最終成果の達成を図るための指標として、下記の指標を設定しました。

評価指標

最終成果指標		現状値 令和７年度	目標値 令和10年度
幸せであると回答した65歳以上の割合	ニーズ調査	73.4%	85.0%
健康であると回答した65歳以上の割合	ニーズ調査	81.1%	85.0%
生きがいがあると回答した65歳以上の割合	市民意識調査	82.7%	85.0%

基本目標－目指す地域の姿－

基本目標１
誰もが地域の一員としてささえ・ささえられ、ゆるやかに地域とつながるまち　なばり

基本目標２
いつまでもいきいきと健康を保ち、地域で活躍できるまち　なばり

基本目標３
認知症になっても、住み慣れた地域で、自分らしく暮らせるまち　なばり

基本目標４
医療と介護が連携し、安心して暮らせるまち　なばり

基本目標５
高齢者の安全・安心な生活が確保されているまち　なばり

基本目標６
介護サービスや高齢者サービスが充実しているまち　なばり

第２節　基本目標－目指す地域の姿－

基本目標１

誰もが地域の一員としてささえ・ささえられ、ゆるやかに地域とつながるまち　なばり

高齢化や単身・高齢者世帯の増加に伴い、孤立、身寄りのない高齢者、8050問題、ダブルケア等、複合化・多様化する生活課題への対応が必要です。「まちの保健室」を身近な相談・気づきの入口とし、「地域福祉教育総合支援ネットワーク」のもと、エリアディレクターが複合課題の調整役を担います。多機関協働による個別支援、「社会的処方」による地域資源とのつながりづくり、近隣住民同士あいさつができる緩やかな地域のつながりの構築、民生委員・児童委員等による見守り等を進め、地域全体で支え合う重層的な支援体制を構築します。

中間成果

- ●支援が必要な高齢者が、適切な相談支援につながることができる
- ●高齢者が、地域全体でお互いに見守られている
- ●高齢者も含め住民同士が、つながりの中で、個人が持つ力を発揮できている

評価指標

中間成果指標		現状値（※） 令和７年度	目標値（※） 令和10年度
「まちの保健室」の認知度	ニーズ調査	55.5%	65.0%
	在宅介護実態調査	70.5%	75.0%
市の保健・医療・福祉に関する相談支援等に満足していると回答した65歳以上の割合	市民意識調査	64.1%	70.0%
困ったときに身近に相談できる人がいる割合	高齢者実態調査	93.9%	95.0%
ソーシャル・キャピタル（世間一般／近所の人への信頼、まわりの人の助け合い）の指標	ニーズ調査	70.2%	75.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の実施年度

基本目標２

いつまでもいきいきと健康を保ち、地域で活躍できるまち なばり

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、自立支援と重度化防止を基本に、保健事業、介護予防及び社会参加を一体的に推進します。地域づくり組織、民生委員・児童委員、「まちの保健室」、地区担当保健師、医療・介護専門職、民間事業者等が連携し、健診・医療・介護情報を活用して必要な支援につなげます。また、通いの場や住民主体の活動、リハビリテーション専門職の関与、移動手段の確保を進め、健康寿命の延伸と生きがいのある地域づくりを目指します。

中間成果

●高齢者が、介護予防に取り組み、要介護状態の改善・重度化の防止ができる
●高齢者が、自分にあった交流・活躍の場に参加し、活躍できる

評価指標

中間成果指標			現状値（※）	目標値（※）
			令和７年度	令和10年度
第１号被保険者数／（認定率） （前期高齢者認定率）		名張市調査	19.5% 4.4%	21.0% 4.7%
健康に関する指標（生活機能評価）の状況	運動器機能低下	ニーズ調査	8.7%	7.0%
	閉じこもり傾向		12.4%	10.0%
	転倒リスク		29.4%	25.0%
	低栄養の傾向		1.2%	1.0%
	口腔機能低下		20.9%	18.0%
	認知機能		41.4%	38.0%
	うつ傾向		37.9%	35.0%
	手段的自立度低下		7.9%	5.0%
	知的能動性低下		46.2%	40.0%
介護予防の取組が効果的に提供されていると回答した人の割合		ニーズ調査	27.8%	40.0%
		在宅介護実態調査	38.6%	50.0%
フレイル非該当の方の割合		ニーズ調査	67.0%	75.0%
地域づくり活動に参加したことのある高齢者割合		市民意識調査	69.4%	75.0%
地域での各活動に参加したい（既にしている）と回答した人の割合／運営側で参加したい（既にしている）と回答した人の割合		ニーズ調査	59.0% 32.3%	65.0% 40.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の実施年度

基本目標３

認知症になっても、住み慣れた地域で、自分らしく暮らせるまち なばり

「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしい暮らしを続けることができる社会を実現する」ことを目的に、認知症サポーター養成者の育成等の様々な取組を推進してきましたが、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（2024（令和６）年１月施行）に基づく「新しい認知症観」に立ち、関係機関と歩調を合わせて、強力に施策を推進していくため、本節を「名張市認知症施策推進計画」と位置づけ、「名張市介護保険事業計画」と一体的に取組を推進します。

中間成果

●認知症の人が自らの意思によって、多様な主体と共に、日常生活及び社会生活を営むことができる

評価指標

中間成果指標		現状値（※）	目標値（※）
		令和７年度	令和10年度
認知症になっても、各サポートを受けて地域で生活したいと回答した人の割合	ニーズ調査	40.7%	50.0%
	在宅介護実態調査	42.8%	50.0%
認知症予防の取組等に参加したい（既にしている）と回答した人の割合	ニーズ調査	63.6%	70.0%
	在宅介護実態調査	64.5%	70.0%
認知症相談窓口の認知度	ニーズ調査	30.2%	50.0%
	在宅介護実態調査	37.2%	60.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の実施年度

基本目標４

医療と介護が連携し、安心して暮らせるまち なばり

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築を進めます。名賀医師会の在宅医療支援センターを中心に、医師会等と協働した在宅医療の提供体制の整備、人材の確保・養成及び多職種連携を推進します。また、急性期から在宅まで切れ目のない支援、在宅介護者への支援、身寄りのない高齢者等の生活課題への対応に取り組みます。

中間成果

●複合的な課題を持つ高齢者や家族が、相談機関から専門機関につながり、サポートを得ることができる

●医療と介護の両方を必要とする高齢者が、暮らしの場で生活を続けることができる

評価指標

中間成果指標		現状値（※）	目標値（※）
		令和７年度	令和10年度
在宅医療支援センターの認知度	ニーズ調査	24.3%	40.0%
	在宅介護実態調査	33.0%	50.0%
市の保健・医療・福祉に関する相談支援等に満足していると回答した65歳以上の割合（再掲）	市民意識調査	64.1%	70.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の実施年度

基本目標５

高齢者の安全・安心な生活が確保されているまち　なばり

高齢単身世帯や認知症の方の増加を踏まえ、移動手段の確保、配食等での見守り・安否確認、外出・家事支援、地域サロン等、多様な生活支援・介護予防サービスの充実を図ります。また、判断能力の低下に備え、相談支援から成年後見制度の利用まで、本人の意思を尊重した権利擁護を推進します。さらに、住宅改修や情報提供による多様な住まいの確保、大規模災害に備えての個別避難計画、福祉避難所、各事業所の事業継続計画（ＢＣＰ）策定支援等を進め、住み慣れた地域で安全・安心に生活が送れるよう生活基盤の整備を図ります。

中間成果

- ●高齢者が多様な受け皿の中からニーズに合った住まいを選択し、安全・安心な生活を送ることができる
- ●高齢者が、地域社会とつながりを持ち、非常時でも安全・安心に生活できる
- ●高齢者の意思が尊重され、成年後見制度等を活用しながら安心して生活できる

評価指標

中間成果指標		現状値（※） 令和７年度	目標値（※） 令和10年度
今後（将来的に）住み慣れた自宅（地域）で生活したいと回答した人の割合	ニーズ調査	50.5%	60.0%
	在宅介護実態調査	61.5%	65.0%
地域ささえあい活動へボランティアとして参加したい（既にしている）と回答した人の割合	ニーズ調査	46.7%	50.0%
現在の住まいと周辺地域の住環境について、生涯安心して快適に暮らせると思うと回答した65歳以上の割合	市民意識調査	66.6%	70.0%
成年後見制度を知っていると回答した人の割合	ニーズ調査	40.5%	50.0%
今後も働きながら介護を続けていけると回答した介護者の割合	在宅介護実態調査	77.4%	80.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の実施年度

基本目標６

介護サービスや高齢者福祉サービスが充実しているまち　なばり

地域の実情や将来の介護需要を踏まえ、居宅、施設・居住系及び地域密着型サービスを計画的に整備し、医療・介護連携、認知症施策、介護予防及び家族介護者支援が一体となった計画的なサービス基盤の充実を図ります。また、介護人材の確保・定着、研修による職員の資質向上、ＩＣＴ等の活用による負担軽減を進めます。さらに、過不足のない介護給付と制度への信頼を確保するために給付適正化に取り組むとともに、ＰＤＣＡサイクルによる進捗管理を行い、介護保険制度の円滑な運営を目指します。

中間成果

●高齢者が、質的・量的に必要な介護サービスを将来にわたり安定的に受けることができる
●世代を超えて納得できる負担と給付の適正な関係が保たれている

評価指標

中間成果指標		現状値（※）	目標値（※）
		令和７年度	令和10年度
介護サービスを整備すると、介護保険料が上がる等の影響があるが、名張市では高齢者に必要な介護サービスが過不足なく提供されていると回答した人の割合	ニーズ調査	37.0%	50.0%
	在宅介護実態調査	55.5%	65.0%

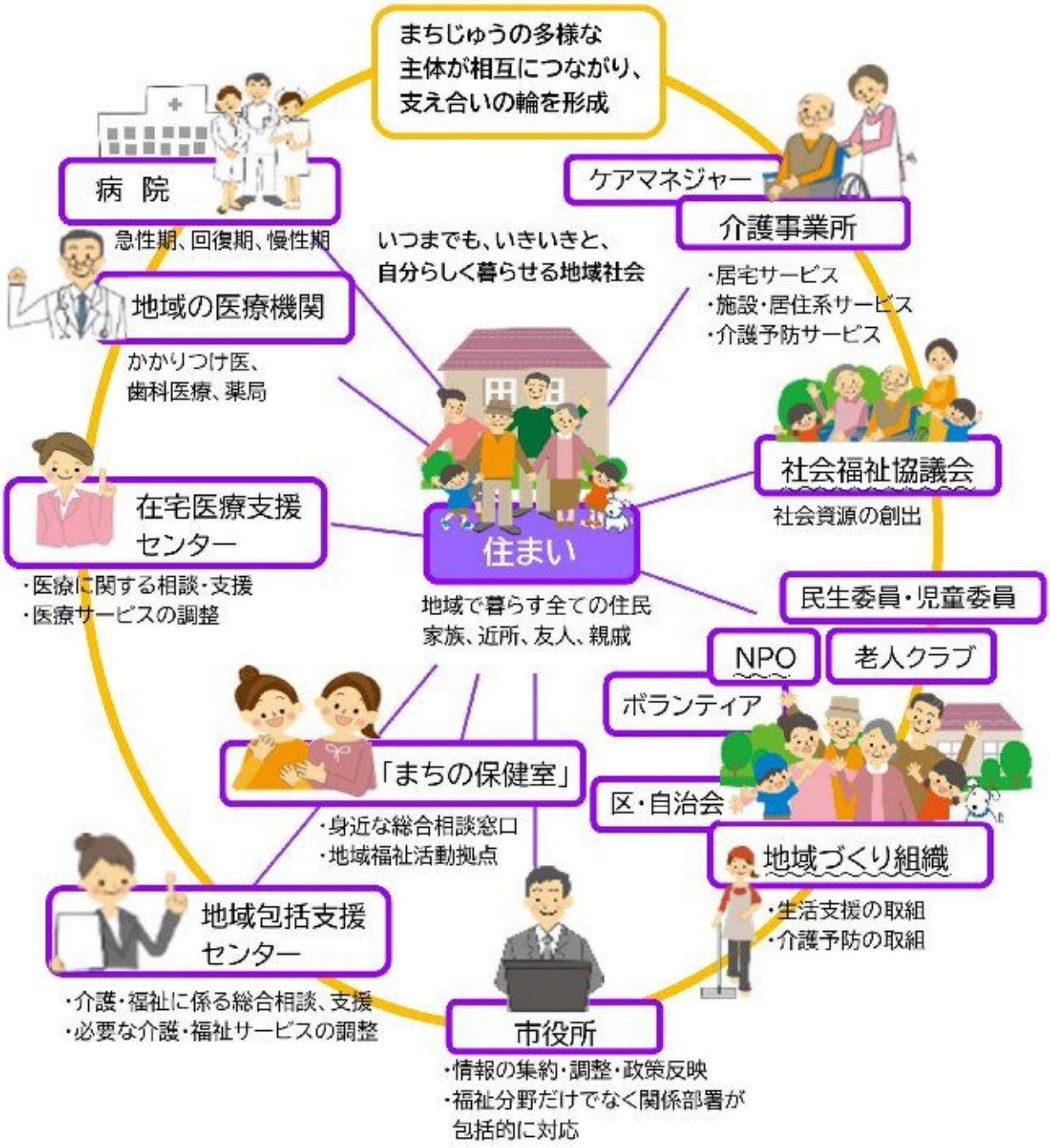
※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の実施年度

第３節　名張市版地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく望む生活を最後までできるように、地域内で助け合うことのできる体制のことを指します。地域包括ケアシステムには５つの構成要素があり、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が互いに連携しながら、一体的に提供されることが想定されており、本市では以下の図に示す取組を実施しています。

また、地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことです。これは、社会全体で実現していこうとする大きなビジョンであり、本市でも「まちじゅう　つながる　ささえあう」包括的な支援体制を構築し、地域共生社会の実現を目指します。

●名張市版地域包括ケアシステムのイメージ図



施策の体系図（ロジックモデル）



まずどうなるのか（成果：体制が整備されている）　　どう動き出すか（活動：市が○○を実施）

実施目標 初期成果目標	施策・事業 活動（施策の項目）
①行政の縦割りが解消され、関係機関と協働・連携・調整が行われる支援体制が整備されている	複合的な生活課題に対応できる体制構築
②地域住民同士が、見守り活動を継続することができる。協定締結事業者が参画し、住民の見守り活動と補完し合うことにより、見守り活動の手薄になっている部分がカバーされている	高齢者に対する見守り支援体制の整備
③高齢者が、趣味や活動などのつながりをつくることで心身ともに元気になる。地域の様々な人や機関が、つながりの大切さや社会的処方の取組を知り、参画することができる	地域共生社会に向けた地域とのつながりに関する取組
①介護サービス事業者が、高齢者の能力を発揮できる（介護予防・重度化防止に根差した）サービスを提供できている	介護予防・日常生活支援総合事業の推進
②高齢者の多様な生活支援ニーズに対応する支援が、民間事業者も含めた多様な主体から提供され、高齢者が全ての圏域で魅力的な介護予防事業に取り組んでいる	フレイル予防の取組の推進
③高齢者が、自分に合った社会活動（交流・活動の場や就労）に参加し、健康づくりやフレイル予防につながる活動・支援に取り組んでいる	生きがいづくり・社会参加の推進
①認知症の人を含めた市民一人ひとりが、新しい認知症観を理解している	新しい認知症観の理解促進
②地域に、認知症の人やその家族が参加できる場や機会が継続して確保されている	認知症の人の社会参加の機会の確保
③認知症の人の意思決定を支援するための体制が整備されている	認知症の人の意思決定の支援の推進
④認知症の人が安心して生活できるよう、地域の相談体制が整備されている	認知症の人やその家族等の相談体制の整備
①高齢者や家族が、在宅生活の継続に係る医療や介護の不安や疑問等を安心して相談できる	地域の医療・介護資源の把握・情報提供、相談支援機能の充実
②入院から日常の在宅療養、急変時の対応、看取りに渡って、医療と介護が連携できている	2040年に向けた医療・介護サービス提供体制等の確保
①住み慣れた地域で暮らし続けるため、生活基盤や地域の支援体制等（ソフト面）の資源が整備されている	生活基盤の充実
②住み慣れた地域で暮らし続けるために関係機関と連携が図られ、ニーズに合わせた住まいと住環境（ハード面）の資源が整備されている	安全・安心な住環境及び多様な住まいの確保
③支援が必要な高齢者の実態把握ができており、災害や感染症などの非常時に、命を守り、サービスが継続できる体制が整備されている	災害対策・要配慮者支援の推進
④本人の意思が尊重される権利擁護支援体制が整備されている	権利擁護支援の推進
①適切な介護サービス量を見込み、制度の持続が可能な保険料が設定されている	介護保険事業の展開
②事業所の介護人材が確保され、研修等による資質向上と関係団体との連携を図る機会があり、そこで働く人がやりがいを持って働ける職場環境が整備されている	介護保険事業者への支援
③自立した生活が送れるよう、効果的・効率的に適正な介護サービスが提供されている	介護給付適正化の取組

第４章　基本目標に係る施策と取組指標

第１節　地域共生社会の実現に向けた取組

１．複合的な生活課題に対応できる体制構築

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
多職種連携のケース検討数（回）	117	122	125	130	135	140
まちの保健室相談　延べ件数（件）	32,365	36,757	36,800	36,900	37,000	37,100
まちの保健室/地区活動・活動回数（回）	1,661	1,723	1,740	1,760	1,780	1,800
・延べ参加人数（人）	61,749	63,641	63,800	64,000	64,500	65,000

現状と課題

高齢化の進展に伴い、支援や配慮を必要とする人は増加しています。要支援者等の生活課題は、複雑化、多様化及び深刻化しており、その複合的な生活課題の解決に対し、包括的に対応する「地域福祉教育総合支援ネットワーク」の取組を、各地域に設置した「まちの保健室」や地域づくり組織、高齢・障害・児童・困窮・保健・教育の行政の各分野から任命する６人のエリアディレクター（相談支援包括化推進員）等を含めた支援者及び関係機関等と連携して、一体的に進めています。

分野横断的な支援の調整に向け、相談機関の役割分担や情報共有、関係者・関係機関との連携体制など、支援方針を協議する仕組みの充実が必要です。また、地域や個々への個別支援の場で集まった課題を整理し、新しい支援の仕組みづくりや対策を協議していく必要もあります。

あわせて、地域の担い手不足等への対応については、多様な世代や民間事業者等の参画促進が必要です。

施　策

●「地域福祉教育総合支援ネットワーク」の取組

複雑化、多様化、深刻化する複合的な生活課題（高齢者、就労支援、子ども、健康、障害者、空き家、ＤＶ、自殺、生活困窮、消費者被害、 認知症、難病、教育、子どもの貧困、ひきこもり、孤独・ 孤立、身寄りがない等）を抱える人の相談に、総合的に対応できる体制の強化を図ります。地域活動の担い手やボランティアの高齢化に対応するため、若年層や子育て世代、現役世代、民間事業者等との協働に向けて取組を推進します。

●多機関協働による包括的支援体制の構築

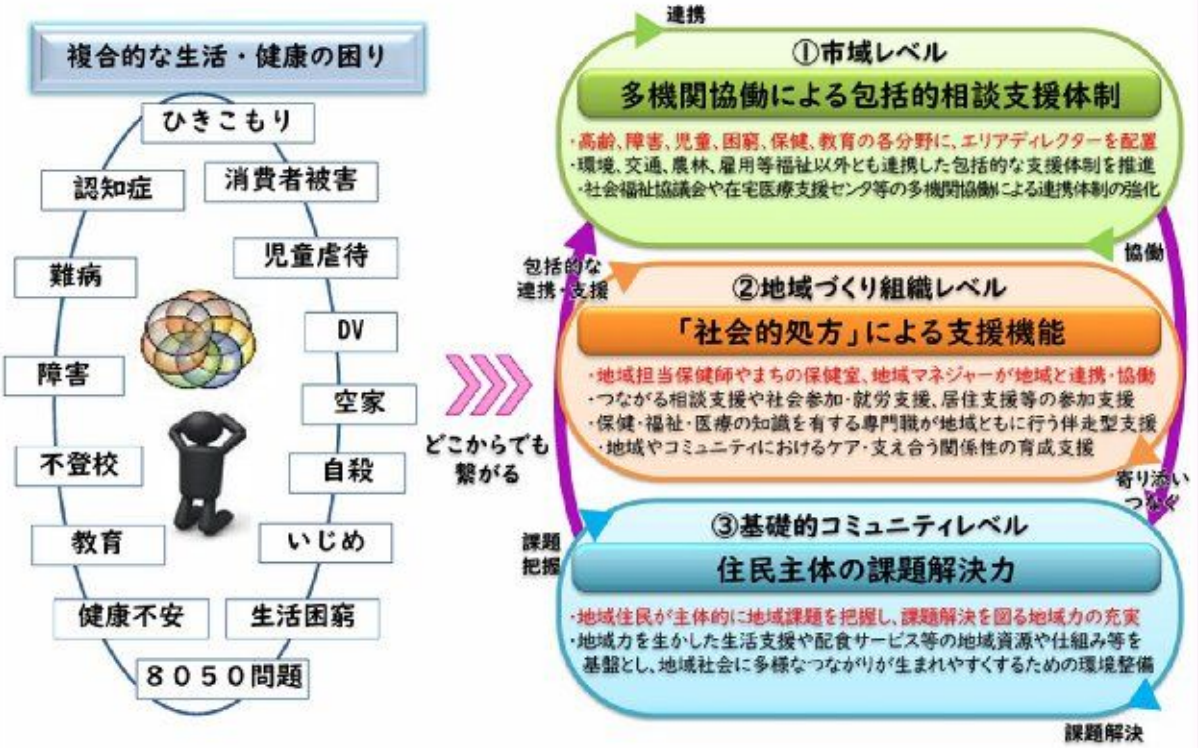
エリアディレクターや関係機関等と、情報や課題の共有、解決策の提案、支援会議等を実施することで、課題の整理と、新しい支援の仕組みや対策を検討します。これらの積み重ねにより、各関係機関から一歩踏み出した支援を引き出し、多機関の連携強化を図り、地域の課題解決力を高めることを目指します。

●「まちの保健室」の機能の向上と周知

地域づくり組織や民生委員・児童委員等の活動を支え、ネットワークをつなぐ中核としての役割を担うことで、地域の支援者の孤立感や負担感を軽減します。また、制度や相談先が分からないことによる支援の遅れがないよう、住民の一番身近な相談先である「まちの保健室」の周知と、情報発信を行います。

コラム

地域共生社会の実現を目指す「地域福祉教育総合支援ネットワーク」



①住民主体の課題解決力

地域力を生かした生活支援や配食ボランティアなど地域の社会資源や仕組みなどを基盤として、地域社会に多様なつながりが生まれやすくするための環境整備を推進します。

②「社会的処方」による支援機能

医療や福祉だけでなく、地域のつながりや活動等への参加、互いに支え合う関係性により、孤立や健康課題を和らげる支援の仕組みです。

③多機関協働による包括的相談支援体制

高齢、障害、児童、困窮、保健、教育などの各分野を横断した連携や相談支援体制を更に推進します。

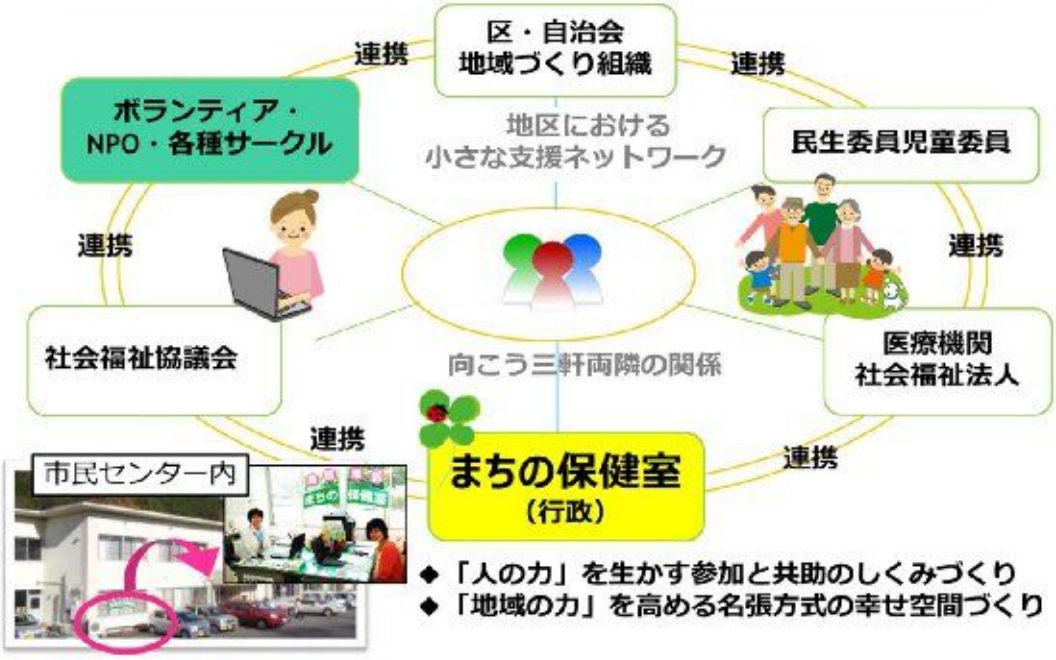
コラム

「まちの保健室」の機能充実

地域づくり組織と一体的に地域福祉を推進し、身近な健康づくり・地域福祉活動の拠点として、市内15か所の地域づくり組織単位に地域包括支援センターの支所（ブランチ）として設置しています。

身近な相談窓口でありながら、専門的な相談対応ができるよう社会福祉士や看護師、介護福祉士などの有資格者を各２～３人配置しており、「まちの保健室」への相談件数は増加しています。

地域の福祉資源を結ぶ大きな地域福祉ネットワーク



＜特徴的な５つの機能＞

① 安心して相談できる地域の情報拠点（課題を抱え込ませない）
② パイプ役としての機能（連携の核）
③ 長期的な関わりができる（制度につながるまでの中心的関わりとその後の見守り）
④ 地域との関わり（地域と一緒に支援・地域への支援）
⑤ 専門職らしくない専門職（敷居が低く、生活に寄り添いながら適切な支援につなぐ）

＜主な活動内容＞

① 健康・福祉の総合相談：電話・来所・訪問相談
② 健康づくり・介護予防：健康相談、健康づくり・介護予防の啓発
③ 見守り・支援ネットワークづくり：サロンの立ち上げ、運営支援、各種申請代行等

2．高齢者に対する見守り支援体制の整備

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
地域の見守り活動推進事業登録者数（人）	－	29	35	40	45	50
地域の見守り活動協定締結事業者数（団体）	20	21	24	26	28	30

現状と課題

地域の高齢者、障害者、子ども等への見守り支援は、地域住民、民生委員・児童委員、地域の役員、各種福祉サービス提供事業者、民間事業所、まちの保健室等がさまざまな場面で行っています。今後は、高齢化の進展等に伴い見守り対象者の増加が見込まれるため、見守り支援体制をより強化する必要があります。

日頃から住民同士が顔を合わせたら挨拶ができる関係を構築するなど、地域のつながりを強化し、見守り支援のネットワークを充実することで、小さな変化や危険に陥るような状態を見逃さず、早期に対応・支援できる仕組みをつくるとともに、地域や民間事業者等に向けての情報共有や協力体制を一層深めていくことが求められます。

コラム

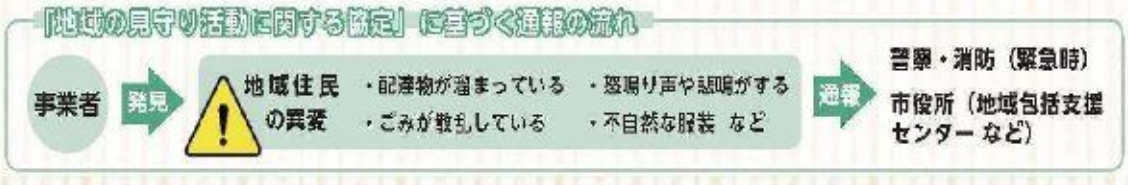
地域の見守り活動に関する協定・地域の見守り活動推進事業

見守り支援ネットワークのより一層の充実を図る方法として、「地域の見守り活動に関する協定」等により、宅配などの業務又は外務で個別訪問している事業者の方々にさりげない見守り支援の協力をお願いしています。

定期的に関係者間で情報共有を行い、事業者間の連携の促進や見守り支援のネットワークの充実を図っています。







施　策

●民生委員・児童委員の相談活動への支援

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、民生委員・児童委員や地域づくり組織等による連携した見守りが実施されているため、その活動の支援に取り組みます。

●地域の見守り活動に関する協定、地域の見守り活動推進事業

地域における見守り活動等の充実を図るため、地域の見守り活動に関する協定を締結しています。また、地域に身近な企業や商店等による、「地域の見守り活動推進事業」への登録を2025（令和７）年度から開始しています。訪問や配達、店舗運営などの業務中に、身体の異変や心配な状況を発見した場合は、業務に支障のない範囲で市に情報提供いただいており、今後も好事例の共有と連携を強化することで、見守り支援体制の強化を図ります。

参考

本市の日常生活圏域は、2021（令和３）年度に五つの日常生活圏域への組換えを行い、地域づくり組織のある15地域をベースに、地区同士のつながりや交通網の整備状況、福祉サービス提供基盤整備状況などを勘案して設定しています。

15地域を担当する保健師に加えて、各日常生活圏域を担当する保健師を配置し、地域包括支援センターの支所（ブランチ）である15地域の「まちの保健室」の職員、各地域の民生委員・児童委員と共に、高齢者の見守りや介護予防事業を展開しています。引き続き、関係機関と連携しながら、日常生活圏域での住み慣れた地域で暮らし続ける高齢者の支援体制の強化を図ります。



高齢者人口・高齢化率（2026（令和8）年９月１日現在 住民基本台帳人口）

日常生活圏域	地域	高齢者人口	高齢化率
日常生活圏域1	名張、鴻之台・希央台、蔵持、梅が丘	5,594 人	31.1%
日常生活圏域2	薦原、美旗、比奈知、すずらん台	6,399 人	36.8%
日常生活圏域3	錦生、赤目、箕曲、百合が丘	5,373 人	39.1%
日常生活圏域4	つつじが丘、国津	3,959 人	39.3%
日常生活圏域5	桔梗が丘	4,522 人	34.3%

３．地域共生社会に向けた地域とのつながりに関する取組

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
社会的処方の取組件数（件）	13	14	15	16	17	18

現状と課題

健康や生活上の課題を抱える人を、医療・福祉サービスだけでなく、本人の関心や希望に応じて地域活動、居場所、就労、ボランティア活動等につなぎ、社会とのつながりを通じて生活の質の向上を図る取組を「社会的処方」として推進しています。今後も、人と人とのつながり・人と地域とのつながり・保健医療福祉のつながりを支援に生かす取り組みを推進していく必要があります。

施　策

●世代、分野を超えた、孤立や生活上のＳＯＳの出しやすい地域の醸成

縦割りの福祉分野や、世代の垣根を越えて地域住民や多様な主体がつながり、誰もが孤立せず、困りや悩みを自然に相談でき、そのＳＯＳ（支援を求めるサイン）のような小さな変化を見逃さない風土の醸成に取り組みます。

●子どもや若者と高齢者の世代間交流の取組

子どもや若者と高齢者の世代間交流の取組により、互いを思いやり支え合うことの大切さや、子どもや若者が地域社会の一員として、地域活動への参画を意識する機会を提供します。

●人と人・人と地域・保健医療福祉のつながりづくり（社会的処方の取組）

「社会的処方」の取組は、地域の支援機関の専門職がボランティア、ＮＰＯ法人、民間事業者等と連携しながら、地域資源（通いの場等）を開発・活用するなどして課題解決を図るだけではなく、住民一人一人が支援の受け手・支え手という関係を越え、出会い、つながることで、それぞれが役割を持ったり、社会に主体的に関わることが実感できたり、力が発揮できることを目指しています。課題を共有し、取組に対する理解を深める仕組みが必要なため、今後も「社会的処方」を行うための体制整備や人材（リンクワーカー）の育成に取り組みます。

コラム

新たなつながりづくりの交換日記　ステイホームダイアリー

地域も世代も超えたつながりづくりとして、交換日記を行う「ステイホームダイアリー」の取組を実施しています。楽しみや大切にしていることを共有しあい、地域福祉の起点となる住民同士のつながりを形成しています。また、これらのつながりをきっかけに、新たな活動が生まれています。

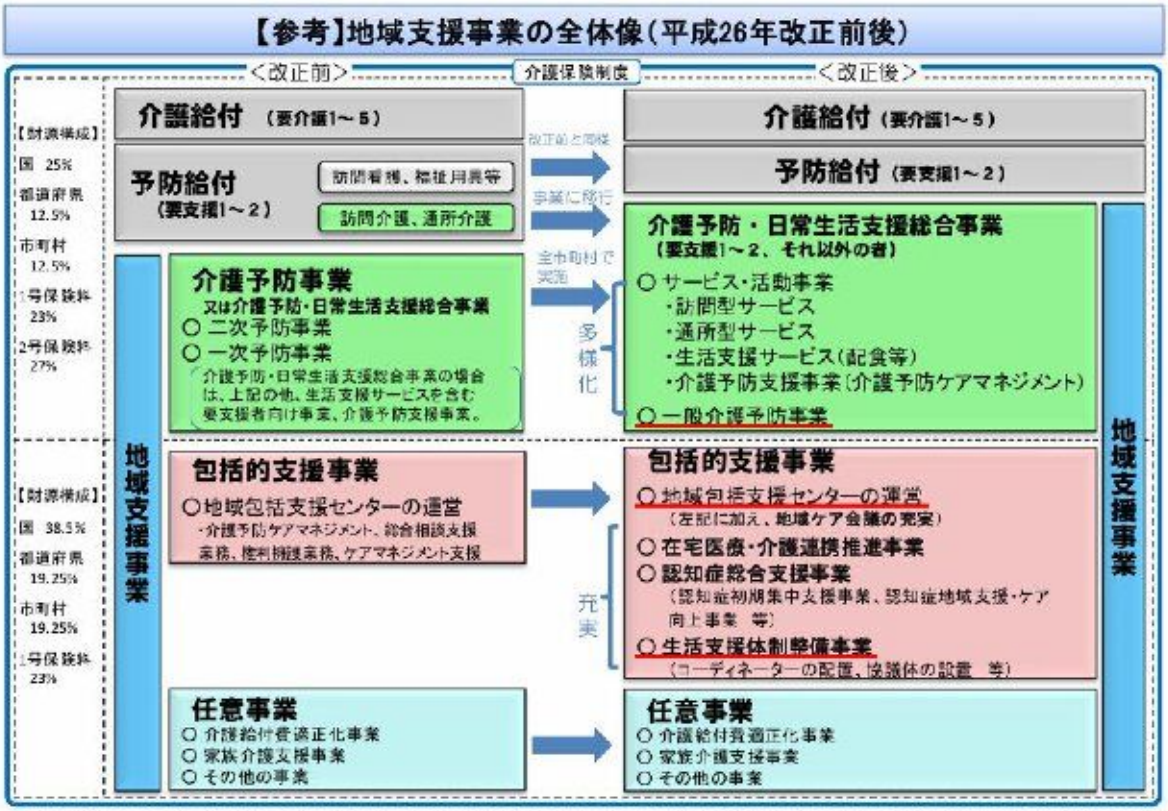


参考

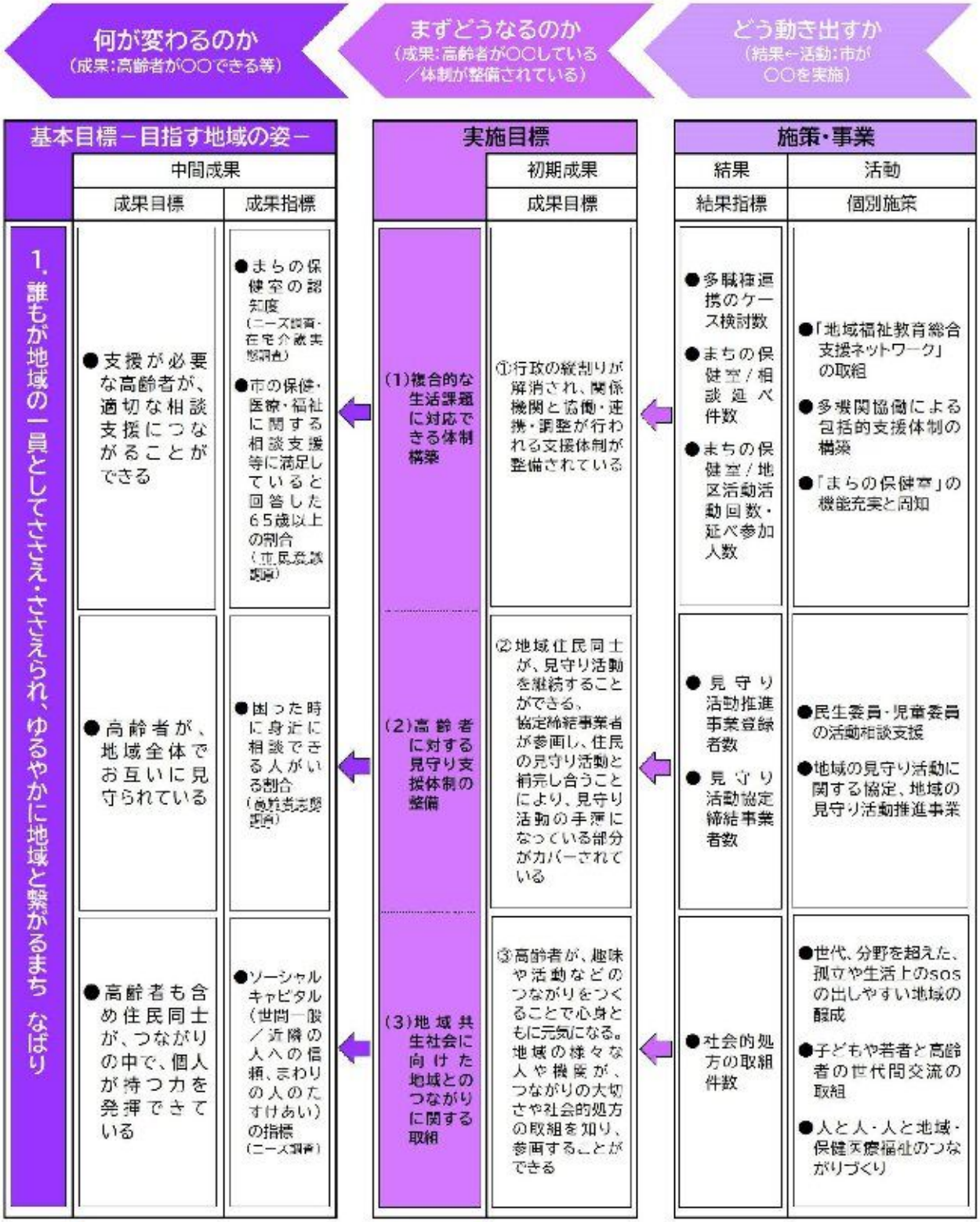
「地域支援事業」は、被保険者が要介護又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した生活を営めるように支援することを目的に、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制を一体的に推進するものです。

2021（令和３）年度に社会福祉法が改正され、本市では、複合化・複雑化した支援ニーズに対応するため、これまで介護保険事業で実施してきた「一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業に限ります。）」、「地域包括支援センターの運営」及び「生活支援体制整備事業」の三つの事業を、「重層的支援体制整備事業」として実施することによって、包括的支援体制を整備し、介護、障害、生活困窮等横断的な地域生活課題の解消に向けた取組の強化を図っています。

介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより引用



施策の体系図（ロジックモデル） 第1節　地域共生社会の実現に向けた取組



第２節　介護予防・重度化防止と高齢者の社会参加の推進

１．介護予防・日常生活支援総合事業の推進

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
集団指導の参加人数（人）	105	123	121	130	135	140
まちの保健室/地区活動・活動回数（回）（再掲）	1,661	1,723	1,740	1,760	1,780	1,800
・延べ参加人数（人）（再掲）	61,749	63,641	63,800	64,000	64,500	65,000
介護予防事業を担う民間事業者数（事業者）	－	22	32	37	42	47

現状と課題

要支援者等のための訪問型サービスや通所型サービス、地域の介護予防活動、これらを適切に組み合わせる介護予防ケアマネジメント等を展開する介護予防・日常生活支援総合事業では、介護サービス事業所の他、地域のささえあい活動による市民に寄り添う支援を推進しています。

また、要支援者等への支援提供体制の持続可能性を高める必要があることから、民間事業者等の多様な主体との連携を図り、高齢者が介護予防活動を通じて地域の事業所へ足を運び、それらの場所や空間が高齢者の通いの場へ発展することで、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域つながりの形成や充実につながる取組を展開しています。

高齢化の進展を見据え、今後は、より一層介護予防・重度化防止の取組が重要となります。また、これらのサービスを提供する担い手の不足や高齢化が課題となっていることから、介護サービス事業者以外の多様な主体の参画を促すことが必要です。

コラム

地域のささえあい活動

地域住民のささえあい活動が活発に行われているのが名張の強みです。買い物や家庭内作業等の生活支援、移動手段の確保、配食ボランティア、緊急時の見守りなど、各地域で多くのささえあいが行われ、高齢者を含む多くの住民が、住み慣れた地域で自分らしく暮らせています。また、この主体的な活動自体が介護予防であり、生きがいづくりであり、さらには地域活性化にもつながっています。



「あんしんねっと赤目」では、通院や買い物の送迎、庭の草引きといった日々の困りごとを、民生委員・児童委員や区長など、地域の皆さんでサポートしています。

施　策

●訪問型・通所型サービス、介護予防ケアマネジメントの推進

居宅の要支援者等へ適切にサービスを提供し続けられるよう、担い手の確保等に向けて取組を進めるとともに、介護保険サービスの需要と供給を踏まえながら、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう自立支援に資するサービスの提供に向けて研修等を行います。

●介護予防活動の推進

地域の身近な福祉活動の拠点であり、介護予防・健康づくりの拠点でもある「まちの保健室」がより一層、高齢者の自立支援や社会参加の促進に伴走できるよう、関係機関との連携を強化し、介護予防活動の取組を推進します。

あわせて、民間事業者等の多様な主体と連携し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる環境を整備します。

●リハビリテーション活動の推進

リハビリテーション専門職等が、地域のサロンや通いの場、介護予防活動等に参画し、高齢者の心身機能や生活環境の評価、活動方法や住環境への助言及び支援者への技術的支援等を行います。

また、医療・介護・地域の関係機関との連携を強化し、日常生活の自立支援や社会参加の促進等、本人が望む暮らしの実現に資するリハビリテーション活動を推進します。

コラム

民間事業者と連携した多様で魅力的な介護予防

2025（令和７）年度から開始した民間事業者による介護予防事業。介護・福祉分野に限らず飲食店や観光業者も加わり、運動だけでなく、ゲームやものづくり、料理など、民間事業者から提案いただいたさまざまな方法で、介護予防の取組を推進しています。

社会参加が多い人ほど、転倒や認知症などの要介護リスクが低い傾向にあります。自宅で気軽に取り組めるものから継続して通えるものまで、自分に合った「通いの場」を見つけて、楽しみながらの健康づくりができるよう取組を進めています。







2．フレイル予防の取組の推進

取組指標	現状			目標・モニタリング指標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診断受診率（%）	44.0	44.1	52.1	54.7	57.4	60.0
フレイル予防に関する・活動数（回）	4	43	51	54	57	60
・参加者数（人）	8	156	132	130	135	140
まちじゅう元気!!リーダー・研修開催数（回）	2	1	1	1	1	1
・参加者数（人）	227	62	70	60	60	60

現状と課題

低栄養や身体機能・口腔機能の低下等、フレイルのおそれがある高齢者を把握し、保健指導や介護予防活動を一体的に進めるため、後期高齢者健診の結果等を活用しています。

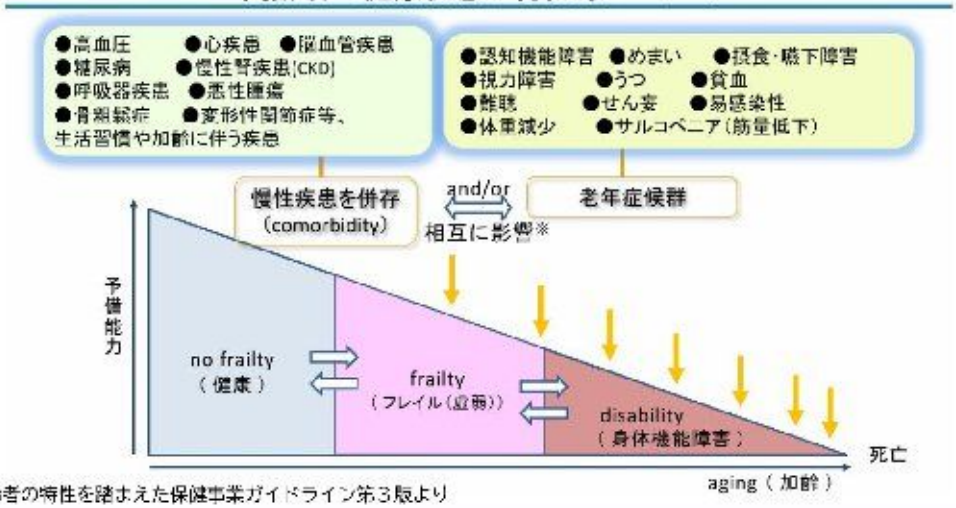
今後は、医療・介護・地域の関係者がより一層連携を行い、支援を必要とする人を早期に把握して適切に支援につなぐ取組が必要であり、高齢者一人一人の状態に合わせて、運動・栄養・口腔・社会参加の視点を組み合わせた総合的な支援を進めることが重要です。

「まちじゅう元気!!リーダー」、食のボランティア、地域づくり組織等と「まちの保健室」や地域担当保健師が連携し、地域のサロンや通いの場でフレイル予防や健康づくりの取組を展開していますが、今後は、多様な主体との連携を広げ、高齢者の健康状態に合わせた身近な場所で継続して参加できる環境を整備していく必要があります。

参考

フレイルとは、要介護状態に至る前段階として位置づけられ、身体的な衰えのみならず不安やストレスや社会的孤立などの多面的な問題を抱えやすく、健康障害を招きやすいハイリスクの状態のことを言います。適切な取組により、健康な状態に戻る可能性があることから、早期から予防に取り組むことが重要です。

高齢者の健康状態の特性等について



【出展】高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版より

施　策

●高齢者の保健事業と介護予防の一体的な推進

健康の維持・向上には、就労やボランティア、趣味の活動、通いの場といった、誰もが役割を持てる居場所づくりや社会参加などの社会環境が大きく影響することを踏まえ、引き続き、関係機関や多様な主体と連携し、高齢者が役割や生きがいを実感できる、健康増進に資する取組を推進します。

地域での健診を含む医療・介護に関する情報を活用するとともに、関係機関のネットワークによる見守り機能により、低栄養や身体機能・口腔機能の低下等、フレイルのおそれがある高齢者を早期に把握し、「まちの保健室」や医療機関、介護関係者等が連携しながら、個別の保健指導や介護予防活動、必要な医療・介護サービス等につなげ、一体的かつ継続的な支援を行います。

●多面的なフレイル予防の推進

高齢者における低栄養や身体機能・口腔機能の低下の課題に対応するため、地域のサロン等の通いの場を活用したフレイル予防の啓発を推進するとともに、誰かと共に食事をすることができる共食の機会を提供する活動を支援します。

あわせて、専門職や「まちの保健室」、地域担当保健師を配置した介護予防活動により、一人一人の心身の状態や生活上の目標に応じた伴走支援を行うことで、心身機能の維持・向上を図るとともに、身近な地域で介護予防や社会参加を継続できるよう、通いの場や地域活動等への参加を支援します。

●地域におけるフレイル予防活動の充実

「まちじゅう元気!!リーダー」、食のボランティア、地域づくり組織等と「まちの保健室」や地域担当保健師との連携に加え、民間事業者等との連携の輪を広げ、身近な地域で参加できるフレイル予防活動を充実します。また、活動の担い手の育成・支援を行うとともに、参加状況や心身機能、外出頻度等の変化を把握し、効果的な取組を継続し、地域への展開を図ります。

コラム

専門職を配置して実施するフレイル予防活動　転ばぬ先の筋骨塾

低栄養や身体的フレイルによる介護予防活動として、「転ばぬ先の筋骨塾」を実施しています。ストレッチ、筋力トレーニング、有酸素運動、栄養の話等を全８回、市内５地域で実施し、健康運動指導士、理学療法士、管理栄養士、保健師等の専門職により、参加者の総合的な心身機能の維持向上を図っています。





３．生きがいづくり・社会参加の推進

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
高齢者等サロン（箇所）	86	79	80	80	80	80

現状と課題

地域の身近な福祉活動・介護予防・健康づくりの拠点である「まちの保健室」と一体的に各種取組を進めてきた地域づくり組織の活動は、多くの高齢者が意欲的に携わり、その活動により高齢者が安心して地域で生活できるなど、地域の生活基盤そのものであることから、連携を密にしながら介護予防や健康増進、生涯学習、スポーツなどのあらゆる取組を進めています。

また、高齢者の就労支援については、シルバー人材センターにおいて、高齢者の豊かな経験や技能を活用し、受注業務の拡大や就労機会の増大に向けて取組を進めています。

しかしながら、地域とのつながりが希薄になりやすく、社会参加の機会が少なくなりがちな男性高齢者への取組が課題となっています。

施　策

●地域づくり組織の活動の充実

地域づくり組織の活動が充実し、主体性を持って高齢者の日常生活の支援活動や介護予防活動が展開できるよう、これまで以上に「まちの保健室」との連携を図ることで、地域の生活基盤としての活動を支援します。

●生涯学習に取り組める環境の充実

「名張市教育振興基本計画『名張市子ども教育ビジョン』」及び「名張市の地域における生涯学習推進に関する指針」に基づき、生涯学習活動を進めるために、学び続けることのできる環境の整備、身に付けた知識や経験を社会で生かすことができる仕組みづくりを進めるとともに、子どもから高齢者までが交流できる場をつくり、多世代交流を促進することで、高齢者の社会参加の機会を確保します。

●スポーツに親しむ環境の充実

「第２次名張市スポーツ推進計画」に基づき、各団体や協会等の活動及び各種大会等を通じ、高齢者がスポーツに親しみ、楽しむ機会の充実を図るとともに地域と関係機関が連携し、身体を動かすことの効果やフレイル予防などの健康づくりの取組を推進します。

また、健康寿命の延伸を目指し、シニア世代が気軽に参加できるスポーツイベントを実施するとともに、「名張ケンコー！マイレージ」の活用を通じて、健康づくりとスポーツの連携を図る事業を推進します。

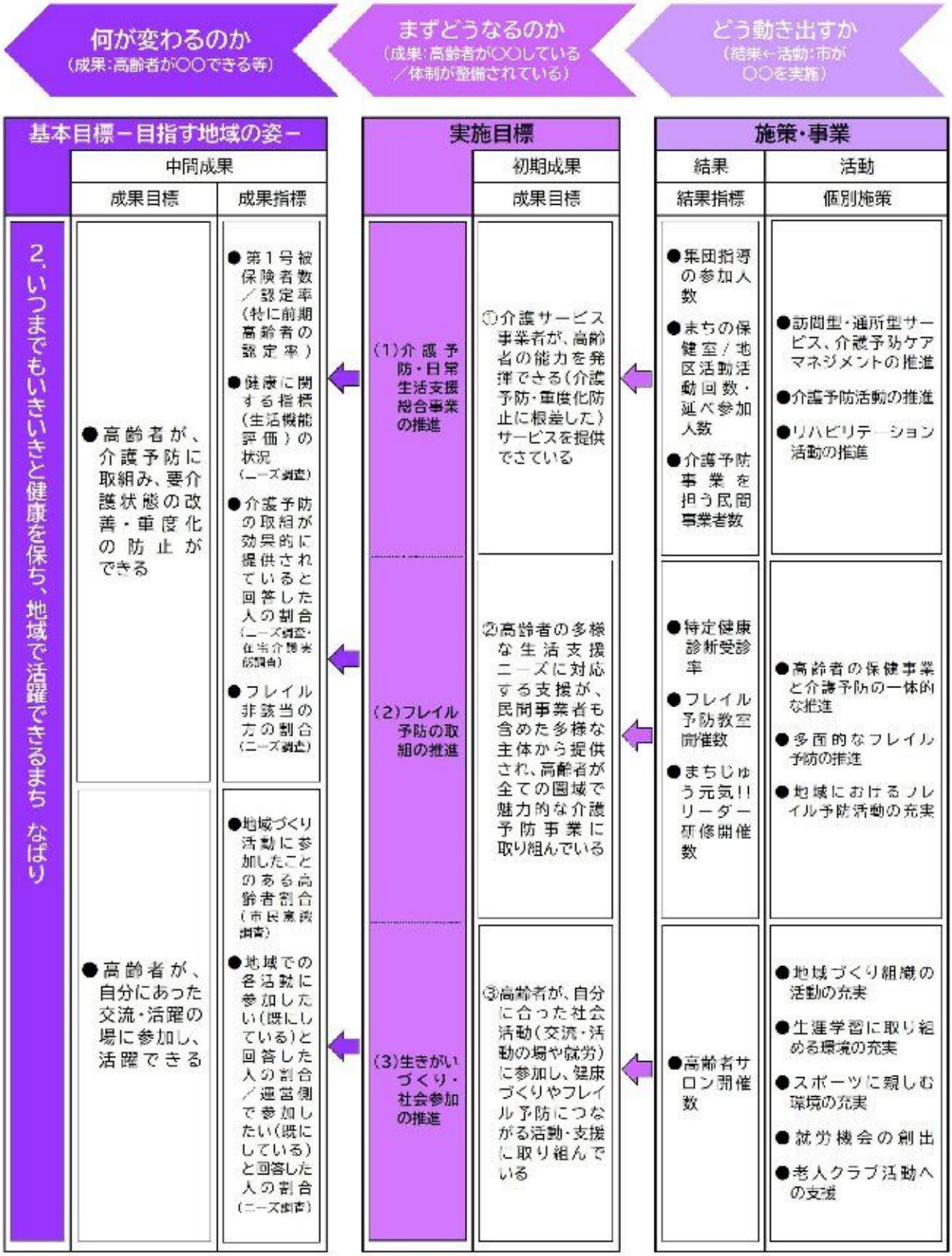
●就労機会の創出

シルバー人材センターが、安定的に高齢者への就労支援を行うことができるよう、各種支援を継続して行います。また、「働きたい」という希望がある高齢者が、希望や特性を生かした就労につながることで、役割を持てたり、生きがいを実感できたり、社会と主体的に関わることができるようになります。就労を通じて社会参加が促進されることで、ひいては健康寿命の延伸へとつながっていくため、関係機関と連携し、その在り方を検討します。

●老人クラブ活動への支援

健康増進活動、生きがいづくり、認知症への備え、社会参加及び閉じこもり防止を促進することを目的として、名張市老人クラブ連合会に所属している単位老人クラブに補助金を交付するとともに会報を市役所でも配布し、老人クラブ活動の推進を図ります。

施策の体系図(ロジックモデル) 第2節 介護予防・重度化防止と高齢者の社会参加の推進



第３節　認知症施策の推進（名張市認知症施策推進計画）

１．新しい認知症観の理解促進

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
認知症サポーター養成者数（累計延べ受講者）（人）	13,817	14,388	14,988	15,608	16,248	16,908

現状と課題

新しい認知症観の理解増進に向けては、広報なばりでの特集や認知症月間（９月）時の啓発企画、認知症カフェの開催、認知症サポーターの養成等の取組を進めていますが、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、83.1%の人が「認知症になることへの不安がとてもある、少しある」と回答しています。

また、市内の介護支援専門員（ケアマネジャー）へ調査を行った結果、約68%の人が「認知症の方の本人が望む生活を継続できているかわからない、あまりそう思わない」と回答しており、誰もが認知症になり得ることを前提にしている新しい認知症観の普及の過渡期にあることを踏まえ、共生と予防の双方の観点から、あらゆる機会や手段を用いて正確な情報を積極的に発信し、新しい認知症観の理解増進を図る必要があります。

コラム

認知症の人やその家族等の意見を踏まえた認知症施策推進計画

認知症基本法に基づく認知症施策推進計画（巻末資料参照）は、認知症の人やその家族等の意見を聴きながら策定することが求められています。

認知症の人やその家族等の思いや時間を共に過ごすことで伝わってくる言葉だけでないメッセージを受け止め、それらを認知症施策に反映できるようワーキンググループを開催してきました。

引き続き、認知症になっても、住み慣れた地域で、自分らしく暮らせるまちを目指してあらゆる施策を推進します。

第１回 喫茶長坂のkakashiにて



第２回 スターバックスコーヒー名張店にて



第３回 マクドナルド桔梗が丘店にて



施　策

●新しい認知症観の普及啓発

新しい認知症観を実感できる動画や広報紙等の各種広報媒体により、認知症に関する知識及び認知症の人に関する理解を深めるとともに、認知症になってからも希望を持って前を向いて暮らすことができることを体感できる研修を通じて、誰もが「新しい認知症観」に基づく行動ができるよう取組を推進します。

●認知症サポーター養成講座の開催

認知症の人とその家族の応援者である「認知症サポーター」を養成するため、地域や市内の事業所、小学校・中学校・高等学校を対象に認知症サポーター養成講座を開催するとともに、地域での活動を希望する認知症サポーターの主体的な取組を支援します。

●認知症ケアパスの活用

認知症になっても地域で暮らすことができるエピソードを記載した認知症ケアパスを活用して、市民や医療・介護関係者への周知を図り、認知症についての正しい理解を深め、早期に相談や支援につながる環境を整備します。また、相談受付時においても、住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくことへ寄り添う対応を行います。

●認知症の予防

運動、生活習慣病の予防・管理、社会参加等が認知症の発症や進行のリスクを低減する可能性が示されていることを踏まえ、地域づくり組織、老人クラブ、社会福祉協議会等の多様な主体と協力しながら、新しい認知症観や認知症及び軽度の認知機能の障害に関する知識の普及を図ります。

なお、本計画における「予防」とは、認知症にならないことだけを目的とするものではなく、発症を遅らせることや、認知症になっても進行を緩やかにし、希望を持って暮らし続けられるよう支援することを意味します。

コラム

新しい認知症観の普及啓発

新しい認知症観は、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方」とされています。この考え方が、名張での日々の暮らしの中でどのように生かされているのかを動画にして、普及啓発を行っています。

市ホームページ 新しい認知症観に関する動画



２．認知症の人の社会参加の機会の確保

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
認知症の人の社会参加に向けた多様な主体※の数（団体） ※チームオレンジ、認知症カフェ等の認知症の人の社会参加や居場所づくりに参画する団体・事業者等	5	18	37	42	47	52

現状と課題

認知症の人やその家族が安心して過ごせる居場所の確保に向けては、認知症の人の声を起点とした活動を行うチームオレンジの活動や介護事業所、飲食店、図書館等と連携した認知症カフェの開催や生活基盤サービス関連事業者との認知症バリアフリー推進企画等を実施していますが、引き続き、多様な主体が新しい認知症観を理解し、認知症の人やその家族等の社会参加を後押しするような環境を整備していくことが重要です。

また、認知症になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らせるよう、高齢者が行方不明になった場合には、地域や各種サービス提供事業者、行政が連携して円滑に迅速な捜索活動を実施できるよう「地域ＳＯＳシステム」を運用していますが、高齢者の増加に伴い、これまで以上に見守りが必要となる場合が想定されることから、関係機関との連携体制を充実・強化していく必要があります。

コラム

様々な認知症カフェ

認知症カフェは、認知症の人やその家族、介護や福祉などの専門家など誰でも、気軽に集える場所です。

名張市立図書館と「ちいちかけん（はしもと総合診療クリニック）」に「まちの保健室」が協力する形で、図書館で認知症カフェを開催。

多様な主体が連携し、市内のあらゆる場所で新しい認知症観を実感できるよう、取組を進めています。









施　策

●認知症の人やその家族の居場所の確保

認知症に関する固定概念を改め、「新しい認知症観」を体感できる研修を実施するとともに、認知症の人やその家族等の声を起点とした相談や企画について、多様な主体と連携して取組を進めます。

●関係機関等の相互の連携を高める取組

チームオレンジ等の取組は、地域の貴重な資源であることから、広く情報発信を行うことでその活動意欲の促進を図るとともに、活動の伴走支援を行います。

また、認知症カフェなど、認知症の人やその家族が安心して過ごせる居場所が増えるよう、地域づくり組織や介護事業所等のあらゆる関係者と連携して取組を推進します。あわせて、「地域の見守り活動に関する協定書」の締結事業者等と連携し、認知症バリアフリーを推進します。

●地域での見守り体制の整備

認知症の人が安心して外出でき、行方が分からなくなった場合にも早期に発見・保護され、安全に帰宅できるよう地域や関係機関との連携により早期に発見・保護につなげていく「地域ＳＯＳシステム」による捜索体制の充実や身元確認・連絡を早期に行えるよう高齢者の持ち物に貼り付けられる連絡先情報が記載された見守りシールの周知を図ります。

また、「地域の見守り活動に関する協定書」の締結事業者等との連携強化を図り、認知症による消費者トラブルの防止や危険な行動の早期発見等、日常生活の支援を関係機関と協力して行います。

コラム

みんなでいっしょにやってみたいをかなえよう！



認知症になったり、年齢を重ねても「やってみたい！」を叶えられるまちを目指して、認知症について学び、一人一人の日常の小さな幸せや楽しみ、希望を後押しして、ともに実現する研修を実施しました。

【葬儀社との協働企画】
旅行気分でカラオケ＆生演奏で歌おう

「歌を歌いたい」という認知症の本人の声から、市民と葬儀社が一緒に考えた企画です。葬儀社のバスを貸し切り、停車したバスの中でカラオケを楽しみました。



【スーパーとの協働企画】
バリアフリー推進プロジェクト

誰にでもやさしいお店づくりを目指した企画です。認知症の本人や障がいのある方と一緒にお店をまわり、「もっとこうなるといい」という気づきや意見をお店に伝えました。



３．認知症の人の意思決定の支援の推進

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
意思決定支援に関する研修等への参加者数（人）	478	500	527	550	575	600

現状と課題

認知症の人が自らの意思によって生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、2024（令和６）年から、介護関連業務に従事する職員や居宅介護事業者等の専門職、民生委員・児童委員、民間事業者に対して可能性指向の研修を実施してきました。

認知症の有無にかかわらず、本人には自ら意思を形成し、表明し、希望する生活を選択する権利があります。支援に当たっては、本人の言葉だけでなく、表情や行動、これまでの生活歴や価値観等を丁寧に捉え、本人の意思を可能な限り支援に反映することが必要です。

参考

可能性指向とは

本人の可能性に着目して、本人と共に良い環境を作り出していくことを「可能性指向」と言います。本人の可能性とは、本人らしい日課や小さな幸せや楽しみ・こだわり、私たちの気持ちが思わずほころぶことです。こうした一人ひとりの小さな幸せを「　」と呼んでいます。

可能性指向の研修では、可能性指向の関わり方のポイントを学んだり、マイクロハピネスから日常の業務や地域で実践できることを具体的に考えます。



▲可能性指向研修の様子

可能性指向の関わり方のポイント

①本人の声をきく　②肯定する　③一緒にやってみる

名張市民のマイクロハピネスの例

輪ゴムアート

配食のお弁当の輪ゴムを集めて、輪ゴムアートを作る。モダンでしょ。



宝くじを買う

夫が生きている時に、一緒に買った宝くじで１等賞100 万円が当たった。春夏秋冬、主人のお参りに行った時に、今でも楽しみで宝くじを買っている。



歌を歌う

歌が好きや。昔は地域のコーラスグループに入って歌っていた。みんなでコーラスすると嬉しい！懐かしい！



施　策

●可能性指向に基づく意思決定支援

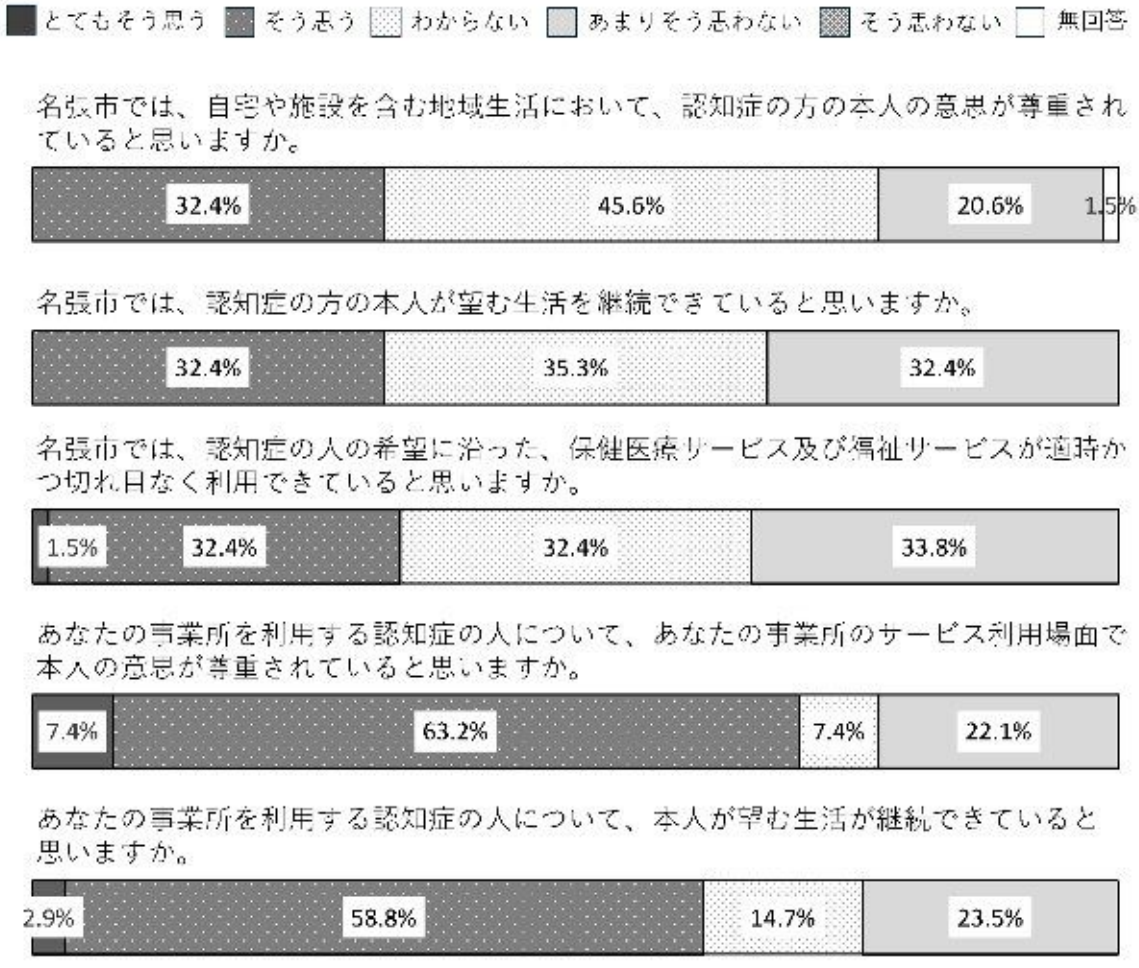
認知症サポーター養成講座等の機会を活用し、意思決定支援に取り組みます。本人ミーティングや認知症カフェ等を通じて認知症の人の声を把握し、施策の企画、実施及び評価に反映します。

また、行政職員や介護事業所等の認知症施策に関わる関係者等に対して、可能性指向の研修を実施し、意思決定の支援の必要性に関する普及啓発を図ることで、認知症の人やその家族が希望する生活が送れるよう取組を進めます。

あわせて、認知症の人の意思決定を支援するとともに、その意思を尊重して生活を支える家族等の支援を行いながら、希望する生活を送れている事例を積極的に周知することで、関係者の取組に対する意欲の促進を図るとともに、関係者間での類似の取組の展開を促します。

参考

令和８年９月に、介護支援員（ケアマネジャー）へ可能性指向を含めた認知症の人の意思決定に関するアンケートを実施しました。（回答者数58名）



４．認知症の人やその家族等の相談体制の整備

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
まちの保健室相談延べ件数（件）（再掲）	32,365	36,757	36,800	36,900	37,000	37,100
認知症初期集中支援チームの対応を含む相談件数（件）	757	2,348	2,400	2,430	2,460	2,490
本人・家族の交流会等の開催件数（件）	12	12	23	26	29	32

現状と課題

第４章

地域の身近な福祉活動の拠点である「まちの保健室」では、認知症を含むあらゆる福祉の相談を受け付けています。認知症が疑われる場合や支援が必要な場合には、保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士等の専門職で構成される認知症初期集中支援チームが、かかりつけ医や認知症サポート医、認知症専門医等と連携しながら、観察・評価、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的（おおむね６ヵ月間）に行い、適切な医療福祉サービスにつなぐことで、安心して住み慣れた地域で生活ができるよう支援を行っています。

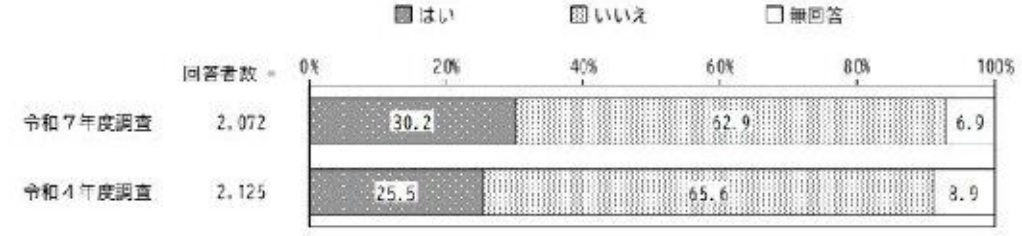
また、認知症の人を介護する家族が生活の工夫や悩みを共有し、精神的な負担を軽減できるよう、情報交換や近況報告の場として、伊賀市と連携し、つどい・交流会を開催しています。

一方で、新しい認知症観の普及段階にあっては、認知症に関する相談は限定的です。そこで、認知症の人やその家族が悩みを抱えることなく、気軽に相談できる環境を整備していくことが必要であり、まちの保健室が「認知症のことも相談しても良い、相談してみたい」と感じられる場所へ発展していく必要があります。

参考

福祉の総合相談機能をもつ「まちの保健室」があっても、市民の認知症に関する相談窓口の認知度は、高くない状況です。

質問（認知症に関する窓口を知っていますか）への回答結果



【出展】名張市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果報告書から引用

施　策

●認知症フレンドリー相談窓口（仮称）の設置運営

「まちの保健室」を、認知症について気軽に相談できる「認知症フレンドリー相談窓口（仮称）」として位置づけ、その相談・伴走支援機能を充実します。窓口では、認知症に関するあらゆる相談に対応し、必要に応じて、医療・介護・福祉サービスにつなげていきます。

また、相談対応だけでなく認知症の人やその家族等への伴走支援や居場所としての活用など、新しい認知症観を実感し、理解を深められる窓口を目指します。

●認知症初期集中支援チームによる支援

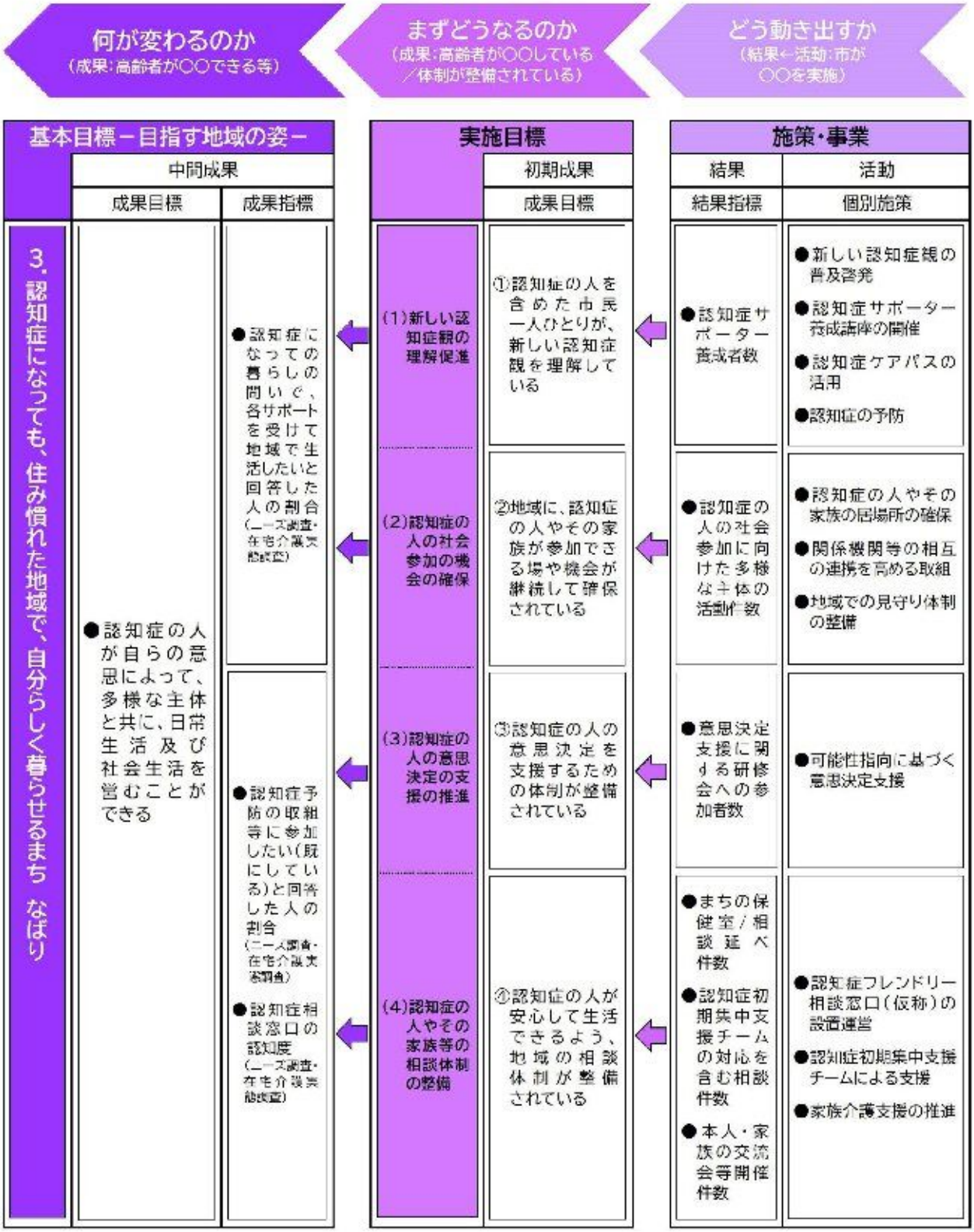
認知症の人や軽度認知障害（ＭＣＩ）の人の増加を見据え、支援対象者の増加に対して円滑に対応できるよう、関係機関との連携体制の充実を図るとともに、関係機関へ支援事例（支援方法）の共有を図ることであらゆる主体が質の高い支援を実施できるよう取組を進めます。

●家族介護支援の推進

「認知症の人と家族の会」の活動を支援し、つどいの場を定期的に開催することで認知症の人やその家族等が抱える不安や悩みを共有できる機会を確保するとともに、あらゆる取組と連携し、多様な場面で同様の機会を提供できるよう取組を進めます。

また、認知症疾患医療センターと連携を図り、認知症ピアサポート活動として家族教室を実施し、認知症の人を介護している家族に対する支援を行います。

施策の体系図（ロジックモデル） 第3節 認知症施策の推進（名張市認知症施策推進計画）



第４節　在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進

１．地域の医療・介護資源の把握・情報提供、相談支援機能の充実

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
まちの保健室 相談　延べ件数（件）（再掲）	32,365	36,757	36,800	36,900	37,000	37,100
在宅医療支援センター 相談　延べ件数（件）	160	154	160	165	170	175

現状と課題

医師会等と協働した在宅医療の提供体制の整備や人材の確保・養成の推進のため、名賀医師会へ在宅医療支援センター事業を運営委託しています。

市民意識調査では、市の保健・医療・福祉に関する情報提供や相談支援等に「十分満足している」又は「一応満足している」していると回答した割合は、全体で59.1%、最も高いのが18～29歳で72.4%、最も少ないのは40～49歳の51.6%、65歳～75歳の割合は57.3%、75歳以上では65.8%でした。

在宅療養を希望する高齢者が増加する中、医療・介護資源の状況や相談窓口について、市民や関係者に十分知られていないことが課題となっています。わかりやすい情報提供と一人一人の実情に応じた相談支援に、より一層取り組む必要があるとともに、退院時の調整や在宅療養中の状態変化への対応では、医療機関、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問看護事業所、地域包括支援センター等の間で早期から情報を共有することが重要です。

また、まちの保健室への相談は、年々増加しており、今後も医療・介護面を含む多様な相談に対応できるよう、人材育成と連携の強化を図る必要があります。

施　策

●在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療支援センターにおいて、在宅での療養を希望する入院患者や家族が安心して在宅へ移行できるように、医療や介護に関する相談支援、関係機関との調整など医療面を中心とした相談・調整支援を行います。

また、在宅療養中の患者や家族及び支援に関わる介護支援専門員（ケアマネジャー）等の療養生活上の不安や悩みが解消できるように、地域包括支援センター等の関係機関と連携しながら後方支援を行います。

あわせて、介護支援専門員（ケアマネジャー）と医療機関との間で適時に情報共有が行われ、円滑に患者の支援ができるよう、連携を促進します。

●地域の医療・介護資源の把握・情報提供

住民が自らの選択により必要な医療・介護サービスが利用できるように「医療・介護・福祉ガイドブック・マップ」を作成しています。ホームページ等での情報発信を行い、住民への情報提供を円滑に行える体制を整備していきます。

●地域住民への普及啓発

在宅医療の推進を図るため、医療・介護・福祉関係者をはじめ、民生委員・児童委員、住民を対象とした多職種連携研修や地域での講座等を開催します。また、エンディングノートや人生会議（ＡＣＰ）を取り入れ、自分ごととして考えることができる啓発を行っていきます。あわせて、住民がどのようなことが知りたいのかや不安に感じているのか等を、日頃の関りの中で聞き取り、研修へ主体的に参加してもらえるよう取り組みます。

2．2040年に向けた医療・介護サービス提供体制等の確保

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
在宅支援実務者会議参加団体数（団体）	15	15	15	15	15	15
在宅医療支援センター・研修会実施件数（件）	6	6	6	6	6	6
・参加延べ人数（人）	289	364	370	380	390	400
地域医療つながりサポート報告件数（件）	22	23	24	25	26	27

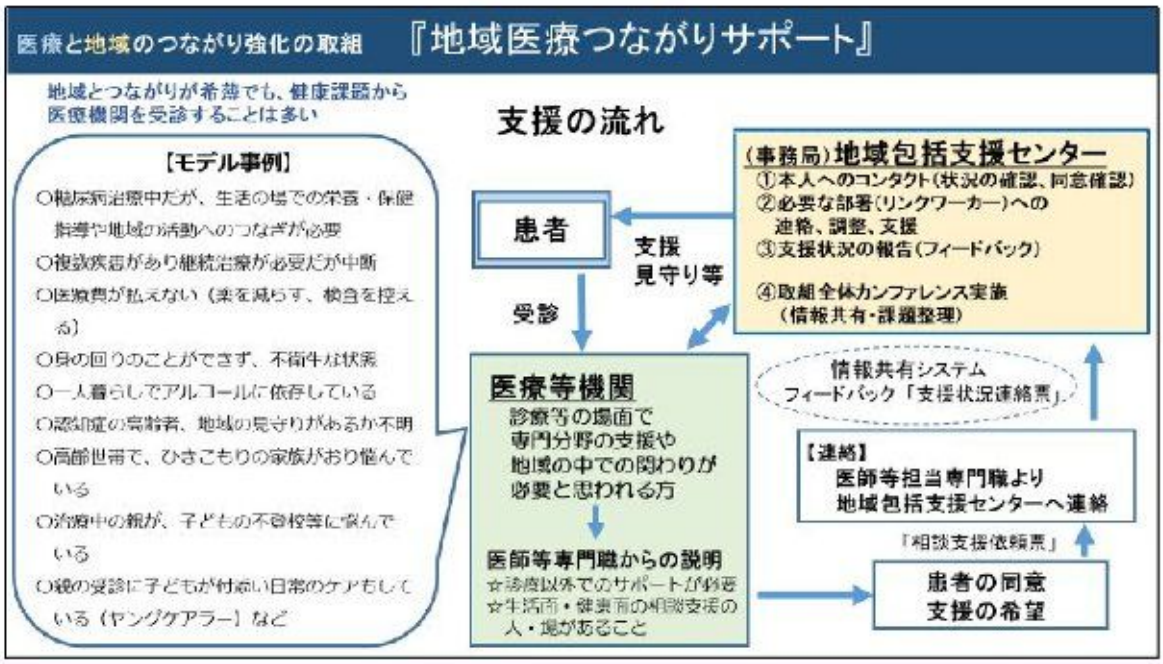
現状と課題

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者は増加しており、医療、福祉、保健従事者など多職種間の連携を図りながら、2040年を見据えた医療と介護の包括的なネットワークの構築に取り組んでいます。

今後は、生産年齢人口の減少により医療・介護人材の確保が一層難しくなる一方、医療と介護の双方を必要とする高齢者や、認知症、単身、身寄りのない人等への支援の増加が見込まれます。限られた医療・介護資源を有効に活用し、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応及び看取りの各場面において、切れ目のない支援を提供できる体制を整備する必要があります。

引き続き、急性期から在宅まで切れ目のない継続的な支援体制の充実を図るとともに、高齢者等の生活ニーズを地域課題として解決するための取組の検討が必要です。

コラム



施　策

●在宅医療・介護連携の課題抽出と対応

伊賀地域の病院関係者も含む医療・介護・福祉従事者による在宅支援実務者会議では、在宅医療を推進するための課題抽出、情報共有を行いながら、在宅医療支援関係機関が連携、協力できる体制を構築しています。

中でも、在宅医療支援センターを医療と介護をつなぐ地域における医療・介護連携の調整役と捉え、緊密に情報提供等を行い、より一層関係機関と連携・協力できる体制の構築を目指します。

また、在宅支援実務者会議において、伊賀地域の病院関係者とも課題を共有するなど、地域を超えて円滑な連携を図ることができる体制整備に向けて連携を強化していきます。

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

在宅医療に係る支援体制の充実を図り、切れ目のない包括的なケア体制を築きます。

特に、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応及び看取りの各場面において、本人の意思と生活を中心に、退院前から在宅生活を支える関係者が支援方針を共有するなど、医療・介護関係者が円滑に連携できる体制を整備します。

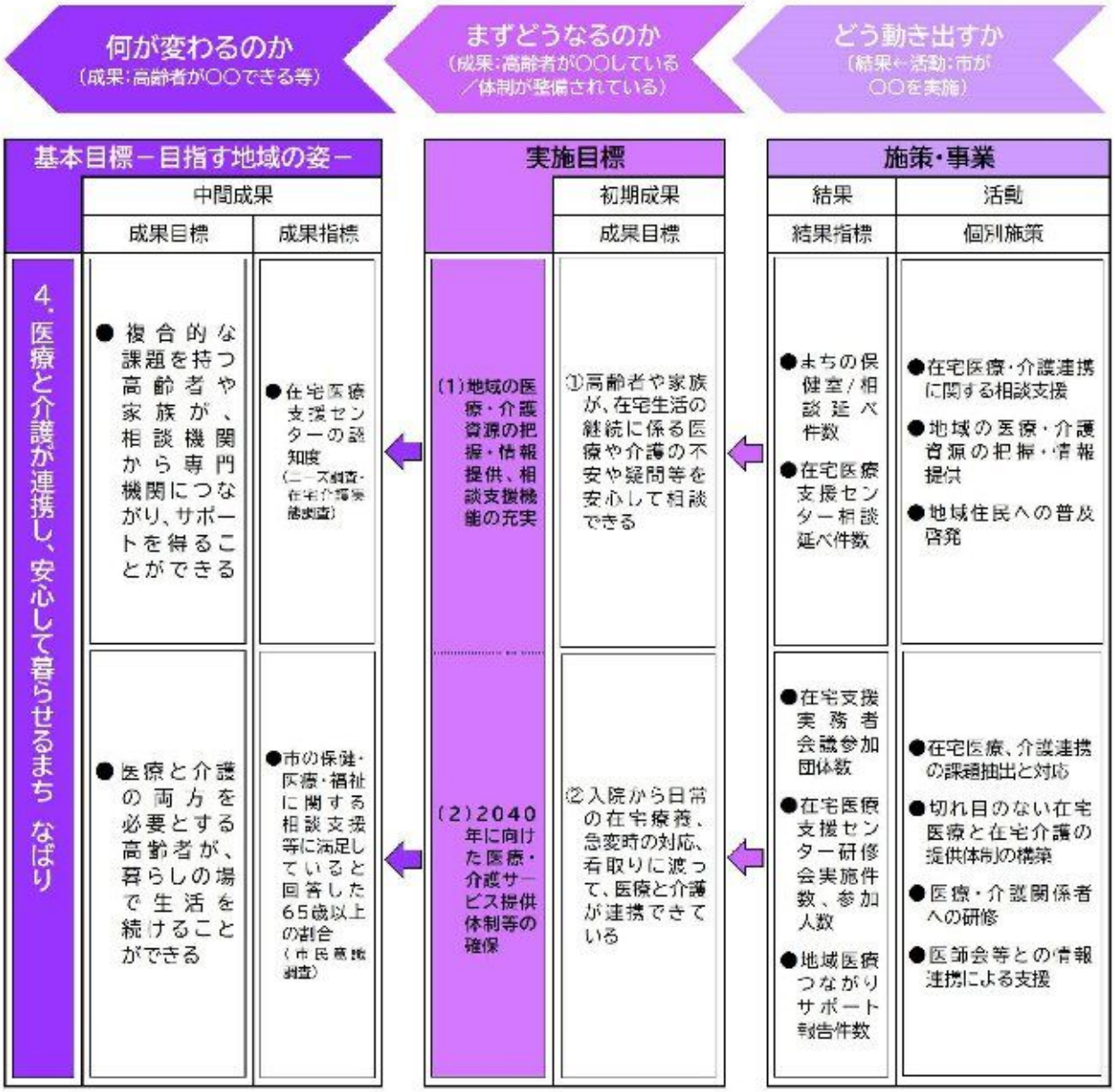
●医療・介護関係者への研修

医療・介護連携の要となる介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめ医療・介護関係職員や民生委員・児童委員を対象に、多職種連携研修や看護職研修、テーマ研修等を開催します。研修を通じて、実際に連携できる顔の見える関係を構築し、在宅医療を担う人材の育成や連携を強化することに加えて、様々な困難を抱えた住民を支えるにはどのように多職種が連携していく必要があるのかを具体的に検討できる機会を提供します。

●医師会等との情報連携による支援（地域医療つながりサポート）

「地域医療つながりサポート」では、医師会・歯科医師会・薬剤師会と連携し、診療場面で社会的な生活リスクを抱えている方の情報を関係機関で共有し、必要な支援につなげています。引き続き、適時に予防的支援を実施できるよう、多機関との連携体制の充実・強化を図ります。

施策の体系図(ロジックモデル) 第4節 在宅医療支援の充実と在宅医療・介護連携の推進



第５節　住み慣れた地域での暮らしを支える生活基盤と権利擁護の充実

１．生活基盤の充実

取組指標	現状			目標・モニタリング指標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
まちの保健室/地区活動・活動回数（回）（再掲）	1,661	1,723	1,740	1,760	1,780	1,800
・延べ参加人数（人）（再掲）	61,749	63,641	63,800	64,000	64,500	65,000
地域ささえあい活動数（地域）	11	11	11	11	11	11
紙おむつ給付事業の給付人数（人）	9,814	10,299	10,200	6,600	6,600	6,600
配食サービス事業の食数（食）	19,837	17,885	18,900	15,120	15,120	15,120

第4章

現状と課題

誰もが、いつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくためには、その人の状態に最適な生活支援サービスを活用できる環境を整備することが必要となりますが、その時に重要な役割を果たすのが生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）です。

地域の資源やニーズを把握し、多様な主体に働きかけ、求められるサービスが提供される体制を整備していく生活支援コーディネーターの役割は、より一層重要になります。

また、高齢者の日常生活を支える移動手段の確保に向けて、一部の地域づくり組織では、移動が困難な方に対する生活支援サービスと一体的に取り組まれる外出支援事業を実施していますが、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」・「在宅介護実態調査」・「事業所アンケート」及び「高齢者実態調査」などのいずれの調査でも課題と認識されています。

これらの取組にあわせて、配食サービスや紙おむつの給付、生活支援等の取組を実施してきましたが、限られた財源を有効に活用し、真に支援を必要とする人へ継続的に支援を届けるために、地域のささえあい活動や民間事業者によるサービスの充実状況も踏まえて適宜、事業の対象や内容を見直し、安定的に介護保険制度を運用していく必要があります。

あわせて、運転免許証の返納や心身機能の低下等により移動手段が確保できないことは、日常生活に支障をきたし、地域活動等への参加の機会が減少し、閉じこもりや社会的孤立、心身機能の低下につながるおそれがあります。公共交通機関、地域の移動支援、民間事業者によるサービス等を組み合わせ、外出目的や身体状況に応じた移動・外出支援を検討していくことが必要です。

さらに、単身高齢者や高齢者のみの世帯が増加する中、買物、ごみ出し、掃除、調理等、日常生活上の支援を必要とする高齢者の増加が見込まれます。本市では、地域づくり組織による生活支援や移動支援、民間事業者によるサービス、公的な高齢者福祉サービス等により生活を支えていますが、担い手の高齢化や不足、地域ごとの支援の有無、必要な人に情報が届きにくいことなどが課題となっています。

施　策

●生活支援体制整備事業（重層的支援体制整備事業）の推進

生活支援コーディネーターが地域に出向き、高齢者の日常生活上の困りごとや地域資源を把握・可視化するとともに、地域ごとの取組や好事例を共有し、既存活動の充実、不足するサービスの創出、新たな担い手の発掘・育成を進め、持続可能な生活支援体制の構築を図ります。

また、地域の活動を支援するとともに、不足するサービスの創出や新たな担い手の発掘・育成、多様な主体による活動間の連携を深め、地域全体で高齢者の生活を支える持続可能な生活支援体制の充実を図ります。

特に、各地域の実情に合わせた高齢者のごみ出し等の生活支援の在り方については、介護サービス事業所や住民主体の支え合い活動、生活支援コーディネーター、「地域の見守り活動に関する協定」の締結事業者等の関係機関と連携しながら、具体的な支援策の検討を進めます。

●高齢者福祉サービスの提供

住民税非課税世帯等を対象に、配食による栄養改善と見守り、紙おむつの給付を行い、在宅生活を支援します（※）。また、一時的な栄養補給や安否確認が必要な場合にも、配食を活用した見守りを実施します。脳疾患や心臓疾患の既往歴がある方等には、24時間対応の緊急通報機器を貸与し、急病時の迅速な対応と日常生活の安心を確保します。

また、日常生活上の軽度の援助が必要な単身高齢者等が、在宅での自立した生活を継続し、要介護状態に陥ることを予防するための軽度生活援助事業を推進します。

※紙おむつ等の価格上昇と対象者の増加による給付費の増加を踏まえ、給付対象の重点化を検討した結果、令和９年度より、要介護１以上の認定を持つ住民税非課税世帯を対象とします。

配食サービスについても、民間事業者による高齢者向けの配食サービスが増え、利用者の選択肢も増えている中で、限りのある財源を、真に支援を必要とする方へ配分する必要があります。そのため、令和９年度より、事業対象者及び要支援１以上の認定を持つ住民税非課税世帯で、65歳以上の単身高齢者及び高齢者のみ世帯等を対象とします。

●高齢者の日常生活を支える移動手段の確保

通院や買物、介護予防活動、地域活動等へ参加できるよう、公共交通、地域の移動支援、介護・福祉サービス、民間事業者によるサービス等の情報を分かりやすく提供します。

また、地域交通等関係部署とともに、地域の外出支援事業のほか、地域交通（コミュニティバス）をはじめ、福祉有償運送等との連携を図るなど、地域の実情に合わせた持続可能な交通サービスの検討を進めます。今期計画では、部署や機関を超えた枠組み作りを行います。

コラム

公共交通機関の利用が介護予防につながる

バス停まで歩くことは足腰の運動になり、時刻表を調べたり運賃を計算したりすることは、認知機能の低下の予防にもつながります。さらに、外の景色を楽しんだり、人と挨拶を交わしたりすることで心も元気になります。

名張市では、介護予防の取組を実施する際には、公共交通機関の案内を行えるよう開催場所や時間の調整に努めています。また、公共交通機関の利用が介護予防と密接に関係していることや公共交通機関の利用方法などについて、介護予防事業の関係者に説明を行い、公共交通機関を利用しやすい環境の整備に努めています。

●介護予防事業を担う事業者と高齢者の移動手段について考える

地域公共交通の変遷や現状、今後の動向等について大同大学樋口准教授から講義を受け、高齢者の外出を支えるために民間事業者としてできることを考えるワークショップを実施しました。参加者からは「高齢者でなくても、バスの利用方法が分からない」「バスの利用案内方法を教えて欲しい」等の意見が寄せられました。





●介護予防事業を担う事業者と公共交通機関の使い方や利用案内方法について考える

公共交通機関の利用が介護予防と密接に関係していることや公共交通機関の利用案内方法などについて説明を行い、介護予防のチラシでどのように案内を行うかなどについて意見交換を行うワークショップを実施しました。参加者からは「介護予防に公共交通機関を利用することが大事ということを学べた」「日頃の営業活動の中で、交通手段を提案するというイメージが無かった」等の意見が寄せられ、多くの事業者が公共交通機関の重要性を理解し、移動手段を含めて営業活動を展開することの必要性を認識する機会となりました。





《利用想定別の移動手段》

買物に行きたい	路線バス・ナッキー号・地域コミュニティバス
病院に行きたい	路線バス・ナッキー号・地域コミュニティバス
駅まで行きたい	路線バス・ナッキー号・地域コミュニティバス
バス停まで行くことが難しい	地域の外出支援など
バス路線がない地域	公共ライドシェア

参考

公共交通機関		主な行き先	主な利用想定
鉄道	近鉄大阪線	名張駅、桔梗が丘駅 美旗駅、赤目口駅	通勤・通学、 都市圏への移動
路線バス	三重交通	地域間幹線（上野名張線、曽爾香落渓線、奥津線） 市内幹線（梅が丘線、すずらん台線、百合が丘線、桔梗が丘循環線、つつじが丘線、赤目線）	通勤・通学、 都市間の移動 市内移動
市街地循環型 コミュニティバス	ナッキー号	名張駅・桔梗が丘駅を起点に、病院や商業施設、公共施設などを結ぶ循環バス	地域内の移動
地域コミュニティバス	ほっとバス錦	錦生地域、宇陀市竜口地域から名張駅、市役所までを結ぶ路線	高齢者の買物・通院
	コモコモ号	さつき台から桔梗が丘駅までを結ぶ路線	高齢者の買物・通院
	みどり号	緑が丘地域と桔梗が丘駅までを結ぶ路線	高齢者の買物・通院
	はたっこ号	美旗地域及び伊賀市きじが台地内から桔梗が丘駅を結ぶ路線	高齢者の買物・通院
タクシー	三重近鉄タクシー 三交タクシー キタモリ交通	個別の移動ニーズに対応	
公共 ライドシェア	あららぎ号	国津地内全域及び名張駅までの路線	高齢者の買物・通院
	コモコモらいど	薦原地域の集落エリア	高齢者の買物・通院

地域名	地域づくり組織内の当該事業　実施組織名	外出支援
すずらん台	すずらん台ライフサポートクラブ	○
青蓮寺・百合が丘	生活支援ボランティア「ポパイ」	○
名張	隠おたがいさん	○
つつじが丘・春日丘	特定非営利活動法人　生活支援　つつじ・春日丘	○
比奈知	助っ人の会	
桔梗が丘	桔梗が丘お助けセンター	○
美旗	はたっこサポート運営審議会	
薦原	コモコモサポート	
赤目	あんしんねっと赤目	○
川西・梅が丘	ちょい・すけ	○
国津	ささえあいネットくにつ	

地域別交通手段一覧

地域	近鉄駅	三重交通	コミュニティバス		スクールバス	外出支援
			市街地循環	地域		
名張	名張駅	○	○	○ 一部に路線乗入		○
鴻之台・ 希央台	名張駅	○	○	○ 一部に路線乗入		
蔵持		○	○	○ みどり号		
川西・ 梅が丘		○				○
薦原				○ コモコモ号		
美旗	美旗駅	○		○ はたっこ号		
比奈知		○	○		○	
すずらん台		○				○
つつじが丘・ 春日丘		○			○	○
錦生				○ ほっとバス錦	○	
赤目	赤目口駅	○			○	○
箕曲		○	○			
青蓮寺・ 百合が丘		○	○	○ 一部に路線乗入		○
国津				○ あららぎ号	○	
桔梗が丘	桔梗が丘駅	○	○	○ 一部に路線乗入		○

２．安全・安心な住環境及び多様な住まいの確保

取組指標	現状			目標・モニタリング指標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
生活相談会の相談件数（件）	6	9	9	10	11	12
養護老人ホームの措置者数（人）	49	57	65	75	85	95

現状と課題

高齢者の増加や世帯構成の変化に伴い、独居高齢者、高齢者のみの世帯、認知症高齢者、医療ニーズのある高齢者等の増加が見込まれます。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、持家の割合は91.2%と高い値を示しており、50.5%の人が要介護状態になっても住み慣れた自宅（地域）で暮らし続けたいという希望がある一方、住宅の老朽化、段差、狭い居住空間等により、在宅生活の継続が難しくなる場合があります。

また、住宅の確保にあたっては、保証人の確保や緊急時・死亡時の対応、家賃の支払い等への不安から、民間賃貸住宅への入居が困難となることがあります。さらに、退院・退所後に住まいが確保できず、地域生活への移行が円滑に進まない場合もあります。高齢者・障害者・低所得者・子育て世帯等、民間賃貸住宅への入居に際して特別な支援や配慮を必要とする住宅確保要配慮者と賃貸人の双方の不安を軽減し、本人の希望や生活状況に合った住まいにつなぐ相談支援体制が必要です。

住宅部局と福祉部局、不動産関係団体、居住支援法人、医療・介護関係者等の連携体制について検討し、相談受付から物件への調整、入居手続、入居後の見守り、退居時の支援までを一体的に行う地域の居住支援体制を構築する必要があります。

市内の高齢者の住まいの状況（2026（令和８）８月１日時点）　（単位：人、施設）

項目	市内整備施設数	定員	入所者数（2026（令和８）年８月１日時点）									待機者	重度化時移行先（特定施設←住宅型）有無
			自立	要支1	要支2	要介1	要介2	要介3	要介4	要介5	合計		
軽費老人ホーム（ケアハウス）	3	80	16	4	13	17	25	2	1	0	78	16	2／3
サービス付き高齢者向け住宅	6	309	11	12	23	70	70	24	26	8	244	11	1／3
有料老人ホーム	9	296	1	4	12	22	22	39	53	42	195	41	2／8
認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）	14	144	0	0	0	20	54	37	24	3	138	26	—
介護老人保健施設	1	80	0	0	0	9	9	17	13	2	50	0	—
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	11	619	0	0	0	0	4	172	267	145	588	351	—
介護医療院	1	40	0	0	0	0	0	1	16	20	37	4	—
養護老人ホーム	1	60	15	3	0	11	17	6	2	3	57	7	—

施　策

●高齢者のニーズに沿った多様な住まいの確保と情報提供

高齢者やその家族が、心身の状態や負担可能な費用等に応じて、希望に合った住まいを選択できるよう、公営住宅、民間賃貸住宅、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の情報を分かりやすく提供します。

また、住宅セーフティネット制度、居住支援法人、居住サポート住宅等を活用し、住まいに関する情報提供や物件とのマッチング、入居手続、家賃債務保証等への支援を行います。さらに、公営住宅や民間賃貸住宅に加え、空き家活用の可能性についても関係部署・機関と検討し、高齢者の多様な住まいの確保に取り組みます。

あわせて、高齢者住まい法に基づく「三重県高齢者居住安定確保計画」（計画期間：令和４～12年度）との調和を図りながら、県等の関係機関と連携し、高齢者向け住宅等における適切なサービス提供と住まいの質の確保に努めます。あわせて、多様なニーズの受け皿となっている住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の設置状況等の把握に努め、介護保険サービス、基盤整備との調整を行います。

●高齢者世帯における住宅の耐震化

地震による住宅の倒壊等から高齢者の生命・身体を守るとともに、地震後も住み慣れた地域での生活をできる限り継続できる住環境を確保するため、1981（昭和56）年５月31日以前に建築（着工を含む）された木造住宅を対象（３階建て以下等の条件あり）に、無料耐震診断を実施し、耐震化が必要とされた場合、耐震補強工事費等、内容に応じて補助を行います。

●養護老人ホームへの入所措置及び市営住宅の確保

環境上及び経済的な理由により在宅での生活が困難な高齢者について、本人の生活状況や心身の状態を把握し、養護老人ホームへの適切な入所措置を行います。また、入所後も施設や関係機関と連携し、本人の権利擁護と安定した生活を支援します。

また、市営住宅の入居について、満60歳以上の単身者又はその同居者（配偶者又は18歳未満の児童）で構成された低所得の高齢者世帯が入居を希望する場合は、同じ住宅団地から２戸以上の募集を行う際の優先枠での抽選を引き続き適用し、優先的に住宅を確保できるよう取組を進めます。

３．災害対策・要配慮者支援の推進

取組指標	現状			目標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
高齢者等実態調査の件数（件）	7,111	6,725	6,800	6,850	6,900	6,950
個別避難計画の策定件数（累計）（件）	12	22	25	35	45	55

現状と課題

2025（令和７）年の災害対策基本法等の改正により、災害救助法上の救助の種類に福祉サービスの提供が追加されるなど、被災者への福祉的支援が強化されました。また、2026（令和８）年の社会福祉法等の改正では、防災施策との連携や平時からの災害福祉支援体制の整備が位置付けられています。

これまで民生委員・児童委員による高齢者等実態調査や日頃からの訪問により、支援を必要とする高齢者の生活実態を把握しながら、地域づくり組織や福祉の専門職と共に、災害時に自ら避難することが困難で、避難等の支援を必要とする避難行動要支援者の個別避難計画を策定してきました。しかしながら、その対象者が多岐に渡るため、個別避難計画の策定方法の見直しを行い、庁内各部署の連携体制の強化や介護支援専門員（ケアマネジャー）等の関係機関との連携を深め、個別避難計画の策定を促進し、その実効性を担保する必要があります。

これらの災害等における有事の対応を円滑に行うためにも、全ての介護サービス事業所には、平時から発災時を想定した具体的な受入手順の確認や福祉避難所を開設・運営するための実地訓練を定期的に実施するとともに、高齢者への介護サービスを継続・早期再開するための業務継続計画（ＢＣＰ）や土砂災害防止法及び水防法に基づく避難確保計画の策定を促し、実効性のある訓練が実施されるよう支援を行う必要があります。

コラム

個別避難計画って？

災害時に、要支援者（要介護認定や障害のある方等で、自力での避難が難しく、避難方法に配慮が必要な人など）一人ひとりに対しての避難を支援できるよう、「避難先」「避難方法」「避難を支援する方」などを記載した計画書です。

※避難を支援する方による災害時の避難支援を、必ずしも保証するものではありません。



施　策

●高齢者等実態調査による実態把握（民生委員・児童委員による実施）

高齢者の生活実態や福祉ニーズ、介護サービスの利用意向、防災・見守りに関する意識等を把握するため、民生委員・児童委員による高齢者等実態調査や日頃からの訪問が実施されています。これらの情報が災害時に活用され、より迅速かつ円滑に支援につなげられるよう地域包括支援センターや「まちの保健室」、介護支援専門員（ケアマネジャー）等の関係機関との間で、連携体制のさらなる強化を図ります。

●避難行動要支援者の個別避難計画の策定を推進

地域づくり組織や福祉の専門職である介護支援専門員（ケアマネジャー）等の協力を得ながら、災害時に自ら避難することが困難で、避難等の支援を必要とする避難行動要支援者の個別避難計画の策定を加速させます。また、本人や家族の意向を踏まえ、避難支援者や避難先を具体的に定めた実効性の高い計画づくりを行います。

●災害時を想定した近隣の見守り・支援体制の構築

災害時に自ら避難することが困難で、避難等の支援を必要とする避難行動要支援者のうち、平常時から個人情報を提供することに同意された方について、避難支援等関係者（区長又は自治会長、地域づくり組織、民生委員・児童委員、消防団、自主防災組織、警察署、社会福祉協議会、福祉事業者等）に名簿を提供し、避難支援等関係者が、支援に必要な範囲で情報を共有し、適切に管理しながら、平時の見守りや災害時の避難支援に活用できる体制を整備します。

●福祉避難所の機能強化と受入体制の確立

指定避難所での生活が困難で、避難所生活において何らかの特別な配慮を必要とする人を受け入れるための施設である福祉避難所について、発災時を想定した具体的な受入手順の確認や開設・運営するための実地訓練の支援を行います。

●介護サービス事業所の業務継続計画（ＢＣＰ）策定支援と実効性確保

全ての介護サービス事業所に対し、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築できるよう、業務継続に向けた業務継続計画（ＢＣＰ）の策定、研修や訓練の実施等について、適切な情報提供等を通じて、計画の実効性を高めるための支援を行います。



南海トラフ地震や頻発する豪雨災害への備えとして、ＢＣＰ研修会を実施

４．権利擁護支援の推進

取組指標	現状			目標・モニタリング指標		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込み）	令和９年度	令和10年度	令和11年度
成年後見制度に関する相談件数（件）	69	31	30	30	30	30
高齢者虐待 対応件数（件）	28	30	30	30	30	30

現状と課題

認知症等により判断能力が十分でない高齢者や、頼れる親族等がいない高齢者が増加する中、本人の意思や尊厳を尊重し、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、権利擁護支援の充実が求められています。

これまで、地域包括支援センターや社会福祉協議会等が、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用支援、消費者被害の防止、高齢者虐待に関する相談・対応等に取り組んできましたが、今後は、支援ニーズの複雑化・複合化や身寄りのない高齢者の増加に対応するため、本人の意思決定を支える視点に立ち、早期の相談から制度利用、生活支援までの切れ目のない支援がより一層必要です。

また、2026（令和８）年の民法等の改正により、成年後見制度は後見・保佐を廃止して補助制度に一元化され、本人に必要な範囲・期間で利用できる仕組みへ見直されました。また、社会福祉法等の改正により、頼れる身寄りがいない高齢者等への日常生活支援、入院等の手続支援及び死後事務支援が第二種社会福祉事業に位置付けられるとともに、市町村が地域権利擁護相談支援センターを設置できる仕組みが創設されました。これらのことを受け、今後、更なる地域権利擁護ネットワークの機能強化を図る必要があります。

あわせて、高齢者虐待の未然防止と早期発見に向け、家族介護者への支援を含め、医療・介護・福祉・司法及び地域の関係者が連携した支援体制を一層強化する必要があります。

施　策

●権利擁護に関する相談・支援体制の充実

高齢者一人一人の意思と尊厳が尊重され、必要な支援を受けながら地域で安心して暮らし続けられるよう、関係機関との連携による権利擁護支援体制の充実を図ります。

特に、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の関係機関が連携し、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の利用を含む適切な支援につなげます。

●身寄りのない高齢者等への支援

頼れる親族等がいない高齢者が、入院・入所時の手続や日常生活、財産管理、人生の最終段階等において必要な支援を受けられるよう、関係部署及び関係機関と連携して支援の在り方を検討します。

●地域権利擁護相談支援センターを中核とした支援体制の整備

成年後見制度の見直し及び社会福祉法等の改正を踏まえ、本人の意思を尊重し、必要な範囲・期間で適切な権利擁護支援につながるよう、地域権利擁護相談支援センターを中核とした地域連携体制を整備します。また、頼れる身寄りがない高齢者等への日常生活支援、入院・入所手続支援、死後事務支援について、関係機関の役割分担や相談支援体制を検討します。

●高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待に関する正しい知識と相談窓口の周知を図るとともに、医療・介護及び福祉関係者や地域の見守り活動等との連携により、虐待の早期発見と適切な支援につなげます。また、介護従事者等からの高齢者虐待防止に向け、介護施設に対しての研修等を継続します。

虐待が疑われる場合には、高齢者の安全確保を最優先に、事実確認や支援方針の検討を行い、必要に応じて警察、医療機関、介護サービス事業者等と連携して対応します。あわせて、養護者の介護負担や生活上の課題にも着目し、虐待の再発防止に向けた継続的な支援を行います。

●家族介護支援の推進

家族介護者や介護に関心のある住民を対象に、認知症等に対する正しい理解や介護の知識の周知・習得等の学ぶ機会や相談・交流の場を設け、介護者の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

また、周りに相談できることで、介護者が一人で抱え込むことなく、必要なサービスや相談支援を適切に利用し、介護離職や不適切な介護になることを防止します。

さらに、介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携を図り、認知症高齢者の家族やヤングケアラー等の支援を必要とする家族介護者の早期発見・把握に努め、関係機関での見守りや支援につなげます。