甲斐市第 11 次高齢者保健福祉計画・
第 10 期介護保険事業計画
令和９～11 年度
（案）

甲斐市

はじめに

令和９年３月

甲斐市長　　保坂　武

目次

第１章　計画の策定にあたって 1

１　計画策定の趣旨と背景 1
２　計画策定に向けた基本指針のポイント 2
３　計画の性格と位置付け 4
４　計画策定の方法 6

第２章　高齢者を取り巻く現況 7

１　甲斐市の現状 7
２　高齢者等実態調査の結果 11
３　第９期計画の振り返りと第 10 期計画に向けた課題 32

第３章　計画の基本理念及び基本目標 38

１　基本理念 38
２　基本目標 40
３　ＳＤＧｓとの関連性 41
４　施策の体系 42
５　日常生活圏域の設定 43
６　将来推計 44

第４章　施策の展開 45

基本目標１　生きがいづくりと多様な社会参加・活躍の推進 45
基本目標２　健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進 48
基本目標３　地域共生社会の実現に向けた支え合いの地域づくり 55
基本目標４　認知症になっても自分らしく暮らせる地域づくりの推進【認知症施策推進計画】 .. 63
基本目標５　介護を受けながら安心して暮らすための支援体制の充実 70
基本目標６　安心・安全に暮らせる生活環境と持続可能な介護基盤の整備 74

第１章　計画の策定にあたって

1　計画策定の趣旨と背景

わが国の人口は減少傾向にある一方、65歳以上の高齢者が占める割合は上昇を続けており、生産年齢人口の減少とあわせて、介護をはじめとする社会保障を支える担い手の確保が一層重要な課題となっています。甲斐市（以下「本市」という）においては、総人口が増加傾向で推移する一方、高齢化率は上昇を続け、令和４年には後期高齢者人口が前期高齢者人口を上回りました。令和22年（2040年）には第１号被保険者数が23,000人、要支援・要介護認定者数が4,000人を超える見込みであり、今後の介護需要の増大に対応していくことが求められています。

こうした状況を踏まえ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、生活支援、住まいを一体的に確保する地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進を図ることが必要です。国の第10期介護保険事業（支援）計画の基本指針案においても、市町村が2040年度を含む中長期的な視点で地域の実情を踏まえたサービス提供体制のあり方を検討することが求められており、本市においても山梨県及び関係機関と連携しながら、地域の実情に応じた基盤整備を進めていく必要があります。

また、ひとり暮らし高齢者や身寄りのない高齢者の増加、家族介護者への支援ニーズの多様化・複雑化が進む中では、高齢者本人だけでなく、その家族や地域を含めた支援のあり方がこれまで以上に重要となっています。地域住民や多様な主体の参画と連携のもと、高齢者に限らないさまざまな生活課題を地域で支え合う地域共生社会の実現に向けた取り組みを進めていくことが求められています。

さらに、認知症施策については、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の施行及び国の「認知症施策推進基本計画」の策定を踏まえ、認知症の人の意思と尊厳を尊重し、本人及び家族等への支援、地域の理解促進、社会参加の推進等を総合的に進めていくことが必要です。このため、本計画では「認知症施策推進計画」を包含し、高齢者施策全体の中で一体的に推進していきます。

本市では、令和５年３月に策定した「甲斐市第10次高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画」において、「住み慣れた地域でいつまでも笑顔で元気に安心して暮らせるまちづくり」を基本理念に掲げ、地域包括ケアシステムの深化・推進、医療と介護の連携、介護人材の確保等に取り組んできました。これまでの取り組みを継承・発展させ、2040年を見据えた地域包括ケアシステムのさらなる深化と地域共生社会の実現を図るため、高齢者を取り巻く状況や市民・事業所等のニーズを踏まえながら、令和９年度から令和11年度までを計画期間とする「甲斐市第11次高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」（以下「本計画」という）を策定するものです。

2 計画策定に向けた基本指針のポイント

第10期計画策定のための基本指針の基本的な考え方とポイントは以下のとおりです。

（１）基本的な考え方

●2040年にかけて地域のサービス需要が変化していく中で、第10期介護保険事業（支援）計画から、2040年を含む中長期の介護サービス見込量を見据えた策定の重要性がより高まっている。

●「中山間・人口減少地域対応」、「医療・介護連携」、「高齢者向け住まい」、「人材確保、生産性向上・経営改善支援」等について、第９期までの取り組みを踏まえた第10期計画における位置付けの明確化と、必要な取り組みの推進が求められる。

（２）見直しのポイント

１．介護サービス基盤の計画的な整備

●中長期的な人口動態や要介護認定者数の見通しを踏まえた、2040年（令和22年）を見据えた介護サービス基盤の計画的な確保

●入院時だけでなく、日頃の外来受診や住み慣れた自宅での生活も見据えた、医療と介護が切れ目なくつながる連携体制の構築

●訪問系・通所系・地域密着型サービス等を組み合わせた、居宅要介護者の多様なニーズに対応する在宅サービスの整備

●居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要

●有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の入居定員総数及び入居する要介護者等の状況を踏まえた、「住まいと介護」の全体像の把握と、施設・居住系サービスの整備・再編

●改正住宅セーフティーネット法を踏まえた、住宅部局と福祉部局が連携した高齢者の住まいの安定的な確保

２．地域包括ケアシステムの深化

●地域特性を踏まえた、介護サービス提供体制と地域包括ケアシステムの構築

●総合事業や認知症施策、家族介護者支援等を通じた、地域包括ケアシステムの一層の深化・推進

●認知症基本法を踏まえた、認知症の人や家族の視点に立った共生社会の実現に向けた施策の一体的な推進

●身寄りのない高齢者や社会的孤立のおそれがある高齢者を含め、誰もが安心して暮らし続けられるよう、日頃からの見守りや相談支援、権利擁護に向けた体制の充実

●地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との役割分担・連携強化による、相談支援体制の充実

３．介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等

●介護人材の確保・定着に向けた、採用支援やキャリア形成支援、処遇改善等の総合的な取り組みの推進

●職員一人ひとりが安心して働き続けられる、多角的な視点からの職場環境づくりの推進

●介護テクノロジーの導入促進や電子申請・届出システムの活用等を通じた、記録・報告等に係る業務負担の軽減と介護現場の生産性向上

●市内介護事業所への経営相談や伴走的な支援を通じた、事業所間の連携・協働化と経営基盤の強化

3 計画の性格と位置付け

（１）根拠法令等

高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の８に基づくもので、高齢者の福祉の増進を図るために定める計画です。

介護保険事業計画は、介護保険法第117条に基づき、市が行う介護保険事業の円滑な実施に関する計画です。

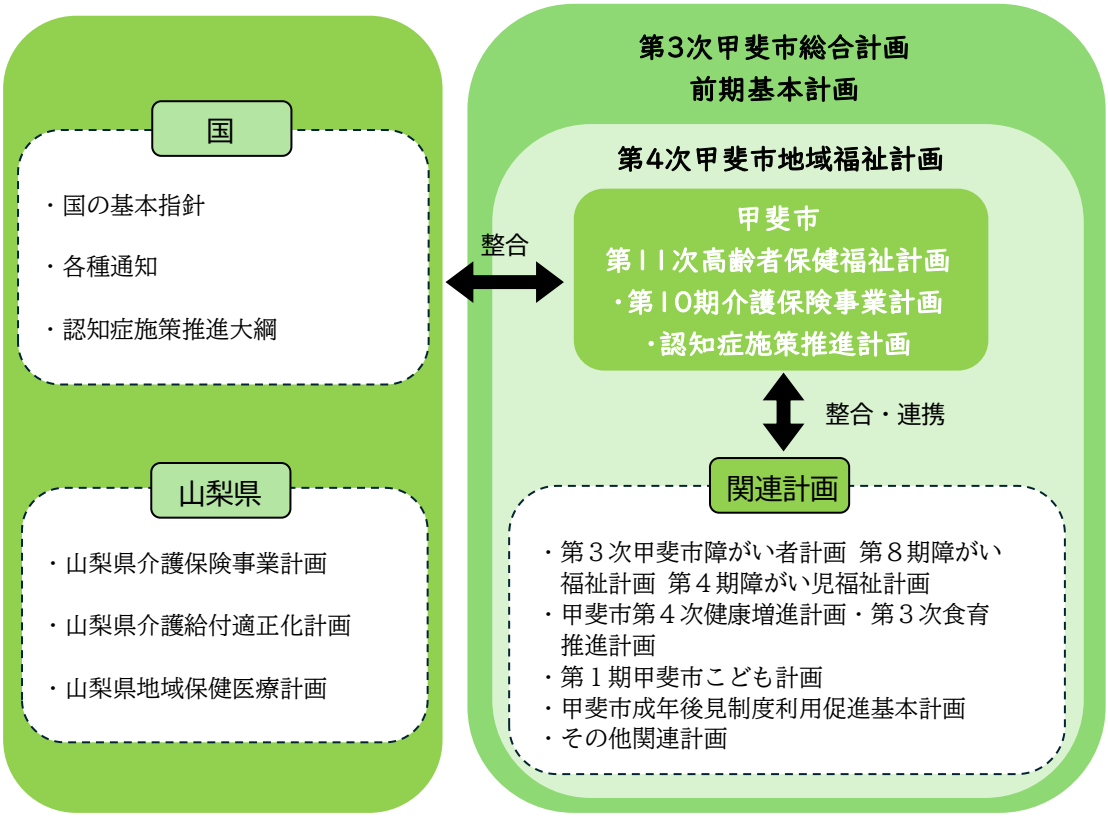
認知症施策推進計画は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法第13条の規定に基づき、市町村が地域の実情に即して策定するよう努める計画です。

本計画は、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画を一体的に策定するとともに、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる共生社会の実現に向け、認知症施策推進計画を本計画に内包するものです。

（２）関連計画との関係

市政の基本指針である「第３次甲斐市総合計画前期基本計画」のもと、「第４次甲斐市地域福祉計画」に含まれる各計画を中心に、保健・医療・福祉に関する計画等との整合を図ります。

また、県が策定する「山梨県介護保険事業（支援）計画」をはじめとする各計画との整合を図ります。

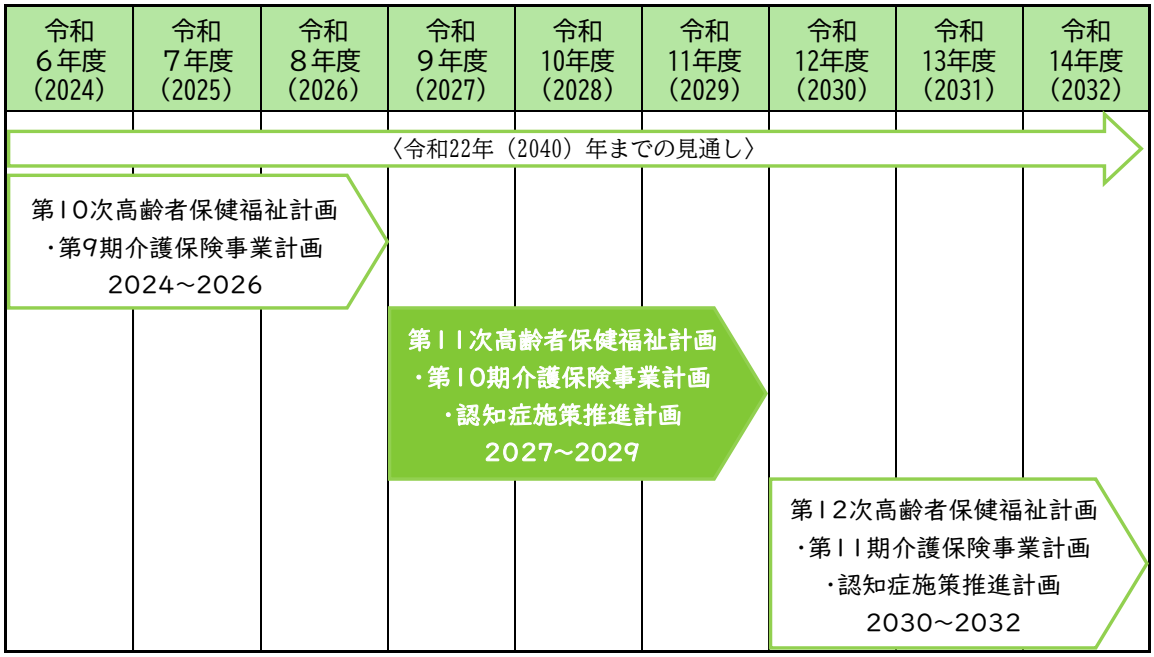


（３）計画の期間

本計画の期間は、令和９年度から令和11年度までの３年間です。

令和22（2040）年を見据え、地域の人口動態や介護ニーズを踏まえながら、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るものです。

なお、制度改正や社会情勢の変化に対応するため、計画期間中も必要に応じて施策・事業の見直しを行います。



4 計画策定の方法

（１）計画の策定体制

本計画の策定にあたり、高齢者福祉施策の基本的な方向性を確認するとともに、学識経験者、保健・福祉・医療・教育関係者、被保険者代表、行政関係者で構成する「甲斐市保健福祉推進協議会」により検討を行いました。

（２）高齢者等実態調査の実施

本計画の策定にあたって、高齢者やその介護者の実態や課題、意見や要望等を把握するために、一般高齢者を対象とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（以下「ニーズ調査」という。）及び在宅の要支援・要介護認定者を対象とした「在宅介護実態調査」、介護保険事業所を対象としたアンケート調査を実施し、計画策定の基礎資料としました。

（３）パブリックコメントの実施

より多くの市民の意見を反映させるため、令和８年11月27日から令和８年12月14日までパブリックコメントを実施しました。

（４）認知症の人及び家族等の意見

認知症施策推進計画を本計画に内包して策定するに当たり、認知症の人やその家族からお話を伺い、計画策定の参考としました。

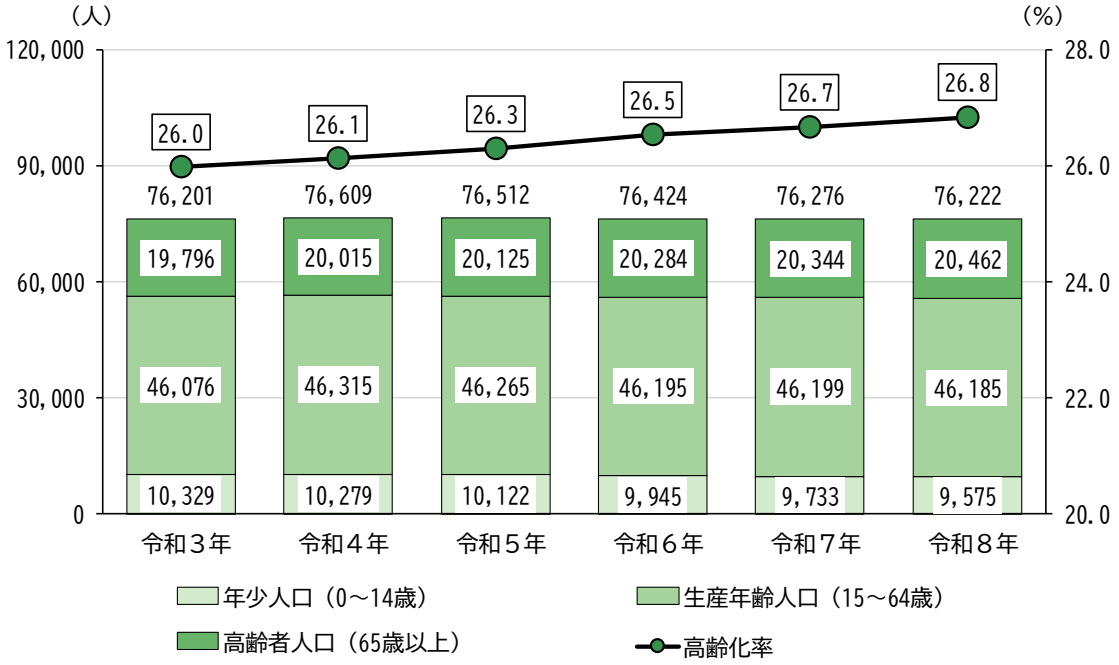
第２章　高齢者を取り巻く現況

1 甲斐市の現状

（１）年齢３区分別人口の推移

本市の総人口は、令和８年には76,222人となっています。年少人口が減少する一方、高齢者人口は増加を続けており、高齢化率は令和８年で26.8%となっています。

【年齢３区分別人口の推移】

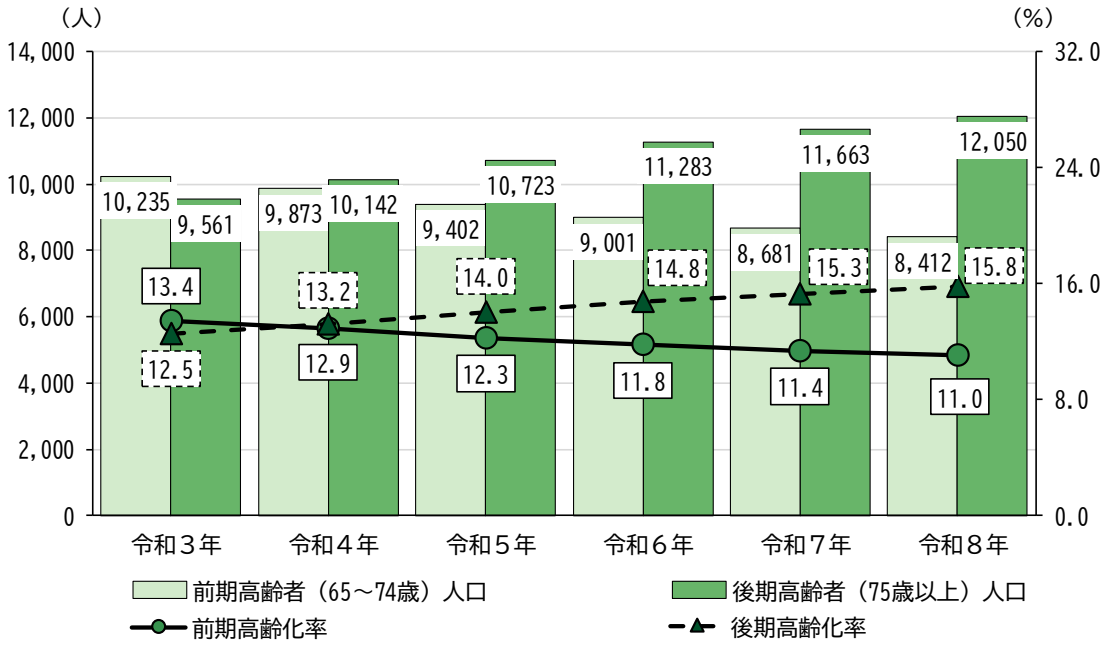


資料：住民基本台帳(各年９月 30 日現在)

（２）前期高齢者、後期高齢者の推移

本市の高齢者人口の内訳をみると、前期高齢者（65～74歳）人口が減少を続け、令和８年には8,412人となっています。一方、後期高齢者（75歳以上）人口は増加が続き、令和４年以降は前期高齢者を上回り、令和８年には12,050人となっています。総人口に占める後期高齢者の割合は年々高まり、令和８年には15.8%に達しています。

【前期高齢者、後期高齢者の推移】



資料：住民基本台帳(各年９月 30 日現在)

（３）高齢者世帯数の推移

本市の一般世帯数は、平成27年の29,407世帯から令和７年の32,663世帯へ、3,256世帯増加しています。高齢者単独世帯と高齢夫婦のみの世帯も増加しており、令和７年には一般世帯に占める割合が高齢者単独世帯11.0%、高齢夫婦のみの世帯11.1%となっています。

【高齢者世帯数の推移（単身、夫婦のみ、高齢者を含む世帯数）】

単位：世帯、%

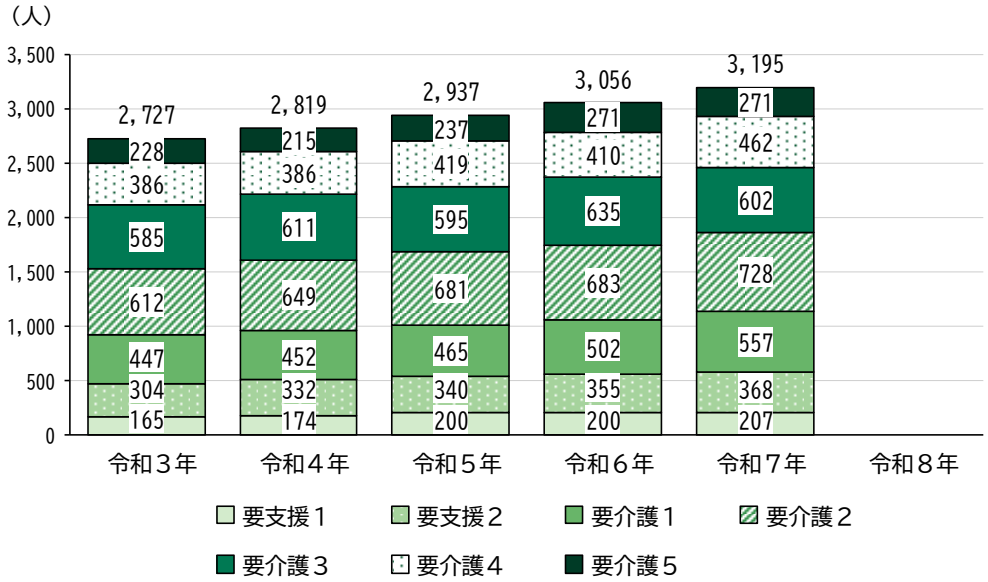
	平成 27 年	令和２年	令和７年
一般世帯	29,407	30,986	32,663
高齢者単独世帯	2,755	3,145	3,587
高齢夫婦のみの世帯	2,927	3,452	3,610
高齢者単独世帯の割合	9.4	10.1	11.0
高齢夫婦のみの世帯の割合	10.0	11.1	11.1

資料：国勢調査

（４）要支援・要介護認定者の推移

令和８年の数値が判明次第、作成予定

【要支援・要介護認定者の推移】



資料：介護保険事業報告月報（各年９月末日現在）

【要支援・要介護認定者の推移】

性別・年齢別の要支援・要介護認定者数

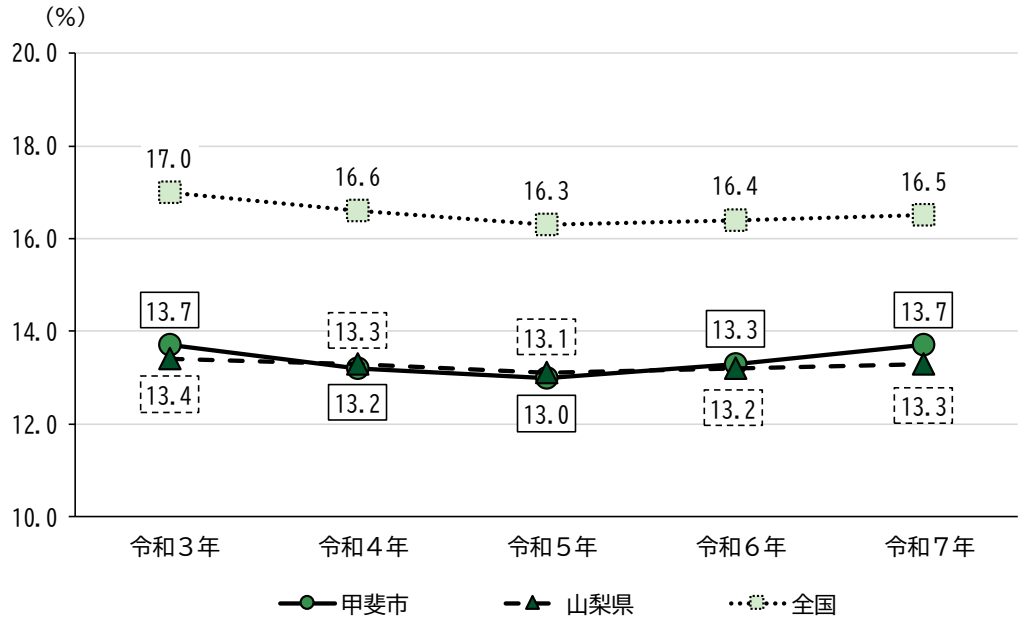
令和８年の数値が判明次第、作成予定

資料：介護保険事業報告月報（令和８年９月末日現在）

（５）要介護認定率の比較

市の要介護認定率は、令和３年の13.7%から令和５年の13.0%まで低下した後、令和７年は13.7%となっています。全国の認定率を一貫して下回っており、山梨県と比べると、令和３年及び令和７年はやや高い水準となっています。

【調整済認定率の比較】

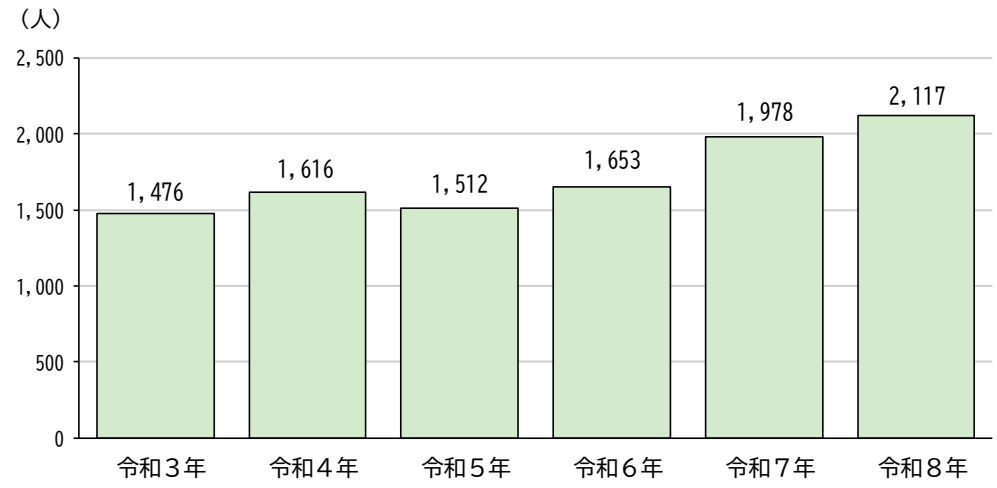


資料：地域包括ケア「見える化」システム

（６）認知症高齢者の推移

本市の認知症高齢者数は、令和６年以降増加傾向であり、令和８年には2,117人と２千人を超えています。

【認知症高齢者の推移】



資料：高齢者福祉基礎調査（各年４月１日現在）

2 高齢者等実態調査の結果

（１）調査の概要

①　調査の目的

本市の現状と課題を整理し、甲斐市第11次高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画策定に向けた基礎資料とするため調査を実施しました。

②　調査対象

①　在宅介護実態調査：要介護認定者
②　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：①以外の一般高齢者等

③　調査期間

令和７年11月18日～令和８年１月31日

④　調査方法

郵送配布・郵送回収方式、訪問調査

⑤　回収状況

調査名	配布数	有効回答数	有効回答率
①　在宅介護実態調査	900 通	662 通	73.6%
②　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,800 通	1,395 通	77.5%

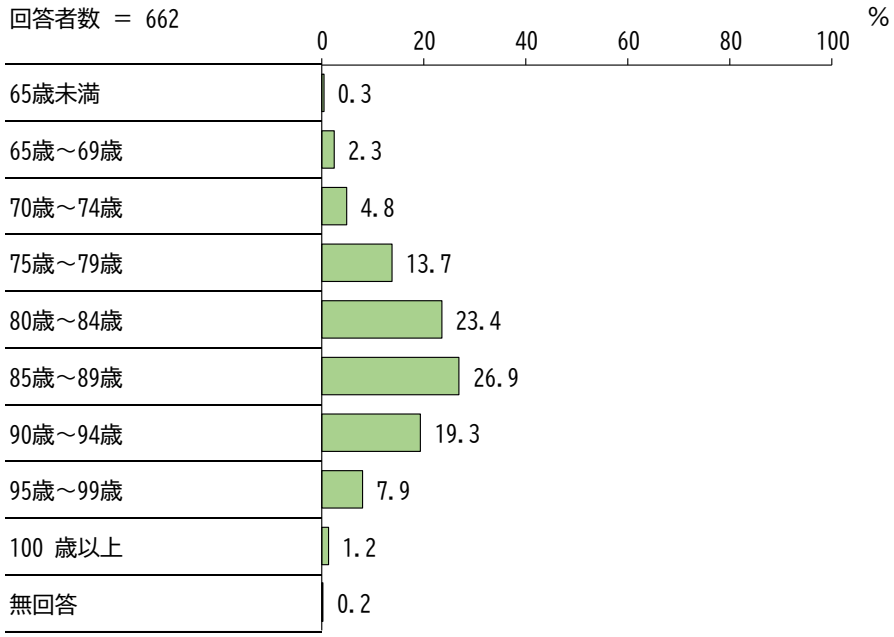
（２）調査の結果

（２）－１　在宅介護実態調査

①　調査対象者様ご本人について

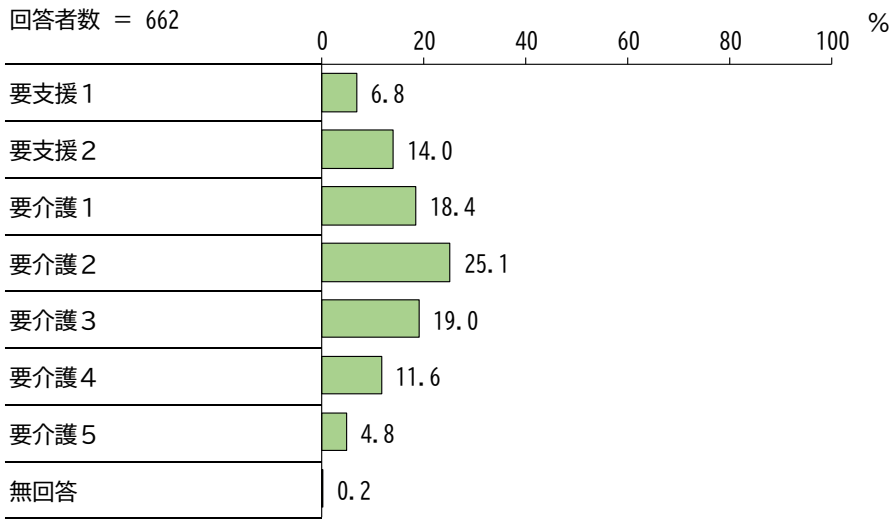
ア　本人の年齢

「85歳～89歳」の割合が26.9％と最も高く、次いで「80歳～84歳」(23.4％)、「90歳～94歳」（19.3％）と続いています。



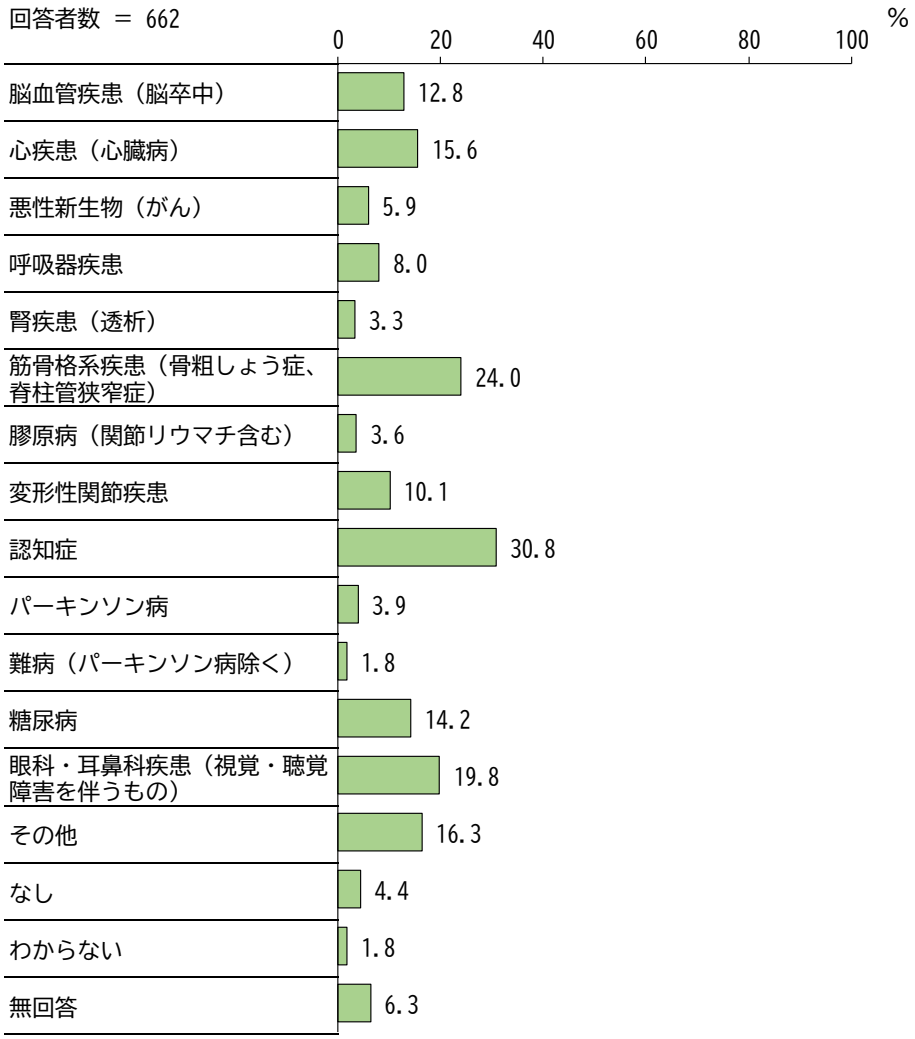
イ　本人の要介護度

「要介護２」の割合が25.1％と最も高く、次いで「要介護３」(19.0％)、「要介護１」（18.4％）と続いています。



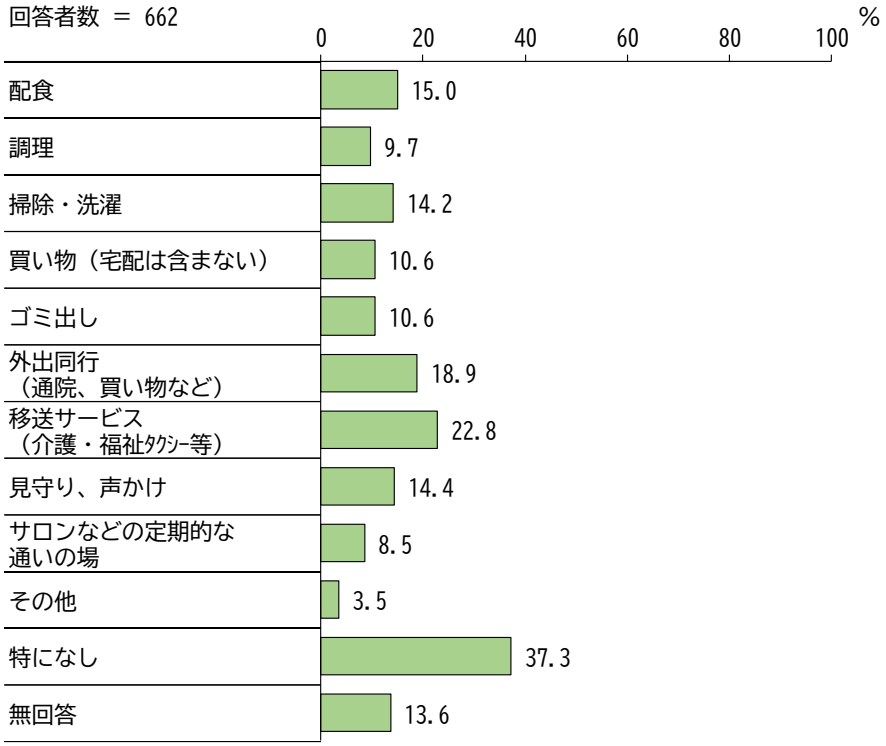
ウ　現在抱えている傷病

「認知症」の割合が30.8％と最も高く、次いで「筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症)」(24.0％)、「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの)」(19.8％）と続いています。



エ　今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

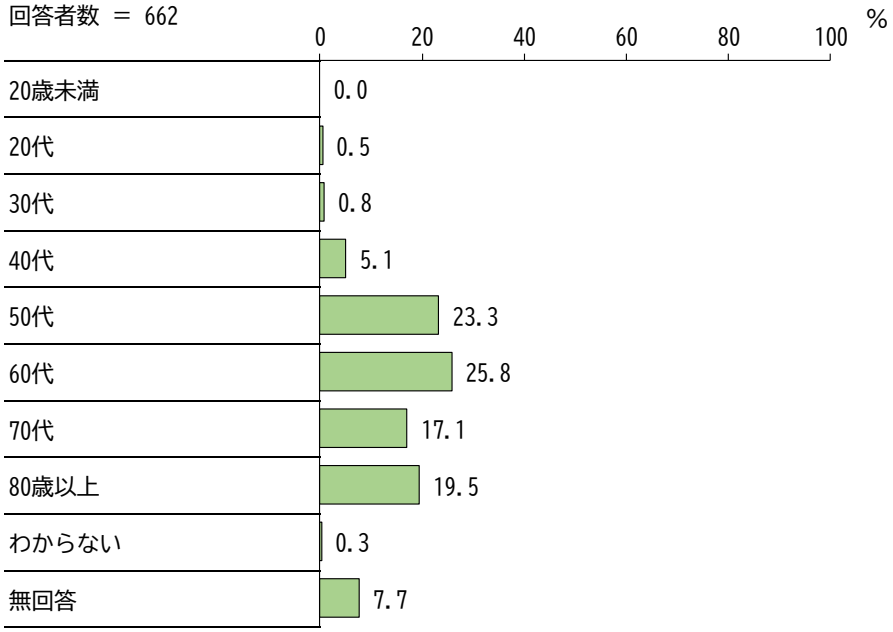
「特になし」の割合が37.3％と最も高く、次いで「移送サービス（介護・福祉タクシー等)」(22.8％)、「外出同行（通院、買い物など)」(18.9％）と続いています。



②　主な介護者の方について

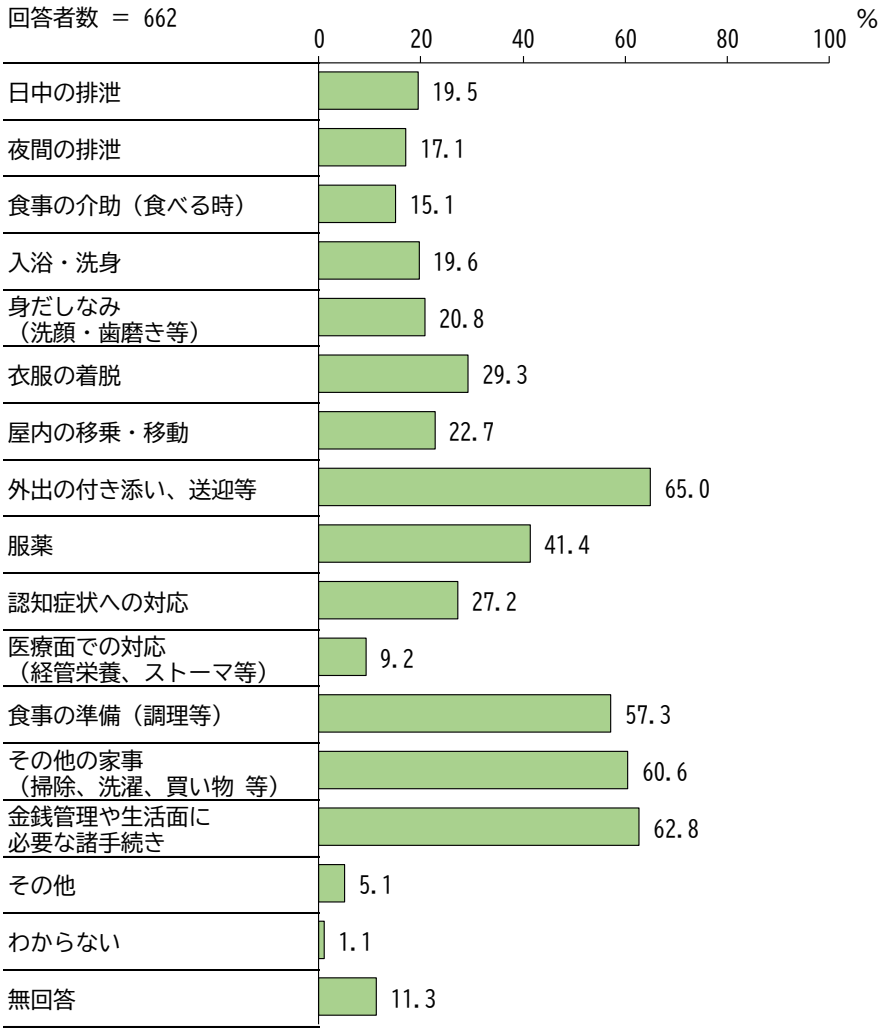
ア　主な介護者の年齢

「60代」の割合が25.8%と最も高く、次いで「50代」(23.3%)、「80歳以上」(19.5%）と続いています。



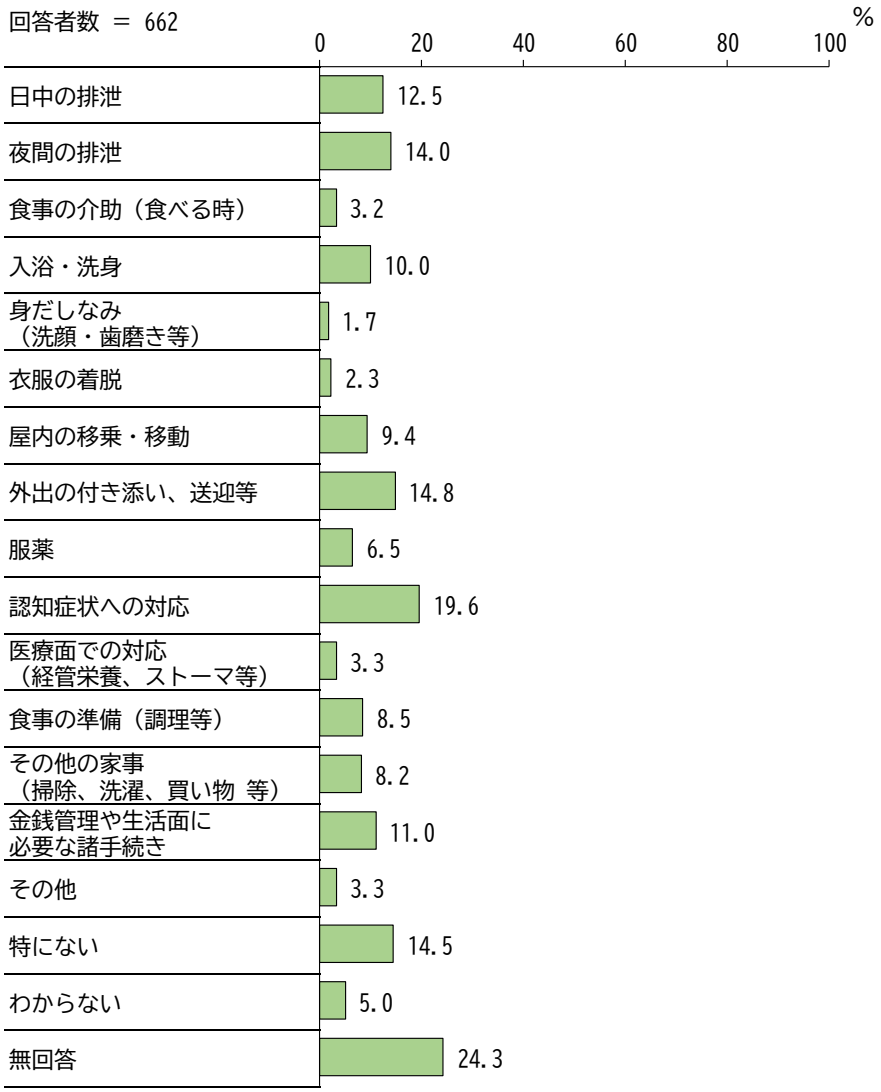
イ　主な介護者が行っている介護等

「外出の付き添い、送迎等」の割合が65.0％と最も高く、次いで「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(62.8％)、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」（60.6％）と続いています。



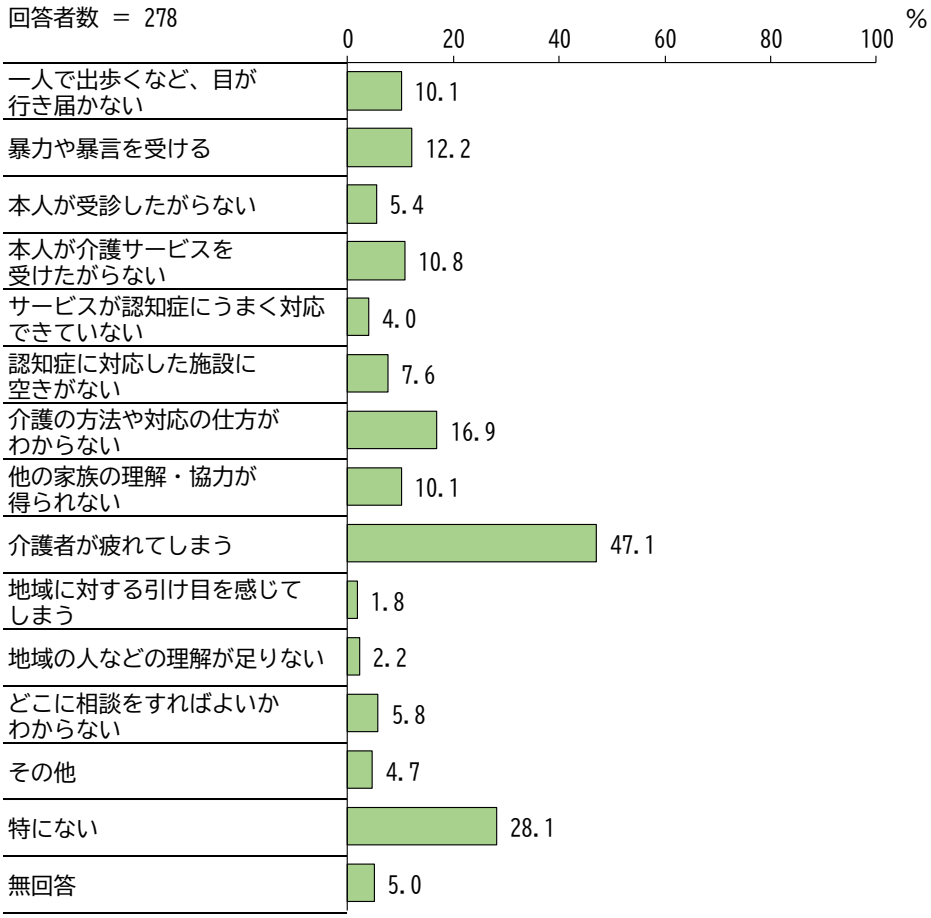
ウ　不安に感じる介護等

「認知症状への対応」の割合が19.6%と最も高く、次いで「外出の付き添い、送迎等」（14.8%）、「特にない」（14.5%）と続いています。



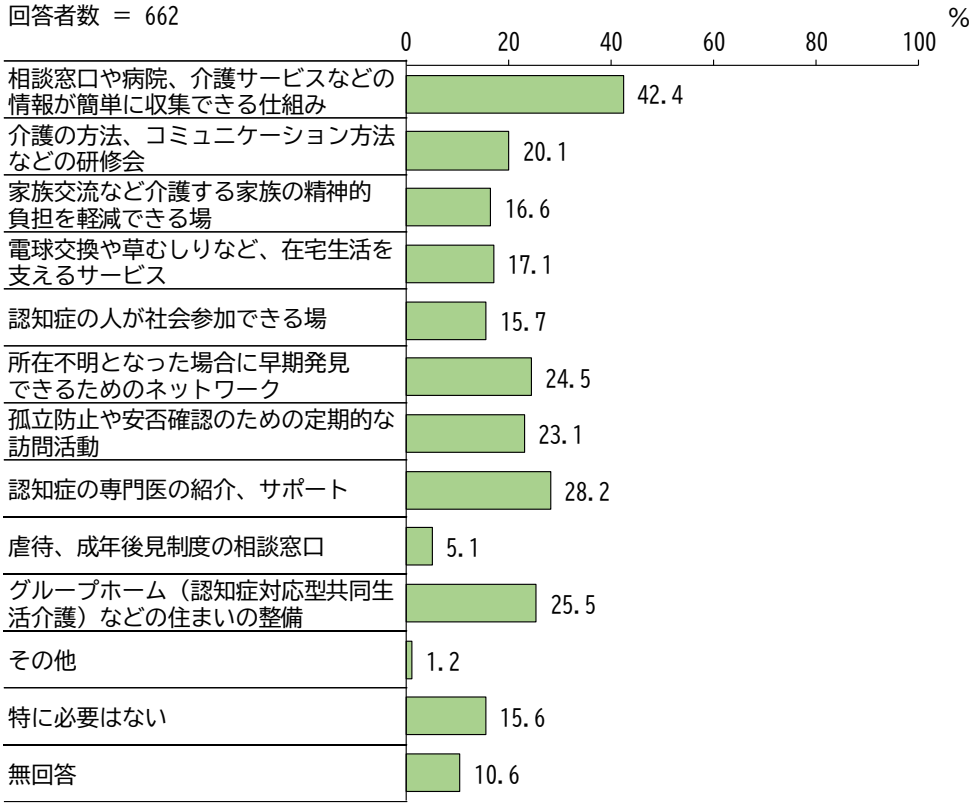
エ　認知症に対して、主な介護者が困っていること

「介護者が疲れてしまう」の割合が47.1％と最も高く、次いで「特にない」(28.1％)、「介護の方法や対応の仕方がわからない」(16.9％)と続いています。



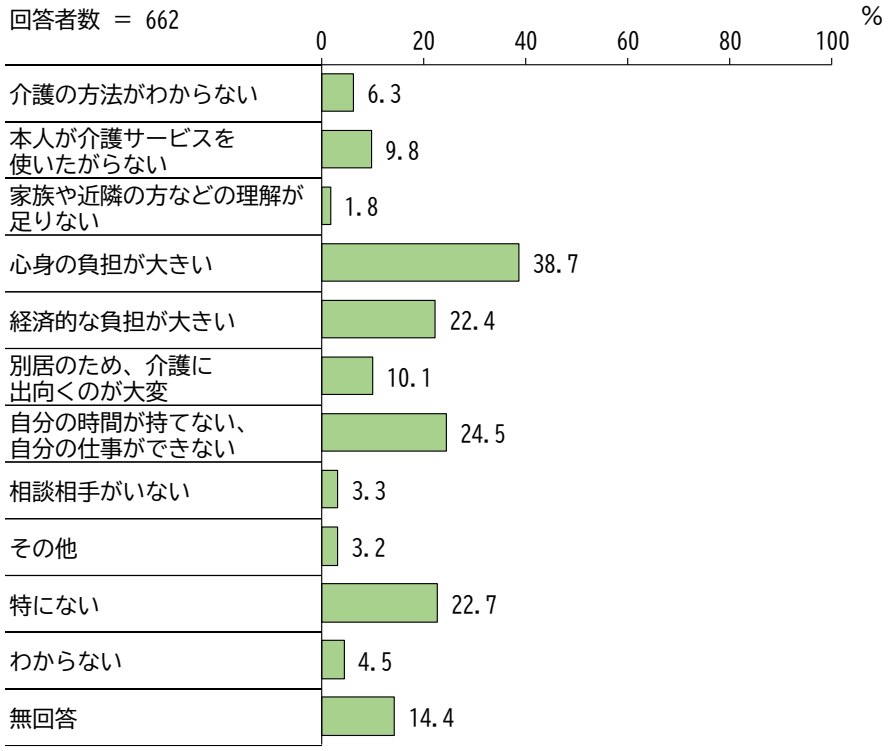
オ　認知症について、どのような支援があればよいか

「相談窓口や病院、介護サービスなどの情報が簡単に収集できる仕組み」の割合が42.4％と最も高く、次いで「認知症の専門医の紹介、サポート」(28.2％)、「グループホーム（認知症対応型共同生活介護）などの住まいの整備」(25.5％)と続いています。



カ　主な介護者が介護する上で困っていること

「心身の負担が大きい」の割合が38.7％と最も高く、次いで「自分の時間が持てない、自分の仕事ができない」（24.5％）、「特にない」（22.7％）と続いています。

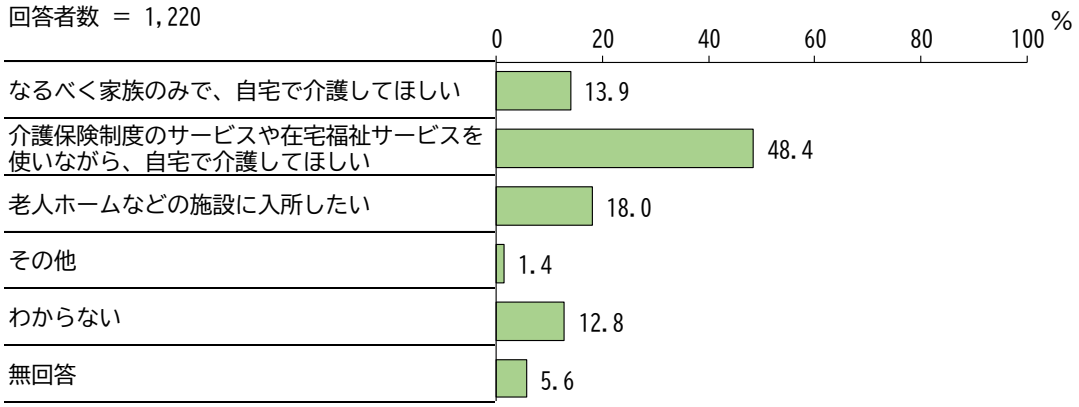


（２）－２　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

①　あなたのご家族や生活状況について

ア　介護を受けたい場所

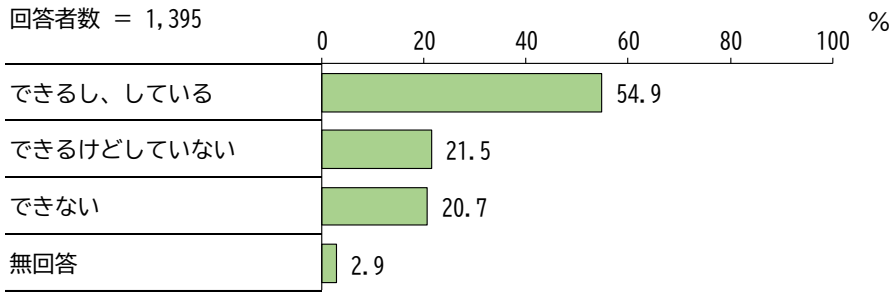
「介護保険制度のサービスや在宅福祉サービスを使いながら、自宅で介護してほしい」の割合が48.4%と最も高く、次いで「老人ホームなどの施設に入所したい」（18.0%）、「なるべく家族のみで、自宅で介護してほしい」（13.9%）と続いています。



②　からだを動かすことについて

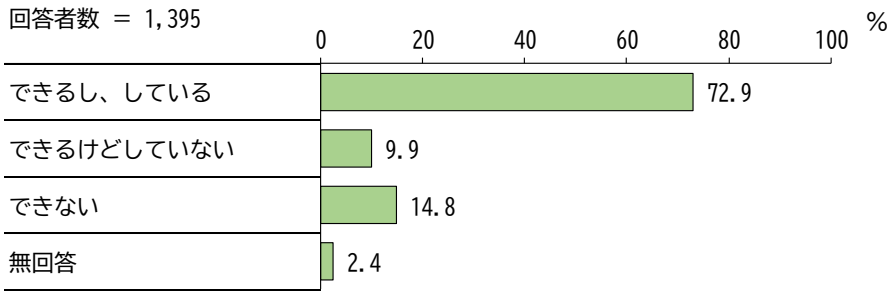
ア　階段の昇降

手すりや壁をつたわらずに「できるし、している」の割合が54.9%と最も高く、次いで「できるけどしていない」（21.5%）、「できない」（20.7%）と続いています。



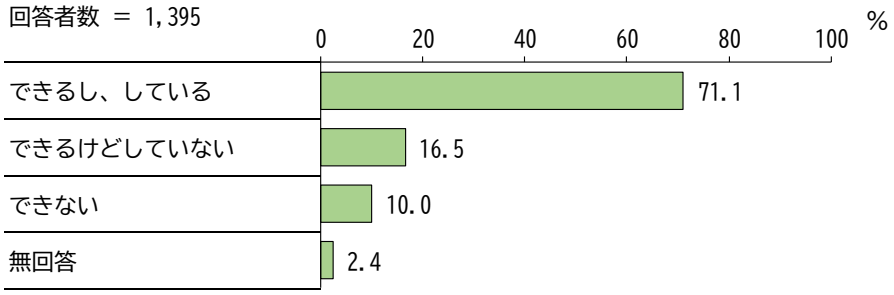
イ　椅子に座った状態からの立ち上がり

何もつかまらずに「できるし、している」の割合が72.9%と最も高く、次いで「できない」（14.8%）と続いています。



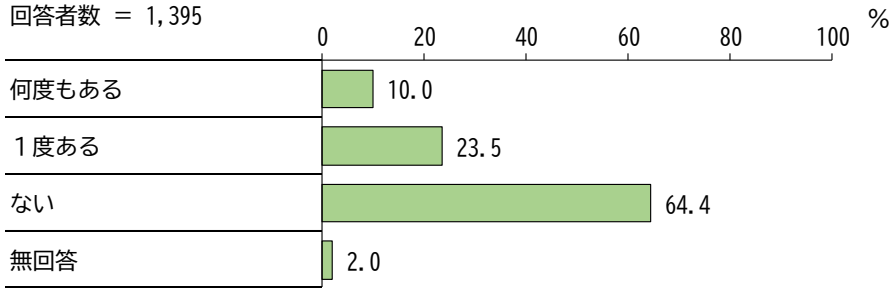
ウ　15 分くらい続けて歩く

「できるし、している」の割合が71.1%と最も高く、次いで「できるけどしていない」（16.5%）、「できない」（10.0%）と続いています。



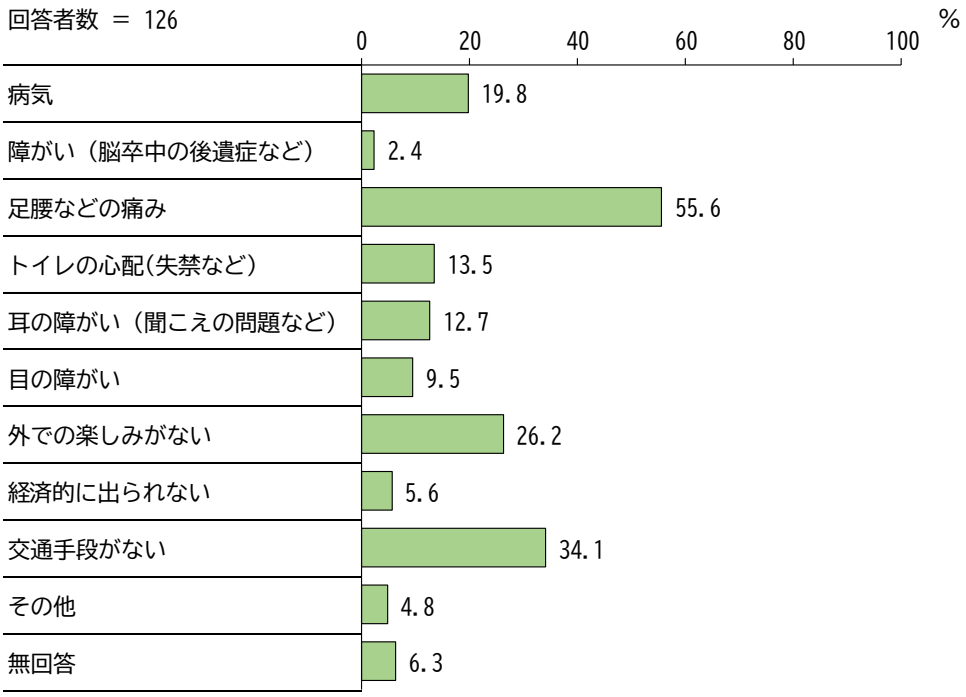
エ　過去１年間に転んだ経験があるか

「ない」の割合が64.4%と最も高く、次いで「１度ある」（23.5%）、「何度もある」（10.0%）と続いています。



オ　外出を控えている理由

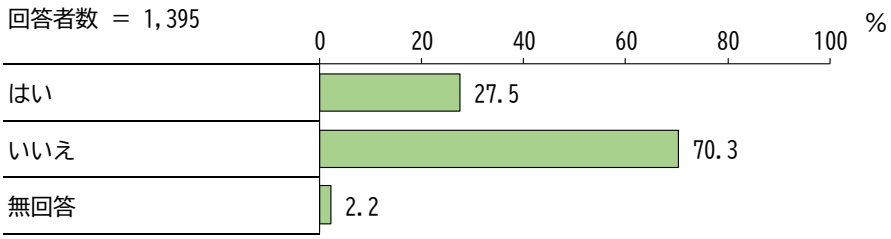
「足腰などの痛み」の割合が55.6％と最も高く、次いで「交通手段がない」（34.1％）、「外での楽しみがない」（26.2％）となっています。



③　食べることについて

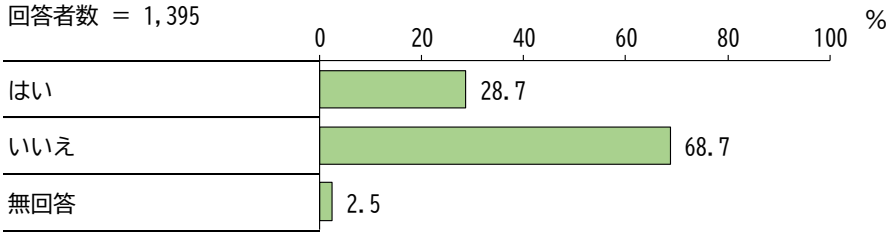
ア　お茶や汁物等でむせる

「はい」の割合が27.5％、「いいえ」が70.3％となっています。



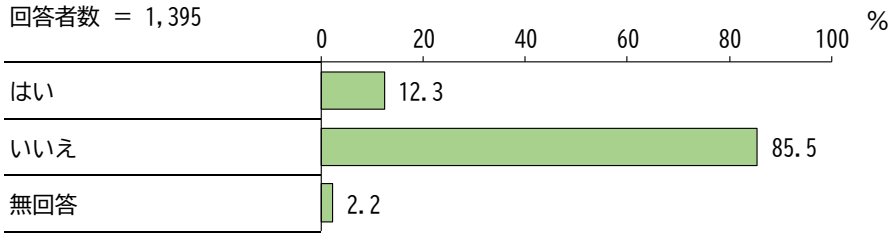
イ　口の渇きが気になる

「はい」の割合が28.7％、「いいえ」が68.7％となっています。



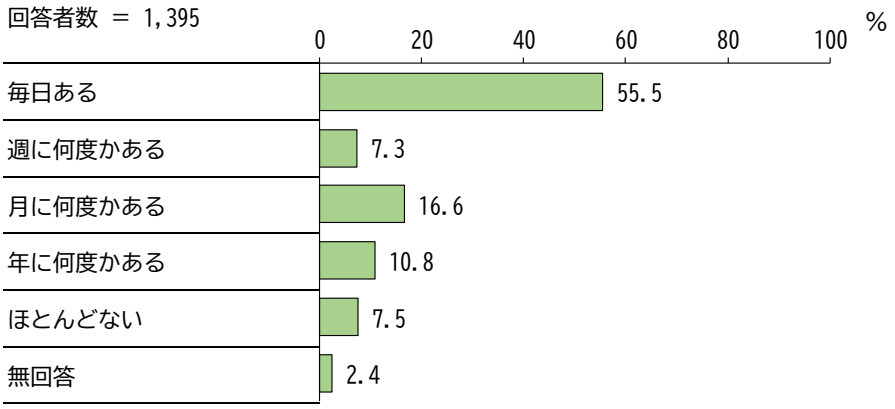
ウ　６か月間で２～３kg 以上の体重減少があった

「はい」の割合が12.3%、「いいえ」が85.5%となっています。



エ　どなたかと食事をともにする機会

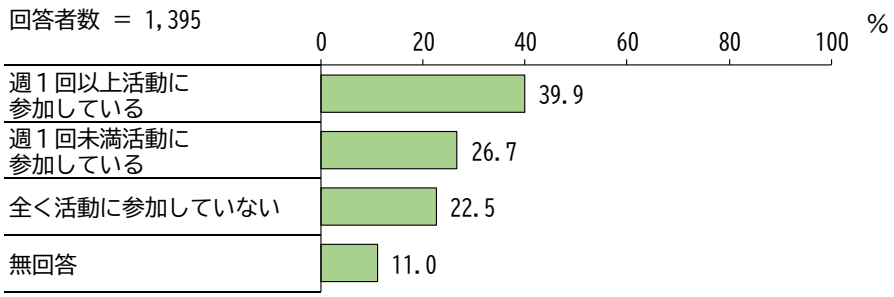
「毎日ある」の割合が55.5%と最も高く、次いで「月に何度かある」(16.6%)、「年に何度かある」（10.8%）と続いています。



④　地域での活動について

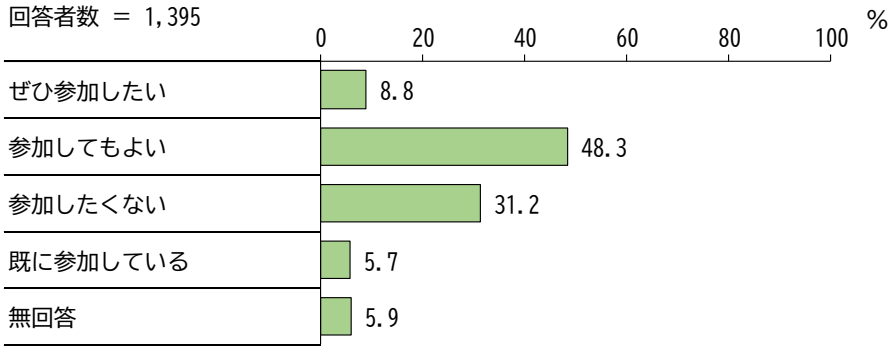
ア　地域活動の参加状況

「週１回以上活動に参加している」の割合が39.9%と最も高く、次いで「週１回未満活動に参加している」(26.7%)、「全く活動に参加していない」(22.5%)と続いています。



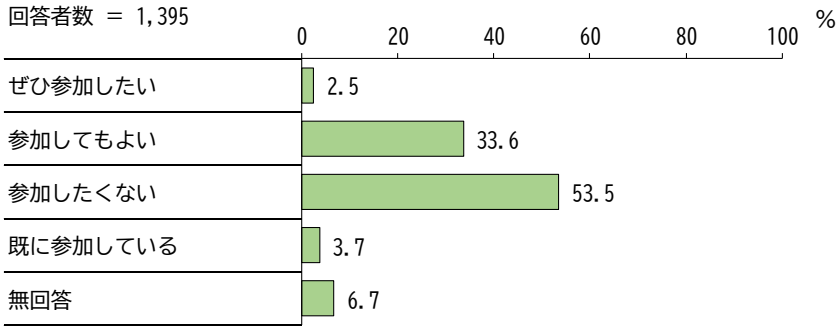
イ　地域の活動に参加したいか（参加者として）

「参加してもよい」の割合が48.3％と最も高く、次いで「参加したくない」（31.2％）と続いています。



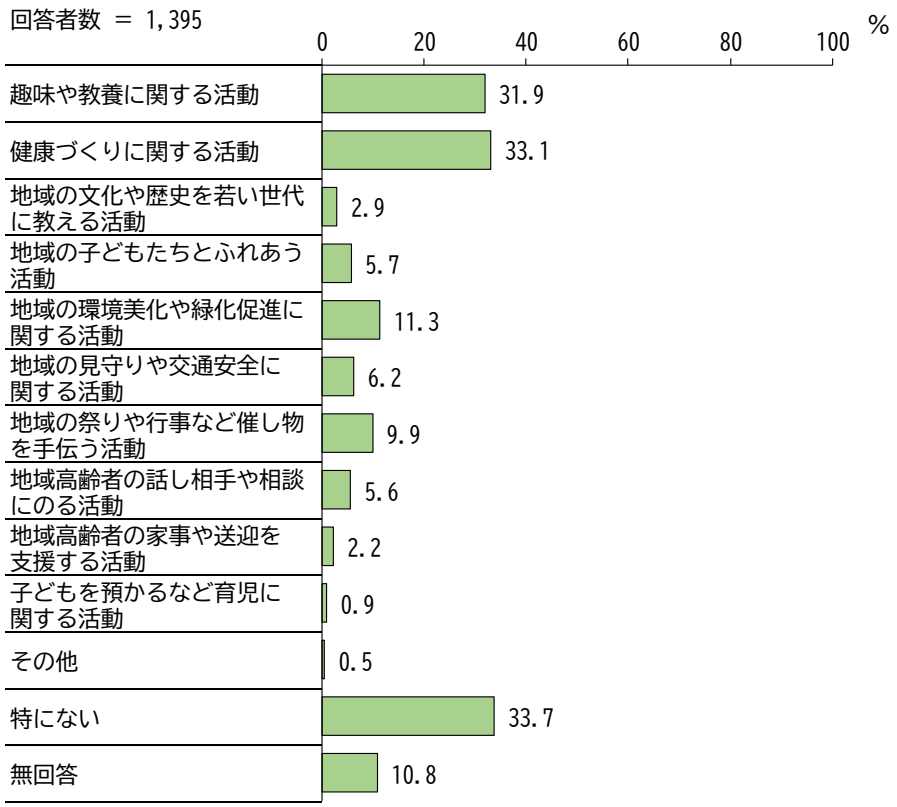
ウ　地域の活動に参加したいか（企画・運営として）

「参加したくない」の割合が53.5％と最も高く、次いで「参加してもよい」（33.6％）と続いています。



エ　行いたい、または参加したいと思うもの

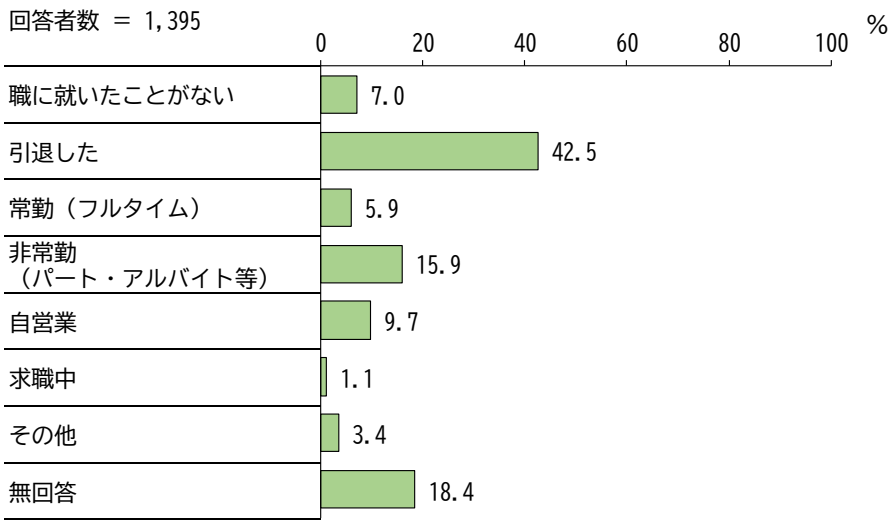
「特にない」の割合が33.7%と最も高く、次いで「健康づくりに関する活動」（33.1%）、「趣味や教養に関する活動」（31.9%）と続いています。



⑤　就労について

ア　現在の就労状態

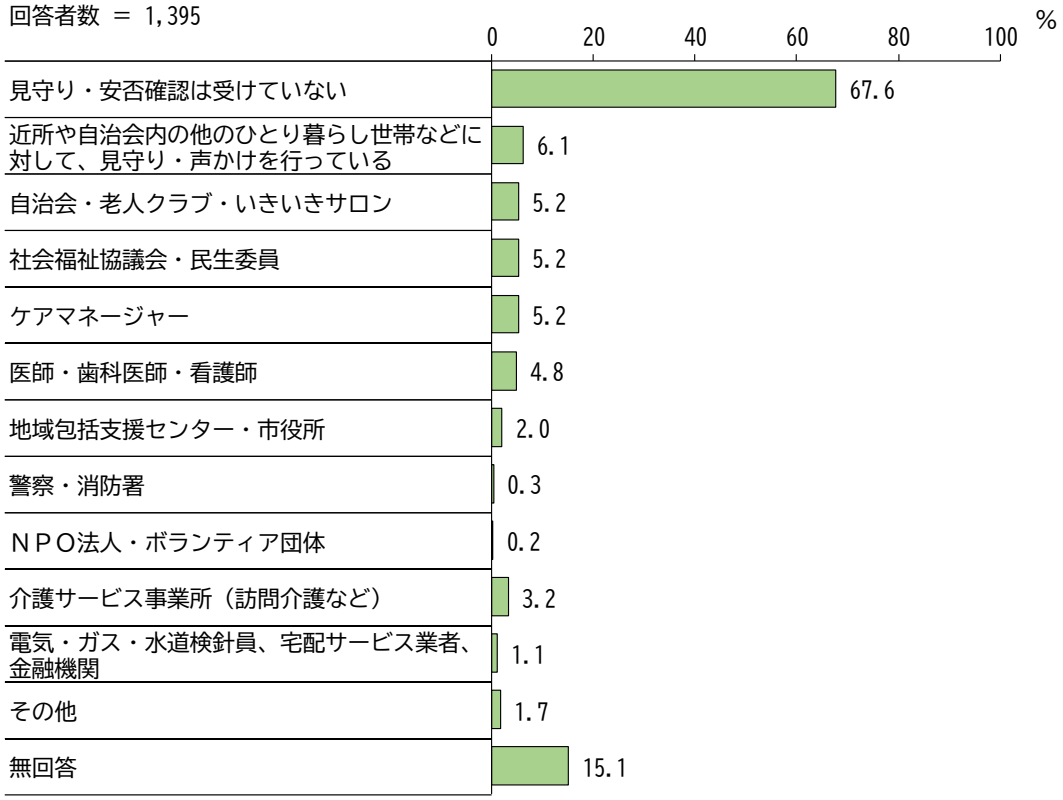
「引退した」の割合が42.5%と最も高く、次いで「非常勤（パート・アルバイト等）」（15.9%）と続いています。



⑥　たすけあいについて

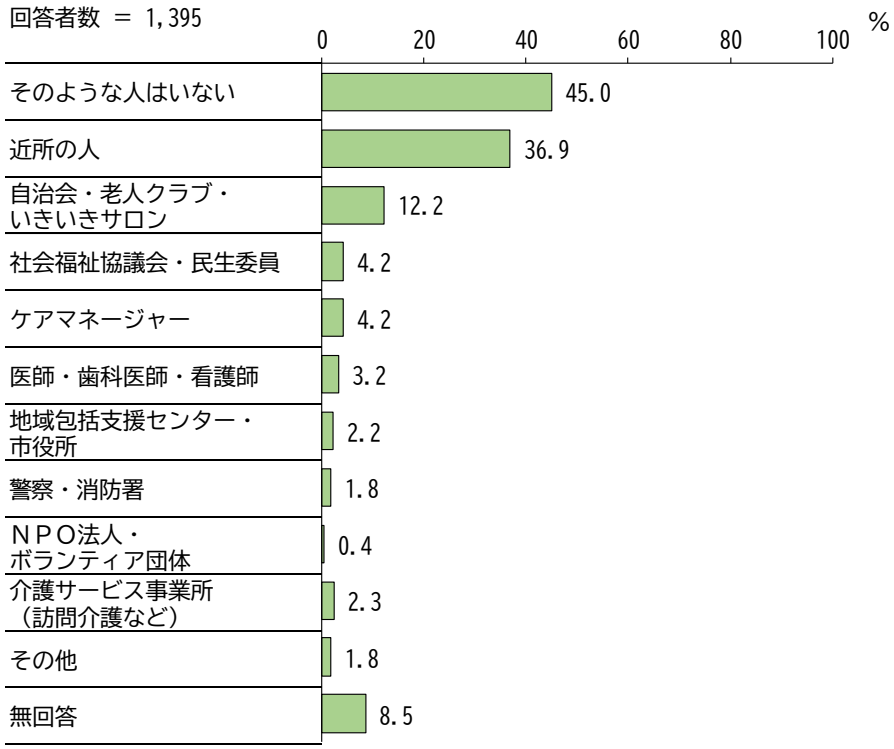
ア　家族や友人･知人以外から、見守り・安否確認などの支援の有無

「見守り・安否確認は受けていない」の割合が67.6％と最も高くなっています。



イ　家族や友人･知人以外から、災害などの非常時に避難の援助を求めることができる人や組織の有無

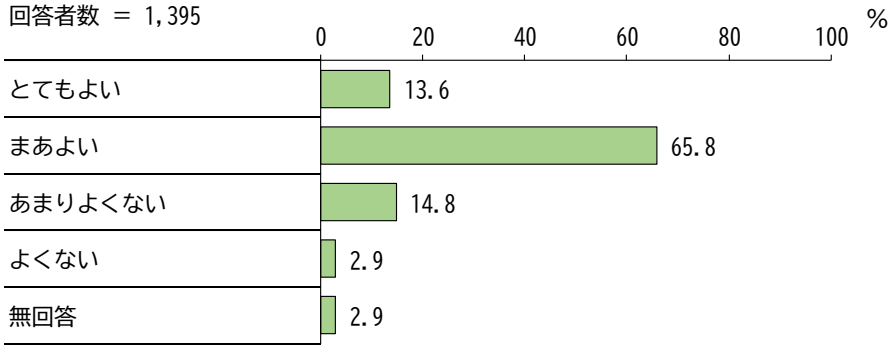
「そのような人はいない」の割合が45.0％と最も高く、次いで「近所の人」（36.9％）、「自治会･老人クラブ･いきいきサロン」（12.2％）と続いています。



⑦　健康について

ア　現在の健康状態

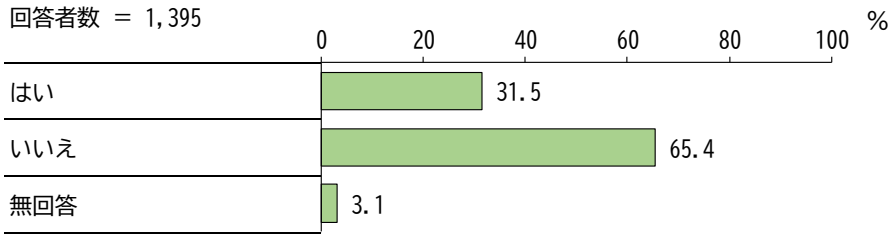
「まあよい」の割合が65.8％と最も高く、次いで「あまりよくない」（14.8％）、「とてもよい」（13.6％）と続いています。



⑧　認知症にかかる相談窓口の把握について

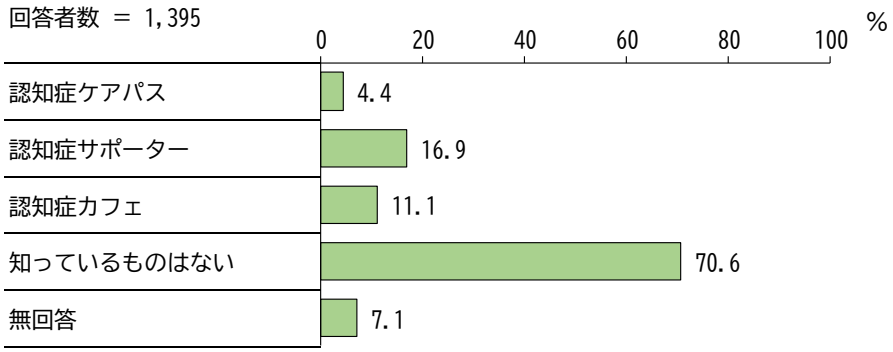
ア　甲斐市地域包括支援センターに認知症に関する相談窓口があることを知っているか

「はい」の割合が31.5%、「いいえ」が65.4%となっています。



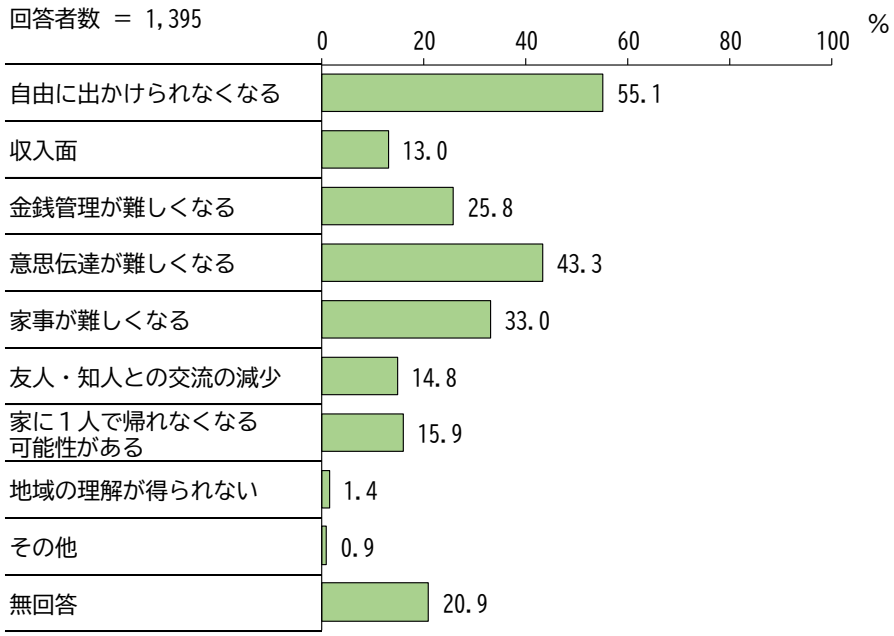
イ　認知症に関する取り組みを知っているか

「知っているものはない」の割合が70.6%と最も高く、次いで「認知症サポーター」（16.9%）、「認知症カフェ」（11.1%）と続いています。



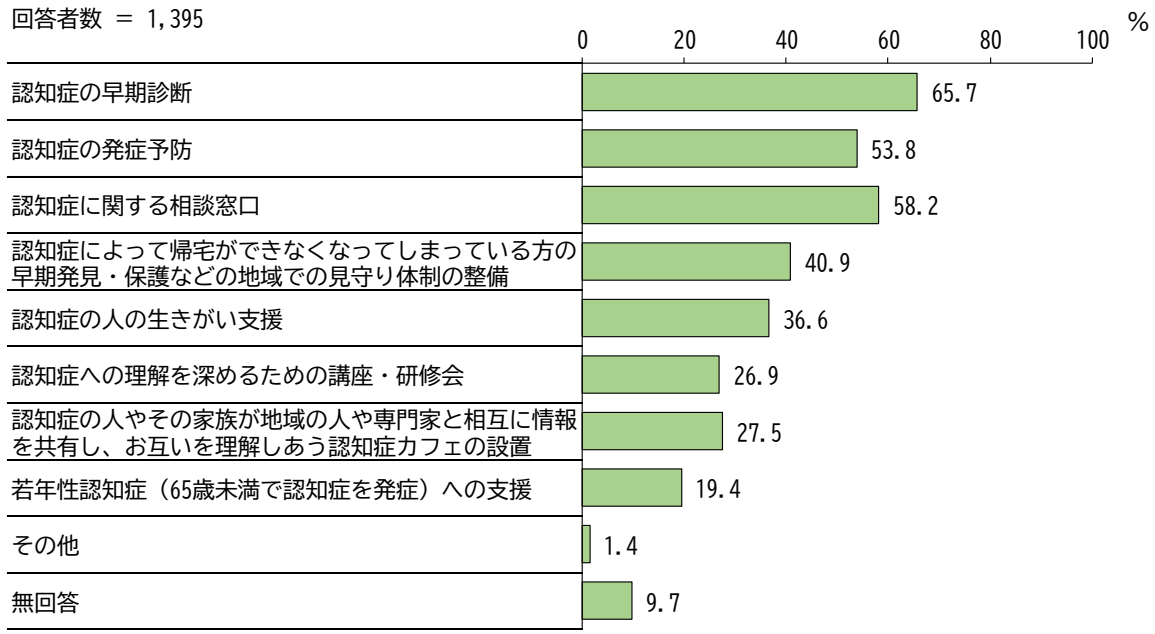
ウ　自身や家族が認知症になったら、どんなことに不安を感じるか

「自由に出かけられなくなる」の割合が55.1％と最も高く、次いで「意思伝達が難しくなる」（43.3％）、「家事が難しくなる」（33.0％）と続いています。



エ　認知症の人が自分らしく暮らし続けることができる地域作りに必要なこと

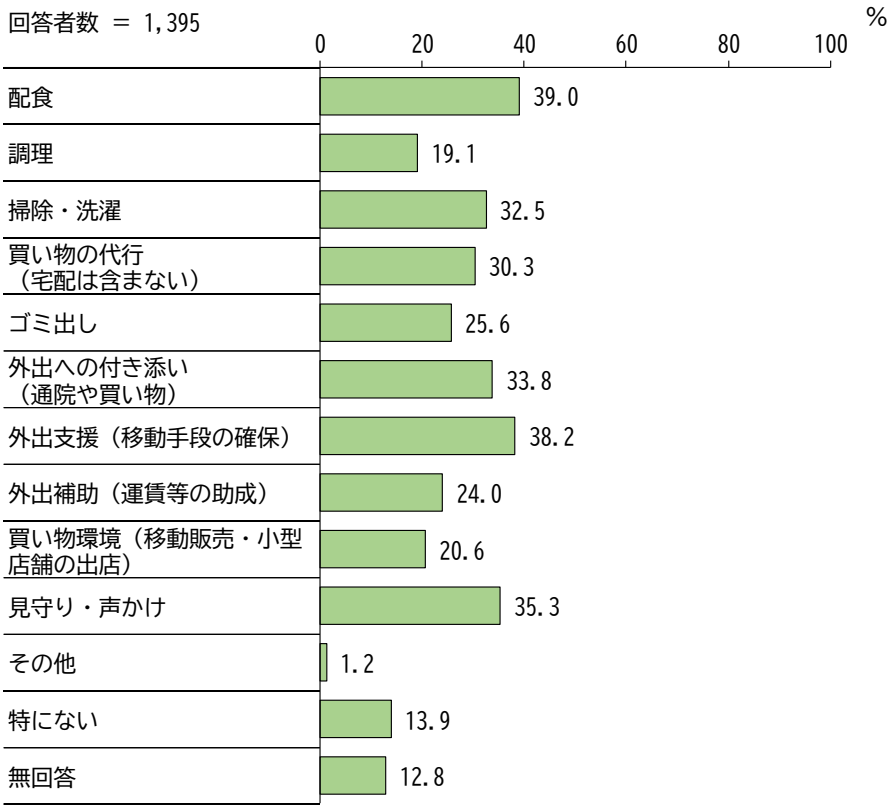
「認知症の早期診断」の割合が65.7％と最も高く、次いで「認知症に関する相談窓口」（58.2％）、「認知症の発症予防」（53.8％）と続いています。



⑨　市の施策について

ア　今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

「配食」の割合が39.0％と最も高く、次いで「外出支援（移動手段の確保）」（38.2％）、「見守り・声かけ」（35.3％）と続いています。



3 第９期計画の振り返りと第 10 期計画に向けた課題

第10期計画を策定するにあたり、第９期計画に掲げた６つの方針について振り返ります。

基本目標Ⅰ　生きがいづくりと積極的な社会参加の促進

【振り返り】

社会参加の基盤となる「いきいきサロン」の団体数は目標値を維持しており、地域活動の場は一定数確保されています。しかし、サロン向け研修会の参加者数や、多世代交流を目的とした「帰り道ふれあい事業」の実績値は計画値を下回っています。

ニーズ調査では、多くの地域活動で「参加していない」割合が増加し、社会参加の縮小傾向が示されています。特に「お世話役」を避けたいとする意向が５割を超えており、活動の担い手不足が課題となっています。一方、常勤・非常勤・自営業で就労していると回答した人は31.5%となっており、就労は高齢期の社会参加の一つの形として一定の広がりが見られます。

【課題】

高齢者の社会参加は、生きがいづくりや健康維持にとどまらず、地域の担い手を広げていくうえでも重要です。就労を望まない方や、健康状態や家庭事情等により就労が難しい方もいることから、就労に限らず、ボランティア、趣味活動、地域活動、学習活動など、本人の意欲や体力に応じて無理なく関わることができる多様な参加機会を広げていく必要があります。

また、活動の担い手不足に対応するため、無理なく参加できる仕組みづくりや、趣味・教養講座の充実を通じた参加意欲の向上が求められます。

さらに、特定の会場や特定の活動に参加できる方だけでなく、外出しづらい方や情報を得にくい方も参加しやすい環境を整える必要があります。今後は、身近な地域で参加できる場に加え、デジタル活用により情報を得やすくするなど、参加方法や参加先を増やしていくことが求められます。こうした取り組みを一層推進し、地域での役割や活躍の場を広げながら、高齢者一人ひとりが年齢や体力、生活状況に応じて自分らしく関わることができる環境を整えていくことが課題となっています。

基本目標２　健康づくりと介護予防の推進

【振り返り】

「フレイル」という言葉の認知度が目標値（22%）を大幅に上回る50%以上に達しており、啓発活動は大きな成果を上げています。一方で、介護予防の実践面では課題が見られます。「高齢者自立応援事業」の対象者数は計画値に届かず、訪問型・通所型サービスの実績も計画値を下回る傾向にあります。

ニーズ調査では、転倒経験のある高齢者が増加しており、身体機能の低下が懸念されます。運動に関する設問で「できるけどしていない」との回答は、階段の昇降で21.5%、椅子に座った状態からの立ち上がりで9.9%、15分くらい続けて歩くことで16.5%となっており、これらの動作ができても、実際には行っていない方が一定数見られます。

また、半年で２～３kg以上の体重の減少があった方が12.3%、お茶や汁物等でむせることがある方が27.5%、口の渇きが気になる方が28.7%となっており、運動面に加え、栄養状態や口腔機能の面でも課題が見られます。

食事を誰かとともにする機会については、「毎日ある」が55.5%である一方、「ほとんどない」が7.5%見られ、食の場面においても人とのつながりに差が見られます。

在宅介護実態調査では、今後の在宅生活の継続に必要な支援として「配食」が15.0%、「掃除・洗濯」が14.2%となっており、日常生活を支える支援へのニーズも見られます。

【課題】

健康づくりとフレイル・介護予防は、教室や事業を実施するだけでなく、日常生活の中で継続して取り組める形にしていくことが重要です。フレイルに関する認知度の向上を実際の予防行動やサービス利用に結びつけるため、より身近な場での健康教室の展開や情報提供の強化を図り、参加・実践しやすい環境を整えていく必要があります。

また、運動面だけでなく、低栄養やオーラルフレイルの予防に向けた継続的な取り組みが求められます。こうした取り組みに当たっては、健康診査・検診を通じた生活習慣病の重症化予防に加え、フレイル予防、口腔・栄養支援、閉じこもり予防、社会参加の促進を一体的に進めていくことが必要です。

さらに、配食や掃除・洗濯などの日常生活を支える支援と介護予防を切れ目なく組み合わせながら、身近な地域で継続できる介護予防活動の充実を図ることが課題となっています。

基本目標３　尊厳ある暮らしを皆で支え合う地域づくりの推進

【振り返り】

住民主体の支え合い体制である「第３層協議体」の活動数は目標値を上回って推移しており、地域づくりの土台形成は着実に進んでいます。一方で、個別の支援サービスには課題が残ります。高齢者友愛訪問事業（見守り）や緊急通報システム事業の利用実績は計画値を下回っています。

ニーズ調査では、家族や友人・知人以外からの見守り・安否確認を受けていない人が67.6％となっています。

また、地域包括支援センターに認知症の相談窓口があることを知っている人は31.5％にとどまっており、相談先や支援の入口が十分に周知されていないことがうかがえます。

さらに、外出支援や外出への付き添い、買い物の代行、ゴミ出しなど、日常生活を支える支援へのニーズが見られます。在宅介護実態調査でも、介護者が行っている介護等として、外出の付き添い・送迎等が65.0％、金銭管理や生活面に必要な諸手続きが62.8％、掃除、洗濯、買い物等の家事が60.6％となっており、介護者が移動・外出や日常生活の様々な場面で支援を担っている状況が見られます。

【課題】

日常の変化を早めに察知し、必要な支援につなぐため、地域包括支援センターを中核に、民生委員、ケアマネジャー、自治会、社会福祉協議会、民間事業者、地域住民が連携し、相談、見守り、生活支援を重層的に組み合わせていくことが必要です。

また、地域包括支援センターの相談窓口や利用できる支援について周知を図るとともに、既存の支援に民間事業者等との連携を加え、見守りネットワークの充実を図ることが求められます。

さらに、日常生活を支える多様な支援ニーズに対応するため、単独のサービスではなく、地域の実情に応じて複数の支援を組み合わせることが必要です。移動・外出支援と生活支援サービスを地域の支え合いの中で整え、家族介護者の負担軽減を図るとともに、家族介護者が孤立せず相談できる環境や、仕事と介護の両立を支える取り組みを充実していくことが課題となっています。

基本目標４　認知症になっても住みやすい地域づくりの推進

【振り返り】

認知症サポーター養成講座や認知症カフェの運営支援を通じ、市民の理解促進に取り組んでいます。介護者が不安に感じる割合は目標値付近を維持しています。

しかし、ニーズ調査では、認知症関連施策を「一つも知らない」と回答した人が約７割に上っており、施策の周知に課題が見られます。認知症になった際の不安として「意思伝達の困難さ」を挙げる回答が増加しています。

在宅介護実態調査では、ご本人が抱えている傷病として「認知症」と回答した方が30.8%となっています。主な介護者が不安に感じる介護では「認知症状への対応」が19.6%と最も高くなっており、在宅介護の中で認知症への対応が課題になっていることがうかがえます。介護者が認知症について困っていることとしては、「介護者が疲れてしまう」が47.1%、「介護の方法や対応の仕方がわからない」が16.9%、「本人が介護サービスを受けたがらない」が10.8%となっており、介護者の疲労や対応方法、本人のサービス利用に関する困りごとが見られます。

また、認知症について、あればよい支援としては、「相談窓口や病院、介護サービスなどの情報が簡単に収集できる仕組み」が42.4%、「認知症の専門医の紹介、サポート」が28.2%となっており、情報の入手や専門的な支援につながるためのニーズが見られます。ニーズ調査では、認知症の人が地域で暮らし続けるために必要なこととして、認知症の人の生きがい支援や認知症カフェの設置が挙げられています。

【課題】

認知症になっても自分らしく暮らせる地域づくりには、早期診断・早期対応だけでなく、本人や家族への相談支援、意思決定支援、権利擁護、社会参加支援を一体的に進めることが必要です。早期診断・早期対応の体制整備を継続するとともに、必要な情報や支援につながることができるよう、認知症ケアパスの普及啓発や相談窓口の周知をさらに進め、相談のしやすさや支援へのつながりやすさを高めていくことが求められます。

また、本人への支援だけでなく、家族介護者の疲労や介護方法・対応に関する困りごとを受け止め、負担軽減につながる相談支援や情報提供を充実していく必要があります。

あわせて、地域での認知症への理解促進を図るとともに、生きがい支援や認知症カフェなどを通じて本人の社会参加を進め、本人や家族が地域から孤立しないよう支えていくことが求められます。国の「認知症施策推進基本計画」においても、共生社会の実現、相談体制の充実、意思決定支援等が重視されており、本人の希望を尊重しながら、地域の中で切れ目なく支える体制を整えていくことが課題となります。

基本目標５　介護を受けながら安心して暮らすための支援

【振り返り】

「家族介護者交流会」の参加者数は計画値を大幅に上回っており、介護用品の支給事業も着実に実施されています。

一方、在宅介護実態調査では、要介護３以上の方や85歳以上の方が増加しており、介護を担う家族も６割以上が60代以上となっています。

また、介護者の悩みとして「心身の負担」や「経済的負担」を挙げる割合が増加しており、家族介護者の負担への対応が課題となっています。

【課題】

在宅生活を希望する方が、介護を受けながら安心して暮らし続けるためには、必要なサービスにつながる仕組みを確保するとともに、医療と介護が切れ目なく連携し、介護を担う事業所の体制を安定的に維持していくことが重要となります。

特に、在宅医療・介護連携については、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、地域の医療機関、介護事業所、地域包括支援センター等が情報共有と役割分担を進め、包括的かつ継続的に支える体制を強化していく必要があります。退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りを含めた連携の整理と実効性の確保が課題となります。

また、家族介護者の負担軽減に向け、交流会や介護用品の支給などの支援に加え、介護者が休息を確保できるよう、レスパイトケア（休息支援）につながる取り組みを進めることが必要です。介護保険サービスと配食・移送などの生活支援を柔軟に組み合わせ、介護者の負担軽減と在宅生活の継続を支える包括的な体制の充実が求められます。

さらに、全国的な課題である介護人材の確保については、介護職員の処遇改善に加え、多様な人材の確保・育成、離職防止、定着促進、生産性向上を一体で進めることが重要です。介護現場における業務の見直しやＩＣＴ・介護ロボットの活用、情報共有の効率化などにより負担を軽減し、職員の貴重な時間を直接的なケアや利用者との関わりに振り向けることが求められます。そのため、介護に携わる方々が安心して働き続けられる環境づくりと、質の高いサービスを継続的に提供できる体制整備を進めていくことが課題となります。

基本目標６　安心・安全に暮らせる生活環境づくりの推進

【振り返り】

数値目標において、老人保護措置事業は適切に運用されていますが、敬老祝金の支給実績は計画値を下回っており、介護相談員による事業所訪問回数も減少傾向にあります。

また、高齢者虐待や成年後見制度に関する相談も見られます。

ニーズ調査では、災害時に援助を求められる人が「いない」とする回答が45%となっており、災害時の支援につながる体制に課題が見られます。

さらに、外出を控える理由として「交通手段がない」とする回答が増加しており、移動手段の確保が課題となっています。

将来介護が必要になった場合に「自宅で介護してほしい」と回答した人の合計は６割を超えており、介護が必要になっても自宅での生活を希望する方が多く見られます。

【課題】

高齢化が進む中でも、高齢者が住み慣れた地域で安全・安心に暮らせるよう、地域住民の福祉への理解を広げるとともに、高齢者の尊厳や権利が守られる環境を整えていくことが求められます。高齢者虐待の早期発見・早期対応や、成年後見制度に関する相談に対応できる体制を整え、権利擁護の取り組みを進めていくことが課題です。

また、介護相談員による事業所訪問など、介護サービスの利用者が安心して相談できる取り組みを継続していく必要があります。

こうした取り組みとあわせて、住まいや生活環境、防犯・防災の面から暮らしを支える基盤を整えていくことも重要です。住み慣れた場所での暮らしを望む声に応えられるよう、住まいの確保や住宅改修支援などの生活環境の整備に加え、移動手段の確保に向けた取り組みを進めていく必要があります。

さらに、詐欺や悪質商法などから高齢者を守る取り組みを継続するとともに、個別避難計画の作成促進や地域での支援体制づくりなど、災害時に必要な援助につながる仕組みを整え、災害・感染症発生時にも支援が途切れない体制を平時から整えていくことが求められます。

同時に、増加する介護需要に対応しながら制度を将来にわたって安定的に運用していくため、介護保険給付の適正な実施状況の確認や、介護保険制度の持続可能性を高めるための取り組みを推進していくことも課題となります。

第３章　計画の基本理念及び基本目標

1 基本理念

本市では、第２次甲斐市総合計画における基本構想の基本目標に掲げる「健やかで心ふれあう安心に暮らせるまち」の実現に向け、高齢者福祉施策及び介護保険事業を推進してきました。

これまでの計画では、「住み慣れた地域でいつまでも笑顔で元気に安心して暮らせるまちづくり」を基本理念として掲げ、高齢者一人ひとりが、年齢を重ねて介護や支援を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組んできました。

今後も、高齢化の進行や高齢者のみの世帯の増加、支援ニーズの多様化、介護人材の確保など、地域の高齢者を取り巻く課題への対応が求められます。一方で、これらの課題に対応するためには、これまで築いてきた地域、関係機関、行政等の連携を生かしながら、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制を着実に推進していくことが重要です。

このため、本計画においても、これまでの取り組みとの連続性及び整合性を踏まえ、現行計画の基本理念を引き継ぐものとします。

基本理念

住み慣れた地域でいつまでも笑顔で元気に安心して暮らせるまちづくり

地域包括ケアシステムのイメージ

日　常　生　活　圏　域

在宅医療・介護連携の推進

○連携のための課題の抽出や解決策を検討するための会議の開催
○関係職種が相互に理解するための研修会の実施
○地域における医療・介護等の事業所の把握やマップの作成
○在宅医療に関する地域住民への普及啓発　など

医療



連携

介護



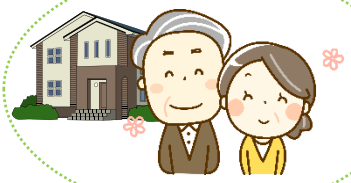
介護保険サービスの質の向上

○介護サービス事業者に対する指導監督
○介護従事者の人材育成
○外国人の介護人材受け入れなど介護人材の確保　など

通院・入院

住まい

通所・入所



認知症施策の推進

○認知症の人を支える基盤整備
○認知症に対する理解や予防の促進
○認知症の人の意思決定支援と権利擁護推進　など

介護保険制度の円滑な運営

○制度の普及啓発
○在宅でのサービスや施設・居住系サービスとのバランスの取れた基盤整備
○介護給付費の適正化　など

参加・利用

生活支援



予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・ＮＰＯ　等

生活支援サービスの充実

○介護事業者、ＮＰＯや民間企業、住民ボランティア等による地域のニーズに合った多様な生活支援サービスの提供
○生活支援コーディネーターの配置　など

介護予防・生活支援サービス事業の実施

○訪問型や通所型のサービス、配食などの生活支援サービスのケアマネジメント
○身近な場所における健康づくりのための体操や介護予防の啓発のための講話の実施　など

一般介護予防事業の実施

○支援を必要としている者を把握し、介護予防活動につなげる
○介護予防活動の普及啓発
○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
○住民主体の介護予防活動の育成・支援　など

地域包括支援センター



地域ケア会議の推進

○ケアマネジメントの支援や地域包括ネットワークを構築し、保健・医療・介護・福祉の各サービスを調整
○地域における課題の発見や課題解決への取り組みの実践　など

地域包括支援センターの機能強化

○新たな施策への対応
○総合相談窓口としての職員の資質向上を始めとした体制の強化　など

2 基本目標

本計画の基本理念を踏まえながら、第10期計画における地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、６つの基本目標を設定し、施策を推進します。

1 生きがいづくりと多様な社会参加・活躍の推進

高齢者が知識や経験、技能を活かし、多様な社会参加活動を通じて、生きがいや役割を持ちながら地域で活躍できるよう支援します。

2 健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進

自立した生活を続けられるよう、生活習慣病の重症化予防と、身近な地域での健康づくりやフレイル予防・介護予防を推進します。

3 地域共生社会の実現に向けた支え合いの地域づくり

相談支援や移動・生活支援、家族介護者への支援を充実し、地域の見守りや支え合いを通じて、誰もが地域とつながり、支え合える体制づくりを進めます。

4 認知症になっても自分らしく暮らせる地域づくりの推進【認知症施策推進計画】

認知症への理解と相談支援を充実し、本人の意思や社会参加を尊重しながら、認知症の人と家族が自分らしく暮らせるまちづくりを推進します。

5 介護を受けながら安心して暮らすための支援体制の充実

介護サービスの充実と在宅医療・介護の連携、介護人材の確保等を進め、介護が必要になっても、必要なサービスを継続して受けられる体制を整えます。

6 安心・安全に暮らせる生活環境と持続可能な介護基盤の整備

高齢者の権利擁護と住まいの確保、防犯・交通安全、災害・感染症対策を進め、日常生活の安全と住みやすい生活環境の確保を図ります。

3 ＳＤＧｓとの関連性

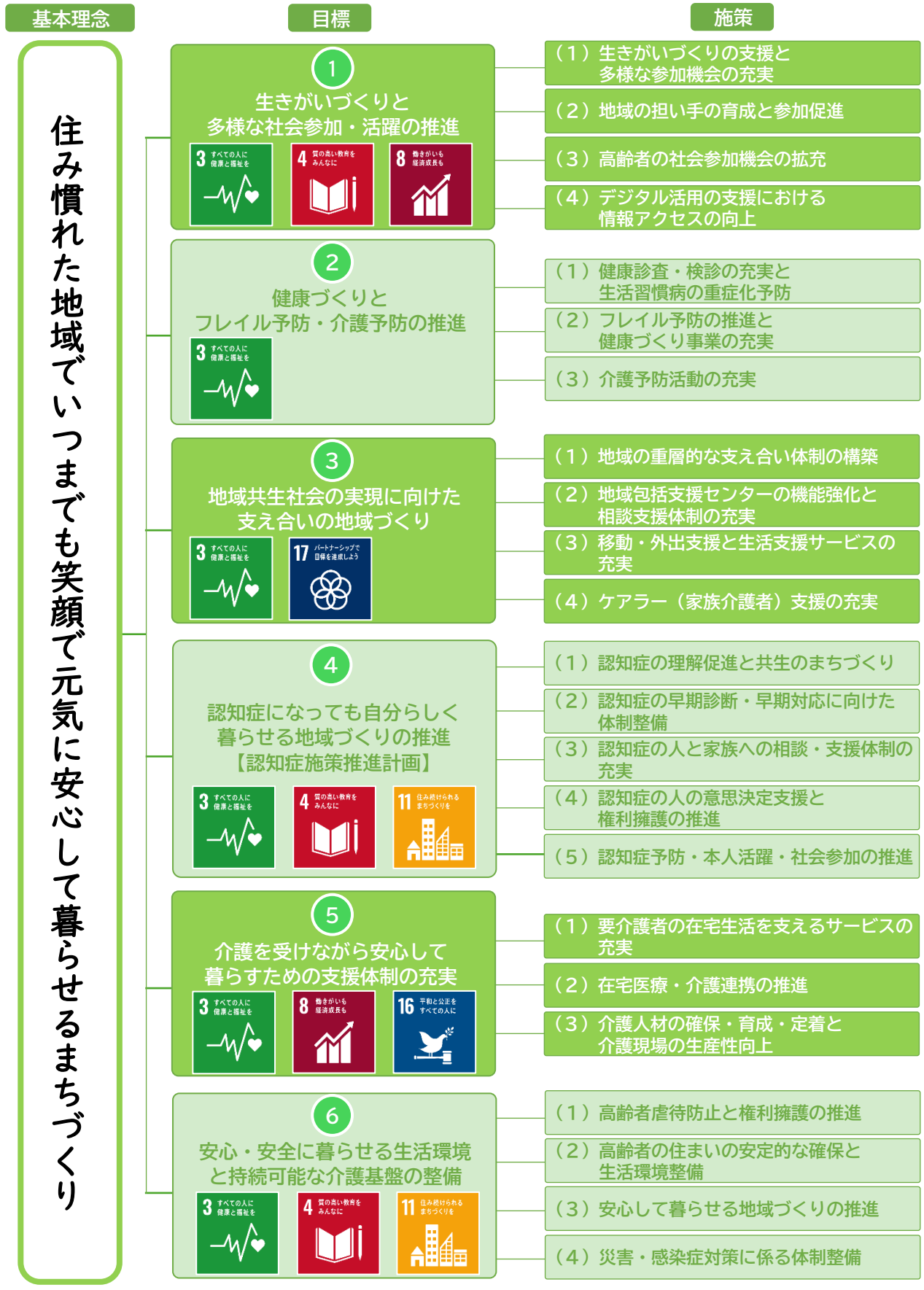
ＳＤＧｓ：Sustainable Development Goals（持続可能な開発目標）とは、平成27年９月の国際サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」における、令和12年までの国際社会共通の目標です。

ＳＤＧｓは、持続可能で多様性と包摂性のある社会を実現するための17のゴールと169のターゲットで構成されています。

本計画の推進も持続可能でより良い社会の実現に資するものと考え、この趣旨を踏まえて取り組みを進めます。



4 施策の体系

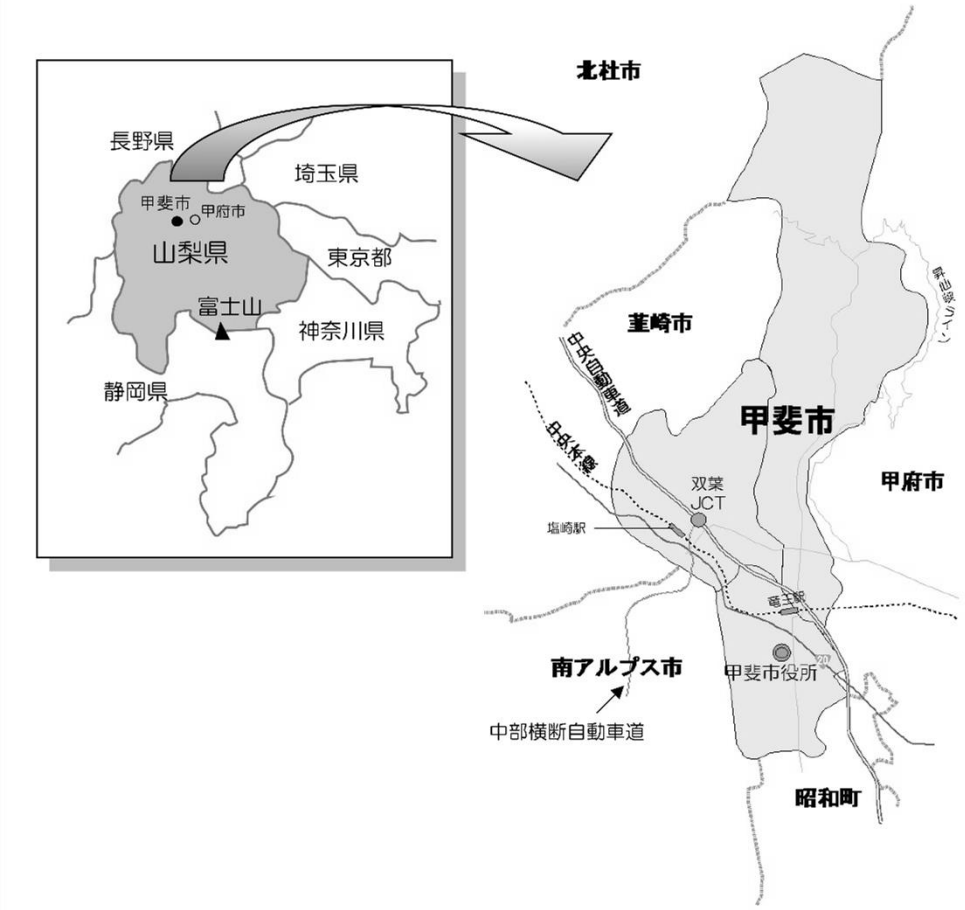

基本理念
目標
施策
住み慣れた地域でいつまでも笑顔で元気に安心して暮らせるまちづくり
1 生きがいづくりと多様な社会参加・活躍の推進
（１）生きがいづくりの支援と多様な参加機会の充実
（２）地域の担い手の育成と参加促進
（３）高齢者の社会参加機会の拡充
（４）デジタル活用の支援における情報アクセスの向上
2 健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進
（１）健康診査・検診の充実と生活習慣病の重症化予防
（２）フレイル予防の推進と健康づくり事業の充実
（３）介護予防活動の充実
3 地域共生社会の実現に向けた支え合いの地域づくり
（１）地域の重層的な支え合い体制の構築
（２）地域包括支援センターの機能強化と相談支援体制の充実
（３）移動・外出支援と生活支援サービスの充実
（４）ケアラー（家族介護者）支援の充実
4 認知症になっても自分らしく暮らせる地域づくりの推進【認知症施策推進計画】
（１）認知症の理解促進と共生のまちづくり
（２）認知症の早期診断・早期対応に向けた体制整備
（３）認知症の人と家族への相談・支援体制の充実
（４）認知症の人の意思決定支援と権利擁護の推進
（５）認知症予防・本人活躍・社会参加の推進
5 介護を受けながら安心して暮らすための支援体制の充実
（１）要介護者の在宅生活を支えるサービスの充実
（２）在宅医療・介護連携の推進
（３）介護人材の確保・育成・定着と介護現場の生産性向上
6 安心・安全に暮らせる生活環境と持続可能な介護基盤の整備
（１）高齢者虐待防止と権利擁護の推進
（２）高齢者の住まいの安定的な確保と生活環境整備
（３）安心して暮らせる地域づくりの推進
（４）災害・感染症対策に係る体制整備

5 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情、地域活動、介護保険施設の整備状況等の条件を総合的に勘案して設定しており、介護保険事業計画においては、高齢者が身近な地域で介護サービスを利用できるよう、地域密着型サービスの必要利用定員総数を見込み、介護サービスに関する基盤整備を進めていく単位となるものです。

本市においては、第５期計画以降、地域密着型サービスの需要と供給のバランスがとれていない、本市全域では必要なサービスであっても、すでに整備済みの圏域に新規事業者の参入を認めることが難しい等の理由により、市内全域で１つの圏域として基盤整備を行い、その考えは十分定着していると考えます。

つきましては、本計画においても引き続き市内全域で１つの圏域として基盤整備を進めていくことが適当であると考え、前計画の設定を踏襲し、市内全域で１圏域とします。



6 将来推計

（１）第１号被保険者等の推計

推計値確定次第、更新予定

【第１号被保険者数等の推計】

単位：人

区分	実績			推計				
	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和22年度
総人口	76,424	76,276	76,222	推計値算出次第、更新予定				
第１号被保険者（65歳～）	20,284	20,344	20,462					
第２号被保険者（40～64歳）	26,071	26,158	26,223					
合計	46,355	46,502	46,685					

資料：住民基本台帳（各年９月30日現在）、見える化システム

（２）認定者数の推計

推計値確定次第、更新予定

認定者数の推計

単位：人

区分	実績			推計				
	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和22年度
要支援１	198	199	197	推計値算出次第、更新予定				
要支援２	356	350	343					
要介護１	501	546	548					
要介護２	696	717	741					
要介護３	610	611	640					
要介護４	436	458	463					
要介護５	262	250	245					
計	3,059	3,131	3,177					

※第２号被保険者をのぞく　　資料：見える化システム

第４章　施策の展開

基本目標１　生きがいづくりと多様な社会参加・活躍の推進

関連する SDGs の目標



施策１　生きがいづくりの支援と多様な参加機会の充実

高齢者がこれまで培ってきた豊かな経験や知識、技能は地域社会の貴重な財産です。人生100年時代を見据え、個々の希望に応じた「生涯現役」社会の実現に向け、趣味や教養にとどまらない多様な社会活動への参画を支援します。

また、身近な地域における交流の場の創出に加え、ボランティアや就労を通じた社会貢献、多世代が共に支え合う仕組みづくりを推進します。国や県の動向を踏まえ、ＩＣＴの活用等も視野に入れながら、全ての高齢者が役割と生きがいを持ち、いきいきと暮らせる地域づくりを目指します。

＜施策の方向＞

①　地域活動への参加の促進

老人クラブ連合会の育成支援、老人クラブ連合会の各種生きがいづくり事業の充実、いきいきサロン実施地区への支援、いきいきサロンリーダー育成のための連絡会や養成講習会を開催します。

②　スポーツや文化活動の機会の充実

- 高齢者のニーズや身体機能の状態に合わせたスポーツの機会を提供し、無理のない健康づくりを推進します(軽スポーツ教室､スローエアロビック、健康ゲーム教室など)。
- 各スポーツ事業を通じて、高齢者が様々な世代と交流できる機会を提供します。
- 公共施設をスポーツ活動や文化活動の場として提供します。
- 文化活動の場として、高齢者を含む様々な世代に参加いただけるふれあい講座や、歴史文化講座などの事業を実施します。
- 図書館では大活字本など、高齢者が読みやすい本の充実を図るとともに、参加しやすいイベント（朗読会、講演会、上映会など）を企画します。

③　世代間交流の機会の充実

●学校や保育園等において、高齢者と子どもが触れあえる機会を充実します。
学校では、運動会等に高齢者を招き、子どもの元気な姿や活躍を披露します。
また、学校の授業ボランティアとして、地域の高齢者を含んだ様々な世代の方に協力いただき、授業をお手伝いいただくほか、児童との交流を深めます。
保育園では、祖父母を招いて劇や歌を披露するとともに、季節の製作や手遊びを通して交流します。
また、園児が高齢者施設を訪問し交流を深めます。

●高齢者と子どもの帰り道ふれあい事業を推進します。
児童の下校時に通学路に立ち、見守りを行うとともに、あいさつ等を交わし、交流を深めます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
いきいきサロン向け研修会の参加者数	人	0	30	30	30	30	30
いきいきサロンの団体数	団体	51	51	51	51	51	51
高齢者と子どもの帰り道ふれあい事業	人	384	373	337	337	337	337
活動中の事故件数	件	0	0	0	0	0	0

施策２　地域の担い手の育成と参加促進

高齢者が地域の担い手となり、自らの経験と知識を活かし、地域コミュニティの活性化や活力あふれる社会の創出に努められるよう、機会・体制の充実を図ります。

＜施策の方向＞

●高齢者の持つ知識や技術を活かし、様々な講座や教室の指導者として活動できる機会を整備します（生涯学習指導者人材バンクへの登録）。

●学校現場では、高齢者がコミュニティ・スクール推進事業のボランティアとして活動し、不登校対策支援事業「甲斐市校外教育支援センター（オークルーム）」では教員ＯＢが、スクールサポートカウンセラー配置事業では警察ＯＢが指導者として従事し、子どもたちの健全育成を支援します。

施策３　高齢者の社会参加機会の拡充

高齢者が培ってきた知識や技能を活かし、労働力の担い手として社会に参加できるよう、シルバー人材センター等と連携しながら、高齢者の就労に対する理解促進、就業機会の提供、就業に関する情報提供等に努めます。

また、障がい認定された方については、障がい福祉サービス等における就労機会提供も併せて図り、就労を通じた社会参加を支援します。

＜施策の方向＞

- 高齢者の雇用拡大のため、引き続き、峡中広域シルバー人材センターとの連携及び同センターの活動支援を行います。
- 引き続き、公共職業安定所と連携し、高齢者の就労支援を行います。
- 障がいを持った高齢者の働き続けたいというニーズに応えるため、生産活動の現場では、作業台の高さの調整や補助具の導入、周囲のフォロー、安全対策強化など環境面の改善等により、本人の意思を尊重し、能力の低下に配慮した支援を行います。

施策４　デジタル活用の支援における情報アクセスの向上

デジタル技術の進展により、高齢者がオンラインを通じて社会とつながり、多様なサービスを享受できる環境が整いつつあります。一方で、情報機器の操作に対する不安や、いわゆる「デジタル・ディバイド（情報格差）」の解消が喫緊の課題となっています。

本施策では、高齢者がデジタルツールを身近なものとして活用し、健康づくりや社会参加、必要な行政情報への迅速なアクセスが可能となるよう、国や県の補助事業及び民間リソースを最大限に活用した支援体制を構築します。これにより、ＩＣＴ（情報通信技術）を介した新たな「生きがい」の創出と、安全・安心な暮らしの質の向上を目指します。

＜施策の方向＞

①　学官連携によるＤＸ学習イベント事業

教育・研究機関等 と連携し、その知見や人材を活用したＤＸ学習イベントを実施し、市民がデジタル技術に触れる機会や学びの場を提供します。

②　厚生労働省「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）」等のデータ活用啓発

介護事業所のデジタル化の取り組みを市民に周知します。国のＩＴ導入補助金を活用した事業所側のデジタル化を促進するとともに、利用者家族がオンラインでケアプランを確認できるような情報公開の仕組みを奨励します。

基本目標２　健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進

関連する
SDGs の目標



施策１　健康診査・検診の充実と生活習慣病の重症化予防

健康教育、イベント、広報などを通じ、各種健（検）診の目的・重要性などについて、さらに積極的な周知を図るとともに、高齢者の疾病の早期発見と生活習慣の改善を推進し、生活習慣病の重症化予防につなげます。

また、特定健康診査・特定保健指導を主とした各種健（検）診の受診促進に向け、さまざまなライフスタイルに合わせた受診しやすい健（検）診体制の検討などの取り組みを推進します。

＜施策の方向＞

- 早期発見・早期治療・生活改善のため、健診受診調査及び総合健診申込書発送時に、健康診査・検診の目的と受診の必要性の周知を通じて、年に１回の健康診査等の受診を勧めます。
- 口腔衛生管理と健康の関係について周知し、歯科健康相談や歯周病検診の受診を勧めます。
- 健康診査・検診の結果内容に応じた個別相談や保健指導を実施し、確実な受診や、その後のフォローへとつなげていきます。

施策２　フレイル予防の推進と健康づくり事業の充実

「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」を目指し、生活習慣病の予防や心の健康保持等の若い時期から継続した健康づくりと、健やかに長寿を楽しむためのフレイル予防・介護予防に向けた取り組みを積極的に推進します。

身体活動や適切な食生活等、生活習慣の改善に係る取り組みを推進するとともに、リーフレット等を活用した啓発活動や健康づくり事業の充実によって、誰もが健康づくりに対して意識し、行動できるような環境の整備を行います。

＜施策の方向＞

- 身体機能の維持・低下予防、介護予防に向けて、高齢者の自主的な健康づくりを支援するため、各種講座や教室等を実施します。
  また、個人向けや自治会、いきいきサロン、老人クラブなどの各種団体向けに講師派遣事業を実施します。

●高血圧や糖尿病等、要支援・要介護状態につながる疾病や、低栄養状態等のフレイル（虚弱）を予防するための、各種講座や教室等を実施します。
●高齢者が生きがいや楽しみを持って、心身の健康づくりに取り組めるような各種事業を展開します。
※フレイルとは、加齢とともに体や心の動き、社会的なつながりなどが弱くなった状態のことをいいます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
地域介護予防活動の支援講師派遣事業	回	69	65	66	89	89	89

施策３　介護予防活動の充実

介護予防の充実を図るため、高齢者のニーズに応じた多様なサービス提供に向けた体制を構築します。

また、多様な主体との連携により、高齢者の通いの場を確保し、自主活動グループの支援等、地域全体での介護予防事業を展開します。

住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、地域のニーズにあった生活支援サービスや、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の充実を図ります。

さらに、ＮＰＯや民間企業、住民ボランティア等による介護予防・生活支援サービス事業等の推進と、その担い手の確保を検討します。

＜施策の方向＞

●介護予防・日常生活支援総合事業の充実を図ります。
●介護予防に関する普及啓発や、介護予防の各種講座や教室等の開催情報を広報誌やホームページ等で周知し、情報提供に努めます。
●介護予防のための住民主体の通いの場の拡大や、高齢者が主体的に介護予防に取り組む活動を支援し推進します。

①　介護予防・生活支援サービス事業

【訪問型サービス】

○訪問介護

多様なサービス（訪問型サービスＡ、訪問型サービスＢ）の利用が難しい人を対象に、訪問介護員による家事支援を行います。

○訪問型サービスＡ（緩和した基準）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、一定基準の研修受講者による調理や食材の確保、洗濯、室内の掃除、布団干し、ごみ出し、その他の日常生活上の生活援助を行います。

○訪問型サービスＢ（住民主体による支援）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティアが主体となった住民主体の自主活動として生活援助を検討していきます。

○訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）

生活機能の維持・向上に向けた支援等が必要な人を対象に、保健・医療の専門職による居宅での相談指導等を行います。

○訪問型サービスＤ（移動支援サービス）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティアが主体となった住民主体の自主活動として、介護予防・生活支援サービスと一体的に行われる移動支援や、移送前後の生活援助を検討していきます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
訪問介護	人/年	216	144	120	120	120	120
訪問型サービスＡ	回/年	6,786	6,899	7,250	7,350	7,450	7,550
	人/年	1,440	1,500	1,560	1,680	1,800	1,920
訪問型サービスＣ	回/年	135	180	160	180	210	250
	人/年	11	17	10	10	12	14

【通所型サービス】

〇通所介護

多様なサービス（通所型サービスＡ、通所型サービスＢ）の利用が難しい人を対象に、通所介護事業所において、入浴、食事の提供等、日常生活の世話、機能訓練を行います。

〇通所型サービスＡ（緩和した基準）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、閉じこもりの予防や自立支援のため、体操やレクリエーション、仲間づくり等の活動を行います。

〇通所型サービスＢ（住民主体による支援）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティアが主体となった住民主体の自主活動として、自主的な通いの場における体操、運動等の活動を検討していきます。

〇通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、リハビリテーション専門職による筋力向上訓練を実施し、身体機能の改善を図ります。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
通所介護	人/年	444	456	456	456	468	480
通所型サービスＡ	回/年	11,884	10,774	11,210	11,406	11,706	12,000
	人/年	2,460	2,400	2,400	2,520	2,640	2,640
通所型サービスＣ	回/年	305	277	376	400	400	400
	人/年	19	23	29	30	30	30

【生活支援サービス】

〇高齢者見守り配食サービス事業

自ら調理することが困難であり、かつ、定期的な見守りを必要とするおおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者または、高齢者のみ世帯に属する人に対し、見守りを兼ねた夕食の配食により、定期的な安否確認等を行います。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
高齢者見守り配食サービス事業	食	2,153	1,860	1,830	1,830	1,830	1,830
配食時に安否確認できた割合	%	100	100	100	100	100	100

② 一般介護予防事業

【介護予防把握事業】

〇介護予防把握事業

窓口相談等を通じて基本チェックリストを実施し、支援が必要な高齢者を早期に把握するとともに、関係部署や関係機関等との連携により早期発見・早期対応に努め、介護予防に必要な支援につなげます。

【介護予防普及啓発事業】

〇いきいき健康体操教室

地域の公民館等に出向き、運動器の機能向上のためのストレッチや筋肉トレーニングに、脳トレ・手足や指を使ったトレーニングを盛り込み、在宅においても予防活動が行えるよう、介護予防に関する基本的な知識の普及啓発と実践を行います。

また、教室をきっかけとし、高齢者が主体的に介護予防に取り組むことができるような支援体制づくりを進めます。

【地域介護予防活動支援事業】

〇いきいき百歳体操

いきいき百歳体操は、手足に重りをつけ、ＤＶＤを見ながらイスに座ってゆっくりと手足を動かす筋力運動で、介護予防効果が実証されている運動として全国で取り組まれています。地域の仲間と集まって自主的に継続することで、介護予防のための住民主体の通いの場となり、閉じこもりを予防し、地域みんなで元気になる地域づくりにつながります。

そのため、住民主体の介護予防のための通いの場となるいきいき百歳体操を普及し、実施グループの増加により事業の拡大を図っていきます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
いきいき百歳体操	地区	22	22	23	25	27	29

〇ふれあい・いきいきサロン

高齢者が公民館等の身近な場所で、地域住民とともに楽しく仲間づくりを行う集いの場であるサロンの設立や活動を支援します。

〇介護支援ボランティア事業

高齢者が介護施設等でボランティア活動を行うことにより、自身の健康増進や介護予防を促進するとともに、活動に応じたポイントに対して交付金を支給します。

介護支援のボランティア活動を通じて社会参加することで、介護予防や生きがいにもつながる介護支援ボランティアポイント事業について、利用者や受け入れ施設のニーズなどを踏まえ、効果的な運営方法を検討しながら進めていきます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
ふれあい・いきいきサロン	人	9,449	8,211	8,000	8,000	8,000	8,000
介護支援ボランティア事業	時間	2,655	2,089	2,500	2,500	2,500	2,500
要介護認定を受けたボランティアの割合	%	0	0	0	0	0	0

【地域リハビリテーション活動支援事業】

介護予防の取り組みの強化に向けて、高齢者の能力を評価しながら効果的・効率的に実施できるよう、リハビリテーション等の専門職の積極的な関与ができるよう検討していきます。

そのために、市内の医療機関や介護事業所等との連携を図り、適切に関与できる体制の構築と関係者の理解を促進していきます。

【一般介護予防評価事業】

介護保険事業計画に定める目標の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行い、ＰＤＣＡサイクルに沿った取り組みを推進します。

③　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の心身の特性を踏まえ、高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図るため、糖尿病や高血圧症をはじめとした生活習慣病等の重症化を予防する取り組み（保健事業）と、生活機能の低下を防止する取り組み（介護予防事業）の一体的な実施を推進します。

また、フレイル予防や糖尿病、高血圧、腎症をはじめとした生活習慣病等の重症化のリスクが高い者（生活習慣の改善がうまくいかない人や、医療機関を受診しない人）に対する個別訪問相談事業や、集団アプローチとして通いの場等への積極的関与の取り組みを実施します。

また、庁内の関係部署と連携しながら事業展開に向けた検討を継続していきます。

基本目標３　地域共生社会の実現に向けた支え合いの地域づくり

関連する
SDGs の目標





施策１　地域の重層的な支え合い体制の構築

高齢期になっても、住み慣れた地域で生活を続けたいと多くの人々は望んでいます。

すべての高齢者が、介護が必要になっても、できる限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を続けることができるよう、住まい・医療・介護・介護予防・生活支援の５つのサービスを一体的に提供し、専門機関等が連携する地域ネットワークの形成を行うとともに、地域住民等による見守りの体制づくりに努めます。

＜施策の方向＞

- 地域ケア会議から地域の課題を抽出するとともに、他事業の協議の場や関係部署・機関との連携により、地域課題の解決方法を検討していきます。
- 医療や介護の専門職による多職種協働・連携を強化し、切れ目ないサービス提供体制の整備を推進していきます。
- ボランティア活動に関する情報の収集・発信を行うとともに、活動を希望する人が地域で活動できる機会の提供に努めます。
- 学校における福祉教育推進事業として、総合的な学習の時間に、車椅子や白杖などを使用した、障がい者や高齢者の生活の疑似体験を通して福祉意識の醸成を図ります。
  また、児童生徒が積極的にボランティアに関われるよう、学校から体験先を紹介します。
- 公共交通機関のうち、特に高齢者の身近な移動手段となる市民バスや民間路線バス、次世代公共交通のＡＩオンデマンドバスの運行については、費用対効果などの検証を行い、効果的な運用に取り組むことで、移動手段の確保と利用促進に努めます。
- ヘルプカードの普及・啓発に努めます。

①　地域ケア会議の充実

●個別ケースの支援内容の検討による課題解決を出発点として、介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域包括支援ネットワークの構築を行い、高齢者に関わる保健・医療・介護・福祉の各サービスを総合的に調整し、高齢者個人に対する支援の充実を図ります。

●解決困難な問題や地域課題を抽出し、その地域課題を地域づくり・社会資源の開発や施策等の充実によって解決していくことで、高齢者への広域的な支援の土台となる社会基盤の整備を図っていきます。

●地域ケア個別会議や他の地域支援事業から抽出された地域課題を集約・整理し、政策提言につなげる地域ケア推進会議の実施に向けて体制を整備します。

●適切な支援体制を推進していくため、多職種協働による個別ケース支援及び地域課題の検討を行う地域ケア会議と、在宅医療・介護連携推進協議会、生活支援体制整備における協議の場、認知症地域支援ネットワーク推進会議等、それぞれが連携しながら取り組みます。

②　住民主体のささえ合い体制の整備

●市と社会福祉協議会が両輪となり、生活支援コーディネーターを中心に地域のささえ合い・助け合いを本市全域で広げる取り組みを推進します。

●生活支援コーディネーターを補完し、市全域にかかる地域課題やニーズの掘り起こし、情報共有、課題解決に向けた検討を行い、資源開発等につなげること等を目的とした協議の場であるささえ合い推進会（第１層協議体）を運営します。

●11小学校区ごとに設置された第２層協議体を、第２層地域内の情報交換や資源開発の場とし、さらに細かい地域でのささえ合い活動を推進します。

●第３層（主に自治会等の地域単位）での具体的な活動が推進されるよう、生活支援コーディネーターが地域と協働し、ささえ合いの気持ちを広げる積極的な活動を行います。

●高齢者の積極的なボランティア活動の推進・支援に取り組みます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
第３層協議体の活動数	団体	22	23	25	26	27	28

③　生活支援・見守りの推進

●民生委員・児童委員等と連携し、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、障がいのある人等の見守りを推進していきます。

●様々な悩みや生活上の困難を抱える高齢者等は、何らかのサインを発信しています。高齢者等の日常生活を支える人たちは、このサインに気づき、必要な支援へつなぐ適切な対応が求められていることから、気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなぎ、見守ることができるゲートキーパーの役割を担う人材の養成に取り組みます。

○高齢者友愛訪問事業

75歳以上でひとり暮らしの高齢者等の自宅を訪問し、安否確認を行うとともに、乳酸菌飲料を支給します。

○配食サービス事業

在宅のひとり暮らし高齢者等の食生活の改善を図るとともに、定期的な安否確認のため、夕食の配食を行います。

○緊急通報システム事業（ふれあいペンダント）

急病や事故等、緊急に助けが必要なときに、速やかな援助や支援ができるよう、24時間ボタンひとつで通報することができる「緊急通報システム」を設置（貸与）します。モバイル端末での運用も可能です。

○高齢者福祉タクシー・バス利用料金助成事業

高齢者の社会活動の範囲を広げ、自立した生活を支援するため、タクシーまたは、バス利用券を交付してきました。

今後は、ＡＩオンデマンド交通との連携を図りながら、利用実態に合わせて制度及び支援内容を見直します。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
高齢者友愛訪問事業	人	317	298	280	270	260	250
配食サービス事業	食	3,932	4,252	4,400	4,450	4,500	4,550
配食時に安否確認できた割合	%	100	100	100	100	100	100
緊急通報システム事業（ふれあいペンダント）	人	13	10	20	22	24	25

④　多様な主体による見守り活動の推進

見守り活動等において、市内の民間事業者や関係機関との連携を強化し、日頃の業務の中で高齢者の異変に気付いた時に地域包括支援センターまたは、適切な関係機関に連絡する体制を整え、支援を必要とする人の早期支援につなげます。

⑤　敬老祝金支給事業

長寿を祝福し、敬老意識の発揚に努め、地域社会の平和と福祉の向上に寄与することを目的に祝金を支給します。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
敬老祝金支給事業	人	421	383	372	412	424	425

施策２　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を拠点に、地域の関係団体・機関による各種ネットワークを結びつけるとともに、地域住民による共助や地域の福祉団体などによる活動と合わせ、ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者など要援護者への効果的な相談支援等が可能となる重層的なネットワークの構築をさらに推進します。

地域ケア会議については、個別・市全体レベルの会議が効果的・効率的に開催できるよう、体系的なルール整備や関係機関・団体への周知・啓発と調整を行います。

また、地域包括支援センター運営協議会等他の会議体と連携・連動する仕組みを整え、地域ケア会議の目的とする機能を果たすための体制を構築します。

地域ケア会議を充実し、個別ケースに関する対策の検討・情報交換、地域資源の状況や不足しているサービスなどの地域課題をくみ取り、個別支援から地域支援への展開に向けて取り組むとともに、需要に見合ったサービスの基盤整備を行い、自助・共助・公助を組み合わせた地域包括ケアシステムの充実を図ります。

さらに、高齢者虐待防止、成年後見制度の利用を促進し、高齢者の権利擁護に努めていきます。

＜施策の方向＞

●高齢化の進展、相談件数の増加、各種事業の増加等を勘案し、業務量に応じた人員体制を講じるとともに、効果的・効率的な運営を実施していくため、地域包括支援センターのあり方を検討していきます。

●地域包括支援センター運営協議会による評価、ＰＤＣＡ（計画→実行→評価→改善）サイクルの充実等により、継続的な評価・点検を強化していきます。

①　第１号介護予防支援事業

要支援認定者、基本チェックリスト該当者に対して、その心身の状況等に応じて介護予防及び生活支援等の適切なサービスが包括的かつ効率的に提供され、自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、専門的視点から必要な支援を行います。

②　総合相談・支援事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくため、広報、ホームページ、介護支援専門員等を通じて、相談窓口の周知を図り、対象者が適切に利用につながるようにします。

また、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切なサービス関係機関または、制度の利用につなげる等の支援を行います。高齢者が抱える問題は、年々多様化・複雑化しており、深刻な状況に陥る前に早期に把握し適切な対応ができるよう、相談・支援体制の充実を図ります。

地域の出先相談窓口及び休日・夜間の相談対応については、市内の在宅介護支援センターに委託して行います。

さらに、あらゆる相談に対応できるように困難事例の分析や情報共有を行うことで、相談への対応能力の向上を図り、職員の資質向上に努めます。

③　包括的・継続的ケアマネジメント事業

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携等、地域において、多職種相互の協働等により連携するとともに、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的かつ継続的なケアマネジメントのために、地域における連携・協働の体制づくりを行います。

〇介護支援専門員情報交換会

介護支援専門員の資質向上のためや、日常的な業務の円滑な実施を支援するために、事業所の枠を超えて介護支援専門員が相互に情報交換を行う場、実例の検討を通じた学習の場としての研修会を開催します。

〇主任介護支援専門員連絡協議会

主任介護支援専門員が相互に情報交換を行い、資質向上に向けて主体的な取り組みができるよう支援します。

〇主任介護支援専門員代表者連絡協議会

主任介護支援専門員が地域の介護支援専門員から受けた相談や、地域の課題等について共有・検討します。

また、地域包括ケアステム推進に向けて、地域包括支援センターとの更なる連携強化を図ります。

施策３　移動・外出支援と生活支援サービスの充実

高齢期において、住み慣れた地域で尊厳を持って自立した生活を継続するためには、医療や介護の利用だけでなく、日々の買い物や通院、地域活動への参加など、「行きたい場所へ安全に移動できる」ことと、それを支える「日常生活のサポート」が不可欠です。

本施策では、これまでの公共交通（市民バス・民間路線バス）やタクシー利用助成に加え、ＡＩオンデマンド交通などの新たな技術や、地域住民・ボランティア・民間事業者による多様な支援を組み合わせることで、切れ目のない移動・外出支援体制を構築します。

特に、移動困難を理由とした閉じこもりや社会的孤立を防ぐため、移動支援を単なる交通手段としてではなく、介護予防や見守り、生活支援と一体的に捉えたネットワークの形成を図ります。デジタル技術の活用と地域住民によるささえ合いを両輪として、誰もが意欲を持って社会とつながり、安心して暮らし続けられる地域づくりを推進します。

＜施策の方向＞

●高齢者の外出は、社会参加や介護予防（フレイル予防）の源泉です。既存の公共交通（バス・タクシー）の維持に加え、国のデジタル田園都市国家構想や地域公共交通リデザインの動きと連動し、ＡＩオンデマンド交通などの新たな技術やボランティア等の多様な主体による移動支援を組み合わせることで、「行きたい場所へ安全に行ける」体制を整備します。
また、移動そのものと「買い物支援」や「見守り」などの生活支援サービスを一体的に捉え、持続可能な地域ネットワークを構築します。

① 移動支援助成制度の継続と適正化

「高齢者福祉タクシー・バス利用料金助成事業」とＡＩオンデマンド交通との連携を進め、移動支援助成制度の適正化を図るとともに、高齢者等への周知を充実させ、効果的な移動支援施策を推進します。

② 多様な主体による生活支援・移動支援の構築

「生活支援体制整備事業」に基づき、第２層・第３層協議体において、地域住民との連携を強化します。例えば、買い物支援など、民間資源を活用します。

③ 交通安全とリタイア後の生活支援

運転免許自主返納支援事業について、山梨県や警察と連携した啓発活動を実施します。返納後も生活の質が低下しないよう、上記①、②の取り組みによる移動手段をあわせて案内する「相談・支援体制」を強化します。

施策４　ケアラー（家族介護者）支援の充実

高齢者を支える「ケアラー（家族介護者等）」は、ヤングケアラーや仕事と介護を両立するビジネスケアラーなど、その形態は多様化しています。ケアラーが抱える問題は、身体的・精神的な疲弊に留まらず、社会からの孤立、自身の健康不安、学業やキャリア形成への影響など、生活全般にわたる深刻な課題となっています。

こうした状況を受け、ケアラーを「介護の担い手」としてだけでなく「支援が必要な一人の個人」として尊重し、その権利と自分らしい生活を守るための支援を強化します。国や県の施策と緊密に連携し、地域包括支援センターを中心に関係部局が一体となって、ケアラーが孤立することなく、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる環境づくりを推進します。

＜施策の方向＞

①　家族介護者交流事業

家族介護者が抱える孤立感の解消に向け、ピアサポート（当事者同士の交流）の場を提供します。認知症カフェや地域密着型サービスの活用を通じ、県が実施するケアラー支援研修を受けたボランティア等との連携を強化します。

②　寝たきり高齢者及び認知症高齢者介護慰労金支給事業

在宅介護を継続する家族の経済的・精神的負担を軽減するため、慰労金を支給します。あわせて、支給対象世帯への訪問等を通じ、潜在的な支援ニーズ（介護疲れ等）の早期把握に努めます。

③　徘徊高齢者家族支援事業

徘徊高齢者の尊厳と自由を守りながら「日常のケア」、「見守りグッズ」、「ネットワークの活用」により安全を支える取り組みを行います。

④　ヤングケアラーを含む家族介護者支援の取り組み

介護者等（ケアラー・ヤングケアラー）が孤立感や心理的な負担を少しでも軽減しながら介護できるよう、関係機関が連携して支援していきます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
家族介護者交流会の参加者数	人	158	120	120	130	140	150
寝たきり高齢者及び認知症高齢者介護慰労金支給事業	人	48	49	49	50	51	52

基本目標４　認知症になっても自分らしく暮らせる地域づくりの推進【認知症施策推進計画】

（１）認知症施策推進計画の策定趣旨と位置づけ

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下「認知症基本法」という）第13条第１項では、市町村に対し、国の「認知症施策推進基本計画」及び県の「認知症施策推進計画」を基本として、地域の実情に即した「市町村認知症施策推進計画」を策定するよう努めることとしています。

本市では、これまで「甲斐市第10次高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画」の基本目標４「認知症になっても住みやすい地域づくりの推進」のもと、認知症に関する理解の促進や認知症の予防、早期発見・早期対応に関する取り組みを進めてきました。

このような、これまでの取り組みを継承するとともに、国の「認知症施策推進基本計画」の考え方を踏まえて、認知症の人も自分らしく暮らせる地域の実現を目指し、新たに「認知症施策推進計画」を策定します。計画の策定にあたっては、「認知症施策推進計画」を独立した計画として策定するのではなく、本計画の第４章に掲げる基本目標４を、認知症基本法第13条に基づく「市町村認知症施策推進計画」として位置づけ、高齢者保健福祉施策及び介護保険施策と一体的に推進します。

なお、計画期間は「甲斐市第11次高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」と同一の令和９年度から令和11年度までの３年間とします。

（２）認知症施策の推進に向けた基本的な視点

◆認知症の人に関する市民の理解の増進

◆認知症の人が安心して暮らせる地域づくり（生活のバリアフリー化）

◆認知症の人の社会参加の機会の確保

◆認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

◆保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備

◆相談体制の整備

◆認知症の予防等の推進

（３）認知症施策の展開

本計画の位置づけや国の基本的な視点を踏まえ、本市では認知症の人が住み慣れた地域で希望を持って暮らし続けられるよう、５つの施策により取り組みを進めます。

関連する
SDGs の目標







施策１　認知症の理解促進と共生のまちづくり

認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることを目的に、地域全体で認知症の人を支える基盤を構築していきます。認知症を正しく理解し、地域で認知症の人を支援する体制を整備するため、認知症サポーターや認知症キャラバン・メイト等を養成し、活躍の場を広げる仕組みづくりを推進します。

＜施策の方向＞

●認知症に関する各種制度や事業のほか、正しい知識の普及のために、様々な機会や動画、ＳＮＳなどの媒体を通じて情報提供を行います。

●認知症についての正しい理解に基づく本人やその家族への支援等、認知症の人とその家族を地域で支えるための地域づくりを推進していきます。

●認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、適切な保健医療サービスや福祉サービスへつなげる支援をしていきます。

①　認知症サポーター養成講座

認知症になっても、住み慣れた地域で安心してその人らしく生活していくことができる地域づくりのため、「認知症キャラバン・メイト」の協力を受け、小・中学生から高齢者までの幅広い市民を対象とし、認知症の理解者である「認知症サポーター」の養成講座を開催します。

また、ステップアップ講座やフォローアップ講座を行い、認知症に関する知識や具体的な支援方法、地域での関わり方についてより深く学ぶ機会を提供します。

②　認知症キャラバン・メイトのスキルアップ

認知症キャラバン・メイトは「認知症サポーター養成講座」を企画・開催し、講師を務めます。認知症キャラバン・メイトのスキルアップを目的に学習会などの機会を提供し、認知症になっても住みやすい地域づくりの中心となり活躍できる人材育成と環境作りを行います。

③　認知症ケアパス

認知症ケアパスは、認知症と疑われる症状が発症したときから、進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいかの流れを標準的に示した冊子です。認知症の人とその家族が、その状態に応じて適時適切な支援が受けられるよう認知症ケアパスの活用を促進するため、「手に取りやすい設置場所を増やす」、「市ホームページへの掲載」、「ＳＮＳによる情報発信」等、広く市民に周知するよう、様々な普及啓発活動に努めます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画 令和８年度 実績値	第10期計画 令和11年度 計画値
介護者が不安に感じる介護のうち、認知症状への対応と回答する人の割合	%	19.6	18.0
認知症ケアパス・認知症サポーターを知っている人の割合	%	18.0	20.0

施策２　認知症の早期診断・早期対応に向けた体制整備

認知症の予防及び早期発見、早期対応の重要性について理解促進を図るとともに、身近な場所で継続して認知症予防に関する活動ができるよう支援を行います。

また、地域での見守り体制の強化、専門職チームによる訪問等、支援の充実を図ります。

＜施策の方向＞

●認知症初期集中支援チームを中心に、対象者の早期発見、早期対応するよう努めます。

●認知症の容態に応じた適時適切な対応、地域での見守り体制づくり等、認知症の人とその家族を地域で支えるための体制づくりを推進していきます。

①　認知症地域支援ネットワーク推進会議

庁内及び地域の関係機関、医療や介護事業所、家族の会等、認知症の支援に係る関係者により、認知症の理解促進に関することや認知症施策に関する課題とその対応策等を検討し、認知症の人とその家族を支援する体制の充実を図ります。

② 認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の相談等により、認知症が疑われる人、認知症の人及びその家族を訪問し、適切な医療や介護サービス等につなげられるようアセスメント、家族支援等の早期支援を包括的・集中的に行います。引き続き、認知症初期集中支援事業の対象者の把握に努め、早期の対応が行えるよう事業の周知を図ります。

③ 認知症高齢者等見守りネットワーク

見守り協力機関との連携により見守り活動を充実させることで、地域での見守り体制を強化し、認知症高齢者等の異変や行方不明時等の早期対応に努めます。そのために、認知症サポーター養成講座等の普及を促進し、地域住民や関係機関等に対して認知症への理解を深めながら、事業の周知を図ります。

④ 若年性認知症への支援体制の充実

若年性認知症に関する正しい知識の一層の普及啓発を図るとともに、山梨県若年性認知症相談支援センター等と連携して、経済的・生活支援等も含めた若年性認知症支援に取り組みます。

施策３　認知症の人と家族への相談・支援体制の充実

認知症の人が状態の変化に応じて、適時適切な支援を受けられるよう相談機能を強化するとともに、本人や家族が抱える不安を軽減するため、同じ立場の人同士が悩みや経験を共有し、互いに支え合うピアサポートの場として、認知症カフェ等の充実を図ります。

＜施策の方向＞

① 認知症カフェ等を活用した本人ミーティング・ピアサポートの推進

認知症の人同士が同じ立場で出会い、励まし合い、経験を共有する場（本人ミーティングやピアサポートの場）として認知症カフェ等の充実・拡充を図ります。

また、認知症の方の家族同士が交流し気軽に相談できる場として、「認知症カフェしゃべり場」の周知と継続を図っていきます。

② 多様なニーズに対応した相談体制の整備

関係部署と連携し、独居高齢者、経済的困難、若年性認知症など、様々な背景を持つ人への多層的な相談支援体制を拡充します。

③　切れ目のない支援の構築

認知症の初期段階から介護サービス利用、さらには終末期まで、本人や家族が相談先に迷うことなく適切な支援にたどり着けるよう、関係機関との連携を強化します。

④　認知症サポーター活動促進事業（チームオレンジ）

認知症の方やその家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる地域づくりを推進するため、認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の方やその家族の困りごとや支援ニーズに合った生活面・経済面等の具体的な支援に繋げる仕組みを構築します。

また、認知症の方もチームの一員として参加し、役割を持ち地域の中で自分らしく活動できるよう支援していきます。

施策４　認知症の人の意思決定支援と権利擁護の推進

認知症の人の尊厳を守り、本人の意思が尊重された生活が継続できるよう、日常生活や医療・ケアの選択における「意思決定支援」を推進するとともに、成年後見制度の利用や虐待防止の体制を整えます。

＜施策の方向＞

①　意思決定支援の理解促進と実践

医療・介護・福祉の専門職に対し、「本人の希望を聴き、その意思を尊重する支援」のための研修や啓発を行い、ケアの現場での意思決定支援を推進します。

②　成年後見制度の利用促進

判断能力が不十分なために、財産侵害を受けたり、人間としての尊厳が損なわれたりすることがないよう、財産管理や身上保護に関する法律行為等を支援する仕組みである成年後見制度について、出前講座をはじめとした周知・啓発を行うとともに、制度の利用が必要と思われる高齢者や親族等に、制度の説明や利用に対する支援を行います。

あわせて、適切な相談体制の確保、申立ての支援、後見人等のサポートを行うため、関係機関と連携し制度が利用しやすい環境を整えるとともに、中核機関や協議会の機能を充実させていきます。

施策５　認知症予防・本人活躍・社会参加の推進

認知症の進行遅延を目指す「予防」の取り組みと同時に、認知症の人が「支援される側」だけではなく、一人ひとりの強みや経験を活かし、地域の中で役割を持って活躍できる機会の充実を図ります。

＜施策の方向＞

①　「新しい認知症観」に基づく予防啓発

認知症になっても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「新しい認知症観」とともに、認知症予防の考え方を認知症サポーター養成講座や認知症普及啓発イベント、広報やＳＮＳ等を通じて、広く地域住民に普及していきます。

②　本人の声による地域活性化の仕組みづくり

本人が自分の思いや希望を継続して発信し、発信した声や提案を地域の新しい企画や事業に反映させる仕組みを構築します。

また、本人発信の場の提供や地域の方とのつながりや交流の機会が持てるよう支援します。

③　認知症カフェ

認知症の人と家族の社会参加を促進するために、地域の人と気軽に集い交流したり、活動を行ったりすることができる場として、認知症カフェを実施します。

また、市内の認知症カフェの運営者間の交流・情報交換を促進し、運営の継続を支援するとともに、新規開設を検討する団体への支援を行い、認知症カフェの充実・拡大を図ります。こうした活動の場を通じて、認知症になっても認知症の人や家族が安心して地域で生活できるように、人と地域のつながりが持てるよう支援していきます。

あわせて、より多くの市民の方に認知症カフェが周知され、利用につながるよう広報やＳＮＳ等を活用した情報発信を行います。

④　認知症の予防の取り組みの推進

認知症に関する教室の開催など認知症への備えに関する知識の普及啓発を行います。

また、一般介護予防事業の取り組みと連携を図りながら、認知症予防を推進していきます。

⑤　認知症の人が社会参加する機会の確保

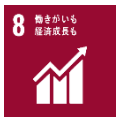
認知症になっても他者との交流や地域とのつながりを持ち続けられるよう、交流の機会の充実を図ります。

また、認知症の方が役割を持ち、地域で自分らしく暮らし続けられるよう、地域のイベントや活動等に参加しやすい環境づくりに取り組みます。

基本目標５　介護を受けながら安心して暮らすための支援体制の充実

関連する SDGs の目標







施策１　要介護者の在宅生活を支えるサービスの充実

支援を必要とする高齢者が住み慣れた地域で生活していくために、医療・介護サービスを一体的に受けられるよう関係者の連携を強化し、在宅療養を支える体制の充実を図ります。

＜施策の方向＞

①　介護用品支給事業

高齢者を在宅で介護する家族に、経済的負担の軽減を図り、要介護高齢者等の在宅生活の継続及び向上に資することを目的に、介護用品（紙おむつ等）を購入するためのクーポン券を交付します。

②　介護保険通所サービス利用者食費負担額助成事業

介護保険施設の通所サービスを利用している人の食費の自己負担分の一部を助成するとともに、事業の周知を図ります。

③　訪問理美容サービス事業

寝たきり等で理美容院に行けない人が自宅で訪問による、理美容サービスを受けるときにかかる費用の一部を助成する利用券を交付します。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
介護用品支給事業	人	453	479	490	500	510	520
介護保険通所サービス利用者食費負担額助成事業	人	13	12	15	15	15	15
訪問理美容サービス事業	人	38	41	42	43	45	47

施策２　在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、在宅医療と介護が一体的に提供される体制を構築するとともに、多職種が情報を共有し、医療と介護が必要な高齢者について、同じ視点から考えることができる関係づくりを推進します。

また、在宅医療と在宅介護について市民への普及啓発に努めるとともに、人材の確保・定着を図ります。

＜施策の方向＞

- ●保健・医療・介護・福祉の各サービスが適正かつ、円滑に提供できるよう各関係機関との連携強化を図ります。
- ●医療・介護をはじめとした多職種の連携の推進を図るため、医療・介護事業所等の関係機関と連携し、介護連携推進協議会・研修会を実施していきます。これらの取り組みを通して、地域レベルで顔の見える関係づくりを支援していきます。
- ●広域的に取り組むべき課題を解決するために、中北管内在宅医療介護広域連携会議、やまなし県央中枢都市圏分科会に参画し、近隣の市町とともに課題に取り組みます。
- ●在宅医療・介護連携推進事業の手引きに基づき、在宅医療・介護連携推進協議会等の協議の場で、在宅療養者の生活の場面において、医療と介護の連携した対応が求められる４つの場面（①日常療養支援 ②入退院支援③急変時対応 ④看取り）を意識したＰＤＣＡサイクルと地域の目指すべき姿、事業の目的や評価指標を設定し、事業を展開していきます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
医療介護関係者に対する研修会回数	回	３	３	3	3	3	3

施策３　介護人材の確保・育成・定着と介護現場の生産性向上

介護ニーズの多様化と生産年齢人口の減少に伴う人材不足に対応するため、国や山梨県と連携し、介護人材の「確保」、「育成」、「定着」を一体的に推進します。

また、介護従事者の負担軽減とサービス維持の両立を図るため、ＩＣＴ・介護ロボットの導入支援や、業務改善（生産性向上）の取り組みを強化します。

さらに、外国人材の受け入れ環境整備や、処遇改善、職場環境の魅力発信を通じて、長く安心して働き続けられる環境づくりを推進します。

＜施策の方向＞

①　介護現場の生産性向上と業務改善

国の「介護現場の生産性向上推進事業」に基づく、山梨県介護福祉総合支援センター等と連携し、業務分析や改善手法の好事例を事業所へ周知します。生産性向上に向けたワークショップや研修の活用を促し、介護従事者が直接的なケアに注力できる環境整備を支援します。

②　ロボット・ＩＣＴの導入促進と活用支援

見守りや介助負担の軽減を図るための介護ロボット、訪問介護サービスをはじめとする現場との情報共有・連携などを支援するＩＣＴの導入について、県補助金の最新の公募情報を迅速に提供し、申請手続きを支援します。

また、単なる導入に留まらず、効果的な活用に向けた研修情報等の共有も併せて行います。

③　介護現場の文書削減・ＤＸの推進

「電子申請・届出システム」の利用を促進し、指定申請や変更届等のオンライン化を推進することで、事業所の事務負担軽減を図ります。

また、国が定める標準様式の活用を徹底し、自治体間・事業所間での事務の簡素化・共通化を進めます。

④　介護人材の確保・育成・定着支援

山梨県の支援制度を周知するとともに、キャリアアップに資する各種研修（初任者研修・実務者研修・ケアマネジャー研修等）の受講勧奨や、資質向上のための費用補助制度の案内を行い、専門性の高い人材の定着を図ります。

⑤　職場環境の改善と魅力発信

「ＫＡＩの国やまなし魅力ある介護事業所認証評価制度」の取得を事業所に働きかけ、優良な取り組みの公表や職場環境の見える化を推進します。

また、介護未経験者に対する入門的研修の開催案内等を行い、介護の仕事の魅力発信と裾野の拡大を図ります。

⑥　外国人介護人材の受け入れ・定着支援

外国人技能実習制度や特定技能制度等の適切な運用に向け、国や県が実施する日本語学習支援、生活支援、文化交流等のサポート体制を周知します。受け入れ施設側に対する相談窓口やマネジメント研修等の活用を促し、多文化共生による安定的な人材確保を支援します。

基本目標６　安心・安全に暮らせる生活環境と持続可能な介護基盤の整備

関連する SDGs の目標







施策１　高齢者虐待防止と権利擁護の推進

地域包括支援センターを中核とし、国・県や関係機関（弁護士・司法書士等）と連携しながら、高齢者の人権を守る体制を強化します。虐待の早期発見に向けたネットワークの構築と、成年後見制度の利用支援を通じ、誰もが安心して暮らせる権利擁護体制の充実を図ります。

＜施策の方向＞

①　虐待防止体制の強化

養介護施設従事者等及び養護者による虐待の未然防止・早期発見のため、地域包括支援センターによる相談体制を強化します。国・県が実施する研修等を活用し、施設職員の資質向上と虐待防止の徹底を図ります。

②　成年後見制度の利用促進【再掲】

判断能力が不十分な高齢者が安心して生活できるよう、成年後見制度の普及啓発を行います。「成年後見制度利用支援事業」により、市長による後見申し立てや、後見人への報酬助成を行い、制度利用を支援します。

施策２　高齢者の住まいの安定的な確保と生活環境整備

親しい友人や知人に囲まれながら可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活を続けていくために、高齢者の居住に適した住宅の整備を促進するとともに、加齢による身体状況の変化に対応できる住まいの確保に努めます。

また、住まいの改修等による安全・安心な生活環境の整備の推進に加え、高齢者向け住まいの状況把握や利用に向けた支援を通じて、高齢者が安心して暮らせる居住環境づくりを進めます。

＜施策の方向＞

●高齢者等が在宅で安全・安心に住み続けられるよう、住まいの改修等、質の高い生活を送るための環境整備を推進します。

●高齢化や要介護認定者数の増加に伴い、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の、在宅介護に代わるサービスとしての重要性が増しています。介護施設等の適正な整備・配置と合わせ、これらの施設の状況把握と介護施設への移行手続きの支援に努めます。
●公営住宅の整備の際には、高齢者が住みやすくなるよう配慮します。
●介護サービスの質の向上を図るため、介護相談員派遣事業を実施します。

①　住宅改修支援事業

介護保険制度に基づく住宅改修費支給事業の適切な運用を図るとともに、ケアマネジャー等と連携し、身体状況の変化に応じた安全な住環境整備への助言・支援を継続します。

②　老人保護措置事業

65歳以上の人で、環境上の理由及び経済的理由により、日常生活を営むことに支障がある高齢者を養護老人ホームに入所措置します。入所措置に当たっては、入所判定会が当該事案の詳細を検討の上、判定に基づいて入所が決定されます。今後、入所基準等の見直しも必要と考えられます。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
老人保護措置事業	人	8	9	8	8	8	8

③　介護相談員派遣事業

介護サービスが提供される施設やサービス事業所等を訪問し、介護サービス利用者の相談等に応じ、利用者が安心して介護サービスを受けられる体制をつくるとともに、介護サービスの質の向上を図ります。

＜数値目標＞

区分	単位	第９期計画			第10期計画		
		実績値		見込値	計画値		
		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
介護相談員による介護事業所訪問回数	回	4	2	4	4	4	4

④　有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の機能強化

●高齢者住まいが介護サービスの重要な受け皿となっている現状を踏まえ、単なる入居定員総数の把握にとどまらず、入居者の要介護度、医療的ケアの必要性、看取りの実績等の実態把握を継続的に行います。これらのデータを分析し、将来の要介護者等の推移に即した、過不足のない適切な介護サービス基盤の整備量を見極めます。

●高齢者住まいにおいて、重度者や看取りへの対応が適切に行われるよう、特定施設入居者生活介護への移行支援に加え、外部サービス利用型も含めた協力医療機関との連携強化を推進します。

高齢者向け住宅の整備状況

種別	施設数	定員数	併設する介護サービス事業所の有無
有料老人ホーム	5施設	87人	有：3 無：2
サービス付き 高齢者向け住宅	10施設	181戸	有：5 無：5

⑤　その他高齢者向け住まいの利用状況の把握

軽費老人ホーム（ケアハウス）等の利用状況を継続的に把握し、低所得者層を含む高齢者の居住の選択肢を確保します。

本計画期間においては、高齢化を考慮して現状維持の入所を見込みます。

その他高齢者向け住まいの整備状況

区分	施設数	定員数
軽費老人ホームＡ型	1 施設	50人
ケアハウス	1 施設	50人

⑥　加齢対応住宅構造の公営住宅、住宅確保要配慮者円滑入所賃貸住宅の整備

●甲斐市市営住宅は、「長寿命化計画」（令和６年度～令和15年度）を策定し、計画内容に基づいて加齢対応住宅構造等の改修工事（バリアフリー等）を行っていきます。高齢者を含めすべての入居者が住みよい住宅にすべく、計画的に事業を進めていきます。

●山梨県では「山梨県住宅確保要配慮者賃貸住宅供給促進計画」（令和３年度～令和12年度）を策定しています。高齢者を含め、低所得者、子育て世帯等（住宅確保要配慮者）を対象に、公営住宅のみならず、その他の公的賃貸住宅供給主体とも連携し、公平かつ的確に供給します。
また、民間賃貸住宅事業者に対しセーフティーネット住宅への登録を促し、供給の促進を図ります。

施策３　安心して暮らせる地域づくりの推進

防犯体制や消費者保護については、高齢者を対象とした振り込め詐欺や悪質商法等の犯罪等の注意喚起や相談活動等を引き続き実施します。

また、交通安全に対する意識を高めるべく、様々な世代に対して啓発活動の充実を図るとともに、ユニバーサルデザインの考えを取り入れ、高齢者だけではなく、誰もが住みやすい環境の整備に努めます。

＜施策の方向＞

●専門員による消費者教育や相談対応により、高齢者の消費者被害や詐欺被害を防止します。
●消費者トラブルへの対処法を、実例などを通じて学ぶ、消費者出前講座を開催します。
●交通安全意識の向上のため、啓発活動を行います。
●ガードレールやカーブミラー等の交通安全設備を、交通事故の危険性が高いところから優先的に設置及び修繕を行います。
●ユニバーサルデザインの考えに基づき、段差の解消など誰もが利用しやすい道路に整備することで、外出しやすい環境づくりに寄与します。

施策４　災害・感染症対策に係る体制整備

地震などの自然災害や火災が発生した場合には、高齢者や障がいのある人等の災害時要配慮者が大きな被害を受けやすいことから、支援機関、支援団体、地域の自主防災組織等と連携を図り、一体となった支援に努めます。

また、高齢者は、感染症に対する抵抗力も低いことから、正しい知識の普及に努めて早期発見・早期治療を行うほか、まん延防止を図るため、様々な媒体を活用して予防の啓発を行うなど、感染症予防対策の充実を図ります。

＜施策の方向＞

①　災害に対する備え

●定期的に防災訓練を開催し、要配慮者の安否確認を行います。

●避難行動要支援者名簿を作成し、地域での見守り活動や避難訓練等に活用できるよう、平常時の情報提供に同意した人の名簿を避難支援等関係者へ提供します。

●自主防災組織の設立を促すとともに、関係機関等と協力し避難行動要支援者の個別避難計画の作成に努めます。

●介護サービス事業所との連携を深め、事業所で策定している具体的な防災計画を定期的に確認します。

●医療・保健・福祉と防災担当間で分野横断的に被災者支援に関する情報を収集し、共有するための連携を進めます。

②　感染症に対する備え

●県や保健所、地域の協力医療機関等と連携し、施設内で感染者が発生した場合の即応体制（専門家派遣や検査体制の共有）を、協議会等を通じて平時から強化します。

●国・県の補助金や研修制度を活用し、最新のガイドラインに基づく「感染症対策ＢＣＰ」の検証・改訂を支援します。

●有事の際に迅速な情報収集と市民・事業所への正確な情報提供が行える体制を整備します。