

鳥羽市高齢者福祉計画
第9期介護保険事業計画
【令和6年度～令和8年度】

(素案)

令和5年11月30日時点
鳥羽市

目 次

第 1 章	計画策定にあたって	1
第 1 節	計画策定の趣旨	1
第 2 節	鳥羽市における地域共生社会実現に向けて	2
第 3 節	第 9 期計画の方向性（国の基本的な考え方）	3
第 4 節	計画の位置づけ	4
第 5 節	計画の期間	5
第 6 節	策定の手法	5
第 7 節	日常生活圏域の設定	6
第 2 章	鳥羽市の高齢者福祉の現状	7
第 1 節	統計からみる鳥羽市の状況	7
第 2 節	要支援・要介護認定者の状況	10
第 3 節	将来推計	12
第 4 節	アンケート調査結果からみる現状	14
第 3 章	基本的な方向性	34
第 1 節	基本理念	34
第 2 節	基本理念を達成するための方向性	35
第 3 節	計画の体系	39
第 4 章	施策の展開	41
第 1 節	地域で支えあう生き活きとしたまちづくり	41
第 2 節	高齢者が安心して暮らせるまちづくり	49
第 3 節	みんなで支える介護保険	56
第 5 章	介護事業費及び介護保険料	61
第 1 節	介護保険事業費の推計	61
第 2 節	介護保険料の設定	69
第 6 章	計画の推進に向けて	72
第 1 節	計画の推進体制	72
第 2 節	計画の進行管理	73



第1章 計画策定にあたって

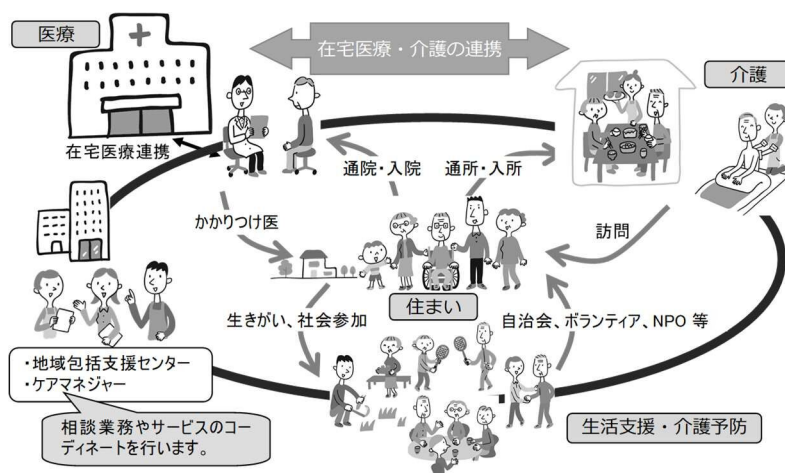
第1節 計画策定の趣旨

高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして平成12(2000)年に介護保険制度が創設され、サービスの充実が図られてきました。今では高齢者の介護になくてはならないものとして定着、発展しています。今後、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを超える地域もあるなど、人口構成の変化や医療・介護ニーズ等の動向が地域ごとに異なるなかで、持続可能な制度を確保していくことが重要となっています。

国では、地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込量を踏まえ、介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取り組み内容や目標を検討することが重要であるとしています。

このような動向から、本市では、第6期計画を準備期、第7期計画を始動期、第8期計画を展開期、第9期計画を定着期として位置づけ、国における制度改正や本市における高齢者の実情を踏まえた見直しを行い、継続して地域包括ケアシステムの充実を進めるとともに、持続可能で安定した介護保険事業の推進に向け、基本的な政策目標を定め、具体的に取り組むべき施策を明らかにすることを目的に「鳥羽市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」（以下、「本計画」という）を策定しました。

<地域包括ケアシステム>



地域包括ケアシステムとは・・・
高齢者が住み慣れた地域で重度な要介護状態となっても自分らしい暮らしを続けられるよう、地域の特性に応じて、地域の自主性や主体性によってつくりあげていく社会システム

第2節 鳥羽市における地域共生社会実現に向けて

少子高齢化・人口減少は、経済・社会の存続の危機に直結している国の課題であるとともに、本市においても例外ではありません。かつては2万人を超えていた人口も、2040年には1万人程度まで減少することが見込まれています。人口減少により、様々な地域活動の担い手が不足するとともに、社会資源の減少が課題になってきます。

こうした中で、国では、高齢者、障がいのある方、子どもなど全ての住民が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高めあうことができる「地域共生社会」の実現に向けて、支える側と支えられる側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支えあいながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助けあいながら暮らすことができる仕組みを推進しています。

市民一人ひとりがつながり、“お互いさま”の気持ちで助けあい、支えあうことで、一人ではできないことも、地域みんなの知恵と力を借りれば、できることもあります。本市では、「第3次鳥羽市地域福祉計画（以下、「地域福祉計画」という）」において、「人とひとがつながり 支えあう 温かいまち とば」を基本理念と掲げ、こうした支えあいにより、暮らしやすい、温かいまちを目指しています。

本計画は、「地域福祉計画」に示される「支えあいの仕組み」を高年齢福祉分野としてどのように連携を図りながら具体化していくのかを示し、本市における地域共生社会の実現に向けての取り組みを推進していきます。

<地域共生社会（厚生労働省）>

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人とひと、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会



第3節 第9期計画の方向性（国の基本的な考え方）

（１）介護保険サービス基盤の計画的な整備

- 令和3～5（2021～2023）年度の介護給付等の実績を踏まえ、地域の中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等に基づき、介護サービス基盤の計画的な確保が必要。
- 医療・介護双方のニーズを有する高齢者のサービス需要や在宅医療の整備状況を踏まえ、医療・介護の連携を強化し、医療及び介護の効率的かつ効果的な提供を図ることが重要。
- 各市町村では、地域における中長期的なサービス需要の傾向を把握し、その上で、サービス整備の絶対量、期間を勘案して第9期計画を作成することが重要。
- 居宅要介護者の在宅生活を支えるため地域密着型サービス等のさらなる充実が必要。
- 居宅要介護者のニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービスを組み合わせた新たな複合型サービスの創設を踏まえた整備の検討が必要。
- 居宅要介護者を支えるための在宅療養支援の充実が必要。

⇒人口推計や実績に基づくサービス量の見込みを踏まえ、計画的なサービス確保を図るとともに、在宅サービスの充実や在宅医療の充実に向けた医療介護連携の促進が必要です。

（２）地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 地域共生社会の実現に向けた取組として、地域包括支援センターの体制や環境の整備を図ることに加え、障害者福祉や児童福祉などの他分野との連携を促進していくことが重要。
- 認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会の実現に向け、「共生」と「予防」を両輪として、施策を推進していくことが重要。
- 地域包括ケアシステムを深化・推進するため、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、デジタル基盤を活用した情報の共有・活用等の推進が重要。
- 介護給付適正化や効果的・効率的な事業実施に向けた保険者機能の強化が必要。

⇒地域共生の観点から、関連分野との連携も含め、地域における共生・支援・予防の取組の充実、デジタル基盤を活用した効果的・効率的な事業の推進が求められています。

（３）地域包括ケアシステムを支える介護人材及び介護現場の生産性向上

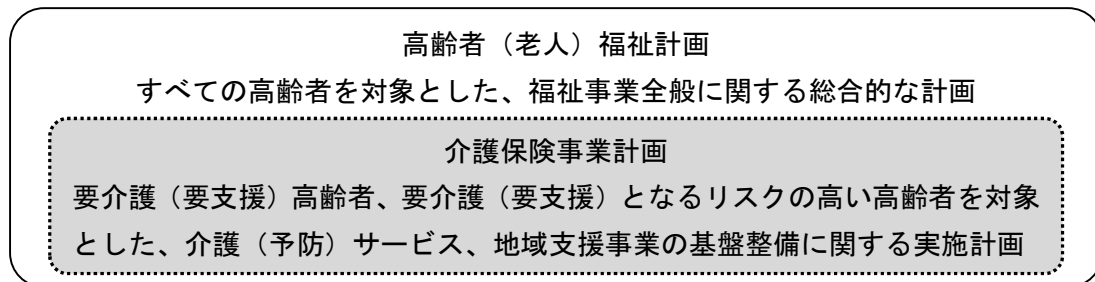
- 介護サービス需要の高まりの一方で生産年齢人口は急速な減少が見込まれており、介護人材の確保が一段と厳しくなることが想定される。
- 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備などの取組を総合的に実施することが必要。
- ICTの導入や適切な支援につなぐワンストップ型窓口の設置など、生産性向上に資する取組を都道府県と連携して推進することが重要。

⇒介護人材の確保に向けた取組を県等と連携して推進していくことが求められています。

第4節 計画の位置づけ

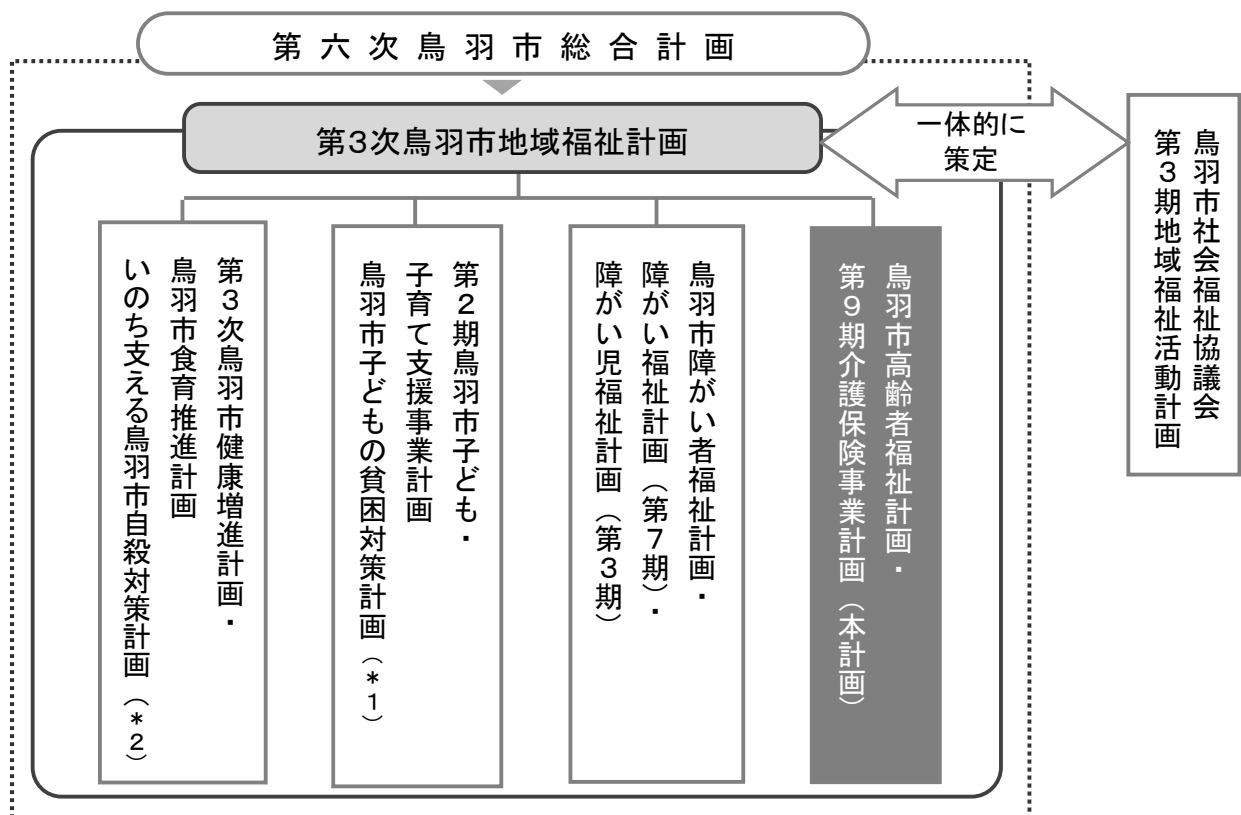
(1) 法の根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8に規定する「老人福祉計画」と介護保険法第117条に基づく「介護保険事業計画」を総合的かつ一体的に策定したものです。



(2) 他の計画との関係

本計画は、「第六次鳥羽市総合計画」、「第3次鳥羽市地域福祉計画」を上位計画とし、高齢者福祉・介護分野の個別計画として、「鳥羽市障がい者福祉計画・障がい福祉計画（第7期）・障がい児福祉計画（第3期）」「第2期鳥羽市子ども・子育て支援事業計画」「鳥羽市子どもの貧困対策計画」「第3次鳥羽市健康増進計画・鳥羽市食育推進計画」「いのち支える鳥羽市自殺対策計画」との整合を図りながら策定したものです。



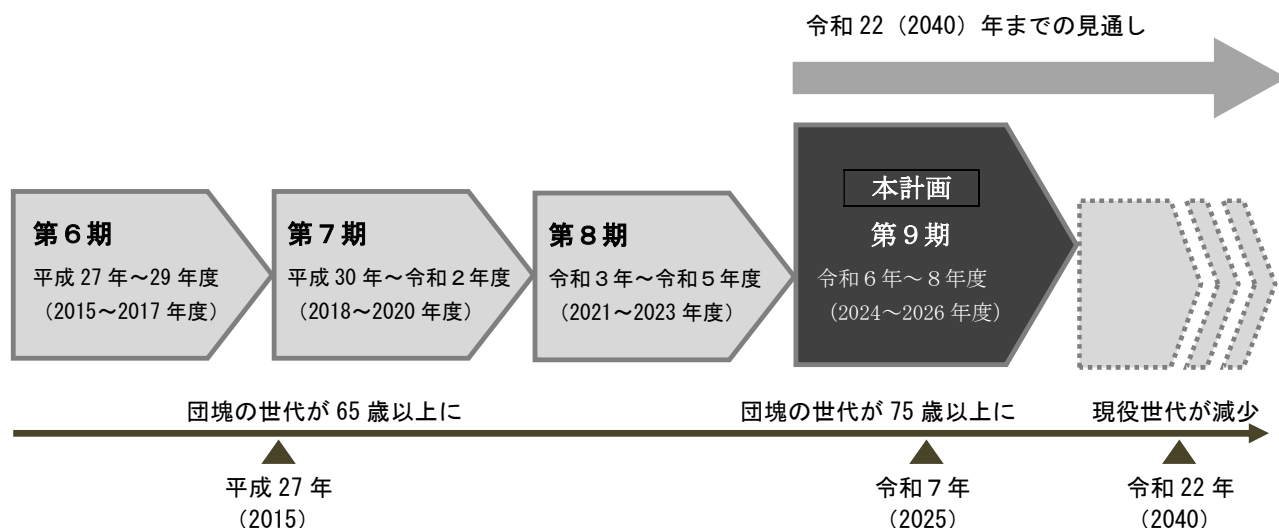
（*1）令和7（2025）年度以降は子ども・子育て支援事業計画と一体的に策定します。

（*2）令和7（2025）年度以降は健康増進計画と一体的に策定します。

※令和6（2024）年度時点の計画期間で掲載しています。

第5節 計画の期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度の3年間とします。本計画期間中にむかえる、団塊の世代の多くが後期高齢者となる令和7（2025）年度にむけての取り組みの充実、さらには現役世代が急減する令和22（2040）年度を中長期的に見据えて策定します。



第6節 策定の手法

(1) アンケートの実施

要介護1～要介護5を除いた65歳以上の高齢者を対象に、高齢者の福祉全般に係る各種サービス提供の充実と介護保険事業の円滑な実施に向けた基礎資料とするため、調査を実施しました。

(2) 高齢者施策推進委員会における検討

市民、有識者、関係機関などで組織された「高齢者施策推進委員会」において、本計画についての意見交換及び審議を行いました。

(3) パブリックコメントの実施

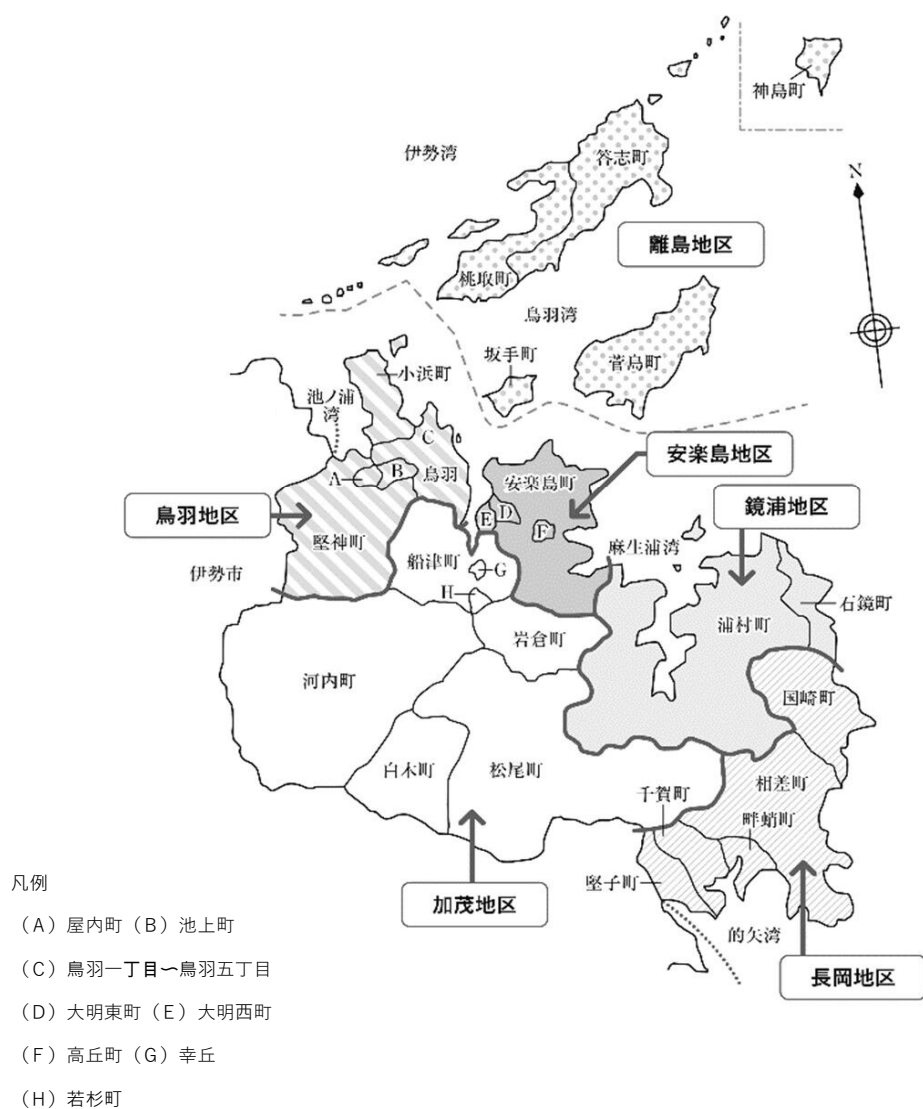
第7節 日常生活圏域の設定

本市の日常生活圏域について、現在の生活や活動状況を勘案し第8期に引き続き、6つの圏域を設定しました。

本土においては、鳥羽地区（鳥羽一丁目～五丁目・小浜・堅神・池上・屋内）、安楽島地区（安楽島・高丘・大明東・大明西）、加茂地区（幸丘・船津・若杉・岩倉・河内・松尾・白木）は、市街地を中心に構成する地区であり、長岡地区（相差・国崎・畔蛸・千賀・堅子）と鏡浦地区（石鏡・浦村）は、漁業が盛んで海岸と山間地を抱えている地区です。この5つの地区に、本市の地理的な特徴でもある離島地区（桃取・答志・菅島・神島・坂手）を加えた日常生活圏域を設定しています。

地区のなかでも、それぞれの町単位などで多様な特色がありますが、本計画については、これまで整備を進めた福祉資源を有効に活用し、高齢者福祉施策の検討を進めていくこととし、この6つの圏域を設定し、施策の展開を図ります。

■鳥羽市の日常生活圏域図





第2章 鳥羽市の高齢者福祉の現状

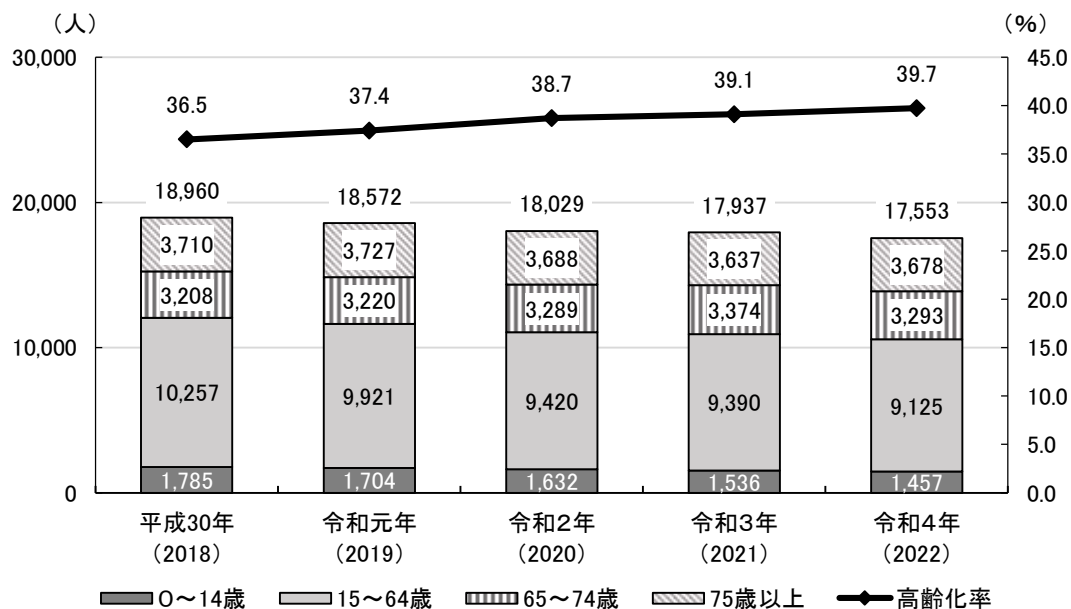
第1節 統計からみる鳥羽市の状況

(1) 総人口及び年齢4区分別人口の推移



本市の総人口は年々減少傾向で推移しており、令和4（2022）年では17,553人となっています。また年齢4区分別人口でみると、0～14歳の年少人口と15～64歳の生産年齢人口は減少傾向となっているのに対して、65歳以上の高齢者人口は増加傾向となっています。また、高齢化率は年々上昇しており、令和4（2022）年では39.7%となっています。

■総人口及び年齢4区分別人口の推移



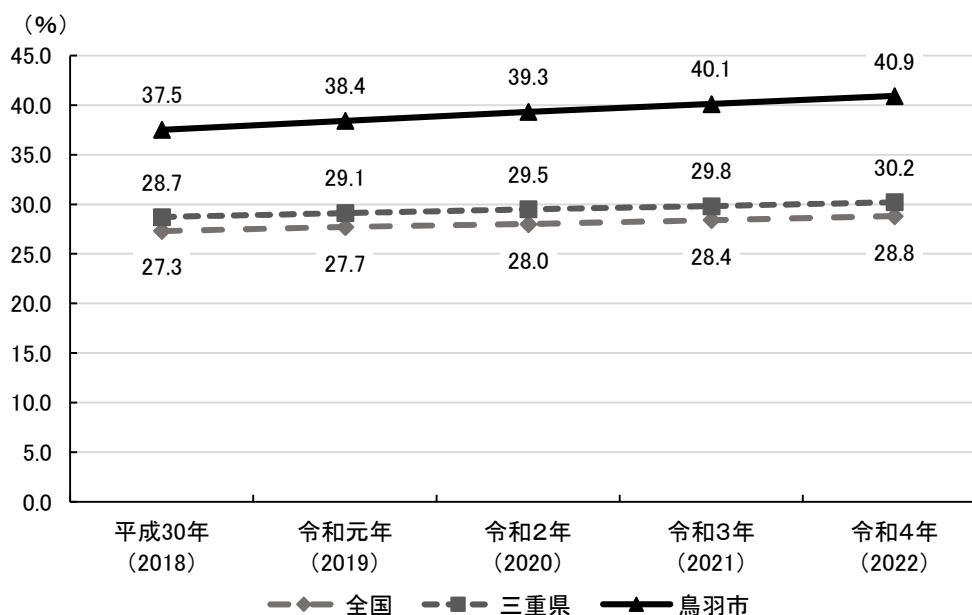
資料：住民基本台帳（各年9月末）



(2) 高齢化率の比較

本市の高齢化率を三重県・全国と比較すると、三重県・全国を大きく上回っており、令和4（2022）年では40.9%となっています。また、後期高齢化率については、令和4（2022）年には三重県・全国と同程度の水準となっています。

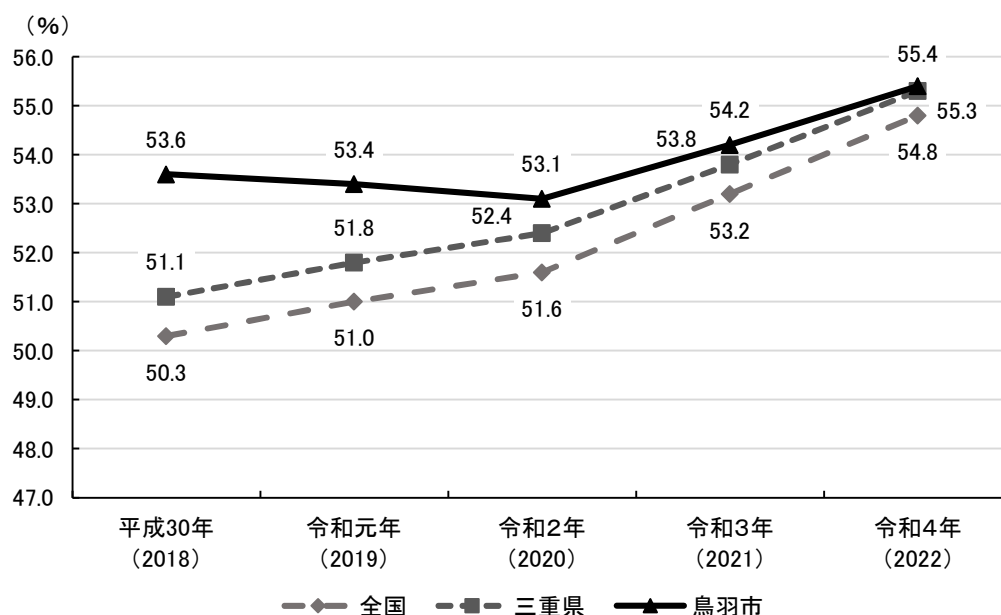
■鳥羽市・三重県・全国の高齢化率の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム（各年3月末）

※調査時期等の違いから、住民基本台帳の人口から算出した高齢化率とは数値が異なる場合があります。

■鳥羽市・三重県・全国の後期高齢化率の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム（各年3月末）

※調査時期等の違いから、住民基本台帳の人口から算出した高齢化率とは数値が異なる場合があります。



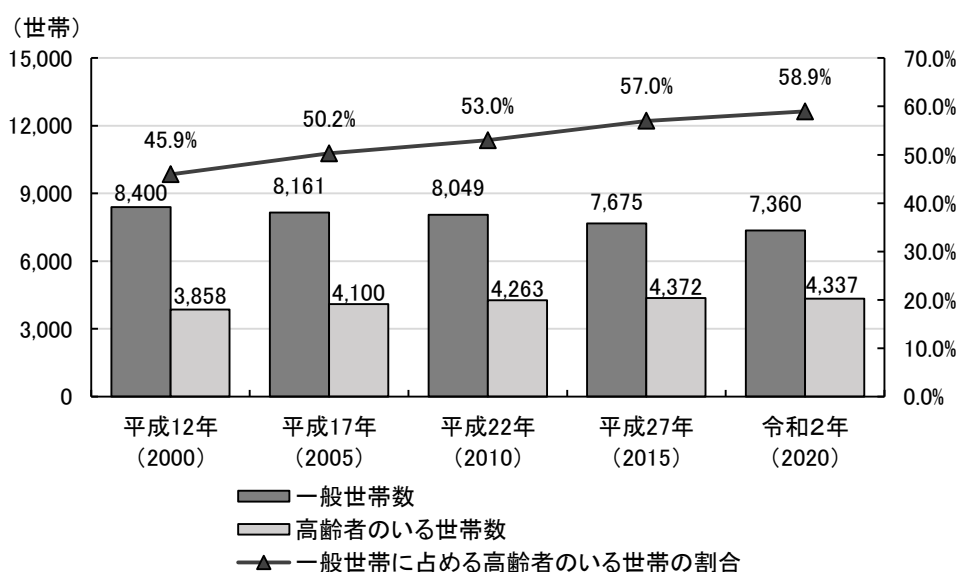
(3) 世帯数の推移

本市の一般世帯数をみると減少傾向で推移しており、令和2（2020）年には7,360世帯となっています。

また、高齢者のいる世帯が一般世帯に占める割合については年々増加しており、令和2（2020）年には58.9%で、約2世帯に1世帯以上が高齢者のいる世帯となっています。

高齢者ひとり暮らし世帯は、令和2（2020）年には1,238世帯で、平成22（2010）年から令和2（2020）年にかけて282世帯増加しています。また、高齢者夫婦のみの世帯も、年々増加しており、令和2（2020）年には1,241世帯となっています。

■世帯数の推移



資料：国勢調査

■高齢者世帯数の内訳

単位（世帯）

区分		平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	三重県	全国
一般世帯数		8,049	7,675	7,360	741,183	55,704,949
高齢者のいる世帯		4,263	4,372	4,337	328,738	22,655,031
	高齢者ひとり暮らし世帯	956	1,137	1,238	88,354	6,716,806
	高齢者のいる世帯に占める割合	22.4%	26.0%	28.5%	26.9%	29.6%
	高齢者夫婦のみの世帯	1,031	1,150	1,241	102,675	6,533,895
	高齢者のいる世帯に占める割合	24.2%	26.3%	28.6%	31.2%	28.8%
	その他の世帯	2,276	2,085	1,858	137,709	9,404,330
	高齢者のいる世帯に占める割合	53.4%	47.7%	42.8%	41.9%	41.5%

資料：国勢調査（三重県、全国は令和2年）

第2節 要支援・要介護認定者の状況

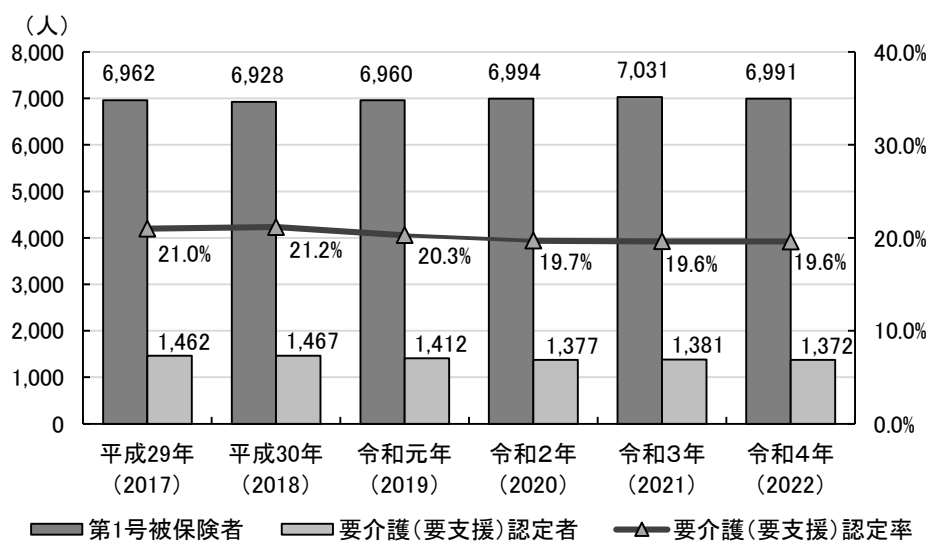


(1) 要支援・要介護認定者、認定率の推移

第1号被保険者数は増加傾向となっています。要支援・要介護認定者数、認定率はともに平成30(2018)年をピークに減少しています。

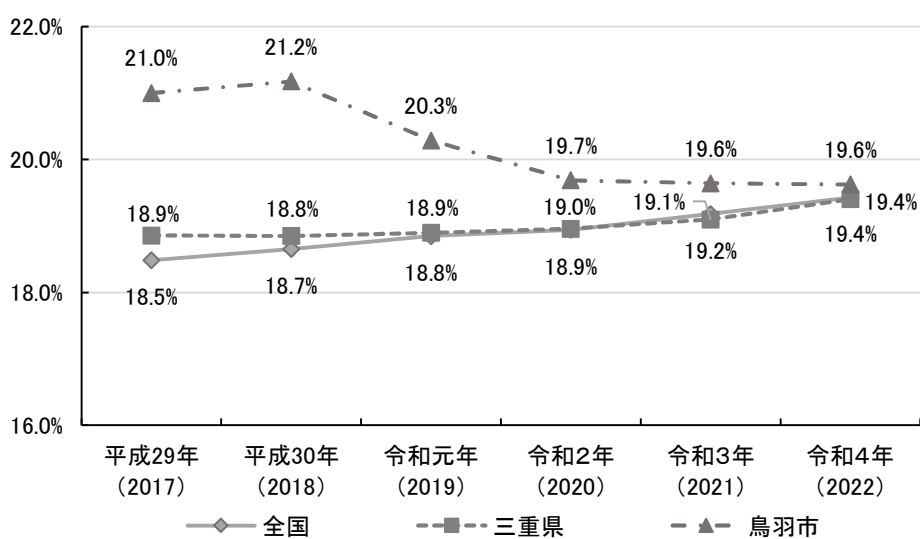
認定率を三重県・全国と比較すると、三重県・全国を上回って推移しています。

■要支援・要介護認定者、認定率の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末）

■鳥羽市・三重県・全国の認定率の比較



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末）

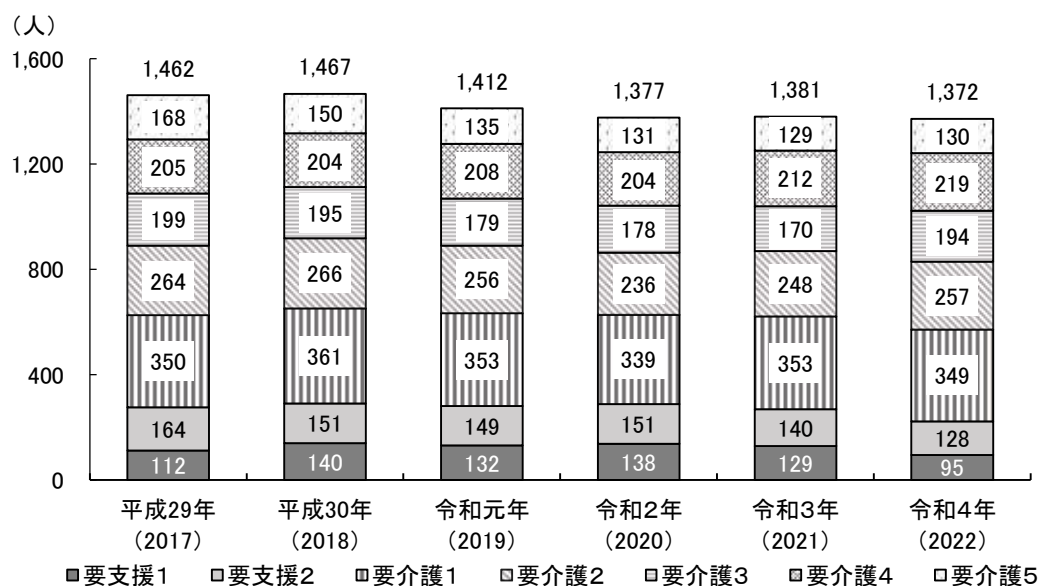


(2) 要支援・要介護度別認定者数の推移

要支援・要介護度別認定者数をみると、増減を繰り返しながら推移しています。平成 29 (2017) 年と令和 4 (2022) 年で比較すると、要介護度別では、要支援 2 が 36 人減少し、要介護 5 が 38 人減少しています。

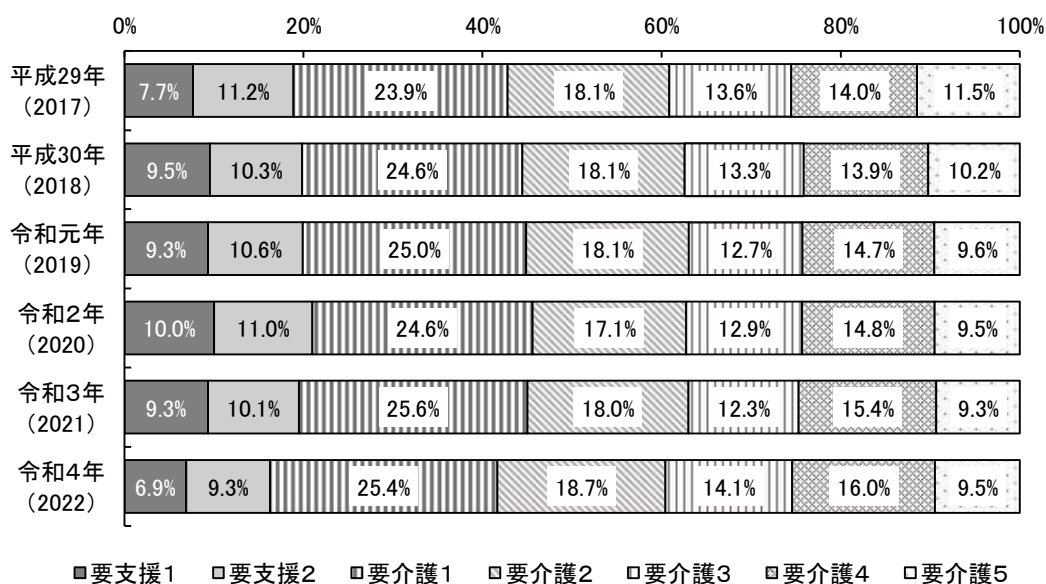
要支援・要介護度別認定者数の構成比をみると、平成 29 (2017) 年と令和 4 (2022) 年で比較すると、要介護 4 が 2.0 ポイント増加しています。

■要支援・要介護度別認定者数の推移 (40～64 歳の要支援・要介護認定者を含む)



資料：介護保険事業状況報告（各年 9 月末）

■要支援・要介護度別認定者数の構成比



資料：介護保険事業状況報告（各年 9 月末）

第3節 将来推計



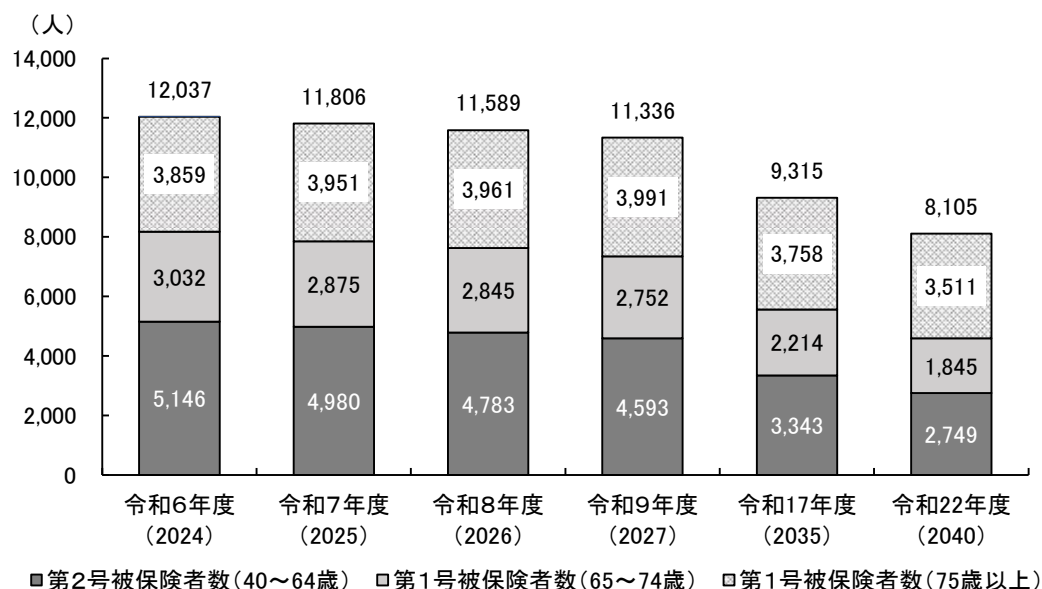
(1) 被保険者数の推計

被保険者数の推計を見ると、第1号被保険者数のうち65歳～74歳では令和6（2024）年度以降減少し、団塊の世代が後期高齢者となる令和7（2025）年度には2,875人、現役世代が急減する令和22（2040）年度には1,845人になると予測されています。

75歳以上では、令和6（2024）年度以降増加し、令和9（2027）年度には3,991人となっていますが、令和22（2040）年度には3,511人になると予測されています。

また、第2号被保険者数は年々減少し、令和6（2024）年度には5,146人、令和7（2025）年度には4,980人、令和22（2040）年度には2,749人になると予測されています。

■被保険者数の推計



資料：住民基本台帳（コーホート変化率法※を用いて将来推計を実施しました）

※コーホート変化率法：同時期に産まれた集団（コーホート）の一定期間における人口の変化率が将来にわたって維持されると仮定して、将来人口を推計するもので、人口推計の最も一般的な手法の1つ。

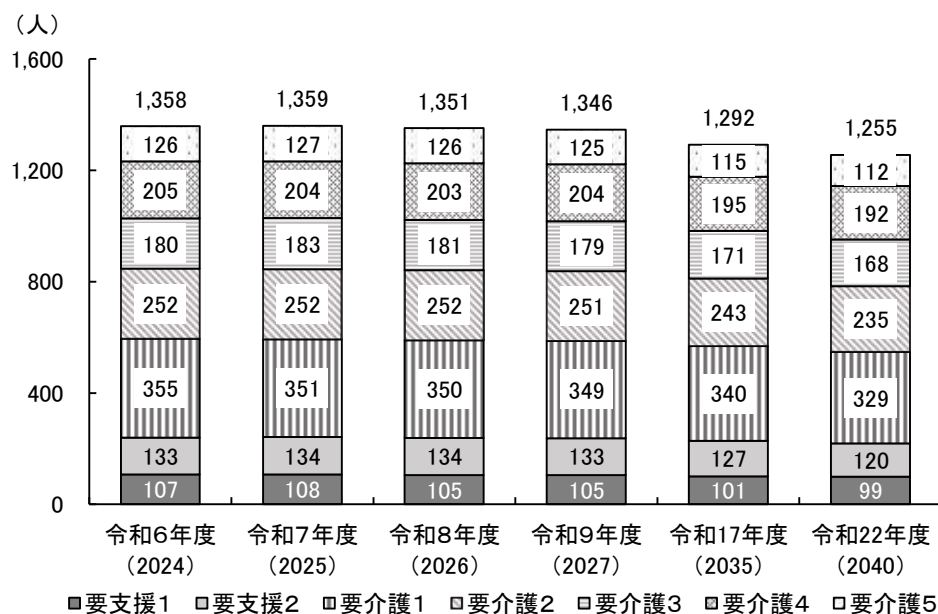


(2) 要支援・要介護度別認定者数の推計

要支援・要介護度別認定者数の推計をみると、令和7（2025）年度以降は減少傾向となり、令和17年（2035）年度で1,292人、令和22（2040）年度で1,255人になると予測されています。

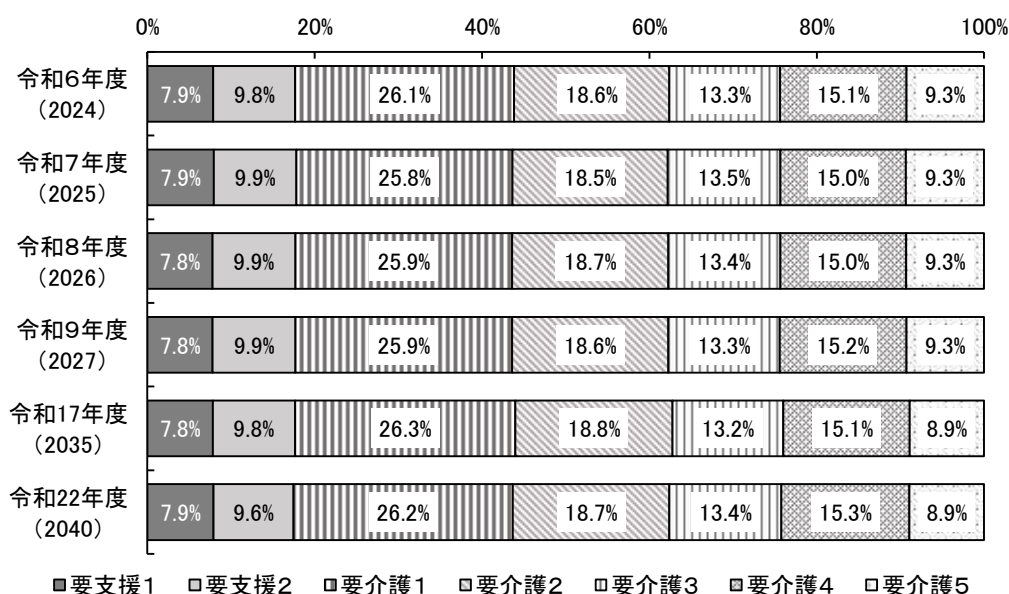
要支援・要介護度別認定者数構成比の推計をみると、令和6（2024）年度と令和22（2040）年度で比較すると要介護度別では、要支援2、要介護5は微減するものの、その他の要支援・要介護度では横ばいか微増すると予測されています。

■要支援・要介護度別認定者数の推計



※介護保険事業状況報告（令和5（2023）年3月末時点）を使用し、将来推計を実施しました。

■要支援・要介護度別認定者数構成比の推計



※介護保険事業状況報告（令和5（2023）年3月末時点）を使用し、将来推計を実施しました。

第4節 アンケート調査結果からみる現状



(1) アンケート調査実施概要

■調査の目的

令和6（2024）年度からの次期「高齢者福祉計画」および「介護保険事業計画」の策定に当たり、高齢者の福祉全般にかかる各種サービス提供の充実と介護保険事業の円滑な実施のための基本資料とするため調査を実施しました。

■調査設計

- ・調査対象者： 市内に住民登録がある、要介護1～要介護5を除いた65歳以上の高齢者（無作為抽出）
- ・調査時期： 令和5（2023）年1月10日～2月24日
- ・調査方法： 調査票による本人記入方式（本人の記入が困難な場合代筆可）
郵送配布・郵送回収

■回収結果

調査対象者 （配布数）	有効回収数	有効回収率
2,000	1,069	53.5%

※本アンケート調査結果において記載している「地区」は、本市の日常生活圏域の地区に基づいています。

※鳥羽市全体、生活圏域クロスグラフでは、市全体の回答者数（N）には地区が不明・無回答の者が含まれるため、生活圏域の回答者数（N）を足し上げた数値と一致しません。

※各結果における設問番号は、アンケート調査時における設問番号になっています。

(2) アンケート調査結果

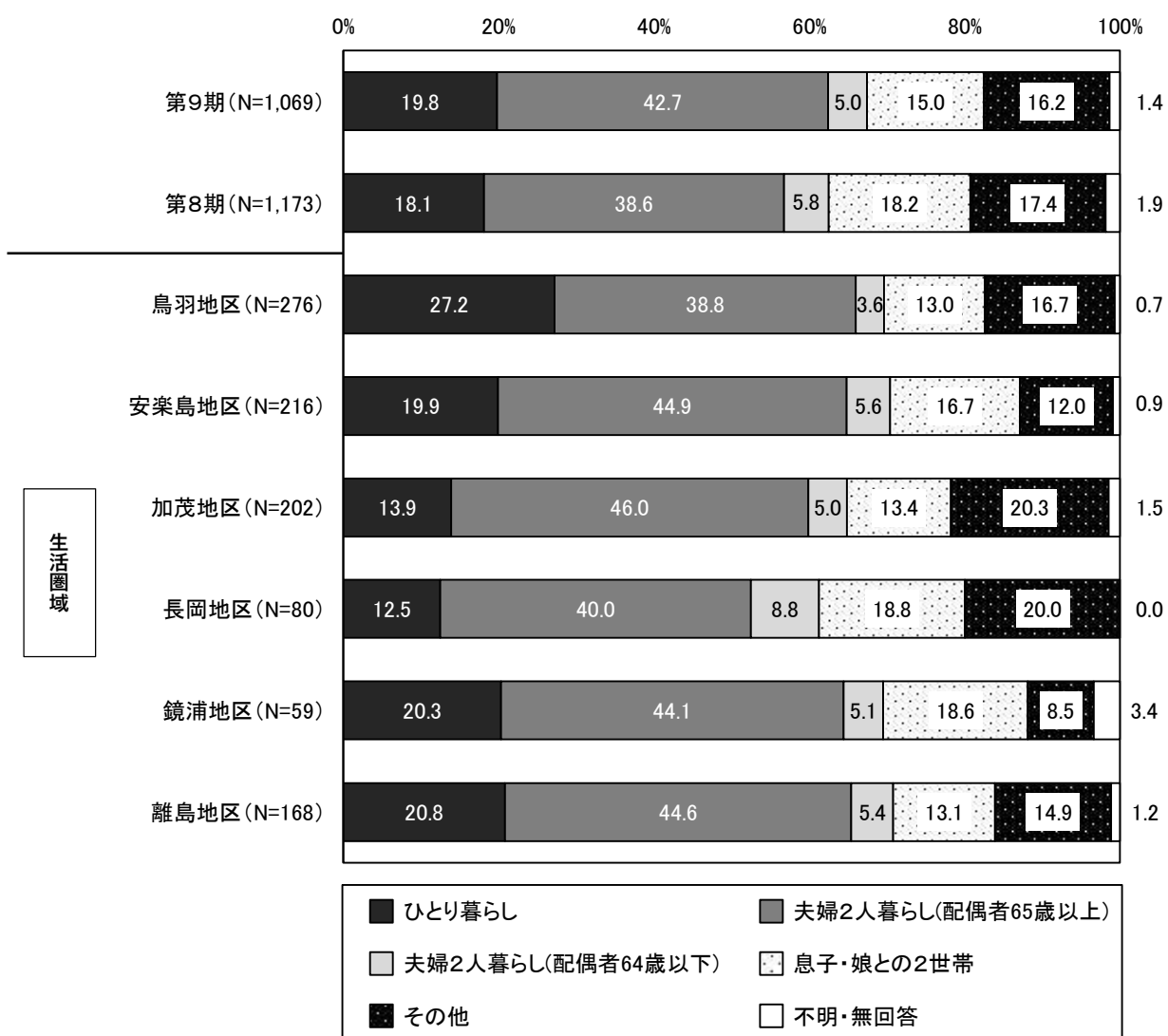


1. 日常生活について

① 家族構成（問1 単数回答）

回答者の家族構成については、全体では「ひとり暮らし」「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」「夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）」を合わせた『高齢者世帯』が60%強と高く、第8期計画策定時の調査結果と比較した場合において、増加傾向となっています。

生活圏域でみた場合、《鳥羽地区》において「ひとり暮らし」が他の生活圏域と比べて若干高くなっています。

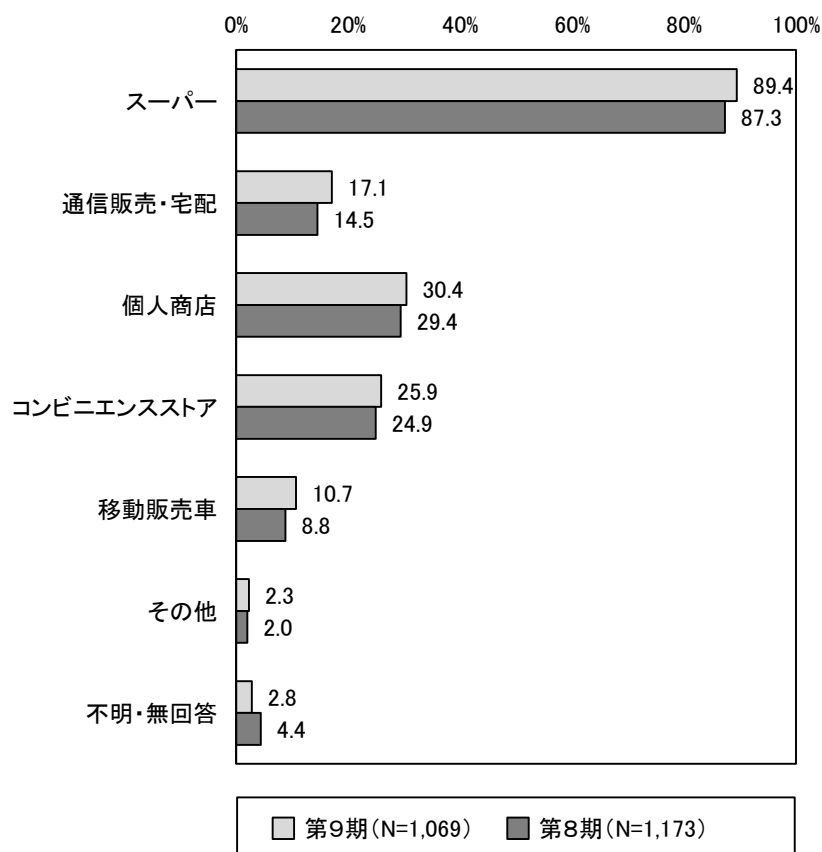


② 食品・日用品の購入先（問 20 複数回答）

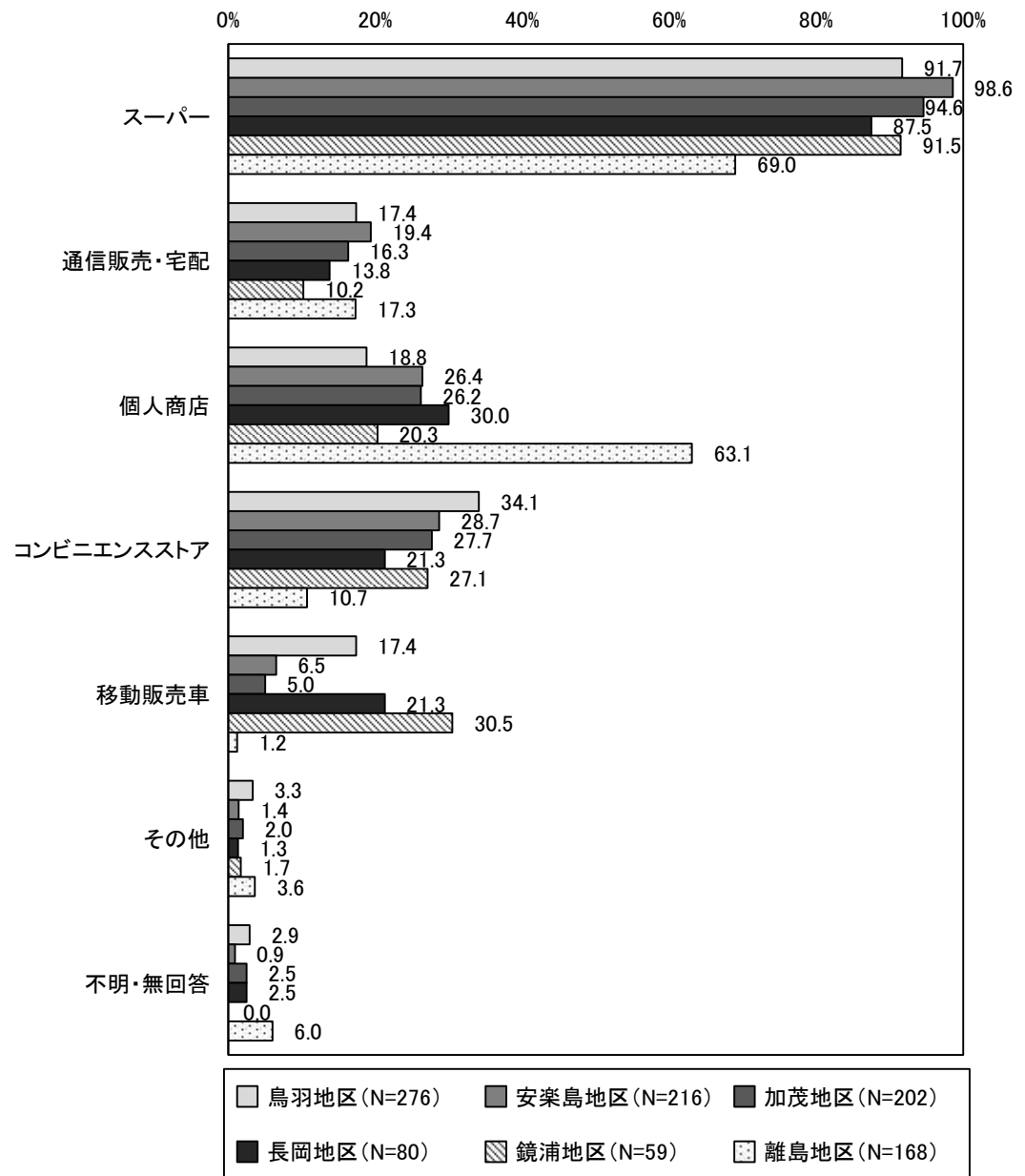
日常の買い物の購入先については、全体では「スーパー」が 89.4%と最も高く、次いで「個人商店」が 30.4%となっています。

第 8 期計画策定時の調査結果と比較した場合、すべての項目で増加しており、特に「通信販売・宅配」が最も上昇しています。

生活圏域で比較した場合、《離島地区》では他の地区と比べて「スーパー」が 69.0%と低く、「個人商店」が 63.1%と高くなっています。



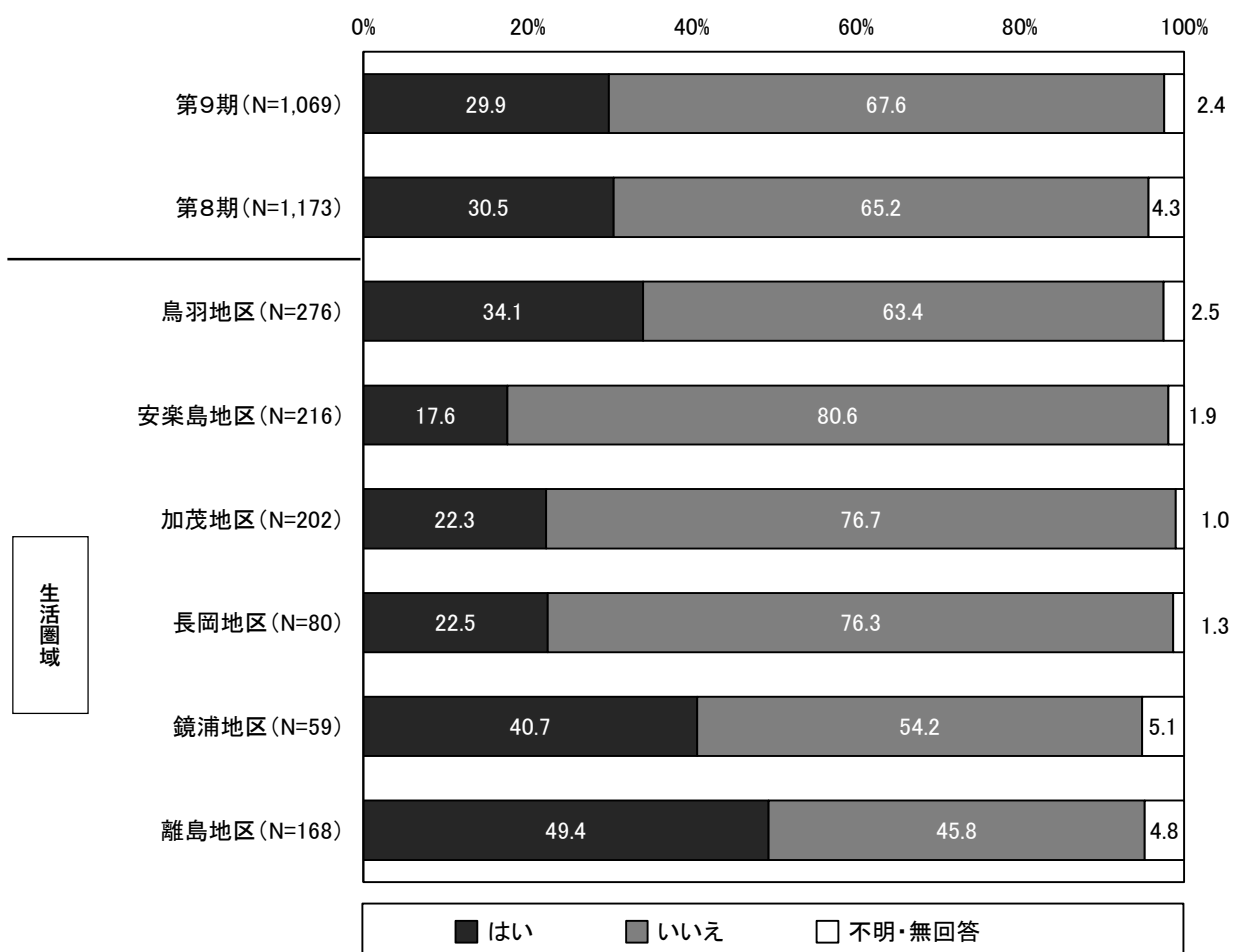
【地区別クロス】



③ 食品・日用品の買い物に不便を感じること（問 21 単数回答）

「食品・日用品の買い物に不便を感じるか」は、29.9%が不便を感じると答え、第8期計画策定時の調査結果よりわずかに不便を感じている割合が減少しています。

生活圏域でみた場合、《鏡浦地区》《離島地区》において「はい（不便を感じる）」の割合が他の地区と比べて高くなっています。

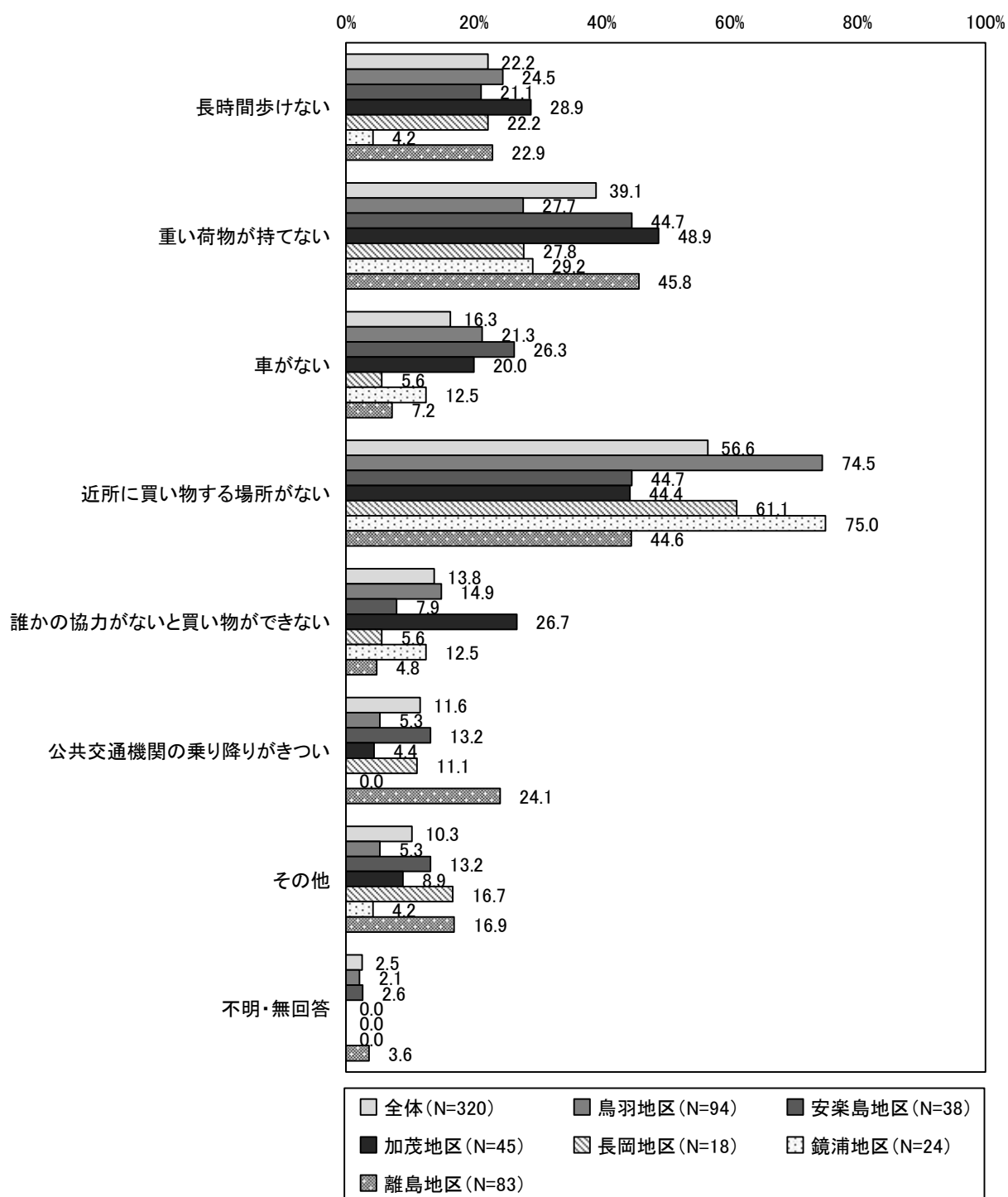


④ 食品・日用品の買い物で困っていること（問 22 複数回答）

食品・日用品の買い物に不便を感じることで「はい」と回答したかたのみ

日常の買い物における困りごとについては、全体では「近所に買い物する場所がない」が 56.6%で最も高く、次いで「重い荷物が持てない」が 39.1%、「長時間歩けない」が 22.2%となっています。

生活圏域でみた場合、「近所に買い物する場所がない」について、《鏡浦地区》が 75.0%、次いで《鳥羽地区》が 74.5%と高くなっています。

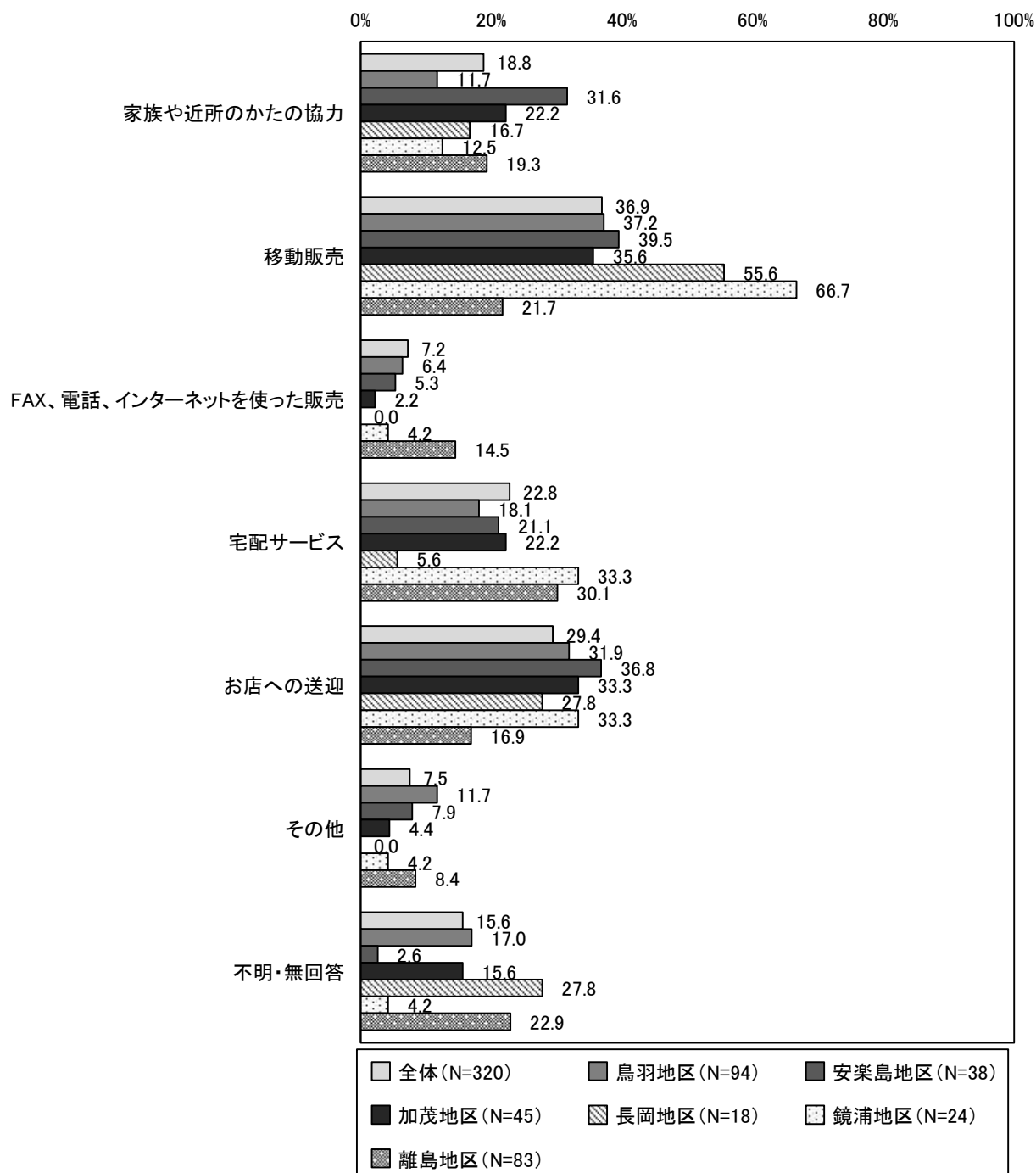


⑤ 買い物環境の改善に望むもの（問 23 複数回答）

食品・日用品の買い物に不便を感じることで「はい」と回答したかたのみ

買い物環境の改善に望むものについては、全体では「移動販売」が 36.9%で最も高く、次いで「お店への送迎」が 29.4%、「宅配サービス」が 22.8%となっています。

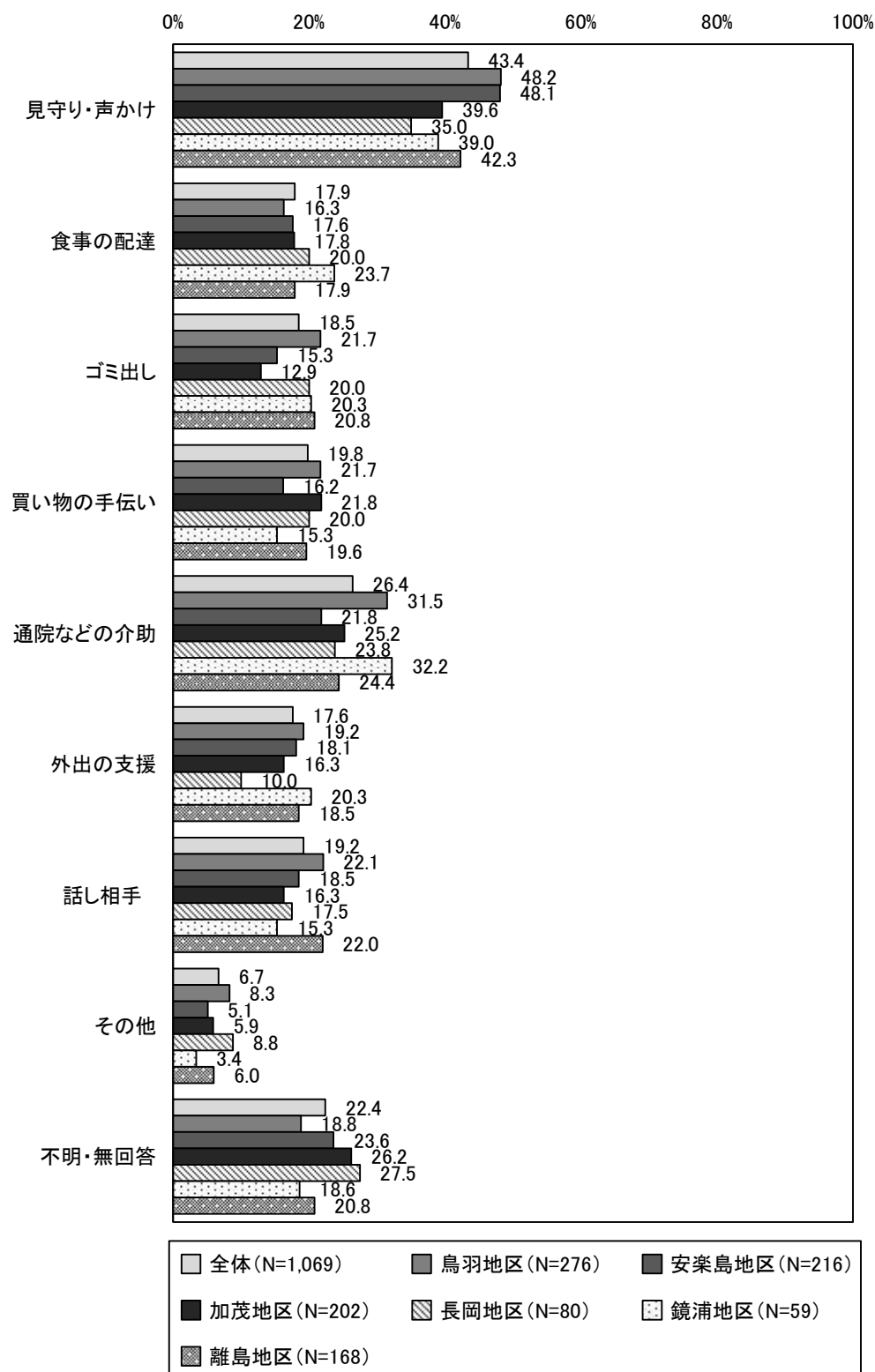
生活圏域でみた場合、「移動販売」について、《鏡浦地区》が 66.7%、次いで《長岡地区》が 55.6%、《安楽島地区》が 39.5%と高くなっています。



⑥ どのような手助けがあればよいか（問 27 複数回答）

地区にあればよいと考える手助けについては、全体では「見守り・声かけ」が43.4%で最も高く、次いで「通院などの介助」が26.4%、「買い物の手伝い」が19.8%となっています。

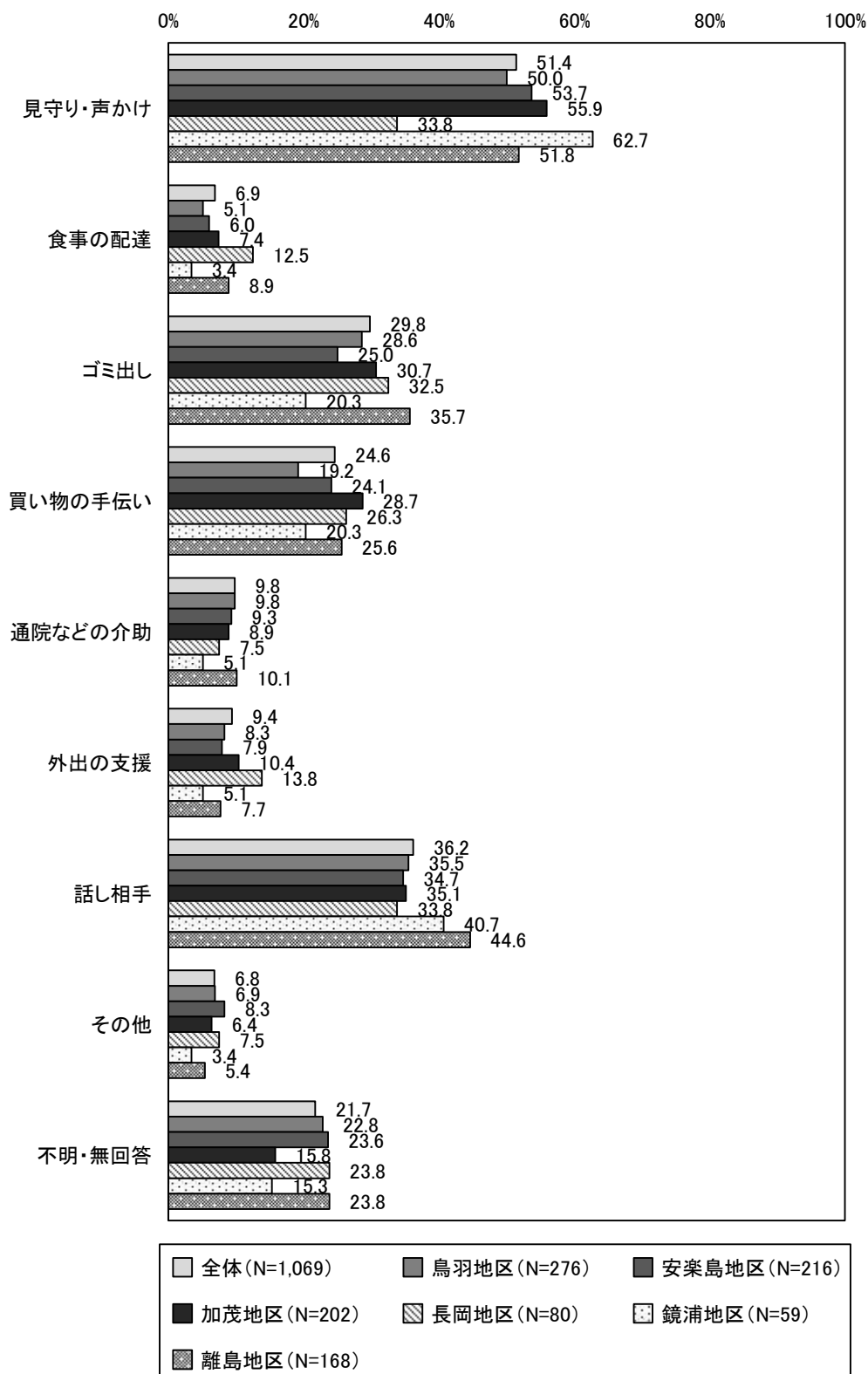
生活圏域でみた場合、《鏡浦地区》において「食事の配達」、「通院などの介助」、「外出の支援」が他の地区と比べて高くなっています。



⑦ どのような手助けができるか（問 28 複数回答）

地区においてあなたができる手助けについては、全体では「見守り・声かけ」が 51.4%、「話し相手」が 36.2%、「ゴミ出し」が 29.8%と高く、「通院などの介助」が 9.8%、「外出の支援」が 9.4%、「食事の配達」が 6.9%と低くなっています。

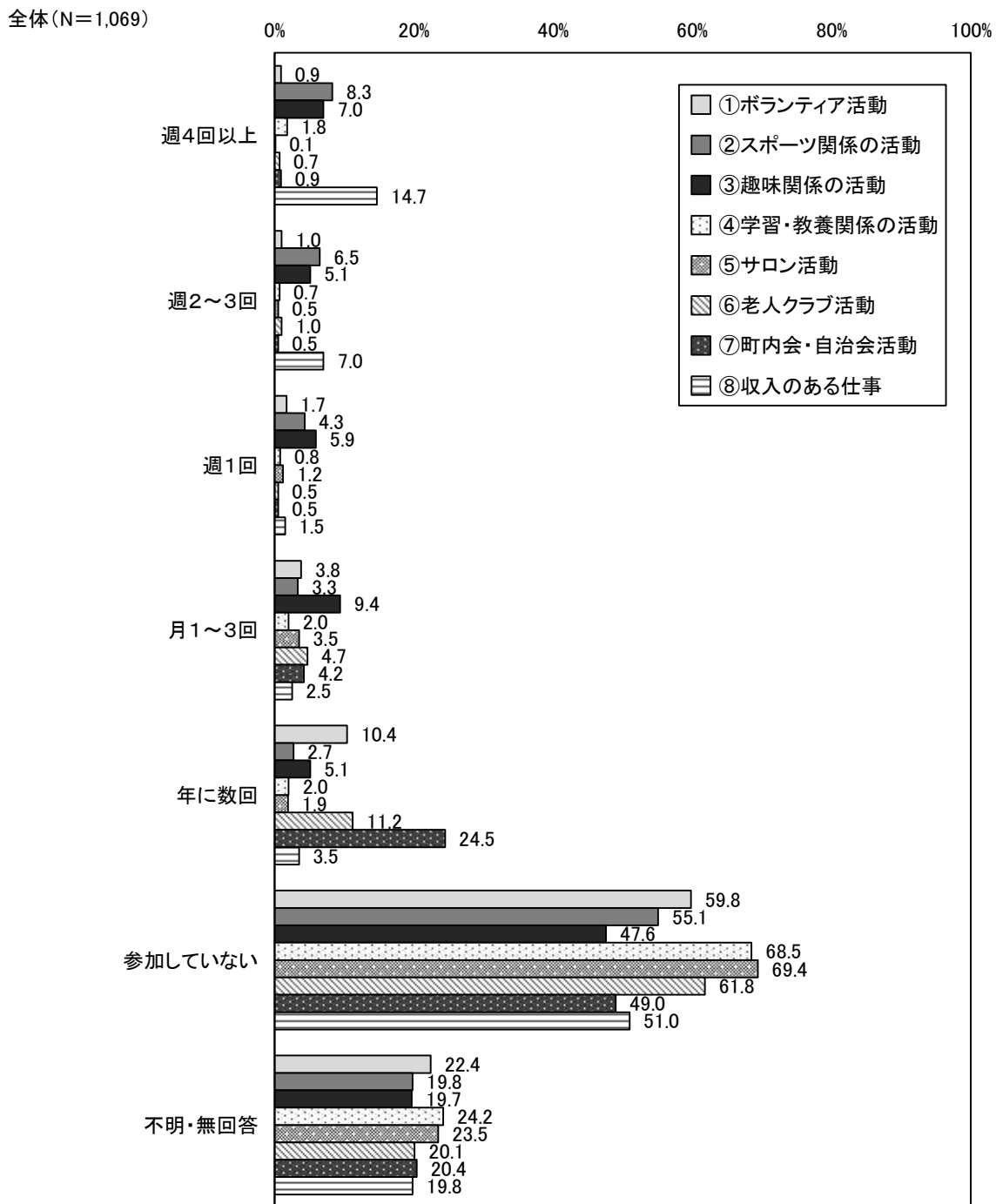
生活圏域でみた場合、《鏡浦地区》において「見守り・声かけ」が他の地区と比べて高くなっています。



2. 地域活動について

① 地域活動への参加頻度（問 29 単数回答）

地域での活動への参加頻度については、全体では、どの活動においても「参加していない」が最も高くなっています。活動別で参加頻度をみた場合、『②スポーツ関係の活動』『⑧収入のある仕事』では「週4回以上」、『③趣味関係の活動』では「月1～3回」、『①ボランティア活動』『⑥老人クラブ活動』『⑦町内会・自治会活動』では「年に数回」がそれぞれ高くなっています。

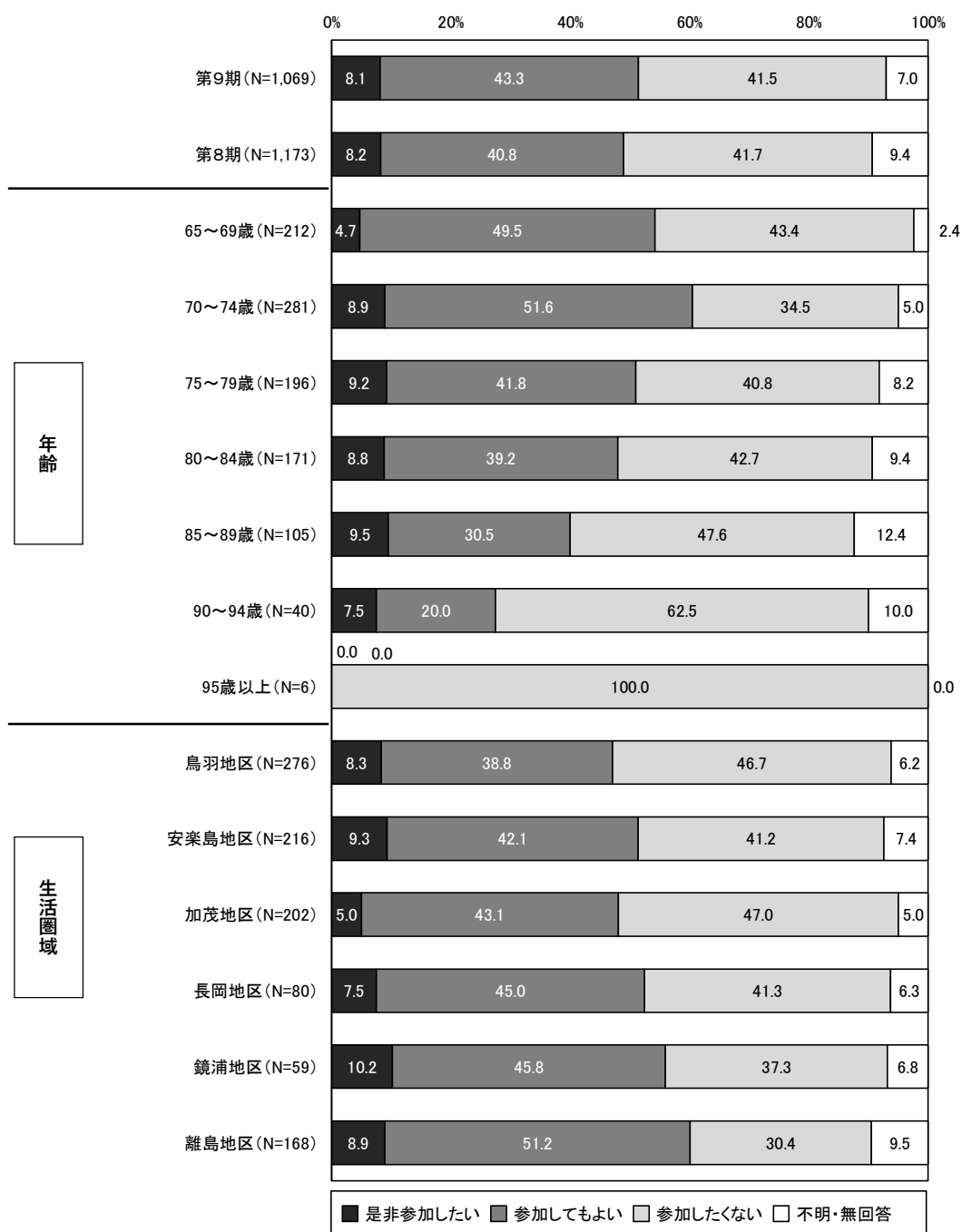


② 地域住民の有志によるグループ活動への参加者としての参加意向（問 30 単数回答）

地域での活動への参加意向については、全体では「是非参加したい」「参加してもよい」を合わせると約半数のかたが『参加してもよい』と回答しています。

年齢別でみた場合、年齢が上がるにつれて「是非参加したい」「参加してもよい」の割合が減少しています。

生活圏域でみた場合、《離島地区》において「是非参加したい」「参加してもよい」が他の地区と比べて若干高くなっています。

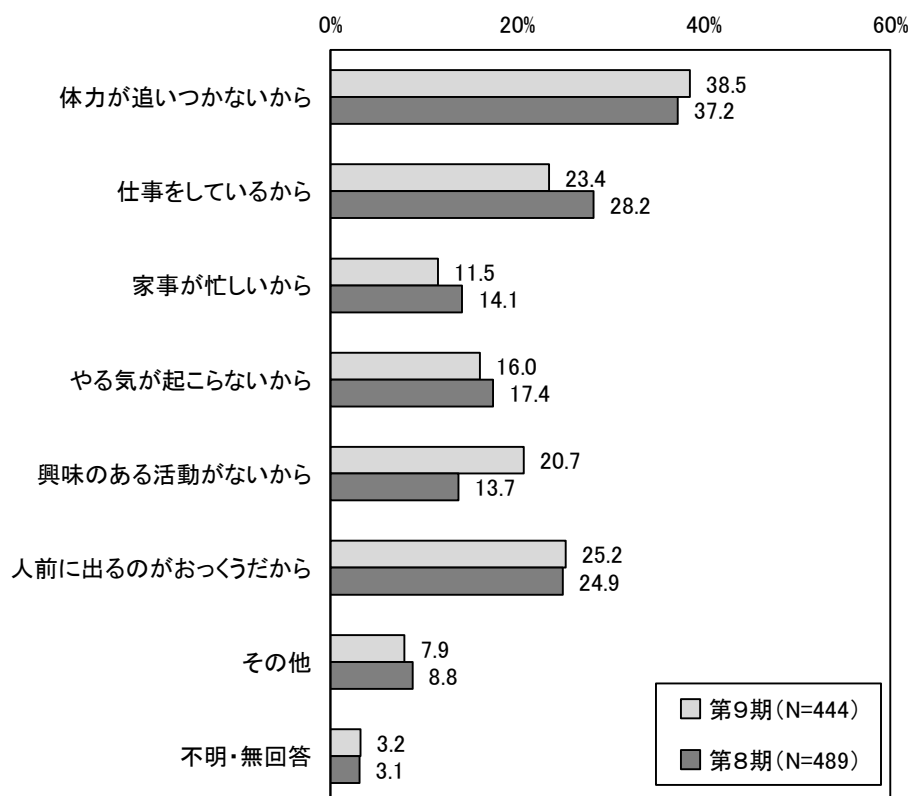


③ 参加したくない理由（問 31 複数回答）

グループ活動への参加者として「参加したくない」と回答したかたのみ

地域での活動に参加したくない理由については、全体では「体力が追いつかないから」が38.5%で最も高く、次いで「人前が出るのがおっくうだから」が25.2%、「仕事をしているから」が23.4%となっています。

第8期計画策定時の調査結果と比較した場合、「体力が追いつかないから」「興味のある活動がないから」「人前が出るのがおっくうだから」が増加し、「仕事をしているから」「家事が忙しいから」「やる気が起こらないから」は減少しています。

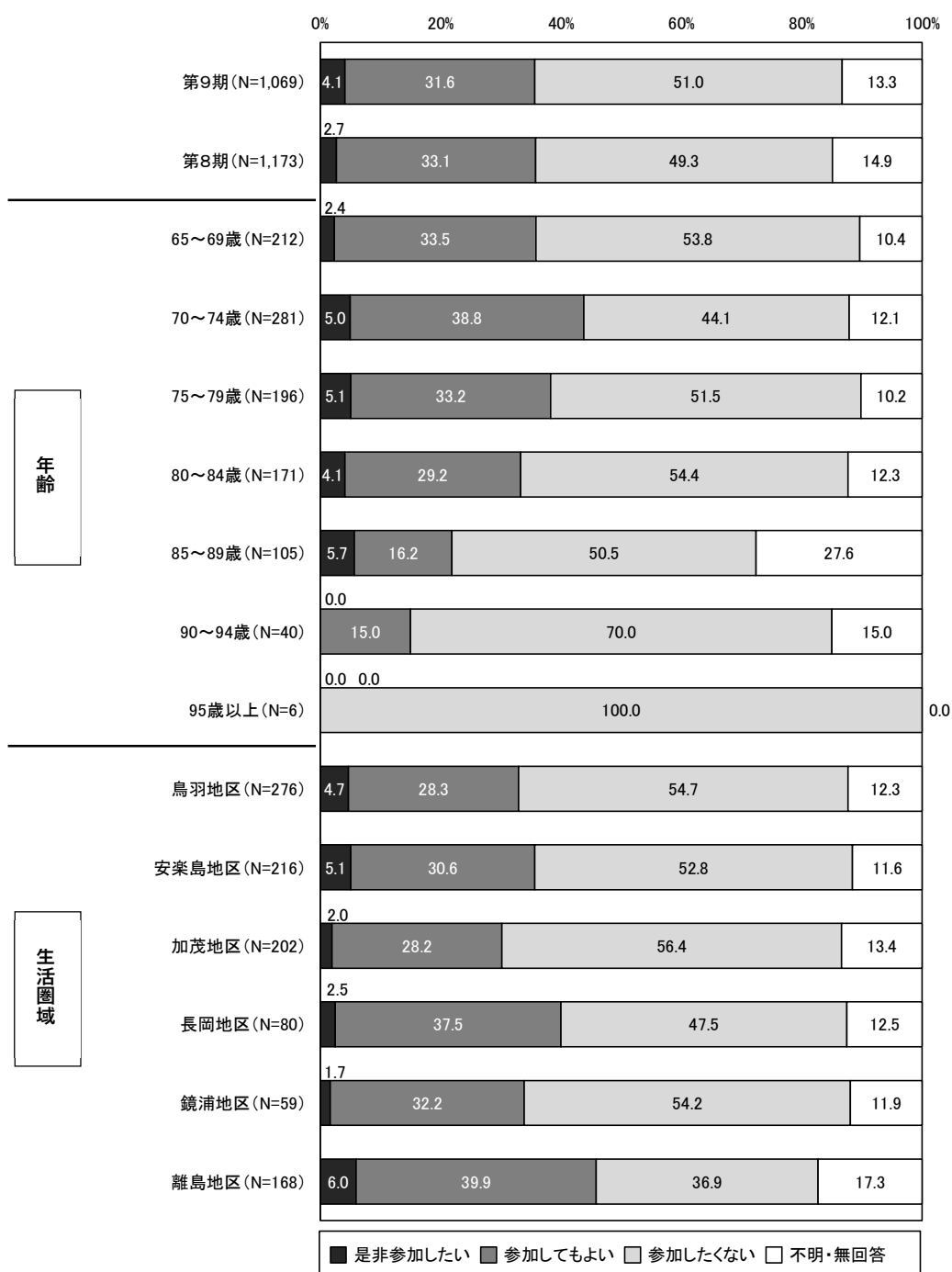


④ 地域住民の有志によるグループ活動への企画・運営としての参加意向（問 32 単数回答）

地域での活動における企画・運営としての参加意向については、全体では「是非参加したい」「参加してもよい」を合わせると、第9期計画・第8期計画の調査結果とも全体の3分の1程度のかたが『参加してもよい』と回答しています。

年齢別でみた場合、年齢が上がるにつれて「参加したくない」が徐々に上昇しています。

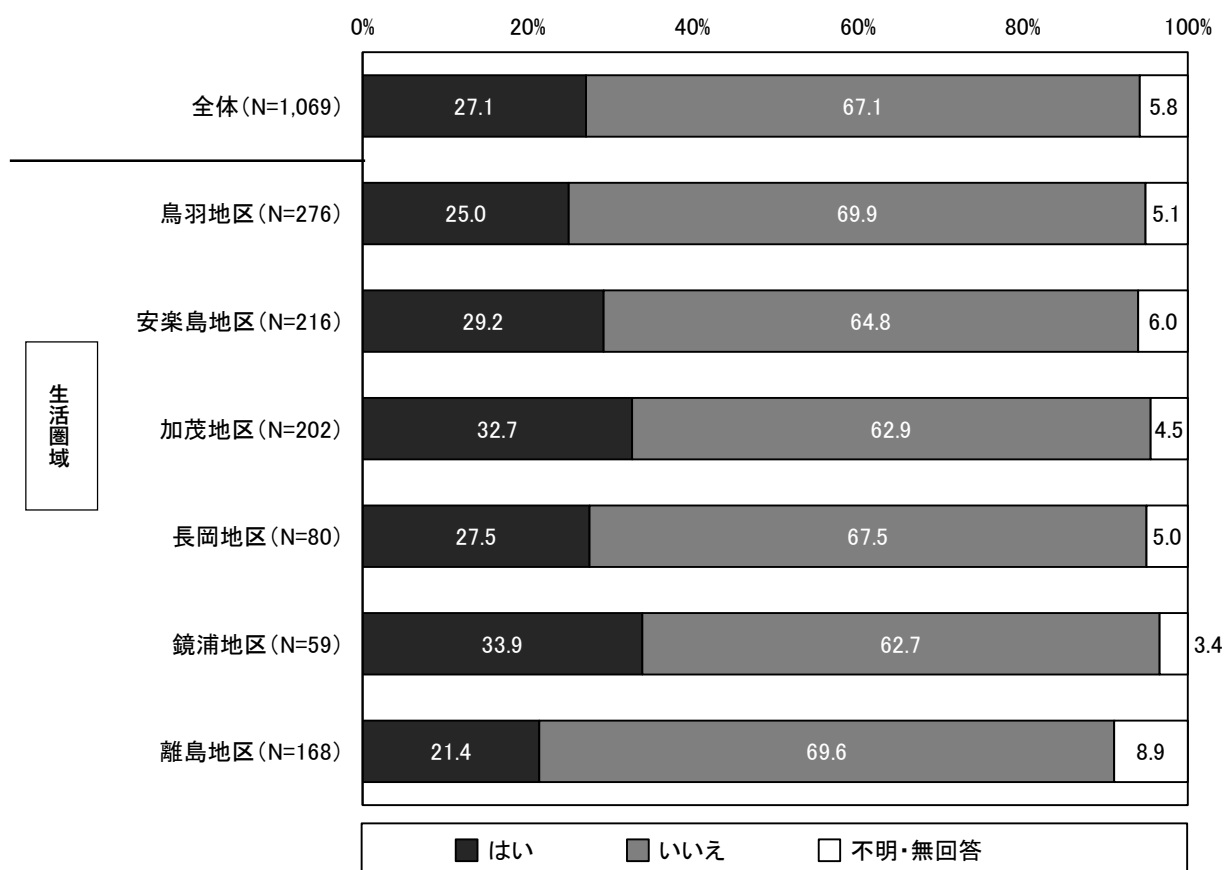
生活圏域でみた場合、《離島地区》において「是非参加したい」「参加してもよい」が他の地区と比べて若干高くなっています。



3. 健康について

① 10年後も今と同じくらい歩いたり、外出したりできるか（問 39 単数回答）

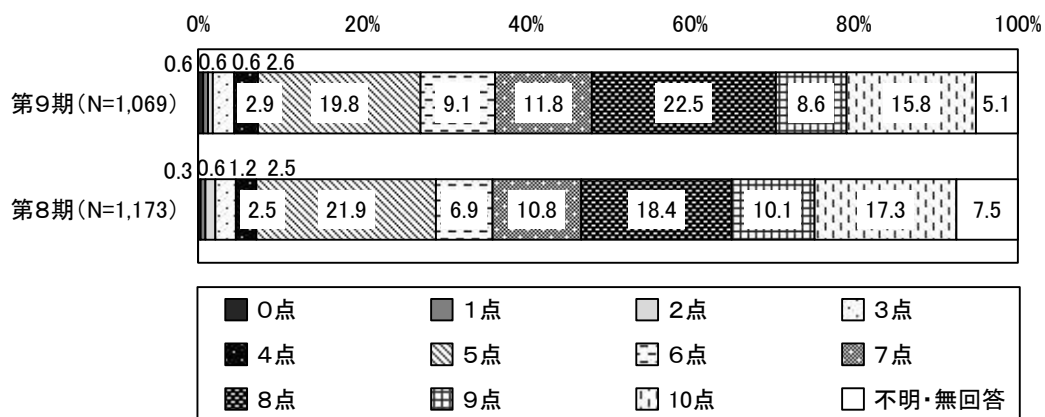
回答者の10年後における歩行や外出などの可否については、「10年後も今と同じくらい歩いたり、外出したりできない」と感じているかたが67.1%となっています。生活圏域でみた場合、「10年後も今と同じくらい歩いたり、外出したりできない」と感じているかたが《鳥羽地区》で69.9%、《離島地区》で69.6%の順で高くなっています。



② 主観的幸福状態（問 41 単数回答）

回答者の主観的幸福状態については、全体では「8点」が22.5%で最も高く、次いで「5点」が19.8%、「10点」が15.8%となっています。なお、全体の平均点は7.1点となっています。

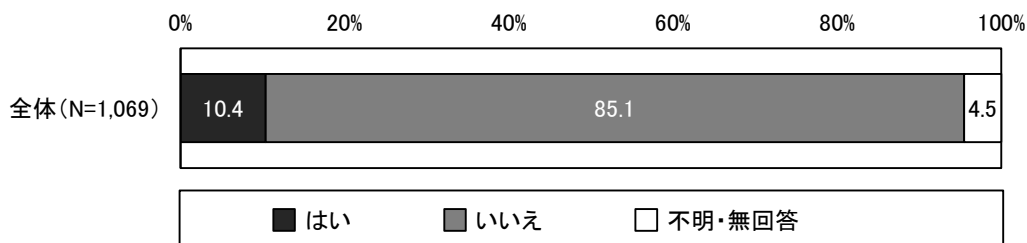
第8期計画策定時の調査結果と比較した場合、「6点」～「10点」の合計が増加しており、幸福状態の方が増加傾向となっています。



4. もの忘れ・認知症について

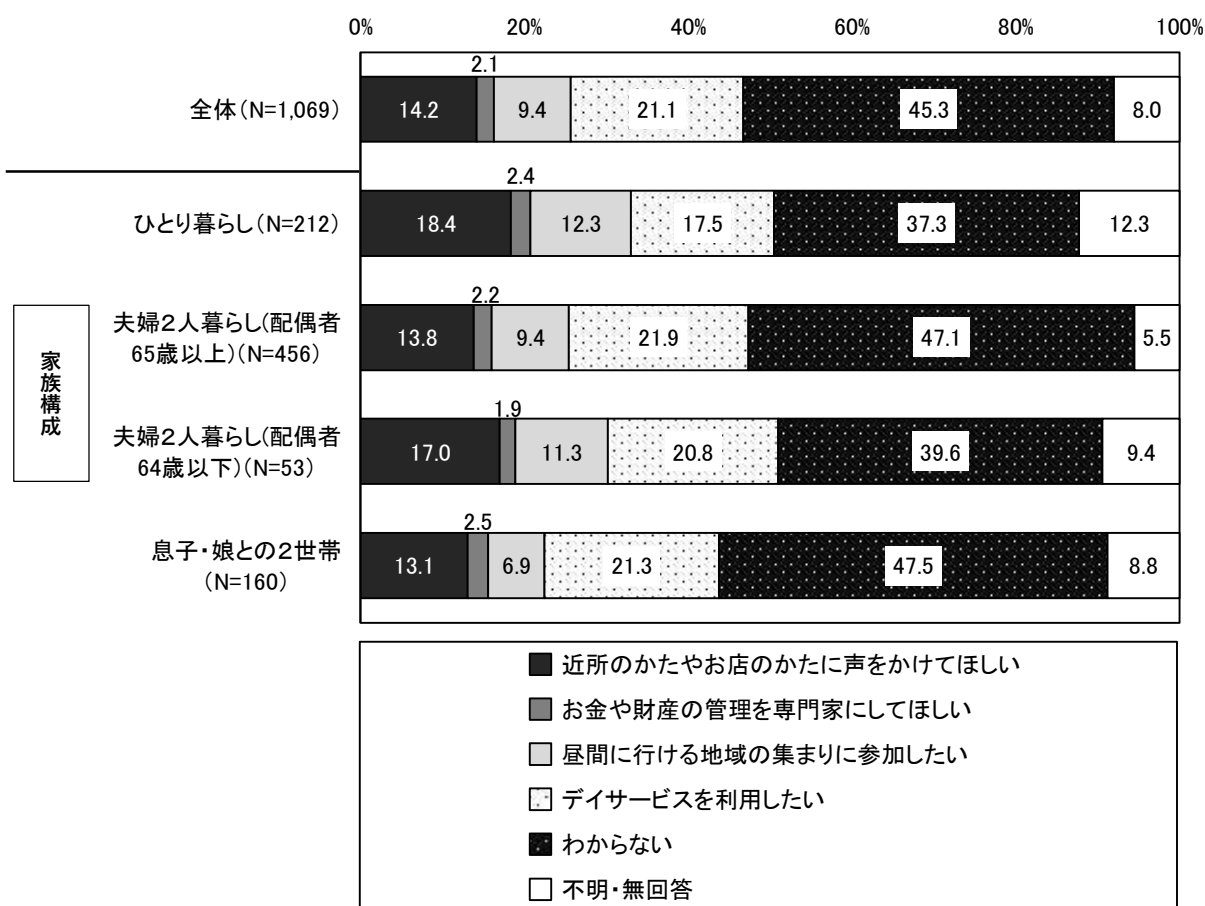
① 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状があるかたがいるか（問 47 単数回答）

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状があるかたの有無については、全体では「はい」が 10.4%、「いいえ」が 85.1%となっています。



② もの忘れが進行したとき、どのような介護や援助を受けたいか（問 49 単数回答）

もの忘れが進行した際、受けたい介護や援助については、全体では「わからない」が 45.3%で最も高く、次いで「デイサービスを利用したい」が 21.1%となっています。家族構成でみた場合、《ひとり暮らし》において「近所のかたやお店のかたに声をかけてほしい」が他の家族構成と比べて高くなっています。

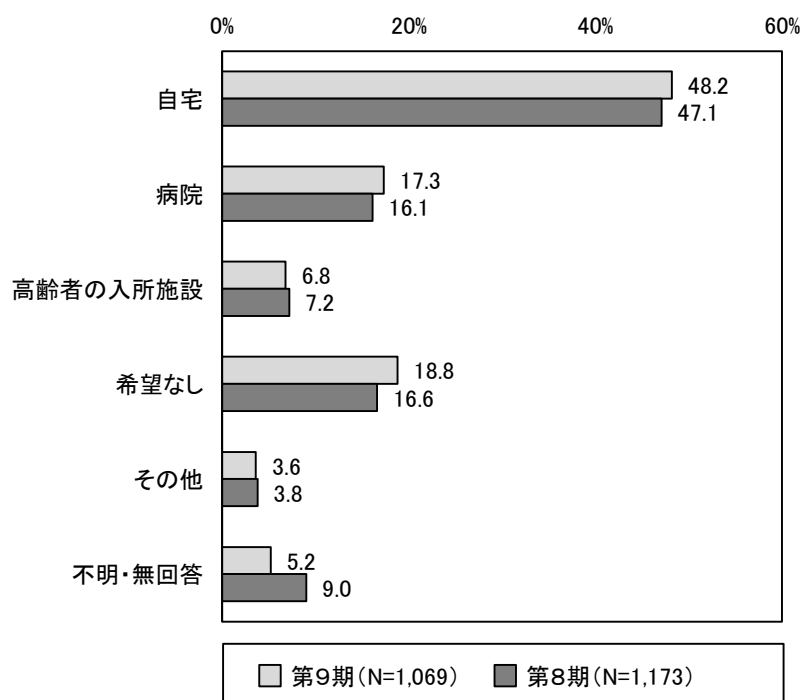


5. 在宅医療について

① 最期を迎える場合、どこで看取られることを希望するか（問 52 単数回答）

看取られる場所については、全体では「自宅」が48.2%で最も高く、次いで「希望なし」が18.8%、「病院」が17.3%となっています。

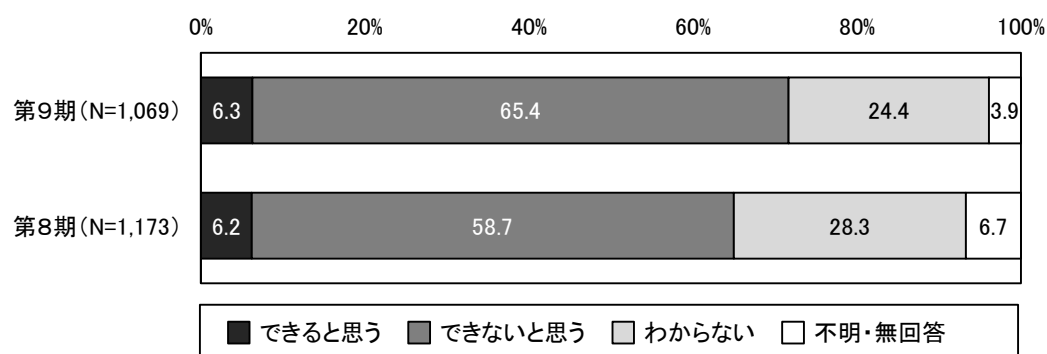
第8期計画策定時の調査結果と比較した場合、「希望なし」が最も増加しています。



② 介護を必要とし、さらに治る見込みのない病気になった場合、自宅で最期まで療養することができると思うか（問 53 単数回答）

要介護かつ不治の病になった際、最期まで自宅で療養することの可否については、全体では「できると思う」は6.3%、「できないと思う」は65.4%、「わからない」は24.4%となっています。

第8期計画策定時の調査結果と比較した場合、「できないと思う」が増加しています。

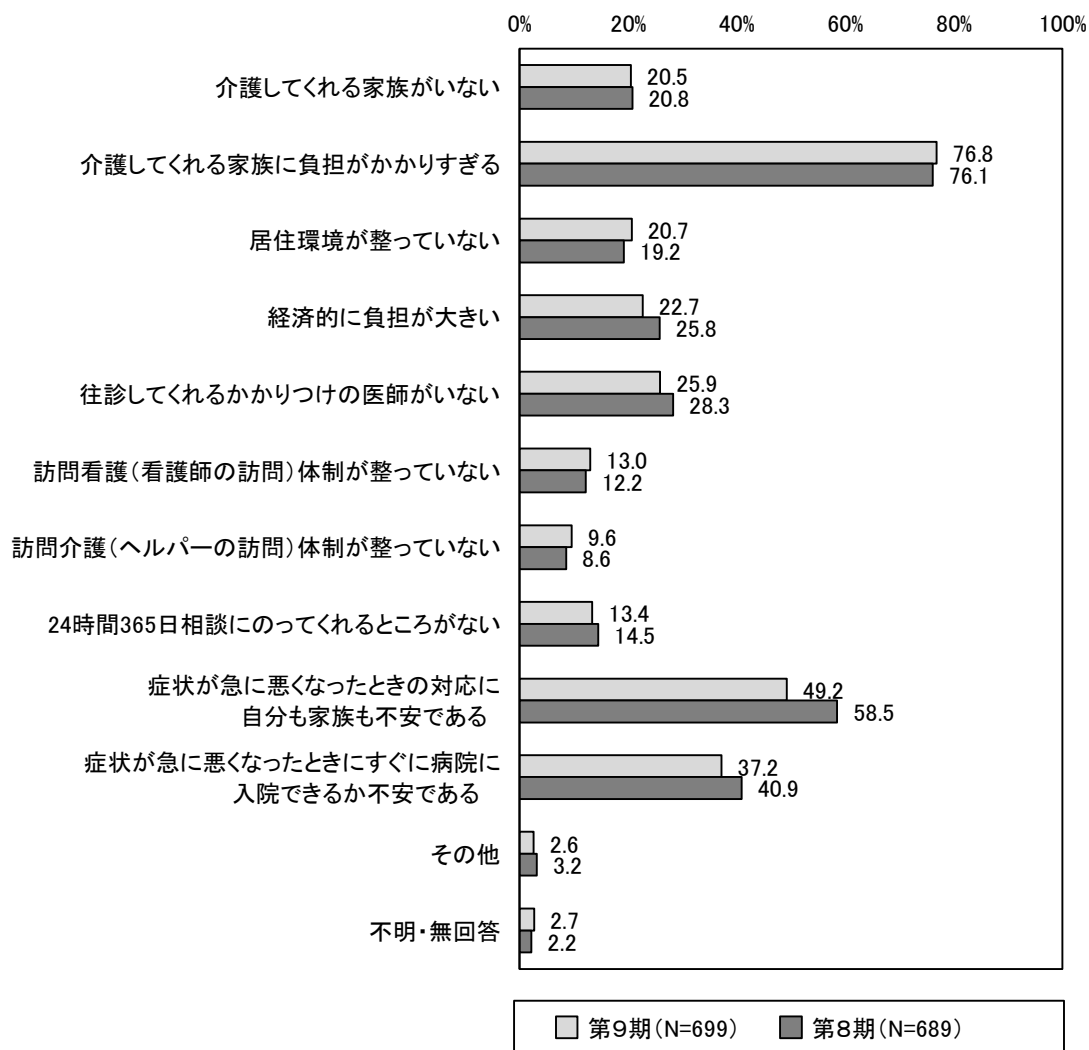


③ 自宅で最期まで療養できない理由（問 54 複数回答）

自宅で最期まで療養することが「できないと思う」と回答したかたのみ

自宅で最期まで療養できない理由については、全体では「介護してくれる家族に負担がかかりすぎる」が 76.8%で最も高く、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」が 49.2%となっています。

第8期計画策定時の調査結果と比較した場合、「居住環境が整っていない」が最も増加しています。また、「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」「症状が急に悪くなったときにすぐに病院に入院できるか不安である」では、回答割合が減少しています。

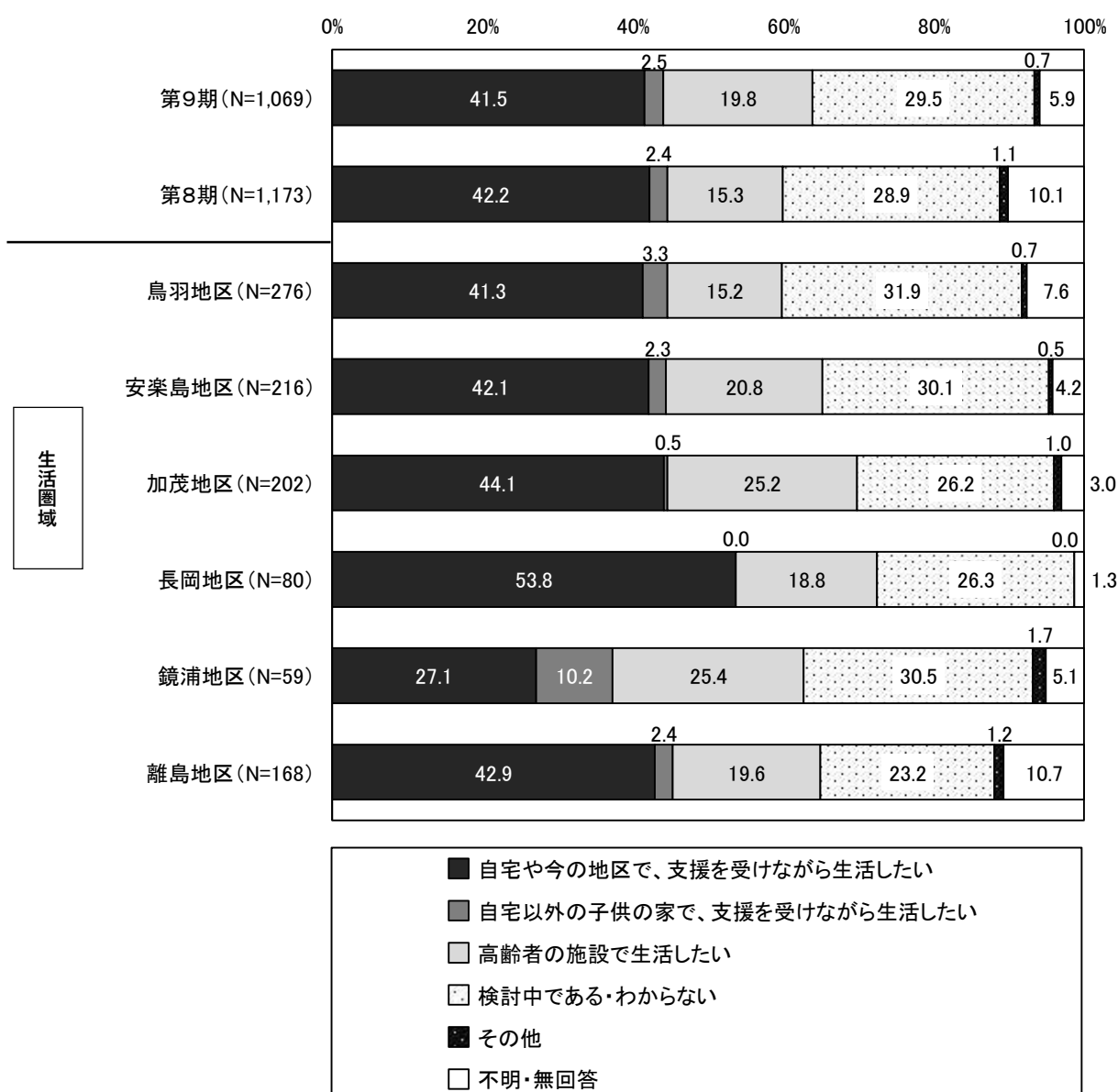


④ 今後、介護が必要となったとき、どこで生活したいか（問 55 単数回答）

介護が必要となった際に生活したい場所については、全体では「自宅や今の地区で、支援を受けながら生活したい」が 41.5%で最も高く、次いで「検討中である・わからない」が 29.5%、「高齢者の施設で生活したい」が 19.8%となっています。

第8期計画策定時の調査結果と比較した場合、「高齢者の施設で生活したい」が最も増加しています。

生活圏域でみた場合、《鏡浦地区》において「自宅以外の子供の家で、支援を受けながら生活したい」が他の生活圏域と比べて若干高く、「自宅や今の地区で、支援を受けながら生活したい」が低くなっています。

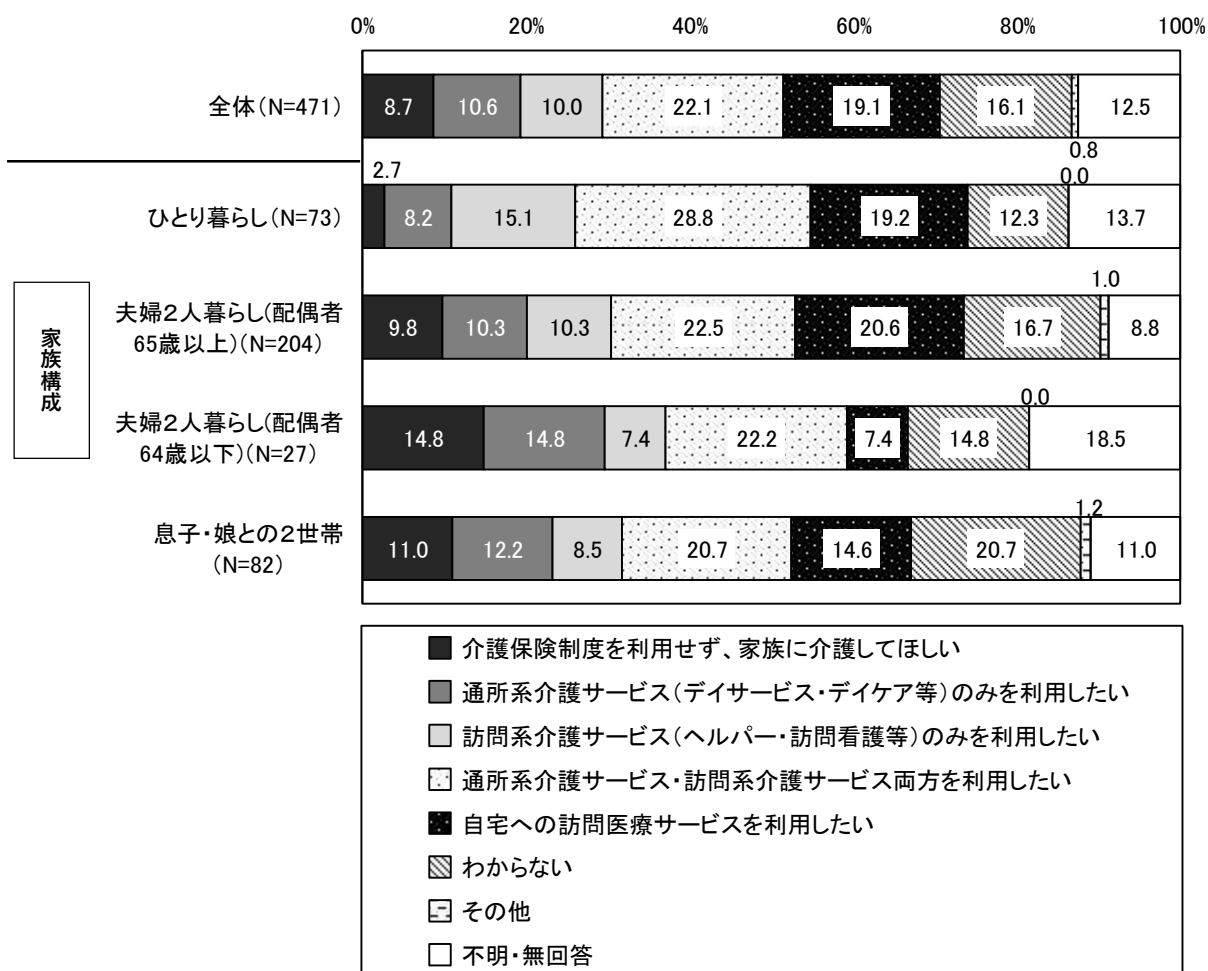


⑤ どのような支援を希望するか（問 56 複数回答）

「自宅や今の地区」「自宅以外の子どもの家」で支援を受けながら生活したいと回答したかたのみ

支援を受けながら生活したいと回答されたかたが希望する支援については、全体では「通所系介護サービス・訪問系介護サービス両方を利用したい」が22.1%で最も高く、次いで「自宅への訪問医療サービスを利用したい」が19.1%となっています。

家族構成でみた場合、《ひとり暮らし》において「通所系介護サービス・訪問系介護サービス両方を利用したい」が他の家族構成と比べて若干高くなっています。



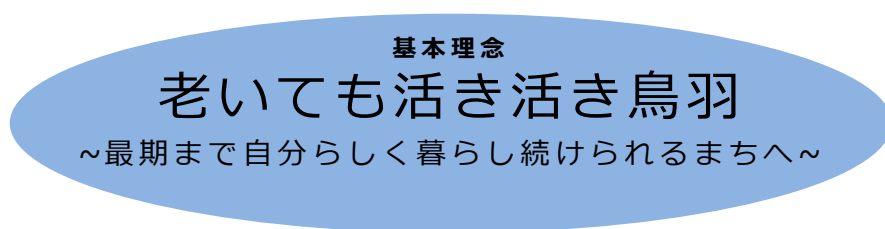


第3章 基本的な方向性

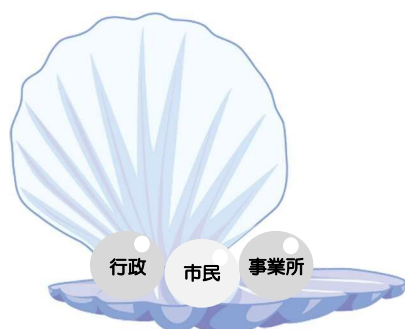
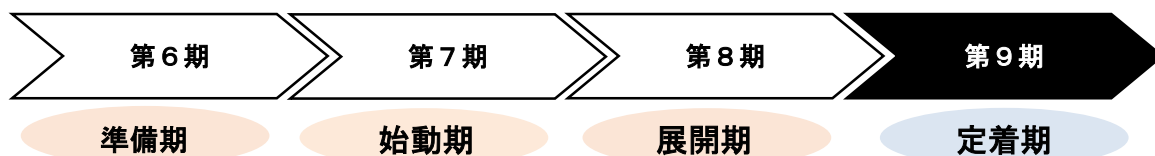
第1節 基本理念

令和7（2025）年には、団塊の世代が後期高齢者になり、令和17（2035）年には団塊の世代が、介護を必要とする割合が増える85歳以上になることに加え、現役世代の急減が見込まれており、医療や介護が必要な高齢者や認知症高齢者が急速に増加することが予測されています。高齢者が自分らしく、安心して暮らせるまちづくりを推進していくために、持続可能な制度や仕組みの構築、住民同士の支えあいや高齢者自身の生きがいの創出などに注力していく必要があります。

本計画では、前回の成果や課題を踏まえ、新たな課題の解決に取り組むために、前回計画に掲げた基本理念「老いても活き活き鳥羽 ～最期まで自分らしく暮らし続けられるまちへ～」を継承し、まち全体で高齢者施策の取り組みを推進します。



地域包括ケアシステムの構築



地域包括ケアシステムの深化を推進していくためには、地域の支えあい体制が必要です。地域の支えあい体制を行なっていくには、行政・市民・事業所が一体となり、それぞれの立場でそれぞれの取組が必要となります。

＜基本理念を達成するための方向性＞

1. 最期まで自分らしく暮らせるために介護予防を推進
2. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくりの推進

第2節 基本理念を達成するための方向性

(1) 最期まで自分らしく暮らせるために介護予防を推進



今後の人口推計では高齢者人口の割合が増加する一方、現役世代の人口は急激に減少することが見込まれており、このような中で社会の活力を維持、向上させつつ地域共生社会を実現させていくためには、高齢者においては自らの健康を意識し運動や体操、口腔ケアや栄養管理などを行い、介護が必要となる状態を予防することが大切です。また、高齢になっても「支える側」と「支えられる側」に分かれるのではなく、日常生活の活動を高め、社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現を目指し、多様な就労、社会参加ができる環境整備を進めることが必要です。

そのため本市では「地域共生社会」の実現に向けて、高齢者が地域で、役割を持ちながら介護予防・健康づくりに取り組めるように「住民主体の通いの場」の活動を推進しています。体操DVDの配布や専門職による運動指導、通いの場の運営相談を受けたりすることで、新しく介護予防に取り組むグループの立ち上げ支援や既存のグループの継続支援を行います。加えて、地域にて「口腔ケア講演会」や「高齢者栄養教室」を開催することで、高齢者自身が健康づくりの知識を身につけ実践できるよう支援していきます。介護が必要になるおそれのある高齢者に対しては、介護予防・生活支援サービスとして「通所型サービスC（運動・口腔・栄養）」の開催や「自立支援型地域ケア会議」の開催、要介護状態の高齢者には、医療関係者と介護関係者が連携しサービスが提供できるよう「在宅医療・介護連携事業」を進めています。

また、地域においても介護事業所においても、その高齢者の能力に応じ自立した日常生活を営むために欠かせないリハビリテーションを理解し実践できるよう「地域リハビリテーション活動支援事業」に取り組んでいきます。

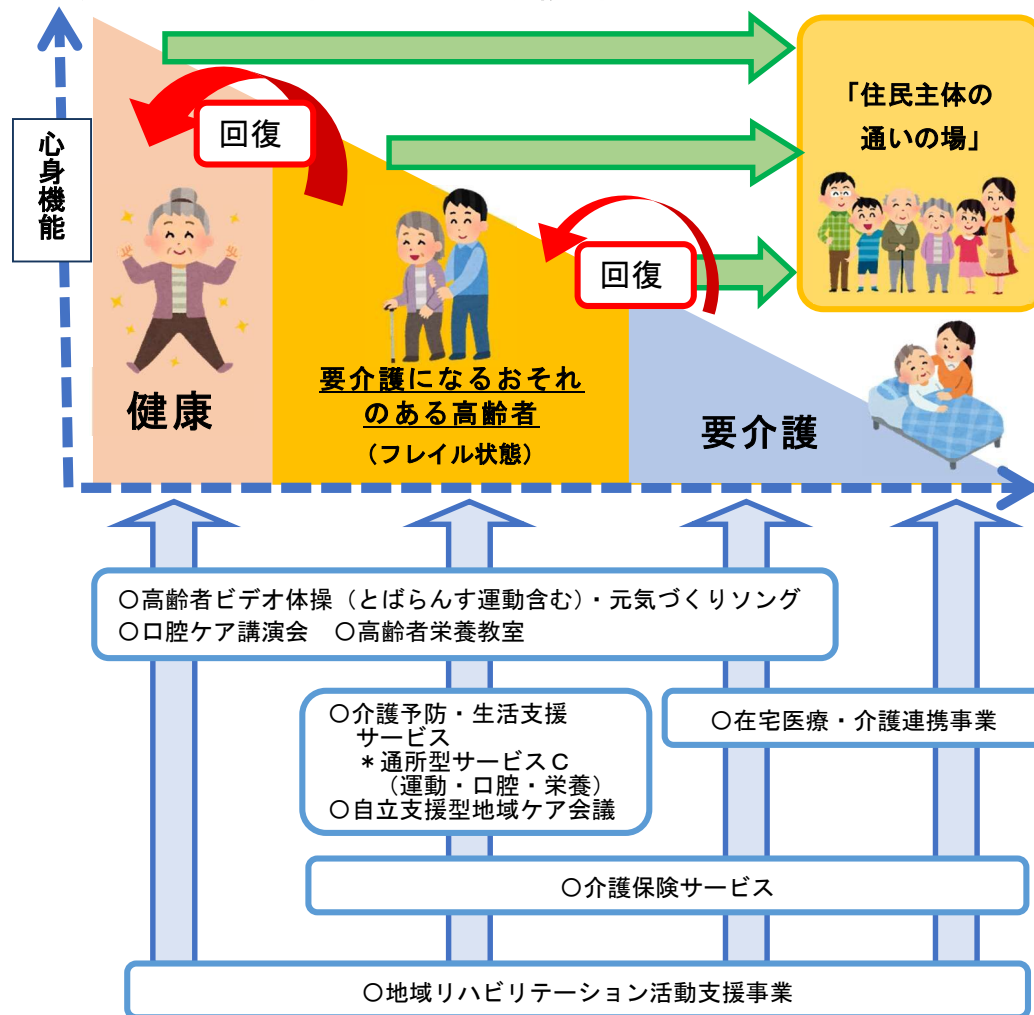


＜住民主体の通いの場での体操の様子＞

さらに今後は、高齢者の多様な心身の課題に対して、きめ細やかで切れ目のない支援を行うことを目的に「高齢者の保健事業と介護予防の一体化」事業に取り組み、高齢者の健康づくりやフレイル予防事業に関係する他部門などと協働するよう努めます。

介護保険の目的は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援であり、要介護状態の予防や軽減、悪化の防止です。介護保険制度の運営にあたっては、介護保険法にもうたわれているとおり、高齢者などが可能な限り住み慣れた地域でその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために保険者機能の一環として、居宅介護支援事業所に対し実地指導においてケアプランチェックを強化していきます。

<最期まで自分らしく暮らせるための介護予防>



<介護保険法>

第二条第二項（保険給付）

保険給付は、要介護状態の軽減又は悪化防止、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

第二条第四項（保険給付）

保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、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に配慮されなければならない。

第四条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（２）認知症になっても安心して暮らせる地域づくりの推進



令和元（2019）年６月に、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症のかたや家族の視点を重視しながら「共生^{※1}」と「予防^{※2}」を車の両輪として施策を推進する「認知症施策推進大綱」が取りまとめられました。

また、令和５（2023）年６月には、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立しました。今後は、国が策定する認知症施策推進基本計画に基づいて、市でも取り組みを進めていくこととなります。

本市では、認知症のかたやその家族を地域であたたかく見守るための「認知症サポーター養成講座」や認知症のかたを早期に支援するための「認知症初期集中支援チーム（オレンジチーム）」の設置に取り組んできました。また、認知症のかたやその家族、支援する人たちが参加し、情報交換や悩みを打ち明ける場として「認知症カフェ」を支援してきました。

さらに、認知症や見守りが必要な高齢者を早期発見し支援できるよう地域のかたや関係機関・事業所などと「高齢者あんしん見守りネットワーク」を強化し、また、このネットワークを活用し虐待の早期発見・深刻化防止にも努めてきました。



＜企業での認知症サポーター養成講座の様子＞

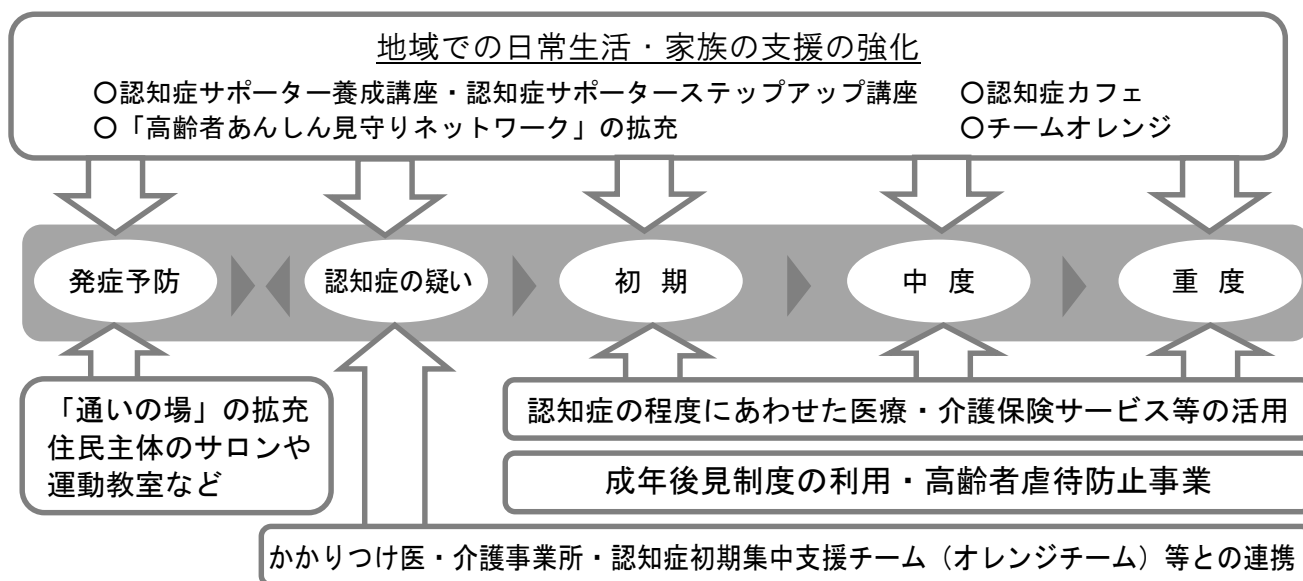
今後はこれらの事業を継続しつつ、「認知症施策推進大綱」及び今後策定される「認知症施策推進基本計画」にのっとり、運動不足の改善、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の予防や社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持などが、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、高齢者が身近に通える「通いの場」の拡充に努めていきます。また、認知症への理解を推進するために、引き続き認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座を開催し、地域で認知症サポーターが活躍できる仕組みづくりを推

進します。さらに、ステップアップ講座を受講したサポーターを中心に近隣で認知症の方の見守り・声かけ、話し相手等の生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」の活動の場を作り、認知症のかたやその家族も一員となり、助けあいの場となる地域づくりを推進していきます。

本市では成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画「成年後見制度利用促進基本計画」を本計画において定めることとします。（第４章 施策の展開に記述）

地域連携ネットワークの中心的役割である成年後見サポートセンターと連携して、成年後見制度の普及啓発を行いながら、適切な成年後見制度の利用を進めていきます。

■状態に応じた認知症高齢者支援



※1 「共生」とは、認知症のかたが、尊厳と希望をもって認知症とともに生きる。また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味。

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。



第3節 計画の体系

基本理念である「老いても活き活き鳥羽」の実現を目指し、第8期計画の現状と課題を踏まえ、前回計画に引き続き、下記の3つの項目を基本目標として設定します。

基本目標1 地域で支えあう活き活きとしたまちづくり

- 多様化する住民ニーズに対応できるよう、地域包括支援センターの体制強化や保健・医療・介護・福祉との連携の強化などを通じて、地域包括ケアシステムのさらなる充実に努めます。また、家族介護者支援のニーズを早期に発見するため、関係機関等と連携し、抱える負担の軽減や複雑化した課題へ対応できる支援の充実に図ります。

施策

- (1) 自立支援・介護予防・重症化防止の推進
- (2) 在宅医療・介護連携の深化・推進
- (3) 地域共生社会実現に向けた協働・連携
- (4) 地域包括支援センターの体制強化

基本目標2 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

- 認知症の症状に合わせた支援のあり方や認知症に関する理解の促進、認知症を早期発見・対応できる体制づくりに努めます。また、住み慣れた地域で安心・安全な生活を送ることができるよう、災害時における支援体制の強化や防犯対策、交通安全対策を推進します。

施策

- (1) 認知症施策の推進
- (2) 権利擁護の推進
- (3) 高齢者福祉サービスの深化・推進
- (4) 災害や感染症対策に係る体制整備

基本目標3 みんなで支える介護保険

- 高齢者が安心して生活できるように、介護保険サービスの充実に図り、安心してサービスを利用できるよう、積極的な情報提供や資質、生産性の向上などに取り組みます。また、支援を必要とする高齢者が、地域で安心して生活できるよう、多様なサービス主体による多様なサービスの確保を図ります。

施策

- (1) 介護保険サービスの確保・維持
- (2) 生活支援・介護予防サービスの確保
- (3) 介護保険サービスの適正な利用の促進
- (4) 介護保険の業務効率化の取り組み

＜基本理念を達成するための指標＞

地域で自分の役割を持ち、元気でいつまでも自分らしく生き活きと暮らせるよう、すべての高齢者が介護予防や地域の支えあいに取り組む意識が醸成され、適正に介護保険サービスを利用できるよう努めていきます。

指標名	現状値	目指す方向
要支援・要介護認定率	19.2% (令和5(2023)年7月末現在)	↓(減少させる)

(参考：前回 19.1%)



第4章 施策の展開

第1節 地域で支えあう生き活きとしたまちづくり

(1) 自立支援・介護予防・重症化防止の推進



施策の方針

ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯の増加が見込まれることから、高齢者が社会から孤立することなくつながり、自分らしく生き活きと地域や家庭で生活できることが望まれます。

元気であっても要介護状態であっても重症化を予防し、自分の健康は自分で守り行動できる意識や知識が持てるよう、高齢者や関係団体、介護事業所に対し介護予防事業や地域リハビリテーション活動支援事業を展開していきます。また、高齢者や地域のかたとともに運動や体操を活用した通いの場を拡充していきます。さらに今後は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体化」の取り組みを進め、きめ細やかで切れ目のない支援を行うよう努めます。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
介護予防普及啓発事業	高齢者自身が、自分の健康は自分で守る意識を持ち、運動や体操、口腔ケア、栄養管理などを効果的に行えるよう介護予防の情報を発信し、自主的な取り組みを支援していきます。 また、心身共に活発な生活を送ることが自然と介護予防につながっていくことから、仕事や趣味、人との交流を通して生き活きと生活する姿や社会参加の情報を発信し、歳を重ねても地域から孤立することなく人と関わり活躍する意識を醸成していきます。
介護予防把握事業	介護が必要となってくる手前の段階である 75 歳のかたを対象に基本チェックリストを郵送し、その結果介護予防が必要であるかたには専門職がかかわり相談対応をし、運動教室へ案内することでフレイル対策、重症化防止に努めます。
運動や体操を活用した「通いの場」の拡充	高齢者が自主的に運営する運動や体操を活用した「通いの場」を拡充し、定期的に運動や体操を行ったり、社会参加ができる場所づくりを支援することで、日常生活の中で介護予防に取り組みやすい環境整備を行っていきます。住民主体の取り組みが効果的に行えるよう体操DVD(とばらんす運動、高齢者ビデオ体操、元気づくりソングなど)の配布をします。

事業項目	内 容
口腔ケア講演会の開催	オーラルフレイルの予防を目的に、地域の通いの場やサロンにて、歯科専門職による「口腔ケア講演会」を開催します。
通所型サービスC (短期集中予防サービス)	【運動】 筋力・体力が低下しはじめたかたを対象に、短期間(最大6か月まで)、集中的に理学療法士・保健師が関与し、「とぼらんす運動」の実施を中心とした筋力向上プログラムを提供しています。さらにサービスの終了後には、活動的な生活実現や個々の生活に合った「通いの場」など社会参加の場へつながるように支援していきます。 【口腔】 口腔機能が低下しているかたを対象に、3か月間の口腔機能向上プログラムを歯科衛生士が提供していきます。 【栄養】 栄養管理に課題があり低体重となっているかたを対象に、3か月間の栄養改善プログラムを管理栄養士が提供していきます。
ケアプランの作成	対象者が自立した生活を送ることを重視した介護予防ケアプランを作成していきます。
自立支援型地域ケア会議の開催	自立支援・重症化防止を図るためには要支援・要介護者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアプランの作成や介護サービスの提供が鍵となります。多職種の専門家や介護事業所が意見を出しあい、ケアプランや介護サービスの質の向上を目指す会議を開催していきます。
地域リハビリテーション活動支援事業	高齢者が集うサロンや通いの場、または介護サービス事業所などにリハビリテーション専門職が関与し、正しいリハビリテーションの実施や理解を深めることで、より効果的で継続的な介護予防活動を推進していきます。

(新規・深化事業)

- 心身共に活発な生活を送ることが自然と介護予防につながっていくことから、仕事や趣味、人との交流を通して生き生きと生活する姿や社会参加の情報を広報や市のホームページなどを活用して発信し、歳を重ねても地域から孤立することなく人と関わり活躍する意識を醸成していきます。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、「通いの場」における支援を軸とした関わりを行い、関係する地域の医療機関や庁内の他課等と連携しながらフレイル・オーラルフレイル対策や健康寿命の延伸、高齢者が社会参加できる地域づくりを目指します。
- 電力データとAI(人工知能)によるフレイル予防事業にて、フレイル状態である可能性が高いと思われる高齢者に早期に関わり、効果ある対策が取れるよう専門職が支援していきます。
- ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯の増加が見込まれる中で、会話の減少や生活環境の変化により認知機能、身体機能の低下や地域との繋がりが希薄化するかたの増加も考えられるため、外出機会の提供や見守りなどの寄り添う支援を拡大させ、孤立・孤独を防ぐことで心のケアにも注力していきます。



市民・事業所のできることに

（市民・団体）

- 趣味や体操のサークル、地域のサロンに参加し、外出や交流の機会を持ちましょう。
- 自分でできる運動を自発的に行いましょう。
- 高齢者の知識・技能・特技を活かして、社会参加、ボランティア活動に参加しましょう。
- 老人クラブ活動に参加して、健康・友愛・奉仕活動を行い、健康寿命延伸、フレイル予防に努めましょう。
- 広報などで発信される情報に目を通しましょう。

（事業所）

- 社会参加しやすいように、他人とのつながりを意識したサービス提供に努めましょう。
- 居宅介護支援事業所は、役割や目標の設定によるモチベーションの継続を支援します。
- 居宅介護支援事業所は、そのかたに応じた自立支援が行えるようケアマネジメントを行います。
- 社会福祉協議会は、サロン等地域の居場所づくりを進めます。



(2) 在宅医療・介護連携の深化・推進



施策の方針

重度の要介護状態や認知症になっても、必要な医療や介護サービスなどを活用し、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支援していきます。また、自らが希望する医療やケアを受けるために、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話しあい、共有できる機会が増えるよう充実を図っていきます。さらに、医療関係者と介護関係者が協働・連携し、医療と介護を一体的に提供できるよう推進します。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
在宅医療・介護連携部会の開催	地域の医療機関、介護事業所の代表者、行政が集まり、地域における現状や課題などを共有し、その課題の解決の検討や、在宅医療・介護連携を展開していくにあたっての事業検討及び提案を行う場として開催していきます。
テーブルミーティングの開催	地域の医療関係者・介護関係者の顔の見える関係づくりと多職種のスキルアップを目的に、研修会を開催していきます。 研修会は隔月で行い、ミニ講座とグループワーク（事例検討）を行っています。
在宅医療や介護に関する知識の普及	市民に対して在宅医療や介護に関する知識を普及するため、市民公開講座の開催、ホームページや広報への掲載、必要な人へのガイドブックなどの配布を行っています。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域の医療関係者・介護関係者、市民からの在宅医療・介護に関する相談を受け付け、対応していきます。
地域の医療・介護資源の把握及び情報提供	地域の医療機関、介護事業所などの所在地、連絡先、機能などを把握し、「在宅医療・介護ガイドブック」を作成し、各医療機関・介護事業所に情報提供を行っています。 また、在宅医療の相談対応時にこのガイドブックを活用しています。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の推進	医療関係者と介護関係者が連携しやすいように「医療と介護の連携シート」を作成し活用していきます。 また、医療機関と連携しやすい時間や方法を記した「ケアマネタイム」を作成し、介護サービス事業所に提供していきます。医療機関には、各居宅介護支援事業所の介護支援専門員の一覧を情報提供していきます。 在宅療養中のかたの支援については、医療関係者と介護関係者が円滑に情報共有しやすいように「在宅ケア連携ノート」を活用していきます。

事業項目	内 容
エンディングノートの周知	自分の想いや人生の最終段階の医療など望むことについて書き留め、家族や支援者と共に本人の意思決定支援を行う「エンディングノート」を必要なかたに配布し、書き方や活用方法について周知していきます。

（新規・深化事業）

- 市民が、家族や大切なかた、医療関係者・介護関係者と、人生の最終段階の医療について話しあいをする意識がもてるように、ホームページや広報、市民公開講座の開催を通して、人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅の看取りについての知識の啓発を行います。
- 医療関係者・介護関係者がアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の知識を深め、あらゆる場面で対応の質の向上ができるよう研修を行っていきます。
- 離島地区や長岡・鏡浦地区においても医療や介護サービスが円滑に提供できるよう、行政内での連携や医療関係者・介護関係者との連携に努めます。



市民・事業所のできることに

（市民・団体）

- サポートが必要になった際の支援について周囲の人と相談しておきましょう。

（事業所）

- 介護サービス事業所は、医療・介護の研修会へ参加し、顔の見える関係を作ることによって連携を深めチームケアで対応できるよう努めていきます。
- 社会福祉協議会は、エンディングノート等を紹介し、自らが望む最後の医療・ケア等について話しあうきっかけづくり支援を行います。
- 在宅ケア連携ノートを広く周知し、在宅医療・介護の現場において活用を促進していきます。
- 医療介護の専門職として、エンディングノートの必要性や活用方法を市民に伝えていきます。
- 離島における介護サービス供給が円滑となるよう、市の担当部署と協働していきます。
- オーラルフレイルに関する知識を市民に向けて発信します。
- 口腔ケアステーションを広く周知し、訪問歯科の活用を促進していきます。
- 薬剤に関する知識を身に付けてもらうため、地域のサロン等で出前講座等を開催します。
- 診療の中で、専門職としてフレイル状態にある市民に早期に気づき、適切に対応していきます。
- 在宅における看取りの支援として、適切に病院と連携していきます。

(3) 地域共生社会実現に向けた協働・連携



施策の方針

少子高齢化の進行や多様化する介護ニーズにより支援すべき幅が広がっています。ヤングケアラーや8050問題が近年では社会問題となっており、家族介護者の支援や高齢者の希望に沿える支援の提供を地域全体で行っていく必要があります。「地域共生社会」の実現に向け、高齢者だけでなく家族介護者の負担軽減や孤立防止に繋がる支援の強化に努めます。また、高齢社会の一層の進展により、身寄りをなくしたり、住まいの確保が難しかったりと様々な生活困難を抱えるなどして、在宅生活が難しくなる高齢者世帯が増加していることから、高齢者向けの住まいや住まい方などに関する情報提供、相談体制の充実を図ります。加えて高齢者の生活支援等のサービス体制整備を推進していく生活支援コーディネーターと協働し、多様なサービス提供主体等と地域における課題の共有ができる場の開催や連携体制の充実を図ります。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
総合相談での対応	高齢者に関する相談の窓口として、高齢者およびその家族が抱える保健・福祉・介護・医療に関する心配事や悩み事に対し、総合的・一体的かつ迅速に対応し、安心してその人らしい生活が続けられるよう、子育てや障がい、生活困窮などのさまざまな関係機関と協力しながら支援していきます。
「地域ケア個別会議」の開催	高齢者分野で対応が困難なケースに対して、「地域ケア個別会議」を開催し、そのケースに必要な市関係担当者、医療関係者、介護関係者、地域の関係者などを集め、ケース検討・対応を行っていきます。
「地域共生ケース会議」の開催	子ども・障がい者・貧困・介護など複数の分野にまたがる対応が困難なケースに対し、市関係担当者、医療関係者・介護関係者、地域の関係者などが集まって課題解決に向けたケース検討・対応を行います。
「地域共生政策会議」の開催	地域共生ケース会議や地域ケア個別会議で事例を積み重ね抽出した地域課題について、関係機関で検討していきます。
生活支援コーディネーターの配置	地域課題を抽出し、地域において生活支援及び介護予防サービス提供体制の構築に向けてコーディネートしていきます。

(新規・深化事業)

- ヤングケアラーなど、支援が必要な人を早期に発見し、関係機関と連携しながら、必要なサービスにつないだり、当事者の精神的な支援ができるよう関わりを持っています。
- 高齢者向けの住まいや住まい方など現状や課題を整理し、関係機関と支援の在り方を検討していきます。



市民・事業所のできること

（市民・団体）

○近隣住民と積極的に交流をもち、地域での助けあいを意識しましょう。

（事業所）

○相談窓口の周知など地域での困り事を簡単に相談できる環境整備を図りましょう。

○介護サービス事業所は、複合的な課題を抱える家族を多職種連携として支援していきます。



(4) 地域包括支援センターの体制強化



施策の方針

地域包括支援センターは、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント業務の4つの事業を基本機能として担います。

本市では、第6期計画からは「介護予防・日常生活支援総合事業」「在宅医療・介護連携事業」「認知症施策」、第7期計画からは「地域ケア会議の充実」、第8期計画からは「自立支援・介護予防、重症化防止の推進」「成年後見制度利用促進」を上記基本機能に加え事業を展開しています。

令和4（2022）年12月に取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」（社会保障審議会介護保険部会）では、今後の高齢化の伸展などに伴って増加するニーズに適切に対応する観点から、地域包括支援センターの機能や体制の強化を図ることに加え、障害福祉や児童福祉などの他分野との連携を促進していくことが必要である旨が明記されています。

本市では、人口減少・少子高齢化が顕著であり、今期計画の「基本理念を達成するための方向性」を推進していくために、様々な事業の深化・充実、他部署との連携が必要となることから、その役割を担う地域包括支援センターの充実を図っていきます。



市の取り組み

（継続事業）

事業項目	内 容
地域包括支援センター運営協議会の開催	高齢者施策推進委員会（地域包括支援センター運営協議会）において、地域包括支援センターの人員、事業計画や事業実績などについて検討していきます。
専門職の適正な配置	保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援できるよう、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員・理学療法士を配置していきます。
介護予防ケアマネジメントの外部委託	介護保険の予防給付や総合事業を利用する要支援者や事業対象者の介護予防ケアマネジメントについて、指定居宅介護支援事業者へ外部委託していきます。

（新規・深化事業）

- 地域包括支援センターの機能強化、事業の質の向上のため、国が策定した評価指標により、センターの業務の状況や量などを把握し、評価・点検をしていきます。
- 今後の高齢化の伸展などに伴って増加するニーズに適切に対応するため、職員の増員や業務委託の方法などを検討していきます。

第2節 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

(1) 認知症施策の推進



施策の方針

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近なかが認知症になることなども含め、多くのかたにとって身近なものになっています。

認知症になっても、重症化を予防しつつ、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともに住み慣れた地域で尊厳を持ち安心して暮らし続けられるように、認知症の人や家族の視点を重視しながら、施策を推進していきます。

また、今後国により策定される「認知症施策推進基本計画」の内容を踏まえて、認知症施策を展開していきます。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
認知症初期集中支援チーム（オレンジチーム）の活動	認知症になっても本人の意思を尊重し、本人の有する能力を最大限に活かしながら、住み慣れた地域での暮らしが継続できるように支援していくサポート医や医療機関、介護サービス事業所と連携を図り早期診断・早期対応につなげていきます。
認知症支援部会の開催	認知症のかたが地域で暮らしていけるよう、民生委員・児童委員や地域の関係機関、医療機関、介護サービス事業所などが連携し、必要なサービスの検討を行っていきます。
認知症ガイドブック（認知症ケアパス）の周知	認知症の状態に応じた適切な医療や介護保険サービスなどの流れを示した認知症ガイドブックを適宜見直し周知を行い、認知症の早期発見と重症化の予防のための普及を行っていきます。
認知症カフェの運営	認知症のかたや家族、市民が集える場所である「認知症カフェ」の運営について検討を行います。
認知症サポーター養成講座の開催	認知症に関する正しい知識を持って、地域や職場で認知症のかたの見守り、本人や家族の支援をする知識や意識がもてるよう、認知症サポーター養成講座を開催していきます。
認知症に関する知識の普及	認知症講演会の開催や広報などで認知症の症状や対応などに関する周知を図っていきます。また、認知症月間（9月）では、市立図書館において認知症の当事者の声を発信しながら認知症を身近に感じてもらえるよう啓発を行っていきます。

事業項目	内 容
チームオレンジの構築	認知症サポーターの方々に認知症サポーターステップアップ講座を受講してもらいつつ、サポーターの方を中心に近隣の地域で認知症の人とその家族に対する見守り・声かけ、話し相手等の生活面の早期からの支援等を行います。 認知症の人とその家族もメンバーとしてチームに参加し、「支援する人、される人」の関係を越えた地域での支えあいの活動を支援していきます。

（新規・深化事業）

- 地域や職場で開催する認知症サポーター養成講座に加え、今後は人格形成の重要な時期である小・中学生を対象に教育分野と連携し認知症キッズサポーター養成講座に取り組んでいきます。
- 地域の認知症に関する医療提供体制の中核である認知症疾患医療センターによる助言・支援等を受けながら適切な対応ができるように支援機能の強化を図ります。
- 介護サービス事業所などに認知症の正しい知識や適切な支援について勉強する機会をつくります。



市民・事業所のできることに

（市民・団体）

- 地域のサロンに参加し、外出、交流の機会を持ちましょう。
- サロン、団体活動を通じて見守り活動を行いましょ。
- 認知症に関心を持ち、正しい理解を持ちましょう。
- 周囲に「認知症かな？」と思うかたがいたら、やさしく接し見守りましょう。
- 認知症の家族のかたへも優しい声掛けと見守りを行っていきましょう。
- 「認知症かな？」と思うことがあったら、身近な人や地域包括支援センターなどの相談機関に相談しましょう。
- 認知症予防のために趣味や楽しみ、体を動かす機会を持ちましょう。
- 認知症の啓発を目的とした映画会やイベントなどに積極的に参加しましょう。

（事業所）

- 認知症になっても地域で安心して過ごせるような取り組みや環境づくりを提案していきます。
- シルバー人材センターは、見守りネットワークの拡大・充実に向けてできることを検討していきます。
- 認知症の家族や近隣住民のかたの相談にのり、適切な相談機関へつなぎます。
- 見守りの目を意識して、認知症のかたを優しく見守ります。
- 認知症の困りごとを整理し、必要な事業が整備されるように困りごとを市へ伝えていきます。



(2) 権利擁護の推進



施策の方針

高齢者への虐待防止のため、「鳥羽市高齢者あんしん見守りネットワーク」を活用し、関係機関・団体や地域との連携により高齢者虐待のサインの早期発見及び早期対応ができるよう努め、本人および養護者に対する総合的な支援を行います。

また、高齢者の尊厳のある生活を維持し、安心して生活ができるよう、本節において「成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）」について定めます。

さらに、令和6（2024）年度から全ての介護サービス事業所において虐待防止規定設置が義務化されることから、専門的な人材の資質の向上に向けて支援を行います。



市の取り組み

（継続事業）

事業項目	内 容
成年後見サポートセンターの運営支援	成年後見制度の地域連携ネットワークの中心的役割を担う成年後見サポートセンター「ぬくもり」（以下、「ぬくもり」という。）を社会福祉協議会に委託し、運営の支援を行います。
成年後見制度の周知	成年後見制度のさらなる周知をすすめるために、「ぬくもり」と協力し講演会や広報などでの広報活動を積極的に推進していきます。
成年後見制度の利用促進	成年後見制度が必要な方を制度利用につなげ、市長申立や助成金の活用などを適切に行い、利用者が安心して成年後見制度を利用できるよう支援していきます。
高齢者虐待防止の周知	講演会や広報などでの広報活動を通して、地域住民や民生委員、介護サービス従事者などに高齢者虐待防止の周知を図っていきます。
高齢者虐待に対する市町の権限行使	高齢者虐待の通報や相談などを受けた場合は、高齢者の生命・財産を守るために迅速に対応していきます。 また、養護者の抱える課題の解決や精神的な支援を行うことで虐待の再発防止に努めます。
虐待防止のネットワーク構築	鳥羽市虐待防止ネットワーク協議会を通じ、市内の関係機関と連携を深め、関係者・高齢者・市民に対する虐待防止の啓発に取り組んでいきます。
高齢者あんしん見守りネットワークの構築・連携	高齢者の権利を守るために、地域の店舗や高齢者宅を訪問する事業者などと連携し、見守りを行います。

（新規・深化事業）

- 法律・福祉の専門職団体や関係機関との連携体制を強化し、判断能力が低下しても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、市民の権利や利益が守られるまちづくりを目指していきます。
- 介護サービス事業所において義務化される「虐待防止の取り組み」への支援として、介護従事者向け高齢者虐待防止研修会を開催し、専門職の資質の向上に向けて支援を行います。
- 養護者に該当しない者による虐待やセルフネグレクト等の権利侵害の防止に向けて取り組みの方法を検討していきます。



市民・事業所のできることに

（市民・団体）

- 民生委員は、日ごろの見守りをする中で、何か変化に気づいたら地域包括支援センター等に相談します。

（事業所）

- 介護サービス事業所は、虐待が疑われる場合、速やかに通報するよう努めます。
- 介護サービス事業所は、研修に積極的に参加し、権利擁護への知識を深めます。



【鳥羽市成年後見制度利用促進基本計画】

判断能力に不安のあるかたが地域の中で安心して暮らすためには、生活に必要な支援が受けられ、その人の権利が守られることが重要です。また、急速な高齢化の伸展により、判断能力に不安のあるかたが増加すると予想されるため、成年後見制度の周知を図り、利用しやすい環境を整備する必要があります。

このため、成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用を必要とする認知症高齢者や障がいのあるかたなどの把握に努め、適切な成年後見制度の利用を進めていきます。

○成年後見サポートセンターの運営

地域連携ネットワークの中心的役割であり、協議会の運営を行う成年後見サポートセンター「ぬくもり」を鳥羽市社会福祉協議会に委託し、制度の利用促進と円滑な制度運用ができるよう体制を維持していきます。

○周知啓発

日常的な生活の見守りや支援を受けながら、安心して地域で生活を送ることができるよう、成年後見制度の周知啓発を行うため、市民に対する講演会の実施、パンフレットやSNS等を活用し、制度の周知啓発を行います。

○相談対応

「ぬくもり」をはじめ、市や地域包括支援センター、社会福祉協議会、障害者相談支援事業所などにおいて、成年後見制度の相談支援や日常生活上の困りごとの相談支援を行います。

○成年後見制度利用に係る支援

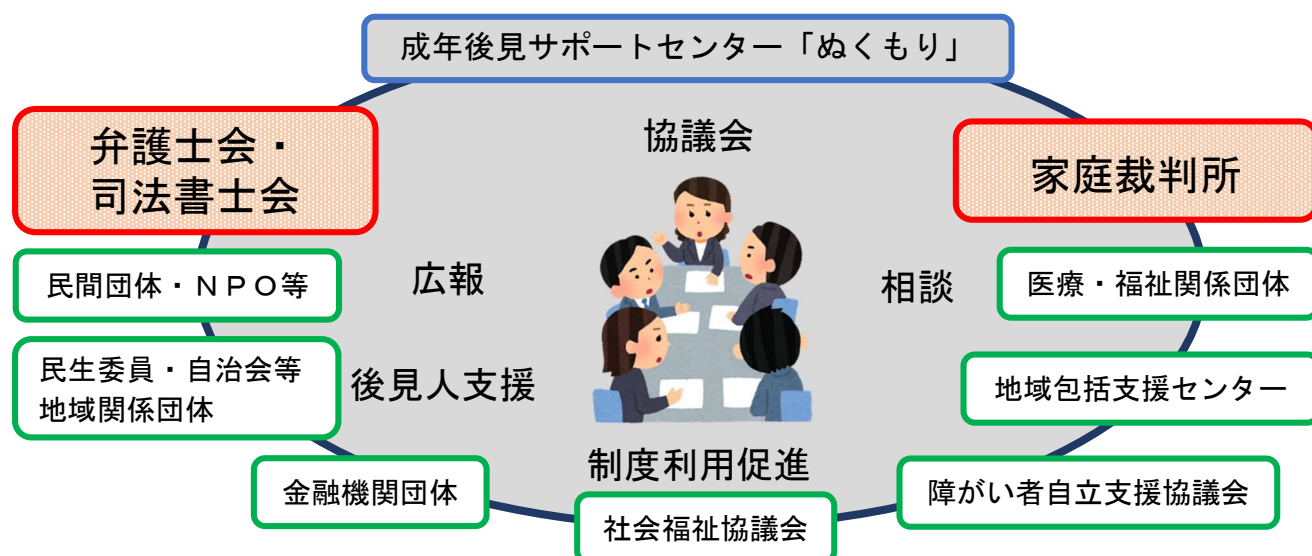
成年後見制度の利用が必要な状況であるにもかかわらず、本人や親族が申し立てを行うことが難しい場合などに、後見など開始の審判を市長が家庭裁判所に申し立てる市長申立を適切に行います。

成年後見制度の利用が必要であるが、経済的な問題などで利用することが困難なかたを支援するため、申し立てに係る費用や後見人などの報酬について助成を行います。

○日常生活自立支援事業との連携

社会福祉協議会で実施している日常生活自立支援事業の利用者について、成年後見制度の利用が適当な場合は、制度へのスムーズな移行ができるよう連携を図ります。

<成年後見サポートセンターの役割>



(3) 高齢者福祉サービスの深化・推進



施策の方針

日常生活に不安を抱えている高齢者などが、住み慣れた地域や住まいで尊厳ある自立した生活を送ることができるよう、ニーズを踏まえた新規事業の創出や既存サービスの見直しを行い、質の高い高齢者福祉サービスの提供に努めていきます。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
移動支援の実施	医療機関への移動が困難なかたに対し、移動手段を確保するため、移送サービス事業を実施していきます。 公共交通機関の利用が不便な地域を対象に、高齢者福祉バスの運行を実施していきます。
移動販売車の運行	買い物に困るひとり暮らし高齢者をはじめ、地域住民の生活を支えることを目的として、必要な地域に移動販売車を運行していきます。
緊急通報システム事業の実施	高齢者のみの世帯など、緊急時の対応に不安が大きいかが、安心して自宅での生活を続けられるよう、緊急通報システムの設置を行っていきます。
配食サービス事業の実施	ひとり暮らしなどにより、調理や食材の買い出しが困難なかたに対し、栄養改善及び見守り支援も兼ねた配食サービスを行っていきます。
養護老人ホームへの措置入所支援	環境上の理由や経済的な理由で、自宅において養護を受けることが困難なかたに対し、老人福祉施設へ措置入所する支援を行っていきます。

(新規・深化事業)

- 高齢者がデジタル化の波に誰ひとり取り残されないよう、スマートフォン使い方教室等各地域で行います。
- ひとり暮らしの高齢者等が安心して暮らすためコミュニケーションロボットなど、ICTを活用した見守り事業を推進していきます。



市民・事業所のできることに

(市民・団体)

- 住んでいる地域にどのようなサービスがあるのか調べてみましょう。
- 民生委員は、移動販売車で普段来る人がしばらく顔を見せないときは気を付けて声をかけるよう努めます。



(4) 災害や感染症対策に係る体制整備



施策の方針

近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、災害時に支援が必要な高齢者などが安心して生活できるよう、日頃より介護事業所や関係課などと連携し有事におけるリスク管理に努めていきます。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
避難行動要支援者名簿の管理	避難行動要支援者名簿を適切に管理していきます。
福祉避難所の設置	特別な配慮を必要とするかたが、災害時も可能な限り支障なく避難生活を送れるよう、協定を締結している市内介護サービス事業所2か所と連携を図り福祉避難所を設置していきます。

(新規・深化事業)

- 福祉避難所の設置数の増加を図っていきます。
- 介護サービス事業所と災害時を想定した連絡体制を構築し、防災や感染症対策についての周知啓発、訓練等を実施していきます。
- 関係部局と連携し、介護事業所等における災害や感染症の発生時に必要な物資の調達、輸送体制など検討していきます。



市民・事業所のできることに

(市民・団体)

- 日ごろから地域や団体で、普段の生活場所や避難ルートの確認を行いましょう。
- 緊急時に備えて、すぐに持ち出せる避難袋等を準備しておきましょう。
- 減災・防災の意識をもち、地域においてお互いがお互いを見守りあうことができるよう、普段から交流を深めましょう。

(事業所)

- 介護サービス事業所は、災害時に迅速に行動できるよう、平時から市や他事業所と連携を取り情報共有を図り、訓練等にも参加します。
- 介護サービス事業所は、業務継続計画（BCP）の作成、継続的な見直しにより災害・感染症など有事の際に迅速に対応できるよう努めます。

第3節 みんなで支える介護保険

(1) 介護保険サービスの確保・維持



施策の方針

中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込等を踏まえ、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、ニーズに応じたサービス提供が受けられるよう体制の充実を図り、必要な時に必要なサービスが受けられる環境整備に努めます。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
介護保険サービスなどの提供に係る船賃助成事業	離島の高齢者が在宅サービスを利用しやすい環境整備を推進するため、介護保険サービスを提供する事業所に対して、船賃の3/4助成を行っていきます。
介護保険サービスなどの提供に係る駐車場確保事業	離島の高齢者が在宅サービスを利用しやすい環境整備を推進するため、介護保険サービスを提供する事業所に対して、駐車場利用料の全額助成を行っていきます。
離島における待機場所確保事業	離島在住者に介護保険サービスを提供する事業所に対して、サービス提供時の待機場所を各離島に設置していきます。

(新規・深化事業)

- 認知症のかたや高齢者が要介護状態となっても、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう地域密着型サービスの充実を図ります。
- 要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を検討していきます。

(介護基盤整備の方向性)

事業項目	整 備 方 針
居宅サービス	在宅での生活を継続するために必要なサービス（特に訪問介護、訪問看護）について、事業者が参入しやすい環境づくりに努めていきます。
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて、多様化する高齢者ニーズに対応する必要があることから事業者が参入しやすい環境づくりに努めていきます。
施設・居住系サービス	本計画において、整備の予定はありません。引き続き現在の提供数を維持していきます。



市民・事業所のできることに

（市民・団体）

- サロン等で介護保険についての出前講座を実施し、知識や意識を高めましょう。
- 自分自身が使用できる有効なサービスをパンフレット等で調べましょう。
- 真に必要な分だけ介護サービスを利用するよう、ケアマネジャーとケアプランの検討を行いましょう。

（事業所）

- 居宅介護支援事業所は、ケアマネジメントの際、過不足なく適切にサービス提供されているか常に検討を行っていきます。
- 居宅介護支援事業所は、インフォーマルサービスの活用を意識し支援していきます。





施策の方針

制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取り組みを促進するため総合事業の充実を推進していきます。



市の取り組み

(継続事業)

- 地域のニーズに応じて、住民やボランティア、民間企業などの多様な主体による事業の参画を促していきます。
- 高齢者の社会参加や生きがいがいつくりの実現などが介護予防につながることから、社会参加や地域における支えあい体制づくりを推進していきます。

(新規・深化事業)

- 高齢者が支援の担い手になるよう養成し、活動の場を確保できるよう努めます。
- 支援を必要とする高齢者の地域ニーズを把握し地域資源とのマッチングに努めます。

(介護基盤整備の方向性)

事業項目	整備方針
訪問型サービス	本計画において、整備の予定はありません。引き続き現在の提供数を維持していきます。
通所型サービス	本計画において、整備の予定はありません。引き続き現在の提供数を維持していきます。



市民・事業所のできることに

(市民・団体)

- 老人クラブは、介護を支える取り組みを積極的に進めていきます。

(事業所)

- 居宅介護支援事業所は、地域資源の把握・活用に努めます。

(3) 介護保険サービスの適正な利用の推進



施策の方針

介護保険サービスの適正な利用を推進するため、これまでの給付適正化主要5事業を3事業に再編し事業の重点化・内容の充実・見える化を図ることで、より効果的・効率的に事業を実施していきます。



市の取り組み

(継続事業)

事業項目	内 容
ケアプランチェック 住宅改修実態調査、 福祉用具実態調査	提供されたサービスが利用者の要介護状態の軽減または悪化防止につながっているかどうかや不必要なサービスが位置付けられていないかなど、ケアマネジメントの手順面と実施面での適正化に向け、実地指導などにより確認を行っていきます。 住宅改修及び福祉用具の事前確認や完了後の確認について、書類だけでなく現地訪問の上、利用者や家族からの意見を聴き取ることで、適切に実施されているか調査を行っていきます。
縦覧点検、医療情報との突合、給付実績の活用	国保連合会に委託し、サービス事業所から請求される介護給付費請求書など、全件点検を行っていきます。
要介護認定の適正化	認定調査が基準に沿って実施されているかなどを確認するため、認定調査状況チェックを行っていきます。 主治医意見書が適切に記載されているか、調査票と意見書の内容に相違はないか、審査会での判定が合理的であるかなど適切な認定に向けて取り組んでいきます。

(新規・深化事業)

- 介護給付の適正化に向けて、三重県と協議を行っていきます。
- 介護サービス事業所に介護予防や自立支援の意識を持ってもらうよう、ケアプランチェックを行う中で啓発していきます。

（４）介護保険の業務効率化の取り組み



施策の方針

2040 年に向けて生産年齢人口の減少と高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大が見込まれる中、介護現場の生産性向上の取り組みは、利用者に対するサービスの質の向上等が見込まれるとともに、働く環境の改善等により介護現場の職員の負担軽減等にもつながることから、三重県とも連携を図り、介護現場の業務効率化に取り組んでいきます。



市の取り組み

（継続事業）

○介護サービス事業所が I C Tなどを活用し業務効率化に取り組めるよう、国・県の補助金などに関する情報提供に努めます。

（新規・深化事業）

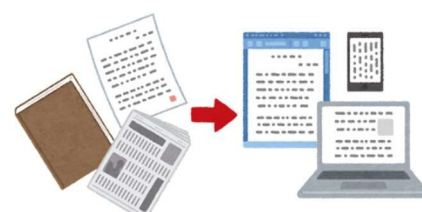
○介護サービス事業所の文書負担軽減を図るため、指定申請や報酬請求等に係る国が定める標準様式に整備するとともに「電子申請・届出システム」の使用に向けて取り組みます。



市民・事業所のできることに

（事業所）

○居宅介護支援事業所は、事務の I C T化を進めていきます。





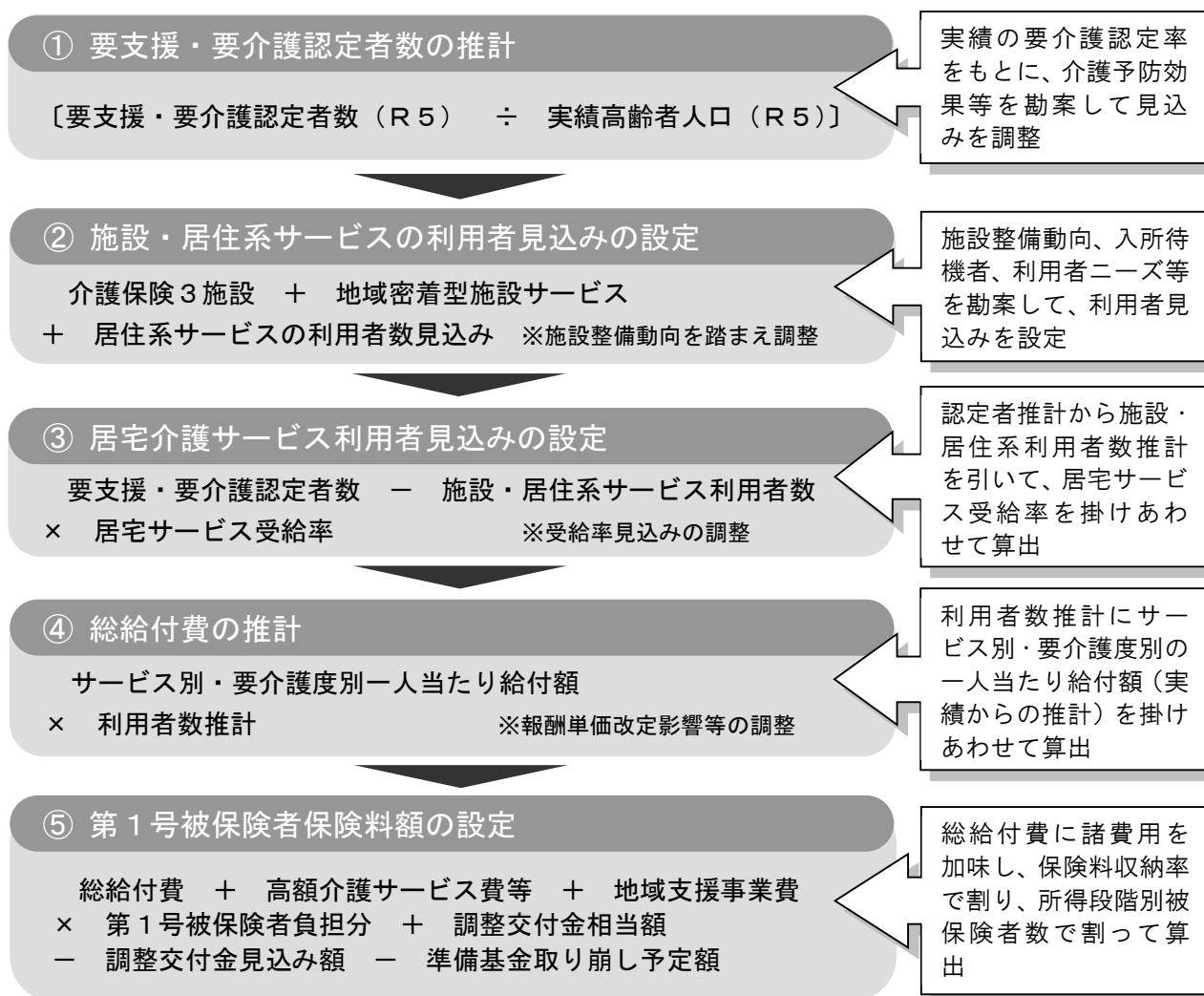
第5章 介護事業費及び介護保険料

第1節 介護保険事業費の推計

(1) 介護保険サービス見込み量などの推計の手順



事業量などの推計にあたっては、各種介護保険サービスのこれまでの基盤整備状況、地域密着型サービスなどの進捗状況、サービスの利用の伸びなどをもとに、以下のような流れに沿って目標年度にかけての事業量を算出しました。



(2) 居宅介護サービスの見込み量



単位 (人/月)

	実績			見込み量		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
訪問介護						
訪問入浴介護						
訪問看護						
訪問リハビリテーション						
居宅療養管理指導						
通所介護						
通所リハビリテーション						
短期入所生活介護						
短期入所療養介護 (老健)						
短期入所療養介護 (病院など)						
短期入所療養介護 (介護医療院)						
福祉用具貸与						
特定福祉用具購入費						
住宅改修費						
居宅介護支援						
特定施設入居者生活介護						

※令和 5 (2023) 年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(3) 介護予防サービスの見込み量



単位 (人/月)

	実績			見込み量		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
介護予防訪問入浴介護						
介護予防訪問看護						
介護予防訪問リハビリテーション						
介護予防居宅療養管理指導						
介護予防通所リハビリテーション						
介護予防短期入所生活介護						
介護予防短期入所療養介護（老健）						
介護予防短期入所療養介護（病院など）						
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）						
介護予防福祉用具貸与						
介護予防福祉用具購入費						
介護予防住宅改修						
介護予防支援						
介護予防特定施設入居者生活介護						

※令和 5（2023）年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(4) 地域密着型サービスの見込み量



【地域密着型介護サービス】

単位 (人/月)

	実績			見込み量		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
夜間対応型訪問介護						
地域密着型通所介護						
認知症対応型通所介護						
小規模多機能型居宅介護						
認知症対応型共同生活介護						
地域密着型特定施設入居者生活介護						
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
看護小規模多機能型居宅介護						

※令和 5 (2023) 年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

【地域密着型介護予防サービス】

単位 (人/月)

	実績			見込み量		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
介護予防認知症対応型通所介護						
介護予防小規模多機能型居宅介護						
介護予防認知症対応型共同生活介護						

※令和 5 (2023) 年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(5) 施設・居住系サービスの見込み量



単位 (人/月)

		実績			見込み量		
		R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
(1) 居宅（介護予防）サービス							
特定施設入居者生活介護	要支援						
	要介護						
(2) 地域密着型（介護予防）サービス							
認知症対応型共同生活介護	要支援						
	要介護						
地域密着型特定施設入居者生活介護							
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							
(3) 施設サービス							
介護老人福祉施設							
介護老人保健施設							
介護医療院							
介護療養型医療施設							

※令和 5（2023）年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(6) 介護給付費の推計



単位（千円）

	実績			推計		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
居宅介護サービス						
訪問介護						
訪問入浴介護						
訪問看護						
訪問リハビリテーション						
居宅療養管理指導						
通所介護						
通所リハビリテーション						
短期入所生活介護						
短期入所療養介護（老健）						
短期入所療養介護（病院など）						
短期入所療養介護（介護医療院）						
福祉用具貸与						
特定福祉用具購入費						
住宅改修費						
特定施設入居者生活介護						
地域密着型サービス						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
夜間対応型訪問介護						
地域密着型通所介護						
認知症対応型通所介護						
小規模多機能型居宅介護						
認知症対応型共同生活介護						
地域密着型特定施設入居者生活介護						
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
看護小規模多機能型居宅介護						
施設サービス						
介護老人福祉施設						
介護老人保健施設						
介護医療院						
介護療養型医療施設						
居宅介護支援						
合 計 【介護給付費】						

※令和 5（2023）年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(7) 予防給付費の推計



単位（千円）

	実績			推計		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
介護予防サービス						
介護予防訪問入浴介護						
介護予防訪問看護						
介護予防訪問リハビリテーション						
介護予防居宅療養管理指導						
介護予防通所リハビリテーション						
介護予防短期入所生活介護						
介護予防短期入所療養介護（老健）						
介護予防短期入所療養介護（病院など）						
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）						
介護予防福祉用具貸与						
特定介護予防福祉用具購入費						
介護予防住宅改修						
介護予防特定施設入居者生活介護						
地域密着型介護予防サービス						
介護予防認知症対応型通所介護						
介護予防小規模多機能型居宅介護						
介護予防認知症対応型共同生活介護						
介護予防支援						
合 計 【予防給付費】						

※令和 5（2023）年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(8) 総給付費の推計



単位 (千円)

	実績			推計		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
介護給付費						
予防給付費						
総給付費						

※令和 5 (2023) 年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(9) 標準給付費の推計



単位 (千円)

	実績			推計		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
総給付費						
特定入所者介護サービス費 (財政影響額調整後)						
特定入所者介護サービス費						
特定入所者介護サービス費等 の見直しに伴う財政影響額						
高額介護サービス費 (財政影響額調整後)						
高額介護サービス費						
高額介護サービス費等の見直 しに伴う財政影響額						
高額医療合算介護サービス費						
算定対象審査支払手数料						
標準給付費						

※令和 5 (2023) 年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

(10) 地域支援事業費の推計



単位 (千円)

	実績			推計		
	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
地域支援事業費						

※令和 5 (2023) 年度は●月までの実績に基づく見込み数です。

第2節 介護保険料の設定



(1) 第9期介護保険料 基準月額の算出

	令和6～8年度 (3年間合計)	摘 要
①標準給付費	円	
②地域支援事業費 介護予防・日常生活支援総合事業	円	
③地域支援事業費 包括的支援事業・任意事業	円	
④第1号被保険者負担分	円	$(①+②+③) \times 23\%$
⑤調整交付金相当額	円	$(①+②) \times 5\%$
⑥調整交付金見込額	円	R6 : %、R7 : %、R8 : %
⑦財政安定化基金償還金	円	
⑧財政安定化基金取崩額	円	
⑨準備基金取崩額	円	
⑩保険料収納必要額	円	$④+⑤-⑥+⑦-⑧-⑨$
⑪予定保険料収納率	%	
⑫保険料賦課総額	円	$⑩ \div ⑪$
⑬被保険者数(補正後)	人	所得段階別加入割合など補正後
⑭保険料基準年額	円	$⑫ \div ⑬$
⑮保険料基準月額	円	$⑭ \div 12$ か月

		概 要
第8期保険料基準月額	6,770 円	
第8期からの増加額	円	
第8期に対する増加率	%	

(2) 保険料段階人口



保険料段階	所得などの条件	人口		
		R 6 (2024)	R 7 (2025)	R 8 (2026)
第 1 段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者であつて世帯全員が市民税非課税の人及び、本人及び世帯全員が市民税非課税で課税年金収入と合計所得金額の合計が年間 80 万円以下の人			
第 2 段階	本人及び世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入が年間 120 万円以下の人			
第 3 段階	本人及び世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入が年間 120 万円を超える人			
第 4 段階	本人が市民税非課税で世帯の中に市民税課税者がいる人で、公的年金など収入と合計所得金額の合計が年間 80 万円以下の人			
第 5 段階	本人が市民税非課税で世帯の中に市民税課税者がいる人で、第 4 段階対象者以外の人			
第 6 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 90 万円未満の人			
第 7 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 90 万円以上 140 万円未満の人			
第 8 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 140 万円以上 190 万円未満の人			
第 9 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 190 万円以上 300 万円未満の人			
第 10 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 300 万円以上 400 万円未満の人			
第 11 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 400 万円以上 600 万円未満の人			
第 12 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 600 万円以上 1,000 万円未満の人			
第 13 段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 1,000 万円以上の人			



(3) 保険料段階

保険料段階	所得などの条件	年度	基準額に 対する割合	月額保険 料 (円)	年額保険 料 (円)
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者であって世帯全員が市民税非課税の人及び、本人及び世帯全員が市民税非課税で課税年金収入と合計所得金額の合計が年間 80 万円以下の人	R 6～8	0.45		
第2段階	本人及び世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入が年間 120 万円以下の人	R 6～8	0.65		
第3段階	本人及び世帯全員が市民税非課税で本人の年金収入が年間 120 万円を超える人	R 6～8	0.75		
第4段階	本人が市民税非課税で世帯の中に市民税課税者がいる人で、公的年金など収入と合計所得金額の合計が年間 80 万円以下の人	R 6～8	0.90		
第5段階	本人が市民税非課税で世帯の中に市民税課税者がいる人で、第4段階対象者以外の人	R 6～8	基準額		
第6段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 90 万円未満の人	R 6～8	1.15		
第7段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 90 万円以上 140 万円未満の人	R 6～8	1.25		
第8段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 140 万円以上 190 万円未満の人	R 6～8	1.45		
第9段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 190 万円以上 300 万円未満の人	R 6～8	1.55		
第10段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 300 万円以上 400 万円未満の人	R 6～8	1.65		
第11段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 400 万円以上 600 万円未満の人	R 6～8	1.75		
第12段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 600 万円以上 1,000 万円未満の人	R 6～8	1.90		
第13段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間 1,000 万円以上の人	R 6～8	2.00		

※保険料段階の設定：現状の所得段階別人口比を元に、上記のように設定しました。低所得者に配慮するとともに、本人課税である第6段階以上をより多段階化し、負担能力に応じた保険料段階を設定しました。

※国が示す低所得者に対する軽減強化の割合に沿って、令和2年度の完全実施後の軽減された保険料割合により、第1段階は 0.45 から 0.3 とし、第2段階は 0.65 から 0.5 とし、第3段階は 0.75 から 0.7 にそれぞれ軽減します。



第 6 章 計画の推進に向けて

第 1 節 計画の推進体制

(1) 高齢者施策推進委員会



保健・医療・介護・福祉の関係団体の代表や学識経験者などで構成する高齢者施策推進委員会を開催し、介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会としての機能を包含しながら、様々な分野からの意見を反映させ、高齢者福祉施策の推進及び介護保険事業の円滑かつ公平・公正な運営に努めます。

(2) 庁内推進体制の充実



本計画に掲げる施策は、保健福祉分野をはじめ、高齢者の生活環境を支える様々な分野が関連していることから、健康福祉課を中心に連携し、現状や課題、施策の方向性などを共有しながら、効果的かつ効率的な施策の推進を図ります。計画の推進に必要な財源を確保するため、効果的・効率的なサービス提供に努めます。

また、計画期間内において、集中的、重点的な取り組みを効果的・効率的に推進する必要性が生じた際は、庁内プロジェクトチームの設置など、機能的な庁内組織の編成・運営を行います。

さらに、保健福祉に携わる職員の専門的な知識・技術などを図るための研修はもとより、他の分野を所管する職員においても、保健福祉制度・施策への理解や人権意識・福祉意識の向上を目的とした研修を随時実施し、本市の全職員の知識・技術・意識の向上に努めます。

(3) 市民参加の推進



本計画の推進にあたっては、高齢者を支えるきめ細かなサービス展開を図るために、高齢者も含めた市民がサービスの担い手となって支えていく体制が必要です。地域で活動するボランティアは、これまでも公的サービスで補いきれない部分の支援を担ってきました。

今後こうした活動の重要性はますます高まることから、自主的な活動がしやすい環境の整備を図りつつ、協働による事業の推進を行います。

第2節 計画の進行管理

本計画の進行管理については、「高齢者施策推進委員会」において定期的に進捗状況を点検・評価を行い、その結果に基づいて対策を検討します。

また、計画の進捗状況を広く市民へ周知できるように、ホームページへの掲載などにより計画の各年度の実施状況や変更・見直しなどについて公表していきます。

また、計画の着実な推進のためには、これらの進行管理を一連のつながりのなかで実施することが重要です。そのため、計画を立案し（Plan）、実践する（Do）ことはもちろん、目標設定や計画策定後も適切に評価（Check）、改善（Action）が行えるよう、循環型のマネジメントサイクル（PDCAサイクル）を構築します。

