審議会等の会議録

審議会等名	令和８年度第２回計画策定部会
開催日時 （意見提出期間）	令和８年８月 27 日（木）　午後２時 00 分～午後４時 00 分
場所	市役所７階 703 会議室
出席者 （意見提出者）	計画策定部会　委員 10 名 内山会長、髙橋副会長、梶委員、安田委員、鈴木委員、 辻委員、藤沢委員、萩原委員、窪倉委員、江﨑委員 事務局 10 名 保健福祉部 参事兼介護保険課長 青野 昌樹 介護保険課 介護保険係長 永田 啓吾 介護保険課 介護認定係長 石井 康子 介護保険課 事業者支援係長 山田 万砂美 介護保険課 介護保険係 主査 森谷 孝人 地域包括ケア推進課 課長 三輪 徹 地域包括ケア推進課 主幹兼高齢者支援係長 工藤 麻由子 地域包括ケア推進課 高齢者生きがい係長 煤賀 達 地域包括ケア推進課 高齢者支援係 副主幹 木内 順子 地域包括ケア推進課 高齢者支援係 主任主事 森本 あすか えびな高齢者プラン 21 策定委託業者 株式会社サーベイリサーチセンター（以下、ＳＲＣ） 松久氏、板倉氏
傍聴人数	１人
公開の可否	☒公開　☐一部非公開　☐非公開
一部非公開・ 非公開の理由	
議題	（１）えびな高齢者プラン 21【第 10 期】素案について

資　　料	資料１　えびな高齢者プラン 21【第 10 期】における重点・新規事業について 資料２　えびな高齢者プラン 21 事業一覧（案） 資料３　素案（第５章） 参考資料　素案（第５章を除く全体） 令和８年度計画策定部会開催スケジュール（修正版）

○会議の内容（提出された意見及びそれに対する回答）

議題　（１）えびな高齢者プラン21【第10期】素案について	
事務局より、資料１「えびな高齢者プラン21【第10期】における重点・新規事業について」、資料２「えびな高齢者プラン21事業一覧（案）」、資料３「素案（第５章）」、参考資料「素案（第５章を除く全体）」、「令和８年度計画策定部会開催スケジュール（修正版）」について説明	
【会長】	各委員から順に意見を伺うが、言い忘れた点があれば最後の取りまとめ時などに随時発言してもらいたい。
【委員】	第 10 期計画は、取組内容や方向性にアンケート結果が盛り込まれており、計画の背景や課題を市民が理解しやすい構成となっている。市民が計画を自分ごととして捉えることで、地域における主体的な活動につながることを期待する。 地域ケア会議については、開催回数の達成が目的化し、質が十分保てない面もあったが、担当課との協議を重ねたことで、第 10 期ではより実態に即した事業運営ができるようになると感じる。 最後に、基本目標２施策５「一人暮らし高齢者への支援」では、地域包括支援センターでも身寄りのない方の支援が課題となっているため、今後も体制の構築に向けた検討を進めていけたらと思う。
【委員】	一般市民にも分かりやすい計画とするため、名称の変更や事業の整理が行われているが、参考資料に用語の意味を説明する用語解説を掲載する予定はあるか。 フレイルや生活支援コーディネーターの認知度が低い背景には、取組内容だけでなく、用語自体が十分に理解されていないこともあると思う。インターネット上では、単語にリンクを貼ると説明を出すことができると思うが、特に社会福祉協議会で対応する高齢者は紙媒体で計画を読むことが多いため、繰り返し登場する用語をまとめて解説することが望ましい。また、冊子内で取組の方向性と事業内容を行き来することについても、関連する説明を参照しやすい構成にすることで、一般市民にも内容が伝わりやすくなると考える。
【委員】	計画全体の方向性は適切であり、同じ分野の事業をまとめたことで、より分かりやすく見やすい構成となっている。通いの場の充実や加算型補助事業については、担当課との調整もしており、取り組みやすくなると考える。一方、加算型補助事業の要件は、活動を担う住民や住民主体の団体に過度な負担が生じないよう設定していただきたい。

	14ページ、地域住民主体の活動の場を広げるためには、担い手の養成・育成が重要である。生活支援コーディネーターによる活動支援は、講座修了後だけでなく、講座の実施段階から連携できる体制を整えていただきたい。 24ページ、生活支援体制整備及び就労的活動支援について、活動内容が分かる形で見込み目標を設定していただきありがたく思う。一方、地域包括支援センター等の同行訪問件数など、件数を指標としている項目は、件数の達成自体が目的化しないよう、内容等を把握できる指標への見直しを検討していただきたい。具体的な内容は、今後改めて協議したい。
【委員】	資料３の52ページに「四つ葉のクローバー」をコラムとして掲載していただいたことに感謝する。 高齢者補聴器購入費助成事業については、補聴器が片耳30万円程度の場合もあり高額で、一定期間ごとに買い替えも必要となるため、上限２万円の助成では負担軽減の効果が限定的である。補聴器購入費への助成に加え、スマートフォンによる音声の文字起こしなど、そういった手段の普及も検討していただきたい。
【会長】	聞こえの問題は切実であり、補聴器だけでなく集音器にも周囲の音を拾い過ぎるなどの課題がある。今後、補聴器購入費の助成額の見直しを検討していただきたい。
【委員】	個人的に感じたこととして、通いの場への参加が介護費用の抑制につながっているのかという点に疑問を持った。新規サロンの開設や開催回数・参加者数の増加だけでなく、今後の方向性の一つとして、国保データベース（ＫＤＢ）を活用した検証ができないかと考える。具体的には、後期高齢者を対象に、通いの場に参加している方と参加していない方に分け、さらに要支援１・要介護１の高齢者について、介護費用の平均月額を比較するなど、事業の効果を踏み込んで分析してはどうか。 また、認知症相談窓口の認知度が21.7％と低いことを踏まえ、第10期えびな高齢者プランでは、認知度30％以上など、どの程度の改善を目指すのか、具体的なアウトカム指標を設定する考えはあるか。
【委員】	第10期は、高齢者保健福祉計画、認知症施策に多く重点的に盛り込むということで、新しい事業を２つ提案したい。 １件目は、オーラルフレイルについてである。オーラルフレイル対策について、医療機関での個別検診だけでは取組が十分とはいえず、高齢者の利用状況も見えにくい。口腔機能の低下は認知症とも関連するた

	め、取組をいろいろと充実させる必要がある。市のオーラルフレイル健口推進員と連携し、「オーラルフレイル健口教室」を開催することを検討していただきたい。 ２件目は、認知症ケアパスである。改訂版の認知症ケアパスは分かりやすく見やすい内容であるが、ページ数が多く、市民が気軽に読むには負担がある。認知症に関する相談窓口などを掲載した１枚ものの啓発チラシを作成し、市や社会福祉協議会の事業・イベント、地域サロンなど広く配布していただきたい。これにより、認知症への理解促進と相談窓口の認知度向上につながると考える。この２点について、検討をお願いしたい。 また、担い手育成・養成事業はおおむね60歳以上を対象としている一方、ボランティア活動でポイントを得られる「お裾分けクラブ」は65歳以上でなければ加入できない。65歳未満でもボランティア活動を行う人がいるため、お裾分けクラブの対象年齢についても、担い手育成事業に合わせて見直していただきたい。 基本目標２施策４「住まいと暮らしを支える取組」に、住宅セーフティネット制度に関して触れられていない。制度の対象は高齢者に限らないものの、高齢者の住まいの確保は重要な課題であるため、計画に位置付け、制度を知って利用していただくのが必要だと思う。 認知症の見守り事業を新たな重点事業として位置付けたことは素晴らしいことである。認知症の本人への支援に加え、介護する家族も事業の対象に位置付け、家族同士の懇談会の場を並行して設けることがより重要である。
【委員】	計画に用いられる用語が対象者に十分浸透していないことが、事業の認知や利用につながらない大きな要因であり、用語解説は必須である。フレイルを知らない人が50.8%いる一方、介護予防や健康づくりに関心がある高齢者は85.5%と高いため、分かりやすい説明によって関心を具体的な取組へ結び付けることが重要である。また、生活支援コーディネーターや就労的コーディネーターなどの役割や相談できる内容を基礎的な部分から周知する必要があると感じる。 また、これまでの周知は、自ら情報を取りに行ける人や、関心のある人には届いているものの、情報が浸透しない理由を掘り下げることも必要である。
【委員】	市が高齢者向けに多様な施策を実施していても、その内容が市内の高齢者にどの程度周知されているかが課題である。地域には、健康や地域

	活動への関心が高い人がいる一方、人との関わりを避け、イベントやサロンに参加しない人もおり、特に一人暮らしや身寄りのない高齢者の状況が懸念される。 　認知症については、初期認知症への支援や訪問をきっかけに、生活状態や表情が改善し、地域の活動に参加するようになった事例もあり、市の施策が効果を上げていると感じる。 　提案として、立派な施策をより一層届けるために、訪問活動を行う民生委員・児童委員や自治会、地域のボランティアと連携した周知に力を入れていただきたい。
【副会長】	今回の計画は、コラムやマーク、配色の工夫により、従来よりも見やすくなっている。関連する施策にＳＤＧｓのアイコンを表示するとともに、高齢者福祉、認知症、介護保険などの分野を示すマークを本編全体に付けることで、該当箇所を探しやすくなり、計画策定後の進捗確認や評価もしやすくなると考える。 　計画はデータに基づいて策定することが重要であるため、地域包括ケア「見える化」システムを活用して他自治体との比較を示し、例えば、特別養護老人ホームの整備状況などの課題も分かりやすく可視化していただきたい。 　新規事業として位置付けられた「本人ミーティング」について、国の指針では、計画策定後に当事者の意見を聞くのではなく、策定プロセスの段階から認知症の本人が参加し、共に計画をつくることが求められている。会議運営上の課題はあるものの、関係者を加えずに計画を策定することは現在の考え方にそぐわない。介護保険運営協議会条例では臨時委員を置くことが可能であるため、策定途中の現段階からでも、当事者や関係者の参画を検討していただきたい。 　事業一覧は、細分化されていた事業の統合やコラム化によって整理され分かりやすくなった。その中で、重点事業や取組の強化を進めることで、事務局、地域包括支援センター、社会福祉協議会においては必要な人員や事務体制を確保できるのかが心配ではある。 　第10期計画は、これまでの評価や日常生活圏域ニーズ調査の結果だけでなく、社会保障審議会の介護保険部会などが示した国の指針や方向性を踏まえて策定する必要がある。今回の説明や計画案では、国が示す複数の指針との関係が十分に示されていないため、それぞれが計画にどのように反映されているのかお答えいただきたい。

	海老名市は近隣市と比べて高齢化の進行が緩やかであるものの、2025年問題や2040年を見据え、中長期的なサービス量の分析と必要な提供体制の確保が求められる。今後、介護人材の確保、医療・介護連携、認知症施策などを着実に進める必要があるため、国の指針については事務局からフォローをお願いしたい。 これまでは、会議で出された意見が計画や施策にどのように反映され、成果につながったのかが見えにくかった。第７期計画の頃からＰＤＣＡの実施を求めており、インセンティブ交付金等においても、取組の実施から政策成果の確認までを行う流れになっており、今回、計画にＰＤＣＡが明記されたことはよかったと思う。 計画を策定しても市民の目に触れず、活用されなければ「絵に描いた餅」となってしまう。第９期計画書が図書館に置かれていない現状も踏まえ、地域説明会を開催していただきたい。民生委員・児童委員や地区社会福祉協議会、生活支援コーディネーター、地域包括支援センターなどを巻き込み、計画を地域づくりに活用することが重要である。各委員も計画内容を所属先や地域に持ち帰り、積極的に周知していく必要がある。
【会長】	計画を多くの市民に知ってもらうためには、まず読んでもらえる内容にする必要がある。現在の文章には難しく理解しにくい表現もあるため、できる限りかみ砕いた、分かりやすい文章にし、用語解説も設け、市民が手に取り、読み進められる計画としていただきたい。 一部の数値目標を省略・集約する場合でも、第11期計画の策定時に第10期計画の取組を適切に評価できるようにする必要がある。評価に必要な指標やデータを継続的に把握・蓄積できる計画としていただきたい。 それでは、今、委員の皆様から質問があった内容について、事務局から説明をお願いしたい。
【事務局】	第10期計画は、市民の皆様にとって分かりやすく、手に取ってもらえる計画を目指して策定を進めている。委員の皆様から第９期計画より分かりやすくなったというご意見がある一方、用語や表現に分かりにくい部分があるとの御意見もあった。御意見を踏まえ、第９期計画と同様に巻末へ用語解説を掲載することなどを検討する。 通いの場の充実が介護費用の抑制に直結するのかという御意見については、市としても重要な視点と考えている。一方、通いの場の充実は介護費用の抑制だけでなく、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯が増加する中で、地域のつながりの強化や閉じこもりを防ぐことも目的としてい

	る。丁目単位で徒歩５分程度の身近な場所にサロンを広げ、地域づくりにつなげる重点事業として取り組む方向である。国保データベース（ＫＤＢ）を活用した効果分析については検討する。 認知症施策については、現時点ではアウトカム指標を設定していないが、認知度などがどの程度向上したかを把握することは重要であるため、指標の設定を事務局で検討する。 オーラルフレイル対策の御提案については、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業の中で、口腔ケアと栄養をテーマとした全４回の教室を開催している。また、現在65歳以上としているボランティア登録の対象年齢について、60歳代前半にも活動者がいることを踏まえ、対象範囲の拡大を検討する。 住宅セーフティネット制度については、44ページの「住まいに関する相談体制の整備」において協定に関する事業などを位置付けている。今後も、まちづくりの部署と連携しながら取組を進める。 また、複数の委員からの御意見の通り、計画を策定するだけでなく、その内容を地域と共有することが重要であるため、地域説明会など、計画について丁寧に説明する機会を設ける。 国の指針案について、計画案への反映状況の説明が不十分であるとの御意見もいただいた。第10期計画の国の基本指針案は６月29日に示されたばかりで、現時点では案の段階である。県の考え方についても、ヒアリング等が始まったばかりである。事務局では、第９期から大きな方向転換はないと認識しているが、2040年を見据えた中長期的な視点を持つことや、中山間地域などの地域差を踏まえて計画を策定することが示されている。 認知症当事者を会議体に加えるべきとのご提案を受け、介護者の会「四つ葉のクローバー」と認知症初期集中支援チームへのヒアリングを実施した。ヒアリングから得られた意見として、いずれからも早期発見の重要性が挙げられ、発見が遅れると、認知症の進行を遅らせる新薬を使用できない場合があるとの御意見があった。また、子どもにも認知症に対する誤解がみられるとの話もあったことから、認知症を正しく理解し、支える・支えられるという枠を超えた地域づくりを進めるため、認知症ケアパスの普及に加え、企業との連携や小・中学生向けの養成講座を計画に盛り込むこととした。認知症についても積極的に取り組む方向として考えている。

【事務局】	委員からいただいた、地域への説明会について、今後、特に強化を予定しているサロンなどの通いの場において、計画を活用しながら、地域住民に取組内容を説明する機会を設けたいと考えている。 また、補聴器購入費助成事業については、今回初めて新規事業として計画に位置付けた。補聴器の購入を検討する本人や家族の後押しとなり、より多くの市民が聞こえの環境を改善できるよう、利用しやすい支援を目指している。県の補助事業は指定された場所へ通う必要があるなどの負担があるため、市では多くの皆さんが利用できる制度として新規に実施する。 認知症の本人が計画に意見を述べられる機会については、第10期の計画の中で取り組む「本人ミーティング」を活用し、積極的かつ前向きに検討する。認知症の本人が計画策定に参画している他自治体の事例も参考にする。
【会長】	ただ今の説明に対して、御意見・御質問はいかがか。
【委員】	計画書は分量が多いため、行政サービスを詳しく掲載した「高齢者ガイドブック」のように、重要な情報だけを分かりやすくまとめたＡ３判・両面１枚のものを作成してはどうか。数値や細かな経緯ではなく、市が取り組んでいる支援や事業の概要を示すことで、高齢者世帯への全戸配布もしやすくなる。 また、認知症サポーター養成講座を自治会単位でも実施し、民生委員や地域包括支援センター、社会福祉協議会が連携し、一体となって取り組んでいただけたらと思う。
【副会長】	資料２で非掲載とされた「老人福祉施設入所者措置」と「寝たきり老人短期入所」は、目標値の設定にはなじまないとしても、支援が必要な人を最終的に支えるセーフティネットとして重要な制度である。計画への掲載から外すと、利用できる制度であるにもかかわらず、市民や関係者に知られないおそれがある。また、市の要綱が体系的に公開されておらず、制度情報を得にくい現状もある。数値目標を設けない形でも計画に掲載すべきであり、非掲載とすることには反対である。
【委員】	おっしゃる通り。コラムでも何でもよい。
【事務局】	数値目標になじまないとして非掲載としていた事業についても、何らかの形で事業・施策として計画に掲載する方向で検討する。 高齢者ガイドブックは毎年更新しており、既に概要版も作成しているため、今後はその周知方法を工夫し、関係者にも協力をお願いしたい。 認知症サポーター養成講座については、最近実施した職員向け講座に

	50人余りが参加している。９月の認知症普及啓発月間などを活用し、庁内外で引き続き普及啓発に取り組む。
【会長】	認知症は、ＭＣＩ（軽度認知障害）から重度まで状態が幅広く、認知症カフェなどに参加できる人もいれば、外出が難しい人もいる。本人の状態に応じた支援に加え、家族への支援や、本人・家族と共に対応を考える仕組みが重要である。難しい分野ではあるが、関係者が知恵を出し合い、より良い計画にしていく必要がある。 それでは次第の議事はすべて終了したので事務局にお返しする。
【事務局】	会長には議事の進行、委員の皆様にはご議論をいただき、感謝申し上げる。 本日いただいた御意見については整理のうえ、今後の素案にできる限り反映していく。次回の計画策定部会は、10月15日（木）午後２時から市役所４階401会議室で開催予定であり、詳細はメールにて連絡する。

えびな高齢者プラン 21【第 10 期】における重点・新規事業について

資料 1

重点：８事業　新規：２事業

区分	基本目標	事業名	内部・外部（委員）評価、アンケート調査		選定理由	今後の方向性
重点 ８事業	1	フレイル予防事業	アンケート	●フレイルを知らない人は 50.8%、フレイルチェック未経験者が 87.0%となっている。 ●介護予防や健康づくりに興味がある高齢者は、85.2%と高く、特に「自宅で手軽にできる運動や健康づくり」への関心が高い。	左記意見から、フレイルの認知度向上と参加しやすい環境整備により、介護予防の推進と要介護状態の予防につなげる必要があるため。	●「広報えびな」等を活用し、フレイルの理解と効果を周知する。 ●「フレイルサポーター」と協働したフレイルチェックや介護予防教室を通じて、自宅で手軽にできる運動習慣の定着と社会参加の機会づくりを図る。 ●身近な場所でフレイル予防に取り組めるよう、参加しやすい環境を整備する。
			委員	●徒歩や自転車で参加しやすい身近な場所での開催や、関心の高い内容を取り入れるなど、参加しやすい事業への見直しを図る必要がある。		
		通いの場の充実（地域サロン）	委員	●高齢者が日常的に立ち寄るスーパーマーケットやカフェ等を新たな通いの場として活用することを期待する。 ●サロンへの参加のきっかけづくりを継続し、外出機会の少ない高齢者の参加を促し、地域のつながりづくりや将来的な担い手の確保につなげることを期待する。	左記意見から、身近で参加しやすい通いの場の拡充と外出機会の少ない高齢者への参加促進により、住民主体のサロンを推進する必要があるため。	●スーパーマーケットの空きスペース、カフェ等を活用し、新たなサロンの開設を進める。 ●開催回数の増加と要介護者・認知症者受入れ体制整備を進める。 ●地域住民が運営する通いの場に対する加算型補助事業を検討し、通いの場の確保と運営負担の軽減を目指す。
	2	生活支援体制整備の促進、就労的活動支援の充実	アンケート	●生活支援コーディネーターの認知度は 2.2%と低い。 ●地域で困っている高齢者がいた場合、「負担にならない程度であれば手伝いたい」が 32.9%で、潜在的な担い手は一定数存在する。	左記意見から、両コーディネーターの役割周知と地域資源・担い手の発掘・マッチング機能を強化し、高齢者の社会参加と生きがいづくりを推進する必要があるため。	●公共施設や自治会集会所等以外の新たな通いの場を開拓できるよう調整を進める。 ●生活支援コーディネーターが地域包括支援センター職員と同行し、地域資源とのマッチングを進める。 ●担い手の養成と仲間づくりを進め、地域サロンなどでの活躍体制を構築する。 ●地域資源とのマッチング数など、活動成果を把握できる指標を設定する。 ●就労的活動支援コーディネーターを活用し、就労以外に関する相談や会員でない方からの相談についても、きめ細やかに対応する。 ●就労的活動支援コーディネーターについて、パネル展等により周知を進める。
			内部	●従前相当サービスからの移行が進んでいない状況にある。生活支援コーディネーターが本来担うべき活動が十分でない。 ●就労的支援コーディネーターの存在や役割が市民に十分に認知されていない。		
		高齢者の外出支援の充実	アンケート	●地域で生活し続けるために必要な支援として、「外出に関する支援（通院、買い物等）」を必要する人の割合が 54.8%と最も多い。 ●市内で外出するために必要だと思う支援として、「バスの運賃助成」51.2%、「えび～くる」49.4%、「バス路線の充実」47.0%が上位。	左記意見から、「You Bus」や「えび～くる」等の既存の移動支援策について、利用状況や利用者のニーズを把握し、今後の支援のあり方を検討する必要があるため。	●「You Bus」や「えび～くる」等の既存の移動支援策について、利用状況や利用者のニーズを把握し、今後の支援のあり方について検討する。 ●移動手段の確保が困難な高齢者への支援を継続するとともに、支援を必要とする高齢者が制度を利用できるよう周知を図る。
		認知症に対する理解促進事業（認知症ケアパスの普及）	アンケート	●認知症の相談窓口の認知度は 21.7%と低い。 ●認知症の人にとって安心して暮らせるまちについて、「その人に合ったサポートを受けることができる」が 63.2%と最も高い。	左記意見から、本人や家族が必要な支援や相談先につながるための周知・活用を進めるとともに早期受診につながるような支援が重要であるため。	●医療機関や地域包括支援センター、関係機関と連携し、診断後など必要なタイミングで認知症ケアパスを活用する。 ●認知症ケアパスを分かりやすい内容に継続的に見直し、本人・家族等と協働しながら改善を進める。 ●イベント等を通じて認知症に触れられる機会を広げ、相談先や利用できる支援を周知し、認知症になっても暮らしやすい地域づくりを進める。
			委員	●認知症ケアパスを必要な人に適切なタイミングで活用する必要がある。		
		認知症サポーター活動促進・地域づくり支援事業	委員	●ステップアップ講座卒業生が活躍できる場を広げることを期待する。 ●サポーターが資格を生かして活動できる機会の拡大が必要。 ●チームオレンジコーディネーターの周知強化が必要。	左記意見から、認知症への理解者を増やし、サポーターの活動やチームオレンジ等を通じて、地域で支える体制を広げていくことが重要であるため。	●認知症サポーター養成講座を小学校や企業等へ広げ、幅広い世代への理解を進める。介護ボランティアポイント事業の活用により、講座修了者が実際に活動できる場を拡充する。 ●チームオレンジについて、コーディネーターによる立ち上げ支援等を通じて、日常生活圏域に1チームの設置を目指す。 ●オレンジカフェの設置・運営支援を進め、身近な居場所づくりを図る。
	3	介護の現場を支える人材の確保	アンケート	●施設・通所系、訪問系ともに「応募者不足・採用困難」が最も多くなっている。 ●人材確保について行政に期待する支援として、施設・通所系で「就職機会の創出・マッチング支援」、訪問系でも「求人マッチング・人材紹介機能への期待」が最多。	左記意見から、採用マッチングと働きやすい環境づくりを通じた人材確保支援が必要であるため。	●介護に関する入門的研修を開催し、介護キャリアの最初の一歩を支援する。修了者には初任者研修の研修時間の一部免除となる修了証を発行する。 ●市内事業所が参加する合同就職説明会（就職フェア）を開催し、介護職の人材確保と就職マッチングを図る。
		定期巡回随時対応型訪問介護看護	アンケート	●量的に不足していると感じる介護サービスとして、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が 38.1%で上位に挙がっており、整備が必要だと感じる地域密着型サービスとしても 33.3%で事業所からの整備ニーズが高い。	左記意見から、要介護高齢者が医療と介護サービスを利用しながら在宅で安心して生活するために、事業所整備が必要であるため。	●未整備となっている定期巡回随時対応型訪問介護看護事業を公募し、1事業所の整備を目指す。
			委員	●定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護は、海老名市に今求められる最重要項目である。令和 8 年度には提供できる事業所の招致を期待する。		
新規 ２事業	2	高齢者補聴器購入費の助成事業	アンケート	●現在抱えている傷病について（要支援認定者・要介護認定者）、「眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）」24.2%で、心疾患、認知症、筋骨格系疾患に次いで上位に挙げられている。	左記意見から、加齢性難聴は認知症発症のリスク要因とされており、補聴器購入費の一部を助成することで、認知症予防と社会参加促進を図る必要があるため。	●補聴器が必要と医師に確認された 65 歳以上の在宅高齢者に、購入費の2分の1を助成。
		本人ミーティングの実施	アンケート	●認知症の人にとって安心して暮らせるまちについて、「その人に合ったサポートを受けることができる」が 63.2%と最も高い。	左記意見から、認知症者本人の声を聞き、生活上のニーズを把握し、本人視点に立った支援を進める必要があるため。	●オレンジカフェやサロン、オレンジフェスなどを本人が安心して声を出せるきっかけの場として活かす。 ●認知症の本人同士が自らの体験や希望、困りごとを語り合い、自分たちのこれからのより良い暮らしや暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う。

資料２

えびな高齢者プラン21　事業一覧（案）

※オレンジ：重点　黄色：新規　ピンク：統合　グレー：非掲載

基本目標	施策	第９期	令和７年度評価	中間評価 内部評価	中間評価 委員評価	No.	第10期	方向性	変更内容	担当課名
【基本目標１】健康づくりと生きがいづくり										
	１心身の衰えを防ぎ、元気に過ごすための取組									
	2-3-1一般介護予防事業（ピナスポの教室等）	フレイル予防事業【新規・重点】	C	C	A	1	フレイル予防事業	重点	統合（指標継続）	地域包括ケア推進課
	2-3-1一般介護予防事業	介護予防普及啓発事業	B	C	B					
		地域リハビリテーション活動支援事業	A	A	E				統合（複数事業に横断的に関わるため、事業内で記載）	
		プール等利用助成	B	B	A	2	スポーツ施設の利用促進事業		名称変更	地域包括ケア推進課
		高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施【重点】				3	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業		9期同様（9期評価時のみ各事業名あり）	国保医療課・地域包括ケア推進課
		・腎症重症化予防指導者	B	C	E					
		・健康状態不明者介入者・低栄養予防指導者	A	A	E					
		訪問指導	A	C	E				統合	
		がん検診	B	C	E		がん検診		関連事業	健康推進課
		特定健康診査	A	A	E		特定健康診査			国保医療課
		特定保健指導	B	C	E		特定保健指導			
		後期高齢者健康診査	B	B	B		後期高齢者健康診査			
		健康教育	B	A	E		健康教育			健康推進課
		健康手帳の交付	D	D	E		健康手帳の交付			
		健康相談	C	A	E		健康相談			
		オーラルフレイル健診	A	A	E		オーラルフレイル健診			
	２身近な地域で気軽に参加できる生きがいづくり									
	2-3-1一般介護予防事業（c地域介護予防活動支援事業）	地域サロン（非常設サロン）	A	A	B	4	通いの場の充実	重点	統合、名称変更	地域包括ケア推進課
	2-3-1一般介護予防事業（c地域介護予防活動支援事業）	地域版ともの輪	B	B	E					
	2-3-1一般介護予防事業（c地域介護予防活動支援事業）	新・ふれあいランチ事業（サロン・de・カフェ）	A	A	A					
	1-1-3生きがい活動への支援	ゆめクラブ活動への支援	A	A	A	5	高齢者の生きがい活動への支援		統合（指標継続）、名称変更	地域包括ケア推進課
	1-1-1高齢者の健康維持・増進	高齢者向けスポーツの推進	A	A	A					
	1-1-3生きがい活動への支援	生きがい教室の充実	A	A	A					
	1-1-4敬老意識の高揚	高齢者敬老祝金等の贈呈	A	A	A		高齢者敬老祝金等の贈呈		コラム	地域包括ケア推進課
	３社会参加とつながりづくり									
	2-3-2包括的支援事業（生活支援体制の整備）	担い手の養成・育成（一般介護予防事業・地域介護予防活動支援事業）	C	C	A	6	担い手の養成・育成（一般介護予防事業・地域介護予防活動支援事業）	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-1一般介護予防事業（c地域介護予防活動支援事業）	介護ボランティアポイント事業（えびな元気お福分けクラブ）	A	A	E	7	介護ボランティアポイント事業（えびな元気お福分けクラブ）			地域包括ケア推進課
	1-1-2就業の場の確保に向けた支援	シルバー人材センターへの支援	A	A	A	8	シルバー人材センターへの支援			地域包括ケア推進課
	1-1-4敬老意識の高揚	地域ふれあい事業	A	A	A		地域ふれあい事業		コラム	地域包括ケア推進課
【基本目標２】安心して暮らし続けるための支援										
	１相談しやすく、必要な支援につながる体制づくり									
		地域包括支援センターの運営【重点】								
	2-3-2包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	地域包括支援センター	B	B	B	9	地域包括支援センター事業	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	地域ケア会議の開催	B	C	A				統合（指標継続）	
	2-3-2包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	基幹型地域包括支援センター	B	B	A	10	基幹型地域包括支援センター事業	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）	在宅医療・介護の連携体制の推進	B	B	B	11	在宅医療・介護の連携体制の推進	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）	在宅医療を担う人材の育成	A	A	A				統合（指標継続）	
	2-3-2包括的支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）	えびな在宅医療相談室での相談支援の充実	A	A	A		えびな在宅医療相談室での相談支援の充実		コラム	地域包括ケア推進課
	1-1-1高齢者の健康維持・増進	高齢者訪問事業の実施【新規】	B	B	B				統合（相談室の訪問支援機能に位置づけ、コラムで紹介）	
	2-3-2包括的支援事業（生活支援体制の整備）	生活支援コーディネーター、就労的活動支援コーディネーターの設置	B	B	A	12	生活支援体制整備の促進、就労的活動支援の充実	重点	名称変更	地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（生活支援体制の整備）	協議体の設置・開催							統合（指標継続）	
		・第1層協議体（市内全域）	C	B	B				9期同様（9期評価時のみ各事業名あり）	
		・第2層協議体	D	D	B					
		PRの充実	A	A	A	13	高齢者向け情報提供の充実		名称変更	介護保険課・地域包括ケア推進課
		相談受付体制の充実	A	A	A		相談受付体制の充実		コラム	地域包括ケア推進課
		地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	C	C	A				統合（すべての事業に通じる概念のため、独立事業としない）	地域包括ケア推進課
	2-3-1一般介護予防事業	介護予防把握事業	A	B	A				統合（複数事業に共通する取組のため独立事業としない）	地域包括ケア推進課

えびな高齢者プラン21　事業一覧（案）

※オレンジ：重点　黄色：新規　ピンク：統合　グレー：非掲載

基本目標	施策	第９期	令和７年度評価	中間評価 内部評価	中間評価 委員評価	No.	第10期	方向性	変更内容	担当課名
	２自立した暮らしを続けるための支援									
						14	高齢者補聴器購入費の助成事業	新規		地域包括ケア推進課
	2-6-2保健福祉事業	デマンド型交通の実施【新規・重点】	A	A	A	15	高齢者の外出支援の充実	重点	統合	福祉政策課
		高齢者の外出支援　※You Busなど	A	A	B					
		えびな安心キット・救急安心カードの配布	A	A	A	16	えびな安心キット・救急安心カードの配布			地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	従前の訪問介護相当サービス	C	C	E	17	従前の訪問介護相当サービス			地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービスA	C	C	B	18	訪問型サービスAの実施			地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービスB	B	B	A	19	訪問型サービスBの実施	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービスC	E	E	D	20	訪問型サービスCの実施	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	従前の通所介護相当サービス	D	D	B	21	従前の通所介護相当サービス			地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	通所型サービスB	B	B	A	22	通所型サービスBの実施	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	通所型サービスC	C	D	B	23	通所型サービスCの実施	見直し		地域包括ケア推進課
	2-3-1介護予防・生活支援サービス事業	介護予防ケアマネジメント	D	D	A	24	介護予防ケアマネジメントの実施			地域包括ケア推進課
	３権利が守られ、安心して暮らすための支援									
		高齢者虐待防止対策の推進【重点】				25	高齢者虐待防止対策の推進		統合	地域包括ケア推進課
		広報・普及啓発	A	A	B					
		ネットワーク構築	A	A	B					
		行政機関等の連携	A	A	A					
		養護者による高齢者虐待への対応の強化	A	A	A					
		養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応の強化	B	C	C	26	施設従事者等による高齢者虐待への対応		名称変更	介護保険課
		成年後見制度の活用	B	B	A		成年後見制度の活用		コラム	福祉政策課
		高齢者消費被害対策	B	B	B		高齢者消費被害防止対策		コラム	地域包括ケア推進課
	2-2在宅支援事業	老人福祉施設入所措置	C	D	A				目標値の設定になじまない性質の事業であることから、計画に位置付けることが難しいため	地域包括ケア推進課
	４住まいと暮らしを支える支援									
		住みやすいまちづくり	B	B	A	27	高齢者の住まいに関する相談体制の整備		名称変更	地域包括ケア推進課
		避難行動要支援者名簿の作成	A	A	A	28	防災意識の醸成と避難支援体制の整備		名称変更	福祉政策課
							エンディングノートの普及		コラム	地域包括ケア推進課
	５ひとり暮らし・高齢者世帯への支援									
	2-3-2任意事業	緊急通報システム貸与	A	A	B	29	緊急通報システム事業			地域包括ケア推進課
	2-2在宅福祉サービス	配食サービス	D	D	B	30	配食サービスの実施			地域包括ケア推進課
	2-5安全・安心の対策	孤立世帯・孤立死防止対策（対象者リスト）	A	A	A	31	孤立世帯・孤立死防止対策事業			福祉政策課
	2-5安全・安心の対策	ひとり暮らし高齢者安全点検	D	D	B		ひとり暮らし高齢者の安全点検の実施		コラム	地域包括ケア推進課
	６介護を受ける人とその家族への支援									
	1-1-1高齢者の健康維持・増進	在宅リフレッシュ事業	B	D	C	32	在宅介護者等リフレッシュ事業		名称変更	地域包括ケア推進課
	2-3-2任意事業	家族介護支援事業【重点】	A	A	B	33	家族介護支援事業			地域包括ケア推進課
	2-6-1市町村特別給付	介護用品等の給付	A	A	A	34	介護用品等の給付事業			地域包括ケア推進課
							介護者の会「四つ葉のクローバー」		コラム	地域包括ケア推進課
	2-2在宅福祉サービス	寝たきり老人等短期入所	D	D	B				目標値の設定になじまない性質の事業であることから、計画に位置付けることが難しいため	地域包括ケア推進課
	７認知症の人と家族を支える地域づくり									
		認知症高齢者支援の推進【重点】								
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	（認知症地域支援・ケア向上事業）認知症ケアパスの普及・啓発	A	A	B	35	認知症に対する理解促進事業	重点	名称変更	地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	認知症サポーター活動促進・地域づくり支援事業				36	認知症サポーター活動促進・地域づくり支援事業	重点	9期同様（9期評価時のみ各事業名あり）	地域包括ケア推進課
		・認知症サポーター養成講座（任意事業）	A	A	B					
		・ステップアップ講座	B	B	B					
		・チームオレンジコーディネーターの設置及びチームオレンジの支援	A	A	B					
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	（認知症地域支援・ケア向上事業）認知症疾患医療センターとの連携	B	B	A	37	認知症相談体制の充実		名称変更	地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	（認知症地域支援・ケア向上事業）認知症地域支援推進員の配置および活動の推進	B	B	B			統合	統合（取組内容あり）	
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	認知症初期集中支援推進事業	A	B	A	38	認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チームの運営・活用）			地域包括ケア推進課
							若年性認知症支援コーディネーター		コラム	地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	認知症高齢者見守り事業	B	B	A	39	認知症見守り事業		名称変更	地域包括ケア推進課
	2-3-2包括的支援事業（認知症高齢者支援の推進）	（認知症地域支援・ケア向上事業）運転免許を失った高齢者の相談支援に関する協定	B	B	A		運転免許を返納した高齢者の相談支援体制		名称変更	地域包括ケア推進課
						40	本人ミーティングの実施	新規		地域包括ケア推進課

えびな高齢者プラン21　事業一覧（案）

※オレンジ：重点　黄色：新規　ピンク：統合　グレー：非掲載

基本目標	施策	第９期	令和７年度評価	中間評価 内部評価	中間評価 委員評価	No.	第10期	方向性	変更内容	担当課名
【基本目標３】介護サービスの充実と安定した制度運営										
	１利用しやすい介護サービス									
		①要介護認定の平準化				(1)要介護認定の平準化				
		介護認定訪問調査	A	A	A	41	介護認定訪問調査			介護保険課
		介護認定審査会	A	A	A	42	介護認定審査会			介護保険課
		介護保険運営協議会	A	A	A	43	介護保険運営協議会			介護保険課
		②介護サービスの適正化				(2)介護サービスの適正化				
		ア在宅介護及び介護予防サービスの提供				①在宅介護及び介護予防サービスの提供				
		訪問介護	B	C	B	44	訪問介護			介護保険課
		訪問入浴介護・ 介護予防訪問入浴介護	B E	C E	B B	45	訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護			介護保険課
		訪問看護・ 介護予防訪問看護	B B	C C	B B	46	訪問看護・介護予防訪問看護			介護保険課
		訪問リハビリテーション・ 介護予防訪問リハビリテーション	B A	C C	B B	47	訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション			介護保険課
		通所介護	A	B	B	48	通所介護			介護保険課
		通所リハビリテーション・ 介護予防通所リハビリテーション	B B	C C	B B	49	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション			介護保険課
		短期入所生活介護・ 介護予防短期入所生活介護	C C	C D	B B	50	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護			介護保険課
		短期入所療養介護・ 介護予防短期入所療養介護	A E	B E	B B	51	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護			介護保険課
		特定施設入居者生活介護・ 介護予防特定施設入居者生活介護	A B	B C	B B	52	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護			介護保険課
		居宅療養管理指導・ 介護予防居宅療養管理指導	A A	B B	B B	53	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導			介護保険課
		福祉用具貸与・ 介護予防福祉用具貸与	A A	B B	B B	54	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与			介護保険課
		福祉用具購入費の支給・ 介護予防福祉用具購入費の支給	B A	C B	B B	55	福祉用具購入費の支給・介護予防福祉用具購入費の支給			介護保険課
		住宅改修費の支給・ 介護予防住宅改修費の支給	B B	C C	B B	56	住宅改修費の支給・介護予防住宅改修費の支給			介護保険課
		居宅介護支援・ 介護予防支援	A A	B B	B B	57	居宅介護支援・介護予防支援			介護保険課
		イ地域密着型サービスの提供				②地域密着型サービスの提供				
		定期巡回・ 随時対応型訪問介護看護	A	C	B	58	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			介護保険課
		夜間対応型訪問介護	E	E	E	59	夜間対応型訪問介護			介護保険課
		小規模多機能型居宅介護・ 介護予防小規模多機能型居宅介護	A A	C A	B A	60	小規模多機能型居宅介護・ 介護予防小規模多機能型居宅介護			介護保険課
		看護小規模多機能型居宅介護（短期入所・ 通所介護）	C A	D E	E E	61	看護小規模多機能型居宅介護 （短期入所）・（通所介護）			介護保険課
		地域密着型通所介護	A	B	A	62	地域密着型通所介護			介護保険課
		認知症対応型通所介護・ 介護予防認知症対応型通所介護	A E	B E	B E	63	認知症対応型通所介護・ 介護予防認知症対応型通所介護			介護保険課
		認知症対応型共同生活介護・ 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	A E	B E	A E	64	認知症対応型共同生活介護・ 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）			介護保険課
		地域密着型特定施設入居者生活介護	E	E	E	65	地域密着型特定施設入居者生活介護			介護保険課
		地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	E	E	E	66	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			介護保険課
		ウ施設サービスの提供				③施設サービスの提供				
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	A	A	A	67	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院		統合（指標継続）	介護保険課
		介護老人保健施設（老人保健施設）	A	A	A					
		介護医療院	A	A	A					
		③低所得者対策・負担軽減対策				(3)介護サービス利用者への負担軽減				
		高額介護（介護予防）サービス費	A A	B A	B A	68	高額介護（予防）サービス費			介護保険課・ 地域包括ケア推進課
		高額医療合算介護（介護予防）サービス費	B B	B C	B B	69	高額医療合算介護（予防）サービス費			介護保険課・ 地域包括ケア推進課
		特定入所者介護（介護予防）サービス費	A	B	B	70	特定入所者介護（予防）サービス費			介護保険課

えびな高齢者プラン21　事業一覧（案）

※オレンジ：重点　黄色：新規　ピンク：統合　グレー：非掲載

基本目標	施策	第９期	令和７年度評価	中間評価 内部評価	中間評価 委員評価	No.	第10期	方向性	変更内容	担当課名
	２介護を支える人材の確保とサービスの充実									
		①介護人材の確保【重点】	B	A	A	(1)介護の現場を支える人材の確保				
						71	介護の現場を支える人材の確保	重点		介護保険課
		②在宅介護サービス事業者の質の向上と介護給付の適正化	B	A	A	(2)在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み				
						72	在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み			介護保険課・地域包括ケア推進課
		③施設サービスの整備・充実【重点】				(3)介護施設の充実とサービスの整備				
		入所施設の整備・充実				①入所施設の整備・充実				
		・介護老人福祉施設	B	B	A	73	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護付有料老人ホーム		9期同様（9期評価時のみ事業名あり）	介護保険課
		・介護老人保健施設	A	A	A					
		・介護付有料老人ホーム	A	A	A					
		地域密着型サービスの整備・充実				②地域密着型サービスの整備・充実				
		・看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）	A	A	A	74	看護小規模多機能型居宅介護（短期入所・通所）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護	重点	9期同様（9期評価時のみ事業名あり）	介護保険課
		・看護小規模多機能型居宅介護（通所）	A	A	A					
		・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	E	E	A					
		・認知症対応型共同生活介護	A	B	A					
		有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の基盤整備	C	C	A				県への届出であり、市が目標設定や設置に対する規制等ができないことから、計画に位置付けて評価することが難しいため	介護保険課
		災害への対応	B	C	E	③施設・事業所の災害や感染症への備え				
		感染症への対応	C	C	E	75	災害と感染症への対応		統合	介護保険課
	３安定した制度運営の確保									
		(1)介護保険料				76	(1)介護保険料			介護保険課
		(2)費用の実績と推計	A	B	B	77	(2)介護保険にかかる費用の実績と見込み		名称変更	介護保険課・地域包括ケア推進課
		(3)介護保険料賦課徴収方式	A	A	A	78	(3)介護保険料の算定と納付		名称変更	介護保険課

【参考】
評価方法

（１）内部評価

評価	評価の判断
A	達成状況：90%以上 数値目標以外については、期待した成果を得られたもの
B	達成状況：70%以上 90%未満 数値目標以外については、概ね期待した成果を得ることができたもの
C	達成状況：40%以上 70%未満
D	達成状況：40%未満 数値目標以外については、成果が得られなかったことが多いもの
E	達成状況：未実施 数値目標以外については、成果が得られなかったもの

（２）委員評価

評価	評価の判断
A	事業継続が望ましい
B	内容を見直して事業継続が望ましい
C	内容を見直して事業縮小が望ましい
D	事業廃止が望ましい
E	判断困難

資料３

１　計画の体系

【基本理念】

一人ひとりが笑顔で暮らしていける地域共生社会の実現

【基本目標】	【施策】
１　健康づくりと生きがいづくり 老 介	１　心身の衰えを防ぎ、元気に過ごすための取組
	２　身近な地域で気軽に参加できる生きがいづくり
	３　社会参加とつながりづくり
２　安心して暮らし続けるための支援 老 介	１　相談しやすく、必要な支援につながる体制づくり
	２　自立した暮らしを続けるための支援
	３　権利が守られ、安心して暮らすための支援
	４　住まいと暮らしを支える支援
	５　ひとり暮らし・高齢者世帯への支援
	６　介護を受ける人とその家族への支援
	７　認知症の人と家族を支える地域づくり 認
３　介護サービスの充実と安定した制度運営 介	１　利用しやすい介護サービス
	（１）要介護認定の平準化
	（２）介護サービスの適正化
	① 在宅介護及び介護予防サービスの提供
	② 地域密着型サービスの提供
	③ 施設サービスの提供
	（３）介護サービス利用者への負担軽減
	２　介護を支える人材の確保とサービスの充実
	（１）介護の現場を支える人材の確保
	（２）在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み
	（３）介護施設の充実とサービスの整備
	① 入所施設の整備・充実
	② 地域密着型サービスの整備・充実
	③ 施設・事業所の災害や感染症への備え
	３　安定した制度運営の確保
	（１）介護保険料
	（２）介護保険にかかる費用の実績と見込み
	（３）介護保険料の算定と納付

認：「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和５年法律第 65 号）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るもの

介：第 10 期介護保険事業計画（介護保険法第 117 による法定義務計画）として位置づけるもの

老：高齢者保健福祉計画（老人福祉法第 20 条８）として位置づけるもの

2 ｜ 施策の展開

基本目標１　健康づくりと生きがいづくり

施　策	事　業
1　心身の衰えを防ぎ、元気に過ごすための取組	1　重点　フレイル予防事業 2　スポーツ施設の利用促進事業 3　高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業
2　身近な地域で気軽に参加できる生きがいづくり	4　重点　通いの場の充実 5　高齢者の生きがい活動への支援
3　社会参加とつながりづくり	6　担い手の養成・育成（一般介護予防事業・地域介護予防活動支援事業） 7　介護ボランティアポイント事業（えびな元気お裾分けクラブ） 8　シルバー人材センターへの支援

施策１　心身の衰えを防ぎ、元気に過ごすための取組

取組内容・方向性

アンケート調査では、健康状態が「よい」と感じている高齢者は約７割を占める一方で、フレイルの認知度は 45.2%、フレイルチェックの経験は 10.2%にとどまっていることから、心身の衰えに早めに気づき、予防につなげる取組が必要です。また、身近な場所で参加しやすい介護予防や健康づくりにニーズがあることから、参加しやすい環境づくりが重要となります。さらに、口腔機能低下リスクに該当する人も一定数いることから、運動、栄養、口腔の取組を一体的に進めていく必要があります。また、介護が必要になった原因の上位に「骨折・転倒」（20.4%）や生活習慣病が挙げられ、転倒に不安を感じる高齢者も 60.5%にのぼることから、転倒予防や生活習慣病の重症化予防も重要な課題です。

このため、フレイルチェックや介護予防教室、認知症予防の教室、スマホ活用教室などの周知を進めるとともに、スポーツ施設の利用促進を通じて、運動習慣の定着と社会参加の機会づくりを図ります。また、リハビリテーション専門職の関わりなどを進め、地域の中で高齢者一人ひとりの状態に応じた支援につなげていきます。あわせて、医療、介護、健診のデータを活用した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を進め、健康状態が把握できない方への個別支援、低栄養予防、健診受診勧奨などを強化します。

今後は、健康づくりを単なる啓発にとどめず、各事業の実施により、住み慣れた地域で元気に暮らし続けられる状態を維持できるような取組に発展させていきます。特に、身近な場所で参加できること、本人の状態に応じた支援につながること、関係機関が連携して切れ目なく支えることを重視し、健康寿命の延伸と重度化予防を図ります。

主な事業

1 重点 フレイル予防事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	「フレイル」とは、健康な状態と要介護状態の中間にある、心身の活力（筋力・認知機能・社会とのつながりなど）が低下した状態で、早めに気づいて対策することで、健康な状態に戻したり、進行を緩やかにすることができます。市民ボランティア「フレイルサポーター」と協働し、地域サロンや、市内の６か所の地域包括支援センターごとに市内公共施設等で「フレイルチェック」を実施します。参加者は自身の状態を把握し、栄養・身体活動（運動）・社会参加の３つの視点から、自分に必要な予防の取組を学べます。 また、65 歳以上の方ならどなたでも参加できる介護予防の教室を行います。認知症予防の脳トレや軽体操を行う教室、スマホの使い方を学ぶ教室、参加者同士で楽しく交流しながら脳のトレーニングや健康体操を行う「こころとカラダの健康教室（ともの輪）」など、多彩な教室を身近な場所で開催し、運動と人とのつながりの機会を提供します。 また、地域の中で、リハビリテーション専門職である理学療法士等が関わり、高齢者が自分らしく生活できるようサポートする取組を進めていきます。

指　標		現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
サポーター養成数	人数	４人	20 人	20 人	20 人
フルフレイルチェック実施者数	人数	233 人	263 人	265 人	267 人
	開催回数	16 回	20 回	22 回	24 回
簡易フレイルチェック実施者数	延人数	268 人	279 人	291 人	303 人
認知症予防の教室		391 人	327 人	273 人	228 人
フレイル予防の教室		679 人	815 人	978 人	1,174 人
スマホの使い方などを学ぶ教室		149 人	104 人	73 人	51 人
運動機能向上の教室（生きがい教室）		303 人	334 人	369 人	407 人
介護予防普及啓発事業（地域開催）		6,642 人	6,750 人	6,850 人	6.950 人
元気アップ食事・口腔相談		１人	10 人	10 人	10 人

コラム　早めの気づきが大切♪　フレイルチェック

定期的にチェックして、健康長寿をめざしましょう！



フレイルチェックで分かること

❶からだの状態
（筋力・バランス・栄養・口腔など）

❷こころの状態
（認知機能・気分など）

❸生活の様子
（運動習慣・社会参加など）

何をやるの？
- 簡単な質問に答える
- 筋力・握力測定
- 滑舌チェック　など

生活のポイントもお伝えします！





フレイルは早めの
気づきと予防が大切！
まずはチェックから♪

2　スポーツ施設の利用促進事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者の体力低下を防ぎ、健康の保持・増進を図ることを目的に、運動施設の利用料を割引する事業です。海老名運動公園・北部公園体育館、ビナスポ（えびな市民活動センター）のプールやトレーニング室について、「元気 65」という料金設定により、65 歳以上の方は施設利用料が半額（200 円）になります。高座施設屋内温水プールに対し、65 歳以上の利用料の半額分を市が助成することで、市内在住の 65 歳以上の方は 200 円で利用いただけます。

指　標		現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
利用人数	延人数	5,412 人 （112,483 人）	114,000 人	115,000 人	116,000 人

※令和７年度の利用人数は、介護保険特別会計で実施している高座清掃施設組合屋内温水プールの実績値です。（）内は、海老名運動公園・北部公園体育館・ビナスポ（えびな市民活動センター）を加えた合計値です。
※令和９年度以降の目標・見込は、上記４施設すべてを含めた値です。

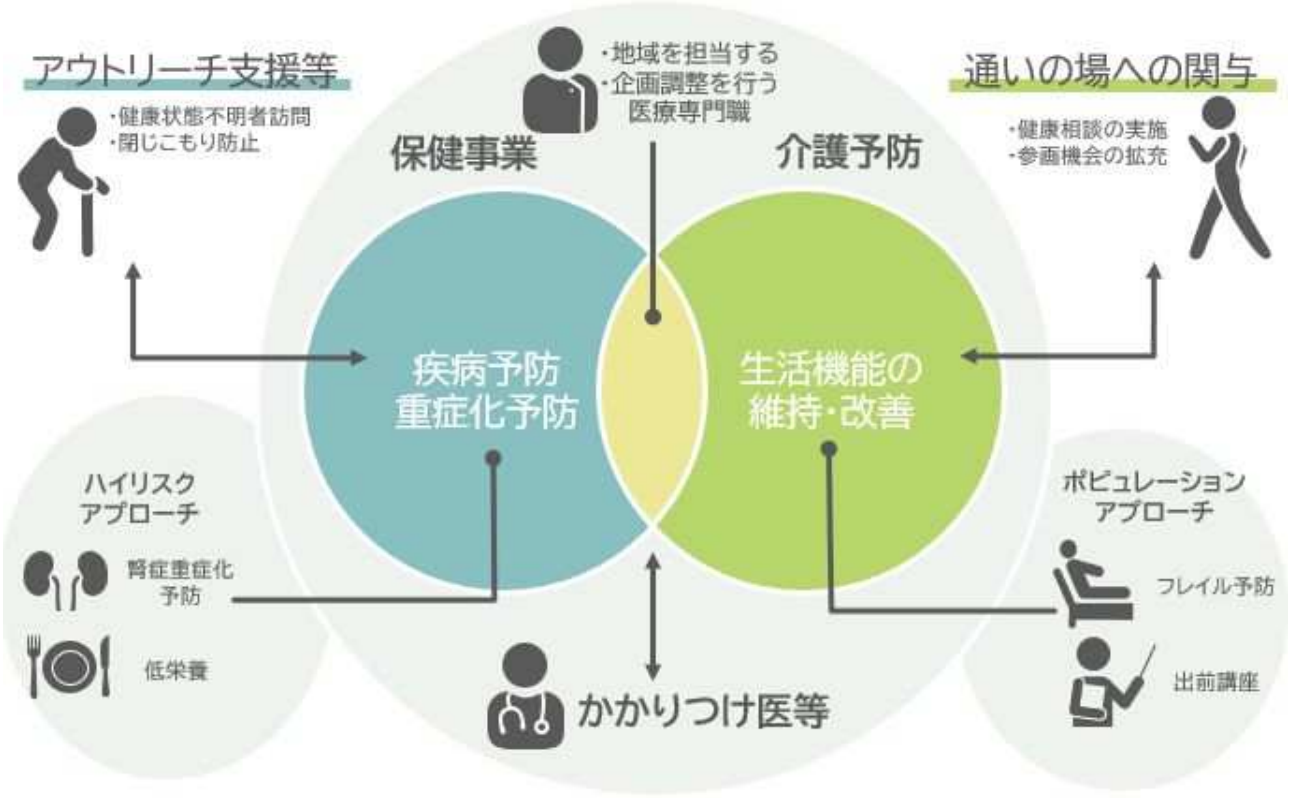
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業

（担当課：国保医療課・地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者は「疾病予防・重症化予防」と「生活機能の維持・改善」の両面のニーズを抱えています。本市では、国の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る基本方針」に基づき、神奈川県後期高齢者医療広域連合からの委託を受けて、保健事業と介護予防を一体的に実施しています。 特定健康診査・後期高齢者健康診査を所管する部署、高齢者の健康づくりを所管する部署が連携し、医療・介護・健診等のデータを活用して地域の健康課題を把握するとともに、医療関係団体等の助言を受けながら、高齢者一人ひとりに応じた支援を行っています。 また、腎症重症化予防、低栄養予防・口腔機能低下予防事業への個別支援として、後期高齢者健康診査の結果等から対象者を抽出し、勧奨通知の送付や専門職（保健師、看護師、管理栄養士、歯科医師等）による訪問指導や教室開催を実施します。健康状態が把握できない方には、アンケートを送付し、未返信者には訪問による健康状態の確認、相談対応や健診受診勧奨を行います。

取組項目	取組内容 令和７年度
腎症重症化予防	・腎症重症化予防 指導者数：８人 ・後期高齢者健診の結果等から対象者を抽出し、受診勧奨を実施（受診勧奨：19 人） ・専門職（保健師・看護師・管理栄養士等）による訪問指導、保健指導報告書の送付
健康状態不明者把握事業	・健康状態不明者 介入者数：250 人 →えびな在宅医療相談室と連携し、アンケート未返信者（健康状態が不明な方）へ訪問し、健康状態の確認・健診受診勧奨を実施し、必要な方は地域包括支援センターへ情報提供
低栄養予防・口腔機能低下予防事業	・低栄養予防・口腔機能低下予防 個別指導者数：９人 ・【教室】口腔ケアと栄養をテーマに、４か月・全４回のコース制 参加者数：31 名 ・体重の維持・改善や取組目標の達成度を評価 ・教室に参加できない方には管理栄養士・歯科医師による個別栄養指導、随時栄養相談を実施

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のイメージ図



その他関連事業

事　業	事業概要	担当課	現状値 令和７年度
がん検診	がんの早期発見・早期治療を目的に、胃・大腸・肺・乳・子宮などの各種がん検診を集団・個別で実施します。自覚症状がなくても定期的な受診を促し、市民の健康維持・増進を図ります。	健康推進課	胃がん：2,813 人 大腸がん：4,213 人 肺がん：1,128 人 乳がん：　679 人 子宮がん：　895 人 口腔がん：1,173 人
特定健康診査	40～74 歳の海老名市国民健康保険加入者を対象に、メタボリックシンドロームに着目した健診を実施します。血圧・血液検査等により生活習慣病のリスクを早期に発見し、重症化予防につなげます。	国保医療課	4,568 人
特定保健指導	特定健診で保健指導が必要と判定された方に、保健師や管理栄養士がリスクに応じて支援します。食事・運動などの生活習慣の改善を促し、生活習慣病の発症・重症化を防ぎます。	国保医療課	48 人
後期高齢者健康診査	後期高齢者医療制度の加入者を対象に、糖尿病等の生活習慣病の早期発見・重症化予防を目的とした健診を実施します。フレイル予防の観点から事業番号３「保健事業と介護予防の一体的実施」とも連携します。	国保医療課	7,612 人
健康教育	市役所内だけでなく、市内コミュニティセンター等へ保健師・栄養士が出向き、生活習慣病予防の講座や料理教室などを開催します。身近な場所で、自身や家族の健康づくりの知識を学べる機会を提供します。	健康推進課	790 人 65 回
健康手帳の交付	各種健康診査、がん検診等の受診結果の記録、健康相談、健康教育等の受講状況を記録できる「健康手帳」を交付します。自分の健康状態を継続的に管理し、主体的な健康づくりを支援します。	健康推進課	110 人
健康相談	気軽に健康の悩みを相談できる場として、市内コミュニティセンター等への出張健康相談や「えびな健康フェスタ」等で、保健師・看護師・栄養士が個々の状況に応じた指導・助言を行い、健康の保持・増進を図ります。	健康推進課	1,246 人
オーラルフレイル健診	「オーラルフレイル」とは、噛む・飲み込む・話す力が衰えた状態をいい、全身のフレイルにつながります。市の委託医療機関（歯科）で口腔機能をチェックする個別健診を実施し、早期発見・予防を図ります。	健康推進課	660 人

施策２　身近な地域で気軽に参加できる生きがいづくり

取組内容・方向性

アンケート調査では、趣味やスポーツ、町内会などの地域活動に参加している人（年に数回以上）は、最も多い趣味関係のグループでも 26.4%にとどまっています。一方で、健康づくりや趣味等のグループ活動に「参加者として参加してもよい」とする人は 61.3%にのぼり、生きがいや社会参加の意欲は一定程度みられます。また、地域活動に１つでも参加している人の「生きがいあり」は 63.5%と、参加していない人（39.8%）を 23.7 ポイント上回っており、参加することが生きがいに直結していることがわかります。

生きがいや社会参加の意欲はあるものの、誰もが気軽に参加できる身近な場や、参加のきっかけづくりが十分とはいえない状況がうかがえます。介護予防や健康づくりに関する活動や、住まいの近くで無理なく参加できることが重要となっています。

このため、身近な地域で気軽に集い、交流や健康づくり、生きがいづくりにつながる「通いの場」の充実を図ります。また、地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携しながら、地域サロン等を住民が主体的に運営できるように支援します。令和８年７月時点で、地域サロンは市内 48 か所開設しています。参加率の低い地域を含め、身近な場所でサロンに参加できるよう、地域サロンの増設を進めます。加えて、高齢者が訪れるサロンが多世代の方の居場所となるような事業を検討し、地域コミュニティの醸成に努めます。

また、今後は通所型サービスＢ（常設サロン）を地域サロンに統合するとともに、より気軽に参加できる場の増設を検討します。

また、高齢者がこれまで培った知識や経験を活かし、仲間とともに活動できるよう、ゆめクラブ活動や生きがい教室の取組を通じて、健康づくりと社会参加、生きがいづくりを後押しします。会員の高齢化や新規参加者の確保が課題とされており、生きがい教室では教室内容によって申込数に差があることから、今後はライフスタイルや関心に応じた魅力ある活動内容への工夫や周知を進め、比較的若い高齢者も含めた幅広い参加につなげていきます。

さらに、地域での活動を広げていくためには、活動を支える担い手の確保・育成も重要です。地域での担い手養成と活動の場づくりを進めるとともに、参加しやすい場が継続的に広がるよう、関係機関と連携して支援の充実を図ります。高齢者が住み慣れた地域で、周囲の人とつながりながら役割や楽しみを持って暮らし続けられるよう、身近な地域での生きがいづくりを推進していきます。

主な事業

4 重点 通いの場の充実（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者が住み慣れた地域で気軽に集い、交流や健康づくりを楽しめる「通いの場」を支援する事業です。次の取組を、地域包括支援センターや社会福祉協議会と協働し、地域の方々が主体的に運営できるよう活動を支援します。 ○ 地域サロン（地域介護予防活動支援事業） ・コミュニティセンターや自治会館等を会場に、おしゃべりや手芸、健康体操、季節の行事などを楽しむ憩いの場です。 ・地域住民が運営する通いの場運営主体に対する加算型補助事業を検討し、通いの場の確保と地域住民の運営負担の軽減を目指します。 地域や世代を問わず誰もが参加できるサロンを目指し、開催回数の増加、要介護者や認知症者受入れ体制整備に取り組みます。 ・人との交流や体を動かす機会が、介護予防やフレイル予防にもつながることから、ともの輪体操の普及や楽しく食事をしながら交流する取組などを行います。令和５年度からは市内飲食店の出前等を活用し、地域経済の活性化も図っています。 ○ 地域版ともの輪（介護予防普及啓発事業） ・脳トレや健康体操を行う介護予防教室「ともの輪」の受講者が中心となり、自治会や民生委員、生活支援コーディネーター等と協働して住民主体で運営する取組です。教室の受講者が「担い手」となって地域に新たな通いの場を広げます。

通いの場の充実

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
地域住民運営サロン数	48 箇所	70 箇所	80 箇所	90 箇所
参加人数（延べ）	6,642 人	8,899 人	11,923 人	15,974 人

※令和７年度実績は地域介護予防活動支援事業 48 カ所分を記載しています。令和 9 年度より常設サロン事業を地域介護予防活動支援事業に移行しています。

地域サロン（非常設サロン）（令和８年６月時点）

No.	包括地区	地区名	名　　称
1	東包括	柏ケ谷	ストレッチ・ヨガサロン
2			ふれあいサロン
3			東建ふれあいサロン
4			かしわ台クラルテサロン
5		東柏ケ谷	さくらサロン
6			コミュニティサロン
7			手芸サロン
8			水曜かがやきサロン
9			かがやき食堂
10			スカットボールクラブ
11			サロンかけはし
12			ゆいま～る・サロン
13			ゆいま～る・カフェ
14			月曜サロン
15			ビナサロン
16			カラオケ部会
17			麻雀部会
18		望地	望地ふれあいサロン
19	北包括	下今泉	あさまサロン
20			スカイハイツサロン
21		上郷	上郷ストレッチサロン
22	中央包括	国分北	サロン北集会所
23			楽遊会
24			ほのぼのサロン
25		国分南	ルネサロン
26			おこじゅうサロン
27			おしゃべりサロン
28			南原サロン
29		勝瀬	わいがやサロン
30		中央	中央サロン
31	さつき町包括	河原口	水ようサロン
32			月曜サロン
33		中新田	ひだまりサロン
34		さつき町	さつき住宅サロン
35		社家	社家いきいきサロン
36			社家・今里ストレッチサークル
37	国分寺台包括	国分寺台	ふれあいサロン
38			ふれあいサロン樽井
39		大谷北	大谷健康ストレッチ
40			大谷茶話会
41			喫茶すまいる
42		浜田町	みんなのサロン
43	南包括	今里	今里サロン
44		門沢橋	門沢橋ストレッチサークル
45		上河内	上河内ふれあいランチ会
46		杉久保北	杉久保ストレッチサークル
47			ふれあいカフェ
48		杉久保南	杉久保ふれあいサロン

5 高齢者の生きがい活動への支援（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者がこれまで培った知識や経験を活かし、仲間とともに生きがいをもっていきいきと活動できるよう支援する事業です。次の取組を通じて、高齢者の健康づくり・社会参加・生きがいづくりを後押しします。 ○ ゆめクラブ活動への支援 ・概ね 60 歳以上の方が地域で自主的に集い、仲間づくりや健康づくり、教養活動、文化・レクリエーション活動などを行う老人クラブ「ゆめクラブ」の活動に対し、補助金交付や情報提供を行います。市内では 42 クラブが活動しています（令和８年７月時点）。 ・「ゆめクラブ」の単位クラブでは、高齢者向けスポーツの推進としてグラウンドゴルフや、健康体操など、年齢や体力に応じて取り組める活動を行っています。運動機能の維持・向上や介護予防、地区を越えた仲間づくりにつながります。スポーツの推進活動に対し、活動費の助成を行います。 ○ 生きがい教室（公益社団法人海老名市シルバー人材センター委託） ・公益社団法人海老名市シルバー人材センターに委託し、趣味や健康づくりの各種教室（20 教室程度）を開催します。同年代の仲間と集い活動することで、社会参加を促進し介護予防にもつなげます。

指　標		現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
ゆめクラブ活動スポーツ活動への助成	会員数※1	2,036 人	2,154 人	2,173 人	2,188 人
	参加者数※2	352 人	403 人	406 人	409 人
	回数	６回	６回	６回	６回
生きがい教室	参加者数	246 人	254 人	257 人	258 人

※１　ゆめクラブ全体の会員数
※２　グラウンドゴルフ・健康体操など、ゆめクラブが行うスポーツ活動への参加者数（延べ人数）

コラム　高齢者敬老祝金等の贈呈（地域包括ケア推進課）

多年にわたり社会に尽くしてきた高齢者を敬い、その長寿を祝うため、お祝い金やお祝い品を 88 歳、100 歳以上の方へ贈呈します。

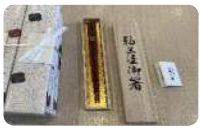
独居の 88 歳の方へ、喜寿リフレッシュ助成券（2,400 円分）を交付しています。100 歳を迎える方、100 歳以上長寿の方に市長が訪問し、祝金、祝品を贈呈しています。



①味噌セット



②スイーツセット



③輪島うるし箸

施策３　社会参加とつながりづくり

取組内容・方向性

アンケート調査では、地域づくり活動に企画・運営（お世話役）として関わることに前向きな人は 31.0%（「是非参加したい」2.0%、「参加してもよい」29.0%の計）と一定程度存在しており、地域の中で人とつながり、役割を持ちながら活動したいという意向が見られます。一方で、「参加したくない」が 60.3%を占めており、活動を支える側として関わる意向についてはまだ課題が残されています。

このため、高齢者が地域の中で仲間と出会い、役割を持ちながら活動できる仕組みづくりを進めます。担い手の育成・養成では、担い手の発掘や活動につなげることが課題とされていることから、各種講座を通じて、意欲のある高齢者の養成と仲間づくりを進め、修了者が地域サロンなどで活躍できるよう支援します。

とくに、施策２で掲げる「通いの場」をさらに広げていくため、地域サロンの立ち上げから運営までに必要な知識・技術を学べるものへと充実させるとともに、意欲のある修了者が、関係機関の支援を受けながら地域で継続的に活躍できる流れをつくります。さらに、シルバー人材センターへの支援を通じて、働く意欲のある高齢者が知識や経験を活かし、生きがいを持って就労や地域貢献に取り組めるよう支援します。今後は、参加したい人が無理なく活動を始められるきっかけづくりと、活動を継続できる受入れ環境の整備を進めるとともに、高齢者一人ひとりの関心や経験に応じた多様な社会参加の場を広げていきます。そのためには、単に活動への参加者数を増やすだけでなく、地域の中で高齢者が「担い手」として活躍できること、支え合いの輪が広がること、そして社会参加そのものが介護予防や生きがいづくりにつながることを重視して取組を進めます。地域における交流、ボランティア、就労の機会をつなぎながら、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく役割を持って暮らし続けられるまちづくりを推進していきます。

主な事業

6 担い手の養成・育成（一般介護予防事業・地域介護予防活動支援事業）

（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	概ね 65 歳以上の市民を対象に通いの場の企画・運営方法を学び、地域サロンなどさまざまな場で活躍いただき、支援の輪を地域に広げています。 講座修了者への活動支援は生活支援コーディネーターが行います。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
養成人数	20 人	20 人	20 人	20 人

7 介護ボランティアポイント事業（えびな元気お裾分けクラブ）

（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	65 歳以上の方がボランティア活動を通じて社会貢献しながら、自身の健康増進や介護予防にも取り組める制度です。高齢者施設などを利用する方の話し相手やお手伝い、介護を必要とする高齢者世帯の見守りなどの活動を行い、こうした活動を通じて自らの「元気をお裾分け」することで、まち全体を元気にすることを目指しています。 クラブ員登録のための説明会および研修実施後、活動することができます。市内 45 か所で受け入れがあります（令和８年７月時点）。 本クラブの主な特徴は、活動ごとにポイントがたまることです。たまったポイントは、ポイント数に応じて海老名市や海老名市の姉妹都市及び相互応援協定都市の特産品等（お米・飲料・菓子等）と交換できます。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
登録者数	258 人	182 人	183 人	185 人

8 シルバー人材センターへの支援（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	働く意欲のある高齢者が、知識、経験、能力を活かし、生きがいをもって生活できるよう、公益社団法人海老名市シルバー人材センターに助成をし、高齢者の就労を支援します。会員は、植木の手入れや清掃、家事援助、事務作業など、地域や家庭等からの多様な仕事を会員が担っており、こうした活動は、地域の困りごとの解決や暮らしの支え合いにもつながっています。また、シルバー人材センターでの就労は、高齢者が社会とのつながりや役割を持ち続けることを支え、心身の健康維持にも寄与します。近年の研究でも、就業がフレイルの抑制に一定の効果を持つことが示されており、介護予防の観点からも重要な役割を果たしています。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
会員数	763 人	819 人	839 人	859 人
就業率	87.2%	80%以上	80%以上	80%以上

項　目	令和７年度
取組内容	・広報えびな特集記事の掲載　１回 ・会員拡大に向けたチラシの全戸配布 ・パネル展の開催

コラム　地域ふれあい事業（地域包括ケア推進課）

市内には 60 の自治会があり、それぞれ工夫を凝らして気軽に参加できる催しを実施し、高齢者と地域住民がふれあえる場所作りに取り組んでいます。

地域でのふれあいを通じて、地域住民に対する理解を深めるとともに、高齢者自身の社会参加を促し、生活意欲の向上を図る事業です。各自治会の取組として、食事会やカラオケなどのイベント、敬老の集いなどを実施し、高齢者が地域の人々とふれあいながら、楽しくつながりを深められる場を提供します。





基本目標２　安心して暮らし続けるための支援

施　策	事　業
1　相談しやすく、必要な支援につながる体制づくり	9　地域包括支援センター事業 10　基幹型地域包括支援センター事業 11　在宅医療・介護の連携体制の推進 12　重点　生活支援体制整備の促進、就労的活動支援の充実 13　高齢者向け情報提供の充実
2　自立した暮らしを続けるための支援	14　新規　高齢者補聴器購入費の助成事業 15　重点　高齢者の外出支援の充実 16　えびな安心キット・救急安心カードの配布 17　従前の訪問介護相当サービス 18　訪問型サービスＡの実施 19　訪問型サービスＢの実施 20　訪問型サービスＣの実施 21　従前の通所介護相当サービス 22　通所型サービスＢの実施 23　通所型サービスＣの実施 24　介護予防ケアマネジメントの実施
3　権利が守られ、安心して暮らすための支援	25　高齢者虐待防止対策の推進 26　施設従事者等による高齢者虐待への対応
4　住まいと暮らしを支える支援	27　高齢者の住まいに関する相談体制の整備 28　防災意識の醸成と避難支援体制の整備
5　ひとり暮らし・高齢者世帯への支援	29　緊急通報システム事業 30　配食サービスの実施 31　孤立世帯・孤立死防止対策事業
6　介護を受ける人とその家族への支援	32　在宅介護者等リフレッシュ事業 33　家族介護支援事業 34　介護用品等の給付事業
7　認知症の人と家族を支える地域づくり	35　重点　認知症に対する理解促進事業 36　重点　認知症サポーター活動促進・地域づくり支援事業 37　認知症相談体制の充実 38　認知症初期集中支援推進事業 39　認知症見守り事業 40　新規　本人ミーティングの実施

施策１　相談しやすく、必要な支援につながる体制づくり

取組内容・方向性

アンケート調査では、高齢者に関する相談窓口として「地域包括支援センター」を挙げた方が 55.0%、家族や友人・知人以外の相談相手として「地域包括支援センター・ケアマネジャー」を挙げた人が 31.5%と、いずれも最も多くなっています。一方で、相談先がないと回答した人も 34.6%にのぼります。相談窓口を知っている人ほど幸福度が高い傾向もみられることから、地域包括支援センターの認知をさらに広げるとともに、えびな在宅医療相談室など多様な相談窓口の周知を進めます。高齢者やその家族が抱える課題は介護・医療・生活支援など多岐にわたるため、相談しやすく、必要な支援へ円滑につながる体制づくりを一層進めていきます。

地域包括支援センターを地域の総合的な支援拠点と位置づけ、専門職が連携して相談支援にあたります。複雑化・複合化した相談には、地域ケア会議に多様な関係者の参画を得て、多機関が役割を分担して対応します。支援が届きにくい方には訪問を通じて早期支援につなげます。これらを地域全体で支えるため、基幹型地域包括支援センターが困難ケースへの助言や関係機関との調整といった後方支援を担います。市も情報提供や関係機関との橋渡しで連携を強化し、地域包括支援センターが本来の相談支援に専念できる環境を整え、負担軽減を図ります。

とくに、地域の支え合いを広げる「つなぎ役」として、生活支援コーディネーターの活動充実を重点的に進めます。地域包括支援センターと連携して地域に足を運び、住民の困りごとや「こんな場所があったら」という声を吸い上げ、地域の社会資源と結びつけます。既存の施設にとらわれず、スーパーマーケットの空きスペースや喫茶店、空き家、住宅展示場など、これまで活用されてこなかった新たな通いの場の開拓、買い物支援や家事支援などの生活の中の困りごとへの対応など調整を行います。あわせて、外部有識者の助言を活用しながら、生活支援コーディネーターの活動の質の向上を支援します。

また、医療と介護の両面にまたがる相談に応えるため、在宅医療・介護連携を推進します。その中核として、えびな在宅医療相談室が、日常の療養支援から入退院支援、急変時の対応、看取りまで、本人・家族やケアマネジャー・医療機関からの相談を受け止め、適切な医療・介護サービスへつなぎます。

今後は、各相談機関が担う役割や対応できる範囲を相互に共有し、支援内容を確認し合える関係づくりを進めます。個別事例の検討や多職種による情報交換を通じて連携のあり方を継続的にすり合わせ、相談が確実に必要な支援へつながり、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる支援体制を築いていきます。

主な事業

9 地域包括支援センター（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者が住み慣れた地域で安心して笑顔で暮らし続けられるよう、各地域における総合的な支援の拠点として地域包括支援センターを運営します。保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士等の専門資格を有する職員を配置し、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントなどの業務を行います。市内には各地区を担当するセンター６か所と、そのセンターを統括および後方支援する基幹型地域包括支援センター１箇所を設置しており、市をはじめ、介護事業所、地域団体等と連携しながら、各地域の課題解決に努めます。 ○地域ケア会議（地域ケア個別・推進会議）の開催 地域ケア会議（地域ケア個別・推進会議）は、医療・介護の専門職に加え、民生委員等の地域のさまざまな関係者が協働し、地域における課題の抽出・解決を図る会議です。具体的には、支援が必要な高齢者の事例を多職種で検討する個別レベルの会議を通じて、関係者が役割を分担しながら一人ひとりの課題解決を支援します。個別事例の積み重ねから、地域に共通する課題を把握し、必要に応じて協議体などにつなぎ、地域資源の開発や支え合いの仕組みづくりにつなげます。このような取組を通じて、関係者の連携を深め、地域で高齢者を支える体制づくりを進めていきます。

取組項目	取組内容 令和７年度
総合相談支援体制の充実	・年間の総合相談件数：55,289 件 ・高齢者虐待・成年後見等の権利擁護相談への対応 ・認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、普及啓発（認知症サポーター養成講座、認知症ステップアップ講座等）や相談支援 ・在宅医療介護連携推進事業・認知症初期集中支援チーム等との連携 ・民生委員協議会やサロン等の場での地域包括支援センターの役割や相談先としての周知 ・在宅介護者への支援：介護者教室７回、介護の方法やレスパイトの提案、社会資源（介護休暇、在宅福祉サービス等）の情報提供を実施
地域包括支援センターの機能強化	・各地域包括支援センターに３職種を配置 ・職員の人材育成・資質向上：３職種（保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャー）・管理者の連絡会、研修会、多職種との連携（生活支援コーディネーター、就労支援コーディネーター、えびな在宅医療相談室、みんなの相談室等）
地域課題への対応	・地域ケア会議（地域ケア個別・推進会議）の開催 ・ケアマネジャーへの支援・指導（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業） ・地域資源・地域課題等について生活支援コーディネーターと共有・連携

指　標		現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度
海老名北地域包括支援センター	相談対応	実施	実施継続・内容充実		
	人員体制	５人	５人	５人	５人
	地域ケア会議	実施	必要に応じて継続・内容充実		
海老名東地域包括支援センター	相談対応	実施	実施継続・内容充実		
	人員体制	５人	５人	５人	５人
	地域ケア会議	実施	必要に応じて継続・内容充実		
海老名中央地域包括支援センター	相談対応	実施	実施継続・内容充実		
	人員体制	５人	５人	５人	５人
	地域ケア会議	実施	必要に応じて継続・内容充実		
さつき町地域包括支援センター	相談対応	実施	実施継続・内容充実		
	人員体制	５人	５人	５人	５人
	地域ケア会議	実施	必要に応じて継続・内容充実		
国分寺台地域包括支援センター	相談対応	実施	実施継続・内容充実		
	人員体制	５人	５人	５人	５人
	地域ケア会議	実施	必要に応じて継続・内容充実		
海老名南地域包括支援センター	相談対応	実施	実施継続・内容充実		
	人員体制	５人	５人	５人	５人
	地域ケア会議	実施	必要に応じて継続・内容充実		

※人員体制は年間を通じた平均値を想定

10 基幹型地域包括支援センター（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	基幹型地域包括支援センターは、本市の地域包括ケアシステムの中核機関として平成 30 年４月に設置しました。市内６か所の各地域包括支援センターの統括、総合調整、後方支援などを行います。配置された保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士等の専門資格を有する職員が、その専門性を生かし、困難ケースに対する技術的助言を行うほか、行政機関等の関係機関との調整や各種保健福祉サービス等の情報提供を行うことで、各地域包括支援センターを後方支援します。 また、ケアマネジャーや自治会、民生委員児童委員、医療や福祉関係者など、多様な関係者及び関係機関との連携体制の構築や、施設への実地調査等により、情報を収集し、各地域包括支援センターと共有することで、地域全体の課題把握と体制強化に努めます。

取組項目	取組内容 令和７年度
地域包括支援センターへの後方支援	・困難・複合課題の事例への助言、同行訪問支援を実施 ・虐待疑い事例への助言、同行訪問支援を実施 ・包括連絡会を定期開催し、各地域包括支援センターとの情報共有・課題解決・総合調整 ・事業評価による課題把握・課題解決、事業計画策定の支援
地域ケア推進会議の推進	・地域ケア推進会議（市域）を開催し、地域課題を検討、多機関と協働し、資源開発を目指す
関係機関との連携強化	・市関係各課、生活支援コーディネーター、えびな成年後見・総合相談センター、認知症初期集中支援チーム、障がい者支援関係機関（みんなの相談室等）、えびな在宅医療相談室等との情報共有・連携・意見交換
認知症地域支援事業	・オレンジパートナーの活動推進による地域との連携 ・多世代認知症サポーターの養成
海老名市医療・介護・生活資源総合検索システム（えびケアナビ）の運用	・情報の更新、一元化し、市民や関係機関へ情報発信

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
相談対応	実施	実施継続・内容充実		
研修の企画	１件	１件	１件	１件
地域ケア会議	実施 推進会議企画	必要に応じて継続・内容充実		
事業評価	６件	６件	６件	６件
人員体制	３人	３人	３人	３人

11 在宅医療・介護の連携体制の推進（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	在宅医療・介護連携の推進にあたっては、厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に基づき、次の４つの場面における支援体制の構築を目指します。

＜４つの機能の整備＞

４つの画面	目指す姿	主な取組
① 日常の療養支援	本人・家族が安心して在宅生活を続けられる医療・介護関係者の多職種連携により、本人・家族の日常の療養生活を支援することで、本人・家族が住み慣れた場所で生活を継続することができる。	・えびな在宅医療相談室による相談支援 ・多職種研修会の実施（人材育成） ・「認知症ケアパス」の活用 ・「高齢者ガイドブック」等による情報提供 ・情報共有システムの活用 ・エンディングノートの普及啓発 ・医療の上手なかかり方ハンドブックの配布、啓発
② 入退院支援	入院時から退院後まで、医療機関と介護事業所が情報共有し、在宅療養生活への移行を支援 入退院時に携わる医療機関、介護事業所等が連携、情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、本人が希望する場所で安定的に生活を継続することができる。	・えびな在宅医療相談室による相談支援（入退院調整・紹介機能） ・２次３次医療圏の医療機関の情報収集・情報共有 ・在宅医療介護連携協議会の開催 ・医療・介護等に関する相談支援・課題の把握 ・関係市町村との連携（情報交換、情報共有等）
③ 急変時の対応	医療・介護の連携体制を整備 医療・介護・救急が円滑に連携することで、急変事にも本人の意思が尊重された適切な対応が行われるようにする。	・えびな在宅医療相談室による相談支援（相談・訪問支援機能） ・多職種研修会の実施（急変時対応力強化）
④ 看取り	本人・家族の希望に沿った、尊厳ある最期を支援	・ACP（人生会議）の普及啓発（地域サロン・民生委員を通じた周知、講演会等） ・多職種研修会の実施（看取り対応力強化）

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
① 日常の療養支援 （相談事業）	委託　１件	委託　１件	委託　１件	委託　１件
② 日常の療養支援 （上記相談件数（延べ））	282 件	480 件	480 件	480 件
③ 入退院支援 （入退院調整件数（延べ））	10 件	15 件	15 件	15 件
④ 急変時の対応 （急変時の支援件数（延べ））	１件	12 件	12 件	12 件
⑤ 看取りの対応 （看取りの支援件数（延べ））	１件	12 件	12 件	12 件
⑥ 多職種研修会・多職種連携 協議会など	４回	４回	４回	４回
⑦ 普及啓発 （a 市民向け啓発講演会、b 人生会議の出前講座、c パネル展等）	a.　１回 b.　４回 c.　１回	継続	継続	継続

コラム　えびな在宅医療相談室での相談支援の充実

（地域包括ケア推進課）

こんなとき、どこに相談すればいい？～「えびな在宅医療相談室」をご存じですか～

「親の退院後、自宅でちゃんと介護できるか不安」「通院が難しくなってきた。自宅で診てもらえないかな」「最期は住み慣れた家で過ごしたいけれど、どう準備すれば」病気や介護のこと、医療と介護の両方にまたがる悩みは、どこに相談すればいいか分かりにくいものです。そんなときに頼れるのが、「えびな在宅医療相談室」です。

【どんなことを相談できるの？】

在宅での医療や介護に関する相談を、幅広く受け付ける窓口です。本人やご家族はもちろん、ケアマネジャーや医療機関からの相談にも対応します。

【相談室の４つの役割】

◎相談支援機能

日常療養から入退院・急変時・看取りまでの各場面で、適切な医療・介護サービスにつなぎます。医師・歯科医師による定期相談日も開設しており、医学的な判断が必要な相談にも対応します。

◎訪問支援機能

医師と保健師・看護師が連携して訪問し、医療・介護・福祉のサービスに結びついていない高齢者を発見し、必要な支援につなぎます。

◎多職種連携機能

医師会・歯科医師会・薬剤師会等の医療関係者と介護事業所が情報を共有し、連携を強化するための会議や研修を開催します。

◎普及啓発機能

市民向けの講演会やパンフレット配布を通じて、在宅医療・介護の理解を促進します。

12 重点 生活支援体制整備の促進、就労的活動支援の充実

（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	地域における多様な主体による生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備を推進するため、生活支援コーディネーター（ＳＣ）を配置するとともに、関係者間の情報共有や連携の場となる協議体を設置します。 生活支援コーディネーターは、高齢者一人ひとりに寄り添い、地域や個別ニーズと社会資源を結びつける調整（マッチング）役を担い、住民・ボランティア・ＮＰＯ・行政・民間施設・介護事業者等のネットワークづくりや、地域に不足する活動・サービスの開拓（資源開発）、担い手の養成・組織化に取り組みます。特に、地域包括支援センター、医療保健専門職等と訪問し、個々のニーズを把握した上で、生きがいや生活機能に合った多様なサービスを提供できる生活支援の体制を整備します。 配置は、市域全体を担う第１層コーディネーター（１名）と、日常生活圏域（６圏域）ごとに配置する第２層コーディネーター（各１名）の重層的な体制とし、第２層が地域に足を運んで把握した課題を、第１層が市全体で総括・調整します。協議体も、市内全域を対象とする第１層協議体と、日常生活圏域ごとの第２層協議体の重層的な体制とし、各圏域の課題把握と市全体での協議を行います。 あわせて、高齢者が就労に限らず、役割を持って活動できるボランティアや社会参加等に参加できるよう、こうした活動の場を提供したいと考える関係団体等とのマッチングを行う就労的活動支援コーディネーターを、第１生きがい会館に設置しています。コーディネーターは、民間企業・団体等との関係を構築し、高齢者一人ひとりの特性や希望に合った活動をコーディネートすることで、役割を持った社会参加を促進します。

圏域	指標	現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
第１層：市域	協議体開催数	集計中			
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
第１圏域：北	第２層協議体開催数				
	地域包括支援センターとの同行訪問件数				
	社会資源とのマッチング件数（内訳：ケアマネジメントにおける連携件数）				
	新規通いの場立ち上げに伴う支援内容				
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
	担い手への支援内容				
第２圏域：東	第２層協議体開催数				
	地域包括支援センターとの同行訪問件数				
	社会資源とのマッチング件数（内訳：ケアマネジメントにおける連携件数）				
	新規通いの場立ち上げに伴う支援内容				
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
	担い手への支援内容				

圏域	指標	現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
第３圏域：中央	第２層協議体開催数	集計中			
	地域包括支援センターとの同行訪問件数				
	社会資源とのマッチング件数（内訳：ケアマネジメントにおける連携件数）				
	新規通いの場立ち上げに伴う支援内容				
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
	担い手への支援内容				
第４圏域：さつき町	第２層協議体開催数				
	地域包括支援センターとの同行訪問件数				
	社会資源とのマッチング件数（内訳：ケアマネジメントにおける連携件数）				
	新規通いの場立ち上げに伴う支援内容				
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
	担い手への支援内容				

圏域	指標	現状値	目標・見込		
		令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
第５圏域：国分寺台	第２層協議体開催数	集計中			
	地域包括支援センターとの同行訪問件数				
	社会資源とのマッチング件数（内訳：ケアマネジメントにおける連携件数）				
	新規通いの場立ち上げに伴う支援内容				
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
	担い手への支援内容				
第６圏域：南	第２層協議体開催数				
	地域包括支援センターとの同行訪問件数				
	社会資源とのマッチング件数（内訳：ケアマネジメントにおける連携件数）				
	新規通いの場立ち上げに伴う支援内容				
	地域診断・地区踏査の分析結果（地域課題の分析結果・解決策）				
	担い手への支援内容				

就労的活動支援コーディネーター

項　目	令和７年度
取組内容	・就労以外のやりがいの創出（人形づくり等のサークル活動など） ・関係機関との連携による就業先の拡大を研究

コラム　生活支援コーディネーターってどんな人？

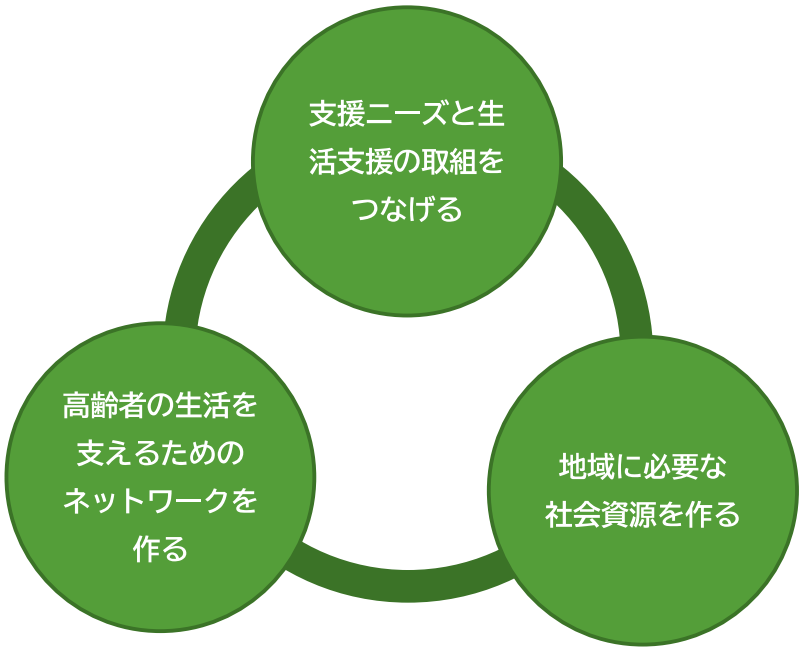
生活支援コーディネーターは、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の支え合いを広げるための「つなぎ役」です

例えば、このような活動をしています。

・「気軽に立ち寄れるサロンがあるとよい」という声を受けて、店舗などの空きスペースと住民ボランティアを結びつけ、通いの場づくりを手伝う。

・見守りや買い物の手伝いなど、地域で支え合える活動の担い手を増やす。

このように、「地域にあったらいいな」を形にし、住民、ボランティア、関係機関などを結びつけながら、住民同士が助け合える仕組みを地域と一緒につくっていくのが、生活支援コーディネーターの役割です。高齢者一人ひとりの課題に向き合いながら、地域全体で助け合える仕組みづくりを進める存在です。



13 高齢者向け情報提供の充実（担当課：介護保険課・地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者やその家族が、必要な制度やサービスを知り、適切に活用できるよう、わかりやすい情報提供の充実を図ります。介護保険の概要を記載した「あったかいね介護保険」や、主に在宅の高齢者を対象とした市のサービスを掲載する「高齢者ガイドブック」などを活用し、高齢者やその家族に向けた情報提供を行います。さまざまな媒体（「広報えびな」や「市ホームページ」）を通じて必要な情報を届けることで、高齢者が安心して必要なサービスにつながるよう支援します。

媒体	取組内容 令和７年度
刊行物	・あったかいね介護保険　2,455 部 ・介護保険のてびき　1,500 部 ・高齢者ガイドブック　1,500 部 ※数値は発行部数
広報えびな	・高齢者特集記事　年１回 ・各種教室、制度、イベント等のご案内　随時
市ホームページ・えびケアナビ・えびなメールによる周知	・通年 ・相談情報や各種教室・講座の案内などは、えびなメールにより必要な情報をタイムリーに発信

コラム　相談受付体制の充実（地域包括ケア推進課）

「どこに相談すればいい？」～迷ったときは～

「高齢化して、ちょっと不便を感じるようになったとき」「認知症かもしれない家族が心配」そんなとき、頼れる相談窓口が市内にあります。

高齢者やその家族からのさまざまな相談に迅速かつ適切に対応できるよう、相談を受け付ける各機関の連携を強化し、相談受付体制の充実を図っています。

「どこに相談すればいいかわからない」ときも内容に応じて、必要な支援へおつなぎします。また、海老名市社会福祉協議会や警察、神奈川県などの関係機関とも連携を図り、相談内容に応じて必要な支援へつなげられる体制を整えます。

窓口	相談内容
地域包括支援センター	介護・生活の困りごと全般
えびな在宅医療相談室	自宅で療養を続けたい・退院後が不安なとき
認知症初期集中支援チーム	認知症が心配・もの忘れが気になるとき
生活支援コーディネーター	地域の支え合いを知りたい・始めたいとき 「こんな活動があれば」と感じたとき

施策２　自立した暮らしを続けるための支援

取組内容・方向性

高齢者の心身の状態の変化に早めに対応するとともに、移動や日常生活を支える仕組みを整えていくことが重要です。アンケート調査では、運転免許証返納後に必要だと思う支援として「交通手段に関する支援の充実」が64.3%、地域で生活し続けるために必要なこととして「外出に関する支援」が54.8%となっています。さらに、在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスとして「移送サービス」が32.4%と最も多く、「配食」が17.8%、「掃除・洗濯」が14.1%となっており、移動や生活支援の必要性が高いことがうかがえます。また、「相談や話し相手に関する支援」が必要との回答が20.6%ありました。このようなことから、身近な人とのコミュニケーションが重要であり、加齢性難聴者に対する支援、聞こえにくさへの早期対応も求められています。

高齢者等の外出支援の充実として、デマンド型交通「えび～くる」や「You Bus」により、通院や買い物、社会参加を支える移動手段の確保を進めます。

また、介護予防・日常生活支援総合事業として、訪問型サービスや通所型サービス等を実施し、生活支援や地域の通い場など、多様な支援を状況に応じて提供します。それぞれのサービスの特性に応じ、見直しや充実を進めます。

通所型サービスＣは、短期集中的に生活機能の改善を図るサービスとして、実施内容を見直し、一人ひとりの生活課題（目標）に、より寄り添った通いの場となるよう内容を工夫します。訪問型サービスＣは、専門職による支援へのニーズに応えるため、内容の充実に向けた取組を進めます。訪問型サービスＢは、地域住民が主体となった生活支援の仕組みの構築に向けて、生活支援コーディネーターや地域包括支援センターと連携しながら、ニーズ調査等を実施し、住民同士のつながりを深め、地域全体で高齢者を支える仕組みづくりを進めます。通所型サービスＢ（通いの場）は、地域の高齢者が誰でも利用しやすい居場所として根付いている実態を踏まえ、一般介護予防事業への位置づけを含めた見直しを検討します。

高齢者ができる限り自立した生活を続けられるためには、本人の状態や生活課題に応じて、単一のサービスではなく、移動、生活援助、介護予防の各取組に適切につなげていくことが求められます。訪問型サービスＣにより心身機能の回復を図った後、サロンなどの地域の通いの場やサービスＢなどの生活支援を活用しながら、継続的に在宅生活を支えていきます。

こうした支援が必要な方に確実に届くためには、「気づき→相談→サービス利用」の流れを円滑にすることが重要です。地域包括支援センターが総合相談の拠点として移動・生活支援・介護予防の各取組へつなぐとともに、生活支援コーディネーターが地域に足を運んで住民の困りごとを把握し、適切なサービスや通いの場へのつなぎを進めます。また、要支援者や事業対象者については、介護予防ケアマネジメントを通じて一人ひとりの状態に応じたケアプランを作成し、必要な支援へ確実につなげていきます。

主な事業

14 新規 高齢者補聴器購入費の助成事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	加齢性難聴は認知症発症のリスク要因の一つとされ、早期の対応が重要です。しかし補聴器は高額で、軽度から中等度の難聴の方は身体障害者手帳の対象とならないことから、公的な支援を受けられません。そこで、補聴器購入費の一部を助成することで、認知症や要介護状態となることを予防するとともに、高齢者の生活を支え、社会参加を促します。対象は、聴力に支障のある 65 歳以上の在宅高齢者で、耳鼻咽喉科の医師により補聴器の必要性が確認された方です。購入費の２分の１、上限２万円を１人１回助成します。

指　標	目標・見込		
	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
助成件数	350 件	400 件	450 件

15 重点 高齢者の外出支援の充実（担当課：福祉政策課）

事業の概要	近年、高齢者の運転免許の返納が進む中で、返納後の移動手段や多様な外出支援のニーズが高まっています。本市が実施したアンケート調査では、運転免許証返納後に必要と思う支援として「交通手段に関する支援の充実（乗合タクシー、コミュニティバス、タクシーの割引等）」が64.3%と最も多く挙げられているほか、地域で生活し続けるために必要と思うことについても「外出に関する支援（通院、買い物等）」が54.8%と最も多くなっており、外出支援へのニーズは高い状況にあります。本市では、こうしたニーズを踏まえ、デマンド型交通「えび～くる」をはじめとする様々な外出支援に取り組んでいます。

事業内容	実施状況
○えび～くる（デマンド型交通高齢者等外出支援事業） 既存の公共交通等では対応が困難で、移動手段の確保が必要な高齢者等を対象に、外出機会の創出による介護予防や日常生活の支援を目的として、利用者同士が乗り合って運行するデマンド型交通「えび～くる」を実施しています。利用者の予約に応じて、自宅付近から市内の公共施設・医療機関・買物拠点等の移動を支援します。	・住民税非課税世帯の高齢者を対象に運賃を減額 ・登録申込者数（累計）：2,555人（令和７年度末時点）
○高齢者等のための地域移動支援事業（You Bus） 既存の地域公共交通では対応しきれない、きめ細やかな移動支援を目的に、You Bus下今泉ルート及び門沢橋ルートを運行します。 また、高齢者等の負担軽減を図るため「You Bus ぬくもり乗車証」を発行しており、市内在住の65歳以上の方は、申請のうえ乗車証を提示することで、通常運賃より割引された運賃で利用することができます。	You Bus ぬくもり乗車証 ・発行枚数：711枚 ※令和７年度実績

＜（参考）海老名市の外出支援＞

事業内容	実施状況
○福祉有償運送サービス ボランティアドライバー（登録ボランティア）所有の一般車両や福祉車両を利用し、単独での外出が困難な方の送迎を行います（送迎例：医療機関への通院など）。 ※実施主体：海老名市社会福祉協議会、NPO法人 おでしえ NPO法人 ワーカーズ・コレクティブ どり～む	・３団体が実施
○高齢者等移動支援の担い手養成 福祉有償運送運転者講習により移動支援の担い手を育成するとともに、修了者等に対して、市内の福祉有償運送団体や住民参加型移動支援団体への参加を促し、新たな移動支援団体の発足や担い手の充実に向けて支援を行っています。	・開催数：２回 ・修了者数：36名 ※令和７年度実績
○高齢者等移動支援事業を行う団体への補助 地域において外出困難を抱える高齢者や障がい者等への安定した福祉移動サービス事業の提供を支援するため、市内の福祉有償運送団体や住民参加型移動支援団体に対し、経費の一部を助成します（上限あり）。	・補助額（６団体）：1,679,196円 ※令和７年度実績

16 えびな安心キット・救急安心カードの配布（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	市内在住の 65 歳以上の高齢者を対象に、緊急時の連絡先等の情報を記入し保存する、えびな安心キットや携帯できる救急安心カードを配付し、高齢者の不安解消に努めます。お住いの地域包括支援センターまたは地域包括ケア推進課で配付します。 【えびな安心キット】 自宅での緊急時、救急車を要請した際に救急隊員がいち早く情報を確認できる 内容：救急医療情報シート、シール、マグネット、保管ボトル 使い方： ①救急医療情報シートに本人情報、緊急連絡先、医療情報などを記載する ②シートとあわせて、本人状況がわかる資料（写真、保険証・診察券のコピー等）を保管ボトルに入れる ③シールを玄関の内側に貼る ④マグネットを冷蔵庫に貼り、保管ボトルを冷蔵庫の中へ保管 【救急安心カード】 外出時での緊急時に備えて、医療情報や緊急連絡先を記入し携帯できる

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
安心キット配布数	925 個	650 個	700 個	750 個
救急安心カード配布数	839 枚	650 枚	700 枚	750 枚





17 従前の訪問介護相当サービス（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	資格がある訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問し、掃除や買い物などの生活援助や身体介護を行います。利用対象基準を見直し、真にサービスを必要とする方に限定し提供します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
従前の訪問介護相当サービス（計画）	利用人数	1,300 人	1,365 人	1,433 人
従前の訪問介護相当サービス（実績）	利用人数	2,220 人	2,070 人	2,316 人

※令和８年度の実績は見込値

18 訪問型サービスＡの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	身体介護を伴わない生活援助を行います。研修を受けた地域住民など多様な担い手がサービス提供ができるように人員基準・運用基準が柔軟に設定されている事業です。公益社団法人海老名市シルバー人材センターと契約し、調理や掃除、ごみの分別及び買い物代行などの生活援助を実施します。 また、対象者と契約した訪問介護事業所も実施可能です。 対象者：次のいずれかに該当する方 ・要支援１・２の認定を受けた方 ・海老名市元気度チェックリストで生活機能の低下が認められた方（事業対象者）

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問型サービスＡ（計画）	利用人数	10 人	15 人	20 人
訪問型サービスＡ（実績）	利用人数	１人	０人	５人

※令和８年度の実績は見込値

19 訪問型サービスＢの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	地域住民が主体となって生活支援を行います。地域の特性やニーズに応じたきめ細やかなサービスを提供し、住民同士のつながりを深め、地域全体で高齢者を支えるしくみを構築します。 対象者：次の両方に当てはまる方 ① 介護・生活機能の状況 要支援１・２の認定を受けた方、または海老名市元気度チェックリストで生活機能の低下が認められた方（事業対象者） ② 世帯の状況 ひとり暮らし高齢者、または高齢者のみの世帯

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問型サービスＢ（計画）	利用人数	57 人	60 人	63 人
訪問型サービスＢ（実績）	利用人数	51 人	49 人	50 人

※令和８年度の実績は見込値

20 訪問型サービスＣの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	保健・医療の専門職が、居宅を訪問して生活環境を踏まえた適切な評価を行い、週１回程度、生活改善を目的としたプログラムを実施する３～６か月の短期集中予防サービスです。サービス終了後は、余暇活動や地域の通いの場への参加、一般介護予防事業などにより社会参加に資する取組、自宅でできるセルフケアなどを継続していきます。 対象者：次のいずれかに該当する方のうち、短期集中的な支援により生活機能の改善が見込まれる方 ・要支援１・２の認定を受けた方 ・海老名市元気度チェックリストで生活機能の低下が認められた方（事業対象者）

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問型サービスＣ（計画）	利用人数	３人	５人	８人
訪問型サービスＣ（実績）	利用人数	１人	０人	１人

※令和８年度の実績は見込値

21 従前の通所介護相当サービス（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	通所型サービスを提供する施設内にて、食事や入浴、排せつの介助、機能訓練等を行い、利用者の心身機能の維持とともに、家族の身体的・精神的負担の軽減を図る事業です。利用対象基準を見直し、真にサービスを必要とする方に限定し提供します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
従前の通所介護相当サービス（計画）	利用人数	2,664 人	2,925 人	3,211 人
従前の通所介護相当サービス（実績）	利用人数	6,104 人	6,881 人	7,028 人

※令和８年度の実績は見込値

22 通所型サービスＢの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	地域住民が主体となって高齢者の交流の場を提供し、地域における支え合いを推進するサービスです。専門的な機能訓練ではなく、運動やレクリエーションなどの介護予防の活動を通じて、心身の活性化を図ります。 対象者:次のいずれかに該当する方 ・要支援１・２の認定を受けた方 ・海老名市元気度チェックリストで生活機能の低下が認められた方（事業対象者）

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
通所型サービスＢ（実績）	利用人数	1,133 人	7,370 人	7,500 人

※令和８年度の実績は見込値

23 通所型サービスＣの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	対象者の心身機能の維持・向上を目指し、短期間に専門的なアプローチを行う教室等を開催します。 対象者：次のいずれかに該当する方 ・要支援１・２の認定を受けた方 ・海老名市元気度チェックリストで生活機能の低下が認められた方（事業対象者）

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
まるごと介護予防教室（実績）	延人数	413 人	351 人	270 人
水中ウォーキング教室（実績）	延人数	329 人	262 人	120 人

※令和８年度の実績は見込値

24 介護予防ケアマネジメントの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	要支援者や事業対象者が要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を送れるよう、地域包括支援センター等が介護予防ケアマネジメントを行います。本人の心身の状況や生活環境、本人・家族の意向等を踏まえ、自立支援・重度化防止の観点から、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業などの適切なサービス利用につなぐケアプランを作成し、定期的なモニタリングにより継続的に支援します。 ・ケアマネジメントＡ 従前相当サービス等、継続的に支援を利用する人に行います。アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議、モニタリング、評価までの一連のケアマネジメントを実施します。 ・ケアマネジメントＢ 簡略したケアマネジメントを行うことにより、サービス・活動Ａ・Ｃ等、個別性に応じたサービスに迅速につなげられるようにします。 ・ケアマネジメントＣ サービス・活動Ｂ等を利用しながら、介護予防手帳を用いたセルフケアが行えるように、情報提供や目標設定を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
ケアマネジメントＡ（計画）	件数	2,180 件	2,235 件	2,290 件
ケアマネジメントＡ（実績）	件数	4,668 件	4,544 件	4,500 件
ケアマネジメントＢ（計画）	件数	490 件	500 件	515 件
ケアマネジメントＢ（実績）	件数	０件	139 件	140 件
ケアマネジメントＣ（計画）	件数	400 件	410 件	420 件
ケアマネジメントＣ（実績）	件数	０件	０件	５件

※令和８年度の実績は見込値

介護サービスの見込み量

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
従前の訪問介護相当サービス	延べ利用人数	集計中			
訪問型サービスＡ					
訪問型サービスＢ					
訪問型サービスＣ					
従前の通所介護相当サービス					
通所型サービスＢ					
通所型サービスＣ					
ケアマネジメントＡ	件数				
ケアマネジメントＢ					
ケアマネジメントＣ					

施策３　権利が守られ、安心して暮らすための支援

取組内容・方向性

地域社会の高齢化が進み認知症の人の増加、単身高齢者や高齢者のみ世帯の増加に伴い、虐待や消費者被害、判断能力の低下による財産管理や契約上の不利益など、高齢者の権利擁護に関する課題は今後ますます重要になります。アンケート調査では、成年後見制度について「将来的には利用したいと思う」が 28.4%で、制度が必要な場面としては「預貯金などの管理・解約」が 64.3%、「契約行為（介護に関することや施設入所、入院など）」が 63.1%、「相続手続き」が 45.8%と高くなっています。一方、利用したいと思わない理由としては「親族等に協力を得られるから」が 63.6%と最も多く、「成年後見制度についてよく分からないから」（27.6%）も挙げられており、制度への一定の関心とあわせて、分かりづらさや不安も存在していることがうかがえます。情報の入手先も限られており、必要な情報や相談先が十分に届いていない可能性があります。認知症等により判断能力が十分でない高齢者が、財産管理や契約などにおいて不利益を受けることなく安心して生活できるよう、成年後見制度の周知啓発のため、チラシ作成やホームページでの案内を進めます。今後は成年後見に関わる関係機関との情報共有を図りながら、より円滑な支援につなげていきます。あわせて、需要の高まりに備えた体制整備として、市民後見人の養成・活動支援や親族後見人への支援、えびな成年後見・総合相談センターの機能強化を進め、必要とする人に制度が届くよう周知方法を工夫していきます。

高齢者虐待は、高齢者の尊厳を損なう重大な権利侵害であり、その防止・早期発見・早期対応には、関係機関が連携した迅速かつ適切な対応が求められます。市では、地域包括支援センターをはじめとする関係機関との情報共有や、警察・県との連携により、通報から対応までの体制を整えています。また、広報やデジタルサイネージ等による普及啓発、介護現場に向けた研修などを通じて、未然防止と早期対応に取り組みます。今後は関係機関との連携のあり方を含め、地域全体での支援体制の強化を進めます。

高齢者の権利が守られ、安心して地域で暮らし続けられる体制づくりを進められるよう、制度や相談窓口の周知だけでなく、住民同士のつながりや見守り、関係機関の連携、相談後の迅速な支援につながる仕組みを強化し、本人の意思を尊重しながら必要な保護と支援が受けられる地域づくりを推進していきます。

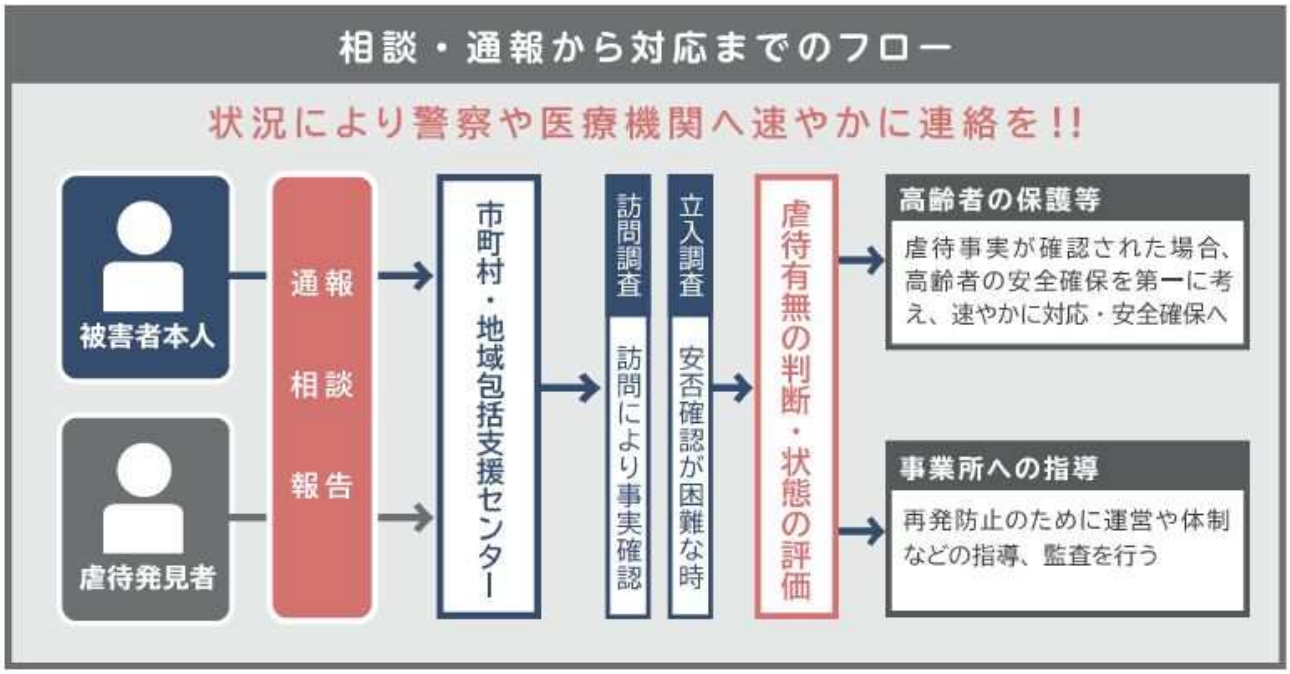
主な事業

25 高齢者虐待防止対策の推進（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者の尊厳保持と権利擁護のため、高齢者虐待の防止・早期発見・対応に取り組みます。 ・警察や関係機関、市民による虐待が疑われる通報があった場合には、地域包括支援センターを中心とした事実確認、重大な事案に対する被虐待者の保護を行います。 ・介護負担等による虐待防止のための家族等の支援、サービス等に関する情報提供を行い、虐待が起こらないよう未然防止に努めます。 ・虐待防止に関する正しい理解や住民同士のつながりの強化、関係機関との連携強化を進めます。

26 施設従事者等による高齢者虐待への対応（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護施設・事業所等の従事者による高齢者虐待を防止するため、事業者に対し指導・啓発に取り組みます。施設従事者等による虐待が疑われる通報があった際は、神奈川県と情報を共有し、実態把握等を行います。また、介護現場における高齢者虐待の未然防止、早期発見、早期対応を図ることを目的とした研修を実施します。



出典：神奈川県ホームページ　（高齢者虐待防止啓発リーフレット）

コラム　成年後見制度の活用（福祉政策課）

判断に不安があっても、安心して暮らせるように　～成年後見制度～

認知症等により判断能力が十分でない高齢者が、財産管理や契約などにおいて不利益を被ることなく、安心して地域で生活できるよう、ご本人に代わって財産の管理や、介護施設への入所などの契約・手続きをお手伝いする人（成年後見人など）をつけられるのが「成年後見制度」です。

・「預金や年金の管理が難しくなってきた」
・「必要のない契約や、悪質商法の被害が心配」
・「介護施設への入所や、その契約を進めたい」

そんなときは、市の中核機関「えびな成年後見・総合相談センター」にご相談ください。成年後見制度の相談を、電話・窓口で受け付けているほか、専門職による無料相談（予約制）も行っています。また、各地域包括支援センターでも成年後見制度の周知と相談対応を行っています。

身寄りがない、ご本人による手続きが難しいなどの場合は、市が代わりに手続き（市長申立て）を行います。資力の乏しい方への報酬助成等により、制度の利用を支援しています。



【えびな成年後見・総合相談センター】



コラム　高齢者消費被害防止対策（地域包括ケア推進課）

悪質商法等の消費者被害を未然に防ぐため、市の「消費生活センター」と連携し、パンフレット配布や注意喚起等の情報発信を高齢者やその家族、民生委員児童委員、介護支援専門員等へ積極的に行います。

施策４　住まいと暮らしを支える支援

取組内容・方向性

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、介護や医療の支援だけでなく、住まいの確保や居住の安定が重要です。アンケート調査では、住居形態は「持家（一戸建て）」が 65.9%、「持家（集合住宅）」が 23.0%となっています。地域で生活し続けるために必要なこととして、「外出に関する支援」が、54.8%「家事に関する支援」が 42.9%、「見守りに関する支援」が 36.6%となっており、住まいを拠点とした暮らしを支える支援の必要性がうかがえます。

圏域別にみると、住環境や暮らしの課題には地域差がみられます。「持家（集合住宅）」の割合は東（41.6%）やさつき（39.0%）で高く、一戸建て中心の国分寺台（87.2%）や南（79.2%）とは住環境が異なります。また、見守り・声かけのニーズはさつきや中央で高くなっています。こうした地域ごとの特性を踏まえ、住環境に応じた支援が求められます。

このため、高齢者が安心して暮らせる住まいの確保に向けた支援を進めます。「福祉のまちづくり」の観点から、高齢者が必要な支援につながりやすい環境づくりを進めます。また、見守り・声かけのニーズが高い地域では、地域全体での見守り体制の強化を図ります。

災害時にも安心して暮らし続けられるよう、避難行動要支援者名簿の更新と個別避難計画の作成を進めます。避難支援等関係者への説明や会議への参加を通じて名簿・計画の理解と活用を促し、関係機関との連携を強化しながら、平常時からの見守りと災害時の支援をつなげていきます。

さらに、住まいや暮らしに関する支援は、日々の生活を支えるだけでなく、将来への備えにもつながります。住まいの確保や災害への備えと一体的に進めることで、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる体制づくりを推進していきます。

主な事業

27 高齢者の住まいに関する相談体制の整備（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、多様な住まいの確保に向けた相談に応じます。「民間賃貸住宅居住支援に関する協定」（市・宅建業者協力会・社会福祉協議会の３者）や「すまいの支援の連携に関する協定」（市・高齢者住宅財団の２者）を締結し、高齢者等の入居支援や自分らしい生活の実現・継続について相互に連携・協力できる体制を整えました。

協定名	主な役割・取組内容
民間賃貸住宅居住支援に関する協定	高齢者等の民間賃貸住宅への入居支援、入居後の生活支援・見守り
すまいの支援の連携に関する協定	住まいの確保・住み替えに関する支援、自分らしい生活の実現・継続

28 防災意識の醸成と避難支援体制の整備（担当課：福祉政策課）

事業の概要	災害時の避難にあたって特に支援を要する高齢者等の避難支援や安否確認を速やかに行うため、要介護３以上の方や身体・知的・精神に障がいのある方など、災害時に自力での避難が困難な方について、本人の同意を得て避難行動要支援者名簿を作成し、民生委員児童委員をはじめとした避難支援等関係者へ提供します。名簿は年１回を基準に更新します。 また、個別避難計画の作成を進めます。本人や家族が避難場所や必要なサポート、日頃の備えについて検討することで、一人ひとりの防災意識の向上を図ります。

項　目	令和７年度
取組内容	・避難行動要支援者名簿の更新・提供 ・個別避難計画の作成・提供 ・避難支援等関係者への事業説明（会議等への出席） 海老名市自治会連絡協議会　１回 海老名市民児協地区定例会　６回

コラム　エンディングノートの普及（地域包括ケア推進課）

突然事故に遭ったり、病気になったり・・・人生の最期がいつになるのか誰にもわかりません。

エンディングノートは、そんな「もしもの時」に備えて、自分の思いや希望を大切な人に伝えるためのノートです。



医療や介護の希望、財産のこと、葬儀の希望、大切な人へのメッセージなど、自分のペースで気軽に書き始めることができます。完璧を目指さず、好きなところから少しずつ進めるのがおすすめです。

大切なのは、家族にこのノートの存在と保管場所を伝えておくこと。万が一のときに手に取ってもらえるからこそ、意味があります。エンディングノートは、これからの自分のために、大切な人のために、自分の思いを整理し、伝える手段です。今から少しずつ書き始めてみませんか。

施策５　ひとり暮らし・高齢者世帯への支援

取組内容・方向性

地域社会の高齢化が進み、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は今後も増加が見込まれ、日常生活の不安や孤立、緊急時への備えを含めた支援の重要性が高まっています。アンケート調査では、「介護保険サービス以外」の支援・サービスとして実際に利用しているものは「移送サービス」が 12.5%、「配食」が 9.6%、「掃除・洗濯」が 6.5%となっており、支援の必要性に比べて実際の利用は限定的であることがうかがえます。ひとり暮らし高齢者等が地域で安心して暮らし続けるためには、緊急時の支援が必要です。

このため、緊急時の安全確保と日常の見守りを支える事業を継続するとともに、食事の調理や買い物が困難なひとり暮らしや高齢者世帯に対して配食サービスを実施します。配食サービスについては、「安否確認」と「食の確保」の両機能が一体化しているため柔軟な運用が難しく、利用しづらさにもつながっていることが懸念されます。今後も必要に応じたアセスメントを行い、柔軟な対応を進めていきます。

さらに、孤立世帯・孤立死防止対策により、見守りが必要な高齢者を把握し、必要な支援へのつなぎを進めます。対象者への支援が十分に届くよう、広報えびなに加えてえびなメールを活用するなど、周知方法の工夫を進めます。民生委員・児童委員との連携を強化するとともに、委員の負担増加を踏まえ、活動のあり方の整理を含めた持続可能な見守り体制を検討していきます。

本人の生活状況や家族関係などに応じて、必要な人に必要な支援が届く仕組みを整えるとともに、周知方法や対象把握の工夫を進めていきます。ひとり暮らしや高齢者のみ世帯が安心して暮らし続けられるよう支援していきます。

主な事業

29 緊急通報システム事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	ひとり暮らし高齢者等の不意の事故や病気等の緊急時に、ボタン一つでコールセンターを通じて消防署や協力員に通報が行き、安否を確認して健康と安全を守るシステムです。24 時間体制で通報センターが受け付け、緊急時以外にも健康の相談やコールセンターからの定期連絡としての安否確認を行います。 利用対象者：概ね 65 歳以上のひとり暮らしの方で、疾病等により日常生活に不安のある方 利用者負担：設置費は無料。通話料金は自己負担。利用料は住民税非課税者は無料、課税者は税額に応じて無料または月額 200 円～680 円

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
利用人数	360 人	378 人	397 人	417 人

30 配食サービスの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	食事の調理や買い物などが困難な一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の方に、昼食または夕食をお届けします。配達時の安否確認により見守りの機能を担い、高齢者が地域で安心して暮らせるよう支援します。 利用回数：１日１回（配達日に条件あり） 費用：事業所及び食事の内容により異なる（助成額１食あたり 300 円）

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
利用人数	52 人	40 人	40 人	40 人

31 孤立世帯・孤立死防止対策事業（担当課：福祉政策課）

事業の概要	高齢者の社会的孤立や孤立死を防ぐため、65 歳以上の高齢者のリストを作成し、地域の見守り体制づくりを進めます。民生委員・児童委員による定期的な訪問や声かけ、見守りを行い、必要に応じて市や地域包括支援センターなどの関係機関につなげます。

項　目	令和７年度
取組内容	・65 歳以上の高齢者のリストを担当区域ごとに作成し、民生委員・児童委員へ共有します。 ・民生委員・児童委員による定期的な訪問・声かけ・見守りを行い、異変を早期に把握します。 ・把握した情報を必要に応じて市や地域包括支援センター等へつなぎ、支援につなげます。

コラム　ひとり暮らし高齢者の安全点検の実施

（地域包括ケア推進課）

70 歳以上のひとり暮らし高齢者を対象に、生活の安全を確保するため、消防本部・女性防火推進員の協力を得て、火気の安全点検を行っています。

また、希望に応じ、地震に備えた家具の転倒防止措置として、転倒防止板を家具の下に入れます。

年に一度、広報えびなにて希望者の募集をします。

施策６　介護を受ける人とその家族への支援

取組内容・方向性

在宅で生活する高齢者には、本人への支援に加え、介護を担う家族への支援をあわせて進めることが重要です。アンケート調査では、常時介護を担う家族等が受けたい支援として、食事や日帰り入浴などの短時間の休息やお出かけ、旅行などの数日間の余暇、身体的負担を軽減するマッサージ等が全体の３割を占めています。また、要介護度が上がるほど、家族等の離職率は高くなり、要介護３以上では１割を超えています。介護負担が介護者の生活や就労にも影響していることがうかがえます。

このため、在宅で介護を受ける人とその家族の負担軽減を図るため、在宅リフレッシュ事業、家族介護支援事業、介護用品等の給付を行います。

在宅リフレッシュ事業については、対象を要介護３の認定を受けた方まで拡大するとともに、助成券を利用できる協力店舗の拡大を図ります。周知にあたっては、広報えびなやホームページに加え、えびなメール、えびな公式 LINE を活用するほか、民生委員・児童委員協議会、地域包括支援センターの連絡会等を通じて、対象者に直接関わるケアマネジャーへの周知に努めます。

家族介護支援事業では、介護方法や介護予防、介護者自身の健康づくり等を学ぶ教室を開催します。より多くの介護者に活用してもらえるよう、教室の内容やテーマ、実施方法の見直しを進めるとともに、その内容やテーマを分かりやすく発信し、周知の強化を図ります。

地域によって参加率に差があることを踏まえ、参加の少ない地域へのアプローチや、介護者が参加しやすい開催日・開催方法・開催回数の見直しを検討します。あわせて、仕事や介護で来場が難しい方も学べるよう、えびな公式 LINE 等による情報発信や、動画配信によるオンラインでの学びの機会の提供についても検討します。家族が安心して介護を続けられるよう、地域包括支援センター等と連携しながら介護者を支える取組を進めます。

今後は、在宅で介護を受ける人への支援と家族介護者への支援を一体的に進め、介護負担の軽減、介護離職の防止、介護者の孤立防止につなげていくことが重要です。リフレッシュや休養の機会、介護に関する情報提供の機会、相談や交流の場、介護用品の給付などを組み合わせながら、介護を受ける人とその家族が地域で安心して暮らし続けられるよう支援していきます。特に、本人や家族の状況に応じて必要な支援につながるよう、利用しやすく分かりやすい仕組みづくりを進めていきます。

主な事業

32 在宅介護者等リフレッシュ事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	要介護３・４・５の家族を在宅で介護をしている方、介護を受けている方の介護負担やリフレッシュを目的として、「在宅介護者等リフレッシュ助成券」を交付します。助成券は、はり・灸・マッサージ・指圧、日帰り温泉施設、温泉施設宿泊、食事、理美容などで利用でき、心と体をリフレッシュする機会を提供します。 利用者がより活用しやすい事業となるよう、令和８年度から助成額を増額しました。また、オンライン申請の導入や、宅配利用をはじめとする利用できる施設・店舗の拡充にも取り組み、利便性の向上を図っていきます。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
利用人数	153 人	180 人	200 人	220 人
協力店舗数	68 件	90 件	100 件	110 件

33 家族介護支援事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	在宅で高齢者を介護する家族を支援するため、介護に関する知識や技術を学ぶ機会の提供や、介護者同士が交流し悩みを共有できる場づくりなどに取り組みます。介護方法や介護予防、健康づくりに関する教室の開催や、介護者の相談対応を通じて、家族介護者の不安や負担の軽減を図ります。家族が安心して介護を続けられるよう、地域包括支援センターを中心に介護者を支える取組を進めます。

指　標			現状値	目標・見込		
			令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
家族介護者教室	全　体	参加者数	168 人	190 人	220 人	250 人
	北包括		39 人	40 人	45 人	50 人
	東包括		28 人	30 人	35 人	40 人
	中央包括		35 人	40 人	45 人	50 人
	さつき町包括		16 人	20 人	25 人	30 人
	国分寺台包括		28 人	30 人	35 人	40 人
	南包括		22 人	30 人	35 人	40 人

34 介護用品等の給付事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	在宅の要介護３以上の寝たきりや認知症高齢者に経済的負担の軽減のため、紙おむつなどの給付を行います。非課税者は無料、課税世帯は月額 500 円の利用負担があります（給付上限あり）。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
利用人数	579 人	709 人	868 人	1,063 人

コラム　介護者の会「四つ葉のクローバー」



（地域包括ケア推進課）

～ひとりじゃない、みんなで支え合う～

介護は、誰もが直面する可能性がある人生の大きな転機です。しかし、介護保険制度やサービスが充実していても、介護者が感じる孤立感や不安は、制度だけでは解決できません。

介護者の会「四つ葉のクローバー」は、介護を体験している方や経験者が集い、同じ立場の人たちと勉強会や情報交換、交流を行う場を提供しています。

介護者の多くは「周囲に迷惑をかけてはいけない」という気持ちを抱えています。特に認知症の症状が現れたときなど大きな不安ととまどいを感じることでしょう。しかし、同じ経験をしている人たちとの交流の中で、その思いは大きく変わります。交流することで、心が救われる瞬間があります。

海老名市の「四つ葉のクローバー」は、多様な参加者が集まる場です。特別な申し込みや資格は不要。気軽に参加できる集まりだからこそ、介護の悩みを抱えている方が、一歩を踏み出しやすいのです。

「ひとりじゃない」という実感が、介護者の心を支える大きな力になります。がんばりすぎてはいませんか？ぜひ「四つ葉のクローバー」に足を運んでみてください。





施策７　認知症の人と家族を支える地域づくり

取組内容・方向性

地域社会の高齢化が進み、認知症の人やその家族を地域で支える体制づくりの重要性は一層高まっています。アンケート調査では、認知機能の低下がみられる高齢者の割合は、何らかの支援が必要な高齢者で半数を超え、一般高齢者（要支援・要介護認定を受けていない高齢者）でも３～４割台となっており、認知症は誰にとっても身近な課題となっています。認知症の人にとって安心して暮らせるまちとして、「本人に合ったサポートを受けられること」や「認知症への正しい理解の普及」が多く挙げられます。一方で、認知症相談窓口の認知度は 21.7%、認知症サポーターを知っている人も約２割にとどまることから、本人へのサポートとあわせて、相談窓口の認知度向上や地域で支える仕組みづくりが課題となっています。

このため、認知症に関する正しい理解を広げ、早期の気づきや相談につなげるため、認知症ケアパスの普及・啓発を進めます。認知症の人や家族が支援の流れを理解しやすくなり、早期受診や初期集中支援チームへつながります。今後は認知症基本法の趣旨も踏まえ、本人・家族等と協働しながら、誰にとっても分かりやすい内容へ継続的に見直していきます。あわせて、認知症初期集中支援チームによる早期の専門的な支援を進め、医療や介護につながっていない方を必要な支援につなげます。

また、認知症の人や家族を地域で支えるためには、市民一人ひとりが認知症を正しく理解し、身近な支え手となることも重要です。認知症サポーター養成講座については、小学校や企業等への働きかけを行い、若年層を含む幅広い世代への理解を広げます。また、サポーターがより深く学ぶステップアップ講座を実施し、受講者が実際に活動できるよう、介護ボランティアポイント事業との連携やイベント等への参加を通じて、活躍の場の拡充を図ります。

あわせて、認知症の人や家族の身近な生活支援ニーズと、サポーターを中心とした支援者をつなぐチームオレンジの活動を支援します。現在は市内３チームですが、コーディネーターによる立ち上げ支援等を通じて、日常生活圏域に１チームの設置を目指し、担い手の確保や新規参加者の育成、地域全体で支える体制づくりを進めます。加えて、認知症の人や家族、地域住民が気軽に集い交流できるオレンジカフェの設置・運営支援を進め、身近な居場所づくりを図ります。

さらに、認知症高齢者の安全や家族の不安軽減を図るため、認知症見守り事業を実施します。あわせて、本人ミーティングを行うことで、その声を地域づくりや支援に活かしていきます。認知症の人や家族を取り巻く切れ目ない支援を行い、認知症になっても本人の意思が尊重され、安心して暮らし続けられる地域づくりを推進していきます。

なお、本施策は「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和５年法律第 65 号）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ます。

主な事業

35 重点 認知症に対する理解促進事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	認知症に対する理解を深め、必要な支援につながるよう「認知症ケアパス」を配布しています。 「認知症ケアパス」とは、認知症かもしれないと不安に思っている方や認知症と診断された方、介護家族の方など、多くの方に読んでいただくため、認知症の当事者や介護家族の実際の声をもとに「いつ・どこで・どのようなサービスが受けられるのか」の情報をまとめたものです。 分かりやすさと見やすさを重視した改定を行い、より多くの市民に活用していただけるよう工夫しました。 市ホームページやイベント等での周知・配布を通じて、市民への情報提供を進めています。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
配布数	380 枚	450 枚	500 枚	550 枚

36 重点 認知症サポーター活動促進・地域づくり支援事業

（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	市民一人ひとりが認知症を正しく理解し、認知症の人と家族を温かく見守り、支える地域づくりを進めています。認知症サポーターの養成から実践的な支援活動まで、段階的に地域住民の力を活かした取組を展開しています。 ○ 認知症サポーター養成事業 認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、認知症サポーターを養成します。 地域の住民や働く人たちが認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、支える一員となることを目指します。 認知症の症状や接し方、私たちにできることなどを学びます。受講者には、サポーターの目印として「認知症サポーターカード」と「オレンジリング」を交付します。 地域包括支援センターによる日常生活圏域での主体的な実施の他に普及啓発により、小学校や学童保育、企業等からの依頼にも対応しています。 ○ 認知症サポーターステップアップ講座 認知症サポーター養成講座を修了した方を対象に、より実践的な支援につなげるための「ステップアップ講座」を開催します。受講により、具体的な活動の担い手を育成し、後述する「チームオレンジ」など、地域での実際の支援活動への関わりを促します。講座終了の目印として「ロバ隊長のピンバッジ（認知症サポーターのシンボル）」を交付します。 ○ チームオレンジの支援・チームオレンジコーディネーターの設置 「チームオレンジ」は、近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組みです。認知症の人もメンバーとして参加します。 「チームオレンジコーディネーター」は、この支援の仕組みを作り、認知症の人や家族のニーズと、支援できるサポーターをつなぐ役割を担っています。基幹型地域包括支援センターに１名配置しています。 「チームオレンジ」は、認知症サポーターステップアップ講座を受講した近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対して見守り・声かけ・外出支援・話し相手・居場所づくりなど、生活面での早期からの支援を行う取り組みです。認知症の本人もメンバーの一員として参加し、社会参加の場としても機能します。認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる共生社会の実現を目指します。 「チームオレンジコーディネーター」は、認知症の人や家族のニーズと支援できるサポーターをつなぐマッチングを行うとともに、チームの立ち上げ・運営支援、関係機関との連携調整など、チームオレンジの仕組みづくりを担う役割を果たします。 ○ オレンジカフェの認定 認知症の人やその家族、地域住民が気軽に集い交流できる「オレンジカフェ（認知症カフェ）」を市が認定し、その運営を支援することで、認知症の人と家族の身近な居場所づくりを進めます。 認知症の人やその家族、地域住民が気軽に集い交流できる「オレンジカフェ（認知症カフェ）」の開催を支援するとともに、市内で活動する団体・事業者との連携を図りながら、認知症の人と家族の身近な居場所づくりを進めます。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
認知症サポーター養成者数	369 人	400 人	450 人	500 人
ステップアップ講座 修了者数	48 人	50 人	60 人	70 人
チームオレンジ設置数 （チーム数）	３チーム	６チーム	７チーム	８チーム
オレンジカフェ設置数	５箇所	６箇所	８箇所	10 箇所

37 認知症相談体制の充実（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	認知症の方やその家族が、身近な地域で安心して相談できる体制を整えます。各地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を１名配置し、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の方の家族を支援する相談業務等を行います。 あわせて、認知症の方（疑いがある方）とその家族に対し、認知症の早期発見のため、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターが連携し支援を行います。身近な相談窓口と専門医療機関とが連携することで、早期診断・早期対応につなげ、認知症の方と家族が安心して暮らせる相談支援体制を構築します。

項　目	令和７年度
取組内容	・各地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を１名配置し、認知症の方や家族の相談に対応します。 ・認知症疾患医療センターを含む医療・介護・地域の支援機関と連携し、早期発見・早期対応につなげます。 ・認知症サポーターステップアップ講座を修了し地域での支援活動を行う方をオレンジパートナーと呼び交流会やイベント等を通じて普及啓発を行うとともに、相談窓口や推進員の役割について周知を強化します。

38 認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チームの運営・活用）（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	認知症の疑いがある人や、認知症と診断されたが医療・介護サービスを利用していない人とその家族を支援するため、「認知症初期集中支援チーム」が訪問を中心に約半年間、集中的に関わります。 認知症が疑われる方の認知症の診断や適切なサービスの利用につなぎ、早期診断・早期対応を図ります。 支援チーム事務局は、えびな脳神経クリニック内に設置されており、同クリニックは県指定の認知症疾患医療センターとして、医療と介護の連携を担う中核機関です。チーム員は医師や薬剤師、看護師、作業療法士、居宅介護支援専門員、介護事業所相談員等が担っています。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
利用者人数	18 人	27 人	40 人	59 人
相談・受付件数（延べ）	19 件	20 件	20 件	20 件
訪問回数（延べ）	40 回	42 回	42 回	42 回

コラム　若年性認知症支援コーディネーター

（地域包括ケア推進課）

若年性認知症支援コーディネーターは、65 歳未満で認知症を発症した人やその家族が、必要な支援につながり、地域で安心して暮らし続けられるように支える「つなぎ役」です。

若年性認知症は、仕事や子育てなど現役世代ならではの課題と重なりやすく、高齢期の認知症とは異なる悩みを抱えることがあります。たとえば、仕事を続けられるか、経済的な不安、家族への影響、利用できる制度が分かりにくいことなどが挙げられます。

若年性認知症支援コーディネーターは、本人や家族の相談を受けながら、医療、介護、福祉、就労支援などの関係機関と連携し、一人ひとりの状況に応じた支援につなげます。本人の思いや希望を大切にしながら、できる限りその人らしい生活を続けられるよう支援していくことが大切な役割です。

【相談窓口】

以下の施設では県指定の若年性認知症支援コーディネーターが配置されており、若年性認知症の人やその家族等の相談・支援や関係者のネットワークの調整をおこなっています。日常生活のちょっとした変化に気づいたら、早めにご相談ください。

◎えびな脳神経クリニック（連携型）

相談受付時間：月～金曜日の９時から 18 時（祝日、年末年始を除く）

◎湘南東部総合病院（地域拠点型）

相談受付時間：月～土曜日の９時から 17 時（祝日、年末年始を除く）

39 認知症見守り事業（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	認知症と診断されても安心して在宅生活ができるよう、警察や関係機関が連携して早期発見するための「海老名市認知症等高齢者行方不明ＳＯＳネットワーク」や、ＧＰＳを利用した「はいかい高齢者位置探索システム」を導入しています（課税状況により利用者負担月額 960 円）。 ひとり歩きの恐れがある方の情報を登録することで、行方不明となった際に、海老名警察署や他市町村などと情報共有し、早期発見につなげます。あわせて、登録いただいた方には「ＱＲコード付きシール」を配布しています。このシールを付けている方は、認知症等が原因で行方不明になっている可能性があるため、見つけられた方には、本人に配慮しながら警察署・市役所へ連絡いただくよう周知しています。 同時に「高齢者あんしん補償（個人賠償責任保険）に加入します。保険料の負担はありません。はいかい等で第三者に損害を負わせてしまったことで、本人または本人を監督する家族に対し請求される高額な損害賠償を保険によって補償する制度です。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
認知症等行方不明ＳＯＳネットワークシステム登録者数	168 人	171 人	174 人	177 人
位置探索利用人数	22 人	30 人	40 人	54 人
あんしん補償事業登録者数	168 人	171 人	174 人	177 人

コラム　運転免許を返納等した高齢者の相談支援体制

（地域包括ケア推進課）

神奈川県警察との協定に基づき、運転免許を失った高齢者を市が早期に把握し、必要な支援につなぐ取組です。具体的には、運転免許証の更新時の認知機能検査等をきっかけに免許を自主返納した高齢者や、医師から認知症のおそれがあると診断されて免許の取消処分となった高齢者のうち、市への相談支援を希望する方の情報が、神奈川県警察から市へ共有されます。

市は、共有された情報をもとに、認知症の疑いがある高齢者を早い段階で把握し、本人やご家族の困りごとに応じて必要な相談・支援につなぎます。

40 新規 本人ミーティングの実施（担当課：地域包括ケア推進課）

事業の概要	本人ミーティングとは、認知症の本人同士が集い、自らの体験や思い、希望、必要としていることなどを語り合う場です。本人が主体となって意見を出し合い、その声を地域づくりや支援に活かしていくことを目的としています。

項　目	令和８年度
取組内容	・オレンジカフェやサロン、オレンジフェスなど既存の取組を活用し、本人が安心して声を出せるきっかけの場とします。 ・認知症の本人同士が自らの体験や希望、困りごとを語り合う場を年１回程度開催します。 ・本人が主体となって意見を出し合える安心・安全な環境づくりに努めます。

基本目標３　介護サービスの充実と安定した制度運営

施　策	事　業
1　利用しやすい介護サービス	（１）要介護認定の平準化
	41　介護認定訪問調査
	42　介護認定審査会
	43　介護保険運営協議会
	（２）介護サービスの適正化
	①在宅介護及び介護予防サービスの提供
	44　訪問介護
	45　訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
	46　訪問看護・介護予防訪問看護
	47　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
	48　通所介護
	49　通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
	50　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
	51　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
	52　特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
	53　居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
	54　福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
	55　福祉用具購入費の支給・介護予防福祉用具購入費の支給
	56　住宅改修費の支給・介護予防住宅改修費の支給
	57　居宅介護支援・介護予防支援
	②地域密着型サービスの提供
	58　定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	59　夜間対応型訪問介護
	60　小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
	61　看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）・（通所介護）
	62　地域密着型通所介護
	63　認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
	64　認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
	65　地域密着型特定施設入居者生活介護
	66　地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
	③施設サービスの提供
	67　介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院
	（３）介護サービス利用者への負担軽減
	68　高額介護（予防）サービス費
	69　高額医療合算介護（予防）サービス費
	70　特定入所者介護（予防）サービス費

2　介護を支える人材の確保とサービスの充実	（１）介護の現場を支える人材の確保
	71　重点　介護の現場を支える人材の確保
	（２）在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み
	72　在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み
	（３）介護施設の充実とサービスの整備
	①入所施設の整備・充実
	73　介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護付有料老人ホーム
	②地域密着型サービスの整備・充実
	74　重点　看護小規模多機能型居宅介護（短期入所・通所）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護
	③施設・事業所の災害や感染症への備え
	75　災害と感染症への対応
3　安定した制度運営の確保	76　（１）介護保険料
	77　（２）介護保険にかかる費用の実績と見込み
	78　（３）介護保険料の算定と納付

施策１　利用しやすい介護サービス

取組内容・方向性

介護保険制度は、急速な高齢化の進展に伴い、寝たきりや認知症の高齢者が急増したこと、介護期間が長期化する一方、核家族化や介護者の高齢化など介護する側の環境も大きく変化してきたことを背景に、平成 12 年に創設されました。さらなる高齢化の進展や要介護認定者の増加に伴い、介護保険サービスを必要とする人は今後も増加が見込まれます。

在宅生活を支えるサービスについては、ヘルパーやケアマネジャー等の人材不足、働き方の変化による稼働日数減少などが指摘されていることから、実績に基づき見込みを適正化するとともに、必要なサービスが被保険者に提供されるよう働きかけます。地域密着型サービスについては、特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護は重要性が高いと指摘されており、アンケート調査でも整備が必要と感じる割合が高くなっています。今後は、利用実態を適切に把握しつつ、地域のニーズに応じたサービス基盤の確保を図ります。

介護保険サービスを必要とする人が、要介護認定から各種サービス利用まで円滑につながるよう、制度運営の適正化とサービス基盤の確保を一体的に進めます。事業所の供給体制や人材確保への支援等を通じて、切れ目のない介護サービスの実現を目指します。

なお、基本目標３を第 10 期介護保険事業計画（介護保険法第 117 条による法定義務計画）として位置づけます。

（１）要介護認定の平準化

主な事業

41 介護認定訪問調査（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護保険サービスを円滑に提供するためには、要介護認定に必要な訪問調査を適切に行う必要があります。 調査の結果は認定結果に大きく影響するため、客観性と公平性の確保が重要です。 調査員には、厳正かつ客観的な判断が求められることから、調査基準に沿った正確な調査が行えるよう、調査員への研修・指導を継続して実施します。

42 介護認定審査会（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護認定審査会は、要介護認定の最終的な判定を行う審査機関であり、慎重な審査が求められます。本市の合議体は現在３合議体で構成されていますが、今後、介護認定申請件数の増加が見込まれることから、適宜合議体数等を見直し、認定までの期間短縮に努めます。また、審査基準や判定結果の平準化を図る必要があることから、研修などを実施し、的確な審査会運営を行っていきます。

43 介護保険運営協議会（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護保険制度を適正で効果的に運営するため、市長の諮問事項の審議及び答申、介護保険事業計画または老人福祉計画の進行状況の管理及び評価、介護保険事業に係る調査及び研究を行っていきます。 また、必要に応じて部会を設置し、専門的な議論を行っていきます。

（２）介護サービスの適正化

①在宅介護及び介護予防サービスの提供

44 訪問介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの身体介護や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活援助を行い、本人の自立を促すとともに、家族の介護負担の軽減を図ります。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問介護（計画）	延回数	155,897 回	174,605 回	195,558 回
訪問介護（実績）	延回数	158,803 回	153,792 回	回

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
訪問介護	延回数	回	回	回	回

＜評価・課題＞

利用回数が減少しており、令和７年度計画値を下回る結果となりました。ただし、要介護者は今後増加すると想定されることから、利用実績、給付費の増加も予測されるため、引き続き必要な供給量の確保が課題になります。

45 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護職員と看護職員が移動入浴車などで居宅を訪問し、入浴の介助を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問入浴介護（計画）	延回数	6,020 回	6,441 回	6,892 回
訪問入浴介護（実績）	延回数	4,747 回	4,641 回	回
介護予防 訪問入浴介護（計画）	延回数	１回	１回	１回
介護予防 訪問入浴介護（実績）	延回数	０回	０回	回

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
訪問入浴介護	延回数	回	回	回	回
介護予防 訪問入浴介護	延回数	回	回	回	回

＜評価・課題＞

訪問入浴介護はやや減少傾向で推移しており、計画値を下回る状況です。また、介護予防訪問入浴介護は直近の実績がない状況です。利用対象が限定的であることや代替サービス（通所型サービス等）への移行等が考えられます。

通所系サービスの利用が難しい人や、自宅浴室での入浴が困難な人にとって重要な支援であり、一定のニーズを有するサービスであることから、他サービスへの移行状況等を踏まえつつ適切なサービスの提供に努めることが課題です。

46 訪問看護・介護予防訪問看護（担当課：介護保険課）

事業の概要	疾患などを抱えている人へ、看護師などが居宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問看護（計画）	延回数	60,832 回	68,741 回	77,677 回
訪問看護（実績）	延回数	57,811 回	61,085 回	回
介護予防訪問看護（計画）	延回数	8,098 回	8,908 回	9,799 回
介護予防訪問看護（実績）	延回数	7.796 回	7,922 回	回

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
訪問看護	延回数	回	回	回	回
介護予防訪問看護	延回数	回	回	回	回

＜評価・課題＞

訪問介看護計画値を下回るものの、増加傾向で推移しています。医療ニーズの高さが影響していると考えられます。介護予防訪問看護は計画値を下回るものの、訪問介護の利用と同様に増加傾向で推移しています。

今後も需要が伸びると予測されることから、必要な供給量の確保が課題となります。

47 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

（担当課：介護保険課）

事業の概要	心身機能の維持、回復のために主治医が必要と認める場合に、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が居宅を訪問し、リハビリテーションを行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
訪問リハビリテーション（計画）	延人数	2,673 人	2,967 人	3,293 人
訪問リハビリテーション（実績）	延人数	2,600 人	2,594 人	人
介護予防リハビリテーション（計画）	延人数	709 人	808 人	922 人
介護予防リハビリテーション（実績）	延人数	698 人	778 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
訪問リハビリテーション	延人数	人	人	人	人
介護予防リハビリテーション	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

訪問リハビリテーションは計画値をやや下回るものの、実績としてはほぼ横ばいで推移しています。介護予防リハビリテーションは計画値をやや下回るものの、増加傾向で推移しています。退院後または治療後、日常動作の向上に取り組む要支援者が一定数存在していると考えられます

心身機能の維持、回復のために有効なサービスであり、引き続き効果的なサービスの提供と供給体制の確保が必要です。

48 通所介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	要介護認定者が通所介護施設に通い、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や、機能訓練などを日帰りで行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
通所介護（計画）	延回数	104,273 回	109,487 回	114,961 回
通所介護（実績）	延回数	104,390 回	112,724 回	回

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
通所介護	延回数	回	回	回	回

＜評価・課題＞

通所回数は計画値を上回り、増加傾向で推移しています。コロナが収束し、在宅生活を支えるサービスとして需要が回復したと考えられます。

今後もサービスの質を維持し、安定して提供できるよう、事業者等に働きかける必要があります。

49 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護老人保健施設や医療施設などに通い、食事・入浴・排せつなどの支援や、生活機能の向上のためのリハビリテーションを日帰りで行うサービスです。心身機能の維持・回復のために主治医の指示のもとに行われます。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
通所リハビリテーション（計画）	延回数	35,792 回	35,838 回	35,885 回
通所リハビリテーション（実績）	延回数	28,859 回	29,986 回	回
介護予防通所リハビリテーション（計画）	延人数	723 人	745 人	767 人
介護予防通所リハビリテーション（実績）	延人数	598 人	602 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
通所リハビリテーション	延回数	回	回	回	回
介護予防通所リハビリテーション	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

通所リハビリテーションは、第９期中に増加傾向で推移しており、コロナ禍を経て需要が高まっていると考えられます。介護予防通所リハビリテーションは令和６年度に減少し、その後は横ばいで推移しているものの計画値を下回る結果となっています。

今後もサービスの質を維持し、安定して提供できるよう、事業者等に働きかける必要があります。

50 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護老人福祉施設や医療施設などに短期間入所している人へ、食事や着替え、入浴などの日常生活上の支援や機能訓練を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
短期入所生活介護（計画）	日数	46,406 日	51,975 日	58,212 日
短期入所生活介護（実績）	日数	37,243 日	35,380 日	日
介護予防短期入所生活介護（計画）	日数	680 日	700 日	721 日
介護予防短期入所生活介護（実績）	日数	215 日	336 日	日

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
短期入所生活介護	日数	日	日	日	日
介護予防短期入所生活介護	日数	日	日	日	日

＜評価・課題＞

短期入所生活介護は減少傾向で推移しており、計画値を下回る結果となっています。代替サービス（通所型サービス等）への移行等が影響していると考えられます。介護予防短期入所介護は、計画値を下回るものの増加傾向で推移しており、軽度の方のニーズは高まっていると考えられます。

アンケート調査では、量的に不足しているサービスとしても挙げられています。介護者の負担軽減にもつながることから、必要な人が適切なタイミングで利用できるよう提供体制を確保する必要があります。

51 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護老人福祉施設や医療施設などに短期間入所している人へ、医師や看護師、理学療法士等による医学的管理のもと、介護予防を目的とした日常生活上の支援や機能訓練などを行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
短期入所療養介護（計画）	日数	2,294 日	2,363 日	2,434 日
短期入所療養介護（実績）	日数	2,135 日	2,178 日	日
介護予防短期入所療養介護（計画）	日数	47 日	49 日	50 日
介護予防短期入所療養介護（実績）	日数	0日	0日	日

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
短期入所療養介護	日数	日	日	日	日
介護予防短期入所療養介護	日数	日	日	日	日

＜評価・課題＞

短期入所療養介護横ばいで推移していますが、計画値を下回る結果となっています。代替サービス（通所型サービス等）への移行等が影響していると考えられます。

介護者の負担軽減にもつながることから、利用者のニーズに対応できるようサービスの提供に努める必要があります。

52 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

（担当課：介護保険課）

事業の概要	有料老人ホームなどに入居している人へ、日常生活上の世話や機能訓練などを行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
特定施設入居者生活介護（計画）	延人数	4,162 人	4,216 人	4,991 人
特定施設入居者生活介護（実績）	延人数	3,804 人	4,672 人	人
介護予防特定施設入居者生活介護（計画）	延人数	418 人	431 人	444 人
介護予防特定施設入居者生活介護（実績）	延人数	318 人	329 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
特定施設入居者生活介護	延人数	人	人	人	人
介護予防特定施設入居者生活介護	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

特定施設入居者生活介護は第９期中に増加傾向にあり、令和７年度は計画値を上回っています。

介護予防特定施設入居者生活介護は横ばいで推移していますが、計画値を下回る結果となっています。

53 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導（担当課：介護保険課）

事業の概要	通院が困難な人へ、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士などが居宅を訪問し、介護予防を目的とした療養上の管理や指導を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
居宅療養管理指導（計画）	延人数	30,214 人	33,538 人	37,227 人
居宅療養管理指導（実績）	延人数	29,779 人	33,890 人	人
介護予防居宅療養管理指導（計画）	延人数	1,535 人	1,581 人	1,628 人
介護予防居宅療養管理指導（実績）	延人数	1,527 人	1,686 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
居宅療養管理指導	延人数	人	人	人	人
介護予防居宅療養管理指導	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

居宅訪問にて療養上の指導を受けられることから、実績は増加傾向にあり、令和７年度は利用が計画値を上回っています。

今後も必要性や需要は高まると考えられるため、利用者のニーズに応じた指導や、通院困難な要介護者に対する継続的な医学的管理ができるよう、医師会・歯科医師会・薬剤師会との連携に努めます。

54 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与（担当課：介護保険課）

事業の概要	車いすや特殊寝台など日常生活の自立を助けるため福祉用具の貸与を行うサービスです。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
福祉用具貸与（計画）	延人数	22,868 人	24,241 人	25,695 人
福祉用具貸与（実績）	延人数	23,508 人	24,351 人	人
介護予防福祉用具貸与（計画）	延人数	6,400 人	7,040 人	7,744 人
介護予防福祉用具貸与（実績）	延人数	6,231 人	6,737 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
福祉用具貸与	延人数	人	人	人	人
介護予防福祉用具貸与	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

実績は増加傾向にあり、ニーズの高さがうかがえます。要介護者の利用ニーズが高いサービスであることから、今後も利用者数の増加は続くと考えられます。

在宅生活をハード面で支えるサービスであるため、今後も適切なサービスの提供に努める必要があります。

55 福祉用具購入費の支給・介護予防福祉用具購入費の支給

（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護に役立つ福祉用具を、都道府県などの指定を受けた事業者から購入したとき、年間 10 万円を上限として、利用者負担の割合に応じ９割～７割を支給します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
福祉用具購入費の支給（計画）	延人数	375 人	409 人	445 人
福祉用具購入費の支給（実績）	延人数	381 人	352 人	人
介護予防福祉用具購入費の支給（計画）	延人数	94 人	105 人	118 人
介護予防福祉用具購入費の支給（実績）	延人数	97 人	111 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
福祉用具購入費の支給	延人数	人	人	人	人
介護予防福祉用具購入費の支給	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

福祉用具購入費の支給は、サービスの利用が想定より少なく計画値を下回っています。一方で、介護予防福祉用具購入費の利用者は増加傾向にあります。

今後も一定の需要が見込まれることから、状態に応じた福祉用具の選定が重要であり、ケアマネジャーとの連携や情報収集が必要となります。

56 住宅改修費の支給・介護予防住宅改修費の支給（担当課：介護保険課）

事業の概要	事前に市へ申請したうえで、手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をしたとき、20 万円を上限として利用者負担の割合に応じ９割～７割を支給します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
住宅改修費の支給（計画）	延人数	334 人	374 人	419 人
住宅改修費の支給（実績）	延人数	312 人	310 人	人
介護予防住宅改修費の支給（計画）	延人数	200 人	230 人	265 人
介護予防住宅改修費の支給（実績）	延人数	146 人	165 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
住宅改修費の支給	延人数	人	人	人	人
介護予防住宅改修費の支給	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

サービスの利用が想定より少なく、計画値を下回っています。

今後も一定の需要が見込まれます。住環境を整えることで、身体機能の低下をハード面で支え、転倒事故等による要介護度の重度化を予防する観点から非常に有効なサービスであり、ケアマネジャーとの連携や情報収集が必要となります。

57 居宅介護支援・介護予防支援（担当課：介護保険課）

事業の概要	在宅サービスの利用に当たり、本人の身体状況や生活環境、意向などを考慮してサービス計画を作成し、介護保険サービス事業所や施設との連絡調整を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
居宅介護支援（計画）	延人数	33,303 人	35,967 人	38,844 人
居宅介護支援（実績）	延人数	33,502 人	35,000 人	人
介護予防支援（計画）	延人数	7,893 人	8,366 人	8,868 人
介護予防支援（実績）	延人数	7,894 人	8,451 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
居宅介護支援	延人数	人	人	人	人
介護予防支援	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

利用は増加傾向で推移しており、ニーズの高さがうかがえます。

引き続き必要な供給量の確保ができるよう体制整備が必要です。

②地域密着型サービスの提供

58 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（担当課：介護保険課）

事業の概要	日中・夜間を通じて、定期的な巡回と随時の通報により居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事などの介護や、日常生活上の緊急時の対応を行います。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（計画）	延人数	12 人	60 人	108 人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（実績）	延人数	33 人	50 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

＜評価・課題＞

利用は増加傾向にあります。

潜在ニーズの把握に努めつつ、事業者からの相談には随時対応しながら、事業所の整備について検討する必要があります。

59 夜間対応型訪問介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	訪問介護員（ホームヘルパー）が定期的に巡回したり、通報に基づいて随時緊急事態に対応したりするなど、包括的なサービスを提供します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
夜間対応型訪問介護（計画）	延回数	－回	－回	－回
夜間対応型訪問介護（実績）	延回数	０回	０回	回

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
夜間対応型訪問介護	延回数	回	回	回	回

＜評価・課題＞

本市にサービス提供事業者がなく、利用実績はありません。

引き続き、ニーズの把握に努めながら事業所の相談には随時対応していく必要があります。

60 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

（担当課：介護保険課）

事業の概要	サービスの利用を主に身近な生活圏域内にとどめることで、地域の実情に合った、多様で柔軟なサービスを提供します。「通い」を中心としながら、利用者の状態や希望に応じて「訪問」や「宿泊」を組み合わせ、それらを同じ施設で提供します。どのサービスを利用しても、いつものなじみの職員がケアにあたるため、安心して生活を続けられることが特徴です。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
小規模多機能型居宅介護（計画）	延人数	658 人	756 人	870 人
小規模多機能型居宅介護（実績）	延人数	633 人	692 人	人
介護予防小規模多機能型居宅介護（計画）	延人数	31 人	32 人	33 人
介護予防小規模多機能型居宅介護（実績）	延人数	17 人	49 人	人

＜小規模多機能型居宅介護＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

＜介護予防小規模多機能型居宅介護＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

＜評価・課題＞

小規模多機能型居宅介護は増加傾向にありますが、計画値を下回って推移しています。一方で、介護予防小規模多機能型居宅介護は令和７年度に利用が増加し、計画値を上回っています。

要介護認定者は年々増加していることから、引き続きニーズは高まると考えられます。地域密着型サービスの中心的な役割を有する事業であることから、積極的に整備を促進する必要があります。

61 看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）・（通所介護）

（担当課：介護保険課）

事業の概要	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることで、通い・訪問・短期間の宿泊で介護や医療・看護のケアを提供します。複合型サービスとして、平成 24 年度から新たなサービスとして位置付けられました。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）（計画）	延人数	－人	36 人	72 人
看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）（実績）	延人数	０人	17 人	人
看護小規模多機能型居宅介護（通所介護）（計画）	延人数	－人	116 人	204 人
看護小規模多機能型居宅介護（通所介護）（実績）	延人数	０人	123 人	人

＜看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

＜看護小規模多機能型居宅介護（通所介護）＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域		人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域	延人数	人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

＜評価・課題＞

利用実績は増加しています。

令和７年５月に１事業所が開設しました。今後はニーズの把握に努めながら事業所からの相談には随時対応していく必要があります。

62 地域密着型通所介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	利用定員が 18 人以下の小規模な通所介護事業所で、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられます。 在宅において家族の介護負担軽減や自立支援に効果があります。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
地域密着型通所介護（計画）	延人数	5,761 人	5,876 人	5,994 人
地域密着型通所介護（実績）	延人数	5,331 人	5,644 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

＜評価・課題＞

利用は増加しており、今後も需要が伸びることが予測されるため、必要な供給量の確保が必要となります。

63 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

（担当課：介護保険課）

事業の概要	認知症の方が、地域のデイサービス事業所へ通って利用するサービスです。認知症の方を対象とした専門的なケアのもとで、入浴や食事などの介護、機能訓練を行い、一人ひとりの状態に合わせたきめ細やかな支援を提供します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
認知症対応型通所介護（計画）	延回数	1,591 回	1,655 回	1,721 回
認知症対応型通所介護（実績）	延回数	1,754 回	1,744 回	回
介護予防認知症対応型通所介護（計画）	延回数	－回	－回	－回
介護予防認知症対応型通所介護（実績）	延回数	０回	０回	回

＜認知症対応型通所介護＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延回数	回	回	回	回
第１圏域		回	回	回	回
第２圏域		回	回	回	回
第３圏域		回	回	回	回
第４圏域		回	回	回	回
第５圏域		回	回	回	回
第６圏域		回	回	回	回

＜介護予防認知症対応型通所介護＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延回数	回	回	回	回
第１圏域		回	回	回	回
第２圏域		回	回	回	回
第３圏域		回	回	回	回
第４圏域		回	回	回	回
第５圏域		回	回	回	回
第６圏域		回	回	回	回

＜評価・課題＞

認知症対応型通所介護は計画値を上回り、利用実績は横ばいで推移しています。コロナ禍を経て需要が回復したと考えられます。

認知症高齢者の増加が見込まれており、今後も需要の増加が見込まれます。

64 認知症対応型共同生活介護
・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

（担当課：介護保険課）

事業の概要	認知症の方が、地域のデイサービス事業所へ通って利用するサービスです。認知症の方を対象とした専門的なケアのもとで、入浴や食事などの介護、機能訓練を行い、一人ひとりの状態に合わせたきめ細やかな支援を提供します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
認知症対応型 共同生活介護（計画）	延人数	1,789 人	1,944 人	1,944 人
認知症対応型 共同生活介護（実績）	延人数	1,793 人	1,796 人	人
介護予防認知症対応型 共同生活介護（計画）	延人数	５人	５人	５人
介護予防認知症対応型 共同生活介護（実績）	延人数	０人	０人	人

＜認知症対応型共同生活介護＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

※地域密着型サービスは、市内の被保険者を対象とするサービスであるため、全圏域についてサービス量の見込みを算出しています。そのため、圏域ごとの利用定員数と異なります。

＜介護予防認知症対応型共同生活介護＞

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

※地域密着型サービスは、市内の被保険者を対象とするサービスであるため、全圏域についてサービス量の見込みを算出しています。そのため、圏域ごとの利用定員数と異なります。

＜評価・課題＞

認知症対応型共同生活介護の実績は横ばいで推移しており、令和７年度は計画値を下回っています。介護予防認知症対応型共同生活介護について、利用実績はありません。要支援に認定される方は、一定の自立した日常生活を送ることができるため、在宅を希望し、費用面からも施設への入居のニーズが低いものと考えられます。

65 地域密着型特定施設入居者生活介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	定員が 29 人以下の小規模な介護専用型の有料老人ホームに入居する人が、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられます。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
地域密着型特定施設入居者生活介護（計画）	延人数	－人	－人	－人
地域密着型特定施設入居者生活介護（実績）	延人数	０人	０人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
地域密着型特定施設入居者生活介護	延人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

本市にサービス提供事業者がなく、利用実績はありません。

既存の特定施設入居者生活介護サービスの利用でカバーするため、第 10 期計画期間内の利用も見込んでおりません。

66 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（担当課：介護保険課）

事業の概要	定員が 29 人以下の小規模な介護老人福祉施設に入所する人が、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられます。新規入所できるのは、原則として要介護３～５の人です。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（計画）	延人数	２人	２人	２人
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（実績）	延人数	０人	０人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
海老名市全域	延人数	人	人	人	人
第１圏域		人	人	人	人
第２圏域		人	人	人	人
第３圏域		人	人	人	人
第４圏域		人	人	人	人
第５圏域		人	人	人	人
第６圏域		人	人	人	人

※市外の施設を含む海老名市保険者の利用人数

＜評価・課題＞

介護老人福祉施設の入所待機者の動向から、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護は見込んでいません。

③施設サービスの提供

67 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院

（担当課：介護保険課）

事業の概要	○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 常時介護を必要とする入所者に、施設サービス計画に基づき、入浴・食事等の介護や日常生活上の世話、機能訓練、療養上の管理を行います。 市内の介護老人福祉施設は９施設 633 床が整備されており、多くの利用があります。 ○介護老人保健施設（老人保健施設） 慢性期医療とリハビリによって在宅復帰を目指す施設で、入所者に施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護等の世話及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の介護を行うサービスを提供します。 ○介護医療院 介護療養型医療施設の廃止に伴い、新たな介護保険施設として創設された施設です。要介護者に対して「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供します。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（計画）	人数	470 人	530 人	530 人
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（実績）	人数	506 人	493 人	人
介護老人保健施設（老人保健施設）（計画）	人数	170 人	170 人	170 人
介護老人保健施設（老人保健施設）（実績）	人数	165 人	165 人	人
介護医療院（計画）	人数	６人	６人	６人
介護医療院（実績）	人数	11 人	13 人	人

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	人数	人	人	人	人
介護老人保健施設（老人保健施設）	人数	人	人	人	人
介護医療院	人数	人	人	人	人

＜評価・課題＞

〇介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

令和７年度以降は計画の範囲内の利用となりました。

〇介護老人保健施設（老人保健施設）

計画の範囲内の利用となりました。

〇介護医療院

計画を上回って推移しています。

（３）介護サービス利用者への負担軽減

68 高額介護（予防）サービス費（担当課：介護保険課・地域包括ケア推進課）

事業の概要	要介護者、要支援者が１ヶ月間に支払った利用者負担の合計額が一定の上限額を超えたときは、要介護者には高額介護サービス費として、要支援者には高額介護予防サービス費として支給されます。 高額介護（予防）サービス費での１ヶ月（同じ月）の利用者負担上限額は、所得区分に応じて、世帯単位及び個人単位で設定されています。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
高額介護サービス費（計画）	件数	14,183 件	14,750 件	15,340 件
高額介護サービス費（実績）	件数	15,866 件	15,545 件	件
高額介護予防サービス費（計画）	件数	88 件	93 件	97 件
高額介護予防サービス費（実績）	件数	111 件	119 件	件

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
高額介護サービス費	件数	件	件	件	件
高額介護予防サービス費	件数	件	件	件	件

＜評価・課題＞

高額介護サービス費の実績はやや減少しているものの、計画を上回って推移しています。また、高額介護予防サービス費の実績は横ばいで計画を上回って推移しています。

今後も一定の利用ニーズが見込まれることから、利用実績の動向を踏まえながら計画値の再考を図る必要があります。

69 高額医療合算介護（予防）サービス費

（担当課：介護保険課・地域包括ケア推進課）

事業の概要	介護と医療の両方のサービスを利用している世帯の負担を軽減するため、１年間（８月１日～翌年の７月 31 日）の負担額が介護と医療を合算（世帯内の同じ医療保険に限ります。）して、所得区分に応じた基準額を超えた場合、この超えた分が支給されます。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
高額医療合算介護サービス費（計画）	件数	969 件	1,066 件	1,173 件
高額医療合算介護サービス費（実績）	件数	890 件	876 件	件
高額医療合算介護予防サービス費（計画）	件数	22 件	24 件	27 件
高額医療合算介護予防サービス費（実績）	件数	14 件	18 件	件

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
高額医療合算介護サービス費	件数	件	件	件	件
高額医療合算介護予防サービス費	件数	件	件	件	件

＜評価・課題＞

計画の範囲内の利用となりました。

制度に基づく給付であり、医療・介護の医療状況等の影響を受けることから、今後も実績の推移を継続的に把握しながら見込みを設定する必要があります。

70 特定入所者介護（予防）サービス費（担当課：介護保険課）

事業の概要	施設サービスの利用者負担を軽減するために、居住費と食費について、一定の額を超えた分について、支給するサービスです。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
特定入所者介護（予防）サービス費（計画）	件数	4,640 件	4,640 件	4,640 件
特定入所者介護（予防）サービス費（実績）	件数	4,436 件	4,451 件	件

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
特定入所者介護（予防）サービス費	件数	件	件	件	件

＜評価・課題＞

計画の範囲内の利用となりました。

施設サービス利用者の負担軽減を図るための制度に基づく給付であることから、今後も施設利用の状況や対象者数の動向を踏まえつつ、必要な人に適切に支給できるよう見込みを設定する必要があります。

施策２　介護を支える人材の確保とサービスの充実

取組内容・方向性

介護保険サービスを安定的に提供していくためには、必要なサービス量を確保するだけでなく、それを支える人材、施設整備、非常時の備えを一体的に進めることが重要です。採用や人材定着に関する課題としては応募者不足や採用困難が多く、介護人材の確保は大きな課題となっています。

このため、介護の現場を支える人材の確保を進めます。事業所のニーズに即した介護人材確保の支援が必要とされていることから、事業所と連携した就労支援や定着支援につながる取組を強化します。また、在宅介護サービス事業者の質の向上と、安心して利用できる仕組みづくりを進めます。介護が必要な高齢者やその家族が適切なサービスを選択できるよう、施設の量と質の両面で確保・充実を図ります。

あわせて、施設・事業所の災害や感染症への備えを進めます。災害や感染症などの非常時にも高齢者が必要な介護サービスを継続して利用できるよう、介護事業所と連携し、平常時の備えと非常時の対応の両面に取り組みます。

介護人材の確保や災害・感染症への備えを一体的に進めることで、介護サービスの充実と安定した制度運営を支えていきます。サービスを担う人材や事業所の実情、地域ごとのニーズ、非常時の継続体制まで視野に入れながら、利用者が安心して介護サービスを利用できる基盤づくりを進めていきます。事業所や関係機関との連携を強化し、必要なサービスが必要な人に安定的に提供される体制の構築を目指します。

（１）介護の現場を支える人材の確保

主な事業

71 重点 介護の現場を支える人材の確保（担当課：介護保険課）

事業の概要	○介護に関する入門的研修 介護に関心がある方、介護の仕事に興味がある方を対象とした、介護に関する基本的な知識や技術を学ぶことができる研修を開催します。 受講者は本研修を受講することで、介護キャリアの最初の一歩として、基礎知識や基本的な介助のイメージができるようになり、全日程を修了した方には、介護職員初任者研修の研修時間の一部免除となる修了証を発行します。 ○介護職員初任者研修 介護に携わる者が、業務を遂行する上で最低限の知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるようにする研修を開催します。 受講者は本研修を修了することで、訪問介護事業等の業務に従事することができます。 ○就職フェア 市内の事業所が参加する合同就職説明会を開催します。介護施設に就職を希望する方に対して、介護の仕事や就職に関する情報提供を行い、介護職の人材確保を図ります。 ○養介護施設従事者等による高齢者虐待防止研修 介護現場における高齢者虐待の未然防止、早期発見、早期対応を図ることを目的とした研修を実施します。

項　目	令和７年度
取組内容	・介護職員初任者研修を開催 （開催回数：１回　受講者数：11 名） ※７名が市内介護保険事業所に就労

＜評価・課題＞

介護職員初任者研修修了者のうち７名が市内事業所に就職し、人材育成から就職につながる流れが構築されました。介護人材の確保は、介護職の処遇改善や労働環境など、社会的な介護職の評価に大きく影響されることから、今後も就職者数の推移を把握しながら、市内事業所との連携強化を進める必要があります。

（２）在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み

主な事業

72 在宅介護サービス事業者の質の向上、安心して利用できる仕組み

（担当課：介護保険課・地域包括ケア推進課）

事業の概要	ケアプランの指導や、ケアプラン作成技術の向上に向けた支援を行います。また、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設との連携を深め、質の高い適切なケアマネジメントが行えるよう、関係機関相互の情報交換や連絡調整を行える体制づくりに努めます。 要支援者に対しては、地域包括支援センターが中心となり、利用者の生活機能の回復につながるケアマネジメントを行い、介護予防サービスの充実を図ります。

項　目	令和７年度
取組内容	・ケアプラン作成のための手引き」を作成し、事業所向け説明会を開催（参加事業所数：59 事業所　参加者：97 名） ・年間 30 件程度のケアプラン点検を実施し、ケアマネジメントの質の向上を図る。

指　標	現状値	目標・見込		
	令和７年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
ケアプラン点検件数	30 件	30 件	30 件	30 件

＜評価・課題＞

ケアプラン点検を年間 30 件程度実施し、ケアマネジメントの質の向上を図るとともに、「尊厳の保持」、「自立支援」に資する適切なマネジメントになっているかを確認することができました。現在は時間的制約、人員的制約があり、すべての利用者の長期的なケアプランを見ることができないため、質の高い適切なケアマネジメントの実施には、より多くの利用者のケアプランを継続的に確認する仕組みが必要であることから、解消に向けた検討を行います。

（３）介護施設の充実とサービスの整備

主な事業

① 入所施設の整備・充実

73 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護付有料老人ホーム

（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護保険サービスでは、要支援・要介護の状態にならないよう予防することや、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう在宅サービスを充実させることが大切です。一方で、虚弱な単身の高齢者世帯や高齢者のみの世帯、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」の世帯が増えていることから、施設に入所したいというニーズは高く、入所を待っている方もいます。 また、認知症や重度の要介護の方が増えており、介護する家族の負担を軽くする観点からも、今後は、高齢者やその家族が適切なサービスを選べるよう、施設の量と質の両面で確保・充実を図る必要があります。こうした状況を踏まえ、市では、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）及び介護付有料老人ホームを整備していきます。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
介護老人福祉施設（計画）	床数	633 床	733 床	733 床
介護老人福祉施設（実績）	床数	633 床	633 床	633 床
介護老人保健施設（計画）	床数	185 床	185 床	185 床
介護老人保健施設（実績）	床数	185 床	185 床	185 床
介護付有料老人ホーム（計画）	床数	640 床	640 床	740 床
介護付有料老人ホーム（実績）	床数	620 床	688 床	床

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
介護老人福祉施設	床数	床	床	床	床
介護老人保健施設	床数	床	床	床	床
介護付有料老人ホーム	床数	床	床	床	床

＜評価・課題＞

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の実績は横ばいで推移しており、計画の範囲内の利用となりました。

② 地域密着型サービスの整備・充実

74 重点 看護小規模多機能型居宅介護（短期入所・通所）・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・認知症対応型共同生活介護

（担当課：介護保険課）

事業の概要	介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らしていけるように、市民が受けることができる介護サービスです。

第９期		令和６年度	令和７年度	令和８年度
看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）（計画）	人数	９人	９人	９人
看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）（実績）	人数	０人	８人	８人
看護小規模多機能型居宅介護（通所）（計画）	人数	29 人	29 人	29 人
看護小規模多機能型居宅介護（通所）（実績）	人数	29 人	29 人	29 人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（計画）	人数	12 人	12 人	12 人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（実績）	人数	０人	０人	０人
認知症対応型共同生活介護（計画）	床数	144 床	162 床	162 床
認知症対応型共同生活介護（実績）	床数	144 床	162 床	162 床

第 10 期（計画）		令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	令和 22 年度
看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）	人数	人	人	人	人
看護小規模多機能型居宅介護（通所）	人数	人	人	人	人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	人	人	人	人
認知症対応型共同生活介護	床数	床	床	床	床

＜評価・課題＞

看護小規模多機能型居宅介護（短期入所）は計画の範囲内の利用となりましたが、実績は増加傾向にあります。

今後も安定した運営を進めていけるよう、必要な支援を行う必要があります。

③施設・事業所の災害や感染症への備え

75 災害と感染症への対応（担当課：介護保険課）

事業の概要	災害や感染症などの非常時にも、高齢者が必要な介護サービスを使い続けられるよう、介護事業所と連携し、「平常時の備え」と「非常時の対応」に取り組みます。 【平常時の備え】 災害に備えて、市内の社会福祉施設等の被災状況を素早く把握できる情報収集の仕組みを整えます。浸水想定区域や土砂災害警戒区域にある施設等については、避難確保計画が作成されているかを確認し、未作成の施設には制度を周知して計画づくりを支援します。さらに、年１回以上の施設等の避難訓練の実施を促し、報告させることで避難の実行性確保に向けた取組を支援します。 また、介護保険施設等は、介護保険法上、感染症の予防及びまん延防止のための措置（研修やマニュアルの整備、衛生用品の確保といった平常時の備え）を講じることが義務付けられており、市は、説明会などを通じてこの制度を周知するとともに、立入調査などの機会に取組状況を確認します。 【非常時の対応】 災害が起きたときは、施設等の被災状況を速やかに把握し、必要な対応につなげます。 感染症については、拡大防止の呼びかけや必要な情報提供を行いながら、介護事業所との連携を強化します。 市内の介護事業所がサービスの提供を継続できるように、介護情報等の適格な情報発信に努め、各種衛生用品の在庫の把握や要請量の取りまとめ報告等を行います。また、事業所の対応状況を速やかに把握し、必要に応じて助言・指導を行います。

項　目	令和７年度
取組内容	○災害対策 ・避難確保計画の作成状況を把握するため、対象施設（40 施設）に対して確認調査を実施 ・未作成の施設に対して、制度の周知徹底と計画作成の支援を実施 ※避難確保計画作成率：83%　避難訓練実施報告率：60% ○感染症 ・事業所向け説明会を開催し、介護保険法上の感染症予防・まん延防止義務について周知 ・立入調査（指導）時に、感染症対策マニュアルの整備状況、職員研修の実施状況等を確認・指導

＜評価・課題＞

避難確保計画の作成率が 83%、避難訓練実施報告率が 60%となり、災害時の備えが進みました。また、事業所向け説明会と立入調査を通じて感染症対策の周知と確認ができました。

非常時にも介護サービスの継続提供が重要であることから、今後も未作成施設への支援と事業所との連携強化を進める必要があります。

施策３　安定した制度運営の確保

取組内容・方向性

介護保険制度を将来にわたり安定して運営していくためには、介護サービスの利用状況や高齢者人口、要介護認定者数等の動向を的確に把握し、必要となる介護給付費等を適切に見込むとともに、被保険者の負担にも配慮した介護保険料を設定していくことが重要です。

本市の介護給付費は増加傾向にあります。第９期計画の事業評価では、単年度の実績だけで判断するのではなく、サービスごとの利用動向や過年度からの推移、年度末の見込み等を踏まえて分析し、次期計画の推計に反映することが求められています。今後も、介護サービスの利用実績やサービス提供体制の変化等を継続的に把握し、介護給付費や地域支援事業費について、実態に即した制度の高い見込みを行います。

介護保険料については、介護サービスの見込み量に基づく給付費等を踏まえ、第１号被保険者が負担する保険料を算定します。高齢化の進展に伴い介護サービス需要の増加が見込まれる中、必要なサービスを確保しながら、被保険者の負担にも配慮し、所得状況に応じた公平な保険料負担となるよう適切に設定します。

また、介護保険料の収納については、近年の収納率が高い水準で推移していることから、引き続き適切な賦課・徴収に努めます。一方で、普通徴収は特別徴収に比べ収納率が低い傾向がみられることから、所得段階別の収納状況を継続的に把握するとともに、口座振替の利用促進、納付相談、督促・催告による早期対応等により滞納の未然防止を図ります。

今後も、介護サービスの利用動向、給付費、保険料及び収納状況を一体的に把握・検証しながら、必要な介護サービスを安定して提供できる財政基盤を確保し、持続可能で公平な介護保険制度の運営を進めていきます。

主な事業

76 （１）介護保険料（担当課：介護保険課）

介護保険料基準額は、介護保険事業計画から算出した給付費の総額から、国、県、市の負担金を控除し、予定保険料収納率で除したものを、さらに第１号被保険者数で除した額となります。

公費負担 50％の内訳は、国が 25％（施設等給付費 20％）、都道府県 12.5％（施設等給付費 17.5％）、市町村が 12.5％となっています。

国が負担する 25％（施設給付費等 20％）のうち、20％（施設給付費等 15％）の部分は各市町村の標準給付費額に対して定率で交付されます。残りの５％の部分は、市町村の努力では対応できない第１号保険料の格差を是正するための調整交付金として交付されます。

保険料負担 50％の内訳は、第１号被保険者分が 23％、第２号被保険者分が 27％です。なお、第１号被保険者と第２号被保険者の負担割合は、事業計画期間ごとに全国ベースの人口比率で定められます。

第１号被保険者の保険料は、保険者である市が条例で定めます。保険料の設定にあたっては、保険給付の対象となる介護サービス見込み量に基づき給付費を推計し、これに見合う保険料額を設定することになります。

介護保険制度が創設された平成 12 年度以降、本市の介護給付費は、高齢者人口の増加と要介護・要支援認定者の増加に伴い、増加の一途をたどっており、今後も介護給付費は増加し続けていくと見込まれ、第 10 期計画期間における保険料については上昇せざるを得ません。

■保険料基準額

（年額）　●円【第 10 期】
（64,236 円【第９期】）

（月額）　●円【第 10 期】
（5,353 円【第９期】）

77 （２）介護保険にかかる費用の実績と見込み

（担当課：介護保険課・地域包括ケア推進課）

介護保険給付費は、居宅サービス費、地域密着型サービス費、居宅介護支援費、介護保険施設サービス費、介護予防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、介護予防支援費、特定入所者介護等サービス費、高額介護等サービス費、高額医療合算介護等サービス費及び審査支払手数料の合計額となります。

（単位：千円）

実績			令和６年度	令和７年度	令和８年度（見込）
介護給付費			8,627,120	9,096,780	
	介護サービス給付費		7,986,397	8,492,336	
		居宅サービス費	4,255,752	4,581,556	
		地域密着型サービス費	869,760	945,016	
		施設サービス費	2,355,277	2,442,921	
		居宅介護支援費	505,608	522,842	
	介護予防給付サービス費		218,709	228,669	
		介護予防サービス費	179,212	184,918	
		地域密着型介護予防サービス費	837	2,412	
		介護予防支援費	38,660	41,338	
	特定入所者介護等サービス費		119,245	117,054	
	高額介護等サービス費		245,497	219,023	
	高額医療合算等サービス費		33,856	31,674	
	審査支払手数料等諸費		7,618	8,021	
	市町村特別給付費		15,798	17,010	
地域支援事業費			422,853	450,581	
	介護予防・日常生活支援総合事業費		213,949	229,717	
	包括的支援事業・任意事業費		208,904	220,864	
合計			9,049,973	9,547,361	

（単位：千円）

費用推計			令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
介護給付費					
	介護サービス給付費				
		居宅サービス費			
		地域密着型サービス費			
		施設サービス費			
		居宅介護支援費			
	介護予防給付サービス費				
		介護予防サービス費			
		地域密着型介護予防サービス費			
		介護予防支援費			
	特定入所者介護等サービス費				
	高額介護等サービス費				
	高額医療合算等サービス費				
	審査支払手数料等諸費				
地域支援事業費					
	介護予防・日常生活支援総合事業費				
	包括的支援事業・任意事業費				
合計					

＜評価・課題＞

高齢者人口の増加に伴い、要介護認定者等も増加し、介護保険給付費も年を追うごとに増えています。介護サービスを必要とする人を適正に認定した上で、真に必要なサービスを過不足なく提供していくことが必要です。

78 （３）介護保険料の算定と納付（担当課：介護保険課）

＜評価・課題＞

第９期の３年間における第１号被保険者の介護保険料は、第８期と同じ割合とし、市民税非課税世帯に対する保険料軽減措置を実施しました。

令和７年度の現年分収納率は、99.51％で、前年度と変化ありませんでした。

＜施策の方向性＞

介護保険料は、制度の基盤となるものなので、被保険者間での公平性を確保する観点からも適切な賦課徴収に努めます。令和９年度からの第１号被保険者の所得段階別介護保険料は、107、108 ページのとおりとなります。

＜介護保険料賦課徴収状況＞

保険料段階	項目	令和５年度	令和６年度	令和７年度
第１段階（年額：9,624 円）	保険料額	40,502,676 円	41,140,416 円	39,849,066 円
	納付額	40,731,775 円	41,130,161 円	39,799,912 円
	収納率（％）	100.57%	99.98%	99.88%
第２段階（年額：22,476 円）	保険料額	49,418,288 円	53,523,966 円	53,859,505 円
	納付額	49,513,690 円	53,655,269 円	53,943,261 円
	収納率（％）	100.19%	100.25%	100.16%
第３段階（年額：38,532 円）	保険料額	72,152,220 円	74,824,285 円	71,541,080 円
	納付額	72,292,648 円	75,040,612 円	71,654,197 円
	収納率（％）	100.19%	100.29%	100.19%
第４段階（年額：56,520 円）	保険料額	252,070,544 円	246,614,755 円	231,339,312 円
	納付額	249,846,409 円	244,985,174 円	229,213,383 円
	収納率（％）	99.12%	99.34%	99.08%
第５段階（年額：64,236 円）	保険料額	306,685,380 円	323,592,475 円	330,846,454 円
	納付額	306,693,344 円	323,696,211 円	330,881,566 円
	収納率（％）	100.00%	100.03%	100.01%
第６段階（年額：73,860 円）	保険料額	336,759,094 円	284,942,792 円	280,597,133 円
	納付額	335,654,638 円	283,805,919 円	279,457,035 円
	収納率（％）	99.67%	99.60%	99.56%
第７段階（年額：83,496 円）	保険料額	418,036,356 円	458,569,697 円	462,365,340 円
	納付額	416,070,287 円	456,353,683 円	459,760,003 円
	収納率（％）	99.53%	99.52%	99.44%
第８段階（年額：105,336 円）	保険料額	388,741,095 円	348,638,545 円	364,176,960 円
	納付額	385,939,313 円	346,406,196 円	361,472,138 円
	収納率（％）	99.28%	99.36%	99.26%

保険料段階	項目	令和５年度	令和６年度	令和７年度
第９段階	保険料額	126,760,769 円	179,075,468 円	189,282,388 円
（年額：111,120 円）	納付額	125,941,422 円	177,761,964 円	187,760,148 円
	収納率（%）	99.35%	99.27%	99.20%
第 10 段階	保険料額	61,484,952 円	90,364,502 円	100,142,554 円
（年額：116,904 円）	納付額	61,224,336 円	89,778,376 円	99,201,746 円
	収納率（%）	99.58%	99.35%	99.06%
第 11 段階	保険料額	36,617,768 円	48,032,335 円	54,690,880 円
（年額：132,960 円）	納付額	36,606,258 円	47,743,055 円	54,467,244 円
	収納率（%）	99.97%	99.40%	99.59%
第 12 段階	保険料額	62,350,530 円	26,502,195 円	26,448,141 円
（年額：134,892 円）	納付額	62,260,526 円	26,455,595 円	26,370,141 円
	収納率（%）	99.86%	99.82%	100.30%
第 13 段階	保険料額		26,797,900 円	29,772,292 円
（年額：144,528 円）	納付額		26,782,176 円	29,613,364 円
	収納率（%）		99.94%	99.47%
第 14 段階	保険料額		16,570,606 円	19,672,235 円
（年額：147,732 円）	納付額		16,501,896 円	19,747,005 円
	収納率（%）		99.59%	100.38%
第 15 段階	保険料額		36,705,522 円	38,843,952 円
（年額：150,948 円）	納付額		36,670,206 円	38,828,952 円
	収納率（%）		99.90%	99.96%
第 16 段階	保険料額		40,275,345 円	52,255,091 円
（年額：154,164 円）	納付額		40,324,359 円	52,064,233 円
	収納率（%）		100.12%	99.63%
合計	保険料額	2,151,579,672 円	2,296,170,804 円	2,345,682,383 円
	納付額	2,142,774,646 円	2,287,090,852 円	2,334,234,329 円
	収納率（%）	99.59%	99.60%	99.51%

※保険料段階毎の年額については、令和７年度のものとなります。

第１号被保険者所得段階別保険料【第 10 期（令和９年度～令和 11 年度）】		
所得段階	対　象　者	月額保険料 （負担割合）
第１段階	老齢福祉年金受給者、生活保護受給者、本人及び世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額が 82 万 6,500 円以下	●円 （0.●） 【●円（0.●）】
第２段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額との合計金額が 82 万 6,500 円超 120 万円以下	●円 （0.●） 【●円（0.●）】
第３段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額との合計金額が 120 万円超	●円 （0.●） 【●円（0.●）】
第４段階	本人が住民税非課税で世帯内に住民税課税者がおり、本人の課税年金収入額と合計所得金額との合計金額が 82 万 6,500 円以下	●円 （0.●）
第５段階	本人が住民税非課税で世帯内に住民税課税者がおり、本人の課税年金収入額と合計所得金額との合計金額が 82 万 6,500 円超	●円 （0.●）
第６段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 125 万円以下	●円 （0.●）
第７段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 125 万円超 200 万円未満	●円 （0.●）
第８段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 200 万円以上 300 万円未満	●円 （0.●）
第９段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 300 万円以上 400 万円未満	●円 （0.●）
第 10 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 400 万円以上 500 万円未満	●円 （0.●）
第 11 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 500 万円以上 600 万円未満	●円 （0.●）

第１号被保険者所得段階別保険料【第 10 期（令和９年度～令和 11 年度）】		
所得段階	対　象　者	月額保険料 （負担割合）
第 12 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 600 万円以上 700 万円未満	●円 （0.●）
第 13 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 700 万円以上 850 万円未満	●円 （0.●）
第 14 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 850 万円以上 1,000 万円未満	●円 （0.●）
第 15 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 1,000 万円以上 1,500 万円未満	●円 （0.●）
第 16 段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が 1,500 万円以上	●円 （0.●）

※第１・２・３段階の月額保険料【】内は、低所得者軽減後の金額及び負担割合です。

参考資料

第１章　計画の策定にあたって

1 ｜ 計画策定の背景

令和７年に団塊世代が全員 75 歳以上となり、令和 22 年には団塊ジュニア世代が 65 歳以上を迎えるなど、我が国の高齢化は今後も進展していくことが見込まれています。

本市においても、平成 24 年 10 月に高齢化率が 20％であったのに対し、令和７年 10 月には 24.6％に増加し、高齢者人口は 34,722 人となっています。今後も高齢者人口の増加と高齢化率の上昇が見込まれており、高齢者を取り巻く状況はますます変化していきます。

また、高齢者の一人暮らし世帯や高齢者のみの世帯の増加、介護や見守りを必要とする世帯の多様化などにより、地域で安心して暮らし続けるための支援の重要性が一層高まっています。こうした中では、介護や医療の充実だけでなく、健康づくりや介護予防、生きがいづくり、社会参加、生活支援、相談支援などを一体的に進めていくことが求められています。

本市ではこれまで、「えびな高齢者プラン 21」を策定し、高齢者保健福祉施策と介護保険事業を総合的に推進するとともに、地域ごとの「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の推進に取り組んできました。第 10 期計画においても、その考え方を引き継ぎながら、アンケート調査結果や事業評価から見えてきた課題を踏まえ、より実態に即した施策の展開を図っていきます。

第 10 期計画からは、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」に加え、認知症の人が希望を持って自分らしく暮らし続けることができる地域づくりを進めるため、「認知症施策推進計画」を包含し、認知症施策を総合的に推進していきます。高齢化が進展する中で、地域の方が

今後、高齢化が進む中で、地域の方が共に支え合い、生きがいを持って安心して暮らしていけるよう、地域で相互に支え合う仕組みづくりや、要介護状態にならないための介護予防施策を積極的に推進していきます。あわせて、認知症になっても希望を持って自分らしく暮らし続けられるよう、認知症への理解の促進、早期の相談・支援、本人や家族への支援、地域での見守り体制の充実を図り、地域包括ケアシステムの深化と地域共生社会の実現に向けて取り組んでいきます。

2 ｜ 計画の期間

本計画の期間は令和９（2027）年度から令和 11（2029）年度までの３年間です。

なお、計画期間の３年目に当たる令和 11（2029）年度中に、第 10 期計画の振り返りを行い、第 11 期計画を策定する予定です。



3 ｜ 計画の位置付け

本計画は市の最上位計画である「えびな未来創造プラン」に則し、上位計画である「えびな地域福祉プラン」のもと、各種計画と調査を保ったものとなっています。

「えびな高齢者プラン」は、老人福祉法第 20 条８の規定による「高齢者保健福祉計画」、介護保険法第 117 条の規定による「介護保険事業計画」、共生社会の実現を推進するための認知症基本法第 13 条に基づく「認知症施策推進計画」を一体的に策定した計画です。

高齢者保健福祉計画：

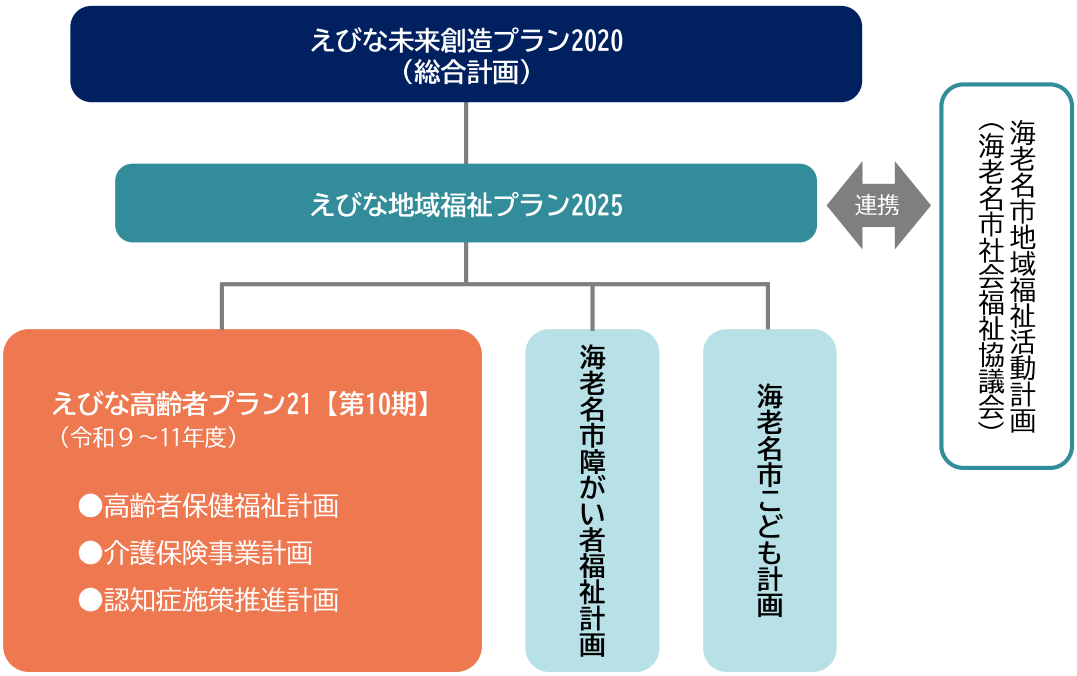
高齢者の生きがいづくり、一人暮らし高齢者の生活支援、寝たきりや要介護状態の予防など、取り組むべき施策を定める高齢者福祉事業全般にわたる計画です。

介護保険事業計画：

要介護者などの人数、介護保険の給付対象となるサービスごとの見込み量を定めるなど、介護保険運営の基盤となる計画です。

認知症施策推進計画：

認知症の人が、住み慣れた地域で希望を持って自分らしく暮らし続けられるよう、認知症施策の方向性や取組をまとめた計画です。



第２章　高齢者を取り巻く状況

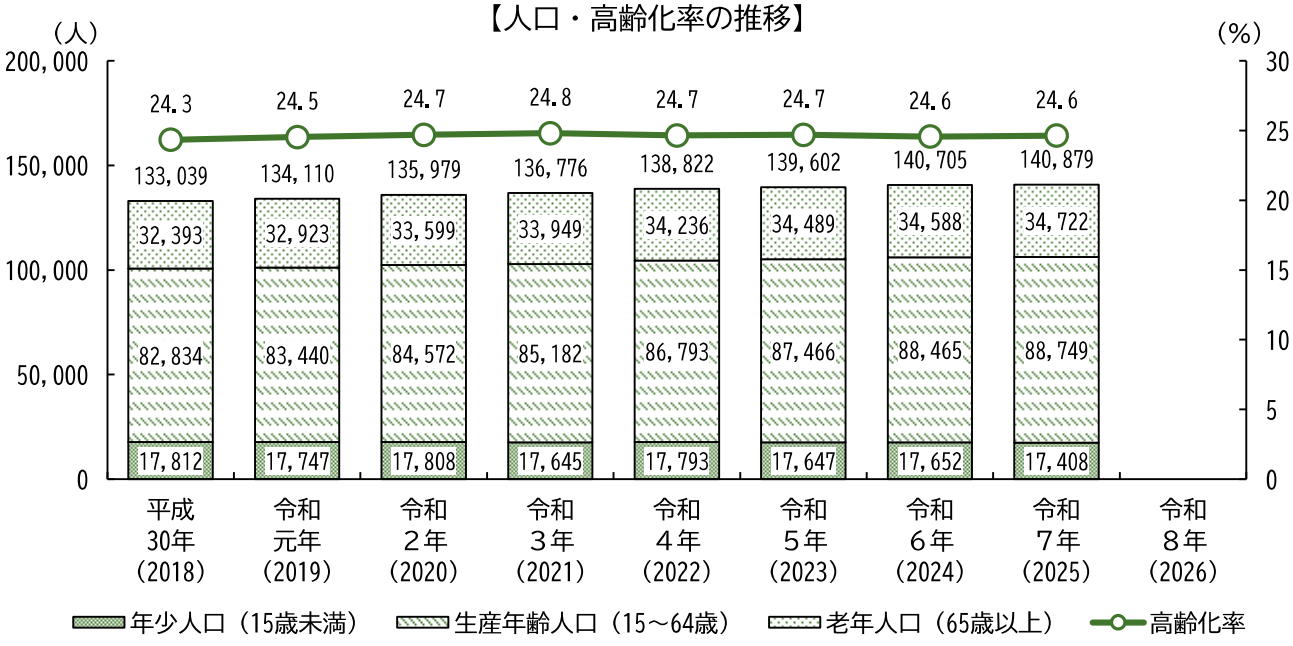
1 ｜ 高齢者の状況と今後の状況

（1）人口・高齢化率の推移

①人口・高齢化率の推移

令和７年 10 月 1 日現在の人口を年齢階級別にみると、15 歳未満の年少人口は 17,408 人（総人口比 12.4%）、15～64 歳の生産年齢人口は 88,749 人（総人口比 63.0%）、65 歳以上の老年人口は 34,722 人（総人口比 24.6%）となっています。高齢化率は横ばいでの推移となっています。

【人口・高齢化率の推移】

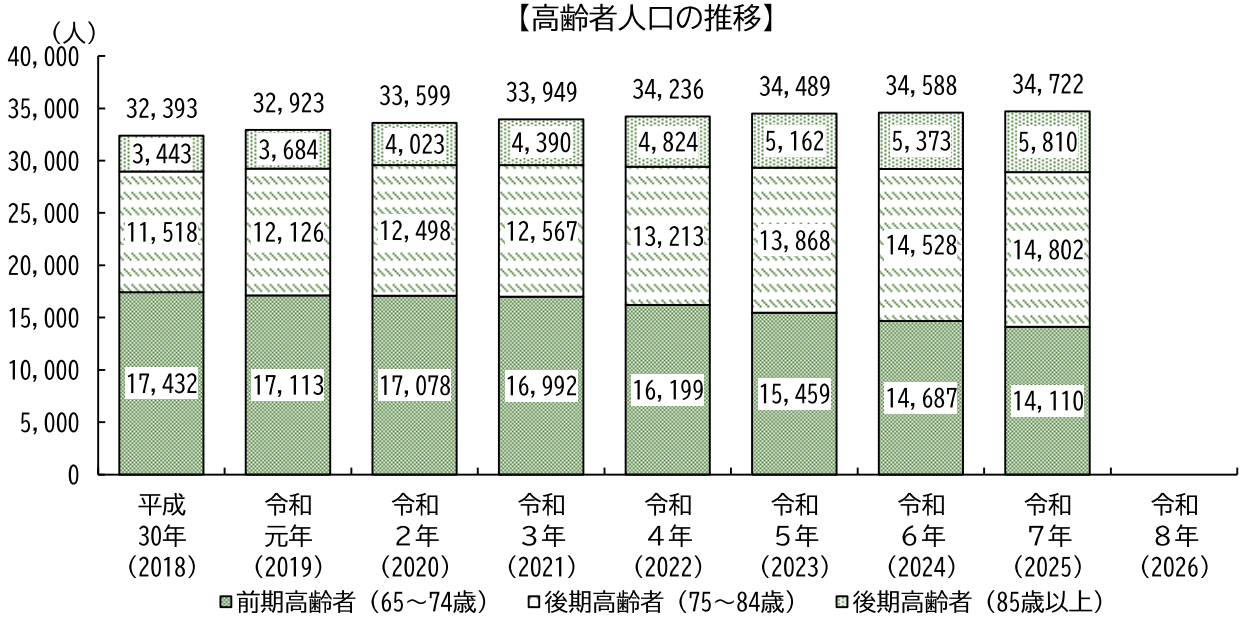


【資料：住民基本台帳（各年10月１日現在）】

②高齢者人口の推移

65 歳以上人口を３区分に分けてみると、前期高齢者（65～74 歳）は減少傾向にある一方、後期高齢者は 75～84 歳および 85 歳以上のどちらも増加傾向にあります。

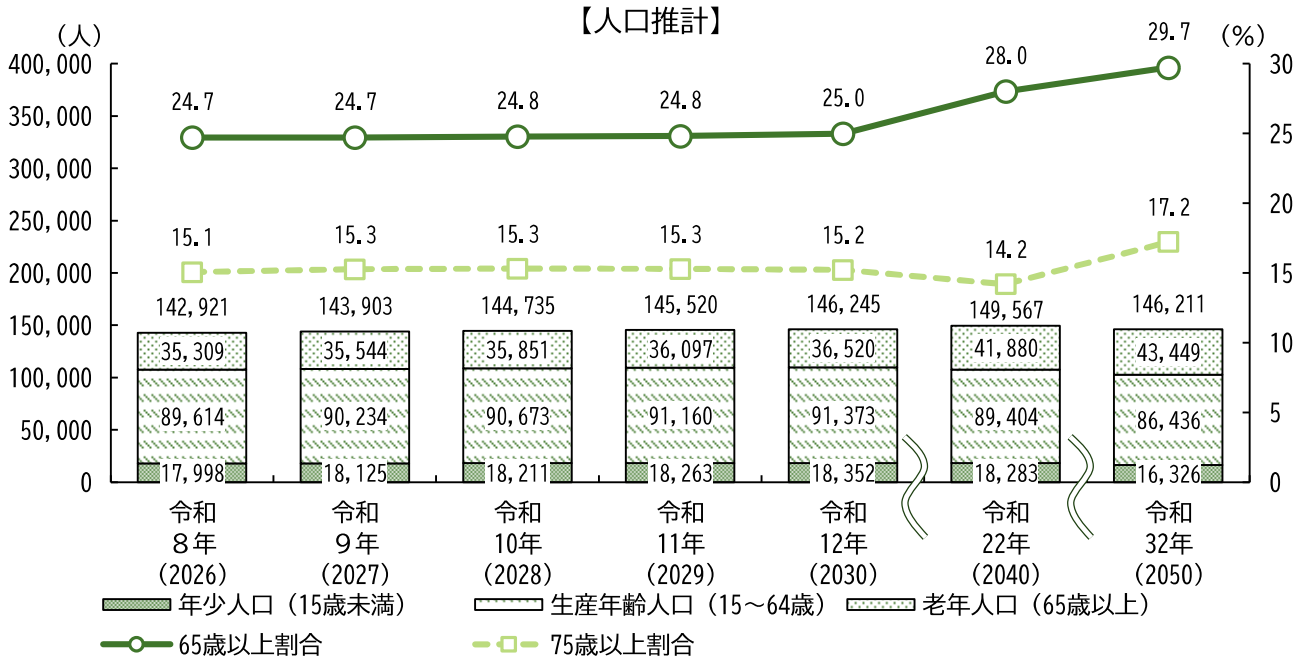
【高齢者人口の推移】



【資料：住民基本台帳（各年10月１日現在）】

（２）計画期間の人口推計

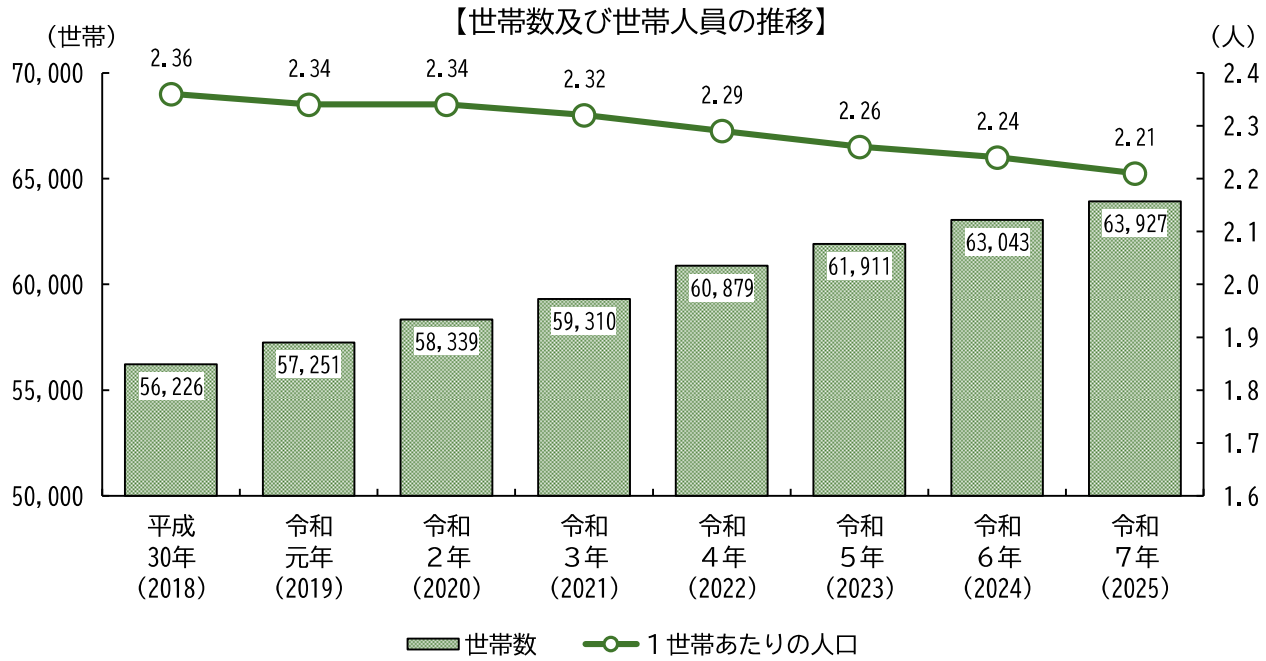
本計画期間中においては、総人口及び 65 歳以上人口は増加すると見込まれています。中長期的には、令和 22（2040）年頃をピークに総人口は減少しますが、65 歳以上人口は令和 32（2050）年頃まで増加し、その後に減少に転じるものと見込まれています。一方で、高齢化率は一貫して上昇し、総人口が減少に転じた後も高齢化が進展していくことが見込まれます。



【資料：企画財政課】

（３）世帯数の推移

世帯の推移をみと、世帯数は年々増加の一方、１世帯あたりの人口は年々減少しており、令和７年には 2.21 人となっています。世帯の小規模化が進んでいることがわかります。



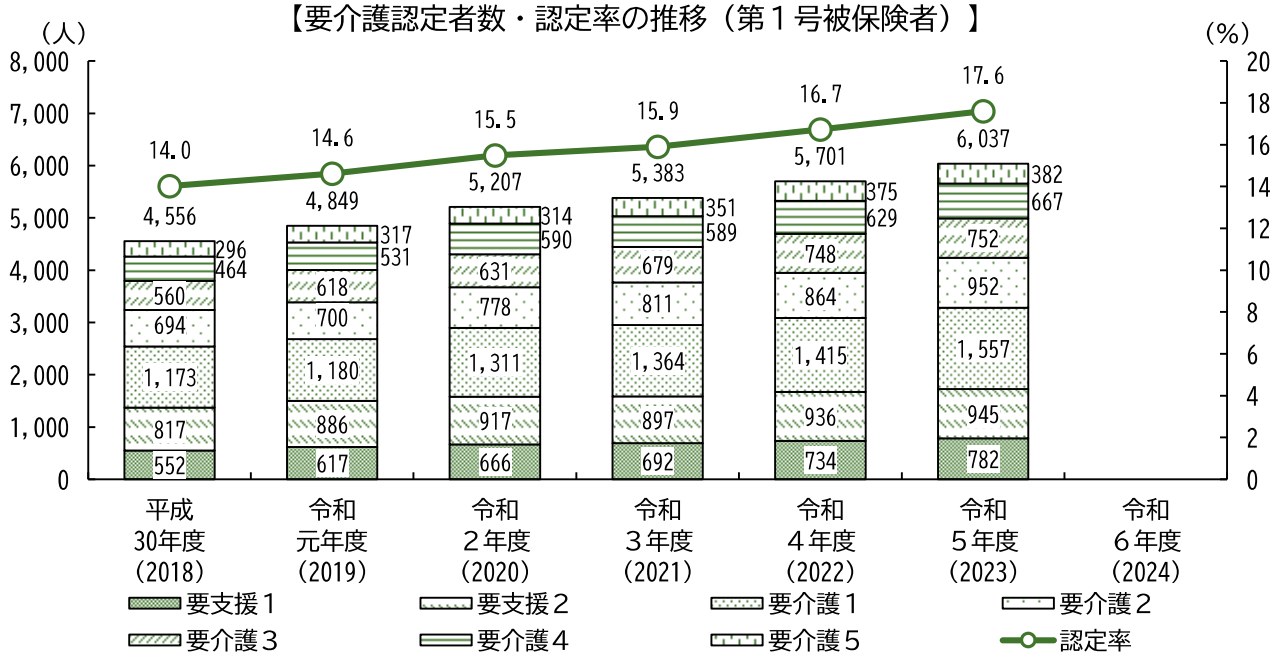
【資料：統計えびな（各年10月１日現在）】

（４）要介護認定者数・認定率の推移

令和５年度の要介護認定者数（第１号被保険者）は 6,037 人となっており、認定率は 17.6％となっています。

要介護度別にみると、平成 30 年度から令和５年度の６年間で要介護１の増加が目立っています。

【要介護認定者数・認定率の推移（第１号被保険者）】

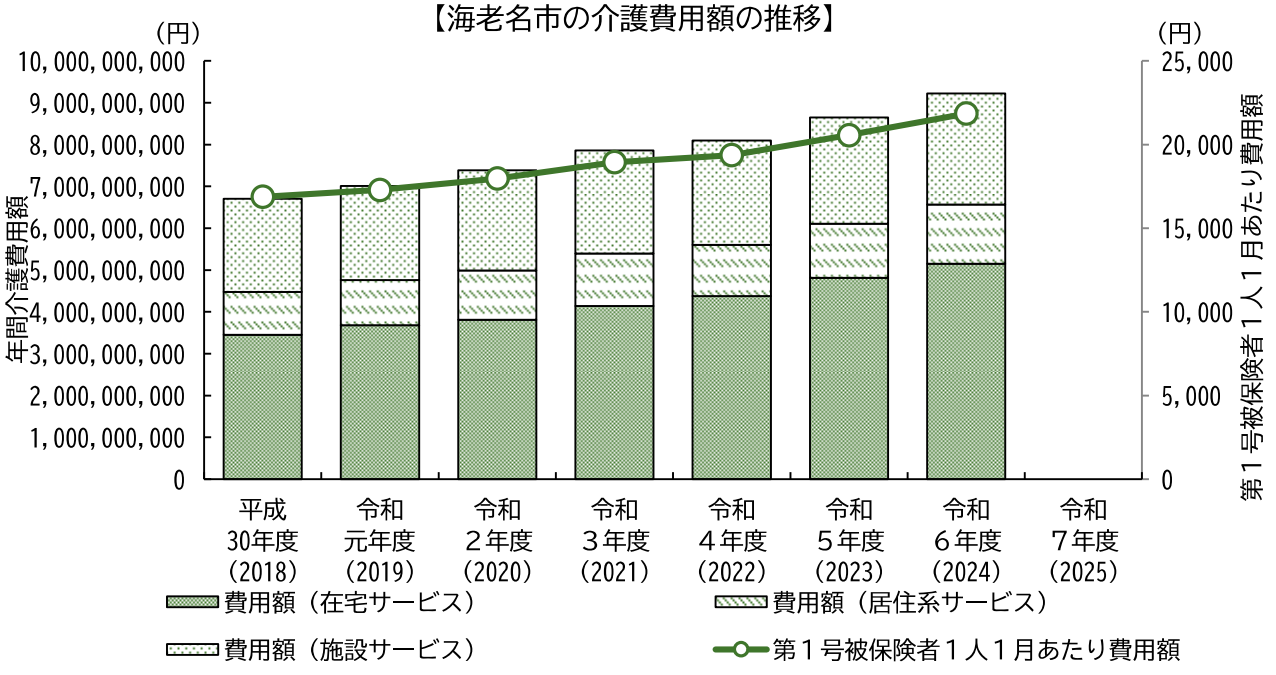


【資料：介護保険事業状況報告】

（５）介護費用額の推移

介護費用額の推移をみると、すべてのサービス費が増加傾向にあります。

【海老名市の介護費用額の推移】



【資料：域包括ケア「見える化」システム】

（６）認知症自立度

要介護度ごとの認知症自立度の分布は、認知症自立度がⅡ以上の方が3,525人となっており、要介護度全体の51.3%となっています。要介護度が上がるほど日常生活自立度ランクが高い人の数が多くなります。

（人）

	要支援１	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	合計
Ⅰ	413	478	435	246	106	76	20	1,774
Ⅱ以上	155	144	869	671	660	632	394	3,525
Ⅱa	97	98	321	173	89	73	17	868
Ⅱb	40	31	385	286	184	118	29	1,073
Ⅲa	14	10	125	156	237	248	113	903
Ⅲb	2	1	17	25	74	75	53	247
Ⅳ	1	3	14	25	64	111	165	383
M	1	1	7	6	12	7	17	51
自立	406	426	369	171	84	45	30	1,531
不明	4	3	9	11	4	9	2	42
合計	1,133	1,195	2,551	1,770	1,514	1,394	840	6,872

【資料：介護保険課（令和●年●月現在）】

※認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2 ｜ 日常生活圏域の概況

（1）基礎データ

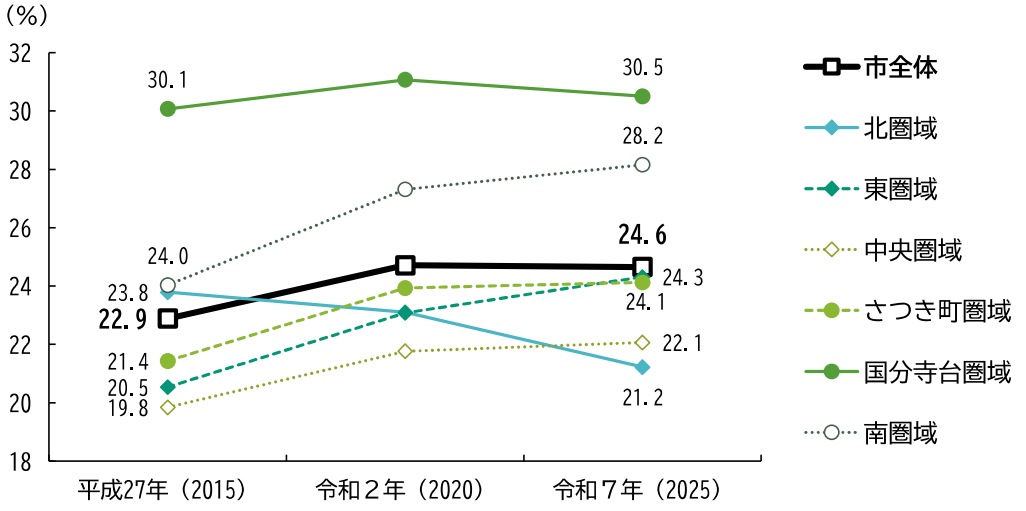
①圏域ごとの人口（令和７年 10 月１日時点）

	総人口	高齢者（65 歳以上）	前期高齢者（65～74 歳）	後期高齢者（75 歳以上）
北圏域	28,470 人	6,042 人(21.2%)	2,453 人(8.6%)	3,589 人(12.6%)
東圏域	23,865 人	5,802 人(24.3%)	2,522 人(10.6%)	3,280 人(13.7%)
中央圏域	24,814 人	5,475 人(22.1%)	2,227 人(9.0%)	3,248 人(13.1%)
さつき町圏域	22,950 人	5,537 人(24.1%)	2,313 人(10.1%)	3,224 人(14.0%)
国分寺台圏域	16,426 人	5,009 人(30.5%)	1,676 人(10.2%)	3,333 人(20.3%)
南圏域	24,354 人	6,857 人(28.2%)	2,919 人(12.0%)	3,938 人(16.2%)
市全体	140,879 人	34,722 人(24.6%)	14,110 人(10.0%)	20,612 人(14.6%)

※（ ）は総人口に対する割合

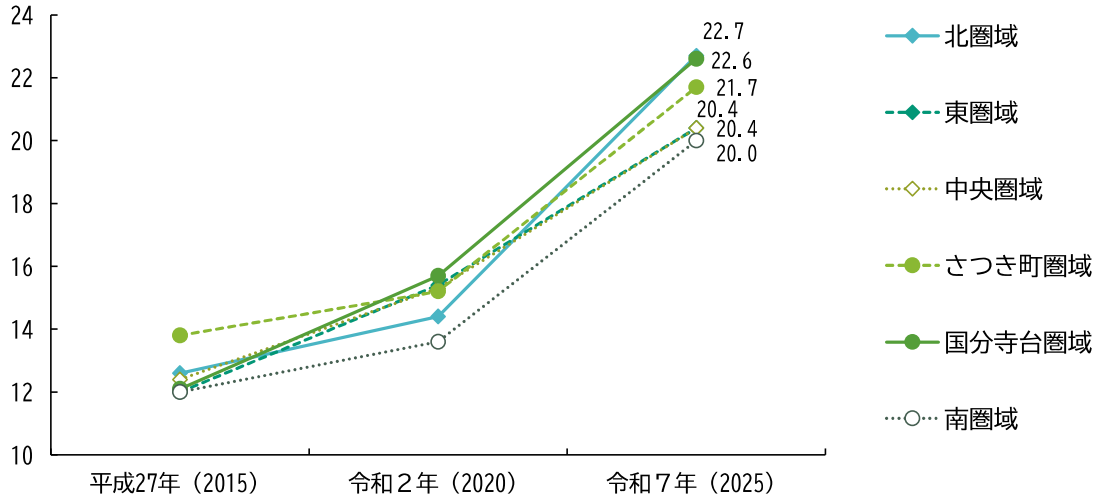
【資料：住民基本台帳（令和７年 10 月１日現在）】

②高齢化率の推移



【資料：住民基本台帳（各年10月１日現在）】

③要介護認定率の推移



（２）北圏域の概況

日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状

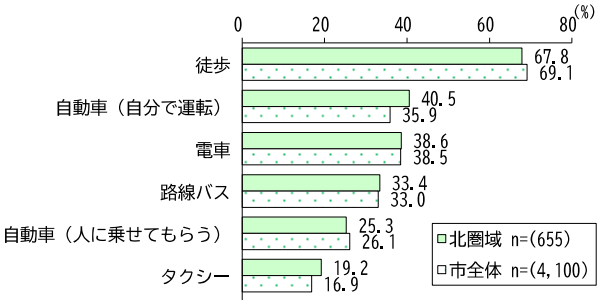
【家族構成】 ※()市全体

一人暮らし	22.3%	(22.4%)
夫婦２人暮らし	48.5%	(43.4%)
息子・娘と２世帯	14.0%	(16.7%)

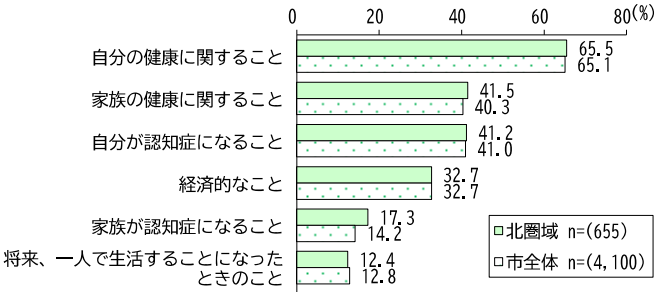
【介護・介助が必要になった原因（上位３項目）】 ※()市全体

① 骨折・転倒	18.3%	(20.4%)
② 高齢による衰弱	17.6%	(23.3%)
③ 糖尿病	14.5%	(10.8%)

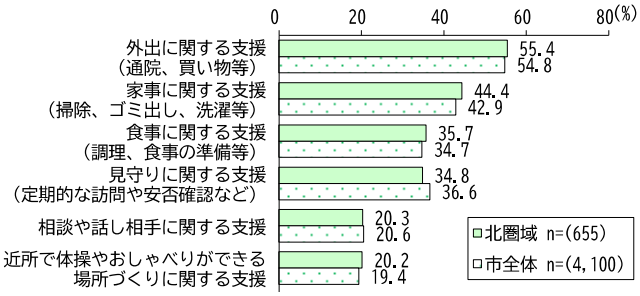
【外出する際の移動手段（上位６項目）】



【現在の生活で心配なこと（上位６項目）】

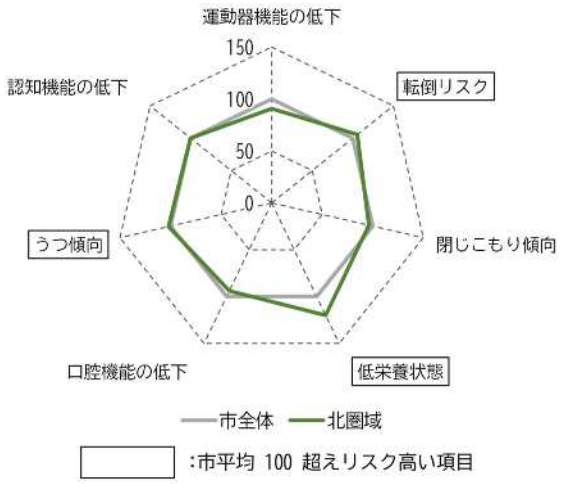


【地域で生活し続けるために必要なこと（上位６項目）】



【リスク判定】

※数字が大きいほどリスクが高い項目



北圏域の特徴

家族構成は「夫婦２人暮らし」が多く、「一人暮らし」は市全体とほぼ同程度です。介護・介助が必要になった原因では、「糖尿病」が市全体より高くなっています。

移動手段では「自動車（自分で運転）」や「タクシー」の割合が市全体より高くなっています。また、リスク判定では「転倒リスク」「低栄養状態」「うつ傾向」が市全体よりも高くなっています。

地域資源の状況

作成中

（３）東圏域の概況

日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状

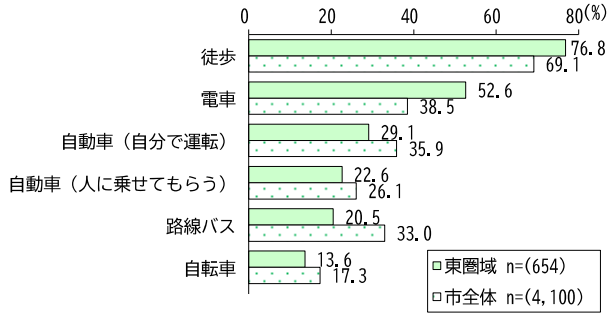
【家族構成】　※()市全体

一人暮らし	22.9%	(22.4%)
夫婦２人暮らし	40.7%	(43.4%)
息子・娘と２世帯	18.2%	(16.7%)

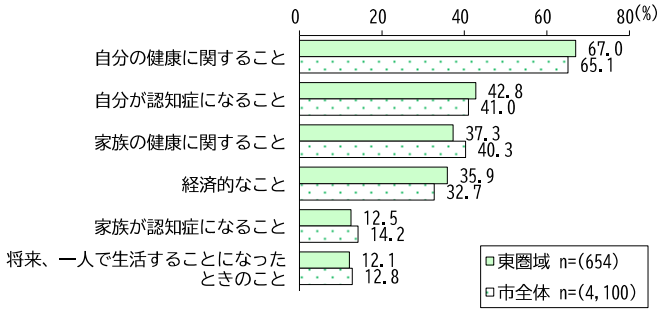
【介護・介助が必要になった原因（上位３項目）】　※()市全体

① 骨折・転倒	20.5%	(20.4%)
② 高齢による衰弱	19.9%	(23.3%)
③ 糖尿病	11.9%	(10.8%)
③ 脊椎損傷	11.9%	(9.9%)

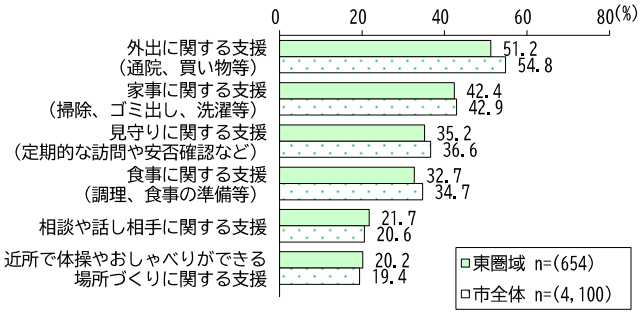
【外出する際の移動手段（上位６項目）】



【現在の生活で心配なこと（上位６項目）】

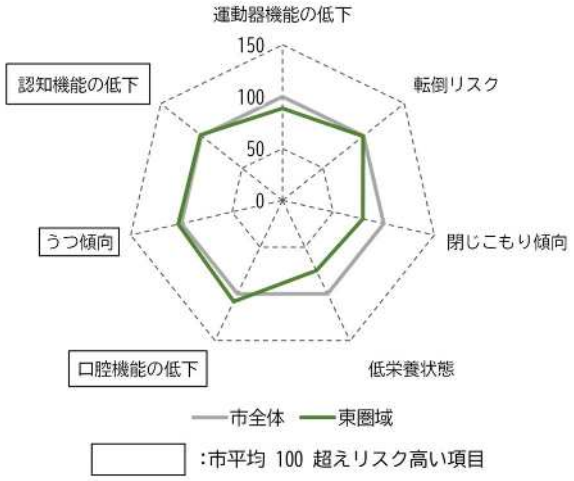


【地域で生活し続けるために必要なこと（上位６項目）】



【リスク判定】

※数字が大きいほどリスクが高い項目



東圏域の特徴

家族構成は「息子・娘との２世帯」が市全体よりもやや多い圏域です。

移動手段では「徒歩」や「電車」が市全体より高く、外出に関する支援の必要性は市全体よりも低い傾向です。また、現在の生活で心配なことは「経済的なこと」が市全体より高く、「家族の健康に関すること」は市全体より低くなっています。

リスク判定では、「口腔機能の低下」「うつ傾向」「認知機能の低下」が市全体よりも高くなっています。

地域資源の状況

作成中

（４）中央圏域の概況

日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状

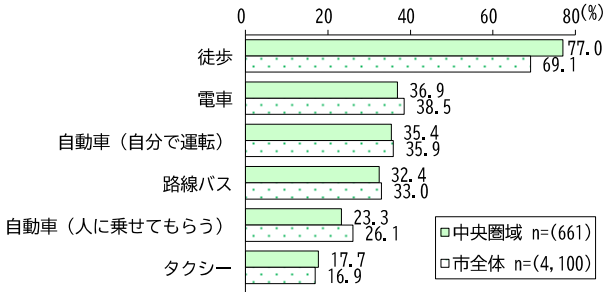
【家族構成】 ※()市全体

一人暮らし	23.3%	(22.4%)
夫婦２人暮らし	45.5%	(43.4%)
息子・娘と２世帯	14.2%	(16.7%)

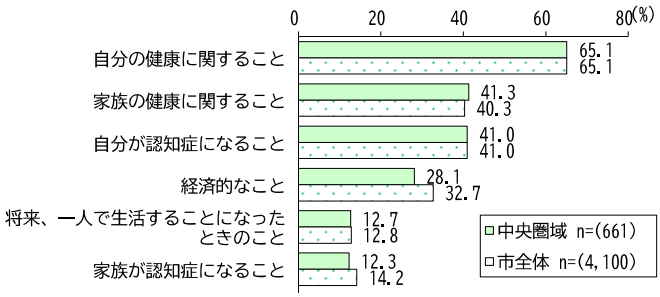
【介護・介助が必要になった原因（上位３項目）】 ※()市全体

① 骨折・転倒	23.9%	(20.4%)
① 高齢による衰弱	23.9%	(23.3%)
③ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	12.7%	(10.1%)

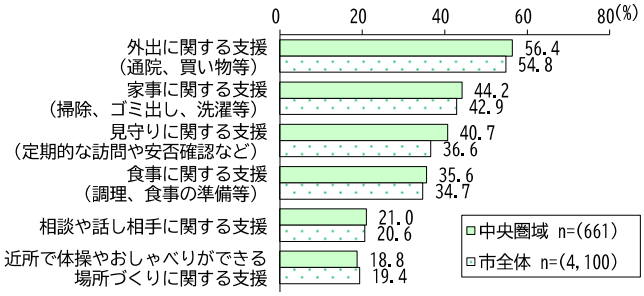
【外出する際の移動手段（上位６項目）】



【現在の生活で心配なこと（上位６項目）】

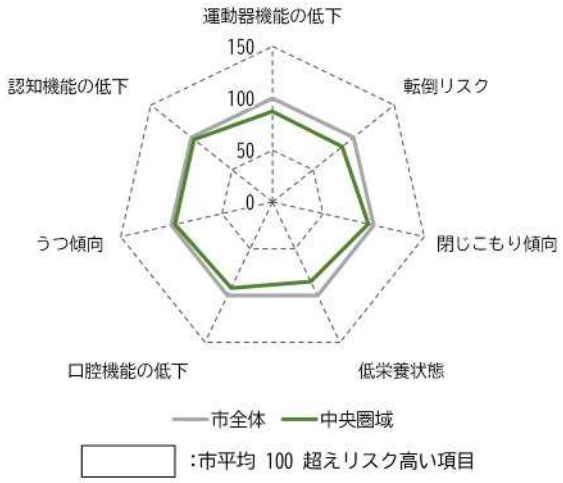


【地域で生活し続けるために必要なこと（上位６項目）】



【リスク判定】

※数字が大きいほどリスクが高い項目



中央圏域の特徴

移動手段は「徒歩」での移動が市全体よりも高く、「見守りに関する支援」の必要性も市全体より高くなっています。また、介護・介助が必要になった原因では「骨折・転倒」が高くなっています。一方、経済的な不安は市全体より低い傾向にあります。
リスク判定では、すべての項目において市全体より低くなっています。

作成中

（５）さつき町圏域の概況

日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状

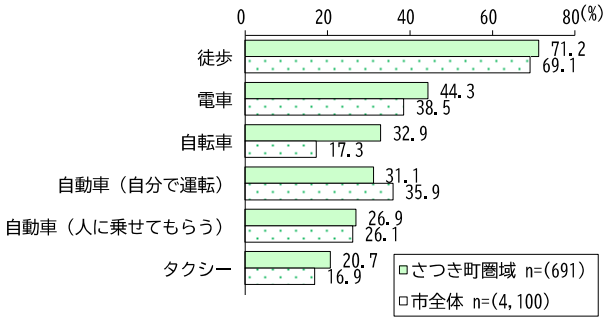
【家族構成】 ※()市全体

一人暮らし	24.7%	(22.4%)
夫婦２人暮らし	42.4%	(43.4%)
息子・娘と２世帯	16.5%	(16.7%)

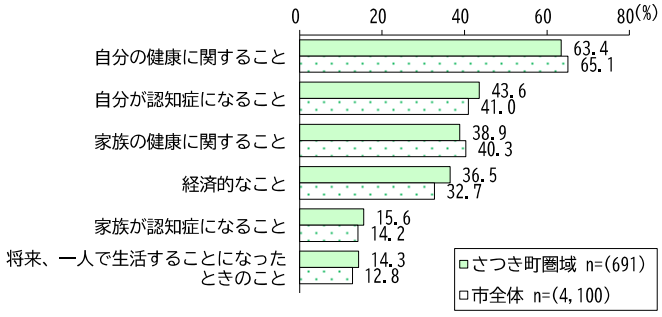
【介護・介助が必要になった原因（上位３項目）】 ※()市全体

① 高齢による衰弱	24.9%	(23.3%)
② 骨折・転倒	17.8%	(20.4%)
③ 心臓病	14.8%	(12.2%)

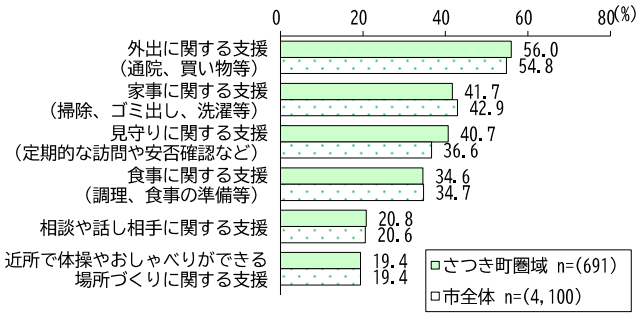
【外出する際の移動手段（上位６項目）】



【現在の生活で心配なこと（上位６項目）】

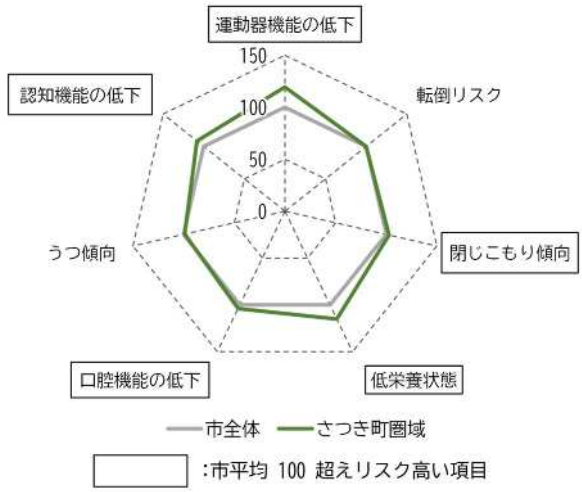


【地域で生活し続けるために必要なこと（上位６項目）】



【リスク判定】

※数字が大きいほどリスクが高い項目



さつき町圏域の特徴

移動手段は「電車」や「自転車」の利用が市全体よりも高い一方、「自動車（自分で運転）」は低くなっています。「見守りに関する支援」の必要性が高く、また「経済的なこと」への不安も市全体より高い状況です。

リスク判定では、「運動器機能の低下」「閉じこもり傾向」「低栄養状態」「口腔機能の低下」「認知機能の低下」が市全体よりも高くなっています。

地域資源の状況

作成中

（６）国分寺台圏域の概況

日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状

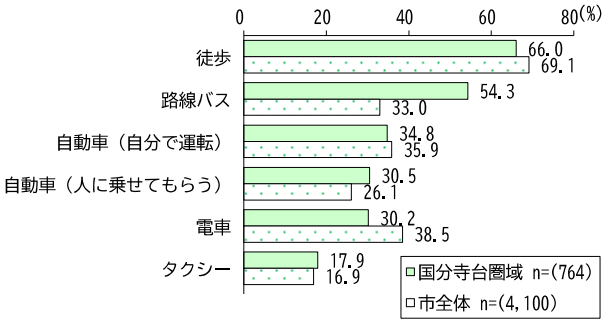
【家族構成】 ※()市全体

一人暮らし	18.5%	(22.4%)
夫婦２人暮らし	45.5%	(43.4%)
息子・娘と２世帯	17.3%	(16.7%)

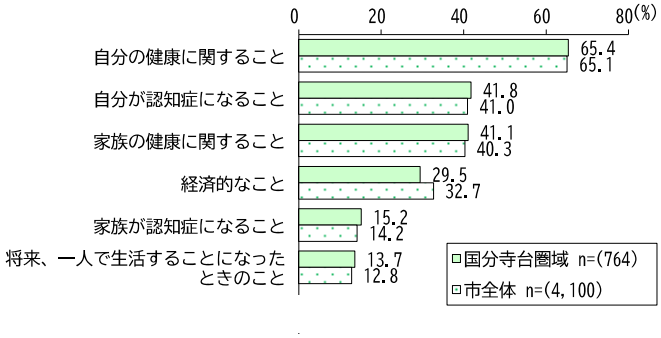
【介護・介助が必要になった原因（上位３項目）】 ※()市全体

① 高齢による衰弱	28.4%	(23.3%)
② 骨折・転倒	24.2%	(20.4%)
③ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	11.6%	(10.1%)

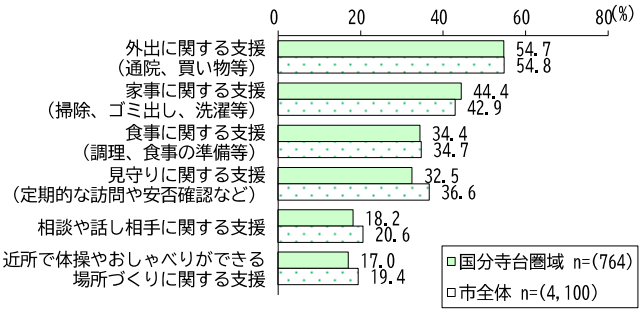
【外出する際の移動手段（上位６項目）】



【現在の生活で心配なこと（上位６項目）】

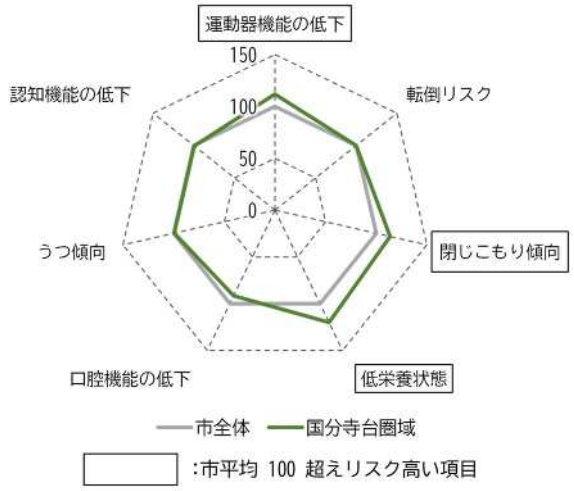


【地域で生活し続けるために必要なこと（上位６項目）】



【リスク判定】

※数字が大きいほどリスクが高い項目



国分寺台圏域の特徴

家族構成では、市全体よりも「一人暮らし」が少ない圏域です。

移動手段では「路線バス」の利用が高く、「徒歩」や「電車」は市全体よりも低い状況です。また、「見守りに関する支援」の必要性は市全体より低く、経済的な不安も市全体より低くなっています。

リスク判定では、「運動器機能の低下」「閉じこもり傾向」「低栄養状態」が市全体より高くなっています。

作成中

（７）南圏域の概況

日常生活圏域ニーズ調査からみた高齢者の現状

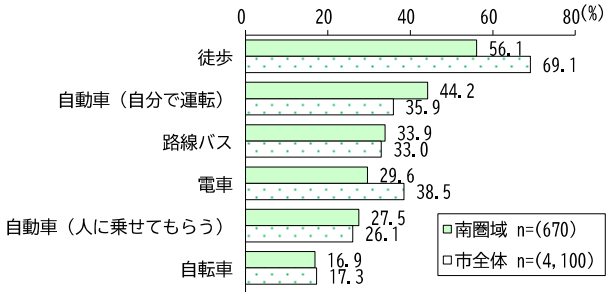
【家族構成】 ※()市全体

一人暮らし	23.6%	(22.4%)
夫婦２人暮らし	37.5%	(43.4%)
息子・娘と２世帯	19.7%	(16.7%)

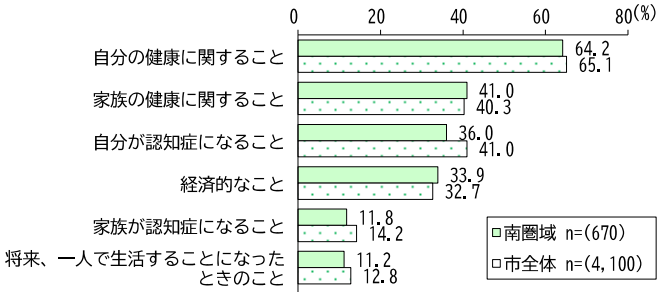
【介護・介助が必要になった原因（上位３項目）】 ※()市全体

① 高齢による衰弱	22.9%	(23.3%)
② 骨折・転倒	17.0%	(20.4%)
③ 心臓病	14.4%	(12.2%)

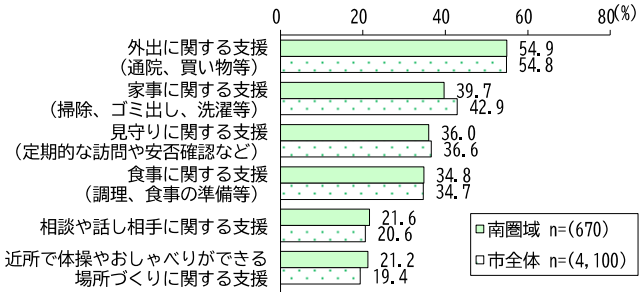
【外出する際の移動手段（上位６項目）】



【現在の生活で心配なこと（上位６項目）】

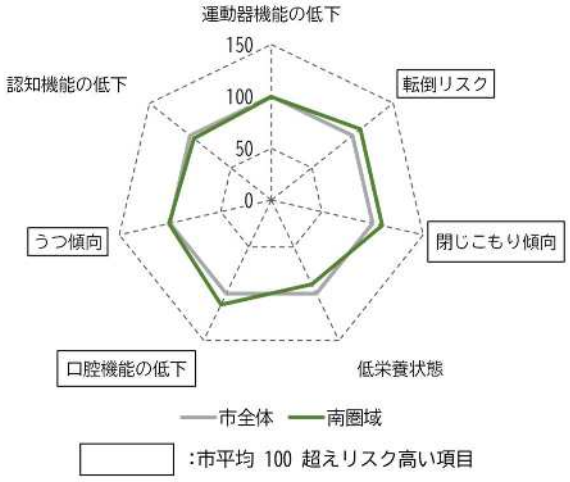


【地域で生活し続けるために必要なこと（上位６項目）】



【リスク判定】

※数字が大きいほどリスクが高い項目



南圏域の特徴

市全体よりも「夫婦２人暮らし」が少なく、「息子・娘との２世帯」が多い圏域です。

移動手段は「徒歩」や「電車」が市全体より低く、「自動車（自分で運転）」が高い状況です。また、「家事に関する支援」の必要性が市全体よりも低く、また「自分が認知症になること」への不安も低くなっています。

リスク判定では、「転倒リスク」「閉じこもり傾向」「口腔機能の低下」「うつ傾向」が市全体より高くなっています。

作成中

3 ｜ アンケート調査結果からみた現状

（1）調査実施の概要

①調査実施の目的

「えびな高齢者プラン 21【第 10 期】」の資料とするため、高齢者等の生活実態や意向を把握し、計画策定に反映していくこと、また、日常生活圏域ごとの実態も把握、地域の実情に応じた取組に活かしていくことを目的としてアンケート調査を実施しました。

②調査の実施方法

郵送配布－郵送回収

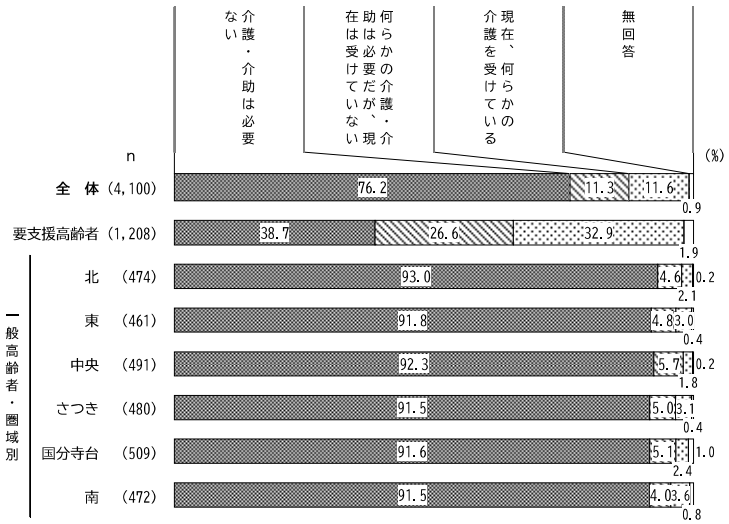
③各調査の対象者・回収状況

調査名		調査対象	回収状況
調査１ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査		65 歳以上の高齢者（要介護認定者を除く）	・配布数：5,635 件 ・有効回答数：4,100 件 ・回収率：60.7%
調査２ 在宅介護実態調査		65 歳以上の高齢者のうち、在宅生活をしている要支援認定者及び要介護認定者	・配布数：1,173 件 ・有効回答数：658 件 ・回収率：56.3%
調査３ 在宅生活改善調査	事業所票	居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者または管理者	・配布数：32 件 ・有効回答数：21 件 ・回収率：65.6%
	利用者票		・配布数：32 件 ・有効回答数：21 件 ・回収率：65.6%
調査４ 居所変更実態調査		施設･居住系サービス事業所（サービス付高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム）の代表者または管理者	・配布数：46 件 ・有効回答数：31 件 ・回収率：67.4%
調査５ 介護人材実態調査	＜施設系・通所系＞事業所票	施設･居住系サービス、通所系サービス、訪問系サービスの代表者または管理者	・配布数：78 件 ・有効回答数：51 件 ・回収率：65.4%
	＜訪問系＞事業所票	小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の代表者または管理者	・配布数：78 件 ・有効回答数：22 件 ・回収率：28.2%
	＜訪問系＞職員票	小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の職員個人	・配布数：各 10 件 ・有効回答数：166 件

（２）介護予防・健康づくり

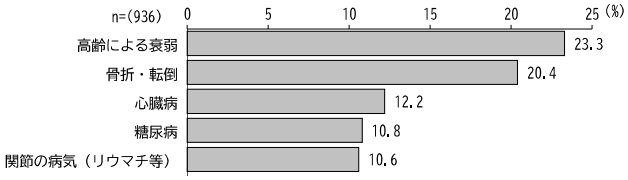
①介護・介助の必要性（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

介護・介助の必要性について、一般高齢者では「介護・介助は必要ない」がすべての圏域で９割以上であるのに対し、要支援高齢者では 38.7%と低い状況です。要支援高齢者では「現在、何らかの介護を受けている」が 32.9%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が 26.6%となっています。



②介護・介助が必要になった主な原因（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）※上位５項目

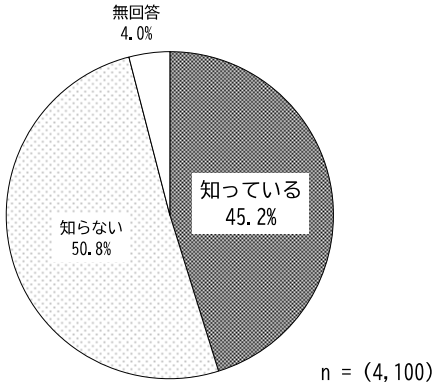
介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」が 23.3%で最も多く、次いで、「骨折・転倒」（20.4%）、「心臓病」（12.2％）、「糖尿病」（10.8%）、「関節の病気（リウマチ等）」（10.6%）となっています。



③フレイルの認知度（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

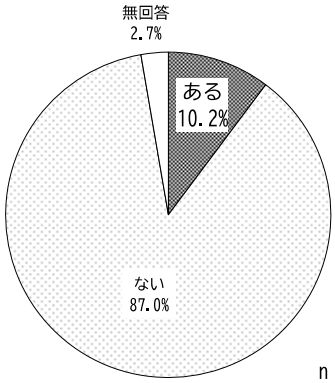
「フレイル」を「知っている」が 45.2%、「知らない」は 50.8%となっています。

※フレイルとは、「虚弱」を意味し、心身の活力（筋力・認知機能・社会とのつながりなど）が低下した状態のことで、健康と要介護状態の間の状態を指します。



④フレイルチェックを受けた経験有無（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

フレイルチェックを受けた経験がある割合は 10.2%となっています。また、要支援高齢者では「ある」が 14.3%で、一般高齢者に比べると割合が高くなっています。一般高齢者ではフレイルチェックを受けたことがない人はいずれの圏域も９割前後となっています。



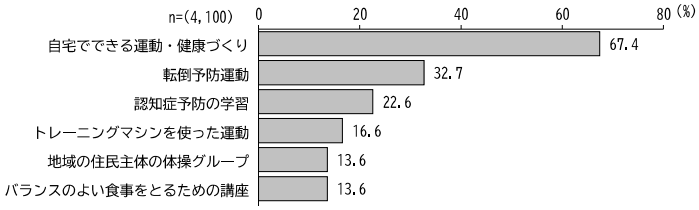
n = (4,100)

※フレイルチェックとは、身体やこころ、生活の変化といったフレイルの兆候に早く気付くことを目的に、東京大学高齢社会研究機構が監修した質問票と測定を行うものです。

⑤介護予防や健康づくりに取り組むとして興味があること

（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）※上位５項目

介護予防や健康づくりに興味がある高齢者は、85.2%となっています。具体的な内容では「自宅でできる運動・健康づくり」への関心が 67.4%と突出して多く、「転倒予防運動」「認知症予防の学習」が続いています。



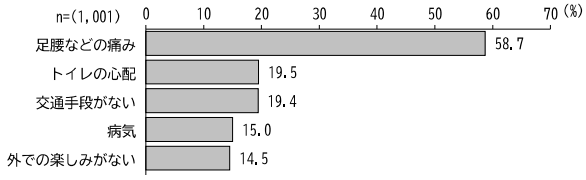
課 題

- 加齢に伴う虚弱化、転倒、生活習慣病の進行が、要介護化や医療費の増加につながっている。
- 要介護状態に至っていない段階でも、日常生活に支援を要する高齢者が一定数みられる。
- フレイルに関する認知やチェック機会が十分ではなく、身近な場所や自宅で継続しやすい取組の充実が求められる。

（３）生きがいづくり・社会参加

①外出を控えている理由（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）※上位５項目

外出を控えていると回答した人に、その理由を聞いたところ、「足腰などの痛み」が 58.7%で最も多く、次いで、「トイレの心配」（19.5%）、「交通手段がない」（19.4%）、「病気」（15.0%）、「外での楽しみがない」（14.5%）となっています。



②外出する際の移動手段（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）※上位７項目

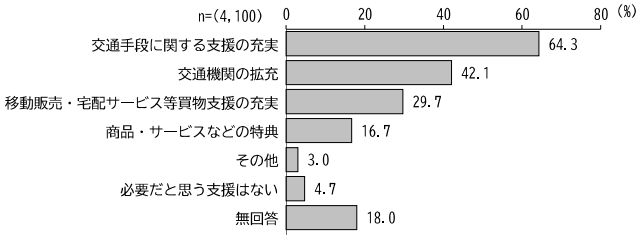
外出する際の移動手段をみると、要支援高齢者では「徒歩」に加え、「自動車（人に乗せてもらう）」、「タクシー」の割合が高く、他者の支援や交通サービスの利用が大きくなっています。

(%)

単位：%		調査数（n）	徒歩	電車	自動車（自分で運転）	路線バス	自動車（人に乗せてもらう）	自転車	タクシー
全体		4,100	69.1	38.5	35.9	33.0	26.1	17.3	16.9
要支援高齢者		1,208	56.2	24.7	10.3	33.9	35.7	8.8	35.2
一般高齢者・圏域別	北	474	74.9	43.9	51.5	31.2	22.2	18.1	11.6
	東	461	81.1	57.7	38.4	21.0	18.9	15.8	5.9
	中央	491	82.7	44.2	43.8	31.4	20.4	16.5	10.8
	さつき	480	76.3	49.8	40.6	20.2	23.1	39.8	13.3
	国分寺台	509	71.3	36.7	46.6	55.8	25.5	15.7	8.4
	南	472	60.2	34.1	58.1	33.9	22.7	19.7	5.7

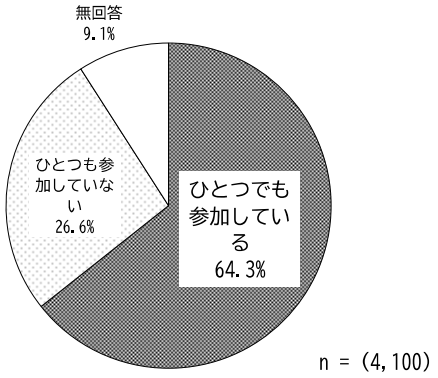
③運転免許証返納後に必要と思う支援（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

運転免許返納後に必要な支援としては、「交通手段に関する支援の充実」が６割台半ばを占めており、移動しやすい環境の整備は重要な課題であると考えられます。



④地域活動への参加状況（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

地域活動に「ひとつでも参加している」割合は全体で64.3%となっています。要支援高齢者では53.4%、一般高齢者ではいずれの圏域でも７割前後となっており、何かしらの活動に参加する割合は一般高齢者の方が高くなっています。



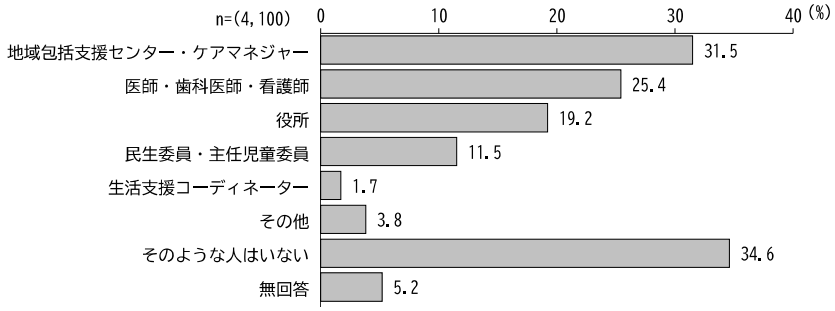
課 題

- 身体機能の低下や移動手段の不足が外出の制約になっていることがうかがえる。また、外出については、他者の支援や交通サービスを利用する人が多くなっている。
- 高齢者の社会参加を進めるためには、移動のしやすさへの配慮が重要な課題である。

（４）相談支援・連携体制

①家族や友人・知人以外の相談相手（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

家族や友人・知人以外の相談相手は、「地域包括支援センター・ケアマネジャー」が31.5%で最も多く、次いで、「医師・歯科医師・看護師」（25.4%）、「役所」（19.2%）、「民生委員・主任児童委員」（11.5%）となっています。



一方、「そのような人はいない」は34.6%でした。

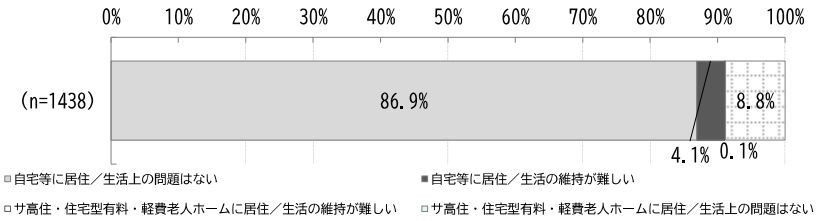
課 題

- 相談相手や相談先につながっていない高齢者が一定数おり、必要な支援の早期把握や適切な支援が必要である。
- 困った時に相談できる関係性や地域とのつながりに課題がみられる。

（５）生活支援・ 在宅生活支援

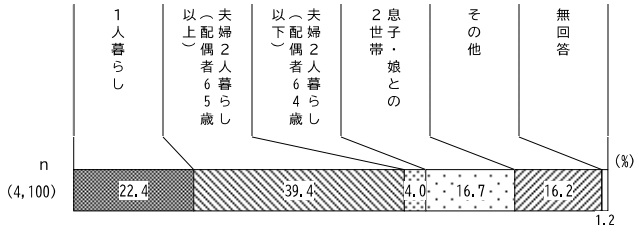
①現在、在宅での生活の維持が難しくなっている利用者（在宅生活改善調査（利用者票））

現在のサービスでは生活の維持が難しい人は、利用者全体の4.2%となっています。



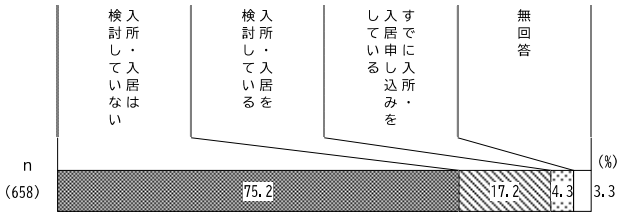
②家族構成（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

家族構成は、「夫婦２人暮らし（配偶者 65歳以上）」が39.4%で最も多く、次いで「１人暮らし」が22.4%となっています。また、要支援高齢者で「１人暮らし」が32.8%と高く、家族による日常的な見守りや支援を受けにくい高齢者が一定数存在しています。



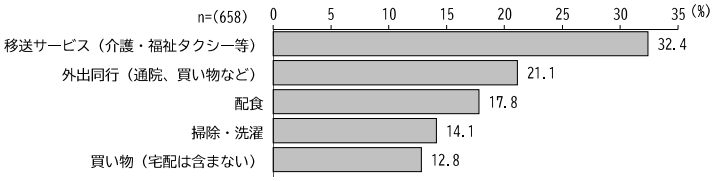
③施設等への入所・入居の検討状況（在宅介護実態調査）

施設等への「入所・入居は検討していない」が 75.2%であり、多くの高齢者が住み慣れた自宅での生活継続を望んでいるか、あるいは在宅介護を前提としている実態がみえます。一方で、施設等へ「すでに申し込みをしている」や「検討している」も一定数いることから、在宅継続への不安や限界感を抱えている層も一定数いることがわかります。



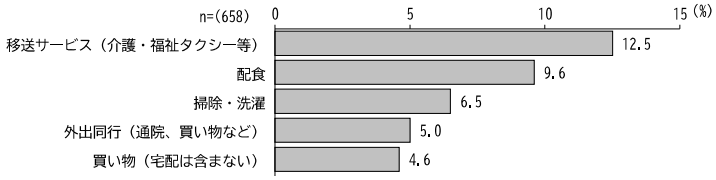
④在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（在宅介護実態調査）※上位５項目

「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が 32.4%で最も多く、次いで、「外出同行（通院、買い物など）」（21.1%）、「配食」（17.8%）、「掃除・洗濯」（14.1%）となっています。



④介護保険サービス以外の支援・サービスの利用状況（在宅介護実態調査）※上位５項目

現在利用している介護保険外サービスをみると、「移送サービス」は 12.5%、「配食」は 9.6%、「掃除・洗濯」は 6.5%程度です。在宅生活に必要だと思われているサービスに比べ、実際の利用は十分に広がっていないとみられます。



⑤介護理由による離職者の有無（在宅介護実態調査）

介護を理由に「主な介護者が仕事を辞めた」割合は、要介護度が上がるほど割合が高く、要介護３以上では 12.8%となっています。

(%)

単位：%		調査数（n）	主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）	主な介護者が転職した	主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）	主な介護者以外の家族・親族が転職した	介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない	わからない	無回答
全体		427	7.7	1.6	0.9	0.7	66.5	3.3	19.4
介護度別	要支援１・２	63	1.6	1.6	－	－	71.4	4.8	20.6
	要介護１・２	255	7.1	1.6	0.8	0.4	69.0	2.7	18.4
	要介護３以上	109	12.8	1.8	1.8	1.8	57.8	3.7	21.1

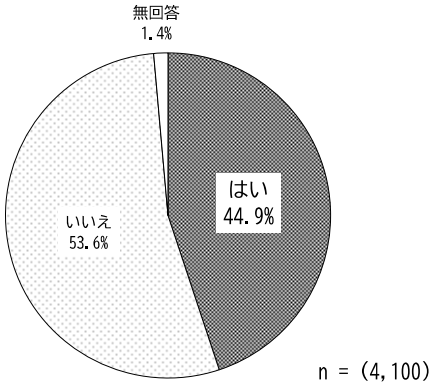
課 題

- １人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加に伴い、日常の一部分への支援、住民同士の関わり合いが重要である。
- 移動・買い物・見守りといった生活支援が在宅継続において重要な要素であることが考えられる。
- 家族介護者の介護離職防止の視点も重要である。

（６）認知症施策

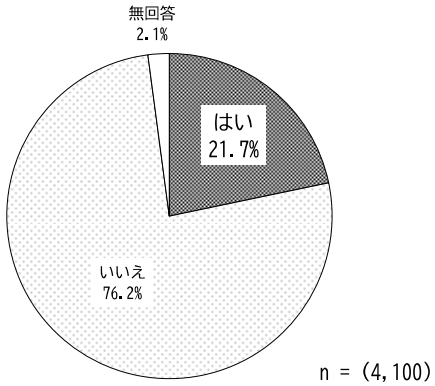
①物忘れの状況（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

『認知機能の低下がみられる高齢者』は全体で 44.9%となっています。また、要支援高齢者で 53.6%と半数を超え、一般高齢者では３～４割台となっています。



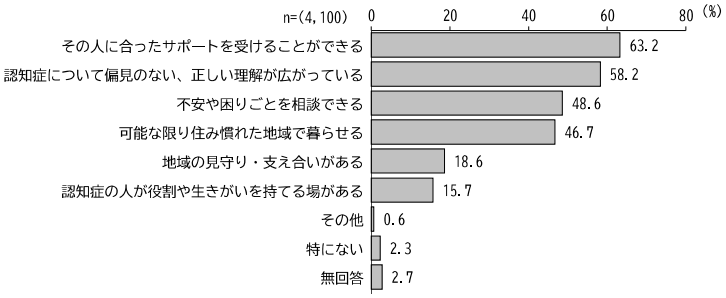
②認知症相談窓口の認知度（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

認知症に関する相談窓口について、全体では「はい（知っている）」が 21.7%にとどまり、約４人に３人は相談窓口を知らない状況です。性別にみると、女性の方が知っていると回答した割合が高くなっています。



③認知症の人にとって安心して暮らせるまち（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

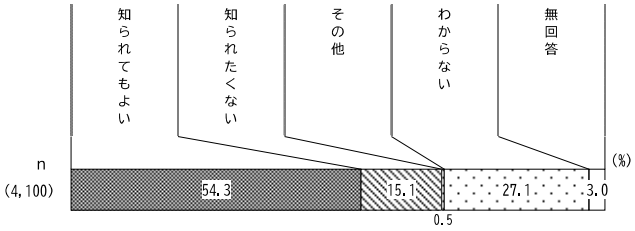
認知症の人にとって安心して暮らせるまちとは、どのようなまちだと思うか聞いたところ、「その人に合ったサポートを受けることができる」が 63.2%で最も多く、次いで、「認知症について偏見のない、正しい理解が広がっている」(58.2%)、「不安や困りごとを相談できる」(48.6%)、「可能な限り住み慣れた地域で暮らせる」(46.7%) となっています。



④認知症になった場合の周囲の認知（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

認知症になった場合、周囲に「知られもよい」は全体で 54.3%となっており、性別では、男性の方が「知られてもよい」の割合が高くなっています。

また、現在の生活の満足度や幸福度が高いほど「知られてもよい」は高くなる傾向がみられます。



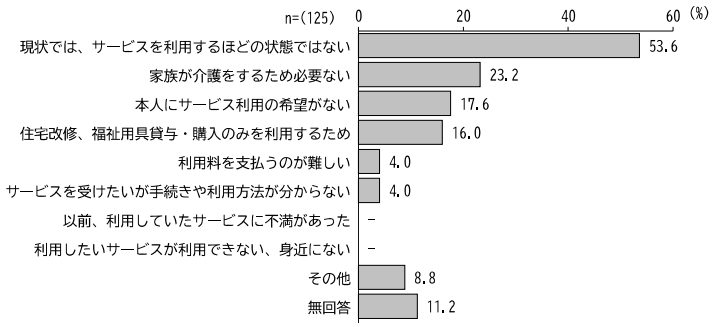
課 題

- ●約４人に３人は相談窓口を知らない状況である。
- ●認知症になっても安心して暮らし続けられるよう、本人の状態や希望に応じた支援と、地域の理解促進が必要である。

（7）介護サービス基盤整備・介護人材確保・適正な運営

①介護保険サービスを利用していない理由（在宅介護実態調査）

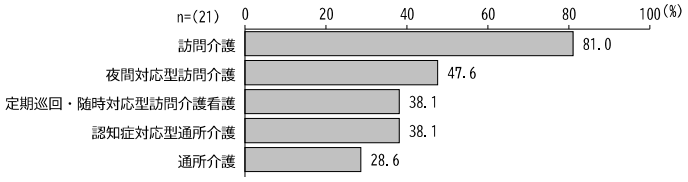
介護保険サービスを利用していないと回答した人にその理由を聞いたところ、「現状ではサービスを利用するほどの状態ではない」が最多だが、「家族が介護をするため必要ない」、「本人にサービス利用の希望がない」、「住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため」もみられます。状態が悪化してから利用が始まる可能性も考えられます。



②量的に不足していると感じる介護サービス（在宅生活改善調査（事業所票））

※上位５項目

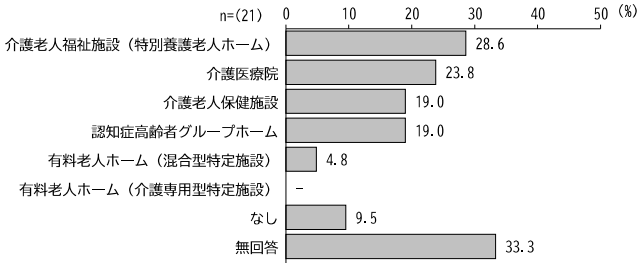
量的に不足していると感じるサービスとして「訪問介護」(81.0%）が突出し、次いで「夜間対応型訪問介護」（47.6%)、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」(38.1%)、「認知症対応型通所介護」(38.1%)、「通所介護」(28.6%）などが挙がっています。



③整備が必要だと感じる施設・居住系サービス等（在宅生活改善調査（事業所票））

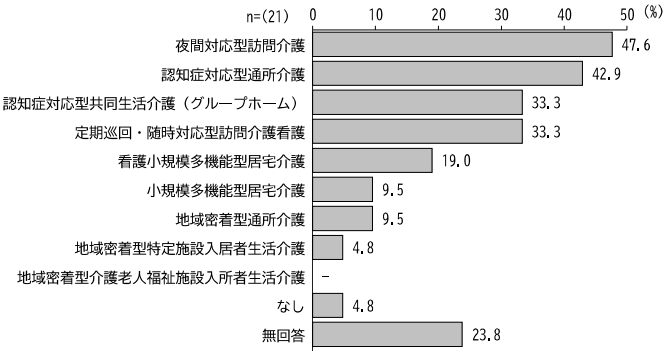
整備が必要だと感じる施設・居住系サービスは「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム)」が最も多くなっています。

【施設・居住系サービス等の整備】



整備が必要だと感じる地域密着型サービス（訪問・通所系）等は「夜間対応型訪問介護」「認知症対応型通所介護」が多い。在宅生活を支える訪問系・夜間対応系・認知症対応系の不足感と重度者の受け皿としての施設ニーズが多くなっています。

【地域密着型サービス（訪問・通所系）等の整備】



④採用や人材定着に関する課題（介護人材実態調査）

採用や人材定着に関する課題としては、施設系・通所系および訪問系ともに「応募者不足・採用困難」が最も多くなっています。忙しい朝や夜の応募がない、小規模事業所は賃金を上げたくても厳しい、ヘルパーの高齢化が進んでいるといった声が出ています。

【施設系・通所系】

	項　目	件　数
1	応募者不足・採用困難	14
2	職場環境・人間関係・定着支援	8
3	賃金・処遇の問題	7
4	人材の質・適性・育成課題	7
5	業務負担・勤務条件の厳しさ	6
6	紹介会社・派遣依存と採用コスト増	4
	回答総数	38

【訪問系】

	項　目	件　数
1	応募者不足・採用困難	4
2	賃金・経営基盤の課題	4
3	人材育成・評価体制	4
4	業務負担・労働環境	3
5	人材の高齢化・担い手不足	2
6	運営・管理人材不足	2
7	その他	2
	回答総数	18

課 題

- 介護と医療の両面から高齢者の生活を支える必要性は高まっている。
- 在宅生活を支える訪問系・夜間対応系・認知症対応系の不足感と重度者の受け皿としての施設ニーズが多くなっている。
- 人材確保を各事業所だけで実施するには限界があることがうかがえる。

4 ｜ 第９期計画の事業評価

分野	取組内容
介護予防・健康づくり	・保健、医療、介護予防を横断し、事業を実施。 ・一般介護予防事業（介護予防教室やフレイルチェック等）を通じて、支援を要する方の早期把握に取り組む。 ・教室型・地域型の予防事業は継続実施され、一定の参加基盤が維持されている。
生きがいづくり・社会参加	・地域サロン、シルバー人材センターなど、地域で活動し、役割やつながりを持ち続けるための事業を実施。
相談支援・連携体制	・地域包括支援センターや基幹型地域包括支援センターを中核に、相談受付体制の充実を図り、在宅医療相談室など、他機関・多職種・多制度をつなぐ事業を実施。
生活支援・在宅生活支援	・在宅高齢者が暮らし続けるための実生活支援を担う事業が実施されており、 配食サービス、緊急通報、デマンド交通などを実施。
認知症施策	・初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症ケアパス等、早期把握、相談、普及啓発、地域支援、見守り、担い手要請まで幅広い内容の事業を実施。
介護サービス基盤整備・介護人材確保・適正な運営	・介護認定、ケアマネジメント、地域密着型サービス、施設サービス、給付費等の介護サービスの制度運営と基盤整備を一体で実施。

内部評価による課題	計画策定部会の委員意見・評価
・フレイルチェックは、地域サロンにて実施するなど、多くの方に測定できる工夫が必要。 ・介護予防教室は、教室によって参加状況にバラツキがみられることから、内容への充実や見直しが必要。	・介護予防教室では、高齢者が「参加したい」と思える内容にしているかを検証すべき。 ・徒歩や自転車で参加しやすい身近な場所での開催や、関心の高い内容を取り入れるなど、参加しやすい事業への見直しを図る必要がある。 ・健康教育、検診など高齢者計画で評価する以上は、高齢者に絞った指標が必要。
・ゆめクラブ、シルバー人材センターでは、60 代や 70 代の新規加入確保が共通課題。 ・担い手の発掘・活動へのつなぎが難しいことが課題であり、住民主体サービスの活動へつなげられるよう見直しが必要。	・地域サロンや地域版ともの輪は、活動内容や参加状況が分かりにくいこと、担い手不足が課題。またスーパーや喫茶店など高齢者が気軽に立ち寄れる場を活用すべき。
・基幹型地域包括支援センターでは、複雑化・複合化したニーズ対応に向け、関係機関との連携強化が必要。 ・地域包括支援センター職員の専門性を一層高め、センターにおけるケース検討を深めることが求められる。 ・在宅医療・介護連携では、新ガイドラインに沿って市としての連携のあり方を検討することが必要。 ・従前相当サービスからの移行が進んでいない状況にある。生活支援コーディネーターが本来担うべき活動が十分でない。 ・相談窓口の存在自体が市民に十分浸透していない。	・地域包括支援センターについては、６包括一括評価ではなく、包括ごとの課題や方向性が見える評価にすべき。 ・生活支援コーディネーターの協議体の開催回数が少なく、圏域差を踏まえた柔軟な運営が必要。 ・虐待、消費者被害については、行政だけでなく、自治連、民児協、地域団体も含めたネットワークが必要。
・地域で自立した生活ができるよう多様なサービス体制の充実を図る必要がある。	・配食サービス、訪問型サービスＢは、安否確認を必須とすることが利用しづらさにつながっている。 ・家族介護支援では、開催日や開催方法を検討して回数を増やす等検討すべき。
・認知症初期集中支援推進事業は相談が少なく、本人の受容も課題。 ・各包括に認知症地域支援推進員が配置されているが、住民への認知度向上が課題。 ・ステップアップ講座やチームオレンジでは、活躍の場が不足している。	・包括支援センター自体が十分知られていない中で、認知症地域支援推進員の存在はなおさら見えにくい。 ・認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座など、修了後の活動先不足、マッチング不足が問題。 ・チームオレンジは２チームではまだ少なく、チームオレンジコーディネーターの周知・連携が十分ではない。
・多くの居宅サービス・介護予防サービスで、「需要と乖離あり」「軽微な乖離あり」「実績に基づき見込みを適正化」と整理しており、次期推計の精度向上が課題。 ・実績がない、または公募に応募がないなどの事業は周知等を検討。	・給付費、保険料では、需要、供給、人材、財政の実態を踏まえた推計が重要。

5 ｜ 今後の課題

アンケート調査結果や事業評価を踏まえ、各分野の今後の方向性を整理しています。

1 介護予防・健康づくり

主な課題

- 高齢者数や要介護認定率の増加が見込まれる中、軽度の段階から介護予防に取り組み、要介護状態への以降や重度化を防ぐ必要がある

今後の方向性

- 要介護認定前の状態から、介護予防・フレイル予防を推進する
- 身近な場所で無理なく継続できる運動・健康づくりに関する取組の充実、およびニーズに応じた教室内容へ見直し

2 生きがいづくり・社会参加

主な課題

- 身体機能の低下や移動手段の不足が外出の制約になっている
- ゆめクラブ、シルバー人材センターでは新規加入確保が共通課題
- 地域サロンや地域版ともの輪では、担い手不足が課題

今後の方向性

- 移動負担の少ない社会参加の場づくり、外出のきっかけを増やすことが重要
- 生活支援コーディネーター等と連携し、サロン運営支援の手法を検討
- 地域サロンでは、開催場所の新規立ち上げを目指す
- 地域サロンや自治会での案内を強化

3 相談支援・連携体制

主な課題

- 相談先を持たない高齢者が一定数存在しており、困った時に相談できる関係性や地域とのつながりづくりが必要
- 基幹型地域包括支援センターでは、複雑化・複合化したニーズ対応するため関係機関との連携強化が必要
- 従前相当サービスからの移行が進んでいない状況にある。生活支援コーディネーターが本来担うべき活動が十分でない

今後の方向性

- 相談相手がいない高齢者や支援につながりにくい高齢者を早期に把握し、適切な支援につなげる体制を充実する
- 基幹型地域包括支援センターでは、各地域包括支援センターを支える調整・支援機能の強化を図る
- 地域包括支援体制の機能強化
- 生活支援コーディネーターが地域包括支援センター職員と同行し、地域資源とのマッチングを進める

4　生活支援・在宅生活支援

主な課題

- 世帯の小規模化が進み、高齢者単身世帯や高齢者風のみ世帯の増加が見込まれ、住民同士の関わり合いが重要となる
- 地域で自立した生活ができるよう多様なサービス体制の充実を図る必要がある
- 介護者支援は開催日や開催方法を検討する必要がある

今後の方向性

- 住み慣れた自宅での生活継続を支援するため、サービスの見直しや拡充を検討
- 訪問型サービスＣは専門職による短期集中支援として効果的に機能する仕組みづくりを検討するとともに、訪問型・通所型サービスＢは地域住民が主体となった支え合いの仕組みづくりに取り組む
- 家族介護者を支える仕組みづくりが重要であり、家族介護者支援では、参加ニーズを踏まえたアプローチ方法を検討

5　認知症施策

主な課題

- 認知症になっても安心して暮らし続けられるまちづくりが重要
- 約４人に３人は認知症に関する相談窓口を知らない状況
- 認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座など修了後の活動先不足、マッチング不足が課題

今後の方向性

- 認知症本人の状態や希望に応じた支援を進めるとともに、認知症への正しい理解の普及啓発を図り、認知症になっても暮らしやすい地域づくりを進める
- 認知症に関する相談先の周知
- 認知症に関する講座卒業生の活躍の場の拡大に取り組む

6　介護サービス基盤整備・介護人材確保・適正な運営

主な課題

- 介護と医療の両面から高齢者の生活を支える必要性が高まっている
- 人材確保を各事業所だけで実施するには限界があり支援が必要である
- 所得段階別の保険料収納状況を把握し、滞納の未然防止に努める必要がある

今後の方向性

- 地域包括支援センターやえびな在宅医療相談室等による早めの相談支援、制度案内、介護予防から介護保険利用への円滑な接続を強化
- 介護人材では初任者研修や事業所連携、ニーズに即した支援を継続する
- 保険料負担の公平性の確保と収納率の維持・向上に取り組む

第３章　計画の基本的な考え方

1 ｜ 基本理念

高齢化の進展に伴い、本市においても、高齢者人口や介護を必要とする人の増加が見込まれています。また、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加など、高齢者を取り巻く生活環境も変化しています。

アンケート調査では、介護予防や健康づくりに関心を持つ高齢者が一定数いる一方で、フレイルの認知やチェックの機会が十分ではないこと、身体機能の低下や移動手段の不足が外出の妨げになっていることが分かりました。また、家族や友人・知人以外に相談できる相手がいない高齢者や、移動、家事、食事、見守りなどの生活支援を必要とする高齢者もみられます。さらに、認知症の相談窓口の認知度の低さや、介護人材の不足も課題となっています。

事業評価においても、支援を必要とする人の早期把握、相談機関や関係機関の連携、地域活動の担い手の確保、生活支援サービスの利用しやすさ、介護サービスの提供基盤と人材確保などについて、一層の充実が必要であることが示されました。

こうした課題に対応し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、一人ひとりが健康づくりや介護予防に取り組むとともに、家族、地域住民、関係機関、事業者及び行政がそれぞれの役割を生かしながら、相互に支え合うことが重要です。また、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を一層深化させ、必要なときに相談や支援につながる体制を整えていく必要があります。

第 10 期計画では、健康づくりと生きがいづくり、安心して暮らし続けるための支援、介護サービスの充実と安定した制度運営を一体的に進めます。さらに、認知症施策推進計画を包含する計画として、認知症になっても本人の意思が尊重され、希望を持って自分らしく地域で暮らし続けられるよう、本人や家族への支援、相談体制、地域の理解や支え合いの充実を図ります。

このような考え方のもと、第９期計画に掲げた基本理念を第 10 期計画においても継承し、高齢者一人ひとりが地域の中で役割やつながりを持ち、互いに支え合いながら安心して暮らせる地域共生社会の実現を目指します。

一人ひとりが安心して暮らしていける
地域共生社会の実現

2 ｜ 基本目標

基本理念である「一人ひとりが笑顔で暮らしていける地域共生社会の実現」に向け、アンケート調査や統計データから把握した高齢者の生活実態とニーズ、これまでの取組の評価を踏まえ、次の３つを基本目標として掲げ推進します。

基本目標１　健康づくりと生きがいづくり

高齢者が心身ともに健康で、いきいきと自分らしく暮らし続けるためには、日ごろから健康づくりや介護予防に取り組むとともに、人や地域とのつながりを持ち、生きがいや役割を感じられることが重要です。

健康診査や健康診断、フレイル予防、介護予防等を通じた心身の健康維持・増進を図るとともに、学び、就労、趣味、地域活動等への参加を支援し、身近な地域で生きがいやつながりをもって暮らせる環境づくりを進めます。

基本目標２　安心して暮らし続けるための支援

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人の心身の状態や生活状況に応じて、相談支援、医療、介護予防、生活支援、住まい、権利擁護等の支援が切れ目なく提供されることが重要です。

地域包括支援センターをはじめとする関係機関の連携を強化し、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、介護を担う家族等への支援を充実します。また、認知症の人やその家族の視点を大切にし、認知症になっても希望を持って自分らしく暮らせる地域づくりを進めることで、地域包括ケアシステムの一層の深化・推進を図ります。

基本目標３　介護サービスの充実と安定した制度運営

介護が必要になっても、一人ひとりの状態や希望に応じたサービスを安心して利用し、可能な限り自立した生活を続けられるよう、必要な介護サービスの確保と質の向上を図ることが重要です。

地域のニーズを踏まえた介護サービス基盤の整備を進めるとともに、介護人材の確保・育成・定着や、事業者への支援に取り組みます。また、適切な保健医療サービスおよび福祉サービスの総合的かつ効率的な提供に配慮します。

３　｜　日常生活圏域の考え方

日常生活圏域は、高齢者が長年住み慣れた地域で、これまで培ってきた地域における関わりを継続し、介護が必要となった場合でも生活を継続していくことを可能とする基盤整備を目的として設定するものです。

第９期計画と同様に、地域包括支援センターの担当区域を基本とした６圏域を設定します。



圏域	区域	地域包括支援センター
北圏域	上今泉、下今泉、上郷、扇町、泉、めぐみ町	海老名北地域包括支援センター
東圏域	柏ケ谷、東柏ケ谷、望地	海老名東地域包括支援センター
中央圏域	国分南、国分北、中央、勝瀬	海老名中央地域包括支援センター
さつき町圏域	中新田、さつき町、河原口、社家	さつき町地域包括支援センター
国分寺台圏域	大谷、大谷北、大谷南、浜田町、国分寺台	国分寺台地域包括支援センター
南圏域	中河内、中野、今里、上河内、杉久保北、杉久保南、本郷、門沢橋	海老名南地域包括支援センター

第４章　地域での暮らしを支える取組（仮）

作成中

第５章　施策の展開

別紙参照

第６章　計画の推進体制

1 ｜ 計画の推進体制と進行管理

（1）計画推進にあたって

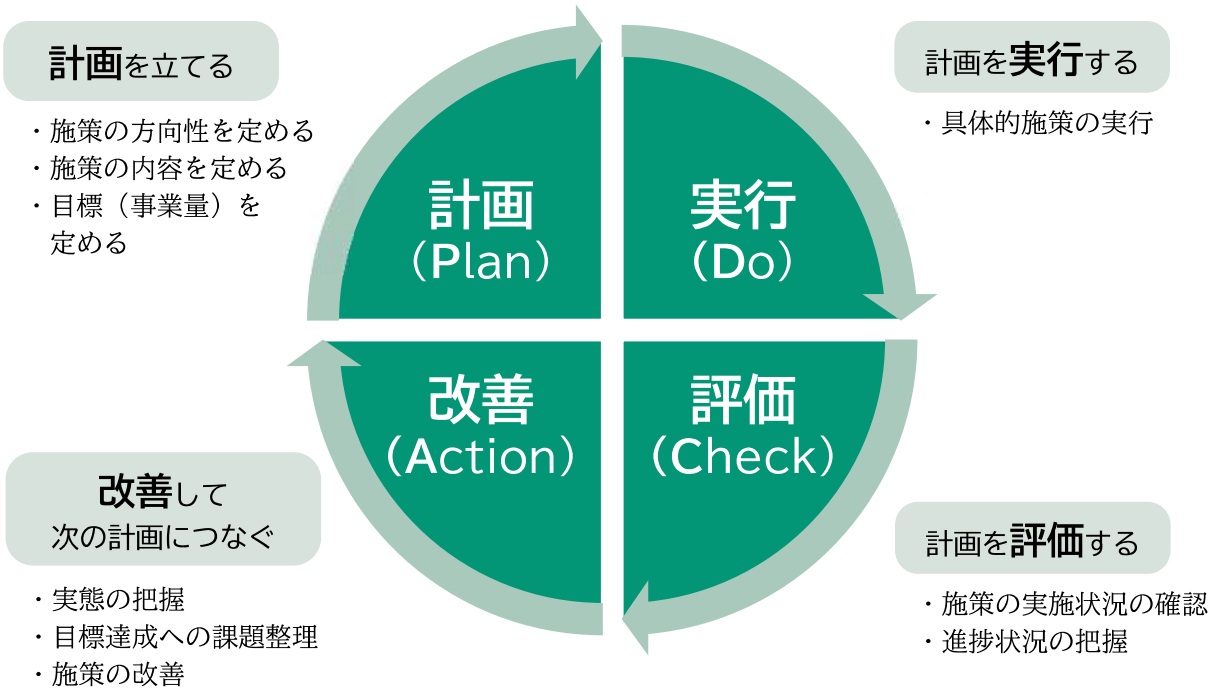
本計画については、市の公式ホームページに掲載するとともに、各地域における会議などを通して、広く浸透を図ります。

また、高齢者の抱える、多様かつ複合的な生活課題に対して、全庁的に連絡・調整を図りながら、施策・事業を推進していきます。

（2）進行管理

本計画では、被保険者や要介護認定者数、サービスの利用状況について、令和９年度から令和 11 年度までの３年間の見込み量を定めるとともに、計画全体の達成状況を把握するための成果指標や事業量を設定しています。

計画の推進に当たっては、ＰＤＣＡサイクルを活用して、年度ごとに事業の実施状況や達成状況を振り返り、計画の進捗状況を評価するとともに、達成状況を踏まえた課題の検証・分析を行い、次年度以降の取組に生かしていきます。



令和８年度計画策定部会
開催スケジュール

区分	日程	時間	会場
第１回	令和８年５月21日（木）	14：00～	３階　政策審議室
第２回	令和８年８月27日（木）	14：00～	７階　703会議室
第３回	令和８年10月15日（木）	14：00～	４階　401会議室
第４回	令和８年11月19日（木）	14：00～	７階　703会議室
第５回	令和９年２月18日（木）	14：00～	７階　703会議室

※第４回会議を追加し、当初の第４回会議は第５回に変更しています。