

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景・趣旨

(1) 背景

わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、2022（令和4）年9月15日現在、総務省統計局の推計では、総人口は前年に比べ82万人減少している一方、65歳以上の高齢者人口は3,627万人と、前年（3,621万人）に比べ6万人増加し、過去最多となりました。総人口に占める割合（高齢化率）も29.1%と前年（28.8%）に比べ0.3ポイント上昇し、こちらも過去最高となっています。

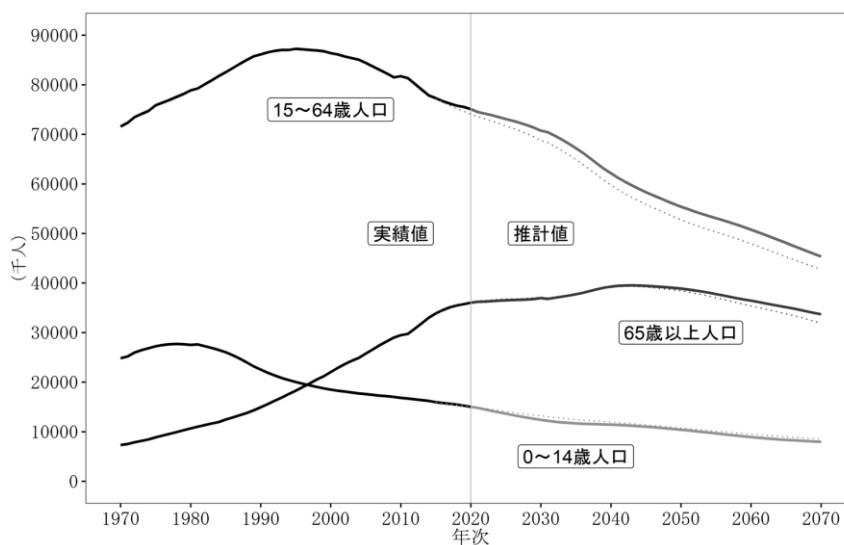
さらに、国立社会保障・人口問題研究所の推計（2023（令和5）年推計）では、65歳以上人口は2043（令和25）年に3,953万人とピークを迎えますが、その後も、75歳以上人口は2055（令和37）まで増加傾向となっており、介護ニーズの高い85歳以上人口は2060（令和42）年頃まで増加傾向が見込まれています。

このような状況の中、団塊世代が75歳以上となる2025（令和7）年以降は医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。

また、団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040（令和22）年に向け、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速する中で、65歳人口、75歳人口、85歳以上人口のピーク時を見据え、中長期的な視野で、地域の状況と介護需要の動向を考慮し、介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備していく必要があります。

さらに、生産年齢人口の減少を踏まえ、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保や介護現場における生産性の向上を進めていく必要があります。

図表 1-1 年齢3区分別人口の推移（出生中位（死亡中位）推計）



破線は前回中位推計。

出典：日本の将来推計人口（令和5年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

こうした状況は、桑名市においても例外ではなく、2022（令和4）年10月1日現在、高齢化率は27.2%で市民の4人に1人以上が高齢者となっています。また、75歳以上の人口割合は14.3%であり、今後さらに、高齢者人口及び75歳以上の人口は増加するものと予測されます（8頁参照）。

(2) 計画策定の趣旨

国は、こうした背景に対応するため、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者ができる限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していくことを提唱しています。

第6期介護保険事業計画の基本指針により、介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」として位置付け、2025（令和7）年を目標に地域包括ケアシステムの構築を推進してきました。

本市でも、2025年問題を乗り越えるため介護保険を中心とした高齢者の保健福祉に関する施策を総合的に推進するため、第6期介護保険事業計画から「桑名市地域包括ケア計画（介護保険事業計画・老人福祉計画）」として策定し、市民が住み慣れた地域で健康で生きがいを持って暮らし続けられる長寿社

会の構築を進めています。

近年、高齢化の進展に伴い、地域社会では高齢者をめぐる様々な問題が浮かび上がっています。ひとり暮らし高齢者や高齢夫婦世帯の増加、認知症高齢者の増加、介護する家族の負担増やそれに伴う離職の増加、介護者の孤立などの問題への対応がより深刻な課題となっています。

また、長寿化が進む一方、介護が必要となる期間が長くなっており、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる健康寿命の延伸も求められています。

このような課題に対応するため、第9期介護保険事業計画では、市民が医療や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人生の最期まで続けることができるよう、中長期的な視点に立った「地域包括ケアシステム」の深化・推進が求められており、桑名市における地域包括ケア体制のさらなる充実を目指すための指針として位置づけられます。

(3) 地域共生社会の実現を目指して

2016（平成28）年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向として、「介護の環境整備」や「健康寿命の延伸と介護負担の軽減」等と共に、子ども、高齢者、障がいのある人など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会の実現」が掲げられました。

高齢者等のケアを出発点として深化・進化してきた地域包括ケアシステムという仕組みを、障がいのある人、子どもなどへの支援や、複合的な福祉課題にも広げていくことで、「地域共生社会」が、より現実的なものとなります。

地域共生社会では、支援の「支え手」と「受け手」を分離して固定化することなく、医療・介護・福祉の専門職を含む地域住民が相互で支え合う地域コミュニティを構築しなければなりません。

本計画では、地域包括ケアシステムの構築を「全員参加型」で住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられる「地域支え合い体制づくり」として捉え、包括的な支援体制の整備を念頭に置いて策定し、施策を推進していきます。

2 計画の性格

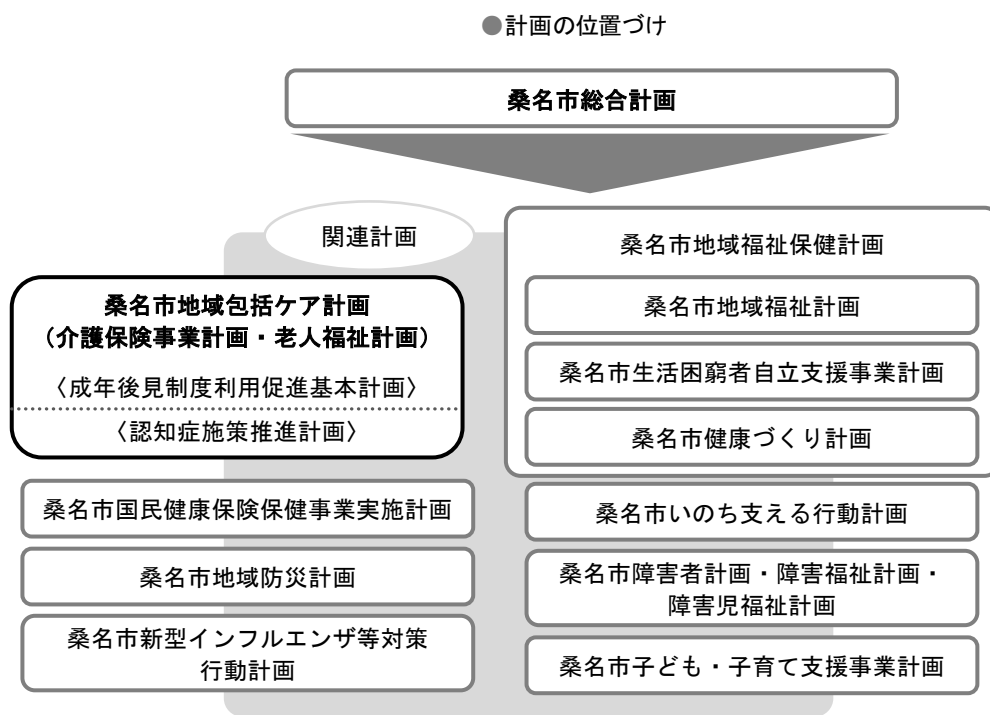
(1) 計画の法的な位置づけ

本計画は、介護保険法第117条第1項の規定に基づく市町村介護保険事業計画及び老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく市町村老人福祉計画です。

また、本計画は、成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条第1項の規定に基づく市町村計画及び共生社会の実現を推進するための認知症基本法第13条第1項の規定に基づく市町村認知症施策推進計画の位置づけも有しています。

(2) 他計画との整合性

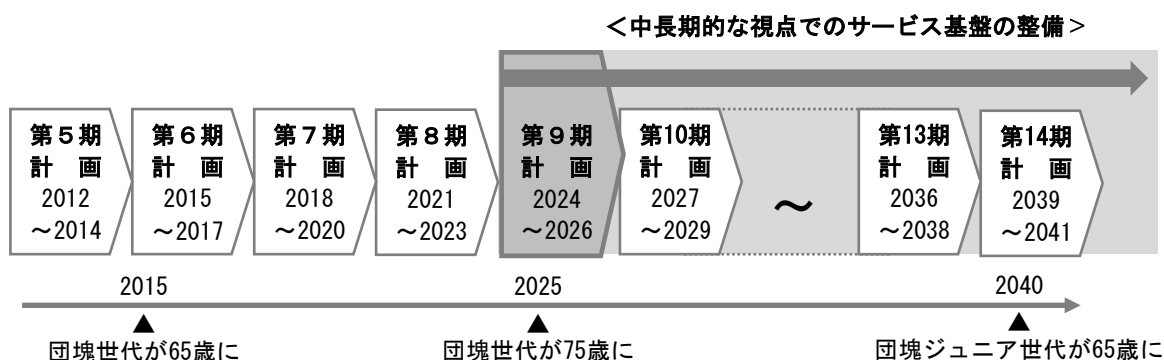
本計画は、本市の最上位計画である「桑名市総合計画」、福祉分野の上位計画である「桑名市地域福祉計画」との整合性を図るほか、様々な個別計画と理念や施策の調和を保ちます。



(3) 計画の期間

本計画の対象期間は、2024（令和6）～2026（令和8）年度の3年間です。被保険者数、要支援・要介護認定者数、介護給付等対象サービスの種類ごとの量、給付費、保険料等の推計にあたっては、団塊ジュニア世代が65歳以上に到達する2040（令和22）年度、さらに、その後に迎える75歳人口、介護リスクの高い85歳以上人口のピークを見据えた中長期的な視点で行います。

●計画期間と中長期的なビジョン



3 計画策定の方法

(1) 策定体制

介護保険事業及び高齢者保健福祉施策の円滑な運営を図るためには、幅広い関係者の協力を得て、本市の実情に応じた計画を策定する必要があります。このため、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例（平成25年桑名市条例第52号）に基づき、医療、介護、予防、日常生活支援等の各分野で指導的な立場にある地域の関係者の参加を得て、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」を設置しました。

この桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を、本計画の策定に係る審議機関として位置付けます。

また、専門的な事項について、より具体的で実情に即した議論ができるよう、次の部会を設置しています。

- ① 医療部会
- ② 介護部会・予防部会
- ③ 生活支援部会
- ④ 介護サービス事業者選定部会

なお、協議会の事務運営は、桑名市、各地域包括支援センター、桑名市社会福祉協議会及び桑名市在宅医療・介護連携支援センターが協働で担っています。

(2) ニーズ等の把握

本計画の策定にあたって、要介護・要支援認定を受け居宅で暮らしている人及びその介護をしている人を対象に、家族介護の実態、施設入所の検討状況、家族介護者就労状況等を把握するために「在宅介護実態調査」を実施しました。

なお、この調査は、厚生労働省が示す「在宅介護実態調査」の内容を基本として実施し、この結果と認定データ（認定調査結果の情報等）を関連付け、分析しました。

図表 1-2 在宅介護実態調査の概要

区 分	内 容
調査対象者	要介護・要支援の認定を受けて、居宅で暮らしている人 ^{※1}
調査方法	認定調査員による聞き取り調査
調査期間	2021（令和3）年12月～2022（令和4）年11月
回収数	581
有効回答数	553 ^{※2}

※1：医療機関や介護保険施設に入所・入居している者を除く。ただし、介護保険の指定を受けていない有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の入居者は対象とする。

※2：無効回答は、入所・入院中や認定データが得られなかったもの等

また、要介護1以上の認定者を除く高齢者に対し、個々の生活状況の把握や生活機能の判定のために実施している「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」の結果も、地域の実情を把握する基礎資料として活用します。

図表 1-3 桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』の概要

区 分	内 容
調査対象者	市内に在住する介護保険第1号被保険者（要介護認定者を除く）
調査方法	郵送調査法による無作為抽出調査
調査期間	2022（令和4）年12月9日～12月26日
配布数	12,000
有効回答数	8,762
有効回答率	73.0%

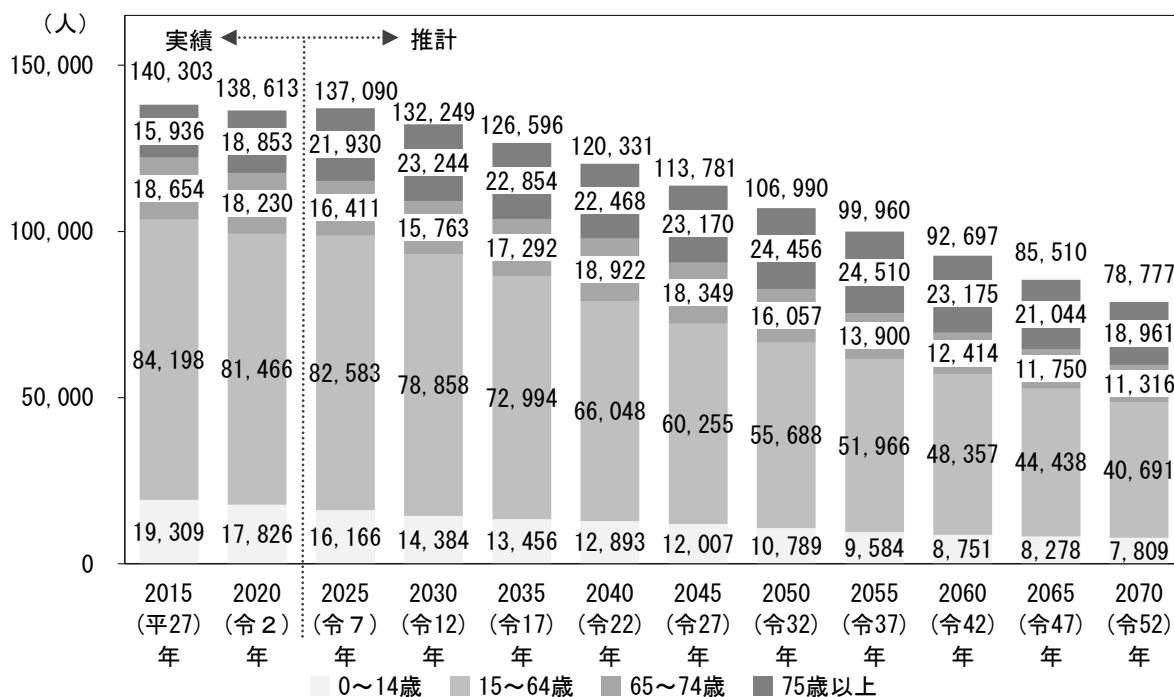
第2章 桑名市の高齢者の現状と課題

1 人口の推移（現状と推計）

(1) 人口の推移

- 2020（令和2）年10月1日現在、本市の総人口は138,613人です。
- 総人口は、2015（平成27）年をピークに、2025（令和7）年以降の推計においても減少し続けると予測されます（推計の詳細は第3章参照）。
- 年齢区分別にみると、年少人口（0～14歳）及び生産年齢人口（15～64歳）は、今後も減少していきます。
- 高齢者人口（65歳以上）は、年々増加し続け、2045（令和27）年には41,519人（65～74歳：18,349人+75歳以上：23,170人）とピークを迎えますが、75歳以上人口はさらに2055（令和37）年まで増加を続けます。

図表2-1 人口の推移



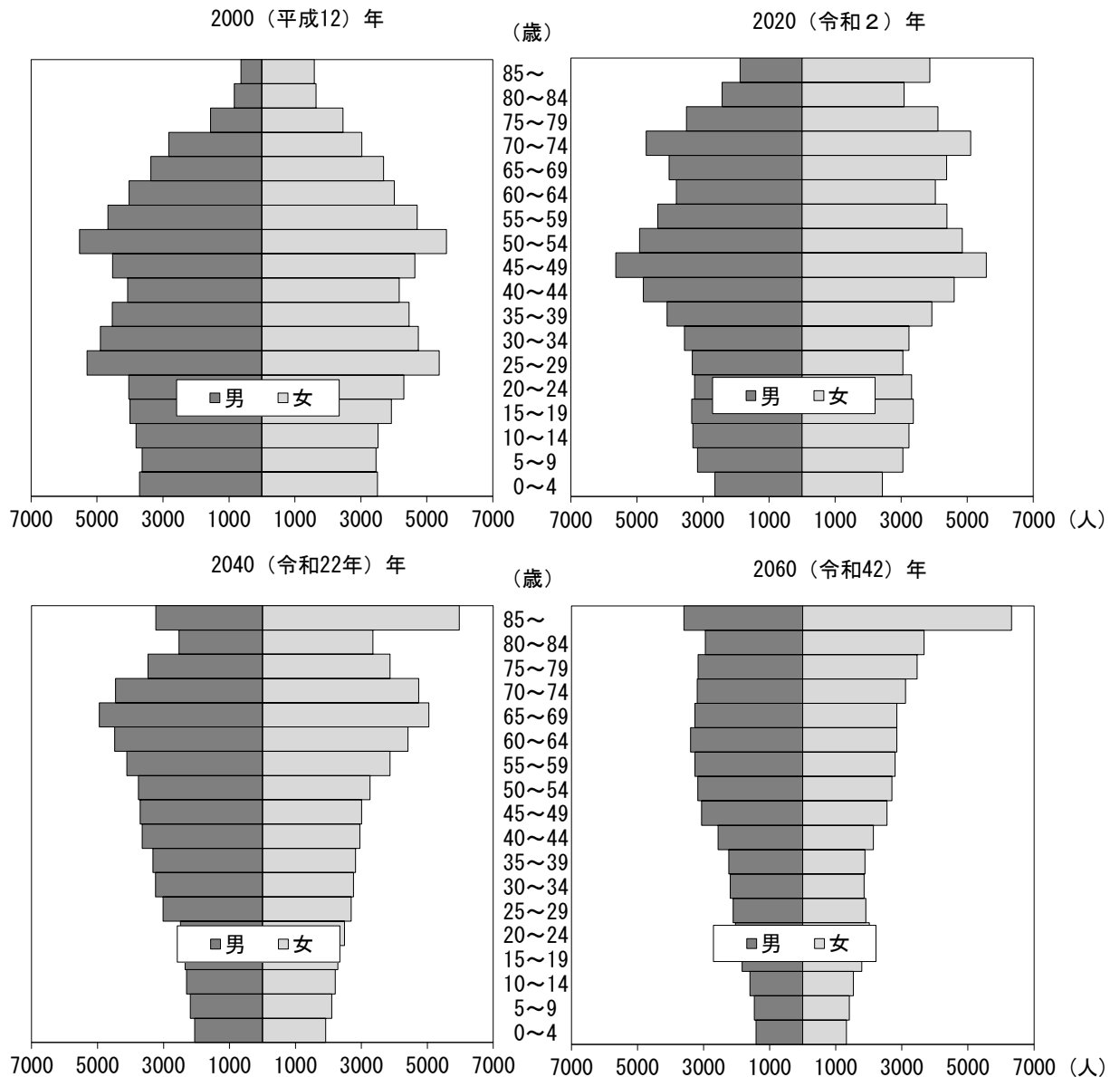
注：2015（平27）～2020（令2）年の総人口には年齢不詳が含まれます。

資料：2000（平12）～2020（令2）年は国勢調査、2025（令7）～2070（令52）年は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

(2) 人口ピラミッド

- 2020（令和2）年時点では、団塊ジュニア世代を含む40～49歳が最も多くなっています。
- 2040（令和22）年には、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、85歳以上の女性が多くなる一方、生産年齢層が少なく不安定な形状となります。

図表2-2 人口ピラミッド

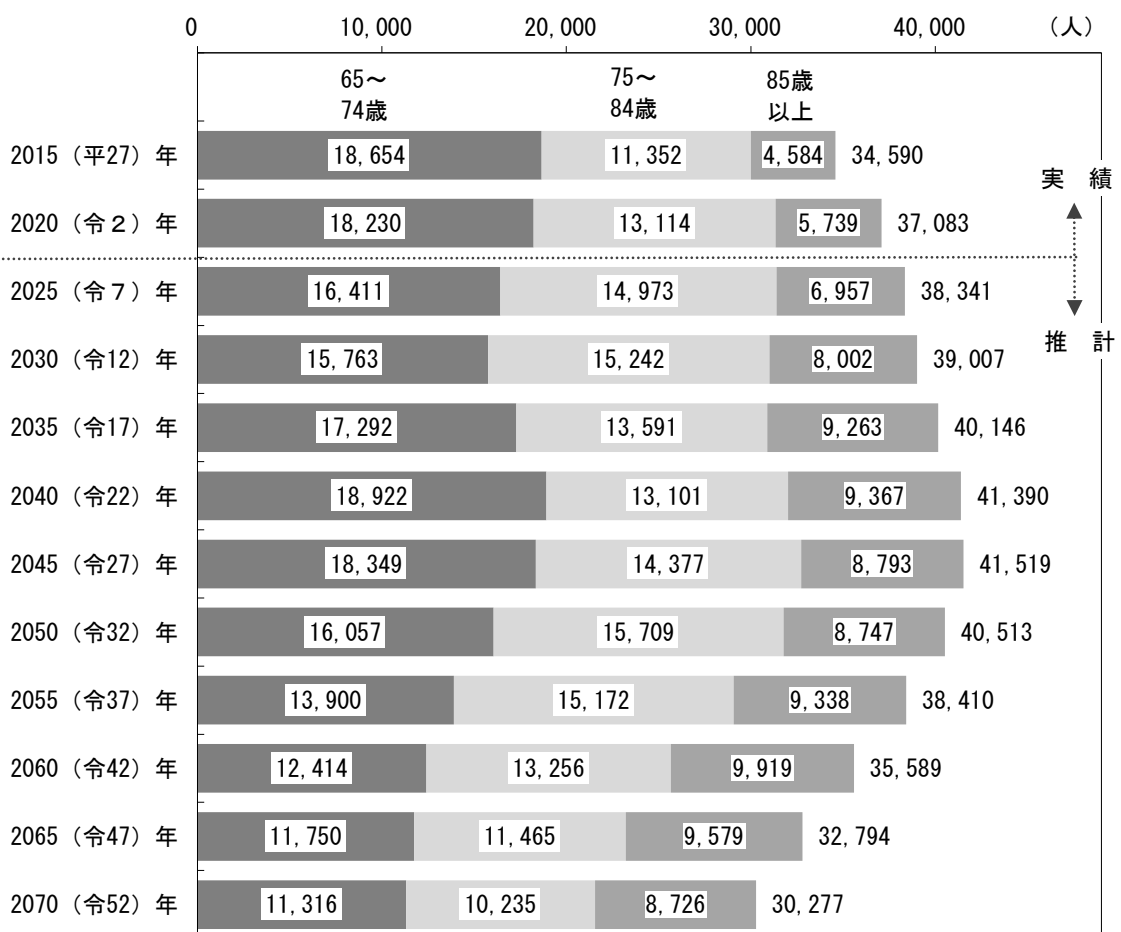


資料：2000（平12）～2020（令2）年は国勢調査、2025（令7）～2060（令42）年は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

(3) 高齢者人口の推移

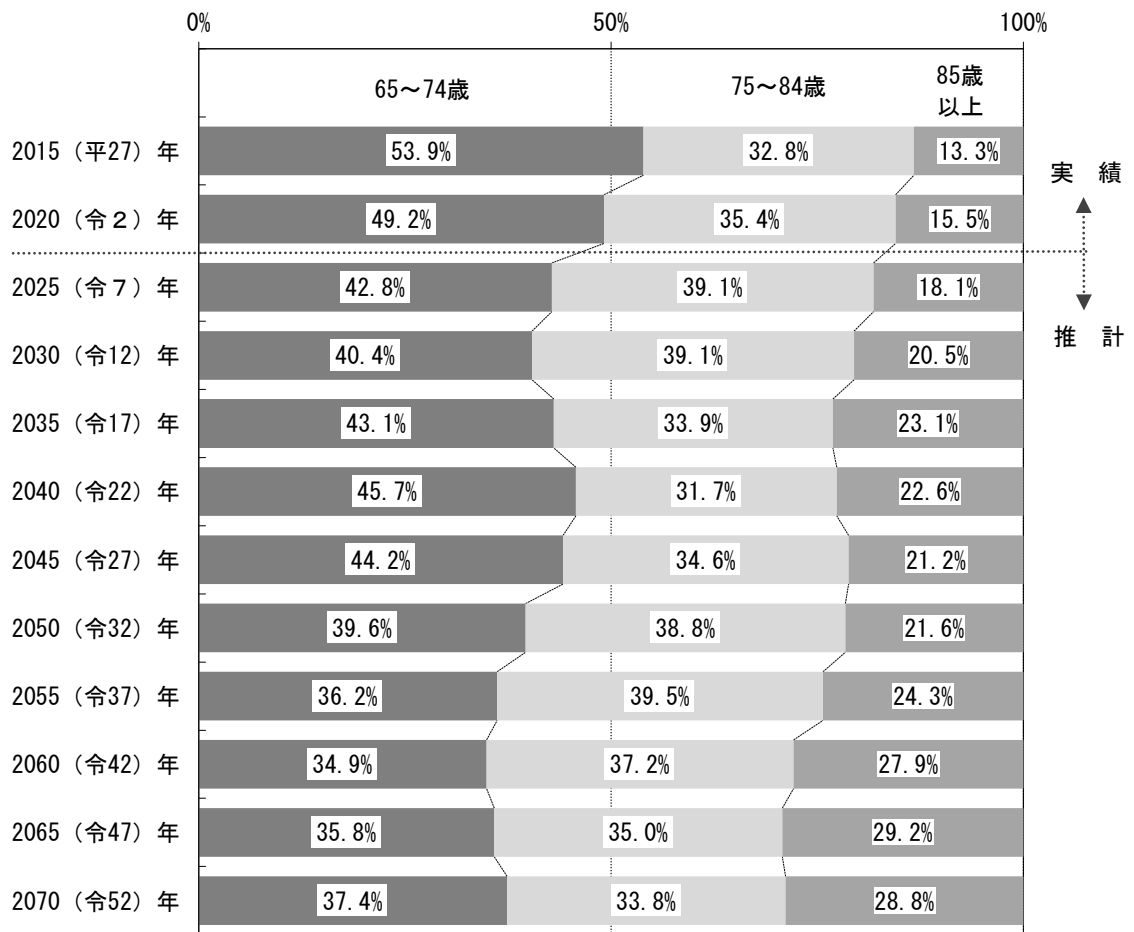
- 本市の高齢者人口（65歳以上人口）は、2020（令和2）年10月1日現在、37,083人で、ピークの2045（令和27）年には41,519人、1.1倍に増加することが見込まれています。
- 介護のニーズが高くなると言われている85歳以上の人口は、ピークの2060（令和42）年には2020（令和2）年の1.7倍の9,919人になる見込みです。

図表2-3 高齢者人口の推移



資料：2015（平27）～2020（令2）年は国勢調査、2025（令7）～2070（令52）年は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

図表 2-4 65～74歳、75～84歳、85歳以上人口の構成比の推移

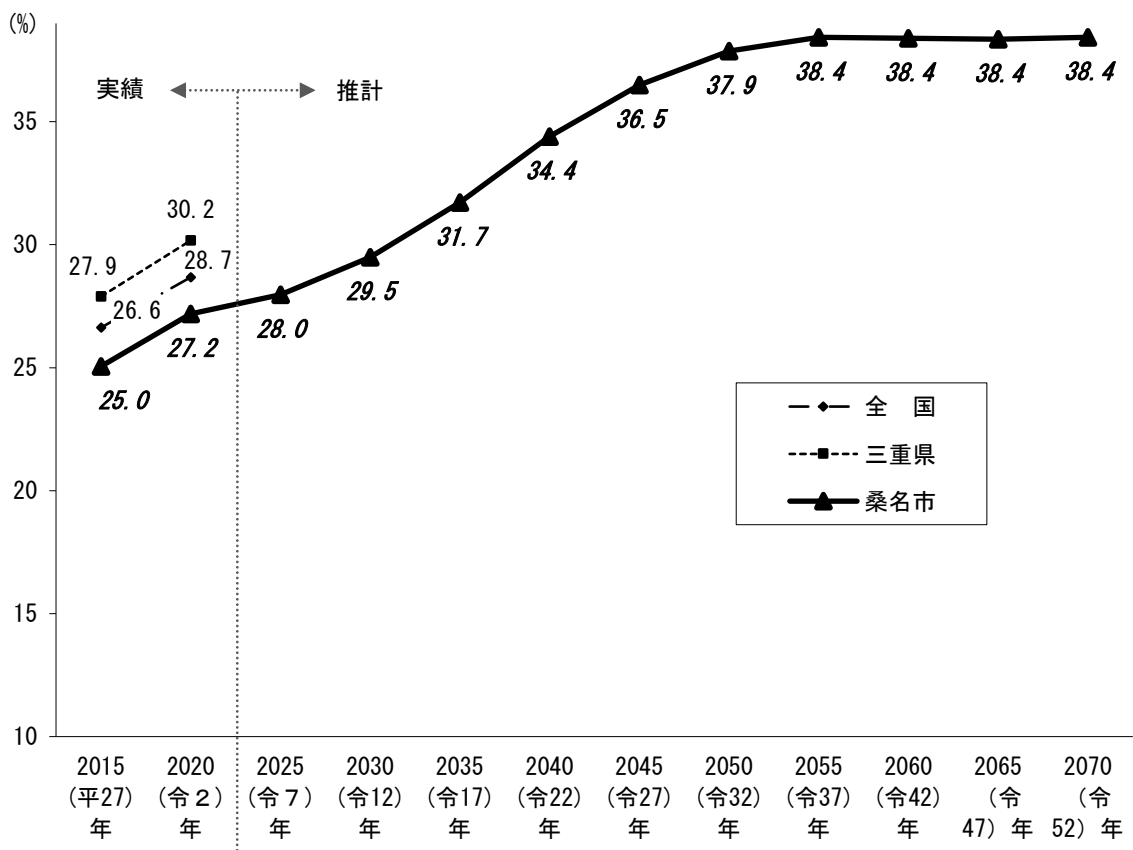


資料：2015（平27）～2020（令2）年は国勢調査、2025（令7）～2070（令52）年は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

(4) 高齢化率の推移

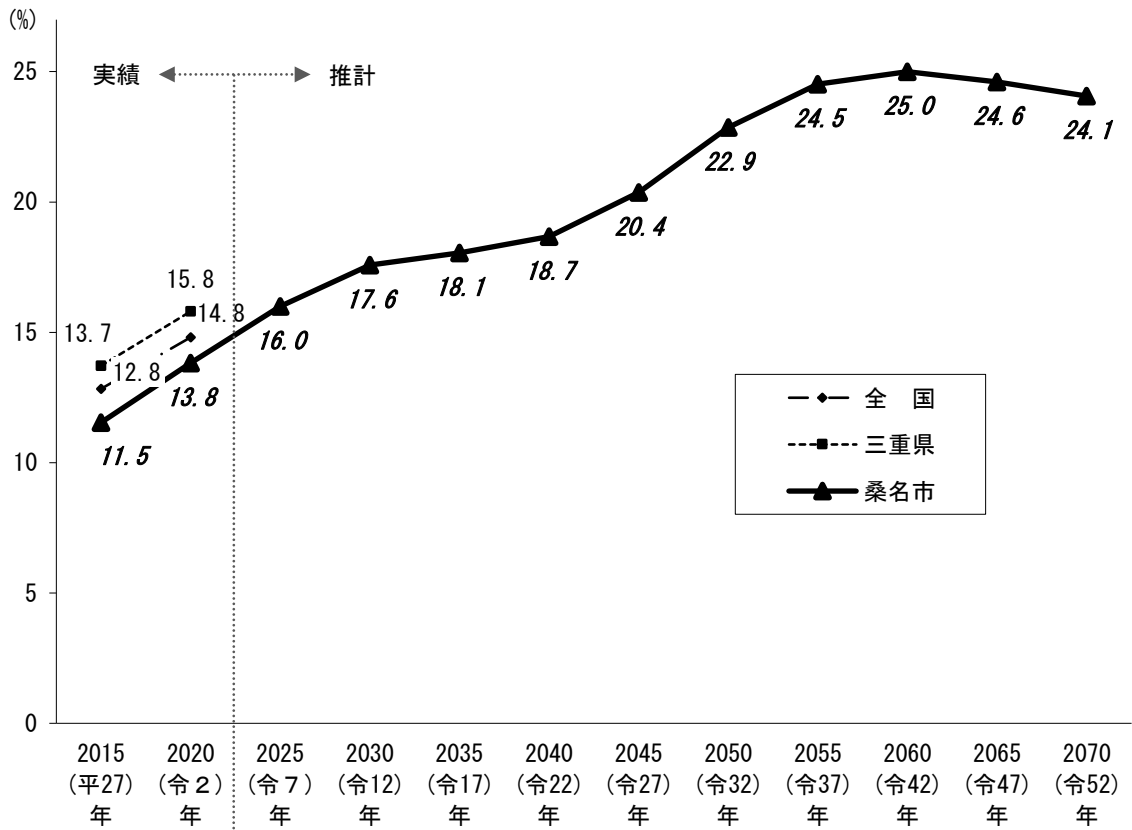
- 桑名市の高齢化率は、2020（令和2）年10月1日現在、27.2%です。全国及び三重県と比較すると、全国を1.5ポイント、三重県を3ポイント下回っています。
- 推計によると、今後、2055（令和37）年まで右肩上がりに上昇を続けていき38.4%になると予測されます。
- 桑名市の総人口に占める75歳以上人口の割合（後期高齢化率）は、2020（令和2）年10月1日現在、13.8%です。全国及び三重県と比較すると、全国を1ポイント、三重県を2ポイント下回っています。
- 推計によると、後期高齢化率は、高齢化率のピークである2055（令和37）年以降も上昇し、2060（令和42）年にピークを迎え25.0%となります。

図表2-5 高齢化率の推移



資料：2015（平27）～2020（令2）年は国勢調査、2025（令7）～2070（令52）年は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

図表 2-6 後期高齢化率の推移

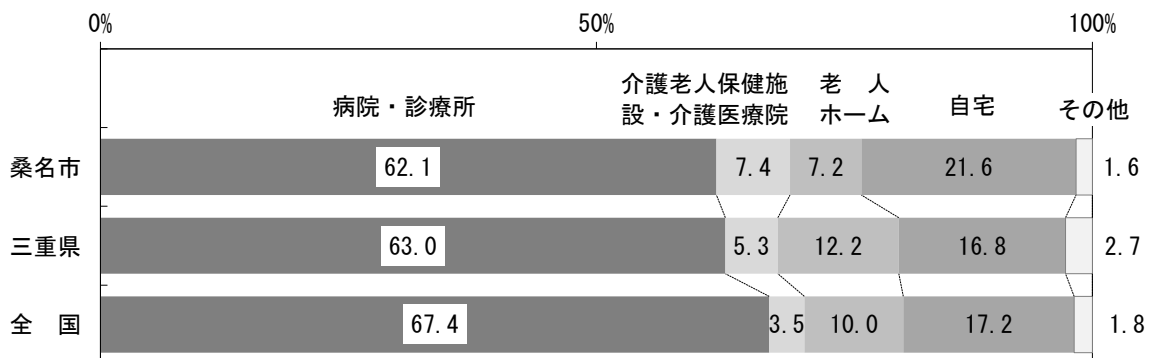


資料：2015（平27）～2020（令2）年は国勢調査、2025（令7）～2070（令52）年は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

(5) 死亡の場所

- 2021（令和3）年の死亡数を死亡の場所別にみると、病院・診療所が62.1%を占めており、自宅は21.6%です。
- 本市は、全国及び県に比べ、自宅、介護老人保健施設が高くなっています。

図表 2-7 死亡の場所（2021（令和3）年）

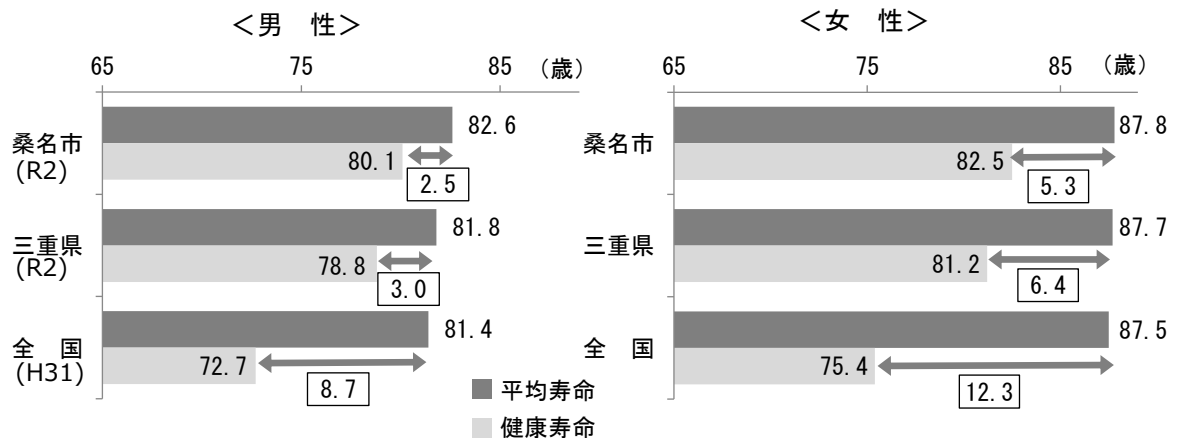


資料：人口動態統計

(6) 平均寿命・健康寿命

- 三重県の推計によると、本市の平均寿命は、男性が82.6歳、女性が87.8歳、健康寿命は、男性が80.1歳、女性が82.5歳となっています。
- 平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味しますが、本市は、男性が2.5年、女性が5.3年であり、いずれも全国及び県に比べ短くなっています。

図表 2-8 平均寿命・健康寿命



※健康寿命：①全国は「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」
 ②三重県及び桑名市は「介護保険法による介護認定（介護サービス）を受けることなく自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間」

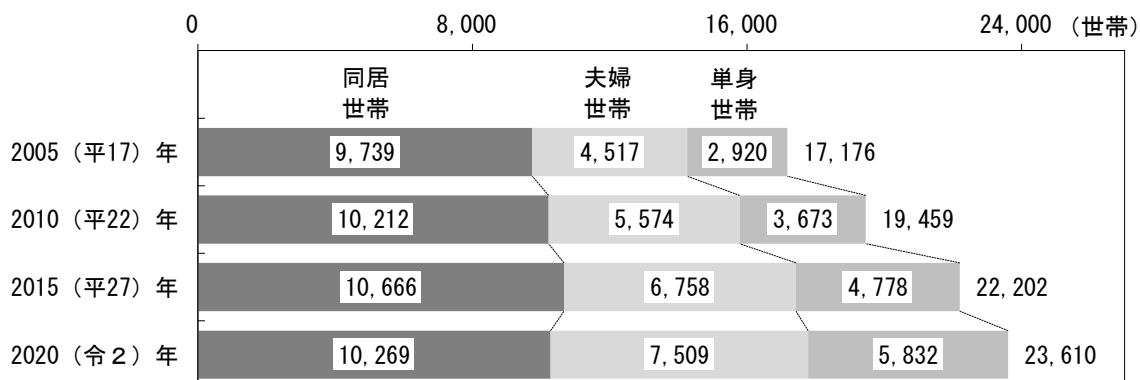
資料：桑名市及び三重県は「みえ健康指標・健康寿命」（2021（令和3）2年）、全国は「第16回健康日本21（第二次）推進専門会議資料」（2021（令和3）年12月）

2 世帯の現状

(1) 高齢者のいる世帯の状況

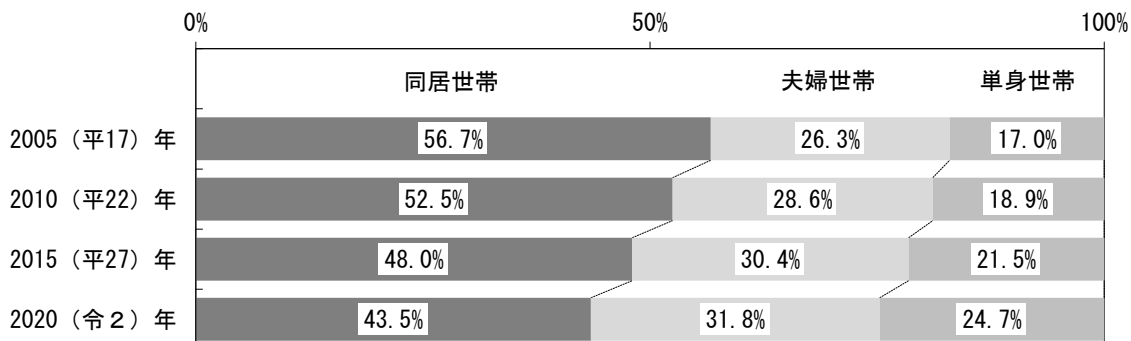
- 桑名市の高齢者のいる世帯は、2020（令和2）年の国勢調査によると23,610世帯となっており、2005（平成17）年から15年間で6,434世帯増加し約1.4倍になっています。
- 世帯類型別にみると、高齢夫婦世帯（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯）は4,517世帯から7,509世帯、約1.7倍に、高齢単身世帯は2,920世帯から5,832世帯、約2倍に増加となっています（図表2-9）。
- 比率で見ると、夫婦世帯及び単身世帯が高くなります。高齢者以外の家族との同居世帯は低下しています（図表2-10）。

図表2-9 高齢者のいる世帯の推移



資料：国勢調査

図表2-10 高齢者のいる世帯の類型割合の推移



資料：国勢調査

(2) 高齢単身世帯

- 年齢別にみると、85歳以上が22.2%と最も高く、75歳以上の合計は60.1%にのぼります。

図表2-11 高齢単身世帯の性・年齢別 単位：人

区分	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	計
計	1,057	1,267	1,174	1,037	1,297	5,832
	18.1%	21.7%	20.1%	17.8%	22.2%	100.0%
男性	510	524	341	230	280	1,885
女性	547	743	833	807	1,017	3,947

資料：国勢調査（2020（令和2）年）

(3) 高齢夫婦世帯

- 高齢夫婦世帯を夫婦の年齢別にみると、夫婦ともに75歳未満の世帯が49.8%を占めていますが、夫婦ともに75歳以上の世帯が30.4%（2,285世帯）あります。

図表2-12 高齢夫婦世帯 単位：人

区分		妻						計
		60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	
夫	65～69歳	706	738	89	9	-	-	1,542
	70～74歳	189	1,041	974	71	11	1	2,287
	75～79歳	9	136	1,100	552	37	8	1,842
	80～84歳	3	5	132	723	301	21	1,185
	85歳以上	1	1	8	87	304	252	653
	計	908	1,921	2,303	1,442	653	282	7,509

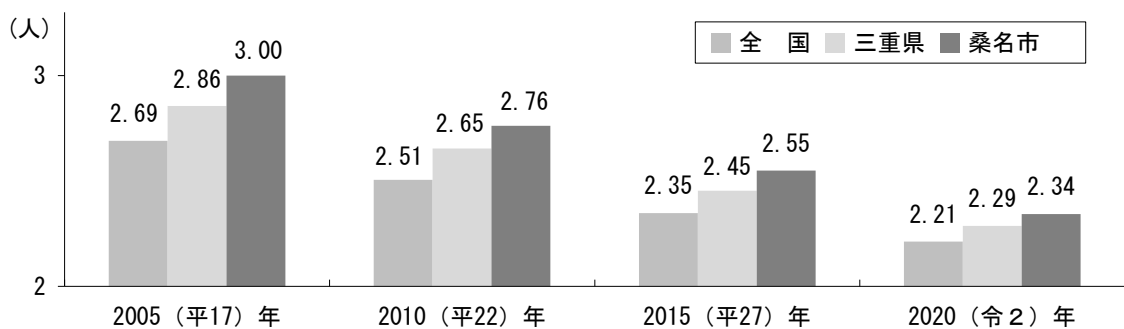
区分		妻		計
		60～74歳	75歳以上	
夫	65～74歳	3,737 (49.8%)	97 (1.2%)	3,829 (51.0%)
	75歳以上	1,395 (18.6%)	2,285 (30.4%)	3,680 (49.0%)
	計	5,132 (68.3%)	2,377 (31.7%)	7,509 (100.0%)

資料：国勢調査（2020（令和2）年）

(4) 高齢者のいる世帯の平均世帯人員

- 桑名市の高齢者のいる世帯の平均世帯人員は、2020（令和2）年では2.34人となっており、全国及び三重県を上回っています。
- 2005（平成17）年以降の推移をみると、世帯規模は縮小しており、高齢夫婦世帯及び高齢単身世帯の増加からわかるように、今後もこの傾向は続くことが予測され、家庭における介護力の低下は否めません。

図表2-13 高齢者のいる世帯の平均世帯人員の推移

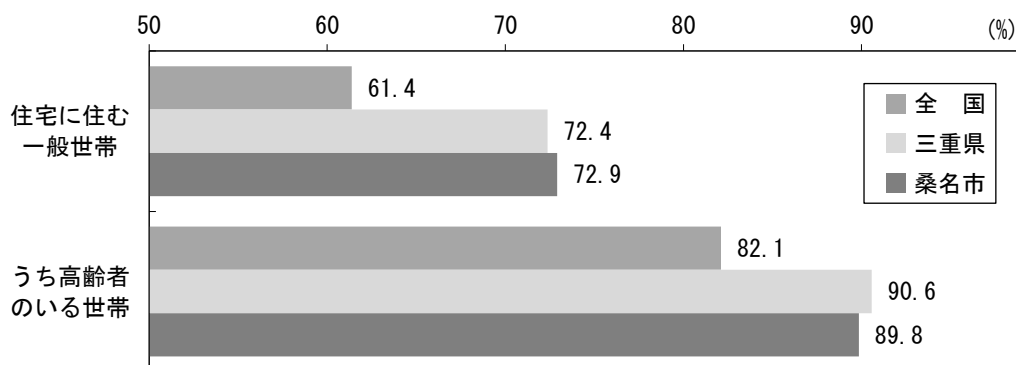


資料：国勢調査

(5) 住宅の状況（持ち家率）

- 桑名市の高齢者のいる世帯の持ち家率は89.8%となっており、一般世帯の持ち家率を15ポイント以上上回っています。
- 全国及び三重県との比較では、全国を7.7ポイント上回っており、ほぼ三重県と並んでいます。

図表2-14 持ち家率



資料：国勢調査（2020（令和2）年）

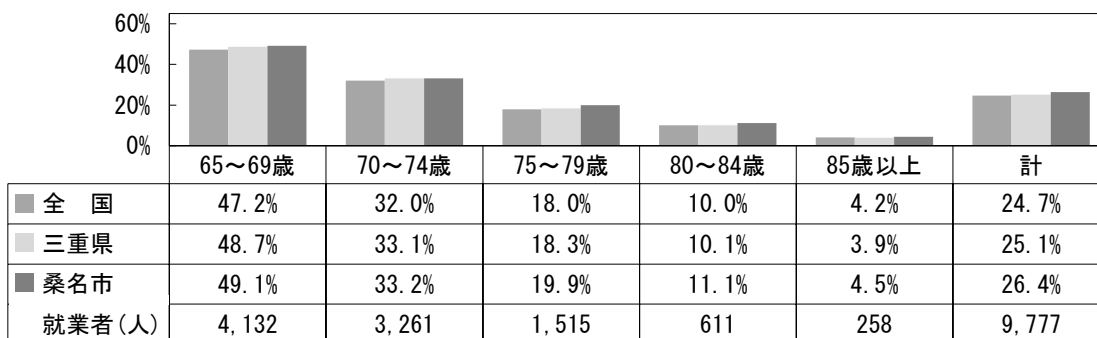
3 社会参加の現状

(1) 就業の状況

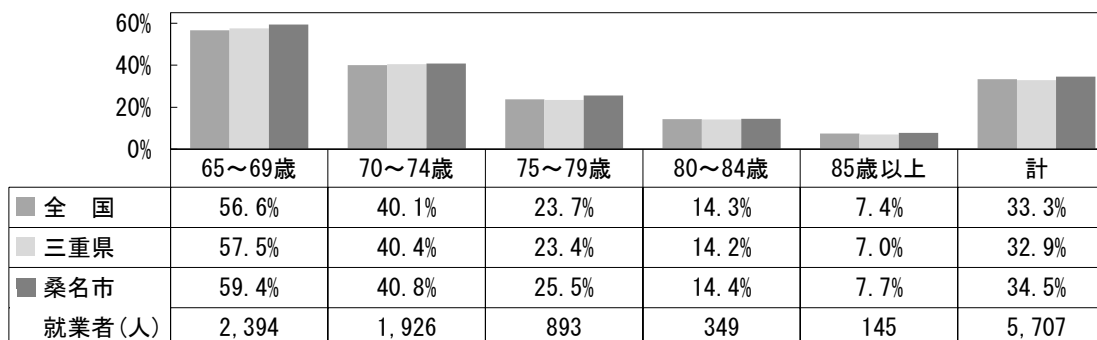
- 桑名市の65歳以上の就業者は9,777人、就業率は26.4%です。全国及び県と比較して、やや高くなっています。
- 性・年齢別にみると、男性の65～69歳では59.4%と過半数が、女性の65～69歳では39.4%と約4割が働いています。

図表2-15 就業率

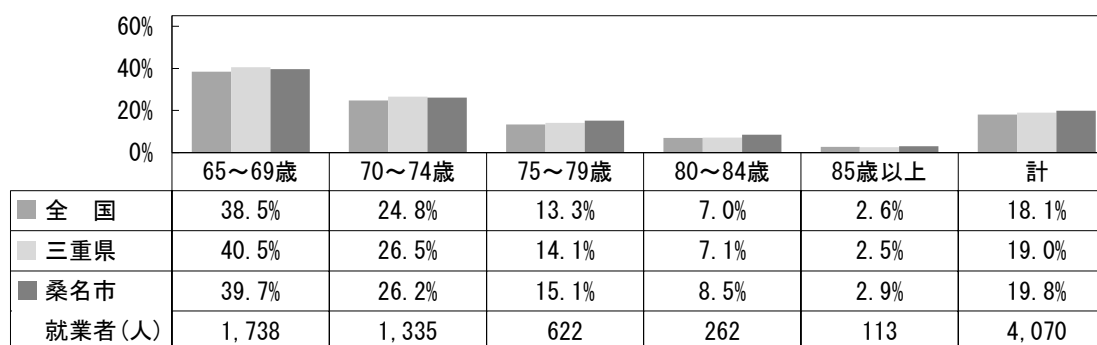
①全体



②男性



③女性

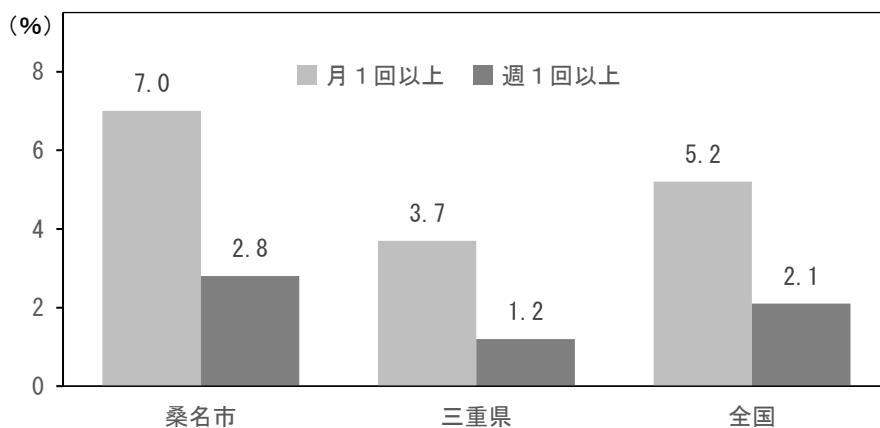


資料：国勢調査（2020（令和2）年）

(2) 「通いの場」の状況

- 介護予防に資する住民主体の「通いの場」の参加率をみると、桑名市は、月1回以上の参加率も、週1回以上の参加率も、全国及び三重県を上回っています。

図表2-16 「通いの場」への参加率（2020（令和2）年）



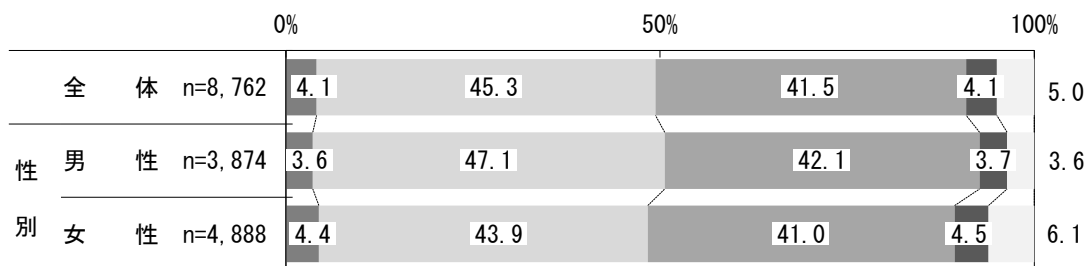
資料：地域包括ケア「見える化」システム（2023（令和5）年8月4日取得）

(3) 健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向

- 「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果から、地域住民主体の健康づくり活動や趣味等のグループ活動について、〈①参加者として〉と〈②企画・運営（お世話役）として〉の参加意向をみました。

- 〈①参加者として〉は、「ぜひ参加したい」が4.1%、「参加してもよい」が45.3%、「既に参加している」が4.1%となっており、これらを合計した参加意向は53.5%です。

図表2-17 健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向〈①参加者として〉

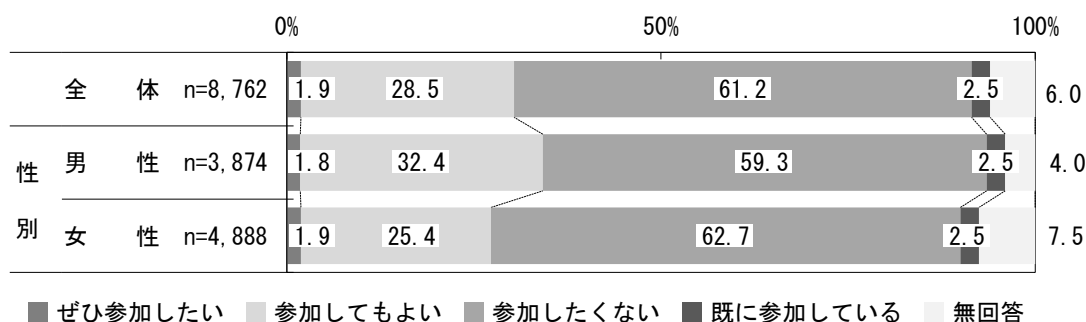


■ ぜひ参加したい ■ 参加してもよい ■ 参加したくない ■ 既に参加している ■ 無回答

資料：桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果報告書（2023（令和5）年3月）

- <②企画・運営（お世話役）として>は、「ぜひ参加したい」が1.9%、「参加してもよい」が28.5%、「既に参加している」が2.5%となっており、これらを合計した参加意向は32.9%で、性別にみると、女性に比べ男性の参加意向が高くなっています。

図表 2-18 健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向<②企画・運営（お世話役）として>



資料：桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果報告書（2023（令和5）年3月）

(4) 会・グループ等への参加頻度

- 会・グループ等への参加頻度について、「週4回以上」「週2～3日」「週1回」「月1～3回」「年に数回」を合計した《参加している》人の割合は、⑦町内会・自治会が34.5%と最も高く、次いで⑧収入のある仕事が22.4%、③趣味関係のグループが22.0%、②スポーツ関係のグループやクラブが18.5%、①ボランティアのグループが8.6%、④学習・教養サークルが7.6%、⑥老人クラブが6.5%、⑨特技や経験を他者に伝える活動が4.6%、⑤介護予防のための「通いの場」が4.2%の順となっています。
- ①ボランティアのグループ、⑥老人クラブ、⑦町内会・自治会及び⑨特技や経験を他者に伝える活動は「年に数回」、③趣味関係のグループ、④学習・教養サークル及び⑤介護予防のための「通いの場」は「月に1～3回」、②スポーツ関係のグループやクラブは「週2～3回」、⑧収入のある仕事は「週4回以上」が最も高くなっています。
- 《週1回以上》が10%を超えているのは、⑧収入のある仕事及び②スポーツ関係のグループやクラブです。

図表 2-19 会・グループ等への参加頻度

単位：%

区 分	n=8,762	週4回以上	週2～3回	週1回	《週1回以上》	月1～3回	年に数回	《参加している》	参加していない	無回答
①ボランティアのグループ		0.4	0.9	1.2	2.5	2.6	3.5	8.6	69.6	21.9
②スポーツ関係のグループやクラブ		2.4	6.2	4.2	12.8	3.7	2.0	18.5	60.8	20.7
③趣味関係のグループ		1.0	2.8	3.7	7.5	10.6	3.9	22.0	58.5	19.6
④学習・教養サークル		0.2	0.6	1.0	1.8	4.1	1.7	7.6	69.2	23.1
⑤介護予防のための「通いの場」		0.4	0.6	0.9	1.9	1.4	0.9	4.2	72.6	23.2
⑥老人クラブ		0.2	0.1	0.4	0.7	1.3	4.5	6.5	71.0	22.5
⑦町内会・自治会		0.3	0.4	0.7	1.4	3.9	29.2	34.5	44.3	21.2
⑧収入のある仕事		12.3	6.2	1.2	19.7	1.3	1.4	22.4	56.7	21.8
⑨特技や経験を他者に伝える活動		0.5	0.8	0.4	1.7	1.1	1.8	4.6	71.5	23.9

(注) 『参加している』 = 「週4回以上」 + 「週2～3回」 + 「週1回」 + 「月1～3回」 + 「年に数回」

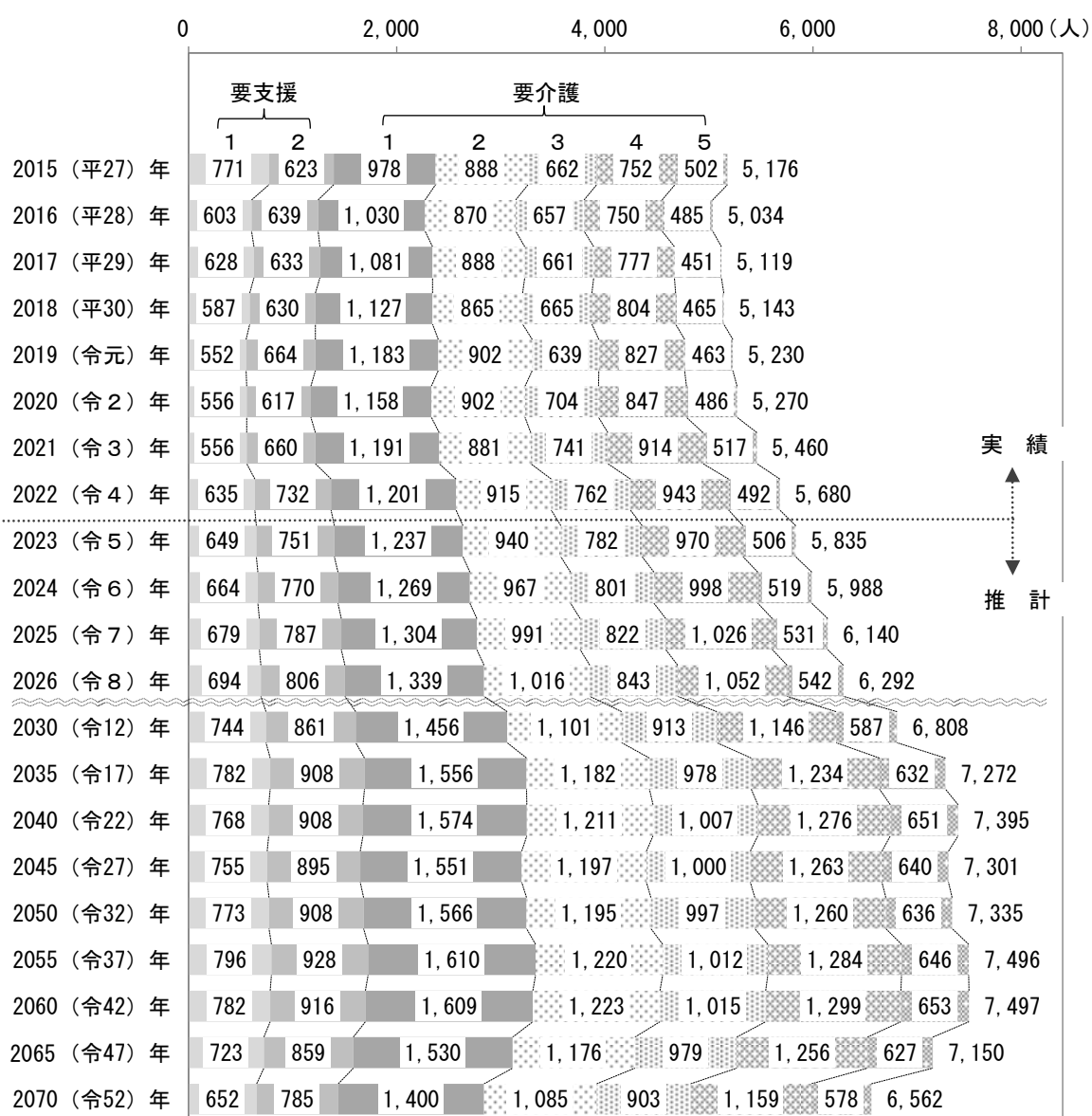
資料：桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果報告書（2023（令和5）年3月）

4 要支援・要介護認定者の推移（現状と推計）

(1) 認定者数の推移

- 令和4年9月末現在、要支援・要介護認定者数は5,680人です。
- 推計（自然体）では、2035（令和17）年には、7,000人を超えます。その後も増加傾向は続き、2055（令和37）年には現在の約1.3倍、7,500人弱になると見込まれます。

図表2-20 認定者数の推移



資料：2015（平27）～2022（令4）は介護保険事業状況報告（各年9月末現在）、2023（令5）～2070（令52）年は令和4年9月末時点の要介護度別、性・年齢階層別認定率をもとに推計

■ 令和4年9月末現在の要介護度別の認定者数と認定率をみると、65歳以上の第1号被保険者の認定者は5,565人、第1号被保険者の14.7%にあたります。また、75歳以上の認定者の割合は25.2%と、75歳以上の4人に1人以上が認定者となっています。

図表2-21 要支援・要介護認定者数

区 分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
第1号被保険者	626	710	1,191	892	745	924	477	5,565
	1.7%	1.9%	3.1%	2.4%	2.0%	2.4%	1.3%	14.7%
	65～74歳	77	74	81	92	83	75	55
	0.4%	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.3%	3.0%
75歳以上	549	636	1,110	800	662	849	422	5,028
	2.8%	3.2%	5.6%	4.0%	3.3%	4.3%	2.1%	25.2%
第2号被保険者	9	22	10	23	17	19	15	115
計	635	732	1,201	915	762	943	492	5,680

注：下段は各人口に対する割合

(第1号被保険者数=37,902人、65～74歳=17,974人、75歳以上=19,928人)

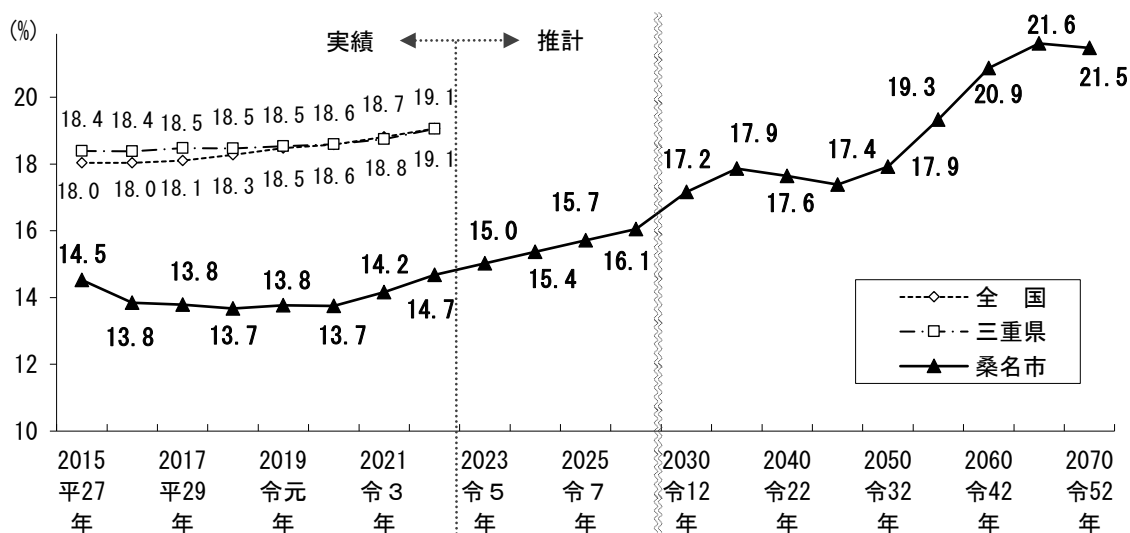
資料：介護保険事業状況報告（2022（令和4）年9月末）

(2) 要支援・要介護認定率の推移

■ 令和4年9月末現在の第1号被保険者数に対する65歳以上の認定者数の割合（認定率）は14.7%であり、全国、県平均に比べより4.4ポイント低い率となっています。

■ 推計（自然体）では、2055（令和37）年には、ほぼ現在の全国、県平均のレベルとなり、2060（令和42）年には20%を超えると見込まれます。

図表2-22 要支援・要介護認定率の推移



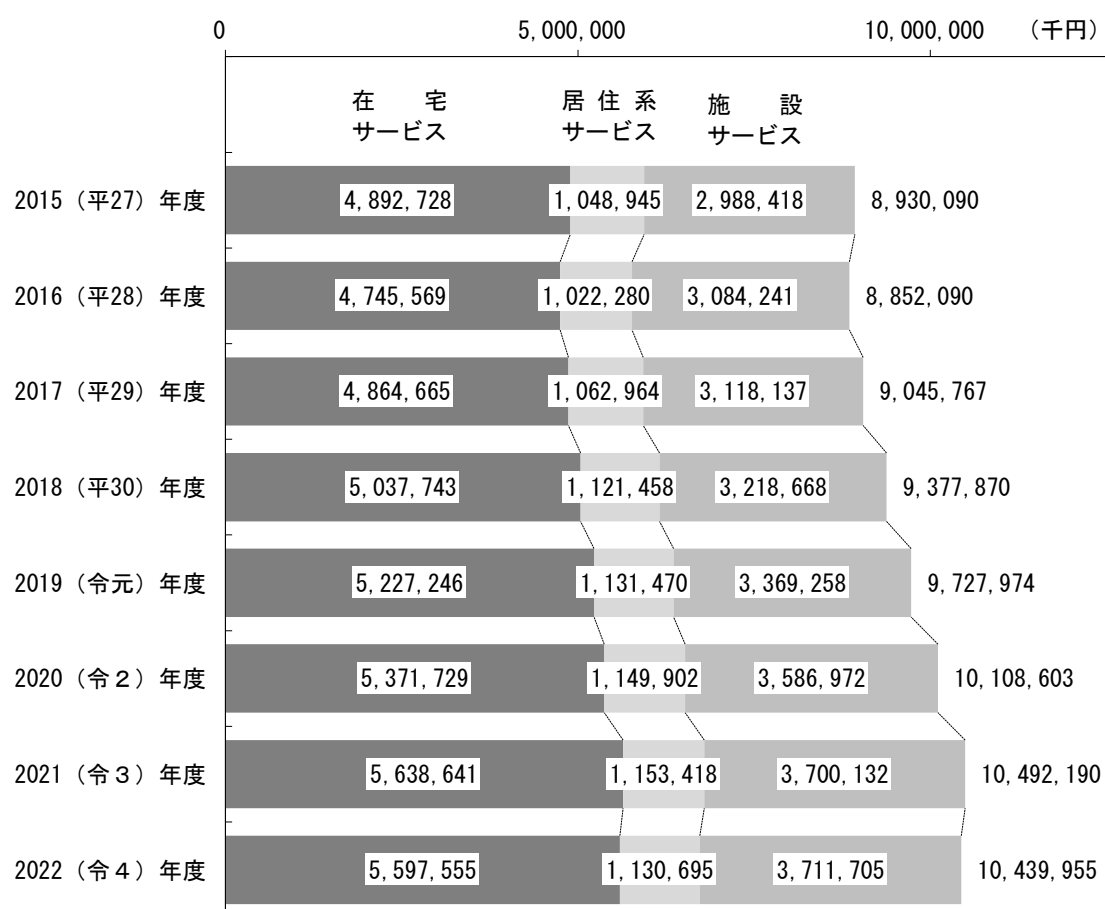
資料：2015（平27）～2022（令4）は介護保険事業状況報告（各年9月末現在）、2023（令5）～2070（令52）年は令和4年9月末時点の要介護度別、性・年齢階層別認定率をもとに推計

5 介護費用額の現状

(1) 介護費用額の推移

■桑名市における介護費用額の推移をみると、2021（令和3）年度までは増加傾向にありましたが、2022（令和4）年では若干減少し、10,439,955千円となっています。

図表2-23 介護費用額の推移

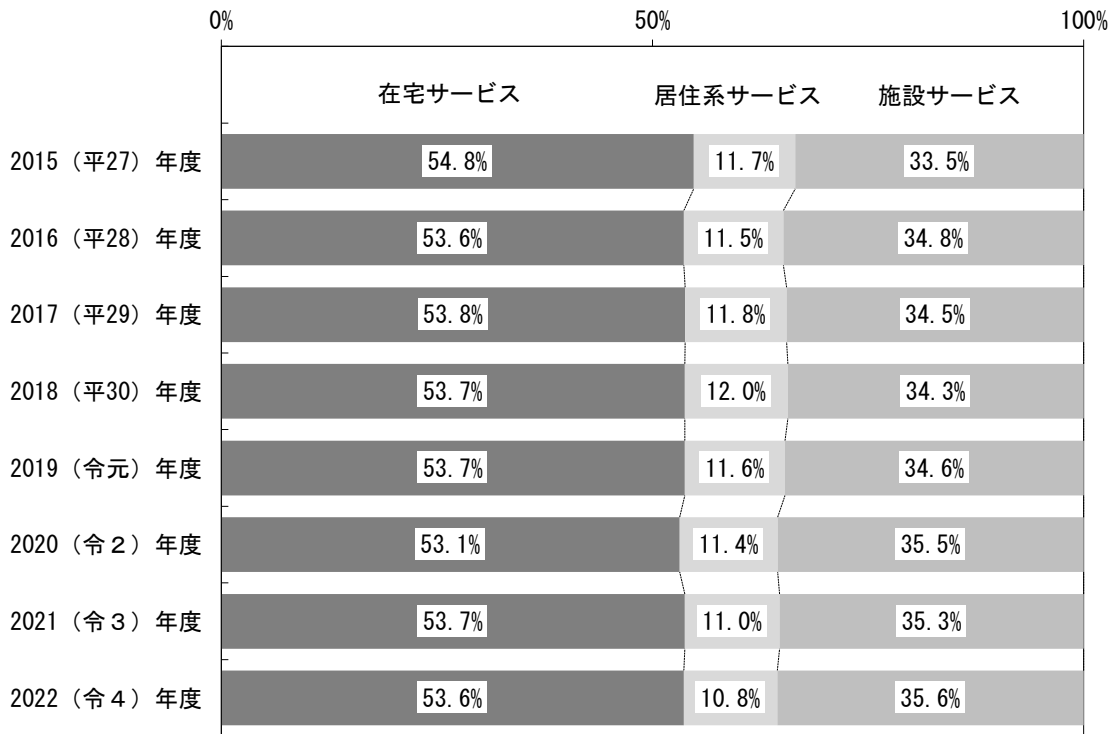


注：補足給付は費用額に含まれていません。

資料：地域包括ケア「見える化」システム（2023（令和5）年8月4日取得）

■サービス区分別の構成比の推移をみると、大きな変化はみられず、2022（令和4）年では、在宅サービスが53.6%、居住系サービスが10.8%、施設サービスが35.6%となっています。

図表 2-24 介護費用額サービス区分構成比の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム（2023（令和5）年8月4日取得）

(2) 第1号被保険者1人あたり給付月額

- 桑名市における2022(令和4)年の第1号被保険者1人あたり給付月額は、在宅サービス、施設・居住系サービスともに全国及び県より低くなっています。

図表 2-25 第1号被保険者1人あたり給付月額の状況（全国・県との比較）

単位：円

区分	合計	在宅サービス	施設・居住系サービス	
第1号被保険者1人あたり給付月額 2022(令和4)年	全国	23,176	12,311	10,865
	三重県	23,917	13,161	10,756
	桑名市	20,496	11,023	9,473
調整済み 第1号被保険者1人あたり給付月額 2020(令和2)年	全国	20,741	10,786	9,955
	三重県	21,641	11,747	9,894
	桑名市	19,420	10,224	9,196

注：「調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額」とは給付費の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」と「地域区分別単価」の影響を除外した給付月額

資料：地域包括ケア「見える化」システム（2023（令和5）年7月21日取得）

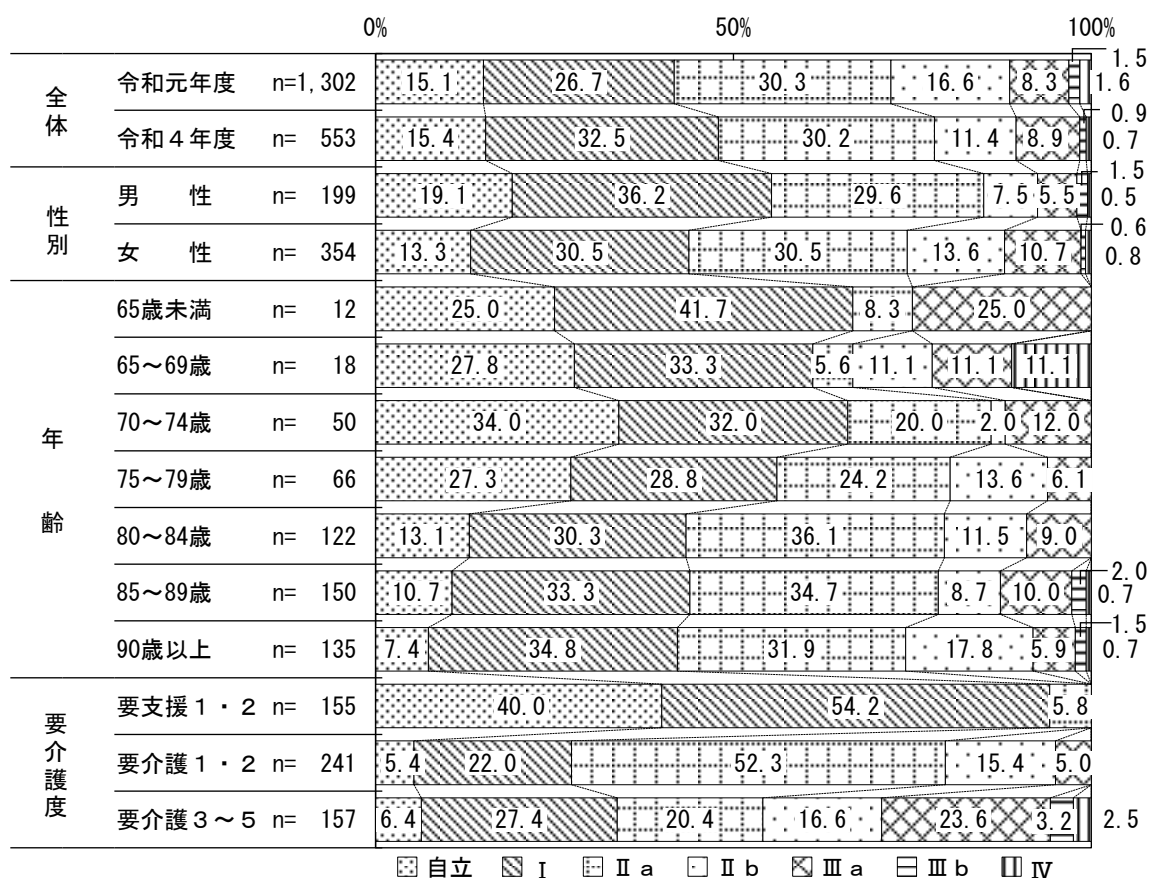
6 認知症高齢者の現状

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度

■「在宅介護実態調査」の結果から認知症高齢者の日常生活自立度（以下「認知症自立度」と言います。）判定基準の<Ⅱ a以上>を認知症とみると、全体では52.1%となります。<Ⅱ a以上>は、年齢が上がるにしたがい高くなる傾向にあり、80歳を超えると55%を超え、90歳以上では57.8%となっています。

■要介護度別にみると、要支援1・2では<Ⅰ以下>が94.2%を占めています。<Ⅱ a以上>は、要介護1・2が72.7%、要介護3～5が66.3%と、要介護1・2の方が高くなっていますが、介護を必要とする状態である<Ⅲ a以上>では、要介護1・2（5.0%）より要介護3～5が29.3%と高くなっています。

図表2-26 認知症高齢者の日常生活自立度



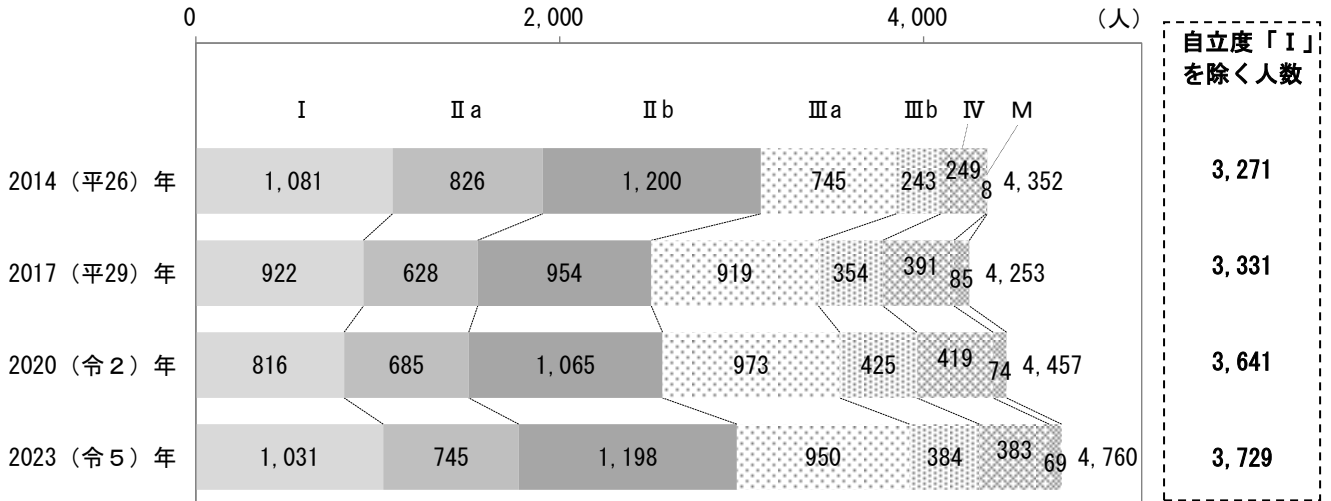
注：Mの該当者はありません。

資料：「在宅介護実態調査報告書」2023（令和5）年3月

(2) 要支援・要介護認定者における認知症高齢者数の推移

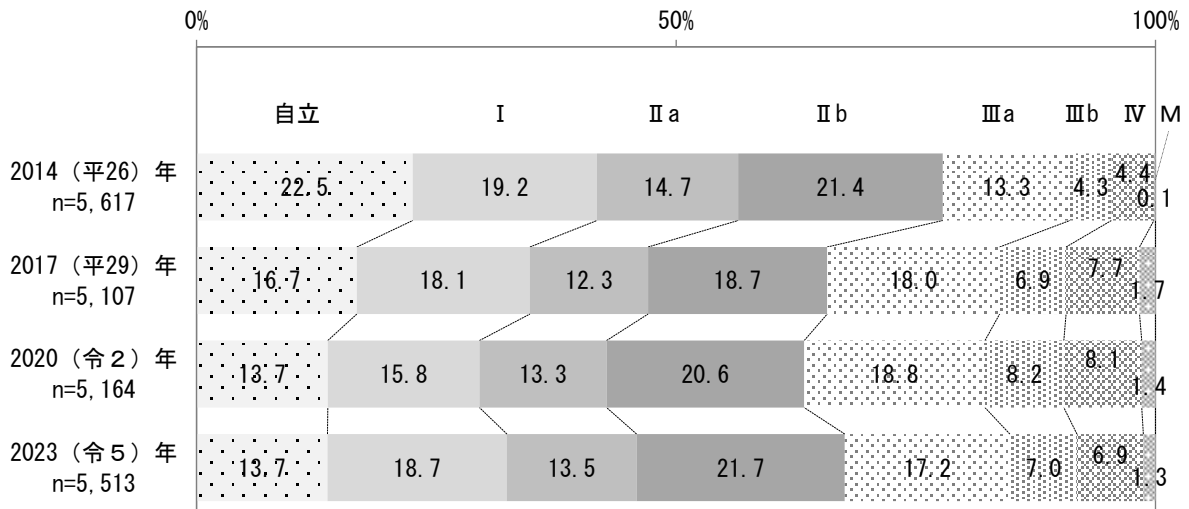
■ 要支援・要介護認定者における認知症高齢者数の推移をみると、増加傾向にあります（図表 2-28）。

図表 2-27 要支援・要介護認定者における認知症高齢者数（日常生活自立度別）の推移



資料：要介護・要支援認定に関するデータ（各年3月末時点／桑名市保健福祉部介護高齢課）

図表 2-28 要支援・要介護認定者における認知症高齢者の日常生活自立度別割合の推移



資料：要介護・要支援認定に関するデータ（各年3月末時点／桑名市保健福祉部介護高齢課）

■ 2023（令和5）年3月末における要支援・要介護度別の認知症高齢者の日常生活自立度をみると、要支援1・2ではI、要介護1・2ではII b、要介護3・4ではIII a、要介護5ではIVの割合が最も高くなっています。

■ 要支援・要介護認定者の70%前後に認知症の症状がみられ、今後、認定者の増加を勘案すると、予防や重度化の視点からも認知症対策を推進する必要があります。

図表2-29 要支援・要介護度別の認知症高齢者の日常生活自立度

単位：人

区分	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	合計
要支援1	222 (32.6)	240 (35.3)	102 (15.0)	86 (12.6)	22 (3.2)	3 (0.4)	3 (0.4)	2 (0.3)	680 (100.0)
要支援2	254 (35.1)	290 (40.1)	85 (11.8)	76 (10.5)	14 (1.9)	4 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	723 (100.0)
要介護1	33 (2.8)	113 (9.6)	229 (19.4)	474 (40.2)	226 (19.2)	60 (5.1)	29 (2.5)	14 (1.2)	1,178 (100.0)
要介護2	117 (13.1)	164 (18.4)	124 (13.9)	208 (23.3)	164 (18.4)	68 (7.6)	41 (4.6)	7 (0.8)	893 (100.0)
要介護3	61 (8.4)	102 (14.0)	78 (10.7)	164 (22.6)	185 (25.4)	65 (8.9)	62 (8.5)	10 (1.4)	727 (100.0)
要介護4	50 (5.8)	97 (11.2)	96 (11.0)	146 (16.8)	226 (26.0)	116 (13.3)	116 (13.3)	22 (2.5)	869 (100.0)
要介護5	16 (3.6)	25 (5.6)	31 (7.0)	44 (9.9)	113 (25.5)	68 (15.3)	132 (29.8)	14 (3.2)	443 (100.0)
合計	753 (13.7)	1,031 (18.7)	745 (13.5)	1,198 (21.7)	950 (17.2)	384 (7.0)	383 (6.9)	69 (1.3)	5,513 (100.0)

※括弧内は、認知症高齢者数の日常生活自立度別構成比

※桑名市から市外の介護老人福祉施設等の住所地特例対象施設に入所した人も含む。

資料：要介護・要支援認定に関するデータ（2022（令和）年3月末時点／桑名市保健福祉部介護高齢課）

【参考】認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

レベル	判断基準
I	「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態」基本的には在宅で自立した生活が可能なレベルです。
II a	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態」
II b	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態」
III a	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態」
III b	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態」
IV	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態」
M	「著しい精神症状や周辺症状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状態」

7 課題のまとめ

課題1 健康寿命の延伸

- 本市の健康寿命は県に比べ高く、それを維持しさらに高めるために、今後関係部署・機関等の連携のもと効果的な健康増進及び介護予防の取組を進めていく必要があります。
- 本市は「通いの場」の参加率が県に比べ高く、今後も住民と専門職の協働によりさらなる充実を図るとともに、「通いの場」だけでなく多様化するニーズに対応した社会参加の「場」の充実を図る必要があります。
- 地域住民主体の活動に担い手として参加している人は多くはありませんが、「参加してもよい」という潜在的な参加意向は高く、今後、アクティブシニアを対象に地域の担い手の発掘・育成を進めていく必要があります。
- 長寿化の進展により、要支援・要介護認定者の増加ひいては介護費用額の増加は否めません。高齢者ができる限り活躍できるよう、生きがい対策とフレイル対策の充実は喫緊の課題です。

課題2 介護サービスの充実

- 介護ニーズの高い85歳以上人口は2060（令和42）年まで増加し続け、現在の1.7倍程度になると見込まれます。そのことを念頭に介護サービスの基盤整備を進める必要があります。
- 今後も続くと予測される世帯規模の縮小は、家族介護力の低下につながります。家族介護者への支援を重視し、24時間対応可能なサービス等の整備をさらに進める必要があります。
- 増加する認知症の人とその家族を地域全体で支えるため、全市的に認知症の理解促進と共生の仕組みづくりを進める必要があります。
- 推計では、高齢者人口は2045（令和27）年まで増加し続けます。一方、年少人口及び生産年齢人口が減少を続けることが見込まれます。今後、地域社会を支える担い手ひいては福祉・介護人材の不足は、さらに深刻な課

題となってきます。

- 医療や介護が必要な状態になっても、最期まで住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療と介護の一層の連携が求められています。

課題3 高齢者等の意志の尊重

- 介護や医療、福祉等の制度は複雑かつ多様であり、その利用に当たって専門的な知見が必要となる場合も少なくありません。加えて、生活を営むためには行政サービスのみならず、住まいやインフォーマルサービスの利用等、幅広い視点からの検討が必要な場合があります。こうした中、自らの意志で選択するに当たり、いわゆる情報の非対称性が課題となります。
- 加齢に伴う認知機能の低下や疾病、認知症等により、本人が判断を行う、あるいは、自らの意志を発信することなどが難しくなります。特に認知症は高齢化の進展に伴い、今後ますます増加することが見込まれています。本人の尊厳保持と希望を持って暮らすことのできる支援の充実は重要です。
- 8050問題等、本人だけでなく家族を含めた世帯全体の複雑化・複合化した課題により、意思決定が難しくなるケースが顕在化しています。
- 高齢者の尊厳を著しく損なうものである高齢者虐待を防止することは極めて重要です。高齢者虐待のみならず、消費者被害や特殊詐欺被害、あるいは、セルフネグレクトなど、高齢者の権利利益が侵害される相談が増えています。

第3章 計画の基本的な考え方

1 基本理念

<基本理念>

高齢者の尊厳保持・自立支援

～地域共生社会の実現を目指して～

介護保険法では、介護保険制度の目的を「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため」（第1条）と定めています。

また、介護保険サービスの提供理念を「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」（第2条第4項）と定めています。

このように介護保険制度が目指すのは、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、介護サービスをはじめ、医療、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制づくりであり、言い換えれば、地域包括ケアシステムの構築です。

また、地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、ひいては、地域住民が相

互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指す必要があります。

本計画では、介護保険制度の基本理念である「高齢者の尊厳保持・自立支援」を地域包括ケアシステムの深化・推進、地域共生社会の実現を通して具現化し、高齢になっても尊厳が保持されるよう、自立を支援し、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられる桑名市の実現を目指します。



イラスト入る

2 基本目標

「基本理念」の実現に当たり、第2章で明らかになった課題の解決に向けて、次の3つを基本目標として設定し、達成を目指します。

■基本目標1 健康づくりと介護予防の推進～健康寿命の延伸を目指して～

市民が活力ある人生を送り、活気あるまちをつくるためには、介護を必要とせず、健康でいきいきと生活する「健康寿命」の延伸を図ることが重要です。運動機能や栄養状態など心身機能の改善を目指すのはもとより、日常生活の活動を高め、社会参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものでなければなりません。

そこで、高齢者をはじめすべての市民が自分の健康は自分で守るという意識のもと、主体的に「セルフマネジメント（養生）」に取り組めるような環境を整えます（一般介護予防事業の充実）。また、生活機能の低下した高齢者に対しては、心身機能を改善するための予防サービス（通所・訪問C）を一定期間提供し、可能な限り元の生活に近づけ（※リエイブルメントの視点）、その後も、活動や参加を促すために、多様な社会参加の場を提供するなど、状態を悪化させず維持できるよう、選択肢の拡大を図ることで介護予防を推進します。

さらに、介護予防で社会参加できるようになった高齢者も含め、元気な高齢者がいきいきと「支える側」として活動し、積極的に社会参加することは、地域住民との結びつきを強め、地域全体の活性化につながると考えられます。就業機会の確保、ボランティア活動のきっかけづくりなどを通じて高齢者同士や世代間の交流促進を図り、高齢者がこれまで培ってきた豊かな経験や知識、技能を活かし、自分のライフスタイルにあった生きがいを見つけられるような環境を整えていきます。

※リエイブルメント（再自立）：「Re-Ablement（再び自分でできるようにすること）」とは高齢者が自立した在宅生活を継続するために能力の回復・改善・維持を図る支援

■基本目標2 中長期的な視点に立った介護保険サービスの充実

～介護が必要になっても安心して暮らせるまちを目指して～

介護が必要な状態になっても、誰もが自らの意思でサービスを選択できるよう、居宅サービス、施設・居住系サービスを問わず必要とされる介護保険サービスを十分に確保できるよう努めます。

特に、介護保険サービスの提供理念である在宅生活の継続を重視し、施設に入らず、在宅生活をできる限り長く続けるため、ケアマネジメントの質の向上を図るとともに、家族介護者の精神的・肉体的負担を軽減することを重点に置いた支援策や、重度の介護を要する人も安心して在宅で療養できるようなサービスの拡充、医療ニーズの高い要介護者が安心して医療・介護を受けることができるよう、在宅医療・介護の連携強化を目指します。また、自立支援、介護予防、介護給付費の適正化に関する施策と目標を設定し、客観的に実績を評価する仕組みを確立していきます。

さらに、今後、増加が予測される認知症の人については、認知症基本法に基づき「共生」という考え方を中心に、当事者（本人・家族）が集える場の拡充など、認知症の取組も推進していきます。

なお、各種施策の立案・実行にあたっては、介護需要のピークの時期や介護人材等の育成などを見据え中長期的な視点にたって進めていきます。

■基本目標3 全ての高齢者やその家族の意志が尊重されるための支援体制整備

自分の人生を自分で決め、また、個人としても尊重されることは、高齢者の自立、尊厳保持の根幹と言えます。

一方で、課題として挙げたとおり、いわゆる情報の非対称性や高齢者本人の認知機能の低下、支援ニーズの複雑化・複合化等、自らの意志を決定することは、必ずしも容易ではありません。

そうであっても、多くの高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを営んでいけるよう、高齢者やその家族の状況や置かれた環境に応じて、制度の枠組みにとらわれることなく適切な相談支援を行うことは極めて重要です。

そのため、地域包括支援センターによる相談支援をはじめとする総合相談体制を、高齢者のみならず家族も含め、包括的な相談支援、多機関協働による切れ目のない相談支援といった観点で、一層強化していく必要があります。

合わせて、尊厳の保持の視点に立って、成年後見制度の利用促進をはじめ、認知症高齢者等の権利擁護に関する取組を推進するとともに、虐待防止及び虐待を受けた高齢者の早期発見、救済を図るための取組を推進します。

また、全ての認知症の人が、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるよう、「共生」と「予防」に重点を置いた取組を通して共生社会の実現を目指します。

4 施策の柱

「基本目標」を具体化するため、次に示す、施策の柱（中位目標）に基づき施策を展開します。

●施策の柱1 セルフケアマネジメントの推進

「健康寿命」の延伸を図るためには、一人ひとりが健康であることの重要性をしっかりと理解した上で、自助である「セルフマネジメント（養生）」の取組が不可欠です。

そこで、高齢者が主体的に「セルフマネジメント（養生）」に取り組めるよう、取組を始めるに当たってきっかけや手掛かりとなる情報の提供や健康づくりに取り組むための場の提供、リハビリテーション等専門職の関与、その他の支援を行うなどの環境を整えます。

また、ボランティア等の互助活動への参加が参加者自身の介護予防にも資する点からも推進していきます。

なお、この施策を推進する上では、保健部門をはじめとした庁内連携や、事業者、地域団体等との連携を強化する必要があります。

●施策の柱2 社会参加の促進、住民主体の活動への支援

多様な社会参加の機会を確保は、自身の介護予防の取組はもちろんのこと、住民主体の活動との関わりを持ち、「支える側」と「支えられる側」という関係を超えた共に支え合う地域づくりへのきっかけであると言えます。

また、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てつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていけるよう、多様な社会参加の場を整備する必要があります。

そこで、住民主体の様々な活動を支援します。具体的には、生活支援コーディネーターによる地域資源の開発やネットワーク構築、ニーズと取組のマッチング、就労的活動の支援のほか、互助の取り組みを行う地域団体やボランティアに対して支援を実施します。

●施策の柱3 在宅生活の可能性を高める多様な介護予防・生活支援サービスの提供

生活機能が低下した高齢者であっても、可能な限り元の生活に近づける、あるいは必要な支援を受けながら、住み慣れた地域・自宅で、暮らし続けられるよう、在宅生活の可能性を高める多様な介護予防・生活支援を提供します。

多職種が協働し、その人に必要なサービスを見極めながら、早期、集中的に心身機能を改善するためのサービスをはじめとして、通所や訪問による支援を実施します。

また、専門職による支援だけでなく、地域住民等による互助の取組、IoT等の新たな技術を取り入れるなどにより、日常生活を営むために必要な支援を実施します。

●施策の柱4 住み慣れた自宅での生活を支える介護サービスの適切な提供・量の確保

介護保険サービスの提供理念である在宅生活の継続を重視し、より介護や支援を要する状態となっても、高齢者が住み慣れた地域・自宅で暮らし続けられるよう、今後見込まれる介護需要を踏まえつつ、介護サービスの適切な提供体制と必要な量について、不足する介護人材を含めて確保する必要があります。

そこで、保険者として事業所の適切な運営の支援や介護給付適正化の取組等を通じて、真に必要なサービスが過不足なく提供される体制の確保を図ります。

また、特に施設サービスと同様の機能を地域に展開する在宅サービスの普及の重要性に鑑み、事業所整備等の取組を実施します。

●施策の柱5 住まいや施設サービスの適切な提供・量の確保

高齢者が心身の状態に関わらず安心して生活できる住まいの適切な提供体制を整えるとともに、介護が必要な状態になっても、誰もが自らの意思でサービスを選択できるよう、今後見込まれる介護需要を踏まえつつ、施設・居住系サービスの適切な提供体制と必要な量について、不足する介護人材を含めて確保する必要があります。

そこで、保険者として事業所の適切な運営の支援や介護給付適正化の取組等を通じて、真に必要なサービスが過不足なく提供される体制の確保を図ります。

また、高齢者の地域とのつながりが継続するよう小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスと一体的な事業所整備を推進するとともに、将来的に供給量の不足が懸念される施設サービスの確保に努めます。

●施策の柱6 介護サービス等の一歩進んだ質の向上、在宅医療・介護連携

介護分野のみならず、高齢者の支援に当たる全ての関係者の支援の質が向上することは、その高齢者の生活の質を高めることとなります。また、人生の最終段階においても住み慣れた場所で最期を迎えたいという本人の意志を尊重するためには、特に在宅医療と介護の連携が重要です。

そこで、専門分野に関する資質向上に加え、医療・介護等関係職種がそれぞれの役割への理解を深め、連携・協働をより深める必要があり、研修会などの開催や環境づくりを行います。また、生産性向上や職場環境の改善等の取組についても支援を行います。

また、ケアマネジメントについては介護サービス利用者の生活を方向づけるものであるという重要性に鑑み、引き続き多職種協働によるケアマネジメント支援の充実を図ります。

●施策の柱7 家族介護者支援

介護は、要介護者のみの問題ではなく、家族にとっても場合によっては人生を左右しかねないものです。

介護サービスの利用によるレスパイトのみならず、介護者の不安にも寄り添った相談支援、家族を超えて地域で支え合う関係づくり等の取組により、家族介護者の精神的・肉体的負担の軽減を図ります。

また、家庭内で複雑化・複合化した課題を抱えるケースの顕在化を踏まえ、包括的な支援を実施できる体制を確保します。

●施策の柱8 認知症の人やその家族を支える体制の充実・地域づくり

高齢化が急速に進行する中、認知症の人の数の増加は、もっとも重大な課題の一つです。

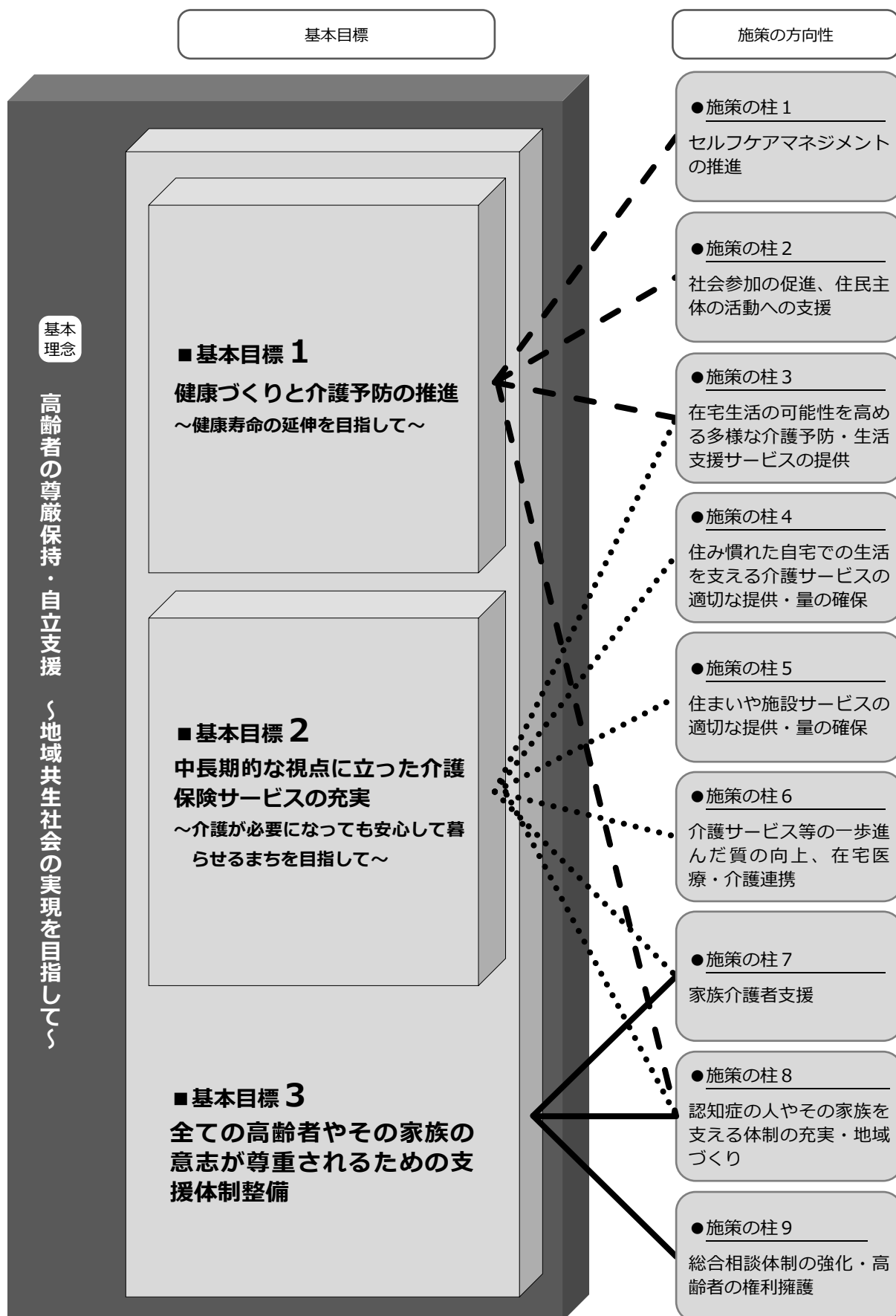
認知症の人の意志や尊厳が尊重され、希望を持って暮らせるよう、認知症基本法に基づき、「共生」と「予防」に重点を置いた取り組みをとおして共生社会の実現を目指します。

●施策の柱9 総合相談体制の強化・高齢者の権利擁護

全ての高齢者が、その意志を尊重されるよう、地域包括支援センターや福祉なんでも相談、関係機関等が連携しながら総合的な相談体制の強化を図ります。

また、高齢者虐待の未然防止・早期発見の取組の推進、成年後見制度や日常生活自立支援事業等、様々な支援制度の活用、電子機器等の導入による被害防止等を実施することで、高齢者の権利擁護を図ります。

5 計画の体系



施策の展開

★介護予防・生活支援サービス [シルバーサロン、健康・ケア教室、介護予防ケアマネジメント] / ★一般介護予防事業 / ★高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 / ★一般施策 [くわな見守りサポート]

★介護予防・生活支援サービス [「通いの場」応援隊、シルバーサロン、健康・ケア教室] / ★一般介護予防事業 [地域介護予防活動支援事業、地域リハビリテーション活動支援事業] / ★生活支援体制の整備 / ★認知症総合支援事業 [認知症サポーター活動促進・地域づくり推進向上事業] / ★高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 / ★一般施策 [関係団体との協力]

★介護保険制度全般 [事業所の適切な運営支援] / ★市町村特別給付 / ★介護予防・生活支援サービス / ★一般介護予防事業 [地域介護予防活動支援事業、地域リハビリテーション活動支援事業] / ★生活支援体制の整備 / ★任意事業 [住宅改修支援事業] / ★一般施策 [入浴支援、くわな見守りサポート、福祉有償運送]

★介護保険制度全般 / ★任意事業 [介護給付費等適正化事業]

★介護保険制度全般 / ★任意事業 [介護給付費等適正化事業]

★介護予防・生活支援サービス [総合事業通所介護] / ★包括的・継続的ケアマネジメント支援（地域ケア会議） / ★在宅医療・介護連携の推進 / ★任意事業 [介護給付費等適正化事業] / ★一般施策 [初任者研修助成、（主任）介護支援専門員研修助成、ケアプラン連携システム導入支援]

★介護保険制度全般 [介護給付及び予防給付] / ★総合相談事業 / ★在宅医療・介護連携の推進 / ★認知症総合支援事業 [認知症地域支援・ケア向上事業] / ★任意事業 [家族介護支援事業] / ★重層的支援体制整備事業 [地域共生社会に向けた見守り協力] / ★一般施策 [くわな見守りサポート]

★介護保険制度全般 [介護給付及び予防給付] / ★認知症総合支援事業 / ★在宅医療・介護連携の推進 / ★任意事業 [成年後見制度利用支援事業、認知症サポーター等養成講座] / ★一般施策 [くわな見守りサポート、成年後見サポートセンター]

★介護保険制度全般 [事業所の適切な運営支援] / ★一般介護予防事業 [介護予防把握事業] / ★総合相談事業 / ★権利擁護事業 / ★包括的・継続的ケアマネジメント支援（地域ケア会議） / ★在宅医療・介護連携の推進 / ★認知症総合支援事業 [認知症地域支援・ケア向上事業] / ★任意事業 [成年後見制度利用支援事業、重度ALS患者コミュニケーション支援事業] / ★重層的支援体制整備事業 / ★措置 / ★一般施策 [くわな見守りサポート、成年後見サポートセンター、特殊詐欺被害防止機器貸出・購入費補助]

6 人口及び認定者数の推計

(1) 人口推計

平成29（2017）年及び令和4（2022）年の10月1日時点の住民基本台帳人口の性・年齢階層別人口を基に、コーホート変化率法※を用いて令和32（2050）年までの人口を推計しました。

総人口及び40～64歳人口（第2号被保険者数）は減少を続けます。一方、65歳以上の人口（第1号被保険者数）は第9期の期間内は微増しますが、その後は減少に転じると見込まれます。75歳以上人口はその後も増加を続け、さらに、介護ニーズの高い85歳以上人口は令和17（2035）年から令和22（2040）年の間にピークとなります。

※コーホート変化率法とは、各コーホート（同じ期間に生まれた人々の集団）について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法です。

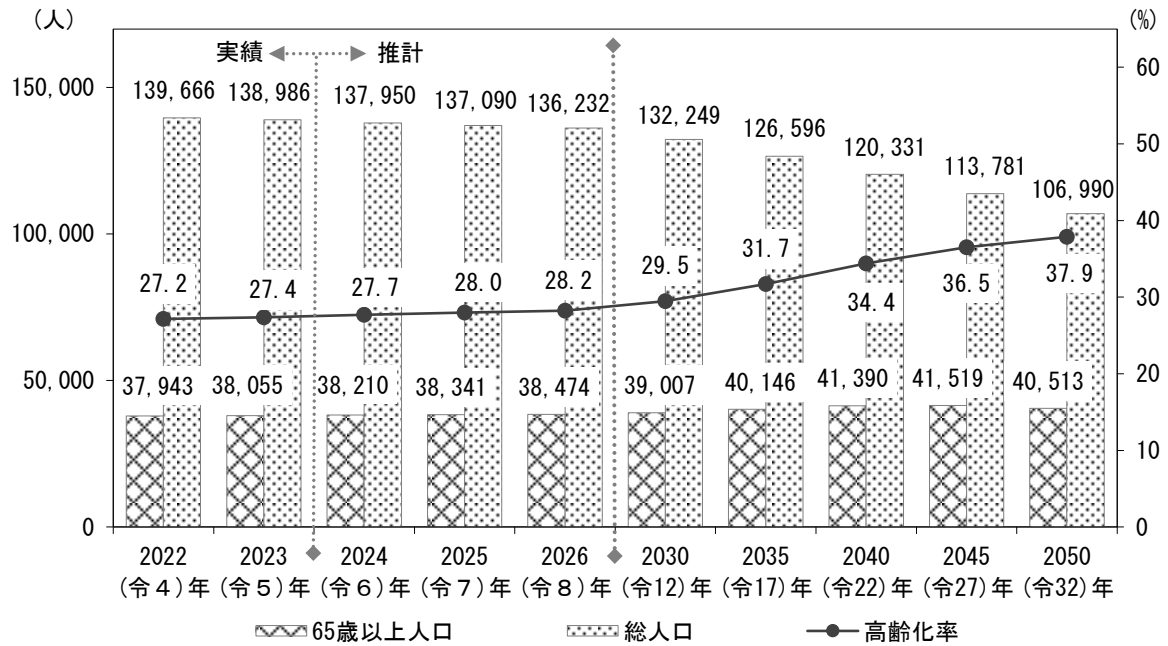
図表3-1 推計人口

単位：人

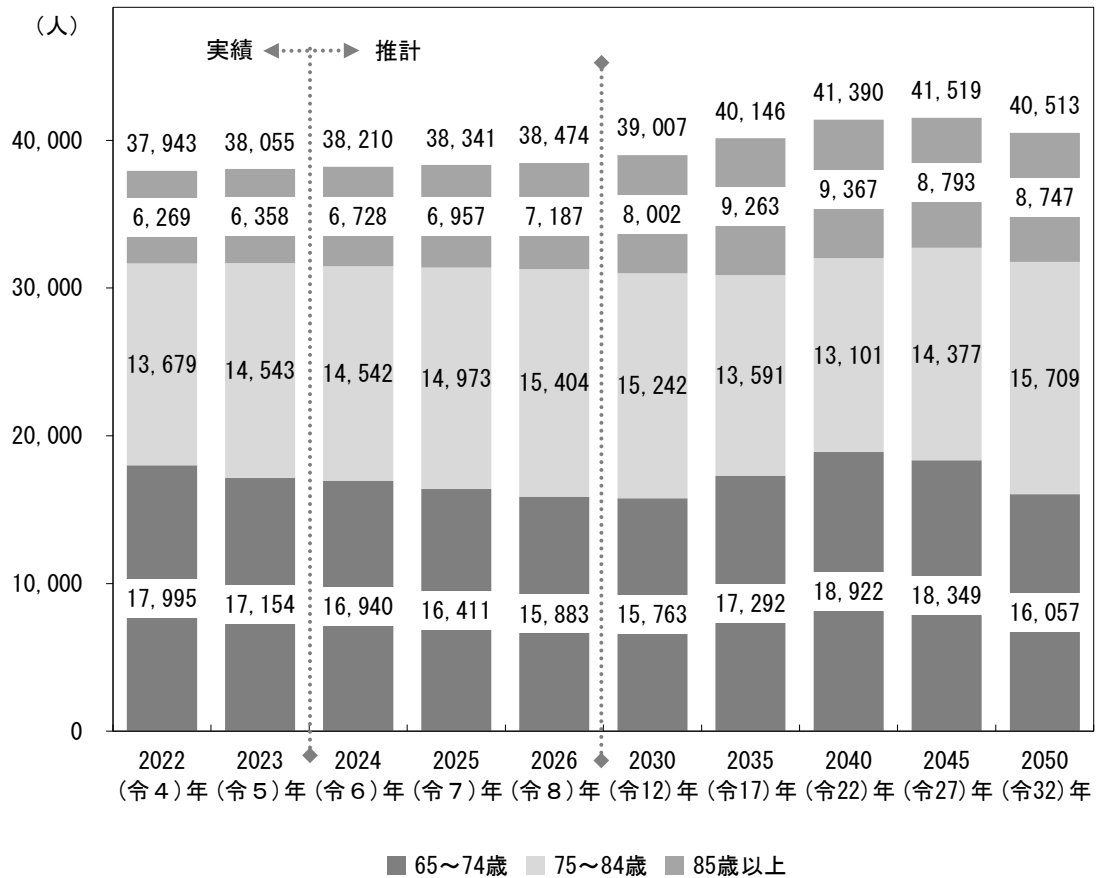
	実績		推計 [第9期]			推計 [中長期的]				
	令4 (2022) 年	令5 (2023) 年	令6 (2024) 年	令7 (2025) 年	令8 (2026) 年	令12 (2030) 年	令17 (2035) 年	令22 (2040) 年	令27 (2045) 年	令32 (2050) 年
総人口	139,666	138,986	137,950	137,090	136,232	132,249	126,596	120,331	113,781	106,990
40～64歳	48,262	48,283	47,988	47,850	47,713	45,987	42,360	38,069	34,640	32,248
65歳以上	37,943	38,055	38,210	38,341	38,474	39,007	40,146	41,390	41,519	40,513
65～74歳	17,995	17,154	16,940	16,411	15,883	15,763	17,292	18,922	18,349	16,057
65～69歳	7,934	7,756	7,899	7,880	7,862	8,302	9,436	9,995	8,891	7,644
70～74歳	10,061	9,398	9,041	8,531	8,021	7,461	7,856	8,927	9,458	8,413
75歳以上	19,948	20,901	21,270	21,930	22,591	23,244	22,854	22,468	23,170	24,456
75～79歳	7,682	8,284	8,305	8,616	8,927	7,837	6,855	7,208	8,188	8,677
80～84歳	5,997	6,259	6,237	6,357	6,477	7,405	6,736	5,893	6,189	7,032
85歳以上	6,269	6,358	6,728	6,957	7,187	8,002	9,263	9,367	8,793	8,747
85～89歳	3,908	3,936	4,125	4,234	4,343	4,719	5,499	5,009	4,379	4,595
90歳以上	2,361	2,422	2,603	2,723	2,844	3,283	3,764	4,358	4,414	4,152
高齢化率	27.2%	27.6%	27.7%	28.0%	28.2%	29.5%	31.7%	34.4%	36.5%	37.9%

(注) 各年10月1日時点

図表 3-2 推計人口と高齢化率の推移



図表 3-3 推計高齢者数の推移



(2) 認定者数の推計

要支援・要介護認定者数は、2022（令和4）年9月末時点の要介護度別・性別・年齢階級別認定率をもとに設定した要介護度ごとの年齢階層別出現率に、性別・年齢階層別推計人口を乗じて算出しました。

図表3-4 推計認定者数

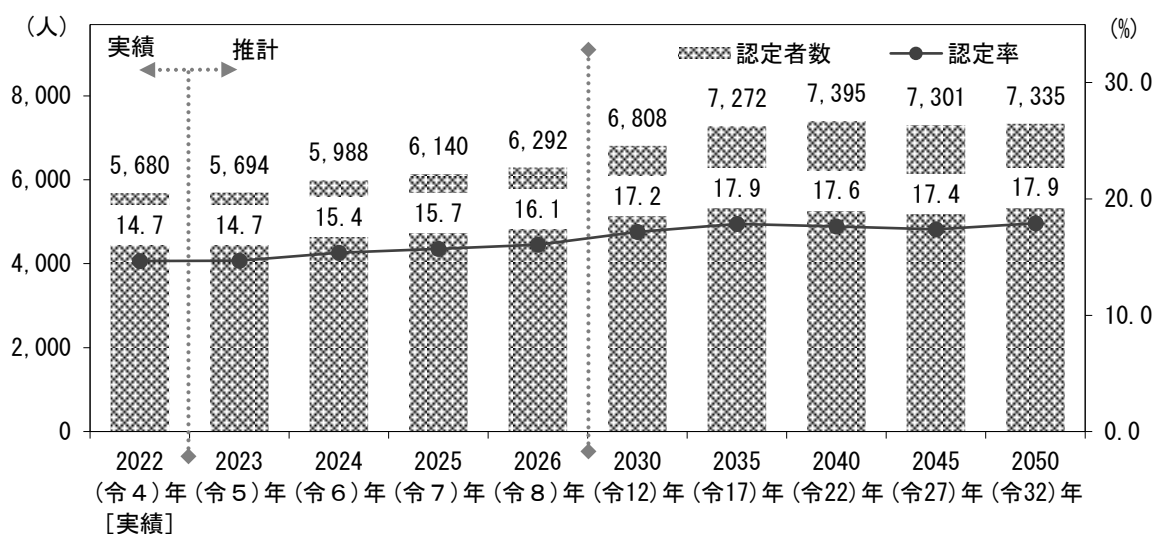
単位：人

	2022 (令4) 年 [実績]	2023 (令5) 年	2024 (令6) 年	2025 (令7) 年	2026 (令8) 年	2030 (令12) 年	2035 (令17) 年	2040 (令22) 年	2045 (令27) 年	2050 (令32) 年
総数	5,680	5,694	5,988	6,140	6,292	6,808	7,272	7,395	7,301	7,335
要支援1	635	670	664	679	694	744	782	768	755	773
要支援2	732	736	770	787	806	861	908	908	895	908
要介護1	1,201	1,186	1,269	1,304	1,339	1,456	1,556	1,574	1,551	1,566
要介護2	915	909	967	991	1,016	1,101	1,182	1,211	1,197	1,195
要介護3	762	753	801	822	843	913	978	1,007	1,000	997
要介護4	943	930	998	1,026	1,052	1,146	1,234	1,276	1,263	1,260
要介護5	492	510	519	531	542	587	632	651	640	636
うち第1号被保険者	5,565	5,590	5,873	6,025	6,177	6,696	7,171	7,303	7,218	7,259
要支援1	626	661	655	670	685	735	774	761	749	767
要支援2	710	715	748	765	784	840	888	890	879	893
要介護1	1,191	1,177	1,259	1,294	1,329	1,446	1,548	1,566	1,543	1,560
要介護2	892	888	944	968	993	1,079	1,161	1,192	1,180	1,180
要介護3	745	737	784	805	826	896	963	994	988	986
要介護4	924	917	979	1,007	1,033	1,128	1,218	1,261	1,250	1,247
要介護5	477	495	504	516	527	572	619	639	629	626
認定率*	14.7%	14.7%	15.4%	15.7%	16.1%	17.2%	17.9%	17.6%	17.4%	17.9%

(注) 各年10月1日時点

*認定率＝第1号被保険者数に対する65歳以上の認定者数の割合

図表3-5 推計認定者数と認定率の推移



7 圏域の設定

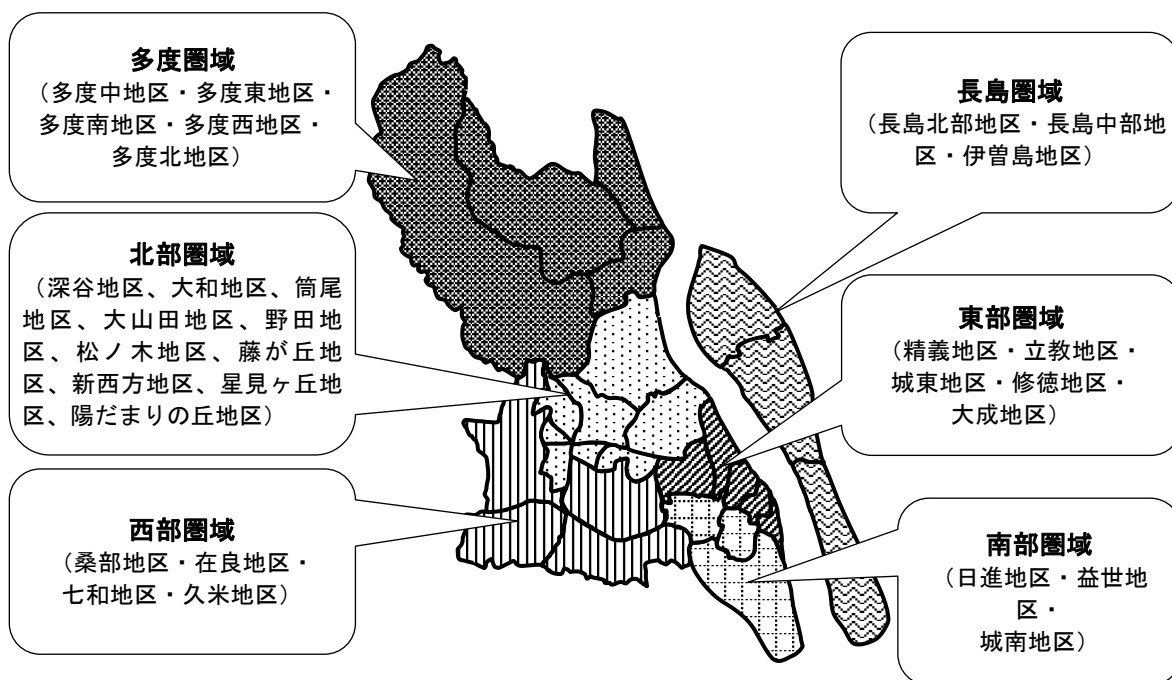
(1) 日常生活圏域

「日常生活圏域」については、地域包括ケアシステムを構築する単位として、市町村が地域の実情に応じて設定するものとされています。

それを受けて、桑名市では、地域的一体性等を勘案するとともに、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスの提供体制の計画的な整備に際して柔軟な対応を可能にすることを考慮し、次のとおり設定しています。

- ① 東部圏域（精義地区、立教地区、城東地区、修徳地区、大成地区）
- ② 西部圏域（桑部地区、在良地区、七和地区、久米地区）
- ③ 南部圏域（日進地区、益世地区、城南地区）
- ④ 北部圏域（深谷地区、大和地区、筒尾地区、大山田地区、野田地区、松ノ木地区、藤が丘地区、新西方地区、星見ヶ丘地区、陽だまりの丘地区）
- ⑤ 多度圏域（多度中地区、多度東地区、多度南地区、多度西地区、多度北地区）
- ⑥ 長島圏域（長島北部地区、長島中部地区、伊曾島地区）

図表 3-6 日常生活圏域



(2) 老人福祉圏域

広域的な対応を必要とする事項については、都道府県の定める老人福祉圏域で調整することとされています。三重県の老人福祉圏域は、4圏域に分かれており、本市は北勢圏域に属しています。

なお、この老人福祉圏域は、三重県地域医療構想に定める二次医療圏と同じ圏域を設定しています。

さらに、三重県地域医療構想では、4つの二次医療圏をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定しており、本市は、いなべ市、木曽岬町及び東員町とともに桑員区域に属しています。

8 介護サービス提供体制の整備に関する基本方針

(1) 前提

<国の基本指針>

■国は、第9期計画の策定に向け、現在、基本指針の見直しを行っています。見直しのポイントとして、介護サービスの提供体制の計画的な整備については、以下の事項等が示されています。

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービスの提供体制を計画的に確保していく必要
- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要

○本市の人口構成や認定者数について中長期的な推計を行い、介護サービスの提供体制を計画的に確保する必要があります。

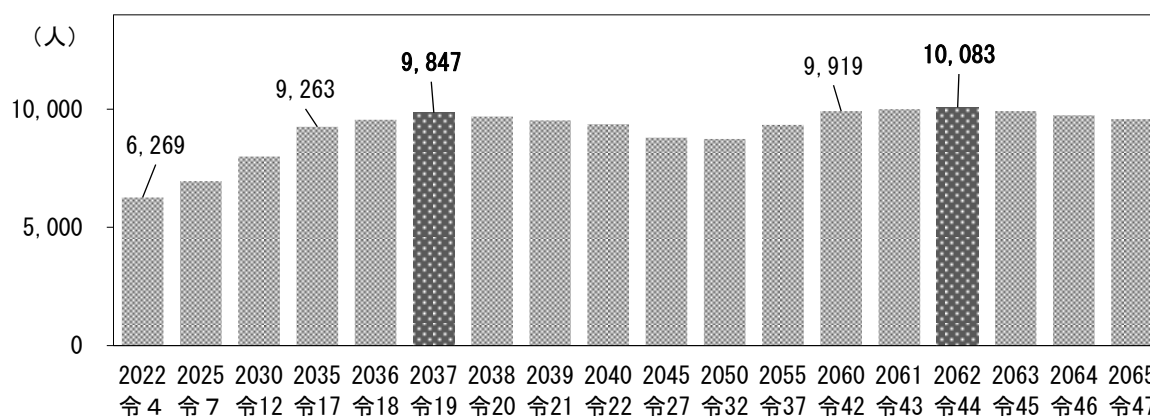
○本市がこれまで進めてきたとおり、介護保険のサービス提供理念に基づいて在宅生活の可能性を高めるため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及と提供体制の確保を図る必要があります。

<介護サービス需要量のピーク>

■介護サービスの提供体制の整備を考える上では、いわゆる団塊世代と、その子どもにあたる団塊ジュニア世代の動向に注視しなければなりません。

■本市の将来推計人口を詳細にみると、介護ニーズの高い85歳以上の人口は、2037（令和19）年と2062（令和44）年にピークを迎え、10,000人程度になると見込まれます。

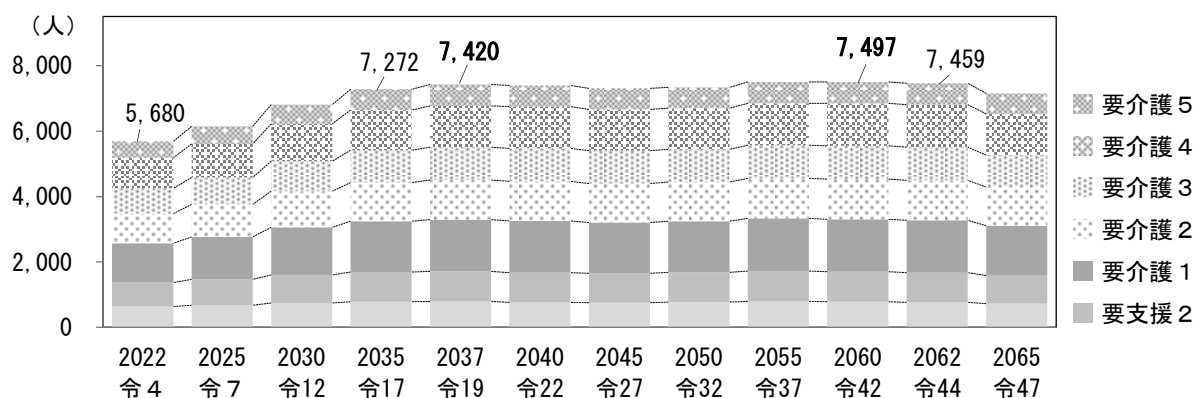
図表 3-7 桑名市の85歳以上人口の推移



資料：2022（令4）年は住民基本台帳人口、2025（令7）以降は、コーホート法による推計（基礎データ：2017（平29）年及び2022（令4）は10月1日現在の住民基本台帳人口）

■さらに認定者数の推計では、2036（令和18）～2038（令和20）年頃まで増加が続き、そこからほぼ横這い、2022（令和4）年の1.3倍程度、7,400人台になると見込まれます。

図表 3-8 桑名市の要支援・要介護認定者数の推移



資料：2022（令4）は介護保険事業状況報告（各年9月末現在）、2023（令5）年以降は令和4年9月末時点の要介護度別、性・年齢階層別認定率をもとに推計

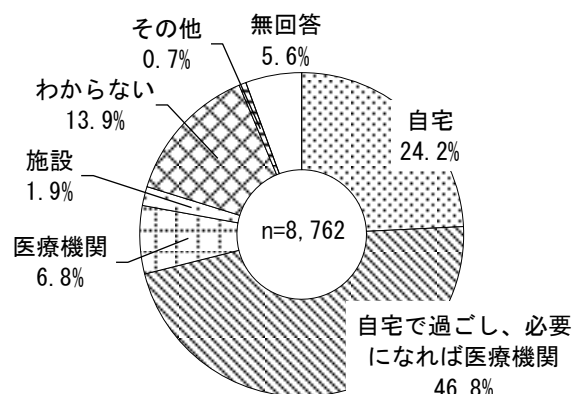
○中長期的な推計によると、本市における介護ニーズは4期先の第13期（2036（令和18）～2038（令和20）年）頃まで増加が続き、そこからほぼ横這いに推移した後、2060年代に減少に転じると見込まれます。

○誰もが必要なサービスを利用できるよう、介護サービスの提供体制を確保する必要があります。

＜市民のニーズ＞

■「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」の結果によれば、人生の最期は自宅（「自宅」24.2%+「自宅で過ごし、必要になれば医療機関」46.8%）で迎えたいが71.0%を占めています。

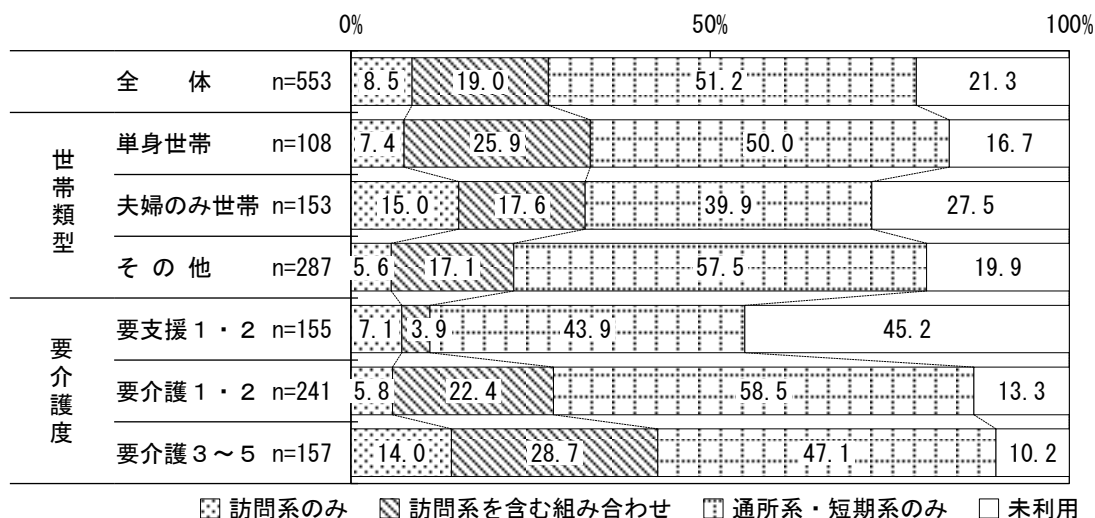
図表3-9 人生の最期をどこで迎えたいか



資料：桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果報告書（令和5年3月）

■「在宅介護実態調査」の結果によれば、利用している介護サービスの組み合わせをみると、重度化にしたがい訪問系を含む利用（「訪問系のみ」+「訪問系を含む組み合わせ」）が上昇します。また、単身世帯及び夫婦のみ世帯では訪問系を含む利用が30%を超えています。

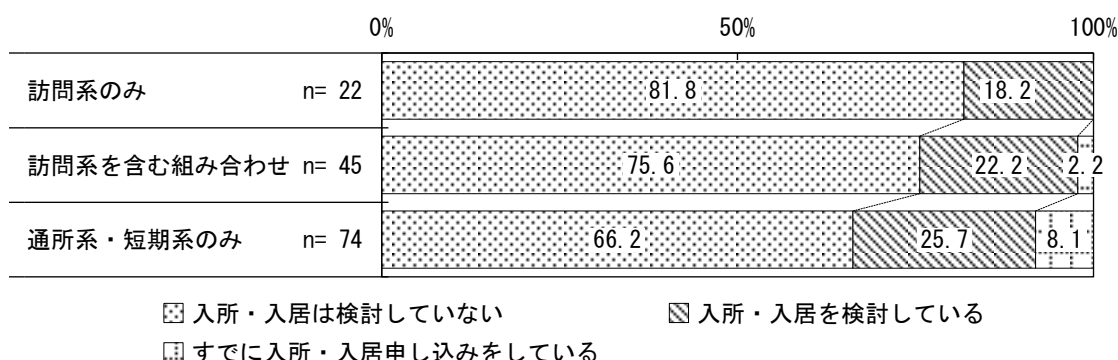
図表3-10 利用しているサービスの組合せ



資料：在宅介護実態調査（令和5年3月）

■施設等への入所・入居検討状況をサービス利用の組み合わせでみると、訪問系のみを利用している場合は、「入所・入居は検討していない」が高くなっています。また、訪問系サービスを頻回に利用している場合も「入所・入居は検討していない」が高くなっています。

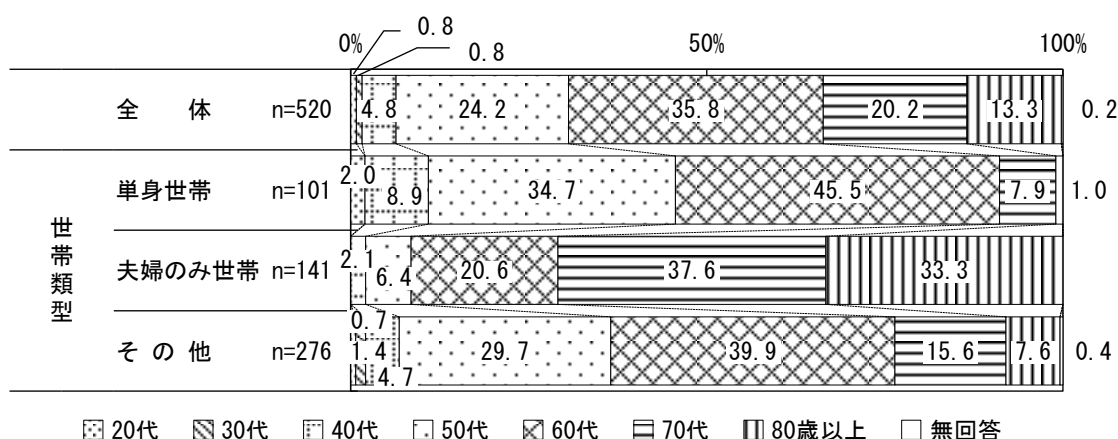
図表3-11 サービス利用の組み合わせ別にみた施設等への入所・入居検討状況（要介護3以上）



資料：在宅介護実態調査（令和5年3月）

■介護者の年齢をみると、夫婦のみ世帯では、70代以上の介護者が70%以上を占めています。

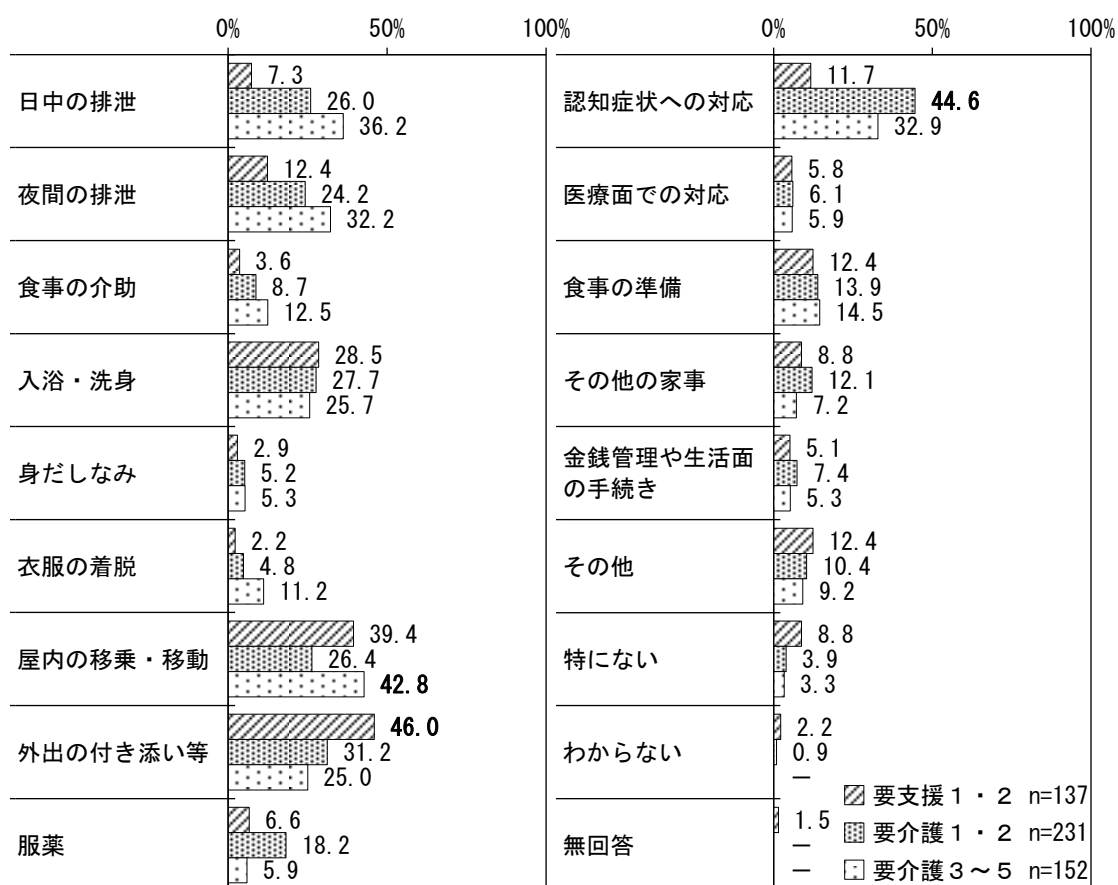
図表3-12 主な介護者の年齢



資料：在宅介護実態調査（令和5年3月）

■主な介護者が不安に感じる介護等を要介護度別にみると、要支援1・2では「外出の付き添い等」、要介護1・2では「認知症状への対応」、要介護3～5では「屋内の移乗・移動」が最も高くなっています。また、重度になるほど「日中の排泄」「夜間の排泄」「食事の介助」「衣服の着脱」が高く、軽度なほど「入浴・洗身」「外出の付き添い等」などが高くなっています。

図表3-13 介護者が不安に感じる介護等（要介護度別、複数回答（3つまで））



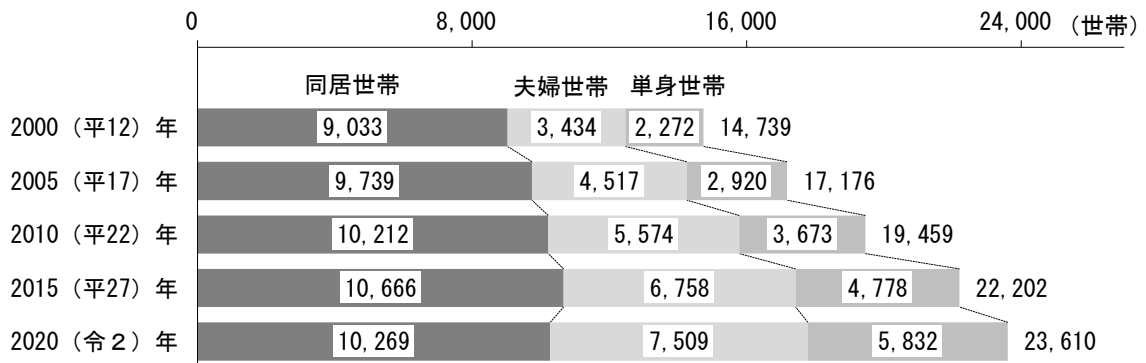
資料：在宅介護実態調査（令和5年3月）

- 多くの市民ができる限り自宅での生活の継続を望んでおり、在宅介護の可能性を高めるサービスを中心に提供体制を整えていく必要があります。
- そのためには、重度の要介護者、単身世帯や夫婦のみ世帯の要介護者が、生活の質を落とすことなく在宅での介護を継続できるよう、訪問系サービスの充実と利用促進を図ることが重要です。
- また、認知症状の対応など介護者の精神的・肉体的負担を軽減するよう、レスパイトケアの観点から通所系・短期系のサービスを組み合わせたサービスの提供体制の確保と利用促進を図ることも重要です。

<家族介護力の低下>

■ 家族介護力に関し、高齢者のいる世帯の状況をみると、高齢単身世帯、高齢夫婦世帯といった高齢者のみの世帯が増えています。

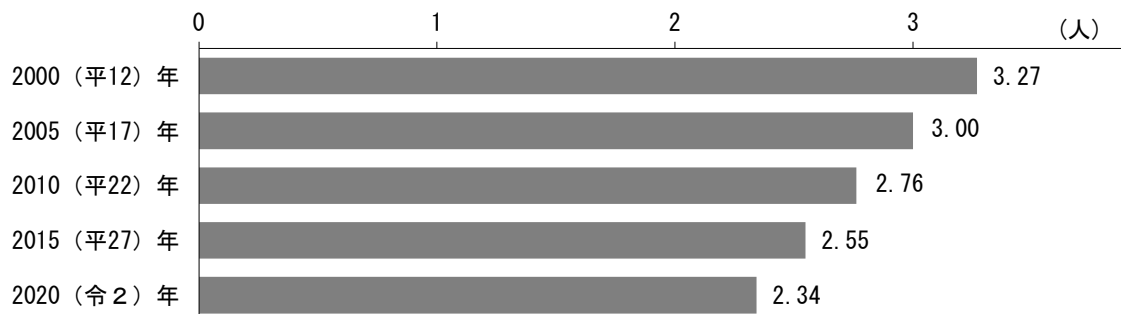
図表 3-14 高齢者のいる世帯の推移



資料：国勢調査

■ 本市の高齢者のいる世帯の平均世帯人員は2.34人であり、世帯規模の縮小傾向が続いています。

図表 3-15 高齢者のいる世帯の平均世帯人員の推移



資料：国勢調査

- 世帯規模の縮小により、家庭における介護力は確実に低下しています。
- また、日常生活上の支援の必要性も高まっており、介護サービスのみならず、インフォーマルな支援も含めた生活支援の体制を充実させる必要があります。

<施設・居住系サービスの必要性>

■施設サービスにおける実際の入所者数と市内施設の定員のバランス（実際の入所者数÷市内施設の定員）をみると、介護老人福祉施設は91.9%、介護老人保健施設が92.0%、介護医療院が86.5%となっています。

■介護老人福祉施設においては、利用者数が市内施設の定員を上回っており、多くの利用者が市外の施設に入所しています。

図表3-16 施設サービスの実際の入所者数と市内施設の定員

区 分	施設数	利用者数 ※1	実際の 入所者数(a)※2	市内施設 定員(b)	利用率 [a÷b]
介護老人福祉施設	5	329人	237人	258人	91.9%
介護老人保健施設	7	480人	588人	639人	92.0%
介護医療院	1	60人	83人	96人	86.5%
地域密着型介護老人福祉施設	4	91人	90人	93人	96.8%

資料：利用者数は介護保険事業状況報告（令和5年6月）、市内施設定員は令和5年6月末日現在
入所者数は居所変更実態調査（令和5年）

※1 被保険者入所者数（市外施設への入所者を含む）

※2 市内施設の入所者数（市外被保険者である入所者を含む）

■居住系サービスにおける実際の入居者数と市内施設の定員のバランス（実際の入居者数÷市内施設の定員）をみると、特定施設は73.6%、地域密着型特定施設は85.7%、認知症対応型共同生活介護は95.0%となっています。

図表3-17 居住系サービスの実際の入居者数と市内施設の定員

区 分	施設数	利用者数 ※3	実際の 入居者数(a)※4	市内施設 定員(b)	利用率 [a÷b]
特定施設	2	94人	95人	129人	73.6%
地域密着型特定施設	2	41人	42人	49人	85.7%
認知症対応型共同生活介護	15	238人	227人	239人※	95.0%

※令和5年度に1か所（18人定員）開設予定

資料：利用者数は介護保険事業状況報告（令和5年6月）、市内施設定員は令和5年6月末日現在
入居者数は居所変更実態調査（令和5年）

※3 被保険者入居者数（市外施設への入居者を含む）

※4 市内施設の入居者数（市外被保険者である入居者を含む）

- なお、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員の総数は754人です。

図表3-18 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員

区 分	施設数	定 員
住宅型有料老人ホーム	15	352人
サービス付き高齢者向け住宅	14	402人

資料：令和5年6月末日現在

○要介護者数の増加に加え、高齢者のみの世帯の増加など世帯状況の変化に伴う環境の変化（家族介護力の低下等）を見据え、今後、住み慣れた市内で施設を利用できるよう、介護老人福祉施設や認知症対応型共同生活介護の確保が必要です。

(2) 基本方針

(1)の前提を踏まえて、本市では、次に掲げる基本的な方針に沿って、介護給付等対象サービスの提供体制の計画的な整備を推進します。

▶方針1 介護サービスの最大需要を念頭に置いた計画的な整備

推計では、2037（令和19）と2060（令和42）年に要支援・要介護認定者数がピークとなり現在（令和4年度実績）の1.3倍程度になると見込まれます。

そこで、介護サービスの最大需要の目安を現在の1.3倍程度と設定し、今後、約12年間、第13期計画期間に向けて居宅サービスと施設・居住系サービスのバランスを考慮しながら段階的にサービス提供体制を整備します。

▶方針2 施設サービスと同様な機能を地域において展開する在宅サービスの提供体制の重点的な整備

「在宅介護実態調査」の結果をみると、在宅サービスのうち、特に訪問系サービスの適正な利用が、在宅生活の継続に寄与していることが明らかです。言い換えれば、施設サービスと同様な機能を地域において展開する在宅サービスの普及が重要であり、重度の要介護者、単身世帯や夫婦のみ世帯の要介護者が、生活の質を落とすことなく自宅での生活を継続でき、また、緊急時においても柔軟な対応を行うことのできるサービスの提供体制の整備が求められています。

本市では第6期以降、介護保険制度の基本理念に立ち返るとともに、市民ニーズを尊重し、こうした在宅生活の可能性を高めるサービスの提供を目指し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の整備を重点的に進めてきました。

これは、国の基本指針にも合致するものであり、第9期においても引き続き、地域密着型サービスである定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を重点的に整備します。なお、新しい複合型サービス（通所＋訪問）については内容が明

らかになってから検討します。

第9期においては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を1か所、小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護を1か所、新たに整備するため、施設整備等補助の対象となる事業所を公募します。第10期以降については、需給状況を把握しながら段階的に整備を進めていきます。

通所介護（共生型通所介護を含む）、地域密着型通所介護については、利用者数の推計や事業者ヒアリングの結果から、第9期計画期間中は引き続き新規指定しないこと（くらしいき教室の公募において新たに選定されたことによりくらしいき教室と併設となる地域密着型通所介護事業所を開設する場合を除く。）とします。

▶方針3 施設・居住系サービスの提供体制の適正な見込み、整備

方針1のとおり、中長期的な推計では2037（令和19）が介護ニーズのピークとなることを見込まれます。また、世帯規模の縮小により家族介護力の低下が危惧されます。したがって、施設サービスについても、現時点において市内施設がほぼ満床になっていることを考慮し、2037（令和19）の必要量は、現時点の実際の入所者数の1.3倍である1,770人程度と見込みます。

中でも、現時点で利用率が高く、待機者数が多い介護老人福祉施設や認知症対応型共同生活介護の確保が必要となっています。

本市としては特に、認知症対応型共同生活介護に関して、方針2による「（看護）小規模多機能型居宅介護」の事業所の公募で提案を行った事業者に限り、施設整備等補助の対象となる事業所の公募を行う取扱いとします。

なお、施設・居住系の地域密着型サービス（※）については引き続き、地域密着型サービスの趣旨に即するよう、転入をした日から3ヶ月を経過するまでの間、転入者のサービス利用を制限することにより、市民が優先的に利用できるよう図ります。

※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護をいう。

図表 3-19 中長期的な推計に基づく施設・居住系サービスの必要量の見込み

介護保険施設 認定者数	2023（令和5）年 6月末現在 市内施設の定員	実際の入所 （居）者数		⇒	2037（令和 19）年必要量 の見込み	
介護老人福祉施設	258人	1503人	237人	1362人	1.3倍	1770人
介護老人保健施設	639人		588人			
介護医療院	96人		83人			
地域密着型介護老人福祉施設	93人		90人			
特定施設	129人		95人			
地域密着型特定施設	49人		42人			
認知症対応型共同生活介護	239人		227人			

▶方針4 介護人材の確保・定着

前記1～3の方針を実行し、来たる介護ニーズのピークに対応するためには、それを担う人材の確保が必要不可欠です。介護人材の確保・育成は、本市にとって最も重要な課題の一つと捉え、国・県の動向を注視します。本市では、介護人材の確保について「資質の向上」「地域力の拡大」「労働環境等の改善」の3つの観点で取組を進めていますが、今後も、介護人材の確保と定着を地域全体の課題と捉え、事業者をはじめすべての市民と市の協働により取組を進めていきます。

○ 事業者との協働による人材確保・育成

介護サービスを担う人材を確保・育成するため、現在実施している専門職研修等を継続します。また、介護福祉士や看護師の資格を保有しながら、家庭の事情などで離職した介護人材等を掘り起こせるよう、ハローワーク等関係機関と連携し、求職者のマッチング支援や情報提供を行うなど新たな人材確保策を検討します。その他、国・県の施策を市内事業者に周知するよう努めます。

○ 生産性向上に向けた取組・職場環境の改善による離職防止

ケアプランデータ連携システムの導入支援の実施や、引き続き、ゆめはまちゃんネットによる関係機関の情報共有支援を実施するなど、ICT等の活用による業務の効率化及び文書量の削減を推進し、介護職員の負担を軽減す

ることで、サービスの質の向上、離職防止を図ります。

○ **介護や福祉の魅力発信**

介護や福祉の仕事の魅力が正しく認識されるよう、子どもや若い世代を対象に介護・福祉職の魅力のPRを国や県と連携し行います。