資料５

４．計画の評価

第６期計画策定時に計画の基本理念を踏まえ、２０２５年度を見据えた中長期の目標（基本目標）①～④を設定し、各期の施策体系に沿って取り組みを進めてきました。

２０１３年から２０２５年度の基本目標に対する評価は以下の通りです。

１）基本目標に対する評価

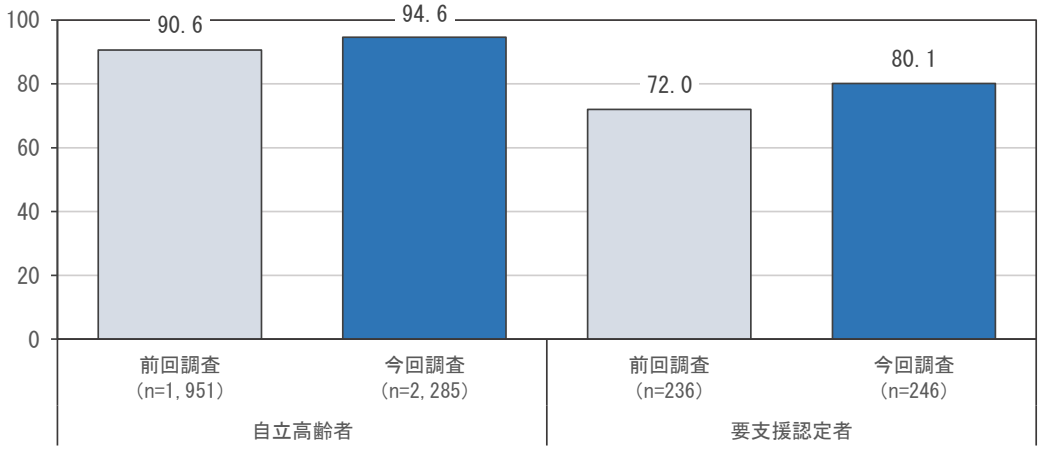
①多様なつながりを持ちながら自分らしくいきいきと暮らせる

指標：週１回以上外出している高齢者の割合が、平成 25 年（2013 年）の 86.5%から、令和７年度(2025 年度）には 90%程度に高まる。

基本目標を踏まえ、令和７年度(2025 年度）に向けては、高齢になっても多様なつながりを持ち、家庭や地域・社会において、自分の役割と居場所を保ちながらいきいきと暮らせることを目指し、上記の指標を設定しました。

令和７年度末（2025 年度）現在では、週１回以上外出している高齢者の割合は自立高齢者では 94.6%、要支援認定者は 80.1%となっています。令和７年度（2025 年度）の目標値を自立高齢者は上回っていますが、要支援認定者は改善されているものの、未達成となっています。

【週１回以上外出していると回答した割合の推移】（前回調査（R5 年）との比較）



評価項目	目標設定時（H25）	目標（R7）	現状（R7）			達成状況	備考
「週１回以上外出している」と回答した割合	86.5%	90%程度	93.2%（全体）	自立高齢者	94.6%	◎	※1
				要支援認定者	80.1%	○	

※１　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より　注：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果は統計的有意差を踏まえて達成状況を判定しています。

達成状況：◎目標達成、○改善、△現状維持、×悪化

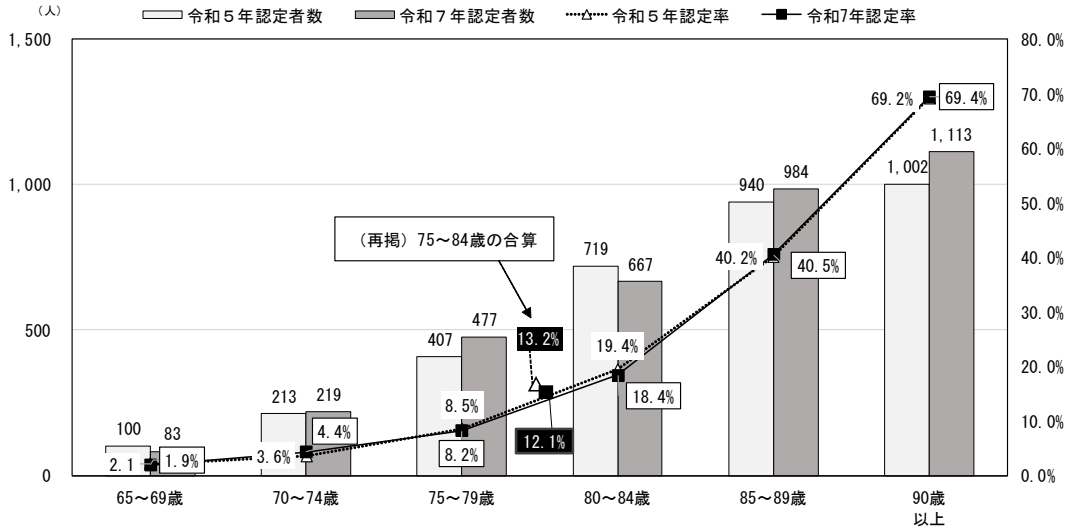
②健康に留意しすこやかに暮らせる

指標：75～84 歳の要介護（要支援）認定率が、平成 25 年(2013 年)の 18.5%から、令和７年度(2025 年度）には１ポイント低下し 17.5%程度になる。

基本理念を踏まえ、令和７年度(2025 年度）に向けては、高齢になっても自らの努力によって生活機能を維持し、できるだけ要介護状態にならないよう予防しながら、健康に留意しすこやかに暮らせることを目指し、上記の指標を設定しました。

本市では、通いの場の整備をはじめとする介護予防の取組を推進しており、令和７年度末の 75～84 歳の要介護（要支援）認定率は目標値を達成しています。

【年齢別要介護（要支援）認定者数と要介護（要支援）認定率】



※令和７年の要介護（要支援）認定者数は庁内資料（令和７年度末)、人口は住民基本台帳（令和７年度末）

評価項目	目標設定時（H25）	目標（R7）	現状（R7）	達成状況	備考
75～84 歳の要介護(要支援)認定率	18.5%	17.5%程度	12.1%	◎	※1

※1　庁内資料より
達成状況：◎目標達成、〇改善、△現状維持、×悪化

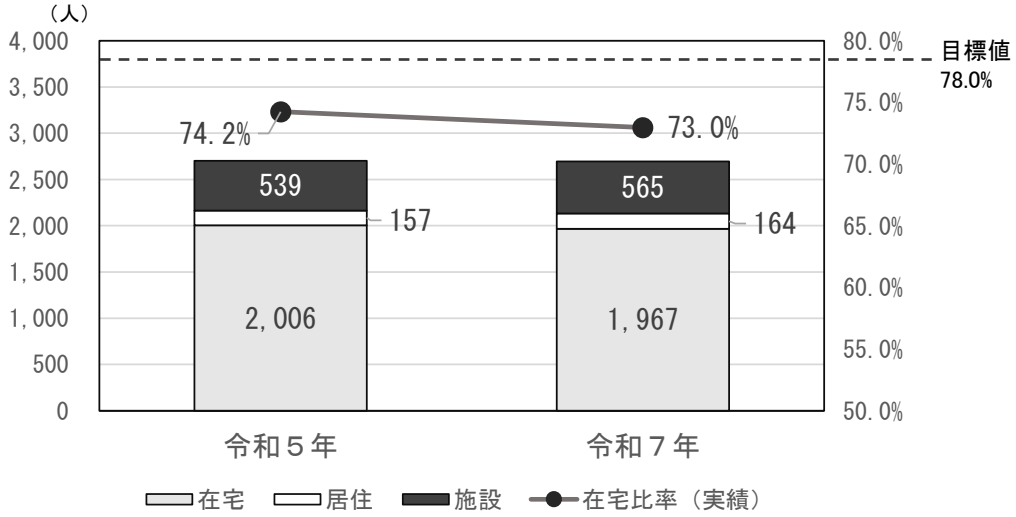
③高齢・認知症になっても安心して暮らせる

指標：認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認定者の在宅比率が、人数が増える中でも維持され、令和７年度(2025 年度）は 78%程度になる。

基本理念を踏まえ、令和７年度(2025 年度）に向けては、高齢や認知症に伴う生活課題等を抱えても必要な支援・サービスを受けられ、また判断能力が十分でない場合も権利が保障され、住み慣れた地域で安心して暮らせることを目指し、上記の指標を設定しました。

各期を通じて、高齢者の在宅生活の継続を目指し、認知症になっても住み慣れた地域で生活できる地域づくりに取り組む一方で、在宅介護を継続することが困難なケースが増えているという状況を踏まえ、介護需要に対応するため、令和４年度に介護老人福祉施設 1 か所（90 床)、地域密着型介護老人福祉施設 1 か所（29 床）の施設整備を行いました。そのため、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認定者全体では在宅比率は減少しており、令和７年度末では、目標値を下回っています。

【認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認定者における各サービス利用者数と在宅比率】



※令和７年の各サービス利用者数と在宅比率は庁内資料（令和７年度末）

評価項目	目標設定時（H24実績）	目標（R7）	現状（R7）	達成状況	備考
認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認定者の在宅比率	76.1%	78%程度	73.0%	×	※1

※1　庁内資料より

達成状況：◎目標達成、〇改善、△現状維持、×悪化

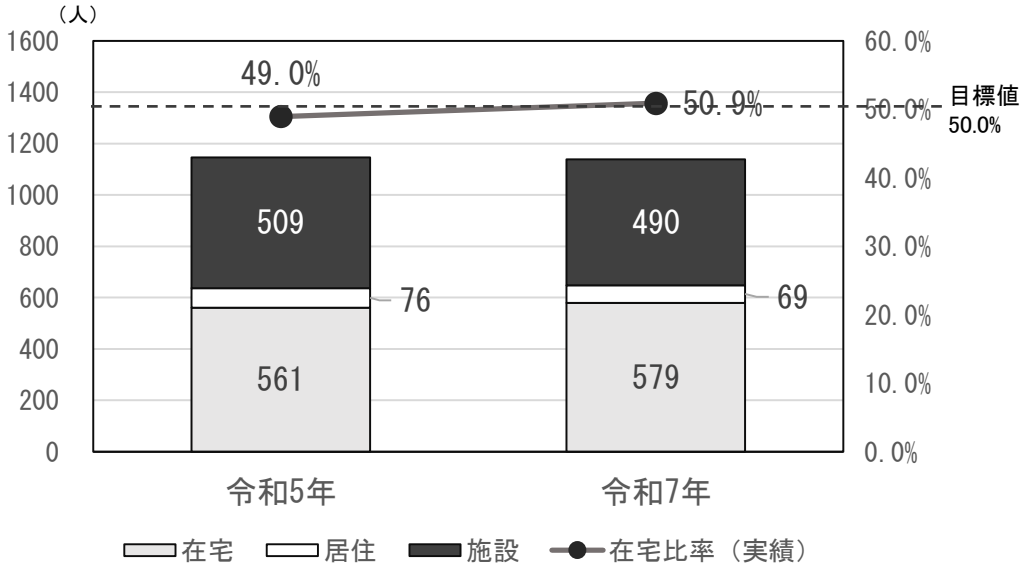
④介護や医療が必要となってもサービスを受けながら希望する場所で暮らせる

指標：要介護３～５の認定者の在宅比率が、人数が増える中でも維持され、令和７年度(2025 年度）は 50%程度になる。

基本理念を踏まえ、令和７年度(2025 年度）に向けては、重度の要介護状態でも、介護・医療をはじめとした多様な支援・サービスの連携のもと、在宅での生活を続けられることを目指し、上記の指標を設定しました。

自分らしい生き方を考えるための啓発と支援アプローチの実践、在宅医療介護連携の提供体制の整備や多職種連携の推進によるセルフケア力向上に向けた取り組みの推進により、令和７年度末で目標値を達成しています。

【要介護３～５の認定者における各サービス利用者数と在宅比率】



※令和７年の各サービス利用者数と在宅比率は庁内資料（令和７年度末）

評価項目	目標設定時（H25）	目標（R7）	現状（R7）	達成状況	備考
要介護3～5の認定者の在宅比率	62.7%	50%程度	50.9%	◎	※1

※1　庁内資料より

達成状況：◎目標達成、〇改善、△現状維持、×悪化

第6期計画策定時点の計画の体系

基本条例
基本理念
（恒久的に目指す価値）
【第４章 １】

自らが自立意識を持ち共に支え合いながら住み慣れた地域での生活を継続する

- (1) 個人としての尊厳が守られる社会形成
- (2) 個人の能力発揮による自立生活保持
- (3)個人の意思決定による選択保障
- (4)地域包括ケアシステムにおける支え合い
- (5)社会参加と計画への参加

基本目標
（2025年までの実現を目指す高齢者の状況）
【第４章 ２】

- (1)多様なつながりを持ちながら自分らしくいきいきと暮らせる（週1回以上外出する人が90%）
- (2)健康に留意しすこやかに暮らせる（75～84歳の認定率が17.5%程度）
- (3)高齢・認知症になっても安心して暮らせる（認知症日常生活自立度Ⅱ以上の在宅比率が78%程度）
- (4)介護や医療が必要となってもサービスを受けながら希望する場所で暮らせる（要介護3以上の在宅比率が5割程度）

目標達成に向けた課題
（現状を踏まえ2025年に向けて解決すべき課題）
【第5章 １】

- (1)家庭・社会での役割や生活の充実感を持ち続ける環境が十分に整備されていない
- (2)高齢者の多様な生活支援ニーズに対応できる支援・サービスが不足している
- (3)高齢者自身の介護予防への意識向上と主体的な取り組みが進んでいない
- (4) 高齢者の尊厳や財産を守る取り組みが、高齢者や地域の変化に対応しきれていない
- (5)認知症高齢者への支援が統合的に提供されていない
- (6)高齢者に対する支援・サービスが十分に周知できていない
- (7)在宅生活を送る高齢者の医療ニーズに対応する体制が不十分である
- (8)重度の認定者や認知症の高齢者の在宅生活を支える居宅サービスの整備が不十分である

ケアシステムのイメージ
（構成要素）
【第5章 ２】

近江八幡市の地域包括ケアシステムの構築

システムを構成する5つの要素の整備（介護、医療、予防、生活支援・福祉、住まい）＋横断的取組み（認知症、ネットワークづくり、人材確保・育成）

2025年に向けたサービス・社会資源の整備の方向性
（長期政策）
【第5章 ３】

- (1)生きがいづくりや地域の担い手としての活躍の促進
- (2)民間との連携による多様な生活支援サービスの充実
- (3)社会参加の推進や早期支援を通じた介護予防の促進
- (4)最低限の生活が保障され高齢者の尊厳が守られる仕組みの強化
- (5)認知症の人への切れ目のない支援を提供する連携体制の構築
- (6)地域包括支援センターを中核としたきめ細かい地域包括ケアシステムの構築
- (7)多職種連携推進と在宅医療・介護の拡充
- (8)重度の認定者や認知症の高齢者の在宅生活を支える居宅サービスの充実

サービス・社会資源の整備に向けた第6期の取り組み
（短期政策）
【第6章】

- (1)生きがいづくりや地域の担い手としての活躍の促進
  - （1）身近な居場所づくりの推進
  - （2）地域の担い手の養成
- (2)民間との連携による多様な生活支援サービスの充実
  - （1）生活支援に関する実態把握と民間との連携の仕組みづくり
  - （2）生活支援に関わる福祉サービス
- (3)社会参加の推進や早期支援を通じた介護予防の促進
  - （1）社会参加の推進による主体的な介護予防の促進
  - （2）自立支援に資する介護予防事業の展開
  - （3）自立支援に特化した介護予防サービスへの転換の促進
- (4)最低限の生活が保障され高齢者の尊厳が守られる仕組みの強化
  - （1）総合相談機能の強化
  - （2）権利擁護の推進
  - （3）安全確保のための高齢者福祉サービスの普及
  - （4）住まいに係る施策との連携
- (5)認知症の人への切れ目のない支援を提供する連携体制の構築
  - （1）認知症連携パスの運用及び認知症ケアパスの作成
  - （2）地域住民の啓発及び見守り活動の促進(基盤整備)
  - （3）早期発見・早期対応の体制構築
  - （4）医療との連携強化
  - （5）認知症対応能力の向上
  - （6）認知症の人や要介護認定者を介護する家族等への支援
  - （7）若年性認知症対策の実施
- (6)地域包括支援センターを中核としたきめ細かい地域包括ケアシステムの構築
  - （1）地域包括支援センターの機能強化
  - （2）地域包括支援センターを中核とした地域ネットワークの構築
- (7)多職種連携推進と在宅医療・介護の拡充
  - （1）地域の医療・介護資源の把握
  - （2）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の協議
  - （3）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
  - （4）在宅医療・介護関係者の情報共有支援
  - （5）在宅医療・介護連携に関する相談支援
  - （6）医療・介護関係者の研修
  - （7）地域住民への普及啓発
  - （8）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- (8)重度の認定者や認知症の高齢者の在宅生活を支える居宅サービスの充実
  - （1）重度の認定者や認知症の高齢者に対する効率的・効果的なサービス提供の強化
  - （2）重度の認定者や認知症の高齢者に関するケアマネジメントの質の向上
  - （3）介護人材の確保に向けた県や事業者との連携