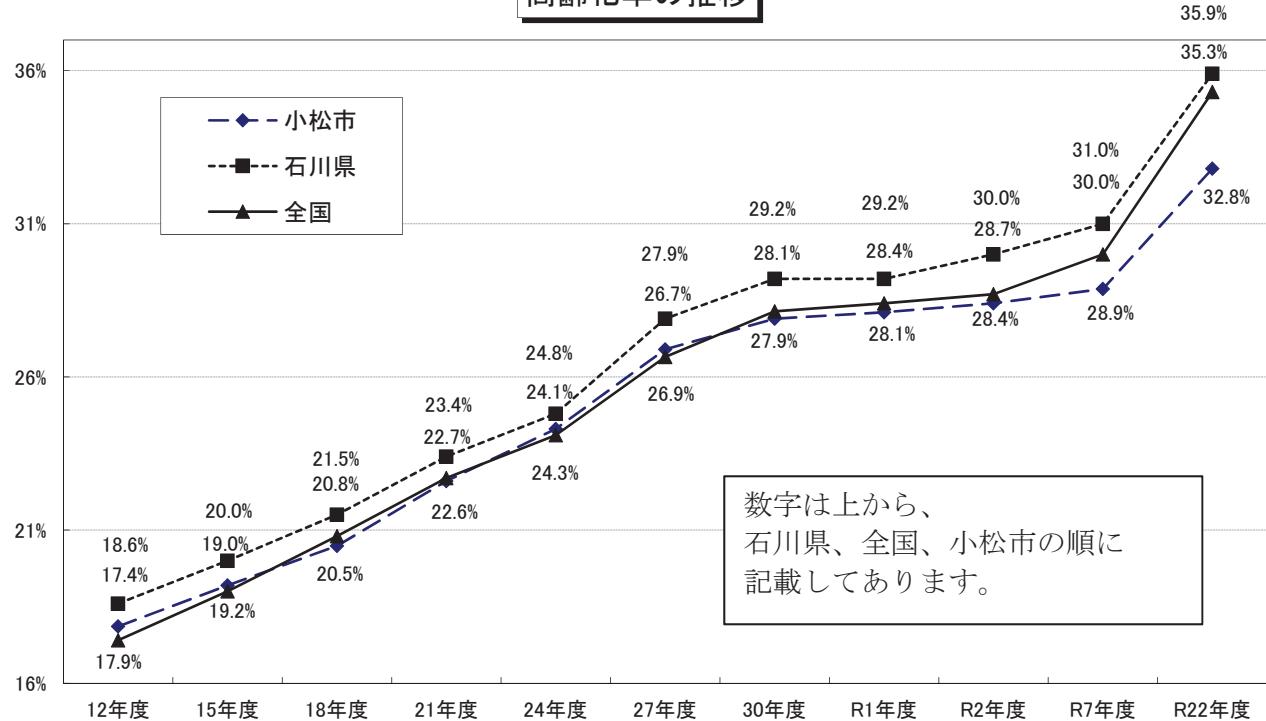
石川県は石川県統計課「人口推計」(各年度10月1日現在)※

全国は総務省「人口推計」(各年度10月1日現在)※

※全国は国勢調査の集計中のため、令和2年度のみ8月1日現在(確定版)とする。

推計については、小松市は長寿介護課資料。石川県、全国は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」を採用した。

高齢化率の推移

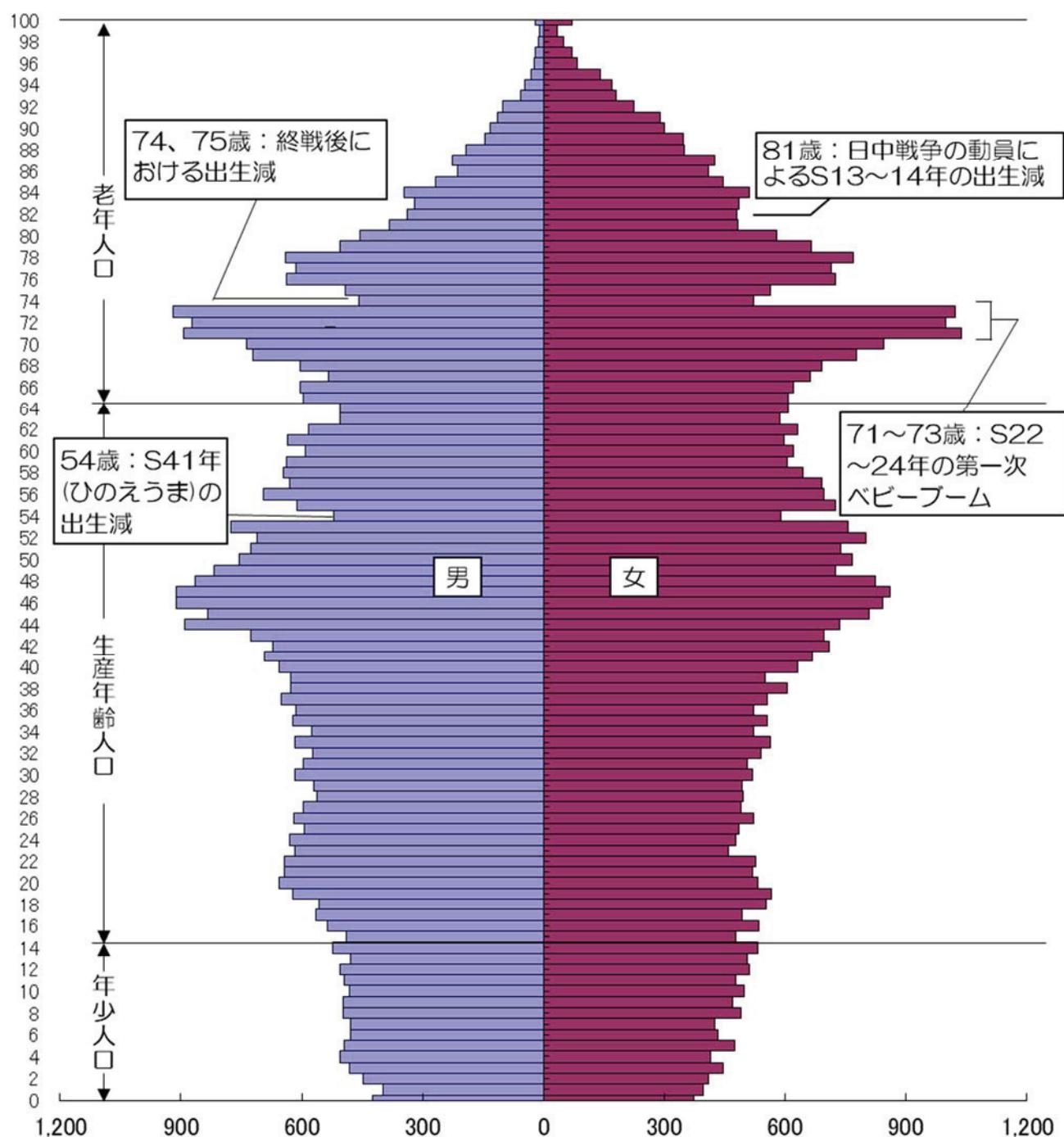


(3) 年齢階層別人口（ピラミッド）

本市における令和2年10月1日現在の人口ピラミッドは下のグラフのとおりとなっています。平成24年から27年にかけて団塊世代が順次65歳に到達したことにより高齢化率が急速に高まりました。

今後は当面 高齢化率の上昇は緩やかとなります。2025年には団塊世代の全員が後期高齢者となり、医療や介護のニーズが高まることが見込まれています。

小松市の人口ピラミッド（令和2年10月1日）



(4) 高齢者のいる世帯等の状況

① 高齢者のいる世帯の状況

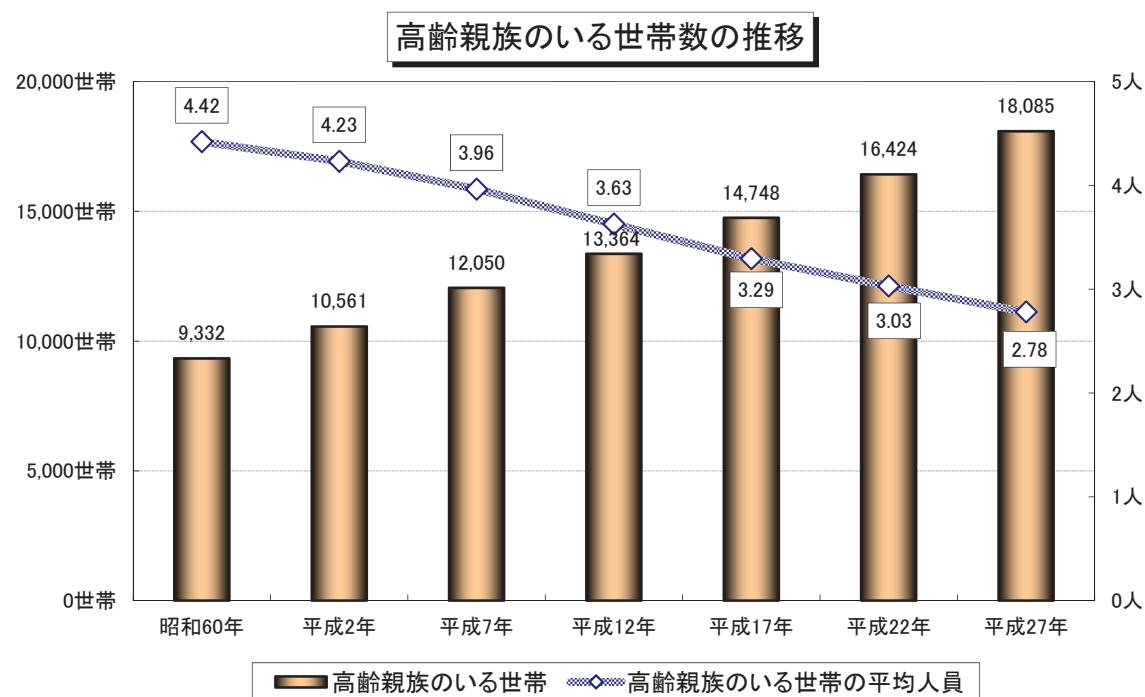
本市の平成27年10月1日現在の総世帯数は38,087世帯、このうち高齢者のいる世帯数は18,085世帯で、総世帯数に占める割合は47.5%となっており、総世帯数の増加とともに、高齢親族のいる世帯数及び世帯比率も年々高くなっています。

一方、高齢者のいる世帯の平均人員は、昭和60年の4.42人から、平成27年には2.78人に減少しており、家族介護力の低下等への影響が危惧されます。

●高齢親族のいる世帯数の推移

	総世帯数 A	高齢親族 のいる 世帯数 B	高齢親族 のいる 世帯比率 C=B/A	高齢親族 のいる 世帯人数 D	高齢親族 のいる世帯 の平均人員 E=D/B
	A	B	C=B/A	D	E=D/B
昭和60年	28,144	9,332	33.2%	41,246	4.42
平成2年	29,224	10,561	36.1%	44,687	4.23
平成7年	31,778	12,050	37.9%	47,752	3.96
平成12年	34,306	13,364	39.0%	48,458	3.63
平成17年	35,901	14,748	41.1%	48,570	3.29
平成22年	37,378	16,424	43.9%	49,723	3.03
平成27年	38,087	18,085	47.5%	50,218	2.78

資料：国勢調査



②ひとり暮らし高齢者、高齢者夫婦のみ世帯の状況

本市における平成27年10月1日現在のひとり暮らし高齢者数は3,503人、高齢者夫婦のみ世帯数は4,809世帯で、年々増加傾向にあり、より一層 地域で支え合う体制づくりが求められます。

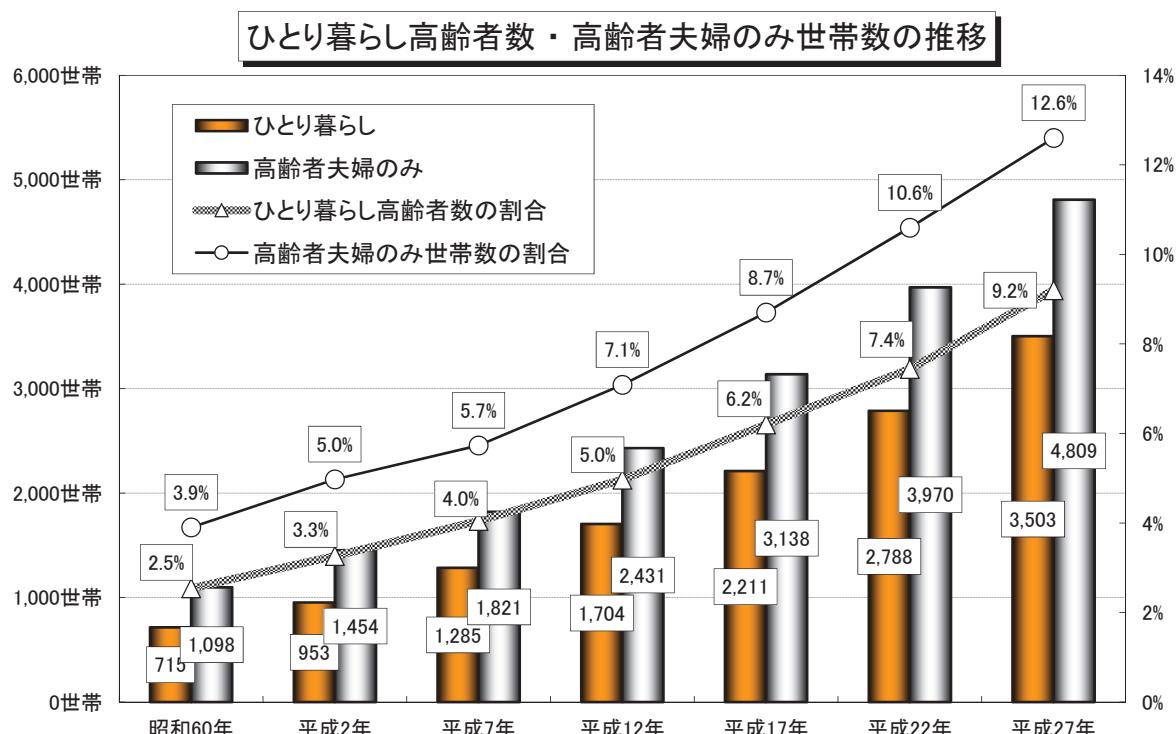
●ひとり暮らし高齢者数・高齢者夫婦のみ世帯数の推移

	ひとり暮らし 高齢者数	高齢者夫婦 のみ世帯数	総世帯数	ひとり暮らし 高齢者数の 割合	高齢者夫婦 のみ世帯数 の割合
昭和60年	715	1,098	28,144	2.5%	3.9%
平成2年	953	1,454	29,224	3.3%	5.0%
平成7年	1,285	1,821	31,778	4.0%	5.7%
平成12年	1,704	2,431	34,306	5.0%	7.1%
平成17年	2,211	3,138	35,901	6.2%	8.7%
平成22年	2,788	3,970	37,470	7.4%	10.6%
平成27年	3,503	4,809	38,166	9.2%	12.6%

資料：国勢調査

注）ここでは高齢者夫婦のみ世帯は、夫が65歳以上、妻が60歳以上の夫婦をいう。

注）総世帯数には施設世帯を含む。



3 介護保険の現状と今後の見通し

(1) 要介護認定者の状況と見込み

要介護等認定者数（要支援認定者及び要介護認定者の合計）は、介護保険制度開始以来大幅に伸びており、平成12年度の2,503人から令和2年度の5,223人と21年間で約2.1倍、2,720人増加しています。65歳以上人口に占める要介護等認定者の割合を示す認定率は、平成12年度の12.6%から令和2年度には17.0%と4.4ポイント上がっています。

推計した高齢者人口等をベースにして、要介護等認定者数を推計すると、高齢者の増加に伴い、認定者数は伸びていく見込みです。令和2年度の5,223人から、令和7（2025）年度には5,773人となり、550人の増加（増加率10.5%）、令和22（2040）年度には成り行きで6,486人となり、1,263人の増加（増加率24.2%）になると見込んでいます。

認定率については、令和2年度で17.0%であり、令和7（2025）年度には18.9%、令和22（2040）年度には20.6%になると見込んでいます。

●要介護認定者数の状況

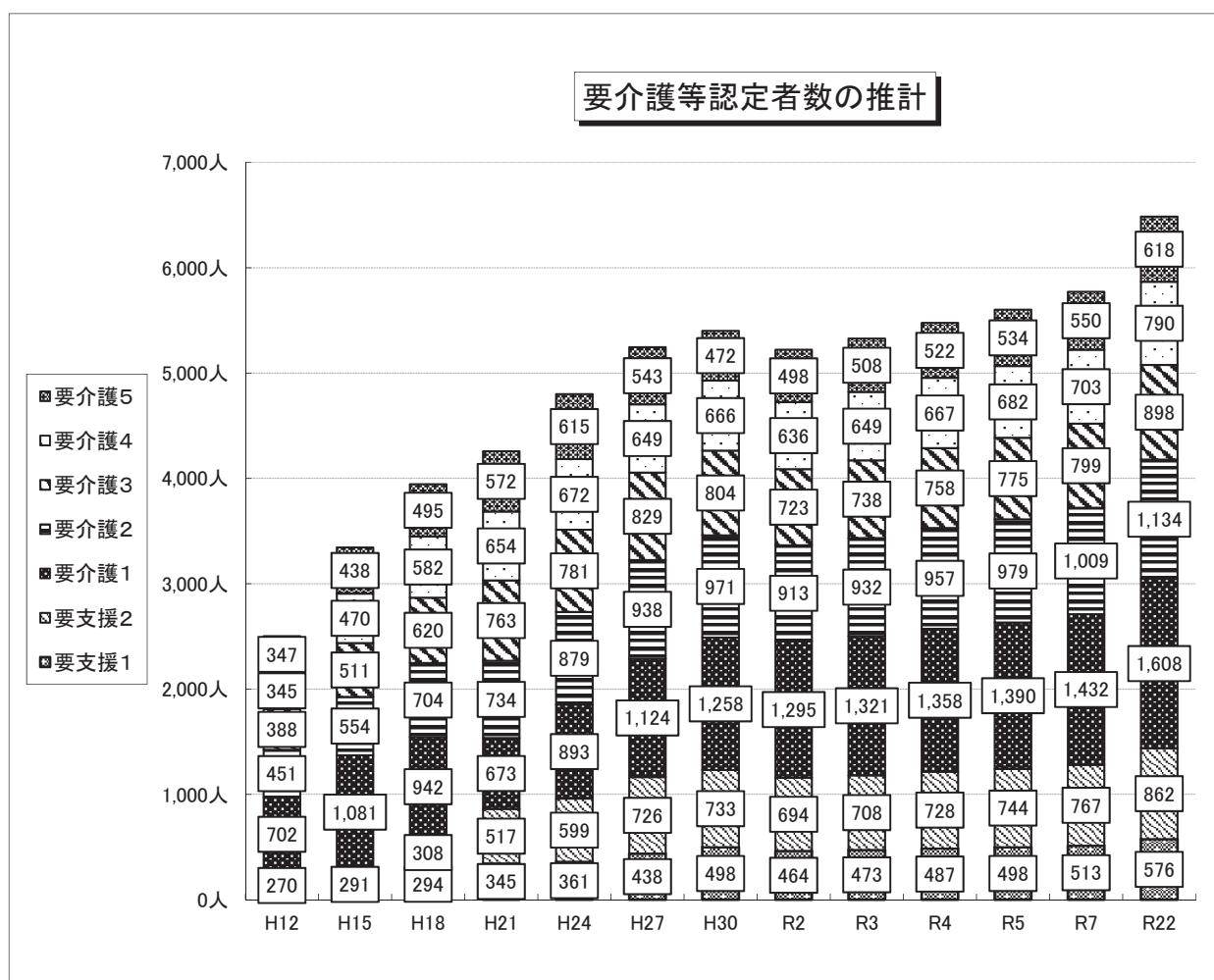
単位：人

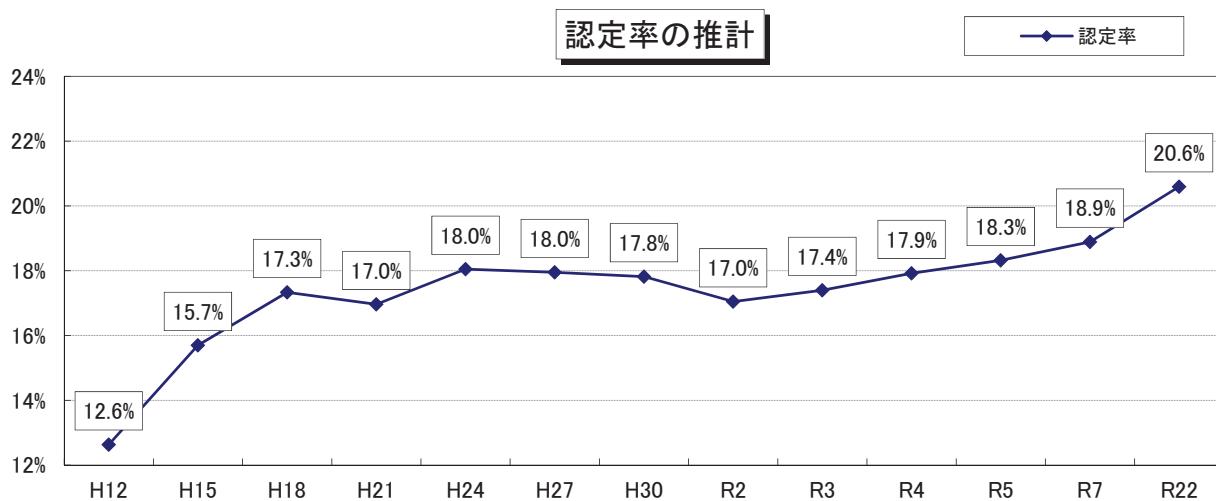
	H12年	H15年	H18年	H21年	H24年	H27年	H30年	R2年
65歳以上人口	19,818	21,307	22,762	25,101	26,594	29,230	30,317	30,644
要介護等認定者数	2,503	3,345	3,945	4,258	4,800	5,247	5,402	5,223
	(56)	(70)	(85)	(89)	(117)	(85)	(81)	(66)
要支援1*	270	291	294	345	361	438	498	464
	(2)	(7)	(4)	(8)	(12)	(9)	(9)	(10)
要支援2			308	517	599	726	733	694
			(6)	(19)	(19)	(16)	(13)	(9)
要介護1	702	1,081	942	673	893	1,124	1,258	1,295
	(10)	(13)	(16)	(12)	(29)	(10)	(14)	(10)
要介護2	451	554	704	734	879	938	971	913
	(17)	(15)	(18)	(20)	(13)	(18)	(12)	(9)
要介護3	388	511	620	763	781	829	804	723
	(6)	(13)	(14)	(17)	(15)	(17)	(12)	(11)
要介護4	345	470	582	654	672	649	666	636
	(12)	(11)	(14)	(7)	(9)	(7)	(8)	(10)
要介護5	347	438	495	572	615	543	472	498
	(9)	(11)	(13)	(6)	(20)	(8)	(13)	(7)
認定率(B/A)	12.6%	15.7%	17.3%	17.0%	18.0%	18.0%	17.8%	17.0%

	R3年	R4年	R5年	R7年	R22年
65歳以上人口	30,629	30,561	30,581	30,566	31,495
要介護等認定者数	5,329	5,477	5,602	5,773	6,486
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)
要支援1※	473	487	498	513	576
	(10)	(10)	(10)	(10)	(10)
要支援2	708	728	744	767	862
	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)
要介護1	1,321	1,358	1,390	1,432	1,608
	(10)	(10)	(10)	(10)	(10)
要介護2	932	957	979	1,009	1,134
	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)
要介護3	738	758	775	79	898
	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)
要介護4	649	667	682	703	790
	(10)	(10)	(10)	(10)	(10)
要介護5	508	522	534	550	618
	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)
認定率	17.4%	17.9%	18.3%	18.9%	20.6%

資料：小松市長寿介護課 ※は経過的要支援を含む

注)各年度9月末



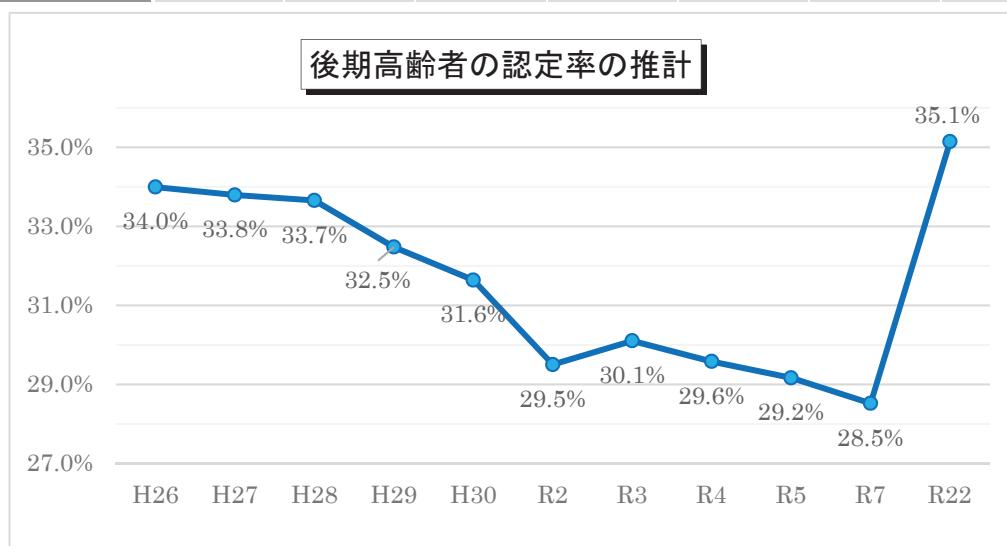


(2) 後期高齢者（75歳以上）の要介護等認定者の状況と見込み

後期高齢者（75歳以上）の認定者数については、令和2年度4,696人、令和7（2025）年度には5,351人、令和22（2040）年度には6,014人になると見込んでいます。

認定率については、令和2年度で29.5%であり、令和7（2025）年度には28.5%、令和7（2025）年度には35.1%になると見込んでいます。

	H27年	H30年	R2年	R3年	R4年	R5年	R7年	R22年
75歳以上人口(A)	13,624	15,244	15,918	15,919	16,819	17,590	18,762	17,112
要介護等認定者数(B)	4,604	4,823	4,696	4,792	4,975	5,130	5,351	6,014
要支援	369	427	399	407	423	436	455	511
要支援2	614	648	615	628	652	672	701	788
要介護1	992	1,126	1,187	1,211	1,257	1,296	1,352	1,520
要介護2	825	871	819	836	868	895	933	1,049
要介護3	738	740	659	672	698	720	751	844
要介護4	579	601	571	583	605	624	651	731
要介護5	487	410	446	455	472	487	508	571
認定率(B/A)	33.8%	31.6%	29.5%	30.1%	29.6%	29.2%	28.5%	35.1%



(3) 校下別・日常生活圏域別の状況

① 校下別の状況

校下別の高齢化等の状況については、高齢者数は芦城が2,711人と最も多く、以下 稚松が2,670人、第一2,669人などとなっています。要介護等認定者数については、稚松が523人と最も多く、以下 芦城が490人、第一442人などとなっています。要介護等認定者数については、施設が校下にあると入所者がそこに住所を移すケースがあるため、施設がある校下の要介護等認定者数が多くなる傾向があります。

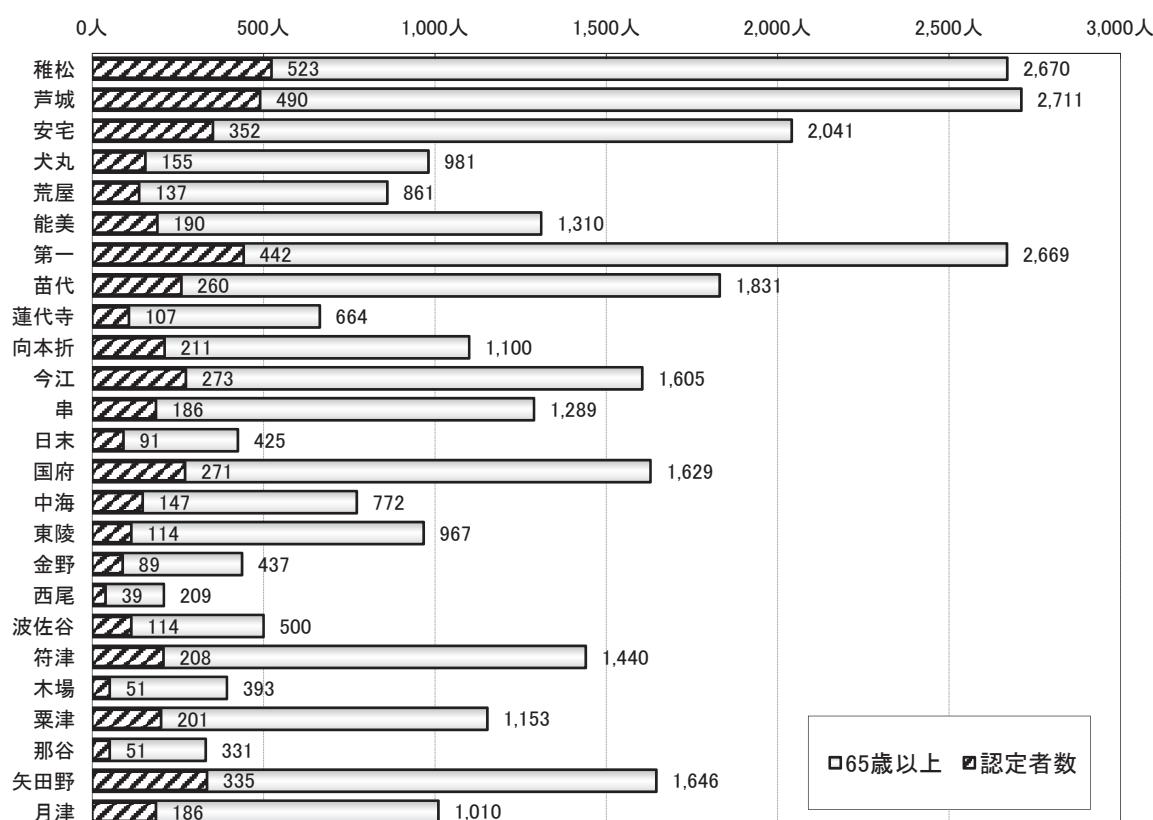
高齢化率では、西尾が46.2%と最も高く、以下 金野の39.3%、波佐谷38.2%などとなっています。認定率については、波佐谷が最も高く22.8%、以下 日末21.4%、金野、矢田野20.4%などで、認定率が低い校下は、東陵11.8%、木場13.0%、苗代14.2%などとなっています。認定率については、後期高齢者（75歳以上）の割合が高い校下や入所施設がある校下で高くなる傾向があります。

校下名	総人口	65歳以上	75歳以上	要介護等認定者数	高齢化率	後期高齢化率	認定率
稚松	8,508	2,670	1,488	523	31.4%	17.5%	19.6%
芦城	9,833	2,711	1,497	490	27.6%	15.2%	18.1%
安宅	7,028	2,041	1,083	352	29.0%	15.4%	17.2%
丸	2,846	981	462	155	34.5%	16.2%	15.8%
荒屋	2,646	861	419	137	32.5%	15.8%	15.9%
能美	4,639	1,310	662	190	28.2%	14.3%	14.5%
第一	11,021	2,669	1,398	442	24.2%	12.7%	16.6%
苗代	8,653	1,831	876	260	21.2%	10.1%	14.2%
蓮代寺	2,124	664	303	107	31.3%	14.3%	16.1%
向本折	4,124	1,100	602	211	26.7%	14.6%	19.2%
今江	6,070	1,605	819	273	26.4%	13.5%	17.0%
串	5,076	1,289	647	186	25.4%	12.7%	14.4%
日末	1,563	425	249	91	27.2%	15.9%	21.4%
国府	5,841	1,629	853	271	27.9%	14.6%	16.6%
中海	2,227	772	386	147	34.7%	17.3%	19.0%
東陵	2,797	967	474	114	34.6%	16.9%	11.8%
金野	1,113	437	230	89	39.3%	20.7%	20.4%
西尾	452	209	119	39	46.2%	26.3%	18.7%
波佐谷	1,309	500	269	114	38.2%	20.6%	22.8%
符津	5,674	1,440	763	208	25.4%	13.4%	14.4%
木場	1,285	393	201	51	30.6%	15.6%	13.0%
栗津	3,195	1,153	553	201	36.1%	17.3%	17.4%
那谷	886	331	181	51	37.4%	20.4%	15.4%
矢田野	5,566	1,646	861	335	29.6%	15.5%	20.4%
月津	3,344	1,010	523	186	30.2%	15.6%	18.4%
総計	107,820	30,644	15,918	5,223	28.4%	14.8%	17.0%

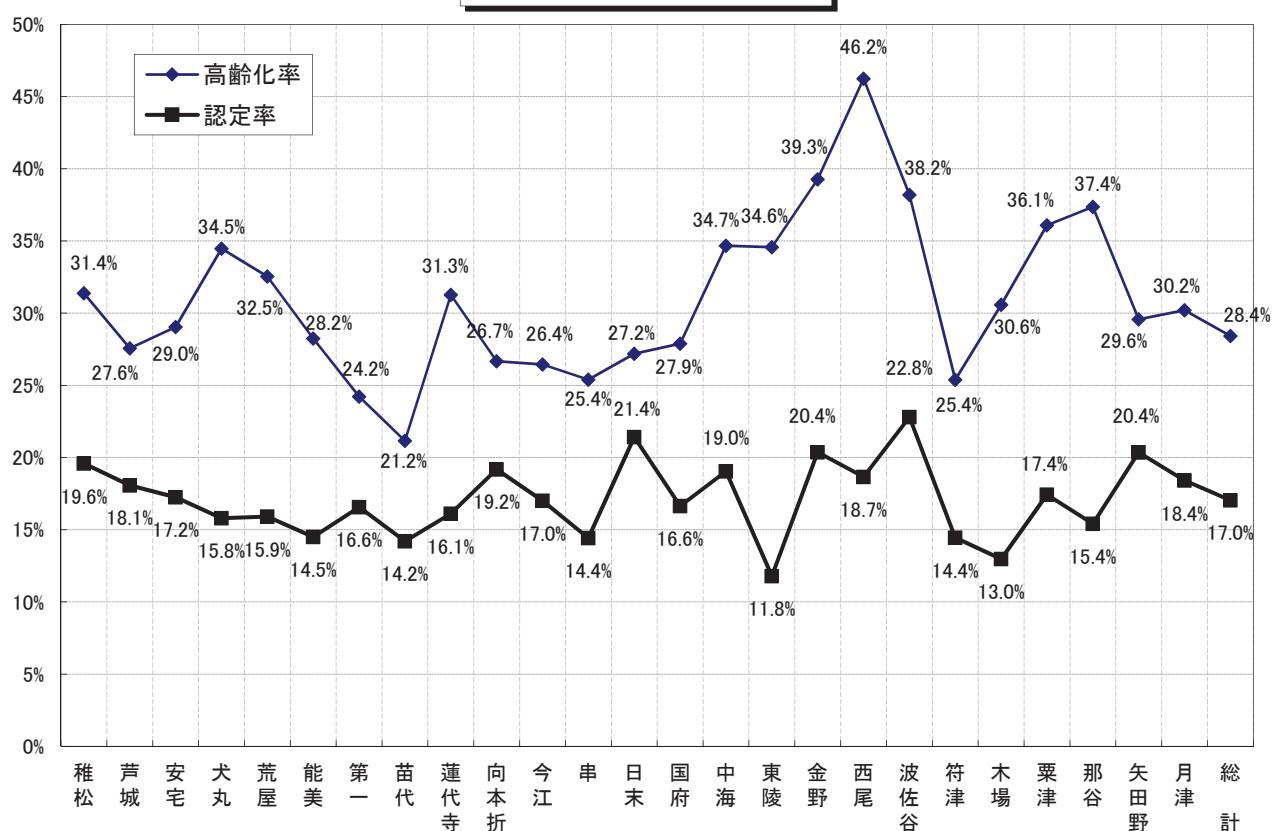
資料：長寿介護課資料 注) 令和2年10月1日現在

第2章 高齢者及び介護保険の現状と今後の見通し等について

校下別高齢者数・要介護等認定者数



校下別高齢化率・認定率



② 日常生活圏域別の状況と見込み

本市が設定している日常生活圏域（全5圏域）別の高齢化等の状況については、高齢者数は丸内・芦城圏域が7,852人と最も多く、以下 松陽・御幸圏域6,914人、南部圏域5,973人などとなっています。要介護等認定者数については、丸内・芦城圏域が1,408人と最も多く、以下 松陽・御幸圏域1,129人、南部圏域1,032人などとなっています。

高齢化率では、国府・中海・松東圏域が32.9%と最も高く、以下 安宅・板津圏域が30.2%、南部圏域29.9%などとなっています。要介護認定率については、丸内・芦城圏域が17.9%と最も高く、以下南部圏域17.3%、国府・中海・松東圏域17.1%などとなっています。

●日常生活圏域別の高齢者人口・要介護等認定者数等の状況と推計

単位：人

	実 績				推 計				
	H24年	H27年	H30年	R2年	R3年	R4年	R5年	R7年	R22年
総人口 (A)	109,461	108,637	108,733	107,820	107,496	107,139	106,745	105,861	96,025
丸内・芦城圏域	28,502	28,550	28,675	28,699	28,623	28,539	28,441	28,220	25,881
安宅・板津圏域	18,274	17,845	18,098	17,822	17,742	17,658	17,568	17,360	15,123
松陽・御幸圏域	27,200	27,502	27,832	27,610	27,605	27,594	27,575	27,513	26,147
国府・中海・松東圏域	14,862	14,532	14,033	13,739	13,626	13,508	13,388	13,147	11,118
南部圏域	20,623	20,208	20,095	19,950	19,900	19,840	19,773	19,621	17,756
高齢者（65歳以上）人口 (B)	26,595	29,230	30,317	30,644	30,629	30,561	30,581	30,566	31,495
丸内・芦城圏域	7,227	7,785	7,824	7,852	7,805	7,766	7,745	7,720	8,203
安宅・板津圏域	4,471	4,985	5,295	5,391	5,383	5,370	5,364	5,333	5,140
松陽・御幸圏域	5,771	6,374	6,759	6,914	6,944	6,942	6,999	7,102	7,931
国府・中海・松東圏域	3,807	4,284	4,451	4,514	4,503	4,498	4,477	4,423	4,222
南部圏域	5,319	5,802	5,988	5,973	5,994	5,985	5,996	5,988	5,999
高齢化率 (C)=(B)/(A)	24.3%	26.9%	27.9%	28.4%	28.5%	28.5%	28.6%	28.9%	32.8%
丸内・芦城圏域	25.4%	27.3%	27.3%	27.4%	27.3%	27.2%	27.2%	27.4%	31.7%
安宅・板津圏域	24.5%	27.9%	29.3%	30.2%	30.3%	30.4%	30.5%	30.7%	34.0%
松陽・御幸圏域	21.2%	23.2%	24.3%	25.0%	25.2%	25.2%	25.4%	25.8%	30.3%
国府・中海・松東圏域	25.6%	29.5%	31.7%	32.9%	33.0%	33.3%	33.4%	33.6%	38.0%
南部圏域	25.8%	28.7%	29.8%	29.9%	30.1%	30.2%	30.3%	30.5%	33.8%
要介護等認定者数 (D)	4,800	5,247	5,402	5,223	5,328	5,476	5,602	5,773	6,486
丸内・芦城圏域	1,267	1,439	1,452	1,408	1,435	1,476	1,510	1,555	1,748
安宅・板津圏域	788	857	880	880	898	923	944	973	1,093
松陽・御幸圏域	1,059	1,169	1,227	1,129	1,152	1,184	1,211	1,248	1,402
国府・中海・松東圏域	701	747	777	774	790	811	830	856	961
南部圏域	977	1,033	1,066	1,032	1,053	1,082	1,107	1,141	1,282
圏域外	8	2	0	0	0	0	0	0	0
認定率 (E)=(D)/(B)	18.0%	18.0%	17.8%	17.0%	17.4%	17.9%	18.3%	18.9%	20.6%
丸内・芦城圏域	17.5%	18.5%	18.6%	17.9%	18.4%	19.0%	19.5%	20.1%	21.3%
安宅・板津圏域	17.6%	17.2%	16.6%	16.3%	16.7%	17.2%	17.6%	18.2%	21.3%
松陽・御幸圏域	18.4%	18.3%	18.2%	16.3%	16.6%	17.1%	17.3%	17.6%	17.7%
国府・中海・松東圏域	18.4%	17.4%	17.5%	17.1%	17.5%	18.0%	18.5%	19.4%	22.8%
南部圏域	18.4%	17.8%	17.8%	17.3%	17.6%	18.1%	18.5%	19.1%	21.4%

注) 各年度9月末現在

注) 上牧町、下牧町は丸内・芦城圏域に含まれる。

注) 住所地特例者は転出前の市内住所を基に計算。（圏域外は転出後に住所を移動した方）

(4) 認知症高齢者数

本市の令和2年10月1日現在の認知症高齢者(※)は3,607人で、要介護等認定者5,223人の69.1%を占めています。

※ 認知症高齢者とは「『痴認知症高齢者の日常生活自立度判定基準』の活用について」(厚生省老人保健福祉局長通知)に基づき、「ランクⅡ」以上と判定された人としています。

●認知症高齢者数

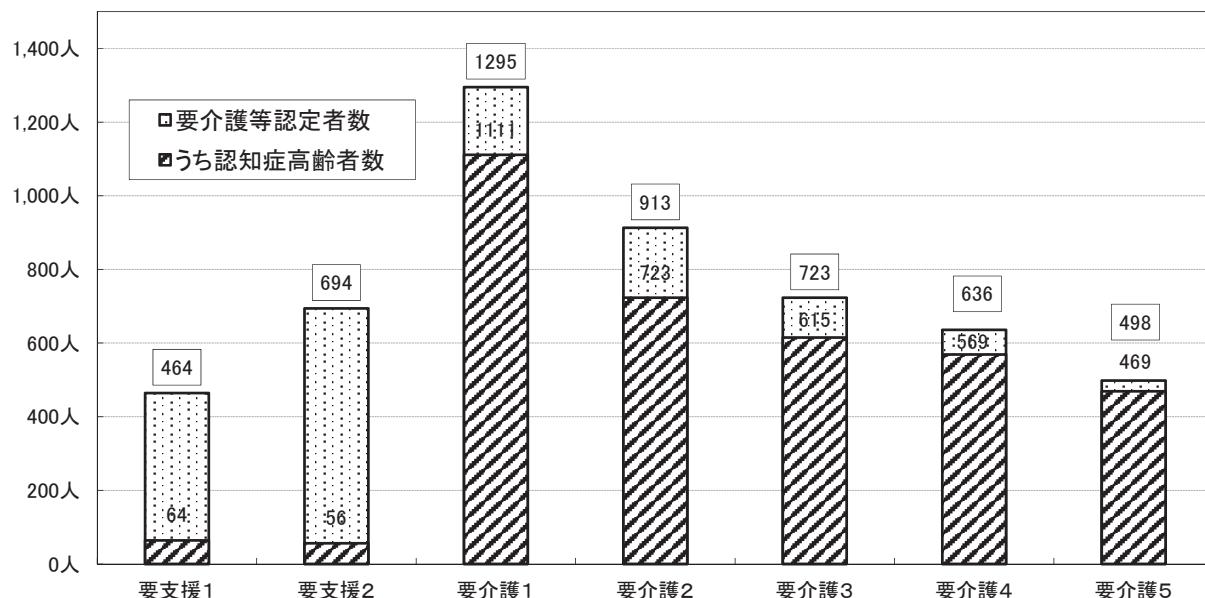
単位：人

	認知症高齢者の日常生活自立度										合計	認知症高齢者数	認知症高齢者数の割合
	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	その他				
要支援1	213	184	34	29	1	0	0	0	3	464	64	13.8	
要支援2	284	354	39	14	3	0	0	0	0	694	56	8.1	
要介護1	33	151	311	755	42	1	1	1	0	1,295	1,111	85.8	
要介護2	66	121	84	396	210	26	4	3	3	913	723	79.2	
要介護3	51	57	40	178	305	57	31	4	0	723	615	85.1	
要介護4	31	34	20	137	269	39	98	6	2	636	569	89.5	
要介護5	14	15	9	35	191	20	207	7	0	498	469	94.2	
合計	692	916	537	1,544	1,021	143	341	21	8	5,223	3,607	69.1	

資料：長寿介護課資料

注) 令和2年10月1日現在

注) 「その他」は受給転入のためデータなし



認知症高齢者の日常生活自立度

ランクⅠ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランクⅡ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。 a 家庭外で上記の状態がみられる。 b 家庭内でも上記の状態がみられる。
ランクⅢ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 a 日中を中心として上記の状態がみられる。 b 夜間を中心として上記の状態がみられる。
ランクⅣ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
ランクM	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

(5) 寝たきりの高齢者数

本市の令和2年10月1日現在の寝たきり高齢者(※)は1,589人で、要介護等認定者5,223人の30.4%を占めています。

※ 寝たきり高齢者とは「『障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準』の活用について」(厚生省老人保健福祉局長通知)に基づき、「ランクB」と「ランクC」と判定された人としています。

●寝たきり高齢者数

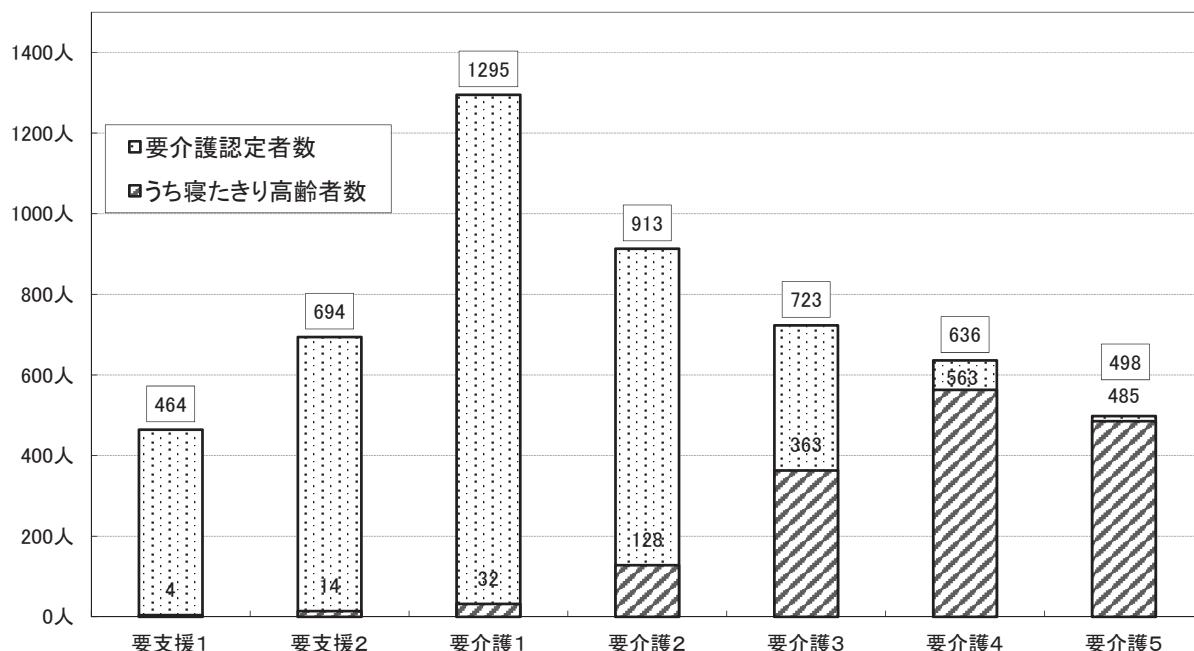
単位：人

	障害高齢者の日常生活自立度										合計	寝たきり高齢者数	寝たきり高齢者数の割合
	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他			
要支援1	5	33	227	92	100	2	2	0	0	3	464	4	0.9
要支援2	1	26	212	221	220	12	0	0	2	0	694	14	2.0
要介護1	1	15	377	409	461	25	7	0	0	0	1,295	32	2.5
要介護2	1	1	83	289	408	102	17	3	6	3	913	128	14.0
要介護3	0	0	10	104	246	179	178	4	2	0	723	363	50.2
要介護4	0	1	0	14	56	70	400	24	69	2	636	563	88.5
要介護5	0	0	0	3	10	12	220	23	230	0	498	485	97.4
合 計	8	76	909	1,132	1,501	402	824	54	309	8	5,223	1,589	30.4

資料：長寿介護課資料

注) 令和2年10月1日現在

注) 「その他」は受給転入のためデータなし



障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

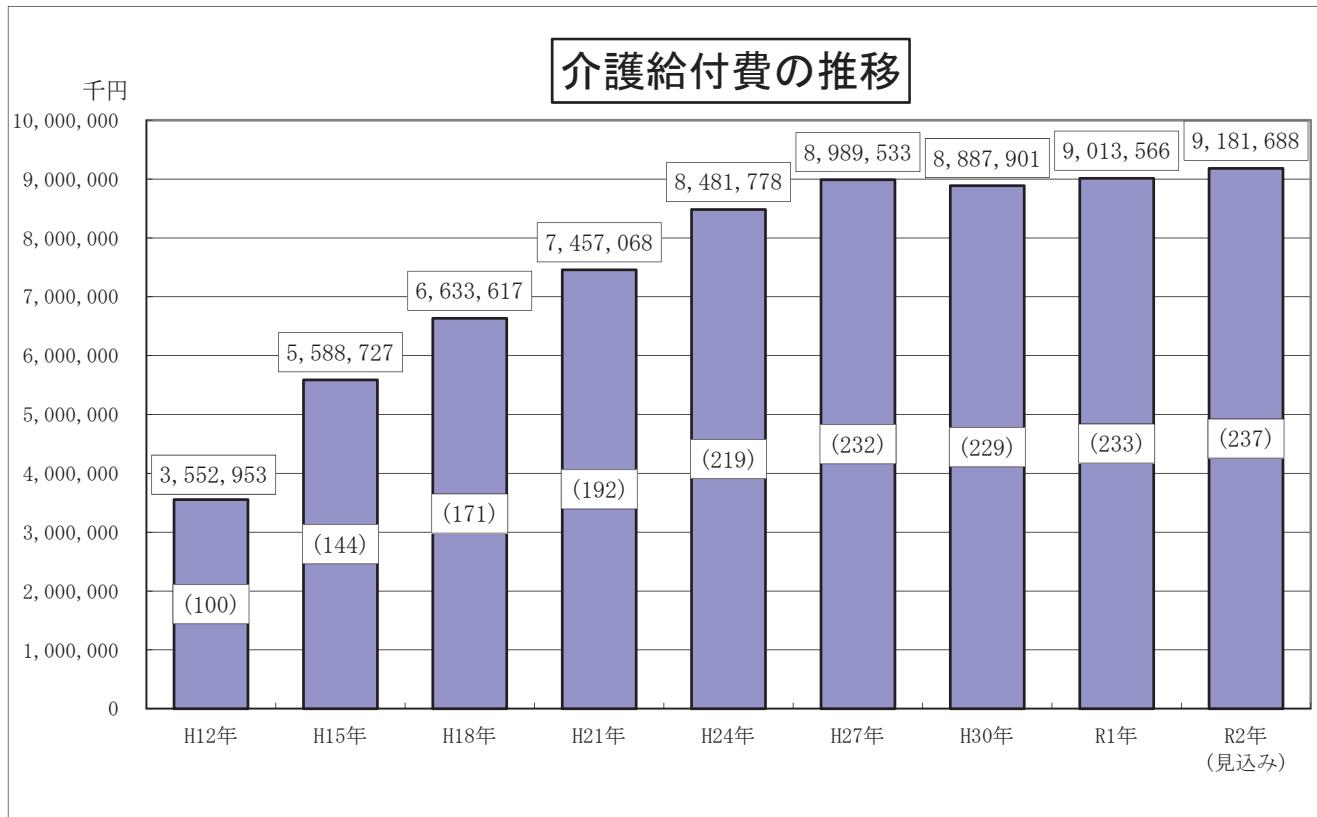
生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する。 2 隣近所へなら外出する。
	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上で生活が主体ではあるが、座位を保つ。 1 車いすに移乗し、食事、排せつはベッドから離れて行う。 2 介助により車いすに移乗する。
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ。 2 自力では寝返りもうたない。

(6) 介護保険給付等の状況

① 介護保険給付費の推移

介護給付費の推移については、介護保険制度が始まった平成12年度の35.5億円が令和2年度には91.8億円と2.3倍に増加しています。

第8期計画（令和3～5年度）の3年間では、合計約282.5億円（1年平均約94.2億円）、令和7年度には成り行きで97.4億円になると見込まれています。



(注1) 12年度は11ヶ月分の(3,552,953)と表示してあるが、推移を比較するために12ヶ月分に換算した(3,875,948)を(100)とした場合の指標で算出

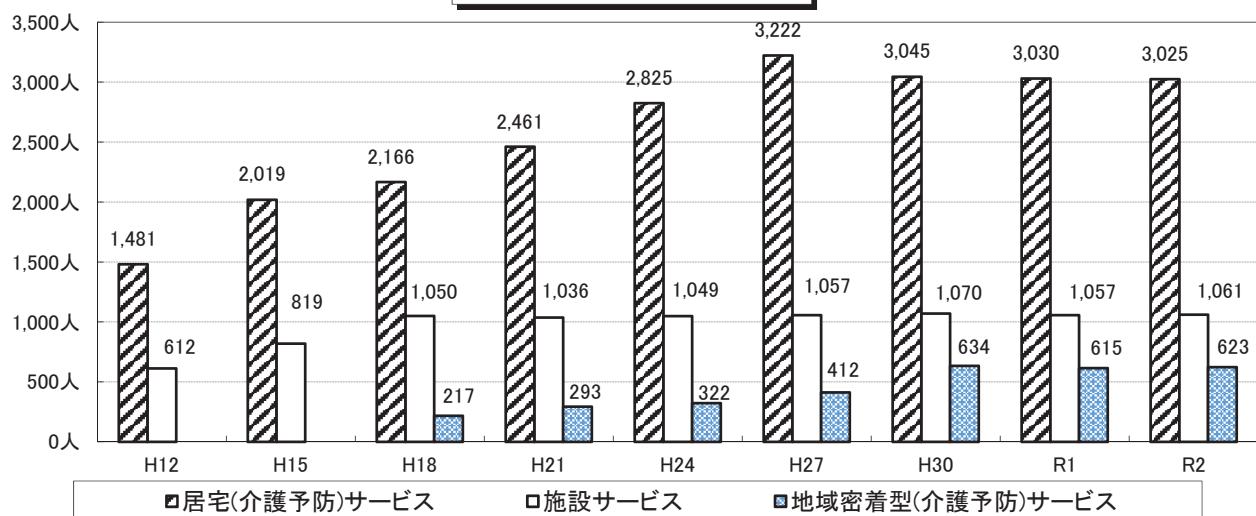
② サービス利用者数の推移

サービス利用者数は、制度開始以来大幅に伸びており、平成12年度から令和2年度までの20年間で居宅(介護予防)サービスが115.7%（1,746人）、施設サービスが77.9%（476人）増加しています。地域密着型（介護予防）サービスは、平成18年度から令和2年度までの14年間で187.0%（406人）増加しています。

サービス別の利用者数については、近年小規模多機能等の包括的サービスの整備を行った関係で、地域密着型（介護予防）サービスの利用者数が伸びています。また、在宅サービスでは訪問看護や居宅療養管理指導等の医療的ケアのサービスの利用者が伸びている一方、訪問介護や通所介護等は、要支援者がはづらつシニア支援事業に移行した関係で減少傾向にあります。

施設サービスでは、特別養護老人ホーム及び老人保健施設については、近年新規整備がないことから、伸びていません。

サービス利用者数の推移



●サービス別利用の推移

	12年度	15年度	18年度	21年度	24年度	27年度	30年度	R1年度	R2年度
要介護等認定者数(A)	2,533	3,364	3,952	4,240	4,800	5,247	5,402	5,354	5,223
サービス利用者数(B)	2,119	2,871	3,437	3,735	4,455	4,302	4,135	4,114	4,112
在宅サービス(C)	1,508	2,044	2,376	2,694	3,335	3,222	3,045	3,030	3,025
訪問介護	400	545	503	527	581	593	504	492	469
夜間対応型訪問介護	-	-	-	-	18	10	4	3	3
訪問入浴介護	66	78	57	47	39	23	23	20	22
訪問看護	196	206	141	173	231	286	305	325	321
訪問リハビリ	7	4	42	24	38	21	38	40	40
通所介護	844	1,084	1,247	1,486	1,586	1,681	1,209	1,122	1,040
地域密着型通所介護	-	-	-	-	-	-	210	185	177
認知症通所介護	-	-	71	89	97	72	64	67	45
通所リハビリ	396	488	487	614	770	944	880	921	777
福祉用具貸与	232	696	706	1,057	1,352	1,621	1,918	1,891	1,897
居宅療養管理指導	125	146	117	153	249	271	327	409	487
短期入所	180	287	394	459	417	403	391	345	201
小規模多機能	-	-	0	85	114	163	170	155	192
グループホーム	22	84	150	134	188	180	177	185	199
特定施設	0	8	75	102	119	104	116	107	120
施設サービス(D)	611	827	1,061	1,041	1,120	1,080	1,090	1,084	1,087
特別養護老人ホーム	265	368	549	580	668	649	662	657	660
地域密着型介護老人福祉施設	-	-	-	-	20	20	19	19	20
老人保健施設	273	375	408	405	404	394	400	396	392
介護療養型医療施設	73	84	104	56	28	17	9	2	1
介護医療院	-	-	-	-	-	-	-	10	14
サービス利用割合(B÷A)	83.7%	85.3%	87.0%	88.1%	92.8%	82.0%	76.5%	76.8%	78.7%
在宅サービス割合(C÷B)	71.2%	71.2%	69.1%	72.1%	74.9%	74.9%	73.6%	73.7%	73.6%
施設サービス割合(D÷B)	28.8%	28.8%	30.9%	27.9%	25.1%	25.1%	26.4%	26.3%	26.4%

資料：小松市長寿介護課

注) 要介護等認定者数は平成21年度まで10月末現在、平成22年度以降9月末現在

注) 福祉用具購入費及び住宅改修費は除く

注) 在宅サービスとは居宅(介護予防)サービスに地域密着型(介護予防)サービスを含めたものです

③ 本市の介護保険に関する地域分析について（近隣他市、石川県、全国との比較）

第8期介護保険事業計画の策定にあたり、本市では、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムを活用して、認定者数や介護給付の状況を全国や石川県、近隣他市（A市）と比較し、下記のとおり、地域分析を行いました。

○認定者数、認定率について

介護認定率	小松市	A市	石川県	全国
H28	17.6%	16.5%	17.8%	18.0%
H29	17.5%	16.7%	17.2%	18.0%
H30	17.4%	16.7%	17.4%	18.3%

調整済み認定率	小松市	A市	石川県	全国
H28	16.8%	16.7%	16.7%	17.5%
H29	16.4%	16.6%	15.8%	17.2%
H30	15.9%	16.4%	15.8%	17.1%

（※）調整済み認定率とは、認定率の大小に影響を与える及ぼす第1号被保険者の性・年齢構成の影響を除外した認定率です。

本市の介護認定率は、全国平均よりも低く石川県平均とほぼ同程度で、A市よりも高くなっていますが、調整済み認定率は、この間、他に比べて大幅に減少しています。

○サービス受給率について

単位：%

	小松市			A市			石川県			全国		
	施設	居住	在宅	施設	施設	居住	在宅	施設	施設	居住	在宅	施設
H29	3.6	1.0	10.0	3.2	1.1	8.2	3.6	1.3	9.5	2.8	1.2	9.9
H30	3.6	1.0	9.9	3.2	1.1	8.3	3.5	1.3	9.0	2.8	1.3	9.6
R1	3.6	1.0	9.8	3.1	1.1	8.3	3.5	1.3	9.2	2.8	1.3	9.8

本市のサービス受給率は、施設、在宅サービスが全国、石川県、A市と比べて高く、居住系サービス（認知症グループホームや特定施設）が低いことがわかります。これは、市内に特別養護老人ホームやデイサービス等の施設数が多いことが影響していると思われます。

○主な在宅サービスの受給者1人あたりの給付額について

単位：円

調整済み認定率		小松市	A市	石川県	全国
訪問介護	H29	80,608	116,060	73,705	61,591
	H30	84,859	114,389	81,227	67,103
	R1	89,439	117,601	85,245	68,976
訪問看護	H29	32,369	35,407	35,532	40,617
	H30	31,883	38,686	36,063	40,770
	R1	32,131	38,203	35,321	40,525
通所介護	H29	94,975	88,530	72,652	74,021
	H30	94,159	88,185	81,655	80,623
	R1	95,929	89,278	82,076	81,708
短期入所生活 介護	H29	76,128	77,700	90,785	93,708
	H30	75,079	81,325	90,144	94,811
	R1	76,653	84,142	92,606	96,210

主な在宅サービスの受給者1人あたりの給付額について、訪問介護は全国や石川県よりも高く、A市よりも低くなっています。これは市内に14ヶ所ある有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に併設した訪問介護事業所が頻回にサービス提供を行っていることが影響しているためと考えられます。訪問看護は全国や石川県、A市よりも給付額が低く、訪問回数も少なくなっています。通所介護（デイサービス）については、デイケアや地域密着型通所介護等の通所系サービスを含めても市内には多くの施設があるため、給付額は高い傾向にあります。短期入所生活介護（ショートステイ）は、近年介護人材確保等の理由から休止している施設があるためか、給付額が全国や石川県、A市よりも低くなっています。

○本市の現状と課題から見える介護サービスの今後の方向性について

在宅サービスは、薬剤師や理学療法士等の多職種が参加する地域ケア会議等から、訪問看護や居宅療養管理指導等の医療的ケアのサービス需要が増加傾向にある一方、通所介護等の福祉系サービスはやや減少傾向にあり、介護予防、重度化防止に向けての特色あるサービスが求められています。また、介護人材の確保の課題から、在宅の訪問介護や短期入所生活介護（ショートステイ）を休止する事業所もあり、日や時間帯によって利用が制限されています。

施設サービスは、近年施設整備を行っていませんが、胃瘻や喀痰吸引等を含めた医療ニーズや看取り等への対応が求められており、更なるサービスの質の向上が求められています。

本市は、これまで要支援者等を対象としたはつらつシニア支援事業を展開し、介護予防・重度化防止に重点的に取り組んできた結果、全国や石川県、近隣他市等と比べて、要介護認定率が減少傾向にあります。

今後は、増加が見込まれる認知症高齢者とその家族における在宅での暮らしを支えるため、医療ニーズに対応したサービスの整備と住み慣れた地域で安心して暮らせる居住系サービスの整備、地域人材やＩＣＴ等の活用を含めたサービスの確保が必要と考えられます。

第3章

計画の基本理念と ビジョン（大目標・中目標）について

第3章では、第2章で整理した情報を踏まえた上で、大目標、及び、4つのS（セルフケア・サービス・サポーター・セーフティーネット）の枠組みによる中目標の設定をし、それぞれについて施策の構築方針を設定しました。

第3章 計画の基本理念とビジョン（大目標・中目標）について

1. 計画の目標と施策の体系

現役世代の減少のなか、団塊の世代が、医療や介護のリスクが高まる後期高齢者となる2025年を4年後に控え、一人ひとりが健康や予防を心掛け、住み慣れた地域で、その人に合った心豊かな暮らしを送ることができるよう、必要な医療、介護、福祉、介護予防・生活支援、住まいなどのサービス・支援を、身近なところで一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」を深化・推進させていきます。

本計画は、基本理念を『「予防」と「共生」の取組を広げ 家族みんながここちよく暮らせるまち「こまつ」』とし、住み慣れた地域で、いつでも、どこでも、だれでも、どんな状態であっても、自分らしく生きがいを持ち、地域で支えあいながら暮らしていけるまちづくり・人づくり・仕組みづくりに向けて取り組むものとします。

取組みにあたっては、大目標を「どのような状態になっても、地域で支え合い、住み慣れた地域で、できる限り自立しながら安心して暮らし続けることができている」とし、第7期計画中に把握された課題を4つのS（セルフケア、サービス、サポーター、セーフティーネット）の枠組みで再編し、それぞれ中目標を設定しました。

第8期計画ではこの4つのSについて、第7期計画における「予防・自立支援の重視」及び「共創による支え合いの推進」の視点をさらに深めるとともに、「災害・感染症に対するレジリエンスの向上」の視点を加えた3つの視点を持って推進していきます。

一つ目の視点「予防・自立支援の重視」について、第7期計画では、地域サロンの充実による活動量の増加や、リハビリサービスの利用による生活動作の自立を推進し、いきいきシニア率の向上につながりました。第8期計画では、介護予防に対する意欲の高い方だけが取り組むのではなく、ICT技術等の最新技術を活用しながら、誰もが、いつでも、どこでも、楽しみながら介護予防活動に取り組めるような施策を推進します。

二つ目の視点「共創による支え合いの推進」について、第7期計画では、地域の問題に対して自分事として活動できる人材の養成を推進してきました。第8期計画では、オンライン会議やクラウドによる情報共有等、最新の技術を活用しながら、地域にとどまらず、全国の企業や専門職とつながり、多様化するニーズに対応できるような仕組みを創出します。

第7期計画中には、新型コロナウイルスが猛威を振るい、それによる自粛は、これまで積み上げてきた介護予防や共創の取組みに大きな影響を与えました。災害や感染症の流行は、「日常」を一変させます。そこで、三つ目の視点として「災害・感染症に対するレジリエンスの向上」を追加し、どのような災害・感染症が起こっても、ICT等を駆使しながら、しなやかに対応できるような施策を推進します。

【大目標、及び、4つのS(中目標)と3つの視点の概念図】

大目標：どのような状態になっても、地域で支え合い、
住み慣れた地域で、できる限り自立しながら安心して暮らし続けることができている

中目標：要介護にならないよう、介護予防に取り組むとともに、支援が必要な時は、必要な支援を受け、自立した生活を継続できている

中目標：変化する社会に対応しながら、安心した生活を支える担い手として活躍できる地域の人材(専門職・住民)が充足している

中目標：状態に応じた支援が地域や専門職の力により提供され、安心して生活ができる

中目標：当事者・家族・地域が安心した生活を続けることができている

3つの視点で、各施策をモデルチェンジ

視点1 予防・自立(自律)支援の重視 + 誰もが、いつでも、どこでも、楽しみながら

- ウェアラブル機器等を活用し、誰でも気軽に自分の健康をチェックし、楽しんで介護予防に取り組む
- 各種データの活用による地域課題の把握や、アウトリーチ支援によるフレイル予防対策
- ボランティアや就労など地域の「支え手」として活躍する元気高齢者等を応援

(例) 体操中心のサロン ⇒ 企業の力も活用した多様なニーズに沿ったサロン、自宅で参加できるサロン

視点2 共創による支え合いの推進 + 専門領域・地域を超えてつながる、 先進的な取り組み

- 大学や専門職などの多様な人材等の関与や最新技術による介護予防や生活支援のレベルアップ
- 地域企業や市民団体など多様な資源との協働による、高齢者の健康づくりや通いの場の活動支援
- 様々なボランティアのスキルアップや横のつながりから、新たな活動や持続可能性を創出

(例) 地域住民・事業者による協議・検討 ⇒ 地域・全国の企業や専門職との協議・検討
家族や近隣による支援 ⇒ 距離に関わらない、専門職との連携による支援

視点3 災害・感染症に対するレジリエンスの向上

- オンラインやICT技術の活用による人とのつながりや業務の効率化・負担軽減対策等の改善
- 事業所の研修や訓練、計画策定等の災害等への体制整備の支援
- 生活習慣の改善やフレイル予防の推進による、災害等に負けない強いこころとからだづくりの推進

(例) 会場に集まっての研修・交流 ⇒ オンラインでの研修・交流

2. いきいきシニアこまつ推進プラン（こまつ地域包括ケア推進計画）の体系

(1) 基本理念

**「予防」と「共生」の取組を広げ
家族みんながここちよく暮らせるまち「こまつ」**

(2) 大目標（2025年に目指す姿）

**どのような状態になっても、地域で支え合い、住み慣れた地域で、
できる限り自立しながら安心して暮らし続けることができている**

(3) 4つのSと中目標、及び、施策の構築方針

Selfcare セルフケア

要介護にならないよう、介護予防に取り組むとともに、支援が必要な時は、必要な支援を受け、自立した生活を継続できている

評価指標

いきいきシニア率：70.5% (R2年) ⇒ 75% (R7年)

かがやきシニア率：84.8% (R2年) ⇒ 85% (R22年)

主観的健康観（75歳以上）でとても・まあまあ：42.1% (R2年) ⇒ 44.8% (R7年)

運動を週1回以上おこなっている人（75歳以上）：53.2% (R2年) ⇒ 56.5% (R7年)

認知症になり介護が必要となった年齢：82.4歳 (R2年) ⇒ 84.0歳 (R5年)

生涯にわたる健康づくり・介護予防活動の推進

セルフケアを支える生活支援の推進

～地域包括ケアシステムとは～

地域包括ケアシステムとは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「すまいとすまい方」の5要素が一体的に提供される体制です。第7期計画ではそれを施策の軸とし、推進してきましたが、第8期計画では、さらにこれらの要素を融合させ、4Sとして施策を推進していきます。



～レジリエンスとは～

レジリエンスとは、弾力や回復力、復元力という意味を持つ言葉です。例えば生活習慣病予防や介護予防等、予防に関する取組は、どちらかと言えば、既知の脅威に対する防御力の向上ですが、近年増加している大災害や、新型コロナウイルス等、新しい脅威に対しては十分な効果が得られない場合があります。そこで、どのような環境の変化に対しても、柔軟に対応し、回復する力=レジリエンスの向上が求められています。

Service サービス

状態に応じた支援が地域や専門職の力により提供され、安心して生活ができている

評価指標

要介護認定の重度化割合：25.3% (R1) ⇒ 23.0% (R5年)

初回介護認定時平均年齢：82.1 歳 (R1) ⇒ 83 歳 (R5年)

小松市の医療・介護の体制に対する満足感：新規指標 ⇒ 3 以上 (R5年)

介護予防・重度化防止を実現するケア・サービスの提供

関係職種協働による多面的ケアの推進

市民・地域・事業者が連携した地域づくりの推進

Supporter サポーター

変化する社会に対応しながら、安心した生活を支える担い手として活躍できる地域の人材（専門職・住民）が充足している

評価指標

認知症ケアコミュニティマイスターの会登録者数：57 人 (R2年) ⇒ 80 人 (R5年)

健脚推進ボランティア：386 人 (R2年) ⇒ 400 人 (R5年)

地域サポートクラブ：198 人 (R2年) ⇒ 250 人 (R5年)

こまつ応援団登録団体数：新規指標 ⇒ 30 事業所・団体 (R5年)

魅力とやりがいのある介護現場の実現

専門職のスキルアップとボランティアの活躍で
「予防先進のまちづくり」をデザイン

Safety-net セーフティネット

当事者・家族・地域が安心した生活を続けることができている

評価指標

看病や介護への負担感：新規指標 ⇒ 2以下（R5年）

みまもりあいアプリ協力者数：811人（R2年） ⇒ 1,500人（R5年）

高齢者総合相談センターの認知度：29.7%（R2年） ⇒ 50.0%（R5年）

シニアが社会とつながり、役割と生きがいを持つ地域づくり

地域住民の参画と協働により、互いに支えあう見守り体制の推進

在宅介護を選択できる家族支援体制の推進

（4）テーマ毎の施策の推進

本計画は、4つのSに沿って包括的に推進されますが、国の基本指針に示されているテーマに沿った切り口でも整理しています。

- 災害や感染症対策に係る体制の整備
- 在宅医療・介護連携の推進
- リハビリテーションの推進
- 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- 認知症施策の推進
- 生涯にわたる介護予防・重症化防止の推進
- 高齢者総合相談センター
- 地域密着型サービス
- 給付の適正化

第4章

4つのSの枠組みに沿った 現状分析とサービス提供体制の 構築方針・具体的な事業

第4章では4つのS（セルフケア・サービス・サポーター・セーフティーネット）について、現状分析から課題を抽出し、取り組むべき施策の方向性と、具体的な事業について計画をしました。

Selfcare セルフケア

2025年にありたい姿～セルフケア～

要介護にならないよう、介護予防に取り組むとともに、支援が必要な時は、必要な支援を受け、自立した生活を継続できている。

評価指標

○いきいきシニア率（75歳以上で介護認定を受けていない人の割合）

70.5% (R2.10.1 現在)
(男性 79.2%、女性 64.7%)

⇒ 75.0% (R7年)
(男性 82%以上、女性 70%以上)

○かがやきシニア率（75歳以上 85歳未満で介護認定を受けていない人の割合）

84.8% (R2.10.1 現在)

⇒ 85.0% (R22年)

○主観的健康観（75歳以上）

42.1% (R2年)
6,700人／15,918人

⇒ 44.8% (R7年)
8,400人／18,762人

○運動を週1回以上おこなっている人（75歳以上）

53.2% (R2年)
8,470人／15,918人

⇒ 56.5% (R7年)
10,600人／18,762人

○認知症になり、介護が必要になった年齢

82.4歳 (R1年)

⇒ 84歳 (R5年)

本計画における基本理念『「予防」と「共生」の取組を広げ 家族みんながここちよく暮らせるまち「こまつ」』にもあるように、小松市では当事者の意思に沿った地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

自らの意思に沿った暮らしを自ら実践していくためには、まず、できる限り健康であることが大切です。また、仮に、病気や加齢により介護が必要な状態となっても、支援を受けながら、自らの意思に沿った暮らしを継続することはできますが、そのためには、周囲の支援者が「自らの意思」を知り、そのための体制が整っていることが大切です。

そこで、ありたい姿の実現のため、「健康づくり・介護予防活動の現状」と「意思決定や望む暮らしを支える体制」について、現状分析を行うこととしました。

現状分析 I

～健康づくり・介護予防活動の現状～

◆既存の健康づくり・介護予防の状況は？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護予防講座実績

	実績値		12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
認知症サポーター養成講座	32	19	10
その他の介護予防講座	7	10	2

○長寿介護課以外の健康づくりに関する取り組み

- ・いきいき健康課が各種健康づくり施策を実施
- ・スポーツ育成課が生涯スポーツを推進
- ・小松市民病院が様々な健康講座を実施

○いきいきサロン設置数

	実績値		12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
いきいきサロン設置数	189	190	189

分析・考察

○介護予防講座の内容は、キャラバンメイトが実施している認知症サポーター養成講座を中心となっている。

⇒今後はフレイル予防や生活習慣病等の重症化予防、排泄ケア等、セルフケアを推進するために重要なテーマについての普及啓発を積極的に行うことが必要である。

○長寿介護課以外の課や企業、医療機関等が行っている活動の中には、健康づくり・介護予防に資するものも多い。

⇒健康づくりや介護予防は、子どもから高齢者までのライフステージに応じて継続的に実施することが重要であり、関係機関が連携し一体的に取り組みを行う必要がある。

⇒状態像などに応じた多様な取り組みが大切であり、行政のみならず、民間の取り組みも含めた多様な分野での健康づくり・介護予防活動を把握・整理し、活用していくことが必要である。

○いきいきサロンは、中山間地や市中心部を除いてほとんどの町に設置されており、地域における身近な活動・交流の場となっている。

⇒設置数としてはほぼ充足しており、今後は地域ニーズに合わせた多様化が必要である。

◆健康づくり・介護予防に取り組んでいる人はどれくらいいる？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○ニーズ調査： 参加している地域活動について（重複回答有）

	R2 年度
ボランティアのグループ	15.9%
スポーツ関係のグループやクラブ	25.4%
趣味関係のグループ	26.1%
学習・教養サークル	6.2%
いきいきサロン	19.2%
老人クラブ	27.8%
町内会・自治会	27.2%
収入のある仕事	26.4%
いずれにも参加していない	14.1%

○ニーズ調査：健康づくりの活動等のグループ活動について（重複回答有）

	R2 年度
参加者として参加したい	42.4%
企画・運営として参加したい	55.2%

○ニーズ調査：週に1回以上は外出していますか

	R2 年度
週5日以上外出している	46.3%
週2～4日以上外出している	37.6%
週1回外出している	8.3%
ほとんど外出しない	5.7%
不明・無回答	2.1%

○ニーズ調査：15分位続けて歩いていますか

	R2 年度
できるし、している	68.2%
できるけどしていない	20.1%
できない	9.3%
不明・無回答	2.3%

○介護度の分析：健脚推進ボランティアの会会員と非会員の介護度の変化の比較

	H24 年度⇒R1 年度の要介護認定率
健脚推進ボランティアの会会員	8.5%
非会員	14.4%

※対照群は年齢・性別で無作為抽出(271名)。カイニ乗検定で有意な差が見られた。

※健脚推進ボランティアの会会員には活動実績の少ない方も含む。

分析・考察

○地域活動のいずれにも参加していない割合が14.1%いる。

⇒地域や性別、年齢別など特有の課題を分析し、希望すれば、どのような状態や状況であっても望んだ活動に参加できるような体制が必要である。

○外出や歩行をしている人の割合は高いが、週1回程度もしくはほとんど外出していない人が14%、15分くらいの連続歩行ができるがしていない人も20%程度いる。

⇒外出の機会が少ない、歩行していない人はフレイルのリスクが高いと考えられ、支援体制を充実していく必要がある。

○健脚推進ボランティアの会会員と非会員に対する分析では、会員は、非会員と比べると介護認定率が低いことが明らかになっている。なお、これは活動実績の量に関わらず、差が見られている。

⇒ボランティアとして登録されているということ自体が、本人の生きがいや社会参加につながり、介護予防効果が表れたと考えられる。活動を活発化させるとともに、継続性も高め、また、ボランティア数自体を増やすことも重要である。

◆健康状態や支援の必要性の現状は？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○ニーズ調査：過去1年間に転んだ経験がありますか

	R2 年度
転んだ経験が何度もある	7.0%
転んだ経験が1度ある	23.2%
転んだ経験がない	67.7%
不明・無回答	2.0%

○ニーズ調査：転倒に対する不安は大きいですか

	R2 年度
とても不安がある	11.3%
やや不安がある	34.0%
あまり不安がない	31.2%
不安がない	21.2%
不明・無回答	2.2%

○ニーズ調査：現在のあなたの健康状態はいかがですか

	R2 年度
とてもよい	8.6%
まあよい	65.1%
あまりよくない	19.5%
よくない	3.1%
不明・無回答	3.6%

分析・考察

○転倒に対しての不安を持つ人が半数近くみられ、過去1年間に転んだ経験がある人も3割程度いる。

⇒転倒経験や転倒に対する不安は活動や参加を制限し、フレイルの起点にもなることから、早期の把握・介入の仕組みが必要である。

○健康状態について、あまりよくない、よくないと回答している割合がそれぞれ19.5%、3.1%であった。

⇒疾病等の健康状態を起点としてフレイルにつながるおそれがあり、医療・保健・介護分野が連携した早期の把握・介入の仕組みが必要である。

◆急激に介護度が上昇する原因は何か？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護原因疾病調査：新規に介護認定を受けた主な原因疾病

	H30 年度	R1 年度
認知症	21.8%	22.9%
脳血管疾患	11.6%	11.9%
関節疾患	11.5%	9.1%
悪性新生物（がん）	8.9%	8.7%
転倒・骨折	6.0%	9.0%

○特定保健指導は74歳以下を中心に行われており、75歳以上の後期高齢者医療制度では十分な保健指導がされていない。

●医師：高齢者の重症化予防は、高齢者の特徴を踏まえて実施する必要がある。

分析・考察

○脳血管疾患により新規に要介護認定を受ける人が1割程度いる。また、原因疾病として割合が高いのは認知症だが、認知症は糖尿病が影響していることが多く、全体として生活習慣病が要介護認定の大きな要因となっていることがわかる。

⇒自立した生活の継続のため、若いころからの生活習慣病予防とその重症化予防を推進する必要がある。

○要介護認定の原因疾病として認知症の割合が最も高いが、認知機能の低下は、その後の予防活動にも影響するため、介護度の悪化リスクが高いと考えられる。また、転倒・骨折や関節疾患等の割合も高いが、関節の痛みや転倒・骨折は、活動の制限からフレイルにつながる可能性が高いと考えられる。

⇒認知機能の低下等による生活習慣の乱れや疾病管理に対する支援、痛みの軽減動作、転倒予防等状態にあった支援を医療・保健の専門職と連携していく必要がある。

課題の整理Ⅰ

- 生活習慣病の予防やその重症化予防のため、年齢に関わらず継続的な健康づくり・保健指導を推進する必要がある。
- 状態に関わらず、適切な内服や健康管理ができるよう、かかりつけ医やリハビリ専門職等とのスムーズな連携が行えるような体制づくりが必要である。
- 縦割りとなっている各種健康づくり、介護予防の取組を一体的かつ継続的に実施することが必要である。
- 状態像などに合わせた多種多様な健康づくり・介護予防資源・通いの場の拡充が必要である。
- セルフケアを実現するうえで、必要な情報の普及啓発等を地域全体で行っていくことが必要である。
- いきいきサロン等の通いの場を多様化していくことが必要である。
- 希望すれば、誰でも望んだ健康づくり活動や社会参加できる体制が必要である。また、健康づくり活動等への参加を希望しない人や参加を中断した人について、さらに情報を集め、必要な支援につなぐことが必要である。
- 役割を持ち、本人の持つ力を発揮しながらいきいきと社会参加ができる仕組みが必要である。
- 改善が可能な軽度フレイル状態の予防と、その早期把握・改善を図る必要がある。
- 幅広い医療専門職による早期の関わりにより、疾病の重度化防止やフレイル状態の改善を推進する必要がある。



サービス提供体制の構築方針

I 生涯にわたる健康づくり・介護予防活動の推進

現状分析により把握した課題から、切れ目のない生涯にわたった健康づくり・介護予防を推進する必要性が把握されました。そこで、若い人から高齢者まで年齢や環境の変化も踏まえ、個々の状態に応じて参加できるよう、既存の健康づくり・介護予防活動を発展させていきます。また、目的に応じてだれでも参加できる通いの場の奨励や、フレイル・疾病の有無やその変化等、個々の状況に合わせた健康づくり・介護予防活動を、新型コロナウイルスを想定した新しい生活様式を踏まえながら推進していきます。

～フレイルとは～

フレイルとは、日本語では「虚弱」を意味し、社会的要因（閉じこもり、孤食）、身体的要因（低栄養、筋力低下、口腔機能低下）、精神心理的要因（意欲・認知機能低下、うつ）等が組み合わさって起こります。放っておくと、要介護状態に移行する可能性が高くなりますが、一方で、「早期に正しく介入すれば戻れる」状態とも言えます。改善のためには、従来力を入れてきた身体機能の向上のみならず、口腔機能の向上や栄養改善、そして、なにより社会参加を包括的に行うとともに、若いうちからの生活習慣病予防とも一体的に取り組んでいく必要があります。

A 状態に合わせて楽しく参加できる健康づくり・介護予防活動の発展

(1) 健康づくり・介護予防の普及啓発

① 介護予防講座（継続）

認知症についての普及啓発に加え、フレイル予防や生活習慣病等の重症化予防、排泄ケア等のセルフケアを推進するために重要なテーマについて、幅広い医療専門職などと連携して実施していきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
実施回数 (回)	37	22	10			
参加人数 (人)	1,457	1,267	276			

R2 年度は新型コロナウイルスの影響により開催回数、参加人数ともに減少が見込まれております。今後もその影響が残ると考えられます。感染症予防対策等を充実しつつ、また、ICT の活用もしながら必要な講座を継続していきます。

また、このほか、市内 10 力所の高齢者総合相談センターや企業、医療機関等においても、各分野に関する介護予防講座を実施します。

② はづらつ健幸推進大会の開催（継続）

子どもからシニアまで、全市を挙げて「予防先進のまち」を目指し、健康づくり・介護予防に対する機運を高めることを目的に実施します。介護予防や疾病予防などをテーマにした講演のほか、地域の取り組み等の周知も行っています。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
参加人数 (人)	400	中止	200			

新型コロナウイルスの影響により、正常な開催ができない可能性もありますが、感染症予防対策等を充実しつつ、新型コロナウイルスの流行前の水準を目指していきます。

③ 様々な機会を通じた地域包括ケアシステムの普及啓発（継続）

本事業計画の内容や、本市における地域包括ケアシステムの推進について、市政情報講座等の機会を通じて普及啓発を行っていきます。

④ 介護予防8020推進事業（継続）

介護予防の一環として、歯科保健に対する高齢者の意識向上を図るため、80歳以上で20本以上の健康な歯を保っている高齢者を一般公募し、市長表彰を行うことにより、歯の健康を保つための適切な生活習慣を普及・啓発します。

	実績値			第8期計画中の目標量		
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
被表彰者数 (人)	74	104	109			
高齢者人口の増加に伴い今後も微増していくことが予測されます。						

⑤ 健康づくり体操の推進（継続）

健脚体操をはじめ、口コモ体操、はづらつ脳トレ体操などの各種体操について、普及・啓発します。また、動画配信やリモート開催等、感染症や天候に左右されないようなICTの活用も検討します。

【既存の体操等】

体操名	作成年度
こまつ健脚体操	平成 15 年度
こまつ健腕体操	平成 17 年度
こまつ健ゆび体操	平成 21 年度
健口体操	平成 21 年度
こまつ口コモ体操	平成 26 年度
こまつはづらつ脳トレ体操	平成 28 年度

⑥ 輝く女性の健康づくりレディスプランの推進（拡充）

女性の介護が必要となる原因については、骨や関節の虚弱化（骨折・転倒、関節疾患等）が多いため、骨密度が急激に低下する45～65歳の女性を対象とした、骨強度測定等や栄養セミナー、運動の実践を通して、自分のからだを知り、専門家から健康づくりのポイントを学び、実践する講座を開催することで、早い段階からの介護予防を推進していきます。

(2) 役割を持ち続けることによる健康づくり・介護予防の推進

① 健脚推進ボランティアの養成（継続）

「こまつ健脚体操」などを普及するために「健脚推進ボランティア養成講座」を開催し、ボランティアを養成します。健脚推進ボランティアは各町内で開催される「いきいきサロン」において健脚体操などを指導します。

今後は、体操のポイントのおさらい講習やリハビリ専門職等によるステップアップ研修によるスキルアップを行います。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
新規養成者数 (人)	35	23	15			
健脚推進ボランティアの会 員数(人)	427	391	380	成り行き ⇒ 目標		
					⇒ 400	

ボランティアの高齢化もあり、近年退会者も増えていることから、会の持続可能性を高めるために、減少傾向にある養成者数を増やし、会員数の維持・増加を図ります。

② シルバー人材センターの活動支援（継続）

高齢者が能力や経験を活かし、働きながら地域社会の発展に寄与し、生きがいの充実や社会参加ができるように、また、平均寿命の延伸に伴う高齢期における就労へのニーズや若年人口の減少に伴い高齢者人材への期待が高まっていることから、更なる就労の機会の提供や就労環境の整備を図るため、シルバー人材センターへの支援を行います。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R5 年度
会員数 (人)	1, 006	998	985			
就労者実人数 (人)	773	784	731			
受託件数 (件)	4, 800	4, 879	4, 680			

R2年度は新型コロナウイルスの影響により会員数等が減少しましたが、この影響はR3年度でも続くと考えられます。その後感染症の落ち着きのタイミングを見計らないながら、前年度比1割程度の会員数等の増加を目指します。

③ はつらつ講座開催事業（拡充）

高齢者の社会参加と生涯学習、地域活動の担い手養成の場として、地域で暮らす高齢者が充実した生活を送れるようにすることを目的に講座を開催します。（令和元年度からおとこ塾シニアカレッジの講座内容を改定。令和2年度おとこ塾とはつらつ講座が統合）。今後も参加者の健康づくりや社会参加につながる講座の開催を検討していきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
コース数	4	9	14		 微増	
参加者（人）	102	86	153		 微増	

講座内容や開催回数に変更があり、コース数・参加者数に変動が見られています。今後も多くの方の健康づくりや社会参加につながる内容を検討していきます。

④ 社会貢献のボランティアの活動（継続）

わが町防犯隊、まちの先生、市民博士などとして、今までに培った経験、知識、技術を生かし、保育園、幼稚園、学校、地域等において、子どもたちに教えたり関わることで、高齢者自身の生きがい活動につながるように、ボランティア活動の情報提供をしていきます。

（3）保健福祉事業の推進

保健福祉事業は、第1号被保険者の保険料を財源に実施される事業ですが、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金等も活用しながら、高齢者の保健・福祉の向上に資する事業を積極的に展開していきます。

B 新しい生活様式での健康づくり活動の奨励

（1）ICT 等も活用した多種多様なサロン（一般介護予防施策）の推進（拡充）

各地域の公民館等を利用した原則週1回のサロン開催により、家に閉じこもりがちな高齢者、一人暮らし高齢者、虚弱な高齢者等を対象に、介護予防、仲間づくり、生活の質の向上、健康や心身機能の向上を目指して実施しています。

現在は運動を中心のサロンが多いですが、サロンに参加すること自体が介護予防につながるといった研究結果もあることから、多様なニーズに対応できるサロンとなるよう検討します。具体的には、これまでのサロンは健脚体操を中心とする活動として推奨してきましたが、ゆるスポーツやフローラル活動など幅広い活動の場を提案します。

また、感染症や天候の影響に対する継続性を高めるため、ICT を活用した開催についても検討します。

① いきいきサロン

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催会場数 (力所)	189	190	189		 微増	
開催町数 (町)	201	203	202		 微増	

市内全域でいきいきサロンの活動が定着しており、開催会場数および開催町数の変動はほぼ見られません。今後は様々な形のいきいきサロンが増えしていくと考えられます。

② ミニディ

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催会場数 (力所)	18	21	27		 微増	

H30 年度からミニディ開設講座を開始し、開催会場数は少しずつ増加しており、今後も新規開催を目指します。R2 年度までははつらつシニア支援事業通所型サービス B として実施していましたが、自立高齢者の参加ニーズも高いという現状を踏まえ、R3 年度から一般介護予防施策として位置付けます。

(2) 地域と民間の協働による新たな通所型サービスBの推進（新規）

通所型サービス B は、いきいきサロンに行くことが難しい虚弱高齢者を対象としており、その利用には、はつらつシニア支援事業の対象者となる必要があります。送迎があれば通うことができ、また、介護予防に取り組むことで、介護サービスに移行しないことも期待されます。

地域の専門職や民間企業と協働して内容を工夫したり、住民ボランティアが運営することで、役割を持った活動の場となるよう実施していきます。また、生活支援の内容を組み合わせるなど、多様なニーズに対応できる通いの場となるよう取り組みます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
整備箇所 (箇所)	新規事業のため実績なし			10	 微増	 微増

まずは、各圏域に 1 か所の計 10 か所を整備することを目指します。民間企業や福祉法人など多様な団体との協働により、少しずつ増えていくと見込んでいます。

(3) 地域の高齢者の参加・活動の推進

① 老人クラブ活動支援事業（継続）

老人クラブの活動は、高齢者の重要な社会参加の場や生きがいづくりの機会となっています。高齢者の仲間づくりや生きがいを一層高め、高齢者自身の社会生活を豊かなものにするためにも、老人クラブの活動を支援していきます。

また、高齢者自らが主体的に、そして積極的に活動に取り組むことができる環境を整備し、単位クラブや連合会等の組織基盤の育成強化に努めます。

第8期においては、老人クラブ活動インセンティブ（奨励）制度を活用しながら、一層の充実を図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
老人クラブ 数	220	220	220			維持
会員数 (人)	16,508	16,352	16,292			微増

会員数を増やすために、R1 年度からインセンティブ制度を実施しています。

② 小松市立老人福祉センター千松閣（継続）

市内に在住する 60 歳以上の方が利用でき、各種相談、健康増進、教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与するとともに、生きがい活動※を通じて介護予防を推進します。

※生きがい活動

- ・日常生活動作支援 ・・・ 健脚体操、腰痛予防体操・機能体操等
- ・音楽活動 ・・・ 歌、踊り
- ・趣味活動 ・・・ 書道、華道、短歌、手芸

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
利用延人数 (人)	29,562	27,966	15,500			

R2 年度は新型コロナウイルスの影響により利用延人数が減少し、R3 年度まで影響があると推測し、R4 年度以降は持ち直す見込みとしました。

③ 小松市民センター（老人福祉施設）（継続）

高齢者の心身の健康と生きがいの増進を図るために、教養講座※、レクリエーションその他高齢者が自主的かつ積極的に参加することができる場を提供します。

※開催講座（9講座）

- 書道・ソフトヨガ・カラオケ・太極拳・リズムダンス
- 茶道・健康体操・編み物・謡曲

④ 小松市中央老人福祉センター（芦城センター内）（継続）

高齢者に対し、各種相談に応じるとともに、健康の増進及び教養の向上等のための便宜を総合的に提供します。

※大和ぬくもり大学（18講座2クラブ）

料理・社交ダンス・歌謡民謡・俳句・歴史・茶道・華道・書道・詩吟
歌謡舞踊・パソコン・水彩画・小さな水彩画・ぬくもりヨガ・陶芸
リズムダンス・加賀水引・太極拳
合唱クラブ・囲碁クラブ

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
講座回数 (回)	903	726	380	維持	増加	微増
利用延人数 (人)	9,567	6,713	3,080	維持	増加	微増

R2年度は新型コロナウイルスの影響により利用延人数が減少し、R3年度まで影響があると推測し、R4年度以降は持ち直す見込みとしました。

⑤ 生きがい活動支援事業（継続）

家に閉じこもりがちな人や健康面で不安がある人など、高齢のため社会参加の機会のない高齢者に対して、介護予防のための日常動作訓練や趣味活動等を提供することにより、生きがいのある生活を送っていただき、要介護状態等になることを予防します。

【対象者】65歳以上の高齢者

※老人福祉センター千松閣にて実施

日常動作訓練、趣味活動、教養講座

※ふれあいルームにて実施

日常動作訓練、趣味活動、教養講座

東部ふれあいルーム 南部ふれあいルーム 梅田ふれあいルーム
JA小松市みゆき支店、板津支店、国府支店、だいいち支店

⑥ 湯ったりシニアふれあい入浴事業（継続）

高齢者（65歳以上）に入浴券を交付し、地域の浴場の積極的な利用を図ることで、閉じこもり防止や健康保持、地域との交流、生きがいづくりなどを支援します。

⑦ 長寿バスの運行（継続）

60歳以上の高齢者や障がい者の福祉的活動に供するため、長寿バスの運行を推進し、社会参加を促進します。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
運行回数 (回)	79	76	8	 微増	 増加	 維持
利用実人数 (人)	2,064	1,975	140	 微増	 増加	 維持

R2年度は新型コロナウイルスの影響により運行回数や利用実人数が減少しましたが、感染症の落ち着きと共に、徐々に回復する見込みです。

(4) 様々な活動の場・方法の提案（新規）

高齢者と一言で言っても実際には親子以上の年齢幅や健康状態、価値観の違いがあり、望む通りの場等も様々です。生活支援コーディネーターが地域に存在する多様な資源の情報を把握・整理し、ICTの活用等、新しい生活様式に対応した様々な活動の場・方法を提案します。

C 軽度フレイルから重度化防止までの切れ目ない支援の推進

(1) 保健事業と介護予防の一体化な実施

健康づくり・介護予防を推進するためには、健診等で自分の健康状態を知り、生活習慣の見直しを通して生活習慣病の発症予防に取り組むことや、疾病の早期発見・早期治療等により重症化や合併症を予防するなど、日ごろからの健康管理が大切です。

本事業計画においても、いきいき健康課の小松市健康づくり計画「すこやかこまつ21（第2次）」や小松市国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）等に基づく健康づくり施策と連携しながら一体的に推進しています。

① 後期高齢者におけるフレイル・重症化予防の推進（新規）

健康寿命の延伸と生活の質（QOL）の向上に向け、個々の生活習慣病リスクや生活機能低下のリスクに応じて、保健事業から介護予防事業、または介護予防事業から保健事業による介入につなぎ、切れ目のない生涯にわたる包括的な支援を幅広い専門職と連携し実施します。

② 災害や感染症からこころとからだの健康を守る公衆衛生活動（新規）

新型コロナウイルスや災害等の発生による環境の変化は、高齢者の身体のみならず、ここにも大きな影響を与えます。それらの予防のため、「健康なこころとからだ・健全な地域社会を育む条例」に基づく活動を推進します。

③ 地域リハビリテーションの推進（継続）

地域のリハ職等の専門職の力を、サロン支援や地域ケア会議等の協議体における検討に活用し、健康づくり・介護予防に関する施策を一層推進します。

④ 特定健康診査受診率向上及びフォローアップ体制の推進（継続）

糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドromeに着目した小松市国民健康保険特定健康診査を実施し、小松市医師会等関係団体との連携協力により、生活習慣の見直しや脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病の発症リスクの減少、重症化予防の取組みを推進します。

⑤ がん検診の受診率向上の推進（継続）

がんの早期発見・早期治療を目的に、より受診しやすいがん検診の体制整備や啓発普及を推進します。

⑥ 健康づくり・栄養の推進（拡充）

生涯を通じた適切な食習慣の定着と生活習慣病を予防する食生活の推進の取組みを、食生活改善推進員との連携や、健康教室などの保健事業をはじめとするさまざまな事業により推進します。

⑦ 低栄養サポート事業（拡充）

食生活改善推進員とフレイル予防機能強化型高齢者総合相談センター及び圏域の高齢者総合相談センターが協働し、地域のいきいきサロン等の通いの場で、お食事アンケートの実施やフレイル予防講座を開催するとともに、フレイルリスクの高い人の把握や早期介入を行います。

⑧ 健康づくり運動の推進（継続）

手軽で効果があり楽しみながらできるウォーキングなどの生活習慣病を予防する運動習慣の普及啓発や実践支援の取組みを、関係する様々な団体と連携協力し推進します。

⑨ 歯・口腔の健康の推進（継続）

ライフステージに応じた歯の健康づくり行動の推進や歯の健康づくりのための取組みを進め、小松歯科医師会等関係団体と連携し、8020運動やオーラルフレイル予防を推進します。

⑩ 禁煙の推進（継続）

たばこの害や受動喫煙に関する教育・啓発や禁煙外来治療費の助成など、個別の禁煙支援を推進します。

⑪ はり・きゅう・マッサージ施術費助成事業（継続）

高齢者の運動機能や内臓機能を高め、日常生活動作を容易にすることで、高齢者の在宅生活の維持向上を図るため、はり・きゅう・マッサージの施術費の一部を助成します。

【対象者（R2 年度時点）】

以下のいずれかに該当する者

- 70 歳以上の高齢者
- 65 歳以上の身体障害者手帳 1 ~ 3 級を所持している人
- 65 歳以上の療育手帳 A・B を所持している人

【助成額 R2 年度時点】

- 1,000 円（年間、最大 18 枚交付）

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
支給人数 (人)	536	554	500	 維持	 微増	 増加
延べ 使用枚数	2,573	2,763	2,700	 維持	 微増	 増加

団塊の世代が 70 歳となることから、対象者となる高齢者は急増しますが、新型コロナウイルスの影響もあり、第 8 期計画当初は想定より支給人数が伸びないと考えられます。その後落ち着くに従い、緩やかに増加していくと考えられます。

現状分析Ⅱ ～意思決定や望む暮らしを支える体制の現状～

◆望む暮らしを支えるために必要な支援と現状は？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○ニーズ調査：外出する際の移動手段

	H29 年度	R2 年度
自動車（自分で運転する）	26.4%	36.6%
自動車（人に乗せてもらう）	20.0%	15.2%
徒歩	20.2%	20.4%

特に、南部地区は、「自動車（人に乗せてもらう）」が 19.6%。

○令和元年 10 月サポートクラブ利用者へのアンケート調査結果：

サポートクラブのセンターに求める生活支援のうち、必要度の高い支援は、庭の草むしりや剪定、重たい物の持ち運び、大掃除の手伝い、外出の付き添いであった。

分析・考察

○自動車を自ら運転している割合は増加傾向にある。

⇒今後、高齢化の進展により、運転免許証の返納が進み、自分で運転する割合は減少していくと考えられる。そうなった場合、その後の移動手段が限定されてしまい、生活に困る方も増えていくと考えられる。家族が身近にいることで何とか生活を維持していると考えられるが、今後独居高齢者などが増えると、軽度認定者であっても住み慣れた自宅で暮らせなくなる可能性が高い。

○サポートクラブのセンターに求める生活支援の内容を見ると、介護保険サービスの対象外となる支援が多い。

⇒本人ができる限り自立して生活を続けていくための柔軟な支援が必要である。

◆自らの選択を行い、意思表示できているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護認定調査：認定申請者のうち、主治医意見書における認知症自立度がⅡa 以上の者

	10月1日時点		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
要介護認定者	5,441	5,392	5,287
認知症自立度Ⅱa 以上の者	3,764	3,750	3,709
認知症自立度Ⅱa 以上の者の割合	69.2%	69.5%	70.2%

○ニーズ調査：物忘れが多いと感じる人が 41.3%

○ニーズ調査：今日の日付が分からぬときがある人 23.9%。

○ニーズ調査：家族構成について、「一人暮らし」が 16.1%、「夫婦2人暮らし」まで含めると 54.3%。

☆判断能力が不十分な方で、身寄りがない方が増えている。

分析・考察

○要介護認定者のうち、認知症自立度Ⅱa 以上の者の割合は高く、約 70%を占める。

⇒認定を受ける年齢自体が以前より高齢化しており、その結果、ある程度認知症が進んでからの認定が増えていると考えられる。そのため、認定をきっかけとした意思表示の準備では遅く、元気で認知機能も高い時期からの準備の必要性を普及啓発する必要がある。

○高齢者の4割程度が、何かしらの物忘れを自覚している。また、半数以上が高齢者のみ世帯である。

⇒判断能力が低下してからでは、本人の想いを尊重した支援が行えず、特に身寄りがない方などの場合は介入しにくくなるため、事前に想いを把握する必要がある。

課題の整理Ⅱ

- 本人ができる限り自立して、望む暮らしを継続していくように、移動支援や柔軟な支援ができる体制を推進していくことが必要である。
- 元気な時から、本人の望む終末期を含めた今後の医療や介護についての想いを話し合ったり書き留めておくことで、本人の意思が尊重され、家族や支援者が最善のケアが行えるよう、はつらつシニアかんじん帳やACPについての普及・啓発、活用の促進を推進していくことが必要である。



サービス提供体制の構築方針

Ⅱ セルフケアを支える生活支援の推進

現状分析により把握した課題から、セルフケアを支えるためには、本人のできない部分に対して自立を促す形で、また、生活に対する本人の想いを把握しながら支援していく必要性が把握されました。そこで、自立した生活を維持していくための支援を充実するとともに、本人の意思決定の把握と、それに基づいた生活を継続するための支援の充実を推進します。

A 自立した生活を維持する支援の充実

(1) 家族の介護力アップ講座（新規）

高齢者に最も身近な家族の介護力を高めるため、基本的な介護動作をはじめ、排泄ケアや認知症に関する知識の普及啓発に関する家族の介護力アップ講座の実施について検討します。

(2) 生活を支える支援

① 地域サポートクラブ（訪問型サービスB）（拡充）

地域の方が、買物、居室清掃、ごみ出し等の簡単な生活援助や趣味活動の支援を行う住民ボランティア型のサービスです。日常生活において、支援を必要とされる高齢者を地域内でサポートすることにより、困りごとを解消し、安心して生活できる環境づくりを進めます。人材不足のため介護保険やはつらつシニア支援事業の現行相当型や基準緩和型のサービスが縮小傾向にあることからも、より使いやすいサービスへの見直しを検討し、更なる普及を図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量・目標値		
	H30年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
利用回数 (回)	1,837	2,349	3,150		 増加	
利用人数 (人)	51	67	75		 増加	
サポーター人数 (人)	155	186	200	220	240	250

地域サポートクラブの利用は年々増加しており、必要とされている支援と言えます。今後高齢者の増加、また総合事業の対象者の弾力化で利用者が要介護になった後も利用が継続できるようになることから、利用回数・利用人数は今後増加していくと考えられます。ニーズに対応できるようサポーターの養成数を増やしていきます。

② 配食サービス事業（継続）

自立支援の観点から、在宅の高齢者や障がい者に対し、主に見守りを目的として定期的に居宅を訪問し、栄養のバランスのとれた食を提供し日常生活を支援することにより、食の保障及び食生活の改善と健康の増進を図ります。

【対象者】65歳以上のひとり暮らし、高齢者のみ世帯または身体障がい者のみの世帯であって、自立支援の観点から、サービスを利用することが適切であると認められた人

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
利用実人員 (人)	110	111	125		 微増	
利用延 配食数（食）	19,076	14,748	14,100		 微増	

高齢者数の増加により、利用実人数・利用延配食数ともに緩やかに増加すると考えられます。

③ 訪問理美容サービス事業（継続）

在宅の要介護高齢者の保健衛生の向上と介護家族の負担の軽減を図るため、理美容師が訪問して理美容サービスを提供します。

【対象者（R2 年度時点）】

以下をすべて満たす者

- ・65歳以上で要介護3以上の在宅高齢者
- ・理美容室へ行くことが困難な人

【自己負担額（R2 年度時点）】

- ・1,000円

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
助成券 利用数（枚）	803	782	789		 微増	

高齢者人口は増加しますが、デイサービス等、介護保険サービスの利用時に散髪をしている事業者が増えていることから、助成券利用数は緩やかな増加に留まると考えられます。

④ 寝具乾燥消毒サービス事業（継続）

在宅の要介護高齢者の掛布団、敷布団、毛布を丸洗いすることにより、保健衛生の向上と介護家族の負担の軽減を図ります。

【対象者（R2 年度時点）】

- ・65 歳以上で要介護 3 以上の在宅高齢者

【自己負担額（R2 年度時点）】

- ・1,500 円

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
助成券 利用数（枚）	45	53	54		 微増	

高齢者人口が増加しますが、近年有料老人ホームへの入居者等も増えていることから、助成券利用数は緩やかな増加に留まると考えられます。

（3）移動を支える支援

① 小松市地域交通の充実（新規）

「北陸新幹線小松駅開業を機に、みんなで支え合う地域交通（もっと便利に）の実現」に向け、小松空港と小松駅を軸に路線バスやコミュニティバス、タクシー、施設送迎車両など地域のモビリティを、地域協議会による地域住民相互の支え合いや交通事業者の総力を結集し、新技術や新サービスなどの活用も検討しながら、もっと便利な地域交通をみんなで支え築くことを目指します。

② らく賃パスポート事業（継続）

65 歳以上の高齢者、障がいのある方及び学生（中学生・高校生・大学生）を対象に一定額で市内路線バスが乗り放題となるパスポートを発行します。高齢者等の外出機会を拡大することで健康増進や介護予防の促進、社会参加による生きがいづくりを図ります。また、路線バスの運行を含めた地域交通全体のあり方については継続的に検討していきます。

③ 運転免許証の返納支援事業（拡充）

65歳以上の方（65歳未満の方でも障がいや病気等の事情のある方）が運転免許証を自主返納した場合、小松市交通安全協会より支援品を贈呈しています。

※次のいずれか

- ・らく賃パスポート 3か月分（6,000円分）
- ・粟津温泉利用券 5,000円分
- ・JA買い物券 5,000円分
- ・バス回数券 5,000円分
- ・石川県タクシー協会共通乗車券 5,000円分
- ・カブッキーご当地 WAON カード 5,000円分
- ・カブッキーランド年間パスポート 4,000円分相当
+ カブッキーご当地 WAON カード（1,000円分）

④ ヘルス・ケアのための地域の交通課題に対応する新たな移動手段の検討（新規）

高齢者総合相談センターや、生活支援コーディネーター等の活動により把握した交通課題について、公共交通部局等とも連携しながら、地域ケア会議等の協議体で検討します。特に通常タクシーの利用が難しい車椅子や寝たきり等、要介護度の高い高齢者であっても、通院等で安心して利用できる移動手段についても検討します。

（4）安心して暮らせる住まいを支える支援

① 多様な住まいの情報整理と提供（新規）

有料老人ホーム等の多様な住まいについて、県や近隣市町等と連携しながら、その費用やサービス内容に関する情報を把握・整理し、必要な方に提供することで、高齢者の望む暮らしをサポートします。

② 住環境整備への支援及び生活支援サービスの充実（継続）

生活用具の利用や住宅バリアフリー改修への支援のほか、生活支援サービスの充実を図り、住み慣れた地域・自宅での暮らしを継続できるよう取り組みます。このほか、3世代家族の同居・近居に対しても引き続き支援します。

B 高齢者が意思決定した生活を継続するための支援の充実

(1) 意思表示の必要性に対する普及啓発の推進（拡充）

いざという時の意思表示について、実際にその時が来なければ自分事として考える機会がないのが現状です。これまでの講座は介護予防や健康づくりに関する内容を中心でしたが、今後は高齢者総合相談センターのサロン支援等の機会を活用し、人生の最終段階を迎える準備について普及啓発していきます。また、ホームページや広報こまつ等も活用していきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
講座の開催（回）	実績の把握なし			全サロンでの実施		

高齢者総合相談センターは、いきいきサロン等で「はづらつシニアかんじん帳」の配布等を行っており、配布に合わせて「人生の最終段階」の講座を開催していきます。

(2) はづらつシニアかんじん帳の普及（継続・拡充）

はづらつシニアかんじん帳は、「わたしのこと」「支援してくれる人たち」「健康づくり」「わたしの願い」の4つから構成され、その人の健康状態のみならず、人生そのものを理解した上で、支援できるように作られたツールです。特に、急変時の意思表示が難しい場面を想定し、要約版の「こまQカード」も活用していきます。また、内容については、現場の声を聞きながら随時修正するとともに、クラウド上での情報管理等、ICTの活用についても検討していきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
配布数(冊)	3,000	2,000 ※こまQカード	2,000			
医療機関配布数(冊)	実績なし					

「はづらつシニアかんじん帳」は、窓口や高齢者総合相談センターの訪問時等、様々な場面で普及されていますが、今後は医療機関での配布も検討し、活用を推進します。なお、配布数については、普及に伴い、持っている高齢者が増えるため、緩やかになっていくと考えられます。

(3) 望む医療を選択するための情報提供の推進（継続）

望む医療を選択するために必要な情報として、医療機関をはじめ、介護やインフォーマルな生活支援に関する資源も含めて、様々な情報について把握・整理し、ホームページやはづらつシニアかんじん帳の内容充実等により周知します。また、病床機能や具体的な治療内容などについても普及啓発します。

(4) 成年後見制度の普及促進（継続・拡充）

① 市長申立てによる成年後見制度の利用

認知症などで判断能力が低下した人に対しては、成年後見制度の活用を図り、高齢者の尊厳と権利を守る体制づくりを進めます。身寄りがない人については市長申立てによる手続きを図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
市長申立て 件数	2	2	8			
高齢者数の増加に伴い、市長申立て件数も増加すると考えられます。						

② 法人後見制度

小松市社会福祉協議会では、令和元年度より法人後見事業を担っています。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
件数	実績なし	0	2			
高齢者数の増加に伴い、件数も増加していくと考えられます。						

(5) 養護老人ホームへの措置（継続）

65 歳以上で、環境上の理由および経済的理由によって、在宅での生活が困難であると有識者で構成される入所判定委員会が認めた場合に、市が措置により入所させることができます。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
入所実人員 (人)	111	99	100			
入所実人数は維持されていくと考えられます。						

Service サービス

2025年にありたい姿 ~サービス~

状態に応じた支援が地域や専門職の力により提供され、安心して生活ができるようになっている。

評価指標

○要介護度の重度化割合

25.3% (R1 実績)
1,355 人／5,193 人

⇒ 23.0% (R5 年)
1,280 人／5,565 人

○初回介護認定時の平均年齢

82.1 歳 (R1 実績)
※新規申請 874 件

⇒ 83 歳 (R5 年)

○小松市の医療・介護の体制に対する満足感 (4 段階評価)

新規指標

⇒ 3 以上 (R5 年)

介護保険サービスは、単に「してあげる」のではなく、本人の自立を促す形で提供されることが大切であり、そのためには、ケアマネジャー やサービス提供事業者が自立を意識したケアプラン、支援を行う必要があります。

また、多様なニーズを抱えた当事者の生活を支えるためには、介護サービスだけでは不十分であり、医療や福祉等の専門領域との連携、あるいは専門職間の顔の見える関係を前提とした多職種協働での支援が不可欠です。

さらには、高齢者の多様化が進む中では、既存サービスでは対応が難しいケースも増えていくと考えられ、課題に応じた柔軟なサービスを新たに創出していくことも大切です。

そこで、「提供されている支援の現状」や「専門領域・専門職間の連携の状況」、「多様な生活支援ニーズに対応できる資源の現状」について、現状分析をすることとしました。

現状分析Ⅰ ～提供されている支援の現状～

◆自立を支援するケアマネジメントが提供されているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○要支援者の介護度変化率（認定情報より。認定期間中の資格喪失者を除く）

	12月時点		
	H30年度	R1年度	R2年度
悪化	33.0%	18.9%	3.6%
変化なし	39.6%	13.9%	0.0%
改善	12.4%	5.0%	0.0%
未確定	15.0%	62.1%	96.4%

●センター：地域ケア個別プラン会議にリハビリ専門職や薬剤師等が参加することになり、ケアマネジメントの質が向上し、軽度者における改善がみられている。

分析・考察

○多職種によるケアマネジメントにより、自立につながり、支援が不要となるケースも見られている。

⇒地域ケア個別プラン会議で、多職種の視点がケアマネジメントに反映されたことが軽度者の状態維持・改善につながったと考えられるが、地域ケア個別プラン会議は1件あたりの時間が限られているため、より効率的かつ効果的な会議にしていく必要がある。また、軽度者のみならず、要介護者等のケアマネジメントについても、多職種の視点を取り入れる工夫が必要である。

◆介護サービス等の利用が自立支援につながっているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○通所系サービス事業所の各種加算取得率：

	10月時点
	R2年度
ADL維持等加算届出率	22.2%
生活機能向上連携加算取得率	9.8%

●適正化担当者：法人規模が小さい事業者が大きい事業者と比べ加算の取得率が低い傾向がある。

○要支援者の利用サービス別の要介護度の変化：H30年3月利用者の1年後の変化

	改善	維持	悪化
総合事業（短時間運動中心型）を利用	11.2%	67.3%	21.5%
総合事業（短時間運動中心型以外）を利用	2.4%	53.3%	44.3%
介護予防通所リハビリテーションを利用	4.8%	57.4%	37.8%
通所系以外のサービスのみ利用	13.3%	51.5%	35.2%
サービスを利用していない	30.8%	47.0%	22.2%
（参考）対象者全体	14.9%	55.1%	30.0%

分析・考察

○法人規模が小さい事業所において、加算取得率が低い傾向があり、要因として職員が少人数であるため研修に参加しにくいことや、専門職の雇用が難しいことも考えられる。
⇒法人規模に関わらず、スキルアップできる研修体制が必要である。

○基準緩和型サービスのうち、短時間運動中心型で行っている事業者で要介護度の改善が高い一方、要介護者と同じ場で実施されている事業者では改善率が低い傾向がある。
⇒基準緩和型サービスのあり方を見直し、より効果があるサービスを中心に整備する必要がある。

◆過剰な介護サービス利用がされていないか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○国保連適正化データ：区分支給限度額80%以上の在宅ケアプラン

	10月時点
	R2年度
区分支給限度額の80%以上の利用者	14.9%

- 適正化担当者：有料老人ホームとのかかわりが強い居宅事業者において、限度額超えのケアマネジメントが多く、変更申請・悪化割合が高い傾向がある。
- ケアマネジャー：一部の有料老人ホームから、限度額いっぱいまでその関連法人のサービスをケアプランに記載するよう依頼されることがある。

分析・考察

○自立・改善を目指したケアマネジメントが十分にできていない事業者がいるのではないか。

⇒ケアプランの確認を強化し、悪化率の極端に高い事業者に対しては、自立・改善や適正化の指導を行っていく必要がある。また、認定調査自体の適正化も必要である。

◆法人や事業所規模によって、サービスや運営状況にはばらつきはないか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護職員等特定処遇改善加算の取得率（市が指定する事業所を持つ市内法人の取得率）

	10月時点	
	R1 年度	R2 年度
特定処遇改善加算の取得率	70%	78%

●実地指導担当：事業所規模によって、実地指導の指摘事項に差がある。小規模事業者は、最新情報へのアクセスも十分ではなく、業務に追われているのではないか。

分析・考察

○事業者規模によって、各種加算の取得状況や、実地指導時の指摘事項に差があり、小規模事業者については情報を十分に得られていない可能性もある。

⇒事業者同士が連携を強化し、情報交換を推進することで、事業者全体の質の向上や、課題解決を図っていけるよう支援することが必要である。

課題の整理Ⅰ

- 幅広いテーマについて学ぶ機会を充実するとともに、小規模事業者であっても参加しやすいよう、ICTの活用等も含めて推進する。
- 要支援者の通所系サービスの利用について、自立支援・重度化防止に向けたサービス提供体制の構築を推進する。
- 限度額を超えるケアプランの確認の強化と適正化を推進する。
- 介護認定調査の適正化を推進する。
- 地域ケア個別プラン会議の効率化を推進し、要介護者等のケアマネジメントについても検討できる仕組みを推進する。
- ケアマネジメントは、医療や介護、福祉、保健等、様々な領域の知識が必要であり、多職種協働で行う仕組みを推進する。
- 事業者同士が互いに向上し合い、また、連携し、課題を整理、改善に向けた取り組みを進めていくことが必要である。
- 事業者単体では解決が難しい課題については、連携・協力による包括的な対応ができる体制を構築する必要がある。



サービス提供体制の構築方針

I 介護予防・重度化防止を実現する

ケア・サービスの提供

現状分析により把握した課題から、介護の質を向上させ、介護予防・重度化防止を推進していく重要性とともに、不適切な給付が、改善を阻害している可能性もあり、適切な給付を推進する必要性も把握されました。そこで、ケアマネジメントをはじめとした支援の質の向上とともに、介護予防・重度化防止に資するサービスの充実、さらには給付の適正化を推進します。

A 専門職との連携によるケアの質の向上

(1) 多職種によるケアマネジメントの推進

ケアマネジメントは主にケアマネジャーが行っていますが、疾病や内服等の医学的知識に苦手意識をもつケアマネジャーも少なくありません。そこで、地域ケア会議等の個別ケース会議を活用した医療と介護の専門職の協働ケアマネジメントを推進します。

① 地域ケア個別プラン会議（拡充）

要支援認定者やはつらつシニア支援事業の初回のケアプランの目標設定や支援内容について、多職種で確認・協議を行い、自立に向けたサービスを提供していきます。今後は、要介護者をはじめ、支援困難ケースや給付限度額を超える程の支援が必要なケースについても実施できるよう検討するとともに、オンライン会議や電子文書の活用等、デジタル化を推進し、より効率的な実施を検討します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
検討件数 (件)	285	163	80			
多職種が参加し、短時間で課題検討が実施できるよう、予め情報整理を行い、効果的な運用を目指します。また、会議実施後の成果について分析、検討を行います。						

② 在宅医療・介護連携推進個別ケース会議（新規）

心疾患等、ケースによっては再入院を繰り返すようなケースについて、多職種による検討を行い、重症化、再入院予防に向けての課題の把握につなげます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
体制の構築	実績なし					
医師や退院調整担当者（看護師・MSW）等と個別ケース会議の実施方法等について検討し、第8期計画中の早期の開催を目指します。						

③ 地域のリハビリ専門職等によるケアマネジメント支援の推進（新規）

初回ケアマネジメントや、退院後すぐにケアプランを作成する必要がある場合等、ケアマネジャーにとって十分なアセスメントをすることが難しい場合に、地域のリハビリ専門職等がそれを支援する体制を検討します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
体制の構築	実績なし					
フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターや、小松市リハビリテーション連絡会等と連携しながら、体制の構築を目指します。						

④ 機能強化型高齢者総合相談センターによるケアマネジメント支援の推進（拡充）
メンタルヘルスケアやフレイル予防等、専門性を必要とする領域のマネジメントについて、専門職を追加配置した機能強化型高齢者総合相談センターを設置し、その他の高齢者総合相談センターや、地域のケアマネジャーを支援します。この機能強化型高齢者総合相談センターは、地域ケア推進会議等の協議体で把握した課題に応じて、追加配置も検討していきます。

（2）自立(自律)・予防型ケアマネジメントの推進

要介護認定者の増加が見込まれるなか、介護保険法の趣旨（目的）である自立支援の原則にそって、要介護状態になったとしても、本人はサービスに依存するのではなく自立に向けて取り組み、支援者はその自立に向けたケアマネジメントを行います。

① 自立支援型・予防型のケアプランに向けた支援（継続）

地域ケア個別プラン会議や研修において、地域の専門職（リハビリ職や管理栄養士、薬剤師等）との協力を得て、ケアマネジャーの自立支援型・予防型のケアプラン作成を支援します。また、第7期中に作成した「ケアマネジメントかんじん帳」を活用し、ケアマネジャーなどを対象にした自立支援型のケアマネジメントに関する研修会を実施します。

② 改善へのインセンティブに向けた支援（新規）

介護サービスの種類によっては、リハビリテーションに関するアウトカム評価（日常生活動作の維持又は改善度の度合いなど評価）が導入されていますが、市が実施主体である「はつらつシニア支援事業」においても、改善へのインセンティブ（奨励）を検討します。

③ 利用者や家族への自立・自律の意義等の理解促進・啓発（拡充）

自立(自律)・予防型サービスへ転換していくには、利用者と家族が「自立（自律）」に向けた強い意志を持ち、自身の力を活かしながらサービスを受けることへの理解を図る必要があります。ケアマネジャー、サービス提供事業所、専門職等と連携し、様々な機会を通して理解の促進・啓発に取り組みます。

（3）災害や感染症の発生においても事業継続するための支援（新規）

災害や感染症が発生した場合、要介護者の受け入れが難しくなるため、地域包括ケアシステムにとって重大な問題が発生します。そのような事態に対し、問題を最小限に抑えるため、事業者のBCP（事業継続計画）の策定を支援します。また、オンラインによる診療や情報共有等、医療と福祉のデジタル化を推進します。

B 介護度を改善するサービスの充実

(1) 介護予防・重度化防止に資するサービスの推進

① 新たな基準緩和型サービスの創出（新規）

第7期計画における基準緩和型サービスでは、その実施形態によって改善に大きな差が生じています。その中で特に改善効果の高い傾向にある短時間運動中心型の基準緩和型サービスについて、新たに報酬体系化し、軽度者の介護予防・重度化防止を推進します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30年度	R1年度		R2年度	R3年度	R4年度
新たな通所型 サービス 事業者数	実績なし			10		
これまで要介護者と一体でサービス提供を行うため、介護予防効果が上がりにくくなっていましたが、リハビリ専門職の関与の下、要支援者を短時間で集中的にケアすることで効果的なサービス提供を目指していきます。						

② 退院後短期集中予防サービス（継続）

入院等による一時的な筋力低下等の見られる方に対して、訪問による生活の場での自立指導や通所による筋力トレーニングなどを集中的に行い、入院前などの状態まで回復させることで、要介護への移行を防止します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30年度	R1年度		R2年度	R3年度	R4年度
利用人数 (人)	20	13※	12			
改善者数 (人)	15	9	10			

医療機関からの聞き取りでは、退院後介護サービス等が必要な方が多く、本サービスが適切な方が近年少ないようです。医療機関へのPRやサービスの利用しやすさを向上し、これまでの利用人数を維持していきます。

※うち2人は初回参加後、再入院・本人の意向変更ですぐに終了したため、実質利用なし。

③ フレイル短期集中予防サービス（新規）

長寿健診（後期高齢者健診）におけるフレイルに関する問診項目の該当数により、フレイルの可能性が高い方を抽出し、通所支援、訪問指導、栄養や口腔の専門職による個別指導を行い、フレイル状態の改善を目指します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標値・量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
利用人数(人)	実績なし			40		
改善者数(人)	実績なし			30		

R2 年度はフレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターとともに、モデル事業を実施。モデル事業の参加人数の割合から全体の利用人数を見込み、長寿健診は今後受診人数が増加していくと考えられるため、年々増加していく目標としました。

C 給付等の適正化の推進

(1) 介護給付の適正化（拡充）

介護給付の適正な運営を図るため、小松市介護給付適正化計画を策定し、石川県や石川県国民健康保険団体連合会等と連携して、不適切な給付の発見や不正請求の防止に取り組みます。特に、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅について、石川県とも連携をしながら、入居者の利用料や保険給付実績等を分析し、適宜指導していきます。また、事業者を対象とした実地指導・集団指導を実施し、適正なケアマネジメントについて指導、助言を行います。

(2) 事業者同士の情報共有の支援（拡充）

サービス種類に応じた連絡会の開催を支援し、保険者の方針を理解してもらうとともに、サービス事業者が抱える課題を保険者が把握し、その解決に向けて協働で検討します。既に設置が進んでいるサービス別事業所連絡会のほか、訪問事業者連絡会等の設置支援を行っていきます。

各種サービス事業所連絡会（市が設置していないものも含む）

種類	設置年度
グループホーム連絡会	H21 年度
高齢者総合相談センター連絡会	H24 年度
高齢者総合相談センター受託法人連絡協議会	H26 年度
居宅・包括連絡会（高齢者総合相談センター、居宅介護支援事業所）	H30 年度
通所系サービス事業所連絡会	R 元年度
小規模多機能型居宅介護連絡会	R 元年度
訪問系サービス事業者連絡会	第8期計画中予定

現状分析Ⅱ ～専門領域・専門職間の連携の状況～

◆医療と介護が連携し、切れ目ないサービス提供ができているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○在宅医療・介護連携推進コーディネーターの設置・活動

	実績値		見込値
	H30 年度	R1 年度	
設置数	10	10	10
相談件数（在宅医療・介護連携に関する）	—	101	400

- 医療機関：ケアマネジャーがついていない場合、どこに相談すればよいのか迷う。
- 医療機関：介護認定が決まるまでに時間がかかり、退院が決まらないケースがある。入院期間が短くなる中で、限りある医療資源を適正に分配する必要がある。
- ケアマネジャー：退院調整がうまくできず、退院後に十分なサービスを受けられないことがある。
- ケアマネジャー：介護保険サービスの暫定利用について、市から情報がもらえず、すぐに動けないことがある。
- ケアマネジャー：医療職との連携は敷居が高いと感じる。
- 医療機関：病状が回復し退院しても、すぐに再入院するケースが多い。高齢化が進む中、特に心不全により再入院するケースが増えている。介護職が在宅で医学的側面をアセスメントできていないのではないか。

分析・考察

○入院期間が短くなっている、退院後も医学的な管理が必要な高齢者が増加している。在宅においても疾病管理・重度化防止の視点が重要であるが、退院後に再入院となるケースも多いという声がある。

⇒入退院時における医療と介護の連携により、退院後の疾病予防・再入院防止を推進する必要がある。

○医療機関との連携は敷居が高いと感じている介護職が多く、一方で、医療機関は退院後の生活についての相談先を把握していない場合もある。

⇒在宅医療・介護連携推進コーディネーターの相談機能を強化するとともに、在宅生活に向けてのケアの流れを整理し、周知していく必要がある。

○暫定利用やケアプラン作成のための情報提供がスムーズにいかず、退院から在宅に向けた迅速なサービス利用が行えないこともある。

⇒情報提供の在り方を見直し、迅速なサービス利用ができるよう改善する必要がある。

◆専門職の不足等により、対応できていないケースはないか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○支援困難ケースの状況：

	実績値		見込値
	H30 年度	R1 年度	
困難事例対応件数（実件数）	47	48	50

●センター職員：精神疾患もしくはその疑いある子や孫からの暴力、引きこもりの子との同居のため生活困窮に至るケースやゴミ屋敷などのケースが増えている。

分析・考察

○センターの直接の支援対象者ではない65歳未満の方が要因となる支援困難ケースが増えている。

⇒センターのみでは解決につなげることが難しいケースが多く、解決には横断的な連携や、専門的スキルの向上が必要である。

◆現在のサービス利用で在宅生活を続けられるか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○在宅生活改善調査：居宅サービス利用者のうち、現在のサービス利用では在宅生活の継続が難しいとされる人

	R2 年度
在宅生活の継続が難しいとされる人	203 人 (6.5%)

○要介護3以上の方の在宅生活の継続が難しい理由：

	R2 年度
移乗・移動に関する身体介護の増大	82.6%
排泄（夜間）に関する身体介護の増大	78.3%
排泄（日中）に関する身体介護の増大	75.4%

●認知症などにより、内服等医学的管理が難しいケースが増えてきている。

☆訪問看護や居宅療養管理指導等の医療系サービスは、医学的知識が十分ではないケアマネジャーの場合、ケアプランに盛り込まれないこともある。

☆介護度の進行や排泄ケアが必要になると、住み慣れた地域で暮らせなくなる傾向にある。

分析・考察

○在宅生活を諦める原因として、身体介護への負担感が大きく、特に排泄の問題が影響している。

⇒排泄の問題に関する相談・支援体制を充実する必要がある。

○介護のケアプランにおいて、医療系サービスの活用が十分ではない。訪問看護・リハビリや、居宅療養管理指導の必要性についてのアセスメントが不十分な可能性がある。

⇒在宅での生活を継続するためには、介護サービスだけでは不十分であり、マネジメントに医療の視点も入れ、医療と介護の連携を強化する必要がある。

課題の整理Ⅱ

- 状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供体制の強化のため、各種ケアパスの普及や医療・介護・保健分野の連携の充実を図ることが必要である。
- ケアマネジメントに必要な情報提供の流れを迅速にする必要がある。
- ケースの種類に応じた支援スキルを高めるとともに、関係機関や各種職能団体、地域とのネットワークを強化・連携を推進していくことが必要である。
- 医療と介護が連携し、在宅生活を継続していくための支援体制について、事例検討等を通じて、協働しながら仕組みを作っていくことが必要である。
- 排泄ケアに関する専門職と相談窓口の充実が必要である。



サービス提供体制の構築方針

II 関係職種協働による多面的ケアの推進

現状分析により把握した課題から、多様化するニーズに対して、関係職種の協働により、多面的ケアを推進していく必要性が把握されました。そこで、多職種協働による地域包括ケアシステムの構築と、多様かつ専門的なニーズに対応できるようなサービスの提供体制を推進します。

A 医療・保健との連携による質の高いケアマネジメントの提供

(1) 多職種協働による地域包括ケア体制の推進

① 在宅医療・介護連携推進会議の開催（拡充）

在宅医療・介護連携推進コーディネーター等が把握した課題について、その分析や対策の検討を行います。また、在宅4場面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り支援）毎に部会を設置し、より具体的な検討を行います。さらに、排泄や心不全等、個別の病態や疾病に応じた部会を適宜設置し、対策を検討します。

② 認知症対策推進会議の開催（継続）

認知症対策事業（トータルサポートほっとけん）の進捗・評価を行います。また、もの忘れ相談員などが把握した認知症についての課題に対し、その分析や対策の検討を行います。会議で検討された結果については、もの忘れ相談員や認知症ケアコミュニティマイスターなどと連携し、施策化に向けて取り組んでいきます。

③ フレイル・重症化予防推進会議（新規）

KDB（国保データベース）システム等を活用し、幅広い医療専門職等と、フレイル・重症化予防対策全体の課題の抽出、対策の検討・事業化、事業の進捗管理などを行います。

健康づくりと介護予防について、領域を超えて一體的に推進していきます。

B 専門性を高め複合的ニーズに対応できるサービス体制の構築

（1）在宅医療・介護連携推進体制の充実

① 在宅医療・介護連携推進コーディネーターの設置（拡充）

市内 10 か所の高齢者総合相談センターに在宅医療・介護連携推進コーディネーターを配置し、在宅における退院後の支援や看取り等の相談体制を強化します。また、把握した課題に応じて、コーディネーターを追加配置した機能強化型高齢者総合相談センターを設置し、専門的ニーズに対応します。

② 在宅医療推進マネジャーの設置（拡充）

小松市民病院と連携して在宅医療推進マネジャーを長寿介護課に配置し、市内 10 か所の高齢者総合相談センターの在宅医療・介護連携推進コーディネーターの統括及びその指導・支援を行います。また、医療現場の現状を把握・理解している強みを生かして、各医療機関と顔の見えるネットワークを構築して課題を把握し、市の在宅医療・介護連携推進に反映させます。

（2）認知症支援体制の充実

① 認知症初期集中支援チームの設置（拡充）

認知症による行動・心理症状の悪化等を予防するため、適切な早期対応ができるよう、認知症初期集中支援チームによる早期介入と適切な対応を行います。また、医療機関等における早期鑑別診断や医学的見地からのスクリーニング検査等の推進に努めます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
設置数 (箇所)		1	1	1		 維持
初期集中支援チームへの相談ケースを全件対応できている間は、設置数は維持されていくと考えます。						

② もの忘れ支援員の設置（継続）

認知症の人やその家族を支援する、もの忘れ相談員（認知症地域支援推進員）を高齢者総合相談センター及び長寿介護課に 1 名以上配置します。また、継続的な配置となるよう、毎年の新任者・現任者研修の受講を案内していきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
養成人数 (人)	4	3	※			
活動中的人数 (人)	23	23	22			

もの忘れ相談員は各高齢者総合相談センターと長寿介護課に 1 名以上配置されています。異動等により新たな養成者は微増、活動人数は維持されていくと考えられます。
※R2 年度は新型コロナウイルスのため研修中止。

（3）多様な専門的ニーズへの対応（拡充）

① コンチネンス（排泄）ケア先進都市こまつ推進事業（拡充）

排泄の問題は、住み慣れた地域で暮らし続けることに対する大きな障害となることが分かっています。そこで、地域の専門職や大学と連携し、排泄ケアの専門職の養成や相談窓口の設置、普及啓発を行っていきます。

② 課題に応じた柔軟な施策の展開（新規）

第 8 期計画中にも様々な協議体で課題に対する検討がされる予定ですが、それらに対して、次期計画を待たずに実施できるものは積極的に施策化していきます。

現状分析Ⅲ ～多様な生活支援ニーズに対応できる資源の現状～

◆既存の健康づくり・介護予防の場は充足し、また、参加者ニーズを満たしているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○年度報告書：各種サロン数・人口当たりサロン数の推移

	H30 年度	R1 年度	R2 年度
いきいきサロン設置数	189	190	189

- サロン利用者：自分は90代なので、自分より若い世代が通うサロンに通ってよいのか迷っている。同世代の人はデイサービスに行っている。
- 市民：サロンに行きたいと思うが、公民館までの距離が遠くて行けない。

分析・考察

○近年、いきいきサロン数はほぼ横ばいで推移しており、各町でのいきいきサロンの活動は定着していると思われる。将来の高齢者人口の増加を踏まえると、今後サロン数が不足する可能性もある。また、高齢者といっても60～100歳代までの幅広い年齢層や男女によって望む活動や支援も異なる。

⇒多様化するニーズに応えるためには、行政が設置するサロンにこだわるのではなく、地域に存在する健康づくり・介護予防の地域資源を把握し、希望する人につないだり、民間企業や高齢者自身の活動による新たなサービスの創出を行う必要がある。

◆生活支援サービスは充足し、また、利用者ニーズを満たしているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○サポートクラブ利用者に対するアンケート（R1 利用者 27人の回答）：

サポートクラブで利用できるサービス以外で必要なサービスについて

内 容	回答人数（人）
庭の草むしりや剪定	14
重たい物の持ち運び	14
大掃除の手伝い	13
外出の付き添い	5
洗濯物を干す	5
家庭菜園の手伝い、花の水やり	4
薬の配達	4
パソコンやスマホの使い方指導	4
調理の手伝い	3
スポーツと一緒に実施	2
見守り（内服確認、食品の消費期限の確認など）	1

- サポートクラブサポーターに対するアンケート（R1 サポーター100人の回答）：
サポートクラブのサービス以外で自分ができそうな支援について

内 容	回答人数（人）
見守り（内服確認、食品の消費期限の確認など）	40
薬の配達	39
外出の付き添い（徒歩で）	36
調理の手伝い	32
買い物や通院のための送迎	24
畠仕事の手伝い	20
スポーツと一緒に実施	19
庭の草むしりや剪定	15
入院中の方のサポート	12
重たい物の持ち運び	9
大掃除の手伝い	8
パソコンやスマホの使い方指導	6
その他	3

☆地域ケア推進会議ワーキング部会：支援者側の意欲があっても、市の事業の枠組みに入ることで、活動が制限されている。

分析・考察

○生活支援サービスの利用者は、特に屋外の作業や力仕事を必要としている。そして、サポーター側も、様々な内容に対応できると回答している。

⇒利用者のニーズとサポーターができるることをマッチングさせ、生活支援サービスを最大限活用できる仕組みや、利用者ニーズを満たすための新たな生活支援サービスの枠組みが必要である。

◆住み慣れた地域で暮らし続けられているか？

データ

（○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等）

○居所変更実態調査：

	R2 年度
過去 1 年間に居所変更した要介護認定者	392 人

●ケアマネ：在宅高齢者が居所を変更する理由としては、医療的ケアの必要性が最も高く、その他、必要な身体介護の増大や有料老人ホーム等の費用の問題等が挙げられる。

分析・考察

○利用者自身が現在の在宅生活の継続を望んでいても、必要なサービス量の変化等により、実現しないことがある。

⇒本人が最期まで安心して在宅生活を継続できるよう、専門職のスキルアップや連携体制の強化、サービスの整備が必要である。

課題の整理Ⅲ

- 公的・民間問わず多様な参加の場を把握し、サロンへの参加を希望する方をつなぐコーディネートが必要である。
- 様々なニーズの充足や課題解決のため、民間サービスや地域の互助などを包括ケア推進の地域資源として組み合わせ新たなサービスを創りだすことが必要である。
- 本人が望む生活を支える多様な生活支援が必要である。
- 現在の枠組み以外で生活支援を行う体制が必要である。
- 状態に関わらず、最期まで暮らせる体制（入所系サービスや小規模多機能型等の包括的サービス）の構築が必要である。



サービス提供体制の構築方針

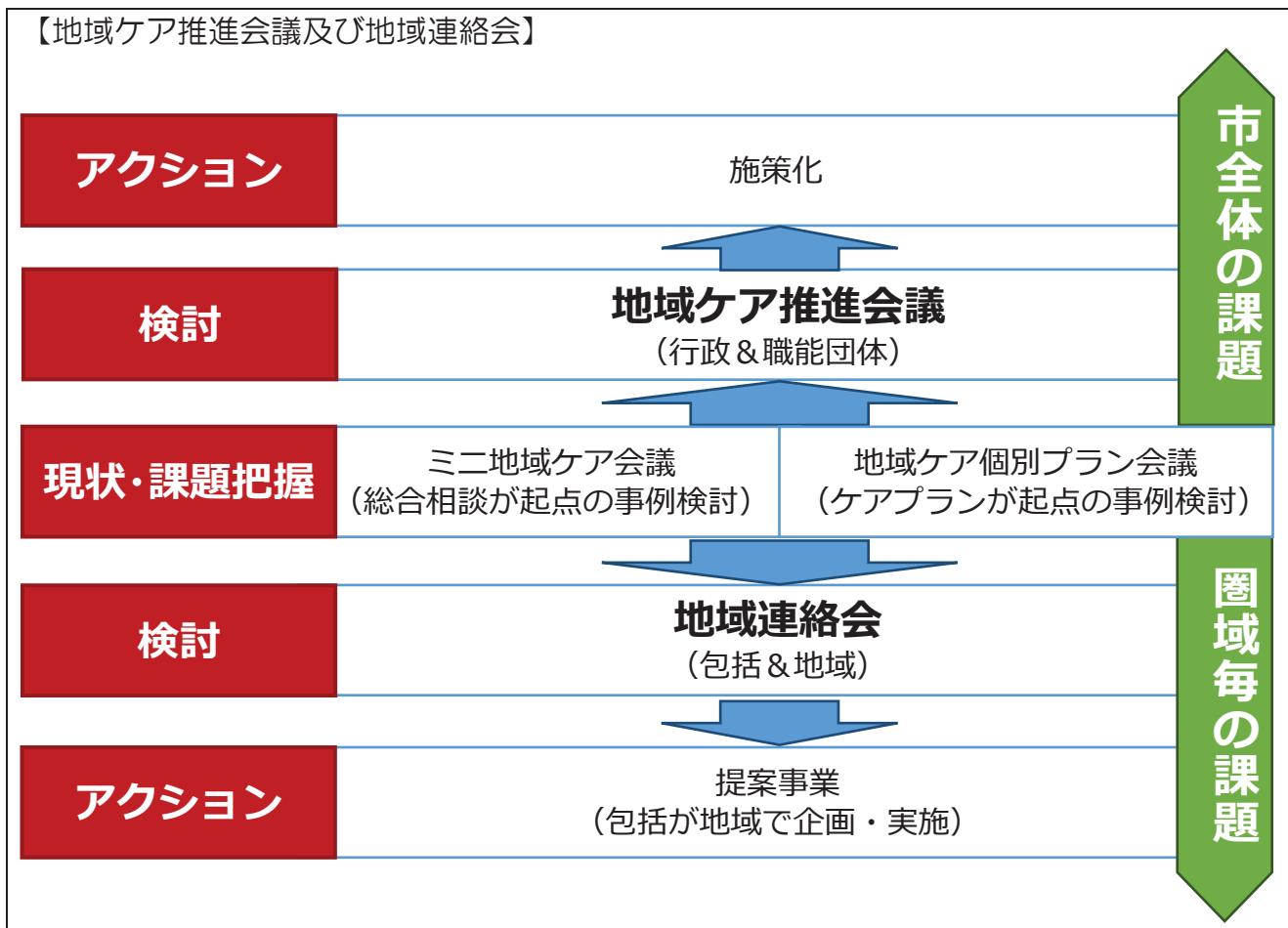
III 市民・地域・事業者が連携した地域づくりの推進

現状分析により把握した課題から、既存のケア資源の充実のみならず、多様なニーズに応じて柔軟に新たな資源が創出される仕組みを推進する必要性が把握されました。多様なニーズに対応するため、公助で支えるべき在宅の暮らしを支える基盤整備の推進に加え、互助・共助・公助が連携して多様なケア資源の創出について検討する体制、及び、そこでの議論で挙げられたアイディアを基に新たな通いの場や生活支援サービスの充実を推進します。

A ボトムアップによる地域づくりの推進

(1) 多職種・地域協働による課題・対策の検討

小松市では、個別ケースの検討を起点とした課題の把握から、「地域ケア推進会議」や「地域連絡会」における地域・多職種・多機関による検討を経て、市全体、あるいは圏域ごとの課題検討を行い、地域包括ケアシステムの推進に向けた施策を展開しています。このようなボトムアップによる施策展開は、地域のニーズに即した効率的かつ効果的な地域づくりを可能にしています。



B 住民主体の活動が継続・発展する支援の充実

(1) 生活支援コーディネーターの設置（拡充）

「地域ケア会議」や「地域連絡会」を活用して、新たな資源の創出をコーディネートする役割として第一層（市全体）生活支援コーディネーターを社会福祉協議会に、第二層（圏域毎）生活支援コーディネーターを各高齢者総合相談センターに設置しています。

第一層生活支援コーディネーターは、主に市全体の施策、第二層生活支援コーディネーターは高齢者総合相談センターの提案事業として、新たな資源の創出を行っています。今後は、地域密着型サービス事業者等、地域とつながりが深く、課題を把握している事業者を活用した資源づくりも検討していきます。

(2) 多様な支援の充実の推進

① 提案事業の実施（拡充）

提案事業は、高齢者総合相談センターが地域連絡会で把握した課題に対して、地域とともにアクションを起こすものです。事業の実施により、地域の課題解決につなげることはもちろん、地域と協働するプロセス自体が、地域の力を高めることを目指しています。

また、今後は高齢者総合相談センターのみならず、地域密着型サービス事業者等、地域ニーズを把握している事業者からの提案事業の実現する仕組みも検討していきます。

【第7期計画中の主な提案事業】

高齢者総合相談センター	主な提案事業
丸内・芦城	新しい通いの場の創出支援
丸内・芦城第二	社会資源創出による、自助・互助強化のまちづくり
安宅・板津	住まいと住まい方に関する実態調査と個別課題のオーダーメイドケア 行方不明者捜索模擬訓練
安宅・板津第二	「地域と創る」地域に寄り添い、住民と協働する
松陽・御幸	生きがいや仲間づくりのための集いの場作り
松陽・御幸第二	地域の財産となるカフェの協同（住民とセンター）運営
国府・中海	共通の趣味・嗜好を持った地域住民の集まりを支援
松東	介護こもれびカフェ（介護カフェ）の開催 松東地区高齢者の食材入手についての実態調査
南部	安心でやさしいまちづくりの推進
南部第二	地域包括ケアの視点から個・家族・地域の支援事業

② こまつ100（ワンハンドレッド）クラブ活動助成金による支援（継続）

小松市内で活動するボランティア団体や市民団体、NPO法人等の「地域コミュニティ活性化」、「生涯スポーツ推進」、「福祉活動」の3つのテーマに関する地域貢献活動に対して助成を行うことで、住民主体による活動を支援していきます。

（3）地域が主体となったはつらつシニア支援事業の推進

はつらつシニア支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）は、要支援者や虚弱高齢者の多様な生活支援ニーズに対して、地域全体で応える市町村独自サービスです。その担い手は、主に地域のボランティアが中心ですが、今後の人口減少・高齢化社会を踏まえると、それらの持続可能性を高める必要があります。そこで、民間企業の社会貢献活動等と組み合わせるなど、新たな形の取り組みを検討します。また、要介護認定を受けても利用したいとの声もあり、対象者の緩和を検討します。

① 通いの場の充実（拡充）

生活支援コーディネーターが中心となり、民間企業と地域の協働による多様な通いの場を創出していくます。送迎がないと通えない方など、通所型サービスAの卒業者の新たな行先となることも期待されます。

（例）

- ・生活支援（例：教室に参加した際に買い物へ行く）を組み合わせ通いの場
- ・参加者自身が就労的活動（有償ボランティア活動）や地域貢献を担う通いの場

② 生活支援の充実（拡充）

国の制度改正で対象者の弾力化が可能になったため、要介護となってもサービスを継続して受けられるよう変更します。

また、第7期計画では、地域ケア推進会議の住民主体型部会での協議の結果、令和2年度に非日常的な家事支援を担う「地域サポートクラブ+（プラス）」を小松市社会福祉協議会で創設しました。今後も、生活支援の更なる充実について継続して検討します。

C 在宅での暮らしを支える基盤整備の拡充

急速な高齢化に伴う一人暮らし高齢者、認知症高齢者等の増加、或いは医療病床の再編等に伴い、増加が見込まれる介護ニーズに対応できるようサービス提供体制を整備します。

(1) 在宅サービスの充実（施設整備）

増加する認知症高齢者とその家族の暮らしを支えるため、医療ニーズに対応したサービスを整備します。また、24時間365日対応できるよう必要なサービスの整備を図ります。第8期計画期間においては、次のサービスの整備を予定しています。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
(看護)小規模多機能型居宅介護	—	1ヶ所 (21人)	—	定員 29人×2ヶ所		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	—	—	—	1ヶ所		

第7期計画では小規模多機能を3ヶ所、定期巡回を1ヶ所整備予定でしたが、介護職員確保等の理由で、小規模多機能を1ヶ所のみの整備になりました。第8期では医療ニーズに対応できる看護小規模多機能や定期巡回サービスの整備を行います。

(2) 入所・入居系サービスの充実（施設整備）

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯などが増加しており、自宅での生活が難しくなった人が入居し、ケアを受けながら自分らしい暮らしを実現できるよう、必要なサービス基盤を整備します。第8期計画期間においては、次のサービスの整備を予定しています。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
認知症高齢者グループホーム	—	1ヶ所 (18人)	—	定員 18人×1ヶ所		
特定施設入居者生活介護	—	1ヶ所 (21人)	—	定員 9人×1ヶ所		

第7期では認知症グループホーム1ヶ所(18人)、特定施設入居者生活介護1ヶ所(21人)を整備しました。第8期についても引き続き、認知症高齢者向けの施設整備を行います。

Supporter サポーター

2025年にありたい姿 ~サポーター~

変化する社会に対応しながら、安心した生活を支える担い手として活躍できる地域の人材（専門職・住民）が充足している。

評価指標

○認知症ケアコミュニティマイスターの会登録者数

57人 (R2年)

⇒ 80人 (R5年)

○高齢者に関わる住民ボランティア数

386人 健脚推進ボランティア
198人 地域サポートクラブ
(R2年)

⇒ 400人 健脚推進ボランティア
250人 地域サポートクラブ
(R5年)

○こまついきいきシニア応援団（仮称）登録団体数

新規指標

⇒ 30団体
(R5年)

小松市では、2005年をピークに人口が減少する一方、高齢者率は増加していますが、「こまつ創成戦略～こまつ創生は、ひとつくりから～」の推進の結果、当初の推計より上振れの推移となっています。地域包括ケアシステムを支える互助（地域住民による助け合い）や共助（介護保険制度等の社会保険による助け合い）を推進するのは、「ひとの力」そのものです。

介護の仕事は、辛い、大変といったイメージにより、介護人材の不足が懸念されています。介護職はニーズの多様化で、より専門的なスキルが求められるとともに、地域づくりそのものに参加することも求められています。また、人口減少・高齢化に伴いボランティア等の地域人材の不足も懸念されます。

そこで、ありたい姿の実現のため、「介護現場の現状」、「地域包括ケアを担う専門職や地域の支援者の現状」について、現状分析を行うこととしました。

現状分析 I ～介護現場の現状～

◆サービス提供に必要な介護職員やケアマネジャーは確保できているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護人材実態調査：介護従事者のみ

	R2 年度
市内の介護施設の介護職員数	1,562 人
不足している介護職員数	107 人
不足率	6.41%

○介護サービス供給量調査：ケアマネが不足と感じているサービス

	H29 年度	R2 年度
訪問介護	65%	58%
短期入所生活介護	44%	47%
看護小規模多機能型居宅介護	40%	41%
通所介護	0%	0%

○要支援者向けの訪問系サービスの給付実績

	実績	実績	12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
訪問型（基準緩和型）サービスの請求件数（月平均）	46 件	43 件	44 件
地域サポートクラブ利用延べ回数（年）	1,837 回	2,349 回	3,150 回

●ケアマネ：在宅の訪問介護（ヘルパー）が時間帯によって利用しにくい。

○市内居宅介護支援事業所のケアマネジャー数

ケアマネジャー数（人）	実績	見込み
	H30 年度	R2 年度
106 人	106 人	98 人

●近隣市：ケアマネジャー数が不足してきている。

○ケアマネ調査：業務を行う上で困難や支障を感じること（複数回答）

	R2
困難ケースへの対応	25.5%
主治医との連携	13.3%
アセスメント	11.3%

分析・考察

○介護職員の不足率は 6.41%である。また、ケアマネジャー数も減少傾向にあり、これは近隣他市も同様である。また、高齢化や独居・高齢者世帯の増加により、困難ケースも増えていると考えられている。

⇒介護に関わる職種がモチベーションを維持できる支援が必要である。
○訪問型サービスの請求額自体はあまり変化がないにも関わらず、ケアマネジャーからは、訪問介護の不足感の声がある。

⇒ヘルパーの主な活動の場が、自宅から有料老人ホームへシフトしていることが考えられる。訪問介護サービスの充足度は請求件数のみでみるのではなく、現場の不足感や将来ニーズ等を合わせて分析し、自宅での生活を支援する訪問介護事業者を増やす必要がある。

◆介護職員の業務量の負担軽減が図られているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○福祉イノベーション事業実績：

	実績値		見込値
	H3O 年度	R1 年度	
導入事業所数（ロボット、センサー）	3ヶ所	6ヶ所	5ヶ所
導入事業所数（ＩＣＴ）	1ヶ所	2ヶ所	3ヶ所

●事業者：市に届出する書類の種類が多く、本来の介護サービスに専念しにくい。

分析・考察

○介護ロボット・ＩＣＴ機器の導入が進み、一定の業務負担の軽減が図られているが、導入する事業所は限定的である。

⇒導入に対する効果を検証するとともに、好事例については各事業者間で共有し、導入の推進を図っていく。

○書類の提出など、事務的な負担感を感じている事業者がいる。

⇒法的な問題がなく、ケアの質等に影響しない部分の事務負担については、削減していくことが必要である。

◆介護が魅力ある職業となっているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護人材実態調査：過去 1 年以内の採用職員

	R2 年度
新規就業者のうち、介護業界以外の職員の割合	56.7%

○石川県介護・福祉人材に関する実態調査

	R1 年度
離職率（1 年間の離職者数÷労働者数）	13.4%

●事業者：介護職員の新規採用者は白山市以北の人が多く、南加賀地域の求職者自体が少ない傾向がある。

●事業者：離職したケアマネジャーは、別業種へ就職するケースもある。

分析・考察

- 介護の新規就業者のうち6割近くが別業種からの就業であるが、離職の際も別業種への就職が見られている。また、白山市以北の採用者が多い。
- ⇒介護職として就業する理由は様々であると考えられるが、そのきっかけを大切にし、小松市で働き続けてもらえるよう支援体制を充実する必要がある。
- 介護の職場は、他産業に比べて労働条件が良くないイメージがあり、各事業所において採用が困難となっているのではないか。また、介護職の給与水準は改善傾向にあるが十分に知られていないのではないか。
- ⇒介護に対するイメージの改善、正しい知識の普及啓発が必要である。

課題の整理Ⅰ

- 自宅で支援する訪問介護事業者を増やす必要がある。
- 介護職やケアマネジャー同士の交流・情報交換を推進する等、モチベーションを保つ仕組みが必要である。
- 介護ロボット等の導入効果の検証と好事例の共有により、導入の推進を図っていく必要がある。
- ケアに十分な時間をかけられるよう、介護現場で求められている業務改善について把握し、法令等による規制がない事務的な業務については効率化していくことが必要である。
- 小松市で介護の仕事をやりがいをもって続けられる仕組みが必要である。
- 介護という仕事を正しく理解し、興味を持つ人材を増やす取組みが必要である。



サービス提供体制の構築方針

I 魅力とやりがいのある介護現場の実現

現状分析により把握した課題から、魅力とやりがいのある介護現場を実現する必要性が把握されました。介護という職に対しては、辛いといったマイナスのイメージが先行しがちですが、実際にはやりがいを感じて働く職員も多くいます。そこで、介護職のイメージ向上と事務等の効率化や介護ロボット等の導入により、安定的な運営を推進します。

A ICTやロボットの積極的活用で安心・安全な介護環境の改善

(1) 福祉イノベーション推進事業（拡充）

介護従事者の負担軽減や介護サービスの質の向上を支援するため、介護サービス事業所・施設に対して、ケア記録の電子化等のICT機器や身体的負担を軽減する介護ロボット導入費用の助成を行います。また、既に助成した機器の導入効果の検証を行い、好

事例については他事業所・施設へ紹介し、市全体の事業者の効率化を推進します。

件数	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
ロボット、センサー	3	6	5			
ICT 機器	1	2	3			

好事例の紹介等により、導入事業者の増加を目指します。

(2) 事業者の事務負担の軽減（継続）

事業者の間接事務の負担を軽減するため、提出書類等について削減や平準化を推進し、電子申請の導入等、デジタル化の推進も検討します。

B 介護に関する正しい理解から人材の確保につなげる取組

(1) 介護に対するイメージアップの推進

若年世代や現役世代に向けて介護職の魅力等の情報発信（例：広報こまつ、映画上映等）を行い、介護人材の確保や掘り起こしを進めます。

(2) 介護に対するやりがいの向上

① 国への待遇（報酬）改善の継続要望と普及推進（継続）

国は介護職員の待遇（報酬）改善を実施しており、少しづつ給与等の改善は図られていますが、いまだ他の産業と比較すると低い傾向にあります。今後も待遇（報酬）改善を引き続き要望していきます。また、事務処理の煩雑化等の理由で未取得の法人については、取得できるよう継続的に働きかけます。

② 介護職同士の連携の推進（継続）

サービス事業者毎の連絡会や、多職種研修会の開催等、知識や技術の情報交換や介護に対する悩みを互いに相談し合える場を作ることで、顔の見える関係作りを推進し、モチベーションを維持・向上できるよう支援します。

③ 事業者や個人の表彰（新規）

介護予防・重症化予防に取り組む事業者や、地域活動に積極的に取り組む専門職個人を表彰し、やりがいの向上につなげます。また、いしかわ魅力ある福祉職場認定制度等を活用しながら、福祉職の魅力アップを図ります。

(3) 介護人材の確保の推進

① 介護施設職員教育訓練支援事業（継続）

介護施設での就業等に必要な技術や知識を高めるための養成講座にかかる費用の一部を助成します。

対象コース	・介護福祉士実務者研修	・介護職員初任者研修
対象者	・介護施設に勤務している人	
	・失業中、又は非正規雇用で働いている（ハローワークに求職登録している）人で、介護施設での就業を希望している人	
助成額	・受講料の4割	
※介護福祉士実務者研修…上限8万円		
※介護職員初任者研修…上限5万円		

(4) 国・県などの取組みへの協力（継続）

介護人材の確保体制については、全国共通の問題であり、国や県において様々な取組みが実施されています（再就職準備金の貸付制度、学生への奨学金制度、中高年齢者への入門研修など）。市はこれらの制度が積極的に活用されるよう広報や周知を図っていきます。

現状分析Ⅱ

～地域包括ケアを担う専門職や地域の支援者の現状～

◆地域密着型サービス事業者や、地域の専門職の地域づくりへの参加状況は？

データ

（○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等）

○認知症ケアコミュニティマイスターの会会員数及び活動回数

	実績値		12月時点
	H30年度	R1年度	R2年度
認知症ケアコミュニティマイスター会員数	58	58	57
認知症ケアコミュニティマイスター活動回数	28	32	10

○キャラバンメイト数及び活動回数

	実績値		12月時点
	H30年度	R1年度	R2年度
キャラバンメイト数	163	178	178
キャラバンメイト活動回数	56	33	19

○地域密着型サービス事業者の地域活動（実施している事業所の割合）

	12月時点 R2年度
認知症ケアコミュニティマイスターの配置	17%
キャラバンメイトの配置	39%
地域活動（いきいきサロン等）への出前講座	11%
小中学校への出前講座	11%
利用者の地域活動（いきいきサロン等）への参加支援	25%
サービス利用者・利用予定者以外への相談受付体制	81%
事業所主催の防災訓練への地域住民の参加	39%
事業所内の空きスペースを地域へ開放	36%
職場体験・インターンシップの受入	39%

分析・考察

○認知症ケアコミュニティマイスター やキャラバンメイト等、地域づくりに関わる専門職は増えている。一方で、活動回数は伸び悩んでおり、実際に活動を継続するモチベーションの維持に課題があると考えられる。

⇒やりがいのある活動を継続できるような支援が必要である。

○地域密着型サービス事業所は、身近な地域づくりの拠点としての役割が期待されている。

⇒地域の意見を集めやすい地域密着型サービス事業者の強みを生かし、地域づくりに活用していくことが必要である。

◆スキルアップのための研修会の参加状況は？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○各研修会参加者の状況

	実績値		見込値 R2年度
	H30年度	R1年度	
地域包括ケア推進スキル向上研修（延べ人数）	91人	94人	70人
在宅医療・介護連携推進研修会（延べ人数）	172人	146人	70人
チームほっとけん養成講座（実人数）	36人	10人	-
認知症ケアコミュニティマイスター養成講座（実人数）	44人	76人	40人
コンチネンスパートナー養成講座	-	-	21人

☆在宅医療・介護連携推進会議：研修会に参加する事業者・人が固定している。特にケアマネジャーの参加は多いが、その他事業者の参加は少ない。

●事業担当：小規模の事業所は、人手も少なく、研修に参加しにくいのではないか。

分析・考察

○研修に参加するのはケアマネジャーが中心となっている。

⇒全体のスキルアップを図るために、幅広い対象者に研修の機会を設けることが必要である。また、そのためには、周知や開催方法等を工夫する必要がある。

○研修会への参加の固定化は、個々の意欲も要因だが、職員数等も影響していると考えられる。

⇒事業所規模や職種に関わらず参加しやすい研修とする必要がある。

◆既存ボランティアの体制が持続可能なものとなっているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○健脚推進ボランティア数の推移：

	実績値		12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
健脚推進ボランティア数	427	391	385

○健脚推進ボランティアの年齢別人数

年齢	実績値		12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
65 歳未満	17	17	14
65 歳～	58	69	49
70 歳～	161	148	148
75 歳～	140	114	126
80 歳～	41	36	37
85 歳以上	10	7	11

分析・考察

○ボランティアの高齢化とそれに伴う人数の減少が見られる。ニーズの多様化に伴い、様々なボランティア活動が求められており、ボランティアの種類が増えることで、成り手が不足する活動が発生する可能性がある。

⇒活動内容毎にボランティアを養成するのではなく、多様な活動に対応できる人材バンクのような仕組みが必要である。また、養成講座の基礎的部分（高齢者の理解等）を一元化する等の効率化が必要である。

◆介護人材や介護を支援するボランティアが確保できているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○介護人材実態調査：介護従事者のみ

	実績値		R2
市内の介護施設の介護職員数			1,562 人
不足している介護職員数			107 人
不足率			6.41%

○サポートクラブ登録者数

	実績値		12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
サポートクラブサポーター数	155 人	186 人	198 人

○ニーズ調査：健康づくりの活動等のグループ活動について

	H29 年度	R2 年度
「参加者」として参加してみたい	44.1%	42.4%
「企画・運営（お世話役）」として参加してみたい	62.1%	55.2%

分析・考察

○ボランティアの中には意欲があっても、活動の場が限定されているため活動できていない人材も多いのではないか。また、介護職の成り手については、介護の仕事に興味を持っても、実際に働くことに対して不安を持っているのではないか。

⇒介護職の成り手やボランティアは、人助けやケアに対する共通した興味があると考えられ、ボランティア、就労的活動、就労と縦割りで考えるのではなく、意欲と興味によって、人材と活動の場をつなげる仕組みが必要である。

◆多様な支え手や地域資源を活用できているか？

データ

（○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等）

○サポートクラブ活動実績

	実績値		12月時点
	H30 年度	R1 年度	R2 年度
利用回数（回）	1,837	2,349	2,076
利用人数	51 人	67 人	71 人

○民間事業者等の活動例

- ・コープが生活支援を実施（有料）
- ・通所介護事業者が、ボランティアによるお風呂サービスを実施（無料）
- ・小松市民病院が地域講座等を開催（無料）
- ・NPO 法人が暮らしの保健室として、健康に関する相談窓口を設置（無料）

分析・考察

○サポートを必要とする人の日常を支えるためには、介護サービスだけでは不十分な部分があり、民間サービス等の活用も含めて考える必要がある。

⇒企業の地域貢献活動等、高齢者支援の意欲が高い民間事業者も増えつつあり、その活用のため情報の把握・整理とコーディネートが必要である。

課題の整理Ⅱ

- 地域づくりに関わる専門職のモチベーションを高め、継続に対する支援（研修や交流会）が必要である。
- 地域づくりに関わることができる専門職を増やすことが必要である。特に地域密着型サービスについては、事業所業務のみならず、「地域づくり人材」を配置し、地域包括ケアの推進役として活用していく必要がある。
- 連絡会等の様々な機会を活用しながら、幅広い対象に研修の機会を設ける必要がある。
- オンライン開催等、参加しやすい研修とする必要がある。
- 活動内容ではなく、活動意欲の高い人材を養成し、それぞれ多様な活動につなげる仕組みが必要である。
- 興味やスキルに応じて、ボランティア活動から就労的活動、就労まで、介護に関連する活動につなぐ仕組みが必要である。
- 意欲の高い人材を活動の場をつなげるコーディネーターが必要である。
- 既存の介護サービス事業者だけでは足りない部分を、他の地域の資源で補っていくための情報整理とコーディネートが必要である。
- 民間も含めた多機関連携の強化が必要である。



サービス提供体制の構築方針

Ⅱ 専門職のスキルアップとボランティアの活躍で 「予防先進のまちづくり」をデザイン

現状分析により把握した課題から、専門職のスキルアップの推進の必要性が把握されました。また、ボランティアの持続可能性も踏まえ、既存ボランティアのみならず、多様な支援者の創出と活用の推進の必要性が把握されました。

小松市では、地域包括ケアの推進のために、知識や技術の向上はもちろん、それらを活用して地域貢献までできる人材の養成が重要だと考えています。そこで、知識や技術の向上に加え、プロボノ活動（専門性を活かした地域貢献活動）ができる人材の養成を推進します。また、地域包括ケアに関わる人材は、就労者から無償ボランティア、有償ボランティアまで様々です。これらの人材を全く別のものとして捉えるのではなく、地域包括ケアを推進する人材として包括的に捉え、希望に応じて多様な活動に参加できるような仕組みを構築し、オール小松で持続可能な体制を推進します。

さらに、市が実施している・いないに関わらず、民間資源も含めて地域包括ケアの推進に資する資源の情報を整理し、活用していくことも重要です。そこで、互助を担う人材の確保・養成、意欲のある人の支援とマッチングの支援、地域を応援する企業・人材との連携を推進します。

また、災害や感染症禍においても、スキルアップやネットワークを継続するため、ICTの活用等も推進します。

A 地域に開かれた質の高い介護事業所の活躍

(1) 地域包括ケア推進スキル向上研修の実施

高齢者総合相談センターや地域の事業者を対象に、地域包括ケアの推進に必要なスキルの向上に必要な研修を開催します。特に、近年多発している災害や新型コロナウイルスのような感染症は、地域包括ケアの推進の大きな障害となることから、そのような中であっても根拠に基づいた正しい行動ができるよう、災害時ケアや感染症予防等のスキルアップを図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催回数 (回)	4	4	3			
参加者数 (延べ人数)	91	94	70			

地域包括ケアの推進のため、その時々に応じた内容のスキルアップを柔軟に実施していきます。

(2) 在宅医療・介護連携推進研修の実施

医療職と介護職のスキルアップと共に、顔の見える関係づくりと相互理解のため、グループワーク等を中心とした研修会を開催します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催回数 (回)	3	2	1			
参加者数 (延べ人数)	172	146	70			

R2 年度は新型コロナウイルスの影響があり、開催回数・参加者数ともに減少する見込みです。R3 年度以降は、オンラインでの実施も検討し、年2回程度の開催を目指します。

(3) 認知症ケアコミュニティマイスター養成講座の開催

知識を学ぶのみならず、それを活用し、地域でアクションを起こせる人材を認知症ケアコミュニティマイスターとして養成します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催回数 (回)	9	9	9			
養成者数 (人)	12	0	3	5	10	10

認知症等について学び、地域づくりのアクションを起こす人材を育成するため、継続して講座を開催し、修了者を増やしていきます。

(4) チームほっとけん養成講座の開催

認知症についての専門的知識を学ぶとともに、認知症対応力を向上し、認知症ほっとけんステーションでの認知症初期相談窓口の担い手となる人材を養成します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催回数 (回)	6	6	-			
養成者数 (人)	36	10	-			
専門職のスキルアップの機会として希望者はある程度受講を終えているため、今後は内容の拡充を検討しながら継続開催していきます。						

(5) キャラバン・メイトの養成（隔年）

認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバンメイトの養成をしていきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
養成者数 (人)	養成なし	15	養成なし	 微増	養成なし	 微増
養成講座は南加賀圏域で隔年実施し、新たなキャラバン・メイトの増加を目指します。						

(6) コンチネンスパートナー養成講座の実施

「排便」「排尿」「排泄用具」の3つについて、適切なアセスメントに基づき、支援できる専門職の養成を目指し開催しています。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
開催回数 (回)	実績なし		7		 維持	
参加者数 (実人数)	実績なし		21		 維持	
7回コースの長期研修のため、参加者数は多くは見込めませんが、まずは質の向上を図ることを優先します。その後、相談窓口等の状況を踏まえながら、参加しやすい内容を検討し、数の増加を図ります。						

B 持続可能な地域包括ケア人材の育成と支援

(1) 就労的活動支援コーディネーターの設置

役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、就労的活動支援コーディネーターを配置し、就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動を実施したい事業者や個人とをマッチングします。

(2) 企業との連携の推進

介護分野ではない企業で、介護予防に関する事業への取り組みに意欲を示す企業が増えてきています。介護分野の事業所だけでサービスを提供するには限界があり、今後は様々な企業が介護予防に関する事業に取り組めるよう連携していきます。

(3) 多様な支え手の養成（拡充）

介護人材不足の現状を踏まえて、専門職が身体介護などに特化したケアに従事・専念できるよう、多様な支え手の養成を推進します。様々なボランティアがいますが、活動内容で縦割りにするのではなく、活動意欲の高い人材を養成し、それぞれ多様な活動（ボランティア活動、就労的活動、介護就労等）につなげていきます。

(4) ボランティア団体等への支援

① 高齢者ボランティア連絡会の設立（新規）

高齢者に関わる各活動には共通する課題も多いと考えられ、連絡会の設立により、課題の共有や連携・協働を推進し、地域活動を活性化します。

また、生活支援コーディネーターや就労的活動支援コーディネーターを活用し、人材と活動の場をつなげる仕組みについて検討し、実施していきます。

② シニアボランティアかがやき講座の開催（新規）

高齢者に関わる様々なボランティアに対して、学びの場を共通化し、地域の幅広い専門職の協力を得ながら、フレイルや排泄ケアに関する講座を実施し、スキルアップやネットワークの強化を図ります。

③ 介護家族の会等への支援

認知症当事者やその家族の相談からニーズや課題を把握し、小松市認知症対策推進会議等で検討を行います。検討後は認知症ゴールドサポーターや認知症ケアコミュニティマイスター等と共に取り組みを行っていきます。

また、介護家族への支援として、当事者も気軽に参加できる場作りなども行っています。

(5) こまついきいきシニア応援団（仮称）の整理（新規）

地域の高齢者を支える住民ボランティア団体や、高齢者に対する社会貢献活動を行っている企業のうち、市の取組に協力してくれる団体を「こまついきいきシニア応援団（仮称）」として登録し、その互助の力の活用を推進していくよう体制の構築を図ります。

また、研修会や交流会等の場を通じて、各応援団同士の連携を強化します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量			
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度	
登録企業・団体	実績なし					30	
生活支援コーディネーターを中心に、こまついきいきシニア応援団についての検討と互助の力を上手く活かせるような体制の構築を図っていきます。							

Safety-net セーフティネット

2025年にありたい姿 ~セーフティネット~

当事者・家族・地域が安心した生活を続けることができている。

評価指標

- ・看病や介護への負担感（4段階評価）

新規指標

⇒ 2以下 (R5年)

- ・みまもりあいアプリ協力者数（ダウンロード数）

811人 (R2.12月現在)

⇒ 1,500人 (R5年)

- ・高齢者総合相談センターの認知度

29.7% (R2ニーズ調査)

⇒ 50.0% (R5年)

地域包括ケアシステムを推進していくためには、まず「安心・安全」が前提になければなりません。そのためには、どんな相談でも気軽に相談できる窓口や、地域で暮らす高齢者をやさしく見守る体制のほか、家族自身が安心して在宅での介護を選択できる体制が大切となります。

そこで、ありたい姿の実現のため、「地域で暮らす高齢者や相談の状況」や「地域の見守りの状況」、「家族の介護負担の状況」について、現状分析を行うこととしました。

現状分析 I ～地域で暮らす高齢者や相談の状況～

◆高齢者のいる世帯の状況は？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○ニーズ調査：家族構成について

	R2 年度
一人暮らし	16.1%
夫婦二人暮らし（配偶者 65 歳以上）	54.3%
夫婦二人暮らし（配偶者 64 歳以下）	3.2%
息子・娘との2世帯	27.4%
その他	15.4%
不明・無回答	3.0%

○人口統計資料集（2020）：性別、50 歳時の未婚割合（%）

	H12 年	H22 年	H27 年
男性の 50 歳時未婚割合	12.57	20.14	23.37
女性の 50 歳時未婚割合	5.82	10.61	14.06

分析・考察

○独居・高齢者のみ世帯が増えており、「家族」というなんでも相談できる包括的な相談役としての機能が低下している。また、全国的な生涯未婚率の増加傾向を踏まえると、そもそも結婚していない高齢者も増えていくと考えられ、子のいない独居高齢者については、より支援体制が脆弱になってくると考えられる。

⇒家族が遠方にいる、あるいはいない場合であっても、安心して暮らせる体制が必要である。

◆増えているのはどのような相談ケースか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○総合相談の全体数と主な種類

	実績値		見込値
	H30 年度	R1 年度	
総合相談数	9,129	9,075	9,000
介護・介護保険サービスに関する相談	2,130	1,804	1,900
日常生活に関する相談	1,815	1,722	1,800
病気・健康に関する相談	556	590	560
経済問題に関する相談	237	228	230
虐待・権利擁護に関する相談	91	72	80

○センターの対応している困難事例

	実績値		見込値 R2 年度
	H30 年度	R1 年度	
困難事例対応件数（実件数）	47	48	50

☆地域ケア推進会議：経済的困窮や診断を受けていない精神・発達障害（疑）者、8050 問題、ごみ屋敷等のケースが増えており対応に苦慮している。

●センター：家族支援も行っているものの、対象年齢や経済状況などによっては高齢者総合相談センターだけでは解決できない。

分析・考察

○高齢化の進展による相談件数の増加とともに、世帯全体の複合化した相談（高齢者と障がいを持つ子の世帯等）や制度の狭間（経済的・身体的等）の相談があり、制度・社会資源がなく対応に苦慮したり、高齢者部門だけでは解決できない困難ケースも増えている。また、それらの相談に対して、担当部署が存在しないことも多い。

⇒多様な相談に対応できる「丸ごと」の相談窓口のほか、それらを支える多様な部署の連携や支援体制についても検討・構築していく必要がある。

⇒直接の解決にはつながらなくても、地域や他部署が支援の手助けとなる資源を持っていることもあり、情報を整理し、活用することが必要である。

◆身近な相談窓口はあるか？

データ

（○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等）

○ニーズ調査：高齢者総合相談センターの認知の状況

	R2 年度
知らない	65.6%
知っているが利用したことはない	23.6%
知っているし利用したことがある	6.1%

○ニーズ調査：認知症に関する相談窓口の認知の状況

	R2 年度
相談窓口を知っている	26.0%

○ニーズ調査：家族や友人・知人以外に何かあったときに相談する相手はいるか。

	R2 年度
そのような人はいない	27.2%
医師・歯科医師・看護師	22.8%
高齢者総合相談センター・市役所	9.8%
自治会・町内会・老人クラブ	9.5%
社会福祉協議会・民生委員	8.9%
ケアマネジャー	5.2%
その他	6.5%
不明・無回答	10.2%

○アンケート：高齢者総合相談センターの所在地に対する認知の状況（民生委員）

	R2 年度
知っている	97.1%
知らない	2.9%

○アンケート：高齢者総合相談センターの活動に対する認知の状況（民生委員）

	R2 年度
全く知らない	31.4%
あまり知らない	15.4%
まあまあ知っている	52.0%
よく知っている	1.1%

○認知症ほっとけんステーション

	R2 年度
設置数	72

●医師：高齢者総合相談センターの役割や機能を知らない。

分析・考察

○地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）は、日常生活圏域（人口2～3万人程度）毎の設置が基本となっており、小松市の5圏域 10か所の設置は数の上では充実していると考えられる。しかし、関わりの強い民生委員や現に介護をしている方等以外からの認知割合は低く、十分に周知されていない。

⇒体制を充実しても認知度が低ければ相談につながらないため、まずは高齢者総合相談センターの周知が何より重要である。

⇒家族会や当事者会等は、様々な情報を得ている可能性が高く、そのような団体と連携し、相談情報をアウトリーチで把握していくことが必要である。また、それらの団体を地域の専門職も巻き込んで支援することで、ネットワークを構築していくことが大切である。

○小松市では、総合相談を担う高齢者総合相談センターとは別に、認知症ほっとけんステーション等の初期相談窓口を設置しているが、認知割合は低く、十分に周知されていない。

⇒周知を進めるとともに、多様なニーズに沿った相談窓口を充実していくことが大切である。

課題の整理Ⅰ

- 頼れる身寄りがない等、家族内での支援が難しくなってきており、家族以外に相談し、支援できる体制を推進する必要がある。
- 重層的な相談に対応するため、高齢者のみならず、関係機関と連携し、世帯丸ごとを支援していく体制を強化していく必要がある。
- 市全体で、丸ごとの相談支援体制のあり方の検討や体制づくりが必要である。
- 地域や各部署が持っている資源を包括的に整理し、多様な相談に対する適切な情報提供ができる体制が必要である。
- 既存の相談窓口の周知を進めるとともに、相談窓口を知らない場合でもそこにつながるための仕組みが必要である。
- 家族会や当事者会等と連携し、アウトリーチで相談を把握する体制づくりが必要である。
- 家族会や当事者会等を地域ぐるみで支え、相談ネットワークを構築する必要がある。



サービス提供体制の構築方針

I シニアが社会とつながり、 役割と生きがいを持つ地域づくり

どのような状況であっても、社会とのつながりや役割、生きがいを持って暮らしていくためには、まず、困ったときに相談できる窓口とつながることが重要です。現状分析により把握した課題からは、我がごと・丸ごとの相談体制の必要性が把握されました。既に高齢者総合相談センターがそのような役割を部分的に担っていますが、今後は、さらに多様化するニーズに対応できる相談機能の充実や、関係部署がそれぞれ我がごととして対応する体制づくり、それらの相談窓口の周知を推進していきます。

A 新しい地域包括支援体制の構築

(1) 繼続的トータルサポート事業（重層的支援相談体制）の実施（新規）

関係部署・地域と連携し、断らない相談窓口の開設と重層的支援の実施体制を構築し、複合的な課題を抱えるケースへの相談支援を強化します。

(2) もの忘れ相談員（認知症地域支援推進員）の設置（継続）

長寿介護課及び高齢者総合相談センターにもの忘れ相談員を設置し、市全体（第一層）あるいは中学校圏域（第二層）の認知症施策を推進します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
設置人数（人）	23	23	22		 維持	

異動等により、活動中の人数には変動がありますが、今後も各高齢者総合相談センターと長寿介護課に最低 1 名以上の配置を維持していきます。

(3) コンチネンスパートナー（排泄の問題に寄り添う専門職）の設置（拡充）

高齢者本人や家族が在宅生活をあきらめてしまう要因として、「排泄の問題」があります。排泄と言っても、その要因は疾病や内服から生活習慣まで様々であり、支援には専門的な知識が求められます。そこで、総合相談を担う高齢者総合相談センターにコンチネンスパートナーの設置を推進します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
コンチネンス パートナー設置 センター数	実績なし		3	10	 維持	

職員の入れ替わりもあるため、研修を継続的に行い、全ての高齢者総合相談センターに1名以上の配置を目指します。

～コンチネンスとは～

コンチネンスとは、「排尿や排便が正常な状態」の事で、日本語では「禁制」と言い、その反対語は「失禁」です。排泄に問題が起きると外出を控えたり、うつ状態になったりすることもあるため、そのままフレイルや要介護状態につながるおそれがあります。しかし、本人にとっては他者に相談しにくく、周囲にとっても気づいても声をかけにくいため、そのまま悪化してしまいかがちです。小松市では、誰でも気軽に相談できる排泄の相談窓口を充実していきます。

B 身近な相談窓口から専門機関につなげるアクセスの向上

(1) 相談窓口の周知（拡充）

各相談窓口の機能や役割等について、それぞれの活動を通じて市民及び関係機関、医療機関（歯科医院も含む）や薬局、地域の高齢者と接する機会の多い金融機関などに対して広く周知していきます。また、高齢者総合相談センターの総合相談機能を強化し、個別相談だけではなく、市の施策や専門家への連携コーディネートといった役割を充実します。

(2) 相談窓口の充実

① 高齢者総合相談センターのプランチ型相談窓口の設置の検討（新規）

高齢化社会の進展や複合的な課題を抱えるケースの増加に伴い、重層的な相談支援機能を持つ高齢者総合相談センターのプランチ型相談窓口等の設置について、その必要性や設置場所などを検討していきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標数		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
相談窓口の設置数	実績なし					

現行の障がい相談支援事業所の活用も含め、小松市全体の重層的な相談支援についての検討と相談支援体制の構築を図っていきます。

② 多様な相談窓口の設置とネットワーク化（新規）

グループホームや小規模多機能型居宅介護事業者等の地域密着型サービス事業者による相談機能を強化するとともに、高齢者総合相談センターと連携し、圏域ごとの相談ネットワークを推進します。

③ 認知症相談窓口（ほっとけんステーション）の充実（継続）

チームほっとけん養成講座修了者が配置されている薬局等を認知症ほっとけんステーションとして登録し、認知症の身近な相談窓口を推進します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
設置数（箇所）	72	72	72			

これまでの取組みによりある程度の希望する窓口は登録されているため、今後は少しでも窓口が増えるように取り組みます。

④ 排泄ケア相談窓口の設置（新規）

個人の尊厳に大きく影響し、また、非常にプライベートな問題である「排泄の問題」について、相談しやすい窓口を市内 10 か所の高齢者総合相談センターに設置します。また、コンチネンスパートナー等、排泄に関する知識を有する職員が所属する事業者と連携し、窓口の充実を図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
排泄相談窓口	実績なし			10	 微増	

市内 10 か所の高齢者総合相談センターに設置するとともに、協力事業者を増やし、どこでも気軽に排泄の相談ができる体制を目指します。

現状分析Ⅱ ～地域の見守りの状況～

◆相談につながりにくいケースはどのようなケースか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

- センター：閉じこもっているケースは、そもそも会うことが難しいので、支援が難しい。
- 民生委員：問題がありそうなケースであっても、家族がいると関わりにくい。
- 民生委員：アパートやマンションの人の把握は難しい。

分析・考察

○閉じこもり等を含め、地域との関わりが希薄な方や、支援者が既にいる方の把握は難しいという声が多い。

⇒些細な気がかりであっても把握できるよう、地域とのネットワークを強化することが必要である。また、電気・ガス会社等生活に不可欠な事業者や新聞配達・配食等の生活に密着した事業者と連携し、相談が必要な方を把握できる体制が必要である。

◆地域の見守り体制は十分か？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○実績：SOS ネットワーク登録者数

	H30 年度	R1 年度	R2 年度
事前登録者（人）	39	48	57
協力事業所(事業所)	125	127	154

○実績：民生委員・地域福祉推進員

	H30 年度	R1 年度	R2 年度
民生委員	216	216	216
地域福祉推進員	222	236	237
チームの設置	114	123	123

○実績：見守り関連機器の設置・貸出

	H30 年度	R1 年度	R2 年度
GPS 機器	8	12	18
安心通報システム	100	91	97

分析・考察

○民生委員等の見守りについては、地域福祉推進員の設置等により、見守り体制の充実が図られているが、高齢者の増加に伴い、負担も増加していると考えられる。

⇒民生委員等の役割のある方のみならず、地域全体で緩やかに見守りに参加することが必要である。

○現在の見守りに関する機器は、それを支援してくれる家族の有無や、利用者本人の認知機能の程度等により、利用が難しい場合もある。

⇒従来の直接的な見守りのみならず、ICT の活用など、積極的に新しい技術を導入し、見守り体制を充実していく必要がある。

◆認知症の人への支援の状況はどうか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○相談種類：認知症の相談件数

	H30 年度	R1 年度	R2 年度
認知症の相談件数	39	48	57

●認知症家族：介護保険サービスの利用者は高齢者が多く、若年性認知症の人にとっては、利用がためらわれる。数も少ないため、相談できる場がない。

●認知症当事者：まだまだ自分でできると思っているが、周囲が「できない」ということで「できない自分」じゃないといけないと思い込んでいる。

分析・考察

○高齢化に伴い、認知症に関する相談件数は増加傾向にある。介護保険サービスの充実により、家族の負担軽減にはつながっているものの、認知症当事者にとっては、幸せにつながっていないケースもあると考えられる。

⇒認知症当事者の声を施策に反映し、認知症のどのような段階であっても、当事者や家族が安心して暮らせる体制を構築することが必要である。

⇒特に若年性認知症については、介護認定を受ける前から利用できる支援体制を一層充実する必要がある。

課題の整理Ⅱ

- 地域の方や事業者、関係部署と連携し、日頃の見守りにより早期に気づき、支援する体制が必要である。
- 捜索や見守りの体制について、地域の協力者を増やしていく必要がある。また、協力したい気持ちはあるが、具体的な方法がわからない人に対して、気軽に見守りに協力できる仕組みが必要である。
- ICT の活用については、高齢者を対象とするために難しい側面もあるが、積極的に活用していくことで、実際の利用にあたっての課題等の把握、改善につなげていくことが必要である。
- 認知症当事者や家族が安心して困りごとを話し合える場が必要である。
- 若年性認知症の実態把握と支援体制を構築することが必要である。



サービス提供体制の構築方針

II 地域住民の参画と協働により、 互いに支えあう見守り体制の推進

現状分析により把握した課題から、高齢者総合相談センターや民生委員のみならず、地域全体で見守る体制の必要性が把握されました。特に、認知症対策の取り組みの中で、地域の力を活用した見守り体制の構築を推進するとともに、ICT を活用した効率的かつ効果的な見守りを推進していきます。

A 多様な人びとの活躍で「やさしいまちづくり」を推進

(1) 民生委員・地域福祉推進員による見守り（拡充）

民生委員は、住民の生活上の様々な相談に応じ、行政をはじめ適切な支援やサービスにつないだり、高齢者や障がい者世帯の見守り・安否確認などにも重要な役割を果たしています。また、市では、民生委員をサポートしチームとして活動する地域福祉推進員を委嘱し、地域の見守り活動の充実を図っています。

市としては、高齢者総合相談センターとの連携や活動に役立つ情報の提供など、見守りなどの活動のしやすい環境づくりを進めます。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
民生委員 (人)	216	216	216	216	216	216
地域福祉推進員 (人)	222	236	237		 微増	
民生委員・地域福祉推進員チーム数	114	123	123		 微増	

地域福祉推進員と民生委員・地域福祉推進員チーム数は年々増加しています。高齢者数の増加に伴い、見守り活動の必要性は増していくことが推測されるため、地域福祉推進員及びチーム数は徐々に増加していくことが考えられます。

※民生委員は定数が決まっています。

(2) こまつ認知症ほっとけんSOSネット（拡充）

認知症等により高齢者が行方不明になった場合に、警察や消防だけでなく事前に登録した協力事業者等が捜索に協力し、行方不明者の早期発見・保護に努めます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
協力事業所(事業所)	125	127	154	前年度 +10	前年度 +10	前年度 +10

認知症サポーター養成講座等での周知を行い、登録者数の増加を目指します。

B 「人」を中心に据えた包括的認知症支援体制の構築

(1) 認知症カフェの推進（拡充）

認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェの取組みを推進することで、必要な人に情報が届くようにしていきます。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標数		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
認知症カフェ開催数	実績なし	9	1		 増加	

小松市認知症ケアコミュニティマイスターの会が実施するカフェを継続開催する他、新たなカフェの実施や把握に努めます。

(2) 認知症当事者会の設置（新規）

認知症の本人が、自分の望みや思いを本人同士で語り合う機会をつくります。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標数		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
認知症当事者会の開催	実績なし					
イベント等での単発実施や家族会を通じての開催などを行い、将来的には定期開催を目指します。また、医療機関とも連携し、当事者会の開催のPR等も行っていきます。						

(3) 若年性認知症の早期把握と支援の充実（新規）

診断後、できるだけ早く本人や家族と専門職が繋がることができるような体制づくりと、支援方法についての検討を行っていきます。

C ICTなどを活用した見守り体制の拡充

(1) ICT 機器の活用等による見守り体制構築の推進

① みまもりあいアプリの活用（継続）

認知症等により行方不明になった場合に早期発見・保護できるよう、捜索支援アプリ「みまもりあい」を普及し、地域の見守り体制を強化します。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
アプリダウンロード数	実績なし		850	1,000	1,250	1,500

見守り体制構築のため、アプリの普及を推進します。ある程度普及された後はイベントや講座での周知を行いながら増加を目指します。

② 安心通報システム事業（継続）

ひとり暮らしの高齢者等が安心して日常生活を送れるよう、緊急通報と安否確認のための通報装置を設置し、緊急時や相談等に対応します。

【対象者】

- ・65 歳以上のひとり暮らし又は高齢者のみ世帯
- ・重度身体障害者（1・2 級）のみの世帯

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
設置台数(台)	100	91	100			

高齢者の増加により、設置台数も緩やかに増加すると考えられます。

③ 認知症高齢者等の位置探索装置の貸し出し（継続）

高齢者が身につけられる小型GPS端末を貸与し、行方不明時にコールセンターから位置情報を案内します。また、専用アプリで居場所を家族が確認する方法もあります。

【利用料】

月 500 円

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
貸与台数(台)	8	12	18			微増

徘徊時の発見には、効果的ですが、端末の充電等、家族の支援を受けられる人であることなど、対象者が限定されるため、今後緩やかな増加にとどまると考えられます。

(2) 生活サービスとの連携による見守りの推進

① 配食サービス（継続）

独居などの見守りが必要な高齢者や障がい者に対し、配食を通して定期的に居宅を訪問することで、安否の確認や栄養のバランスのとれた食の保障、食生活の改善と健康の増進を図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
利用者数 (実人数)	110	111	110			微増

高齢者のみ世帯や高齢者世帯の増加により、利用者も緩やかに増加すると考えられます。

② 事業者との協定（拡充）

電気・ガス会社等の地域の企業や事業所との間で協定を締結し、見守り活動が行われていますが、今後も様々な企業などと連携し、きめ細やかな見守り体制を構築していきます。

【見守りに関連する協定】

協定	事業者等	締結年度
地域見守りネットワーク事業協定	日本郵便	H14 年度
	生活協同組合コープいしかわ	H25 年度
	北陸電力小松支社	H27 年度
	一般社団法人石川県エルピーガス協会	H28 年度

現状分析Ⅲ ～家族の介護負担の状況～

◆家族介護の状況はどうなっているか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○在宅介護実態調査：主な介護者の年齢

	R2 年度（市）	R2 年度（国）
80 歳代以上	11.3%	14.4%
70 歳代	21.3%	19.8%
60 歳代	29.6%	29.5%
50 歳代	27.5%	25.6%
40 歳代	6.9%	6.8%
30 歳代以下	2.0%	1.4%
わからない、無回答	1.4%	2.5%

○在宅介護実態調査：行っている介護（複数回答）

	R2 年度（市）	R2 年度（国）
その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）	79.5%	78.1%
金銭管理や生活面に必要な諸手続き	71.0%	67.5%
食事の準備（調理等）	68.6%	68.6%
外出の付き添い、送迎等	67.1%	67.6%
服薬管理	49.7%	46.7%

●ケアマネ：介護者は不安や負担、孤立感を抱え介護を担っている。

分析・考察

○介護者自体が高齢になってきており、また、家事や生活面の手続き等、様々な介護が行われている。介護の知識次第では、より負担の少ない介護が行える可能性があるが、高齢により、インターネット上の情報把握が難しいと考えられ、また、介護のために外出の機会が減ると、介護に関する情報が入ってこないことも考えられる。

⇒介護に対する知識の普及啓発の充実や、介護をしながらでも必要な情報が得られるための仕組みが必要である。

○介護のため他者との交流や外出の機会も減り、精神的・身体的負担もより大きくなっているのではないか。

⇒介護者の会等の交流の場を支援し、介護者の不安や孤立を防ぎ、介護疲れを早期に把握・支援する必要がある。

◆介護離職は起こっていないか？

データ

(○：調査・実績等、●：現場の声等、☆：協議体等)

○在宅介護実態調査：主な介護者の就労状況

	R2 年度（市）	R2 年度（国）
フルタイムで勤務している	28.9%	24.8%
パートタイムで勤務している	22.4%	17.7%

○在宅介護実態調査：勤務者のうち、就労継続が難しいと考える人

	R2 年度（市）	R2 年度（国）
就労継続が難しいと考える	69.0%	64.0%

○在宅介護実態調査：主な介護者が何らかの働き方の調整を行っている

	R2 年度（市）	R2 年度（国）
何らかの働き方の調整を行っている	52.6%	64.0%

●センター：主介護者が家計を支えている場合、離職するとその後生活困窮につながってしまう。

分析・考察

○フルタイム・パートタイム合わせて、およそ半数が働きながら介護をしており、その7割程度が就労継続に難しさを感じている。また、離職した場合には精神面や肉体面、経済面での負担が生じる可能性が高い。

⇒生活を考えると、就労を継続する方が望ましいが、そのような選択ができない原因をさらに分析する必要がある。少なくとも、離職前に相談場所につながるような体制が必要である。

課題の整理Ⅲ

- 介護に関連する資源や知識を整理し、活用できる仕組みが必要である。
- 介護者の介護疲れや不安、孤立を防ぐための取り組みが必要である。
- 就労を続けられない要因を分析し、適切な支援につなげる体制が必要である。
- 企業に対しても、介護離職防止に向けた働きかけが必要である。



サービス提供体制の構築方針

III 在宅介護を選択できる家族支援体制の推進

現状分析により把握した課題から、在宅介護を選択できる家族支援体制の推進の必要性が把握されました。在宅介護を選択し、最後まで面倒を見てあげたいと考えている方がいる一方、実際に介護を経験するとその負担の大きさに追い詰められてしまう方も少なくありません。また、介護離職は、家族の生活全体への影響が大きく、何とか予防していくことが必要です。

そこで、介護・福祉サービス等を活用しながら、負担ができる限り軽減し、当事者が住み慣れた地域で暮らし続けられるような体制や介護離職を防止する体制を推進します。

A 介護負担の軽減

(1) 生活管理指導短期宿泊事業（継続）

基本的生活習慣が欠如しているひとり暮らし高齢者や、家族の都合（社会的理由）や虐待により一時的に養護する必要がある高齢者等に対し、短期の宿泊により基本的生活習慣の確立が図れるよう援助します。

【対象者】

- 65歳以上で、基本的な生活習慣が欠如しているひとり暮らし高齢者等
- 65歳以上で、家族の都合（社会的要因）により、一時的に養護する必要のある高齢者等
- 65歳以上で、虐待等により生命又は身体に重大な危険を及ぼす恐れがあると認められる高齢者等

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度		R2 年度	R3 年度	R4 年度
利用者数 (実人数)	8	12	10			微増

虐待等による利用人数が年々増えており、今後も微増傾向にあると推測される

(2) 家族介護支援事業（拡充）

家族介護者等の様々なニーズを把握するとともに、家族介護者の身体的、精神的負担の軽減を図り、安心できる生活の継続を目指して、地域の人や専門職と出会い、交流を図るための取り組みを推進します。

また、高齢者総合相談センターの提案事業により、地域主体で認知症カフェの開設などを通じて、相談や仲間同士の交流による心の負担の軽減を図ります。

	実績値		見込値	第8期計画中の目標量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
実施回数（回）	6	5	3	 増加	 維持	 維持
参加者数（人）	130	114	30	 増加	 維持	 維持

新型コロナウイルスの影響により、R2 年度の実施回数は減少となりましたが、R3 年度以降は年 5 回程度を目安に実施していきます。

(3) 家族介護用品助成券支給事業

要介護高齢者に対して、介護用品の購入に係る費用の一部を助成することにより、介護家族の負担軽減とともに、高齢者の健康衛生の向上を図ります。なお、国の要綱改正により、地域支援事業の対象から外れる方については、保健福祉事業で引き続き同様の支援を継続します。

① 地域支援事業として実施（継続）

【対象者】

以下のすべてに該当する者

- ・要介護 3 以上で介護用品が必要な在宅介護を受けている高齢者
- ・所得段階が 5 段階以下（本人非課税者）

【助成額】

1 枚 1,000 円の助成券を年間、最大 60 枚交付

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
支給人員（人）	1,117	1,066	1,200	 激減	 微増	 微増

国の要綱改正により、地域支援事業の対象外となる高齢者がいるため、令和 3 年度の支給人員が減少しますが、その後、高齢者数の増加に伴い、緩やかに上昇すると考えられます。

②保健福祉事業として実施（新規）

【対象者】

- ・要介護3以上で介護用品が必要な在宅介護を受けている高齢者
- ・所得段階が6段階以上（本人課税者）

【助成額】

1枚 1,000 円の助成券を年間、最大 60 枚交付

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
支給人員 (人)	新規事業のため、実績なし					
地域支援事業による実施対象外となった高齢者の激変緩和措置としての新規事業のため、令和3年度の支給人員は増加し、その後、高齢者数の増加に伴い、緩やかに上昇すると考えられます。						

（4）排泄ケア相談・指導事業（新規）

排泄相談窓口で受け付けた相談のうち、特に支援が必要な方に対して、「排尿・排便チェックシート」の活用や「おむつの選定支援」、必要に応じて泌尿器科との連携支援を行います。

	実績値		見込値	第8期計画中の推計量		
	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
相談件数 (人)	新規事業のため、実績なし					
指導件数 (人)	新規事業のため、実績なし					
相談窓口の周知が進むことで、徐々に相談件数が増えていくと考えられます。						

B 介護離職の防止

(1) 介護休業を取得しやすい環境づくり（継続）

関係部局と連携し、育児・休業法による介護休業制度を周知し、休業や休暇、短時間勤務、勤務時間等の利用促進を促します。

- ・介護休業取得支援事業

介護休業の取得を推進するため、市内の中小企業者が労働者に介護休業を取得させた場合に、補助金を交付します。

交付対象：常時雇用する労働者に対し介護休業を31日以上与えること

　　介護休業取得後、復職させること

助成額：介護休業期間

- ・31～61日 5万円
- ・62～92日 10万円
- ・93日以上 15万円

限度額：1事業主につき通算で45万円

ただし、やさしい職場環境事業所表彰 表彰者は通算で90万円

第5章 主な施策別の方針

第5章では、第4章で示された事業等について、主要施策別の視点で整理しました。

災害や感染症対策に係る体制整備

2025年に目指す災害や感染症対策に係る体制の姿

災害や感染症に対するレジリエンスを高め、どのような状況においても、サービスの提供を継続することが出来ている。

参照指標

- 事業継続計画（BCP）の策定事業者数
- ICTを活用した災害や感染症情報の発信
- 避難行動要支援者数

これまでの施策の評価

これまで市内の介護サービス事業者に対し、避難確保計画の策定や緊急時の避難に要する時間や避難体制について確認し、防災や感染症に関する情報提供を迅速に行い、利用者が安心してサービスを利用できる体制を構築してきました。また、災害時に特に配慮が必要な人を事前にリストアップし、本人の同意のあるものについては、自主防災組織などへ情報提供を行っています。

【第7期中の主な取組例】

- 介護サービス事業者の避難確保計画の策定
- LINEアプリによる災害情報や防災情報の発信
- 避難行動要支援者名簿の作成

今後は、事業者の感染症対策を含めた事業継続計画（BCP）の策定を進め、非常時にも対応できる体制の確保に努めます。

第8期計画の方針

施策の方針

①

情報提供体制の構築

平時より、事業所等に防災や感染症対策についての情報提供を行い、周知啓発に努めます。また、災害時にはLINEアプリ等による災害発生や防災情報の発信を行い、事業所等の防災力の向上を図ります。

事業例

LINEアプリ等による災害や感染症対策の情報提供

施策の方針

②

避難行動要支援者の支援体制の構築の推進

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の方、障がいのある方など、災害時に一人では避難が困難で支援の必要な方を把握するために、「避難行動要支援者名簿」を整備します。また、本人の同意が得られるものについては、自主防災組織や民生委員、消防等へ名簿を提供し、見守りや避難誘導を行う体制を整備します。

事業例

避難行動要支援者名簿の作成、福祉避難所の設置

施策の方針

③

事業所や個人等の防災・減災・感染症対策の推進

避難確保計画や事業継続計画（B C P）の策定状況を確認し、災害発生時において事業活動を継続・再開できる体制整備を支援します。

事業例

介護サービス事業所の事業継続計画策定や感染症対策の研修会の開催

施策の方針

④

感染症を予防する生活習慣と病気に負けない強いこころとからだづくりの推進

日頃からの生活習慣の改善及びフレイル予防の推進により、感染症を予防するとともに、発生した際の環境の変化に対して、負けない強いこころとからだづくりを推進します。

事業例

保健事業と介護予防の一体的実施、シニアボランティアかがやき講座、災害や感染症からこころとからだの健康を守る公衆衛生活動、感染症の計画的なワクチン接種や早期発見・早期対応のための検査体制の整備

施策の方針

⑤

災害ケアや感染症予防に関する専門職のスキル向上の支援

災害や感染症が発生しても、適切に対応するためのスキルの向上のための研修会開催等を推進します。

事業例

地域包括ケア推進スキル向上研修、在宅医療・介護連携推進研修

PDCA の方針

消防や防災、医療機関、地域などとも連携し、参照指標等の推移や各種事業の実行力を高め、評価・改善を行っていく。

在宅医療・介護連携の推進

2025年に目指す在宅医療・介護連携の姿

どのような状態になっても自らが望む場所で暮らし続け、望む最期を迎えることができている。

参照指標

- 亡くなった場所で暮らした期間（在宅医療・介護連携体制に関するアンケート）
- 亡くなる以前に主に生活していた期間（在宅医療・介護連携体制に関するアンケート）
- 小松市の医療・介護の体制に対する満足感（在宅医療・介護連携体制に関するアンケート）
- 最期を迎える際、不安や困りごとを聞いてもらえる体制（在宅医療・介護連携体制に関するアンケート）

これまでの施策の評価

従来、医療行政は県が主に担っていたことから、市保険者としてはノウハウが少なく、情報・課題の把握と各職能団体や医療従事者との顔の見える関係づくりに力を入れてきました。幸い、小松市においては、地域ケア会議等の各種協議体や事業の実施を通じて、各職能団体との連携が進んでおり、医療・介護職の連携による新規の取組を創出することができます。

【第7期中の主な取組例】

- はつらつシニアかんじん帳の充実（多職種により内容を検討・改善）
- 急変時対応のためのこまQカードの作成（医師会等の協力を得て作成）
- コンチネンスケア先進都市こまつ推進事業の実施（市内医療機関、大学等の協力を得て実施）
- 在宅医療・介護連携推進会議と在宅4場面に応じたワーキング部会の開催

今後は、これまでに培った関係性を活かし、現場の課題の把握、医療・介護職の協働による協議といった流れを継続し、施策のさらなる充実を図っていきます。

第8期計画の方針

施策の方針

①

多職種による切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築の 推進

在宅4場面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）や、病態に合わせた支援について、多職種協働により検討し、体制の構築を推進します。

事業例

在宅医療・介護連携推進会議、退院支援検討部会、日常の療養支援検討部会、急変時の対応支援検討部会、看取り支援検討部会

施策の方針

②

在宅医療・介護に関する相談体制の充実と課題把握の推進

市民や専門職に対する在宅医療・介護に関する相談・支援体制を充実するとともに、そこから課題を把握し、よりよい体制づくりにつなげます。

事業例

在宅医療・介護連携推進コーディネーターの設置、在宅ケア連携マネジャーの設置

施策の方針

③

医療と介護の専門職間での情報共有の充実

顔の見える関係づくりによる医療と介護の連携強化や、ICT 等のツールを活用し、情報の共有を推進します。

事業例

はつらつシニアかんじん帳、こま Q カード、ID リンク

施策の方針

④

地域住民への普及啓発の推進

いざという時に望む在宅医療・介護を受けられるよう、自らが望む在宅医療・介護について、元気なうちから考え、周囲の関係者と共有することを推進します。

事業例

はつらつ健幸推進大会での普及啓発、意思表示の必要性に対する普及啓発

施策の方針

⑤

医療と介護の専門職のスキルアップの推進

医療と介護の専門職が互いの特徴や専門性について学び合い、切れ目のない支援を推進します。

事業例

在宅医療・介護連携推進研修、地域包括ケア推進スキル向上研修、コンチネンスパートナー養成講座

PDCA の方針

多職種により構成された在宅医療・介護連携推進会議等で参照指標等の推移や各種事業結果を確認し、評価・改善を行っていく。

リハビリテーションの推進

2025年に目指すリハビリテーションの姿

リハビリテーションを受けることにより、どのような状態であっても、改善可能な最良の状態に回復することができ、また、できる限り悪化を予防することができている。

参照指標

- 通所リハビリ利用者数
- 訪問リハビリ利用者数
- 訪問看護（リハビリ）利用者数
- 生活機能向上連携加算算定者数
- 短時間（1時間以上2時間未満）リハビリ算定者
- リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数
- 短期集中（個別）リハビリテーション算定者数
- ミニ地域ケア会議へのリハ職参加人数

これまでの施策の評価

小松市では、地域ケア会議等への参加をはじめ、フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターの設置等、リハビリ専門職の活用を推進してきましたが、どちらかといえば、軽度者への支援に対する活用が中心でした。要介護認定者に対するリハビリの提供体制については、専門職数自体は同規模自治体や県内市町と比較しても充実していますが、一方で、訪問リハビリについては利用率が低く、今後参照指標の推移を見していく必要があります。

【第7期中の主な取組例】

- 地域ケア会議（地域ケア推進会議、地域ケア個別プラン会議、ミニ地域ケア会議等）へのリハビリ専門職の参加
- フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターの設置

今後は、後期高齢者も増えてくることが見込まれることから、軽度者へのフレイル対策をはじめ、重症化予防の点でもリハビリ専門職の活用を推進していきます。また、リハビリの必要性がしっかりとケアマネジメントに反映されるよう、ケアマネ等に対するスキルアップも行っていきます。

第8期計画の方針

施策の方針

①

地域リハビリテーションの推進

小松市では、フレイル予防機能強化高齢者総合相談センターにリハ職が専従配置され、リハ職と行政が連携して地域包括ケアを推進する体制ができていますが、その関係をさらに強化するとともに、積極的にサロンやリハ職がない事業者の支援等を推進します。

事業例

機能強化型高齢者総合相談センターの設置

施策の方針

②

介護職のアセスメントスキルの向上

いくらリハビリテーション体制を充実しても、適切なケアマネジメントが行われなくては、当事者はそれらを利用できません。リハ職と介護職との協働研修や、地域ケア個別プラン会議やミニ地域ケア会議等の個別ケース検討の機会を通じて、介護職のスキルを向上させるとともに、リハ職との顔の見える関係づくりを推進します。

事業例

在宅医療・介護連携推進研修、ミニ地域ケア会議、地域ケア個別プラン会議

PDCA の方針

多職種により構成された在宅医療・介護連携推進会議等で参考指標等の推移や各種事業結果を確認し、評価・改善を行っていく。

生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

2025年に目指す生活支援・介護予防サービスの姿

それぞれの必要性に応じた多様な担い手によるサービスを受け、自立した生活を送ることができている。

参照指標

- 交通手段がないという理由で外出を控える人の割合
- 住民や企業が主体となる通所サービスの数
- 生活支援を担うボランティアの人数
- サポートクラブの利用延人数
- サポートクラブサポーターにおける高齢者の割合

これまでの施策の評価

高齢者総合相談センターのミニ地域ケア会議や地域連絡会から抽出された地域課題について、地域ケア推進会議の住民主体型部会で課題を整理し、生活支援や介護予防サービスの具体的な対策を考えてきました。また、生活支援を担うボランティアの養成等も進めてきました。

【第7期中の主な取組例】

- 住民主体型部会の開催（具体的対策の検討）
- サポートクラブ利用者及びサポーターへのアンケート調査（実態把握、ニーズ及び支援可能な内容についての把握）
- 非日常的家事支援を行う「地域サポートクラブ+（プラス）」の創設
- 企業が主体の介護予防教室をモデル的に実施（ボランティアが協力し、地域の会場で開催）

今後は、意欲のあるボランティアを就労的活動につなぐなど、企業等と連携した取り組みを充実していきます。

第8期計画の方針

施策の方針

①

生活支援・介護予防サービスの充実

多様な主体が生活支援や介護予防サービスを提供できるよう体制を整備していきます。衛生部門、交通担当部門等との連携を行っていきます。

事業例

住民主体型部会の開催、住民や企業が主体となる通所サービスの実施、地域サポートクラブの実施

施策の方針

②

地域ケア会議による高齢者個人への支援充実と社会基盤の整備

個別事例の検討から把握した生活課題の背景を探り、地域に共通する課題や対策を考え、ネットワークの構築や資源開発を行います。

事業例

地域ケア推進会議の開催、高齢者総合相談センターでの地域連絡会・ミニ地域ケア会議の開催、提案事業の実施、生活支援コーディネーターの配置

施策の方針

③

高齢者の社会参加や社会的役割を持つことの推進

高齢者等が支援の担い手になるよう養成し、活動の場を確保したり、就労への意欲がある人を就労へつなぎます。

事業例

就労的活動支援コーディネーターの配置、生活支援を担うボランティアの養成

施策の方針

④

高齢者の安定した居住に係る施策との連携推進

生活に困難を抱えた高齢者の住まいの確保と生活の一体的な支援の体制整備を推進していきます。生活困窮支援部門や住まい担当部門、居住支援法人などとのさらなる連携を行います。

事業例

住民主体型部会での検討、
生活困窮支援部門や住まい担当部門、居住支援法人との連携

PDCA の方針

多職種により構成された地域ケア推進会議等で参照指標等の推移や各種事業結果を確認し、評価・改善を行っていく。

認知症施策の推進

2025年に目指す認知症施策の姿

認知症の発症を遅らせ、認知症の人の意思が尊重され、家族へのサポートが充実し、本人及び家族が安心して、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができている。

参照指標

- 小松市国保特定健診における適正な血糖値の人の割合
- 認知症サポーター数
- 通いの場の参加者数
- 認知症ケアコミュニティマイスター会員数
- 見守り体制（SOSネット事前登録者数・位置情報システム利用者数・SOS協力事業所数・みまもりあいアプリ登録者数）

これまでの施策の評価

「こまつ認知症トータルサポート ほっとけん」として、認知症の予防から早期発見・早期対応、地域でのサポート・見守り体制の充実までの総合的な取組みを進めてきました。認知症に関する様々な人材が養成されているほか、身近な相談窓口の設置、地域での見守り体制が構築されています。

【第7期中の主な取組例】

- チームほっとけん養成講座の実施（専門職のスキルアップの機会）
- ほっとけんステーションの設置（認知症に関する地域の身近な相談窓口）
- 小松市認知症ケアコミュニティマイスターの養成（地域で実際に活動できる人材の養成）
- こまつ認知症ほっとけんSOSネットワークの充実（認知症保険、みまもりあいアプリの導入）

今後は、保健領域と連携し、継続した健康づくりや生活習慣病予防対策を図るとともに、医学的見地からの早期発見・早期対応による重度化予防、そして認知症の人の視点に立った「認知症バリアフリー」にむけた取組みの強化など認知症に関する切れ目のない対策を推進します。

高齢者総合相談センターに配置されているもの忘れ相談員や認知症ケアコミュニティマイスター、認知症サポーター、専門職などと連携し、本人や家族の意見反映や本人発信支援の取り組みの充実を図っていきます。また、認知症施策の推進にあたっては、国の認知症施策推進大綱の基本的な考え方^{*}を踏まえて実施していきます。

※ 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って生活できる地域を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生^{*1}」と「予防^{*2}」の施策を推進すること。

※1 認知症の人が尊厳と希望を持って生きる、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる

※2 認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を緩やかにする

第8期計画の方針

施策の方針

①

予防

認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を緩やかにする

若い頃から継続した健康づくりや糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の予防と共に、認知症に関する正しい知識と理解に基づき、通いの場における活動の推進等、予防を含めた認知症への「備え」としての取組みを推進します。

事業例

各種健康診査、通いの場等の拡充、チェックリストの活用、フレイル予防事業

施策の方針

②

早期発見・早期対応

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知機能低下のある人や認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、専門職のスキルアップの取組みを推進します。また、本人や家族が小さな変化を感じたとき速やかに相談できる窓口の拡充を図ります。

事業例

認知症初期集中支援チーム、チームほっとけんの養成、認知症ケアコミュニティマイスター養成と活動支援

施策の方針

③

普及啓発・本人発信支援

認知症サポーターの養成等を通じた認知症に関する理解促進や相談先の周知に努め、認知症の人本人の意見の把握・反映、情報発信支援についての取組みを推進していきます。

事業例

認知症サポーター養成講座、イベント等における認知症啓発の取組み、脳の健康手帳（認知症ケアパス）の普及、ほっとけんステーションの周知

施策の方針

④

認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援、社会参加支援

生活のあらゆる場面で、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくために、障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組みを推進します。また、認知症について学習したサポーターを本人や家族の具体的な支援に繋げる仕組みの構築を行っていきます。

若年性認知症の実態やニーズの把握を行い、適切な支援につなげます。

事業例

認知症ケアコミュニティマイスター養成事業、成年後見制度の利用促進

施策の方針

⑤

当事者・家族・地域が安心した生活をおくることができる

気軽に相談できる窓口や当事者会・家族会の充実を図り、地域で暮らす高齢者をやさしく見守る体制づくりに努めています。

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

事業例

こまつ認知症ほっとけん SOS ネットワーク、家族介護者の会、認知症カフェ

PDCA の方針

多職種により構成された認知症対策推進会議等で参考指標等の推移や各種事業結果を確認し、評価・改善を行っていく。

生涯にわたる介護予防・重症化防止の推進

2025年に目指す介護予防・重症化防止の姿

年齢や状態に関わらず、地域の人たちと交流し、役割を持ち活動していく中で、介護予防や健康管理ができている。

参照指標

- 通いの場の参加者数
- いきいきシニア率、かがやきシニア率
- 趣味、生きがいがある方、地域づくり活動の参加の状況（日常生活圏域ニーズ調査）

これまでの施策の評価

2025年に向けて、後期高齢者の急増や、介護・医療人材の不足が見込まれます。そこで、できる限り自立した高齢者を増やすため、サロンやその担い手の充実、地域の専門職のスキルアップ等、地域ぐるみで介護予防を推進してきました。

【第7期中の主な取組例】

- フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターの設置
- いきいきサロンやミニディなどの通いの場への支援
- 地域サポートクラブなどのボランティア活動への積極的参加の推進

健康づくり・介護予防活動は、年齢に関わらず、ライフステージに応じて実施することが大切です。そこで、いきいき健康課で実施されている健康づくり施策と、長寿介護課で実施されている介護予防施策を切れ目ない生涯にわたった支援として、一体的に実施していきます。

特に、疾病の重症化や、3つの「し※」が要因となるフレイルの予防を推進します。
※社会的要因（閉じこもり、孤食）、身体的要因（低栄養、筋力低下、口腔機能低下）、精神心理的要因（意欲・認知機能低下、うつ）

第8期計画の方針

施策の方針

①

介護予防・健康づくり（フレイル予防・重症化予防・認知症の発症遅延等）についての普及・啓発

専門職を講師として地域住民を対象とした各種講座を開催し、介護予防・健康づくりに関する知識の普及啓発を行います。

事業例

健康づくり・介護予防講座の開催、広報こまつ・ホームページへの情報掲載、はづらつ健幸推進大会の開催

施策の方針

②

早期発見と早期改善の推進

軽度フレイル状態は、元気な状態に戻ることができる可逆性の状態であり、早期に発見し、改善につなげることが大切です。多職種・多機関と連携し、通いの場や健診などを通じてフレイル状態にある方の早期発見を行う体制づくりやセルフチェックの普及を行っていきます。

事業例

フレイルハイリスク者のスクリーニング・チェックリストの実施

施策の方針

③

3つの「し」への包括的な介護予防の推進

社会的要因・身体的要因・精神心理的要因に対して効果的な支援を行うには、それぞれバラバラではなく包括的に取り組むことが必要です。そこで、既存の取組を整理しながら、関係機関や地域の専門職、民間企業、地域との連携を一層強化し、包括的な介護予防を推進します。

事業例

多様な通いの場の充実、住民主体型通所サービス（B'）、短期集中予防サービス（C）、フレイル予防機能強化型センターの設置、役割・生きがい活動支援（ボランティア、就労的活動）、認知症施策

施策の方針

④

生活習慣病の発症・重症化予防との一体的な介護予防の推進

糖尿病等の生活習慣病は認知症の要因となり、また、心不全等、生活習慣病の重症化は、重度フレイル状態の原因となります。そこで、保健事業と介護予防事業を一体的に実施し、疾病を持っていても重症化を予防し、必要時には適切な支援を迅速に受けられるよう関係機関の連携を強化します。また、高齢者への保健指導に当たっては、高齢者の特徴を踏まえながら、実施します。

事業例

保健事業と介護予防事業の一体的実施、高齢者の重度化予防の推進、治療中断者への支援

施策の方針

⑤

多職種・多機関・地域の連携による、3つの「し」対策の推進

=「し」あわせの推進

多職種・多機関・地域との連携を強化し、社会的虚弱・身体的虚弱・精神的虚弱に関する課題分析や対策の検討を協働で実施して既存の取組のモデルチェンジや、新たな取り組みの創出を推進します。

事業例

地域ケア会議の開催、多職種による協議体の設置

PDCAの方針

多職種により構成された協議体等で参照指標等の推移や各種事業結果を確認・評価しながら、既存事業の改善や新規取組の創出を推進していく。

高齢者総合相談センター

2025年に目指す高齢者総合相談センターの姿

地域包括ケアシステムの構築に向け、地域全体の医療・保健・介護分野の専門職から町内会・ボランティアなどの地域住民まで幅広いネットワークをつくり、そこで暮らす高齢者やその家族の課題解決に向けての取組みを行う。

参照指標

- いきいきシニア率、かがやきシニア率
- 高齢者総合相談センターが行う総合相談
- 高齢者総合相談センターの認知度
- 高齢者総合相談センターの満足度

これまでの施策の評価

高齢者総合相談センターのミニ地域ケア会議や地域連絡会から抽出された地域課題について課題の整理や解決策を検討し、解決のために地域における連携・協働の中で、提案事業をおこなってきました。また、身近な相談場所として、総合相談の中で、丸ごとの相談支援を実施してきました。

【第7期中の主な取組例】

- 地域ケア会議の開催などによる地域課題の把握と課題解決のための提案事業の実施
- メンタルヘルス機能強化型高齢者総合相談センター、フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターの設置
- 我が事、丸ごとの相談体制の構築

今後は、これまでに培ったネットワークや相談体制をさらに充実させ、地域包括ケアシステムの実現に向け各施策に取り組んでいきます。

第8期計画の方針

施策の方針

①

介護予防ケアマネジメントの適切な実施

いきいきシニア率（75歳以上で介護認定を受けていない人の割合。2025年75%）、かがやきシニア率（75歳以上85歳未満で介護認定を受けていない人の割合。2040年85%）の目標達成を目指し、心身状況の維持・改善を図り、自立した生活が継続できるように「予防」と「セルフケア」の視点をもって幅広い医療専門職などと連携し支援を行います。

事業例

介護と保健の一体化事業（フレイル予防対策）、地域における通いの場への支援、フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターの設置

施策の方針

②

総合相談・支援体制の充実

複合的な課題を抱える相談に対し、縦割りではなく、ワンストップで世帯丸ごと支援できる相談支援機能の構築を行います。

事業例

重層的支援体制整備事業の実施、高齢者総合相談センターの周知

施策の方針

③

権利擁護の取組みの推進

高齢者が安心して生活できるように、成年後見制度の活用や虐待・消費者被害などの防止、早期発見・対応など、関係機関と連携し高齢者の権利を守る取り組みを行います。

事業例

消費者被害相談部門との連携、成年後見制度の利用促進

施策の方針

④

包括的・継続的ケアマネジメントの適切な実施

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために、個々の状況の変化や地域課題に応じて、包括的かつ継続的なケアマネジメントを実現できるよう、地域における連携・協働の体制づくりを行っていきます。

事業例

提案事業の実施、各種連絡会の開催（居宅包括連絡会等）

施策の方針

⑤

支援スキルの向上

今後、強化すべき自立支援や予防への対応、地域資源の創出に向けたコーディネートなどについて、特定の機能を強化したセンターの設置や研修会を実施し、支援スキルの向上に努めます。

事業例

機能強化型高齢者総合相談センターの設置、スキル向上研修の開催等

施策の方針

⑥

包括的・継続的ケアマネジメントの適切な実施

保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員のほか、三職種以外の専門職や各種コーディネーター（生活支援・就労的活動支援など）等の配置を含め、必要な体制を地域包括支援センター運営部会等で検討し、人材の確保及び適正な職員配置を行っていきます。

事業例

機能強化型高齢者総合相談センターの設置、包括支援センター運営部会の開催

PDCA の方針

地域包括支援センター運営部会で高齢者総合相談センターの運営状況や取り組み状況を確認し、運営方針の決定や評価を行っていく。

地域密着型サービス

2025年に目指す地域密着型サービスの姿

地域にとっての有用な資源として、地域と連携しながら、包括的ケアを提供し、創出できている。

参照指標

- 地域密着型サービスの整備状況・利用状況
- 地域密着型サービス事業所の地域との連携の状況
- サービス毎の介護給付費と施設入所待機者数

これまでの施策の評価

地域密着型サービスは、小松市の高齢者が安心して住みなれた地域で生活を続けられるよう利用するサービスです。これまでには、介護需要からの施設整備を中心に行ってきましたが、利用者の多様なニーズや社会の変化に対応できるよう、地域と密に関わり、地域ニーズを把握しやすい「地域密着型サービス」の特徴を生かして、地域包括ケアシステムの構築に資する活動を推進していきます。

【第7期中の主な取組例】

- 地域密着型サービス事業者の公募
- 事業所の指定状況について、地域密着型サービス運営部会にて報告

今後は、地域密着型サービス運営部会で、地域密着型サービスの各サービスの小松市における方向性を検討し、各事業者に周知するとともに、必要に応じて市独自の取組みを推進します。

第8期計画の方針

施策の方針

①

地域密着型サービスの必要量の確保

事業所整備に対する法人の意向を踏まえつつ、地域密着型サービスの必要量が確保されるよう、事業所の公募を進めていきます。

事業例

地域密着型サービスの公募、事業者整備に対する法人意向調査、介護保険事業計画等策定委員会（事業所整備状況・サービス利用状況の報告）

施策の方針

②

提供するサービスの質の向上

事業所運営に外部の目を取り入れつつ、サービス種類ごとに課題を洗い出し、今後の方向性を検討することで、医療ニーズや社会変化などの多様なニーズに対応できるよう、サービスの質の向上を目指していきます。

事業例

運営推進会議、介護サービス相談員派遣事業、サービス種類別の連絡会、地域密着型サービス運営部会（サービス種類ごとに今後の方向性を検討）、看取りや医療ニーズ対応サービスの充実

施策の方針

③

地域づくりの拠点としての機能強化

地域行事や防災訓練等を通じて地域との交流を深めつつ、事業所自らが通いの場を開催したり、認知症に係る専門職を配置したりするなど、地域づくりの拠点としての役割を果たせるような体制づくりを行います。

事業例

サービス種類別の連絡会、地域密着型サービス運営部会の開催（地域での取り組み状況の把握）、

PDCA の方針

地域密着型サービス運営部会で地域密着型サービスの運営状況や地域との連携の状況を確認し、評価及び改善を行う。

給付の適正化

2025年に目指す給付の適正化の姿

自立支援や重度化防止の視点を基本に、介護保険料の負担に対する給付の効果を最大限に高め、将来に向けて安心できる持続可能な制度となっている。

参照指標

- 国の定める主要5事業（★）の実施件数
- 適正化等による過誤申立件数や返還金額
- 介護サービス事業所への実地指導・集団指導件数

これまでの施策の評価

介護給付適正化については、「小松市介護給付適正化計画」を策定し、国の定める主要5事業を中心に、介護認定調査の適正化や不適切な介護保険請求の防止に取り組んできました。また、石川県や石川県国民健康保険団体連合会とも連携しながら、介護サービスの苦情や事故への対応、不正請求の把握や給付状況の把握に努めてきました。

【第7期中の主な取組例】

- 国の定める主要5事業の実施（要介護認定の適正化、ケアプラン点検、住宅改修・福祉用具等の点検、医療情報との突合・縦覧点検、介護給付費通知の送付）
- 地域密着型サービス等への実地指導・集団指導
- サービス毎の事業所連絡会の開催

今後は、事業者との意見交換を図りながら、サービス提供の好事例等についても共有できるよう取り組んでいきます。また、石川県と連携して、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅について、入居者の利用料や保険給付実績等を分析し、必要に応じて指導していきます。

第8期計画の方針

施策の方針

①

多職種連携による利用者の自立支援の推進

リハビリ専門職や薬剤師等の多職種が利用者の状態の確認、点検を行い、利用者の自立支援につながる適正な給付を促します。また、石川県国民健康保険団体連合会とともに、必要な帳票の点検を行います。

事業例

ケアプランの点検★、住宅改修・福祉用具等の点検★、医療情報との突合・縦覧点検★、例外的な給付協議（軽度者の福祉用具貸与、特例入所、ショート半数超え等）、区分支給限度額超えのケアプランや特定サービスのみ利用のケアプランの点検

施策の方針

②

適正なマネジメントと介護報酬請求の推進

ケアマネジメントやサービスの質の向上につながる研修会を行い、質の高いサービス提供を目指します。また、介護サービス事業所の運営状況等を定期的に確認、助言を行い、適正な介護給付を行うよう指導します。

事業例

サービス別事業所連絡会、介護サービス事業所等への実地指導・監査・集団指導、苦情・通報の的確な把握及び分析、介護サービス相談員の派遣、介護サービス提供の好事例の表彰

施策の方針

③

要介護認定、給付の適正化

要介護認定調査の効率化、平準化を行い、認定調査員全体の質の向上をはかります。また、認定や介護給付の状況等を利用者や家族に分かりやすく説明します。

事業例

要介護認定の適正化★、介護給付費通知の送付★

PDCA の方針

各指標のモニタリングとともに、年度毎の変化の分析を行い、その後の取組みに反映させていきます。

第6章 介護保険サービス量の推計と 介護保険料について

第6章では、これまでの実績や人口推計等から、介護サービス量等を見込み、第8期の介護保険料を算定しました。

第6章 介護保険サービス量の推計と介護保険料について

1. 介護給付費の見込み

介護保険サービスの利用量の推計値を踏まえた、第8期計画期間、令和7年度（2025年度）並びに令和22年度（2040年度）における介護給付費の推計及び地域支援事業費の見込みは、下表のとおりとなります。

■介護予防サービス費・給付費の推計

単位：千円／回(日)／人

(1) 介護予防サービス		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
介護予防訪問入浴介護	給付費	362	362	362	362	362
	回数	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7
	人数	1	1	1	1	1
介護予防訪問看護	給付費	17,436	17,741	18,037	18,854	21,376
	回数	350.6	356.3	362.0	378.6	428.9
	人数	63	64	65	68	77
介護予防訪問リハビリテーション	給付費	2,274	2,275	2,577	2,577	2,879
	回数	65.5	65.5	74.2	74.2	82.9
	人数	8	8	9	9	10
介護予防居宅療養管理指導	給付費	2,333	2,402	2,402	2,593	2,918
	人数	28	29	29	31	35
介護予防通所リハビリテーション	給付費	98,671	100,738	102,707	107,449	120,870
	人数	227	232	236	247	277
介護予防短期入所生活介護	給付費	2,950	2,951	2,951	2,951	3,397
	回数	36.9	36.9	36.9	36.9	42.3
	人数	7	7	7	7	8
介護予防短期入所療養介護（老健）	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費	35,376	36,212	36,890	38,457	43,362
	人数	540	553	563	587	661
特定介護予防福祉用具購入費	給付費	2,751	2,751	2,751	2,751	3,058
	人数	9	9	9	9	10

介護予防住宅改修	給付費	7,209	7,209	7,209	8,146	8,146
	人数	7	7	7	8	8
介護予防特定入居者生活介護	給付費	9,387	9,392	9,392	9,392	9,392
	人数	10	10	10	10	10
(2) 地域密着型介護予防サービス		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
介護予防認知症対応型通所介護	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費	7,127	7,131	8,125	8,125	8,125
	人数	8	8	9	9	9
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
(3) 介護予防支援		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
介護予防支援	給付費	34,291	35,208	36,001	37,481	42,714
	人数	649	666	681	709	808
合計	給付費	220,167	224,372	229,404	239,138	266,599

■介護サービス費・給付費の推計

単位：千円／回(日)／人

(1) 居宅サービス		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
訪問介護	給付費	644,912	679,898	703,269	747,972	972,659
	回数	20,441.6	21,539.1	22,282.1	23,702.3	30,859.0
	人数	489	511	525	553	685
訪問入浴介護	給付費	18,010	18,778	20,609	18,778	23,233
	回数	124.7	129.9	142.6	129.9	160.6
	人数	22	23	25	23	29
訪問看護	給付費	123,128	129,687	134,135	131,154	162,014
	回数	2,118.2	2,224.1	2,296.3	2,263.4	2,792.9
	人数	263	276	285	281	346
訪問リハビリテーション	給付費	9,312	10,004	10,274	10,004	12,973
	回数	271.3	291.4	300.4	291.4	378.6
	人数	28	30	31	30	39
居宅療養管理指導	給付費	26,835	28,084	29,172	28,771	35,411
	人数	385	403	419	412	507
通所介護	給付費	1,250,111	1,294,652	1,335,564	1,350,500	1,649,782
	回数	13,269.1	13,708.9	14,120.8	14,360.4	17,487.5
	人数	1,013	1,046	1,077	1,097	1,333
通所リハビリテーション	給付費	611,203	632,955	651,354	663,290	810,604
	回数	6,651.1	6,870.2	7,056.2	7,225.7	8,797.4
	人数	639	660	678	694	844

短期入所生活介護	給付費	251,195	261,522	273,583	267,637	332,798
	回数	2,386.5	2,479.6	2,588.1	2,547.9	3,163.2
	人数	213	221	230	228	282
短期入所療養介護 (老健)	給付費	38,844	41,132	42,190	42,654	52,117
	回数	292.8	309.5	316.8	321.7	393.0
	人数	49	52	53	54	66
短期入所療養介護 (病院等)	給付費	3,284	3,286	3,286	3,764	4,280
	回数	31.8	31.8	31.8	36.8	41.4
	人数	6	6	6	7	8
短期入所療養介護 (介護医療院)	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費	207,458	216,363	224,974	221,719	274,595
	人数	1,396	1,448	1,497	1,504	1,847
特定福祉用具購入費	給付費	8,482	9,265	9,563	9,563	11,725
	人数	23	25	26	26	32
住宅改修	給付費	13,313	13,313	14,321	14,321	18,201
	人数	11	11	12	12	15
特定施設入居者生活介護	給付費	277,572	277,726	277,726	277,726	277,726
	人数	119	119	119	119	119
(2) 地域密着型サービス		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費	35,442	35,461	35,461	35,461	35,461
	人数	21	21	21	21	21
夜間対応型訪問介護	給付費	220	220	220	220	220
	人数	2	2	2	2	2
地域密着型通所介護	給付費	157,967	162,547	168,012	170,386	207,556
	回数	1,788.9	1,836.8	1,896.9	1,930.9	2,343.2
	人数	178	183	189	192	233
認知症対応型通所介護	給付費	137,114	147,849	155,697	149,267	182,491
	回数	1,015.4	1,089.5	1,144.3	1,103.7	1,354.6
	人数	60	64	67	65	80
小規模多機能型居宅介護	給付費	439,944	440,188	509,581	509,581	509,581
	人数	179	179	207	207	207
認知症対応型共同生活介護	給付費	607,123	607,460	662,510	662,510	662,510
	人数	198	198	216	216	216
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費	62,718	62,753	62,753	62,753	62,753
	人数	20	20	20	20	20

看護小規模多機能型居宅介護	給付費	133,429	204,654	204,654	204,654	204,654
	人数	54	83	83	83	83
(3) 施設サービス		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
介護老人福祉施設	給付費	2,108,559	2,109,729	2,109,729	2,109,729	2,109,729
	人数	663	663	663	663	663
介護老人保健施設	給付費	1,322,283	1,323,016	1,323,016	1,323,016	1,323,016
	人数	393	393	393	393	393
介護医療院	給付費	98,342	98,397	98,397	103,320	103,320
	人数	20	20	20	21	21
介護療養型医療施設	給付費	4,500	4,502	4,502		
	人数	1	1	1		
(4) 居宅介護支援		R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
居宅介護支援	給付費	354,486	368,285	380,908	385,193	477,666
	人数	2,171	2,252	2,327	2,361	2,923
合計	給付費	8,945,786	9,181,726	9,445,460	9,503,943	10,517,075

■総給付費

単位：千円

	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
総給付費	9,165,953	9,406,098	9,674,864	9,743,081	10,783,674
在宅サービス	4,675,469	4,913,123	5,126,839	5,194,635	6,235,228
居住系サービス	894,082	894,578	949,628	949,628	949,628
施設サービス	3,596,402	3,598,397	3,598,397	3,598,818	3,598,818

■地域支援事業費の推計

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

単位：千円(括弧書きの数値を除く)

サービス種別・項目	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
訪問介護相当サービス	9,330	10,036	10,441	9,239	8,437
(利用者数：人)	(34)	(34)	(34)	(30)	(27)
訪問型サービス A	7,670	7,893	8,211	7,559	6,903
(利用者数：人)	(44)	(44)	(44)	(43)	(40)
訪問型サービス B	1,597	1,597	1,597	830	786
訪問型サービス C	0	0	0	0	0
訪問型サービス D	0	0	0	0	0
訪問型サービス(その他)	0	0	0	0	0
通所介護相当サービス	57,374	64,524	67,125	56,917	51,978
(利用者数：人)	(160)	(160)	(160)	(154)	(141)
通所型サービス A	102,626	107,489	111,821	101,187	92,406
(利用者数：人)	(400)	(400)	(400)	(374)	(341)
通所型サービス B	9,731	9,731	9,731	2,276	2,155

通所型サービスC	9,240	9,240	9,240	6,258	5,927
通所型サービス(その他)	0	0	0	0	0
栄養改善や見守りを目的とした配食	0	0	0	0	0
定期的な安否確認、緊急時の対応、住民ボランティア等の見守り	0	0	0	0	0
その他、訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等	0	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	20,400	21,102	21,953	24,415	23,124
介護予防把握事業	0	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	14,579	16,477	17,141	17,321	16,405
地域介護予防活動支援事業	37,668	41,218	42,879	43,488	41,188
一般介護予防事業評価事業	15,206	15,206	15,206	17,413	16,492
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0	0	0
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	1,560	1,307	1,360	1,730	1,639

(2) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業

単位：千円

サービス種別・項目	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
包括的支援事業	106,767	106,572	106,624	106,702	110,875
任意事業	45,523	47,252	48,780	56,448	66,277

(3) 包括的支援事業（社会保障充実分）

単位：千円

サービス種別・項目	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
在宅医療・介護連携推進事業	13,276	16,544	16,552	16,600	16,600
生活支援体制整備事業	18,120	18,537	18,546	18,600	18,600
認知症初期集中支援推進事業	13,747	13,679	13,686	13,725	13,725
認知症地域支援・ケア向上事業	13,571	12,931	12,938	12,975	12,975
認知症センター活動促進・地域づくり推進事業	300	300	300	300	300
地域ケア会議推進事業	4,484	4,453	4,455	4,468	4,468

(4) 地域支援事業費計

単位：千円

サービス種別・項目	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	286,981	305,820	316,705	288,633	267,441
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	149,327	149,132	149,184	165,814	172,299
包括的支援事業（社会保障充実分）	63,498	66,445	66,477	66,668	66,668
地域支援事業費 合計	499,806	521,396	532,366	521,115	506,408

■保険料収納必要額関係

(1) 標準給付額

単位：千円

	推計				
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
標準給付費見込額	9,586,861	9,809,758	10,086,167	10,170,482	11,290,122
総給付費	9,165,953	9,406,098	9,674,864	9,743,081	10,783,674
特定入所者介護サービス費等給付額※	221,725	202,643	206,822	215,623	258,835
特定入所者介護サービス費等給付額	269,061	275,289	280,965	292,919	351,633
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	47,336	72,647	74,143	77,295	92,798
高額介護サービス費等給付額※	163,889	159,957	161,647	164,980	171,999
高額介護サービス費等給付額	163,889	167,683	171,140	178,421	214,185
高額介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	3,933	6,035	6,160	6,422	7,709
高額医療合算介護サービス費等給付額	33,000	33,000	33,000	33,000	33,000
算定対象審査支払手数料	6,226	6,370	6,501	6,778	8,137
審査支払手数料一件あたり単価	54	54	54	54	54
審査支払手数料支払件数	115,295	117,964	120,396	125,518	150,678
審査支払手数料差引額	0	0	0	0	0

※財政影響額調整後

(2) 地域支援事業費及び保健福祉事業費

単位：千円

	推計				
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R7 年度	R22 年度
地域支援事業費	499,806	521,396	532,366	521,115	506,408
介護予防・日常生活支援総合事業費	286,981	305,820	316,705	288,633	267,441
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び往意事業費	152,290	153,824	155,404	163,150	177,152
包括的支援事業（社会保障充実分）	63,498	66,445	66,477	66,668	66,668
保健福祉事業費	15,574	16,459	17,184	17,948	22,375

(3) 財政安定化基金

単位：千円

	推計
	R3～R5 年度
財政安定化基金拠出金見込額	0
財政安定化基金拠出率	0.000%
財政安定化基金償還金	0

(4) 準備基金

単位：千円

	推計
	R3～R5 年度
準備基金の残高	714,795
準備基金取崩額	120,000

2. 介護保険によるサービスの概要について

高齢者の多くは、生活機能が低下し介護を必要とする状態となっても、住み慣れた自宅や地域での生活を望んでいます。本市では、高齢期になっても、自宅や地域で介護保険サービスを利用しながら少しでも自立した生活が続けられるように、高齢者一人ひとりが日常生活上必要とする在宅サービスを提供し、在宅での生活を支えています。

なお、要介護度別に利用できる介護保険サービスは、下表のとおりとなっています。

	要介護1～5の人（介護給付）	要支援1、2の人（予防給付）
在宅サービス	訪問介護（ホームヘルパー） 夜間対応型訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護（デイサービス） 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 通所リハビリテーション（デイケア） 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護（ショートステイ） 短期入所療養介護（ショートステイ） 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 住宅改修 居宅介護支援（ケアマネジャー）	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売 介護予防住宅改修 介護予防支援
施設・居住系サービス	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護老人保健施設 介護医療院 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等） 地域密着型特定施設入居者生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護（要支援2のみ）

※訪問介護と通所介護等の要支援者については、はつらつシニア支援事業に移行しました。

(1) 訪問介護

ホームヘルパーが居宅を訪問し、身体の清拭、排せつなどの身体介護や調理、洗濯、掃除、ごみ出しなどの生活の援助を行います。また、通院などを目的とした乗降介助も利用できます。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
訪問介護	月平均利用者数(人)	480	465	458	489	511	525
	サービス量（回/年）	192,379	198,846	215,039	245,299	258,469	267,385

(2) 夜間対応型訪問介護

夜間にホームヘルパーが定期的に、又は通報を受けて居宅を訪問し、介護や日常生活上の支援を行います。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
夜間対応型 訪問介護	月平均利用者数(人)	5	3	2	2	2	2

(3) 訪問入浴介護

介護職員と看護職員が浴槽を積んだ入浴車で居宅を訪問して、入浴の介助を行います。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
訪問入浴介護	月平均利用者数(人)	20	19	22	22	23	25
	サービス量（回/年）	1,279	1,237	1,382	1,496	1,559	1,711
介護予防 訪問入浴介護	月平均利用者数(人)	1	1	1	1	1	1
	サービス量（回/年）	55	50	58	56	56	56
合 計	月平均利用者数(人)	21	20	23	23	24	26
	サービス量（回/年）	1,334	1,287	1,440	1,552	1,615	1,767

(4) 訪問看護

看護師などが居宅を訪問して、病状の観察や寝たきり、床ずれ予防のためのケアなどを行います。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
訪問看護	月平均利用者数(人)	256	257	256	263	276	285
	サービス量(回/年)	20,638	21,155	24,559	25,418	26,689	27,556
介護予防 訪問看護	月平均利用者数(人)	42	55	61	63	64	65
	サービス量(回/年)	3,306	4,473	4,169	4,207	4,276	4,344
合 計	月平均利用者数(人)	298	312	317	326	340	350
	サービス量(回/年)	23,944	25,628	28,728	29,625	30,965	31,900

(5) 定期巡回・隨時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携して、短時間の定期巡回型訪問と隨時の対応を行います。新規の整備については、状況に応じて検討していきます。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
定期巡回・随时対応型訪問介護看護	月平均利用者数(人)	—	—	—	0~21	0~21	0~21

(6) 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ、看護と介護の連携による「通い」「訪問（看護・介護）」「泊まり」サービスを行います。新規の整備については、看護小規模多機能型居宅介護と小規模多機能型居宅介護を合わせて、2事業所の整備を計画しています。

※推計値の最大83人は新規1（29人）を想定した利用人数を記載しています。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
看護小規模多機能型居宅介護	月平均利用者数(人)	22	24	54	54~83	54~83	54~83

(7) 訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士又は言語聴覚士が居宅を訪問し、機能回復訓練などを行います。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
訪問リハビリテーション	月平均利用者数(人)	31	34	27	28	30	31
	サービス量(回/年)	3,472	3,811	2,814	3,256	3,497	3,605
介護予防 訪問リハビリテーション	月平均利用者数(人)	6	7	8	8	8	9
	サービス量(回/年)	519	599	646	786	786	890
合 計	月平均利用者数(人)	37	41	35	36	38	40
	サービス量(回/年)	3,991	4,410	3,460	4,042	4,283	4,495

(8) 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
居宅療養管理指導	月平均利用者数(人)	279	319	370	385	403	419
介護予防居宅療養 管理指導	月平均利用者数(人)	10	18	25	28	29	29
合 計	月平均利用者数(人)	289	337	395	413	432	448

(9) 通所介護

デイサービスセンターに通い、入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練などを受けます。

新規の整備については、既存事業所の稼働率や各種調査によってサービス供給量が過剰であると判断し、整備を行わないこととします。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
通所介護	月平均利用者数(人)	1,114	1,065	976	1,013	1,046	1,077
	サービス量(回/年)	163,138	159,933	153,005	159,229	164,507	169,450

(10) 地域密着型通所介護

デイサービスセンター(利用定員は18人以下)に通い、入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練などを受けます。

地域密着型通所介護事業所の整備については、通所介護事業所と同様に既存事業所の稼働率や各種調査によってサービス供給量が過剰であると判断し、整備を行わないこととします。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
地域密着型 通所介護	月平均利用者数(人)	201	185	177	178	183	189
	サービス量(回/年)	26,285	23,025	21,599	21,467	22,042	22,763

(11) 認知症対応型通所介護

認知症高齢者が小規模なデイサービスセンターなどに通い、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練などを受けます。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
認知症対応型 通所介護	月平均利用者数(人)	62	62	56	60	64	67
	サービス量(回/年)	11,501	11,537	10,882	12,185	13,074	13,732
介護予防 認知症対応型 通所介護	月平均利用者数(人)	0	0	0	0	0	0
	サービス量(回/年)	0	0	0	0	0	0
合 計	月平均利用者数(人)	62	62	56	60	64	67
	サービス量(回/年)	11,501	11,537	10,882	12,185	13,074	13,732

(12) 通所リハビリテーション

老人保健施設などに通い、理学療法士や作業療法士による機能回復訓練などを受けます。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
通所リハビリテーション	月平均利用者数(人)	646	664	630	639	660	678
	サービス量(回/年)	78,520	80,225	78,238	79,813	82,442	84,674
介護予防 通所リハビリテーション	月平均利用者数(人)	217	229	215	227	232	236
合 計	月平均利用者数(人)	863	893	845	866	892	914

(13) 小規模多機能型居宅介護

身近な地域にある小規模な施設で、「通い」のサービスを中心に利用者の状態や希望に応じて「訪問」や「泊まり」のサービスを提供します。新規の整備については、看護小規模多機能型居宅介護と小規模多機能型居宅介護を合わせて、2事業所の整備を計画しています。

		実績値		見込値	推計値		
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
小規模多機能型居宅介護	月平均利用者数(人)	138	147	169	179	179	207
介護予防小規模多機能型居宅介護	月平均利用者数(人)	5	7	8	8	8	9
合計	月平均利用者数(人)	143	154	177	187	187	216

(14) 短期入所生活介護

介護老人福祉施設などに短期間入所し、介護や日常生活の世話を受けます。

		実績値		見込値	推計値		
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
短期入所生活介護	月平均利用者数(人)	263	250	191	213	221	230
	サービス量(日/年)	28,536	27,690	24,403	28,638	29,755	31,057
介護予防 短期入所生活介護	月平均利用者数(人)	8	9	6	7	7	7
	サービス量(日/年)	613	620	312	443	443	443
合計	月平均利用者数(人)	271	259	197	220	228	237
	サービス量(日/年)	29,149	28,310	24,715	29,081	30,198	31,500

(15) 短期入所療養介護

老人保健施設などに短期間入所し、介護や必要な機能訓練を受けます。

		実績値		見込値	推計値		
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
短期入所療養介護	月平均利用者数(人)	69	68	48	55	58	59
	サービス量(回/年)	5,293	4,850	3,257	3,896	4,096	4,184
介護予防 短期入所療養介護	月平均利用者数(人)	2	3	1	0	0	0
	サービス量(回/年)	113	103	40	0	0	0
合計	月平均利用者数(人)	71	71	49	55	58	59
	サービス量(回/年)	5,406	4,953	3,297	3,896	4,096	4,184

(16) 福祉用具貸与

福祉用具の貸出しを行います。(車いす、特殊寝台、床ずれ予防用具、体位変換器、歩行器、移動用リフトなど)

		実績値		見込値	推計値		
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
福祉用具貸与	月平均利用者数(人)	1,415	1,388	1,373	1,396	1,448	1,497
介護予防 福祉用具貸与	月平均利用者数(人)	428	466	519	540	553	563
合 計	月平均利用者数(人)	1,843	1,854	1,892	1,936	2,001	2,060

(17) 特定福祉用具販売

特定福祉用具を購入する費用の一部を支給します。(腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分)

		実績値		見込値	推計値		
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
特定福祉用具販売	月平均利用者数(人)	17	16	16	23	25	26
介護予防 特定福祉用具販売	月平均利用者数(人)	8	7	7	9	9	9
合 計	月平均利用者数(人)	25	23	23	32	34	35

(18) 住宅改修

自宅の手すりの取付けや段差解消、和式便器から洋式便器への取替えなどの費用の一部を支給します。

		実績値		見込値	推計値		
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
住宅改修	月平均利用者数(人)	14	12	12	11	11	12
介護予防 住宅改修	月平均利用者数(人)	9	9	9	7	7	7
合 計	月平均利用者数(人)	23	21	21	18	18	19

(19) 居宅介護支援・介護予防支援

ケアマネジャーが本人や家族の希望を尊重して、適切な介護サービスの利用計画を立てます。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
居宅介護支援	月平均利用者数(人)	2,247	2,195	2,127	2,171	2,252	2,327
介護予防支援	月平均利用者数(人)	579	616	642	649	666	681
合 計	月平均利用者数(人)	2,826	2,811	2,769	2,820	2,918	3,008

(20) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常に介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者を対象として、日常生活の世話や機能訓練を行う施設です。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	月平均利用者数(人)	658	655	663	663	663	663

(21) 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（小規模特養）

常に介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者を対象として、日常生活の世話や機能訓練を行う施設です。定員が 29 人以下と小規模であり、家庭的な環境で介護が受けられます。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月平均利用者数(人)	20	20	22	20	20	20

(22) 介護老人保健施設

病状が安定期にある要介護者を対象として、家庭に戻れるように看護や医学的管理のもとでの介護、機能訓練などを行う施設です。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
介護老人保健施設	月平均利用者数(人)	396	395	392	393	393	393

(23) 介護医療院

病状が安定期にある長期療養患者を対象として、療養上の管理、看護、医学的管理のもとでの介護などを行う施設です。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H3O 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
介護医療院	月平均利用者数(人)	9	14	15	21	21	21

※推計値には、地域医療構想の実現に向けた医療療養病床から転換分、他市において転換予定をしている施設があることから、利用者の増加を見込んでいます。

(24) 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）

認知症高齢者が少人数で共同生活をしながら、日常生活の世話や機能訓練を受けます。新規の整備については、2事業所の整備を行うこととします。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H3O 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
認知症対応型 共同生活介護	月平均利用者数(人)	178	183	196	198	198	216
介護予防認知症対 応型共同生活介護	月平均利用者数(人)	0	0	0	0	0	0
合 計	月平均利用者数(人)	178	183	196	198	198	216

(25) 特定施設入所者生活介護

有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホームなどに入居している人に、日常生活上の世話などを提供します。新規の整備については、1事業所（介護予防を含め9人）の整備を行うこととします。

		実 績 値		見込値	推 計 値		
		H3O 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
特定施設入居者 生活介護	月平均利用者数(人)	111	105	104	119	119	119
介護予防特定施設 入居者生活介護	月平均利用者数(人)	7	7	8	10	10	10
合 計	月平均利用者数(人)	118	112	112	129	129	129

(26) ケアハウス（介護保険以外のサービス）

軽費老人ホームの一種で原則 60 歳以上の高齢者の入所施設です。必要に応じて訪問介護などの住宅サービスが利用できます。

【対象者】

原則 60 歳以上の高齢者で身体機能の低下があって独立した生活に不安があり、家族の援助を受けることが困難な人

【市内の施設及び入所人員】

2 施設 80 人

(27) 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（介護保険以外のサービス）

有料老人ホームは、高齢者を入居させて、入浴・排せつ・食事等の介護の提供、食事の提供、その他日常生活上の便宜として、洗濯・掃除等の家事、健康管理を行う施設です。

サービス付き高齢者向け住宅は、60 歳以上の方が入居の対象で、バリアフリー化、サービス提供（状況把握・生活相談サービスは必須）、契約面での入居者保護が柱となっている施設です。

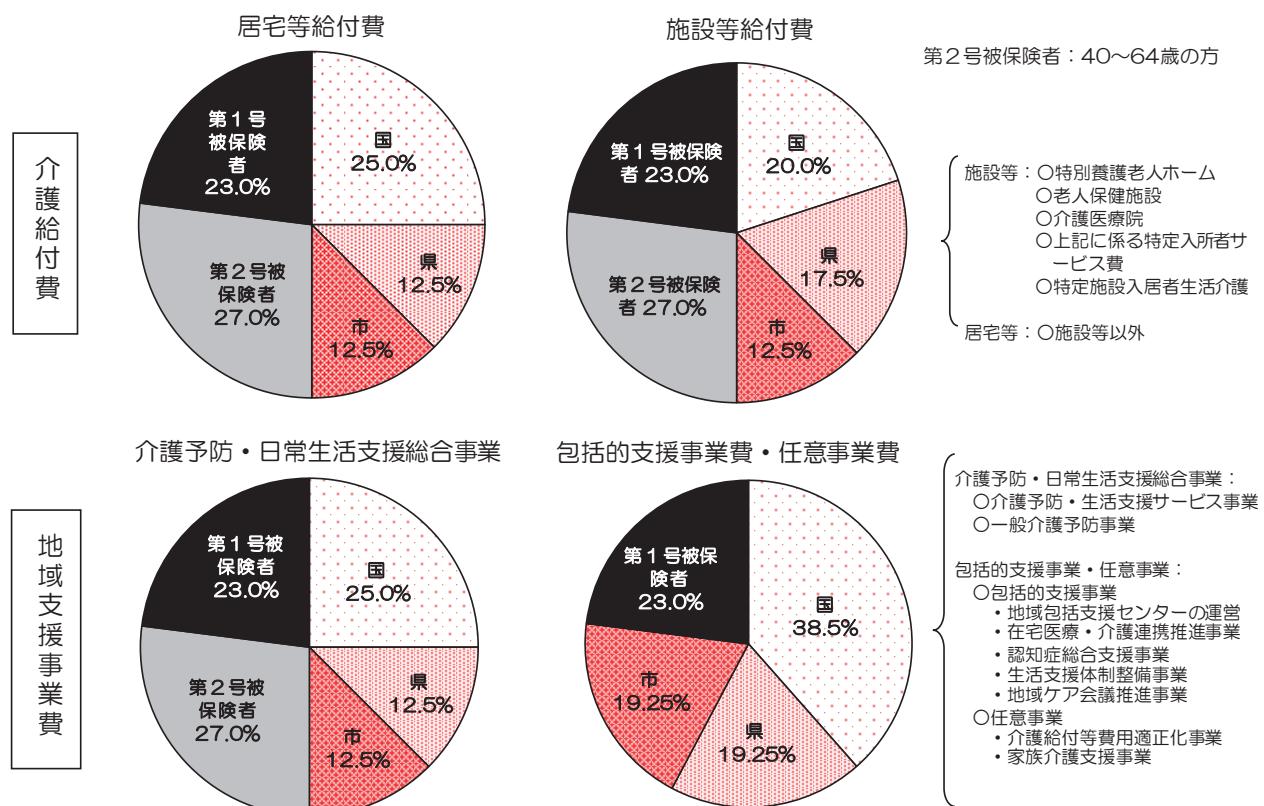
【市内の施設及び入居人員】

有料老人ホーム	10 施設 331 人
サービス付き高齢者向け住宅	4 施設 115 人

3. 介護給付費及び地域支援事業費の負担割合

第8期における介護給付費及び地域支援事業費の負担割合は下図のとおりです。第1号被保険者（65歳以上の人）に負担していただくのは、それぞれ全体の23%（標準値）となります。（介護給付費については、財政調整交付金の交付率によって若干前後します。）

介護給付費および地域支援事業の負担割合（第8期）



4. 第8期の介護保険料

介護給付費及び地域支援事業費の見込みと第1号被保険者の負担割合等から算出した第8期の介護保険料基準額は月額 6,400 円程度となります、介護給付費準備基金からの繰入れにより月額 6,300 円とします。第7期の月額 6,300 円から据え置きとなります。

なお、国の基準所得金額の見直しに合わせて、第7段階から第9段階の合計所得金額の適用条件が変更となります。

●段階別保険料額

段階	料率	月額(円)	年額(円)	適用条件
基準額	0.30	1,890	22,600	・生活保護受給者、市民税世帯非課税で老齢年金受給者 ・市民税世帯非課税で年金以外の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下の者
	0.50	3,150	37,800	市民税世帯非課税で、年金以外の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万を超える、120 万円以下の者
	0.70	4,410	52,900	市民税世帯非課税で、年金以外の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万を超える者
	0.95	5,985	71,800	市民税本人非課税・世帯課税のうち、本人の年金以外の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下の者
	1.00	6,300	75,600	市民税本人非課税・世帯課税の者のうち、上記に該当しない者
	1.20	7,560	90,700	市民税本人課税で、合計所得金額が 125 万円未満の者
	1.25	7,875	94,500	市民税本人課税で、合計所得金額が 125 万円以上 210 万円未満の者
	1.50	9,450	113,400	市民税本人課税で、合計所得金額が 210 万円以上 320 万円未満の者
	1.65	10,395	124,700	市民税本人課税で、合計所得金額が 320 万円以上 400 万円未満の者
	1.90	11,970	143,600	市民税本人課税で、合計所得金額が 400 万円以上 600 万円未満の者
	2.00	12,600	151,200	市民税本人課税で、合計所得金額が 600 万円以上 800 万円未満の者
	2.30	14,490	173,800	市民税本人課税で、合計所得金額が 800 万円以上 1,000 万円未満の者
	2.50	15,750	189,000	市民税本人課税で、合計所得金額が 1,000 万円以上の者

資料編

I 高齢者実態調査等について

本計画策定にあたり、本市の高齢者の生活実態や介護保険を含む高齢者施策に対する意見及び介護サービス事業者の今後のサービス供給量等を把握するために、高齢者実態調査等を実施しました。

調査名	1.これからの高齢者の生活に関する調査（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	2.在宅介護実態調査	3.介護支援専門員に関する調査（介護サービス供給量に関する調査）	4.介護サービス事業者調査
対象者	65歳以上の被保険者（一般高齢者・要支援認定者）	在宅の要介護認定者のうち、更新認定申請者	市内の高齢者総合相談センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能のケアマネジャー	小松市の被保険者に対してサービスを提供している事業所を運営する法人等
調査方法	郵送配布、郵送回収	認定調査に併せて実施	郵送配布、郵送回収	郵送配布、郵送回収
調査期間	R2年3月9日～R2年3月25日	R1年12月23日～R2年7月31日	R2年6月5日～R2年6月30日	R2年6月10日～R2年7月7日
調査概要	要介護状態になる前の高齢者について、要介護状態になるリスクの発生状況及び各種リスクに影響を与える日常生活の状況を把握し、地域の抱える課題を特定するもの。	高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族介護者の就労の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的に、主な介護者の属性、介助内容、就労状況等を調査するもの。	高齢者の抱える課題の多様化に伴いケアマネの役割が増大しており、ケアマネ業務の現状と課題について把握するもの。併せて介護サービスの供給量を把握するもの。	各介護サービス事業所における利用状況（稼働率）及び現状の課題、今後の事業展開の予定などを把握するもの。
調査対象者数及び回収状況	①調査対象者数：1,400人 ②有効回収数：938人 ③有効回収率：67.0%	①調査対象者数：721人 ②有効回収数：600人 ③有効回収率：83.2%	①調査対象者数：145人 ②有効回収数：137人 ③有効回収率：94.5%	①調査対象者数：53法人 ②有効回収数：50法人 ③有効回収率：94.3%

調査名	5.施設入居待機者に係る実態調査	6.在宅生活改善調査	7.居所変更実態調査	8.介護人材実態調査
対象者	特別養護老人ホーム・老人保健施設に入所及びGHIに入居希望申込書を提出している本市被保険者	居宅介護支援事業所、小規模多機能、看護小規模多機能のケアマネジャー	市内及び近郊の施設系、居住系サービス、有料老人ホーム等	介護事業所、介護施設、市内の介護サービス事業運営法人等
調査方法	郵送配布、郵送回収	郵送配布、郵送回収	郵送配布、郵送回答	郵送配布、郵送回答
調査期間	R2年2月14日～R2年3月31日	R2年2月6日～R2年3月31日	R2年4月1日～R2年4月30日	R2年10月1日～R2年10月30日
調査概要	入居希望者の現在の暮らしの状況、具体的な意向（待機期間・入居希望時期・希望の部屋の種別）、介護者の状況などを把握するもの。	現在のサービス利用では生活の維持が難しくなっている在宅要介護者の実態を把握し、地域に不足するサービスを検討するもの。	過去1年間の新規入居・退去の流れや理由等を把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を求めるもの。	介護人材の実態を性別、年齢別、資格の有無等で把握し、不足する介護人材の確保に向けての必要な取組みを検討するもの。
調査対象者数及び回収状況	①調査対象者数：342人 ②有効回収数：157人 ③有効回収率：45.9%	①調査対象者数：43事業所 ②有効回収数：42事業所 ③有効回収率：97.7%	①調査対象者数：80施設 ②有効回答数：73施設 ③有効回収率：90.1%	①調査対象者数：119事業所 ②有効回収数：111事業所 ③有効回収率：93.3%

これらの調査に加えて、介護レセプトを分析し、在宅医療・介護連携及びリハビリテーションに関する指標も掲載しています。

1. 日常生活圏域ニーズ調査結果（抜粋）

（1）外出について

「週に1回以上外出していますか」について、「週5回以上外出している」が46.3%と最も多く、「ほとんど外出しない」が5.7%となっています。「外出を控えていますか」について、「いいえ」74.3%（「はい」23.1%）で、外出を控える理由としては「足腰の痛み」27.5%や「交通手段がない」11.6%が上位を占めています。交通手段については、「自動車（自分で運転）」36.6%、「徒歩」20.4%、「自動車（人に乗せてもらう）」15.2%などとなっています。

●外出を控える理由

	丸内・芦城	安宅・板津	松陽・御幸	国府・中海・松凧	南部	合計
病気	9.3%	6.3%	13.6%	2.4%	3.8%	7.2%
障害（脳卒中の後遺症など）	0.0%	0.0%	6.8%	2.4%	2.5%	2.2%
足腰の痛み	22.7%	28.1%	22.0%	33.3%	32.5%	27.5%
トイレの心配（失禁など）	12.0%	9.4%	13.6%	4.8%	5.0%	9.1%
耳の障害（聞こえの問題など）	2.7%	3.1%	3.4%	7.1%	7.5%	4.7%
目の障害	5.3%	1.6%	3.4%	9.5%	5.0%	4.7%
外での楽しみがない	10.7%	6.3%	6.8%	4.8%	11.3%	8.4%
経済的に出られない	2.7%	9.4%	5.1%	0.0%	2.5%	4.1%
交通手段がない	10.7%	14.1%	6.8%	16.7%	11.3%	11.6%
その他	16.0%	15.6%	13.6%	14.3%	15.0%	15.0%
不明・無回答	8.0%	6.3%	5.1%	4.8%	3.8%	5.6%

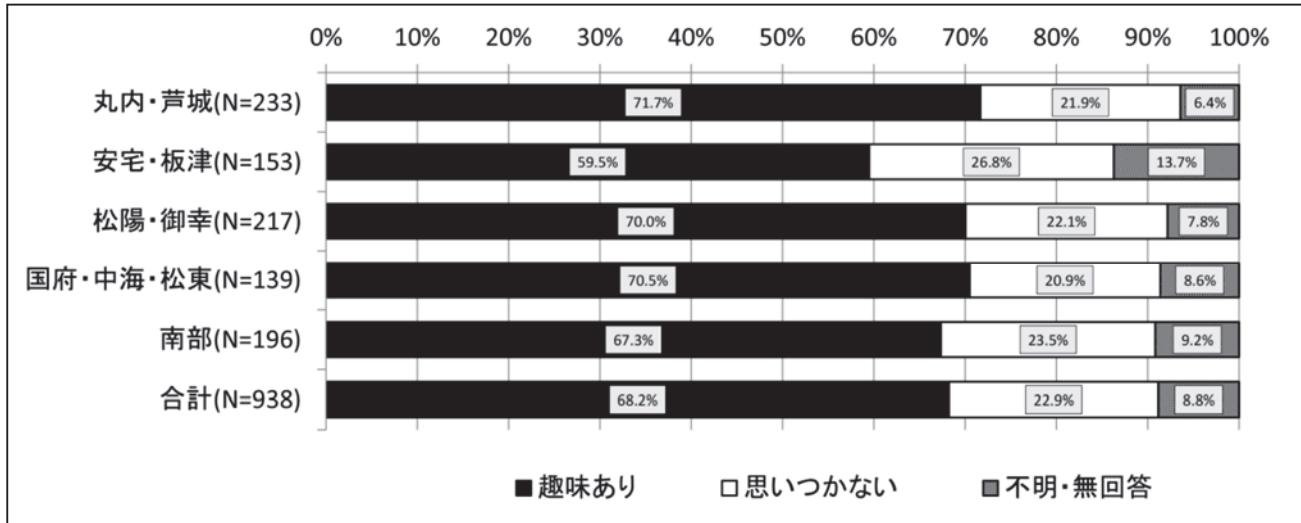
●外出する際の手段

	丸内・芦城	安宅・板津	松陽・御幸	国府・中海・松凧	南部	合計
徒歩	23.6%	18.4%	21.1%	19.1%	17.2%	20.4%
自転車	14.6%	12.5%	15.2%	9.1%	8.9%	12.5%
バイク	0.6%	0.4%	0.3%	0.4%	1.2%	0.6%
自動車（自分で運転）	30.0%	39.0%	39.2%	42.2%	37.7%	36.6%
自動車（人に乗せてもらう）	13.1%	14.0%	14.4%	16.1%	19.6%	15.2%
電車	5.3%	1.8%	2.1%	0.4%	3.7%	3.1%
路線バス	3.7%	4.8%	2.4%	4.8%	4.3%	3.8%
病院や施設のバス	1.2%	1.5%	0.3%	0.9%	0.6%	0.9%
車いす	0.0%	0.7%	0.3%	0.4%	0.3%	0.3%
電動車いす（カート）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
歩行器・シルバーカー	0.8%	1.1%	0.5%	3.0%	0.3%	1.0%
タクシー	6.0%	4.4%	2.7%	2.2%	4.0%	4.1%
その他	0.6%	0.0%	0.0%	0.4%	0.3%	0.3%
不明・無回答	0.4%	1.5%	1.6%	0.9%	1.8%	1.2%

(2) 趣味や生きがいについて

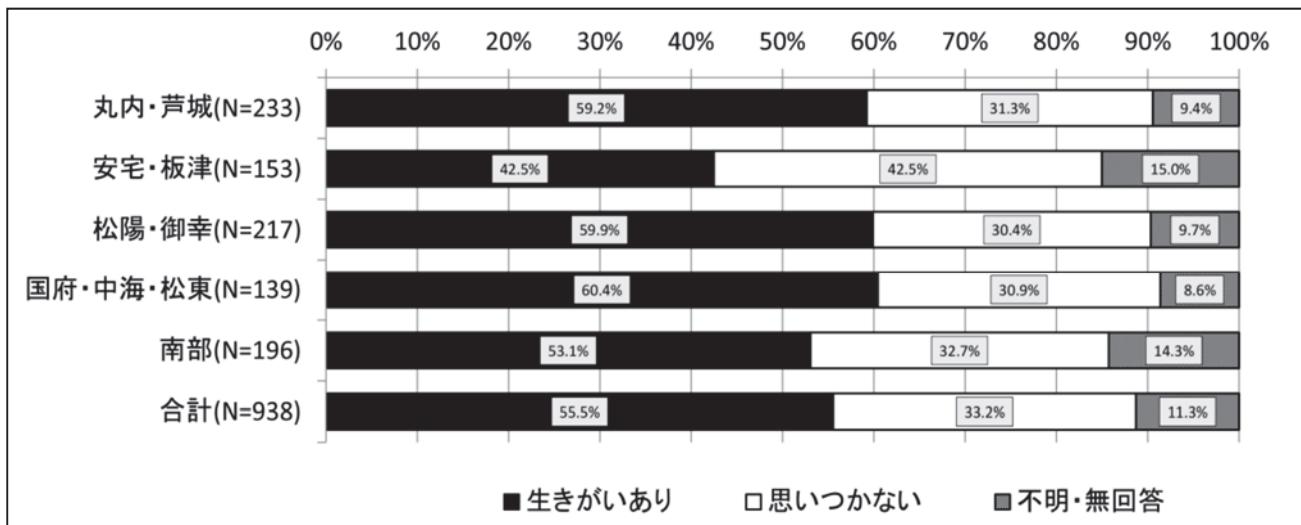
「趣味がある」方の割合は68.2%であるが、「思いつかない」方も22.9%います。

● 趣味のある方



「生きがいがある」方の割合は55.5%であるが、「思いつかない」方も33.2%います。

● 生きがいのある方

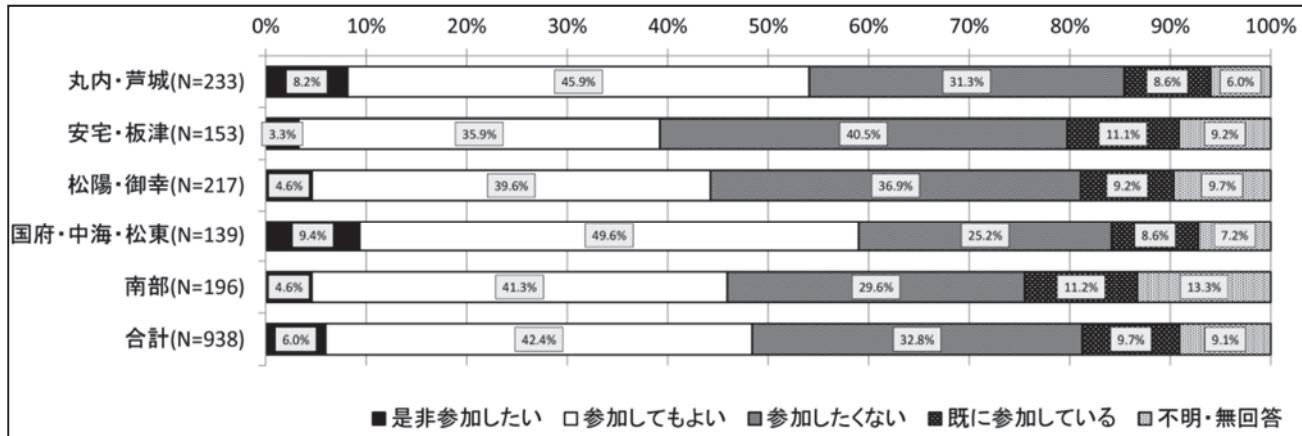


(3) 地域づくりの活動について

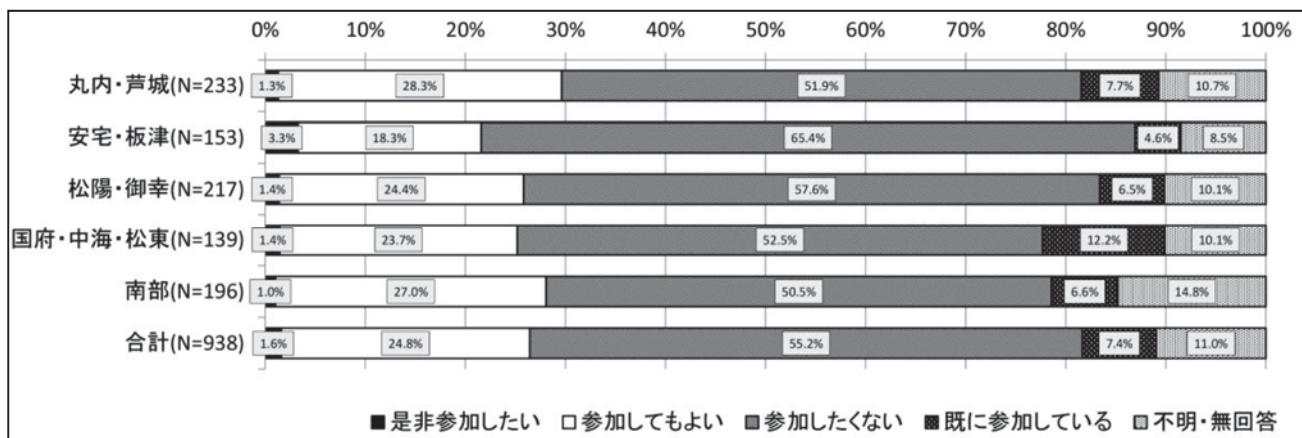
「地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりを進める」としたら、その活動に参加者として参加してみたいと思いますか」に対して、「是非参加したい」と「参加してもよい」の方の合計が48.4%、「参加したくない」の方が32.8%であった。

「その活動に企画・運営（お世話役）としての参加」については、「参加したくない」の方が55.2%、「是非参加したい」と「参加してもよい」の方の合計が26.4%であった。

●参加者として参加



●お世話役としての参加



「ボランティアへの参加」については、「参加していない」の方が 42.2%、「月に 1 回以上参加している」の方が 9.3% であった。

●ボランティアへの参加

	丸内・芦城	安宅・板津	松陽・御幸	国府・中海・松東	南部	合計
週4回以上	0.9%	2.0%	0.5%	1.4%	0.5%	1.0%
週2~3回	0.9%	0.7%	1.8%	0.7%	1.0%	1.1%
週1回	2.1%	1.3%	1.8%	3.6%	1.0%	1.9%
月1~3回	4.3%	2.0%	6.5%	4.3%	8.7%	5.3%
年に数回	7.7%	7.2%	4.6%	10.8%	4.1%	6.6%
参加していない	39.9%	43.1%	46.5%	39.6%	41.3%	42.2%
不明・無回答	44.2%	43.8%	38.2%	39.6%	43.4%	41.9%

(4) 相談する相手について（たすけあいについて）

「あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人」については、配偶者が 26.1%、友人が 19.1%とであった。「反対に心配事や愚痴を聞いてあげる人」については、配偶者が 24.2%、友人が 19.7%であった。

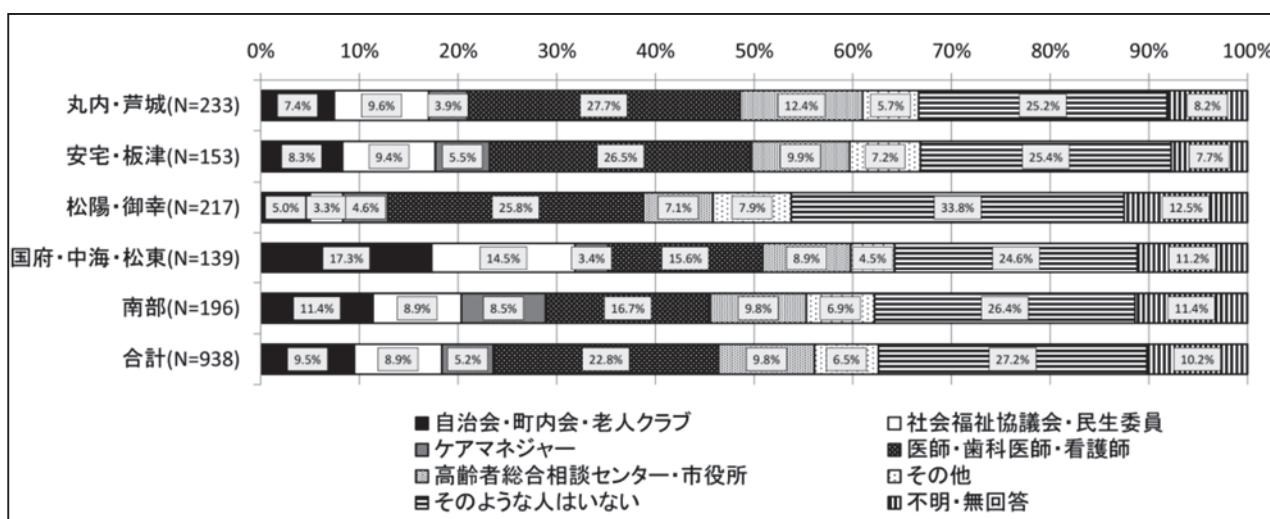
●あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人 （複数回答）

	丸内・芦城	安宅・板津	松陽・御幸	国府・中海・松東	南部	合計
配偶者	25.1%	28.0%	25.8%	30.1%	23.3%	26.1%
同居の子ども	12.1%	12.5%	13.7%	9.0%	10.8%	11.8%
別居の子ども	19.2%	17.4%	15.8%	16.4%	19.0%	17.7%
兄弟姉妹・親戚・親・孫	13.2%	15.2%	17.6%	13.0%	15.5%	15.0%
近隣	5.9%	6.4%	3.7%	7.0%	5.3%	5.5%
友人	20.2%	15.5%	19.0%	19.7%	20.1%	19.1%
その他	0.6%	0.3%	1.2%	0.7%	0.8%	0.7%
そのような人はいない	2.2%	2.4%	1.6%	2.0%	2.8%	2.2%
不明・無回答	1.4%	2.1%	1.6%	2.0%	2.5%	1.9%

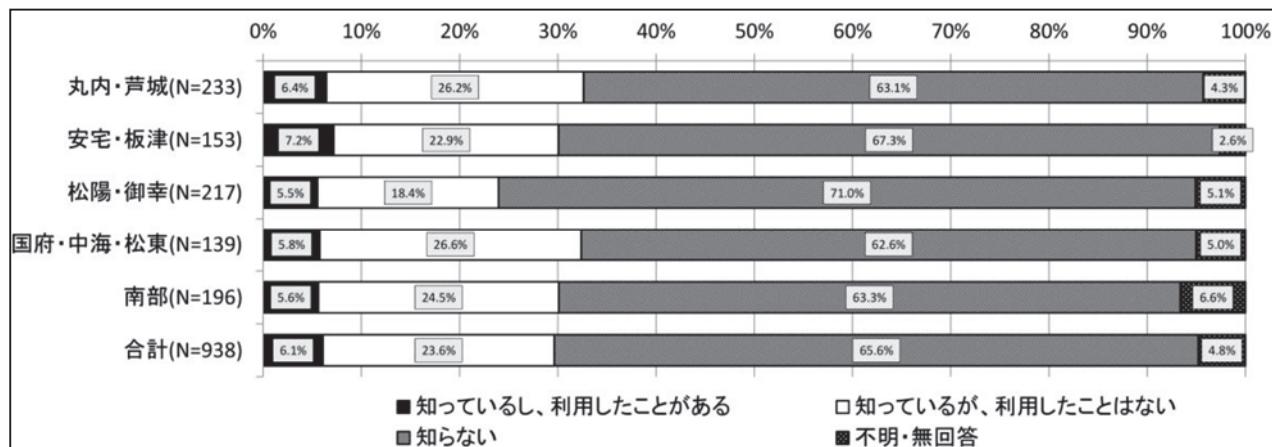
●反対にあなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人 （複数回答）

	丸内・芦城	安宅・板津	松陽・御幸	国府・中海・松東	南部	合計
配偶者	22.6%	27.2%	23.9%	26.0%	22.7%	24.2%
同居の子ども	10.8%	10.6%	13.4%	8.7%	9.7%	10.8%
別居の子ども	18.3%	15.1%	14.1%	12.8%	17.8%	15.9%
兄弟姉妹・親戚・親・孫	13.0%	16.9%	17.6%	14.2%	15.9%	15.5%
近隣	6.3%	6.3%	5.2%	9.7%	6.0%	6.5%
友人	20.6%	16.9%	18.3%	22.1%	20.6%	19.7%
その他	0.8%	0.9%	1.4%	0.7%	0.8%	0.9%
そのような人はいない	4.1%	3.6%	3.5%	2.4%	3.7%	3.5%
不明・無回答	3.5%	2.4%	2.6%	3.5%	2.9%	3.0%

また、「家族や友人・知人以外で相談する相手」については、「医師・歯科医師・看護師」が 22.8%、「そのような人はいない」が 27.2%であった。

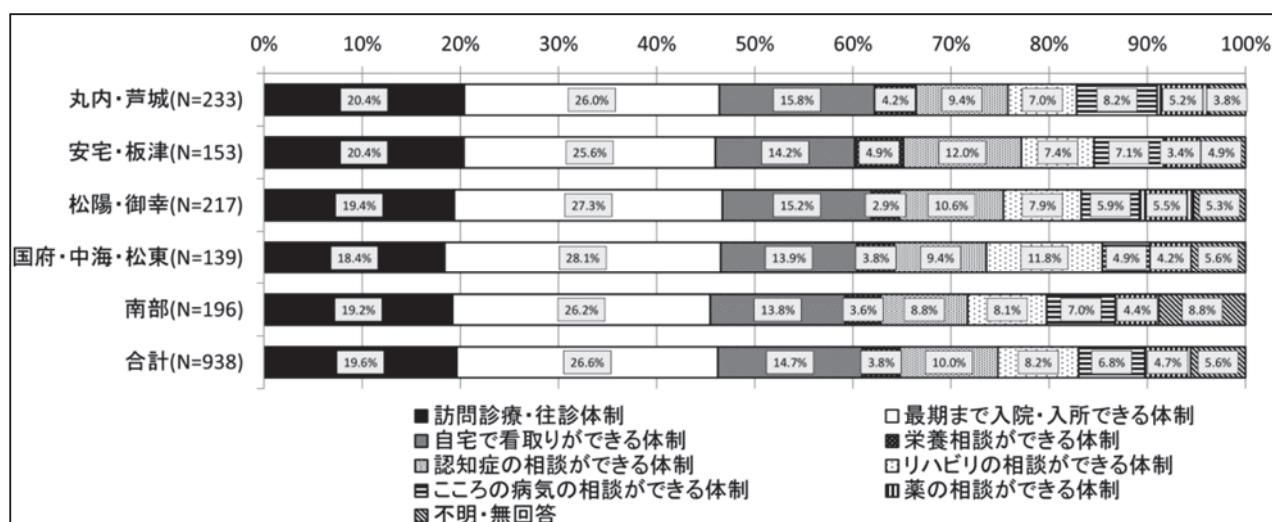


高齢者の総合相談を行う高齢者総合相談センターの認知度については、「知らない」が65.6%であり、「知っているが利用したことない」が23.6%、「知っているし、利用したことある」が6.1%であった。



(5) 医療・介護体制の充実、終末期について

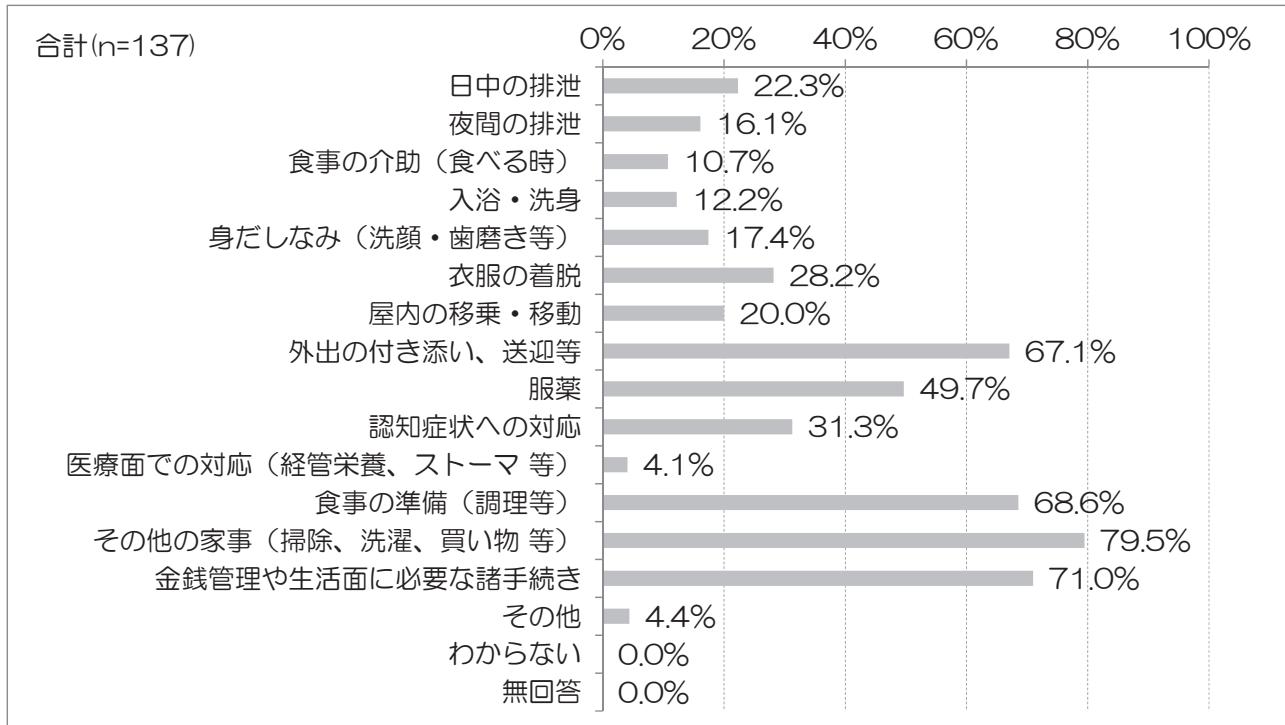
「医療・介護体制について、充実すべきだと思うものはどれか」については、「最期まで入院・入所できる体制」26.6%、「訪問医療・往診体制」19.6%、「自宅で看取りができる体制」14.7%であった。



2. 在宅介護実態調査結果（抜粋）

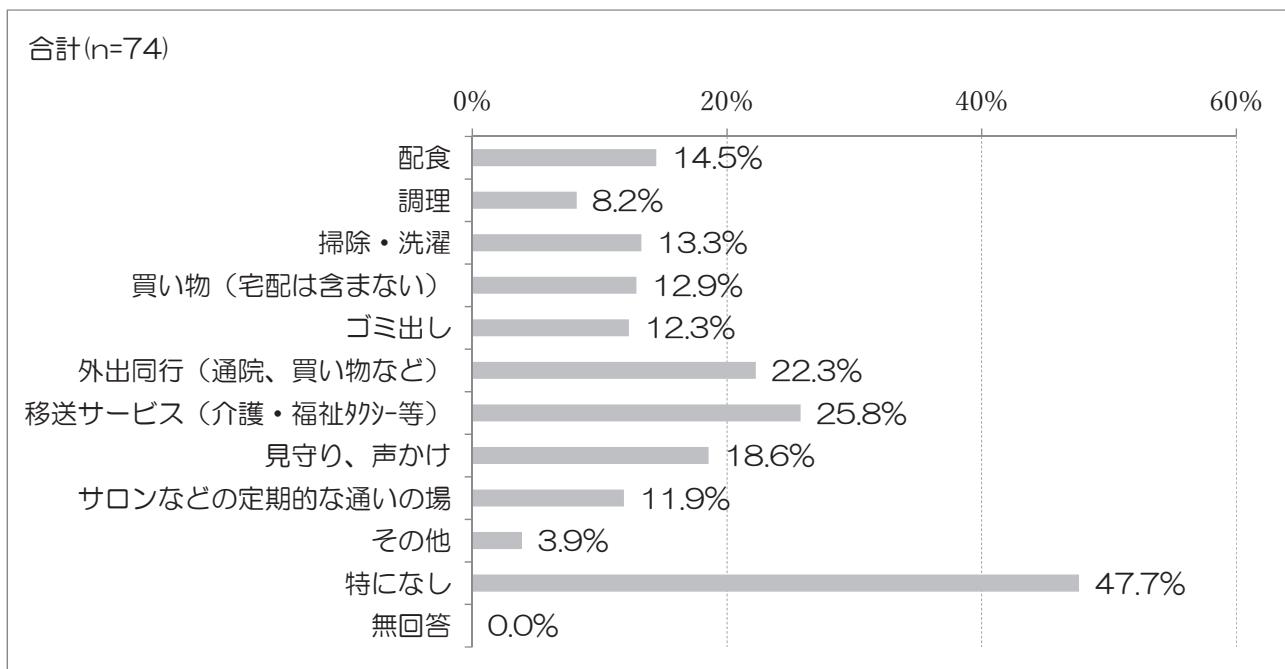
（1）主な介護者が行っている介護

主な介護者が行っている介護は、「掃除・洗濯・買物等」79.5%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」71.0%、「食事の準備（調理等）」68.6%と生活支援が中心で、身体介助は生活支援と比較して低くなっています。（n=回答者数：複数回答）



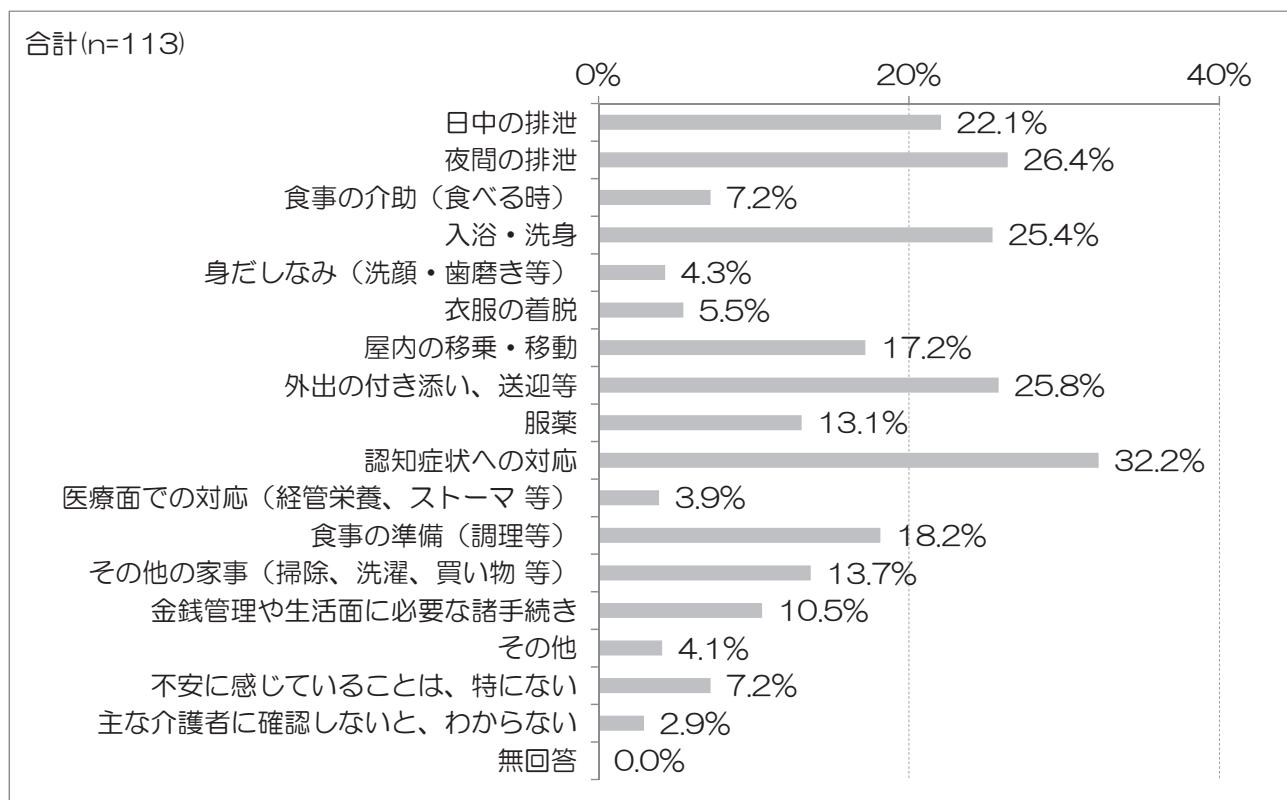
（2）在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス（生活支援サービス）

在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについては、「特になし」が47.7%と最も高く、「移送サービス」25.8%、「外出同行」22.3%と外出支援が多くなっています。



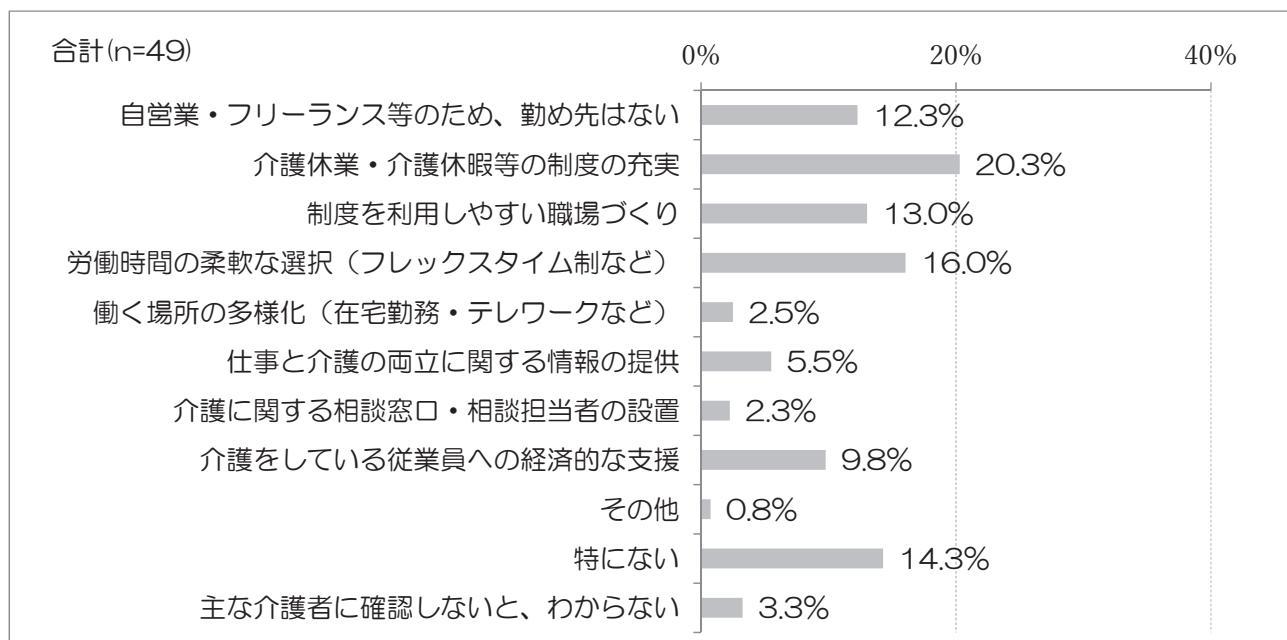
(3) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護

在宅生活の継続のために、不安に感じる介護については、専門的な知識を要する「認知症状への対応」が32.2%と最も高く、「夜間の排泄」26.4%、「外出の付き添い等」25.8%、「入浴・洗身」25.4%など身体介助、生活支援に限らず不安を感じています。



(4) 勤務先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があるか

効果のある支援方法としては、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が20.3%、「フレックスタイム制など労働時間の柔軟な選択」が16.0%、「制度を利用しやすい環境づくり」が13.0%であった。



3. 小松市介護支援専門員に関する調査結果（抜粋）

（1）介護支援専門員の性別、年代、経験年数

市内の介護支援専門員の性別は、女性 99 名 (72.8%)、男性 37 名 (27.2%) で女性の方が多く、年代は 40 歳代 56 名 (41.2%)、50 歳代 48 名 (35.3%) の順に多くなっています。また、経験年数は、「6~10 年目」が 51 名 (43.6%) と多い一方、ケアマネ経験「3 年目未満」が 21 名 (17.9%) となっています。

●介護支援専門員の年代と経験年数

年代	人数	割合	経験年数	人数	割合
20 歳代	0	0.0%	1~3 年目	21	15.6%
30 歳代	17	12.5%	4・5 年目	19	14.1%
40 歳代	56	41.2%	6~10 年目	51	37.8%
50 歳代	48	35.3%	11~15 年目	26	19.3%
60 歳代以上	15	11.0%	16~20 年目	15	12.2%
			21 年目以上	3	2.2%

（2）ケアマネ業務を実施する上で困難や支障を感じること

市内の介護支援専門員が、業務を実施する上で困難や支障を感じることとしては、「対応困難ケースへの対応」90 名 (25.5%)、「主治医との連携」47 名 (13.3%) の順に多く、医療介護連携に課題があることがわかります。また、「アセスメント」40 名 (11.3%) や「ケアプラン原案の作成」31 名 (8.8%) といった事務作業についても負担感があるため、文書の削減やアセスメントの効率化等について、検討する必要があります。

●ケアマネ業務を実施する上で困難や支障を感じること（複数回答）

困難や支障に感じること	人数	割合
特にない	20	5.7%
アセスメント	40	11.3%
ケアプラン原案の作成	31	8.8%
サービス担当者会議の開催	26	7.4%
モニタリングの実施	15	4.2%
月1日以上の利用者宅訪問	9	2.5%
利用者・家族との調整	38	10.8%
事業所との調整・連絡	7	2.0%
主治医との連携	47	13.3%
給付管理・報酬請求事務	12	3.4%
対応困難ケースへの対応	90	25.5%
その他	18	5.1%

(3) 保険者との連携に期待すること

保険者との連携に期待することとしては、「処遇困難ケースへの対応」99名(24.2%)、「情報提供（介護保険制度、高齢者福祉サービス等）」63名(15.4%)、「被保険者・家族に対する制度の周知」52名(12.7%)の順に多く、また、今後身につけたい力についても、「アセスメント」86名(19.5%)に次いで、「介護保険外サービスの情報収集」83名(18.9%)がある等、介護保険制度や高齢者福祉サービス等に関する情報発信や対応が困難なケースへの指導、助言を求める声が多くありました。

●保険者との連携に期待すること（複数回答）

保険者との連携に期待すること	人数	割合
苦情相談への指導・助言・支援等	49	12.0%
処遇困難ケースへの指導・助言・支援等	99	24.2%
情報提供（介護保険制度、高齢者福祉サービス等）	63	15.4%
ケアプランの指導	18	4.4%
居宅連絡会やケース検討会の開催、調整	24	5.9%
ケアマネ勉強会の開催支援、調整	33	8.1%
新任ケアマネ勉強会の開催支援、調整	22	5.4%
医療機関との調整	24	5.9%
被保険者・家族に対する制度の周知	52	12.7%
事業者に対するサービスの質の評価及び情報公開	16	3.9%
その他	9	2.2%

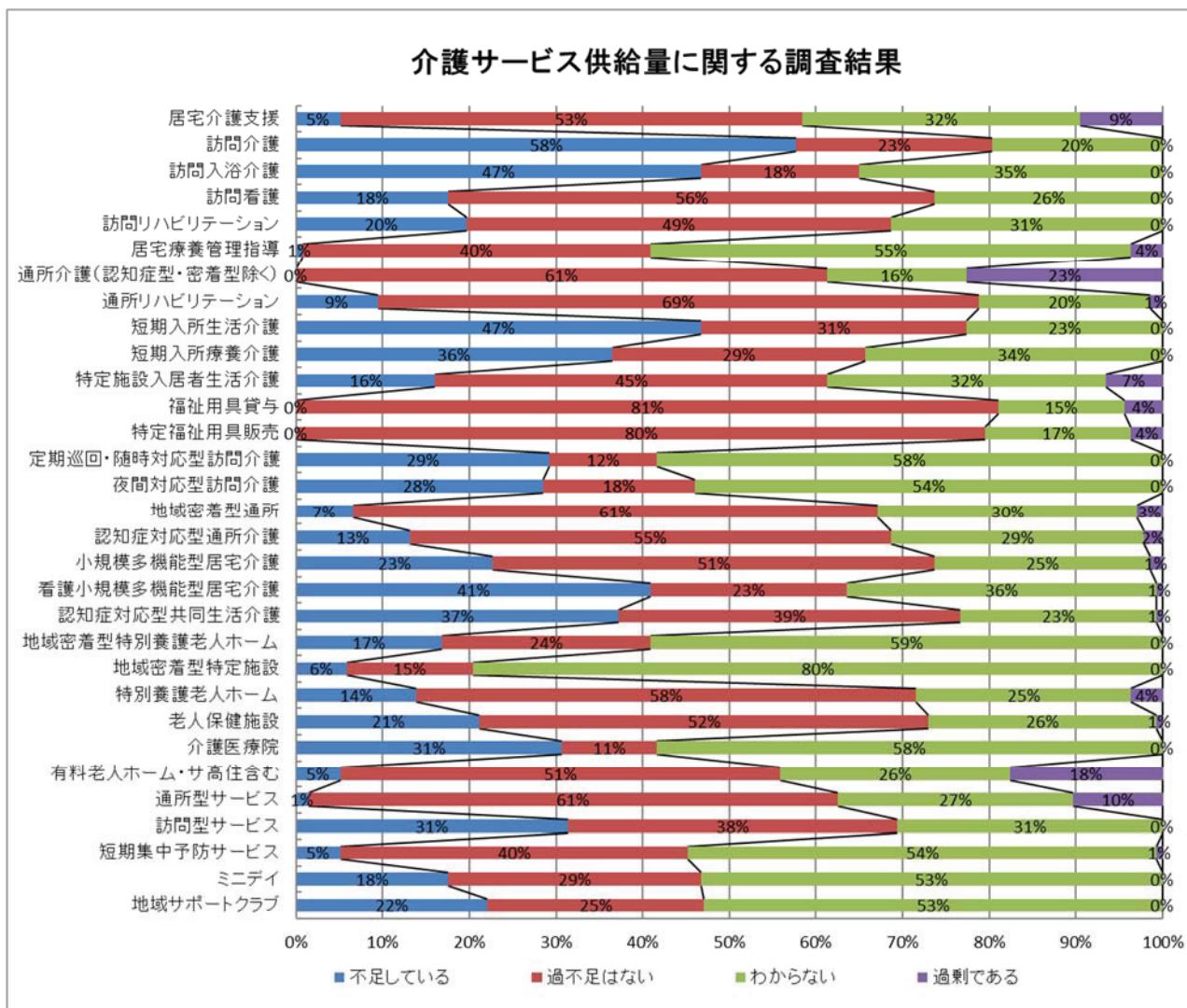
●今後身につけたい力（複数回答）

今後身につけたい力	人数	割合
アセスメント力	86	19.5%
ケアプランの質の向上	65	14.8%
介護保険サービスの情報収集	62	14.1%
介護保険外サービスの情報収集	83	18.9%
利用者・家族との面接力	52	11.8%
各種記録を書く力	42	9.5%
ファシリテーション力	43	9.8%
その他	7	1.6%

(4) 介護サービス等供給量に関すること

介護支援専門員が感じる介護サービスや生活支援サービスごとの供給量について、訪問介護は「不足している」58%であり、「要支援者の受け入れ自体が出来ない」、「利用したい時間帯に利用が重なり、調整が難しい」などの理由が挙げられていました。また、短期入所は「不足している」が47%であり、「利用希望の曜日が重なり、調整ができない」などの所感があり、数値以上に不足している状況でした。

通所介護（認知症型を除く）は、84%の方が「過剰である・過不足はない」と感じており、第8期計画では新たな施設整備は特に必要ないと考えられます。



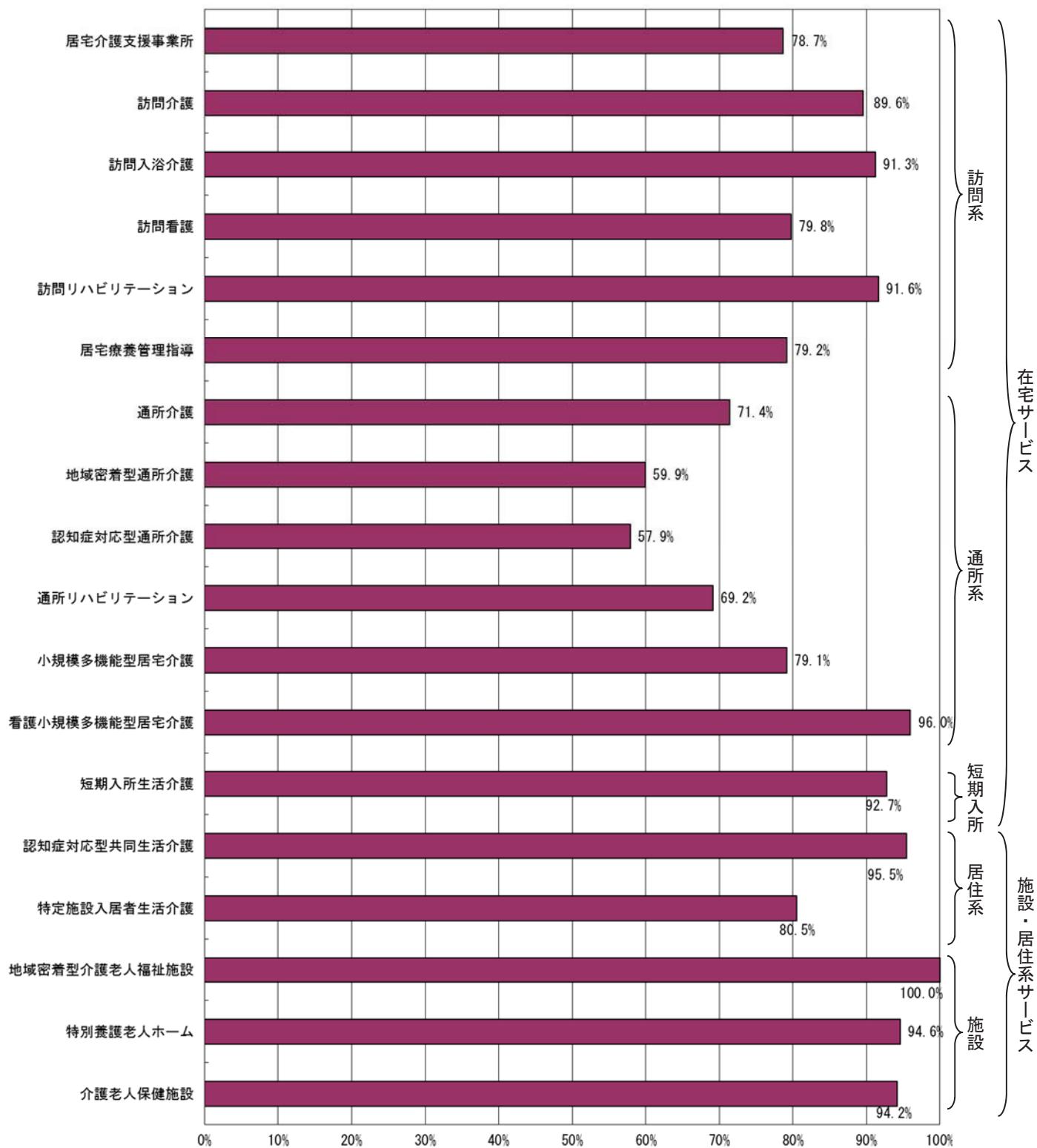
4. 介護サービス事業者調査結果（抜粋）

（1）稼働率・入所(入居)率の状況について

「施設・居住系サービス」については、いずれも90%を超える高い入所(入居)率である。「在宅サービス」については、「訪問介護」89.6%、「訪問入浴介護」91.3%、「訪問リハビリテーション」91.6%と訪問系サービスの稼働率が高くなっている。一方、「通所介護（地域密着型通所介護）」71.4%（59.9%）、「通所リハビリテーション」69.2%、「認知症対応型通所介護」57.9%などが低めの稼働率となっており、サービスの利用が困難になることはないと考えられる。「短期入所生活介護」は92.7%の稼働率であるが、休止中の事業所もあるため稼働率が高くなっている。

サービスの種類	稼働率
居宅介護支援事業所	78.7%
訪問介護	89.6%
訪問入浴介護	91.3%
訪問看護	79.8%
訪問リハビリテーション	91.6%
居宅療養管理指導	79.2%
通所介護	71.4%
地域密着型通所介護	59.9%
認知症対応型通所介護	57.9%
通所リハビリテーション	69.2%
小規模多機能型居宅介護	79.1%
看護小規模多機能型居宅介護	96.0%
短期入所生活介護	92.7%
認知症対応型共同生活介護	95.5%
特定施設入居者生活介護	80.5%
地域密着型介護老人福祉施設	100.0%
特別養護老人ホーム	94.6%
介護老人保健施設	94.2%

稼働率・入所(入居)率の状況（小松市分）



5. 施設入居待機者に係る実態調査結果（抜粋）

（1）施設入所待機者の要介護度

待機者の要介護度については、「要介護3」48名（31.4%）と最も多く、待機者に占める要介護3以上の中重度者の割合は64.1%（前回71.9%）より減少した。

●施設入所待機者の要介護度

第8期	人数	割合	第7期（前回）	人数	割合
要支援1・2	5	3.3%	要支援1・2	3	1.9%
要介護1	21	13.7%	要介護1	11	7.0%
要介護2	29	19.0%	要介護2	30	19.1%
要介護3	48	31.4%	要介護3	63	40.1%
要介護4	32	20.9%	要介護4	31	19.7%
要介護5	18	11.8%	要介護5	19	12.1%

（2）施設入所を希望した理由

入所希望の理由については、多い順に「介護者の体調不良」59名（37.8%）、「家族に負担がかかる」58名（37.2%）、「本人の体調不良」53名（34.0%）、「便失禁」33名（21.2%）、「尿失禁」31名（19.9%）となっています。

●施設入所を希望した理由（複数回答） 有効回答数=156名

第8期	人数	割合
介護者の体調不良	59	37.8%
家族に負担がかかる	58	37.2%
本人の体調不良	53	34.0%
便失禁	33	21.2%
尿失禁	31	19.9%

（3）施設入所待機者の待機期間

待機期間については、多い順に「6ヶ月～1年」35名（24.0%）、「1～2年」29名（19.9%）で、1年以上の待機者は48.6%（前回：48.8%）となっています。

●施設入所待機者の待機期間

第8期	人数	割合	第7期（前回）	人数	割合
3ヶ月	17	11.6%	3ヶ月	15	12.2%
3～6ヶ月	23	15.8%	3～6ヶ月	22	17.9%
6～1年	35	24.0%	6～1年	26	21.1%
1年～2年	29	19.9%	1年～2年	25	20.3%
2年～3年	24	16.4%	2年～3年	15	12.2%
3年以上	18	12.3%	3年以上	20	16.3%

(4) 施設入所待機者の入所希望時期

入所の希望時期については、「とりあえず」申し込んだという人が67名（45.6%）にのぼっています。「今すぐ」が37名（25.2%）おり、「1年以内」に入所を希望する人は54.5%となっています。

●施設入所待機者の入所希望時期

第8期	人数	割合	第7期（前回）	人数	割合
今すぐ	37	25.2%	今すぐ	29	24.4%
1ヶ月	11	7.5%	1ヶ月	5	4.2%
3ヶ月	5	3.4%	3ヶ月	9	7.6%
6ヶ月	11	7.5%	6ヶ月	5	4.2%
1年	16	10.9%	1年	7	5.9%
とりあえず	67	45.6%	とりあえず	64	53.8%

要介護3～5の方のみを集計すると「とりあえず申し込んだ」41名（44.1%）おり、「今すぐ」から「1年」までを合計した「1年以内」に入所を希望する人は55.9%となっています。

6. 在宅生活改善調査結果（抜粋）

（1）現在のサービス利用では生活の維持が難しい利用者

現在の在宅サービス利用では生活の維持が難しい利用者は 203 名で、そのうち独居の方が 63 名 (31.0%)、夫婦のみ世帯が 55 名 (27.1%) の順であり、現在の居所は自宅等（持ち家）の方が 163 名 (80.3%) となっています。

●世帯類型と現在の居所

世帯類型	人数	割合	現在の居所	人数	割合
独居	63	31.1%	自宅等（持ち家）	163	80.3%
夫婦のみ	55	27.1%	自宅等（借家）	13	6.4%
単身の子どもとの独居	37	18.2%	住宅型有料老人ホーム	15	7.4%
その他の同居	48	23.6%	サービス付き高齢者向け住宅	8	3.9%
			軽費老人ホーム	4	2.0%

（2）利用者本人の状態と意向について

生活の維持が難しい利用者の状態については、多い順に「身体介護の増大」122 名 (29.4%)、「認知症の悪化」117 名 (28.2%)、「生活支援の増大」75 名 (18.1%) となっています。本人の意向については、「生活不安が大きいから」61 名 (24.4%) が最も多く、「サービス利用を望まない」方が 31 名 (12.4%) と本来必要なサービスを拒否する人もおられます。また、介護者の意向については、「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」112 名 (52.2%) が最も多く、「家族等の介護等技術では対応が困難」77 名 (37.9%) 等が続いています。

●利用者本人の状態と意向

本人の状態	人数	割合	本人の意向	人数	割合
該当なし	11	2.6%	該当なし	58	23.2%
生活支援の増大	75	18.1%	本人がサービス利用を望まない	31	12.4%
身体介護の増大	122	29.4%	生活不安	61	24.4%
認知症の悪化	117	28.2%	居住環境	21	8.4%
医療的ケアの高まり	38	9.1%	介護者に負担	14	5.6%
その他本人の状態悪化	48	11.6%	費用負担	16	6.4%
本人の状態の改善	4	1.0%	その他	49	19.6%

●介護者の意向 (複数回答) 有効回答数=203人

本人の状態	人数	割合
該当なし	16	7.9%
介護者の介護に係る不安、負担量の増大	112	55.2%
介護者が居宅サービス利用を望まないから	14	6.9%
家族等の介護等技術では対応が困難	77	37.9%
費用負担が重いから	31	15.3%
家族等の就労継続が困難になり始めたから	28	13.8%
本人と家族等の関係性に課題があるから	42	20.7%
その他、家族等介護者の意向があるから	44	21.7%

(3) どのようなサービスに変更することで改善できるかについて

どのようなサービスに変更することで改善できるかについては、より適切な「すまい・施設等」96名(49.5%)が最も多く、サービス別では、多い順に、「特別養護老人ホーム」83名(40.9%)、「認知症グループホーム」60名(29.6%)、「介護老人保健施設」42名(20.7%)等となっています。

●どのようなサービスに変更することで改善できるか

本人の状態	人数	割合
より適切な「在宅サービス」	25	12.9%
より適切な「すまい・施設等」	96	49.5%
より適切な「すまい・施設等」もしくは「すまい・施設等」	61	31.4%
上記では改善は難しい	12	6.2%

●本来であればより適切と思われる具体的なサービス (複数回答)

本人の状態	人数	割合
特別養護老人ホーム(特養)	83	40.9%
認知症グループホーム	60	29.6%
介護老人保健施設(老健)	42	20.7%
ショートステイ	36	17.7%
訪問介護、訪問入浴介護	26	12.8%
小規模多機能型居宅介護	25	12.3%
通所介護、通所リハビリテーション、認知デイ	21	10.3%
住宅型有料老人ホーム	18	8.9%
定期巡回サービス	16	7.9%
夜間対応型訪問介護	14	6.9%
訪問看護	13	6.4%
サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	14	6.9%
特定施設	11	5.4%
軽費老人ホーム	9	4.4%
介護療養型医療施設・介護医療院	8	3.9%
看護小規模多機能型居宅介護	6	3.0%
訪問リハビリテーション	5	2.5%

7. 居所変更実態調査結果（抜粋）

（1）介護保険施設等の定員充足率（稼働率）

市内介護保険施設等については、近年有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の増加により、介護保険施設等の待機者数がやや減少傾向にあります。また、施設の充足率（稼働率）については、どの施設も概ね定員の90%以上となっています。

●市内介護保険施設等の定員充足率

	施設数	定員	入所・入居者数	定員充足率
特別養護老人ホーム	8	770	741	96.2%
介護老人保健施設	4	363	344	94.7%
介護医療院	0	—	—	—
認知症グループホーム	11	198	189	95.5%
特定施設	3	118	95	80.5%
ケアハウス	2	80	76	95.0%
有料老人ホーム	10	354	315	89.0%
サービス付き高齢者向け住宅	4	97	88	90.7%
合計	42	1,980	1,848	93.3%

（2）各施設の過去1年間の退去・退所者に占める居所変更・死亡の割合

市内介護保険施設等の過去1年間の退去・退所者に占める施設での看取り（死亡）者の割合が高い順に、「特別養護老人ホーム」150名(79.4%)、「特定施設」15名(55.6%)、「認知症グループホーム」17名(43.6%)等となっています。

●市内各施設の過去1年間の退去・退所者に占める居所変更・死亡の割合

	合計	居所変更		死亡	
		人数	割合	人数	割合
特別養護老人ホーム	189人	39人	20.6%	150人	79.4%
介護老人保健施設	273人	164人	60.1%	109人	39.9%
介護医療院	0	—	—	—	—
認知症グループホーム	39人	22人	56.4%	17人	43.6%
特定施設	27人	12人	44.4%	15人	55.6%
ケアハウス	14人	12人	85.7%	2人	14.3%
有料老人ホーム	121人	95人	78.5%	26人	21.5%
サービス付き高齢者向け住宅	16人	11人	68.8%	5人	31.3%
合計	679人	355人	52.3%	324人	47.7%

(3) 利用者が居所を変更した理由

居所を変更した理由としては、「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」69ヶ所(94.5%)が最も多く、適切な医療を受けるために居所を変更する方の割合が高いことがわかります。また、介護保険施設等で受けている医療処置については、介護保険施設である特別養護老人ホームや介護老人保健施設等で高く、看護師の配置が必須ではない住宅型有料老人ホーム等では低くなっています。

●利用者が居所を変更した理由 複数回答 (近隣市を含む計73施設)

本人の状態	左記の変更理由上位1～3位に 挙げた事業所数
必要な支援の発生・増大	5
必要な身体介護の発生・増大	21
認知症の症状の悪化	25
医療的ケア・医療処置の必要性の高まり	69
上記以外の状態像の悪化	26
状態等の改善	23
必要な居宅サービスを望まなかつたため	0
費用負担が重くなった	18
その他	32

●受けている主な医療処置別の入所・入居者数

	酸素療法	経管栄養	褥瘡	カテーテル	喀痰吸引
特別養護老人ホーム (1,186名)	12 1.0%	117 9.9%	31 2.6%	65 5.5%	56 4.7%
介護老人保健施設 (934名)	5 0.5%	47 5.0%	31 3.3%	42 4.5%	14 1.5%
介護医療院 (67名)	5 7.5%	39 58.2%	3 4.5%	2 3.0%	30 44.8%
認知症グループホーム (189名)	2 1.1%	2 1.1%	7 3.7%	0 0.0%	4 2.1%
特定施設 (95名)	3 3.2%	2 2.1%	2 2.1%	1 1.1%	2 2.1%
ケアハウス (316名)	0 0.0%	0 0.0%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%
有料老人ホーム (432名)	6 1.4%	7 1.6%	4 0.9%	7 1.6%	6 1.4%
サービス付き高齢者向け住宅 (230名)	1 0.4%	0 0.0%	3 1.3%	3 1.3%	0 0.0%
合計 (3,449名)	34 1.0%	214 6.2%	82 2.4%	115 3.3%	112 3.2%

8. 介護人材実態調査結果（抜粋）

（1）介護職員の確保の現状について

市内の各サービス事業所には、現在 1,562 名の介護職員(※)があり、各法人からの不足職員数の合計は 107 名で、不足率は 6.41% となっています。サービス別では、小規模多機能や訪問介護の方が、特別養護老人ホーム等の施設サービスよりも不足する割合が高い傾向にあります。また、配置状況としては、人員基準を満たしているが充分ではないと回答する事業所が 64ヶ所 (53.3%) あり、介護人材の確保に課題があります。

(※) 管理者や生活相談員、看護職員、送迎や調理員等を含みません。

●各サービスにおける介護職員数と不足を感じる職員数

	事業所数	現在の職員		不足する職員	
		正規	非正規	正規	非正規
訪問介護	12	109	37	7	4
通所介護	17	146	111	10	3
通所リハビリテーション	11	57	32	8	1
密着ディ	11	33	14	4	1
認知症対応型通所介護	4	21	7	2	1
小規模多機能	8	73	23	9	0
認知症グループホーム	11	124	64	13	0
特定施設	5	59	35	9	0
特別養護老人ホーム	9	333	62	12	0
介護老人保健施設	4	96	24	8	2
その他	32	108	14	10	3
	合計	1,562		107	

●介護職員の配置状況について

	事業所数	
人員基準以上の職員を雇用し、余裕をもった運営をしている	4	3. 3%
人員基準の職員を雇用しており、不足は感じていない	51	42. 5%
人員基準は満たしているが、充分ではない	64	53. 3%
人員基準を満たしていないため、日数や利用者数を制限している	1	0. 8%

（2）訪問介護員や介護職員の早期離職防止や定着促進を図るためにの方策について

市内の多くの法人では、「残業を減らす、有給休暇の取得促進等」34 法人 (85.0%)、「職員の働きやすい勤務体制の確保」33 法人 (82.5%) に努めており、「正規職員への転換」31 法人 (77.5%) を行うことで、離職防止につなげている事業所も多いです。

一方で、株式会社等では社会福祉法人に比べて、介護ロボットや ICT 機器の導入、業務改善や効率化が進んでいなかったり、新人指導等まで手が回っていなかったりしており、職員の負担軽減のための対策が必要と考えられます。

●早期離職防止や定着促進を図るための方策（法人種別で差が出た項目）

	社会福祉法人	医療法人社団	株式会社等
介護ロボットやＩＣＴ機器の導入	63.6%	54.5%	16.7%
業務効率や効率化	81.8%	54.5%	38.9%
新人指導担当・アドバイザーの配置	72.7%	54.5%	38.9%

（3）職員の採用に向けての取組みや工夫について

市内の多くの法人では、「新卒や若手にこだわらない」30 法人（75.0%）、「資格の有無にこだわらない」29 法人（72.5%）に努めており、人材確保のために柔軟な採用を行っています。法人によっては、資格取得支援の講座を開催したり、資格取得者を昇給させたり工夫しています。

社会福祉法人は、未来の介護人材の確保や介護に対するイメージアップを図るため、小中学校等への出前講座や職場体験の受け入れ等を積極的に行っており、株式会社等では、「人材確保セミナー等への参加」等よりも「職員や知人からの紹介」での採用が多いことがわかります。

●採用に関しての取組みや工夫（法人種別で差が出た項目）

	社会福祉法人	医療法人社団	株式会社等
出前講座の実施	63.6%	9.1%	11.1%
福祉系教育機関へ働き掛け	36.4%	18.2%	0.0%
人材確保セミナーへ参加	45.5%	9.1%	11.1%
職員や知人と連絡を密に	45.5%	54.5%	61.1%

（4）外国人労働者の受け入れについて

平成 31 年の「出入国管理及び難民認定法（入管法）」改正に伴い、特定技能外国人に「介護」分野が追加され、将来の介護人材の確保に向けて、外国人人材の活用も考えられます。現在、市内 7 法人 11 名の外国人労働者が雇用されており、他に 9 法人が今後受入を検討していきたいと考えています。

●外国人労働者の受け入れについて 回答数：40 法人

現在の状況	法人		今後の意向	法人	
受け入れている	7	17.5%	既に受け入れしている／今後受け入れを検討したい	16	40.0%
受け入れていない	33	82.5%	受入を検討しない	24	60.0%

（5）過去 1 年間の介護職員の職場の変化について

過去 1 年間の介護職員の職場の変化（同一法人・グループ内での異動は除く）について、以前の職場が介護ではない方（新卒者等）は 89 名（新規就労者全体の 56.7%）で、そのうち施設・居住系サービスには 55 名、訪問系サービス（小規模多機能等）には 14 名、通所系サービスには 20 名となっています。

9. 在宅医療・介護連携及びリハビリテーションに関する指標

I. ストラクチャー指標

(1) 算定してある施設数

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
介護老人保健施設	27	24	25
看護小規模多機能居宅介護	1	1	1
居宅療養管理指導（管理栄養士）※予防含む	3	3	2
居宅療養管理指導（歯科衛生士）※予防含む	0	3	3
居宅療養管理指導（薬剤師）※予防含む	36	47	53
短期入所療養介護（老健）※予防含む	8	9	9
短期入所生活介護（介護療養）※予防含む	0	0	0
短期入所生活介護（介護医療院）※予防含む	0	0	24
通所リハビリテーション※予防含む	26	23	20
訪問看護（訪問看護Ⅰ以外）※予防含む	19	24	24
訪問看護（訪問看護Ⅰ※リハビリ）※予防含む	8	9	10
訪問リハビリテーション※予防含む	7	13	12
訪問介護	53	58	64

(2) 加算を算定している施設数

●緊急時訪問看護加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
定期巡回隨時対応型訪問介護看護	0	0	0
看護小規模多機能居宅介護	1	1	1

●ターミナルケア加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
訪問看護	3	3	3

●夜間早朝加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
訪問看護※予防含む	6	6	7

II. プロセス指標

(1) 算定人数

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
通所リハビリテーション（1 時間以上 2 時間未満）	120	144	156

(2) 加算の算定人数

●個別リハビリテーション加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
短期入所療養介護（老健） ※予防含む	184	182	153

●短期集中（個別）リハビリテーション

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
通所リハビリテーション	63	42	18

●認知症短期集中リハビリテーション

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
通所リハビリテーション	4	1	1

●生活機能向上連携加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
介護老人福祉施設	0	280	277
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	25	23
特定施設入居者生活介護 ※予防含む	0	3	3
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
短期入所生活介護 ※予防含む	0	0	0
通所介護	0	129	123
地域密着型通所介護	0	16	21
認知症対応型通所介護 ※予防含む	0	0	0
小規模多機能居宅介護 ※予防含む	54	52	54
小規模多機能居宅介護_短期 ※予防含む	0	0	0
認知症対応型共同生活介護 ※予防含む	0	20	18
認知症対応型共同生活介護_短期 ※予防含む	0	0	0
訪問介護	204	148	183
定期巡回随時対応型訪問介護看護	0	0	0

●リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
訪問リハビリテーション	1	2	0
通所リハビリテーション	311	309	290

(3) 算定回数

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
通所リハビリテーション ※予防含む	96,325	95,779	98,581
訪問リハビリテーション ※予防含む	1,517	2,558	2,580
訪問看護（訪問看護 I 5 以外） ※予防含む	7,708	7,461	7,468
訪問看護（訪問看護 I 5※リハビリ） ※予防含む	1,395	1,325	1,464
看護小規模多機能居宅介護	6,344	7,008	7,207
居宅療養管理指導（管理栄養士） ※予防含む	89	101	65
居宅療養管理指導（歯科衛生士） ※予防含む	0	77	163
居宅療養管理指導（薬剤師） ※予防含む	706	982	1,303
訪問介護 ※予防含む	94,002	101,044	100,515

(4) 加算の算定回数

●緊急時訪問看護加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
看護小規模多機能居宅介護	20	20	2
定期巡回随時対応型訪問介護看護	0	0	0

●ターミナルケア加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
訪問看護	7	7	4

●夜間・早朝加算

サービス種類	H29 年度	H30 年度	R1 年度
訪問看護 ※予防含む	43	38	39

Ⅱ 小松市介護保険事業計画等策定委員会について

1. 審議状況

開催日	審議内容	出席委員数
第1回 令和2年5月27日 (水)	1. 介護保険事業計画・老人福祉計画について 2. 高齢化等に関する状況について 3. 第8期介護保険事業計画等について	17人 (書面開催)
第2回 令和2年7月29日 (水)	1. 介護保険事業特別会計の状況について 2. いきいきシニアこまつ推進プランの状況について 3. 第8期計画策定に向けての各種調査内容と結果について 4. 地域が目指すビジョン（大目標・中目標）について	16人
第3回 令和2年11月25日 (水)	1. 将来人口・要介護認定者数等の推計について 2. 地域が目指すビジョンと取組みの方向性等について 3. 小松市地域密着型サービス運営部会の報告について 4. 小松市地域包括支援センター運営部会の報告について	17人
第4回 令和3年1月20日 (水)	1. 第8期介護保険事業計画等の原案について 2. 小松市地域密着型サービス運営部会の報告について 3. 小松市地域包括支援センター運営部会の報告について	16人
第5回 令和3年1月29日 (金)	1. 第8期介護保険事業計画等の答申案について	17人 (書面開催)

2. 小松市介護保険事業計画等策定委員会委員名簿

令和2年度 小松市介護保険事業計画等策定委員会 委員名簿

任期：令和2年4月1日～令和5年3月31日

区分	役職等	氏名	備考
学識経験者 2人	公立小松大学保健医療学部長	北岡 和代	委員長
	南加賀保健福祉センター所長	沼田 直子	
福祉関係者 5人	介護老人福祉施設代表	木崎 騒雄	
	石川県介護支援専門員協会代表	石倉 潔	
	居宅介護サービス事業者代表 (地域密着型サービス事業者含む)	岩尾 正美	
	石川県社会福祉士会代表	能勢 恵美	
	小松市社会福祉協議会代表	吉田 均	
保健医療関係者 2人	小松市医師会代表	佐竹 良三	副委員長
	石川県看護協会代表	太田 裕子	副委員長
被保険者代表 7人	小松市町内会連合会代表	北川 潔	
	小松市民生委員児童委員協議会代表	今村 信次	
	小松市老人クラブ連合会代表	奥村 多恵子	
	小松市ボランティア連絡協議会代表	黒崎 ゆかり	
	公募委員(第1号被保険者)	早瀬 ふみ子	
	公募委員(第1号被保険者)	鍛田 幸治	
	公募委員(第2号被保険者)	南 佳子	
市の職員 1人	予防先進部長	山本 周	

計 17人

資料編

3. 小松市介護保険事業計画等策定委員会設置要綱

小松市介護保険事業計画等策定委員会設置要綱

平成 10 年 9 月 18 日

小松市告示第 34 号

(設置)

第 1 条 本市は、介護保険の円滑な実施を図り、介護サービス基盤の計画的な整備を進めるとともに、高齢者の保健福祉をめぐる情勢の変化を踏まえ、小松市介護保険事業計画及び小松市高齢者保健福祉計画（以下「小松市介護保険事業計画等」という。）を策定するため、小松市介護保険事業計画等策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第 2 条 委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 小松市介護保険事業計画等の策定又は変更に関し必要な事項について調査し、及びこれに関し必要な事項について市長に建議する。
- (2) 小松市介護保険事業計画等の進捗状況及び本市介護保険に関する施策その他重要な事項について調査し、これらに関し必要な事項について市長に建議する。
- (3) 小松市地域包括支援センターの適切な運営を確保するため必要な事項について市長に建議する。
- (4) 小松市における地域密着型サービスの適切な運営を確保するため必要な事項について市長に建議する。

(組織)

第 3 条 委員会は、25 人以内で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 学識経験者
- (2) 福祉関係者
- (3) 保健医療関係者
- (4) 被保険者代表
- (5) 市の職員

3 委員の任期は、市長が委員を委嘱し、又は任命した日から翌々年度の 3 月 31 日までとする。ただし、関係機関の役職等をもって委嘱された者にあっては、その職にある期間とし、後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(公募委員)

第 4 条 委員会に、小松市介護保険事業計画等を策定するため、必要があるときには、公募委員若干人を置くことができる。

2 公募委員の任期は、市長が委員を委嘱した日から翌々年度の 3 月 31 日までとする。

(委員長等)

第5条 委員会に、委員長及び副委員長を置き、委員長は委員の互選によりこれを選任し、副委員長は委員のうちから委員長が指名する。

2 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、委員長が必要に応じて招集し、委員長が議長となる。

(部会の設置)

第7条 委員会の下に、小松市地域包括支援センター運営部会及び小松市地域密着型サービス運営部会を設置する。

2 小松市地域包括支援センター運営部会員及び小松市地域密着型サービス運営部会員は、委員会委員から委員長が任命するほか、必要があるときには、委員会委員以外の者を任命することができる。

3 小松市地域包括支援センター運営部会設置要綱及び小松市地域密着型サービス運営部会設置要綱については、別に定める。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、予防先進部長寿介護課において処理する。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則（平成10年告示第34号）

この告示は、平成10年9月21日から施行する。

附 則（平成14年告示第1号）

この告示は、平成14年4月1日から施行する。

附 則（平成15年告示第3号）

この告示は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成17年告示第103号）

この告示は、平成17年12月20日から施行する。

附 則（平成17年告示第211号）

この告示は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成20年告示第222号）

この告示は、平成21年3月31日から施行する。

附 則（平成21年告示第253号）

この告示は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成27年告示第163号）

この告示は、平成27年7月1日から施行する。

小松市役所 予防先進部 長寿介護課
〒923-8650 小松市小馬出町 91 番地
TEL 0761-24-8149
FAX 0761-23-3243
E-mail kaigo@city.komatsu.lg.jp

