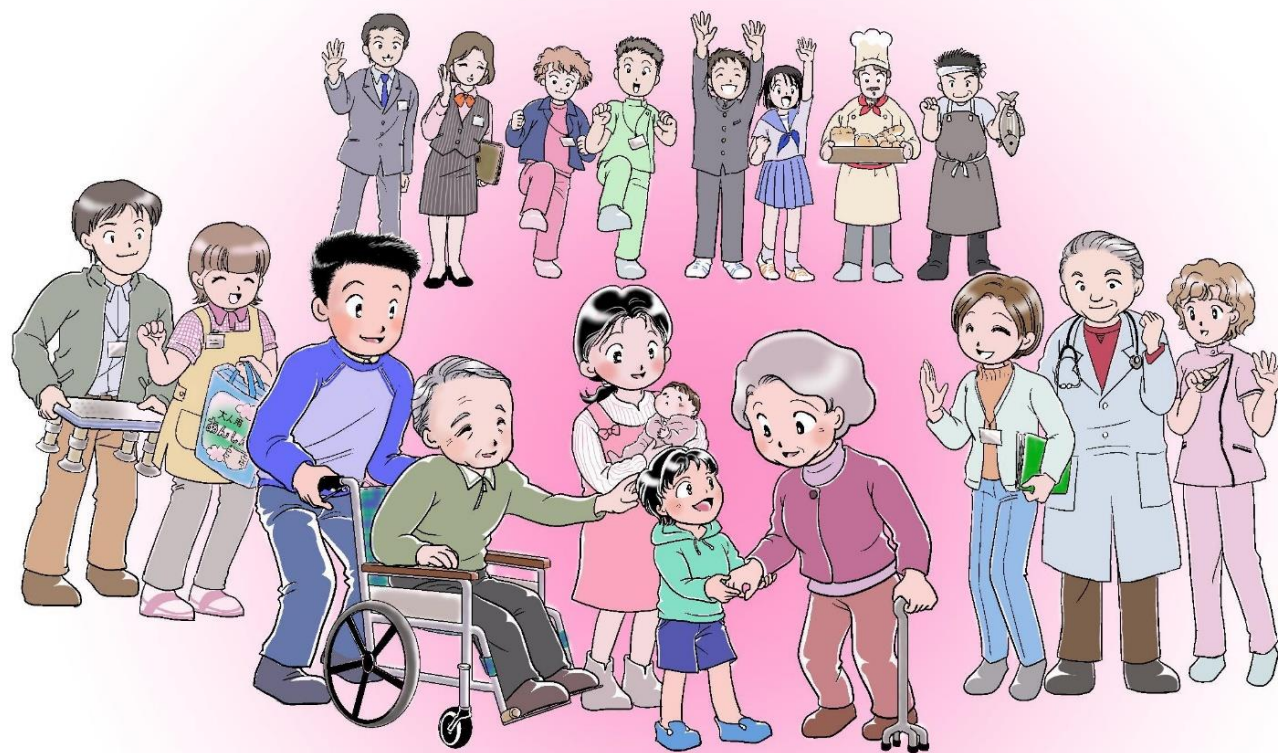


第10期小諸市高齢者福祉計画

第9期小諸市介護保険事業計画

計画期間：令和6年度(2024年度)～令和8年度(2026年度)



令和6年3月

小諸市

目 次

市長あいさつ

はじめに

1. 計画策定の趣旨 1
2. 計画の性格と法的位置づけ 1
3. 計画の期間 3
4. 計画の策定体制 3
5. 計画の進行管理 4

第Ⅰ章 計画の基本的な方向

1. 小諸市の状況 5
2. 計画の基本理念 8
3. 計画の基本目標 8
4. 計画の基本体系 10

第Ⅱ章 具体的な施策の展開

1. 高齢者の健康づくり・介護予防の推進 11
2. 地域共生社会の実現に向けた
地域包括ケアシステムの推進 23
3. 持続可能な介護保険制度の構築 38

第Ⅲ章 介護保険事業の状況と見込み

1. 介護保険の状況と見込み 43
2. 介護保険料 55
3. 地域包括支援センター 58

第Ⅳ章 計画の目標値 59

用語集 61

資 料

1. 前計画の評価 67
2. 介護保険の新規申請に至る原因調査結果 70
3. 小諸市地域包括ケアシステム図 75
4. 在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ 76
5. 委員名簿 77
6. 運営協議会開催経過 78



計画の策定にあたって

小諸市長 小泉 俊博

小諸市では、高齢者が住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けることができるよう、『地域包括ケアシステム』を従来に引き続き推進していくため、令和6年度から令和8年度までの3年間に亘る「第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定いたしました。

この計画は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年（令和7年）を挟み、さらに、団塊ジュニア世代が高齢期を迎える2040年（令和22年）までも視野に、地域住民相互のつながりはもとより、行政機関等及び医療・介護分野などまでも含め、絶え間なく整えていきたい連携を保持するとともに、高齢者が、自らの経験や知見、興味を活かして得られる、やりがいや生きがいを通して、社会参加にもつながることができるよう図りながら、こののちに控える人口減少社会の時代に備えることにまで考え及ぶものとなります。

小諸市の要介護認定率は、長野県及び全国の平均よりも低い率で推移してきており、県下63保険者（介護保険の運営自治体）の中では低い方から5番目、ひいては全国1571保険者の中でも低い方から70番目と、この前後の順位を保っております。

また、65歳以上で初めて要介護認定申請をする市民の平均年齢は、女性では長野県の女性の健康寿命をごくわずかに下回るものの、とりわけ男性にあっては長野県の男性の健康寿命を上回るほどです。

この理由の一つとしては、これまで多くの市民の方々が、意識的に継続して、介護予防に取り組んでいただいたことによって積み重ねられた効果が次第に表われてきたのではないかと考えます。

これらのことは、持続可能な自治体であり続けるために、あらゆる分野における健康・健全を目指す「健幸都市こもろ（小諸版ウエルネス・シティ）」のまちづくりの考え方にも通ずるものと思います。

高齢期を迎える方々にとって、できるだけ長い期間を健康に過ごし、そして、自分らしく人生を送れることは、誰もが願うところであろうと思います。

ここに、計画の策定にあたり、ご意見やご助言をいただきました「小諸市高齢者福祉事業及び介護保険事業等運営協議会」委員をはじめ、関係者の皆様に、あらためて感謝を申し上げます。

令和6年3月

はじめに

1. 計画策定の趣旨

小諸市は、平成 18 年 3 月に策定した「第 4 期高齢者福祉計画・第 3 期介護保険事業計画」以降、団塊世代*が 65 歳以上高齢者となる平成 27 年、及びその世代が 75 歳以上高齢者（後期高齢者）となる 2025 年（令和 7 年）を見据えた中長期的な視点で、地域包括ケアシステム*（イメージ図：75 ページ）の構築を柱に「自分らしく豊かに安心して暮らせる地域」を目指して事業を推進してきました。

2025 年（令和 7 年）が近づく中で、更にその先を展望すると、団塊ジュニア世代*が 65 歳以上となる 2040 年（令和 22 年）に向け、総人口・現役世代人口が減少する中で高齢者人口がピークを迎え、介護ニーズの高い 85 歳以上人口の急速な増加が見込まれています。また、高齢者の単身世帯や高齢者夫婦のみの世帯の増加、認知症の人の増加も見込まれるなど、介護サービス需要が更に増加・多様化することが想定される一方、現役世代の減少が顕著となることから、介護サービス基盤、人的基盤の整備を進める必要があります。

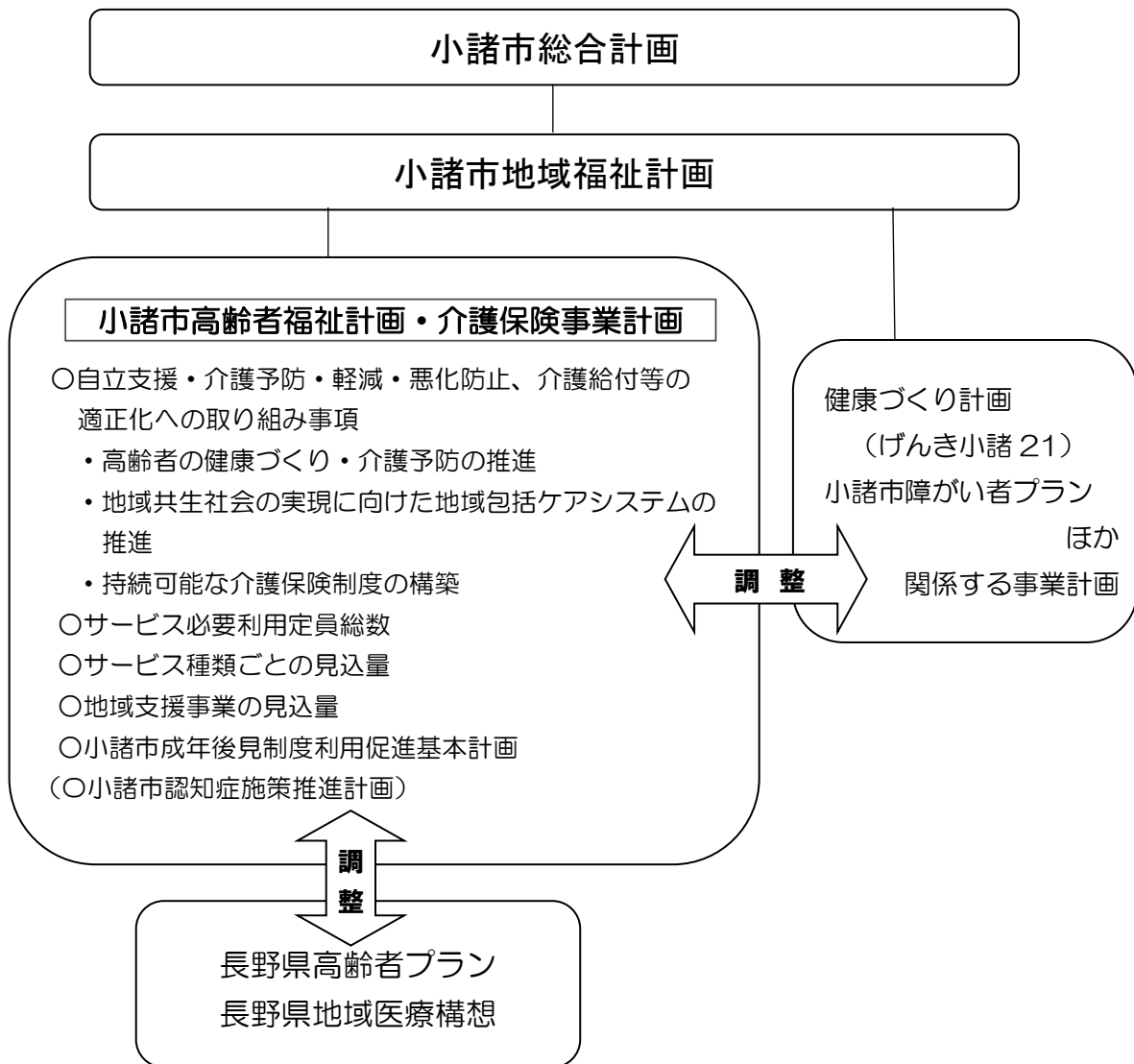
こうした状況を踏まえ、今回、新たに策定した令和 6 年度から令和 8 年度までの 3 年を計画期間とする「第 10 期高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画」では、団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）、団塊ジュニア世代が高齢者（65 歳以上）となる 2040 年（令和 22 年）を見据えた目標を立て、今後の施策の展開における課題を明らかにし、計画を定め推進を図るものです。

2. 計画の性格と法的位置づけ

この計画は、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 8 に基づく「市町村老人福祉計画」および介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 117 条に基づき「市町村介護保険事業計画」として一体的に策定し、持続可能な開発目標（SDGs）*の達成に向けた取り組み等を勘案して策定した「小諸市総合計画」・「小諸市地域福祉計画」の分野別計画として、高齢者の福祉および介護に関する総合的な計画となります。

また、「小諸市健康づくり計画（げんき小諸 21）」や「小諸市障がい者プラン」など、関係する事業計画との調整を図るとともに、「長野県高齢者プラン」や「長野県地域医療構想」等も踏まえて策定しています。

本計画書中、※が右肩についた語句は、特に専門的であったり、わかりにくい用語のため、61～66 ページの用語集で説明をしています。



○ SDGs との関連性（小諸市総合計画 第 11 次基本計画より抜粋）

持続可能な開発目標（SDGs）とは、2015年9月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された2016年から2030年までの国際目標です。持続可能な世界を実現するための17のゴール・169のターゲットから構成され、「地球上の誰一人として取り残さない（leave no one behind）」ことを宣言しています。SDGsは発展途上国のみならず、先進国自身が取り組むユニバーサル（普遍的）なものであり、わが国においても2016年5月に「持続可能な開発目標（SDGs）推進本部」を設置し、同年12月に「持続可能な開発目標（SDGs）実施指針」の策定を行い、積極的にSDGsに取り組んでいます。

SDGsの理念は国だけが実施すべきものではなく、自治体や民間企業においても力を注ぐことにより最大限の効果を発揮することとされています。

小諸市の第 11 次基本計画においては、SDGs の 17 のゴールと 169 のターゲットを意識した市政運営を行っていくことで、持続可能なまちづくりを目指します。また、各施策においては、主な目指すべきゴールを掲げるとともに、SDGs の推進に向けた取り組みとして、どのように 17 のゴールに向かって事業を展開していくのか記載しています。

◆第 11 次基本計画【政策 3：健康・福祉】

【政策 3-3】高齢者が住み慣れた地域で、安心して生き生きと暮らせる地域づくりを推進します
 ＊SDGs の推進に向けた取り組み

ゴール 3 「すべての人に健康と福祉を」

高齢者の生きがいづくりのための支援や介護予防事業の実施により、健康な高齢者を増やす。

ゴール 11 「住み続けられるまちづくりを」

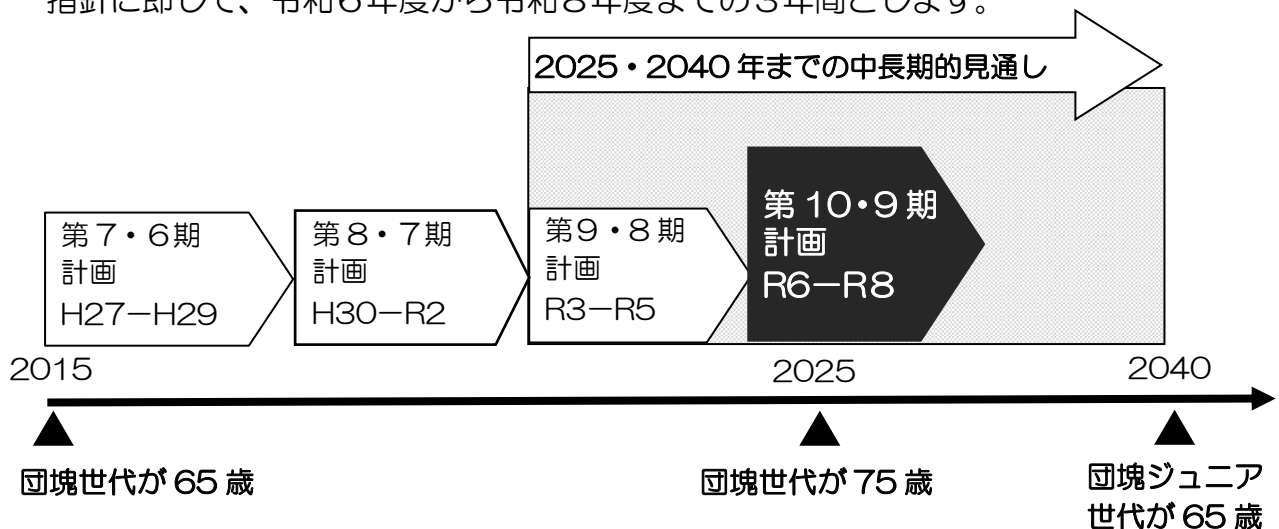
在宅医療・介護の連携、支援を必要とする高齢者及び認知症高齢者やその家族の支援などの
 支え合う地域づくりを推進し、住み慣れた地域で安心して暮らせる体制を整備する。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



3. 計画の期間

本計画は、2025年（令和7年）及び2040年（令和22年）を見据え、国の基本指針に即して、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。



4. 計画の策定体制

(1) 小諸市高齢者福祉事業及び介護保険事業等運営協議会

計画の策定にあたっては、広く市民の意見を聞くために、保健・医療・介護・福祉関係者、各種団体代表者、その他識見を有する市民により構成される「小諸市高齢者

福祉事業及び介護保険事業等運営協議会」において、各分野からの意見・要望を聴取し策定しました。

(2) 高齢者実態調査*

①概要

この調査は、長野県と保険者（市町村等）が協力し、高齢者の生活実態や介護サービス利用の実情・意向を把握し、介護保険事業計画や介護保険事業支援計画策定などの基礎資料とするため、令和4年度に「小諸市高齢者等実態調査」として実施しました。

②調査期間及び調査方法

小諸市における調査は、令和4年11月30日から令和4年12月19日の間、郵送により実施しました。

③調査対象、回収状況

対 象	調査実施数	有効回答数 (回収率)
居宅の要介護・要支援の認定を受けている被保険者（第2号被保険者を含む）およびその介護者	1,174人	679人 (57.8%)
居宅の要介護・要支援認定を受けていない高齢者のうち、地区・性別・年齢階層を考慮し無作為抽出した者	500人	354人 (70.8%)

④調査結果

調査結果は別冊で閲覧に供するほか市ホームページに掲載します。

(3) パブリックコメント

本計画の策定にあたり、広く市民の皆さんから意見をいただくために、素案の時点で、パブリックコメントを実施しました。

(実施期間：令和6年1月11日～2月9日)

5. 計画の進捗管理

本計画に基づく事業を円滑に推進していくためには、計画の進捗状況の点検等を定期的に行うとともに、市民の意見を反映させることが重要です。そのため、「小諸市高齢者福祉事業及び介護保険事業等運営協議会」において事業の実施状況等の評価を行い、計画の適正な推進に努めていきます。

第 I 章 計画の基本的な方向

本計画期間中に団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）を迎えます。さらに団塊ジュニア世代（昭和 46 年から 49 年生まれ）が 65 歳以上となり高齢者人口がピークを迎える 2040 年（令和 22 年）を見通すと、85 歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、現役世代の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が課題です。

こうした状況を踏まえ、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みを踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域包括ケアシステムの推進や、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保と介護現場の生産性の向上に取り組めます。

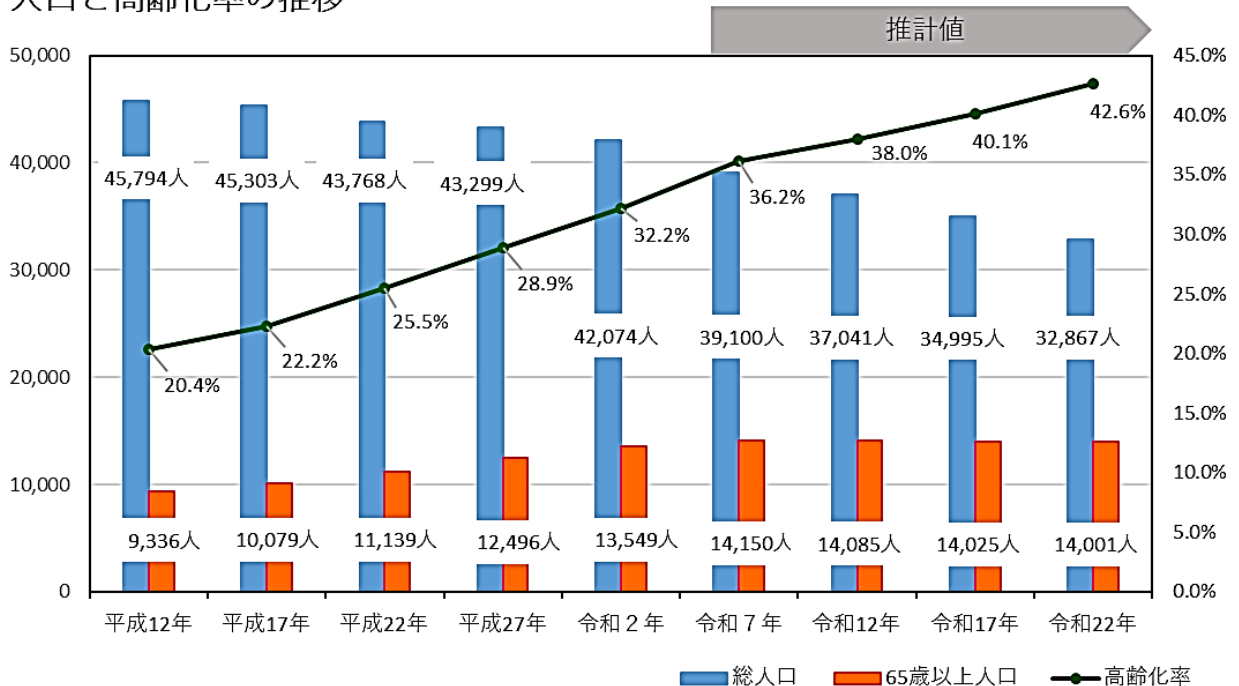
1. 小諸市の状況

(1) 高齢者の状況

①人口の推移と推計

人口は、平成 12 年をピークに緩やかな減少傾向で推移しています。一方、65 歳以上の高齢者は増加傾向で推移していきませんが、令和 7 年頃からは、ほぼ同じ水準で推移したあと令和 22 年頃からは減少に転じると推測されます。ただし、高齢化率については増加傾向のまま推移していくものと考えられます。

人口と高齢化率の推移



出典：平成 12 年～令和 2 年：小諸市の人口統計（年度当初）

令和 7 年以降：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（令和 5（2023）年推計）」

②人口構造の推移と推計

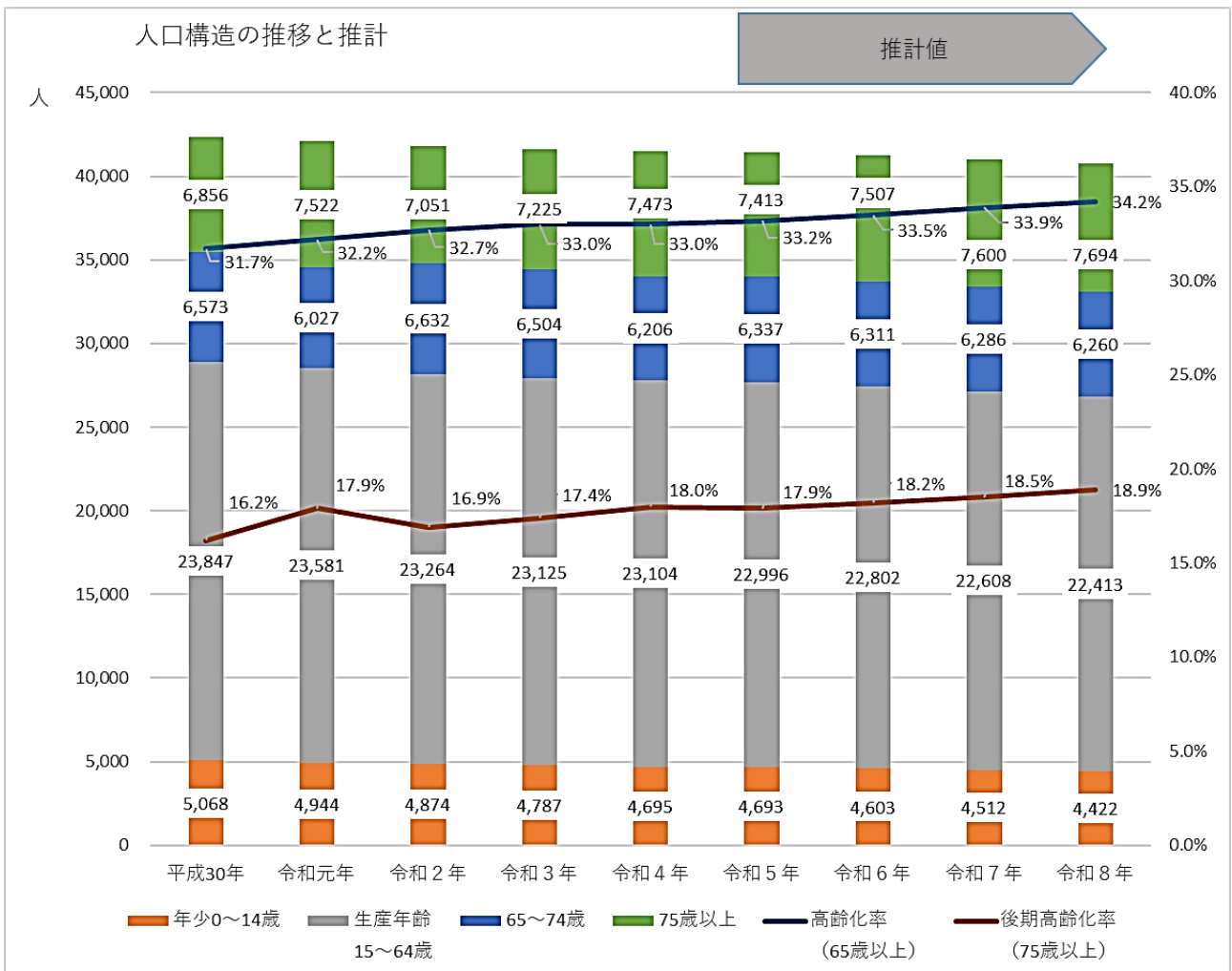
生産年齢人口（15歳～64歳）の構成比は、平成30年には56.3%でしたが、令和4年には55.7%となりました。令和8年には54.9%と推測されます。一方65歳以上の高齢者は、平成30年の31.7%から令和8年には34.2%まで増加すると推計されます。75歳以上の後期高齢者は、今期においては1%程度増加するものと推計されます。

人口構造の推移と推計（単位：人）

計画期別	実績					推計値			
	第8・7期		第9・8期			第10・9期			
年度	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
総数	42,344	42,074	41,821	41,641	41,478	41,439	41,222	41,006	40,789
年少0～14歳	5,068	4,944	4,874	4,787	4,695	4,693	4,603	4,512	4,422
生産年齢 15～64歳	23,847	23,581	23,264	23,125	23,104	22,996	22,802	22,608	22,413
65歳以上	13,429	13,549	13,683	13,729	13,679	13,750	13,818	13,886	13,954
65～74歳	6,573	6,027	6,632	6,504	6,206	6,337	6,311	6,286	6,260
75歳以上	6,856	7,522	7,051	7,225	7,473	7,413	7,507	7,600	7,694
高齢化率 (65歳以上)	31.7%	32.2%	32.7%	33.0%	33.0%	33.2%	33.5%	33.9%	34.2%
後期高齢化率 (75歳以上)	16.2%	17.9%	16.9%	17.4%	18.0%	17.9%	18.2%	18.5%	18.9%

平成30年度から令和4年度までは各年度末時点の住民基本台帳の人口集計による。

令和5年度以降は前述の人口集計の推移経過から仮定した増減を勘案して推計



(2) 日常生活圏域*の設定

日常生活圏域は、市町村介護保険事業計画において、住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情、その他社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して設定するものです。

国は「概ね30分以内にサービスが提供される範囲」としており、本市では、第6期介護保険事業計画までは日常生活圏域は1つとしてきました。第7期介護保険事業計画において日常生活圏域を10地区に分割することを模索したものの、日常生活圏域の分割に合わせた地域包括支援センターの増設が困難な状況を鑑み、第8期介護保険事業計画では1圏域とすることとしました。第9期介護保険事業計画においても、本市の日常生活圏域は現実的に1圏域が妥当といえる状況であることから、日常生活圏域の設定は、従来どおり1圏域とします。

2. 計画の基本理念

私かわたしらしく豊かに安心して暮らせる地域をめざして

これまでも可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築実現に取り組んできました。

本計画においても地域包括ケアシステムの構築を推進し、誰もが個人としての尊厳が尊重され、加齢等に伴う生活上の困難があっても、住み慣れた地域で、住み慣れた環境の下で自分らしく生活ができる、支え合う地域づくりを引き続き継承します。さらに「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と資源が世代や分野を超えてつながり、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を創っていく社会を目指します。

3. 計画の基本目標

団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年度）を迎え、その先、いわゆる団塊ジュニアが65歳以上となり高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズがさらに増加し、現役世代が急減する2040年（令和22年度）を見据え、計画の基本理念を実現するため、市が目指すべき姿を、国の基本指針等を踏まえ計画の基本目標とします。

基本目標1 高齢者の健康づくり・介護予防の推進

今後ますます少子高齢化がすすむ中、社会の活力を維持・向上していくためには、意欲のある高齢者が社会での役割を持って活躍できるよう、高齢者の健康づくり・介護予防を推進し健康寿命の延伸を図ることと、高齢者が活躍するための多様な就労・社会参加ができる環境整備が必要です。介護予防は単に個人の運動機能や栄養状態などの改善だけを目指すものではなく、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現のための手段として、生活の質の向上を目指します。高齢者がますます元気になることにより、地域主体の通いの場などへの参加を通じて地域とつながり、地域の中で役割を持つなど、高齢者の社会参加を推進します。

また、認知症は誰もがなりうる身近なものとしてとらえ、生活上の困難が生じた場合でも重症化を予防しつつ、認知症の人を含めた市民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重し、周囲や地域の理解と協力のもと支え合いながら、認知症があってもなくても同じ社会に生きる人として尊厳と希望をもって、本人が住み慣れた地域の中で自分らしく暮らし続ける社会を目指します。

基本目標2 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの推進

高齢者の地域での生活を支える「地域包括ケアシステム」の推進は、地域共生社会^{*}（高齢者介護、障がい福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる社会）の実現に向けた中核的な基盤となります。

地域包括ケアシステムの実現のためには、自助（健康づくり・介護予防）、互助（家族・親戚・地域の支えあい）、共助（医療や介護保険の利用）、公助（生活困窮者に対する行政サービスなど）の考えに基づき、それぞれが一体となって地域全体で取り組むことが必要です。身近な地域で必要な医療・介護が適切に受けられることはもとより、地域の助け合い・「互助」が地域の高齢者の暮らしを支えます。そのために、地域にすでにある「互助」を見つけ、はぐくむこと、生活支援コーディネーター^{*}の機能や地域住民の力を活用して、新たな「互助」を生み出し育てていきます。

また、地域包括ケアシステムの中心的役割を果たすのが地域包括支援センターです。

地域包括ケアシステムを有効に機能させるために、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等が、その専門知識を生かし、個別のサービスのコーディネートにとどまらず、地域住民とともに地域のネットワークの構築を進める地域の中核機関として活躍します。地域包括支援センターの役割が遂行できるよう、また高齢者の増加に伴い今後ますます相談対応が増えることが見込まれるため、地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備に取り組みます。

さらに、社会的孤立、生きる上での困難・生きづらさはあるが既存の制度の対象となりにくいケース（いわゆる8050問題）やダブルケア、ヤングケアラーなど個人や世帯が複数の課題を抱える方も少なくありません。庁内各課、地域包括支援センター、社会福祉協議会、こども家庭センター、障害者相談支援センター、その他関係機関と連携し、属性を問わない相談支援ができる体制づくりを検討します。

基本目標3 持続可能な介護保険制度の構築

地域包括ケアシステムの推進にあたり、地域における包括的なサービスのひとつとして介護保険サービスの供給体制が整っていることが不可欠です。高齢者が要介護状態となることへの予防または要介護状態の軽減もしくは悪化の防止について引き続き取り組むとともに、適正な介護給付に努め、高齢化が急速に進んでも健全で持続可能な介護保険制度の運営に努めます。

しかしながら、介護分野における人材不足は深刻であり、2025年以降、担い手となる現役世代の減少が顕著になることを見据え、介護保険事業所と連携しながら人材不足、利用者の動向など実情を把握し、介護現場の生産性の向上につながる介護ロボットやICT^{*}の活用について情報提供を行うとともに、地域の高齢者介護を支える多様な人材確保と質の向上を図り、地域包括ケアシステムを支える介護保険制度を守ります。

また、地域共生社会の実現の観点からも、多様な主体によるサービスを含めた介護予防・日常生活支援総合事業の検討を行い、高齢者の地域における生活課題解決と併せ検討していきます。

4. 計画の基本体系

【基本理念】

【基本目標】

【施策】

私がわたしらしく豊かに安心して暮らせる地域をめざして	1. 高齢者の健康づくり・介護予防の推進	1-1 介護予防事業の推進
		1-2 認知症施策の推進
	2. 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの推進	2-1 自立した在宅生活への支援
		2-2 社会参加・地域づくりの担い手確保の推進
		2-3 在宅医療・介護連携の推進
		2-4 権利擁護の取り組みの強化
		2-5 地域で支え合う災害対策
	3. 持続可能な介護保険制度の構築	3-1 介護人材の確保及び業務効率化の推進
		3-2 介護保険サービスの質の向上及び適正利用の推進
		3-3 総合事業・多様なサービスの推進

第Ⅱ章 具体的な施策の展開

1. 高齢者の健康づくり・介護予防の推進

(1) 介護予防事業の推進

介護予防は、高齢者が介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものです。

地域支援事業を推進し、高齢者が自立した日常生活を営むことができるよう、個人へのハイリスクアプローチだけでなく地域全体への働きかけにより、地域全体の健康づくりの推進及び高齢者の活躍できる居場所づくり等、本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた地域づくりへの取り組みを進めていくこととされています。

高齢者、その中でも特に後期高齢者は、複数疾患の合併及び生活習慣病の重症化のみならず、加齢に伴い心身機能が低下するフレイル（虚弱）*やサルコペニア*、認知症等の幅広い範囲で健康上の不安が大きくなります。こうした不安を取り除き、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間（健康寿命）の延伸を図るためには、疾病の早期発見や重症化予防及びフレイル予防に取り組む必要があります。このような必要性を踏まえ、高齢者の心身の課題に応じたきめ細かな支援を行う観点から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業が開始され、複数の医療専門職による個別アプローチと地域の通いの場等の集団に働きかけるポピュレーションアプローチにより、疾病の重症化予防と併せて介護予防の取り組みを展開しています。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 高齢者の健康維持、介護予防のため地域の通いの場の活動は重要であることから、地域における高齢者の通いの場の拡大に向けて取り組み、社会福祉協議会と連携して開催頻度が増加しました。

事業名	年度	回数	延べ参加者数	開催区数
健康達人区らぶ*実績	令和3年度	257回	3,220人	56区
	令和4年度	339回	4,229人	60区
介護予防地域交流事業*実績	令和3年度	428回	5,753人	62区
	令和4年度	543回	7,328人	63区

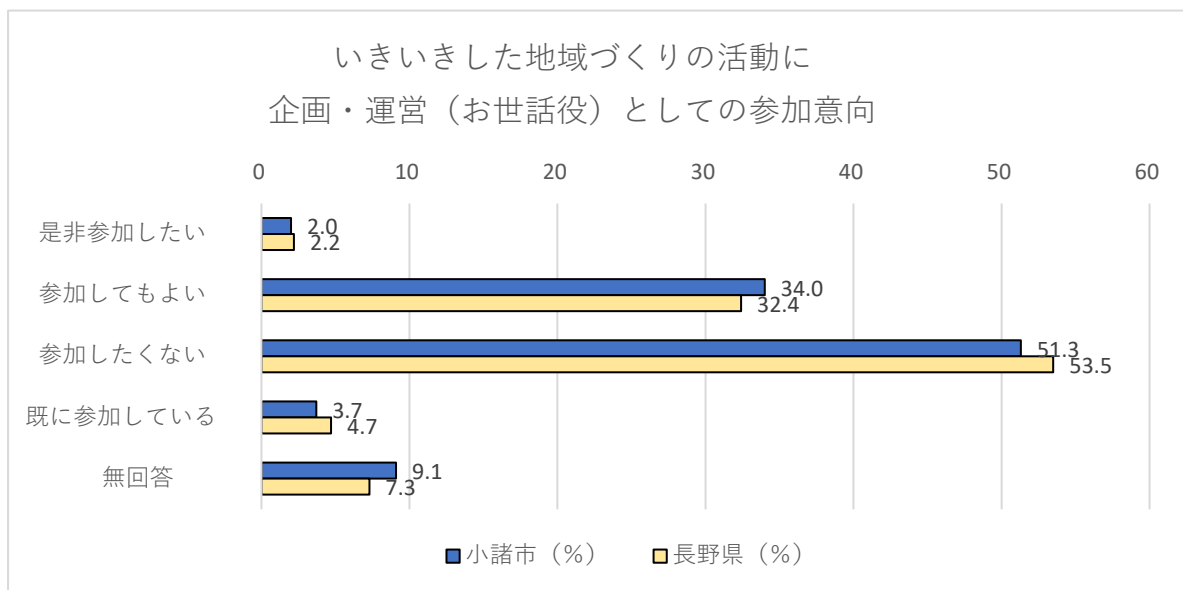
- 令和2年度からの新型コロナウイルス感染症の影響で開催頻度が減少しましたが、令和4年度からは感染対策を講じながら徐々に開催する地区が増加し、令和5年度はほとんどの地区で開催ができました。
- 地域の通いの場の担い手の育成として開催した「介護予防ささえ愛サポーター研修」では、新型コロナウイルス感染症対策のため令和4年度は講義形式のみの開催でしたが、令和5年度は地域で実践ができるようグループワークや実践研修を取り入れました。また、通所型サービスB*事業が立ち上がり、継続運営のサポートや、参加者の拡充のためサービス対象者へ参加を促しました。
- 後期高齢者の健診受診率向上を目指し、令和4年度から75～79歳で健診未申込の方に受診券を発送し、健診受診率が向上しました（令和3年度：14.0%→令和4年度21.3%）。
- 令和3年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組み、後期高齢者健診等の結果から、受診勧奨判定がある者及び質問票にてフレイルのおそ

れがある者を対象に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、理学療法士の訪問による保健指導を行いました。令和4年度においては、口腔機能についてはすべての項目で改善が見られましたが、低栄養に関しては体重増加等改善した者は少ない状況でした。併せて地域の通いの場における集団健康教育や体力測定を実施し、重症化予防と介護予防の必要性を啓発しました。また、個別に健康状況を確認し、必要に応じて地域包括支援センター等と情報を共有し継続的な支援を実施しました。

- フレイル予防、運動、認知症予防等、高齢期の健康づくりや健康維持に役立つ介護予防教室を開催しました。
- 介護予防や自立支援に向けてリハビリテーション専門職と連携し、出前講座*や訪問事業等を展開しました。また、運動器の機能向上プログラムを短期集中的に実施する通所型サービスC*事業を実施し、参加者の心身の機能の向上が見られました。参加者に対し地域ケア個別会議*を開催し、通所型サービスC事業終了後の暮らしの意向や生活目標に合わせた情報提供、運動継続のための施設等の紹介等を行いました。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で、自粛した生活による心身機能の低下が懸念されたため、家でできるフレイル予防についての動画を制作し、コミュニティテレビこもろでの放映やDVDを制作しました。
- 運動習慣の定着と社会参加を促すため、運動ができる施設の紹介や、こもろ健幸マイレージアプリ*について、介護予防教室等で周知しました。

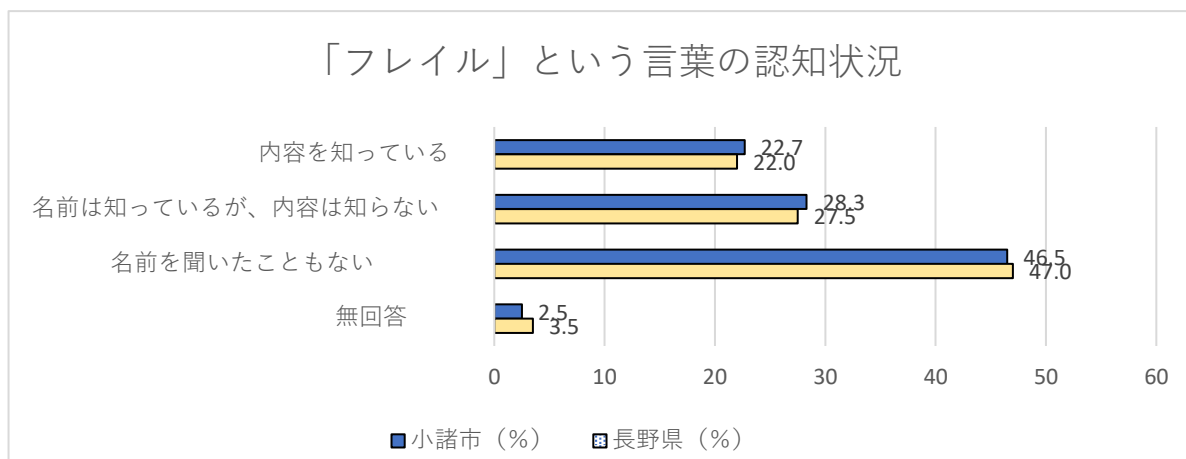
<課題>

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、地域の通いの場の開催回数、参加延べ人数はコロナ禍前の状況には至っていません。社会（地域）とのつながりがフレイル予防に効果があることを更に周知していく必要があります。また、実施回数などは地区によって差がみられます。健康達人区らぶの未開催区では高齢者を対象とした活動自体が少なく、通いの場の継続または回数を増加することが難しいため、区の実情を考慮しながら取り組む必要があります。支え手、受け手の役割を超えた高齢者の地域参加が重要であり、地域づくりの担い手の確保等、引き続きの課題として取り組む必要があります。参加意欲のある高齢者に対し、社会参加できる場・組織・機会など必要な情報を提供する必要があります。



出典：高齢者実態調査（元気高齢者）

- フレイルについての認知度が低い状況にあります。健康寿命の延伸のためにはフレイル予防が不可欠であり、引き続きフレイルについて啓発していく必要があります。



出典：高齢者実態調査（元気高齢者）

- 介護予防、認知症予防、医療費の削減のために、高齢期になっても生活習慣病の重症化予防が重要です。また、より多くの方にアプローチできるよう健診受診率の向上が必要です。定期受診中の方の中には主治医への信頼が強く、保健指導を不要と考える方もおり、フレイルへの指導をきっかけとした幅広い保健指導によるアプローチが必要です。
- 令和5年度に実施した基本チェックリスト*の結果では、プレフレイル*またはフレイルに該当した方が76歳で39.3%、78歳で45.1%、80歳で45.2%でした。これらの結果から、心身の衰えや変化を自覚せず、日常生活を送られている方もいると考えられるため、早めに気づき対処できるよう関わっていく必要があります。

76歳基本チェックリストの結果 回答数 379人 回答率 57.5% (令和5年度)

25項目中の該当数	人数	割合
4～7 (プレフレイル)	94	24.8%
8以上 (フレイル)	55	14.5%

78歳基本チェックリストの結果 回答数 224人 回答率 60.7% (令和5年度)

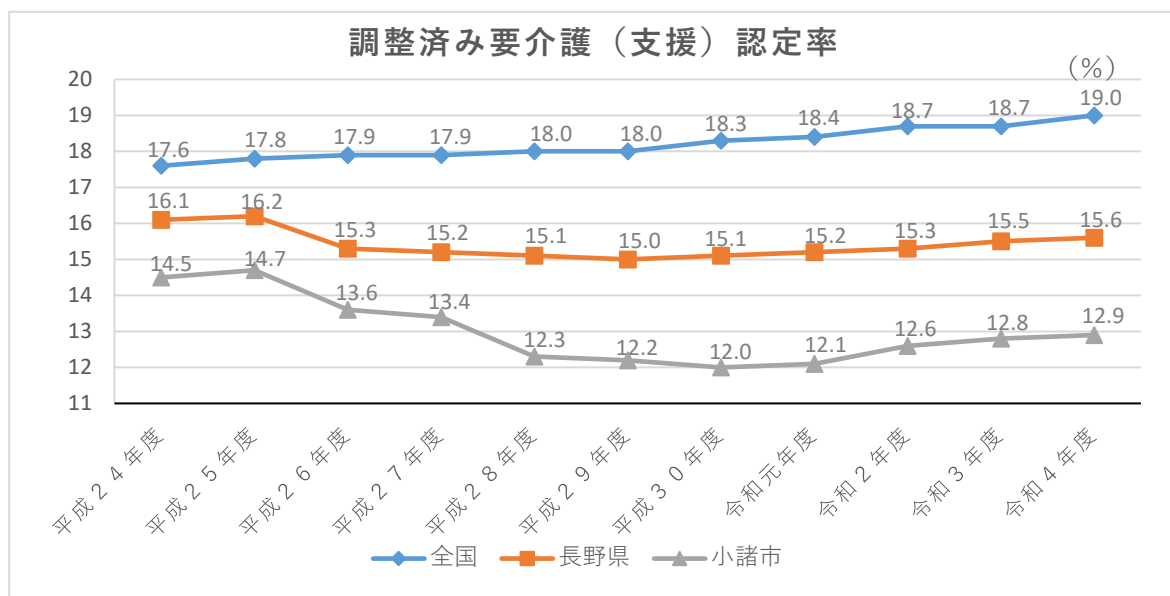
25項目中の該当数	人数	割合
4～7 (プレフレイル)	73	32.6%
8以上 (フレイル)	28	12.5%

80歳基本チェックリストの結果 回答数 281人 回答率 61.0% (令和5年度)

25項目中の該当数	人数	割合
4～7 (プレフレイル)	69	24.6%
8以上 (フレイル)	58	20.6%

- 令和4年度の介護保険認定率（調整済み[※]）は12.9%と低く抑えられており、介護予防事業や地域の介護予防活動への参加、自助や互助で支える地域づくり等の一定の成果であると考えられます。

後期高齢者医療一人当たりの医療費は低い状況ですが、外来、入院とも「脳血管疾患」、「がん」、「肺疾患」、「慢性腎臓病（透析あり）」、「糖尿病」の占める割合が高い状況です。重症化が防げる疾患である「高血圧」、「糖尿病」、「慢性腎臓病」に対するアプローチが必要です。そのため、75歳以降も継続して健診を定期的を受診し、後期高齢者医療費の上位を占める生活習慣病の重症化を防いでいく必要があります。



出典：厚生労働省（見える化システム）

- 介護保険の新規申請に至る主な原因調査結果（令和4年度）では、申請時の平均年齢（65歳以上）が男性82.1歳、女性84.8歳となっていますが、健康寿命を延ばし認定を受ける年齢をさらに先延ばしにしていく必要があります。

申請原因の1位は「認知症」で令和元年度から変わりませんでした。2位「骨折・骨粗鬆症」、3位「高齢による衰弱」（令和元年度）から、2位「高齢による衰弱」、3位「がん」（令和4年度）となりました。性別での主な原因は、男性1位「認知症」、2位「高齢による衰弱」、3位「脳血管疾患」、女性1位「認知症」、2位「高齢による衰弱」、3位「がん」の順でした。脳血管疾患やがんなどの生活習慣病と関連がある疾患もあり、引き続き壮年期及び前期高齢者から周知・啓発をし、健康づくりを推進していく必要があります。

併せて、介護保険申請の約4割の原因を占める虚弱に関連した状態（「骨折・転倒・骨粗鬆症」、「高齢による衰弱」、「関節疾患」）から要介護状態への移行を防ぎ、予防していくことも課題です。フレイルのリスクがある方に対して栄養、口腔機能、身体機能、社会性や心理面などに対して複合的に支援をし、在宅で自立した生活を送ることができるよう支援するため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施をより効果的に進めていく必要があります。

- 地域づくりの取り組みは、介護予防の取り組みと重なる部分も多く、介護予防に資する多様な通いの場や地域資源について把握するとともに、高齢期になっても活躍できる場の創出などの地域づくりも大切です。

◆ 今後の取り組みの方向性

- ポピュレーションアプローチ（リスクの改善に向け、集団全体に働きかける取り組み）
 - ・ 社会参加の促進に必要な地域の通いの場を継続して活動できるよう運営を支援します。また、地域づくりも含めた介護予防活動について学ぶ研修会を引き続き開催します。
 - ・ 高齢期になっても活躍できる場の創出について検討や、社会参加・地域づくりへの参画を促進する仕組みづくりを進めます。
 - ・ 引き続き、地域の通いの場へ専門職が出向き、高齢者の健康づくりやフレイル予防に関する健康教育を実施すると共に、握力や口腔機能等のチェックをしてフレイル状態を確認し、自身の心身の変化に気づく機会となるように、健康状態に合わせた生活について助言します。
 - ・ 広報やチラシ等でフレイル予防、健診受診勧奨、介護予防のための各種教室に関する情報提供を行います。
- ハイリスクアプローチ（高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処する取り組み）
 - ・ 後期高齢者健診等の結果および高齢者の質問票を活用し、フレイル状態にある方及び生活習慣病の重症化リスクのある方へ個別に保健指導を行います。また、後期高齢期においても健診受診や定期受診の勧奨を行います。
 - ・ 基本チェックリストを活用し、本人の生活状況や必要性に応じて介護予防サービス（通所型サービスB・C事業）へつなげます。
 - ・ 個別の生活意向に応じて社会資源（介護予防教室、地域活動、公民館活動等）の情報を提供し、活用を進めます。
 - ・ 身体機能の低下があっても、その人の生活にあった体の動かし方や、体力、筋力の維持向上ができるようリハビリテーション専門職と連携し、その人が自立した生活を送れるよう支援します。

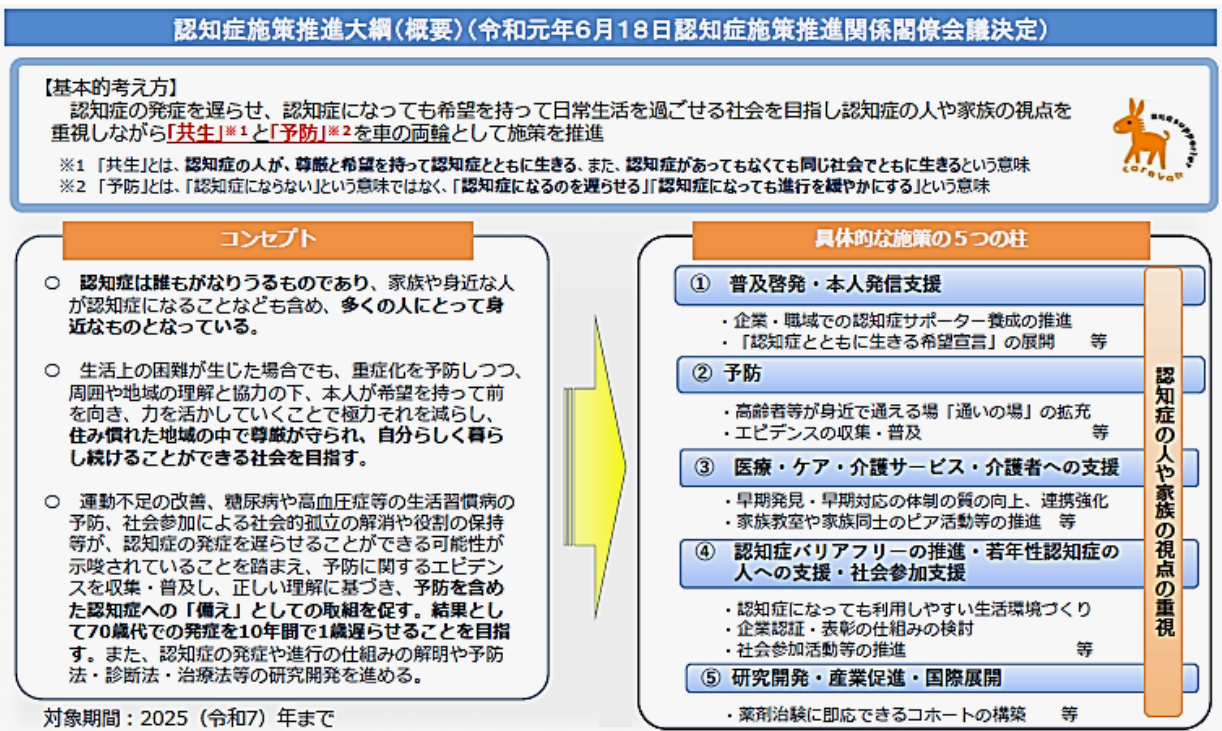
◆ 主な事業

- ・ 地域における通いの場への支援
健康達人区らぶ、介護予防地域交流事業（介護予防教室、サロン、給食会、世代間交流等）
- ・ 介護予防教室（市が開催する教室、出前講座等）
- ・ 介護予防人材育成事業（介護予防ささえ愛サポーター研修）※
- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
（フレイル予防と生活習慣病および重症化予防のための保健指導）
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業
- ・ 介護予防把握事業※（支援を必要とする人の把握）
- ・ 介護予防事業評価事業（介護予防事業の評価）

(2) 認知症施策の推進

2025年には、認知症高齢者の方の数は約700万人、65歳以上の約5人に1人に達すると言われていています。このように認知症は誰もがなりうるものであり、多くの人にとって身近なものになっています。こうした中、認知症の方を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の方が認知症と共によりよく生きていくことができるよう、認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の中で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく2015年1月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」が策定され、取り組みを進めてきました。

令和元年6月には、認知症施策推進大綱が示され、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の方や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくこととなりました。この「共生」とは、「認知症と共に生きる、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」という意味です。また「予防」とは、「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」という意味です。



出典：厚生労働省資料

令和5年6月には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が公布されました。認知症の方が尊厳を保持しつつ、希望をもって暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進して共生社会の実現を推進することを目的としています。共生社会の実現と推進に向け、7つの基本理念、8つの基本的施策を踏まえ取り組みを進めます。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

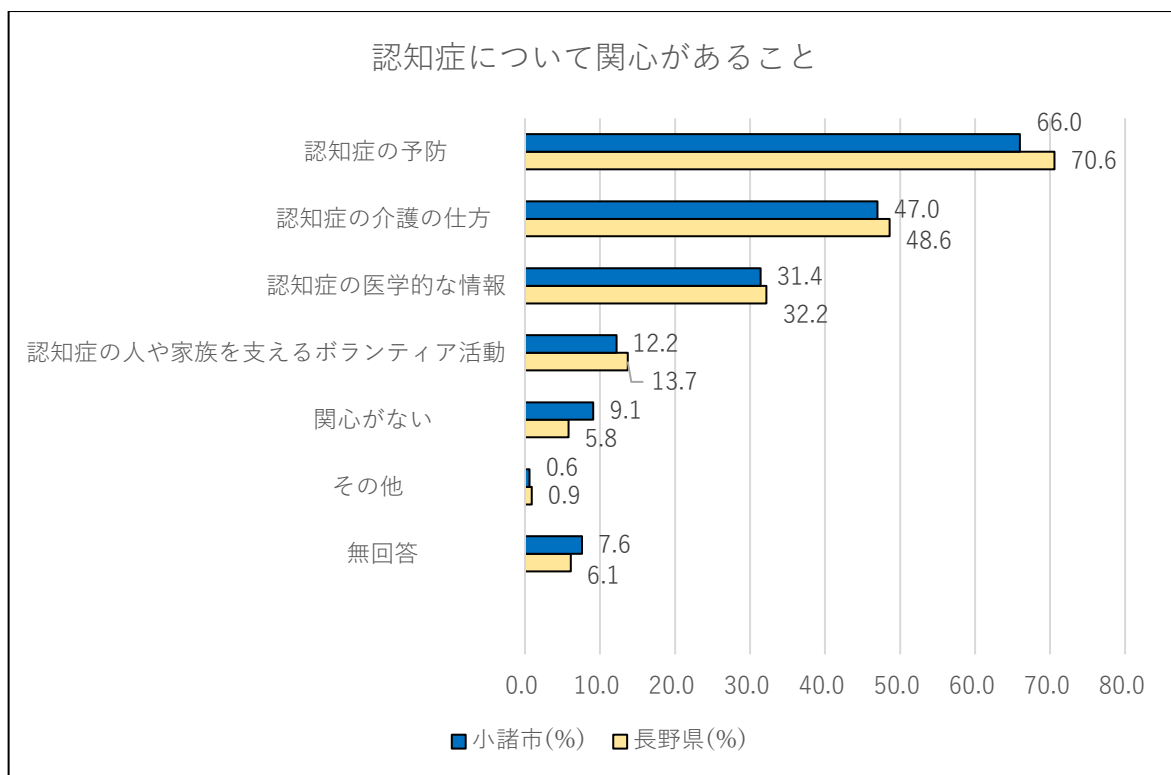
- 認知症の方が“自分らしさの花”を咲かせられることを目指し、①認知症の正しい理解についての普及啓発②認知症の発症を遅らせるための教室等開催（予防）③医療・介護サービス・介護者への支援④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の方への支援等に取り組みました。
- 相談支援に携わる支援者が、認知症の方とその家族に対し、認知症の理解を深め、サービスが切れ目なく提供されるよう「小諸市認知症ガイドブック」や「小諸市認知症ケアパス*第2版」の活用を促しました。併せて、使用状況の確認や活用時のポイントや認知症の方への支援において大切な視点を確認しました。
- 小諸市キャラバン・メイト*と連携し、認知症の理解を深め、認知症の方への対応や相談先、相談のタイミングやポイントを啓発するための動画やポスターを作成し、コミュニティテレビこもろでの放映、認知症サポーター養成講座*で使用するなど啓発しました。
- 広く認知症の理解を深めるため「認知症市民公開講座」を開催しました。令和4年度は「認知症と間違われやすい高齢者のうつ病について」を開催し、64名が参加しました。令和5年度は「若年性認知症と就労」を開催し、若年性認知症の周知と相談支援、就労について啓発しました。
- 脳いきいき教室においては、市内認知症サポート医*の協力を得て、令和3年度1回、令和4年度と令和5年度に2回ずつ、認知症の症状、予防、診断、治療家族の対応等について講演会を開催しました。また、認知症の病態・症状に関する内容に限らず高齢者の日常生活全般に役立つ内容や、職員が、運動と認知課題（計算やしりとりなど）を組み合わせた認知症予防を目的としたコグニサイズの実施・指導資格を取得して、メニューに取り入れました。
- 認知症サポーター養成講座を民生・児童委員や高齢者見守り事業所*を対象として実施したほか、出前講座として地域での開催、9月のアルツハイマー月間に併せ市民対象の講座を開催し、認知症に対する正しい知識や具体的な対応方法等を伝え、地域の中での理解者を増やすことができました（令和5年度末時点の認知症サポーター*は3,138名）。
- 認知症の方やその家族に早期に関わり支援体制を構築することを目的に、認知症初期集中支援チーム*が地域包括支援センターや医療機関等と連携して支援しました。チームでの介入の終了時には地域包括支援センターまたは介護支援専門員*に全例引継ぎを行い、継続性をもった支援ができるよう情報共有を行いました。介入実人数71名。（平成28年度～令和4年度）
- 地域の見守り体制の構築を進め、高齢者見守り事業所の登録数は令和6年3月末現在595か所となっています。見守り事業所に対し高齢者見守り通信を発刊したほか、広報やチラシで高齢者等見守り反射ステッカー*の周知を進め、申請者に対しステッカーを配付しました。
- 認知症カフェ*の利用状況や寄せられている相談内容の聞き取りを実施しました。また、各区で開催されている地域の集いの場で、認知症の方をさりげなく他の参加者が支え、参加継続できている事例を多く確認しました。
- 介護保険サービス利用に至る前の本人や介護者家族が人や場（社会的居場所）とつながり社会参加ができる取り組みについて検討するため、キャラバン・メイト連絡会にて協議した他、令和4年度に基本チェックリストから認知機能低下の項目に該当した本人、訪問指導事業にて関わった認知症高齢者を介護する家族、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員に対しアンケート調査を行いました。本人、家族の声を聴く機会の重要性を把握し、キャラバン・メイト連絡会での本人や家族

の話を聞く機会をきっかけに、令和4年度、介護者家族の会が1か所立ち上がりました。

- 認知症地域支援推進員*を高齢福祉課内に配置し、認知症初期集中支援チーム活動をはじめ、認知症施策を総合的に進めました。
- 相談支援に従事する、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員を対象とした病態の理解や、先を見通した関わり方、家族支援の視点等のスキルアップにつながる研修会を開催しました。
- 広く市民に認知症と認知症に関係する地域資源やサービス、相談先や相談のタイミングの周知を行うためのチラシを作成し、教室等様々な機会において周知を行いました。

<課題>

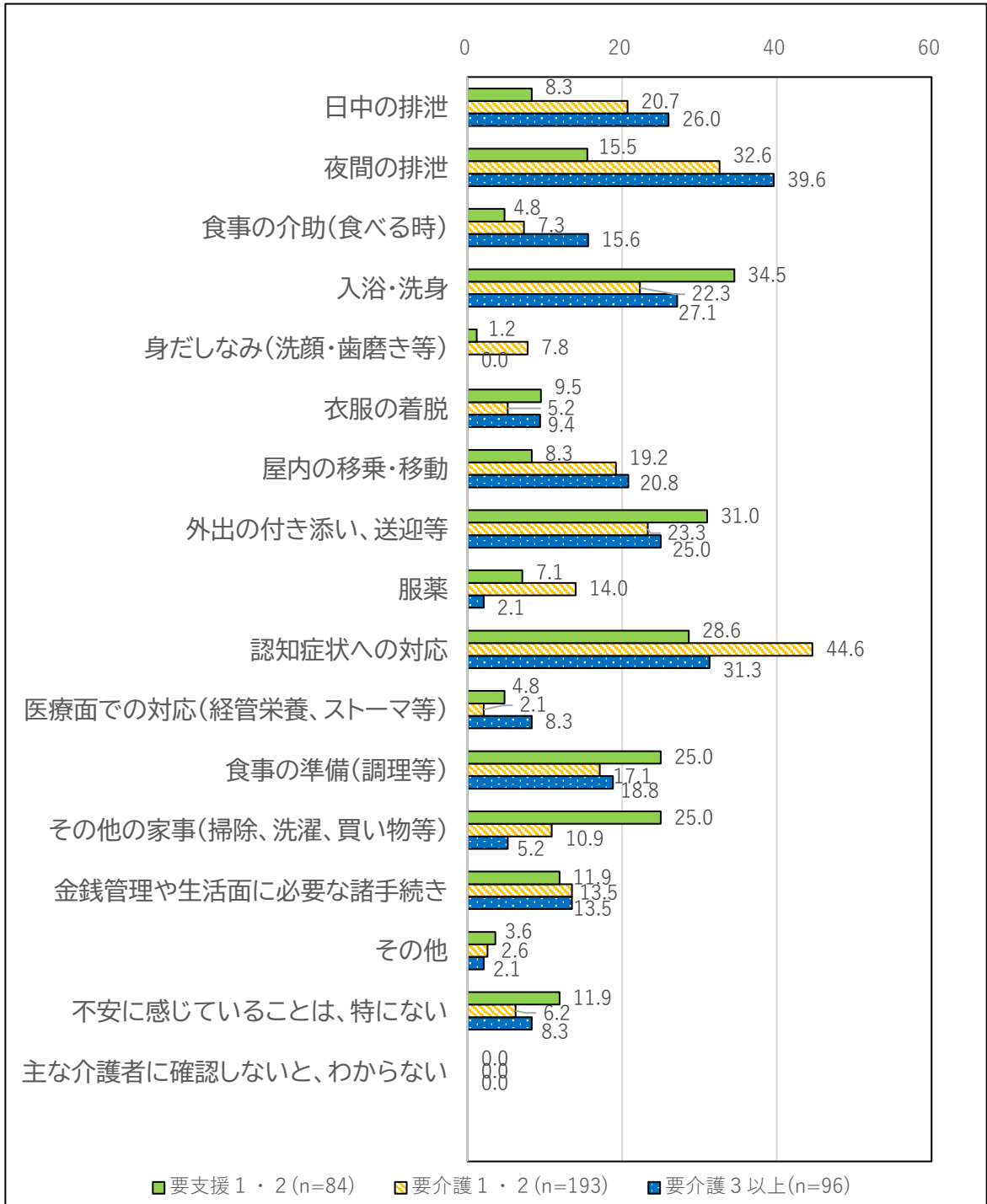
- 認知症市民公開講座では、多くの感想が寄せられ理解を深める機会となっている一方で、高齢者実態調査では、認知症について関心がない方の割合が県と比較し多いことや、市で令和4年度に独自に実施したアンケート結果から、認知症への関心がない方に向け、あらゆる機会において継続的に認知症についての基本的知識等を受動的に得られるような機会を設ける必要があります。



出典：高齢者実態調査（元気高齢者）

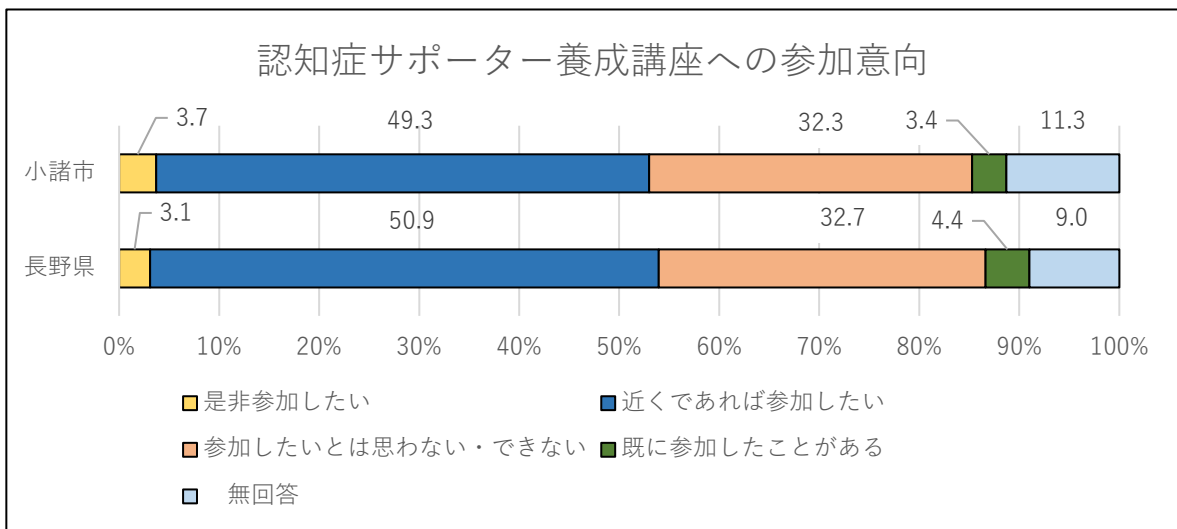
- 介護者が不安に感じる介護について、高齢者実態調査では、介護度別にみると「要介護1・2」の状態のときに「認知症状への対応」が介護不安と感じる割合が44.6%と最も高くなっています。要介護認定新規申請理由の第1位は認知症であり、認知症の方の介護サービスを利用検討している段階から、認知症状の対応方法について介護者への支援を行う必要があります。

介護者が不安に感じる介護（％）



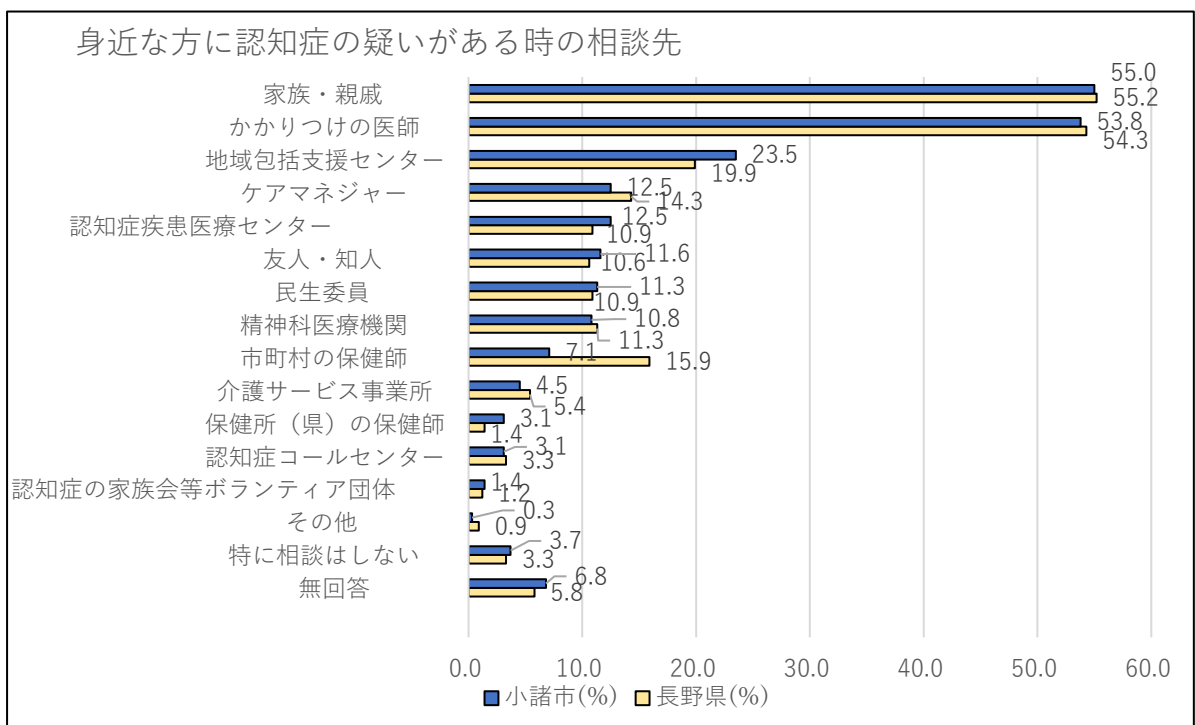
出典：高齢者実態調査

- 認知症サポーター養成講座について、高齢者実態調査では、講座への参加意向の回答で「是非参加したい」「近くであれば参加したい」が合わせて53%と参加意向があることから、認知症についての地域の理解を深めるため、引き続き取り組む必要があります。



出典：高齢者実態調査（元気高齢者）

- 認知症の方と接する家族は、家族だからこそ戸惑い、後悔、葛藤などがあります。進行度に応じた、家族の気持ちに寄り添いながら、家族の関わりや対応について支援する必要があります。また、個別性の高い介護者家族を支援する相談援助職のスキルアップを図る研修会を開催していく必要があります。
- 認知症カフェについては、カフェという形式にとらわれず、本人や家族の声を活かした身近な地域のつながりの場、人的資源と、それを必要としている認知症の方本人や介護者家族をつなぐ仕組みづくりをポイントとした小諸版チームオレンジ[※]の基盤整備が必要です。
- 認知症ケアパスの活用状況等を把握し、引き続き活用を促す必要があります。
- 高齢者実態調査では、相談先として「家族・親戚」、「かかりつけ医」にそれぞれ約半数の方が回答しています。このことから、家族や親戚、友人・知人、民生委員など身近な方が認知症の相談を受けた際に、かかりつけ医や地域包括支援センター等適切な相談先を紹介し、つなげられることが重要です。



出典：高齢者実態調査（元気高齢者）

- 早期診断、早期対応の啓発と共に、本人らしさを保ちながら、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、力を活かしていくことができるよう地域の関係機関の日頃からの有機的な連携、相談、対応を進めていく必要があります。
- 認知症サポーター、各区、民生委員、市内事業所等による地域の見守り体制づくりを引き続き進める必要があります。
- 若年性認知症を患う人数は少ないものの、本人家族のみならず社会生活への影響も大きいと考えられることから、若年性認知症についての啓発も引き続き進める必要があります。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 認知症の方に関する理解の増進等
認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるよう、引き続き認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバン・メイトと連携し、あらゆる機会において啓発媒体等使用し、広く啓発するとともに、認知症サポーター養成講座を開催します。
- 認知症の方の生活におけるバリアフリー化の推進
 - ・ 認知症の方が自立して、かつ、安心して地域で日常生活・社会生活を営むことができるよう、引き続き高齢者見守り事業所と連携し、認知症についての理解を促す啓発に取り組みます。
 - ・ 市内事業所、隣近所、商店、認知症サポーター等によるさりげない地域の見守り、高齢者等見守り反射ステッカーの利用促進等により見守り体制の構築を引き続き進めます。また、行方不明になった際に、早期発見・保護ができるよう高齢者見守り事業所の拡充を進めます。
 - ・ 認知症地域支援推進員による地域の支援機関との連携づくり、認知症ケアパスの活用、社会参加活動などの地域支援体制づくりを進めます。
- 認知症の方の社会参加の機会の確保等
 - ・ 認知症の方が生きがいや希望をもって暮らすことができるよう、本人や家族の声を活かした身近な地域のつながりの場、人的資源と、それを必要としている認知症の方本人や介護者家族をつなぐ仕組みづくりをポイントとした小諸版チームオレンジの基盤整備を進めます。
 - ・ 社会的・経済的影響の大きい、若年性認知症の方の就労等への理解を促す啓発に取り組む必要があります。
- 認知症の方の意思決定の支援^{*}及び権利利益の保護
認知症の方の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るため、本人や家族の声を積極的に聴き、設け活かすよう努めます。
- 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
 - ・ 認知症の方に対し、適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供されるよう、日常生活における支障や病状の変化など、どのような時に医療機関を受診すればよいか、地域包括支援センター等の相談機関につながる事が望ましいのか、相談先の周知と併せ、具体的に周知します。
 - ・ 認知症施策推進大綱に、「支援者はできることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要である」とあることから、研修会等を通じて支援者の対応力向上を図ります。
- 相談体制の整備等
 - ・ 認知症の方または家族等が孤立することがないように、各種相談に対し応じることができるよう、かかりつけ医や認知症サポート医と連携し、認知症が疑われる方

や認知症の方、およびその家族が適切な相談先につながれるよう支援していきます。

- 家族支援については、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームにおいて、家族の気持ちに寄り添いながら、認知症の進行度にあった対応や介護サービス等の利用など、個別に支援をしていきます。
 - 介護支援専門員等認知症の方への支援に関わる方に、本人支援や家族支援に役立つ情報を発信していきます。
- 認知症の予防等
- 運動不足の改善、生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立^{*}の解消や役割の保持等が認知症の発症を遅らせる可能性が示唆されていることを踏まえ、健康維持、介護予防に関する周知、啓発を行います。
 - 生きがいにつながる社会参加の促進など、認知症予防に資する可能性のある活動を推進します。
- 研究等の推進等
- 認知症について、国などから得られる情報の周知に努めます。

◆ 主な事業

- 認知症に関する普及・啓発、相談先の周知
- 認知症サポーター養成講座
- 支援者の対応力向上に向けた研修会
- 家族支援
- 認知症初期集中支援チームの活動
- 認知症の予防に資する可能性のある活動の推進や啓発（地域の通いの場、介護予防教室等）
- 認知症ガイド、認知症ケアパスの活用
- 社会参加できる環境づくりの支援
- 地域での見守り体制の充実
- 権利擁護の取り組み推進
- 若年性認知症に対する支援
- 認知症地域支援推進員の活動

2. 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの推進

(1) 自立した在宅生活への支援

地域では、さまざまな生活課題があり、比較的軽度なものから問題が複雑に絡み合い解決が難しい課題もあります。いずれの課題も深刻化する前に早期に発見し、あらゆる主体が参加・協働して問題解決を図る仕組み・ネットワークの充実が求められます。

また、単身又は夫婦のみの高齢者世帯、認知症の方の増加に対応し、日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な見守りや生活支援・介護予防サービスを整備していくために、生活支援コーディネーター及び協議体^{*}による地域ニーズや社会資源の把握、関係者のネットワーク化、地域づくりの担い手の育成、社会資源創出を通じ、民間企業、ボランティア、社会福祉法人等様々な機関・団体の支援、協働体制の充実・強化を図ることが必要です。

加えて、社会的孤立やいわゆる「8050問題」、ダブルケア、ヤングケアラーなど個人や世帯が複数の課題を抱えたケースなどに対し、庁内外の関係機関と連携した属性を問わない相談支援ができる体制づくりも求められています。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 高齢者の個別課題解決に向けた地域ケア個別会議を開催しました。
- 高齢者に係る地域課題解決に向けた地域ケア推進会議^{*}を開催しました。
- 生活支援体制整備事業^{*}を実施するため、引き続き市内全域を第1層日常生活圏域、市内2つの中学校区を第2層日常生活圏域とし、それぞれ1名ずつ生活支援コーディネーター（SC）を配置しました（市社会福祉協議会に委託）。令和4年度末からは、高齢者の生活ごみに関する課題に着目し、SCが中心となり、関係者による意見交換・情報共有の会議を行ったほか、高齢者へのアンケート調査も実施しました。
- 市内介護事業所、医療機関、地域住民等が参加し、顔の見える関係を築き、高齢者及び障がい者のニーズに対応した良質で総合的なサービス提供ができることを目指し、在宅サービス調整会議^{*}を開催しました。
- 高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、介護保険サービスと併せて在宅生活を支援する福祉サービスを実施しました（軽度援助事業（除雪）、日常生活用具給付事業、要介護高齢者訪問理美容サービス事業、要介護高齢者紙おむつ等給付事業、ひとり暮らし高齢者あんしんコール事業、高齢者保護措置（養護老人ホーム入所措置）等）。
- 介護者家族支援として、重度要介護高齢者介護慰労金支給事業や排泄ケア教室を実施しました。
- 高齢者の外出機会の創出として予約制相乗りタクシー「こもろ愛のりくん」の利用促進を図り、令和3年度に65歳を対象に「お出かけ65チケット」（愛のりくん乗車券300円×4枚の引換券）を送付しました。また、令和4年度からは75歳も対象とし「お出かけ75チケット」（同）を送付しました。
- 身寄りのない高齢者の退院後の居住場所が見つからないという、身寄りのない住民の身元保証に関する課題を解決するため、介護事業所からの声を受け、病院・施設関係者で議論を重ねてきました。その結果、試用期間を経て施設入所者用の「役割分担シート、事前指示書」の活用を令和4年度から本格的に開始することとなりました。
- 終活に関する高齢者からの相談が増えてきたこと、生活支援体制整備事業で取り

組んだ「身寄りのない住民の身元保証」を通じて「心づもり」を「自分事」としてとらえることの重要性などを踏まえ、令和5年3月に、株式会社鎌倉新書と「終活に係る業務の支援に関する協定」を県内で初めて締結し、終活に関連する事柄についての考え方等をまとめた冊子「終活べんり帳」やエンディングノートを市民に配布したほか、終活に関する講演会、「介護施設の選び方」「持ち物の整理」をテーマとした市民向けセミナーも開催しました。また、同社のコールセンタースタッフが住民や職員からの多様な相談に対応する「終活相談ダイヤル」の提供も受け、様々なかたちでの支援を行ってきました。

<課 題>

- 様々な会議を活用し、地域包括ケアシステムの構築を更に推進する必要があります。
- 生活支援体制整備事業において、生活ごみについては、分別、集積所までの距離、量、収集時間に関する困りごとが一定数あることが明らかになっています。
- 「地域の通いの場に行きたくても移動手段がない」といった声もあることから、公共交通ということではなく、地域の中でできる移動支援が求められています。
- 65 チケットは、運転免許返納後等の将来の移動手段として、元気なうちから体験しておいてもらうための事業ですが、引換数が少ないことから、イベントや施設とも絡めた活用方法をPRする等の取り組みがさらに必要です。また、75 チケットも、相乗りタクシーの利用を検討する年代の利用開始のきっかけとなるよう、利便性のPRが必要です。
- 介護者家族支援にあたっては、介護者のニーズに合わせた支援策を検討する必要があります。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 地域共生社会の実現の視点を取り入れ、地域包括ケアシステムの構築を更に推進するために、地域ケア推進会議、在宅サービス調整会議、地域ケア個別会議等を適宜開催し、それぞれの取り組みを充実させます。
- 生活支援コーディネーター及び協議体を中心に、様々な人・団体・地域を巻き込み生活支援体制整備を進めます。高齢者の生活ごみに関する困りごとについては、実施主体、地域包括支援センター・社会福祉協議会、行政等による支援のネットワークの構築が進みつつあることから、マッチングについても検討を進めます。
- 高齢者の高いニーズを踏まえ、地域の中でできる移動支援について重要課題として取り組んでいきます。
- 在宅生活を送る高齢者に対して、介護保険サービス、市単独の福祉サービスのほか、地域のインフォーマルなサービスを組み合わせる支援を展開します。
- 介護者の負担を軽減するため、介護離職防止の視点も取り入れ、介護者ニーズを捉えた支援を行います。
- 住まいについて、住み慣れた自宅での生活の継続が基本ではありますが、高齢者がACP*（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）の視点から多様な住まいの検討ができるよう情報提供を行います。
- 高齢者の居住支援について、情報収集を行いつつ実情に応じた相談・支援につなげていきます。
- 身寄りのない住民の身元保証では、「役割分担シート、事前指示書」の在宅療養者用の検討を進めます。
- 終活を「長くなった高齢期を最期まで自分らしく過ごすための活動」ととらえ、前述の株式会社鎌倉新書との協定に基づき、市民向けセミナー等の終活支援を引き

続き行います。

- 庁内外の関係機関との連携により、属性を問わない相談支援体制の検討と支援者の相談対応に関する質の向上を図ります。

◆ 主な事業

- ・ 地域ケア個別会議、地域ケア推進会議
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 在宅サービス調整会議
- ・ 家族介護者支援事業
- ・ 在宅福祉サービス事業
- ・ 身寄りのない住民の身元保証ワーキンググループ
- ・ 「お出かけ 65 チケット」、「お出かけ 75 チケット」
- ・ 終活支援
- ・ 属性を問わない相談支援ができる体制づくり

(2) 社会参加・地域づくりの担い手確保の推進

高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけでなく、社会参加や社会的役割を持つことで、孤立を防ぎ、生きがいを持って日常生活を過ごすことが重要です。高齢者が趣味や特技、サークル活動等を通じて地域社会と交流できる場、これまでに得た技能や経験を活かし地域活動やボランティア活動等を通じて、地域や社会を構成する一員として活躍できる場を整備することが必要です。

また、少子高齢化に伴い現役世代の減少が顕著になる中で、介護分野をはじめ、様々な分野において人材不足が深刻な状況となっています。介護分野においては、介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた人材確保の取り組みの推進と併せて、元気な高齢者が他の高齢者のための見守り、声かけや生活支援の担い手・支え手となることで、高齢者の日常生活上の支援体制の充実・強化と社会参加の推進を一体的に図ることが望まれます。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

○ 社会参加の推進

- ・ 地域の通いの場（健康達人区らぶ、介護予防地域交流事業）の開催頻度の増加につながるよう社会福祉協議会と連携し地域に働きかけを行いました。
- ・ 令和3年9月に開館した高齢者福祉センター「こもれび」において各種教室やサロンなどの事業を実施し、高齢者の介護予防、生きがいづくりの拠点として機能するようPRを行い、利用者の増加を図りました。
- ・ 高齢者の長寿を祝い敬老の意を表するとともに、高齢者福祉の理解と関心を高めることを目的に、高齢者祝賀事業を実施しました。
- ・ ボランティアポイント*の取り組みについて研究するため、近隣自治体の視察を行いました。

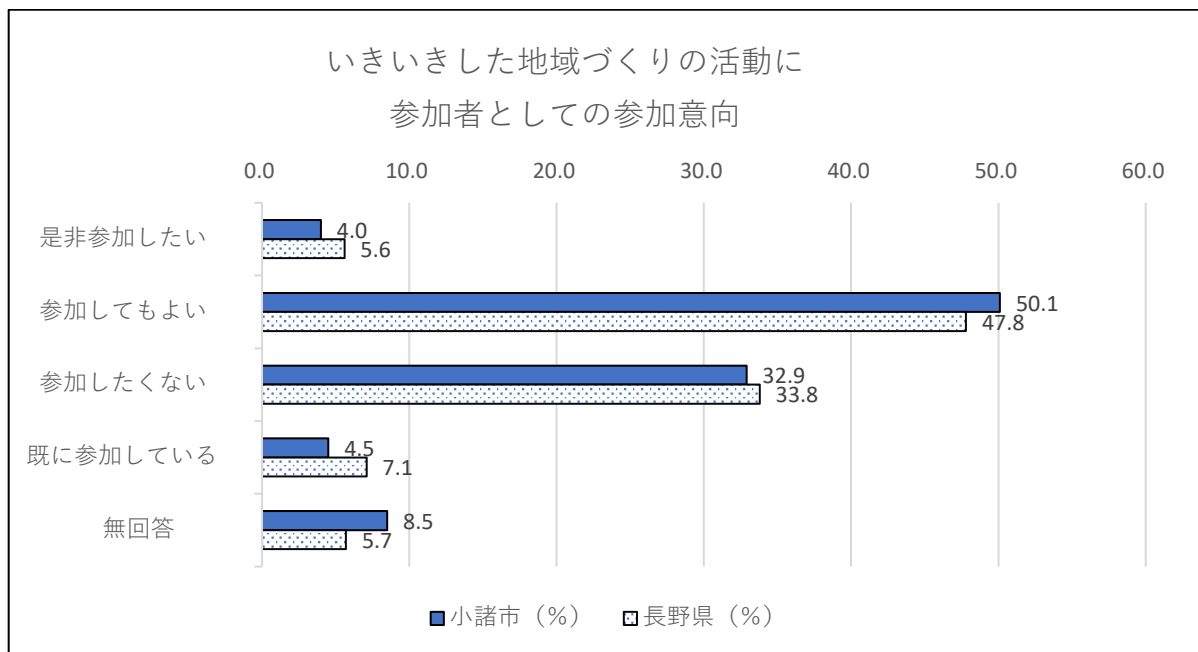
○ 地域づくりの担い手確保の推進

- ・ 社協の生活支援コーディネーターが中心となり、介護保険外サービスの創出、元気高齢者の活躍の機会の確保の視点から、ボランティアセンター登録団体へのヒアリング調査を行いました。また、元気高齢者が地域の担い手として活躍することの効果アピールし、元気高齢者と、元気高齢者が活動できる場所とをつなげる取り組みを進めました。
- ・ 「小諸市介護予防ささえ愛サポーター」研修の開催を契機に、令和3年度から住民主体のサービスBによる通所型サービスが開始されました。
- ・ 高齢者クラブ*、シルバー人材センターへ補助金の交付を行い、活動を支援しました。

- 介護者家族支援として、排泄ケア教室を開催し、軽い尿もれについてやオムツのあて方について実技を交え学ぶ機会を設けたほか、脳いきいき教室や健康達人区らぶでも学ぶ機会を設けました。また、広報こもろにおいても周知を行いました。

<課題>

- 高齢者の地域づくりへの参加意向について、高齢者実態調査では、「是非参加したい」、「参加してもよい」を合わせると6割近い参加意向があります。しかし、前回調査の数値を約6ポイント下回っていることから、参加意欲のある高齢者に対し、社会参加できる場・組織・機会などの必要な情報を引き続き提供していく必要があります。



出典：高齢者実態調査（元気高齢者）

- 近所付き合いや地域との関係性の希薄化とともに、区の活動への参加者の減少や高齢化、固定化が進んでいます。市民一人ひとりが地域づくりの重要性を理解し、「自分事」として地域づくりに関わることができるアプローチが必要です。
- 「地域の担い手」については、高齢者が集まりそうな施設等にチラシを配布し、高齢者が持つ特技や経験を広く募集したものの、効果に結び付きませんでした。
- ボランティアポイントについては、手法等についてさらに研究が必要です。

◆ 今後の取り組みの方向性

高齢者の社会参加、地域づくりの担い手確保が推進され、誰もが「支え手」「受け手」を越えてお互いさまで活躍できる地域を目指し、以下の取り組みを進めます。

- 市民へのアプローチ
 - ・ 社会参加や地域づくりについて市民と一緒に考える機会を設けます。
 - ・ 社会参加できる場、組織、機会など必要な情報を市民に届けます。
 - ・ 地域づくりにつながる介護予防活動のボランティアを引き続き育成します。地域の通いの場について、感染予防に留意しながら継続して活動できるよう支援します。
- 生活支援コーディネーターが中心となり地域資源とニーズのマッチングを進め、高齢者の活躍の場や機会を増やします。
 - ・ 地域をはじめ介護現場など、高齢者が活躍できる場、必要とされる作業や場面と、高齢者が活躍できる場とのマッチングを進めます。
 - ・ 協議体を活用し福祉分野にとどまらず地域の関係機関と連携し、高齢者が社会参加できる場・組織・機会の創出を進めます。
- 社会参加・地域づくりへの参画を促進する仕組みづくりを進めます。
 - ・ 制度としてではなく、個々のニーズに対するマッチングという観点から、高齢者が社会に貢献できる仕組みを研究します。
 - ・ 高齢者のスキルや強みを活かせる仕組みを検討します。
 - ・ 高齢者祝賀事業を実施します。
- 関係各所分野を超えた協働連携を進めます。
 - ・ 区長会、民生児童委員協議会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、高齢者クラブ、シルバー人材センター、長野県シニア大学、小諸市市民活動・ボランテ

ィアサポートセンター、ハローワーク、公民館、学校、介護事業所、小諸市ファミリーサポートセンター等

○ 高齢者福祉センターの活用を図ります。

- ・ 高齢者の社会参加の場、介護予防・生きがいづくりの拠点として各種事業に取り組みます。引き続き様々な機会でのPRを行い、利用促進を図っていきます。

◆ 主な事業

- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 高齢者福祉センター運営事業（高齢者「こもろ元気事業」）
- ・ 高齢者祝賀事業
- ・ 高齢者クラブ、シルバー人材センター活動支援

(3) 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。在宅医療と介護が一体的に提供される体制を構築するため、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会や介護事業者等の関係者との協働・連携を推進します。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 小諸北佐久4市町の行政、医療、介護、福祉関係者で組織する小諸北佐久医療・介護連携推進協議会（事務局：浅間南麓こもろ医療センター）による、在宅医療・介護連携推進事業を実施しました。
 - ・ 「小諸北佐久地域医療・介護資源マップ」を作成し、関係者、関係機関に配布
 - ・ Web サイトあさまケアネットでの情報発信
 - ・ 情報共有システムNet4U^{*}の活用促進
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の評価方法について事務局の学習会を開催
 - ・ 居宅介護サービス事業所、介護支援専門員、訪問看護師を対象に、連携課題を抽出するためのアンケート調査を実施
 - ・ 自分らしい最期を迎えるための意思決定支援の一助となるよう、パンフレット「人生会議をはじめよう」を作成
 - ・ 多職種連携研修会の開催（意思決定支援（ACP）、口腔ケア）
 - ・ 住民向け講演会の開催（在宅医療、もしバナゲーム^{*}、救急医療）
- 2040年を見据えて作成した「在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ」の内容を充実させながら取り組みを進めてきました。（資料参照 76 ページ）

<課題>

- 2040年を見据えた「在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ」を令和2年度に作成しました。引き続きこのマップに基づき、内容の充実を図りながらPDCA サイクル^{*}により課題の解決に向けて事業に取り組む必要があります。
- Net4Uのさらなる活用促進を図る必要があります。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 「在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ」において「小諸北佐久の医療・介護の切れ目ない連携により、自分が望む場所で自分らしく最後まで暮らすことができる」を2040年の目指す姿とし、医療と介護の連携の場面を①日常療養支援（人材不足・意思決定支援・服薬管理・認知症対策・情報共有と連携）②看取り③入退院支援④緊急時の対応⑤住民の意識の5つに設定し、引き続き各事業目標に沿って事業を進めます。
- 地域住民に対して、医療及び介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及び分かりやすく丁寧な説明に努め、関連施策との連携を図っていきます。
- 人生会議の普及につながるよう、様々な機会において「もしバナゲーム」の実施やパンフレットを配布するとともに、令和5年度から取り組んでいる終活支援と併せて市民へのアプローチを考えていきます。

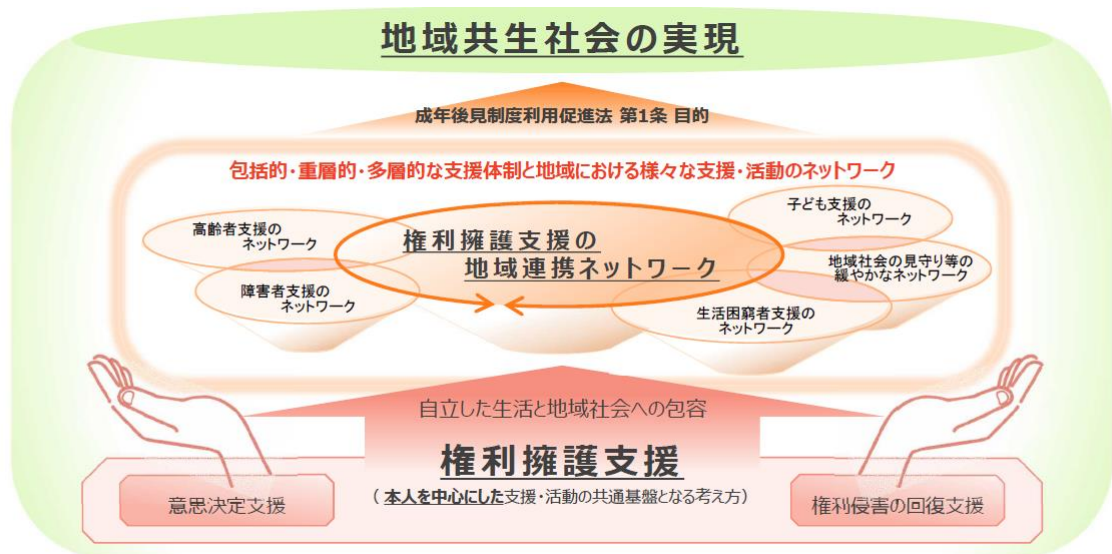
◆ 主な事業

- 小諸北佐久医療・介護連携推進協議会における取り組み
- 終活支援事業

(4) 権利擁護*の取り組みの強化（小諸市第二期成年後見制度利用促進基本計画）

高齢化が進むなか、認知症などにより判断能力が不十分な高齢者や、単身や高齢者のみの世帯の増加が予想されます。たとえ判断能力が不十分で、自らにとって必要なことを主張したり、一人で選択・決定することが難しい状態になっても、地域社会に参画し、尊厳あるその人らしい生活を継続できるよう、地域の権利擁護支援の在り方を総合的に考え、市民に必要な権利擁護の支援につなげることができる仕組みづくりが求められています。

第二期基本計画では、地域共生社会の実現という目的に向け、地域連携ネットワークを支える本人を中心にした支援・活動における共通基盤となる考え方として、意思決定支援や権利侵害からの回復支援を主要な手段とした「権利擁護支援」を位置づけています。このため、研修や虐待対応等の様々な機会を通して意思決定支援や権利侵害からの回復支援を行います。



◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

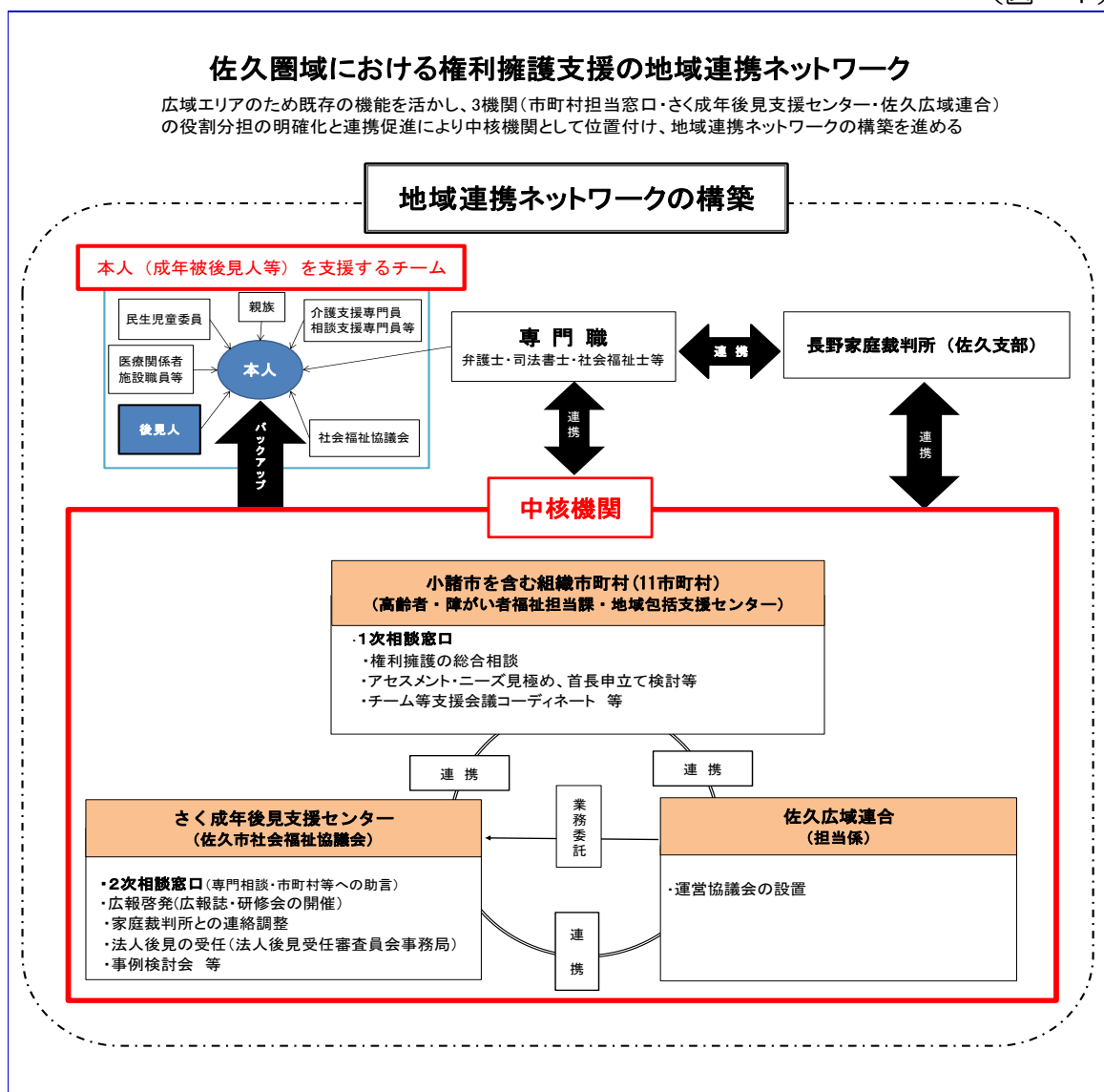
- 成年後見制度*・高齢者虐待・消費者被害などに係る相談に地域包括支援センターと共に応じ、解決に向けた支援を実施しました。
- 権利擁護について広報や市ホームページに掲載しました。また、各種会議・研修会で成年後見制度・高齢者虐待について周知しました。
- 地域ケア推進会議や市内事業所を含めたワーキンググループで検討してきた「身寄りのない住民の身元保証」について、施設版役割分担シート、事前指示書を作成し、市内での活用を開始しました。
- 高齢者虐待対応は速やかにコアメンバー会議を実施し、地域包括支援センター、関係機関と連携し虐待解消に向け、本人、養護者支援を行いました。また、必要に応じて、介護支援専門員とも連携した対応を行いました。
- 成年後見制度利用促進
 - ・ 「さく成年後見支援センター」と連携し相談支援を実施しました。
 - ・ 成年後見制度の利用が必要だが申立人がいない高齢者について、市長申し立てや利用支援事業を実施しました。
 - ・ 成年後見制度利用促進基本計画に基づく佐久圏域における権利擁護支援の地域連携ネットワーク構築に向けた協議に参加しました。
 - ・ 成年後見制度のパンフレットを窓口に設置し、市民や事業所職員からの相談に応じました。

<課 題>

- 高齢者虐待対応
 - ・ 主な通報元であり、虐待解消に向けた対応に当たって連携が必要となる介護支援専門員や介護事業所との虐待対応の目的（本人・養護者の権利を守る）の共有、支援を行う際の虐待対応計画とケアプラン^{*}の連携、役割分担の明確化を更に進める必要があります。
 - ・ 高齢者虐待予防・防止のための要因の分析が必要です。
- 成年後見制度利用促進
 - ・ 市民・支援者にとって成年後見制度がより身近なものとなるよう、広報や各種講座等で制度や相談窓口の周知・啓発を継続的に行い、更に市民の終活への関心の高さや、身寄りのない市民の課題等に応じた将来への備えの一手段として、任意後見制度について一層の周知が必要です。
 - ・ 財産保全の観点のみでなく、本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的視点から、後見人が本人を支援するチームの一員となり活動できる体制の構築が必要です。
 - ・ 市長申立てや受任者調整の適切な実施のため、地域の関係機関と検討する仕組みをつくる必要があります。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 高齢者虐待対応、高齢者虐待防止の取り組み
 - ・ 相談通報窓口（高齢福祉課・地域包括支援センター）の市民への周知を図ります。
 - ・ 高齢者虐待の相談・通報を受けた際は、法的責任に基づき市と地域包括支援センターが組織的に協議・対応します。
 - ・ 本人、地域、支援者の権利擁護の意識向上、虐待の正しい理解・対応方法の獲得ができるよう支援します。
 - ・ 高齢者虐待予防・防止のため、虐待発生要因の分析を行い、地域、支援者に向け「虐待の小さな芽（ハイリスク）」への気づきの視点の獲得に向けたアプローチを行います。
- 成年後見制度利用促進
成年後見制度利用促進法における成年後見制度利用促進基本計画に則り、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を更に進めます（図－１）。



地域連携ネットワークとは、全国どの地域においても、権利擁護支援が必要な方が、本人らしい生活を守るための手段として成年後見制度を利用できるよう、各地域における相談窓口を整備するとともに、権利擁護支援の必要な方を発見し、適切な支援につなげる地域連携の仕組みです。

既存の保健・医療・福祉に司法も含めた連携の仕組みを構築するものとされ、「チーム：本人を中心とした親族、福祉・医療・地域等の関係者と後見人等で構成され、本人意思を確認しながら必要な対応をする組織」「協議会：チームに対して法律・福祉等の専門職や関係機関が必要な支援を行えるよう協力・連携体制づくりを進める合議体」「中核機関」を構成要素とし、「権利擁護支援の必要な人の発見・支援」、「早期の段階からの相談・対応体制の整備」、「意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築」という3つの役割を担います(次ページ参照)。

権利擁護支援の地域連携ネットワークの3つの役割

【権利擁護支援の必要な人の発見・支援】

地域において、権利擁護に関する支援が必要な人（財産管理や必要なサービス利用手続きを自ら行うことが困難な状態であるにもかかわらず必要な支援を受けていない人、虐待を受けている人など）の発見に努め、速やかに必要な支援に結び付ける。

【早期の段階からの相談・対応体制の整備】

成年後見制度の利用について、住民が身近な地域で相談できるよう、窓口等の体制を整備する。

【意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築】

成年後見制度を、本人らしい生活を守るための制度として利用できるよう、本人の意思、心身の状態及び生活の状況等を踏まえた運用を可能とする地域の支援体制を構築する。

また、中核機関は、専門職による専門的な助言等の支援の確保や、協議会の事務局など、地域連携ネットワークのコーディネートを担う機関です（図-2）。本市では、中核機関の機能を、本市を含めた佐久圏域の既存の機能を活かして三機関（小諸市・さく成年後見支援センター・佐久広域連合）が役割分担を行い、中核機関として位置付け、上記の地域連携ネットワークの構築を進めます。

併せて、成年後見制度を利用したくても自ら申し立てることが困難であったり、身近に申し立てる親族がいなかったり、申し立ての経費や成年後見人等の報酬を負担できない等の理由により制度を利用できない方に対し、成年後見制度利用支援事業により申し立て支援や助成等を実施し、利用支援を行います。

【佐久圏域における中核機関の役割分担】					
中核機関の役割としては、これまでの3機関（市・さく成年後見支援センター・佐久広域連合）が担ってきた機能を軸に役割を分担します。 なお、網掛け部分については、地域の実情に合わせて段階的に検討していくものとします。					
中核機関に求められている機能・役割		新規機能	主に機能を担う中核機関		
司令塔機能	地域の権利擁護支援・成年後見制度利用促進機能の強化に向けて、進捗管理・コーディネート等を行う。		中核機関の共通事項 (各機関が連携し体制整備を担う)		
事務局機能	地域における「協議会」を運営する。		佐久広域連合(運営協議会) さく成年後見支援センター(事例検討会)		
進行管理機能	地域において「3つの検討・専門的判断」を担保する。		広報・啓発相談窓口	1 研修・講演会等による周知・広報	さく成年後見支援センター
				2 明確な相談窓口	一次相談窓口(小諸市、地域包括支援センター) 二次相談窓口(さく成年後見支援センター)
				3 権利擁護アセスメント・ニーズの見極め	一次相談窓口(小諸市、地域包括支援センター)
	①権利擁護の支援の方針についての検討・専門的判断	アセスメント・支援検討	4 検討の仕組み① 支援方法検討(首長申立含)	4 検討の仕組み① 支援方法検討(首長申立含)	一次相談窓口(小諸市、地域包括支援センター) ※「支援困難ケース」は二次相談窓口である、さく成年後見支援センターとケース会議等により情報共有し検討する
				5 日自支援事業等からの移行検討	さく成年後見支援センター
				6 任意後見監督人選任の助言	● (段階的に検討)
	②本人にふさわしい成年後見制度の利用に向けた検討・専門的判断	成年後見制度利用促進	8 検討の仕組み② 適切な候補者推薦のための検討	7 申立て(家族等)に係る相談・支援	さく成年後見支援センター
				8 検討の仕組み② 適切な候補者推薦のための検討	● (段階的に検討) ※候補者となる団体と協議の場の設置
				9 市民後見人の育成・活動支援	● (段階的に検討)
	③モニタリング・バックアップの検討・専門的判断	後見人等への支援	10 チーム等支援会議コーディネート	10 チーム等支援会議コーディネート	一次相談窓口(小諸市、地域包括支援センター)
				11 親族後見人等への相談窓口	さく成年後見支援センター
				12 家庭裁判所との連絡調整	さく成年後見支援センター
				13 報告書類等作成支援	● さく成年後見支援センター

◆主な事業

- ・ 高齢者虐待防止法に基づく高齢者虐待対応
- ・ 成年後見制度利用支援事業
- ・ 成年後見制度利用促進に係る中核機関として分担された事業の実施

(5) 地域で支え合う災害対策

阪神・淡路大震災や東日本大震災の教訓から、本市は、平成 24 年度から災害時等要援護者支援制度*を開始し、安心して暮らすことができる地域づくりを推進しています。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 災害時等要援護者支援制度の登録勧奨、登録情報（要援護者台帳、あんしんカプセル）の更新作業を民生委員等の協力を得て実施しました。
- 最新の災害時等要援護者台帳を支援機関である小諸警察署、小諸消防署、小諸市社会福祉協議会、区長、民生・児童委員に提供しました。（*関係機関等で情報を共有して災害時等に備えるとともに、日頃からの地域の助け合い、支え合う仕組みづくりとして、見守りや声かけなどの活動に活用）
- 災害時等要援護者支援制度の対象者を基に、個別避難計画作成対象者を検討しました。また、個別避難計画の作成に向け、在宅の要介護3以上の世帯名簿を作成しました。
- 危機管理課と連携し、高齢者世帯、障がい者世帯を抽出し、試行で個別避難計画を作成しました（障がい者世帯分の作成は厚生課）。
- 新型コロナウイルス感染拡大防止として、介護事業所等に対して、国・県からの関連情報、感染予防用消耗品等を提供しました。
- 介護保険事業者等連絡会やケアマネ連絡会では、法人のBCP策定取り組み状況や新型コロナ対策について、オンライン会議も活用しながら事業所間の意見交換を行いました。
- 介護保険事業所と行政との間で緊急時連絡用名簿を作成し、緊急時にも連絡が取れるような体制を整備しました。

<課題>

- 災害時等要援護者支援制度の新規登録勧奨を進めるとともに、登録情報の更新作業において実態把握に努め、台帳の精度を高めていくことが必要です。
- 介護事業所等において、災害や感染症の発生時に対応できるよう、継続的な協議が必要です。
- 介護保険事業所と行政との間で作成した緊急時連絡用名簿は、定期的に情報の更新が必要です。
- 新型コロナ感染拡大の影響による外出控えや行事の中止等により、地域のつながりが希薄になっている状況があります。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 引き続き、災害時等要援護者支援制度等の新規勧奨を積極的に行い、「安心して暮らすことができる地域づくり」「地域での支え合いの仕組みづくり」を推進します。
- 防災担当課、保健福祉部局が連携して避難行動要支援者名簿の整備等に取り組みます。併せて、ハザードマップ区域内（土砂災害）で介護度を勘案しながら対象者の個別避難計画の作成を進めていきます。
- 災害・感染症対策に係る体制整備を引き続き進めます。
 - ・ 防災や感染症対策についての周知・啓発
 - ・ 地域及び介護事業所等を対象とする研修、訓練実施の通知や情報提供
 - ・ 災害や感染症発生時に必要な物資の確認
- 感染症対策を行いながら、地域のつながりを維持できるような支援を行います。

◆ 主な事業

- 災害時等要援護者支援制度
- 個別避難計画の作成
- 防災・感染症対策に関する周知・啓発
- 災害時等における介護保険事業者と行政との相互協力に関する協定
- 福祉避難所^{*}の把握と連携

3. 持続可能な介護保険制度の構築

(1) 介護人材の確保及び業務効率化の推進

高齢者人口が増加の一途をたどる一方で生産年齢人口の減少が見込まれる中、必要とされる介護サービスを安定的に提供し、介護保険制度を持続していくことが必要です。介護人材の不足によりサービスが提供できないという事態を避けるため、介護人材の確保は喫緊の課題となっています。

介護人材の確保に向け、介護現場の生産性の向上や多様な人材の活用、確保に向けた取り組みを進めていきます。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 業務の効率化を図るべき内容の明確化と適正な人材配置、役割分担の検討を目的に、市内の介護事業所を対象とした実態把握調査を実施しました。その結果、人材が十分に確保できていると回答した事業所はなく、事業所の人材不足が顕著であることがわかりました。介護助手が在籍しているのは27%、それ以外は雇用を検討したことがないとのことでした。介護ボランティアは受入をしている事業所が20%で、元気高齢者が介護助手や介護ボランティア人材として担える業務があると半数以上が回答したため、今後の人材の活用について検討していきます。

<課題>

- 訪問介護事業所では慢性的な人員不足により、必要な介護サービスの提供に苦慮しており、高齢者宅での生活援助サービスを有償で提供する団体や企業、地域の支え合いの仕組みは少ない現状です。
- 新型コロナウイルス感染症等について感染対策が重要ですが、事業所や職員の負担が大きく、職員がさらに不足して対応できないことが予測されます。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 課題解決に向け、「介護現場の生産性の向上」と「人材の確保及び活用」が必要です。業務の改善や効率化を推進し、介護職員が介護に専念でき、利用者と接する時間を増やすことで、モチベーションの維持及び介護サービスの質の向上を目指します。また、非専門職が対応可能な業務における人材活用方法の検討を行います。
- 介護分野の文書負担軽減の観点から指定申請、報酬請求等に係る国が定める標準様式及び「電子申請・届出システム」利用を一層推進します。
- 県が次期計画に設置予定の生産性向上に資する様々な支援・施策を一括して網羅的に取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口と連携し、介護保険事業者適切に情報提供等を実施します。
- 地域包括支援センターの総合相談支援機能の充実を図るため、介護予防支援（要支援者に対するケアプラン作成）について、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大します。
- 新たな人材の確保のため、県と協力し、介護業界への入職を目指す方の支援を検討します。そのため、介護職員の養成施設及び学生を対象とした調査を実施し、介護業界への入職に向けての課題解決を目指します。
- 現在介護業界で就労している職員の離職を防ぐための支援策を検討し、長く勤め続けることができる体制の実現を目指します。

◆ 主な事業

- 介護事業所の生産性向上の取り組みへの支援
- 介護職員の養成施設及び学生を対象とした調査の実施
- 介護事業所への入職を目指す学生、社会人の就職時のミスマッチを防ぐための介護事業所との連携
- 介護職員の離職を防ぐための支援策の検討
- 長野県・小諸市社会福祉協議会等との連携による多様な人材の確保・育成の取り組みの推進及び受入環境等に関する情報の周知

(2) 介護保険サービスの質の向上及び適正利用の推進

高齢者が住み慣れた地域で望む暮らしを続けていくためには、個々の心身の状況や生活環境等に応じた多様なニーズが生じます。ニーズの充足のために、高齢者自身のセルフケアや家族の様々な支援、地域での支え合いはもちろん、介護保険サービスにおいても多様なニーズに対応したサービス提供が求められます。引き続き、ケアマネジメントを含めた質の高いサービス提供に向けた取り組みを行います。

一方、介護保険制度を安定的に運用するためには、個々に対する介護給付が過剰・過少としないようにする等、適正利用の視点が必要となります。適正なサービス提供のために、要介護者等やその家族、介護支援専門員を含めた介護事業所に対する様々な取り組みを行います。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 介護保険適正化事業の一環として、ケアプラン点検を行いました。具体的には市内事業所（地域密着型サービス事業所のうち、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、居宅介護支援事業所^{*}）に所属する介護支援専門員等に対する個別点検と、市内全事業所に所属する介護支援専門員を対象とした全体研修を実施しました。
- 介護施設等における介護サービスの質の向上のため、介護相談員が施設に出向いて利用者やその家族から疑問や不安を聞き取り、課題改善のために施設と市との橋渡しをする介護相談員派遣事業^{*}を実施しました。（新型コロナウイルス感染症の影響により一時中止、令和5年度より再開）
- 住宅改修及び福祉用具購入について、令和5年度から受領委任払を開始しました。必要とする方が当初に大きな金額を支払うことなく改修や購入が可能となり、利用しやすくなりました。

<課題>

- 平成22年度から実施しているケアプラン点検を通し、介護支援専門員には徐々に適正なマネジメントの視点が定着しつつありますが、アセスメントの内容や情報をケアプランに活かしてきていないという課題もあります。
- 介護支援専門員に実施したアンケートでは訪問介護事業所の不足があると回答があった一方で、国・県・他市と比較して利用回数、給付月額が高い状況があります。
- 市内介護事業所が提供するサービスは一定の水準を確保していますが、ニーズに基づくサービス提供のみならず、定期的な制度の見直しや社会情勢等の変化に対し、常に柔軟な対応が求められます。引き続き「自立支援と重度化防止」の視点に立った全体的な質の向上に向けた取り組みが必要です。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 要介護者等に対し質の高い介護保険サービスが提供できるよう、また介護サービスの提供が自立支援と重度化防止の視点と給付適正化の根拠に基づき過不足なく行われるよう、要介護者を含めた市民及び居宅介護支援事業所を含めた介護事業所に対し、引き続き制度の周知や情報提供を行います。地域包括支援センターと協力し、介護支援専門員の相談や課題の解決を支援します。
- 事業者等に対する個別点検・指導等を通し、個々の課題に対する改善策の提案を引き続き行います。
- 在宅生活の限界点を上げ、住み慣れた地域での暮らしを継続するために、訪問介護のニーズの高い高齢者を在宅で包括的に支えるための支援を検討します。

◆ 主な事業

- 介護給付費適正化事業「ケアプラン点検」の実施
- 介護事業所に対する介護保険情報の提供、各種研修や意見交換会
- 住宅改修・福祉用具貸与・購入に係る専門職（理学療法士、作業療法士）への意見聴取
- 指定地域密着型事業者※に対する個別実地指導、指導内容の共有とスキルアップも兼ねての集団指導
- 地域密着型事業所が主催する運営推進会議への定期出席、必要に応じた助言
- 国保連給付情報の点検、必要に応じた確認・指導（個別及び集団）
- 介護相談員派遣事業の実施
- 受給者に対する介護給付費内容確認通知の送付

(3) 総合事業・多様なサービスの推進

予防給付のうち訪問介護及び通所介護は、平成 28 年度から市町村が地域の実情に応じた取り組みができる介護保険制度の地域支援事業に移行しました。それに伴い、事業やサービスの担い手として、既存の介護事業所以外に NPO 法人や民間事業者、ボランティア等地域の多様な主体の活用方法を検討してきました。

住民等の多様な主体が多様なサービスを提供することで、地域の支え合いを推進し、軽度の介護や日常の支援が必要な高齢者が状態悪化を予防し、自立した日常生活が営めることが重要です。また、介護予防に対する意欲を相互に向上できるように、市民主体のサービスの構築及び継続を一層推進します。

◆ 前計画の取り組み状況と課題

<取り組み状況>

- 介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス B（以下サービス B）事業の担い手である市民団体が設立され、サービスが開始されました。
- 介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス C（以下サービス C）は、新型コロナウイルス感染症の流行にもかかわらず、参加者に対して事業及びフォローアップを実施することができました。さらに、参加者については、機能向上が顕著にみられました。

<課題>

- 高齢者の増加により、移動支援のニーズが高まっています。
- 社会とのつながりを維持し、孤立を防ぐことができるよう、介護予防・日常生活支援総合事業を含め、社会参加を促す必要があります。
- 通いの場への男性の参加率が低いことから、性別を問わず参加しやすい事業の検討が必要です。
- 高齢者実態調査の回答から、要介護者家族の離職が増加傾向であることがみられます。

◆ 今後の取り組みの方向性

- 事業の担い手である市民、市及び関係団体、専門職と協働し、サービス B 事業の運営面の安定のため、支援を継続します。サービス C は、参加者の機能向上が顕著であるため、フォローアップを含めて継続して実施します。
- 生活支援コーディネーター等との意見交換を通し、生活支援体制整備を推進するとともに移動支援について検討します。
- 要介護者家族の離職の増加について、介護支援専門員や当事者に対して調査を行い、今後の対応を検討します。

◆ 主な事業

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス A^{*}事業、相当サービス^{*}事業／通所型サービス B 事業／通所型サービス C 事業）
- ・ 要介護者家族の離職についての調査の実施

第Ⅲ章 介護保険事業の状況と見込み

1. 介護保険の状況と見込み

(1) 要支援・要介護認定者の推移と推計

支援や介護を必要とする要支援・要介護認定者数は、後期高齢者数の増加傾向などとも連動して、徐々に増加しており、今後も同様の傾向が予想されます。

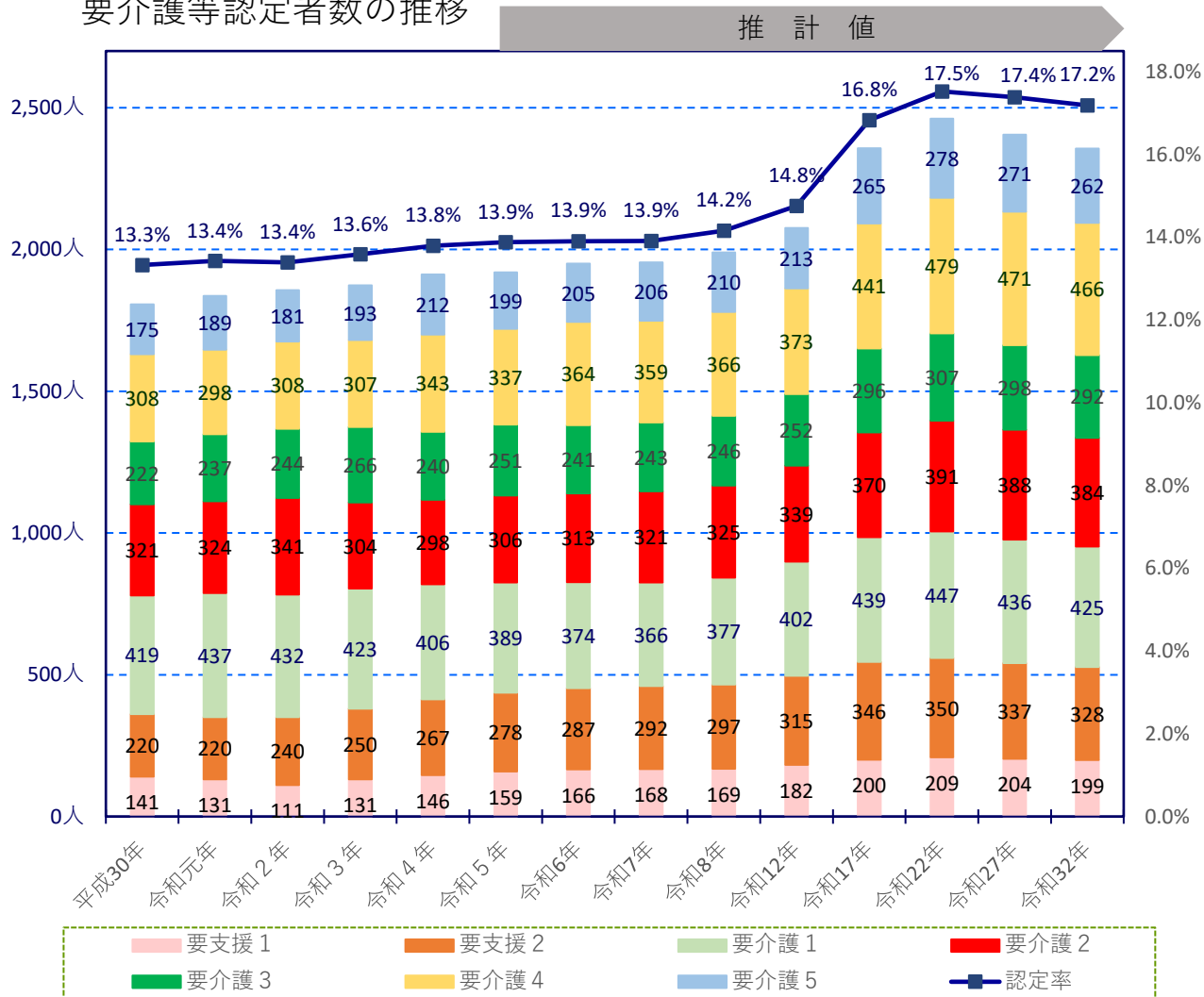
認定率の上昇をできるだけ抑えるために、引き続き介護予防と重度化防止の取り組みが大切となります。

要支援・要介護認定者数（単位：人）

		実績値						推計値		
計画期別		第 7 期			第 8 期			第 9 期		
年 度		平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
介護 度 別 認 定 者 数	要支援1	141	131	111	131	146	159	166	168	169
	要支援2	220	220	240	250	267	278	287	292	297
	要介護1	419	437	432	423	406	389	374	366	377
	要介護2	321	324	341	304	298	306	313	321	325
	要介護3	222	237	244	266	240	251	241	243	246
	要介護4	308	298	308	307	343	337	364	359	366
	要介護5	175	189	181	193	212	199	205	206	210
	合計	1,806	1,836	1,857	1,874	1,912	1,919	1,950	1,955	1,990
対前年比		99.6%	101.7%	101.1%	100.9%	102.0%	100.4%	101.6%	100.3%	101.8%
介 護 の 分 布	要支援1	7.8%	7.1%	6.0%	7.0%	7.6%	8.3%	8.5%	8.6%	8.5%
	要支援2	12.2%	12.0%	12.9%	13.3%	14.0%	14.5%	14.7%	14.9%	14.9%
	要介護1	23.2%	23.8%	23.3%	22.6%	21.2%	20.3%	19.2%	18.7%	18.9%
	要介護2	17.8%	17.6%	18.4%	16.2%	15.6%	15.9%	16.1%	16.4%	16.3%
	要介護3	12.3%	12.9%	13.1%	14.2%	12.6%	13.1%	12.4%	12.4%	12.4%
	要介護4	17.1%	16.2%	16.6%	16.4%	17.9%	17.6%	18.7%	18.4%	18.4%
要介護5	9.7%	10.3%	9.7%	10.3%	11.1%	10.4%	10.5%	10.5%	10.6%	

厚生労働省「見える化システム」による実績値及び推計値

要介護等認定者数の推移



平成30年から令和4年までは厚生労働省「見える化」システムの実績値による。(年度末)
令和5年度以降は厚生労働省「見える化」システムによる推計

(2) 保険給付費と地域支援事業費の状況

① 保険給付費

令和3年度から4年度にかけて介護医療院が新設されたこともあり、給付費が増加傾向で推移しています。令和4年度には住宅改修費が大幅に増加しました。

全体的には、令和2年度と令和4年度の対比では、4.5%の増加となりました。

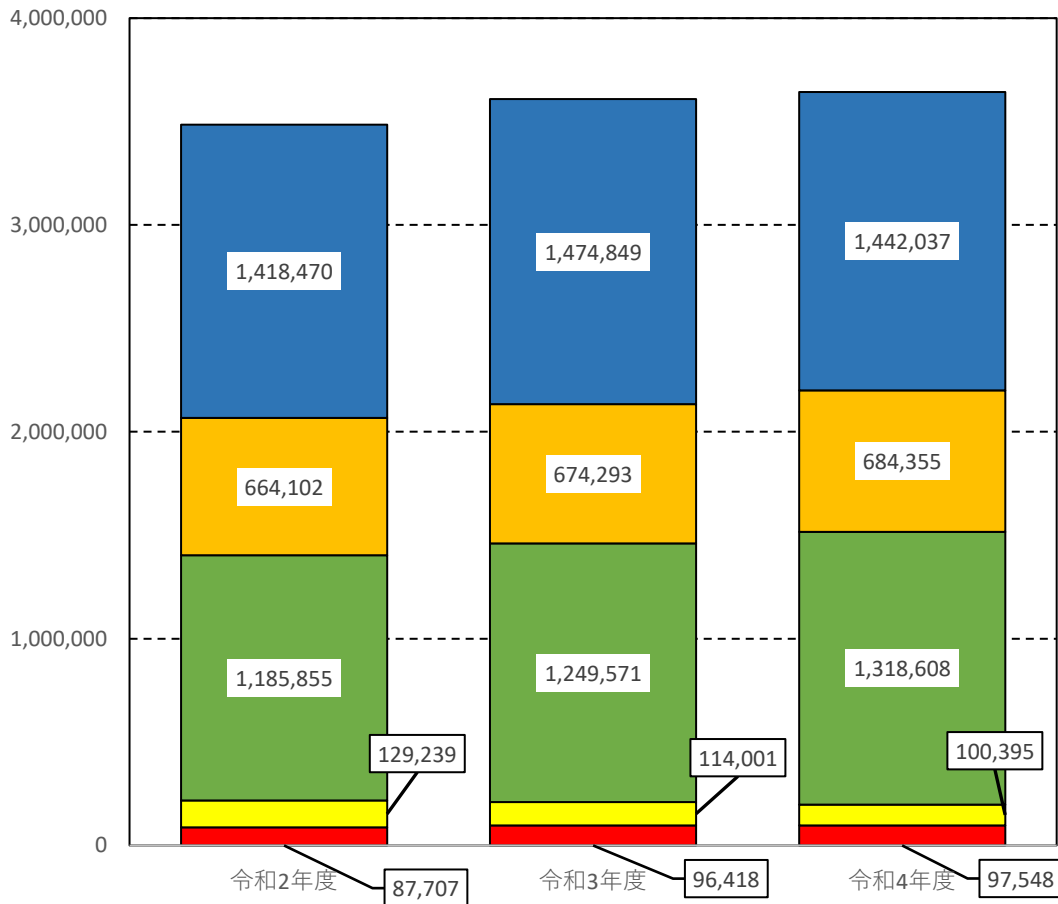
令和2年度～令和4年度の保険給付費の実績

(単位：千円/%)

区分	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	給付費	対前年度比	給付費	対前年度比	給付費	対前年度比
居宅介護(予防) サービス費等	1,418,470	100.0%	1,474,849	104.0%	1,442,037	97.8%
居宅介護サービス給付費	1,190,532	100.1%	1,249,755	105.0%	1,212,248	97.0%
介護予防サービス給付費	81,374	98.3%	79,643	97.9%	82,809	104.0%
居宅介護福祉用具購入費	1,167	96.6%	1,321	113.2%	1,097	83.0%
介護予防福祉用具購入費	317	76.4%	407	128.2%	499	122.6%
居宅介護住宅改修費	3,634	104.6%	3,026	83.3%	5,134	169.7%
介護予防住宅改修費	2,117	63.7%	2,121	100.2%	3,146	148.3%
居宅介護サービス計画給付費	129,309	100.5%	128,375	99.3%	127,059	99.0%
介護予防サービス計画給付費	10,019	101.7%	10,201	101.8%	10,046	98.5%
地域密着型サービス費等	664,102	101.9%	674,293	101.5%	684,355	101.5%
地域密着型サービス給付費	657,683	102.0%	668,742	101.7%	679,322	101.6%
地域密着型介護予防サービス給付費	6,419	96.6%	5,552	86.5%	5,034	90.7%
施設介護サービス給付費	1,185,855	102.7%	1,249,571	105.4%	1,318,608	105.5%
介護老人福祉施設	437,707	104.5%	448,251	102.4%	456,903	101.9%
介護老人保健施設	680,938	102.9%	723,187	106.2%	731,506	101.2%
介護療養型医療施設	67,211	90.8%	56,409	83.9%	50,991	90.4%
介護医療院			21,724		79,208	364.6%
審査支払手数料	2,705	99.0%	2,702	99.9%	2,677	99.1%
高額介護サービス等費	77,256	105.0%	83,975	108.7%	84,139	100.2%
高額医療合算介護サービス等費	7,746	70.1%	9,740	125.7%	10,732	110.2%
特定入所者介護サービス等費	129,239	103.4%	114,001	88.2%	100,520	88.2%
特定入所者介護サービス費	129,185	103.4%	113,854	88.1%	100,395	88.2%
特定入所者介護予防サービス費	54	62.0%	148	275.0%	125	84.8%
合計	3,485,373	101.4%	3,609,132	103.6%	3,643,068	100.9%
計画時見込	4,080,123		3,912,581		3,912,227	

(千円)

保険給付費の推移



- 居宅介護(予防) サービス費等
- 地域密着型サービス費等
- 施設介護サービス給付費
- 特定入所者介護サービス等費
- その他 (審査支払手数料、高額介護、高額医療合算介護)

② 地域支援事業の状況

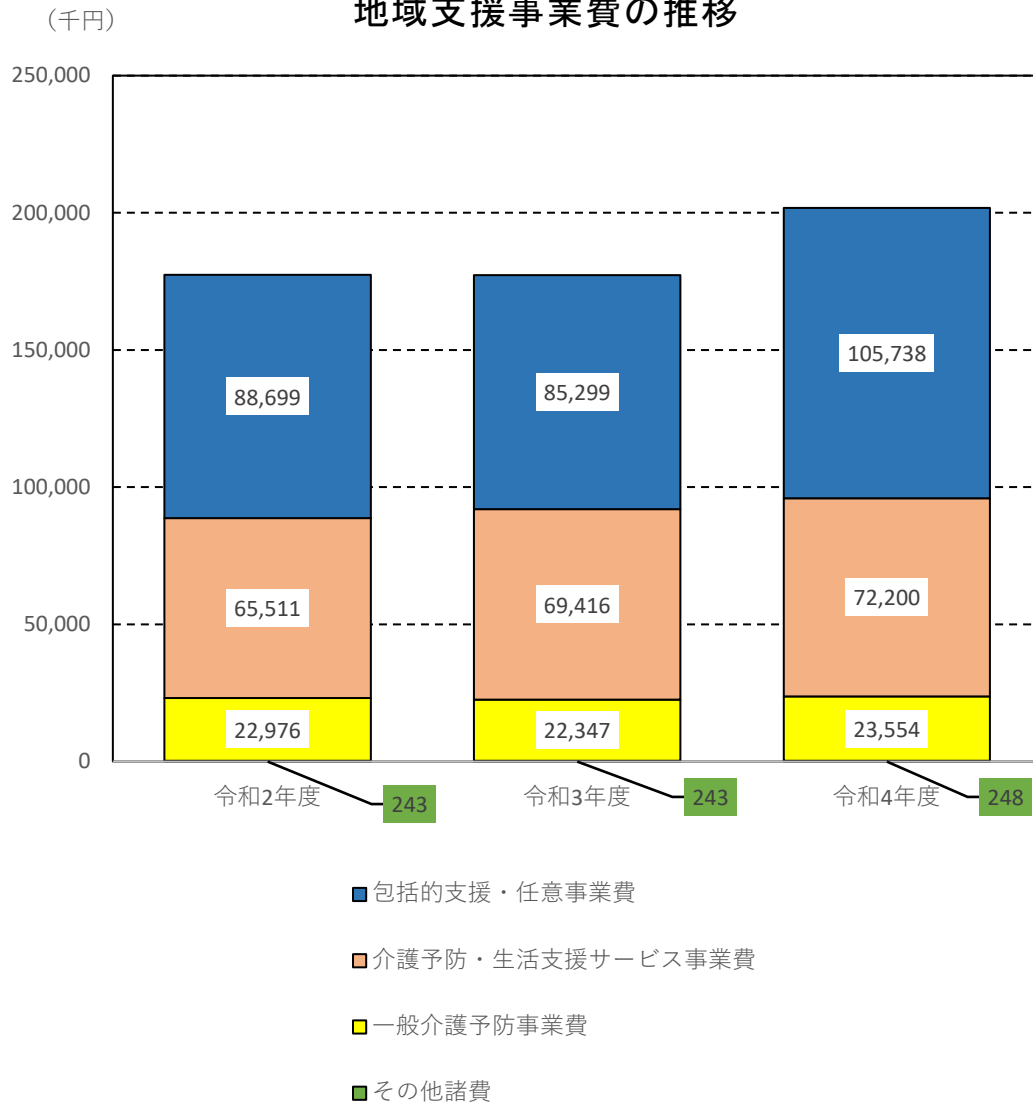
地域支援事業費は、新包括的支援事業費を含む包括的支援・任意事業費が最も増加しています。その他、介護予防・生活支援サービス事業費、一般介護予防事業費も増加しているため、令和2年度と令和4年度の対比では、14%の増加となりました。

令和2年度～令和4年度の地域支援事業費の実績

(単位：千円/%)

区分	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	事業費	対前年度比	事業費	対前年度比	事業費	対前年度比
包括的支援・任意事業費	88,699	114.0%	85,299	96.2%	105,738	124.0%
包括的支援事業費	66,784	122.6%	60,762	91.0%	68,484	112.7%
任意事業費	5,106	96.2%	560	11.0%	722	128.9%
新包括的支援事業費	16,809	93.2%	23,976	142.6%	36,532	152.4%
介護予防・生活支援サービス事業費	65,511	94.3%	69,416	106.0%	72,200	104.0%
介護予防・生活支援サービス事業費	57,402	95.3%	61,109	106.5%	63,564	104.0%
介護予防ケアマネジメント事業費	8,029	87.4%	8,219	102.4%	8,493	103.3%
高額介護予防サービス費相当事業費	39	293.0%	88	223.6%	75	85.7%
高額医療合算介護予防サービス費相当事業費	41	151.4%	1	1.5%	68	10810.4%
一般介護予防事業費	22,976	125.4%	22,347	97.3%	23,554	105.4%
その他諸費	243	88.8%	243	100.2%	248	102.0%
審査支払手数料	243	88.8%	243	100.2%	248	102.0%
合計	177,429	107.0%	177,305	99.9%	201,741	113.8%
計画時見込	202,514		195,360		196,513	

地域支援事業費の推移



(3) 介護保険事業の見込み

第9期介護保険事業計画の介護保険サービス量を見込むに当たっては、制度の改正内容や、第8期計画期間における要介護等認定者数やサービスの利用実績等、今後の高齢者人口や要介護等認定者数の予測推移、施設・在宅サービスの施策の方向性を勘案し、厚生労働省が運用し都道府県及び市町村が利用する「見える化システム」を使って推計を行っています。

① 介護保険制度の主な改正

- ・令和6年度介護報酬改定率はプラス 1.59%とされました。介護職員の処遇改善分としてプラス 0.98%が、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準としてプラス 0.61%が措置されます。
- ・第1号保険料負担の見直しについては、介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、今後の介護給付費の増加を見据え、1号被保険者間での所得再分配機能を強化する（標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等）ことにより、低所得者の保険料上昇の抑制（低所得者の最終乗率の引下げ）を図ることとされています。

② 介護保険サービスの整備状況

第9期計画期間中に、認知症対応型共同生活介護施設の新設、既存の施設において短期入所の床数の一部を長期入所へ、一般病床の床数の一部を介護医療院*へ転換を見込んでいます。その他のサービスの整備は見込んでいませんが、本計画期間中におけるサービス利用等の状況を踏まえて、次期計画において整備が必要なサービスの検討を行います。また、広域連合が運営する施設については、施設老朽度と施設サービス需要の減少局面に考慮しながら、広域的視点から施設整備の検討を行います。

なお、第8期の計画期間中においては介護療養型医療施設等2施設において介護医療院への転換が行われました。

（別掲の「介護サービス事業所数・施設数」のページを参照）

③ 介護（予防）サービスの利用見込み

高齢者数の増加及び施設の整備見込に連動し、訪問介護、訪問看護、認知症対応型共同生活介護、介護医療院のサービス利用が増加する見込みとしています。

（別掲の「介護（予防）サービスの利用者数見込み」のページを参照）

④ 保険給付費及び地域支援事業費の見込み

要介護認定者は増加傾向と推計されます。

第9期計画期間の保険給付費と地域支援事業費を合わせた総額を推計すると、約127億5千万円となり、第8期計画の約123億3千万円と比較すると3%の増加が見込まれます。

（別掲の「第9期計画期間の給付費及び事業費（推計）」のページを参照）

令和5年度の保険給付費と地域支援事業費の（当初）予算額

区 分	(単位：千円)	比率 (%)
保険給付費 (A)	3,800,900	
① 居宅（介護予防）サービス費等	1,380,850	34.3
② 地域密着型（介護予防）サービス費等	709,650	17.6
③ 施設介護サービス給付費	1,350,400	33.5
④ 居宅介護（予防）支援給付費	141,400	3.5
⑤ 審査支払手数料	3,000	0.1
⑥ 高額介護サービス等費	87,500	2.2
⑦ 高額医療合算介護サービス等費	12,200	0.3
⑧ 特定入所者介護サービス等費	110,300	2.7
⑨ 市町村特別給付	5,600	0.1
地域支援事業費 (B)	228,350	
⑩ 包括的支援・任意事業	120,409	3.0
⑪ 介護予防・生活支援サービス事業	81,015	2.0
⑫ 一般介護予防事業	26,646	0.7
⑬ その他諸費（審査支払手数料）	280	0.0
合計 (A+B)	4,029,250	

介護サービス事業所数・施設数

(見込)

区 分		第 8 期	第 9 期	備 考
地域包括支援センター		1	1	
居宅介護支援		12	12	地域包括支援センターを含む
居宅サービス	訪問介護	7	7	
	訪問入浴介護	0	0	
	訪問看護	6	6	
	訪問リハビリテーション	3	3	
	居宅療養管理指導	44	44	
	通所介護	8	8	
	通所リハビリテーション	3	3	
	短期入所生活介護	4	4	
	短期入所療養介護	5	5	
	福祉用具貸与	1	1	
	特定福祉用具販売	1	1	
	特定施設入居者生活介護	4	4	
	(床数)	207	207	
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	1	
	夜間対応型訪問介護	0	0	
	地域密着型通所介護	8	8	休止中 1 を含む
	認知症対応型通所介護	1	1	休止中 1 を含む
	小規模多機能型居宅介護	2	2	
	認知症対応型共同生活介護	4	5	
	(床数)	54	63	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	
	(床数)	0	0	
	地域密着型介護老人福祉施設	3	3	
	(床数)	87	87	
看護小規模多機能型居宅介護	0	0		
複合型サービス		0	新設	
施設サービス	介護老人福祉施設	2	2	
	(床数)	164	168	
	介護老人保健施設	3	3	
	(床数)	300	300	
	介護医療院	2	2	一般病床からの転換
	(床数)	48	61	
介護療養型医療施設	0			
(床数)	0			

区 分		第 8 期	第 9 期	備考
参 考	軽費老人ホーム（ケアハウス）	2	2	
	有料老人ホーム	11	11	休止中 1 を含む
	サービス付き高齢者向け住宅	3	3	

介護(予防)サービス利用者数見込み

(単位:人/月)

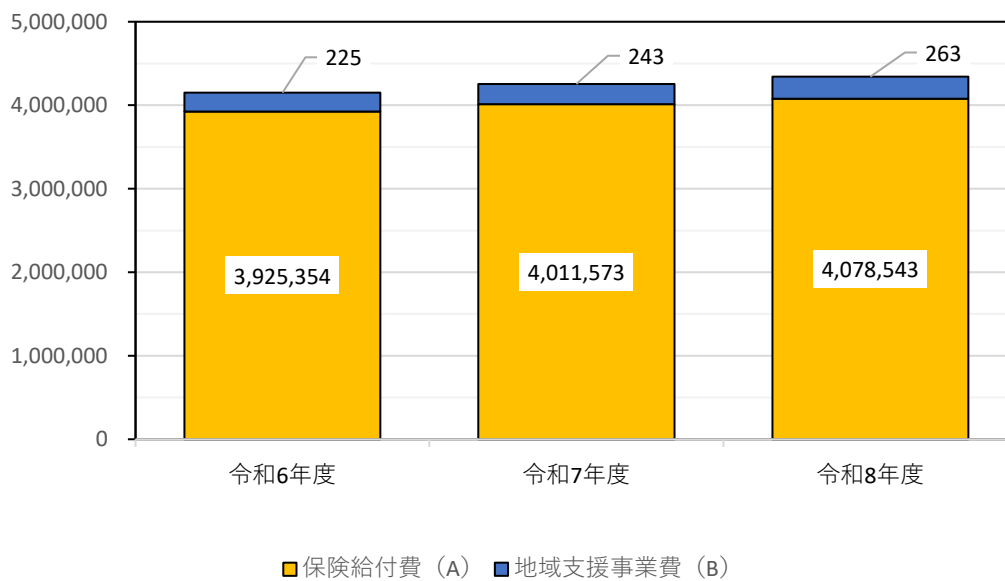
区 分		実績			見込		
		第8期			第9期		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	訪問介護	295	291	279	283	288	301
	訪問入浴介護	26	27	26	38	39	41
	訪問看護	209	194	201	233	243	252
	訪問リハビリテーション	29	28	26	31	32	33
	居宅療養管理指導	167	189	175	198	206	212
	通所介護	274	249	245	260	269	275
	通所リハビリテーション	327	318	323	345	354	363
	短期入所生活介護	44	42	43	45	47	47
	短期入所療養介護	44	42	37	43	44	45
	福祉用具貸与	623	605	601	628	651	669
	特定福祉用具購入費	9	9	12	13	13	13
	住宅改修	7	10	22	22	23	23
	介護予防支援・居宅介護支援	930	903	905	930	957	979
	地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	3	5	2	2
夜間対応型訪問介護		0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護		131	126	138	150	154	158
認知症対応型通所介護		0	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護		47	46	43	45	48	49
看護小規模多機能型居宅介護		0	0	0	0	0	0
施設・居住系	複合型サービス				0	0	0
	特定施設入居者生活介護	131	136	123	126	132	134
	認知症対応型共同生活介護	49	51	52	52	54	60
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0
	地域密着型介護老人福祉施設	87	89	88	88	88	88
	介護老人福祉施設	159	163	161	161	161	161
	介護老人保健施設	212	221	222	222	222	222
	介護医療院	5	20	49	61	61	61
介護療養型医療施設	14	13	11				

第9期計画期間の給付費及び事業費（推計）

（単位：千円）

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	計画期間の 合計
保険給付費（A）	3,925,354	4,011,573	4,078,543	12,015,469
居宅（介護予防）サービス費等	1,330,930	1,385,184	1,428,528	4,144,642
地域密着型（介護予防）サービス	756,192	779,126	795,372	2,330,690
施設介護サービス給付費	1,471,626	1,471,626	1,471,626	4,414,878
居宅介護（介護予防）支援給付費	140,958	145,616	149,314	435,888
審査支払手数料	2,828	2,882	2,928	8,638
高額介護サービス等費	87,874	89,577	91,010	268,461
高額医療合算介護サービス等費	10,193	10,390	10,557	31,139
特定入所者介護（予防）サービス	119,294	121,606	123,552	364,452
市町村特別給付	5,460	5,566	5,655	16,681
地域支援事業費（B）	224,749	242,768	263,405	730,923
包括的支援・任意事業	111,404	124,253	138,861	374,518
介護予防・生活支援サービス事業	84,382	86,926	89,658	260,966
一般介護予防事業	28,687	31,313	34,610	94,611
その他諸費（審査支払手数料）	276	276	276	828
合計（A+B）	4,150,103	4,254,341	4,341,948	12,746,392

（千円） 第9期計画期間の給付費及び事業費（推計）



2. 介護保険料

(1) 介護保険事業の財源

介護保険制度を持続可能としていくうえで大切な財源である介護保険料は、保険給付費と地域支援事業費を賄うために必要となる財源の50%となっています。

介護保険料を納めるのは65歳以上の方（第1号被保険者）と40歳以上65歳未満の方（第2号被保険者）です。

第1号被保険者にあつては、年金の受給状況によって納め方が法令で定められており、支給される年金から差引かれる特別徴収と、送付される納入通知書により保険者である小諸市へ個別に納める普通徴収の、いずれかの方法となります。

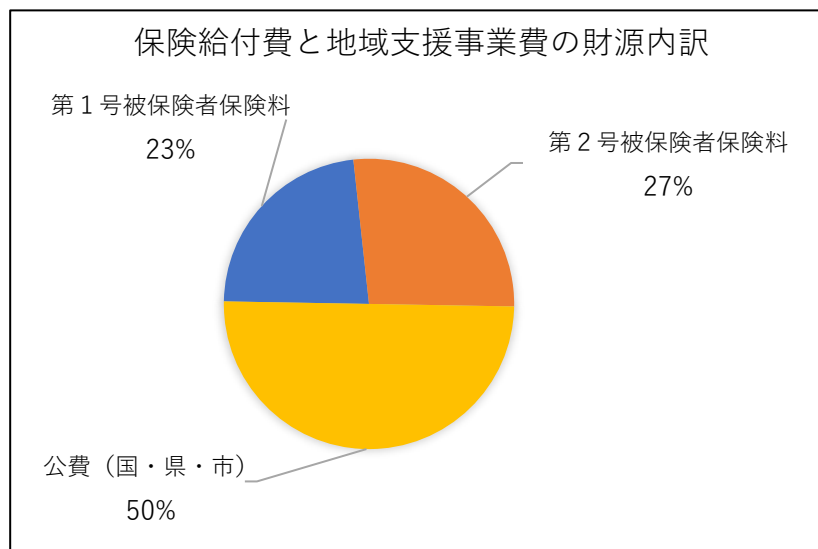
第2号被保険者については、加入している医療保険とともに納めます。

また、財源のうち残る50%は、国・県・市が公費で負担します。

① 被保険者の負担率

第1号被保険者が負担する介護保険料の、財源に占める率は23%となります。

また、第2号被保険者については、同様に27%となります。



小諸市では、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）の介護保険料の上昇を緩和するため、第8期計画における介護保険料の剰余金である「介護保険支払準備基金」約6億円の内から取り崩し、第9期の保険料を抑制するために用いる計画です。

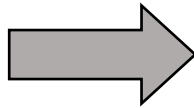
② 第9期介護保険料基準額（月額）の試算

保険給付費及び地域支援事業費の見込み推計から、国・県・市の公費負担分および第2号被保険者保険料を差し引いたものが、第1号被保険者保険料必要額になります。その必要額を、第1号被保険者数で除し、保険料収納率を勘案して積算したものを基準額としています。

《第1号被保険者の保険料基準額（月額）の算定方法》

$$\frac{\text{第9期の第1号被保険者保険料必要額}}{\text{第1号被保険者数（第8期の3年間の累計数）}} \times \text{保険料収納率} \div 12 \text{ か月} = \text{保険料基準額（月額）}$$

第8期（令和3年度～令和5年度）
保険料基準月額 5,320円



第9期（令和6年度～令和8年度）
保険料基準月額 5,320円

③ 介護保険料の所得段階

第1号被保険者の介護保険料は、所得に応じた公平な負担とします。

なお、所得段階は、国の制度と合わせ、13段階の区分とし、保険料基準金額は、第9期にあっては第8期と同額としています。（据え置き）

所得段階	対象者	保険料率	令和6～8年度
			年額保険料
第1段階	住民税非課税世帯。 本人、生活保護受給又は高齢福祉年金受給者、 もしくは本人、合計所得＋年金収入≤80万円	(基準額×(0.455-軽減率)) 基準額 × 0.285	18,100円
第2段階	住民税非課税世帯。 本人、80万円<合計所得＋年金収入≤120万円	(基準額×(0.685-軽減率)) 基準額 × 0.485	30,900円
第3段階	住民税非課税世帯。 本人、合計所得＋年金収入>120万円	(基準額×(0.69-軽減率)) 基準額 × 0.685	43,700円
第4段階	住民税課税世帯。本人、住民税非課税で 合計所得＋年金収入≤80万円	基準額 × 0.9	57,400円
第5段階	住民税課税世帯。本人、住民税非課税で 合計所得＋年金収入>80万円	基準額 × 1.0	63,800円
第6段階	本人、住民税課税で 合計所得<120万円	基準額 × 1.2	76,500円
第7段階	本人、住民税課税で 120万円≤合計所得<210万円	基準額 × 1.3	82,900円
第8段階	本人、住民税課税で 210万円≤合計所得<320万円	基準額 × 1.5	95,700円
第9段階	本人、住民税課税で 320万円≤合計所得<420万円	基準額 × 1.7	108,400円
第10段階	本人、住民税課税で 420万円≤合計所得<520万円	基準額 × 1.9	121,200円
第11段階	本人、住民税課税で 520万円≤合計所得<620万円	基準額 × 2.1	133,900円
第12段階	本人、住民税課税で 620万円≤合計所得<720万円	基準額 × 2.3	146,700円
第13段階	本人、住民税課税で 合計所得≥720万円	基準額 × 2.4	153,100円

参考：第8期保険料所得段階

所得段階	対象者	保険料率	令和3～5年度
			年額保険料
第1段階	住民税非課税世帯。 本人、生活保護受給又は老齢福祉年金受給者、 もしくは本人、合計所得＋年金収入≤80万円	(基準額×(0.5-軽減率)) 基準額 × 0.3	19,100円
第2段階	住民税非課税世帯。 本人、80万円<合計所得＋年金収入≤120万円	(基準額×(0.75-軽減率)) 基準額 × 0.5	31,900円
第3段階	住民税非課税世帯。本人、合計所得＋年金収入> 120万円	(基準額×(0.75-軽減率)) 基準額 × 0.7	44,600円
第4段階	住民税課税世帯。本人、住民税非課税で合計所得 ＋年金収入≤80万円	基準額 × 0.9	57,400円
第5段階	住民税課税世帯。 本人、住民税非課税で合計所得＋年金収入>80 万円	基準額 × 1.0	63,800円
第6段階	本人、住民税課税で 合計所得<125万円	基準額 × 1.2	76,500円
第7段階	本人、住民税課税で 125万円≤合計所得<200万円	基準額 × 1.3	82,900円
第8段階	本人、住民税課税で 200万円≤合計所得<290万円	基準額 × 1.5	95,700円
第9段階	本人、住民税課税で 290万円≤合計所得<400万円	基準額 × 1.6	102,000円
第10段階	本人、住民税課税で 400万円≤合計所得<600万円	基準額 × 1.8	114,800円
第11段階	本人、住民税課税で合計所得≥600万円	基準額 × 2.0	127,600円

3. 地域包括支援センター

(1) 地域包括支援センターの設置について

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的に市町村が設置しています（介護保険法第115条の39）。

小諸市の日常生活圏域は1圏域とし、地域包括支援センターは、市が小諸市社会福祉協議会に運営を委託している1か所で、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等がその専門知識を生かし、個別のサービスのコーディネートにとどまらず、地域住民とともに地域のネットワークの構築を進める地域の中核機関として計画の基本理念、基本目標の実現を目指します。

(2) 地域包括支援センターの役割

市と地域包括支援センターは、引き続き連携を密にし地域包括ケアシステムの推進に努めていきます。地域包括支援センターの業務は多岐にわたり、市の多くの部署と関係していることから、日常的な連携の強化のほか、多問題を抱える支援困難ケース等についてチームによる迅速な対応を行っていきます。また、高齢者の身近な相談窓口である地域包括支援センターの活動の周知をさらに積極的に図っていきます。

(3) 地域包括支援センターの負担軽減

高齢化社会の進行、複合的な問題を抱える世帯の増加に伴い、地域包括支援センターにおける総合相談支援業務の重要性がますます高まっている一方、センターの負担も増大しています。そこで、センターの負担軽減と総合相談支援機能の充実を図るため、介護予防支援（要支援者に対するケアプラン作成）について、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大します。

第Ⅳ章 計画の目標値

最終成果指標	現状値 (令和4年度)	目標値 (令和8年度)
1. 日常生活動作が自立している期間の平均 (平均自立期間)	男性 80.8 歳 女性 85.1 歳	男性 82.2 歳 女性 85.5 歳
2. 調整済み要介護(要支援)認定率	12.9%	14.0%以下
3. 元気高齢者・居宅要介護(要支援)の 幸福感 (0点:とても不幸~10点:とても幸 せ)	元気高齢者 7.17 点 居宅要支援要介護者 5.97 点	上昇
4. 高齢者が暮らしやすい地域づくりが できているか	26.7%	上昇



基本目標	評価指標	現状値 (令和4年度)	目標値 (令和8年度)
高齢者の健康づくり・介護予防の推進	5. 65歳以上の介護保険申請の新規申請平均年齢	男性 82.1 歳 女性 84.8 歳	男性 82.1 歳 以上 女性 84.8 歳 以上
	6. 「フレイル」という言葉の認知状況	22.7%	上昇
	7. 認知症サポーター養成講座受講者数	2,651 人	3,400 人
地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの推進	8. いきいきとした地域づくりへの参加者としての参加意向	58.6%	上昇
	9. 要介護3以上の在宅サービス利用率	80.0%	上昇
	10. 介護保険サービス以外の支援・サービスを利用している割合(元気高齢者・居宅要介護(要支援)者)	元気高齢者 0.8% 居宅要支援要介護者 14.6%	上昇
	11. 人生の最期の迎え方を家族等と話し合った経験がある割合	元気高齢者 36.0%	上昇
持続可能な介護保険制度の構築	12. 利用している介護保険サービスの満足状況	82.3%	上昇
	13. 介護保険制度に対する満足状況	30.3%	上昇

	14. 介護・介助を理由として過去 1 年間に仕事を辞めたり転職した家族や親族の有無	仕事を辞めた 8.0% 転職した 1.4%	減少
--	--	--------------------------	----

【解説】

1. 公益社団法人国民健康保険中央会 KDB システムより 「平均自立期間」の値
介護保険の要介護度2未満を健康な状態としたもの
目標値は健康づくり計画と同様、令和元年度から令和4年度の値から推計値を算出
2. 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」より
認定率に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率
目標値は令和元年度から4年度までの調整済み認定率の値から推計値を算出
3. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、元気高齢者、居宅要介護（要支援）者の調査（高齢者実態調査）で、【現在のどの程度、幸せですか】に「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として回答した結果の平均値
4. 16歳以上の小諸市民2,000人を対象に毎年実施する「こもろ・まちづくり市民意識調査」結果より、【高齢者が暮らしやすい地域になっているか】の質問に対し「そう思う」「ややそう思う」の合計の値
5. 当該年度中において65歳以上の新規介護保険申請者の平均年齢
6. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、元気高齢者の調査（高齢者実態調査）で、【フレイルという言葉の認知状況】の「内容を知っている」と回答した方の割合の合計
7. 市で開催する認知症サポーター養成講座の受講者数
8. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、元気高齢者の調査（高齢者実態調査）で、【いきいきとした地域づくりの活動に参加者としての参加意向】の「是非参加したい」「参加してもよい」「既に参加している」と回答した方の割合の合計
9. 介護保険事業状況報告より、第1号保険者の認定者数から「施設サービス受給者」を引き、自宅・地域で暮らす受給者を算出。在宅サービス利用率は、自宅・地域で暮らす受給者を第1号保険者の認定者で除した割合。要介護3以上に限定して計算
10. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、元気高齢者、居宅要介護（要支援）者の調査（高齢者実態調査）で、【介護保険サービス以外の支援・サービスの利用状況】の「利用している」と回答した方の割合
11. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、元気高齢者、居宅要介護（要支援）者の調査（高齢者実態調査）で、【人生の最期をどのように迎えたいか家族等と話し合った経験の有無】の「十分に話し合っている」「話し合ったことがある」と回答した方の割合の合計
12. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、居宅要介護（要支援）者の調査（高齢者実態調査）で、【利用している介護保険サービスの満足状況】の「満足している」「どちらかと言えば満足している」と回答した方の割合の合計
13. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、居宅要介護（要支援）者の調査（高齢者実態調査）で、【介護保険制度に対する評価】の「本人や家族の負担が軽減されるなど、全体的に満足している」と回答した方の割合
14. 3年に1度（計画策定の前年度）実施する、居宅要介護（要支援）者の調査（高齢者実態調査）で、【調査対象者の介護・介助を主な理由として過去1年の間に仕事を辞めたり、転職した家族や親族の有無】の「主な介護・介助者が仕事を辞めた」「主な介護・介助者が転職した」と回答した方の割合

用語集

語句	説明
あ行	
ICT	Information and Communication Technology の略。情報・通信に関する技術の総称のこと。
意思決定支援	認知症等により判断能力が低下している状況にある人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるように行う、意思決定支援者による本人支援のこと。
SDGs（エスディージーズ、持続可能な開発目標）	Sustainable Development Goals の略。平成 27 年 9 月に国連持続可能な開発サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 年アジェンダ」に盛り込まれた 17 の目標のこと。この中には「すべての人に保健と福祉を」といった健康福祉分野の目標についても盛り込まれている。また、政府が定めた「持続可能な開発目標（SDGs）実施指針」では地方自治体の各種計画においても SDGs の要素を最大限反映されることが奨励されている。
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生会議	Advance Care Planning の略。人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に話し合うプロセスのこと。人生会議。
か行	
介護医療院	長期療養のための医療と日常生活上の世話（介護）を一体的に提供する施設のこと。
介護支援専門員（ケアマネジャー）	介護保険制度において、ケアマネジメントをする有資格者のこと。要支援・要介護認定者及びその家族からの相談を受け、介護サービスの給付計画（ケアプラン）を作成し、自治体や介護サービス事業者との連絡・調整等を行う。
介護相談員派遣事業	介護相談員が介護サービス提供事業所を定期的に訪問し、利用者及びその家族と対話をするなかから、利用者の疑問や困っていることを聞き出し、事業所や市に橋渡しをしながら疑問等の解消を図るとともに、介護サービスの質の向上を図ることを目的とした事業のこと。小諸市では平成 14 年度に事業を開始している。
介護予防人材育成事業	通いの場の担い手を育成する事業のこと。
介護予防地域交流事業	地区の公民館等を会場にして、介護予防教室やふれあい給食会等を実施し、地域の交流を図る事業のこと。

介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報などの活用により、閉じこもり等のなんらかの支援を要する者を把握し、介護予防活動につなげる事業のこと。
基本チェックリスト	厚生労働省が作成したもので、25項目の質問をチェックすることで、必要な介護予防の取り組みに活かすもの。
キャラバン・メイト	認知症サポーターを養成する講師のこと。
協議体	生活支援コーディネーターが主体となり、社会福祉法人、NPO、協同組合、自治会、行政、民間企業等の地域の多様な関係者が参加し、定期的な情報共有や連携強化を図るための場として中核となるネットワークのこと。
居宅介護支援事業所	居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）が在籍しており、在宅で介護を受ける人が適切なサービスを利用できるように、要介護認定の申請の代行やケアプランの作成を依頼するときの窓口となり、サービス事業者との連絡・調整などを行う事業所のこと。
ケアプラン	事業対象者・要支援・要介護者が介護保険サービス等を適切に利用できるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）が本人と家族の希望等を勘案し、利用するサービスの種類、内容等を定めた計画のこと。
健康達人区らぶ	社会福祉協議会職員が地区の公民館等で地域の方と交流しながら、健康づくりと介護予防のための話や簡単な体操、レクリエーションを行う教室のこと。
権利擁護	高齢者が加齢に伴う判断力の低下や認知症などの病気により、自ら判断することが困難になった際、高齢者の尊厳の保持の視点に立って、権利を擁護するための取り組みのこと。
高齢者クラブ	全国老人クラブ連合会に属し、地域で高齢者の親睦を図り、生きがいを高め健康づくりや介護予防を進める活動やボランティア活動等を行う高齢者の自主的な組織のこと。
高齢者実態調査	「令和4年度高齢者生活・介護に関する実態調査等」の略。長野県と保険者（市町村等）が3年毎に実施し、介護保険事業（支援）計画策定などの基礎資料とするための調査。
高齢者見守り事業所	市内の事業所で、高齢者見守り活動に賛同する事業所のこと。日頃の見守り活動の実施、市内で行方不明者が発生した際は業務の範囲内で捜索活動に協力している。
高齢者等見守り反射ステッカー	認知機能の低下等により地域での見守りが必要な高齢者の靴のかかるとに目印として貼ることで、高齢者を地域で見守り在宅生活を支援するためのステッカーのこと。赤色（すぐに保護）と黄色（声かけ）の2種類がある。

こもろ健幸マイレージアプリ	市民の健康意識を高め、運動習慣を身に着けることを目的に健康づくり課で開発したアプリ。健（検）診を受け、指定のウォーキング等をする、直売所利用券等がもらえる。
さ行	
サービス A	介護サービス事業所により提供される緩和した基準のサービスのこと。小諸市内には訪問型と通所型がある。
サービス B	有償・無償ボランティアにより提供される、住民主体のサービスのこと。小諸市では令和2年度に設立された1団体による通所型サービスが、令和3年度から行われている。
サービス C	保健・医療の専門職により提供される支援で3～6か月の短期間で行われる運動器機能向上プログラム。小諸市内には対象者を限定した通所型がある。
災害時等要援護者支援制度	高齢者、障がい者、傷病者等災害発生時に自主的に避難することや被災地域での生活が困難な方（災害時等要援護者）が事前に情報を登録することで、災害時における避難誘導や救出活動、安否確認、情報提供や日常生活における声掛けや相談等を円滑に行えるようにするもの。
在宅サービス調整会議	保健・医療・福祉機関の関係者が集まり、高齢者や障がい者等に、よりよいサービスを提供するために行われる会議のこと。保健・医療・福祉サービスの連携や、在宅ケアに関する情報交換等を行う。
サルコペニア	加齢による筋肉量の減少を意味する用語で、ギリシア語で「肉・筋肉」を意味するサルコ(sarco)と「減少・消失」を意味するペニア (penia) の造語。筋力または身体機能の低下のいずれかの状態のこと。
指定地域密着型事業所（者）	高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた自宅または地域で生活を継続できるようにするため、市民に限定して少人数でサービスを提供する事業所のこと。
社会的孤立	家族やコミュニティとほとんど接触がない客観的な状態のこと。独居のような身体的孤立、寂しさや孤独感のような主観的な孤独状態とは区別される。
生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワークの構築機能）を果たす者のこと。

生活支援体制整備事業	コーディネーターの配置などを通じて、地域で高齢者のニーズとボランティア等のマッチングを行うことにより、生活支援の充実を実現することを目指す事業。
成年後見制度	判断能力が不十分な人を支援し、その人の権利を守るため、代理権等が付与された成年後見人等が財産管理・身上保護等を行う制度。家庭裁判所が成年後見人等を選任する「法廷後見」と判断能力が不十分な状況になったときに備えて、あらかじめ本人が任意後見人を選ぶ「任意後見」がある。
相当サービス	介護サービス事業所の専門職により提供される、旧介護予防給付に相当するサービス。小諸市内には訪問型と通所型がある。
た行	
団塊ジュニア世代	1971年（昭和46年）から1974年（昭和49年）生まれの第2次ベビーブーム世代のこと。団塊世代の子どもにあたる世代。
団塊世代	1947年（昭和22年）から1949年（昭和24年）生まれの第1次ベビーブーム世代のこと。
地域共生社会	制度・分野ごとの縦割りや支え手・受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と人、人と資源が世代を超えて丸ごとつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のこと。
地域ケア個別会議	高齢者等の生活課題に対し、医療・保健・福祉の専門職と地域住民や多様な機関が支援策の検討やネットワークの構築を行う会議のこと。なお、個別会議により顕在化した地域課題と思われる課題は地域ケア推進会議において検討される。
地域ケア推進会議	市民・医療・介護・福祉・行政の代表者が市内に暮らす高齢者の生活全般にわたる困りごとを広く出し合い、小諸市の地域課題を認定し、解決に向けた取り組みを推進していく会議のこと。
地域包括ケアシステム	支援が必要な高齢者の生活を身近な地域で支えるため、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスを一体的に提供する仕組みのこと。
チームオレンジ	認知症サポーターがチームを組み、認知症の方や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の方本人もメンバーとして参加する。

調整済み	第1号被保険者の性や年齢構成の影響を除外し、どの地域も全国平均やある地域の一時点と同様になるように調整を行った指標。
出前講座	市職員が地区の集会や学習会に出向き、暮らしに役立つ情報や施策等について講義を行う事業のこと。
な行	
日常生活圏域	平成17年の介護保険法の改正により、市町村介護保険事業計画において、住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情、その他社会的条件を総合的に勘案して定める区域のこと。国では概ね30分以内に必要なサービスが提供される範囲としている。
認知症カフェ	認知症の人や家族が地域の人や、専門家と相互に情報共有し、お互いを理解し合う集いの場のこと。
認知症ケアパス	認知症の方や家族が認知症と共によりよく暮らしていくための「道しるべ」を記した冊子のこと。小諸市版では認知症の症状や家族の対応のヒント、進行に応じた支援・資源の一覧表、本人の思いを記入するページ等が掲載されている。
認知症サポーター	認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、支援する応援者のこと。
認知症サポーター養成講座	認知症サポーターを養成する講座のこと。
認知症サポート医	県が指定する研修を受けた医師で、地域でかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う医師のこと。
認知症初期集中支援チーム	医療・介護の専門職が家族の相談などにより、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援サポートを行うチームのこと。
認知症地域支援推進員	地域の医療や介護の関係機関、地域の支援機関等の連携支援や、認知症の人やその家族を支援する体制づくり、認知症ケアの向上を図るための取り組みを推進する者のこと。
Net4U(ネットフォーユー)	患者(利用者)に対し、プライバシー保護を厳重に図りながら小諸北佐久・佐久地域の医療・介護・行政等関係者間で電子媒体により、在宅医療等に必要な情報を共有することで、質の高い医療・介護・福祉サービスを提供するシステムのこと。
は行	

福祉避難所	災害時に高齢者などの要配慮者のために、相談等にあたる生活相談職員等の配置やポータブルトイレなどの器物の整備など特別の配慮がなされた避難所のこと。社会福祉施設などを活用して設置されることが想定されている。
フレイル（虚弱）	加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障がいや要介護状態、死亡等の危険性が高くなった状態のこと。具体的には体重減少、倦怠感（疲れやすさ）、活動性低下、筋力低下、歩行速度のうち3つ以上に該当している状態。
プレフレイル	フレイルには至らないがその前段階のこと。体重減少、倦怠感（疲れやすさ）、活動性低下、筋力低下、歩行速度のうち2つに該当している状態。
ボランティアポイント	市町村において、高齢者が様々なボランティア活動を行った場合にポイントを付与する制度のこと。
ま行	
もしバナゲーム	「人生の最期にどう在りたいか」について、考えたり話し合うことができるカードを使ったゲーム。ゲームを通して、友人や家族に自身の願いを伝え、理解してもらうきっかけづくりになる。もしものための話し合い＝もしバナ。

資料

資料1

第9期高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の評価

【令和5年9月末現在の達成状況：達成◎ 未達成（改善）○ 悪化×】

基本目標	評価指標	策定時の値	現状値	現状値	現状値	目標値	達成状況
		(令和元年度)	(令和2年度)	(令和3年度)	(令和4年度)	(令和5年度)	
1 高齢者の健康づくり・介護予防の推進							
1. 65歳以上の介護保険申請の初回申請平均年齢	男性	83.6歳	82.1歳	83.3歳	82.1歳	83.6歳以上	×
	女性	85.1歳	83.8歳	85.4歳	84.8歳	85.1歳以上	×
2. 平均自立期間	男性	80.0歳	80.5歳	81.0歳	80.8歳	80.4歳	○
	女性	85.1歳	84.7歳	85.4歳	85.1歳	86.1歳	×
3. 認知症サポーター養成講座受講者数		2,270人	2,306人	2,434人	2,651人	2,470人	◎

基本目標	評価指標	策定時の値	現状値	現状値	現状値	目標値	達成状況
		(令和元年度)	(令和2年度)	(令和3年度)	(令和4年度)	(令和5年度)	
2 地域共生社会に向けた地域包括ケアシステムの推進							
4. 高齢者が暮らしやすい地域づくりができていますか（こもろ・まちづくり市民意識調査）	— (令和2年度に調査開始)	24.3%	24.3%	26.7%	令和2年度の 数値以上	◎	
5. 幸福度（0点：とても不幸～10点：とても幸せ）（高齢者実態調査）	元気高齢者 7.18点 要支援要介護 認定者 5.88点	—	—	元気高齢者 7.17点 要支援要介護 認定者 5.97点	元気高齢者 7.20点 要支援要介護認定 者 6.18点	×	
6. 在宅療養率 策定時値 78.1%	78.9% (令和元年)	79.3% (令和2年)	76.6% (令和3年)	73.5% (令和4年)	83.0%	×	

(県データ)から変更	8月時点)	8月時点)	8月時点)	8月時点)		
7. いきいきとした地域づくりへの参加者としての参加意向 (高齢者実態調査)	63.4%	—	—	58.6%	64.8%	×

基本目標	策定時の値 (令和元年度)	現状値 (令和2年度)	現状値 (令和3年度)	現状値 (令和4年度)	目標値 (令和5年度)	達成状況
評価指標						
3 持続可能な介護保険制度の構築						
8. 要介護認定率	13.2%	13.4%	13.7%	13.8%	13.2%以内	×
9. 利用している介護保険サービスの満足度 (高齢者実態調査)	84.1%	—	—	82.3%	85.7%	×
10. 介護保険制度に対する評価 (高齢者実態調査「本人や家族の負担が軽減されるなど、全体的に満足している」)	28.9%	—	—	30.3%	33.9%	○
11. 介護・介助を理由として過去1年間に仕事を辞めたり転職した家族や親族の有無 (高齢者実態調査)	5.2%	—	—	8.0%	5.2%以下	×

【評価指標について補足】

○高齢者実態調査（長野県高齢者生活・介護に関する実態調査）とは
 高齢者の生活実態や介護サービスの利用に対する意向等に関する調査を実施し、
 高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定などの基礎資料とするため、
 3年に一度（計画策定年度の前年度に）長野県及び各市町村が実施するもの。
 県と市町村の比較が可能で、直近2回は令和4年度、令和元年度に実施した。

○4. 高齢者が暮らしやすい地域づくりができているか

こもろ・まちづくり市民意識調査にて令和3年度から調査開始予定であったが、令和2年度の調査から開始された。

○6. 在宅療養率

算出方法を変更した。計画策定時に指標とした県データ「長野県在宅医療にかかるデータ集」からの数値（78.1%）は令和元年度に調査したのみだったため、策定時の基準とする値を小諸市の介護保険事業状況報告データから県とほぼ同様の抽出方法で算出したものに変更し、以降各年度も同様に算出した。ただし、他市や県と比較する数値がないため、目標値は、策定時の目標値（県データ）をそのまま使用した。

資料2

令和4年度介護保険の新規申請に至る主な原因調査結果について

調査概要

1 調査の目的

介護保険の新規申請に至る主な原因を調査し、第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定等に向けた基礎資料とする。

2 調査期間

令和4年4月1日～令和5年3月31日

3 調査対象者

総数：460名（男性205名、女性255名）

年齢：40歳以上の男女

調査結果

1 介護保険の申請に至った主な原因

第1位	認知症（21.4%）
第2位	高齢による衰弱（17.4%）
第3位	がん（11.8%）

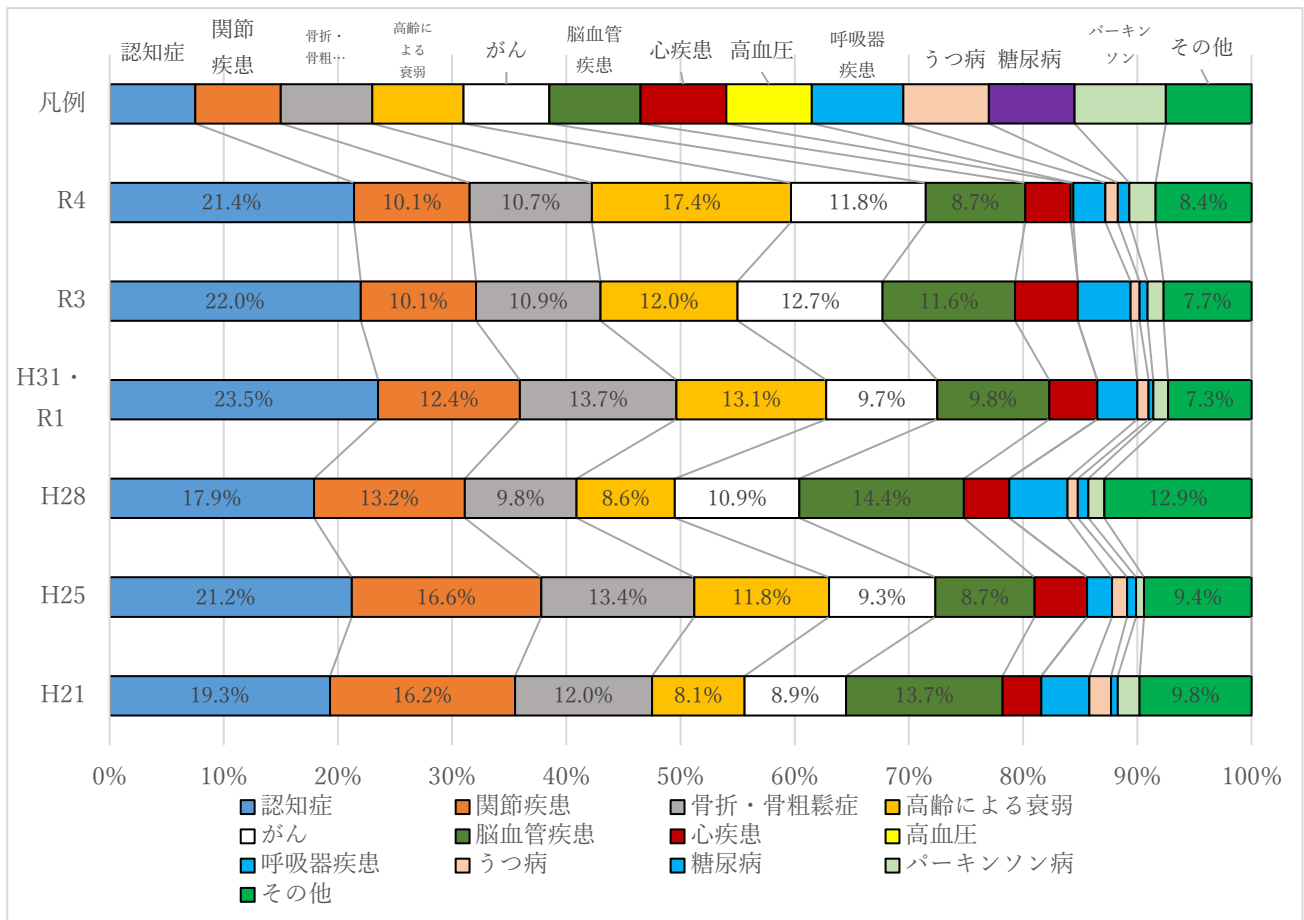
- 第1位の認知症が21.4%と高い割合を占め、主な原因の上位2位は高齢に起因する疾患であり、3位は生活習慣病に起因する疾患である。

2 過去の主な原因

	平成25年度	平成28年度	令和元年度	令和3年度
第1位	認知症 （21.2%）	認知症 （17.9%）	認知症 （23.5%）	認知症 （22.0%）
第2位	関節疾患 （16.6%）	脳血管疾患 （14.4%）	骨折・骨粗鬆症 （13.7%）	がん （12.7%）
第3位	骨折・骨粗鬆症 （13.4%）	関節疾患 （13.2%）	高齢による衰弱 （13.1%）	高齢による衰弱 （12.0%）

- 主な原因の第1位は平成21年度から認知症が続いている。関節疾患が平成25年度第2位、平成28年度は第3位と上位を占めている。令和元年度、3年度は第3位が高齢による衰弱となっている。

3 経年比較



- 過去の構成割合の比較では、認知症は H21 年度から継続して第 1 位となっており、R4 年度においても 21.4% を占めている。高齢による衰弱が 4 年度は最も高い割合を占めている。
- 前回の 3 年度との比較では高齢による衰弱が増加し、関節疾患、骨折・骨粗鬆症は同程度であり、がん、脳血管疾患は減少した。

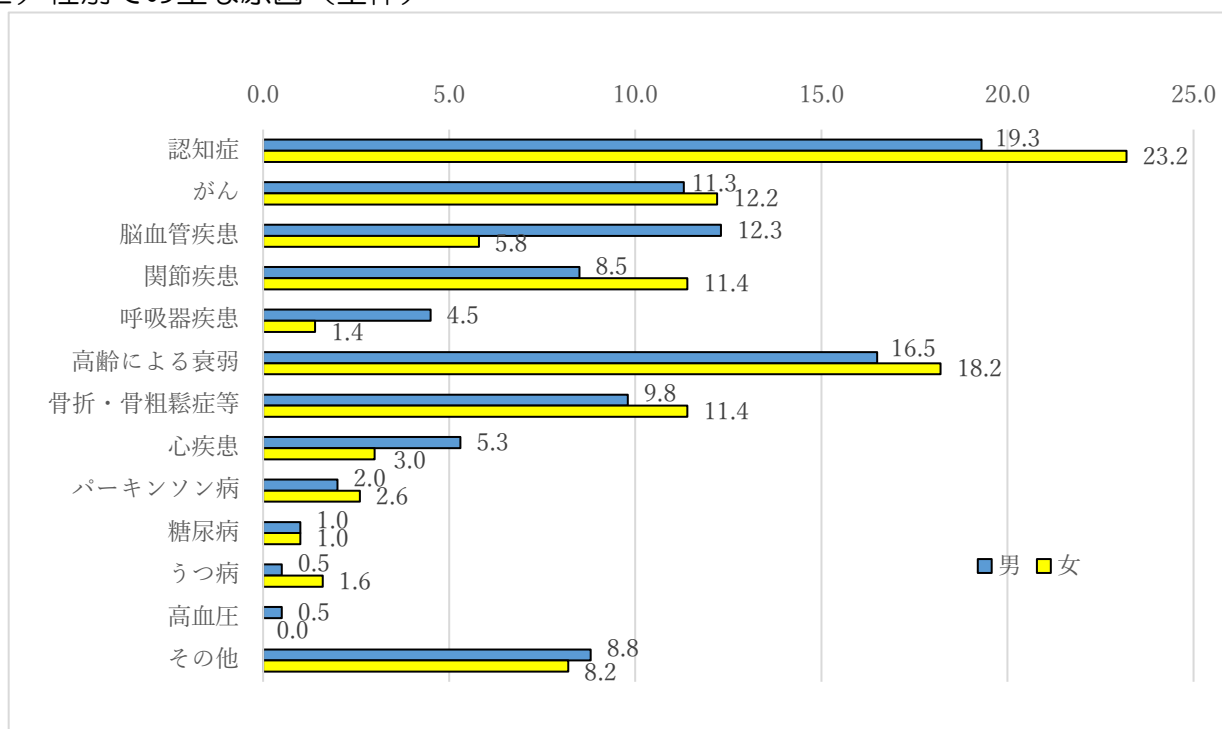
4 性別での主な原因

(1) 性別での主な原因（上位 6 位）

	男性	女性
第 1 位	認知症 (19.3%)	認知症 (23.2%)
第 2 位	高齢による衰弱 (16.5%)	高齢による衰弱 (18.2%)
第 3 位	脳血管疾患 (12.3%)	がん (12.2%)
第 4 位	がん (11.3%)	関節疾患、骨折・骨粗鬆症 (11.4%)
第 5 位	骨折・骨粗鬆症 (9.8%)	その他 (8.2%)
第 6 位	その他 (8.8%)	脳血管疾患 (5.8%)

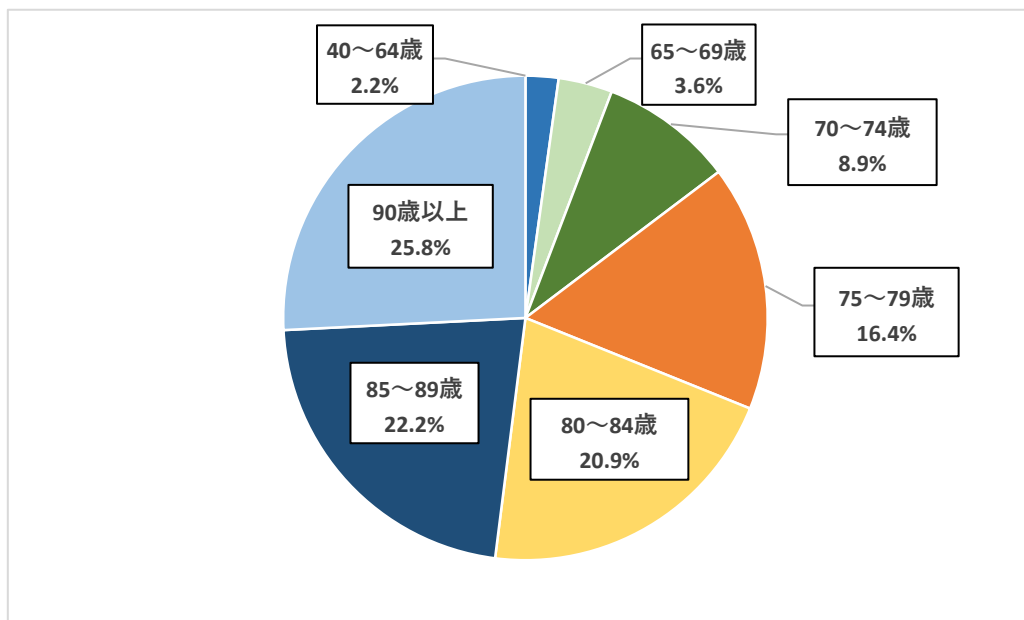
- 男女とも第 1 位は認知症で、女性は男性に比べ占める割合が高い。第 2 位は、男女とも高齢による衰弱であった。第 3 位は、男性は脳血管疾患、女性はがんと生活習慣病関連の項目であった。男性の 5 位と女性の 4 位は骨折・骨粗鬆症や関節疾患であり、運動器関連の項目であった。

(2) 性別での主な原因（全体）



- 男性は女性と比較し、脳血管疾患、呼吸器疾患、心疾患の割合が高く、女性は男性と比較し認知症、高齢による衰弱、関節疾患、骨折・骨粗鬆症の割合が高い。

5 年齢別割合



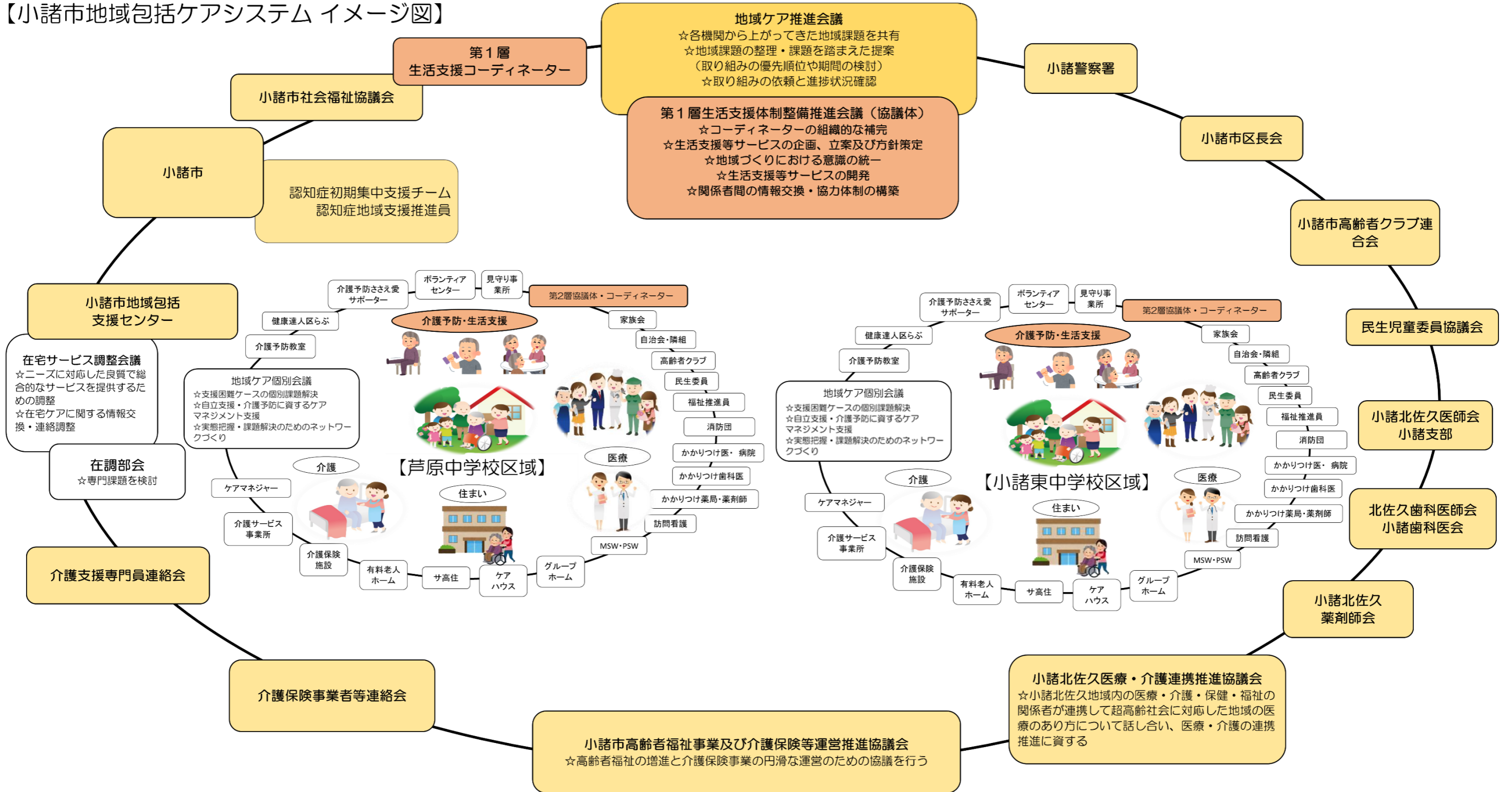
- 90歳以上が25.8%と一番高く、次いで85～89歳22.2%、80～84歳20.9%の順であり、85歳以上で48%を占め、75歳以上の後期高齢者は85.3%である。

6 平均年齢

全体	男性	女性
83.1 歳	81.4 歳	84.4 歳
65 歳以上	男性	女性
83.6 歳	82.1 歳	84.8 歳

- 平均年齢（65 歳以上）は 83.6 歳であり、男性と女性の差は 2.7 歳である。

【小諸市地域包括ケアシステム イメージ図】



資料4

在宅医療・介護連携体制構築に係る現状把握のための施策、指標マップ（2022年～）

住民の目指す姿	2040年までに小諸北佐久の医療・介護の切れ目ない連携により、自分が望む場所で自分らしく最期まで暮らすことができる					
あるべき姿（中期目標：2030年度までに）		評価指標			主な取り組み	
1.日常療養支援 1-1『人材不足』 ①要介護状態の予防・重度化防止が進んでいる ②多様な担い手や社会資源の確保及び育成ができています	人材不足が原因で望む生活に制限が起きることのない地域	ストラクチャー指標		プロセス指標	アウトカム指標	
		ヘルパー数			医療・介護者の職務満足度	
		訪問看護師数				
		介護予防に取り組んでいる組織数				
					①介護予防に取り組んでいる組織数の把握	
1-2『意思決定支援』 専門職が住民の意思決定を支援できている	自分が望む医療・介護サービスについて、療養の場が決めることができる			医療・介護関係者が意思決定支援を行っている割合 在宅療養の希望割合 意思決定支援についての認知度		①意思決定支援についての認知度の把握 ②多職種連携研修会の開催
1-3『服薬管理』 残薬管理ができています	服薬とは、自分らしく生きるための一つの手段であると理解し、本人・多職種で安全・確実な内服ができる			薬剤師による居宅療養管理指導料 訪問薬剤指導を算定している薬局数 かかりつけ薬剤師加算を算定している薬局数 重複投薬加算を算定している薬局数		①お薬手帳の活用・お薬手帳の活用方法の検討
1-4『認知症対策』 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供ができています	認知症になっても安心して生活ができる地域	認知症サポーター数			認知症の症状をよく理解している住民の割合	①多職種連携研修会の開催
1-5『情報共有・連携』 ①多職種での情報共有ができています ②他職種・他機関の専門性・役割が見え、顔の見える関係ができています	ライフステージ（日常・急変時・看取り）に応じて、医療介護支援者の役割が明確になっており、生活を続けるための後ろ盾になることができる地域	Net4Uの利用事業者数		あさまケアネットの認知度 ケアマネと医療関係者と十分な連携が十分とれている割合 他職種との連携の必要性 他職種との連携のしづらさの意識割合	Net4Uの利用満足度	①あさまケアネットのフォロー数を増やす取り組み ②多職種連携研修会の開催 ③Net4Uの活用の促進の検討 ④関係機関と連携調整・連携の仕組みづくり
2.看取り ①訪問診療（往診）や看取りに取組む医師が増えている ②訪問看護の利用が増えている ③訪問看護ステーションと医療機関（病院、開業医、薬局）との連携がとれている ④多職種が看取りの場で共通認識を持って連携ができて ⑤ACPについての意識が深まり、これからの治療・ケアに関する家族等との話し合い（繰り返し）が進んでいる	在宅療養者の看取りに向けて、医療・介護支援体制ができています	訪問看護師数		在宅での看取り数（割合） 場所別の死亡数（割合） 訪問診療を受けている件数 往診を受けた件数	在宅での死亡率 本人家族の満足度 支援者の満足度	①終活への意識調査 ②多職種連携研修会の開催 ③開業医と訪問看護、ケアマネの連携に関する仕組みづくりの検討
3.入退院支援 ①適切な入退院支援により、患者・家族の心配ごと、困りごとが減少している ②病診連携が円滑に行われている	「意思決定」「多職種連携」に基づき、入退院支援ができる地域	退院時共同指導料算定数 介護連携支援加算算定数 入退院支援加算を実施している医療機関数 後方支援を実施する病院数		退院時共同指導料を受けた患者数 介護連携支援加算を受けた患者数 入退院支援加算を受けた患者数		①関係者との意見交換 ②入退院連携ルールの活用状況の把握
4.急変時の対応 住民が緊急時の受診方法が理解できている	緊急時に相談できる支援体制があり、緊急対応可能な医療機関の体制が整備されている	訪問看護師数 往診を実施する医療機関		往診を受けた件数		①切れ目のない在宅医療に向けた病診・病病・診診連携の現状把握
5.住民の意識 住民が在宅医療・介護への理解を深め、自分らしく生活していくための選択ができる	「住民が在宅医療・介護への理解を深め、自分らしく生活していくための選択ができる」			終活への意識割合 在宅療養の希望割合	住民の医療・介護満足度 要介護5の在宅療養率 主観的幸福感（平均点）	①住民向け講演会の開催

資料5

小諸市高齢者福祉事業及び介護保険事業等運営協議会名簿

任期：令和3年4月1日から令和6年3月31日まで

(敬称略)

	推薦団体等	氏名	備考
保健・医療 関係	小諸北佐久医師会小諸支部 支部長	富岡 邦昭	
	北佐久歯科医師会小諸歯科医会 会長	小林 由美子 大塚 禎三	R3.4.1～R5.3.31 R5.4.1～
	小諸北佐久薬剤師会 理事	池田 伸也	
福祉関係	小諸市介護保険事業者等連絡会 会長	霜田 哲正 中村 秀雄	R3.4.1～R4.3.31 会長 R4.4.1～ 会長
	小諸市社会福祉協議会 事務局長	大塚 政弘 依田 秀幸	R3.4.1～R5.3.31 R5.4.1～
識見を有 する者	小諸市介護支援専門員連絡会 (ケアマネ連絡会)会長 (小諸市介護保険事業者等連絡会)	斉藤 洋子 鈴木 美恵子 清水 美幸	R3.4.1～R4.3.31 R4.4.1～R5.3.31 R5.4.1～
	小諸市区長会 副会長	林 功 小泉 隆弘 渡辺 昭男	R3.4.1～R4.3.31 R4.4.1～R5.3.31 R5.4.1～
	小諸市高齢者クラブ連合会 会長	牧野 和人 清水 清勝	R3.4.1～R5.3.31 副会長 R5.4.1～ 副会長
	小諸市女性団体連絡協議会 会長	倉内 さよ	
	小諸市保健推進員会 理事	才川 理恵 新宮 陽子	R3.4.1～R4.3.31 R4.4.1～
	小諸市民生・児童委員協議会 会長	長岡 賢司 中山 孝一	R3.4.1～R4.11.30 R4.12.1～
	市長が認 める者(市 民代表)		栗林 まつ江
		12名	

資料6

小諸市高齢者福祉事業及び介護保険事業等運営協議会開催経過

令和3年度

回	開催日	協議内容等
第1回	令和3年 7月15日	○委嘱書交付 ○運営協議会の役割 ○正副会長選出 ○第9期高齢福祉計画・第8期介護保険事業計画 ○高 齢福祉課の係体制 ○令和2年度事業実績報告 ○令和 2年度小諸市基幹包括・地域包括支援センター事業実績 報告及び事業評価 ○令和3年度小諸市地域包括支援セ ンター事業計画 ○介護保険事業 ○高齢者福祉センタ ー「こもれび」開設 ○令和3年度高齢者外出機会創出応 援チケット
第2回	令和4年 3月18日	○第9期高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の取 り組み状況及び評価（R3評価、R4取り組み） ○令和 4年度小諸市地域包括支援センター運営方針 ○令和4 年度小諸市地域包括支援センター事業計画 ○令和3年 度 介護保険事業所の指定状況等 ○高齢者福祉センタ ーこもれびの利用状況等 ○福祉燃料等助成事業 ○小 諸市の高齢者の健康課題

令和4年度

回	開催日	協議内容
第1回	令和4年 7月21日	○委員交代に伴う委嘱書交付 ○運営協議会の役割 ○ 会長選出 ○令和3年度実績報告 ○令和3年度小諸市 地域包括支援センター事業実績報告及び事業評価 ○介 護保険事業 ○高齢者福祉センター「こもれび」の利用実 績 ○小諸市の高齢者の実態 ○福祉燃料等助成事業 ○旧高齢者福祉センター糠塚園の解体 ○次期高齢者福 祉計画・介護保険事業計画策定に向けた実態調査の実施
第2回	令和5年 3月16日	○委員交代に伴う委嘱書交付 ○第9期高齢者福祉計 画・第8期介護保険事業計画の取り組み状況及び評価（R 4評価、R5取り組み） ○令和5年度小諸市地域包括支 援センター運営方針 ○令和5年度小諸市地域包括支援

		センター事業計画 ○令和4年度介護保険事業所の指定状況等 ○高齢者福祉センターこもれびの利用状況等 ○旧高齢者福祉センター糠塚園について ○次期高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に向けた実態調査 ○終活に係る業務の支援に関する協定の締結 ○小諸市の高齢者の健康課題及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
--	--	---

令和5年度

回	開催日	協議内容
第1回	令和5年 7月20日	○委員交代に伴う委嘱書交付 ○運営協議会の役割 ○副会長選出 ○令和4年度実績報告 ○令和4年度小諸市地域包括支援センター事業実績報告及び事業評価 ○介護保険事業所の指定状況等 ○第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画 ○今年度の協議会開催回数 ○終活支援事業
第2回	令和5年 10月26日	○第9期高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の取組状況と評価 ○令和4年度高齢者実態調査の総括 ○第9期介護保険事業計画策定のための地域分析・検討結果 ○令和4年度介護保険の新規申請者の分析結果 ○令和5年度小諸市における高齢者の健康状態の分析結果と課題 ○第9期介護保険事業計画将来推計概要 ○小諸市第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画の骨子(案) ○小諸市地域包括ケアシステム図
第3回	令和5年 12月20日	○小諸市第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画の素案 ○今後のスケジュール
第4回	令和6年 3月12日	○小諸市第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画の最終案 ○第9期高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の取り組み状況及び評価(R5評価、R6取り組み) ○令和6年度小諸市地域包括支援センター運営方針 ○令和6年度小諸市地域包括支援センター事業計画 ○令和5年度介護保険事業所の指定状況等 ○高齢者福祉センターこもれびの利用状況等 ○終活支援事業の実績 ○小諸市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスC実施業務委託公募型プロポーザルの結果

		○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業報告(令和5年度) ○認知症の取り組みについて
--	--	---

小諸市第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画

◆発行・編集◆

小諸市保健福祉部高齢福祉課

〒384-8501 長野県小諸市相生町三丁目3番3号

電話：0267-22-1700（代表）

FAX：0267-22-8900

E-mail：koreika@city.komoro.nagano.jp
