

宍粟市高齢者福祉計画及び第 10 期介護保険事業計画 (骨子)

計画期間:令和 9 年度から令和 11 年度まで

令和 8 年 月

宍粟市

計画の概要

本資料は、「宍粟市高齢者福祉計画及び第 10 期介護保険事業計画」の基本理念、基本目標、施策体系及び重点的に進めるプロジェクトを、市民や関係機関にわかりやすく示すための骨子です。

1 計画策定の趣旨

高齢者の介護を社会全体で支える介護保険制度は、高齢者の生活を支える基盤として定着・発展してきました。一方、総人口や生産年齢人口が減少する中で高齢化率は上昇し、85 歳以上人口の増加に伴って、医療と介護の双方を必要とする高齢者、認知症の人、単身高齢者や高齢者のみ世帯への支援ニーズが高まることが見込まれます。

また、家族形態や就労形態の変化、家族介護力の低下、介護人材の不足などにより、高齢者本人と家族が抱える課題は複雑化・複合化しています。このため、家族だけに依存せず、地域住民、関係機関、医療・介護・福祉サービス事業者、企業、教育・研究機関、行政等が連携・協働して、本人と家族の暮らしを包括的に支える仕組みを充実させる必要があります。

第 10 期計画では、これまでの取組の成果と課題をふまえ、令和 22 年(2040 年)を見据えた中長期的な視点に立って、地域包括ケアシステムの深化、介護予防と社会参加、在宅生活支援、認知症施策、家族介護者支援、介護サービス基盤の維持及び介護人材の確保を一体的に推進します。

計画策定に当たって重視する視点

2040 年を見据えた地域包括ケア高齢者人口とともに、支える側の人口減少も見据えて、持続可能な支援体制を整えます。

相談につながる体制づくり相談窓口の周知を進め、どの窓口からでも必要な支援につながる体制を整えます。

介護予防と社会参加通いの場等を中心に、健康づくり、フレイル予防、見守り、交流及び社会参加を進めます。

在宅生活を支える生活支援買い物、通院、外出、配食、見守り等を、地域資源と組み合わせて充実します。

認知症本人と家族への支援本人の尊厳と希望を大切に、早期相談、社会参加及び家族の負担軽減を進めます。

介護人材とサービス基盤人材の確保・定着、ICT 等の活用、業務改善及び事業所間連携を進めます。

2 計画の位置付けと期間

本計画は、老人福祉法に基づく市町村老人福祉計画と、介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定するものです。また、認知症基本法に基づく市町村認知症施策推進計画を包含します。

宍粟市総合計画における高齢者施策の部門別計画として、地域福祉計画、健康づくり関連計画、障がい福祉関連計画、自殺対策計画、防災、交通、住まい等の関連施策と整合・連携を図りながら推進します。

項目	内容
計画名	宍粟市高齢者福祉計画及び第 10 期介護保険事業計画
計画期間	令和 9 年度から令和 11 年度までの 3 年間
対象	高齢者、家族介護者、地域住民、介護サービス事業所、医療・福祉関係者、地域団体、企業その他の関係機関等
主な分野	地域包括ケア、介護予防、社会参加、生活支援、認知症施策、家族介護者支援、介護サービス、介護人材確保及び介護現場の生産性向上等

3 基本理念

地域でつながり、支え合い、
誰もが健やかに自分らしく暮らし続けられるまち(仮)

高齢者一人ひとりの意思と尊厳を大切に、介護や支援が必要になっても、地域のつながりと必要なサービスに支えられながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちをめざします。

基本目標と施策体系

4 計画の基本目標

基本理念の実現に向けて、次の 5 つの基本目標を掲げ、分野ごとの施策を着実に推進します。

基本目標 1 地域包括ケアシステムの深化と包括的支援体制の充実

高齢者本人や家族が困りごとを抱えたときに身近な相談先につながり、医療、介護、福祉及び地域の関係機関が連携して支援できる体制を強化します。

総合相談支援／地域包括支援センター／医療・介護連携／地域ケア会議／権利擁護

基本目標 2 健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進

高齢者が心身の健康を維持し、地域活動や通いの場等に参加しながら、生きがいと役割を持って暮らせるよう、健康づくりと介護予防、社会参加を一体的に推進します。

フレイル予防／生活習慣病予防／通いの場／地域活動／生きがいづくり

基本目標 3 在宅生活の継続を支える生活支援と介護サービス基盤の整備

支援や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、生活支援、移動・外出支援、在宅医療、介護サービス基盤及び住環境の整備を進めます。

生活支援／移動・外出支援／介護サービス基盤／在宅医療／住まい・防災

基本目標 4 認知症施策と家族介護者支援の充実

認知症になっても本人と家族が孤立せず、早期に相談や適切な支援につながり、地域の理解と見守りの中で安心して暮らせる体制を整えます。

認知症理解／早期対応／本人・家族支援／介護者負担軽減／仕事と介護の両立

基本目標 5 介護人材の確保と介護現場の生産性向上

必要な介護サービスを安定的に提供するため、介護人材の確保・定着、多様な人材の参入、働きやすい職場づくり、ICT等の活用及び事業所間の連携を進めます。

人材確保・育成／ケアマネジャー支援／働きやすい職場／ICT・介護テクノロジー／事業所連携

5 施策体系

基本目標	施策の柱	主な取組例
基本目標 1 地域包括ケアシステムの深化と包括的支援体制の充実	総合相談支援 地域包括支援センター 医療・介護連携 地域ケア会議 権利擁護	相談窓口の周知、困難事例への連携対応、地域課題の把握と共有、関係機関との情報共有、高齢者虐待防止及び成年後見制度の利用促進
基本目標 2 健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進	フレイル予防 生活習慣病予防 通いの場 地域活動 生きがいづくり	介護予防教室、フレイル予防の啓発、通いの場の継続支援、参加者の状態把握、地域活動及び社会参加の促進
基本目標 3 在宅生活の継続を支える生活支援と介護サービス基盤の整備	生活支援 移動・外出支援 介護サービス基盤 在宅医療 住まい・防災	見守り・生活支援、買い物・通院支援、在宅サービスの利用支援、圏域別サービス提供体制の把握、医療・介護連携及び災害時支援
基本目標 4 認知症施策と家族介護者支援の充実	認知症理解 早期相談・早期対応 本人・家族支援 介護者負担軽減 仕事と介護の両立	認知症サポーター養成、相談先の周知、認知症カフェ、家族のつどい、見守り体制、本人の社会参加及び家族介護者の就労継続支援
基本目標 5 介護人材の確保と介護現場の生産性向上	人材確保・育成 ケアマネジャー支援 働きやすい職場 多様な人材 ICT・事業所連携	介護の仕事の魅力発信、人材の定着支援、ICT・介護テクノロジーの活用、介護助手等の活用、電子申請及び事業所間連携

中長期的・分野横断的重点プロジェクト

基本目標ごとの施策を着実に推進するとともに、複数の基本目標にまたがり、行政又は一つの団体だけでは解決することが難しい地域課題について、多様な主体がそれぞれの強みを持ち寄って取り組みます。

本プロジェクトは、計画期間の 3 年間で全てを完結させるものではありません。地域の現状と課題を共有し、協働の基盤となる体制と信頼関係を築いた上で、取組の共同立案、試行・実施、検証・評価及び見直しを継続し、取組の改善、展開及び定着につなげます。

計画上の位置付け

本プロジェクトは、既存の施策や事業を置き換えるものではなく、5 つの基本目標を横断的につなぎ、人材、活動、施設、移動手段、技術、情報及び専門的知見等の地域資源を組み合わせるための共通基盤です。

地域共生・多主体協働による課題解決プロジェクト

地域の課題を共に見つけ、共に考え、共に取り組み、
誰もが役割とつながりを持って安心して暮らし続けられる地域をつくる(仮)

現状と今後の課題

本市では、行政、地域住民、自治会、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、医療・介護・福祉関係者、民間企業、ボランティア等が、それぞれの立場と役割に応じて、高齢者と家族の生活を支える取組や関係者間の連携を進めてきました。こうした取組は、地域包括ケアシステムの推進と地域課題への対応を支える重要な基盤となっています。

今後は、これまで築いてきた連携を基礎として、行政、団体、企業、教育・研究機関及び市民等が、分野や組織の枠を越えて、より継続的に関わることを求められます。課題の把握や情報共有に加えて、めざす姿の共有、取組の共同立案、実施、検証・評価及び見直しまでを共に行う協働の仕組みへ発展させます。

これまでの取組と今後の課題	今後求められること
課題認識のさらなる共有	当事者、地域、関係機関、企業、教育・研究機関及び行政が情報や問題意識を持ち寄り、課題の背景、優先順位及びめざす姿まで共有します。
分野・組織を越えた連携の深化	福祉、介護、医療、交通、商業、地域づくり等の取組をつなぎ、各主体が持つ人材、技術、施設、情報及び知見を組み合わせます。
協働を支える関係性の強化	継続的な対話を通じて、共通の目標、役割分担及び情報共有のルールを確認し、相互理解と信頼関係を深めます。
協議から共同実践への発展	意見交換にとどまらず、課題共有、立案、試行、実施、評価及び見直しまでを関係主体が共に担います。
検証と改善の充実	実施件数だけでなく、本人・家族の暮らしや地域の変化、実施主体の負担及び持続可能性を検証して改善につなげます。
担い手と地域資源の持続的な活用	特定の個人や団体に負担が集中しない役割分担とし、民間の技術や教育・研究機関の知見も活用します。

プロジェクトの方向性

制度・分野ごとの縦割りや「支える側・支えられる側」という固定的な関係を越えて、高齢者本人を含む地域の多様な主体が参画する課題解決の仕組みを構築します。

行政があらかじめ解決策を決めて協力を求めるのではなく、当事者及び関係者と共に課題の背景とめざす姿を確認し、各主体の強み、地域資源及び担うことのできる役割を整理して、実現可能な取組を共同で立案します。

本人中心／対等な対話／目的と情報の共有／強みを生かした役割分担／小さな実践と学習／成果と課題の可視化／継続的な改善

5つの重点課題領域

重点課題領域 1 早期相談・支援接続

地域の気づき、見守り、アウトリーチ、相談支援及び必要なサービスへの接続を一体的に進めます。

重点課題領域 2 通いの場・フレイル予防・社会参加

通いの場を介護予防、交流、見守り、役割づくり及び支援接続の拠点として捉え、多様な主体との連携を進めます。

重点課題領域 3 移動・買い物・通院・外出支援

交通、商業、医療、介護、福祉等の関係者が実態を共有し、既存の移動手段、送迎、移動販売、配食及び同行支援等を組み合わせます。

重点課題領域 4 認知症本人・家族の安心と社会参加

本人と家族の声を起点に、相談、交流、居場所、見守り、意思決定支援及び社会参加が切れ目なくつながる地域をつくります。

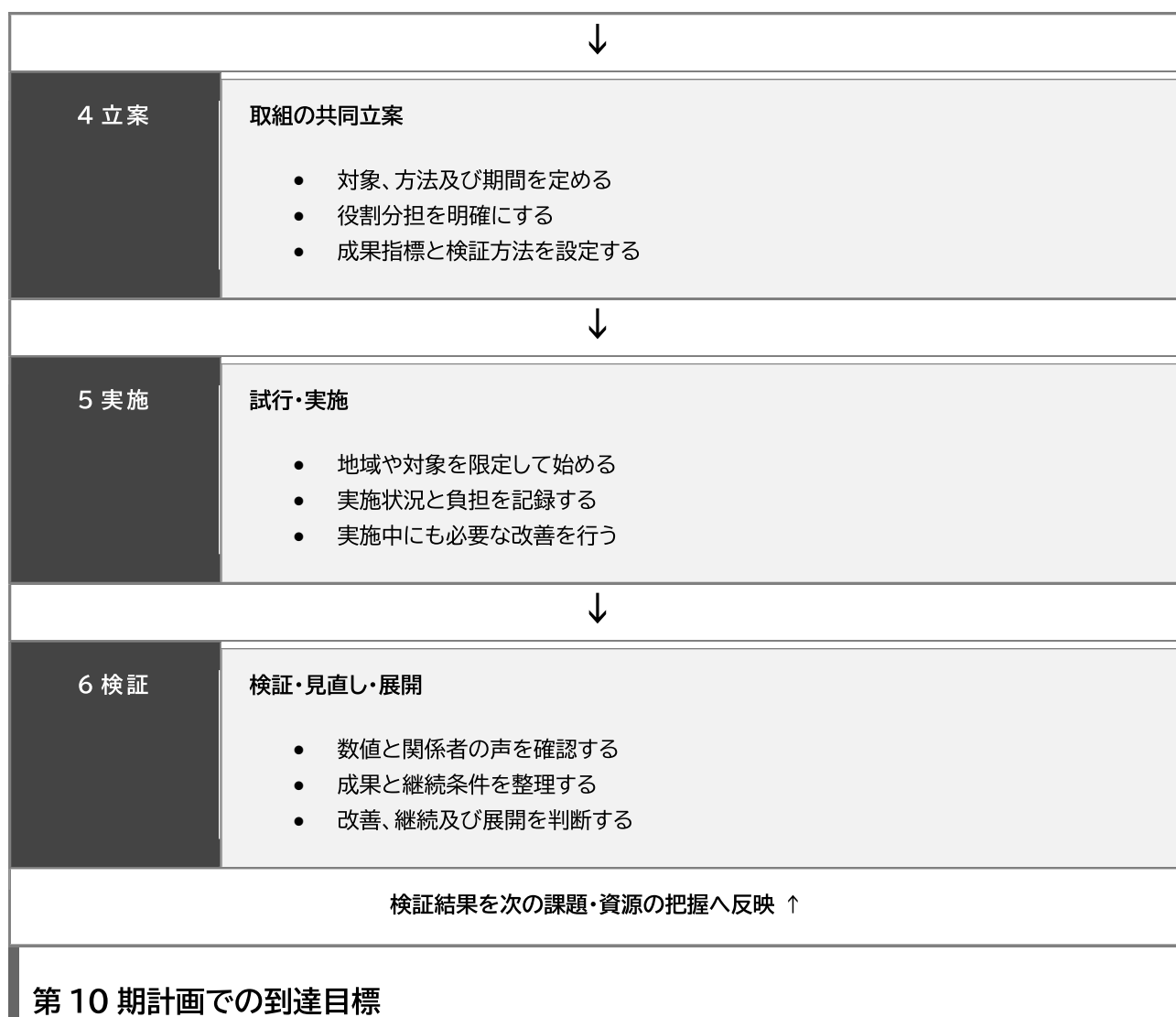
重点課題領域 5 介護サービス基盤の維持・人材確保

人材の確保・定着、多様な人材の参入、ICT等の活用、業務改善及び事業所間の連携・協働化を進めます。

多主体協働による課題解決のプロセス

各重点課題領域について、次のプロセスを基本として取組を進めます。各段階を一度だけ実施するのではなく、対話と検証を重ねながら循環させます。

1 把握	課題・資源の把握 ● 本人・家族・地域の声を聴く ● データと現場情報を整理する ● 既存の地域資源を把握する
↓	
2 共有	めざす姿の共有 ● 課題の背景と原因を整理する ● 優先順位を話し合う ● 実現したい地域の姿を共有する
↓	
3 設計	協働体制の設計 ● 必要な主体に参画を働きかける ● 各主体の強みと役割を整理する ● 協働のルールを定める



第 10 期計画期間に整えること

多様な主体が継続的に参画する推進体制を整え、本人・家族及び地域の声と客観的データに基づいて重点課題を共有します。重点課題ごとにめざす姿、役割分担及び評価方法を定め、複数のモデル的取組を共同で立案・試行し、成果と課題を整理します。

次の計画期間でめざす発展

課題把握、立案、実施、評価及び見直しの仕組みを定着させ、有効性と持続可能性が確認された取組について、地域特性に応じた展開、既存施策への反映又は制度化を進めます。

推進体制

既存の会議体を活用し、課題の選定、取組の共同立案、資源の調整、進捗確認及び評価・見直しを行う実践的な協働の場へ発展していきます。

主体	主な役割
高齢者本人・家族	暮らしの実態、困りごと、希望及び取組後の変化を伝え、課題設定、立案及び評価に参画します。
地域住民・地域団体	見守り、交流、居場所づくり及び生活支援等を担い、地域に根差した実践を進めます。
医療・介護・福祉関係者	専門的知見と現場情報を提供し、相談支援、サービスへの接続及び地域課題の整理を行います。
企業・事業者等	移動、物流、店舗、雇用、技術、ICT、人材及びノウハウ等を活かして解決策の実装に参画します。
教育・研究機関	調査、分析、効果検証、助言、人材育成及び学生等の地域参加を通じて取組の質を高めます。
行政	データの提示、関係者の招集、庁内横断調整、制度・財源との接続、進捗管理及び結果の共有を担います。

評価の考え方

会議の開催回数や参加団体数だけでなく、協働によって本人・家族の暮らしや地域にどのような変化が生じたかを重視します。

評価区分	主に確認する内容	評価の視点
アウトカム	本人・家族の安心感、生活課題の改善、モデル取組の継続・展開	本人が望む暮らしの実現に近づいているか
プロセス	本人参画、共同立案・実施、実施後の検証・見直し	多様な主体の参画が具体的な実践につながっているか
ストラクチャー	推進会議、ワーキンググループ、継続的な参画主体	継続して協議・実行できる体制が整っているか
質的評価	目的共有、信頼感、役割の明確さ、負担感及び継続意向	無理なく継続できる協働関係が育っているか

計画期間における段階的な展開

第1段階 基盤形成

課題・資源の把握、参画主体の発掘、対話及び体制整備を進め、めざす姿と役割分担を共有します。

第2段階 共同実践

多様な主体が既存資源を持ち寄り、取組を共同で立案し、モデル的に実施します。

第3段階 検証・発展

有効性、負担及び持続可能性を検証し、改善、継続、展開又は施策への反映を判断します。

計画の推進

6 計画の推進と評価

関係部署、地域包括支援センター、介護サービス事業所、医療機関、社会福祉協議会、地域団体、企業、教育・研究機関等と連携・協働しながら、施策を推進します。

毎年度、各施策及び重点プロジェクトの進捗を確認し、指標の数値だけでなく、本人・家族、地域、事業者等の声もふまえて、成果と課題を評価します。評価結果は推進委員会に報告し、次年度の取組や次期計画に反映します。

評価の視点	確認する内容	例
アウトカム	本人・家族・地域に望ましい変化があったか	相談先の認知度、介護者の不安感、フレイル及び移動困難の状況
プロセス	必要な支援につながる過程が機能しているか	支援接続、本人参画、共同立案、実施後の検証・見直し
アウトプット	取組がどの程度実施・利用されたか	相談件数、講座開催回数、参加者数、モデル取組数
ストラクチャー	支援体制やサービス基盤が整っているか	相談体制、協働体制、介護サービス基盤、ワーキンググループ
質的評価	数値だけでは把握しにくい変化があったか	本人・家族の安心感、参画主体の信頼感、負担感及び継続意向

相談件数や参加者数等は、増えれば必ず良い、減れば必ず悪いとは限りません。数値の背景、必要な人に支援が届いているか、本人・家族の暮らしにどのような変化があったかを確認しながら評価します。

7 市民・地域・関係機関等に期待される役割

高齢者が安心して暮らし続けるためには、行政の取組だけでなく、高齢者本人、家族、地域住民、関係機関、介護サービス事業所、医療機関、企業、教育・研究機関等が、それぞれの強みを活かして課題解決に参画することが重要です。

高齢者本人

健康づくりや介護予防、地域活動に取り組み、困りごとや希望を伝え、可能な範囲で取組の立案・評価に参画します。

家族

介護や認知症の悩みを抱え込まず、相談窓口や支援機関を活用し、本人と共に必要な支援を考えます。

地域住民・団体

日頃の見守りや声かけ、交流、居場所づくり及び生活支援を通じて地域の支え合いに参加します。

関係機関・専門職

必要な支援につながるよう、専門的知見と現場情報を共有し、分野を越えた連携と共同実践を進めます。

介護事業所

利用者の暮らしを支えるサービスを継続するとともに、人材定着、業務改善及び地域との連携を進めます。

企業・事業者

技術、店舗、移動・物流、雇用、人材及びノウハウ等を生かし、地域課題の解決策の立案と実施に参画します。

教育・研究機関

調査、分析、効果検証、助言、人材育成及び学生等の地域参加を通じて取組を支えます。

行政

課題とデータの提示、関係者の招集、庁内横断調整、制度・財源との接続、進行管理及び評価結果の共有を行います。

8 主な相談先

高齢者本人や家族の困りごと、介護、認知症、生活支援、介護予防等に関することは、身近な相談窓口へご相談ください。

相談内容	主な相談先	備考
介護や高齢者福祉に関する相談	高年福祉課、地域包括支援センター	介護保険、在宅生活支援等
認知症に関する相談	高年福祉課、地域包括支援センター、医療機関等	早期相談、本人・家族支援等
介護予防や健康づくり	高年福祉課、健康づくり担当課、地域包括支援センター等	通いの場、介護予防教室等
生活支援や地域での見守り	高年福祉課、社会福祉協議会、地域包括支援センター等	見守り、生活支援、地域活動等

問い合わせ先

担当	宍粟市健康福祉部高年福祉課
所在地	〒671-2573 宍粟市山崎町今宿 5 番地 15
電話	0790-63-3160
FAX	0790-63-3175

本資料は骨子です。今後、実績値、基準値、目標値、介護サービス量の見込み、介護保険料、県及び関係機関との調整、推進委員会での審議等をふまえて内容を精査します。