

安芸太田町
第9期介護保険事業計画
及び高齢者福祉計画
(安芸太田町地域包括ケア計画)

令和6年3月
安芸太田町



はじめに

本町では、高齢者一人ひとりの多様な状況に応じた支援や介護・福祉サービスが利用できるよう、令和3年3月に「安芸太田町第8期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」を策定し、高齢者福祉施策を総合的・計画的に推進してまいりました。

また国では、総人口が減少するなか65歳以上の高齢者数は増加傾向にあり、2040年には国民の3人に1人が高齢者になると推計し、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年、人口構造が大きく変化する2040年を見据え、「認知症施策の強化」、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、より大きな枠の中で助け合いながら暮らしていくことのできる「地域共生社会」の実現を目指しています。

安芸太田町においても全国と同様に高齢化が進行し、町民の半数以上が高齢者となっています。これまで取り組んできた「地域包括ケアシステム」の深化・推進に加えて、認知症高齢者やひとり暮らしの高齢者への対応、高齢者の社会参加や生きがいをづくり、早い段階からの介護予防の取組を一層推進することが必要です。

このたび策定した「安芸太田町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画（安芸太田町地域包括ケア計画）」は、令和6年度から令和8年度の高齢者福祉のめざす姿を示した計画です。引き続き「住み慣れた地域で安心して暮らせるまち あきおおた」を基本理念とし、共生社会のまちの実現に向けて取り組んでまいります。

なお、施策の推進には、町民の皆様をはじめ、保健・医療・福祉等の各関係団体、事業者等の皆様との連携・協働も必要となりますので、今後ともご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、本計画の策定にあたり、様々な視点からご審議いただきました安芸太田町介護保険事業計画策定委員会の皆様、各種アンケート調査にご協力いただいた町民の皆様、並びに関係者の皆様に心より感謝を申し上げます。

令和6年3月

安芸太田町長 橋本 博明

目 次

第1章 計画の概要.....	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の概要と位置付け	2
3 計画の策定体制.....	3
4 公表と普及啓発、達成状況の評価点検.....	3
第2章 高齢者を巡る現状と課題の整理.....	5
1 高齢者(被保険者)の現状と見込み.....	5
2 介護給付等の実施状況	8
3 健康増進のための取組	10
4 日常生活圏域とその状況	12
5 課題の整理	13
第3章 安芸太田町の目指す 地域共生社会と地域包括ケアシステム	15
1 地域共生社会の実現.....	15
2 安芸太田町型地域包括ケアシステムの推進.....	18
3 共生社会の実現を推進するための認知症基本法	19
4 介護人材の確保及び定着と業務の改善.....	20
5 保険者機能強化推進交付金の活用	21
6 介護予防と健康づくりの推進.....	22
第4章 安芸太田町の地域包括ケア計画の 基本理念及び基本施策.....	23
1 計画の基本理念	23
2 重点的に取り組む施策.....	23
3 計画の基本施策.....	24
第5章 安芸太田町の地域包括ケア計画における 事業展開の基本目標	25
1 目標指標の設定	25
2 地域包括ケアシステムの深化・推進のための重点取組事項	26

第6章 いきいきと暮らすための環境づくり	44
1 在宅生活が続けられる環境づくり.....	44
2 地域で活躍できる環境づくり.....	53
第7章 介護保険事業の運営	55
1 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の実績と見込み	55
2 保険料の設定	70
3 介護保険制度の円滑な運営.....	75
4 介護給付の適正化.....	76
5 介護人材の確保及び資質の向上	78
第8章 計画の推進体制.....	79
1 高齢者福祉・介護保険の広報・公聴の充実.....	79
2 分野を越えた連携体制の強化.....	79
3 計画の点検・評価	79
資料編.....	80
安芸太田町介護保険事業計画策定委員会設置条例.....	80
安芸太田町介護保険事業計画策定委員会委員名簿.....	81
アンケート調査等の結果	82
認知症について.....	91
今後の暮らしについて.....	94
用語解説	95

第1章 計画の概要

1 計画策定の趣旨

高齢化の更なる進行

- ・我が国の総人口は平成16年をピークに減少傾向で推移していますが、高齢者数並びに高齢者割合は増加傾向にあります。
- ・我が国の65歳以上の高齢者人口は、令和5年7月1日現在で3,622万人となり、総人口に占める割合(高齢化率)は29.1%となっています。
- ・安芸太田町においても同様に、高齢化が進行し、令和5年1月1日現在で総人口は5,700人、高齢者割合は52.2%となっています。今後の人口推計では、2040年には総人口が約3,450人、高齢者割合は61.8%と、人口の6割以上が高齢者になると見込まれます。年齢区分別の人口変化(推計)をみると、要介護認定者の多い85歳以上の高齢者数は2040年には現在より1割程度増加し、65～74歳、75～84歳の高齢者数は減少で推移することが見込まれます。また、生産年齢人口の割合は人口の3分の1まで低下が見込まれることから、引き続き地域での支え合いができる仕組みづくりが求められます。

●地域包括ケア計画としての推進

- ・本町においては「安芸太田町第8期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」を令和3年3月に策定し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を継続して営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んでいます。



●2040年を見据えた第9期計画の策定

- ・85歳以上人口が増加する2040年に向けた中長期的なサービス需要を見据えながら、地域共生社会の実現により、認知症高齢者やひとり暮らし高齢者の増加といった社会構造の変化に加え、介護人材の確保、生産性の向上、といった現状の新たな課題に向き合う計画として、「安芸太田町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」(以下、本計画という)を策定します。

2 計画の概要と位置付け

(1) 法令等の根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8の規定に基づく市町村老人福祉計画と、介護保険法第117条に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定するものです。

(2) 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間と定めます。

また、長期視点として、介護サービス需要の変化や現役世代の減少をはじめとした人口構造の変化が顕著になる2040年を見据えて計画を定めます。

年度		R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029	R12 2030		R22 2040	
計画期間		第8期												
					第9期 (本計画)			→						
								第10期						

(3) 関連計画との関係性

本計画は、上位計画である「第二次安芸太田町長期総合計画」における保健医療福祉部門の計画となります。また、福祉部門の上位計画となる「地域福祉計画」や、「障害者計画・障害福祉計画・障害児福祉計画」等の関係福祉計画との整合性を図りながら、介護予防・健康づくり施策の充実や認知症施策の更なる推進等による地域包括ケアシステムの強化、地域福祉に多様な主体が参画し、人と人、人と資源が分野を超えてつながる「地域共生社会」の実現を目指すものとします。

3 計画の策定体制

(1) 安芸太田町介護保険事業計画策定委員会

本計画の策定にあたって、被保険者の代表を含む委員により構成される「安芸太田町介護保険事業計画策定委員会」を設置し、令和5年度中に5回開催しました。第8期計画の評価や第9期計画の策定、介護保険料の設定等についてご審議をいただき、本計画を策定しています。

(2) 高齢者福祉に関するアンケート調査

第8期計画を見直し新たな計画を策定するための基礎資料とするため、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」「サービス提供事業者調査」の各種調査を実施しました。

※各調査の実施概要と結果は資料編に記載

(3) パブリックコメント

本計画や高齢者福祉施策に関する意見を住民から幅広く聴取するため、令和6年1月にパブリックコメントを実施しました。

4 公表と普及啓発、達成状況の評価点検

(1) 評価点検の仕組み

本計画については、各年度にその実施状況の評価するものとし、PDCAサイクルにより適宜計画の見直しを図ることとします。

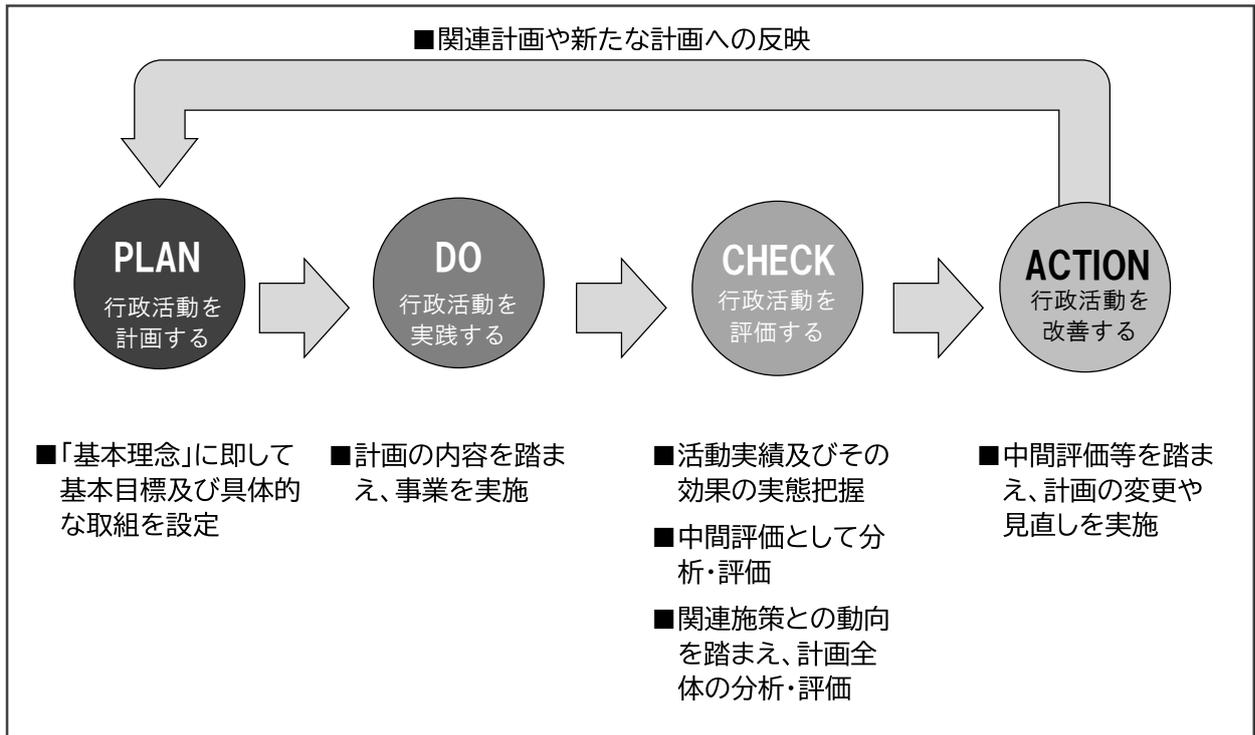
日常生活圏域ニーズ調査を定期的実施、高齢者の健康状態や生活ニーズを調査分析し、本計画の取組による効果を指標化し、計画の見直しに反映します。

また、住民シンポジウムや町の広報誌等の活用を行い、本町の地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組や制度変更等の情報提供に努めます。

さらに、医療・介護・福祉等のサービス資源をまとめた安芸太田町地域資源マップを作成し、地域住民に周知し、誰もが不安なく相談ができ、サービスを利用しやすい体制整備に努めます。

また、エビデンスに基づいた客観的な進捗評価が行えるよう、現状分析や自立支援・重度化防止に向けた必要な取組の検討を行うとともに、各分野において定量的で比較的把握しやすい指標を設け、適宜、評価・点検を行えるよう配慮します。

■PDCAサイクルのプロセスのイメージ



(2) 評価点検体制の充実

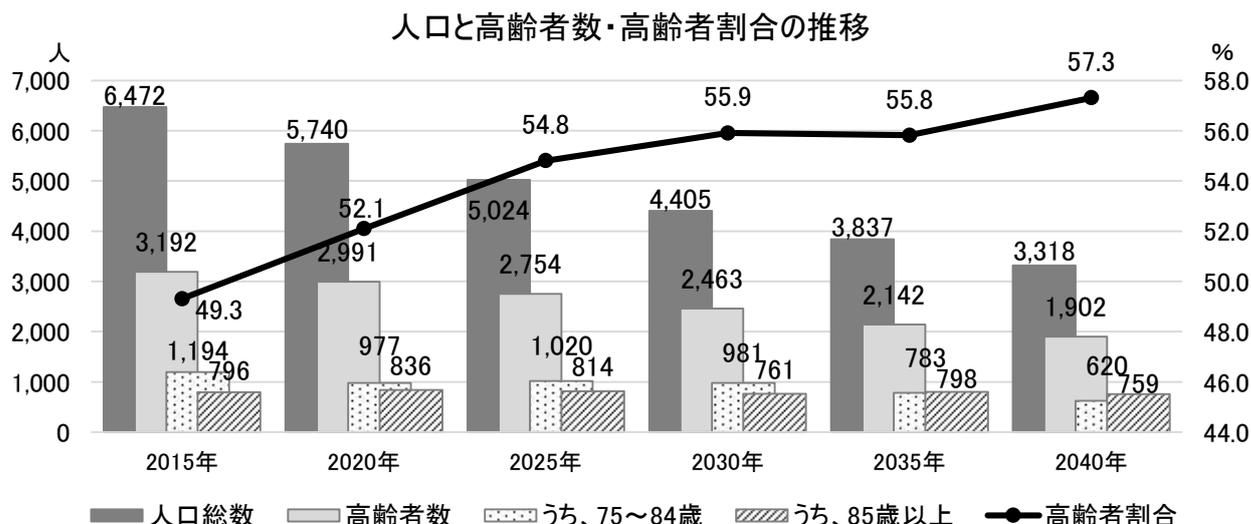
「安芸太田町介護保険事業計画策定委員会」は計画実施期間においては「安芸太田町介護保険事業計画評価点検委員会」とし、計画推進の評価を行うものとし、

第2章 高齢者を巡る現状と課題の整理

1 高齢者(被保険者)の現状と見込み

(1) 人口と高齢者数・高齢者割合

総人口並びに高齢者数は2040年にかけて減少傾向で推移すると見込まれます。高齢者割合は、2020年は52.1%と半数を超えています。2040年にはさらに57.3%に増加すると推計されます。

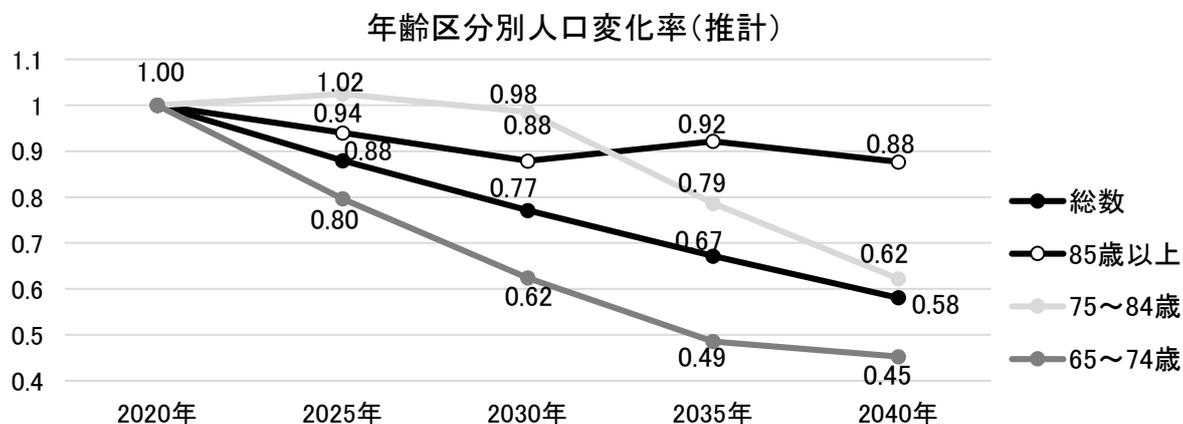


出典：国勢調査(2015・2020年)、日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)より作成

(2) 高齢者の年齢区分別人口変化率

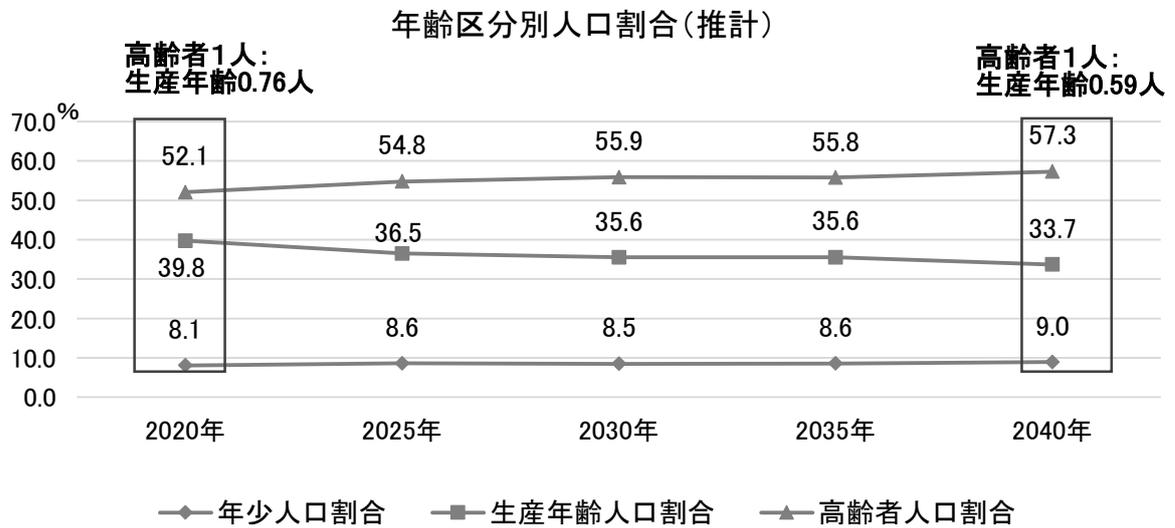
高齢者の年齢区分別の人口がどのように変化するかをみると、2020年の人口を1とした場合に2040年には、高齢者の総数では0.58まで減少すると見込まれます。介護や見守りの必要な人が多い85歳以上をみると、約1割減にとどまる見込です。

高齢者数が減少しても、必要な福祉サービスの質や量は保つ必要があります。



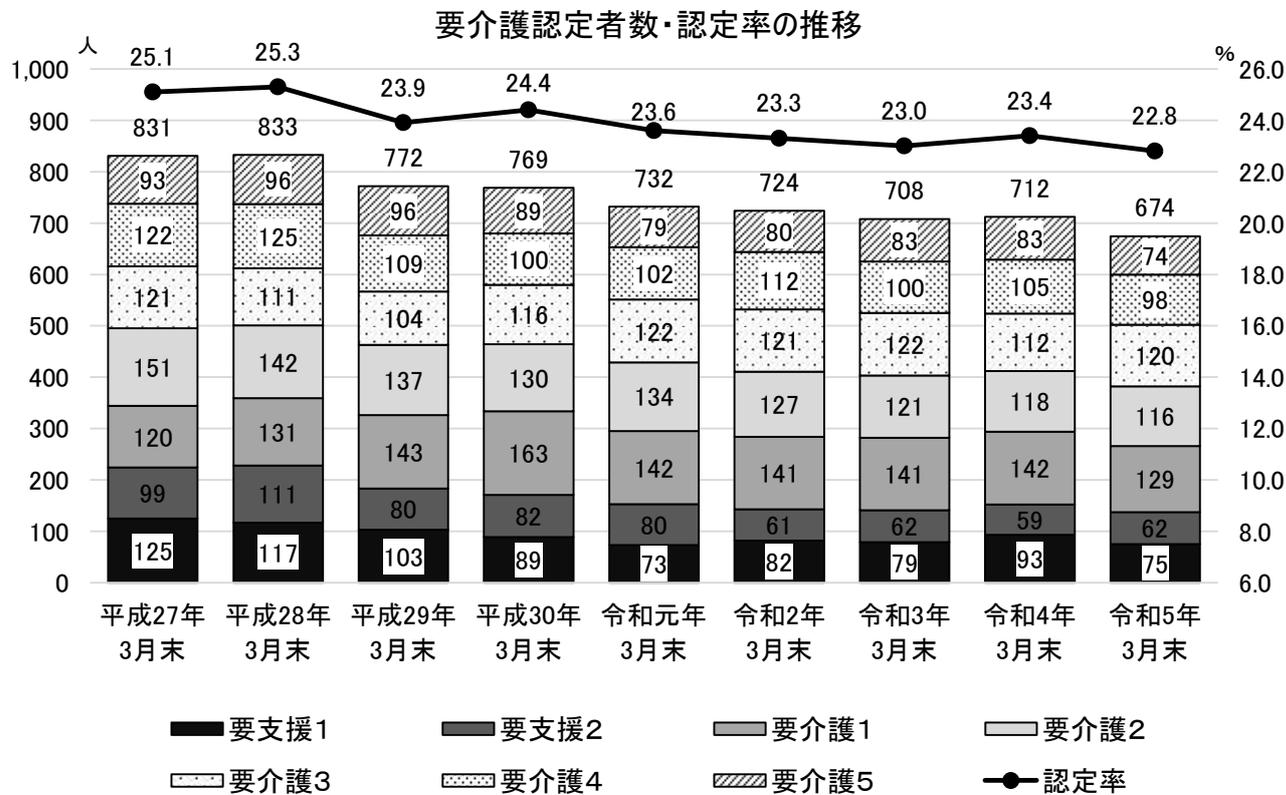
(3) 年齢区分別人口割合

15歳から64歳の生産年齢人口は、2020年では全体の39.8%を占めていますが、2040年には33.7%まで低下が見込まれます。65歳以上の高齢者人口は、2020年の52.1%から2040年には57.3%まで上昇が見込まれ、人口構造の変化に対応した生活機能の確保や支え合いの仕組みづくりが求められます。



(4) 要介護認定者数の推移

要介護認定者数並びに認定率は、平成28年3月末をピークに減少傾向で推移しており、令和5年3月末現在で要介護認定者数が674名、認定率が22.8%となっています。



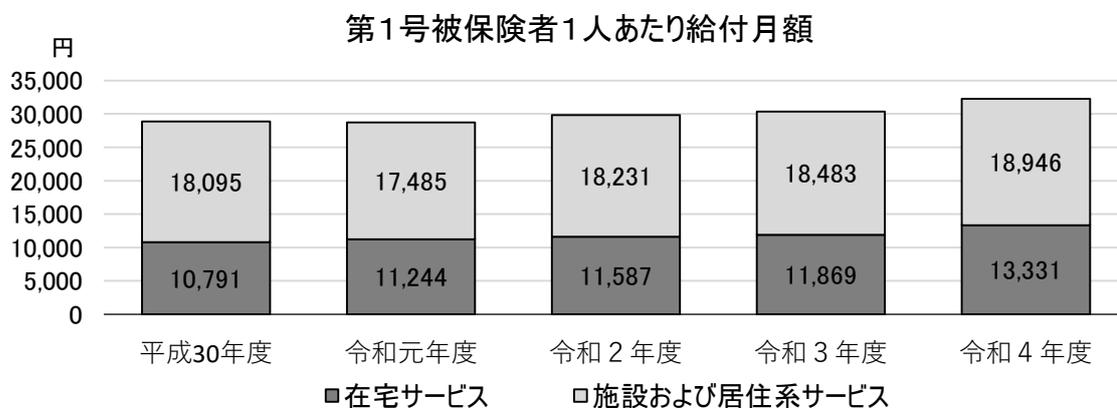
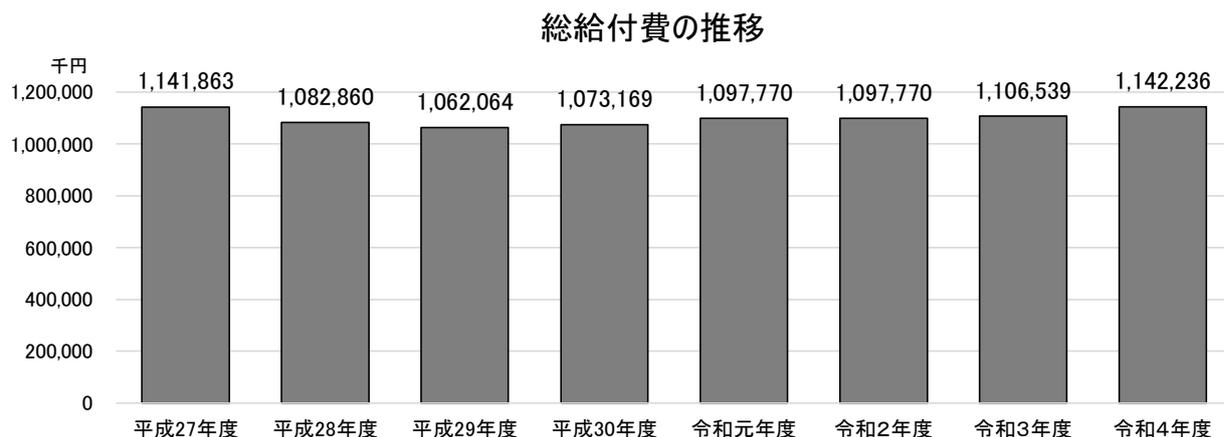
(出典)平成27年度から令和2年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、

2 介護給付等の実施状況

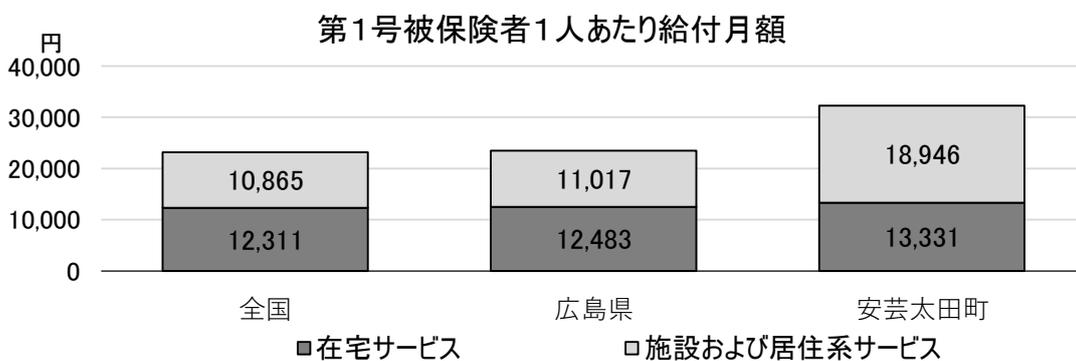
(1) 第1号被保険者1人あたりの給付月額

総給付費は令和2年度から微増傾向にあり、第1号被保険者1人あたりの給付額の推移も比例して伸びています。

給付月額をサービス系列ごとに全国、広島県と比較すると、施設及び居住系サービスへの給付額が本町では高いことがわかります。



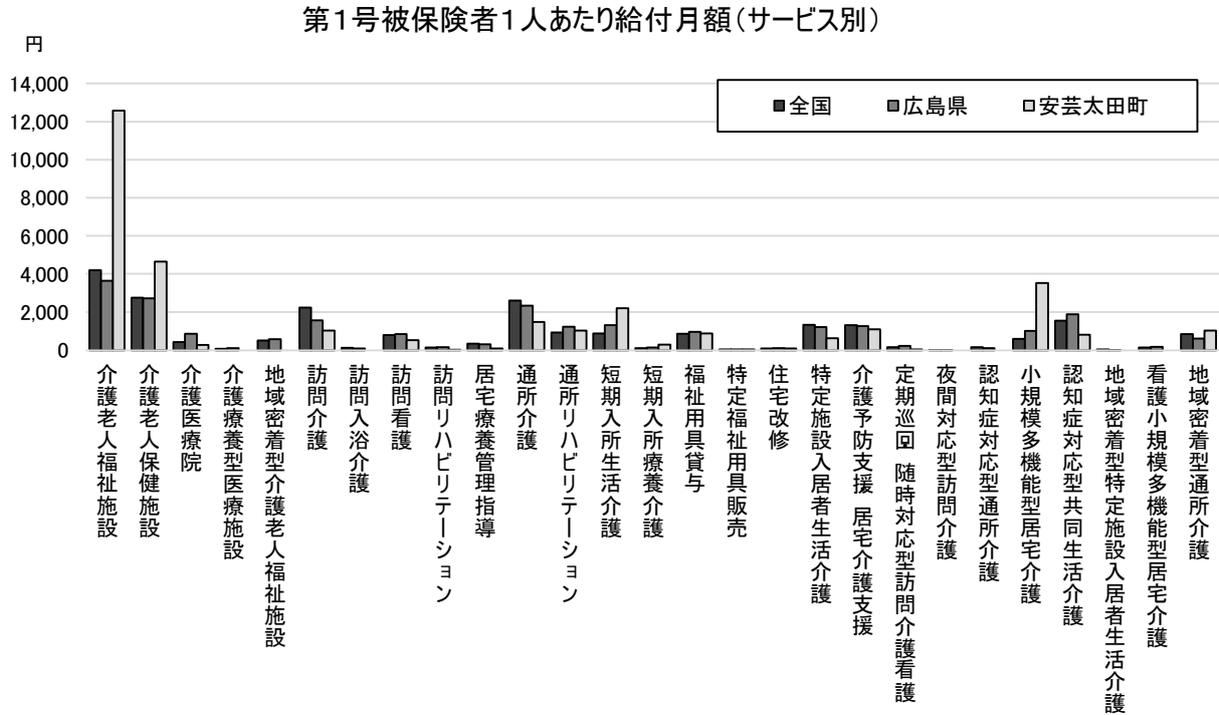
(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報、令和3・4年は月報



(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和4年度)

(2) サービス別の給付月額（全国・県比較）

サービス別の給付月額を全国・県と比較してみると、介護老人福祉施設の給付額が顕著に高いことがわかります。また、在宅サービスでは小規模多機能型居宅介護の給付額が高くなっています。



(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報(令和4年度)

3 健康増進のための取組

本町では「健康寿命の延伸・生活の質の向上・壮年期死亡の減少」を目指して、平成25年度から令和5年度の11カ年計画で策定された健康増進計画「第2次健康安芸太田21」を踏まえ、関係機関・団体と連携して施策を推進します。

新型コロナウイルス感染症の影響により、各種事業が縮小されたが、今後若い世代からの健康増進の取組を介護予防につなげ、地域で暮らし続けるために、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進します。

(1) 健康的な生活習慣の定着及び生活習慣病の予防

① 健康的な生活習慣の維持・向上に向けた対策

地域サロンでの健康教室や生活習慣病予防の栄養教室の開催、ヘルスマイトによる減塩普及活動を行います。

項目	現状(令和4年度実績)
地域サロン	4回(延べ参加者:36人)
生活習慣病予防栄養教室	2回(延べ参加者:28人)
減塩普及活動(減塩・健康レシピ提供)	献血:1回

② 健診の受診勧奨及び受診後のフォロー対策

山ゆり健診におけるがん検診・特定健診や個別健診など受診勧奨を行い、健診後には健康相談会を行います。またメタボリックシンドローム該当者及び予備群に対する保健指導を行い、健康管理を支援します。

項目	現状(令和4年度実績)
健診後の健康相談会	0回(参加実人員0人)
特定健診受診率	48.8%(対象者1,134人、受診者553人)
特定保健指導実施率	31.4%(対象者70人、受診者22人)

(2) 高齢者の健康づくりの推進

① 口腔機能向上対策

歯周疾患検診を充実し、舌圧向上のための教室の開催や口腔機能向上体操の普及に努め、健全な口腔機能の維持を支援します。

項目	現状(令和4年度実績)
おいしい教室	参加実人員:22人 参加延べ人員:74人(2クール開催)
通いの場における口腔機能リハビリ体操	参加延べ人員:248名
口腔機能リハビリ体操 2施設 (なごみの里)・(小規模多機能ひまわり)	参加実人員:0人 延べ人員:0人

② 低栄養改善対策

低栄養改善のための教室を口腔機能向上と併せて、「おいしい教室」として開催しました。今後も口腔機能向上と低栄養改善の両面から「おいしい教室」の継続と充実を目指します。

③ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)予防対策

ヘルスマイスターによる地域サロンでの筋力アップ体操の普及、地域単位での自主運動講座への参加を支援しました。

今後もサロン会場での体操普及を周知し、拡大を目指します。

項目	現状(令和4年度実績)
ヘルスマイスターによる体操指導	サロンの訪問(参加実人員:10人)

④ 心の健康づくり及び社会からの孤立対策

自殺対策にかかわるセーフティネットワークを構築し、心の相談(精神保健福祉相談)の活用を推進します。

人口減少、高齢化が進む中で孤立を未然に防ぐため、地域で見守る仕組みの基盤整備が急務となっています。

(3) 活力ある地域づくりのための地区組織活動の推進

公衆衛生推進協議会や健康運動クラブ連絡協議会、食生活改善推進協議会など地域の健康づくりを担う地区組織活動を支援し、活力ある地域づくりを推進しました。

地区組織活動の担い手である人材の高齢化や固定化が懸念される中、若い世代の人材育成も課題です。今後も地域を支える人材育成と後方支援を行います。

4 日常生活圏域とその状況

本町では、次の3つの日常生活圏域を設定しています。各日常生活圏域における高齢者及び介護サービスの提供体制は、下表のとおりです。

■日常生活圏域ごとの高齢者等の状況

項目		加計地区		戸河内地区		筒賀地区		町全体(計)	
		R2	R5	R2	R5	R2	R5	R2	R5
人口	総人口	3,008人	2,808人	2,193人	1,967人	884人	811人	6,085人	5,586人
	高齢者数	1,469人	1,533人	1,112人	1,025人	445人	423人	3,026人	2,981人
	高齢化率	50.96%	54.59%	50.71%	52.11%	50.34%	52.16%	49.73%	53.37%
世帯	一般世帯数	1,317世帯(R2)		897世帯(R2)		363世帯(R2)		2,577世帯(R2)	
	高齢者のいる世帯数	933世帯(R2)		671世帯(R2)		273世帯(R2)		1,877世帯(R2)	
	高齢者のみの夫婦世帯	252世帯(R2)		179世帯(R2)		75世帯(R2)		506世帯(R2)	
	高齢者1人暮らし世帯数	334世帯(R2)		247世帯(R2)		87世帯(R2)		668世帯(R2)	
要介護	要支援・要介護認定者数	378人	355人	236人	213人	97人	90人	711人	658人
	要支援・要介護認定率	24.66%	24.16%	21.22%	20.78%	21.80%	21.27%	23.50%	22.07%

R2は4月1日時点、R5は10月1日時点、世帯は国勢調査

■日常生活圏域ごとの介護サービス提供体制

区分	サービス内容	加計地区		戸河内地区		筒賀地区	
		R2	R5	R2	R5	R2	R5
在宅介護サービス事業者数	居宅介護支援	3	3	1	1	-	-
	小規模多機能型居宅介護	-	-	1	1	1	1
	地域包括支援センター	1	1	-	-	-	-
	通所リハビリテーション	1	1	-	-	-	-
	通所介護	1	1	1	1	-	-
	福祉用具貸与	1	1	-	-	-	-
	特定福祉用具販売	1	1	-	-	-	-
	訪問介護	-	-	1	-	-	-
	訪問看護	1	1	-	-	-	-
	短期入所生活介護	1	1	1	1	-	-
	短期入所療養介護	1	1	-	-	-	-
施設数	ユニバーサルリビング、ユニバーサルホーム	-	-	2	1	-	-
	生活支援ハウス	-	-	1	1	1	1
	老人福祉センター	-	-	-	-	1	1
	介護老人保健施設	1	1	-	-	-	-
	特別養護老人ホーム	1	1	1	1	-	-
	認知症対応型共同生活介護	1	1	-	-	-	-

5 課題の整理

(1) 日常生活圏域別の状況と課題

加計地区

令和4年度末現在の人口は2,834人、高齢者数は1,478人で高齢者割合は52.15%となっています。

安芸太田病院が所在しており、医療・福祉サービスが受けやすい環境にあるほか、加計スマートインターチェンジ(SIC)が整備され町外への交通アクセスがよく、他の地域と比べて介護サービス事業所やサービス拠点、商業施設等が充実していますが、認定率が上昇している傾向にあります。今後、85歳以上の高齢者割合が高まることが予想されることから、運動機能の維持・改善に向けた健康づくりや介護予防の取組を引き続き強化していく必要があります。

戸河内地区

令和4年度末現在の人口は1,992人、高齢者数は1,045人で高齢者割合は52.46%となっています。

本地区は高速道路のインターチェンジや道の駅があり、3つの地区間や町外との交通の要衝となっています。また、ユニバーサルホームや生活支援ハウスがあり、多様な住まいが整備されていることも特徴です。ニーズ調査結果からは、自宅や介護施設以外の住まいを希望する割合も一定数あり、高齢者のニーズや生活状況に適した住まいの提供につなげていくことも課題となっています。

他の地区と同様に、85歳以上の高齢者割合が高まり総人口も減少していくことが予想されることから、地域のつながりづくりや集いの場の充実、支援やサービスにアクセスできる環境整備が求められます。

筒賀地区

令和4年度末現在の人口は808人、高齢者数は419人で高齢者割合は51.86%となっており、3つの地区のうち人口が最も少ない地区です。

老人福祉センターがあり、住民の憩いや交流の場となっています。地区全域があなたく路線となっており、ニーズ調査結果によると、他の地区と比べ、あなたくの利用割合が高く、路線バスと併せて利用されている実態がうかがえます。こうした移動に係るサービスの整備を引き続き行い、買物や通院、趣味活動や通いの場などへの外出のしやすい環境づくりに取り組むことが求められます。

(2) 全体の状況と課題

- 一人暮らし高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、又は認知症高齢者の増加等に対応する地域包括ケアシステムをより強化していくためには、介護保険サービス以外の事業や施策も含めた包括的な支援体制が重要であり、民間活力や地域住民との連携も必要となります。住まいの確保や地域での見守り体制の構築、多様な生活支援サービスの充実に取り組むことが求められます。
- 高齢者や高齢者のいる世帯における生活課題が、経済困窮、家族関係、社会保障の利用等、複雑化、多様化が進んでいます。多様な課題を解決に導くための包括的な相談体制や、個々に対応できる支援サービスの柔軟な運用、利用できるサービス等の選択肢を増やすことが求められます。
- 介護が必要になっても在宅で暮らし続けるためには、介護保険サービスに加えて、家族介護者による介護・介助が重要であり、在宅介護を継続するための家族介護者への支援が大切です。そのため、在宅介護に係る経済的な支援やレスパイトケア(家族が介護から一定期間解放され、リフレッシュできる支援)の充実、働きながら介護を続けられる環境整備に向けた企業との連携も重要となります。
- アンケート調査によると、日頃の生活の中で欲しい手助けとして、「相談できる場所」が最も高く、次いで「移動支援(移動支援車、タクシーなど)」、「地域の人の見守りなど」が続いています。本町においては、外出時の移動手段として定額タクシーが運行していますが、今後は免許返納者の増加などによりニーズは高まると予想されています。また、過疎化が進行する地域も多くあることから地域と連携した見守り体制の構築も重要な課題です。
- 介護保険の利用状況では、町民の皆様の介護予防への取組の成果が上がっており、この数年で要介護認定者数、並びに要介護認定率は緩やかに減少を続けています。
しかしながら、受給者の介護サービスニーズは高度化、多様化が進んでおり、全体の介護給付費は上昇しました。介護サービス利用の特徴をみると、町内に広域型施設があることから、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や介護老人保健施設の利用が多いことがあげられます。また、小規模多機能型居宅介護の給付も、広島県平均と比較して多く利用されています。
- 介護保険サービスや地域の福祉を推進する上で、まち全体の人口減少が課題となっています。各種事業やサービスの担い手を確保することがより困難となっており、福祉分野だけではなく、移住定住策、生活環境整備など、人材を地域に定着させるための取組と連携を強化する必要があります。また、専門職の資格を持たない人や地域のボランティアなどでも生活支援などで貢献することが可能であることから、地域内外の幅広い人材の活用を模索する必要があります。

第3章 安芸太田町の目指す

地域共生社会と地域包括ケアシステム

1 地域共生社会の実現

(1) 地域共生のまちづくり

改正社会福祉法では、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、より大きな枠の中で助け合いながら暮らしていくことのできるコミュニティ、地域や社会をつくっていく、「地域共生社会」の実現に向けた取組を推進しています。

高齢者施策では、国の「第9期の基本指針」を踏まえながら、サービス基盤、人的基盤を整備しつつ、地域共生社会の実現を目指していきます。その上で「地域包括ケアシステム」の深化・推進や高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止等を図り、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるまちづくりを進めます。

(2) 重層的支援体制整備事業

地域共生社会の実現にあたり、地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を推進するために、次の3つの支援を要点とする新たな事業が創設されました。

1 断らない相談支援

本人・世帯の属性にかかわらず受けとめる相談支援

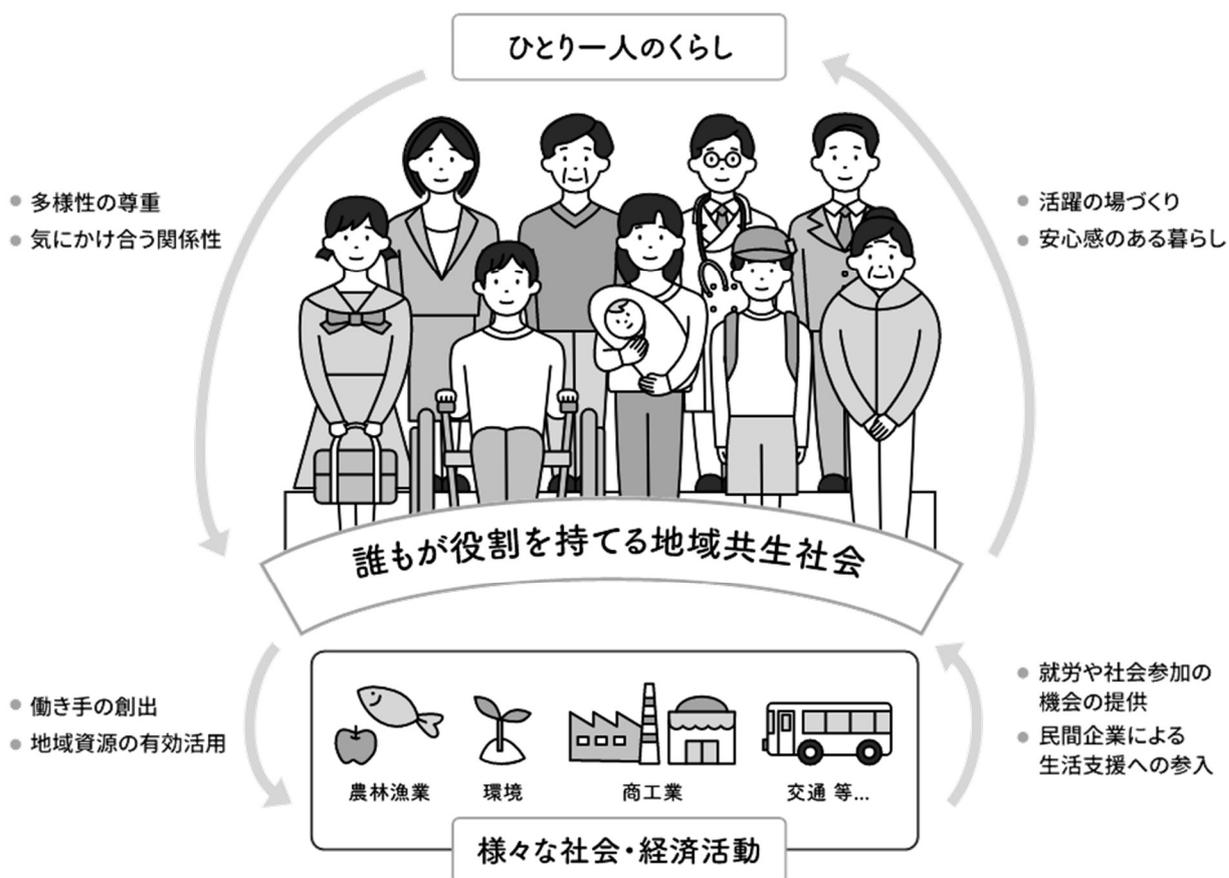
2 参加支援

本人・世帯の状態に合わせ、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する支援

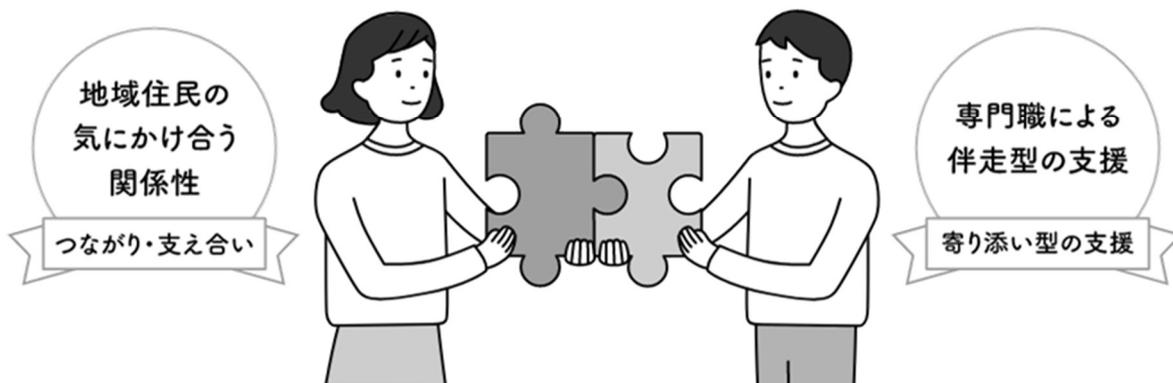
3 地域づくりに向けた支援

地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援

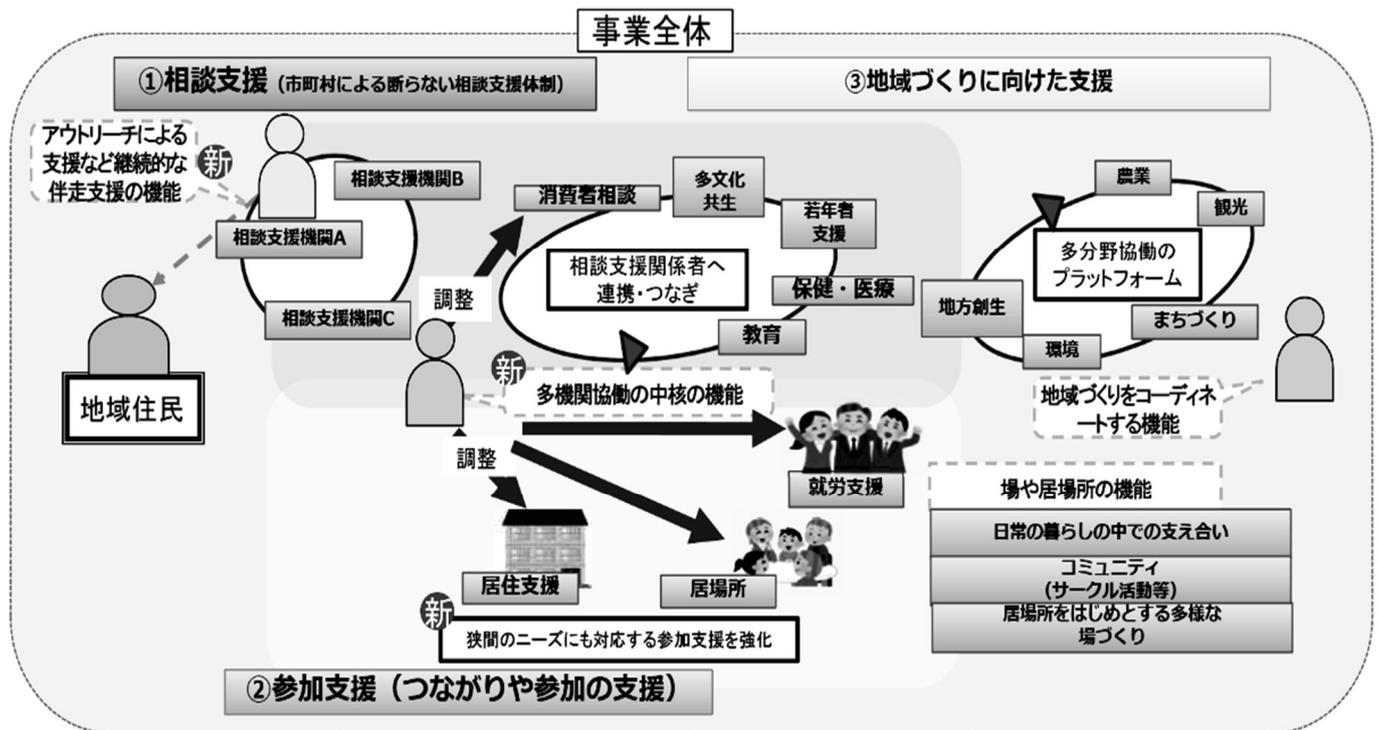
地域共生社会とは(厚生労働省地域共生社会ポータルより)



人と人とのつながりそのものがセーフティネット



重層的支援体制整備事業の概念図



※アウトリーチによる支援:

支援が必要であるにもかかわらず、自発的に申出をしない人々に対して、公共機関などが積極的に働きかけて支援の実現を目指すこと。

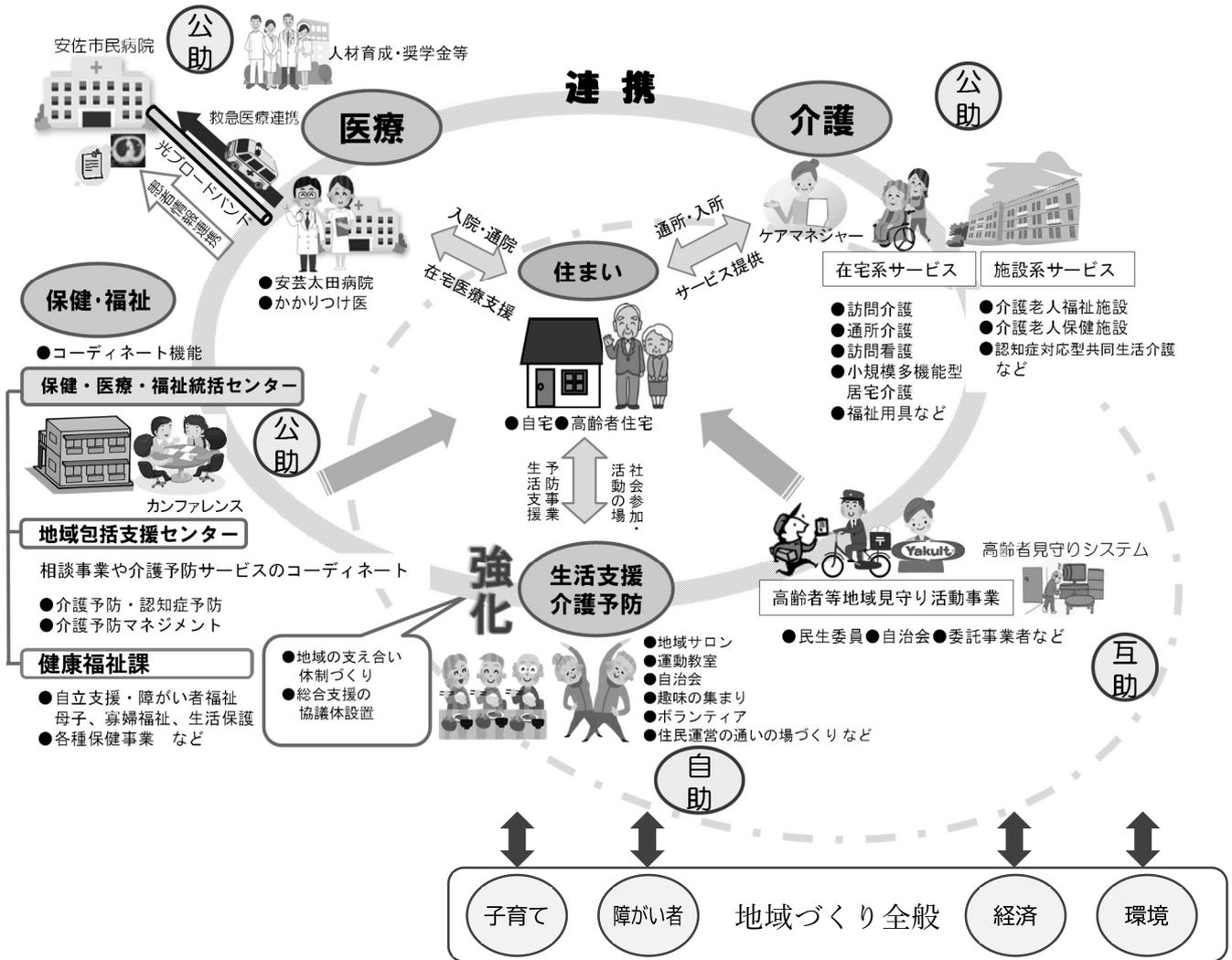
出典:「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」

最終とりまとめ(令和元年12月26日)

2 安芸太田町型地域包括ケアシステムの推進

地域共生社会の実現を念頭に置き、「地域包括ケアシステム構築計画」と連携を図り、介護保険サービスと高齢者福祉施策とを有機的に組み合わせた包括的なサービスを提供する仕組みづくりを推進します。

■ 住まいを中心とした地域包括ケアシステムのイメージ



3 共生社会の実現を推進するための認知症基本法

認知症基本法は、認知症の人が尊厳を保ちながら、希望を持って暮らせるように、国や自治体の取組を定めた法律です。令和5年6月に可決・成立しました。

これにより、国では新たに「認知症対策推進基本計画」を策定し、それを踏まえて地方自治体において、知己の実情に応じた地域共生社会の認知症対策を進めていくこととなります。

(1) 認知症対策の基本理念

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、以下の基本理念が定められています。

- ①すべての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、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。
- ②国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③すべての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、意見を表明する機会及び社会活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤認知症の人とその家族等に対する支援により、地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備。
- ⑦教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

4 介護人材の確保及び定着と業務の改善

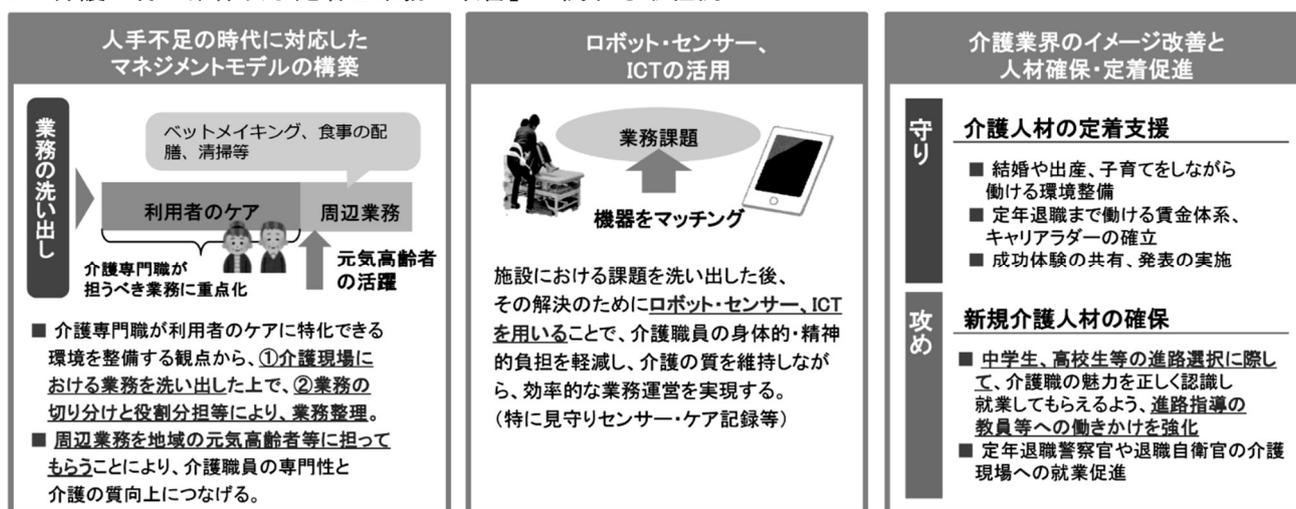
今後ますます増大する介護ニーズに対応するためには、介護給付等対象サービス及び地域支援事業に携わる質の高い人材を、安定的に確保するための取組が必要です。国全体では、2040年に約68万人の介護人材が不足すると推計されています。

また、生産年齢人口が減少し、介護分野の人的制約が強まる中、ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行えるようにするため、業務の効率化及び質の向上に取り組んでいくことが不可欠となっています。

人材の確保・育成については、国・県・保険者・事業者がそれぞれの役割に応じて対策を講じており、外国人材や地域人材の活用などの新たな雇用の創出や、介護従事者の定着に向け、技能の向上や就業環境の改善を支援することも重要です。

2040年に介護人材の主力となるのは、現在の子どもの世代であり、福祉教育や職業体験などの機会を充実することで、介護の仕事が持つ魅力ややりがい理解されるとともに、職業として選択され、実際の就職へと結び付くことが必要です。

■ 「介護人材の確保及び定着と業務の改善」に関する取組例



出典：厚生労働省資料

5 保険者機能強化推進交付金の活用

自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を支援する交付金です。以下のような評価項目があり、それぞれに目標指標を定めて取り組みます。国はインセンティブ交付金(奨励金的な考え方)として、達成した事業に対して、評価に応じた交付金が支給されます。

1 PDCAサイクルの活用による継続的な業務の改善

地域の介護保険事業の特徴を把握しているかどうか等

2 ケアマネジメントの質の向上

保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針をケアマネジャーに対して伝えているか等

3 多職種連携による地域ケア会議の活性化

地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか

地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か等

4 介護予防の推進

介護予防の場にリハビリテーション専門職が関与する仕組みを設けているか

介護予防に資する住民主体の通いの場への参加者数(65歳以上の方)はどの程度か等

5 介護給付適正化事業の推進

ケアプラン点検をどの程度実施しているか

福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか等

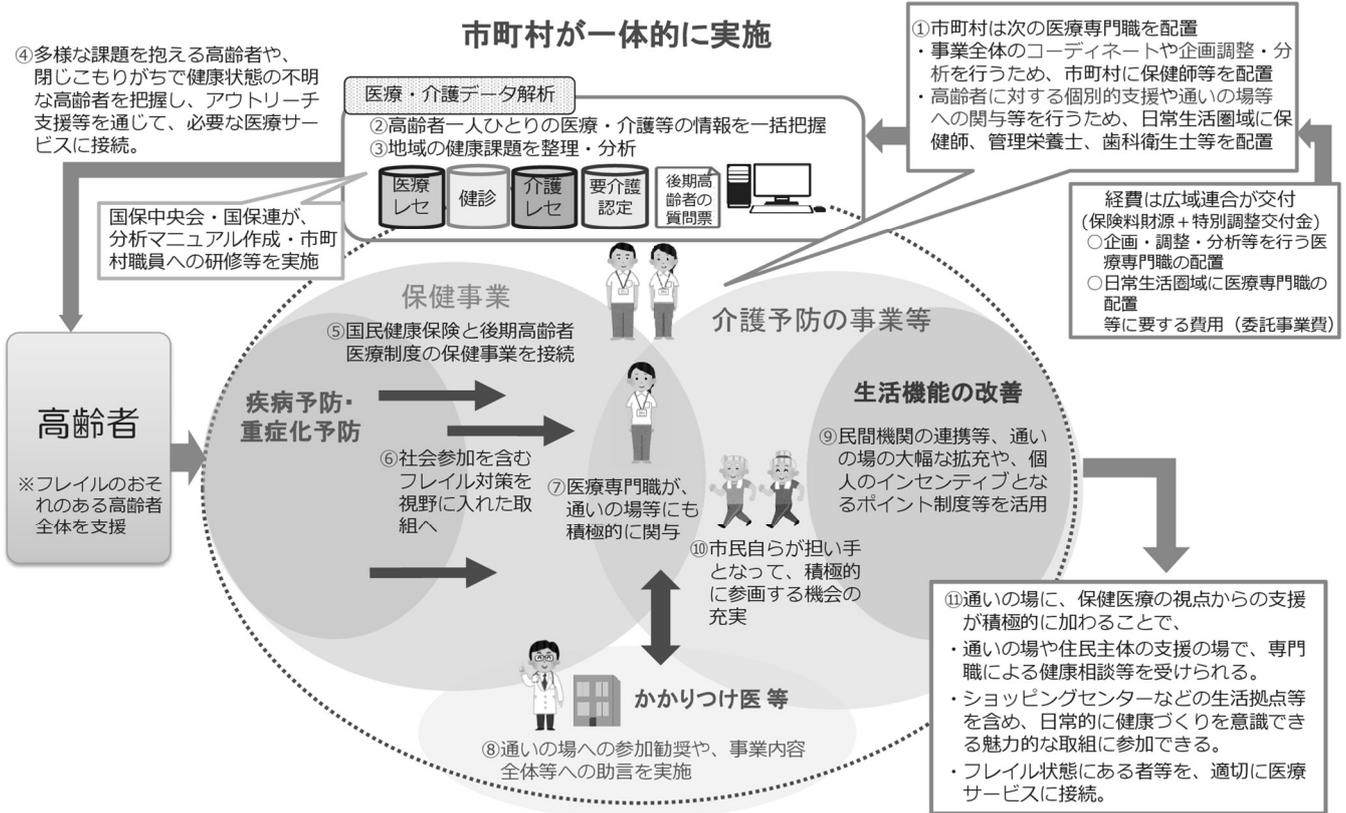
6 要介護状態の維持・改善の度合い

要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か等

6 介護予防と健康づくりの推進

健康寿命をのばすためには、若年期からの健康づくりや生活習慣病の予防が重要となっています。若年期を含めた健康づくりや生活習慣病の予防について、地域保険事業や福祉事業と医療が連携し、情報等を一括して把握しながら進めることが求められています。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



第4章 安芸太田町の地域包括ケア計画の 基本理念及び基本施策

1 計画の基本理念

本町の高齢者の自立した地域生活を包括的に支援する地域包括ケアシステムの深化・推進を図るとともに、誰もが互いの人権や個性を認め合い、助け合い・支え合いが活発に行われる地域づくりを進め、生涯を通じて生きがいや幸せを感じられる、共生社会のまちの実現を目指します。

■基本理念

住み慣れた地域で安心して暮らせるまち あきおおた

2 重点的に取り組む施策

本計画を推進するにあたっては、国の基本的な指針や本町の現状を踏まえ、次の5点を重点的に取り組むべき施策として取り組みます。

- (1)在宅医療・介護連携の推進
- (2)地域包括支援センターの体制強化と地域共生社会の実現
- (3)認知症施策の推進
- (4)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (5)高齢者の状態に応じた包括的な支援の推進

3 計画の基本施策

■基本理念

住み慣れた地域で安心して暮らせるまち あきおおた

■重点施策

- (1)在宅医療・介護連携の推進
- (2)地域包括支援センターの体制強化と地域共生社会の実現
- (3)認知症施策の推進
- (4)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (5)高齢者の状態に応じた包括的な支援の推進

いきいきと暮らすための環境づくり

1 在宅生活が継続できる環境づくり

- (1)高齢者の多様な住まいの確保
- (2)地域の見守り体制の充実
- (3)生活支援サービス等の充実
- (4)家族介護者等の支援
- (5)高齢者にやさしいまちづくり
- (6)防災・防犯・公衆衛生対策の推進

2 地域で活躍できる環境づくり

- (1)生涯活躍のまちづくり
- (2)ボランティアの促進
- (3)自主的な住民活動の促進
- (4)多様な生活支援の充実と地域活動人材の育成・確保

介護保険事業の運営

1 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の実績と見込み

- (1)居宅サービス
- (2)地域密着型サービス
- (3)施設サービス

2 保険料の設定

3 介護保険制度の円滑な運営

4 介護給付の適正化

5 介護人材の確保及び資質の向上

第5章 安芸太田町の地域包括ケア計画における 事業展開の基本目標

1 目標指標の設定

国・県の動向を踏まえつつ、財政的インセンティブによる評価指標への取組及び介護給付適正化に関する目標達成状況を分析し、問題解決に向けた取組を推進します。

指標名	現状	目標			
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
要支援1・2及び要介護1の認定率	9.0%	9.5%以下	9.5%以下	9.5%以下	9.7%以下
要介護認定率	22.5%	25.0%以下	25.0%以下	25.0%以下	25.0%以下
多職種協働による自立支援型の介護予防ケアマネジメントの実施	実施	実施	実施	実施	実施
住民運営の通いの場づくり設置数	32か所	40か所	40か所	40か所	45か所

本町においては、令和5年現在では高齢者人口の減少や認定審査のチェック機能を強化したことにより、認定率は減少しましたが、本計画期間に90歳以上の人口が増加し、かつ高齢者数全体では減少傾向となると見込まれていることから、介護の必要な方の割合は増加するものとして見込んでいます。

住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、若年層から参加できる介護予防事業を行うなど、高齢者が要支援・要介護にならないための取組を進め、要介護認定率が高くなりすぎないように施策を展開します。

「住民運営の通いの場づくり」町内32箇所にて普及しましたが、今後も取組を促進し8箇所程度の増加を目指します。

2 地域包括ケアシステムの深化・推進のための重点取組事項

(1) 在宅医療・介護連携の推進

① 在宅医療・介護連携の推進

ア 地域の医療・介護の資源の把握

病院や診療所等の医療機関や介護保険事業所の情報を掲載した資源マップを通じて、医療・介護関係者に対して情報提供するとともに、住民にわかりやすく周知します。

イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

医療機関や介護関係者などが参画する会議等において、在宅医療・介護連携の現状と課題を抽出し、その解決策などを協議し対応策の検討を重ねます。

ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

多職種連携による地域ケア会議等を開催し、地域を含めた医療機関と行政、地域包括支援センター、介護保険事業所の連携・情報共有における課題を把握し、地域にあった在宅医療連携体制の整備を図ります。

エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

地域医療再生基金を活用し、在宅医療等を推進するシステムの導入を図ります。本システムを導入し、在宅等を支援する多職種・多施設の情報連携ツールとして活用します。具体的には、在宅患者のバイタル情報や医療機関の当直表、各施設の待機者情報、退院患者情報、担当介護支援専門員(ケアマネジャー)情報、施設の空き状況や町外施設の連絡先などの情報共有に利用することを目指します。

オ 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ため、相談の受付や情報提供等を行う在宅医療・介護連携支援窓口の設置に向けた取組を行います。その中心的役割を地域包括支援センター及び地域医療支援室が連携して担い、療養環境や生活環境の変化があってもできるだけ安心して暮らせるよう支援します。

カ 医療・介護関係者間の研修

各介護事業所及び医療機関、障害者施設との協議及び研修会実施しています。今後も、町内の医療・看護・介護従事者のスキル向上を目的とし、協議や研修会を行う中で施設間のコミュニケーションも図り、町全体の医療・看護・介護の基礎レベル、関係者の資質の向上を目指します。

キ 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会の開催や、パンフレットの作成・配布によって、住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図ります。

また、地域サロンや小規模な集い等での出前講座を行い、在宅医療・介護制度等についての普及啓発に努めます。

ク 在宅医療・介護連携に関する広域連携

在宅医療・介護連携において、広域的な取組を要する課題については、近隣市町と連携を図り、情報の共有及び広域的な連携が必要な事項について協議します。

② 在宅復帰支援の促進

ア 在宅復帰支援機能の強化～地域包括ケア病棟導入等の検討～

在宅へ復帰するための継続的なリハビリテーションを実施し、在宅復帰支援機能を担う急性期病床の受皿として、安芸太田病院に令和2年度から「地域包括ケア病棟」を導入しています。

また、本町のリハビリテーション機能の底上げのために、安芸太田病院事業が中心となってリハビリテーションスタッフの充実を図っています。

イ 退院時連携カンファレンスの推進

退院後の在宅等での生活を安心して過ごせるように、入院時早期よりスクリーニングを行い、患者の状態に応じて、地域の医療スタッフ、ケアマネジャー、民生委員児童委員、安芸太田病院スタッフ等の関係職種が一堂に会し、退院へ向けた課題を協議します(状況に応じて患者家族も参加)。

また、特に退院時連携カンファレンスの実施について、地域医療支援室と連携し実施しています。

③ 保健・医療・福祉統括センターのコーディネート機能の充実

地域包括ケアシステムにおける保健・医療・福祉統括センターと地域医療支援室で連携を取りながら、各ケースについて対応を担っています。

また、安芸太田病院の「地域医療支援室」機能は、安芸太田病院内の連携窓口として、統括センターと更なる業務連携を行います。

④ 安芸太田病院を中心とした地域医療連携システムの構築

安芸太田病院と安佐市民病院を中心とした広島市内高度医療機関及び町内診療所との間で、患者の経過記録、オーダー、検査結果等の診療情報の共有をネットワーク上で行う「地域医療連携システム」を構築し、緊急時の対応の円滑化や医療提供水準の向上、急性期から回復期、維持期までの切れ目のない診療情報連携を実現に向け、引き続き検討を進めます。

⑤ 看取り機能の強化とACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及

高齢化の進展に伴い、加齢等による将来の意思決定能力の低下に備え、自分がどのように生きたいか、また、どのような最期を迎えたいかなど終末期に対する住民の関心を深めるとともに、希望する方へ施設や自宅での看取りができる体制を強化します。

医療や介護等の選択、その他、最期まで自分らしい人生を送るための準備などにあたって、本人の意思をできるだけ反映させることができるようACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及に努めます。

地域サロン等での参考資料を用いて啓発を実施するなど、ACPをテーマとした講演会開催を行います。

(2) 地域包括支援センターの体制強化と地域共生社会の実現

① 介護予防ケアマネジメント事業

要支援者や総合事業対象者に、地域包括支援センターにおいて介護予防のためのケアプランを作成し、要介護状態にならないよう支援します。また、サービス実施後に効果を評価し、必要に応じてメニューの見直しを行います。要支援認定者の重度化防止、状態改善がより一層得られるよう、状態に即した効果的なケアマネジメントの実施に取り組みます。また、各種介護予防事業への参加を促しても利用意向のない方に対しては、継続的なかわりを持つようにし、重度化防止と早期対応に努めます。

② 総合相談事業・権利擁護事業

ア 総合相談・支援事業

地域包括支援センターを身近な高齢者の総合的な相談窓口、在宅医療・介護連携相談・認知症相談の窓口と位置付け、なお一層の周知方法等を検討し、高齢者やその家族・関係者等が相談しやすい体制づくりを目指します。

支援を必要とする高齢者や家族等からの相談を受け、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関又は制度の利用につなげる等の支援を行います。

また、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築していきます。

イ 権利擁護事業

高齢者の財産管理や虐待などの権利擁護に関する相談に対応し、必要に応じて、保健・医療・福祉や司法等の各分野の専門機関と連携して支援を行います。また、虐待や介護放棄などを早期に発見することができるよう、関係機関・団体や地域とのネットワークづくりを行います。認知症などによって判断能力の低下がみられる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭的管理、権利擁護のために関係機関と連携し、日常生活自立支援事業、成年後見制度活用支援を行います。

③ 包括的・継続的ケアマネジメント事業

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、状況や変化に応じてケアマネジャー、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、多職種で連携・協働できる体制づくりを行います。

また、地域包括支援センターが中心となって、地域のケアマネジャーに対する日常的個別指導、支援困難事例等への指導・助言、ケアマネジャー同士のネットワークづくりなどを進めます。

④ 地域包括支援センター運営協議会

サービス提供事業者、関係団体等で構成する「安芸太田町地域包括支援センター運営協議会」を開催し、地域包括支援センターの円滑かつ適正な運営と、公正・中立の確保に努めます。

今後、地域包括支援センターが実施した事業等について町民広報での報告を行い、事業報告及び次年度計画について委員会で検討し見直し等を行います。

⑤ 地域ケア会議の推進

ア 地域ケア会議等の推進

介護保険によるサービスや生活支援サービスを含む高齢者福祉施策については、その時々ニーズによって変化していきます。本計画を策定するにあたり、これまで地域ケア会議(安芸太田町においては、安芸太田町地域包括ケア計画構築部会、又は困難事例を対象として)を開催してきましたが、今後も地域課題を把握し、それに対する対策を検討し、政策提言していく機能が必要です。

また、要支援1・2認定者の方々が地域で住み続けていけるように、介護予防を重視した自立支援型の地域ケア会議の開催も必要です。

地域ケア会議に生活支援コーディネーターが参加し、実情に応じた相談支援につなげます。

イ 各種情報共有資料の専用フォーマットのとりまとめ

ケアマネジャー、関連医師の参加による、情報共有を行う際について必要事項のみ記載できる専用フォーマットのとりまとめを行います。

ウ 地域医療支援室との更なる連携

医療においては、今後も地域医療支援室との密な連携が重要であることは言うまでもありません。医療・介護の更なる連携を深めることで、高齢者等の方々の総合的な相談対応体制の構築を行います。

⑥ 重層的支援体制整備事業の実施

ア 断らない相談支援体制の整備

介護や障がい、子育てなど様々な分野に係る相談支援を一体的に実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受けとめる包括的な支援体制の整備を進めます。

複合的な課題を抱える相談者に対して「連携担当職員(仮称)」を配置し、関係機関と連携・協力しながら支援を行います。また、必要な支援が届いていない相談者に対し、アウトリーチ等を通じて継続的な伴走支援を行います。

イ 地域参加の支援

生活困窮者、高齢者、障がい者などへの居住支援を進めます。

また、様々な課題を抱える人が地域での就労又は活動に参加しやすくなるよう、就労の場づくり等の支援体制を強化します。

退職高齢者については、多様な雇用・就業機会の創出や支え合い活動の拠点など、社会参加の場の創出を行います。

ウ 地域づくりの支援

地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する地域づくりに向けて、様々な分野にかかる地域づくりの支援を一体的に実施します。

身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握し解決を試みる体制づくりや地域に多様な集いの場を整備するほか、社会福祉法人の地域における公益的な取組を促進します。

地域住民の支え合う力を育むとともに、民生委員児童委員、市民後見人など地域生活を支える人材の活動の促進や育成を進めます。また、勤労世代が地域の活動に参加することができるよう、ボランティア休暇制度の普及促進、テレワークの普及促進などに取り組みます。

⑦ 共生型サービスの普及

生活上の困難を抱える方が地域において自立した生活を送ることができるよう、保健、医療、福祉、教育等が連携し、地域住民の支え合いにより、包括的支援体制の構築に向けた取組を推進します。

また、地域の高齢者や障がい者のニーズを踏まえながら、高齢者と障がい者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、共生型サービスの整備を進めていきます。

(3) 認知症施策の推進

① 認知症に関する知識の普及、啓発と本人発信支援

認知症について、住民の知識と理解を深めるとともに、早期発見による治療の促進や認知症を予防する生活習慣を定着させていくために、地域サロン等での出前講座の実施、町広報誌による情報提供を行うなど、正しい知識を広く普及・啓発します。

認知症の本人が集い、本人同士が主になって、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あり方を一緒に話し合う場である本人ミーティングを実施し、当事者意見の把握や今後の施策立案につなげます。

② 認知症予防の推進

ア 脳卒中对策の推進

脳卒中を起因とする認知症を予防するため、脳卒中对策を推進するとともに、その要因である高血圧症、動脈硬化等の予防に重点を置いた健康相談、健康教育、介護予防事業等を実施します。

イ 閉じこもり防止

認知症の発症につながる「閉じこもり」や「生活意欲低下」を防止するため、各地域で開催されているサロン活動等の住民参加の取組を推進します。

ウ 認知症の早期発見

予防事業対象者把握事業等を通じて、認知症の早期発見に努め、速やかな受診・治療へとつなげていきます。

③ 医療・ケアと介護者への支援

ア 認知症ケアパスの更新

認知症の方の生活機能障害の進行に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な施設名やケア内容等を取りまとめた認知症ケアパスの更新を行います。

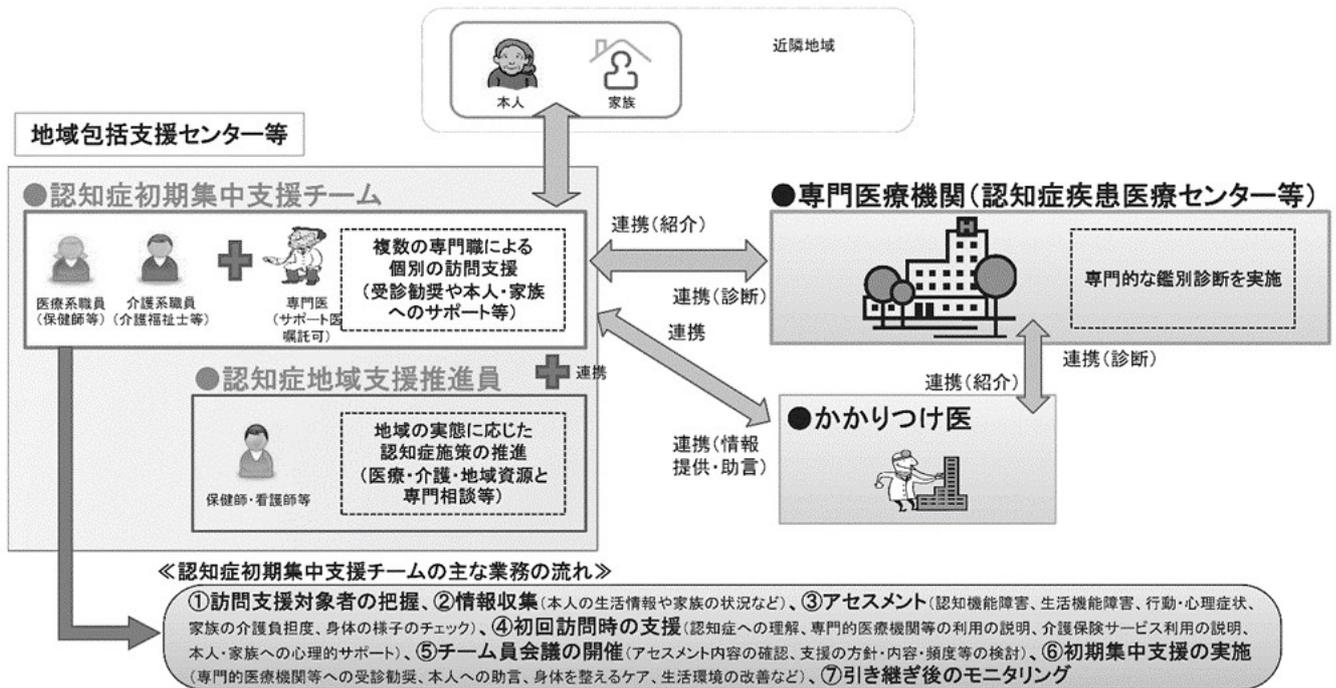
また、認知症ケアパスを再周知することで、住民が安心して認知症の相談やその後の生活を送ることができるよう町として取り組みます。

イ 認知症初期集中支援推進事業

複数の専門職が認知症専門医の指導のもとに、認知症の初期段階で認知症の方や家族を訪問し、包括的・集中的に自立生活を支援する「認知症初期集中支援チーム」を通じ、関係機関と連携して支援対象者の把握に努めます。

また、認知症専門職及び相談窓口と協力して、認知症の早期診断や早期対応ができるよう取り組みます。

■ 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について



出典：厚生労働省資料

ウ 認知症高齢者家族介護の支援

(ア) 相談支援体制の充実

地域包括支援センター等における身近な相談支援体制の整備・充実を図るとともに、県の専門的相談機関など広域的・総合的な機関との連携を強化します。また、若年性認知症（65歳未満の方が発症）の支援について、関係機関と連携を図り進めていきます。

介護者の精神的、身体的負担の軽減のため定期的に「介護者の集い」を開催し、介護者の支援を目指します。

【介護者の集い】

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	8回	17回	17回	17回
参加者 (延べ人数)	13人	30人	30人	30人

(イ) 認知症サポーターの養成

認知症に対する正しい知識を持ち、地域や職域において認知症の人や家族を支援するサポーターを増やすために「認知症サポーター養成研修会」を開催するとともに、現在のサポーターに向けた「ステップアップ研修会」等も開催し、制度の普及を行います。

【認知症サポーター養成研修会】

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	0回	7回	7回	7回
養成人数	0人	50人	50人	50人

(ウ) 認知症キャラバン・メイトの養成

認知症サポーター養成講座において、認知症サポーターの育成を行う講師役となる認知症キャラバン・メイトの育成を行い、定期的に「ステップアップ研修会」も開催し、その活動を支援します。

【ステップアップ研修会】

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	0回	2回	2回	2回
研修 参加者数	0人	20人	20人	20人

(エ) ピアサポートの推進（介護者の集い）

家族の目線に立ち、介護経験を活かした相談・支援活動を、公的機関による相談活動に合わせて実施します。

(オ) 認知症カフェの推進

認知症の人やその家族、地域住民、介護や福祉などの専門家など誰でも、気軽に集える場である認知症カフェを推進します。

【認知症カフェ】

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	10 回	15 回	15 回	15 回
参加者数 (延べ人数)	80 人	150 人	150 人	150 人

エ 地域密着型サービスの提供

認知症の高齢者が安心して地域で生活するためにも、認知症の予防や症状の進行を遅らせることは非常に重要であるため、地域密着型サービス等、認知症高齢者に対応した介護サービスの充実を図ります。

④ 専門的な医療の確保

安芸太田病院等において、認知症疾患等の専門医療相談、鑑別診断、治療方針の決定、救急対応等の事業ができる体制の構築を検討するほか、近隣市町などと連携し、適切な医療の提供を推進します。

⑤ 認知症バリアフリーの推進

ア 地域における見守り支援のネットワークの構築

地域のつながりが以前と比べて希薄になる中、地域包括支援センターを中心として、保健・医療・福祉関係機関や介護者の団体、地域住民との連携を図り、認知症高齢者やその家族の見守り支援を行うためのネットワーク「チームオレンジ」づくりを推進します。

地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」の仕組みづくり、取組への支援を行います。

イ 捜索ネットワークの構築

認知症高齢者が徘徊で行方不明になったときに、できるだけ早く発見し、保護できるよう、警察署や町、地域包括支援センターなど関係機関が連携したネットワークの充実を図ります。

ウ 初期診断・早期発見

今後も早期発見・早期診断体制の充実を図るため、安芸太田病院事業でも精神科・神経科による認知症外来の継続と、「オレンジドクター」の認定医を確保します。また、認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、普及と地域の連携強化に取り組みます。

エ 成年後見制度の利用促進

認知症高齢者等の判断能力の不十分な方を保護し、また支援していくために、契約の締結などを代行するなどの権限を、支援者である成年後見人等に対して付与することができます。申立てが困難な場合、町が申立てを実施します。

また、安芸太田町成年後見制度利用促進計画を定め、成年後見制度の充実を図り、利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善、町の地域包括ケアシステムの活用等権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、不正防止の徹底と利用のしやすさとの調和づくりを進めます。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
申立て件数	2 件	7 件	7 件	7 件

オ 若年性認知症の人への支援

若年性認知症の人や家族、勤務先などの関係者への相談や支援活動を行う若年性認知症コーディネーターを広島県が設置しており、今後も活動の支援や連携を図りながら、若年性認知症の人への支援を推進します。

(1) 成年後見制度利用促進計画の概要

ア 基本計画について

- ・成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成28年法律第29号)に基づき、成年後見制度の利用促進に関する施策の総合的・計画的な推進を図るために策定。
- ・計画の対象期間は次回の介護保険事業計画の見直しまでの時期とする。

イ 基本的な考え方及び目標等

① 今後の施策の基本的な考え方

- ・ノーマライゼーション(個人としての尊厳を重んじ、その尊厳にふさわしい生活を保障する)
- ・自己決定権の尊重(意思決定支援の重視と自発的意思の尊重)
- ・財産管理に限らず、身上監護も重視

② 今後の施策の目標

- ・利用者がメリットを実感できる制度・運用へ改善を進める。
- ・必要な人が成年後見制度を利用できるよう地域包括ケアシステム等既存のネットワークを活用し、権利擁護支援を図る。

◎ 既存のネットワークで担うべき具体的機能

- 広報機能(権利擁護の必要な人の発見、周知・啓発等)
- 相談機能(相談対応、後見ニーズの精査、見守り体制の調整等)
- 利用促進(マッチング)機能
- 後見人支援機能(チームによる支援、本人の意思を尊重した柔軟な対応等)

◎ 中核機関の設置について

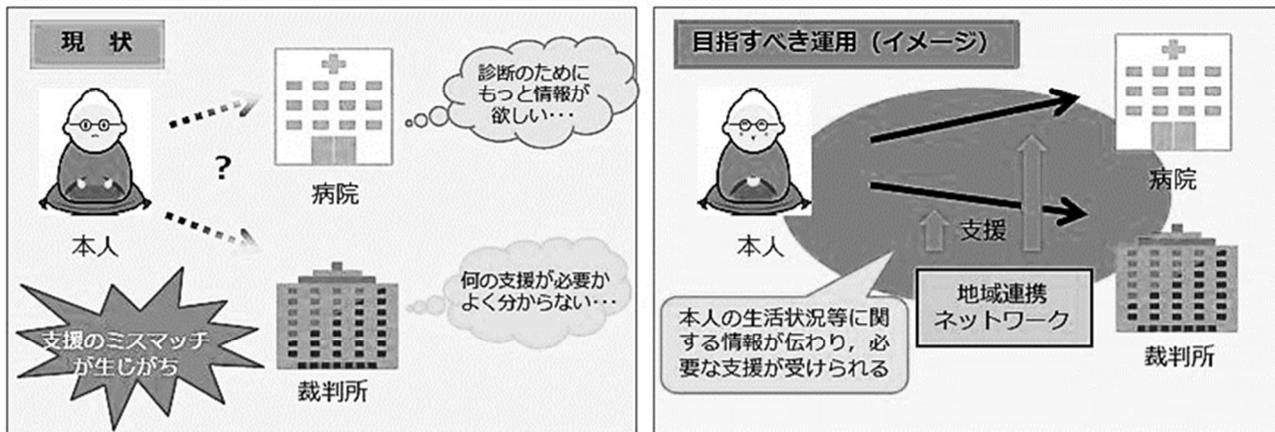
町の地域性を考慮し、委託等実情に応じた柔軟な設置を検討する。

資料：内閣府大臣官房成年後見制度利用促進担当室作成「成年後見制度利用促進基本計画の策定について」

利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

利用促進委員会での御指摘

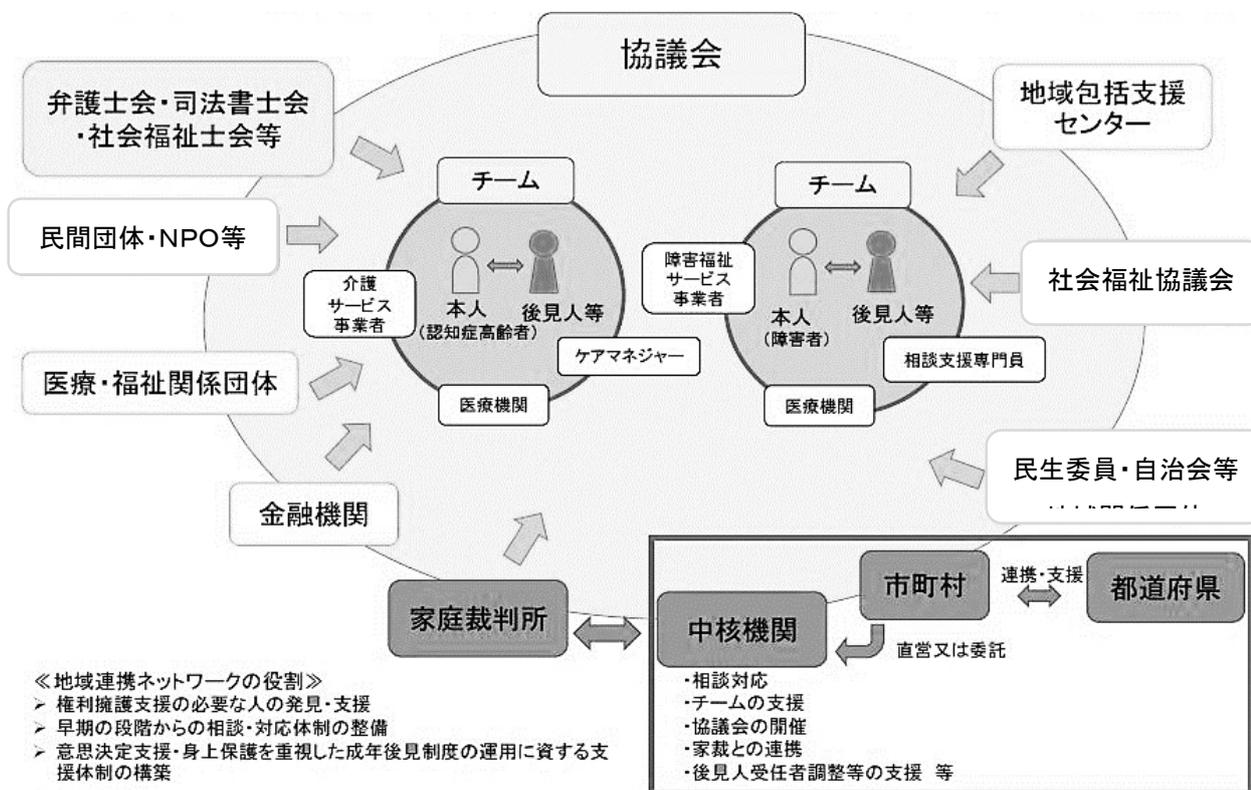
- 医師や裁判所には、本人の生活状況をきちんと理解した上で本人の能力について判断してほしい。
- 認知症や知的障害の特性を理解し、本人の意思を十分に汲み取ることのできる支援者が必要である。



今後の検討課題

- 本人の生活状況等に関する情報が、医師・裁判所に伝わるよう関係機関による支援の在り方の検討
- 本人の生活状況等を踏まえた診断内容について分かりやすく記載できる診断書の在り方の検討

地域連携ネットワークのイメージ



委員会の意見の概要等

- 後見制度支援信託に並立・代替する預貯金等の管理の在り方については、金融機関における自主的な取組に期待。(全国銀行協会、全国地方銀行協会、第二地方銀行協会、全国信用金庫協会、全国信用組合中央協会、ゆうちょ銀行、農林中央金庫に要請。)
- 今後、最高裁判所・法務省等とも連携しつつ、積極的な検討を進めることが期待される。

預貯金等の管理の在り方のイメージ(案)

- ・成年被後見人名義の預貯金について
- 1 口座の分別管理
 - ①小口預金口座(日常的に使用する生活費等の管理)
 - ②大口預金口座(通常使用しない多額の預貯金等の管理)
- 2 払戻し
 - ①小口預金口座
 - ・後見人だけの判断で払戻しが可能
 - ②大口預金口座
 - ・後見人に加え、後見監督人等の同意(関与)が必要
- 3 自動送金等
 - 生活費等の継続的な確保のための定期的な自動送金
 - ②大口預金口座 → ①小口預金口座

出典：厚生労働省資料

⑥認知症のある人の社会参加の推進

ア 認知症のある人の居場所づくり

高齢者サロンや認知症カフェなどにおいて認知症のある人が会話したり、体を動かしたりすることで、認知症のある人が出かけるきっかけづくりや居場所づくりを進めます。

イ 安心できる情報の発信

認知症のある人のための相談窓口や、町内の店舗、バリアフリー施設の紹介などを通して、認知症があっても外出する目的をつくる支援を進めます。

ウ 地域活動への参加促進

認知症サポーター等の活動に認知症者も参加したり、地域活動に参加したりするなど、地域の一員として、残された能力を活用して参加することにより、認知症の進行防止と地域の活性化につなげます。

エ 認知症のある人の就労支援

認知症のある人の就労のために、職場の理解を促進します。また、認知症があっても通勤や仕事ができる環境づくりについて研究を進めます。

(4) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

① 新たなサービス提供体制の考え方

高齢者の介護予防が求められていますが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながります。また、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化が必要です。

これまで要支援1・2の方に対して行われてきた予防給付事業の訪問・通所サービスにおける生活支援サービスを、地域住民を主体とした団体や既存事業所等で実施できる体制を検討します。

② 生活支援サービスの体制整備

生活支援サービスについて、介護保険上の一律のサービス体系ではなく、町の現状に合わせ、柔軟に個別のニーズに対応するために以下の取組を行います。

ア 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発が重要となります。そのネットワーク化などを行う第1層「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置し、各地域の状況や課題の把握等を行っています。

なお、日常生活圏域を対象とした「第2層協議体」を設置し、生活支援コーディネーターを増員配置することで、より地域に合わせたサービスの構築を目指します。

イ 協議体の活用

「第1層協議体」において、生活支援の仕組みづくりに向けた検討を行います。また、日常生活圏域を対象とした「第2層協議体」において、ニーズや地域資源の情報共有、連携の強化、既存のサービス、住民運営の通いの場等の活用等、必要なサービスの検討を行います。

ウ ヘルスマイスター

現在、本町では健康増進・維持、運動機能向上のノウハウを持つ運動普及員を養成するヘルスマイスター制度を設けています。現在、約70名程度がこのヘルスマイスター養成講座を受講し、ヘルスマイスターの認定を受けています。

これらの健康増進に関するノウハウを持つ運動普及員の活躍の場を地域サロン等で積極的に広げていくことで、元気なシニアの養成、社会参加や介護予防を促進します。また、ヘルスマイスターの認定者の増加も検討し、本町の介護予防の裾野を広げていくことを検討します。

エ 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、生活不安がある高齢者等に対して、本町における生活支援サービスや介護保険サービス資源を組み合わせ、ニーズに即した支援体制を案内します。

また、介護予防・生活支援サービス事業においては、「基本チェックリスト」等により「事業対象者」の把握を行い、迅速なサービス利用へとつなげます。

③ 介護予防の推進

機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業の見直しを図ります。

年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。

また、通いの場を充実させるにあたり、地域における保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与を得ながら推進します。

ア 介護予防把握事業の推進

要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者を対象に、日常生活で必要となる機能(生活機能)を把握するために、基本チェックリストを配布し、予防事業対象者を選定します。また、チェックリストからの情報だけでなく、民生委員児童委員等との情報の共有を図り、対象者の的確な把握に努めます。

イ 介護予防普及啓発事業

生活習慣病などの疾病や転倒による骨折などを起因として、寝たきりや認知症、要支援・要介護状態へと発展することのないよう、広報誌やリーフレットによる介護予防に関する基本的な知識を普及・啓発していくとともに、各種介護予防のための教室の実施に努めます。

ウ 地域介護予防活動支援事業

介護予防に関するボランティア等の人材育成のための研修や、介護予防に役立つ地域活動組織の育成・支援を行います。また、これらのボランティアや地域活動組織が、二次予防事業対象者や修了者の支援を行う仕組みづくりなどを検討します。

エ 一般介護予防事業評価事業

介護予防事業の効果によって、介護保険事業計画で定めた要介護認定者数の目標値に照らした達成状況の検証を通じ、予防事業の評価を実施します。

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

本町においては、リハビリテーション専門スタッフが限られており、リハビリテーションの専門的なノウハウの地域還元が難しい状況にあります。そのため、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等の関与ができるようスタッフ確保等について検討します。

カ 通いの場づくりの支援

住民が主体となり、高齢者が生きがいや役割を持って生活できるような、身近な地域での通いの場づくりに向けて、実施に向けた支援や運営支援などを行います。

④ 保健事業と介護予防の一体的実施

人生100年時代を見据え、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、広島県後期高齢者医療広域連合と連携して、高齢者が生活習慣病等の予防と介護予防など多様なサービスを一体的に受け取ることができるよう取り組みます。

ア 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

医療専門職が、高齢者の個別の健康課題にあわせ、必要に応じてアウトリーチを行い、相談・指導や受診勧奨による適切な医療・介護サービスにつなげます。

イ 通いの場への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

通いの場において、地域の健康課題に基づき、医療専門職がフレイル状態か否かを把握し、フレイル予防に必要な生活習慣の改善について、健康教育、健康相談を実施します。

⑤ 保険者機能強化推進交付金の活用

保険者機能強化推進交付金を活用し、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた必要な取組を進めるとともに、新たな事業への積極的な展開を含めて、各種取組の一層の強化を図ります。

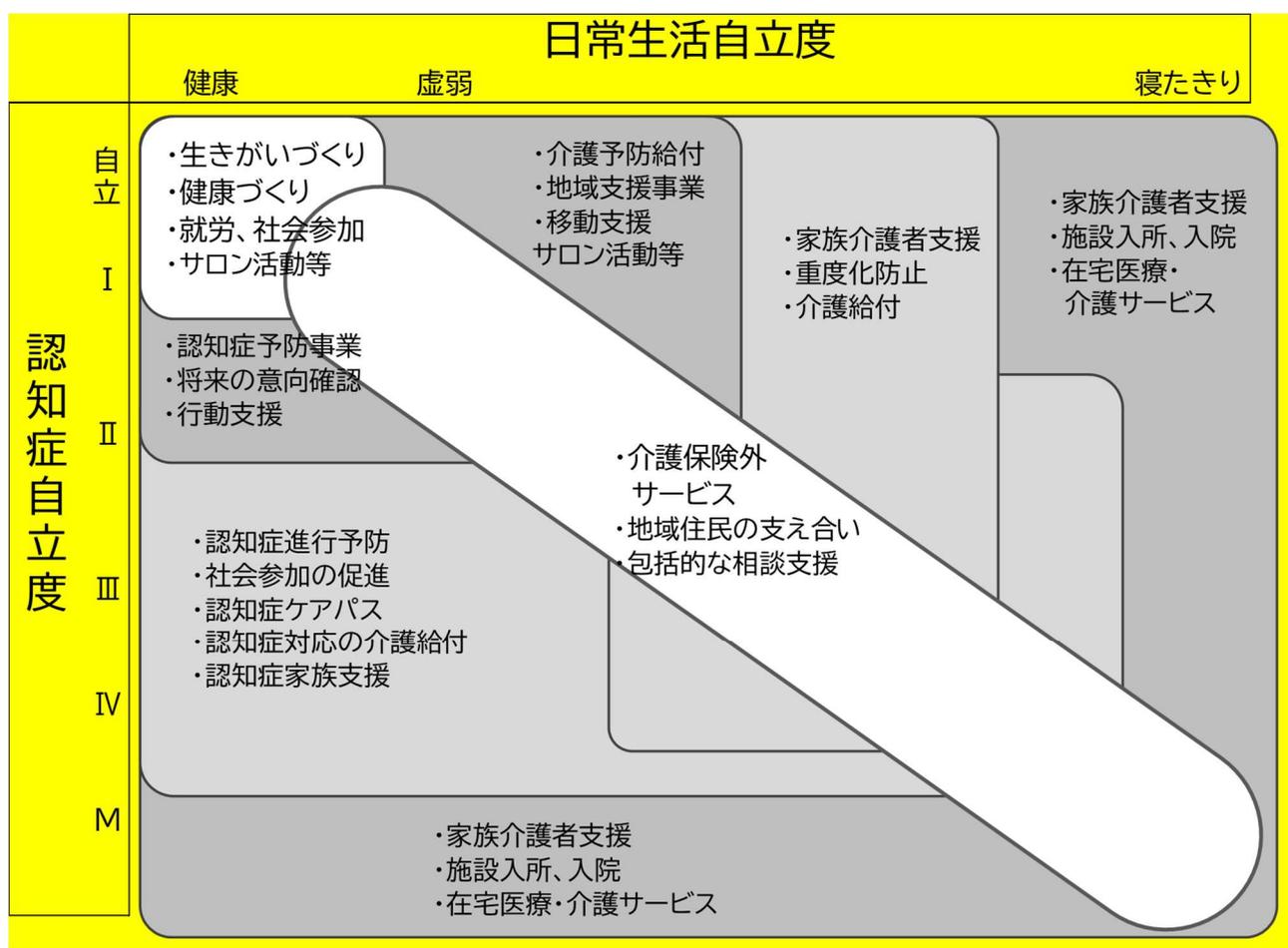
(5) 高齢者の状態に応じた包括的な支援の推進

高齢者の健康・福祉の実施に当たっては、その心身の状態を客観的に把握し、できる限り本人の意思を尊重品から、切れ目のない包括的な支援を行っていくことが必要となります。

そのため、高齢者の身体能力、認知症の状況などを参考にしつつ、一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを継続して行う連携体制を整えます。

それぞれの役割分担や、サービスの特徴を理解し、サービスの主体が連携して切れ目のない支援につながるよう努めます。

高齢者の状態に応じた、切れ目のない支援のイメージ(参考)



支援の内容は主な事業のみ掲載

第6章 いきいきと暮らすための環境づくり

1 在宅生活が継続できる環境づくり

【今後の方向性】

(1) 高齢者の多様な住まいの確保

① 第三の住まいの建設計画策定

住民の高齢化が急速に進む中で、一人暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増加しており、高齢者を支援するサービスを提供する住宅(住まい)を確保することが重要になってきます。本町においても、支援の必要な一人暮らし高齢者の住宅については様々な対策を行っていますが、受け入れ可能施設がなく、町外の施設との連携で対応している事例が出始めています。

そのため、『在宅』の持つ地域の人間関係維持、利用料が低額であることに加えて、『施設』の持つ安心感の提供など、両者の良さを併せ持つ安芸太田町の『第三の住まい』について、具体的な検討を進めます。

■「第三の住まい」概要

項目	内容
事業概要	<ul style="list-style-type: none">● 安芸太田町の『空き家バンク』を活用して、既存の民家・公的施設等をバリアフリー化に対応できるように改修し、高齢者、障がい者等が、地域住民とのつながりの中で、可能な限り地域で暮らせる住まいを提供します。● 地域住民や事業者、元気な高齢者などのボランティアが協働し、必要に応じて、見守り、食事の提供など生活支援サービスを提供します。● 医療、介護サービスは、訪問診療、訪問介護など外部から必要なときに提供することを想定します。
運営内容案	<p>○想定利用人数及び料金体系 入居費用(家賃)は、利用者負担を可能な限り安価に抑えるため、ニーズ調査でも明らかになった10万円未満の料金設定を目指します。</p> <p>○実施地域 安芸太田町内で、利用ニーズが高いエリアを再調査し、また、空き家の状況を勘察してモデル的に1施設から事業を進めます。</p> <p>○運営体制 地域の見守り体制の強化、生活支援サービスの提供によって、入居者の自活を前提としますが、必要に応じてスタッフの配置も検討します。</p> <p>○実施主体 事業計画や開設支援は、町が担い、運営実施主体は、地域の自治会、民間事業者の誘致や町内介護サービス事業者、NPO法人等へ運営を委託する方向で検討します。</p>

② 生活支援ハウスの運営維持・継続

ア 筒賀高齢者生活福祉センター「ひまわり」（生活支援ハウス）

60歳以上の一人暮らし又は夫婦のみの世帯の方で、独立して生活することに不安があり、家族の援助を受けることが困難な方が入所の対象で、生活支援のサービスを行っています。要支援・要介護認定者は介護保険サービスを利用することができます。今後も住民の入所希望の把握に努め、適切な対応を図っていきます。また、充実したサービスの提供を継続していくとともに、介護予防の推進拠点の1つとして、施設の活用を図ります。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (延べ日数)	20件 (843日)	25件 (2,200日)	25件 (2,200日)	25件 (2,200日)

イ サポートセンターふれあい（生活支援ハウス）（冬季生活支援を含む）

ある程度自立した生活が営める、年齢等のため独立して生活することに不安がある人、冬季に自宅等で生活することに不安のある人が入所の対象で、介護支援機能、居住機能及び交流機能を総合的に提供することによって、高齢者等が安心して健康で明るい生活を送れるよう支援するとともに、各種相談や緊急時の対応に努めます。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (延べ数)	2,225人	3,750件	3,750件	3,750件

ウ 安芸太田町ユニバーサルリビング

おおむね60歳以上の高齢者、障がい者又は母子・父子家庭の親子でおおむね自立している方が入所の対象で、後方支援施設による見守りなどが行われます。要支援・要介護認定者は、介護保険サービスを利用することができます。施設の周知を図り、必要とする方が円滑に入所できるよう努めます。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (延べ数)	1,608人	1,550人	1,550人	1,550人

③ 養護老人ホーム等の活用

一時的に経済的な理由などにより自立した生活が困難な高齢者が入所し、食事や健康管理などのサービスを受ける施設です。本町に該当する施設はありませんが、近隣市町の施設と連携して、対象となる高齢者の自立支援を図ります。

④ 有料老人ホーム等の設置状況の把握

特定施設の指定を受けていない有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅について、高齢者にとって安心して暮らすことのできる住まいとなるよう、定員数や利用状況等の把握を行います。

(2) 地域の見守り体制の充実

① 緊急通報装置設置事業

おおむね65歳以上の虚弱な一人暮らし高齢者世帯、又は高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する身体障がい者の居宅に「あんしん電話」を設置し、緊急時に広島市消防署に通報できるシステムを継続します。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (延べ数)	83人	97人	97人	97人

② 在宅基盤の強化に資する見守りシステムの充実

緊急通報システムに加えて、高齢者の日常生活での異変に気づき、事前に適切な支援が受けられるよう、人的な見守りの必要性もあることから健康づくり課が主体となり、平成26年3月に郵便局(6局)との提携を皮切りに複数の事業所との見守り協定を締結しています。

なお、町では見守り事業の普及・啓発のため、町内事業所や既に事業提携している事業所を対象にした研修の実施にも取り組み、今後も、高齢者の見守り強化に資するため提携事業者の拡大を図ることを検討します。

住民主体として地域で見守り活動を行っているシニアクラブ、地域振興会等の活動と連携し、見守り事業の支援を進めます。

また、町で推進している光ネットワーク事業におけるIT技術を活用した見守り体制についても今後検討を進めます。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
新規提携事業者数	18事業者	25事業者	25事業者	25事業者

(3) 生活支援サービス等の充実

① 安芸太田町移送支援事業

身体機能の低下により公共交通機関による移動が困難な高齢者、寝たきりや重度身体障がい者、認知症、精神障がい者等を対象に、車いす専用車両により利用者の居宅と医療機関等との間を送迎する移送サービスを提供します。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (延べ数)	54人	90人	90人	90人

② 高齢者生活支援移動活発化事業

あなたく(デマンド交通)と定額タクシーを統合した新交通網の整備を進めてまいります。

③ 安芸太田町「食」の自立支援事業(配食サービス)

在宅の65歳以上の高齢者又は身体障がい者等、定期的な食事の確保の支援が必要と認められる人が、在宅で少しでも長く、健康で自立した生活がおくれるよう、栄養バランスのとれた食事をお届けし、併せて安否確認を行うことで、在宅生活での自立支援を行います。

また、平成30年4月から委託先をJOCA×3(ジョカカケサン)に変更して町内全域、週5回の配達を行います。配食拠点施設は障害者総合支援法に基づく「就労継続支援A型事業所」としても指定され、継続的な運営を目指します。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (延べ数)	1,465人	1,700人	1,700人	1,700人
配達食数 (延べ数)	21,397食	25,500食	25,500食	25,500食
提供日数 (延べ数)	254日	300日	300日	300日

④ 暮らしの総合相談事業

民生委員児童委員や行政相談員、人権擁護委員及び福祉課職員等が、定期的に地域を巡回し、日常生活上のあらゆる相談に応じ、適切な助言、指導援助を行います。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	11人	17人	17人	17人

⑤ 日常生活応援サービス事業「さんさんネット」

日常生活の中で困りごとがある方と、「さんさんネット」にボランティア登録された協力を安芸太田町社会福祉協議会が橋渡しし、住民の困りごとを解決します。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	41人	57人	57人	57人
利用件数	222件	420件	420件	420件
稼働件数	203件	390件	390件	390件

⑥ 日常生活応援サービス事業「シルバー人材センター」

一人暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯等に対する生活支援サービスとして、日常生活の家事援助等困りごとがある方への支援を行います。これからも介護保険外サービス（インフォーマルサービス）の事業充実の支援を行います。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
会員数	124人	135人	135人	135人
請負利用者数 (延べ数)	835件	900人	900人	900人
派遣利用者数 (延べ数)	93件	110人	110人	110人

(4) 家族介護者等の支援

① 家族介護用品の支給

在宅で生活する重度の要介護者(要介護4又は5)の高齢者を介護する町民税非課税世帯の家族の方に、介護用品(紙おむつ、尿とりパッド、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプーなど)を支給し、経済的負担の軽減を図ります。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	3人	5人	5人	5人

② 家族介護者慰労事業

町民税非課税世帯の方で、在宅で生活をする重度の要介護者(要介護4又は5)の高齢者を介護する家族で、要介護者が過去1年間に介護保険サービスを利用しなかった場合に、日常の介護の慰労のため金品を贈呈します。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	0人	1人	1人	1人

(5) 高齢者にやさしいまちづくり

① 虐待防止ネットワークの強化

高齢者への虐待を未然に防ぐため、介護者の負担を軽減するなどの支援を行います。虐待があった場合にも早期に発見し、発見から対応まで速やかに行えるように、保健、医療及び福祉等の関係機関及び関係者が連携し、高齢者虐待防止のための取組の推進を図るために、安芸太田虐待防止ネットワークにおける相談、支援体制の強化を推進します。

区分	現状	目標		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	2人	4人	4人	4人

② 啓発活動の推進と早期発見体制の構築

高齢者の虐待防止に関する情報の周知を図り、介護職員や住民の意識向上を図るとともに、地域や介護施設等における虐待事例の早期発見と連絡への協力体制の構築に努めます。

(6) 防災・防犯・公衆衛生対策の推進

① 交通安全対策

シニアクラブや地域サロン等を通じて講習会などを実施し、意識の向上に努めます。また、危険個所における交通安全施設の整備に努めます。

② 防犯対策

シニアクラブや地域サロン等において、警察等関係機関と連携しながら、防犯情報の提供や住民レベルで取り組める防犯教室の実施等に努めます。さらに、各地域の自治振興会などによる防犯灯の整備を関係課と連携しながら進めます。

③ 防災対策

安芸太田町災害時要援護者地域支援制度の充実を図るとともに、町や民生委員児童委員、地域の消防団が連携し、地域に住む高齢者の世帯状況などをできる限り把握し、緊急時でも適切な対応ができるよう努めます。また、そのための関係団体との連携強化を図ります。

本町においては、既存の公共施設やバリアフリー等に対応した施設などを活用して、災害時における避難所としての役割を担えるよう検討します。

また、事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクなどについて職員向けの研修を行うほか、災害に備えた食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資について備蓄状況の把握及び確保など、支援体制の構築を進めます。

④ 消費者被害防止対策

町産業観光課に「安芸太田町消費生活相談所」を設置し、消費者被害の相談、問い合わせ等に対応しています。住民への周知・啓発教育のため、広報を利用し定期的に「消費生活ホットライン」を掲載し、消費者被害や消費者被害を防止するための対策に関する情報の提供、及び研修会を行っており、引き続き消費者被害の防止につながるよう努めます。

また、地域包括支援センターも関係機関との連携を密にし、高齢者等の被害防止、早期発見・早期対応に努めます。

⑤ 感染症対策と公衆衛生への対応

事業所等と連携し、感染症発生時においてもサービス継続のための備えが講じられているか、定期的に確認するとともに、事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務にあたることができるよう、県等と連携しながら感染症に対する研修等への参加を促進します。

また、事業所等における適正な感染防護具、消毒液やその他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達、輸送体制の整備及び感染症が発生した際の支援体制の維持に努めます。

地域生活において、高齢者は感染症等のリスクが高いため、予防と拡散防止のために公衆衛生への意識を高めていく必要があります。手洗い・うがいなどの衛生習慣の定着を図るとともに、感染症に対する正しい知識の普及・啓発に努めます。

2 地域で活躍できる環境づくり

【今後の方向性】

(1) 生涯活躍のまちづくり

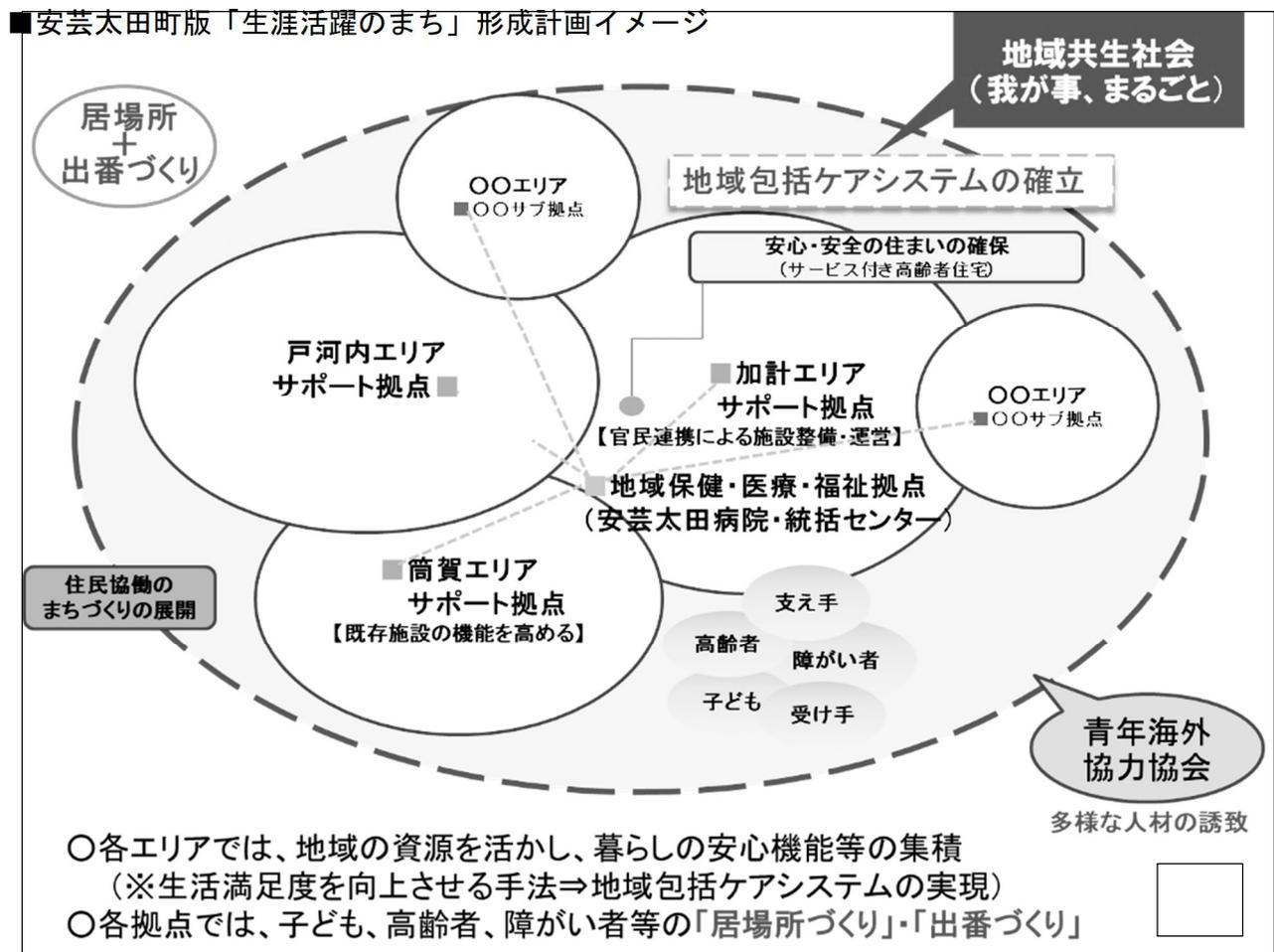
① 【出番】と【居場所】づくりで生活の満足度の向上を図ります。

子どもから高齢者まで年齢を問わず、障がいを持たれた方も、誰もが主体的に地域の課題解決に取り組む活動に参加するしくみ【出番】と、誰もが安心感を得ることのできる場所【居場所】づくりを進めます。

② 住み慣れた地域で安心して暮らすことで、幅広いコミュニティの維持を図ります。

【出番】と【居場所】づくりを行うことにより、積極的に社会参加・社会貢献を行いたい高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らすこと、又は移住の促進を行います。

さらに、趣味や知識、技術を活かした就労や地域活動の推進等、いくつになっても現役で活躍できるまちづくりを進めます。



(2) ボランティアの促進

高齢者による様々な自主的団体の立ち上げと発展の支援に努めるとともに、交流型観光の場面におけるボランティアガイドなど、高齢者の知恵や経験が生きる場づくりを進めます。

高齢者同士の生きがいづくりやボランティア活動を通じた交流を促進する観点から、高齢者がボランティアに参加しやすいよう、ポイント制度の創設を検討します。

(3) 自主的な住民活動の促進

NPOなどの非営利組織や住民ボランティアの参入を促進し、住民の自主的な地域活動によって福祉の土壌を育めるよう各団体への支援を行います。

(4) 多様な生活支援の充実と地域活動人材の育成・確保

地域社会の中で、自ら社会活動に参加し、役割を持って地域の中で活躍できる機会の創出に向けて就労的活動支援コーディネーターの養成に取り組みます。高齢者だけでなく、子育て世代、若者を中心に様々な世代で、地域活動に参加したいと考える地域の人材に対して、多様な参加の機会を提供し、気軽に活動参加できる環境を整えます。

第7章 介護保険事業の運営

1 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の実績と見込み

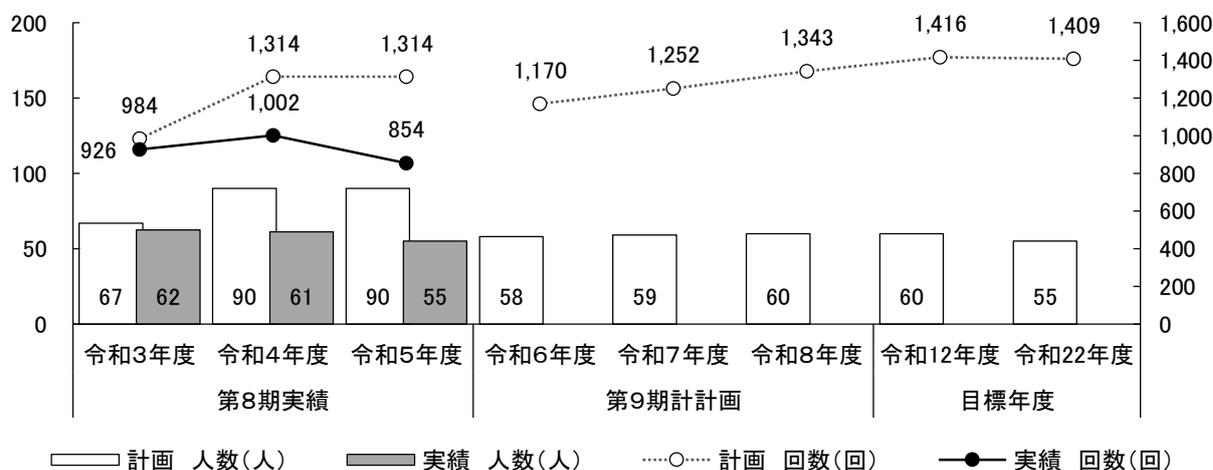
(1) 居宅サービス

■訪問介護

第8期計画で見込んでいた新規事業所の参入が見送られたこともあり、利用人数、回数ともに計画を下回って推移しました。

今後の利用人数は横ばいで推移しますが、利用回数は要介護者の重度化とともに増加すると見込んでいます。

【訪問介護】



■訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

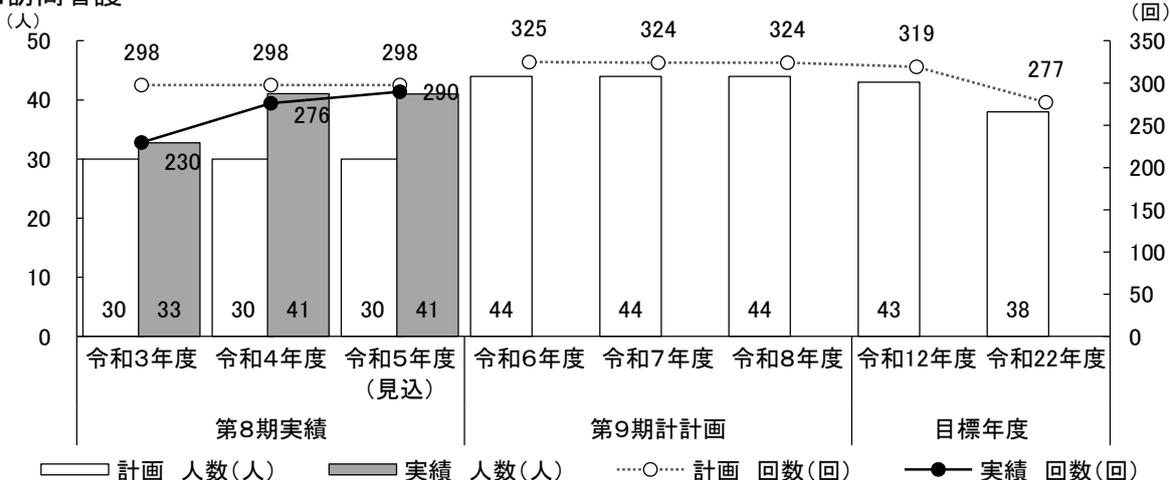
令和3年度に数回程度の利用があったのみで、本町でのサービス事業所はなく、今後の利用も見込んでいません。ニーズがある際には、周辺保険者と連携し、柔軟に対応するものとします。

■訪問看護・介護予防訪問看護

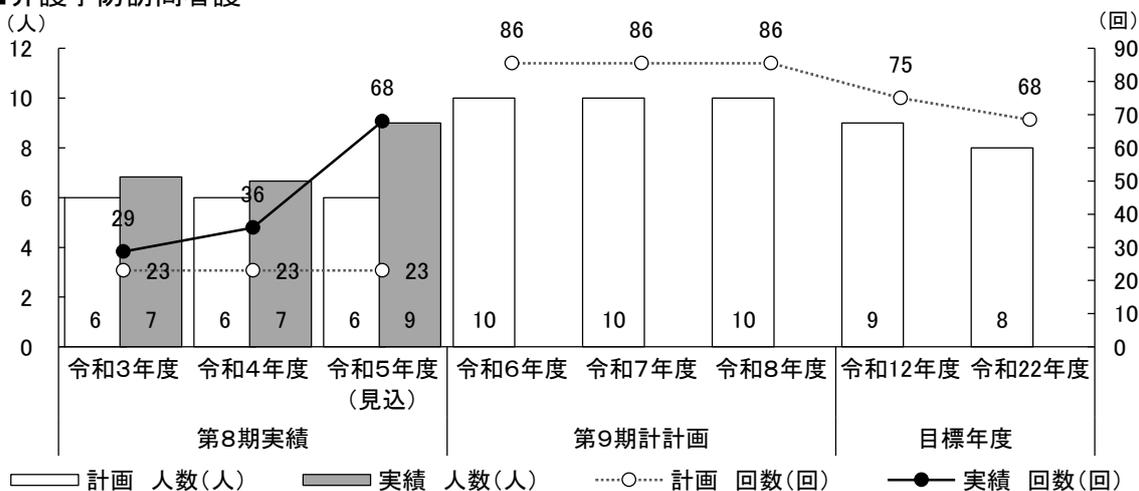
介護給付では、計画を上回る人数が利用していますが、利用回数は計画を下回って推移しています。今後は他サービスと連携し、医療の必要な方へのサービスの提供に努めます。

予防給付では、利用は増加傾向となっています。今後も現状程度の利用が続くものと見込んでいます。

■訪問看護



■介護予防訪問看護



■訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

介護給付では、利用を見込んでいませんでしたが、第8期では1人の利用がありました。今後とも1人の利用を見込み、ニーズがある際には、周辺保険者と連携し、柔軟に対応するものとします。

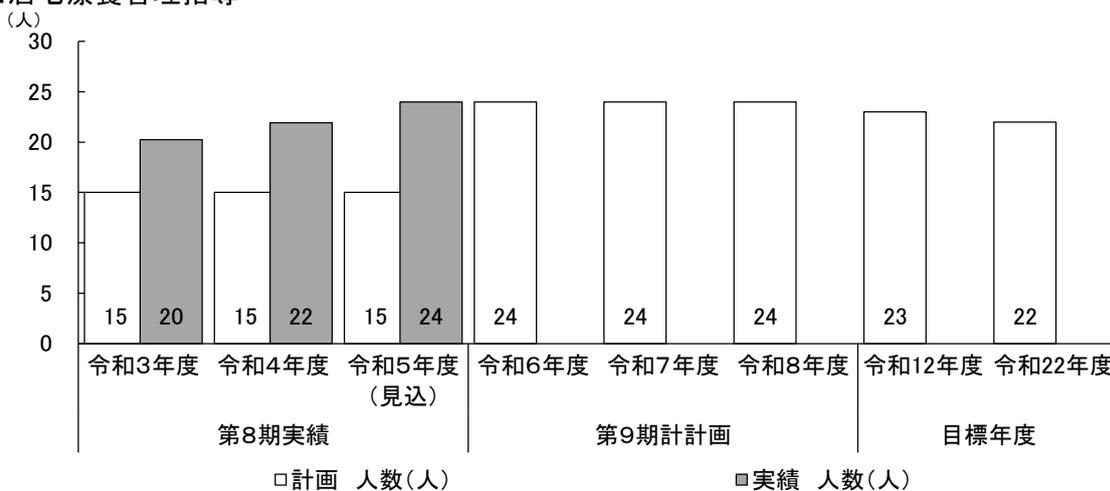
予防給付では、計画・利用ともにありません。

■居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

介護給付では、計画を上回る利用がありました。今後も同程度の利用を見込みます。
 予防給付では、令和4年までに2人の利用がありました。令和5年度には利用がなく、今後も利用は見込んでいません。

今後は他サービスと連携し、必要に応じて医療の必要な方へのサービスの提供に努めます。

■居宅療養管理指導

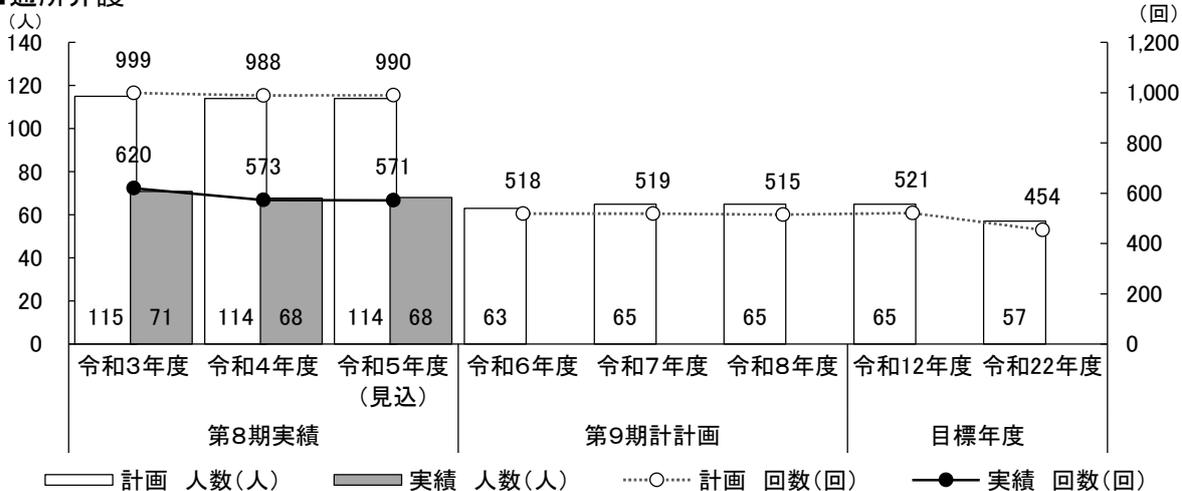


■通所介護

いくつかの事業所が地域密着型通所介護事業所に転換したことや、感染症等の流行のため、本サービスの利用実績としては計画を下回っています。

今後は、同程度の利用が継続すると見込んでいます。

■通所介護

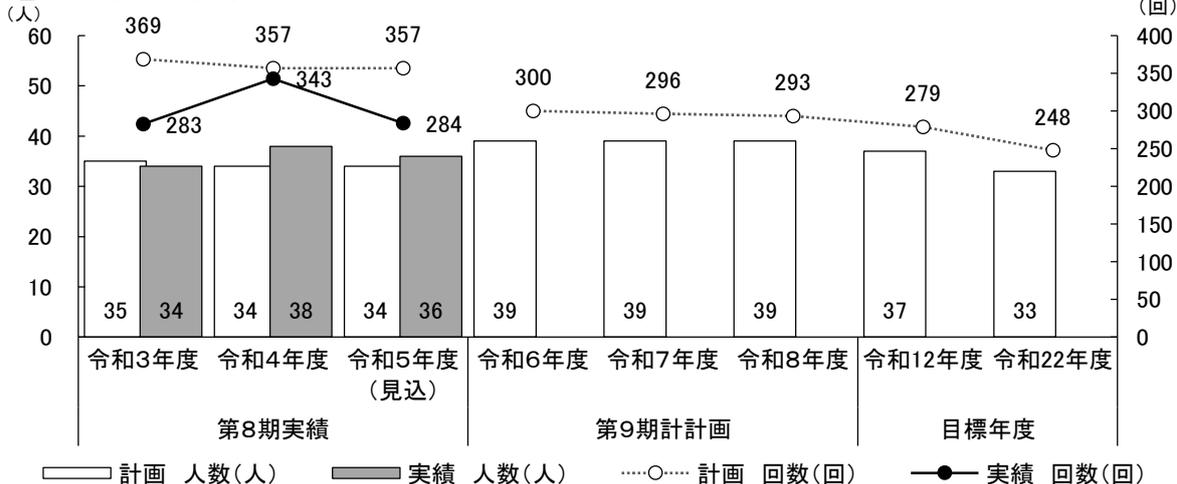


■通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

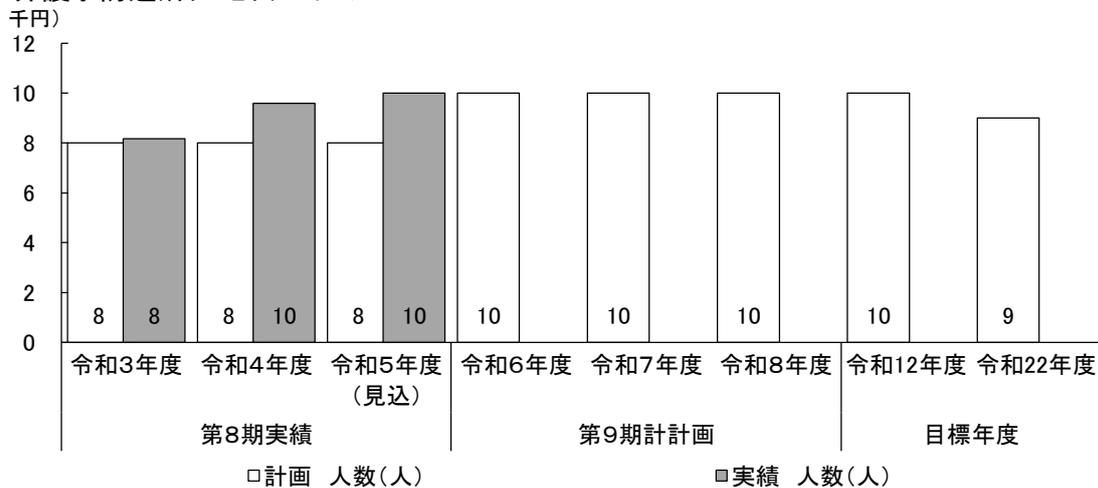
介護給付では、利用人数はほぼ計画通りとなっており、利用回数は、計画を下回る見込となっています。今後も同程度の利用が続くものと見込んでいます。

予防給付では、計画をやや上回って推移しており、今後もこの10人程度之利用が続くものと見込んでいます。

■通所リハビリテーション



■介護予防通所リハビリテーション

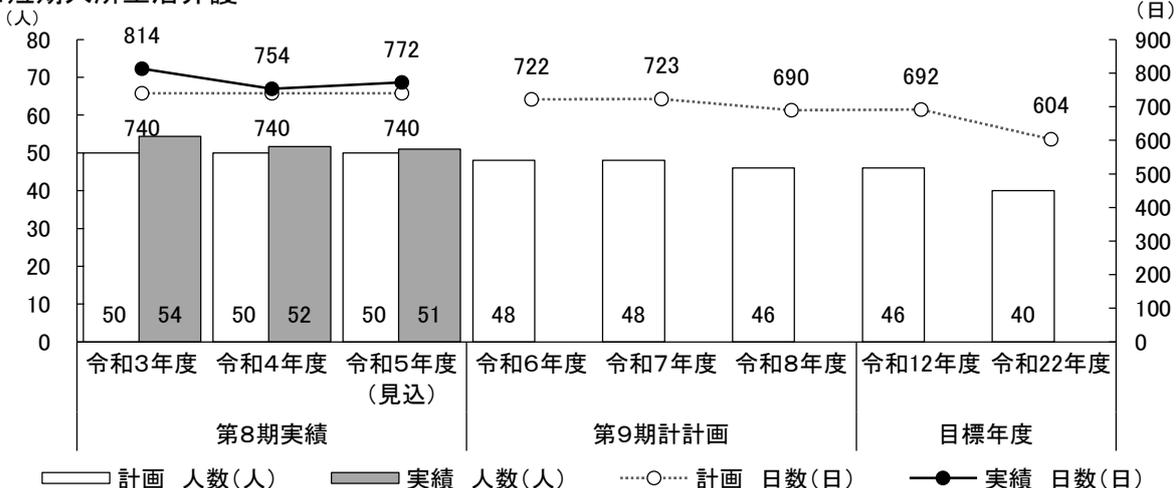


■短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

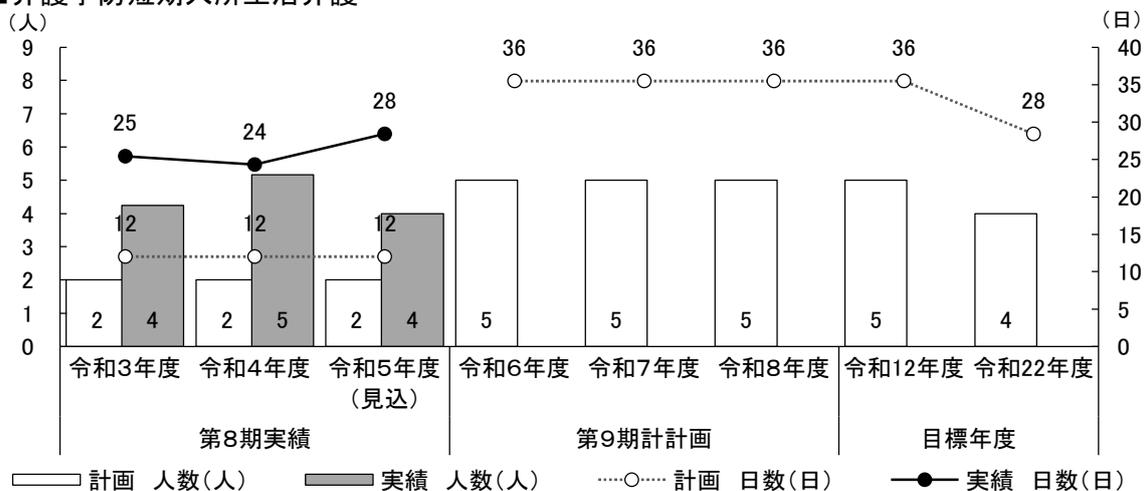
介護給付では、計画をやや上回って推移しています。今後も同程度の利用が続くと見込んでいます。

予防給付では、計画を上回る利用がありました。利用は増加傾向にあり、現在よりやや増加した利用が続くと考えられます。

■短期入所生活介護



■介護予防短期入所生活介護



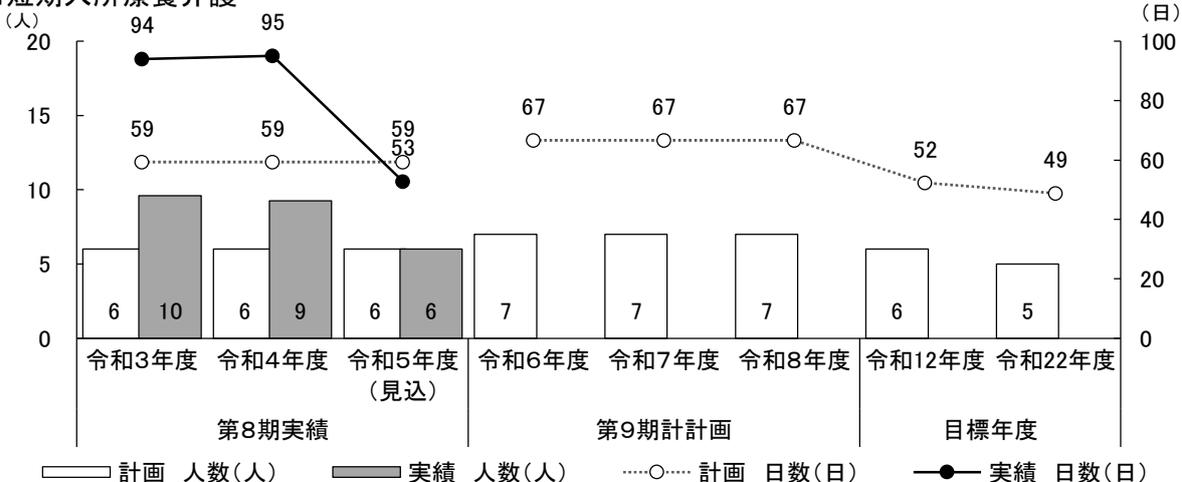
■短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

老人保健施設、介護医療院、病院等で実施しています。

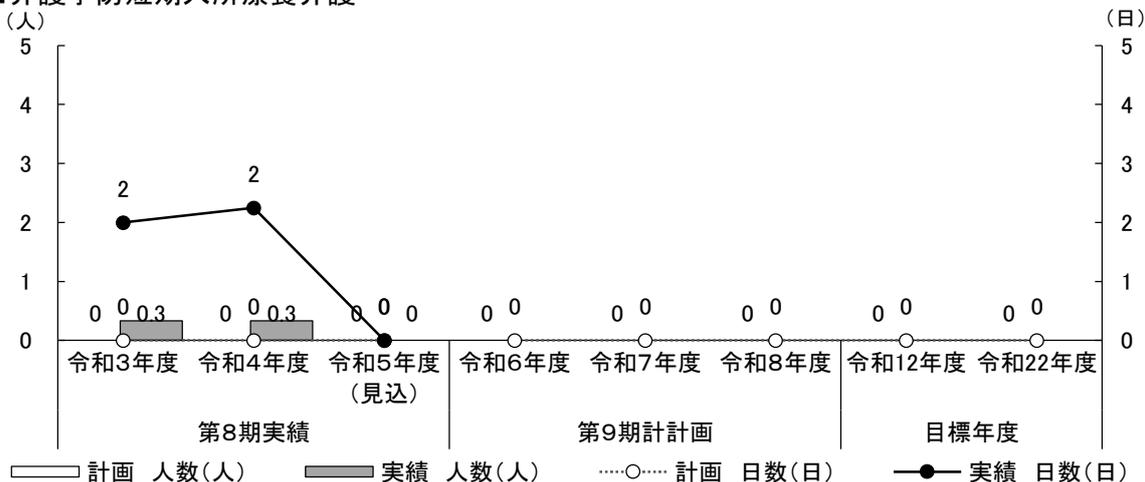
介護給付では、老人保健施設のほか、介護医療院での若干名の利用を見込んでいましたが、病院等での利用が数名ありました。今後同程度の利用があるものと見込んでいます。

予防給付では令和4年度までに年間2日程度の利用がありました多、令和5年度の利用はなく、今後も見込んでいません。必要に応じて医療の必要な方へのサービスの提供に努めます。

■短期入所療養介護



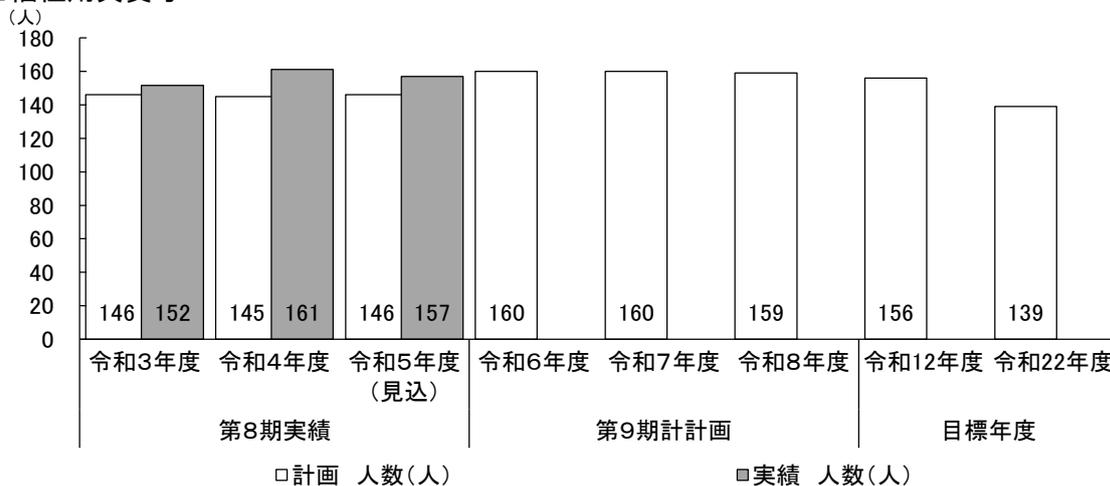
■介護予防短期入所療養介護



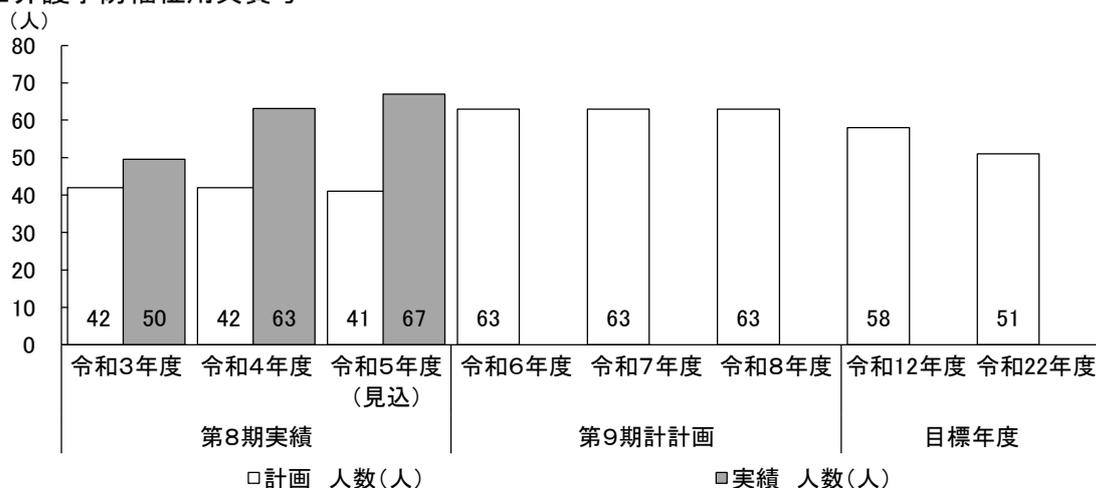
■福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

介護給付、予防給付ともに計画を上回る利用がありました。今後も同様のニーズがあるものと見込みます。

■福祉用具貸与



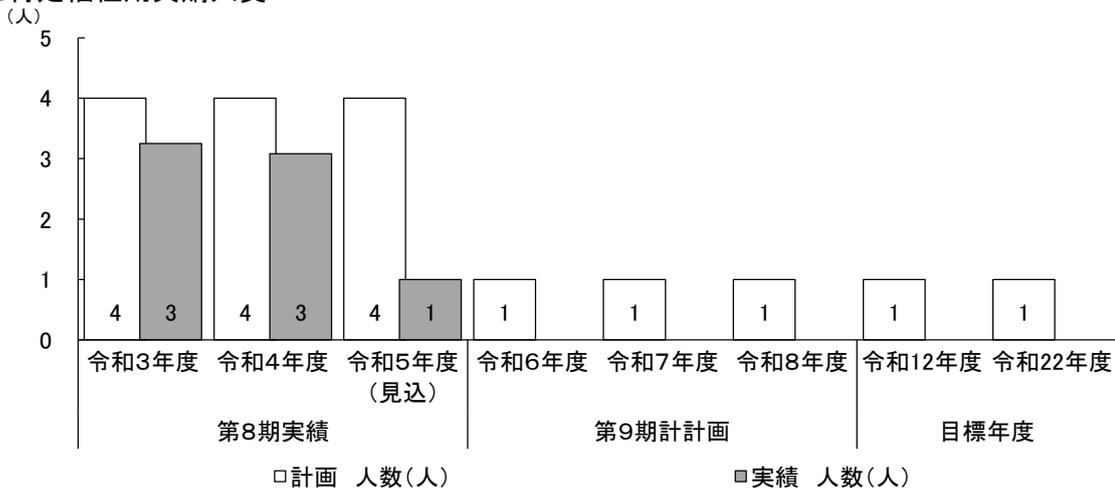
■介護予防福祉用具貸与



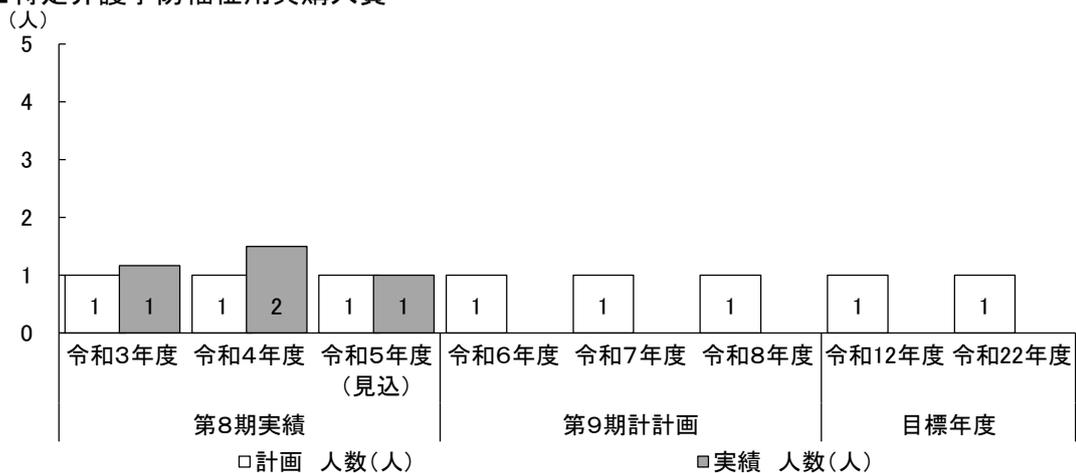
■特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

介護給付、予防給付とも数人の利用が続いています。今後も、必要に応じて給付を行うこととしています。

■特定福祉用具購入費



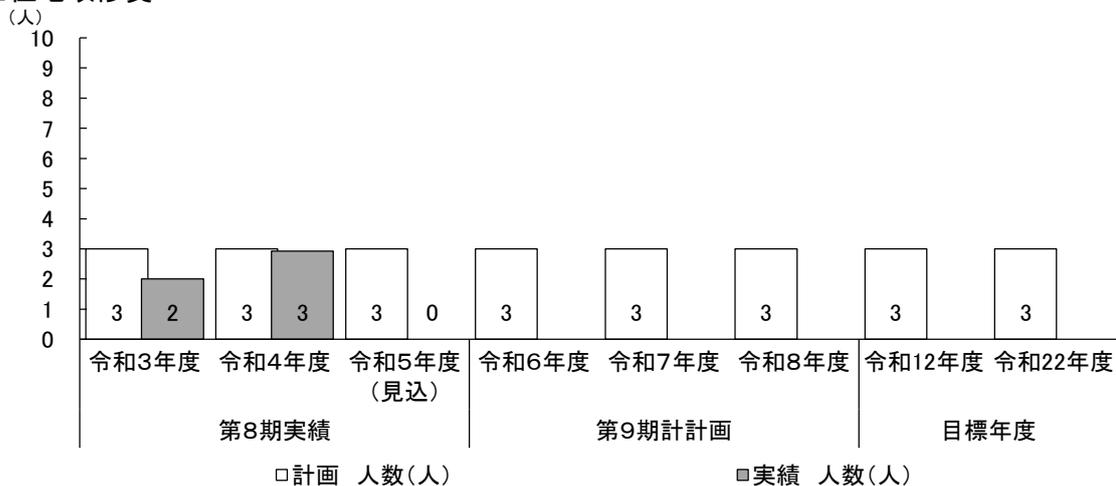
■特定介護予防福祉用具購入費



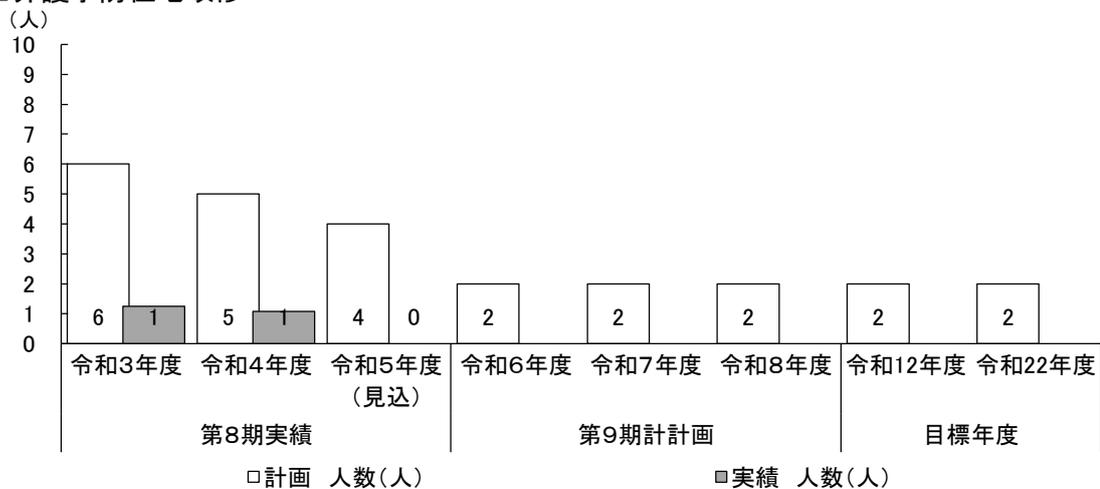
■住宅改修・介護予防住宅改修

介護給付・予防給付とも、数人の利用がみられます。今後も、必要に応じて給付を行うこととしています。

■住宅改修費



■介護予防住宅改修

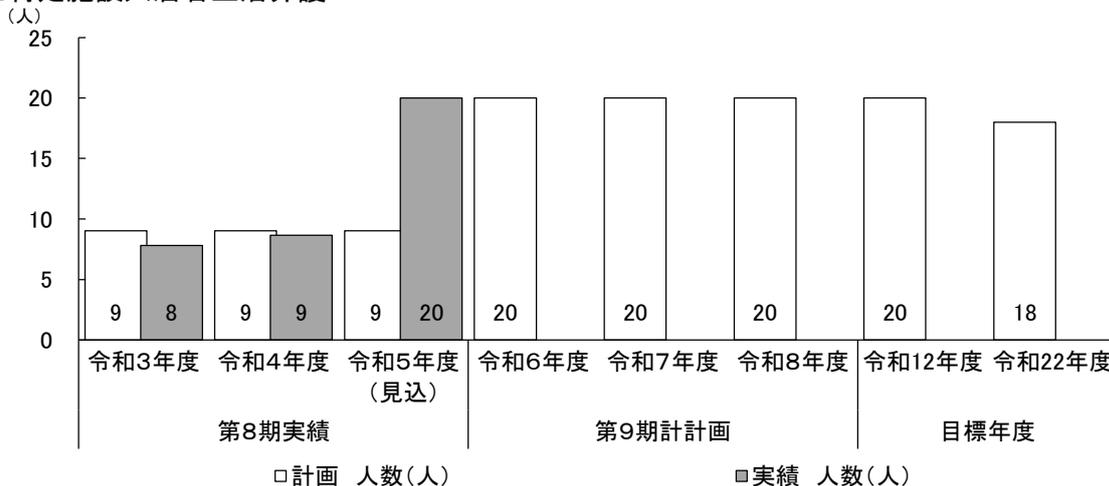


■特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

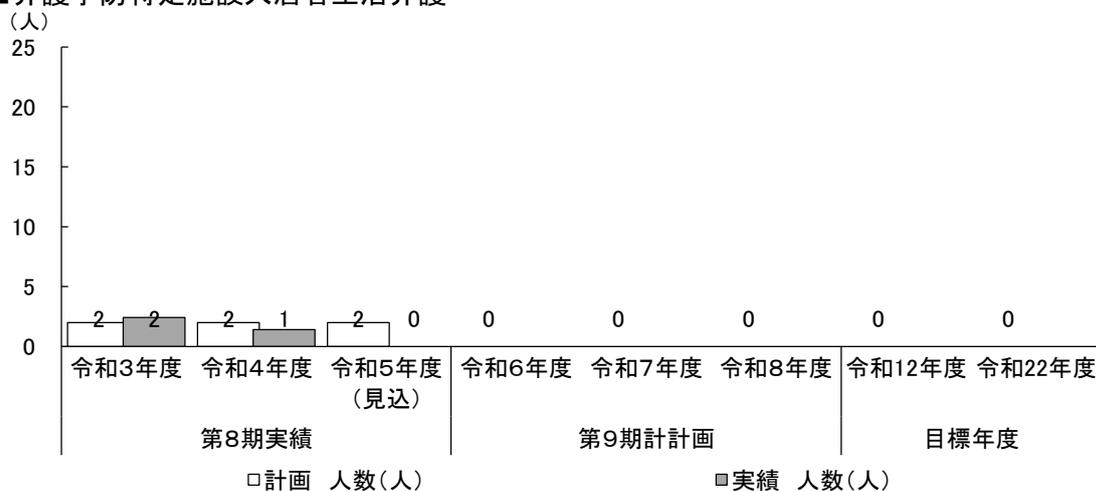
介護給付では、令和5年に新規事業所の参入により利用が倍増しています。今後も同程度の利用があるものとして見込んでいます。

予防給付については、令和4年まで若干の利用がありました。今後のニーズは見込んでいませんが、必要に応じて給付を行うこととしています。

■特定施設入居者生活介護



■介護予防特定施設入居者生活介護

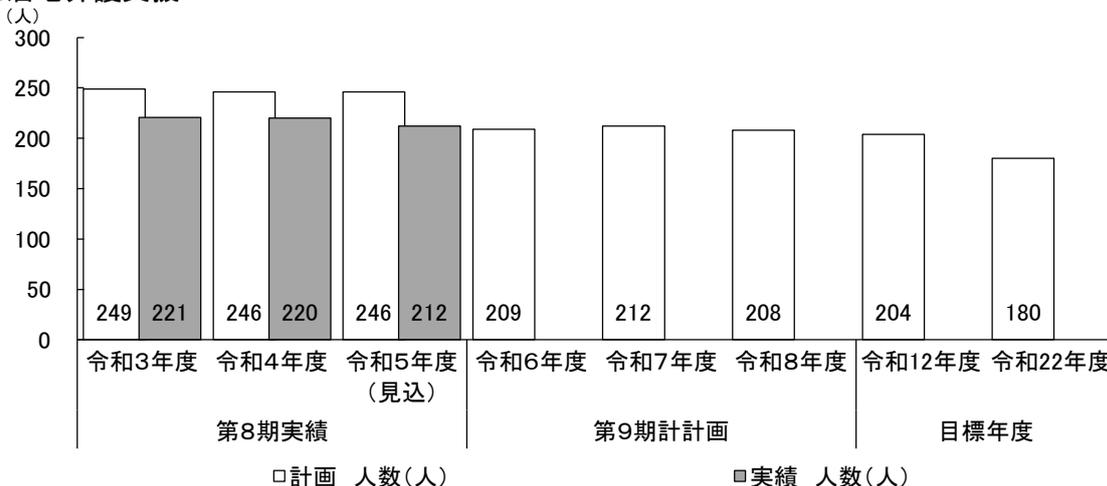


■居宅介護支援・介護予防支援

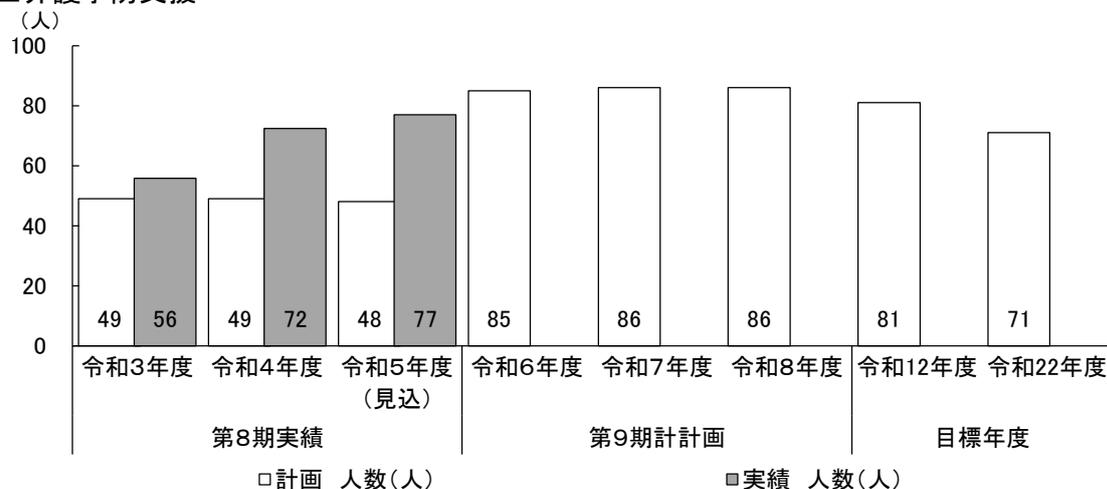
介護給付では、計画をやや下回って推移しています。今後も同程度の利用があるものと見込んでいます。

予防給付では、計画を上回って利用者が増加しており、今後は現在よりやや多くの利用があるものと見込んでいます。

■居宅介護支援



■介護予防支援



(2) 地域密着型サービス

■定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護
 地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、
 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 認知症対応型通所介護

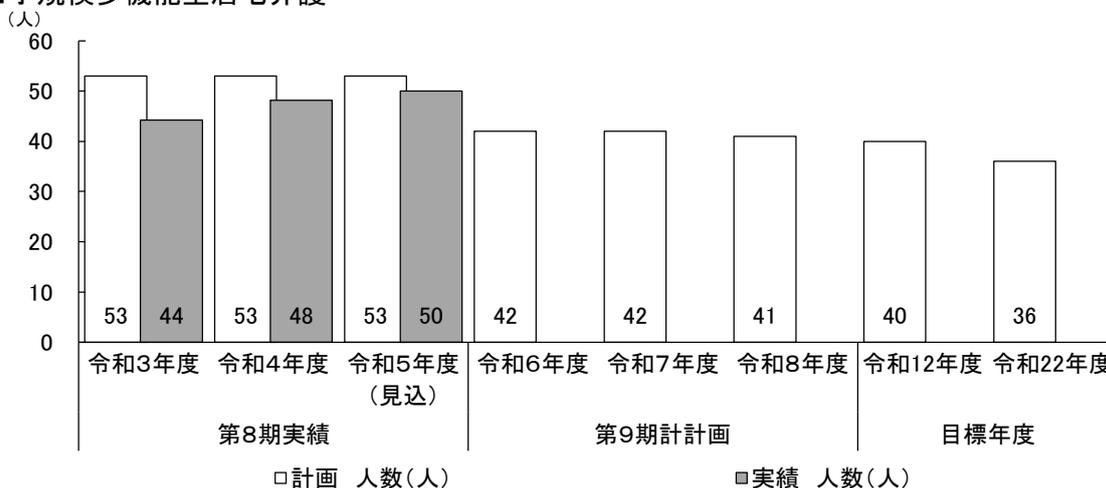
上記サービスについては町内にサービス事業所がなく、今後の利用も見込んでいません。

■小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

介護給付では、計画をやや下回る利用となっています。今後は、町内の定員等の条件を考慮し、40人強の利用を見込んでいます。

予防給付での利用及び見込はありません。

■小規模多機能型居宅介護



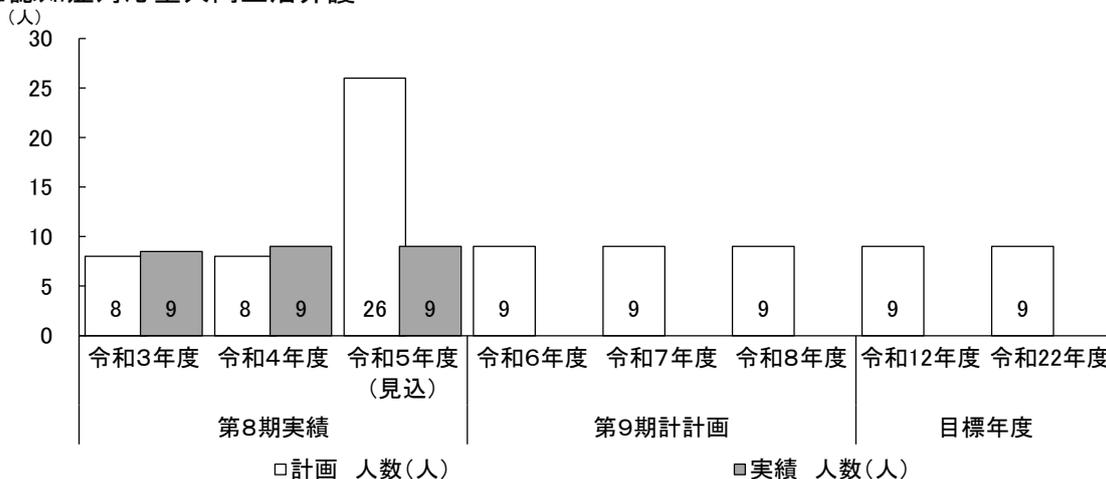
■看護小規模多機能型居宅介護

現在までに利用はなく、町内にも事業所がないために今後の利用は見込んでいませんが、医療の必要な要介護者のニーズが増加していることから、必要に応じて事業所募集を検討しています。

■認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

町内には1施設、1ユニットの施設があり、おおむね計画通りの利用で推移しています。
 今後は、令和5年度に開設予定の施設が見送られたため、今後とも同程度の利用を見込んでいます。

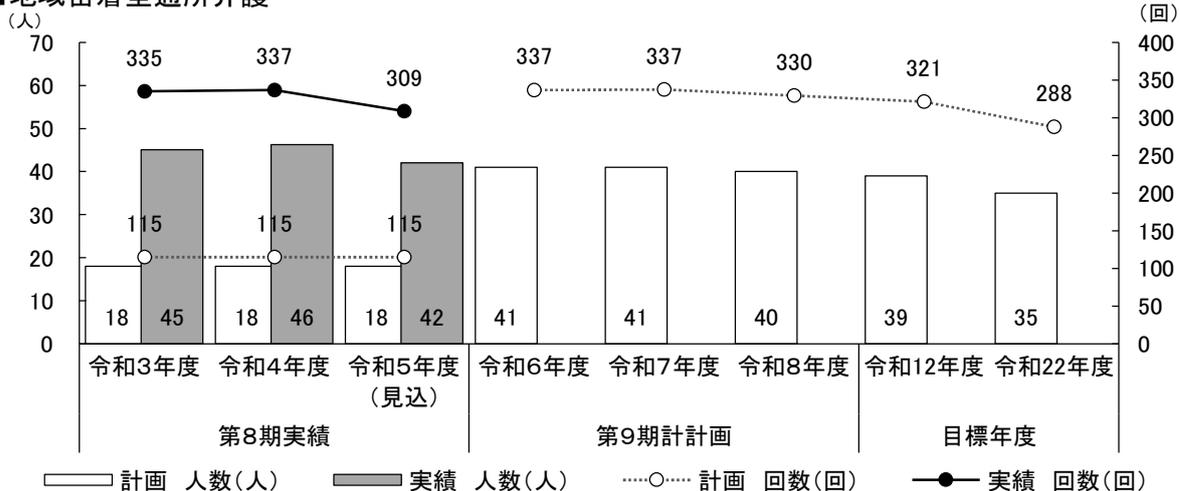
■認知症対応型共同生活介護



■地域密着型通所介護

町内の通所介護事業所からの転換が多く、計画の倍以上の利用がありました。通所介護の利用見込が移行した状態となっています。今後とも同程度の利用が続くと見込んでいます。

■地域密着型通所介護

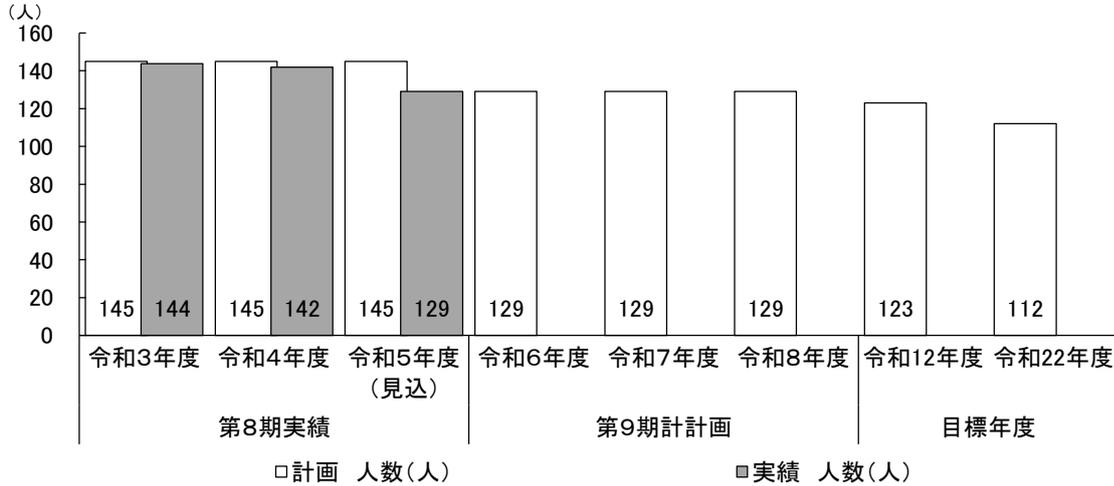


(3) 施設サービス

■介護老人福祉施設

ほぼ計画通りの利用が続いていますが、令和5年ではやや減少しています。今後は、同様の利用が続くと見込んでいます。

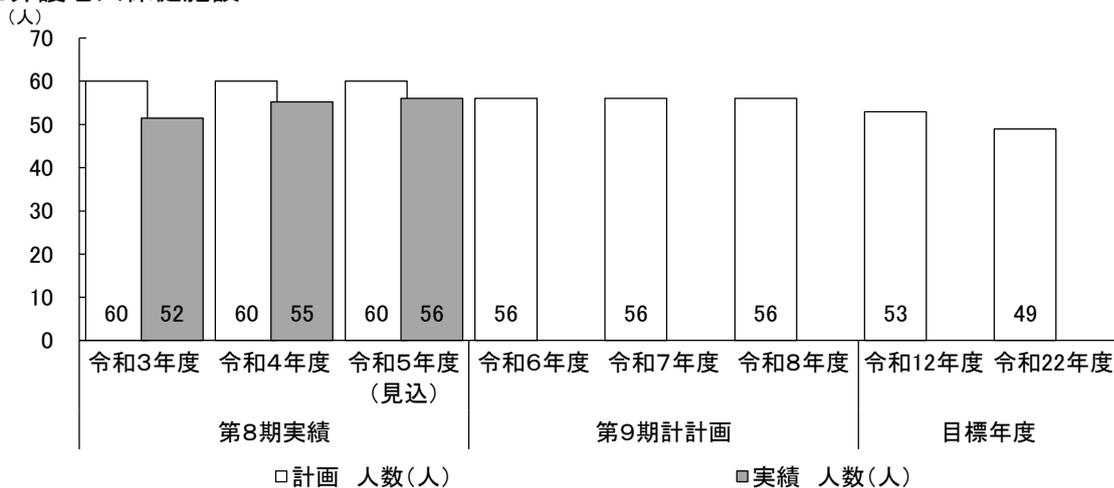
■介護老人福祉施設



■介護老人保健施設

計画をやや下回って推移しています。今後は、同様の利用が続くと見込んでいます。

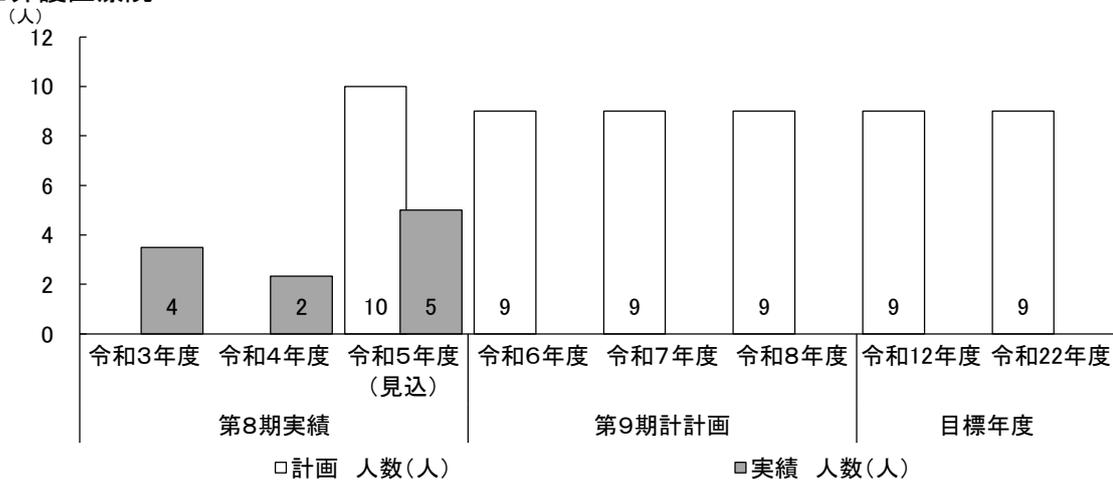
■介護老人保健施設



■介護医療院

令和5年度において町内医療機関からの転換が当初計画より遅れたため、計画の半数程度の利用となっています。今後は、同様の利用が続くと見込んでいます。

■介護医療院



2 保険料の設定

(1) 総給付費の見込み

① 介護給付費

(千円)

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
居宅サービス			
訪問介護	38,433	40,841	42,138
訪問入浴介護	0	0	0
訪問看護	20,224	20,227	20,227
訪問リハビリテーション	581	576	570
居宅療養管理指導	2,971	2,975	2,975
通所介護	54,760	53,764	51,240
通所リハビリテーション	22,872	22,631	22,465
短期入所生活介護	84,428	84,592	84,709
短期入所療養介護(老健)	6,189	6,197	6,197
短期入所療養介護(病院等)	1,358	1,359	1,359
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	25,609	25,609	25,414
特定福祉用具購入費	1,678	1,678	1,678
住宅改修	2,896	2,896	2,896
特定施設入居者生活介護	31,969	32,010	32,010
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,022	2,025	2,025
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	39,382	39,566	38,613
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	127,579	127,740	124,427
認知症対応型共同生活介護	27,784	27,819	27,819
特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護保険施設サービス			
介護老人福祉施設	408,782	409,299	409,299
介護老人保健施設	179,424	179,651	179,651
介護医療院	18,507	18,530	18,530
居宅介護支援	34,164	34,016	33,762
介護サービス給付費	1,131,612	1,134,001	1,128,004

(端数処理の関係で、計は一致しないことがある)

② 介護予防給付費

(千円)

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	2,859	2,863	2,863
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	58	58	58
介護予防通所リハビリテーション	3,548	3,553	3,553
介護予防短期入所生活介護	2,572	2,576	2,576
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	5,048	5,048	5,048
特定介護予防福祉用具購入費	0	0	0
介護予防住宅改修	2,093	2,093	2,093
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
介護予防支援	4,116	4,067	4,067
介護予防給付費	20,294	20,258	20,258

(端数処理の関係で、計は一致しないことがある)

③ 地域支援事業費

(円)

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護予防・日常生活支援総合事業	27,201,000	27,803,000	28,409,000
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業	41,225,000	41,225,000	41,225,000
包括的支援事業(社会保障充実分)	4,071,000	4,071,000	4,071,000
地域支援事業費	72,497,000	73,099,000	73,705,000

(端数処理の関係で、計は一致しないことがある)

④ 標準給付費見込額

(円)

区分	第9期見込額			計
	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	
総給付費	1,151,906,000	1,154,259,000	1,148,262,000	3,454,427,000
特定入所者介護サービス費等給付額	54,007,011	53,844,829	53,682,646	161,534,486
高額介護サービス費等給付額	21,065,203	21,001,944	20,938,685	63,005,832
高額医療合算介護サービス費等給付額	3,063,982	3,054,780	3,045,579	9,164,341
算定対象審査支払手数料	673,164	671,112	669,114	2,013,390
標準給付費額	1,230,715,360	1,232,831,665	1,226,598,024	3,690,145,049

(端数処理の関係で、計は一致しないことがある)

(2) 第1号被保険者の介護保険料の算出

① 保険料の算定

標準給付費＋地域支援事業費合計見込額（令和6年度～令和8年度）



第1号被保険者負担分相当額（令和6年度～令和8年度）

第1号被保険者負担分相当額	899,172千円
＋) 調整交付金相当額（標準給付費等の5.00%）	188,677千円
－) 調整交付金見込額（3年間合計）	401,263千円
－) 準備基金取崩額	71,200千円

保険料収納必要額 621,587千円

÷) 予定保険料収納率	98.0%
÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数（3年間合計）	8,132人
÷) 12か月	

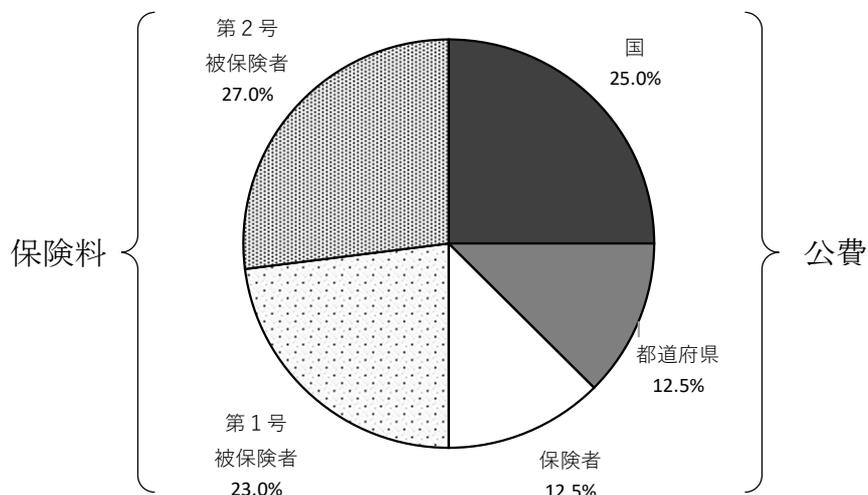
基準額（月額） 6,500円

参考)

令和12年度の介護保険料について、サービスの種類や介護報酬が現行のまま継続するものと仮定して算定すると、次のとおりとなります。

基準額（月額） 8,888円

■財源の基本的な内訳



② 所得段階別保険料額の設定

本町の第9期介護保険事業計画期間中の所得段階別の保険料は、次のとおりです。

■所得段階別第1号被保険者の保険料

段階	対象者		所得等	保険料率	保険料月額 (円)
	町民税課税状況				
	世帯	本人			
第1段階	非課税	非課税	老齢福祉年金の受給者 又は生活保護の受給者	0.455 (0.285)	2,958 (1,853)
第2段階			■ ■		
第3段階			120万円以下	0.685 (0.485)	4,453 (3,153)
第4段階	課税	の 奇 と	120万円超え	0.690 (0.685)	4,485 (4,453)
第5段階			80万円以下	0.900	5,850
第6段階	課税	課税	■	1.200	7,800
第7段階			120万円未満	1.300	8,450
第8段階			120万円以上	1.500	9,750
第9段階			210万円以上	1.700	11,050
第10段階			320万円以上	1.900	12,350
第11段階			420万円以上	2.100	13,650
第12段階			520万円以上	2.300	14,950
第13段階	620万円以上	2.400	15,600		
			720万円以上		

※合計所得金額は、公的年金等に係る雑所得を控除した金額とする。

※第1段階、第2段階、第3段階の保険料については、徴収時には公的負担によりさらに減免されます(表中()内)。

3 介護保険制度の円滑な運営

(1) ケアマネジャーの育成と支援

利用者のニーズに適切に対応し、家族介護者等の意向にも配慮した総合的な介護サービスを実施するためには、適切なケアマネジメントが不可欠です。このため、地域包括支援センターを中心に、現場のケアマネジャーへ充実した指導、支援等が行えるよう、体制の整備を図ります。また、定期的な研修の実施等により資質の向上を図り、公正なケアプランの作成に努めます。

(2) サービス提供者の確保

介護保険制度下においては、多様な供給主体が地域に健全なサービス市場を形成していることが必要です。また、介護保険サービスのみで地域における介護をすべて補うことは困難であることから、公的機関や介護保険のサービス提供事業者だけでなく、NPOなどの非営利組織や地域住民を主体とした組織、ボランティアの参入を促進し、町民の自主的な地域活動によって福祉の土壌を育めるよう各団体への支援を行います。

(3) 事業者との連絡調整及び指導体制の確立

介護保険制度では、サービスは利用者と事業者の契約に基づき提供されます。保険者である町にとっては、利用者が安心して容易にサービス事業者を選択できるための情報提供や、事業者の質的向上が課題になります。このため、介護サービス事業者との十分な連絡調整を図ります。

また、町が指定、指導権限を有する地域密着型サービスや居宅介護支援事業所について、適切に監督、指導します。

(4) 利用者負担の軽減

介護保険の給付サービスを利用する場合、利用者はサービス費用の1割又は2割を負担することとなっていますが、利用者の状況によって、主に次のような軽減措置や給付を実施します。

① 高額介護サービス費の支給

1か月の利用者負担の合計額が一定の限度額を超えた場合、超えた額を「高額介護サービス費」として給付します。

② 高額医療・高額介護合算療養費制度

医療保険と介護保険の自己負担の合計額が限度額を超えた場合、申請によりその超えた額を支給します。

③ 特定入所者介護サービス費の給付

施設等における食費、居住費については、所得に応じた負担限度額を設け、限度額を超える差額を補足給付として給付します。

④ 社会福祉法人等による利用者負担の軽減

社会福祉法人等が提供する介護サービスを低所得の方が利用する場合、利用者負担額を軽減します。

(5) 苦情対応

認定に対する不服の申立てやサービスに対する苦情等については、相談窓口を設け対応するとともに、町民に対して、不服申立ての手続についてわかりやすく周知し、気軽に相談できる仕組みづくりを行います。

4 介護給付の適正化

「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」の主要4事業を柱とし介護給付の適正化を一層推進します。

■主要4事業

区分	内容
(1) 要介護認定の適正化	要介護認定の区分変更や更新の認定に係る認定調査の内容について、点検を実施します。
(2) ケアプランの点検	居宅介護支援事業所に対してケアプランの調査を実施し、町職員等の第三者が点検及び支援を行います。
(3) 住宅改修等の点検	受給者宅の訪問調査を行い、住宅改修の施行状況や福祉用具の利用状況等を点検することで、不適切な住宅改修を防ぎ、必要な福祉用具の利用を進めます。
(4) 医療情報との突合・縦覧点検	介護報酬の支払状況を確認し請求内容の誤り等を早期に発見、適切な処置を行うほか、医療情報と介護保険の給付情報を突合し、医療と介護の重複請求の防止を図ります。

(1) 要介護認定の適正化

取組事項	現状	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
調査内容のチェック	抽出	抽出	抽出	抽出
認定調査員の研修	年1回実施	実施	実施	実施
ばらつきの是正 (原因分析・情報共有)	実施	実施	実施	実施

(2) ケアプランの点検

取組事項	現状	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
ケアプラン点検	全事業所	全事業所	全事業所	全事業所

(3) 住宅改修等の点検

取組事項	現状	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
申請内容のチェック	全件	全件	全件	全件
現地調査(抽出)	実施	実施	実施	実施

(4) 医療情報との突合・縦覧点検

取組事項	現状	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
情報の突合	実施	実施	実施	実施

5 介護人材の確保及び資質の向上

(1) 介護従事者の人材の確保・育成

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる令和7年以降、現役世代人口が減少していく状況において、今後ますます増大する介護ニーズに対応するためには、質の高い人材を安定的に確保するための取組が必要です。このような中、福祉、介護制度の適切な運営が確保されるよう、介護従事者を増やすために介護の仕事が持つ魅力ややりがい理解されとともに、実際の就職へと結び付くことが必要であり、介護従事者の定着に向け、技能の向上や就業環境の改善を支援することが重要です。

介護保険サービス事業所及び居宅介護支援事業所に対する指導監督を行うとともに、福祉、介護サービスにかかわる法人、施設、関係団体等の取組を把握しながら、個々の事業所では対応が難しい人材確保の取組や研修の実施など人材の質的向上を支援します。

また、小・中・高校生を対象とした出張授業・出前講座や介護現場の見学など、将来の職業としての介護について興味・関心を高める取組を行います。外国人や高齢者等の多様な人材の確保については、外国人介護人材の制度の周知・啓発を行うとともに、介護予防の視点も加え、元気な高齢者の能力活用が進むような方策を検討します。

そのほか、定住施策など、その他の施策と協働しながら、安芸太田町へ住みながら介護人材の育成を行う制度及び、地域で生活支援サービスに携わることのできる住民の人材育成を行う体制づくりを行います。

また、県の施策とも連携しながら、介護等に従事する人材の研修等によるスキルの向上を図るとともに、人材の確保に向けて、介護・福祉職に関するPRを行います。

(2) 業務効率化の推進

介護現場におけるICTの活用やロボテックスの導入を進めるとともに、介護分野の文書に係る負担軽減を進めるため、個々の申請様式・添付書類や手続に関する簡素化、様式例の活用による標準化及びICT等の活用など、国、広島県、関係団体等と連携し、それぞれの役割を果たしながら業務効率化を進めます。

第8章 計画の推進体制

1 高齢者福祉・介護保険の広報・公聴の充実

介護保険制度や高齢者福祉に関する情報を住民に広域的確に伝達できるよう、町広報誌や計画のダイジェスト版等のパンフレット、ホームページ等を通じて情報発信を進めます。また、住民サロンへ出向いて計画やサービスの説明を行います。その他、各地域で行われる高齢者の集う講演会や学習会等の機会において、様々な手法を活用し計画的に広報します。

2 分野を越えた連携体制の強化

高齢者福祉は、介護保険や高齢者福祉の分野だけでなく、高齢者の生活全般にかかわる地域づくり・まちづくりにもかかわるものです。そのため、保健や福祉の担当部署のみならず庁舎内の関係部署との連携を強化し、各地域課題に沿った丁寧な対応に努めながら計画の推進を図ります。

また、生活支援コーディネーターの活動により地域課題の把握に努め、医療機関、社会福祉法人、介護サービス事業所、地域自治組織、老人クラブ、民生委員児童委員、各ボランティア団体等との連携を図り、協働して「地域包括ケア」を推進します。

3 計画の点検・評価

介護予防・重度化防止等の取組内容とその目標に関する事項について、毎年度、目標の達成状況に関する調査及び分析をし、実績に関する評価を行い、その結果を公表します。

また、介護保険事業計画の進捗状況や実態把握、課題分析においては、地域包括ケア「見える化システム」を活用し、介護保険事業計画策定委員会で共有するとともに、その達成に向けた評価と計画の見直しを繰り返し行います。

資料編

安芸太田町介護保険事業計画策定委員会設置条例

平成16年10月1日条例第116号

(設置)

第1条 介護保険法(平成9年法律第123号)第117条の規定に基づく介護保険事業計画の策定及び老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8の規定に基づく老人保健福祉計画において必要な事項を審議するため、安芸太田町介護保険事業計画策定委員会(以下「策定委員会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 策定委員会は、次に掲げる事項について審議する。

- (1) 安芸太田町介護保険事業計画の策定に関する事。
- (2) 安芸太田町老人保健福祉計画の見直しに関する事。

(組織)

第3条 策定委員会の委員は、20人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 学識経験を有する者
- (2) 保健、医療及び福祉の業務に従事する者
- (3) 介護保険被保険者を代表する者

3 策定委員会に委員長1人及び副委員長2人以内を置く。

4 委員長及び副委員長は、委員が互選する。

5 委員長は、策定委員会を代表し、会務を統括する。

6 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代行する。

(会議)

第4条 策定委員会は、必要に応じ町長が招集する。

2 策定委員会の議長は、委員長をもって充てる。

(委員の任期)

第5条 委員の任期は、3年とする。補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(庶務)

第6条 策定委員会の庶務は、健康福祉課で処理する。

(その他)

第7条 この条例に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が策定委員会に諮って別に定める。

附 則

この条例は、平成16年10月1日から施行する。

附 則(平成20年7月8日条例第29号)

この条例は、公布の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則(令和3年3月10日条例第11号抄)

(施行期日)

1 この条例は、令和3年4月1日から施行する。

安芸太田町介護保険事業計画策定委員会委員名簿

令和5年8月1日付け

No.	所 属	氏 名	備 考
1	議 会	末 田 健 治	副委員長
2	議 会	大 江 厚 子	
3	医 師	結 城 常 譜	委員長
4	医 師（歯科）	廣 安 敬 之	
5	民生委員児童委員	河 本 修 二	
6	介護保険施設	藤 川 真	
7	社会福祉協議会	藤 井 幸 穂	
8	シニアクラブ連合会	池 野 博 文	
9	被保険者代表	栗 栖 吉三郎	
10	被保険者代表	川 野 縁	
11	被保険者代表	宮 本 美智子	
12	被保険者代表	岡 田 一 枝	
13	被保険者代表	斉 藤 マユミ	
14	被保険者代表	河 本 穂津雄	

任 期 令和5年7月25日～令和8年3月31日

アンケート調査等の結果

(1) 調査の概要

各調査の実施目的並びに実施概要は下記の通りです。

《介護予防・日常生活圏域ニーズ調査》

調査目的	日常生活圏域ごとに、地域の抱える課題の特定(地域診断)に資すること		
調査対象者	安芸太田町内にお住まいの65歳以上の方で要介護1～5の認定を受けていない方		
調査数	2,375名		
調査方法	郵送による配布・回収		
調査票回収数	1,456件	回収率	61.3%

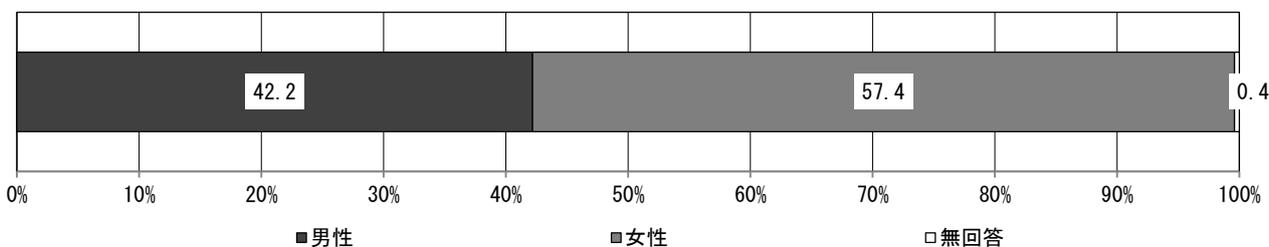
(2) 調査結果の概要

回答者の属性

※「回答者の属性」として掲載している数値は、アンケートによる回答ではなく、回答者情報との突合により集計しています

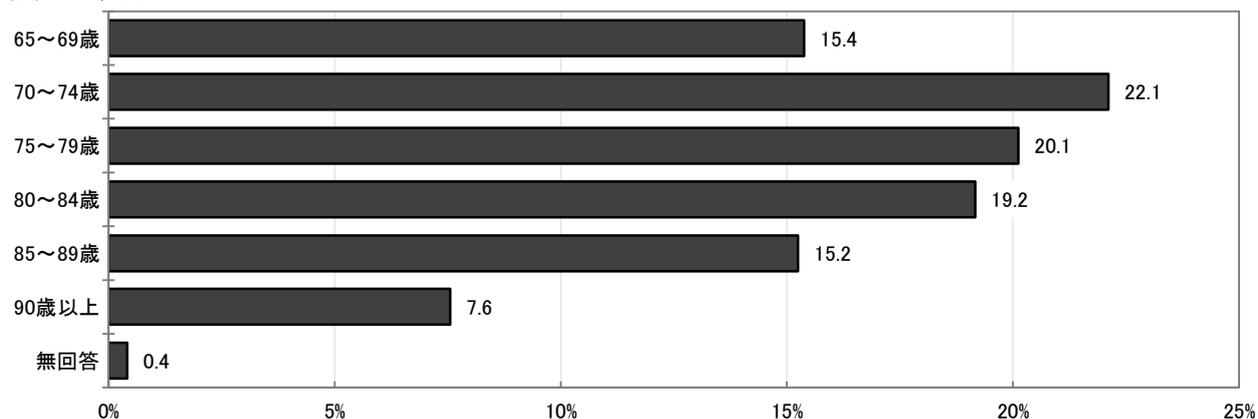
性別

(SA) n=1,456



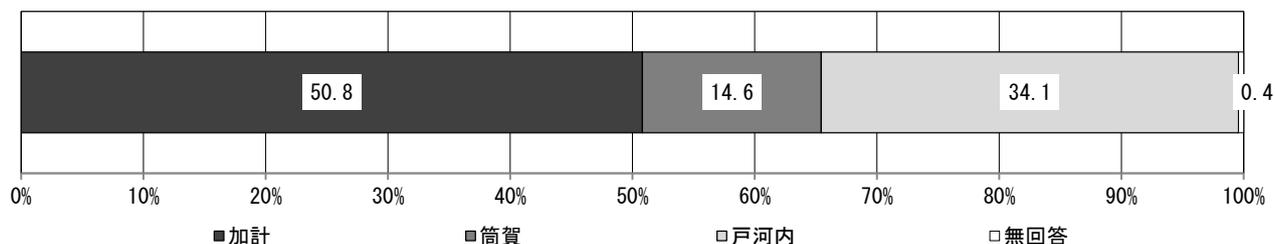
年齢

(SA) n=1,456



日常生活圏域

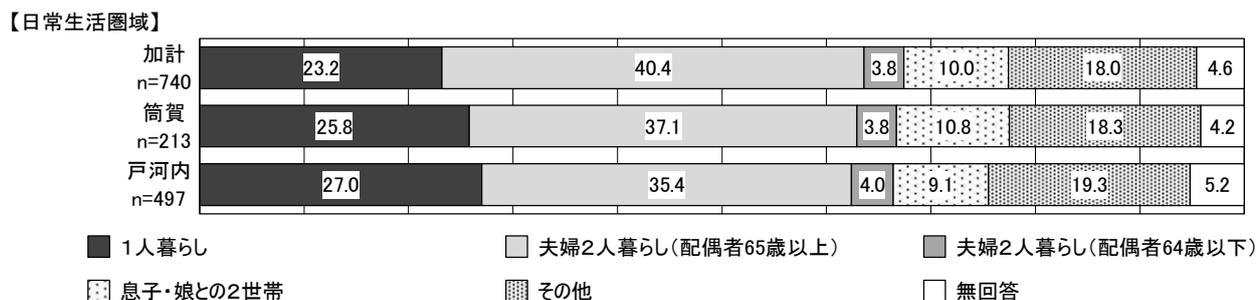
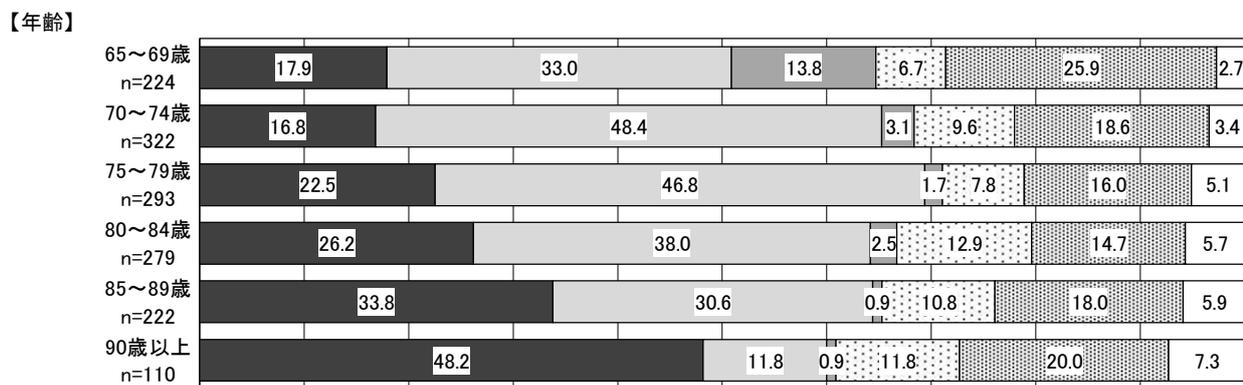
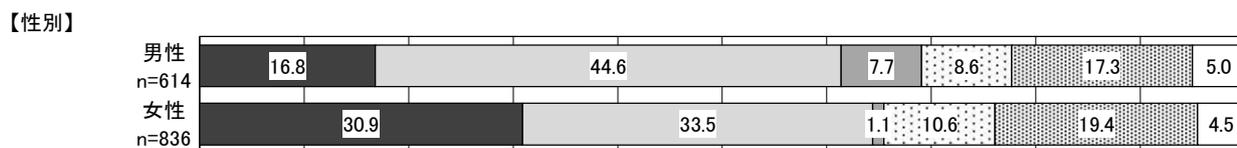
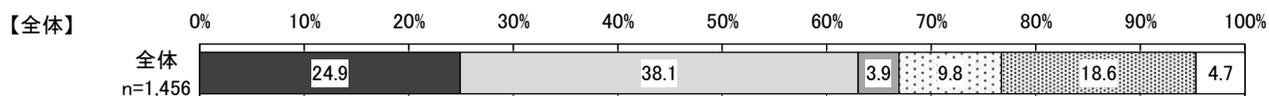
(SA) n=1,456



家族構成

「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が38.1%で最も多くなっています。次いで「1人暮らし」が24.9%が続いています。

女性は、「1人暮らし」が男性と比べ高くなっています。また、年齢が高いほど「1人暮らし」の割合が高い傾向となっています。



1人暮らし
 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)

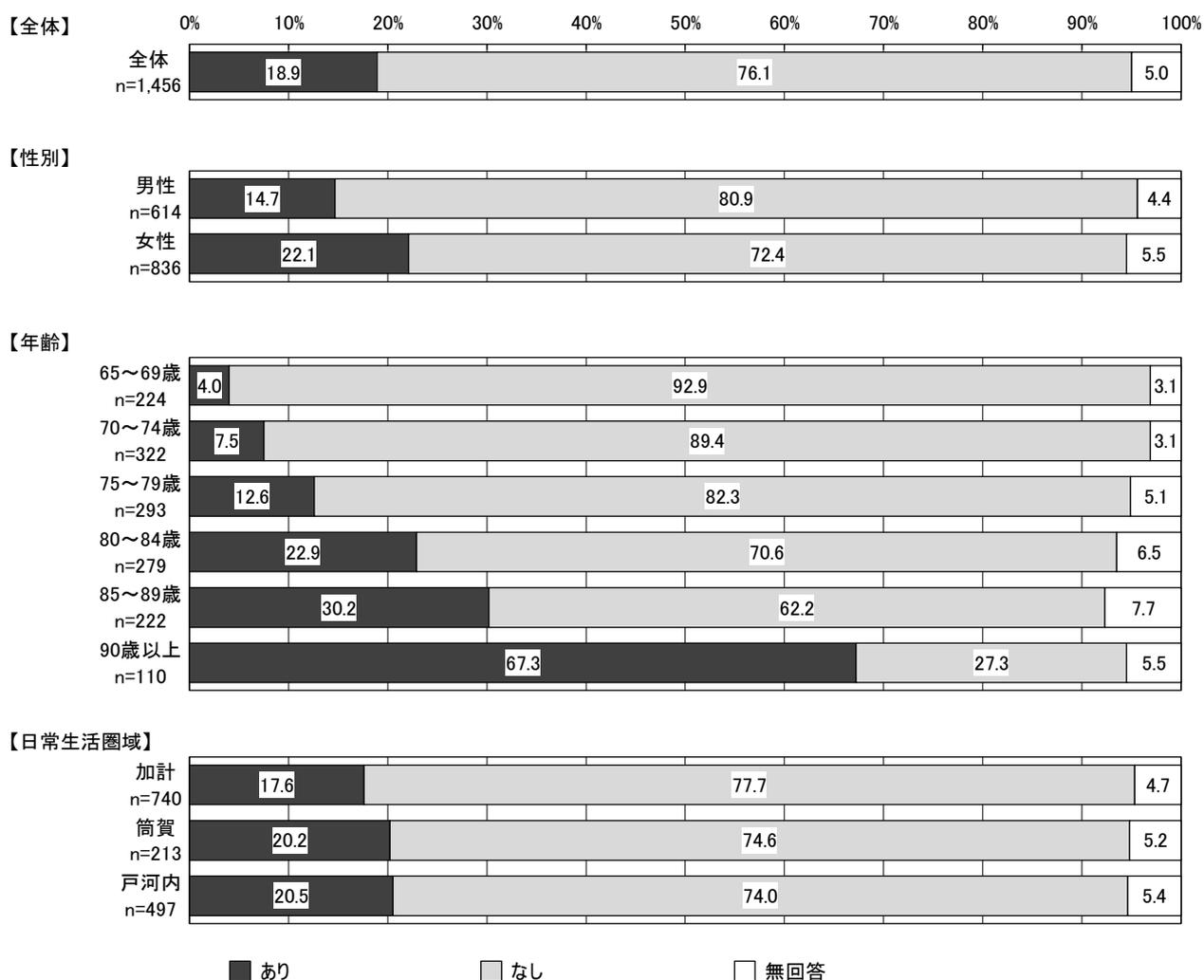
息子・娘との2世帯
 その他
 無回答

からだを動かすことについて

運動器の機能低下

普段の運動や転倒の状況などに関する設問への回答結果から判定を行ったところ、「運動器の機能低下」は18.9%にみられます。

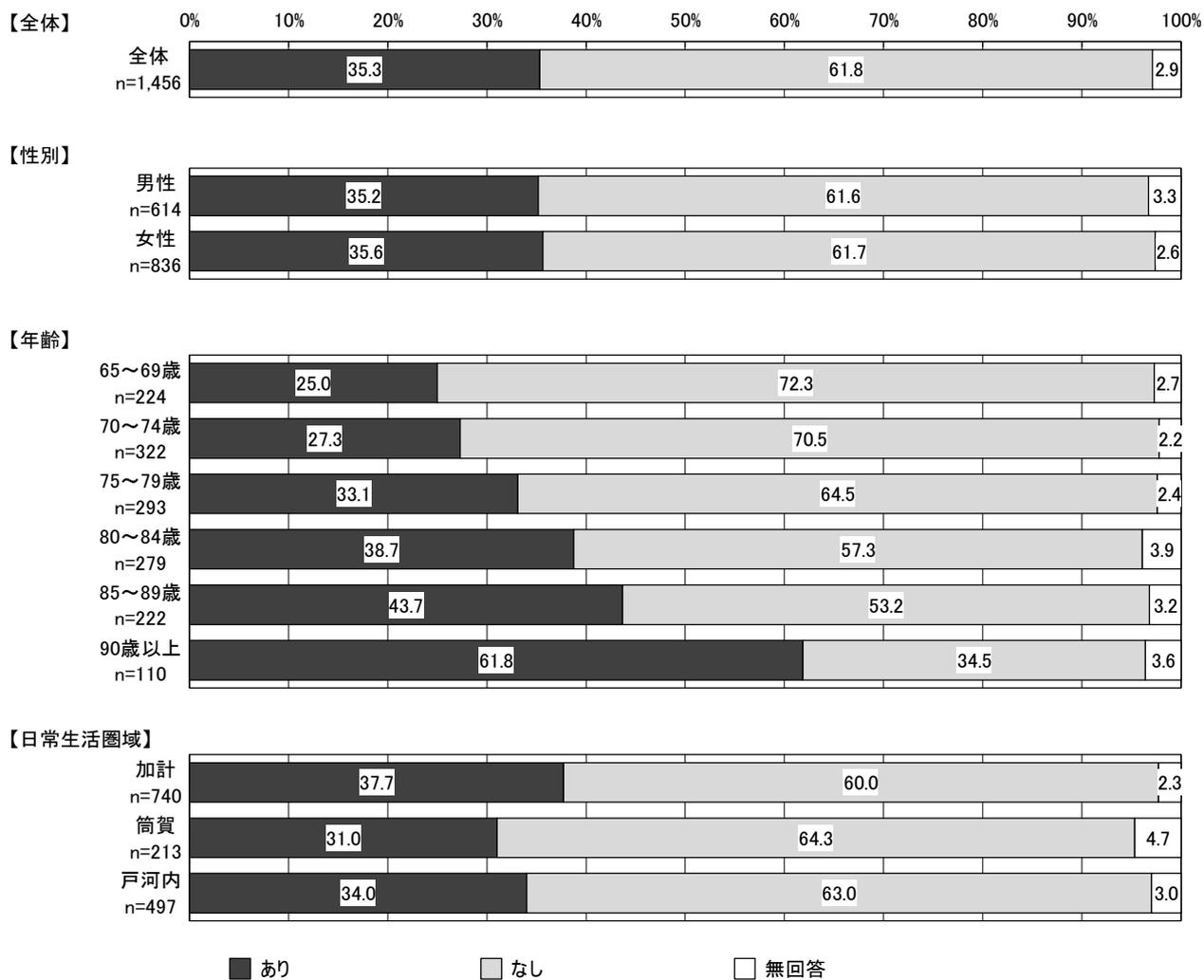
女性は、男性と比べて機能低下のみられる割合が高くなっています。年齢が高いほど割合が高く、1人暮らしでも割合が高い傾向となっています。



転倒リスク

最近の転倒の経験に関する設問への回答結果から判定を行ったところ、「転倒リスク」は35.3%にみられます。

男女差は見られません。年齢が高いほど割合が高くなっています。



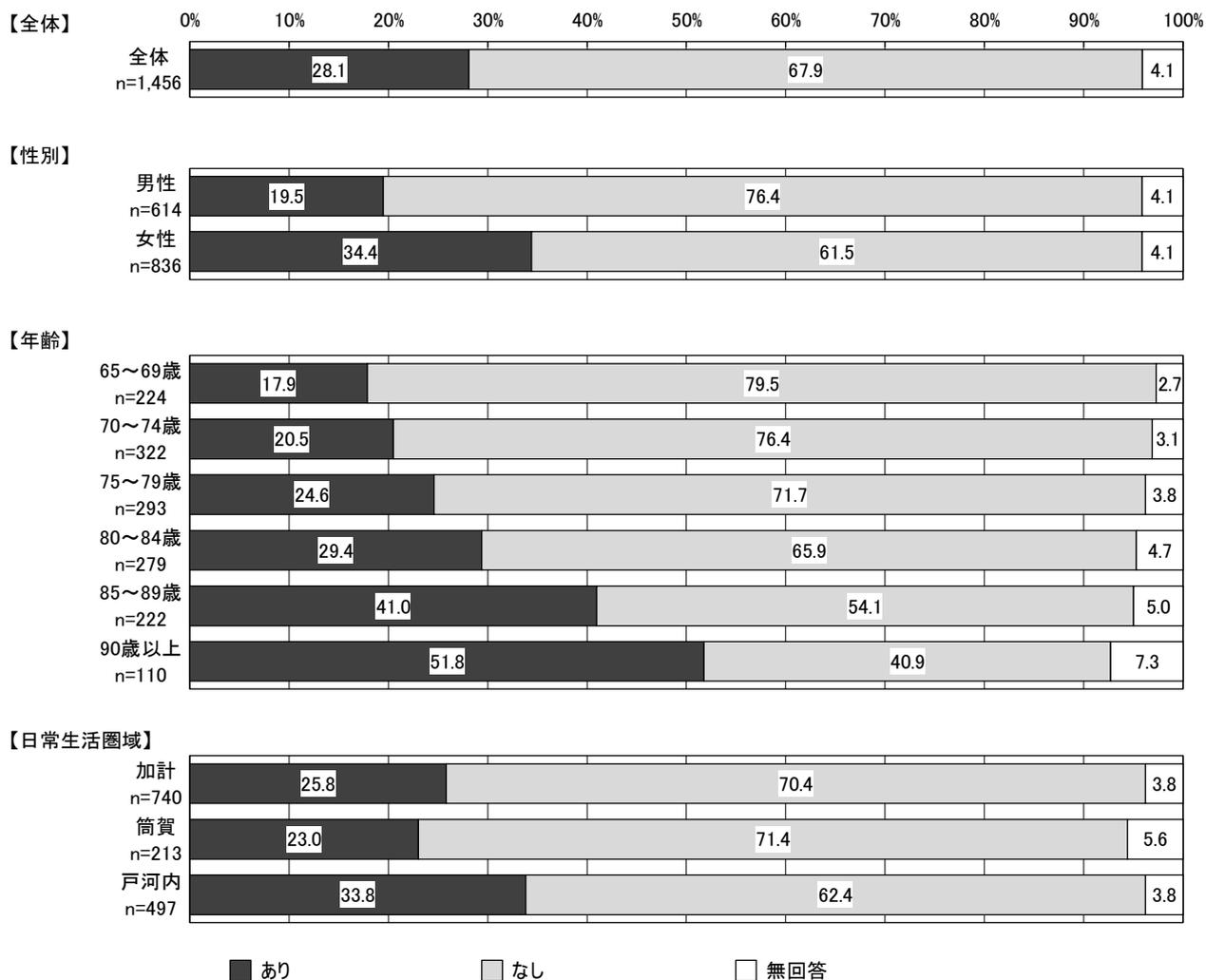
外出について

閉じこもり傾向

外出の頻度に関する設問への回答結果から判定を行ったところ、「閉じこもり傾向」は28.1%にみられます。

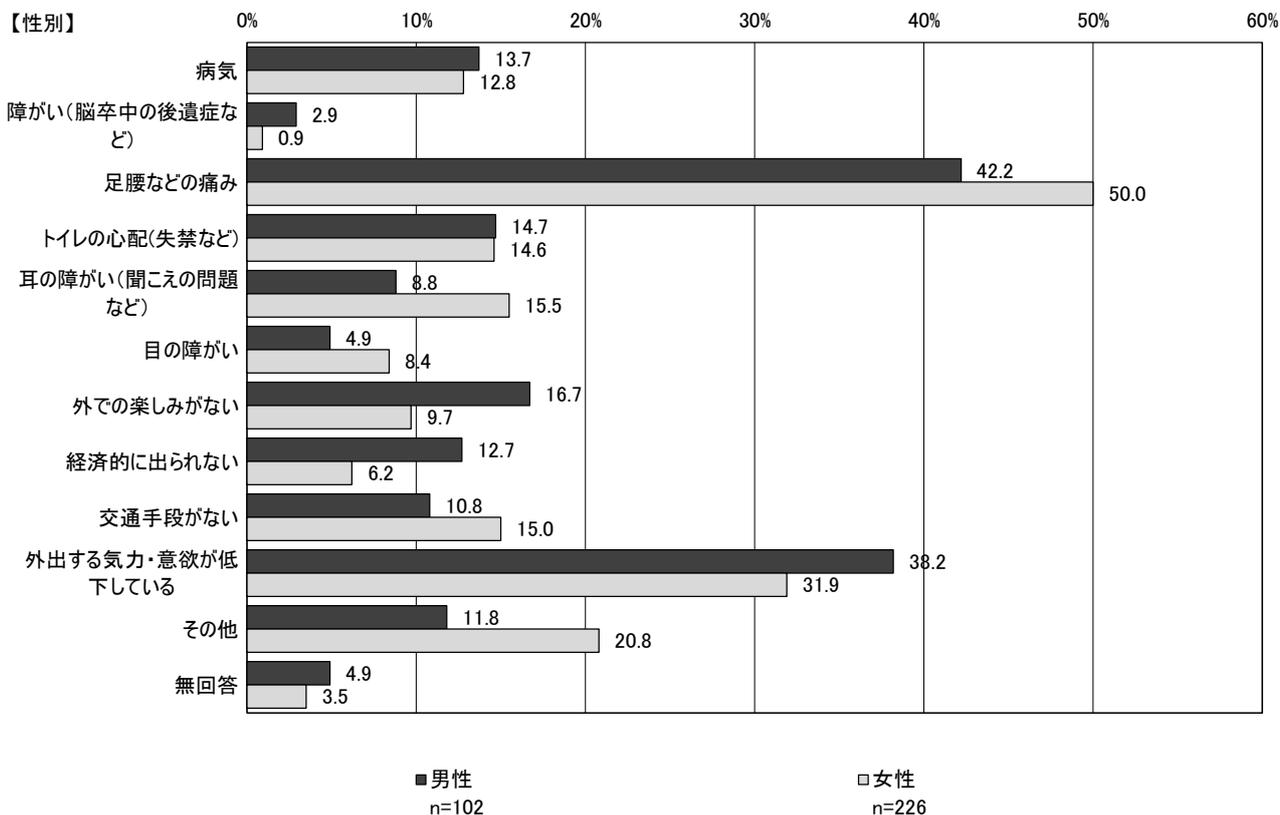
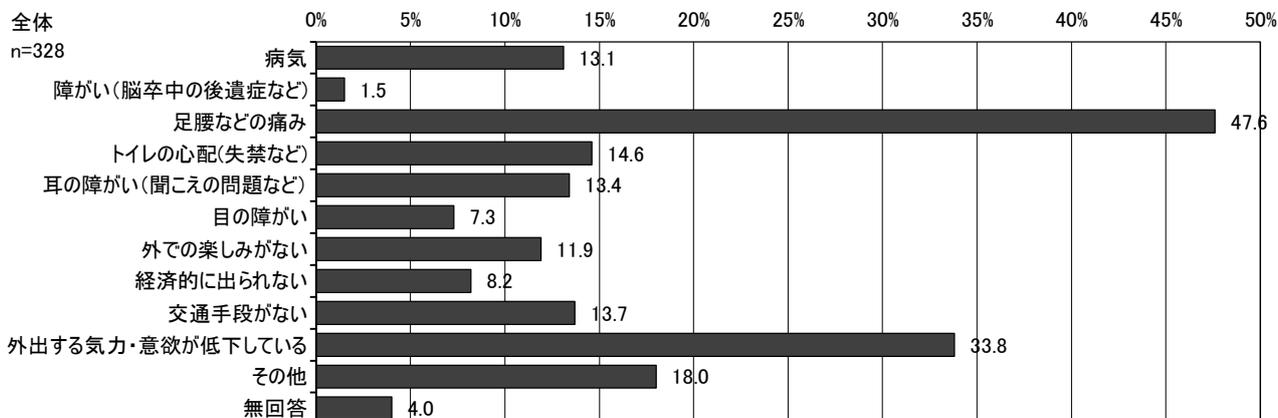
女性は、男性と比べて閉じこもり傾向にある割合が高くなっています。

戸河内圏域で、閉じこもり傾向にある割合が、若干高くなっています。



外出を控えている理由

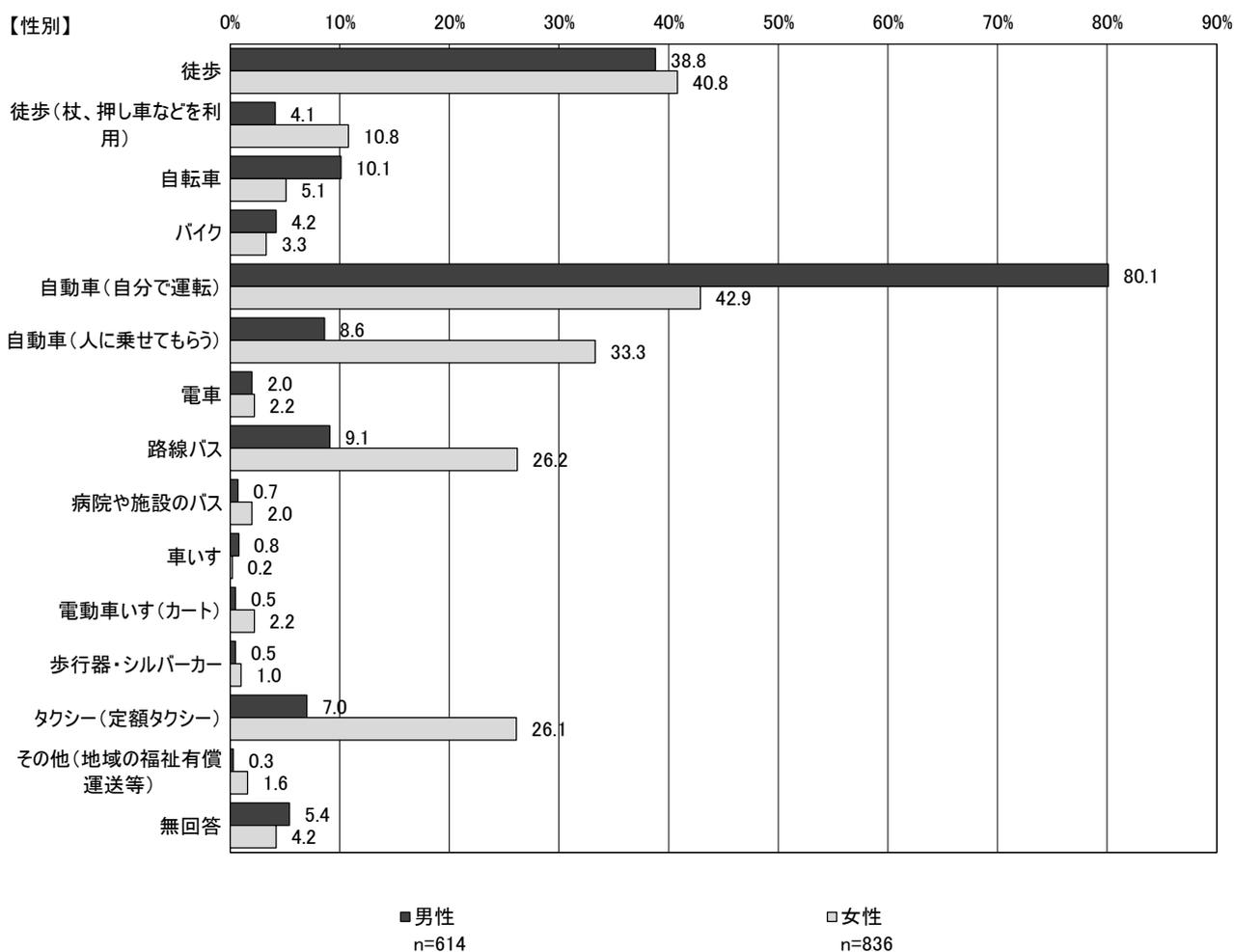
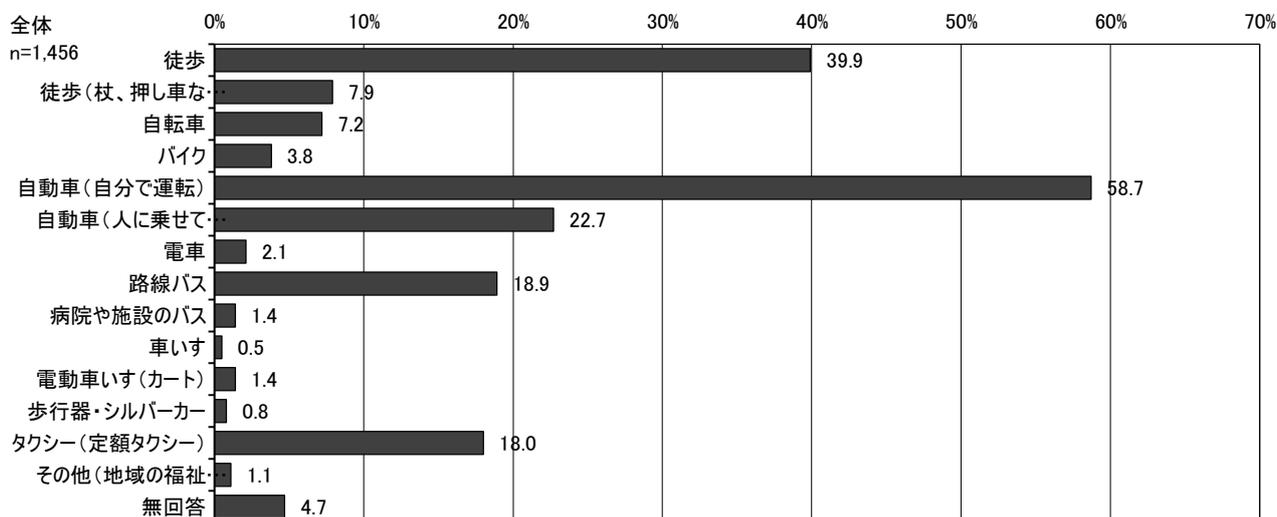
「足腰などの痛み」が47.6%で最も高くなっています。次いで「外出する気力・意欲が低下している」が33.8%、「その他」が18.0%が続いています。



外出する際の移動手段

「自動車(自分で運転)」が58.7%で最も高くなっています。次いで「徒歩」が39.9%、「自動車(人に乗せてもらう)」が22.7%で続いています。

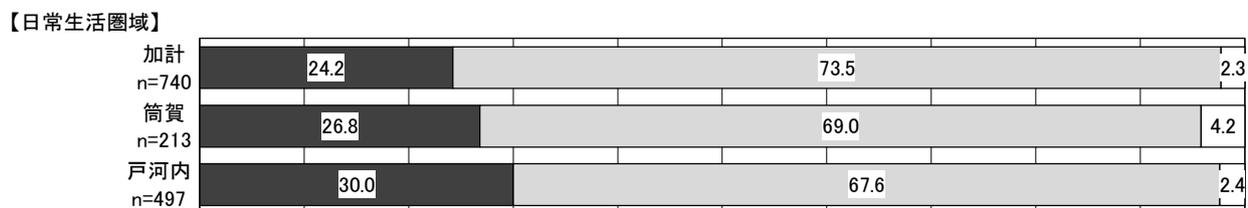
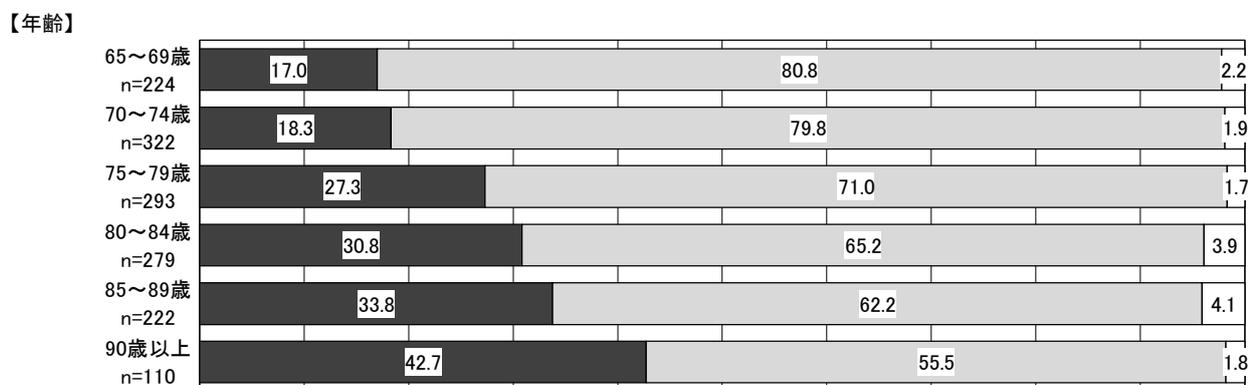
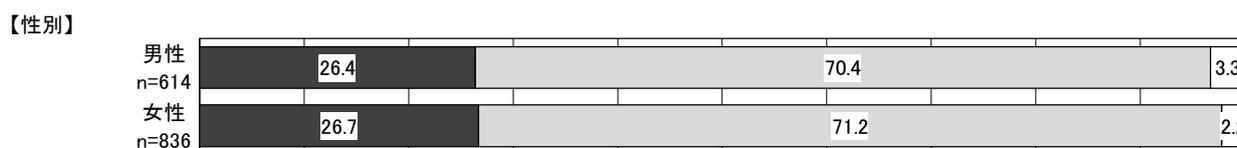
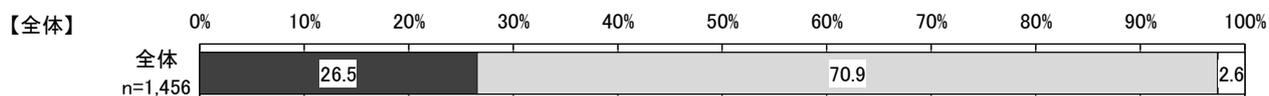
女性では「自動車(人に乗せてもらう)」や「路線バス」「タクシー」などに回答が分かれています。男性では「自動車(自分で運転)」に80.1%の回答があります。



食べることについて

咀嚼機能の低下

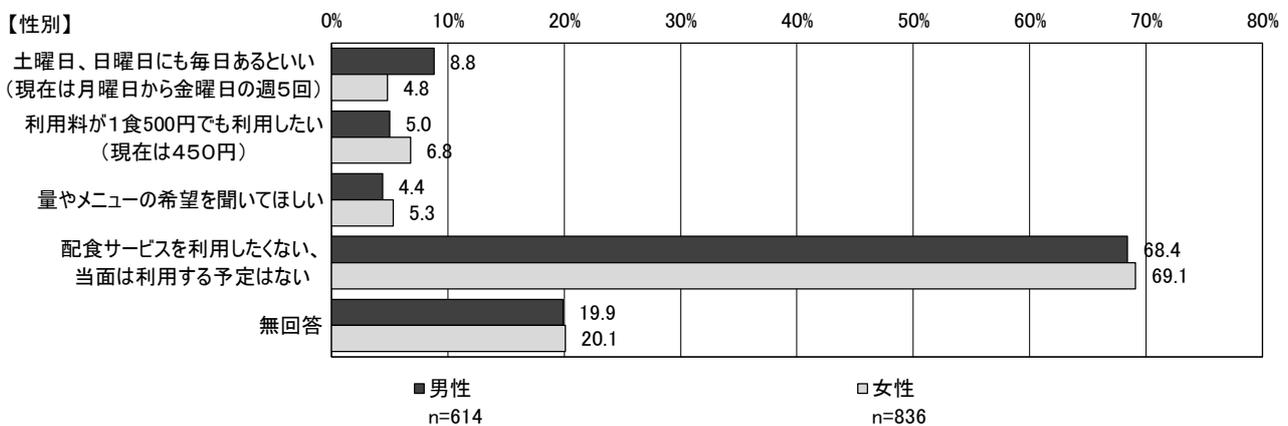
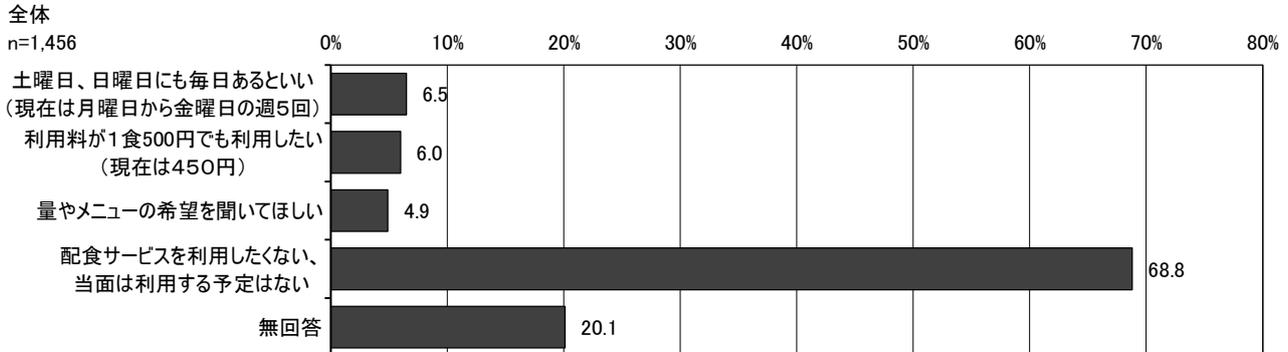
堅いものが食べにくくなったかどうかをたずねる設問設問への回答結果から判定を行ったところ、「咀嚼機能の低下」がある人が26.5%にみられます。



■ あり □ なし □ 無回答

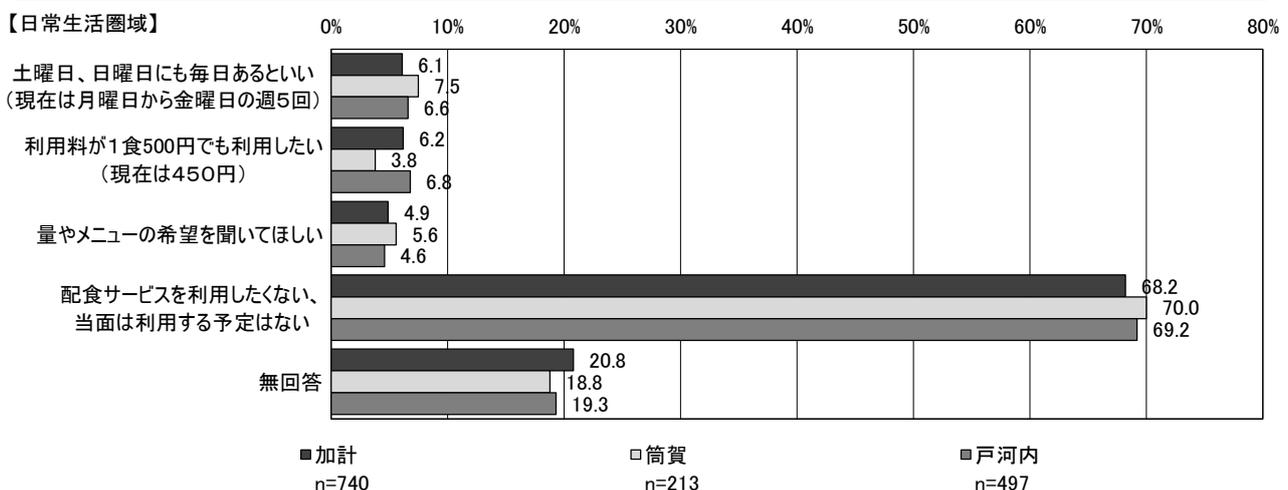
配食サービスについての考え

「配食サービスを利用したくない、当面は利用する予定はない」が68.8%で最も高くなっています。「土曜日、日曜日にも毎日あるといい(現在は月曜日から金曜日の週5回)」が6.5%、「利用料が1食500円でも利用したい(現在は450円)」が6.0%となっています。



【年齢】

	65~69歳 n=224	70~74歳 n=322	75~79歳 n=293	80~84歳 n=279	85~89歳 n=222	90歳以上 n=110
土曜日、日曜日にも毎日あるといい (現在は月曜日から金曜日の週5回)	11.2	6.8	5.8	3.6	4.5	9.1
利用料が1食500円でも利用したい (現在は450円)	5.4	3.7	7.5	6.8	6.3	8.2
量やメニューの希望を聞いてほしい	6.7	4.7	6.1	3.6	3.6	4.5
配食サービスを利用したくない、当面 は利用する予定はない	72.8	75.2	70.3	68.5	63.1	50.9
無回答	12.5	17.4	17.7	21.9	26.1	31.8

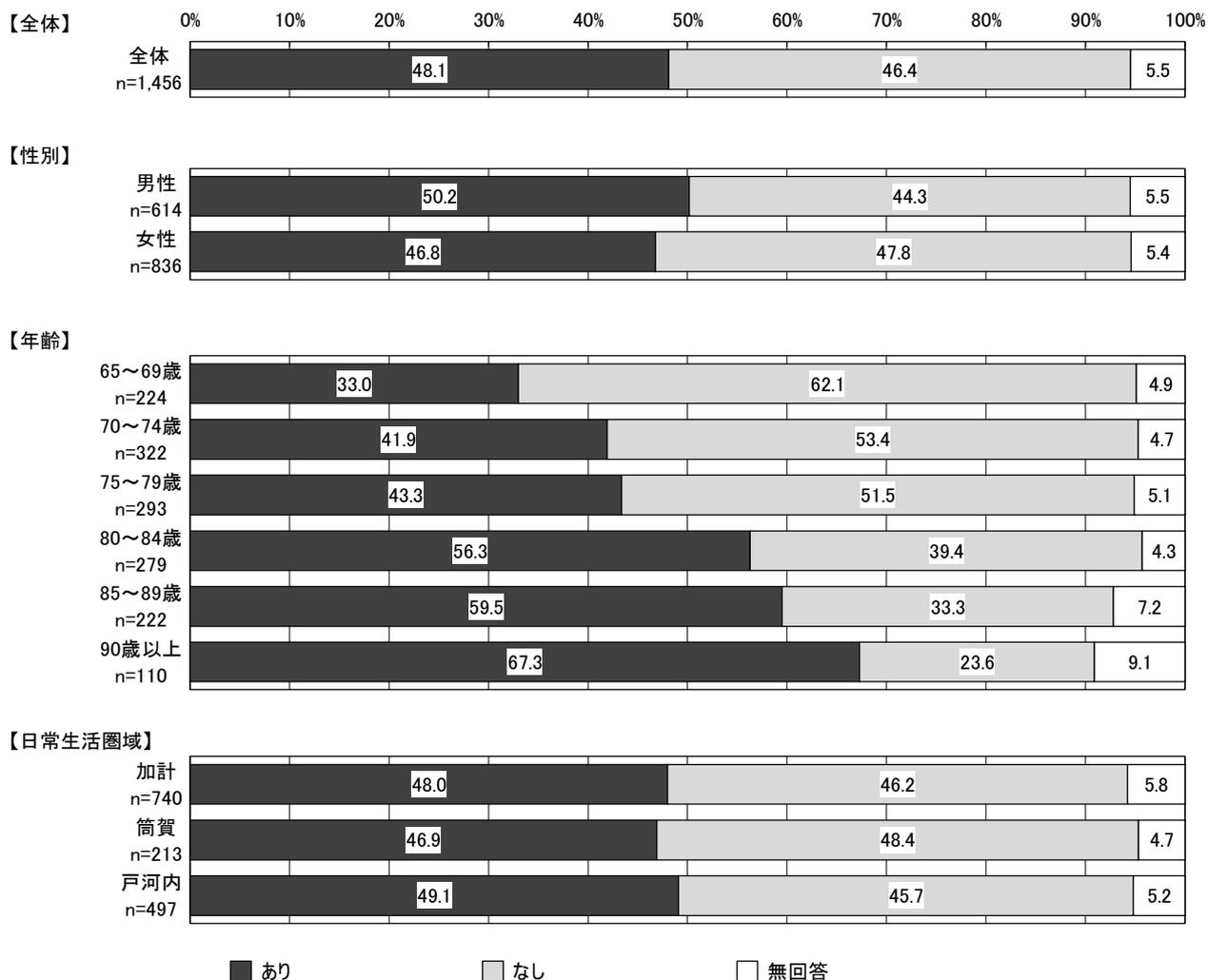


認知症について

認知機能の低下

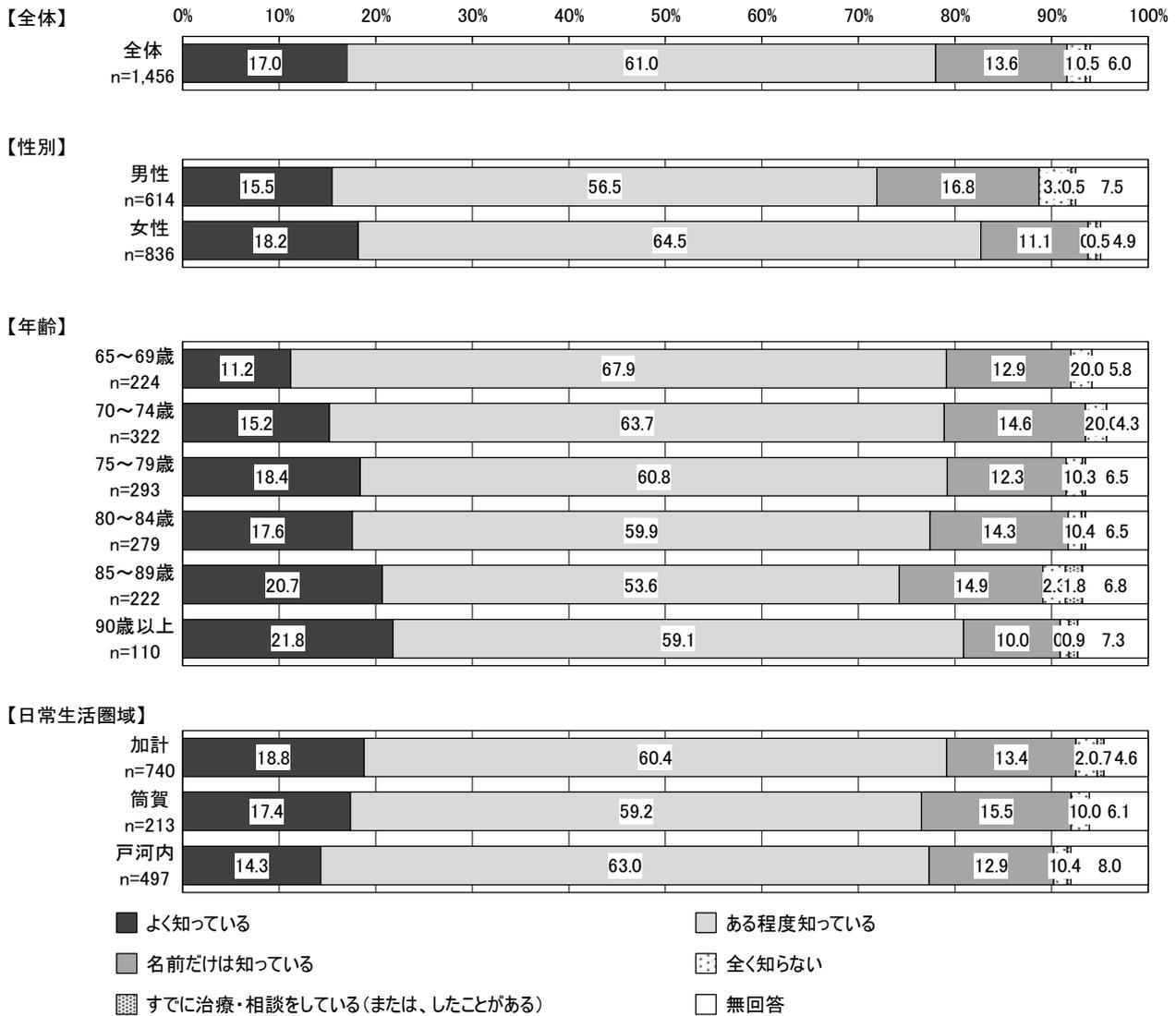
物忘れがあるかどうかをたずねる設問設問への回答結果から判定を行ったところ、「認知機能の低下」がある人が48.1%にみられます。

年齢が高いほど低下が見られますが、70歳代でも40%を超える人に認知機能の低下が見られます。



“認知症”について知っているか

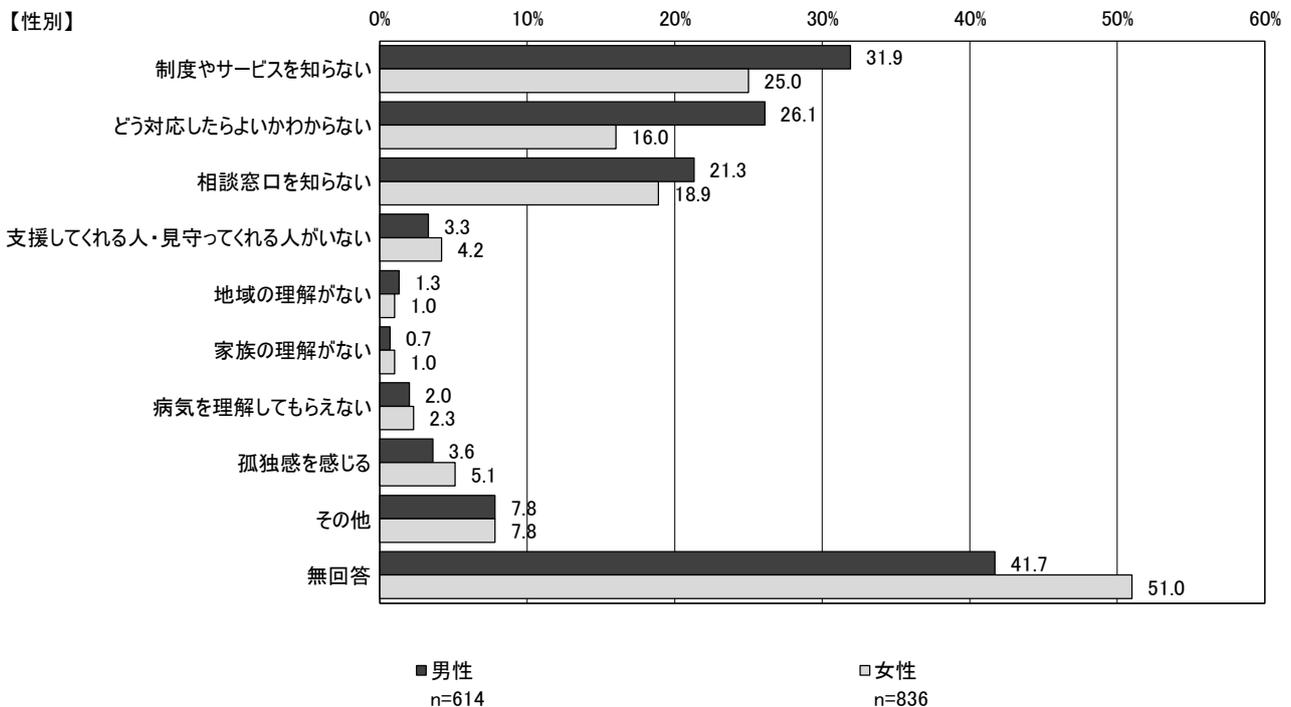
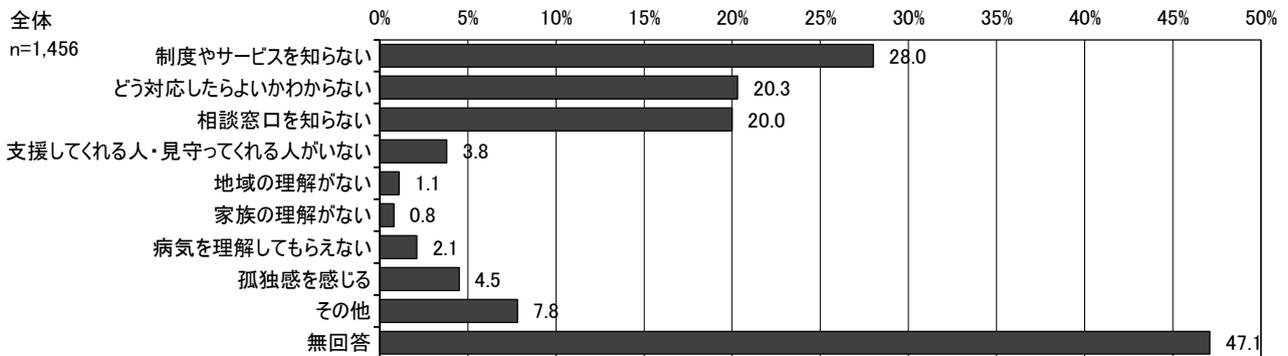
「ある程度知っている」が61.0%で最も高くなっています。「よく知っている」が17.0%、「名前だけは知っている」が13.6%となっています。



認知症について、困っていること

「制度やサービスを知らない」が28.0%で最も高くなっています。次いで「どう対応したらよいかわからない」が20.3%、「相談窓口を知らない」が20.0%が続いています。

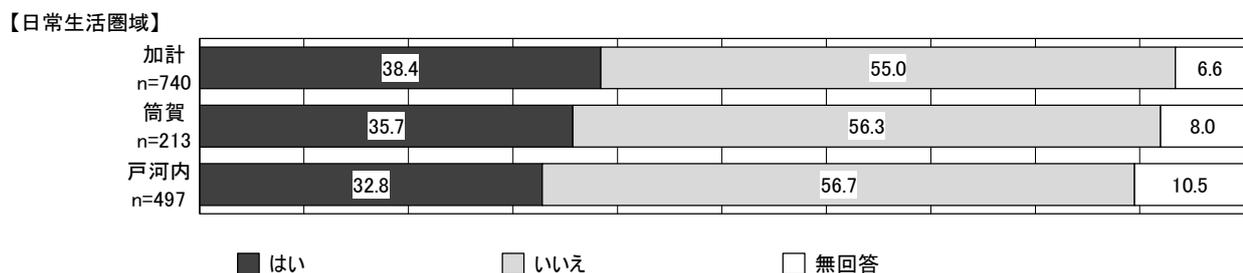
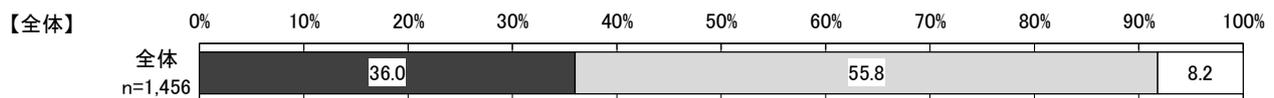
男性の方が知らないことが多い傾向が見られます。



認知症に関する相談窓口を知っているか

「いいえ」が55.8%を占めています。

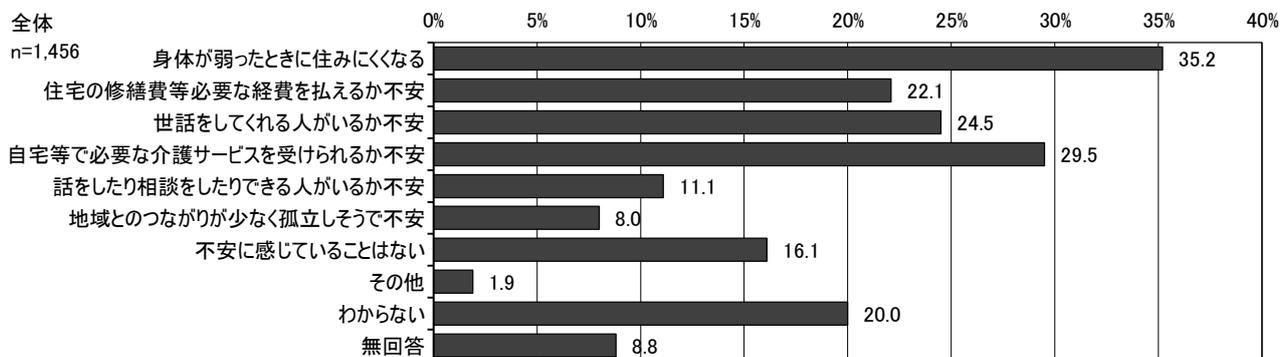
地域により窓口の認知度に差が見られます。



今後の暮らしについて

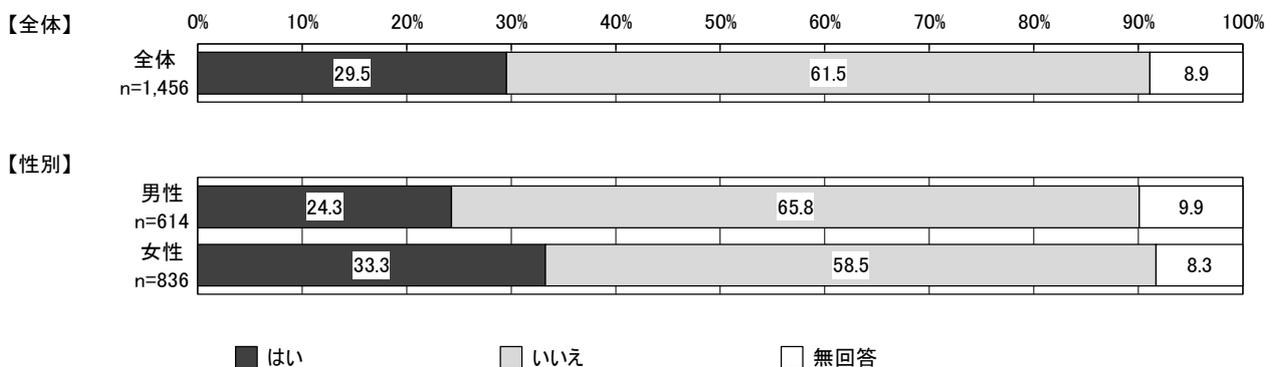
将来の住まいの不安

「身体が弱ったときに住みにくくなる」が35.2%で最も高くなっています。次いで「自宅等で必要な介護サービスを受けられるか不安」が29.5%、「世話をしてくれる人がいるか不安」が24.5%が続いています。



ご自身が亡くなった後のこを準備する、「終活」をしているか

「いいえ」が61.5%を占めています。



用語解説

あ行

用語	解説
ICT	Information and Communication Technologyの略。情報技術に通信コミュニケーションの重要性を加味した言葉で、インターネットのような通信技術を利用した産業やサービス。
アウトリーチ	積極的に対象者の居る場所に出向いて働きかけること。
空き家バンク	所有者が不要な空き家を売却または貸出し希望する場合に登録し、利用希望者が空き家を見つけやすくするための、町が運営する空き家情報提供システム。
アドバンス・ケア・プランニング (ACP)	人生の最終段階における医療・ケアの決定段階において、本人の意思を尊重し、家族、医療関係者、介護関係者などとともに、終末期の方針を決めておくための会議。本人の望む医療やケアについて、前もって繰り返し話し合い、共有しておくことで、本人の意に沿わない治療や介護、施設入所等をできる限り行わないよう努めていくもの。
インセンティブ交付金	高齢者の自立支援・重度化防止につながる取組を積極的に行った都道府県・市町村を評価し、その評価に基づいて自治体に交付金を支給する制度。
インフォーマルサービス	国や地方自治体が行うサービス(公的なサービスはフォーマルサービスという。)ではなく、家族や地域住民、ボランティア、事業者などによるサービスや活動のこと。
NPO	Non Profit Organization の略で民間非営利組織。本計画中においては、特定非営利活動促進法に認証を受けた NPO法人(特定非営利活動法人)を指す。
エビデンス	証拠・根拠の意味。医療や看護、心理学などの分野においては、実際にその薬や治療法を使った場合の臨床結果や検証結果のことを指す。
オレンジドクター	もの忘れ・認知症相談医のことをいい、認知症患者と家族の支援、認知症の医療とケアについて正しい知識の普及のほか、医療関係や介護関係機関との連携などに携わる医師のこと。

か行

用語	解説
介護医療院	長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、日常的な医学管理や看取り、日常生活上の世話などの介護を一体的に提供する施設。
介護老人福祉施設	「特別養護老人ホーム」のこと。原則、要介護3～5で在宅介護が困難な65歳以上の人が利用できる入所施設。
介護老人保健施設	病状が安定している要介護者を対象に、入所者の能力に応じた自立と自宅での生活復帰を目指し、本人の意思を尊重しながら、日常生活の世話や看護・医療・リハビリテーションなどのサービスを提供する施設。
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を組み合わせ提供サービス。
カンファレンス	ケースカンファレンス、処遇(サービス)検討会議ともいわれる。援助家庭において援助担当者が的確な援助を実施するため、検討・調整すること。スタッフ間の情報の共有化から介護・援助目標の統一といったチームアプローチを実現することを目指す。
基本チェックリスト	生活機能全般に関する質問、運動機能に関する質問、栄養状態に関する質問、口腔機能に関する質問などからなり、介護予防を必要とする状態かどうかのチェックを行う。
キャラバン・メイト	「認知症サポーター養成講座」を企画・開催し、講師を務めたり、認知症対策の地域活動リーダーなどができる人。自治体または企業・職域団体が実施するキャラバン・メイト養成研修を受講する必要がある。

用語	解説
協議体	地域に支え合いの輪を広げていくために、地域住民や多職種職員、地域包括支援センター職員等が定期的に集い、話し合う場。この話し合いの場をコーディネートする役割を生活支援コーディネーターが行う。
共生型サービス	介護サービス事業所が障害福祉サービスを、また障害福祉サービス事業所が介護サービスを提供することで、障がい者が65歳以上になっても同一事業所を継続利用できるしくみ。平成30年度開設。
居住系サービス	「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」及び介護保険に対応した有料老人ホーム、介護保険施設等を利用した短期入所サービスの総称。
居宅サービス	介護保険制度によって利用できる在宅での介護を中心としたサービスのことで、「要介護認定」で要支援・要介護と認められた人が利用することができる。
ケアプラン	要介護(要支援)認定者や家族の希望を取り入れ、サービス担当者会議で、専門家の協議により利用者のニーズと生活上の問題解決のために必要な具体的なサービスに関する介護支援計画のこと。
ケアマネジャー	要介護者等からの相談に応じて、その人の心身の状況に応じた適切な介護サービスを利用できるよう、保険者、サービス提供事業者などとの連絡調整を行う職種で、要介護者などが自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識、技術を有する人のこと。
ケアマネジメント	要介護(要支援)認定者等のサービス利用者のニーズを満たすため、保健・医療・福祉等の多様なサービスを適合させる系統だった連携・調整・統合の一連の活動のこと。
虐待防止ネットワーク	虐待防止ネットワークは、児童虐待や高齢者虐待、配偶者暴力(DV)などの虐待の防止と早期発見・早期対応、再発防止を目的として、関係機関が連携するためのネットワーク
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの専門職が、利用者の自宅を訪問し、心身の状況や置かれている環境を総合的に把握した上で、療養上の管理や指導を行う介護保険サービス。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。平均自立期間。
権利擁護	社会福祉の分野では、自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な高齢者や障がい者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うこと。
後期高齢者	高齢者のうち75歳以上の人。

さ行

用語	解説
サービス付き高齢者向け住宅	バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携して、高齢者を支援するサービスを提供する住宅をいう。一定の要件を満たすサービス付き高齢者向け住宅については、品質の確保と供給促進のため、登録制度や、整備費等に対する公的な支援などが用意されている。
在宅サービス	要支援・要介護認定を受けている人が、住み慣れた自宅での暮らしを中心に利用するサービス。自宅を訪問するサービス、利用者が通所するサービスなどがある。
施設サービス	介護保険サービスで利用できる入所施設。要介護の認定を受けた人が対象。「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」の3つに加え、平成30年度からは「介護医療院」が加わった。
就労的活動支援コーディネーター	高齢者の多様な社会参加を促進するため、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、役割がある形で高齢者の社会参加等の促進を行う職種。
小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心として、訪問介護やショートステイを組み合わせたサービスを一体的に運営している事業所のこと。
スキル	教養や訓練を通して獲得した能力、技能。

用語	解説
スクリーニング	「対象を選別する」という意味合いで用いられる用語。特定の疾患や生活支援の必要性を把握するため、決められた検査や調査などを実施すること。
生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)	生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘など地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行う人。
生活支援ハウス	60歳以上の方で、一人暮らしや夫婦のみの世帯で、家族による援助を受けることが困難な方、高齢等のため独立して生活することに不安のある方が、安心して健康で明るい生活を送れるように、介護支援機能、居住機能及び交流機能を総合的に提供する施設。
生活習慣病	糖尿病、脂質異常症、高血圧など食生活や喫煙、飲酒、運動などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられる疾患。
成年後見制度	認知症や知的障がい、精神障がいなどのために判断能力が十分でない人が、地域で安心して生活することができるよう支援する制度。介護保険サービスを利用する際の契約や不動産の売買契約、財産の管理などの法律行為を、家庭裁判所などにより選任された後見人等が本人の意思を尊重し、契約などの法律行為の同意や代行などを行う。
セーフティネットワーク	「安全網」と訳され、網の目のように救済策を張ることで、全体に対して安全や安心を提供するための仕組みのこと。

た行

用語	解説
団塊の世代	第1次ベビーブームである1947年から1949年に出生した世代を指し、広い定義としては、1946年から1954年までに生まれた世代などがある。
地域医療再生基金	県が策定する「地域医療再生計画」に基づき、医療機関の機能強化、医療従事者の確保、医師派遣機能の強化、医療機関の連携強化、施設・設備の整備など、様々な事業に対して財政支援を行う。
地域支援事業	被保険者が要介護(要支援)状態となることを予防するとともに、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるように支援するために行う事業。
地域包括ケアシステム	高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるよう、地域全体で高齢者を支えるため、保健・医療・福祉の関係者をはじめ、地域の各種団体や住民が連携し、「①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まい」の5つのサービスを一体化して提供していく地域づくりのこと。
地域包括支援センター	地域において、①介護予防ケアマネジメント事業、②総合相談支援事業、③地域包括ケア体制整備(包括的・継続的マネジメント事業)、④高齢者の虐待の防止・早期発見及び権利擁護事業の4つの基本的な機能を持つ総合的なマネジメントを担う中核機関。
地域密着型サービス	要介護(要支援)者の住みなれた地域での生活を支えるという観点から、要介護(要支援)者の日常生活圏域内におけるサービス提供拠点の確保を目的に、平成18年4月から創設されたサービス。
チームオレンジ	認知症サポーターがさらなるステップアップを図り、認知症の人のささいな困りごとに対する支援を進めなど、認知症の人の支援ニーズに認知症サポーター等をつなげる仕組みのこと。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームなどの特定施設に入居している要介護者に対して、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話などを提供するサービス。

な行

用語	解説
認知症	後天的な脳の器質的障がいにより、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいう。アルツハイマー型と脳血管性の大きく2つに分けられる。短期間に急激に脳の機能が低下する傾向にあり、老化による機能の低下とは異なる。
認知症カフェ	認知症に関する情報交換や相談、認知症の知識の普及などを目的に、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、交流を図ることができる場、又は会合。
認知症ケアパス	認知症がある、又は認知症の疑いのある人やその家族が、どこでこういったサービスを受けることができるのかの具体的なイメージを持つことができるよう、その生活機能障がいの進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容等をあらかじめ周知するため、状態に応じた適切なサービス提供の流れを作成したもの。
認知症サポーター	認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り応援する人。認知症サポーター養成講座などを受講した人がサポーターとなる。
認知症初期集中支援チーム	医師、保健師、主任介護支援専門員等の専門職で構成され、多職種が支援方法を検討し、初期の段階で集中的、継続的な支援を行う。
認知症地域支援推進員	認知症になっても住みなれた地域で生活を継続するため、医療機関、介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う人。
認知症バリアフリー	認知症の人の多くが、認知症になることで、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を減らしている実態を踏まえて、移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、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くための障壁を減らしていく取組のこと。

は行

用語	解説
バイタル	バイタルサインの略称。脈拍や心拍数・呼吸数・血圧・体温の4つを指すことが多く、これらの数値情報から、患者の病態現在状況を把握・表現する。
ハイリスクアプローチ	健診などでスクリーニングして疾病の発症リスクが高い人を特定し、リスクを下げるように働きかけること。
パブリックコメント	広く公に(パブリック)意見や感想、改善案など(コメント)を募集する手続き。公的な機関が規則などを定める前に、その影響が及ぶ対象者などの意見を事前に聴取し、その結果を反映させること。
ピアサポート	同じ悩みや課題を抱える人、克服した人などが、相互に助け合い、支え合う仕組み。
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。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のこと。
ヘルスマイスター	健康づくりや健康指導の専門的な知識を持っている専門家。
ヘルスマイト	食生活改善推進員。町が実施する食生活改善推進員養成研修を受講し、食を通じた健康づくり活動をすすめるボランティア。
ポピュレーションアプローチ	個々の疾病の発症リスクにかかわらず、広くリスクの要因を軽減させることで、集団全体に好影響をもたらすことを目的としたもの。

ま行

用語	解説
見える化システム	地域包括ケア見える化システム。厚生労働省が提供する都道府県・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。
メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態。腹囲が男性85cm・女性90cm以上で、かつ血圧・血糖・脂質の3つのうち2つ以上が基準値から外れると、「メタボリックシンドローム」と診断される。

や行

用語	解説
ユニバーサルリビング	高齢者や障害者など、利用者一人ひとりの個性やニーズに合わせた、安全で快適な生活環境を提供することを目的とした入居施設。

ら行

用語	解説
リハビリテーション	能力低下の場合に機能的能力が可能な限り最高の水準に達するように個人を訓練あるいは再訓練するため、医学的・社会的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること。
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)	運動器症候群。運動器(骨・筋肉・関節・靭帯・腱・神経など)の障害のために移動機能の低下をきたした状態。
ロボテクス	ロボットを研究・開発し、人間の役に立つロボットを実現すること。



安芸太田町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画
(安芸太田町地域包括ケア計画)

発行日：令和6年3月

発行：安芸太田町

〒731-3622 広島県山県郡安芸太田町大字下殿河内236番地
TEL：0826-25-0250 FAX：0826-22-0686