令和５年度　第３回佐久市介護保険事業計画等策定懇話会　次第

日 時　令和５年１２月２５日（月）
　　午後２時より
場 所　佐久市役所南棟　３階会議室

１　開　　会

２　会長あいさつ

３　審 議 事 項

（１）佐久市老人福祉計画・第９期介護保険事業計画（素案）について

（２）その他

４　閉　　会

佐久市介護保険事業計画等策定懇話会　委員名簿

任期：令和5年7月24日～令和7年7月23日　（敬称略）

選出組織等	氏　　名	備　　考
識見者	和　田　裕　一	佐久福寿園理事長
識見者	菊　池　小　百　合	佐久大学信州短期大学部教授
医師会	雨　宮　雷　太	佐久医師会会長
歯科医師会	野　村　裕　行	佐久歯科医師会会長
薬剤師会	今　牧　健　之	佐久薬剤師会会長
区長会	柳　澤　本　樹	佐久市区長会会長
社会福祉協議会	小　林　光　男	佐久市社会福祉協議会会長
民生児童委員協議会	青　木　美　佐　子	佐久市民生児童委員協議会副会長
栄養士会	柳　沢　喜　美　子	長野県栄養士会佐久支部長
シニアクラブ連合会	桜　井　美　智　子	佐久市シニアクラブ連合会女性部長
介護職域代表	関　澤　加　代	佐久市居宅介護支援事業者連絡協議会会長
被保険者代表	相　馬　喜　代　子	パートナーシップ佐久会員
被保険者代表	竹　内　ま　さ　子	佐久市女性活躍人材

資料No. 1

佐久市老人福祉計画
第９期介護保険事業計画

【素案】

長野県佐久市

佐久市老人福祉計画
第９期介護保険事業計画　目次

第１章　計画策定に当たって

１　背景 …… 1
２　計画策定の趣旨 …… 1
３　計画の位置づけ …… 2
４　計画の期間 …… 2
５　計画の策定体制 …… 3
６　計画の推進体制 …… 3
７　計画と SDGs との関係 …… 4

第２章　高齢者を取り巻く現状と将来推計

第１節　総人口等の状況
１　総人口の推移及び推計 …… 5
２　世帯数の推移 …… 6

第２節　高齢者の状況
１　高齢者人口の推移及び推計 …… 7
２　高齢者世帯の推移 …… 8
３　平均寿命及び健康寿命の推移 …… 9
４　第１号被保険者数の推移及び推計 …… 10
５　要介護度別認定者数の推移及び推計 …… 11

第３節　日常生活圏域
１　日常生活圏域の考え方 …… 13
２　日常生活圏域の設定 …… 13
３　各日常生活圏域の高齢者の状況 …… 14

第４節　高齢者等実態調査結果について
１　元気高齢者等実態調査結果 …… 16
２　居宅要介護・要支援認定者等実態調査結果 …… 23

第３章　第８期計画の課題の整理

１　高齢者を支える担い手の減少と支え合いの充実 …… 31

２　健康づくりや介護予防・フレイル予防に主体的に取り組む意識の醸成 … 31
３　認知症高齢者の増加に伴う地域における支援体制の充実 …… 32
４　介護ニーズに対応した基盤整備と介護人材の対策 …… 32

第４章　基本理念と第９期計画の取組の方向性

第１節　計画の基本理念 …… 33

第２節　計画の基本目標 …… 35
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
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
基本目標Ⅲ　安心して介護サービスが受けられる環境づくり
基本目標Ⅳ　適切な介護サービス等を提供するための基盤整備

第３節　計画の最終成果指標 …… 36

第４節　第９期計画の重点取組 …… 36

第５節　施策の体系 …… 38

第５章　施策の展開

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
１　生きがいづくりと社会参加の促進 …… 39
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 …… 43

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
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 …… 50
２　医療と介護が一体となった在宅療養の推進 …… 61
３　認知症にやさしい地域づくり …… 65
４　日常生活を支援する体制の整備 …… 72

基本目標Ⅲ　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 …… 76
２　災害・感染症への対策 …… 81

基本目標Ⅳ　適切な介護サービス等を提供するための基盤整備
1　介護保険サービス基盤の整備 …… 84

第６章　介護保険事業費の状況と推計及び保険料の設定

第１節　介護保険事業費の状況と推計
1　介護給付サービスの給付費 …… 88
2　介護予防サービスの給付費 …… 93
3　標準給付費 …… 96
4　地域支援事業費 …… 97

第２節　保険料の設定
1　介護保険事業に係る財源 …… 98
2　第１号被保険者介護保険料の算定方法 …… 99
3　第９期の介護保険料（基準額） …… 99
4　保険料段階の設定 …… 100

資　　料　　編

1　佐久市介護保険事業計画等策定懇話会設置要綱 …… 102
2　佐久市介護保険事業計画等策定懇話会委員名簿 …… 104
3　佐久市介護保険事業計画等策定の経過 …… 105
4　用語解説 …… 106

第１章　計画策定に当たって

１　背景

佐久市では、「快適健康都市　佐久」を市の将来都市像とした「第二次佐久市総合計画」に基づき、地域の特徴を生かした介護予防や生活支援の充実を図ることで、高齢者の誰もが、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会の実現を目指しています。

また、超高齢社会における介護問題解決のため平成 12 年度（2000 年度）に創設された介護保険制度は、今日まで 20 年以上が経過する中で、サービス利用者、介護サービス提供事業所数ともに増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきています。

このような中、本市の高齢者（65 歳以上）人口は、令和５年（2023 年）10 月１日現在、30,539 人、高齢化率 31.8%となっています。今後も高齢化は確実に進行し、団塊の世代※が 75 歳以上の後期高齢者となる令和７年（2025 年）には、高齢者人口は 32,384 人、高齢化率 33.9%に達すると見込まれ、更にその先を展望すると、いわゆる団塊ジュニア世代※が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）には、高齢者人口は 34,988 人、高齢化率 40.0%に達すると見込まれています。

今後、ひとり暮らし高齢者世帯及び高齢者夫婦のみの世帯の増加のほか、85 歳以上人口の増加に伴い、認知症の人や認知機能の低下した高齢者の増加が見込まれる中で、地域で生活する高齢者などの意思決定支援や権利擁護の重要性が高まります。必要な介護サービス需要が変化することが想定される一方、生産年齢人口の急減に直面することを踏まえ、地域包括ケアシステムを支える人材の確保や介護現場における生産性の向上の推進等が重要となってきます。

２　計画策定の趣旨

「老人福祉計画・介護保険事業計画（以下、「本計画」という。）」は、本市の高齢者福祉施策の基本となるもので、第８期計画に引き続き、老人福祉法に基づく老人福祉計画と介護保険法に基づく介護保険事業計画を一体的に策定します。

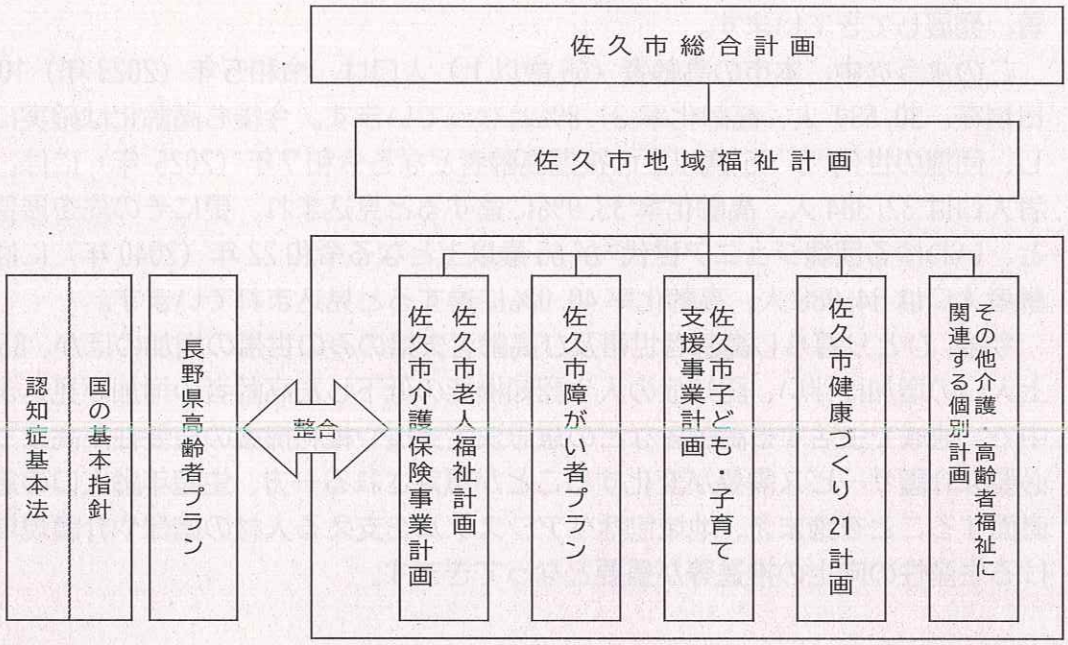
本計画は、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）に向けて、人口構成の変化や介護需要の動向が地域ごとに異なることなどを考慮して、介護需要やそのために必要な保険料水準などを推計し、中長期的な視点に立って本市の高齢者に関する施策を総合的かつ計画的に推進するとともに、段階的に介護サービスの充実・高齢者を支える地域づくりを進める地域包括ケアシステムを深化・推進していく計画として策定します。

3　計画の位置づけ

本計画は、「第二次佐久市総合計画　後期基本計画」、「第四次佐久市地域福祉計画」を上位計画とし、国の「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下、「国の基本指針」という。）」に対応したものとするとともに、「佐久市健康づくり21計画」、「佐久市子ども・子育て支援事業計画」、「佐久市障がい者プラン」、その他諸計画との整合を図るものとします。

また、「長野県高齢者プラン」との整合にも留意するとともに、認知症に対する取組においては、国の「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本的な考え方を踏まえたものとします。

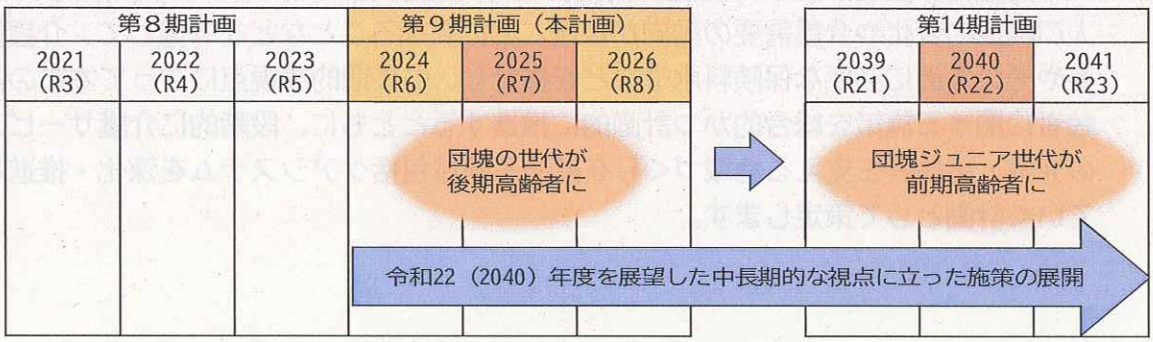
図表１－１　計画の位置づけ



4　計画の期間

本計画の期間は、「国の基本指針」に則して、令和６年度（2024年度）から令和８年度（2026年度）までの３年間とします。

図表１－２　計画の期間



5　計画の策定体制

本計画は、「佐久市介護保険事業計画等策定懇話会」において、学識経験者、保健・医療・福祉関係者や市民など、様々な方の意見を聴きながら策定しました。

また、本市の高齢者の実態を把握し、本計画策定のための基礎資料とするため、令和４年（2022 年）12 月に市内在住の「要介護・要支援の認定を受けていない第１号被保険者」（元気高齢者等）400 人と、「要介護・要支援の認定を受けている被保険者」（居宅要介護・要支援認定者等）1,900 人を対象に実施した高齢者等実態調査や、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を策定の参考としました。

図表１－３　令和４年度高齢者等実態調査

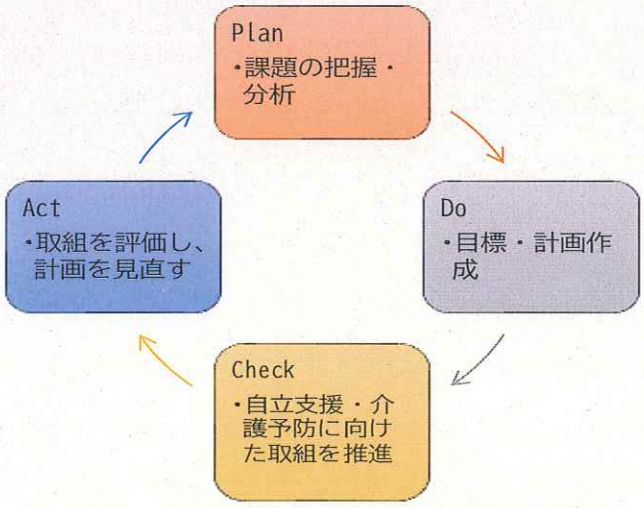
調査区分	対象者数	回答数	回収率
元気高齢者等実態調査	400 人	308 人	77.0%
居宅要介護・要支援認定者等実態調査	1,900 人	1,140 人	60.0%

6　計画の推進体制

本計画は、老人福祉法及び介護保険法に基づき、３年ごとに見直しを行うことが義務付けられています。

そのため、本計画に位置付けた施策や事業（Plan＝計画）については、計画的に順次実施する（Do＝実行）とともに、実施した事業内容の検証及び事業効果の評価（Check＝評価）、検証・評価に基づいた見直し・修正（Act＝改善）というPDCA サイクルに基づく進捗管理を行いながら、計画に掲げた目標を達成するために、継続的な取組を進めていきます。

図表１－４　PDCA サイクル



7　計画と SDGs との関係

SDGs（Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標）とは、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」に記載された国際目標で、地球上の誰一人取り残さない社会の実現に向け、国際社会全体が、経済・社会・環境の課題を総合的に解決することを目指しています。

本市では、最上位計画に当たる「第二次佐久市総合計画」において、「国際社会全体の開発目標である SDGs の目指す方向性と市の取組とは、スケールの違いはあっても方向性は同様である」とし、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。

介護・高齢者福祉の分野においては、本計画に掲げる取組を進めることで、「ゴール３（健康と福祉）」、「ゴール 10（不平等是正）」、「ゴール 17（協働）」の目標達成に寄与するとともに、誰一人取り残さない社会の実現を目指します。

図表１－５　SDGs（持続可能な開発目標）の 17 の目標



第２章　高齢者を取り巻く現状と将来推計

第１節　総人口等の状況

１　総人口の推移及び推計

本市の総人口は、年々減少傾向にあります。年齢３区分人口をみると、生産年齢人口（15～64 歳）は減少傾向にありますが、高齢者人口（65 歳以上）は増加傾向にあります。令和２年（2020 年）と比較すると、令和 27 年（2045 年）には、生産年齢人口は約７割に減少する一方、高齢者人口は約 1.1 倍に増加する見込みです。

図表２－１　年齢３区分別人口の推移

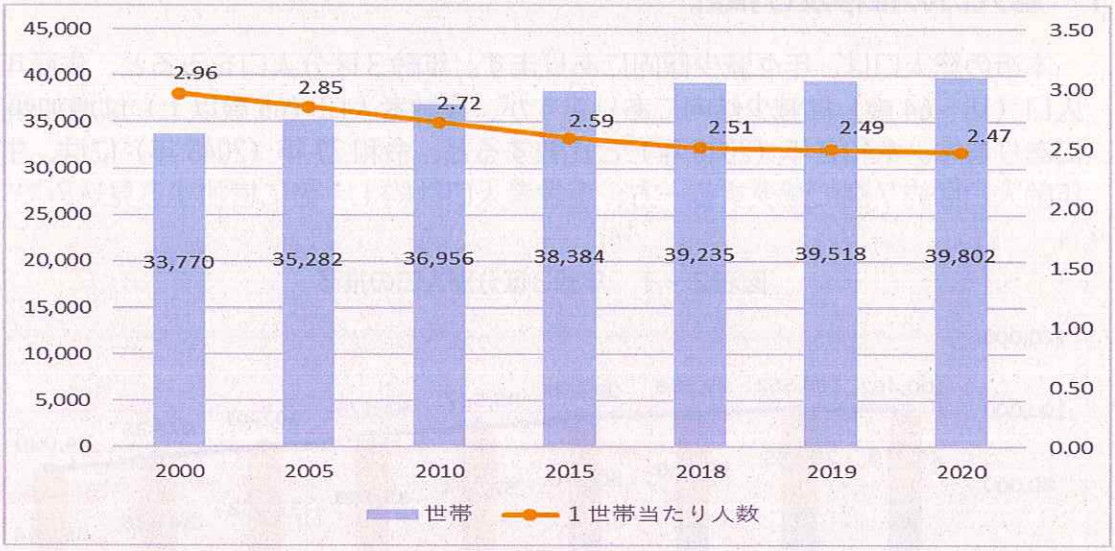


（出典）総務省「国勢調査」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」

2　世帯数の推移

本市の世帯の状況をみると、世帯数は増加傾向にありますが、１世帯当たりの人数は減少傾向で推移しています。

図表２－２　世帯数及び１世帯当たり人数の推移



（出典）総務省「国勢調査」

第２節　高齢者の状況

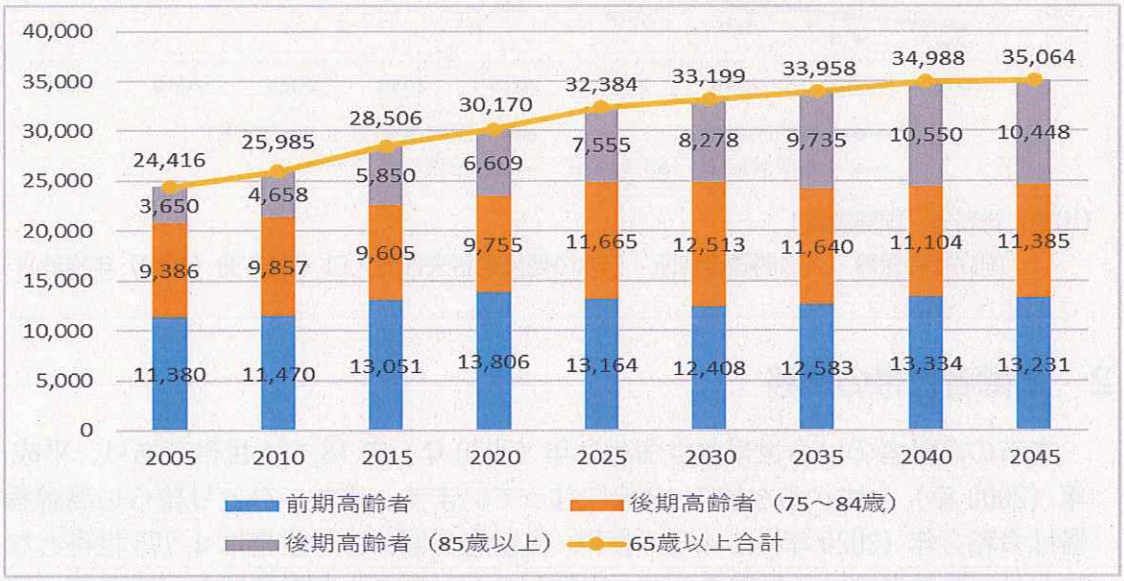
１　高齢者人口の推移及び推計

本市の 65 歳以上の高齢者人口は、令和 27 年（2045 年）まで増加すると予測されています。

これまで、前期高齢者及び 75～84 歳の後期高齢者人口は増加していましたが、令和７年（2025 年）以降は横ばいで推移すると予測されています。85 歳以上の後期高齢者人口は年々増加傾向にあり、令和７年（2025 年）以降も変わらず増加する見込みです。

65 歳以上の高齢者人口は、令和２年（2020 年）と比較すると、令和 27 年（2045 年）には約 5,000 人近く増加すると予測されます。

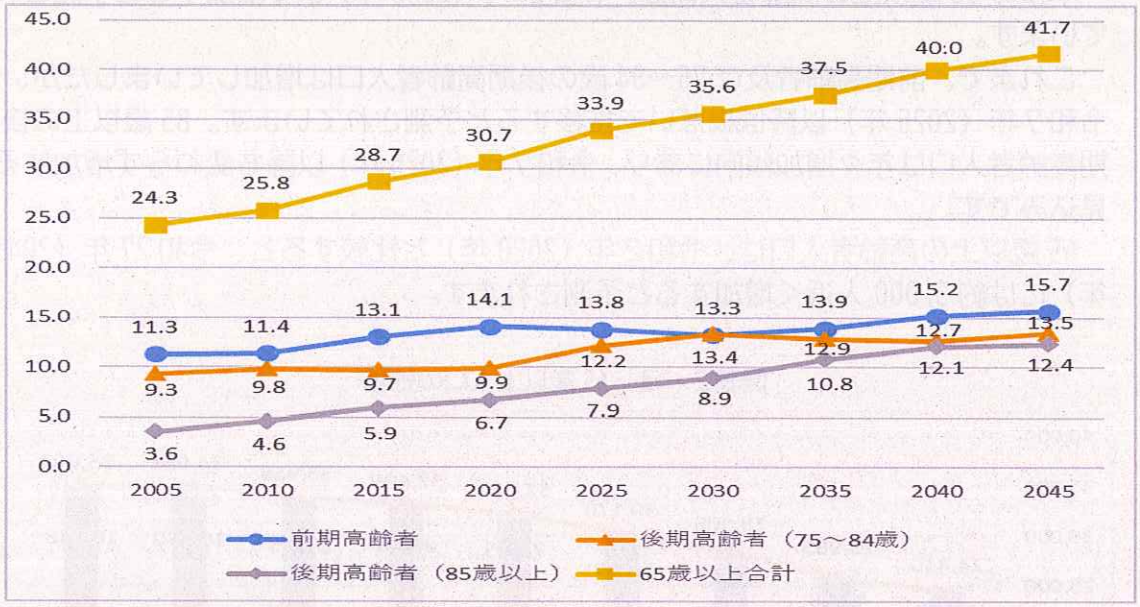
図表２－３　65 歳以上人口の推移



（出典）総務省「国勢調査」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」

年齢区分別人口の総人口に対する構成比では、高齢者の比率は、全体的に増加傾向にあります。85 歳以上の後期高齢者は年々増加傾向にありますが、前期高齢者及び 75 歳～84 歳までの後期高齢者は微増傾向にあります。

図表２―４　年齢区分別人口の総人口に対する構成日



（出典）総務省「国勢調査」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」

2　高齢者世帯の推移

本市の高齢者のいる世帯数は令和２年（2020 年）で 18,656 世帯であり、平成 12 年（2000 年）と比べると約１．２倍になっています。また、ひとり暮らし高齢者世帯は令和２年（2020 年）に 4,704 世帯、高齢者夫婦のみの世帯は 4,775 世帯となっており、高齢者のいる世帯のうち、半数がひとり暮らし高齢者または高齢者夫婦のみの世帯となっています。

図表２―５　高齢者のいる世帯の状況

			2000	2005	2010	2015	2020
総世帯数		(A)	33,770	35,282	36,956	38,384	39,802
高齢者のいる世帯		(B)	14,706	15,705	16,629	17,971	18,656
総世帯数に対する比率（%）		(B/A)	43.5	44.5	45.0	46.8	46.9
	うちひとり暮らし高齢者世帯	(C)	2,124	2,718	3,304	4,051	4,704
	総世帯数に対する比率（%）	(C/A)	6.3	7.7	8.9	10.6	11.8
	うち高齢者夫婦のみの世帯	(D)	3,157	3,536	3,795	4,211	4,775
	総世帯数に対する比率（%）	(D/A)	9.3	10.0	10.3	11.0	12.0

（出典）総務省「国勢調査」

3　平均寿命及び健康寿命の推移

本市の男女別平均寿命及び健康寿命の推移は、下記のとおりです。

男性の平均寿命は 82.3 歳、健康寿命は 80.9 歳、女性の平均寿命は 88.5 歳、健康寿命は 85.5 歳となっています。

図表２－６　男性の平均寿命・健康寿命の推移



図表２－７　女性の平均寿命・健康寿命の推移

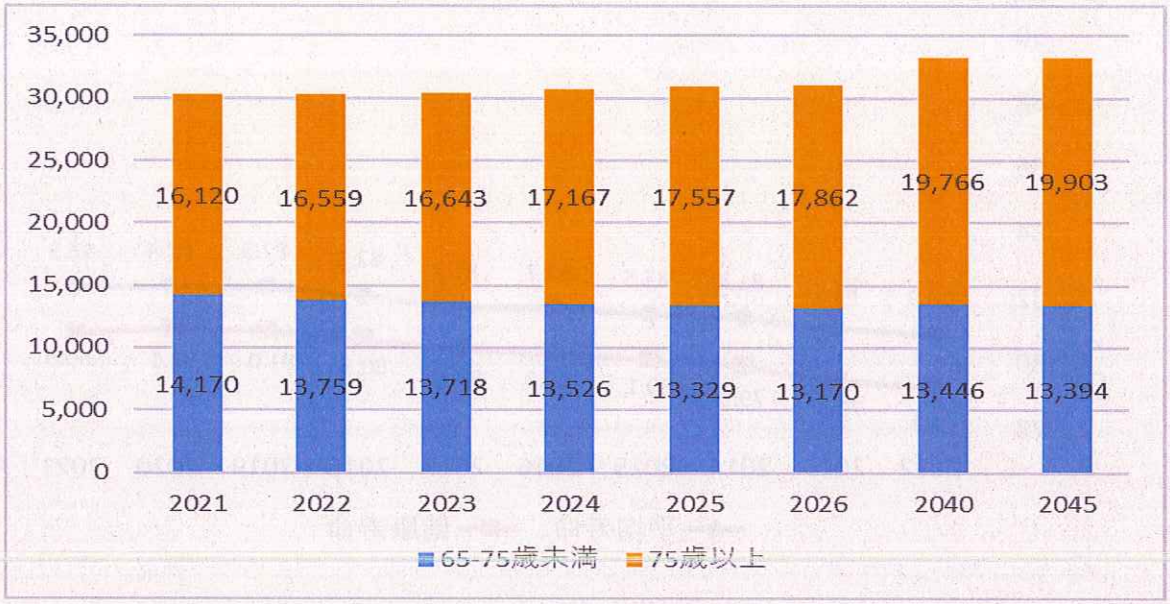


（出典）佐久市高齢者福祉課

4　第１号被保険者数の推移及び推計

本市の第１号被保険者（65 歳以上）数は、年々増加傾向で推移しています。前期高齢者（65～75 歳未満）は横ばいで推移しますが、一方で後期高齢者（75 歳以上）は年々増加しています。

図表２－８　第１号被保険者数の推移



（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

（令和５年度（2023 年度）のみ「介護保険事業状況報告」月報）

※令和６年度（2024 年度）以降は地域包括ケア「見える化」システム※の『将来推計』機能

5　要介護度別認定者数の推移及び推計

本市の第１号被保険者数と要支援・要介護認定者数は年々増加傾向にあり、特に75歳以上の認定者数は増加しています。

第１号被保険者数に対する認定率は、令和３年（2021年）から令和８年（2026年）までは15%台で推移しますが、令和22年（2040年）以降は18%台となり、介護を必要とする方がより増えることが予測されています。

一方、第２号被保険者の認定者数は令和22年（2040年）以降、減少すると予測されています。

図表２－９　要支援・要介護認定者数と認定率の推移

			2021	2022	2023	2024	2025	2026	2040	2045
第１号被保険者	被保険者数		30,290	30,318	30,361	30,693	30,886	31,032	33,212	33,297
	認定者数		4,679	4,689	4,686	4,794	4,811	4,892	6,127	6,188
		うち65~74歳	359	363	356	356	349	345	344	351
		うち75歳以上	4,320	4,326	4,330	4,438	4,462	4,547	5,783	5,837
	認定率（%）		15.4	15.5	15.4	15.6	15.6	15.8	18.4	18.6
	要支援1		209	234	240	240	244	249	293	293
	要支援2		609	634	640	654	664	675	824	827
	要介護1		947	962	959	999	1,012	1,030	1,281	1,288
	要介護2		889	910	885	907	931	955	1,206	1,223
	要介護3		676	638	654	623	629	638	812	821
	要介護4		792	788	785	791	795	800	1,025	1,041
	要介護5		557	523	523	528	536	545	686	695
第２号被保険者（認定者数）			57	55	52	52	52	52	48	42

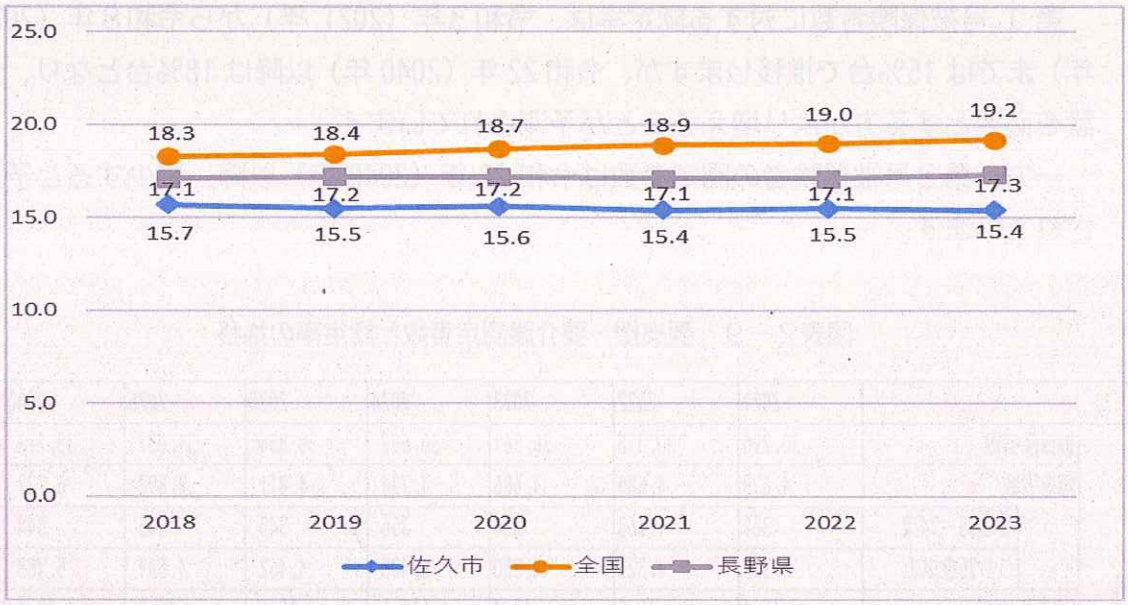
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

（令和５年度（2023年度）のみ「介護保険事業状況報告」月報）

※令和６年度（2024年度）以降は地域包括ケア「見える化」システムの『将来推計』機能

要支援・要介護認定率を、全国及び長野県平均と比較すると、本市はそれらより低い認定率となっています。

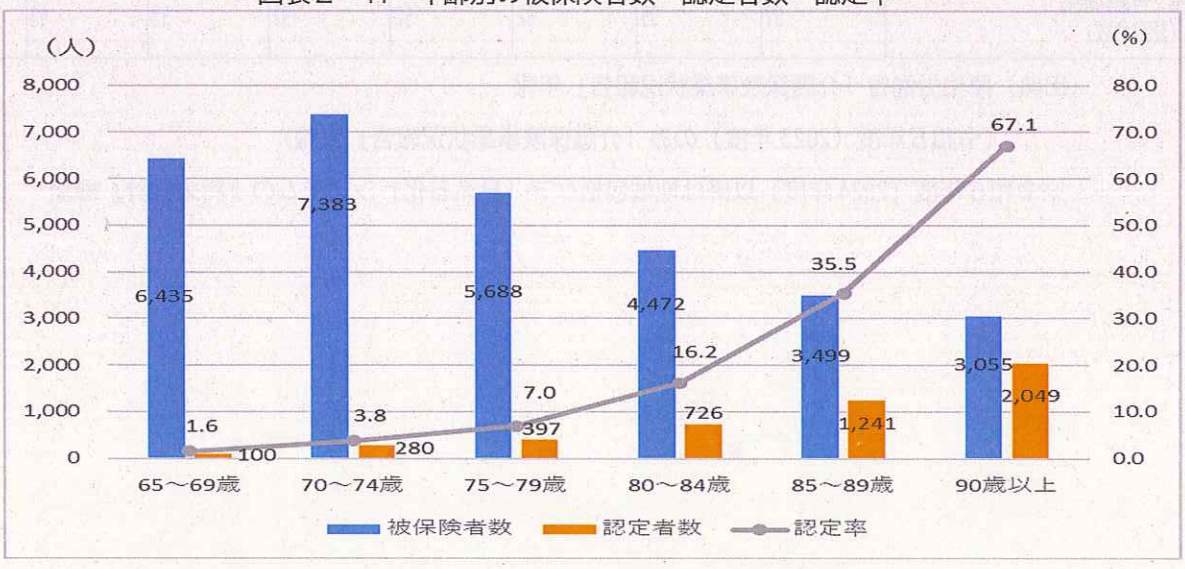
図表２―10　要支援・要介護認定率の推移（県・全国との比較）



（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報
（令和５年度（2023 年度）のみ「介護保険事業状況報告」月報）

令和５年（2023 年）４月１日時点の年齢別の被保険者数・認定者数・認定率は、下記のとおりとなっています。85 歳を超えると認定率が上昇します。

図表２－11　年齢別の被保険者数・認定者数・認定率



（出典）被保険者数は佐久市「住民基本台帳」、認定者数は高齢者福祉課

第３節　日常生活圏域

１　日常生活圏域の考え方

日常生活圏域は、高齢者が要支援状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活できるよう、面積や人口だけでなく、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。

２　日常生活圏域の設定

市内を、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圏域に設定しています。

図表２－12　日常生活圏域図



3　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、要介護度別認定者数、事業所・施設の数は、次のとおりとなっています。

図表２－13　各日常生活圏域の人口・高齢化率

令和５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	19,137	4,580	23.9%
岩村田・東地域	猿久保・岩村田・東	20,016	5,303	26.5%
中込地域	中込・平賀・内山	15,130	4,806	31.8%
野沢地域	大沢・野沢・桜井・岸野・前山	17,134	5,563	32.5%
臼田地域	臼田	12,743	4,808	37.7%
浅科・望月地域	浅科・望月	13,789	5,472	39.7%
合　計		97,949	30,532	31.2%

（出典）佐久市「住民基本台帳」

図表２－14　各日常生活圏域の要介護度別認定者数

令和５年４月１日現在（人）

日常生活圏域	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	30	25	27	52	65	42	241
要支援２	102	99	124	130	69	120	644
要介護１	155	155	161	184	159	168	982
要介護２	118	145	150	171	165	155	904
要介護３	88	117	76	110	121	107	619
要介護４	108	146	107	134	130	164	789
要介護５	59	81	81	103	92	114	530
合　計	660	768	726	884	801	870	4,709

図表２－15　各日常生活圏域の事業所・施設の数

令和５年１０月１日現在（事業所数）

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	訪問系事業所	10	13	7	9	13	9	61
	通所系事業所	9	5	5	4	5	6	34
	短期入所事業所	4	3	3	1	2	4	17
	特定施設入居者生活介護	2 (60)	0 (0)	0 (0)	1 (60)	0 (0)	0 (0)	3 (120)
	居宅介護支援事業所	4	5	4	3	4	5	25
	小　　計	29	26	19	18	24	24	140
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	1	4	2	2	6	16
	認知症対応型共同生活介護 （認知症高齢者グループホーム）	※　1 (9)	2 (24)	1 (18)	1 (18)	1 (18)	1 (18)	7 (105)
	小規模多機能型居宅介護	1	1	1	1	1	1	6
	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 (29)	0	0	0	0	0	1 (29)
	小　　計	5	5	6	4	6	9	35
介護保険施設	介護老人福祉施設	0 (0)	2 (180)	1 (110)	1 (100)	2 (150)	2 (104)	8 (644)
	介護老人保健施設	3 (169)	0 (0)	2 (111)	0 (0)	1 (99)	0 (0)	6 (379)
	介護医療院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小　　計	3 (169)	2 (180)	3 (221)	1 (100)	3 (249)	2 (104)	14 (1,023)
合　　計		37 (267)	33 (204)	28 (239)	23 (178)	33 (267)	35 (122)	189 (1,277)

・訪問系　：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション　　※令和6年4月にGH開所予定
・通所系　：通所介護、通所リハビリテーション
・短期入所：短期入所生活介護、短期入所療養介護
・（　）内は定員数

令和５年１０月１日現在（事業所数）

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Ａ	4	0	2	5	3	3	17
	通所型サービスＡ	3	1	1	2	3	4	14
	通所型サービスＣ	1	1	1	0	0	1	4
	計	8	2	4	7	6	8	35

※事業内容については、P48～49 参照。

第４節　高齢者等実態調査結果について

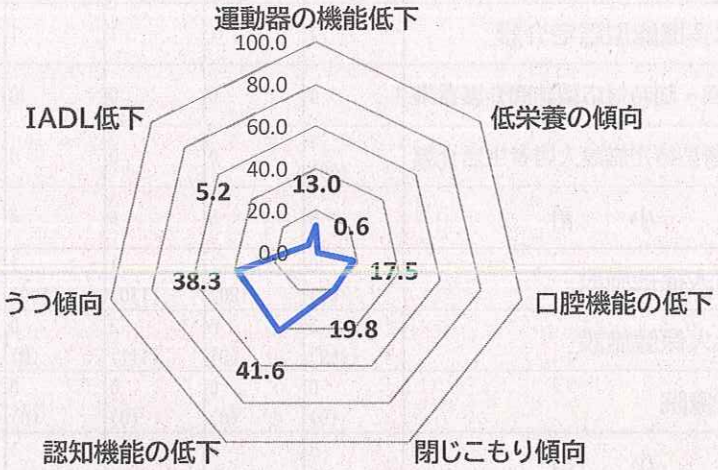
１　元気高齢者等実態調査結果

本調査は、令和４年（2022 年）12 月に本市にお住まいの 65 歳以上の方（要介護認定者を除く）から、無作為に選んだ 400 人の方を対象に、現在の心身の状況や日常生活の状況、介護予防に対する意識などについて調査しました。

（１）要介護等のリスクについて

元気高齢者の要介護リスクの該当割合をみると、「認知機能の低下」（41.6%）、「うつ傾向」（38.3%）、「閉じこもり傾向」（19.8%）、が上位３位を占め、「口腔機能の低下」（17.5%）「運動器の機能低下」（13.0%）、「IADL※低下」（5.2%）、「低栄養の傾向」（0.6%）の順になっています。

図表２－16　　要介護リスクの割合

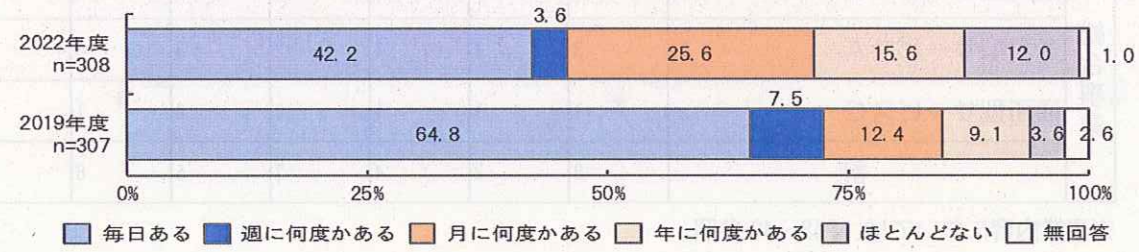


（２）どなたかと食事をともにする機会

○どなたかと食事をともにする機会は、「毎日ある」が42.2%となっています。

○前回調査と比較すると、「毎日ある」は22.6ポイントと大幅に減少し、「月に何度かある」「年に何度かある」「ほとんどない」は増加しています。

図表２－17　どなたかと食事をともにする機会の有無

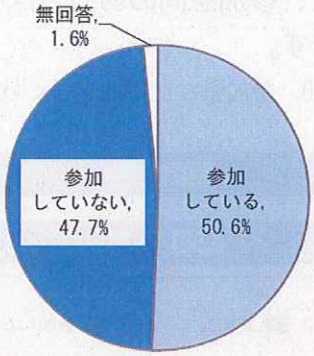


（３）地域活動への参加について

ア　地域活動等への参加状況

○地域活動等への参加状況については、50.6%の方が参加しています。

図表２－18　地域活動等への参加状況

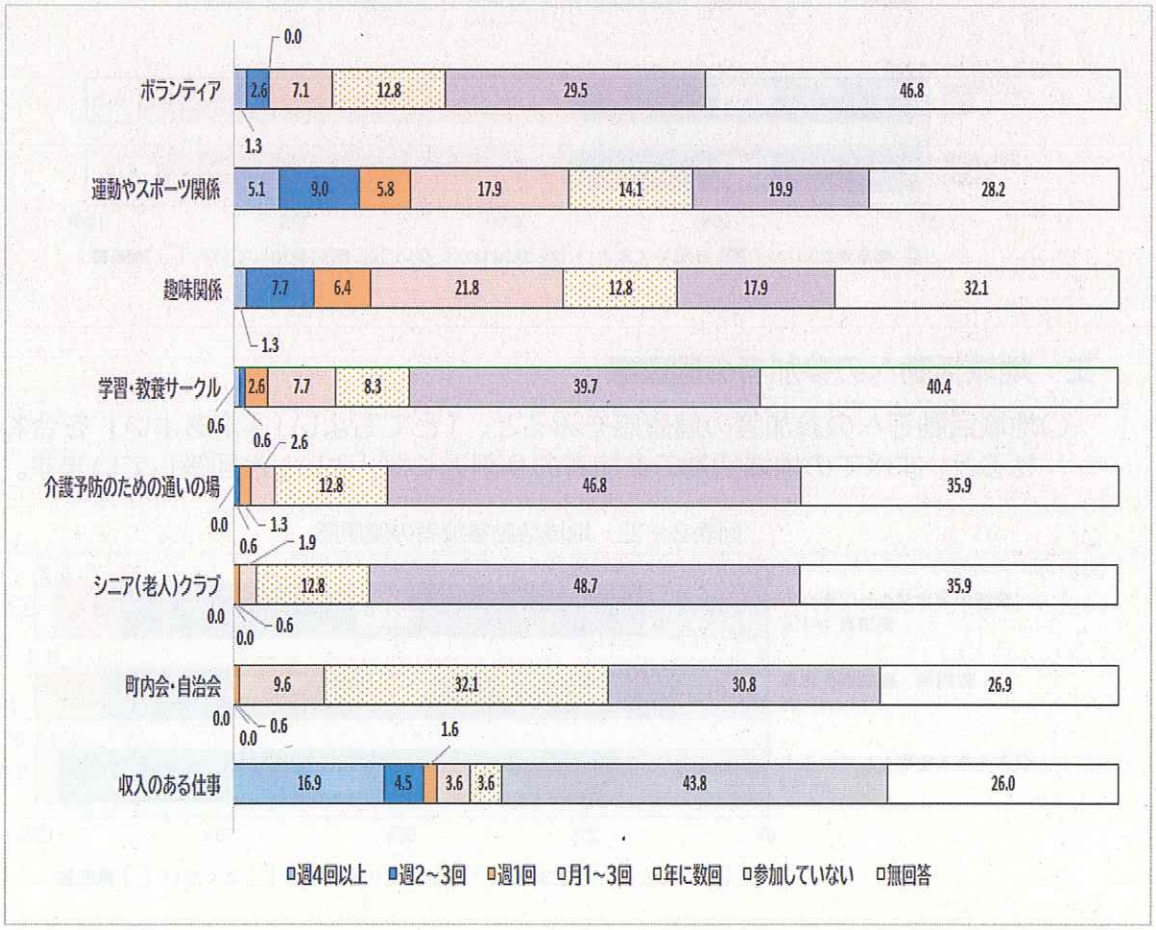


2022年度　n=308

イ　主な地域活動への参加状況

○主な地域活動等への参加状況は、「週４回以上」「週２～３回」、「週１回」「月1～3回」を合わせると、「運動やスポーツ関係」（37.8%）、「趣味関係」（37.2%）、「収入のある仕事」（26.6%）が上位を占めています。

図表２－19　地域活動等への参加頻度

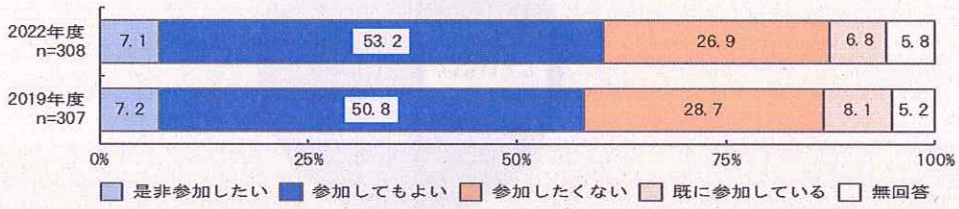


ウ　地域づくり活動への参加について

○参加者として地域づくり活動等への参加意向は、「是非参加したい」（7.1%）、参加してもよい」（53.2%）、「既に参加している」（6.8%）を合わせた67.1%、一方、「参加したくない」は26.9%となっています。

○前回調査と比較すると、参加意向のある方は1.0ポイント増加し、「参加したくない」は1.8ポイント減少しています。

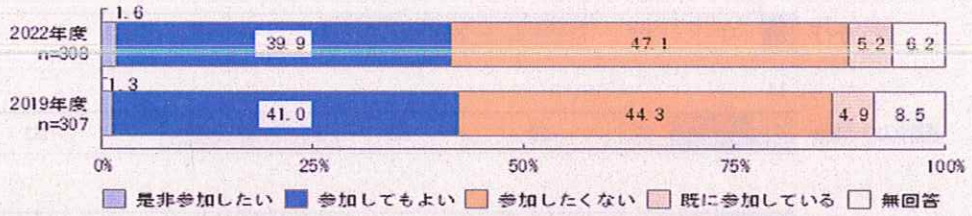
図表２－20　参加者として地域づくり活動に参加する意向



○企画・運営側として地域づくり活動等への参加意向は、「是非参加したい」（1.6%）、「参加してもよい」（39.9%）、「既に参加している」（5.2%）を合わせた46.7%、一方、「参加したくない」は47.1%となっています。

○前回調査と比較すると、参加意向のある方は0.5ポイント減少し、「参加したくない」は2.8ポイント増加しています。

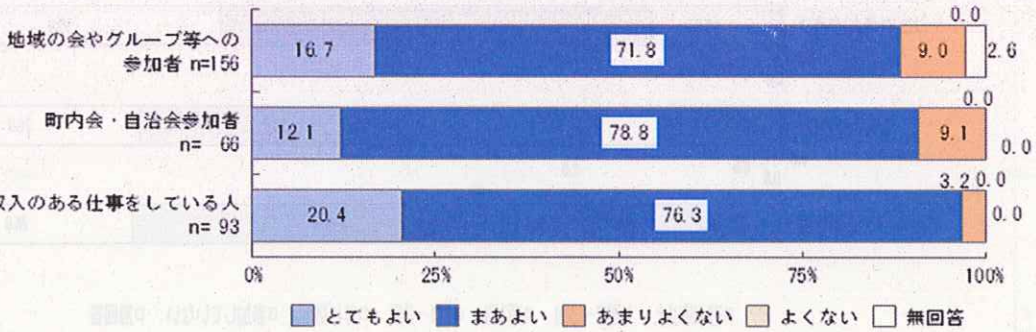
図表２－21　企画・運営側として地域づくり活動に参加する意向



エ　地域活動への参加者の健康感

○地域活動等への参加者の健康感をみると、「とてもよい」「まあよい」を合わせると、すべての地域活動の参加者の９割近くが「よい」と回答しています。

図表２－22　地域活動参加者の健康感

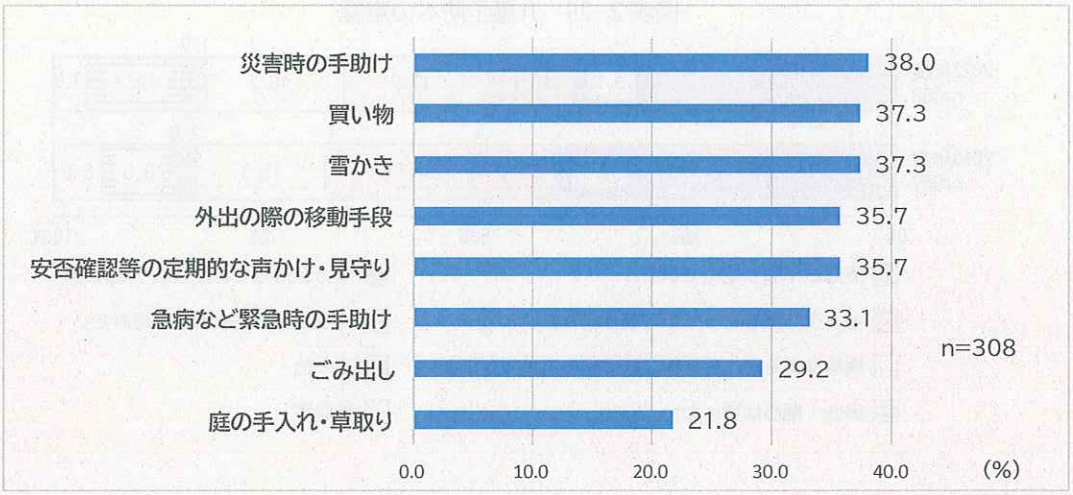


（4）困った時の手助けについて

ア　近所に手助けが必要な家庭があった時にできる支援内容

○近所に手助けが必要な家庭があった時に支援できると思う内容をみると、「災害時の手助け」（38.0%）が最も高く、次いで「買い物」、「雪かき」（各37.3%）、「外出の際の移動手段」「安否確認等の定期的な声かけ・見守り」（各35.7%）となっています。

図表２―23　近所に手助けが必要な家庭があった時にできる支援内容（上位項目）

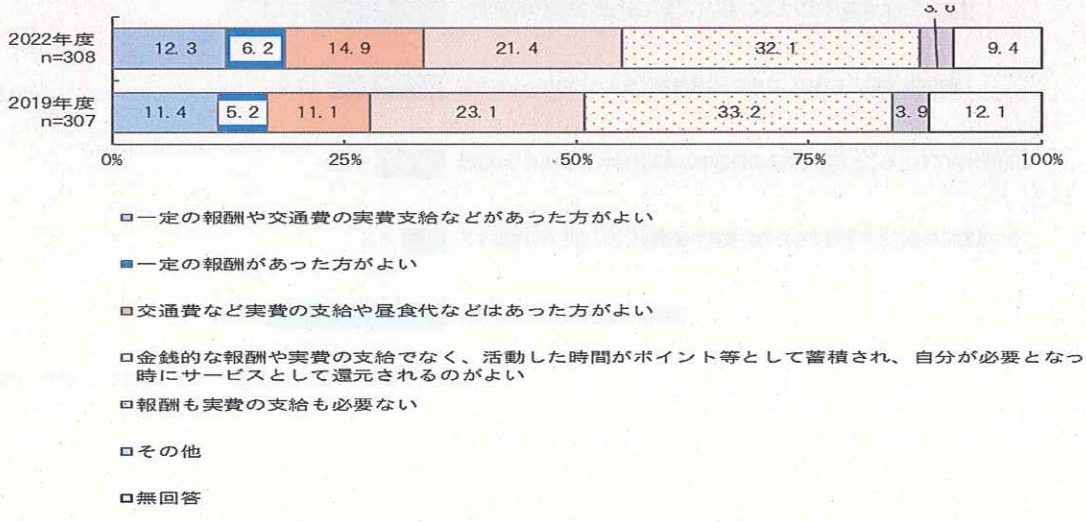


イ　自身が行う支援に対する報酬等について

○自身が支援を行う場合の報酬や費用について、「報酬も実費の支給も必要ない」（32.1%）が最も高く、次いで「金銭的な報酬や実費の支給でなく、活動した時間がポイント等として蓄積され、自分が必要となった時にサービスとして還元されるのがよい」（21.4%）となっています。

○前回調査と比較すると、「一定の報酬や交通費の実費支給などがあった方がよい」が0.9ポイント、「一定の報酬があった方がよい」が1.0ポイント、「交通費など実費の支給や昼食代などはあった方がよい」が3.8ポイント増加するなど、実費の支給を求める割合の増加がみられます。

図表２－24　自身が行う支援に対する報酬等への考え



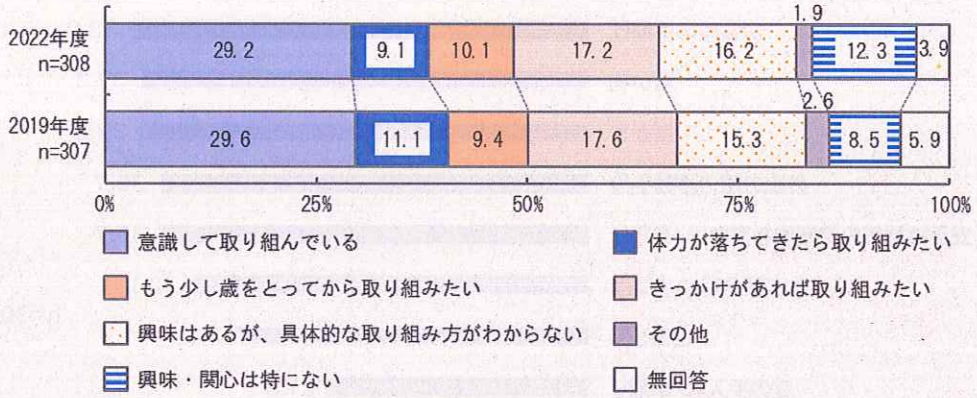
（5）介護予防について

ア　介護予防への意識

○介護予防への意識をみると、「意識して取り組んでいる」（29.2%）が最も高く、次いで「きっかけがあれば取り組みたい」（17.2%）、「興味はあるが、具体的な取り組み方がわからない」（16.2%）となっています。

○前回調査と比較すると、「興味・関心は特にない」が3.8ポイント増加しています。

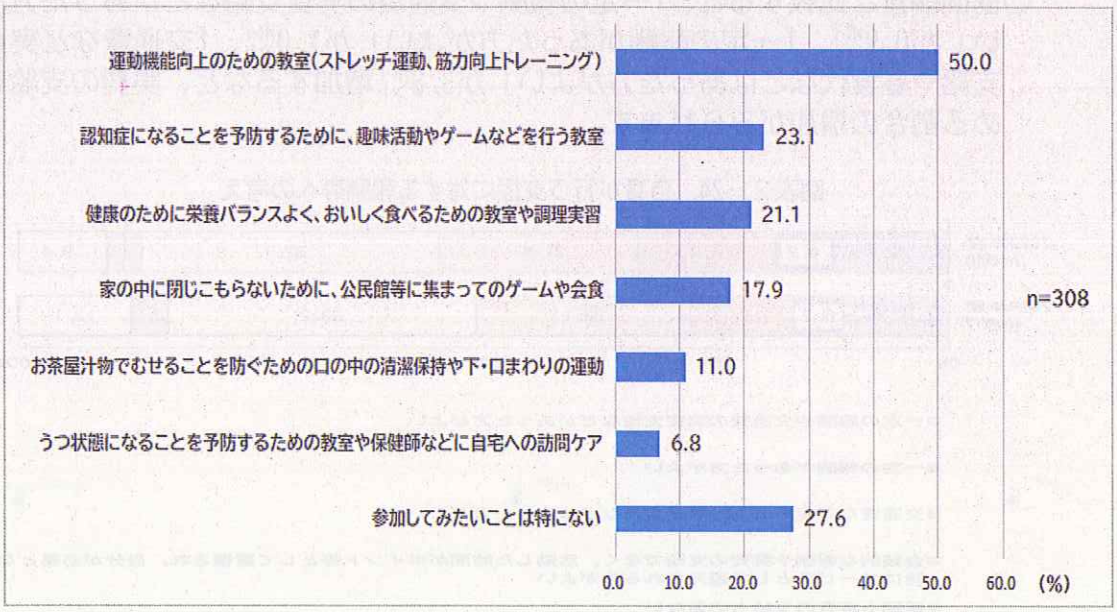
図表2-25　介護予防への意識



イ　参加してみたい介護予防事業

○参加してみたい介護予防事業については、「運動機能向上のための教室（ストレッチ運動、筋力向上トレーニングなど）」（50.0%）が最も高い状況です。

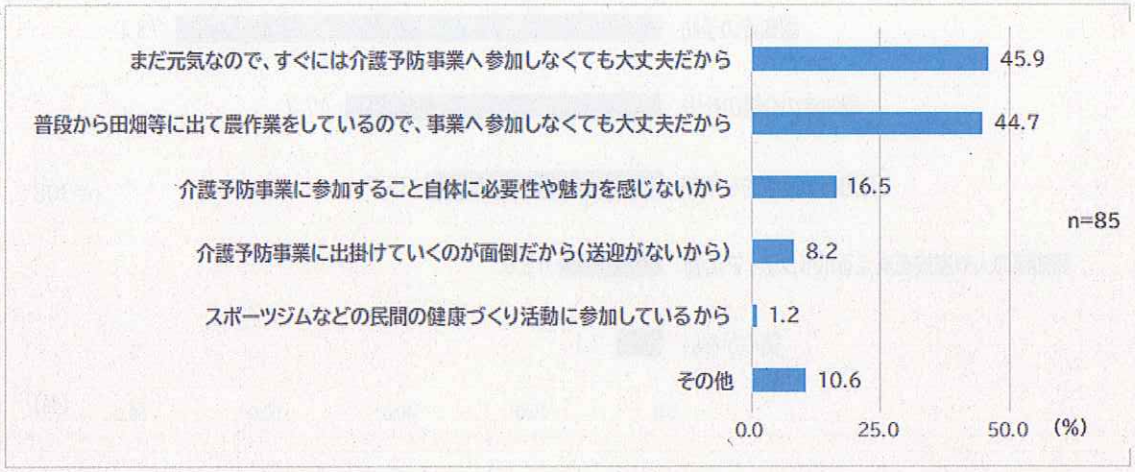
図表2-26　参加してみたい介護予防事業（上位項目）



ウ　介護予防事業に参加しない理由

○「参加してみたいことは特にない」と回答した方の理由をみると、「まだ元気なので、すぐには介護予防事業へ参加しなくても大丈夫だから」（45.9%）が最も高く、次いで「普段から田畑等に出て農作業をしているので、改めて介護予防事業に参加しなくてもよいから」（44.7%）となっています。

図表２－27　参加してみたいことは特にない理由（上位項目）

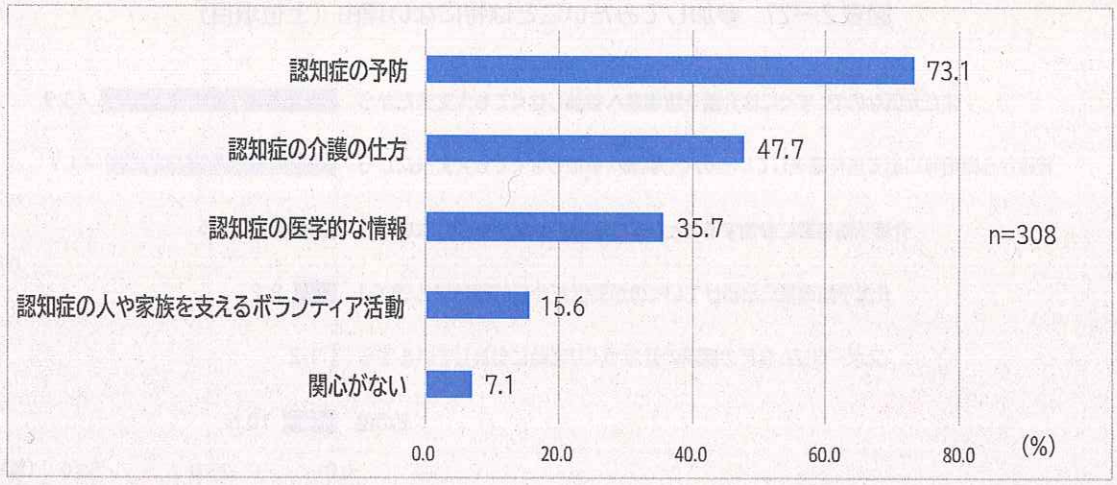


（6）認知症について

ア　認知症について関心のあること

○認知症について関心のあることは、「認知症の予防」（73.1%）、「認知症の介護の仕方」（47.7%）、「認知症の医学的な情報」（35.7%）となっています。

図表２-28　認知症について関心のあること（上位項目）

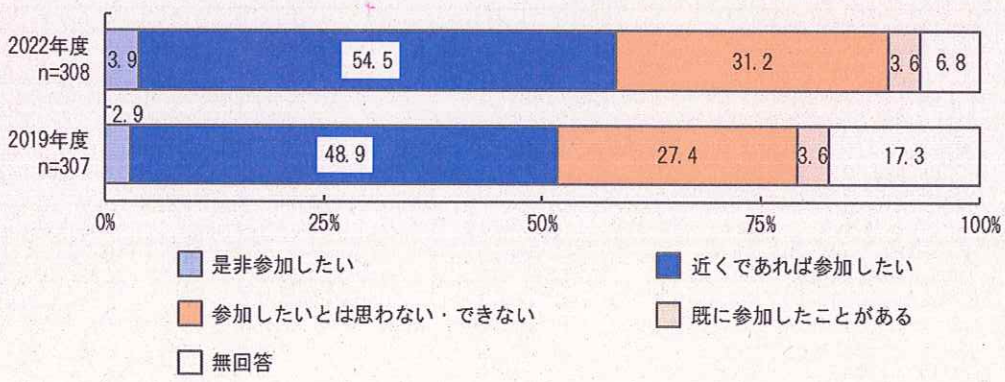


イ　認知症サポーター養成講座への参加について

○認知症サポーター養成講座への参加意向についてみると、「近くであれば参加したい」が 54.5%となっています。

○前回調査と比較すると、「近くであれば参加したい」は 5.6ポイント増加しています。

図表２-29　認知症サポーター養成講座への参加意向



2　居宅要介護・要支援認定者等実態調査結果

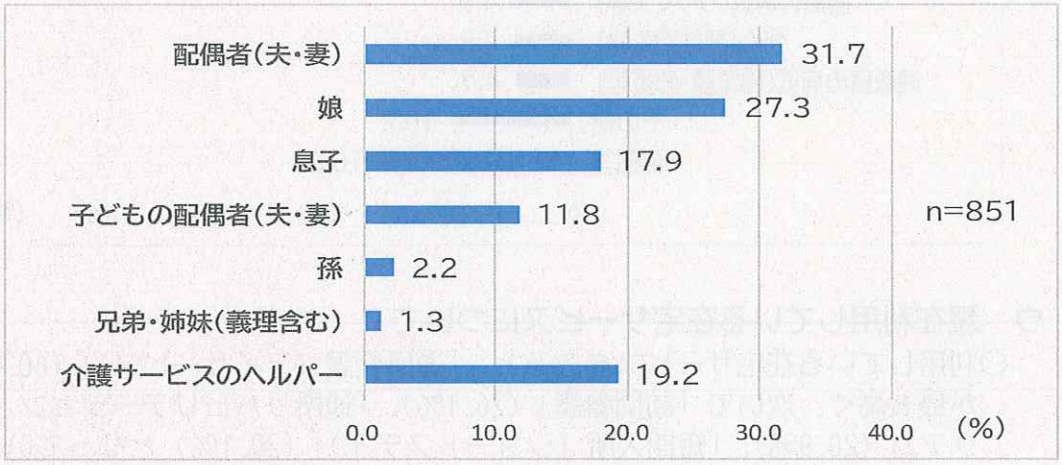
本調査は、令和４年（2022 年）12 月に本市にお住まいで、在宅で生活をしている 65 歳以上の要支援・要介護認定を受けている被保険者及びその介護者から、無作為に選んだ 1,900 人の方を対象に、現在の心身の状況や、介護保険サービスに対する考えなどについて調査しました。

（１）介護の状況について

ア　主な介護者の状況

○介護、介助をしてくれる人は、「配偶者（夫・妻）」（31.7%）が最も高く、次いで「娘」（27.3%）、「介護サービスのヘルパー」（19.2%）、「息子」（17.9%）となっています。

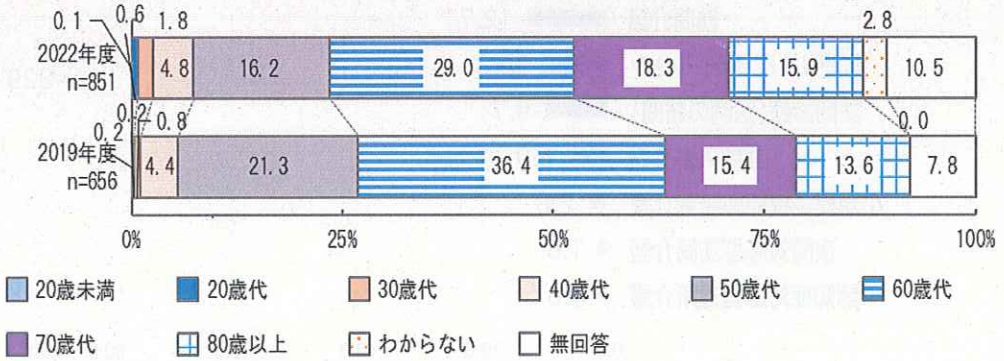
図表２－30　主に介護・介助をしてくれる人（上位項目）



○主な介護者の年齢は、「60 歳代」（29.0%）が最も高く、次いで「70 歳代」（18.3%）、「50 歳代」（16.2%）、「80 歳以上」（15.9%）となっています。

○前回調査と比較して、「50 歳代」「60 歳代」が減少し、「70 歳代」「80 歳以上」は増加しています。

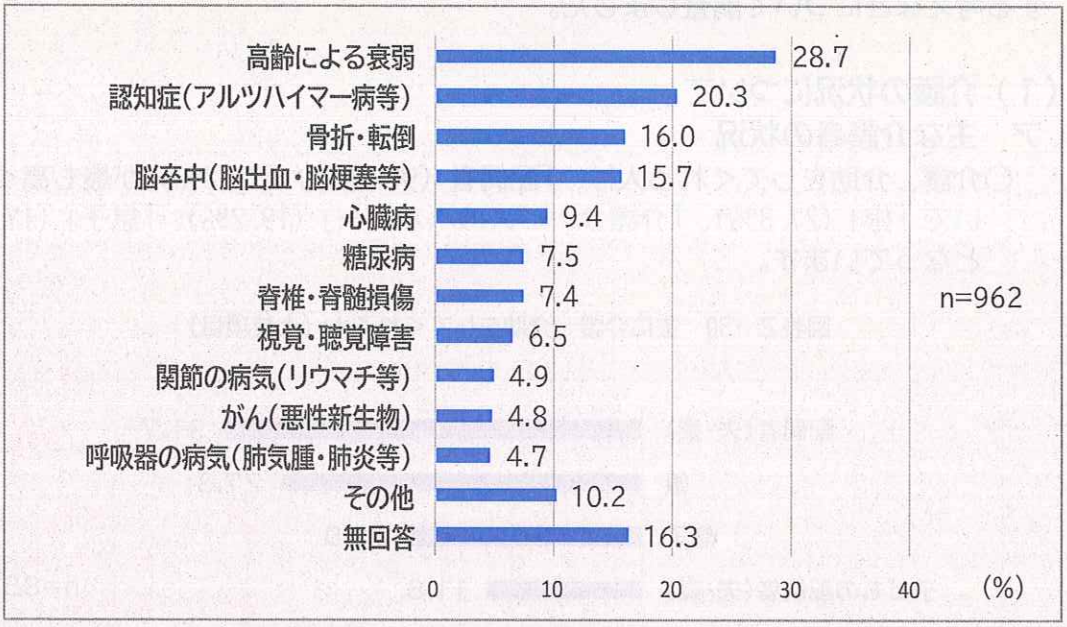
図表２-31　主な介護者の年齢



イ　介護・介助が必要になった要因

○介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」（28.7%）が最も高く、次いで「認知症（アルツハイマー病等）」（20.3%）、「骨折・転倒」（16.0%）、「脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」（15.7%）となっています。

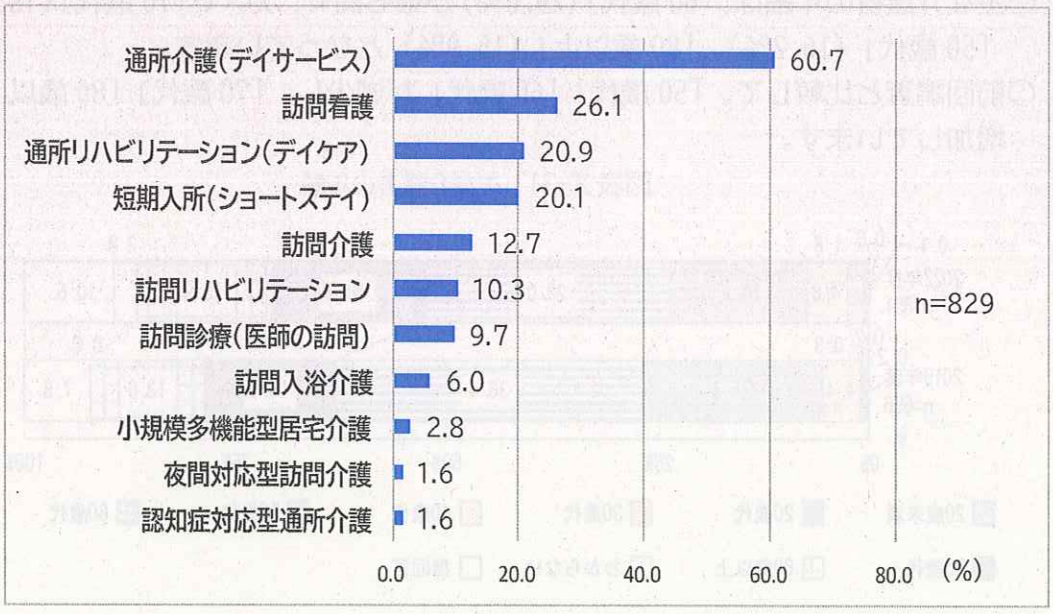
図表２-32　介護・介助が必要になった主な原因（上位項目）



ウ　現在利用している在宅サービスについて

○利用している在宅サービスをみると、「通所介護（デイサービス）」（60.7%）が最も高く、次いで「訪問看護」（26.1%）、「通所リハビリテーション（デイケア）」（20.9%）、「短期入所（ショートステイ）」（20.1%）となっています。

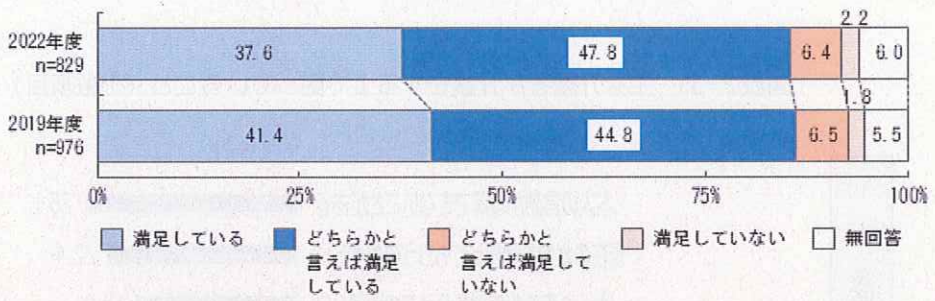
図表２-33　利用している在宅サービス（上位項目）



エ　利用中の介護保険サービスへの満足度

○利用中の介護保険サービスへの満足度をみると、「満足している」（37.6%）と「どちらかと言えば満足している」（47.8%）を合わせた85.4%が満足していると回答しており、「どちらかと言えば満足していない」（6.4%）と「満足していない」（2.2%）を合わせた8.6%が満足していないと回答しています。

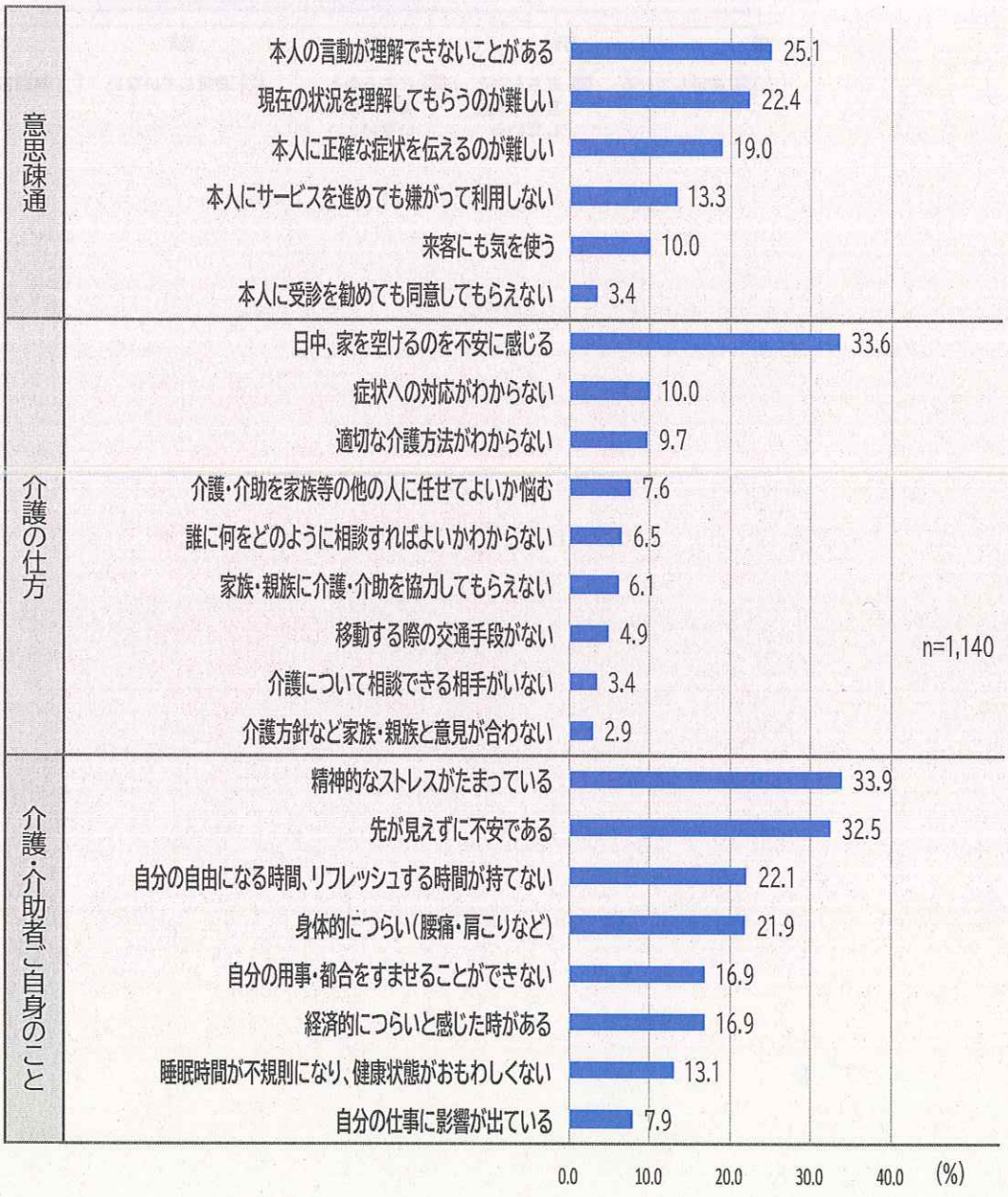
図表２-34　利用中の介護保険サービスに満足しているか



オ　介護者が困っていること

○主な介護者が介護をする上で困っていることをみると、意思疎通の場面では「本人の言動が理解できないことがある」（25.1%）、「現在の状況を理解してもらうのが難しい」（22.4%）、介護の仕方の場面では、「日中、家を空けるのを不安に感じる」（33.6%）、介護・介助者ご自身のことでは「精神的なストレスがたまっている」（33.9%）、「先が見えずに不安である」（32.5%）、「自分の自由になる時間、リフレッシュする時間が持てない」（22.1%）、「身体的につらい（腰痛・肩こりなど）」（21.9%）で、２割を超えて高くなっています。

図表２-35　主な介護者が介護をする上で困っていること（上位項目）



カ　介護者が不安に思っていること

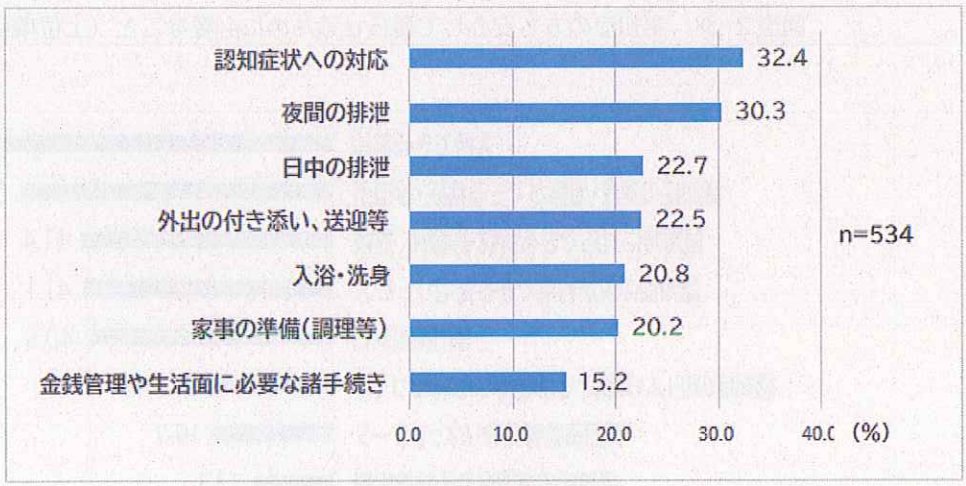
○主な介護者が不安を感じる介護は、要支援１・２では「外出の付き添い、送迎等」(23.7%)、「入浴・洗身」「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」(各18.9%)、「食事の準備（調理等)」(18.4%）を上位にあげています。また、要介護１・２では「認知症状への対応」(32.4%)、「夜間の排泄」(30.3%)、「日中の排泄」(22.7%)、「外出の付き添い、送迎等」(22.5%)、要介護３以上では、「夜間の排泄」(36.9%)、「日中の排泄」(28.6%)、「認知症状への対応」(28.2%）の不安が大きくなっています。

図表２-36　主な介護者が不安に感じる介護等（上位項目）

要支援１・２



要介護１・２



要介護３～５

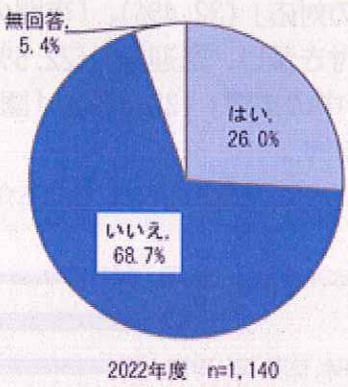


（2）認知症について

ア　認知症に関する相談窓口

○認知症に関する相談窓口を知っている方は26.0%となっています。

図表２－37　認知症に関する相談窓口を知っているか

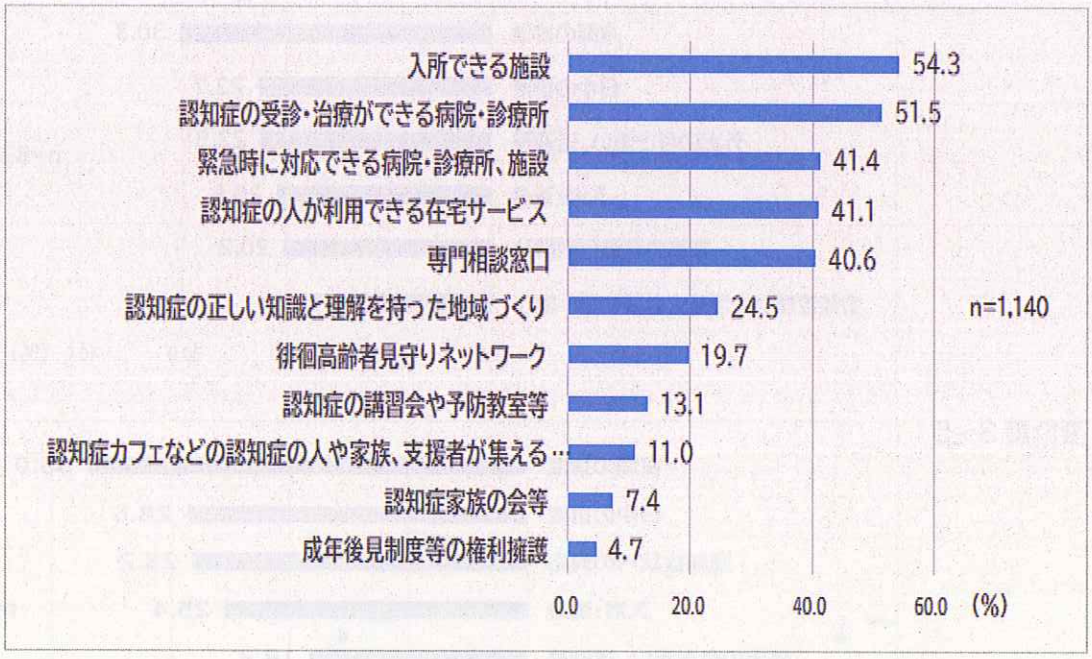


2022年度　n=1,140

イ　認知症の方も安心して暮らせるために必要なこと

○認知症の方も安心して暮らせるために必要なことは、「入所できる施設」（54.3%）が最も高く、「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」（51.5%）、「緊急時に対応できる病院・診療所、施設」（41.4%）、「認知症の人が利用できる在宅サービス」（41.1%）、「専門相談窓口」（40.6%）となっています。

図表２-38　認知症の方も安心して暮らせるために必要なこと（上位項目）



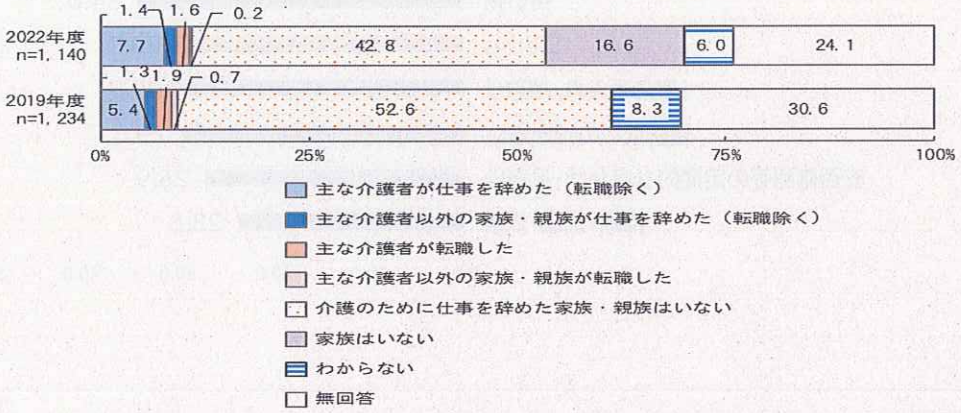
（3）主な介護者の就労状況等について

ア　介護者が介護のために離職・転職した状況について

○家族・親族が介護を理由に退職・転職した状況をみると、「介護・介助のために仕事を辞めた家族・親族はいない」（42.8%）が最も高くなっています。一方で、「主な介護・介助者が仕事を辞めた（転職除く）」（7.7%）と「主な介護・介助者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）」（1.4%）を合わせた9.1%の方が離職しており、「主な介護・介助者が転職した」（1.6%）と「主な介護・介助者以外の家族・親族が転職した」（0.2%）を合わせた1.8%の方が転職しています。

○前回調査と比較すると、離職した方が2.4ポイント増加し、転職した方が0.8ポイント減少しています。

図表２－39　家族・親族の介護による退職・転職状況

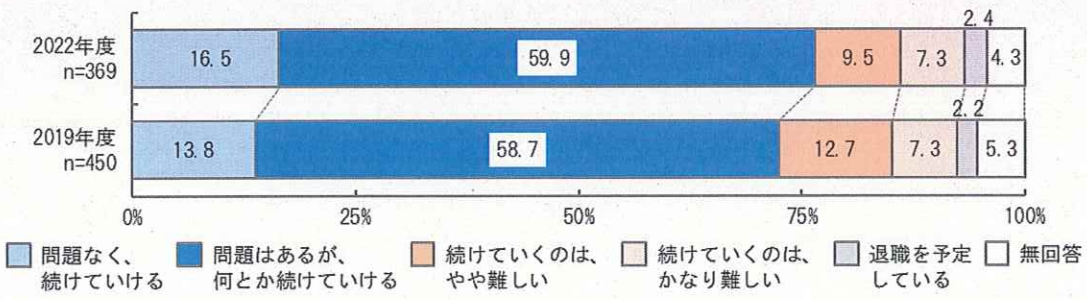


※「家族はいない」は2022年に設置した項目です。

イ　今後の介護と仕事の両立について

○今後の介護と仕事の両立について、「問題なく、続けていける」（16.5%）と「問題はあるが、何とか続けていける」（59.9%）を合わせた76.4%が今後も継続できると回答しています。一方で、「続けていくのは、やや難しい」（9.5%）と「続けていくのは、かなり難しい」（7.3%）を合わせた継続が困難な方は16.8%となっています。

図表２－40　今後も働きながら介護を続けられるか



（４）地域における相互支援について

ア　支援が必要になった時に希望する支援内容

○支援が必要になった時に希望する支援内容をみると、「雪かき」（42.7%）が最も高く、次いで「災害時の手助け」（41.4%）、「急病など緊急時の手助け」（38.9%）、「外出の際の移動手段」（35.3%）、「買い物」（34.0%）となっています。

図表２－41　支援が必要になった時に希望する支援内容（上位項目）



第３章　第８期計画の課題の整理

高齢者を取り巻く現状と高齢者実態調査の結果を踏まえ、本市における第８期計画の課題を次のとおり整理します。

１　高齢者を支える担い手の減少と支え合いの充実

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・親族・地域の支え合い）、共助（医療保険や介護保険の利用）、公助（生活困窮者に対する行政サービス等）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、地域の支え合い「互助」が地域の高齢者の暮らしを支える一手になります。

元気高齢者等実態調査では、地域づくり活動等への参加について67.1%の方が意向を示しています。また、46.7%の方は企画・運営側として地域づくり活動等への参加意向を示しています。近所に手助けが必要な家庭があった時に支援できることとして「災害時の手助け」「買い物」「雪かき」「安否確認等の定期的な声かけ・見守り」「外出時の移動手段」「急病などの緊急時の手助け」などをあげており、居宅要介護・要支援者の手助けしてほしい上位項目とも合致しています。

支え手が少なくなる中、高齢者同士の互助を更に推進すべく、地域活動に参加しやすいきっかけづくりや担い手の育成、支援のニーズをマッチングする仕組みづくりなどの取組を推進していく必要があります。

２　健康づくりや介護予防・フレイル予防に主体的に取り組む意識の醸成

居宅要介護・要支援認定者等実態調査において、介護・介助が必要になった原因は「高齢による衰弱」（28.7%）が最も高く、次いで「認知症（アルツハイマー病等）」（20.3%）、「骨折・転倒」（16.0%）、「脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」（15.7%）となっています。

高齢者の健康状態や生活機能などは、高齢になるほど個人差が拡大するため、心身の機能低下を基盤としたフレイル※やサルコペニア※など、高齢者の特性を踏まえた健康づくりと介護予防・フレイル予防が一体的に実施される体制を継続するとともに、若年期からの生活習慣の改善や「自分の健康は自分で守る」という意識の醸成を図り、疾病の予防や重症化予防、介護予防に取り組むことが引き続き重要です。

さらに、事業対象者・要支援認定者になっても、自分の目標達成（ありたい姿・望む暮らし）に向け、心身の健康を維持しながら、介護予防や重度化防止に取り組み、その人に合った自立した生活が送れるよう、適正な介護予防ケアマネジメント※を強化し自立支援・重度化防止に取り組んでいく必要があります。

3　認知症高齢者の増加に伴う地域における支援体制の充実

高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者が増加する中、認知症施策は、個人の尊厳や権利を守り、また、家族等の負担軽減を図るためにも重要な施策となっています。

元気高齢者等実態調査において、認知症の症状について約8割が「知っている」と回答しています。ただ、認知症に関する相談窓口については、元気高齢者で13.6%、要介護・要支援高齢者で26.0%と周知が低い状況となっており、周知を強化していく必要があります。

認知症の方も安心して暮らせるために必要なこととして、居宅要介護・要支援認定者等実態調査では、「入所できる施設」（54.3%）が最も高く、「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」(51.5%)、「緊急時に対応できる病院・診療所・施設」(41.4%)、「認知症の人が利用できる在宅サービス」（41.1%）となっており、専門的な医療・ケア・介護サービスの充実が求められています。

さらに、認知症の方が地域で安心して暮らしていくためには、身近な人や地域の理解・協力が不可欠です。元気高齢者等実態調査では、認知症サポーター養成講座について、58.4%が参加の意向を示しており、そのうち「近くであれば参加したい」とした方は前回より5.6%増加しています。より身近な場で開催することで認知症に対する理解を促し、地域での見守り体制を強化していくとともに、本人発信支援を踏まえ、本人の意思を尊重したチームオレンジ※の立ち上げ支援など、認知症サポーターの活躍の場の確保や実践につなげる取組を推進していく必要があります。

4　介護ニーズに対応した基盤整備と介護人材の対策

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。要介護状態となっても自立支援及び重度化防止に引き続き取り組むとともに、適正な介護給付に努め、健全で持続可能な介護保険制度の運営を図っていく必要があります。

本市においては、ここ数年、要支援・要介護認定者数や認定率はおおむね横ばいで推移しています。今後は、85歳以上の高齢者の増加に伴い、要支援・要介護認定者数も増加していくものと推計されています。本人の意向や家族等の状況を踏まえ、適正なアセスメント※をしながら、介護ニーズに応じた基盤を強化していくことが重要です。

また、介護分野における人材不足の対策は喫緊の課題であり、介護保険事業所と連携しながら、地域の高齢者介護を支える多様な介護人材の確保や、介護ロボット※やICTを活用した働きやすい職場環境の整備を進めていく必要があります。

第４章　基本理念と第９期計画の取組の方向性

第１節　計画の基本理念

第二次佐久市総合計画では、将来都市像として「快適健康都市　佐久」を掲げ、保健・福祉分野では、「豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり」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、第二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「豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり」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

豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり

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・フレイル予防と自立支援・重度化防止を進めるとともに、社会参加と生きがいづくりへの支援を進め、だれもが心身ともに健康で、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

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

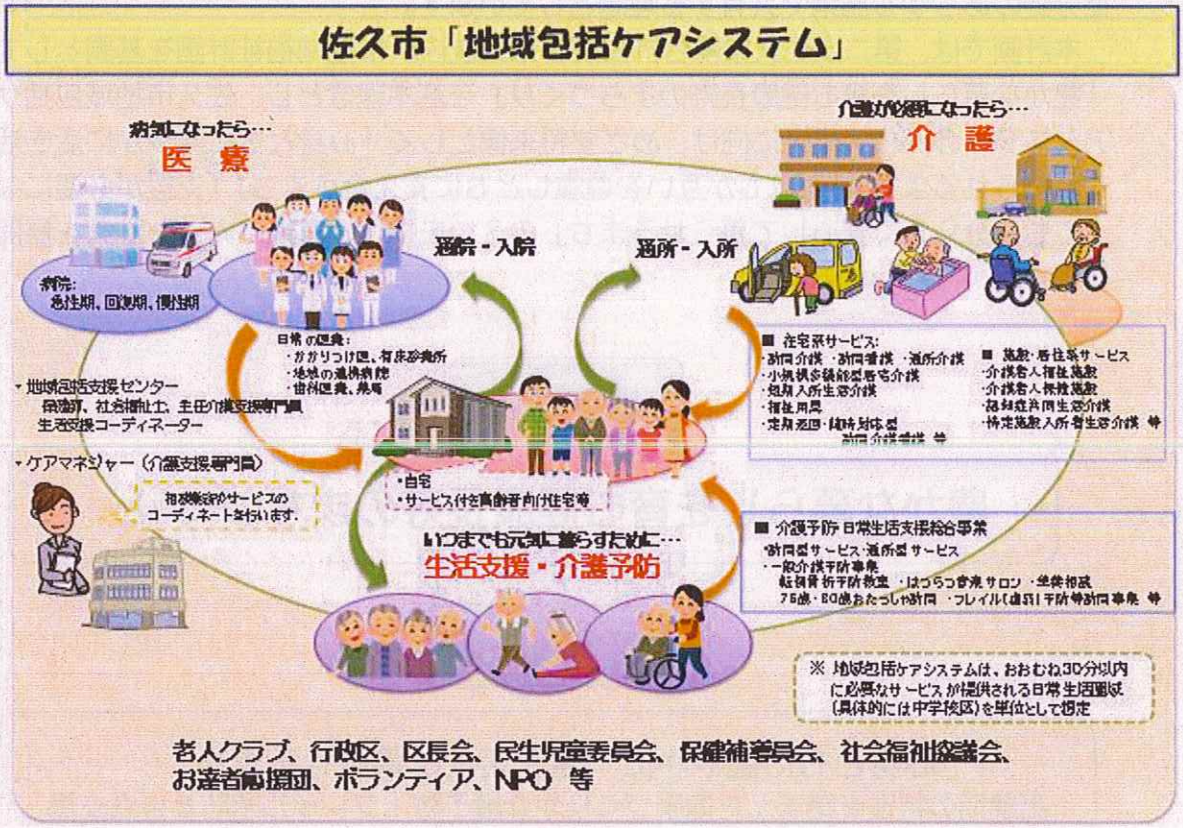
年を重ね、介護が必要になっても、だれもが住み慣れた地域で暮らし続けたいという希望をかなえられるまちを目指します。

○地域包括ケアシステムの深化・推進

重度な要介護状態になっても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、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」の構築をさらに推進していきます。

また、今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えていくためにも、「地域包括ケアシステム」の推進がますます重要となっています。

図表４－１　地域包括ケアシステム



第２節　計画の基本目標

本計画の基本理念の実現を目指し、次の４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

高齢社会を迎える中、担い手不足が懸念されています。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

地域共生社会実現の観点を踏まえ、地域包括ケアシステム構築を軸とした、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　安心して介護サービスが受けられる環境づくり

介護人材の不足や災害・感染症といった不測の事態に備える取組などを行うことで、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Ⅳ　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るため、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。

第３節　計画の最終成果指標

長野県の第９期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　85.3 歳	R3 (2021)	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	13.9%	R4 (2022)	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）	32.1%	R3 (2021)	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 7.08 点 居宅要介護（要支援）者　6.08 点	R4 (2022)	上昇	長野県「高齢者実態調査」

※「1・4」については、令和４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」には自宅の他、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。

第４節　第９期計画の重点取組

重点項目１　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

健康寿命の延伸に向け、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、高齢期の特性を踏まえた健康づくりと介護予防・フレイル予防が必要です。そのためには、正しい知識の普及啓発や実践に向けた支援を行うととも

に、住民主体の予防活動の活性化を推進していきます。また、健康な高齢期を迎えることができるよう、働き盛り世代からの健康づくりを推進していきます。

さらに、要支援・要介護状態となっても自立した日常生活を営み、自己実現ができるよう、その方の有する能力の維持向上及び重度化防止を支援する取組を推進します。

重点項目２　認知症施策の推進

認知症高齢者が、できる限り住み慣れた地域で尊厳と希望をもって暮らし続けられるよう、認知症高齢者やその家族などへの相談・支援体制の充実、認知症に係る医療・ケア・介護サービスの支援の充実を図ります。また、地域において認知症（若年性認知症※含む）についての理解をさらに広め、「本人の視点」を重視した認知症の人を支える地域づくりを進めます。

また、令和５年（2023 年）６月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づいて国が策定する「認知症施策推進基本計画」等で示される市の役割等を踏まえ、地域の実情に応じた取組を進めていきます。

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。

重点項目３　2040 年を見据えた持続可能な基盤整備と支え合いの地域づくり

85 歳以上高齢者の増加に伴い、介護が必要な人が増えることが見込まれるため、要介護者の生活を支えるため介護サービスの充実を進めます。併せて、それを担う介護人材の確保と質の向上、更には、生産年齢人口が減少している状況を踏まえ、介護人材が働きやすく、より質の高い介護サービスが提供できる環境づくりを促進します。また、働きながら介護を行う家族介護者を支えるため、介護者の身体的・精神的な負担軽減のための支援の充実を図ります。

また、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、高齢者自身も含めた多様な世代が主体的に地域の担い手となって支え合い、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を進めていく必要があります。本市の多様な社会資源と、地域で活動する多くの人々による「地域活力」を活かし、市と市民、企業などが一体となって、高齢者を地域で見守り、支え合う仕組みづくりを推進していきます。

これらにより、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）を見据えた、高齢者を支える持続可能な基盤づくりを進めます。

第５節　施策の体系

基本理念	基本目標	基本方針		施策の方向
豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり	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
		2	【重点項目】 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
				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	【重点項目】 認知症にやさしい地域づくり	ア 認知症の理解を深めるための普及の推進
				イ 認知症予防の推進
				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
		4	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 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
	Ⅳ 適切な介護サービス等を提供するための基盤整備	1	【重点項目】 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

第５章　施策の展開

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

基本方針１　生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者がいつまでも健康で住み慣れた地域で暮らすためには、高齢者が培ってきた豊かな経験や知識・技能などを地域社会で発揮しながら、生きがいにつながる仕事や役割を持って暮らすことができる環境づくりが大切です。また、人生百年時代と言われるように、生涯現役で社会に貢献できる環境を整えることは、地域の活性化にも寄与します。

高齢者のライフスタイルに合わせた活動の場を提供し、仲間づくりやボランティア活動などを通して、生きがいを持って生活できる地域づくりや、人口減少や少子高齢化の影響で若い世代の支え手不足が懸念される中、高齢者同士がともに支え合える地域づくりを推進します。

ア　生きがいづくりの推進

1　現状と課題

○公民館や図書館、創錬の森市民大学・大学院などにおいて、市民が学び合う場や仲間とつながり合う場があります。

○シニアクラブについて、高齢者の就業のあり方の変化などにより、クラブ数及び会員数は減少傾向にあり、会員の確保が課題です。

○生きがい活動拠点施設について、一部の施設では設備も含めて老朽化が進んでいるため、改修等の対策が必要な状況です。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○高齢者が自分らしく輝くため、生涯にわたり主体的・創造的に学び続けることは、健康長寿を支える重要な取組です。地域の中で気軽に学びに触れ、共に学び合える体制づくりと場づくりに取り組みます。

4　主な取組

項　目	取組の概要
シニアクラブ活動助成事業	単位シニアクラブやシニアクラブ連合会の活動を支援するとともに、市広報紙などを通じてシニアクラブ入会の周知を図ります。

長寿・米寿お祝い事業	長寿・米寿を祝福するため祝品などを贈呈し、敬老の意を表します。
敬老会補助事業	各地区で開催する敬老行事を支援するため、経費の一部を補助します。
生きがい活動拠点運営事業	施設を安全に利用できるよう、適切な維持及び改修を行うとともに、個別施設計画等に沿った施設運営を進めます。
公民館活動事業（生涯学習課）	基幹となる中央公民館のほか、公設の７地区館において、それぞれ多彩な講座を開催するほか、様々な学習グループの生涯学習活動や地域の人とのつながりを支援します。
創錬の森 市民大学・大学院（生涯学習課）	65 歳以上を対象に、教養を深め仲間づくりを図り、人間性豊かな生きがいある生活が送ることができるよう、創錬の森市民大学・大学院を開設し、年間を通じ講義や実技などの各種講座を開催します。
図書館（中央図書館）	文字が見えづらい方も読むことができる大活字本や電子書籍、障害により読書が困難な方が利用できる録音図書（DAISY 図書）・アクセシブルライブラリー（電子書籍）の提供、市内を巡回する移動図書館車による図書館サービスなど、読書活動や調べものの支援を行います。

5 第 8 期実績及び第 9 期目標値

項　目	単位	実　績			目標値
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	（令和８年度）
シニアクラブ会員数	人	3,067	2,901	2,664	2,600

イ　高齢者の社会参加の促進

1 現状と課題

○佐久市市民活動サポートセンターでは多世代が交流できる対話の場を、また、佐久市社会福祉協議会などでは高齢者などの特技や経験を活かした活躍の場が設けられています。
○新型コロナウイルス感染症の影響でふれあいいきいきサロンの開催が減少しましたが、徐々に開催する地区が増えつつあり、地域の通いの場が広がっています。
○独居高齢者の孤食の現状を踏まえ、地区サロンなどに集い共食の機会を増やし、高齢者の閉じこもり予防や社会とのつながる機会を確保していく必要があります。
○シルバー人材センターについて、高齢者の就業のあり方の変化などにより会員数は減少傾向にあり、会員の確保が課題です。
○互助の取組を強化する一つとして、高齢者がボランティア活動等を通じた積極的な社会参加を促進するためのボランティアポイント制度導入について検討する必要があります。

2 目指す姿

○高齢者が培ってきた豊かな経験・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。

3 施策の方向

○高齢者のライフスタイルに合わせた就労・ボランティア・地域活動などの社会参加活動を促進するため、高齢者の活躍の場や就労の場・就労相談の場を確保します。

○地域の中に、趣味などを通じた人との交流の場、ボランティアを通して誰かの役に立てる場など、高齢者が活き活きと自分らしく活躍する場を提供します。

○高齢者が活躍する場の一つとして、ボランティア活動を通じて積極的に社会参加・社会貢献することを奨励・支援するためのボランティアポイント制度の導入について検討します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
【新規】 おでかけ栄養教室	独居高齢者の孤食の現状を踏まえ、食や栄養に関する知識の普及や関心の向上及び共食の機会の増加を図るため、公民館などの身近な場所に栄養士・管理栄養士が出向き、栄養講話や調理実習を行います。
通いの場への講師派遣事業	住民が身近な場所で介護予防について学んだり、交流を図ることができるよう、地域の通いの場へ専門職などの講師の派遣を行います。
佐久シルバー人材センター運営事業	高齢者の生きがい対策や就業機会の確保を図るよう、佐久シルバー人材センターの運営を支援します。
佐久市市民活動サポートセンター運営事業 （広報広聴課）	幅広い年代の方が参加できる機会を提供できるよう、佐久市市民活動サポートセンターを拠点として、協働につながるイベントや交流会を開催します。
佐久市無料職業紹介所 さくさくワーク （商工振興課）	就労を希望する高齢者のために、ハローワークや企業と連携し、相談者の経験・知識・技能を活かした就労先へのマッチングを図ります。
佐久市生涯学習リーダーバンク （生涯学習課）	高齢者の特技や経験を活かし、高齢者の活躍の場の創生、地域との交流を図れるよう、生涯学習リーダーバンクへの登録を促進します。
佐久市ボランティアセンター（佐久市社会福祉協議会）	特技等を活かしたボランティア活動をしたい人と、ボランティアを募集するグループや団体をつなぎ、ボランティア活動を推進します。

ふれあいいきいきサロン事業（佐久市社会福祉協議会）	高齢者が地域の中で孤立したり、閉じこもりに陥ったりしないよう定期的に集まり、交流する場や介護予防、認知症予防等の講話を取り入れ、ふれあいいきいきサロンの開催を促進するため、開催主体に対し助成します。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
シルバー人材センター会員数	人	1,161	1,118	1,100	1,200

ウ　地域づくりの担い手育成の推進

1 現状と課題

○市や各団体で担い手の育成を図っていますが伸び悩みがみられます。地域づくりの必要性を伝え、地域の担い手への理解・協力を図っていく必要があります。

2 目指す姿

○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「支え手」となり、お互いに支え合う地域ができている。

3 施策の方向

○地域に愛着を持ち、地域づくりの担い手として活躍する人材を育成します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
おたっしゃ応援団育成塾（基礎講座・レベルアップ講座）	介護予防活動を実践できる人材を育成し、地域におけるネットワークづくりや自発的な活動が実践されるための基盤づくりを行います。
【再掲】佐久市市民活動サポートセンター運営事業（広報広聴課）	佐久市市民活動サポートセンターを拠点として、市民活動や組織運営の基礎を学ぶ講座等を開催し、まちづくりを担う人材・団体の育成を図ります。
地域福祉講座（佐久市社会福祉協議会）	今まで培ってきた経験や知識を地域の場で活かすことができるよう、ボランティアの人材育成を目的に講座を開催します。

ふれあいいきいきサロン体験会（佐久市社会福祉協議会）	ふれあいいきいきサロン事業を再開するきっかけづくりとして、区長、民生児童委員※、世話人等を対象にした体験会を開催します。
ふれあいいきいきサロン世話人交流会（佐久市社会福祉協議会）	ふれあいいきいきサロン世話人等を対象に、資質向上と世話人同士の情報交換のため、世話人交流会を開催します。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
おたっしゃ応援団育成塾（基礎講座）	人（延）	382	432	350	420
おたっしゃ応援団育成塾（レベルアップ講座）	人（延）	―	68	56	80

基本方針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

高齢期は、加齢に伴う体力・気力の減退といった身体的・心理的要因や、交流機会や交通手段の減少といった社会環境要因などに起因して、健康状態や生活機能などに個人差が大きく現れます。高齢者が要支援・要介護状態になることなく、社会とのつながりを維持しながら、元気で活動的な生活を続けることができるよう健康づくりや介護予防・フレイル予防の取組を推進します。

また、事業対象者・要支援認定者になっても、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るよう支援します。

ア　若年期から継続した健康づくりの推進

1　現状と課題

○健診受診率が低いため、受診率向上に向けた取組を強化していく必要があります。
○要介護の要因となる循環器疾患や筋骨格疾患を持つ高齢者が多いため、若年期からの継続した生活習慣病の発症・重症化予防に向けた取組を支援していく必要があります。
○フレイルの要因となる低栄養、口腔機能低下、運動機能低下が見られる方に対し、予防・改善のための支援を行っていく必要があります。

2　目指す姿

○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、自分の健康は自分で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。

3 施策の方向

○高齢者が自身の健康づくりへの関心を高め、健康寿命の延伸・健康格差縮小に向けた一人ひとりの主体的な取組を支援します。

○市民一人ひとりの健診・医療・介護などの情報の一元化により、健康づくりから介護予防まで一体的な取組を図り、若年期から継続した健康づくりへの取組を進めます。

○専門職が関与しながら、それぞれの健康状態に応じた健康づくりに取り組めるよう支援します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
特定健診・特定保健指導 （健康づくり推進課）	国民健康保険被保険者（40～74歳）を対象に、生活習慣病の予防を目的に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査（特定健診）を行います。また、その結果で生活習慣病のリスクが高い方を対象に、生活習慣改善のための保健指導（特定保健指導）を実施します。
後期高齢者健康診査 （フレイル健診） （健康づくり推進課）	75歳以上の後期高齢者を対象に、生活習慣病の発症や重症化予防、加齢に伴う心身の衰え（フレイル）の予防を目的とした健康診査（フレイル健診）を実施します。
歯周病（義歯）検診 がん検診	35歳以上の方を対象に、う蝕や歯周病の有無、義歯の適合状態など、口腔内診査及び歯科保健指導を行う歯周病（義歯）検診を無料で実施します。
骨粗しょう症検診 （健康づくり推進課）	種別ごとの対象年齢において、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がん、前立腺がんなどの各種がん検診、骨粗しょう症検診を実施します。
低栄養・生活習慣病重症化予防指導	生活習慣病の重症化や低栄養による要介護状態への移行を予防するため、健康診断の結果から、主に低栄養の方、高血圧・糖尿病の未治療者及びコントロール不良の方、慢性腎臓病（CKD）の疑いのある方を対象に、保健指導を行います。
口腔機能低下予防事業 （健康づくり推進課）	口腔機能低下による要介護状態への移行を予防するため、健康診断時の後期高齢者質問票から、口腔機能低下のリスクが高い方を対象に、口腔機能向上指導及び必要に応じて歯科医療機関受診勧奨を行います。
健診結果（運動）からの介護予防普及啓発	健康診断の結果から運動機能低下のリスクがある方に対し、チラシ等を郵送し運動についての重要性の周知や、運動教室などの紹介を行います。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	KDBシステムなどを活用し、医療・健診・介護レセプトのデータを分析して把握した地域の健康課題に基づき、庁内で連携し、医療専門職による個別支援（ハイリスクアプローチ

	※）、通いの場での健康づくりやフレイル予防の普及啓発（ポピュレーションアプローチ※）を行います。
栄養相談	食生活の評価や改善が必要と思われる方に対し、栄養士・管理栄養士が電話や訪問などにより、個々の状態に合わせた支援を行います。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
低栄養・生活習慣病重症化予防指導	人	465	712	500	550
栄養相談	人	54	87	90	100

イ　介護予防・フレイル予防の推進

1　現状と課題

○高齢者が主体的に介護予防・フレイル予防に取り組めるよう、知識の普及や市の介護予防事業について情報提供しています。
○市の介護予防事業に多くの方が参加していますが、参加者が固定し、新規参加者の拡大が課題です。
○移動手段のない高齢者が、歩いて気軽に参加できる通いの場づくりが課題です。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○高齢者が主体的に介護予防・フレイル予防に取り組めるよう、あらゆる場面での情報提供を強化します。
○市の介護予防事業に参加を促し、高齢者の介護予防・フレイル予防を更に推進します。
○移動手段のない高齢者が歩いて参加できる公民館などの身近な場所に専門職が出向き、高齢者が主体的にフレイル予防に取り組めるよう支援します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
65歳への介護予防普及啓発	健康寿命の延伸や互助の地域づくりを目的に、介護予防の必要性や社会参加の重要性について周知を図るため、65歳になる方へチラシを郵送し普及啓発を行います。
75歳・80歳 おたっしゃ訪問事業	75歳、80歳の介護保険サービスを利用していない方に対し、医療専門職が自宅を訪問し、健康状態の確認や介護予防に関する普及啓発、各種サービスの情報提供を行います。
はつらつ音楽サロン	認知機能の維持向上を図るため、音楽を通して心身の安定を図り、大きな声で歌うことで脳を刺激するはつらつ音楽サロンを開催します。
転倒骨折予防事業 （ほねぶと健康クラブ）	理学療法士や健康運動指導士等が中心となって、転ばないための身体づくりを実践指導し、自主的な運動に向けての動機付けを行います。
健康講話・健康相談	健康づくりやフレイル予防への関心を高めるため、地区サロンなどの通いの場へ保健師・理学療法士・管理栄養士・薬剤師など様々な専門職が出向き、健康講話や健康チェック（血圧測定・握力測定など）、健康相談などを行います。
介護予防用品の貸出	介護予防活動を促進するため、自動血圧計、体力測定器具、ぴんころ長寿いろはかるたなどの介護予防用品の貸出を行います。
健康長寿体操推進事業	高齢者の健康づくりの一環として、佐久市オリジナル「健康長寿体操」の普及啓発を行います。健康長寿体操の習慣化を進めるため、健康長寿体操ＤＶＤやＣＤの貸出を行います。
介護予防手帳の配布	高齢者がセルフマネジメントに取り組み、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続ける事ができるように、介護予防や社会資源等の情報をまとめた手帳を配布します。
お出かけリハビリテーション	介護予防のための運動について、正しい知識や方法を提供するため、地区活動等の集いの場にリハビリ専門職等が出向き、地域の高齢者に対し指導を行います。
リハビリ専門職等同行訪問	地域包括支援センター等の職員とリハビリ専門職等が訪問し、リハビリ専門職の知見から要支援者等の身体状況を勘案して、サービスの利用を含む日常生活や居住空間に対する助言等を行います。
【再掲】【新規】 おでかけ栄養教室	独居高齢者の孤食の現状を踏まえ、食や栄養に関する知識の普及、関心の向上及び共食の機会の増加を図るため、公民館などの身近な場所に栄養士・管理栄養士が出向き、栄養講話や調理実習を行います。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
転倒骨折予防事業（ほねぶと健康クラブ）	人	488	514	550	780
お出かけリハビリテーション	回	13	22	60	85
健康講話・健康相談	回	47	66	126	250
おでかけ栄養教室	回	5	5	26	44
リハビリ専門職等同行訪問	回	46	18	30	480

ウ　自立支援に向けた介護予防・重度化防止の推進

1 現状と課題

○高齢者が自立した生活を継続できるよう、本人の自立を促す関わりを強化し、自立支援の視点を重視した介護予防ケアマネジメントの向上を図る必要があります。

○関係者の自立支援の視点を向上するため、気付き（自立）支援型地域ケア個別会議を開催しています。引き続き実施し、地域全体の自立支援の視点の強化が必要です。

2 目指す姿

○事業対象者・要支援認定者になっても、自分の目標達成（ありたい姿・望む暮らし）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。

○住民やサービス利用者、サービス事業所、地域包括支援センター、市は、それぞれの立場で住民が自立した生活が送れるよう支援している。

3 施策の方向

○サービス利用者・サービス事業所・ケアプラン※作成者が目標を共有し、高齢者本人の意欲を引き出すような自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに取り組みます。また、身体機能や生活上のリスクを評価し、ケアプラン作成での自立支援の視点を取り入れたアセスメント支援を強化するため、新規作成者にはリハビリテーション専門職の同行を増やします。

○基本チェックリストなどを活用して高齢者のフレイル状態を早期に把握し、運動・栄養・口腔機能・認知機能維持向上に向け、リハビリテーション専門職などが支援を行うことにより、重度化防止を図ります。

○事業対象者・要支援認定者となっても、地域資源を生かした社会参加の場（ふれあいいきいきサロンや住民主体の通いの場など）を利用し、自立支援・重度化防止を図ります。

○介護予防・日常生活支援総合事業※の実施状況について、関係団体・関係機関を踏まえ相対的に分析・評価し、取組の方向性を検証します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
適正な介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センター等の計画作成者が、利用者の生活機能の低下の背景・原因を分析し、課題を明らかにした上で、利用者と一緒に自立に向けた目標を定めます。その後も利用者と計画作成者が共に、目標に向けた取組状況の確認や評価を行うなど、目標志向型の介護予防ケアマネジメントの作成により、利用者の介護予防（自立に向けた支援）を行います。
介護予防連携推進会議	利用者の自立支援に向けて、事業所・包括・市が連携し、情報共有や情報交換をしながら、介護予防・生活支援サービス事業とその他の事業の充実に向けた研修会や会議を実施します。
【再掲】 リハビリ専門職等同行訪問	地域包括支援センターなどの職員とリハビリ専門職などが訪問し、リハビリ専門職の知見から要支援者等の身体状況を勘案して、サービスの利用を含む日常生活や居住空間に対する助言などを行います。
気付き（自立）支援型地域ケア個別会議	市が主催し、高齢者のQOL向上を支援するために多職種からの専門的な助言を通して自立支援について学び、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの質の向上及び地域の強みや社会資源の把握、地域課題の抽出などを行います。
訪問型サービス（独自）	食事、入浴、排せつなどの身体介護をホームヘルパーが利用者宅へ訪問し支援を行います。併せて、調理や掃除などを利用者と一緒に行いながら、「利用者のできることを増やす支援（生活援助）」を実施します。
訪問型サービスA	利用者宅を訪問し、調理、掃除などを利用者と一緒に行いながら、「利用者のできることを増やす支援（生活援助）」を、介護士または一定の研修を受けたボランティア等の訪問支援員が行います。
訪問型サービスC	リハビリ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が３～６カ月の期間で訪問し、生活改善のための助言・相談を行います。
訪問型サービスD （移動支援）	介護予防教室等への移動支援を住民団体等が主体となって行います。
通所型サービス（独自）	日帰りで通所介護施設に通い、入浴、排せつ、食事等の身体介護や生活機能改善のための体操や筋力トレーニングを他の利用者と一緒に行いながら、自宅等での生活の自立に向けた

	支援を行います。
通所型サービス A	運動器機能向上、認知機能低下予防の介護予防プログラムを実施するとともに、利用者の外出、他者との交流の機会を支援し、社会参加を促進します。
通所型サービス B	体操、運動等の活動、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり、定期的な交流会を住民団体等が主体となって行います。
通所型サービス C	リハビリ専門職等が生活上の課題を把握した上で、短期集中的に指導し、運動機能の向上を図るプログラムを行います。

図表５－１　訪問型サービス事業

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB（住民主体による支援）	④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD（移動支援）
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースでサービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース （例） ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者　等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	 ○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者（例）	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

図表５－２　通所型サービス事業

基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	①　通所介護	②　通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③　通所型サービスB（住民主体による支援）	④　通所型サービスC（短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション　等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース　等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	事業所指定
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）

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

基本方針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

本市では、令和 27 年（2045 年）まで高齢者人口は増加することが見込まれ、中でも医療・介護ニーズの高い 85 歳以上の高齢者の増加が著しく、日常生活において支援が必要な高齢者の更なる増加が予想されます。

また、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の割合が増える中、家族関係や近所付き合いが希薄化しています。高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、地域資源を活用しながら、地域住民が協働し、共に支え合いながら暮らすことができる地域包括ケアシステムの深化・推進が更に必要です。

加えて、個人や世帯が抱える課題が複合化・複雑化する中、これを包括的に受け止め、地域全体で重層的に支援していく体制整備も求められています。

これらを具現化することにより、高齢者や障がい者、子どもや生活困窮者などの制度・分野の枠や、支える側・支えられる側という従来の垣根を超え、すべての市民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地域共生社会の実現を目指します。

ア　包括的な支援体制の整備

１　現状と課題

○多様化する相談や支援ニーズに対し、庁内関係課及び関係機関と情報を共有しながら連携を図り対応しています。包括的かつ重層的な支援体制を更に推し進めるため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を関係機関が連携して、一体的に実施する体制整備を図る必要があります。

２　目指す姿

○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。

３　施策の方向

○既存の制度の枠組みを超えて複合化した課題や、制度の狭間に埋もれる課題などにも対応する包括的な支援体制の構築を図ります。

○地域包括ケアシステムの構築状況について、点検ツールなどを活用しながら、取組み状況を評価します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
庁内関係課の連携推進	市民の複雑化・複合化した相談・支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を推進するため、庁内関係課の横のつながりを強化し、密に連携を図ります。
関係機関との連携強化	市民の複雑化・複合化した相談・支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を推進するため、必要に応じ、庁外関係機関と連携を強化します。
相談支援体制の充実	高齢者・障がい者・子育てや家庭・生活困窮・自殺・引きこもりなどの複雑化・複合化した相談・支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を推進するため、どなたからの相談も受け止める相談支援体制を構築し、関係者・関係機関が情報を共有し、アウトリーチ※を強化しながら支援体制の充実を図ります。

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

1 現状と課題

○高齢者の最も身近な相談・支援窓口として、地域包括支援センターを各日常生活圏域に設置しています。地域包括支援センターの業務が多様化しているため、各地域包括支援センターの業務状況を把握・評価し、人員体制や業務の改善について随時検討していく必要があります。

2 目指す姿

○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。

3 施策の方向

○今後ますます増加することが予想される認知症の方とその家族への支援や、複雑化する困難事例などへ的確に対応していくため、地域包括支援センターの質の高い総合相談の支援体制を保持し、関係機関との連携を図りながら、市民から寄せられる様々な課題に迅速に対応します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
地域包括支援センター運営事業	高齢者及びその家族の総合相談窓口として、各種相談・福祉サービスの調整を行う地域包括支援センターを市内6か

	所に設置します。
基幹包括支援センター業務	地域包括支援センター間の総合調整や後方支援を行う基幹包括支援センターを市高齢者福祉課内に設置します。
地域包括支援センター評価事業	地域包括支援センターの機能強化及び体制強化を図るため、人員体制及び業務の状況を定期的に把握・評価します。
地域包括支援センター運営協議会	地域包括支援センターの円滑かつ適正な運営を図るとともに、地域包括ケアの推進を図るため、その運営の在り方を協議する佐久市地域包括支援センター運営協議会を設置します。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
総合相談支援業務	件	32,054	34,620	33,905	34,932
権利擁護業務	件	1,366	1,326	1,047	1,079
包括的・継続的ケアマネジメント業務	件	4,947	5,904	5,552	5,720
介護予防ケアマネジメント業務（要支援１・2）	件	6,789	6,850	6,984	7,196
介護予防ケアマネジメント業務（総合事業対象者）	件	6,297	6,209	6,512	6,709

ウ　生活支援体制整備の推進

1 現状と課題

○高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を継続できる体制整備を図るため、「生活支援コーディネーター」や「協議体」を通じて、関係者のネットワークや既存の取組・組織などを活用しながら、支え合い（互助）を基本とした生活支援サービスの確立が必要となっています。

○市民が日常生活において必要な生活支援サービスを選択できるよう、外出支援や配食サービス、買い物支援サービスなどの情報をホームページに掲載し、周知しています。

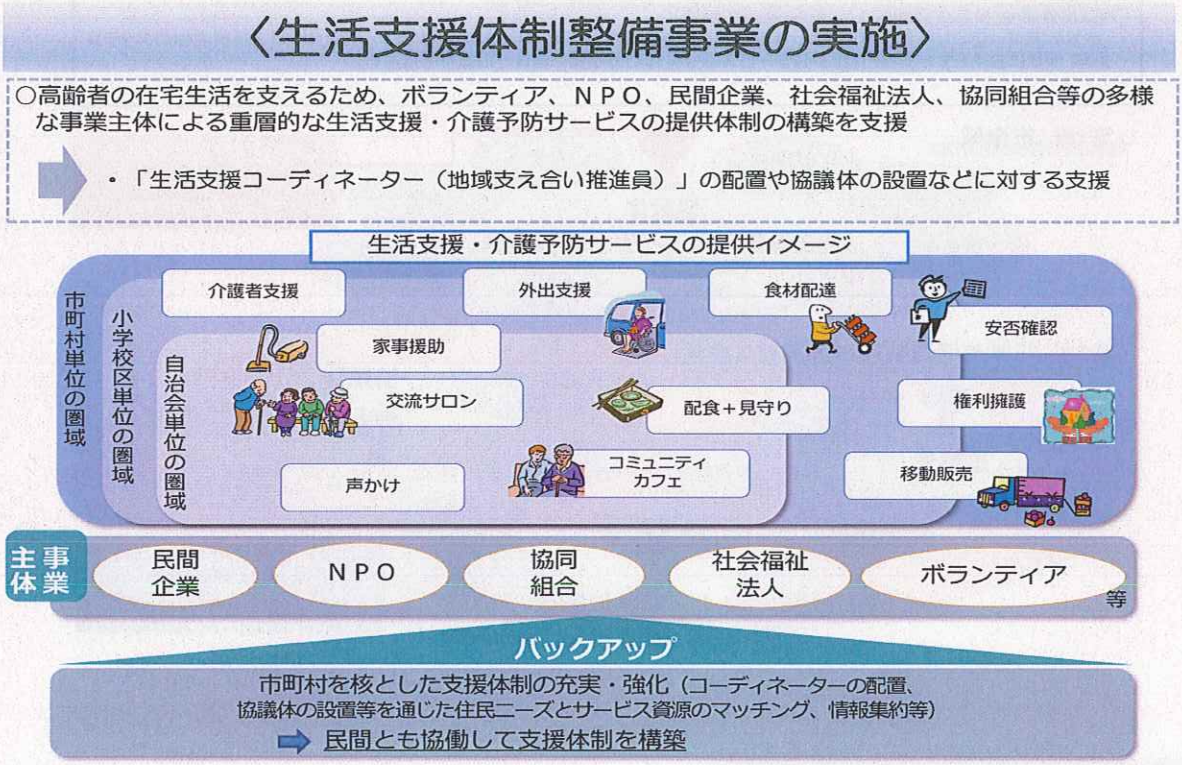
2 目指す姿

○高齢者が地域で生活していく上で必要な日常生活支援サービスを受けられている。
○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。

3 施策の方向

○地域での高齢者の生活を支えるため、介護保険サービスをはじめとする公的なサービスのほか、日常の見守りをはじめとする地域住民などが支えるインフォーマルサービスを有機的につなげて支援します。
○地域資源の開発・コーディネートを含めて、地域住民の多様な参加の意向をくみ取りながら、様々な形で地域を支える活動につなげることで、地域包括ケアシステムを支える人材を増やします。

図表５－３　生活支援・介護予防サービスの提供イメージ図

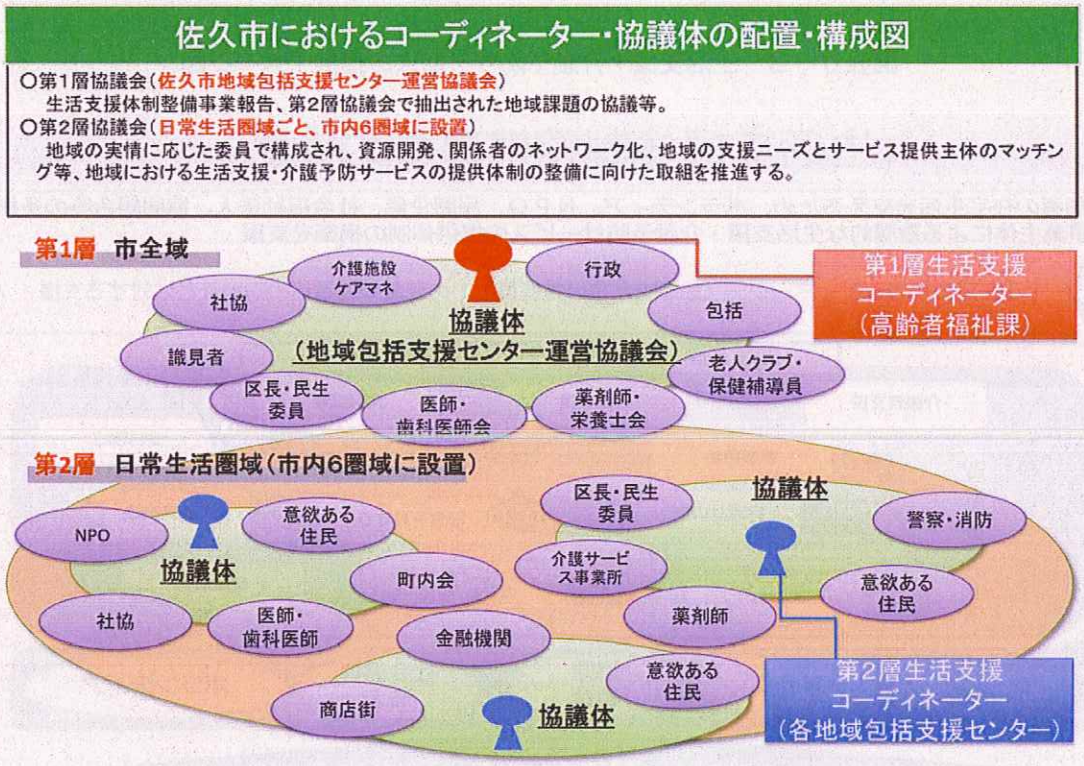


4 主な取組

項　目	取組の概要
生活支援コーディネーター配置	地域の支え合いや活動する場づくりをコーディネートするため、基幹包括支援センターと市内６か所ある地域包括支援センターに生活支援コーディネーターを配置します。

地域資源の発見・開発、コーディネートの強化	地域包括支援センターや地域の支え合い活動をしている団体などと共に、地域資源の情報を集め、地域の実情に応じた取組みの開発やコーディネートの強化を行います。 住民自身が地域の支え合い活動に積極的に参加できるよう、住民主体の助け合い（互助）の仕組みの構築を推進します。
関係機関や地域の関係団体との連携	地域の通いの場や活動について情報交換を行い、集めた情報をもとに地域での新たな通いの場やつながりをつくる活動を支援するため、地域包括支援センター、民生児童委員、社会福祉協議会、佐久市市民活動サポートセンター、JA などの事業所と協議体を組織し連携します。

図表５－４　本市におけるコーディネーター・協議体の配置・構成図



5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
生活支援コーディネーター配置	人	8	8	8	8

エ　地域づくりにつながる地域ケア会議の充実

1　現状と課題

○「気付き（自立）支援型地域ケア個別会議」を開催し、多職種からの専門的な視点に基づく助言を通して自立支援について学び、個別課題の解決、地域包括支援ネットワークの構築、さらには、地域の強みや地域課題の発見・把握につなげています。
○地域ケア個別会議（課題解決型）では、行方不明になるリスクの高い認知症高齢者や独居高齢者などの支援困難事例を中心に地域ケア個別会議を行い、地域での見守り体制やネットワークづくりの構築を図っています。
○地域包括ケア協議会では、各日常生活圏域に情報共有を図り、地域課題の発見・把握や地域づくりについて協議を行っています。
○各日常生活圏域の地域包括ケア協議会で解決が難しい地域課題を、佐久市地域包括ケア協議会にボトムアップさせていく仕組みづくりが必要です。

2　目指す姿

○地域ケア会議の充実を図り、個別課題を地域課題につな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。

3　施策の方向

○個別の課題分析を積み重ねることで、地域に共通した課題を明確化します。明確化された地域課題の解決に向け、地域支援ネットワークを構築しながら、生活体制整備事業とも連動させ、必要な資源開発や地域づくりにつなげていきます。地域の様々な関係者と連携しながら地域包括ケアシステムを推進します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
佐久市地域包括ケア協議会（地域包括支援センター運営協議会と兼ねる）	市が主催し、地域包括ケア協議会の活動計画及び活動報告、市全体での地域課題の解決に向けて協議を行い、介護保険事業計画への反映など政策形成につなげます。
地域包括ケア協議会	地域包括支援センターが主催し、地域ケア個別会議等において抽出された地域課題の解決に向け、生活支援等サービスの体制整備を進めます。 各生活圏域で推薦された委員と、地域における社会資源の調査・把握を行い情報の共有及び連携・協働推進を図ります。また、地域における解決困難な問題や課題について生活圏域レベルで協議を行います。
地域ケア個別会議（課題解決型）	地域包括支援センターが主催し、個別ケースの複雑化・複合化した課題の解決を図るために、本人・家族・地域の関

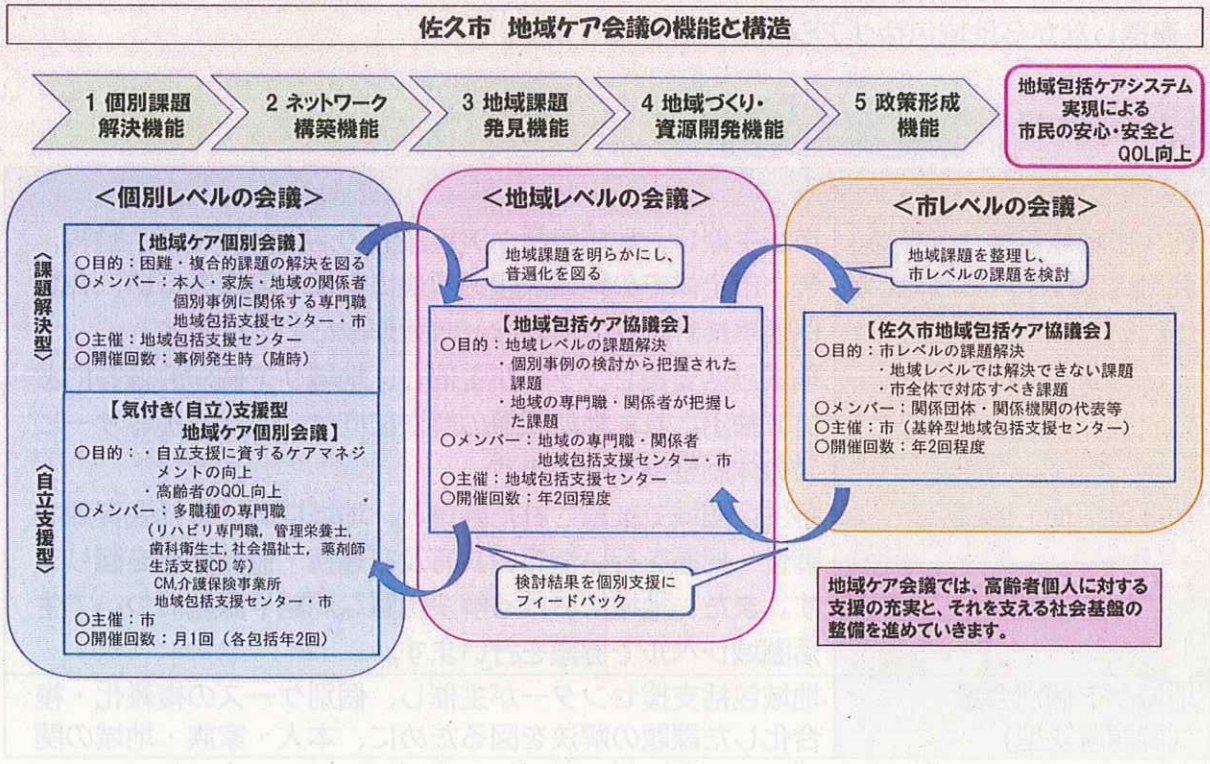
	係者・支援者などで検討を行い、地域のネットワーク構築、地域見守り体制の整備、地域の強みの把握、地域課題の抽出などを行います。
【再掲】 気付き（自立）支援型 地域ケア個別会議	市が主催し、高齢者の QOL 向上を支援するために多職種からの専門的な助言を通して自立支援について学び、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの質の向上及び地域の強みや社会資源の把握、地域課題の抽出などを行います。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
佐久市地域包括ケア協議会	回	1	2	2	2
地域包括ケア協議会	回	7	11	15	15
地域ケア個別会議（課題解決型）	回	49	40	45	60
気付き（自立）支援型地域ケア個別会議	回	7	10	12	12

※気付き（自立）支援型地域ケア個別会議は、令和４年（2022 年）までは「介護予防ケアマネジメント地域ケア個別会議」の名称で実施。

図表５－５　地域ケア会議の機能と構造



オ　高齢者の尊厳ある暮らしの支援と権利擁護の推進

1　現状と課題

○高齢者の虐待に関する相談は増加傾向にあり、家庭内の人間関係や介護疲れ、経済的な問題などの様々な要因により事例は複雑・困難化しています。また、DV の事例など養護者に該当しない者からの暴力やセルフネグレクトも発生しています。虐待防止及び早期発見のため、虐待防止についての正しい知識を広めるとともに、関係機関との連携を強化し、高齢者とその家族を支援していく必要があります。

○介護保険法等に規定されている事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施が義務付けられています。また、サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームについても、同様に虐待防止対策を推進していく必要があります。

○高齢者人口の増加に伴い、成年後見制度の利用を必要とする認知症高齢者や身寄りのない高齢者の増加が見込まれます。制度の利用促進のための体制整備を推進していく必要があります。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

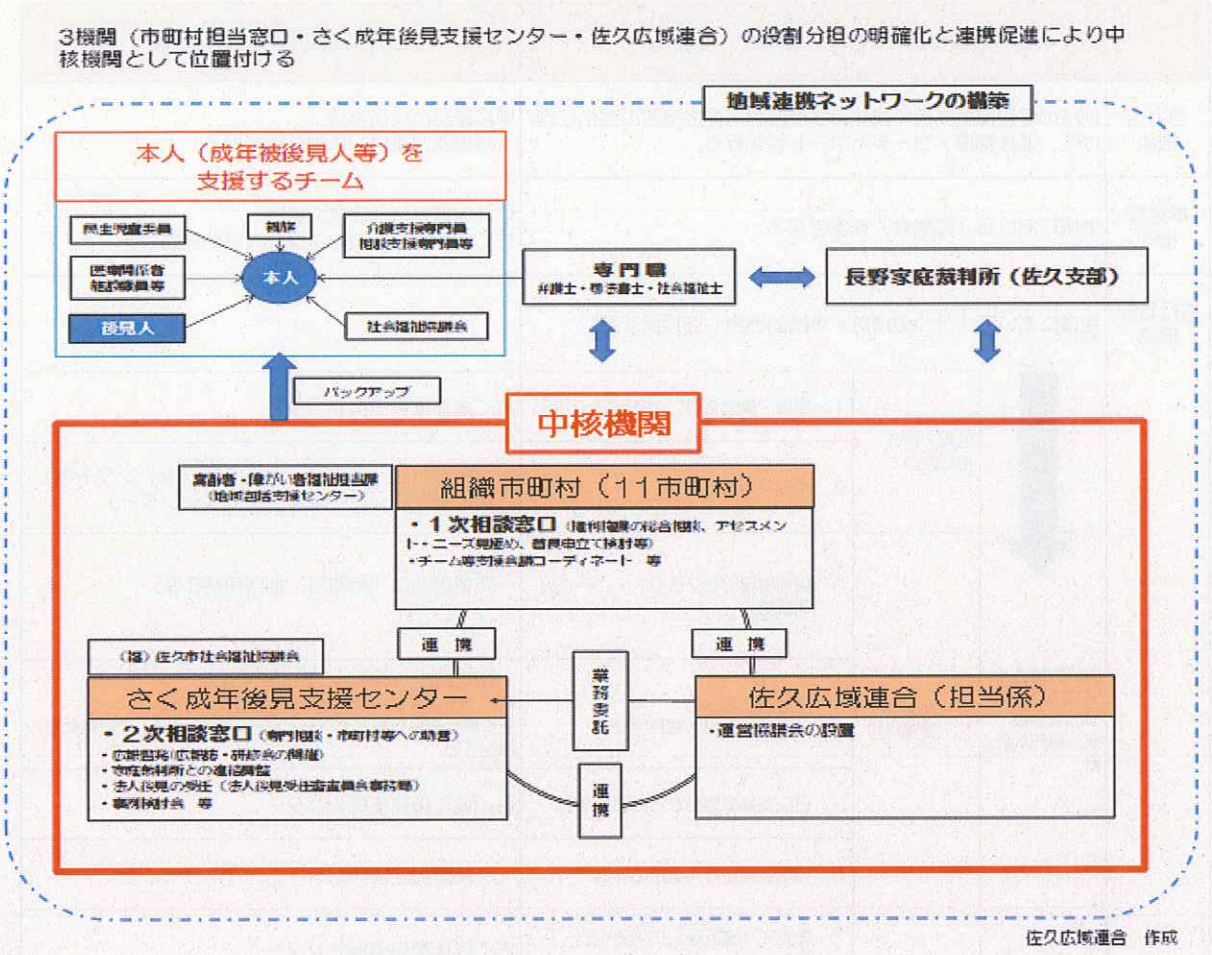
○認知症などによる判断能力の低下や身体機能の低下により介護が必要な状態になっても、生命や財産が守られ、地域において安心して尊厳を持って生活を送ることができるよう高齢者の権利を擁護します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
成年後見制度利用支援事業	認知症、知的障害又は精神障害の状態にあるため、判断能力が不十分で日常生活を営むことに支障がある者であって、かつ、身寄りがいない高齢者に対し、市が老人福祉法の規定に基づき成年後見制度利用に向けて後見開始の審判請求等の支援を行います。
成年後見制度の利用促進	成年後見制度の利用を必要とする人が適切に制度を利用できるよう、制度の周知を図るとともに制度を円滑に利用できる体制を整備します。また、相談支援体制の充実のため、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、佐久圏域 11 市町村・さく成年後見支援センター・佐久広域連合の 3 機関の連携により、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を進めます。

高齢者虐待への対応・支援【養護者による虐待】	高齢者虐待防止法に基づき、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び養護者に対する支援を行います。また、地域包括支援センターと連携し、高齢者虐待に関する理解の啓発を図るとともに、HP等で相談・通報窓口の周知を行い、早期発見に努めます。
高齢者虐待への対応・支援【養介護施設等における虐待】	介護相談員の派遣事業及び利用者の家族、施設の従事者等からの相談を虐待の未然防止につなげるとともに、HP等で相談・通報窓口の周知を行い、通報をもとに、虐待の早期発見を図ります。虐待が認められた場合は、施設や事業所への指導やモニタリングを行うとともに、虐待を受けた高齢者の保護を図ります。 「高齢者虐待防止のための指針」の改訂や「高齢者虐待対応マニュアル」の作成について、必要な情報提供をするなどの支援を行います。
高齢者虐待防止ネットワーク	認知症にやさしい地域づくりネットワーク運営委員会等において、関係機関・団体等と虐待防止に資する連携協力体制を整備します。 高齢者虐待防止対策の検討・取組の実施、取組内容の改善・見直しは、PDCAサイクルを活用して実施します。
消費者被害の防止	高齢者を狙った悪質商法などによる被害を防止するため、関係機関と連携し啓発活動を行います。
【新規】 身寄りのない高齢者などへの支援ガイドライン作成	身寄りのない高齢者などについて、介護・福祉サービスの利用手続き、料金の支払いやお金の管理、病院受診や入院・手術等の手続き、施設や病院で必要な物品の準備、退所や退院の手続き、亡くなった後の手続きなどについて、身元保証が求められる際のガイドラインについて作成を進めていきます。

図表５－６　成年後見制度利用促進のための中核機関



佐久広域連合　作成

図表５－７　中核機関の機能・役割

中核機関に求められている機能・役割				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（市町村、地域包括支援センター等） 二次相談窓口（さく成年後見支援センター）
	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	3　権利擁護アセスメント・ニーズの見極め	一次相談窓口（市町村、地域包括C等）
			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（市町村、地域包括C等） ※「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	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	一次相談窓口（市町村、地域包括C等）
			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

佐久広域連合　作成

カ　家族介護支援の充実

1　現状と課題

○高齢化の進展や世帯構造の変化に伴い、家族介護者を取り巻く環境は大きく変化しています。認知症高齢者の介護やダブルケア※、ヤングケアラー※の問題など家族介護者の抱える課題は複雑化・複合化しており、介護者への支援の充実が求められています。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○高齢者を介護している家族などを対象に、介護知識・技術の習得に関する介護教室や介護者同士の交流会を行うことで介護者の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

○ダブルケアやヤングケアラーなど介護している家族の把握に努め、関係部署や関係機関と連携しながら適切な支援につなぎます。

4　主な取組

項　目	取組の概要
家族介護者支援事業	介護者の身体的・精神的負担の軽減を目的に、介護者同士の交流会や介護教室を開催します。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
家族介護者交流会参加者	人	103	119	120	120

基本方針２　医療と介護が一体となった在宅療養の推進

高齢になると病気にかかる割合が高くなるとともに、心身の虚弱なども重なることから、医療と介護の両方を必要とする人が増えます。

高齢者実態調査によると、自宅で介護を受けたいと希望する方の割合は 47.1%と高く、また、自宅で最期を迎えたいと希望する方の割合も 58.1%と高い状況であることが分かりました。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できるよう、医療と介護が連携した体制の整備を目指します。

特に、在宅医療と介護連携においてニーズの高い在宅医療の４つの場面「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」において、目指すべき姿を設定し、必要な取組を進めていきます。

＜在宅療養の場において医療と介護の連携した対応が求められる４つの場面の目指す姿＞
○日常の療養支援：本人が望む場所で、医療や介護を受けながら療養生活が送れている
○入退院支援：入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、入院医療機関・かかりつけ医と介護支援専門員などの情報共有と支援体制が構築している
○急変時の対応：緊急時の受診や入院体制が確保され、連携が図れている
○看取り：ACP(人生会議)が浸透し、本人の意思に基づく場所や方法で看取りをしている

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

1　現状と課題

○安心して在宅療養生活が送れるよう、医療・介護関係者の切れ目ない支援体制の充実が求められます。

2　目指す姿

○高齢者の尊厳を保持し、住み慣れた地域で人生の最期まで安心して医療・介護サービスを受けながら生活している。

3　施策の方向

○在宅療養を推進していくために、地域の医療・介護資源を共有し、安心して在宅療養が送れるよう医療・介護の支援体制づくりの仕組みを推進します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
地域の医療・介護支援の把握・情報提供	地域の医療・介護資源を把握し、地域住民及び医療・介護関係者へ情報提供します。
在宅医療 24 時間体制整備	佐久医師会在宅医療推進委員会に委託し、在宅看取りの輪番制により 24 時間対応できる体制を整備します。
地域患者情報共有システム	医療と介護の多職種での情報共有支援を推進するため、地域患者情報共有システム“Net4U”の活用を図ります。
入退院連携ルール	入退院における情報共有・情報連携を推進するため、佐久保健福祉事務所において「佐久地域入退院連携ルール」が作成され、活用しています。
相談窓口の設置	在宅医療・介護連携の相談に応じるよう、高齢者福祉課内に窓口を設置します。

イ　地域における在宅医療と介護の連携強化

1　現状と課題

○住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、医療と介護の連携体制の強化が求められています。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○医療・介護関係者の顔の見える関係を構築しながら、双方の連携が効率的・効果的に行われるよう取組を推進していきます。
○ICT ツールを活用した医療・介護における多職種の情報連携を強化していきます。

4　主な取組

項　目	取組の概要
佐久市医療介護連携推進協議会	医療と介護の関係組織の代表者に委員を委嘱し、医療と介護の連携における現状把握と課題の抽出、対応策の検討を協議します。 必要に応じ、作業部会を設置して検討の深化を図ります。
多職種連携会議 （カフェ交流会）	急性期病院と介護事業所・施設との連携体制及び信頼関係の構築を目的に、多職種連携会議（カフェ交流会）を開催します。
多職種スキルアップ研修	医療・介護職員のスキルアップを図るため、医療・介護関係者を対象とした研修会を実施します。
【再掲】 地域患者情報共有システム	医療と介護の多職種での効率的・効果的な情報共有を推進するため、地域患者情報共有システム“Net4U”の活用を図ります。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値 （令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度 （見込）	
佐久医療介護連携推進協議会	回	中止	1	2	2
多職種連携会議（カフェ交流会）	回	中止	中止	1	7

多職種スキルアップ研修	回	1	1	1	1

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため中止

ウ　在宅看取り体制の確保

1　現状と課題

○人生の最終段階において、在宅での看取りを希望する本人の意思が尊重され、その人らしい人生の最期を迎えられるよう、元気なうちから家族や大切な人と話し合い、共有していくことが求められています。

○在宅での看取りが可能となるよう、医療と介護の連携による看取りのための体制確保が必要です。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○本人の意思を家族や大切な人などと話し合い、共有するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及を進めます。エンディングノートなどの媒体についても検討していきます。

○在宅での看取りが進んでいくために、市民が在宅療養や看取りなどのイメージが持てるよう情報提供していくとともに、高齢者自身が望む人生の最終段階を迎えられるよう、市民へ普及啓発を強化していきます。

○在宅での看取りが可能となるよう、佐久医師会と連携し、在宅での看取り体制を確保していきます。

4　主な取組

項　目	取組の概要
ACP（人生会議）の普及	人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族や信頼できる人、医療・ケアチームと繰り返し話し合い共有し、本人による意思決定を支援する「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の普及を推進します。 エンディングノートの普及などについても検討していきます。
市民公開講座	必要な医療・介護サービスを受けながら、できるだけ住み慣れた場所で安心して自分らしい生活が続けられるよう、一人ひとりが主体的に老後の在り方について考え、活き活きした

	生活を送ることができるための終活についての講座を実施します。
老い支度講座	地区サロン等において、人生の最終段階における意思決定支援や地域包括ケア体制づくりの必要性、在宅医療や介護・介護予防について情報提供を行います。
【再掲】 在宅医療 24 時間体制整備	佐久医師会在宅医療推進委員会に委託し、在宅看取りの輪番制により 24 時間対応できる体制を整備します。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
市民公開講座	回	中止	中止	1	1
老い支度講座	回	1	3	3	6

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため中止

基本方針３ 認知症にやさしい地域づくり

厚生労働省によると、令和７年（2025 年）には 65 歳以上高齢者の５人に１人が認知症であると推計されるなど、高齢化の進行に伴い、今後ますます認知症高齢者の増加が見込まれています。認知症は誰でもなり得るものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

令和５年（2023 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」が成立しました。この基本法は、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望をもって暮らせるよう、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的としています。

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く日常生活が送れる地域づくりを推進します。

ア　認知症の理解を深めるための普及の推進

1 現状と課題

○認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすためには、認知症に対する誤解や偏見を解消し、認知症に関する正しい知識や理解を深めること、また、認知症の人が社会参加できる機会を確保することが重要です。

○認知症への正しい理解の促進や地域支援体制を強化するため、認知症サポーターを養成し、サポーター数は順調に増加しています。認知症サポーターとなった人が関係者と連携し、認知症の人や家族の支援ニーズに合った具体的な支援を行うチームオレンジなど

の仕組みづくりが必要となっています。

○若年性認知症の方は、高齢者の認知症の方に比べ人数は少なく、その存在や特性について十分に知られているとは言えず、職場での理解不足、退職などによる経済的困難、ダブル介護など、高齢者の認知症とは異なる課題があります。若年性認知症についての正しい知識の啓発活動や本人発信支援、相談窓口の周知を行っていく必要があります。

2 目指す姿

○認知症に対する理解を深め、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。

3 施策の方向

○若年性認知症を含めた認知症への理解に対する普及啓発の強化と、本人視点に立ち、家族の声を踏まえ、本人発信を支援し、支え合いの仕組みづくりを推進します。

4 主な取組



項　目	取組の概要
本人発信支援	若年性認知症の方を含めた認知症の方が意見を発信する機会を創出するため、認知症サポーター養成講座やステップアップ講座、認知症講演会などでの本人発信支援を行うとともに、先に認知症の診断を受け不安を乗り越えてきた当事者同士で相談に応じる場である「おれんじドア」などの取組を参考に、当事者同士の相談の場づくりを検討していきます。
認知症カフェ	若年性認知症の方を含めた認知症当事者の方やその介護者、介護関係者、認知症に関心を持つ地域の方などが集まり、共通の悩みを分かち合うことや交流やレクリエーション、相談などを行う認知症カフェの運営を行います。
認知症カフェ設立支援事業	認知症の方と家族、住民、専門職など、誰もが気軽に相談ができ、必要な支援につながる場、安心できる場として「認知症カフェ」の開設・運営を支援し、設立資金を助成します。
認知症サポーター養成講座	認知症を正しく理解し、認知症に対する誤解と偏見を解消し、我が事としての視点に立った関わりや共に実践できる活動などについて考え、認知症の人やその家族を地域で温かく見守る「認知症サポーター（応援者）」を養成する講座を開催します。

認知症サポーター ステップアップ講座	認知症サポーター養成講座受講者や地域の支え合い活動に関心を持つ方が、地域での見守りや生活の支援など自ら行える事を考え活動できるようステップアップ講座を開催します。併せて、受講者がチームオレンジとして活動できる仕組みづくりを検討します。
チームオレンジ設置	認知症の方の支援ニーズに認知症サポーターなどをつなげるチームオレンジ設置に向け、既存の地域の見守りや支え合いの仕組み、生活支援体制整備事業とも連携し、設置を検討します。
キャラバン・メイト 活動支援	認知症を支援する活動のリーダーとなるキャラバン・メイトの養成研修を受講し、キャラバン・メイトとして登録します。認知症地域支援推進員が中心となり、キャラバン・メイトの活動を支援します。
認知症講演会	認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを目指して、地域住民が認知症について学び、認知症に対する理解を深められるよう講演会を開催します。
認知症ケアパス	認知症になっても安心して住み慣れた地域で暮らし続けるための道筋（ガイドブック）として「認知症ケアパス」の作成・普及を図ります。
若年性認知症支援	若年性認知症コーディネーター(県委託)、医療機関・認知症疾患医療センターなどと連携し、若年性認知症についての普及や本人発信支援、相談窓口を周知します。 企業や地域で認知症サポーター養成講座等を実施し、若年性認知症についての情報を発信します。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値 （令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度 （見込）	
認知症サポーター養成講座受講者数	人	567	636	600	800
認知症サポーターステップアップ講座開催回数	回	0	0	2	6
チームオレンジ設置	チーム	0	0	0	1
認知症カフェ設立支援事業	延 （件）	2	3	5	8

イ　認知症予防の推進

1　現状と課題

○認知症施策推進大綱では、認知症の予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「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」ことを指します。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を進めていくことが求められます。

○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、認知症に関する研修会を開催し、認知症への正しい理解を促進するとともに、認知症の早期発見・早期対応の体制構築を図る必要があります。併せて、市や民間事業者の行う介護予防事業や公民館活動など高齢者に身近な「通いの場」の周知が重要です。

2　目指す姿

○認知症予防のため、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。

3　施策の方向

○適切な運動習慣や食生活の確立、認知症・介護予防につながる通いの場に意欲的に参加できるよう、認知症予防への取組を支援します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
脳の健康度測定事業	認知症予防への取組を高齢者自ら生活に取り入れる動機づけとなるよう、認知機能の水準や認知機能の変化を測定する「脳の健康度測定事業」を実施します。
脳いきいき健康教室	認知機能の維持・向上を図るため、脳の活性化につながる運動、栄養、口腔などに関する講話やコグニサイズを行う健康教室を開催します。
【再掲】 認知症カフェ	若年性認知症の方を含めた認知症当事者の方やその介護者、介護関係者、認知症に関心を持つ地域の方などが集まり、共通の悩みを分かち合うことや交流やレクリエーション、相談などを行う認知症カフェの運営を行います。
通いの場等の情報発信	その人に合った社会参加や生きがい、介護予防が行えるよう、市で行う介護予防事業や民間も含めた地域資源の情報を集め、発信していきます。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
脳の健康度測定事業	人	106	57	72	90
脳いきいき健康教室	人	51	23	78	90

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

1　現状と課題

○認知症に悩む本人・家族などに対し、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターなどと連携し、支援する体制づくりがあります。

2　目指す姿

○認知症の方が尊厳を持って、社会参加しながら自分らしく地域で暮らしている。

3　施策の方向

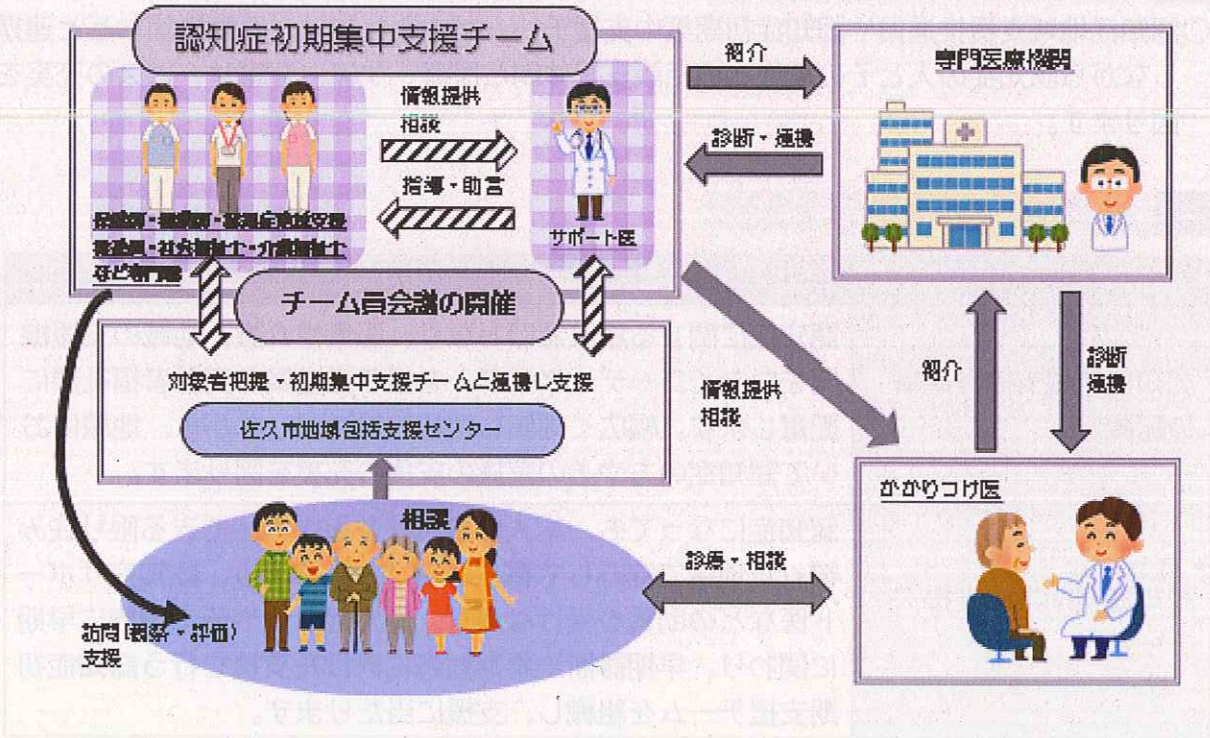
○認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームが中心となり、医療機関などと連携しながら認知症の人とその家族への相談支援体制と医療・ケア・介護サービスの充実を図ります。

4　主な取組

項　目	取組の概要
認知症地域支援推進員の配置	認知症に関する相談窓口となり、医療や介護、地域の支援機関をつなぐコーディネーターを担う推進員を高齢者福祉課に配置します。幅広く周知し積極的に活用しながら、地域において認知症の方やその家族の支援の充実を図ります。
認知症初期集中支援チーム	認知症になっても、本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症サポート医などの助言を受けながら、認知症の方やその家族に早期に関わり、早期診断や早期対応に向けた支援を行う認知症初期支援チームを組織し、支援に当たります。

【再掲】 認知症カフェ	若年性認知症の方を含めた認知症当事者の方やその介護者、介護関係者、認知症に関心を持つ地域の方などが集まり、共通の悩みを分かち合うことや交流やレクリエーション、相談などを行う認知症カフェの運営を支援します。
【再掲】 チームオレンジ設置	認知症の方の支援ニーズに認知症サポーターなどをつなげるチームオレンジ設置に向け、既存の地域の見守りや支え合いの仕組み、生活支援体制整備事業とも連携してチームオレンジを設置し、本人・家族を支援します。
【再掲】 若年性認知症支援	若年性認知症コーディネーター(県委託)、医療機関・認知症疾患医療センターなどと連携して、若年性認知症についての、啓発活動や本人発信支援、相談窓口の周知を行います。企業や地域で認知症サポーター養成講座等を実施し、若年性認知症についての情報を発信します。
認知症はいかい高齢者家族支援サービス事業	経済的負担の軽減及び高齢者の在宅での安全を図るため、はいかい高齢者の親族などを対象に、位置情報サービスの利用に当たり、機器購入経費と月額利用料の一部を補助します。

図表５－８　認知症初期集中支援チーム



エ　認知症バリアフリー※の推進と地域支援体制の強化

1　現状と課題

○認知症の人が行方不明になっても、家族や地域、関係機関と連携し、地域の見守り体制を構築しています。

2　目指す姿

○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。

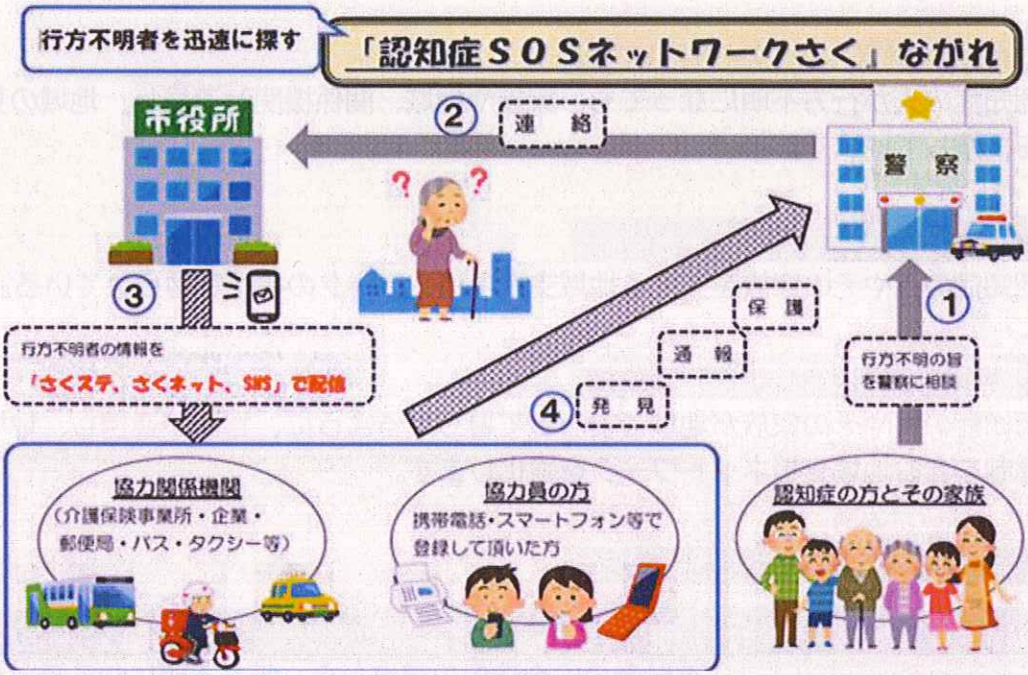
3　施策の方向

○認知症の人やその家族が地域で安心して暮らせるように、官民が連携し、地域の見守り体制を含む地域支援ネットワークを強化します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
認知症高齢者等情報提供票共有事業	高齢者の安全確保の観点から、行方不明になる恐れのある方の情報を家族の同意のもと、市及び地域包括支援センターで保管し、行方不明発生時に警察や消防署等の関係機関へ情報提供を行います。
認知症 SOS ネットワークさく	認知症の方などが行方不明になった場合に、速やかに発見・保護につなげることを目的に、登録いただいた協力員や関係機関などと情報連携します。
認知症にやさしい地域づくりネットワーク運営委員会	高齢者が認知症になっても安心して暮らし続ける地域づくりを目指し、認知症への理解の促進、地域の見守りや関係機関との地域支援ネットワーク構築を目的に「認知症にやさしい地域づくりネットワーク運営委員会」を組織します。
認知症疾患医療センター連絡調整会議	認知症疾患に関する専門相談・鑑別診断などを行い、適切な支援につなげることを目的に、認知症疾患医療センター（佐久総合病院）と、市・地域包括支援センター・介護関係者などと定期的に会議を開催します。

図表５－９　「認知症 SOS ネットワークさく」ながれ



基本方針４　日常生活を支援する体制の整備

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の方が増加する中、身体機能の低下などにより、日常生活上の支援が必要になった場合においても、住み慣れた地域で安心して在宅での生活を継続していくことが重要であることから、在宅生活が継続できるよう、介護保険のサービスに限らない、様々な生活支援事業を実施しています。

しかしながら、時代の移り変わりによる社会環境の変化に伴い、個人及び世帯が抱える課題も多様化かつ複雑化しているほか、つながりの希薄化により支援が必要な方が顕在化しないことも考えられるため、支援を必要とする方へ確実に支援を届ける取組を強化することが重要です。

ア　高齢者の実態把握と見守り

1　現状と課題

○高齢者等実態調査により実態把握を行っていますが、対象者の増加及び対象者を取り巻く状況が多様化していることなどにより調査が困難なケースがあるため、実態把握に支障を来たしています。

○民生児童委員を中心にひとり暮らし高齢者などの見守りを行っていますが、対象者の選定が困難なケースや対象者の増加などにより、民生児童委員の負担が大きくなり、見守りの目が行き届かない懸念があります。

2 目指す姿

○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おり、地域などによる見守り体制が構築されている。

3 施策の方向

○高齢者の生活状況の実態を把握し、支援が必要な世帯の掘り起こしに努めるほか、地域における見守り体制の構築を図ります。

4 主な取組

項　目	取組の概要
高齢者等実態調査事業	支援が必要な世帯の把握、とりわけ支援が必要であることが顕在化していない世帯を掘り起こすため、70歳以上の高齢者等を対象とした実態調査を行います。
ひとり暮らし高齢者等見守り事業	健康面や生活面、閉じこもり・孤独感の解消が必要など、見守りが必要と思われる70歳以上のひとり暮らし高齢者を対象に、月1回、民生児童委員が対象者宅を訪問し、安否確認を兼ねた見守りを行います。

イ　高齢者を支える生活支援事業

1 現状と課題

○緊急時の援護、通院等のための移送、家庭ごみ等の収集支援など、日常生活の支援に重点を置いた様々な事業を展開しています。今後、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯は更なる増加が見込まれ、これに伴い生活支援事業の必要性や重要性は一層高まることから、安心して日常生活を送ることができるための事業展開の強化が必要となります。

2 目指す姿

○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。

3 施策の方向

○高齢者が安心して在宅生活を継続できるよう、高齢者の需要に応じた生活支援事業を実施します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
ひとり暮らし高齢者緊急通報システム事業	安否確認や健康相談等により、安心して生活できる環境を整備するため、ひとり暮らし高齢者の緊急時における援護を迅速に行うため通報装置の設置を促進します。
高齢者外出支援サービス事業	市民税非課税の高齢者のみの世帯等で、第三者からの支援を受けられず、公共交通機関の利用が困難な方を対象に、福祉有償運送により通院等のための移送サービスを支援します。
家庭ごみ等収集支援事業	高齢者のみの世帯等で、身体的機能の低下により家庭ごみ及び粗大ごみの搬出が困難であり、第三者からの支援も受けられない場合に、安否確認を兼ねて家庭ごみ等の回収支援を行います。
高齢者訪問理美容サービス事業	市民税非課税の在宅高齢者のうち、要介護３以上の認定を受け、理美容店に出向くことが困難な方の居宅を訪問し理美容サービスを行う市内理美容業者に対し、出張経費の助成を行います。
日常生活用具貸与事業	車いすなどの福祉用具を貸与することで、要介護高齢者の心身機能の低下防止を図るとともに、家族の介護負担と生活の利便性を向上させます。
ひとり暮らし高齢者等住宅補修事業	ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯を対象に、ボランティアにより雨漏りなど軽微な住宅補修を実施します。
高齢者にやさしい住宅改良促進事業	要支援又は要介護認定を受け、世帯員全員の前年所得税額の合算額が基準以下の世帯を対象に、居住環境の改善に係る住宅改良に要する経費を助成します。
介護用品給付事業	市民税非課税世帯で、要介護認定者を在宅で介護している家族（介護者）を対象に、介護負担軽減のために介護用品を給付します。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
緊急通報システム新規設置台数	台	27	31	30	40
ひとり暮らし高齢者等住宅補修事業件数	件	10	8	6	8

外出支援サービス実利用者数	人	65	51	50	70

ウ　施設福祉サービスの確実な提供

1　現状と課題

○高齢者生活支援ハウス運営事業について、次の生活の場が見つからないことで、長期入所となるケースがあります。

○要援護高齢者福祉施設入所措置について、様々な事情により在宅での生活が困難な状況にある、日常生活の支援が必要な高齢者が増加しています。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○様々な理由により在宅生活が困難な高齢者に対し、状況に応じた施設福祉サービスを提供できる体制整備を行います。

4　主な取組

項　目	取組の概要
生活管理指導短期宿泊事業	在宅での生活が困難な要援護高齢者の生活支援のため、養護老人ホームに短期間の入所を措置します。
高齢者生活支援ハウス運営事業	入所判定会議で在宅での生活が困難であると認定された高齢者を、次の生活の場を見つけるまでの間、一時的に受け入れます。
要援護高齢者福祉施設入所措置	生活の環境及び経済的な理由により、在宅での生活が困難な高齢者の援護のため、要援護高齢者福祉施設への入所を措置します。

基本目標Ⅲ　安心して介護サービスが受けられる環境づくり

基本方針１　介護人材の確保と介護サービスの質の向上

本市の第１号被保険者数と要支援・要介護認定者数は、年々増加傾向にあり、それに伴い介護給付は年々増加している状況です。介護ニーズの増加に対応し、介護保険制度を持続可能なものとしていくため、介護保険サービスの充実を図るとともに、介護給付の適正化を図っていくことが重要です。

また、今後、生産年齢人口の減少する中においても、自立支援・重度化防止に資する介護サービスが提供されていく体制を整えていくためには、それを支える介護人材の確保・定着への支援や、介護現場における生産性の向上、業務の効率化など、介護現場の革新に向けた取組を進めていくことが重要です。

ア　介護人材の確保・定着、介護現場の生産性向上

１　現状と課題

○介護人材の不足が更に深刻化することが予測される中、高齢者が将来にわたり安心して質の高いサービスを受けられるよう、介護人材の安定的な確保に資する取組が必要です。

○介護サービス利用者本位の質の高い介護サービスが提供されるよう、介護事業所等に対して、介護保険制度の周知や適切な指導を行う必要があります。

２　目指す姿

○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。

○介護事業所等において、利用者の意思が最大限尊重され、質の高い介護サービスが提供されている。

３　施策の方向

○介護職が介護サービス利用者のケアに専従できる環境整備を図ります。

○介護職に限らず介護分野で働く人材の養成・確保の取組により、介護現場全体の人手不足対策を推進します。

○介護事業所の６年ごとの指定・更新については、サービスの質の確保・向上を図る観点から、３年に１回運営指導を実施します。また、介護保険制度の周知を図るため、介護事業所に対して集団指導を実施します。

○介護事業所において、不正などが疑われる事案を把握した場合は、県と連携して監査を実施し、不正が確認された場合には、指定取消などの厳正な対応を行います。

4 主な取組

項　目	取組の概要
介護 DX の推進	介護事業所の文書事務の負担軽減のため、国が示す標準様式例使用の原則化に対応し「電子申請・届出システム」利用を開始するとともに、その他の届け出についても添付書類や手続きの簡素化により、負担軽減の取組を推めます。 介護職員の負担軽減や介護現場の業務効率化のため、県と連携を図りながら、介護ロボットや ICT の活用を促進します。
多様な介護人材の確保・定着	外国人介護人材の受入れを行う介護事業所や外国人介護人材を支援するため、国際交流所管部署との連携や日本語教室等とのネットワークづくりを図ります。 また、介護職以外でも提供が可能な業務を担う介護助手※を養成するための取組を検討します。
介護職の魅力発信	介護人材の確保や離職防止につながるよう、介護の仕事の魅力について広報誌等において周知するほか、県と連携・協働し介護現場のイメージアップを図ります。
介護事業所への適切な指導・監督の実施	市が指定・監督の権限を持つ地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所について、事業所の適切な運営とサービスの質の確保が図られるよう、事業所指定の有効期間中に１回以上の頻度で運営指導を行います。
ハラスメント対策の推進	介護事業所におけるハラスメント対策を推進するため、国の作成した介護現場におけるハラスメント対策マニュアル等の周知を図ります。
運営推進会議	地域密着型サービス事業所がサービス運営の透明性を高め、地域との連携を図るために定期的に開催する運営推進会議を通じて、事業所の運営状況を確認するとともに、適宜必要な相談・指導を行います。

イ　介護サービス等の質の向上と適正化の推進

1 現状と課題

○介護サービス等の質の向上のための取組の 1 つとして、平成 14 年度（2002 年度）から介護相談員派遣事業を行っています。

○第８期計画期間中、令和３年度（2021 年度）、令和４年度（2022 年度）はコロナ禍のため施設への相談員派遣ができませんでしたが、令和５年度（2023 年度）から受入可能な施設において、派遣を再開しました。

○介護相談員の派遣先は、介護保険法上の施設事業所のみでしたが、国の通知により、令和２年度（2020 年度）から有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅も派遣対象施設として加わりました。こうした高齢者向け住まいでは、外部サービスを利用しているケースも多く、責任の所在が不明確になりがちなことから、利用者の生活の質が守られるよう、介護相談員の受入れを推進していく必要があります。
○第９期計画期間における国の方針として、介護サービスの適正化推進のため、より効果的な「要介護認定の適正化」、「ケアプラン等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」の３つに再編される予定があり、これらの事業に対し、保険者機能を発揮して、介護給付の適正化に自主的、主体的に取り組むことが求められています。

2 目指す姿

○介護サービス利用者の声を把握し、事業所等における介護サービスの質の向上や、利用者の自立した日常生活が実現できている。
○国の示す介護給付適正化主要３事業に基づき、事業所等への点検等を行うことで、利用者の自立支援に基づく効果的な介護サービスが提供されている。

3 施策の方向

○介護保険法上の施設・事業所、高齢者向け住まいに介護相談員を派遣し、より幅広い利用者のニーズの把握を行います。
○要介護認定の適正化のため、適正かつ公平な要介護認定の確保と、調査基準の平準化を図ります。
○ケアプラン等の点検を行い、介護支援専門員※の技術向上を図ります。
○国保連合会から提供されるデータをもとに、医療情報との突合・縦覧点検を行い、不適切な給付及び医療と重複請求等がないかを確認し、給付費の適正化に努めます。

4 主な取組

項　目	取組の概要
介護相談員の派遣	利用者から介護サービスに対する意見などを伺うため、介護相談員を介護保険法上の施設・事業所はもとより、新たに派遣対象となった高齢者向け住宅に拡大して定期的に派遣します。 また、より多くの利用者の声を把握するため、新たな派遣先を開拓します。
要介護認定の適正化	市で行った認定調査について、職員間での確認や学習会を行うほか、佐久広域連合が行う研修会への参加、e-ラーニングによる全国テストの受講などにより調査員の資質を向上させ、認定基準の平準化を図ることで要介護認定を適正化します。

ケアプラン等の点検	【ケアプラン点検】第９期計画期間中にすべての居宅事業所の点検を行えるよう、年５回、概ね 10 事業所を対象にケアプラン点検を行います。 【住宅改修・福祉用具購入】申請時に、提出書類による審査を行い、限度額を超える工事等、内容に疑義がある場合は現地調査を行います。 【軽度者への福祉用具貸与】例外給付については居宅事業所からサービス担当者会議の記録により貸与の内容を確認します。また多数貸与者についてはケアプラン点検対象者として選定し、利用状況について確認します。
医療情報との突合・縦覧点検	毎月国保連合会から提供される情報を基に、内容を確認、過誤がある場合は事業所へ連絡します。
【再掲】 介護事業所への適切な指導・監督の実施	市が指定・監督の権限を持つ地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所について、事業所指定の有効期間中に１回以上の頻度で運営指導を行い、事業所の適切な運営とサービスの質の確保に努めます。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
介護（サービス）相談員の派遣（訪問施設数、延べ回数）	件	26	26	26	30
	回	中止	中止	104	180
ケアプラン点検事業所数	件	10	9	10	10

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため中止

ウ　介護サービスの円滑な提供

1　現状と課題

○高齢者やサービス利用者の増加に伴い、多様化・複雑化する相談が、今後更に増えることが想定されるため、適切に対応できるよう、相談体制の充実を図る必要があります。

○介護保険は、契約に基づくサービス利用となることから、安心して質の高いサービスを利用するために、利用者に対する適切な介護サービスの提供を確保するとともに、利用者自らがニーズに合ったサービスを適切に選択する必要があります。

○経済的な理由から、介護保険サービスが利用できないことがないよう、各種の負担軽減制度が設けられていることから、十分な周知を図る必要があります。

2 目指す姿

○介護サービス利用者が過不足なく、質の高い介護サービスを受けることができる。
○介護サービスを利用している低所得者が、安心していつでも必要なサービスを受けることができる。

3 施策の方向

○高齢者が必要に応じて適切なサービスを受けられるよう、介護サービスをはじめ、保健・医療・福祉の各種サービスや負担軽減の情報提供を行うとともに、相談・苦情に適切に対応できる相談体制の充実を図ります。
○サービス利用者に近い立場にいるケアマネジャーやサービス事業者に対し、定期的な会議等の場を活用し、佐久市介護保険利用者負担援護事業について周知を図ります。

4 主な取組

項　目	取組の概要
相談・苦情対応	介護保険サービスに関する相談内容は、多様かつ複雑であり、予防から給付まで関連する場合が多いため、保健・医療・福祉・介護保険が一体的に相談できる体制を整備し、相談業務の充実を図ります。 苦情については、相談業務と同様の窓口で受け付け、その内容に応じて県や国保連合会と連携をとりながら、速やかに対応します。
介護保険制度の周知	介護や支援の必要な方が速やかにサービスを利用できるよう、市広報紙・ホームページ、本庁及び各支所窓口でのパンフレット配布などを通じて介護保険制度を周知します。
経済的負担の軽減	高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費等の事業において、低所得者が介護サービス費用の自己負担を重く感じることにより、必要な介護サービスの利用を控えることがないよう、所得区分等により自己負担額を軽減します。
社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担軽減事業	社会福祉法人等が利用者負担を軽減した場合に、その軽減額に対し一定の範囲内で助成を行います。
介護保険利用者負担援護事業	介護サービスを利用していて特に生計が困難な方の利用料を減免します。また、事業を必要とする方へケアマネジャー等を通じ、制度の周知を図り、利用の促進を図ります。
介護保険料の減免等	被災など特別な事情が発生した際や、納付相談時に減免事由を確認した際に、減免手続きを行うとともに、制度周知を行います。

低所得者（第１号被保険者）の保険料軽減	低所得者（第１～３段階）の保険料について、国、県及び市がそれぞれ公費負担することにより、軽減を行います。
居宅介護支援事業所との連携	適切なケアマネジメントサービスの提供とサービス水準の向上を図るため、佐久市介護保険居宅介護支援事業者連絡協議会を通じて、市と居宅介護支援事業所の連携を深めます。

5　第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担軽減事業	人	3	3	3	現状以上
介護保険利用者負担援護事業	人	2	1	1	5

基本方針２　災害・感染症への対策

令和元年（2019 年）10 月に発生した「令和元年東日本台風」は、本市の都市機能や経済活動、市民の暮らしに甚大な被害を及ぼしました。また、令和２年（2020 年）に国内で初めて感染が確認され、世界中を巻き込むパンデミックを引き起こした「新型コロナウイルス感染症」は、本市においても、多くの人の命を脅威にさらすのみならず、日々の暮らしや従来の価値観を一変させました。

地球温暖化に起因した気候変動による様々な災害や、近年中の発生も予測される大規模地震、更には、新型コロナウイルス感染症に代表される未知の新興ウイルスなど、生活を一変する脅威がいつ発生するか予測がつかない時代が訪れています。

高齢者は、災害や感染症の影響を受けやすい傾向にあり、特に配慮を要する方が多いことから、これまでの経験を基に、命や生活を守る事前の対策の強化を推進します。

ア　災害対策の推進

1　現状と課題

○避難時に支援が必要な高齢者等について、あらかじめ避難先、避難経路、避難時の配慮事項などを明らかにし、当事者、支援者ほか避難に関係する様々な主体間で共有する必要があります。

○高齢者や障がいを持った方などは、災害による直接の被害だけでなく、必ずしも生活環境が十分といえない避難所での生活に支障をきたす例が多いことから、避難所における良好な生活環境を確保する必要があります。

○配慮を要する方の居場所となる福祉事業所においては、日頃から災害が発生した場合の

対応をあらかじめ明らかにすることで、緊急時の対応や、災害時にも必要なサービスが提供できる体制の確保を図ることが必要です。

2 目指す姿

○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。

3 施策の方向

○行政、地域、福祉事業所等が連携し、高齢や障がいなどにより避難行動に支援が必要な方々に配慮した災害対策を推進します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
個別避難計画（福祉課）	民生児童委員、自主防災組織、福祉事業所などと協働して、災害時に支援が必要な人ごとに「個別避難計画」の作成を進めます。
福祉避難所（福祉課）	災害発生時に、高齢者など避難時に特に配慮が必要な方が滞在する「福祉避難所」の開設及び運営を行います。
避難確保計画、業務継続計画（BCP）	高齢者施設等における避難確保計画、業務継続計画（BCP）の改訂を促進するとともに、これらの計画に基づく訓練の実施などに向けた支援を行います。
避難行動要支援者※の支援体制の強化	避難行動要支援者名簿の情報を防災関係機関、民生児童委員等と共有し、災害時における情報の伝達や安否確認、避難支援等に活用するとともに、災害時に避難行動要支援者を支援する体制を整えます。

5 第８期実績及び第９期目標値

項　目	単位	実　績			目標値（令和８年度）
		令和３年度	令和４年度	令和５年度（見込）	
個別避難計画の作成に着手した地区	地区	－	5	47	240（全地区）
避難確保計画を作成した施設	施設	27	27	27	51

イ　感染症対策の推進

1　現状と課題

○高齢者は感染症り患時に重症化する危険性が高いことから、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた感染症への対策が必要です。

○高齢者施設は、感染症への抵抗力が弱い高齢者等が集団で生活する場のため、ウイルス等が持ち込まれた場合は感染が広がりやすいことから、外部から持ち込まず、感染を拡大させない対策が必要です。

○高齢者施設は、本人やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提に、各種サービスが継続的に提供されることが必要です。

○高齢者施設等において、業務継続計画（BCP）の策定、研修及び訓練の実施の取組が令和６年（2024年）４月から義務付けられたため、これらに向けた支援が必要です。

2　目指す姿

○高齢者施設がウイルス等を外部から持ち込まない、感染拡大させない対策を充実させることで、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、業務継続計画（BCP）に基づき、各種サービスが継続的に提供されている。

3　施策の方向

○高齢者施設に対して、各種感染症に対する予防の重要性、適切な感染防止策、感染症発生時の対応等の知識の普及啓発に努めます。

○感染症が発生した場合に備え、国、県、介護事業所等との連携体制を構築します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
物資の備蓄・調達・輸送体制の整備	大規模な感染症が発生した場合に備え、国、県と連携し備蓄・調達・輸送体制の整備を進めます。
支援・応援体制の構築	高齢者施設等に対して、感染拡大防止策の周知・啓発を行うとともに、感染症発症時に備え、感染症予防・発生時対応マニュアル等の整備の促進を行います。 県や高齢者施設等と感染発生時の連携体制を構築します。
業務継続計画（BCP）	高齢者施設等における業務継続計画（BCP）の改訂を促進するとともに、この計画に基づく訓練の実施などに向けた支援を行います。

基本目標Ⅳ　適切な介護サービス等を提供するための基盤整備

基本方針１　介護保険サービス基盤の整備

要支援・要介護認定者数は、年々増加傾向にあり、その増加に伴い、高齢者施設数は増加しています。今後も、介護保険サービス利用者のさらなる増加やニーズの多様化、家族・親族の介護のためにやむを得ず離職する介護離職の防止など、利用者の希望や課題に対応できるよう、介護サービス基盤の充実を図ります。

ア　施設・居住系サービス基盤

１　現状と課題

○本市では、第８期計画期間を通じ、在宅での生活が困難な要介護者が、介護施設等に入所し様々な介護サービスを受けることができる施設・居住系サービスについて、基盤整備を進めてきました。第９期計画においても、可能な限り在宅での生活を続けられるように居宅サービスの充実を図り、並行して、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）を見据えた施設・居住系サービスの基盤整備を図ることが必要です。

２　目指す姿

○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。

３　施策の方向

○介護老人福祉施設については、今後も利用の増加が見込まれることから、佐久老人保健福祉圏域における入所定員数との調整を図りつつ、事業所の意向も踏まえた上で、既存施設の空きスペース等の活用を促進して増床を図り、待機者の解消に努めます。

○介護保険法の改正により、介護療養型医療施設※が令和５年度（2023 年度）末に廃止になったことで、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」などの医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね揃えた介護医療院※が創設されることになりました。介護医療院の整備については、60 床を整備します。

○特定施設入居者生活介護※の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅及び住宅型有料老人ホームが多様な介護ニーズの受け皿になっていることを踏まえ、サービス見込み量に応じ特定施設入居者生活介護への移行を促し、整備します。

○介護ニーズの受け皿としての役割を果たせるよう、未届けの有料老人ホームを確認した場合には、県に情報提供します。

○有料老人ホームと併設する介護事業所から過剰なサービス提供などを確認した場合は、県と連携して、質の確保や介護サービス利用の適正化を推進します。

4 主な取組

項　目	取組の概要
近隣市町村との連携	広域連合が運営する施設については、圏域全体の中長期的な人口動態などを踏まえ、広域的な視点から施設整備を検討します。
介護保険外サービスの整備	サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの適切な整備状況の把握に努めます。

5 計画期間の目標

（単位：床数）

項　目	令和５年度末	整備数			令和８年度末
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	644	22			666
介護老人保健施設	379				379
介護医療院	0	30	30		60
特定施設入居者生活介護	120	30			150

6 介護保険外サービスの整備

項　目	単位	令和５年度末（見込）
サービス付き高齢者向け住宅	戸	185
住宅型有料老人ホーム	床	716

※サービス付き高齢者向け住宅及び住宅型有料老人ホームの整備については、県への届出制・登録申請のため、設置数を市で総量規制することができません。

イ　地域密着型サービス基盤

1　現状と課題

○これまで、地域の生活を支える基盤として、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）を見据えて、各圏域に地域密着型サービス事業所の整備を計画的に進めてきました。
現在、市では医療依存度の高い方のケアができる施設が不足している状況です。今後、医療依存度の高い方のケアができる施設を創設する必要があります。

2　目指す姿

○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。

3　施策の方向

○認知症施策の推進や高齢者等実態調査の結果から、今後増加が見込まれる認知症高齢者への対応の必要性を踏まえ、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）を整備します。地域の設定については、６圏域のうち、事業所の参入意向などを踏まえながら整備を行います。
○在宅介護を推進するための基盤整備として、市内で初となる看護小規模多機能型居宅介護を整備します。

4　主な取組

項　目	取組の概要
公募による事業者の指定	適切なサービス施設の確保とサービスの質の向上を図るため、公募による事業者の指定を行います。
事業者の指定に係る関係者の意見の反映	地域密着型サービス事業者の指定にあたっては、必要に応じて有識者などの外部委員で構成された佐久市地域密着型サービス運営委員会による意見を反映するよう努めます。
県が行う事業者の指定への関与	市は、県に対し、介護保険事業計画との調整を図る見地から、県の介護サービス事業者の指定について、意見を申し出ることがあります。

5 計画期間の目標

（単位：施設数）

項　目	令和５年度末	整備数			令和８年度末
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	
認知症対応型通所介護	4				4
地域密着型通所介護	16				16
認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）	8 (123)			1 (18)	9 (141)
小規模多機能型居宅介護	6				6
看護小規模多機能型居宅介護	0			1 (29)	1 (29)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1				1
地域密着型特定施設入居者生活介護	1 (29)				1 (29)

※（　　）内は入所床数です。

※認知症対応型共同生活介護の施設数及び床数は、令和５年度（2023 年度）中に着工している分を含みます。

第６章　介護保険事業費の状況と推計及び保険料の設定

第１節　介護保険事業費の状況と推計

１　介護給付サービスの給付費

次の表の数値は、令和３年度（2021 年度）、令和４年度（2022 年度）は実績、令和５年度（2023 年度）は同年８月までの実績を基に算出した見込値であり、令和６年度（2024 年度）以降は地域包括ケア「見える化」システムによる推計値です。

各サービス別保険給付費の実績値及び推計値は下記のとおりです。

（１）居宅サービス

ア　実施状況

	単位	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）（見込）
訪問介護	千円	924,239	934,668	911,065
	回／年	199,230	204,374	201,886
訪問入浴介護	千円	45,136	42,022	42,107
	回／年	3,738	3,505	3,472
訪問看護	千円	308,962	299,274	294,161
	回／年	41,168	39,854	39,126
訪問リハビリテーション	千円	15,705	15,951	15,269
	回／年	2,676	2,689	2,636
通所介護	千円	1,001,427	981,454	993,088
	回／年	130,796	127,138	128,106
通所リハビリテーション	千円	304,160	292,732	291,196
	回／年	33,979	31,942	32,048
居宅療養管理指導	千円	21,108	37,732	37,937
	人／月	7,145	6,975	7,004
短期入所生活介護	千円	274,734	281,128	270,736
	日／年	32,739	32,856	33,584

短期入所療養介護(老健)	千円	169,375	150,309	155,769
	日／年	14,896	13,160	13,580
短期入所療養介護(介護医療院)	千円	629	1,616	753
	日／年	69	164	72
福祉用具貸与	千円	286,578	298,866	290,365
	人／年	21,204	21,889	21,406
特定施設入居者生活介護	千円	176,794	191,373	269,199
	人／年	860	944	1,282
住宅改修	千円	8,067	6,515	6,313
	人／年	122	107	108
特定福祉用具購入費	千円	4,966	5,938	6,898
	人／年	256	284	298
居宅介護支援	千円	453,724	463,957	436,060
	人／年	29,200	29,170	28,006
計	千円	3,995,604	4,003,535	4,020,916

イ　推計

	単位	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 22 年度（2040 年度）	令和 27 年度（2045 年度）
訪問介護	推　計　中 （今後、国から介護報酬改定率が示された後、推計を行う予定です。）					
訪問入浴介護						
訪問看護						
訪問リハビリテーション						
通所介護						
通所リハビリテーション						
居宅療養管理指導						
短期入所生活介						

護	推　計　中
短期入所療養介護	
福祉用具貸与	
特定施設入居者生活介護	
住宅改修	
特定福祉用具購入費	
居宅介護支援	
計	

（２）地域密着型サービス

ア　実施状況

	単位	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）（見込）
認知症対応型通所介護	千円	50,952	60,125	57,552
	回／年	4,761	5,672	5,436
地域密着型通所介護	千円	302,782	290,345	280,569
	回／年	36,828	34,825	33,570
認知症対応型共同生活介護	千円	310,150	321,991	323,694
	人／年	36,159	37,316	36,874
小規模多機能型居宅介護	千円	284,447	310,376	343,404
	人／年	33,416	38,292	42,280
看護小規模多機能型居宅介護	千円	0	0	0
	人／年	0	0	0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	千円	13,916	16,441	15,143
	人／年	2,393	2,272	2,228
地域密着型特定施設入居者生活介護	千円	62,336	61,686	62,026
	人／年	9,961	9,739	9,906
計	千円	1,024,583	1,060,964	1,082,388

イ　推計

	単位	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 22 年度（2040 年度）	令和 27 年度（2045 年度）
認知症対応型通所介護	推　計　中					
地域密着型通所介護						
認知症対応型共同生活介護						
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						
地域密着型特定施設入居者生活介護						
計						

（3）施設サービス

ア　実施状況

	単位	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）（見込）
介護老人福祉施設	千円	2,127,273	2,172,896	2,184,417
	人／年	7,956	8,124	8,186
介護老人保健施設	千円	1,097,191	1,080,028	1,078,956
	人／年	3,946	3,855	3,846
介護療養型医療施設	千円	159,380	119,892	46,506
	人／年	556	441	174
介護医療院	千円	3,927	7,840	17,348
	人／年	11	27	56
計	千円	3,387,771	3,380,656	3,327,227

※介護療養型医療施設は、令和５年度（2023 年度）末をもって廃止。

イ　推計

	単位	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 22 年度（2040 年度）	令和 27 年度（2045 年度）
介護老人福祉施設	推　計　中					
介護老人保健施設						
介護医療院						
計						

2　介護予防サービスの給付費

各サービス別保険給付費の実績値及び推計値は下記のとおりです。

（1）介護予防居宅サービス

ア　実施状況

	単位	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）（見込）
介護予防訪問入浴	千円	111	275	184
	回／年	14	34	23
介護予防訪問看護	千円	29,693	28,646	31,361
	回／年	4,919	4,561	5,022
介護予防訪問リハビリテーション	千円	5,115	5,429	5,674
	回／年	941	1,026	1,094
介護予防居宅療養管理指導	千円	1,893	2,219	2,926
	人／年	451	418	526
介護予防通所リハビリテーション	千円	67,562	63,612	61,482
	人／年	1,769	1,657	1,558
介護予防短期入所生活介護	千円	3,341	5,089	6,280
	日／年	516	824	1006
介護予防短期入所療養介護（老健）	千円	684	1,466	595
	日／年	67	162	82
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	千円	0	0	0
	日／年	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	千円	27,130	28,046	29,134
	人／年	5,285	5,330	5,392
特定介護予防福祉用具購入費	千円	1,529	2,037	1,667
	人／年	81	102	74
介護予防住宅改修	千円	3,138	3,260	4,550
	人／年	58	61	96
介護予防特定施設入居者生活介護	千円	3,550	3,498	2,609
	人／年	49	48	36
介護予防支援	千円	30,136	30,162	30,351

計	人／年	6,705	6,726	6,756
	千円	173,882	173,739	176,813

イ　推計

	単位	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 22 年度（2040 年度）	令和 27 年度（2045 年度）
介護予防訪問入浴	推　計　中					
介護予防訪問看護						
介護予防訪問リハビリテーション						
介護予防居宅療養管理指導						
介護予防通所リハビリテーション						
介護予防短期入所生活介護						
介護予防短期入所療養介護（老健）						
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）						
介護予防福祉用具貸与						
特定介護予防福祉用具購入費						
介護予防住宅改修						
介護予防特定施設入居者生活介						

護	推　計　中
介護予防支援	
計	

（２）介護予防地域密着型サービス

ア　実施状況

	単位	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）（見込）
介護予防認知症対応型通所介護	千円	1,035	884	540
	回／年	161	155	104
介護予防小規模多機能型居宅介護	千円	15,314	11,711	13,727
	人／年	206	169	198
計	千円	16,349	12,595	14,267

イ　推計

	単位	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 22 年度（2040 年度）	令和 27 年度（2045 年度）
介護予防認知症対応型通所介護	推　計　中					
介護予防小規模多機能型居宅介護						
計						

3　標準給付費

標準給付費とは、介護給付費と予防給付費をあわせた総給付費に、その他の経費である高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入居者時介護サービス費及び審査支払手数料を加えた費用のことです。実績値及び推計値は下記のとおりです。

（1）　実施状況

（単位:千円）

	令和３年度 （2021 年度）	令和４年度 （2022 年度）	令和５年度 （2023 年度）（見込）
総給付費	8,598,189	8,631,489	8,621,611
高額介護サービス費	208,650	206,495	204,575
高額医療合算介護サービス費	23,792	23,495	24,993
特定入居者時介護サービス費	294,182	252,130	243,635
審査支払手数料	8,137	8,269	8,283
計	9,132,950	9,121,878	9,103,097

（2）　推計

（単位：千円）

	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 22 年度 （2040 年度）	令和 27 年度 （2045 年度）
総給付費	推　計　中				
高額介護サービス費					
高額医療合算介護サービス費					
特定入居者時介護サービス費					
審査支払手数料					
計					

4　地域支援事業費

介護予防・日常生活支援総合事業を含む地域支援事業に関する実績値及び推計値は、下記のとおりです。

（1）実施状況

（単位：千円）

	令和３年度（2021 年度）	令和４年度（2022 年度）	令和５年度（2023 年度）（見込）
総合事業	255,548	254,779	257,322
包括的支援事業	168,354	169,289	152,843
任意事業	19,653	23,036	41,450
計	443,555	447,104	451,615

※令和３年度（2021 年度）より、任意事業における介護用品給付事業を保健福祉事業へ移行。

（2）推計

（単位：千円）

	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 22 年度（2040 年度）	令和 27 年度（2045 年度）
総合事業	259,894	262,496	265,119	257,565	254216
包括的支援事業	154,372	155,915	157,475	181,013	190,236
任意事業	41,864	42,282	42,706	49,089	51,593
計	456,130	460,693	465,300	487,667	496,045

第２節　　保険料の設定

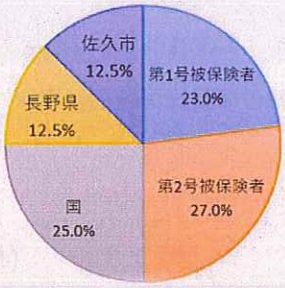
１　介護保険事業に係る財源

（１）介護保険給付費の財源

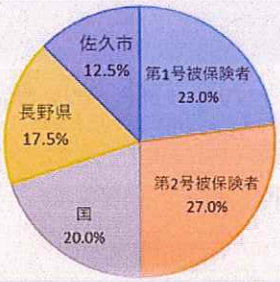
介護保険給付費の財源の負担割合は、国 25%（施設給付費分は 20%）、県 12.5%（施設給付費分は 17.5%）、市町村 12.5%、40～64 歳までの第２号被保険者 27%、65 歳以上の第１号被保険者 23%の負担率となっています。なお、国が負担する 25%のうち５%の部分は調整交付金で、第１号被保険者の年齢構成及び所得水準に応じた率により調整され交付されます。

図表６－１　介護保険給付費の財源

【居宅給付費】



【施設給付費】

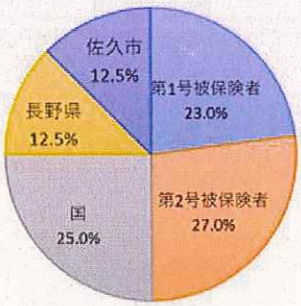


（２）地域支援事業費の財源

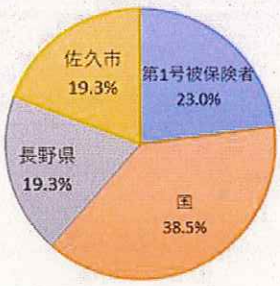
地域支援事業費の財源の負担割合は、介護予防・日常生活支援総合事業として、国 25%、県 12.5%、40～64 歳までの第２号被保険者 27%、65 歳以上の第１号被保険者 23%の負担率となっています。また、介護予防・日常生活支援総合事業以外については、国 38.5%、県 19.25%、19.25%、65 歳以上の第１号被保険者 23%となります。

図表６－２　地域支援事業費の財源

【介護予防・日常生活支援総合事業】



【包括的支援事業・任意事業】



2　第１号被保険者介護保険料の算定方法

第１号被保険者の介護保険料は下記のように算出します。

図表６－３　第１号被保険者介護保険料の算定のながれ

１．第１号被保険者数の推計

令和６年（2024 年）から令和８年（2026 年）までの将来人口推計に基づき、第１号被保険者数を推計します。

２．要支援・要介護認定者数の推計

上記１で推計された被保険者数を基に、要介護（要支援）認定者数を推計します。

３．サービス見込み量の推計

要介護（要支援）認定者数の推計を基に、各サービスの利用回数や利用人数の実績、施設整備計画等を踏まえ、サービス供給見込み量を推計します。

４．介護保険給付に必要な費用の算定

サービス供給見込み量を基に、介護報酬改定等の影響を反映した標準給付費見込額と地域支援事業費見込額を算定します。

５．介護保険料の算定

上記４の算定額を基に、調整交付金、介護保険事業基金取崩額を加味し、第１号被保険者の保険料（基準額）を算定します。

3　第９期の介護保険料（基準額）

令和６年度（2024 年度）から令和８年度（2026 年度）までの介護給付費用の推計額及び介護保険事業基金からの繰入額等の推計に基づき、第９期計画期間の第１号被保険者の介護保険料を次のとおり算定しました。

第１号被保険者保険料（基準額）	推　計　中

4　保険料段階の設定

検　討　中

（今後、国から正式な所得段階が示された後、
市の所得段階を設定する予定です。）

※第１段階から第３段階の保険料は公費により、保険料額が軽減されています。
※土地売却等に係る特別控除がある場合は、合計所得金額から長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除を控除した額を用います。
※１　障害年金や遺族年金等の非課税年金は含まれません。
※２　公的年金等に係る雑所得を控除した金額です。

資　料　編

1　佐久市介護保険事業計画等策定懇話会設置要綱

平成１７年４月１日告示第７７号

改正

平成１７年７月６日告示第１６０号
平成２０年３月２７日告示第３０号
平成２１年３月２４日告示第３５号
平成２２年３月２９日告示第５３号

（設置）

第１条　佐久市の介護保険事業を含めた総合的な老人福祉事業に関する計画の策定を推進するため、佐久市介護保険事業計画等策定懇話会（以下「懇話会」という。）を置く。

（任務）

第２条　懇話会は、次の事項について審議するものとする。

（１）　介護保険事業計画の策定に関する事項

（２）　老人福祉計画の策定に関する事項

（３）　その他必要な事項

（組織）

第３条　懇話会は、委員１５人以内をもって組織する。

２　委員は、市民、識見を有する者、関係団体の代表者等のうちから市長が委嘱する。

（任期）

第４条　委員の任期は、２年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）

第５条　懇話会に、会長及び副会長１人を置き、委員の互選によりこれを定める。

２　会長は、懇話会を代表し、会務を総理する。

３　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代行する。

（会議等）

第６条　懇話会は、会長が招集し、会長が議長となる。ただし、懇話会を初めて招集するときは、市長が招集する。

２　懇話会は、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

３　懇話会の議事は、出席者の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

４　会長は、その所掌事務について必要があると認めるときは、委員以外の者の懇話会への出席を求め、その意見を聴くことができる。

（庶務）

第７条　懇話会の庶務は、福祉部高齢者福祉課において処理する。

（その他）

第８条　この要綱に定めるもののほか、懇話会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附　則

この要綱は、平成１７年４月１日から施行する。

附　則（平成１７年７月６日告示第１６０号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附　則（平成２０年３月２７日告示第３０号）

この要綱は、平成２０年４月１日から施行する。

附　則（平成２１年３月２４日告示第３５号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附　則（平成２２年３月２９日告示第５３号）

この要綱は、平成２２年４月１日から施行する。

2　佐久市介護保険事業計画等策定懇話会委員名簿

（敬称略）

	氏　名	所　属　名　等	
会　長	雨宮　雷太	佐久医師会	会　長
副会長	小林　光男	佐久市社会福祉協議会	会　長
委　員	和田　裕一	識見者 社会福祉法人佐久福寿園	理事長
〃	菊池小百合	識見者 佐久大学信州短期大学部	教　授
〃	野村　裕行	佐久歯科医師会	会　長
〃	今牧　健之	佐久薬剤師会	会　長
〃	柳澤　本樹	佐久市区長会	会　長
〃	青木美佐子	佐久市民生児童委員協議会	副会長
〃	柳沢喜美子	長野県栄養士会佐久支部	支部長
〃	桜井美智子	佐久市老人クラブ連合会	副会長
〃	関澤　加代	介護職域代表 佐久市居宅介護支援事業者連絡協議会	会　長
〃	相馬喜代子	被保険者代表	
〃	竹内まさ子	被保険者代表	

3　佐久市介護保険事業計画等策定の経過

令和４年１２月　７日（水） ～ 令和４年１２月２２日（木）	高齢者実態調査 元気高齢者等　400人　回答数　308人　回収率77.0% 要介護・要支援認定者等　1,900人　回答数1,140人　回収率60.0%
令和５年　１月２６日（木） ～ 令和５年　２月２８日（火）	介護保険関連施設等の整備に関する意向調査 市内57法人　回答数18法人　回収率31.6%
令和５年　７月２４日（月）	佐久市老人福祉計画・第９期介護保険事業計画　諮問 第１回介護保険事業計画等策定懇話会 （保健福祉審議会高齢者福祉部会）
令和５年　９月２１日（木）	計画に関する県のヒアリング
令和５年　９月２５日（月） ～ 令和５年１０月１０日（火）	パブリックコメント 基本方針（案）に対して
令和５年１０月１０日（火）	計画に関する懇話会委員のヒアリング
令和５年１０月２３日（月）	第２回介護保険事業計画等策定懇話会 （保健福祉審議会高齢者福祉部会）
令和５年１２月１１日（月）	企画調整幹事会
令和５年１２月１９日（火）	企画調整委員会

今後の日程掲載予定

4　用語解説

	用　語	解　説
あ	アウトリーチ	行政や支援機関などが、支援が必要であるにも関わらず届いていない人に対して、訪問等により積極的に働きかけて、情報・支援を届けること。
	アセスメント	利用者に関する情報を収集・分析し、自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握すること。
	ADL／IADL	ADLは、Activities of Daily Livingの略。毎日の生活を送るために必要な基本的動作のこと。主に食事、排せつ、整容、移動、入浴など基本的な行為、動作を指す。 IADLは、Instrumental Activities of Daily Livingの略。バスに乗って買い物に行く、食事の支度をする等のように、ADLよりより複雑な動作を指す。
か	介護医療院	要介護者であって、長期にわたり療養が必要な方に対し、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護及び機能訓練、その他必要な医療、日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
	介護支援専門員 （ケアマネジャー）	要介護者等がその心身状態に応じて適切な居宅サービスや施設サービスを利用できるよう、市町村、居宅介護サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者。
	介護助手	食事の配膳下膳や掃除洗濯、施設への送迎、レクリエーション等身体介助以外の補助的な業務を担う者。
	介護療養型医療施設	療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理や看護、医学的管理のもとにおける介護、その他の世話及び機能訓練、その他必要な医療を行うことを目的とする施設。

介護予防・日常生活支援総合事業	心身機能の改善や維持・向上を通して、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で生きがいを持って、活動できるよう支援する事業のこと。
介護ロボット	介護サービス利用者の自立支援や介護者の負担の軽減に役立つロボット技術が活用された介護機器のこと。移乗・移動支援や排せつ支援、認知症の方の見守りなどの場面で活用される。
QOL （クオリティ・オブ・ライフ）	Quality Of Life の略。一般に人生の内容の質や生活の質のことを指す。
ケアプラン	要支援、要介護の認定を受けた者を対象として、心身状況やおかれている環境、本人や家族の希望を取り入れながら、利用しようとする介護保険サービスの種類や内容、担当者、その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画書のこと。
ケアマネジメント	介護サービス利用者の要介護状態や生活状況を把握したうえで、本人が望む生活を送れるよう、様々な介護サービスを組み合わせてケアプランを作成し、そのプランに従ってサービスが提供できるよう事業者との調整を行い、実際にサービスが提供された結果を確認するという一連の業務のこと。
KDB システム （国保データベース）	「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするデータベースのこと。
サービス付き高齢者向け住宅	介護を必要としない自立した高齢者が様々な生活支援サービスを受けて居住する施設。掃除や買い物の代行といった生活支援サービスに加え、安否確認や生活相談が可能。バリアフリー対応の賃貸住宅となっている。
サルコペニア	高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく現象のこと。
若年性認知症	65 歳未満で発症する認知症のこと。発症年齢で区分・定義されており、症状は高齢期の認知症と変わらない。

	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構築の機能）を果たす者。
た	ダブルケア	晩婚化や高齢出産化などにより、育児と介護のタイミングが重なること。
	団塊ジュニア世代	昭和 22 年（1947 年）から昭和 24 年（1949 年）生まれの第 1 次ベビーブーム世代の子どもたちのこと。
	団塊の世代	戦後の第一次ベビーブーム期（昭和 22 年（1947 年）から昭和 24 年（1949 年）頃）に生まれ、日本の高度成長期とともに育った世代のこと。
	地域包括ケア「見える化」システム	都道府県や市町村の介護保険事業（支援）計画等の策定・実施を総合的に支援するための国の情報システムのこと。
	地域密着型サービス	住み慣れた地域と住まいで可能な限り生活が継続できるように、身近なサービスでの生活を支えるためのサービスを提供するものである。原則として佐久市民のみが利用できるものであり、地域の生活を支える基盤として重要な役割を果たすサービスとなっている。
	チームオレンジ	認知症サポーターの活動の任意性は尊重しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズにあった具体的な支援につなげる仕組みのこと。
	特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス等）、サービス付き高齢者向け住宅等で要支援・要介護である入居者に対して行われる日常生活上の介護や機能訓練、療養上の世話などのサービスのこと。
な	認知症バリアフリー	認知症になってからも、できる限り住み慣れた地域で安心して普通に暮らし続けていくために、生活のあらゆる場面での障壁を減らしていく取組。

は	ハイリスクアプローチ	疾患を発症しやすいリスクを特定し、高いリスクを持った人を対象に絞り込み対処する取組。
	避難行動要支援者	高齢者、障がい者、乳幼児等の防災施策において特に配慮を要する者（要配慮者）のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する者。
	フレイル（虚弱）	年をとって心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながりなど）が低下した状態。健康な状態からフレイルの段階を経て要介護状態に陥る。兆候を早期に発見し、適切に対処することで、振興の抑制や、健康の状態に戻すことができる。
	ポピュレーションアプローチ	集団全体、分布全体に働きかけて適切な方向に少しずつ移動、シフトする方法。
ま	民生児童委員	地域において、住民の側に立ち、その要望を関係機関に伝えるとともに、一人暮らしの高齢者や障がい者、子育て家庭等の訪問、相談など住民が安心して暮らせるための支援を行う者。
や	ヤングケアラー	本来、大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どものこと。
	有料老人ホーム	入居している高齢者に、入浴・排せつ・食事の介護、食事の提供、洗濯・掃除等の家事、健康管理のいずれかを提供する施設。

資料 No. 2

佐久市老人福祉計画・第９期介護保険事業計画（素案）【概要版】

第１章　計画策定に当たって（抜粋）

１　計画策定の趣旨

「老人福祉計画・介護保険事業計画（以下、「本計画」という。）」は、本市の高齢者福祉施策の基本となるもので、第８期計画に引き続き、老人福祉法に基づく老人福祉計画と介護保険法に基づく介護保険事業計画を一体的に策定します。

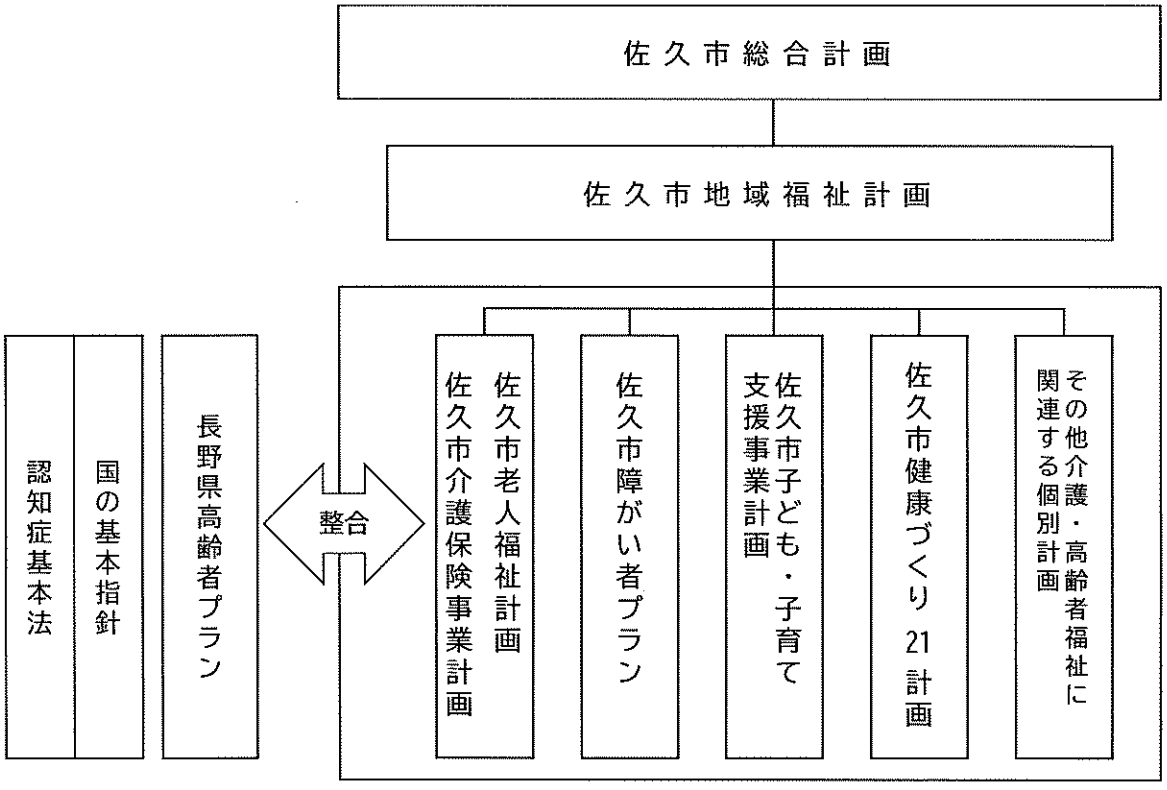
本計画は、団塊ジュニア※世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）に向けて、人口構成の変化や介護需要の動向が地域ごとに異なることなどを考慮して、介護需要やそのために必要な保険料水準などを推計し、中長期的な視点に立って本市の高齢者に関する施策を総合的かつ計画的に推進するとともに、段階的に介護サービスの充実・高齢者を支える地域づくりを進める地域包括ケアシステムを深化・推進していく計画として策定します。

２　計画の位置づけ

本計画は、「第二次佐久市総合計画　後期基本計画」、「第四次佐久市地域福祉計画」を上位計画とし、国の「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下、「国の基本指針」という。）」に対応したものとするとともに、「佐久市健康づくり 21 計画」、「佐久市子ども・子育て支援事業計画」、「佐久市障がい者プラン」、その他諸計画との整合を図るものとします。

また、「長野県高齢者プラン」との整合にも留意するとともに、認知症に対する取組においては、国の「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本的な考え方を踏まえたものとします。

図表１－１　計画の位置づけ



3　計画の期間

本計画の期間は、「国の基本指針」に則して、令和６年度（2024 年度）から令和８年度（2026 年度）までの３年間とします。

第３章　第８期計画の課題の整理

高齢者を取り巻く現状と高齢者実態調査の結果を踏まえ、第８期計画（前計画）の課題を次のとおり整理します。

1　高齢者を支える担い手の減少と支え合いの充実

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・親族・地域の支え合い）、共助（医療保険や介護保険の利用）、公助（生活困窮者に対する行政サービス等）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。

支え手が少なくなる中、高齢者の自助や高齢者同士の互助も更に推進すべく、地域活動に参加しやすいきっかけづくりや担い手の育成、支援のニーズをマッチングする仕組みづくりなどの取組を推進していく必要があります。

2　健康づくりや介護予防・フレイル予防に主体的に取り組む意識の醸成

高齢者の健康状態や生活機能などは高齢になるほど個人差が大きくなるため、若年期から「自分の健康は自分で守る」という意識をもち、主体的に自身の健康づくりに取り組むことが必要です。

また、高齢期になっても積極的に社会とつながりをもち、自身の健康づくりや介護予防・フレイル※予防に取り組んでいくことが必要であり、健康寿命延伸のため、元気な高齢者を増やしていく支援体制や環境づくりが重要です。

3　認知症高齢者の増加に伴う地域における支援体制の充実

高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者数が増加する中、認知症施策は個人の尊厳や権利を守り、また、家族等の負担軽減を図るためにも重要な施策となっています。

若年性認知症を含めた認知症高齢者とその家族への支援の充実とともに、認知症に対する理解を促し、地域での見守り体制を強化していく必要があります。本人発信支援を踏まえ、本人の意思を尊重したチームオレンジ※の立ち上げなど、認知症サポーターの活躍の場の確保や実践につなげる取組を推進していく必要があります。

4　介護ニーズに対応した基盤整備と介護人材の対策

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。要介護状態となっても自立支援及び重度化防止に引き続き取り組むとともに、適正な介護給付に努め、健全で持続可能な介護保険制度の運営を図っていく必要があります。

また、介護分野における人材不足の対策は、喫緊の課題であり介護保険事業所と連携しながら、地域の高齢者介護を支える多様な介護人材の確保や、介護ロボット※や ICT を活用した働きやすい職場環境の整備を進めていく必要があります。

第４章　基本理念と第９期計画の取組の方向性

１　計画の基本理念

本計画では、第二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「豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり」を基本理念とし、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〉　　豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり

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４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

高齢社会を迎える中、担い手不足が懸念されています。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

地域共生社会実現の観点を踏まえ、地域包括ケアシステムを軸とした、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　安心して介護サービスが受けられる環境づくり

介護人材の不足や災害・感染症といった不測の事態に備える取組などを行うことで、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Ⅳ　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るため、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

長野県の第９期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４－１　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　85.3 歳	R3 (2021)	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	13.9%	R4 (2022)	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）	32.1%	R3 (2021)	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　7.08 点 居宅要介護（要支援）者　6.08 点	R4 (2022)	上昇	長野県「高齢者実態調査」

※「1・4」については、令和４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

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」には自宅の他、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　施策の体系

基本理念	基本目標	基本方針		施策の方向
豊かな暮らしを育む健康長寿のまちづくり	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
		2	【重点項目】 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
				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	【重点項目】 認知症にやさしい地域づくり	ア 認知症の理解を深めるための普及の推進
				イ 認知症予防の推進
				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
		4	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 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
	Ⅳ 適切な介護サービス等を提供するための基盤整備	1	【重点項目】 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

第５章　施策の展開

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

基本方針１　生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者がいつまでも健康で住み慣れた地域で暮らすためには、高齢者が培ってきた豊かな経験や知識・技能などを地域社会で発揮しながら、生きがいにつながる仕事や役割を持って暮らすことができる環境づくりが大切です。また、人生百年時代と言われるように、生涯現役で社会に貢献できる環境を整えることは、地域の活性化にも寄与します。

高齢者のライフスタイルに合わせた活動の場を提供し、仲間づくりやボランティア活動などを通して、生きがいを持って生活できる地域づくりを推進していきます。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　生きがいづくりの推進	シニアクラブ活動助成事業 長寿・米寿お祝い事業
イ　高齢者の社会参加の促進	おでかけ栄養教室 佐久シルバー人材センター運営事業
ウ　地域づくりの担い手育成の推進	おたっしゃ応援団育成塾

▸計画本体の P39-43 に記載

基本方針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

高齢期は、加齢に伴う体力・気力の減退といった身体的・心理的要因や、交流機会や交通手段の減少といった社会環境要因などにより、閉じこもりに陥る傾向があり、健康状態や生活機能などに個人差が大きく現れます。高齢者が要支援・要介護状態になることなく、社会とのつながりを維持しながら、元気で活動的な生活を続けることができるよう健康づくりや介護予防・フレイル予防の取組を推進します。

また、事業対象者・要支援認定者になっても、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るよう支援します。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　若年期からの継続した健康づくりの推進	低栄養・生活習慣病重症化予防指導 栄養相談
イ　介護予防・フレイル予防の推進	75 歳・80 歳おたっしゃ訪問事業 リハビリ専門職等同行訪問
ウ　自立支援に向けた介護予防・重度化防止の推進	適正な介護予防ケアマネジメント※ 訪問型サービス、通所型サービス

▸計画本体の P43-49 に記載

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

基本方針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

本市では、令和 27 年（2045 年）まで高齢者人口は増加することが見込まれ、中でも医療・介護ニーズの高い 85 歳以上の高齢者の増加が著しく、日常生活において支援の必要な高齢者の更なる増加が予想されます。また、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯の割合が増える一方、家族関係や近所付き合いが希薄化しています。高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、地域資源を活用しながら、地域住民が協働し、共に支え合いながら暮らすことができる地域包括ケアシステムの推進がさらに必要です。

さらに、地域包括ケアシステムは、高齢者や障がい者、子どもや生活困窮者などの制度・分野の枠や、支える側・支えられる側という従来の垣根を超え、すべての市民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地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。そのため、地域共生社会の実現も併せた地域づくりを目指していきます。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　包括的な支援体制の整備	庁内関係課の連携推進、関係機関との連携強化 相談支援体制の充実
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	地域包括支援センター運営事業 地域包括支援センター運営協議会
ウ　生活支援体制整備の推進	生活支援コーディネーター※配置 地域資源の情報収集とつなぐ支援
エ　地域づくりにつながる地域ケア会議の充実	地域包括ケア協議会 地域ケア個別会議
オ　高齢者の尊厳ある暮らしの支援と権利擁護の推進	成年後見制度利用支援事業 身寄りのない高齢者などへの支援ガイドライン作成
カ　家族介護支援の充実	家族介護者支援事業

▸計画本体の P50-61 に記載

基本方針２　医療と介護が一体となった在宅療養の推進

高齢になると病気にかかる割合が高くなり、医療機関を受診する人も増えることや心身の虚弱なども重なり、医療と介護の両方を必要とする人が増えます。

高齢者実態調査によると、自宅で介護を受けたいと希望する方の割合は 47.1%と高く、また、自宅で最期を迎えたいと希望する方の割合も 58.1%と高い状況であることが分かりました。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できるよう、医療と介護が連携した体制の整備を推進していく必要があります。

医療と介護の多職種との円滑な連携をさらに進めるとともに、可能な限り在宅生活を継続するための体制づくりを目指します。

施策の方向	主な取組（抜粋）
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	在宅医療 24 時間体制整備 地域患者情報共有システム
イ　地域における在宅医療と介護の連携強化	佐久市医療介護連携推進協議会 多職種連携会議（カフェ交流会）
ウ　在宅の看取り体制の確保	ACP（人生会議）の普及 市民公開講座、老い支度講座

▸計画本体の P61-65 に記載

基本方針３　認知症にやさしい地域づくり

厚生労働省によると、令和７年（2025 年）には 65 歳以上高齢者の５人に１人が認知症と推計されており、高齢化の進展に伴い、今後ますます認知症高齢者の増加が見込まれています。認知症は誰でもなり得るものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

令和５年（2023 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」が成立しました。この基本法は、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望をもって暮らせるよう、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的としています。

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く日常生活が送れる地域づくりを推進します。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　認知症の理解を深めるための普及の推進	本人発信支援、認知症サポーター養成講座 チームオレンジ設置、若年性認知症※支援
イ　認知症予防の推進	脳の健康度測定事業 脳いきいき健康教室
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	認知症地域支援推進員の配置 認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ
エ　認知症バリアフリーの推進と 地域支援体制の強化	認知症高齢者等情報提供票共有事業 認知症にやさしい地域づくりネットワーク運営委員会

▸計画本体の P65-72 に記載

基本方針４ 日常生活を支援する体制の整備

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の方が増加している中、身体機能の低下などにより、日常生活上の支援が必要になった場合においても、住み慣れた地域で安心して在宅での生活を継続していくことが重要であることから、在宅生活が継続できるよう、介護保険のサービスに限らない、様々な生活支援事業を実施しています。

しかしながら、時代の移り変わりによる社会環境の変化に伴い、個人及び世帯が抱えている課題も多様化かつ複雑化しているほか、つながりの希薄化により、支援が必要な方が顕在化しないといったことも考えられるため、支援を必要とする方へ確実に支援を届けることが重要です。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　高齢者の実態把握と見守り	高齢者等実態調査事業 ひとり暮らし高齢者等見守り事業
イ　高齢者を支える生活支援事業	ひとり暮らし高齢者緊急通報システム事業 高齢者外出支援サービス事業
ウ　施設福祉サービスの確実な提供	生活管理指導短期宿泊事業 要援護高齢者福祉施設入所措置

▸計画本体の P72-75 に記載

基本目標Ⅲ　安心して介護サービスが受けられる環境づくり

基本方針１　介護人材の確保と介護サービスの質の向上

本市の第１号被保険者数と要支援・要介護認定者数は、年々増加傾向にあり、それに伴い介護給付は年々増加している状況です。介護ニーズの増加に対応し、介護保険制度を持続可能なものとしていくため、介護保険サービスの充実を図るとともに、介護給付の適正化を図っていくことが重要です。

また、今後、生産年齢人口の減少する中においても、自立支援・重度化防止に資する介護サービスが提供されていく体制を整えていくためには、それを支える介護人材の確保・定着への支援や、介護現場における生産性の向上、業務の効率化など、介護現場の革新に向けた取組を進めていくことが重要です。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　介護人材の確保・定着、介護現場の生産性向上	介護DXの推進、多様な介護人材の確保・定着 介護事業所への適切な指導・監督の実施
イ　介護サービス等の質の向上と適正化の推進	要介護認定の適正化 ケアプラン※等の点検
ウ　介護サービスの円滑な提供	介護保険制度の周知 経済的負担の軽減

▸計画本体のP76-81に記載

基本方針２　災害・感染症への対策

令和元年（2019年）10月に発生した「令和元年東日本台風」は、本市の都市機能や経済活動、市民の暮らしに甚大な被害を及ぼしました。また、令和２年（2020年）に国内で初めて感染が確認され、世界中を巻き込むパンデミックを引き起こした「新型コロナウイルス感染症」は、本市においても、多くの人の命を脅威にさらすのみならず、日々の暮らしや従来の価値観を一変させました。

地球温暖化に起因した気候変動による様々な災害や、近年中の発生も予測される大規模地震、更には、新型コロナウイルス感染症に代表される未知の新興ウイルスなど、生活を一変する脅威がいつ発生するか予測がつかない時代が訪れています。

高齢者は、災害や感染症の影響を受けやすい傾向にあり、特に配慮を要する方が多いことから、これまでの経験を基に、命や生活を守る事前の対策の強化を推進します。

施策の方向	主な取組（抜粋）
ア　災害対策の推進	個別避難計画 避難確保計画、業務継続計画（BCP）
イ　感染症対策の推進	物資の備蓄・調達・輸送体制の整備 支援・応援体制の構築

▸計画本体のP81-83に記載

基本目標Ⅳ　適切な介護サービス等を提供するための基盤整備

基本方針１　介護保険サービス基盤の整備

要支援・要介護認定者数は、年々増加傾向にあり、その増加に伴い、高齢者施設数は増加しています。今後も、介護保険サービス利用者のさらなる増加やニーズの多様化、家族・親族の介護のためにやむを得ず離職する介護離職の防止など、利用者の希望や課題に対応できるよう、介護サービス基盤の充実を図ります。

ア　施設・居住系サービス基盤

（単位：床数）

項　目	令和５年度末	整備数			令和８年度末
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	644	22			666
介護老人保健施設	379				379
介護医療院※	0	30	30		60
特定施設入居者生活介護※	120	30			150

イ　地域密着型サービス基盤

（単位：施設数）

項　目	令和５年度末	整備数			令和８年度末
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	
認知症対応型通所介護	4				4
地域密着型通所介護	16				16
認知症対応型共同生活介護 （認知症高齢者グループホーム）	8 (123)			1 (18)	9 (141)
小規模多機能型居宅介護	6				6
看護小規模多機能型居宅介護	0			1 (29)	1 (29)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1				1
地域密着型特定施設入居者生活介護	1 (29)				1 (29)

※（　　）内は入所床数です。

▸計画本体の P84-87 に記載

第６章　介護保険事業費の状況と推計及び保険料の設定

１　介護保険事業費の状況と推計

令和６年度（2024 年度）から令和８年度（2026 年度）までの３年間の標準給付費及び地域支援事業費は、下記の金額となる見込みです。

（単位：千円）

	第９期見込額計	令和６年度 （2024 年度）	令和７年度 （2025 年度）	令和８年度 （2026 年度）
標準給付費見込額 地域支援事業費 計	推　計　中 （今後、国から介護報酬改定率が示された後、 推計を行う予定です。）			

２　保険料の設定

（１）第９期の介護保険料（基準額）

令和６年度（2024 年度）から令和８年度（2026 年度）までの介護給付費用の推計額及び介護保険事業基金からの繰入額等の推計に基づき、第９期計画期間の第１号被保険者の介護保険料を次のとおり算定しました。

第１号被保険者保険料 （基準額）	推　計　中

（２）保険料段階の設定

検　討　中

（今後、国から正式な所得段階が示された後、
市の所得段階を設定する予定です。）

※第１段階から第３段階の保険料は公費により、保険料額が軽減されています。

※土地売却等に係る特別控除がある場合は、合計所得金額から長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除を控除した額を用います。

※１　障害年金や遺族年金等の非課税年金は含まれません。

※２　公的年金等に係る雑所得を控除した金額です。

資　料　編

4　用語解説

	用　語	解　説
か	介護医療院	要介護者であって、長期にわたり療養が必要な方に対し、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護及び機能訓練、その他必要な医療、日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
	介護ロボット	介護サービス利用者の自立支援や介護者の負担の軽減に役立つロボット技術が活用された介護機器のこと。移乗・移動支援や排せつ支援、認知症の方の見守りなどの場面で活用される。
	ケアプラン	要支援、要介護の認定を受けた者を対象として、心身状況やおかれている環境、本人や家族の希望を取り入れながら、利用しようとする介護保険サービスの種類や内容、担当者、その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画書のこと。
	ケアマネジメント	介護サービス利用者の要介護状態や生活状況を把握したうえで、本人が望む生活を送れるよう、様々な介護サービスを組み合わせてケアプランを作成し、そのプランに従ってサービスが提供できるよう事業者との調整を行い、実際にサービスが提供された結果を確認するという一連の業務のこと。
	KDB システム （国保データベース）	「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするデータベースのこと。
さ	サービス付き高齢者向け住宅	介護を必要としない自立した高齢者が様々な生活支援サービスを受けて居住する施設。掃除や買い物の代行といった生活支援サービスに加え、安否確認や生活相談が可能。バリアフリー対応の賃貸住宅となっている。

	若年性認知症	65歳未満で発症する認知症のこと。発症年齢で区分・定義されており、症状は高齢期の認知症と変わらない。
	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構築の機能）を果たす者。
た	団塊ジュニア世代	昭和22年（1947年）から昭和24年（1949年）生まれの第1次ベビーブーム世代の子どもたちのこと。
	地域包括ケア「見える化」システム	都道府県や市町村の介護保険事業（支援）計画等の策定・実施を総合的に支援するための国の情報システムのこと。
	地域密着型サービス	住み慣れた地域と住まいで可能な限り生活が継続できるように、身近なサービスでの生活を支えるためのサービスを提供するものである。原則として佐久市民のみが利用できるものであり、地域の生活を支える基盤として重要な役割を果たすサービスとなっている。
	チームオレンジ	認知症サポーターの活動の任意性は尊重しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズにあった具体的な支援につなげる仕組みのこと。
	特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス等）、サービス付き高齢者向け住宅等で要支援・要介護である入居者に対して行われる日常生活上の介護や機能訓練、療養上の世話などのサービスのこと。
な	認知症バリアフリー	認知症になってからも、できる限り住み慣れた地域で安心して普通に暮らし続けていくために、生活のあらゆる場面での障壁を減らしていく取組。

は	フレイル（虚弱）	年をとって心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながりなど）が低下した状態。健康な状態からフレイルの段階を経て要介護状態に陥る。兆候を早期に発見し、適切に対処することで、振興の抑制や、健康の状態に戻すことができる。
や	有料老人ホーム	入居している高齢者に、入浴・排せつ・食事の介護、食事の提供、洗濯・掃除等の家事、健康管理のいずれかを提供する施設。

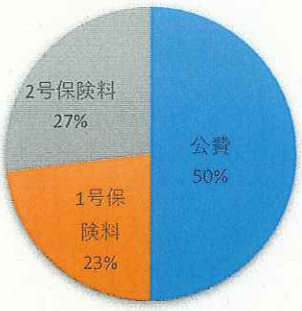
介護保険料について

資料NO.3

1．財源構成について

介護保険の財源は、第1号保険料、第2号保険料と国・県・市の公費によって構成されます。
なお、地域支援事業のうち包括的支援事業・任意事業については、公費と第1号保険料が財源です。

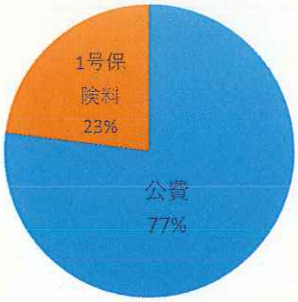
保険給付費



地域支援事業
（介護予防・日常生活支援総合事業）



地域支援事業
（包括的支援事業・任意事業）



＊第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担割合は、全国の第1号被保険者と第2号被保険者の人口割合に基づき、3年ごとに国により決定されます。

（1）保険給付費の財源構成（負担割合）

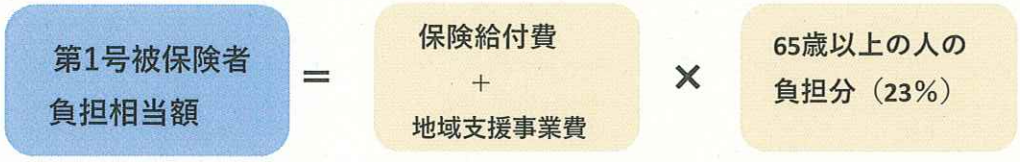
区　　分	国負担分	財政調整交付金	県負担分	市負担分	第1号保険料	第2号保険料
居宅給付費	20.0%	5.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設等給付費	15.0%	5.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%

（2）地域支援事業の財源構成（負担割合）

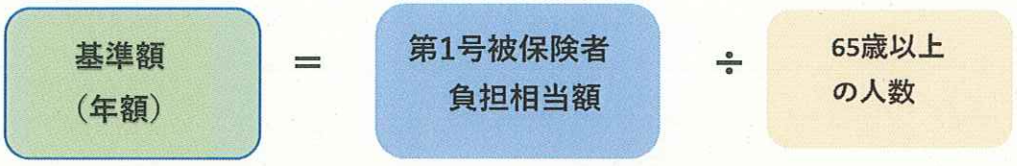
区　　分	国負担分	財政調整交付金	県負担分	市負担分	第1号保険料	第2号保険料
介護予防・日常生活支援総合事業	20.0%	5.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	－	19.25%	19.25%	23.0%	－

2．介護保険料算出の流れ

①第1号被保険者負担相当額



②保険料の基準額



3．第8期計画期間における基準額と第9期計画期以降の基準額の見込みについて

①第8期計画期間における保険料の基準額

年額：67,800円　　月額：5,650円

②第9期計画期間以降の保険料基準額の見込み　　（R5.9末時点における推計）

第9期計画期間（R6～R8年度）における見込み

	令和６年度	令和7年度	令和８年度	合計
①保険給付費見込額	9,419,470,311 円	9,651,090,301 円	9,854,555,448 円	28,925,116,060 円
②地域支援事業費見込額	456,130,349 円	460,693,485 円	465,299,799 円	1,382,123,633 円
③負担相当額（①+②）×23%	2,271,388,152 円	2,325,710,271 円	2,373,566,707 円	6,970,665,129 円
第1号被保険者数	30,693 人	30,886 人	31,032 人	92,611 人
基準額	**年額**	70,752 円	**月額**	5,896 円

令和12年度（第11期計画期間内）における見込み

	令和12年度
①保険給付費見込額	10,638,203,464 円
②地域支援事業費見込額	467,457,361 円
③負担相当額（①+②）×24％	2,665,358,598 円
第1号被保険者数	31,615 人

基準額	**年額**	81,096 円	**月額**	6,758 円

令和17年度（第12期計画期間内）における見込み

	令和17年度
①保険給付費見込額	11,545,763,251 円
②地域支援事業費見込額	477,467,180 円
③負担相当額（①+②）×25%	3,005,807,608 円
第1号被保険者数	32,310 人

基準額	**年額**	89,796 円	**月額**	7,483 円

※国の示す「地域包括ケア『見える化』システム」により推計

4．介護保険事業基金について

介護保険事業基金は、佐久市積立基金条例において、介護保険事業の健全な運営を図ることを目的に、介護保険事業の財政運営上要する介護給付費の財源に充てることとされております。保険給付費が想定以上に増加し、保険料に不足が生じる場合など、不足分に相当する額を取り崩し、安定した保険給付とサービスを提供するため基金を充てることとしています。

介護保険制度において、計画期間内に必要となる保険料については、各計画期間における保険料で賄うことを原則としていることから、計画期間の終了時の介護保険事業基金の剰余金は次期計画期間に歳入として繰り入れ、保険料上昇抑制に充てることとなっています。

また、計画期間における保険料算定にあたり、国からは「基金残高が積み上がっている保険者においては、これを保険料上昇の抑制に充当するなど、保険料上昇の抑制に留意した保険料設定を検討すること」とされております。

なお令和4年度末における、市の介護保険事業基金残高は12億425万4千円で、これは前計画期間の最終年度であります令和2年度末の残高と比較すると、約3億7,800万円の増となっております。

P2の資料にある通り、第9期計画期間における基準額は現在の基準額より上昇すると見込んでおります。第9期計画期間の基準額を現在の基準額まで抑制しようとする場合の基金充当額は、第9期計画期間内において約3億円と見込んでおります。

5. 保険料所得段階の多段階化

第8期計画における段階数、料率等

段階	対象者	保険料率	年額保険料	第1号被保険者数（R5.4.1）
1	○生活保護を受給している人 ○世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受けている人 ○世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入額とその他の所得金額の合計が80万円以下の人	0.3	20,300円	3,796
2	○世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入額とその他の所得金額の合計が80万円を超え120万円以下の人	0.5	33,900円	3,214
3	○世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入額とその他の所得金額の合計が120万円を超える人	0.7	47,400円	3,083
4	○本人が市民税非課税（世帯内に課税者がいる）で本人の年金収入額とその他の所得金額の合計が80万円以下の人	0.88	59,600円	2,540
5	○本人が市民税非課税（世帯内に課税者がいる）で本人の年金収入額とその他の所得金額の合計が80万円を超える人	1.0 （基準額）	67,800円	5,451
6	○市民税課税で合計所得金額が125万円未満の人	1.25	84,700円	5,876
7	○市民税課税で合計所得金額が125万円以上200万円未満の人	1.35	91,500円	3,202
8	○市民税課税で合計所得金額が200万円以上400万円未満の人	1.5	101,700円	2,226
9	○市民税課税で合計所得金額が400万円以上の人	1.75	118,600円	906

国が現段階で示している段階数、料率等の例

段階	対象者	保険料率	年間保険料（8期と同額基準額）	8期との増減の比較	第1号被保険者数（R6見込）
1	第8期に同じ	0.26 ① 0.275 ② 0.29 ③	17,628円 18,645円 19,662円	↘	3,616人
2	第8期に同じ	0.47 0.48 0.485	31,866円 32,544円 32,883円	↘	3,253人
3	第8期に同じ	0.68 0.685 0.69	46,104円 46,443円 46,782円	↘	3,069人
4	第8期に同じ	0.9	61,020円	↗	2,481人
5	第8期に同じ	1.0(基準額)	67,800円	→	5,583人
6	○合計所得金額120万円未満	1.2	81,360円	→	5,646人
7	○合計所得金額120万円～210万円未満	1.3	88,140円	↘ | ↗	3,803人
8	○合計所得金額210万円以上～320万円未満	1.5	101,700円	→	1,625人
9	○合計所得金額320万円以上～410万円未満	1.7 A 1.7 B 1.7 C	115,260円	↘ | ↗	582人
10	○合計所得金額410万円以上～500万円未満	1.8 1.9 1.9	122,040円 128,820円	↗	275人
11	○合計所得金額500万円以上～590万円未満	1.9 2.1 2.1	128,820円 142,380円	↗	182人
12	○合計所得金額590万円以上～680万円未満	2.0 2.3 2.3	135,600円 155,940円	↗	91人
13	○合計所得金額680万円以上	2.1 2.4 2.6	142,380円 162,720円 176,280円	↗	487人

素案の修正箇所について

資料４

ページ	修正後	修正前	内　容
P44	歯周病（義歯）検診： 35歳以上の方を対象に、う蝕や歯周病の有無、義歯の適合状態など、口腔内診査及び歯科保健指導を行う歯周病（義歯）検診を無料で実施します。 種別ごとの対象年齢において、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がん、前立腺がんなどの各種がん検診、骨粗しょう症検診を実施します。	歯周病検診： 35歳以上の方を対象に、う蝕や歯周病の有無、義歯の適合などの検査及び歯科保健指導を行う歯周病検診を実施します。 種別ごとの対象年齢において、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がん、前立腺がんなどの各種がん検診、骨粗しょう症検診を実施します。	記載の修正
P44	口腔機能低下による要介護状態への移行を予防するため、健康診断時の後期高齢者質問票から、口腔機能低下のリスクが高い方を対象に、口腔機能向上指導及び必要に応じて歯科医療機関受診勧奨を行います。	口腔機能低下による要介護状態への移行を予防するため、健康診断の結果から口腔の要介護リスク（固いものが食べにくい・むせる・口が渇く）の高い方を対象に、口腔機能向上指導及び歯科医療機関受診勧奨を行います。	記載の修正
P47	○サービス利用者・サービス事業所・ケアプラン※作成者が目標を共有し、高齢者本人の意欲を引き出すような自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに取り組みます。 また、身体機能や生活上のリスクを評価し、ケアプラン作成での自立支援の視点を取り入れたアセスメント支援を強化するため、新規作成者にはリハビリテーション専門職の同行を増やします。	○サービス利用者・サービス事業所・ケアプラン※作成者が目標を共有し、高齢者本人の意欲を引き出すような自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに取り組みます。 また、新規作成者にはリハビリテーション専門職が同行し、その方の自立支援について一緒に考えます。	記載の修正

ページ	修正後	修正前	内　容
P48	○介護予防・日常生活支援総合事業※の実施状況について、関係団体・関係機関を踏まえ相対的に分析・評価し、取組の方向性を検証します。	○介護予防・日常生活支援総合事業※の実施状況について、関係団体・関係機関を踏まえ相対的に分析・評価し、取組みの方向性を検証します。	誤字の修正
P89	推計中 （今後、国から介護報酬改定率が示された後、推計を行う予定です。）	推計中	記載の追加
P99	推計中		記載の追加
P100	検討中 （今後、国から正式な所得段階が示された後、市の所得段階を設定する予定です。）	検討中	記載の追加

ページ	修正後	修正前	内　容
P108	認知症バリアフリー： 認知症になってからも、できる限り住み慣れた地域で安心して普通に暮らし続けていくために、生活のあらゆる場面での障壁を減らしていく取組。	バリアフリー： 高齢者や障がい者の行動を妨げる物理的な障害がないこと。	記載の修正

介護報酬1.59%上げ

24年度改定 政府方針 職員処遇改善狙う

政府は16日、介護サービス事業所の収入に当たる介護報酬を、2024年度の改定で1・59%引き上げる方針を固めた。障害福祉サービス事業所への報酬は1・12%プラスとする。他産業で相次ぐ高水準の賃上げや現場の人手不足を踏まえ、事業所の経営安定や職員の処遇改善を進める狙い。近く政府が決定する。

介護報酬の引き上げは、賃上げ対応分の0・98%を含めて計1・59%。これとは別に、施設の光熱水費といった物価高への対応分などとして「0・45%相当」を確保し、事業者には実質的に計2・04%相当の引き上げ効果が見込まれるという。

介護報酬は前回21年度改定の0・7%増を上回るプラスとすることで、深刻化する人手不足や、他産業への人材流出に歯止めをかける必要があると判断した。原則3年に1度見直すため、最近の物価高騰に対応できず、賃上げなども追いついていなかった。介護職員の平均賃上げ率は1・42%で全産業平均3・58%を下回っていた。

介護費用は13兆8千億円（23年度予算ベース）に上り、利用者の自己負担や保険料、税金で賄われる。介護報酬1%の引き上げは、これらの負担が約1380億円増えることになる。

介護現場の人手不足解消は喫緊の課題で、厚労省は介護ロボットなどの導入を財政支援し、職員の負担軽減や働きやすい環境づくりを後押しする。一方、低賃金が人材流出の要因との指摘もあり、関係団体などから報酬の引き上げを求める声が上がっていた。