令和８年 10 月 28 日
高齢化対策審議会
資　　料　　3

レイカディア滋賀
高齢者福祉プラン

滋賀県高齢者福祉計画
滋賀県介護保険事業支援計画
滋賀県認知症施策推進計画

令和８年（2026 年）10 月 28 日時点案

令和9年(2027年)3月

滋　賀　県

【目次】

序章　計画の策定にあたって　・・・

１　現状・課題
２　施策の方向と取組
（１）認知症への理解を深めるための普及啓発の推進
（２）認知症の人と家族等を支える地域づくり
（３）認知症の人の社会参加の促進
（４）認知症の人を支える医療・介護の充実
（５）認知症の予防・早期発見のための体制の充実

第３節　療養から看取りまでを支える医療福祉の体制充実と人材育成・・・・・・・・・・・・　76
１　現状・課題
２　施策の方向と取組
（１）医療福祉・在宅看取りの推進と人材育成
（２）高齢者の暮らしを支える連携の仕組みづくり
（３）高齢者の権利擁護支援の推進

第４節　介護現場を支える介護職員等の確保・育成・定着　・・・・・・・・・・・・・・・・　94
１　現状・課題
２　施策の方向と取組
（１）介護職員等の確保
（２）介護職員等の育成
（３）介護職員等の定着
（４）事業者の経営基盤の強化
（５）介護人材確保等施策の協議体制

第５節　地域の実情に応じたサービス提供・支援体制づくり　・・・・・・・・・・・・・・・　103
１　現状・課題（総論）
２　サービス提供体制の構築の方向性
３　現状・課題（各論）、施策の方向と取組
（１）居宅サービス
（２）地域密着型サービス
（３）施設サービス
（４）居宅介護支援事業
（５）特定地域サービスと特定地域居住サービス等事業
（６）共生型サービス
（７）有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅
（８）その他のサービス
（９）高齢者が安心して暮らすことができる住まい
（10）災害や感染症に強いサービス基盤づくり
（11）介護現場の安全性の確保・リスクマネジメントの推進
４　各年度におけるサービス量の見込み

第６節　介護保険制度の安定的運営と市町支援　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　142
１　現状・課題
２　施策の方向と取組

（１）介護給付適正化に向けての取組
（２）自立支援・重度化防止等に向けた市町（保険者）支援
（３）サービスの質の確保と自立支援に向けた事業所の取組の推進
（４）サービス選択を可能にする仕組みづくり

第４章　計画の円滑な推進のために　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 150
１　推進体制
２　県の役割
３　各主体の役割
４　進行管理と評価

データ集　・・ 153

【コラム目次】

滋賀の「医療福祉」　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
地域包括ケアシステム　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
レイカディア大学　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
ゴイッショやす　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46
おおたき里づくりネットワーク　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
美術館における社会的処方　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53
シルバー人材センター　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・54
野洲市市民生活総合支援推進委員会　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・57
ケアラー支援　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・58
ちょっとよって家　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59
認知症の御本人の声・思い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・65
ACP（人生会議）～アドバンス・ケア・プランニング～　・・・・・・・・・・・・・・・・・79
介護現場の革新が目指すところ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・97
特定地域サービス及び特定居宅地域サービス等事業の創設　・・・・・・・・・・・・・・・106

序章　計画の策定にあたって

１　計画策定の趣旨

○　令和８年(2026年)７月１日現在、日本の総人口は１億2,293万人であり、このうち65歳以上の高齢者人口は3,622万人、高齢化率(総人口に占める高齢者の割合)は29.5%に達しました[1]。

○　滋賀県においても、年々高齢化が進行しています。滋賀県の高齢化率は、令和８年(2026年)７月１日現在で27.4%であり、高齢者数がピークを迎える令和22年(2040年)頃には、高齢者は今より約６万人多い約44万人、高齢化率は33.7%になる見込みです。

○　今後「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる2040年に向け、生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢者人口がピークを迎えます。高齢化の進展に加えて、介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上人口が増加するとともに、認知症高齢者や独居の高齢者等の増加が見込まれる中で、地域におけるつながりの希薄化、血縁・地縁・社縁等の互助機能が低下していることも大きな課題となっています。

○　また、2040年に向けて、高齢化や人口減少のスピードには地域差が生じることから、各地域の実情を踏まえた中長期的な介護ニーズ等の状況に応じた介護サービス基盤・人的基盤を確保するとともに、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域とともにいきる社会づくりを進めていくことが重要となってきます。

○　介護保険事業の実施主体である市町行政をはじめ、様々な団体、事業者、専門職や住民などとともに、2040年を見据えながら、支え合ってともにいきる「健康しが」の実現を目指すこととして、本計画を策定します。

２　これまでの経緯（レイカディア構想）

○　昭和62年(1987年)に、超高齢化社会の到来を予測し、明るい長寿社会を拓く湖の理想郷づくりを目指す「レイカディア構想」を掲げ、「レイカディア10か年プラン」を策定しました。

○　このレイカディア構想は、平成８年(1996年)からの「レイカディア新指針」、平成18年(2006年)からの「レイカディア滋賀プラン」へと引き継がれました。

○　「レイカディア滋賀プラン」は、老人福祉法および介護保険法の法定計画である「滋賀県高齢者福祉計画(老人福祉計画)」と「滋賀県介護保険事業支援計画」として定めた「淡海ゴールドプラン」とレイカディア構想を一体化したものです。

○　平成27年(2015年)からは、「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン」と名称を改めています。

３　計画の位置づけ

（１）計画の性格

○　この計画は、老人福祉法に基づく県の「老人福祉計画」、介護保険法に基づく県の「介護保険事業支援計画」および共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」という。）に基づく県の「認知症施策推進計画」を一体化した、滋賀県の高齢者施策に関する総合的な計画です。

○　県の老人福祉計画は、老人福祉法第20条の９の規定に基づき、市町の老人福祉計画の達成に資するため、広域的な見地から老人福祉事業の供給体制の

[1] 出典：人口推計（総務省）

確保に関し定める計画です。

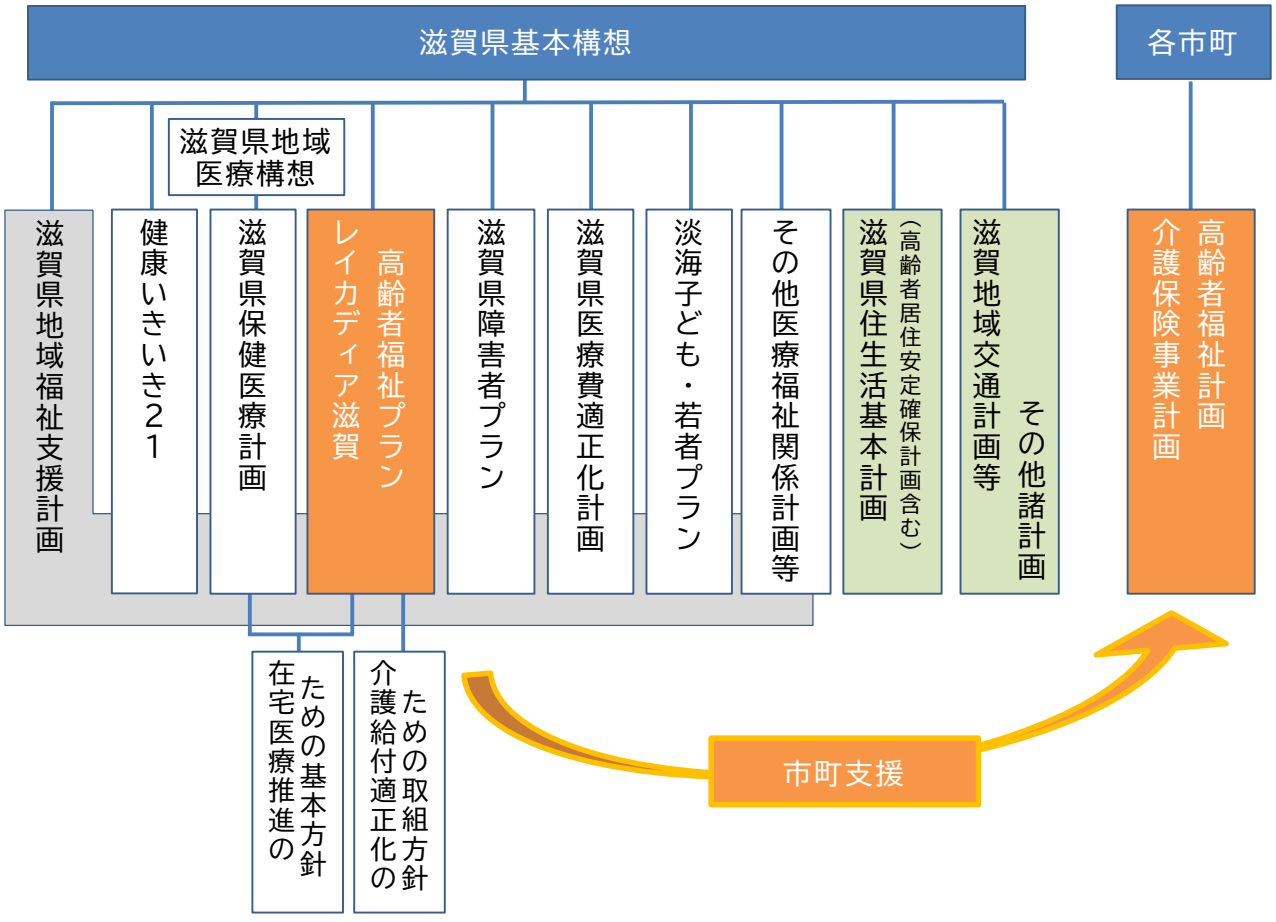
○　県の介護保険事業支援計画は、介護保険法第118条の規定に基づき、介護保険事業にかかる保険給付の円滑な実施の支援に関し定める計画です。

○　県の認知症施策推進計画は、認知症基本法第12条の規定に基づき、認知症の人が尊厳を保持し、希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策の総合的な取組の推進に関し定める計画です。

○　この計画は、「滋賀県基本構想」を上位計画とし、「滋賀県地域福祉支援計画」、「滋賀県保健医療計画」、「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」、「滋賀県医療費適正化計画」および「滋賀県住生活基本計画」など、様々な計画と整合を図った計画としています。

○　また、今後策定する「地域医療構想」との整合性を図ることとします。

○　この計画は、併せて「第７期介護給付適正化計画」の性格を有しますが、介護給付の適正化に向けた取組の詳細については、別途「第７期介護給付適正化のための取組方針」に記載するものとします。



（２）計画期間

○　介護保険事業支援計画としての性質から、 計画期間は、令和９年度(2027年度)から令和11年度(2029年度)までの３年間とします。

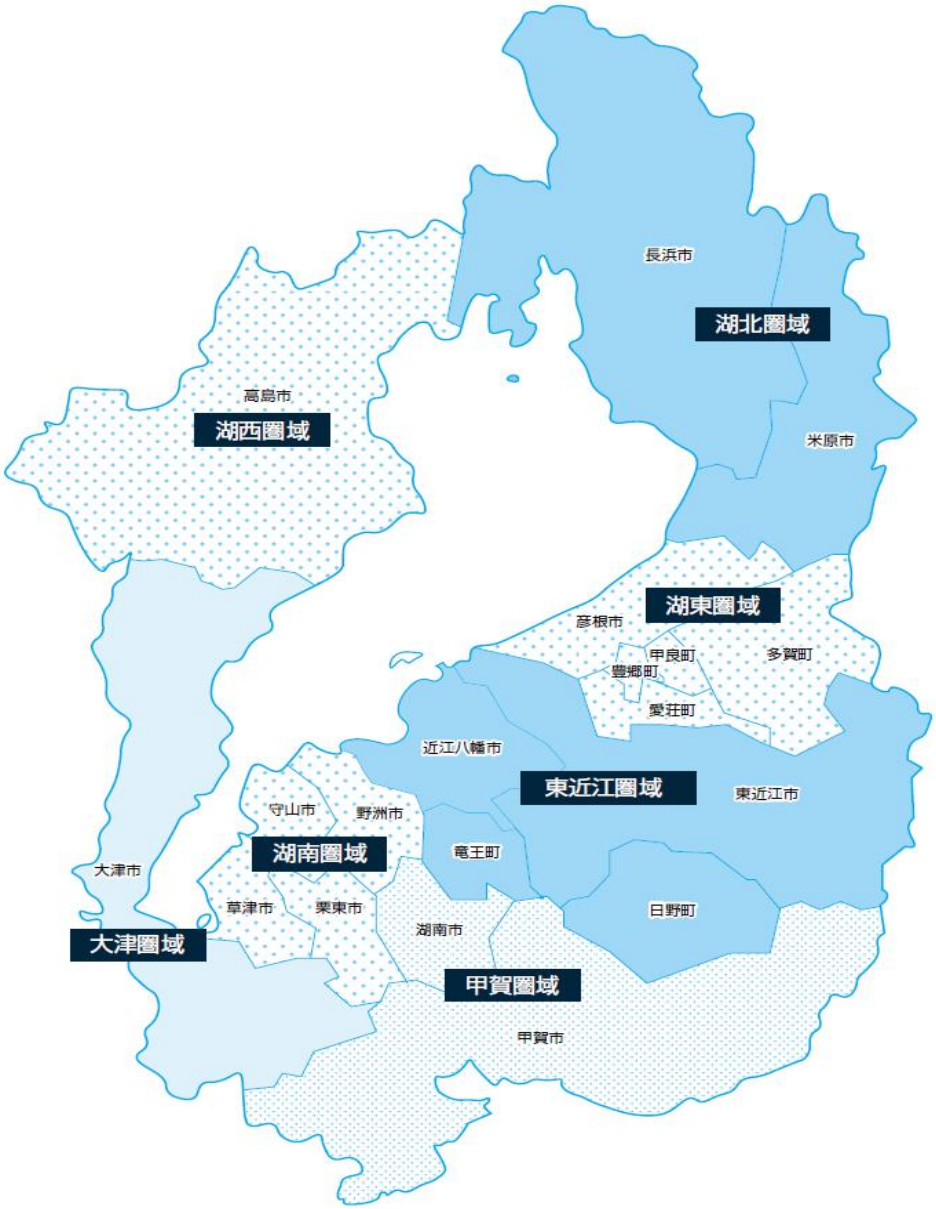
（３）介護保険法等の改正を踏まえた計画

○　令和８年(2026年)に公布された社会福祉法等の一部を改正する法律[2]による、介護保険法の見直しなどを踏まえた計画とします。

４　保健福祉圏域の設定

○　老人福祉法第20条の９第２項および介護保険法第118条第２項に定める区域（保健福祉圏域）は、次のとおりとします。

名　称	区　域
大津保健福祉圏域(以下「大津圏域」という)	大津市
湖南保健福祉圏域(以下「湖南圏域」という)	草津市・守山市・栗東市・野洲市
甲賀保健福祉圏域(以下「甲賀圏域」という)	甲賀市・湖南市
東近江保健福祉圏域(以下「東近江圏域」という)	近江八幡市・東近江市・日野町・竜王町
湖東保健福祉圏域(以下「湖東圏域」という)	彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町
湖北保健福祉圏域(以下「湖北圏域」という)	長浜市・米原市
湖西保健福祉圏域(以下「湖西圏域」という)	高島市



[2] **社会福祉法等の一部を改正する法律**…質の高い福祉サービスの確保と社会福祉事業等の安定した経営基盤の確立の双方の実現に向けて、多様で複雑な福祉ニーズに対応した包括的な支援を確保するため、①地域の実情に応じた包括的な支援体制の拡充、②福祉人材の安定的な確保および定着支援、③支援基盤の強化等の見直しが行われた。

○　保健福祉圏域は「滋賀県保健医療計画」の二次保健医療圏を踏まえて設定しています。

○　保健福祉圏域ごとに、介護保険施設などの必要入所(利用)定員総数その他老人福祉事業の量の目標などを定めます。

5　計画策定の体制等

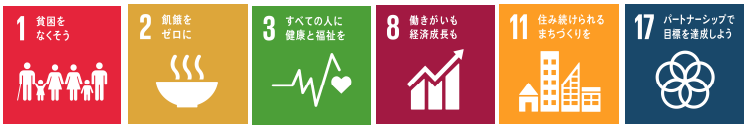
○　本計画の策定にあたっては、附属機関である滋賀県高齢化対策審議会へ諮問し、子ども・若者の意見等の聴取、県民政策コメント、市町との協議などを経て作成しています。

○　また、滋賀県介護職員人材育成・確保対策連絡協議会、滋賀県在宅医療等推進協議会、滋賀県認知症施策推進会議などにおける個別テーマの議論を反映しています。

6　SDGsとの関係

○　平成27年(2015年)に国際連合で採択された「SDGs(持続可能な開発目標 Sustainable Development Goals)」は、「経済」、「社会」、「環境」のバランスを取りながら持続可能な社会を実現するための、すべての国に共通する2030年までの目標です。

○　本県は、持続可能な滋賀を実現するとともに、SDGsの達成を目指しており、本計画においても、高齢福祉の観点からSDGsの達成に向けて取り組みます。



SDGsのターゲットと本計画上の目標（指標）との関係

ターゲット		目標（指標）
1.3	適切な社会保護制度および対策を実施し、高齢福祉を必要とする層に対し十分な保護を達成する	特別養護老人ホームの整備量（定員数） （令和11年度：調整中） 訪問診療を受けた年間実患者数 （令和11年度：15,849人）
3.0	すべての人に健康と福祉を	健康寿命 （令和11年度：健康寿命の延伸）
11.0	住み続けられるまちづくりを	「高齢者」を支援対象に含む居住支援法人の指定法人数 （令和11年度：17法人） 介護予防に資する通いの場への高齢者の参加率（週1回以上） （令和11年度：8.0%）

第１章　高齢者を取り巻く状況

１　高齢化の状況と将来予測

（１）高齢者人口の推計（図１-１・図１-２・図１-３）

○　滋賀県の人口は、平成25年(2013年)の約142万人をピークに減少局面に入り、今後も減少していくことが見込まれています。

○　65歳以上人口は令和27年(2045年)頃にピークに達しますが、75歳以上人口や85歳以上人口は、引き続き増加傾向にあると予測しています。

○　特に介護ニーズの高い85歳以上人口は、令和22年(2040年)頃までに急速に増加することが見込まれます。

図１-１　65歳以上人口の推計　［単位：千人・%］

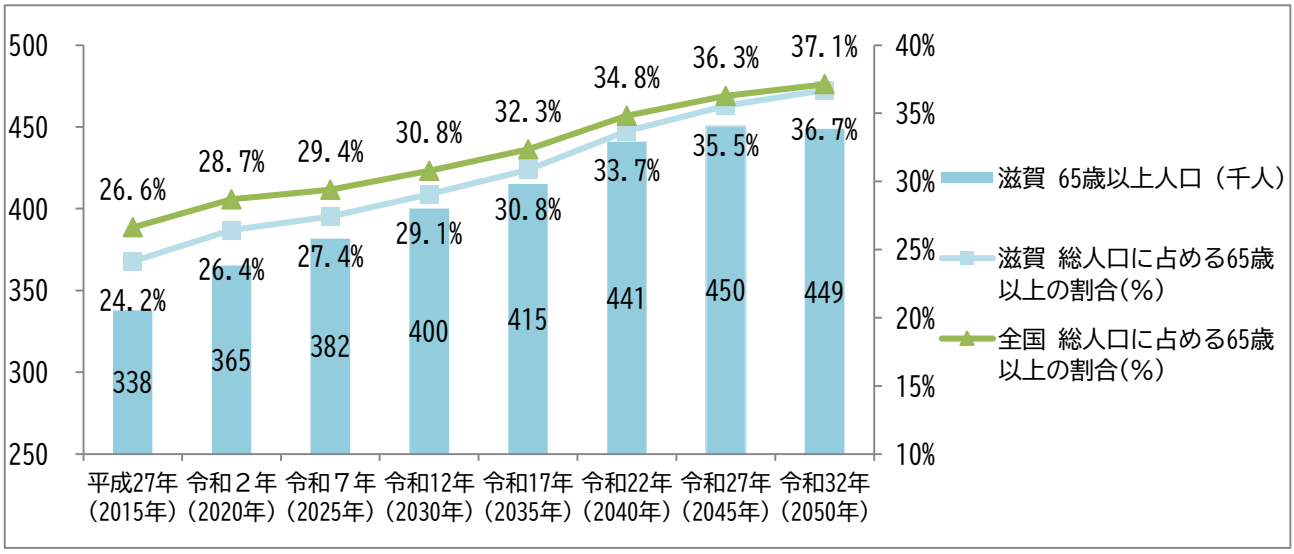


図１-２　75歳以上人口の推計　［単位：千人・%］

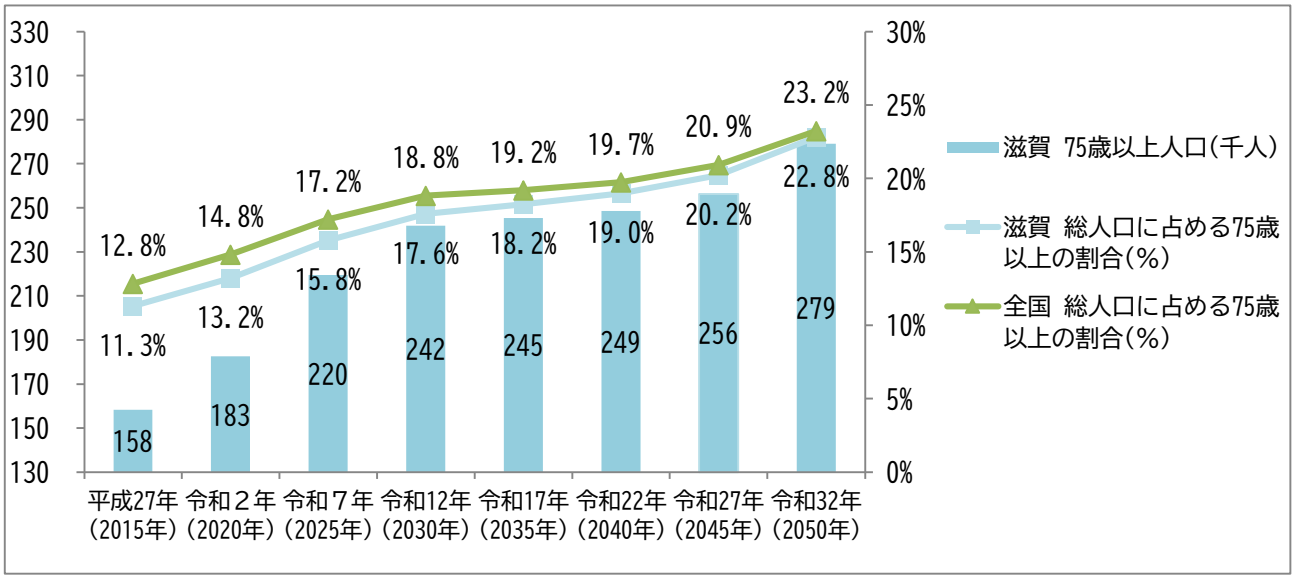
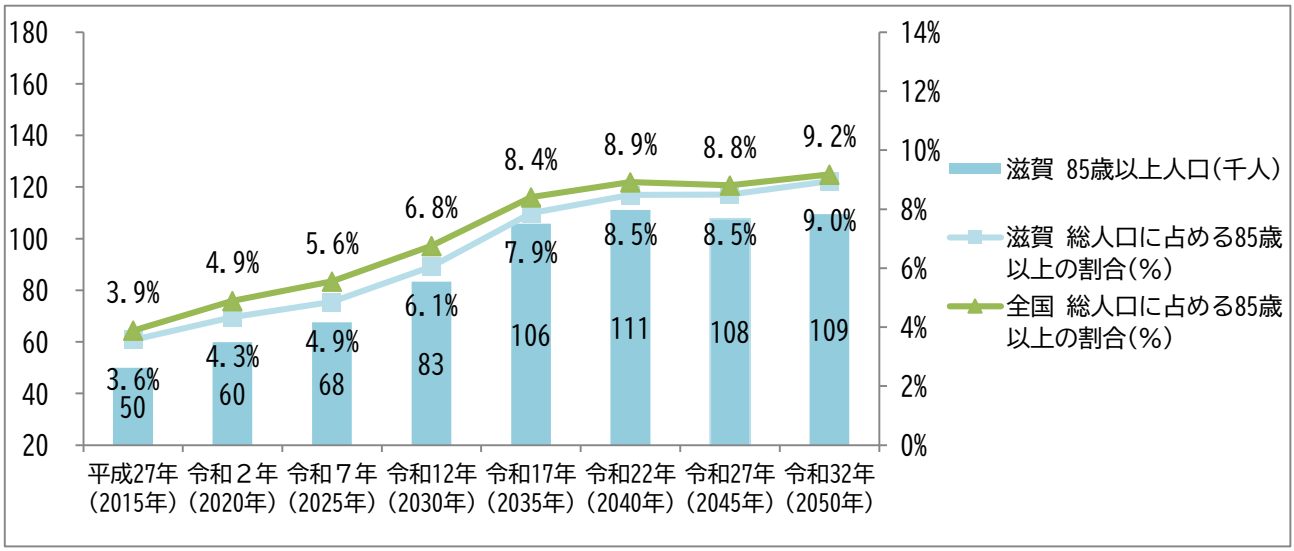


図１-３　85歳以上人口の推計

［単位：千人・％］



出典：平成27年(2015年)、令和２年(2020年）、令和７年(2025年)は国勢調査（総務省）
令和12年(2030年)以降は国立社会保障・人口問題研究所の令和５年(2023年)推計

（２）滋賀県の圏域別高齢者人口の推計　（図２-１・図２-２・図２-３）

○　高齢化の進み方は、県内でも地域によって差があります。

○　湖西圏域では、65歳以上人口は令和７年(2025年)頃、75歳以上人口は令和12年(2030年)頃がピークとなり、その後減少していきます。しかし、85歳以上人口は令和22年(2040年)頃まで増え続けることが見込まれます。

○　他方、湖南圏域では、各年齢層の人口は引き続き増加傾向にあります。令和２年(2020年)と令和32年(2050年)を比較すると、65歳以上人口では約1.5倍に留まりますが、75歳以上人口では1.8倍、85歳以上人口では2.2倍に達する見込みです。

○　このように、何年先に高齢化のピークとなり、何年先に介護ニーズが減少していくのかは、地域によって異なることから、それぞれの地域の特性を踏まえた計画を策定する必要があります。

図２－１　令和２年(2020年)を100とした場合の増減推移（65歳以上人口）

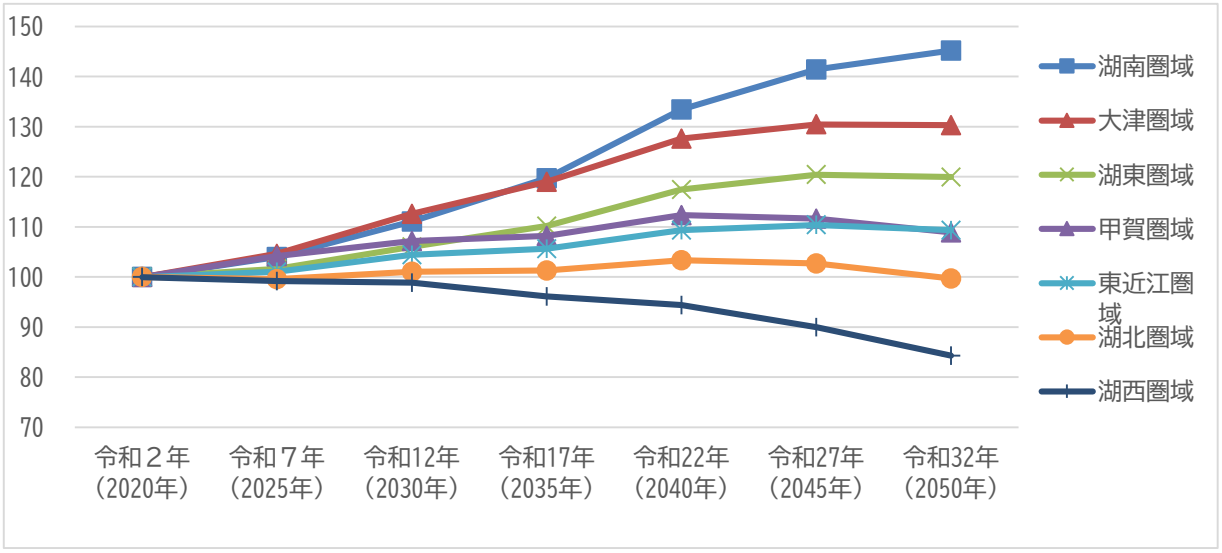


図２－２　令和２年(2020年)を100とした場合の増減推移（75歳以上人口）

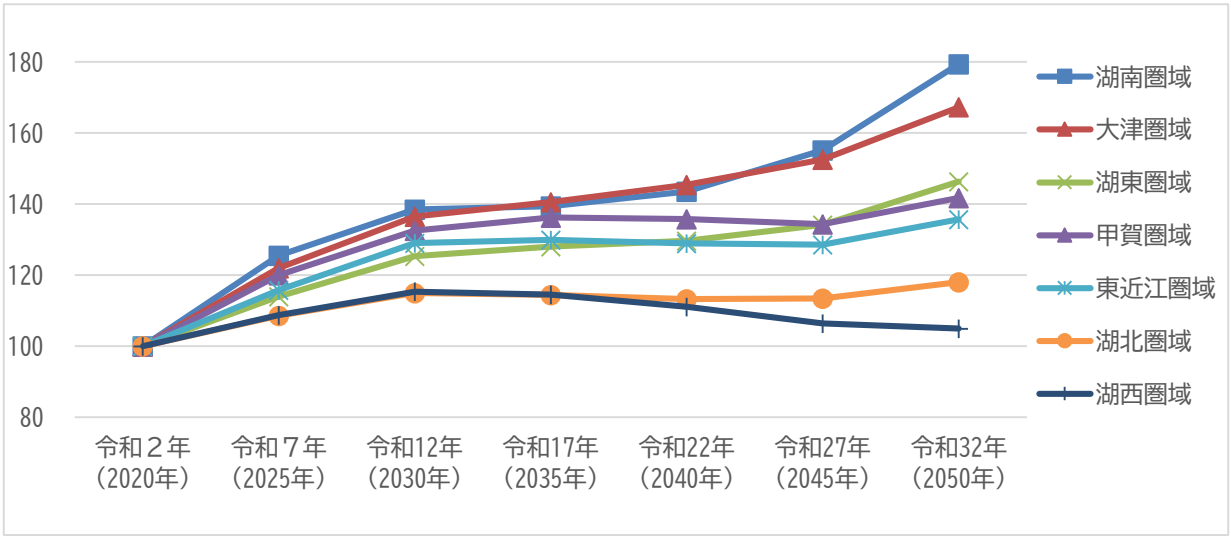
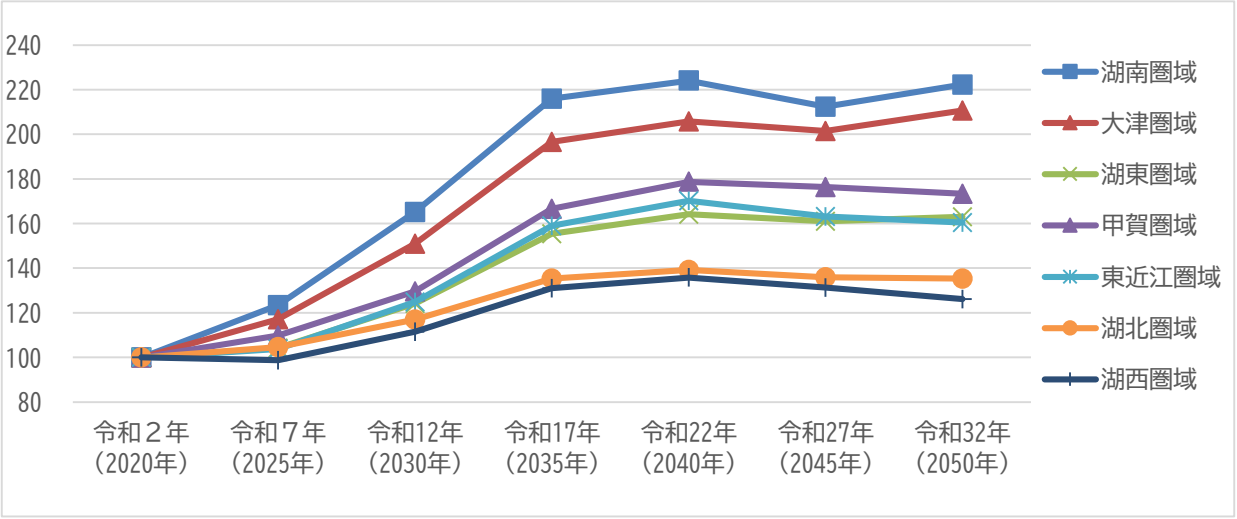


図２－３　令和２年(2020年)を100とした場合の増減推移（85歳以上人口）



出典：令和２年(2020年）、令和７年(2025年)は国勢調査（総務省）
令和12年(2030年)以降は国立社会保障・人口問題研究所の令和５年(2023年)推計

（３）滋賀県の高齢者世帯の推計（図３-１・図３-２・図３-３）

○　一般世帯[1]数は令和12年(2030年)頃をピークに減少に転じるなか、高齢単身世帯は大幅に増加していくと見込まれます。

○　また、85歳以上高齢者の単身世帯数は、令和22年(2040年)には令和７年(2025年)の1.8倍に増加します。同様に、夫婦世帯についても、85歳以上高齢者を世帯主とする夫婦世帯数は1.6倍程度に増加することが見込まれています。

図３-１　滋賀県の高齢者世帯の推計（65歳以上人口）　［単位：千世帯・%］

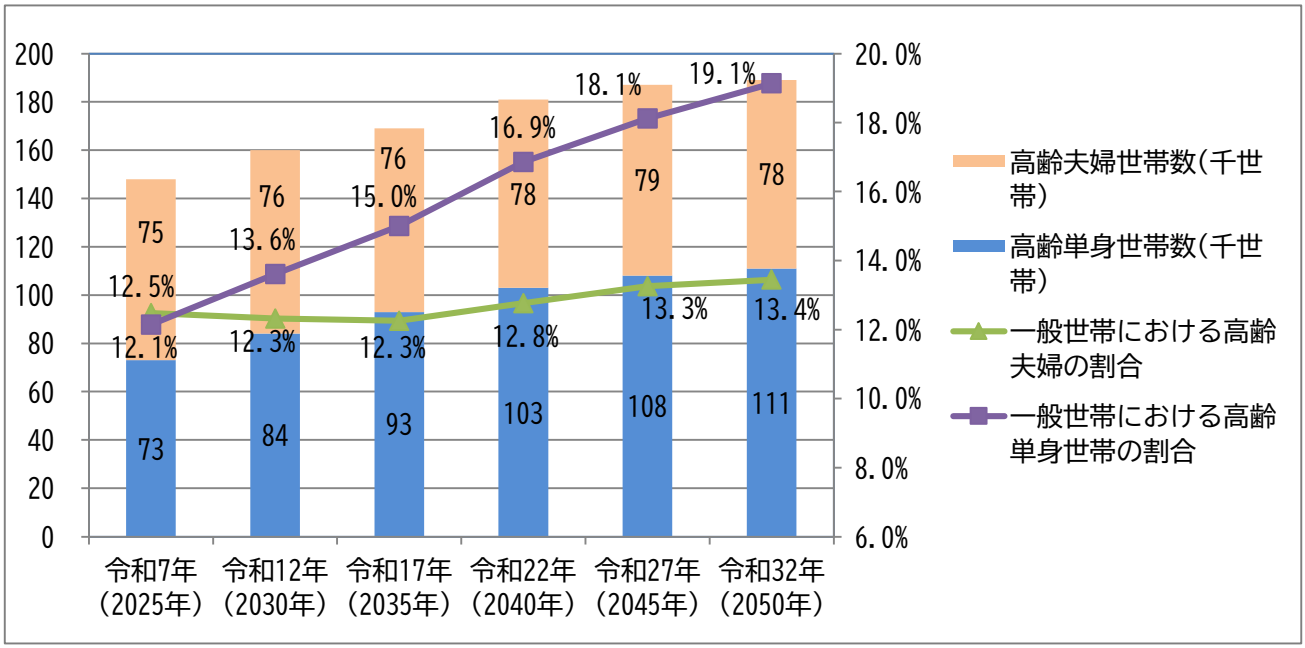
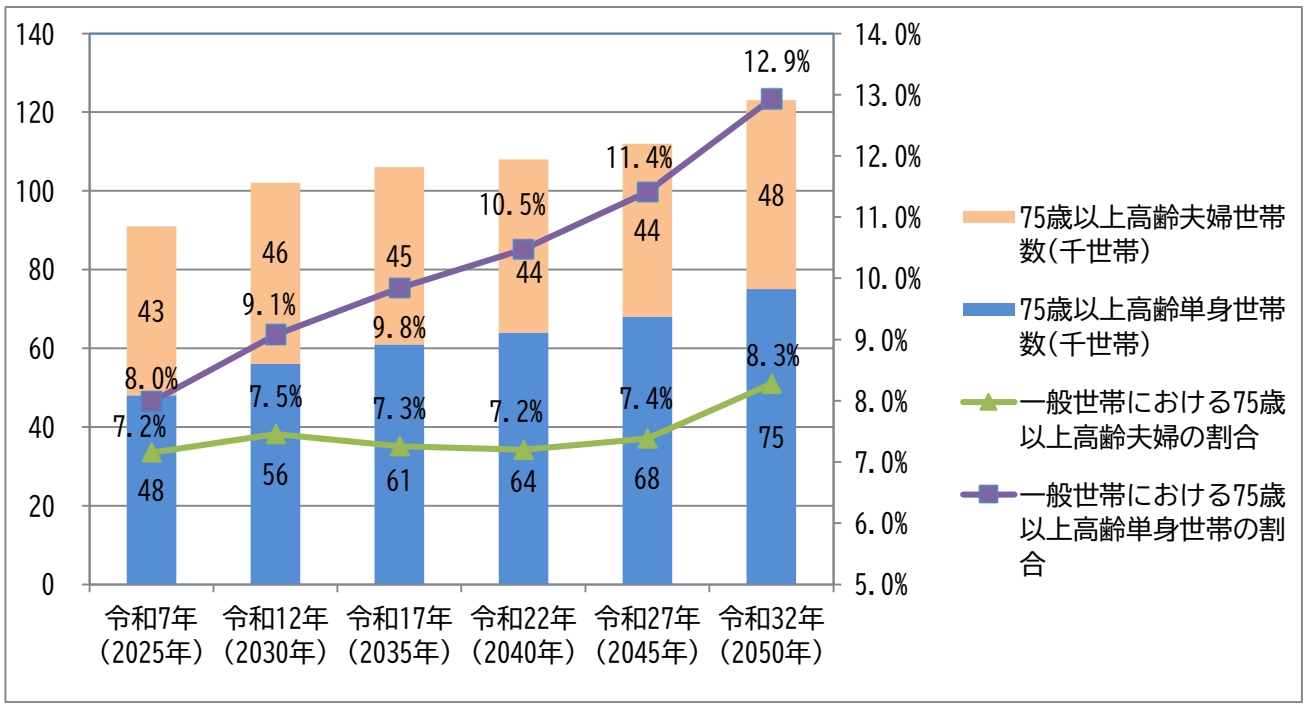
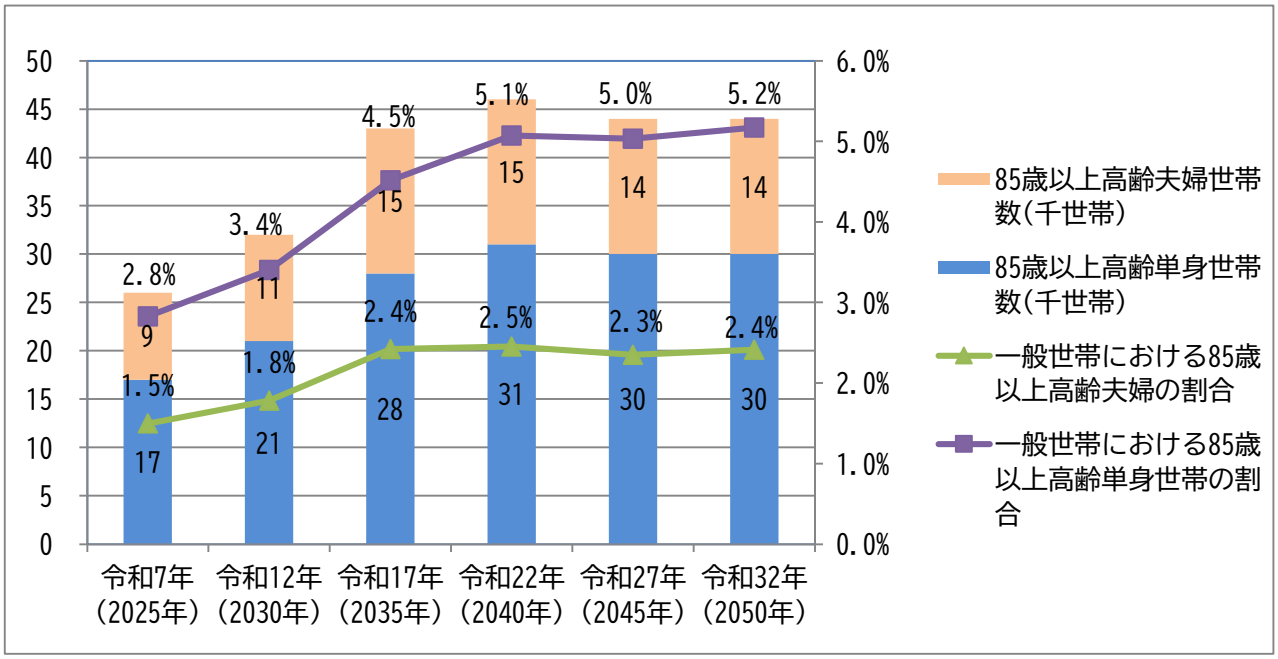


図３-２　滋賀県の高齢者世帯の推計（75 歳以上人口）　［単位：千世帯・%］



[1] **一般世帯**…全世帯から、施設等の世帯(寮・寄宿舎の学生・生徒、病院・療養所の入院者等)を除いたもの。

図３-３　滋賀県の高齢者世帯の推計（85歳以上人口）　［単位：千世帯・％］



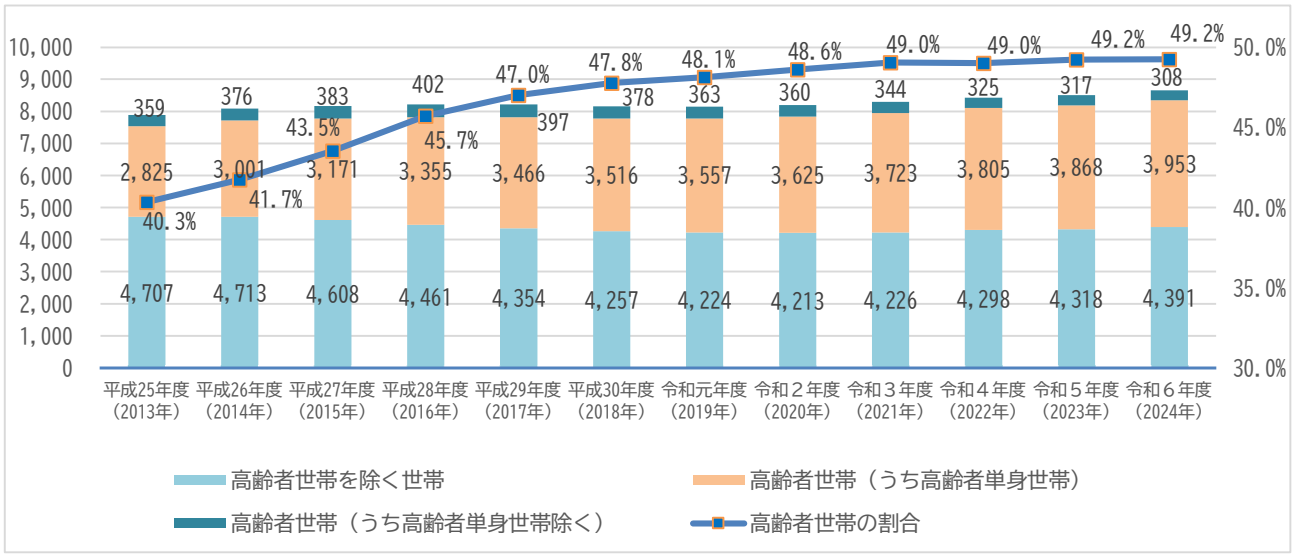
出典：国立社会保障・人口問題研究所の令和６年(2024年)推計
注：図３-１・３-２・３-３における高齢夫婦は、それぞれ世帯主が65歳以上、75歳以上、85歳以上。

（４）滋賀県の生活保護世帯数の推移（図４）

○　本県の生活保護世帯は平成28年度(2016年度)頃から8,200世帯前後で横ばい傾向にありましたが、令和３年度(2021年度)から増加しており、令和６年度(2024年度)には8,600世帯を超えています。

○　世帯の種類別にみると、高齢者世帯は一貫して増加傾向にありますが、近年減少傾向にあった高齢者世帯を除く世帯が令和３年度(2021年度)から増加に転じたこともあり、全生活保護世帯に占める高齢者世帯の割合は横ばいになっています。

図４　滋賀県の生活保護世帯数の推移　［単位：世帯・％］



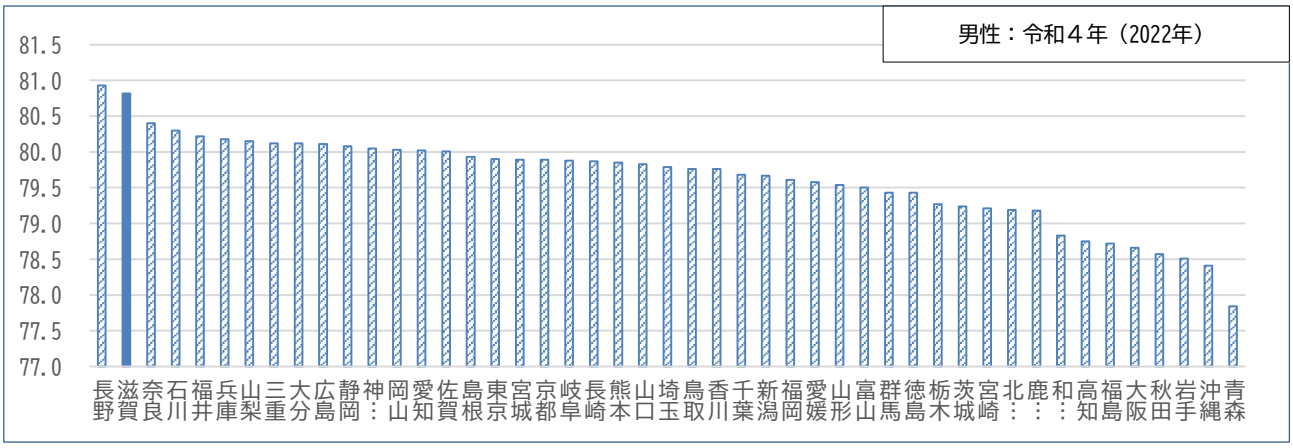
出典：被保護者調査（厚生労働省）
注：「高齢者世帯」とは、男女ともに 65 歳以上の者のみで構成されている世帯もしくは、これらに 18 歳未満の者が加わった世帯のこと。「高齢者世帯を除く世帯」の世帯類型は、母子世帯、障害者世帯・傷病者世帯、その他世帯が含まれる。

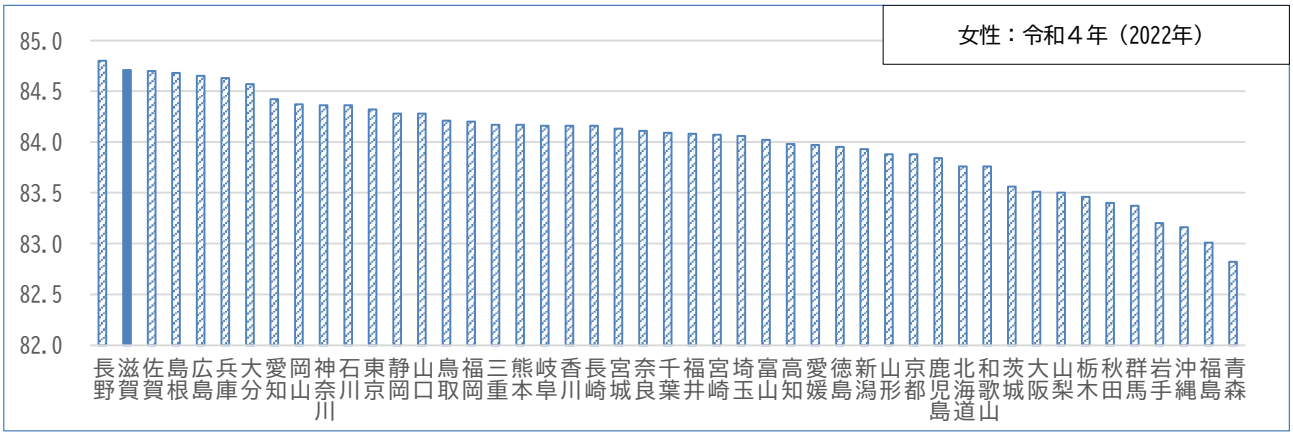
２　高齢者・介護者の状況

（１）健康寿命[2]の状況（図５・表６）

○　滋賀県の令和４年(2022年)の健康寿命は、「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」(令和６年度分担研究報告書)の算出によると、男性は80.82年、女性は84.71年であり、男女ともに全国的に上位となっています。

図５　都道府県別健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）　［単位：年］





出典：「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」令和６年度分担研究報告書

表６　平均寿命と健康寿命　［単位：年］

		平均寿命（令和２年）		健康寿命　※１（令和４年）「日常生活に制限のない期間の平均」		健康寿命　※２（令和４年）「日常生活動作が自立している期間の平均」	
		値	順位	値	順位	値	順位
男性	全国	81.49	－	72.57	－	79.67	－
	滋賀県	82.73	1	73.19	7	80.82	2
女性	全国	87.60	－	75.45	－	84.05	－
	滋賀県	88.26	2	75.82	14	84.71	2

※１「日常生活に制限のない期間の平均」（主観的指標）
国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の問いに対して「ある」と回答したものを不健康な状態として定義して算出する。

※２「日常生活動作が自立している期間の平均（客観的指標）
介護保険の要介護２から要介護５を不健康な状態と定義して算出する。

出典：平均寿命は令和２年都道府県別生命表(厚生労働省)
健康寿命は「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」令和６年度分担研究報告書

[2] **健康寿命**…「日常生活に制限のない期間の平均」（主観的指標）、「日常生活動作が自立している期間の平均」（客観的指標）など複数の算出方法があるが、滋賀県ではより客観的な全国比較ができるよう、要介護認定等を利用した「日常生活動作が自立している期間の平均」（客観的指標）を指標としている。

（２）要介護(要支援)認定者の状況と推計

①　滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率の推移（図７-１・図７-２・図７-３）

○　要介護(要支援)認定者（以下、認定者）の総数は、令和６年度(2024年度)末で72,619人と、平成12年度(2000年度)の制度創設時と比較して３倍以上に増加しています。

○　65歳以上の第１号被保険者に占める認定者の割合は、近年はおおむね横ばいで推移してい　　年度(2022年度)末で約1.1ポ

○　認定者の約　　00年度)と比較して約3.3倍

○　また、85歳　　度)から約1.1倍に増加し、認定率も80%台後半で推移しています。

今後更新予定

図７-１　滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率の推移　［単位：人・%］

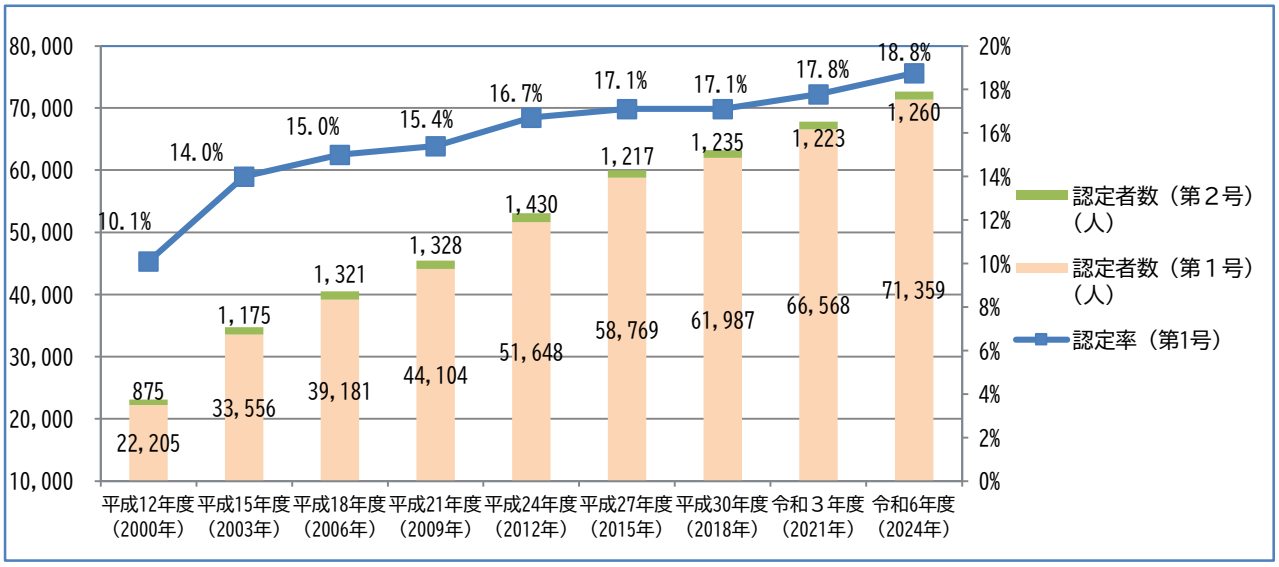


図７-２　滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率の推移(75 歳以上)　［単位：人・%］

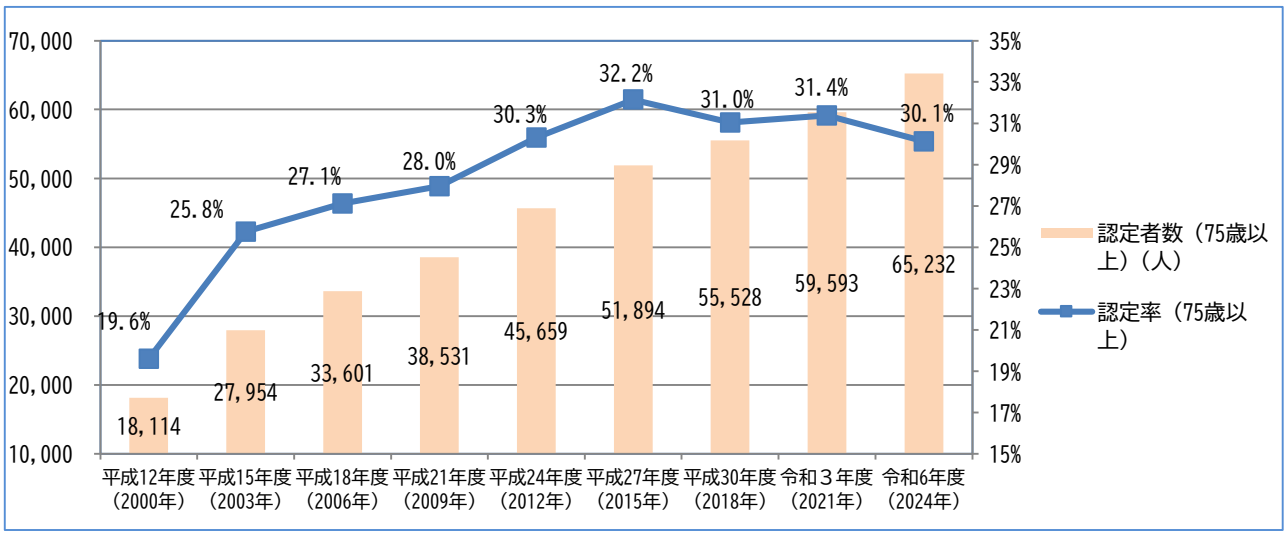
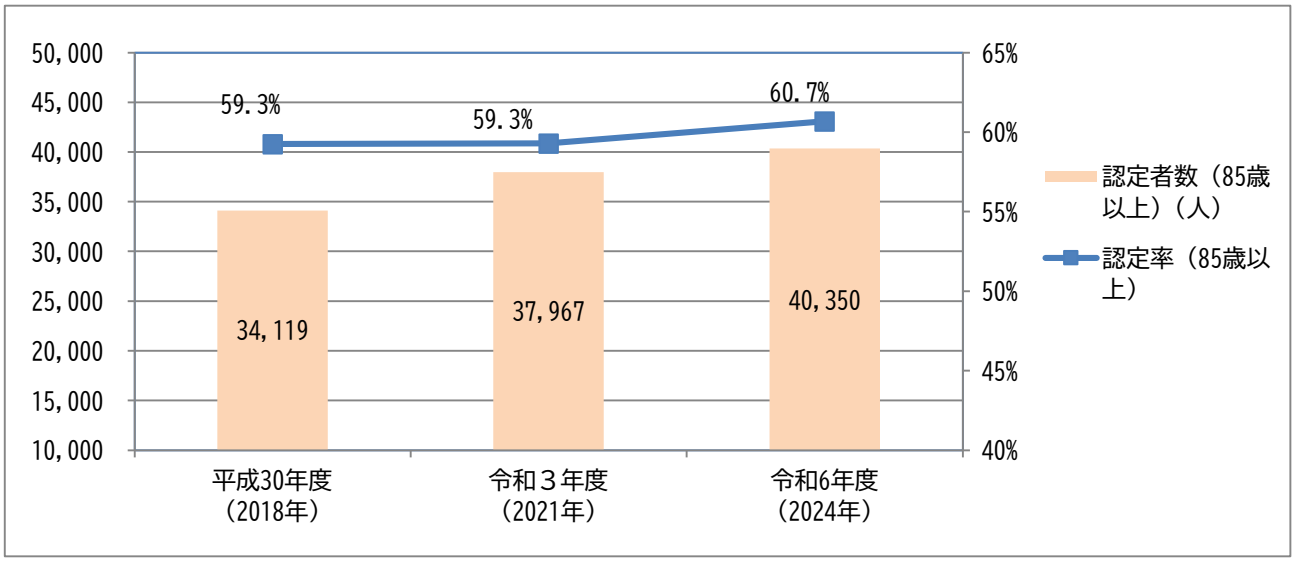


図７-３　滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率の推移(85 歳以上)　［単位：人・%］



出典：介護保険事業状況報告（厚生労働省）
　注：認定者数は各年度末現在（令和６年度は暫定値）

② 今後の要介護(要支援)認定者数と認定率の推計
（表８・図９-１・図９-２・図９-３）

○ 要介護(要支援)認定者数は、令和５年(2023年)の約60,000人に対し、令和22年(2040年[illegible]見込まれます。

○ 認定率[illegible]0年)には21.7%、3.5ポイン[illegible]上の大幅な増加によって全[illegible]

○ 認定者[illegible]の56.9%に対し、令和22年[illegible]であることから、認定者の[illegible]くことが見込まれています。

今後更新予定

表８　滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率の推移　［単位：人・%］

		第8期			第9期				
		令和3年（2021年）	令和4年（2022年）	令和5年（2023年）	令和6年（2024年）	令和7年（2025年）	令和8年（2026年）	令和22年（2040年）	令和32年（2050年）
第1号被保険者	65歳以上	374,469	375,987	377,984	380,489	382,735	384,597	426,295	428,305
	75歳以							6,318	260,434
	85歳以							2,922	98,258
要介護(支援)認定者	65歳以							2,500	93,936
	75歳以							5,748	87,655
	85歳以							2,870	60,399
認定率	65歳以							1.7%	21.9%
	75歳以上	31.4%	30.5%	30.5%	29.9%	29.7%	29.7%	36.3%	33.7%
	85歳以上	59.3%	58.8%	59.4%	59.4%	59.5%	60.9%	61.1%	61.5%

今後更新予定

図９－１　滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率(第１号保険者)の推移（65歳以上）［単位：人・%］

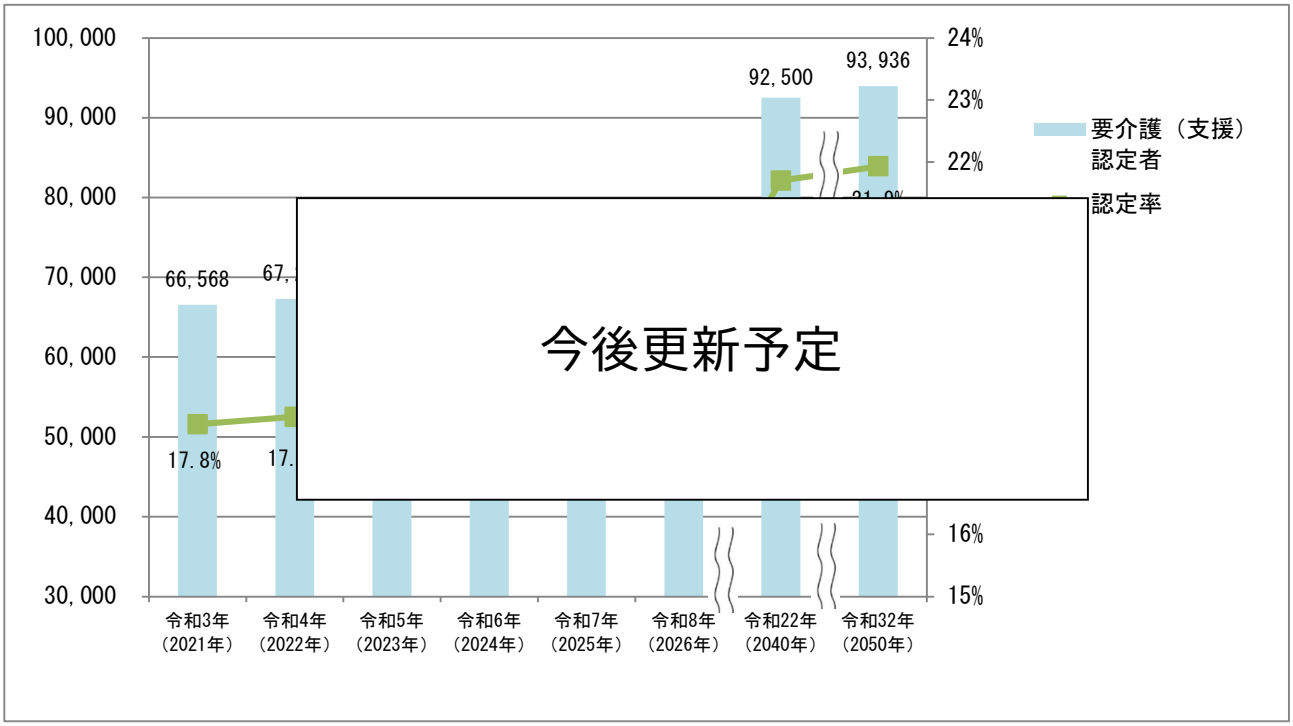


図９－２　滋賀県における要介護（要支援）認定者数と認定率(第１号保険者)の推移（75歳以上）［単位：人・%］

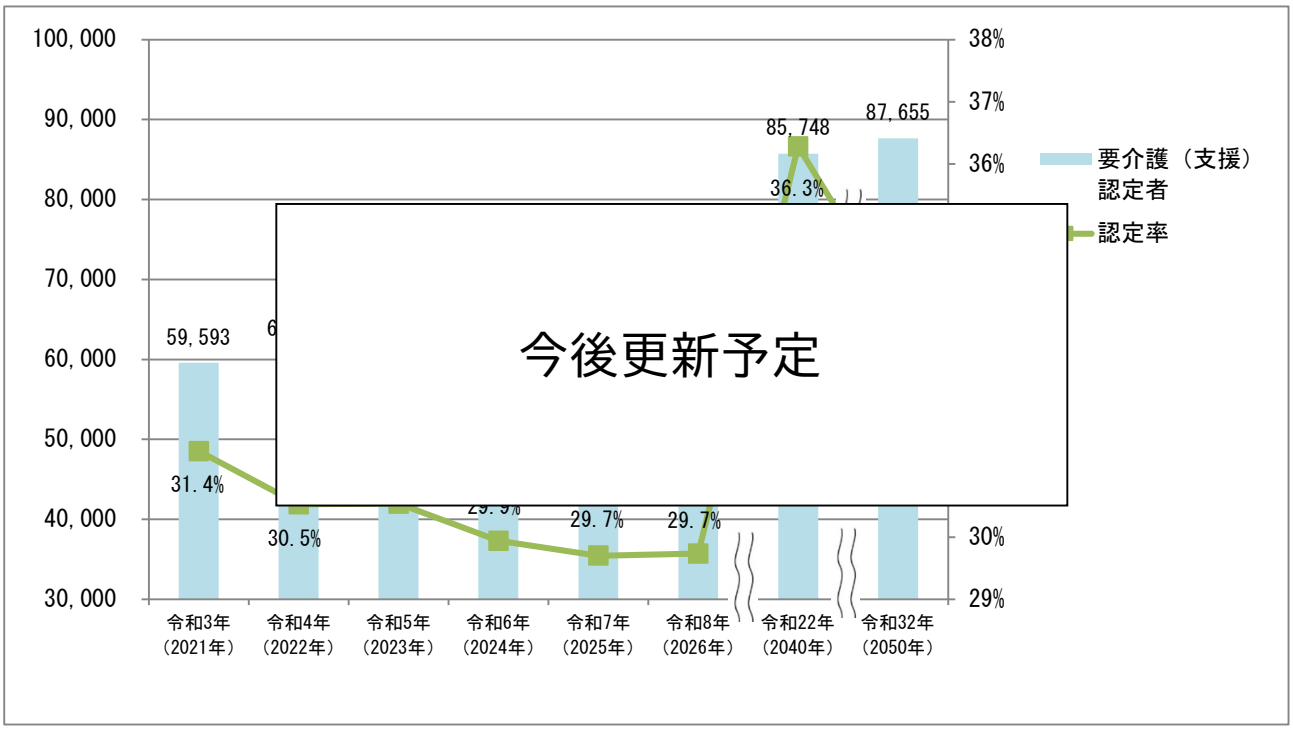
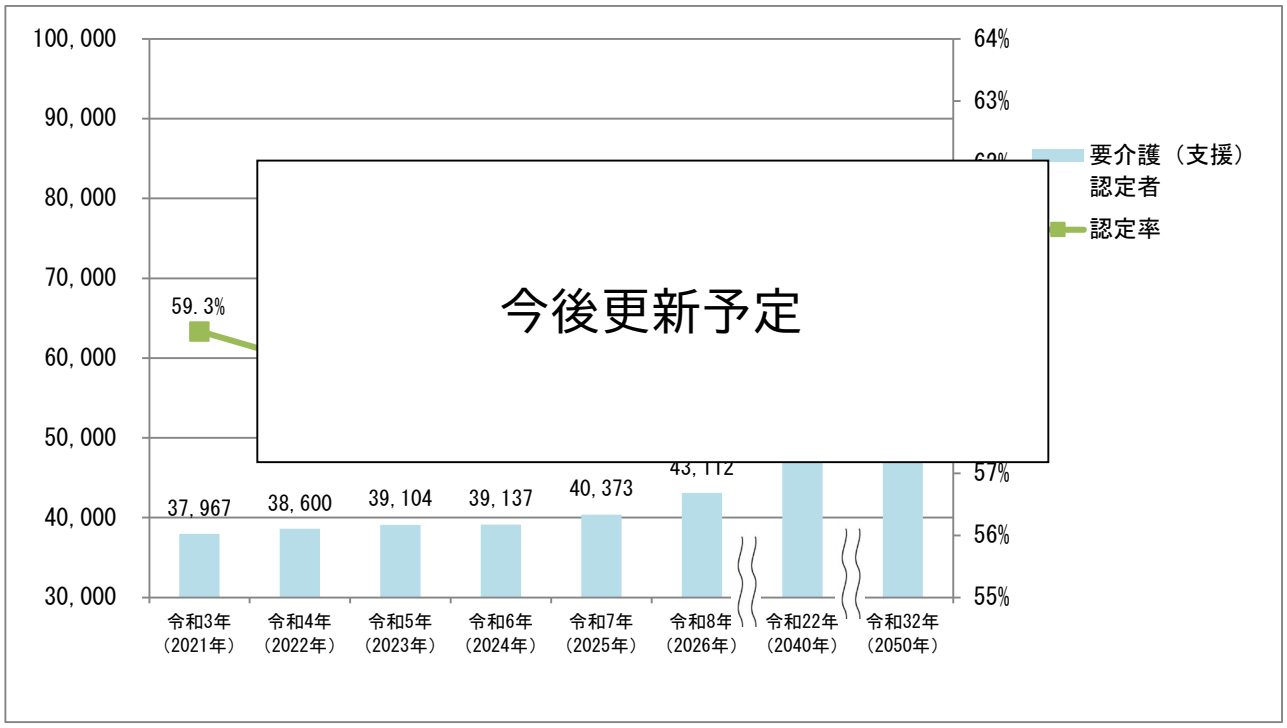


図９-３　滋賀県における要介護（要支援）認定者数と認定率(第１号保険者)の推移（85歳以上）［単位：人・%］



出典：令和４年(2022年)までは介護保険事業状況報告（厚生労働省）
　　令和５年(2023年)以降は地域包括ケア「見える化システム」(厚生労働省)による滋賀県内市町の推計値の合計値

③　主な疾病別にみた受療率[3]（表 10）

○　入院では、「脳血管疾患」「悪性新生物（がん）」、外来では「高血圧性疾患」などと、慢性疾患による受療率が高くなっています。

○　年齢層が上がるほど、入院・外来の受療率が上がる傾向にあり、今後、75 歳以上、85 歳以上の高齢者が増加するなかで、ますます医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれます。

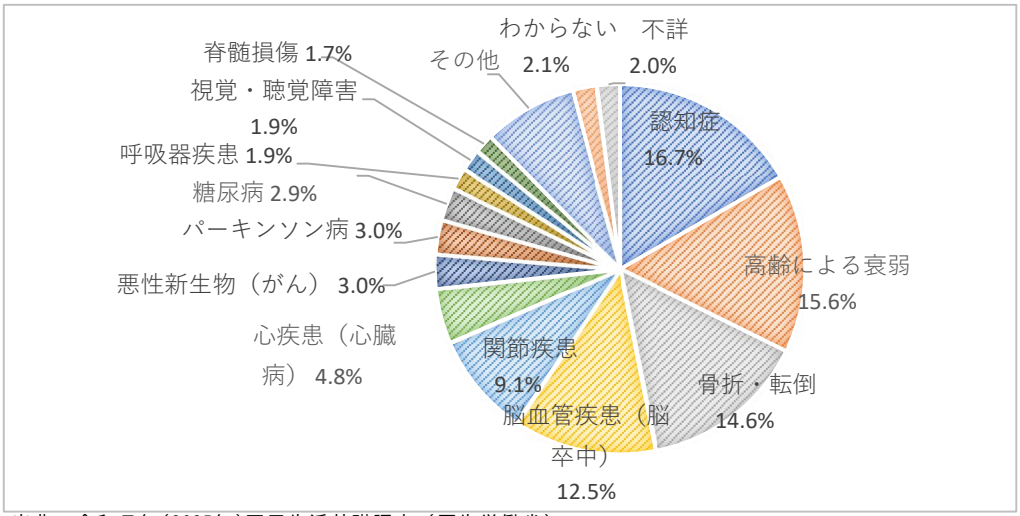
表 10　滋賀県の主な疾病別にみた受療率（人口 10 万人対）　［単位：人］

		男性			女性		
		65～74歳	75～84歳	85歳以上	65～74歳	75～84歳	85歳以上
入院	総数	1,377	2,565	5,238	950	2,185	4,961
	脳血管疾患	135	262	485	90	251	553
	悪性新生物	304	352	419	106	232	215
	心疾患（高血圧性のものを除く）	75	172	374	34	108	529
	統合失調症等	101	60	60	112	130	119
	脊柱障害	8	47	97	22	49	81
	高血圧性疾患	－	－	－	2	3	15
外来	総数	7,699	11,044	10,378	9,104	10,293	8,364
	高血圧性疾患	1,093	1,793	1,483	1,187	1,582	1,767
	脊柱障害	580	833	828	442	897	580
	心疾患（高血圧性のものを除く）	305	429	721	176	260	351
	悪性新生物	375	581	466	155	309	196
	脳血管疾患	65	203	139	43	62	139
	統合失調症等	35	13	0	34	28	0

出典：令和５年患者調査（厚生労働省）

④　介護を要する状態となった理由（全国集計：図11）

○　介護を要する状態となった理由としては、認知症が一番多く、高齢による衰弱が続いています。また、骨折・転倒、高齢による衰弱、関節疾患など運動に関連する要因が４割弱を占めています。図11　介護を要する状態となった理由



出典：令和７年(2025年)国民生活基礎調査（厚生労働省）

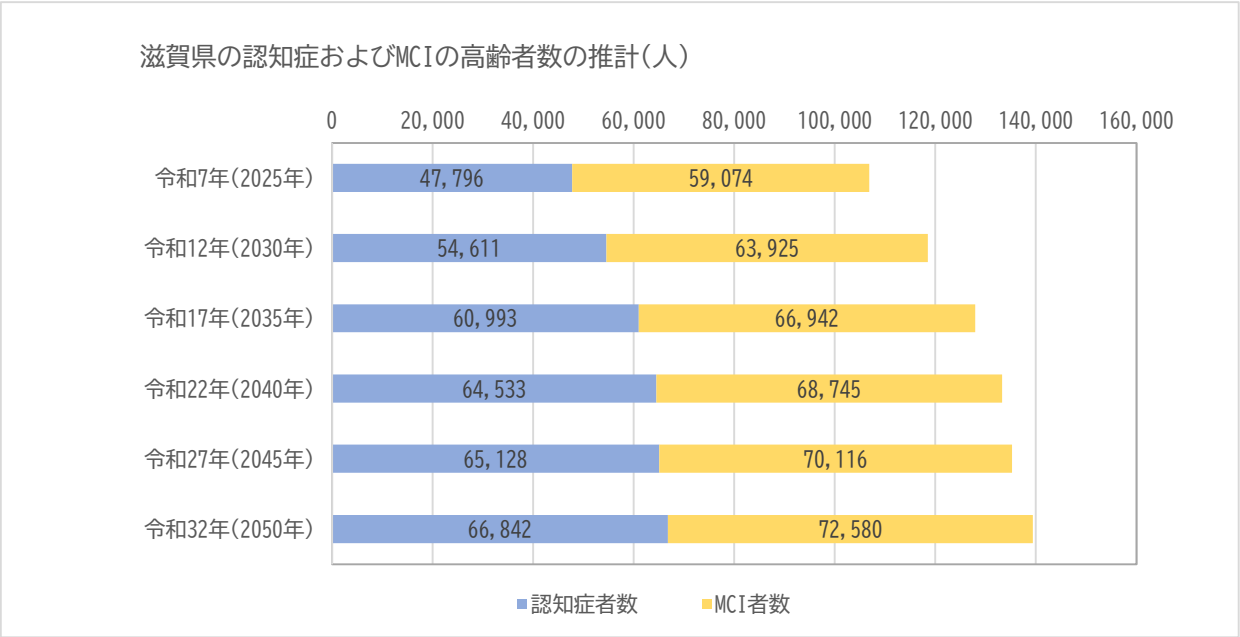
[3] **受療率**…人口 10 万人に対する推計患者数（調査日に全国の医療施設で受診した患者の推計数）のこと。

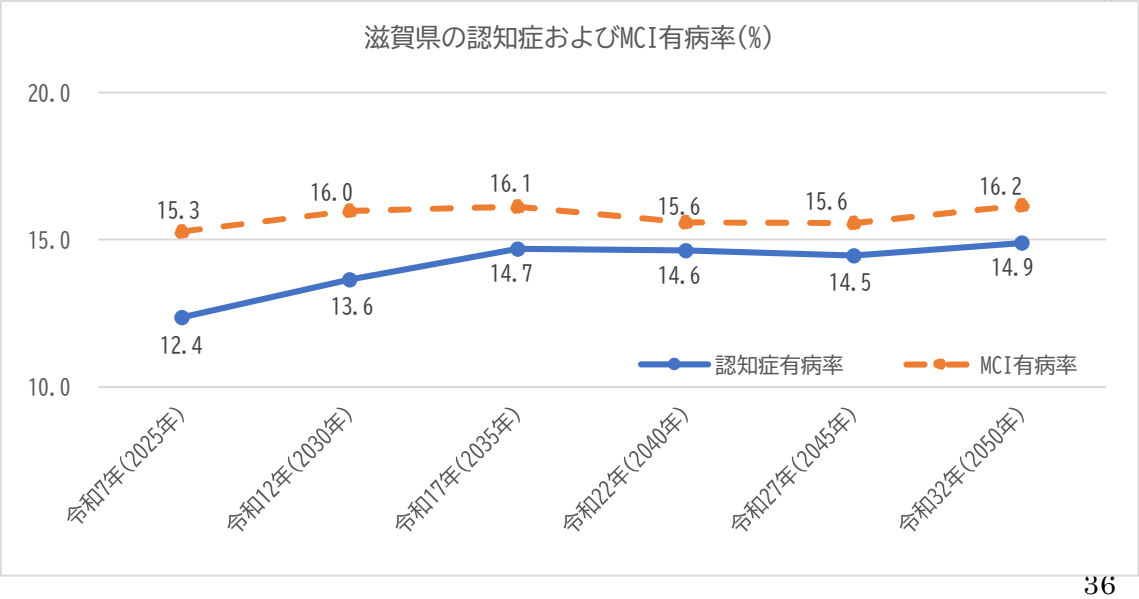
⑤　滋賀県における認知症高齢者およびＭＣＩの高齢者数の推計（図12）

○　2040年の認知症高齢者は約6万5千人と、およそ７人に１人が認知症と推計されています。

○　ＭＣＩ（軽度認知障害）を含めると約13万3千人、おおよそ３人に１人が認知症またはＭＣＩ（軽度認知障害）と推計されています。

図12　滋賀県における認知症・ＭＣＩの高齢者数の推計





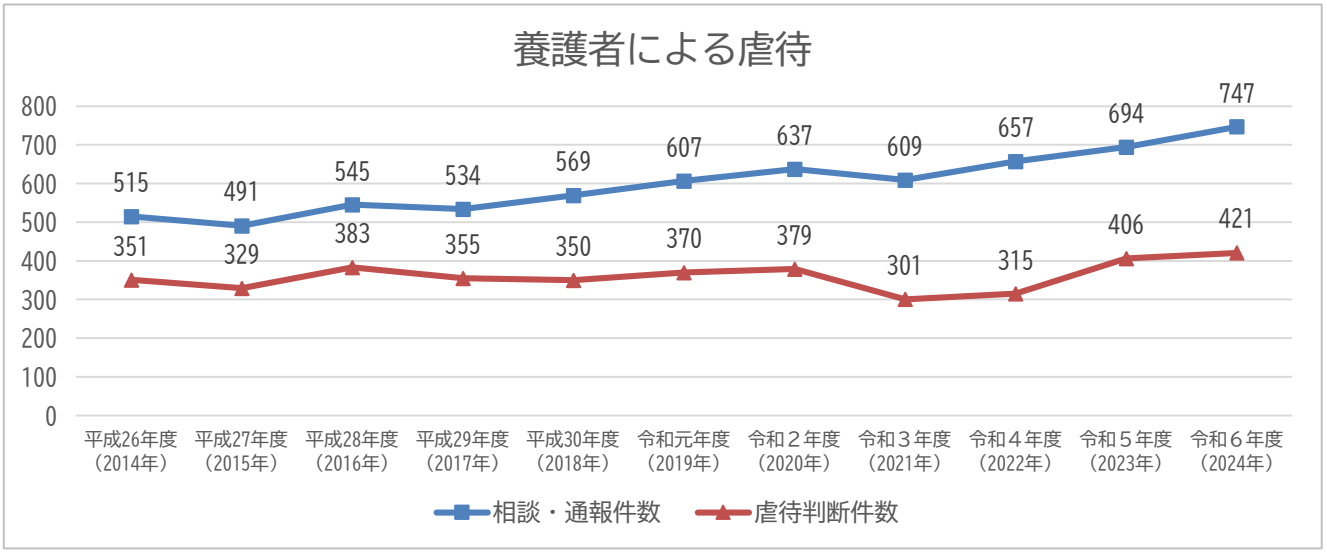
出典：令和５年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進事業）認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究報告書（国立大学法人九州大学）／認知症施策推進関係者会議（第2回）資料／人口推計は国立社会保障・人口問題研究所将来推計

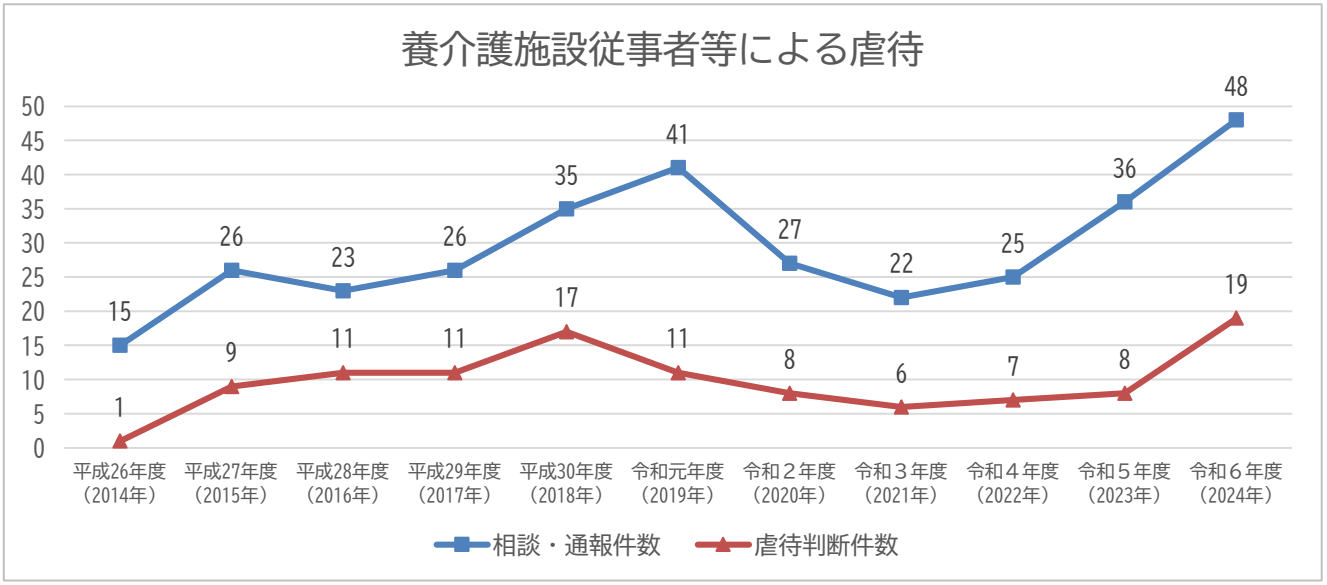
⑥　高齢者の虐待の状況（図13）

○　養護者の虐待についての相談・通報件数は増加傾向にあり、背景として高齢者虐待に関する認識の浸透があるものと考えられます。

○　一方で施設の虐待についての相談・通報件数は、令和２年度(2020年度)より減少しましたが、令和４年度以降再び増加しています。

図 13 滋賀県における養護者・養介護施設従事者等による高齢者虐待の推移　［単位：件］





出典：高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査（厚生労働省）

（３）介護者の状況

①　介護者の属性（全国集計：図14-１・図14-２・図14-３）

○　令和７年(2025年)国民生活基礎調査では、介護者の続柄は配偶者が22.5%、子が18.2%と多くなっています。令和４年(2022年)の数値と比較すると、別居の家族等の割合が減少し、子の割合が増加しています。

○　同居・別居の別に主な介護者の年齢をみると、同居の場合男女とも60歳以上が８割程度に対し、別居の場合は50%強に留まり、特に同居の場合、いわゆる「老老介護」のケースが多く占めていることが分かります。

○　要介護者等と同居の主な介護者の年齢組み合わせをみると、老老介護の割合は年々上昇しています。

図14-１　要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合(全国集計)

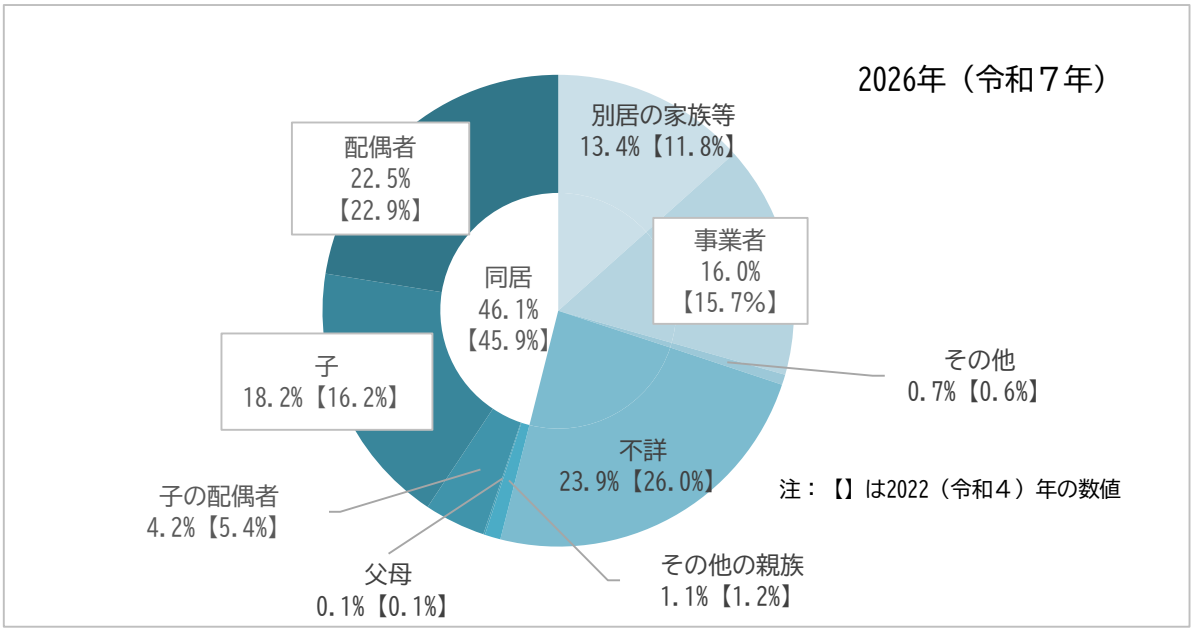


図14-２　性別、年齢別にみた主な介護者の構成割合(全国集計)

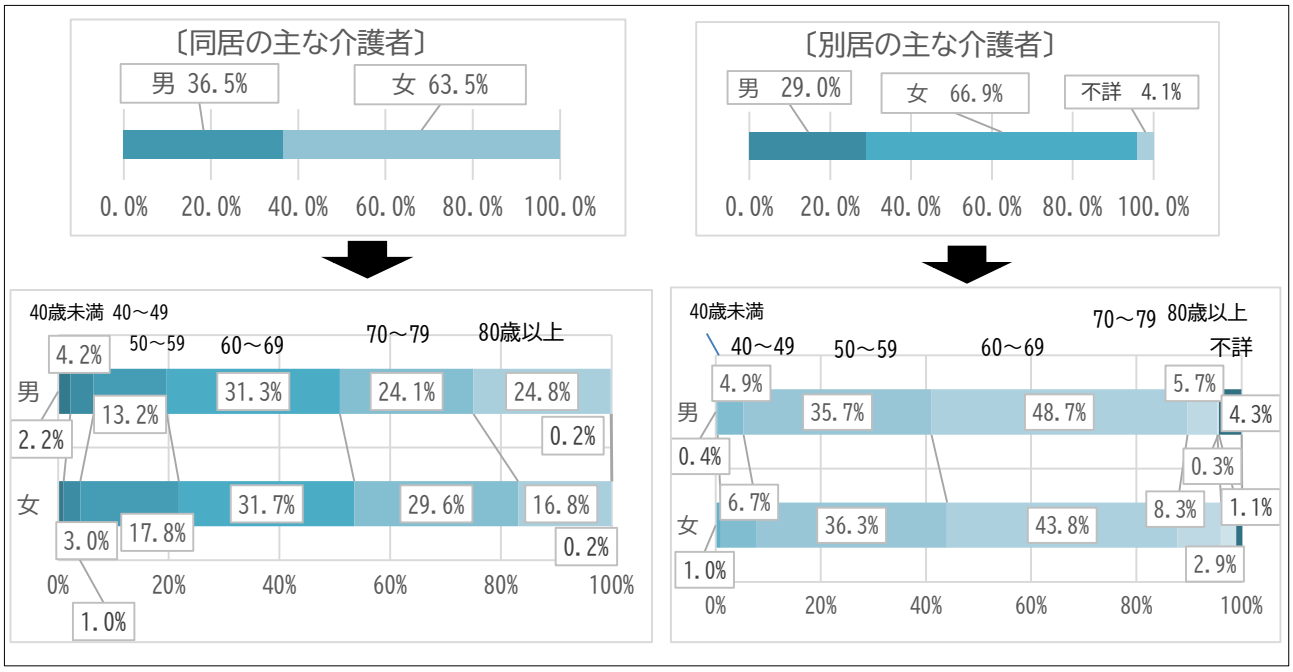
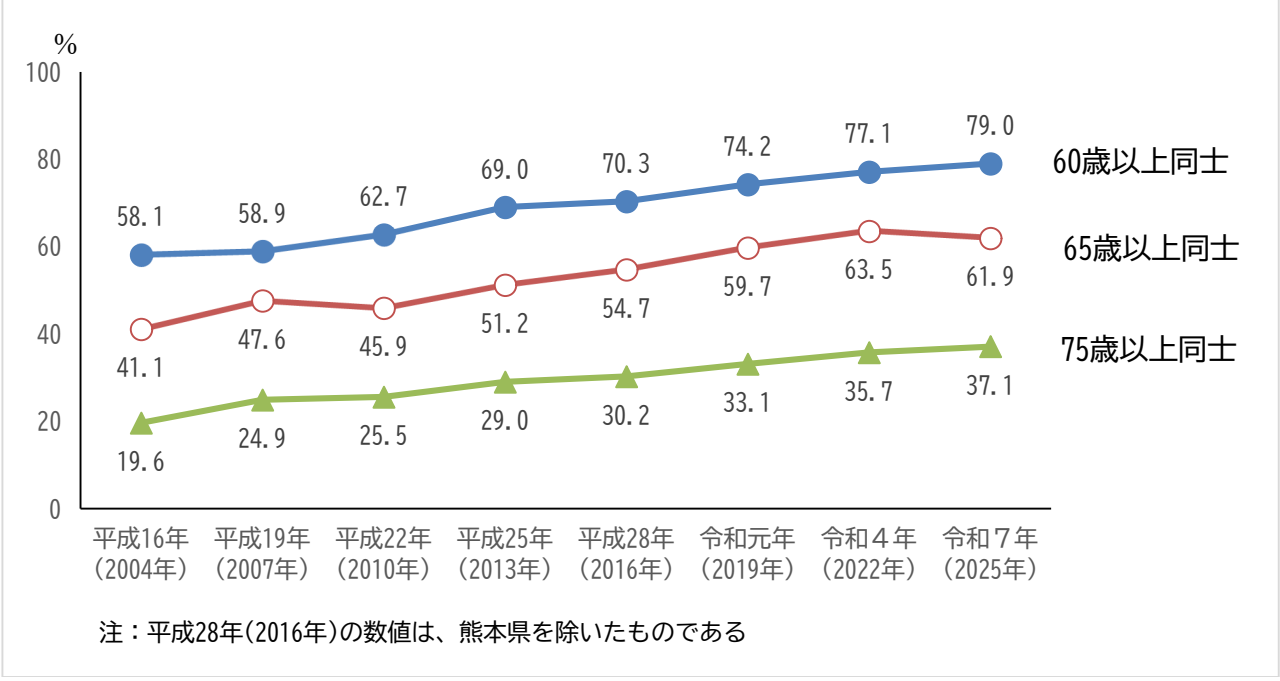


図14-３　要介護者等と同居の主な介護者の年齢組み合わせ(全国集計)



注：平成28年(2016年)の数値は、熊本県を除いたものである

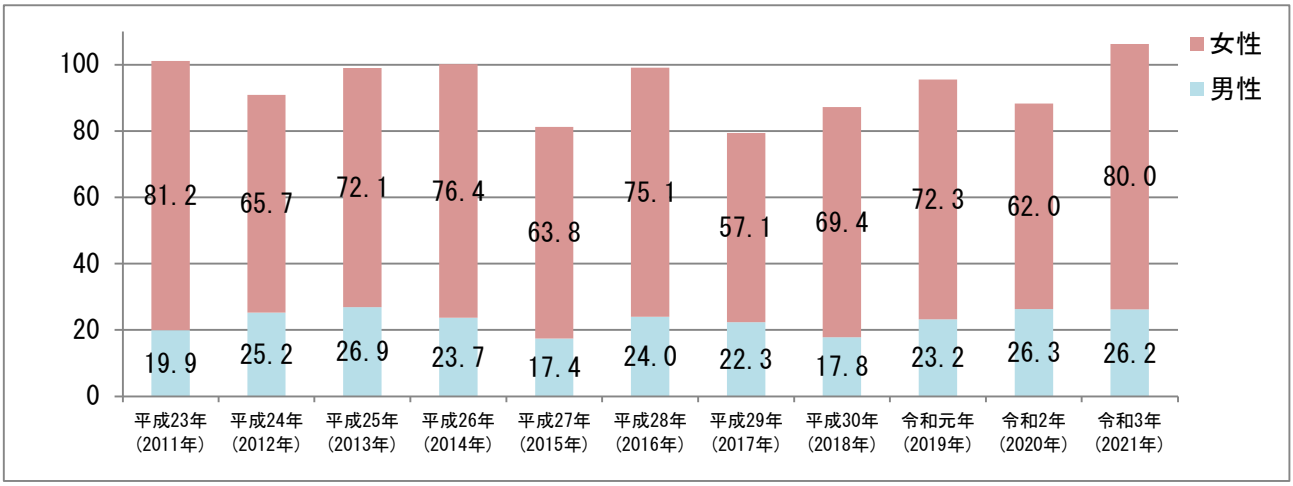
出典：令和７年(2025年)国民生活基礎調査（厚生労働省）

② 全国の介護者数と介護離職の状況（全国集計：図 15）

○ 令和４年(2022年)就業構造基本調査によると、15歳以上人口について、就業状況および介護の有無別にみると、介護をしている者は約629万人となっており、このうち有業者は約365万人になっています。介護をしている者は、平成24年(2012年)と比較すると約72万人の増加、このうち有業者数に関しては74万人の増加となっています。

○ 同調査によると、全国で介護・看護のために前職を離職した15歳以上の人口は、８万人から10万人の水準で推移しており、女性が７割から８割を占めています。

図15　介護・看護のために離職した者の推移（全国集計：男女別）　［単位：千人］



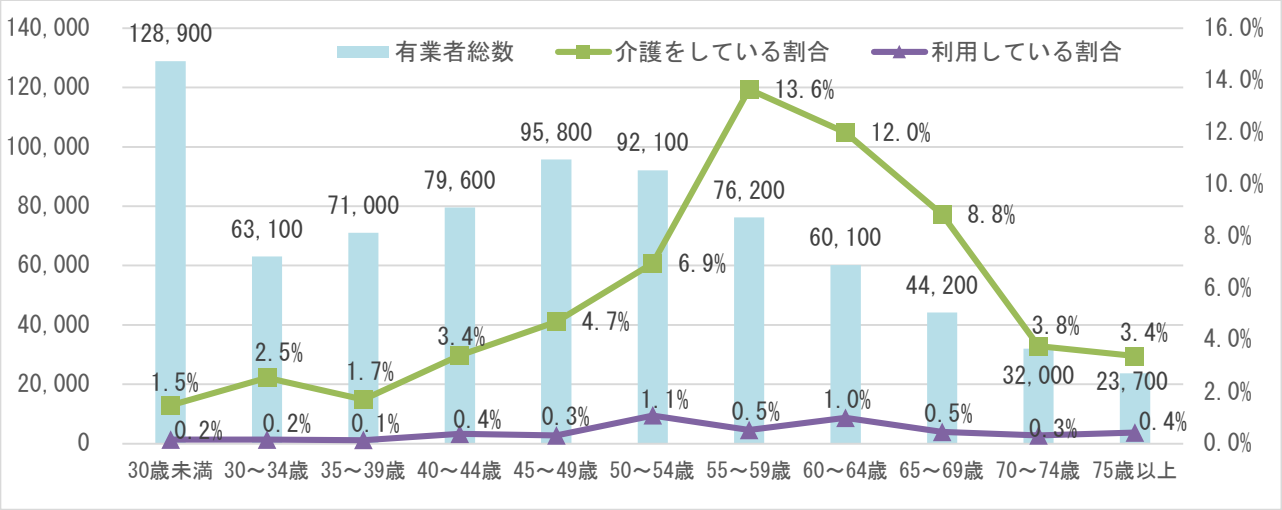
出典：令和４年(2022年)就業構造基本調査（総務省）
注：離職者数は各年10月から翌年９月までの数

③　滋賀県の有業者の介護の状況（図16）

○　就業構造基本調査によると、滋賀県で55歳～59歳までの有業者数は76,200人、うち「介護をしている」者は10,400人と約13.6%に上りますが、60歳以降では介護をしている割合は低下しています。

○　同調査によると、「介護休業等制度の利用あり」としているのは最も多い50歳～54歳までででも1,000人で、有業者に占める割合は約1.1%に留まっています。

図 16　滋賀県の有業者総数と介護をしている割合、制度を利用している割合　［単位：人・%］



出典：令和４年(2022 年)就業構造基本調査（総務省）

（４）滋賀県の介護職員等の状況（図 17）

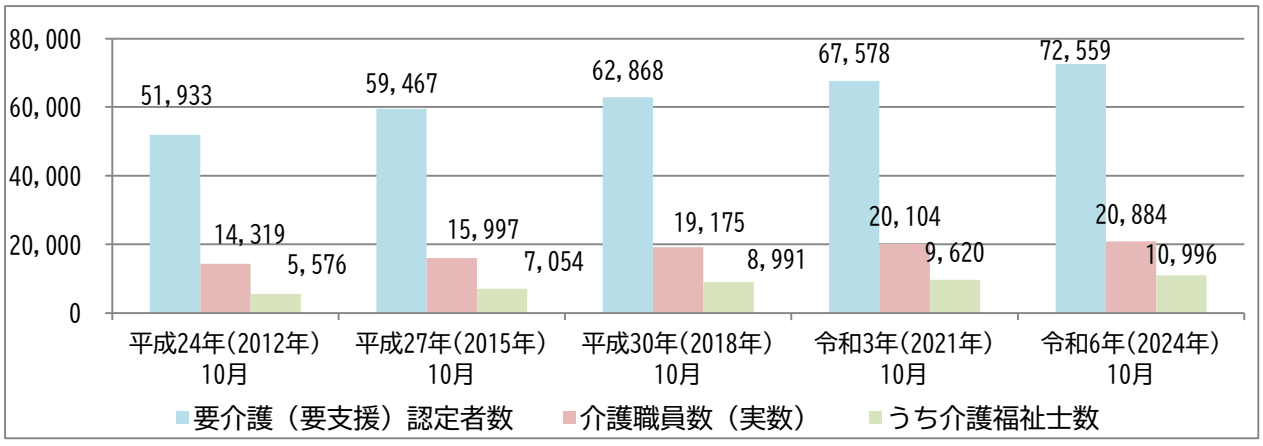
①　滋賀県の介護職員数・介護福祉士数

○　令和６年(2024年)介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）によると、滋賀県内の介護サービス施設・事業所に従事する職員数は37,369人で、うち介護職員数は20,884人となっています。

○　なかでも介護福祉士は10,996人となり、介護職員に占める割合も52.7%と年々増加傾向にあります。

○　このほか看護職員は4,750人(※)、介護支援専門員は2,071人となっています。

図17　要介護（要支援）認定者数および介護職員・介護福祉士数の推移（実数）　［単位：人］

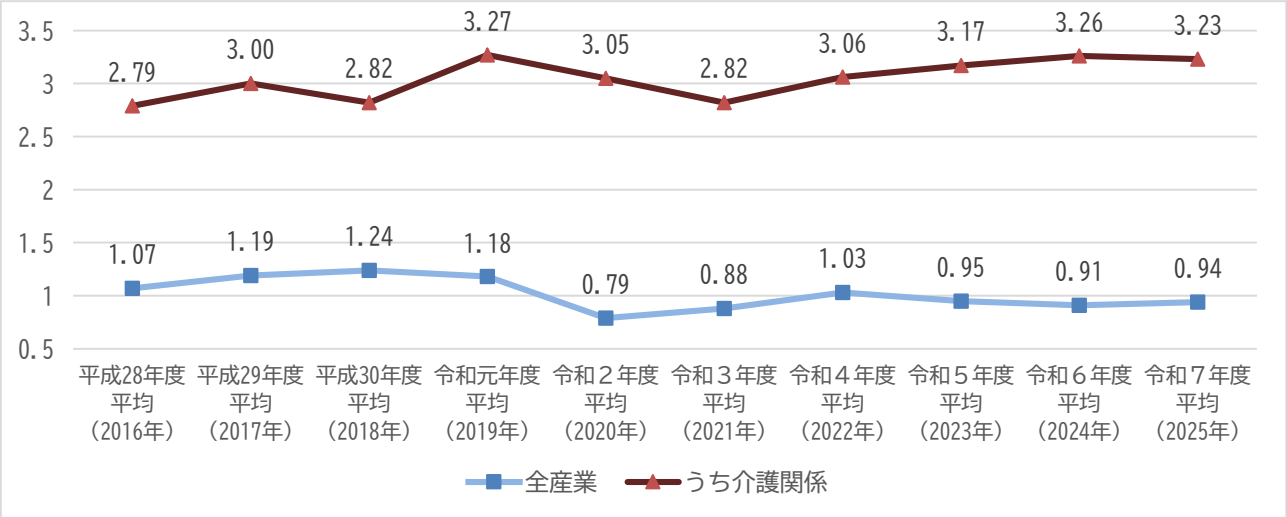


出典：要介護（要支援）認定者数：介護保険事業状況報告（厚生労働省）
介護職員数（実数）および介護福祉士数：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）
注：介護職員数・介護福祉士数については、平成30年調査以降、全数調査から標本調査へと方法が改められ、推計値の算出方法が変更されたため、平成29年調査以前の調査結果との比較には留意が必要である。
注：※ 看護職員数は、常勤・非常勤の別や専従・兼務を問わず１人と算定した延べ人数（訪問看護ステーションも介護サービス施設・事業所に含む）

②　滋賀県における有効求人倍率（図18）

○　職業別常用求人・求職状況（有効）によると、滋賀県の介護関係職種の有効求人倍率は、令和７年度(2025年度)平均で3.23倍となっており、全産業の0.94倍に比べて約3.4倍と高い水準にある傾向に変化は見られません。

図18　滋賀県の有効求人倍率の推移



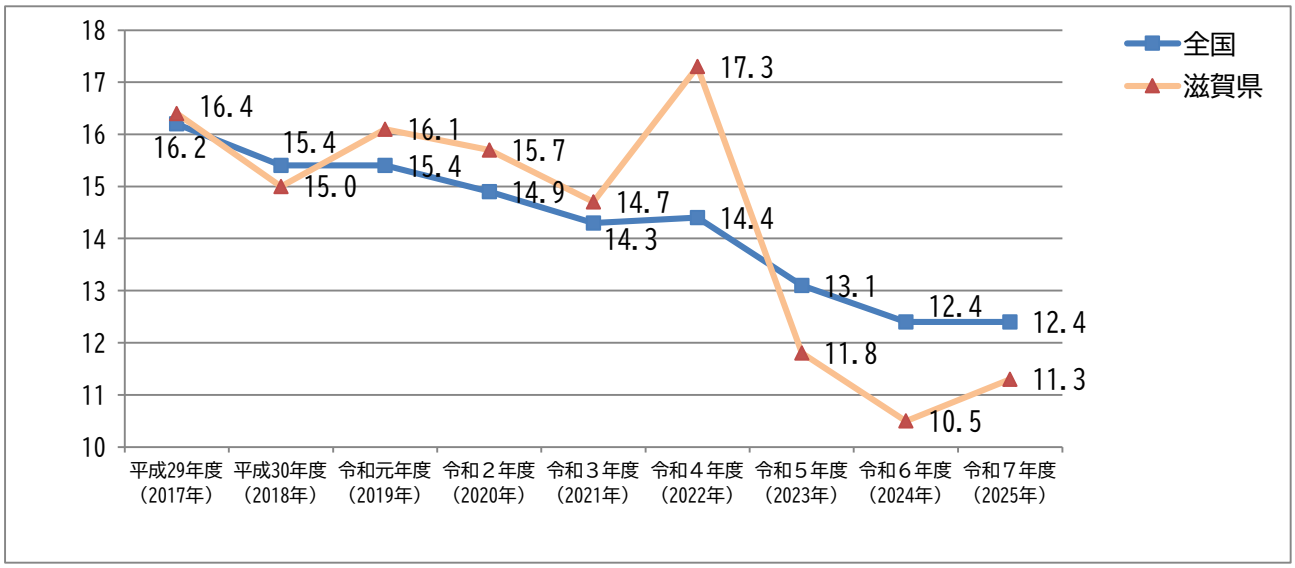
出典：職業別常用求人・求職状況（有効）（厚生労働省滋賀労働局）

③　離職率（図19）

○　介護労働実態調査によると、令和７年度(2025年度)の全国の介護職員の離職率は12.4%、滋賀県の離職率は11.3%となっています。

○　なお、雇用動向調査によると、令和７年度(2025年度)１年間の全国の全産業の離職率は13.7%、滋賀県では、13.0%となっています。

図19　介護職員の離職率　［単位：%］

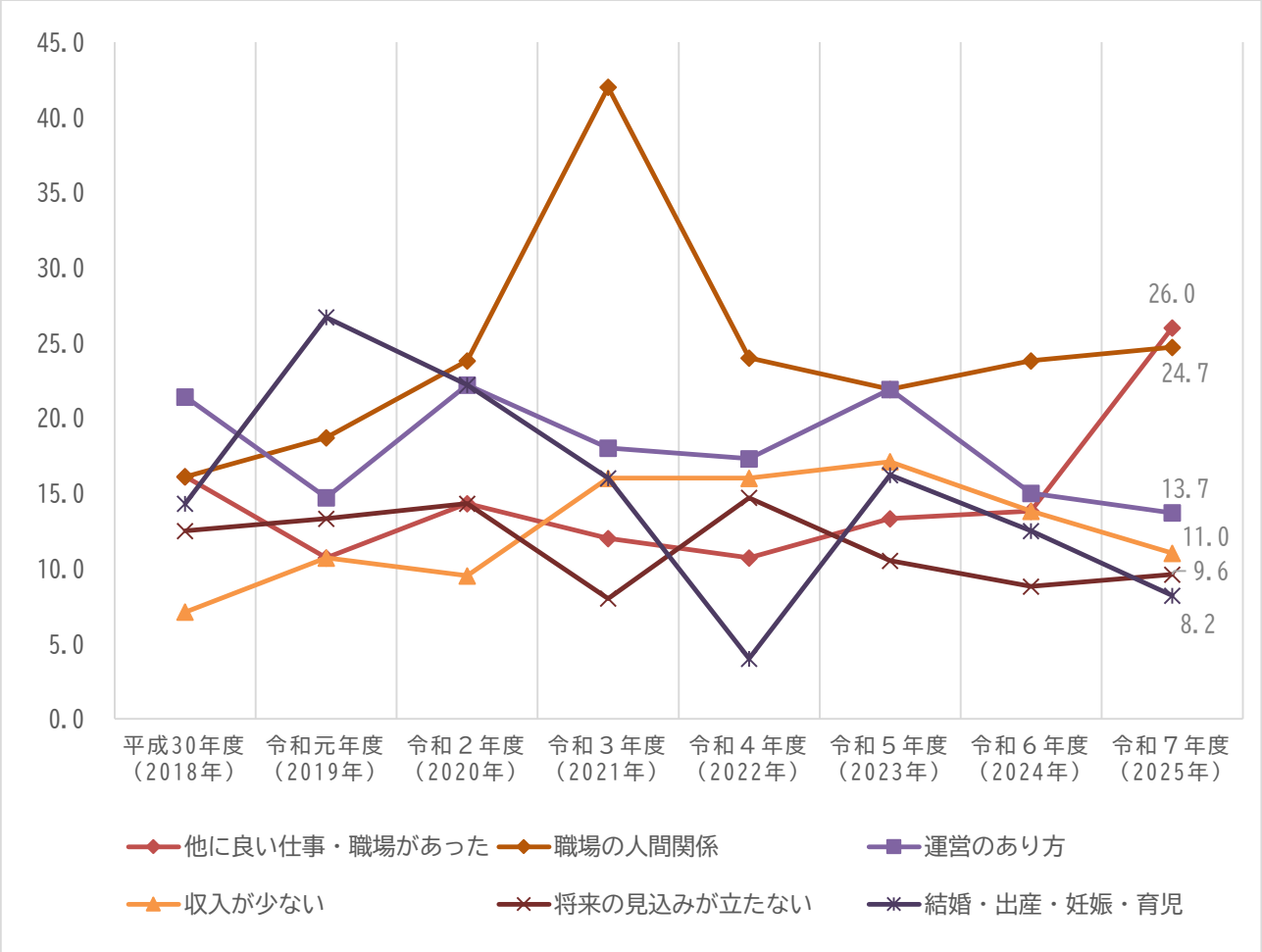


出典：介護労働実態調査（介護労働安定センター）
注：滋賀県のサンプル数（回答数）は約90事業所であることに留意が必要。

④　離職理由（図20）

○　滋賀県の令和７年度(2025年度)の介護職員の離職理由としては、「他に良い仕事・職場があった」が26.0％と最も多く、「職場の人間関係」が24.7％、「法人・事業所の理念・運営のあり方への不満」が13.7％などとなっています。

図 20　滋賀県の介護職員離職理由の推移　　［単位：％］



出典：介護労働実態調査（介護労働安定センター）
注：滋賀県のサンプル数（回答数）は約 90 人であることに留意が必要。

３　自然災害

（１）風水害（全国集計：表23）

○　本県の河川はいずれも中小河川で天井川が多いことから、大雨の際は水位が急上昇しやすく、またひとたび堤防が決壊すると、被害が大きくなる可能性があります。

○　過去に本県の災害の原因となった気象要素としては、台風によるものが最多で、次いで前線、低気圧、季節風の順となっており、死者と全壊家屋を伴うような大災害は、ほとんど台風が原因となっています。一方で、近年は全国的に前線を伴う大雨や線状降水帯[4]など、毎年のように水害・土砂災害が発生しています。

○　風水害をはじめとする自然災害が発生すると、自力での避難が難しく支援が必要な高齢者が被害を受けやすくなることが指摘されています。

表23　近年の災害における高齢者の死者の割合（高齢者の死者数/全体死者数）

災害名	割合	備考
令和２年７月豪雨	79%　（63人/80人）	※65歳以上
（うち熊本県）	85%　（55人/65人）	
令和元年台風19号	65%　（55人/84人）	※65歳以上
平成30年７月豪雨	70%　（131人/199人）	※愛媛県、岡山県、広島県の死者数のうち、60歳以上
（うち市町別死者最大の倉敷市真備町）	80%　（45人/51人）	※70歳以上

出典：令和元年台風第19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について（最終とりまとめ）（中央防災会議 防災対策実行会議）

（２）地震

○　本県周辺には多くの活断層があり、特に発生確率が高いとされているのは「琵琶湖西岸断層帯」を震源とする地震です。今後30年以内の地震発生確率は、１～３％と言われており、日本の主な活断層の中でも最も発生確率の高いＳランクに分類されています。北部と南部が同時に活動した場合、地震の大きさはマグニチュード7.8程度で、最大で震度７の揺れがあると想定されています。人的被害は、死者数約2,100名、負傷者約21,000名、建物被害は全壊約38,000棟、半壊約83,000棟、避難者数は約250,000人と非常に甚大な被害が想定されています。

○　このほか、本県に大きな被害を及ぼす可能性が高い地震としては、南海トラフ巨大地震が挙げられます。地震発生確率は10年以内に30%、30年以内に70～80%と言われており、基本ケースによる被害想定は、県全域で震度６弱・５強、県域の死者は約10人、負傷者は最大で1,300人、建物全壊2,400棟、半壊22,000棟などとなっています。

[4] **線状降水帯**…次々と発生する積乱雲が列をなし、同じ場所を通過または停滞することで、線上に伸びた地域に大雨を降らせるもの。

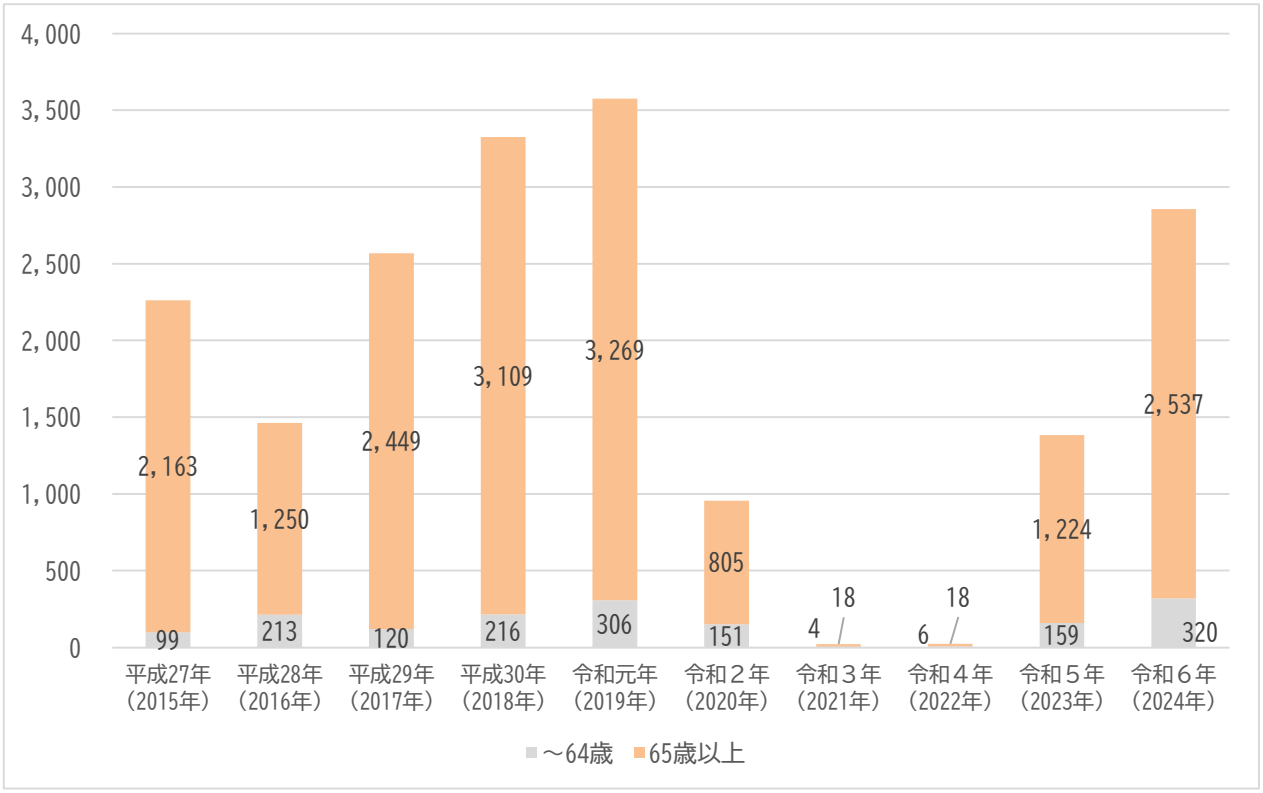
４　感染症

（１）インフルエンザ（全国集計：図22）

○　インフルエンザは高齢者を中心とする慢性疾患を有する人が罹患すると肺炎を併発するなど重症化する場合が多く、人口動態調査によると、インフルエンザによる死亡者の９割前後を高齢者が占めています。

○　新型コロナウイルス感染症の流行が始まる令和２年(2020年)まで、インフルエンザによる死亡数は増加傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染症の流行が始まって以降、死亡者数は急減しました。感染症法上の５類感染症になった令和５年以降、再び死亡者数は増加しています。

図22　全国のインフルエンザによる死亡者数の推移　　［単位：人］



出典：人口動態調査（厚生労働省）

5　県民の意識（令和７年度（2025年度）「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」）

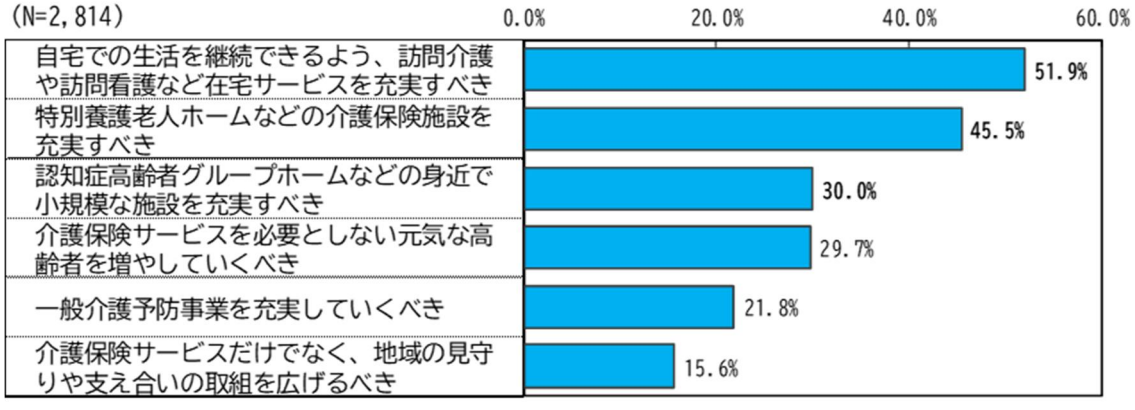
（１）将来介護が必要になった時に、介護を受けたい場所

○　将来介護が必要になった時に介護を受けたい場所は、「自宅」が29.7%、次いで「見守りや介護サービスが受けられる高齢者住宅」（19.4%）、「特別養護老人ホームなどの施設」（13.8%）となっています。

将来介護を受けたい場所	1 自宅で介護してほしい（訪問介護など在宅の介護サービスを利用）	2 子どもの家で介護してほしい（訪問介護など在宅の介護サービスを利用）	3 兄弟姉妹など親族の家で介護してほしい（訪問介護など在宅の介護サービスを利用）	4 見守りや介護サービスが受けられる高齢者住宅（サービス付き高齢者向け住宅）を利用したい	5 有料老人ホームなどを利用したい	6 認知症高齢者グループホームなどの身近で小規模な施設に入所したい	7 特別養護老人ホームなどの施設に入所したい	8 病院などの医療機関に入院したい	その他	わからない	無回答	(1～3) 自宅等	(4～7) 居住系サービス	(8) 医療機関
令和７年度調査(N=2,814)	29.7	0.3	0.0	19.4	12.2	3.9	13.8	5.5	1.1	12.9	1.3	30.0	49.2	5.5
令和４年度調査(N=2,992)	26.3	0.2	0.1	19.9	8.1	4.9	15.8	7.5	2.1	13.8	1.3	26.6	48.7	7.5
令和元年度調査(N=3,015)	29.1	0.5	0.2	19.2	9.3	4.0	16.5	6.5	2.1	12.0	0.6	29.8	49.0	6.5
平成28年度調査(N=3,359)	29.1	1.1	0.2	11.6	6.6	-	20.3	9.8	1.3	10.0	9.8	30.4	38.5	9.8

（２）介護保険サービスで力を入れるべきこと

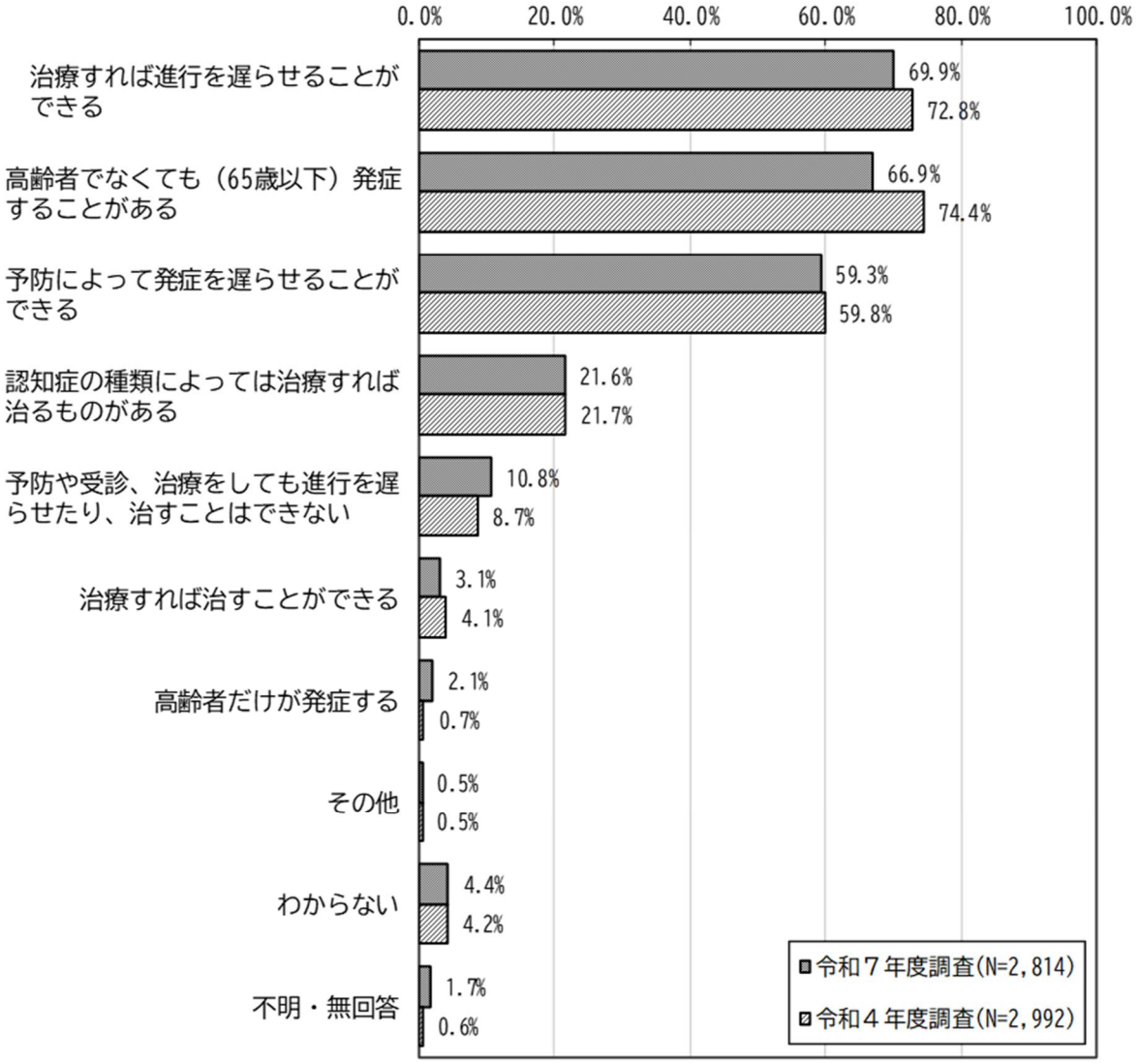
○　介護保険サービスで力を入れるべきことは、「自宅での生活を継続できるよう、訪問介護や訪問看護など在宅サービスを充実すべき」が51.9%、次いで「特別養護老人ホームなどの介護保険施設を充実すべき」（45.5%）、「認知症高齢者グループホームなどの身近で小規模な施設を充実すべき」（30.0%）などとなっています。



※その他：2.2%、わからない：6.4%、無回答：1.0%は、省略。　　３つ以内で複数回答

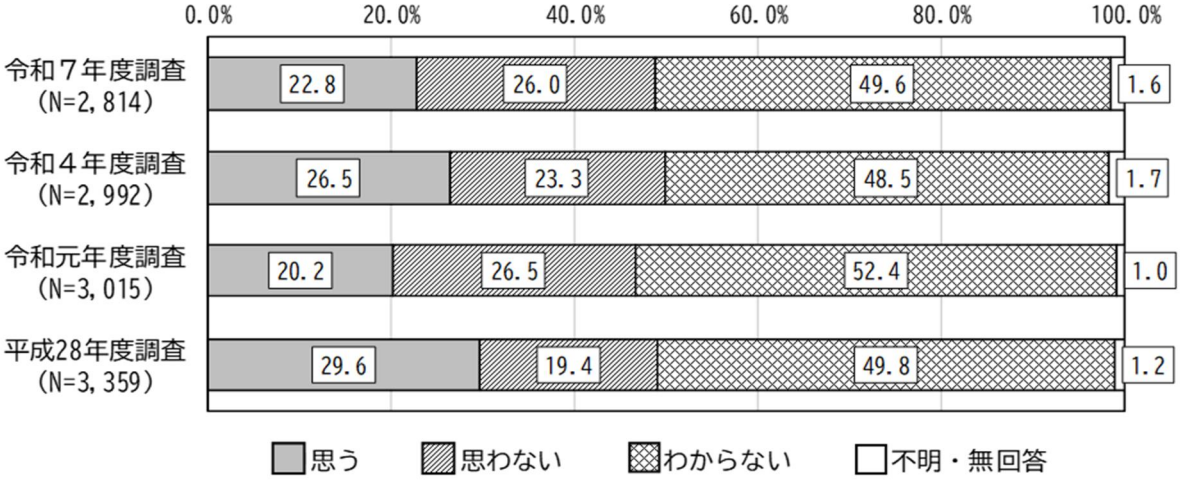
（３）認知症の医療についての考え

○　認知症についての考えをみると、「治療すれば進行を遅らせることができる」が69.9%で最も多く、次いで「高齢者でなくても（65歳以下）発症することがある」で66.9%、「予防によって発症を遅らせることができる」で59.3%となっています。（複数回答）



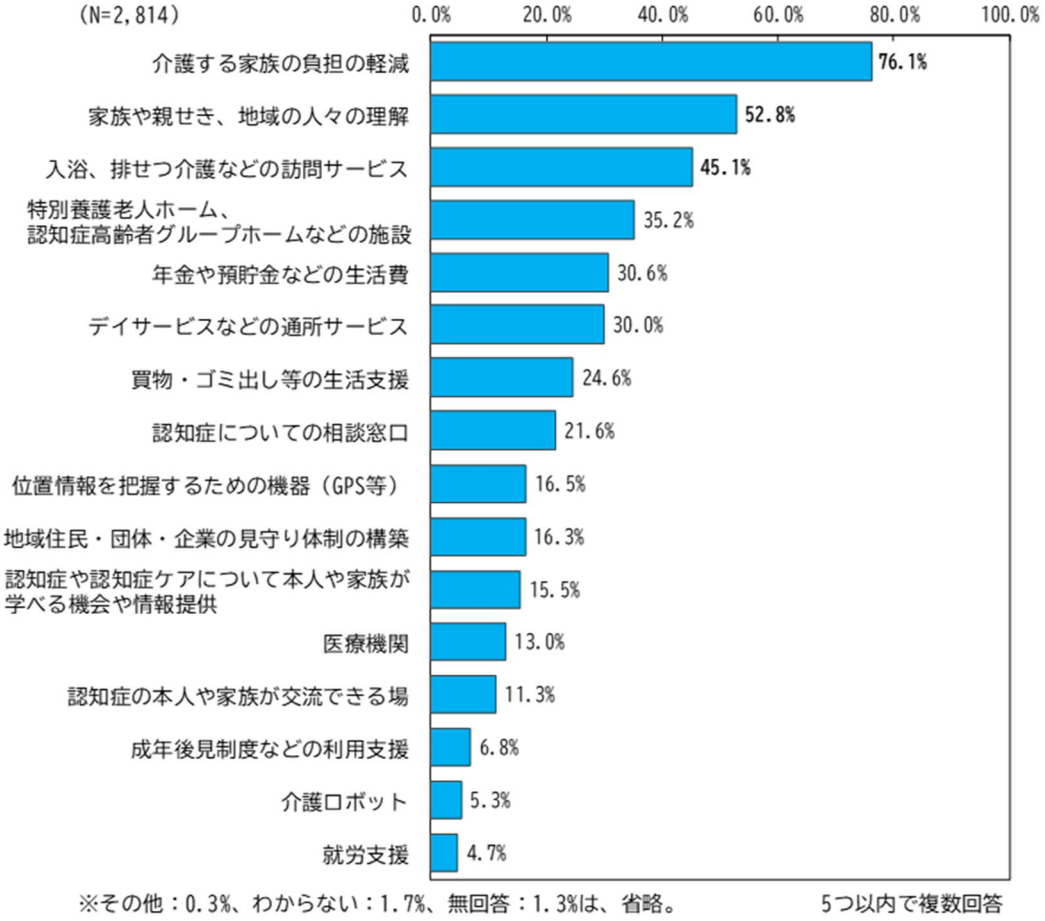
（４）認知症になったとき、住み慣れた地域で暮らし続けることができると思うか

○　認知症になったとき、住み慣れた地域で暮らし続けることができると思うかをみると、「わからない」が49.6％で最も多く、次いで「思わない」で26.0％、「思う」で22.8％となっています。



（５）認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要なこと

○　認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要なことは、「介護する家族の負担の軽減」で76.1％、次いで「家族や親せき、地域の人々の理解」（52.8％）、「入浴、排せつ介護などの訪問サービス」（45.1％）となっています。



※その他：0.3%、わからない：1.7%、無回答：1.3%は、省略。　　5つ以内で複数回答

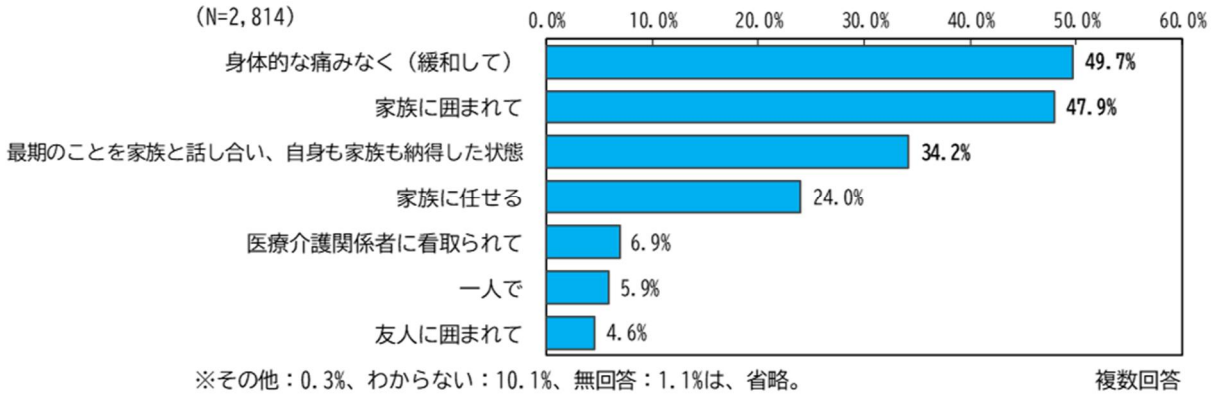
（６）人生の最期を迎えたい場所

○　人生の最期を迎えたい場所は、「自宅」が38.1％で最も多く、次いで「病院」が26.5％となっています。

人生の最期を迎えたい場所	自宅	病院	特別養護老人ホーム	認知症高齢者グループホーム	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	その他	わからない	無回答
令和７年度調査(N=2,814)	38.1	26.5	2.1	0.5	0.8	1.8	1.5	27.8	0.9
令和４年度調査(N=2,992)	40.8	23.8	2.5	0.4	0.9	2.2	1.2	27.7	0.5
令和元年度調査(N=3,015)	41.9	22.9	3.3	0.1	1.0	1.9	2.4	25.4	1.3
平成28年度調査(N=3,359)	41.9	22.5	5.1	－	0.6	2.2	0.9	20.9	4.1

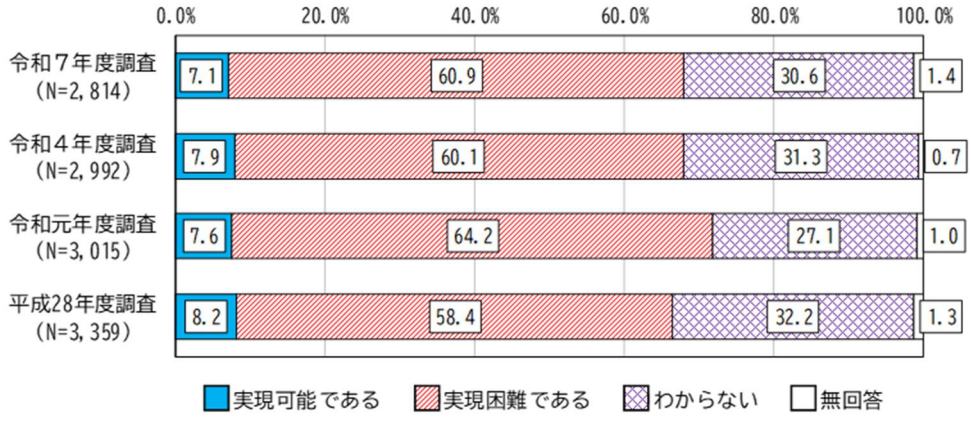
（７）人生の最期を迎えたい状況

○　人生の最期を迎えたい状況をみると、「身体的な痛みなく（緩和して）」で49.7％、次いで「家族に囲まれて」が47.9％となっています。



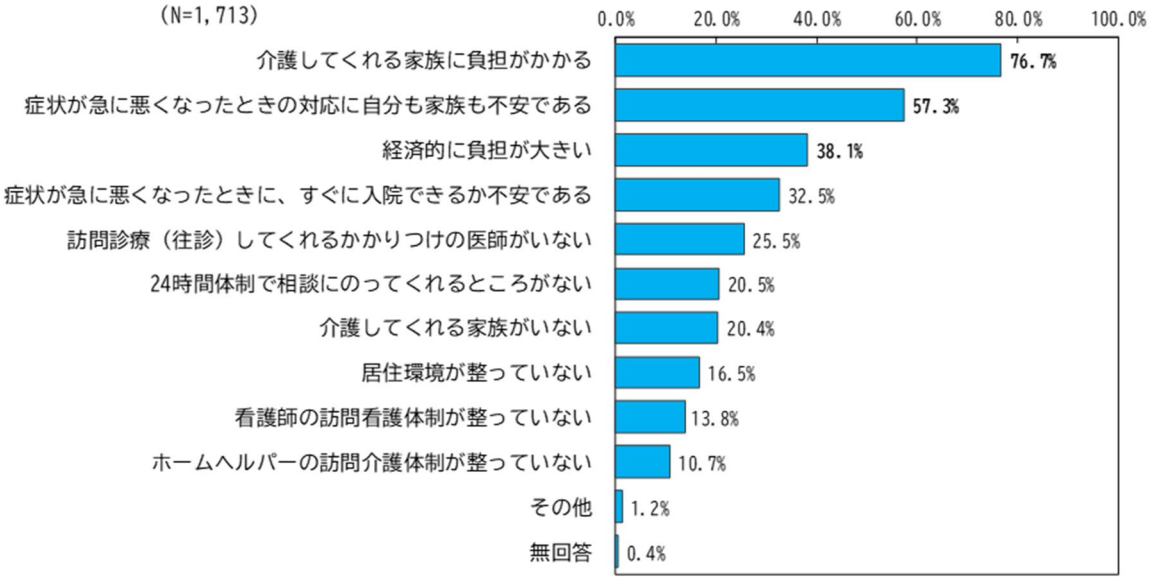
（８）自宅で最期まで療養できるか

○　自宅で最期まで療養できるかは、「実現困難である」が60.9％、「実現可能である」で7.1％となっています。



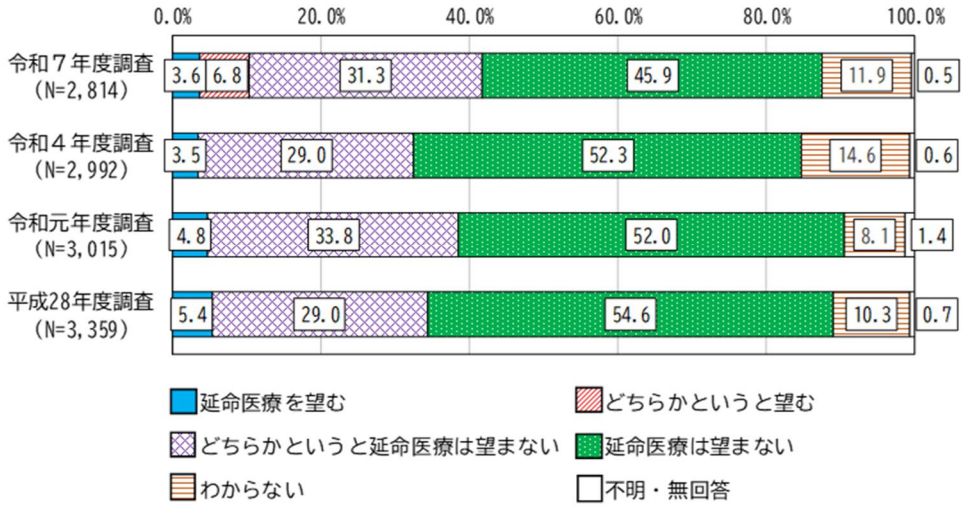
（９）自宅療養が実現困難な理由

○　自宅で最期まで療養することが「実現困難である」と回答した人に、その理由をたずねたところ、「介護してくれる家族に負担がかかる」が76.7%で最も多く、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」（57.3%）、「経済的に負担が大きい」（38.1%）となっています。



（10）延命医療の希望

○　延命医療の希望は、「延命医療は望まない」が45.9%で、「どちらかというと延命医療は望まない」（31.3%）と合わせると、約８割が『望まない』と回答しています。



	望む	望まない
令和７年度調査	10.3	77.2
令和４年度調査	3.5	81.3
令和元年度調査	4.8	85.8
平成28年度調査	5.4	83.6

※令和７年度調査では、調査項目「どちらかというと望む」を新設。

（11）地域とのつながりの状況

○　地域とのつながりの状況をみると、「地域に友人がいる」が35.9％で最も多く、次いで「地域ととくにつながりはない」で33.6％、「地域の行事に参加している」で33.1％となっています。

	地域に気軽に行ける場所がある	地域の行事に参加している	自治会の役員等をしている	地域に友人がいる	地域で困ったときに助けてくれる人がいる	地域ととくにつながりはない	不明・無回答	つながりある
令和７年度調査(N=2,814)	19.0	33.1	13.8	35.9	20.8	33.6	2.0	64.4
令和４年度調査(N=2,992)	18.8	38.9	16.0	38.7	22.4	30.4	2.0	67.6
令和元年度調査(N=3,015)	19.6	44.1	17.4	40.4	21.4	30.0	1.8	68.2

６　高齢の障害者（全国集計）

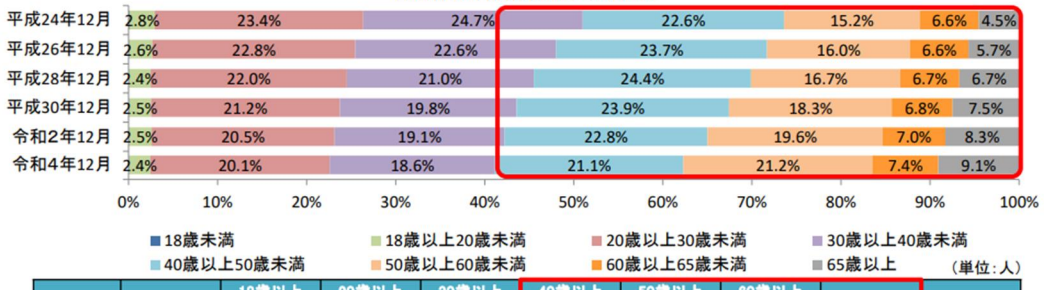
内容調整中

○　障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業である就労継続支援Ｂ型事業所の利用者の年齢階層別の分布では、高齢者の割合が増加しています。

就労継続支援Ｂ型の現状②

○　年齢階層別に利用者の分布を見ると、４０歳以上の利用者が増えてきており、令和４年１２月時点で５８．８％が４０歳以上の利用者である。

利用者の年齢階層別分布の状況



（単位：人）

	18歳未満	18歳以上20歳未満	20歳以上30歳未満	30歳以上40歳未満	40歳以上50歳未満	50歳以上60歳未満	60歳以上65歳未満	65歳以上	合計
H24.12	161	4,609	37,951	39,974	41,488	24,702	10,727	7,362	162,150
H26.12	142	5,010	43,889	43,442	45,596	30,898	12,635	10,962	192,574
H28.12	125	5,371	48,619	46,339	53,818	36,974	14,699	14,802	220,747
H30.12	162	6,222	53,505	50,102	60,215	46,153	17,182	18,899	252,440
R2.12	174	7,188	58,148	53,998	64,505	55,604	19,940	23,467	283,024
R4.12	236	7,680	64,919	59,858	68,154	68,407	23,874	29,286	322,414

【出典】国保連データ

出典：障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（厚生労働省）第 38 回（R5.10.11）資料３

6　制度の変遷等

（１）介護保険制度の変遷

○　平成12年(2000年)４月に、「介護を国民みんなで支え合う」という考え方のもとに介護保険制度が導入され、多様なサービス主体から、利用者の選択に基づき、保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的、効果的に提供される制度が確立されました。

○　平成26年(2014年)には、地域包括ケアシステムの構築および介護保険制度の持続可能性の確保のため、介護保険制度の改革が行われました。在宅医療・介護連携の推進など地域支援事業の充実、予防給付のうち訪問介護および通所介護の地域支援事業への移行、特別養護老人ホームへの新規入所者を原則要介護３以上の高齢者に限定すること、また、費用負担の公平化として低所得者の保険料軽減の拡充と併せて一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げることなどが、平成27年(2015年)４月以降、順次施行されました。

○　「医療介護総合確保推進法」の改正も平成26年度(2014年度)に行われ、国の交付金を活用して地域医療介護総合確保基金を設置しました。平成26年度(2014年度)から医療事業、平成27年度(2015年度)から介護施設等整備事業および介護従事者確保事業について、本計画の推進にあたって当該基金を活用しています。

○　平成29年(2017年)には、地域包括ケアシステムの深化・推進および介護保険制度の持続可能性の確保のため、自立支援・重度化防止に向けた取組の推進、医療・介護連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直しなどの介護保険制度の見直しが行われました。この際、都道府県による市町村に対する支援事業等が制度化されたほか、自治体への財政的インセンティブとして、平成30年度(2018年度)から保険者機能強化推進交付金が創設されています。

○　令和２年(2020年)には、地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の推進、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保および業務効率化の取組強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等が行われました。

○　令和５年(2023年)には、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業が地域支援事業として位置付けられました。また介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課したうえで、当該情報に係るデータベースが整備されることになりました。

（２）医療・介護連携

○　平成26年度(2014年度)の、「医療介護総合確保推進法」の改正以降、「医療と介護の一体的な改革」の取組が進められてきました。

○　この際改正された医療法では、都道府県に地域医療構想の策定が義務付けられ、本県においても医療法第30条の４の規定に基づく医療計画の一部として、平成28年（2016年）３月に滋賀県地域医療構想を策定し、病床の機能の分化と連携等に向けた取組を進めてきました。

○　令和７年（2025年）には、2040年を見据えた地域包括ケアシステムの構築にも資する効率的かつ効果的な医療提供体制の構築に向け、新たな地域医療構想に向けた必要な制度整備等を内容とした医療法等の一部を改正する法律が成立し、各都道府県において、令和10年度（2027年度）までに新たな地域医療構想を策定することとされています。

第２章　計画の目指すもの

１　基本理念

誰もが自分らしく幸せを感じられる「健康しが」の実現
～ 高齢期の暮らしを支える滋賀の「医療福祉」の推進 ～

２　基本目標

2040 年に向けた地域包括ケアシステムの深化・充実による共生社会づくり

（１）　年齢や心身の状態にかかわらず、誰もが生きていることを輝かせ、最期の時までその人らしく居場所や役割を持って活躍できることを目指します。

（２）　医療や介護、認知機能の低下による支援が必要になっても、当事者の意向が十分に尊重され、本人やその家族をはじめとした周囲の人も、地域において安心して日常生活を営むことができることを目指します。

（３）　保健・医療・福祉が一体となって地域での暮らしを支える滋賀の「医療福祉」の推進を中心に、地域の特性や実情に応じた地域包括ケアシステムの深化・充実を図ります。

（４）　少子高齢化が進展し、単身高齢者世帯が増加する中、必要な人に必要な介護サービスを適切に提供できるよう、サービス提供の要となる介護人材の確保・育成・定着を進めるとともに、サービス提供の基盤整備を図ります。

（５）　制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、地域住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともにつくっていく社会の実現を目指します。

〈大切にしたい視点〉
- ○　自分らしく暮らしたいという本人の思いの尊重と実現
- ○　保健・医療・福祉が一体となって暮らしを支える「医療福祉」の推進
- ○　介護人材の確保・育成・定着とサービス提供の基盤整備

コラム１：滋賀の「医療福祉」

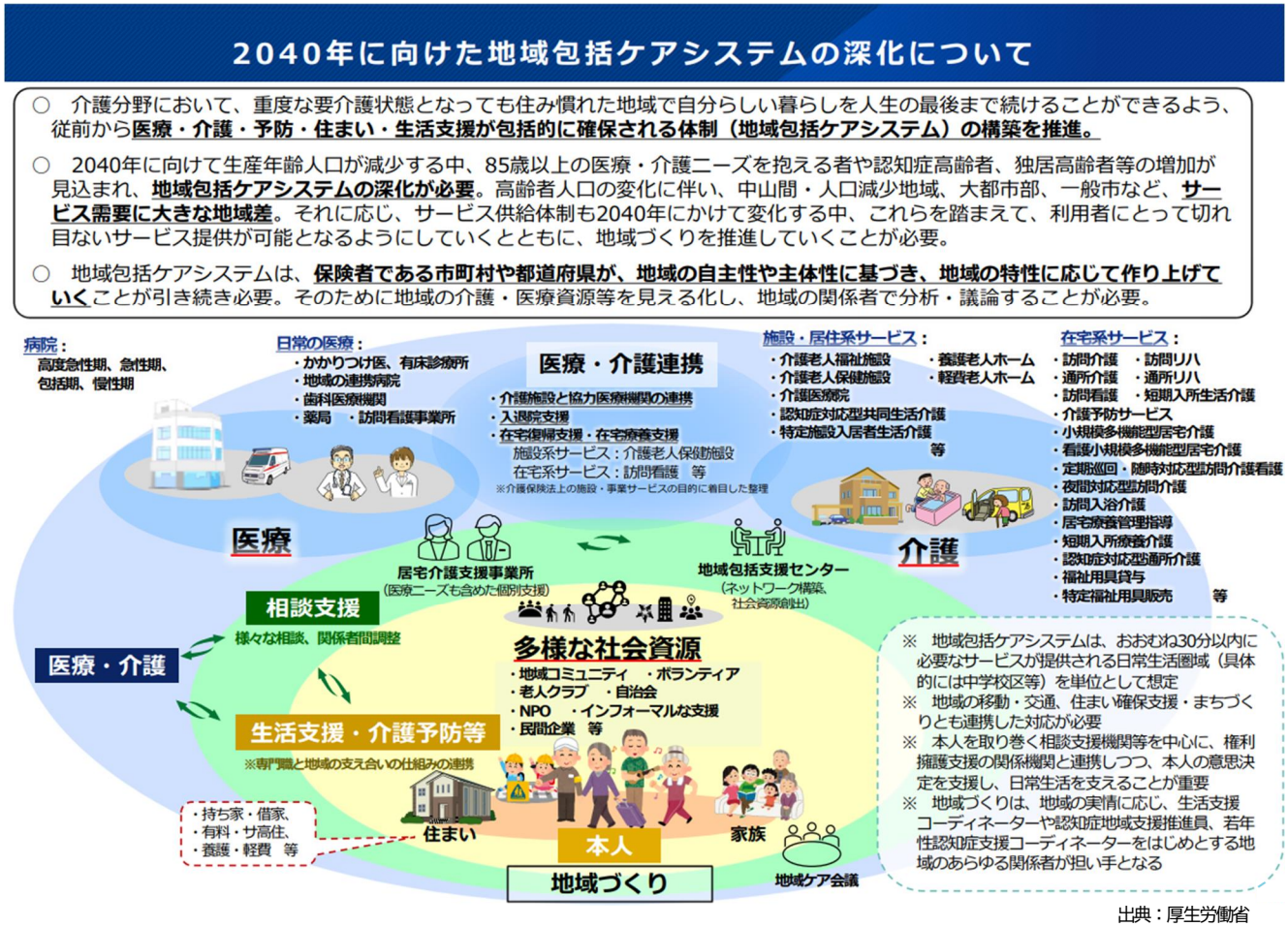
滋賀のあるべき総合的な医療福祉の姿について検討を行い、平成 21 年(2009 年)の 12 月に最終報告書を取りまとめた「滋賀の医療福祉を考える懇話会」において新たな概念として示されたもので、『保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するということにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考えを表す言葉』とされています。

コラム２：地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制とされています。

始まりは 1970 年代半ば、広島県の御調町（みつぎちょう：現 尾道市の一部）の国保病院（現 公立みつぎ総合病院）山口昇（やまぐち のぼる）院長（当時）主導による、退院後の再増悪・再入院を減らす取組[1]とされ、病院医療と地域福祉の連携から保健・医療・福祉の連携体制が構築され、各地に広まったとされています。

その後、平成 15 年(2003 年)に、厚生労働省老健局長の私的研究会として高齢者介護研究会が設置され、平成 20 年(2008 年)には、厚生労働省の老人保健健康増進等事業において「地域包括ケア研究会」が発足し、今に続く地域包括ケアシステムの核となる概念が形成されることになります。



出典：厚生労働省

[1] 出典：「地域包括ケアシステムとは－その必要性と成立までの経緯」日本慢性期医療協会『慢性期.com』 2021 年（埼玉県立大学 田中滋教授・当時）

目標達成に向け、重点的に取り組む事項

１　誰もがその人らしく生きがいを持って活躍し、ともに支えあう共生社会づくり

○　年齢や心身の状態にかかわらず、その人らしい居場所や役割があり、その存在が認められるとともに、就労やボランティア、地域活動、文化芸術・スポーツ、健康づくりなど多様な活動に参画できるよう、フレイル（心身の虚弱）予防、社会資源とのつながり支援、そのために必要となる移動支援等について、市町や関係団体、他計画と連携して取り組みます。

○　また、ケアを提供する家族や周囲の人も自分らしく生活できるよう、社会全体での理解や支援を促進します。

２　認知症になっても、自分らしく安心して暮らせる認知症施策の推進地域の特性に応じた支援の充実

○　認知症の本人やその家族等、当事者の声を踏まえつつ、認知症を我が事としてとらえ、認知症を発症しても、希望と尊厳をもって、認知症とともに、誰もが自分らしく安心して暮らし続けることができる地域づくりと支援体制の充実を図ります。

３　療養から看取りまでを支える医療福祉の体制充実と人材育成

○　本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合って共有するＡＣＰ[2]の取組や、頼れる身寄りがいない高齢者への支援体制の構築を進めるとともに、住み慣れた地域や望む環境で、必要な支援を受けることができる医療福祉の体制充実、人材育成、支え合いのできる地域づくりを進めます。

４　介護現場を支える介護職員等の確保・育成・定着

○　2040年を見据えた介護人材の需給推計を更新したうえで、介護職員や介護支援専門員等の確保・育成に取り組むとともに、介護テクノロジーの導入支援等により、介護従事者の負担軽減やケアの質の向上、職場環境の改善を推進し、人材の定着を図ります。

５　地域の実情に応じたサービス提供・支援体制づくり

○　新たな地域医療構想[3]の検討により見込まれる在宅医療や、介護サービスの需要に地域差が生じること等も見据えながら、高齢者の住まいの確保や必要な人に必要な医療・介護サービスを一体的に提供できる体制整備を図ります。

---

[2] ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）…もしものときに備えて、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取組のこと。愛称は「人生会議」。

[3] 新たな地域医療構想の検討…医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む 2040 年とその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築するため、令和 10 年度中までに都道府県で策定する新構想のこと。

＜調整中＞　このページは、第３期の県基本構想実施計画の策定状況や、
令和８年度滋賀県世論調査の公表等に合わせて調整します

政策目標

○　滋賀県基本構想実施計画（第３期：令和９～12 年度）においては、10 の政策の柱ごとに政策目標を設定し、それぞれの施策を展開していくこととしています。

○　レイカディア滋賀 高齢者福祉プランでは、関係の深い「政策２ 健やかで笑顔あふれる社会づくり」「政策３ 「自分らしさ」が大切にされ、誰もが活躍できる共生社会づくり」の政策目標のうち、特に次のものの実現に取り組むこととします。

■客観的健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）

	R5(2023)年 基準値	目標値　R11(2029)年
男性	80.88 歳	健康寿命の延伸
女性	84.73 歳	

（出典）滋賀県衛生科学センター

■地域とのつながり

	R7(2025)年 基準値	目標値　R11(2029)年
地域とのつながりが維持されていると感じる人の割合	43.8% （ R8 速報値 43.1% ）	54.3%を超える

（出典）滋賀県政世論調査

※目標値は、滋賀県地域福祉支援計画（R8～R12）の R12目標値について、本プランの計画期間（R9～R11）に置き換えて設定

■サービス利用環境の満足度

	R7(2025)年 基準値	目標値　R11(2029)年
必要な医療サービスを利用できる環境が整っていると感じる人の割合	65.2% （ R8 速報値 67.0% ）	73.8%を超える
必要な福祉サービスを利用できる環境が整っていると感じる人の割合	45.1% （ R8 速報値 45.9% ）	53.0%を超える

（出典）滋賀県政世論調査

※目標値は、滋賀県地域福祉支援計画（R8～R12）の R12目標値について、本プランの計画期間（R9～R11）に置き換えて設定

＜調整中＞　令和８年度滋賀県世論調査の公表等に合わせて更新予定

【参考】R7(2025)年 基準値の保健福祉圏域別別、年代別の内訳

・地域とのつながりが維持されていると感じる人の割合

＜保健福祉圏域別＞

全県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	不明
43.8%	43.5%	43.5%	37.7%	45.0%	43.2%	49.7%	48.1%	40.0%

＜年代別＞

全県	18～34歳	35～49歳	50～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
43.8%	46.4%	46.7%	42.5%	39.5%	39.2%	37.5%

・必要な医療サービスを利用できる環境が整っていると感じる人の割合

＜保健福祉圏域別＞

全県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	不明
65.2%	67.1%	75.9%	60.2%	59.0%	54.9%	64.3%	51.2%	46.7%

＜年代別＞

全県	18～34歳	35～49歳	50～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
65.2%	71.0%	60.0%	60.6%	65.4%	70.8%	43.8%

・必要な福祉サービスを利用できる環境が整っていると感じる人の割合

＜保健福祉圏域別＞

全県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	不明
45.1%	47.2%	44.9%	43.5%	43.7%	43.2%	50.3%	34.9%	20.0%

＜年代別＞

全県	18～34歳	35～49歳	50～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
45.1%	48.7%	37.1%	43.4%	48.9%	52.4%	18.8%

■基本目標の達成に向けたロジックモデル　【このページは新規追加】

具体的な施策	主なアウトプット	中間アウトカム	目指す姿（最終アウトカム）
1．誰もがその人らしく生きがいを持って活躍し、ともに支えあう共生社会づくり		（1） 年齢や心身の状態にかかわらず、その人らしく居場所や役割を持って活躍できている	2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化・充実による共生社会づくりの推進ができている
（1）一人ひとりの取組の推進 ①社会参加とつながり支援 ②健康づくりとフレイル予防 ③若い世代からのＡＣＰ普及 （2）共生社会のまちづくり ①地域での共生社会づくり ・共に支え合う地域づくり ・生活支援・介護予防の充実と高齢者の社会参加 ・包括的・重層的支援体制の整備の推進 ②ケアラー支援の推進 ③健康なまちづくり ④市町が行う地域づくりによる介護予防への支援 ⑤地域リハビリテーションの推進 ⑥安心・安全な滋賀の実現 ・高齢者の交通事故防止対策の推進 ・犯罪被害防止等のための取組の推進 ・ユニバーサルデザインの推進 ・防災・減災の推進 ・感染症と社会づくり ⑦移動支援	通いの場の箇所数 【直近値】2,462か所（R6）→ 目標 2,500か所 介護予防に資する通いの場への高齢者の参加率（週1回以上） 【直近値】4.5%（R6）→ 目標 8.0% 介護予防に実際に取り組んでいる人の割合 【直近値】60-69歳　11.5%（R7）→ 目標 20% 70歳以上　21.4%（R7）→ 目標 30% レイカディア大学卒業生のうち地域活動を行っている人の割合（卒業後３年以内） 【直近値】88.9%（R7）→ 目標 95% 生活支援コーディネーター（第２層）の設置目標数に対する達成率 【直近値】93.3%（R8）→ 目標 100%	指標：自分の高齢期の生活に不安を感じている人の割合の低下 【直近値】不安あり 83.5%（R7） （滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）	指標：客観的健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）の延伸 【直近値】男性80.88歳 女性84.73歳（R5） （滋賀県衛生科学センター） 指標：地域とのつながりが維持されていると感じる人の割合の上昇 【直近値】43.1%（R8速報値） （滋賀県政世論調査） 指標：医療サービスが整っていると感じる人の割合の上昇 【直近値】67.0%（R8速報値） （滋賀県政世論調査） 指標：福祉サービスが整っていると感じる人の割合の上昇 【直近値】45.9%（R8速報値） （滋賀県政世論調査）
2．認知症になっても、自分らしく安心して暮らせる認知症施策の推進		（2） 本人の意向が十分に尊重され、周囲の人も安心して日常生活を営むことができている	
（1）認知症への理解を深めるための普及啓発の推進 （2）認知症の人と家族等を支える地域づくり （3）認知症の人の社会参加の促進（当事者の声） （4）認知症の人を支える医療・介護の充実 （5）認知症予防・早期発見の体制の充実	認知症サポーター養成数（自治体型） 【直近値】292.159人（R7）→ 目標 324,000人 認知症相談医の登録者数 【直近値】485人（R7）→ 目標 570人 本人・家族の声や思いの聴取 【直近値】計画検討にあたり実施（R7） → 目標 毎年実施	指標：認知症になったとき、住み慣れた地域で暮らし続けることができると思う人の割合の上昇 【直近値】思う 22.8%（R7） （滋賀の医療福祉に関する県民意識調査） 指標：認知症の人の意思が尊重され、本人の望む生活が継続できていると思う人の割合の上昇 【直近値】思う 7.8%（R7） （滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）	
3．療養から看取りまでを支える医療福祉の体制充実と人材育成		（3） 保健・医療・福祉が一体となって地域での暮らしを支える滋賀の「医療福祉」が推進されている	
（1）医療福祉・在宅見取りの推進と人材育成 ①望む場所での日常療養支援体制の整備 ②病院から在宅療養の移行に向けた切れ目のない入退院支援体制の構築 ③急変時対応体制の整備 ④望む場所で人生の最終段階の支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる体制整備 ⑤感染症・災害発生時の対応体制の整備 ⑥多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能の充実	訪問診療を受けた年間実患者数 【直近値】14,334人（R7）→ 目標 15,849人 退院時共同指導を受けた年間実患者数 【直近値】病院　1,048人（R7）→ 目標 1,272人 診療所　388人（R7）→ 目標　435人 尿もれ経験者のうち、受診につながった割合 【直近値】11.8%（R7）→ 目標 15.0%	指標：病気などで医療が必要な場合、自宅で最期まで療養できると考える人の割合の上昇 【直近値】できる 7.1%（R7） （滋賀の医療福祉に関する県民意識調査） 指標：自宅で孤立して亡くなったと推認される高齢者数の減少 【直近値】116人（R7） （警察取扱死体のうち死後8日以上経過）	

3．療養から看取りまでを支える医療福祉の体制充実と人材育成（続き）	
（2）高齢期の暮らしを支える連携の仕組みづくり ①地域包括支援センターの取組支援 ②地域ケア会議の取組の推進 ③生活支援体制の整備の推進 （3）高齢者の権利擁護の推進 ①高齢者虐待等の防止の推進 ②権利擁護支援に係る体制整備等の推進 ③頼れる身寄りがいない高齢者支援の推進	市町域での地域ケア推進会議を実施する市町数 【直近値】18市町（R6）→ 目標 19市町 身体拘束をしていない介護保険施設・事業所の割合 【直近値】81.9%（R5）→ 目標 100% 頼れる身寄りがいない高齢者の福祉サービス・保健医療サービス等利用援助事業に取り組む市町の数 【直近値】3市町でモデル事業実施（R8） → 目標 19市町

4．介護現場を支える介護職員等の確保・育成・定着	
（1）介護職員等の確保 ①魅力発信の推進 ②介護人材の参入促進 ③外国人介護人材の確保 （2）介護職員等の育成 ①介護分野における滋賀の福祉人育成 ②多様なニーズに対応できる介護職員の育成 ③介護支援専門員の養成と資質の向上 ④外国人介護職員の育成 （3）介護職員等の定着 ①新任・現任職員への定着支援 ②外国人介護職員の定着支援 ③業務の負担軽減と質の高いケアを実現する介護現場の革新 ④労働環境の改善） （4）事業者の基盤強化（事業者の協働化・大規模化） （5）介護人材確保等施策の協議体制	介護職員数 【直近値】20,884人（R6）→ 目標 調整中 介護福祉士数 【直近値】10,996人（R6）→ 目標 調整中 採用率－離職率の差 【直近値】+2.5% → 目標 +2.5% 採用率 13.7%（R5～R7平均） 離職率 11.2%（R5～R7平均） 介護テクノロジー導入率 【直近値】30.9%（R7）→ 目標 60% 滋賀の福祉人研修（介護）の受講者数 【直近値】104人（R7）→ 目標 128人　　等

5．地域の実情に応じたサービス提供・支援体制づくり	
（1）2040年を見据えた中長期的なサービス見込み量の推計と地域の実情に応じたサービス提供体制の確保に関する取組 ①居宅系サービス ②地域密着型サービス ③施設サービス ④居宅介護支援事業 ⑤特定地域サービス・特定地域居宅サービス等事業 ⑥共生型サービス ⑦有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 ⑧その他のサービス ⑨高齢者が安心して暮らすことのできる住まいの確保 ⑩災害や感染症に強いサービス基盤づくり ⑪介護現場の安全性の確保・リスクマネジメントの推進 6．介護保険制度の安定的運営と市町支援	特別養護老人ホームの整備量（定員数） 【直近値】7,899人（R7）→ 目標 調整中 介護保険施設等の個室ユニットケア型定員数の割合 【直近値】49.9%（R7）→ 目標 調整中 「高齢者」を支援対象に含む居住支援法人の指定法人数 【直近値】14法人（R8）→ 目標 17法人 介護給付適正化のための主要３事業すべてに取り組む市町の数 【直近値】19市町（R7）→ 目標 19市町 介護サービス事業者の情報の公表の実施率 【直近値】82.1%（R6）→ 目標 100%

（4） サービス提供の要となる介護人材の確保・育成・定着等が推進できている	
指標	介護職員が不足していると感じる事業所の割合の低下 【直近値】感じる 82.3%（R7） （介護労働実態調査）

（5） 2040年を見据えたサービス提供体制が構築できている	
指標	各市町の介護保険事業計画における施設・居住系サービス等の整備計画の進捗率　目標 100% 【直近値】70.6%（第9期の整備定員数） （滋賀県医療福祉推進課調査）
指標	介護保険保険者努力支援交付金等に係る評点が全国平均を上回っている市町の数　目標 19市町 【直近値】16市町（R7） （地域包括ケア見える化システム）

第３章　分野別施策

第１節　誰もがその人らしく生きがいをもって活躍し、ともに支えあう共生社会づくり

１　現状・課題

・　厚生労働省が令和４年（2022年）12月に発表した「令和２年都道府県別生命表」では、本県の男性の平均寿命は82.73歳（全国81.49歳）で前回（平成27年（2015年））に引き続き全国１位、女性の平均寿命は88.26歳（全国87.60歳）で前回４位から２位に上昇し、男女ともに長寿県になっています。

・　一方で、少子高齢化はさらに進展し、人口減少の状況は、市町によって大きく異なっており、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、令和22年（2040年）に向けて、16市町で減少し続け、３市（草津市、守山市、栗東市）で増加から減少に転じ、高齢化率は30％未満が４市町、30～35％が６市町、35～40％が７市町、40％以上が２市町になると見込まれています[1]。

・　また、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、令和７年（2025年）における65歳以上の単独世帯は73,052世帯ですが、令和22年(2040年)には102,841世帯と1.4倍になると見込まれています。

・　少子高齢化の進展、高齢者のみ世帯や身寄りのない高齢者の増加、地域におけるつながりの希薄化、血縁・地縁・社縁などの互助機能の低下等が課題となる中で、誰もが「こころ」と「からだ」の健康づくりに取り組み、年齢や心身の状態にかかわらず、居場所や役割を持って活躍でき、多様な価値観を認め合い、つながり、支え合う地域づくりに取り組むことが重要です。

（１）全県的な状況

○　高齢者のフレイル[2]（心身の虚弱）

・　国際医療福祉大学が令和５年(2023年)にまとめた栃木県大田原市の調査の分析結果によると、フレイルに該当する対象者の割合は、平成29年（2017年）に11.5％だったものが、令和２年（2020年）には16.4％、令和３年（2021年）が17.4％と増加が見られ、同様にフレイルの前段階であるプレフレイルも増加傾向にあったことが報告されています。

・　高齢期においては、筋肉や骨、関節などの運動器の障害により、移動機能が低下した状態であるロコモティブシンドロームや、加齢に伴う心身機能の低下であるフレイルの進行を予防するため、「社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど、人とのつながり）」、「栄養（食・口腔機能）」、「身体活動（運動、社会活動など）」の取組を推進していくことが重要となっています。

○　高齢者の活動・社会参加

・　長寿命化によって、「人生100年時代」が到来すると指摘されるなか、これまでの「20年学び、40年働き、20年休む」という３段階の人生設計ではなく、年

---

[1] **2040 年の高齢化率の推計**　30％未満：草津市、守山市、栗東市、愛荘町、
30～35％：彦根市、近江八幡市、野洲市、湖南市、東近江市、豊郷町、
35～40％：大津市、長浜市、甲賀市、米原市、日野町、竜王町、多賀町、40％以上：高島市、甲良町

[2] **フレイル**…健康な状態と要介護状態の中間を指す。『フレイル診療ガイド 2018 年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。』と定義されている。

齢にとらわれずに学び直しやキャリアの転換を行い、長寿の恩恵を最大限享受する人生設計にシフトしていこうという提案も行われています[3]。

・　令和３年（2021年）社会生活基本調査をみると、滋賀県の高齢者は、全国平均に比べ「学習・自己啓発・訓練」、「ボランティア活動」、「スポーツ」の活動に参加する割合が高く、活動的な高齢者が多いといえます。コロナ禍前の平成28年（2016年）調査と比較すると、全般的に行動者率の低下がみられますが、「学習・自己啓発・訓練」は全国５位から４位に上昇、「ボランティア」は引き続き１位となっています。

表25　65歳以上高齢者のうち、過去１年間（令和２年(2020年)10月20日から令和３年(2021年)10月19日）に該当の活動を行った人の割合（行動者率）　※（）は平成28年(2016年)の値

		学習・自己啓発・訓練	ボランティア活動	スポーツ	趣味・娯楽
滋賀県	値	30.5% (32.3%)	28.6% (35.1%)	61.5% (64.3%)	74.2% (78.4%)
	順位	全国４位 (全国５位)	全国１位 (全国１位)	全国６位 (全国５位)	全国13位 (全国８位)
全国平均		28.4% (28.0%)	19.9% (25.3%)	60.2% (60.3%)	74.2% (76.1%)

出典：令和３年（2021年）社会生活基本調査（総務省）

○　老人クラブ活動

・　老人クラブは、老人福祉法において、老人福祉を増進するための事業を行う団体として位置付けられています。健康づくりやレクリエーションなど、地域の高齢者が広く参加できる事業を幅広く展開してきました。

・　しかし、ライフスタイルの変化に伴う地域のつながりの希薄化、高齢者の興味・関心の多様化、定年の延長などにより、老人クラブに加入する人は年々減少し、令和７年度末(2025年度末)の加入率は県全体で11.4%となっています。市町別では、甲良町で５割を超える一方で、大津市・守山市・草津市・高島市では５％を切るなど、地域ごとに差異があります。

・　一方、高齢化の進展に伴い、顕在化するさまざまな地域課題に対し、高齢者自らが地域づくりに活躍することが期待されています。老人クラブにおいては、子どもの安全や悪質商法の被害防止、交通安全など地域安全見守り活動のほか、日常生活の支援など「地域支え合い」の担い手としての活動を積極的に推進しています。

・　また、老人クラブの同好会活動や介護予防への取組を通じて、健康寿命を延ばし、自立した生活、生きがいある生活を実現することが期待されています。

・　老人クラブの在り方を検討しながら、参加しやすい持続可能な組織づくりを進めていく必要があります。

○　レイカディア大学

・　レイカディア大学は、新しい知識と教養を身につけるための学習機会を提供することで、高齢者の社会参加を推進するとともに、地域づくりにおける担い手を養成することを目的に昭和53年（1978年）から開催しています。

・　草津校・米原校として運営していましたが、令和４年（2022年）10月から米原校をアルプラザ彦根内のCOZY TOWN（コージータウン）内に移転し、名称を彦根キャンパスに変更し、あわせて草津校の名称も草津キャンパスに変更し

[3] 出典：リンダ・グラットン／アンドリュー・スコット著「ライフシフト100年時代の人生戦略」東洋経済新報社

ました。

・　カリキュラムにおいては、卒業生が地域の担い手として活躍できるよう、実践的な地域活動につながるための講座や、在学中に学生が居住地域で地域活動に取り組む体験学習等を実施しています。

・　卒業生は、本大学での学びを生かして、環境美化・環境保全活動、社会福祉施設における入所者との交流活動、防犯パトロール、保育園や小学校での学習支援など、さまざまな地域活動に取り組んでいます。

・　令和８年（2026年）の調査では、卒業生のうち卒業後３年以内に地域活動を行っている人の割合は88.9%となっています。

・　関係機関と連携し、地域の担い手として活躍できる場をより広げていく必要があります。

コラム３：レイカディア大学

滋賀県レイカディア大学は、県のレイカディア構想（明るい長寿社会を拓く湖の理想郷づくり）の中核事業として昭和 53 年（1978 年）に開学した 60 歳以上の県民のための２年制のシニア大学です（当時は「滋賀県老人大学校」）。卒業生は 7,000 人を超え、令和 10 年（2028 年）には第 50 期生を迎えます。学びのキャンパスは草津と彦根。福祉、文化、環境、教育など多様な分野で楽しく生き生きとボランタリーに活動するレイカディアのみなさん。「ともに学ばん、ともに遊ばん、ともに生きなん。」と歌う「レイカディア賛歌」のもと、新たな出会い、新たなネットワーク、地域社会のために活動する楽しさとよろこびで健康しがの輪が大きく広がっています。





○　就労

・　「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」では、高年齢者が年齢に関わりなく働き続けることができる「生涯現役社会の実現」を目指して、企業に「定年制の廃止」や「定年の引き上げ」、「継続雇用制度の導入」（高年齢者雇用確保措置）のいずれかの措置を、65歳まで講じるよう義務付けています。さらに令和３年（2021年）４月１日からは、70歳までを対象として、上記の措置や、「業務委託契約を締結する制度の導入」、「社会貢献事業に従事できる制度の導入」（高年齢者就業確保措置）という雇用以外の措置のいずれかを講じるように努めることを義務付けています。

・　令和７年（2025年）「高年齢者雇用状況等報告」によると、県内の企業では

65歳までの高年齢者雇用確保措置を実施済みの企業は令和７年（2025年）６月１日現在で99.6％、70歳までの高年齢者就業確保措置を実施済みの企業は35.0％（前年比3.1ポイント増）と、60歳を過ぎても働き続けられる環境が整いつつあります。

・　全国の60歳以上の高齢者に何歳ごろまで収入を伴う仕事をしたいかを尋ねた調査[4]では、「65歳くらいまで」が23.7％と最も多く、次いで「働けるうちはいつまでも」が22.4％、「70歳くらいまで」が20.0％となっており、就労を希望する高齢者の割合は85.1％となっています。

・　今後、生産年齢人口の大幅な減少が見込まれることもあり、就労を希望する高齢者が、「生涯現役」で働き続けられる環境を整備することが求められています。

○　健康づくり

・　厚生労働省が令和４年（2022年）12月に発表した「令和２年都道府県別生命表」において、滋賀県の男性の平均寿命が１位（82.73歳）、女性が２位（88.26歳）となり、男性の平均寿命は、前回（平成27年）に続き全国１位、女性も前回４位から２位に上昇し、男女ともに長寿県となりました。

・　厚生労働省の調べでは、本県の男性は脳血管疾患による死亡率の低さが全国１位、がんによる死亡率の低さが全国２位となっていること、またこれらの背景には、医療の進歩、喫煙率の低下などが影響していると考えられています。しかし、平均寿命と健康寿命の差は縮小しておらず、いつまでもいきいきと過ごすためにもさらなる健康寿命の延伸への取組が必要です。

・　令和４年度（2022年度）に実施した「滋賀の健康・栄養マップ」調査によると、65歳以上の女性の低栄養傾向（BMI 20以下）は25.8％と、平成27年度（2015年度）調査より2.2ポイント増加しており、筋肉の減弱、筋力低下は日常生活度（ADL）や生活の質（QOL）を低下させる恐れがあります。また、60歳代の男性の肥満率は、30.9％で平成27年度（2015年度）調査より6.0ポイント増加しており、若い世代からの健康づくりの取組が必要です。

・　加齢に伴う心身機能の低下であるフレイルの進行を予防するためにも、より早期から栄養、身体活動、社会参加による介護予防などの取組を推進していくことが重要となっています。

・　高齢者は体内の水分が不足しがちであり、暑さに対する感覚機能、体の調節機能が低下していることから、熱中症対策が重要です。また、気温が低くなる冬場の脱衣場や浴室、トイレなどは特に室温が低くなりがちで、急激な温度差によって大きく血圧が変動し、ヒートショックが起こりやすく、また事故にもつながりやすくなります。

・　高齢化の進展、生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出等により、高齢期の働き方も多様化しています。労働災害の休業４日以上の事故の型別発生状況[5]では、「転倒」が前年比2.2％の増加となっており、特に高齢女性の転倒発生頻度が高くなっています。高齢者の転倒や転落の際に頻度が高い大腿骨頸部骨折は、生活機能の自立を損なう重要な要因であり、介護が必要となった原因疾患にもなっています。

・　令和６年（2024年）の結核対策指標値[6]によると、新規登録者のうち65歳以上の占める割合は65.6％と高くなっており、高齢者の結核が課題となっています。

[4] 出典：令和６年(2024年)「高齢者の経済生活に関する調査」（内閣府）
[5] 出典：令和７年(2025年)労働災害発生状況(厚生労働省)
[6] 出典：結核対策指標値　新規登録中 65 歳以上割合（公益財団法人結核予防会結核研究所）

・　令和７年（2025年）の死因分類[7]で第５位となる肺炎は、主に肺炎球菌によって引き起こされますが、65歳以上の肺炎球菌ワクチンの接種率は全国的に低く、令和６年（2024年）度で21.4％に留まっています[8]。

○　介護予防とリハビリテーション

・　市町が保険者となって行う介護保険事業のうち、被保険者が要介護状態となることを予防し、また、介護が必要になっても可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるように支援する事業を、地域支援事業といいます。

・　地域支援事業には、地域包括支援センターの運営等を行う包括的支援事業と、平成29年(2017年)４月より開始された介護予防･日常生活支援総合事業、その他任意事業があります。

・　介護予防･日常生活支援総合事業では、要支援者への生活支援サービスや、まだ介護を必要としていない高齢者等への介護予防事業を行っています。県内の市町では、いきいき百歳体操やウォーキング教室、100歳大学など、地域の実情に応じた様々な介護予防活動が行われています。

・　また、高齢者が気軽に通える範囲で、継続して運動等が行える「通いの場」の設置が進められています。県内では、令和６年度（2024年度）で2,462か所設置され35,246人が参加するなど、住民主体での運営が行われています。「通いの場」の運営については、介護予防について技術的助言や専門的な支援を行うリハビリテーション専門職の関わりや、住民のモチベーションの維持、通いの場の継続、介護予防活動の効果に対する評価の実施が求められています。

・　介護予防･日常生活支援総合事業は、ボランティアなどにより住民主体の生活支援を提供するなど、高齢者の社会参加と役割づくりを通じて、介護予防に資するものであり、今後一層の充実が必要です。

・　要介護状態になっても、適切なケアマネジメントに基づく本人に合った効果的なリハビリテーションの提供により重度化を予防し、運動機能および生活機能の維持・向上を図る必要があります。このことにより、日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たし、一人ひとりの生きがいや自己実現を支援していくことが重要となってきます。

○　共に支え合う地域づくり

・　本県では、これまでから、たとえ医療や介護が必要となったとしても、その人らしい暮らしを最期の時まで続けられるよう、保健・医療・福祉が一体となって地域での暮らしを支える滋賀の「医療福祉」の推進を中心に、地域包括ケアシステムの構築を推進してきました。また、地域に住む全ての世代が「支え手」、「受け手」という従来の関係を超えてつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、支え合いながら暮らしていくことができる社会の実現に向け、地域住民相互による福祉活動や民生委員・児童委員活動の推進、NPO、ボランティアグループ、自治会、社会福祉法人等の活動の活性化、こうした主体のネットワーク化を進めることにより、地域力の向上を図っています。

・　しかしながら、少子高齢化のさらなる進展、単身世帯の増加を背景に、地域における人々の関係が希薄化するなか、地域生活課題は複合・複雑化しており、若年者が家事や家族の介護などを日常的に行うヤングケアラーの存在、高齢の親と同居する中高年のひきこもりの子どもの問題（いわゆる8050問題）、世帯全体の地域からの孤立や生活困窮の問題など、従来の福祉分野ごとの施

[7] 出典：令和７年(2025 年)人口動態統計月報年計（概数）の概況（厚生労働省）
[8] 出典：定期予防接種実施者数　平成６年法律改正後実施率推移（厚生労働省）

策や支援だけでは解決することが難しい状況となっています。

・　住民主体の生活支援などの取組を支える「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）[9]」は、誰もが役割を発揮でき、活力ある地域づくりのため、地域住民と専門職、制度と地域や人、住民同士をつなぐ機能を果たしています。今後は、地域包括ケアシステムのさらなる深化・充実と、高齢者だけでない地域の幅広い世代を取り込んだ支え合いの体制づくりを、一層推進していくことが求められています。

・　また、市町においても複合・複雑化する支援ニーズに対応する支援体制（包括的・重層的支援体制）の整備が必要となっており、令和８年度（2026年度）で16市町において重層的支援体制整備事業が取り組まれています。

○　介護者の状況

・　令和３年（2021年）の介護者数は653万人にのぼり、うち男性介護者は約４割を占める[10]までになりました。また、平成29年度（2017年度）の厚生労働省の調査[11]では、家族介護者が介護に精神的負担・身体的負担・経済的負担といった各種の負担を感じる割合は、４～６割と高くなっており、心身の健康や経済的な問題を抱える家族介護者が多いことがわかります。さらに、いわゆる「介護離職」は令和３年（2021年）10月からの１年間で10万６千人[12]と、社会問題化しています。

・　令和７年度（2025年度）の県民意識調査では、介護の経験が「ある」と回答した人は36.3％となっており、介護を経験した人が困ったこととして「自分の精神的な負担」（66.1％）、「自分の身体的な負担」（54.6％）、「自分の仕事への影響」（41.3％）が上位に挙げられています。また、「自分の自由な時間がとれないこと」を挙げる人は35.0％となっており、介護者自身の生活の質（QOL）への影響がうかがえます。

・　滋賀県が介護支援専門員を対象に行ったインタビュー調査では、男性介護者は、介護やその悩みを抱え込んでしまう傾向があることが聞かれたほか、介護をするなかでもいきいきと過ごす人は、趣味や役割を持っていることが一定共通点として挙げられています。

・　今後、少子高齢化の影響により、両親の介護を同時に担う子ども世代の増加、老々介護や男性介護者の更なる増加、加えて定年延長・共働き夫婦の増加等により、就労しながら介護をする人の増加も見込まれます。こうした状況を踏まえ、介護サービス提供基盤の着実な整備とともに、介護をする家族等が仕事や生活とのバランスを保ちながら自分らしく、日常生活に満足できるような支援を行い、その生活の質の向上を図っていく必要があります。

○　安全・安心（交通事故・犯罪被害）

・　令和７年（2025年）中の本県の交通事故死者数は54人で、うち高齢者の交通事故死者数は28人となっており、全死者の約５割を占めています。その中でも75歳以上の高齢者が19人と７割弱を占めています。高齢ドライバーによるアクセルとブレーキの踏み間違いによる事故が発生しているほか、早朝、深夜の時間帯に高齢歩行者が被害に遭う事故が発生し課題となっています。

---

[9] **生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）**…担当エリアにより第１層（市町村域）、第２層（中学校区域等）に分かれ、令和８年(2026 年)６月現在、すべての市町にあわせて 104 名が配置されている。また、生活支援に関する情報共有・連携強化の場である「協議体」は、19 市町に 174 か所設置されている。

[10] 出典：令和３年社会生活基本調査（総務省）

[11] 出典：平成 29 年度介護離職防止のための地域モデルを踏まえた支援手法の整備事業（厚生労働省）

[12] 出典：令和４年就業構造基本調査(総務省)

・　特殊詐欺[13]による本県の被害は、警察官を騙る者が「口座が犯罪に使われている」「あなたに逮捕状が出ている」などと言い、LINE のビデオ通話等で偽警察手帳や偽逮捕状を見せて、捜査名目で金銭を振り込ませる等して騙し取るニセ警察詐欺や、SNS やマッチングアプリ等をきっかけに親密な関係になり信用を得た後で架空の投資話を持ち掛けて金銭を騙し取る SNS 型投資・ロマンス詐欺が多発しています。

・　令和７年（2026年）中の高齢者の被害件数は230件（全体の約30.6％）、被害金額は約17億1,520万円（全体の約37.1％）であり、全世代に被害が拡大しているものの、高齢者の被害件数・被害額が増加しており、高齢者への安全対策が必要です。

・　県内の窓口で受けた高齢者の消費生活相談件数は、平成30年度（2018年度）の5,573件をピークに近年減少していましたが、令和４年度（2022年度）から増加に転じ、令和７年度（2025年度）においては、前年度比474件増の4,727件となりました。高齢者からの相談では、１回だけのお試しのつもりが、複数回の購入が条件であった「定期購入」に関連する「化粧品」や「健康食品」が多いほか、「クレジットカード会社から身に覚えのない請求があった」などの「金融関連サービス」に関する相談が増加しています。

○　移動支援

・　令和３年度（2021年度）の厚生労働省老人保健健康増進等事業における調査では、全国の市町村の生活支援体制整備事業の協議体や地域ケア会議における議論において、「高齢者の移動手段の確保に関する問題提起」が「ある」とする割合は４割前後にのぼります。

・　令和８年（2026年）滋賀県政世論踏査によると、鉄道やバスなどの公共交通が整っていると感じる割合は28.5％にとどまります。また、運転免許を自主返納する高齢者は、令和７年（2025年）には約５千人となっています。こうした状況を踏まえ、高齢者が自家用車を運転しなくても移動できる手段を確保・充実することで、安全・安心な暮らしを支えるとともに、高齢者の外出や交流の機会を広げ、年を重ねてもいきいきと暮らせる環境を整えていくことが求められています。

・　県では、年を重ねてもいきいきと暮らせるよう、コミュニティバスやデマンド交通[14]、公共ライドシェアなど、地域の移動を支える地域交通の維持・充実に向けた各市町の取組を支援等しています。

・　介護保険の総合事業では、デイサービスの送迎車両を活用した買い物支援や住民ボランティアによる移動支援等が実施されています。

・　一方で、そうした移動手段がない地域があることや、ドライバーや介助する人の確保・育成が難しい、収益性が低い等の課題があります。

[13] **特殊詐欺**…面識のない不特定の者に対し、電話その他の通信手段を用いて、預貯金口座への振込みその他の方法により、現金などをだまし取る詐欺のこと。

[14] **デマンド型公共交通**…正式には DRT（Demand Responsive Transport：需要応答型交通システム）と呼ばれ、路線バスとタクシーの中間的な位置にある交通機関。事前予約により運行するという特徴があり、運行方式や運行ダイヤ、発着地の組み合わせにより多様な形態が存在する。

コラム４：ゴイッショやす（野洲市）

介護人材不足の解消と高齢者の移動手段の確保のため、利用者が１台の車に乗り合わせ、複数の施設に送迎する「共同送迎」を行っています。共同送迎により介護職員が送迎する時間を介護サービスに充てる（サービスの質を向上させる）こと、昼間の空き車両で買い物等の外出支援を行うことで、高齢者の介護予防や健康寿命の延伸を図ることを目指しています。この取組は、野洲市が一般社団法人やす地域共生社会推進協会、ダイハツ工業株式会社と連携して推進しています。





○　自然災害

・　令和８年（2026年）７月に発生した熊本地震では、避難生活の長期化に伴い車中泊を余儀なくされた高齢者が熱中症で死亡したケースが発生しました。また、同令和８年８月には千葉県等で記録的な豪雨が発生し、施設や事業所で床上浸水等の被害が発生しました。

・　県内においても、令和８年（2026年）７月に甲賀市信楽町で土砂崩れにより市道と住宅敷地の一部が崩落した災害が発生し、けが人はなかったものの「警戒レベル４」の避難指示が出されるなど、地震や風水害などの自然災害は全国的にも頻発・激甚化しています。

・　令和元年（2019年）台風第19号についての報告書[15]によると、台風第19号における死者84人のうち約65％が65歳以上の高齢者であり、また自宅での死者34人のうち約79％が高齢者であるなど、高齢者等の要配慮者の避難に課題があったとされています。

・　自力で避難することが困難な高齢者等の避難行動要支援者が適切に避難できるよう、県では、避難行動要支援者の個別避難計画作成のための手順等を示した、防災と保健・福祉の連携モデル『滋賀モデル』の横展開のため、市町職員や福祉専門職等を対象とした研修会の開催や、市町や関係者間で取組内容等を交換できる場を設けています。また、個別避難計画作成のキーパーソンとなる、福祉専門職等の理解と参画促進に向けた働きかけを行うとともに、防災と保健・福祉部局の連携強化に取り組んでいます。引き続き、市町における計画策定の支援をする必要があります。

・　風水害と並んで、本県において最大で震度７の揺れが想定される「琵琶湖西岸断層帯」を震源とする地震や、30年以内の発生確率が70～80％と言われている南海トラフ地震など、大規模な地震災害に備える必要があります。特に南海トラフ地震では、全国的に甚大な被害が見込まれ、外部からの応援は期待できないことから、地域防災力の向上に向けて取り組む必要があります。

・　加えて、大規模災害発生直後から生じる福祉的課題にいち早く介入するこ

[15] 出典：令和２年(2020 年)「令和元年台風第 19 号等を踏まえた水害・土砂災害からの避難のあり方について（報告)」(中央防災会議)

とにより、状態の重度化・災害関連死など二次的な被害の発生を防ぐとともに、避難生活終了後も、被災者が安定的な日常生活に円滑に移行できるよう必要な支援を行うことが重要になっています。

○　感染症と社会

・　令和元年（2019年）12月に中国から初めての報告があったのち、世界的な流行を引き起こした新型コロナウイルス感染症は、令和５年（2023年）５月に感染症法の位置づけが５類感染症となり、感染対策は個人・事業主の判断が基本とされました。

・　新型コロナウイルス感染症流行の経験やその際の課題を踏まえ、感染拡大防止と社会経済活動のバランスを踏まえた、感染症危機に強くしなやかに対応できる社会を目指すことが必要とされています。

・　高齢分野でも通いの場やサロンなどでの感染防止の取組は、重要となっています。

・　今後の新興感染症の発生に備え、平常時から適切な感染対策を推進するとともに、有事の際にはその感染力や重篤性といった特性に応じ、迅速かつ的確に対応できる体制を構築しておく必要があります。

○　ACP（人生会議）

・　自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けるためには、もしものときに備えて、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取組である「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」（愛称：人生会議）が重要となっています。

・　令和７年度（2025年度）の県民意識調査では、人生の最終段階の迎え方について家族や知人と話し合った経験が「ある」人は35.2%にとどまり、過去の調査と比較して減少傾向にあります。話し合った経験は年齢が若いほど少なく、60歳代までは年齢が上がるにつれて増加する傾向がみられます。

・　また、エンディングノートの認知度についても、18～29歳では他の年齢層に比べて低くなっていますが、令和元年（2019年）６月に出された日本老年医学会の「ACP 推進に関する提言」では、要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期から ACP（人生会議）を開始することが推奨されており、若い世代も含め、幅広い世代が ACP（人生会議）について考える機会を持てるようにしていく必要があります。

（２）各地域の状況

○　地域における高齢化の差異

・　「滋賀県人口ビジョン」によると、全年代の人口動向を圏域別に見た場合、大津圏域および湖東圏域は令和７年（2025年）頃まで、湖南圏域は令和17年（2035年）頃まで増加すると予測される一方、甲賀圏域・東近江圏域・湖東圏域・湖北圏域・湖西圏域では、人口減少の継続が見込まれます。

・　また、令和27年（2045年）頃までの高齢者人口と生産年齢人口の比率をみると、湖南圏域では高齢者人口が最大で生産年齢人口の1/2程度に留まるのに対し、湖東圏域は2/3程度、大津圏域・甲賀圏域・東近江圏域・湖北圏域では3/4程度、湖西圏域では生産年齢人口と同程度まで増加するとされています。

・　こうしたなか、介護ニーズの高い85歳以上高齢者人口についてみると、令和42年（2060年）頃までに、増加率が低い湖北圏域や湖西圏域でも、最大で平成27年（2015年）の約1.5倍に達し、増加率が高い湖南圏域や大津圏域は、最大

で3.5倍程度にまで増加が見込まれています。

・　これらの影響として、都市部、中山間地域いずれのコミュニティにおいても、住民の減少に伴って、組織基盤が弱体化するとともに地域の活力が低下することが懸念されます。地域によっては、集落としての機能が低下し、集落そのものが維持できなくなるおそれがあります。

・　また、コミュニティ意識の薄い地域や弱体化した地域では、住民同士の助け合いが減り、高齢単身世帯が増加する中、住民の孤立化などの地域課題に対応できなくなるおそれがあります。

・　このほか、中山間地域での人口減少と労働力不足などの影響により、自らの交通手段を持たない高齢者等にとって重要な公共交通機関が、利用者の減少により存続が難しくなることや、身近な地域における日常の買い物や生活に必要なサービスの享受に困難が感じられるなど、日常生活に支障が出ることが考えられます。

○　地域におけるつながりの状況

・　令和７年度（2025年度）の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査によると、地域におけるつながりについては「地域に友人がいる」が35.9％で最も多いものの、「地域ととくにつながりがない」が33.6％で続いています。「地域の行事に参加している」は33.1％で、コロナ禍前の令和元年度（2019年度）調査との比較では、－11.0ポイントと顕著に減少しています。

・　「地域ととくにつながりがない」について圏域ごとにみると、湖東圏域が43.5％で最も多く、大津圏域（38.2％）、湖南圏域（32.2％）と続きます。

図26　地域におけるつながりの状況（令和元年度、令和４年度、令和７年度の比較）

	地域に気軽に行ける場所がある	地域の行事に参加している	自治会の役員等をしている	地域に友人がいる	地域で困ったときに助けてくれる人がいる	地域ととくにつながりはない	不明・無回答	つながりある
令和７年度調査(N=2,814)	19.0	33.1	13.8	35.9	20.8	33.6	2.0	64.4
令和４年度調査(N=2,992)	18.8	38.9	16.0	38.7	22.4	30.4	2.0	67.6
令和元年度調査(N=3,015)	19.6	44.1	17.4	40.4	21.4	30.0	1.8	68.2

表27　地域におけるつながりの状況（圏域別）

上段：件数 下段：割合		規正標本数（総数）	1 地域に気軽に行ける場所がある	2 地域の行事に参加している	3 自治会の役員等をしている	4 地域に友人がいる	5 地域で困ったときに助けてくれる人がいる	6 地域ととくにつながりはない	不明・無回答	(1～5) つながりがある
全体		2,814	535	932	389	1,010	586	946	57	1,811
			19.0%	33.1%	13.8%	35.9%	20.8%	33.6%	2.0%	64.4%
居住地域	大津地域	702	124	188	86	252	148	268	10	424
			17.7%	26.8%	12.3%	35.9%	21.1%	38.2%	1.4%	60.4%
	湖南地域	720	142	262	96	272	144	232	8	480
			19.7%	36.4%	13.3%	37.8%	20.0%	32.2%	1.1%	66.7%
	甲賀地域	270	60	94	22	98	70	86	8	176
			22.2%	34.8%	8.1%	36.3%	25.9%	31.9%	3.0%	65.2%
	東近江地域	464	90	168	74	188	92	142	10	312
			19.4%	36.2%	15.9%	40.5%	19.8%	30.6%	2.2%	67.2%
	湖東地域	308	42	82	52	80	46	134	12	162
			13.6%	26.6%	16.9%	26.0%	14.9%	43.5%	3.9%	52.6%
	湖北地域	260	54	102	44	84	62	64	6	190
			20.8%	39.2%	16.9%	32.3%	23.8%	24.6%	2.3%	73.1%
	湖西地域	79	20	34	14	33	21	18	1	60
			25.3%	43.0%	17.7%	41.8%	26.6%	22.8%	1.3%	75.9%
	不明・無回答	11	3	2	1	3	3	2	2	7
			27.3%	18.2%	9.1%	27.3%	27.3%	18.2%	18.2%	63.6%

出典：令和７年度（2025年度）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（滋賀県）

○　地域における取組例

・　高齢者だけではなく、様々な世代や背景を持つ地域の人々が協働する取組が行われています。

・　地域住民による団体を設立し、高齢者や子どもの交流の場づくり・地域の高齢者の見守り・生活支援や移動支援・遊休地の活用など、多くの世帯を巻き込んだ取組がなされている地域（米原市大野木地区）や、地域住民をはじめとし、医療や介護の専門職も含めた様々な立場の人たちが定期的に集まり、チームとして地域を支える取組（東近江市永源寺地区）が見られます。

・　高齢者施設・障害者施設・農家レストランが連携して、高齢者・障害者や生活困窮者への仕事づくりから、エネルギーの自給までを含めた地域完結型のまちづくりを目指す取組（東近江市愛東地域）や、高齢者や障害者、引きこもり、育児期女性など、就労が困難な人への農業就労を通じた生きがいの場を提供し、多世代が関わる地域コミュニティの再構築を図る取組（長浜市西黒田）といった、就労の観点をもって NPO 法人や株式会社が実施する取組もなされています。

・　地域の古民家を活用し、２階部分には学生等が居住し、１階を地域のコミュニティスペースとして開放することで、誰もが交流できる地域の縁側をつくる取組（豊郷町）も見られます。

・　子どもたちに地域文化の伝承・体験の機会を提供し、子どもたちの健全育成と高齢者自身の生きがいにつなげる取組を実施されている団体もあります。

・　県内の子ども食堂は、老人ホームなどの高齢者施設で実施されているものもあり、なかには高齢者と子どもだけでなく、障害者も含めて、地域住民の集いの場となっている場所もあります。

・　令和８年（2026年）１月１日現在、県内の子ども読書活動団体は433団体を数え、子育て世代や高齢者がボランティアとして活動しています。

・　このほか、困ったときはお互い様の助け合いを、有償ボランティアの形で行っている地域、また昔ながらの寺院や、サロン・老人会といった人が集まる場を利用して地域活動を行っている例や、自治会長、民生委員・児童委員、福祉

推進委員、ご近所といった地域の人々による自治会単位の見守りネットワークが構築されている例があります。

コラム５：居場所づくりの取組（NPO 法人おおたき里づくりネットワーク）

NPO 法人おおたき里づくりネットワークの事務所・コミュニティスペースでは、70 代を中心とした地域の方がカフェを開いています。第 2・4 木曜日にはコミュニティカフェ、第 3 木曜日にはオレンジカフェ（認知症カフェ）が開催され、毎回さまざまな手作りスイーツを楽しむことができます。

カフェを訪れるのは、スタッフさんのお知り合いや近所の方が多く、いつもおしゃべりを楽しむ声や笑い声でいっぱいです。カフェは、訪れる方にとって楽しく過ごせる場所であるだけでなく、スタッフさんにとっても、人と関わったり、自分の得意なことを活かしたりできる大切な場所になっています。

カフェをきっかけに人と人とのつながりが生まれ、地域のみなさんの居場所が少しずつ広がっていくことを願っています。





2　施策の方向と取組

○　目指す姿

・　年齢や心身の状態にかかわらず、誰もが生きていることを輝かせ、最期の時までその人らしく居場所や役割を持って活躍できる。

・　地域に住む全ての世代が「支え手」、「受け手」という関係を超えてつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、支え合いながら暮らしていくことができる。

・　要介護者だけでなく介護する家族等も、仕事や生活とのバランスを保ちながら自分らしく、日常生活に満足できる。

・　様々な移動手段を活用することにより、誰もが、行きたいときに、行きたいところに移動ができる。

・　高齢者が事故や犯罪被害などに遭うことがなく、安心して暮らすことができる。

・　自然災害発生時や感染症の流行下にあっても、安心して地域における日常生活を続けていける。

○　取組方針

・　いきいきと生活する豊かな高齢期を過ごすことができるよう、壮年期からの健康づくりを進め、高齢期を見据えた学びや活動の充実を図ります。

・　高齢者一人ひとりの社会参加につながる取組を支援するとともに、高齢者が持つ知識や経験が、地域活動など社会で生かされるよう支援します。

・　地域の多様な主体による支え合いの取組が広がるよう、市町の生活支援コーディネーター・協議体の活動を支援するとともに、地域での支え合いの機運醸成を図ります。

・　要介護状態になっても、地域住民を含む支援者と共に、本人が主体的に望む生活を実現できるよう取り組む地域リハビリテーション[16]の推進を図ります。

・　介護予防やフレイル予防等に関する取組について、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施[17]」をはじめ、庁内関係部局が実施する関連事業の取組状況や課題を共有し、相互に連携しながら効果的な取組を推進します。

・　介護する家族等を、その人自身の生活の質を維持・向上させるという視点をもって支援します。

・　高齢者がそれぞれの状態に応じて必要な支援を受けられるよう、市町が取り組む介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの充実や、住民主体の通いの場づくりなどの取組を推進します。

・　高齢者の暮らしの安全・安心を守るとともに、高齢になっても移動しやすい社会基盤の整備や、地域での助け合いによる移動支援を進めます。

・　感染症の流行や自然災害が発生しても、それまでの地域のつながりや支え

[16] **地域リハビリテーション**…障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護および地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織が、リハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて。

[17] **高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施**…令和２年（2020 年）４月から、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、広域連合と市町村が連携し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施できるよう開始された取組。

合いを維持し、住み慣れた場所で日常生活がおくれるよう、防災対策や支援の仕組みづくり、地域づくりを支援します。

・　これらの取組にあたっては、本人が支援される対象としてだけでなく、自らチームのメンバーとして、主体的に参加できるよう促します。

（１）一人ひとりの取組の推進

・　生きがいづくり、健康づくり、介護予防など、高齢者一人ひとりの取組を進めるとともに、これらの取組が相互に作用し、活動が広がることで、誰もがいきいきと活躍できる共生社会、支え合ってともに生きる「健康しが」へつなげます。

・　フレイル（心身の虚弱）の予防にも着目し、「栄養（食と口腔機能）」、「身体活動（運動や社会活動等）」、「社会参加（人とのつながり）」といった取組を進めます。

・　生活機能が低下した高齢者に対しては、単に運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割が果たせる環境が整えられることが重要です。この環境への取組が進むよう、市町や介護保険事業所など、関係機関に対して研修等による支援を行います。

①　社会参加とつながり支援

ア　生きがいづくり

・　高齢者が体力に合わせて身体活動を増やす習慣作りに向け、スポーツ推進委員[18]や総合型地域スポーツクラブ[19]等と連携し、公民館など、日頃から活動する場において、スポーツに取り組む機会の拡充を図ります。

・　体力・年齢・技術・興味関心に応じてスポーツに取り組んでいる高齢者等が、その成果発表の機会として全国健康福祉祭（ねんりんピック）や県民総スポーツの祭典に参加することを促し、生きがいと健康づくりにつなげます。

・　アプリや動画を活用した運動プログラム、ｅスポーツ[20]といった、運動や他者との交流の機会の増加のための、デジタル技術を活用した取組が促進されるよう、支援します。

・　生涯学習にかかる多様な県民のニーズに対応して、人づくり・地域づくりに役立つ情報提供を行うとともに、市町や関係団体の情報提供サイトとの情報の共有化を進めて、県内の生涯学習に関する情報の一元化を図ります。

・　アートや文化活動を体験することで、健康を保つ助けになることが近年の研究で示されていることを踏まえ、美術館等の文化資源を活かし、様々な健康課題がある人や社会的に孤立しがちな人に対し、文化芸術を介して地域とのつながりや社会参加を促す取組を進めます。

・　高齢者を含むあらゆる世代が安全・安心・快適に利用できるよう、ユニバーサルデザインを採用した公園づくりを進め、公園を活用した高齢者の生きが

[18] **スポーツ推進委員**…市町村におけるスポーツ推進のための実技等の指導、事業の企画立案や関係者間の円滑な連絡調整等のためのコーディネーターとして、市町村教育委員会等が委嘱し、地域スポーツ推進の中核的な役割を担う者。

[19] **総合型地域スポーツクラブ**…子どもから高齢者まで(多世代)、様々なスポーツを愛好する人々が(多種目)、初心者からトップレベルまで、それぞれの志向に合わせて参加できる(多志向)という特徴を持ち、地域住民により自主的・主体的に運営されるスポーツクラブ。

[20] **ｅスポーツ**…「エレクトロニック・スポーツ」の略で、広義には、電子機器を用いて行う娯楽、競技、スポーツ全般を指す言葉であり、コンピューターゲーム、ビデオゲームを使った対戦をスポーツ競技として捉える際の名称。

いづくりを支援するとともに、高齢者同士や世代間のつながりの構築を支援します。

・　福祉関係者等の有識者で構成する「滋賀県動物保護管理センターのあり方検討会」の結果を踏まえ、動物保護管理センターが高齢者等様々な県民に動物との関わりを通じた福祉・健康増進に寄与する役割も担えるよう検討を進めます。

コラム６：つながり支援にかかる取組「美術館における社会的処方」

滋賀県立美術館では、誰にとっても利用しやすく安心できる場所を目指して様々な取り組みをしています。その中で、人々の健康に美術館が寄与できるのではないかと考え、現在、高齢者施設の利用者と「展示室で作品を一緒に観る」プログラムを試行しています。

健康には「身体的」「精神的」「社会的」な要素があるとされています。美術館という日常とは違う場所での刺激は、当事者だけでなく、その家族や支援者にも精神的、社会的な健康をもたらすことができる可能性があるので、今後、取り組みを広げていく予定です。



イ　社会参加・ボランティア活動

・　老人クラブなどの団体やNPO、企業など様々な主体が「つながる」という視点をもち、連携・協働を進めるとともに、各主体が持つ特色を生かしあうことで、活発な活動が展開されるよう支援します。

・　老人クラブについて、活動費補助や健康づくり、生活支援サポーター養成、介護予防や感染症予防の取組を通じて、より一層の活性化が図られ、新たな会員の確保にもつながるよう支援していきます。

・　高齢者の社会参加に対する意欲の高まりに応え、レイカディア大学では、県民がいくつになっても自らの持てる力を磨き、卒業後も社会に参加し地域づくりの担い手として活躍できるよう、地域での実践につながる講座や体験活動に重点を置いたカリキュラムにより養成の充実を図ります。

・　高齢者が培ってきた経験や習得した知識・スキルを活かして、地域貢献活動を楽しみ、仲間をつくり、健康で生きがいのある生活を実現できるよう、高齢者活躍推進の仕組みづくりを進めます。

・　滋賀県社会福祉協議会が運営する滋賀県ボランティアセンターにおいて、市町ボランティアセンターと連携し、高齢者をはじめとしたボランティア人材の育成や情報提供、情報交換、相談等が実施されるよう支援します。

・　高齢者のスポーツボランティア活動への参加を促進します。

・　ボランティア団体、NPOなどが相互に交流する場の提供を促進し、だれもが参画できるよう裾野の拡大を図ります。

ウ　就労支援

・　高齢者の多様な就業ニーズに応えるため、子育て分野や介護分野など地域課題に密着した仕事を提供する市町シルバー人材センターの取組を支援する

とともに、販路開拓、労働者派遣事業、請負業務、リスキリング（学び直し）など広域的な取組を推進する県シルバー人材センター連合会の取組を支援します。

・　働く意欲のある高齢者の就労を促進するため、「シニアジョブステーション滋賀」を滋賀労働局と一体的に運営し、求職者に対し、シニア相談コーナーとハローワークコーナーにおいて、個別相談から求人情報提供および職業紹介までのサービスをワンストップで提供します。また、出張相談等により広く就業相談が受けられる体制の構築、就業意欲の向上を図るとともに、具体の就労活動につなげていくためのセミナーの開催等を行います。労働供給制約社会において人材不足が課題である企業に対しては、企業相談コーナーにおいて、中高年齢者に合った職場環境改善や職場定着等に向けた取組を促し、高齢者の就業促進を図ります。

コラム７：高齢者の生きがいづくり・社会参加～シルバー人材センター～
（公益社団法人滋賀県シルバー人材センター連合会）

高齢者が自ら活動することで生きがいづくり・社会参加、更には地域貢献につながる組織、それがシルバー人材センターです。長年の経験や特技を活かしての「ウクレレ講座」など、各種講座を企画立案から講師・運営まで全て自ら実施する『講座講師』の仕事などは「働く」プラス、チャレンジで一層のやりがい・生きがいの充実、世代間交流の場にもなっており、超高齢の方には負担の少ない仕事の案内や行事への参加呼びかけなど、いくつになってもできる社会参加と地域とのつながりを提供し、県内高齢者に占める入会率は滋賀県が全国１位です。



（ウクレレ講座）



（デコクレイクラフト講座）

② 健康づくりとフレイル予防

・　健康な高齢期を迎えるため、要介護の原因となる肥満や疾病等の予防等、健康に関心が向きづらい壮年期からの総合的な健康づくり対策を推進します。

・　健康寿命の延伸に向け、個々の高齢者の特性に応じて生活の質の向上が図られるよう、日常生活の中で負担なく身体活動量を増やす方法や、適切な食事内容と量、よく噛んでおいしく食べることの重要性について、市町や保健医療関係団体、事業者、医療保険者と連携し普及啓発活動を推進します。

・　フレイル対策など介護予防やリハビリテーションに関する知識や情報、また熱中症対策やヒートショックを予防するための行動といった、健康に関す

る様々な情報について、情報誌やホームページ、SNS、リーフレットなどを活用した分かりやすい情報発信に努めるほか、県民や医療福祉関係者が参画して意見交換を行うワーキング会議の場等で啓発に努めます。

・　フレイル予防に向けて、食事や栄養に関する相談受付や地域団体等を対象とした低栄養予防や生活習慣病発症・重症化予防に関する出前講座を実施します。また、健康推進アプリ「BIWA-TEKU」のスタンプラリーやバーチャルラリーを活用するなど、楽しみながら運動できる環境づくりを推進します。

・　地域における共食の場において、低栄養予防、フレイル予防につながる効果的・効率的な健康支援が行われるように環境整備を進めます。

・　住民が健康状態を客観的に把握でき、フレイルや要介護状態になることを防ぐため、健康診査受診率の向上や、市町格差の改善、健康状態不明者対策に取り組みます。

・　高齢者の心身の多様な課題に対応し、フレイル予防や要介護状態の進行を防ぐ実践ができるよう、後期高齢者の保健事業について、市町において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する取組（「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」）を、関係機関と連携し既存事業の活用や市町間の好事例の共有を通じて、支援します。

ア　栄養・食生活、口腔機能

・　高齢者の低栄養状態は、要介護状態やフレイル（心身の虚弱）状態を招く要因であることから、高齢者が集まる通いの場や後期高齢者の健康診査や保健指導等において、フレイルに関する質問票を活用するなど、栄養摂取と口腔機能維持の重要性について理解と実践がなされるよう働きかけを行います。

・　むせや活舌の変化などに表れるオーラルフレイル[21](口の虚弱)への対策や、フレイル予防に取り組む人が増えるよう知識の普及に努めます。

・　加齢や疾病に伴う口腔機能の低下や誤嚥性肺炎を予防するため、口腔ケアの知識や義歯の正しい手入れ方法の普及啓発、定期的な歯科健診の必要性について周知し、生涯を通じて食事や会話を楽しめるよう健康寿命の延伸の取組を進めます。

イ　運動・身体活動

・　高齢者の運動機能の維持はきわめて重要であることから、ロコモティブシンドローム[22]（運動器症候群）対策を推進していきます。

・　高齢者が体力・年齢・技術・興味関心に応じて、スポーツや健康づくりに取り組むことができるよう、老人クラブが行う取組などを支援します。

・　高齢者が転倒により、介護を要する状態となることや、死亡することを防ぐため、リハビリテーション専門職等への研修や、県民向けの周知啓発を実施し、家庭や生活環境での安全対策をすすめます。

ウ　結核や肺炎球菌等の感染症への対応

・　高齢者の結核による死亡を防ぎ、介護職や家族など若い世代に広げないために、高齢者の結核の早期発見が重要です。そのため、結核に関する特定感染

[21] **オーラルフレイル**…直訳すると口の虚弱。老化に伴う様々な口腔の状態(歯数・口腔衛生・口腔機能など)の変化に、口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象および過程。

[22] **ロコモティブシンドローム**…骨、関節、筋肉などの運動器の障害のために生活自立度が下がる状態のこと。

症予防指針に基づき、結核健康診断を市町または施設で受けられるよう、結核予防についての普及啓発等に努めます。

・　感染症法に基づいて実施している感染症発生動向調査において報告される侵襲性肺炎球菌感染症の全国および県内の発生状況について情報提供するとともに、ワクチン接種の重要性について、感染症週報およびしらしがメールなどを通じて情報提供し、県民に呼びかけます。

③　若い世代からのACP（人生会議）普及

・　誰もが年齢にかかわらず、自分が望む医療やケアについて考え、家族や身近な人と話し合うきっかけを持てるよう、ACP（人生会議）やエンディングノートについて分かりやすく周知・啓発に取り組みます。

・　特に、若い世代がACPを「自分ごと」として捉えられるよう、若年層に届きやすい方法による情報発信や、実際に考え、話し合うきっかけづくりに取り組みます。

（２）共生社会のまちづくり

①　地域での共生社会づくり

ア　共に支え合う地域づくり

・　高齢者の地域との関わり合いを進め、日常生活支援が必要な人を地域で支えるため、自治体、社会福祉法人などの福祉サービス事業者、NPO、老人クラブ、自治会、住民組織などの協働による地域で支え合う機運の醸成と支え合いの仕組みづくりを支援します。

・　民生委員・児童委員による地域の見守りや困りごとへの相談・援助活動の促進、ボランティアなどにより実施される様々な地域活動や居場所づくりの促進、健康推進員による健康づくりに関する活動の促進などにより、地域住民が共に支え合いながら暮らすことができる地域づくりを進めます。

・　地域住民の様々な困りごとについて、その地域の人材やノウハウ、施設などの資源を有効に活用しながら解決する「場」や、その「場」を広げていくための仕組みづくりを促進します。

・　子ども食堂や、子どもの居場所づくりの取組、「本の読み聞かせ」や「お話会」に協力する読書ボランティア活動など、子どもを真ん中においた地域づくりや、子育て支援活動への高齢者の参画を促進します。

イ　生活支援・介護予防の充実と高齢者の社会参加

・　介護予防と生活支援が一体的に提供され、高齢者自身の社会参加が促進される地域づくりに向けて、生活支援コーディネーター（地域支えあい推進員）の養成を行うとともに、コーディネーターがスキルアップできるよう支援します。

・　生活支援等の担い手については、生活支援コーディネーターや協議体が中心となり、「支え手」と「受け手」という関係を越えた協働の地域づくりに取り組み、高齢者の社会参加を推進します。

・　生活支援コーディネーターに加え、認知症地域支援推進員[23]や在宅医療・介

[23] **認知症地域支援推進員**…全市町に配置され、地域の支援機関間の連携づくりや、認知症ケアパス・認知症カフェ・社会参加活動などの地域支援体制づくり、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を実施する者。

護連携コーディネーター[24]など、市町の地域づくりの取組を支える人材の育成や相互の連携を促進し、住民同士のつながりや支え合いの深化を図ります。

・　地域における支え合いの機運が醸成されるよう、県民に対する周知・広報を行い、市町が行う支え合いの地域づくりの取組を支援します。

ウ　複合・複雑化する支援ニーズに対応する支援体制（包括的・重層的支援体制）整備の推進

・　高齢・障害・子ども、生活困窮等の属性にかかわらず生きづらさを抱える本人および世帯等が相談でき、複合・複雑化する地域生活課題に対し必要な支援相談が実施できる包括的・重層的支援体制整備を支援します。

・　包括的・重層的支援体制整備の推進のため、研修会、勉強会や情報共有等の場を提供するなど、市町の取組を支援します。

・　高齢・障害・子ども、生活困窮等の福祉分野に限らず、教育、医療、労働、まちづくりなど関係部局が相互に連携し、総合的な取組が進められるよう支援します。

・　生活全般に関わる事項について、身近かつ多様な場所でライフステージに応じた相談ができるよう、市町・地域包括支援センターおよび相談支援事業所はもとより、民生委員・児童委員、介護支援専門員、障害者相談員等、様々な推進員や支援員等と連携した相談支援体制が各市町において整備されるよう支援します。

コラム８：包括的・重層的支援体制整備の取組「野洲市市民生活総合支援推進委員会」

野洲市では、独自の「野洲市くらし支えあい条例」に基づき、お金の問題や地域での孤立など、様々な困りごとを抱える人を見つけ、必要な支援につなげています。
「野洲市市民生活総合支援推進委員会」では、各部署の職員が一緒に学び、互いの役割への理解を深め、相談や支援の力を高めています。困りごとの背景にも目を向け、部署を超えて協力し、市民一人ひとりに寄り添いながら、暮らし全体を支える市役所を目指しています。

②　ケアラー支援の推進

・　認知症の人への理解を深めるため、介護の見通しやモデル、親と話し合う機会の必要性、居場所や趣味の必要性といった情報を広く発信します。

・　認知症カフェなど、仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談が出来る機会を確保するとともに、市町が実施する、介護者が利用できる社会資源の周知や情報提供をバックアップします。

・　本人の状態に合わせた排泄ケアの提供や、排泄の困りごとに関する相談支援体制の充実により、排泄介助に伴う介護者の負担の軽減を図ります。

・　地域包括支援センターや介護支援専門員をはじめとした専門職種を対象に、介護者支援の観点を盛り込んだ研修等の実施・充実を図ります。

・　介護離職防止等の観点から、介護者が仕事と介護の両立を図れるよう、企業向けの周知啓発、セミナーの開催や専門職の派遣等を行います。

[24] **在宅医療・介護連携コーディネーター**…地域の在宅医療と介護の関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療と介護の連携に関する相談支援、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整を行う者。看護師や保健師等が各市町に設置されている。

・　退職後に介護者が孤立しないよう、就労的活動やボランティア等、社会との関わりを持てるよう、働きかけます。

・　介護が必要な高齢者など援助を必要とする家族や身近な人を無償でケアする「ケアラー」の普及啓発により社会全体の理解を促進するとともに、市町の包括的な支援体制の整備を支援し、ケアラーの負担軽減を図ります。

コラム９：ケアラー支援

日常的に家族の世話や介護を行うヤングケアラーなど、ケアする人に対するケアが求められています。ケアラー支援条例は、令和８年（2026 年）４月現在、都道府県レベルでは全国で８都道府県（北海道、秋田県、栃木県、茨城県、埼玉県、岐阜県、鳥取県、長崎県）で制定されています。県内では、令和７年（2025 年）11 月にケアラーの横のつながりを広げようと「大津ケアラーネット」が設立されました。本県では令和８年度（2026 年度）に若者ケアラーの相談窓口を開設しています。

③　健康なまちづくり

・　県民、企業、大学、地域団体、市町等多様な主体が、それぞれの活動内容を共有し、県民の健康づくりを進めるため、「健康しが」共創会議を設置します。

・　健康づくりのボランティアである健康推進員[25]や食育推進ボランティアなど住民リーダーの活動を支援し、健康づくり・食育推進のための活動を促進します。

・　健康に関する調査分析および調査・研究成果の情報収集により、県民の意識や健康課題を踏まえた取組を推進します。

・　県民の健康づくりにつながる健康情報や取組方法を積極的に発信するとともに、ICT を活用した取組を推進します。

・　健康寿命の延伸に繋がる情報を広く発信することにより、県民の健康意識の醸成を促し、主体的な健康への取組を推進します。

・　フレイル予防に向けて、食事や栄養に関する相談受付や地域団体等を対象とした低栄養予防や生活習慣病発症・重症化予防に関する出前講座を実施します。また、健康推進アプリ「BIWA-TEKU」のスタンプラリーやバーチャルラリーを活用するなど、楽しみながら運動できる環境づくりを推進します。（再掲）

・　地域における共食の場において、低栄養予防、フレイル予防につながる効果的・効率的な健康支援が行われるように環境整備を進めます。（再掲）

・　生活機能の維持のための取組が地域全体で進むよう、多職種や地域人材等を参集した研修の実施等による普及啓発を図ります。

・　デイサービスやグループホーム等の介護サービス事業所において、自立支援や身体機能の低下の予防を目的とした機能訓練が効果的に実施されるよう、リハビリテーション等の専門職員を派遣します。

・　熱中症対策やヒートショックを予防するため、高齢者の周囲の関係者や地域等で声を掛け合いながら安全に過ごせる環境づくりを推進していきます。

・　いつまでも元気に働ける環境を整備するためにも、職域、医療保険者、関係

[25] **健康推進員**…「私達の健康は私達の手で」を合言葉に、県内全地域において活動する健康づくりリーダー。健康づくりの５本柱「栄養」「運動」「休養」「健診」「生きがい」を基に、生涯における健康づくり活動を推進するボランティアであり、全国的には「食生活改善推進員（愛称：ヘルスメイト）」と呼ばれている。

機関との連携を図り、保健所の広域的・専門的な知識・機能を活かした健康づくり事業を推進します。

④　市町が行う地域づくりによる介護予防への支援

・　住民主体の介護予防の取組が行われる地域づくりのため、市町が抱える課題への伴走型支援の実施やその成果の横展開、関係団体との連携支援、研修会、意見交換会を開催します。

・　自立支援・重度化防止に向けた地域ケア個別会議[26]が全ての市町において効果的に実施されるよう、県内外の好事例の状況把握を行い、全県的な横展開に向けて、市町との情報共有、意見交換、必要な研修を行うとともに、健康福祉事務所や県立リハビリテーションセンターなどにより具体的な支援を行います。

・　住民が健康状態を客観的に把握でき、フレイルや要介護状態になることを防ぐため、健康診査受診率の向上や、市町格差の改善、健康状態不明者対策に取り組みます。（再掲）

・　高齢者の心身の多様な課題に対応し、フレイル予防や要介護状態の進行を防ぐ実践ができるよう、後期高齢者の保健事業について、市町において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する取組（「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」）を、関係機関と連携し既存事業の活用や市町間の好事例の共有を通じて、支援します。（再掲）

・　高齢者の保健事業と介護予防等が一体的に実施されるよう、市町に対して事例の横展開を行います。

・　市町の住民主体の通いの場づくりなどの取組の普及推進のため、県民に対する周知に努めるとともに、市町に対してアプリや動画を活用した運動プログラム、e スポーツ、web 会議ツールを活用した通いの場といった、デジタル技術を活用した取組についての情報提供など、必要な支援を行います。

コラム 10：高齢者サロンの取組「ちょっとよって家（甲賀市）」

地域の仲間５～６人が集まり、「近所にこんな居場所があればいいなぁ」と何回も話し合い、やれることはやっていこうとまず拠点となる場所探しから始めました。お借りした店の床も助成金を活用し新しくすることができ、私たちの未来を見据えた居場所づくり、楽しく居心地よく過ごせる場所にと「ちょっとよって家」と名付けました。

サロンでは、コーヒー、紅茶、ジュース等を提供し、また地域の方の手作り赤飯やお漬物や季節の野菜なども置いてあり、とても好評です。

最近では地域外からも常連さんとなり「いい所を作ってくれてうれしいわ」という声をいただいております。また年代の違うかたともお話ができ話題も豊富です。コーヒー１杯でこんなにも楽しい時を過ごせると思うと、本当にこのお店をやってよかったとスタッフ一同感じています。いつまでも健康で、仲良く続けていくことができたらと願っています。

⑤　地域リハビリテーションの推進

・　市町が実施する自立支援・重度化防止に向けた地域ケア個別会議や短期集

[26] **自立支援・重度化防止に向けた地域ケア個別会議**…多職種が協働して個別の高齢者の支援検討などを行う「地域ケア個別会議」のうち、自立支援・重度化防止などの介護予防の観点から開催されるもの。

中予防サービス、住民主体の通いの場への活動支援等に対して、リハビリテーション専門職が積極的に関与して技術的助言や支援ができるよう、リハビリテーション専門職の所属する医療機関や介護事業所、リハビリテーション職能団体等との調整を行います。

・　地域包括ケアの実現に向けて、県立リハビリテーションセンター、関係機関や団体等が協働し、地域リハビリテーションを促進します。

・　二次医療圏域ごとのリハビリテーションに関する協議体等を通じて、地域包括ケアの推進やリハビリテーション専門職と医療福祉の関係者との連携、医療福祉関係者のリハビリテーションにかかる理解促進を図ります。

・　子どもから高齢者まで、将来を見据えたリハビリテーション支援体制の充実を図ります。

⑥　安全・安心な滋賀の実現

ア　高齢者の交通事故防止対策の推進

・　交通安全ボランティア等と連携した交通事故防止の啓発や研修会等を実施し、交通安全意識の普及啓発を図るほか、交通安全教育の受講機会が少ない高齢者を対象とした家庭訪問により、具体的な個別指導・助言等を行います。

・　実地体験を交えた交通安全教室が実施できる交通安全指導員を養成し、地域の高齢者を対象とした実地体験学習事業が開催されるよう、支援します。

・　高齢運転者が安全な運転に必要な技能・知識を再確認できるよう、危険予測トレーニング機器や、運転技能自動評価システム等の交通安全機器を積極的に活用した参加・体験・実践型の講習会の実施に努めるほか、バーチャルリアリティ（仮想現実）機器を活用し、交通ルールの遵守、安全確認の重要性等について再認識を図ります。

・　75歳以上で、一定の違反歴がある高齢運転者に対する運転技能検査の制度[27]の適正かつ円滑な運用に努めるとともに、75歳以上の高齢者が運転免許更新時に受検する認知機能検査や、一定の違反行為をした時に臨時に行う認知機能検査を通じて、認知症のおそれのある運転者の早期把握に努め、認知症専門医等との連携を強化します。

・　申請による運転免許の取り消しおよび運転経歴証明書制度について積極的な広報に努め、公共団体や民間企業の協力を得て、運転免許を返納した高齢者に対する公共交通機関の運賃割引、協賛店における割引等の支援措置により、身体機能の低下等により自動車等の運転に不安を覚える高齢者が、自主的に運転免許証を返納しやすい環境づくりを推進します。

・　運転免許証の返納をためらう高齢運転者に対して「お試し自主返納」を実施し、自動車を運転しない生活を１か月間程度体験してもらうことで、公共交通機関の利便性や家族のサポート等に対する「気づき」を促して、運転免許証の自主返納を促進します。

イ　犯罪被害防止等のための取組の推進

・　高齢者が被害に遭う特殊詐欺などが依然として多いことから、学識経験者等と連携して発生状況等を分析し、被害につながる要因や被害を防止するための効果的な啓発手法等について研究を進めます。

・　特に、老人クラブや自主防犯活動団体などによる注意喚起に加え、高齢者の利用が多い事業者や施設などと連携した啓発活動を推進します。また、高齢者

[27] **運転技能検査**…75 歳以上で、一定の違反歴がある高齢運転者は、運転免許更新時に実車による走行を行い、その結果が一定の基準に該当する者には運転免許を更新しないとするもの。

の特性に応じた的確な情報発信・啓発等の実施により、高齢者が被害者となる詐欺や悪質商法被害等の未然防止を図ります。

・　令和６年（2024年）３月から運用を開始している滋賀県警察公式防犯アプリ「ぽけっとポリス しが」の利用促進に加え、令和８年（2026年）５月25日から、詐欺被害を防止するため、「滋賀県トクリュウからみんなを守る県民運動」を展開しています。

・　詐欺被害は電話を接触手段とすることが依然として多く占めることを踏まえ、警察庁推奨の詐欺対策アプリの利用促進や固定電話の国際電話をブロックする国際電話不取扱受付センターへの申込などを推進するとともに、独力で対策をとることが困難な高齢者に対しては、各地のイベントや免許更新をはじめとする各種行政手続きの機会を通じ、アプリのダウンロード等を支援します。

・　自主防犯活動団体の表彰に加え、各団体の取組等を投稿・共有することができる交流サイト「トクまも運動特設サイト」等を活用することで、地域の自主防犯活動の拡充とさらなる活性化を促進します。

・　高齢者からの消費生活相談が依然として多い現状を踏まえ、特定商取引法などに違反する行為を行っている悪質事業者への早期の指導を進めるほか、高齢者の特性に応じた的確な情報発信・啓発等の実施により、高齢者の消費者被害の未然防止を図ります。

・　家族だけでなく、民生委員・児童委員や社会福祉協議会、事業者など、高齢者を取り巻く多様な主体による見守りが進むよう、多角的な啓発活動や、これら関係団体などと警察との官民連携ネットワークの構築などにより、高齢者の見守りのための取組を促進します。

ウ　ユニバーサルデザインの推進

・　高齢者をはじめ、できるだけ多くの人が、まち・もの・サービス・情報を使いやすいようにはじめから考えて計画し、その後もさらに良いものに変えていこうとするユニバーサルデザインの考え方を、様々な方法により広く県民に周知し、理解を広めます。

・　施設のユニバ―サルデザイン化を進めるとともに、「ひと中心のまちづくり」を目指してユニバ―サルデザインの導入を進め、まち全体の連続的、一体的な施設整備などを行っていきます。また、「だれもが住みたくなる福祉滋賀のまちづくり条例」に規定する整備基準への適合だけではなく、より望ましいとする整備基準への適合を目指すための取組を行います。

・　公共交通機関や道路等における必要な整備を推進し、ユニバーサルデザインの考え方に基づいた地域の公共交通、休憩できる場所、公衆トイレ、信号機等の整備を計画的に進めます。また、案内標識や案内表示についても、だれもが簡単に理解できる表示方法や色彩、設置場所などに配慮して整備するよう努めます。

エ　防災・減災の推進

・　自力で避難することが困難な高齢者等の避難行動要支援者を適切に避難誘導するため、福祉専門職等の協力を得ながら、市町が行う地域の実情に応じた個別避難計画策定の取組を支援します。

・　地域住民や自主防災組織等との連携を図りながら、平常時から適切な避難誘導体制の整備に努めるとともに、災害からの復旧に際して助け合える地域づくりを支援します。

・　避難所において要配慮者に適切な配慮がされるよう、福祉避難所をはじめとし、だれもが安心して利用できる避難所の体制整備を促すとともに、県・市

町の連携により避難所での避難生活の質の向上を図る災害備蓄物資の充実を進めます。

・　高齢者をはじめとする災害時要配慮者に対して福祉支援を行う「災害派遣福祉チーム（DWAT）[28]」の組成・避難所への派遣の準備を進めるほか、「災害ケースマネジメント」[29]の観点から、社会福祉協議会等の災害中間支援組織との連携体制の構築、市町向けの研修・人材育成を行います。

オ　感染症と社会づくり

・　新型コロナウイルス感染症への対応から得られた、感染拡大防止策と社会経済文化活動との両立、県民の生命を守るための医療提供体制の確保に関する知見や経験を生かし、次なる新興感染症の発生へ備えます。

・　感染力や感染した場合の重篤性などの違いを踏まえつつ、感染症が流行する状況であっても、高齢者を人との接触から隔離してしまうのではなく、感染を防ぎつつ社会参加してもらえるよう、住民主体の通いの場等を通じて、仲間づくり・支え合いの関係性を醸成し、互いに気に掛け合える地域づくりを進めます。

・　感染症に対する正しい理解と感染予防に関する知識の普及啓発を行うことにより、高齢者自身の健康意識を醸成することと併せて、人との接触が可能となる環境づくりの支援を行います。

⑦　移動支援

・　「滋賀県地域交通ビジョン」や「滋賀地域交通計画」に基づいて、自家用車を運転できない（しない、持たない）人でも、地域交通によって「目的に応じた移動ができる」よう地域特性に応じた取組を進めます。

・　コミュニティバスやデマンド交通の維持・充実、ライドシェアの実証運行等に取り組むとともに、ボランティア輸送や福祉輸送など地域住民の協力により確保されている移動に対して支援を検討し、地域内移動の維持・充実に向けて取り組みます。

・　市町が行う高齢者や障害のある方など、移動に配慮が必要な人に対する運賃負担の軽減を支援し、生活に必要な移動や暮らしを豊かにする移動を支えます。

・　運転免許証を自主返納した高齢者等に対し、地域交通機関の乗車券や割引券の配布等を行い、経済面から地域交通を利用しやすい環境を整える取組を支援します。

・　高齢者や障害のある方など、移動に配慮が必要な人が地域交通を利用しやすいよう、鉄道駅のバリアフリー化、ユニバーサルデザイン車両やノンステップバスの導入等を支援します。

・　地域づくりを進めるなかで、生活支援や社会参加、自立支援・重度化防止などと一体的に移動支援に取り組めるよう、市町を支援します。

・　地域における、住民主体の助け合いの取組のなかの移動支援や移動販売などの取組を広げるため、県内外の好事例の収集に努め市町に提供するほか、生活支援体制整備の中で、生活支援コーディネーターに対しての研修を行うなど、行政に限らない働きかけを行います。

---

[28] **災害派遣福祉チーム（DWAT）**…災害発生時の避難所等において、高齢者・障害者・子ども等の要配慮者を支援する、福祉専門職等からなるチーム（DWAT: Disaster Welfare Assistance Team）。

[29] **災害ケースマネジメント**…一人ひとりの被災者の状況を把握したうえで、関係者が連携してきめ細やかな支援を継続的に実施する取組。

【指標】

●通いの場の箇所数

R6（2024）年 基準値	R11（2029）年 目標値
2,462か所	2,500か所

（出典）介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（厚生労働省）

●介護予防に資する通いの場への高齢者の参加率（週1回以上）

R6(2024)年 基準値	R11(2029)年 目標値
4.5%	8.0%

（出典）介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（厚生労働省）

●介護予防に実際に取り組んでいる人の割合

R7（2025）年 基準値	R11（2029）年 目標値
60-69歳　11.5% 70歳以上　21.4%	60-69歳　20% 70歳以上　30%

（出典）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（滋賀県医療福祉推進課）

●レイカディア大学卒業生のうち地域活動を行っている人の割合（卒業後３年以内）

R7（2025）年 基準値	R11（2029）年 目標値
88.9%	95.0%

（出典）滋賀県レイカディア大学卒業生活動状況等調査（社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会）

●生活支援コーディネーター（第２層[30]）の設置目標数に対する達成率

R8（2026）年 基準値	R11（2029）年 目標値
93.3% （設置数:84/90）	100%

（出典）滋賀県医療福祉推進課調査

●自分の高齢期の生活に不安を感じている人の割合

R7（2025）年 基準値	R11（2029）年 目標値
不安あり　83.5%	現状値より減少

（出典）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

[30] **生活支援コーディネーター（第2層）**…中学校区等の日常生活圏域において、生活支援・介護予防サービスの充実や高齢者の社会参加を推進するため、生活支援・介護予防サービスの担い手の養成や、地域の支援ニーズと地域資源のマッチングなどを行う地域支えあい推進員。

第２節　認知症になっても、自分らしく安心して暮らせる認知症施策の推進

１　現状・課題

○　認知症に関する状況

・　認知症高齢者数は、令和７年(2025年)には約48,000人、令和22年(2040年)には約64,000人（65歳以上の高齢者の約７人に１人）に達することが見込まれています。認知症高齢者の増加[1]に伴って、誰もが認知症とともに生き、誰もが介護者として関わる可能性があります。

・　令和５年(2023年)６月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症の人を含めた国民が互いに人格と個性を尊重しつつ、支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現の推進に向け、法律で掲げられている基本理念に基づき、国と地方公共団体が一体となって認知症施策を講じていくことが求められています。

・　令和６年(2024年)12月に閣議決定された「認知症施策推進基本計画」では、基本法に明記された共生社会の実現と認知症の人本人の声を尊重し、「新しい認知症観」[2]に基づき施策を推進することが求められています。本人の声、本人の思いを大切にするためには、年齢や病状、重症度だけでは見えてこないものであり、一人ひとりに向き合う視点を大切にしていく必要があります。

・　65歳未満で発症する若年性認知症の人は、全国で約3.6万人と推定され、人口10万人あたりの有病率は50.9人になり、男性に多い傾向があります（令和２年(2020年)３月）[3]。全国推計で示された性・年齢別有病率をもとに算出すると、本県では約390人と推計されます(令和２年(2020年)時点)。若年期に認知症を発症した場合は、就労、育児、経済的課題など、高齢期に発症した場合とは異なるニーズへも対応していくことが必要です。

・　県では、平成18年度（2006年度）より全国に先駆けて、総合相談支援体制の構築・本人家族支援・就労継続支援・居場所づくり・人材育成・ネットワーク構築等、若年性認知症への取組を進めてきました。

・　今後、本取組で得られた成果をもとに、すべての認知症の人や家族等に展開し、本人の意思、希望を尊重し、持ちうる力を発揮しながら社会参加できるとともに、本人だけでなく認知症の人の家族等についても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる環境づくりをさらに進めていく必要があります。

・　令和７年度に実施した認知症の人やその家族へのヒアリングでは、仕事や役割を持つことの充実感や、自分でできることは自分でしたいという思い、必要な支援は一人ひとり異なることなどが語られました。こうした声を踏まえ、本人の意思やできることを尊重し、本人のできることや強みを生かし、活躍できる機会を広げるとともに、認知症への理解促進、支援者の資質・アセスメント力の向上、見守りや家族を含めた地域の支援体制の充実を図る必要があります。

---

[1] 出典：滋賀県の認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計（令和６年度推計）

[2] **新しい認知症観**…認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方

[3] 出典：「わが国における若年性認知症有病率・生活実態把握」に関する調査研究報告

コラム 11：認知症の御本人の声・思い

認知症の人と家族の会滋賀県支部と一緒に活動されている認知症の御本人の声や思いを紹介します。

〇忘れることが多くなりました。でも、友達は認知症だと知っても、普通に接してくれます。声をかけてもらえるのが嬉しいです。これからも家族と仲良く暮らしたい。そして、何かできることがあれば、人のお役に立ちたいです。認知症になっても、普通に暮らしたいです。



〇認知症と診断された時は落ち込みました。でも、実際に関係者の人に会うと、自分のままでいられる対応をしてくれました。嬉しかったです。これからも何かできることがあれば、人のお役に立ちたいです。

〇認知症を隠す必要はないと思っています。認知症であっても、できることをして、必要とされることが大切だと思います。困っていたら、「どうしましたか」と声をかけてもらえる地域になってほしいです。

○　認知症への理解を深めるための普及啓発の推進

・　令和７年度(2025年度)の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、認知症の人と接した経験があると回答した人は、約６割となっています。また、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要なこととして、「介護する家族の負担の軽減」が最も多く(76.1％)、次いで「家族や親せき、地域の人々の理解」(52.8％)となっています。

・　また、内閣府の「認知症に関する世論調査」では、認知症の人と接したことのある人は、接したことがない人に比べ、当事者理解に差があることが示されています[4]。このため、認知症の人の社会参加や本人発信を進めるとともに、こうした取組を通じて地域の中で認知症の人と接する機会を広げ、認知症に対する正しい理解を深めることが必要です。

・　「新しい認知症観」に示されているように、誰もが認知症になり得ることを前提に、認知症を自分事と捉え、認知症になってからも、様々な工夫をしながら自分らしく生活していくことができるよう、認知症の人を「支えられる側」としてだけの側面で捉えるのではなく、個性や能力を活かしてともに暮らす人として、認知症に対する社会の理解をより一層深める取組が必要です。

・　県では、令和７年度（2025年度）から、「しがの認知症オレンジプロジェクト」として、認知症フェスタや、SNS 上で県内各地をオレンジ色に彩るオレンジドレスアップ運動を実施し、認知症への理解促進と地域で支え合う機運の醸成に取り組んでいます。

・　認知症への理解促進にあたっては、若い世代への啓発や、地域とのつながりを生み出す取組の充実が必要です。

[4] 出典：「認知症の人や家族の心理的・社会的サポートに関する調査研究事業報告書（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所、令和５年度老人保健事業推進費等補助金）

○　認知症の人と家族等を支える地域づくり

・　県内の高齢独居世帯数は、令和７年（2025年）時点で73,052世帯ですが、令和22年（2040年）には102,841世帯と1.4倍程度増加することが見込まれており、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、身近な地域における日常的な見守りや、必要な時に気軽に相談できる体制づくりが一層重要であり、地域のつながりの中で孤立を防ぐための働きかけが必要です。

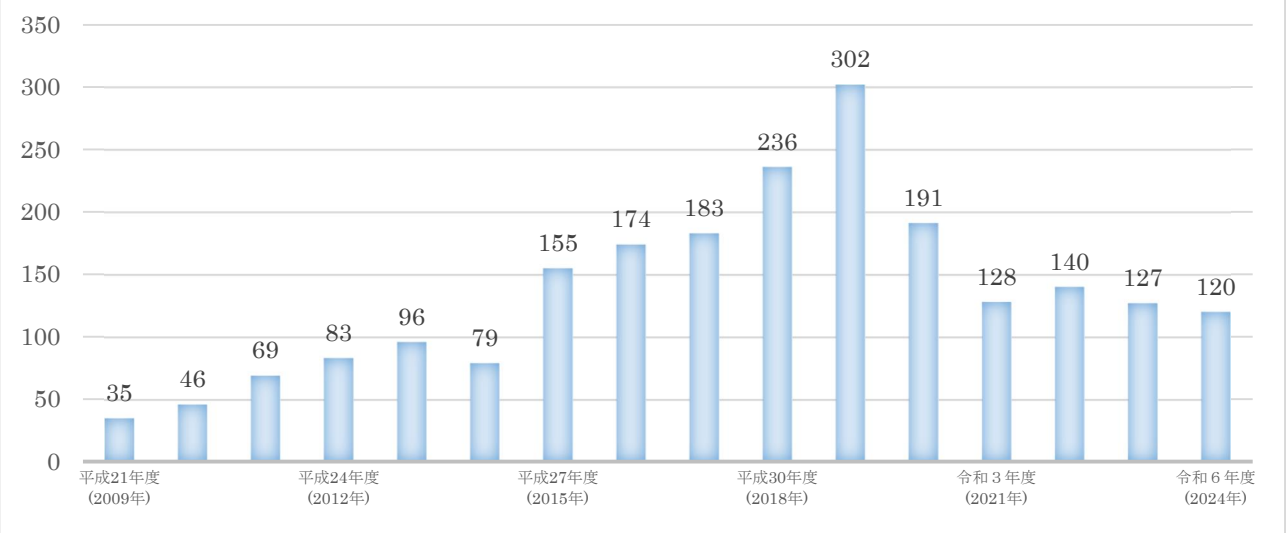
・　認知症の人や家族が、安心して自分の望む日常生活や社会生活を営み続けることができるようにするためには、公共交通や建築物などのハード面と、地域支援体制などのソフト面の双方において、日常生活や社会生活を送る上での様々な障壁を取り除いていく必要があります。

・「認知症キャラバン・メイト[5]」や「認知症サポーター[6]」の養成者数は、令和８年(2026年)３月31日現在、294,541人となっています。認知症サポーターには、認知症の人や家族に対して自分なりにできることから実践するほか、地域で相互扶助・協力・連携、ネットワークを作ることが期待されており、チームオレンジの活動等、認知症サポーターが地域においてより活躍できる場づくりが求められています。

・　令和７年度(2025年度)の65歳以上の運転免許の自主返納者数は、4,594人であり、免許返納後の生活支援が課題となっています。

・　令和６年度(2024年度)に市町が把握した行方不明高齢者の発生状況は120件であり、令和元年度(2019年度)の302件をピークに減少傾向にあります。市町では、行方不明になるおそれのある高齢者の事前登録制度[7]や、GPS 等の捜索機器の購入助成などに取り組んでいます。

図28　滋賀県の行方不明者の発生件数　　［単位：件］



出典：認知症等による行方不明者・身元不明者に関する調査（滋賀県医療福祉推進課）
注：平成26年度、平成27 年度は市町、地域包括支援センター等への通報などにより、地域で捜索活動を行うに至った行方不明者を調査の対象としている。

[5] **認知症キャラバン・メイト**…認知症サポーター養成講座の講師役。
[6] **認知症サポーター**…地域、職域において、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人。
[7] **事前登録制度**…行方不明になる可能性のある人の名前や特徴、写真などの情報を本人や家族の同意を得て、ネットワークの運営団体へあらかじめ登録しておき、早期発見に役立てる制度。

・　認知症ケアの向上を図るための取組の推進役である認知症地域支援推進員[8]は、全市町に配置され、地域の医療や介護の関係機関、地域の支援機関等の連携支援や認知症の人やその家族を支援する体制づくり等の事業を行っています。

・　認知症に関する相談機関は、地域包括支援センターや認知症相談医・サポート医、認知症疾患医療センター、公益社団法人「認知症の人と家族の会滋賀県支部」が運営する『もの忘れ介護相談室』などがあります。また、各市町では、認知症カフェや介護者の会などが開催されています。

・　認知症の人が安心して話ができる場や、認知症の人本人による相談活動（ピアサポート活動[9]）が各地域で展開されており、今後も充実を図る必要があります。

・　若年性認知症の人や家族のニーズに対応するため、令和２年(2020年)10月から、若年性認知症の人や家族等を総合的に支援する若年性認知症支援コーディネーターを２か所の認知症疾患医療センターに配置するとともに、令和３年度(2021年度)からは県内すべての認知症疾患医療センターにおける専門医療相談の中で、相談に対応しています。また、若年性認知症の人や家族への支援が途切れ、孤立することがないよう、居場所づくりや支援者育成、支援者の見える化などに取り組んでいます。

・　令和７年度(2025年度)の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、認知症の医療について、「変化に気づいたら早期に医療機関を受診すべきである」と回答した人は80.9%である一方で、「困りごとが生じた段階で医療機関を受診すべきである」と回答した人は29.5%、「医療機関を受診する場合、どの診療科を受診していいかわからない」と回答した人は33.7%となっています。

・　また、同調査では、認知症に関する相談機関や制度で知っているものとして、病院が最も多く（50.4%）、次いで市町の地域包括支援センター（47.8%）となっています。一方で、「いずれも知らない」は、26.0%となっています。

・　認知症の発症初期では本人自身が、気が付きにくく、周囲の人がおかしいなと気づき相談に繋がることが重要です。認知症の人や家族が孤立することなく、日ごろの地域とのかかわりの中で繋がり、必要と感じた時に気軽に相談することができ、自分らしく暮らし続けることができる適切な支援を受けることができるよう、体制整備が必要です。

・　認知症の病状に応じた適切な医療や介護サービスの流れを示すとともに、各々の状況に最も適する相談先や受診先を整理した「認知症ケアパス」[10]については、全市町で作成されています。

・　令和７年度（2025年度）からは、認知症の人にやさしい取組を行う企業・団体等を「しがの認知症バリアフリー地域づくり知事表彰」により表彰し、優れた取組を広く発信することで、社会全体の理解促進と取組の裾野拡大に取り組んでいます。

・　災害時には、避難や生活環境の変化等により、認知症の人が不安や混乱を感じたり、心身の状態が変化したりすることがあります。このため、認知症の人や家族等が災害時においても孤立せずに必要な支援を受けられるよう、認知症の特性に応じた支援について、平時から備えておくことが必要です。

---

[8] **認知症地域支援推進員**…令和元年度から全ての市町村の地域包括支援センターや担当課に配置され、専門職等が充てられている。地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う者。

[9] **ピアサポート活動**…同じような悩みや不安を抱える当事者同士の交流や支え合いを行う活動のこと。

[10] **認知症ケアパス**…認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。

○　認知症の人の社会参加

・　認知症になったあとも、本人が大切にしてきたことや、やってみたいこと、続けたいことなど一人ひとりの思いや希望が尊重され、その人が持つ個性と能力を発揮しながら、社会の中で役割や生きがいを持って、自分らしく暮らし続けられる環境づくりが重要です。

・　令和8年度(2026年度)診療報酬改定では、「療養・就労両立支援指導料」の対象疾患の制限がなくなり、認知症の治療を受けながら、仕事を両立するための両立支援が促進されています。

・　令和4年度(2022年度)滋賀県治療と仕事の両立支援に関する事業所調査では、「過去５年間に認知症で治療中の労働者がいる、またはかつていた」とする事業所は約２％でした。認知症と診断された後も、本人の意欲や能力に応じて就労が継続できるよう、認知症に関する企業の理解促進や配慮について、引き続き働きかけていく必要があります。

・　認知症の人の社会参加には、就労だけでなく、ボランティアや地域活動、趣味を通じた人とのつながりなど様々な形があります。認知症になっても、本人がこれまで培ってきた経験や能力、趣味・関心を活かしながら、希望に応じた多様な社会参加の機会を選択できる環境づくりが必要です。

・　社会参加の在り方は一人ひとり異なることから、画一的な形を求めるのではなく、本人の意思や希望を尊重し、本人とともに、その人に合った社会参加の方法を考えることが重要です。本人の状況に応じて、支援者や地域が寄り添い、必要な支援を行いながら、社会とのつながりを持ち続けられるよう、支えていくことが求められます。

○　認知症の人を支える医療・介護の充実

・　「新しい認知症観」のもと、本人の意思や希望を尊重した意思決定支援を医療・介護の現場に浸透させ、認知症の症状にかかわらず、認知症の人には意思があり、意思決定能力を有することを前提に日常生活のケアから嗜好や価値観などの本人意思を引き出してACP[11]等につなげることは、認知症の人の生活の質を高めるとともに、ケアスタッフの専門性を高めることにもつながります。

・　認知症の人やその家族が認知症と共に住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、早期診断と早期対応が必要であり、診断後、適切に介護サービスを利用できる体制の整備が重要です。診断を受けた本人や家族が抱えるショックや不安をしっかり受け止めながら、相談から診断後の生活支援、そして家族支援まで一貫して切れ目なくつなげることが求められます。医療と介護の連携によって、本人主体の医療・介護サービスが実現されることが重要です。

・　経済的な問題を抱える世帯や、身体疾患や精神保健上の課題を有する家族が要介護者と同居しているなど、複合課題を抱えた人が高齢期となり認知症を発症した場合、多様な背景や課題に対応するため、適切な見立てや重層的な支援体制の構築が必要です。

・　認知症の専門医療相談や鑑別診断などを実施する専門医療機関である認知症疾患医療センターは、令和８年(2026年)３月末現在で６圏域に７か所あり、年間約17,000件の外来対応と、約4,500件の専門医療相談、約1,300件の鑑別診

[11] **ACP（アドバンス・ケア・プランニング）**…もしものときに備えて、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取組のこと。愛称は「人生会議」。

断を実施していますが、初診までに１か月から３か月を要しているセンターもあります。

・　令和８年（2026年）４月時点で、若年性認知症コーディネーターは県内２か所の認知症疾患医療センターに配置されており、若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービスの担当者との調整等を行っています。

・　認知症疾患修飾薬「レカネマブ・ドナネマブ」の投与が可能な医療機関は令和８年（2026年）５月時点で１８病院となっています。

・　かかりつけ医の中で、日頃診察している患者の認知症を早期に発見し、状況を把握しながら、必要に応じて専門医療機関への受診誘導や地域連携を行い、認知症の日常的な診療や家族への助言を行う医師を、「認知症相談医」として認定しています。また、認知症相談医の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」の養成を行っています。

・　令和８年(2026年)３月末現在、認知症相談医は475人、認知症サポート医は189人が登録されています。認知症の人に対する相談・診断等の対応を効果的に提供するためには、かかりつけ医や専門医療機関、地域の相談機関の連携をさらに強化することが必要です。

・　認知症の早期発見・早期対応につなげるための取組として、各市町に複数の専門職による認知症初期集中支援チームが設置されています。チームでは、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行っていますが、稼働状況は市町によって差がある状況です。

・　令和７年度(2025年度)において、認知症ケア加算を算定した病院は41病院となっています。また、入院中の認知機能の低下を抑え、スムーズな在宅復帰のため、認知症高齢者等への院内デイケア[12]を実施した病院は18病院となっています。さらに、県内の医療機関等に所属する認知症看護認定看護師は、令和８年(2026年)９月時点で26名となっています。

・　歯科医院、薬局、診療所等に所属する医療従事者等に対して、認知症の疑いのある人の早期の気づきや連携を促すための認知症対応力向上研修を実施しています。

・　認知症の人が医療機関を単独で受診した際に、最初に接する受付等の事務職員が、待合室での様子などから認知症の可能性に気づき、適切に対応することは、早期発見だけでなく、認知症の人が安心して医療機関を利用できる環境づくりにもつながることから、医療機関の事務職員を対象とした研修も実施しています。

・　認知症介護では、本人主体の介護を行うことにより、BPSD[13]に適切に対応し、認知症の進行を穏やかにできるようなケアの提供が求められており、認知症介護に従事する職員対象の研修を実施しています。

・　認知症の人に対し、良質かつ適切な医療やケアを提供するため、研修の受講を推進する必要があります。

[12] **院内デイケア**…入院中の患者の体調等にあわせながら、病院内で、レクリエーションや体操などを行うこと。入院生活の活動性を上げることで、身体機能の維持向上や生活リズムの改善等の効果も期待される。

[13] **BPSD**…抑うつ、徘徊、不眠、妄想、幻覚など認知症に伴う行動・心理症状

○　認知症の予防・早期発見

・　認知症の予防には、認知症にならないことだけではなく、発症を遅らせることや、認知症になっても進行を緩やかにすることも含まれます。認知症は加齢が最大の要因ですが、認知症の種類によっては、運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防や適切な管理、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症リスク低減につながる可能性が示唆されています。

・　しかし、認知症は未だその原因は十分に解明されておらず、根本的治療法も確立されていません。一方で、近年、レカネマブやドナネマブといった、アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行を抑制する新薬が国内で承認され、早期の段階で発見し、適切な治療・ケアや支援につなげることの重要性が一層高まっています。

・　国では認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断や治療、リハビリテーション、介護モデル等、様々な病態やステージを対象に研究開発を進めることとされており、この研究開発で得られた成果については随時周知を図っていく必要があります。

・　また、軽度認知障害[14]も含む認知機能低下のある人や認知症の人を早期に発見し、本人の意向を踏まえた適切な医療・ケアや支援に繋げることが重要です。このため、認知症に関する正しい知識の普及や、支援にあたる認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム等、本人や家族等への支援にあたる関係者の対応力の向上を図る必要があります。

[14] **軽度認知障害**…本人や家族に認知機能低下の自覚があるものの、日常生活は問題なく送ることができている状態。健常な状態と認知症の中間の状態であり、認知症だけでなく、健常な状態にも移行しうる状態であるともいえる。MCI ともいう。

2　施策の方向と取組

○　目指す姿

・　認知症を我が事としてとらえ、認知症を発症しても、希望と尊厳をもって、認知症とともに、誰もが自分らしく安心して暮らし続けている。

○　取組方針

・　認知症の正しい知識と理解のもとでの適切な対応の普及啓発を図ります。

・　認知症の人や家族等が、住み慣れた地域で、自らの意思により生活し続けることのできるまちづくりや支え合いの仕組みづくりなどを、産学官民連携などにより推進します。

・　認知症を発症しても、社会の一員として社会参加ができ、希望をもって日常生活を送ることができる地域づくりを目指し、地域住民の支え合い活動を推進し、家族や介護者等の負担軽減を図ります。

・　認知症の症状・状態に応じた適切な支援が途切れることなく受けられるための医療・介護等の従事者の対応力の向上と、連携体制の強化を図ります。

・　生涯を通じた健康づくりや介護予防、リハビリテーション等の専門職と連携などによる認知機能低下の予防や認知症発症リスクの低減、早期発見につながる取組を進めます。

・　上記の取組の推進にあたっては、本人やその家族等、当事者の声を聴きながら進めます。

・　高齢者施策全体との整合を図り、認知症施策をより一体的に推進するため、本節を「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づく「滋賀県認知症施策推進計画」として位置づけ、県内の関係分野の専門家を構成委員とする「滋賀県認知症施策推進会議」を設置し、計画の進捗状況を確認・評価するとともに、関係機関と連携して取組を推進します。

（1）認知症への理解を深めるための普及啓発の推進

・　認知症に関する正しい知識や理解を普及するため、ホームページや SNS などを活用した情報発信に取り組みます。

・　世界アルツハイマーデー（認知症の日）[15]等の機会をとらえて、認知症に関する普及・啓発に取り組みます。

・　「しがの認知症オレンジプロジェクト」を通じて、市町、企業、関係団体等と連携し、認知症に関する理解を深めるための普及啓発を推進します。

・　図書館や公民館など地域の交流拠点において、認知症の啓発を市町とともに推進します。

・　認知症サポーターの養成、キャラバン・メイトの養成、認知症サポーター養成講座の修了者活用促進を市町とともに推進します。

・　企業や小・中学校など様々な団体に向けて、認知症サポーター養成講座などへの受講の働きかけを行うなど、認知症の正しい知識と対応方法についての普及・啓発に取り組み、認知症に対する理解を促進します。

[15] **世界アルツハイマーデー**…1994 年に、国際アルツハイマー病協会と WHO が共同で、毎年９月 21 日を「世界アルツハイマーデー」と制定し、この日を中心に認知症の啓蒙を行っている。また、９月を「世界アルツハイマー月間」と定めている。

・　小・中学校など若い世代が早い段階から認知症について学び、当事者と接する機会を持てるよう、学校教育と連携した啓発を進めます。

（２）認知症の人と家族等を支える地域づくり

・　認知症の人や家族等の地域での困りごとなどに対し、認知症サポーター等による支援の仕組みづくり(チームオレンジ[16]など)がさらに広がるよう支援します。

・　認知症の人が安全に外出できるように、地域住民による見守りネットワークの構築支援や、行方不明になった際に早期に発見・保護ができるよう、ICT機器の活用や警察などとの連携を進めます。

・　認知症により運転免許証を返納した高齢者に対して、自主返納高齢者支援制度などを活用しながら、買い物・外出が困難な人に対する移動支援などの充実を図ります。

・ 地域の実情に応じて、認知症の人やその家族等が自分らしく地域で生活することを目的に、ネットワークの構築や関係機関と連携した事業の企画・調整を行う認知症地域支援推進員の活動を支援します。

・　認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、企業への出前研修、就労継続支援などを通して、企業・団体等との協働推進を図ります。

・　認知症サポーター養成講座の修了者が地域で活躍できる取組を進めます。

・　認知症の人の生活をサポートする事業所等(交通機関、金融機関、小売店、図書館等)の情報共有を通じて、取組の拡大を図ります。

・「しがの認知症バリアフリー地域づくり知事表彰」を通じて、地域や企業・団体等による優れた取組を広く発信し、認知症バリアフリーの地域づくりのさらなる推進を図ります。

・ 認知症カフェや介護者の会、仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談ができる機会の情報を集約して発信します。

・　認知症の人を介護する家族等にも自身の人生があるという視点を大切にし、家族等が、自分自身の時間や心身の健康を大切にしながら、無理なく介護を続けていけるよう、心理的な支援やショートステイなどのサービスの利用促進、介護者同士が経験や悩みを語り合える場（介護者のつどい等）の充実を図ります。

・　市町で作成されている認知症ケアパスの点検・整理や、周知・活用をさらに推進し、分野を跨いだ連携体制の構築を目指します。

・　若年性・軽度認知症[17]の支援機関や支援内容について見える化し、ホームページや SNS などを活用して周知を図ります。

・　公益社団法人「認知症の人と家族の会滋賀県支部」などの介護経験者による相談対応や、ピアサポート活動を支援し、家族等への支援の充実を図ります。

・　認知症の人が自身の思いやニーズを語り合う「本人ミーティング」など本人発信の機会や場の普及を図り、認知症施策へ当事者の意見を反映するよう努めます。

・　災害時にも認知症の人や家族等が孤立せず必要な支援が受けられるよう、

[16] **チームオレンジ**…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組。

[17] **軽度認知症**…認知症の経過の中で、排泄、食事、着替えなどの基本的日常生活動作は保持されているが、電話の使用、買い物、食事の支度などの手段的日常生活の障害が目立つ時期をいう。

市町や関係機関と連携し、「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル」[18]等の周知・活用を進めます。

（３）認知症の人の社会参加の促進

・　認知症になっても、本人が大切にしていることや、やってみたいこと、続けたいことなどの声や思いを丁寧に聴き、本人とともにその実現に向けた方法を考え、地域の中で希望する活動や役割につながることができるよう支援します。

・　社会参加の形をあらかじめ決めるのではなく、本人の声や思いを起点として、これまで培ってきた経験や能力、趣味・関心などを活かしながら、本人に合った活動や役割を本人・家族・支援者・地域の関係者等がともに考え、その実現につながる環境づくりを進めます。

・　就労中の人が認知症になっても、本人の意欲や能力、希望に応じて就労を継続できるよう、企業の人事担当者向けの研修や治療と仕事の両立支援に関する情報提供を行うなど、就労継続に向けた環境整備が行えるよう支援します。

・　就労継続のほか、障害福祉分野での雇用(障害福祉サービスの利用)、就労的活動、ボランティア、地域活動、趣味・文化芸術・スポーツの活動など、本人の希望に応じた多様な社会参加の機会につながることができるよう、介護保険利用前から、安心して通える場、その人にあった形での社会参加が図られる仕組みづくりを進めます。

・　県立美術館が取り組む社会的処方のモデル実践等の取組について、医療・介護等の関係者への周知を図り、文化芸術・スポーツ等の地域資源と医療福祉の連携を促進します。

・　本人が自らの経験や思いを語り、発信する本人ミーティングや認知症希望大使等の取組を社会参加の一つの形として進めるとともに、そこで示された本人の声や思いを、認知症施策や地域づくりに活かしていきます。

・　認知症希望大使の活動にあたっては、大使本人の希望や体調を十分踏まえ、家族や支援者等と連携したうえで、無理なく活動できるよう支援します。なお、本人の心身の状況等により活動継続が困難な場合には、活動を強いることは行いません。

（４）認知症の人を支える医療・介護の充実

・　「新しい認知症観」のもと、認知症になってからも本人の意思や希望、これまで大切にしてきたことが尊重され、本人の状態に応じた意思決定支援が行われるよう、医療・介護等の関係者に対し、意思決定支援や権利擁護に関する研修や ACP の普及啓発を行います。

・　認知症の人に対する早期診断や、適切な医療・介護等を受けられるよう、初期対応を行う認知症初期集中支援チームが円滑に活動を行うための支援を行います。

・　認知症疾患医療センターにおける専門的医療機能、地域連携拠点機能を充実させ、地域の関係機関・団体とともに、診断後の認知症の人や家族等に対する相談支援についても取り組みます。

・　若年性認知症コーディネーターをすべての認知症疾患医療センターに配置

[18] 出典：「認知症の背景疾患等の実態ならびに専門的対応マニュアルに関する調査研究事業」（一般社団法人日本認知症学会、令和６年度老人保健事業推進費等補助金）

し、センターの機能強化を図ります。

・　認知症疾患修飾薬「レカネマブ・ドナネマブ」が投与可能な医療機関をホームページに掲載し周知を図ります。

・　精神科病院などからの円滑な退院、一般病院における院内デイケアの実施等、認知症高齢患者の在宅復帰への支援体制を充実します。

・ 認知症相談医について、県内の半数以上の医療機関に配置がされるよう着実な養成を進めるとともに、認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携を強化します。

・　医療機関や地域などで認知症ケアのリーダー的役割が期待される認知症看護認定看護師の拡大を図るための支援を行います。

・　医療従事者向けの認知症対応力向上研修やフォローアップ研修を通して、薬剤の使い方や、認知症アセスメントの徹底、体調管理など、認知症の行動・心理症状やせん妄などの予防的介入を推進します。

・　歯科医師・薬局薬剤師・病院・診療所等の医療従事者や、医療機関の事務職員の認知症対応力向上のための研修を実施し、認知症の早期発見や適切な相談、認知症の人が安心して受診できる環境づくりを推進します。

・　認知症介護に携わる介護従事者への認知症対応力向上研修を実施し、介護人材の資質の向上を図ります。

・　認知症に関わる医療・介護従事者の研修を通して、認知症の人の意向をくみ取り、本人の病状等に応じた伴走型の支援を推進します。

・　診断を受けた本人や家族が抱える不安を受け止め、相談から生活支援、家族支援まで切れ目なくつながる支援体制の充実を図ります。

・　経済的な課題や同居家族の身体的・精神的な課題など、複合的な課題を抱える認知症の人や家族に対し、関係機関が連携した重層的な支援体制の構築を進めます。

・　若年性認知症の人や家族等に対して、介護保険や障害サービスへのつなぎや、就労継続支援など個々の状態に応じた総合的な支援の調整を、若年性認知症支援コーディネーター等により行います。

・　若年性認知症の診断後、相談機関において本人・家族が利用できるサービスや資源を把握し、適切な相談支援対応ができるよう、若年性認知症ケアパスの作成に取り組みます。

・　認知症の医療や介護、地域づくりなど、現場の前向きな取組の発信と共有を行い、医療・介護従事者をはじめとした認知症の人の支援者が、互いに高め合える「滋賀県認知症フォーラム」を実施します。

（５）認知症の予防・早期発見のための体制の充実

・　生活習慣病の発症・重症化予防、社会参加の促進など生涯を通じた心身の健康づくりの推進、リハビリテーション専門職等と連携した自立支援のためのマネジメントの推進や住民主体の「通いの場」の効果的な運営、社会的処方等による地域の多様な活動や社会資源とのつながりづくりなど、認知機能低下の予防や認知症発症リスクの低減につながる取組を促進します。

・　レカネマブやドナネマブといった、アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行を抑制する新薬の登場により、早期発見・早期診断の重要性が一層高まっていることも踏まえ、認知症の症状や軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、変化に気づいた際に本人・家族や周囲の人が、早期に適切な機関へ相談できるよう市町とともに取り組みます。

【指標】

●認知症になったとき、住み慣れた地域で暮らし続けることができると思う人の割合

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
22.8%	現状値より増加

（出典）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（滋賀県医療福祉推進課）

●認知症の人の意思が尊重され、本人の望む生活が継続できていると思う人の割合

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
7.8%	現状値より増加

（出典）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（滋賀県医療福祉推進課）

●認知症サポーター養成数（自治体型）

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
294,541人	324,000人

（出典）認知症サポーターの養成状況（NPO 法人地域ケア政策ネットワーク 全国キャラバン・メイト連絡協議会）

●認知症相談医の登録者数

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
475人	570人

（出典）滋賀県認知症相談医認定制度による

●本人・家族の声や思いの聴取

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
計画検討にあたり実施	毎年実施

（出典）滋賀県医療福祉推進課

第３節　療養から看取りまでを支える医療福祉の体制充実と人材育成

１　現状・課題

（１）医療福祉・在宅看取りの推進と人材育成

○　望む場所での日常療養支援の推進

・　令和７年度(2025年度)に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、将来介護が必要になったときに介護を受けたい場所は、「自宅で介護してほしい」が29.7%と最も多く、また、介護保険サービスで力を入れるべきことは「自宅での生活を継続できるよう、訪問介護や訪問看護など在宅サービスを充実すべき」が51.9%と最も多くなっています。

・　また、同調査で、在宅医療の認知度について、「在宅医療を知っている」と回答した人は79.5%を占めています。在宅医療の各サービスの認知度では、訪問介護51.1%、訪問診療45.0%、訪問看護43.3%となっています。一方、訪問リハビリ28.6%、訪問歯科診療21.0%、訪問薬剤指導17.6%、訪問栄養指導11.6%、訪問歯科衛生指導11.2%と認知度は低くなっています。

・　24時間体制で往診を行う在宅療養支援診療所は、令和８年(2026年)４月現在で186か所、在宅療養支援病院は19か所、訪問歯科診療を行う歯科診療所は128か所、訪問看護ステーション数は252か所と在宅療養を支える医療資源は増加していますが、今後増大する在宅医療ニーズに対応するためには、医療機能の更なる充実が必要となります。

・　訪問看護ステーション数は大きく増加したものの、機能強化型訪問看護ステーション数は減少しており、小規模化や地域偏在が課題となっています。

・　また、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職のいずれの職種からも訪問を受ける人が増加しています。管理栄養士からの訪問を受ける人は、令和７年度（2025年度）のみ減少しています。

・　訪問診療を行う病院や診療所数は目標値に達していない一方、訪問診療を受けた患者数は大きく増加しており、１医療機関が診療する患者数は令和４年（2022年）現在36人から、令和７年（2025年）現在41人へ増加し、訪問診療医への負担が懸念されます。

・　訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリ、訪問栄養指導、訪問歯科衛生指導、いずれの診療や指導を受けた患者数も増加しており、在宅医療ニーズに対応することができています。これは、県や関係団体における在宅医療に関する研修等が充実し、多職種・多機関連携が進んだ成果のひとつと考えます。

・　令和８年(2026年)６月に実施した「滋賀県医療機能調査」の結果によると、在宅療養患者の後方支援として、レスパイト入院のために病床を常に確保しているのは11病院(19.3%)、病床が空いていれば受け入れるのは33病院(57.9%)となっています。

・　令和８年度（2026年度）に厚生労働省から提供された「地域医療構想策定支援ツール」の「現状投影推計ツール_25滋賀県（2026)」をもとに、今後の訪問診療の需要を試算すると、令和６年(2024年)の9,605.5人/日が令和11年(2029年)には11,291.0人/日と約1.18倍に増加すると推計されています。また、今後の訪問看護の需要を試算すると、令和６年（2024年）の14,231.2人/日が令和11年（2029年）には15,755.0人/日と1.11倍に増加すると推計されています。

・　令和７年度(2025年度)に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、尿もれ経験者のうち受診につながった割合は11.8%であり、排尿障害のある人が、必要な相談や治療につながっていない状況です。

・　令和５年(2023年)患者調査（厚生労働省）によると、年齢層が上がるほど、入院・外来ともに受療率が上がる傾向にあります。今後、75歳以上の人が増加する中で、この年代は、複数の疾病を抱えている、要介護に移行する率が高い、認知症の発症率が高い、排尿に問題を抱える人が多い等の特徴も有していることから、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、在宅で疾病や障害を抱えつつ自宅や地域で生活を送る高齢者が今後も増加していくことが予測されます。

・　医療と介護の複合ニーズを持っている県民の増加に対応するため、本人の生活を支える視点を一層重視した在宅医療と、医療・介護・生活支援との連携の充実が求められます。また、看護小規模多機能型居宅介護事業所等、医療ニーズの高い人の在宅生活を支える介護サービスの充実が求められます。

・　さらに難病患者、小児慢性特定疾病児童や在宅の重症心身障害児者の増加とともに、在宅で人工呼吸器等の医療機器を利用し、在宅療養支援を必要とする人も年々増加しています。

○　入退院支援にかかる支援の状況

・　令和６年度(2024年度)に実施した「医療機関における地域医療連携に関する状況調査」によると、県内58病院中55病院（94.8%）が退院支援調整担当者を配置しています。

・　平成28年度(2016年度)から、全ての二次保健医療圏域において病院と介護支援専門員の連携ルール（入退院支援ルール）を策定し、入院時から退院に向けたスムーズな連携を図っています。

・　令和７年(2025年)６月に実施した「医療との連携に関する介護支援専門員アンケート調査」では、入院時に介護支援専門員から病院へ情報提供を行った率は93.6%、退院時に病院から介護支援専門員への引継ぎを行った率は94.3%と医療・介護の情報連携の取組は進んできています。

・　入院時情報提供書に「退院前カンファレンス開催希望に関する情報」や「人生の最終段階における医療・ケアに関する項目」を追加するなど、本人の意思や在宅での生活を多職種で共有しながら、病院から在宅療養への切れ目のない入退院支援を進めることができています。

・　入退院支援ルールを運用する中で、介護支援専門員以外の訪問看護師やリハビリテーション専門職、管理栄養士、薬剤師等との入退院時の連携についても検討が進められています。

・　令和８年(2026年)病院報告（厚生労働省）では、本県における病院の一般病床の平均在院日数は、平成27年(2015年)の16.4日から令和８年(2026年)の15.1日と年々短縮しています。そのような中、暮らしを分断せず、入院前から退院後の在宅療養環境や本人･家族の状況を見据えた支援を行うためには、多職種･多機関連携の更なる促進が必要となっています。

○　急変時の対応や本人が望む場所での看取りの推進

・　在宅療養をバックアップする在宅療養支援病院は、令和８年（2026年）４月現在19病院と全ての圏域に確保されています。また、在宅療養後方支援病院は、令和８年(2026年)４月現在６病院と大津・湖東・湖西の３圏域に限られていることから、地域偏在がみられます。

・　令和８年(2026年)６月に実施した滋賀県医療機能調査の結果によると、在宅療養患者の後方支援として、急変時対応の入院のために病床を常に確保している病院は13病院（22.8%）、病床が空いていれば受け入れる病院は33病院（57.9%）となっています。

・　国民健康保険団体連合会(国保連合会)のデータによると、令和７年(2025年)の実績で、病院では33か所、診療所では364か所が往診を行っています。今後、24時間体制をとっている訪問看護ステーションや薬局との連携により、急変時の対応体制のさらなる充実が必要となっています。

・　令和７年度(2025年度)の「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」では、自宅で最期まで療養できるかという設問では、「実現困難」が60.9％と最も多く、その理由として「介護してくれる家族に負担がかかる」が76.7％、次いで「症状が急に悪くなった時の対応に自分も家族も不安である」が57.3％となっており、家族に対する介護負担の軽減や、症状悪化時でも安心できる支援体制の整備が必要です。

・　また、同調査では、人生の最期を迎えたい場所は「自宅」が38.1％で最も多くなっています。

・　一方、人口動態統計によると、令和７年(2025年)の場所別死亡状況では、「自宅」は17.1％となり、本人が希望する在宅看取りが実現できる医療福祉サービス提供体制の充実が必要となっています。

・　同じく人口動態統計によると、「老人ホーム」での死亡率は9.3％となり、年々増加しています。

・　一方、滋賀県老人福祉施設協議会が令和８年(2026年)３月に行った調査では、施設で看取りをする中での課題として、「症状が急変したときの対応が不安である(47.8％)」「「人の死に直面する職員の精神的な負担が大きい(31.0％)」「介護職員の人員体制が十分でない（29.9％)」「本人の意思の確認が十分でない(28.3％)」といった割合が高くなっており、増加する介護施設での看取りに対応できる体制の整備が必要となっています。

・　人生の最終段階における意思決定については、本人の尊厳を尊重した医療とケアを実施するという観点から、延命処置の実施の有無、最期を過ごす場所（自宅、施設等）などに関して、本人と支援者が対話を繰り返しながらチームで意思決定支援を行うこと（ACP[1]）が求められています。また、県民一人ひとりが人生の最終段階をどのように生きるかについて考える機会を持つことも重要です。

[1] ACP（アドバンス・ケア・プランニング）…もしものときに備えて、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取組のこと。愛称は「人生会議」。詳細はコラム参照。

コラム 12：ACP(人生会議)～アドバンス・ケア・プランニング～

ACP とは、大切な人と人生の最終段階における治療や療養などの理想とする生活像をあらかじめ話し合っておくことです。話し合いの結果が記録され、定期的に見直され、家族やケアにかかわる方々の間で、その方の望む暮らしの未来像、価値観・死生観・治療や療養に関する意向等を共有することで、もしもの時にも、本人の望む暮らしの未来像を実現していくことにつながります。

早くから、また必要な時に、このような望む未来を共有できている人が増え、望む生き方の実現につながるよう、県内では、市町や医療・介護に関わる関係者の方々により、「エンディングノート」や「ライフノート」「つなぐノート」「未来ノート」「終活ノート」等の作成、「人生会議」の普及・啓発、ちょこちょこ ACP（普段のケアの中でその都度情報を共有するツール）の推進など、さまざまな取組が進められています。



市町作成
エンディングノート/ライフノート/つなぐノート/未来ノート/終活ノート等

○　感染症や災害発生時の対応体制の状況

・　感染症流行や災害発生時に備えた業務継続計画（BCP）が、より有効に活用できるものとなるよう、訓練の実施や機関連携による BCP の検討、地域での BCP の検討が求められています。

・　令和８年度（2026年度）診療報酬改定により、在宅療養支援診療所・病院の要件や、かかりつけ医機能の機能強化加算の要件に、BCP の策定および定期的な見直しを行うことが追加されています。

・　人工呼吸器等、医療機器を利用する人をはじめ、在宅療養者の災害時個別避難計画の作成を進めるなど、行政や多機関協働により、災害発生に備えた支援計画の検討を行うことが必要となっています。

○　多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能

・　市町を「在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下、「連携の拠点」という。）」[2]に位置付けています。

・　連携の拠点では、高齢者に限らず在宅医療を受ける人を対象に、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療を提供できるよう、地域の課題を把握し、対応策の検討等を実施することが求められています。

・　市町は、介護保険法に基づく「在宅医療・介護連携推進事業」により、地域

[2] **在宅医療において積極的役割を担う医療機関**…自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援や多職種が連携した包括的・継続的な在宅医療提供のための支援、患者の家族への支援など、地域の実情に応じて関係機関と協働・分担しながら、在宅医療提供体制の充実に向けた役割を担う病院・診療所のこと。

の実情に応じ、在宅医療・介護連携コーディネーターを設置し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築し、連携の拠点と一体的に取り組むことが期待されています。

・　市町において PDCA サイクルによる効果的な事業展開につなげていくためには、量的・質的な現状把握から課題の抽出、対応策の検討を行い、地域医師会をはじめとする医療・介護などの関係団体と緊密な連携の下で対応策を実施、評価、改善していくことが求められています。

・　県は、在宅医療・介護連携の推進に向けた各市町の取組が一層充実するよう、後方的な支援を行っています。とりわけ、健康福祉事務所においては、圏域における関係機関・団体との連携など広域的な調整を行うことが求められています。

・　県庁西側の県有地において、医療・福祉関係団体の事務所機能を集約する（仮称）第二大津合同庁舎の整備や看護職の人材養成を行う大学の誘致を進めており、これらを活かした多様な医療福祉専門職の連携強化や多職種連携の中心となる人材の育成等を図るため、（仮称）医療福祉連携ネットワーク[3]の構築に向けた検討を進めています。

・　県内では、多職種で研修や事例検討等を行う約50の研究会や勉強会等の集まりがあり（令和７年(2025年)７月末現在）、多職種連携による在宅療養・看取り支援の充実を目的とした活動が行われています。

・　入退院、日常の療養支援、急変時の対応、看取り支援の充実に向けて、医療機関の役割は重要です。とりわけ、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関[4]として、訪問看護ステーションとの協働による24時間対応体制の提供や、行政等との協働による在宅医療の充実に向けた取組への参画が期待されています。

○　医療福祉を支える人材育成

・　在宅医療を担う医師の現状として、訪問診療を行う診療所数は、75歳以上人口割合で、甲賀・湖東・東近江、湖北圏域が県平均より少なく（令和７年度（2025年度））、地域偏在している状況です。

・　訪問看護を行う看護師の現状として、令和７年度（2025年度）、大津、湖南、湖西では10年未満の経験者が６割を上回っていることから、職員の経験の層化が進んでいるとともに、特に管理者層では、大津、湖西で３年未満が半数以上、湖南で５年未満が７割を達しており、組織運営・人材育成機能の強化が求められます。

・　在宅医療を担う多職種の現状として、歯科医師、薬剤師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士の人材確保・資質向上と地域間格差の解消が求められます。

（２）高齢者の暮らしを支える連携の仕組みづくり

・　高齢者の暮らしを支える相談支援機関である「地域包括支援センター」は、令和８年(2026年)７月末現在、県内19市町に75か所（直営27か所、委託48か所）設置されており、年々設置数が増加しています。高齢化の進展等に伴って増加

[3] **（仮称）医療福祉連携ネットワーク**…本県の医療福祉分野の課題解決や県民の健康づくり増進等に資する取組を連携して実施するため、（仮称）第二大津合同庁舎に集約される医療福祉関係団体等が参加する活動主体

するニーズに適切に対応する観点から、業務負担軽減を進めるとともに体制の整備を図ることが求められています。また、「共生社会」の実現に向けた対応の検討など、地域包括支援センターの体制の見直しや機能強化に向けた動きが進められている中で、センターの設置者である市町には、地域包括支援センターの事業の自己評価を行い、質の向上に努めることが求められています。

・　市町には、地域ケア会議における個別事例の検討において行う課題分析やケアマネジメント支援(地域ケア個別会議)の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、地域に不足する資源の開発や有効な支援策の普遍化等について検討すること(地域ケア推進会議)が求められています。

・　令和６年度(2024年度)における地域ケア会議の実施状況は、個別事例を検討する地域ケア個別会議が県内19市町で445回、地域課題を検討する地域ケア推進会議が18市町で429回開催され、地域の個別事例から地域課題を抽出・整理し、対応策を検討する取組が進められています。一方で、市町からは、個別課題の解決にとどまり、地域課題への対応や地域づくり・資源開発等につながっていないとの意見も聞かれます。

・　介護予防の観点を踏まえての高齢者の支援検討を行う地域ケア個別会議(介護予防のための地域ケア個別会議)については、令和６年度(2024年度)には県内18市町で実施されており、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化などの取組を推進する観点からも、一層内容の充実が求められます。

・　また、頼れる身寄りがいない高齢者等への支援については、市町において個別の相談支援に対応するとともに、地域ケア会議等を活用しながら地域全体で対応を協議し、切れ目のない支援が提供される地域づくりを推進することが重要です。

・　高齢障害者への支援対応にあたっては、障害福祉サービスから介護保険サービスへの円滑な移行など、本人の状態に応じた適切な支援を行うために障害福祉分野との連携が必要となっています。

（３）高齢者の権利擁護支援の推進

・　令和６年度(2024年度)における高齢者虐待に係る相談・通報件数は、養護者による虐待に関するものが747件で、養介護施設従事者等による虐待に関するものが48件でした。

・　相談・通報者は、養護者による虐待に関するものでは「介護支援専門員」が最も多く(36.1%)、次いで「警察」(13.7%)となっており、養介護施設従事者等による虐待に関するものでは「施設・事業所の管理者」が最も多く(29.2%)、次いで「当該施設職員」(20.8%)となっています。

・　市町による事実確認の結果、虐待と判断された件数は、養護者による虐待が421件、養介護施設従事者等による虐待が19件であり、養護者による虐待における虐待者の続柄は、「息子」が最も多く(35.6%)、次いで「夫」(25.1%)、「娘」(18.0%)、「妻」(8.1%)となっています。

・　虐待の種別は、養護者による虐待では、「身体的虐待」が最も多く(62.9%)、次いで「心理的虐待」(33.4%)、「介護・世話の放棄、放任(ネグレクト)」(22.7%)、「経済的虐待」(17.1%)となっており、養介護施設従事者等による虐待では、「身体的虐待」が最も多く(71.4%)、次いで「心理的虐待」(39.3%)、「介護・世話の放棄、放任(ネグレクト)」(10.7%)となっています。

表29-１　虐待における相談・通報件数および虐待判断件数

		令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度
養護者による虐待	相談・通報件数	637件	609件	657件	694件	747件
	虐待判断件数	379件	301件	315件	406件	421件
	被虐待者数	393人	312人	316人	415人	428人
要介護施設従事者等による虐待	相談・通報件数	27件	22件	25件	36件	48件
	虐待判断件数	8件	6件	7件	8件	19件
	被虐待者数	12人	7人	11人	19人	28人

表29-２　養護者による虐待の相談・通報者の属性（複数回答）

介護支援専門員	介護保険事業所職員	医療機関従事者	近隣住民・知人	民生委員	被虐待者本人	家族・親族	虐待者自身	当該市町行政職員	警察	その他	不明(匿名含む)	合計
270人	56人	42人	20人	18人	36人	56人	24人	62人	102人	74人	0人	760人
36.1%	7.5%	5.6%	2.7%	2.4%	4.8%	7.5%	3.2%	8.3%	13.7%	9.9%	0.0%	-

表29-３　養護者による虐待における虐待者の続柄

夫	妻	息子	娘	息子の配偶者	娘の配偶者	兄弟姉妹	孫	その他	不明	合計
114人	37人	162人	82人	14人	5人	15人	11人	15人	0人	455人
25.1%	8.1%	35.6%	18.0%	3.1%	1.1%	3.3%	2.4%	3.3%	0.0%	100.0%

表29-４　養護者による虐待の種別（複数回答）

身体的虐待	介護等放棄	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待	合計
269人	97人	143人	1人	73人	583人
62.9%	22.7%	33.4%	0.2%	17.1%	-

出典：令和６年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果(滋賀県版)

・　令和５年度(2023年度)に実施した「身体拘束実態調査」では、調査基準日（令和５年(2023年)８月１日）を起点として「過去１年間、身体拘束を行った事例が一切なかった」事業所(81.9%)で、前回調査（令和２年度(2020年[illegible]っています。また、身体拘束廃止に向けて「[illegible]業所は、392事業所(93.6%)でした。

・　一方、身体拘束[illegible]所(17.7%)でした。身体拘束の内容は、「隔離[illegible]と最も多く、次いで「ベッドに拘束」(54人)、[illegible]ています。事業所における身体拘束廃止に向けた取組が着実に進んできているものと考えられますが、改めて身体拘束の必要性について検証し、本人の視点に立ったより適切なケアの実現に向けた取組をさらに進めていく必要があります。

調査中

図30　身体拘束実態調査の結果（過去１年間身体拘束のなかった事業所の割合年次推移）



出典：滋賀県身体拘束実態調査（各年度）

注：平成29年度までは２年ごとに実施(ただし平成17年度は実施なし)、平成29年度以降は３年ごとに実施

・少子高齢化はさらに進展し、高齢者のみの世帯や頼れる身寄りがいない高齢者の増加、地域におけるつながりの希薄化・孤立化等、地域住民相互の関心・理解が低下していることで生活・福祉課題の発見の遅れや生活困窮などの大きな問題につながっています。このような状況において、これまでの福祉サービスでは対応が難しい制度の狭間の課題、複合・複雑化した地域生活課題への対応は引き続き重要となっています。

・　判断能力が不十分な人が地域で安心して生活できるよう、すべての市町社会福祉協議会で福祉サービスの利用の支援や日常生活上の支援を行う地域福祉権利擁護事業[5]（日常生活自立支援事業）が実施されており、利用者数は令和８年(2026年)３月末時点で1,485人と、近年は横ばい傾向にあります。

・　令和７年(2025年)12月末日時点で大津家庭裁判所（彦根支部、長浜支部および高島出張所を含む。）が管理している成年後見制度利用者(成年被後見人、被保佐人、被補助人および任意後見監督人が選任された本人)の数は3,480人であり、年々増加しています。

・　また、令和７年度(2025年度)の成年後見制度首長申立[6]の件数は97件で、そのうち高齢者が85件であり、約９割を占めています。

・　こうした中、地域によって、専門職（弁護士、司法書士、社会福祉士）団体による専門職後見人が不足しているところがあり、担い手の確保が課題となっています。

・　成年後見制度については、本人の自己決定権を尊重し、必要な範囲・期間で制度を利用できるよう、令和８年（2026年）６月に民法等が改正されました。こうした制度改正を踏まえ、本人の意思決定支援を重視しながら、必要な人が適切に制度を利用できる権利擁護支援を進めていくことが必要です。

・　また、頼れる身寄りがいないことにより、日常生活上の支援、金銭管理、入

[5] **地域福祉権利擁護事業**…認知症、知的障害、精神障害等のため判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うことにより、権利擁護に資することを目的とする。支援の内容が日常生活の範囲を超え、重要な財産行為や契約行為に及ぶ場合は成年後見制度の必要があり、重要な法律行為がなく、日常生活の支援を希望される場合には地域福祉権利擁護事業が利用される。

[6] **首長申立**…親族がいない、いても遠方にいる、あるいは申立を拒否するなどの場合に、本人が居住する地域の首長（市区町村長）が制度利用を申し立てること。

院・入所時の手続、住まいの確保、死後事務など、様々な生活上の課題を抱える高齢者の増加が見込まれます。

・　このため、令和８年（2026年）６月に社会福祉法等が改正され、「福祉サービス利用援助事業」が「福祉サービス・保健医療サービス等利用援助事業」に改められるなどの見直しが行われました。

・　本県においても本人の意思を尊重した支援等に適切に繋がるよう、市町や関係機関・団体等と連携し、地域における頼れる身寄りがいない高齢者等の支援体制を構築していく必要があります。

2　施策の方向と取組

○　目指す姿

・　住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを人生の最終段階まで安心して続け、本人や家族の希望に沿った最期を迎えることができるよう、医療福祉の関係者・関係機関が連携し、必要な支援を受けることができる体制が構築されているとともに、多様な主体による支え合いのできる地域が実現されている。

○　取組方針

・　本人や家族が望む場所で日常療養が続けられるとともに、急変時や人生の最終段階において必要な支援を受けることができるよう体制整備を進めます。

・　病院から在宅療養への円滑な移行に向けて、切れ目のない入退院支援体制を整備します。

・　もしものときに備えて、自身が望む医療やケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する ACP（人生会議）の取組が進むよう、普及啓発と環境整備を進めます。

・　感染症や災害が発生した際にも療養が継続できるよう、地域や多職種・行政等の支え合いや地域における連携の多様化により、高齢者等が孤立せず、地域とつながり続けられる体制づくりを進めます。

・　入退院から日常療養、急変時、看取りのそれぞれの段階における取組を支援するため、多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能のさらなる充実と、その基盤となる医療福祉の人材育成を図ります。

・　地域包括支援センターが、地域における高齢者およびその家族などの相談支援機関としての機能を適切に発揮できるよう、市町の取組を支援します。

・　高齢者が地域においてその有する能力に応じて自立した生活ができるよう、市町が行う介護予防のための地域ケア個別会議の取組を推進するとともに、地域課題の解決のための地域ケア推進会議の取組を支援します。

・　高齢者虐待防止のさらなる推進に向けて、市町等関係機関と情報共有を行い、虐待につながる要因分析や、その対応方法などを共有します。

・　高齢者の権利擁護のため、身体拘束の廃止に向けた取組を推進します。

・　本人の自己決定権を尊重しつつ、必要な人が成年後見制度を利用でき、誰もが尊厳を保持し、自分らしい暮らしを送ることができるよう、市町や関係機関等と連携して権利擁護支援に係る取組を推進します。

・　社会福祉法改正により法定化された「地域権利擁護相談支援センター（現・中核機関）」を中心とした市町・関係機関との連携体制の構築や、利益相反防止・相互牽制機能に配慮した相談支援・権利擁護体制の整備を促進します。

・　頼れる身寄りがいない高齢者や判断能力が不十分な人などが、住み慣れた地域で本人の意思を尊重した生活を送ることができるよう、市町や関係機関・団体等と連携し、地域におけるニーズを踏まえた支援体制の構築を支援します。

（１）医療福祉・在宅看取りの推進と人材育成

①　望む場所での日常療養支援体制の整備と人材育成

・　新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供や、在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催により、在宅医療に携わる医師の増加を図ります。

・　複数の疾患や合併症を持つ高齢者などに対応できる総合的な診療能力を有し、身体の状態だけでなく心理的・社会的問題も含めて継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介することができるかかりつけ医の確保・育成に対する支援を行います。

・　訪問看護提供体制の充実に向けて、新卒訪問看護師をはじめ看護職の確保・定着、キャリアアップの推進、訪問看護ステーションの機能強化を図ります。

・　関係機関・団体と協力しながら、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、介護職員など、在宅療養を支える人材の確保・育成を図ります。

・　人工呼吸器、経管栄養(胃ろうや中心静脈栄養など)、人工肛門など、医療的管理を要する在宅療養者に対応できる訪問看護師の実践力向上のための研修や、特定行為を適切に行うことができる看護師育成への支援、また、喀たん吸引や経管栄養が実施できる介護職員の養成を行います。

・　介護支援専門員や介護職員が、必要に応じて医療との連携や情報共有が行えるよう、医療的ケアの知識向上のための研修を行うなど、人材の育成を図ります。

・　自立支援の視点を持ち、多様なニーズに対応する人材の育成を行うため、多職種協働による人材育成の研修や、教育プログラムの開発検討を支援します。

・　疾患・重症度に応じた多職種連携・各団体協働による医療・ケアを提供できるよう、訪問診療・訪問看護・歯科・薬局(地域連携薬局含む)等の連携を推進し、栄養・口腔・リハ・訪問介護等連携による生活機能を支える取組を充実します。

・　多職種・多機関が情報を共有し、協働して支援が実践できるよう、各地域において在宅療養のさらなる充実に向けた検討の場を持つとともに、多職種・多機関連携のための研修会の開催、地域ケア会議の場への多職種の参画を促進するなど、多職種理解と連携の推進を支援します。

・　「自分らしく暮らし続ける」ことや「よく生き抜く」ことを目指せる社会・地域を創るため、県民や関係者が互いに学びつながり合う「医療福祉の地域創造会議[7]」の活動を支援します。

・　訪問診療医ネットワーク構築、ICT やオンライン診療の活用等、在宅医療に携わる医師の負担を軽減し、限られた医療資源を有効に活用できる体制の構築を支援します。

・　医療・介護等の多職種が連携し、質の高い意思決定支援ができるよう、（仮称）医療福祉連携ネットワーク[8]等も活用した ACP（人生会議）に関する研修の実施や、多職種で情報共有できる環境の整備を進めます。

---

[7] **医療福祉の地域創造会議**…住み慣れた地域で自分らしい暮らし続けられるよう、医療福祉の専門職や行政等の関係者が連携・協働できる「顔の見える関係」づくりに向けて、つながり・学びあうためのワーキンググループ会議の開催や県民への普及啓発などを医療・福祉や県民等の関係者が企画し、実践する団体。

[8] **（仮称）医療福祉連携ネットワーク**…本県の医療福祉分野の課題解決や県民の健康づくり増進等に資する取組を連携して実施するため、（仮称）第二大津合同庁舎に集約される医療福祉関係団体等が参加する活動主体

・　関係機関・団体と連携し、県民に対して、かかりつけ医の重要性や排尿障害等に関する普及啓発を進め、必要な医療や支援につながることができる環境の整備を進めます。

・　レスパイト入院・入所にかかる選択の支援、相談窓口の周知、当事者間の交流への支援など、家族の負担軽減につながる体制の充実や周知を行います。

・　かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性、在宅療養や在宅での看取り、地域のおける互助活動（見守り）について県民に対する情報発信により普及・啓発を行います。

② 病院から在宅療養の移行に向けた切れ目のない入退院支援体制の構築

・　病院における退院調整支援担当者の配置を推進するとともに、県から、在宅療養を支える関係者に対し各病院の退院調整支援窓口の情報共有を行います。

・　病院の退院支援機能の強化に向けた研修など、院内の人材育成に向けた取組を支援します。

・　病院と在宅療養を支援する関係者が、入退院に関わる役割・知識・技術を高め、医療と介護の相互理解のもと、在宅での生活を見据えた切れ目のない支援が行われるよう、入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修や、同職種間連携の推進に向けた取組を支援します。

・　病院と在宅療養とをつなぐ入退院支援ルールの効果的な運用を図るとともに、退院前カンファレンスへの多職種参画を推進し、本人の意思や希望、ACP(人生会議)等の情報について、病院と在宅医療を支える関係者が共有できるよう取組を推進します。

・　外来受診時に病院と地域との連携が必要な場合、院内の連携窓口の共有を行うなど、病院の外来と地域の支援者との連携の充実を図ります。また、リハビリテーション専門職等による在宅復帰後の評価や退院後支援の強化などをとおして、在宅での療養生活の充実や再入院の予防につながる連携の取組を支援します。

・　頼れる身寄りがいない高齢者等の在宅療養への移行にあたり様々な課題がある人の入退院支援について、医療・介護・福祉の関係者による支援体制の充実を図り、切れ目のない入退院支援体制の整備を進めます。

③ 急変時対応体制の整備

・　訪問診療を行う医師の連携や24時間対応体制の構築を進めるとともに、訪問診療医ネットワークの構築や、在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院等による広域バックアップ体制の確保を推進します。

・　日頃の療養支援を行う中で本人や家族の意思を確認し、急変時に備えた情報共有を行い、意向に応じた対応ができるよう、医療職と介護職の人材育成や訪問診療と病院・訪問看護等のネットワークのさらなる構築を促進します。

・　急変時の対応に不安を感じる県民が多いことを踏まえ、急変時におけるリスクや対応方法など、必要な情報提供の推進を図ります。

④ 望む場所で人生の最終段階の支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる体制整備

・　24時間在宅での看取りに対応できるよう、訪問診療医のネットワークの構築や在宅での緩和ケアに対応する医師・薬剤師・訪問看護師等の確保・人材育成や連携の推進を行います。

・　介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設などの介護職員を対象とした研修会やグループワーク等を開催し、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図ります。

・　人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかについて、患者が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス（ACP）を実践できるよう、医療福祉関係者の資質向上を図ります。

・　住み慣れた地域での療養・看取りが実現できるよう、各地域において多職種で協議を行いながら、地域特性に応じた支援体制づくりを推進します。

・　望む最期を家族や関係者と共有できるよう、終末期や緩和ケアにつながる意思決定、人生の最終段階をどのように生き、どのように死を迎えるのかについて考えることができるよう、普及啓発を推進します。

⑤　感染症・災害発生時の対応体制の整備

・　感染症流行や災害発生時に備えた BCP が作成され、必要時に有効に活用できるよう、事業所間ネットワークの構築や患者を支えるチームでの訓練の実施、地域単位での BCP の検討などの取組を推進します。

・　在宅医療機器使用者（在宅人工呼吸器、吸引器、在宅酸素療法用機器等）の災害支援体制充実に向け、訓練の実施や参画、マニュアルの見直し等を行い、関係機関との連携を深めます。

・　在宅療養者の災害時個別避難計画の作成が、行政や多機関協働により進められるよう支援します。

・　感染症流行や災害時に望む場所での療養が継続できるよう、訓練の実施や参画、人材の育成などの取組を支援します。

・　県民が、感染症の理解や災害発生に備え、自治体等での在宅療養継続のための見守り体制の構築や避難訓練等の取組が行えるよう支援します。

⑥　多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能の充実

・　国の「在宅医療の体制構築に係る指針」に基づき、「在宅医療の圏域」の設定を関係者と検討し、地域の実情に応じた在宅医療提供体制を構築します。

・　各市町が配置する在宅医療・介護連携推進コーディネーターと医療機関等が連携し、多職種・多機関連携の推進や住民への普及啓発を担う拠点機能の充実を図ります。また、市町が PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行うことができるよう、健康福祉事務所（保健所）と県庁が、役割分担しながら伴走支援を行います。

・　市町が目指す姿を描きながら計画的に取組が進められるよう、市町に対するヒアリングなどを通じた現状把握を行うとともに、各種情報提供や意見交換を行う場の設定や研修会の開催、医療福祉推進アドバイザー[9]の派遣などの支援を行います。

・　市町が地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施できるよう、地域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータの提供や分析に対する支援を行います。

・　在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の充実に向けて、健康福祉事務所(保健所)は、市町単独では対応が難しい広域的な課題に対し、入退院支援や急変時における対応など市町域を超えた病院と地域との連携や、医療と介護の

[9] **医療福祉推進アドバイザー**…医療福祉分野の学識経験者等を滋賀県が独自に選任したもので、専門的見地から市町の在宅医療の充実に向けた取組に対してアドバイスを行う者。

連携を促進するとともに、圏域の医師会や関係機関・団体との連携体制づくりを進めることにより、連携の拠点である市町の取組を支援します。

・　関係機関・団体・行政から構成される「滋賀県在宅医療等推進協議会」を設置し、関係者が協力して検討・協議を行い、県全体の在宅医療の推進に向けた取組の進行管理や評価を行います。

・　多職種協働による在宅チーム医療を担う関係者が、互いの役割や支援目的を共有し、スキルアップとさらなる連携強化が行えるよう、各圏域・市町における顔の見える関係づくりや協議の場の設置・運営を支援し、研修会・交流会の開催などにより、連携した活動の促進を図ります。

・　自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた保健・医療・福祉といった医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進します。

・　また、県は、医療福祉関係団体や大学等の集積を生かして（仮称）医療連携ネットワークを構築し、参加する団体等の相互理解や連携を深めるとともに、人材の育成や医療福祉分野の問題解決に向けた取組を進め、その成果が県全域に波及するよう展開します。

（２）高齢者の暮らしを支える連携の仕組みづくり

①　地域包括支援センターの取組支援

・　地域包括支援センターが、頼れる身寄りがいない高齢者を含む高齢者やその家族等の身近な相談窓口として、相談を受け止め、必要な支援につなぐなど、その機能を適切に発揮できるよう、医療福祉推進アドバイザーの派遣や研修・情報交換会などを通じて、包括的支援事業[10]の各事業や、地域包括支援センターの事業評価指標に基づく評価の取組、介護者支援の取組などを支援します。

・　高齢・障害・子ども、生活困窮等の属性にかかわらず生きづらさを抱える本人および世帯等が相談でき、複合・複雑化する地域生活課題に対し必要な支援相談が実施できる重層的支援体制整備に関する取組について、県内外の好事例に関する情報提供や市町同士の意見交換の場を通じた支援を行います。

②　地域ケア会議の取組の推進

・　市町における自立支援・重度化防止に向けた地域ケア個別会議の取組を支援するため、健康福祉事務所や県立リハビリテーションセンターとの連携のほか、リハビリテーション専門職の派遣などの協力が得られるよう、関係団体との調整を行います。

・　地域ケア会議において、本人の意向を踏まえつつ、通いの場など住民や地域団体が主体的に行う活動への参加支援に加え、文化芸術・スポーツなどの多様な地域資源も活用した支援が検討され、ケアプランに取り上げられるよう支援します。

・　地域ケア個別会議から抽出された個別ケースの課題分析などを積み重ねることにより、地域に共通した課題を見いだし、必要な取組を明らかにして、政

[10] **包括的支援事業**…①要介護状態になることの予防等を行う「介護予防ケアマネジメント業務」、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④高齢者が住み慣れた地域で暮らせるよう多職種協働・多職種連携による長期継続ケアマネジメント等を行う「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」。⑤在宅医療・介護連携推進事業、⑥生活支援体制整備事業、⑦認知症総合支援事業と「地域ケア会議の推進」が位置付けられている。

策の立案・提言につなげていく地域ケア推進会議が円滑に行われるよう、研修会の実施や先進事例に関する情報提供などの支援を行います。

・　障害者自立支援協議会など障害福祉分野との連携強化を図り、障害福祉サービスからの円滑な移行など、高齢障害者への支援体制の充実を図ります。

③　生活支援体制の整備の推進

・　介護予防と生活支援が一体的に提供され、高齢者自身の社会参加が促進される地域づくりに向けて、生活支援コーディネーター（地域支えあい推進員）の養成を行うとともに、コーディネーターがスキルアップできるよう支援します。

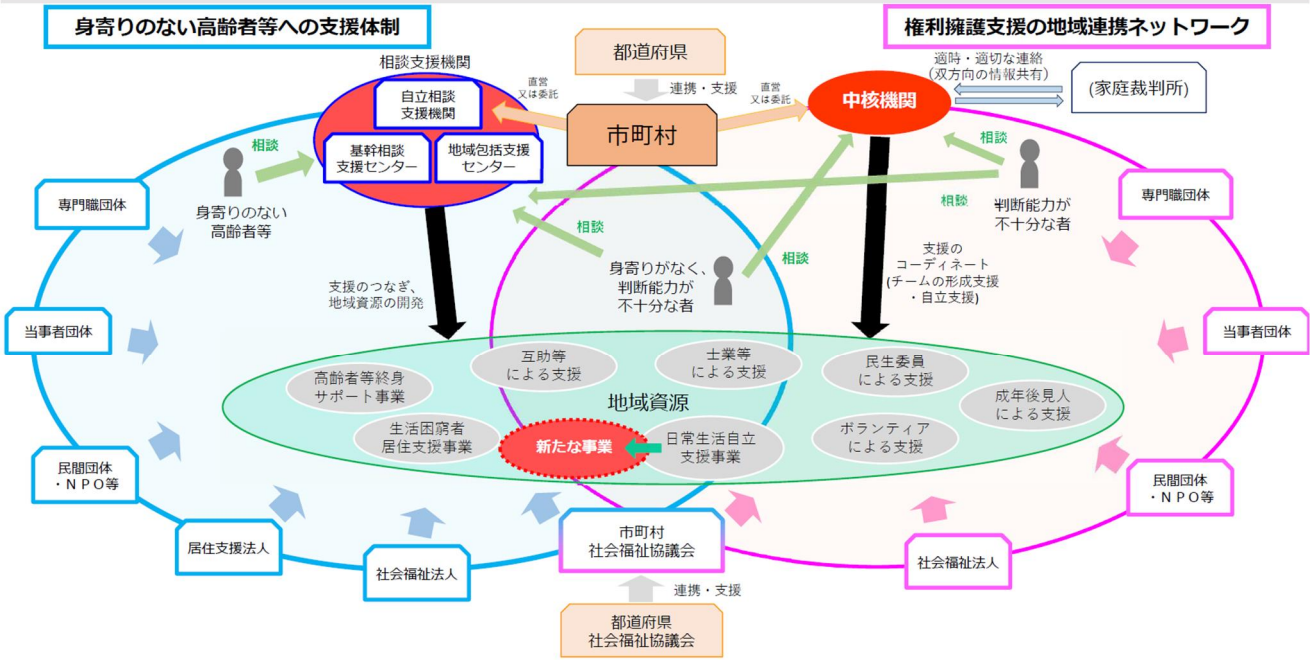
・　生活支援コーディネーターに加え、認知症地域支援推進員や在宅医療・介護連携コーディネーターなど、市町の地域づくりの取組を支える人材の育成や相互の連携を促進し、住民同士のつながりや支え合いの深化を図ります。

・　地域における支え合いの機運が醸成されるよう、県民に対する周知・広報を行い、市町が行う支え合いの地域づくりの取組を支援します。

【参考】頼れる身寄りがいない高齢者の支援体制のイメージ（出典：厚生労働省）

市町村単位での支援体制のイメージ

○身寄りのない高齢者等への支援に当たっては、主に市町村単位で設置される地域の相談支援機関への相談を端緒に、必要となる支援を検討し、支援の担い手につなぐことや、つなぎ先となり得る地域資源を開発することなどが必要。
○判断能力が十分でなく権利擁護の必要性がある方への支援は、市町村・中核機関による権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を基盤として、関係機関において相談を受け付け、関係者間における必要な情報共有や支援方針の検討を通じて、成年後見制度や日常生活自立支援事業等を含めた地域の権利擁護支援策を調整し、チームによる適切な支援が行われるようにすることが必要。
○市町村単位でのこうした支援体制を整備する観点から、必要な取組について検討。



（３）高齢者の権利擁護支援の推進

①　高齢者虐待等の防止の推進

・　高齢者虐待防止や早期発見・適切な対応についての理解促進を図るため、県民等を対象としたセミナー等を実施します。

・　市町における虐待対応のネットワーク構築を支援し、市町関係機関と情報交換等を行いながら、虐待につながる要因分析や、その対応方法などを共有します。

・　市町の保健福祉関係者などを対象として、養護者支援の視点を含む高齢者虐待防止に向けた研修会等を実施し、高齢者虐待の対応にあたる人材育成と対応力の向上を支援します。

・　介護保険施設・事業所における身体拘束の実態を把握するため、「身体拘束実態調査」を実施し、分析した結果等を介護保険施設・事業所へ周知し、身体拘束の廃止に向けた取組につなげていきます。

・　介護保険施設・事業所等を対象とした研修等を実施し、身体拘束ゼロに向けた取組を推進します。

②　権利擁護支援に係る体制整備等の推進

・　「滋賀県における成年後見制度利用促進（権利擁護支援の推進）に関する取組方針」に基づき、市町や地域権利擁護相談支援センター（現・中核機関）、専門職団体、裁判所等と連携し、権利擁護支援の地域連携ネットワークの機能強化や本人の意思決定支援、成年後見制度の利用促進を図ります。

・　高齢者の権利擁護支援の取組の推進のため、市町や地域権利擁護相談支援センター（現・中核機関）、専門職団体、当事者団体等の関係団体で構成する場において、定期的に情報共有や意見交換を行うとともに、市町における体制整備の状況や課題、成年後見制度の利用ニーズ等の実態把握を行います。

・　市町等関係団体と連携し、市町等のニーズを踏まえた市民後見人の養成や法人後見受任団体の育成、専門職後見人の確保に向けた取組支援など、成年後見制度を必要とする人が利用できる体制づくりを推進します。

・　地域の主体的な取組を尊重した上で、各圏域における権利擁護支援体制の整備や権利擁護支援策の検討等が行われるよう、情報共有や助言等を行います。

・　市町や地域権利擁護相談支援センター（現・中核機関）等の職員を対象とした市町長申立てに関する研修等を実施します。

・　権利擁護支援に係る総合的な相談対応を行う専門アドバイザーの配置・派遣を行い、市町等における支援体制の構築に係る取組を支援します。

・　意思決定支援についての理解促進を図るため、市町や地域権利擁護相談支援センター（現・中核機関）等、専門職等を対象とした研修・セミナー等を実施し、成年後見制度をはじめとする権利擁護支援についての普及啓発を行います。

・　認知症高齢者や知的障害者、精神障害者のうち、判断能力の不十分な方が、安心して暮らしていけるよう、市町社会福祉協議会が実施する地域福祉権利擁護事業を支援します。

③　頼れる身寄りがいない高齢者支援の充実

・　頼れる身寄りがいない高齢者等の支援体制の充実に向けて、市町の社会福祉協議会が取り組む身寄りのない高齢者等の課題に対応するための試行的事業を支援します。

・　国の動向を注視しながら、市町や関係機関・団体等と連携して、地域における包括的な支援体制の構築に向けた検討を行います。

【指標】

●訪問診療を受けた年間実患者数

R７(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
14,334人	15,849人

（出典）在宅患者訪問診療(医療保険)の年間実人員数(滋賀県国民健康保険団体連合会）

●退院時共同指導を受けた年間実患者数

R７(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
病院　1,048人 診療所　388人	病院　1,272人 診療所　435人

（出典）退院時共同指導料(医療保険)の年間実人員数（滋賀県国民健康保険団体連合会）

●尿もれ経験者のうち、受診につながった割合

R７(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
11.8%	15.0%

(出典)滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

●病気などで医療が必要な場合、自宅で最期まで療養できると考える人の割合

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
7.1%	現状値より増加

（出典）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（滋賀県医療福祉推進課）

●自宅で孤立して亡くなったと推認される高齢者数[11]

R７(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
116人	現状値より減少

（出典）滋賀県警察

●市町域での地域ケア推進会議を実施する市町数

R６(2024)年 基準値	R11(2029)年 目標値
18市町	19市町

（出典）地域包括支援センター運営状況調査（厚生労働省）

[11] 65歳以上の自宅で死亡した一人暮らしの警察取扱死体のうち、死後８日以上経過して発見された数。内閣府の「孤独死・孤立死WG」(R7.4.11）において、「孤立死」とは「誰にも看取られることなく死亡し、かつ、その遺体が一定期間の経過後に発見されるような死亡の態様」と概念的に定義され、警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者で、死後８日以上経過して遺体が発見された者は、生前に社会的に孤立していた状態にあったことが強く推認され、孤立死者数の概数を推計する目安として適当とされている。

●身体拘束をしていない介護保険施設・事業所の割合

	R11(2029)年 目標値
	100%

調査中

（出典）

●頼れる身寄りがいない高齢者の福祉サービス・保健医療サービス等利用援助事業に取り組む市町数

R8(2026)年 基準値	R11(2029)年 目標値
３市町でモデル事業実施	19市町

（出典）滋賀県医療福祉推進課

第４節　介護現場を支える介護職員等の確保・育成・定着

１　現状・課題

○　介護人材を取り巻く状況

・　65歳以上人口は令和27年(2045年)まで一貫して増加する一方で、15歳から64歳の現役世代人口は、令和２年(2020年)の842,373人から令和22年(2040年)には713,325人に減少する見込みです。

・　2040年に向けて生産年齢人口が急減し、高齢者の占める割合が増加していくことが見込まれ、介護ニーズの急増と多様化に対応する必要がある一方、人口減少社会の到来で介護人材の確保がますます困難になると予測されます。

・　本県における介護職員にかかる需給推計では、令和８年(2026年)は、約22,300人の需要に対して供給が約20,400人となり、約1,900人の不足が生じる見込みです。【この部分は今後更新予定】

・　このような状況の中にあっても、県民が人生の最終段階を迎えるときまで自分らしい生活が続けられるよう、介護サービスの適切な提供体制の整備に向けて、多様な人材の確保・育成、介護等の魅力発信・福祉意識の醸成、職員の処遇改善、離職防止・定着促進、生産性の向上など、様々な方向から対策を実施することが必要です。

○　介護人材の不足

・　令和７年度(2025年度)の滋賀県内の有効求人倍率を見ると、全産業平均が0.94倍であるのに対し、介護関係では3.23倍と深刻な状況は変わっていません[1]。

・　事業所においては、訪問介護員（85.1％)、介護職員（訪問介護員を除く）(82.3％)、看護職員(50.1％)、介護支援専門員(39.1％)の順に不足感があると回答しています[2]。

・　県内の介護福祉士養成施設の定員は40名(１校)であり、介護職を目指す学生の減少により、平成28年度(2016年度)の100名から60名(60%)の減少となっています。

○　介護等の魅力発信・福祉意識の醸成

・　介護の仕事は、利用者一人ひとりの自立やその家族の生活にとって必要不可欠な職務であるとともに、社会に貢献できる職務であることなど、やりがいが感じられ、誇りの持てる仕事です。しかし、「体力的にきつい」「賃金が低い」などといったマイナスイメージがあると指摘されており、人材参入の阻害要因となっていると考えられます。

・　介護施設での介護職員の仕事をはじめとして、訪問介護員・介護支援専門員等の介護に携わる仕事の魅力をアピールし、業界全体のイメージアップにより人材の参入を促進する必要があります。

・　特に、職業選択前の若年層に向けて、出前授業等により介護に触れる機会を増やし、福祉意識の醸成を図る必要があります。

[1] 出典：職業別常用(有効)求人倍率・求人・求職状況（滋賀労働局）
[2] 出典：令和７年度介護労働実態調査（介護労働安定センター）

○　多様な人材の参入促進

・　今後の生産年齢人口の減少や高齢者の増加などを踏まえ、介護人材のすそ野拡大を進め、介護未経験者や外国人等の多様な人材が介護に参入するよう促す必要があります。

・　国では、外国人介護人材の受入れに向け、平成29年(2017年)に在留資格「介護」の創設と外国人技能実習制度への介護職種の追加が行われ、平成31年(2019年)４月に在留資格「特定技能」も創設されました。令和９年（2027年）４月からは、外国人技能実習制度に代わり、人材の育成とともに人材確保を図るため「育成就労制度」が始まります。

・　介護職員の確保策の柱の一つとして、国内人材の確保を引き続き行うとともに、外国人介護人材の受入れを積極的に推進していく必要があります。

・　退職した高齢者・子育てが一段落した親世代・他業種から転職を考える人などの介護未経験者、定住外国人や障害のある人が、介護を学ぶ機会を提供し、入職につなげていく必要があります。

・　本県に在住する介護福祉士の登録者数は、令和８年(2026年)３月末現在22,346人[3]で、県内の介護事業所に従事する介護福祉士数は令和６年10月現在で10,996人[4]となっており、潜在介護福祉士の復職促進を図る必要があります。

○　サービスの質の確保

・　令和７年度（2025年度）介護労働実態調査によると、介護サービスを運営する上での問題点として、60.0％の事業所が「良質な人材の確保が難しい」と回答しています。

・　無資格・未経験者の参入促進を図る一方、利用者側の視点に立ったサービスの質を確保するため、認知症への対応や医療的ケア、自立支援など、専門職としての知識と技能の向上を図る必要があります。

・　外国人介護人材については、言葉の障壁や文化の違いに配慮しつつ、知識と技術の向上を図ることが重要です。

・　また、介護ニーズの多様化や高度化、地域包括ケアシステムの推進により、介護職にはより高い専門性と多職種連携やチーム介護を推進することが求められています。

・　質の高いサービスを提供するため、介護職としてより高い専門性、マネジメント力を備えたチームリーダーを養成していく必要があります。

・　介護施設・事業所が安定的に必要な事業を継続し、地域におけるサービスを確保し、複雑化したニーズに対応するためには、協働化・大規模化等による経営改善の取組が必要となっています。

・　新興感染症はじめ、さまざまな感染症の発生に備え、平時から高齢者施設における感染症予防・感染拡大防止に必要な知識・技術を有し、施設内で主体的に感染対策を推進できる人材を育成・確保するとともに、地域の関係機関が連携して維持的に支援する体制を整備する必要があります。

○　介護支援専門員の資質の向上

・　介護支援専門員には、地域包括ケアシステムを支える要の専門職として、高い専門性をもってより多くの主体と連携したケアマネジメントを実践し、多様な役割を担うことが期待されます。

[3] 出典：社会福祉振興・試験センター
[4] 出典：令和６年度介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

・　令和８年（2026年）の介護保険法の改正により、介護支援専門員の法定研修の見直しが行われる予定であり、今後示される見直し内容に応じ、法定外研修の必要性等について、職能団体等と連携して検討していく必要があります。

○　介護職員等の定着

・　新人職員の定着を図るためには、入職前の職業体験などにより雇用のミスマッチを防ぐとともに、入職後のきめ細かな指導や支援など、事業所内の育成が重要です。

・　また、離職理由を見ると、「他に良い仕事・職場があった」「職場の人間関係」「法人・事業所の理念・運営のあり方への不満」「収入が少なかった」といった理由が上位を占めています。

・　ワーク・ライフ・バランスの推進のための職場環境整備や労働環境の改善を行い、職員の能力を適正に評価し処遇に反映させるなど、やりがいを持って働くことができる職場づくりを進める必要があります。

○　業務の負担軽減と質の高いケアを実現する介護現場の革新

・　介護現場において、介護テクノロジーの導入や、抱え上げない介護（ノーリフティングケア）の実践、介護職員が行うべき業務の切り分け、事務処理等の職員負担軽減を行い、介護職員が専門性を生かしながら働き続けられる環境作りを進めていく必要があります。

・　介護分野は人の手による仕事の部分が多いものの、ICT 機器の利用により情報共有や事務作業効率化、介護テクノロジーの活用により介護従事者の負担軽減につなげることができます。また、介護職員が携わる業務の切り分けや工程分析を行い、専門職とそれ以外の人材(ケア・アシスタント（介護助手）)が行う業務の明確化による負担の分散を進めていくことも重要です。

・　事業所が抱える業務課題の抽出やその解決に向けたプロセスを整理し、事業所自らが業務改善に取り組み続けられるような支援を実施していく必要があります。

コラム 13：介護現場革新が目指すところ

介護現場革新に係る取組は、限られた資源の中で、一人でも多くの利用者に質の高いケアを届けることを目的とした取組であり、業務の見直しや効率化等により生まれた時間を有効活用して、利用者に向き合う時間を増やす等、個人の尊厳や自立の支援につながるケアの実現を図ることに資するものです。

滋賀県では、介護現場革新のモデルとなる事業所を創出する取組や、業務改善の知識・ノウハウを伝える「しが介護現場革新アドバイザー」を認定し、県内の事業所に派遣して支援する取組などにより、県内の事業所に介護現場革新が広がるよう取り組んでいます。

今後も、日々進化する介護テクノロジーや最新の AI 技術等を介護現場で効果的に活用していくことで、介護職員の負担軽減、質の高いケア、持続可能な介護サービスの提供につなげ、「職員よし」「利用者よし」「社会よし」の介護版・三方よしの実現を目指します。



事業所内の課題抽出を行う様子



リフトの使い方の研修を行う様子

2　施策の方向と取組

○　目指す姿

・　介護が必要になっても、誰もができる限り住み慣れた地域で日常生活を送ることができるよう、介護サービス提供体制の実現に必要な介護職員の確保・育成・定着ができている。

○　取組方針

・　必要な人に必要な介護サービスを適切に提供できるよう、介護人材の確保・育成・定着とサービス提供の基盤強化に向けた各施策を県・市町と民間が緊密に連携しながら推進します。

（1）介護職員等の確保

①　魅力発信の推進

・　介護職員は、専門的な知識や技術を駆使し、利用者の人生を充実させることのできる創造的でやりがいのある仕事であり、その魅力について、地域、高校・大学等における対話型交流会の開催、若年層と連携した情報発信、介護関係のイベントの開催などを通じて積極的に発信し、イメージアップを図ります。

・　職業選択前の児童・生徒に向けた出前授業講座を推進し、福祉意識の醸成を図ります。

・　キャリア教育の一環として教育委員会で実施する「中学生チャレンジウィーク」などを通じて、市町と連携し、事業者団体の協力を得ながら、児童・生徒に対して介護体験の機会を設けるなど、介護に対し早くから理解と関心を高める取組を推進します。

・　11月11日「介護の日」に、介護従事者への感謝と敬意を伝えるためのライトアップイベント等を市町とともに取り組みます。

・　小・中学生を含む若年層やその保護者、教員に向けたイメージアップの取組を、事業者・市町と連携して推進します。

・　介護施設における介護職員の仕事に加えて、訪問介護員や介護支援専門員等の介護に携わる仕事の魅力発信に取り組みます。

②　介護人材の参入促進

・　介護福祉士養成施設や養成学校の入学者に対する修学資金の貸付により、介護を学ぶ学生を支援します。

・　退職した高齢者・子育てが一段落した親世代・他業種から転職を考える人等介護未経験者に対する入門的研修、定住外国人や障害のある人に対する介護職員初任者研修などの実施により、介護人材のすそ野を広げます。

・　介護福祉士や初任者研修修了者など、潜在有資格者などの登録と再就職に向けた支援に取り組みます。

・　採用力向上に資するセミナーを行い、事業所の人材確保に向けた支援に取り組みます。

・　地域における職場説明会や対話型交流会の実施により、求職者と事業者が出会える場を作ります。

・　事業者と連携した職業体験の機会を提供することにより、介護職への関心や認識を高めることで、新たに介護職になる方を増やすとともに、雇用のミスマッチを防ぎます。

・　介護・福祉人材センターの機能強化とハローワークや市町など関係機関との一層の連携強化を図り、きめ細かな職業紹介を行います。

・　離職者等の就職を支援するため、民間の訓練施設に委託することにより、介護分野の公共職業訓練を実施します。

③　外国人介護人材の確保

・　国際介護・福祉人材センターにおいて、特定技能・留学制度による外国人介護人材のマッチング支援を行います。

・　事業所による経済連携協定(EPA)[5]・留学・育成就労・特定技能[6]を通じた外国人介護人材の受入れを支援します。

・　外国人介護人材の受け入れを考える事業所に向けた研修を実施するとともに、海外現地で人材確保の取組を行う事業者を支援します。

[5] **経済連携協定(EPA)**…インドネシア、フィリピン、ベトナム各国との経済連携協定に基づき、外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れを行っている。(Economic Partnership Agreement)

[6] **特定技能**…深刻化する人手不足に対応するため、国内人材の確保のための取組等を行ってもなお人材を確保することが困難な状況にある産業上の分野において、一定の専門性・技能を有する外国人材を受け入れる制度。

（２）介護職員等の育成

①　介護分野における滋賀の福祉人の育成

我が国の社会福祉の成熟に寄与した本県の先人の活動や実践の中で培われてきた理念や価値観を学び、介護職としての誇りを有する滋賀の福祉人を育成します。

・　「滋賀の福祉人」育成研修において、倫理観や対象者理解、権利擁護など、介護に携わる職員がキャリアに応じて習得すべき知識、スキル、モラルの３つの能力を育成します。

・　より高い専門性、マネジメント力を備えたチームリーダーを養成することで、職場における人材育成と働きやすい環境づくりにつなげ、介護職員等のさらなるレベルアップと定着を促進します。

・　介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修などの受講を支援します。

・　事業者団体が実施する介護従事者の知識や、技術等の向上のための取組を支援します。

・　介護福祉士養成施設による人材育成の取組を支援し、質の高い介護職員の確保を促進します。

・　人権について正しい理解と認識を深め、人権尊重の視野に立った質の高いサービスが提供できるよう、利用者の人権擁護などに関する啓発・研修の推進を図ります。

・　多様なキャリアの選択肢を示し、介護職員等がキャリア形成やスキルアップのために計画的、効果的に受講できるよう支援します。

②　多様なニーズに対応できる介護職員の育成

・　喀たん吸引などの医療的ケアができる介護職員を養成します。

・　多職種と連携しつつ、適切なサービスマネジメントができる介護職員を育成します。また、介護職員の地域の多職種連携ネットワークへの参画や、研修への協力を通じて地域の介護の質の向上支援などを図ります。

③　介護支援専門員の養成と資質の向上

・　高齢者の状態とニーズを踏まえ、医療をはじめ他分野の専門職と連携しながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現できる介護支援専門員を養成します。

・　地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発などの地域づくりや、介護支援専門員の育成を的確に担える質の高い主任介護支援専門員を養成します。

・　介護支援専門員の養成にあたっては、職能団体や関係団体と連携して取組を進めます。

・　令和８年（2026 年）の介護保険法の改正による介護支援専門員の法定研修の見直しに対応するため、オンライン研修環境の整備、研修開催地など研修内容、手法等を検討し、研修受講の負担軽減と専門性の維持・向上に資する現場の実情に応じた研修体系を整備します。

・　高齢障害者のニーズに応じた適切なサービスが提供されるよう、障害者自立支援協議会や地域ケア会議などを通じて、介護支援専門員と相談支援専門員との連携促進を図ります。

④　外国人介護職員の育成

・　入国後からの期間に応じたフォローアップ研修を実施します。

・　外国人介護職員を専門職として育成する研修を行い、介護福祉士資格取得を支援します。

・　これらの育成の取組を滋賀の評価につなげることで、送り出し国から選ばれる滋賀を目指します。

⑤　感染症に備えた職員の育成・確保

・　介護施設関係団体、医療機関、感染症・感染管理の専門家、保健所等が連携する協議会（プラットフォーム）を定期的に開催し、施設において自立した感染対策を実践する感染制御リーダーを育成します。

・　また、感染制御リーダーが各施設で継続的に感染対策を実践できるよう、相談・助言や知識・技術のフォローアップを行うとともに、リーダー間や行政、医療機関の感染症専門家等との継続的なネットワーク形成を支援する伴走型の支援体制を構築します。

（３）介護職員等の定着

①　新任、現任職員への定着支援

・　合同入職式の開催や新人職員向けのフォローアップ研修や交流会の開催により、新人職員間のネットワークづくりやモチベーションの維持向上を支援することで、新人職員の定着を促進します。

・　新人職員の育成役に中堅職員を配置する「メンター制度」の導入を推進します。

・　現任職員からの幅広い相談に対応する窓口を設置し、介護職員個々の職業生活とキャリア形成に向けた支援を行います。

②　外国人介護職員の定着支援

・　外国人介護職員同士の交流や地域との交流を促進するため、交流会や、地域での研修を実施します。

・　介護福祉士養成施設の外国人留学生に奨学金等を支給する事業者の取組を支援します。

③　業務の負担軽減と質の高いケアを実現する介護現場の革新

・　関係機関で構成する「介護現場革新会議」において、地域の課題を議論し、解決に向けた対応方針を策定します。

・　介護現場の革新に向けて介護事業者に対するワンストップ型の支援を行うため、「介護現場革新サポートデスク」を設置し、様々な相談に対応するとともに、研修や、介護テクノロジーの体験展示会の開催、試用貸出支援等に取り組み、適切な機器等の導入を支援します。

・　抱え上げない介護（ノーリフティングケア）や、介護テクノロジーなどの業務の負担軽減や効率化に資するものについて、事業所への導入を進めるとともに、介護を受ける側にとっても安全で安心なものになるよう、その効果や課題を情報提供し、普及を促進します。

・　業務の工程分析とマニュアルの作成を支援することで、専門職とそれ以外の人材材(ケア・アシスタント（介護助手）)が行う職務を明確化し、ケア・ア

シスタントの活用により、業務の切り分けが図られるよう支援します。

・　介護事業所の各種申請や報告などに際し、提出を求める文書の削減や電子化に努めます。

・　県内中小企業者等が行う、介護現場の業務改善に資する新たな製品やサービスの研究開発等を支援します。

④　労働環境の改善

・　ワーク・ライフ・バランスの推進のために、職員の待遇改善、人材育成、業務改善など働きやすい労働環境の整備に積極的に取り組んでいる事業者を認証し、認証事業者の取組を広く公表することで、働きやすい環境整備に取り組む事業者の増加と、職員の確保・育成・定着を促進します。

・　利用者やその家族からのハラスメントや暴力行為に対し、介護従事者の対策マニュアルの普及や研修等の実施、ハラスメント防止のための利用者等への啓発チラシの活用などにより、職員の定着を支援します。

・　居宅に訪問するサービスの介護従事者が安心して働ける環境づくりを支援します。

・　適正な事業所運営や介護サービスの安定的な提供を目指し、適切な指導監督を引き続き実施します。う

・　管理者研修や事業所指導の機会を通じて、事業者自らが職員を育成していく意識の向上を図ります。

・　勤続年数に応じたキャリア形成と処遇の改善を行うキャリア段位制度[7]については、今後の国の動向や関係者の意見も踏まえながら、対応を検討します。

・　職員の処遇改善加算等の取得を支援するとともに、社会保険労務士等の専門家による労務管理に関する助言を行い、介護職員等の処遇改善が図られるよう促進します。

・　介護職員等の社会的役割に見合った更なる処遇改善が図られるよう、国に要望していきます。

（４）事業者の経営基盤の強化

・　経営の安定化に向けて、小規模事業者を含む事業者グループが行う協働化・大規模化等による職場環境改善の取組を支援します。

・　事業者の協働化・大規模化を進めるための研修を実施します。

（５）介護人材確保等施策の協議体制

・　事業者団体・職能団体・養成施設等の関係機関で構成する「滋賀県介護職員人材育成・確保対策連絡協議会」において、課題解決に向けた方策を検討し、人材確保・育成・定着に資する取組を推進します。

・　介護現場革新の取組についても、同協議会内で検討を行います。

・　また、必要に応じて、同協議会内に個別課題ごとの部会を設置し、市町や圏域と連携して具体的な対応方策の検討を進めます。

[7] **キャリア段位制度…**厚生労働省が進める職業能力そのものを評価する仕組み。介護にかかる知識と実践スキルの両面を共通の基準でレベル認定を行い、処遇改善の向上やキャリアパスの提示を行うもの。

【指標】

一部調整中

No.		R7（2025年）基準値	R11（2029年）目標値	出典
1	介護職員数	●人	●人	「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）
2	介護福祉士数	●人	●人	「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）
3	採用率・離職率の差（訪問介護員・介護職員計）	＋2.5%（R5～R7平均）（採用率13.7%離職率11.2%）	＋2.5%（R9～R11平均）	「介護労働実態調査」（介護労働安定センター）
4	出前授業の回数	22件	71件	
5	職場体験者数	51人	80人	
6	地域の職場説明会等の採用数	99人	145人	
7	介護福祉士養成施設等からの新規入職者数	36人	40人	
8	他分野からの入職者数	??人	●人	
9	国際介護・福祉人材センター受け入れ支援数	累計238人	累計375人	
10	外国人介護職員専門職育成研修Ⅱ（実務者研修）の修了者数	20人予定（R8）	40人	
11	介護福祉士国家試験対策講座の修了者数	42人	109人	
12	介護テクノロジー導入率	30.9%	60%	デジタル庁　介護現場の生産性向上に関するダッシュボード
13	介護現場革新サポートデスクの相談対応数	85件	120件	
14	滋賀の福祉人研修（介護）の受講者数	104人	128人	
15	介護職員が不足していると感じる事業所の割合の低下	「大いに不足」「不足」「やや不足」の計 67.9%（R5～R7平均）	「大いに不足」「不足」「やや不足」の計が基準値より減少（R9～R11平均）	「介護労働実態調査」（介護労働安定センター）

第５節　地域の実情に応じたサービス提供・支援体制づくり

１　現状・課題（総論）

・　高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービス提供体制を構築する必要があります。

・　高齢者人口がピークを迎える2040年に向けて、介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上人口が増加するとともに、認知症高齢者の増加や独居の高齢者等の増加が見込まれる中で、住み慣れた地域で最期まで暮らすことができるサービス提供基盤の整備が重要となっています。

・　また、高齢化や人口減少のスピードには地域差が生じることが見込まれ、地域によってサービス需要の変化は様々となるため、各地域の中長期的な介護ニーズ等の状況に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備していくことが重要となっています。

・　令和８年（2026年）６月に成立した「社会福祉法等の一部を改正する法律」では、登録制の導入など有料老人ホーム制度の見直しが行われることになっているため、制度見直しに円滑に対応して、有料老人ホーム全体の質を底上げし、利用者が安心して選択・利用できるようにしていく必要があります。

・　また、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が増加し、多様な介護ニーズの受け皿となっていることから、介護サービス基盤の整備量を見込むにあたっては、これらの設置状況や、要介護者等の人数、利用状況等を勘案する必要があります。

○　在宅サービスの利用状況

・　令和７年度末（2025年度末）と平成27年度末（2015年度末）を比較すると、訪問看護が126.1%増、居宅療養管理指導が144.0%増、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が422.7%増など、看護系のサービスが増加傾向にあります。

表 31　本県の在宅サービスの利用状況　　［単位：人・%］

区分	平成27年度(2015年)			平成30年度(2018年)			令和4年度(2022年)			令和7年度(2025年)			令和7年度増減率		
													対H27	対H30	対R4
	在宅	予防	合計	在宅	予防	合計	在宅	予防	合計	在宅	予防	合計			
訪問介護	8,753	2,691	11,444	9,316	1	9,317	10,287	0	10,287	11,041	0	11,041	-3.5%	18.5%	7.3%
訪問入浴	922	5	927	769	6	775	853	4	857	797	4	801	-13.6%	3.4%	-6.5%
訪問看護	4,209	528	4,737	5,463	747	6,210	7,238	1,018	8,256	8,920	1,788	10,708	126.1%	72.4%	29.7%
訪問リハビリテーション	1,111	127	1,238	1,387	231	1,618	1,540	270	1,810	1,600	310	1,910	54.3%	18.0%	5.5%
通所介護	16,688	4,586	21,274	13,324	2	13,326	12,651	0	12,651	13,167	0	13,167	-38.1%	-1.2%	4.1%
通所リハビリテーション	3,563	1,009	4,572	3,745	1,436	5,181	3,605	1,500	5,105	3,508	1,831	5,339	16.8%	3.0%	4.6%
短期入所生活介護	4,315	64	4,379	4,289	51	4,340	3,613	60	3,673	3,845	59	3,904	-10.8%	-10.0%	6.3%
特定施設入居者生活介護	709	100	809	703	102	805	823	94	917	908	119	1,027	26.9%	27.6%	12.0%
居宅療養管理指導	3,539	171	3,710	4,906	258	5,164	6,662	402	7,064	8,493	558	9,051	144.0%	75.3%	28.1%
福祉用具貸与	17,228	4,199	21,427	19,841	5,548	25,389	22,863	6,905	29,768	24,260	9,040	33,300	55.4%	31.2%	11.9%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	22	0	22	23	0	23	66	0	66	115	0	115	422.7%	400.0%	74.2%
地域密着型通所介護	-	-	-	5,598	0	5,598	5,752	0	5,752	5,896	0	5,896	-	5.3%	2.5%
認知症対応型通所介護	1,175	20	1,195	1,037	19	1,056	954	12	966	838	16	854	-28.5%	-19.1%	-11.6%
小規模多機能型居宅介護	1,094	79	1,173	1,415	104	1,519	1,478	126	1,604	1,586	137	1,723	46.9%	13.4%	7.4%
認知症対応型共同生活介護	1,719	3	1,722	1,834	6	1,840	2,058	3	2,061	2,099	4	2,103	22.1%	14.3%	2.0%
看護小規模多機能型居宅介護	27	0	27	152	0	152	216	0	216	58	0	58	114.8%	-61.8%	-73.1%
夜間対応型訪問介護	1	0	1	4	0	4	5	0	5	1	0	1	0.0%	-75.0%	-80.0%
地域密着型特定施設入居者生活介護	19	0	19	20	0	20	38	0	38	44	0	44	131.6%	120.0%	15.8%
計	65,094	13,582	78,676	73,826	8,511	82,337	80,702	10,394	91,096	87,176	13,866	101,042	28.4%	22.7%	10.9%

出展:介護保険事業状況報告　数値は各年度末現在暫定値

出典：介護保険事業状況報告　数値は各年度末現在暫定値

○　施設サービスの整備状況

・　特別養護老人ホームなどの定員数は、令和８年度(2026年度)で13,210人となっています。

表 32　本県の施設サービスの定員数　［単位：人］

	平成30年度(2018年度)	令和元年度(2019年度)	令和2年度(2020年度)	令和3年度(2021年度)	令和4年度(2022年度)	令和5年度(2023年度)	令和6年度(2024年度)	令和7年度(2025年度)	令和8年度(2026年度)	令和8年度増減率 対H30	対R3	対R6
特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設）	6,624	6,703	7,334	7,352	7,471	7,860	7,785	7,899	7,929	19.7%	7.8%	1.8%
介護老人保健施設	2,844	2,844	2,844	2,844	2,844	2,805	2,805	2,805	2,736	−3.8%	−3.8%	−2.5%
介護療養型医療施設	357	197	77	77	27	0	0	0	0	−100.0%	−100.0%	−
介護医療院		160	280	280	330	330	330	330	370	−	−	12.1%
施設計	9,825	9,904	10,535	10,553	10,672	10,995	10,920	11,034	11,035	66.6%	4.6%	1.1%
認知症グループホーム	1,899	1,944	2,004	2,049	2,094	2,169	2,148	2,157	2,175	−67.2%	6.1%	−
合計	11,724	11,848	12,539	12,602	12,766	13,164	13,068	13,191	13,210	99.4%	4.8%	1.1%

出典：医療福祉推進課調べ
注：令和５年度(2023 年度)は計画値

○　有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅の設置状況および利用状況

・　有料老人ホームの定員は、令和８年(2026年)４月１日時点で3,195人となっており、令和３年(2021年)４月１日時点と比較すると45.6％増加、令和６年(2024年)４月１日時点と比較すると22.7％増加しています。

・　サービス付き高齢者向け住宅の定員は、令和７年度(2025年度)末時点で3,105戸となっており、令和３年度(2021年度)末時点と比較すると11.1％増加、令和６年度(2024年度)末時点と比較すると0.4％減少しています。

表 33-１　本県の有料老人ホームの定員数　［単位：人］

	平成30年度(2018年度)	令和元年度(2019年度)	令和2年度(2020年度)	令和3年度(2021年度)	令和4年度(2022年度)	令和5年度(2023年度)	令和6年度(2024年度)	令和7年度(2025年度)	令和8年度(2026年度)	令和8年度増減率 対H30	対R3	対R6
有料老人ホーム												
特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの	804	804	804	804	813	837	837	917	967	20.3%	20.3%	15.5%
特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの	1,116	1,247	1,370	1,391	1,453	1,594	1,767	2,177	2,228	99.6%	60.2%	26.1%
計	1,920	2,051	2,174	2,195	2,266	2,431	2,604	3,094	3,195	66.4%	45.6%	22.7%

出典：滋賀県医療福祉推進課集計
注：人数は各年度４月１日時点

表 33-２　本県のサービス付き高齢者向け住宅の登録戸数　［単位：戸］

	平成30年度(2018年度)	令和元年度(2019年度)	令和2年度(2020年度)	令和3年度(2021年度)	令和4年度(2022年度)	令和5年度(2023年度)	令和6年度(2024年度)	令和7年度(2025年度)	令和7年度増減率 対H30	対R3	対R6
サービス付き高齢者向け住宅											
特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの	100	100	100	130	130	130	130	130	30.0%	0.0%	0.0%
特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの	2,228	2,333	2,626	2,664	2,848	2,870	2,987	2,975	33.5%	11.7%	−0.4%
計	2,328	2,433	2,726	2,794	2,978	3,000	3,117	3,105	33.4%	11.1%	−0.4%

出典：滋賀県住宅課集計
注：戸数は各年度末時点

・　令和８年(2026 年)４月１日現在、有料老人ホームの入居者のうち要介護(支援)者の占める割合は 91.4％、サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち要介護(支援)者が占める割合は 95.1％となっており、これらの施設に介護が必要な高齢者が多く入居している状況です。

表 34　本県の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の要介護（要支援）度別入居者数［単位：人］

	認定なし	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	入居者数合計	うち要介護(支援)者の割合
有料老人ホーム										
特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの	180	58	52	147	111	91	82	64	785	77.1%
特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの	54	41	64	326	398	376	373	314	1,946	97.2%
計	234	99	116	473	509	467	455	378	2,731	91.4%
サービス付き高齢者向け住宅										
特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの	0	12	13	35	28	10	17	9	124	100.0%
特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの	136	122	139	589	576	492	350	224	2,628	94.8%
計	136	134	152	624	604	502	367	233	2,752	95.1%

出典：滋賀県医療福祉推進課・住宅課集計

○　感染症とサービス提供体制

・　新型コロナウイルス感染症発生初期には、マスク、消毒液等の衛生材料や個人防護具(PPE)の確保が難しい状況が見られました。

・　新型コロナウイルス感染拡大期には、高齢者施設での感染が発生し、軽症者は施設内にて療養が行われました。医療機関との連携が不足している施設においては症状の急変に対して早期からの介入が難しく、救急搬送につながった例がありました。

・　介護従事者の感染症に関する基礎知識や、標準予防策など基本的な感染症対策に対する知識・技術のさらなる向上を図り、適切な予防策を講じたサービス提供につなげていく必要があります。

・　高齢者施設等（介護保険施設、特定施設、認知症グループホーム）について、新興感染症の発生時等に、施設内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、新興感染症の発生時等に感染者の対応を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めておくことが必要とされています。

○　災害とサービス提供体制

・　令和８年（2026年）７月に発生した熊本地震では、避難所生活の長期化に伴い車中泊を余儀なくされた高齢者が熱中症で死亡したケースが発生しました。また、同年８月には千葉県等で記録的な豪雨が発生し、施設や事業所で床上浸水等の被害が発生しました。滋賀県内においても、令和８年（2026年）７月に甲賀市信楽町で土砂崩れにより市道と住宅敷地の一部が崩落した災害が発生し、けが人はなかったものの、「警戒レベル４」の避難指示が出されました。

・　これら被災した高齢者の状況やニーズに合わせた細かな支援を行うためには、介護施設等における介護サービス提供を継続するための事業継続計画（BCP）の策定や、研修・訓練等が重要となっています。

・　本県内では琵琶湖西岸断層帯等の内陸活断層の存在や、隣接県の原子力発電所の存在により、地震災害や原子力災害についても備えなければなりません。近年頻発する線状降水帯による豪雨や南海トラフ巨大地震の発生にも備え、災害時におけるサービス提供体制の確保に向けて、各関係者の防災・減災意識の向上と防災・減災対策の推進が求められています。

コラム 14：特定地域サービス及び特定地域居宅サービス等事業の創設

中山間・人口減少地域では、高齢化が進展する中で若年層が流出し、介護サービスの担い手となる人材の確保が困難になっています。また、住居が広範囲に散在しているため、訪問や送迎にかかる時間と燃料費等のコストが大きいことなども課題となっています。

このため、令和８年（2026 年）６月に成立した「社会福祉法等の一部を改正する法律」では、地域の実情に応じて人員の配置基準の弾力化や包括的な定額報酬の導入ができる「特定地域サービス」や、市町村が地域支援事業として実施できる「特定地域居宅サービス等事業」が創設されました。

「特定地域」は、市町村の意向を踏まえて都道府県が対象地域を定めることとなっており、本県においても令和９年（2027 年）４月の施行に向けて、市町と連携して検討を進めていきます。

２　サービス提供体制の構築の方向性

・　高齢者人口の増加に伴い、本県の要介護(要支援)認定者は、令和５年(2023年)と比較して、令和８年(2026年)[redacted]見込まれることから、これらに対応

今後更新予定

（１）2040年を見据えた中長期的なサービス見込み量の推計と地域の実情に応じたサービス提供体制の確保に関する取組

・　2040年を含む中長期的な推計を定めるとともに、その推計を踏まえ、地域の実情に応じたサービス提供体制の確保ができるよう、市町と緊密に連携し、特例介護サービスや特定地域居宅介護サービス等事業の制度の活用も含め、市町や事業者に必要な支援を行います。

・　高齢者の医療・介護の状況やその課題について、県内の医療福祉関係者で共有し、滋賀県保健医療計画や新たな地域医療構想等の他計画とも整合性ある介護サービス提供体制を構築します。

・　有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいの整備や入居状況等を把握し、市町と情報共有しながら、今後の介護保険施設等の整備計画等を勘案します。

・　サービス提供に必要となる介護人材について、事業者団体や職能団体等の関係者と協議し、中長期的な視野を持って、人材の確保・育成・定着に向けた取組を推進します。

（２）　在宅サービス

・　誰でも住み慣れた地域で最期まで暮らすことができるよう、利用者ニーズに応じて多様なサービス提供が行えるように、在宅サービスの充実を図ります。

・　特に、地域包括ケアシステムの深化・推進とその中心を担う地域密着型サービスのさらなる充実を図る必要があり、市町ごとの地域の特性に応じたサービス提供拠点の整備を促進します。

（３） 施設サービス

・　高齢化や人口減少の状況に地域差があることを踏まえ、地域の実情に応じた施設サービスの利用ニーズを適切に見積もり、必要なサービス基盤の整備を進めます。

・　施設サービスの基盤整備にあたっては、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が多様な介護ニーズの受け皿になっている状況を踏まえ、将来に必要な整備量を適切に定めます。

３　現状・課題（各論）、施策の方向と取組

（１）居宅サービス

① 訪問系居宅サービス

ア　訪問介護

・　訪問介護員(ホームヘルパーなど)が要介護者の居宅を訪問して、入浴・排せつ・食事などの介護や日常生活上の世話を行うサービスです。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、379から388と９増加しています。また、利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、介護給付では3.6回から3.8回とやや増加しています。

・　医療ニーズの高い人への対応や、夜間などの随時対応が必要となっています。

・　認知症高齢者のサービス利用の増加や在宅での看取りのケースの増加など、専門的な支援が必要となっています。

施策の方向と取組

・　訪問看護事業所との連携を深めるとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護の普及を図るなど、医療ニーズの高い人への対応や夜間などの随時対応ができるよう各事業所に働きかけます。

・　喀たん吸引や経管栄養が実施できる介護職員の養成を行います。

・　認知症介護指導者研修などの研修受講による専門的な知識やスキルの習得を各事業所に働きかけるとともに、受講しやすい環境整備に努めます。

・　看取り期の利用者へのサービス提供について、ケアマネジャーへの報告・相談回数の増加や医師・訪問看護師等との連携によるサービス提供体制の構築を、各事業所に働きかけます。

イ　訪問入浴介護（介護予防訪問入浴介護）

・　浴槽を積んだ入浴車などで要介護者の居宅を訪問して、入浴の介護を行うサービスです。要支援者に対するサービスは介護予防訪問入浴介護といいます。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４

月１日現在で比較すると、19から20と１増加しています。また、利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、いずれも1.2回で横ばいとなっています。

・　中重度の利用者が多いため、医療ニーズを考慮しながら、引き続き居宅でサービスを利用できるよう配慮する必要があります。

・　在宅での看取りなど、利用者の身体の状況等に特に留意が必要なケースが増加しており、専門的な支援が必要となっています。

施策の方向と取組

・　中重度者を受け入れている他のサービス事業所と連携を図り、中重度者の入浴機会を確保していきます。

・　中重度の利用者の医療ニーズに対応できるよう事業者の多職種連携のチームケアによるサービス提供を働きかけます。

・　看取り期の利用者への対応について、医師・訪問看護師等との連携体制の構築とともに、サービス提供に時間を要することなどを踏まえ、事業所のサービス提供体制の充実を働きかけます。

ウ　訪問看護（介護予防訪問看護）

・　訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師などが、要介護者の居宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。要支援者に対するサービスは、介護予防訪問看護といいます。

現状・課題

・　訪問看護ステーション数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、154から250と96増加しています。また、利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、1.2回から1.3回とやや増加しています。

・　医療依存度が高くても住み慣れた自宅や地域で暮らしたいという希望者は増えており、今後医療ニーズが増大することから、緊急時や看取りへの対応など、サービス提供体制の充実が必要となってきます。

・　疾患への専門的なケアや終末期の緩和ケアへの対応が必要なケースが増えており、専門的な支援が必要となっています。

施策の方向と取組

・　緊急時や看取りへの対応など、地域の特性に応じた24時間の計画的な訪問看護体制の充実を図るため、訪問看護ステーションの機能強化および地域の医療機関や介護保険事業所などとの連携を推進します。

・　感染症予防の専門的な知識や技術、緩和ケア、褥瘡ケアなどの専門の研修や特定行為研修を修了した看護師等の専門職がその専門性を発揮し、地域の介護サービスの継続性が保たれるよう支援します。

エ　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）

・　理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が要介護者の居宅を訪問して理学療法(運動・立ち上がりなどの基本動作訓練などによる機能回復)、作業療法(生活全般に関わる諸活動を通じた、日常生活行為向上、自立支援)、言語聴覚療

法（言葉や摂食・嚥下、認知訓練などによる機能回復訓練）、その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。要支援者に対するサービスは介護予防訪問リハビリテーションといいます。

現状・課題

・　利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、いずれも1.2回で横ばいとなっています。

・　退院後や状態の悪化している人が、必要に応じて早期に訪問リハビリテーションを利用できるように、関係機関が連携する必要があります。

・　認知症の方が住み慣れた自宅で生活を続けていくために、訪問リハビリテーションの役割が求められています。

施策の方向と取組

・　退院した人や状態の悪化した人が、必要に応じて早期にリハビリテーションを開始し、元の暮らしの再建、および支援者とともに望む暮らしの獲得を図ることができるよう、介護支援専門員などに働きかけ、効果的なサービスの活用を促進します。

・　効果的なサービス提供ができるよう、医師の関与のもとで具体的な生活課題の解消や、社会参加および自立支援の更なる促進を働きかけ、また通所リハビリテーションや総合事業との連携を進めていきます。

・　退院時の情報連携のため、入院中のリハビリテーション計画の取得や退院前カンファレンスへの参加により、訪問リハビリテーション計画を作成するよう促進します。

・　認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するための訪問リハビリテーションを促進します。

② 通所系居宅サービス

ア　通所介護

・　要介護者が日帰りでデイサービスセンターなどに通い、入浴、排せつや食事などの介護、生活などに関する相談・助言、健康状態の確認、その他日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービスです。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、275から276と１増加しています。また、利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、介護給付ではいずれも2.3回で横ばいとなっています。

・　利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る必要があります。

・　認知症高齢者、重度要介護者、医療依存度の高い人であっても利用しやすい環境が必要です。

・　心身機能訓練から生活行為力向上訓練までを総合的に実施することにより、在宅生活が継続できるよう支援することが求められています。

施策の方向と取組

・　利用者の地域での在宅生活が継続できるよう、生活機能の維持・向上に資する効果的な支援を行う事業所や、サービス提供時間の延長など家族介護者への支援を行う事業所、また認知症高齢者や重度要介護者などを積極的に受け入れる事業所が増えるよう働きかけます。

・　利用者の心身の機能維持を促進するため、機能訓練の専門職配置や ADL[1]の維持または改善を図る取組を促進します。

イ　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）

・　要介護者が、介護老人保健施設や病院・診療所に通い、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を受けるサービスです。要支援者に対するサービスは、介護予防通所リハビリテーションといいます。

現状・課題

・　利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、いずれも1.5回で横ばいとなっています。

・　退院後や状態の悪化している人が、必要に応じて早期に通所リハビリテーションを利用できるように関係機関が連携する必要があります。

・　リハビリテーションの質の向上を図る観点から、生活行為の向上、社会参加の促進、認知症への対応強化が求められています。

施策の方向と取組

・　退院した人や状態の悪化した人が、必要に応じて早期にリハビリテーションを開始し、元の暮らしの再建、および支援者とともに望む暮らしの獲得を図ることができるよう介護支援専門員などに働きかけ、効果的なサービスの活用を促進します。

・　退院した人や状態の悪化した人が、通所介護や訪問介護など様々なサービスとの組み合わせにより、要介護状態や生活行為能力の向上につながる総合的なリハビリテーションに取り組めるよう、多職種・多機関による連携を図ります。

・　リハビリテーション専門職の配置の充実を働きかけ、多職種で連携したサービスを提供し、高齢者の状態とニーズに応じた自立支援や社会参加、また重度化防止を進めます。

・　退院時の情報連携のため、入院中のリハビリテーション計画の取得や退院前カンファレンスへの参加により、通所リハビリテーション計画を作成するよう促進します。

③ その他の居宅サービス

ア　短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）[ショートステイ]

・　要介護者が、特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設。以下同じ。）などに短期間入所し、入浴・排せつ・食事などの介護その他日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービスです。要支援者に対するサービスは介護予防短期

[1] **ADL**…日常生活の中で生じる基本的動作（Activities of Daily Living）のこと。介護を受ける人が「どれだけ他者の力を借りずに独立して生活できるか」を示す尺度として用いられる。

入所生活介護といいます。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、122から125と３増加しています。また、１回あたりの利用日数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、いずれも8.4日で横ばいとなっています。

・　計画的な整備が進んでいますが、緊急時の対応など必要なときに利用できないといった課題がある一方で、地域によっては利用率の低い事業所もあります。

・　要介護度の高い利用者の増加がみられ、重度化に対応した体制を提供する必要が出てきています。

・　看取りのニーズが見られることから、サービスの目的を果たしながら看取りへも対応した体制が求められています。

施策の方向と取組

・　地域の特性に応じて、各市町や各保健福祉圏域単位で、緊急時においてもサービスが迅速に提供されるよう、関係機関の連携を促進します。

・　中重度者の積極的な受け入れや夜間の医療処置への対応が可能となる体制の構築に向け働きかけていきます。

・　看取りのニーズを踏まえ、看護職員の体制や看取り期の体制整備を図るよう、各事業所に対して働きかけていきます。

イ　短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）

・　要介護者が、介護老人保健施設などに短期間入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療および日常生活上の世話を受けるサービスです。要支援者に対するサービスは、介護予防短期入所療養介護といいます。

現状・課題

・　１回あたりの利用日数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、7.8日から8.2日と増加しています。

・　医療ニーズに対応できる居宅サービスとして、引き続き在宅要介護者や家族に対する支援が行われる必要があります。

施策の方向と取組

・　在宅要介護者や家族を支援するため、短期入所療養介護の実施を促進し、在宅介護と連携した事業が行われるよう介護支援専門員などに働きかけます。

ウ　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）

・　有料老人ホームなどに入居している要介護者に対して、介護サービス計画に基づいて、入浴・排せつ・食事などの介護その他日常生活上の世話、機能訓練および療養上の世話を行うサービスです。要支援者に対するサービスは介護予防特定施設入居者生活介護といいます。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、15から17と２増加しています。また、利用実人員は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、月908人から月1,031人と123人増加しています。

・　入居者が認知症を含む重度の要介護状態となっても、継続して利用することができる必要があります。

・　医療的ケアが必要な方の受入れに対応していくため、夜間の看護体制の充実が必要となります。

施策の方向と取組

・　有料老人ホームなどの入居者の高齢化が進んでいることを踏まえ、入居者が重度化した場合であっても継続して利用できるよう、各市町と連携して一層のサービス提供体制の強化を事業者に働きかけます。

・　夜間の看護体制について、特定施設入居者生活介護における医療ニーズへの対応を強化するよう、事業者に働きかけます。

エ　居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）

・　医師、歯科医師、薬剤師などが要介護者の居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境を把握し、それらを踏まえて療養上の管理や指導を行うサービスです。要支援者に対するサービスは、介護予防居宅療養管理指導といいます。

現状・課題

・　利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、0.7回から0.8回とやや増加しています。

・　通院が困難な人が、居宅において引き続き医師などから必要な療養上の管理、指導を受けられるよう配慮する必要があります。

・　高齢者世帯の在宅サービス利用者に対する、服薬、低栄養、口腔衛生の重要性が増しています。

施策の方向と取組

・　居宅において医師などから必要な療養上の管理・指導を受けられるよう、関係機関や在宅介護と連携した取組の実施を、介護支援専門員などに働きかけます。

オ　福祉用具

・　心身機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者などが、日常生活上の便宜を図ったり、機能訓練を行ったりするための用具です。対象用具として定められた用具が、保険給付の「福祉用具貸与」と「福祉用具購入費」の対象となります。

現状・課題

・　福祉用具貸与事業所について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年

(2026年)４月１日現在で比較すると、77から65と12減少しています。また、福祉用具貸与利用者数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、月29,598人から月32,848人と3,250人増加しています。

・　利用者が心身の状況や環境に応じて、適切な福祉用具を選択することができるよう配慮する必要があります。

施策の方向と取組

・　福祉用具専門相談員が機能などの異なる複数の福祉用具を提示することにより、利用者が適切に福祉用具を選択することができるよう促すとともに、福祉用具サービス計画の充実や事業者への自己評価のさらなる普及により、サービスの質の向上を図ります。

・　福祉用具貸与価格について、全国平均貸与価格の公表により、貸与価格のバラつきを抑制し、適正価格による貸与を確保するよう働きかけます。

カ　住宅改修

・　要介護者の自立を支援するため、手すりの取り付け、床段差解消などの自宅の改修を行った費用について、保険給付が行われます。

現状・課題

・　延べ利用人員について、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、4,387人から4,387人と10

確認中

・　利用者が住宅改修事業者を適切に選択できるよう促す必要があります。

施策の方向と取組

・　利用者が複数の住宅改修事業者から見積もりを取ることにより、事業者を適切に選択することができるよう促します。

（２）地域密着型サービス

・　地域密着型サービスは、高齢者が中重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた自宅または地域で生活を継続できるようにするため、身近な市町で提供されるものであり、市町が指定・指導監督の権限を持ち、生活圏域ごとに必要整備量を市町計画に定めます。

・　また、市町の被保険者のみサービス利用が可能であり、その地域での生活を24時間体制で支えるため、日常生活圏域内にサービス提供の拠点が置かれています。

ア　定期巡回・随時対応型訪問介護看護

・　日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、７から９と２増加しています。また、サービス延べ

利用者は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、793人から1,261人に468人増加しています。

・　今後、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者が増加していくことから、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担うサービスの一つです。

・　さらにサービスを普及していくためには、地域特性やニーズを的確に把握し、看護職員や訪問看護事業所と連携することが重要です。

イ　地域密着型通所介護

・　要介護者が、日帰りでデイサービスセンターなどに通い、入浴、排せつや食事などの介護、生活などに関する相談・助言、健康状態の確認、その他日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービスであり、利用定員が18人以下のものです。

現状・課題

・　平成28年度(2016年度)から利用定員18人以下の小規模の通所介護事業所が地域密着型サービスに移行しました。

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、299から287と12減少しています。また、利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、2.2回から2.0回とやや減少しています。

・　利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る必要があります。

・　心身機能訓練から生活行為力向上訓練までを総合的に実施することにより、在宅生活が継続できるよう支援することが求められています。

・　利用者の心身の機能維持を促進するため、機能訓練の専門職配置や ADL の維持または改善を図ることも求められています。

ウ　認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）

・　認知症の人が、デイサービスセンターなどに通い、入浴、排せつや食事などの介護、生活などに関する相談・助言、健康状態の確認、その他日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービスです。要支援者に対するサービスは、介護予防認知症対応型通所介護といいます。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、80から66と14減少しています。また、利用者一人あたりの週利用回数は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、2.4回から2.3回とやや減少しています。

・　認知症の人の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、家族の身体的、精神的負担の軽減を引き続き図る必要があります。

エ　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）

・　「通い」を中心としつつ、要介護者の状態や希望に応じて、随時「訪問」や

「泊まり」を組み合わせて入浴・排せつ・食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。要支援者に対するサービスは、介護予防小規模多機能型居宅介護といいます。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、いずれも88で横ばいとなっています。また、年間利用延べ人員は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、19,238人から20,557人と1,319人増加しています。

・　重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえ、「通い」を中心に「訪問」「宿泊」などの機能を身近な地域で提供する拠点として、一層の整備促進を図る必要があります。

・　「通い」・「訪問」・「泊まり」に対応した介護職員の確保が難しいことや、サービス内容の地域住民への認知度が十分でなく、利用者が確保しにくいこと等が課題となっています。

オ　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）

・　認知症の状態にある要介護者(５人から９人)が、共同生活を営みながら、その住居である認知症高齢者グループホームにおいて、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービスです。要支援者(要支援２に限る。)に対するサービスは、介護予防認知症対応型共同生活介護といいます。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、157から161と４増加しています。また、年間利用延べ人員は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、24,199人から25,208人と1,009人増加しています。

確認中

・　利用者の居住年数の経過とともに、医療ニーズの対応が高まるなど利用者の重度化への対応が必要となっています。

カ　看護小規模多機能型居宅介護

・　訪問看護と小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービスです。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、12から14と２増加しています。また、年間利用延べ人員は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、2,371人から646人と1,725人減少しています。

・　医療ニーズの高い利用者に対して、小規模多機能型居宅介護では対応できない場合でも、看護小規模多機能型居宅介護では対応が可能となるため、制度の周知を含め、さらなる普及啓発を図る必要があります。

・　「通い」・「泊まり」・「訪問看護」・「訪問介護」に対応した看護・介護職員が

確保しにくいこと等が課題となっています。

地域密着型サービスの施策の方向と取組

・　医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の連携を図りながら、高齢者が住み慣れた地域で生活が営めるよう必要なサービスが切れ目なく提供されるためには、地域密着型サービスの果たす役割が今後も重要になっています。

・　県は、市町の実情を踏まえて、地域密着型サービスの施設整備や開設準備に係る経費について補助を行うなど、市町の支援を行うこととしています。

・　また、リハビリテーション専門職が配置されていない認知症高齢者グループホームなどに対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などを派遣して、適切なアセスメントや技術指導などを介護職員が受けられる環境を整えることによって、入居者の生活機能を維持・向上できるよう支援します。

・　認知症対応力の更なる強化を図る観点から、認知症加算の取組に加えて、認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修を実施するよう、働きかけます。

（３）施設サービス

ア　特別養護老人ホーム（地域密着型特別養護老人ホームを含む）

・　要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う施設です。

現状・課題

・　令和８年(2026年)４月１日現在、139施設(定員7,899人)に7,442人が入所されており、入所率は94.2%となっています。

・　特別養護老人ホームの入所要件については、平成27年(2015年)４月から原則要介護３以上の人となっており、特別養護老人ホームの入所申込者の状況は、令和８年(2026年)４月１日現在、3,222人です。この中には、直ちに利用を希望しない人や、介護老人保健施設など他の施設を利用されている人もおり、最も入所ニーズが高いと考えられる在宅の要介護３から５の人は、1,057人となっています。

・　在宅生活の継続が困難な要介護者など、特別養護老人ホームの入所が必要な人数を的確に把握し、計画的な施設整備を進めるとともに、こうした人が優先的に入所できる仕組みを適正に運用する必要があります。

・　今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中、入所者のニーズにこたえ、安定的にサービスを提供するために、必要な医療提供体制を確保する必要があります。

施策の方向と取組

・　市町と連携して、各保健福祉圏域を単位に、地域特性に応じたサービス基盤の整備を進めます。

・　新設および改築にあたっては、高齢者の尊厳の保持、プライバシーの確保の観点から、個室ユニットケア施設[2]の整備を推進するとともに、地域の実情に

[2] **個室ユニットケア施設…**特別養護老人ホームなどにおいて、個室である居室をいくつかのグループに分け

応じて、必要と認める場合は多床室についても整備を行います。

・　緊急時のショートステイの受入れを行うことにより、在宅要介護者の支援機能を果たす拠点として整備を進めます。

・　在宅生活が困難な重度の要介護者など、必要性が高い人からの優先的入所を図るため、公平かつ透明な入所決定が行われるよう「特別養護老人ホーム入所ガイドライン」[3]に基づく入所決定の普及を図ります。

・　痰の吸引や在宅看取りなどの医療的ケアの研修受講を促進することにより、利用者の重度化への対応を図ります。

・　リハビリテーション専門職が配置されていない特別養護老人ホームに対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などを派遣して、適切なアセスメントや技術指導などを介護職員が受けられる環境を整えることによって、入居者の生活機能を維持・向上できるよう支援します。

・　地域住民の交流の場の提供や、生活支援などの地域住民活動を支援する拠点として、地域に開かれた機能の充実を働きかけます。

・　感染症および食中毒の予防やまん延防止の対策を講じるよう、指導を行います。

・　配置医師の対応が困難な場合の緊急対応について、施設・配置医師・協力医療機関の３者でその役割分担等を協議し、あらかじめ緊急時等の対応方針を整備するように、指導を行います。

イ　介護老人保健施設

・　病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設です。施設では、在宅の生活への復帰を目指してサービスが提供されます。

現状・課題

・　令和８年(2026年)４月１日現在、32施設(定員2,736人)が整備されています。

・　在宅強化型老人保健施設[4]は、26施設(定員2,276人)となっており、在宅超強化型となる在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱを算定している施設は、21施設(定員1,859人）となっています。

・　介護老人保健施設では、入所直後は集中的なリハビリテーションにより、比較的大きく ADL を改善することが期待されています。また、リハビリテーション、口腔、栄養の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待されています。

施策の方向と取組

・　在宅要介護者や家族を支援するため、在宅復帰支援機能や在宅療養支援機能の充実、短期入所療養介護の実施を促進し、在宅介護と連携した事業が行わ

て一つの生活単位（ユニット）とし、少人数の家庭的な雰囲気の中で介護を行う施設。10名程度の高齢者が一つのユニットを構成し、ユニットごとに食堂や談話スペースなどの共用部分を設けるとともに、職員の勤務形態もユニットごととしている。

[3] **特別養護老人ホーム入所ガイドライン…**特別養護老人ホームへの入所について、申込者の介護の必要度や介護者の状況などを総合的に勘案して、真に入所の必要性の高い人が優先的に入所できるよう関係自治体と関係団体が協議し共同で作成した指針。特別養護老人ホームが申込者の入所の必要性の高さを判断する優先基準や入所を決定する際の手続きを定めている。

[4] **在宅強化型老人保健施設…**在宅復帰・在宅療養支援等指標が高得点であり、リハビリテーションマネジメントの要件を満たすなど、在宅復帰・在宅支援機能が高い老人保健施設のこと。

れるよう事業者に働きかけます。

・　新設および改築にあたっては、高齢者の尊厳の保持、プライバシーの確保の観点から、個室ユニットケア施設の整備を促進します。

・　感染症および食中毒の予防やまん延防止の対策を講じるよう、指導を行います。

・　短期集中リハビリテーションについて、効果的なリハビリテーションを推進する観点から、原則として入所時および月１回以上 ADL 等の評価を行った上で、効果的なリハビリテーションを実施するよう促します。

・　介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書について、リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進するよう、歯科衛生士による口腔衛生管理や管理栄養士による栄養マネジメント強化を行い、関係職種間で一体的に共有し、必要な見直しを行った上で、関係職種に対しフィードバックするよう促します。

ウ　介護医療院

・　介護医療院は、平成30年度(2018年度)から新たに創設された施設で、①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」などの機能と②「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設として位置づけられています。

現状・課題

・　介護医療院は令和８年(2026年)４月１日現在、５施設(定員370人)が整備されています。

施策の方向と取組

・　地域住民の交流の場の提供や、生活支援などの地域住民活動を支援する拠点として、地域に開かれた機能の充実を働きかけます。

・　感染症および食中毒の予防やまん延防止の対策を講じるよう、指導を行います。

（４）　居宅介護支援事業

・　要介護者が、居宅サービスや地域密着型サービス、必要な保健・医療・福祉サービスの適切な利用ができるように、居宅サービス計画を作成し、計画に基づくサービス提供が確保されるようにサービス事業者などとの連絡調整を行うサービスです。

現状・課題

・　事業所数について、令和５年(2023年)４月１日現在と令和８年(2026年)４月１日現在で比較すると、460から435と25減少しています。また、年間延べ利用人員は、令和４年度(2022年)と令和７年度(2025年度)で比較すると、居宅介護支援事業で366,409人から377,611人、介護予防支援事業で97,883人から123,170人と、それぞれ増加しています。

・　居宅介護支援事業は、認定者数の増加とともに、増加傾向にありますが、介護予防支援事業は、平成30年度からの介護予防・日常生活支援総合事業への制度移行もあり減少しています。

・　令和８年(2026年)６月に公布された「社会福祉法等の一部を改正する法律」により、介護支援専門員の更新制の廃止・研修の見直しや、新たな相談支援の

類型である「登録施設介護（予防）支援」の創設が予定されています。

・　多職種協働や医療との連携を図り、自立支援に資するケアマネジメントを行うことができるよう、介護支援専門員の人材確保、業務負担の軽減、ハラスメント対策、資質向上に向けた環境整備が必要です。

施策の方向と取組

・　保険者機能の強化の観点から、平成30年(2018年)４月に居宅介護支援事業者の指定権限が県から市町へ移行していることから、居宅介護支援事業者の指定・指導事務が円滑に行われるよう市町に対し助言を行います。

・　介護支援専門員の人材確保、業務負担の軽減、ハラスメント対策等について、市町と連携して取り組みます。

・　医療職をはじめとする多職種と連携・協働し、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジネントを実践できるよう研修を行い、介護支援専門員の資質向上を図ります。

・　住民主体の通いの場等の地域のインフォーマルサービスや、民間事業者等が提供する介護保険ではカバーしきれない部分に応える保険外サービスが、利用者や家族の課題やニーズに応じて適切に情報提供されるよう、市町と連携して、研修や好事例の共有等を行います。

・　各サービス事業所との情報連携などに効果のある ICT の導入を促進します。

（５）　特定地域サービスと特定地域居住サービス等事業

・　中山間・人口減少地域では、「高齢者人口の減少」「生産年齢人口の減少による介護人材の確保の困難」が進んでおり、必要なサービスを維持するため、地域の実情に応じて柔軟なサービス提供を可能とする仕組みとして設けられたサービスです。

現状・課題

・　中山間・人口減少地域では、高齢化や生産年齢人口の減少等により、サービス提供に必要な介護人材の確保が困難になっています。

・　また、これらの地域では「利用者の事情による突然のキャンセル」「利用者宅間の移動に係る負担」「季節による繁閑」などにより、年間を通じた安定的な経営が難しく、サービス基盤の維持が課題となっています。

施策の方向と取組

・　当該サービスの対象となる「特定地域」の範囲は、特別地域加算の対象地域を基本としつつ、さらに、地域の実情に応じた柔軟な対応が可能となるよう、高齢者人口の減少に着目した範囲の考え方など、国が示す基準に照らし、市町の意向を十分に確認したうえで、県において決定します。

・　サービス提供の維持・確保を前提として、サービスの質や職員の負担等も十分考慮されたうえで利用者への介護サービスが適切に提供されるよう、市町や事業者と連携してサービス提供体制の構築を図ります。

（６）共生型サービス

・　障害者が65歳以上になっても、使い慣れた事業所においてサービスを利用しやすくするという観点や、地域の実情に合わせて人材をうまく活用しなが

ら適切にサービスを提供するという観点から、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどについて、高齢者や障害児者が共に利用できるサービスが創設されました。

現状・課題

・　平成30年度(2018年度)から、障害福祉サービスの指定を受けている事業者が、介護保険の「訪問介護」や「通所介護」などの指定を受けることができる特例が設けられました。また、介護保険の指定を受けている事業者が、障害福祉サービスの指定を受けることができるようになりました。

・　令和８年(2026年)４月１日現在、共生型の指定を受けている事業所は、介護保険サービスでは、11事業所、障害福祉サービスでは、10事業所となっています。

確認中

施策の方向と取組

・　高齢者と障害者が同一の事業所でサービスを受けやすくなるよう、事業者に対し制度の普及啓発を行います。

（７）有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅

ア　有料老人ホーム

・　高齢者が常時入居し、入浴、排せつもしくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除などの家事または健康管理を行うことを目的とした施設です。このうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けた有料老人ホームを、介護付き有料老人ホームといいます。

現状・課題

・　令和８年(2024年)４月１日現在、介護付き有料老人ホームが９施設(定員837人)、住宅型有料老人ホームが39施設(定員1,594人)整備されています。

・　令和８年(2026年)６月に公布された「社会福祉法等の一部を改正する法律」により、登録制の導入や基準・規制の整備など、有料老人ホーム全体の質を底上げし、利用者が安心して選択・利用できる制度への見直しが予定されています。

イ　サービス付き高齢者向け住宅

・　居室の広さや設備の要件やバリアフリー構造などの一定の基準を満たし、介護・医療と連携して安否確認や生活相談などのサービスを提供することなどにより、高齢者が安心して暮らすことができる環境を整えた住宅です。このうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けたものは、介護サービスが付帯しています。

現状・課題

・　令和８年(2026年)４月１日現在、特定施設入居者介護の指定を受けたものが３施設(定員130人)、特定施設入居者介護の指定を受けていないものが104施設(定員2,975人)整備されています。

・　令和８年(2026年)４月１日現在、滋賀県内のサービス付き高齢者向け住宅では９割を超える入居者が要介護（要支援）者となっており、介護が必要な高齢者が多く入居している状況です。

・　提供するサービスの内容によっては、老人福祉法上の有料老人ホームに該当する場合があり、令和８年(2026年)６月に公布された「社会福祉法等の一部を改正する法律」では、中重度の要介護者など特に入居者保護の必要性が高い方を入居対象とする有料老人ホームに対し登録制が導入されるなど、有料老人ホームの制度見直しが行われており、これらに対応する必要があります。

有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の施策の方向と取組

・　高齢者が自らの身体状況や経済状況に応じた高齢者向け住宅等を選択できるよう、サービス付き高齢者向け住宅等の供給の促進や入居希望者への適切な情報提供に努めます。

・　関係法令などに基づく適正な運営が確保され、高齢者が安心して居住できるよう、またより良いサービスの提供がなされるよう、事業者への研修や、定期報告および立入検査などによる指導を市町と連携して行います。

・　入居者による外部の介護サービスなどの自由な選択、利用が確保されるよう、施設設置者に対して指導を行います。

・　入居者に提供される介護サービスや医療サービスが、自立支援・重度化防止などの観点も踏まえて本人にとって適切に提供され、過剰なものとならないよう、市町をはじめ関係機関と連携し、サービス提供者や併設の介護サービス事業者に対する指導を行います。

・　「社会福祉法等の一部を改正する法律」による有料老人ホーム制度の見直しが令和９年度中（2027年度中）に施行される見込みであるため、制度見直しに円滑に対応し、県が基準を満たす施設を登録することにより、施設の質を保証し、利用者にとってわかりやすく信頼できる施設選択を可能にするとともに、介護付き有料老人ホームと住宅型有料老人ホームとの制度上の均衡を確保し、両者が公正な競争環境で事業展開できる環境を整備します。

（８）その他のサービス

ア　養護老人ホーム

・　65歳以上で、環境上の理由および経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な者を入所させて養護することを目的とする、老人福祉施設です。市町の措置により入所を行います。

現状・課題

・　令和８年(2026年)４月１日現在、７施設(定員505人)が整備されています。

・　養護老人ホームの入所者は、生活困窮で在宅生活が困難という高齢者中心でしたが、高齢化が進んでいることから、要介護高齢者の入所が増加しているほか、被虐待者など複雑な課題を抱えた高齢者の入所が増えています。

・　特別養護老人ホームが重度化対応していく中で、軽度要介護高齢者など地域で自立した生活が困難となる経済的、社会的、環境的要因などへの課題に対応していくために、幅広いニーズにこたえる機能が必要となります。

施策の方向と取組

・　生活困窮高齢者を中心に対応する施設としてだけではなく、特別養護老人ホームが重度化対応していく中で、軽度要介護高齢者など地域で自立した生活が困難な人が入所・利用できる施設として、機能強化を図れるよう支援します。

・　市町と連携しながら、入所者に対して必要な介護保険のサービスが提供されるよう支援します。

イ　軽費老人ホーム（ケアハウス）

・　60歳以上で身体機能の低下などにより、自立した日常生活を営むことについて不安があると認められる人であって、家族による援助を受けることが困難な人が無料または低額の料金で利用できる施設です。

現状・課題

・　令和８年(2026年)４月１日現在、20施設(定員576人)が整備されています。

施策の方向と取組

・　利用希望者が、適切にサービスが利用できるよう情報提供に努めるとともに、要介護者など利用者のニーズにこたえたサービスが提供できるよう、事業者への助言を行います。

ウ　生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）

・　デイサービスセンターに居住部門を併せて整備し、介護支援機能、居住機能、交流機能を総合的に持つ施設です。

現状・課題

・　令和８年(2026年)４月１日現在、４か所(定員33人)が整備されています。

施策の方向と取組

・　現在の運営状況を踏まえ、市町と連携して単身高齢者の増加に対応するなど地域のニーズに応じた運営が図れるよう努めます。

（９）高齢者が安心して暮らすことができる住まい

・　今後、高齢単身世帯や高齢夫婦世帯など高齢者のみで構成される世帯数の増加が予測されるため、高齢者が心身の状況に応じて必要なサービスや日常生活の支援を受けながら、住み慣れた住まいで安心して暮らせる居住環境の整備を進める必要があります。

現状・課題

・　令和５年(2023年)住宅・土地統計調査によると、滋賀県において、65歳以上の世帯員のいる世帯のうち、持ち家に居住する割合は、89.6％となっており、全国と比較して高い状況です。

・　高齢者世帯の増加に伴って、賃貸住宅に居住する高齢者世帯数が増加することが予測されますが、賃貸人は保証人がいないことなどを理由に高齢者の入居を拒否する場合があり、高齢者の民間賃貸住宅への入居は困難であるという実態があります。

・　そのため、住宅セーフティネットの観点から、居住の安定確保への支援が必要です。

施策の方向と取組

① 多様なニーズに応じた賃貸住宅への入居支援

・　県営住宅においては、所得が低い高齢者世帯の入居が確保されるよう、公開抽選の際に倍率優遇を行うことにより入居機会の拡大に努めるとともに、高齢者が安全・安心で快適な住生活を営むことができるよう、県営住宅の改善時にはバリアフリー化を、建替時にはユニバーサルデザインに配慮した住宅整備を引き続き実施します。

・　「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給促進に関する法律」に基づく高齢者等の住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅（セーフティネット住宅[5]）や、日常の安否確認・見守り等の入居中のサポート提供を行う賃貸住宅（居住サポート住宅[6]）の普及・登録促進に努めます。

・　高齢者等の住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進を図るため、家賃債務保証の提供や賃貸住宅情報の提供・相談、賃貸借契約締結、定期的な見守り、緊急連絡先対応、賃貸借契約の解除・残置物の処理に係る死後事務 等を実施する居住支援法人の指定数の増加を図ります。また、各法人がそれぞれの専門性を生かして要配慮者へ支援を行えるよう、市町等との連携強化を図るほか、不動産事業者や県民に対し居住支援法人の制度や取組を発信します。

・　地域に応じたきめ細かで効果的な居住支援が図られるようにするため、福祉関係者と住宅関係者が情報共有を行い、支援方法を検討する居住支援協議会について、市町における設立を支援します。

② 高齢者に配慮した居住環境の整備

・　バリアフリー化などの高齢者などのニーズに合った住宅へのリフォームの推進に加え、地震等の自然災害等に対応した住宅改修を推進するため、介護保険制度や耐震改修補助などの支援と、住宅金融支援機構の融資などの支援制度との一体的な活用の普及を図ります。

・　住宅の断熱化は、省エネ性能の向上のほかヒートショック現象の緩和など健康増進にもつながることから、ＺＥＨの普及促進 や既存住宅の断熱改修への支援などにより、良好な温熱環境を備えた住宅の整備やリフォームを促進します。

・　県立リハビリテーションセンターでは、健康福祉事務所や地域包括支援センターと協働して、高齢者の心身の状況や障害特性に合った福祉用具の調整や補装具の適切な給付が行われるよう、専門的な相談の充実を図ります。

・　親亡き後に高齢となった障害者が安心して暮らすことができるよう、グループホームの整備等、住まいの場の支援体制の充実を図ります。

（10）災害や感染症に強いサービス基盤づくり

・　各種サービスを適切に提供するために、感染症や自然災害に強いサービス基盤づくりが必要となってきます。

---

[5] **セーフティネット住宅**…住宅の規模や耐震性能などの登録基準が定められており、基準を満たした住宅が登録を受けることができる。

[6] **居住サポート住宅**…住宅の規模や耐震性能などのハードに関する基準に加え、「安否確認」、「見守り」、「福祉サービスへのつなぎ」等のソフトに関する基準が定められており、基準を満たした住宅が認定を受けることができる。

施策の方向と取組

ア　感染症対策

・　感染症の発生初期のマスク、消毒液等の衛生材料や個人防護具（PPE）の需要に対応するため、高齢者施設等に対して、衛生材料や個人防護具（PPE）の備蓄を指導します。

・　感染症発生時の初動の支援(衛生用品の支援、ゾーニングや消毒等指導）を行います。

・　高齢者施設に対して、日々の健康観察等により症状管理が可能な地域の医療機関等との連携を強めることを指導し、早期の症状の変化を発見し適切に医療に繋げます。

・　高齢者施設等（介護保険施設、特定施設、認知症グループホーム）について、新興感染症の発生時等に、施設内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、新興感染症の発生時等に感染者の対応を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めておくよう指導をします。

・　感染症の予防や、発生時の早期収拾を図るため、介護サービス事業所の職員に感染症に関する基礎知識や、標準予防策など基本的な感染症対策に対する知識・技術を習得する機会を提供します。

・　介護施設関係団体、医療機関、感染症・感染管理の専門家、保健所等が連携する協議会（プラットフォーム）を定期的に開催し、施設において自立した感染対策を実践する感染制御リーダーを育成します。

・　感染制御リーダーが各施設で継続的に感染対策を実践できるよう、相談・助言や知識・技術のフォローアップを行うとともに、リーダー間や行政、医療機関の感染症専門家等との継続的なネットワーク形成を支援する伴走型の支援体制を構築します。

・　業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等について、必要な助言および適切な援助を行います。

イ　災害対策

・　災害発生時に適切に避難等が行えるよう、避難確保計画の策定や、避難訓練の実施を支援します。また、施設入居者などの要介護高齢者等が、広域での避難が必要となる場合の対応について、市町や事業所等と連携した訓練を実施します。

・　災害レッドゾーン、イエローゾーン（土砂災害(特別）警戒区域等、災害の発生の恐れのある区域）に立地する高齢者施設等の安全対策に向けた支援をします。

・　非常災害時における関係機関への通報および連携体制の整備と、定期的な避難・救出などの訓練を行うよう、また、防犯に係る安全確保対策を講じるよう指導を行います。

・　災害時における介護施設等の被害状況を県および市町が迅速に把握・共有できるよう介護サービス情報公表システムの機能の一部である災害時情報共有システムの入力訓練等を実施し、被災した介護施設等への迅速かつ適切な支援につなげます。

・　業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等について、必要な助言および適切な援助を行います。

（11）介護現場の安全性の確保・リスクマネジメントの推進

・　介護サービスを適切に提供するために、介護現場で発生した介護事故の報告は、事業所から市町村に対してなされるものです。

・　一方で、報告された介護事故情報を収集・分析・公表し、広く介護保険施設等に対し、安全対策に有用な情報を共有することは、介護事故の発生防止・再発防止および介護サービスの改善やサービスの質の向上のために重要です。

施策の方向と取組

・　事故報告の標準となる報告様式を活用し、県や市町で介護事故の情報を収集します。

・　分析等を行うため、情報共有を促進します。

・　集団指導等の場で介護事故の事例を示し、再発防止のための周知を図ります。

・　介護保険施設における安全管理体制加算の取得促進を図ります。

４　各年度におけるサービス量の見込み

○　サービス見込量の標準的な目安

・　第９期計画では、「要介護２から５の認定者に占める介護保険施設および居住系サービス利用者の割合」について35％以下を目安として設定していました。

・　第10期計画では、国の介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針で参酌標準が既に撤廃されていることに鑑み、従来の標準的な目安は設定しないものの、地域の実情に応じ、高齢化や世帯構成の状況、要介護認定者数の見込み、施設の整備状況や稼働状況、介護人材確保の見込み、広域型の介護保険施設の整備見込量調整、特別養護老人ホームへの入所申込の状況、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居状況等および医療との連携の状況等を勘案したうえで、必要なサービス量を見込むものとします。

○　地域医療構想を踏まえた介護サービス需要

・　今後、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者等の増加が見込まれることから、県地域医療構想の進捗や、県保健医療計画における在宅医療の整備目標の考え方等と整合性を確保した介護サービスの見込量を設定することが重要です。

・　第10期分のサービスの量の見込みを定めるに当たっては、慢性期の医療需要について現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、地域医療構想との整合性の確保を図るものとします。

・　県地域医療構想に伴う追加的需要のうち、その他の高齢化の動向に伴う需要増等については、第９期の介護サービス利用実績に反映されていることから、第９期までの傾向を令和11年度（2029年度）まで伸ばすことで計上することを基本とし、その際、第９期までの受け皿整備の進捗状況等を参考に必要な調整を行うこととしています。

【各年度におけるサービス量の見込み】

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

1　居宅サービス

（１）訪問系居宅サービス

①訪問介護

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	3,298,190	3,397,532	3,504,726
大津	見込量	1,222,696	1,272,986	1,334,276
湖南	見込量	582,002	602,551	617,765
甲賀	見込量	262,491	269,693	276,654
東近江	見込量	404,611	411,833	420,883
湖東	見込量	326,498	335,251	342,616
湖北	見込量	426,454	431,417	438,571
湖西	見込量	73,438	73,801	73,961

（令和4年度実績　3,139,187 ）

②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	57,198	59,409	60,800	216	267	267
大津	見込量	12,976	13,704	14,387	12	12	12
湖南	見込量	10,235	10,830	10,866	105	156	156
甲賀	見込量	8,776	9,136	9,498	0	0	0
東近江	見込量	8,168	8,364	8,424	67	67	67
湖東	見込量	6,071	6,304	6,350	0	0	0
湖北	見込量	8,985	9,053	9,249	32	32	32
湖西	見込量	1,987	2,018	2,026	0	0	0

（令和4年度実績　56,553　221 ）

③訪問看護・介護予防訪問看護

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	642,304	661,795	681,886	78,652	80,414	82,135
大津	見込量	191,197	198,536	207,156	24,736	25,265	25,849
湖南	見込量	170,893	177,302	182,395	21,582	22,153	22,570
甲賀	見込量	54,860	56,452	57,993	6,140	6,330	6,564
東近江	見込量	73,780	74,748	76,533	8,385	8,453	8,522
湖東	見込量	52,279	53,196	54,414	3,946	3,985	4,030
湖北	見込量	79,182	80,530	81,520	10,353	10,479	10,618
湖西	見込量	20,113	21,031	21,875	3,510	3,749	3,982

（令和4年度実績　562,021　66,761 ）

④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

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年	予防給付（単位：延べ人数／年）		
滋賀県	見込量	202,749	207,786	21			
大津	見込量	71,042	73,616	7			
湖南	見込量	26,109	27,232	2			
甲賀	見込量	32,447	32,827	33,708	8,964	9,261	9,825
東近江	見込量	35,327	35,863	36,525	3,697	3,697	3,841
湖東	見込量	19,762	20,001	20,496	1,962	1,962	2,047
湖北	見込量	11,550	11,677	11,780	4,274	4,274	4,274
湖西	見込量	6,512	6,570	6,628	1,429	1,483	1,502

（令和4年度実績　202,889　30,071 ）

（２）通所系居宅サービス

①通所介護

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	1,602,993	1,648,106	1,696,272
大津	見込量	333,360	344,748	358,058
湖南	見込量	338,871	357,162	374,739
甲賀	見込量	142,422	145,888	149,707
東近江	見込量	267,162	270,780	276,369
湖東	見込量	206,739	211,157	215,297
湖北	見込量	245,573	249,414	253,119
湖西	見込量	68,866	68,957	68,983

（令和4年度実績　1,554,213 ）

②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

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	332,066	341,256	350,212	19,152	19,536	19,944
大津	見込量	86,719	89,591	93,082	5,796	5,928	6,048
湖南	見込量	65,715	68,127	70,032	2,088	2,148	2,208
甲賀	見込量	25,435	26,078	27,051	1,488	1,536	1,608
東近江	見込量	63,011	64,411	65,645	3,204	3,252	3,300
湖東	見込量	23,367	23,705	24,071	1,596	1,596	1,620
湖北	見込量	48,518	49,335	49,968	2,268	2,292	2,304
湖西	見込量	19,301	20,009	20,363	2,712	2,784	2,856

（令和4年度実績　315,012　17,474 ）

（３）その他の居宅サービス

①短期入所生活介護・介護予防短期

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域＼年度		介護給付（単位：日／年） R6年度	R7年度	R8年	予防給付（単位：日／年）		
滋賀県	見込量	449,841	462,854	47			
大津	見込量	106,517	110,735	11			
湖南	見込量	90,046	94,339	98,664	784	784	820
甲賀	見込量	52,326	53,768	55,101	727	727	791
東近江	見込量	69,915	70,984	72,623	354	354	354
湖東	見込量	48,623	49,848	50,774	347	347	347
湖北	見込量	57,984	58,737	60,004	683	792	792
湖西	見込量	24,430	24,443	24,548	286	320	337
（令和4年度実績		412,008			3,517 ）		

②短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

圏域＼年度		介護給付（単位：日／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：日／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	69,146	70,894	72,858	162	162	189
大津	見込量	12,982	13,483	14,098	79	79	106
湖南	見込量	8,921	9,396	9,793	4	4	4
甲賀	見込量	6,069	6,279	6,553	0	0	0
東近江	見込量	15,432	15,743	16,100	0	0	0
湖東	見込量	4,325	4,325	4,325	0	0	0
湖北	見込量	20,798	21,039	21,348	79	79	79
湖西	見込量	619	629	641	0	0	0
（令和4年度実績		62,878			115 ）		

③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

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	10,788	11,184	11,424	1,140	1,164	1,188
大津	見込量	4,788	4,932	5,088	648	672	684
湖南	見込量	1,512	1,704	1,728	120	120	120
甲賀	見込量	696	720	744	180	180	192
東近江	見込量	1,620	1,644	1,680	84	84	84
湖東	見込量	1,020	1,020	1,020	36	36	36
湖北	見込量	852	852	852	48	48	48
湖西	見込量	300	312	312	24	24	24
（令和4年度実績		9,663			1,230 ）		

④居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／					
		R6年度	R7年度	R8			
滋賀県	見込量	88,692	91,488				
大津	見込量	34,356	35,688				
湖南	見込量	16,284	16,992				
甲賀	見込量	6,852	7,068	7,224	564	588	612
東近江	見込量	9,540	9,696	9,912	792	792	792
湖東	見込量	7,104	7,272	7,404	192	192	204
湖北	見込量	11,040	11,220	11,340	696	696	696
湖西	見込量	3,516	3,552	3,564	288	312	324

（令和4年度実績　78,646　　4,930　）

⑤－１福祉用具貸与

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年）			予防給付（単位：延べ人数／年）		
		R6年度	R7年度	R8年度	R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	284,472	291,672	299,700	89,268	90,984	92,544
大津	見込量	75,900	78,636	81,888	29,160	29,808	30,432
湖南	見込量	58,524	60,648	62,424	16,668	17,124	17,544
甲賀	見込量	26,856	27,528	28,200	7,968	8,124	8,268
東近江	見込量	42,264	42,840	43,728	10,980	11,136	11,316
湖東	見込量	32,724	33,228	33,936	8,076	8,160	8,220
湖北	見込量	36,576	37,080	37,740	11,064	11,148	11,280
湖西	見込量	11,628	11,712	11,784	5,352	5,484	5,484

（令和4年度実績　273,296　　81,677　）

⑤－２福祉用具購入

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年）			予防給付（単位：延べ人数／年）		
		R6年度	R7年度	R8年度	R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	4,260	4,356	4,476	1,896	1,944	2,004
大津	見込量	972	1,020	1,056	516	528	540
湖南	見込量	900	924	936	312	324	336
甲賀	見込量	408	420	456	276	288	288
東近江	見込量	564	564	564	240	240	264
湖東	見込量	480	480	492	156	156	156
湖北	見込量	720	720	732	264	264	264
湖西	見込量	216	228	240	132	144	156

（令和4年度実績　4,255　　1,515　）

⑥住宅改修

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度			
滋賀県	見込量	2,880	2,928	3,0			
大津	見込量	768	768	8			
湖南	見込量	612	624	6			
甲賀	見込量	300	324	324	156	156	168
東近江	見込量	348	360	360	144	156	156
湖東	見込量	276	276	288	192	192	204
湖北	見込量	444	444	444	300	300	312
湖西	見込量	132	132	132	96	96	96

（令和4年度実績　2,678　　1,731　）

2　地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設を除く）

（１）定期巡回・随時対応型訪問介護看護

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	1,344	1,596	1,620
大津	見込量	660	672	696
湖南	見込量	204	204	204
甲賀	見込量	36	36	36
東近江	見込量	48	48	48
湖東	見込量	180	192	192
湖北	見込量	216	444	444
湖西	見込量	0	0	0

（令和4年度実績　793　）

（２）地域密着型通所介護

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	673,067	691,263	710,611
大津	見込量	230,633	238,142	247,234
湖南	見込量	151,622	157,098	161,678
甲賀	見込量	56,075	57,807	59,620
東近江	見込量	91,878	93,370	95,211
湖東	見込量	51,832	52,723	53,865
湖北	見込量	69,432	70,492	71,246
湖西	見込量	21,595	21,631	21,757

（令和4年度実績　641,230　）

（３）認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域＼年度		介護給付（単位：回／年 R6年度	R7年度	R8	予防給付（単位：回／年 R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	120,665	123,374				
大津	見込量	19,002	19,631				
湖南	見込量	16,007	16,422				
甲賀	見込量	19,068	19,497	20,189	0	0	0
東近江	見込量	24,085	24,232	24,882	237	237	237
湖東	見込量	24,677	25,335	25,899	128	128	128
湖北	見込量	16,285	16,713	17,165	54	54	54
湖西	見込量	1,541	1,544	1,567	96	98	101

（令和4年度実績　119,196　638　）

（４）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

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	19,032	19,464	19,956	1,548	1,596	1,644
大津	見込量	2,628	2,712	2,844	252	252	252
湖南	見込量	4,524	4,692	4,848	216	252	264
甲賀	見込量	2,280	2,304	2,364	120	120	120
東近江	見込量	3,084	3,168	3,252	324	324	336
湖東	見込量	2,448	2,484	2,532	132	132	144
湖北	見込量	1,848	1,884	1,896	240	240	240
湖西	見込量	2,220	2,220	2,220	264	276	288

（令和4年度実績　17,794　1,496　）

（５）認知症対応型共同生活介護・介護予防認証症対応型共同生活介護

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度	予防給付（単位：延べ人数／年） R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	25,152	25,536	26,244	36	36	36
大津	見込量	8,676	8,928	9,228	12	12	12
湖南	見込量	4,032	4,056	4,452	12	12	12
甲賀	見込量	2,700	2,700	2,700	0	0	0
東近江	見込量	3,648	3,756	3,756	0	0	0
湖東	見込量	2,292	2,292	2,292	0	0	0
湖北	見込量	2,748	2,748	2,748	12	12	12
湖西	見込量	1,056	1,056	1,068	0	0	0

（令和4年度実績　24,166　43　）

（６）看護小規模多機能型居宅介護

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／		
		R6年度	R7年度	R
滋賀県	見込量	3,564	4,200	
大津	見込量	672	684	
湖南	見込量	300	312	
甲賀	見込量	384	504	684
東近江	見込量	252	360	480
湖東	見込量	588	600	600
湖北	見込量	1,368	1,740	1,752
湖西	見込量	0	0	0

（令和4年度実績　　2,392　）

（７）夜間対応型訪問介護

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年）		
		R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	36	36	36
大津	見込量	24	24	24
湖南	見込量	0	0	0
甲賀	見込量	12	12	12
東近江	見込量	0	0	0
湖東	見込量	0	0	0
湖北	見込量	0	0	0
湖西	見込量	0	0	0

（令和4年度実績　　57　）

（８）地域密着型特定施設入居者生活介護

圏域＼年度		介護給付（単位：延べ人数／年）		
		R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	516	516	516
大津	見込量	0	0	0
湖南	見込量	0	0	0
甲賀	見込量	288	288	288
東近江	見込量	0	0	0
湖東	見込量	216	216	216
湖北	見込量	12	12	12
湖西	見込量	0	0	0

（令和4年度実績　　305　）

3　居宅介護支援

圏域＼年度		R6年度	R7年度	
滋賀県	見込量	376,860	386,004	
大津	見込量	101,424	104,892	
湖南	見込量	78,816	81,456	
甲賀	見込量	34,356	35,256	
東近江	見込量	55,896	56,688	57,756
湖東	見込量	41,652	42,252	43,020
湖北	見込量	50,016	50,748	51,492
湖西	見込量	14,700	14,712	14,760

（令和4年度実績　　366,082　）

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

4　介護予防支援

圏域＼年度		R6年度	R7年度	R8年度
滋賀県	見込量	106,596	108,588	110,460
大津	見込量	34,284	35,040	35,784
湖南	見込量	19,668	20,184	20,712
甲賀	見込量	9,672	9,864	10,080
東近江	見込量	13,140	13,308	13,476
湖東	見込量	9,372	9,504	9,564
湖北	見込量	12,972	13,104	13,212
湖西	見込量	7,488	7,584	7,632

（令和4年度実績　　97,790　）

5　施設・居住系サービス利用者見込数

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

圏域	年度	R6年度	R	
滋賀県	特別養護老人ホーム	6,512		
	介護老人保健施設	2,995		
	介護医療院	512		
	介護療養型医療施設	0		
	地域密着型特別養護老人ホーム	1,049		
	特定施設入居者生活介護	899		
	地域密着型特定施設	43		
	認知症高齢者グループホーム	2,096		
	計	14,106	14,254	14,434
大津	特別養護老人ホーム	1,464	1,464	1,464
	介護老人保健施設	468	468	468
	介護医療院	130	130	130
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	117	117	117
	特定施設入居者生活介護	399	411	424
	地域密着型特定施設	0	0	0
	認知症高齢者グループホーム	723	744	769
	計	3,301	3,334	3,372
湖南	特別養護老人ホーム	1,247	1,279	1,310
	介護老人保健施設	610	610	610
	介護医療院	127	132	137
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	342	342	371
	特定施設入居者生活介護	126	142	144
	地域密着型特定施設	0	0	0
	認知症高齢者グループホーム	336	338	371
	計	2,788	2,843	2,943
甲賀	特別養護老人ホーム	731	736	740
	介護老人保健施設	349	354	358
	介護医療院	68	73	78
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	106	106	106
	特定施設入居者生活介護	58	60	62
	地域密着型特定施設	24	24	24
	認知症高齢者グループホーム	225	225	225
	計	1,561	1,578	1,593
東近江	特別養護老人ホーム	1,014	1,025	1,039
	介護老人保健施設	637	641	646
	介護医療院	71	71	71
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	127	132	132
	特定施設入居者生活介護	135	137	140
	地域密着型特定施設	0	0	0
	認知症高齢者グループホーム	304	313	313
	計	2,288	2,319	2,341
湖東	特別養護老人ホーム	827	827	827
	介護老人保健施設	243	243	243
	介護医療院	51	51	51
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	165	165	165
	特定施設入居者生活介護	85	85	85
	地域密着型特定施設	18	18	18
	認知症高齢者グループホーム	191	191	191
	計	1,580	1,580	1,580
湖北	特別養護老人ホーム	905	913	915
	介護老人保健施設	510	511	513
	介護医療院	33	33	33
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	87	87	87
	特定施設入居者生活介護	71	71	71
	地域密着型特定施設	1	1	1
	認知症高齢者グループホーム	229	229	229
	計	1,836	1,845	1,849
湖西	特別養護老人ホーム	324	324	324
	介護老人保健施設	178	180	140
	介護医療院	32	32	72
	介護療養型医療施設	0	0	0
	地域密着型特別養護老人ホーム	105	105	105
	特定施設入居者生活介護	25	26	26
	地域密着型特定施設	0	0	0
	認知症高齢者グループホーム	88	88	89
	計	752	755	756

6　施設・居住系サービス等の整備数

市町の老人福祉計画および介護保険事業計画におけるサービス量の見込みを基礎とした、計画期間におけるサービス整備数は次のとおりです。

[地域密着型特別養護老人ホームについて]

・　地域密着型特別養護老人ホームは、特別養護老人ホームに含めて算定しています。

[地域密着型特定施設について]

・　地域密着型特定施設は介護専用型特定施設に含めて算定しています。

[混合型特定施設（介護専用型以外特定施設）について]

・　混合型特定施設においては介護サービスを利用しない入居者もいるため、整備見込量については、介護サービスを利用する推定利用定員を定める係数を70％とした必要利用定員総数として定めています。

（１）県全体の整備数

［単位：人］

	サービス整備数		
	令和５年度末（2023年度末）整備見込量	令和８年度末（2026年度末）整備見込量	今期中の整備見込数 C=B－A
特別養護老人ホーム（地域密着型特別養護老人ホームを含む）（入所定員）			78　人
介護老人保健施設（入所定員）			-40　人
介護医療院（入所定員）			69　人
介護専用型特定施設（地域密着型特定施設を含む）（入居定員数）	277　人	277　人	0　人
認知症高齢者グループホーム	2,169　人	2,259　人	90　人
介護保険施設・居住系サービス計	13,441　人	13,638　人	197　人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	885　人	885　人	0　人
養護老人ホーム（入所定員数）	525　人	525　人	0　人
ケアハウス（入所定員数）	576　人	576　人	0　人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	1,065　人	1,094　人	29　人
地域密着型特定施設（入居定員数）	44　人	44　人	0　人

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

（２）圏域別の整備数

①大津圏域

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

特別養護老人ホーム（地域密着 （入所定員			0 人
介護老人保健 （入所定員			0 人
介護医療院（入所定員数）	0 人	0 人	0 人
介護専用型特定施設（地域密着型含む）（入居定員数）	0 人	0 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	774 人	810 人	36 人
介護保険施設・居住系サービス計	2,863 人	2,899 人	36 人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	584 人	584 人	0 人
養護老人ホーム（入所定員数）	165 人	165 人	0 人
ケアハウス（入所定員数）	130 人	130 人	0 人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	116 人	116 人	0 人
地域密着型特定施設（入居定員数）	0 人	0 人	0 人

②湖南圏域

	サービス整備数		
	令和５年度末（2023年度末）整備見込量 A	令和８年度末（2026年度末）整備見込量 B	今期中の整備見込数 C=B－A
特別養護老人ホーム（地域密着型含む）（入所定員数）	1,740 人	1,769 人	29 人
介護老人保健施設（入所定員数）	570 人	570 人	0 人
介護医療院（入所定員数）	100 人	100 人	0 人
介護専用型特定施設（地域密着型含む）（入居定員数）	120 人	120 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	342 人	378 人	36 人
介護保険施設・居住系サービス計	2,872 人	2,937 人	65 人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	0 人	0 人	0 人
養護老人ホーム（入所定員数）	0 人	0 人	0 人
ケアハウス（入所定員数）	106 人	106 人	0 人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	350 人	379 人	29 人
地域密着型特定施設（入居定員数）	0 人	0 人	0 人

③甲賀圏域

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

	サービス整備数		
	令和５年度末（2023年度末）整備見込量 A	令和８年度末（2026年度末）整備見込量 B	今期中の整備見込数 C=B－A
特別養護老人ホーム（地域密着型含む）（入所定員数）			人
介護老人保健施設（入所定員数）			人
介護医療院（入所定員数）			人
介護専用型特定施設（地域密着型含む）（入居定員数）	24 人	24 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	225 人	225 人	0 人
介護保険施設・居住系サービス計	1,506 人	1,550 人	44 人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	35 人	35 人	0 人
養護老人ホーム（入所定員数）	0 人	0 人	0 人
ケアハウス（入所定員数）	115 人	115 人	0 人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	106 人	106 人	0 人
地域密着型特定施設（入居定員数）	24 人	24 人	0 人

④東近江圏域

	サービス整備数		
	令和５年度末（2023年度末）整備見込量 A	令和８年度末（2026年度末）整備見込量 B	今期中の整備見込数 C=B－A
特別養護老人ホーム（地域密着型含む）（入所定員数）	1,146 人	1,146 人	0 人
介護老人保健施設（入所定員数）	615 人	615 人	0 人
介護医療院（入所定員数）	120 人	120 人	0 人
介護専用型特定施設（地域密着型含む）（入居定員数）	39 人	39 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	315 人	324 人	9 人
介護保険施設・居住系サービス計	2,235 人	2,244 人	9 人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	91 人	91 人	0 人
養護老人ホーム（入所定員数）	130 人	130 人	0 人
ケアハウス（入所定員数）	110 人	110 人	0 人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	136 人	136 人	0 人
地域密着型特定施設（入居定員数）	0 人	0 人	0 人

⑤湖東圏域

	サービス整備数		
特別養護老人ホーム（地域密着型含む）（入所定員数）			人
介護老人保健施設（入所定員数）			人
介護医療院（入所定員数）			人
介護専用型特定施設（地域密着型含む）（入居定員数）	94 人	94 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	189 人	198 人	9 人
介護保険施設・居住系サービス計	1,661 人	1,704 人	43 人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	70 人	70 人	0 人
養護老人ホーム（入所定員数）	80 人	80 人	0 人
ケアハウス（入所定員数）	50 人	50 人	0 人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	165 人	165 人	0 人
地域密着型特定施設（入居定員数）	20 人	20 人	0 人

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

⑥湖北圏域

	サービス整備数		
	令和5年度末（2023年度末）整備見込量 A	令和8年度末（2026年度末）整備見込量 B	今期中の整備見込数 C=B－A
特別養護老人ホーム（地域密着型含む）（入所定員数）	933 人	933 人	0 人
介護老人保健施設（入所定員数）	478 人	478 人	0 人
介護医療院（入所定員数）	0 人	0 人	0 人
介護専用型特定施設（地域密着型含む）（入居定員数）	0 人	0 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	234 人	234 人	0 人
介護保険施設・居住系サービス計	1,645 人	1,645 人	0 人
混合型特定施設（必要利用定員総数）	63 人	63 人	0 人
養護老人ホーム（入所定員数）	90 人	90 人	0 人
ケアハウス（入所定員数）	45 人	45 人	0 人

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員数）	87 人	87 人	0 人
地域密着型特定施設（入居定員数）	0 人	0 人	0 人

⑦湖西圏域

	サービス整備数		
特別養護老人ホーム（地域密着型含む） （入所定員数）			人
介護老人保健施設 （入所定員数）			人
介護医療院 （入所定員数）			人
介護専用型特定施設（地域密着型含む） （入居定員数）	0 人	0 人	0 人
認知症高齢者グループホーム	90 人	90 人	0 人
介護保険施設・居住系サービス計	659 人	659 人	0 人
混合型特定施設 （必要利用定員総数）	42 人	42 人	0 人
養護老人ホーム （入所定員数）	60 人	60 人	0 人
ケアハウス （入所定員数）	20 人	20 人	0 人

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

（再掲）

地域密着型特別養護老人ホーム （入所定員数）	105 人	105 人	0 人
地域密着型特定施設 （入居定員数）	0 人	0 人	0 人

【指標】

●特別養護老人ホームの整備量（定員数）

R8(2026)年 基準値	R11(2029)年 目標値
7,938人	

（出典）滋賀県医療福祉推進課調査

●介護保険施設等の個室ユニットケア

R8(2026)年 基準値	
50%	

（出典）滋賀県医療福祉推進課調査

各市町で算定するサービス見込み量を踏まえて、今後策定予定

●特別養護老人ホーム福祉施設等の個

R8(2026)年 基準値		
70%	%	70%

（出典）滋賀県医療福祉推進課調査

●「高齢者」を支援対象に含む居住支援法人の指定法人数

R8(2026)年 基準値	R11(2029)年 目標値
14 法人	17 法人

（出典）住宅課調べ

●施設・居住系サービス等の整備計画の進捗率

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
70.6%	100%

（ 出典） 滋賀県医療福祉推進課調査

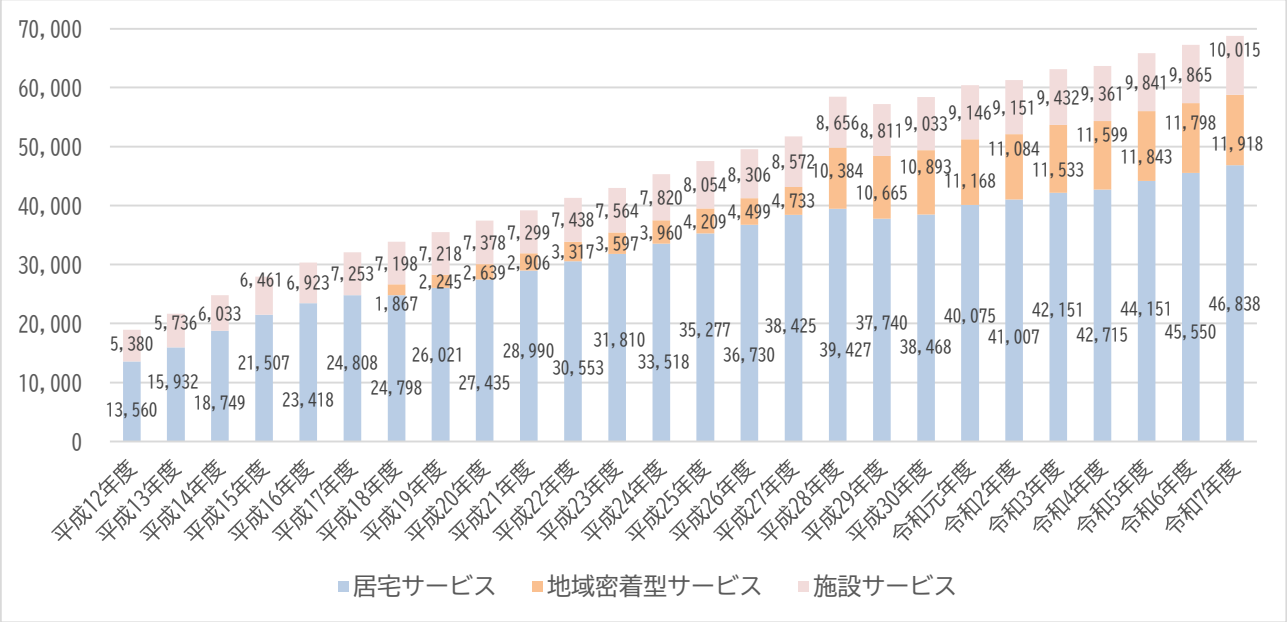
第６節　介護保険制度の安定的運営と市町支援

１　現状・課題

○　介護保険制度の運営の状況

・　滋賀県の介護サービス利用者数は、介護保険制度がスタートした平成12年(2000年)当時、18,940人でしたが、令和７年度(2025年度)末には、68,771人になり、約3.6倍に増加しています。

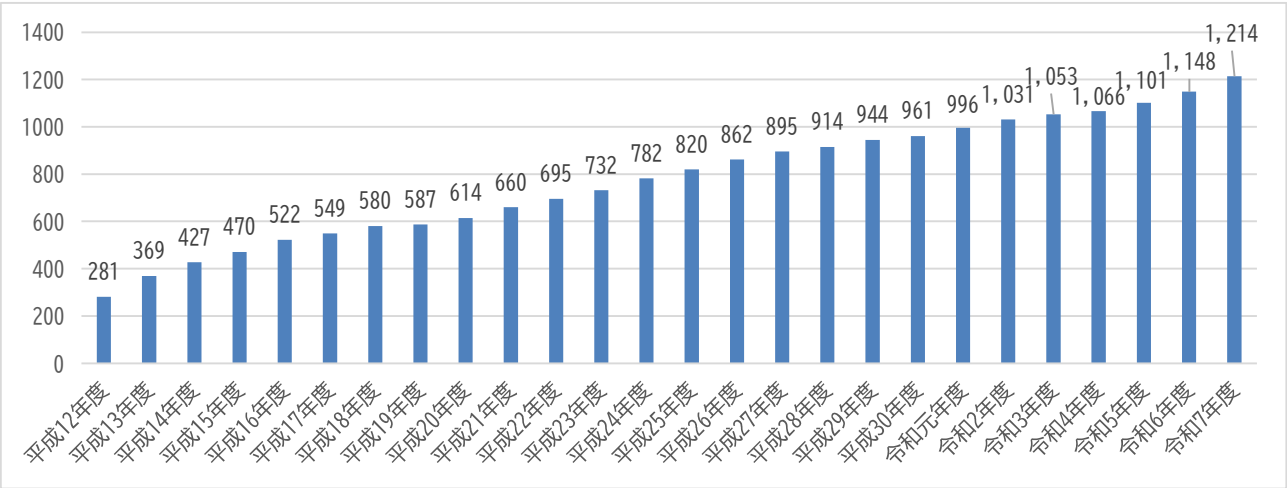
図35　滋賀県の介護サービス利用者数の推移（各年度３月分）



出典：介護保険事業状況報告
注：同一人が居宅サービスと地域密着型サービスの両方を利用する場合は、両方のサービスに計上している。
平成 28 年度末の地域密着型サービス利用者数が大きく増加しているが、それまで居宅サービスとしてきた小規模通所介護(定員18 人以下)が平成 28 年４月から地域密着型通所介護に移行したことによる。

・　サービス利用者数の増加に伴い、介護費用も増加しています。滋賀県の介護給付費は、平成12年度(2000年度)の約281億円から、令和７年度(2025年度)には約1,214億円となり、約4.3倍と大幅に増加しています。

図 36　滋賀県の介護給付費(標準給付費)の推移　　[単位：億円]



出典：滋賀県医療福祉推進課
注：令和６年度までは実績額、令和７年度は見込み額(交付申請額)

・　今後、ますます増大が予測される介護ニーズに対応しながら、必要な人に必要なサービスを適切に提供できる体制を構築するためには、これまでに引き続き、介護給付適正化に向けた取組を進める必要があります。

○　給付適正化主要３事業への見直しについて

・　平成16年(2004年)10月の「介護給付適正化推進運動(介護給付適正化１％運動)」以来、給付適正化主要５事業として、「要介護認定の適正化」、「ケアプラン点検」、「住宅改修・福祉用具実態調査」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」の実施が取り組まれてきました。

・　令和６年度(2024年度)以降、現行の給付適正化主要５事業のうち、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を任意事業として位置づけ主要事業から除外するとともに、実施の効率化を図るため「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を「ケアプラン点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた３事業を給付適正化主要事業として再編することとされました。

・　また、保険者によって取組状況にばらつきのある「ケアプラン点検」については、小規模保険者等であっても効果的に点検を実施できるようにするため、国民健康保険団体連合会(国保連合会)[1]の介護給付適正化システムにより出力される給付実績等の帳票を活用した点検に重点化し、質の向上を目的とするケアプラン点検については、各保険者が地域の実情等を踏まえてこれまでどおりに実施することとされています。加えて、こうした取組を行うに当たっては、特に小規模保険者等への支援が求められています。

○　介護予防および自立支援・重度化防止に向けて

・　高齢者がその人らしい「暮らし」を送るためには、健康に過ごせる期間をできるだけ長く、そして、たとえ介護が必要になったとしても、自立支援・重度化防止の観点で生活のサポートや介護などのサービスが提供されることが重要です。しかし、介護サービス提供の内容によっては、必ずしも要介護者などの自立支援につながっていないケースがあるとの指摘があります。

・　平成29年(2017年)公布の地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律では、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた市町の保険者機能の充実と、市町の取組を都道府県が支援することとされています。

・　介護保険制度は、要介護者に必要な介護サービスを提供するとともに、高齢者がその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように支援する制度であることの認識のもとで運用することが重要です。

[1] **滋賀県国民健康保険団体連合会（国保連合会）**…国民健康保険法に基づき、国民健康保険の保険者である市町が共同して設立。保険者から委託され国民健康保険や後期高齢者医療の関係業務を行うほか、介護保険については、居宅介護サービス費等請求の審査や介護給付費の支払い、介護保険利用者からの相談や苦情への対応、介護サービス事業者への指導・助言等を行う。

2　施策の方向と取組

○　目指す姿

・　市町の介護保険事業が安定的に運営され、かつ、自立支援・重度化防止の観点に重点を置きながら、必要な人に必要なサービスが適切に提供されている。

○　取組方針

（地域の実情に応じたきめ細かな市町支援）

・　地域により高齢化の進展の状況や介護サービスの状況、活用できる資源などはさまざまであり、また、介護保険制度運営にかかる市町の人員体制やノウハウには差があることから、市町が保険者としての機能を十分発揮するために、県として地域の実情に応じたきめ細かな支援を行います。

（データ分析・活用の支援）

・　介護保険事業の保険者である市町がその運営機能を強化し、地域の実情に応じて、具体的な取組を進められるよう、各種データに基づく PDCA サイクルを活用した支援を行います。

（自立支援・重度化防止等、サービスの質の確保に向けた取組）

・　介護給付適正化に関わりの深い「自立支援・重度化防止等」、「サービスの質の確保」に向けての取組を推進するとともに、介護サービス事業所などの情報公表を進めるなど、利用者の主体的なサービス選択を可能にするための仕組みづくりを進めます。

（１）介護給付適正化に向けての取組

①　主要３事業を柱とした取組の支援

・　主要３事業として再編された、「要介護認定の適正化」、「ケアプラン等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」を柱として、市町の介護給付適正化に向けた取組を促進します。

・　市町における介護給付の地域差等について分析するとともに、介護給付の不合理な地域差の改善や介護給付適正化事業の一層の推進に向けて市町支援に取り組みます。

ア　要介護認定の適正化

・　公平・公正な認定調査や審査判定のため、介護認定調査員研修、介護認定審査会委員研修、意見書を作成する医師への研修および介護認定審査会運営適正化研修などを定期的に実施し、認定調査の平準化を図ります。

イ　ケアプラン作成の適正化

・　主任介護支援専門員研修を実施し、介護支援専門員への適切な助言、支援を行う体制を整備し、介護支援専門員の資質向上を図ります。

・　市町がケアプラン点検を行う際に、アドバイザー（ケアプラン点検アドバイザー）を派遣するなど、自立支援・重度化防止に資するケアプラン作成のための実地支援を行います。また、適正化に留まらず、介護予防の一環として取り組めるよう市町に働きかけます。

・　特に小規模保険者等への支援の観点から、保険者との会議体等で、それぞれの地域に適した支援を行うための調整を図ります。

ウ　医療情報との突合・縦覧点検

・　市町が事務を委託する国保連合会に助成を行います。

② 国保連合会と連携したデータ支援

・　介護給付適正化事業の推進にあたっては、県と国保連合会が必要な協力を行い、各市町の取組状況を把握・分析し共有しながら、一体的に市町の取組を支援します。

・　国保連合会との共催により、ケアプラン分析システム[2]の操作方法や分析方法などの介護給付適正化にかかる研修会を開催し、市町担当職員のスキルアップを図るとともに、各保険者のニーズを踏まえた研修や、介護給付適正化システム[3]のデータを活用した研修などを実施します。

・　その他、介護給付適正化に向けて、県内外の好事例や国調査などの情報を積極的に収集し、市町に提供します。

③ 介護保険制度の安定的運営

・　介護保険の保険者である市町の介護給付等の費用に対して、県の法定負担金(介護保険給付費県費負担金等)を交付します。

・　介護保険財政の安定化を図るため、財政安定化基金を設置し、給付費の予想を上回る伸びや、通常の徴収努力を行ってもなお生じる保険料未納などによる保険財源不足に対応するため、市町に対し必要な貸付(無利子)・交付を行います。

（２）自立支援・重度化防止等に向けた市町(保険者)支援

① データ分析等を踏まえた地域課題の把握・共有

・　保険者である市町自らがデータに基づいた地域分析を実施できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等のデータを活用した地域分析や、課題の抽出などの方法について、研修会の開催やアドバイザーの派遣などにより支援を行います。

・　保険者機能強化推進交付金等の評価結果を活用して、市町の実情および地域課題の分析を行い、市町の取組状況を踏まえたきめ細かい支援に努め、必要に応じて地域全体の底上げを図るなど、自立支援・重度化防止に向けた取組を進めます。

・　県民および市町の介護予防の取組を推進するため、各地域の取組状況を調査・分析するとともに、好事例の普及のため、市町間の情報交換などを進めます。

② 地域包括ケアシステムの推進に向けた市町の取組支援

ア　自立支援・重度化防止、介護予防事業への支援（再掲）

・　住民主体の介護予防の取組が行われる地域づくりのため、市町が抱える課題への伴走型支援の実施やその成果の横展開、関係団体との連携支援、研修

[2] **ケアプラン分析システム**…国保連合会が保有する給付管理票・給付実績データの分析を行うシステム。事業所や介護支援専門員ごとのケアプラン作成の傾向などを判別することができる。

[3] **介護給付適正化システム**…国保連合会の審査支払システムの機能の拡充により、審査・支払を通して保有する給付実績や医療情報との突合などから不適切な給付や不正を発見するための仕組み。

会、意見交換会を開催します。

・　自立支援・重度化防止に向けた地域ケア個別会議が全ての市町において効果的に実施されるよう、県内外の好事例の状況把握を行い、全県的な横展開に向けて、市町との情報共有、意見交換、必要な研修を行うとともに、健康福祉事務所や県立リハビリテーションセンターなどにより具体的な支援を行います。

・　住民が健康状態を客観的に把握でき、フレイルや要介護状態になることを防ぐため、健康診査受診率の向上や、市町格差の改善、健康状態不明者対策に取り組みます。

・　高齢者の心身の多様な課題に対応し、フレイル予防や要介護状態の進行を防ぐ実践ができるよう、後期高齢者の保健事業について、市町において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する取組（「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」）を、関係機関と連携し支援します。

・　高齢者の保健事業と介護予防が一体的に実施されるよう、市町に対して事例の横展開を行います。

・　市町の住民主体の通いの場づくりなどの取組の普及推進のため、県民に対する周知に努めるとともに、市町に対してアプリや動画を活用した運動プログラム、e スポーツ、web 会議ツールを活用した通いの場といった、デジタル技術を活用した取組についての情報提供など、必要な支援を行います。

イ　生活支援体制の整備への支援（再掲）

・　介護予防と生活支援が一体的に提供され、高齢者自身の社会参加が促進される地域づくりに向けて、生活支援コーディネーター（地域支えあい推進員）の養成を行うとともに、コーディネーターがスキルアップできるよう支援します。

・　生活支援コーディネーターに加え、認知症地域支援推進員や在宅医療・介護連携コーディネーターなど、市町の地域づくりの取組を支える人材の育成や相互の連携を促進し、住民同士のつながりや支え合いの深化を図ります。

・　地域における支え合いの機運が醸成されるよう、県民に対する周知・広報を行い、市町が行う支え合いの地域づくりの取組を支援します。

ウ　認知症施策への支援（再掲）

・　認知症サポーターの養成、キャラバン・メイトの養成、認知症サポーター養成講座の修了者活用促進を市町とともに推進します。

・　認知症の人や家族等の地域での困りごとなどに対し、認知症サポーター等による支援の仕組みづくり（チームオレンジなど）がさらに広がるよう支援します。

・　認知症の人が安全に外出できるように、地域住民による見守りネットワークの構築支援や、行方不明になった際に早期に発見・保護ができるよう、ICT 機器の活用や警察などとの連携を進めます。

・ 地域の実情に応じて、認知症の人やその家族等が自分らしく地域で生活することを目的に、ネットワークの構築や関係機関と連携した事業の企画・調整を行う認知症地域支援推進員の活動を支援します。

・　市町で作成されている認知症ケアパスの点検・整理や、周知・活用をさらに推進します。

・　認知症の人に対する早期診断や、適切な医療・介護等を受けられるよう、初期対応を行う認知症初期集中支援チームが円滑に活動を行うための支援を

行います。

・　認知症疾患医療センターにおける専門的医療機能、地域連携拠点機能を充実させ、地域の関係機関・団体とともに、診断後の認知症の人や家族等に対する相談支援についても取り組みます。

・　生活習慣病の発症・重症化予防、社会参加の促進など生涯を通じた心身の健康づくりの推進、リハビリテーション専門職等と連携した自立支援のためのマネジメントの推進や住民主体の「通いの場」の効果的な運営、社会的処方等による地域の多様な活動や社会資源とのつながりづくりなど、認知機能低下の予防や認知症発症リスクの低減につながる取組を促進します。

・　レカネマブやドナネマブといった、アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行を抑制する新薬の登場により、早期発見・早期診断の重要性が一層高まっていることも踏まえ、認知症の症状や軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人・家族や周囲の人が、早期に適切な機関へ相談できるよう市町とともに取り組みます。

エ　在宅医療・介護連携への支援（再掲）

・　各市町が配置する在宅医療・介護連携推進コーディネーターと医療機関等が連携し、多職種・多機関連携の推進や住民への普及啓発を担う拠点機能の充実を図ります。また、市町が PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行うことができるよう、健康福祉事務所（保健所）と県庁が、役割分担しながら伴走支援を行います。

・　市町が目指す姿を描きながら計画的に取組が進められるよう、市町に対するヒアリングなどを通じた現状把握を行うとともに、各種情報提供や意見交換を行う場の設定や研修会の開催、医療福祉推進アドバイザーの派遣などの支援を行います。

・　市町が地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施できるよう、地域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療･介護連携に係るデータの提供や分析に対する支援を行います。

・　在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の充実に向けて、健康福祉事務所(保健所)は、市町単独では対応が難しい広域的な課題に対し、入退院支援や急変時における対応など市町域を超えた病院と地域との連携や、医療と介護の連携を促進するとともに、圏域の医師会や関係機関・団体との連携体制づくりを進めることにより、連携の拠点である市町の取組を支援します。

・　関係機関・団体・行政から構成される「滋賀県在宅医療等推進協議会」を設置し、関係者が協力して検討・協議を行い、県全体の在宅医療の推進に向けた取組の進行管理や評価を行います。

・　多職種協働による在宅チーム医療を担う関係者が、互いの役割や支援目的を共有し、スキルアップとさらなる連携強化が行えるよう、各圏域・市町における顔の見える関係づくりや協議の場の設置・運営を支援し、研修会・交流会の開催などにより、連携した活動の促進を図ります。

・　自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた保健・医療・福祉といった医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進します。

③　市町を支援する体制の強化、職員の専門性向上等

・　県の健康福祉事務所に医療福祉連携係を設置し、地域包括ケアシステムの

構築に向け、各圏域における企画調整機能や市町支援体制の強化を図っています。

・　本庁および健康福祉事務所に在籍する県職員が、市町のニーズに応じた支援が的確に行えるよう、専門性や調整能力の向上を進め、特に、地域包括ケアシステムの推進などに関する研修、会議やワークショップなど、外部の取組に積極的に参画することとします。

（３）サービスの質の確保と自立支援に向けた事業所の取組の推進

・　事業所の開設予定者や管理者を対象に、介護サービス事業者指定等研修会を実施し、介護保険制度の周知並びに法令遵守の徹底を図ります。

・　事業所の開設後は、毎年の集団指導により介護保険制度周知を図るとともに、適切な介護報酬請求の指導を行い、不適正事例発生の未然防止を図ります。

・　ケアプラン分析システムや国保連合会介護給付適正化システムを活用して、事業所のサービス提供状況を把握し、効果的な事業所指導を実施します。

・　事業所における苦情処理体制の充実を図るため、運営指導および社会福祉施設指導監査において苦情処理体制の整備状況を確認し、体制が十分でない事業者には指導を行います。

・　国保連合会におけるサービス事業者への調査・指導助言を行う苦情処理業務が円滑に実施されるよう、支援を行います。

・　担当職員研修などを通じて、県における指導監査体制の質の向上を図るとともに、地域密着型サービスへの指導監督を行う市町への技術的な助言を行います。

・　市所管の社会福祉法人の施設指導監査にあたっては、地元市と連携して実施するとともに、市の担当職員に対し法人監査に係る研修会を開催するなど、必要な支援を行います。

（４）サービス選択を可能にする仕組みづくり

・　利用者が介護サービスを選択しやすいよう、各事業所のサービス内容の情報公表を促進します。

・　介護サービス事業者経営情報に関するデータベースの周知を図り、安定した運営を行う事業者の情報提供を促進します。

・　通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスについて、サービスの質の担保の観点から、届出の徹底を図るとともに、介護サービスの情報公表システムでの公表を推進します。

・　事業所の自己評価に関する情報が、利用者のサービス選択に活用されるよう、各事業者に情報提供を働きかけます。

・　低所得者に対する介護保険料の減免制度、社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用料負担軽減制度、障害者ホームヘルプサービス利用者支援措置等に対して補助し、低所得利用者等の負担軽減を図ります。

・　社会福祉法人の生計困難者に対する介護サービス利用者負担軽減の取組が、社会福祉法人の社会的役割の一環として一層促進されるよう法人・事業者指導を通じて働きかけます。

【指標】

●介護給付適正化のための主要３事業すべてに取り組む市町の数

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
19 市町	19 市町

（出典）滋賀県医療福祉推進課調査

●保険者機能強化推進交付金および介護保険保険者努力支援交付金に係る評点が全国平均を上回っている市町の数

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
16 市町	19 市町

（出典）地域包括ケア「見える化システム」（厚生労働省）

●介護サービス事業者の情報の公表の実施率

R7(2025)年 基準値	R11(2029)年 目標値
87.7%	100%

（出典）滋賀県医療福祉推進課調査

第４章　計画の円滑な推進のために

１　推進体制

○　高齢者施策は、地域社会・地域づくり全般に関わるものであるため、その推進にあたっては庁内関係部局がそれぞれの役割を果たすとともに連携を深め、2040年を見据えた取組を部局横断的に推進します。

○　さらに、県民や地域、NPO、ボランティア、関係団体、医療法人や社会福祉法人などの事業者、市町などがパートナーシップのもと、地域包括ケアシステムの深化・充実に向けて、それぞれの立場で役割と責任を分担し、協働・連携のもと一体となって取組を推進します。

２　県の役割

○　暮らしを支える滋賀の「医療福祉」の推進という考えのもと、医療・介護連携や地域包括ケアの推進の最前線である市町の取組を支援します。

○　高齢者に留まらず、多様な人々が一人ひとり生きがいや役割を持ち、人と人、人と社会がつながり、共に支え合う社会の実現を、さらには多様な人びとの違いを認め合い、誰もがその人らしく活躍できる「共生社会」の実現が必要であるという認識のもと、部局間の垣根を越えて施策に取り組みます。

○　広域的な課題解決の観点から県民や地域、市町などの生きがいや健康づくり、介護予防、生活支援、在宅医療・介護連携、認知症施策、地域包括ケアシステムの深化・充実などの取組を支援します。

○　保健・医療・福祉サービスの人材確保施策や、専門的人材の確保と質の向上に積極的に取り組むとともに、市町や関係機関が行う人材確保にかかる取組を支援します。

○　保健・医療・福祉サービスを提供するための基盤整備に取り組みます。

○　市町が保険者としての機能を発揮するために、地域包括ケア「見える化」システムなどを活用した現状分析を行い、分析結果を市町に提供するとともに、市町における高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組や介護給付の適正化に向けた取組を支援します。

○　介護給付等対象サービスを提供する事業者について、利用者から良質な事業者が選択されるよう、介護サービスの自己評価の実施を促し、結果を公表するとともに、保険者である市町と連携をして事業者の指導監督に対応します。

○　広域での感染症の流行や災害時に備え、非常時には国や市町と協力して県民への支援を行うとともに、事業者等とともに介護サービス基盤の維持を図ります。

３　各主体の役割

（１）県民に期待される役割

○　県民一人ひとりが、生涯を通じて健康でいきいきと過ごせるよう、健康づくりや生きがいづくり、介護予防、ACP（人生会議）等に積極的に取り組むことが期待されます。

○　高齢者は支援される側という一面的な捉えではなく、地域づくりの担い手として社会参加を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合うということが期待されます。

○　高齢者の人権や認知症についての正しい理解と人権に配慮した行動が期待されます。

○　自らのニーズにあったサービスの選択と利用者自らがサービスの質について

点検する姿勢を持つなど、利用者自身の主体的な関わりが期待されます。

○　感染症を正確に理解し、適切な感染予防策を励行することや、災害時のリスクを認識し、それに備えることが期待されます。

（２）地域・団体に期待される役割

○　地域・団体では健康づくり、介護予防の実践や住民参加の地域活動など自主的な活動を進めるとともに、高齢者が活躍できる場や機会づくりに取り組むことが期待されます。

○　日常の見守りや声かけにより、感染症の流行や災害時等の非常時も含めて、支援の必要な高齢者や家族を地域で支える取組が期待されます。

○　近隣での助け合いや住民参加の地域活動の実践とともに、高齢者、障害者、子どもたちが自然に集い、住民がお互いに支え合う仕組みを創りあげていく取組が期待されます。

○　保健・医療・福祉サービス従事者などの職能団体などによる、自主的あるいは他と協働した質の向上への取組が期待されます。

○　サービス事業者に留まらず、労働者を雇用する事業者が、従業員の仕事と介護等の両立が図られるよう、取組を進めていくことが期待されます。

（３）事業者に期待される役割

○　身近なところで必要な時に必要なサービスが提供されるよう、地域の医療・介護・福祉ニーズに対応したサービスへの参入が期待されます。

○　人権尊重を基本に、質の高いサービス提供や虐待の発見、認知症の早期対応など地域での役割を果たしていくという視点に立った取組が期待されます。

○　職員の採用や処遇の改善、働きやすい環境づくりなどは、雇用主である事業者が第一義的な責任を有します。さらに、職員の職業能力向上のため、研修への派遣、事業所内研修の充実などに主体的・積極的に取り組むことが求められます。

○　利用者本位のサービス提供の観点から、サービス評価や苦情対応体制の充実をはじめとしたサービスの質の確保と向上に向けた自主的な取組が求められます。また、利用者のサービス選択を可能にするよう、利用者にとって使いやすい事業者情報の積極的な公表が期待されます。

○　社会福祉法人については、公益性を有する社会福祉事業を主たる事業とする非営利法人として、低所得者や生活困窮者、頼れる身寄りがいない高齢者の対応など、地域の福祉ニーズに対応した社会貢献の取組が求められています。

○　個々の事業者が感染症の流行や災害時へ備えるとともに、事業者間での相互支援の仕組みに参画することが期待されます。

（４）市町の役割

○　住み慣れた地域（日常生活圏域）で、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが、切れ目なく提供されるよう地域包括ケアの推進が必要です。

○　住民に最も身近なところでの総合的な支援体制の充実や、地域におけるサービス基盤の整備が求められます。

○　介護保険制度の保険者として、地域密着型サービスをはじめとした事業者のサービスの質の向上に向けた指導助言や苦情対応の体制整備が必要です。

○　地域のニーズに応じた認知症高齢者・家族や頼れる身寄りがいない高齢者等に対する支援体制の整備や情報提供、啓発活動が求められます。また、医療と介護の連携、関係機関などとのネットワークの構築や虐待防止、権利擁護への対

応などについて、地域包括支援センターを中心とした体制の充実が求められます。

○　県と連携・役割分担をしながら、保健・医療・福祉サービスの人材確保施策や、専門的人材の確保と質の向上に取り組むことが求められます。

○　介護保険制度の持続可能性を維持するため、保険者として地域の課題を分析し、自立支援・重度化防止に向けた取組や、介護給付の適正化に向けた取組を推進することが必要です。

○　平時からの感染症への備えや、非常時における国や県と協力した住民への支援が期待されます。

○　災害に備えた体制の整備・充実、住民の自発的な防災活動の促進を図ることが求められます。

４　進行管理と評価

○　この計画を着実に推進するため、毎年度施策の進行状況を把握するとともに、その点検・評価を行うこととします。

○　あわせて、計画の達成状況については、あらかじめ設定された指標などを用いて「滋賀県高齢化対策審議会」に報告し、意見を聴取するなどして適切な進行管理と評価に努めます。

◆本計画に期待すること・・・

コラム●　早川　岳人（滋賀県高齢化対策審議会　会長）

第3回　高齢化対策審議会　に向けて寄稿いただく予定。

◆子どもの声を聴く取組

本県は、令和７年４月に「滋賀県子ども基本条例」を施行し、子どもの意見や声を聴き、県政に反映する取組を推進しています。

そのことから、滋賀県子ども若者部が実施する「子どもの意見等反映推進事業」により、子どもたちの声を集めるオンラインプラットフォームを活用し、子どもの意見聴取を行い、本計画の策定にあたって、意見の反映や方向性の参考にさせていただきました。

子どもたち[illegible]事前学習を通じて、多く[illegible]クラウド分析を行いました。

１　取組の概[illegible]

期　間：令[illegible]

対　象：県[illegible]

方　法：オ[illegible]

テーマ：お[illegible]

質　問：「[illegible]

調　査　中



２　回答数

３　回答内容の分析

４　意見に対する子どもへのフィードバック

第１章関係

○高齢者人口の推計（Ｐ５・６：図１－１・図１－２・図１－３関連）　［単位：千人・%］

	平成27年(2015年)		令和2年(2020年)		令和7年(2025年)		令和12年(2030年)	
	滋賀	全国	滋賀	全国	滋賀	全国	滋賀	全国
総人口（千人）	1,413	127,095	1,414	126,146	1,392	122,973	1,376	120,116
65歳以上人口（千人）	338	33,465	365	35,336	382	36,142	400	36,962
総人口に占める65歳以上の割合	24.2%	26.6%	26.4%	28.7%	27.4%	29.4%	29.1%	30.8%
75歳以上人口（千人）	158	16,126	183	18,249	220	21,169	242	22,613
総人口に占める75歳以上の割合	11.3%	12.8%	13.2%	14.8%	15.8%	17.2%	17.6%	18.8%
85歳以上人口（千人）	50	4,887	60	6,021	68	6,834	83	8,121
総人口に占める85歳以上の割合	3.6%	3.9%	4.3%	4.9%	4.9%	5.6%	6.1%	6.8%

	令和17年(2035年)		令和22年(2040年)		令和27年(2045年)		令和32年(2050年)	
	滋賀	全国	滋賀	全国	滋賀	全国	滋賀	全国
総人口（千人）	1,346	116,639	1,309	112,837	1,267	108,801	1,223	104,686
65歳以上人口（千人）	415	37,732	441	39,285	450	39,451	449	38,878
総人口に占める65歳以上の割合	30.8%	32.3%	33.7%	34.8%	35.5%	36.3%	36.7%	37.1%
75歳以上人口（千人）	245	22,384	249	22,275	256	22,772	279	24,332
総人口に占める75歳以上の割合	18.2%	19.2%	19.0%	19.7%	20.2%	20.9%	22.8%	23.2%
85歳以上人口（千人）	106	9,810	111	10,060	108	9,583	109	9,612
総人口に占める85歳以上の割合	7.9%	8.4%	8.5%	8.9%	8.5%	8.8%	9.0%	9.2%

出典：平成27年(2015年)、令和２年（2020年)、令和７年（2025年）は国勢調査（総務省）
令和12年(2030年)以降は国立社会保障・人口問題研究所の令和５年(2023年)推計

○圏域別高齢者人口・高齢化率の推計（65歳以上）（Ｐ７：図2-1関連）　［単位：上段(人)・下段(%)］

	平成27年(2015年)	令和2年(2020年)	令和7年(2025年)	令和12年(2030年)	令和17年(2035年)	令和22年(2040年)	令和27年(2045年)	令和32年(2050年)
大津圏域	83,118	93,231	97,537	105,003	110,942	118,968	121,656	121,461
	24.6%	27.0%	28.4%	30.4%	32.5%	35.4%	37.0%	38.0%
湖南圏域	66,937	76,000	79,004	84,427	90,984	101,416	107,476	110,348
	20.4%	21.9%	22.4%	23.7%	25.6%	28.8%	30.9%	32.3%
甲賀圏域	34,781	38,590	40,196	41,349	41,757	43,358	43,082	42,028
	24.1%	27.0%	29.0%	30.9%	32.5%	35.4%	37.2%	38.4%
東近江圏域	57,870	62,860	63,512	65,626	66,414	68,744	69,412	68,728
	25.3%	27.7%	28.8%	30.5%	32.0%	34.4%	36.3%	37.7%
湖東圏域	37,194	40,205	40,855	42,628	44,307	47,215	48,422	48,224
	24.0%	25.9%	27.0%	28.7%	30.5%	33.4%	35.4%	36.4%
湖北圏域	41,950	44,046	43,858	44,514	44,618	45,532	45,245	43,913
	27.1%	29.2%	30.6%	32.3%	34.1%	36.8%	38.9%	40.3%
湖西圏域	16,018	16,736	16,601	16,543	16,089	15,798	15,065	14,114
	32.1%	36.1%	38.5%	41.0%	43.1%	46.1%	48.3%	50.0%
県全域	337,868	371,668	381,563	400,090	415,111	441,031	450,358	448,816
	24.2%	26.3%	27.4%	29.1%	30.8%	33.7%	35.5%	36.7%

○圏域別高齢者人口・高齢化率の推計（75歳以上）（Ｐ７：図２-２関連）

［単位：上段(人)・下段(%)］

	平成27年（2015年）	令和2年（2020年）	令和7年（2025年）	令和12年（2030年）	令和17年（2035年）	令和22年（2040年）	令和27年（2045年）	令和32年（2050年）
大津圏域	37,739	46,148	56,283	62,981	64,854	67,105	70,380	77,178
	11.2%	13.4%	16.4%	18.3%	19.0%	20.0%	21.4%	24.1%
湖南圏域	28,257	36,867	46,268	51,043	51,367	52,887	57,177	66,112
	8.6%	10.6%	13.1%	14.4%	14.5%	15.0%	16.5%	19.4%
甲賀圏域	16,093	18,722	22,461	24,805	25,501	25,407	25,147	26,533
	11.1%	13.1%	16.2%	18.5%	19.9%	20.8%	21.7%	24.3%
東近江圏域	27,926	31,131	36,043	40,167	40,445	40,129	40,027	42,230
	12.2%	13.7%	16.4%	18.7%	19.5%	20.1%	20.9%	23.2%
湖東圏域	18,334	20,432	23,275	25,606	26,152	26,488	27,400	29,894
	11.9%	13.2%	15.4%	17.2%	18.0%	18.7%	20.0%	22.6%
湖北圏域	21,663	23,515	25,531	27,023	26,896	26,634	26,675	27,749
	14.0%	15.6%	17.8%	19.6%	20.6%	21.5%	22.9%	25.5%
湖西圏域	8,328	8,918	9,697	10,288	10,207	9,905	9,487	9,361
	16.7%	19.2%	22.5%	25.5%	27.3%	28.9%	30.4%	33.2%
県全域	158,340	185,733	219,558	241,913	245,422	248,555	256,293	279,057
	11.3%	13.1%	15.8%	17.6%	18.2%	19.0%	20.2%	22.8%

○圏域別高齢者人口・高齢化率の推計（85歳以上）（Ｐ７：図２-３関連）

［単位：上段(人)・下段(%)］

	平成27年（2015年）	令和2年（2020年）	令和7年（2025年）	令和12年（2030年）	令和17年（2035年）	令和22年（2040年）	令和27年（2045年）	令和32年（2050年）
大津圏域	11,432	14,554	17,036	21,962	28,613	29,947	29,315	30,668
	3.4%	4.2%	5.0%	6.4%	8.4%	8.9%	8.9%	9.6%
湖南圏域	8,043	10,598	13,075	17,505	22,895	23,754	22,503	23,553
	2.3%	3.1%	3.7%	4.9%	6.4%	6.7%	6.5%	6.9%
甲賀圏域	5,140	6,342	6,963	8,219	10,562	11,337	11,189	10,996
	3.6%	4.4%	5.0%	6.1%	8.2%	9.3%	9.7%	10.1%
東近江圏域	9,265	10,676	11,075	13,326	16,975	18,170	17,416	17,123
	4.1%	4.7%	5.0%	6.2%	8.2%	9.1%	9.1%	9.4%
湖東圏域	6,091	7,104	7,399	8,816	11,043	11,663	11,439	11,582
	3.9%	4.6%	4.9%	5.9%	7.6%	8.3%	8.4%	8.7%
湖北圏域	7,273	8,391	8,773	9,809	11,353	11,684	11,397	11,355
	4.7%	5.6%	6.1%	7.1%	8.7%	9.5%	9.8%	10.4%
湖西圏域	2,801	3,341	3,300	3,725	4,377	4,539	4,388	4,214
	5.6%	7.2%	7.7%	9.2%	11.7%	13.3%	14.1%	14.9%
県全域	50,045	61,006	67,621	83,362	105,818	111,094	107,647	109,491
	3.6%	4.3%	4.9%	6.1%	7.9%	8.5%	8.5%	9.0%

出典：平成27年(2015年)、令和２年(2020年)、令和７年（2025年）は国勢調査（総務省）
令和12年(2030年)以降は国立社会保障・人口問題研究所の令和５年(2023年)推計

○高齢者世帯数（65歳以上）の推計（Ｐ８：図３－１関連）

［単位：千世帯・%］

	令和７年（2025年）	令和12年（2030年）	令和17年（2035年）	令和22年（2040年）	令和27年（2045年）	令和32年（2050年）
一　般　世　帯　数	601	617	620	611	596	580
高齢単身世帯	73	84	93	103	108	111
	12.1%	13.6%	15.0%	16.9%	18.1%	19.1%
高齢夫婦世帯	75	76	76	78	79	78
	12.5%	12.3%	12.3%	12.8%	13.3%	13.4%
高齢単身＋高齢夫婦世帯	148	160	169	181	187	189
	24.6%	25.9%	27.3%	29.6%	31.4%	32.6%

○高齢者世帯数（75歳以上）の推計（Ｐ８：図３－２関連）

［単位：千世帯・%］

	令和7年（2025年）	令和12年（2030年）	令和17年（2035年）	令和22年（2040年）	令和27年（2045年）	令和27年（2050年）
一　般　世　帯　数	601	617	620	611	596	580
高齢単身世帯	48	56	61	64	68	75
	8.0%	9.1%	9.8%	10.5%	11.4%	12.9%
高齢夫婦世帯	43	46	45	44	44	48
	7.2%	7.5%	7.3%	7.2%	7.4%	8.3%
高齢単身＋高齢夫婦世帯	91	102	106	108	112	123
	15.1%	16.5%	17.1%	17.7%	18.8%	21.2%

○高齢者世帯数（85歳以上）の推計（Ｐ９：図３－３関連）

［単位：千世帯・%］

	令和7年（2025年）	令和12年（2030年）	令和17年（2035年）	令和22年（2040年）	令和27年（2045年）	令和32年（2050年）
一　般　世　帯　数	601	617	620	611	596	580
高齢単身世帯	17	21	28	31	30	30
	2.8%	3.4%	4.5%	5.1%	5.0%	5.2%
高齢夫婦世帯	9	11	15	15	14	14
	1.5%	1.8%	2.4%	2.5%	2.3%	2.4%
高齢単身＋高齢夫婦世帯	26	32	43	46	44	44
	4.3%	5.2%	6.9%	7.5%	7.4%	7.6%

出典：国立社会保障・人口問題研究所の令和６年(2024年)推計

○生活保護世帯数の状況（Ｐ９：図４関連）

［単位：世帯・%］

	平成25年度（2013年）	平成26年度（2014年）	平成27年度（2015年）	平成28年度（2016年）	平成29年度（2017年）	平成30年度（2018年）
総計	7,891	8,090	8,162	8,218	8,217	8,151
高齢者世帯を除く世帯	4,707	4,713	4,608	4,461	4,354	4,257
高齢者世帯	3,184	3,377	3,554	3,757	3,863	3,894
高齢者単身世帯	2,825	3,001	3,171	3,355	3,466	3,516
高齢者単身世帯除く	359	376	383	402	397	378
高齢者世帯の割合	40.3%	41.7%	43.5%	45.7%	47.0%	47.8%

	令和元年度（2019年）	令和２年度（2020年）	令和３年度（2021年）	令和４年度（2022年）	令和５年度（2023年）	令和６年度（2024年）
総計	8,144	8,198	8,293	8,428	8,503	8,652
高齢者世帯を除く世帯	4,224	4,213	4,226	4,298	4,318	4,391
高齢者世帯	3,920	3,985	4,067	4,130	4,185	4,261
高齢者単身世帯	3,557	3,625	3,723	3,805	3,868	3,953
高齢者単身世帯除く	363	360	344	325	317	308
高齢者世帯の割合	48.1%	48.6%	49.0%	49.0%	49.2%	49.2%

出典：被保護者調査（厚生労働省）

○要介護(要支援)認定者数と認定率の推移（Ｐ11：図７－１関連）

［単位：人・%］

滋賀県	平成12年度（2000年）	平成15年度（2003年）	平成18年度（2006年）	平成21年度（2009年）	平成24年度（2012年）	平成27年度（2015年）	平成30年度（2018年）	令和3年度（2021年）	令和6年度（2024年）
総数(人)	23,080	34,731	40,502	45,432	53,078	59,986	63,222	67,791	72,619
認定者数(第1号)(人)	22,205	33,556	39,181	44,104	51,648	58,769	61,987	66,568	71,359
認定率(第1号)	10.1%	14.0%	15.0%	15.4%	16.7%	17.1%	17.1%	17.8%	18.8%
認定者数(第2号)(人)	875	1,175	1,321	1,328	1,430	1,217	1,235	1,223	1,260

○要介護(要支援)認定者数と認定率の推移（75歳以上）（Ｐ11：図７－２関連）

［単位：人・%］

滋賀県	平成12年度（2000年）	平成15年度（2003年）	平成18年度（2006年）	平成21年度（2009年）	平成24年度（2012年）	平成27年度（2015年）	平成30年度（2018年）	令和3年度（2021年）	令和6年度（2024年）
認定者数(75歳以上)(人)	18,114	27,954	33,601	38,531	45,659	51,894	55,528	59,593	65,232
認定率(75歳以上)	19.6%	25.8%	27.1%	28.0%	30.3%	32.2%	31.0%	31.4%	30.1%

○要介護(要支援)認定者数と認定率の推移（85歳以上）（Ｐ12：図７－３関連）

［単位：人・%］

滋賀県	平成12年度（2000年）	平成15年度（2003年）	平成18年度（2006年）	平成21年度（2009年）	平成24年度（2012年）	平成27年度（2015年）	平成30年度（2018年）	令和3年度（2021年）	令和6年度（2024年）
認定者数(85歳以上)(人)	－	－	－	－	－	－	34,119	37,967	40,350
認定率(85歳以上)	－	－	－	－	－	－	59.3%	59.3%	60.7%

出典：介護保険事業状況報告（厚生労働省）　認定者数は各年度末現在（令和６年度は暫定値）

○圏域別の要介護(要支援)認定者数と認定率

［単位:人・%］

		人　口	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	支援・介護合計
大津圏域	65～74歳	39,995	292 0.7%	334 0.8%	207 0.5%	299 0.7%	213 0.5%	148 0.4%	137 0.3%	1,630 4.1%
	75～84歳	39,556	1,508 3.8%	1,534 3.9%	1,181 3.0%	1,328 3.4%	834 2.1%	586 1.5%	458 1.2%	7,429 18.8%
	85歳以上	17,499	1,392 8.0%	1,798 10.3%	1,802 10.3%	2,246 12.8%	1,889 10.8%	1,400 8.0%	793 4.5%	11,320 64.7%
	65歳以上（再掲）	97,050	3,192 3.3%	3,666 3.8%	3,190 3.3%	3,873 4.0%	2,936 3.0%	2,134 2.2%	1,388 1.4%	20,379 21.0%

		人　口	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	支援・介護合計
湖南圏域	65～74歳	31,981	184 0.6%	187 0.6%	369 1.2%	178 0.6%	126 0.4%	109 0.3%	104 0.3%	1,257 3.9%
	75～84歳	33,544	1,209 3.6%	830 2.5%	1,721 5.1%	716 2.1%	570 1.7%	454 1.4%	343 1.0%	5,843 17.4%
	85歳以上	13,433	1,152 8.6%	872 6.5%	2,257 16.8%	1,167 8.7%	1,123 8.4%	988 7.4%	564 4.2%	8,123 60.5%
	65歳以上（再掲）	78,958	2,545 3.2%	1,889 2.4%	4,347 5.5%	2,061 2.6%	1,819 2.3%	1,551 2.0%	1,011 1.3%	15,223 19.3%

		人　口	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	支援・介護合計
甲賀圏域	65～74歳	17,455	104 0.6%	106 0.6%	120 0.7%	113 0.6%	66 0.4%	56 0.3%	68 0.4%	633 3.6%
	75～84歳	15,890	368 2.3%	349 2.2%	512 3.2%	335 2.1%	304 1.9%	241 1.5%	217 1.4%	2,326 14.6%
	85歳以上	7,054	475 6.7%	444 6.3%	872 12.4%	686 9.7%	676 9.6%	607 8.6%	384 5.4%	4,144 58.7%
	65歳以上（再掲）	40,399	947 2.3%	899 2.2%	1,504 3.7%	1,134 2.8%	1,046 2.6%	904 2.2%	669 1.7%	7,103 17.6%

		人　口	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	支援・介護合計
東近江圏域	65～74歳	26,843	122 0.5%	105 0.4%	181 0.7%	138 0.5%	68 0.3%	88 0.3%	68 0.3%	770 2.9%
	75～84歳	25,613	511 2.0%	431 1.7%	958 3.7%	523 2.0%	395 1.5%	328 1.3%	223 0.9%	3,369 13.2%
	85歳以上	11,502	577 5.0%	619 5.4%	1,603 13.9%	1,187 10.3%	920 8.0%	938 8.2%	405 3.5%	6,249 54.3%
	65歳以上（再掲）	63,958	1,210 1.9%	1,155 1.8%	2,742 4.3%	1,848 2.9%	1,383 2.2%	1,354 2.1%	696 1.1%	10,388 16.2%

		人　口	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	支援・介護合計
湖東圏域	65～74歳	17,316	97 0.6%	72 0.4%	148 0.9%	124 0.7%	80 0.5%	74 0.4%	54 0.3%	649 3.7%
	75～84歳	16,219	546 3.4%	375 2.3%	655 4.0%	448 2.8%	360 2.2%	256 1.6%	177 1.1%	2,817 17.4%
	85歳以上	7,542	540 7.2%	501 6.6%	974 12.9%	762 10.1%	858 11.4%	637 8.4%	351 4.7%	4,623 61.3%
	65歳以上（再掲）	41,077	1,183 2.9%	948 2.3%	1,777 4.3%	1,334 3.2%	1,298 3.2%	967 2.4%	582 1.4%	8,089 19.7%

		人　口	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	支援・介護合計
湖北圏域	65～74歳	18,195	86 0.5%	119 0.7%	149 0.8%	98 0.5%	84 0.5%	89 0.5%	56 0.3%	681 3.7%
	75～84歳	17,360	438 2.5%	577 3.3%	650 3.7%	469 2.7%	365 2.1%	256 1.5%	208 1.2%	2,963 17.1%
	85歳以上	9,198	553 6.0%	768 8.3%	1,213 13.2%	1,009 11.0%	891 9.7%	726 7.9%	399 4.3%	5,559 60.4%
	65歳以上（再掲）	44,753	1,077 2.4%	1,464 3.3%	2,012 4.5%	1,576 3.5%	1,340 3.0%	1,071 2.4%	663 1.5%	9,203 20.6%

		人　口	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	支援・介護合計
湖西圏域	65～74歳	6,732	62 0.9%	46 0.7%	52 0.8%	27 0.4%	21 0.3%	20 0.3%	19 0.3%	247 3.7%
	75～84歳	6,530	323 4.9%	185 2.8%	276 4.2%	139 2.1%	104 1.6%	108 1.7%	72 1.1%	1,207 18.5%
	85歳以上	3,443	390 11.3%	251 7.3%	537 15.6%	309 9.0%	297 8.6%	299 8.7%	162 4.7%	2,245 65.2%
	65歳以上（再掲）	16,705	775 4.6%	482 2.9%	865 5.2%	475 2.8%	422 2.5%	427 2.6%	253 1.5%	3,699 22.1%

		人　口	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	支援・介護合計
全県	65～74歳	158,517	947 0.6%	969 0.6%	1,226 0.8%	977 0.6%	658 0.4%	584 0.4%	506 0.3%	5,867 3.7%
	75～84歳	154,712	4,903 3.2%	4,281 2.8%	5,953 3.8%	3,958 2.6%	2,932 1.9%	2,229 1.4%	1,698 1.1%	25,954 16.8%
	85歳以上	69,671	5,079 7.3%	5,253 7.5%	9,258 13.3%	7,366 10.6%	6,654 9.6%	5,595 8.0%	3,058 4.4%	42,263 60.7%
	65歳以上（再掲）	382,900	10,929 2.9%	10,503 2.7%	16,437 4.3%	12,301 3.2%	10,244 2.7%	8,408 2.2%	5,262 1.4%	74,084 19.3%

出典：介護保険事業状況報告（厚生労働省）　令和８年(2026年)６月暫定値

注：65歳以上人口は第１号被保険者数
　　各欄%は対象年齢層の人口に占める割合

○高齢者の虐待の状況（P17：図 13 関連）

	養護者による虐待		B/A (%)	養介護施設従事者等による虐待		B/A (%)
	相談・通報受理件数 A	虐待と判断された件数 B		相談・通報受理件数 A	虐待と判断された件数 B	
令和6年度	**747件 (+53件・7.6%増)**	**421件 (+15件・3.7%増)**	**56.4%**	**48件 (+12件・33.3%増)**	**19件 (+11件・137.5%増)**	**39.6%**
令和5年度	694件 (+37件・5.6%増)	406件 (+91件・28.9%増)	58.5%	36件 (+11件・44%増)	8件 (+1件・14.3%増)	22.2%
令和4年度	657件 (+48件・7.9%増)	315件 (+14件・4.7%増)	47.9%	25件 (+3件・13.6%増)	7件 (+1件・16.7%増)	28.0%
令和3年度	609件 (−28件・4.4%減)	301件 (−78件・20.6%減)	49.4%	22件 (−5件・18.5%減)	6件 (−2件・25.0%減)	27.3%
令和2年度	637件 (+30件・4.9%増)	379件 (+9件・2.4%増)	59.5%	27件 (−14件・34.1%減)	8件 (−3件・27.3%減)	29.6%
令和元年度	607件 (+38件・6.7%増)	370件 (+20件・5.7%増)	61.0%	41件 (+6件・17.1%増)	11件 (−6件・35.2%減)	26.8%
平成30年度	569件 (+35件・6.6%増)	350件 (−5件・1.4%減)	61.5%	35件 (+9件・34.6%増)	17件 (+6件・54.5%増)	48.6%
平成29年度	534件 (−11件・2.0%減)	355件 (−28件・7.3%減)	66.5%	26件 (+3件・13.0%増)	11件 (+0件・増減なし)	42.3%
平成28年度	545件 (+54件・11.0%増)	383件 (+54件・16.4%増)	70.3%	23件 (−3件・11.5%減)	11件 (+2件・22.2%増)	47.8%
平成27年度	491件 (−24件・4.7%減)	329件 (−22件・6.3%減)	67.0%	26件 (+11件・73.3%増)	9件 (+8件・800.0%増)	34.6%
平成26年度	515件 (+57件・12.4%増)	351件 (+65件・22.7%増)	68.2%	15件 (+6件・66.7%増)	1件 (−1件・50.0%減)	6.7%
平成25年度	458件 (−32件・6.5%減)	286件 (−12件・4.0%減)	62.4%	9件 (−4件・30.8%減)	2件 (+2件・皆増)	22.2%
平成24年度	490件 (−29件・5.6%減)	298件 (−44件・12.9%減)	60.8%	13件 (+8件・160.0%増)	0件 (+0件・増減なし)	0.0%
平成23年度	519件 (+35件・7.2%増)	342件 (+5件・1.5%増)	65.9%	5件 (+3件・150%増)	0件 (+0件・増減なし)	0.0%
平成22年度	484件 (+24件・5.2%増)	337件 (+29件・9.4%増)	69.6%	2件 (+1件・100%増)	0件 (+0件・増減なし)	0.0%
平成21年度	460件 (+95件・26.0%増)	308件 (+48件・18.5%増)	67.0%	1件 (−4件・80.0%減)	0件 (−2件・100%減)	0.0%
平成20年度	365件 (+50件・15.9%増)	260件 (+39件・17.6%増)	71.2%	5件 (+0件・増減なし)	2件 (+2件・皆増)	40.0%
平成19年度	315件 (+14件・4.6%増)	221件 (+19件・9.4%増)	70.2%	5件 (+2件・66.7%増)	0件 (+0件・増減なし)	0.0%
平成18年度	301件 (−)	202件 (−)	67.1%	3件 (−)	0件 (−)	0.0%

出典：高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査（厚生労働省）注：() 内は、対前年増減。

○介護職員数（P20：図17関連）

［単位：人］

	平成 24 年（2012 年）10 月	平成 27 年（2015 年）10 月	平成 30 年（2018 年）10 月	令和 3 年（2021 年）10 月	令和 6 年（2022 年）10 月
要介護（要支援）認定者数	51,933	59,467	62,868	67,578	72,559
介護職員数（実数）	14,319	15,997	19,175	20,104	20,884
うち介護福祉士数	5,576	7,054	8,991	9,620	10,996

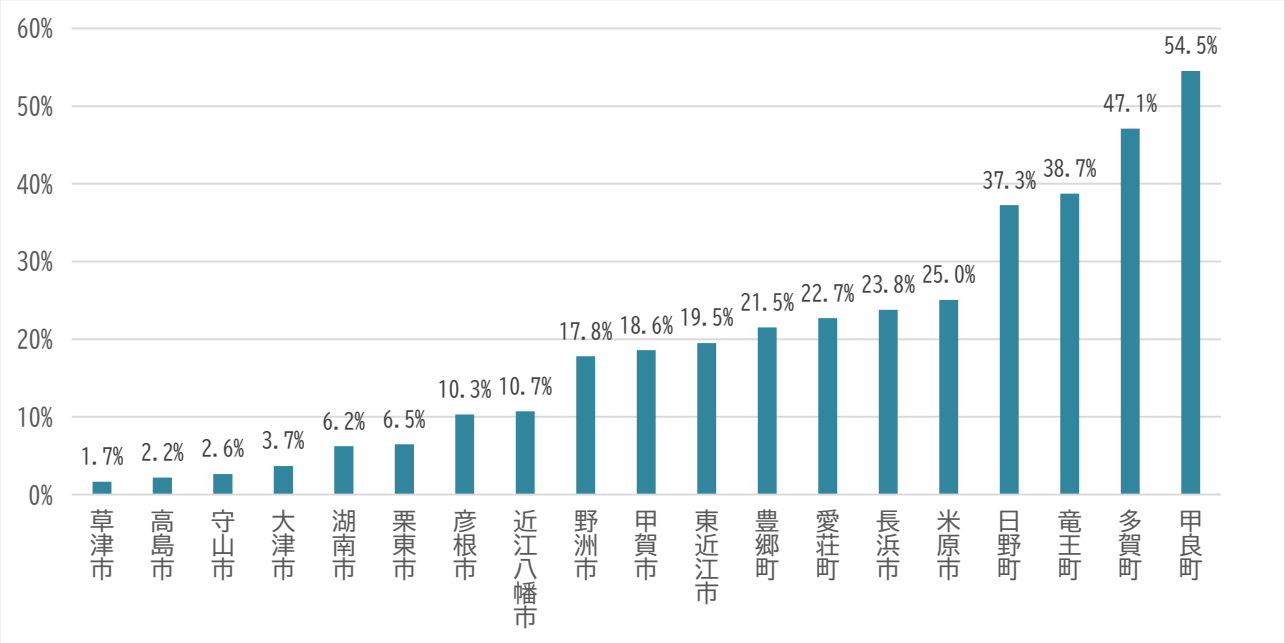
出典：要介護（要支援）認定者数：介護保険事業状況報告（厚生労働省）
介護職員数（実数）および介護福祉士数：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

第３章関係

第１節関係

○老人クラブ加入率の市町別加入率（令和７年度）

［単位：%］



出典：令和７年(2025 年）福祉行政報告例（厚生労働省への県報告）

第２節関係

○75 歳以上の高齢運転者の分類別認知機能検査受験数（滋賀県）　［単位：人・%］

単位：人	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度 R4.1.1～ R4.5.12
受験者数	23,313	24,679	24,248	22,077	26,320	8,178
第１分類	646	678	713	558	677	208
%	3.7	2.8	2.9	2.5	2.6	2.5
第２分類	6,860	6,670	6,227	5,238	5,997	1,792
%	29.4	27.0	25.7	23.7	22.8	21.9
第３分類	15,807	17,331	17,308	16,281	19,646	6,178
%	67.8	70.2	71.4	73.8	74.6	75.6

単位：人	令和４年度 R4.5.13～ R5.3.31	令和５年度	令和６年度	令和７年度
受験者数（人）	27,882	35,295	35,022	36,001
認知症のおそれあり	529	707	704	720
%	1.9	2.0	2.0	2.0
認知症のおそれなし	27,353	34,588	34,318	35,281
%	98.1	98.0	98.0	98.0

出典：滋賀県警察本部交通部運転免許課

注：第１分類：認知症のおそれ、第２分類：認知機能低下のおそれ、第３分類：認知機能低下のおそれなし
令和４年５月 13 日道路交通法改正により、認知症のおそれあり、認知症のおそれなしの２種類に変更

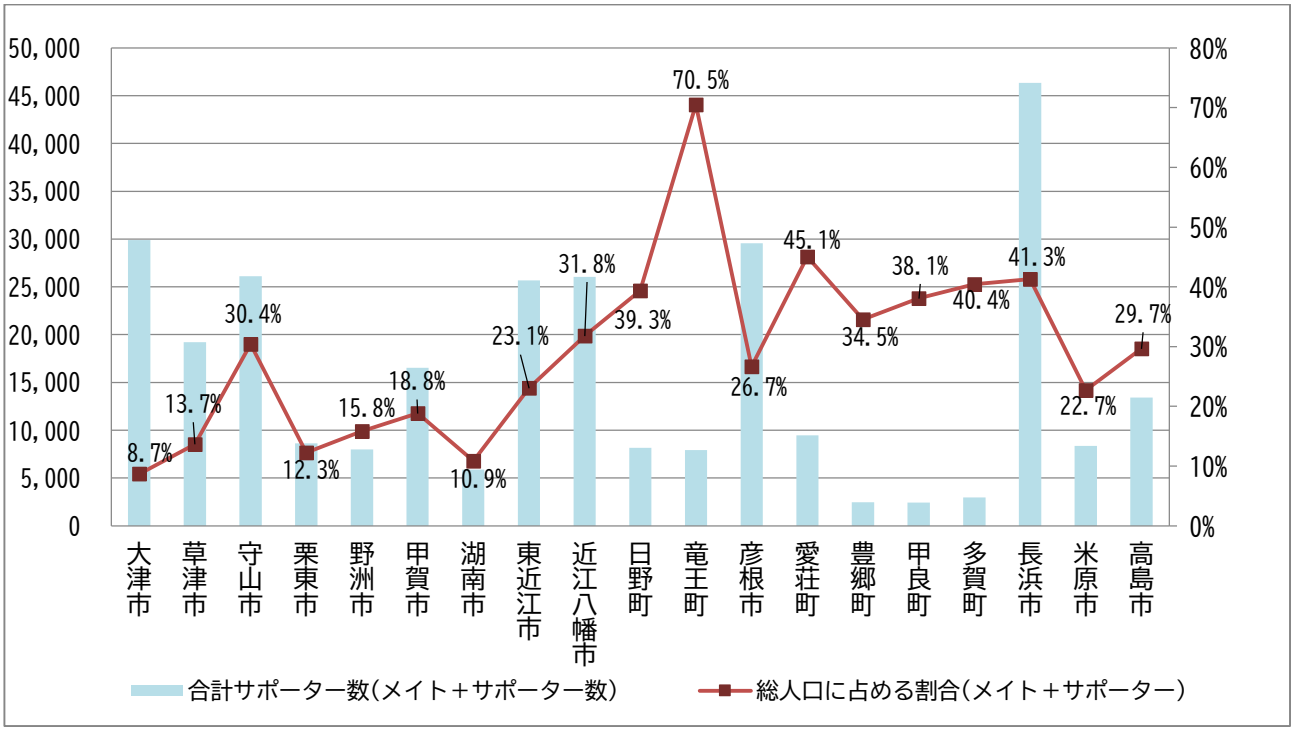
○運転免許自主返納者数　［単位：人］

	65歳以上			小　計	その他年齢	合　計
	うち 65-69歳	うち 70-74歳	うち 75歳以上			
平成27年	372	998	1,491	2,861	147	3,008
平成28年	490	956	1,897	3,343	193	3,536
平成29年	463	880	2,991	4,334	209	4,543
平成30年	276	820	3,483	4,579	143	4,722
令和元年	533	1,510	4,302	6,345	261	6,606
令和2年	508	1,520	3,397	5,425	280	5,705
令和3年	428	1,410	3,360	5,198	211	5,409
令和4年	314	1,017	3,415	4,746	161	4,907
令和5年	181	786	3,381	4,348	139	4,487
令和6年	285	1,043	3,704	5,032	138	5,170

出典：滋賀の交通（滋賀県警察本部）

○市町別認知症キャラバン・メイト、認知症サポーター数

［単位：人・%］



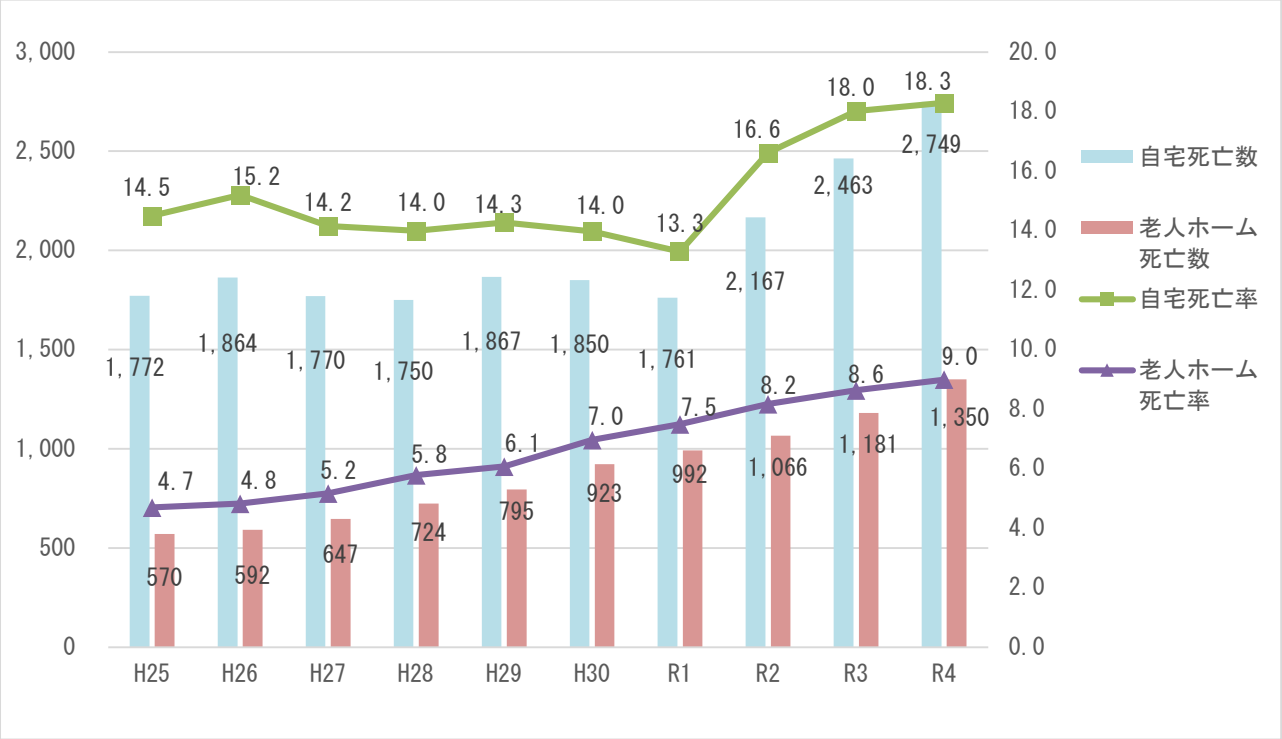
圏域	市町名	メイト数	サポーター数	合計サポーター数(メイト＋サポーター数)	総人口に占める割合(メイト＋サポーター)	メイトおよびサポーター一人あたりの担当高齢者人口
大津	大津市	151	29,746	29,897	8.7%	3.2
湖南	草津市	231	18,965	19,196	13.7%	1.6
	守山市	152	25,952	26,104	30.4%	0.7
	栗東市	66	8,561	8,627	12.3%	1.6
	野洲市	105	7,900	8,005	15.8%	1.7
甲賀	甲賀市	251	16,266	16,517	18.8%	1.6
	湖南市	68	5,815	5,883	10.9%	2.4
東近江	東近江市	242	25,435	25,677	23.1%	1.2
	近江八幡市	133	25,918	26,051	31.8%	0.9
	日野町	82	8,063	8,145	39.3%	0.8
	竜王町	81	7,845	7,926	70.5%	0.4
湖東	彦根市	140	29,428	29,568	26.7%	1.0
	愛荘町	79	9,402	9,481	45.1%	0.5
	豊郷町	49	2,408	2,457	34.5%	0.8
	甲良町	49	2,391	2,440	38.1%	0.9
	多賀町	48	2,921	2,969	40.4%	0.8
湖北	長浜市	484	45,857	46,341	41.3%	0.7
	米原市	49	8,327	8,376	22.7%	1.4
湖西	高島市	130	13,272	13,402	29.7%	1.2
滋賀県		6	804	810	－	－
滋賀県計		2,596	295,276	297,872	21.2%	1.3

出典：認知症サポーターの養成状況（NPO 法人地域ケア政策ネットワーク 全国キャラバン・メイト連絡協議会）令和８年(2026 年)６月 30 日現在

第３節　暮らしを支える体制づくり　関係

○滋賀県の在宅（自宅・老人ホーム）死亡数・率

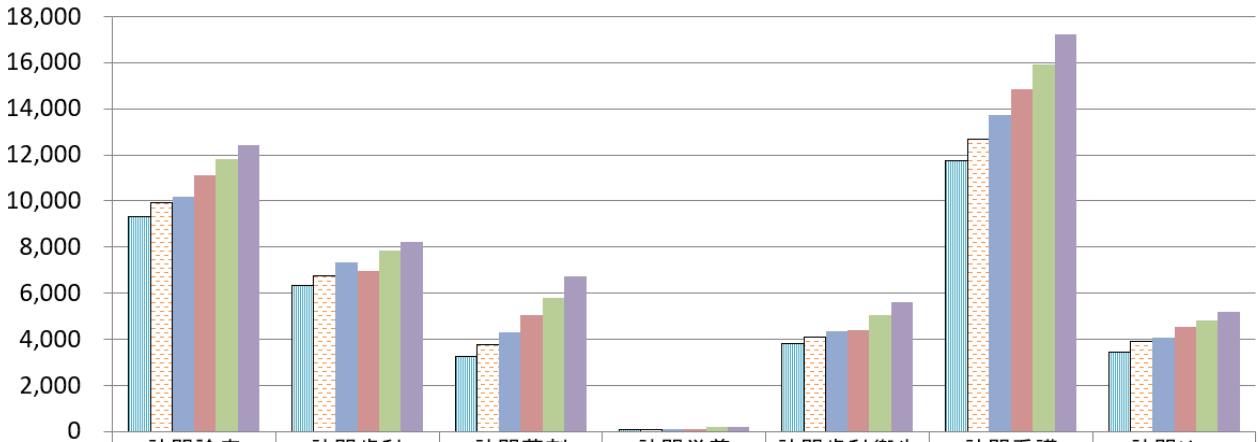
［単位：人・%］



出典：人口動態統計（厚生労働省）

○滋賀県のサービス利用実人数

［単位：人］



	訪問診療	訪問歯科	訪問薬剤	訪問栄養	訪問歯科衛生	訪問看護	訪問リハ
H29	9,327	6,316	3,261	50	3,803	11,739	3,434
H30	9,918	6,765	3,773	60	4,076	12,665	3,905
R1	10,178	7,329	4,295	64	4,354	13,744	4,088
R2	11,113	6,971	5,064	98	4,389	14,847	4,551
R3	11,801	7,861	5,781	195	5,036	15,936	4,842
R4	12,438	8,205	6,752	212	5,634	17,220	5,194

出典：滋賀県国民健康保険団体連合会資料

第４節関係

○平均月額賃金

［単位：千円］

	令和元年（2019年）	令和２年（2020年）	令和３年（2021年）	令和４年（2022年）	令和５年（2023年）	令和６年（2024年）	令和７年（2025年）
産業計	420.0	405.2	400.3	413.2	408.5	425.0	447.7
対人サービス	348.1	341.1	334.5	327.5	362.8	368.4	402.9
介護職員	313.1	296.7	306.8	324.1	311.4	336.2	324.7

○平均年齢

［単位：歳］

	令和元年（2019年）	令和２年（2020年）	令和３年（2021年）	令和４年（2022年）	令和５年（2023年）	令和６年（2024年）	令和７年（2025年）
産業計	42.6	42.7	42.6	43.2	44.4	43.6	43.6
対人サービス	42.2	44.5	42.5	43.7	43.6	45.5	43.4
介護職員	43.9	40.5	44.7	41.6	46.0	41.8	47.9

○平均勤続年数

［単位：年］

	令和元年（2019年）	令和２年（2020年）	令和３年（2021年）	令和４年（2022年）	令和５年（2023年）	令和６年（2024年）	令和７年（2025年）
産業計	12.9	12.6	12.1	13.1	13.0	12.9	13.2
対人サービス	10.6	11.9	11.4	10.9	12.1	12.5	10.9
介護職員	9.5	7.2	7.5	7.3	8.5	9.5	9.1

出典：賃金構造基本統計調査（厚生労働省）
注１：一般労働者（６月分給与の算定期間中に実労働日数が18日以上、１日当たりの平均所定内実労働時間数が５時間以上）について集計。
　　金額には賞与の1/12を含む。
注２：令和２年調査より一部の調査事項や推計方法などが変更されたため、これまでの公表値との比較には注意が必要。

○滋賀県内の介護福祉士養成施設および福祉系高等学校

・介護福祉士養成施設

学校名	学科名	設置者	所在地	電話番号	修業年限	定員
びわこ学院大学短期大学部（※）	ライフデザイン学科 健康福祉コース	(学)滋賀学園	東近江市布施町29	0748-22-3388	2年	30人
華頂社会福祉専門学校	介護福祉科	(福)華頂会	大津市大萱6-4-10	077-544-5171	2年	40人

※令和９年度から募集停止

・福祉系高等学校

学校名	学科名		設置者	所在地	電話番号	修業年限	定員
滋賀県立長浜北星高等学校	全日制	総合学科	滋賀県	長浜市地福寺町3-72	0749-62-0896	3年	40人

第５節関連

○介護施設および居住系サービス利用者の認定者に占める割合（要介護別）　［単位：人・%］

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定者数	14,894	12,475	9,896	8,115	5,459	50,839
入居者数	983	1,472	3,848	4,210	2,794	13,307
特別養護老人ホーム	30	130	2,008	2,331	1,562	6,061
老人保健施設	315	572	793	787	385	2,852
介護療養型医療施設	0	0	6	12	15	33
介護医療院	2	8	33	177	243	463
介護専用型特定施設	190	184	164	178	107	823
域密着型特別養護老人ホー	6	24	288	395	266	979
地域密着型特定施設	6	9	8	13	2	38
認知症ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ	434	545	548	317	214	2,058
認定者に占める割合	7%	12%	39%	52%	51%	26%
		34.3%				
			46.2%			

出典：介護保険事業状況報告（厚生労働省）　令和５年(2023年)４月暫定値