

第 10 期甲賀市介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定にむけて

1 介護保険事業計画・高齢者福祉計画とは

○市町村では、高齢化社会に対応するため、平成 7 年から老人福祉法に基づく「高齢者福祉計画」（当時の名称は老人保健福祉計画）を策定・推進し、介護保険法の施行に伴い、介護保険事業計画とあわせて策定・推進しています。高齢者福祉の主要な事項が介護保険制度に移行し、計画の 3 年ごとの改定も介護保険法で定められたことから、介護保険事業計画の通算期で呼ぶことが慣例となっており、次期計画は、第 10 期にあたります。

計画期間の変遷

	H7～	H12～	H15～	H18～	H21～	H24～	H27～	H30～	R3～	R6～	R9～
高齢者福祉計画	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 8 期	第 9 期	第 10 期	第 11 期
介護保険事業計画		第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 8 期	第 9 期	第 10 期
認知症施策推進計画											第 1 期

備考
 ゴールドプランの推進
 介護保険法施行
 地域包括ケアが制度化
 大きな制度改正

○介護保険制度は、これまで、平成 18 年と平成 27 年の 2 度、大きな改正がありました。平成 18 年の改正では、「地域包括ケア」が制度化され、人口 2 万人程度の日常生活圏域ごとに市町村が保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの 3 職種による「地域包括支援センター」を設置し、介護予防を重視した地域支援を推進していくこととなりました。

○平成 27 年の改正では、「地域包括ケア」を一層推進するため、以下の 4 点が制度化され、第 10 期においても、これらを強化していくことが引き続き重要なポイントです。

平成 27 年介護保険制度改正の概要

項目	概要
1 在宅医療・介護連携の推進	入退院時や急変時の医療と介護のスムーズな接続や、「看取り介護」などを強化
2 認知症施策の推進	「認知症初期集中支援チーム」、「認知症地域支援推進員」などにより、認知症施策を強化
3 生活支援体制整備事業の制度化	「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」などにより、地域の生活支援の担い手を発掘・育成
4 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の制度化	自立支援強化や給付費の抑制を図るため、要支援 1・2 の方の訪問介護、通所介護を認定外で介護予防が必要な方とともに支援するサービスに移行

2 第10期計画策定の流れ

- 第10期計画の策定にむけ、令和7年7月に厚生労働省「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」が「とりまとめ」と題する報告書をまとめ、令和7年12月に厚生労働省社会保障審議会介護保険部会が「介護保険制度の見直しに関する意見」と題する報告書をまとめました。これらを受けて、令和8年3月に「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」が開催され、「第10期計画に係る基本指針の基本的な考え方」などが示されました。国においては、令和8年度に、厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会において、令和9年度からの介護報酬改定にむけた議論が進められます。
- 一方、甲賀市においては、令和7年度に、4か所の認知症カフェでのインタビュー調査と4種のアンケート調査を行いました。令和8年度は、介護保険運営協議会での議論を経て、計画を策定します。
- 第10期介護保険事業計画には、令和9～11年度の介護サービス見込量、第1号被保険者介護保険料（所得段階別）を定め、載せていくことが必須です。介護保険運営協議会では、計画素案とあわせ、それらの試算内容も協議していきます。

第10期計画策定スケジュール

時期	甲賀市	国・県
令和7年1～7月		◇厚生労働省「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」
令和7年7～12月		◇厚生労働省社会保障審議会介護保険部会
令和7年10～11月	認知症カフェインタビュー調査	
令和7年11月	介護保険運営協議会 (策定方針、アンケート票の検討)	
令和7年12月	アンケート4種の実施 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・在宅介護実態調査・事業所調査・ケアマネジャー調査)	
令和8年3月		◇厚生労働省「令和7年度全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」
令和8年3月	介護保険運営協議会 (アンケート結果の報告)	
令和8年5月	介護保険運営協議会	
令和8年8月	介護保険運営協議会 (計画骨子案の検討)	
令和8年9月	介護保険運営協議会 (計画中間案の検討)	◇市から県へ第10期サービス見込量、介護保険料の中間算定結果を報告（以降随時）
令和8年11月	介護保険運営協議会 (計画素案の検討、第10期介護保険料の検討)	
令和8年12月	介護保険運営協議会 (計画案の検討、第10期介護保険料の検討)	◇介護報酬改定率の提示
令和9年2月	介護保険運営協議会 (計画案の承認)	

3 第10期計画策定における6項目の留意事項

○令和7年度の介護保険部会等での議論を受けて、厚生労働省は、令和8年3月26日に、「第10期介護保険事業(支援)計画の策定に向けた事前準備に関する留意事項について」と題する通知を発出し、6項目の留意事項を提示しました。「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会とりまとめ」を受けた「②地域の分類に基づくサービス提供体制の確保」など、新たな事項もあり、本市の第10期計画においても、留意していく必要があります。

6項目の留意事項

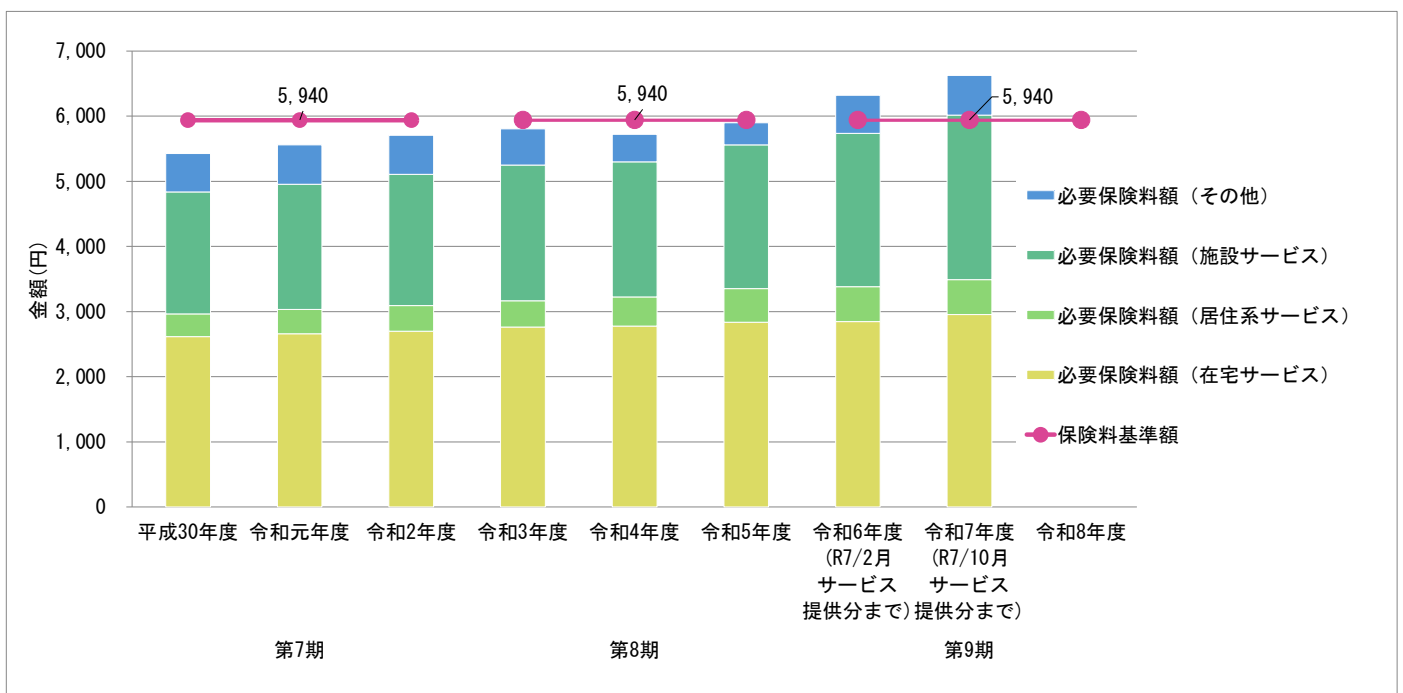
- ①介護サービスの種類ごとの量に関する中長期的な推計
- ②地域の分類に基づくサービス提供体制の確保
- ③医療・介護連携の推進
- ④高齢者向け住まいの設置状況等の勘案
- ⑤介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等
- ⑥認知症施策の推進

3-1 「介護サービスの種類ごとの量に関する中長期的な推計」について

○介護保険事業計画では、計画期間内の「介護サービスの種類ごとの量に関する推計」を行ってきましたが、第10期では中長期的な推計を行い、サービス提供体制などの今後の目指すべき方向性について、地域の関係者を含めて議論することが求められています。

○下のグラフは、甲賀市の第7～9期保険料基準額(5,940円)と、サービス給付状況から換算した「必要保険料額」の関係を示したものですが、令和6年度、7年度と「必要保険料額」が保険料基準額を上回る状況が続いており、第10期保険料設定の際に考慮していく必要があります。

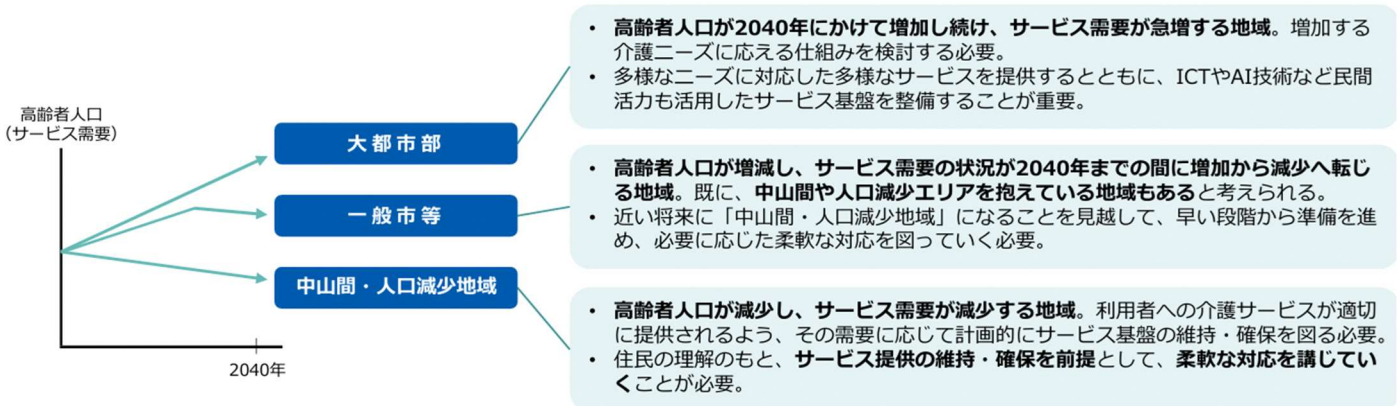
甲賀市の第7～9期保険料と「必要保険料額」



3-2 「地域の分類に基づくサービス提供体制の確保」について

○介護保険部会意見書では、「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築」のため、「大都市部」「一般市等」「中山間・人口減少地域」という3つの地域類型が示され、「中山間・人口減少地域」では、事業所の人員・設備等の基準の緩和など、新たな制度の創設が想定されています。

3つの地域類型



「中山間・人口減少地域」の状態要件

- ① 人口減少・需要減少が進行
- ② サービス提供体制の維持が困難
- ③ 通常の基準では対応できない
(全国一律の人員・設備基準では事業継続が困難なため、緩和等の特例を認める)

○「中山間・人口減少地域の範囲」や配置基準・報酬等の具体的詳細については、3で引き続き検討が進められますが、3つの地域類型は、市町村の中で範囲を区切って設定することも可能とされていることから、本市の第10期計画での位置付けを検討していく必要があります。

4-3 「医療・介護連携の推進」について

○令和4年の医療法改正により、都道府県の「地域医療構想」の対象が入院病床の量・機能の調整だけでなく、外来・在宅医療・介護との連携を含む医療提供体制全体に拡大し、滋賀県においても、令和8年度中の新たな「地域医療構想」の策定を進めています。

○滋賀県甲賀健康福祉事務所(甲賀保健所)が設置する「甲賀圏域地域医療構想調整会議」と連携しながら、第10期介護計画に、2040年に向けた医療・介護連携のあり方を位置づけていく必要があります。

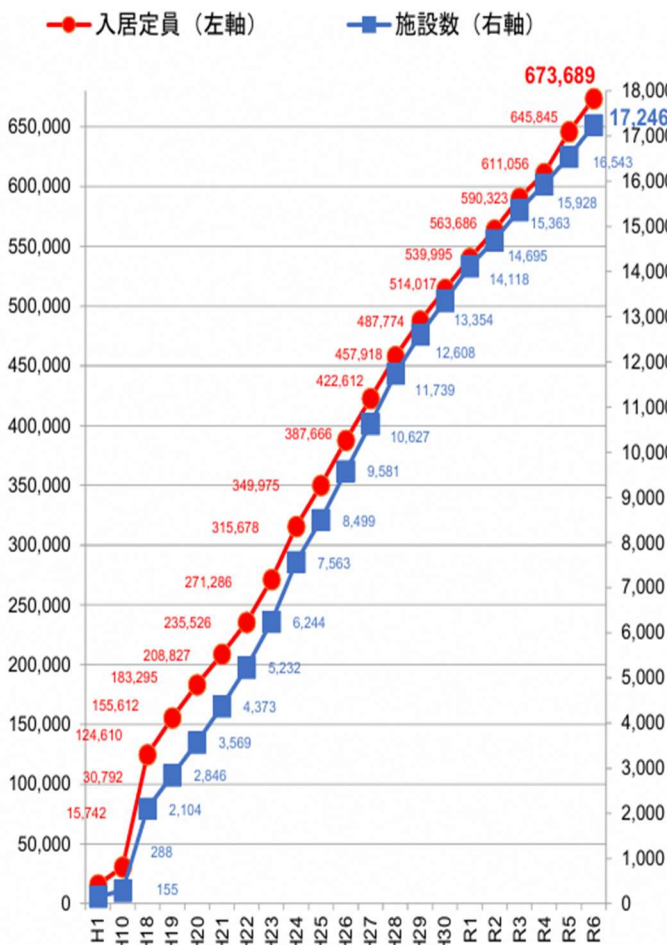
3-4 「高齢者向け住まいの設置状況等の勘案」について

○第10期計画策定における留意事項の4項目として、「高齢者向け住まいの設置状況等の勘案」があげられています。これは、一部の住宅型有料老人ホームにおけるいわゆる「囲い込み」による過剰なサービス提供や、職員の一斉退職により入居者が転居を余儀なくされた事案、入居者紹介事業者に対する高額紹介手数料の支払いなどの問題から、厚生労働省「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」が令和7年4～11月に開催され、指導監督の強化や特定施設入居者生活介護への移行などを内容とする報告書がとりまとめられたことによります。

○令和8年3月26日国通知では、「都道府県が、把握している有料老人ホームやサ高住の入居定員総数や、要介護者の人数、利用状況等の情報を市町村に提供し、市町村が、それを踏まえ、在宅サービス利用者のうち高齢者向け住まい入居者の概数を可視化し、これを、特定施設入居者生活介護をはじめとする介護サービスの見込み等を定める参考とすること」とされています。

「第1回有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」資料(令和7年4月14日)

有料老人ホームの施設数・入居定員の推移



有料老人ホームの定義



有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・特定施設入居者生活介護の関係

有料老人ホーム

・老人福祉法第29条第1項に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度(届出義務)。
 ・老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス(複数可)を提供している施設。

- ① 食事の提供
- ② 介護(入浴・排泄・食事)の提供
- ③ 洗濯・掃除等の家事の供与
- ④ 健康管理

サービス付き高齢者向け住宅

・高齢者住まい法第5条に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供する等、以下の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅等の登録制度(義務ではない)。

- 《ハード》床面積は原則25㎡以上、バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)等
- 《サービス》少なくとも、①状況把握サービス、②生活相談サービスの両方を提供。

住宅型有料老人ホーム
 (有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの)

施設数: 12,061棟
 定員数: 369,888名
 (サ高住除く)

介護付き有料老人ホーム
 (有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けたもの)

施設数: 4,464棟
 定員数: 275,413名
 (サ高住除く)

有料老人ホーム

施設数: 16,543棟
 定員数: 645,845名

特定施設入居者生活介護

施設数: 5,179棟
 定員数: 312,285名
 ・一般形(包括報酬)
 ・外部サービス利用型(出来高報酬)
 【外部サービス利用限度額が上限】

サービス付き高齢者向け住宅

施設数: 8,222棟
 定員数: 283,487名

うち
 特定施設入居者生活介護
 施設数: 817棟
 定員数: 36,872名

サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するもの(サービス付き高齢者向け住宅のうち、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを実施している場合、「有料老人ホーム」に該当することとなるが、登録を受けている有料老人ホームは届出不要。) →サービス付き高齢者向け住宅の約96%は有料老人ホームにも該当すると推定される(=青点線部分)

→そのうち、「入浴等の介護サービス」を提供しているサ高住は約57%

特定施設入居者生活介護

・介護保険法第8条第11項に基づき、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。

- 有料老人ホームには、特定施設入居者生活介護の指定を受けた「介護付き有料老人ホーム」と受けていない「住宅型有料老人ホーム」がある。介護付き有料老人ホームの場合、老人福祉法に加え、提供する介護サービスの内容や人員配置・設備等について、介護保険法に基づく規制を受ける。
- サービス付き高齢者向け住宅は、登録時や登録後において、居室の広さや設備、状況把握・生活相談サービス等について高齢者住まい法に基づく規制を受け、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅の場合は、さらに、食事や健康管理、家事の供与等のサービスに対して、老人福祉法に基づく規制を受ける。

	介護付き有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む)	【参考】 有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅
介護	<p>介護保険法に基づく規制</p> <p>【許認可等】都道府県又は市町村による指定(特定施設入居者生活介護※) ※入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話</p> <p>【指導監督】都道府県又は市町村による勧告、改善命令、指定取消し等</p> <p>【介護サービスの利用・報酬体系】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスをホームが自ら提供 ・介護報酬はホームに包括報酬で支払い <p>【主な人員基準】(基準省令)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者 - 1人 ・生活相談員 - 要介護者等: 生活相談員 = 100 : 1 ・看護・介護職員 要支援者: 看護・介護職員 = 10 : 1 要介護者: 看護・介護職員 = 3 : 1 ※ 夜間帯の職員は1人以上 ・機能訓練指導員 - 1人以上 ・計画作成担当者 - 介護支援専門員 1人以上 <p>【主な設備基準】(基準省令)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護居室: 原則個室、プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ、地階に設けない等 ・一時介護室: 介護を行うために適当な広さ ・浴室: 身体の不自由な者が入浴するのに適したもの ・便所: 居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える ・食堂、機能訓練室: 機能を十分に発揮し得る適当な広さ ・施設全体: 利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造 	<p>老人福祉法に基づく規制</p> <p>【許認可等】都道府県等への事前届出義務(サ高住の登録を受けている有料老人ホームは届出不要)</p> <p>【指導監督】都道府県等による改善命令、業務停止命令等</p> <p>【主な人員基準】標準指導指針(局長通知)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の数及び提供するサービスの内容に応じ、管理者、生活相談員、栄養士、調理員を配置すること。 ・介護サービスを提供する場合は、提供するサービスの内容に応じ、要介護者等を直接処遇する職員については、介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制とすること等 <p>【主な設備基準】標準指導指針(局長通知)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般居室、介護居室、一時介護室: 個室とすることとし、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上等 ・浴室、洗面設備、便所について、居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるように適当な規模及び数を設けること ・介護居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、幅は原則1.8メートル以上等 	<p>高齢者住まい法※に基づく規制</p> <p>【許認可等】都道府県等への登録</p> <p>【指導監督】都道府県等による是正指示、登録取消(是正指示に従わなかった場合)等</p> <p>【主な人員基準】(国交省・厚労省施行規則第11条) 次のいずれかの者が、原則、日中常駐し、状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員等 ・医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者等 ※ 常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。 <p>【主な設備基準】(国交省・厚労省施行規則第8～10条)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室: 25平方メートル <ul style="list-style-type: none"> ※ 居間、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18平方メートル以上。 ・各居住部分が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであること <ul style="list-style-type: none"> ※ 共同部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えている場合は、各戸に台所、収納設備、又は浴室を備えずとも可。 ・バリアフリー構造であること
	住まい	<p>老人福祉法に基づく規制</p> <p>【許認可等】都道府県等への事前届出義務</p> <p>【指導監督】都道府県等による改善命令、業務停止命令等</p> <p>【主な人員基準】同右</p> <p>【主な設備基準】同右</p>	<p>高齢者住まい法※に基づく規制</p> <p>【許認可等】都道府県等への登録</p> <p>【指導監督】都道府県等による是正指示、登録取消(是正指示に従わなかった場合)等</p> <p>【主な人員基準】同右</p> <p>【主な設備基準】同右</p>

3-5 「介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等」について

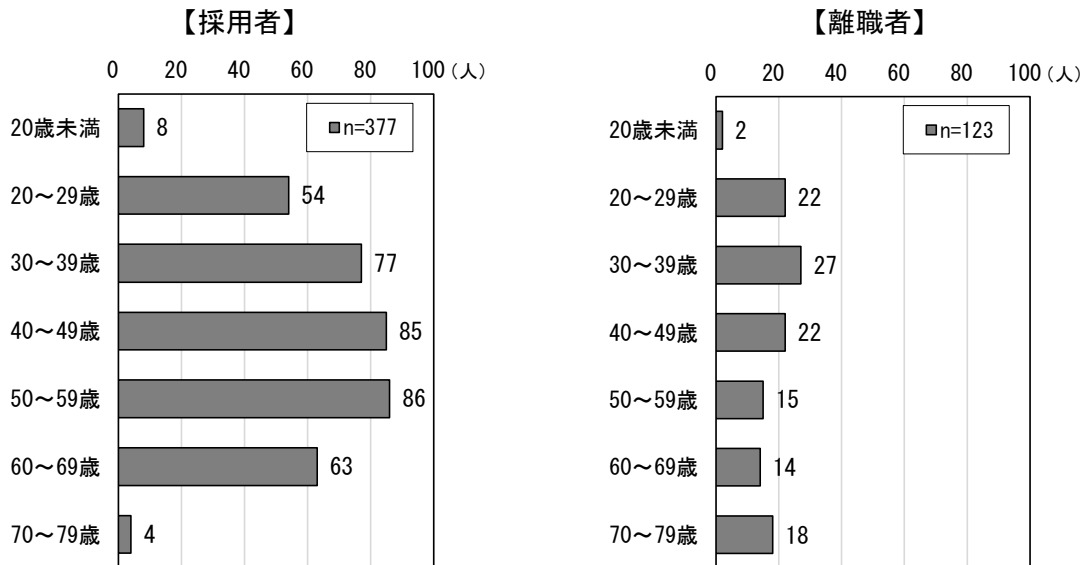
○令和8年3月26日国通知では、「都道府県においては、介護人材確保に係る定量的な目標とその時期等を設定し、地域の実情を踏まえて、その達成に向けて重点的に取り組む事項を明確化し、これらを計画素案に反映する」、「市町村では、県の取組状況も踏まえ、必要に応じて記載する」と、都道府県中心に施策を構築する旨が述べられています。

○「介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等」については、令和7年度に市で事業所アンケートを実施しました。

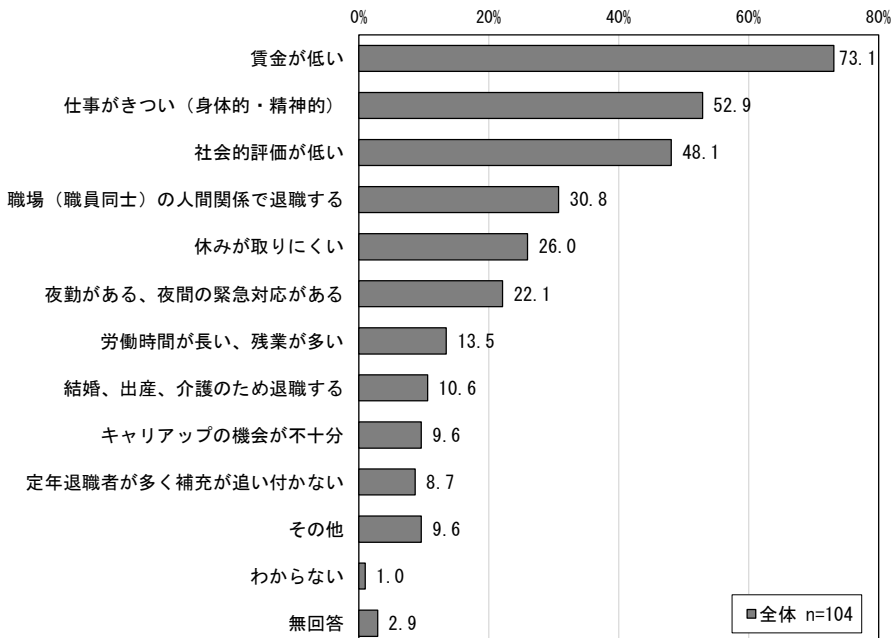
【参考】事業所アンケートの結果概要

- 過去1年間に、介護職員の採用者が「いる」事業所は104事業所中60事業所で、あわせて377人、離職者が「いる」事業所は46事業所で、あわせて123人でした。104事業所の介護職員総数1,364人です。また、介護職員が不足する理由「賃金が低い」が7割を超えて最も多く、「仕事がきつい（身体的・精神的）」、「社会的評価が低い」がトップ3となっています。

1年間の介護職員の採用者・離職者数（報告書P4～5、報告書概要版P13）

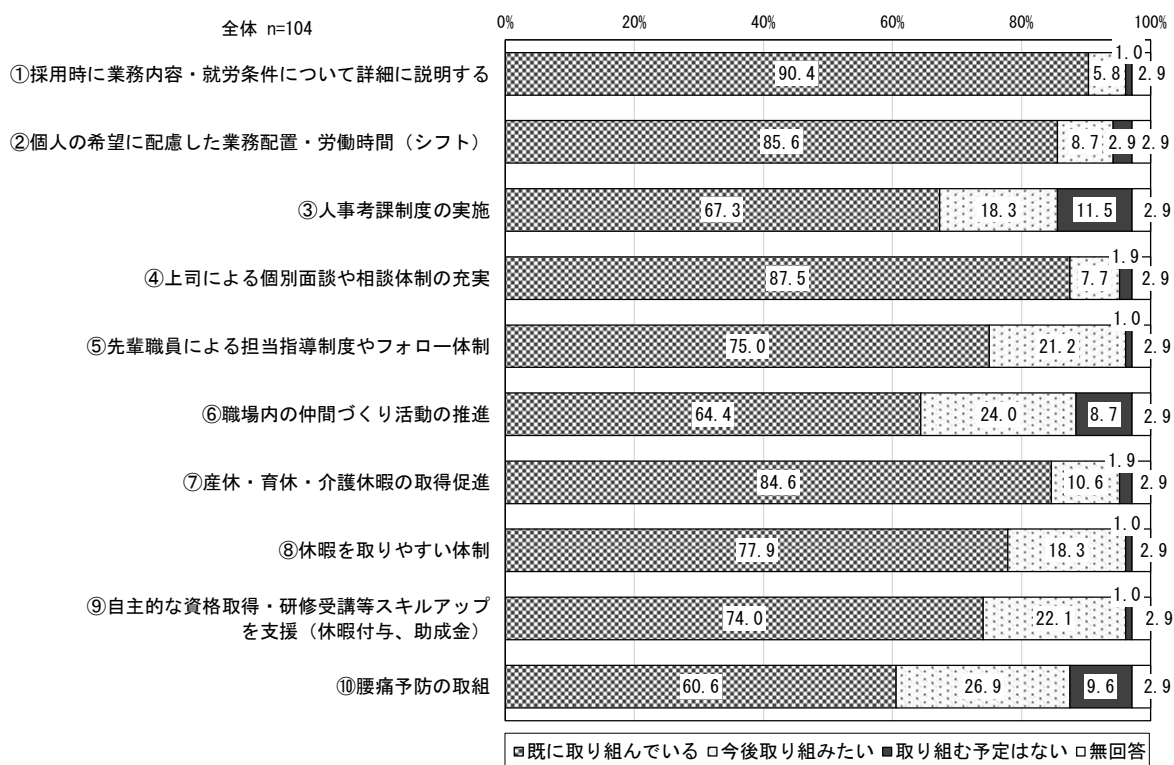


介護職員が不足する理由（報告書P8、報告書概要版P14）



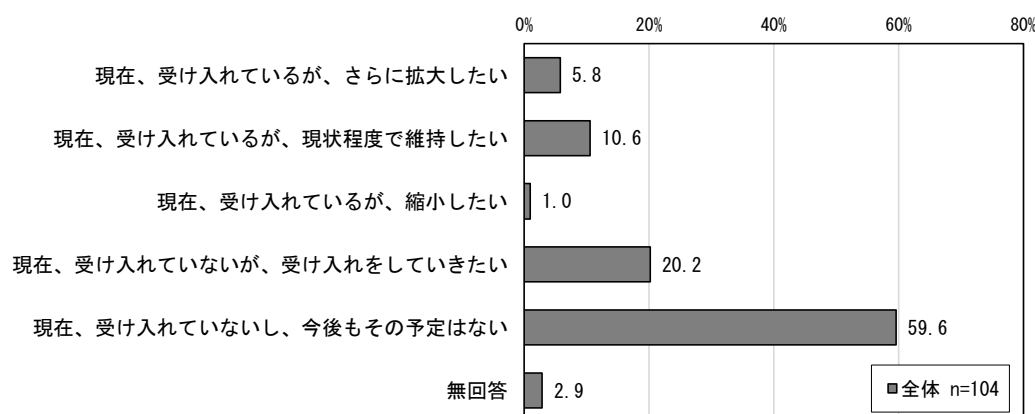
職員の定着、退職防止のための取り組み状況（報告書P9、報告書概要版P15）

- 「既に取り組んでいる」は、“①採用時に業務内容・就労条件について詳細に説明する”が9割で最も多く、“④上司による個別面談や相談体制の充実”、“②個人の希望に配慮した業務配置・労働時間（シフト）”、“⑦産休・育休・介護休暇の取得促進”が8割を超えています。
- 「今後取り組みたい」は、“⑩腰痛予防の取組”が3割弱で最も多く、“⑥職場内の仲間づくり活動の推進”、“⑨自主的な資格取得・研修受講等スキルアップを支援（休暇付与・助成金）”、“⑤先輩職員による担当指導制度やフォロー体制”が2割を超えています。



外国人人材の受け入れについての考え（報告書P10、報告書概要版P15）

- 「現在、受け入れているが、さらに拡大したい」と「現在、受け入れているが、現状程度で維持したい」を合わせた『受け入れ意向あり』は4割弱にのびります。



3-6 「認知症施策の推進」について

○認知症の人を地域で支えるために必要な医療資源、介護サービス等について現状を確認した上で、共生社会を実現するために必要な具体的な取組を定めて、第10期計画に記載する旨が述べられています。

- ①社会参加の機会の確保に向けた取組（認知症カフェや本人ミーティング、ピアサポート活動といった社会参加の機会・場）
- ②若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員の配置
- ③医療介護の体制（初期集中支援チームやサポート医、認知症疾患医療センター等）

認知症施策推進計画とは

○令和6年に認知症基本法が施行され、市町村の認知症施策推進計画策定が努力義務となりました。本市では、介護保険事業計画・高齢者福祉計画に認知症施策を位置づけてきましたが、第10期では、認知症施策推進計画も包含した内容をめざします。

○認知症施策をめぐっては、平成24年のオレンジプラン以降、「医療・介護の体制整備」と、「地域で支えるしくみづくり」を進めてきました。認知症施策推進計画の策定・推進にあたっては、発症・重度化の「予防」と本人参加・本人発信を含む「共生」を重視していく必要があります。

国の認知症施策の経過

項目	概要	ポイント
平成24年	「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）の策定	◇医療・介護の体制整備
平成27年	「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)の策定	◇地域で支える視点の拡大
令和元年	「認知症施策推進大綱」の策定	◇「支えられる人」から「ともに暮らす主体」への転換（「共生（ともに生きる）」という考え方の明確化）
令和5年	「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の制定（令和6年1月1日施行）	◇認知症の人の尊厳・権利を明文化 ◇自治体の責務を法的に規定 ◇「本人参加」を制度として位置づけ

○甲賀市の第9期計画においては、「(2) 地域での日常生活・家族の支援の強化」で、令和7年度から「こうか市チームオレンジ」がスタートしました。「チームオレンジ」は、認知症のある人やその家族を、地域ぐるみで支えるための「実践チーム」で、登録認知症サポーター、医療・介護の専門職、行政職員、その他ボランティアなど地域住民から構成されます。この「チームオレンジ」をはじめ、これまで進めてきた認知症施策をさらに強化・発展させていくことが、第10期の計画で求められます。

4 アンケート結果からみた第10期計画の政策課題

○令和7年度のアンケート調査結果から、第10期計画の主な政策課題を上げると、以下の通りです。

4-1 介護予防の推進

○要介護認定者を除く一般高齢者を対象とする「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では、介護予防事業の対象者のスクリーニングでも用いる「生活機能評価」を行っています。「運動器機能低下」など7項目のうち、「閉じこもり傾向」を除く6項目は、令和4年度の前回調査と同程度かそれ以上の該当割合となっていることから、引き続き、介護予防を推進していくことが重要と言えます。

生活機能評価の結果（報告書P95～97、報告書概要版P7）

	今回調査	前回調査
①運動器機能低下	26.1	25.9
②転倒リスク	36.7	36.3
③閉じこもり傾向	24.3	28.1
④低栄養	1.9	1.7
⑤口腔機能低下	29.2	28.0
⑥認知機能低下	43.8	44.3
⑦うつ傾向	43.3	43.8

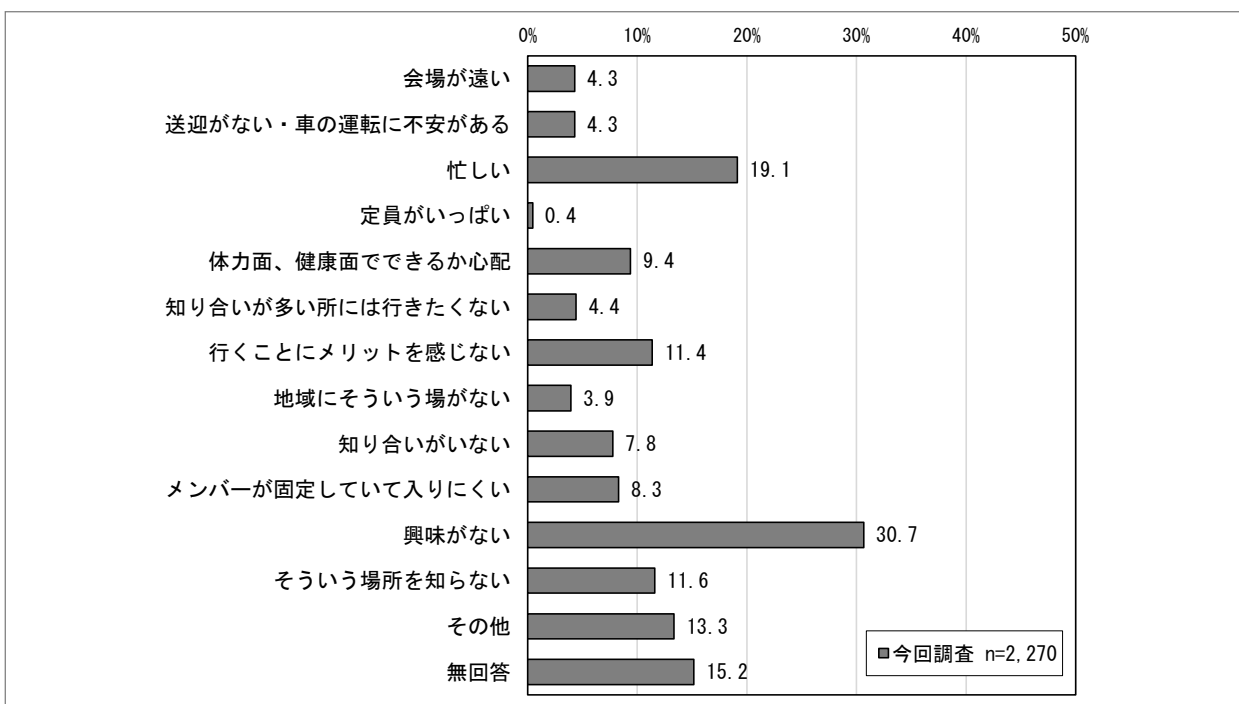
●生活機能の評価項目ごとの該当者（リスクありの方）の割合は、全体では「認知機能低下」が最も高く、「うつ傾向」が僅差で続き、「転倒リスク」の順となっています。

●前回調査と比べて、「閉じこもり傾向」が4ポイント程低くなり、これ以外は大差ありません。

4-2 「通いの場」の参加の拡大

○通いの場に通っていない理由については、「興味がない」が31%で最も多く、「忙しい」、「その他」、「そういう場所を知らない」、「行くことにメリットを感じない」と続きます。興味がわくメニューの工夫などを通じ、参加率の向上を図っていくことが期待されます。

介護予防のための通いの場に通っていない理由（報告書P60、報告書概要版P5）



4-3 在宅生活の継続を可能にする支援・サービスの確保

○在宅の要介護認定者を対象とする「在宅介護実態調査」では、今後の在宅生活の継続に必要なと感じる支援・サービスとして、「移送サービス」をはじめ、「外出同行（通院、買い物など）」、「見守り、声かけ」、「配食」などに高いニーズがみられました。

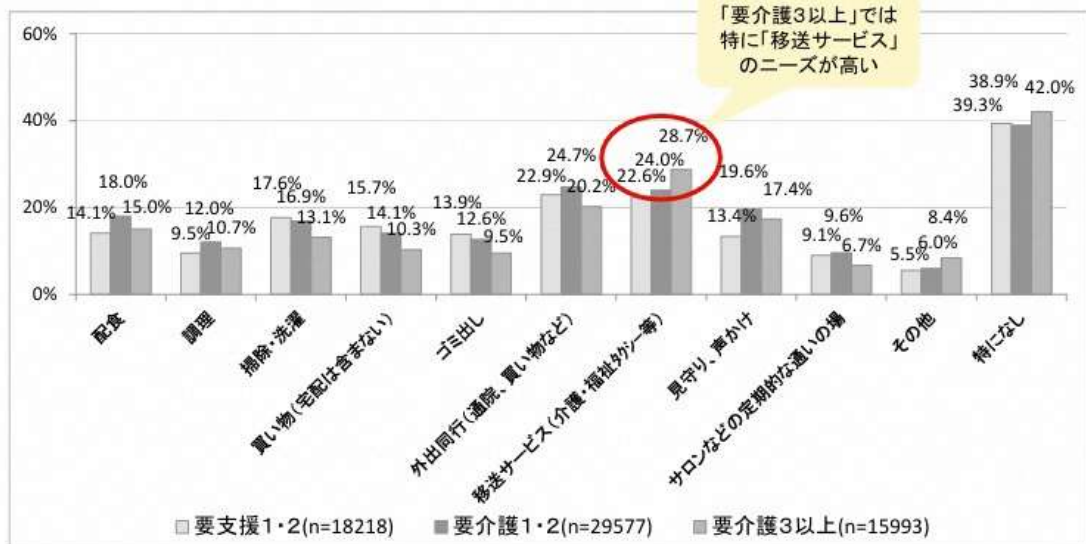
今後の在宅生活の継続に必要なと感じる支援・サービス（報告書P111、報告書概要版P10）

- 「特になし」と無回答を除くと、必要率は59%で、その中では「移送サービス」が30%で最も高く、「外出同行（通院、買い物など）」、「見守り、声かけ」、「配食」と続いています。

		A票問11. 在宅生活の継続に必要な支援・サービス												
		合計	配食	調理	掃除・洗濯	買い物 (宅配は含まない)	ゴミ出し	外出同行 (通院、 買い物など)	移送サービス (介護・福祉 タクシー等)	見守り、 声かけ	サロンな どの定期的な 通いの場	その他	特になし	無回答
全体		714 100.0	121 16.9	57 8.0	99 13.9	78 10.9	49 6.9	149 20.9	215 30.1	133 18.6	95 13.3	37 5.2	195 27.3	101 14.1
3 区 分	要介護1・2	446 100.0	84 18.8	39 8.7	67 15.0	58 13.0	33 7.4	112 25.1	130 29.1	90 20.2	67 15.0	21 4.7	119 26.7	56 12.6
	要介護3	111 100.0	12 10.8	10 9.0	14 12.6	9 8.1	6 5.4	17 15.3	31 27.9	24 21.6	10 9.0	7 6.3	31 27.9	16 14.4
	要介護4・5	157 100.0	25 15.9	8 5.1	18 11.5	11 7.0	10 6.4	20 12.7	54 34.4	19 12.1	18 11.5	9 5.7	45 28.7	29 18.5
世 帯 類 型	単身世帯	154 100.0	47 30.5	22 14.3	39 25.3	33 21.4	24 15.6	54 35.1	59 38.3	44 28.6	23 14.9	10 6.5	28 18.2	13 8.4
	夫婦のみ世帯	180 100.0	20 11.1	9 5.0	17 9.4	18 10.0	11 6.1	25 13.9	51 28.3	27 15.0	20 11.1	6 3.3	46 25.6	39 21.7
	その他	371 100.0	53 14.3	26 7.0	41 11.1	26 7.0	14 3.8	68 18.3	104 28.0	61 16.4	51 13.7	21 5.7	118 31.8	48 12.9

〔参考〕 令和4年調査の全国値

図表 要介護度別・在宅生活の継続に必要なと感じる支援・サービス



○市内の事業所のケアマネジャーを対象とした「ケアマネジャー調査」でも、在宅生活の継続に必要なことは何かをたずねました。その結果、「短期入所生活介護などの緊急時の対応の充実」、「介護者家族への支援」、「行政による高齢者福祉施策（移送サービスや配食サービスなど）の充実」などに高いニーズがみられました。

在宅生活の継続に必要なこと（報告書P23、報告書概要版P19）

