宍粟市高齢者福祉計画及び
第 10 期介護保険事業計画

素案（原案）

計画期間
令和 9 年度～令和 11 年度

宍粟市

目次

1. 第 1 章 計画の策定に当たって
    1. 1 計画策定の趣旨
    2. 2 計画の位置付け
    3. 3 計画期間
    4. 4 計画の対象と主な分野
    5. 5 計画策定に当たって重視する視点
    6. 6 計画の策定体制
2. 第 2 章 高齢者を取り巻く現状と課題
    1. 1 人口・世帯の状況
    2. 2 要支援・要介護認定者等の状況
    3. 3 介護保険サービスの状況
    4. 4 各種調査の実施概要
    5. 5 各種調査からみた主な課題
    6. 6 日常生活圏域の状況
    7. 7 第 10 期計画で対応する主要課題
3. 第 3 章 計画の基本的な考え方
    1. 1 基本理念
    2. 2 基本目標
    3. 3 施策体系
    4. 4 中長期的・分野横断的重点プロジェクト
4. 第 4 章 施策の展開
    1. 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
    2. 基本目標 2 健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進
    3. 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
    4. 基本目標 4 認知症施策と家族介護者支援の充実
    5. 基本目標 5 介護人材の確保と介護現場の生産性向上
    6. 中長期的・分野横断的重点プロジェクト
5. 第 5 章 介護保険事業の見込み
6. 第 6 章 計画の推進と評価
7. 用語集

第１章 計画の策定に当たって

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い、医療と介護の双方を必要とする高齢者、認知症の人、単身高齢者及び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、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。

本計画では、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ち、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。

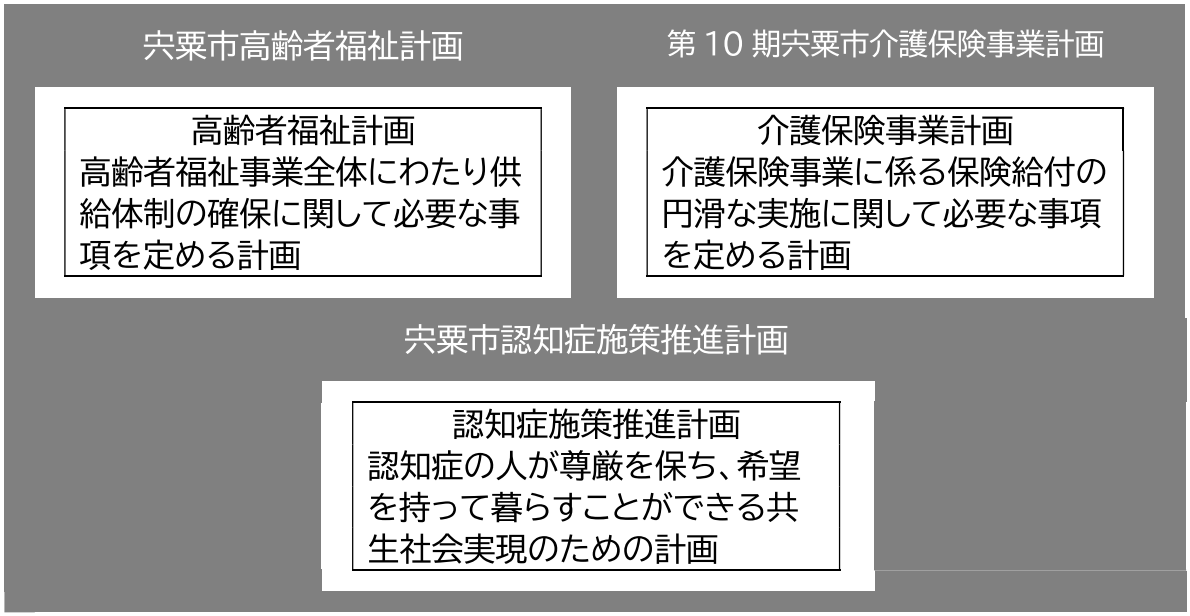
2 計画の位置付け

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、自殺対策計画のほか、防災、交通、住まい等の関連施策との整合・連携を図ります。

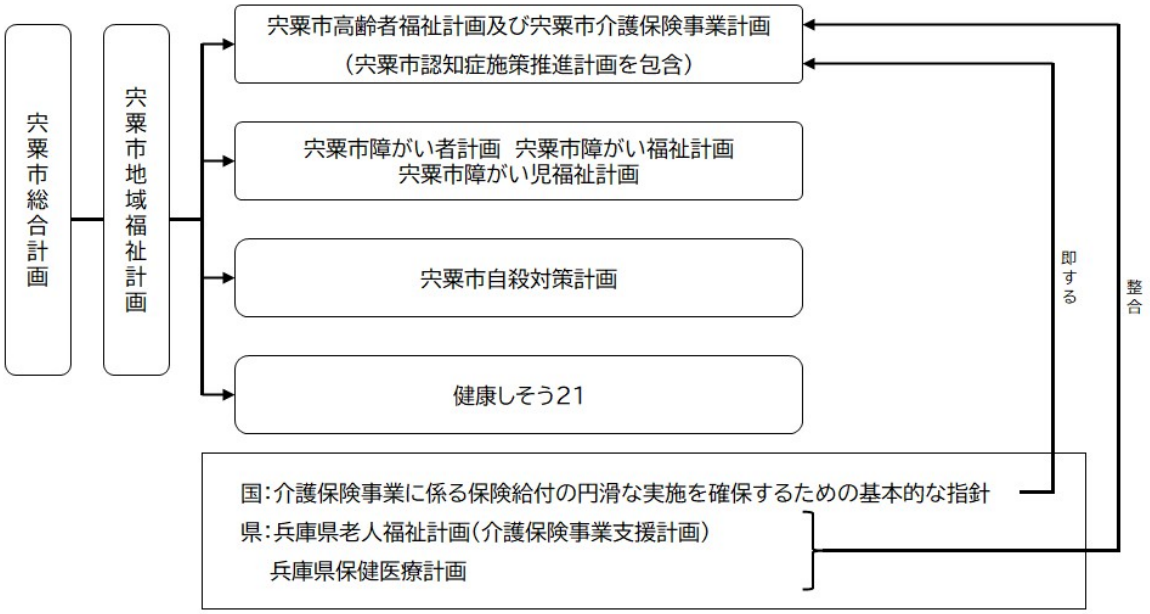
■高齢者福祉計画と介護保険事業計画、認知症施策推進計画の関係

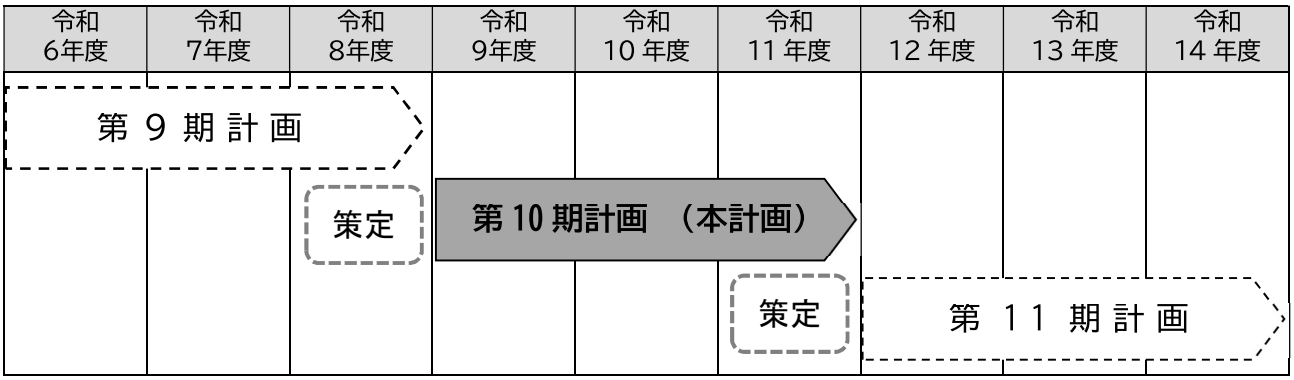


3 計画期間

本計画の期間は、令和 9 年度から令和 11 年度までの 3 年間とします。

なお、計画期間における取組に加え、令和 22 年(2040 年)を見据え、人口構造や介護ニーズの変化に対応できる持続可能な支援体制及びサービス提供体制の構築を進めます。





4 計画の対象と主な分野

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

項目	内容
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

5 計画策定に当たって重視する視点

本計画では、分野ごとの取組を個別に進めるだけでなく、高齢者本人と家族の暮らしを中心に、次の視点を相互に関連付けて施策を推進します。

重視する視点	基本的な考え方
2040 年を見据えた地域包括ケア	高齢者人口の動向とともに、支える側の人口減少を見据え、地域の実情に応じた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包括的な相談支援体制を整えます。
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一体的に進めます。
在宅生活を支える生活支援	買い物、通院、外出、配食、見守り等について、公的サービスと地域資源を組み合わせた支援を進めます。
認知症の人と家族への支援	本人の意思と尊厳を大切にし、早期相談、社会参加、家族の負担軽減及び地域の理解を進めます。
介護人材とサービス基盤	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連携を進めます。
災害・感染症・安全対策	災害や感染症の発生時にも必要な支援とサービスを継続できるよう、平時から関係機関との連携及び備えを進めます。

6 計画の策定体制

本計画は、高齢者を取り巻く現状、介護保険事業の実績、各種調査結果、国及び県の方向性をふまえるとともに、関係者の意見を反映して策定します。

(1)推進委員会における審議

高齢者福祉、介護保険、医療、福祉、地域活動等に関係する委員で構成する推進委員会において、計画の基本理念、基本目標、施策、介護サービスの見込み及び評価方法等を審議します。

(2)各種調査の実施

高齢者の生活状況、介護予防の状況、在宅介護の実態、認知症の人を介護する家族の状況及び介護人材の状況等を把握するため、各種調査を実施しました。

（3）市民意見の反映（パブリックコメントの実施）

計画素案を公表し、市民からの意見を募集するとともに、必要に応じて計画内容へ反映します。

第２章 高齢者を取り巻く現状と課題

１ 人口・世帯の状況

(1)総人口と高齢者人口の推移

本市では総人口及び生産年齢人口の減少が続く一方、高齢化率は今後も上昇することが見込まれます。高齢者人口がおおむねピークを迎えた後も、85 歳以上人口や医療・介護の双方を必要とする高齢者の動向をふまえた支援体制が必要です。

■人口及び高齢化率の推移及び推計

	一般	前期高齢者	後期高齢者	総人口	高齢化率
2005 年	32,170	5,465	5,667	43,302	25.7%
2010 年	29,569	4,957	6,412	40,938	27.8%
2015 年	25,655	5,753	6,365	37,773	32.1%
2020 年	22,171	6,197	6,451	34,819	36.3%
2025 年	18,978	5,531	7,119	31,628	40.0%
2026 年	18,486	5,356	7,213	31,055	40.5%
2027 年	17,995	5,182	7,306	30,483	41.0%
2030 年	16,517	4,658	7,588	28,763	42.6%
2035 年	14,373	4,071	7,555	25,999	44.7%
2040 年	12,087	4,096	7,134	23,317	48.2%
2045 年	10,240	3,913	6,567	20,720	50.6%
2050 年	8,618	3,288	6,329	18,235	52.7%

資料：総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

■被保険者数の推移及び推計

	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度	2030 年度	2035 年度	2040 年度	2045 年度	2050 年度
人口	32,266	31,628	31,055	30,483	29,908	29,336	28,763	25,999	23,317	20,720	18,235
第１号被保険者	12,652 (39.2)	12,650 (40.)	12,570 (40.5)	12,489 (41.)	12,407 (41.5)	12,326 (42.)	12,246 (42.6)	11,626 (44.7)	11,230 (48.2)	10,480 (50.6)	9,617 (52.7)
第２号被保険者	10,464 (32.4)	10,234 (32.4)	10,040 (32.3)	9,845 (32.3)	9,652 (32.3)	9,457 (32.2)	9,263 (32.2)	8,186 (31.5)	6,745 (28.9)	5,682 (27.4)	4,859 (26.6)
被保険者以外	9,150 (28.4)	8,744 (27.6)	8,445 (27.2)	8,149 (26.7)	7,849 (26.2)	7,553 (25.7)	7,254 (25.2)	6,187 (23.8)	5,342 (22.9)	4,558 (22.0)	3,759 (20.6)

資料：地域包括ケア見える化システム

(2)後期高齢者及び 85 歳以上人口の状況

高齢者人口の総数だけでなく、医療と介護の双方を必要とする可能性が高まる後期高齢者及び 85 歳以上人口の動向を把握する必要があります。

本市では、総人口に占める 75 歳以上人口及び 85 歳以上人口の割合が、全国及び兵庫県を上回って推移しています。今後、75 歳以上人口は 2030 年頃まで増加した後、減少へ転じる見込みですが、総人口の減少がより速く進むため、総人口に占める割合は引き続き上昇すると見込まれます。

■総人口に占める 75 歳以上・85 歳以上人口の割合

年	年齢区分	全国	兵庫県	宍粟市
2000 年	75 歳以上	7.1%	6.7%	**10.2%**
	85 歳以上	1.8%	1.7%	**2.5%**
2020 年	75 歳以上	14.8%	15.1%	**18.5%**
	85 歳以上	4.9%	4.9%	**7.2%**
2025 年	75 歳以上	17.5%	19.4%	**22.6%**
	85 歳以上	5.7%	6.2%	**7.8%**
2040 年	75 歳以上	20.0%	20.5%	**30.6%**
	85 歳以上	9.0%	9.3%	**13.9%**
2050 年	75 歳以上	23.3%	26.0%	**34.7%**
	85 歳以上	9.2%	10.2%	**15.5%**

注 1:「75 歳以上」は、75～79 歳、80～84 歳、85～89 歳及び 90 歳以上の合計です。

注 2:「85 歳以上」は、85～89 歳及び 90 歳以上の合計です。

注 3:2025 年以降は推計値です。

注 4:各割合は、5 歳階級別人口又は高齢化率と 65 歳以上人口内の構成割合から算出し、小数第 1 位で四捨五入しています。

資料:2020 年までは総務省「国勢調査」
2025 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和 5 年推計)」及び「日本の地域別将来推計人口(令和 5 年推計)」

表からみた本市の状況

2025 年には、総人口の 22.6%を 75 歳以上、7.8%を 85 歳以上が占めると見込まれます。

2040 年には、75 歳以上が 30.6%、85 歳以上が 13.9%となり、いずれも全国及び兵庫県を上回る見込みです。

2050 年には、75 歳以上がおおむね 3 人に 1 人、85 歳以上がおおむね 6～7 人に 1 人となる見込みです。

このため、高齢者人口の総数だけで将来の需要を判断するのではなく、85歳以上人口の動向を踏まえ、在宅医療と介護の連携、認知症施策、家族介護者支援、生活支援及び介護サービス提供体制を一体的に検討する必要があります。また、支援を必要とする高齢者の割合が高まる一方で、生産年齢人口の減少が続くことから、介護人材の確保、地域の担い手の負担軽減及び持続可能なサービス提供体制の構築が重要となります。

参考本市の 75 歳以上・85 歳以上人口

総人口に占める割合に加えて、本市における対象人口の規模を確認するため、参考として人口実数を示します。

■宍粟市の75歳以上・85歳以上人口の推移及び推計

年	75 歳以上人口	総人口比	85 歳以上人口	総人口比
2020 年	6,451 人	18.5%	約 2,500 人	7.2%
2025 年	7,119 人	22.6%	約 2,460 人	7.8%
2030 年	7,588 人	26.4%	約 2,510 人	8.7%
2040 年	7,134 人	30.6%	約 3,240 人	13.9%
2050 年	6,329 人	34.7%	約 2,830 人	15.5%

資料：総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

注 1：75 歳以上人口は、計画素案に掲載する後期高齢者人口です。

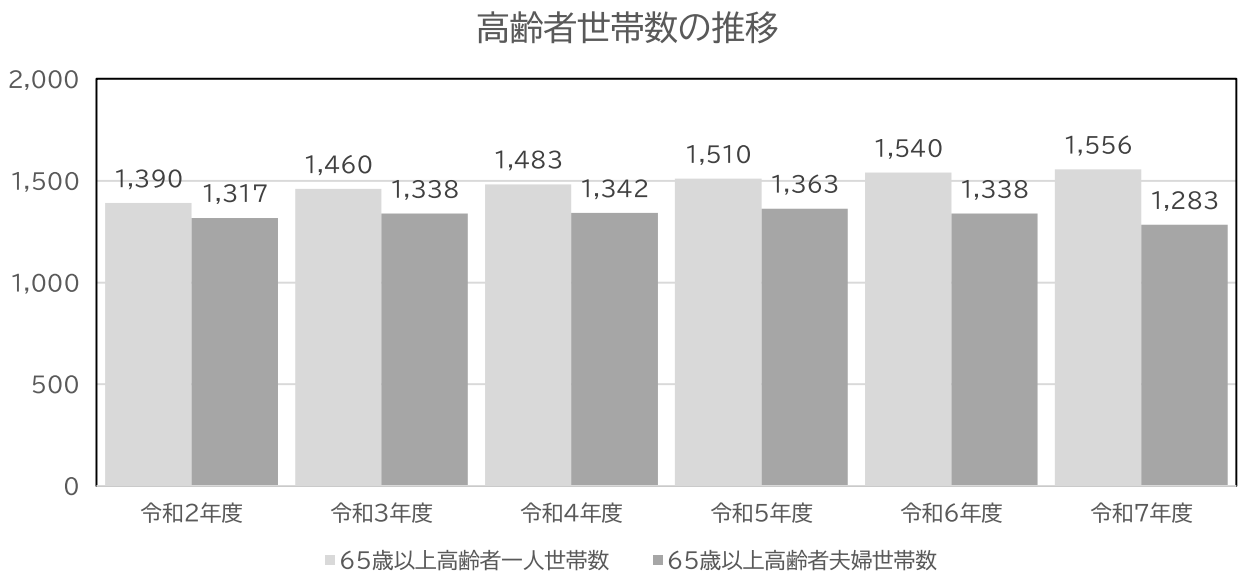
注 2：85 歳以上人口は、65 歳以上人口と 5 歳階級別構成割合から算出した参考値であるため、「約」で表示しています。

人口実数と構成割合を併せた見方

本市の 75 歳以上人口は 2030 年頃をピークとして減少に転じる見込みですが、総人口の減少がより速いため、その割合は上昇を続けます。また、85 歳以上人口は 2040 年にかけて増加することが見込まれ、医療と介護の複合的なニーズへの対応が一層重要になります。

（3）高齢者世帯の状況

単身高齢者世帯の増加により、家族による支援を前提としない相談支援、見守り、生活支援及び緊急時対応の充実が求められます。



資料：高齢者実態把握事業（各年度３月末時点）

2 要支援・要介護認定者等の状況

(1)要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数は、人口構造や年齢構成の変化に影響を受けます。認定者数の総数だけでなく、要介護度別及び年齢別の状況をふまえて、必要なサービス量と支援体制を検討します。

年度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
2006年	168 (9.1)	232 (12.5)	352 (19.0)	344 (18.6)	274 (14.8)	239 (12.9)	241 (13.0)	1,850	
2010年	141 (6.3)	296 (13.2)	380 (16.9)	464 (20.7)	318 (14.2)	307 (13.7)	339 (15.1)	2,245	
2015年	298 (11.3)	337 (12.7)	540 (20.4)	509 (19.2)	343 (13.0)	322 (12.2)	298 (11.3)	2,647	
2020年	290 (10.8)	357 (13.3)	536 (20.0)	437 (16.3)	412 (15.3)	366 (13.6)	287 (10.7)	2,685	
2021年	312 (11.7)	318 (11.9)	545 (20.4)	409 (15.3)	432 (16.1)	389 (14.5)	272 (10.2)	2,677	
2022年	292 (11.1)	359 (13.7)	566 (21.6)	389 (14.8)	405 (15.5)	369 (14.1)	240 (9.2)	2,620	
2023年	311 (12.0)	357 (13.7)	561 (21.6)	421 (16.2)	352 (13.5)	367 (14.1)	233 (9.0)	2,602	
2024年	313 (12.5)	364 (14.5)	520 (20.7)	420 (16.7)	335 (13.3)	366 (14.6)	196 (7.8)	2,514	
2025年	296 (11.6)	359 (14.1)	545 (21.4)	439 (17.2)	354 (13.9)	359 (14.1)	197 (7.7)	2,549	
2026年	294 (11.6)	367 (14.5)	542 (21.3)	457 (18.0)	344 (13.5)	346 (13.6)	189 (7.4)	2,539	
2027年	300 (11.9)	370 (14.7)	545 (21.6)	459 (18.2)	326 (12.9)	341 (13.5)	179 (7.1)	2,520	↑
2028年	309 (12.2)	371 (14.7)	551 (21.8)	464 (18.3)	324 (12.8)	334 (13.2)	176 (7.0)	2,529	
2029年	312 (12.3)	370 (14.6)	553 (21.9)	463 (18.3)	325 (12.9)	332 (13.1)	174 (6.9)	2,529	
2030年	314 (12.3)	373 (14.7)	558 (21.9)	464 (18.2)	325 (12.8)	333 (13.1)	177 (7.0)	2,544	推
2035年	327 (12.2)	390 (14.6)	592 (22.1)	483 (18.1)	340 (12.7)	354 (13.2)	187 (7.0)	2,673	計
2040年	323 (11.7)	391 (14.2)	602 (21.9)	510 (18.5)	355 (12.9)	381 (13.8)	189 (6.9)	2,751	
2045年	300 (11.3)	373 (14.0)	577 (21.7)	498 (18.7)	349 (13.1)	377 (14.2)	183 (6.9)	2,657	
2050年	277 (11.3)	343 (13.9)	532 (21.6)	463 (18.8)	324 (13.2)	351 (14.3)	169 (6.9)	2,459	↓

資料：地域包括ケア見える化システム

(2)認定率の状況

認定率については、人口構成の影響を考慮しながら、国及び県との比較並びに市内の推移を確認します。

■第1号被保険者の要介護(要支援)認定率

	2006年	2010年	2015年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年
全国	15.9	16.9	17.9	18.7	18.9	19.0	19.4	19.7	20.2	20.2
兵庫県	16.7	17.8	18.9	20.1	20.4	20.8	21.2	21.6	22.1	22.2
宍粟市	16.3	19.7	21.2	20.6	20.6	20.2	20.1	19.7	20.0	19.9

■75歳以上の要介護(要支援)認定率

	2006年	2010年	2015年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年
全国	29.3	29.9	32.5	32.4	32.1	31.3	31.1	31.0	31.1	31.2
兵庫県	31.1	32.0	34.6	34.6	34.5	33.8	33.5	33.4	33.6	33.7
宍粟市	26.7	30.9	36.4	36.2	35.9	34.6	33.2	31.8	31.9	31.7

■85歳以上の要介護(要支援)認定率

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年
全国	59.7	59.4	59.1	58.8	58.5	59.1	59.5	59.5	59.5
兵庫県	63.2	63.3	62.7	62.6	62.5	63.1	63.5	63.3	63.4
宍粟市	62.7	61.1	60.0	61.0	61.7	61.5	61.5	61.1	60.6

資料:地域包括ケア見える化システム

(3)認知症高齢者の状況

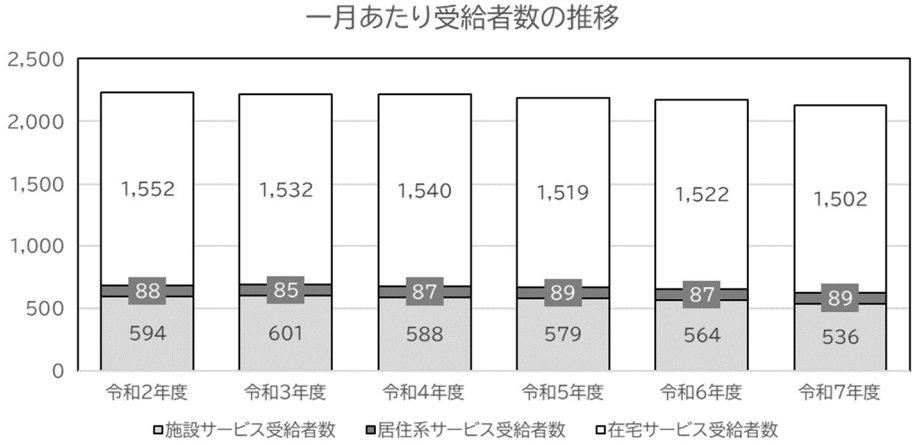
認知症の人の増加を見据え、早期相談・早期対応、本人の社会参加、家族への支援、地域の理解及び見守りを一体的に進める必要があります。

3 介護保険サービスの状況

(1)介護サービス利用者の状況

居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービスの利用状況を把握し、在宅生活の継続と持続可能なサービス提供体制の両面から検討します。

■介護サービス1月あたりの受給者数の推移

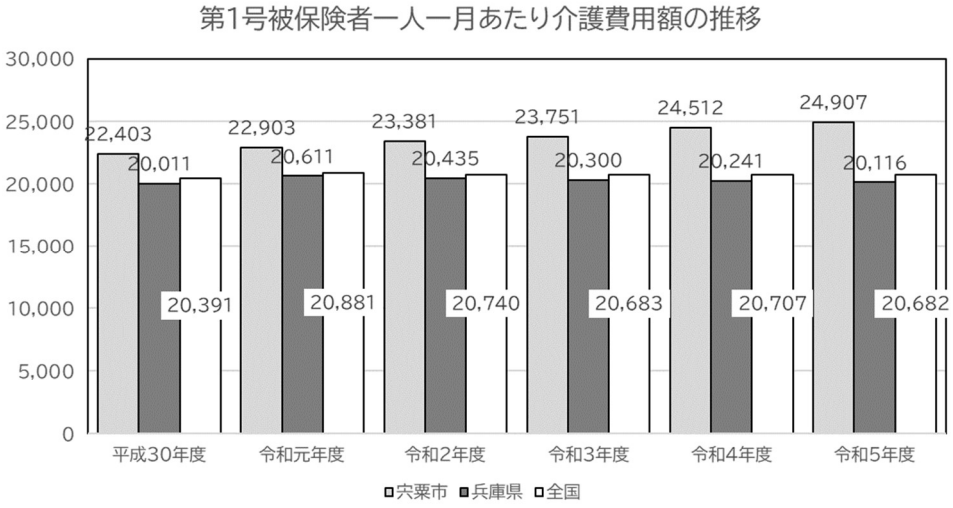


資料:地域包括ケア見える化システム「介護サービス受給者数」年報

(2)介護給付費の状況

介護給付費の見込みと実績について、認定者数、利用者数、利用回数及び施設入所等の変動要因を分析し、今後のサービス量を見込みます。

■第1号被保険者1人1月当たり介護費用額の推移



資料:地域包括ケア見える化システム「第1号被保険者1人あたり給付月額」年報

(3)介護サービス提供体制

介護サービスの提供体制は、利用ニーズだけでなく、介護人材の確保、事業所の運営状況、移動時間及び地域ごとのサービス資源をふまえて検討する必要があります。

現在、市内にある介護サービス事業所の内訳は、以下のとおりです。

■在宅サービス

		山崎	一宮	波賀	千種	計
訪問介護	事業所数					
訪問入浴介護	事業所数					
訪問看護	事業所数					
通所介護	事業所数					
	定員数					
地域密着型通所介護	事業所数					
	定員数					
通所リハビリテーション	事業所数					
	定員数					
短期入所生活介護	事業所数					
	定員数					
短期入所療養介護(介護老人保健施設)	事業所数					
	定員数					
福祉用具	事業所数					
認知症対応型通所介護	事業所数					
	定員数					
小規模多機能型居宅介護	事業所数					
	登録者数					
	定員数(通所)					
	定員数(宿泊)					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	事業所数					
居宅介護支援	事業所数					

■施設・居住系サービス

		山崎	一宮	波賀	千種	計
認知症対応型共同生活介護	事業所数					
	定員数					
介護老人福祉施設	事業所数					
	定員数					
介護老人保健施設	事業所数					
	定員数					

■介護予防・生活支援サービス

			山崎	一宮	波賀	千種	計
訪問型サービス	介護予防訪問サービス	事業所数					
	家事援助訪問サービス	事業所数					
通所型サービス	介護予防通所サービス	事業所数					
	自立支援通所サービス	事業所数					
	短時間通所サービス	事業所数					

※令和8年9月 30 日時点（休止中の事業者分は除く）

4 各種調査の実施概要

計画策定の基礎資料とするため、高齢者の生活状況、在宅介護、認知症介護及び介護人材に関する調査を実施しました。

調査名	主な対象・目的	実施・回収状況
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	要介護認定を受けていない 65 歳以上の人を対象に、生活状況、健康状態、介護予防、社会参加等を把握	配布数 2,800 件 有効回収数 2,119 件 有効回収率 75.7%
在宅介護実態調査	在宅で生活する要支援・要介護認定者と家族を対象に、在宅生活の継続や家族介護の状況を把握	配布数 1,000 件 有効回収数 661 件 有効回収率 66.1%
認知症に関するアンケート調査	認知症の人を介護する家族等を対象に、診断後の状況、介護負担及び必要な支援を把握	要支援 1 から要介護 3 の人の家族等 回答数 39 件
介護人材実態調査	市内介護サービス事業所等を対象に、人材の確保・定着、職員構成、ICT 活用等を把握	調査結果に基づき現状と課題を整理

5 各種調査からみた主な課題

(1)相談支援と地域とのつながり

家族や友人以外の相談先がない人や、地域との関わりが少ない人がみられます。また、地域包括支援センターの名称や役割が十分に知られていない状況があります。

相談窓口の周知に加え、どの窓口に相談しても適切な支援につながる体制と、支援が必要な人を早期に把握する仕組みが必要です。

■家族・友人以外の相談相手

相談相手	割合
自治会・町内会・老人クラブ	18.2%
社会福祉協議会・民生委員	23.3%
ケアマネジャー	12.0%
医師・歯科医師・看護師	31.1%
地域包括支援センター・役所・役場	16.6%
その他	11.0%
そのような人はいない	33.7%

資料:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

■認知症に関する相談窓口の認知度

回答区分	割合
知っている(はい)	37.9%
知らない(いいえ)	60.4%
無回答	1.7%

資料:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(2)介護予防・フレイル予防と社会参加

高齢者が心身の状態を維持し、自立した生活を続けるためには、健康づくり、生活習慣病予防、フレイル予防及び社会参加を一体的に進める必要があります。

通いの場については、参加者の状態把握、必要な支援への接続、担い手や世話役の負担軽減、参加しやすい環境づくりが課題です。

■運動器機能低下、転倒、閉じこもり、低栄養、口腔及び認知機能

分野	調査項目	回答割合
運動器機能	階段を手すりや壁をつたわらずに昇ることが「できない」	19.4%
転倒	過去１年間に転倒した経験がある	40.4%
閉じこもり	外出頻度が「ほとんど外出しない」	7.4%

分野	調査項目	回答割合
低栄養	BMI が 18.5 未満	8.6%
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなった	37.2%
認知機能	物忘れが多いと感じる	47.2%

資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

■地域活動等への参加頻度

活動	週４回以上	週２～３回	週１回	月１～３回	年に数回	参加していない	無回答
ボランティアのグループ	1.2%	1.1%	2.0%	7.0%	10.6%	53.1%	25.0%
スポーツ関係のグループやクラブ	2.0%	4.3%	3.6%	4.9%	3.5%	54.9%	26.8%
趣味関係のグループ	1.5%	2.4%	3.0%	10.7%	6.2%	51.9%	24.4%
学習・教養サークル	0.8%	0.4%	0.8%	3.4%	3.5%	61.7%	29.3%
介護予防のための通いの場	2.4%	1.2%	12.7%	2.7%	1.4%	55.1%	24.4%

資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

■地域づくり活動への参加意向

回答区分	活動への参加者として	企画・運営側として
是非参加したい	5.7%	2.1%
参加してもよい	46.0%	26.6%
参加したくない	34.1%	59.5%
既に参加している	7.3%	4.5%
無回答	7.0%	7.3%

資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

（3）移動・外出と生活支援

市域が広く、地域によって交通手段やサービス資源が異なることから、買い物、通院、通いの場への参加など、日常生活に必要な移動手段の確保が課題です。

移動支援だけを単独で捉えるのではなく、買い物支援、見守り、介護予防及び社会参加と組み合わせた取組が必要です。

（4）在宅生活の継続と家族介護

在宅生活は家族介護に支えられている面が大きく、今後、単身高齢者及び高齢者のみ世帯が増加する中では、公的サービスと地域資源を組み合わせた支援の再構築が必要です。

また、家族介護者の負担軽減、相談支援、休息機会の確保及び仕事と介護の両立を支える取組が求められます。

■世帯類型

世帯類型	回答割合
単身世帯	26.2%
夫婦のみ世帯	25.0%
その他	48.8%

資料：在宅介護実態調査

■家族等による介護の頻度

介護の頻度	回答割合
ない	32.2%
週1日以下	11.6%
週1～2日	10.4%
週3～4日	3.7%
ほぼ毎日	42.0%

資料：在宅介護実態調査

■在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス（上位5項目）

支援・サービス	回答割合
移送サービス（介護・福祉タクシー等）	33.3%
外出同行（通院、買い物等）	23.0%
配食	21.0%
見守り・声かけ	21.0%
掃除・洗濯	15.8%

資料：在宅介護実態調査

■施設等検討の状況

回答	回答割合
検討していない	68.4%
検討中	17.1%
申請済み	12.3%
無回答	2.3%

資料：在宅介護実態調査

■主な介護者が不安に感じる介護（上位5項目）

介護の内容	割合
認知症状への対応	28.3%
入浴・洗身	27.5%
夜間の排泄	26.6%
日中の排泄	25.8%
外出の付き添い、送迎等	23.2%

資料：在宅介護実態調査

■主な介護者の就労継続の可否

回答区分	割合
問題なく、続けていける	16.7%
問題はあるが、何とか続けていける	60.0%
続けていくのは、やや難しい	15.2%
続けていくのは、かなり難しい	5.7%
わからない	2.4%

資料：在宅介護実態調査

■介護離職の状況

回答区分	割合
主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）	13.2%
主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）	1.0%
主な介護者が転職した	2.2%
主な介護者以外の家族・親族が転職した	1.2%
介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない	79.2%
わからない	4.0%

資料：在宅介護実態調査

（5）認知症の人と家族への支援

認知症については、診断後の不安、介護する家族の心理的負担、気軽に相談できる場所の不足等が課題となっています。

早期相談・早期対応、相談先の周知、家族同士が悩みを共有できる場、本人の社会参加、地域の理解及び見守りを一体的に進める必要があります。

■診断を受けたときの気持ち

回答	件数
原因がわかり安心した	22 件（56.4%）
不安になった	12 件（30.8%）
どうすればよいのかわからない	7件（18.0%）

回答	件数
本人の気持ちが心配	7件(18.0%)
受け入れにくかった	5件(12.8%)
その他	7件(18.0%)

資料:認知症施策推進計画策定に向けたアンケート調査

■診断後に知りたいと思ったこと(上位5項目)

回答	件数
病気の進み方	23 件(59.0%)
本人への接し方	20 件(51.3%)
日常生活で気を付けること	14 件(35.9%)
相談できる場所	14 件(35.9%)
介護サービスの使い方	9件(23.1%)
お金のこと	9件(23.1%)
本人の気持ちの支え方	9件(23.1%)

資料:認知症施策推進計画策定に向けたアンケート調査

■認知症介護の負担

回答	人数	割合
ほとんどない	2人	5.1%
少しある	15 人	38.5%
かなりある	19 人	48.7%
とても大きい	3人	7.7%

資料:認知症施策推進計画策定に向けたアンケート調査

■介護で困っていること(上位5項目)

回答	件数
気持ちのストレス	26 件(66.7%)
行動・心理症状(不安・徘徊等)	14 件(35.9%)
仕事との両立	9件(23.1%)
夜間の対応	7件(18.0%)

回答	件数
その他	6件(15.4%)

資料:認知症施策推進計画策定に向けたアンケート調査

■家族介護者が求める支援(上位5項目)

回答	件数
気軽に相談できる場所	20 件(51.3%)
休める時間(レスパイト)	18 件(46.2%)
仕事と介護の両立支援	10 件(25.6%)
介護の知識を学べる場	6件(15.4%)
経済的な支援	5件(12.8%)

資料:認知症施策推進計画策定に向けたアンケート調査

(6)介護人材とサービス提供体制

介護職員の不足、職員の高齢化、応募者不足及び定着支援が課題となっています。人材を確保できない場合、必要な介護サービスの提供に支障が生じるおそれがあります。

採用支援と定着支援を一体的に進めるとともに、介護職の魅力発信、多様な人材の参入、ICT 及び介護テクノロジーの活用、事業所間の連携・協働化を進める必要があります。

職種	不足人数
介護職員	9人
生活相談員	1人
その他主要職種	1人

資料:介護人材実態調査

■安定的な事業運営に必要な水準に達しているか

回答	件数	割合
達している	7件	19.4%
おおむね達している	21 件	58.3%
やや不足している	4件	11.1%
不足している	4件	11.1%

資料:介護人材実態調査

■介護職員の年代別人数

年代	人数	割合
10 歳代	4人	0.8%
20 歳代	48 人	9.7%
30 歳代	57 人	11.5%
40 歳代	96 人	19.4%
50 歳代	122 人	24.6%
60 歳代	117 人	23.6%
70 歳代	51 人	10.3%
80 歳代以上	1人	0.2%

資料：介護人材実態調査

■職員定着に関して課題が大きい内容

課題	件数	割合
賃金水準	16 件	44.4%
精神的負担	16 件	44.4%
身体的負担	10 件	27.8%
家庭との両立支援	10 件	27.8%
管理職・リーダー層の不足	6件	16.7%
夜勤等の勤務負担	4件	11.1%
休暇の取りにくさ	4件	11.1%
人材育成	4件	11.1%

資料：介護人材実態調査

■導入・実施状況

取組	事業所数	割合
記録の電子化	19 事業所	52.8%
業務手順の見直し	14 事業所	38.9%
情報共有ツールの活用	11 事業所	30.6%
会議の効率化	7 事業所	19.4%
介護ロボット・見守り機器の導入	6 事業所	16.7%
シフト作成の効率化	3 事業所	8.3%

取組	事業所数	割合
その他	3 事業所	8.3%
特に実施していない	5 事業所	13.9%

資料：介護人材実態調査

■ICT・介護テクノロジー活用上の課題（上位5項目）

課題	事業所数	割合
操作に慣れるまでの負担	20 事業所	55.6%
導入費用	19 事業所	52.8%
維持費用	13 事業所	36.1%
現場の理解	7 事業所	19.4%
効果が分かりにくい	6 事業所	16.7%

資料：介護人材実態調査

6 日常生活圏域の状況

本市では、山崎、一宮、波賀、千種の各圏域について、人口構造、地域のつながり、移動環境、通いの場及び介護サービス資源等の特徴をふまえた施策展開を進めます。

圏域	主な特徴・課題	施策展開で留意する事項
山崎圏域	人口及びサービス資源が比較的多い一方、介護を受けている人の割合も高い傾向があります。	多機関連携、相談支援、認知症の人及び家族介護者への支援の拠点性を強化します。
一宮圏域	近隣の見守り、公民館・集会所を拠点とした交流が比較的活発で、就労している高齢者も多い傾向があります。	地域交流拠点を生かした通いの場、就労的活動及び見守り支援を進めます。
波賀圏域	近隣付き合い、支え合い、気軽に集まる機会が比較的多い傾向があります。	地域の支え合いを生活支援及び見守りへつなげます。
千種圏域	高齢化率及び高齢者世帯の割合が高く、介護サービス資源が限られています。	移動支援、訪問系サービス、地域の支え合い及び見守りを重点的に進めます。

7 第 10 期計画で対応する主要課題

人口・世帯、介護保険事業及び各種調査の結果をふまえ、第 10 期計画で対応する主要課題を次のとおり整理します。

1. **相談支援と包括的支援体制の充実**
   相談窓口の周知、早期把握及び多機関の連携により、複雑化・複合化した課題に対応する必要があります。

2. **健康づくり、介護予防及び社会参加の一体的な推進**
   フレイル予防、通いの場及び地域活動をつなぎ、心身機能と社会とのつながりを維持する必要があります。
3. **在宅生活を支える生活支援とサービス基盤の確保**
   移動、買い物、見守り等の生活支援と、必要な介護サービスを組み合わせる必要があります。
4. **認知症の人と家族介護者への支援**
   本人の意思と尊厳を大切にしながら、早期支援、社会参加、家族の負担軽減及び地域の理解を進める必要があります。
5. **介護人材の確保と持続可能なサービス提供体制**
   人材の確保・定着、働きやすい職場づくり、ICT 等の活用及び事業所間連携を進める必要があります。

これらの課題は相互に関連しているため、第 3 章では 5 つの基本目標として体系化し、第 4 章では基本目標ごとに「現状と課題」「めざす姿」「施策の方向性」「主な取組」「評価指標」を整理します。

第 3 章 計画の基本的な考え方

1 基本理念

本計画では、第 9 期計画の基本理念を継承し、高齢者本人の意思と尊厳を大切にしながら、地域のつながりと支え合いの中で、誰もが安心して暮らし続けられる地域づくりを進めます。

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

基本理念の実現に向け、高齢者をサービスの受け手としてのみ捉えるのではなく、本人の希望や強みを生かし、地域の中で役割とつながりを持って暮らせる環境を整えます。

また、家族だけに負担が集中しないよう、地域住民、地域団体、医療・介護・福祉関係者、民間事業者、教育・研究機関及び行政等が、それぞれの役割と強みを生かして連携・協働します。

2 基本目標

基本理念の実現に向け、第 9 期計画の取組を継承しながら、在宅生活の継続支援並びに認知症の人及び家族介護者への支援を明確にし、次の 5 つの基本目標を設定します。

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抱える課題を早期に把握し、必要な支援につなぐため、地域包括支援センターを中心とした相談支援体制を充実します。

医療、介護、福祉、地域団体及び関係部署等の連携を強化し、複雑化・複合化した課題に対応するとともに、高齢者の権利擁護及び虐待防止を進めます。

基本目標 2 健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進

高齢者が心身の状態を維持し、自立した生活を続けられるよう、健康づくり、生活習慣病予防、フレイル予防及び介護予防を一体的に推進します。

通いの場、地域活動、生きがいづくり及び就労的活動への参加を通じて、高齢者が地域の中で役割とつながりを持てる環境を整えます。

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

高齢者が住み慣れた地域で生活を続けられるよう、見守り、配食、買い物、移動・外出等の生活支援と、必要な介護サービスを組み合わせた支援を進めます。

在宅医療・介護連携、住まい、防災及び安全対策を含め、地域の実情に応じた持続可能なサービス提供体制を整えます。

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の意思と尊厳が尊重され、希望を持って暮らせるよう、認知症への理解促進、早期相談・早期対応及び本人の社会参加を進めます。

家族介護者の負担や孤立を軽減するため、相談支援、休息機会の確保、家族同士の交流及び仕事と介護の両立を支援します。

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将来にわたり安定して提供できるよう、介護人材の確保、育成及び定着を一体的に進めます。

働きやすい職場づくり、多様な人材の参入、ICT 及び介護テクノロジーの活用、業務改善並びに事業所間の連携・協働化を推進します。

3 施策体系

５ つの基本目標の下に、次の基本施策を設定します。各施策の現状と課題、めざす姿、施策の方向性、主な取組及び評価指標は、第 4 章において整理します。

基本目標	基本施策
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	① 総合相談支援体制の強化 ② 地域包括支援センターの機能強化 ③ 医療・介護連携の推進 ④ 地域ケア会議の推進 ⑤ 権利擁護・高齢者虐待防止
基本目標 2 健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進	① フレイル予防・介護予防 ② 生活習慣病予防 ③ 通いの場・地域活動の充実 ④ 生きがいづくり・就労的活動
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	① 生活支援サービスの充実 ② 移動・外出支援 ③ 介護サービス基盤の計画的整備 ④ 在宅医療・療養支援 ⑤ 住まい・防災・安全対策
基本目標 4 認知症施策と家族介護者支援の充実	① 認知症への理解促進 ② 早期発見・早期対応 ③ 認知症の人と家族への支援 ④ 介護者負担軽減 ⑤ 仕事と介護の両立支援
基本目標 5 介護人材の確保と介護現場の生産性向上	① 介護人材の確保・育成 ② ケアマネジメント人材支援 ③ 働きやすい職場づくり ④ 外国人介護人材の活用支援 ⑤ ICT 活用・業務効率化 ⑥ 事業所間連携・協働化

基本理念・基本目標・基本施策・重点プロジェクトの体系

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）

▼

5つの基本目標と基本施策

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	基本施策 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	基本施策 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	基本施策 生活支援　移動・外出支援 介護サービス基盤　在宅医療
基本目標4	認知症施策と家族介護者支援の充実	基本施策 認知症理解　早期相談・早期支援 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	基本施策 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 事業所連携

4 中長期的・分野横断的重点プロジェクト

(1)重点プロジェクトの位置付け

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。

重点プロジェクトは、既存の施策や事業を置き換えるものではありません。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として位置付けます。

計画期間の 3 年間ですべてを完結させるのではなく、課題と地域資源の把握、参画主体との対話、取組の共同立案、試行・実施、検証・評価及び見直しを 段階的かつ継続的に進めます。

(2)プロジェクトの名称とめざす姿

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

行政、地域住民、地域団体、医療・介護・福祉関係者、企業、 教育・研究機関等が、分野や組織の枠を越えて継続的に関わり、 地域課題の解決に向けた実践を進めます。

(3)協働による取組の進め方

課題の把握や情報共有にとどまらず、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います。

段階	区分	主な内容
第 1 段階	基盤形成	地域課題及び地域資源を把握し、参画主体の発掘、対話及び体制整備を進めます。めざす姿と役割分担を共有します。
第 2 段階	共同実践	多様な主体が既存の地域資源を持ち寄り、具体的な取組を 共同で立案し、モデル的に試行・実施します。
第 3 段階	検証・発展	取組の有効性、関係者の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。

5つの基本目標を横断する共通基盤 ▼

中長期的・分野横断的重点プロジェクト

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、共に取り組む

1	2	3	4	5
重点課題領域 早期相談・支援接続	重点課題領域 通いの場・フレイル予防・社会参加	重点課題領域 移動・買い物・通院・外出支援	重点課題領域 認知症本人・家族の安心と社会参加	重点課題領域 介護サービス基盤の維持・人材確保

課題共有 → 共同立案 → 試行・実施 → 検証・評価 → 改善・展開

高齢者本人・家族・地域住民・関係機関・専門職・介護サービス事業所・
企業・教育研究機関・行政が連携・協働

(4)主な参画主体と役割

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、地域に根差した取組を進めます。
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生かし、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、進行管理及び結果の共有を担います。

(5)第 10 期計画期間における到達目標

第 10 期計画期間では、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な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、複数のモデル的な取組を共同で立案・試行し、成果と課題を整理します。

次の計画期間では、取組の有効性と持続可能性をふまえ、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。

(6)基本目標との関係

重点プロジェクトは、特定の基本目標に属する独立した事業ではなく、5 つの基本目標を横断し、施策間及び関係主体間の連携を強化するものです。

(7)評価の基本的な考え方

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。

アウトカム、プロセス、ストラクチャー及び質的評価を組み合わせ、多様な主体の参画が具体的な実践につながっているか、無理なく継続できる協働関係が育っているかを確認します。

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、モデル的な取組の継続・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	本人の参画、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

第４章 施策の展開

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

１ 現状と課題

高齢者本人や家族が抱える課題は、介護だけでなく、医療、障がい、生活困窮、認知症、ひきこもり、家族関係等が重なり、複雑化・複合化しています。

一方、家族や友人・知人以外に相談できる相手がいない人がみられ、地域包括支援センターの名称や役割も十分に知られていません。高齢者世帯、単身世帯及び身寄りのない高齢者等の増加を見据え、支援を必要とする人を早期に把握して相談につなぐ必要があります。

相談を受けた機関が課題を抱え込むのではなく、地域包括支援センターを中心として、医療、介護、福祉、地域団体、民生委員・児童委員、社会福祉協議会及び関係部署等が連携する体制が必要です。

また、個別事例から明らかになった地域課題を関係者で共有し、支援体制や施策の改善につなげるとともに、成年後見制度の利用促進、高齢者虐待、消費者被害及びセルフネグレクト等への対応を進める必要があります。

２ めざす姿

困ったときに身近な場所で相談でき、
どの窓口からでも必要な支援につながるまち 仮

３ 施策の方向性

地域包括支援センターを中心に、医療、介護、福祉、地域団体、民生委員・児童委員及び社会福祉協議会等との連携を強化し、高齢者本人や家族が抱える複雑化・複合化した課題に対応できる相談支援体制を充実します。

対象者に応じた方法で相談窓口を周知するとともに、どの窓口で相談を受けても、必要な機関やサービスへ適切につながる仕組みを整えます。

４ 主な取組

(1)総合相談支援体制の強化

- 地域包括支援センター及びサブセンターにおいて、高齢者本人や家族からの相談を総合的に受け止めます。
- 民生委員・児童委員、自治会、医療機関、介護サービス事業所、社会福祉協議会等との連携を強化します。
- 障がい、生活困窮、ひきこもり、ヤングケアラー等を含む複合的な課題について、関係部署及び関係機関と連携して対応します。
- 相談窓口に来ることが難しい人や支援につながっていない人に対し、訪問等による相談支援を進めます。

（2）地域包括支援センターの機能強化

- 広報紙、市ホームページ、リーフレット、放送、回覧及び SNS 等を活用し、対象者に応じて地域包括支援センターの役割と相談方法を周知します。
- かかりつけ医、歯科医、薬局、民生委員・児童委員等から地域包括支援センターにつながる仕組みを強化します。
- 地域包括支援センター職員の専門性を高めるとともに、本センターとサブセンターの役割分担及び情報共有を進めます。
- 相談内容、対応状況及び支援への接続状況を把握し、相談支援の質の向上に生かします。

（3）医療・介護連携の推進

- 医療と介護の関係者による会議、研修及び情報交換を継続し、顔の見える関係づくりを進めます。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医及びかかりつけ薬局の普及啓発を進めます。
- おくすり手帳等を活用し、本人、家族、医療機関及び介護関係者の情報共有を進めます。
- 入退院時の連携、在宅療養及び看取りを支える体制を充実します。
- 本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族や支援者と共有する人生会議・ACP の普及啓発を進めます。

（4）地域ケア会議の推進

- 地域ケア個別会議を通じて、個別事例の課題解決と支援者の実践力向上を図ります。
- 自立支援サポート会議を継続し、高齢者の自立支援及び生活の質の向上につながるケアマネジメントを支援します。
- 個別事例から共通する地域課題を抽出し、地域ケア推進会議等で共有します。
- 把握した地域課題を、地域資源の開発、関係機関の連携及び施策の改善につなげます。
- 圏域ごとの課題及び地域資源の違いを把握し、施策へ反映します。

（5）権利擁護・高齢者虐待防止

- 成年後見制度利用促進基本計画と連動し、成年後見制度の周知及び適切な利用を促進します。
- 宍粟市成年後見制度中核機関を周知し、本人、家族及び支援者からの相談に対応します。
- 高齢者虐待の早期発見・早期対応に向け、医療、介護、福祉及び地域の関係機関との連携を強化します。
- 消費者被害、特殊詐欺、セルフネグレクト等について、関係機関と連携して対応します。

5 重点指標

相談件数や会議開催回数の増減だけでなく、相談のしやすさ、支援への接続状況及び複合的な課題への対応状況を確認します。

重点指標	目標の方向性	主な把握方法
地域包括支援センターを知っている高齢者の割合	増加	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
困ったときに相談先がある高齢者の割合	増加	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
相談する相手がいない高齢者の割合	減少	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
相談受付から初回対応までの日数	短縮又は一定水準の維持	相談記録
関係機関への支援接続及び支援方針の共有状況	適正化・質の向上	相談記録、ケース会議記録、支援者への聞き取り
地域ケア会議から地域課題として整理した件数・内容	増加又は質的充実	地域ケア会議記録

基本目標２
健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進

１ 現状と課題

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けるためには、心身機能の維持だけでなく、疾病予防、外出、交流及び社会参加を一体的に進める必要があります。

調査では、運動器機能の低下や転倒リスクが一定程度みられ、特に女性及び 80 歳以上でその傾向が高くなっています。また、高血圧等の生活習慣病への対応、栄養及び口腔機能の維持・改善も重要です。

通いの場、ボランティア、スポーツ、趣味及び学習活動等に参加していない人が多い一方、地域活動への参加意向を持つ人もいます。参加のきっかけづくりと、本人の希望や状態に合った活動へつなぐ仕組みが必要です。

通いの場については、新たな立ち上げだけでなく、継続状況、参加者の状態及び世話役の負担を把握し、必要に応じて専門職や行政が支援することが求められます。

２ めざす姿

一人ひとりが健康づくりと介護予防に取り組み、
地域で役割とつながりを持って暮らせるまち 仮

３ 施策の方向性

高齢者ができる限り要介護状態にならず、住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、健康づくり、疾病予防、フレイル予防、介護予防及び社会参加を一体的に推進します。

通いの場等を身近な介護予防と交流の拠点として支援し、参加者の状態把握、必要な支援への接続及び担い手の負担軽減を進めます。

４ 主な取組

(1)フレイル予防・介護予防

- いきいき体操等の通いの場が継続できるよう、活動内容、運営及び参加促進を支援します。
- 通いの場がない地域に対し、住民の意向及び地域の状況をふまえて立ち上げを支援します。
- 運動、栄養、口腔及び社会参加を組み合わせたフレイル予防を進めます。
- フレイルチェックや体力測定等により参加者の状態を把握し、必要に応じて医療、介護予防事業、介護サービス等へつなぎます。
- リハビリテーション専門職等による評価、助言及び地域活動への支援を進めます。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を進めます。

(2)生活習慣病予防

- 特定健康診査、後期高齢者健康診査及び保健指導の受診を促進します。
- 高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症及び重症化予防を進めます。

- かかりつけ医、歯科医及び薬局等と連携し、健康管理と疾病予防を支援します。
- 口腔機能の低下を早期に把握し、オーラルフレイル予防を進めます。
- 適切な服薬管理及び多剤服用による影響について啓発します。

(3)通いの場・地域活動の充実

- 通いの場、趣味活動、スポーツ活動、老人クラブ、自治会活動等への参加を促進します。
- 高齢者本人の希望や生活状況に応じて参加できるよう、地域活動に関する情報を分かりやすく発信します。
- 男性を含め、既存の活動に参加しにくい人が参加できる多様な居場所づくりを進めます。
- 参加者が無理のない範囲で活動の担い手となれる仕組みづくりを進めます。
- 世話役の負担、後継者の状況及び活動の継続意向を把握し、複数人で担う運営や行政による継続支援を進めます。

(4)生きがいづくり・就労的活動

- 高齢者の知識、経験及び技能を生かした地域活動を促進します。
- シルバー人材センター、宍粟わくわく～くステーション等と連携し、高齢者の希望に応じた就労機会に関する情報を提供します。
- 介護助手、地域支え合い活動及びボランティア活動等への参加を促進します。
- 有償・無償を問わず、高齢者の健康状態や希望に応じた多様な社会参加の機会づくりを進めます。

5 重点指標

通いの場の数や教室の開催回数だけでなく、継続参加、新たな参加、心身の状態の変化及び世話役の負担を確認します。

重点指標	目標の方向性	主な把握方法
主観的健康感が「とてもよい」「まあよい」の高齢者の割合	維持・増加	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
運動器機能低下リスク該当者の割合	減少	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、フレイルチェック
転倒リスク該当者の割合	減少	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
閉じこもり傾向にある高齢者の割合	減少	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
週１回以上、地域活動に参加する高齢者の割合	増加	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
通いの場の継続率及び新規参加者の割合	維持・向上	通いの場実績、参加者名簿
通いの場における世話役の負担感	軽減	世話役へのアンケート・聞き取り

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

１ 現状と課題

高齢者が在宅生活を続けるためには、介護サービスだけでなく、見守り、配食、買い物、通院、外出及び住まい等に関する日常生活上の支援が必要です。

単身高齢者世帯及び高齢者のみ世帯の増加により、家族の支援を前提としない生活支援体制の充実が求められます。また、在宅生活が家族介護に大きく支えられていることから、家族介護者の負担にも配慮する必要があります。

市域が広く、買い物、通院、通いの場への参加等に必要な移動手段の確保が課題となっています。介護サービス事業所においても、送迎や訪問に要する移動時間がサービス提供上の負担となっています。

圏域によって介護サービス資源に違いがあるため、在宅系サービスを中心に、地域特性に応じた持続可能なサービス提供体制を確保する必要があります。

医療ニーズの高い人や中重度の要介護者が在宅で生活するためには、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、薬剤管理、介護サービス及び生活支援の連携が必要です。

災害や感染症の発生時にも支援を継続できるよう、個別避難計画、福祉避難所、業務継続計画及び地域の見守り体制を平時から整える必要があります。

２ めざす姿

介護や生活上の支援が必要になっても、
本人が望む場所で安心して暮らし続けられるまち 仮

３ 施策の方向性

高齢者が住み慣れた地域で生活を続けられるよう、見守り、配食、買い物及び移動・外出等の生活支援と、必要な介護・医療サービスを組み合わせて提供します。

地域資源を把握し、既存の活動や民間サービスも活用しながら、地域の課題と支援資源をつなぐ仕組みを充実します。

圏域ごとの人口、介護ニーズ及びサービス資源をふまえ、既存事業所の機能や連携を生かした持続可能なサービス提供体制を整えます。

４ 主な取組

(1)生活支援サービスの充実

- 配食、見守り、買い物支援、外出同行等の既存サービスについて、利用状況と必要性を把握し、適切な利用につなげます。
- 生活支援コーディネーター等が、地域団体、民間事業者、ボランティア等による地域資源を把握します。
- 高齢者本人の困りごとと地域資源を結び付け、公的サービスと地域の支え合いを組み合わせた支援を進めます。

- 生活支援の担い手となる住民、団体及び事業者の発掘・育成と連携を進めます。
- 地域ケア会議等で把握した生活課題を、地域資源の開発や既存サービスの改善につなげます。

（2）移動・外出支援

- 買い物、通院、通いの場への参加等に関する移動ニーズ及び既存の移動手段を把握します。
- 公共交通、福祉施策、介護サービス、地域活動及び民間サービスの役割を整理し、連携を進めます。
- 移動販売、買い物支援、外出同行及び通いの場の送迎等を、地域の実情に応じて組み合わせます。
- 運転免許返納後の生活や、家族による送迎が難しい人の移動・外出を支える仕組みを検討します。
- 移動手段の確保を、介護予防、社会参加、見守り及び買い物支援と一体的に進めます。

（3）介護サービス基盤の計画的整備

- 圏域ごとの要支援・要介護認定者、利用ニーズ及びサービス資源を継続的に把握します。
- 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション等の在宅系サービスの確保に努めます。
- 通所系サービスと訪問系サービス等を組み合わせ、本人の状態に応じた在宅生活を支援します。
- 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等について、地域の需要と提供体制をふまえて必要性を検討します。
- 新たな施設や事業所の整備だけでなく、既存事業所の機能転換及び事業所間連携によるサービスの確保を検討します。
- 介護人材の確保状況及び事業所の運営状況をふまえ、持続可能なサービス提供体制を検討します。

（4）在宅医療・療養支援

- 訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、薬剤管理指導等との連携を進めます。
- 中重度の要介護者及び医療ニーズの高い高齢者が在宅で生活できるよう、医療・介護・福祉の連携を強化します。
- 入院時から退院後の生活を見据え、医療機関、ケアマネジャー及び介護サービス事業所等の情報共有を進めます。
- 本人の意思を尊重した看取りを支援するとともに、人生会議・ACP の普及啓発を進めます。
- 在宅療養に関する相談先及び利用できるサービスを周知します。

（5）住まい・防災・安全対策

- 住宅改修、福祉用具及び住まいに関する相談支援を行います。
- 高齢者向け住まいについて、本人の状態や希望に応じた情報提供を行います。
- 災害時に支援を必要とする高齢者の把握と個別避難計画の作成を進めます。
- 福祉避難所の確保及び運営体制の充実を進めます。
- 介護サービス事業所における業務継続計画、災害対策及び感染症対策の実効性向上を支援します。
- 地域の見守りと防災・防犯対策を一体的に進めます。

5 重点指標

サービスの利用量が増えること自体を成果とせず、必要な人に支援が届いているか、在宅生活の継続及び家族介護者の負担軽減につながっているかを確認します。

重点指標	目標の方向性	主な把握方法
在宅生活を継続できている要介護者の割合	維持・向上	在宅介護実態調査、給付実績
在宅生活の継続に不安を感じる介護者の割合	減少	在宅介護実態調査
施設等を「検討中」又は「申請済み」とする割合	状況分析・適正化	在宅介護実態調査
移動、買い物又は通院に困っている高齢者の割合	減少	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査
生活課題と移動・買い物支援等の地域資源を結び付けた件数	増加	相談記録、生活支援体制整備事業実績
圏域別の訪問系・通所系サービス提供体制	維持・偏在の改善	事業所調査、サービス資源の整理
本人・家族からみた在宅生活支援の満足度	向上	本人・家族へのアンケート、聞き取り
個別避難計画の作成状況	増加・充実	事業実績

基本目標 4
認知症施策と家族介護者支援の充実

1 現状と課題

高齢化の進行に伴い、認知症の人の増加が見込まれます。認知症になっても、本人の意思と尊厳が尊重され、住み慣れた地域で希望を持って暮らせる環境を整える必要があります。

認知症については、本人や家族が異変に気付いても、どこへ相談すればよいか分からないことや、診断後に不安を抱えたまま、必要な支援につながっていないことがあります。

認知症に関する相談窓口、認知症カフェ、家族のつどい、認知症ケアパス等を周知し、本人と家族が早期に相談できる体制を充実する必要があります。

また、家族介護者は、認知症状への対応、外出時の安全、将来の生活及び介護と仕事の両立等に不安を抱えています。家族だけで介護を抱え込まないよう、相談、交流、レスパイト及び介護サービスの利用につなぐ必要があります。

地域においては、認知症に関する正しい理解を広げるとともに、認知症サポーターが学習にとどまらず、見守りや地域活動等に参加できる仕組みが求められます。

行方不明となるおそれがある人と家族が安心して生活できるよう、SOS ネットワークの周知、登録及び模擬訓練等を通じて、地域の見守り体制を充実する必要があります。

2 めざす姿

認知症になっても本人の意思が尊重され、
本人と家族が孤立せず、地域で安心して暮らせるまち 仮

3 施策の方向性

認知症に関する正しい知識と理解を広げ、認知症の人を特別な存在として捉えるのではなく、地域の一員として共に暮らすことができる地域づくりを進めます。

本人や家族が早期に相談し、診断前後から切れ目なく支援を受けられるよう、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター及び医療・介護関係者等の連携を強化します。

本人の希望、役割及び社会とのつながりを大切にし、本人が参加できる場づくりと意思決定支援を進めます。

家族介護者の負担と孤立を軽減するため、相談支援、家族同士の交流、レスパイト及び仕事と介護の両立を支援します。

4 主な取組

(1)認知症への理解促進

- 認知症に関する講座、講演会及び啓発活動を通じて、正しい知識と理解を広げます。
- 地域住民、児童・生徒、企業及び関係機関等を対象に、認知症サポーター養成講座を実施します。
- 認知症サポーターが、見守り、交流及び地域活動等に参加できる機会づくりを進めます。

- 広報紙、市ホームページ、SNS、しーたん放送等を活用し、対象者に応じた情報発信を行います。
- 認知症になっても本人の意思が尊重され、地域の中で役割を持って暮らせるという考え方を普及します。

（2）早期発見・早期対応

- 地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、医療機関等の相談先を分かりやすく周知します。
- 認知症ケアパスを活用し、認知症の状態に応じた相談先、医療、介護及び生活支援等の情報を提供します。
- かかりつけ医、歯科医、薬局、民生委員・児童委員、介護サービス事業所等との連携により、認知症の疑いがある人を早期に相談へつなぎます。
- 認知症初期集中支援チームが、本人及び家族を訪問し、医療・介護サービス等への接続を支援します。
- 診断後の本人と家族が支援から途切れないよう、医療、介護、福祉及び地域の関係者による継続的な支援体制を整えます。

（3）認知症の人と家族への支援

- 認知症カフェ等を継続し、本人、家族、地域住民及び専門職が気軽に交流・相談できる場を確保します。
- 家族のつどい等を通じて、家族同士が経験や悩みを共有し、必要な情報を得られる機会を設けます。
- 本人の希望や得意なことをふまえ、地域活動、趣味活動及び就労的活動等への参加を支援します。
- 本人ミーティング等、認知症の人が自らの希望や必要な支援について意見を表明できる機会を検討します。
- 本人の意思を尊重した意思決定支援を進め、エンディングノート等の活用を周知します。
- 若年性認知症の人と家族について、就労、生活及び福祉制度等に関する専門的な相談支援へつなぎます。

（4）介護者負担軽減

- 家族介護者が悩みを抱え込まないよう、地域包括支援センター等による相談支援を充実します。
- 家族のつどい、認知症カフェ及び介護者交流会等について、参加方法や開催情報を分かりやすく周知します。
- ショートステイ、デイサービス等の介護サービスやレスパイトに関する情報を提供し、適切な利用につなげます。
- 介護者の心身の健康状態、介護負担及び孤立の状況を把握し、必要に応じて医療、福祉及び相談支援につなぎます。
- SOS ネットワークの周知及び登録を進め、行方不明時に早期発見できる見守り体制を充実します。
- SOS ネットワークの模擬訓練等を実施し、地域及び関係機関の役割と連絡体制を確認します。

（5）仕事と介護の両立支援

- 介護休業制度、介護休暇制度及び相談窓口等について、家族介護者及び事業者へ情報を提供します。
- 就労している家族介護者が、離職せず介護を続けられるよう、ケアマネジャー、地域包括支援センター及び関係機関が連携して支援します。

- 家族介護者の勤務状況及び生活状況をふまえ、介護サービスと生活支援を適切に組み合わせます。
- 企業及び関係機関と連携し、介護に関する理解と両立支援制度の利用を促進します。
- 介護離職の状況及び就労継続に関する家族介護者の不安を把握し、支援の改善につなげます。

5 重点指標

講座の開催回数や認知症サポーターの養成人数だけでなく、本人と家族が早期に相談できたか、家族の不安や孤立が軽減したか、本人の希望が支援に反映されたかを確認します。

重点指標	目標の方向性	主な把握方法
認知症に関する相談先を知っている人の割合	増加	各種調査、相談事業におけるアンケート
認知症状への対応に不安を感じる介護者の割合	減少	在宅介護実態調査、家族介護者への調査
認知症の家族介護者の不安割合	減少	認知症に関するアンケート、家族への聞き取り
認知症の人・家族が参加できる場を知っている人の割合	増加	各種調査、参加者アンケート
認知症カフェ及び家族のつどいの継続開催状況	維持・充実	事業実績
認知症初期集中支援チームから必要な支援につながった状況	適正化・質の向上	支援記録、チーム活動実績
認知症サポーター養成講座後に地域活動へ参加した人の数・割合	増加	講座後アンケート、活動実績
SOS ネットワークの登録及び模擬訓練の実施状況	必要者への普及・充実	登録実績、訓練実績
家族のつどい、認知症カフェ等への参加後の安心感	向上	参加者アンケート、聞き取り
介護離職及び就労継続に困難を感じる家族介護者の割合	減少	在宅介護実態調査
本人の希望や意思が支援に反映されている割合	向上	本人・家族への聞き取り、支援記録

基本目標５
介護人材の確保と介護現場の生産性向上

１ 現状と課題

生産年齢人口が減少する中で、介護サービスを必要とする高齢者の生活を支えるためには、介護人材の確保・育成・定着が重要です。

市内の介護サービス事業所では、介護職員、看護職員、ケアマネジャー等の不足、職員の高齢化及び求人に対する応募者不足が課題となっています。

職員を確保できない場合、事業所が必要なサービスを提供できず、利用者の受入れ制限や事業規模の縮小につながるおそれがあります。特に、広い市域を移動する訪問系サービスでは、移動時間が職員と事業所の負担となっています。

新たな人材の採用だけでなく、現在働いている職員が安心して働き続けられる職場環境づくり、研修機会の確保、職員の悩みや負担への対応が必要です。

ケアマネジャーは、高齢化、更新研修等の負担及び担い手不足が課題となっています。地域包括ケアを支える専門職として、継続的に活動できるよう支援する必要があります。

外国人介護人材、シニア人材、介護助手等の多様な人材がそれぞれの能力を発揮できる環境を整えるとともに、ICT、介護テクノロジー及びケアプランデータ連携等を活用し、職員の負担軽減とサービスの質の向上を図る必要があります。

小規模な事業所が多い地域では、採用、研修、災害対策、物品調達及び専門職の確保等について、事業所が単独で対応することが難しい場合があります。事業所間の連携・協働化を進める必要があります。

２ めざす姿

介護人材が働き続けられ、必要な介護サービスを
持続的かつ安定的に提供できるまち 仮

３ 施策の方向性

介護の仕事の魅力発信、就職支援、研修及び資格取得支援等により、介護人材の確保・育成を進めます。

職員の処遇、勤務環境、身体的・心理的負担及びキャリア形成等に配慮し、働きやすく、働き続けられる職場づくりを支援します。

外国人介護人材、シニア人材、介護助手等の多様な人材の参入を促進し、専門職が専門性を必要とする業務に力を注げる体制を整えます。

ICT、介護テクノロジー及びデータ連携等を活用し、業務の効率化と職員の負担軽減を進めるとともに、事業所間の連携・協働化を促進します。

４ 主な取組

(1)介護人材の確保・育成

- 学生、求職者、子育て世代、シニア等に対し、介護の仕事の内容、魅力及び働き方を発信します。

- 市ホームページ、SNS、就職相談会及び学校との連携等、対象者に応じた方法で情報を発信します。
- ハローワーク、福祉人材センター、学校、介護サービス事業所等と連携し、就職につなげます。
- 初任者研修、実務者研修、介護福祉士等の資格取得及び研修受講を支援します。
- 若い世代が介護の仕事に関心を持てるよう、職場体験、出前講座及び交流機会等を設けます。
- 介護未経験者が基本的な知識と技術を学び、介護分野へ参入できる機会を設けます。

（2）ケアマネジメント人材支援

- ケアマネジャーの年齢構成、配置、業務負担及び今後の就業意向等を把握します。
- 主任ケアマネジャー及びケアマネジャーの研修、情報交換及び相談機会を確保します。
- 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の連携を強化し、困難事例への対応を支援します。
- 自立支援に資するケアマネジメントを推進するため、地域ケア会議等を活用して専門的な助言を行います。
- 書類作成、連絡調整、更新研修等に関する負担の状況を把握し、必要な支援を検討します。

（3）働きやすい職場づくり

- 職員の離職理由、業務負担、勤務環境及び職場への定着状況を把握します。
- 新任職員への研修、相談、助言及び職場内での育成体制の充実を支援します。
- ハラスメント防止、メンタルヘルス及び腰痛予防等に関する取組を促進します。
- 子育て、家族介護等と仕事を両立できる柔軟な働き方及び休暇取得を促進します。
- 職員の意見が業務改善に反映され、やりがいを感じられる職場づくりを支援します。
- 介護職員の処遇改善に関する制度等について情報を提供します。

（4）外国人介護人材の活用支援

- 事業所に対し、外国人介護人材の受入制度、支援制度及び相談先等の情報を提供します。
- 日本語学習、介護技術、資格取得及び生活面に関する支援を関係機関と連携して進めます。
- 住居、交通、買い物、医療及び地域交流等、安心して地域で生活するための環境づくりを支援します。
- 受入事業所間の情報交換及び好事例の共有を進めます。
- 外国人介護人材が孤立せず、地域の一員として暮らすことができる交流機会を検討します。

（5）ICT 活用・業務効率化

- 介護記録、情報共有、見守り、移乗支援及びコミュニケーション等に関する ICT・介護テクノロジーの活用を促進します。
- ケアプランデータ連携システム等の活用に関する情報提供及び導入支援を進めます。
- 行政への申請、届出及び報告等について、電子申請及び文書負担の軽減を進めます。
- ICT 等の導入そのものを目的とせず、業務時間、身体的負担、心理的負担及びサービスの質の変化を確認します。
- 介護助手等を活用して業務を分担し、専門職が専門性の高い業務に注力できる体制を促進します。
- ICT の活用が難しい事業所に対し、導入事例及び活用方法の共有を進めます。

（6）事業所間連携・協働化

- 介護サービス事業所間で、人材確保、研修、災害対策及び感染症対策等に関する情報を共有します。
- 複数事業所による合同研修、就職説明会及び介護の魅力発信等を進めます。
- 専門職の確保、人材交流、物品調達及びバックオフィス業務等の連携・共同化を検討します。
- 災害、感染症及び急な人員不足時に、事業所間で支援できる連携体制を検討します。
- 訪問・送迎等に伴う移動負担を含め、圏域ごとのサービス提供上の課題を共有します。
- 事業継続が困難となる兆候を早期に把握し、地域に必要なサービスを維持するための対応を検討します。

5 重点指標

研修回数や ICT の導入件数だけでなく、人材不足が緩和したか、離職防止につながったか、職員の業務負担が軽減したか及び必要なサービス提供体制が維持されているかを確認します。

重点指標	目標の方向性	主な把握方法
職種別の介護人材不足感	緩和	介護人材実態調査、事業所への聞き取り
介護職員等の離職率	減少	介護人材実態調査、事業所調査
採用者数及び採用後の定着状況	向上	事業所調査
ケアマネジャーの不足感及び年齢構成	不足感の緩和・担い手の確保	介護人材実態調査、事業所調査
職員の業務負担感	軽減	職員アンケート、事業所への聞き取り
外国人介護人材、シニア人材及び介護助手等の活用状況	必要に応じた拡大・定着	事業所調査
ICT・介護テクノロジーの活用率	増加	介護人材実態調査、事業所調査
ケアプランデータ連携システムの利用状況	増加	事業所調査、利用実績
事業所間の連携・協働による取組数及び内容	増加・質的充実	事業実績、事業所への聞き取り
圏域別の介護サービス提供体制	維持・偏在の改善	サービス資源の整理、事業所調査
人材不足を理由とする利用者受入れ制限の状況	減少	事業所調査、サービス提供実績

中長期的・分野横断的重点プロジェクト

1 重点プロジェクトの考え方

高齢者を取り巻く課題には、移動、買い物、介護予防、認知症、家族介護、介護人材等、複数の基本目標にまたがるものがあります。

これらの課題は、行政又は一つの団体だけで解決することが難しいため、高齢者本人と家族、地域住民、地域団体、医療・介護・福祉関係者、企業、教育・研究機関及び行政等が、地域資源と専門性を持ち寄り、解決に向けた取組を進めます。

重点プロジェクトは、既存の施策や事業を置き換えるものではなく、5 つの基本目標に位置付ける取組を横断的につなぐものです。

第 10 期計画期間では、すべてのプロジェクトを同時に事業化することを前提とせず、課題の緊急性、影響を受ける人の範囲、地域資源、実現可能性及び持続可能性等をふまえて優先順位を整理します。

2 重点プロジェクト候補

プロジェクト候補	主な検討内容	関連する基本目標
移動・買い物・通いの場をつなぐ外出支援プロジェクト	公共交通、地域の送迎、移動販売、買い物支援、通いの場及び民間サービス等を組み合わせ、日常生活に必要な外出を支える仕組みを検討します。	基本目標 2・3
フレイル予防・通いの場拡充プロジェクト	通いの場を介護予防、交流、見守り及び必要な支援への接続の拠点として活用し、専門職による評価・助言と担い手支援を進めます。	基本目標 1・2・3
認知症共生・家族介護者支援プロジェクト	早期相談、本人の社会参加、認知症カフェ、家族のつどい、見守り及びレスパイト等をつなぎ、本人と家族の孤立を防ぎます。	基本目標 1・2・4
在宅生活継続・介護離職防止プロジェクト	介護サービス、生活支援、家族介護者支援及び企業の両立支援を組み合わせ、在宅生活と就労の継続を支えます。	基本目標 1・3・4
介護人材確保・事業所連携プロジェクト	魅力発信、採用、研修、外国人介護人材、介護助手、ICT 活用及び事業所間連携を一体的に進め、サービス提供体制を維持します。	基本目標 3・5

3 重点プロジェクトの選定

重点的に取り組む課題は、次の視点をふまえて選定します。

選定の視点	確認する内容
課題の緊急性	現在の生活やサービス提供に支障が生じており、早期の対応が必要かを確認します。
影響の大きさ	高齢者本人、家族、地域及び介護サービス事業所等に及ぼす影響の範囲と程度を確認します。
分野横断性	複数の基本目標及び部署・機関が関係し、単独の施策では解決が難しい課題かを確認します。
地域資源	活用できる人材、団体、施設、活動、企業、技術及び専門的知見等があるかを確認します。
実現可能性	参画主体、実施方法、費用、制度及びスケジュール等から実施可能性を確認します。
持続可能性	特定の人や団体へ負担を集中させず、継続できる仕組みとなるかを確認します。
展開可能性	モデル的な取組の成果を他の地域又は既存施策へ展開できるかを確認します。

4 取組の進め方

段階	取組	主な内容
第 1 段階	課題と資源の把握	データ、本人・家族の声、支援者の意見及び地域資源等を整理し、対応する課題を明確にします。
第 2 段階	対話と目標共有	関係者が対話し、めざす姿、対象者、役割及び期待する変化を共有します。
第 3 段階	共同立案	既存施策と地域資源を組み合わせ、実施内容、役割分担及び評価方法を共同で設計します。
第 4 段階	試行・実施	特定の地域又は対象でモデル的に実施し、実施過程及び利用者の変化を記録します。
第 5 段階	検証・見直し	成果、課題、関係者の負担及び持続可能性を検証し、取組内容を見直します。
第 6 段階	継続・展開	検証結果をふまえ、継続、他地域への展開、既存施策への反映又は制度化を判断します。

5 評価の考え方

プロジェクトの評価では、会議や取組の回数、参加団体数及び参加者数だけでなく、本人・家族の生活及び地域にどのような変化が生じたかを確認します。

評価区分	主な確認項目	評価の視点
体制	参画主体、推進体制、役割分担及び継続的に協議する場の有無	課題解決に必要な主体が参画しているか
実施過程	本人・家族の参画、共同立案、役割分担、試行及び見直しの状況	対話が具体的な実践につながっているか
実施結果	実施した取組、参加者、利用状況及び支援につながった件数	計画した取組が実施され、対象者へ届いているか
成果	本人・家族の安心感、生活課題の改善、地域の支え合い及びサービス提供体制の変化	めざす姿に近づいているか
質的変化	信頼関係、目的共有、負担感、継続意向及び本人・家族の声	無理なく継続できる協働関係が育っているか

第５章 介護保険事業の見込み

１ 介護保険事業の基本的な考え方

（1）第 10 期計画における事業量推計の考え方

（2）中長期的な人口構造と介護需要の見通し

（3）持続可能な介護保険事業運営

２ 被保険者数及び要支援・要介護認定者数の見込み

（1）第１号被保険者数の見込み

（2）要支援・要介護認定者数の見込み

（3）要介護度別認定者数の見込み

（4）認定率の見込み

３ 介護保険サービス利用量の見込み

（1）居宅サービス

① 訪問介護

② 訪問入浴介護

③ 訪問看護

④ 訪問リハビリテーション

⑤ 居宅療養管理指導

⑥ 通所介護

⑦ 通所リハビリテーション

⑧ 短期入所生活介護

⑨ 短期入所療養介護

⑩ 福祉用具貸与

⑪ 特定福祉用具販売

⑫ 住宅改修

⑬ 特定施設入居者生活介護

⑭ 居宅介護支援

(2)地域密着型サービス

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

② 夜間対応型訪問介護

③ 地域密着型通所介護

④ 認知症対応型通所介護

⑤ 小規模多機能型居宅介護

⑥ 認知症対応型共同生活介護

⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護

⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護

(3)施設サービス

① 介護老人福祉施設

② 介護老人保健施設

③ 介護医療院

(4)介護予防サービス

① 介護予防訪問入浴介護

② 介護予防訪問看護

③ 介護予防訪問リハビリテーション

④ 介護予防居宅療養管理指導

⑤ 介護予防通所リハビリテーション

⑥ 介護予防短期入所生活介護

⑦ 介護予防短期入所療養介護

⑧ 介護予防福祉用具貸与

⑨ 特定介護予防福祉用具販売

⑩ 介護予防住宅改修

⑪ 介護予防特定施設入居者生活介護

⑫ 介護予防支援

(5)地域密着型介護予防サービス

① 介護予防認知症対応型通所介護

② 介護予防小規模多機能型居宅介護

③ 介護予防認知症対応型共同生活介護

4 地域支援事業の見込み

(1)介護予防・日常生活支援総合事業

① 介護予防・生活支援サービス事業

② 一般介護予防事業

(2)包括的支援事業

① 地域包括支援センターの運営

② 在宅医療・介護連携推進事業

③ 生活支援体制整備事業

④ 認知症総合支援事業

⑤ 地域ケア会議推進事業

(3)任意事業

① 介護給付等費用適正化事業

② 家族介護支援事業

③ その他の事業

5 介護保険給付費等の見込み

(1)介護給付費の見込み

(2)介護予防給付費の見込み

(3)地域支援事業費の見込み

(4)標準給付費の見込み

(5)総給付費の見込み

6 介護保険料の算定

(1)介護保険の財源構成

(2)第 1 号被保険者負担割合

(3)保険料収納必要額

(4)介護給付費準備基金の活用

(5)第 10 期介護保険料基準額

(6)所得段階別介護保険料

7 介護給付適正化の推進

(1)要介護認定の適正化

(2)ケアプラン等の点検

(3)医療情報との突合・縦覧点検

(4)介護給付適正化に関する情報提供

8 介護サービス基盤の整備方針

(1)居宅サービスの提供体制

(2)地域密着型サービスの整備方針

(3)施設サービスの整備方針

(4)日常生活圏域ごとの提供体制

(5)介護人材の確保状況をふまえた整備判断

第６章 計画の推進と評価

１ 計画の推進体制

（1）庁内の推進体制

（2）関係機関との連携・協働

（3）推進委員会による進行管理

（4）国・県との連携

２ 市民・地域・関係機関等に期待される役割

（1）高齢者本人の役割

（2）家族の役割

（3）地域住民・地域団体の役割

（4）医療・介護・福祉関係者の役割

（5）介護サービス事業所の役割

（6）企業・事業者の役割

（7）教育・研究機関の役割

（8）行政の役割

３ 計画の進行管理

（1）毎年度の進捗確認

（2）施策及び重点プロジェクトの評価

（3）推進委員会への報告

（4）評価結果の公表

（5）次年度の取組への反映

（6）次期計画への反映

4 評価の基本的な考え方

（1）めざす姿に基づく評価

（2）複数の指標を組み合わせた総合評価

（3）アウトカム評価

（4）プロセス評価

（5）アウトプット評価

（6）ストラクチャー評価

（7）本人・家族・関係者の声による質的評価

5 PDCA サイクルによる計画の推進

（1）計画・目標の設定（Plan）

（2）施策・事業の実施（Do）

（3）進捗確認・評価（Check）

（4）改善・見直し（Action）

6 計画の見直し

（1）社会情勢及び制度改正への対応

（2）計画期間中の必要な見直し

（3）次期計画策定に向けた課題整理

用語集

本用語集では、計画本文で使用する主な制度用語及び専門用語を、読みやすさに配慮して簡潔に説明します。

法令や制度に基づく正式な定義がある用語は、最終編集時に国・県の最新資料及び市の関係計画との表記を確認してください。

あ行

用語	説明
ICT	Information and Communication Technology の略で、情報通信技術のことです。本計画では、介護記録、情報共有、オンライン会議、見守り機器等に活用する 技術を含みます。
アウトカム	施策や事業の実施により、本人、家族、地域等に生じた成果や変化のことです。主観的健康感、在宅生活の継続、介護者の負担軽減等が例となります。
アウトプット	施策や事業をどの程度実施したかを示す実績のことです。相談件数、講座の開催回数、参加者数、登録者数等が例となります。
ACP	Advance Care Planning の略です。将来の医療やケアについて、本人を中心に、家族や医療・介護関係者等が繰り返し話し合い、本人の意思を共有する取組です。「人生会議」とも呼ばれます。
オーラルフレイル	かむ、飲み込む、話す等の口腔機能が低下し始めた状態です。 早期に気付き、適切に対応することが、心身の機能低下の 予防につながります。
オレンジカフェ	認知症の人や家族、地域住民、専門職等が気軽に集まり、交流、相談及び情報交換を行う場です。「認知症カフェ」とも呼ばれます。

か行

用語	説明
介護医療院	長期的な医療と介護の双方を必要とする要介護者に対し、医療、介護及び生活の場を一体的に提供する施設です。

用語	説明
介護給付	要介護認定を受けた人が利用する介護保険サービスに対して行われる保険給付です。
介護助手	介護施設等で、清掃、配膳、ベッドメイク等の周辺業務を担う人材です。介護職員が専門的な業務に注力できる環境づくりにつながります。
介護テクノロジー	介護ロボット、見守り機器、記録ソフト等、介護の質の向上や職員の負担軽減に活用する機器・技術の総称です。
介護離職	家族等の介護を行うため、働いている人が仕事を辞めることです。
介護予防	高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぎ、要支援・要介護状態になった場合も状態の悪化を防止・軽減するための取組です。
介護予防・日常生活支援総合事業	市町村が中心となり、地域の実情に応じて、介護予防と日常生活支援を総合的に提供する事業です。「総合事業」とも呼ばれます。
家族介護者	高齢者等を家族として介護・支援している人です。同居・別居の別を問わず、日常的な見守りや生活支援を行う人を含みます。
看護小規模多機能型居宅介護	通い、訪問介護、訪問看護及び宿泊を組み合わせ、医療ニーズのある利用者の在宅生活を支える地域密着型サービスです。
ケアプラン	利用者の心身の状態、生活状況及び希望をふまえ、利用する介護サービスの内容や目標等を定める計画です。
ケアプランデータ連携システム	居宅介護支援事業所と介護サービス事業所の間で、ケアプランに関する情報を電子的に連携する仕組みです。
ケアマネジメント	本人の希望や生活課題を把握し、必要なサービスや地域資源を組み合わせ、支援内容を継続的に調整・評価することです。
ケアマネジャー	介護支援専門員の通称です。利用者や家族から相談を受け、ケアプランの作成、サービス事業者との連絡調整等を行います。
権利擁護	認知症等により判断能力が十分でない人を含め、一人ひとりの意思、尊厳、財産及び生活上の権利を守るための支援です。

用語	説明
高齢者虐待	高齢者に対する身体的虐待、介護・世話の放棄・放任、心理的虐待、性的虐待及び経済的虐待をいいます。

さ行

用語	説明
在宅医療	通院が難しい人等に対し、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職等が自宅等を訪問して提供する医療です。
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者が安心して生活できるよう、安否確認や生活相談等のサービスを備えた高齢者向け住宅です。
自立支援	本人が持つ力や希望を生かし、可能な限り自分らしい生活を続けられるように支援する考え方です。
主観的健康感	本人が自分の健康状態をどのように感じているかを示す考え方・指標です。
小規模多機能型居宅介護	通いを中心に、訪問と宿泊を柔軟に組み合わせ、利用者の在宅生活を支える地域密着型サービスです。
人生会議	将来の医療やケアについて、本人を中心に家族や医療・介護関係者等が繰り返し話し合い、本人の意思を共有する取組です。ACP とも呼ばれます。
生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援や社会参加を進めるため、地域のニーズと資源を把握し、住民、団体、事業者等の連携を支援する人です。
生活習慣病	食事、運動、喫煙、飲酒等の生活習慣が発症や進行に関係する疾病の総称です。高血圧、糖尿病、脂質異常症等が含まれます。
成年後見制度	認知症、知的障がい、精神障がい等により判断能力が十分でない人の財産管理や契約等を、後見人等が支援する制度です。
セルフネグレクト	本人が生活に必要な衛生、健康、安全等を保つための行為を行わず、生活環境や心身の状態が悪化している状態です。
総合事業	「介護予防・日常生活支援総合事業」の略称です。

た行

用語	説明
多職種連携	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護職、リハビリテーション専門職等の異なる職種が、目標や情報を共有して支援することです。
地域共生社会	制度や分野の枠、支える側・支えられる側という関係を越え、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいと役割を持って暮らすことができる社会です。
地域ケア会議	個別事例の検討を通じて、本人への支援の充実、支援者の実践力向上、関係機関の連携及び地域課題の把握・解決を進める会議です。
地域支援事業	高齢者が要介護状態となることを予防し、地域で自立した生活を続けられるよう、市町村が行う事業です。
地域包括ケアシステム	高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、住まい、医療、介護、介護予防及び生活支援を一体的に提供する仕組みです。
地域包括支援センター	高齢者の総合相談、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、ケアマネジャーへの支援等を行う地域の中核的な相談機関です。
地域密着型サービス	高齢者が住み慣れた地域で生活を続けられるよう、原則として市町村の住民が利用する介護保険サービスです。
通いの場	地域住民が身近な場所に集まり、体操、交流、趣味活動等を継続的に行う、介護予防と地域づくりの場です。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期的な巡回と随時の対応を組み合わせ、介護と看護が連携して在宅生活を 24 時間支える地域密着型サービスです。

な行

用語	説明
日常生活圏域	高齢者が住み慣れた地域で生活を続けられるよう、地理的条件、人口、交通事情、介護サービス基盤等を総合的に考慮して市町村が設定する区域です。

用語	説明
認知症	様々な原因により認知機能が低下し、日常生活や社会生活に支障を来している状態です。
認知症カフェ	認知症の人や家族、地域住民、専門職等が気軽に集まり、交流、相談及び情報交換を行う場です。
認知症ケアパス	認知症の状態に応じて利用できる相談先、医療、介護及び生活支援等を分かりやすく示したものです。
認知症サポーター	認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、できる範囲で支援する人です。
認知症施策推進計画	認知症基本法に基づき、認知症の人を含めた市民が共生する地域づくりや、認知症の人・家族への支援等を総合的に推進するための計画です。
認知症初期集中支援チーム	認知症が疑われる人や認知症の人、その家族を訪問し、医療・介護の専門職が一定期間集中的に支援するチームです。
認知症地域支援推進員	認知症の人が状況に応じた医療・介護等の支援を受けられるよう、関係機関の連携や地域の支援体制づくりを進める人です。

は行

用語	説明
PDCA サイクル	Plan(計画)、Do(実施)、Check(評価)、Action(改善)の各段階を繰り返し、取組の継続的な改善を図る方法です。
BCP	Business Continuity Plan の略で、業務継続計画のことです。災害や感染症等の発生時にも必要なサービスを継続し、又は早期に再開するための計画です。
フレイル	加齢に伴い、心身の活力や社会とのつながりが低下し、健康な状態と要介護状態の中間にある状態です。早期に対応することで改善が期待できます。
プロセス	施策や事業が、目的に沿って適切な手順で実施されたかを示す過程です。

用語	説明
包括的支援体制	年齢や制度、分野ごとの縦割りを越えて、本人や世帯が抱える複雑化・複合化した課題を受け止め、関係機関が連携して支援する体制です。

ま行

用語	説明
看取り	人生の最終段階にある人について、本人の意思を尊重し、医療、介護、生活支援等により、その人らしい最期までを支えることです。
民生委員・児童委員	地域住民の立場に立って生活上の相談に応じ、必要な援助や関係機関への橋渡しを行う厚生労働大臣から委嘱された地域の相談役です。

や行

用語	説明
ヤングケアラー	本来は大人が担うと想定される家事や家族の世話等を日常的に行っているこども・若者です。
要介護認定	介護保険サービスの必要度を判断するため、心身の状態等に基づき要支援 1・2 又は要介護 1～5 の区分を認定する仕組みです。
予防給付	要支援認定を受けた人が利用する介護予防サービスに対して行われる保険給付です。

ら行

用語	説明
リハビリテーション専門職	主に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を指します。心身機能、生活動作、社会参加等の維持・改善を支援します。
レスパイト	家族介護者が一時的に介護から離れ、休息や自分の時間を確保できるようにする支援です。

その他

用語	説明
SOS ネットワーク	認知症等により行方不明となるおそれがある人を事前に登録し、行方不明時に関係機関や地域が連携して早期発見・保護につなげる仕組みです。
ストラクチャー	施策や事業を実施するための体制・基盤です。職員配置、相談窓口、会議体、サービス資源等が例となります。