R8.10.5

資料 4

浜田市
高齢者福祉計画素案

（令和９年度～令和11年度）

～住みなれたまちで、健康でいきいきと安心して暮らし続ける～

令和８年10月

浜田市

浜田市高齢者憲章

平成 20 年3月 21 日制定

わたくしたちは、浜田市民であることを誇りとし、美しい自然に恵まれたこのまちで、自立の心をもち、主体的な役割を担い、いきいきと暮らしていくことをめざして、この憲章を定めます。

一　生涯を通じて、心身の健康づくりにつとめます。

一　みずからの知識と経験を活かし、すすんで社会活動に参加します。

一　ふるさとの伝統文化を守り伝えるまちづくりをすすめます。

一　互いに支えあい、人情あふれる地域づくりをすすめます。

一　生きがいをもち、心豊かな人生をはぐくみます。

目　次

第１章　　計画策定にあたって 1
１　計画の趣旨 1
２　計画の位置づけ 2
１　法的根拠 2
２　関連計画との関係 2
３　計画の期間 3
４　計画策定の体制 3

第２章　　地域の高齢者に関する現状 4
１　高齢者の現状と推移 4
１　人口推移 4
２　人口構成 5
３　地域別の高齢者の状況 6
４　高齢者の健康状態 9
５　要介護等認定者の推移と将来推計 10
２　アンケート調査結果（抜粋） 11
１　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果（抜粋） 11

第３章　　計画の基本構想 13
１　計画の基本理念 13
２　計画の基本目標 13
３　施策体系 15

第４章　　具体的な取組 16
１　地域共生社会と地域包括ケアの実現 16
１-１　地域包括支援センターの機能強化 16
１-２　重層的支援体制整備事業の推進 17
１-３　地域包括ケア体制の強化 19
１-４　生活支援の充実 21
１-５　高齢者の能力が発揮できる就業の場の確保 41
２　地域活動と連携した介護予防事業の推進 25
２-１　健康長寿社会の実現 25
２-２　介護予防の推進 26
２-３　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業**エラー! ブックマークが定義されていません。**
２-４　生きがいづくりと社会参加活動の推進**エラー! ブックマークが定義されていません。**

３　認知症支援施策の充実 30
３-１　認知症に対する正しい理解の普及 30
３-２　認知症になっても暮らしやすい地域づくり 31
３-３　認知症高齢者等の支援体制の充実 32
４　在宅医療と介護の提供体制の充実 34
４-１　在宅医療と介護の連携 34
４-２　持続可能な介護の提供体制の確保 36
４-３　家族介護者の支援 38
第５章　　計画推進のための体制整備 42
１　計画の推進体制 42
２　果たすべき役割 42
１　行政の連携強化 42
２　関係機関との連携 42
資料編 43
１　策定経過 43
２　浜田市保健医療福祉協議会規則 44
３　浜田市保健医療福祉協議会委員名簿 46
４　高齢者福祉専門部会委員名簿 47

第1章 計画策定にあたって

1 計画の趣旨

我が国では、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、平成12年（2000年）に介護保険制度が創設され、介護サービスの充実が図られてきました。その後も高齢化が進行する中、人口構造や社会環境の変化に伴い、高齢者の生活を取り巻く課題やニーズは多様化しています。

本市においても高齢化が進行しており、今後は、令和22年（2040年）を見据え、介護ニーズの高い85歳以上の高齢者の増加をはじめ、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加、認知症の人の増加など、高齢者を取り巻く環境の変化への対応が求められています。

こうした中、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けるためには、健康づくりや介護予防に取り組み、心身の状態を維持・改善するとともに、必要な生活支援を受けながら、地域とのつながりを持ち、社会参加や生きがいづくりにつなげていくことが重要です。また、生産年齢人口の減少が進む中、高齢者を地域全体で支えるため、地域住民や関係団体、関係機関等の多様な主体が連携し、支え合う地域づくりを進めることが必要となっています。

このような状況を踏まえ、本市における高齢者施策を総合的かつ計画的に推進するため、浜田地区広域行政組合が策定する介護保険事業計画との整合を図りながら、本市が取り組むべき高齢者福祉施策を明らかにし、「浜田市高齢者福祉計画」（以下「本計画」という。）を策定します。

本計画では、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図り、高齢者の自立支援、介護予防、健康づくり、生活支援及び社会参加等の取組を推進するとともに、地域の多様な主体との連携を進めます。これらの取組を通じて、高齢者が住み慣れた地域で、健康でいきいきと安心して暮らし続けることができる地域社会の実現を目指します。

2 計画の位置づけ

1 法的根拠

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」として策定するものです。

策定に当たっては、浜田地区広域行政組合が策定する「介護保険事業計画」との整合を図るとともに、相互に連携しながら、高齢者福祉施策を総合的かつ計画的に推進します。

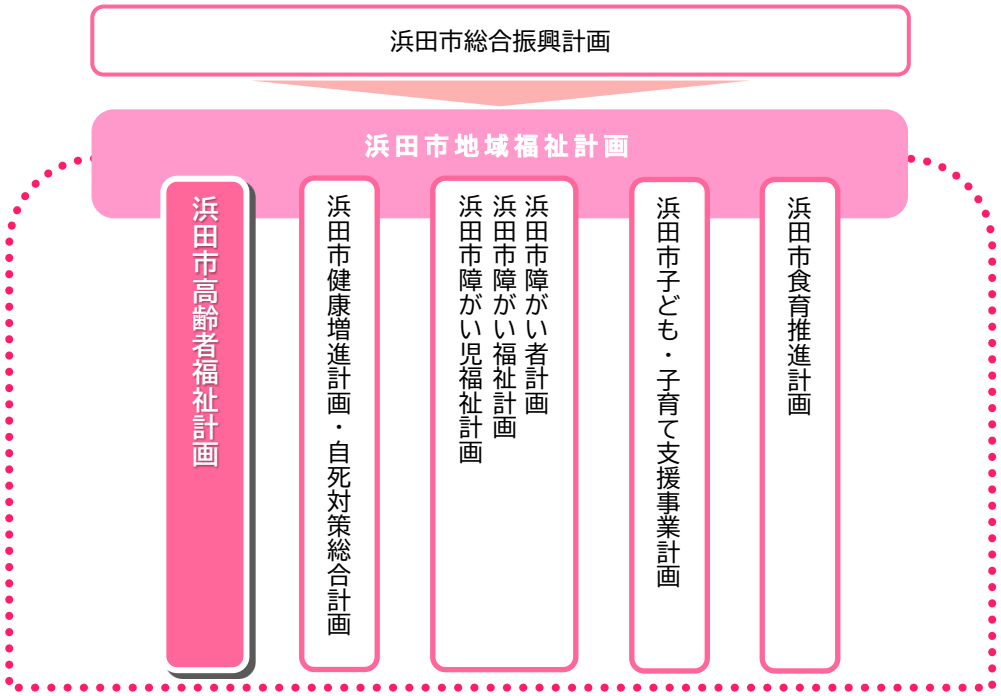
2 関連計画との関係

本計画は、「浜田市総合振興計画」を最上位計画とし、地域福祉の推進に関する基本的な方向性を定める「浜田市地域福祉計画」を上位計画として、その方向性を踏まえながら、高齢者福祉施策を推進するための基本となる計画です。

また、「浜田市健康増進計画」等の関連計画との整合を図るとともに、浜田地区広域行政組合が策定する「介護保険事業計画」と連携し、高齢者の生活を支えるための施策を総合的に推進します。

さらに、平成20年（2008年）3月21日に制定された「浜田市高齢者憲章」に掲げる、生涯を通じた心身の健康づくり、知識や経験を生かした社会参加、地域の伝統文化を守り伝えるまちづくり、互いに支え合う地域づくり、生きがいを持ち心豊かに暮らすという理念を踏まえ、本市における高齢者福祉施策の推進を図ります。

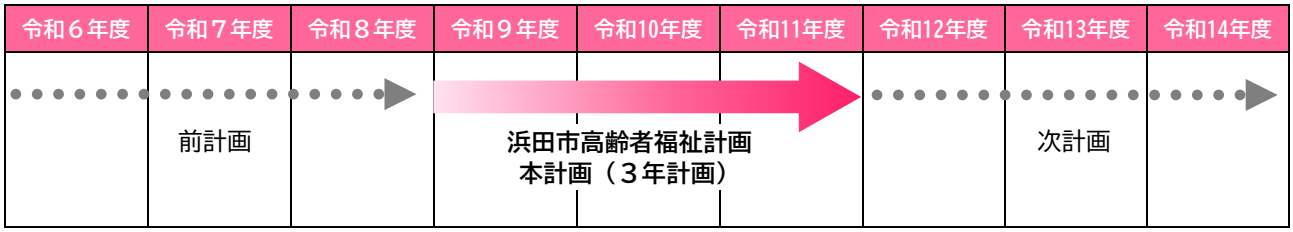
■各計画の相関イメージについて



3 計画の期間

本計画の計画期間は、令和９年度から令和11年度までの３か年とします。

【計画の期間】



4 計画策定の体制

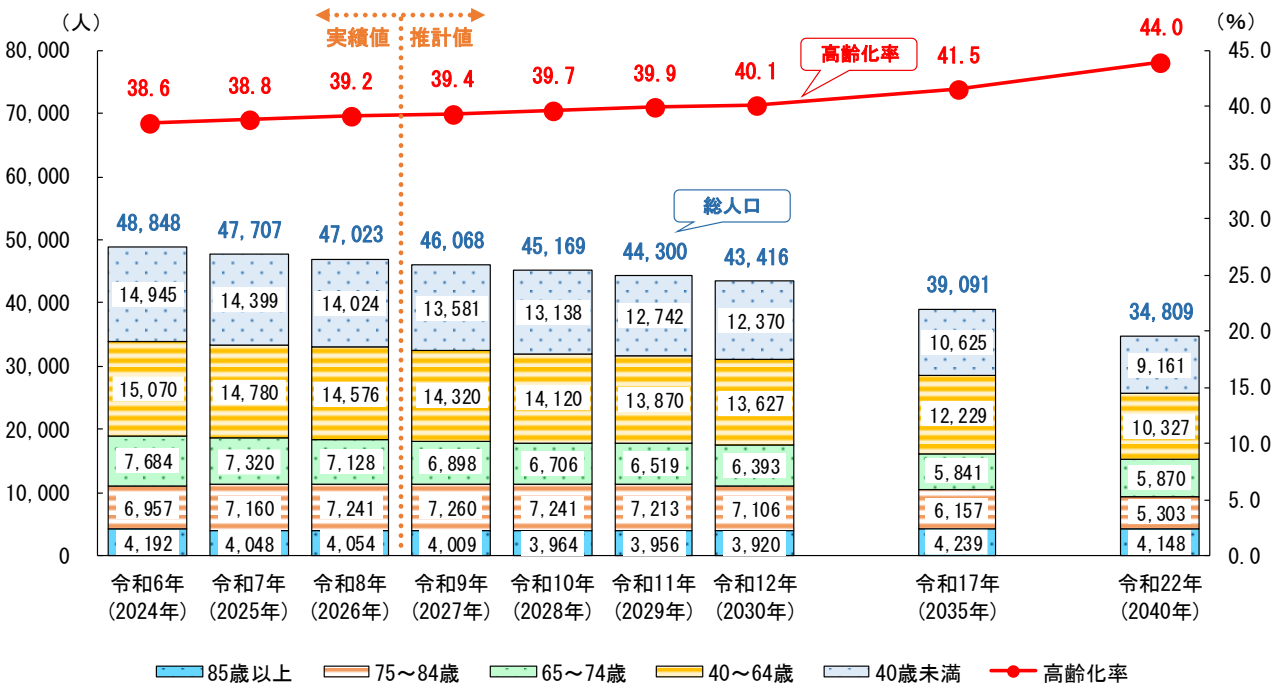
本計画の策定に当たっては、地域の福祉・医療等の各分野を代表する関係者の方々で構成される「浜田市保健医療福祉協議会・浜田市高齢者専門部会」をはじめ、広く住民から目指すべき高齢社会への対応についての意見をいただきながら、高齢者に関する問題や課題、対策、今後における方向などを中心に協議を行いました。 また、浜田地区広域行政組合にて実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、介護事業者調査等の結果や寄せられた幅広い意見や高齢者の実態なども参考に、検討・協議を行いました。

第2章 地域の高齢者に関する現状

1 高齢者の現状と推移

1 人口推移

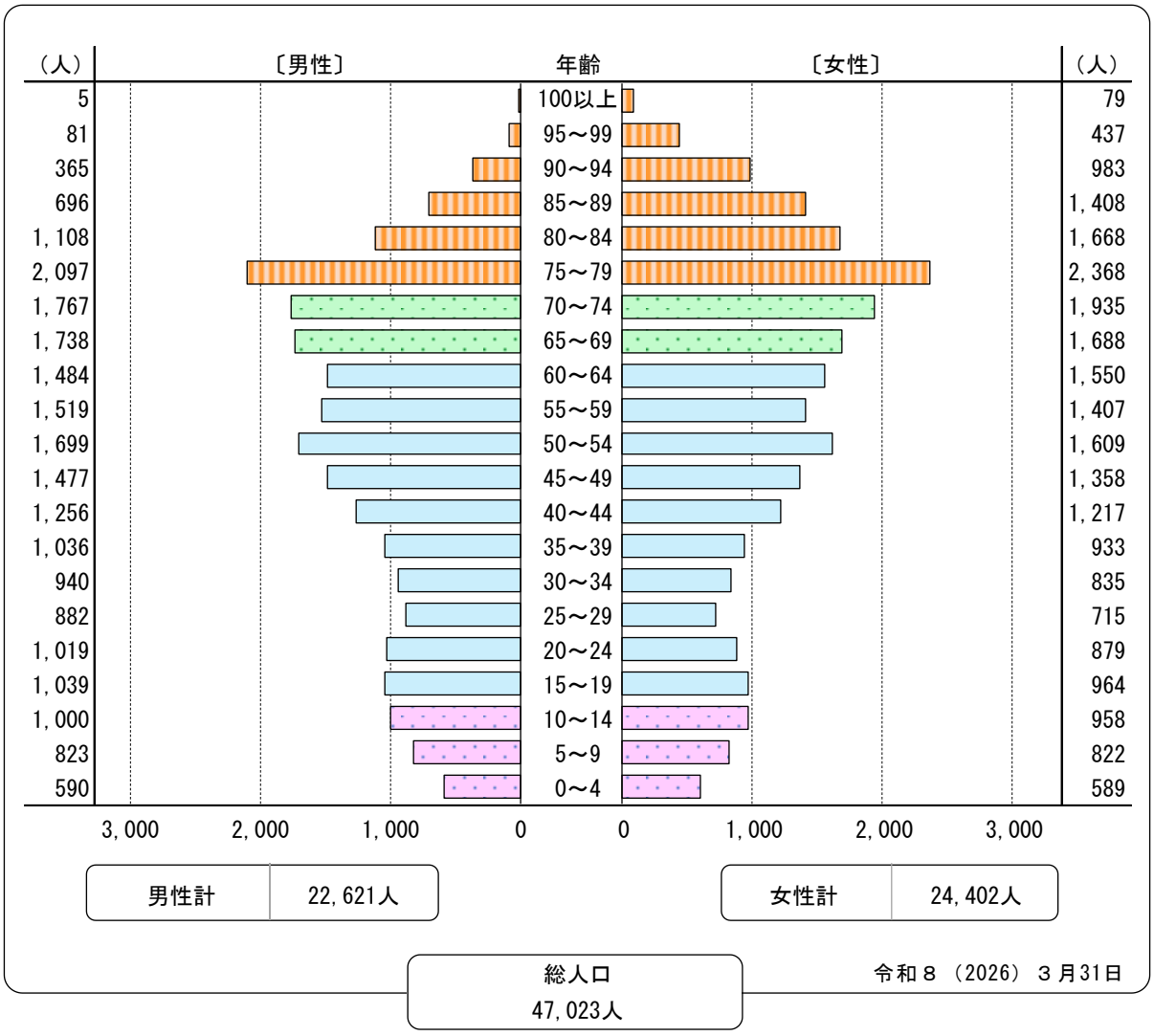
総人口は、令和6年（2024年）の48,848人から減少が続き、令和22年（2040年）には34,809人となると推計されます。高齢化率は上昇を続け、令和22年には44.0%に達すると予測されています。



資料：住民基本台帳（令和6（2024）年及び令和7（2025）年は9月30日、令和8（2026）年は3月31日）を基に作成
令和9（2027）年から令和22（2040）年までは、コーホート変化率法により推計

2 人口構成

令和8（2026）年3月31日現在、本市の総人口は47,023人で、男性22,621人、女性24,402人となっています。65歳以上人口は18,423人で、総人口の39.2%を占めています。男女合計では75～79歳の人口が最も多く、70歳以上の各年齢階級において、女性の人口が男性を上回っています。



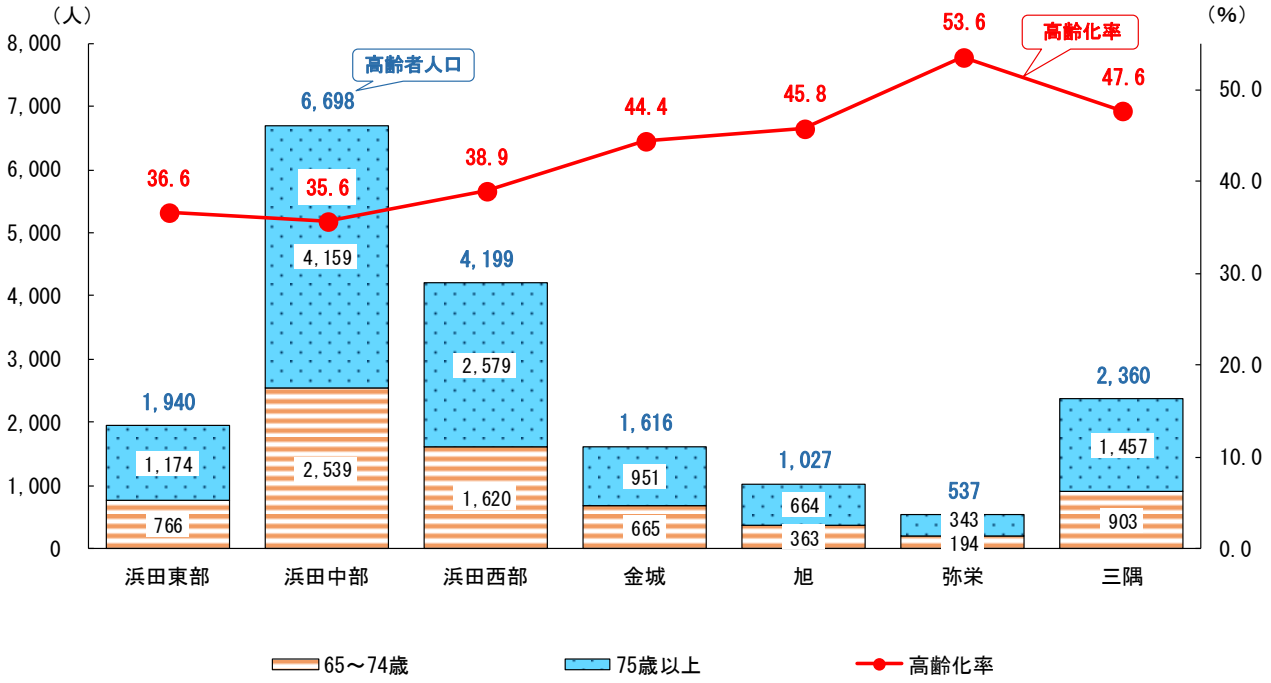
資料：住民基本台帳（令和8（2026）年3月31日）

3 地域別の高齢者の状況

令和8年7月31日現在、地域別の高齢者人口は浜田中部が6,698人で最も多く、次いで浜田西部が4,199人、三隅が2,360人となっています。

高齢化率は弥栄が53.6%で最も高く、次いで三隅47.6%、旭45.8%、金城44.4%となっています。

75歳以上人口は、浜田中部が4,159人で最も多く、各地域において65～74歳人口を上回っています。

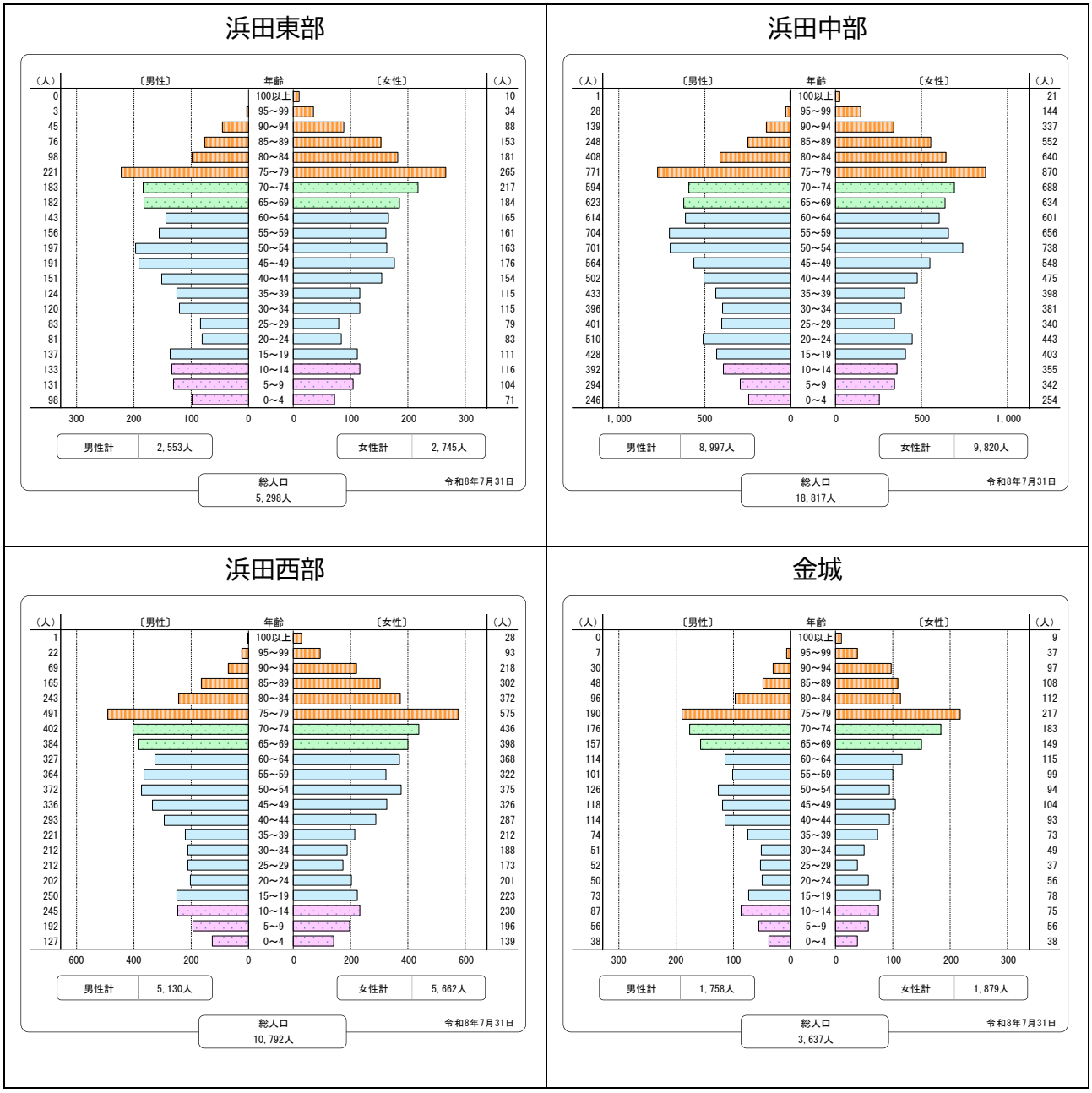


※地域区分は、浜田東部：国府地区、浜田中部：石見地区・浜田地区、浜田西部：長浜地区・周布地区・美川地区、金城：金城町、旭：旭町、弥栄：弥栄町、三隅：三隅町を示します。

資料：住民基本台帳（令和8年7月31日）

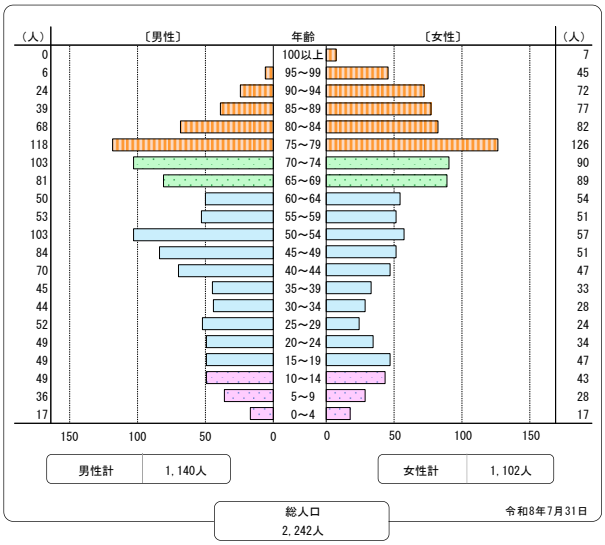
■各地域の人口構成

　各地域とも、75～79歳を中心とする高齢者層の人口が多く、年齢が高くなるにつれて女性人口が男性人口を上回る構成となっています。また、高齢者層が厚く、若年層になるほど人口が少なくなる人口構造がみられます。

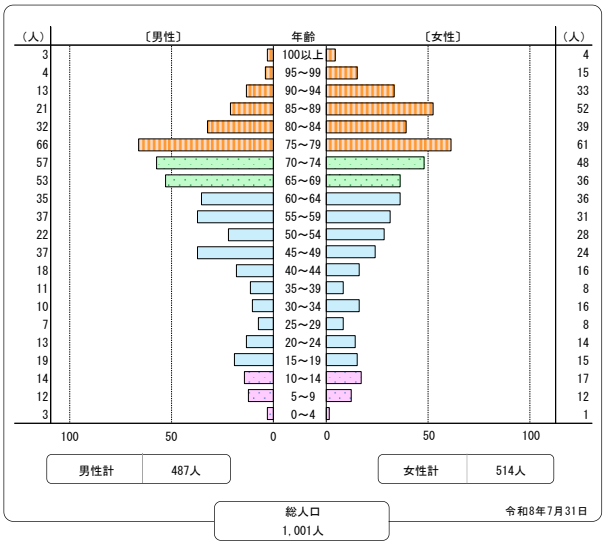


資料：住民基本台帳人口（令和8年7月31日）

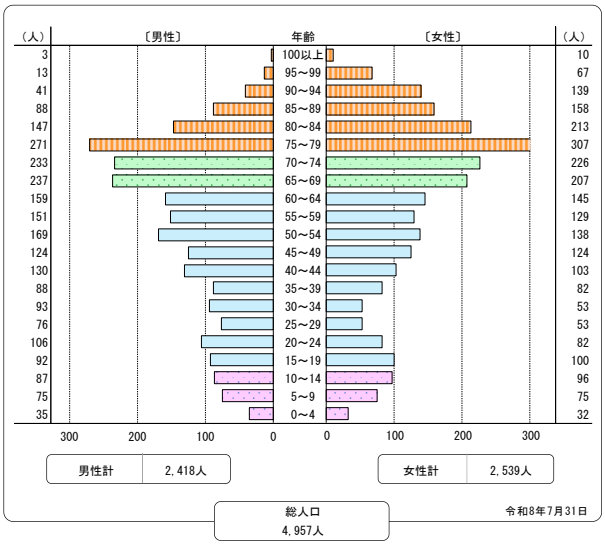
旭



弥栄



三隅





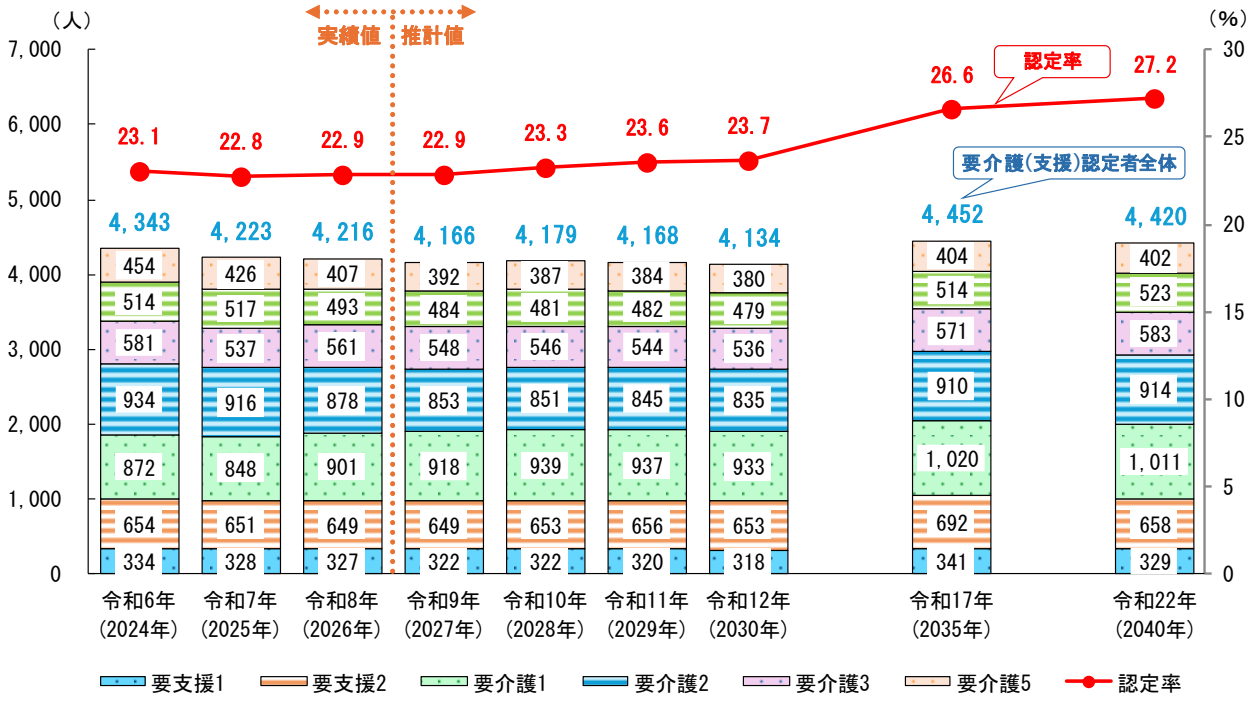
資料：住民基本台帳人口（令和8年7月31日）

4 高齢者の健康状態

グラフ掲載予定

5 要介護等認定者の推移と将来推計

令和8年の要介護等認定者数は4,216人、認定率は22.9%となっています。将来推計では、要介護等認定者数は令和17年（2035年）に4,452人まで増加した後、令和22年（2040年）には4,420人となる見込みです。一方、認定率は令和22年（2040年）に27.2%まで上昇する見込みとなっています。



資料：見える化システムによる推計

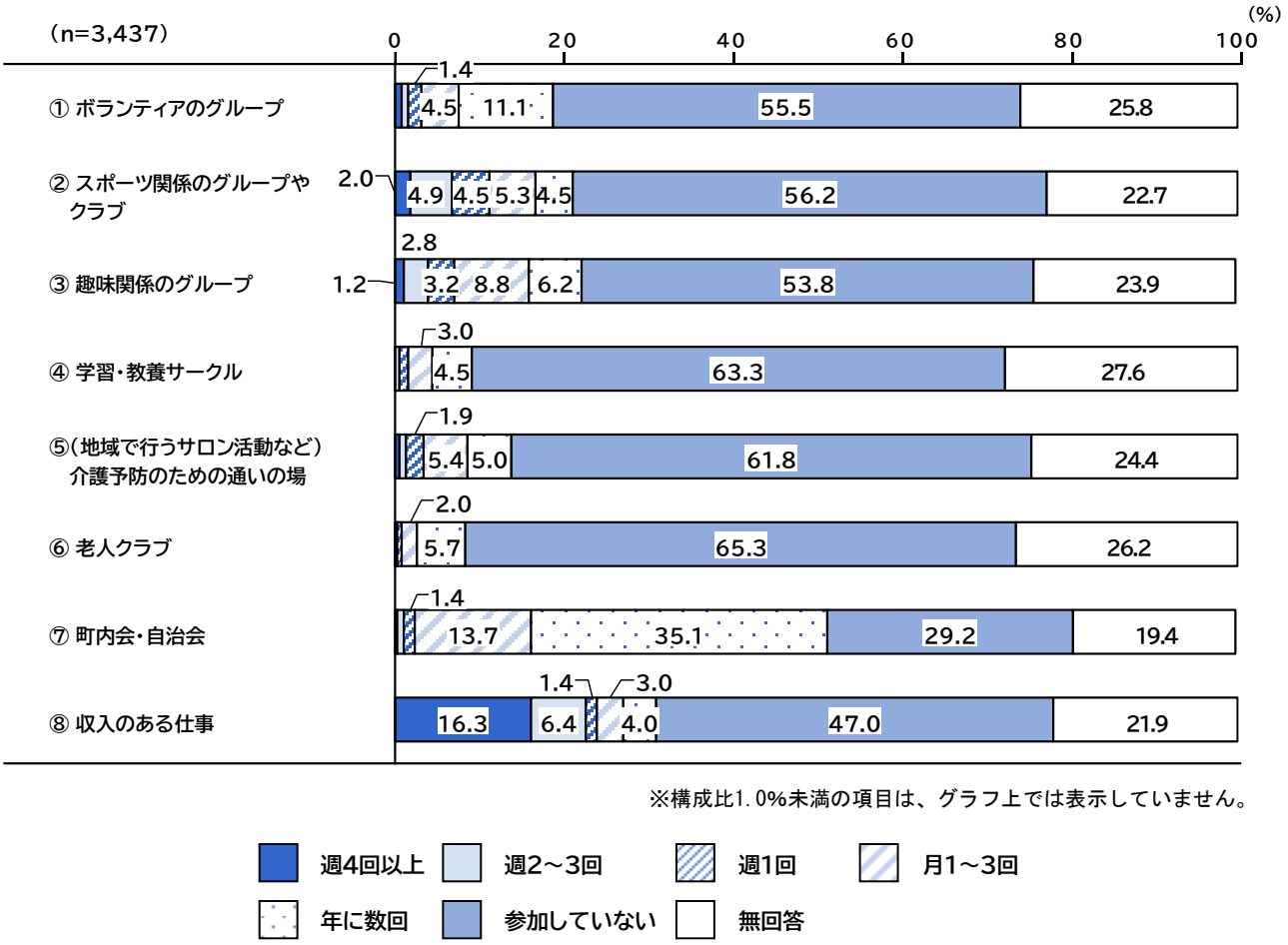
2 アンケート調査結果（抜粋）

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果（抜粋）

（1）地域活動への参加状況

会・グループ等への参加頻度について、活動別でみると、⑦町内会・自治体を除く全ての活動で「参加していない」の割合が最も高くなっています。⑧収入のある仕事でみると、「週4回以上」が16.3%、「週2～3回」が6.4%となっており、これらを合わせた「週2回以上」の割合は22.7%となっています。

【会･グループ等への参加頻度】

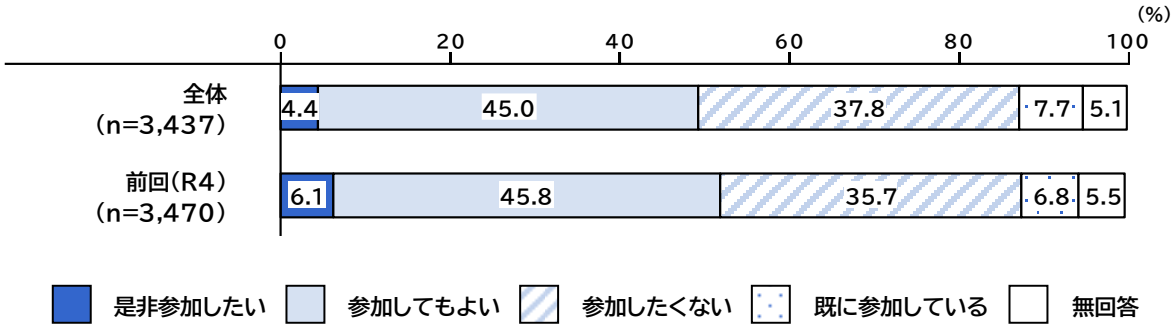


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

（２）地域づくり活動への参加意向

全体でみると、「参加してもよい」が45.0%と最も高く、次いで「参加したくない」（37.8%）、「既に参加している」（7.7%）となっています。「是非参加したい」と「参加してもよい」を『参加意向のある方』とすると、『参加意向のある方』の割合は全体で49.4%となっています。

【地域づくり活動に対する参加者としての参加意向】

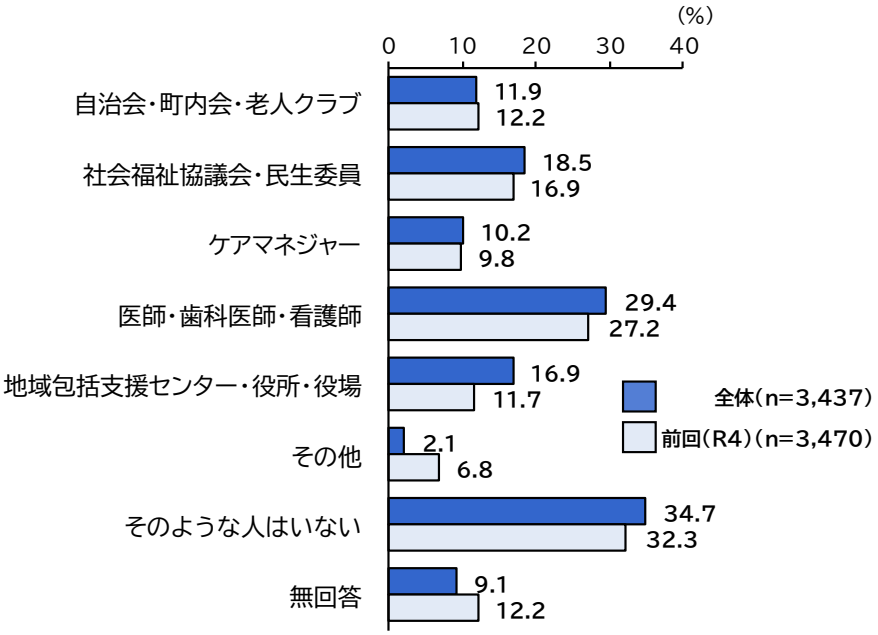


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

（３）家族や友人・知人以外の相談相手

何かあったときの相談相手について、全体でみると、「そのような人はいない」が34.7%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」（29.4%）、「社会福祉協議会・民生委員」（18.5%）となっています。

【何かあったときの相談相手】



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

第3章 計画の基本構想

1 計画の基本理念

高齢化の進行や社会環境の変化に伴い、高齢者を取り巻く課題やニーズは多様化しています。高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けていくためには、健康づくりや介護予防をはじめ、住まい、医療、介護、生活支援等が一体となった包括的な支援体制の充実が必要です。

このため、国、島根県及び浜田市が連携して高齢者施策を推進するとともに、行政、市民、地域団体、関係機関等がそれぞれの役割を担い、相互に連携・協力しながら、高齢者を地域全体で支え合う地域づくりを進めます。

本計画では、前計画の基本理念を継承し、高齢者が健康で生きがいを持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまちを目指し、次の基本理念を掲げます。

基本理念

～住みなれたまちで、健康でいきいきと安心して暮らし続ける～

2 計画の基本目標

計画の基本理念を実現するために、以下のような４つの基本目標を定め、様々な施策を展開していきます。

（１）地域共生社会と地域循環型包括ケアの実現

高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けられるよう、地域包括支援センターを中心とした相談支援体制を充実します。高齢者本人や家族が抱える課題は複雑化・複合化していることから、重層的支援体制整備事業を推進し、関係機関が分野を超えて連携しながら、相談から支援まで切れ目なくつなぐ体制を整えます。

また、地域ケア会議や生活支援体制整備事業等を通じて、地域の課題やニーズを把握し、住民や地域団体、医療・介護・福祉関係機関等と連携した支え合いの地域づくりを進めます。さらに、家族介護者への支援や権利擁護、成年後見制度の利用促進等に取り組み、誰もが安心して暮らせる地域共生社会の実現を目指します。

（２）地域活動と連携した介護予防事業の推進

高齢者が健康を維持し、できる限り自立した生活を続けられるよう、健康寿命の延伸に向けた取組を進めます。生活習慣病の予防や重症化予防、フレイル予防等に取り組むとともに、高齢者が自主的かつ積極的に健康づくりに取り組めるよう、地域での活動や通いの場を支援します。

また、生活機能の低下がみられる高齢者に対しては、短期集中型サービスを開始し、専門職等による短期間・集中的な支援を通じて、自立した生活の継続を支援します。百歳体操等の住民主体の活動や介護予防教室、フレイル予防講座等の充実を図るとともに、地域のサロンや自主運動グループ、リハビリテーション専門職等と連携し、身近な地域で継続的に介護予防に取り組める環境を整えます。

（３）認知症支援施策の充実

認知症の人やその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症に対する正しい理解の普及啓発を進めます。認知症サポーター養成講座や地域での学習会等を通じて、認知症を身近なものとして理解し、本人の意思や人格を尊重しながら地域で支え合う意識を広げます。

また、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター等が連携し、早期の相談や支援につながる体制を整えます。認知症ケアパスの運用により、認知症の進行に応じて医療・介護サービスを受けられる体制の整備を進めるとともに、チームオレンジや認知症カフェ等の活動を通じて、本人や家族の交流、地域での見守りを促進します。

（４）在宅医療と介護の提供体制の充実

高齢者が住み慣れた地域で、本人の希望や心身の状態に応じた療養生活を送ることができるよう、在宅医療と介護の連携を推進します。医療・介護関係者が必要な情報を共有し、在宅療養から入退院、看取りまで切れ目のない支援を行えるよう、関係機関の連携体制を整えます。

また、医療連携推進コーディネーターの配置や関係機関機能情報一覧の活用を通じて、在宅医療・介護に関する情報提供を進めます。あわせて、介護人材の確保・定着や介護サービスの質の向上、家族介護者への支援にも取り組み、必要な介護サービスを安定的に提供できる体制の充実を図ります。

3 施策体系

基本理念	基本目標	具体的な取組
住みなれたまちで、健康でいきいきと安心して暮らし続ける	1 地域共生社会と地域循環型包括ケアの実現	1－1 地域包括支援センターの機能強化 1－2 重層的支援体制整備事業の推進 1－3 地域包括ケア体制の強化 1－4 生活支援の充実
	2 地域活動と連携した介護予防事業の推進	2－1 健康長寿社会の実現 2－2 介護予防の推進
	3 認知症支援施策の充実	3－1 認知症に対する正しい理解の普及 3－2 認知症になっても暮らしやすい地域づくり 3－3 認知症高齢者等の支援体制の充実
	4 在宅医療と介護の提供体制の充実	4－1 在宅医療と介護の連携 4－2 持続可能な介護の提供体制の確保 4－3 家族介護者の支援
	5 生涯現役として生き生きと活躍し共に支え合う社会の構築	5－1 生きがいづくりと社会参加の推進 5－2 高齢者の能力が発揮できる就業の確保

第4章 具体的な取組

1 地域共生社会と地域包括ケアの実現

1-1 地域包括支援センターの機能強化

【現状・課題】

高齢者人口の増加や世帯構成の変化に伴い、高齢者本人や家族が抱える生活上の課題は多様化しています。高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、身近な相談窓口として、保健・医療・福祉等の関係機関と連携した支援を行う地域包括支援センターの役割が重要となっています。

令和4年4月から、地域包括支援センター（名称：高齢者相談支援センター）の運営業務を社会福祉法人浜田市社会福祉協議会に委託し、総合相談体制の拡充を図っています。これにより、地域や関係機関が相談しやすい環境づくりにつながっています。

【今後の方向性】

〇地域包括支援センターを身近な相談窓口として、関係機関との連携を強化し、高齢者本人や家族の多様な相談に対応できる総合相談体制の充実を図ります。

【具体的な取組】

① 地域包括支援センターの機能強化

〇地域包括支援センターの委託運営を継続し、市と受託者の連携による総合相談体制を整備します。

〇市と地域包括支援センターの定例会等を通じて、業務や体制について協議します。

1-2　重層的支援体制整備事業の推進

【現状・課題】

地域包括支援センターを外部委託により運営し、市と受託者が連携しながら総合相談体制を整備しています。相談窓口をフローチャートで示すなど、関係機関や住民にとって分かりやすい相談体制づくりに取り組んでいます。

令和8年度からは、重層的支援体制整備事業の開始に伴い、重層的・複合的な相談に対応する窓口を整備しました。また、地域包括支援センターを包括的な支援体制の中に位置づけ、関係機関との情報共有や役割分担を行っています。

権利擁護については、市に専門職を配置し、関係機関と連携して通報や相談に対応しています。成年後見制度については、市民後見人の養成や制度の普及啓発に取り組むとともに、令和8年度から成年後見制度中核機関を設置しています。

【今後の方向性】

〇福祉総合相談窓口の周知と関係機関の連携を進め、相談から支援まで円滑につなげます。

〇成年後見制度中核機関を中心に、権利擁護支援体制を強化します。

【具体的な取組】

（１）重層的支援体制整備事業

〇相談者の属性や課題の分野を問わず相談を受け止め、複雑化・複合化した課題について、関係機関が連携して支援できる体制を整えます。従来の相談窓口から重層的支援につなぐ流れを明確にし、関係機関の役割分担や情報共有を進めることで、相談から支援までを円滑につなげます。

〇必要な支援につながりにくい人へのアウトリーチや参加支援等を進めるとともに、地域づくりと連動させ、本人や世帯の状況に応じた継続的な支援を行います。個別の相談から見えてきた地域課題についても、地域の関係者と共有し、地域づくりや支え合いの取組につなげます。

〇相談の中で権利擁護や虐待防止等の専門的な支援が必要な場合には、関係機関と連携し、本人の状況に応じた適切な支援につなげます。

（２）権利擁護の推進

①　高齢者虐待防止の推進

高齢者自身からの届出や住民等からの通報、民生児童委員、介護支援専門員や施設相談員等からの相談に対して継続的な支援を行っています。研修会やケア会議等を通じて虐待を未然に防ぐための取組を推進しています。

〇高齢者虐待の防止に向け、市民や関係機関への普及啓発を進めるとともに、虐待が疑われる事例を早期に把握し、適切な支援につなげる体制を充実させます。

〇虐待が発生した場合には、高齢者の安全確保を最優先とし、関係機関と連携して適切に対応するとともに、介護者等の負担や生活上の課題にも目を向け、虐待の再発防止につなげます。

② 権利擁護人材育成事業

浜田市社会福祉協議会に業務を委託し、市民後見人を養成するための研修会や、研修修了者を対象としたフォローアップ研修会、成年後見制度の普及啓発と理解促進を図るための講演会を開催しています。市民後見人養成研修の修了者は、社会福祉協議会の法人後見支援員として活動しています。

〇判断能力の低下等により日常生活や財産管理に不安を抱える高齢者が、地域で安心して生活できるよう、権利擁護に関する相談支援や制度の周知を進めます。

〇相談内容が複合化・重層化している場合にも適切に対応できるよう、相談窓口の体制を整備するとともに、関係する福祉制度や支援に関する専門的な知識を有する職員の配置・確保を進め、必要な支援につなげます。本人の意思や生活状況を踏まえ、高齢者相談支援センター、福祉関係機関等と連携しながら、日常生活自立支援事業等を含む適切な権利擁護支援につなげます。

③ 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度の利用にあたり、本人の財産から後見人等への報酬を支払うことが困難な場合に、後見人等の報酬に係る費用を助成しています。

〇成年後見制度について、高齢者本人や家族、関係機関等への普及啓発を進め、必要な人が適切に制度を利用できるよう相談・支援体制の充実を図ります。

〇浜田市社会福祉協議会等と連携し、市民後見人の養成や活動を支援するとともに、市民後見人講演会やフォローアップ研修、養成講座等を通じて、市民後見人として継続的に活動できる環境を整えます。

1-3 地域包括ケア体制の強化

【現状・課題】

地域ケア会議等を通じて、地域の高齢者等に関する課題を関係者間で共有するとともに、地域包括支援センターと市の定例会等において、センターの業務や体制について協議しています。また、地域包括支援センターを、重層的支援体制整備事業における包括的な支援体制の中に位置づけています。

在宅医療・介護連携では、多職種連携による勉強会やACP※1に関する講演会を開催しています。また、浜田市版エンディングノート「わたしの思いをつなぐノート」を作成・発行し、ACPの普及啓発に取り組んでいます。医療連携推進コーディネーターの配置や関係機関機能情報一覧の作成により、医療と介護を一体的に提供するための体制整備も進めています。

今後は、地域包括支援センターとの協議を具体的な体制の充実につなげるとともに、ACPに関する市民の理解をさらに広げていくことが重要です。

【今後の方向性】

〇多職種と連携しながらACPに取り組み、身寄りのない人への支援方針と連携します。

【具体的な取組】

① 高齢者相談支援センターとの連携による地域包括ケア体制の充実

〇高齢者相談支援センターと市が定例的に協議し、相談状況や地域課題、センターの業務状況等を共有しながら、地域包括ケアを支える体制の充実を図ります。生活圏域ごとの特性を踏まえた支援体制について検討するとともに、必要に応じて関係機関との役割分担や連携方法を見直します。

〇重層的支援体制整備事業における包括的支援体制とも連携し、介護・福祉・医療等の分野をまたぐ複合的な課題についても、適切な支援につなげられる体制を整えます。

② アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・推進

〇本人が大切にしたいことや、どのような療養生活を望むのかを、元気な段階から家族や医療・介護関係者と考え、共有できるようACPの普及を進めます。市民向け講座や「わたしの思いをつなぐノート」の普及等を通じて、本人の意思を尊重した療養について考える機会を広げます。

〇医療・介護関係者を対象とした研修や事例検討を行い、本人の意向を日常の療養支援や急変時、入退院時、人生の最終段階の支援に生かせるよう、関係者間の共通理解と対応力の向上を図ります。

※1 ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）とは、もしものときに備え、本人が大切にしたいことや医療・介護に関する希望について、家族や医療・介護関係者と繰り返し話し合い、共有する取組です。

③ 防災・災害時の要配慮者支援体制の整備

〇高齢者などの要配慮者が災害時に安全に避難し、必要な支援を受けられるよう、地域住民、関係機関等との連携による支援体制を整備します。

〇平時から地域における見守りや支え合いの関係づくりを進めるとともに、防災訓練や情報共有等を通じて、災害時にも円滑に支援できる体制づくりを進めます。

1-4 生活支援の充実

【現状・課題】

多様な日常生活上の支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加の促進を一体的に図るため、「生活支援コーディネーター※2」と「協議体」を設置し、高齢者の生活を支える地域づくりを進めています。生活支援コーディネーターとまちづくりコーディネーター等の役割分担を明確にし、地域の課題やニーズの把握に取り組むとともに、「地域おたすけブック※3」を作成・発行し、地域のインフォーマルサービスに関する情報提供を行っています。

総合相談支援では、関係機関との情報共有や役割分担を行い、必要な支援につなげています。地域包括支援センターの本所と山間地域のサブセンター４か所による相談体制を整備するとともに、全ての生活圏域で地域ケア会議を開催しています。

【今後の方向性】

〇地域課題を施策化につなげるため、重層的支援体制整備事業や地域づくり事業と連携します。

〇関係機関や地域と連携し、相談、見守り、家族介護、配食、緊急通報等を通じて、高齢者とその家族を支える体制を充実します。

【具体的な取組】

（１）生活支援体制整備事業

〇生活支援コーディネーター等が中心となり、地域の課題やニーズを把握するとともに、地域住民、まちづくり活動団体、関係機関等との連携を進め、地域の実情に応じた生活支援の仕組みづくりを進めます。

〇「地域おたすけブック」等を活用して、地域の多様な支援資源やインフォーマルサービスに関する情報発信を行い、支援を必要とする高齢者が適切な地域資源につながる環境を整えます。地域で把握した生活課題については、関係機関と共有し、具体的な支援や地域づくりにつなげます。

（２）包括的支援事業

① 総合相談支援事業

本人や家族、近隣住民、地域のネットワーク等からさまざまな相談を受け、高齢者の心身の状況や生活実態、必要な支援等を幅広く把握します。そのうえで、地域における適切な保健・医療・福祉サービスの利用や、関係機関・制度の活用につなげるなど、必要な支援を行う事業です。

※2 生活支援コーディネーター：地域の高齢者が日常生活を過ごすうえでの課題やニーズに沿って、自立した生活が送れるよう支援する役割を担っています。

※3 「地域おたすけブック」は、介護保険制度以外で高齢者の生活を支える地域の活動やサービスをまとめた情報冊子です。高齢者やその家族が、日常生活における支援や地域のサービスを知り、必要な支援につながることを目的に作成しています。

〇高齢者相談支援センターを中心に、介護・福祉・介護予防・医療等に関する相談を幅広く受け止め、必要なサービスや関係機関につなぐ総合相談機能を充実させます。相談窓口や支援の流れを分かりやすくするとともに、関係機関との役割分担や連携を進め、相談内容に応じて適切な支援につなげます。

〇相談窓口に関する情報を紙媒体やホームページ等の多様な手段で発信し、本人だけでなく、遠方に住む家族等も必要な情報を得やすい環境を整えます。

② 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

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、地域の関係機関等との連携や、在宅と施設の連携を推進します。また、多職種の協働による連携体制を構築し、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや介護支援専門員への支援等を行う事業です。

〇高齢者相談支援センターが介護支援専門員からの相談に応じ、個別事例への助言や関係機関との連携調整を行うなど、適切なケアマネジメントを支援します。相談事例や地域の状況を踏まえ、必要な研修や情報提供を行い、介護支援専門員が本人の生活課題を総合的に捉え、適切なサービスや地域資源につなげられるよう支援します。

〇医療・介護関係者等との連携を進め、困難事例への対応力を高めるとともに、介護支援専門員が地域の中で継続的に支援を行える環境づくりを進めます。

③ 地域ケア会議の推進

高齢になっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるまちづくり（地域包括ケアシステムの実現）に向けた手法の一つとして、高齢者個人への支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を一体的に進めるための会議です。

〇生活圏域における地域ケア会議を継続し、個別事例の検討を通じて、多職種や地域の関係者が本人の生活課題や支援上の課題を共有し、それぞれの役割を生かした支援につなげます。

〇個別事例や困難事例から把握された地域課題を圏域内で共有するとともに、圏域ごとの課題を全市的に整理・共有し、関係機関と連携した支援体制の整備や施策化につなげます。地域で解決できる課題については、地域の関係者とともに具体的な取組につなげます。

（３）福祉サービスの充実

① 地域自立支援事業

高齢者のみの世帯等を対象に、安否確認を兼ねた昼食の配食サービスを委託により実施しています。

また、対象となる県営・市営住宅の一部の入居者に対し、生活援助員※4による生活相談や、緊急通報装置を活用した緊急時の支援を行っています。高齢者が安心して生活できるよう、シルバーハウジング生活援助員派遣事業を委託により実施しています。

② いきいき配食サービス事業

利用者の心身の状況や生活環境、本人及び家族の希望等を把握・分析し、アセスメントを行ったうえで、配食サービスを実施しています。

〇食事の確保が難しい高齢者に対して、配食サービスによる栄養面の支援を行うとともに、配食時の安否確認や見守りを通じて、日常生活を支えます。

〇独居高齢者や高齢者のみの世帯の増加、健康状態や食生活に関するニーズの多様化を踏まえ、利用者の状況に応じた食事の提供に努めます。配食時に把握した心身の状態や生活状況の変化について、必要に応じて高齢者相談支援センターや介護支援専門員、医療・福祉関係機関等と連携し、必要な支援につなげる体制を充実させます。

③ シルバーハウジング生活援助員派遣事業

定期的な訪問による安否確認のほか、生活指導や相談業務、必要に応じた緊急時の対応を行っています。本事業は、公営住宅のうち、緊急通報装置を設置している対象住宅に居住する高齢者を対象としています。機器の設置や入居申込基準等については都市建設部局が担当し、生活援助員派遣事業については健康福祉部局が担っています。

〇シルバーハウジングの入居者が安心して自立した生活を続けられるよう、生活指導・相談、安否確認、緊急通報時の対応等の支援を継続します。また、入居者の心身状態の変化を早期に把握し、高齢者相談支援センター、介護支援専門員、医療機関等と連携しながら、必要な介護・医療サービスにつなげます。

〇入居者同士や地域とのつながりを促進し、日常的な声かけや緩やかな見守りが行われる環境づくりを進めるとともに、生活援助員等の支援体制について関係機関と連携し、持続可能な運営を図ります。

※4 生活援助員：入居者が安全かつ快適な生活を営むことができるよう、生活相談や安否の確認、緊急時の対応等のサービスを提供する役割を担っています。

④ 緊急通報体制整備事業

高齢者や障がい者が自宅等で不安のない生活を送れるよう、専用の緊急通報装置を貸出すことで緊急時に適切な通報手段を確保するサービスです。

〇在宅で暮らす高齢者が、急な体調変化や緊急時にも安心して生活できるよう、緊急通報体制の充実を図ります。緊急時の対応に加え、必要に応じて相談や安否確認につなげるなど、高齢者の在宅生活を支える仕組みとして活用します。

〇通信環境や生活様式の変化を踏まえ、携帯電話型の機器等の活用状況を検証し、高齢者の生活実態に応じた見守り・安心確保の仕組みづくりを進めます。

⑤ 多様な住まいの確保・整備

〇高齢者の多様な生活ニーズに対応できるよう、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向けの住まいや、公営住宅等の地域の住宅資源について情報を把握・提供し、必要な住まいにつながる環境を整えます。

〇住宅部門や関係機関、民間事業者等と連携し、高齢者のニーズや地域の実情を踏まえながら、既存の住宅・施設等の活用を含め、多様な住まいの確保・整備について検討を進めます。

2 地域活動と連携した介護予防事業の推進

2-1 健康長寿社会の実現

【現状・課題】

高齢者ができる限り健康を維持し、住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、生活習慣病の予防や重症化予防、介護予防に取り組むことが重要です。また、心身の状態に応じた健康づくりを進め、健康で過ごせる期間を延ばすことが求められています。

健康づくりや介護予防に関する取組を進めており、介護保険の認定率はおおむね横ばいで推移しています。健康で自立して生活できる期間の延伸に向けて、引き続き取組を進めていくことが重要です。

【今後の方向性】

〇要介護認定の原因となる疾患の予防と生活機能低下者の早期発見・重度化防止に取り組み、自立して生活できる期間の延伸を図ります。

【具体的な取組】

〇健康寿命の延伸に向け、介護予防やフレイル予防の取組を推進します。
〇高齢者が生きがいや幸せを実感しながら、主体的に健康づくりに取り組めるよう支援します。
〇生活習慣病の発症予防や、生活習慣の改善による重症化予防に取り組みます。

2-2 介護予防の推進

【現状・課題】

高齢者が自立した生活をできるだけ長く続けられるよう、生活機能の維持・向上やフレイルの予防に向けた介護予防の取組を進めています。基本チェックリスト等を活用して生活機能の低下がみられる高齢者を把握し、訪問や通いの場への参加、地域包括支援センターへの相談・支援につなげています。

また、介護予防教室やフレイル予防講座、転倒・骨折予防教室を開催するとともに、百歳体操等に取り組む住民主体のグループを支援しています。自主運動教室は64団体で実施され、延べ3,542人が参加しています。食生活改善に関する啓発や、サロン等の地域活動への支援、リハビリテーション専門職による通いの場等への助言も行っています。

【今後の方向性】

〇短期集中型サービスの導入や通いの場の充実により、自立に向けた介護予防を推進します。

〇地域や関係機関と連携し、介護予防活動の評価、人材育成、リハビリテーション専門職による支援を進めます。

〇高齢者が自ら健康づくりに取り組めるよう、セルフマネジメントの支援を検討します。

【具体的な取組】

（１）介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービスの充実

ホームヘルパー等が訪問して支援を行う、介護予防訪問介護に相当する訪問型サービスと、多様なサービスとして、基準を緩和した訪問型サービスAを提供しています。

※訪問型サービスAは、基準を緩和して提供する訪問型サービスで、主に訪問介護員が生活援助として、日常生活上の支援を行うサービスです。

〇生活機能の低下がみられる高齢者を対象に、一定期間、集中的に運動機能や生活機能の改善を図り、その後の地域での生活や通いの場等への参加につなげる短期集中型サービス（C型）の導入を進めます。

② 通所型サービスの充実

デイサービスセンター等において、介護予防通所介護に相当する通所型サービスと、多様なサービスとして、基準を緩和したサービス（通所型サービスA）を提供しています。

※通所型サービスAとは、主に雇用労働者やボランティアが、事業所内でミニデイサービスや運動・レクリエーション等を行うサービスです。

〇緩和型通所サービスの実施状況を評価し、自立に向けた支援プログラムを検討するとともに、地域づくり事業等との連携を図ります。

③ 介護予防ケアマネジメント

要支援状態の改善や要介護状態となることを予防するため、総合事業やその他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう、対象者にアセスメントを行い、心身の自立性の向上を見込めるマネジメントを実施しています。

〇介護予防ケアマネジメントを通じて、本人の生活機能や生活課題を把握し、本人が自らの健康や生活を管理しながら、できることを維持・拡大できるよう支援します。

〇介護保険サービスだけでなく、地域の通いの場や住民主体の活動、インフォーマルサービス等を組み合わせ、本人の目標や生活状況に応じた総合的な支援を行います。セルフマネジメントを促進するための手法についても検討します。

（２）一般介護予防事業

① 介護予防把握事業

基本チェックリスト※5や後期高齢者質問票（フレイル質問票※6）等を活用し、地域の実情に応じて収集した情報を基に、閉じこもり等、何らかの支援を必要とする人を早期に把握し、介護予防活動につなげる事業です。

〇基本チェックリストや後期高齢者質問票（フレイル質問票）等を活用し、生活機能の低下やフレイル等の状態にある高齢者を早期に把握します。後期高齢者健診等の情報も活用しながら、対象者の状態に応じた訪問や相談、地域包括支援センター等へのつなぎを行い、必要な支援の早期提供につなげます。

※5 基本チェックリスト：65 歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、心身や生活機能の低下の有無をチェックするための 25 項目で構成される質問票です。（厚生労働省提示）

※6 後期高齢者質問票：後期高齢者に対する健康診査、通いの場でフレイル（虚弱）状態等の早期発見など健康状態を評価するための 15 項目の質問票です。（厚生労働省提示）

〇運動等に取り組みたい高齢者が、本人の状態や希望に合った通いの場や介護予防サービスにつながるよう、地域資源とのマッチングを進めます。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防出前講座の充実や、百歳体操をはじめとした介護予防に資する体操等を行う住民主体の通いの場の立ち上げを支援し、運動機能の向上、低栄養の改善、口腔機能の向上、閉じこもり・認知症・うつ等の介護予防に関する知識を普及啓発することで、主体的な介護予防の取組を促進しています。

〇介護予防出前講座やフレイル予防講座等を通じて、運動、栄養、口腔機能、フレイル予防等に関する正しい知識と実践方法の普及を進めます。通いの場に参加している高齢者だけでなく、これまで介護予防の取組に参加する機会が少なかった高齢者にも情報が届くよう、まちづくりセンター、自治会、地域活動団体等と連携し、地域の身近な場所での普及啓発を進めます。

〇フレイルや転倒・骨折等の予防について、健康状態や生活機能の変化に早期に気づき、必要な支援につながるよう、分かりやすい情報提供と相談機会の充実を図ります。

③ 地域介護予防活動支援事業

介護予防に資する住民主体の通いの場等の活動を、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的とした事業です。住民主体の自主活動や高齢者サロンの運営を支援するとともに、未設置地域への情報提供や新規立ち上げの支援について、生活支援体制整備事業と連携して取り組んでいます。

また、食生活改善推進員等、介護予防に取り組む地域活動組織の育成・支援を行うとともに、自主的に介護予防体操等に取り組むグループに対して、体力面の評価を行いながら継続的な支援を行っています。

〇地域のサロン、百歳体操、自主運動教室等、住民主体で行われる介護予防活動の継続・発展を支援します。地域の実情に応じた活動の立ち上げや継続を支援するとともに、リハビリテーション専門職等による助言や体力測定・評価等を活用し、活動の質の向上を図ります。

〇すこやか員、食生活改善推進員、サロンの担い手等の地域人材と連携し、介護予防や健康づくりを地域に広げます。担い手の高齢化や活動の継続が課題となっていることを踏まえ、研修や交流の機会を設けるとともに、社会福祉協議会等の関係機関と連携し、新たな担い手の確保や活動の継続を支援します。

④ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を強化するため、住民が運営する通いの場での指導、地域ケア会議やサービス担当者会議での相談・助言、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携した訪問等における、リハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

〇理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーション専門職が、通いの場や地域ケア会議、サービス担当者会議、訪問等において、専門的な助言や支援を行います。

〇リハビリテーション専門職の協力を得ながら、介護予防活動の質の向上や、本人の生活機能の維持・改善につながる支援を進めるとともに、地域の関係者や介護サービス事業所等への知識・技術の普及を図ります。

（３）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

〇健康診査や質問票等を活用して高齢者の健康状態や生活機能を把握し、低栄養、口腔機能、運動機能等に課題のある高齢者への個別支援や健康相談につなげます。地域の通いの場等において、フレイル、転倒・骨折、栄養、口腔機能等に関する健康教育を行い、健康づくりと介護予防を一体的に進めます。

〇保健・医療・介護等の関係機関との連携を図り、健康状態や生活機能の変化を早期に把握し、必要な支援につなげる体制を充実させます。

3 認知症支援施策の充実

3-1 認知症に対する正しい理解の普及

【現状・課題】

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人の意思や人格を尊重するとともに、家族や地域住民が認知症について正しく理解することが重要です。認知症を身近なものとして捉え、地域全体で支え合う環境づくりが求められています。

認知症サポーター養成講座を小中学生や看護学生、職域など幅広い年代を対象に実施しています。また、アルツハイマー月間に合わせた啓発活動や展示、広報紙へのコラム掲載、VR認知症体験会、映画上映会などを通じて、認知症に関する正しい理解の普及に取り組んでいます。

これらの取組により認知症への理解は広がっていますが、認知症の人や家族が地域で安心して暮らせるよう、継続的な普及啓発が重要です。

（単位：人）

【評価指標】		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
認知症サポーター数	目標						
	実績（見込）						

※認知症初期集中支援チーム：複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームのことです。

【今後の方向性】

〇認知症サポーター養成講座や地域・職域での啓発を通じて、認知症に対する正しい理解を広げます。

【具体的な取組】

① 認知症に関する理解の増進と普及啓発

〇認知症サポーター養成講座や学習会を、学校、職場、地域など様々な場で実施し、認知症に関する正しい理解を広げます。認知症月間等の機会を活用した啓発や、認知症の本人・家族、関係団体との連携を進め、多様な世代が認知症について学び、身近なこととして考える機会を充実します。

3-2 認知症になっても暮らしやすい地域づくり

【現状・課題】

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人や家族の思いを尊重し、地域住民が認知症について正しく理解したうえで、見守りや支え合いを進めることが重要です。また、認知症の人が孤立することなく、地域とのつながりを保てる居場所や活動の場が求められています。

チームオレンジが活動し、見守りや集いの場づくりに取り組んでいます。また、認知症に関する正しい理解の普及や、認知症になっても暮らしやすい地域づくりを目的としたイベントを開催しています。さらに、認知症地域支援推進員による学習会において、認知症や生活習慣病の予防に関する普及啓発を行っています。

【今後の方向性】

〇認知症地域支援推進員を中心に、チームオレンジや認知症カフェ等の活動を広げ、地域での見守りと交流の場を充実します。

【具体的な取組】

① 認知症の人が安心して暮らせる地域づくり

〇チームオレンジや認知症カフェ等の活動を通じて、認知症の人や家族が地域で安心して過ごせる場や、気軽に相談・交流できる機会を確保します。既存のチームオレンジの活動を支援するとともに、認知症地域支援推進員等と連携し、地域の実情に応じた活動の広がりを促進します。

〇地域の見守り活動や関係機関との連携を通じて、認知症の人の外出や日常生活を地域で支える環境づくりを進めます。認知症の人が孤立することなく、地域とのつながりを保ちながら生活できる地域づくりを進めます。

3-3 認知症高齢者等の支援体制の充実

【現状・課題】

認知症地域支援推進員を配置し、認知症学習会や普及啓発、相談・支援体制の強化に取り組んでいます。また、認知症ケアパスの運用により、認知症の進行に応じて医療・介護サービスを受けることができる体制の整備を進めています。

認知症初期集中支援チームでは、相談ケースの検討や専門職による訪問支援を行い、連携シートを活用して相談しやすい体制を整えています。さらに、介護支援専門員、チームオレンジ、警察署、協力事業所等と連携し、本人や家族への支援、早期発見、見守りに取り組んでいます。

浜田市地域包括ケア推進連絡会では、認知症施策や在宅医療・介護連携に関する情報共有を行っています。認知症に関する相談窓口や支援体制を、より分かりやすく周知していくことが重要です。

【今後の方向性】

〇認知症に関する学習会や相談支援を継続し、地域住民と協働した取組を進めます。

〇認知症初期集中支援チームや関係機関との連携により、本人や家族への早期支援を行います。

〇地域包括ケア推進連絡会を通じて、認知症施策や在宅医療・介護連携に関する共通認識を深めます。

【具体的な取組】

① 医療・介護・福祉の連携による支援体制の充実

〇認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム等を活用し、認知症の早期の気づきや相談、必要な医療・介護・福祉サービスへの円滑なつなぎを進めます。本人や家族、介護支援専門員、医療・介護関係者、地域の支援者等が連携し、本人の状況に応じた支援が継続して行われる体制を整えます。

〇浜田市地域包括ケア推進連絡会等を活用し、認知症施策に関わる関係機関の情報共有と連携を進め、地域包括ケアシステムの中で認知症の人を支える体制を充実します。

② 認知症の人の社会参加と本人・家族の活動支援

〇認知症の人が地域とのつながりを保ち、自分らしく暮らし続けられるよう、認知症カフェや地域活動等への参加機会を確保します。本人や家族の声を地域の取組に生かし、認知症になっても役割や生きがいを持って地域社会と関わることができる環境づくりを進めます。

③ 意思決定支援と権利擁護の推進

〇認知症の人の意思や希望を尊重し、本人ができる限り自らの意思に基づいて生活を選択できるよう、本人の意向を丁寧に確認しながら支援します。また、本人の意思を尊重した支援について、医療・介護・福祉等の関係者の理解を深め、本人を中心とした支援の充実を図ります。

④ 本人・家族が相談しやすい体制の充実

〇認知症の人や家族が、認知症の気づきの段階から必要な相談や支援につながることができるよう、相談窓口や支援機関の周知を進めます。認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム等による相談支援を充実し、本人や家族の状況に応じて医療・介護・福祉等の関係機関につなぎます。

〇相談を受けた後も必要な支援が継続するよう、関係機関との連携を強化し、本人・家族が安心して相談できる切れ目のない支援体制を整えます。

4 在宅医療と介護の提供体制の充実

4-1 在宅医療と介護の連携

【現状・課題】

高齢者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送るためには、医療と介護の関係機関が連携し、必要なサービスを一体的に受けられる体制を整えることが重要です。

医師会に医療連携推進コーディネーターを配置し、関係者や市民が活用しやすい在宅医療・介護連携に関する関係機関機能情報一覧を作成しています。医療と介護を一体的に提供するため、医療連携推進コーディネーターの役割を明確にするとともに、在宅医療・介護を支える人材の確保や環境整備を進めることが重要です。

【今後の方向性】

〇医師会を中心に在宅医療・介護の連携を進め、往診体制や看取り体制の整備を図ります。

【具体的な取組】

① 在宅医療・介護連携推進事業

〇医療・介護関係者がそれぞれの専門性を生かしながら連携し、本人の生活を中心とした支援ができるよう、多職種研修や事例検討、関係機関の情報共有等を進めます。医療連携推進コーディネーター等による関係機関の連携支援や、医療・介護関係機関の機能情報の整理・共有を進め、必要なサービスにつながりやすい環境を整えます。

〇在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の関係機関との連携を進め、地域における在宅医療・介護の提供体制や連携上の課題を把握し、必要な体制整備につなげます。

② 医療ニーズの高い高齢者への支援と急変・入退院時の連携強化

〇医療的な支援を必要とする高齢者が、在宅での療養生活を継続できるよう、医師、訪問看護師、介護支援専門員、介護サービス事業者等の連携を強化します。状態の変化や急変時に必要な医療・介護につながるよう、日頃からの情報共有や役割分担を進めます。

〇入院時から退院後の在宅生活まで支援が途切れないよう、医療機関と在宅側の関係者との連携を強化し、本人の生活状況や意向を踏まえた退院支援・在宅療養への移行を進めます。

③ 看取りを支える医療・介護の連携体制の充実

〇住み慣れた自宅や地域等での看取りを希望する高齢者と家族を支えられるよう、在宅医療、訪問看護、介護サービス等の連携を進めます。本人の状態や意向に応じて必要な支援を受けられるよう、関係機関の役割や連絡体制等を確認し、人生の最終段階においても切れ目のない支援ができる体制を整えます。

4-2 持続可能な介護の提供体制の確保

【現状・課題】

介護を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を続けるためには、介護サービスを安定的に提供できる人材と体制を確保することが重要です。

介護事業所に対する支度金、求人活動費、研修費等の補助を行うとともに、浜田地区広域行政組合と連携して、介護の入門的研修や生活援助担い手研修を実施しています。また、介護助手「介護応援隊」の導入・展開により、多様な人材の活躍と介護現場の負担軽減を図っています。小中学校における介護現場の学習にも取り組んでいます。

介護人材の確保に加え、就業後のミスマッチや心身の負担による離職を防ぎ、安心して働き続けられる環境づくりについても、取組を深めていくことが重要です。

【今後の方向性】

〇介護事業所への支援や研修等を通じて、人材の確保と定着を促進します。

〇関係機関や学校等と連携し、介護の仕事の魅力を発信するとともに、多様な担い手の確保を進めます。

【具体的な取組】

① 介護人材確保に向けた事業所支援

〇介護事業所に対する支度金、求人活動費、研修費等の補助を継続し、事業所の採用活動を支援します。小規模事業所を含め、制度の周知や活用促進を図るとともに、関係機関と連携し、U・Iターン者や他業種からの転職者など幅広い人材の確保につなげます。

② 介護人材の定着と働きやすい職場環境づくり

〇介護の入門的研修や生活援助担い手研修等を通じて介護分野への参入を促すとともに、研修修了者が実際の就労につながり、継続して働くことができるよう、事業所等との連携を進めます。また、就労後のフォローアップや研修・スキルアップの機会に関する情報提供等を行い、職員が安心して働き続けられる環境づくりを支援します。

〇介護助手「介護応援隊」等による多様な人材の活用や業務分担を進め、介護職員の負担軽減につなげるとともに、年齢や経験等にかかわらず多様な人材を受け入れやすい職場環境づくりを支援します。

③ 学校等と連携した介護の仕事の魅力発信

〇小中学校・高校等と連携し、出前授業や介護現場の学習・体験等を通じて、介護の仕事の社会的意義や魅力を伝えます。若年層から介護を身近な仕事として知る機会を広げるとともに、他業種からの転職者や働き盛りの世代など、幅広い層への情報発信を進め、将来の介護人材の裾野を広げます。

4-3 家族介護者の支援

【現状・課題】

高齢者の在宅生活を支える家族介護者の負担を軽減し、介護を担う人が孤立することなく、仕事や生活と介護を両立できる環境を整えることが重要です。

家族介護者に対して、介護者相互の交流会や家族介護者教室を開催するとともに、介護用品の支給や慰労金の支給を行っています。家族介護者の状況やニーズは多様であることから、必要な支援につながりやすい相談体制の充実が重要です。

【今後の方向性】

〇専門職や地域の関係者と連携し、家族介護者の負担を早期に把握して支援につなげるとともに、地域全体で見守り、支える体制を整えます。

【具体的な取組】

（１）家族介護支援事業

① 家族介護用品支給事業

在宅で寝たきりの高齢者等を常時介護している家族に対し、介護に必要な紙おむつ等の介護用品を支給することで、在宅介護における家族の負担軽減を図る事業です。

〇在宅で寝たきりの高齢者等を常時介護している家族に対し、介護に必要な紙おむつ等の介護用品を支給し、在宅介護に伴う経済的負担の軽減を図ります。対象となる家族が制度を適切に利用できるよう、制度の周知や相談対応を行います。

② 在宅介護慰労事業

在宅で要介護認定者を介護している家族に対し、慰労金を支給することで高齢者の在宅介護を支援する事業です。

〇在宅で要介護認定者を介護している家族に慰労金を支給し、在宅介護を担う家族の負担軽減を図ります。介護者の生活状況や負担等を把握し、必要に応じて介護サービスや相談支援等につながるよう、介護支援専門員や高齢者相談支援センター等との連携を進めます。

③ 家族介護者交流事業

高齢者を在宅で介護している家族等を対象に、介護の方法や予防、介護者自身の健康づくり等についての知識、技術を習得するための教室の開催や、介護者相互の交流会を通じて、心身のリフレッシュを図るための事業です。

〇高齢者を在宅で介護している家族等を対象に、介護方法や介護予防、介護者自身の健康づくり等について学ぶ教室を開催し、介護に関する知識・技術の向上を図ります。介護者同士が交流できる機会を設け、悩みや経験を共有するとともに、心身のリフレッシュを図り、介護者の孤立や負担の軽減につなげます。

5 生涯現役として生き生きと活躍し、共に支え合える社会の構築

5-1 生きがいづくりと社会参加活動の推進

【現状・課題】

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らすためには、趣味や学習、地域活動などを通じて、生きがいを持ち、人や地域とつながる機会を確保することが重要です。社会参加は、心身の健康の維持や孤立の防止にもつながることから、高齢者の多様な関心や希望に応じた活動の場が求められています。

高齢者クラブに対して補助金の交付や活動支援を行い、仲間づくりや健康増進、清掃・見守りなどの地域貢献活動を支援しています。一方で、多くの高齢者クラブで会員の高齢化が進んでおり、活動を継続していくための新たな会員の確保が課題となっています。

【今後の方向性】

〇高齢者クラブの活動を広く周知し、介護予防や健康づくりと連動させながら、活動の活性化と新規加入を促進します。

【具体的な取組】

① 高齢者クラブ活動の支援

〇高齢者クラブ等が、高齢者の交流や社会参加、生きがいづくりの場として継続して活動できるよう支援します。会員の高齢化や新たな参加者の確保といった課題を踏まえ、活動内容の充実や参加しやすい環境づくりを進めるとともに、地域の他の活動団体等との連携を促進します。

5-2 高齢者の能力が発揮できる就業の場の確保

【現状・課題】

高齢化が進む中、就業を希望する高齢者が、本人の希望や心身の状態に応じて、これまで培ってきた知識や経験を生かしながら働くことができる環境を整えることが重要です。就業は、収入の確保だけでなく、生きがいや社会とのつながり、健康の維持にもつながることから、高齢者が無理なく社会参加できる多様な機会の確保が求められています。

高齢者の就業機会を確保するため、シルバー人材センターの運営や各種事業に対して補助・支援を行っています。

会員の高齢化が進んでいることから、定年退職後の比較的若い世代を含め、幅広い年代の高齢者が参加しやすい環境づくりが必要です。また、高齢者の希望や能力に応じた就業機会を確保するため、地域企業や一般家庭からの仕事の確保についても、取組を深めていくことが求められます。

【今後の方向性】

〇シルバー人材センター等の関係機関と連携し、広報活動や加入促進を通じて、高齢者の希望や能力に応じた就業機会の確保を支援します。

【具体的な取組】

① シルバー人材センターの支援

〇高齢者のライフスタイルにあわせた就業機会を提供し、また、社会参加を通じて高齢者の健康で生きがいのある生活の実現と地域社会の福祉の向上と活性化に貢献している同センターの取組を支援します。

② 就労・ボランティア等を通じた社会参加の促進

〇高齢者が自らの知識や経験、能力を生かしながら、就労やボランティア等を通じて地域や社会に関わることができるよう、多様な活動機会の確保を進めます。就労については、シルバー人材センター等と連携し、高齢者の希望や能力に応じた就業機会の確保を図ります。また、ボランティア活動等についても、関係機関や地域活動団体等と連携し、参加しやすい環境づくりを進めます。

第5章 計画推進のための体制整備

1 計画の推進体制

本計画策定後は、計画に沿った施策展開が円滑に行われるよう、高齢者のニーズや活用できる地域資源を適宜把握し、庁内各部及び浜田地区広域行政組合との連携を図りながら、計画の進行を管理・検証する必要があります。

そのため、担当課が中心となって計画の進捗状況を把握するとともに、次期計画の見直し時期には、本計画の達成状況の点検・分析・評価などを実施します。

2 果たすべき役割

1 行政の連携強化

本計画は、保健・医療・福祉・介護などを中心に多岐にわたる施策に対して一体的に取り組む必要があることからも、より一層横の連携を密にし、情報を共有して取り組んでいく必要があります。

また、国や県の動向を注視しながら計画を推進していくとともに、広域に関わる問題や国や県の協力を必要とする問題についても迅速に対応することができるよう連携の強化に努めます。

2 関係機関との連携

高齢者の生活支援を総合的に行うためには、多様な関連施設や機関の協力、民生児童委員、地域住民、ボランティア、ＮＰＯ等の協力が必要となります。そのほかにも、浜田市医師会、浜田市社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、浜田市高齢者クラブ連合会、女性組織、まちづくりセンター、サービス提供事業所、島根県及び保健所等との連携が不可欠です。

円滑な事業運営を図るため、関係者が必要とする情報を共有できるよう情報提供を行うとともに、関係者間の連絡・調整を行うなどの協力体制づくりに取り組みます。

資料編

1 策定経過

令和８年（2026年） ８月２４日（月）	○第１回浜田市保健医療福祉協議会 ・浜田市高齢者福祉計画の見直しについて
１０月９日（金）	○第１回高齢者福祉専門部会 ・計画策定スケジュールについて ・浜田市高齢者福祉計画（素案）について
●月●日（●）	○第２回浜田市保健医療福祉協議会 ・浜田市高齢者福祉計画について
令和９年（2027年） ●月●日（●）～ ●月●日（●）	○パブリックコメント
●月●日(●)	○第２回高齢者福祉専門部会 ・パブリックコメントについて ・浜田市高齢者福祉計画及び概要版について

2 浜田市保健医療福祉協議会規則

平成 17 年 12 月 22 日
規則第 241 号
改正　平成 20 年 4 月 1 日規則第 5 号

（趣旨）

第 1 条　この規則は、浜田市附属機関設置条例（平成 17 年浜田市条例第 18 号）第 3 条の規定に基づき、浜田市保健医療福祉協議会（以下「協議会」という。）の組織、運営等に関し必要な事項を定めるものとする。

（補欠委員の任期）

第 2 条　委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）

第 3 条　協議会に会長及び副会長 1 人を置き、委員の互選によりこれを定める。

2　会長は、会務を総理し、協議会を代表する。

3　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）

第 4 条　協議会の会議は、会長が招集し、会長がその議長となる。

2　協議会の議事に当たり、可否同数のときは、議長の決するところによる。

（専門部会）

第 5 条　協議会に、専門事項を調査審議するために専門部会を置くことができる。

2　専門部会は、協議会から付託された事項及び保健、医療、福祉の各種計画に関する事項等について調査研究し協議会に報告する。

3　専門部会の委員は、協議会の委員のほか、必要に応じて市長が委嘱し、又は任命する。

4　前３条の規定は、専門部会について準用する。この場合において、「委員」とあるのは「専門部会員」と、「協議会」とあるのは「専門部会」と、「会長」とあるのは「部会長」と、「副会長」とあるのは「副部会長」と読み替えるものとする。

（関係者の出席等）

第 6 条　会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させて意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

（庶務）

第７条　協議会の庶務は地域福祉課において処理し、専門部会の庶務は関係主務課において処理する。

（その他）

第 8 条　この規則に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は、会長が会議に諮り定める。

附　則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日後又は委員の任期満了後最初に開かれる協議会の会議は、第 4 条第 1 項の規定にかかわらず、市長が招集するものとする。

附 則（平成 20 年 4 月 1 日規則第 5 号）

この規則は、公布の日から施行する。

3 浜田市保健医療福祉協議会委員名簿

（令和８年(2026年)●月●日現在）

関係団体	職名等	氏名	備考
浜田市医師会	会長	大石　和弘	
浜田市社会福祉協議会	会長	中島　良二	
島根県立大学	准教授	角　能	
リハビリテーションカレッジ島根	教務課長	柿本　将平	
浜田歯科医師会	会長	梶原　光史	
浜田薬剤師会	顧問	川神　裕司	
浜田医療センター	院長	北條　宣政	
浜田市民生児童委員協議会	理事	小原　誠	
浜田市保育連盟	会長	煙艸　のぞみ	
浜田市手をつなぐ育成会	会長	室崎　富恵	
浜田市高齢者クラブ連合会	事務局長	布施　賢司	
浜田保健所	所長	柳楽　真佐実	
浜田警察署	生活安全課長	西尾　守由	
浜田児童相談所	所長	山根　謙介	
浜田市校長会	会長	大﨑　正和	
浜田地域協議会	委員	宮木　竜一	
金城地域協議会	委員	丸田　保恵	
旭地域協議会	委員	才野原　和美	
弥栄地域協議会	委員	三浦　寿紀	

4 高齢者福祉専門部会委員名簿

（令和８年(2026 年)●月●日現在）

関係団体	職名等	氏名	備考
浜田市医師会	副会長	彌重　博巳	
浜田保健所	所長	柳樂　真佐実	
浜田圏域老人施設協議会	副会長	高田　泰徳	
浜田地域介護支援専門員協会	会長	田屋　正美	
浜田市社会福祉協議会	地域包括支援センター長	大屋　浩誠	
日常生活圏域の代表	東部圏域の代表	山藤　志途恵	
	中部圏域の代表	三浦　美穂	
	西部圏域の代表	畑本　春美	
	金城圏域の代表	山本　典子	
	旭圏域の代表	服部　浩明	
	弥栄圏域の代表	小池　睦子	
	三隅圏域の代表	小松原　美幸	

浜田市　高齢者福祉計画

（令和９年度～令和11年度）

発行日　令和●年●月

発　行　浜田市　健康福祉部　高齢障がい福祉課

〒697-8501　島根県浜田市殿町1番地