

はじめに

本市の高齢者人口は、令和6年2月末現在、28,757人・高齢化率は44.1%となりました。少子高齢化が進む中、特に団塊の世代の高齢化に伴い、今後、さらに医療や介護の需要が増加することが見込まれています。



団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025年)を目前とし、また、コロナ禍においての高齢者の外出控えや交流機会の不足から来る心身の状態悪化が懸念される中、本市では、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、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めてまいりました。

このような状況のもと、令和6年(2024年)から令和8年(2026年)までの本市の高齢者福祉及び介護保険事業についての施策の方向性を示し、地域包括ケアシステムの在り方を示すための指針として、本計画を策定いたしました。

地域包括ケアシステムの一層の推進に向け、本計画においては、切れ目ない在宅医療と介護を提供できる環境の整備を進めるほか、支援が必要な高齢者の様々なニーズに対応できるよう、日常生活を送る上で必要となる多種多様なサービスを創出・提供するとともに、これらのサービスの担い手として元気な高齢者の皆さまが積極的に社会参加をしていただくことで、生きがいのある暮らしの実現を目指してまいります。

また、高齢者を見守る地域共生社会を実現するため、行政や医療・介護・福祉の関係者・地域住民等が連携し、活発な地域コミュニティの構築を進め、今まで以上に安全・安心で充実した生活を送ることができるよう努めてまいります。

終わりに、本計画の策定に当たり、貴重なご意見・ご提言をいただきました関係各位に心からお礼申し上げますとともに、市民の皆様の誰もが健やかに暮らし活躍できるまちを目指し、今後とも一層のご支援とご協力をお願いいたします。

令和6年3月

伊東市長 小野 達也

目次

第1章 計画策定にあたって 1

1	計画策定の趣旨	1
2	計画期間と位置付け	2
3	計画の基本理念	5
4	施策の体系	6
5	重点的に進める施策	8
6	日常生活圏域について	10
7	前計画の実施状況と評価	12

第2章 高齢化の状況と将来推計 20

第1節 高齢化の現状と将来推計

1	人口動態	20
2	高齢者人口の推計	22
3	要介護（要支援）認定者数の推移	24
4	ひとり暮らし高齢者	25
5	認知症高齢者	26
6	高齢者の地域での活動状況	27

第2節 高齢者実態調査

1	高齢者実態調査の概要	29
---	------------	----

第3章 計画の各論 33

第1節 健康で生きがいのある暮らしの支援

1	生涯現役、いきいきとした生活の支援	33
2	住み慣れた我が家での生活の支援	36
3	高齢者の権利擁護	37
4	その他の高齢者支援	39

第2節 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

介護予防・日常生活支援総合事業

1 介護予防・生活支援サービス事業	4 1
2 一般介護予防事業	4 3
3 生活支援体制整備事業	4 6
4 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の基盤強化	4 8
5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	4 9

第3節 地域住民相互で行う地域の支え合い

地域包括ケアシステムの推進

1 在宅医療と介護の連携強化	5 1
2 認知症施策の推進	5 3
3 地域包括支援センターの体制強化	6 0
4 地域との連携の強化	6 2
5 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進	6 2
6 災害・感染症対策	6 5

第4節 介護が必要な高齢者の支援

1 居宅サービス・介護予防サービス	6 6
2 施設サービス	7 0
3 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス	7 1
4 施設整備の目標及び整備状況	7 4
5 介護保険サービスの向上のために	7 6
6 第1号被保険者の介護保険料について	7 9
7 中長期的な介護給付費・介護保険料等の推計	8 3

資料

高齢者実態調査の結果について	8 4
計画の策定体制図	1 1 4
計画策定までの日程	1 1 5
伊東市介護保険運営協議会委員名簿	1 1 6
行政区ごとの人口推計	1 1 7
用語集	1 1 9

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

本市の65歳以上の高齢者人口は、令和5年(2023年)9月末現在28,844人、高齢化率は44.0%で、静岡県 averages を大きく上回り、令和8年(2026年)には高齢化率が45.2%になると推計され、実に市民の2人に1人が高齢者になると見込まれており、必要な介護を受けることができない、医療・介護の双方のニーズを有する高齢者、地域から孤立してしまう、住まいを失う等の複合的な困難を抱える高齢者が増加することが予想されます。また、少子高齢化の進行に伴う生産年齢人口(15歳～64歳)の減少も相まって、高齢者を支える人口の減少に伴い、介護人材不足の慢性化や介護保険財政への深刻な影響も懸念されています。

国は、昭和46～49年に生まれた「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22年(2040年)も見据え中長期的な視点で、たとえ介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、本市の特性に応じた地域包括ケアシステムの推進を求めつつ、地域住民や医療・福祉関係者が連携し、地域課題を解決する地域共生社会の実現をも目指しています。

本市においては、多職種顔の見える関係づくりと協働による切れ目ない医療と介護の提供体制を推進し、「共生」と「予防」を基本とした、認知症になっても希望をもって暮らし続けることができるまちづくり、生活支援・介護予防サービスの充実とその担い手の養成や高齢者の社会参加の推進、高齢者に対する総合的支援機関である地域包括支援センターと生活支援コーディネーターを中心に、地域ケア会議等を通じた地域課題の解決、居宅要介護者のさまざまな介護ニーズに柔軟に対応できるよう、地域の実情に合わせた既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備推進を重点項目に定め、地域における社会的資源の把握と一層の活用に努め、医療介護の連携の強化、医療・介護情報基盤を整備・活用することにより地域包括ケアシステムの一層の推進を図ります。

また、本計画においては、医療計画との整合性を確保し、医療・介護の双方のニーズを有する高齢者の状況を、把握、分析するとともに、医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意し、地域共生社会の実現に向け、地域包括ケアシステムを基盤とした「相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」等の包括的支援体制の速やかな整備、地域包括支援センターの役割と多機関との連携のあり方及び生活面に困難を抱える高齢者の住まいと生活の一体的な支援について、庁内関連部局(障がい福祉担当課、生活困窮担当課、子育て

て支援担当課、医療担当課、国民健康保険担当課、住宅政策担当課等）と横断的な協議を行い、本市にふさわしい体制の検討を行います。

さらに、不足する介護人材やサービスの確保に向け、近隣市町との連携による地域資源の有効活用、働く意欲のある高齢者の就労促進、介護現場における業務の見直しやICTの活用等を通じた介護現場のイメージの刷新、福祉教育や職業体験を通じた学校現場における介護現場の理解促進を図ります。

そして、増大するニーズに対応し、適切にその役割を果たすため、地域包括支援センターにおける体制や環境の整備を推進します。

このような取組を踏まえ、本計画においては、前計画の課題を明らかにした上で、その課題の改善策を本計画に反映させるとともに、介護給付の適正化を図りながら、介護保険制度の安定的かつ効果的な運営を目指します。

また、中長期的な介護ニーズの見通し等については、サービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、今後の高齢者数の推移、介護需要、必要なサービス等を基に保険料水準を推計し、高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、本市の高齢者福祉と介護保険の施策を示す総合的な計画として策定します。

2 計画期間と位置付け

1 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）までの3か年とします。

なお、令和22年（2040年）までの中長期的な目標を見据えた計画として策定しています。

2 計画の位置付け

本市のまちづくりの基本指針である第五次伊東市総合計画の基本構想では、本市の目指す将来像を「出会い つながり みんなで育む 自然豊かなやさしいまち いたとう」と定め、その実現に向けた政策目標の一つとして「誰もが健やかに暮らし活躍できるまち」を掲げています。

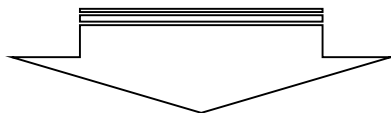
本計画は、総合計画の基本構想に掲げる将来像の実現に向け、他の諸計画との調整や県及び近隣市町との連携を図りつつ、老人福祉法に基づく老人福祉計画と介護保険法に基づく介護保険事業計画をまとめた計画として位置付けます。

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
第8次高齢者福祉計画 第7期介護保険事業計画			第9次高齢者福祉計画 第8期介護保険事業計画			第10次高齢者福祉計画 第9期介護保険事業計画			第11次～ 第10期～

本計画の位置付け及び関連計画との関係

第五次伊東市総合計画 2021～2030

第十一次基本計画 2021～2025



第4次伊東市地域福祉計画 2024～2028

(第4次伊東市地域福祉活動計画)

- ・生活困窮者自立支援計画
- ・伊東市自殺対策計画
- ・成年後見制度利用促進基本計画

第10次伊東市高齢者福祉計画 2024～2026

- 高齢者福祉・健康事業
- その他関連する事業

第9期介護保険事業計画 2024～2026

- 介護保険事業
- 地域支援事業

伊東市障がい者計画
第5次 (2024～2028)

伊東市保健計画
第4次 (2024～2035)

- ・母子保健計画
- ・健康増進計画
- ・歯科保健計画
- ・食育推進計画

伊東市障がい福祉計画
第7期 (2024～2026)

伊東市障がい児福祉計画
第3期 (2024～2026)

伊東市国民健康保険データヘルス計画
第2期 (2024～2029)

伊東市子ども・子育て支援事業計画
第2期 (2020～2024)

伊東市国民健康保険特定健康診査等実施計画
第3期 (2024～2029)

3 計画の基本理念

本計画は、高齢化率の進展に伴う諸課題に対応するため、総合計画の基本構想におけるまちづくりの基本理念に基づき、地域の医療・介護・関係機関（民生委員など）、住民組織（自治町内会、いきいきクラブなど）をはじめ、あらゆる資源を活用しながら、行政と市民が一体となって高齢者福祉の取組を充実させていくこととし、総合計画における政策目標に基づき計画の目標を

「高齢者が地域で
健やかに暮らし活躍できるまち」を目指します

と定めます。

総合計画基本構想（まちづくりの基本理念）

・誰もが安全・安心して過ごせるまちづくりを進める

市民一人一人が住み慣れた地域の中で、安全で安心して心豊かな生涯を過ごせる、また、本市への移住者及び観光客が安心して過ごすことができるまちづくりを進めます。

・市民の知を結集し、全員参加でまちづくりを進める

市民が積極的に参画できる社会を構築するとともに、市民の創意工夫による活動を促進することにより、市民が持てる力を最大限に発揮し、想いを形にできる全員参加のまちづくりを進めます。

・地域の誇りである資源を保全し、磨き上げ、魅力的なまちづくりを進める

地域の誇りである豊かで多様な地域資源を保全するとともに、磨き上げることで魅力的なまちづくりを進めます。

・こころ豊かな人を育む

心と身体健康づくり、互いを尊重し思いやりの心を醸成する教育等の実施により、健康で心豊かな市民を育むとともに、観光都市として本市を訪れる全ての方に笑顔を提供できるようおもてなしの心の醸成に努めます。

・多様なつながりと交流をまちづくりに生かす

住民と移住者との交流、市民の世代間交流、国際交流等、人と人、あるいは周辺市町や姉妹都市とのつながりと交流等、多様なつながりと交流を生み出し、それらを育み、多様性を受け入れる土壌を醸成し、本市のまちづくりに生かしていきます。

・新しい時代に対応した持続可能なまちづくりを進める

デジタルの力を活用するとともに、自然環境や歴史文化等の本市ならではの魅力を守り、生かしながら、新たな時代に対応したまちづくりを展開します。

4 施策の体系

本計画の目標実現に向け、次の4つの基本施策を掲げます。また、目標実現に向けた各施策の達成状況を示す指標を以下のとおり定めます。

健康で生きがいのある暮らしの支援

高齢者がいつまでも心身共に健康で、生きがい活動や社会活動に参加できるよう支援します。また、積極的に専門職(口腔・栄養・生活機能等)を派遣し、健康で生きがいのある暮らしを支援します。

自立支援・介護予防・重度化防止の推進

高齢者の実態把握を通じ、生活機能や認知機能が低下している高齢者を早期発見するとともに、自立支援、介護予防、重度化防止を目標とした適切なケアマネジメントを行い、要介護状態になることを予防します。

また、高齢者の生活を支援する人材の養成を通じ、地域支援の輪を広げます。

地域住民相互で行う地域の支え合い

たとえ要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を推進します。

また、民生委員、自治町内会、地域の関係機関や団体、ボランティア等との協働により、日常的な見守り体制の充実を図り、地域で支え合う仕組みを構築します。

介護が必要な高齢者の支援

医療や介護等の多職種が協働して介護が必要な高齢者の個別課題の解決を図るとともに、蓄積された個別課題の分析を通じ、地域に共通した課題を明確化します。

また、介護給付の適正化を図る中で、高齢者の自立支援・重度化防止、QOLの向上のためのケアマネジメントやケアの充実を主眼とした高齢者一人一人の支援方法について検討します。

目標とする指標

○計画に対する指標

指標	令和4年	令和8年	説明
元気な高齢者の割合	82.8%	83.0%	第1号被保険者のうち、要介護認定を受けていない高齢者の割合

○基本施策に対する指標

指標	令和4年	令和8年	説明
通いの場等の参加者数	延べ 12,045人	延べ 13,100人	居場所（通いの場）等への延べ参加者数
介護予防に取り組む高齢者数	延べ 20,836人	延べ 29,703人	訪問型及び通所型のサービス、介護予防教室、健康体操クラブ、体幹筋力向上教室の延べ参加者数
生活支援サポーター利用者数	57人 (単年)	210人 (3年間累計)	介護保険でカバーできない高齢者の日常生活上の困り事を解決する生活支援サポーターの利用者数
地域ケア会議の開催数	17回 (単年)	57回 (3年間累計)	地域包括支援センターを中心に運営する地域ケア個別会議と自立支援型地域ケア会議の開催数

※第1号被保険者：65歳以上の住民登録者（ただし、転入して施設に入居した場合等、含まれない場合がある。）

5 重点的に進める施策

今後中長期的には、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加し、ひとり暮らし高齢者等の急増による家庭における介護力低下や認知症高齢者等の大幅な増加が予測されます。

そのため、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを推進します。

1 在宅医療・介護連携の推進

「医療や介護の両方が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けられるまち」及び「医療と介護関係者がやりがいを感じられるまち」を理念として掲げ、関係部署、関係機関、関連施策と連携した取組を推進します。

高齢化に伴い、医療と介護を受ける高齢者の増加が見込まれる中、看取る場所は多様化しています。医療や介護が必要となった時の適切なサービスの選択等の意思決定支援を促すほか、自助や互助の役割の重要性を理解することを目的に、在宅療養支援を周知する市民向けシンポジウム等を開催し、在宅医療と介護に関する普及啓発に取り組みます。

また、切れ目ない医療と介護を提供するため、地域包括医療推進会議をはじめ、多職種連携研修会等の開催や、情報共有ツールであるシズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）等を活用し、たとえ要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。

2 認知症施策の推進

高齢化の進行に伴い、認知症高齢者数の増加が見込まれる中、令和元年度に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」及び令和5年6月14日に成立した「認知症基本法」に基づいて施策を推進します。

「認知症の人にやさしいまちは、誰にとっても住みやすいまち」を理念に掲げ、認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見をふまえて推進することを基本とし、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する役割を担う認知症地域支援推進員と連携して、本人発信支援の拡充やチームオレンジの活動の発展等、認知症の人とともに進める地域づくりに向けた取組を行っていきます。また、伊東市民病院に設置された認知症疾患医療センター、地域包括支援センター及び認知症サポート医等と連携を図り、認知症の「空白期間」と呼ばれる期間の短縮を図るための取組や適時適切なタイミ

ングで必要なサービスへつなぐ等の支援ができるよう、引き続き相談業務体制の充実を目指します。

さらに、認知症バリアフリー社会の実現に向けて、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための障壁を減らしていき、認知症の人の社会参加やチャレンジを後押しする気運を社会全体で高めるための取組について検討します。

3 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

活動意欲の高い「元気な高齢者」が、それぞれの生きがい活動に積極的に参加できる活動の場や機会の提供を、各圏域に配置している生活支援コーディネーターを中心に進めていきます。本市ではひとり暮らしや高齢者夫婦世帯が多く、日常生活の中で支援が必要となるため、「元気な高齢者」を生活支援サポーターとして養成し、支援を必要とされる方へつなぎ、できるだけ身近な地域で生活を続けられるよう支援体制の整備を進めます。

また、加齢に伴う心身の衰えを少しでも緩やかにするために、高齢者が身近な地域で取り組める健康づくりから、介護予防への取組に一体的につながるよう進めていきます。

特に高齢期になると自然に筋力低下が起こるため、フレイル予防の取組も重要となりますが、単に身体的フレイルのみならず、精神的・心理的フレイル、社会的フレイルを予防することによって自立度の低下を防ぎ、高齢者が住み慣れた地域で生き生きと心豊かに暮らしていけるよう、健康づくりや介護予防への関心を高める普及啓発に努めます。

また、介護予防への関心が低い人も、無理なく継続的に取り組めるような環境づくりの強化を図ります。

4 地域共生社会実現に向けた包括的支援体制の整備

高齢者が要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するために、地域における医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供の仕組みづくりが必要とされていることから、これら複合・複雑化したニーズに対応する包括的な支援体制を整備します。

地域包括支援センターが中心となって、地域ケア会議の開催や、専門機関、住民組織等とのネットワークづくりなど、多機関協働による課題解決体制を構築し、本人・世帯の属性に関わらず相談を受け止め、課題を抽出するとともに、多様な社会参加や、地域における多様なつながりを育てる支援を、関係機関が一体となって実施することで、課題解決に向けた取組を進めていきます。

6 日常生活圏域について

第10次伊東市高齢者福祉計画においては、高齢化率の差などの地域特性に対応するため、5つの日常生活圏域ごとに設置されている地域包括支援センターを中心に関係機関等とのネットワークづくりを更に推進し、高齢者福祉の充実を図ります。

日常生活圏域の概要

圏域名	人 口 (人)	高齢者 人 口 (人)	高齢化率 (%)	要介護 認定者数 (人)	うち 要支援 1・2 (人)
宇佐美	8,766	3,730	42.6	719	191
伊 東	15,168	6,867	45.3	1,282	419
中 央	8,054	3,091	38.4	559	168
小 室	17,099	6,591	38.5	1,156	305
対 島	16,522	8,566	51.8	1,250	389
その他	—	—	—	153	28
計	65,609	28,845	44.0	5,119	1,500

※人口・高齢者人口：令和5年9月末の住民基本台帳による。

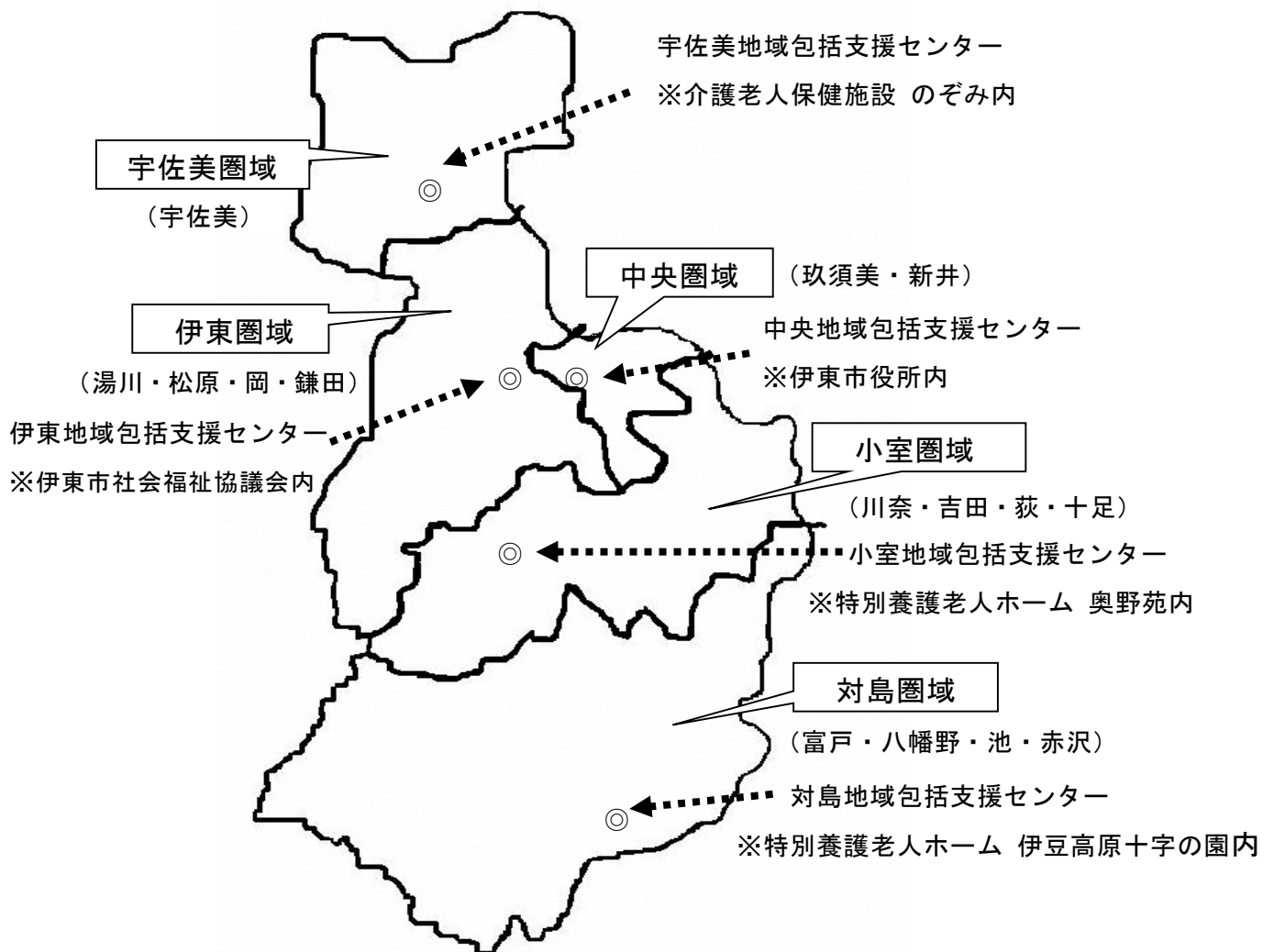
※要介護認定者数：令和5年9月末の第1号被保険者の要介護認定者数

※その他は、第1号被保険者のうち、市外の介護施設等への入所者数

日常生活圏域ごとの地域密着型サービス実施状況

	圏域名				
	宇佐美	伊東	中央	小室	対島
認知症対応型共同生活介護	1	4		1	3
認知症対応型通所介護		1	1	1	2
小規模多機能型居宅介護			1		2
看護小規模多機能型居宅介護		1			
定期巡回・随時対応型訪問介護		1			
夜間対応型訪問介護		1			
地域密着型通所介護	3	4	2	7	2
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					1

日常生活圏域と地域包括支援センターの場所



7 前計画の実施状況と評価

前計画では、令和3年度から令和5年度を計画期間とし、「高齢者が地域で健やかに暮らし活躍できるまちを目指す」という政策目標に基づき、「健康で生きがいのある暮らしの支援」「自立支援・介護予防・重度化防止の推進」「地域住民相互で行う地域の支え合い」「介護が必要な高齢者の支援」を目標として、在宅医療・介護連携事業の推進、認知症施策の推進、生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進、地域ケア会議の推進、その他の高齢者福祉サービスの充実に取り組みました。

有限な地域資源を活用した個別の施策・事業の実施状況の調査・分析・評価等を適切に行い、必要に応じて広域的な対応を検討することで、より効果的な「目標」の実現を図ります。

1 人口及び要介護・要支援認定者数

計画の策定に当たり、令和5年度は、総人口65,833人、65歳以上の高齢者人口28,954人と推計しましたが、実際の総人口は、65,609人、65歳以上の高齢者人口は、28,844人[令和5年9月末住民基本台帳人口（転出予定者は含まない）]と概ね推計どおりでした。

要介護・要支援認定者数については、令和5年度（7月末）に5,211人と推計しましたが、令和5年7月末現在5,008人で203人の減少となりました。

市町村における介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援する地域包括ケア「見える化」システムを活用したデータ比較においては、本市の要介護認定率は、17.2%（令和4年度末時点）で、全国平均の19.0%より1.8%低く、県平均の16.7%より0.5%高い状況でした。

2 介護保険サービス

令和3年3月と令和5年3月の利用状況を比較すると、居宅サービスの利用者（在宅で介護サービスを利用する方）は219人増加（令和5年6月時点の利用者数3,273人）、地域密着型サービスの利用者は56人増加（令和5年6月時点の利用者644人）、施設サービスの利用者は7人増加（令和5年6月時点の利用者767人）となっています。

この利用状況に伴う介護サービス費につきましては、23,592,280千円（推計）に対して22,416,374千円（見込）となっており、推計に対し4.98%（1,175,906千円）下回っています。また、介護予防サービス費につきましては、576,482千円（推計）に対して、576,871千円（見込）となっており、ほぼ推計値通りとなっています。

給付費全体として、令和3年度及び令和4年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により、利用控えやサービス事業所の休業等により見込額を下回りました。

また、計画値と比較して増加の幅が大きかったものとしては、居宅サービス・介護予防サービスの訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導で、要介護認定者の推移からも、介護度の重度化の進行に伴い、在宅での医療系サービスのニーズが高まり続けていると考えられます。

通所介護は、新型コロナウイルス感染症の影響により休業する事業所が多かったため、見込額より下回ったものと思われます。

施設サービスのうち介護老人保健施設の減は、施設側が新型コロナウイルス感染症により入所制限をしたことが要因と考えられます。

地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスの中では、地域密着型通所介護の増加幅が大きく、要因としては、前述の通所介護に比べ新型コロナウイルス感染症による休業の影響が少なく、利用者定員が少人数であるため、利用者一人一人の志向や要望に応えやすい点が受け入れられたからと思われます。

施設及び地域密着型サービス事業所の整備状況につきましては下記のとおりで、令和4年度に計画されていた介護医療院につきましては、公募をしたものの応募事業者が無く、今期における開設は行われなかったものとなりました。また、令和5年度に計画されている認知症対応型共同生活介護につきましては、令和6年3月に開設予定です。

- ・ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
 - 1 事業所（18床） 令和5年度（令和6年3月）開設予定
- ・ 認知症対応型通所介護
 - 1 事業所 令和4年度（令和4年4月）開設
- ・ 地域密着型通所介護（定員19人未満のデイサービス）
 - 3 事業所 令和3年度（令和3年9月）1事業所開設
（令和3年11月）1事業所開設
令和5年度（令和5年4月）1事業所開設
令和5年度（令和5年10月）1事業所開設

※令和3年度～令和5年度の間に4事業所が廃止（法人変更による開廃は除く）

3 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

ア 訪問型サービス事業

(単位：人)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防訪問介護相当サービス利用人数	453(470)	454(480)	(490)
訪問型サービスA利用人数	84(95)	72(100)	(105)
訪問型サービスB利用人数	37(50)	35(70)	(90)
訪問型サービスC利用人数	25(40) (内訳) I : 2 II : 23	31(45) (内訳) I : 4 II : 27	(50)

※表中の括弧なし数字は実績値、括弧書き数値は目標値。令和5年度は年度途中のため、実績値は記載してありません。

訪問型サービスAの利用人数は目標値を下回っていますが、これは、新型コロナウイルス感染症の影響及び従事者不足が原因と思われます。この従事者不足を踏まえ、本市では平成30年度からサービスA従事者研修を開始し、2年間で52人の従事者を養成するとともに、養成した従事者のうち、令和3年度に7人、令和4年度に6人を介護保険事業所への就労につなげました。今後は伊東国際交流協会や教育委員会等と連携し、外国人人材の活用を図り、介護現場の人材不足の解消を目指していきます。

訪問型サービスBの利用者数は増加傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、自宅への訪問を避ける傾向があったことから目標値を下回っています。今後は、全圏域に配置した第2層生活支援コーディネーターのきめ細かいコーディネートにより増加していくものと見込まれます。

訪問型サービスCの利用人数は、目標値を下回っていますが、I型は閉じこもりやうつ等で集団でのサービスに抵抗のある高齢者を想定しているため、抽出が困難であることが要因の一つとして挙げられます。また、実際に抽出された場合も、受け手側がサービスの必要性を感じず、利用につながらないことも多くあります。

しかし、対象者がサービスにつながった場合には、きめ細やかな対応が必要であり、かつ、介護保険サービスに抵抗がある高齢者をサービスにつなげるための橋渡し機能を有しているため、必要不可欠な事業となっています。令和3年度からは、訪問看護ステーションに一部事業を委託し、安

定したサービス提供ができる体制を整えたことにより利用者数が増加しました。

イ 通所型サービス事業

(単位：人)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防通所介護相当サービス利用人数	423(485)	397(500)	(515)
通所型サービスA利用人数	49(30)	62(35)	(40)
通所型サービスC利用人数	97(130) (内訳) 教室：74 ジム：23	112(140) (内訳) 教室：86 ジム：26	(150)

※表中の括弧なし数字は実績値、括弧書き数値は目標値。令和5年度は年度途中のため、実績値は記載してありません。

平成29年度から、介護予防・日常生活支援総合事業への移行に伴い、運動機能の向上を目的とした保健・医療の専門職による短期集中型予防事業を実施しています。従来の教室型に加え、専門的かつ個別的対応が必要な高齢者に対し、リハビリ専門職による訪問型サービスと一体的に提供するジム型の通所型サービスを実施しています。

令和3、4年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、目標値を下回る結果となっています。本事業は、要介護状態に陥る可能性の高い高齢者を対象に、3か月間短期集中的に専門職が介入することで要介護状態にならないように予防するための事業ですが、3か月間という猶予がある事業よりも中長期的に利用できる介護保険サービスが、好まれる現状があります。また、本市は一般介護予防事業に力を入れているため、一般介護予防事業との区別がつきにくいという声を頂いています。

そのため、令和3年度に、事業の区別がつきやすいよう介護予防事業全般が掲載されているチラシを作成し、全戸配布しました。さらに、高齢者の中には、自分に合った事業を自ら選択することができる方もいれば、そうでない方もいるため、通いの場において歩行分析アプリの活用及びリハビリテーション専門職を派遣し、客観的に自己の状態を知っていただき、必要な人については本事業の案内をするというアウトリーチ型の取組を始めています。

(2) 一般介護予防事業

ア 介護予防普及啓発事業

介護予防教室

(単位：人、箇所)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防教室参加実人数	280(290)	282(300)	(310)
介護予防教室参加延人数	2,139(2,900)	2,253(3,000)	(3,100)
介護予防教室開催会場数	16(16)	17(16)	(16)

※表中の括弧なし数字は実績値、括弧書き数値は目標値。令和5年度は年度途中のため、実績値は記載してありません。

令和3、4年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、目標値を下回る結果となっておりますが、コロナ禍での外出控え等により、体力、筋力低下を感じ、介護予防の重要性を認識したとの意見が多かったと各圏域の委託先事業所から報告を受けています。

延人数については、教室開催数10回のうち7～8回参加したと推察され、参加者自身が体操による体の変化を実感し、通年開催し得る健康体操クラブへスムーズにつながるができるよう、継続した運動習慣の動機づけとなるアナウンスを行っていきます。事業の周知については、介護予防教室の案内チラシを作成し前期・後期の年2回、広報いとうに折り込みをしております。

教室の内容は体操だけでなく、高齢者が介護予防に対する意識を高めることができるよう各専門職を教室に派遣し、専門的な指導（リハビリ、口腔、栄養、認知症予防等）を行い啓発に努めています。

イ 地域介護予防活動支援事業

(ア) 健康体操クラブ・筋力トレーニング

(単位：人、箇所)

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
参加実人数	クラブ	567(760)	503(780)	(800)
	筋トレ	550(—)	544(—)	(—)
参加延人数	クラブ	1,943(10,000)	5,233(10,500)	(11,000)
	筋トレ	2,906(—)	6,622(—)	(—)
開催会場数	クラブ	18(19)	18(20)	(21)
	筋トレ	18(19)	18(20)	(21)

※表中の括弧なし数字は実績値、括弧書き数値は目標値（筋トレは目標値設定無し）。令和5年度は年度途中のため、実績値は記載してありません。

平成30年度から4会場（宇佐美・富戸コミュニティセンター、生涯学習センター荻会館、健康福祉センター）でスタートした下肢筋力トレーニングは、参加者数が増加したため、健康体操クラブと同会場数（18会場）で実施しています。

下肢筋力トレーニングを健康体操クラブと同一会場で毎週実施することで、週4回の運動と外出の機会となっています。

(イ) 居場所づくり

（単位：箇所）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居場所設置数	64(50)	61(55)	(60)

※表中の括弧なし数字は実績値、括弧書き数値は目標値。令和5年度は年度途中のため、実績値は記載してありません。

地域づくりを目的とした居場所は、令和4年度は市内各地域で61か所が立ち上っており、令和3年度からの減少については、居場所主催者が高齢により開催ができなくなった等の理由によるものです。

居場所に専門職等（歯科衛生士、栄養士、理学療法士）の派遣を行っていますが、参加者から自分や家族の健康を見直すいい機会になったとの声が寄せられていることから、今後も継続して専門職の派遣を行い、介護予防に役立つ情報を提供していきます。

ウ 生活支援体制整備事業

単位（人）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援サポーター利用者数	67(50)	57(70)	(90)

※表中の括弧なし数字は実績値、括弧書き数値は目標値。令和5年度は年度途中のため、実績値は記載してありません。

第1層・第2層生活支援コーディネーターと第1層・第2層協議体により、サービスの担い手の養成や関係者間のネットワーク化、サービスを必要とする方とサービス提供者のマッチングを通じ地域における介護予防・生活支援サービスの提供体制の構築を図りました。

今後は、生活支援コーディネーターを中心に、地域の課題や資源を明らかにし、地域の実情に合ったきめ細やかなサービスの提供体制の構築を進め、日常生活において「ちょっとした手助け」ができるよう、生活支援サポーターを活用し在宅生活を支援していきます。

4 地域包括ケアシステムの構築に向けて

たとえ介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」構築の取組を行いました。

(1) 在宅医療と介護連携の推進

本市においては、在宅医療連携推進員が在宅医療と介護の連携を推進する要となり、在宅医療と介護に係る関係者を中心に、顔の見える関係性の構築を目的とした研修会の開催及び切れ目のない連携体制の構築を目的としたICTの利用促進に取り組み、シズケア*かけはしを共通のツールとして普及するため、シズケア*かけはし運用検討会及びインストラクター養成を行いました。

シズケア*かけはしの登録数は確実に増えている一方で、在宅医療介護関係者を対象にした調査において「どのような場面で使うかわからない」「使い方（操作方法）がわからない」「使いたいを使う機会がない」と回答した割合が多いことから、更なる取組が必要です。

また、住民の理解を促進するために、在宅医療と介護に関する普及啓発を行いました。

(2) 認知症施策の推進

認知症施策推進大綱に基づき、認知症地域支援推進員を増員し、認知症の本人の声を起点とした事業展開に取り組みました。前計画期間中に、認知症の本人同士が集い、主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域の在り方を一緒に話し合う場である「本人ミーティング」を2回開催しました。会において話し合われた内容から、さらなる認知症の正しい理解に関する取組が必要であること及びバリアフリー社会の構築に向けた取組が重要であるとの意見が出ております。

また、認知症の早期発見の取組が加速される中、診断後の体制整備は喫緊の課題であるといえます。そのため、本市では「チームオレンジ」の立ち上げを行うとともに、診断後支援に視点を置いた介護予防事業を開始しました。引き続き、認知症であってもなくても住み慣れた地域で暮らし続けられる地域づくりに向けて、行政、地域住民、関係機関、民間企業等が一体となって、ハード面からも、ソフト面からも考えていける体制を整備します。

(3) 生活支援・介護予防サービス基盤の整備

平成29年度の総合事業の開始に伴い、利用者のニーズに応じたきめ細かいサービスの提供が可能となりました。

本市では、訪問型・通所型サービスAの提供を開始するとともに、年に2回開催しているサービスA従事者研修により、これまでに158人をサービスA従事者として養成し、サービスA提供体制の拡大を図りました。

また、高齢者の健康増進や介護予防を目的とした健康体操クラブの開催と、体操指導を行うリーダーの養成、活動リーダーのスキルアップ研修を行い、内容の充実に努めるとともに、地域住民の支え合いの輪を広げるため、居場所の立ち上げ等の働きかけを行うとともに、既存の居場所を継続するための支援を引き続き行っていきます。

今後も増加傾向にある、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、また、認知症高齢者の増加に伴い、多様なサービスの支援を必要とする高齢者が増えていきます。こうした世帯構成の変化と超高齢化社会に向けた生活環境の変化にきめ細やかに対応していくため、すでに全圏域に配置している生活支援コーディネーターと協議体との連携を強化し、把握している既存の社会資源の整理とネットワーク化、地域人材の発掘・育成、ニーズのマッチングを図っていきます。

(4) 地域包括支援センターの機能強化

団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年に向け、人口減少・少子高齢化が急速に進行し、個人や世帯単位で様々な分野の課題を抱え、8050問題やヤングケアラーなど、介護や子育て、障がい、住まい、就労等が絡み合っ「複雑化・複合化」し、従来の分野別・縦割りの支援では対応できないケースが顕在化しています。このような支援を必要とするケースが増えていく中、制度の狭間で孤立せず、安心して暮らせる「地域共生社会」を実現するためには、社会構造の変化に対応し、分野ごとの縦割りを超えた断らない包括的な支援体制を構築する必要があります。

地域包括支援センターは、地域共生社会の実現に向けた地域の体制づくりの中心的な機関の一つであることから、その機能を強化するため、センター職員向けの研修への積極的な参加、本市が主催する地域包括支援センター定例会にて講師派遣による勉強会の開催及び専門職部会にて様々な事例を検討するなど、職員の資質向上を図ります。

また、総合的な支援機能の発揮と地域包括支援センターの負担を軽減するため、適正な人員を配置していきます。

第2章 高齢化の状況と将来推計

第1節 高齢化の現状と将来推計

1 人口動態

(1) 年代別人口

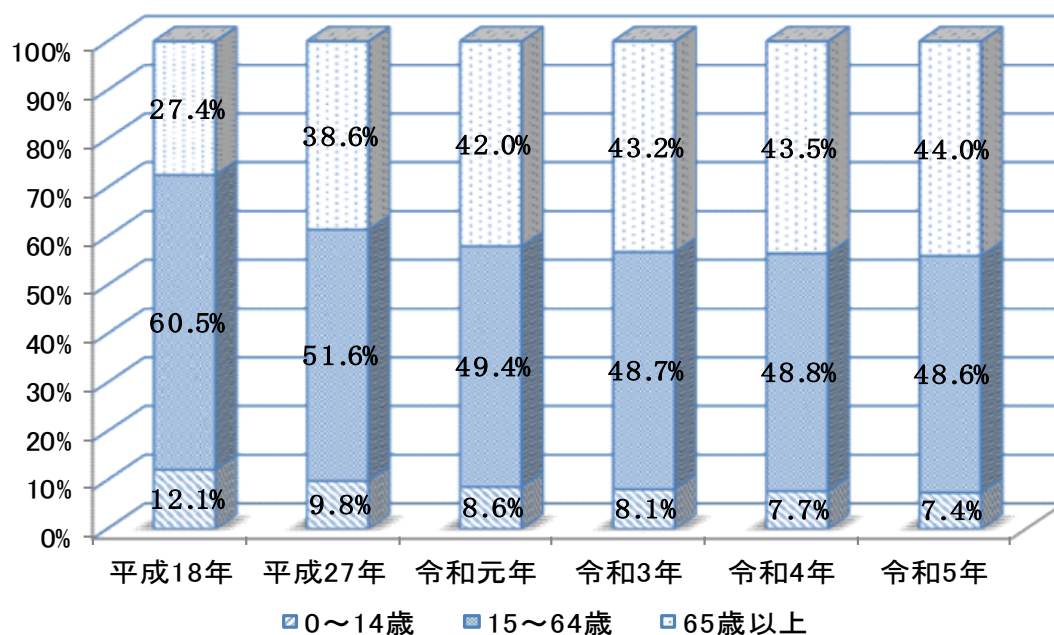
本市の人口の推移をみると、平成18年頃をピークに減少傾向となっています。年齢区分別にみると、0～14歳、15～64歳の人口は減少している一方で、65歳以上の高齢者人口は、平成18年から令和5年の間に約1.4倍となっています。

年代別人口の推移

(単位：人)

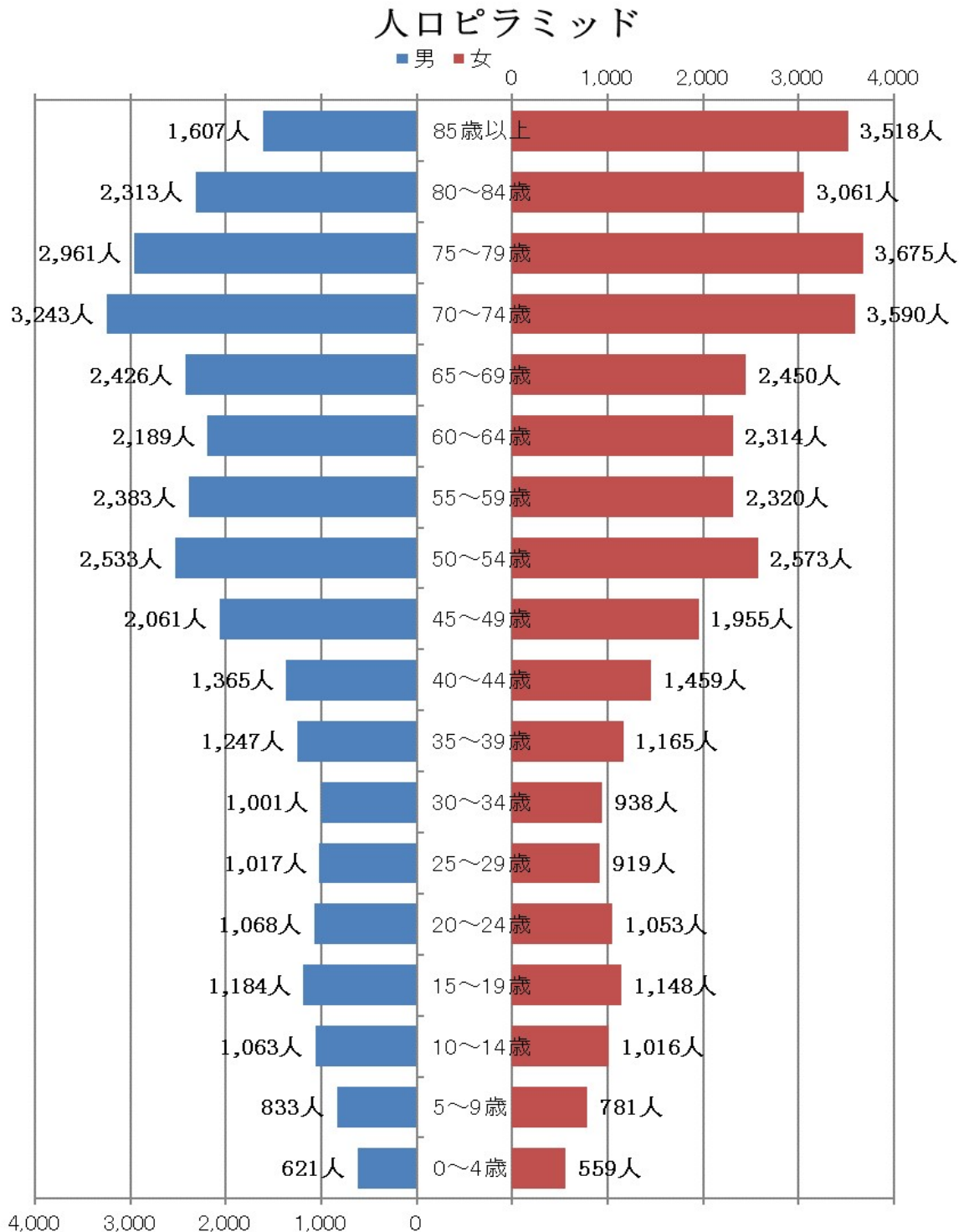
	平成18年	平成27年	令和元年	令和3年	令和4年	令和5年
0～14歳	9,061 12.1%	7,042 9.8%	5,931 8.6%	5,415 8.1%	5,153 7.7%	4,872 7.4%
15～64歳	45,403 60.5%	36,858 51.6%	33,932 49.4%	32,783 48.7%	32,446 48.8%	31,892 48.6%
65歳以上	20,617 27.4%	27,599 38.6%	28,836 42.0%	29,033 43.2%	28,899 43.5%	28,844 44.0%
75歳以上	8,998 12.1%	12,847 18.0%	15,263 22.2%	15,825 23.5%	16,551 24.9%	17,135 26.1%
計	75,081	71,449	68,699	67,231	66,498	65,609

※人口・高齢者人口：令和5年9月末の住民基本台帳による。



(2) 年齢階層別人口

本市の年齢階層別人口をみると、70～79歳までの人口が多くなっており、いわゆる“団塊の世代”と呼ばれる第一次ベビーブーム世代と、その子どもの世代に当たる第二次ベビーブーム世代の50～54歳で多い「変形つぼ型」となっています。



※人口・高齢者人口：令和5年9月末の住民基本台帳による。

2 高齢者人口の推計

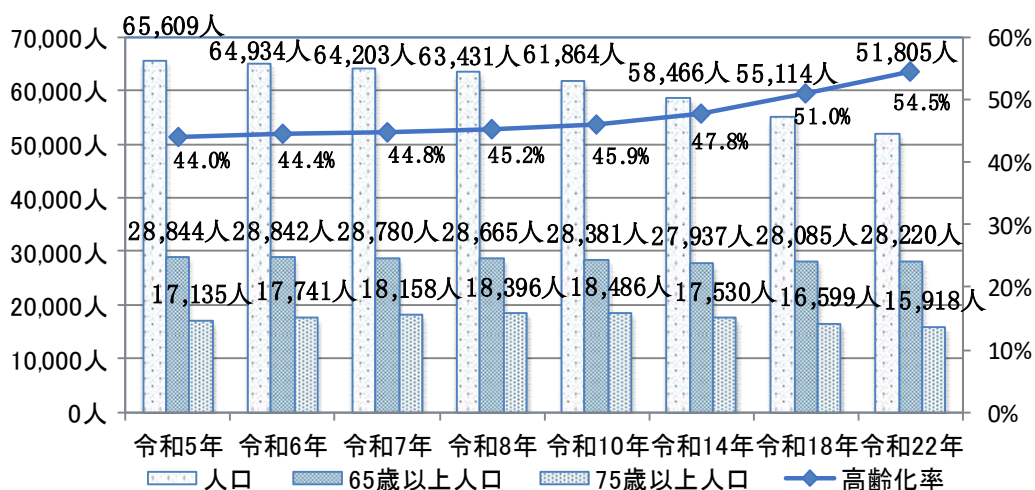
全国的に、人口が年々減少する人口減少社会を迎え、本市においても、令和5年9月末現在65,609人の人口は、計画最終年度の令和8年(2026年)には約63,500人、令和22年(2040年)には約51,800人にまで減少すると見込まれ、一方で高齢者人口は、令和3年頃(2021年)から減少に転じ、令和5年9月末現在28,844人の高齢者人口は、令和8年(2026年)には約28,700人(高齢化率45.2%)、令和10年(2028年)には、約28,400人(高齢化率45.9%)、令和22年(2040年)約28,200人(高齢化率54.5%)になると推計しました。

高齢者人口や高齢化率は、高齢者施策の見直しや策定の基礎となるため、その変化を継続的に観察する必要性があり、市民にも周知するため、人口動態及び高齢者人口については、オープンデータ上にて公開するとともに、本市ホームページ上にて毎月更新しています。(単位：人)

年度	令和5 (2023)	令和6 (2024)	令和7 (2025)	令和8 (2026)	令和10 (2028)	令和14 (2032)	令和18 (2036)	令和22 (2040)
人口	65,609	64,934	64,203 (62,084)	63,431	61,864	58,466	55,114	51,805 (51,213)
高齢者人口	65歳以上	28,842	28,780 (28,137)	28,665	28,381	27,937	28,085	28,220 (28,023)
	75歳以上	17,135	17,741	18,158 (17,915)	18,396	18,486	17,530	16,599 (16,091)
高齢化率(%)	44.0	44.4	44.8 (45.3)	45.2	45.9	47.8	51.0	54.5 (54.7)

※ () は国立社会保障・人口問題研究所の推計値等を基に国が算出した当該年度末の推計値

伊東市の人口と高齢化率(推計)



日常生活圏域ごとの高齢者人口の推計

(単位：人)

圏 域		令和 5 年	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 10 年	令和 14 年	令和 18 年	令和 22 年
宇佐美圏域	人 口	8,766	8,646	8,521	8,388	8,111	7,547	6,990	6,457
	0～14 歳	674	646	606	571	520	454	419	402
	15～64 歳	4,363	4,291	4,215	4,142	4,007	3,638	3,177	2,751
	65 歳以上	3,729	3,709	3,700	3,675	3,584	3,455	3,394	3,304
	高齢化率	42.6%	42.9%	43.4%	43.8%	44.2%	45.8%	48.6%	51.2%
伊東圏域	人 口	15,168	14,954	14,723	14,492	14,015	13,007	11,987	10,984
	0～14 歳	962	895	837	768	673	502	423	391
	15～64 歳	7,339	7,228	7,099	6,967	6,696	6,036	5,115	4,209
	65 歳以上	6,867	6,831	6,787	6,757	6,646	6,469	6,449	6,384
	高齢化率	45.3%	45.7%	46.1%	46.6%	47.4%	49.7%	53.8%	58.1%
中央圏域	人 口	8,054	7,896	7,733	7,560	7,222	6,550	5,904	5,305
	0～14 歳	724	680	630	604	541	441	359	317
	15～64 歳	4,239	4,136	4,055	3,950	3,753	3,349	2,831	2,318
	65 歳以上	3,091	3,080	3,048	3,006	2,928	2,760	2,714	2,670
	高齢化率	38.4%	39.0%	39.4%	39.8%	40.5%	42.1%	46.0%	50.3%
小室圏域	人 口	17,099	16,892	16,673	16,441	15,974	14,953	13,918	12,895
	0～14 歳	1,555	1,504	1,439	1,375	1,266	1,103	1,001	937
	15～64 歳	8,953	8,779	8,649	8,495	8,194	7,388	6,414	5,450
	65 歳以上	6,591	6,609	6,585	6,571	6,514	6,462	6,504	6,508
	高齢化率	38.5%	39.1%	39.5%	40.0%	40.8%	43.2%	46.7%	50.5%
対島圏域	人 口	16,522	16,546	16,553	16,550	16,542	16,409	16,314	16,164
	0～14 歳	958	929	887	874	825	790	797	804
	15～64 歳	6,998	7,004	7,006	7,020	7,008	6,828	6,493	6,006
	65 歳以上	8,566	8,613	8,660	8,656	8,709	8,791	9,024	9,354
	高齢化率	51.8%	52.1%	52.3%	52.3%	52.6%	53.6%	55.3%	57.9%
全 体	人 口	60,609	64,934	64,203	63,431	61,684	58,466	55,114	51,805
	0～14 歳	4,873	4,654	4,399	4,192	3,825	3,290	2,999	2,851
	15～64 歳	31,892	31,438	31,024	30,573	29,658	27,239	24,030	20,734
	65 歳以上	28,844	28,842	28,780	28,666	28,381	27,937	28,085	28,220
	高齢化率	44.0%	44.4%	44.8%	45.2%	45.9%	47.8%	51.0%	54.5%

※人口推計は、令和 3 年～令和 5 年における住民基本台帳の年齢別人口、人口変化率を使用し、国勢調査、人口問題研究所の推計値を参考にして算出しています。

3 要介護（要支援）認定者数の推移

令和5年7月末現在、第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数は5,008人となりました。要介護認定を受けている方の割合を年代ごとに見ると、65歳以上では人口の17.4%、75歳以上では26.4%、85歳以上では53.2%となっています。

要介護（要支援）認定者数の推移を、令和4～5年の人数を基に算出すると、第9期計画期間中は毎年150人程度増加すると見込まれ、計画最終年度の令和8年には5,400人程度になると推計されます。

また、年齢が80歳を超えると、要介護認定を受ける方は下表のとおり約4割を占めておりますが、高齢化に伴い、医療・介護の双方のニーズが高まります。そのため、医療・介護の効率的かつ効果的な提供の重要性が高まっています。

年齢別の要介護認定率

区分	人口 (人)	要介護認定者数 (人)	要介護認定者数 ／人口
65歳以上	28,845	5,008	17.4%
70歳 "	23,969	4,879	20.4%
75歳 "	17,135	4,531	26.4%
80歳 "	10,499	3,868	36.8%
85歳 "	5,125	2,725	53.2%
90歳 "	2,576	1,414	54.9%

(人口：令和5年9月末日現在、要介護認定者数：令和5年7月末現在)

要介護認定者数の推移（推計） (単位：人)

区分	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
要支援1	593	583	595	608	615
" 2	706	747	772	791	808
要介護1	984	969	981	1,000	1,020
" 2	880	871	878	885	896
" 3	683	700	727	751	777
" 4	658	675	718	757	798
" 5	450	463	487	515	541
計	4,954	5,008	5,158	5,307	5,455

※第1号被保険者（65歳以上）の要介護認定者数の推計、各年とも7月末現在

4 ひとり暮らし高齢者

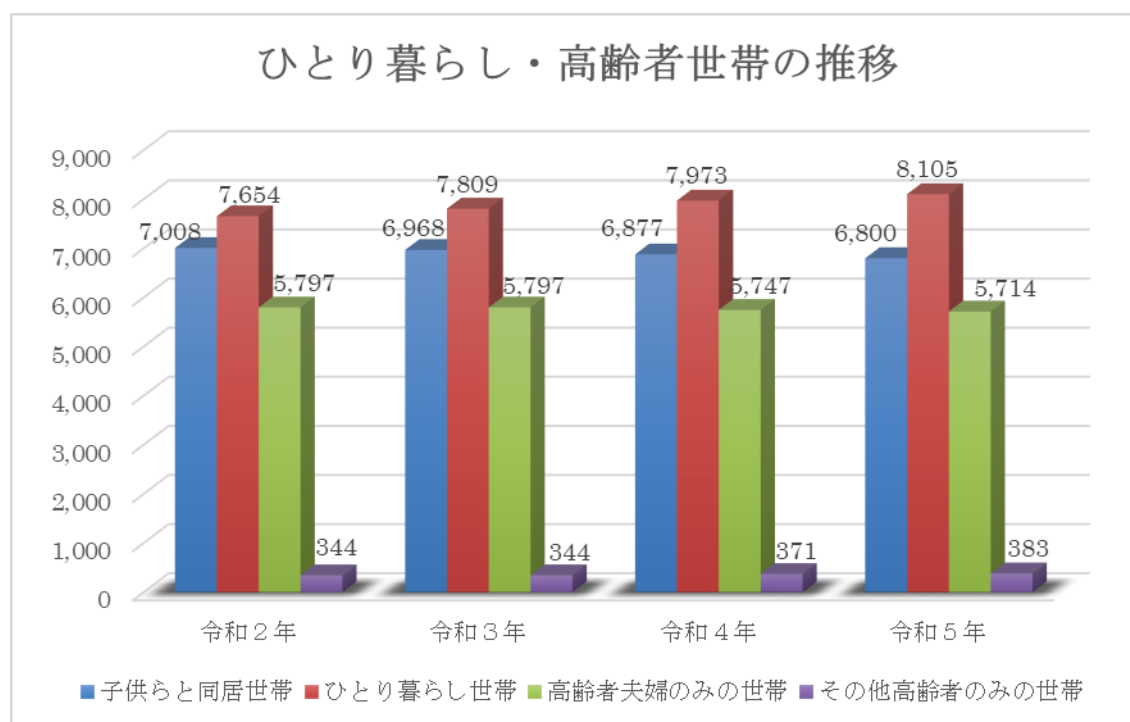
毎年4月に実施している「高齢者福祉行政の基礎調査」によると、高齢者のみの世帯は年々増加しており、令和5年4月現在、14,202世帯、全世帯に占める割合は40.3%となっています。

高齢者のひとり暮らし世帯数は、令和5年で8,105世帯、この3年間で451世帯増加しており、依然として高齢者のいる世帯区分の中で最大となっています。

(単位：世帯)

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
子供らと同居世帯	7,008	6,968	6,877	6,800
ひとり暮らし世帯	7,654	7,809	7,973	8,105
高齢者夫婦のみの世帯	5,797	5,797	5,747	5,714
その他高齢者のみの世帯	344	344	371	383
高齢者のいる世帯 小計	20,803	20,918	20,968	21,002
全世帯	35,384	35,441	35,214	35,267

※ひとり暮らし世帯には施設入所者を含む

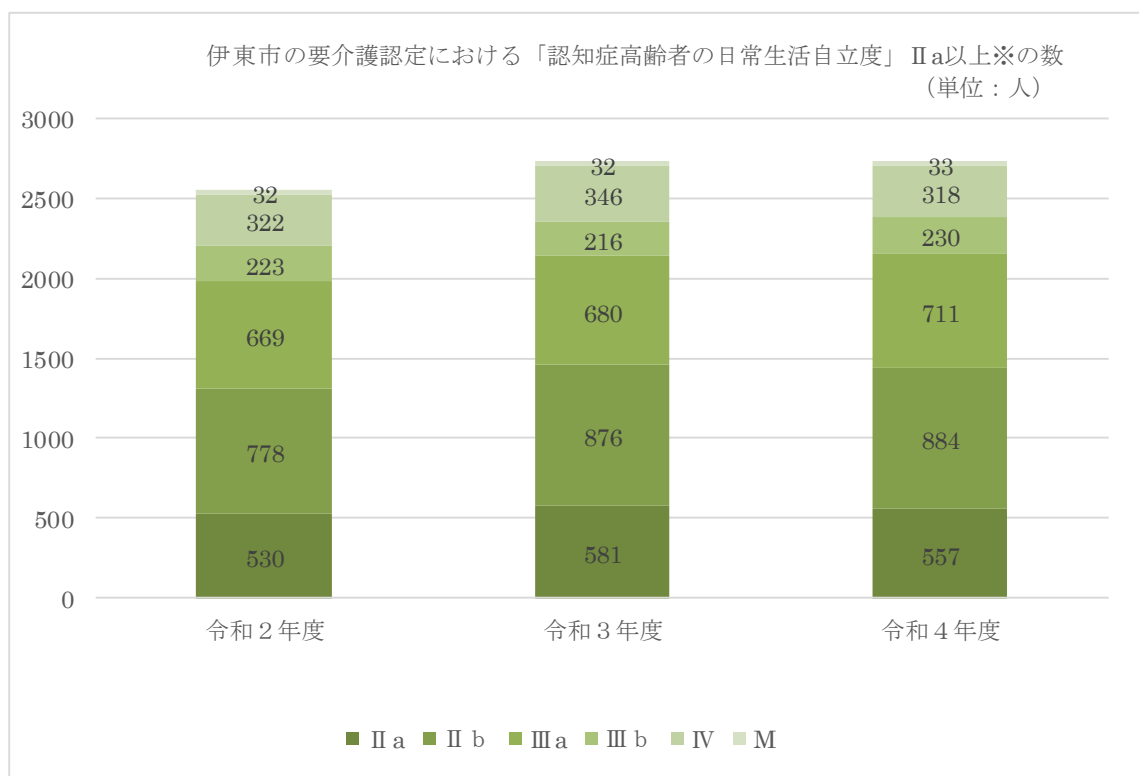


5 認知症高齢者

認知症高齢者の増加に伴い、いかに住み慣れた地域で暮らし続けることができるのかが全国的な課題となっており、支援の重要性が高まっています。

(単位：人)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
(Ⅱ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。)			
Ⅱa 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	530	581	557
Ⅱb 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	778	876	884
(Ⅲ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。)			
Ⅲa 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	669	680	711
Ⅲb 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	223	216	230
Ⅳ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	322	346	318
Ⅴ 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする。	32	32	33
合計	2,554	2,731	2,733



※第1号被保険者(65歳以上)を対象とし、各年度とも3月末現在の数値

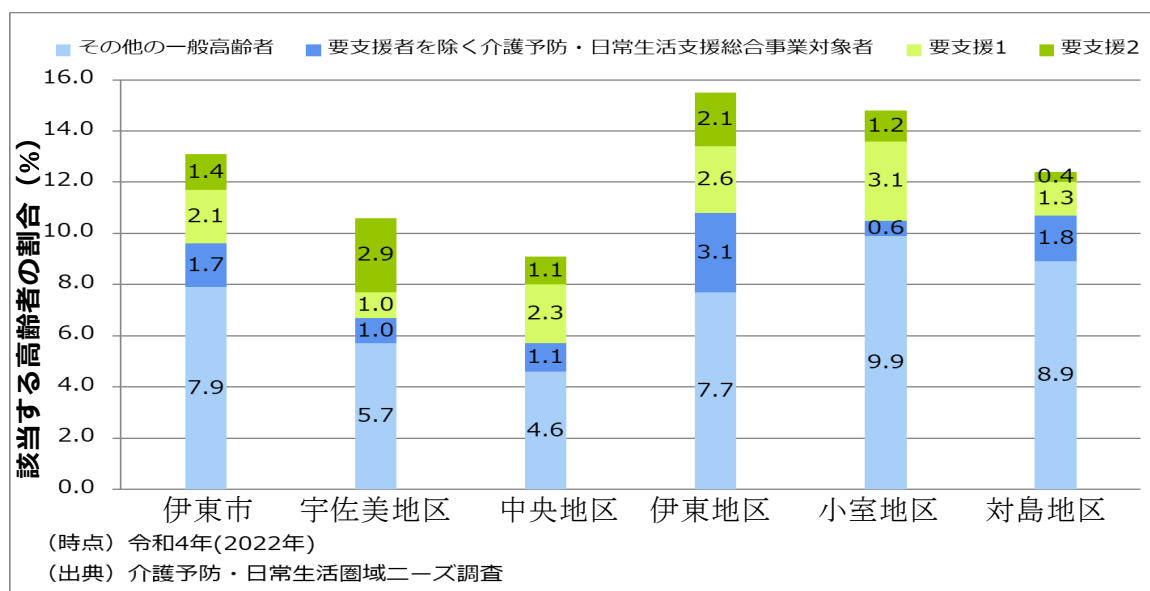
※要介護認定における「認知症高齢者の日常生活自立度」とは、認知症状により日常生活に支障を来す程度を表したものであり、Ⅱa以上は、生活において何らかの支援を要することを指す。

6 高齢者の地域での活動状況

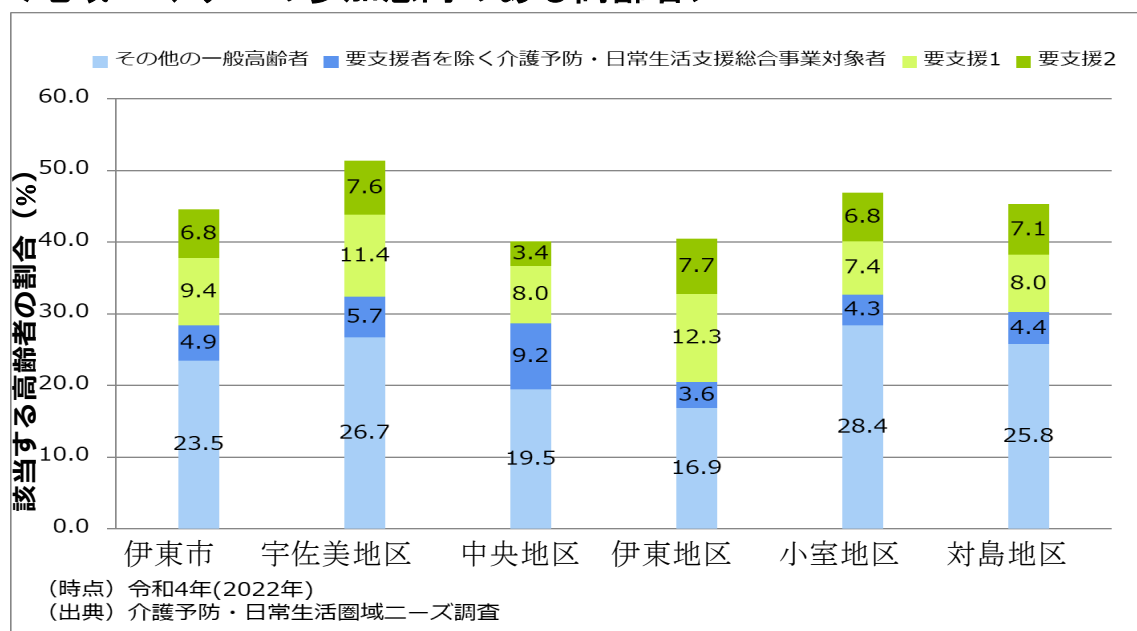
令和4年度（2022年度）の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、ボランティア等に参加している高齢者は3,782人と推計され、高齢者全体に占める割合は13.1%（前回比0.3%増）でした。また、地域づくりへの参加意向のある高齢者は44.6%（前回比0.6%増）、地域づくりへの企画・運営（お世話役）としての参加意向のある高齢者は25.3%（前回比1.6%減）でした。

今後は、地域づくりへの参加意向のある高齢者を地域で活躍する人材として養成し、高齢者の社会参加の裾野を広げていくことが重要です。

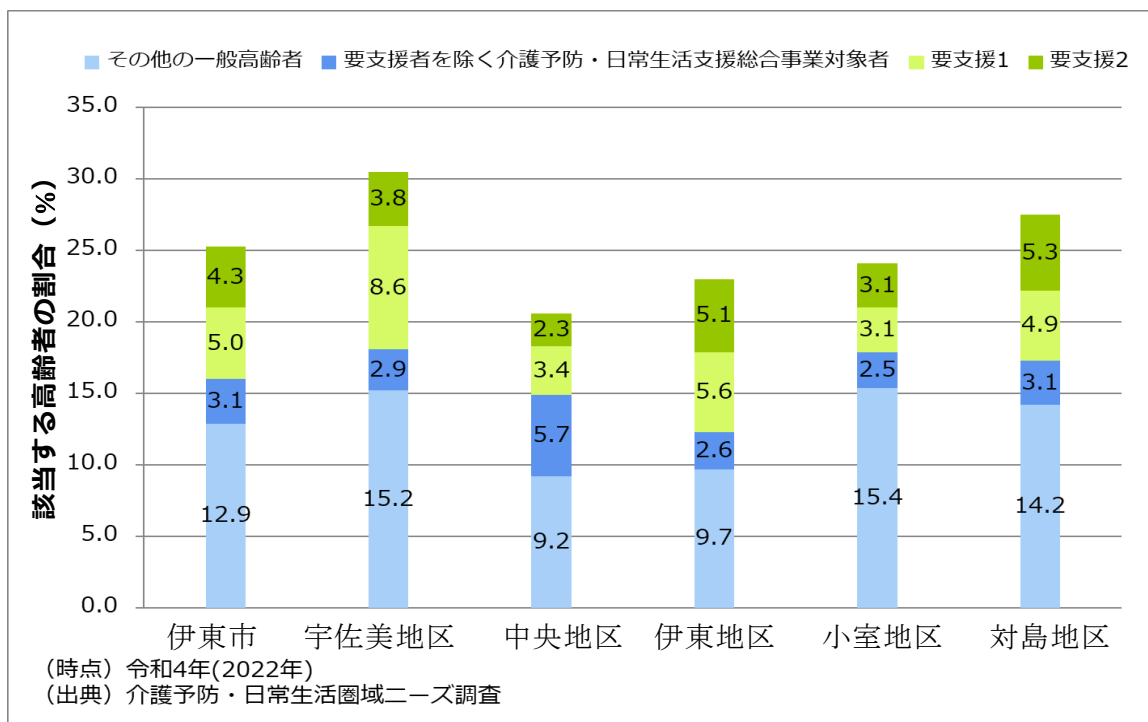
<ボランティア等に参加している高齢者>



<地域づくりへの参加意向のある高齢者>



<地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者>



第2節 高齢者実態調査

1 高齢者実態調査の概要

本計画の基礎資料とするため、令和4年11月から令和5年3月にかけて市内65歳以上の高齢者1,200人（一般高齢者600人、事業対象者100人、要支援認定者500人）に介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施するとともに、在宅で要介護認定を受けている高齢者800人に在宅介護実態調査を実施しました。

なお、調査は2,000人を無作為に抽出し、郵送により実施しました。

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

① 一般高齢者

要介護認定や要支援認定を受けていない高齢者かつ事業対象者ではない高齢者を対象とし、暮らしぶりや地域での活動、生きがいや高齢者サービスなどについて質問しました。

調査結果から、3割以上の方が日々の暮らしぶりが苦しいと回答しており、この層に対する地域の見守りや支援が必要と思われれます。

また、日常生活において困っていることとしては、約4人に1人が会話を聞き取りづらくなった、何をしようとしたのか忘れると回答しました。地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等が中心となり、加齢性難聴による閉じこもりがちな高齢者に対して外出や社会参加を促し、認知機能の低下を予防していくことが必要であると思われれます。

問 現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じていますか。

1 大変ゆとりがある	2. 9%
2 ややゆとりがある	6. 3%
3 ふつう	54. 9%
4 やや苦しい	27. 9%
5 大変苦しい	6. 5%
6 無回答	1. 5%

問 日常生活において困っていること不安に思うことは何ですか
(複数回答)

1	会話を聞き返すことが増えた	27.1%
2	騒がしい場所での会話が聞き取りづらい	26.6%
3	何をしようとしたのか忘れる	25.3%
4	電球交換等の高い所の作業	18.2%
5	携帯電話(スマートフォン)の使い方がわからない	17.7%

② 総合事業対象者

自宅で総合事業対象者として認定を受けている高齢者を対象とし、暮らしぶりや地域での活動、生きがいや高齢者サービス等について質問しました。

調査結果から、3割以上の方が日々の暮らしぶりが苦しいと回答しており、この層に対する地域の見守りや支援が必要と思われま

す。また、日常生活において困っていることとしては、約半数の方が電球交換等の高い所の作業と回答し、約4割の方が何をしようとしたのか忘れる、会話が聞き取りづらくなると回答しております。地域包括支援センターや生活支援コーディネーターが中心となり、訪問型サービスBによる日常生活に対する支援を行うとともに、外出や社会参加を促し、認知機能の低下を予防していくことが必要であると思われま

問 現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じていますか。

1	大変ゆとりがある	0%
2	ややゆとりがある	9.0%
3	ふつう	50.7%
4	やや苦しい	23.9%
5	大変苦しい	10.4%
6	無回答	6.0%

問 日常生活において困っていること不安に思うことは何ですか
(複数回答)

1	電球交換等の高い所の作業	46.3%
2	何をしようとしたのか忘れる	40.3%
3	騒がしい場所での会話が聞き取りづらい	40.3%
4	会話を聞き返すことが増えた	38.8%
5	携帯電話(スマートフォン)の使い方がわからない	29.9%

③ 要支援者

自宅で要支援認定を受けている高齢者を対象とし、暮らしぶりや地域での活動、生きがいや高齢者サービスなどについて質問しました。

調査結果から、約4割の方が日々の暮らしぶりが苦しいと回答しており、この層に対する地域の見守りや支援が必要と思われれます。

また、日常生活において困っていることとしては、4割以上の方が電球交換等の高い所の作業と回答し、約3割の方が何をしようとしたのか忘れる、会話が聞き取りづらくなった、外出することがおっくうであると感じると回答しております。地域包括支援センターや生活支援コーディネーターが中心となり、生活援助等による日常生活に対する支援を行うとともに、外出や社会参加を促し、認知機能が低下することを予防していくことが必要であると思われれます。

問 現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じていますか。

1 大変ゆとりがある	0.6%
2 ややゆとりがある	4.0%
3 ふつう	52.6%
4 やや苦しい	27.4%
5 大変苦しい	8.9%
6 無回答	6.5%

問 日常生活において困っていること不安に思うことは何ですか

(複数回答)

1 電球交換等の高い所の作業	44.0%
2 騒がしい場所での会話が聞き取りづらい	32.0%
3 何をしようとしたのか忘れる	30.5%
4 外出することがおっくうであると感じる	30.2%
5 会話を聞き返すことが増えた	29.2%

(2) 在宅介護実態調査

自宅で要介護認定を受けている高齢者を対象とした調査です。普段の生活、介護の状況について質問しました。

調査結果から、世帯類型については、「単身世帯」が29.2%、「夫婦のみ世帯」が29.9%、「その他」が36.4%となっており、高齢者世帯が半数を超えています。

主な介護者の方の年齢は、「60代」が28.3%と最も高く、次いで「70代」が26.6%、「50代」が21.2%、「80歳以上」が15.0%となっており、老々介護の世帯が半数を超えています。

介護する方の不安については、「認知症への対応」が33.8%と最も高く、次いで、「外出の付き添い、送迎」が32.8%、「入浴・洗身」が24.6%、「食事の準備」が21.2%となっています。

利用可能な介護サービスについて周知をすることで、より適切なサービス利用を促進し、介護する方の不安や困難な状況について解決に結び付けることができると思われます。

問 世帯類型について、ご回答ください。

1 単身世帯	29.2%
2 夫婦のみ世帯	29.9%
3 その他	36.4%

問 主な介護者の年齢について、ご回答ください。

1 30代	1.4%
2 40代	3.1%
3 50代	21.2%
4 60代	28.3%
5 70代	26.6%
6 80歳以上	15.0%

問 介護に対して不安を感じていることはありますか。(複数回答)

1 認知症状への対応	33.8%
2 外出の付き添い、送迎	32.8%
2 入浴・洗身	24.6%
2 食事の準備	21.2%

⇒高齢者実態調査結果の詳細については、資料編(83~112ページ)を御参照ください。

第3章 計画の各論

第1節 健康で生きがいのある暮らしの支援

1 生涯現役、いきいきとした生活の支援

令和4年12月に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査での設問「地域での活動について」の中で「ボランティア等に参加しているか」に対する回答は、86.9%の方が「参加していない」と回答する一方、その中で地域づくり推進への「参加者」として参加意向を持つ方が44.6%おり、現時点では地域活動を行っていないものの、高齢者が様々な活動に意欲的であることがうかがえます。

今後、現役世代の減少に伴い、地域社会における高齢者の担う役割が大きくなることから、社会参加や住民主体の居場所等への参加を通じ、高齢者同士の助け合いや学び合い、有償ボランティア等によって、自らの社会的役割や自己実現を果たし、介護予防につなげていく必要があります。

これらの課題を踏まえ、健康福祉センターを本市の健康福祉の中核的な施設と位置付け、高齢者の生きがいづくりや健康づくり、多世代間の交流、様々な団体との積極的な連携の創出、高齢者の豊富な知識と経験を活かすことができる場所づくり等を行っていきます。

健康福祉センター内には、明るい長寿社会づくりや保健福祉の向上を目的としたいきいきクラブの事務局を設置し、元気に暮らす高齢者がその知識や経験を活かした様々な分野の活動や、仲間づくりを通じた生きがいのある暮らしの実現を図ります。

さらに、老人憩の家城ヶ崎荘、大池・城ヶ崎・桜木の3つの生きがいデイサービスセンター、介護予防拠点施設（シニアプラザ湯川・くすみ）においてもレクリエーションや健康相談等を実施し、高齢者の健康増進や介護予防等を積極的に推進していきます。

加えて、住民主体の居場所も最大限活用し、高齢者の閉じこもりを防ぐとともに、公共交通機関利用者への助成や長寿ふれあい交流事業及び運転ボランティアによる居場所等への移動支援を実施し、高齢者の外出支援、地域での支え合いや生きがいづくりを進めていく必要があります。

また、高齢者の心身の様々な課題に対するきめ細かな支援を行うため、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施することで、健康上のリスクが高い高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）や、通いの場等への医療専門職の積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を実施し、高齢者が自らの健康状態やフレイル予防等の重要性を理解することにより、高齢者が健康でいきいきと生活できる地域づくりを推進します。事業の推進に当たっては、精度の高い指導を行うため健診データ等の個人情報をも積極的に活用するとともに、その取扱いに関しては十分に配慮します。

(1) 高齢者の生きがいがづくりを支援する施設の活用

① 健康福祉センター

健康福祉センターは、市民の健康増進を目的とした「健康づくり拠点機能」、高齢者の生きがいがづくりや健康増進・介護予防を推進する「高齢者福祉・介護予防拠点機能」、子育て支援や児童福祉を推進する「子育て支援・児童福祉拠点機能」、地域の様々なサークルやボランティア等の育成と活動支援を行う「地域福祉活動拠点機能」の4つの機能を持っています。

また、センター内には社会福祉協議会の事務所や高齢者の相談窓口である地域包括支援センターや生きがいデイサービスセンター、いきいきクラブ事務局を配置し、地域福祉活動の支援や高齢者の生きがいがづくり、介護予防の推進を行っています。

今後も、高齢者から次世代を担う子どもまで様々な世代が集い、コミュニティの絆を強化しつつ、ふれあいの場も創出する健康福祉の中核的な施設として運営していきます。

○ 施設利用者数 (単位：人)

施設名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
健康福祉センター	40,000	45,000	50,000

② 介護予防拠点施設（シニアプラザ湯川・くすみ）

高齢者の生きがいが活動や健康増進、介護予防等を進めるため、趣味や学習、教養を高めるための活動等を行う気軽に立ち寄れる施設として、介護予防拠点施設を運営していきます。

今後も、各種団体との連携の強化や協力を得て、家に閉じこもりがちな高齢者に更なる利用を促す等、介護予防拠点施設としての役割を果たしていきます。

○ 施設利用者数 (単位：人)

施設名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防拠点施設	11,000	12,000	13,000

③ 老人憩の家城ヶ崎荘

市南部の拠点施設として、城ヶ崎デイサービスセンターを併設し、温泉入浴による健康増進、教養の向上やレクリエーション活動の場として運営するとともに、更なる利用者の増加を図る取組を実施していきます。

○ 施設利用者数 (単位：人)

施設名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
老人憩の家城ヶ崎荘	15,000	16,000	17,000

④ 生きがいデイサービスセンター（大池・城ヶ崎・桜木デイサービスセンター）

介護認定を受けていない高齢者を対象とし、入浴や給食のサービス、趣味や生きがい活動等を提供し、閉じこもりがちな高齢者の健康増進と介護予防につなげていきます。

○ 施設利用者数 (単位：人)

施設名	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生きがいデイサービスセンター	10,000	10,000	10,000

⑤ その他の施設

より多くの高齢者が参加できるよう、地域の自治会館や集会場等を活用し、高齢者の居場所づくりや介護予防事業等を積極的に進めていきます。

(2) 公共交通機関利用者に対する支援

高齢者の外出機会の拡大や社会参加の促進、生きがいのある暮らしを送るため、電車、バスの公共交通機関の利用者に対する支援の充実を図ります。

新型コロナウイルス感染症予防による外出控えにより、助成人数が低下していましたが、新型コロナウイルス感染症5類への移行等に伴い、助成人数の増加が見込まれます。

○ 公共交通機関助成 (単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
助 成 人 数	2,100	2,150	2,200

(3) 長寿ふれあい交流事業

多年にわたり社会の発展に尽くしてきた高齢者の長寿を祝い、敬老の意を表すとともに、地域福祉活動の推進を図るため、各地域で開催される敬老事業を積極的に支援していきます。

また、地域の人々のつながりを保ち、生きがいづくりや世代間交流を促進するため、親睦や交流を目的としたバス旅行を行う団体に対し、経費の一部を助成します。

交流事業及び敬老会事業は、新型コロナウイルス感染症予防のため、一時交付を中止していましたが、今後は感染症の動向も鑑みた上で、利用の促進を進め、高齢者の交流機会の増進を図っていきます。

○ 敬老会事業・記念品事業

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施団体数 (団体)	55	58	60
参加者数 (人)	6,300	6,600	6,800

○ 交流事業

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施団体数 (団体)	35	40	45
参加者数 (人)	1,000	1,100	1,200

(4) いきいきクラブ

高齢者の仲間づくりや互いに支え合う活動を豊かなものにするため、健康増進を目的とした活動（グラウンドゴルフ大会等）や、社会参加を目的とした活動（地域での見守り等）、楽しみを目的とした活動（はつらつ交流教室等）を通じて、高齢者の生きがいづくりや健康づくりを支援します。

また、いきいきクラブ活動のより一層の活性化を目指し、魅力ある活動が展開できるよう支援し、新規会員の獲得につなげていきます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
単位老人クラブ数（団体）	31	32	33
会 員 数（人）	1, 100	1, 150	1, 200

2 住み慣れた我が家での生活の支援

(1) 配食サービス

介護認定を受けている方や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者に、見守りと栄養改善を兼ねた夕食を直接手渡しすることで、体調の変化や緊急事態に早期に対応できる体制を整え、在宅での自立した生活を支援していきます。

(単位：食)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
配 食 数	8, 400	8, 500	8, 600

(2) ひとり暮らし高齢者の緊急連絡手段の確保

身体上又は精神上的の障がいがあり、日常生活を送る上で注意を要するひとり暮らし高齢者が、安心して在宅生活を送ることができるよう、緊急通報システムを設置します。緊急時の連絡体制を確保することで、ひとり暮らし高齢者の不安を解消し、離れて暮らす家族への連絡、救急要請支援や警備員の駆け付けサービス等の救援体制を確保します。

(単位：台)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急通報システム設置数	80	85	90

(3) 在宅の重度要介護者と介護家族に対する支援

重度要介護状態にある高齢者の在宅生活の継続と、介護を行う家族の経済的・心体的負担を軽減するため、紙おむつ等の介護用品の支給を行うとともに、支援金及び疾病予防を目的としたマッサージ券や温泉券を支給します。

また、より多くの方に利用していただくため、事業の周知を行うとともに、利用者の利便性に配慮します。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護用品支給人数	50	55	60
介護家族への支援人数	60	65	70

3 高齢者の権利擁護

心身の衰えにより自身の意思表示が難しくなった高齢者のほか、家族の介護疲れによるものや、引きこもりとなった中高年の子からの、身体的・心理的・経済的虐待や介護放棄等を受けている高齢者が増加傾向にあります。

高齢者が寝たきりや認知症等によって、自ら物事を判断できなくなっても、その人らしい生活を継続するため、金銭管理・身上監護を目的とした成年後見制度の利用を推進するほか、状況に応じた虐待防止の措置を講じるとともに、成年後見支援センターと連携しながら権利擁護の相談や支援を進めていきます。

また、高齢者の権利擁護は、地域包括支援センターの事業の一つとして位置付けられていることから、市と地域包括支援センターの連携を更に強化するとともに、職員の制度に対する理解を深めていく必要があります。

さらに、養護・被養護の関係にない者からの虐待やセルフネグレクト、高齢者への消費者被害等も増加傾向にあることを踏まえ、「養護者」に該当しない者からの虐待防止のための方策を講じる必要があります。

(1) 高齢者虐待防止対策の推進

平成18年4月に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」が施行されました。これ以降、高齢者虐待は増加傾向にあり対策が急務になっております。

高齢者虐待防止法の趣旨に基づき、高齢者への虐待等の権利侵害を防止し、高齢者の尊厳の保持と、安全で安心できる生活環境や福祉サービス利用環境の構築を目指すため、養護者及び養介護施設従事者等による高齢者虐待、その他高齢者への権利侵害に関して、計画的に高齢者虐待防止対策に取り組む必要があります。

具体的には、①高齢者虐待に関する地域の実態把握・課題分析を行い、②その結果を踏まえ、高齢者虐待防止に向けた目標を関係者間で共有するとともに、目標達成に向けた具体的な取組を検討し、③この取組に基づき、高齢者虐待の未然防止、早期発見・適切かつ迅速な対応、再発防止を図り、④様々な取組の実績や成果を評価した上で、⑤取組の見直しを繰り返し行い、高齢者が尊厳のある生活を維持し安心した生活ができるよう、関係機関等と連携を図りながら適切な対応に努めていきます。

高齢者虐待防止法では、①高齢者を現に介護・世話している家族、親族、同居人等の「養護者」による虐待のケースと、②老人福祉法及び介護保険法で規定されている施設・事業者の業務に従事する方（養介護施設従事者等）による虐待のケースについて規定されています。

養護者による高齢者虐待については、虐待を行った養護者に対する相談、指導又は助言等を行うとともに、必要に応じてやむを得ない事由による措置により被養護者を分離するなど、高齢者を虐待という権利侵害から守り、尊厳を保ちながら安定した生活を送ることができるよう支援します。

また、発生した虐待の要因等を分析し、「伊東市家庭内暴力及び虐待防止連絡協議会」にて庁内の関係課やその他機関・団体等と協議し、再発防止に向けての取組を推進していきます。なお、養護、被養護の関係にない者からの虐待事案が発生していることを踏まえ、「養護者」に該当しない者からの虐待防止のための方策を講じる必要があります。

介護施設の従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は、「教育知識・介護技術等に関する問題」「職員のストレスや感情コントロールの問題」「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」となっております。本市では、全ての介護サービス事業所を対象に、虐待防止対策を検討する委員会の定期的開催や虐待防止対策の整備及び研修の定期的な実施など、虐待防止及び身体拘束廃止の取組の推進を図り、高齢者が安全に安心して介護サービスを利用できる環境を整備していきます。

(2) 成年後見制度の利用支援

判断能力が不十分な高齢者を法律的に保護し、金銭管理・身上監護を目的とした成年後見等の申立てを支援します。後見人候補者となる親族がいる場合、本人の状況に応じ、当該親族等へのアドバイスを行うとともに、必要な場合は専門職への相談を促します。

認知症及び寝たきり等で、身寄りが無く申立てを行う親族がいない方は、地域包括支援センターと連携し、速やかに市長申立てを行います。

また、申立てに要する費用の負担や、後見人等への報酬支払いが困難と認められる方への助成等、制度を周知し円滑な利用を促進します。

(3) 成年後見制度の普及啓発

権利擁護支援が必要な人を発見し支援を受けることができるように、中央地域包括支援センターが中心となって、ショッピングセンター等での合同相談会や司法書士等による終活講座を開催することで制度の普及に取り組みます。

4 その他の高齢者支援

生活面に困難を抱える高齢者は増加の一途を辿っており、生活保護等の生活困窮対策のほか、養護老人ホームへの措置等を通じ、高齢者の住まいと生活の支援を一体的に実施していきます。

(1) 養護老人ホーム

65歳以上で環境及び経済上の理由により、在宅生活を営むことに支障がある方を養護老人ホームへ入所措置しています。入所に当たっては、10人の委員で構成される伊東市老人ホーム入所判定委員会を開催し、その高齢者の入所の妥当性を多角的に審査します。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
入所者数	50	50	50

(2) 養護老人ホーム短期入所事業

高齢者を養護する家族等が、病気やその他の理由で一時的に養護が困難となった場合に、高齢者を養護老人ホームに短期間入所させ、その高齢者や養護する家族等を支援します。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
入所定員	6	6	6

(3) やむを得ない事由による措置

増加する家族からの身体的・心理的虐待やネグレクト、身体及び精神上の問題により介護が必要であるにもかかわらず、介護者がいない等の理由により、緊急に支援等が必要な高齢者に対し、介護保険に準じたサービスを提供するため、特別養護老人ホーム等への一時入所により対応します。

(4) 高齢者に対する居住支援施策

地域共生社会の実現に向けて、住まいと生活の一体的な支援の方策について、住宅分野や福祉分野などの介護分野以外の施策との連携や、役割分担の在り方を検討していきます。

第2節 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止は「介護を必要としている方が、その方らしく生活できるように介護者が支援すること（自立支援）、高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐこと（重度化予防）」と定義されています。心身の状態を良好に保つことは、本人の意思に基づく自分らしい生活を実現するために必要であり、大きな役割を果たします。平成29年度から実施している介護予防・日常生活支援総合事業は、主に元気な高齢者又は心身の機能が低下し始めている高齢者を対象として、生活機能の維持向上のための様々なサービスを地域とのつながりの中で実践していこうとする取組です。

ひとり暮らしや高齢者のみの世帯が増える中、生活の維持に必要な買い物や掃除等の生活支援や、高齢者が生きがいを持って社会参加できる活動の場が必要となってきます。そのため、介護保険制度に基づくホームヘルプサービスやデイサービスといった、いわゆるフォーマルサービスだけでなく、多様な担い手による生活支援や通いの場等を住民が主体となって創出するインフォーマルサービスによる地域のつながりの中で高齢者支援体制の充実を図ることが重要です。

60～70歳代の高齢者の多くは元気で自立しており、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが介護予防にもつながるため、ボランティアポイント等を活用した社会参加の場の創出を促進していきます。

本市では、高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）ため、65歳以上の高齢者に対し、介護予防・日常生活支援総合事業において、介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型サービス）や一般介護予防事業（介護予防教室、居場所等）を実施しており、できる限り多くの高齢者が介護予防に取り組むことが、自立支援・介護予防・重度化防止につながるため、これらの事業に重点的に取組み、地域包括ケアシステムを推進していきます。

また、高齢者の心身の多様な課題に対応するとともに、健康寿命の延伸を図るため、関係各課と連携し、フレイル対策を含めた高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を進めていきます。

介護予防・日常生活支援総合事業

高齢者がいつまでも住み慣れた地域で暮らし続けていけるようにするためには、地域全体で高齢者を支え、高齢者自身も自らの能力を最大限に生かして要介護状態になることを予防するのが重要になることから、「介護予防・日常生活支援総合事業」を実施しています。

この事業は、要支援認定を受けている方又は基本チェックリストにより生活機能の低下が認められた方（事業対象者）が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65歳以上なら誰もが利用できる「一般介護予防事業」の2つの事業で構成されています。

介護予防・生活支援サービス事業では、多様な生活支援ニーズに応えるため、従来

の介護保険における介護予防サービスの訪問介護や通所介護と同様のサービスに加えて、NPO法人や民間事業者、ボランティアを含めた多様な主体による訪問型サービス、通所型サービスその他の生活支援サービスを提供します。

一般介護予防事業では、65歳以上の方を対象とした介護予防教室や生活機能の状態別の教室の開催等のほか、地域の介護予防活動の支援などを実施します。

少子高齢化が進展する本市において、多様な主体によるサービスを含めた総合事業の普及・充実化は、本計画期間中に集中的な取組が不可欠です。総合事業によるサービスの効果的・効率的な提供を促進するため、同事業に関係する者が、事業の目的や、各々が実施すべきことを明確に理解する場を設置します。

さらに、生活支援体制整備事業においては、介護予防や日常生活支援に係るサービスを提供・支援するさまざまな主体との連携の促進及び取組の評価を実施していきます。

1 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービスからなり、対象者の心身の状態や、介護予防・生活支援の必要性に応じてさまざまなサービスを提供する事業です。

訪問型サービス、通所型サービスともに、短期集中型予防事業を設け、要支援認定者及び基本チェックリストに該当した事業対象者に対し、専門職が短期かつ集中的に関わることによって、生活機能の向上やセルフケアの促進を図ることを目的としています。終了後は、自立生活の延伸を目指し、介護予防教室や健康体操クラブ、居場所等へつなぐ働きかけを行っています。

総合事業の実施状況につきましては、調査、分析、評価等を適切に行い、より効果的な事業実施を推進するとともに、要介護者に対するサービスの提供と適切な単価について検討していきます。

(1) 訪問型サービス事業

介護予防訪問介護相当サービスに加え、より緩和した基準や集中的な支援を行うサービスA・B・Cから構成されており、対象者の状態に合わせて利用することができます。

サービスAは、自立した生活を営むための身体介護を伴わない軽度な生活支援で、利用者のニーズに合わせ、時間や人員の基準を緩和したサービスです。

サービスBは、生活支援サポーター（有償ボランティア）やNPO法人等の多様な担い手により提供する見守り等の簡易な生活支援サービスです。

サービスCは、看護師・栄養士・歯科衛生士・リハビリ専門職等の保健医療の専門職が居宅での相談支援を短期間で集中的に行い、身体機能低下・閉じこもり・うつ・低栄養・口腔機能低下を改善します。なお、人とのつながりや社会参加活動が心身の健康維持に重要であることから、生活機能の維持・向上に加え、地域

の「通いの場」等につなぐことで、より効果的な取組となるよう検討していきます。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防訪問介護相当サービス利用人数	460	470	480
訪問型サービスA利用人数	75	80	85
訪問型サービスB利用人数	60	80	100
訪問型サービスC利用人数	33	34	35

(2) 通所型サービス事業

介護予防通所介護相当サービスに加え、サービスA・Cから構成されており、サービスAは、食事のサービスや生活機能の維持向上のための体操等、対象者のニーズに合わせた様々な形のデイサービスです。

サービスCは、身体に痛みや活動制限があり、生活機能の低下を引き起こしている対象者に対し、リハビリ等の専門職により短期間で集中的に運動指導することで生活機能の向上を目指します。従来の健康運動指導士等による集団運動指導（教室型）に加え、専門的かつ個別対応が必要な対象者に対し、リハビリ専門職による訪問型サービスCと一体的に提供する通所型サービス（ジム型）があります。

通所型サービスC終了後は、サービス開始前に地域包括支援センターが利用者の意向を踏まえて作成したケアプランの目標に基づき、次のステップとなる一般介護予防教室や健康体操クラブ、居場所等への参加を通じた継続的な介護予防を行います。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防通所介護相当サービス利用人数	400	415	430
通所型サービスA利用人数	60	65	70
通所型サービスC利用人数	120	123	125

(3) その他の生活支援サービス

配食サービスによる安否確認に加え、日常生活支援や見守り等について、ボランティア等の多様な主体によるサポートにより、地域の支え合いを促進します。引き続き、「伊東市高齢者あんしん見守り協力事業」に登録している事業所と協力して、きめ細かく見守りができる体制を構築していきます。

2 一般介護予防事業

(1) 介護予防対象者の実態把握

生活機能の低下や閉じこもり等により、介護予防が必要と思われる高齢者を早期に把握するため、地域包括支援センターを始め、民生委員や地域住民等とも連携しながら、基本チェックリストを活用していきます。

調査対象については、これまでは要介護認定を受ける割合が大きく上昇する75歳以上を起点とし、男女の健康寿命と平均寿命を考慮した75・77・79・81・83歳の5学年に実施していますが、令和6年度からは、効果的な介護予防へつなげていくための運用支援システム「通いの森」により、調査対象をさらに精査した上で、経年的に生活機能の変化を把握していきます。

(2) 介護予防普及啓発事業

要介護状態になることを予防するため、ホームページや広報いとう等を活用し、介護予防についての情報発信を継続的に行い、健康づくりの関心を高めていきます。

また、理学療法士や栄養士等の専門職を地縁組織等へ積極的に派遣し、地域での介護予防や心身機能の向上を目的とした取組を行っていきます。

① 介護予防教室

介護予防事業の対象者に対し、体調チェック、体力測定、筋力トレーニング、個別相談及び健康教育等のプログラム実施を通じて生活機能向上を図り、日常生活の中で積極的に継続した介護予防の取組ができるようになることを目指します。

また、教室に栄養士、歯科衛生士等の専門職を派遣し、健康課題に沿った講話を行うなど、高齢者が自ら健康状態を維持できるよう促します。

(単位：人・箇所)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防教室参加実人数	290	310	330
介護予防教室参加延人数	2,900	3,000	3,100
介護予防教室開催会場数	16	16	16

② 体幹筋力向上教室

認知動作型マシンを利用し、正しい動きや効率的な身体の使い方を学ぶことで、歩行時のつまずきや転倒等の運動機能低下の改善や予防を目指します。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
体幹筋力向上教室参加実人数	40	40	40
体幹筋力向上教室参加延人数	400	400	400

(3) 地域介護予防活動支援事業

高齢者の心身の健康を支えるため、身近な地域で気軽に取り組める健康づくりから、介護予防の取組につながるよう、運動が継続できる場等の開設を進めていきます。特に、高齢者の体力づくりを継続的に支援する健康体操クラブを市内全域で開催するとともに、健康体操を指導する健康体操リーダー（ボランティア）を計画的に養成していきます。

また、歩行解析アプリを活用し転倒リスクを可視化することで、参加者の介護予防への意識づけとなる取組を進めます。

① 健康体操クラブ

高齢者の交流と体力づくりを目的とし、市内各会場で実施している健康体操クラブを更に充実させるため、専門のトレーナーが指導する、転倒防止を目的とした筋力トレーニングや有酸素運動、ボランティアの健康体操リーダーが行うストレッチ体操など、高齢者が楽しみながら、体力の向上と健康増進に取り組めるよう実施していきます。

(単位：人・箇所)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
参加実人数	590	615	640
参加延人数	12,420	12,470	12,520
開催会場数	19	19	19

② 健康体操リーダー（ボランティア）養成

健康体操クラブで体操指導を行うリーダーを養成します。また、リーダーを地域のいきいきクラブや居場所等にも派遣し、継続的な体力づくりを支援します。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
健康体操リーダー養成数	10	10	10
延人数	70	80	90

③ 居場所

地域における高齢者の交流や生きがいづくり等を目的とした居場所の運営に関する支援を積極的に行うとともに、居場所を支えるスタッフの方々の交流会等を行い、活動を支援していきます。

また、居場所に自力で移動することが困難な方を支援するため、運転ボランティア等による移動支援や、住民主体型で行う移動支援を担う実施団体の立ち上げの働きかけを行っていきます。

引き続き、健康寿命の延伸のため、フレイル対策や生活習慣病等を予防する取組を行う場として居場所を位置付け、医療や介護の専門職の派遣を行うとともに、新型コロナウイルス感染症の影響による外出控え等によって参加者数が減少したことで、生活機能が低下した高齢者の増加が見込まれることから、居場所に参加することの有益性を広く周知し、積極的に参加するよう働きかけていきます。

(単位：人・箇所)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居場所参加人数	12,500	12,600	13,100
居場所の箇所数	60	62	64

(4) 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職の関与を促進します。

住民の主体的な活動を促進するため、県が養成する地域リハビリテーションサポート医（以下「サポート医」という。）及び地域リハビリテーション推進員（以下、「推進員」という。）と連携して、通いの場の立ち上げ及び立ち上げ後のフォローアップを支援していきます。また、市や地域包括支援センターが実施する地域ケア会議等にリハビリテーション専門職、薬剤師、管理栄養士等の参加を促進し、介護予防・自立支援に資する視点で助言・ケアマネジメントへの支援を強化します。

(5) リハビリテーション提供体制の構築

厚生労働省の調査等により、リハビリテーションは早期に実施するほど後のADLの向上に効果を発揮することがわかっています。生活している地域において、高齢者が本人に適した助言やリハビリテーションを受けながら、その人らしく自立した生活を長く送ることができるよう、「予防期」「急性期・回復期」「生活期」の各段階を通じて、切れ目のないリハビリテーション提供体制の構築を目指します。

① リハビリテーション専門職との連携

県では、高齢者の自立支援に資する取組を推進するため、市町が実施する介護予防事業や地域ケア会議等にリハビリテーション専門職が積極的に関与できるよう、推進員及びサポート医を養成しており、市町の垣根を超えた派遣体制が整備されています。引き続き市独自の派遣体制を確保するとともに不足する専門職種については、県の派遣事業も活用しながら介護予防に資する取組を展開していきます。

また、在宅医療と介護に係るすべての専門職が予防や自立支援の視点を持てるよう、熱海伊東圏域における地域リハビリテーションの推進と関係機関との連携強化や、知識及び技術の向上と、地域リハビリテーション従事者に対する技術的支援を行うことを目的に県から委託された広域支援センター等と連携して、地域の場における専門職の関与の強化を推進します。

なお、本計画期間中の取組目標は、アウトカム指標として令和4年度に在宅要支援認定者調査における調査項目「昨年と比べた外出の頻度」において「減少した」と回答した者の割合64.9%を、令和8年度には減少させることとし、プロセス指標としては次表のとおりとします。

(単位：回)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
リハビリテーション専門職の派遣回数	80	85	90

② 各段階におけるリハビリテーション専門職の関わり

<予防期>

従来の75・77・79・81・83歳を対象にした基本チェックリストの郵送による介護予防対象者の実態把握に加え、通いの場等に専門職を派遣するアウトリーチ型の実態把握を強化し、心身機能が低下した高齢者を短期集中型予防サービスC等の集中的なリハビリテーションにつなげる体制の構築を目指します。

また、自主的な健康づくり・介護予防の活動の促進に向けて、通いの場等において、個々の状態に応じて実施できる介護予防に資する本市オリジナルの体操の開発とともに、いつでもどこでも気軽に実施できるようICT等を活用した体制整備に取り組みます。

<急性期・回復期>

医療保険で実施する急性期・回復期リハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。連携体制の現状を把握するとともに、連携がよりスムーズになるよう、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」の推進に取り組みます。そのため、令和4年度よりリハビリ専門職を地域包括医療推進会議の構成員に位置付けるとともに、令和5年度よりシズケア*かけはし運用検討会のメンバーに加えました。引き続き、切れ目のないリハビリテーションが提供できるよう、検討していきます。

<生活期>

リハビリテーション活動支援事業を活用し、通いの場の充実に努め、介護保険サービス卒業後も地域において生活機能が維持できる環境の整備に取り組みます。

また、自立支援型の地域ケア会議やサービス担当者会議等へのリハビリ専門職の派遣を積極的に行うとともに、推進員、地域包括支援センター及び生活支援コーディネーター等と連携して、医療・介護従事者に対して、インフォーマルサービス等の地域資源の周知に取り組みます。

3 生活支援体制整備事業

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、また、認知症高齢者の増加に伴い、見守り、安否確認、外出支援、買い物、調理、掃除などの家事支援など、多様な日常生活上の支援を必要とする高齢者が増えています。こうした世帯構成の変化や超高齢化社会に向けた生活環境の変化に対応していくためには、介護保険サービスの他、地域での「助け合い・支え合い」が求められています。

これまで、このような多様化するニーズにきめ細やかに対応するため、生活支援コーディネーターを各圏域に配置し、高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進し、地域課題の把握・情報の共有化を進めてきました。今後は、圏域ごとに収集している情報を基に、地域の課題解決に向けた取組を行っていきます。

その取組の一つとして、生活支援コーディネーターが核となって、協議体や既存の生活支援サポーター、運転ボランティア等の協力を得ながら、地域の元気な高齢者の参加によりサービスを提供する「助け合い・支え合い活動」の立ち上げを支援していきます。また、引き続き福祉的資源の創出やネットワーク化、地域人材の発掘・育成、ニーズとサービスのマッチング等、生活支援サービスの体制整備を推進していきます。

(1) 生活支援コーディネーター

生活支援コーディネーターは、地域支え合い推進員とも呼ばれ、地域との密接な関係のもと、地域に不足するサービスの創出、高齢者も含めたサービスの担い手の養成、関係者間のネットワーク構築、地域の支援ニーズとサービス提供者のマッチング等のコーディネートを通じ、生活支援サービスの提供体制の構築を行います。

生活支援コーディネーターの活動は、地域包括支援センターとの連携が欠かせないため、市内5つの地域包括支援センター全てに第2層生活支援コーディネーターを配置し、地域の実情に応じたニーズとサービスのマッチングや地域ケア会議への参加等により、きめ細かなコーディネート活動を行うほか、市全域を担当する第1層生活支援コーディネーターとともに、社会福祉協議会や地域包括支援センターとの定期的な情報交換を通じた連携強化を図り、よりよい地域づくりを進めていきます。

さらに、生活支援コーディネーターや協議体の活動を強化し、地域の実情に応じた生活支援サービスの創出を行うとともに、第3層生活支援コーディネーターの配置を目指します。

また、定年の延長に伴い、就労意欲の高い高齢者も増えていることから、それぞれの状況やスキル等にあった就労的活動を支えるコーディネーターの配置を検討します。

(2) 協議体

協議体は、地域の様々な団体によって構成され、生活支援コーディネーターと協働して、住民の皆さんが主体性をもって自らの地域を見つめ直し、住みやすいまちを作るための情報交換の場として設置しています。

協議体には市全域を担当する第1層協議体と、5つの日常生活圏域ごとに設置された第2層協議体があり、第1層協議体は、第1層生活支援コーディネーターと行政担当者が参加した全市的な問題の検討を行う場として、第2層協議体は、第2層生活支援コーディネーターと地域の様々な団体が参画し、地域ネットワークの構築と情報共有や連携の場として機能します。

また、第2層協議体では解決できない課題は、第1層協議体につなぐことによ

り解決を図ります。

(3) 生活支援サポーター

住民が、地域で交わり支え合う体制の構築を図るため、専門性が必要な介護はしっかりと専門職・事業者が支える一方、日常の生活支援を可能な限り地域住民の主体的な互助活動で支えるためのボランティアの育成が必要です。

本市では、高齢者の日常生活を支援するボランティアを「生活支援サポーター」と呼び、元気な高齢者を始めとした地域の人材を新たな生活支援サービスの担い手として養成することで、地域の介護基盤の向上を図るほか、介護サービスの提供時間中に行われる有償ボランティアなどの社会参加活動等について支援していきます。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援サポーター利用者数	60	70	80
生活支援サポーター養成者数	15	15	15

(4) 移動支援

高齢者の中には、「そろそろ免許を返納しなくては」と加齢に伴う運転への不安がある一方、車を運転できなくなったら、「買い物や通院はどうするのか」「どこにも出かけられなくなるのではないか」といった不安を抱えている人が少なくないことから、そうした不安の解決に向けた取組を行うため、運転ボランティア等を養成し、地域で住民主体の「助け合い活動」の輪が広がるよう、支援を行っていきます。

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
運転ボランティア養成者数	10	10	10

4 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の基盤強化

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進するとともに、保険者が地域の課題を分析し、課題に対し主体的に取り組む地域マネジメントを推進することが求められるほか、分析に当たり個人情報を用いる際には、その取扱いには十分注意するものとします。また、高齢者が健康を維持し、在宅生活を継続していくためには、重度化を予防し、自立支援を促す介護サービスを更に強化していくことが必要です。

(1) 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の活用

国が、各保険者の自立支援・重度化防止に向けた積極的な取組を支援し、一層推進することを目的として交付する保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金を活用し、本市における自立支援や介護予防に向けた様々な取組

を強化します。また、見える化システムを活用しながら他市町と本市の評価を比較し、年間事業計画の見直しを行うことで事業の充実を図ります。

(2) 地域マネジメントの推進

地域包括ケアシステムの構築をより一層推進するために、地域ケア会議等で地域課題を抽出し、達成しようとする取組や目標、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの特色を明確にするとともに、P D C Aサイクルを活用しながら地域マネジメントを実施し、本市の保険者機能を強化していきます。

また、本市における介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果を見える化システムを活用しながら他市町と比較し、課題を明確にするとともに地域の特徴を多角的に分析した上で施策を講じていきます。

5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送るためには、身近な地域で生活機能の低下防止と疾病の重症化予防の双方から、フレイル（心身の機能が低下し、要介護状態になる可能性が高くなった状態）を予防していく必要があることから、国保データベースシステム等を活用し、医療レセプト、健診データ、介護データを統合させ、高齢者の心身の多様な課題にきめ細かく対応していきます。

本市の令和3年度の平均寿命は男性が80.1歳、女性が86.6歳と、県や全国と比較すると低くなっています。令和3年度の平均自立期間（要介護2以上）（※1）においても男性が79.2歳、女性が83.6歳と、県や全国と比較すると低くなっています。

後期高齢者医療制度被保険者に係る令和3年度の医療費は約108億円であり、そのうち人工透析にかかる医療費は約4.1億円です。また、令和3年度後期高齢者健康診査の結果から血糖リスク保有者割合（※2）は県と比較すると低いものの、経年でみると令和元年度6.2%、令和2年度8.6%、令和3年度8.8%と増加傾向にあります。新規人工透析患者を抑制し、高額な医療費の発生を防ぐことも重要です。

令和3年度の後期高齢者健康診査受診者約4,100人が回答した質問票では、毎日の生活に不満を感じる、お茶や汁物等でむせる、6か月で2～3kg以上の体重減少がある、たばこを吸っている、と回答した人の割合が県より高く、経年で見ても同じ傾向にあります。また、家族や友人と付き合いがある、身近に相談できる人がいると回答した人の割合が県より低く、身体面のみならず、精神的・社会的側面から支援していくことが必要です。

また、歯科口腔に関する本市の現状は、令和4年度後期高齢者歯科検診受診者のうち80歳で20本以上自分の歯を有する者の割合は、64.9%であり、県内35市町中27位でした。令和4年度高齢者実態調査（一般高齢者）では、かかりつけ歯科医院があると回答した人は80.2%でしたが、年に1回以上歯科医院で定期検診を受けていると回答した人は47.4%であり、約5割が検診を受けていないという結果であり、口腔内の状態が悪化してから受診するという状況がうかがえます。口腔内を清潔に

保つことが難しくなると、口腔内細菌などが肺に入り誤嚥性肺炎を引き起こしやすくなります。また、身体の衰えは口から始まると言われており、近年オーラルフレイルの重要性が高まっていることから、オーラルフレイルに関する正しい知識を普及し、口腔機能低下防止及び肺炎等の疾患予防の取組を検討していきます。

(※1) 平均自立期間（要介護2以上）とは、介護受給者台帳における要介護2以上を不健康期間と定義し、平均余命から不健康期間を除いた「日常生活動作が自立している期間の平均」である。

(※2) 下記のいずれかを満たす後期高齢者健康診査受診者。

①空腹時血糖 \geq 126、②空腹時血糖 $=$ 0かつHbA1c \geq 6.5、③空腹時血糖 $=$ 0かつHbA1c $=$ 0かつ随時血糖 \geq 126かつ採血時間（食後） $=$ 3

(1) 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

糖尿病性腎症重症化予防事業を実施します。後期高齢者健康診査受診の結果から糖尿病の重症化予防が必要と思われる人を抽出し、対象者に適した方法で医療機関への受診勧奨及び保健指導を行います。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
専門職による介入率※（介入者数／抽出者）	25%	27%	30%

※介入とは、対面や電話等による保健指導及び健康相談をいう。

(2) 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

通いの場等で、体操やフレイル講話、栄養講話及び歯科講話を実施し、フレイル予防に努めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
専門職が関与した通いの場の数	4箇所	8箇所	18箇所

高齢者が前向きな気持ちでフレイル予防の意識を持ってもらえるように、リハビリ専門職や地域包括支援センター職員等によるフレイル講話、広報いとうや市ホームページにて周知を行い、令和4年度に29%であったフレイル認知度の向上を図ります。

第3節 地域住民相互で行う地域の支え合い

地域包括ケアシステムの推進

本市の高齢化率は、県内でも特に高く、医療と介護の両方が必要な状態になった際の体制整備は喫緊の課題となっています。本市の目指す地域包括ケアシステムの根幹は、高齢者が住み慣れた地域で、安心して医療と介護を受けることができる体制を推進することです。

本市では、緊急時には在宅療養後方支援病院である伊東市民病院において集中的な治療を行い、退院後には地域における医療と介護の関係機関が連携して包括的かつ継

続的な在宅医療と介護を一体的に提供する「ときどき入院、ほぼ在宅」を目指した在宅生活を継続する一連の流れをスムーズに提供する体制の構築を図ります。

また、令和7年（2025年）以降、後期高齢者の数は横ばいに転じる一方で、生産年齢（15-64歳）人口が減少していきます。令和7年（2025年）から令和22年（2040年）にかけて、後期高齢者世帯の独居化、認知症高齢者の増加、通院困難、介護不足といった「生活」上の課題がより顕在化する中で、団塊の世代の「看取り」を経験することになります。これらの課題を、医療や技術の進歩だけで対処することは不可能です。そのため、地域住民に対する普及啓発についても継続して取り組み、保健・医療・福祉・介護に関わる専門職と行政、そして地域住民が協力して地域包括ケアシステムを構築していく必要があります。

1 在宅医療と介護の連携強化

高齢者実態調査の結果では、9割の高齢者が、高血圧や筋骨格系疾患など何かしらの傷病があるとともに、介護認定者のうちがんの有病者は県と比較して多い状況です。後期高齢者の増加に伴い、医療ニーズ及び介護ニーズを合わせ持つ高齢者が増加することが見込まれるとともに、医療ニーズの高い高齢者が多い地域であると言えます。また、介護給付費の推移から、在宅におけるサービスの需要が高まっていることが伺えます。そのため、医療や介護が必要な状態になっても、希望する医療・介護のニーズに応え、可能な限り住み慣れた地域において継続した生活を送ることができるよう、引き続き、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、地域における在宅医療と介護に係る多職種及び他機関の連携を推進する体制整備を行います。

なお、本計画期間中の目標は、令和4年度の要支援認定者への調査で、死期が迫ったときのことについて医療介護関係者と話し合ったことがあると回答した人の割合14.2%を、令和8年度には増加させることとするほか、在宅療養支援診療所におけるシズケア*かけはしの利用が継続されるよう、働きかけていくものとします。

(1) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療と介護の連携を推進する在宅医療連携推進員を配置し、地域の医療・介護関係者などからの相談に対応し、連携調整、情報提供等を行います。

(2) シズケア*かけはしの利用促進

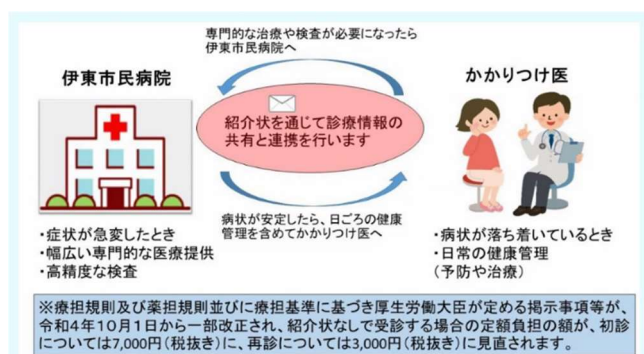
患者情報に関する医療機関と介護支援専門員等における連携や情報共有を図るため、ICTを活用した医療と介護の連携ツールである「シズケア*かけはし」のさらなる利用促進を図ります。本市の登録率（登録者数／施設数）は、県内第2位となっていますが、引き続き使用するユーザーの拡大を目指し、相談窓口及び支援の拡充に取り組みます。また、県医師会に設置するシズケアサポートセンターと連携して、利用促進のための提案や推進を担うインストラクターの活動の場を拡充し、システムをより一層活用するための体制の構築を目指します。

(3) 「かかりつけ」制度の理解促進・普及啓発

伊東市民病院は伊豆半島東部地区の基幹病院として、365日24時間体制の救急医療を提供するとともに、地域医療支援病院として、地域の診療所（かかりつけ医）と連携して地域医療を支えています。市民の健康を守る、命を助ける医療を続けるため、伊東市民病院と地域の診療所（かかりつけ医）で役割分担を担い、お互いに連携し効率的・効果的な医療を進めるため、厚生労働省が推進する地域医療連携の取組である「2人主治医制」を推進していることから、市としても、「2人主治医制」の理解促進に取り組みます。

また、在宅医療と介護が必要になった「もしも」の時のためにも健康な時から、医師、歯科医師、薬剤師等の「かかりつけ」を見つけておくことを推奨する取組を関係機関と連携して行います。

本市では、「かかりつけ」を見つけるための一助として、自宅付近の診療所や歯科診療所、薬局等の情報をまとめた「伊東市医療・介護マップ」を発行しており、定期的な更新と最新の情報を市ホームページに掲載するとともに、関係機関への配架を通じ、市民への情報提供に取り組みます。さらに、現在47都道府県で「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」が整備され、全国すべての医療機関の診療科目や対応可能な治療等が公開されており、今後、かかりつけ医療機関が検索できる機能の拡充も予定されています。市民が必要とする情報に気軽にアクセスできるよう広く周知をしていきます。



(2人主治医制イメージ図：伊東市健康推進課 HP より)

(4) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制の整備

入退院の際に、医療機関、介護事業所等がスムーズに情報共有を行うことができるよう、シズケア*かけはしの利用促進に取り組みます。また、多職種間の連携が滞りなく行えるよう、顔の見える関係性を構築することを目的に、市内の在宅医療と介護を支える専門職を対象にした多職種連携研修会を毎年開催します。

(5) 日常の療養支援が可能な体制の整備

令和元年度に、医療ニーズの高い方や退院直後で状態が不安定な人、在宅での看取り支援等、住み慣れた自宅での療養を支える看護小規模多機能型居宅介護事業所が開設されたことにより、在宅療養の強化・拡充につながりました。引き続き、必要とされる医療・介護資源の把握に努めるとともに、在宅療養を支える家族等のニーズの把握に努めます。また、レスパイトケアの利用や介護家族の会等

への参加、介護用品支給事業等、在宅療養を支える家族等が利用できる資源の周知に取り組みます。

(6) 急変時の対応が可能な体制

本市における在宅療養支援診療所は、市内に9か所設置されており、在宅療養と介護を必要とする方が24時間安心して療養ができる役割を担っています。また、平成27年度から伊東市民病院が、在宅医療を担う医師の負担軽減及び在宅で療養している方の緊急時の治療体制の強化を目的として、病診連携を行う在宅療養後方支援病院として機能しています。引き続き、医療を提供する側・受ける側の双方が安心できる医療体制の構築に向けて、伊東市民病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係機関と連携し取り組みます。

(7) 望む場所での看取りが可能な体制

令和4年度(2022年度)在宅要支援認定者調査において、約6割の方が御自身の死期が迫った「もしも」の時について考えたことがあると回答する一方で、他者と話し合ったことがあると回答した人は約3割にとどまり、医療介護関係者と共有していると回答した方は14.2%でした。このことから、市民と医療介護関係者が「もしも」の時について共有することが必要です。

そのため、市民が、在宅での看取りについて十分に認識・理解をした上で、人生の最終段階において、望む場所での看取りやケアが受けられるよう、医師会、歯科医師会、地域包括支援センター等と連携し、講演会の開催及びエンディングノートや人生会議(ACP)に関する出前講座等を行い、看取り等に関する普及啓発に取り組みます。また、「人生の最終段階における希望を叶えることができるよう、医療・介護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」体制整備に向けて、在宅療養を支える医療介護関係者に対し、意思決定支援についての勉強会を開催します。



市民向けシンポジウムの紹介動画



2 認知症施策の推進

これまで「認知症施策推進大綱」の基本的な考え方である「共生」と「予防」を軸とした取組を推進してきたところですが令和5年6月14日に、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、認知症の本人や家族の意見を反映し関連施策の充実を図ることを目的に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立したことに伴い、共生社会の実現に向けた取組を、より一層推進していきます。

認知症基本法 7つの基本理念（第1章 第3条）

- ①本人の意向尊重
- ②国民の理解による共生社会の実現
- ③社会活動参加の機会確保
- ④切れ目ない保険医療・福祉サービスの提供
- ⑤本人家族等への支援
- ⑥予防・リハビリテーションなどの研究開発推進
- ⑦関連分野の総合的な取組

【現状】

（単位：％）

		令和4年度
認知症の相談窓口の認知度 （ニーズ調査※において、認知症の相談窓口を「知っている」と回答した者の割合）	一般高齢者	26.2
	総合事業対象者	32.8
	要支援認定者	25.8
認知症の人にやさしい地域づくりの促進 （ニーズ調査において、認知症と診断されても暮らし続けられる地域であると「思う」と回答した者の割合）	一般高齢者	48.4
	総合事業対象者	44.8
	要支援認定者	37.8

※令和4年度（2022年度）の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

なお、本計画期間中の目標は、認知症の相談窓口を「知っている」と回答した者及び認知症と診断されても暮らし続けられる地域であると「思う」と回答した者の割合を向上させることとし、次の取組を行います。

(1) 認知症の理解促進及び本人発信支援

現状より、認知症の相談窓口を知らない高齢者が多くいることがわかりました。「認知症予防」には関心が高い方が多い一方、「自分もなる可能性があるもの」としての認知症への関心が低いことが推測されます。

後期高齢者の増加に伴い、軽度認知障害及び認知症の高齢者が増加することが見込まれます。認知症を自分事ととらえ、認知症についての正しい知識を得ることが重要です。

そこで、認知症についての関心を持っていただくきっかけとなるよう、認知症理解普及啓発キャラクターを活用し、認知症に関する情報を幅広く発信することで、相談窓口の周知に努めます。また、認知症に関する正しい知識の普及を進め、深める取組に当たっては、認知症の人本人からの発信をもとに、暮らしやすい地域づくりや地域の人々の理解につなげます。



デコポンちゃん



ユズコさん



ワセオくん



ダイダイさん



レモジィ



ニューサマー
ちゃん

※認知症理解普及啓発キャラクター

「100かいだてのいえ」作者の絵本作家いわいとしお氏が、認知症への正しい理解を普及することを目的に、伊豆の名産であるミカン等をイメージして誕生した本市オリジナルのキャラクター

① 認知症サポーターの養成

認知症になっても安心して外出できる地域を目指して、認知症に関する正しい知識を持って、自分のできる範囲で手助けをする「認知症サポーター」の養成を引き続き行います。

○認知症サポーター養成講座受講者数 (単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
受講者数	1,000	1,000	1,000

② 認知症に関する講演会の開催

認知症への理解を深めるため、市主催の講演会を年に1回開催します。

③ 認知症に関する啓発の促進

9月の認知症月間（世界アルツハイマー月間）を中心に、伊東図書館等における認知症コーナーの設置、市広報いとう、車両マグネット等を活用した情報発信を行い、認知症に関する情報を、認知症の人やその家族、すべての市民が確実に入手できる体制づくりを関係機関と連携して行います。



④ 相談窓口の周知

相談窓口として、地域包括支援センターを始め、認知症地域支援推進員、チームオレンジコーディネーター、認知症サポート医、伊東市民病院内に設置される認知症疾患医療センター等の相談窓口を周知し、一人で悩まない体制整備に努めます。

⑤ 認知症あんしんマップ（認知症ケアパス）の活用

認知症に関する医療や支援に関する情報をまとめた「伊東市あんしんマップ」の普及啓発を図るとともに、有効に活用します。



⑥ 認知症の人本人からの発信支援

認知症の人本人からの声を聞く機会が増えるよう、県のピアサポート活動支援事業（地方版希望大使の派遣事業）等を活用しながら、本人の声を届ける取組を行います。

また、本人ミーティングの開催等を通じて、当事者同士で住みやすい地域づくりについて語り合うことができる場を設け、本人の声を起点とした地域づくりを行います。

(2) 認知症予防の推進 ～共生社会の実現に向けて～

令和4年度（2022年度）の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果では、多くの人が健康について知りたい情報として「認知症の予防について」と回答しています。国の認知症施策推進大綱における「予防」とは、「認知症にならない」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」という意味であり、認知症における正しい「予防」の考え方を普及していきます。

認知症は歳をとれば誰もがなる可能性のあるものですが、唯一、脳血管性認知症は脳血管疾患の発症を予防することで発症のリスクを軽減することができます。本市の脳血管疾患におけるSMRは県平均と比べて優位に高く、脳血管疾患を有している人が多いことが推測されます。つまり脳血管性認知症を発症するリスクが多いことにつながるため、成人期からの生活習慣の改善が重要といえます。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の改善、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、健康推進課と連携した健康増進の促進及び地域において高齢者が身近に通うことができる「通える場」等の創出に取り組みます。また、もの忘れが気になる人や認知症の診断を受けた直後の人への切れ目のない支援ができるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等と連携した取組を行います。

① 介護予防・健康づくり

認知症の予防（認知症の発症を遅らせる、進行を緩やかにする等）には、介護予防事業の取組も効果的です。関係機関、関係職種と連携しながら、認知症やフレイルの恐れのある人を早期に発見し、介護予防事業への参加を促すととともに、介護予防事業の取組を強化します。

また、脳血管性認知症の発症を未然に防ぐため、市民一人一人が、成人期から高齢期を見据えた生活習慣の改善に取り組めるよう、健康推進課と連携して取り組みます。

② 認知症カフェを中心とした社会参加できる場の提供

定期で開催する認知症カフェは市内に10か所あります（令和5年8月時点）。引き続き、認知症カフェの開催支援に努めるとともに、定期開催が難しい地域については、出張認知症カフェを開催することでニーズの把握に努めます。

また、一般的に認知症と診断された直後の人は、これから起こり得る自分の変化に漠然とした不安を抱え、進行とともに他者との関係性が希薄となり、引きこもりがちになってしまふことがあります。そこで本市では令和5年度から、「空白期間」に着目した診断後支援の取組として、認知症疾患医療センター及び地域包括支援センターと連携し、軽度認知障害及び認知症と診断された直後の人等を対象にした介護予防農的活動支援事業を始めました。診断後支援の先駆けとして、事業効果について検証し、地域活動として発展していけるよう取り組みます。

(3) 認知症の人とその家族への支援体制の強化

令和4年度（2022年度）在宅介護実態調査の結果では、在宅で介護をする家族等の介護者が「今後不安に感じる介護」は、「認知症への対応」の割合が高く、令和元年度（2019年度）在宅介護実態調査においても同様の結果でした。また、静岡県が公表する高齢者虐待防止法に基づく虐待状況調査において、「虐待を受けた人のうち半数程度に認知症がある」という結果も出ており、認知症に関する正しい知識の普及は急務といえます。

令和4年度（2022年度）の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、「認知症になった場合の不安について思うこと」は、高齢者一般、総合事業対象者、要支援認定者ともに「どのような介護サービスを受けられるかわからない」、「どの医療機関を受診すればよいかかわからない」でした。次いで、高齢者一般は「介護の仕方がわからない」、総合事業対象者は「どこへ相談したらよいかかわからない」、要支援認定者は「身近に介護できる人がいない」でした。

そのため、認知症に関する相談窓口の周知とともに、介護する家族等の孤立化や負担軽減が図れるよう、介護する家族等が利用できる支援の周知に取り組みます。

また、かかりつけ医、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム等の連携をさらに強化するとともに、本人のなじみの人や民生委員など地域の関係者とも連携を図り、認知症の人を早期に発見して適切な治療・支援につなげ、地域の中で孤立しない体制整備に努めます。

① 認知症初期集中支援チームの設置

認知症初期集中支援チームを各地域包括支援センターに設置し、認知症が疑われる方や認知症の人、その家族を認知症の初期段階から支援できる体制の整備に努めています。認知症は、本人に病識がないことが多く、受診につながらないケースが多数あることから、「医療につなぐこと」を稼働の基準としていますが、より効果的な取組ができるよう、認知症初期集中支援チームのあり方について引き続き検討していきます。

② 伊東市高齢者あんしん見守りネットワーク事業

伊東市高齢者あんしん見守りネットワーク事業は、認知症等で行方が分からなくなる可能性のある人を事前に登録し、行方不明時の早期探索や地域での見守りを目的とした事業です。QRコードシールを用いた見守り体制の強化と認知

症高齢者情報共通サービス「どこシル伝言板」を導入し、事前に伊東警察署と登録者の情報を共有することで、広域的な見守り体制を構築します。



事業の紹介動画

(4) 認知症バリアフリーの推進

認知症になると、買い物や移動、趣味の活動等の機会が減ってしまう可能性があります。令和4年度（2022年度）の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、御自身や御家族が「認知症」になった場合も今現在生活している地域で暮らし続けることができると回答した一般高齢者は、「思う」と回答する人が僅かに上回っていましたが、総合事業対象者及び要支援認定者では「思わない」が上回っています。

認知症をきっかけに、外出や他者との交流の機会を減らさず、これまでどおりの暮らしを続けていけるよう、日常生活に潜む様々な障壁（バリア）を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進します。

① 認知症地域支援推進員及びチームオレンジコーディネーターの配置

認知症等高齢者にやさしい地域づくりを推進するために、高齢者福祉課に1人、各圏域に1人ずつ認知症地域支援推進員を配置しています。各圏域に配置した認知症地域支援推進員は生活支援コーディネーターを兼務しており、認知症の人の社会参加活動を支援し、地域の一員として地域づくりに参画する取組を推進しています。また、地域において、認知症の人とその家族を早期から支援する活動「チームオレンジ」の体制整備を担うチームオレンジコーディネーターを各地域包括支援センター内に配置し、認知症地域支援推進員及びチームオレンジコーディネーターが中心となって、認知症であってもなくても地域とのつながりが維持でき、安心して自分らしく暮らせるまちを目指します。あわせて、若年性認知症の人への対応策についても引き続き検討していきます。

② 認知症ステップアップ講座の開催とチームオレンジ活動の拡充

認知症サポーターが、正しい理解を得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その家族を支援する活動を行えるよう、ステップアップ講座を開催します。

また、ステップアップ講座を受講した認知症サポーターがチームを組み、認知症の人やその家族に対する生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」の体制整備に努めます。チームオレンジには、認知症の人でもメンバーとしてチームに参加し、認知症であってもなくても社会参加活動が維持できる地域

を目指します。なお、チームオレンジメンバーには、活動時に身に着けられるサコッシュを配布し、活動の周知に取り組みます。

○認知症ステップアップ講座受講者数 (単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
受講者数	130	135	140

③ 認知症バリアフリーの環境整備

認知症の人の社会参加やチャレンジを後押しする気運を社会全体で高めるために作成された、認知症の人への接遇に関する手引き「認知症バリアフリー社会実現のための手引き」を活用し、官民一体となって認知症の人たちにとっての「バリア」を減らすための取組を推進します。また、認知症の人にもやさしいデザインについて考える場を設け、認知症の人が暮らしやすい環境の整備を促進します。

また、既存の見守りネットワークに消費者センターや消費者団体の関係者を追加し、高齢消費者の安全確保のための協議体を構築することについて、庁内関係部局と協議を進めてまいります。

④ ヘルプマーク及びおもしろいかなえるカードの利用促進・普及啓発

外見からはわからない援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることで、援助を受けやすくなるよう作成されたマークです。援助や配慮を必要としている人には認知症の高齢者等も含まれることから、既存の配布場所に加えて、令和5年度より高齢者福祉課、社会福祉協議会、地域包括支援センターに拡大しました。また、認知症の人が望んでいることとともに、周りの人にちょっと手伝ってほしいことや、連絡先などを自由に書くことができる「おもしろいかなえるカード（ヘルプカード）」の利用促進に取り組みます。

なお、本市のヘルプカードは、本市で開催された本人ミーティングにおいて必要性を話し合った上で導入を検討し、その後、認知症当事者の意見を取り入れた本市オリジナルのものが完成しました。希望される対象者の方にヘルプマーク・ヘルプカードを配布するとともに、ヘルプマークを身に着けた方、ヘルプカードを携帯した方を見かけた場合は、電車・バス内で席をゆずる、困っているようであれば声をかける等、思いやりのある行動をしていただけるよう、マーク・カードの趣旨を広く周知していきます。



ヘルプマーク



本市オリジナルのおもしろいかなえるカード

3 地域包括支援センターの体制強化

地域包括支援センターは、高齢者のための総合相談窓口として平成18年度から市内に4か所（委託型）設置し、平成24年度に1か所（市直営）増設し全5か所で運営してきました。

地域の課題として、市街地を抱える北部地域は、親戚縁者とは長らく音信不通となっているひとり暮らし高齢者が多く、別荘地を抱える南部地域においては、加齢により外出手段を失い、地域とのつながりが希薄となった高齢者が多くなっています。

また、本市全体の課題として、80代の親がひきこもりの50代の子の生活を支えながら孤立化することで、引きこもりが長期・高年齢化する8050問題や、子どもが家事や家族の世話などを日常的に行うことで、学業や友人関係などに影響がでようやングケアラー等の問題があります。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしを続けていくためには、老老世帯、就労・子育て世帯、ヤングケアラーなど多様な世代の家族介護者を含めて、社会全体で支えていくことが重要です。

各地域包括支援センターには、保健師（又は看護師）、主任介護支援専門員、社会福祉士の3職種と呼ばれる専門職が勤務しており、介護予防や権利擁護等、さまざまな相談に応じています。高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、この3職種のスキルアップに加え、ケアマネジャー、医療従事者や生活支援コーディネーター等の連携を通じ、地域課題の解決を図っていきます。

また、地域包括ケアシステムのより一層の推進を担う中核機関として、地域住民一人一人に対する個別的なサービスの調整、地域におけるネットワークの構築・再生等、地域の様々なニーズに応えるため、積極的に研修や専門職部会を開催することで職員の資質を向上するとともに、AIによるケアプラン作成を目的としたシステムの導入による業務負担の軽減及び適正な人員体制を確保することにより、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

個人や世帯単位で様々な分野の課題を抱えたケース対応が発生した場合には、制度の狭間で孤立せず、安心して暮らせる「地域共生社会」を実現するために、分野ごとの縦割りを超えた断らない包括的な支援体制を、各関係機関と連携しながら構築していきます。

日常生活圏域名	センター名 担当地区	総人口 (令和4年9月末)	高齢者人口/率 (令和4年9月末)	総合相談件数 (令和4年度)
宇佐美	宇佐美地域包括支援センター 宇佐美	8,887人	3,741人 (42.1%)	917件
伊東	伊東地域包括支援センター 湯川・松原・岡・鎌田	15,409人	6,876人 (44.6%)	3,003件
中央	中央地域包括支援センター 玖須美・新井	8,278人	3,136人 (37.9%)	1,659件
小室	小室地域包括支援センター 川奈・吉田・荻・十足	17,569人	6,568人 (37.8%)	2,668件
対島	対島地域包括支援センター 富戸・八幡野・池・赤沢	16,550人	8,554人 (51.7%)	3,159件

(1) 専門職のスキルアップ及び介護支援専門員の支援の強化

年々、複雑で多岐にわたる相談内容が増えており、支援強化のためにも地域包括支援センターの専門職のスキルアップが重要となっています。

研修会等へ積極的に参加することはもちろん、定期的に専門職部会を開催する等、職員間で知識や経験を共有することによりスキルアップを目指します。

また、主任介護支援専門員が中心となって事例検討会や研修会を開催し、関係機関と連携を図るとともに、解決が困難な事例は、市と中央地域包括支援センターが連携し、介護支援専門員の後方支援を行います。

(2) 地域ケア会議・地域ケア推進会議の積極的な開催

地域ケア会議とは、地域の課題を把握し解決していく手段を導き出すため、市や地域包括支援センターが開催する多職種参加による各種会議のことです。地域包括ケアシステムの構築のための1つの手段として位置付けられており、会議の機能は5点あります。

①高齢者の個別のケースを検討する「個別課題解決機能」（「連絡調整機能」含む。）

②地域の関係機関等の相互の連携を高める「地域包括支援ネットワーク構築機能」

③個別ケースの集積から地域の課題を見つける「地域課題発見機能」

④見つけた課題を解決するための方法を検討する「地域づくり・資源開発機能」

⑤地域だけでは解決できない課題を行政の政策に反映させる「政策形成機能」

また、各圏域において発見された地域課題や地域の実情等の情報を市や生活支援コーディネーターと共有し、協議体にて資源の開発や調整のための話し合いを行うとともに、地域課題の解決を目的とした地域ケア推進会議を地域の様々な協力者や専門職を集めて開催していきます。

加えて、高齢者の自立支援・重度化防止、QOL向上のためのケアマネジメント、ケアの充実を目的とした地域の多様な専門職（歯科医師又は歯科衛生士、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士等）の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法について検討する会議である「自立支援型地域ケア会議」を定期的に開催します。

（単位：開催回数）

会議の種別	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア個別会議	12	14	16
自立支援型地域ケア会議	5	5	5
地域ケア推進会議	3	3	3

(3) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターの運営が安定的・継続的に行われているか、国から提示される業務評価シートに基づき実施事業や活動に対する自己評価を行っています。また、令和5年度より本市の実情に沿った独自指標を導入しております。

自己評価後に行政担当者が地域包括支援センターを訪問し、事業計画に基づいたヒアリングと意見交換を通じ、必要な事業については地域包括支援センター運

相方針の見直しを行うなど、より良い運営につながるよう支援しています。

さらに、ヒアリングによる評価結果を地域包括支援センター運営協議会に報告することで、第三者による客観的な評価に基づき機能強化を目的とした適正な運営や人員の配置及び職員の資質向上を図っていきます。

(4) 周知活動の実施

地域包括支援センターは、高齢者やその家族から介護や認知症の事等、様々な相談に応じ支援を行う総合相談窓口です。その活動を認知してもらうために、圏域ごとにチラシやポスター、オリジナルDVD等を作成し、地域住民に対する周知活動を行うほか、高齢者の居場所の立ち上げ支援や関係団体の会議等、多くの場所に参加し、地域包括支援センターの周知を行っています。

今後は支援を受ける高齢者に加えて、高齢者を支援する世代にも、地域包括支援センターを知ってもらえるよう、市の広報やホームページ等を活用して周知します。

4 地域との連携の強化

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加に伴い、これらの世帯に緊急事態が生じたときに頼りになるのが地域のつながりです。自治町内会、民生委員、いきいきクラブ、ボランティア団体、NPO法人、地域の居場所等の組織や、社会福祉協議会や地域包括支援センター、医療・介護等の関係機関等との連携等、緊急時だけでなく平時においても、地域ぐるみで高齢者を支援する体制を構築する必要があります。そのため、地域ケア会議の開催や各圏域に配属された生活支援コーディネーターが主となって開催する2層協議体などを通じ、関係者間の情報共有やサービス提供主体間の連携の体制づくり等を行い、地域間のネットワーク構築を進めています。

5 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進

少子高齢化の進行により、高齢者の日常生活を支えるための介護や支援は、介護の専門職だけでなく、総合事業やインフォーマルサービスなどの多様な支援によって担っていく必要があります。

この新たな担い手を養成するため、元気な高齢者、障がいのある人、育児・介護中で短時間の勤務を希望する人等、様々な人材の活用を図るため、ボランティアポイント等の利用も考慮するほか、教育現場における介護職場の正しい理解や魅力を発信し、若年層の介護職への就業促進を図る必要があります。

加えて、介護の質を確保しつつ、必要なサービスを提供するため、業務の効率化、文書負担の軽減、ICT機器の活用や運営指導等を通じ、介護現場の刷新に網羅的に取り組み、適切な支援につなぐため県と連携し、『介護の新3K』～感謝を分かち合える仕事・心がつながる仕事・感動できる仕事～の実現を目指します。

(1) 基準緩和型サービス従事者の育成

基準緩和型サービス（サービスA）は、自立した生活を営むための身体介護を伴わない軽度な生活支援で、利用者のニーズに合わせ、時間や人員の基準を緩和して行うことができます。事業所は市が定める研修を受講した者を基準緩和型サービスの従事者として雇用することができます。

現在、介護人材の育成は喫緊の課題となっており、多くの市民が介護人材の入門的研修である本研修を受講し、介護人材として活躍する中で専門性を高め、介護現場への定着を促進するほか、介護職員初任者研修を実施している事業所と連携し、資格取得を支援していきます。

外国人人材の定着においては、令和3年度から引き続き、伊東国際交流協会等と連携し、介護現場の人材不足の解消を目指すとともに、外国人人材が働く事業所に対して、伊東国際交流協会等を案内し、連携して適切な支援部署へつなげていきます。

また、元気な高齢者などが希望する短時間勤務が実現できるよう、介護事業所に対し、制度等を周知するとともに、就労支援部局であるハローワークや伊東市社会福祉協議会こころと連携し、介護人材として雇用につながるように目指していきます。

○介護職員初任者研修 (単位：回・人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
研修回数	2	2	2
育成人数	30	30	30

(2) 総合事業における適正化

介護保険サービスの質の向上を行う一方で、本市の総合事業においても、各指定事業所における利用者の状況を把握し、利用者へのサービス提供及び総合事業給付費の請求が適正に行われているかを確認するとともに、今後のケアマネジメントの質の向上を目指します。

また、本市の総合事業の目的や実施すべきことを明確に理解する場として、集団指導の場を活用していきます。

(3) 介護サービスの質の向上に向けた取組

介護支援専門員が、中立・公平性を維持しながら、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントを提供できるよう、市が行うケアプラン点検に点検者として参画し、専門的知識の習得だけでなく、点検を通じて介護支援専門員自らが改善点を発見し、質の向上を図れるよう支援していきます。

また、介護保険事業所の育成・支援については、集団指導や運営指導等の機会を捉え、県との合同運営指導や県主催の事業所研修の積極的な周知及び活用に努めるほか、地域密着型サービス事業所に対しては、外部評価や情報公表について、各事業所に徹底することを周知します。

さらに、介護に関わる全ての者の認知症対応力向上のため、介護に直接かかわる職員の認知症介護基礎研修受講が令和6年度に義務化されることに伴い、介護保険事業所においても、適切に職員の受講が行われるよう指導します。

(4) 介護保険事業所の業務効率化に向けた取組

介護現場における人材不足が叫ばれている中であって、業務効率化を図り、人材を最大限活用することにより質の高い介護サービスを提供するため、介護保険事業所で効果を上げている事例の周知や、介護現場におけるICTの活用をセキュリティ対策も含め推進していきます。

指定申請等においては、国の標準様式の使用を原則とし、各介護保険事業所が「電子申請・届出システム」の利用を令和6年度末までに行えるよう円滑なシステムの利用開始へ向けた支援を行い、提出文書の負担軽減に努めます。

(5) 将来的な介護人材確保・育成の取組

介護の担い手である人材の確保が難しい状況を踏まえ、本市教育委員会と連携し、地域包括支援センター職員や介護事業者が学校へ赴き、児童や生徒に対して介護福祉教育の取組を進めるとともに、介護の仕事に対する正しい理解促進ややりがいを感じてもらうため、市内の介護保険事業所において行う職場体験への参加を促進します。さらに、介護現場の認知度向上のに向けた取組として、市広報誌を活用し、介護の仕事の魅力の情報発信に努めます。

(6) 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

介護保険事業所において「ハラスメント対策」を記載した方針等が策定され必要な措置が講じられているか運営指導等で確認するほか、集団指導等でハラスメントについて意識啓発を行っていきます。また、利用者や家族との対応で苦情とハラスメントとの境界が難しい事案等で、解決が困難な場合、市や地域包括支援センターが相談窓口となることで働きやすい職場づくりに向けた取組を進めていきます。

(7) 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントを推進するための市の役割

介護現場の安全性を確保するために、市においても、事故報告書の内容を分析し、今後の事故発生予防や再発防止の推進のため有効活用を進めます。

さらに、介護現場におけるリスクマネジメントを推進するため、集団指導や運営指導時に安全対策等の情報提供を行い、事故発生の防止と発生時の適切な対応について周知します。

6 災害・感染症対策

近年の豪雨災害等を踏まえ、災害時に被害を受けやすい高齢者の安全・安心を確保するため、地域の助け合いによって高齢者が避難等の支援を受けられる体制づくりを推進します。さらに、災害後のフレイルを防ぐため、災害時を想定した支援体制と平時への移行段階の体制を検討します。また、新型コロナウイルス感染症の流行により、感染症対策に係る体制整備の重要性が改めて認識されたことから、高齢者施設等との連携を図ります。

(1) 災害対策

近年の自然災害の被害状況の拡大を踏まえ、危機管理部と連携し、介護保険事業所が策定した防災計画の点検や、要配慮者利用施設において作成された避難確保計画による避難訓練の実施を促すとともに、これらを効果的なものとするための指導や研修等の実施方法について検討するほか、災害発生時やその後の支援体制について、生活支援コーディネーターや福祉避難所との関わり方も含め、構築及び見直しを図ります。また、災害弱者である要介護者等一人一人の避難行動を定めた個別避難計画作成については、社会福祉課と連携し作成を進めていきます。

介護保険事業所の業務継続計画（BCP）作成及び見直しについては、集団指導や運営指導等の様々な機会で行います。

(2) 感染症対策

感染症に対する備えとして、必要に応じ危機管理部と連携し、介護保険事業所における適切な感染症対策の実施や必要な物資の調達等の状況及び感染状況等を把握し、必要な指導・支援を行います。

第4節 介護が必要な高齢者の支援

本市の65歳以上の高齢者人口は、本計画中（令和6年度～令和8年度）から穏やかに減少していきますが、75歳以上の後期高齢者人口は大幅に増加しているため、ひとり暮らし世帯や高齢者のみの世帯は増加し、医療が必要となる方、介護度が重い方、認知症高齢者等の要介護者は今後も増え続けると見込まれるとともに、総人口の減少に伴い、高齢化率は上昇すると思われまます。

また、中・長期的な人口構造の視点においては、団塊の世代ジュニアが65歳に到達する令和22年（2040年）を迎えるまで、高齢者人口は28,000人台で推移していくため大幅な減少は無い一方、高齢者人口のうち後期高齢者人口の割合は5割を超えることにより、医療ニーズが見込まれるため、訪問リハビリテーションや介護老人保健施設による在宅医療支援機能の充実が重要です。さらに、医療の必要な要介護高齢者の長期療養や生活施設として、介護医療院の整備を図るとともに、介護ニーズの今後の見通しについては、地域の関係者と共有し、在宅医療の整備状況を踏まえ、サービス資源の整備の在り方について、議論を進めていきます。

今後も、介護保険による居宅サービスや施設サービス等の給付を適正に行うとともに、介護現場の安全性の確保やリスクマネジメントを推進するため集団指導等を通じ、適切な運営を図るほか、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）や本市独自の高齢者サービス等を組み合わせ、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて安心して生活を営むことができるよう、医療と介護の一体的な提供体制の確保を図りながら、高齢者の生活を支援します。

1 居宅サービス・介護予防サービス

居宅サービスは、要介護1～5に認定された方が居宅で受ける介護サービスや居宅から通って利用するサービスのことで、訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与等多くの種類があります。

介護予防サービスは、要支援1・2の方が居宅で介護予防を目的として利用するサービスで、介護予防訪問看護、介護予防短期入所介護等のサービスがあります。

要介護者又は要支援認定者がその居宅において、能力に応じた日常生活を営むことができるよう、以下の介護サービスを提供します。

(1) 訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の身体介護や調理、洗濯等の生活援助を提供します。通院等を目的とした、乗降介助も提供します。

（単位：人・千円）

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	1,052	1,074	1,095	1,127
	給付費	1,021,150	1,074,624	1,134,271	1,151,992

※ 人数は1月当たりの平均利用者数、給付費は年間累計の金額

※ 令和5年度は見込数、令和6～8年度は推計値となります。（以下同様）

(2) 訪問入浴介護

居室に浴室がない場合や、感染症等の理由からその他の施設における浴室の利用が困難な場合等に限定して、介護士と看護師が居宅を訪問し、浴槽を用意して入浴介護を提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	63	64	65	66
	給付費	40,928	42,842	43,338	43,684
予防	人数	1	1	1	1
	給付費	70	112	112	112

(3) 訪問看護

疾患等を抱えている人に対し、看護師が居宅を訪問して療養上の世話や診療の補助等のサービスを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	492	508	514	537
	給付費	287,354	301,781	310,935	331,885
予防	人数	61	66	69	71
	給付費	14,290	13,892	14,650	15,062

(4) 訪問リハビリテーション

居宅での生活行為を向上させるために、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問によるリハビリテーションを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	48	49	51	54
	給付費	21,373	21,671	22,336	23,422
予防	人数	22	25	26	27
	給付費	7,695	7,862	8,176	8,490

(5) 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	741	783	829	869
	給付費	95,217	100,808	107,024	112,443
予防	人数	36	36	37	38
	給付費	4,267	4,277	4,411	4,544

(6) 通所介護（デイサービス）

通所介護事業所で、食事、入浴等の日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りで行います。定員 19 人未満の通所介護事業所については、平成 28 年度から地域密着型サービスに移行しました。

(単位:人・千円)

		令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
居宅	人 数	826	840	863	882
	給付費	737, 789	748, 014	782, 997	795, 578

(7) 通所リハビリテーション

老人保健施設や医療機関等で、食事、入浴等の日常生活上の支援や生活行為向上のためのリハビリテーションを日帰りで行います。

(単位:人・千円)

		令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
居宅	人 数	284	295	307	315
	給付費	248, 730	258, 091	269, 482	279, 077
予防	人 数	85	89	89	89
	給付費	32, 619	33, 657	34, 126	34, 361

(8) 短期入所生活介護（ショートステイ）

特別養護老人ホーム・養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設に短期間入所して、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の支援や機能訓練等のサービスを受けます。

(単位:人・千円)

		令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
居宅	人 数	247	268	284	302
	給付費	247, 033	264, 421	287, 748	309, 044
予防	人 数	9	10	10	11
	給付費	3, 281	3, 303	3, 437	3, 781

(9) 短期入所療養介護（ショートステイ）

介護老人保健施設等に短期間入所して、看護その他の必要な医療と日常生活上の世話等のサービスを受けます。

(単位:人・千円)

		令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
居宅	人 数	21	24	26	26
	給付費	13, 017	14, 174	15, 176	15, 417
予防	人 数	1	1	1	1
	給付費	180	195	195	195

(10) 特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等に入居している要介護者（要支援者）に対し、入浴・排泄・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言、その他日常生活上の介護、機能訓練、療養上の世話等を提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	234	240	247	257
	給付費	580,193	599,313	613,266	638,116
予防	人数	32	33	36	41
	給付費	30,106	31,271	33,809	38,199

(11) 福祉用具貸与

要介護者（要支援者）に対し、日常生活上の便宜を図る用具や、機能訓練のための用具で日常生活の自立を助けるものを貸与します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	1,550	1,634	1,720	1,772
	給付費	286,674	303,108	321,909	330,680
予防	人数	452	468	479	482
	給付費	41,646	43,028	43,972	44,232

(12) 特定福祉用具購入費

福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排泄等に使用する福祉用具を購入した場合、年度内において10万円を上限額として福祉用具購入費を支給します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	37	43	46	48
	給付費	12,584	14,596	15,613	16,325
予防	人数	14	15	16	16
	給付費	4,791	5,120	5,449	5,495

(13) 住宅改修

手すりの取付け・段差の解消・滑りの防止と移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更・引き戸等への扉の取替え・洋式便器への取替えやこれらの住宅改修に付帯して必要となる住宅改修をした際、20万円を上限に費用を支給します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	30	34	36	37
	給付費	23,339	26,083	27,381	28,325
予防	人数	12	12	12	13
	給付費	10,306	10,390	10,474	11,458

(14) 居宅介護支援・介護予防支援

居宅サービス・地域密着型サービス等を適切に利用できるように、利用する在宅サービス等の種類や内容・担当者・本人や家族の希望等を勘案し、サービス提供確保のため事業者等と連絡調整等を行うとともに、必要な場合は施設への紹介等を行います。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	2,225	2,331	2,424	2,530
	給付費	415,689	436,180	455,012	476,261
予防	人数	571	600	613	621
	給付費	30,761	32,333	33,035	33,466

2 施設サービス

居宅での生活が困難となった要介護者が利用できる介護保険施設には、①介護老人福祉施設、②介護老人保健施設、③介護医療院があり、利用者の状態に応じたサービスを提供します。(介護療養型医療施設は、令和5年度末で廃止予定)

(1) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

特別養護老人ホームのうち入所定員30人以上のもので、要介護者に対し施設サービス計画に基づき、①入浴・排泄・食事等の日常生活上の世話、②機能訓練、③健康管理、④療養上の世話等のサービスを提供する施設ですが、さらに今後は医療ニーズへの対応がますます重要となることが見込まれます。

また、入所者は原則として要介護3以上に限定されますが、地域の実情を踏まえた適切な運用を前提とすることが重要であるため、要介護1・2の方であっても、やむを得ない事情がある場合は特例入所が認められます。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	436	443	444	444
	給付費	1,376,733	1,411,411	1,419,078	1,430,860

(2) 介護老人保健施設

要介護者に対し施設サービス計画に基づき、①看護、②医学的管理下での介護、③機能訓練等の必要な医療、④日常生活上の世話をを行うことを目的とした施設です。入所対象者は、①～④のサービスを必要とする要介護者で、施設では、在宅の生活への復帰を目指してサービスが提供されます。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	330	333	333	334
	給付費	1,023,001	1,166,322	1,167,604	1,169,977

(3) 介護医療院

日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れや看取りの機能、生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として平成30年度に創設されたものです。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	6	7	7	42
	給付費	25,628	29,625	30,265	176,401

3 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス

地域密着型サービスは、高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた居宅又は地域で生活を継続できるよう、本市の被保険者のみが利用できるサービスです。住み慣れた地域でサービスを受けることができるよう、生活圏域ごとに必要なサービスを提供します。

(1) 認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）

認知症の高齢者が、デイサービスを行う施設等に通り、入浴・排泄・食事等の介護、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話や機能訓練等の介護（予防）サービスを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	112	114	114	115
	給付費	134,492	137,939	139,105	141,894
予防	人数	7	7	9	11
	給付費	6,644	7,103	10,230	13,358

(2) 小規模多機能型居宅介護（通所・訪問・宿泊）

通所を中心に、利用者の選択に応じて訪問系のサービスや泊まりのサービスを組み合わせ、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練等、多機能な介護（予防）サービスを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	46	49	50	51
	給付費	111,597	118,575	121,277	125,599
予防	人数	4	5	5	5
	給付費	3,818	4,365	4,365	4,773

(3) 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

認知症の高齢者が共同生活をする住居で、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話や、機能訓練等の介護（予防）サービスを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅	人数	155	175	179	180
	給付費	474,579	539,963	556,962	562,807
予防	人数	1	1	1	1
	給付費	2,831	2,831	2,831	2,831

(4) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（ミニ特養）

入所定員が29人以下の小規模な介護老人福祉施設に入所する方に、入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練、健康管理及び療養上の世話等の介護サービスを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	28	29	29	29
	給付費	97,310	100,414	100,662	100,909

(5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

平成24年度から創設されたサービスで、要介護者を対象に、介護サービスと看

介護サービスの連携により、短時間の定期訪問や随時の対応を組み合わせ、1日複数回、必要なタイミングで適切な食事内容の確保や服薬の確認、排泄時の清潔保持、心身の状況の変化の定期的な確認等のケアを提供することで、在宅生活を支援します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	16	18	19	20
	給付費	36,908	41,634	44,990	48,346

(6) 夜間対応型訪問介護

夜間でも安心して在宅生活が送れるよう、巡回や通報システムによる夜間専用の訪問介護を受けられます。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	12	13	13	14
	給付費	4,659	5,043	5,349	5,434

(7) 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護のサービスを組み合わせ、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者の状態に応じた柔軟なサービスを提供します。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	30	30	30	30
	給付費	118,528	119,468	120,472	121,410

(8) 地域密着型通所介護

定員19人未満の小規模な通所介護事業所で、平成28年度から地域密着型サービスに移行しました。サービス内容については、移行前と同様に、通所介護事業所で、食事、入浴等の日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りで行います。

(単位:人・千円)

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	人数	293	298	305	312
	給付費	271,122	280,882	293,010	300,407

4 施設整備の目標及び整備状況

本計画期間の令和6年度（2024年度）から令和8年度（2027年度）にかけての施設整備計画は、以下のとおりです。高齢者向けの住まいの質の確保や適切な介護基盤整備を図るため、県や市の住宅施策担当部署と有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅設置状況の情報共有を行うほか、既存施設等の在り方も含め本市の要介護者の人数や介護サービス利用状況、中長期的な人口構造や介護ニーズ及び医療ニーズを勘案し設定しています。

また、施設整備に当たっては第9次静岡県保健医療計画との整合を図ります。

施設の整備目標

施設の名称		単位	令和5年度 実績	令和6年度 計画	令和7年度 計画	令和8年度 計画
介護老人 福祉施設	整備数	人				
	合計	人	430	430	430	430
介護老人 保健施設	整備数	人				
	合計	人	362	362	362	362
介護医療院	整備数	人				100
	合計	人	0	0	0	100
特定施設入居者 生活介護	整備数	人				
	合計	人	724	724	724	724
地域密着型 介護老人 福祉施設※	整備数	人				
	合計	人	29	29	29	29
認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)※	整備数	人	18			
	合計	人	180	180	180	180
小規模多機能型 居宅介護※	整備数	か所				
	合計	か所	3	3	3	3
看護小規模多機 能型居宅介護※	整備数	か所				
	合計	か所	1	1	1	1

※印は地域密着型サービスです。

なお、介護療養型医療施設については、市内には該当する施設はありません。

【参考】有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数

(単位：戸・人)

類 型	施 設 数	入 居 定 員
住宅型有料老人ホーム	9	431
介護付有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	6	724
サービス付き高齢者向け住宅	0	0

※住宅型有料老人ホームでは、介護が必要となった場合、別途、訪問介護等の居宅サービスを利用します。

※介護付有料老人ホームでは、介護が必要となった場合、介護保険サービスが提供されます。

※休止中の施設は除いてあります。

○地域密着型サービスの日常生活圏域ごとの整備状況

(単位：戸)

施設の名称	令和5年度					
	宇佐美	伊東	中央	小室	対島	計
認知症対応型共同生活介護	1	4		1	3	9
認知症対応型通所介護		1	1	1	2	5
小規模多機能型居宅介護			1		2	3
看護小規模多機能型居宅介護		1				1
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護		1				1
夜間対応型訪問介護		1				1
地域密着型通所介護	2	4	2	7	2	17
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護					1	1

5 介護保険サービスの向上のために

(1) 介護保険給付適正化

介護給付適正化事業について、事務負担の軽減を図りつつ効果的・効率的に事業を実施するため、事業の重点化、内容の充実及び見える化を行います。

また、地域差改善や介護給付の適正化に向けて県と議論を行い、今後の事業運営に反映します。

① 要介護認定の適正化

居宅介護支援事業所等に委託している要介護認定調査について、点検を実施し、保険者が直営で行っている場合も含めて、適切に認定調査が行われるよう、実態を把握していきます。

また、認定調査項目別の選択状況について分析等を行い、要介護認定調査の平準化に向けて、認定調査員研修や情報提供を行います。

介護認定審査においては、介護認定までの期間を短縮するための取組を、今後も行います。

② ケアプラン等の点検

1) ケアプラン点検

主任介護支援専門員に協力を得て、基本となる事項を介護支援専門員とともに確認検証しながら、介護支援専門員が自ら改善点を発見し、質の向上を図るとともに、利用者の「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を目指します。

2) 住宅改修の点検

居宅介護住宅改修申請受付後、改修工事を施工する前の受給者宅の実態確認又は工事見積書の点検を行うとともに、施工後の訪問又は、竣工写真等により、住宅改修の施工状況等を点検します。また、必要に応じ、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職種等の協力を得て、受給者の自立支援に資する改修内容であるか確認を行います。

3) 福祉用具購入・貸与調査

福祉用具利用者等に対する訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等を確認します。また、必要に応じ、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職種等の協力を得て、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めます。

③ 医療情報との突合・縦覧点検

1) 医療情報との突合

受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報の突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図ります。

2) 縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況等を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日の点検を行い、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。

④ 介護保険事業所に対する運営指導

地域密着型サービス事業所・居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所に対して運営指導を行うほか、研修等の機会を捉え、事業所の育成・支援を図ります。それ以外の事業所については、県との合同指導を通じ、事業所が適正なサービスを提供するよう、保険者として必要な助言を行うほか、県主催の事業所研修への積極的な参加を推奨します。

⑤ 災害及び感染症に対する備え

介護保険事業所の業務継続計画の義務化に伴う作成や見直しについて、研修や運営指導等の様々な機会に指導に努め、災害発生時やその後の支援体制の構築・見直しを図ります。

また、感染症対策としては、介護保険事業所に対する適切な感染症対策の実施、必要な物資の調達などの状況を把握し、住民の生活支援や地域活動が継続的に実施できるよう、必要な指導・支援を検討します。

⑥ 介護保険制度の周知と情報提供について

介護保険制度の概要、申請書類等のホームページへの掲載に加え、介護保険制度を説明したパンフレットや介護保険料についてのチラシを作成し、窓口等での説明に役立てるほか、被保険者へ通知書を発送する際に同封することで、介護保険制度の周知を図るとともに、介護保険料の納付を促していきます。

(2) 低所得者への対策

① 特定入所者介護（予防）サービス費の支給（負担限度額認定）

住民税世帯非課税の場合もしくは生活保護の受給者については、介護保険施設、短期入所サービス及び地域密着型介護老人福祉施設の利用における食費・

居住費（滞在費）負担について限度額が設定され、限度額を超える分は特定入所者介護（予防）サービス費として補足給付されます。

なお、住民税非課税世帯であっても、世帯分離している配偶者が住民税課税者である場合は、支給対象外となります。

また、資産の要素を勘案するものとし、基準額を超える資産（預貯金等）を所有している場合も支給対象外となります。

② 社会福祉法人による利用者負担軽減

住民税世帯非課税であって、年間収入が150万円以下（単身の場合）等の要件を満たし、生計が困難と本市が認めた方については、社会福祉法人等がその社会的役割の一環として、利用者負担額を軽減します。

この制度については、社会福祉法人等と連携を取りながら、積極的に活用していきます。

③ 介護保険料の減免

保険料段階が第2段階又は第3段階で、世帯の前年の収入合計額が120万円以下、住民税課税者に扶養されていない、住民税課税者と生計を共にしていない、資産等を活用してもなお生活が困窮している状態にあること、介護保険料の滞納が無い等の要件を満たす方は、申請により保険料が減免されます。

④ 介護保険料の軽減

介護保険料の第1～3段階については、消費税による公費が投入され、保険料率が、第1段階は0.17（年額12,240円）、第2段階は0.2（年額14,400円）、第3段階は0.005（年額360円）軽減されています。

6 第1号被保険者の介護保険料について

第1号被保険者の介護保険料は、計画期間の令和6年度（2024年度）から令和8年度（2027年度）に必要な保険給付費、地域支援事業費等の総額から、国、県、市の負担金及び第2号被保険者の保険料を差し引いて、第1号被保険者数で割って算出します。

(1) 給付費の見込み

(単位：千円)

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	計
介護サービス	8,156,982	8,405,262	8,736,293	25,298,537
介護予防サービス	199,739	209,272	220,357	629,368
高額介護サービス	197,070	202,674	208,240	607,984
高額医療合算介護サービス	24,386	25,079	25,768	75,233
特定入所者介護サービス	235,752	242,455	249,114	727,321
審査支払手数料	5,975	6,145	6,314	18,434
計	8,819,904	9,090,887	9,446,086	27,356,877

(2) 地域支援事業費の見込み

(単位：千円)

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	計
介護予防・日常生活支援総合事業	326,871	341,536	357,109	1,025,516
包括的支援事業 (地域包括支援センター分)・任意事業	163,669	165,687	167,699	497,055
包括的支援事業 (その他事業分)	49,682	50,234	50,521	150,437
計	540,222	557,457	575,329	1,673,008

(3) 保険給付費及び地域支援事業費の財源

介護保険の財源は、公費で半分を負担し、残りの半分を介護保険加入者が保険料として負担しています。

令和6年度（2024年度）から令和8年度（2027年度）までの第1号被保険者（65歳以上）の負担割合は23%、第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の負担割合は27%となっています。

（単位：％）

区 分		保険料		国		県	市
		第1号 被保険者	第2号 被保険者	定率 負担	※調整 交付金	定率 負担	定率 負担
保 険 給 付 費		23	27	20	5	12.5	12.5
地 域 支 援 事 業 費	介護予防・日常生活 支援総合事業	23	27	20	5	12.5	12.5
	包括的支援事業 任意事業	23	—	38.5	—	19.25	19.25

※調整交付金の交付率は標準が5%ですが、それぞれの市町村の後期高齢者の割合や被保険者の所得段階別の割合に応じて決定されます。

※包括的支援事業・任意事業の国・県・市の負担割合は見込数値です。

(4) 第1号被保険者数の推計

（単位：人）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合 計
第1号被保険者数	28,842	28,780	28,665	86,287

(5) 所得段階別介護保険料

第9期（令和6年度〈2024年度〉～令和8年度〈2026年度〉）の第1号被保険者の介護保険料は、保険料段階の多段階化を行い、基準月額を6,000円として以下のとおり算定しました。保険料率の※は、低所得者軽減前の保険料率です。

段階	該 当 要 件	保 険 料 率	年額保険料 (中段：月額) (下段：軽減前年額)
第1	・生活保護受給者、世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税で、※本人の前年の合計所得金額から年金所得を控除したもの+課税年金収入額が80万円以下	0.285 (0.455)※	20,520円 (1,710円) (32,760円)
第2	世帯全員が住民税非課税で、※本人の前年の合計所得金額から年金所得を控除したもの+課税年金収入額が80万円超120万円以下	0.44 (0.64)※	31,680円 (2,640円) (46,080円)
第3	世帯全員が住民税非課税で、※本人の前年の合計所得金額から年金所得を控除したもの+課税年金収入が120万円超	0.685 (0.69)※	49,320円 (4,110円) (49,680円)
第4	世帯員に住民税課税者があり、本人住民税非課税で、※本人の前年の合計所得金額から年金所得を控除したもの+課税年金収入額が80万円以下	0.85	61,200円 (5,100円)
第5	世帯員に住民税課税者があり、本人住民税非課税で、※本人の前年の合計所得金額から年金所得を控除したもの+課税年金収入額が80万円超	1.00	72,000円 (6,000円)
第6	本人住民税課税 (前年の合計所得金額120万円未満)	1.20	86,400円 (7,200円)
第7	本人住民税課税 (前年の合計所得金額120万円以上210万円未満)	1.30	93,600円 (7,800円)
第8	本人住民税課税 (前年の合計所得金額210万円以上320万円未満)	1.50	108,000円 (9,000円)
第9	本人住民税課税 (前年の合計所得金額320万円以上420万円未満)	1.70	122,400円 (10,200円)
第10	本人住民税課税 (前年の合計所得金額420万円以上520万円未満)	1.80	129,600円 (10,800円)
第11	本人住民税課税 (前年の合計所得金額520万円以上620万円未満)	2.10	151,200円 (12,600円)

第12	本人住民税課税 (前年の合計所得金額 620 万円以上 720 万円未満)	2. 20	158, 400円 (13, 200円)
第13	本人住民税課税 (前年の合計所得金額 720 万円以上 1, 000 万円未満)	2. 25	162, 000円 (13, 500円)
第14	本人住民税課税 (前年の合計所得金額 1, 000 万円以上)	2. 50	180, 000円 (15, 000円)

※本人の前年の合計所得金額から年金所得を控除したものが0以下の場合は0とする。

7 中長期的な介護給付費・介護保険料等の推計

団塊ジュニアの世代が65歳以上となる令和22年（2040年）に向けて、下記のとおり介護給付費・介護保険料等の推計を行いました。

(1) 給付費の見込み

(単位:千円)

区 分	令和22年度
介護サービス	10,251,366
介護予防サービス	200,030
高額介護サービス	227,194
高額介護医療合算サービス	28,114
特定入所者介護サービス等	271,789
審査支払手数料	6,889
計	10,985,382

(2) 地域支援事業費の見込み

(単位:千円)

区 分	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業	275,077
包括的支援事業(地域包括支援センター分) ・任意事業	155,553
包括的支援事業(その他事業分)	49,044
計	479,674

(3) 第1号被保険者数の推計

28,220人 令和22年度(2040年度)

(4) 介護保険料の推計 保険料基準額(月額)

8,371円 令和22年度(2040年度)

高齢者実態調査の結果について

調査の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 86

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(一般・事業対象者・要支援者)

- 1 家族や生活状況について・・・・・・・・・・・・・・ 87
家族構成、介護の必要性、経済状況
- 2 からだを動かすことについて・・・・・・・・・・・・・・ 88
立ち上がりや転倒等の状況、外出機会
- 3 食べることについて・・・・・・・・・・・・・・ 92
食事の状況、歯の状況
- 4 毎日の生活について・・・・・・・・・・・・・・ 94
物忘れや買い物等の状況
- 5 地域での活動について・・・・・・・・・・・・・・ 97
ボランティア活動等の参加状況
- 6 たすけあいについて・・・・・・・・・・・・・・ 100
心配事を聞いてくれる人や世話をしてくれる人の状況
- 7 健康について・・・・・・・・・・・・・・ 102
心身の健康状態
- 8 ご自身の死期が迫ったときについて・・・・・・・・・・・・・・ 105
死期において受ける世話や治療の思案状況
- 9 日常生活における困りごとや不安について・・・・・・・・・・・・・・ 106
不安・困りごとの状況
- 10 普段の食事で気になること・・・・・・・・・・・・・・ 107
- 11 かかりつけ医の有無について・・・・・・・・・・・・・・ 107
- 12 年1回以上の歯科医院での定期検診の有無について・・・・・・・・・・・・・・ 108
- 13 「フレイル」の内容認知について・・・・・・・・・・・・・・ 108
- 14 「認知症」になった場合の現居住地での継続的生活の可否
について・・・・・・・・・・・・・・ 109
- 15 「認知症」(ご自身または家族)になった場合の不安につい
て・・・・・・・・・・・・・・ 109

在宅介護実態調査(要介護者)

- 1 年齢について・・・・・・・・・・・・・・ 110
年齢、同居の家族
- 2 普段の生活について・・・・・・・・・・・・・・ 111
要介護認定状況、施設等への入所・入居の状況

3	介護の状況について・・・・・・・・・・・・・・・・	112
	家族や親族からの介護頻度、介護者の年齢、介護に対する不安、 介護者の勤務形態	

調査の概要

1 調査の目的

本調査は、本市における介護サービス利用の実態を把握するとともに、高齢者の普段の生活や健康についてどのようなご意見を持っているかを把握し、第10次伊東市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画の基礎資料とするために実施しました。

2 調査対象と対象者数

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査対象	対象者	人数
一般高齢者	市内65歳以上の高齢者で、要介護認定・要支援認定を受けておらず、かつ事業対象者でない方	600人
総合事業対象者	市内65歳以上の高齢者で、在宅の事業対象者の方	100人
要支援者	市内65歳以上の高齢者で、在宅の要支援認定を受けている方	500人

(2) 在宅介護実態調査

調査対象	対象者	人数
要介護者	市内65歳以上の高齢者で、在宅の要介護認定を受けている方	800人

3 調査期間 令和4年11月～令和5年3月

4 回収状況

調査対象	配付数	回収数	有効回答数	回収率
一般高齢者	600人	388	384	64.7%
総合事業対象者	100人	67	67	67.0%
要支援者	500人	325	325	65.0%
要介護者	800人	432	431	54.0%

5 調査方法

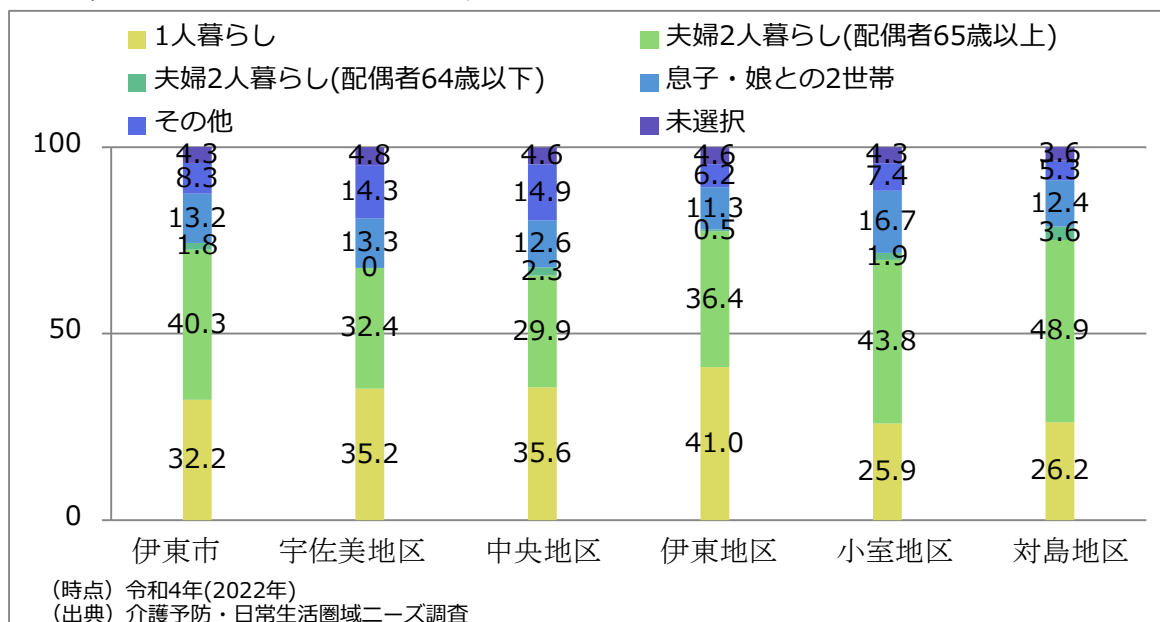
無作為に抽出した対象者に、郵送により調査票の配付・回収を行い、回答は無記名としました。

調査の結果

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（一般・総合事業対象者・要支援者）

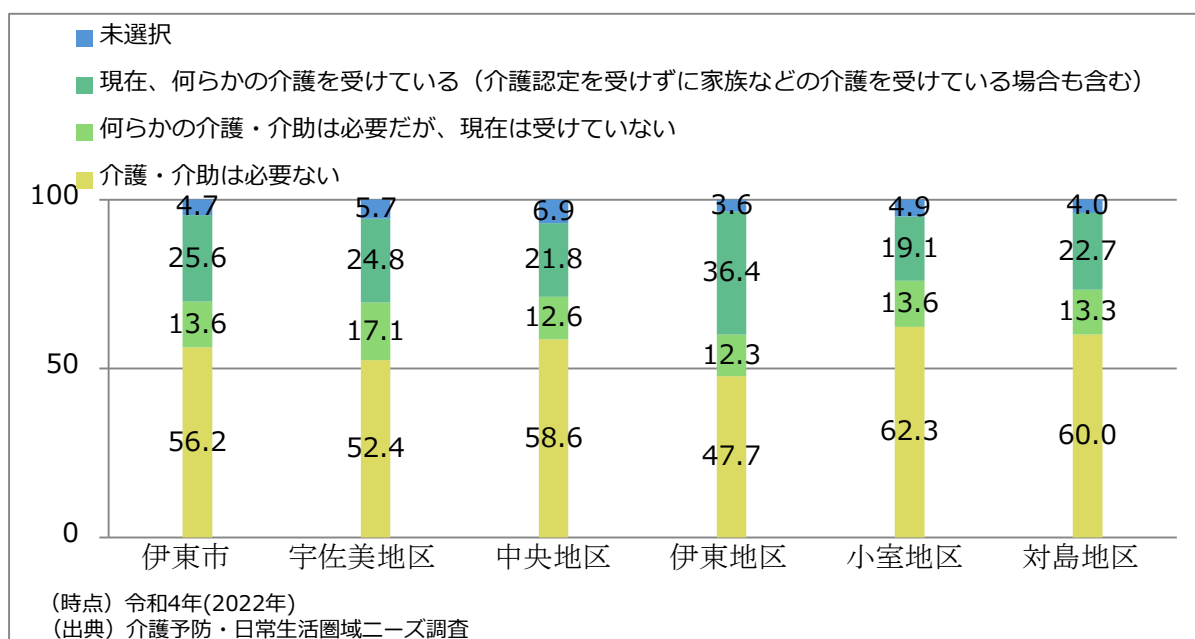
1 家族や生活状況について

問 家族構成を教えてください。



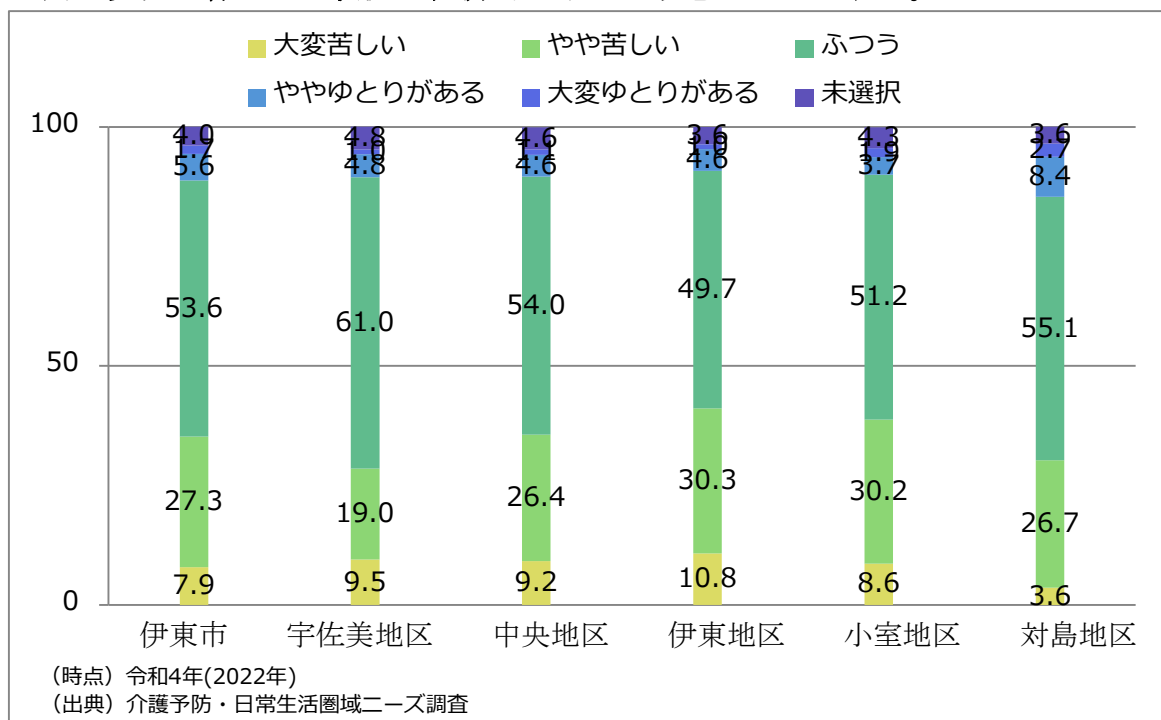
「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上及び配偶者64歳以下）」（40.3%・前回比3.1%増）が多く、以下「1人暮らし」（32.2%・前回比2.0%増）が増えています。

問 あなたは普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。



約半数は「介護・介助は必要ない」（56.2%・前回比0.8%増）が占め、以下「家族などから何らかの介護を受けている」（25.6%・前回比2.3%減）と続きます。

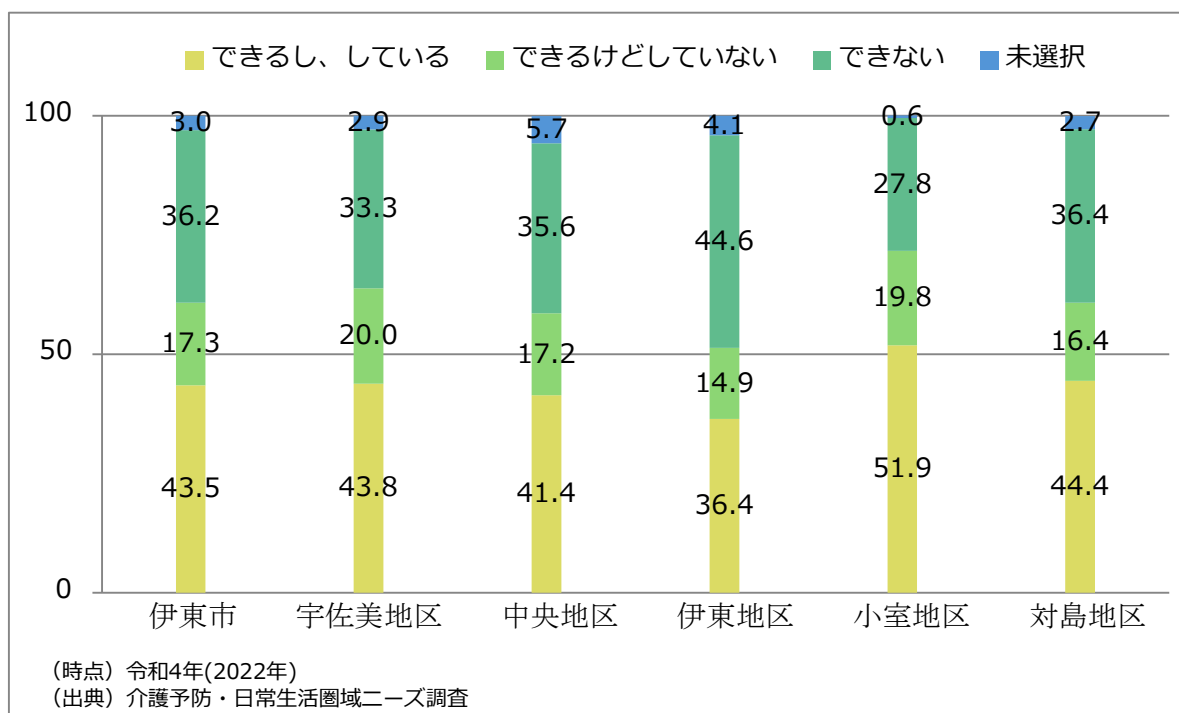
問 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。



約6割の方が今の経済状況に不自由を感じていない一方、約4割の方が暮らしが苦しい（前回比1.1%増）と感じている結果となりました。

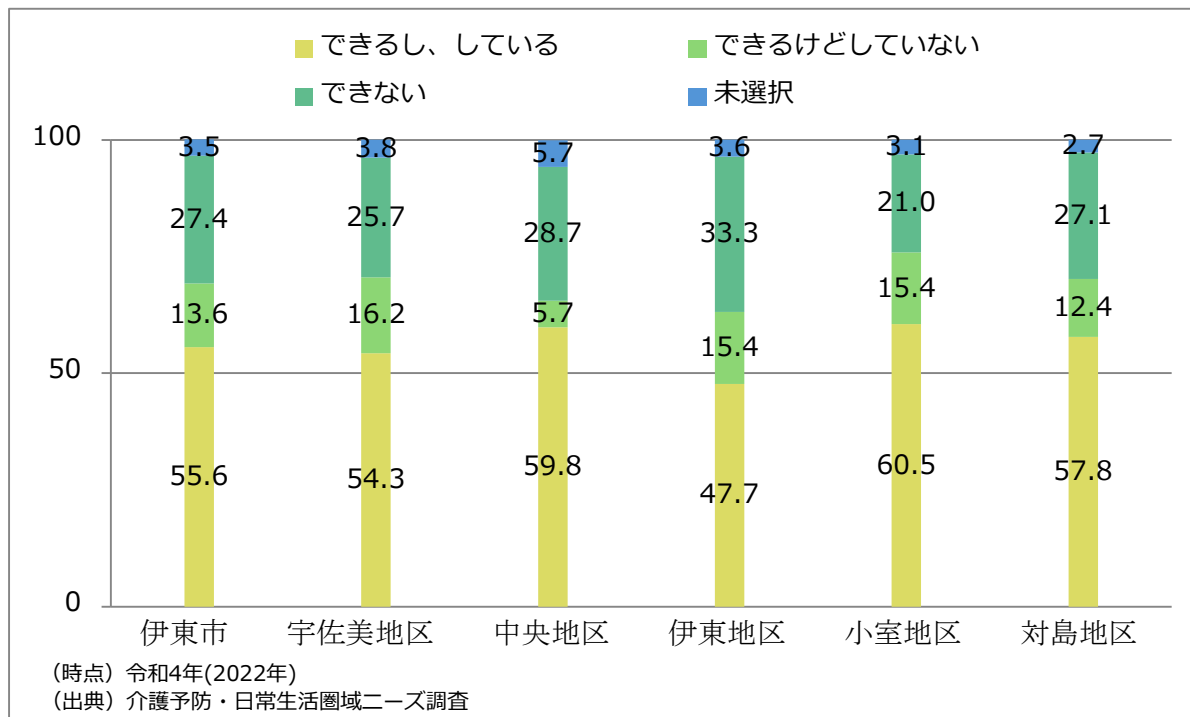
2 からだを動かすことについて

問 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。



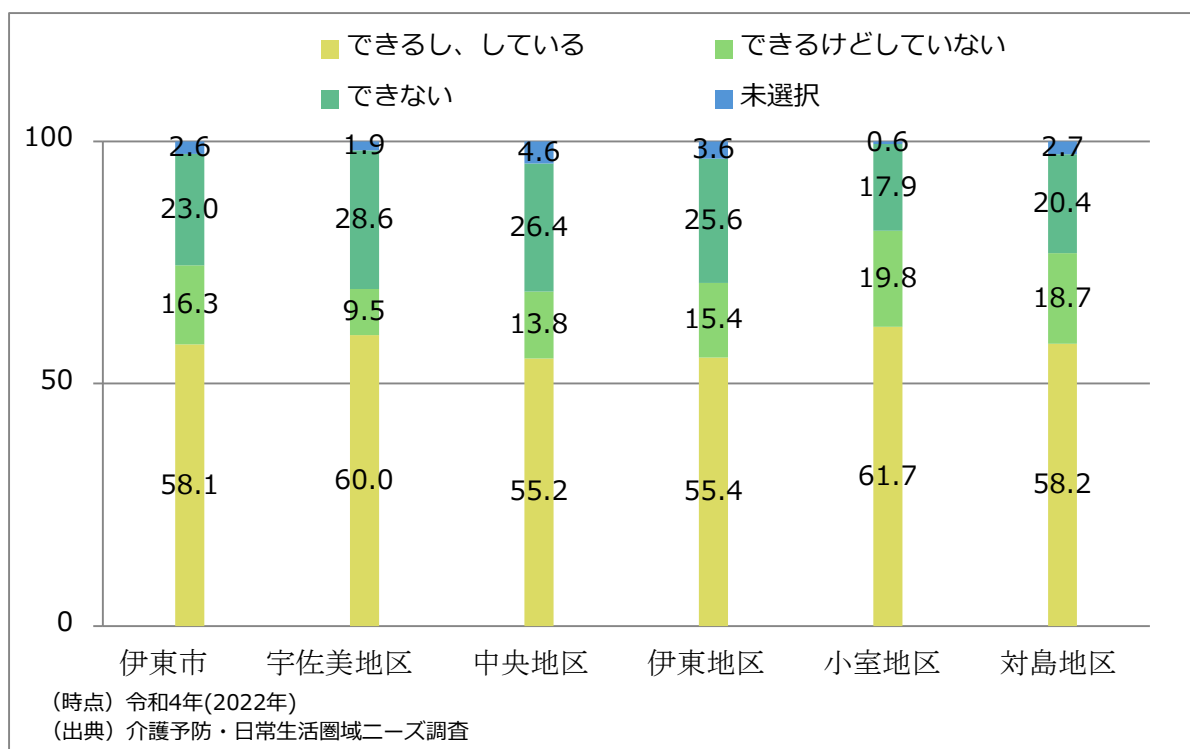
約6割の方が階段を手すりや壁をつたわずに昇ることができる一方、約4割は昇ることができない（前回比1.5%減）という結果となりました。

問 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。



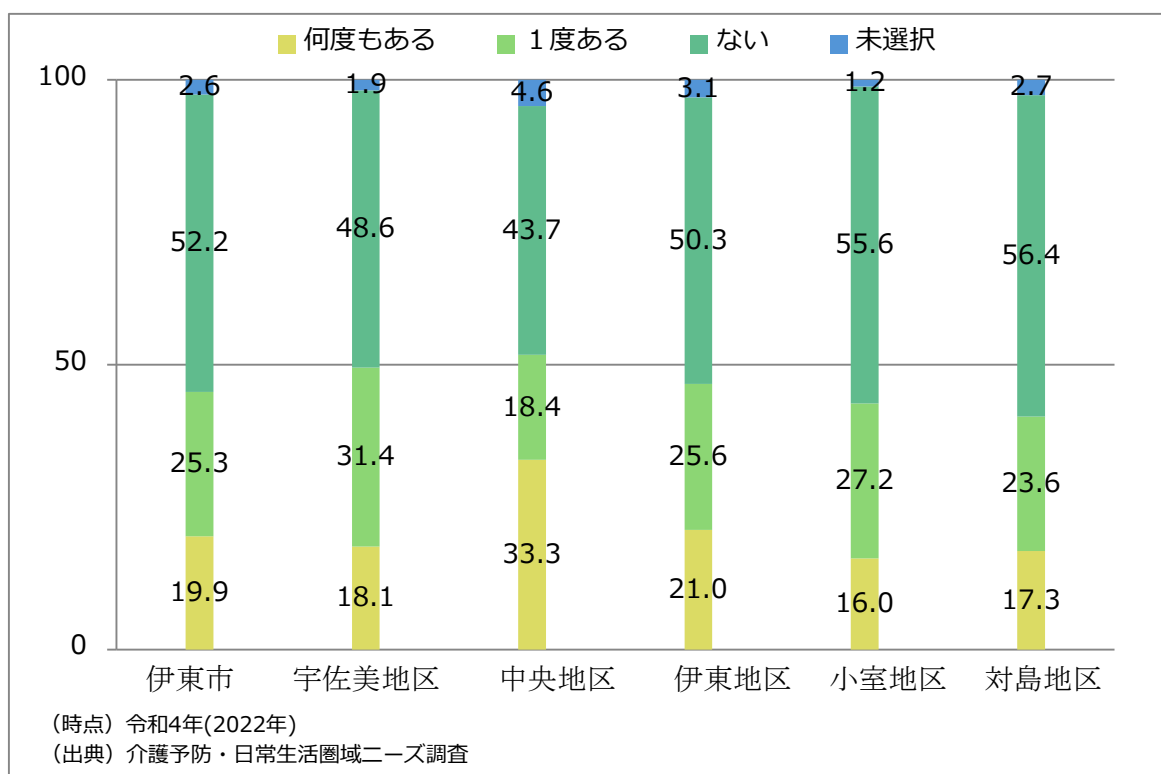
約7割の方が立ち上がれる一方、約3割は立ち上がれない結果(前回比3.5%減)となりました。小室地区では立ち上がれる人が多い一方、伊東地区はできない人が多いです。

問 15分位続けて歩いていますか。



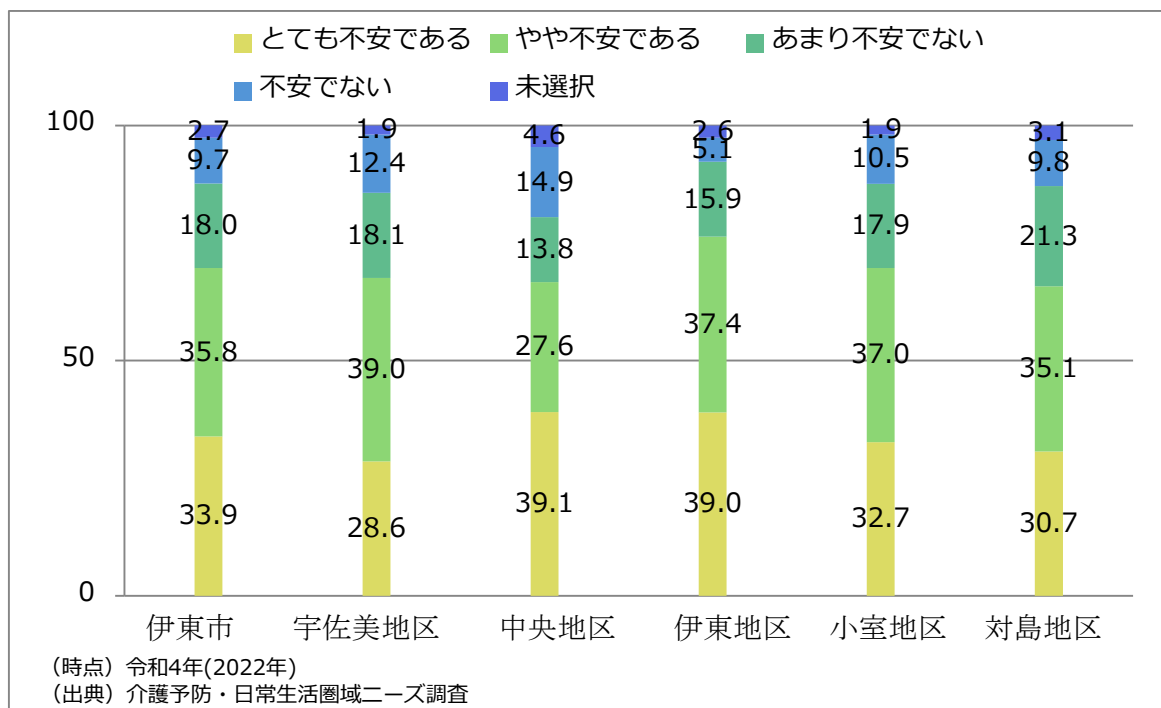
約7割の方が15分位続けて歩ける一方、約2割は歩けない(前回比2.5%増)という結果となりました。中央地区に歩けない人が多いことがわかります。

問 過去1年間に転んだ経験がありますか。



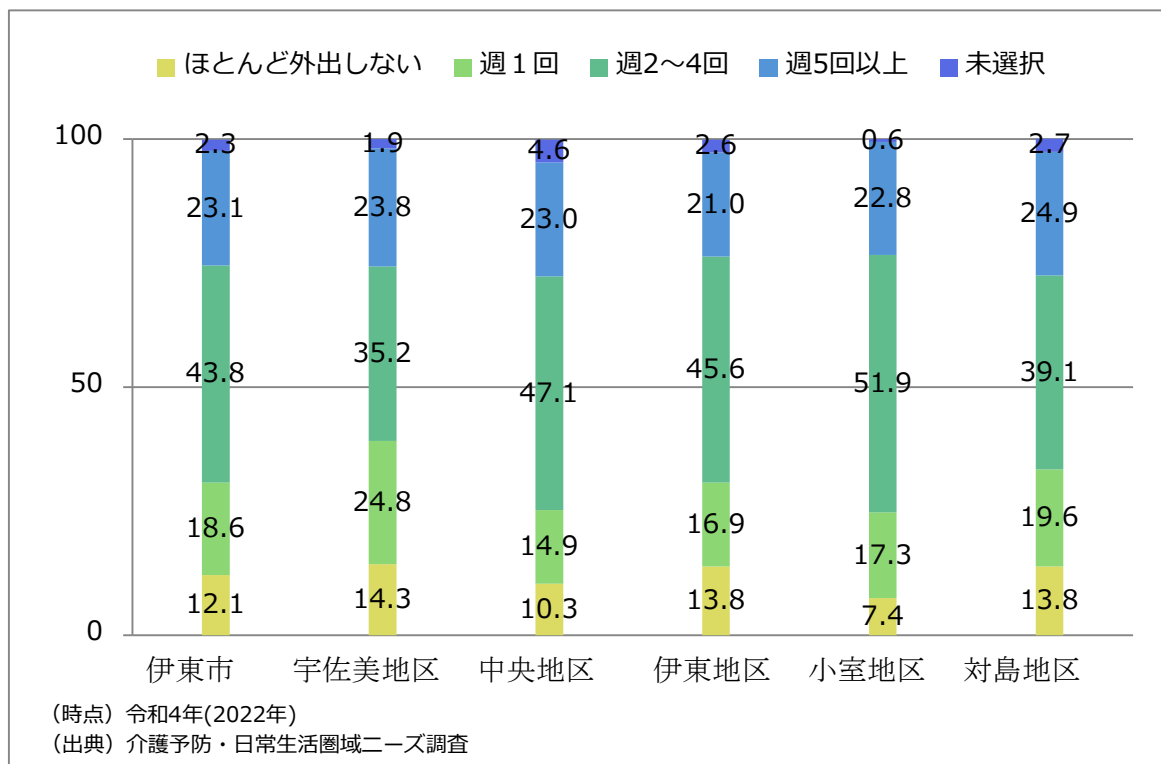
約5割の方が転んだ経験がない一方、約4割（前回比0.3%増）は1度以上転んでいる結果となりました。対島地区は比較的転んだ経験が少ないです。

問 転倒に対する不安は大きいですか。



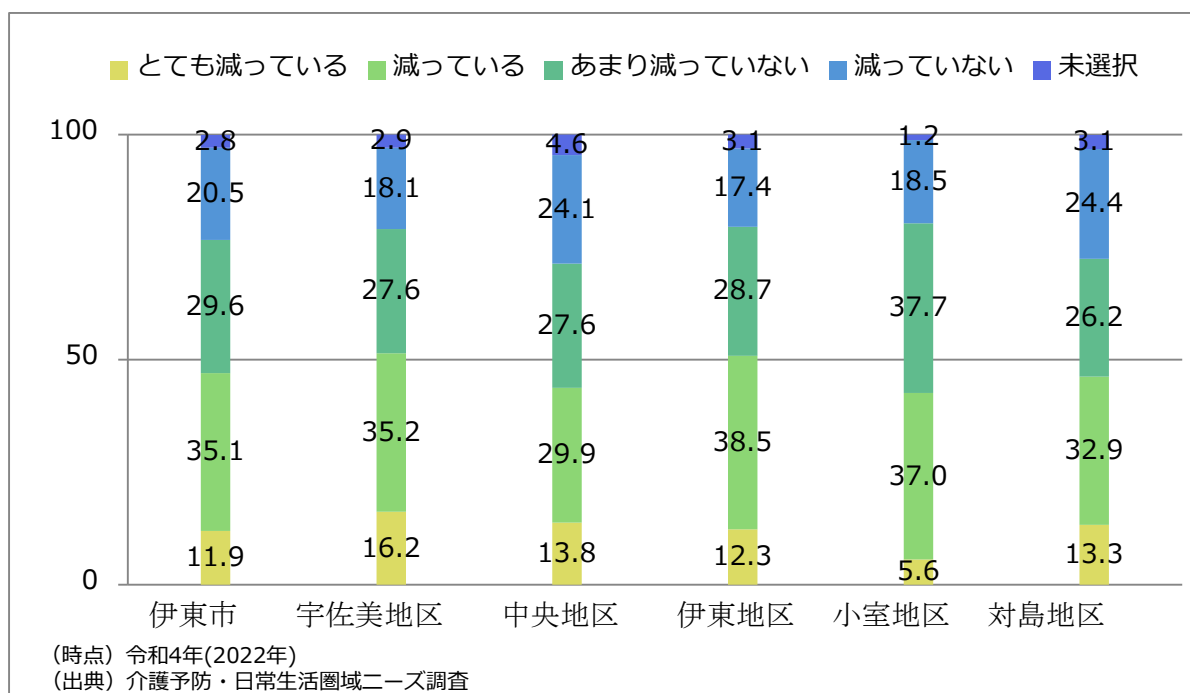
約8割の方（前回比1.9%増）が転倒に不安を感じている結果となりました。前の質問で過去に転倒の経験があると、不安を感じている人が多くなります。

問 週に1回以上は外出していますか。



9割以上の方が週1回以上の外出をする一方、約1割(前回比1.1%増)がほとんど外出しないと答えています。新型コロナウイルス感染予防のため、外出をしない人が増えている傾向にあります。

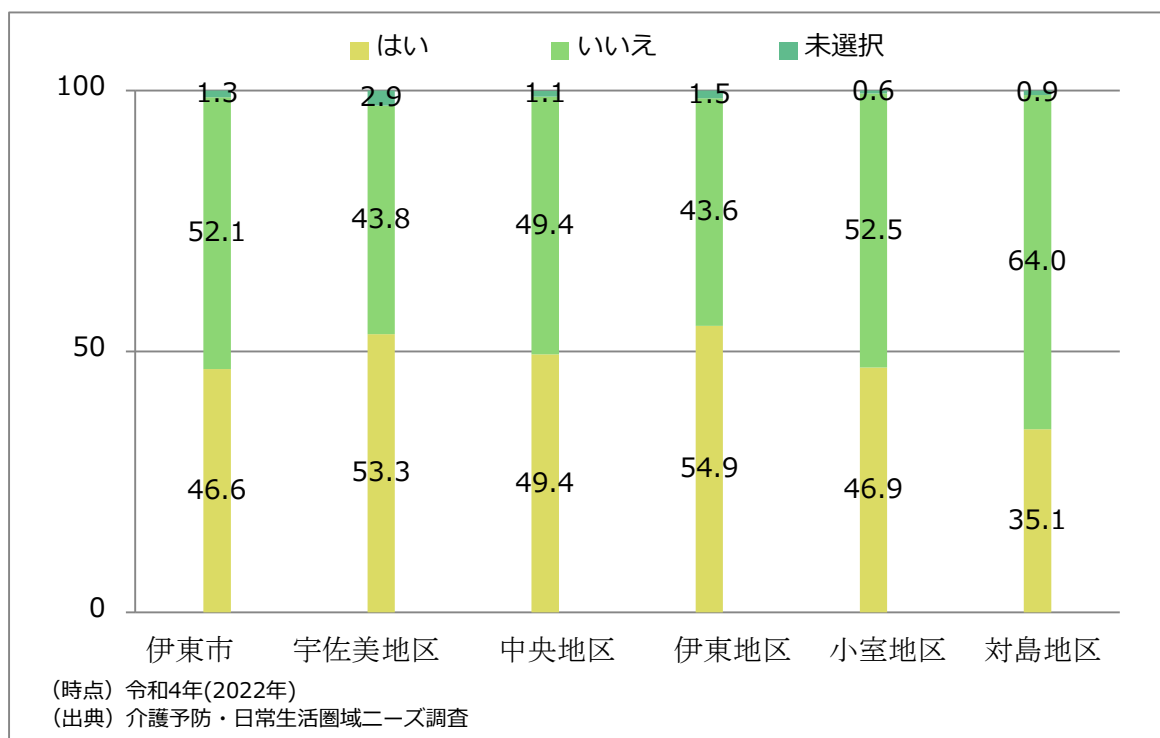
問 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。



約5割の方(前回比8.5%増)が「減っている」と回答しています。新型コロナウイルス流行により、外出の機会が減っている傾向にあることが伺えます。

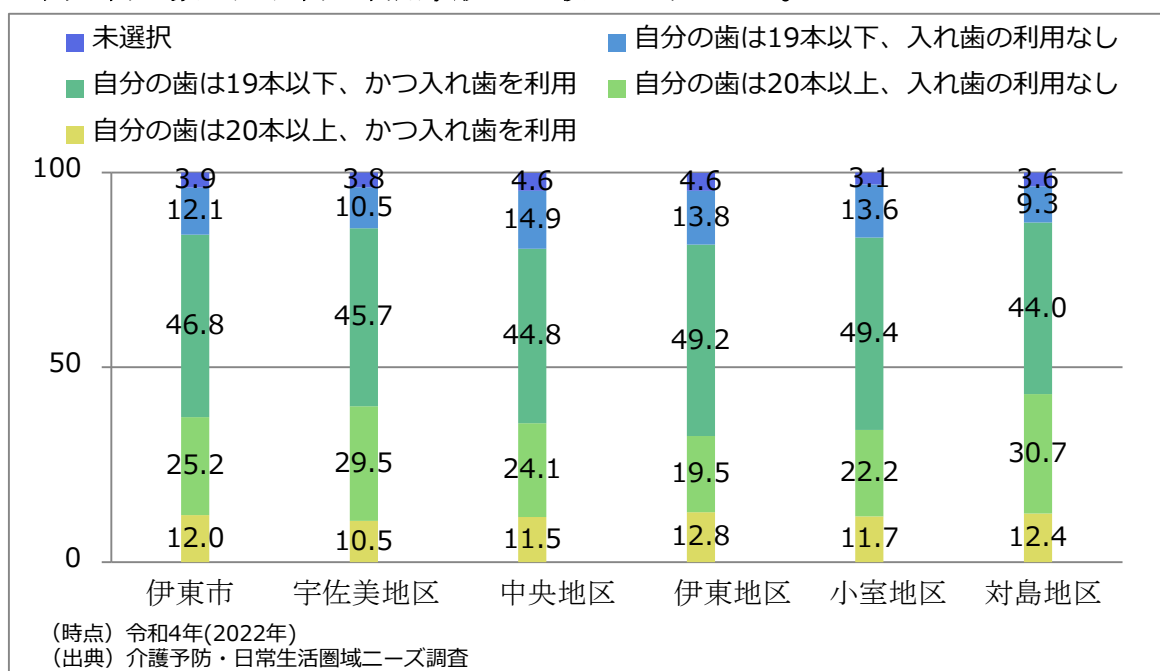
3 食べることについて

問 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。



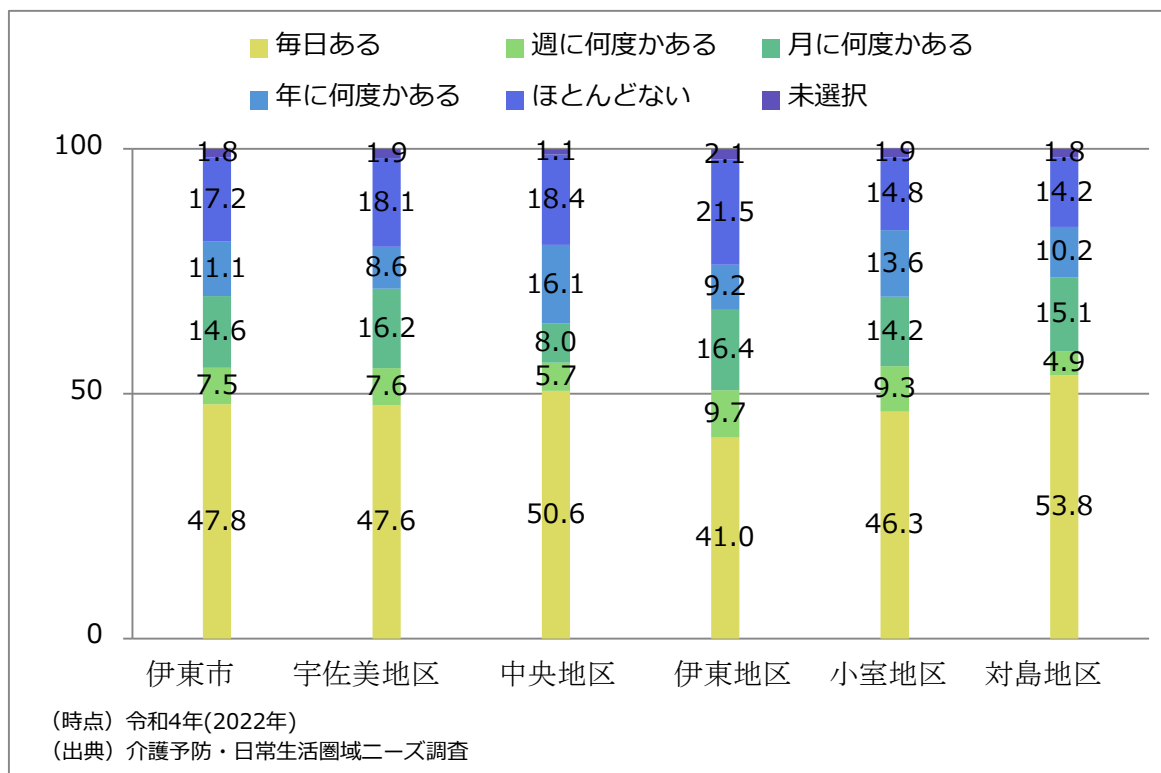
約5割の方は「はい(変化なし)」と回答していますが、4割の方(前回比3.2%増)は「食べにくくなった」と答えています。

問 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。



約3割の方は歯が20本以上あると回答していますが、約5割の方(前回比1.3%減)は19本以下で入れ歯の利用者が多いことがわかります。

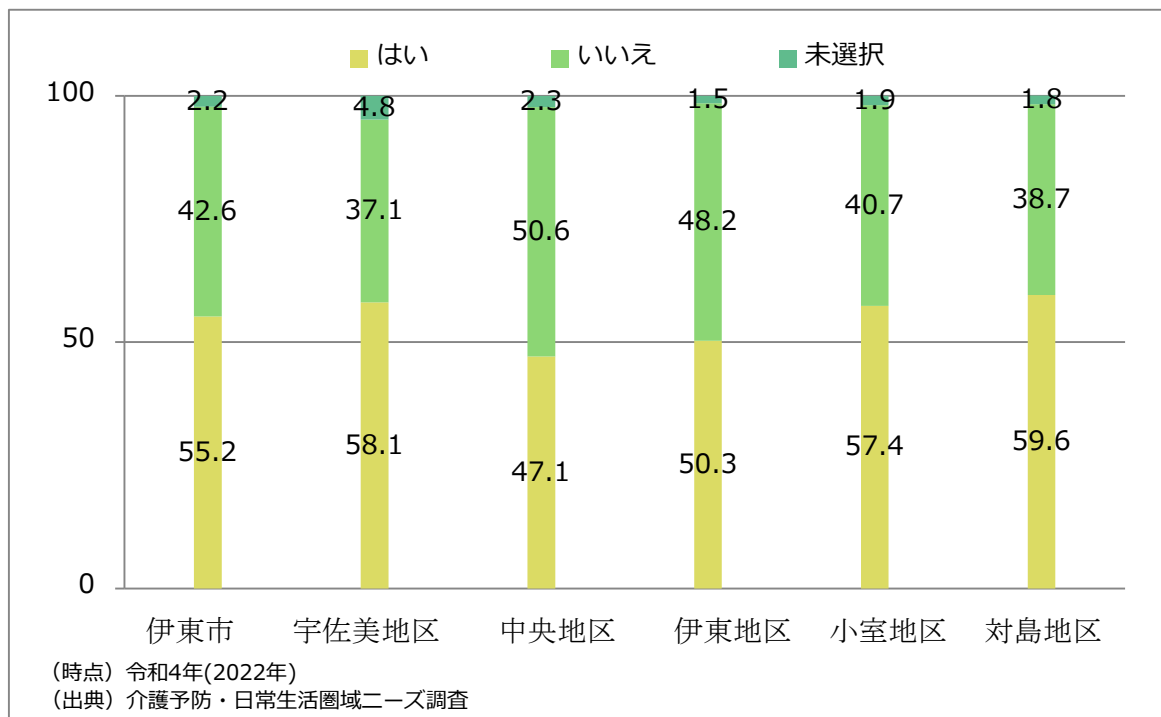
問 どなたかと食事をとにもする機会がありますか。



約5割の方は毎日複数で食事をしていると回答していますが、残りの約2割の方（前回比6.5%増）はほとんどないと答えています。

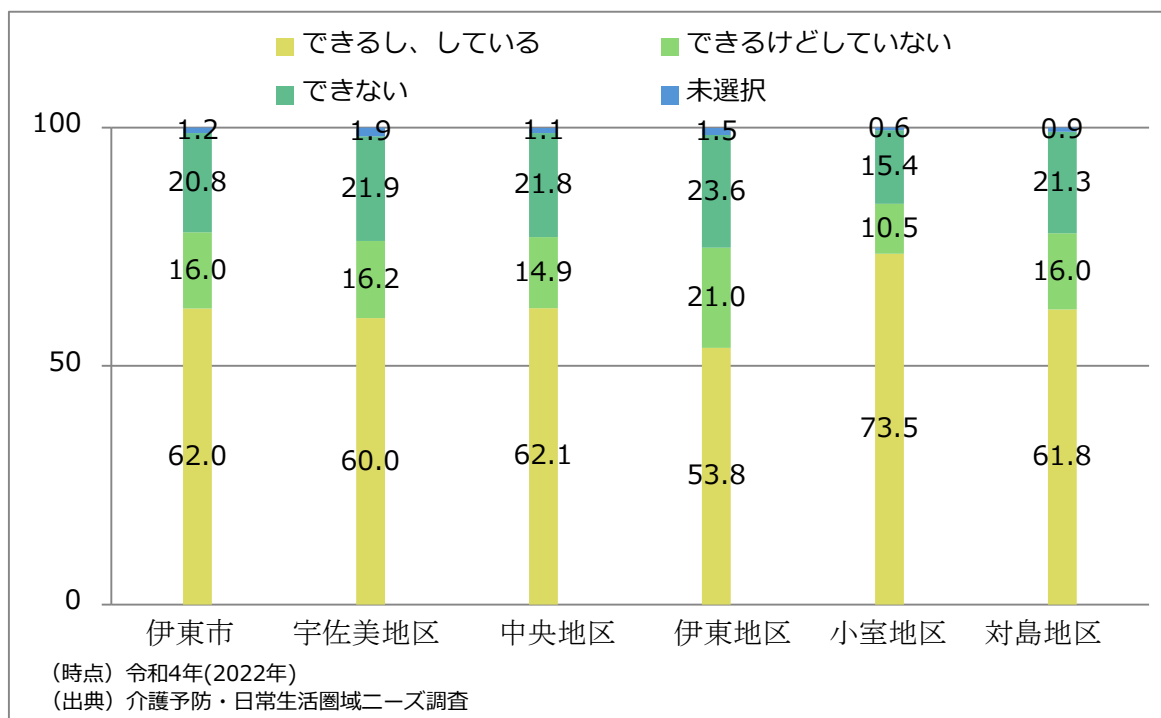
4 毎日の生活について

問 物忘れが多いと感じますか。



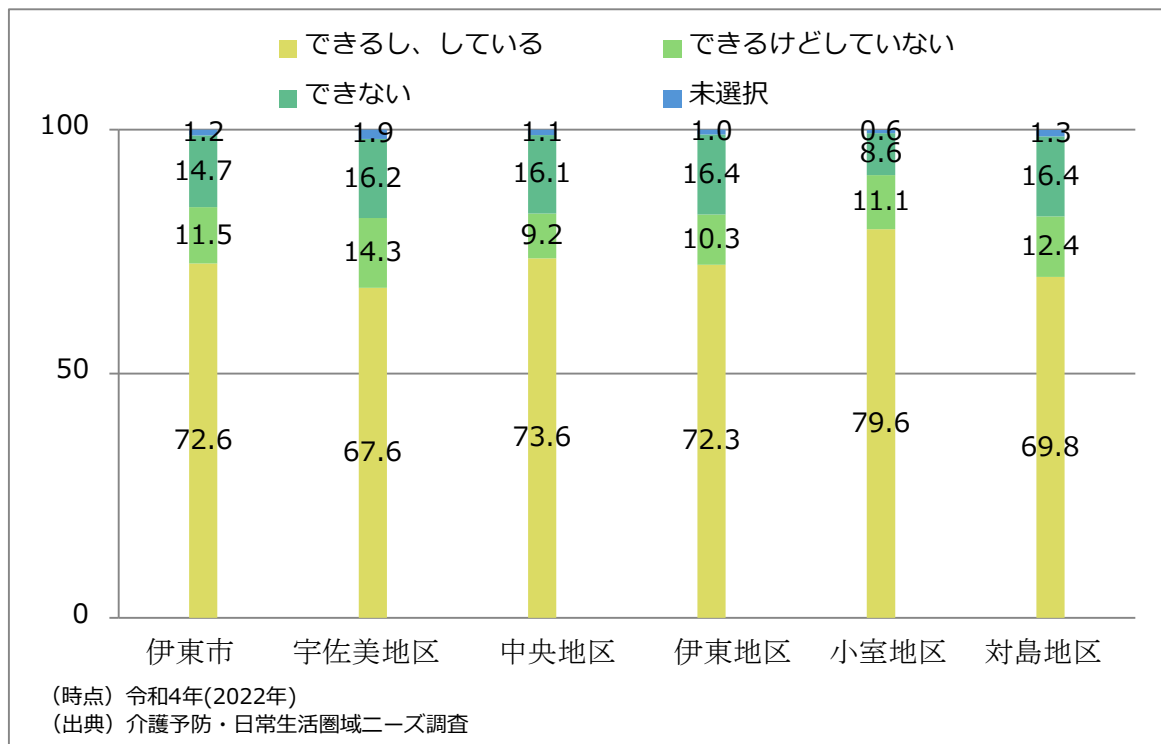
約5割の方（前回比0.5%増）は物忘れが多いと回答しています。

問 バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）。



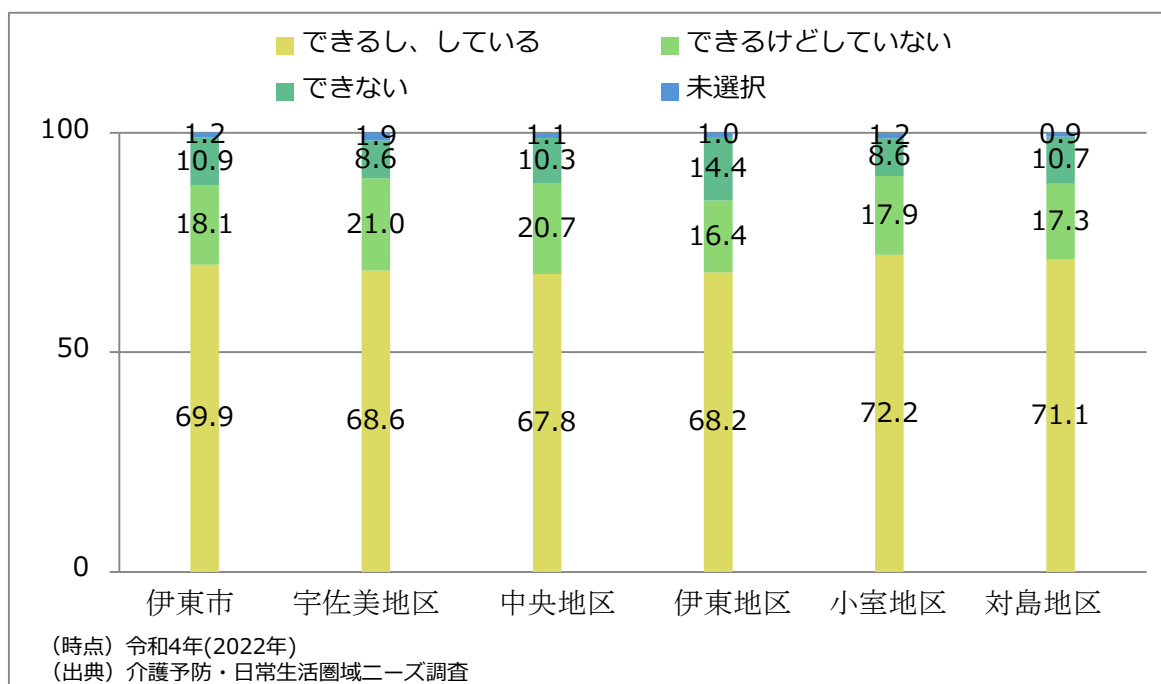
約6割の方は1人で外出している一方、約3割の方は外出していない（前回比2.9%増）と回答しています。伊東地区の方がバス等を利用して特に外出しない傾向にあります。

問 自分で食品・日用品の買物をしていますか。



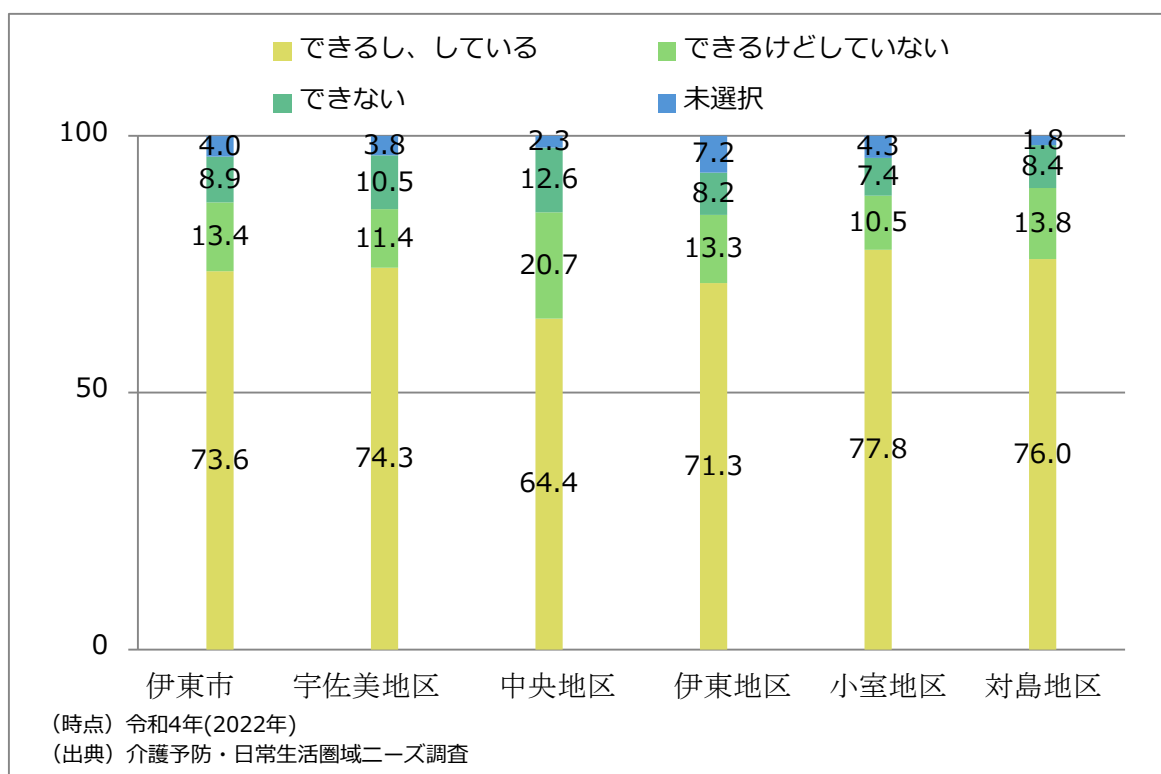
約7割の方は買物をしていると回答する一方、約3割の方はしていない（前回比1.9%減）と回答しています。外出の機会が多い地区は自分で買物をしている傾向にあります。

問 自分で食事の用意をしていますか。



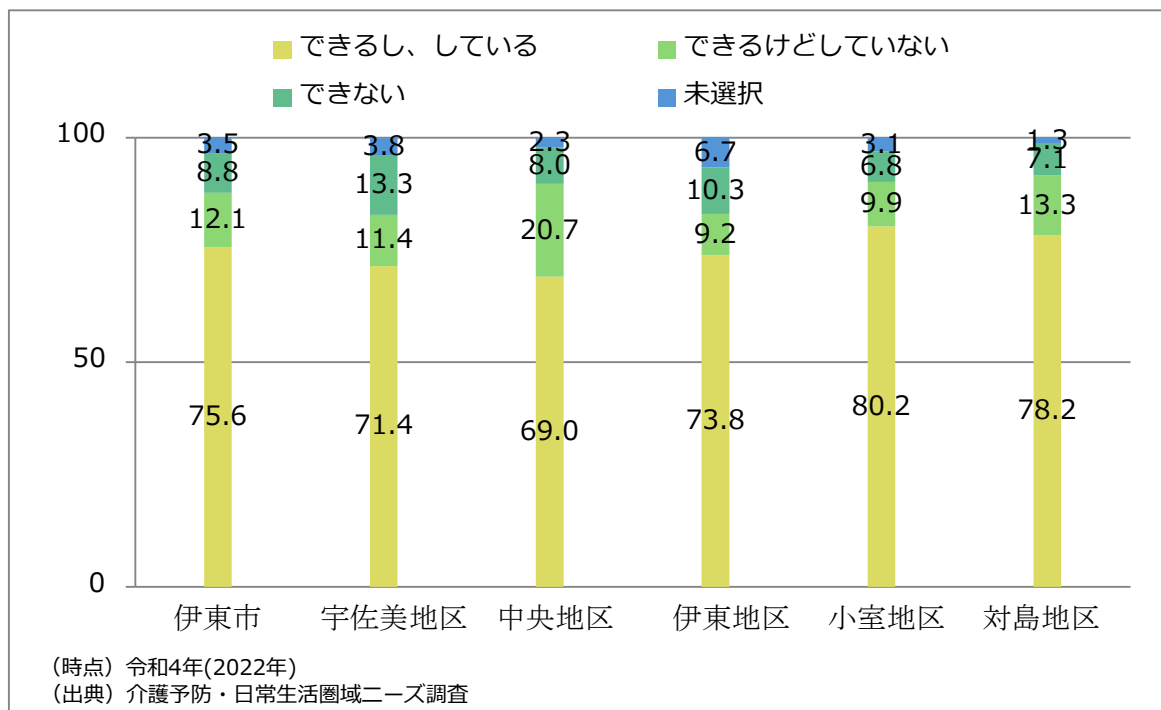
約7割の方は食事の用意をしていると回答する一方、約3割の方はしていない（前回比3.3%減）と回答しています。

問 自分で請求書の支払いをしていますか。



約7割の方は自分で支払いをしていると回答する一方、約1割の方はできない(前回比1.5%減)と回答しています。

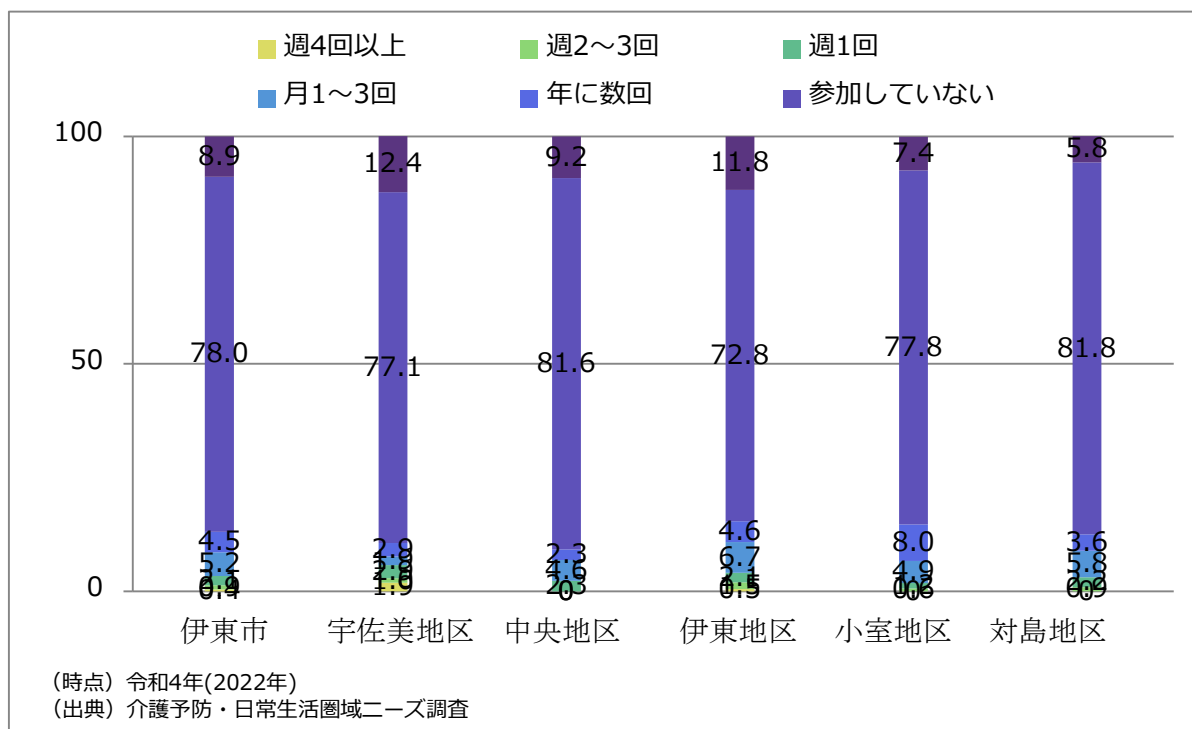
問 自分で預貯金の出し入れをしていますか。



約7割の方は自分で預貯金を出し入れしていると回答する一方、約1割の方はできない(前回比3.7%減)と回答しています。

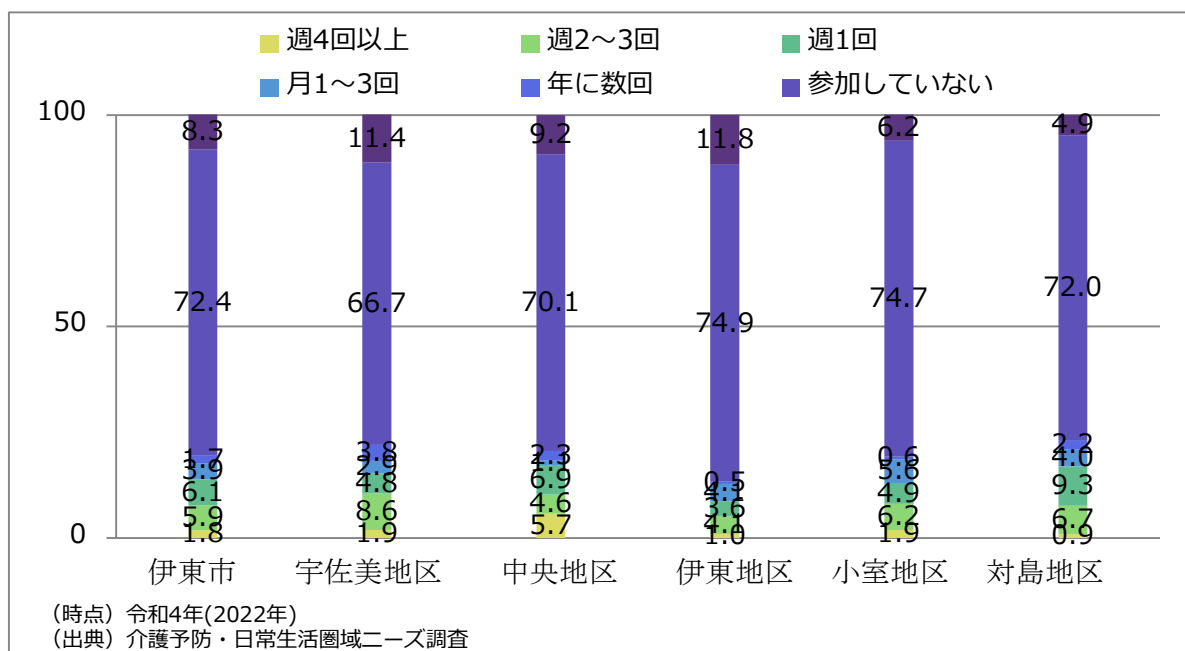
5 地域での活動について

問 ボランティアグループへどれくらいの頻度で参加していますか。



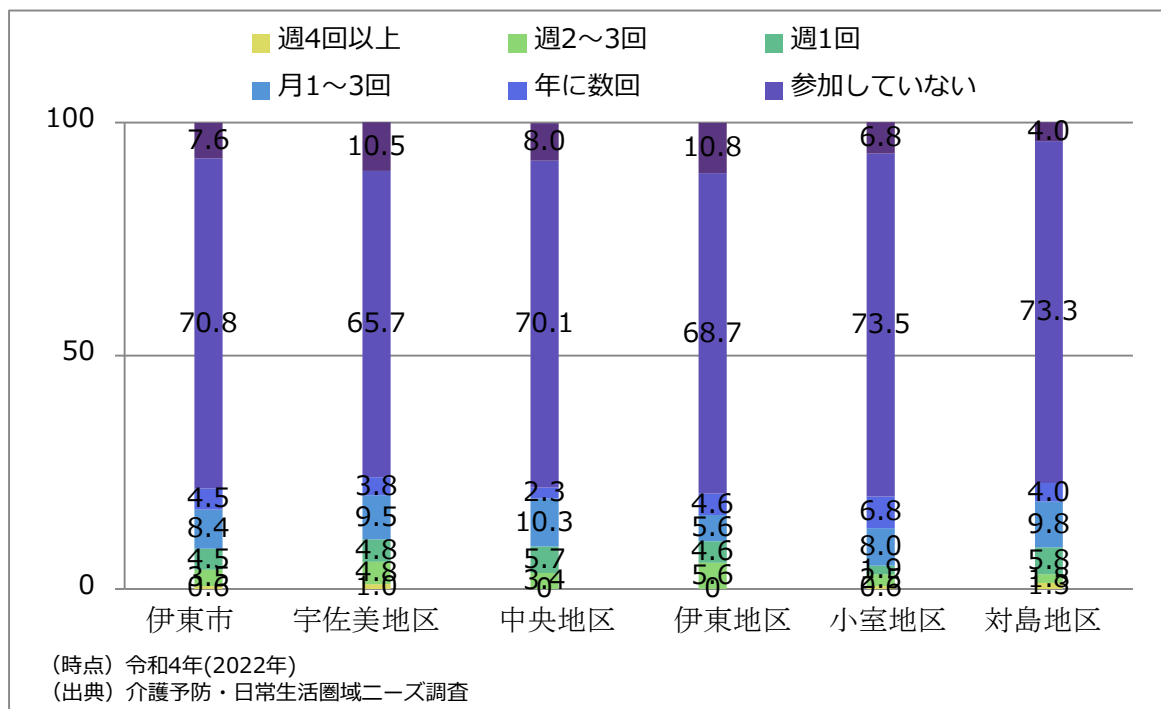
約8割の方が「年に数回」と最も多く回答する一方、約1割の方は参加していない（前回比5.3%減）と回答しています。

問 スポーツ関係のグループやクラブへどれくらいの頻度で参加していますか。



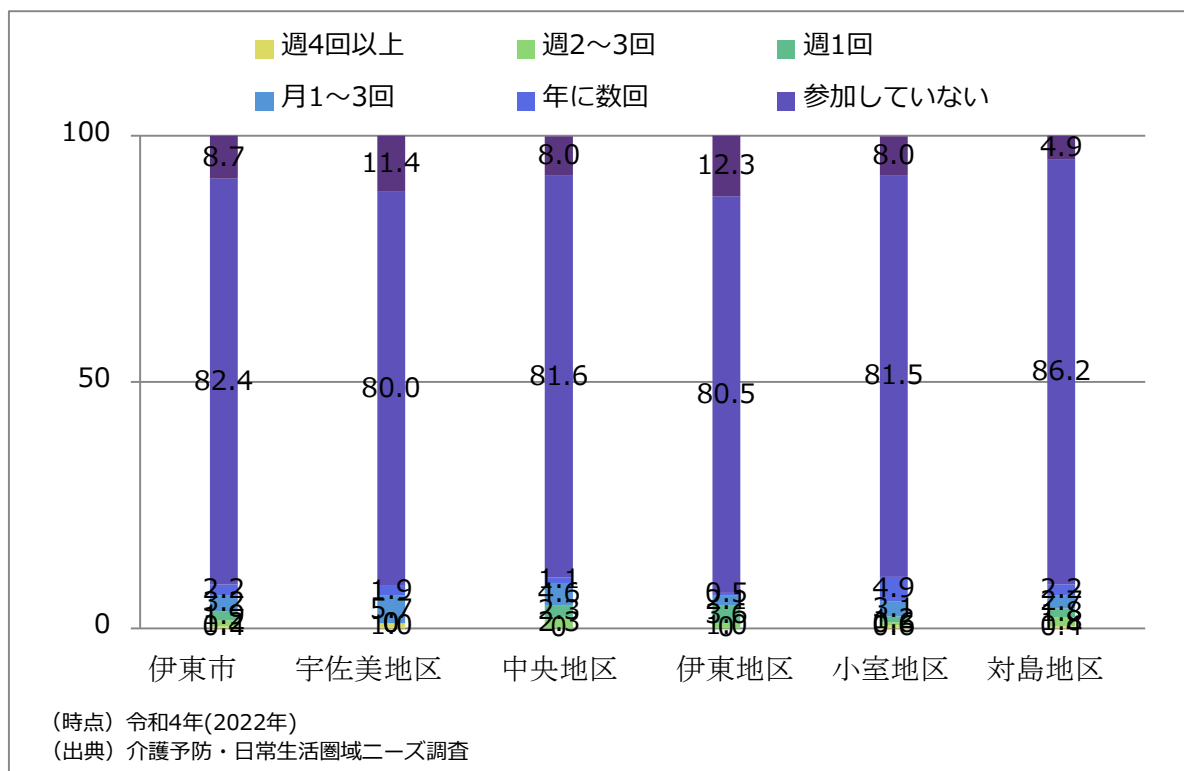
約7割の方が「年に数回」と最も多く回答する一方、約1割の方は参加していない（前回比4.2%減）と回答しています。

問 趣味関係のグループへどれくらいの頻度で参加していますか。



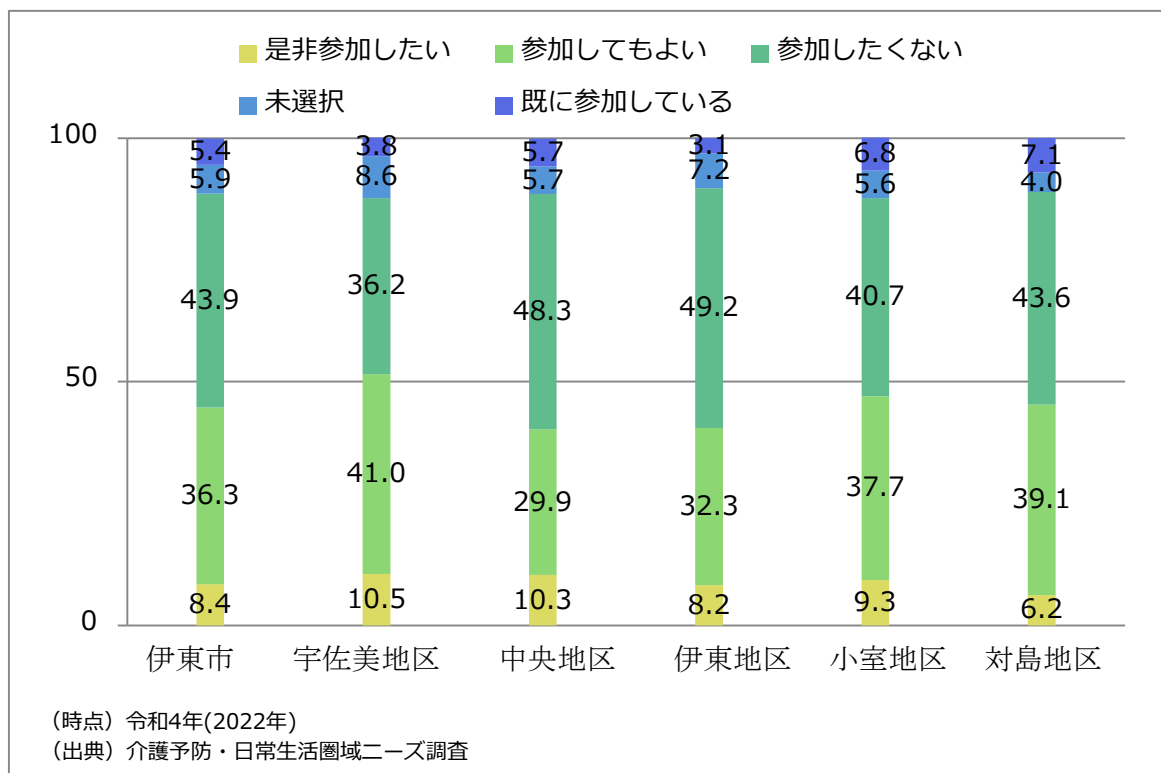
約7割の方が「年に数回」と最も多く回答する一方、約1割の方は参加していない（前回比3.3%減）と回答しています。

問 学習・教養サークルへどれくらいの頻度で参加していますか。



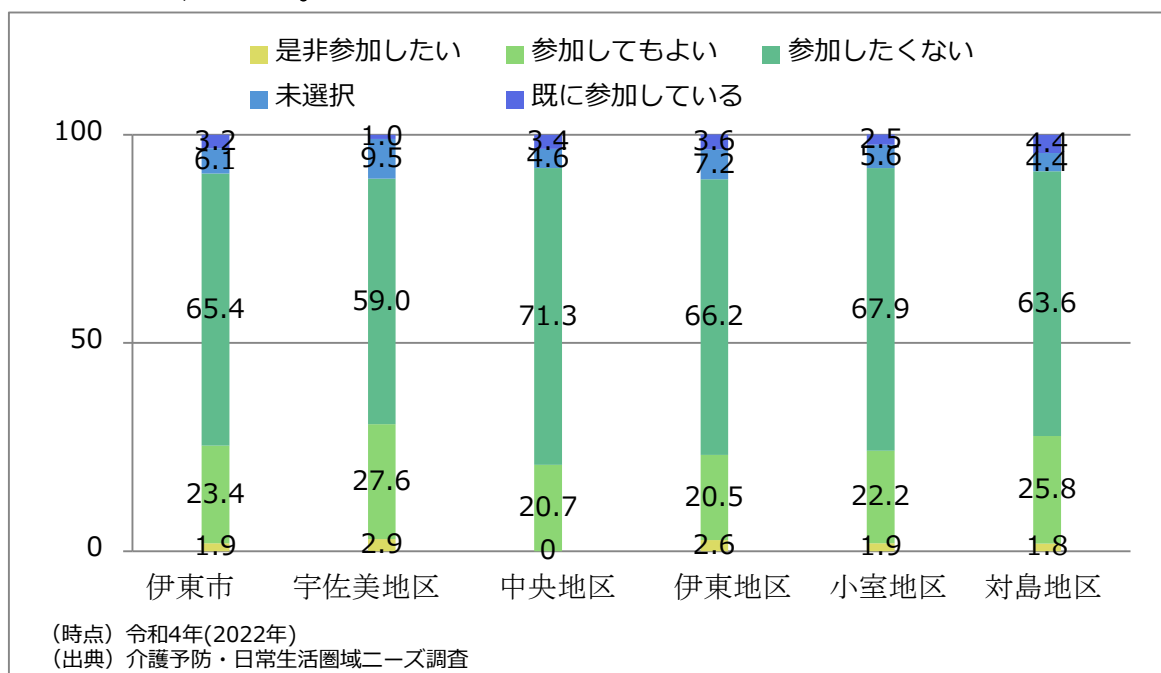
約8割の方が「年に数回」と最も多く回答する一方、約1割の方は参加していない（前回比4.1%減）と回答しています。

問 あなたは健康づくりや趣味等の活動に参加者として参加してみたいか。



約4割の方が参加者として参加したい（前回比0.6%増）と回答する一方、約4割の方も参加したくないと回答しています。

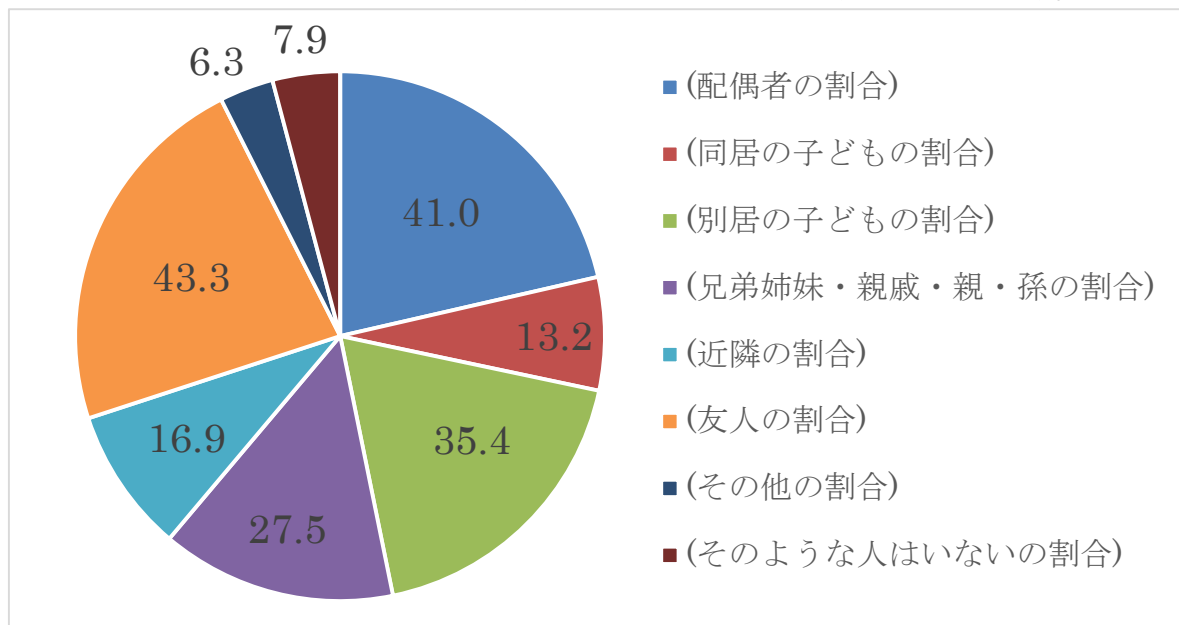
問 あなたは健康づくりや趣味等の活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいか。



約3割の方がお世話役として参加したい（前回比1.6%減）と回答する一方、約6割の方は参加したくないと回答しています。

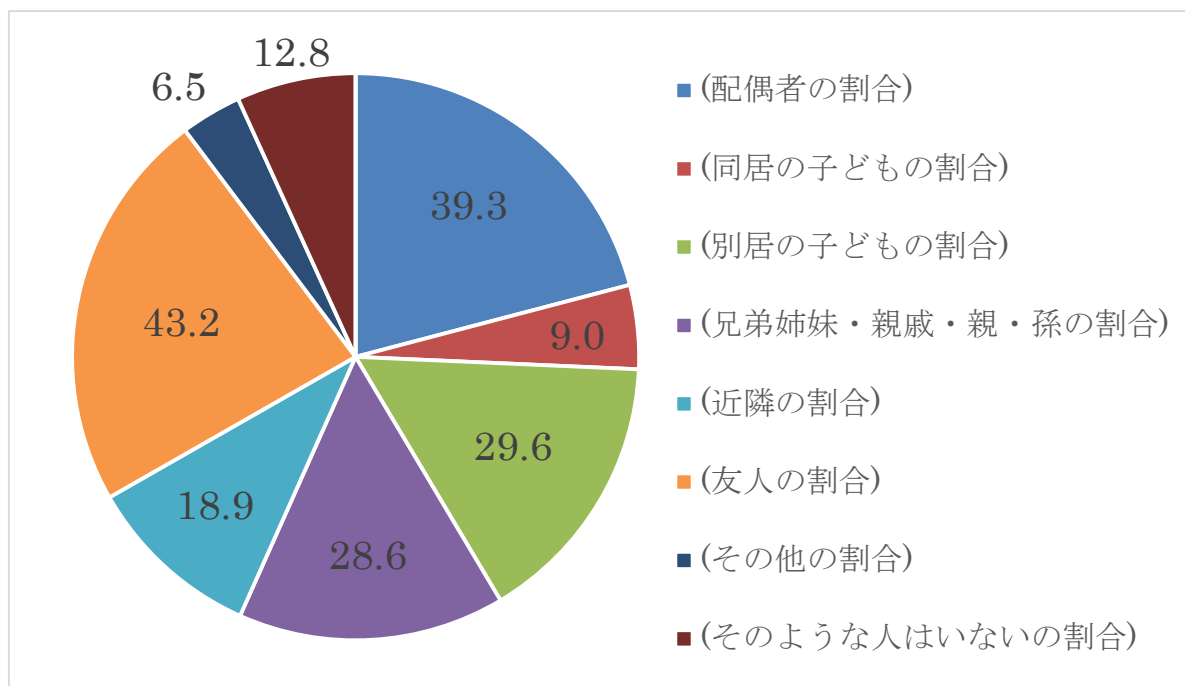
6 たすけあいについて

問 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（いくつでも可）。



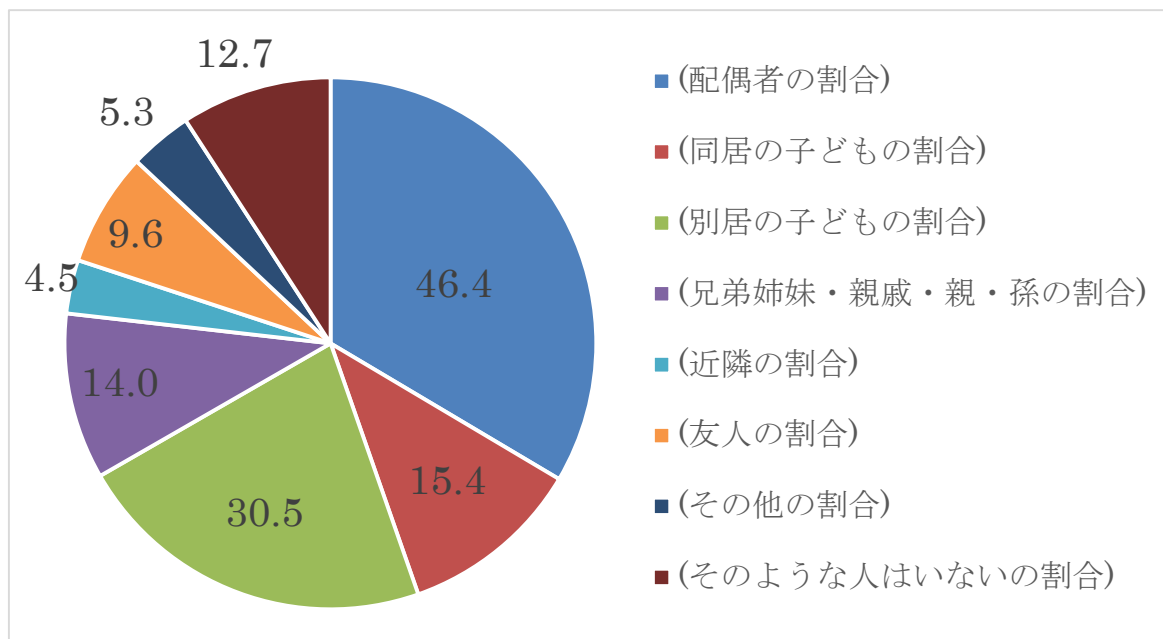
全体の約4割が「友人」で最も多く、全体の約9割は聞いてくれる人がいると回答する一方、約1割未満の方はいない（前回比2.3%増）と回答しています。

問 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも可）。



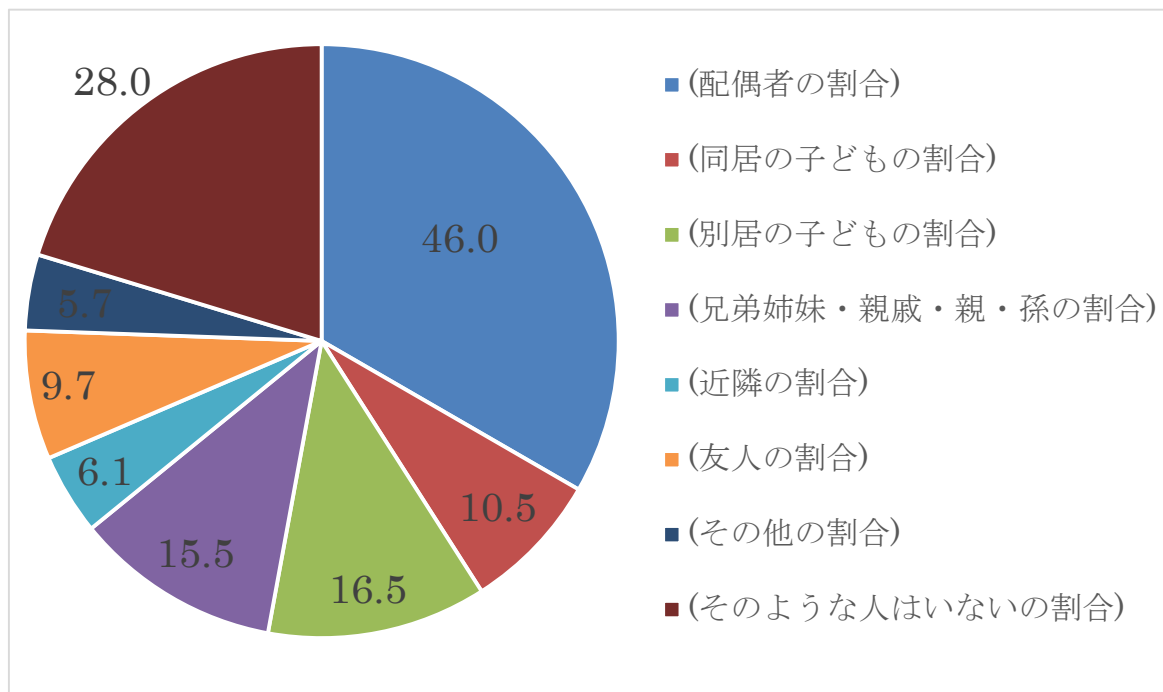
全体の約4割が「友人」で最も多く、全体の約9割は聞いてあげる人がいると回答する一方、約1割の方はいない（前回比0.9%増）と回答しています。

問 あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（いくつでも可）。



全体の約5割が「配偶者」で最も多く、全体の約9割は看病や世話をしてくれる人がいると回答する一方、約1割はいない（前回比2.8%増）と回答しています。

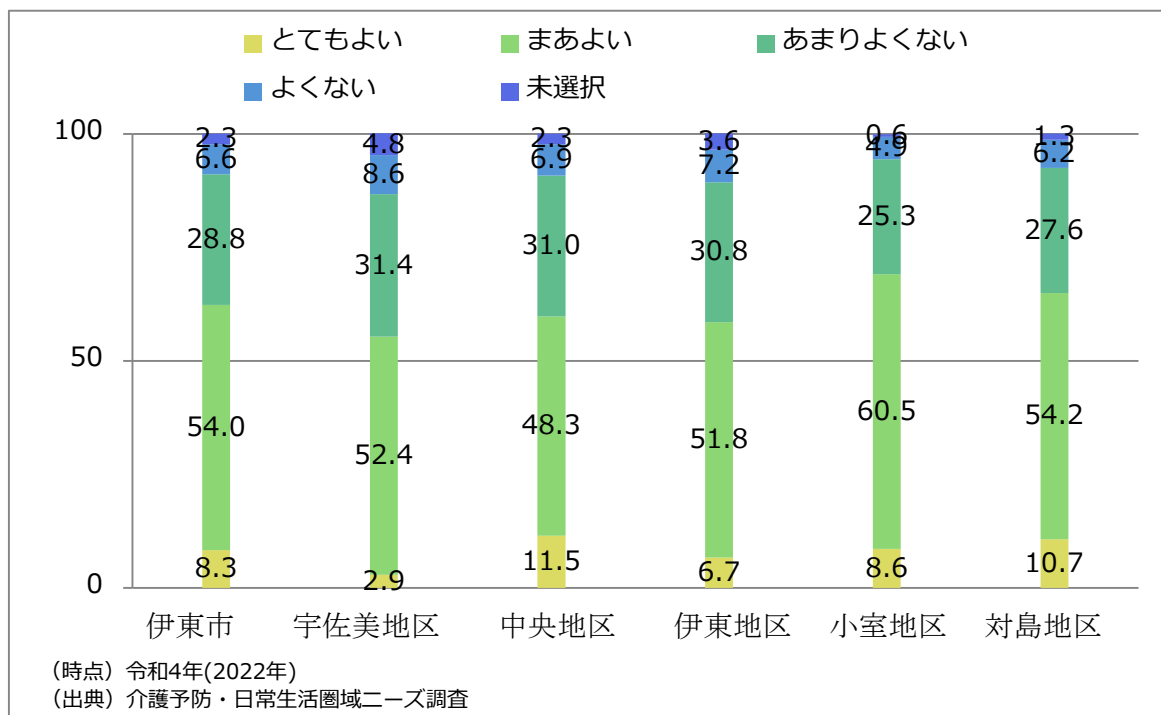
問 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも可）。



全体の約4割超が「配偶者」で最も多く、全体の約7割は看病や世話をしてあげる人がいる一方、約3割は世話をしてあげる人がいない（前回比0.4%増）と回答しています。

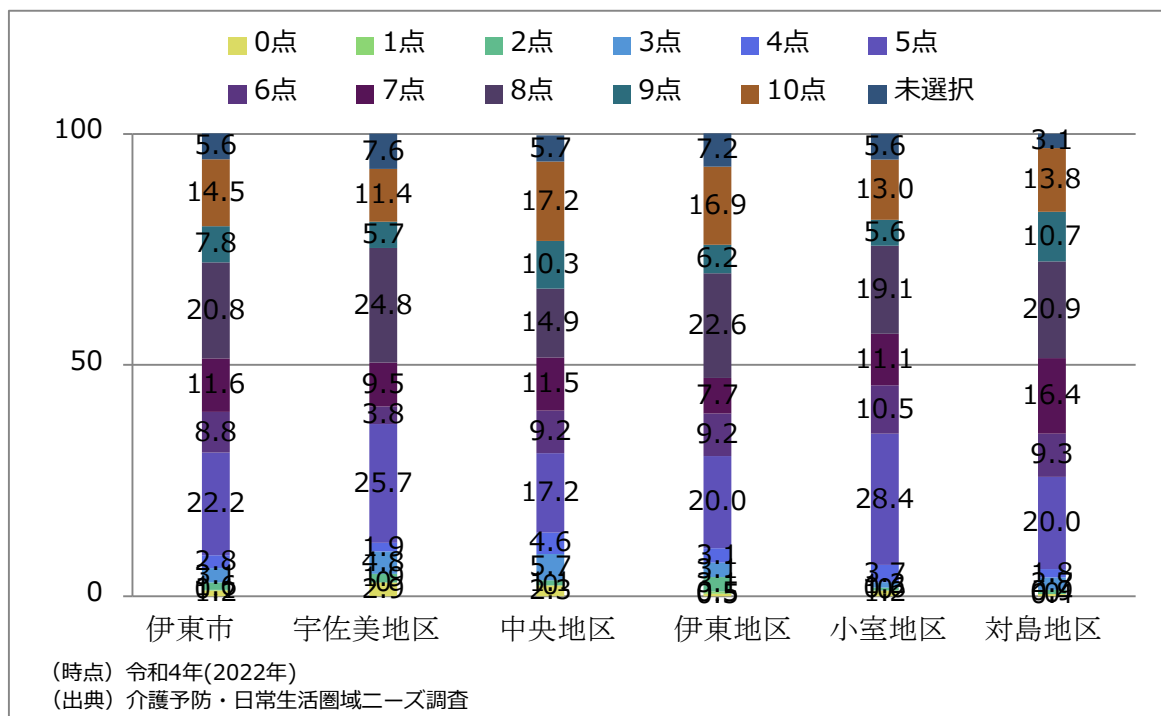
7 健康について

問 現在のあなたの健康状態はいかがですか。



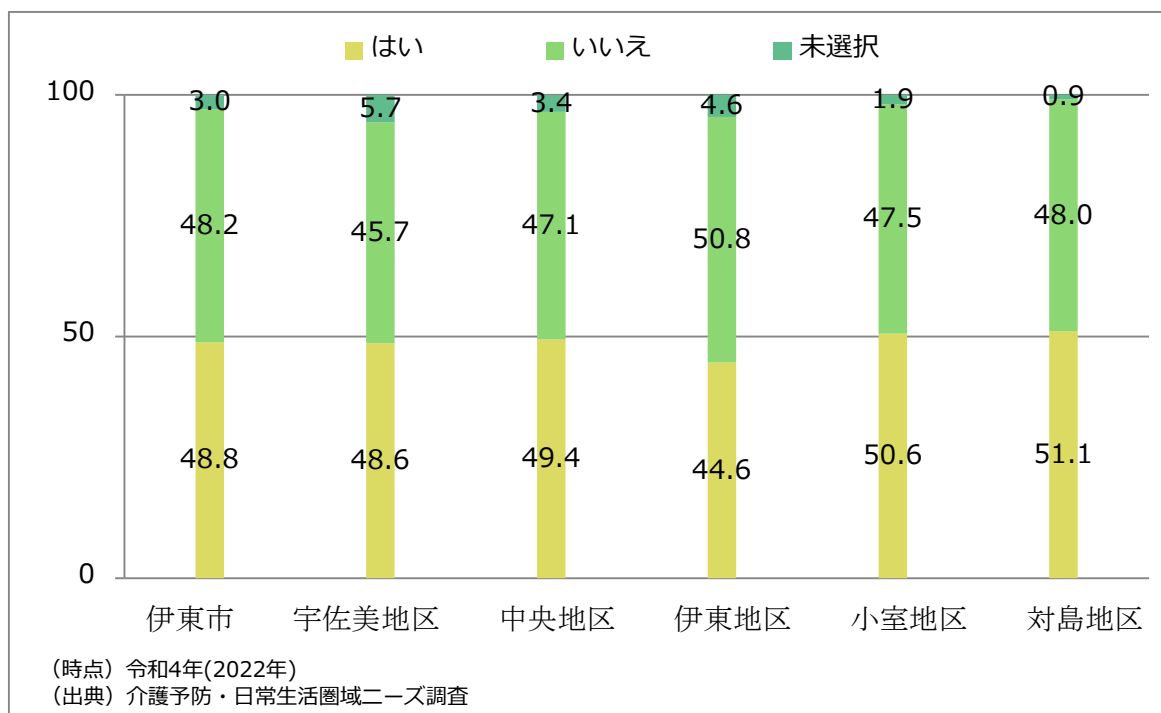
約6割の方が健康状態は良いと回答する一方、約4割の方は良くない（前回比0.5%減）と回答しています。

問 あなたは、現在どの程度幸せですか。



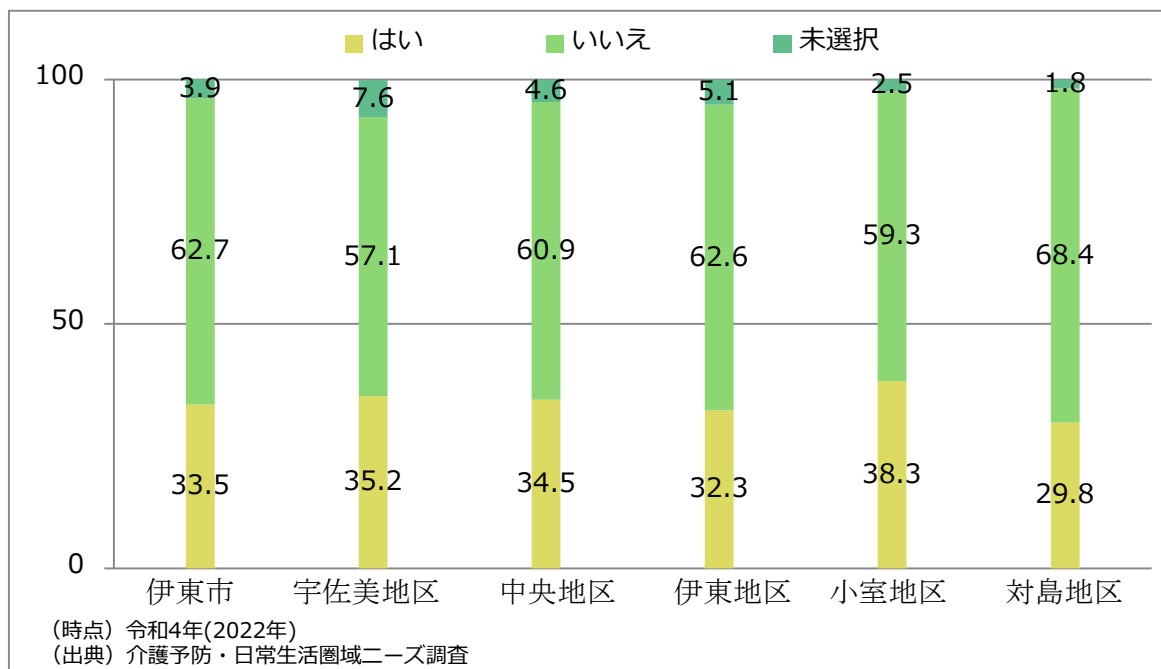
約8割の方が「幸せ」（5点以上）と回答する（前回比と同じ）一方、約2割の方は不幸であると回答しています。

問 この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。



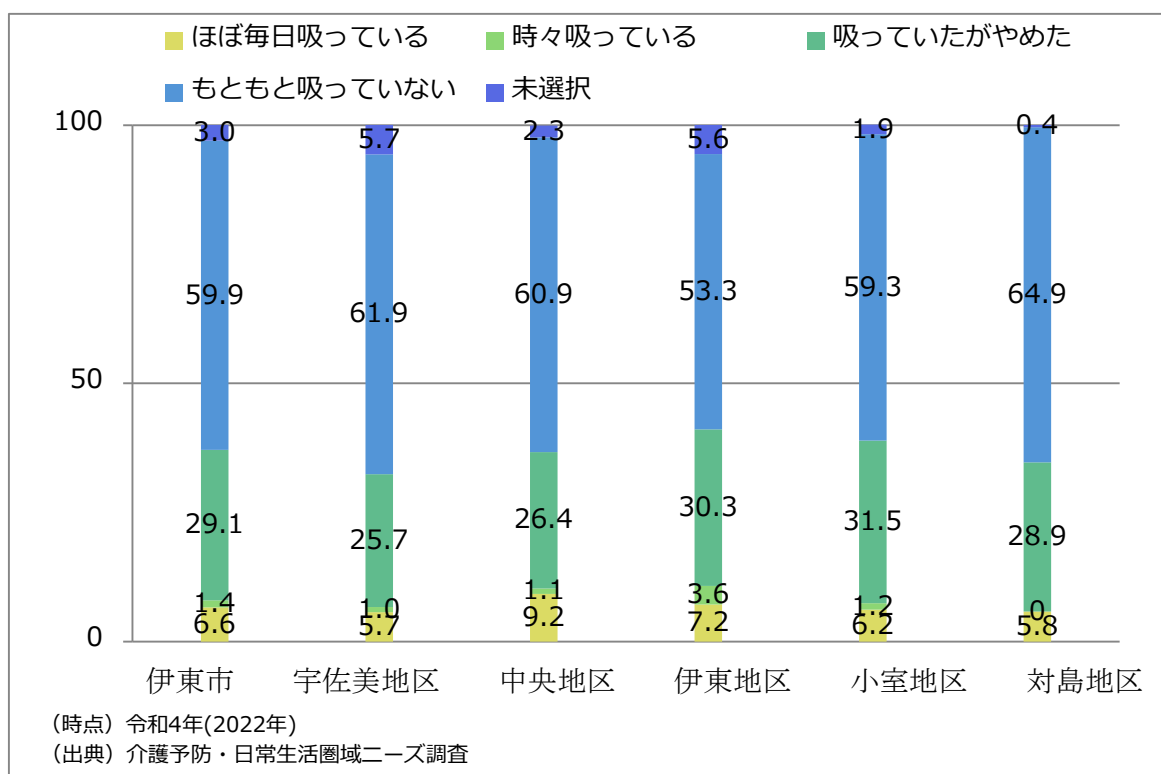
「はい」「いいえ」と答えた方が半数ずつですが、「はい」が若干「いいえ」を上回っています（前回比 2.8%増）。

問 この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。



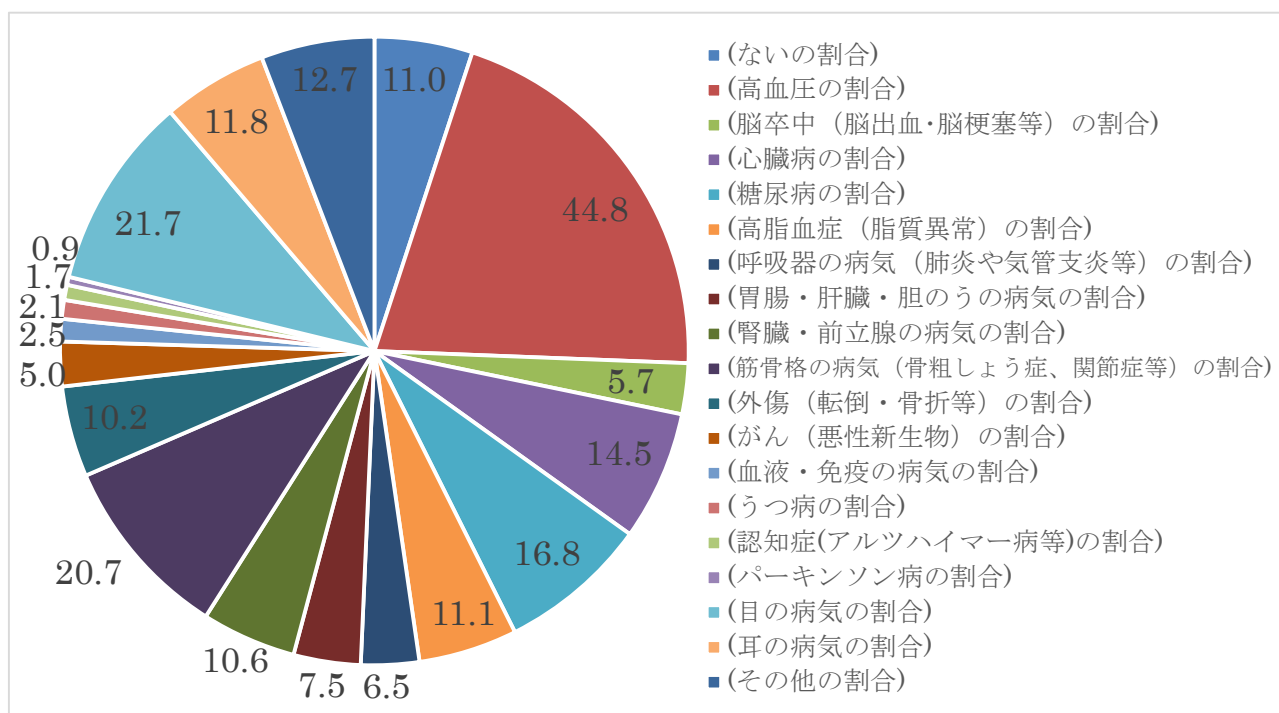
約3割の方が「はい」と回答する一方、約6割の方は「いいえ」と回答しています（前回比 1.4%減）。「はい」と答えた中では、小室地区が多い傾向にあります。

問 タバコは吸っていますか。



約1割の方が「吸っている」(前回比1.3%増)と回答する一方、約9割の方は「吸っていない」と回答しています。

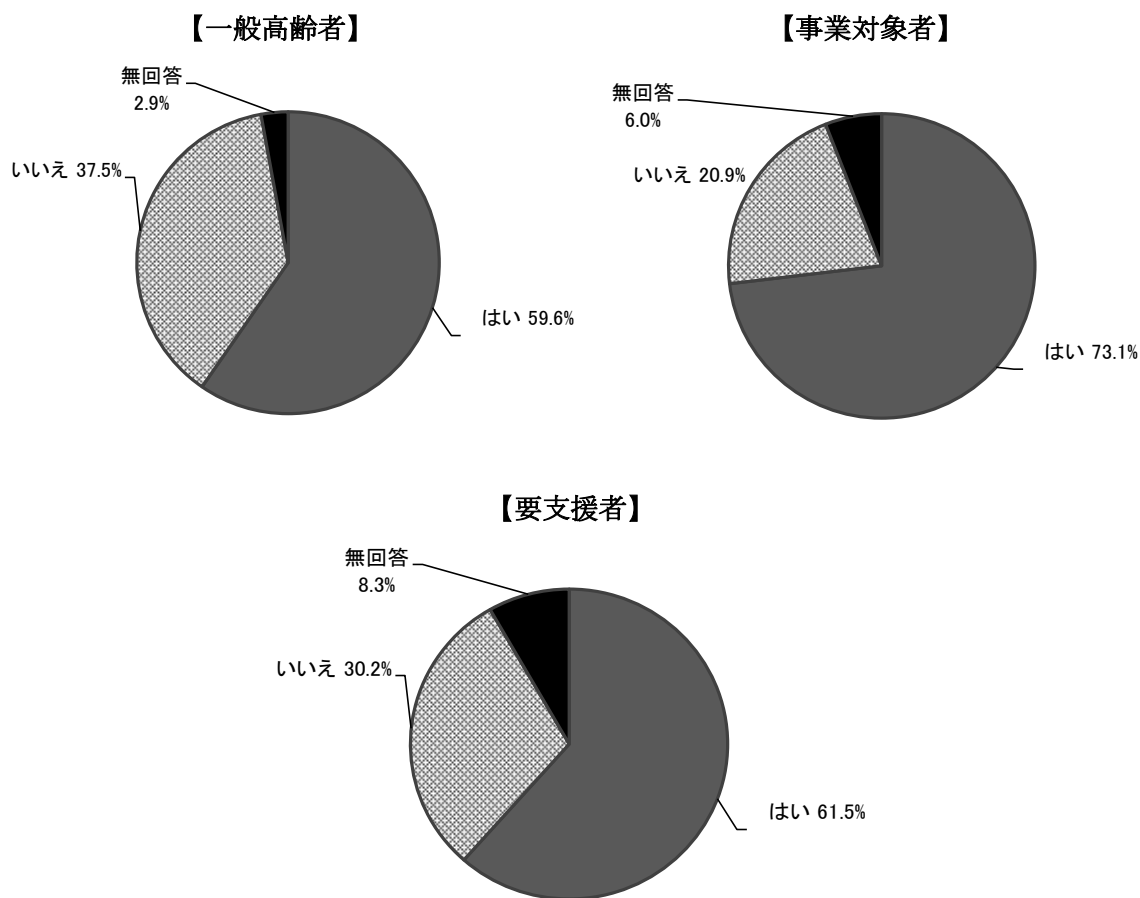
問 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(いくつでも可)



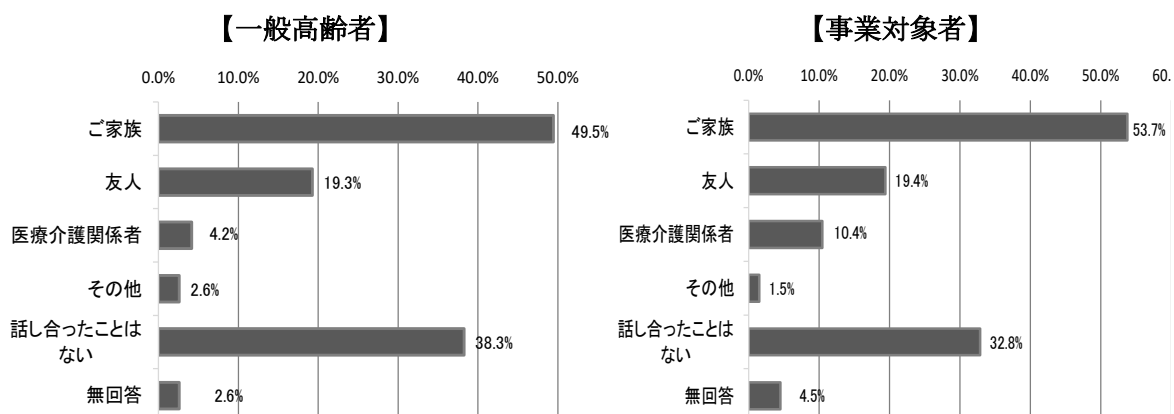
現在治療中又は後遺症のある病気は、「高血圧」が最も多く、全体の約9割は病気をかかえている一方、約1割は「なし」(前回比1.4%減)と回答しています。

8 ご自身の死期が迫ったときについて（独自質問）

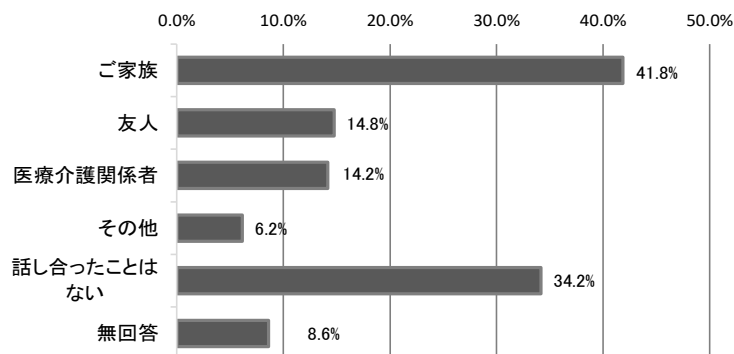
問 あなたは、ご自身の死期が迫ったときにどのような世話や治療を受けたいか、これまでに考えたことはありますか。



問 あなたは、ご自身の死期が迫ったときにどのような世話や治療を受けたいか、だれかと話し合ったことがありますか（いくつでも）。



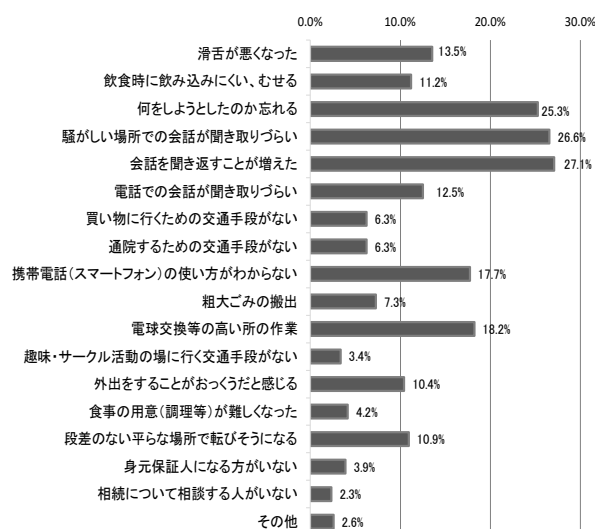
【要支援者】



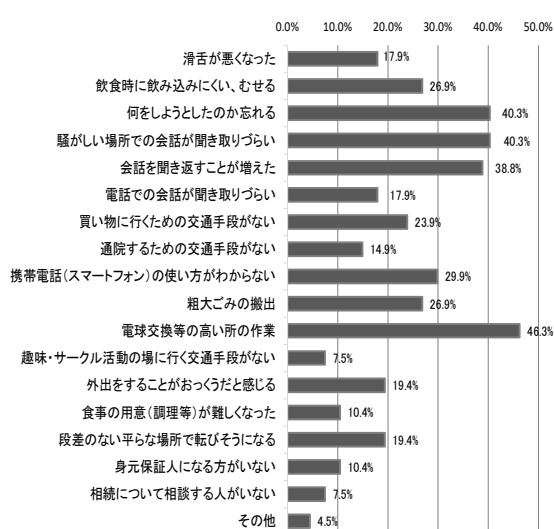
9 日常生活における困りごとや不安について（独自質問）

問 日常生活において困っていること、不安に思うことは何ですか(いくつでも)。

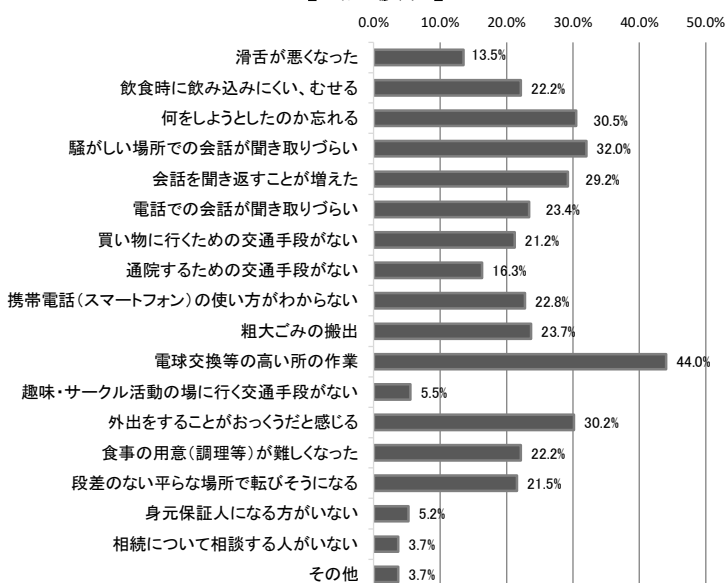
【一般高齢者】



【事業対象者】

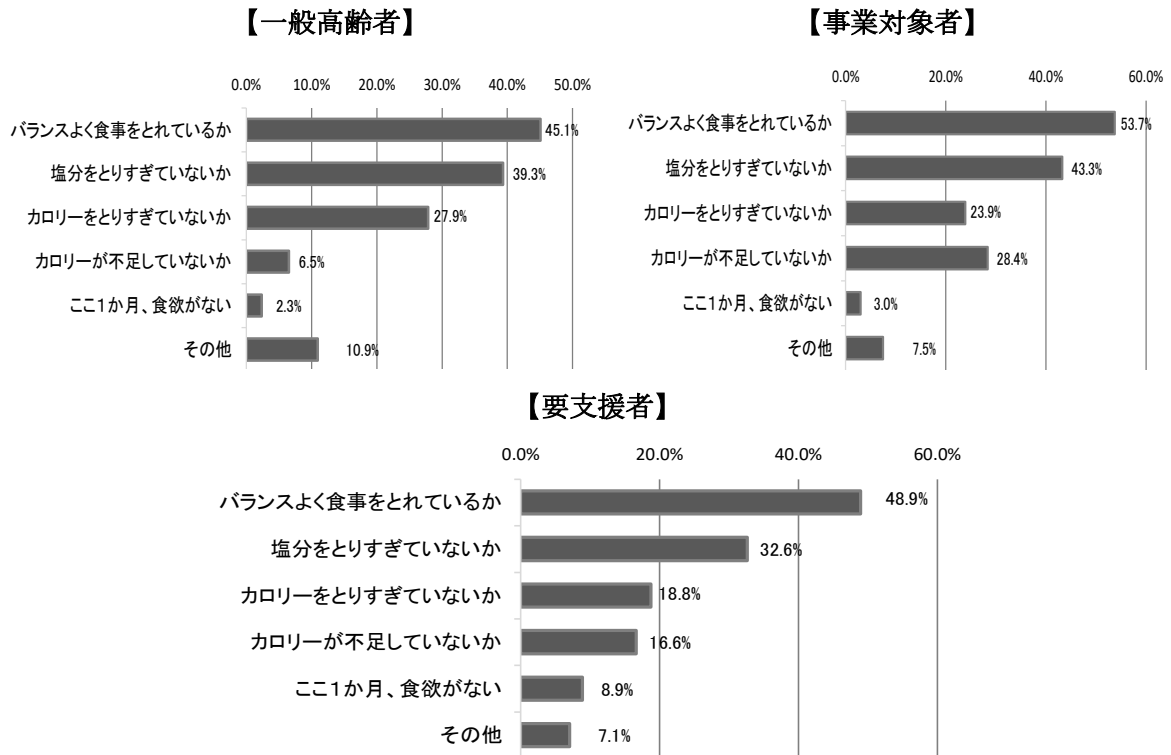


【要支援者】



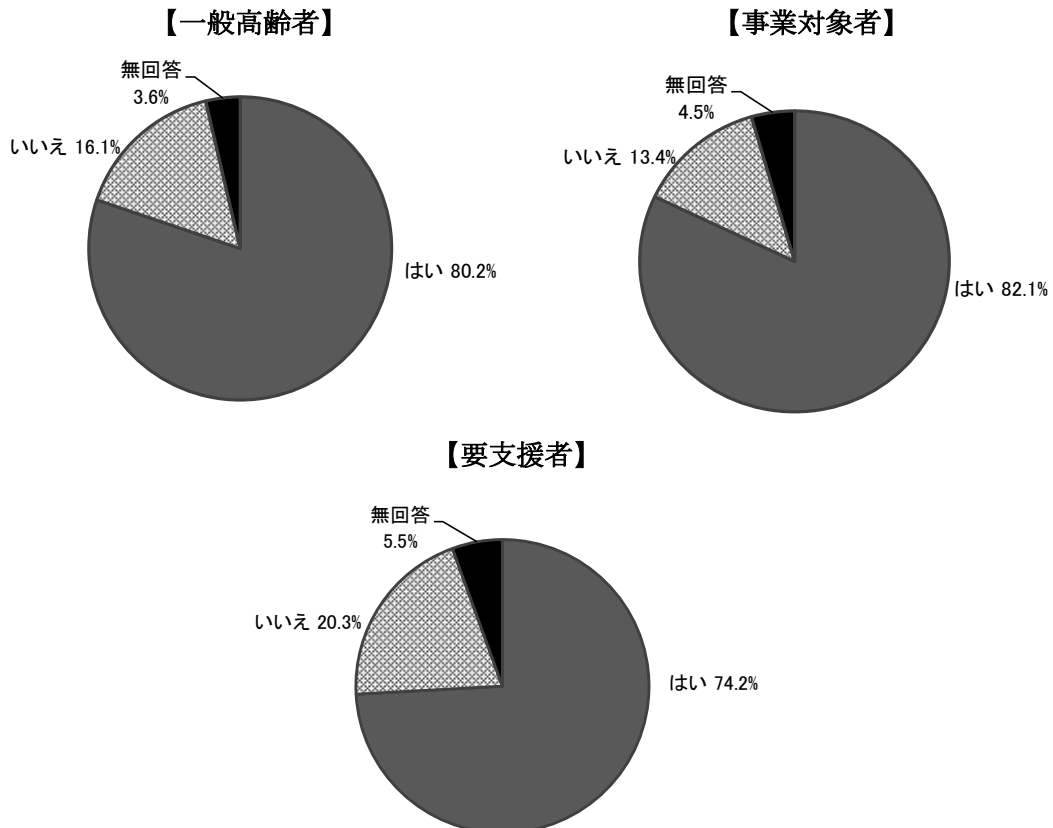
10 普段の食事で気になることについて（独自質問）

問 普段の食事で気になることはありますか（いくつでも）。



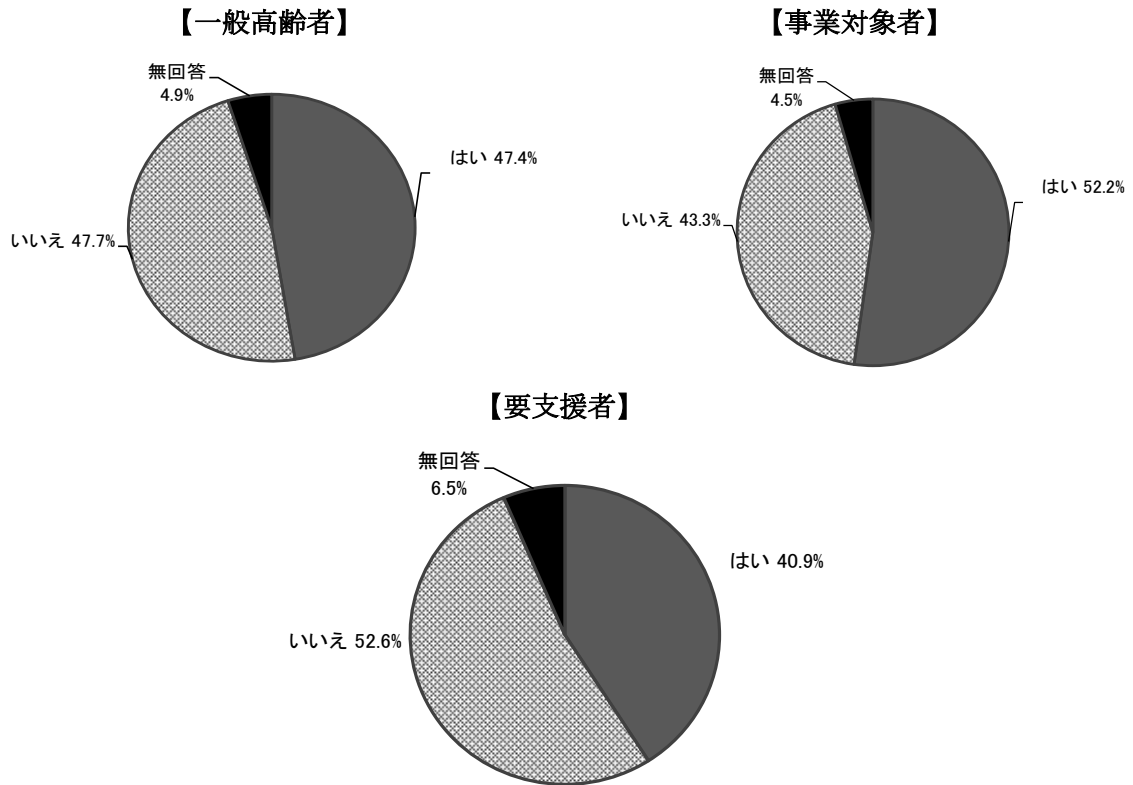
11 かかりつけ医の有無について（独自質問）

問 かかりつけの歯科医院がありますか。



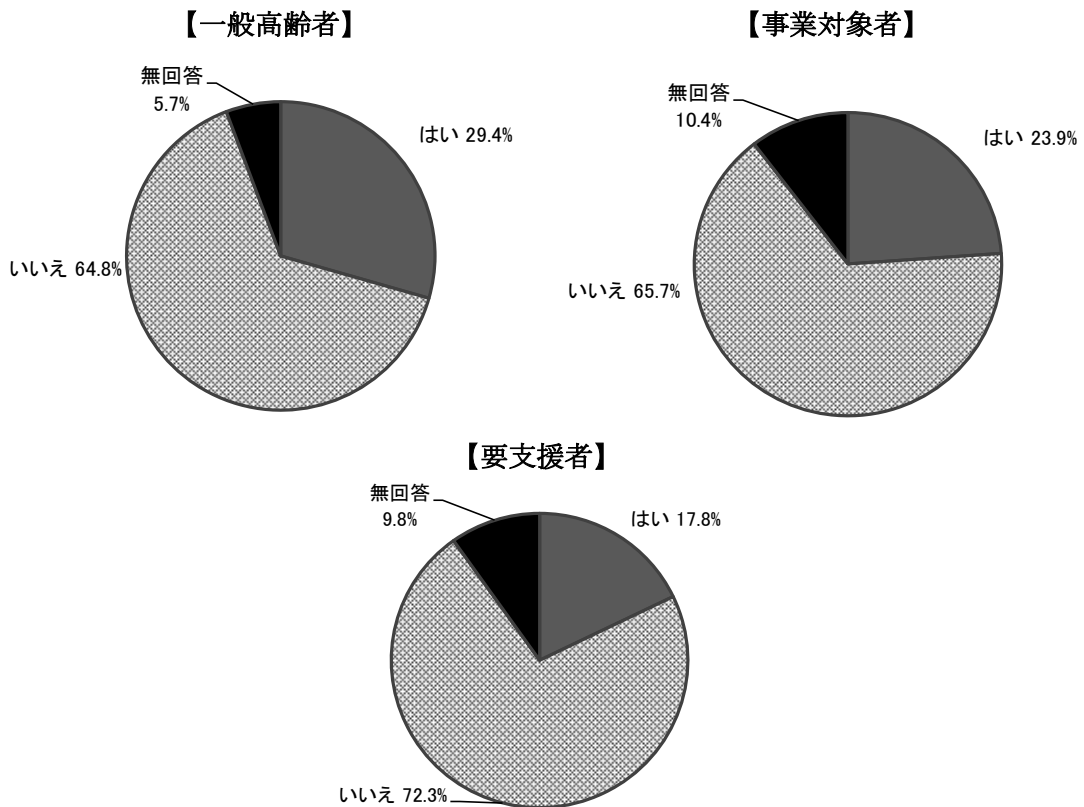
1 2 年1回以上の歯科医院での定期検診の有無について(独自質問)

問 年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか。



1 3 「フレイル」の内容認知について(独自質問)

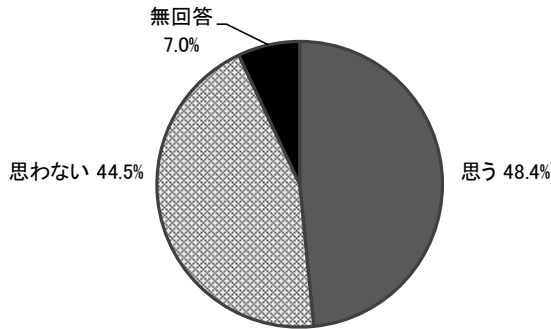
問 「フレイル」という言葉の意味を知っていますか。



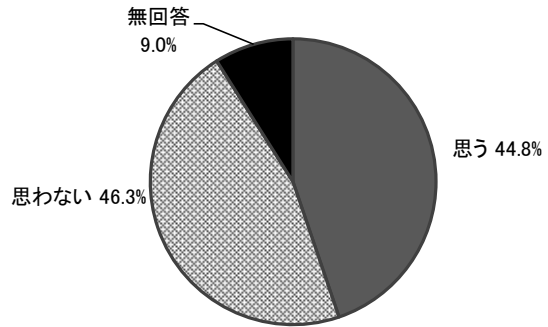
1 4 「認知症」になった場合の現居住地での継続的生活の可否について (独自質問)

問 もしあなたやご家族が「認知症」になった場合、周りの人の協力を得ながら、今お住まいの地域で暮らし続けることができますか。

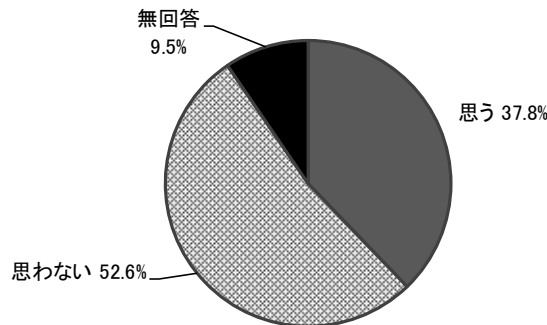
【一般高齢者】



【事業対象者】



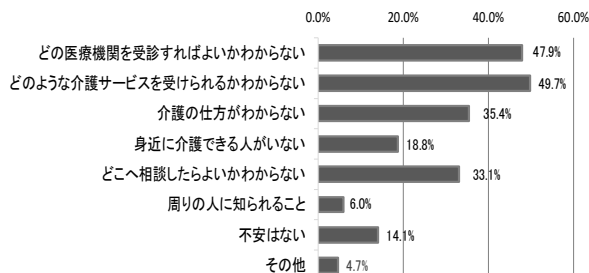
【要支援者】



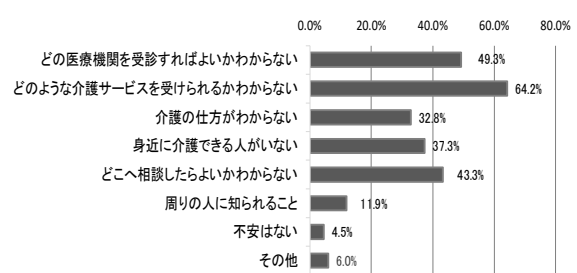
1 5 「認知症」(ご自身または家族)になった場合の不安について (独自質問)

問 もしあなたやご家族が「認知症」になった場合、不安に思うことは何ですか(いくつでも)。

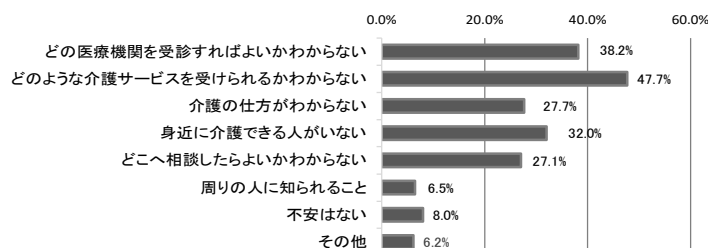
【一般高齢者】



【事業対象者】



【要支援者】

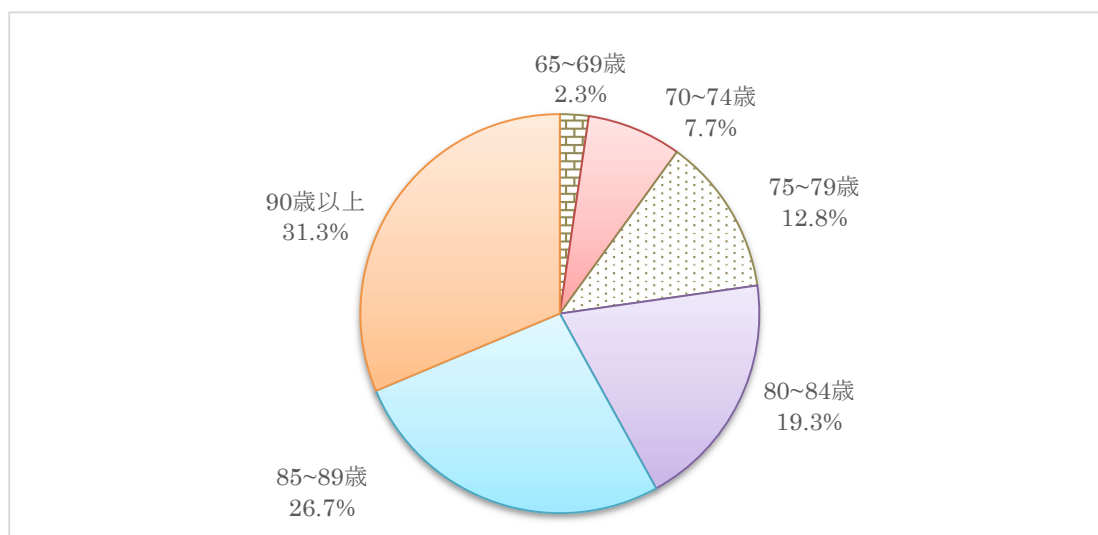


在宅介護実態調査（要介護者）

この調査は、市内の65歳以上の自宅で要介護認定を受けている方の中から、無作為で800人を選び郵送により実施しています。

1 年齢について

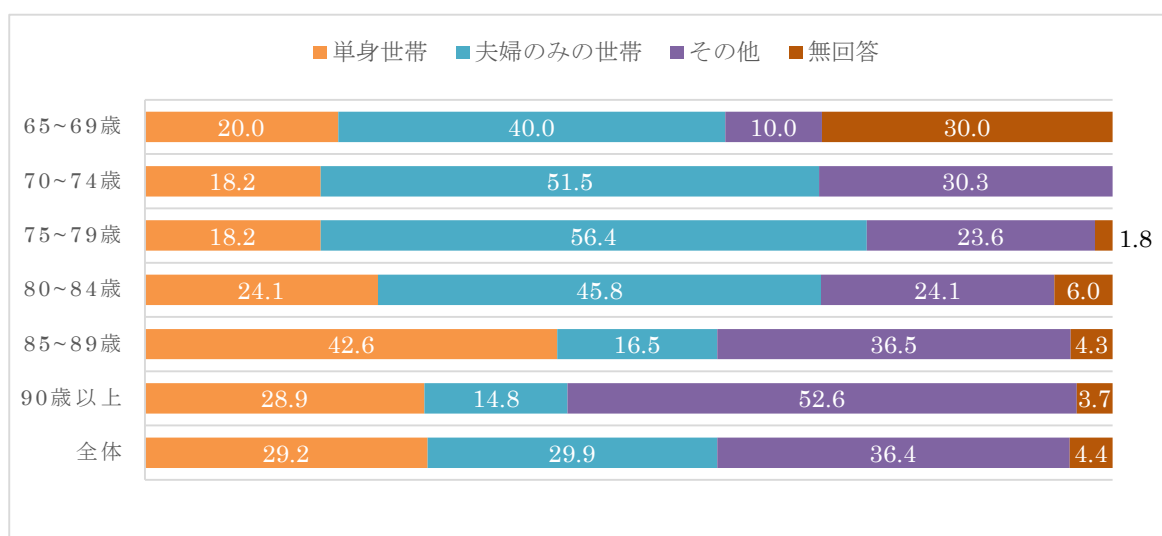
問 あなたの年齢はおいくつですか。



回答して頂いた方は431人で、男性が149人（34.6%）女性が282人（65.4%）でした。

年齢別では90歳以上の方（31.3%）、85歳～89歳（26.7%）、80歳～84歳（19.3%）となっています。

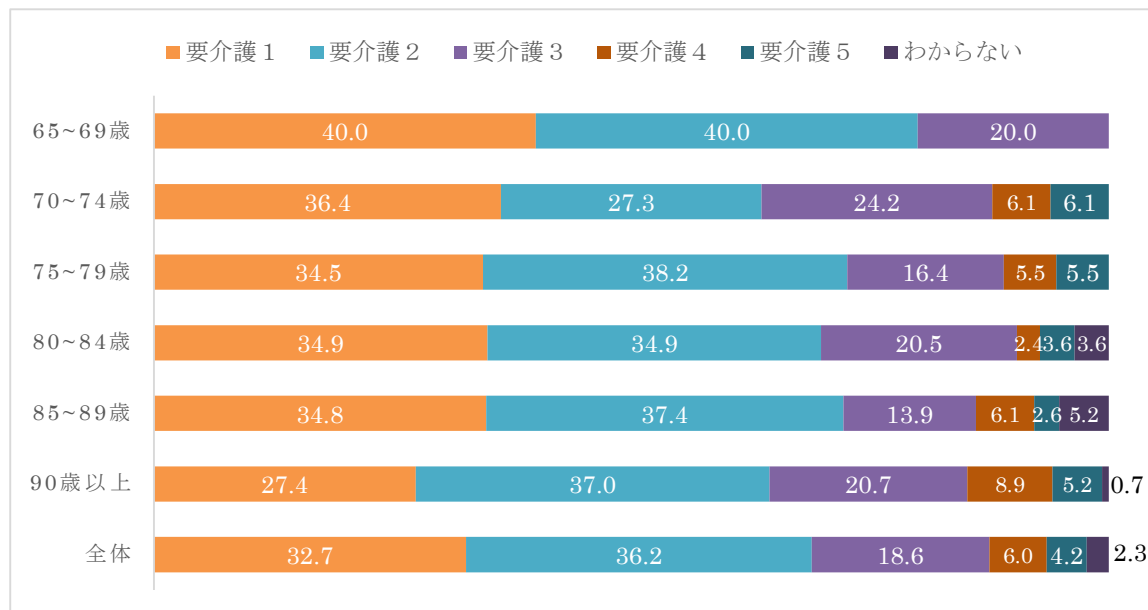
問 あなたと一緒に住まいの方はどなたですか。



最も多いケースは「その他」で全体の36.4%を占め、以下「夫婦のみ世帯」が29.9%、「単身世帯」が29.2%と続きます。

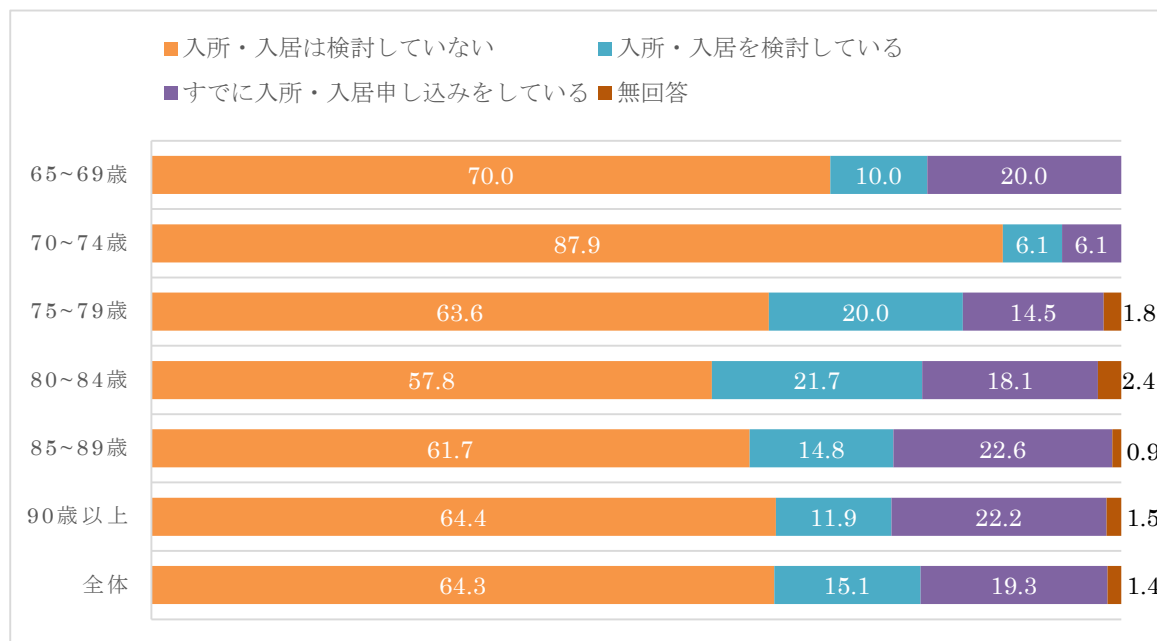
2 普段の生活について

問 要介護認定の状況を教えてください。



「要介護2」が割合として最も多く、次いで「要介護1」と続き、介護度が増すと割合が少なくなっています。

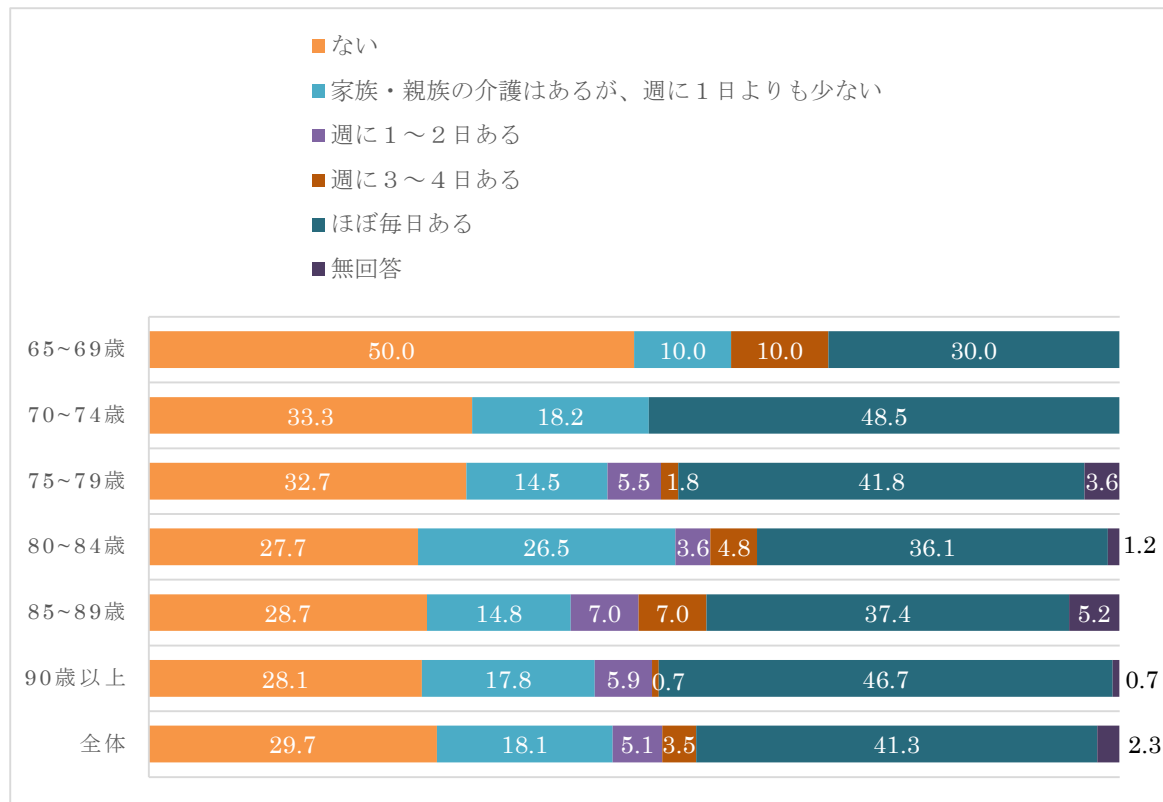
問 施設等への入所・入居の状況



「入所・入居は検討していない」が64.3%と6割以上で、「すでに入所・入居申し込みをしている」が19.3%、「入所・入居を検討している」が15.1%となっています。

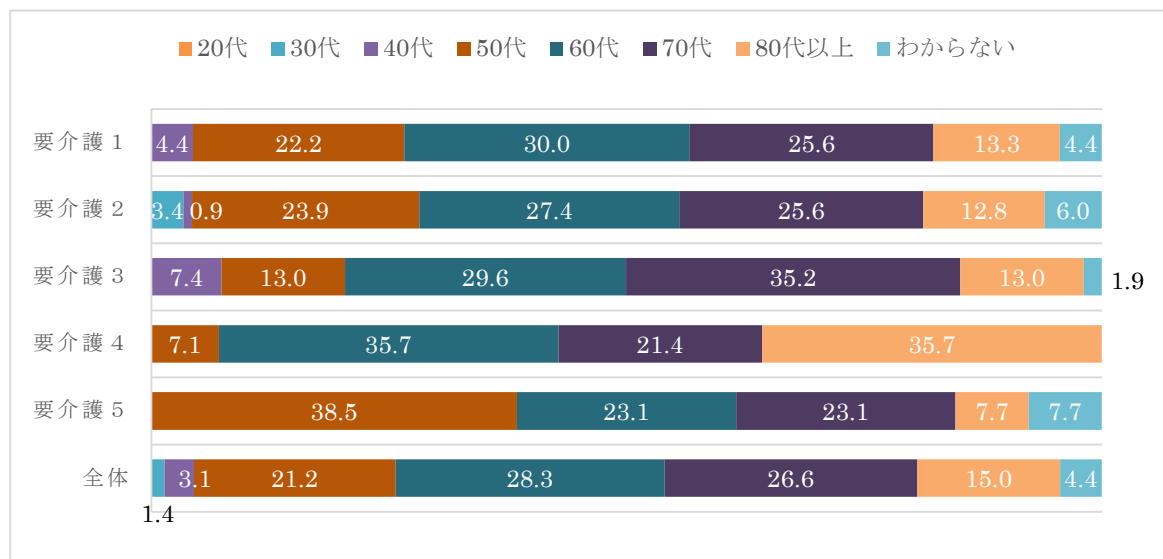
3 介護の状況について

問 家族や親族からの介護は、週にどのくらいですか。



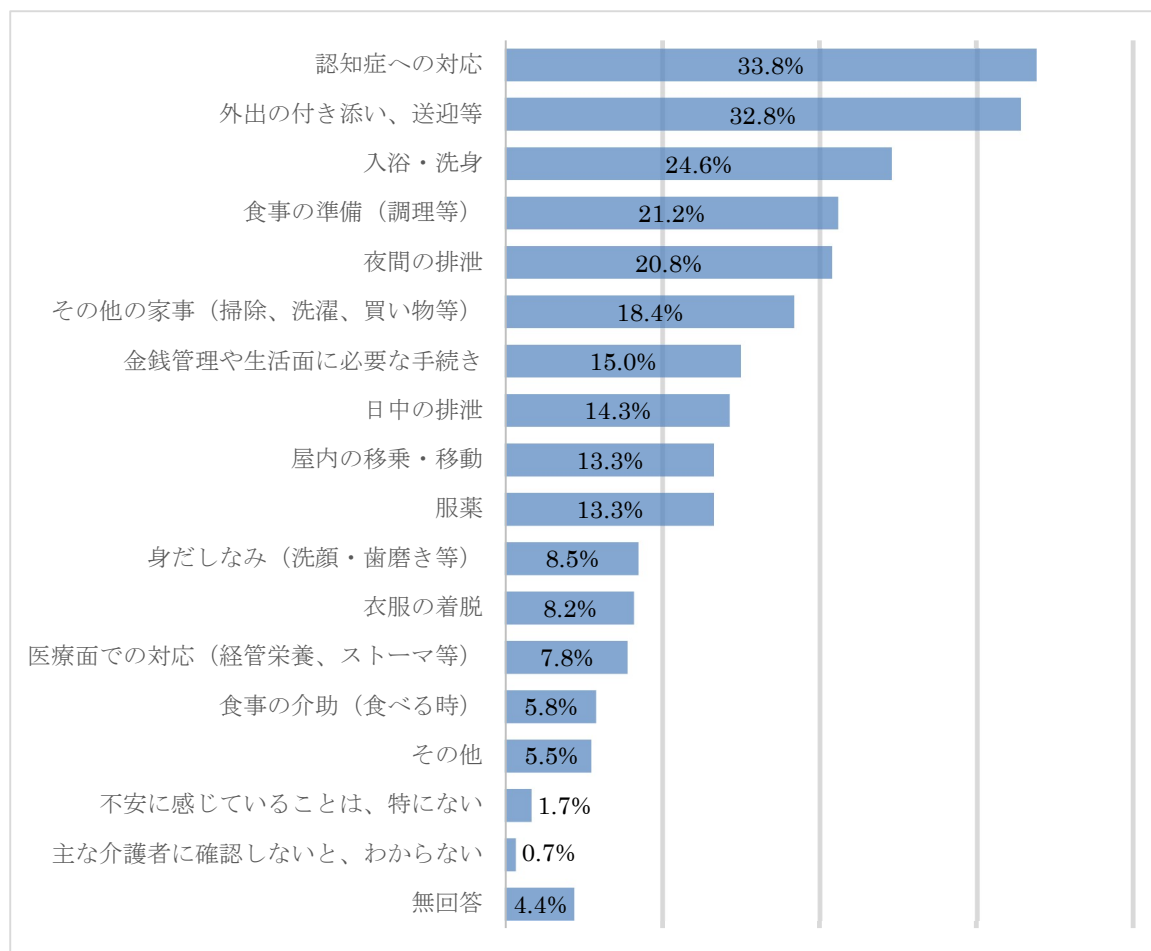
4割以上の方が「ほぼ毎日ある」と答えていますが、「ない」「週に1日より少ない」と回答する方も4割以上います。

問 主に介護する方の年齢を教えてください。



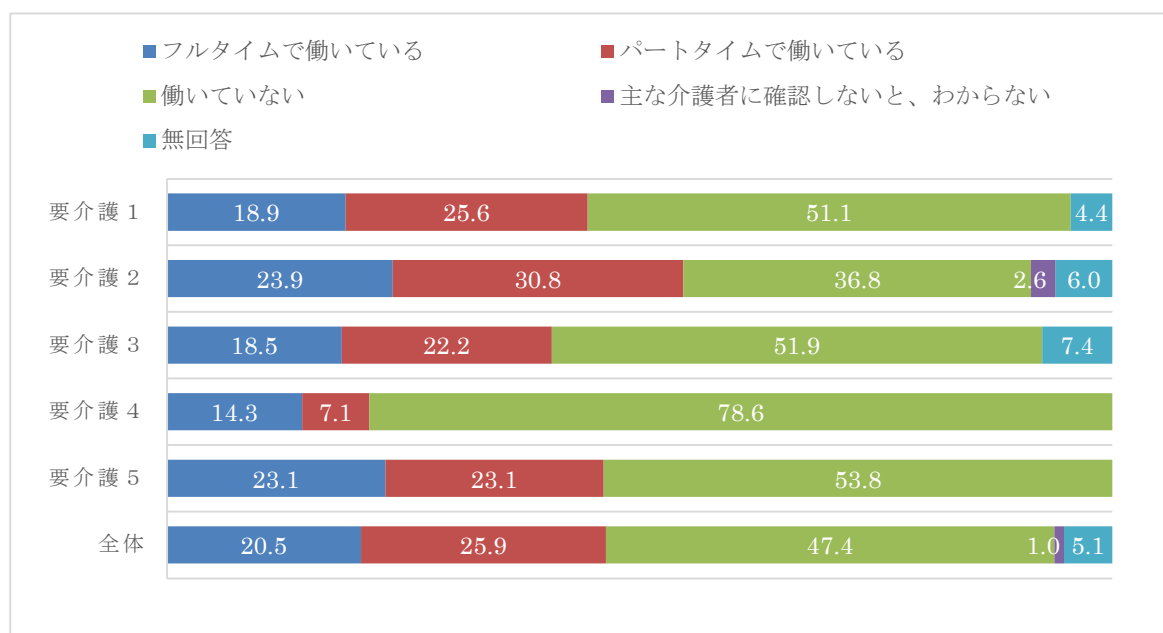
「60代」が最も高く28.3%、続いて「70代」が26.6%であり、また「80代以上」も15.0%であり、いわゆる老々介護が7割。「50代」は21.2%、「40代」は3.1%で、働きざかりの世代による介護は約2.5割となっています。

問 介護に対して不安を感じていることは何ですか。（3つまで複数回答）

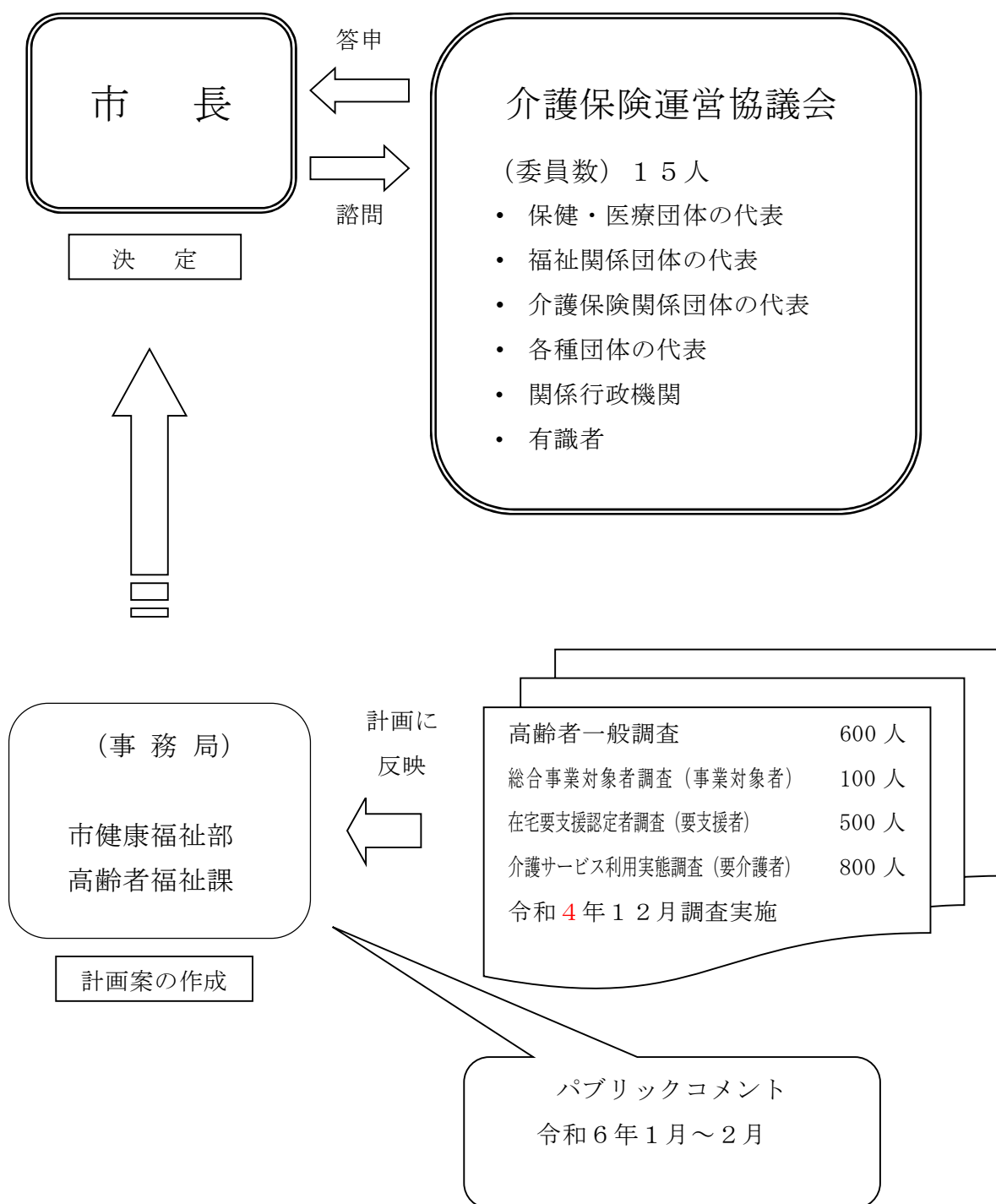


「認知症への対応」を不安に思う方が最も高く 33.8%、続いて「外出の付添い、送迎」が 32.8%であり、「入浴・洗身」が 24.6%、「食事の準備（調理等）」が 21.2%となっています。

問 主に介護する方の現在の勤務形態を教えてください。



計画の策定体制図



計画策定までの日程

令和5年10月26日	介護保険運営協議会① 計画（案）の諮問
11月9日	介護保険運営協議会② 計画（案）の協議
11月30日	介護保険運営協議会③ 計画（案）の協議
12月14日	介護保険運営協議会④ 答申書の協議
令和6年1月11日	市長への答申（正・副会長）
1月11日	市民への意見募集（パブリックコメント）開始
2月11日	市民への意見募集（パブリックコメント）受付終了

伊東市介護保険運営協議会委員名簿

※敬称略

	氏 名	団 体 等
保健・医療に関する 団 体 の 代 表	山 本 佳 洋	伊東市医師会 会長
	稲 葉 雄 司	伊東市歯科医師会 会長
	安立 寿美子	伊東熱海薬剤師会 会長
	林 智 春	静岡県看護協会熱海・伊東地区支部 地区支部員
福 祉 に 関 す る 団 体 の 代 表	竹 田 裕 愿	伊東市民生委員児童委員協議会 会長
	露 木 義 則	伊東市社会福祉協議会 常務理事
各 種 団 体 の 代 表	藤 原 廣 臣	伊東市地域行政連絡調整協議会 委員
	高 野 晴 美	伊東市女性連盟 理事
	稲 垣 隆	伊東市老人クラブ連合会 会長
介護保険に関する 団 体 の 代 表	竹 安 広 峰	伊東市介護保険事業者連絡協議会 会長
	小 山 歩	伊東市介護保険事業者連絡協議会 〃 (居宅介護支援事業者部会) 部会長
	山 崎 智 広	伊東市介護保険事業者連絡協議会 〃 (施設系サービス部会) 部会長
	下 村 俊 宏	伊東市介護支援専門員連絡協議会 会長
関 係 行 政 機 関	中 島 大 介	静岡県熱海健康福祉センター福祉課 課長
有 識 者	稲 葉 雅 之	厚生労働省社会保障審議会 介護給付費分科会 委員

行政区ごとの高齢者人口推計

(単位:人)

圏域	行政区	年号	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和10年	令和14年	令和18年	令和22年
		西暦	2023年	2024年	2025年	2026年	2028年	2032年	2036年	2040年
宇佐美圏域	宇佐美	区人口	8,766	8,646	8,521	8,388	8,111	7,547	6,990	6,457
		0～14歳	674	646	606	571	520	454	419	402
		15～64歳	4,363	4,291	4,215	4,142	4,007	3,638	3,177	2,751
		65歳以上	3,729	3,709	3,700	3,675	3,584	3,455	3,394	3,304
		高齢化率	42.5%	42.9%	43.4%	43.8%	44.2%	45.8%	48.6%	51.2%
伊東圏域	湯川	区人口	1,849	1,812	1,769	1,730	1,651	1,479	1,322	1,176
		0～14歳	115	115	109	103	105	100	107	100
		15～64歳	890	859	824	794	729	611	490	399
		65歳以上	844	838	836	833	817	769	726	678
		高齢化率	45.6%	46.2%	47.3%	48.1%	49.5%	52.0%	54.9%	57.6%
	松原	区人口	2,804	2,781	2,757	2,731	2,672	2,553	2,413	2,269
		0～14歳	117	101	91	78	62	33	22	20
		15～64歳	1,254	1,237	1,206	1,186	1,134	1,000	815	627
		65歳以上	1,433	1,443	1,460	1,466	1,476	1,520	1,575	1,622
		高齢化率	51.1%	51.9%	53.0%	53.7%	55.2%	59.5%	65.3%	71.5%
	岡	区人口	7,339	7,258	7,173	7,083	6,892	6,476	6,055	5,645
		0～14歳	504	468	442	408	359	272	216	203
		15～64歳	3,592	3,569	3,538	3,496	3,409	3,145	2,786	2,409
		65歳以上	3,243	3,221	3,193	3,180	3,124	3,059	3,053	3,033
		高齢化率	44.2%	44.4%	44.5%	44.9%	45.3%	47.2%	50.4%	53.7%
	鎌田	区人口	3,176	3,103	3,025	2,948	2,799	2,499	2,196	1,895
		0～14歳	226	211	195	179	147	96	78	68
		15～64歳	1,603	1,563	1,531	1,491	1,424	1,281	1,024	775
		65歳以上	1,347	1,329	1,298	1,279	1,229	1,122	1,095	1,052
		高齢化率	42.4%	42.8%	42.9%	43.4%	43.9%	44.9%	49.8%	55.5%
計	圏域人口	15,168	14,954	14,723	14,492	14,015	13,007	11,987	10,984	
	0～14歳	962	895	837	768	673	502	423	391	
	15～64歳	7,339	7,228	7,099	6,967	6,696	6,036	5,115	4,209	
	65歳以上	6,867	6,831	6,787	6,757	6,646	6,469	6,449	6,384	
	高齢化率	45.3%	45.7%	46.1%	46.6%	47.4%	49.7%	53.8%	58.1%	
中央圏域	玖須美元和田	区人口	7,320	7,187	7,049	6,906	6,627	6,068	5,519	4,999
		0～14歳	696	658	609	587	532	441	359	317
		15～64歳	3,950	3,854	3,784	3,695	3,526	3,172	2,705	2,234
		65歳以上	2,674	2,675	2,655	2,624	2,569	2,455	2,455	2,448
		高齢化率	36.5%	37.2%	37.7%	38.0%	38.8%	40.5%	44.5%	49.0%
	新井	区人口	734	709	684	654	594	483	385	305
		0～14歳	28	22	20	18	9	0	0	0
		15～64歳	289	282	271	255	227	177	126	84
		65歳以上	417	405	393	382	359	305	259	222
		高齢化率	56.8%	57.1%	57.4%	58.4%	60.4%	63.3%	67.3%	72.6%
	計	圏域人口	8,054	7,896	7,733	7,560	7,222	6,550	5,904	5,304
		0～14歳	724	680	630	604	541	441	359	317
		15～64歳	4,239	4,136	4,055	3,950	3,753	3,349	2,831	2,318
		65歳以上	3,091	3,080	3,048	3,006	2,928	2,760	2,714	2,670
		高齢化率	38.4%	39.0%	39.4%	39.8%	40.5%	42.1%	46.0%	50.3%

行政区ごとの高齢者人口推計

(単位:人)

圏域	行政区	年号	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和10年	令和14年	令和18年	令和22年
		西暦	2023年	2024年	2025年	2026年	2028年	2032年	2036年	2040年
小室圏域	川奈	区人口	6,547	6,457	6,360	6,257	6,057	5,620	5,183	4,770
		0～14歳	639	612	581	539	484	406	360	329
		15～64歳	3,399	3,357	3,333	3,305	3,213	2,942	2,569	2,211
		65歳以上	2,509	2,488	2,446	2,413	2,359	2,273	2,254	2,230
		高齢化率	38.3%	38.5%	38.5%	38.6%	39.0%	40.4%	43.5%	46.7%
	吉田	区人口	3,457	3,450	3,444	3,424	3,389	3,299	3,189	3,067
		0～14歳	356	359	357	357	344	349	341	330
		15～64歳	1,888	1,851	1,828	1,776	1,733	1,573	1,414	1,262
		65歳以上	1,213	1,240	1,259	1,291	1,312	1,377	1,435	1,475
		高齢化率	35.1%	35.9%	36.6%	37.7%	38.7%	41.7%	45.0%	48.1%
	荻	区人口	5,636	5,524	5,411	5,301	5,076	4,624	4,183	3,750
		0～14歳	462	440	411	392	354	273	228	204
		15～64歳	3,010	2,918	2,838	2,756	2,598	2,244	1,836	1,462
		65歳以上	2,164	2,166	2,162	2,153	2,125	2,107	2,119	2,084
		高齢化率	38.4%	39.2%	40.0%	40.6%	41.9%	45.6%	50.7%	55.6%
	十足	区人口	1,459	1,460	1,458	1,459	1,451	1,410	1,364	1,308
		0～14歳	98	93	90	87	83	75	72	74
		15～64歳	656	653	650	657	650	630	595	515
		65歳以上	705	714	718	715	718	705	698	719
		高齢化率	48.3%	48.9%	49.2%	49.0%	49.5%	50.0%	51.1%	55.0%
計	圏域人口	17,099	16,892	16,673	16,441	15,974	14,953	13,918	12,895	
	0～14歳	1,555	1,504	1,439	1,375	1,266	1,103	1,001	937	
	15～64歳	8,953	8,779	8,649	8,495	8,194	7,388	6,414	5,450	
	65歳以上	6,591	6,609	6,585	6,571	6,514	6,462	6,504	6,508	
	高齢化率	38.5%	39.1%	39.5%	40.0%	40.8%	43.2%	46.7%	50.5%	
対島圏域	富戸	区人口	6,456	6,412	6,361	6,314	6,201	5,948	5,665	5,344
		0～14歳	300	280	257	249	224	199	190	189
		15～64歳	2,759	2,735	2,686	2,648	2,570	2,398	2,070	1,678
		65歳以上	3,397	3,397	3,418	3,417	3,407	3,351	3,405	3,477
		高齢化率	52.6%	53.0%	53.7%	54.1%	54.9%	56.3%	60.1%	65.1%
	八幡野	区人口	7,767	7,836	7,888	7,940	8,035	8,224	8,426	8,618
		0～14歳	540	533	520	523	518	527	543	550
		15～64歳	3,353	3,382	3,408	3,444	3,485	3,526	3,530	3,468
		65歳以上	3,874	3,921	3,960	3,972	4,032	4,171	4,353	4,601
		高齢化率	49.9%	50.0%	50.2%	50.0%	50.2%	50.7%	51.7%	53.4%
	池	区人口	1,432	1,420	1,413	1,401	1,362	1,290	1,222	1,141
		0～14歳	106	102	97	88	73	56	58	59
		15～64歳	608	600	608	612	579	537	470	387
		65歳以上	718	718	709	700	711	696	694	696
		高齢化率	50.1%	50.6%	50.1%	50.0%	52.2%	54.0%	56.8%	60.9%
	赤沢	区人口	867	878	890	896	944	948	1,001	1,060
		0～14歳	12	14	13	14	11	9	6	6
		15～64歳	278	287	304	316	374	366	423	472
		65歳以上	577	577	573	567	559	573	572	581
		高齢化率	66.6%	65.7%	64.4%	63.3%	59.2%	60.4%	57.2%	54.8%
計	圏域人口	16,522	16,546	16,553	16,550	16,542	16,409	16,316	16,164	
	0～14歳	958	929	887	874	825	790	797	804	
	15～64歳	6,998	7,004	7,006	7,020	7,008	6,828	6,493	6,006	
	65歳以上	8,566	8,613	8,660	8,656	8,709	8,791	9,024	9,354	
	高齢化率	51.8%	52.1%	52.3%	52.3%	52.6%	53.6%	55.3%	57.9%	
伊東市計	総人口	65,609	64,934	64,203	63,431	61,864	58,466	55,114	51,805	
	0～14歳	4,873	4,654	4,399	4,192	3,825	3,290	2,999	2,851	
	15～64歳	31,892	31,438	31,024	30,573	29,658	27,239	24,030	20,734	
	65歳以上	28,844	28,842	28,780	28,666	28,381	27,937	28,085	28,220	
	高齢化率	44.0%	44.4%	44.8%	45.2%	45.9%	47.8%	51.0%	54.5%	

～ 用 語 集 ～

あ～お

【IADL（手段的日常生活動作）】

日常的な生活動作（ADL）の中でも、より頭を使って判断することが求められる動作のこと。例えば、買い物や服薬管理、電話の応対等で、買い物の場合、メニューに応じて何をかうべきか理解することが必要で、会計時の判断力（＝金銭の管理能力）も求められる。

【いきいきクラブ】

いわゆる「老人クラブ」のこと。高齢期を楽しく、生きがいをもって、安心して暮らしていくために、健康で自立し、身近な仲間と支え合いながら、住みよい地域づくりを進めていくため、「健康」「友愛」「奉仕」の活動に取り組んでいる。

【生きがいデイサービスセンター】

自宅からの送迎により、日帰りで機能訓練や趣味の活動、入浴、食事等の提供を行う介護度を持たない高齢者の健康維持を目的とした施設（標準利用定員 15 人）

【伊東市高齢者あんしん見守り協力事業】

市内の事業者の協力により、業務中に支援が必要と思われる高齢者に気づいた場合には、市や地域包括支援センターへ連絡をいただき、適切な支援につなげる見守りを行っている。

【居場所】

高齢者の交流を目的としてだれもが自由に通える場のこと。人々が集まり、趣味や生きがい活動を行うことで、地域の支え合いが生まれ、生きがいづくりや介護予防につながっている。

【インフォーマルサービス】

家族を始め近隣や地域社会、NPO やボランティア等が行う援助活動で、公的なサービス以外のもの

【ADL】

Activities of Daily Living の略。食事や入浴、着替え等、日常生活を送る上で最低限必要な動作（日常生活動作）

【SMR】

標準化死亡比。人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標（ある集団の死亡率が、基準となる集団と比べてどのくらい高いかを示す比）

【MCI】（軽度認知障害）

健常者と認知症の中間に当たるグレーゾーンの段階。症状の程度が軽く、認知症までは進行していない状態です。そのため周囲の人からの支えがあれば、日常生活にはさほどの支障はない。

【オーラルフレイル】

口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含む身体の衰え（フレイル）の一つ

か～こ

【介護保険事業計画と老人福祉計画の関係】

介護保険法第117条第1項で「市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。」と定められています。また、老人福祉法第20条の8第7項で、「市町村老人福祉計画は、介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画と一体のものとして作成されなければならない。」と定められている。

【介護認定審査会】

市町村の附属機関として設置され、要介護者等の保健、医療、福祉に関する学識経験者によって構成される合議体です。委員は市町村長が任命する非常勤の特別職の地方公務員であり、任期は2年で再任も可能であり、委員には守秘義務が課せられている。

【介護予防拠点施設】

高齢者のための生きがい活動や健康増進のための事業を実施し、高齢者が要介護状態に陥ることや、状態が悪化することを予防するための施設で、本市ではシニアプラザ湯川とシニアプラザくすみを指す。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

市町村が中心となり、地域の実情に応じて住民等の多様な主体の参画や多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方の能力を最大限生かしながら、効果的かつ効率的な支援等を行うサービス

【かかりつけ医】

健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師

【希望をかなえるヘルプカード及び「おもい♡かなえるカード」】

認知症の本人用に創りだされた道具で、周りの人に望むことやちょっとわかってほしいこと、お願いしたいことを書いておき、必要な時にだけ見せて使うカードです。認知症の診断を受ける前の段階の人から、診断を受けた直後の人、地域に出かけている人、ほとんどで書けなくなっている人まで、使いたい人が誰でも使える、本市オリジナルのヘルプカード

【基本チェックリスト】

65歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかどうかをチェックするためのもの。生活機能の低下の恐れがある高齢者を早

期に把握し、介護予防・日常生活支援総合事業へつなげることにより状態悪化を防ぐためのツールで、25 項目の質問で構成されている。

【協議体】

生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの多様な提供主体等が参画する定期的な情報の共有・連携強化の場のこと。生活支援コーディネーターとともに、様々な団体間の情報共有や連携・協働による地域の体制整備の推進を目的とする。

【共生（認知症推進施策における予防）】

認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生き、また、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きるということ。

【QOL（クオリティ オブ ライフ）】

個人が生きる上で感じる日常生活の充実度や満足度

【空白期間】

認知症の早期診断の必要性が高まる一方で、初期段階であることから支援の必要性が理解されにくく、十分な支援を受けられない期間

【ケアプラン】

要支援・要介護に認定された本人や、家族の希望に添った介護サービスを適切に利用できるように、家族や本人の心身の状況や生活の環境等に配慮し、利用する介護サービスの種類や内容を定めた、ケアマネジャー（介護支援専門員）を中心に作成される「介護サービスの利用計画」のこと。

【ケアマネジメント】

介護や支援を必要とする高齢者が、適切にサービスを受けるために必要となる手法

【KDBシステム（国保データベースシステム）】

国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム

【広域支援センター】

熱海伊東圏域における広域支援センターは国際医療福祉大学熱海病院に設置されている。

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

高齢者がフレイル状態に陥ることを防ぐとともに、健康状態が不明な高齢者を特定し直接働きかけることにより健康寿命の延伸を目指す。事業全体のコーディネートを医療専門職が担い、医療・介護データを分析して地域の健康課題を把握し、疾患を発症しやすい高リスクを持つ個人を対象としたハイリスクアプローチにより必要な医療・介護サービスにつなげるとともに、集団を対象としたポピュレーションアプローチにより、これまで保健事業で行っていた疾病予防・重症化予防と併せて、医療専門職が通いの場等

にも積極的に関与し、フレイル予防に着眼した介護予防も行っていく。

【高齢者人口】

65歳以上の人口

【高齢化率】

65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合

【国保連】

国民健康保険団体連合会のことで、国民健康保険法第83条に基づき、会員である保険者（市町村及び国民健康保険組合）が共同して国保事業等の目的を達成するために設立した公法人で、各都道府県に一団体ずつ設立されている。介護保険においては、介護サービス費等の審査及び支払業務を行うほか、介護サービス提供事業所に対する指導や助言等の業務を行う。

さ～そ

【在宅医療介護連携推進員】

地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業として、平成28年度から高齢者福祉課内に配置した。医療介護関係者の連携を支援する相談窓口として中心的な役割を果たす。

【在宅療養後方支援病院】

地方厚生局長に届出て認可される200床以上の病院の施設基準のひとつで、在宅医療を提供している医療機関と連携し、あらかじめ緊急時の入院先とする希望を届け出ていた患者の急変時等に24時間体制で対応し、必要があれば入院を受け入れる病院

【事業継続計画（BCP, Business Continuity Planning）】

大地震や感染症等の災害発生時においても優先業務を実施するため、あらかじめ検討した方策をまとめたもの

【シズケア＊かけはし】

平成24年から運用されている静岡県地域包括ケア情報システムのことで、伊東市では平成29年から導入しており、医療・介護の専門職がICT（情報通信技術）を活用し、患者の日常生活の状態や病状の変化等を、多職種多事業所間で共有し、在宅で療養する患者とその家族を支えるシステム

【縦覧点検】

複数の請求明細書（レセプト）の内容を参照しながら点検すること。

【就労的活動支援コーディネーター】

就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等をマッチングし、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進する人のこと。

【自立支援型地域ケア会議】

介護保険を利用する方が、いつまでも元気に自立した生活を営むことができるよう、地域の様々な専門職が集まり、ケアマネジャーが作成するケアプランを検討する会議

【新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）】

厚生労働省が「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現する」ために、「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月公表のオレンジプラン）を改め、平成27年1月に策定したプラン

【診断後支援】

空白期間に社会的孤立が進み、本人の生活の質（QOL:Quality Of Life）を下げる結果となってしまうことを防ぐための取組

【生活支援コーディネーター】

「地域支えあい推進員」とも呼ばれ、高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において生活支援及び介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす人のこと。

【成年後見制度】

認知症高齢者・知的障がい者等のうち、判断能力が十分でない方を保護するため、その方の財産管理や契約等を家庭裁判所が選任した成年後見人等が、本人に代わり行うことができる制度のこと。本人の判断能力の程度に応じて「後見人」「保佐人」「補助人」の三種類がある。

た〜と

【第1号被保険者】

65歳以上の住民登録者（ただし、転入して施設に入居した場合等含まれない場合がある。）

【退院カンファレンス】

退院後の在宅療養生活に向け、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士などの院内スタッフとかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、サービス提供事業所、保健師など地域の関係機関が参加し、医療の内容や生活上必要な事柄、退院後のサービス内容について情報を共有する会議

【第五次伊東市総合計画】

令和2年度から令和11年度までの10年間を計画期間とする本市の最上位計画で、本市の目指す将来像を定め、その実現に向けて各分野の施策の目標や方策を定めている。

【地域ケア会議】

地域包括支援センター又は市町村が主催し設置・運営する、行政職員を始め、地域の関係者から構成される会議のことで、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進める地域包括ケアシステムの実現を目的としている。

【地域共生社会】

社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの「縦割り」や「支

え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創りあげようとする社会

【地域包括医療推進会議】

平成28年度から伊東市医師会の協力を得て、地域包括ケアシステムの構築に向け、包括的かつ継続的な在宅医療介護の提供を目指し、各個別会議や地域ケア推進会議から抽出された医療系の地域課題等を検討するための会議

【地域包括ケア「見える化」システム】

都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム

【地域包括支援センター】

保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3つの専門職、又はこれらに準ずる者が配置され、包括的支援事業として「介護予防ケアマネジメント」「包括的・継続的ケアマネジメント」「総合相談」「権利擁護」の4つを業務を行うほか、要支援者のケアプラン作成を行う介護予防支援事業を行い、地域に住む高齢者に加え、その支援や介護に携わる方々を支える役割を果たしている。

【地域マネジメント】

課題の把握、分析を通じた目標の設定と関係者間での共有を前提に、地域で具体的な取組の計画を立案し、定期的な評価を行うこと。

【地方版希望大使】

厚生労働省では、令和元年度に5人の認知症当事者の方々を認知症に関する普及啓発を行う「希望大使」として任命した。また、本人発信の取組が広く全国で行われるようにするために、すべての都道府県において、地方版希望大使の設置が掲げられている。本県はすでに1人設置済みである。

【チームオレンジ】

認知症サポーター養成講座で学んだことを土台に、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを実践するためのステップアップ講座を受講した認知症サポーターがチームを組んで、認知症の人やその家族のニーズに合った支援につなげるための取組の総称。想定される活動として、外出支援、見守り・声掛け、話し相手、認知症の人の居宅へ出向く出前支援等が考えられる。メンバーの誰もが楽しみながら役割を果たし、引きこもりがちな生活になることを未然に防ぐ取組みとなるようにする。

【チームオレンジコーディネーター】

地域の認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み

【特定健診】

日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のため、40歳から74歳までの

方を対象に、メタボリックシンドロームに着目して行う健診のこと。

【特定保健指導】

特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士等）が生活習慣を見直すサポートのこと。

な～の

【認知症カフェ】

認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集うことができる場所であり、認知症の人とその家族にとっての居場所となるだけでなく、地域住民等と情報を共有し、理解し合える地域に向けた関係者の連携の場

【認知症基本法】

認知症がある人でも尊厳を持って社会の一員として自分らしく生きるための支援や、認知症予防のための施策を定める法律（共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和5年6月16日法律第65号））

【認知症ケアパス】

認知症の人に適時適切なサービスを提供し、地域で安心して暮らし続けることを目的とし、認知症の人とその家族を支援するための情報をまとめたもの

【認知症サポート医】

認知症の方への支援体制の構築を図ることを目的として、認知症の人の診療に熟知しかかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役。伊東市には10人のサポート医がいる。

【認知症地域支援推進員】

認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備を行う。

【認知症初期集中支援チーム】

認知症サポート医を始めとした複数の専門職がチームを組み、認知症が疑われる人や認知症の人、その家族を包括的・集中的に支援する体制で、本市の場合、各地域包括支援センターに設置し、稼働の基準は「医療に繋ぐこと」を原則としている。

【認知症フレンドリーな地域】

認知症の人が、高い意欲を持ち、自身を持って、意義のある活動に参加、貢献できると感じられるコミュニティ（英国アルツハイマー病協会）

【認知症バリアフリー】

認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていけるよう、生活のあらゆる場面で障壁を減らしていく取組

【認知動作型マシン】

認知動作型トレーニングを行うマシンのこと。これまでの「筋トレ」と異なり、目的に沿った合理的な動作を学習しながら、脊柱を軸にした身体バランスを整え、大腰筋等の体幹深部筋を強化することで、スポーツパフォーマンスの向上や健康増進を図るもの

は～ほ

【フォーマルサービス】

介護保険によるサービスと医療保険によるサービス

【保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金】

全市町村が保険者としての機能を発揮し、PDCAサイクルにより自立支援・重度化防止等に取り組むよう、適切な指標による事業評価に基いた財政的インセンティブを付与する交付金

【2人主治医制度】

厚生労働省が推進する地域医療（病診）連携の取り組み。急病や病状悪化の精密検査や入院治療は、高度急性期医療機関で、診断がつき病状が安定した後は近隣の診療所（かかりつけ医）で診療する体制

【フレイル】

日本老年医学会が2014年に提唱した概念で、「Frailty（虚弱）」の日本語訳で、健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態

や～よ

【要介護認定調査】

市区町村に要介護認定を申請した際、原則として1～2週間以内に訪問調査員（認定調査員）が自宅などを訪ね、要介護者の心身の状態についての聞き取り調査を行うこと。

【養護老人ホーム】

老人福祉法第15条に定める環境上の理由及び経済的な理由により、居宅での生活が困難な65歳以上の人が入所する施設のこと。介護保険の施設とは区別され、入所の可否は居住地の市町村が行う。（措置制度）

【予防（認知症推進施策における予防）】

「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」ということ。

ら～ろ・わ

【レスパイトケア】

在宅介護の要介護状態の方が、福祉サービスなどを利用している間、介護をしている家族などが一時的に介護から解放され、休息をとれるようにする支援のこと。