

健幸いわた いきいき長寿プラン

磐田市第10次
高齢者保健福祉計画

第9期
介護保険事業計画



やさしさ ふれあい 支え合いのまちづくり
～ 安心できる 健幸長寿社会の実現 ～

令和6(2024)年度～令和8(2026)年度
磐田市

目次

第1章 計画策定の概要	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画策定の背景	1
3 計画の位置づけ	3
4 計画の期間	5
5 計画策定にあたっての国指針・県方針の変更点等	6
6 計画策定の方法	9
第2章 高齢者の現状と将来推計	10
1 人口の推移と将来推計	10
2 高齢者世帯の推移	11
3 要介護（要支援）認定者の推移と将来推計	12
4 認知症高齢者の推移	13
5 日常生活圏域の設定	14
6 高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査	15
7 第2号被保険者（40～64歳）への介護保険についてのアンケート調査	22
第3章 計画の基本的な考え方	26
1 基本理念	26
2 基本目標	28
3 施策の体系	30
第4章 目標に向けた取り組み	32
基本目標1 生きがいつくりと介護予防の充実	32
基本施策1 生きがいつくりと社会参加の促進	33
1. 通いの場支援の推進	33
2. 社会参加の促進	34
基本施策2 健康づくりと介護予防の推進	35
1. 健康づくりの推進	35
2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進	36
3. 介護予防・日常生活支援総合事業の強化	37
基本目標2 住み慣れた地域で暮らすための支援の充実	39
基本施策1 地域の支え合いネットワークの構築	40
1. 相談・支援体制の充実	40
2. 見守り体制づくりと担い手づくり	41
3. 地域ネットワークの構築	43
基本施策2 在宅医療と介護連携の強化	44
1. 在宅医療と介護への理解を深めるための普及啓発の推進	44

2. 関係機関の連携強化	45
基本目標3 認知症施策の推進	46
基本施策1 認知症の普及啓発と予防の推進	47
1. 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進	47
2. 認知症予防の推進	48
基本施策2 認知症の人とその家族の支援	49
1. 認知症の人への支援の推進	49
2. 認知症介護者への支援の推進	50
基本目標4 高齢者支援サービスの充実	51
基本施策1 在宅生活を支えるサービスの充実	52
1. 在宅福祉サービスの充実	52
2. 安心して住みやすい環境整備	54
基本施策2 介護保険サービスの充実	55
1. 各種サービスの充実	55
2. 給付の適正化	62
3. 事業所における災害対策・感染症対策	62
第5章 介護サービスに係る費用の見込み	63
1 介護（介護予防）給付費の見込み	63
2 介護予防・日常生活支援総合事業費の見込み	65
3 標準給付費及び地域支援事業費の見込み	65
4 第9期介護保険料	66
第6章 計画の推進にあたって	69
資料編	70
1 計画策定の経過	70
2 介護保険運営協議会 委員名簿	72
3 介護保険条例	73
4 介護保険運営協議会規則	74
5 用語解説	76

1. 計画策定の趣旨

令和3年3月に第9次高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画（計画期間：令和3年度～令和5年度）を策定し、「やさしさ ふれあい 支え合いのまちづくり～健幸ないわた・健康長寿の実現～」を基本理念として、その実現に向けて「生きがいくくりと介護予防*の充実」、「住み慣れた地域で暮らすための支援の充実」、「認知症施策の推進」、「高齢者支援サービスの充実」の4つの基本目標を設定し、各事業を推進してきました。

こうした中、令和5年度をもって、第9次高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画の計画期間が終了することから、本市を取り巻く社会環境の変化やそれに伴う課題に対応した高齢者福祉を推進するため、磐田市総合計画や磐田市地域福祉計画等関連する計画と整合を図りながら、第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画を策定するものです。

また、本計画の基本理念を踏まえ、市が目指す高齢者像が広く市民に伝わりやすいよう「健幸いわた いきいき長寿プラン」を愛称としました。

2. 計画策定の背景

(1) 地域共生社会の実現

市では、超高齢社会を迎えることを念頭に、病気になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らすことができるように「地域包括ケアシステムの構築」を推進してきました。

そのような中、国は平成29年2月、「地域共生社会」の実現を目指した改革を進めていく方針を掲げ、令和2年に社会福祉法をはじめとした関連法令の改正を行いました。

地域包括ケアシステムとは「地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり」ですがこの考えは、高齢者だけに当てはまるものではありません。

高齢になっても、障がいがあっても、その他様々な生活課題を抱えながらも、住み慣れた地域で自分らしい生き方をするためには、地域に暮らす住民誰もがその人の状況に合った支援を受けられる体制が必要となっています。

さらにこれからは、高齢者、児童、障がい者、生活困窮者など制度や分野の枠や「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を越えて、地域で支援を必要とするすべての方々の暮らしを支えられる「地域共生社会」を実現するため、地域包括ケアを深化させていく必要があります。

(2) 高齢者人口・世帯の増加

今まで以上に総人口・現役世代人口が減少し、高齢者人口が増加するとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれます。

また、核家族化の進行や医療の発展などによる長寿命化により高齢者の単独世帯や夫婦のみ世帯の増加、認知症の人の増加も見込まれます。

(3) 複雑化・複合化する課題の増加

社会・経済の変化や人口構成の変化、医療技術や医療制度の進歩、ライフスタイルの多様化などによって、個人や世帯が抱える問題は複雑化し、経済的困難のみならず、生きづらさや精神疾患などの心理的な困難、孤独・孤立の問題、住居確保の問題などが顕在化しています。

また、高齢の親と引きこもりの子どもが同居する「8050問題」や育児と介護のダブルケアなど、複数の課題が重なり合い、包括的な対応が求められるケースが増加しています。

さらには、青年期にひきこもり状態にあった人が高齢となり社会的孤立するなど、従来の対象者別の制度には合致しにくい課題や軽度の認知機能の障がい、精神障がい疑われ、様々な問題を抱えているが公的支援制度の受給要件を満たさないために、制度の狭間に落ち込んでしまっている課題への対応も必要となってきました。

(4) 日常生活を支援する体制と人材の確保

単身又は高齢者のみ世帯や認知症の人の増加に対応するため、地域サロン*の開催、見守り・安否確認、外出支援、家事支援などの多様な生活支援・介護予防サービスが必要とされています。

これらの求めに対応するためには、生活支援コーディネーター*等による地域のニーズや資源の把握を通じて、NPOや民間企業、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援・介護予防サービスを担う事業主体による支援、協働体制の充実・強化を図ることが重要となっています。

また、現役世代の人口が減少することで介護に携わる人材の確保も難しくなることが見込まれるため、福祉教育の充実など人材確保に関する取り組みも必要となっています。

(5) 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の公布

これまで、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議）に基づいて認知症施策を推進してきたところですが、令和5年6月、さらに認知症施策を総合的かつ計画的に推進するため、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が公布されました。

この法律は、急速な高齢化の進展に伴い認知症の人が増加していく中で、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、また、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する社会の実現を目的としています。

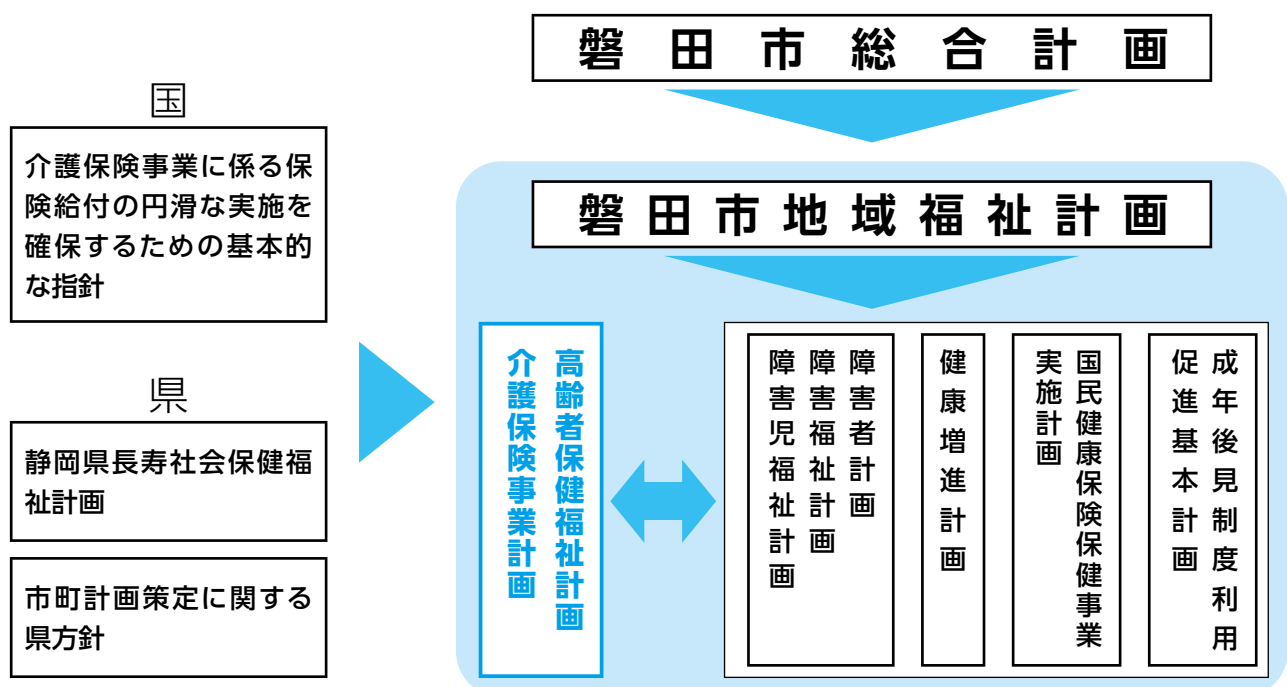
具体的には、認知症の人に関する住民の理解の増進、認知症の人の社会参加の機会の確保、認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護、保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備、相談体制の整備等の施策の推進などが求められています。

3. 計画の位置づけ

(1) 法的根拠と他計画との関係

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）に基づく「市町村老人福祉計画」と、介護保険法*（平成9年法律第123号）に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定しています。

本計画の内容は、上位計画である「磐田市総合計画」及び「磐田市地域福祉計画」、健康福祉部門の個別計画である「磐田市健康増進計画」、「磐田市障害者計画」、「磐田市障害福祉計画」、「磐田市障害児福祉計画」、「磐田市国民健康保険保健事業実施計画」、「磐田市成年後見制度利用促進基本計画」と整合・連携を図っています。



(2) 持続可能な開発目標

平成 27 年 9 月の国連サミットにおいて、先進国を含む国際社会全体の開発目標として「持続可能な開発目標 (SDGs)」が採択されました。SDGs は、2030 年までに世界中で達成すべき事柄として掲げられており、「誰一人取り残さない」社会の実現に向け、17 の目標と具体的に達成すべき 169 のターゲットから構成されています。

国は、地方自治体に対し、各計画に SDGs を反映させることや、SDGs の達成に向けた取り組みを促進することを求めています。本計画においても 17 の目標のうち、8 つの目標を高年齢者福祉施策と関連する取り組みとして推進していきます。

【本計画と関連する 8 つの目標】

<p>1 貧困をなくそう</p> 	<p>1 貧困をなくそう</p> <p>あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる</p>	<p>10 人や国の不平等をなくそう</p> 	<p>10 人や国の不平等をなくそう</p> <p>国内及び各国間の不平等を是正する</p>
<p>2 飢餓をゼロに</p> 	<p>2 飢餓をゼロに</p> <p>飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養の改善を実現し、持続可能な農業を促進する。</p>	<p>11 住み続けられるまちづくりを</p> 	<p>11 住み続けられるまちづくりを</p> <p>包摂的で安全かつ強靱で持続可能な都市及び人間居住を実現する</p>
<p>3 すべての人に健康と福祉を</p> 	<p>3 すべての人に健康と福祉を</p> <p>あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する</p>	<p>16 平和と公正をすべての人に</p> 	<p>16 平和と公正をすべての人に</p> <p>持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、全ての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する</p>
<p>8 働きがいも経済成長も</p> 	<p>8 働きがいも経済成長も</p> <p>包摂的かつ持続可能な経済成長及び全ての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用を促進する</p>	<p>17 パートナリープで目標を達成しよう</p> 	<p>17 パートナリープで目標を達成しよう</p> <p>持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する</p>

4. 計画の期間

計画期間は、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間です。

本計画期間中に団塊の世代*が75歳以上となる令和7(2025)年を迎え、介護需要がこれまで以上に増加することが予測されます。さらに団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年には、介護需要がピークを迎えると言われている中で、地域包括ケアシステムの更なる構築と安定したサービスの提供が維持できるよう、将来を見据え計画に反映します。

【計画期間図】

	令和 3年度 (2021)	令和 4年度 (2022)	令和 5年度 (2023)	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
総合計画	第2次						第3次		
地域福祉計画	第3次		第4次				第5次		
高齢者保健福祉計画 (介護保険事業計画)	第9次(第8期)			第10次(第9期)			第11次(第10期)		

5. 計画策定にあたっての国指針・県方針の変更点等

(1) 国の基本指針の主な見直し内容

① 介護サービス基盤の計画的な整備

- 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、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、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
- 医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
- サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
- 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
- 居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

② 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 総合事業*の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 地域包括支援センター*の業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- 介護事業所間、医療・介護での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
- 地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供
- 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

- ③ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進
- ケアマネジメント*の質の向上及び人材確保
 - ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
 - 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
 - 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
 - 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
 - 文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化「電子申請・届出システム」利用の原則化）
 - 財務状況等の見える化
 - 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

（２）県の方針の要点

- ① 地域共生社会
- 権利擁護支援の計画を策定・見直し、整合を図ること
 - 高齢者の虐待防止に関する対応方針を定めるなど体制の整備を図ること
 - 地域共生社会の実現に向けて、住民向けの勉強会やフォーラムの開催等、長期的展望で継続的に住民意識の醸成を図ること
 - 地域における社会的資源の把握と一層の活用に努めること
 - 地域包括支援センターの運営指針を提示・見直しするなど、市町と包括支援センターが一体的に運営ができるよう体制を整備すること
 - 生活に困難を抱えた高齢者等の住まいの確保と生活の一体的な支援に努めること
 - 高齢者の移動に関するニーズを把握し、住民主体の移動サービスの創出など、支援の充実を図ること
- ② 自立支援、介護予防・重度化防止
- 災害後の生活不活発病を防ぐため、災害時を想定した支援体制と通常時への移行段階の体制を検討すること
 - 新たな生活様式に対応したＩＣＴ等を効果的に活用した健康づくりや介護予防活動の取組を推進すること
 - 関係者間での必要な情報を共有するため、静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア*かけはし）などＩＣＴの積極的な活用を図ること

③ 介護サービス

- 整備量の検討に当たっては、既存施設・事業所のあり方も含め検討すること
- 事務手続きの標準化やデジタル化を検討し、事業所の負担軽減を図ること

④ 在宅医療・介護連携

- 住民が自分らしく予防期・生活期から晩年まで過ごし末期（まっご）を迎えられるように、在宅医療・在宅介護について、住民の理解を促進し、ACP*の推進等に努めること

⑤ 認知症施策

- 新しい生活様式に対応するため、ICT等を効果的に活用した情報発信や認知症予防活動の取組を推進すること
- 認知症の人とその家族が安心して暮らせる地域となるため、認知症サポーターの活用、チームオレンジの設置促進、ピアサポート活動の推進、認知症カフェ*の取組支援等インフォーマルサービスの一層の充実を図ること
- 若年性認知症については、本人、家族への相談支援等の体制づくりを推進すること
- 障害部局や福祉部局等の関係機関と連携して、若年性認知症の人の抱える経済的問題や家族の精神的負担等についての理解促進や、就労支援、社会参加などに取り組むこと

⑥ 人材確保・育成・定着

- 人材の育成においては、就労支援部局や障害者支援部局とも連携し、元気な高齢者、障害のある人、育児・介護中などで短時間勤務を希望する者などの多様な人材の活用に努めること

⑦ 災害対策・感染症対策

- 介護事業所等の事業継続計画（BCP）作成や見直しについて、研修や運営指導等の様々な機会でも指導に努めること
- 生活支援コーディネーターや福祉避難施設等の関わり方も含めて、災害発生時やその後の支援体制の構築・見直しを図ること
- 個別避難計画を作成・見直し、整合を図ること
- 住民の生活支援や地域活動が継続的に実施できるように支援に努めること

6. 計画策定の方法

(1) 介護保険運営協議会の設置

本計画の策定にあたり、幅広い関係者の参画の下で地域の特性に応じた事業が展開できるよう、保健・医療・福祉関係者、被保険者（市民）代表、有識者、行政機関による磐田市介護保険運営協議会を設置し、高齢者施策について検討しました。

また、計画の策定にあたり、関係各課等からの意見や情報の集約、高齢者保健福祉向上のための協力体制の強化等を目的として、必要に応じて各課担当者との打ち合わせや調整を随時実施しました。

(2) 高齢者等実態調査の実施

介護保険制度が利用者にとってより良いものとなるよう地域住民の意見を盛り込むことが必要であり、介護保険事業計画の見直しに先立ち、介護保険事業運営の基礎資料とするべく、高齢者の日常生活や健康状態、介護保険制度に対する意見・要望等を設問とする、高齢者等実態調査を実施しました。

(3) 第2号被保険者（40～64歳）への介護保険についてのアンケート調査の実施

介護保険制度の概要や相談機関についての認識、家族や自身の介護に対する考え方等についてアンケート調査を実施しました。

(4) 磐田市福祉関係事業計画に関する庁内検討委員会

計画策定にあたり、庁内の関係部課長で組織する「磐田市福祉関係事業計画に関する庁内検討委員会」において、計画の審議・検討を行いました。

(5) パブリックコメントの実施

令和5年11月27日から12月27日に、本計画の素案について、パブリックコメントを実施し、広く市民の意見を募りました。

第2章

高齢者の現状と将来推計

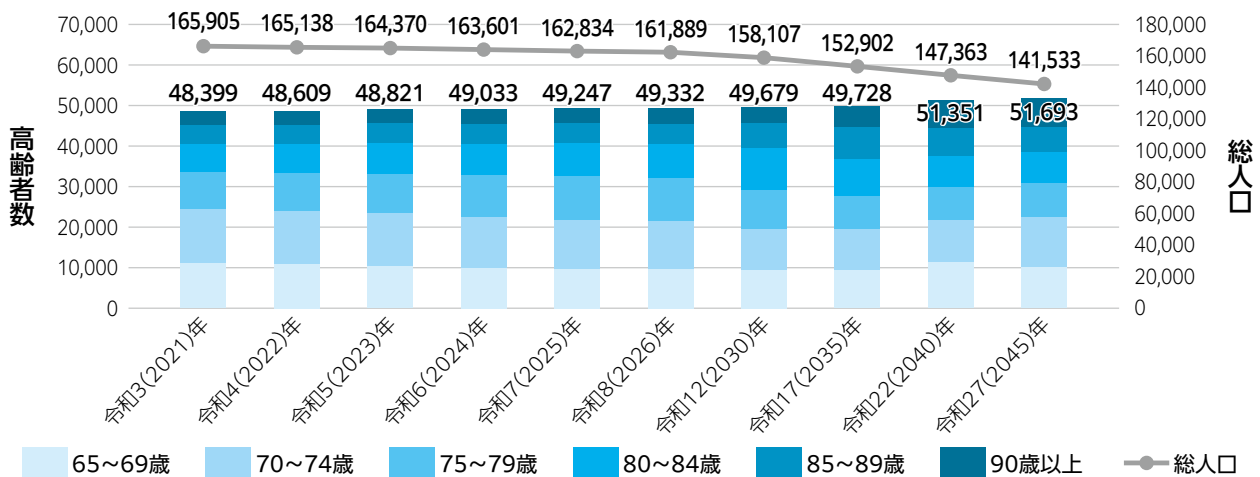
1. 人口の推移と将来推計

日本の人口は平成 20(2008) 年をピークに減少局面に突入し、本市においても若い世代の都市部への流出や出生率の低下などにより平成 20(2008) 年の 176,192 人をピークとして減少に転じています。

また、団塊の世代がすべて後期高齢者となる令和 7(2025) 年を計画期間中に迎え、さらにその先の、いわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22(2040) 年に向け、総人口・生産年齢人口が減少する中で、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い 85 歳以上人口が急速に増加することが見込まれます。

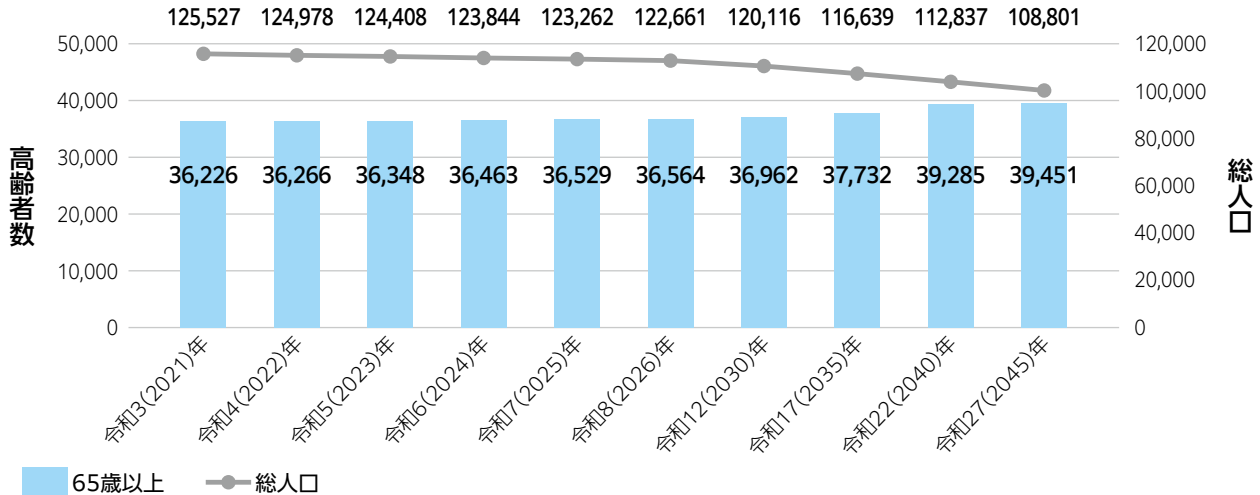
【磐田市の総人口と高齢者の推移と推計】

(単位：人)



【全国の総人口と高齢者の将来推計】

(単位：千人)



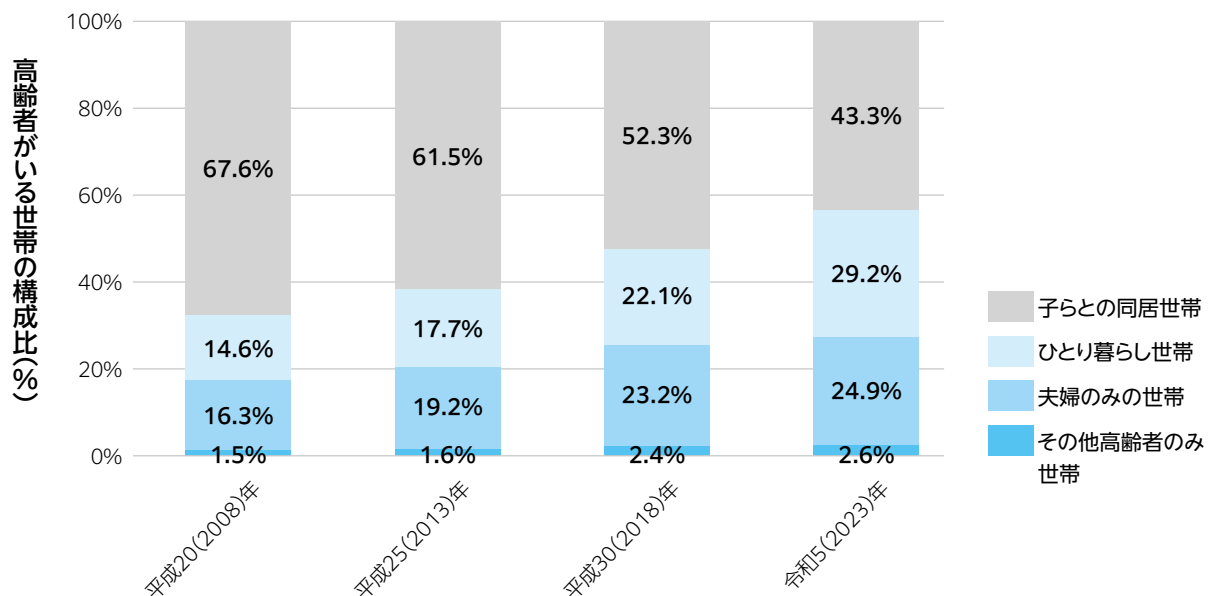
(出典) 磐田市：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和 5（2023）年推計）」補正值
 全国：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和 5（2023）年推計）」

2. 高齢者世帯の推移

高齢者のみで暮らす世帯（ひとり暮らし世帯・夫婦のみ世帯・その他高齢者のみ世帯）は増加傾向にあり総世帯に占める割合はこの15年で2倍となっています。また、令和5年時点で高齢者がいる世帯のうち半数以上が高齢者のみで暮らす世帯となっています。

(単位：世帯)

		平成20 (2008)年	平成25 (2013)年	平成30 (2018)年	令和5 (2023)年
総世帯	実数	62,925	63,200	66,786	70,706
	構成比①	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
高齢者がいる世帯	実数	23,224	26,218	29,731	32,511
	構成比①	36.9%	41.5%	44.5%	46.0%
	構成比②	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
子らとの同居世帯	実数	15,708	16,123	15,541	14,070
	構成比①	25.0%	25.5%	23.3%	19.9%
	構成比②	67.6%	61.5%	52.3%	43.3%
ひとり暮らし世帯	実数	3,395	4,645	6,569	9,489
	構成比①	5.4%	7.3%	9.8%	13.4%
	構成比②	14.6%	17.7%	22.1%	29.2%
夫婦のみの世帯	実数	3,780	5,040	6,902	8,096
	構成比①	6.0%	8.0%	10.3%	11.5%
	構成比②	16.3%	19.2%	23.2%	24.9%
その他高齢者のみ世帯	実数	341	410	719	856
	構成比①	0.5%	0.6%	1.1%	1.2%
	構成比②	1.5%	1.6%	2.4%	2.6%



(出典) 高齢者行政の基礎調査(各年4月1日現在)

注：①は総世帯数を100%とする構成比。②は高齢者がいる世帯を100%とする構成比。

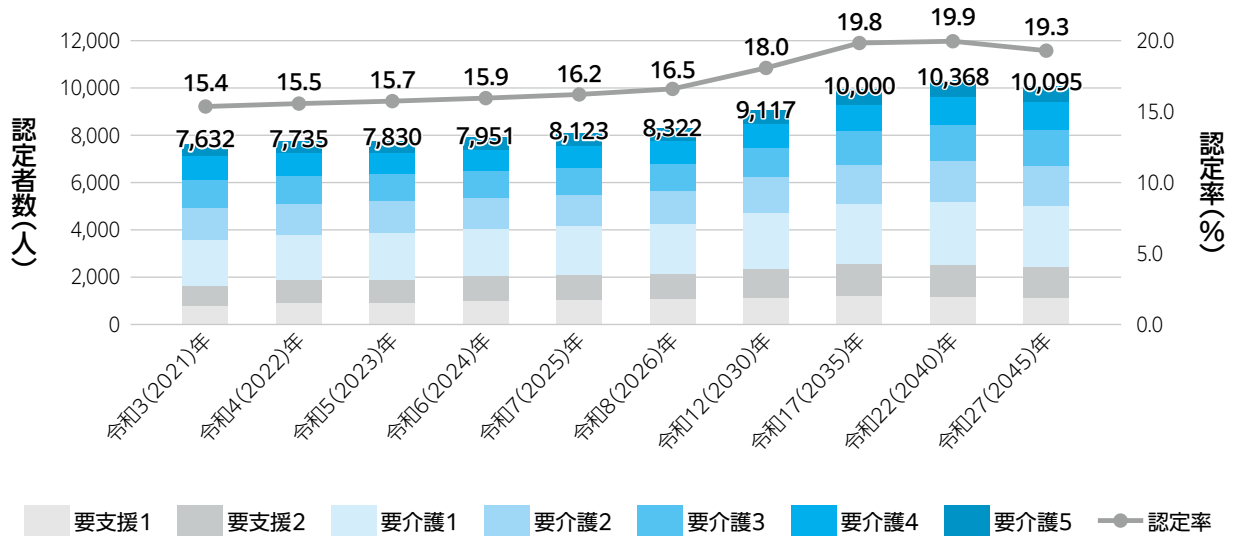
3. 要介護（要支援）認定者の推移と将来推計

要介護（要支援）認定者数は増加傾向にあり、令和 22(2040) 年にピークの 10,368 人となる見込みです。

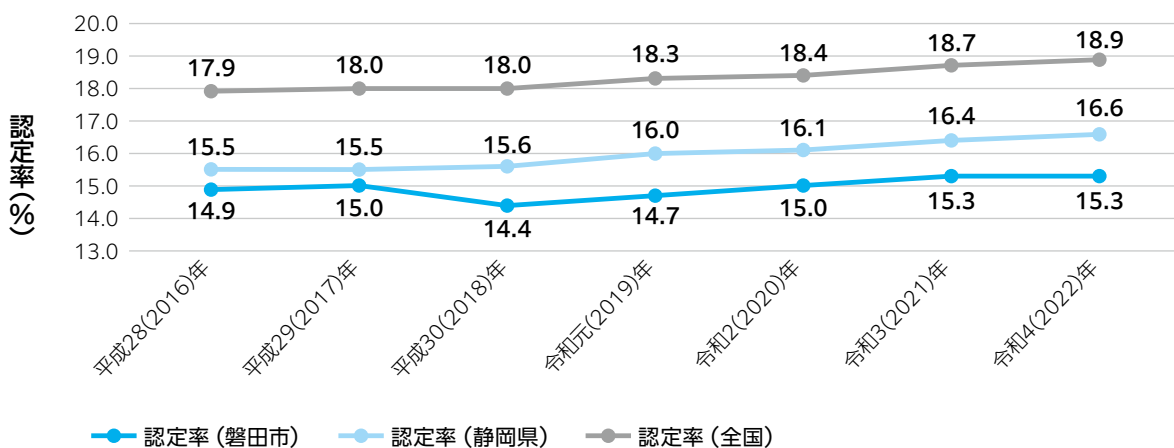
また、令和 5(2023) 年からの介護度別の伸びをみると、令和 17(2035) 年までは要支援 1・2・要介護 1 と軽度の区分で伸び率が大きくなると見込まれています。

令和 17(2035) 年には認定率が 20% に迫り、その後も近い水準で推移する見込みです。

【要介護（要支援）認定者数、認定率の推移】



【参考】 要介護（支援）認定率の全国・県との比較



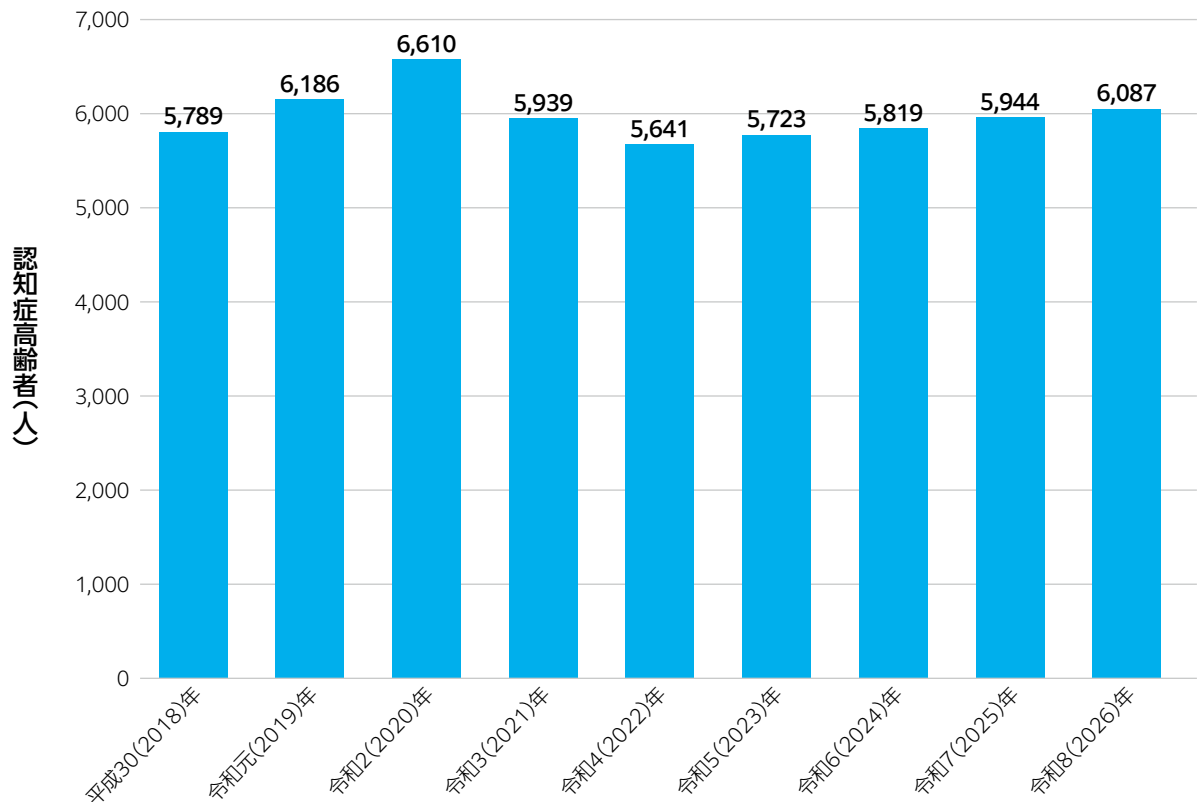
(出典) 令和 3 (2021) 年までは介護保険事業状況報告 (年報)、令和 4 (2022) 年は介護保険事業状況報告 (月報)
注：認定率は第 1 号被保険者※のみの推移

4. 認知症高齢者の推移

全国では平成30(2018)年に認知症の人の数は500万人を超え、65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症となっています。

本市でも、要介護（要支援）認定を受けた人のなかで認知症高齢者日常生活自立度がⅡa*以上の人は7割近くを占め、要介護（要支援）認定者の増加にともなって認知症高齢者も増加する見込みです。

【認知症高齢者の推移】



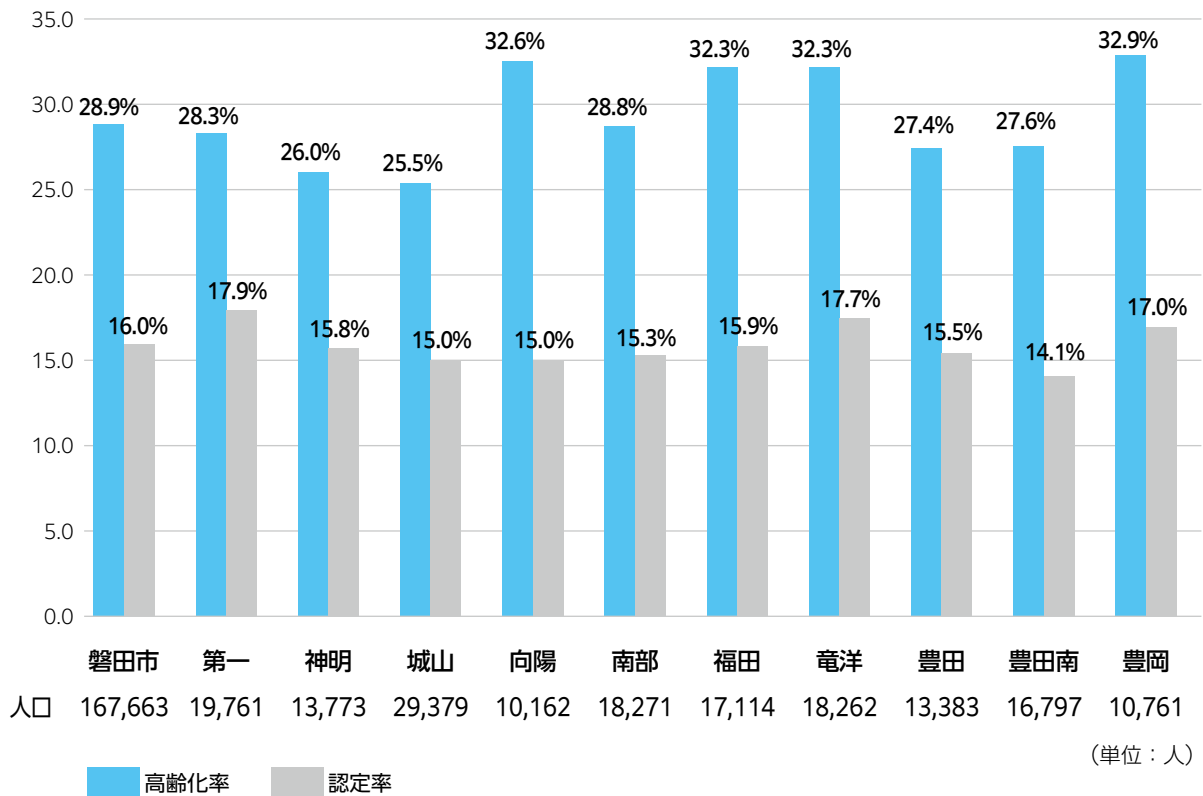
(出典) 令和4(2022)年まで厚生労働省「介護保険総合データベース」

5. 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設等を総合的に勘案して定める区域のことです。

本市の日常生活圏域は、中学校区の10圏域としており、それぞれの地域の特性に合わせた取り組みを実施することが求められます。

【中学校区別高齢化率※と要介護（支援）認定率（令和4年3月末時点）】



(出典) データで見る磐田市の健康（令和4年度）

6. 高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査

(1) 調査対象

一般高齢者：要介護認定を受けていない65歳以上の方

事業対象者※：総合事業の対象者

要支援認定者：介護保険要支援認定を受けている方

要介護認定者：介護保険要介護認定を受けている方

(2) 調査期間 令和5年2月1日～2月20日

(3) 回答状況

	配布数	有効回答数	有効回答率
一般高齢者	2,000 通	1,487 通	74.4%
事業対象者	222 通	165 通	74.3%
要支援認定者	1,000 通	692 通	69.2%
要介護認定者	1,500 通	909 通	60.6%

- 一般高齢者の回答のうち、事業対象者に該当する基準により 運動機能 閉じこもり 口腔機能 栄養状態 認知機能 IADL（日常生活関連動作） のリスクに該当する回答をした人を抽出しました。

一般高齢者（要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者）の中にも、事業対象者と同等のフレイル※のリスクがある人が潜在的に存在しています。フレイルは要介護の一步手前の状態ですが、専門職がリハビリ等を支援することによって改善できるとされています。

フレイルの進行は、社会とのつながりの喪失・行動範囲の縮小・口腔機能の低下・低栄養・体の不調の順に現れると言われています。フレイル予防のためには「運動」「食生活」「社会参加」のバランスが取れた取組みが必要です。

※グラフの見方

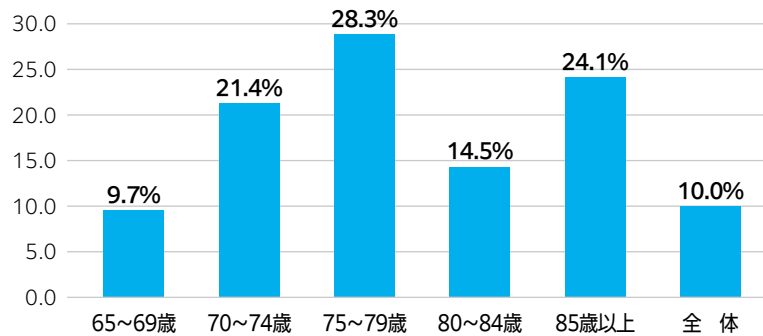
グラフ中「全体」の率は、有効回答数に占めるリスク該当者の割合です。年齢階層別の率はリスク該当者に占める各年齢階層の割合です。

運動機能のリスク

以下の5項目のうち3項目以上に「該当する選択肢」を選んでいる人を運動機能が低下していると判断しました。

設 問	該当する選択肢
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	3. できない
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	3. できない
15分位続けて歩いていますか。	3. できない
過去1年間に転んだ経験がありますか。	1. 何度もある 2. 1度ある
転倒に対する不安は大きいですか。	1. とても不安である 2. やや不安である

【運動機能のリスクあり】



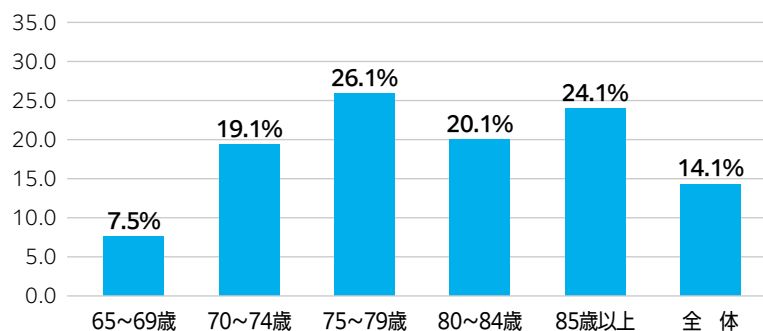
該当者145人

閉じこもりのリスク

以下の項目に「該当する選択肢」を選んでいる人を閉じこもりのリスクがある人と判断しました。

設 問	該当する選択肢
週に1回以上は外出していますか。	1. ほとんど外出しない 2. 週1回

【閉じこもりのリスクあり】



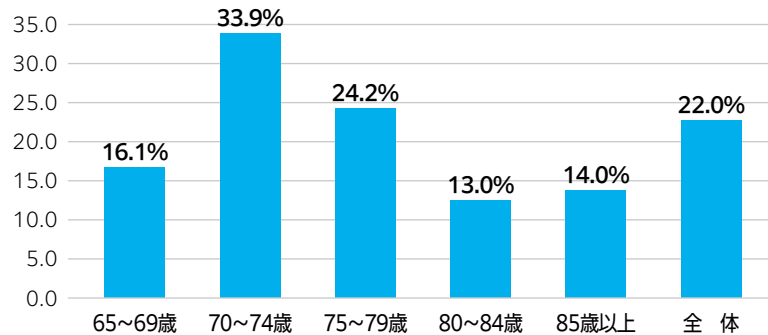
該当者199人

口腔機能のリスク

以下の3項目のうち2項目以上に「該当する選択肢」を選んでいる人を口腔機能が低下していると判断しました。

設 問	該当する選択肢
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. はい
お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい
口の渴きが気になりますか。	1. はい

【口腔機能のリスクあり】



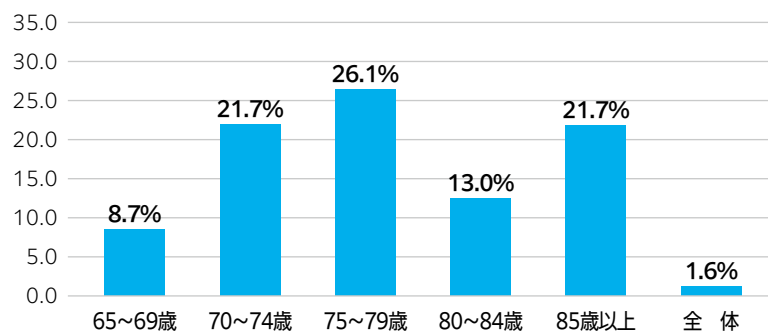
該当者322人

栄養状態のリスク

以下の2項目すべてに「該当する選択肢」を選んでいる人を栄養状態が低下していると判断しました。

設 問	該当する選択肢
身長・体重をご記入ください。	BMI 18.5未満
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい

【栄養状態のリスクあり】



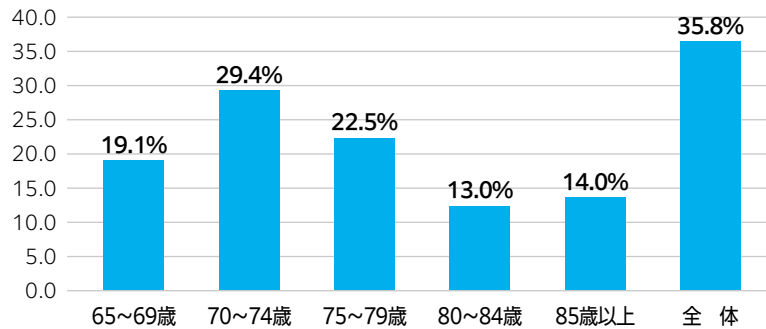
該当者23人

認知機能のリスク

以下の項目に「はい」と回答した人を認知機能が低下していると判断しました。

設 問	該当する選択肢
物忘れが多いと感じますか。	1. はい

【認知機能のリスクあり】



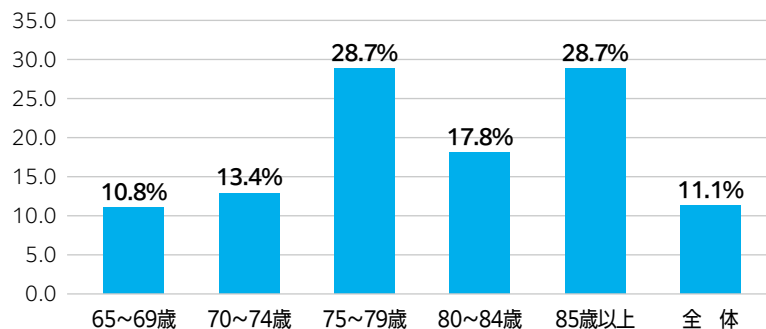
該当者567人

IADL（日常生活関連動作）のリスク

以下の項目に「できるし、している」又は「できるけどしていない」と回答した場合を1点として、5点満点で評価し、4点以下をIADLの低下者として低下者の割合を示しています。

設 問	該当する選択肢
バスや電車を使って1人で外出していますか。	1. できるし、している : 1点 2. できるけどしていない : 1点
自分で食品・日用品の買物をしていますか。	1. できるし、している : 1点 2. できるけどしていない : 1点
自分で食事の用意をしていますか。	1. できるし、している : 1点 2. できるけどしていない : 1点
自分で請求書の支払いをしていますか。	1. できるし、している : 1点 2. できるけどしていない : 1点
自分で預貯金の出し入れをしていますか。	1. できるし、している : 1点 2. できるけどしていない : 1点

【運動機能のリスクあり】



該当者157人

●社会参加について

「一般高齢者」「事業対象者」「要支援者」の回答のうち以下の項目に該当する人を社会参加していると判定しました。

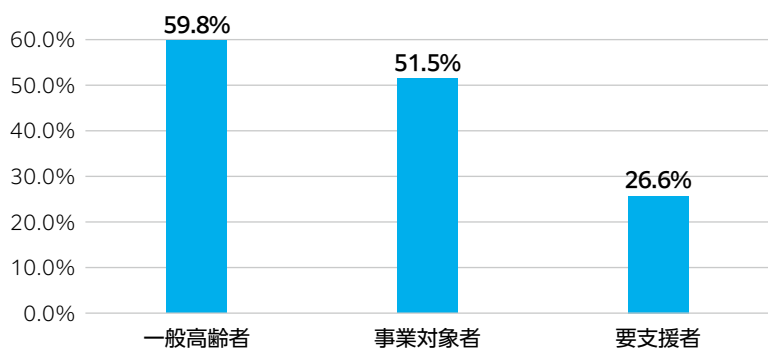
要支援の人は改善可能性があると言われています。社会資源（インフォーマルサービス）を活用した社会参加を進め、本人が望む暮らしを実現する取り組みが必要です。

また、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らすためには、一人ひとりに合った多様な社会資源が必要です。既存の社会資源を見つけたり、把握した社会資源を個々へマッチングしたりする取り組みが必要です。

以下の項目に該当する人を社会参加していると判定しました。

設 問	該当する選択肢
以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。 (ボランティア活動・スポーツのグループ・趣味のグループ・学習教養サークル・ 通いの場・シニアクラブ・自治会・収入のある仕事)	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1回～3回

【社会参加の状況】



● 「要介護認定者」の回答について

入所の検討状況からは、多くの方が自宅での生活を望んでいることが分かります。一方で介護度が高くなるにつれて、入所等を検討する方の割合が高くなっています。

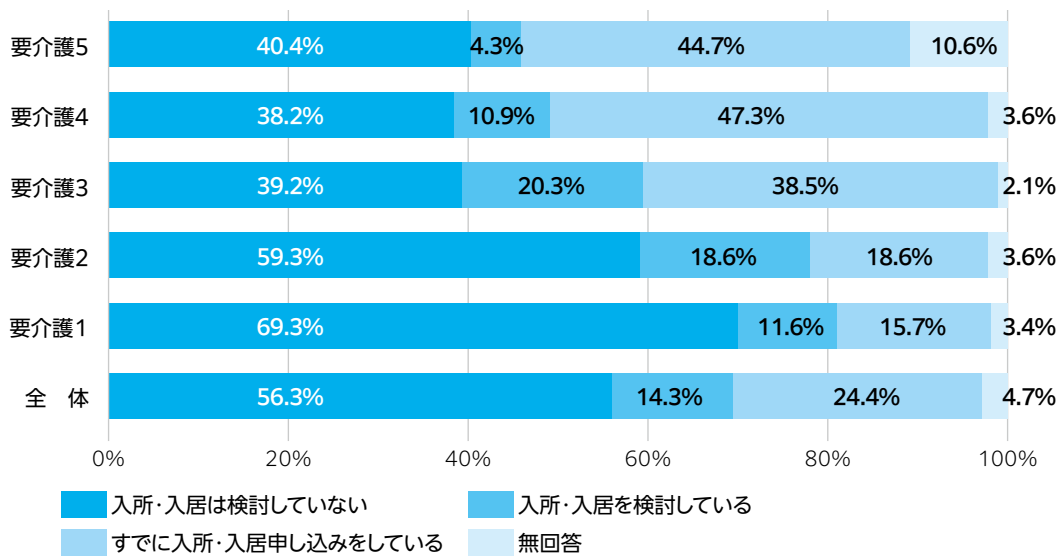
主な介護者が不安に感じる介護は、「認知症状への対応」「夜間の排泄」「外出の付き添い・送迎」「入浴・洗身」が高い割合となっています。

介護度が重くなることで本人や家族が自宅での生活をあきらめるようなことがないように、介護度に関わらず本人が望む暮らしの実現を目指し、本人の思いを尊重し、介護者の負担を軽減できるような取り組みや介護サービスの充実が求められます。

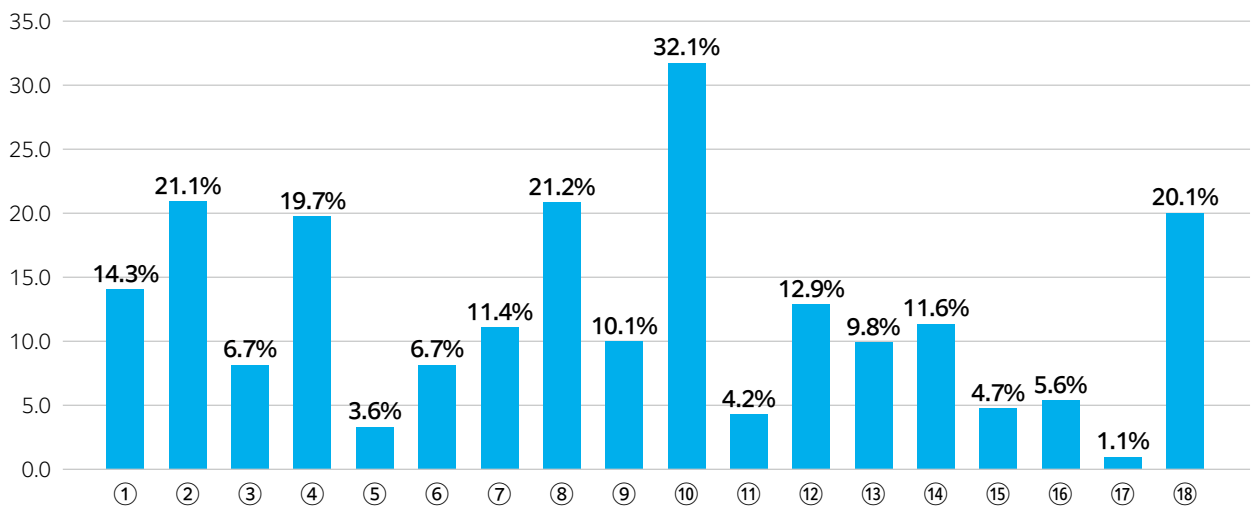
設 問

施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。（1つを選択）

【入所・入居の検討状況】



設 問	選 択 肢
<p>現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護（複数回答可）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①日中の排泄 ②夜間の排泄 ③食事の介助（食べる時） ④入浴・洗身 ⑤身だしなみ（洗顔・歯磨き等） ⑥衣服の着脱 ⑦屋内の移乗・移動 ⑧外出の付き添い、送迎等 ⑨服薬 ⑩認知症状への対応 ⑪医療面での対応（経過栄養、ストーマ等） ⑫食事の準備（調理等） ⑬その他の家事 ⑭金銭管理や生活面に必要な諸手続き ⑮その他 ⑯不安に感じることは、特になし ⑰主な介護者に確認しないと、わからない ⑱無回答



7. 第2号被保険者※（40～64歳）への介護保険についてのアンケート調査

(1) 調査方法

- インターネットによる本人入力
- 令和5年7月時点で磐田市公式LINEアカウントの登録者のうち「健康・福祉情報」の配信を希望する40～60代の方 9,284人への配信

(2) 調査期間 令和5年7月14日～7月31日

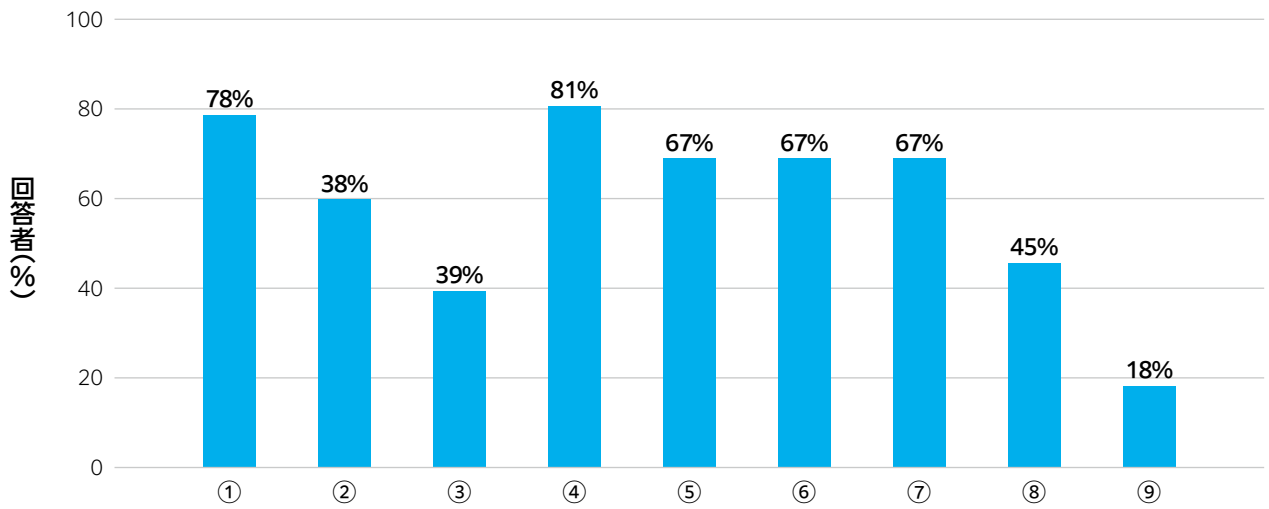
(3) 回答状況

	回答数
40代	153件
50代	169件
60代	138件
その他	2件
合計	462件

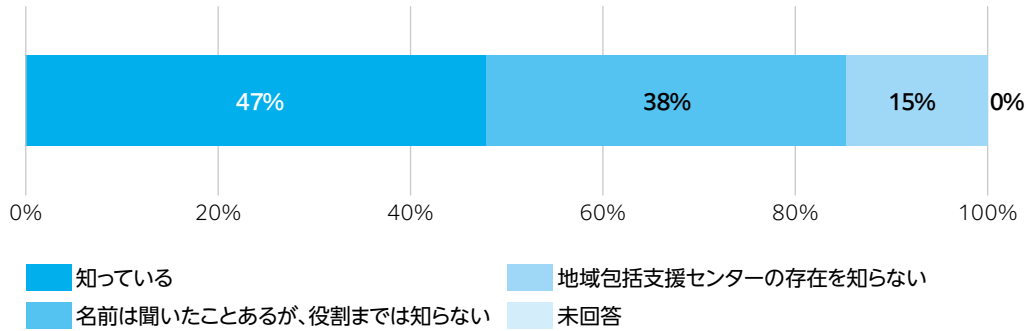
第2号被保険者（40～64歳の方）は介護保険サービスの利用などで直接的な制度との関わりは少ないですが、アンケートからは制度の概要や相談機関についての認識が進んでいることが分かります。

介護保険制度は複雑なため理解するのが難しいという声があるため、第2号被保険者（40～64歳の方）が、制度を理解し、必要なときに適切に活用できるよう周知を進めることが求められます。

設 問	選 択 肢
<p>介護保険制度について知っていることはありますか（複数回答可）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 40 歳以上が介護保険料を納める ② 40 ～ 64 歳で特定疾病に該当する人は介護保険サービスを利用できる ③ 65 歳になると介護保険証が市から送付される ④ 要介護認定を受けるためには申請が必要である ⑤ 要介護認定は要支援 1 から要介護 5 まで 7 段階ある ⑥ 介護保険サービスを利用するうえでの相談やケアプラン作成はケアマネジャー*が行う ⑦ 介護保険サービスを利用するには利用者が費用の一部を負担する ⑧ 特別養護老人ホームは要介護 3 以上の人が入所できる ⑨ 未回答



設 問	該当する選択肢
あなたは「地域包括支援センター」の役割を知っていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・知っている ・名前は聞いたことがあるが、役割までは知らない ・地域包括支援センターの存在を知らない ・未回答



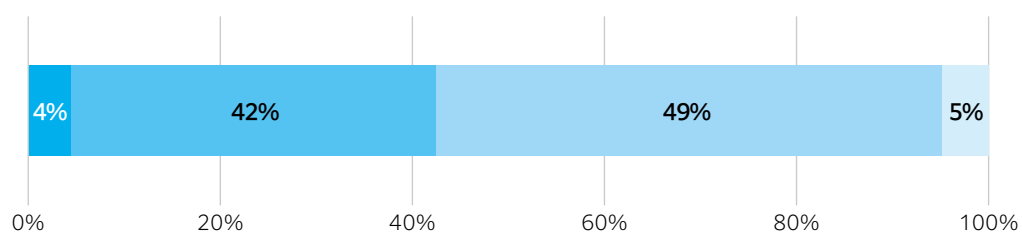
第2号被保険者（40～64歳の方）は、これから介護者になり、さらに、その先には自分自身が介護を受ける立場になることが予想されます。

自分自身の介護は、施設などへの入居・入所を考えながら、親など家族には住み慣れた自宅での介護をしてあげたいと考えていることが分かります。

介護について本人の思いを尊重することが大切ですが、介護する家族がそれを受け止めて納得したうえで介護や生活が送れるように、人生会議（ACP）の普及や認知症の人の理解、介護者を支えるサービスの充実が求められます。

設 問

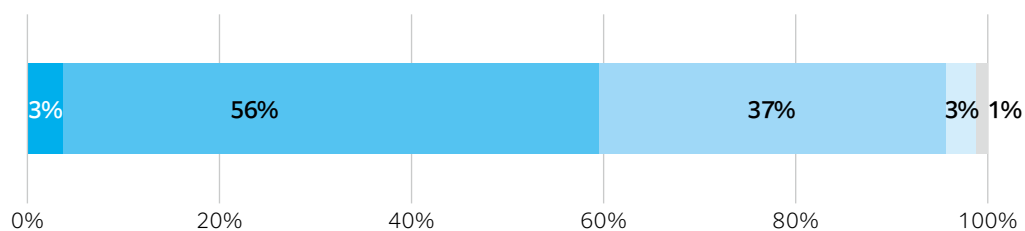
あなたに介護が必要となった場合、どのように介護して欲しいと思いますか。



- なるべく家族のみで、自宅で介護して欲しい
- 介護保険サービスや福祉サービスを使いながら自宅で介護して欲しい
- 介護保険制度で介護施設に入りたい
- その他

設 問

あなたの家族に介護が必要となった場合、どのように介護したいと思いますか。



- なるべく家族のみで、自宅で介護したい
- 介護保険サービスや福祉サービスを使いながら自宅で介護したい
- 介護保険制度で介護施設を利用したい
- その他
- 未回答

1. 基本理念

やさしさ ふれあい 支え合いのまちづくり ～安心できる 健幸長寿社会の実現～

近年、社会・経済の変化や人口構成の変化、医療技術や医療制度の進歩、ライフスタイルの多様化などによって、個人や世帯が抱える問題は複雑化し、経済的困難のみならず、生きづらさや精神疾患などの心理的な困難、孤独・孤立の問題、住居確保の問題などが顕在化しています。

また、高齢の親と引きこもりの子どもが同居する「8050問題」や育児と介護のダブルケアなど、複数の課題が重なり合い、包括的な対応が求められる複合的ケースが増加しています。

一方で総務省の「労働力調査（基本集計 2023年）」によると、65歳以上の就業率は、25.2%（男性：34.0%、女性：18.5%）となっていて4人に1人は就業している状況となっています。

このように、ひとくちに高齢者と言っても、健康状態や生活様式は様々で、必要とする支援や介護サービス、介護予防や社会参加のニーズも異なります。多様性（ダイバーシティ）を大切にする社会の考えのもと、高齢者が一人ひとりの持っている能力や経験、特性を生かし、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する社会であることが求められています。

また、今まで以上に総人口・現役世代人口が減少し高齢者人口が増加することが見込まれるため、多くの高齢者に持続的（サステナブル）な支援やサービス等を実施していくためには、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、家事支援などの多様な生活支援・介護予防サービスの担い手が必要となるとともに、高齢者自身が社会参加や地域貢献を行うことによって健康寿命*を延ばすことも必要となります。

このようなことから、市民が高齢期においても多様性を尊重され、住み慣れた地域で互いを思いやり、支えたり支えられたりしながら、その人らしい暮らしが持続できることを目指し、その思いを基本理念に表しています。

また、サブタイトルの「安心できる 健幸長寿社会の実現」は、第2次磐田市総合計画後期基本計画でうたわれている「安心できるまち 人が集まる磐田市」の考えに基づいて「安心できる」ことをより実感してもらえることを目指して、「安心」という言葉を新たに取り入れ、高齢になっても安心して、いきいきと健幸に暮らせる社会を目指すことを表しています。

「健幸」とは、「健やか」と「幸せ」を組み合わせた造語です。「生涯を通じて健康かつ生きがいを持ち豊かで幸せな生活を営んでいる状態（ウェルビーイング）」を表しています。

【目標数値】

指標名		現状 (R4年度)	目標値 (R8年度)	指標の定義
高齢者の幸福感		70.2%	100%	高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査 一般高齢者・事業対象者・要支援認定者 (0～10点のうち6点以上と回答した人)
	県	71.1%	—	
平均自立期間	男	80.8歳	81歳	要介護2以上になるまでの期間
	女	84.8歳	85歳	

2. 基本目標

本理念の実現に向けて、次の4つの基本目標を設定します。この基本目標をもとに、基本施策、施策、各事業を展開し、基本目標ごとに目標値を設定します。

基本目標 1 生きがいがづくりと介護予防の充実

生きがいを持ち、充実した日常生活をおくるために、高齢者が様々な分野で多世代とともに活躍できるよう、健康づくり施策を進めるとともに、住民主体の介護予防活動を支援します。

また、フレイルの状態になり始めた方へ早期に自立に向けた支援をすることで、その人が望む幸せな生活（ウェルビーイング）に導きます。さらに、介護保険サービスにおいても生活における機能の維持改善を目指すことで、いつまでも元気でいられることを支援します。

基本目標 2 住み慣れた地域で暮らすための支援の充実

住み慣れた地域で自分らしく生活し、しあわせな最期を迎えるため、地域包括支援センターをはじめとした相談機関の連携による相談・支援体制の充実を図るとともに、医療と介護の連携、医療や介護サービス・看取りなど終末期医療に関する知識の普及啓発を推進します。

また、地域包括支援センターの個別相談支援や地域ケア会議を通して、さまざまな関係機関や地域づくり協議会をはじめとする地域団体、介護施設をはじめとした事業所などが連携することで、平常時及び災害時における見守り体制の構築を進めます。さらに、生活支援コーディネーターを中心に地域資源の把握や開発、生活支援の担い手養成などを進め、住み慣れた地域で暮らすための支援の充実を目指します。

基本目標 3 認知施策の推進

本市の認知症高齢者数は高齢者人口の増加に伴い今後も増加していくことが見込まれています。認知症は誰もがなりうるものであり、地域の人たちが認知症について正しく理解し、さりげない見守りとやさしい声かけなどがあれば、認知症の人が住み慣れた地域で人と人とのつながりを育みながら、自分らしく、安心して暮らし続けることができます。

また、認知症は生活習慣の改善により発症リスクを減らしたり、進行をゆるやかにしたりすることが期待できます。

そのために、認知症への理解と認知症予防についての普及啓発を推進するとともに、認知症の人及びその介護をする人への支援を推進します。

基本目標 4 高齢者支援サービスの充実

高齢者がいつまでも住み慣れた地域や自宅で自立した生活が送れるように、移動手段の確保や交通安全対策などの生活環境の整備を進めるとともに、在宅生活を支えるサービスの提供を進めます。

また、支援や介護を必要とする人が、各種高齢者支援サービスを安心して利用できるよう、介護保険制度や介護保険サービス、福祉サービスの内容について周知を進めます。

3. 施策の体系

基本理念

やさしさ

ふれあい

支え合いのまちづくり

～安心できる

健康長寿社会の実現～

基本目標	基本施策	施策
1 生きがいつくりと 介護予防の充実	1 生きがいつくりと社会参加の促進	1 通いの場支援の推進
		2 社会参加の促進
	2 健康づくりと介護予防の推進	1 健康づくりの推進
		2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進
	3 介護予防・日常生活支援総合事業の強化	
2 暮らすための 支援の充実	1 地域の支え合いネットワークの構築	1 相談・支援体制の充実
		2 見守り体制づくりと担い手づくり
		3 地域ネットワークの構築
	2 在宅医療と介護連携の強化	1 在宅医療と介護への理解を深めるための普及啓発の推進
2 関係機関の連携強化		
3 認知症施策の 推進	1 認知症の普及啓発と予防の推進	1 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進
		2 認知症予防の推進
	2 認知症の人とその家族の支援	1 認知症の人への支援の推進
		2 認知症介護者への支援の推進
4 高齢者支援サービス の充実	1 在宅生活を支えるサービスの充実	1 在宅福祉サービスの充実
		2 安心して住みやすい環境整備
	2 介護保険サービスの充実	1 各種サービスの充実
		2 給付の適正化
		3 事業所における災害対策・感染症対策

事 業

1-1-1	○介護予防活動の支援 ○老人クラブ活動の支援 ○生きがい・通いの場づくり支援
1-1-2	○生涯学習の支援 ○スポーツ・レクリエーションの振興 ○社会活動への参加啓発と支援 ○就労などの支援
1-2-1	○特定健康診査・後期高齢者健康診査 ○保健指導 ○がん等検診 ○成人歯科健康診査 ○成人予防接種 ○まちの保健室
1-2-2	○地域課題の分析と多職種連携 ○高齢者に対する個別支援 ○通いの場等への積極的な関与
1-2-3	○訪問型サービス(相当・緩和) ○通所型サービス(相当・緩和) ○短期集中予防サービス(訪問・通所) ○地域リハビリテーション活動推進 ○多職種連携会議 ○その他の介護予防に資する支援

2-1-1	○地域包括支援センターの運営 ○成年後見支援センターの運営 ○くらしと仕事相談センターの運営 ○地域ケア会議(個別地域ケア会議)の実施 ○虐待防止体制の充実
2-1-2	○地区見守り活動の推進 ○高齢者等見守りネットワーク事業 ○地域の人材育成 ○地域福祉活動の支援 ○高齢者福祉事業 ○災害時の高齢者支援 ○地域で行う生活支援事業
2-1-3	○生活支援コーディネーター配置 ○地域ケア会議(市地域ケア会議・小地域ケア会議)の推進
2-2-1	○地域住民へACP(人生会議)の普及啓発 ○救急情報シートの普及・活用の推進 ○終活相談の支援
2-2-2	○在宅医療・介護連携に関する相談支援 ○地域の医療・介護の資源の把握 ○在宅医療と介護の提供体制の構築と推進 ○在宅医療と介護関係者の情報共有

3-1-1	○認知症サポーターの養成※・活動の充実 ○キャラバン・メイト※の養成 ○認知症フォーラムの実施 ○チームオレンジ活動の充実 ○見守りオレンジシール※・認知症高齢者等個人賠償責任保険の普及 ○認知症ハンドブックの普及
3-1-2	○認知症予防事業の実施 ○通いの場での認知症予防の推進
3-2-1	○本人発信の場の充実 ○若年性認知症の相談体制の充実
3-2-2	○認知症初期集中支援チーム体制の強化 ○認知症の人への介護・支援の充実 ○見守りオレンジシール・認知症高齢者等個人賠償責任保険の普及(再掲)

4-1-1	○高齢者等紙おむつ購入費助成事業 ○高齢者等タクシー利用料金助成事業 ○ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム貸与・ 相談事業 ○高齢者はり・きゅう・マッサージ治療費助成事業 ○高齢者等訪問理美容サービス事業 ○高齢者短期入所事業 ○高齢者等寝具洗濯乾燥等サービス事業 ○高齢者等食の自立支援事業 ○高齢者補聴器購入費助成事業 ○外国人高齢者福祉手当支給事業 ○介護サービス利用料の低所得者軽減措置事業 ○住宅改修支援事業 ○介護相談員派遣事業 ○在宅介護手当支給事業 ○介護離職防止に向けた取り組み
4-1-2	○交通安全対策 ○外出・移動手段の充実と確保 ○利用しやすい建物等の確保 ○消費者トラブル対策 ○福祉避難所の推進
4-2-1	○サービスの種類及び内容 ○利用量の見込み ○介護人材の確保 ○施設・居住系サービス施設整備計画
4-2-1	○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
4-2-3	○災害対策 ○感染症対策 ○福祉避難所の推進(再掲)

第4章

目標に向けた取り組み

基本目標 1

生きがいくくりと介護予防の充実

生きがいを持ち、充実した日常生活をおくるために、高齢者が様々な分野で多世代とともに活躍できるよう、健康づくり施策を進めるとともに、住民主体の介護予防活動を支援します。

また、フレイルの状態になり始めた方を早期に自立に向けた支援をすることで、その人が望む幸せな生活（ウェルビーイング）に導きます。

さらに、介護保険サービスにおいても生活における機能の維持改善を目指すことで、いつまでも元気でいられることを支援します。

【この基本目標の指標・目標値】

指標名	現状 (R4 年度)	目標値 (R8 年度)	指標の定義等
教室・講座開催回数	239 回	255 回	いきいき百歳体操※、まちの保健室、高齢者サロン代表研修で行う教室・講座の開催回数
教室・講座参加人数	1,757 人	1,900 人	いきいき百歳体操、まちの保健室、高齢者サロン代表研修で行う教室・講座の年間延べ参加人数
ふれあいサロン団体数	167 件	173 件	年度末時点の団体数
ふれあいサロン参加者数	4,800 人	4,890 人	年度末時点の参加者数
いきいき百歳体操団体数	116 件	131 件	年度末時点の団体数
訪問型サービス利用人数 (いきいきライフ)	0 人	90 人	訪問型の短期集中（3ヵ月間）予防サービスの年間利用者数
通所型サービス利用人数 (いきいきトレーニング)	5 人	90 人	通所型の短期集中（3ヵ月間）予防サービスの年間利用者数
リハビリテーション専門職の同行訪問	- 人	200 人	リハビリテーション専門職の同行訪問を実施した年間延べ人数

基本施策 1 生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者が健康で、自分らしく自立した生活を送る上で「生きがい」や「社会参加」は重要な要素です。生きがいのある生活を送ることは、心身の健康維持にも大きな影響を与えるとともに、地域のボランティア活動や趣味などの活動に参加することで、役立っているという実感や達成感を得られ、孤独感の軽減や生活意欲の維持につながります。

アンケート調査から高齢者は、就労や地域活動、ボランティア活動など、さまざまなことに生きがいや喜び・楽しみを感じていることが分かります。よって、高齢者の生きがいづくりと社会参加を促すために、多様化するニーズに対応した生涯学習活動やスポーツ・レクリエーション活動の促進を図ります。

また、高齢者にとっての就労は、収入源や日中の活動の場であるとともに、社会とのつながりを維持するための手段であり、生きがいという点でも大切であることから就労の機会を確保し、高齢者の就労を支援します。

施策と主な取組み

1 通いの場支援の推進

○介護予防活動の支援

自主グループによるいきいき百歳体操や自治会・地域単位で住民同士が運営する高齢者サロン等が、身近なところで実施できるよう取り組みを支援します。また、取り組みに対して専門職などの協力を得ながら事業を推進します。



○老人クラブ活動の支援

高齢者の生きがいづくりや介護予防活動、地域での見守り・支援活動の推進のため、老人クラブの活動を支援します。

○生きがい・通いの場づくり支援

地域のボランティアやNPOなどが主体となり、地区の公会堂や事業所等の施設の一部、空き家などを活用した通いの場や常設型の居場所*づくりを進める事業を支援します。

2 社会参加の促進

○生涯学習の支援

交流センターなどにおいて、高齢者が人生を豊かに過ごすため、生きがいづくりを目指した学習を推進します。また、自分の経験や技術を生かす場や、学習成果を地域づくりに生かすためにボランティアや指導者につながる学習を支援します。

○スポーツ・レクリエーションの振興

高齢者の健康・体力の維持と社会的交流を深めるため、輪投げ大会など各種スポーツ大会を支援します。また、障がいの有無に関わらずすべての人が平等に参加できるインクルーシブスポーツを推進します。

○社会参加への参加啓発と支援

生活支援コーディネーターや地域包括支援センター等が、高齢者が気軽に参加できる各種教室や講座、地域活動、ボランティア活動などの情報提供を実施します。また、退職後の高齢者へ社会参加を呼びかける啓発を行います。

○就労などの支援

高齢者の生きがいの充実と能力を活かした活力ある地域社会づくりに寄与することを目的として運営しているシルバー人材センター*の運営支援を行います。また、年齢にかかわらず働くことができる生涯現役社会を目指し、労働局、ハローワーク、県などの関係機関との連携を推進し就労支援ネットワークを強化することで、多様な人材の活用と就労を支援します。

基本施策 2 健康づくりと介護予防の推進

加齢に伴う運動機能や認知機能などの低下は誰にでも起こることですが、普段の生活から健康を意識した取り組みを行うことで、その進行スピードや程度を緩やかにすることは十分可能です。

高齢者のうち、多くは介護が必要な状態ではなく、自立した生活を送っており、高齢者が住み慣れた地域で健やかな生活を送り、介護を必要としない「健康寿命」を伸ばすために介護予防を推進します。

一方、社会参加が出来なくなると、引きこもりがちになり、介護が必要な状態になる可能性が高まることから、心身の老化による変化に気付かない人や、自身の問題を相談することが難しい人には早期の段階での支援が必要となります。よって、一人ひとりの健康状態や生活環境に合わせた活動の増進、予防策の情報提供、対象者の把握など、多角的な取り組みを進めます。

施策と主な取り組み

1 健康づくりの推進

○特定健康診査・後期高齢者健康診査

疾病の早期発見・早期治療及び生活習慣を自ら振り返る機会とするために健康診査（健康診断）を実施します。また、一日人間ドック受診への支援を実施します。

○保健指導

糖尿病性腎症を含む生活習慣病*の可能性の高い方に対して、重症化を予防するための保健指導を実施します。

○がん等検診

がんの予防と早期発見のため、肺がん・胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮頸がん検診を実施します。

○成人歯科健康診査

口腔内の疾病予防のほか、口腔機能や噛む力の維持・向上による低栄養や認知症予防、誤嚥性肺炎の予防のため「歯と歯肉の健診」を実施します。

○成人予防接種

感染症の発病や重症化を予防するため、予防接種法に基づきインフルエンザや肺炎球菌等の予防接種を実施します。

○まちの保健室

地区担当保健師や栄養士、歯科衛生士、心理士などの専門職が、赤ちゃんから高齢者まで地域で暮らすみなさんの健康づくりを支援します。健康に関する相談のほか地域の団体等と連携し講座等を行います。

2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

○地域課題の分析と多職種連携

高齢者一人ひとりの医療・介護・健診に係るデータを活用して地域の健康課題の把握や分析を行い、医療福祉関係団体と課題解決に向けた効果的な取り組みを実施します。

○高齢者に対する個別支援

低栄養や生活習慣病等の重症化を防ぐための保健指導や健康状態が不明な高齢者の状態把握など一人ひとりの課題に合わせたサービスを紹介し、個別支援を実施します。

○通いの場等への積極的な関与

いきいき百歳体操や、高齢者サロン、まちの保健室で専門職がフレイル予防の健康教育や健康相談を実施します。また、「後期高齢者の質問票」を活用しフレイル状態にある高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や支援を行います。

3 介護予防・日常生活支援総合事業の強化

○訪問型サービス（介護相当サービス・緩和基準サービス）

事業対象者及び要支援認定者に対して、市が指定する事業所の訪問介護員（ホームヘルパー）等が居宅に訪問して、食事・入浴・排せつなどの身体介護や、調理・洗濯・掃除などの生活援助を行います。

○通所型サービス（介護相当サービス）

事業対象者及び要支援認定者に対して、市が指定するデイサービスセンターで、食事、入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上のための訓練などの支援を日帰りで行います。

○通所型サービス（緩和基準サービス）：「いきいきデイサービス」

事業対象者及び要支援認定者の比較的心身状況が安定している方を対象として、市が指定する事業所が心身機能の維持向上のための体操や、レクリエーション、趣味の活動などを行い、介護予防を図ります。また、自立・回復を目指したプラン作成によるサービス提供を推進します。

○短期集中予防（通所型・訪問型）サービス：「いきいきトレーニング」「いきいきライフ」

事業対象者及び要支援認定者に対して、短期（3か月間）集中的に、施設等への通所又は居宅への訪問により、日常生活の基本的な活動に必要な機能の向上を目指し、運動や生活環境の工夫について専門的な指導を行い、生活機能の改善及び低下を予防します。

○地域リハビリテーション活動推進

事業対象者及び要支援認定者が、一人ひとりの状態に応じて早期に改善・回復、自立できるよう、リハビリテーション専門職による本人・家族への助言、動作や住環境等の評価を行うことで、介護予防に向けた目標設定を支援します。



○多職種連携会議

多職種による事例検討を通じて、事業対象者及び要支援認定者に対する支援について「目指す姿」を共有する場を設けることで、より多くの高齢者介護・支援に関わる関係者が、早期の改善・回復、自立における支援方法を学び、実施できる体制を目指します。

○その他の介護予防に資する支援

有償・無償のボランティア等により提供される「通いの場」や「移動支援」、「生活支援」の創出について、生活支援コーディネーター等と共に検討を進め、より多くの人が多様なサービスや地域資源を利用できる体制を目指します。

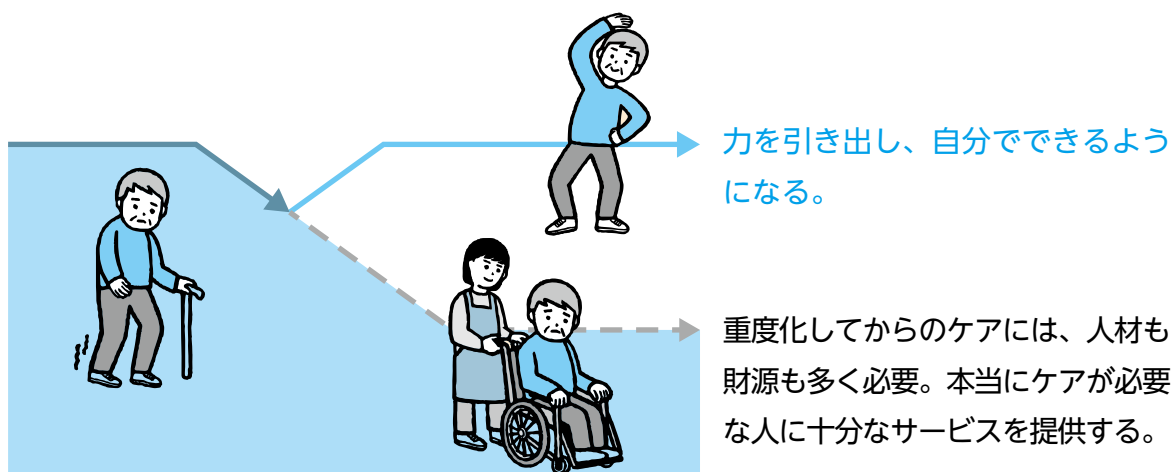
フレイル・介護予防

フレイル予防

フレイルとは虚弱のことで、健康な状態と介護が必要な状態の間を表しています。健康長寿の3要素「運動」「食生活」「社会参加」を意識して、できるだけ元気でいられる期間を延ばしましょう。

リエイブルメント（もとの生活を取り戻す）

フレイルは改善可能な状態です。歳だからとあきらめてはいけません。自身の不調や近所の方の変化に気づき、まずは、相談機関に相談してみましょう。専門職や地域の力を借りながら、フレイルになる前の自分らしい生活を取り戻しましょう。



住み慣れた地域で暮らすための支援の充実

住み慣れた地域で自分らしく生活し、しあわせな最期を迎えるため、地域包括支援センターをはじめとした相談機関の連携による相談・支援体制の充実を図るとともに、医療と介護の連携、医療や介護サービス・看取りなど終末期医療に関する知識の普及啓発を推進します。

また、地域包括支援センターの個別相談支援や地域ケア会議を通して、さまざまな関係機関や地域づくり協議会をはじめとする地域団体、介護施設をはじめとした事業所などが連携することで、平常時及び災害時における見守り体制の構築を進めます。

さらに、生活支援コーディネーターを中心に地域資源の把握や開発、生活支援の担い手養成などを進め、住み慣れた地域で暮らすための支援の充実を目指します。

【この基本目標の指標・目標値】

指標名	現状 (R4 年度)	目標値 (R8 年度)	指標の定義等
高齢者見守りネットワーク参加事業所数	62 件	70 件	磐田市安心地域支え合い体制づくり市民会議に参加している事業所数
避難行動要支援者※個別避難計画策定率	79.7%	100%	高齢者や障がいのある人など避難行動要支援者の個別避難計画の策定率
生活支援コーディネーターによる地域資源把握件数	421 件	450 件	生活支援コーディネーターが趣味活動団体などの地域資源を把握した件数
在宅医療に関する講座等への参加者数	796 人	1,200 人	在宅医療や看取りなどをテーマとした講座等への年間参加者数

基本施策 1 地域の支え合いネットワークの構築

高齢化が進み、一人暮らしの高齢者や高齢者だけの世帯が増える状況の中で、高齢者は暮らしの中で様々な不安や孤独感を抱えています。不安感や孤独感の解消を図り、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するためには、ボランティアなどの多様な主体による生活支援サービスの創出や地域資源の開発といった地域づくりを進めていくことが必要です。

その一方で、地域の担い手の高齢化や減少で従来の支え合いの仕組みを維持することが困難となっていることから、地域福祉の担い手の人材育成を進めます。

また、高齢者が自宅や地域で生活するうえで抱える様々な不安をサポートするため、だれもが気軽に相談できるように相談体制の充実や支援体制を作り上げることが必要となります。そのため、地域の支え合いネットワークの構築により、地域住民同士、相談機関、そして行政との協力と連携を強化し、高齢者が安心して住み慣れた地域で生活を送るための取り組みを進めます。

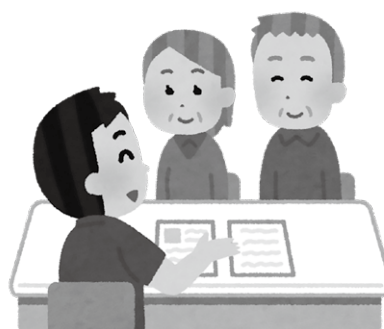
施策と主な取組み

1 相談・支援体制の充実

○地域包括支援センターの運営

高齢者の総合相談や権利擁護^{*}、地域の支援体制づくり、介護予防等への必要な援助などを行います。地域包括支援センターが、地域包括ケアシステム構築に向けた中心的機関となるよう医療・介護・福祉などの関係機関やボランティアなどのさまざまな社会資源との連携を図ります。

また、地域包括支援センターが取り組むべき方向性を運営方針として示すとともに、適切・公正かつ中立的な運営を確保するため、磐田市介護保険運営協議会にて、評価や検証を実施します。



○成年後見支援センターの運営

地域の権利擁護支援、成年後見制度*についての広報・相談、市民後見人*等の活動支援などを通じて制度の利用促進を図るとともに、地域連携ネットワークの強化を図ります。

○くらしと仕事相談センターの運営

様々な課題を抱え生活に困窮する方に対して、他の専門機関と連携しながら、自立に向けた相談や支援、家計改善支援などを実施し一人ひとりの状況に合わせた包括的な支援を行います。

○地域ケア会議（個別地域ケア会議）の実施

個人や世帯が抱える生活上や経済的な課題、生きづらさなどの心理的な困難、孤独・孤立など複雑化した課題に対して、地域包括支援センターを中心に高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを目指し、近隣住民や専門職など地域全体で考える場を設けます。

○虐待防止体制の充実

高齢者虐待の早期発見・早期対応のため、関係機関が連携・協力して情報交換を進める「高齢者・障がい者権利擁護ネットワーク会議」を開催します。特に、保健・医療・福祉・警察などの専門機関や近隣住民、家族などの関係者の連携強化を図ります。

2 見守り体制づくりと担い手づくり

○地区見守り活動の推進

民生委員・児童委員*や福祉委員*、老人クラブ*、地域づくり協議会、認知症サポーターなど多様な主体による見守り活動を支援し、必要な支援につなげることを目指します。
また、地域住民が日頃からあいさつや声かけなど顔の見える関係を築き、誰もが安心して暮せる地域を目指します。

○高齢者等見守りネットワーク事業

ひとり暮らし高齢者など、地域で見守りが必要な高齢者等を支えていくために、新聞販売店や金融機関等の民間事業者や福祉団体等で組織する「磐田市安心地域支え合い体制づくり市民会議」への参加団体等をさらに増やします。

○地域の人材育成

市社会福祉協議会*や交流センターなどと連携し、健康づくりや、介護予防、居場所づくりなどの住民主体の活動や地域活動の担い手となる人材の育成を進めます。

○地域福祉活動の支援

福祉意識の啓発など、地域で進める福祉活動への支援を市社会福祉協議会と協働して進めます。また、民生委員・児童委員が行う地域の現状把握のための活動などを支援します。

○高齢者福祉事業

高齢者が住み慣れた地域で安心して健康で暮らすことや、地域や社会のために貢献されてきた高齢者を敬い、長年のご苦勞を労い感謝の気持ちを伝えること等を目的として、地域で行う高齢者福祉事業を支援します。

○災害時の高齢者支援

災害時に一人では避難が困難な高齢者を、地域住民の協力により避難支援する体制を構築するため、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画作成を引き続き進めます。

また、市社会福祉協議会による災害ボランティアセンター運営への支援や被災した方のこころのケアなど、災害発生後から日常生活へ戻るまでの支援を行います。

○地域で行う生活支援事業

地域のボランティアが主体となり、普段の生活が困難な状況になった高齢者など必要な方を対象として、「家事援助」や「移動支援」などを有償又は無償により生活支援を行う事業を推進します。

3 地域ネットワークの構築

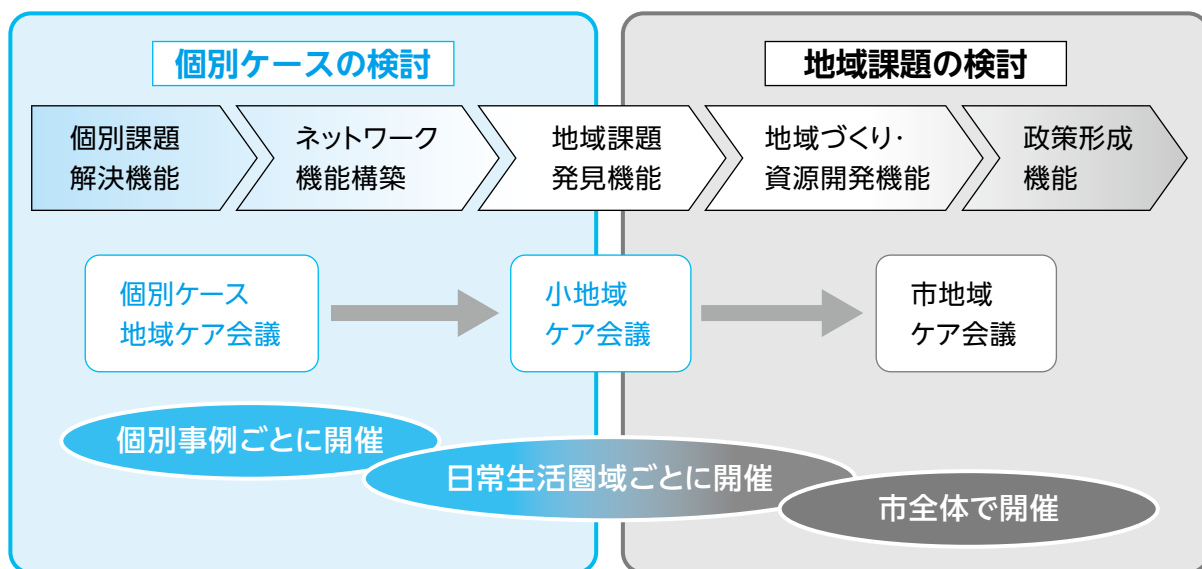
○生活支援コーディネーター配置

地域資源の把握や、住民主体の活動を進める担い手の発掘・養成などを行う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が、地域課題やニーズを把握できる体制を整えます。また、既存の地域資源を活用するなどして健康づくり、介護予防、通いの場等の生活支援を推進します。

○地域ケア会議（市地域ケア会議・小地域ケア会議）の推進

個別事例についての地域ケア会議で検討された課題を地域の課題としてとらえ、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターを中心に、事業所や地域住民など多様な主体と共に考え、課題解決、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発、施策形成につなげるための地域ケア会議を実施します。

【磐田市地域ケア会議の体制図】



基本施策 2 在宅医療と介護連携の強化

今後、慢性疾患や認知症等の高齢者の増加に伴って、在宅医療を中心とした医療サービスによる治療や療養を続けながら、在宅で介護サービスの提供を受けて生活を継続させていく医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれています。

そのため、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の意思を叶えるために、日常の療養支援、急変時の対応、入退院の支援、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において在宅医療と介護が連携できる体制づくりを進めます。

また、高齢者自身が元気な頃から自身の最期を考えることが重要であることから、終活や人生会議などの普及啓発を推進します。

施策と主な取組み

1 在宅医療と介護への理解を深めるための普及啓発の推進

○地域住民へACP（人生会議）の普及啓発

医療・介護関係者や市民活動団体などと協働して、自分らしい生き方や最期の迎え方を普段から考え、準備する意識の醸成を図るとともに、本人や家族に対して看取りの知識等についても、地域包括支援センターや市民相談センターと連携し、普及啓発に取り組みます。

○救急情報シートの普及・活用の推進

一人暮らし高齢者が増加する中で、緊急連絡先などの情報を記載するシートを作成し、緊急時に駆けつけた救急隊員や救護者が、本人や家族から聞き取りができない場合などに活用します。また、緊急時の医療や介護の関係者が円滑に連携するためのツールとして活用を推進します。



救急情報シートとは？

- ・急病などの緊急時に、ご自身の氏名や生年月日、緊急連絡先等の情報を救急隊（消防機関）等に伝えることができない場合に備えて、ご家庭に備えておくものです。
- ・救急隊等へ情報を提供することに同意できる場合に、ご自身、またはご家族で記入してください。
- ・救急情報シートは、郡田市にお住まいであれば誰でも利用できます。

自宅での保管方法

- ・保険証やお薬手帳などと一緒に保管してあれば、「もしも」のときの情報伝達がよりスムーズになります。
- ・ビニールなど透明な袋に入れて、冷蔵庫の扉や部屋の壁に貼るなど、救急隊等の目に留まりやすい場所に保管してください。
- ※二つに割っても構いません。
- ※「救急医療情報キット」のプラスチックの筒（現在は配布していません）をお持ちの方は、それを利用して冷蔵庫に保管しても構いません。
- ・記載した情報は、定期的に確認してください（変更があったら更新してください）。

このシートの入手方法

- ・高齢者支援課や各地域包括支援センター、消防署で配布しています。
- ・郡田市ホームページからダウンロードできます。

問合せ 平日 8:30 ~ 17:15
・郡田市高齢者支援課（1 プラザ3階） ☎ 0538-37-4831
・郡田市救急企画室（郡田市消防署） ☎ 0538-36-9919

毎年、お誕生日などに、記入内容を確認しましょう！

○終活相談の支援

終活おうえん窓口において、終活に関するお悩みの支援を行います。高齢者やそのご家族が元気なうちにしておくべき事項や終活ノート「私と家族の安心ノート」の書き方、将来に関する不安などの相談に応じます。

2 関係機関の連携強化

○在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の医療・介護関係者、地域包括支援センターなどから相談を受ける窓口を設置し、医療関係者と介護関係者の連携の円滑化を推進します。

○地域の医療・介護の資源の把握

地域における医療と介護サービスの実情を把握し、医療や介護関係施設を一覧できるマップを作成、公表します。

○在宅医療と介護の提供体制の構築と推進

入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応など切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築について検討・協議します。

地域の課題を共有し、対応を協議する「磐田市在宅医療介護連携推進協議会」において、医療と介護の垣根を越えたサービス提供体制の検討と構築を推進します。

○在宅医療と介護関係者の情報共有

シズケア*かけはしの普及に取り組み、地域医療連携パスの活用やICT導入・運用の推進など、在宅医療・介護サービスなどの情報の共有を進めます。また、県や関係市町との連携を強化し、広域での課題解決を進めます。

認知症施策の推進

本市の認知症高齢者数は高齢者人口の増加に伴い今後も増加していくことが見込まれています。認知症は誰もがなりうるものであり、地域の人たちが認知症について正しく理解し、さりげない見守りとやさしい声かけなどがあれば、認知症の人が住み慣れた地域で人と人とのつながりを育みながら、自分らしく、安心して暮らし続けることができます。

また、認知症は生活習慣の改善により発症リスクを減らしたり、進行をゆるやかにしたりすることが期待できます。

そのために、認知症への理解と認知症予防についての普及啓発を推進するとともに、認知症の人及びその介護をする人への支援を推進します。

【この基本目標の指標・目標値】

指標名	現状 (R4 年度)	目標値 (R8 年度)	指標の定義等
認知症サポーター数	19,521 人	26,100 人	認知症サポーター養成講座を受講した人数の累計
認知症高齢者等事前登録者数	182 人	240 人	認知症高齢者等事前登録事業（見守りオレンジシール）の年度末時点の登録者数
認知症カフェ開催回数	60 回	70 回	地域包括支援センターなどによる認知症カフェの開催回数
認知症カフェ参加人数	848 人	1,400 人	認知症カフェの年間延べ参加人数

基本施策 1

認知症の普及啓発と予防の推進

認知症は誰もがなりうる病気であり、認知症と共に生きる「共生」や対応について正しく理解することが重要です。認知症高齢者の増加が見込まれるなかで、認知症予防についての関心が高くなっている一方で、認知症についての相談先や支援、サポート方法の認知度が低い状況があります。

そのため、認知症に関する正しい知識と理解に基づいた、通いの場における見守り活動の推進など、「予防を含めた認知症への『備え』としての取り組み」を推進します。

また、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために、地域社会全体で障壁を減らし、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制の構築を進めます。

施策と主な取り組み

1 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進

○認知症サポーターの養成・活動の充実

誰もがなる可能性のある認知症を自分ごととしてとらえ、認知症への理解や支援に対する意識を普及啓発するため、小中学校・民間企業・医療機関等で認知症サポーター養成講座を開催します。

また、サポーターが地域で活動できる場づくりや認知症の人の見守り活動を進めます。

○キャラバン・メイトの養成

認知症地域支援推進員*を中心として、認知症サポーター養成講座の講師役のキャラバン・メイトの養成を行います。

○認知症フォーラムの実施

認知症の理解や支援を目的とした講演会等を、地域包括支援センターが中心となって、地域住民、医療機関、介護事業所等と連携しながら開催します。

○チームオレンジ活動の充実

認知症サポーターが認知症についての知識を深めたことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと、認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」の取り組みを推進します。

○見守りオレンジシール・認知症高齢者等個人賠償責任保険の普及

認知症高齢者等事前登録制度による見守りオレンジシールを普及させ、認知症の人を地域で見守る体制づくりを推進するとともに、法律上の賠償責任を負った場合に補償する保険に市が契約者となって加入する認知症高齢者等個人賠償責任保険を継続します。



○認知症ハンドブックの普及

認知症になっても、その人らしく生活できる社会を目指し、認知症ハンドブックを活用し、認知症への理解を深め、認知症の進行段階に応じた対応方法の周知や、医療や介護の相談先などを啓発します。



2 認知症予防の推進

○認知症予防事業の実施

認知症予防に効果がある、住民主体の通いの場である「いきいき百歳体操」や「高齢者サロン」の活動を推進します。

また、百歳体操の中でも認知機能の改善に効果がある「しゃきしゃき百歳体操」をあわせて推進します。

○通いの場での認知症予防の推進

運動不足の改善、生活習慣病予防、社会参加による社会的孤立の解消等が認知症予防に資する可能性があることから、「通いの場」での認知症予防を推進します。

認知症は早期発見・早期対応によって進行を遅らせることができるとされています。しかし、認知症当事者が病気を受け入れることや家族が症状を正しく理解することが難しく、相談や受診、その後の支援がスムーズに行える人は多くない状況です。

そこで、認知症当事者や支える家族の意見や意志を尊重するため、認知症当事者からの発信支援や意思決定支援、介護者同士の交流を図ります。

また、相談機関や医療機関などの専門職の連携により、認知機能の低下がある人や認知症の人に対する早期発見・早期対応が行える体制を整備することで、認知症の人とその家族が安心して生活できる社会の実現を目指します。

施策と主な取組み

1 認知症の人への支援の推進

○本人発信の場の充実

認知症の初期段階では、必ずしも本人に介護が必要な状態とは限りません。認知症の人やその家族の視点に立ち、認知症の人が自分らしくよりよく生きていくことができるよう、認知症の人の想いを聴く活動や本人の得意なことを活かせる活動の場の確保を進め、本人発信を支援します。また、認知症の人同士が語り合う機会を創出し、意見の把握や施策の企画・立案や評価につなげます。

○若年性認知症の相談体制の充実

若年性認知症の人は、就労や生活、子育て、経済的な問題と複数の問題が重なる特徴があることから、就労や社会参加の支援など、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

課題解決に向けた個別の支援とともに、若年性認知症の人のニーズ把握、本人や家族が交流できる居場所づくりを進めます。

2 認知症介護者への支援の推進

○認知症初期集中支援チーム体制の強化

相談に応じて、医療・介護など複数の専門職が協力し、認知症が疑われる方や認知症の方、及びその家族に必要な医療・介護サービスの調整支援を行うことで自立した生活ができるようサポートします。

○認知症の人への介護・支援の充実

認知症の人の医療や介護のサービスに関わる専門職に対し、磐田市立総合病院認知症疾患医療センターとともに研修等を開催しながら、認知症ケアの質の向上を図ります。また、介護者同士が集う場や居場所づくりの普及を進めます。

○見守りオレンジシール・認知症高齢者等個人賠償責任保険の普及（再掲）

認知症カフェ

認知症の方、ご家族、認知症についての情報を得たい方など、興味のある方ならどなたでも参加できる集いです。医療介護の専門職も参加しているので、その場での相談も可能です。

市内では地域包括支援センターなどが中心となって、様々な場所で誰でも参加しやすい雰囲気の中でカフェが開催されています。



高齢者支援サービスの充実

高齢者がいつまでも住み慣れた地域や自宅で自立した生活が送れるように、移動手手段の確保や交通安全対策などの生活環境の整備を進めるとともに、在宅生活を支えるサービスの提供を進めます。

また、支援や介護を必要とする人が、各種高齢者支援サービスを安心して利用できるよう、介護保険制度や介護保険サービス、在宅福祉サービスの内容について周知を進めます。

【この基本目標の指標・目標値】

指標名	現状 (R4 年度)	目標値 (R8 年度)	指標の定義等
介護相談員の派遣事業所数	95 件	500 件	介護相談員が訪問した延べ事業所数
デマンド型乗合タクシー※の利用者数	44,013 人	45,000 人	デマンド型乗合タクシーの年間延べ利用者数
電子申請・届出システムの導入	未導入	導入	指定申請等の電子申請システムの導入・受付開始
ケアプラン点検数	90 件	130 件	ケアプラン点検を実施した件数 ※ 3 年間で市内の全居宅介護支援事業所の点検を実施
福祉避難所指定数	52 ヶ所	57 ヶ所	福祉避難所に指定した施設数

基本施策 1

在宅生活を支えるサービスの充実

高齢者の中には暮らしの様々な場面で困りごとを抱え支援を必要としている方がいます。高齢者が地域で安心して在宅生活を継続できるように、多様な生活支援や生活環境を支える取り組みを進めます。

施策と主な取組み

1 在宅福祉サービスの充実

○高齢者等紙おむつ購入費助成事業

常時おむつを必要とする在宅の方に対し、介護及び所得状況により紙おむつ及び尿取りパッドの購入費を助成し、高齢者などの健康衛生の保持と介護者の介護及び経済負担の軽減を図ります。

○高齢者等タクシー利用料金助成事業

外出のための支援が必要な在宅の方に対し、所得状況によりタクシーの利用料金を助成し、医療機関への通院や買い物などの外出を支援することにより、社会活動への参加を促進し、経済的負担の軽減を図ります。

○ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム貸与・相談事業（高齢者等緊急通報システム整備業）

ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯、障がいがある方と同居している高齢者又は重度身体障がい者などで、日常生活を営む上で常時注意を要する状態にある方に対し、体調の急変など緊急時に通報する装置を貸与し、日常生活における不安感の解消を図ります。

また、医療や健康に関する相談に対し、24時間専門家（医師等）が適切なアドバイスを行います。

○高齢者はり・きゅう・マッサージ治療費助成事業

70歳以上の方に、はり・きゅう・マッサージの治療費の助成を行い、高齢者の身体機能の維持回復や健康増進を図ります。

○高齢者等訪問理美容サービス事業

介護保険の要支援・要介護に該当する方又は身体障がい者で、理美容店に出向くことが困難な在宅の方に対し、居宅で散髪などが受けられるよう、理容師又は美容師を派遣し、衛生管理を支援します。

○高齢者短期入所事業

介護をしている家族などの特別な理由により在宅での介護が困難な場合に、養護老人ホームなどへの宿泊を提供し、介護者の負担の軽減を図ります。

○高齢者等寝具洗濯乾燥等サービス事業

高齢者及び身体障がい者の在宅の方で衛生管理が困難な方に、寝具の洗濯・乾燥及び消毒を行い、衛生の保持と生活の向上を図ります。

○高齢者等食の自立支援事業

高齢者のみで生活している方などで、買い物や調理が困難な方に対し、配食、安否確認を行い、高齢者などの自立と健康増進を図ります。

○高齢者補聴器購入費助成事業

身体障害者手帳の対象とならない軽度又は中等度の難聴がある高齢者に対し、補聴器の購入費用を助成することにより、生きがいづくりや社会参加の促進を支援します。

○外国人高齢者福祉手当支給事業

昭和8年4月2日以前生まれの特別永住者で、公的年金を受給していない方に対し、手当を支給します。

○介護サービス利用料の低所得者軽減措置事業

低所得で特に生計が困難である方について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人などが、その社会的な役割の一環として利用者負担額を軽減しています。事業を実施している社会福祉法人に対して補助金を交付することで事業の推進を図るとともに、周知を行い、低所得者の介護保険サービスの利用を支援します。

○住宅改修支援事業

要支援者や要介護者で、居宅介護支援又は介護予防支援を受けていない方が住宅改修を行う場合に、ケアマネジャーや福祉住環境コーディネーターなどが、住宅改修に関する相談・助言を行うとともに、住宅改修費の支給申請に係る理由書の作成を支援します。

○介護相談員派遣事業

介護サービス事業所への介護相談員の派遣や相談会の開催など、利用者や介護者のサービス利用に関する疑問や不満、不安の解消を図るとともに、事業所のサービスの質の向上を図ります。

○在宅介護手当支給事業

介護負担の大きい方や重度の認知症高齢者の方を一定期間在宅で介護している方又は本人に対して、手当を交付することで介護者の労をねぎらうとともに、要介護者の在宅福祉の向上を図ります。

○介護離職防止に向けた取り組み

介護離職防止について関係機関との情報共有を進め、企業の職場環境の整備に関する普及啓発を行います。また、就職・再就職の場の確保についても企業や関係機関と連携を図ります。

2 安心して住みやすい環境整備

○交通安全対策

交通安全対策として、急発進抑制装置の普及や反射材の着用推進、交通安全講話などによる注意喚起に努めます。

○外出・移動手段の充実と確保

高齢者が安心して外出できる環境整備を進めるため、タクシー券の交付を継続します。また、公共交通においてもデマンド型乗合タクシー「お助け号」の利便性の向上に努めていきます。

○利用しやすい建物等の確保

公共施設や公園施設、歩道など、バリアフリーに配慮した整備に努めます。

○消費者トラブル対策

消費者トラブル対策として、市民相談センター（消費生活センター）における特殊詐欺、悪質商法、クーリングオフ、多重債務など消費生活にかかる相談や、被害事例の収集と被害防止の啓発に努めます。

○福祉避難所の推進

大規模災害などで指定避難所を設置した際に、指定避難所での生活が困難な高齢者等のための福祉避難所の指定を推進します。

基本施策 2 介護保険サービスの充実

介護給付費は年々上昇しており、高齢者及び要介護（要支援）認定者の増加に伴い令和22(2040)年まで増え続ける見込みです。

介護が必要になっても、サービスを利用しながら安心して生活を継続できるよう、支援が必要な人に必要なサービスを提供するとともに、必要なときに利用できる体制づくりを進め、併せて限られたサービス資源を有効に活用するために適切なサービス利用を推進します。

また、サービスを提供する専門職の不足が予想されることから、サービスの提供を維持するための人材確保や電子化等による業務の効率化を進めます。

施策と主な取組み

1 各種サービスの充実

(1) サービスの種類及び内容

○訪問介護

訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・入浴・排泄などの介護（身体介護）や、買い物・調理・洗濯・掃除などの生活の支援（生活援助）をします。

○訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

看護職員と介護職員が利用者の自宅を訪問し、持参した浴槽によって入浴の介護を行います。

○訪問看護・介護予防訪問看護

利用者の心身機能の維持回復などを目的として、看護師などが疾患のある利用者の自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行います。

○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、作業療法士、言語聴覚士などが利用者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。

○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、管理栄養士、歯科衛生士などが定期的に居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。

○通所介護

利用者が通所介護の施設に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。

○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

利用者が通所リハビリテーションの施設に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。

○短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

介護老人福祉施設などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

○短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

医療機関や介護老人保健施設、介護医療院が、日常生活上の世話や、医療、看護、機能訓練などを提供します。

○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

指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

○福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

指定を受けた事業者が、利用者の心身の状況、希望及びその生活環境等をふまえ、適切な福祉用具を選ぶための援助・取り付け・調整などを行い、福祉用具を貸与します。

○特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

福祉用具販売の指定を受けた事業者が、入浴や排泄等に用いる福祉用具を販売します。

○住宅改修・介護予防住宅改修

住み慣れた自宅で生活が続けられるよう、手すりの取り付けや段差解消などの住宅を改修する費用を助成します。

○居宅介護支援・介護予防支援

ケアマネジャー等が、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回や随時通報への対応など、利用者の心身の状況に応じて、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供します。また、サービスの提供にあたっては、訪問介護員だけでなく看護師なども連携しているため、介護と看護の一体的なサービス提供を受けることもできます。

○認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスで、認知症の利用者が通所介護の施設（デイサービスセンターやグループホームなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。

○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

利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行います。

○看護小規模多機能型居宅介護

利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問（介護）」に加えて、看護師などによる「訪問（看護）」を組み合わせることで、介護と看護の一体的なサービスを提供します。

○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

認知症の利用者を対象に、グループホームに入所し、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などのサービスを提供します。

○地域密着型通所介護

利用者が地域密着型通所介護の施設に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。

○介護老人福祉施設

常に介護が必要な方を対象に、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。

○介護老人保健施設

在宅復帰を目指している方を対象に、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供します。

○介護医療院

療養上の管理、看護、介護、機能訓練、その他必要な医療と日常生活に必要なサービスなどを提供します。

(2) 利用量の見込み

	単位	実績		見込	計画			推計	
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和12 (2030) 年度	令和22 (2040) 年度
介護予防サービス									
介護予防訪問入浴介護	(回/年)	0	0	0	3	3	3	3	3
	(人/年)	0	0	0	1	1	1	1	1
介護予防訪問看護	(回/年)	721	785	1,052	906	927	940	1,041	1,103
	(人/年)	108	126	155	146	150	152	167	178
介護予防訪問 リハビリテーション	(回/年)	392	455	394	516	527	537	601	637
	(人/年)	38	41	43	54	56	57	63	67
介護予防居宅療養管理指導	(人/年)	29	42	60	47	48	49	54	58
介護予防通所リハビリテーション	(人/年)	202	218	236	254	260	267	293	310
介護予防短期入所 生活介護	(日/年)	69	95	170	121	121	129	139	146
	(人/年)	12	17	33	30	31	32	35	37
介護予防短期入所 療養介護	(日/年)	0	4	0	12	14	14	15	16
	(人/年)	0	1	0	1	1	1	1	1
介護予防特定施設入居者生活介護	(人/年)	11	14	17	19	19	20	21	22
介護予防福祉用具貸与	(人/年)	643	730	804	817	836	857	941	1,000
特定介護予防福祉用具購入	(人/年)	12	13	13	13	14	13	15	16
介護予防住宅改修	(人/年)	15	17	19	21	21	21	23	25
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	(回/年)	0	0	0	0	0	0	0	0
	(人/年)	0	0	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	(人/年)	4	14	29	13	13	13	15	16
介護予防認知症対応型共同生活介護	(人/年)	0	1	1	1	1	1	1	1
介護予防支援	(人/年)	817	916	1,004	1,027	1,049	1,075	1,180	1,256

		実績		見込	計画			推計	
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和12 (2030) 年度	令和22 (2040) 年度
居宅介護サービス									
	単位								
訪問介護	(回/年)	10,783	10,909	10,201	11,200	11,331	11,604	12,708	14,751
	(人/年)	631	614	579	606	617	636	696	807
訪問入浴介護	(回/年)	406	369	378	410	415	421	462	532
	(人/年)	78	75	73	74	74	75	80	93
訪問看護	(回/年)	4,669	4,428	4,774	4,722	4,762	4,849	5,342	6,219
	(人/年)	568	549	566	545	546	555	605	704
訪問リハビリテーション	(回/年)	1,420	1,482	1,897	1,598	1,633	1,670	1,830	2,121
	(人/年)	116	118	140	124	126	129	139	163
居宅療養管理指導	(人/年)	528	604	708	605	611	625	684	795
通所介護	(回/年)	23,360	22,391	23,373	23,637	23,950	24,578	27,030	31,369
	(人/年)	1,894	1,869	1,992	2,015	2,055	2,111	2,304	2,671
通所リハビリテーション	(回/年)	5,311	5,139	5,064	5,388	5,433	5,550	6,097	7,081
	(人/年)	589	584	563	572	573	588	642	745
短期入所生活介護	(日/年)	5,610	5,387	4,906	5,763	5,835	5,992	6,525	7,588
	(人/年)	475	458	476	530	540	554	602	700
短期入所療養介護	(日/年)	491	413	360	498	488	511	566	647
	(人/年)	50	45	44	51	49	53	56	64
特定施設入居者生活介護	(人/年)	106	108	108	108	110	113	125	143
福祉用具貸与	(人/年)	2,277	2,283	2,332	2,355	2,401	2,471	2,722	3,156
特定福祉用具購入	(人/年)	46	36	37	45	45	46	50	59
住宅改修	(人/年)	34	28	26	35	35	35	38	44
地域密着型介護サービス									
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(人/年)	22	27	35	27	28	28	31	37
認知症対応型通所介護	(回/年)	143	161	163	177	178	180	196	226
	(人/年)	14	16	13	13	13	13	14	16
小規模多機能型居宅介護	(人/年)	82	77	101	95	96	98	108	124
看護小規模多機能型居宅介護	(人/年)	0	17	26	18	18	18	19	22
認知症対応型共同生活介護	(人/年)	286	280	285	296	302	310	352	402
地域密着型通所介護	(回/年)	2,553	2,463	2,282	2,543	2,541	2,617	2,879	3,308
	(人/年)	230	229	223	239	238	248	272	313
居宅介護支援	(人/年)	3,407	3,341	3,347	3,417	3,448	3,533	3,874	4,499
施設サービス									
介護老人福祉施設	(人/年)	830	820	813	833	853	853	945	1,108
介護老人保健施設	(人/年)	530	523	518	543	568	568	638	749
介護医療院	(人/年)	55	63	67	67	92	117	131	155

(3) 介護人材の確保

○介護人材の確保

高齢者人口の増加に伴い介護サービスの需要が高まる一方、現役世代人口は減少し、サービスを支える人材の確保が重要になります。利用者が安心して介護サービスを受けられるよう、国や県、関係機関と連携し、介護従事者の処遇改善やICT等の活用促進、電子申請・届出システムの導入等により、介護現場の生産性向上及び文書負担の軽減を図り、人材の確保・定着を推進します。

(4) 施設・居住系サービス施設整備計画

○施設・居住系サービス施設整備計画

高齢者の増加や医療・介護双方のニーズを有する高齢者に対応するため、計画的に施設整備を進めます。施設・居住系サービスのベッド数と総施設数は、介護保険事業計画の必須記載事項となっており、その内容は下記のとおりです。

		見込	計画		
		令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度
介護老人福祉施設	ベッド数	876	876	876	876
	総施設数	12	12	12	12
介護老人保健施設	ベッド数	590	590	590	610
	総施設数	6	6	6	6
介護医療院	ベッド数	50	50	100	100
	総施設数	1	1	2	2
特定施設入居者生活介護	ベッド数	80	80	80	80
	総施設数	2	2	2	2
認知症対応型共同生活介護	ベッド数	315	315	315	315
	総施設数	16	16	16	16
地域密着型 特定施設入居者生活介護	ベッド数	0	0	0	0
	総施設数	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設 入居者生活介護	ベッド数	0	0	0	0
	総施設数	0	0	0	0

2 給付の適正化

○要介護認定の適正化

調査結果にばらつきが出ないように、調査員の資質向上を図ります。

○ケアプラン等の点検

介護支援専門員が作成した居宅サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、専門職と連携しながら、介護支援専門員との対面により点検及び支援を実施し、利用者が必要とする過不足のないサービス提供を確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供等の改善を図ります。

住宅改修については、施工前及び施工後の書面・写真等による点検を全件実施し、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修の排除を図ります。

福祉用具購入・貸与についても、書面等による点検を全件実施し、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与の排除を図るとともに、受給者の身体の状態に応じた必要な福祉用具の利用を進めます。

○医療情報との突合・縦覧点検

医療情報との突合及び縦覧点検は、国保連への委託を継続するとともに、国保連への委託対象外の内容についても自己点検を行うことで、医療と介護の重複請求の排除やサービス事業者等における適正な請求の促進を図ります。

3 事業所における災害対策・感染症対策

○災害対策

災害時における介護事業所の業務の継続について、業務継続計画の見直しや訓練の実施等について支援します。

○感染症対策

介護事業所、関係部局が連携して、感染症対策についての周知啓発、研修、訓練の実施、必要物資の確保、支援・応援体制の構築を進めるとともに、ICTを活用した会議の実施等、業務のオンライン化を推進していきます。

○福祉避難所の推進（再掲）

第5章

介護サービスに係る費用の見込み

1. 介護（介護予防）給付費の見込み

単位：千円

項目	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
居宅介護サービス			
訪問介護	419,175	424,708	434,832
訪問入浴介護	61,636	62,472	63,347
訪問看護	287,551	290,035	295,284
訪問リハビリテーション	54,911	56,190	57,473
居宅療養管理指導	69,494	70,290	71,918
通所介護	2,276,480	2,298,643	2,355,548
通所リハビリテーション	570,678	576,359	589,102
短期入所生活介護	595,115	602,312	617,770
短期入所療養介護	68,575	67,221	70,690
特定施設入居者生活介護	238,363	242,789	249,131
福祉用具貸与	352,506	355,631	364,174
特定福祉用具購入	17,612	17,683	18,114
住宅改修	38,091	38,091	38,091
地域密着型介護サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	33,496	34,333	34,333
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	26,022	26,214	26,569
小規模多機能型居宅介護	199,990	201,786	207,372
看護小規模多機能型居宅介護	49,762	49,825	49,825
認知症対応型共同生活介護	948,758	969,150	994,463
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
地域密着型通所介護	265,734	266,273	274,348
居宅介護支援	647,502	653,153	669,116
施設サービス			
介護老人福祉施設	2,947,805	3,022,693	3,022,693
介護老人保健施設	1,886,662	1,975,961	1,976,131
介護医療院	286,956	394,501	501,683
介護給付費計(小計)	12,342,874	12,696,313	12,982,007

単位：千円

項目	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	227	228	228
介護予防訪問看護	49,490	50,784	51,456
介護予防訪問リハビリテーション	16,348	16,729	17,033
介護予防居宅療養管理指導	5,234	5,350	5,460
介護予防通所リハビリテーション	101,618	104,095	106,952
介護予防短期入所生活介護	9,202	9,124	9,753
介護予防短期入所療養介護	442	480	480
介護予防特定施設入居者生活介護	17,810	17,833	18,558
介護予防福祉用具貸与	65,104	66,503	68,103
特定介護予防福祉用具購入	5,019	5,401	5,019
介護予防住宅改修	25,499	25,499	25,499
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	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	12,563	12,579	12,579
介護予防認知症対応型共同生活介護	1,526	1,528	1,528
介護予防支援	58,229	59,554	61,032
予防給付費計(小計)	368,311	375,687	383,680

単位：千円

項目	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
介護(介護予防)給付費(合計)	12,711,185	13,072,000	13,365,687
計画期間(令和6~8(2024~2026)年度)の総給付費(合計)	① 39,148,872		

※表中の金額は千円単位としているため、各項目の合計金額が合わない場合があります。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業費の見込み

単位：千円

項目	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
介護予防・日常生活支援総合事業費			
訪問型サービス	61,556	62,896	64,414
通所型サービス	221,095	225,799	231,130
一般介護予防、短期集中予防サービス、 介護予防ケアマネジメント費など	113,878	115,777	116,855
介護予防・日常生活支援総合事業費合計	396,529	404,472	412,399
計画期間(令和6～8(2024～2026)年度)の 介護予防・日常生活支援総合事業費(合計)	② 1,213,401		

※表中の金額は千円単位としているため、各項目の合計金額が合わない場合があります。

3. 標準給付費及び地域支援事業※費の見込み

単位：千円

項目	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度	合計
標準給付費	13,323,659	13,698,492	14,007,506	41,029,658
介護(介護予防)給付費	12,711,185	13,072,000	13,365,687	① 39,148,872
特定入所者介護サービス費等給付額	327,003	334,500	342,695	1,004,199
高額介護サービス費等給付額	246,114	251,796	257,965	755,876
高額医療合算介護サービス費等給付額	30,720	31,376	32,128	94,225
算定対象審査支払手数料	8,634	8,819	9,030	26,484
地域支援事業費	647,154	668,689	677,892	1,993,736
介護予防・日常生活支援総合事業費	396,529	404,472	412,399	② 1,213,401
包括的支援事業・任意事業費	250,625	264,217	265,493	780,335
合計	13,970,813	14,367,182	14,685,399	③ 43,023,394

※表中の金額は千円単位としているため、各項目の合計金額が合わない場合があります。

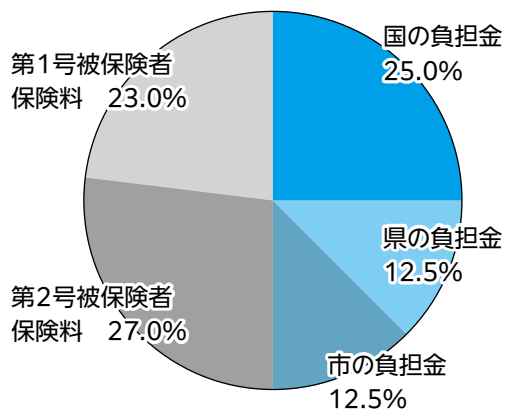
4. 第9期介護保険料

(1) 介護保険事業の財源

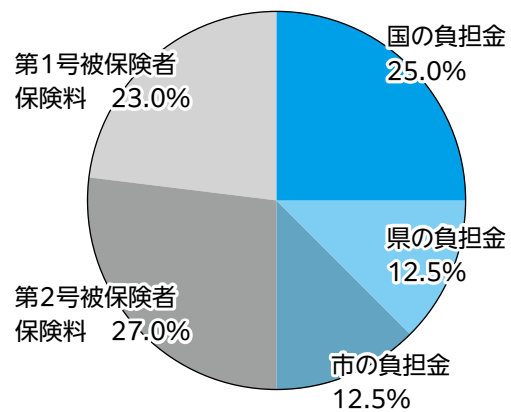
介護保険事業を運営するために必要となる費用は、標準給付費、地域支援事業費、事務費などから構成されます。そのうち、標準給付費と地域支援事業費の財源は、国の負担金（調整交付金を含む）、県の負担金、市の負担金、第2号被保険者の保険料（支払基金交付金）、第1号被保険者の保険料などで賄われます。

【標準給付費の財源構成】

居宅給付費

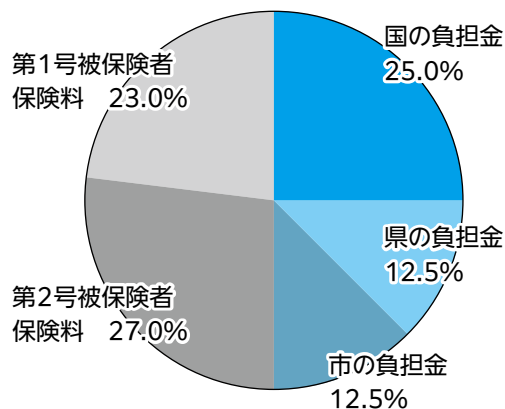


施設等給付費

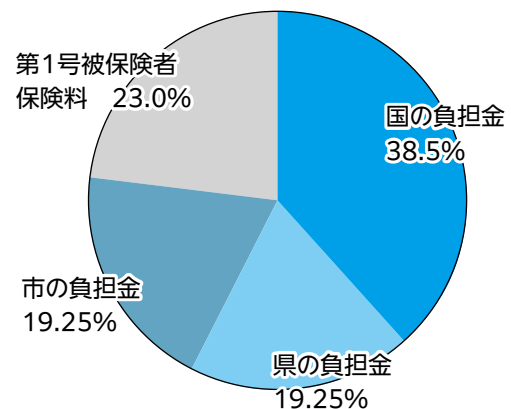


【地域支援事業費の財源構成】

介護予防・日常生活自立支援総合事業



包括的支援事業及び任意事業



(2) 第9期保険料基準額の算定

第9期介護保険事業計画期間（令和6～8（2024～2026）年度）においては、高齢化の進行に伴う介護サービス利用増などによる介護給付費の増加が見込まれます。第9期の保険料基準額は、標準給付費及び地域支援事業費をもとに、以下のとおり算出しました。

単位：円

項目	金額
標準給付費 + 地域支援事業費計(A)	③ 43,023,394,611
第1号被保険者負担分相当額(B)=(A)×23.0%	9,895,380,760
保健福祉事業費(C)	92,654,000
調整交付金相当額(D)	2,112,152,981
調整交付金見込額(E)	626,487,000
準備基金取崩額(F)	855,000,000
保険者機能強化交付金等の交付見込額(G)	150,000,000
保険料必要額(H)=(B)+(C)+(D)-(E)-(F)-(G)	10,468,700,741

項目	金額
保険料必要額(H)	10,468,700千円
予定保険料収納率(I)	99.1%
所得段階別加入割合補正後被保険者数※(J)	159,290人
第1号被保険者の介護保険料基準額(月額) (K) ≒ (H) ÷ (I) ÷ (J) ÷ 12	5,600円

※所得段階別加入割合補正後被保険者数…所得段階の加入割合を換算した3か年の被保険者数

(3) 所得段階別保険料

第1号被保険者の保険料は、所得段階に応じて異なります。保険給付費の増加や、所得に応じた負担を図るため、国が示した標準段階である13段階の設定とします。なお、第1段階から第3段階の方は、保険料率を軽減しています。

所得段階	対象者（所得段階の説明）	算出方法	第9期 （令和6～8年度） 年額保険料 （月額保険料）
第1段階	○生活保護受給者 ○高齢福祉年金受給者で、世帯全員が市民税非課税の場合 ○世帯全員が市民税非課税で、 本人の前年の課税年金収入額+公的年金以外の合計所得金額※ が80万円以下の場合	基準額 ×0.285	19,152円 (1,596円)
第2段階	○世帯全員が市民税非課税で、 本人の前年の課税年金収入額+公的年金以外の合計所得金額が 80万円を超え、120万円以下の場合	基準額 ×0.485	32,592円 (2,716円)
第3段階	○世帯全員が市民税非課税で、 本人の前年の課税年金収入額+公的年金以外の合計所得金額が 120万円を超える場合	基準額 ×0.685	46,032円 (3,836円)
第4段階	○本人が市民税非課税で、世帯内に市民税課税者がいる場合 （本人の前年の課税年金収入額+公的年金以外の合計所得金額が 80万円以下の場合）	基準額 ×0.90	60,480円 (5,040円)
第5段階	○本人が市民税非課税で、世帯内に市民税課税者がいる場合 （本人の前年の課税年金収入額+公的年金以外の合計所得金額が 80万円を超える場合）	基準額	67,200円 (5,600円)
第6段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の場合	基準額 ×1.20	80,640円 (6,720円)
第7段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円 未満の場合	基準額 ×1.30	87,360円 (7,280円)
第8段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円 未満の場合	基準額 ×1.50	100,800円 (8,400円)
第9段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円 未満の場合	基準額 ×1.70	114,240円 (9,520円)
第10段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円 未満の場合	基準額 ×1.90	127,680円 (10,640円)
第11段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円 未満の場合	基準額 ×2.10	141,120円 (11,760円)
第12段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円 未満の場合	基準額 ×2.30	154,560円 (12,880円)
第13段階	○本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の場合	基準額 ×2.40	161,280円 (13,440円)

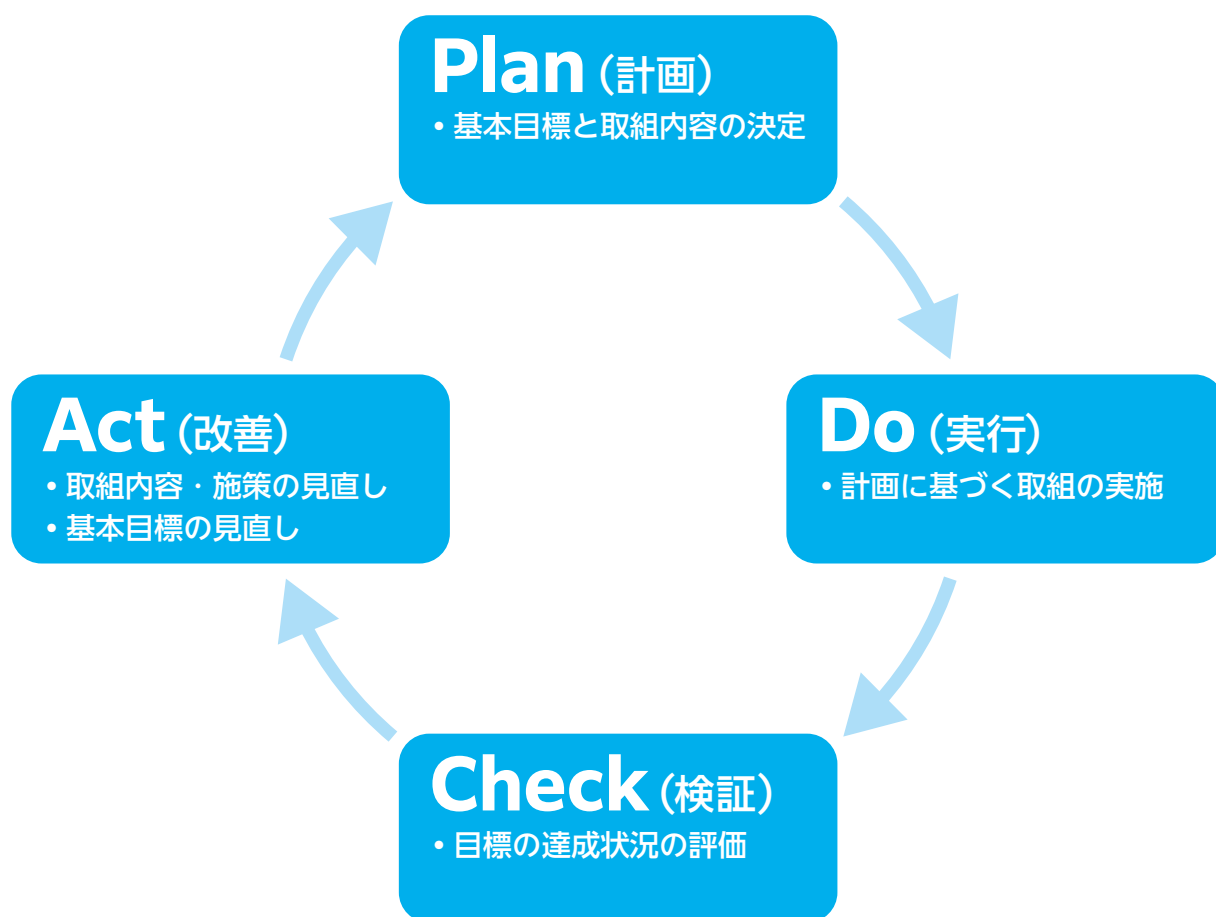
※合計所得金額… 地方税法第292条第1項第13号に規定する金額。土地・建物等の譲渡所得の特別控除の適用がある場合は、特別控除後の金額となります。第1段階から第5段階の方で、合計所得金額に給与所得が含まれる場合は、給与所得から10万円を控除した金額となります。

計画を着実に実行するため、計画の進捗状況について、定期的に計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策を実施するPDCAサイクルに基づく管理を行います。

計画の進捗管理にあたっては、各分野から広く意見を聴取するために、学識経験者、一般市民の代表者、被保険者、保健・福祉・医療関係者によって構成された介護保険運営協議会が、今後の介護保険事業の健全な運営を図るため事業の状況やあり方、方針について審議します。

PDCAサイクルとは

Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（検証）→ Act（改善）を繰り返し、業務を継続的に改善する仕組みのことです。



1. 計画策定の経過

月 日	内 容
令和5年 2月 1日 ~ 2月 20日	<p>高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査実施・一般高齢者・事業対象者・要支援・要介護認定者を対象に郵送配布-郵送回収</p> <p>①一般高齢者 : 1,487人(回収率74.4%) ②事業対象者 : 165人(回収率74.3%) ③要支援認定者 : 692人(回収率69.2%) ④要介護認定者 : 909人(回収率60.6%)</p>
7月 6日	<p>第1回磐田市介護保険運営協議会</p> <p>○第9次高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画進捗報告 ○第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の策定について ○暮らしと介護についてのアンケート調査結果</p>
7月 14日	<p>第2号被保険者（40～64歳）への介護保険についてのアンケート実施</p> <ul style="list-style-type: none"> インターネットによる本人入力 磐田公式LINEアカウント登録者のうち「健康・福祉情報」の配信を希望する40～60代の方9,284人に配信、462人の方から回答を得た
8月 24日	<p>第2回磐田市介護保険事業計画運営協議会</p> <p>○第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画策定について</p> <ul style="list-style-type: none"> 計画策定の概要 高齢者の現状と将来推計 介護保険サービスの現状 基本理念及び基本施策
10月 5日	<p>第3回磐田市介護保険事業計画運営協議会</p> <p>○第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画策定について</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険サービスの見込み及び保険料について 策定にあたっての国指針（案）・県方針の主な変更点について 施策の体系について

月 日	内 容
11月14日	第4回磐田市介護保険事業計画運営協議会 <ul style="list-style-type: none"> • 第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の素案について • 第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画に関するパブリックコメントの実施について
11月27日～ 12月27日	パブリックコメントの実施 <ul style="list-style-type: none"> • 市ホームページ及び市政情報コーナー等での閲覧
令和6年 1月17日	第5回磐田市介護保険事業計画運営協議会 <ul style="list-style-type: none"> • 第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画に関するパブリックコメントの結果について • 第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画策定の承認

2. 介護保険運営協議会 委員名簿

	区 分	推薦団体	氏 名
1	被保険者代表	第1号被保険者	後藤 きみ子
2	被保険者代表	第1号被保険者	鈴木 学
3	被保険者代表	第2号被保険者	久永 公子
4	被保険者代表	第2号被保険者	永井 理恵子
5	保健・福祉・医療関係者	磐田市医師会	川口 宗一
6	保健・福祉・医療関係者	磐周歯科医師会	渥美 哲昭
7	保健・福祉・医療関係者	NPO法人 磐田薬剤師会	栗原 孝行
8	保健・福祉・医療関係者	磐田市社会福祉協議会	守谷 充子
9	保健・福祉・医療関係者	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	小川 正信
10	保健・福祉・医療関係者	磐田ケアマネ連絡会(居宅介護支援)	稲葉 進作
11	保健・福祉・医療関係者	磐田市訪問看護ステーション連絡協議会	伊藤 桂子
12	公益代表	磐田市老人クラブ連合会	寺田 佳弘
13	公益代表	磐田市自治会連合会	吉野 博行
14	公益代表	磐田市民生委員児童委員協議会	鈴木 敏弘
15	学識経験者	大学、専門学校等	佐藤 直美
16	学識経験者	大学、専門学校等	佐々木 正和

3. 介護保険条例

平成 17 年 4 月 1 日条例第 134 号

第 4 章 介護保険運営協議会

(設置)

第 12 条 市は、介護保険事業の円滑な運営を図るため、磐田市介護保険運営協議会（以下「運営協議会」という。）を置く。

(委員)

第 13 条 運営協議会の委員は、20 人以内とし、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 被保険者を代表する者
- (2) 保健、福祉又は医療関係団体を代表する者
- (3) 公益を代表する者
- (4) 学識経験のある者

2 委員の任期は、3 年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

附 則

(施行期日)

第 1 条 この条例は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

4. 介護保険運営協議会規則

平成 17 年 4 月 1 日規則第 71 号 改正

平成 27 年 3 月 26 日規則第 31 号

平成 29 年 5 月 22 日規則第 25 号

(趣旨)

第 1 条 この規則は、磐田市介護保険条例（平成 17 年磐田市条例第 134 号）第 12 条に規定する磐田市介護保険運営協議会（以下「運営協議会」という。）の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第 2 条 運営協議会は、介護保険事業に関する次に掲げる事項について審議するものとする。

- (1) 介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画に関すること。
- (2) 保険給付の種類及び内容並びに保険料の賦課徴収に関すること。
- (3) 指定地域密着型サービスの指定等に関すること。
- (4) 地域包括支援センターの運営等に関すること。
- (5) 地域ケア会議に関すること。
- (6) 生活支援体制整備に関すること。
- (7) その他介護保険事業の運営に関すること。

(会長及び副会長)

第 3 条 運営協議会に、会長及び副会長各 1 人を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。
- 3 会長は、会務を総理し、運営協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第 4 条 運営協議会の会議は、会長が招集し、会長が議長となる。

- 2 運営協議会の会議は、委員の半数以上が出席しなければ、開くことができない。
- 3 運営協議会の会議は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(意見の聴取等)

第 5 条 運営協議会は、必要に応じて委員以外の者を出席させて、意見又は説明を求めることができる。

(庶務)

第 6 条 運営協議会の庶務は、健康福祉部において処理する。

(その他)

第7条 この規則に定めるもののほか、運営協議会の運営に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年4月1日から施行する。

(規則施行後最初に行われる会議の招集)

2 この規則施行後最初に行われる運営協議会は、第4条第1項の規定にかかわらず、市長が招集する。

附 則 (平成27年3月26日規則第31号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (平成29年5月22日規則第25号)

この規則は、公布の日から施行する。

5. 用語解説

〔あ行〕

いきいき百歳体操

5名以上の仲間で週1回。おもりを使いDVDの映像に合わせて行う筋力運動の体操。会場準備から片付けまで、参加者で行う住民主体の介護予防活動。

居場所

地域に住む多世代の人々が自由に参加する場所。人との交わりによって生きる意欲が高まり、それぞれの間に絆（共感）が生まれるとともに、それが様々な助け合いに発展する。

ACP

Advance Care Planningの略称。もしものときのために、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのこと。

〔か行〕

介護保険法

社会保険方式として平成9年12月に公布。平成12年度から施行された。国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とした法律。超高齢社会に備え、①安定した財源の確保、②保険システム導入により各種サービスを利用しやすくする、③介護サービスにおける民間活力の導入、④老人病院や老人保健施設と特別養護老人ホームとの整合を図る等を目的として、介護保険制度が創設された。

介護予防

高齢者が要介護状態になることをできるかぎり防ぐこと、あるいは要介護状態であって

も、状態がそれ以上に悪化しないようにすること。高齢者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支援するという介護保険法の理念を徹底する考え方。

キャラバン・メイト

キャラバン・メイト養成講座研修を受講し、登録された方。認知症サポーターを養成する認知症サポーター養成講座の講師で、認知症に対する正しい知識と具体的な対応方法等について啓発する。

ケアマネジメント

主に高齢者介護の分野で、福祉や医療などのサービスと、それを必要とする方のニーズをつなぐ仕事のことをいう。日本では平成12年4月から導入された介護保険制度により一般的となった。それまでは、社会福祉学者から「ケースマネジメント」や「ケアマネジメント」、看護学者から「ケアコーディネーション」と同様の言葉が乱立し・提案されていたが、それぞれが同様の意味であることから、厚生省（当時）が「ケアマネジメント」の用語を採用。

ケアマネジャー

介護支援専門員。居宅介護支援事業所・地域包括センター・各種施設に所属し、要介護（支援）と認定された人の心身の状況や抱える問題・課題を分析し、介護計画（ケアプラン）を作成し、ケアマネジメントを行う。介護全般に関する相談援助・関係機関との連絡調整・介護保険の給付管理を行う。

要介護（支援）認定者が自立し日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものであり、介護サービスの

要となる。

健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間、または日常的に介護などを必要とせず、自立した健康な生活ができる期間。健康増進、病気予防、介護予防から健康寿命を延ばすことは、個人の生活の質を保つとともに、介護給付や医療費を効率的に使うことにつながる。

権利擁護

自己の権利を表明することが困難な寝たきりや認知症などの高齢者の権利をまもるため、ニーズ表明を支援し代弁すること。

高齢化率

総人口に占める高齢者（65歳以上）人口の割合。高齢者率が7%以上で高齢化社会、14%以上で高齢社会、21%以上で超高齢社会とされる。

【さ行】

サロン（高齢者サロン）

高齢者の閉じこもり予防及び介護予防のために、地域の公会堂などに集まり、おしゃべり、体操、ゲーム、歌、レクリエーション、会食等を行う交流の場。

事業対象者

基本チェックリスト（日常に必要な機能が低下していないかを調べる25項目の質問票）を実施した結果、日常生活における何らかのリスク（危険）があると判定された方。

市民後見人

親族、弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職ではないが、社会貢献の意欲や倫理観が

高く、成年後見制度に関する一定の知識・態度を身に付けた一般市民の中から、家庭裁判所によって成年後見人等として選任された方。市民という立場を活かした身近な支援が期待される。

社会福祉協議会

社会福祉法に基づいて地域福祉を推進するために設置する社会福祉法人。通称「しゃきょう」。住民や社会福祉事業経営者、各種ボランティア、関係機関などと協力・連携し、安心して暮せる「福祉のまちづくり」を目指す。

シルバー人材センター

高年齢雇用安定法に基づき、おおむね60歳以上の人を対象として、臨時的で短期的な仕事を無料で紹介する公益法人。都道府県の指定により、市町村に1カ所設置されている。

生活習慣病

食生活や喫煙、飲酒、運動不足など生活習慣との関係が大きい病気のこと。がん（悪性新生物）、心臓病（心疾患）、脳卒中（脳血管疾患）をはじめ、糖尿病、高血圧、高脂血症（脂質異常症）、腎臓病、慢性閉塞性肺疾患、痛風、肥満、歯周病、骨粗鬆症、認知症なども含まれる。

生活支援コーディネーター

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、地域に不足する社会資源の創出、担い手の養成などの資源開発や支え合いの仕組みづくり、関係者間のネットワーク構築などを行うコーディネーター。

成年後見制度

判断能力が十分ではない方が、不利益を被らないように後見人等を選任し、法律面や生活面で本人の意思を尊重しつつ本人を支援する制度。裁判所が後見人等を選任する「法廷

後見」と、あらかじめ本人が後見人等を選び契約しておく「任意後見」とがある。

総合事業

正式には介護予防・日常生活支援総合事業といい、地域で支える介護予防の取り組みのこと。要介護認定がなくても利用できる介護予防サービスや65歳以上なら誰でも利用できるものがある。

〔た行〕

第1号被保険者

介護保険の対象（加入）者で65歳以上の市民。

第2号被保険者

介護保険の対象（加入）者で40～64歳の医療被保険者。

団塊の世代

1947（昭和22）年から1949（昭和24）年までのベビーブーム期に生まれた人を指し、日本の人口比率が最も高い世代。

地域支援事業

要支援・要介護になる可能性のある高齢者を対象に、要支援・要介護状態になることを防止するためのサービスや、要介護状態になった場合でも、できるだけ住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。

地域包括支援センター

保健師又は経験のある看護師、主任ケアマネジャー及び社会福祉士を置き、高齢者の総合相談窓口として、保健、福祉、医療の連携、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う介護保険法に規定された機関。

デマンド型乗合タクシー

既存のタクシー車両を活用し、自宅と決められた施設の間を予約のあった利用者を持ち合わせながら送迎する。市内全域を8つの地区に分けて運行しており、お住いの地区で利用できる。利用には事前の登録が必要となる。

〔な行〕

認知症カフェ

認知症の方やその家族が、気軽に地域住民や専門職と相互に情報共有し、お互いを理解し合う場として開催される集いの場。地域で生活する認知症の方の不安軽減、介護者の負担軽減も目的とする。

認知症高齢者日常生活自立度Ⅱa

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる状態のこと。

認知症サポーター

認知症に対して正しく理解し、偏見を持たず認知症の人やその家族を見守る応援者。認知症サポーター養成講座を受講した方が認知症サポーターとなる。全国の自治体で「認知症サポーターキャラバン事業」として認知症サポーターの養成が進められている。

認知症地域支援推進員

医療・介護・地域をつなぐコーディネートや、認知症理解のための講座等の実施、認知症の人とその家族の相談支援を行う。

〔は行〕

フレイル（虚弱）

健康な状態と介護が必要な状態の間。

福祉委員

自治会から概ね 100 世帯に 1 人の目安で選出され、自治会役員や民生委員・児童委員、地区社協役員、地域ボランティア等と連携し、日常生活や地域活動の中で無理のない見守り支援を行う、地域福祉推進の担い手。

避難行動要支援者

高齢者や障がいのある人など、災害が発生した場合に自力での避難が困難な人。

〔ま行〕

見守りオレンジシール

認知症になっても安心して地域で生活できるよう、高齢者等の行方不明時の早期発見・早期対応を目的とした地域の見守り体制の整備のため、オレンジシールを配布し、認知症などで行方不明となる可能性がある方の情報を事前に登録する事業。

民生委員・児童委員

民生委員法及び児童福祉法に基づいて選出され、厚生労働省の委嘱を受け、担当地域において生活困窮や高齢者、障がい者、ひとり親家庭などの相談支援を行い、関係行政機関に協力するなどして地域福祉の増進に努める。

〔ら行〕

老人クラブ

地域における高齢者の健康づくりや介護予防を進めるクラブ活動。在宅高齢者やその家族を支援する友愛活動や、安全・安心の住みよいまちづくりを目指すボランティア活動にも取り組む。磐田市では、愛称を「シニアクラブ磐田市」という。

「障害」「障がい」の表記について

この計画の中では、人の状態を表す場合は、原則として「障がい」と表記しています。これ以外の法令等の名称や用語を用いる場合や、機関・団体等の固有名詞などについては、「障害」と表記しています。

健幸いわた いきいき長寿プラン

磐田市第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画

発行年月：令和6(2024)年4月

発行：磐田市健康福祉部福祉政策課・高齢者支援課

〒438-0077 静岡県磐田市国府台57番地7 ^{あい}iプラザ（総合健康福祉会館）内

福祉政策課 Tel 0538-37-4831 Fax 0538-37-6495

高齢者支援課 Tel 0538-37-4869 Fax 0538-37-6495