佐久市高齢者プラン

（佐久市 老人福祉計画・第 10 期介護保険事業計画

佐久市認知症施策推進計画）

（骨子案）

令和８年１０月
佐　　久　　市

もくじ

第1章 計画策定に当たって……1

1 計画策定の趣旨……1
2 計画の位置付け……2
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
6 計画とSDGsとの関係……5

第2章 高齢者を取り巻く佐久市の現状と将来推計……6

1 統計データでみる佐久市のすがた……6
2 実態調査結果でみる佐久市のすがた……16
3 日常生活圏域……27
4 将来推計……30

第3章 第9期計画の課題の整理……32

第4章 基本理念と第10期計画の取組の方向性……34

1 計画の基本理念……34
2 計画の基本目標……35
3 計画の最終成果指標……36
4 計画の重点取組……37
5 施策の体系……39

第1章 計画策定に当たって

1 計画策定の趣旨

我が国では、総人口が減少する一方で高齢化が進行しており、特に 75 歳以上の高齢者が増加しています。それに伴い、医療と介護の双方を必要とする高齢者や、認知症の人、ひとり暮らし高齢者等への支援の重要性がますます高まっています。

また、生産年齢人口の減少により、介護を支える人材の確保は今後さらに困難となることが見込まれます。そのため、介護人材の確保・定着や介護現場の生産性向上を図りながら、必要なサービスを将来にわたって安定的に提供していくことが求められています。

国においても、こうした状況を踏まえ、いわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり、全国の高齢者人口がピークを迎える令和 22 年（2040 年）を見据えた中長期的な視点から、地域の人口構造や介護需要の変化に応じたサービス提供体制の確保をはじめ、地域包括ケアシステムの深化、自立支援・介護予防・重度化防止、医療と介護の連携、認知症施策、家族介護者への支援、そして介護人材の確保・生産性向上等を一体的に進めることが示されています。

本市においては、これまで「第二次佐久市総合計画」等に掲げる将来都市像の実現に向け、地域の特性を生かした介護予防や生活支援の充実を図るとともに、介護サービス提供体制を整備し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを進めてきました。第9期計画においても、「地域包括ケアシステムの深化・推進」を基本的な方向とし、地域密着型サービスの整備等を進めるなど、在宅生活を支えるサービスに取り組んできました。

しかしながら、本市においても人口減少と高齢化は確実に進行しており、令和 5 年（2023 年）の高齢者人口 30,539 人（高齢化率 31.8%）に対し、令和 22 年（2040 年）には、高齢者人口が 32,028 人（高齢化率 35.5%）に達すると見込まれています。

高齢者全体の増加とともに、要介護認定率が高くなる 85 歳以上の高齢者、認知症の人やひとり暮らし高齢者等の増加が見込まれる一方で、生産年齢人口は減少していきます。変化する介護需要に対応しつつ、それを支える人材やサービス提供体制を確保していくことが、本市の大きな課題となっています。

こうした人口構造や社会環境の変化を踏まえ、これまでの取組を継承・発展させながら、令和 22 年（2040 年）を見据えた中長期的な視点に立ち、本市の地域特性に応じた「地域包括ケアシステムのさらなる深化」を推進していく必要があります。

限られた人材や社会資源を有効に活用しながら、だれもが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられる地域づくりを進めるとともに、将来にわたって安定したサービス提供を維持できる、持続可能な介護保険制度の構築を目指し、本計画を策定します。

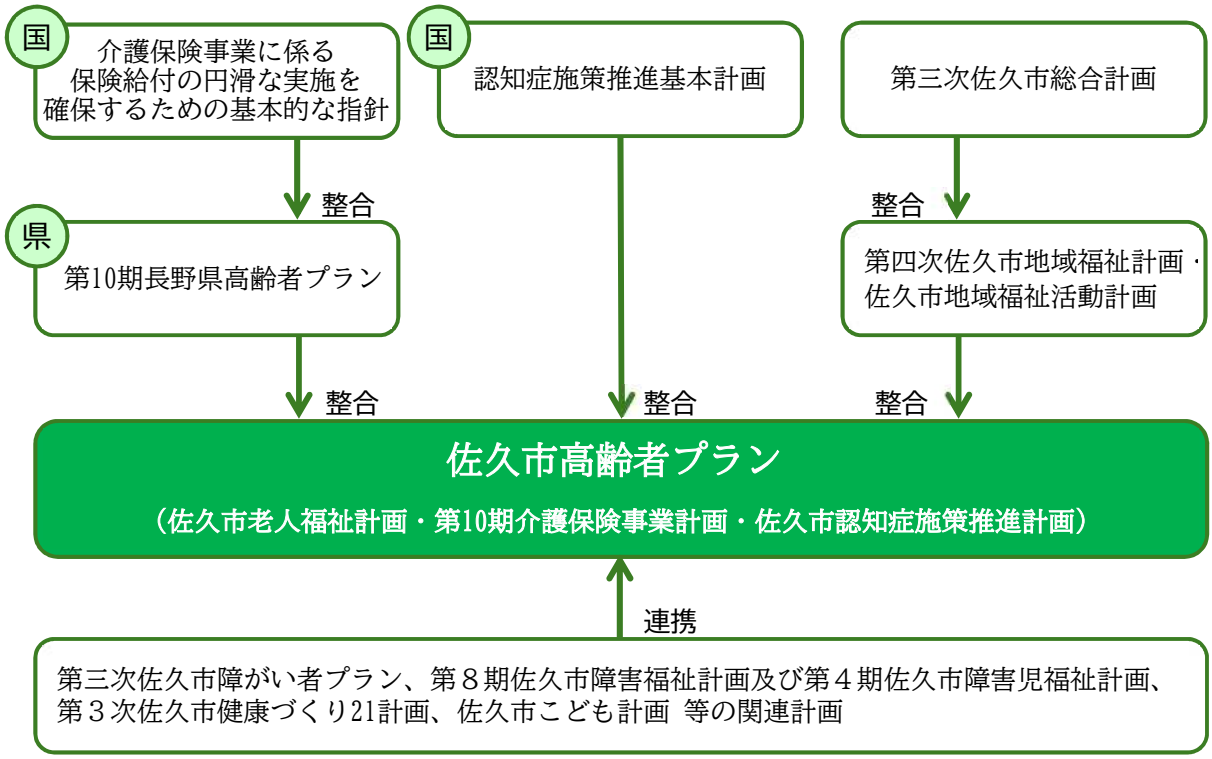
2 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第 20 条の8に基づく「老人福祉計画」と、介護保険法第 117 条に基づく「介護保険事業計画」を一体的に策定するものです。高齢者の生活を支える施策と介護保険サービスを一体的に推進することで、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けられる地域づくりを目指します。

また、本計画から新たに、令和6年に施行された認知症基本法に基づく「認知症施策推進計画」を包含して策定します。これにより、認知症の人やその家族への支援、認知症に関する正しい知識の普及、相談・支援体制の充実、社会参加の促進といった認知症施策を、介護・福祉・医療等の各分野の取組と連携させ、総合的に推進します。

なお、本計画は、「第三次佐久市総合計画」及び「第四次佐久市地域福祉計画・佐久市地域福祉活動計画」を上位計画としています。策定に当たっては、国の基本指針や長野県の高齢者プラン等との整合を図るとともに、関連する各種計画との連携を図りながら策定します。また、医療と介護の連携や広域的なサービス提供体制等については、長野県や近隣市町村等と連携・調整しながら進めていきます。

＜計画の位置付け＞



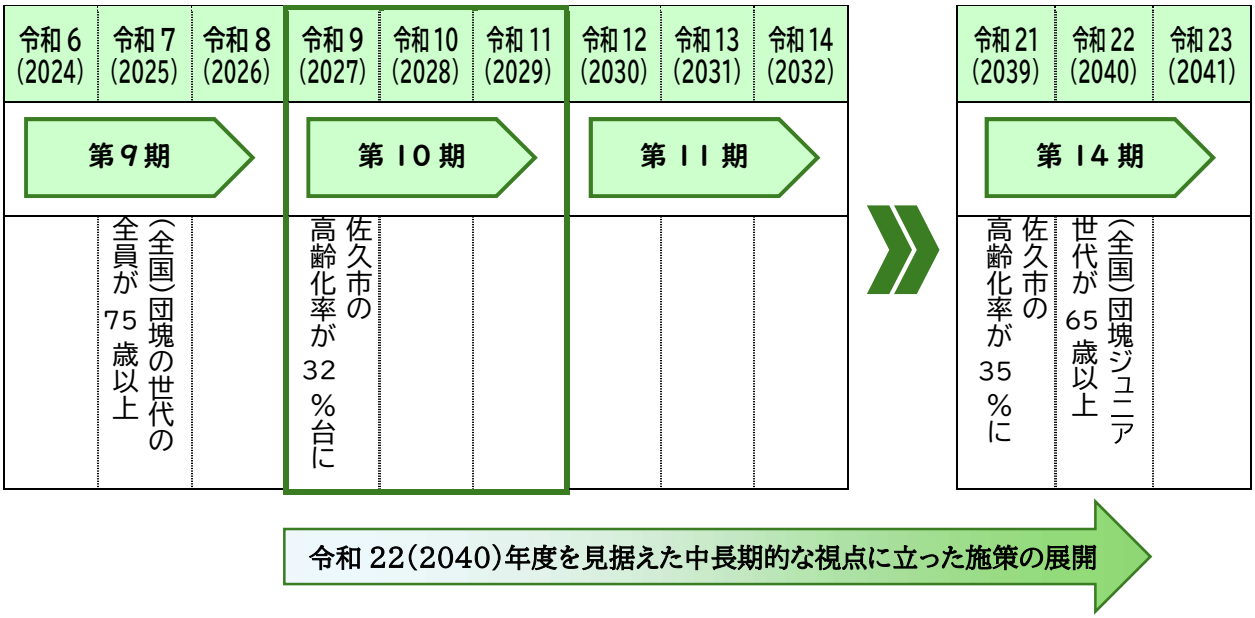
3 計画の期間

本計画の期間は、令和9(2027)年度から令和 11(2029)年度までの3年間とします。

計画の策定に当たっては、計画期間の3年間のみを見通すのではなく、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22(2040)年度を見据え、中長期的な人口動態、介護需要、医療・介護人材の確保、サービス提供体制等を展望しながら、施策を推進します。

なお、計画期間中に、社会経済情勢や制度・法令等に大きな変化が生じた場合には、必要に応じて計画の見直しを行います。

＜計画の期間＞



4 計画の策定体制

本計画は、学識経験者、保健・医療・福祉関係者、介護サービス関係者、市民等で構成する「佐久市介護保険事業計画等策定懇話会」において検討を行い、幅広い意見を反映しながら策定します。

また、庁内関係部署や関係機関との連携を図り、人口・世帯構造、要介護認定者数、介護サービスの利用状況及び給付実績、高齢者の健康状態や生活実態等の各種データを分析するとともに、第9期計画における施策・事業の実施状況を評価し、その結果を反映します。

施策の方向性の検討においては、令和7年度に実施した高齢者等実態調査の結果を基礎資料として活用し、高齢者本人や家族等の生活実態、介護サービスに対するニーズ、地域活動や介護予防、認知症、医療・介護連携等に関する意向を把握するとともに、介護保険関連の施設を運営している法人に実施した施設整備に関する意向調査の結果を参考とします。

計画案については、パブリックコメント等を実施し、市民から広く意見を聴取することで、市民参加による計画づくりを進めます。

5 計画の進行管理

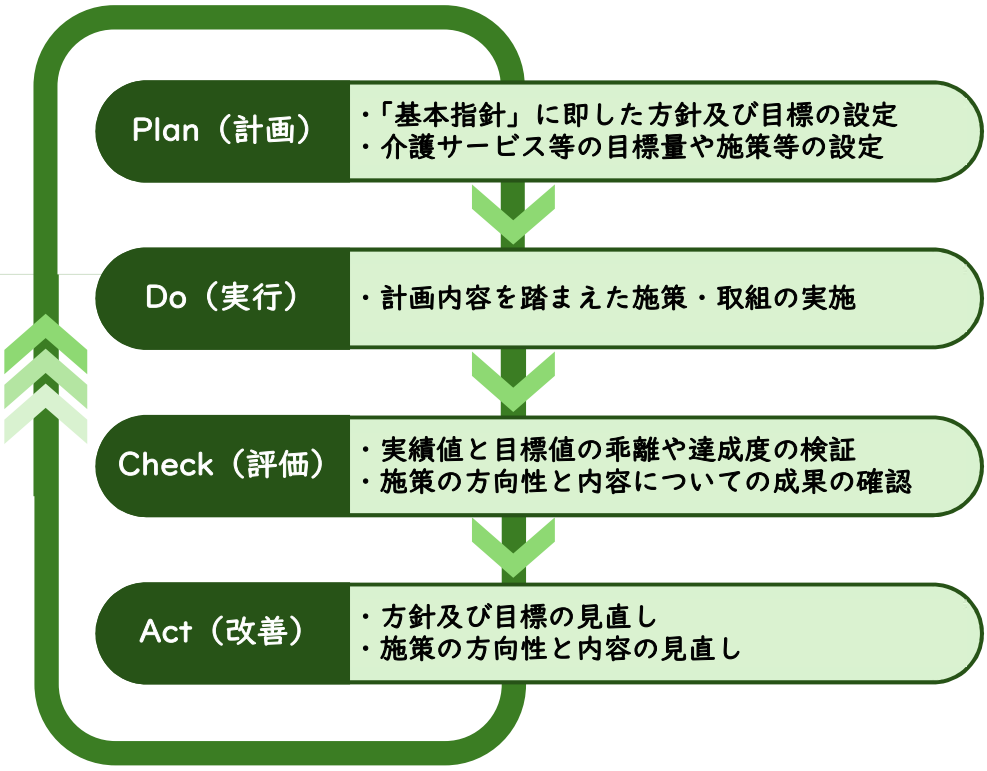
本計画に位置付けた施策や事業の実効性を高めるため、新たに「ロジックモデル」を導入し、毎年度、各事業の実施状況や目標の達成状況を客観的に把握・評価します。

ロジックモデルとは、地域課題の解決に向けた「投入資源（インプット）」、「事業の実施（アウトプット）」、そしてそれによってもたらされる「住民の行動変容や状態の改善（アウトカム）」の因果関係を論理的に体系化したものです。この手法を用いた評価では、単に事業の実施件数や利用者数等を確認するだけでなく、取組によって高齢者の健康状態や生活、社会参加、自立支援等にどのような変化が生じたのかという成果の視点を重視します。

国の示す第 10 期計画の基本指針等においても、事業評価を的確に行い、PDCAサイクルを効果的に機能させるための有効な手法として、ロジックモデルの活用が示されています。

本計画においてもこの指針に則り、現状分析から目標設定、取組の実施、評価・改善を一連の流れ（PDCA サイクル）として進めます。ロジックモデルを活用して客観的な成果を可視化することで、評価結果を次年度以降の施策・事業の改善に確実につなげ、必要に応じて施策や事業の見直しを行います。

＜PDCA サイクル＞



6 計画とSDGsとの関係

SDGs(持続可能な開発目標)は、平成 27 年(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」に掲げられた国際目標です。「誰一人取り残さない」社会の実現を理念として、17 のゴールと 169 のターゲットが設定されています。

上位計画である「佐久市総合計画」においては、SDGsの理念と市の取組の方向性は同様であることから、総合計画を構成する各分野における施策を実行することで、SDGsの目標達成に貢献することとしています。

本計画においてもこの方針に基づき、高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの深化をはじめ、自立支援・介護予防・重度化防止、医療・介護・福祉等の連携、認知症の人や家族への支援、生活支援、介護人材の確保等の取組を総合的に推進します。

これらの取組を着実に進めることで、介護・高齢者福祉の分野においては、「ゴール3(すべての人に健康と福祉を)」、「ゴール 10(人や国の不平等をなくそう)」、「ゴール 17(パートナーシップで目標を達成しよう)」の目標達成に寄与するとともに、誰もが安心して暮らし続けられるまちづくりを目指します。

＜SDGs の 17 のゴール＞

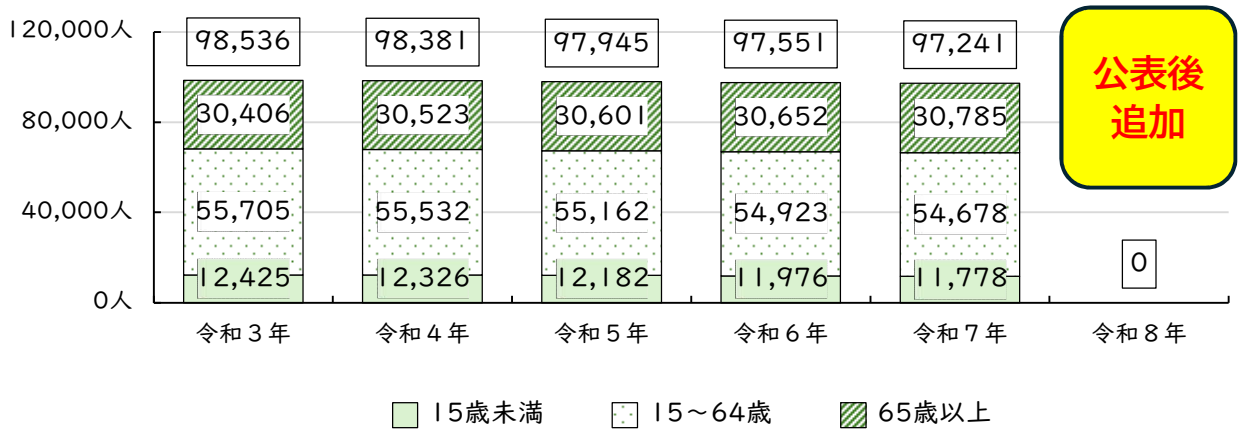


第2章 高齢者を取り巻く佐久市の現状と将来推計

1 統計データでみる佐久市のすがた

(1)人口・寿命

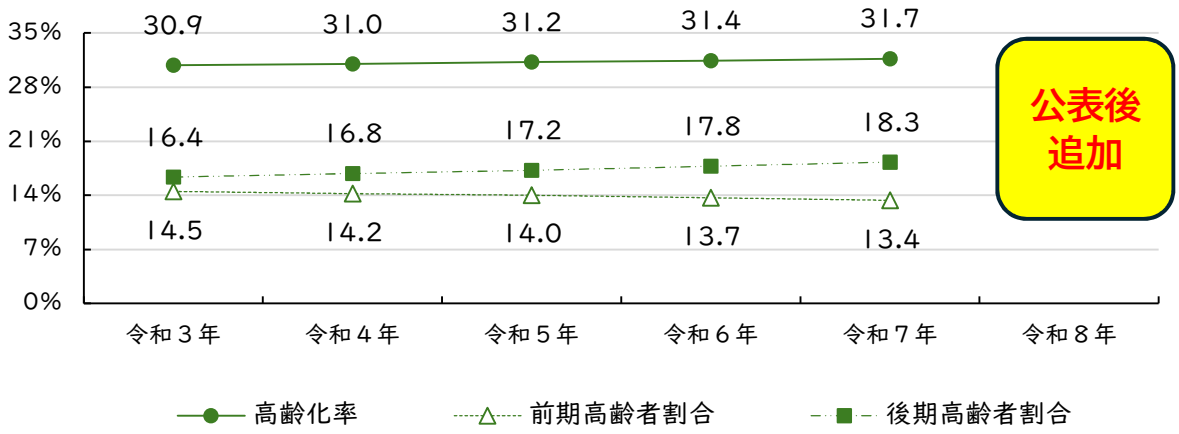
■総人口・年齢3区分別人口



資料:「住民基本台帳(各年 10 月1日時点)」

令和7年の総人口は 97,241 人で、年齢3区分別にみると「15～64 歳」が 54,678 人(56.2%)と最も多く、次いで「65 歳以上」が 30,785 人(31.7%)、「15 歳未満」が 11,778 人(12.1%)となっています。令和3年以降の推移をみると、総人口は減少傾向にあります。年齢3区分別にみると、「15 歳未満」、「15～64 歳」は減少傾向、「65 歳以上」は増加傾向にあります。

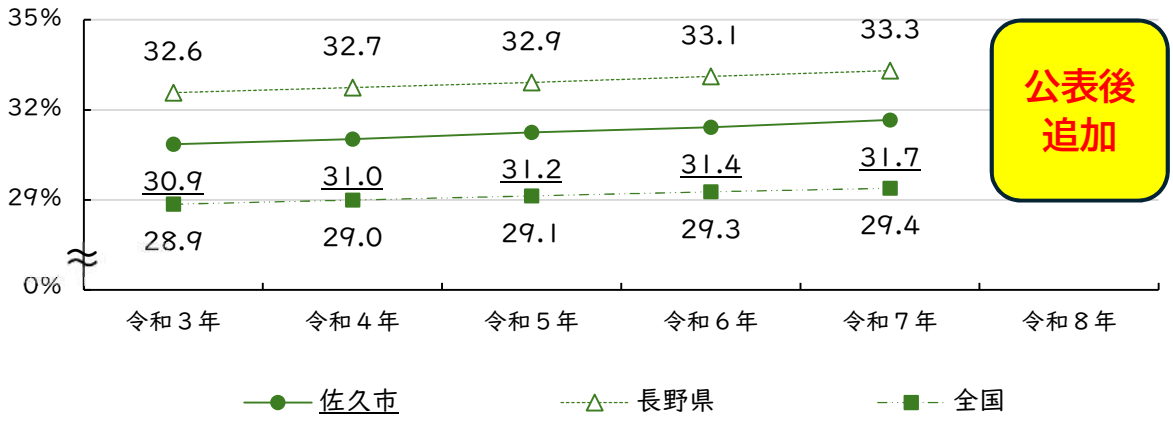
■前期高齢者・後期高齢者別 高齢化率



資料:「住民基本台帳(各年 10 月1日時点)」

令和7年の高齢化率は 31.7%で、前期高齢者・後期高齢者別にみると「前期高齢者割合」が 13.4%、「後期高齢者割合」が 18.3%となっています。令和3年以降の推移をみると、高齢化率は上昇傾向にあります。前期高齢者・後期高齢者別にみると、「前期高齢者割合」は低下傾向、「後期高齢者割合」は上昇傾向にあります。

■高齢化率の比較



資料：佐久市「住民基本台帳（各年 10 月1日時点）」、長野県「毎月人口異動調査（各年 10 月1日時点）」、全国「人口推計（各年 10 月1日時点）」

令和7年の本市の高齢化率は 31.7%で、長野県や全国と比べると、長野県より低く、全国より高い水準にあります。令和3年以降の推移をみると、いずれも上昇傾向にあります。

■人口ピラミッド

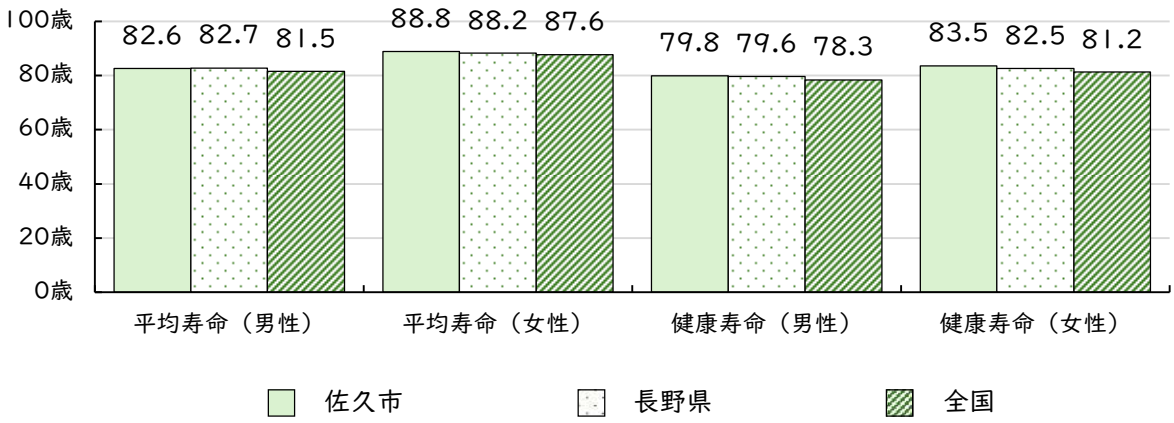


※平成8年の数値には、合併前の3町村も含みます。

資料:平成8年「毎月人口異動調査(平成8年 10 月1日時点)」、令和 7 年「住民基本台帳(令和 7 年 10 月1日時点)」

令和 7 年と、29 年前の平成8年の人口ピラミッドを比較すると、男女ともに 50 歳未満が減少し、70 歳以上が増加していることがわかります。特に 80 歳以上は、男性において 2,537 人増、女性において 3,675 人増と、大幅に増加しています。

■平均寿命・健康寿命（令和８年）



資料：「国保データベース（KDB）システム」

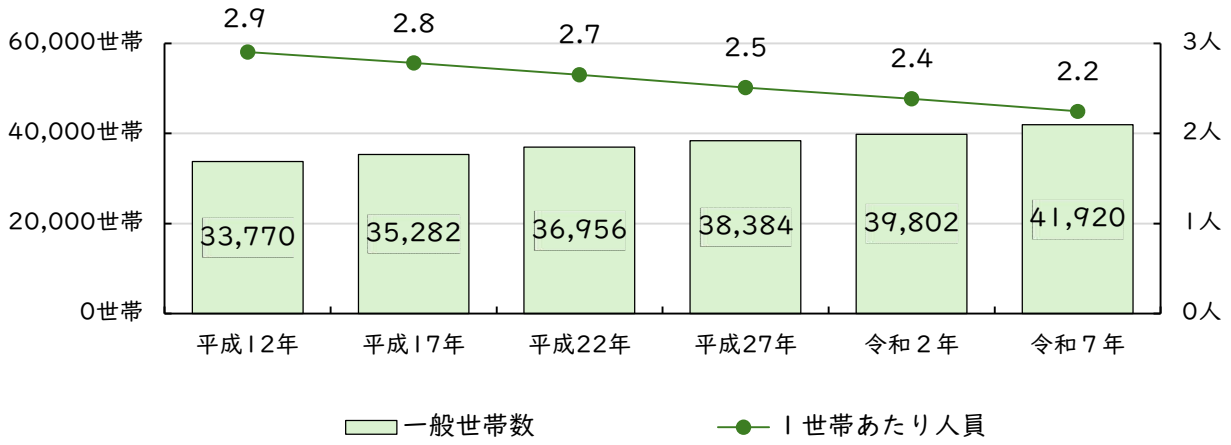
令和8年の本市の平均寿命は、性別にみると「男性」で 82.6 歳、「女性」で 88.8 歳となっています。また、長野県や全国と比べると、「男性」、「女性」ともに全国より高く、長野県とは類似した水準にあります。

令和8年の本市の健康寿命は、性別にみると「男性」で 79.8 歳、「女性」で 83.5 歳となっています。また、長野県や全国と比べると、「男性」では全国より高く、長野県とは類似した水準にあります。「女性」では長野県や全国より高い水準にあります。

また、「男性」より「女性」の方が平均寿命や健康寿命が高い傾向、平均寿命と健康寿命の差が「男性」で3歳前後、「女性」で6歳前後という傾向は、長野県や全国と共通しています。

(2)世帯

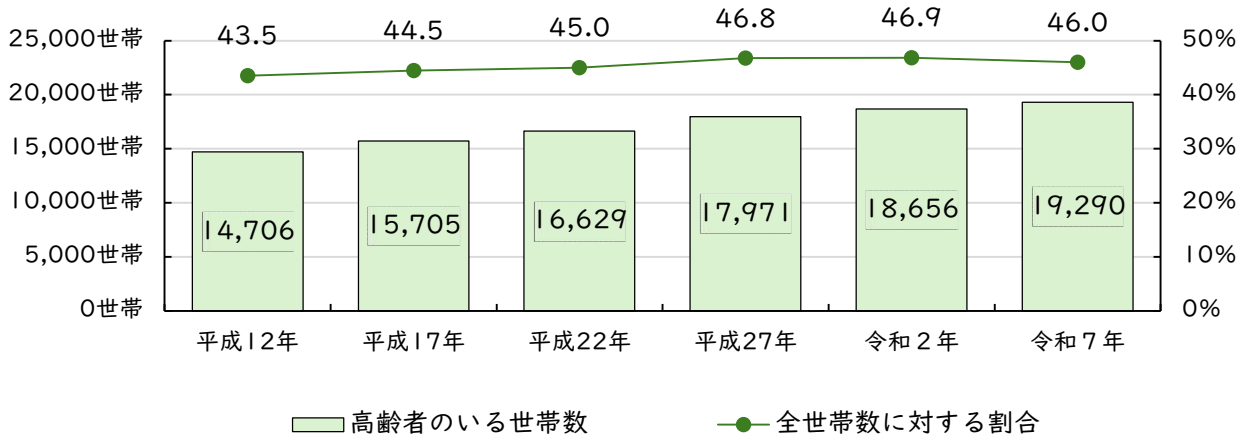
■一般世帯数・1世帯あたり人員



※平成 12 年の数値には、合併前の3町村も含みます。
資料:「国勢調査(各年 10 月1日時点)」

令和7年の一般世帯数は 41,920 世帯、1世帯あたり人員は 2.2 人となっています。平成 12 年以降の推移をみると、一般世帯数は増加傾向にあり、1世帯あたり人員は減少傾向にあります。

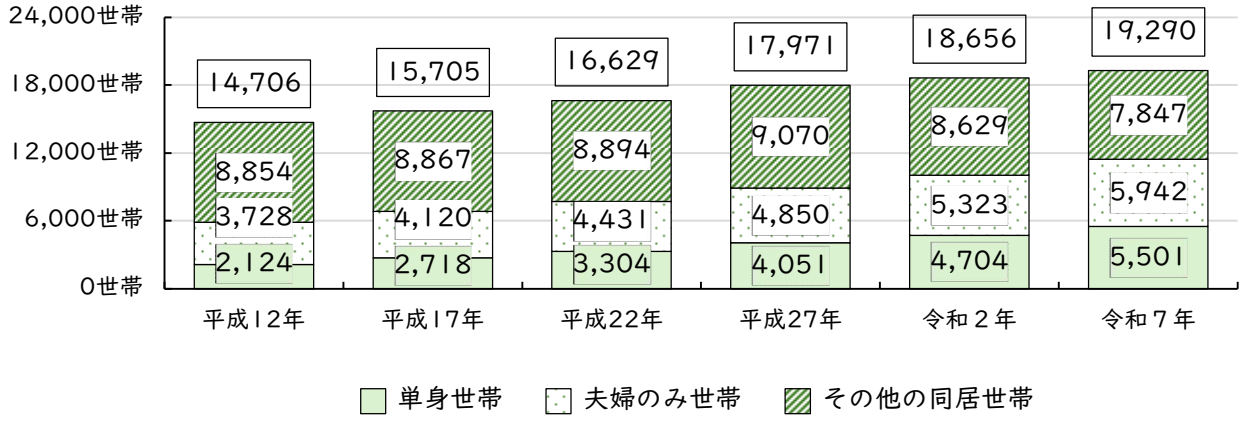
■高齢者のいる世帯数・一般世帯数に対する割合



※平成 12 年の数値には、合併前の3町村も含みます。
資料:「国勢調査(各年 10 月1日時点)」

令和7年の高齢者のいる世帯数は 19,290 世帯、一般世帯数に対する割合は 46.0%となっています。平成 12 年以降の推移をみると、高齢者のいる世帯数は増加傾向にあります。一般世帯数に対する割合は令和2年まで上昇傾向にあったものの、令和7年に低下に転じています。

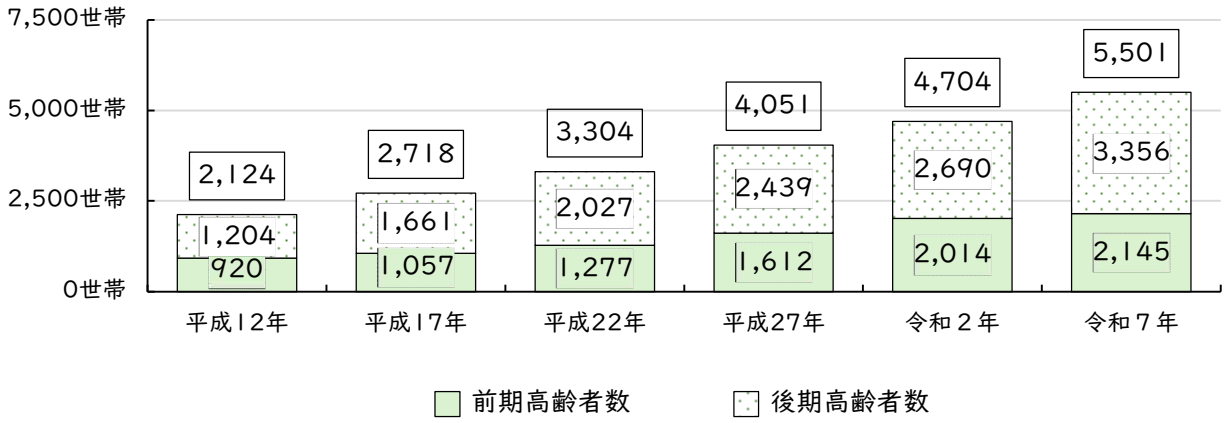
■世帯の種類別 高齢者のいる世帯数



※平成 12 年の数値には、合併前の3町村も含みます。
資料:「国勢調査(各年 10 月1日時点)」

令和7年の高齢者のいる世帯数を世帯の種類別にみると「その他の同居世帯」が 7,847 世帯(40.7%)と最も多く、次いで「夫婦のみ世帯」が 5,942 世帯(30.8%)、「単身世帯」が 5,501 世帯(28.5%)となっています。平成 12 年以降の推移をみると、「単身世帯」、「夫婦のみ世帯」は増加傾向、「その他の同居世帯」は平成 27 年をピークに減少傾向にあります。

■前期高齢者・後期高齢者別 高齢者単身世帯数

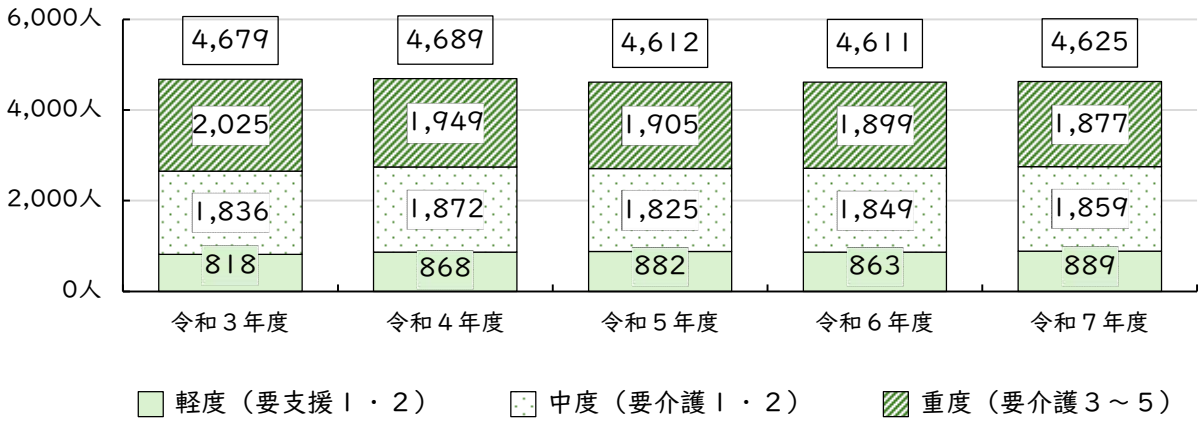


※平成 12 年の数値には、合併前の3町村も含みます。
資料:「国勢調査(各年 10 月1日時点)」

令和7年の高齢者単身世帯数を前期高齢者・後期高齢者別にみると「前期高齢者数」が 2,145 世帯(39.0%)、「後期高齢者数」が 3,356 世帯(61.0%)となっています。平成 12 年以降の推移をみると、「前期高齢者数」、「後期高齢者数」ともに増加傾向にあります。

(3)要支援・要介護認定者

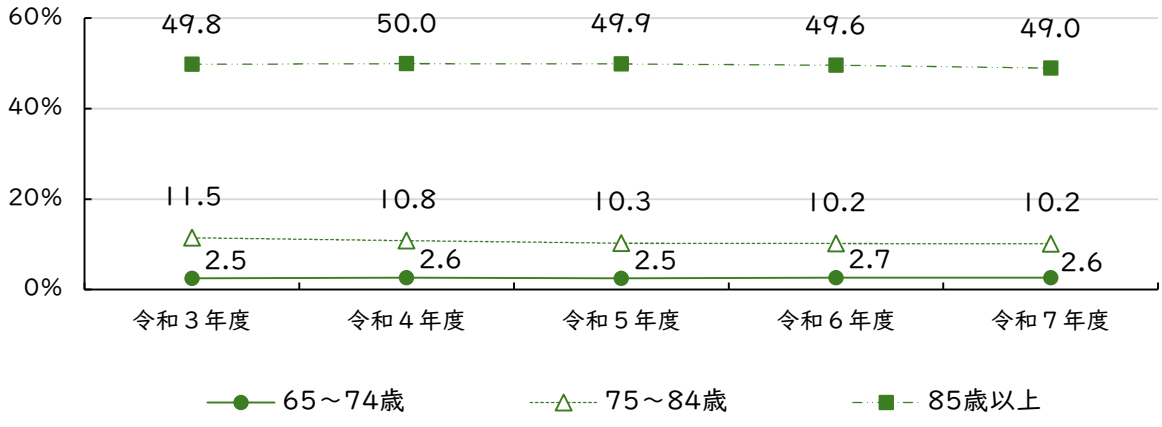
■介護の程度別 要支援・要介護認定者数(第1号被保険者のみ)



資料:令和3～6年度「介護保険事業状況報告(年報)」、令和7年度「介護保険事業状況報告(3月月報)」

令和7年度の要支援・要介護認定者数は 4,625 人で、介護の程度別にみると「重度(要介護3～5)」が 1,877 人(40.6%)と最も多く、次いで「中度(要介護1・2)」が 1,859 人(40.2%)、「軽度(要支援1・2)」が 889 人(19.2%)となっています。令和3年度以降の推移をみると、要支援・要介護認定者数は 4,600 人台で推移しています。介護の程度別にみると、「軽度(要支援1・2)」、「中度(要介護1・2)」は増加傾向、「重度(要介護3～5)」は減少傾向にあります。

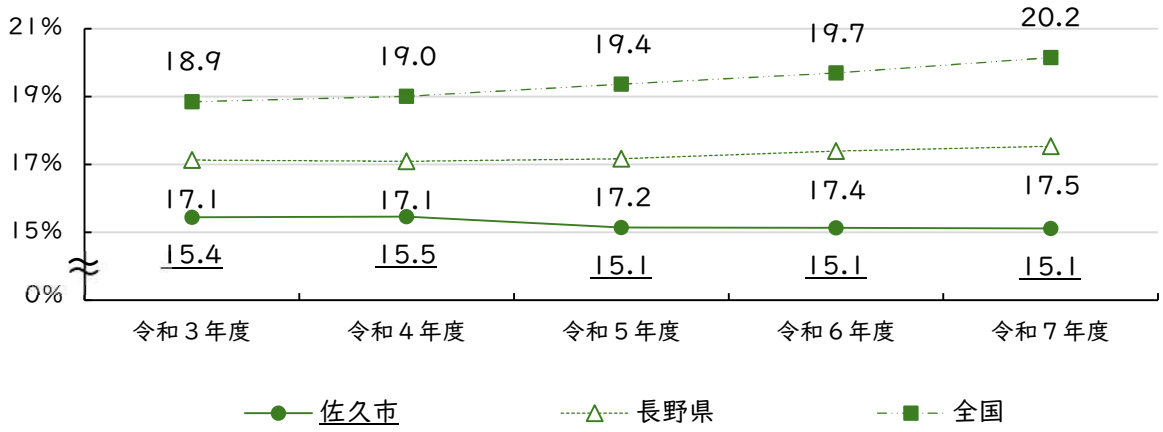
■年齢層別 認定率



資料:令和3～6年度「介護保険事業状況報告(年報)」、令和7年度「介護保険事業状況報告(3月月報)」

令和7年度の認定率を年齢層別にみると「85 歳以上」が 49.0%と最も高く、次いで「75～84 歳」が 10.2%、「65～74 歳」が 2.6%となっています。令和3年度以降の推移をみると、「65～74 歳」はほぼ横ばい傾向、「75～84 歳」、「85 歳以上」は低下傾向にあります。

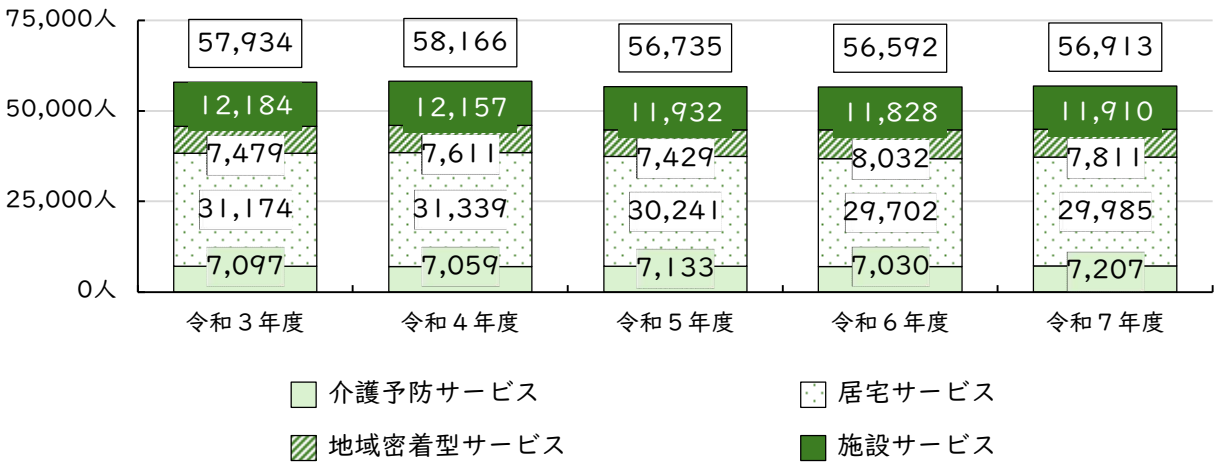
■認定率の比較（第1号被保険者のみ）



資料：令和3～6年度「介護保険事業状況報告（年報）」、令和7年度「介護保険事業状況報告（3月月報）」

令和7年度の本市の認定率は 15.1%で、長野県や全国と比べると、長野県や全国より低い水準にあります。令和3年度以降の推移をみると、本市の認定率は低下傾向～横ばい傾向にあるものの、長野県や全国の認定率は上昇傾向にあります。

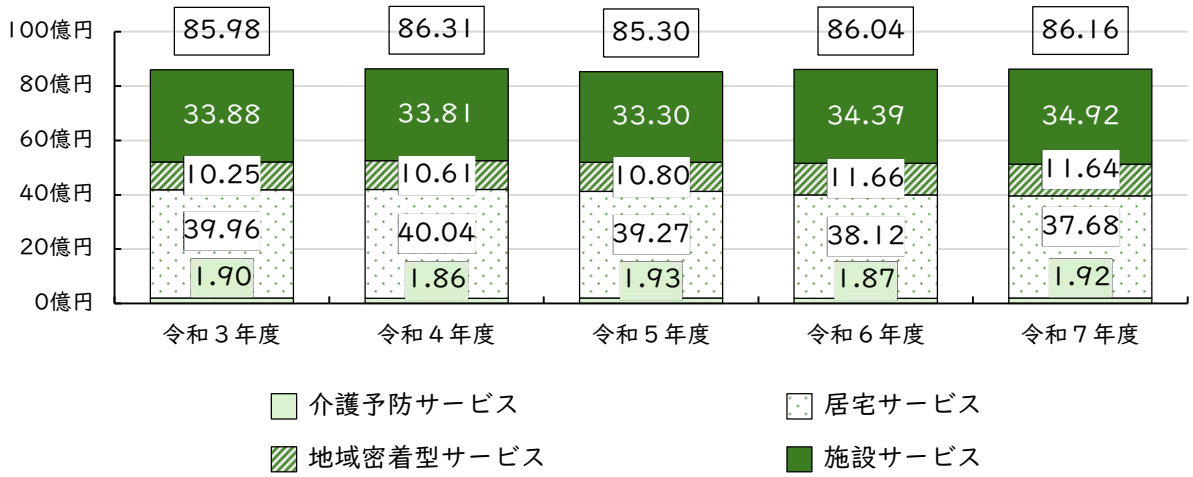
■サービスの種類別 サービス受給者数(第2号被保険者を含む)



資料:令和3～6年度「介護保険事業状況報告(年報)」、令和7年度「介護保険事業状況報告(月報)」の積上

令和7年度のサービス受給者数は 56,913 人で、サービスの種類別にみると「居宅サービス」が 29,985 人(52.7%)と最も多くなっています。令和3年度以降の推移をみると、サービス受給者数は近年 56,000 人台で推移することが多くなっています。サービスの種類別にみると、「介護予防サービス」、「地域密着型サービス」は増加傾向、「居宅サービス」、「施設サービス」は減少傾向にあります。

■サービスの種類別 サービス給付額(第2号被保険者を含む)



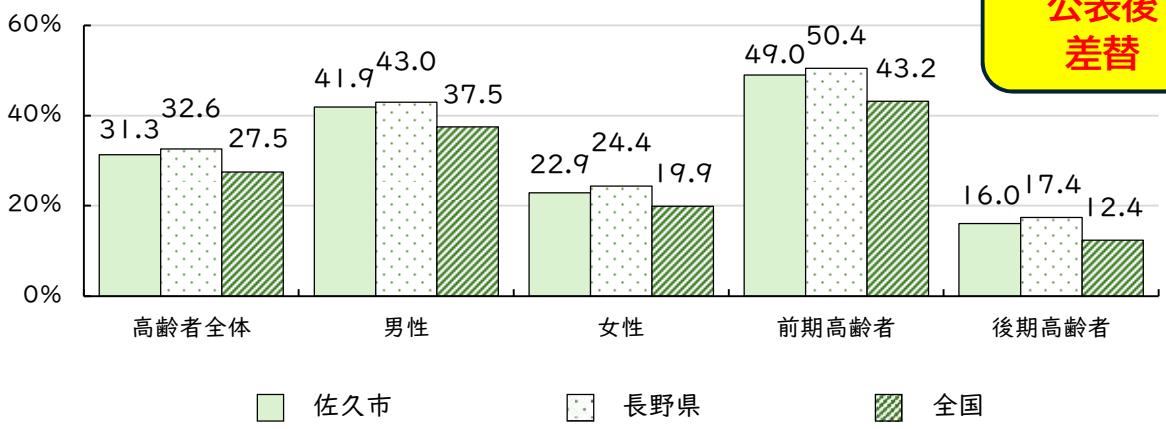
資料:令和3～6年度「介護保険事業状況報告(年報)」、令和7年度「介護保険事業状況報告(月報)」の積上

令和7年度のサービス給付額は約 86.1 億円で、サービスの種類別にみると「施設サービス」が約 37.6 億円(43.7%)と最も多く、次いで「居宅サービス」が約 34.9 億円(40.5%)などとなっています。令和3年度以降の推移をみると、サービス給付額は近年横ばい傾向にあります。サービスの種類別にみると、「介護予防サービス」、「居宅サービス」は減少傾向、「地域密着型サービス」、「施設サービス」は増加傾向にあります。

(4)働く高齢者

■労働人口割合(令和2年)

R7 調査
公表後
差替



資料:「国勢調査(令和2年 10 月1日時点)」

令和2年の本市の高齢者全体の労働人口割合は、31.3%となっています。また、長野県や全国と比べると、長野県よりやや低く、全国より高い水準にあります。「女性」より「男性」、「後期高齢者」より「前期高齢者」で労働人口割合が高い傾向は類似しているものの、性別や前期高齢者・後期高齢者別にみても、長野県よりやや低く、全国より高い水準にあります。

2 実態調査結果でみる佐久市のすがた

(1)調査概要

調査の目的

3年ごとに見直しを行っている介護保険事業計画の改定時期を迎えたことから、令和9年度～令和11 年度を計画年度とする新たな計画を策定するための基礎資料とするため、日常生活における身体機能の状況や介護の状況、今後の希望などについて住民の意見・要望等を収集することを目的に調査を実施しました。

調査の方法

【 **調査方法** 】郵送配布・郵送回収

【 **調査対象** 】元気高齢者：市内に居住する要介護・要支援認定を受けていない 65 歳以上の方
居宅要介護・要支援認定者等：市内の自宅で生活する要介護・要支援認定を受けている 65 歳以上の方

【 **調査期間** 】令和7年 12 月3日～令和7年 12 月 19 日

回収状況

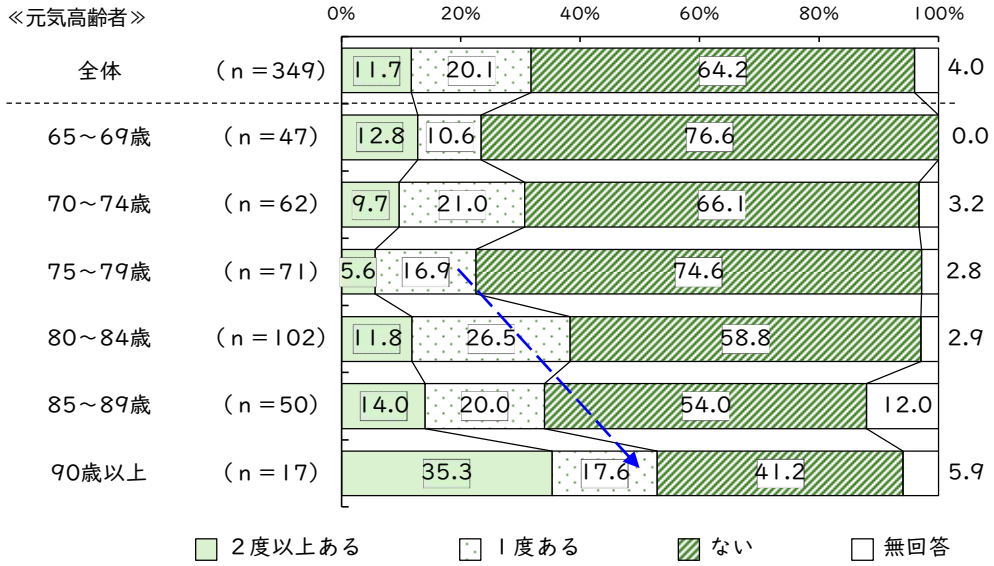
調査の種類	対象数	回収数	無効票	有効回収数	有効回収率
元気高齢者	400 人	350 票	1 票	349 票	87.3%
居宅要介護・ 要支援認定者等	1,900 人	1,342 票	41 票	1,301 票	68.5%

(2)調査結果

介護予防・フレイル予防

元気高齢者の 69.3%が 15 分以上の歩行を実践しているなど、一定の身体機能を維持している層が多い一方で、1度以上の転倒経験は 31.8%、転倒不安は 53.8%に上っており、潜在的にフレイル状態に移行するリスクを抱えている高齢者が少なくない状況となっています。また、クロス集計の結果をみると、年齢階層が高くなるほど転倒経験の割合が増加しており、特に 75 歳以上の後期高齢者では、転倒経験が「ない」は年齢階層が高くなるほど減少傾向が顕著となっています。

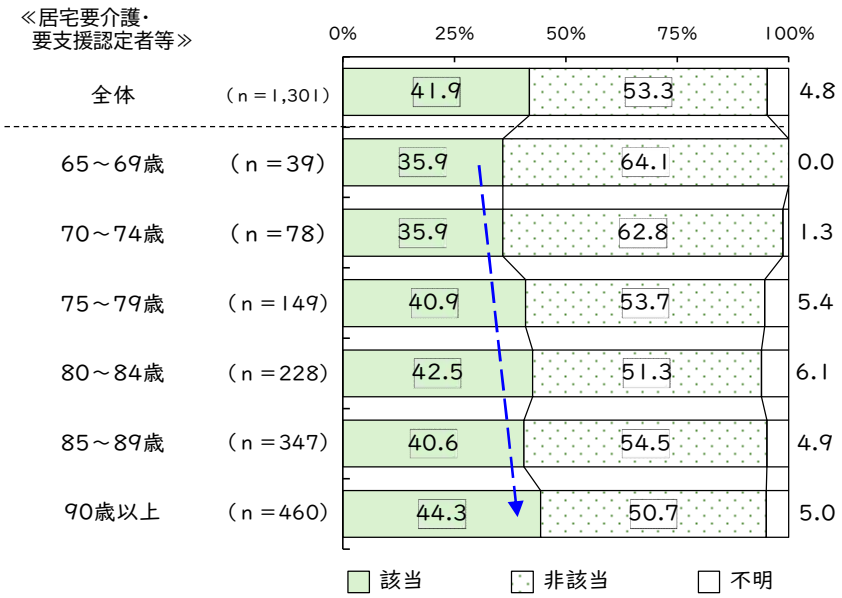
＜過去1年間における転倒経験の有無＞



栄養・口腔機能の維持

居宅要介護・要支援認定者等の 21.1%が過去6か月間で体重減少を経験しており、低栄養状態にある可能性が示唆されています。また、固いものが食べにくいとする人が 45.1%、飲み込み時にむせることがある人が 45.7%、口の渇きが気になる人が 37.9%と口腔機能の低下が顕著に見られます。この3項目のうち、2項目以上に該当する人は口腔機能低下のリスクがある人と判定でき、その割合は年齢階層が高くなるほど微増傾向となっています。

＜口腔機能の低下のリスク判定＞



【参考】口腔機能の低下の判定・評価

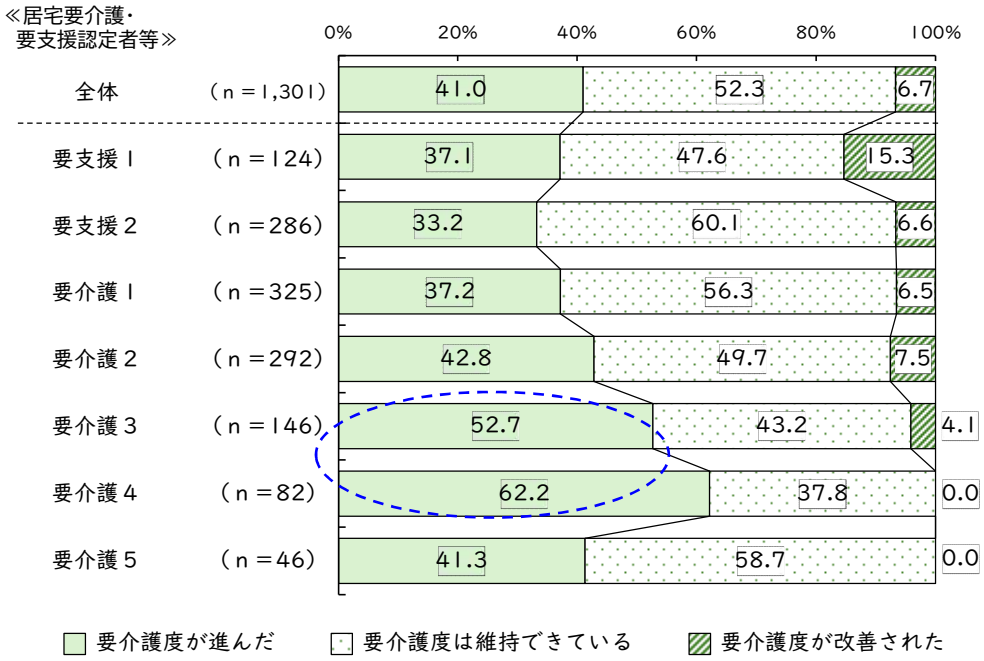
項目	選択肢	判定・評価
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	「はい」＝1点	2点以上＝該当 0点～1点＝非該当
お茶や汁物等でむせることがありますか		
口の渇きが気になりますか		

＊「無回答」を含む 0 点～ 1 点は不明処理

自立支援及び重度化防止

要介護度の変化（1年前の要介護度との比較）について「要介護度は維持できている」が52.3%と過半数を占めているものの、「介護度が進んだ」は 41.0%と高く、「介護度が改善された」は 6.7%にとどまっています。また、要介護度別にみると、要介護3及び要介護4では「介護度が進んだ」が50%を超え、特に要介護4においては62.2%に達するなど、重度層ほど状態悪化のリスクが高い傾向にあることがうかがえます。

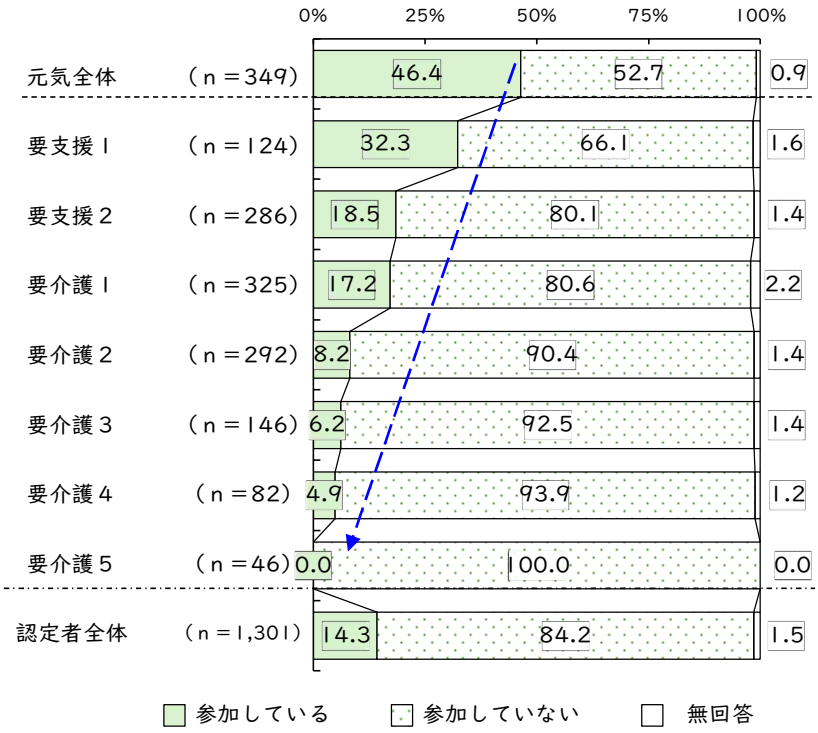
＜要介護度の変化（1年前の要介護度との比較）＞



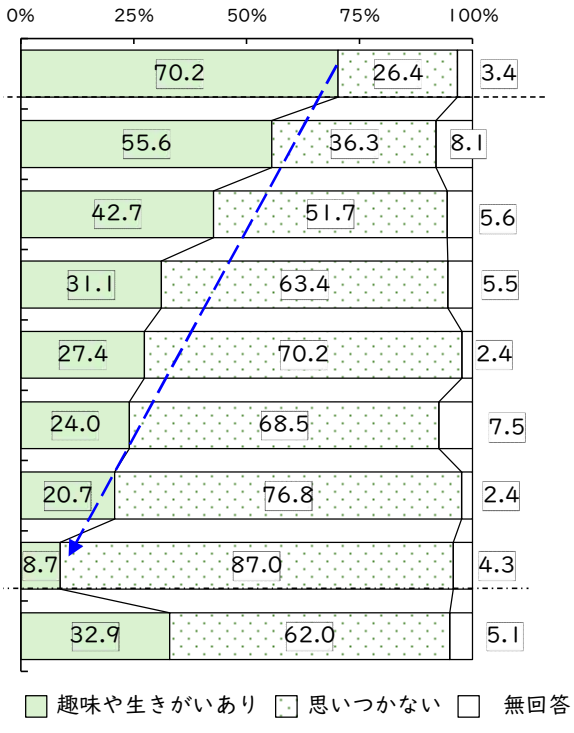
社会参加の促進と地域で支え合う体制

地域活動への参加率は元気高齢者で 46.4%である一方、居宅要介護・要支援認定者等では 14.3%にとどまり、介護度が高くなるほど低下する傾向がみられます。また、生きがいがある人の割合は元気高齢者で 70.2%に対し、居宅要介護・要支援認定者等では 32.9%となっており、「生きがいが思いつかない」とする人が 62.0%を占めています。さらに、友人とほとんど会わない人は居宅要介護・要支援認定者等で49.8%と高く、元気高齢者の15.8%を大きく上回っています。加えて、元気高齢者においても 33.8%が家族や友人・知人以外で相談相手を持たない状況にあり、高齢になるほどその割合は高くなる傾向がみられます。

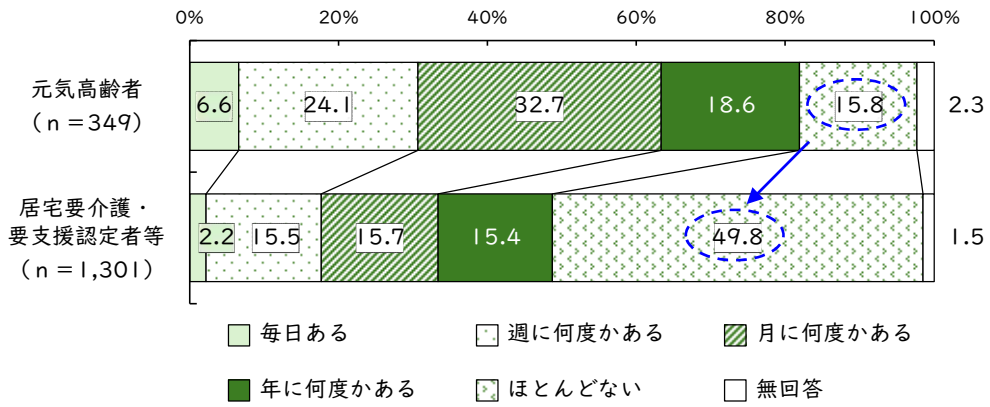
＜地域の会やグループへの参加状況＞



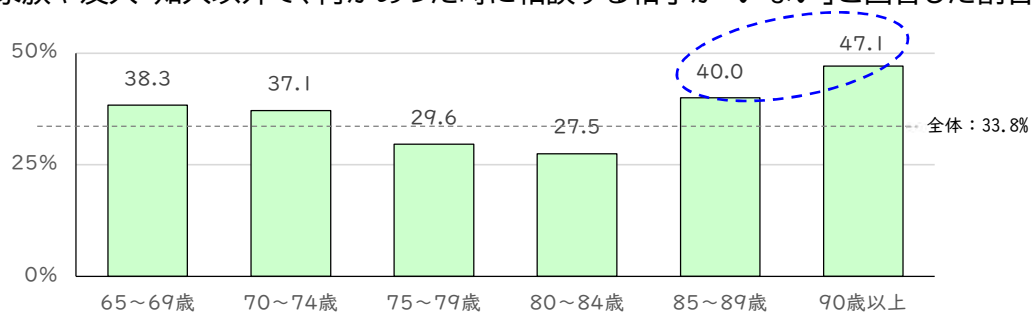
＜趣味や生きがいの状況＞



＜友人・知人と会う頻度＞



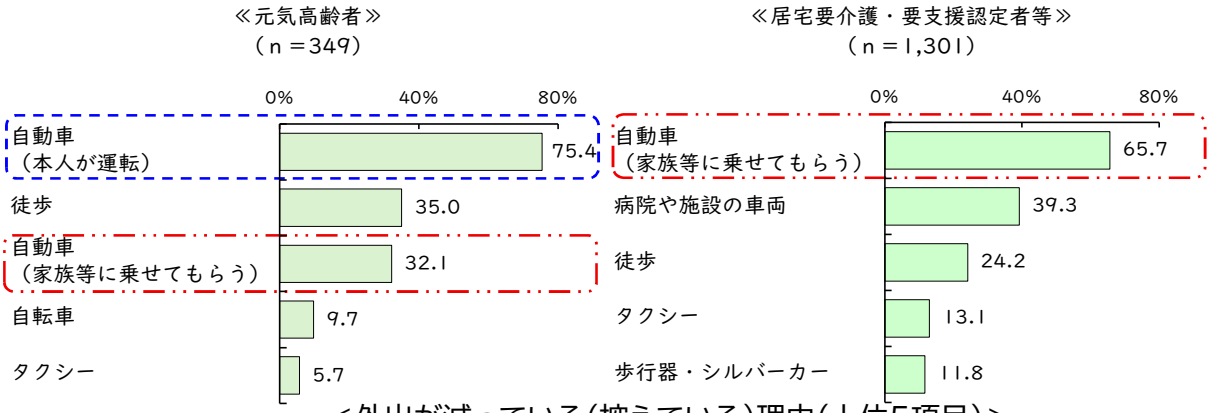
＜家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手が「いない」と回答した割合＞



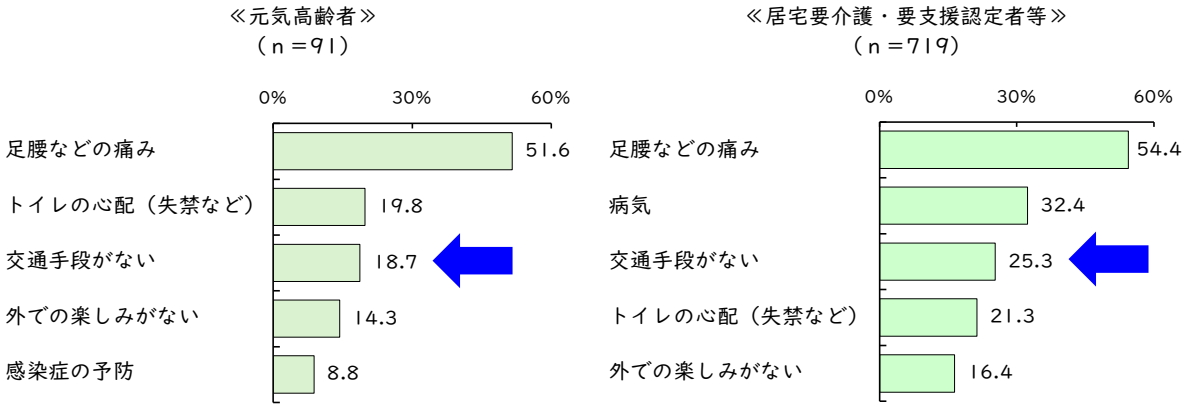
移動支援と外出機会

元気高齢者の 72.2%が自動車を自ら運転している一方、居宅要介護・要支援認定者等では家族による送迎が 65.7%を占めており、自立した移動が困難な状況が明らかとなっています。また、外出が減少した理由として「交通手段がない」とする回答が元気高齢者、居宅要介護・要支援認定者等ともに3番目に多くなっています。

＜外出する際の移動手段(上位5項目)＞



＜外出が減っている(控えている)理由(上位5項目)＞



在宅生活を支える生活支援

居宅要介護・要支援認定者等の 68.9％が買い物を行うことが困難であると回答し、61.6％が金銭管理に課題を抱えていることが明らかとなっています。また、公共交通機関等を利用した単独外出が困難な人も 77.9％に上っており、日常生活の基本的な機能が大きく低下している状況が見られます。

＜日常生活における行動の可否＞

自分で食品・日用品の買い物をしているか

		調査数	できるし、している	できるけどしていない	できない	無回答
全体		1,301	229	146	897	29
		100.0	17.6	11.2	68.9	2.2
要介護度別	要支援１	124	61	19	38	6
		100.0	49.2	15.3	30.6	4.8
	要支援２	286	89	39	153	5
		100.0	31.1	13.6	53.5	1.7
	要介護１	325	45	52	218	10
		100.0	13.8	16.0	67.1	3.1
	要介護２	292	27	25	235	5
		100.0	9.2	8.6	80.5	1.7
	要介護３	146	5	9	130	2
		100.0	3.4	6.2	89.0	1.4
	要介護４	82	2	2	77	1
		100.0	2.4	2.4	93.9	1.2
	要介護５	46	0	0	46	0
		100.0	0.0	0.0	100.0	0.0

自分で預貯金の出し入れをしているか

		調査数	できるし、している	できるけどしていない	できない	無回答
全体		1,301	279	198	802	22
		100.0	21.4	15.2	61.6	1.7
要介護度別	要支援１	124	67	30	22	5
		100.0	54.0	24.2	17.7	4.0
	要支援２	286	113	59	110	4
		100.0	39.5	20.6	38.5	1.4
	要介護１	325	52	42	224	7
		100.0	16.0	12.9	68.9	2.2
	要介護２	292	37	42	208	5
		100.0	12.7	14.4	71.2	1.7
	要介護３	146	7	16	123	0
		100.0	4.8	11.0	84.2	0.0
	要介護４	82	2	9	70	1
		100.0	2.4	11.0	85.4	1.2
	要介護５	46	1	0	45	0
		100.0	2.2	0.0	97.8	0.0

バスや電車で一人で外出しているか（自家用車でも可）

		調査数	できるし、している	できるけどしていない	できない	無回答
全体		1,301	137	117	1,014	33
		100.0	10.5	9.0	77.9	2.5
要介護度別	要支援１	124	47	16	55	6
		100.0	37.9	12.9	44.4	4.8
	要支援２	286	47	43	184	12
		100.0	16.4	15.0	64.3	4.2
	要介護１	325	25	35	258	7
		100.0	7.7	10.8	79.4	2.2
	要介護２	292	14	18	254	6
		100.0	4.8	6.2	87.0	2.1
	要介護３	146	3	4	139	0
		100.0	2.1	2.7	95.2	0.0
	要介護４	82	1	1	78	2
		100.0	1.2	1.2	95.1	2.4
	要介護５	46	0	0	46	0
		100.0	0.0	0.0	100.0	0.0

※青字：全体よりも５ポイント以上高い
赤字：全体よりも５ポイント以上低い

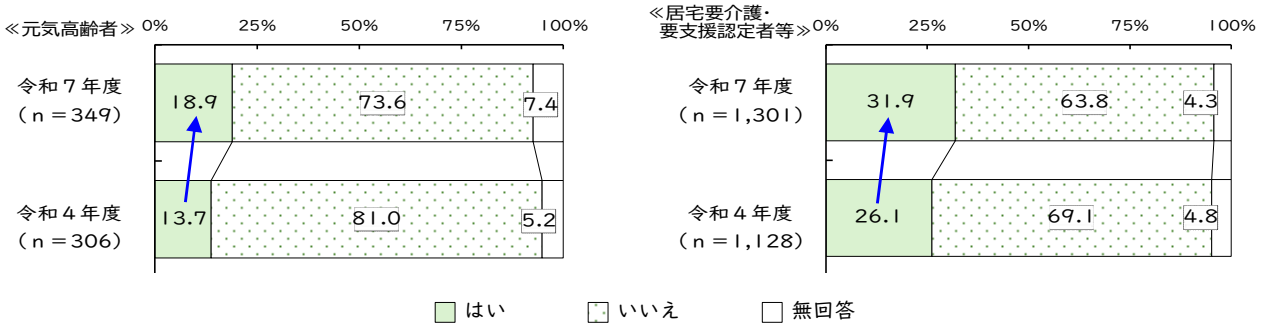
（上段:人　下段:%）

認知症支援

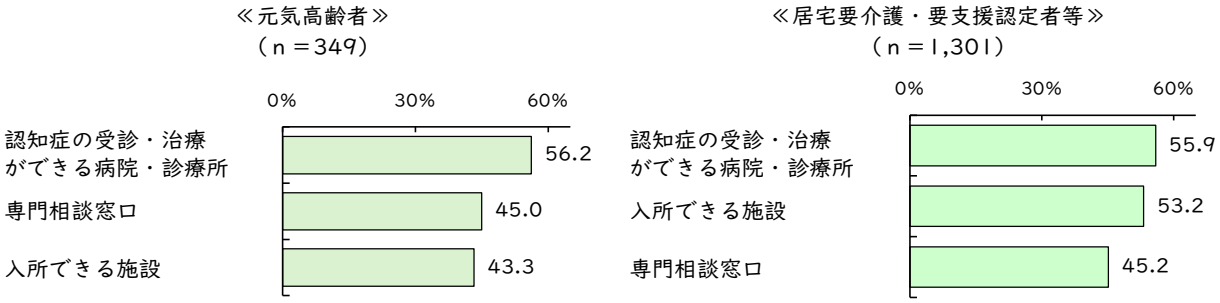
認知症に関する相談窓口の認知度は、元気高齢者、居宅要介護・要支援認定者等とも前回よりも増加しているものの、元気高齢者で 18.9%、居宅要介護・要支援認定者等でも31.9%にとどまっており、多くの市民が適切な相談先を十分に把握しているとは言えず、相談先としては「家族・親戚」が 60.7%と最も多くなっています。

さらに、認知症の人が安心して暮らすためには「受診・治療ができる病院・診療所」、「入所できる施設」、「専門相談窓口」が元気高齢者、居宅要介護・要支援認定者等ともニーズが高く、支援体制の充実が求められています 。加えて、居宅要介護・要支援認定者等の 41.1%が、本人または家族に認知症の症状があると回答しており、経年比較の結果などにより今後の増加も見込まれます 。

＜認知症に関する相談窓口の認知状況＞



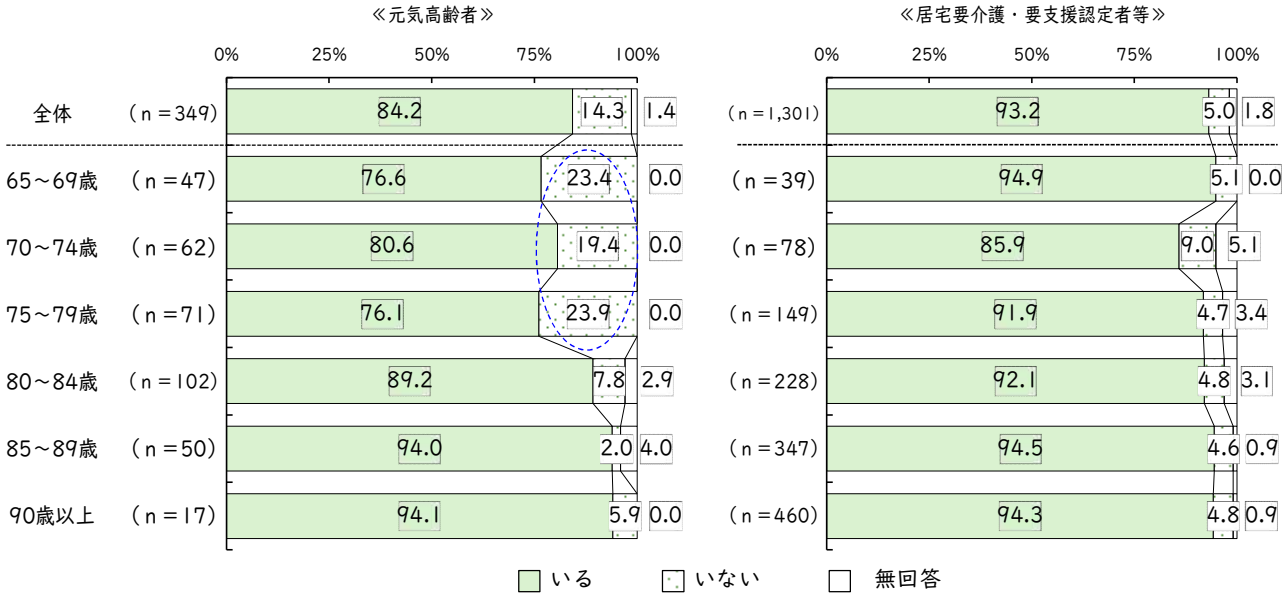
＜認知症の人が安心して暮らすために必要なこと（上位3項目）＞



医療と介護の連携

かかりつけ医の有無に関して、居宅要介護・要支援認定者等では、年齢階層や介護度による差異は少なく、70～74 歳以外はかかりつけ医が「いる」割合が9割以上となっている一方で、元気高齢者では、年齢階層で大きな差異が見られます。また、居宅要介護・要支援認定者等において身体機能の低下や低栄養、口腔機能の低下が複合的に見られるほか、認知症の症状がみられる割合が 41.1%となっています。

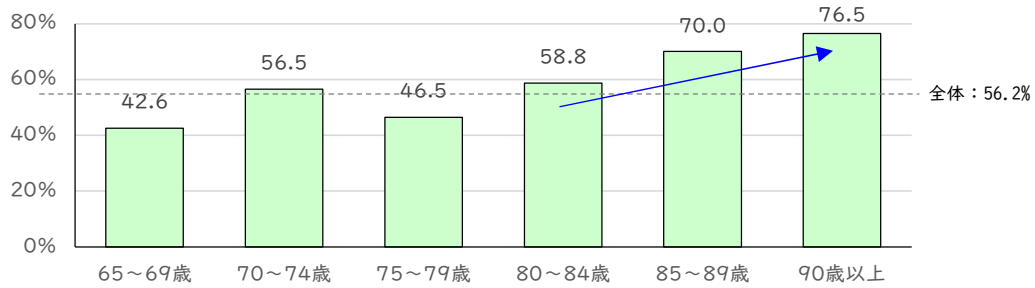
＜かかりつけ医の有無＞



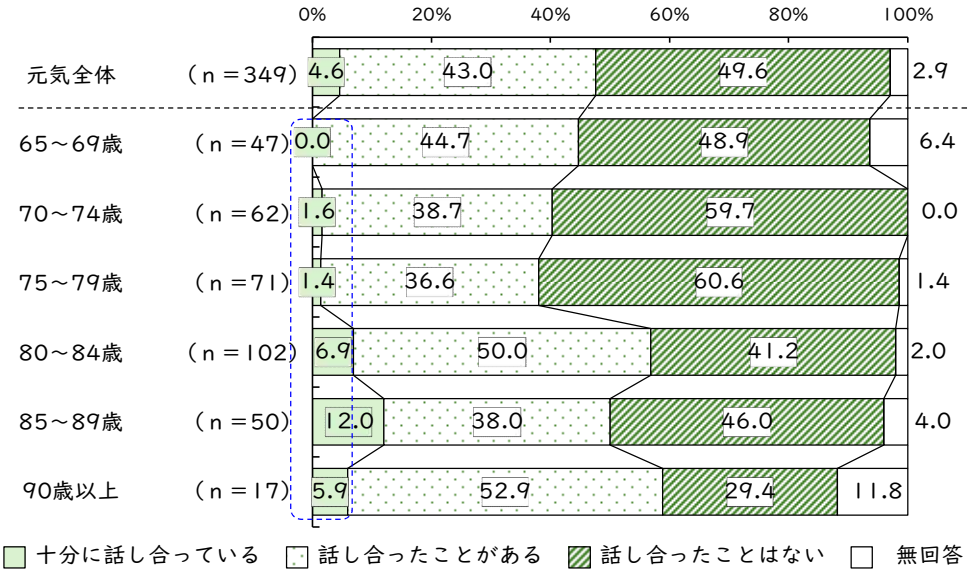
看取り及び ACP(アドバンス・ケア・プランニング)～人生会議～

元気高齢者が人生の最期を迎えたい場所として「自宅」が 56.2%と半数以上で、年齢階層が高くなるほど、その割合は高くなっています。一方、人生の最期の迎え方について家族等と話し合った経験の有無については、年齢階層が高くなるほど、「話し合ったことはない」は減少しているものの、「十分に話し合っている」は 85～89 歳を除いて1桁台で推移しています。

＜人生の最期を迎えたい場所を「自宅」と回答した割合＞



＜人生の最期の迎え方について家族等と話し合った経験の有無＞



3 日常生活圏域

(1)日常生活圏域の考え方と設定

日常生活圏域の考え方

高齢者が介護を必要とするようになっても、住み慣れた地域での生活を継続することができる環境を整えるために、自治体を複数の圏域に区切り、その圏域ごとに介護サービス基盤の整備を進めることとされています。

この「日常生活圏域」は、面積や人口規模だけでなく、行政区、住民の生活形態、地域づくり活動の単位など、それぞれの地域の特性を踏まえて設定しています。

日常生活圏域の設定

本市では、佐久平・浅間地域、岩村田・東地域、中込地域、野沢地域、臼田地域、浅科・望月地域の6圏域に区分し、日常生活圏域としています。

＜日常生活圏域＞



(2)各日常生活圏域の高齢者の状況

各日常生活圏域の人口･高齢化率、要介護認定者数、事業所･施設の状況は、次のとおりとなっています。

＜各日常生活圏域の人口･高齢化率＞

令和８年４月１日現在（人）

日常生活圏域	地区	圏域人口	65歳以上人口	高齢化率
佐久平・浅間地域	長土呂・小田井・平根・中佐都・高瀬	19,575	4,741	24.2%
岩村田・東地域	猿久保・岩村田・東	20,150	5,523	27.4%
中込地域	中込・平賀・内山	14,883	4,846	32.6%
野沢地域	大沢・野沢・桜井・岸野・前山	16,590	5,550	33.5%
臼田地域	臼田	12,743	4,711	37.0%
浅科・望月地域	浅科・望月	13,789	5,480	39.7%
合計		97,730	30,851	31.6%

＜各日常生活圏域の要介護度別認定者数＞

令和８年４月１日現在（人）

	佐久平・浅間地域	岩村田・東地域	中込地域	野沢地域	臼田地域	浅科・望月地域	合　計
要支援１	46	32	38	44	49	44	253
要支援２	122	85	95	123	84	125	634
要介護１	146	146	153	175	185	167	972
要介護２	128	144	132	158	185	155	902
要介護３	84	116	101	102	103	122	628
要介護４	98	130	93	147	129	157	754
要介護５	63	74	72	102	86	84	481
合　計	687	727	684	851	821	854	4,624

＜各日常生活圏域の事業所･施設の数＞

令和８年10月１日現在

介護サービス ＼ 日常生活圏域		佐久平・浅間	岩村田・東	中込	野沢	臼田	浅科・望月	計
居宅サービス	訪問介護	6	4	4	5	7	7	33
	訪問看護	4	5	2	0	3	1	15
	訪問入浴介護	0	2	0	0	0	0	2
	訪問リハビリテーション	1	2	1	0	3	1	8
	通所介護	6	4	3	4	3	6	26
	通所リハビリテーション	2	0	2	0	2	0	6
	短期入所生活介護	1	2	1	1	1	3	9
	短期入所療養介護	3	0	2	0	1	0	6
	特定施設入居者生活介護	2	0	0	1	0	0	3
		(60)	(0)	(0)	(85)	(0)	(0)	(145)
	居宅療養管理指導	17	26	16	11	14	8	92
	福祉用具貸与・販売	1	1	2	1	1	1	7
	居宅介護支援事業所	5	4	3	2	4	4	22
	介護予防支援事業所	1	0	1	0	2	0	4
	小計	49	50	37	25	41	31	233
地域密着型サービス	認知症対応型通所介護	0	1	0	0	2	1	4
	地域密着型通所介護	1	3	4	2	2	3	15
	認知症対応型共同生活介護	2	2	1	1	1	1	8
		(27)	(24)	(18)	(18)	(18)	(18)	(123)
	小規模多機能型居宅介護	1	1	1	1	1	1	6
	看護小規模多機能型居宅介護	0	※1	0	0	0	0	1
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	0	0	0	0	0	1
	地域密着型特定施設入居者生活介護	1	0	0	0	0	0	1
		(29)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(29)
	小計	6	7	6	4	6	6	36
介護保険施設	介護老人福祉施設	0	2	1	1	2	2	8
		(0)	(190)	(120)	(100)	(150)	(104)	(664)
	介護老人保健施設	3	0	2	0	1	0	6
		(169)	(0)	(111)	(0)	(99)	(0)	(379)
	介護医療院	0	1	0	0	0	0	1
		(0)	(63)	(0)	(0)	(0)	(0)	(63)
	小計	3	3	3	1	3	2	15
		(169)	(253)	(231)	(100)	(249)	(104)	(1,106)
合　計		58	60	46	30	50	39	284
		(285)	(277)	(249)	(203)	(267)	(122)	(1,403)

※令和9年4月に開所予定

(　)内は定員数

令和８年10月１日現在

介護サービス ＼ 日常生活圏域			佐久平・浅間	岩村田・東	中込	野沢	臼田	浅科・望月	計
総合事業	訪問型サービス	従前相当サービス	5	2	4	5	5	6	27
		サービス活動A	4	0	2	5	3	3	17
	通所型サービス	従前相当サービス	7	7	7	6	5	9	41
		サービス活動A	2	1	1	1	2	3	10
		サービス活動C	0	1	1	0	0	1	3
計			18	11	15	17	15	22	98

4 将来推計

(1)総人口及び高齢者人口の推計

市では、最上位計画である「第三次佐久市総合計画」において、将来の目指すべき人口として「将来展望人口」を掲げています。これは移住促進や少子化対策などの施策効果を見込んだ本市の政策目標人口です。

一方、本計画における将来人口及び第1号被保険者数等の推計は、地域の実情に応じた中長期的な介護ニーズを的確に捉え、介護保険料の適正な算定を行うため、国の基本指針に基づき、直近の住民基本台帳の実績値を反映した「コーホート変化率法」による推計を行いました。そのため、総合計画の「将来展望人口」とは異なる推計数値を算定基礎としています。

団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり、全国の高齢者人口がピーク(約 35%)を迎える令和 22 年度(2040 年度)及び 75 歳以上人口が増加し続け、生産年齢人口が減少していく令和 32 年度(2050 年度)までの人口推計を行うと、下表のとおりになります。

本市の総人口は減少傾向が続き、令和 32 年度(2050 年度)では 81,899 人と、現在の令和 8年度(2026 年度)よりも約 15,000 人減少することが見込まれます。

年齢階層別の推計値をみると、第 10 期計画期間までは、前期高齢者の 65 歳～74 歳と 40 歳未満人口は減少傾向が続く中、第2号被保険者の 40 歳～64 歳人口はほぼ横ばい、75 歳以上の後期高齢者は増加傾向となっています。

第 10 期計画期間の最終年度である令和 11 年度では、総人口が 95,786 人、うち 65 歳以上の高齢者は 31,001 人(後期高齢者は 18,710 人)、高齢化率は 32.4%まで上昇すると見込まれます。

≪総人口及び高齢者人口の推計≫

単位:人

	第9期 実績値			第10期 計画値			将来	
	令和6年度(2024年度)	令和7年度(2025年度)	令和8年度(2026年度)	令和9年度(2027年度)	令和10年度(2028年度)	令和11年度(2029年度)	令和22年度(2040年度)	令和32年度(2050年度)
総人口(A)	97,551	97,241	96,902	96,548	96,177	95,786	90,124	81,899
高齢化率(B)/(A)	31.4%	31.7%	31.9%	32.0%	32.2%	32.4%	35.5%	38.6%
高齢者人口(B)	30,652	30,785	30,880	30,922	30,963	31,001	32,028	31,649
後期高齢者(75歳以上)	17,321	17,803	18,216	18,463	18,587	18,710	18,691	18,974
前期高齢者(65～74歳)	13,331	12,982	12,664	12,459	12,376	12,291	13,337	12,675
40～64歳人口	32,037	31,942	31,940	31,937	31,940	31,876	28,820	25,750
40歳未満人口	34,862	34,514	34,082	33,689	33,274	32,909	29,276	24,500

＊令和6年度～令和7年度は、10月1日現在の住民基本台帳
令和8年度以降は、令和3年度～令和7年度の性別・各歳別の平均変化率法による推計値



(2)要支援認定者及び要介護認定者の推計

令和3年度から令和7年度における性別・5歳階層別・要介護度別の平均認定率を用いて、令和32 年度(2050 年度)までの要支援認定者及び要介護認定者数を推計すると、下表のとおりになります。

第 10 期計画期間においては要支援認定者・要介護認定者数、認定率は増加傾向で、計画期間の最終年度の令和11年度(2029年度)では、要支援認定者は915人、要介護認定者は3,954人に、認定率は 15.7%に達すると見込まれます。その後も認定者数、認定率は上昇を続け、令和22 年度(2040 年度)にピークを迎えます。

令和22年度(2040年度)以降は、高齢者数も減少していくため、令和32年度(2050年度)の要支援認定者・要介護認定者は 5,190 人まで減少するものの、後期高齢者の割合は高い推移が続くため、認定率自体は16%台で推移していくことが見込まれます。

≪要支援認定者及び要介護認定者の推計≫

単位:人

	第9期 実績値			第10期 計画値			将来	
	令和6年度(2024年度)	令和7年度(2025年度)	令和8年度(2026年度)	令和9年度(2027年度)	令和10年度(2028年度)	令和11年度(2029年度)	令和22年度(2040年度)	令和32年度(2050年度)
要介護(要支援)認定者数(B)※第2号被保険者含む	4,648	4,712	4,744	**4,807**	**4,838**	**4,869**	5,423	5,190
要支援1	233	253	238	243	244	247	268	259
要支援2	645	652	643	654	660	668	730	703
要介護1	942	966	975	987	994	1,005	1,115	1,067
要介護2	913	871	903	913	920	928	1,029	986
要介護3	639	657	666	677	679	680	765	731
要介護4	774	803	789	799	802	801	911	867
要介護5	502	510	530	534	539	540	605	577
高齢者人口(A)	30,652	30,785	30,880	30,922	30,963	31,001	32,028	31,649
認定率(B)/(A)	*15.2%*	*15.3%*	*15.4%*	***15.5%***	***15.6%***	***15.7%***	*16.9%*	*16.4%*

※令和6年度～令和7年度は9月末日現在の認定者数
令和8年度以降の数値は、令和3年度～令和7年度の性別・5歳階層別・要介護度別の平均出現率より算出した推計値



第3章　第9期計画の課題の整理

1　高齢者の健康づくり・介護予防と自立支援の一体的な推進

本市の高齢者の健康づくりや介護予防の現状をみると、令和7年度の高齢者等実態調査では、元気高齢者の 69.3%が 15 分以上の歩行を実践するなど、一定の身体機能を維持している人が多く見られます。その一方で、過去1年間に1度以上転倒した人は 31.8%、転倒に不安を感じる人は 53.8%に上り、現在は自立した生活を送っている高齢者の中にも、将来、加齢により心身機能が低下した状態であるフレイルへ移行するリスクを抱える人が少なくないことがうかがえます。また、身体機能だけでなく、栄養状態や口腔機能の低下予防も重要であるため、若年期からの生活習慣の改善や社会参加、運動・栄養・口腔機能を一体的にとらえた総合的なフレイル予防の取組が必要です。

要介護度の変化については、居宅要介護・要支援認定者等の 41.0%で1年前より要介護度が進んでおり、重度化防止が課題となっています。

今後は、通いの場や介護予防教室への参加促進、生活習慣病の予防・重症化予防を進めるとともに、リハビリテーション専門職等の多職種が連携した自立支援・重度化防止の取組をさらに強化していく必要があります。あわせて、高齢者自身が「できること」を維持し、自らの目標や希望する暮らしに向けて主体的に取り組めるよう支援する視点を、関係機関と共有していくことが重要です。

2　頼れる身寄りのない高齢者等を含めた相談支援・権利擁護体制の強化

令和7年度の高齢者等実態調査では、ひとり暮らしの割合は元気高齢者で 15.2%、居宅要介護・要支援認定者等で 20.6%となっており、高齢者の単身世帯や高齢者のみの世帯は今後も増加する見込みです。また、元気高齢者の 33.8%が、家族や友人・知人以外で何かあったときに相談する相手が「いない」と回答しており、元気な段階から地域とのつながりや専門機関などの相談先を確保する必要性がうかがえます。

このように、家族や親族による支援を受けることが難しい高齢者への対応が急務となっています。日常生活上の困りごとから、医療・介護に関する相談、金銭管理、住まいの確保、入院・入所時の手続、そして亡くなった後の対応（死後事務）に至るまで、その課題は多岐にわたります。こうした見守りや支援が必要な高齢者等の生活ニーズを個人の問題としてではなく、地域全体で解決すべき課題として捉え、切れ目のない支援を提供する仕組みづくりが求められています。

今後は、地域包括支援センターを高齢者の総合相談の中核として、医療・介護・福祉・成年後見・生活困窮・住まい等の関係機関との連携をさらに強化し、複合的な課題を抱える高齢者を包括的に支援する体制を整備する必要があります。

特に、身寄りのない高齢者について、市では第9期計画において「佐久市における身寄りのない方等への支援者のためのガイドライン」の作成を進めてきました。今後は、このガイドラインを活用しながら関係機関の役割分担を整理し、必要な支援につなぐ仕組みを構築することが重要です。

また、高齢者虐待の防止や消費者被害の防止等も含め、高齢者の尊厳と権利を守り、本人の意思を尊重した生活を支える権利擁護体制を充実していく必要があります。

3　認知症の人とその家族を地域全体で支える体制の強化

高齢化の進行に伴い、認知症の人のさらなる増加が見込まれる中、認知症になっても本人の意思と尊厳が尊重され、希望を持って住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境づくりが重要となっています。

令和7年度の高齢者等実態調査では、居宅要介護・要支援認定者等の 41.1%が、本人または家族に認知症の症状があると回答しています。一方で、認知症に関する相談窓口を知っている人は、元気高齢者で 18.9%、居宅要介護・要支援認定者等でも 31.9%にとどまっており、前回調査からは認知度が高まっているものの、不安を感じた際に早期に適切な相談機関につながるための周知が引き続き課題となっています。

また、認知症の人が安心して暮らすために必要な支援として、「受診・治療ができる病院・診療所」、「入所できる施設」、「専門相談窓口」が多く挙げられており、医療・介護・相談支援を総合的に提供する体制の充実が求められています。

国の第 10 期基本指針においても、認知症基本法及び認知症施策推進基本計画を踏まえた取組の推進が位置づけられており、今後は、認知症の人を単に支援の対象として捉えるのではなく、本人の意思や希望を施策に反映し、地域で共に暮らすという“共生”の視点をより一層重視していく必要があります。

そのため、引き続き認知症に関する正しい知識の普及啓発に努め、認知症サポーターやチームオレンジ等の活動を通じ、地域住民の理解と支援を広げていく必要があります。認知機能の変化や兆候に早期に気付き、適切な時期に医療・介護の相談支援へつながる体制の構築を進め、医療、介護、福祉、地域包括支援センター等の関係機関の連携を強化し、本人の状態や生活状況に応じて切れ目のない支援を提供するとともに、介護する家族の身体的・精神的負担の軽減にも取り組む必要があります。

4　将来の介護需要を見据えたサービス提供体制の確保

第9期計画においては、介護需要の拡大を見込み、介護サービスの充実や介護人材の確保・質の向上、高齢者の介護予防活動や日常生活を支援する体制の整備など、ニーズに応じた基盤づくりを進めるとともに、介護給付の適正化に取り組んできました。

しかし、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）に向けて高齢者人口がピークを迎えるとともに、要介護認定率が高い 85 歳以上人口の増加により介護需要がさらに拡大する一方で、生産年齢人口は減少していくことが予測されています。

この先も持続可能な介護保険制度の運営を継続し、必要な人が必要なサービスを利用できる環境を維持するためには、これまで以上に中長期的な視点に立ったサービス提供体制の確保を検討していく必要があります。

今後は、単にサービス量を増やすのではなく、自立支援に資する適正な介護給付を推進するとともに、地域の医療資源や高齢者向け住まい、地域支援事業等との連携を考慮しながら、限られた人材や資源を有効に活用し、令和 22 年（2040 年）以降も安定してサービスを利用できる持続可能な体制を構築していくことが重要です。

また、介護サービスを支える人材の安定的な確保は、地域の介護サービス提供体制を維持する上で喫緊の課題です。引き続き県や介護保険事業所等の関係者と連携し、多様な人材の確保・定着に努めるとともに、介護現場の生産性向上や働きやすい職場環境の整備に積極的に取り組む必要があります。

第4章 基本理念と第 10 期計画の取組の方向性

1 計画の基本理念

第三次佐久市総合計画では、将来都市像として「未来へつなぐ快適健康都市　佐久」を掲げ、保健・福祉分野では、「誰もが健やかで心豊かに暮らし続けられるまちづくり」を政策の方向性としています。

また、第四次佐久市地域福祉計画においては、誰一人取り残されることなく、声なき声にも耳を澄ませて互いに助け合い、全ての人が快適で健康だと感じられる地域社会を目指すこととし、「誰一人取り残すことのない快適健康都市の実現」を福祉分野のあらゆる施策で共有する理念としています。

本計画では、第三次佐久市総合計画及び第四次佐久市地域福祉計画を基調として「誰もが健やかで心豊かに暮らし続けられるまちづくり」を基本理念とし、佐久市地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、めざす将来像として「心身ともに健やかに活き活きと暮らせるまち」「だれもが互いを尊重しともに支え合うまち」「支援が必要になっても自分らしく安心して暮らせるまち」の３つを掲げ、実現に向けた施策を展開します。

基本理念

誰もが健やかで心豊かに暮らし続けられるまちづくり

めざす将来像

心身ともに健やかに　活き活きと暮らせるまち

高齢期の特性を踏まえた健康づくりや介護予防・フレイル予防を進めるとともに、状態に応じた自立支援・重度化防止に取り組みます。あわせて、社会参加と生きがいづくりを支援し、だれもが心身ともに健やかに、活き活きと暮らせるまちを目指します。

だれもが互いを尊重し　ともに支え合うまち

認知症の人も含めたすべての人が、個人の意思や尊厳を尊重されて暮らすことができるよう、地域住民が、主体的・自立的に、また協働して地域課題の解決を図ることにより、だれもが互いに尊重し、ともに支え合うまちを目指します。

支援が必要になっても　自分らしく安心して暮らせるまち

限られた資源を有効に活用した持続可能なサービス提供体制の構築により、年を重ね、医療や介護などの支援が必要になっても、だれもが住み慣れた地域で暮らし続けたいという希望をかなえられるまちを目指します。

２ 計画の基本目標

本計画の基本理念の実現を目指し、次の５つの基本目標を定めます。

基本目標Ⅰ　高齢者が健康で生きがいをもって活躍し、ともに支え合える社会づくり

超高齢社会を迎える中、担い手不足が懸念されています。介護予防や自立支援を推進するとともに、多様な社会参加の機会を創出することで、健康で生きがいを持ちながら社会的役割を担い、地域社会で活躍する高齢者の増加を図り、高齢者同士がともに支え合う社会づくりを目指します。

基本目標Ⅱ　住み慣れた地域で最期まで自分らしく安心して暮らし続ける地域づくり

地域共生社会の実現に向け、地域包括ケアシステムのさらなる深化を図ります。一人ひとりの多様化する生活課題に対応できる包括的な相談・支援体制を強化し、住み慣れた地域で安心して暮らし続ける地域づくりを目指します。

基本目標Ⅲ　認知症にやさしい地域づくり

認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らせるよう、地域全体で支える総合的な施策を推進します。認知症の人を含めたすべての人がその個性と能力を発揮する中で、相互に人格と個性を尊重し、支え合いながら共生していく社会の実現を目指します。

基本目標Ⅳ　安心して介護サービスが受けられる環境づくり

介護人材の確保・定着に向けた取組を進めるとともに、介護保険制度の適正な運営とサービスの質の向上を図ります。あわせて、災害・感染症といった不測の事態に備えることで、安心して介護サービスを受けられる環境づくりを目指します。

基本目標Ⅴ　適切な介護サービス等を提供するための基盤整備

８５歳以上高齢者の増加に伴い、介護ニーズがますます増加することが見込まれます。２０４０年を見据え、地域の多様な資源と連携を図りながら、要介護者の生活を支えるための持続可能な介護サービスの体制構築を目指します。

３ 計画の最終成果指標

長野県高齢者プランの最終成果指標などに基づき、本市においても以下の指標について目標の達成を目指します。

図表４－２　計画の最終成果指標

	指　標	現　状		目　標	資　料
1	健康寿命	男性　81.0 歳 女性　85.5 歳	R5 (2023)	延伸	長野県「KDB 地域の全体像の把握」
2	調整済要介護（要支援）認定率	14.1%	R7 (2025)	現状値	厚生労働省「地域包括ケア『見える化』システム」
3	在宅での看取り（死亡）割合（自宅及び老人ホームでの死亡）	36.0%	R6 (2024)	上昇	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」
4	元気高齢者・居宅要介護（要支援）者の主観的幸福感	元気高齢者 7.12 点 居宅要介護（要支援）者　6.24 点	R7 (2025)	上昇	長野県「高齢者実態調査」

※「1・4」については、令和７年度長野県地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査分析シートより抜粋

【解説】

指標１：日常生活が自立している期間の平均：介護保険要介護１以下を健康な状態としたもの。

指標２：認定率の大小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。

指標３：「自宅及び老人ホームでの死亡」について、「自宅」には自宅のほか、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅が含まれ、「老人ホーム」には特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームが含まれる。

指標４：長野県における元気高齢者、居宅要介護（要支援）者の調査で【現在どの程度、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を示す。

４ 計画の重点取組

重点項目１　高齢者の健康づくり・介護予防と重度化防止の推進

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも活き活きと暮らし続けるためには、健康な段階から「健康づくり」と「介護予防・フレイル予防」に取り組むことが重要です。

また、要支援・要介護状態となっても、その人の有する能力を生かして自立した生活を営み、自己実現ができるよう、機能の維持・改善を図り、重度化防止に取り組む必要があります。

そのための取組として、運動・栄養・口腔を一体的に捉えた総合的なフレイル予防を推進します。特に、短期集中で機能改善を目指す「通所型サービス活動Ｃ」の普及に努め、サービスを提供する事業所や利用する方の増加に向けた施策を展開していきます。

さらに、正しい知識の普及啓発や住民主体の予防活動への支援を行い、地域とつながりながら自立した生活が送れる環境づくりを進めるとともに、多職種や民間企業と連携したサポート体制を強化し、高齢者自身が主体的に健康づくりに取り組めるよう支援します。

重点項目２　頼れる身寄りのない高齢者等への包括的支援

高齢者の単身世帯や高齢者のみの世帯が増加する中、家族や親族による支援を受けることが難しい高齢者への対応が課題となっています。

元気な段階からの相談先確保と ACP（アドバンス・ケア・プランニング）～人生会議～を活用した将来に向けた意思決定支援を起点として、頼れる身寄りのない高齢者等の日常生活の複合的な課題に対応する相談体制を整備します。「佐久市における身寄りのない方等への支援者のためのガイドライン」の活用により関係者間での役割分担を明確にすることで、どのような状況になっても「本人の意思と尊厳」が最優先で尊重される権利擁護体制の充実を目指します。

また、「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）」や「社会福祉法」の改正を踏まえ、住まいの確保や日常生活支援の仕組みについて重層的な支援体制を強化します。地域包括支援センターを総合相談の中核とした、医療・介護サービスの提供、社会福祉協議会をはじめとする関係機関との協働による「切れ目のない支援の仕組み」を地域全体で構築します。

重点項目３　共生社会を実現するための認知症施策の推進

高齢化の進行に伴い、認知症の人のさらなる増加が見込まれる中、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。認知症になっても本人の意思と尊厳が尊重され、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる環境づくりを地域全体で推進していくことが重要です。

そのため、新しい認知症観を始めとした認知症に関する正しい知識の普及啓発により地域における理解の浸透を図るとともに、相談窓口の周知の充実を図り、医療・介護関係機関が連携した切れ目のない支援体制を整備します。

本計画から新たに「認知症施策推進計画」を包含したことを踏まえ、認知症に係る施策を総合的に展開し、認知症の人を含めたすべての人がその個性と能力を発揮する中で、相互に人格と個性を尊重し、支え合いながら共生していく社会の実現を目指します。

重点項目４　２０４０年を見据えた中長期的なサービス提供体制の確保

人口構造や社会環境の変化を踏まえ、今後の介護需要の拡大に対応するため、中長期的な視点から地域の実情や特性を踏まえたサービス提供体制を確保していくことが重要です。

その実現に向けて、地域ごとの特性や多様化するニーズへのきめ細かな対応が必要です。特に、市内の中山間・人口減少地域については、サービス提供の課題に係る実態等を把握し、必要に応じた対策を検討していきます。

また、介護と医療の複合ニーズを抱える高齢者の増加が見込まれる中で、既存の協議の場等を活用しながら、将来の医療・介護提供体制の在り方について関係者間で議論を進め、地域の医療資源との連携を深めます。

高齢者向け住まいについては、住宅型有料老人ホームの入居実態等や介護サービスの利用状況等を総合的に勘案し、適切なサービス提供体制について検討していきます。

喫緊の課題である介護人材の安定的な確保に向けては、県や介護事業所等と連携を深め、介護現場の生産性向上や職場環境の整備を積極的に支援し、限られた人材や資源を有効に活用しながら、令和 22 年(2040 年)以降も安定してサービスを提供できる持続可能な体制を構築していきます。

5 施策の体系

本計画では、基本理念および基本目標を達成するため、次の体系に沿って各施策を総合的に展開します。計画の進行管理（PDCA）の実効性を高めるため、計画全体の方向性と目指す成果を「ロジックモデル」として整理します。

なお、各基本目標に基づく具体的な施策や事業等については、第 6 章以降で詳しく記載します。
（第 6 章以降は今後策定し素案に掲載）

【ロジックモデルの見方】

表中の「アウトカム」とは、市の取組を実施した結果として生じる「住民の意識・行動の変化」や「社会の望ましい変化」などの成果を指します。
本計画では、施策の実施がどのように最終成果指標につながっていくのかを、以下の 3 段階の成果（アウトカム）で設定しています。

- **初期アウトカム**：施策によって最初に現れる、市民の意識や行動の変化
- **中間アウトカム**：初期の成果が積み重なってできる、地域社会の変化や仕組みの構築
- **最終アウトカム**：本計画を通じて目指す、データ等で表される市民の幸福な姿（最終成果指標）

5　施策の体系（ロジックモデルによる整理）

施策体系

目指す高齢者社会像	基本理念	基本目標	基本方針	施策の方向
全ての高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる	誰もが健やかで心豊かに暮らし続けられるまちづくり	Ⅰ 高齢者が健康で生きがいをもって活躍し、ともに支え合える社会づくり	1　生きがいづくりと社会参加の促進	ア　生きがいづくりの推進
				イ　高齢者の社会参加の促進
				ウ　地域づくりの担い手育成の推進
			【重点項目】 2　高齢者の健康づくりと介護予防・フレイル予防と自立支援・重度化防止の推進	ア　若年期から継続した健康づくりの推進
				イ　介護予防・フレイル予防の推進
				ウ　自立支援に向けた介護予防・重度化防止の推進
		Ⅱ 住み慣れた地域で最期まで自分らしく安心して暮らし続ける地域づくり	1　住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域の包括的な支援体制づくり	ア　包括的な支援体制の整備
				イ　地域包括支援センターの機能強化と相談・支援体制の充実
				ウ　生活支援体制整備の推進
				エ　地域づくりにつながる地域ケア会議の充実
				【重点項目】 オ　高齢者の尊厳ある暮らしの支援と権利擁護の推進
				カ　家族介護支援の充実
			2　医療と介護が一体となった在宅療養の推進	ア　居宅要介護者を支えるための在宅療養支援体制の充実
				イ　地域における在宅医療と介護の連携強化
				ウ　在宅看取り体制の確保
			3　日常生活を支援する体制の整備	ア　高齢者の実態把握と見守り
				イ　高齢者を支える生活支援事業
				ウ　施設福祉サービスの確実な提供
		Ⅲ 認知症にやさしい地域づくり	【重点項目】 1　認知症になっても暮らしやすい地域づくりの体制整備	ア　脳の活性化の推進
				イ　認知症の理解を深めるための普及の推進
				ウ　医療・ケア・介護サービスの充実と本人とその家族への支援の充実
				エ　認知症バリアフリーの推進と地域支援体制の強化
		Ⅳ 安心して介護サービスが受けられる環境づくり	1　介護人材の確保と介護サービスの質の向上	ア　介護人材の確保・定着、介護現場の生産性向上
				イ　介護サービス等の質の向上と適正化の推進
				ウ　介護サービスの円滑な提供
			2　災害・感染症への対策	ア　災害対策の推進
				イ　感染症対策の推進
		Ⅴ 適切な介護サービス等を提供するための基盤整備	【重点項目】 1　介護保険サービス基盤の整備	ア　施設・居住系サービス基盤
				イ　地域密着型サービス基盤

ロジックモデル

初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム
高齢者が主体的に学び、生きがいを持ち、いつまでも活き活きと輝いて生活している	高齢者が健康で生きがいを持ちながら社会的役割を担い、地域でともに支え合い生活できる 〇趣味や生きがいを持っている人の数 〇社会参加率 〇地域住民の有志による　地域づくりの活動に企画・運営として参加したい人の数	＊健康寿命【延伸】 ＊調整済要介護(要支援)認定率【現状値維持】 ＊在宅での看取り(死亡)割合【上昇」 ＊元気高齢者・居宅要介護(要支援)者の主観的幸福感【上昇】
高齢者が自分の経験・知識・技能を活かし、高齢者のライフスタイルに合った社会参加・社会貢献をしている		
元気な高齢者を含む多くの地域住民が、支援が必要な高齢者の「担い手」となり、お互いに支え合う地域ができている		
高齢者はもとより高齢期を見据え、若年期も含めた市民一人ひとりが、自分の健康を守るという意識を持ち、主体的に健康づくりに取り組んでいる		
高齢者が主体的に介護予防・フレイル予防に取り組んでいる		
事業対象者・要支援者になっても、自分の目標達成(ありたい姿・望む姿)に向け、心身の健康を維持しながら、介護予防に取り組み、自立した生活が送れている		
地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できるコミュニティが形成され、公的サービスと協働して助け合える仕組みが確立している	地域包括ケアシステムが構築され、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる 〇生活支援サービスの充実の必要性を感じている人の割合 〇在宅サービス利用率	
地域包括支援センターの機能強化と質を確保しながら、地域に根差した総合相談の支援体制が確立している		
高齢者が地域で生活していくうえで必要な日常生活支援サービスが受けられる 高齢者の生活を支える地域資源の発見・開発、コーディネートが強化され、住民同士の支え合いの仕組みが構築されている		
地域ケア会議の充実を図り、個別課題を地域課題に繋げるボトムアップ機能を強化し、地域づくりにつなげている		
高齢者の権利が守られ、安心・安全な暮らしが確保されている 身寄りのない高齢者などへの支援体制が構築が図られている		
高齢者を介護している家族などの介護負担の軽減が図られている		
高齢者の尊厳を保持し、住み慣れた地域で人生の最後まで安心して医療・介護サービスを受けながら生活している		
かかりつけ医の機能を踏まえ、医療・介護関係者の効果的な連携体制の構築が図られている		
元気なうちから高齢者自身が望む人生の最終段階の迎え方について考え、家族や大切な人などと共有するとともに、それを可能とする体制が整っている		
高齢者の生活状況の実態把握及び支援が必要な方の掘り起こしができていて、地域などにおける見守り体制が構築されている		
高齢者が住み慣れた地域で安心・安全に生活が継続できている		
在宅での生活が困難となった高齢者であっても、老人福祉施設で自立した生活を送っている		
脳の活性化のために、市民自ら生活習慣の改善や社会活動に意欲的に取り組めている	認知症になっても、自分の意思が尊重され、希望をもって自分らしい日常生活が送れる 〇新しい認知症観の認知度 〇認知症予防に取り組む人の数	
認知症の理解を深め、社会全体で認知症の人やその家族を支える支援体制を構築している		
認知症の人が尊厳をもって、社会参加しながら自分らしく暮らしている		
認知症の人やその家族を支える地域支援ネットワークの構築が図られている		
介護人材の安定的な確保により、高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して生活することができる	高齢者が安心して介護サービスが受けられる 〇利用している介護保険サービスへの満足度 〇介護サービス利用率 （在宅・居住・施設）	
利用者が自立支援に基づく効果的な介護サービスを利用し、自立した日常生活を送れている		
いつでも安心して必要なサービスを受けることができる		
災害時の自身の行動や周囲の支援が明確化されていることで、高齢者が安心して地域や福祉施設での暮らしが続けられている		
高齢者施設が感染症対策を行い、施設を利用する高齢者の安全が確保されている 高齢者施設で感染症が発生した際に各種サービスが継続的に提供されている		
高齢者一人ひとりが、要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができる 高齢者が必要なサービス、希望するサービスを受けられる体制が整っている	地域の基盤整備が進み、必要なサービスが受けられる 〇施設整備数 (計画期間の目標)	
中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みなどを適切に捉え、地域の実情に応じた介護サービス基盤が整っている		