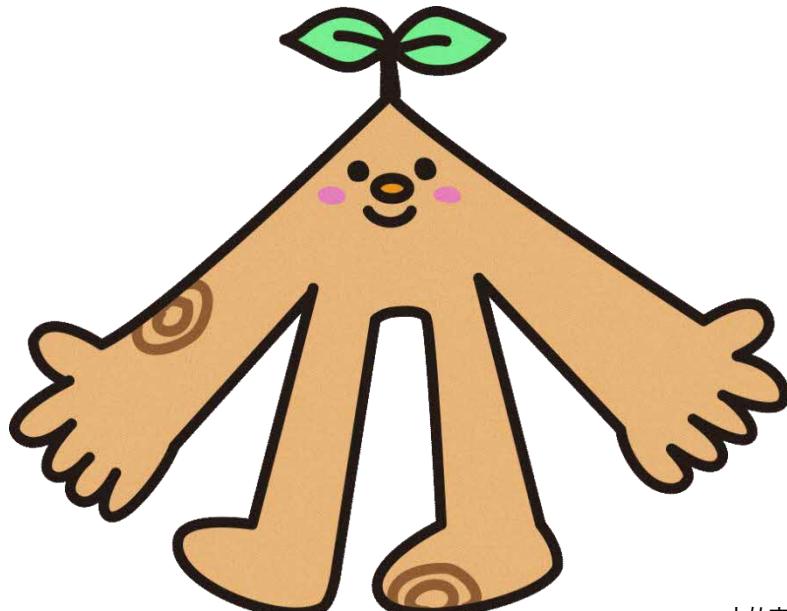


大竹市高齢者福祉計画

大竹市第9期介護保険事業計画

令和6(2024)年度～令和8(2026)年度



大竹市介護保険キャラクター
「ながい木くん」

令和6(2024)年3月

大竹市

はじめに

「支え合いのこころを育み、高齢者が住み慣れた地域で、
自分らしく健やかに安心して暮らせるまちづくり」



わが国では、この介護保険制度の第9期事業計画の期間中には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる令和7（2025）年を迎えることになります。その後、高齢者人口がピークを迎えると、85歳人口が急増し、要介護高齢者が増加する一方で、生産年齢人口が急減していくと推計されています。

このような超高齢社会を迎えることは、本市も例外ではなく、高齢者1人ひとりが安心して暮らせる環境を整えるためには、高齢者1人ひとりのニーズにあったサービスを提供できる体制を構築することが求められています。

高齢者に寄り添い、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを着実に推進し、医療と介護の連携をさらに充実させることで、高齢者が生きがいを持ち、これからも楽しい人生を歩んでいかれることを願っています。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、人と人とが交流することや、心と心を通わせることが難しい時期が続いてきました。こうしたなかでも、本市では地域の皆さまの自発的な取組により、「いきいき百歳体操」をはじめとする活動があちこちで活発に行われてきました。そのおかげもあり本市には、元気で、生きがいにあふれた高齢者が数多くいらっしゃいます。皆さまの支え合う気持ちや継続的な取組に心から感謝を申し上げるとともに、大変誇らしく思います。

引き続き、高齢者福祉施策の推進と安定的な介護保険事業の運営のため、ご協力を賜りますようお願い申し上げるとともに、本計画の策定にあたり、ご尽力いただきました大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会委員の皆さまをはじめ、アンケートにご協力いただいた市民の皆さま、関係機関・団体の皆さまに厚くお礼申し上げます。

市民の皆さまが、いつまでも笑顔で健やかに暮らせるよう、穏やかで優しい社会が実現でありますようお祈りいたします。

令和6（2024）年3月

大竹市長 入山 欣郎

＜目次＞ 大竹市高齢者福祉計画・大竹市第9期介護保険事業計画

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画の期間	2
4 計画の策定方法	3
(1) 策定体制	3
(2) アンケートの実施	4
(3) パブリックコメントの実施	4
5 第9期計画に関する基本指針のポイント	5
(1) 介護サービス基盤の計画的な整備	5
(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組	5
(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性の向上	6
第2章 大竹市の高齢者を取り巻く現状	7
1 高齢者の状況	7
(1) 人口と高齢化率の推移	7
(2) 高齢者のいる世帯の推移	8
(3) 要介護等認定者数と認定率の推移	9
(4) 認知症高齢者数の推移	10
(5) 介護保険サービス利用者数の推移	11
(6) 介護給付費の推移	12
2 第8期計画における事業評価	14
(1) いきいきとした暮らしの実現に関する評価	14
(2) 支え合いの地域づくりに関する評価	16
(3) 地域包括ケアシステムの推進に関する評価	18
(4) 認知症「共生」・「予防」の推進に関する評価	20
(5) 持続可能な制度の構築に関する評価	22
3 アンケート結果	23
(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	23
(2) 在宅介護実態調査	29
第3章 計画の基本理念	34
1 基本理念	34
2 計画の体系	35
3 日常生活圏域の設定	36
(1) 日常生活圏域の設定	36
(2) 小圏域の設定	36

第4章 施策の展開	37
1 いきいきとした暮らしの実現	37
(1) 介護予防・健康づくりの推進	37
(2) 自立支援・重度化防止の推進	41
(3) 高齢者の社会参加・生きがいのある生活の推進	42
2 支え合いの地域づくり～地域共生社会に向けて～	45
(1) 地域共生社会の推進	45
(2) 在宅生活支援の推進	46
(3) 災害や感染症対策への体制整備の推進	48
3 地域包括ケアシステムの推進	49
(1) 地域包括支援センターの機能強化	49
(2) 医療・介護連携の強化	50
(3) 高齢者にやさしい地域づくり	52
4 認知症「共生」「予防」の推進	57
(1) 認知症の人を支える地域の推進	57
(2) 認知症の人やその家族への支援	58
(3) 早期発見・早期対応の体制強化	59
(4) 認知症見守りネットワークの充実	60
5 持続可能な制度の構築	61
(1) 介護人材の確保・育成と業務効率化の推進	61
(2) 介護給付の適正化	63
(3) 保険者機能の強化	64
第5章 介護保険事業の推進	66
1 介護保険料の算定手順	66
2 要介護等認定者数の推計	67
3 サービス見込量の確保について	67
(1) 介護保険施設等の整備	67
4 介護サービス見込量の推計	68
(1) 利用者数の推計	68
(2) 居宅サービス・介護予防居宅サービス	69
(3) 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス	71
(4) 施設サービス	71
5 介護保険料の算出	72
(1) 介護給付費の推計	72
(2) 介護予防給付費の推計	73
(3) 紙付費の合計	74
(4) 地域支援事業費の見込み	74
(5) 第1号被保険者保険料の算出	75

第6章 計画の推進	77
1 計画の推進体制	77
(1) 大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会	77
2 計画の評価	78
(1) 計画のPDCAの実施	78
(2) 計画評価の推進	78

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨

平成 12（2000）年に介護が必要な高齢者を社会全体で支える仕組みとして介護保険制度が創設されました。創設から 24 年が経過し、地域において可能な限り安心して生活できる制度としてその歩みを進めてきました。

日本の総人口が減少に転じる中、高齢者数は増加しています。いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる令和 7（2025）年、さらに団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22（2040）年を見据え、制度の持続性を維持しながら高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みである「地域包括ケアシステム」のさらなる推進が重要となっています。

令和 2（2020）年 6 月に、「地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が成立しました。同法は、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村における包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や、介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材の確保及び業務の効率化の取組の強化などにより、地域共生社会の実現を図ることを目的としています。

令和 3（2021）年 4 月の社会福祉法改正により位置づけられた、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されることも踏まえ、高齢者だけでなく、経済的困窮者、単身・独居者、障害者、ひとり親家庭やこれらが複合したケースなどに対応するため、生活困窮分野、障害分野や児童福祉分野など他分野との連携を進めていくことが求められています。

本市においても地域の高齢者がいきいきとした生活を送り、いつまでも元気で活躍できるよう、また、介護が必要な高齢者にあっては、適切な介護サービスの利用により安心して暮らしつづけられるよう、地域の高齢者を支える社会の実現を目指した取組を推進しています。

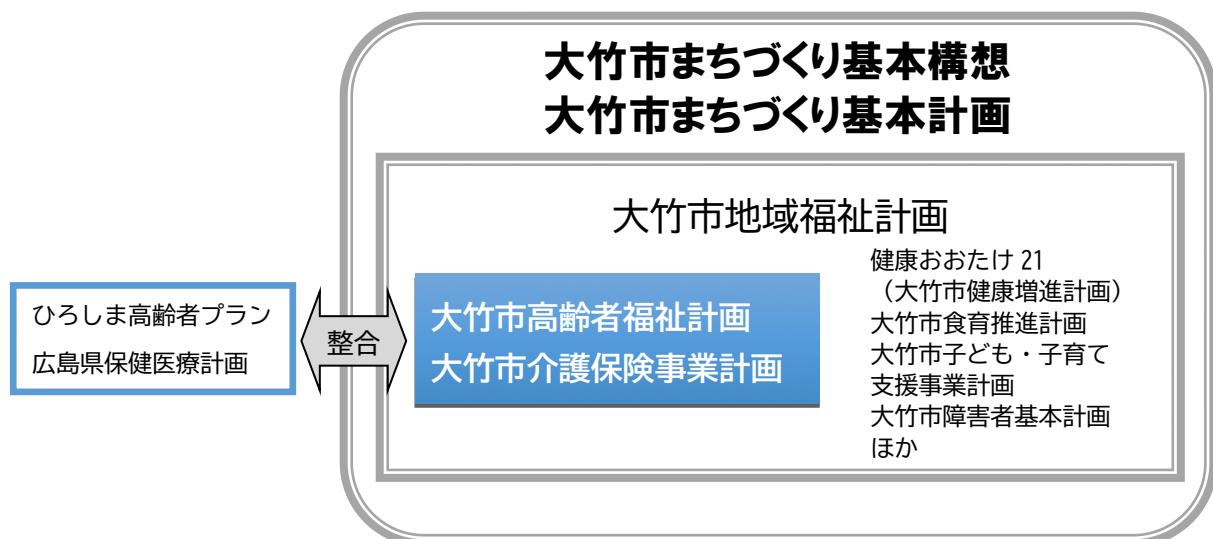
今回、地域共生社会の実現や介護保険制度の継続可能な仕組みづくりなどを重点に置き、本市が目指す高齢者福祉・介護保険の基本的な方針を定め、具体的な施策を明らかにするため、「大竹市高齢者福祉計画・大竹市第 9 期介護保険事業計画（令和 6（2024）年度～令和 8（2026）年度）」（以下「第 9 期計画」という。）を策定することとします。



2 計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく老人（高齢者）福祉計画及び介護保険法第117条第1項の規定に基づく介護保険事業計画を一体のものとし、第8期計画に引き続き「地域包括ケア計画」として位置付けます。

さらに、第8期計画の重点課題を継承しつつ、「大竹市まちづくり基本計画」、「ひろしま高齢者プラン」、「広島県保健医療計画」のほか、本市の保健福祉に関連する計画との整合性を図った計画とします。



3 計画の期間

計画の期間は、令和6（2024）年度～令和8（2026）年度の3年間とします。

団塊ジュニア世代が65歳になる令和22（2040）年を見据え、大竹市のあるべき姿を検討し、計画を策定します。



4 計画の策定方法

(1) 策定体制

第9期計画の策定にあたり、大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会を開催し、計画案を審議し市長に答申しました。

■委員会開催日程

10月24日	第1回大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会 ・アンケート調査の結果報告 ・第9期事業計画骨子（案）について
12月25日	第2回大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会 ・第9期事業計画（案）について
3月11日	第3回大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会 ・第9期事業計画と介護保険料の確認について

■ 質問

大健地第183号
令和5年9月21日

大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会

会長 坪井和彦様

大竹市長 入山欣郎
(健康福祉部地域介護課)

高齢者福祉及び介護保険に関する事項について（質問）

このことについて、大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会を開催し、下記の事項について、調査審議していただきますようお願いいたします。

記

・大竹市高齢者福祉計画及び大竹市介護保険事業計画の策定について

■ 答申

令和6年3月12日

大竹市長 入山欣郎様

大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会
会長 坪井和彦

大竹市高齢者福祉計画・大竹市第9期介護保険事業計画について（答申）

令和5年9月21日付け大健地第183号で質問のあったこのことについて、当委員会で審議した結果、別紙「大竹市高齢者福祉計画・大竹市第9期介護保険事業計画（案）」を適当と認める。

(2) アンケートの実施

① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

目的	日常生活圏域における高齢者等の実態や課題を把握する。		
調査対象者	要介護認定を受けていない高齢者（一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者）		
対象者数	3,000人 無作為抽出		
調査手法	郵送による配布・回収		
調査期間	令和4（2022）年12月5日～令和4（2022）年12月23日		
回収結果	調査数 3,000人	有効回答数 2,438人	有効回答率 81.3%

② 在宅介護実態調査

目的	在宅での介護の状況や家族等介護者の就労継続の状況を把握する。		
調査対象者	期間内に要支援・要介護認定の更新・区分変更申請に伴う認定調査を行った居宅にお住まいの方（施設・居住系、入院を除く）		
調査手法	認定調査員による聞き取り調査		
調査期間	令和4（2022）年4月～令和5（2023）年3月		
回収結果	有効回答数 270人		

(3) パブリックコメントの実施

第9期計画に対し、市民からの幅広い意見を反映するため、パブリックコメント（意見募集）を実施しました。

- ① 意見募集期間：令和6（2024）年2月15日～令和6（2024）年2月29日
- ② 意見募集結果：実施した結果、意見はありませんでした。

5 第9期計画に関する基本指針のポイント

この度の介護保険制度改革を踏まえ、介護保険事業計画策定のための基本的事項について、国が定める基本指針のポイントは、次のようになっています。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所の在り方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

② 在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・隨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
- ・居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅診療支援の充実

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

① 地域共生社会の実現

- ・地域包括ケアシステムは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あり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を越えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援などを担うことを期待
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

② デジタル技術を活用し、介護事業者間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

- ③ 保険者機能の強化
 - ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性の向上

- ・介護人材を確保するため、待遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・都道府県主導の下で生産性の向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進
　介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

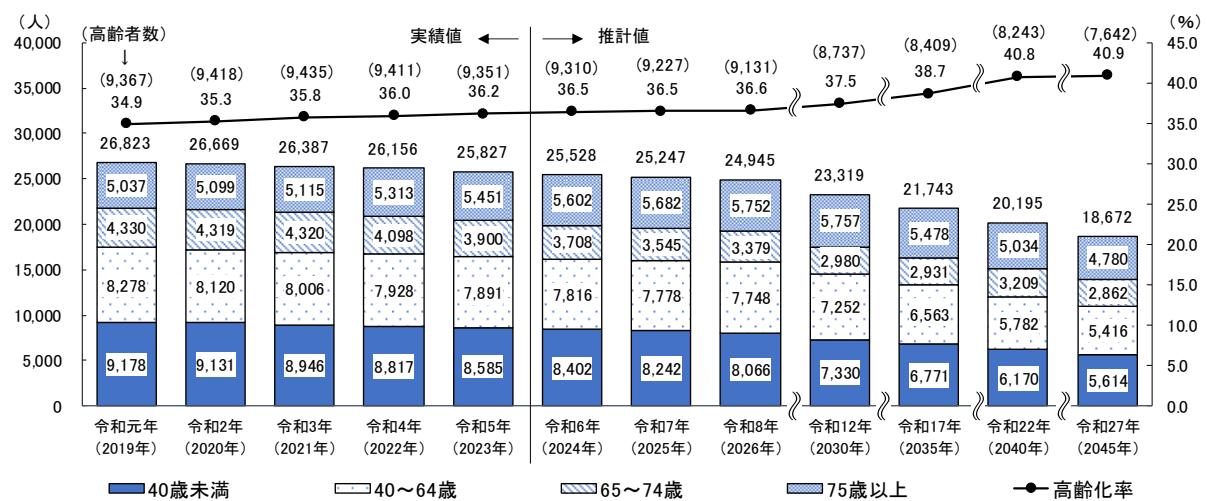
第2章 大竹市の高齢者を取り巻く現状

1 高齢者の状況

(1) 人口と高齢化率の推移

総人口は減少傾向にあり、令和12（2030）年には約2万3千人、令和22（2040）年には約2万人になると見込まれます。人口が減少していく中で高齢化率は上昇し、令和22（2040）年には約4割が高齢者になると推計されています。

■人口の推移

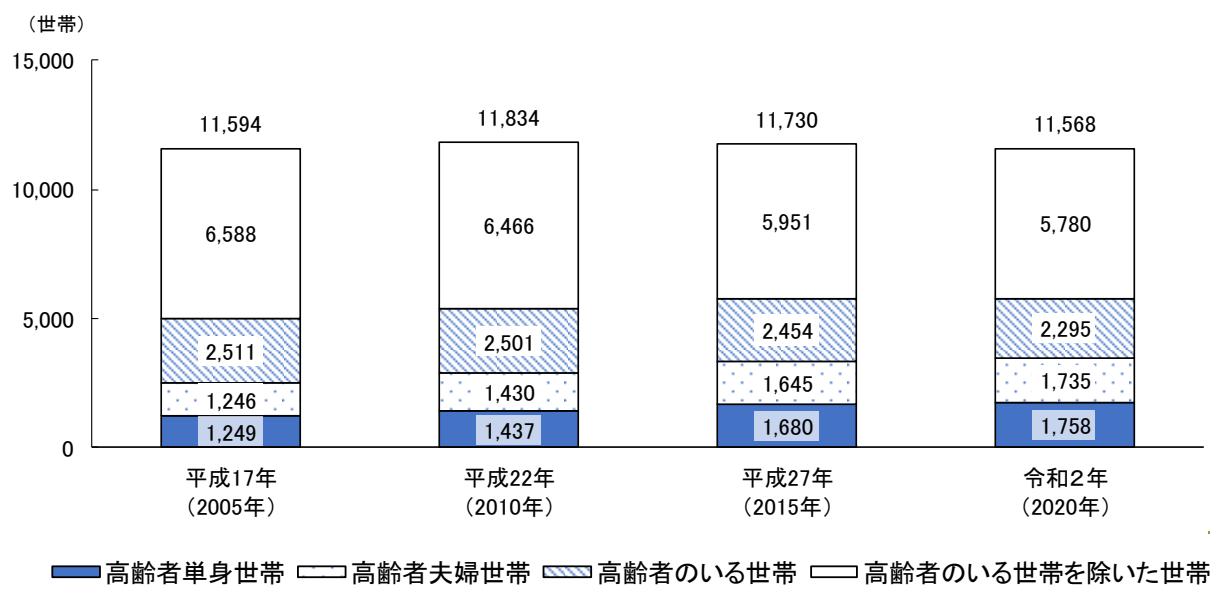


資料：令和元（2019）年～令和5（2023）年は住民基本台帳（各年9月末）
令和6（2024）年～令和8（2026）年は、コーポート変化率法で推計
令和12（2030）年～令和27（2045）年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
(令和5（2023）年推計)における推計

(2) 高齢者のいる世帯の推移

市全体の人口は徐々に減少する中で、世帯数は横ばいで推移しています。このうち、高齢者単身世帯、高齢者夫婦世帯の数は増加が続いています。今後、高齢者数は減少が見込まれますが、世帯数に占める割合は増加すると推測されます。

■世帯の推移

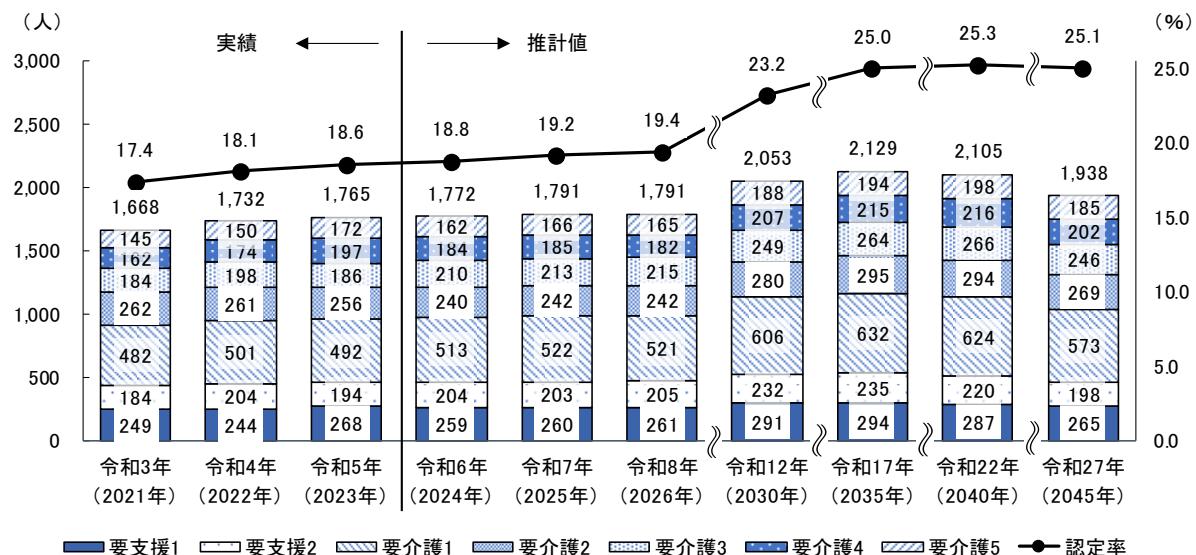


資料：国勢調査

(3) 要介護等認定者数と認定率の推移

令和3（2021）年から令和5（2023）年までの要介護等認定者数及び認定率は、微増しています。今後は、75歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い、要介護等認定者数は令和17（2035）年まで、認定率は令和22（2040）年まで増加すると見込まれます。

■要介護認定者数の推移



区分	令和3 (2021)年	令和4 (2022)年	令和5 (2023)年	令和6 (2024)年	令和7 (2025)年	令和8 (2026)年
	実績値 (人)	実績値 (人)	実績値 (人)	推計値 (人)	推計値 (人)	推計値 (人)
合計	1,668	1,732	1,765	1,772	1,791	1,791
要支援1	249	244	268	259	260	261
要支援2	184	204	194	204	203	205
要介護1	482	501	492	513	522	521
要介護2	262	261	256	240	242	242
要介護3	184	198	186	210	213	215
要介護4	162	174	197	184	185	182
要介護5	145	150	172	162	166	165
認定者のうち1号被保険者数	1,639	1,708	1,739	1,748	1,767	1,767
第1号被保険者数	9,435	9,411	9,351	9,310	9,227	9,131
認定率 (%)	17.4	18.1	18.6	18.8	19.2	19.4

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

令和3（2021）年～令和4（2022）年は「実行管理」－「総括表」、令和5年以降は「将来推計総括表」

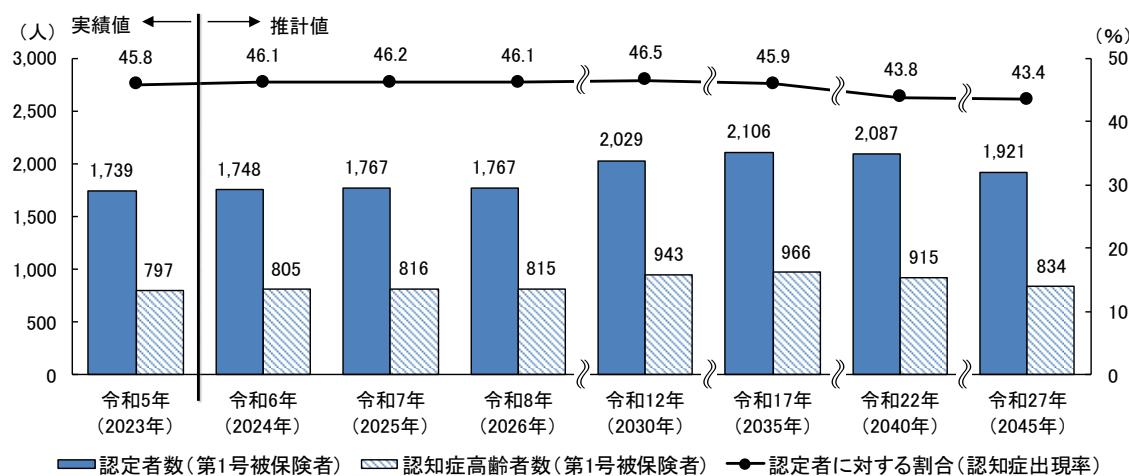
令和3（2021）年～令和4（2022）年は各年9月末

認定率は、第1号被保険者数に占める認定者（第1号被保険者）の割合

(4) 認知症高齢者数の推移

認知症高齢者数は令和17（2035）年まで微増で推移すると見込まれます。認定者に対する認知症出現率（45.8%）が今後も続くと仮定した場合、認知症高齢者数は令和17（2035）年には1,000人近くになると推定されています。

■認知症高齢者数の推移

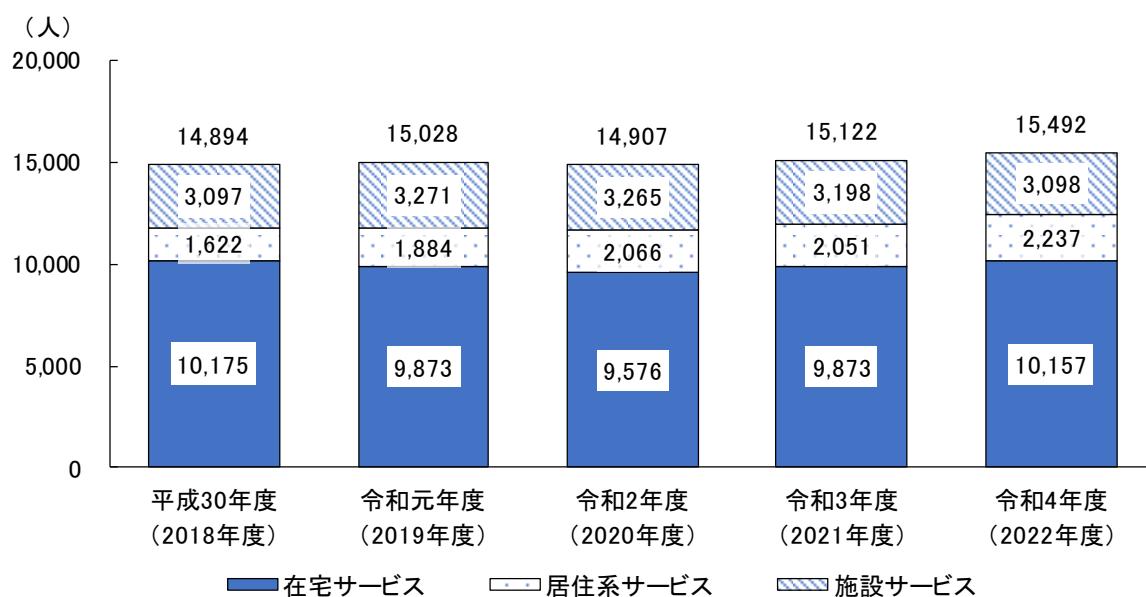


資料：令和5（2023）年の認知症高齢者数は「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa以上の人数
令和6（2024）年以降は推計値（令和5（2023）年の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa以上の認定者に占める割合を、将来の要介護（支援）認定者数に乘じて算出）

(5) 介護保険サービス利用者数の推移

全体の介護保険サービス利用者数は横ばいで推移しています。在宅サービス、居住系サービス、施設サービスの3区分でみると、居住系サービスの利用者数が増加傾向で推移しています。

■サービス利用者数の実績値



資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

■サービス利用者数の計画値及び実績値

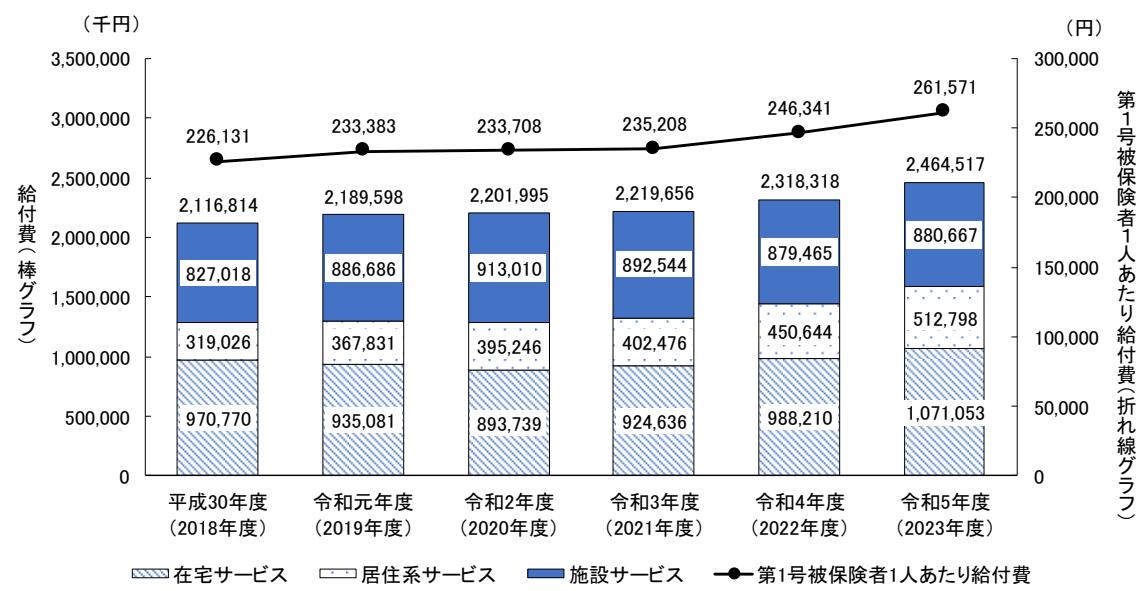
区分	令和3（2021）年度			令和4（2022）年度		
	計画値 (人)	実績値 (人)	対計画値 (%)	計画値 (人)	実績値 (人)	対計画値 (%)
在宅サービス	9,864	9,873	100.1	10,260	10,157	99.0
居住系サービス	2,196	2,051	93.4	2,436	2,237	91.8
施設サービス	3,240	3,198	98.7	3,264	3,098	94.9

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(6) 介護給付費の推移

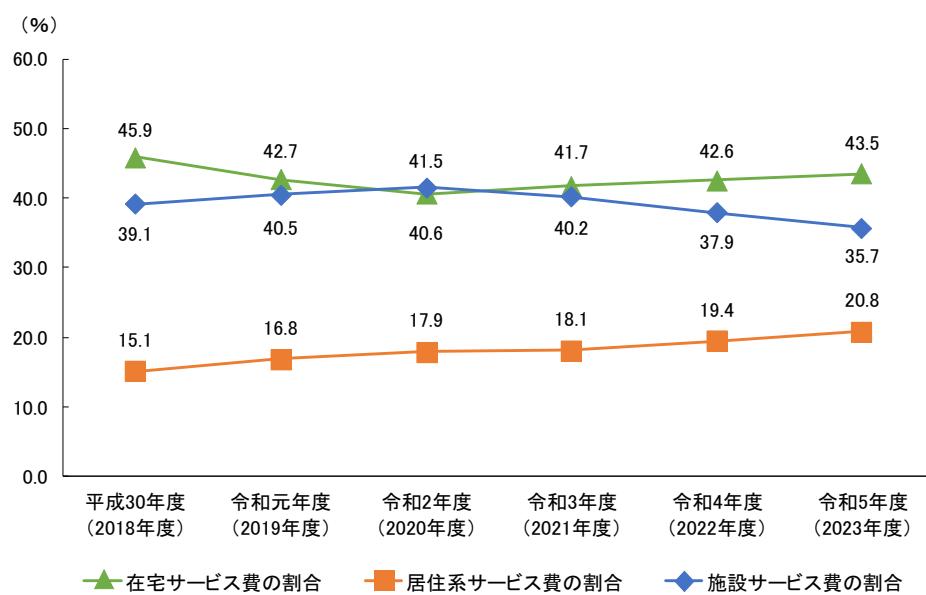
介護給付費全体では、増加傾向で推移しています。施設サービスの割合が下がり、居住系サービスの割合が高くなる傾向で推移しています。

■給付費の推移



資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム
平成30（2018）年度～令和4（2022）年度は「実行管理」－「総括表」、令和5年度は「将来推計総括表」
「第1号被保険者1人あたり給付費」は「総給付費」を「第1号被保険者数」で除して算出

■給付費の割合の推移



資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム
平成30（2018）年度～令和4（2022）年度は「実行管理」－「総括表」、令和5（2023）年度は「将来推計総括表」

■給付費の計画値及び実績値

単位：千円

	令和3（2021）年度			令和4（2022）年度		
	計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比
施設サービス（計）	905,098	892,544	98.6%	911,738	879,465	96.5%
介護老人福祉施設	343,224	326,314	95.1%	349,551	301,709	86.3%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	90,173	73,911	82.0%	90,223	79,851	88.5%
介護老人保健施設	226,571	248,566	109.7%	226,697	256,039	112.9%
介護医療院	7,764	65,168	839.4%	7,769	153,690	1978.3%
介護療養型医療施設	237,366	178,585	75.2%	237,498	88,175	37.1%
居住系サービス（計）	428,563	402,476	93.9%	485,212	450,644	92.9%
特定施設入居者生活介護	223,123	213,311	95.6%	232,366	232,519	100.1%
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	-	0	0	-
認知症対応型共同生活介護	205,440	189,164	92.1%	252,846	218,125	86.3%
在宅サービス（計）	971,472	924,636	95.2%	1,048,104	988,210	94.3%
訪問介護	127,651	117,965	92.4%	130,428	120,981	92.8%
訪問入浴介護	12,592	12,794	101.6%	13,228	14,342	108.4%
訪問看護	76,194	68,670	90.1%	78,382	69,821	89.1%
訪問リハビリテーション	1,755	5,707	325.2%	1,756	3,830	218.1%
居宅療養管理指導	23,592	25,738	109.1%	23,892	28,728	120.2%
通所介護	182,050	165,107	90.7%	183,756	184,525	100.4%
地域密着型通所介護	34,659	50,437	145.5%	34,678	55,028	158.7%
通所リハビリテーション	97,556	95,174	97.6%	99,194	87,541	88.3%
短期入所生活介護	62,481	40,700	65.1%	64,416	53,137	82.5%
短期入所療養介護（老健）	16,265	5,011	30.8%	16,274	2,943	18.1%
短期入所療養介護（病院等）	0	0	-	0	0	-
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	-	0	0	-
福祉用具貸与	74,940	79,294	105.8%	76,746	87,116	113.5%
特定福祉用具購入費	6,205	3,737	60.2%	6,205	3,830	61.7%
住宅改修	11,557	10,916	94.5%	11,557	10,264	88.8%
定期巡回・隨時対応型訪問介護看護	6,928	15,084	217.7%	6,932	15,064	217.3%
夜間対応型訪問介護	0	0	-	0	0	-
認知症対応型通所介護	26,130	26,345	100.8%	26,144	27,994	107.1%
小規模多機能型居宅介護	113,890	102,126	89.7%	115,372	118,026	102.3%
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	-	60,740	0	0.0%
介護予防支援・居宅介護支援	97,027	99,830	102.9%	98,404	105,040	106.7%

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

2 第8期計画における事業評価

(1) いきいきとした暮らしの実現に関する評価

① 介護予防・健康づくりの推進

項目	実施内容・今後の課題
介護予防・健康づくりの普及・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ●市広報・市ホームページ、Facebook での周知、集団健診の会場・各種健康講座で健康づくりの重要性についてパンフレット等を用いて周知を行いました。 ●地域資源マップ「大竹おたすけ手帳（医療編・介護編・コミュニティ編）」を更新し、コミュニティ編は市ホームページに掲載しました。 ○講座参加者が固定化しているため、新規参加者を増やせるよう周知方法の検討が必要。 ○地域資源マップの認知度や活用頻度が不明。
介護予防・日常生活支援総合事業の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●短期集中的にリハビリテーションサービスを行う通所型サービスC事業においては、事業利用者の平均 25%が介護保険サービスを卒業し、継続した日常生活を送っているなど、一定の成果は出ました。 ○事業を利用した方が、継続利用を希望されるケースがあり、サービスに依存しがちの傾向が見受けられるため、早期離脱対応の検討が必要。
運動・口腔機能向上等の促進	<ul style="list-style-type: none"> ●「いきいき百歳体操」を活用した通いの場の立ち上げの要件を週1回から月2回以上開催と変更後、参加グループの増加につながりました。 ●6ヶ月支援時の「かみかみ体操」を定期的に実施しました。 ●「出前健康講座」で食に関する講座を行い、フレイル予防の食事について話をしました。また食生活改善推進員の研修会でフレイル予防をテーマに調理実習を行いました。 ○グループの年齢層も高齢化しており、世話人の負担等が増加。世話人から、活動がマンネリ化しているという意見が出ている。 ○通いの場のすべての団体に対する、オーラルフレイル・食に対する意識の啓発が必要。
健診事業・特定保健指導の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●市広報・市ホームページ、個別通知等で健診やがん検診の受診勧奨を実施しました。 ●対象者には保健指導を行い適切な情報を提供し、健診結果の見方について動画配信等を行いました。 ○保健指導対象者であっても指導を希望されない方への支援方法の検討が必要。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> ●「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」を展開しており、健康不明者へのアプローチ、糖尿病性腎症重症化予防等を実施しました。 ●ポピュレーションアプローチとして、国保分析データより、大竹市は骨折、糖尿病、高血圧の患者が多いことから、令和4・5年度は高血圧をテーマに通いの場訪問時にパンフレットを用いて説明しました。

●：実施したこと ○：今後の課題

② 自立支援・重度化防止の推進

項目	実施内容・今後の課題
自立支援型介護予防ケアプランの推進	●令和3年度から「県介護予防活動普及展開事業アドバイザー派遣」を受け、自立支援型地域ケア会議の質の向上を図りました。
入退院時の医療・介護連携の推進	●令和4年度に、居宅介護支援事業所と圏域及び岩国市の病院の地域連携室のソーシャルワーカーと連絡会を開催し、「顔の見える」関係づくりに努めました。 ○統一シートの活用。
生活習慣病の重症化予防の推進	●医療・介護・健診データ（KDBシステム）を利用して、重症化の恐れのある対象者を抽出し、訪問指導や健康指導教室への参加を勧奨しました。
保健・医療・介護の連携	●多職種連携協議会では、「看取りの事例検討会」、「地域ケア会議について」等、保健・医療・介護の専門職が多角的な視点で学ぶための研修会を企画・実施し、関係者のスキルアップを図りました。
地域リハビリーション体制の構築	●コロナ禍後から通常に近い形で講師派遣など実施しました。 ○講師への依存を抑え、自主活動組織への自立に向けた支援方法。 ○参加者の高齢化、参加人数の減少、新規参加者が少ない。

●：実施したこと ○：今後の課題

③ 高齢者の社会参加・生きがいのある生活の推進

項目	実施内容・今後の課題
高齢者の社会参加の促進	●「いきいき百歳体操」を活用した通いの場グループ支援を行い、参加者数の増加につながりました。また、立ち上げ1年未満のグループに対し、リハビリーション専門職の派遣を行いました。 ○生活支援体制整備事業との連携。
生涯スポーツや生涯学習の推進	●新型コロナウイルス感染症予防対策実施期間中を除き、総合体育館において毎月「卓球の日」を設け、実技指導や助言を行いました。 ●総合型地域スポーツクラブや体育協会を中心として、高齢者と他の世代が交流できるようなスポーツ事業を開催しました。 ●高齢者の社会参加の場となる生涯学習グループがあり、生涯学習グループの発表の場である公民館まつり等の開催により、高齢者と他の世代が交流できました。
高齢者の就労支援の促進	●高齢者の社会参加を促進するためシルバー人材センターへ補助金を交付し、活動を支援しました。

●：実施したこと ○：今後の課題

指 標	令和5年度末 目標	令和4年度末 実績
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において主観的健康感のよい人の割合	77.0%	77.0%
通いの場の数	50か所	31か所
いきいき百歳体操に取組む高齢者の割合	5.0%	4.0%
敬老会の参加者数 ※令和4年度実績の()は記念品送付者数	4,000人	104人 (5,458人)
地域福祉の推進を目的としたボランティア団体数	12団体	30団体

(2) 支え合いの地域づくりに関する評価

① 地域共生社会の推進

項目	実施内容・今後の課題
生活困窮、障害者及び子育て部署との連携強化	●重層的支援体制整備事業に参加しました。
世代間交流の推進	●民生委員・児童委員、自治会、福祉委員が主体となり、生活支援コーディネーターの協力のもと夏休み・宿題やろう会、そめん流し大会等の世代間交流を開催しました。
共生型サービス事業所指定の推進	○要望する事業所はなかった。

●：実施したこと ○：今後の課題

② 在宅生活支援の推進

項目	実施内容・今後の課題
生活支援体制の整備	●重層的支援体制整備事業に参加しました。
高齢者福祉サービスの充実	●在宅寝たきり高齢者及び在宅寝たきり障害者に対し、歯科医師・歯科衛生士などが訪問して健診・診療・事後指導・口腔ケアを行いました。 ●緊急通報サービスの利用を通じて、近隣で支え合う関係づくりにつながりました。 ●社会福祉協議会で福祉有償運送サービスを実施しました。
介護者支援の充実	●虐待を受けている高齢者の一時避難として生活管理指導短期宿泊事業が活用できることで、虐待対応の多様性につながりました。

●：実施したこと ○：今後の課題

③ 災害や感染症対策への体制整備の推進

項目	実施内容・今後の課題
介護事業所等と連携した啓発活動	●感染症が介護事業所内で発生した際は、市に発生報告書を提出してもらい、県、市、事業所間の情報共有を行い、拡大防止に努めました。 ○研修、訓練の実施。
災害や感染症発生時における必要物資の整備	●新型コロナウイルス感染症拡大防止対策として、マスク、手袋、消毒用アルコールなど1法人10万円を限度に支援しました。
広島県、関係事業者及び関係団体と連携した支援体制の構築	●高齢者の災害対策への体制整備の推進として、要支援者個別避難計画を作成するにあたり、市の体制を構築しました。
I C T（情報通信技術）を活用した業務のオンライン化の推進	●新型コロナウイルス感染症対策として、会議のオンライン化を推進しました。

●：実施したこと ○：今後の課題

指 標	令和5年度末 目標	令和4年度末 実績
ふれあいサロンの数	58か所	55か所
共生型サービス事業所の指定数	1か所	0か所
生活支援コーディネーターの数	4人	1人
第3層協議体の数	12	10
緊急通報システム登録者数	250人	194人

(3) 地域包括ケアシステムの推進に関する評価

① 地域包括支援センターの機能強化

項目	実施内容・今後の課題
相談支援体制の充実	●複雑、多様化する相談内容について、地域包括支援センターが中心となり、高齢者やその家族が気軽に相談できる体制を充実しました。
見守り体制の強化	●地域の民生委員・児童委員や福祉委員、地域福祉の包括連携協定を締結している企業等が緩やかな見守りや独居高齢者への訪問等を行いました。 ●困難ケースに対しては、地域包括支援センターが中心となり個別地域ケア会議を開催しました。
政策形成機能の体制強化	●自立支援型地域ケア会議や、高齢者ネットワーク会議で高齢者の課題の明確化や自立支援に向けたケースの共有等を行いました。 ○全ての明確化した課題に対する、政策形成。
困難事例対応の体制強化	●地域包括支援センターを中心に個別地域ケア会議を開催し、必要な関係者を招集し早期発見につなげました。

●：実施したこと ○：今後の課題

② 医療・介護連携の強化

項目	実施内容・今後の課題
医療・介護連携の強化に向けた事業の推進	●コロナ禍でも多職種連携協議会の役員会を継続し、スキルアップのための研修会や事例検討会を企画、実施しました。 ●多職種連携協議会を核として、「顔の見える」関係性を構築しました。 ○コロナ禍もあり、県や保健所と連携が困難。

●：実施したこと ○：今後の課題

③ 高齢者にやさしい地域づくり

項目	実施内容・今後の課題
高齢者の防災、交通安全、防犯活動の推進	●避難行動要支援者名簿を関係機関に配布しました。 ●避難行動要支援者個別避難計画の作成に着手しました。
ユニバーサルデザインの推進	●令和2年度に策定した「大竹駅周辺地区バリアフリー基本構想」に基づき、大竹駅周辺整備事業を進めており、エレベーターのある自由通路・橋上駅舎が令和5年2月に完成し駅施設のバリアフリー化を進めました。
多様な住まいの提供	●市営住宅全体の82%に及ぶ474戸の住戸内に手すりを2か所以上設置しました。 ●市営住宅各集会所の入口に手すりを設置しました。

項目	実施内容・今後の課題
高齢者の権利擁護・虐待の防止等	<ul style="list-style-type: none"> ●市広報に高齢者虐待防止に向けた啓発記事を掲載し、周知を図りました。 ●高齢者権利擁護啓発活動の一環として、市内各所で成年後見制度、消費者被害、ライフプラン等の各出前講座を実施しました。 ●介護事業所を対象に高齢者虐待対応研修を実施しました。

●：実施したこと ○：今後の課題

指 標	令和5年度末 目標	令和4年度末 実績
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において主観的幸福感が8点以上の割合	50.0%	47.7%
個別事例ケア会議の開催回数	6回	7回
在宅医療・介護連携に関する相談件数（累計）	800件	316件
権利擁護普及活動の周知回数	3回	9回

(4) 認知症「共生」・「予防」の推進に関する評価

① 認知症の人を支える地域の推進

項目	実施内容・今後の課題
認知症への理解等の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ●世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び世界アルツハイマー月間（毎年9月）の機会を捉え、市広報で認知症に関する知識の普及啓発を実施しました。 ●認知症に関する知識を啓発するため、地域、学校、職域で認知症サポーター養成講座を開催しました。
フォローアップ研修の充実	<ul style="list-style-type: none"> ●地域住民、企業、団体、学校等を対象とした「認知症サポーター養成講座」を実施し、サポーター養成講座の修了者に対し、ステップアップ講座を行いました。
認知症地域連携パスの普及	<ul style="list-style-type: none"> ●『ひろしまオレンジパスポート』を認知症疾患医療センターに設置しました。 ○効果的な活用方法。
認知症ケアパスの普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ●「認知症ケアパス」を更新しました。

●：実施したこと ○：今後の課題

② 認知症の人やその家族への支援

項目	実施内容・今後の課題
認知症カフェの支援	<ul style="list-style-type: none"> ●「オレンジカフェいこか！」を月1回開催しています。
認知症施策の企画等	<ul style="list-style-type: none"> ●「オレンジカフェいこか！」を定期的に開催し、認知症の人やその家族が語り合う場を提供しました。 ○「オレンジカフェいこか！」で出た意見の企画・立案・評価への反映方法。

●：実施したこと ○：今後の課題

③ 早期発見・早期対応の体制強化

項目	実施内容・今後の課題
認知症対応職員資質向上研修の受講	<ul style="list-style-type: none"> ●広島県介護福祉士会からの研修の実施案内を該当する事業所に案内とともに、市ホームページでも案内しています。
認知症地域支援推進員の資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症地域支援推進員を中心に相談支援を行いました。 ●認知症サポーター養成講座や「オレンジカフェいこか！」の活動の際には、常に、複数のセンター職員が同行し、事業運営を実施しました。
認知症初期集中支援チームの活動の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症の人の家族や地域の民生委員・児童委員等からセンターに相談があった際には、早期に初期集中支援チームで訪問、面談の実施。また、事業所だけではなく、行政も含めた連絡会を3か月に1回実施しました。

●：実施したこと ○：今後の課題

④ 認知症見守りネットワークの充実

項目	実施内容・今後の課題
地域の連携体制の充実	●かかりつけ医と認知症専門医療機関が連携して診断を行い、認知症の人とその家族が住み慣れた地域において安心して生活ができるようネットワークの推進を行いました。
はいかい高齢者等SOSネットワークの支援	●大竹警察署と、令和3年2月に「認知症高齢者等の支援に係る大竹警察署と大竹市の相互連携に関する協定」を締結し、支援を要する認知症高齢者等に関する情報の共有や連絡体制を構築しました。 ●令和5年7月から新大竹駅の駅舎内にみまもりタグ受信機を設置しました。 ○「みまもりタグ事業」については、広報等で周知を図っているが、利用者、ボランティアともに増加していない。

●：実施したこと ○：今後の課題

指 標	令和5年度末 目標	令和4年度末 実績
はいかい高齢者等SOSネットワーク登録者数（累計）	60人	59人
認知症初期集中支援チームの訪問件数	20件	11件
認知症キャラバン・メイト、認知症サポートーの数	2,500人	2,404人
認知症サポートー活動参加者（累計）	80人	57人

(5) 持続可能な制度の構築に関する評価

① 介護人材の確保と業務効率化の推進

項目	実施内容・今後の課題
介護人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> ●社会福祉協議会が、市内の公立高校の生徒を対象に、介護保険制度や福祉制度についての講義を実施しました。 ●生活支援体制整備事業の一環として、生活支援コーディネーターが中心となり、市内の公立高校の生徒を対象とした有償ボランティア登録の取組を推進しました。
業務の効率化と質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ●介護支援専門員は、個別地域ケア会議へ参加してもらい、ケアマネジメント技術の向上、多職種の視点によるサービスの検討に取組みました。 ●介護認定申請等電子化に取組みました。 ○ICTや介護ロボットの導入を希望する事業所がなかった。

●：実施したこと ○：今後の課題

② 介護給付の適正化

項目	実施内容・今後の課題
介護給付の適正化の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●市内の全居宅介護支援事業所と、本市の利用者が多い市外の居宅介護支援事業所を対象にケアプラン点検を実施しました。点検実施後は、更新されたプランで指摘事項が改善されたかをチェックしました。 ●ケアマネマイスターを国民健康保険団体連合会から派遣してもらい、ケアプラン点検の実務能力の向上を図りました。

●：実施したこと ○：今後の課題

指標	令和5年度末目標	令和4年度末実績
要支援・要介護認定率（第1号被保険者）	18.0%	18.2%
要支援1、2及び要介護1の認定率	県平均以下	県平均以下(10.03%)
ケアプラン点検の実施	市内全事業所	市内全事業所
ケアマネジメント支援実施頻度	月1回	月1回

3 アンケート結果

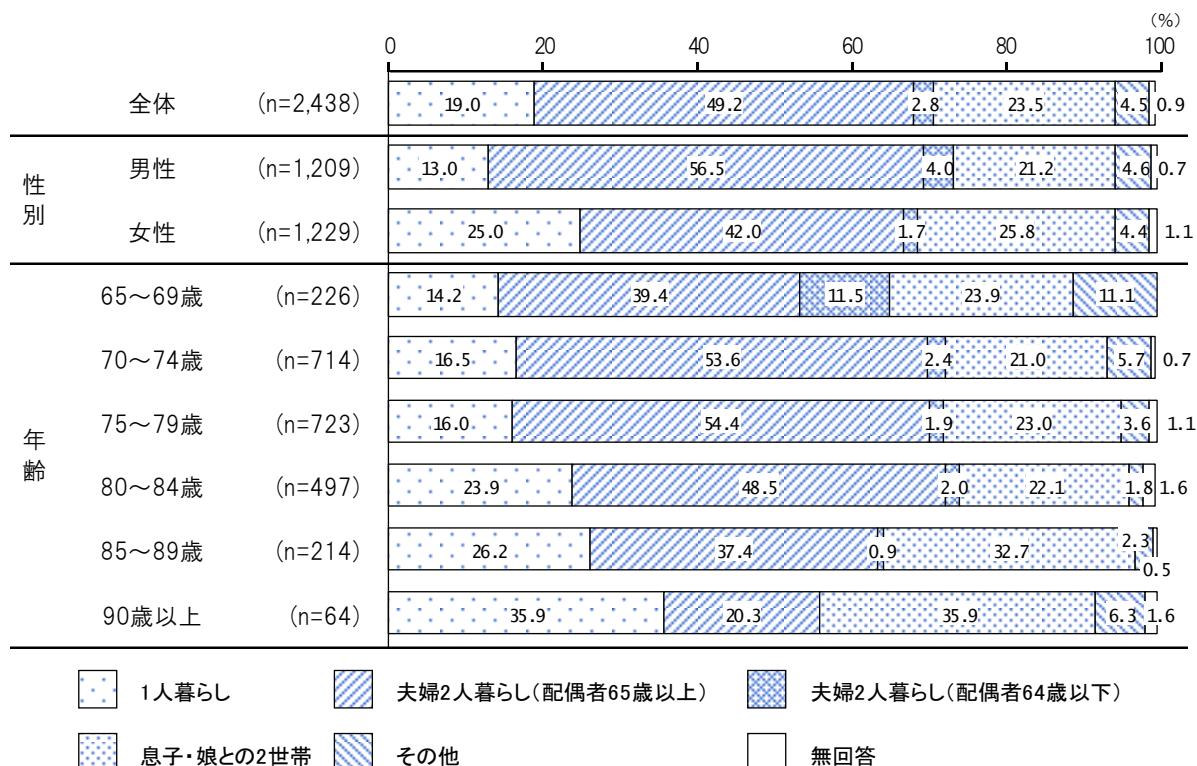
(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査対象者	要介護認定を受けていない高齢者（一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者）		
対象者数	3,000人 無作為抽出		
調査手法	郵送による配布・回収		
調査期間	令和4（2022）年12月5日～令和4（2022）年12月23日		
回収結果	調査数 3,000人	有効回答数 2,438人	有効回答率 81.3%

① 家族構成について

家族構成は全体でみると「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」が49.2%と最も高く、次いで「息子・娘との2世帯」（23.5%）、「1人暮らし」（19.0%）となっています。性別でみると、「1人暮らし」の割合は女性が男性よりも12.0ポイント高くなっています。

■家族構成をお教えてください



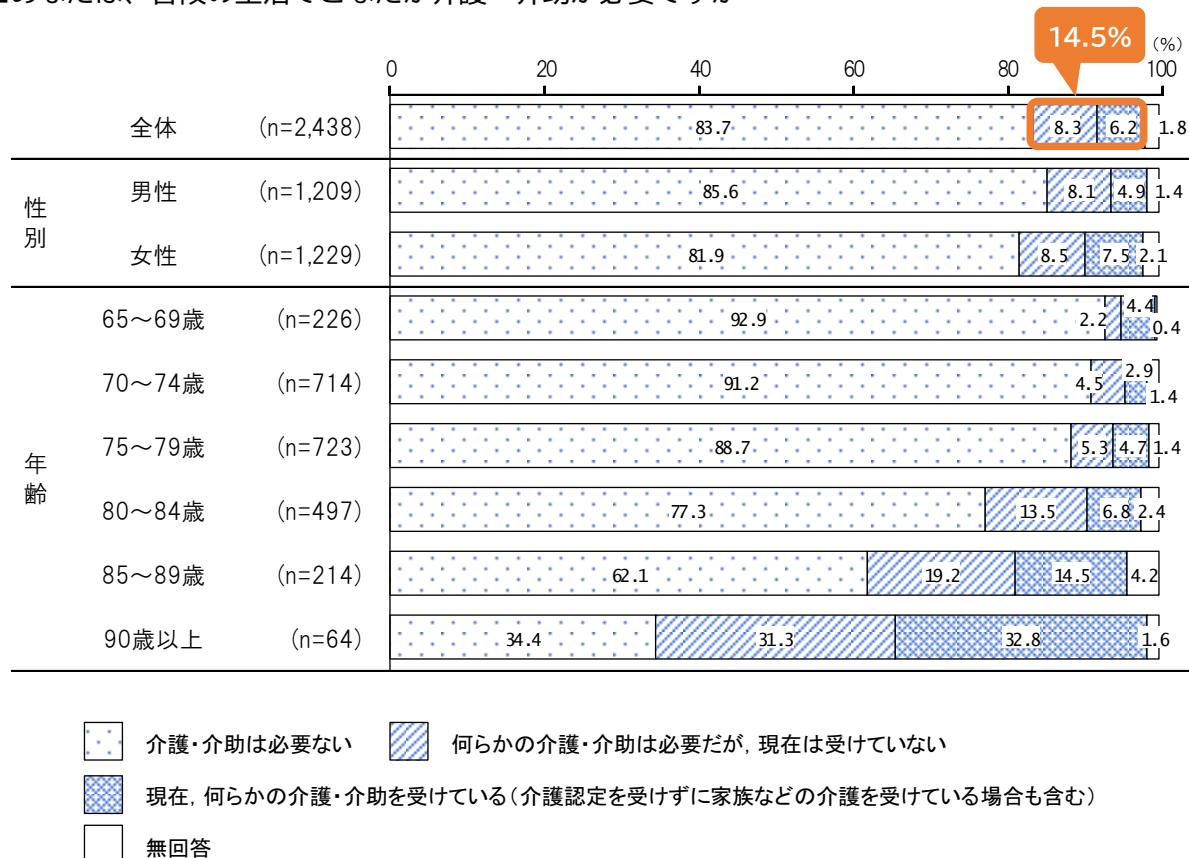
② 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要かについて

「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」と「現在、何らかの介護を受けている」を「介護・介助が必要」とすると、「介護・介助が必要」は全体で 14.5%になります。

性別でみると、「介護・介助が必要」では男性が 13.0%、女性が 16.0%と男性に比べ女性が 3.0 ポイント高くなっています。

年齢階級別でみると、年齢が高くなるにつれて「介護・介助が必要」の割合も高くなっています。「介護・介助が必要」の割合は、80 代からの増加が顕著で、80~84 歳から 85~89 歳の間で 13.4 ポイントと大幅に高くなっています。

■あなたは、普段の生活でどなたか介護・介助が必要ですか



③ 地域の会・グループ等の参加状況について

「月1～3回」以上、定期的に参加している活動は、「趣味関係のグループ」が19.6%と最も高く、次いで「スポーツ関係のグループやクラブ」(17.1%)、「収入のある仕事」(15.6%)となっています。

■以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

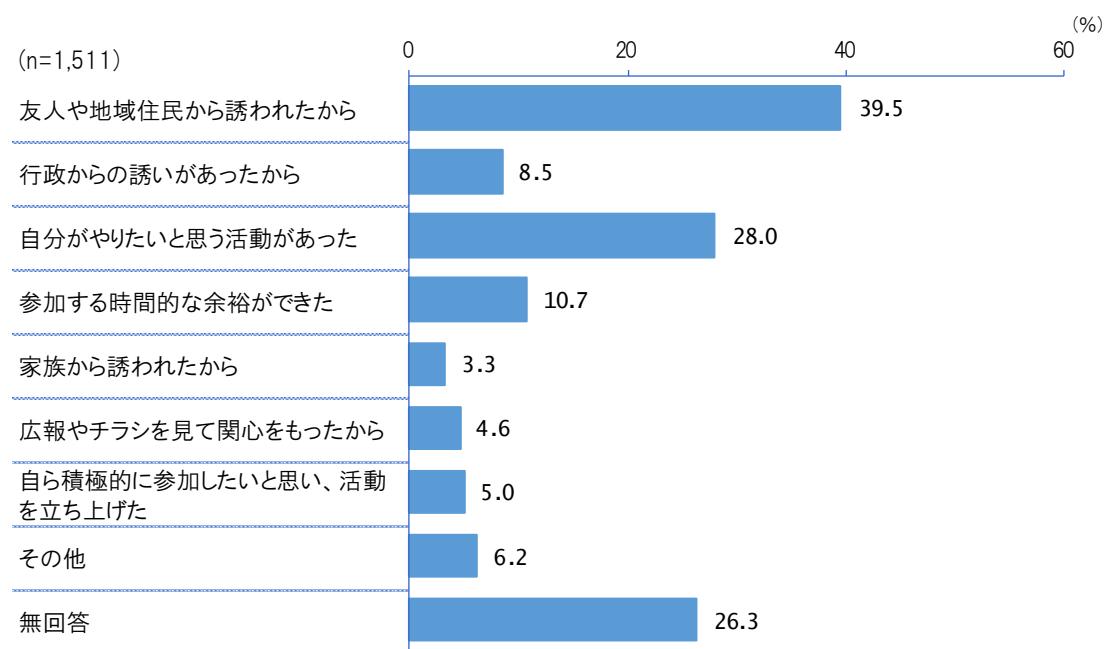
定期的(月1～3回以上)に地域活動に参加している人の割合

(n=2,438)	ボランティアのグループ	クスラボーツ関係のグループや	趣味関係のグループ	学習・教養サークル	介護予防のための通いの場	老人クラブ	町内会・自治会	収入のある仕事
全体	9.5	17.1	19.6	4.7	9.5	4.6	7.8	15.6

地域での活動に参加したきっかけは「友人や地域住民から誘われたから」が39.5%と最も高く、次いで「自分がやりたいと思う活動があった」(28.0%)、「参加する時間的な余裕ができた」(10.7%)となっています。

■【地域での活動で1つでも「参加している」に回答した方のみ】

地域での活動に参加したきっかけは、次のどれですか

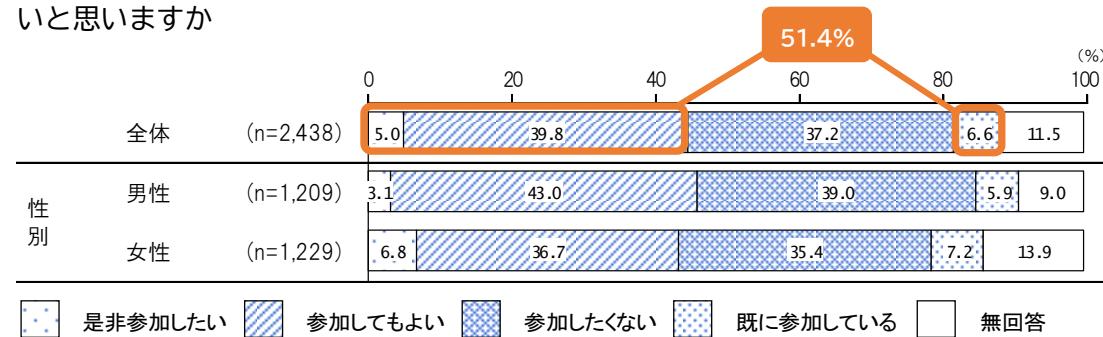


④ 健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加について

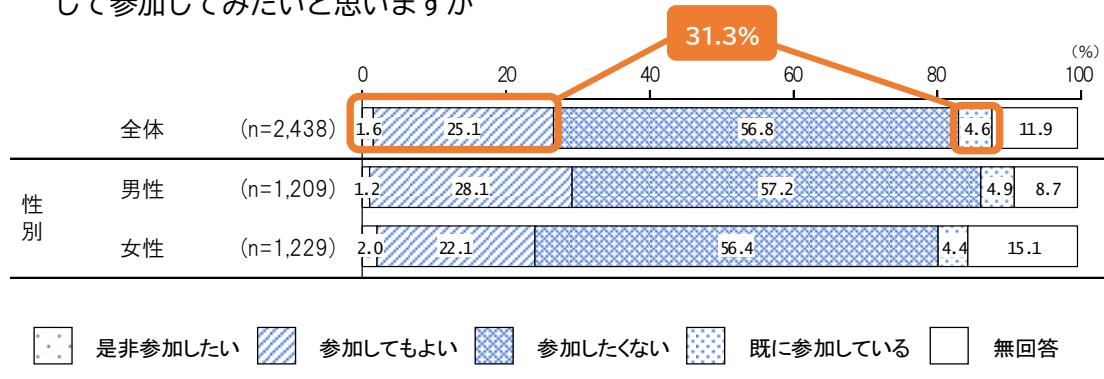
参加者として「既に参加している」「是非参加したい」「参加してもよい」と回答の参加意向がある方は 51.4% です。

また、お世話役として参加意向がある方は 31.3% になり、女性と比べ、男性の方が 5.7 ポイント高くなっています。

■ 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか



■ 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか



⑤ 各種リスクの状況

生活上の様々なリスクの発生状況の割合を性別でみると、男性では「社会的役割の低下」が 66.2%と最も高く、次いで「知的能動性の低下」が 50.3%、「認知機能の低下」が 43.2%となっています。女性では「社会的役割の低下」が 54.0%と最も高く、次いで「認知機能の低下」が 47.4%、「知的能動性の低下」が 42.5%となっています。性別による差は、「社会的役割の低下」が最も大きく、男性が 12.2 ポイント高くなっています。次いで「閉じこもり傾向」では、女性が 8.5 ポイント高くなっています。

	全体 (n=2,438)	男性 n=1,209	女性 n=1,229	ポイント差 (%)
運動器の機能低下	17.3	13.6	20.9	女性が7.3ポイント高い
転倒リスク	33.2	30.6	35.7	女性が5.1ポイント高い
閉じこもり傾向	20.3	16.0	24.5	女性が8.5ポイント高い
低栄養状態	1.1	1.0	1.3	女性が0.3ポイント高い
口腔機能の低下	24.0	22.7	25.3	女性が2.6ポイント高い
認知機能の低下	45.3	43.2	47.4	女性が4.2ポイント高い
IADL の低下	13.0	16.7	9.4	男性が7.3ポイント高い
うつ傾向	40.0	38.5	41.4	女性が2.9ポイント高い
知的能動性の低下	46.3	50.3	42.5	男性が7.8ポイント高い
社会的役割の低下	60.0	66.2	54.0	男性が12.2ポイント高い

※割合は各項目の合計 (n) を母数としています。

各種リスクの判定条件

リスク項目	用語解説	設問内容	該当する選択肢	判定
閉じこもり傾向	閉じこもり傾向とは、外出の頻度が2～3日に1回程度以下のことを指す。	週に1回以上は外出していますか	「ほとんど外出しない」「週1回」	項目について該当する場合、「閉じこもり傾向の該当者」として判定
認知機能の低下	認知機能の低下とは、理解力や判断力、記憶力など、認知機能に係る能力が低下している状態を指す。	物忘れが多いと感じますか	「はい」	項目について該当する場合、「認知機能の低下の該当者」として判定
IADL の低下	IADL（手段的日常生活動作）とは、買い物・料理・金銭管理など、ADL（日常生活動作）よりも高い自立した日常生活をおくる能力のこと。	バスや電車を使って一人で外出していますか	「できるし、している」「できるけどしていない」	各設問に配当した場合を1点とし、5項目の総得点において4点以下を「IADLの低下の該当者」として判定
		自分で食品・日用品の買物をしていますか		
		自分で食事の用意をしていますか		
		自分で請求書の支払いをしていますか		
		自分で預貯金の出し入れをしていますか		
うつ傾向	うつ傾向とは、気分の落ち込み、無気力感などの症状が現れる心の状態を指す。	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	「はい」	項目についていずれか1つでも該当する場合、「うつ傾向の該当者」として判定
知的能動性の低下	知的能動性とは、新聞を読む、読書など、情報を自ら収集して表現できる能力のこと。	年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか 新聞を読んでいますか 本や雑誌を読んでいますか 健康についての記事や番組に関心がありますか	「はい」	各設問に配当した場合を1点とし、4項目の総得点において3点以下を「知的能動性の低下の該当者」として判定
社会的役割の低下	社会的役割とは、人を思いやる、相談に乗る、他の世代との積極的な交流など、他者との関わりをもつ能力のこと。	友人の家を訪ねていますか 家族や友人の相談にのっていますか 病人を見舞うことができますか 若い人に自分から話しかけることがありますか	「はい」	各設問に配当した場合を1点とし、4項目の総得点において3点以下を「社会的役割の低下の該当者」として判定

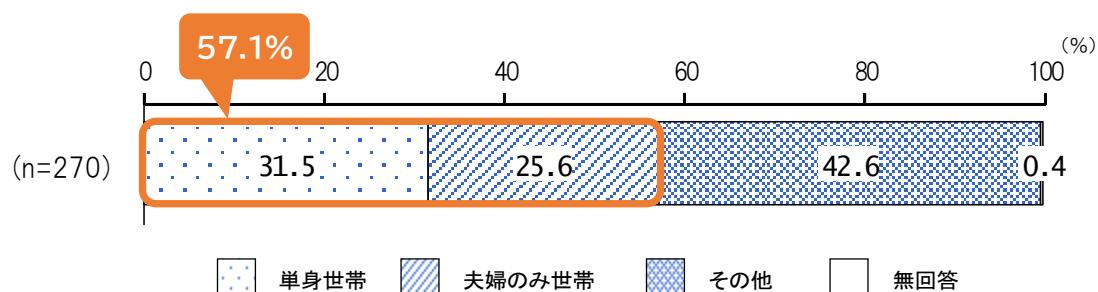
(2) 在宅介護実態調査

調査対象者	期間内に要支援・要介護認定の更新・区分変更申請に伴う認定調査を行った、居宅にお住まいの方(施設・居住系、入院を除く)
調査手法	認定調査員による聞き取り調査
調査期間	令和4(2022)年4月～令和5(2023)年3月
回収結果	有効回答数 270人

① 世帯類型について

世帯類型の割合は、「単身世帯」が31.5%、「夫婦のみ世帯」が25.6%となっており、合わせると57.1%の方が「単身、夫婦のみ」の世帯となっています。

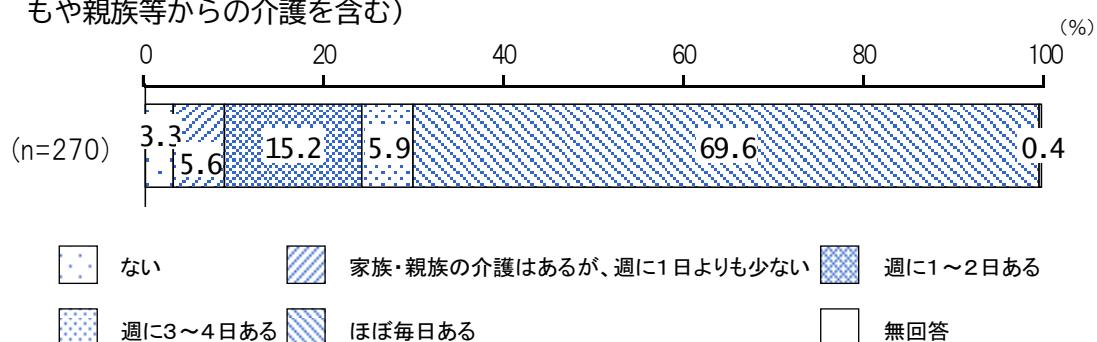
■世帯類型について、ご回答ください



② 家族や親族からの介護の頻度について

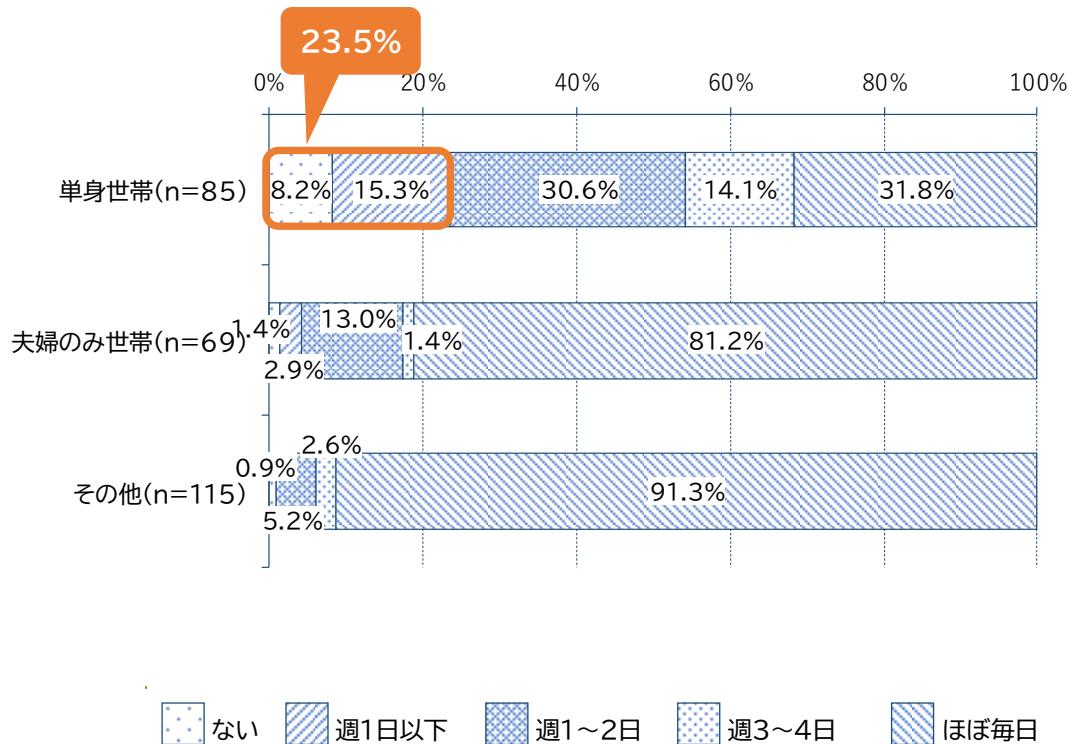
家族や親族からの介護の頻度は、「ほぼ毎日ある」が 69.6% と最も高く、次いで「週に 1~2 日ある」(15.2%)、「週に 3~4 日ある」(5.9%) となっています。

■ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）



世帯類型別・家族等による介護の頻度について、「単身世帯」では、家族等による介護が「ない」が 8.2%、「家族・親族の介護はあるが、週に 1 日よりも少ない」が 15.3% となっており、合わせると 23.5% の方が家族等による介護が週 1 日未満となっています。

■世帯類型別・家族等による介護の頻度

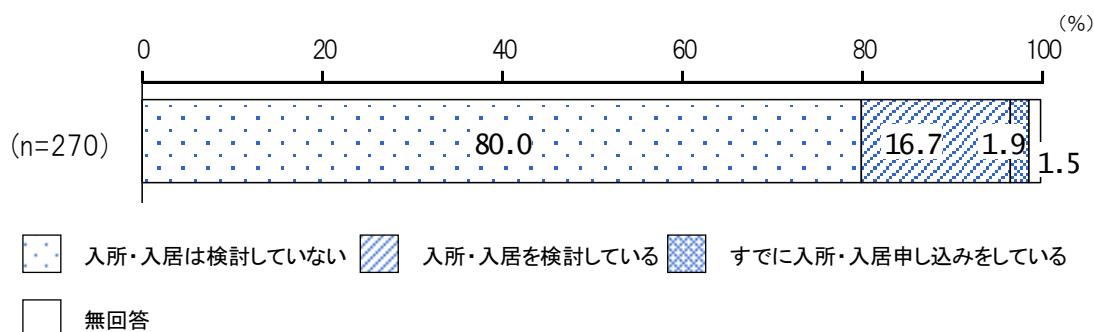


③ 施設等への入所・入居の検討状況について

現時点での施設等への入所・入居の検討状況は、「入所・入居は検討していない」が80.0%と最も高くなっています。

「入所・入居を検討している」は16.7%、「すでに入所・入居申し込みをしている」は1.9%となっています。

■現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください

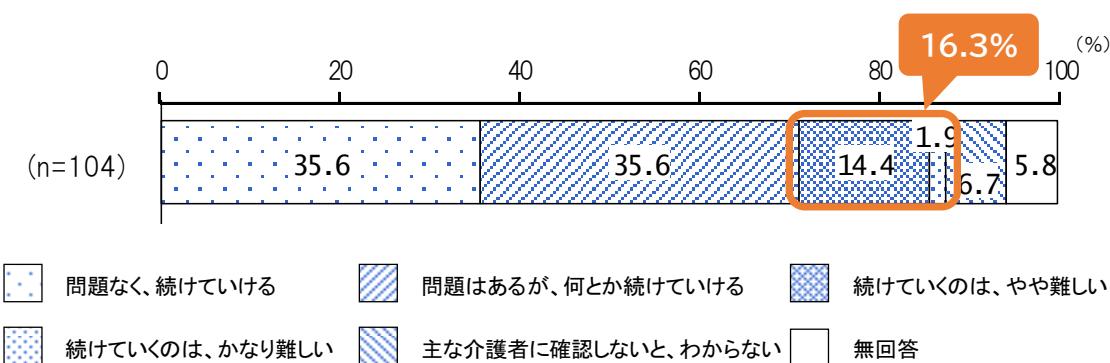


④ 介護をしながらの就労継続の見込みについて

主な介護者が今後も介護をしながらの就労を継続できるかは、「問題なく、続けていく」、「問題はあるが、何とか続けていける」が35.6%となっています。

また「続けていくのは、やや難しい」が14.4%、「続けていくのは、かなり難しい」が1.9%で、就労継続が困難と考える人は16.3%となっています。

■ 「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていくけうですか

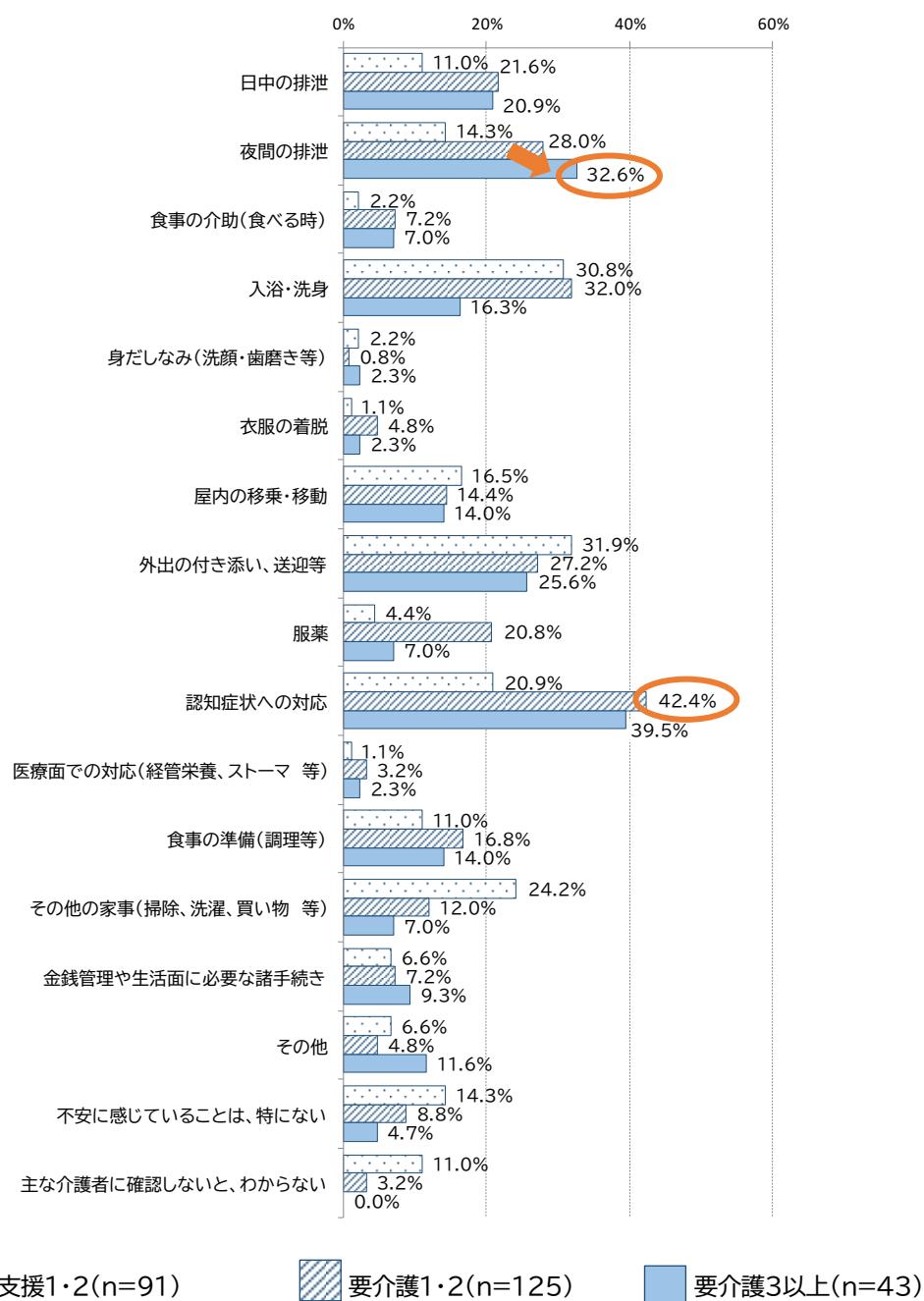


⑤ 介護者が不安に感じる介護について

要介護度別の介護者が不安に感じる介護について、全体では、「要介護1・2」の「認知症状への対応」が42.4%と最も高くなっています。

「要介護3以上」でみると「認知症状への対応」が39.5%と最も高く、次いで「夜間の排泄」(32.6%)、「外出の付き添い、送迎等」(25.6%)となっています。「夜間の排泄」においては、重度化に伴い不安に感じる割合も高くなっています。

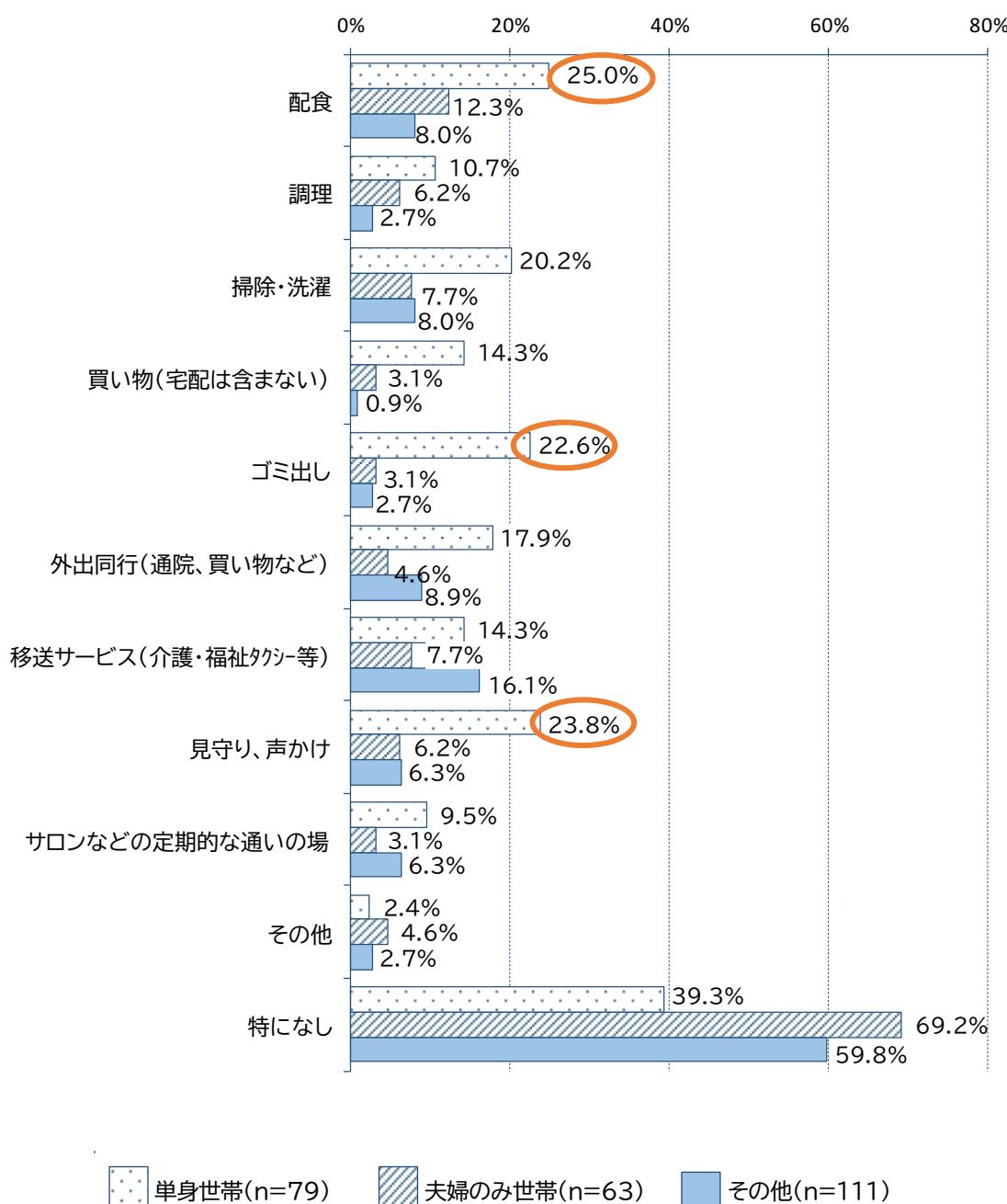
■要介護度別の介護者が不安に感じる介護



⑥ 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて

世帯類型別・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて、「単身世帯」でみると「配食」が 25.0%と最も高く、次いで「見守り、声かけ」(23.8%)、「ゴミ出し」(22.6%) となっています。

■世帯類型別・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス



第3章 計画の基本理念

1 基本理念

基本理念

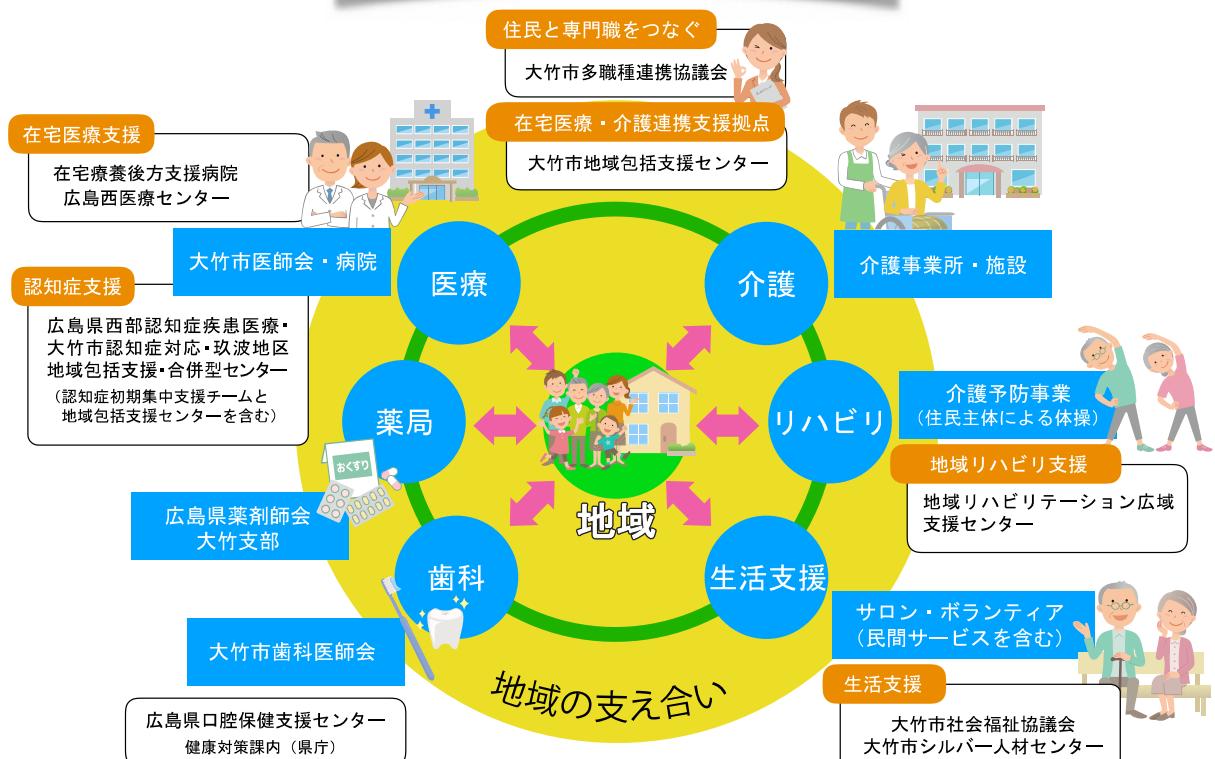
支え合いのこころを育み、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく健やかに安心して暮らせるまちづくり

人口減少、少子化・高齢化が進む中で団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる充実と推進が求められています。

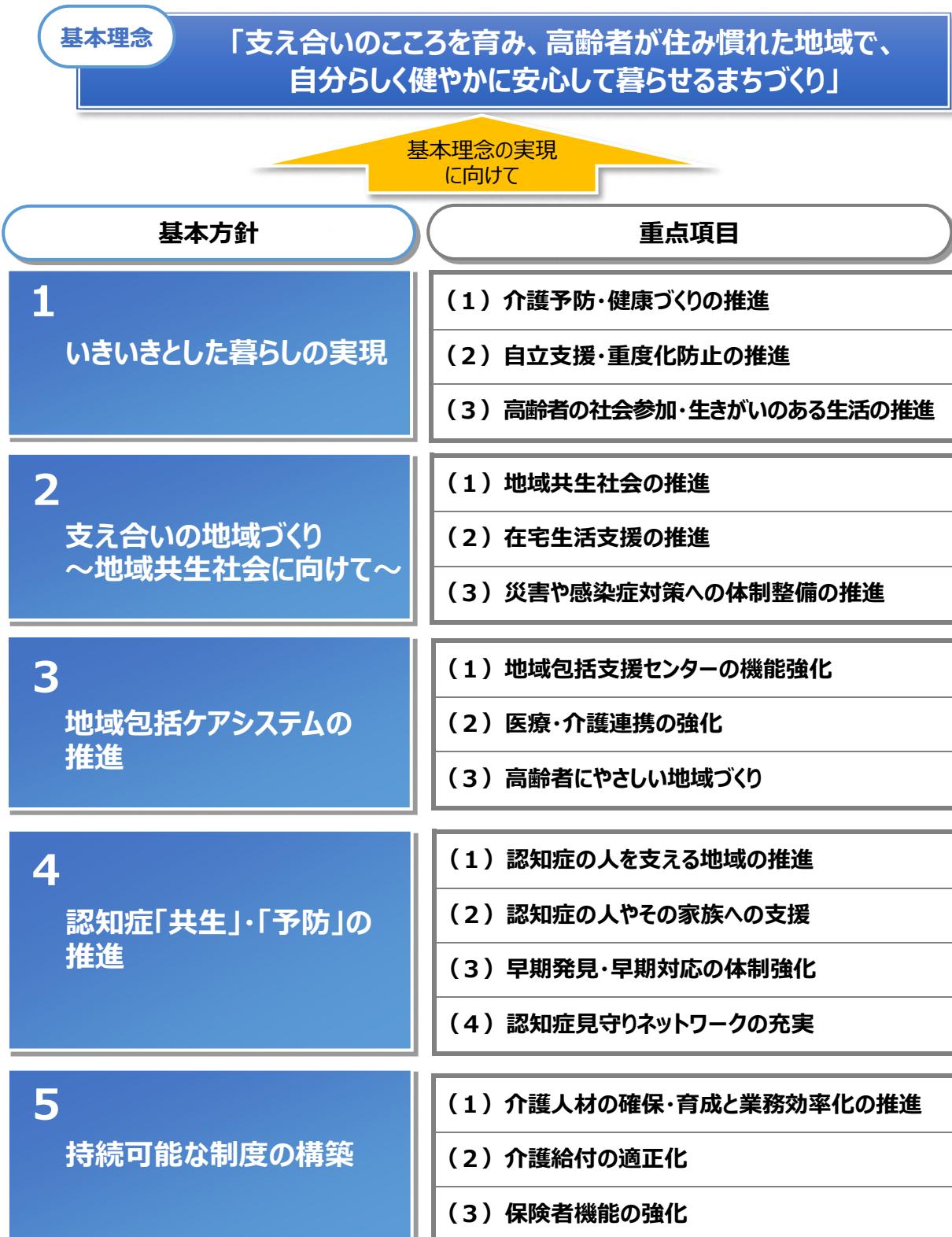
第9期計画の基本理念は第8期計画を引き継ぎ、「支え合いのこころを育み、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく健やかに安心して暮らせるまちづくり」とします。

地域包括ケアシステムをさらに充実させ、地域社会全体で支え合いながら、高齢者を取り巻く諸問題には、新たな重層的支援体制整備事業による属性や世代を問わない包括的な相談支援を推進していき、地域住民が安心して暮らせるまちの実現を目指します。

大竹市の地域包括ケアシステム図



2 計画の体系



3 日常生活圏域の設定

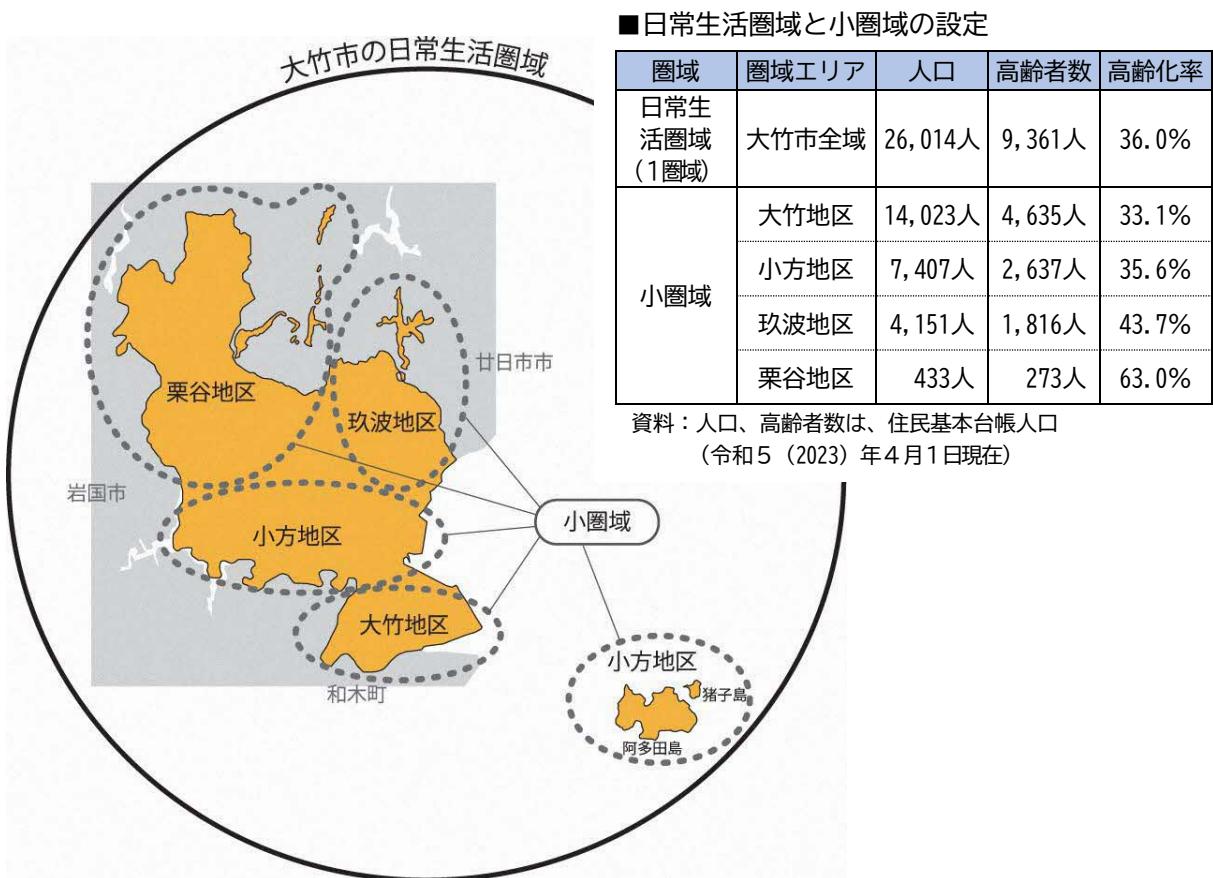
(1) 日常生活圏域の設定

高齢者が住み慣れた地域でできる限り長く自分らしい生活ができるように、日常生活圏域を設定します。日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的及び介護保険サービスの整備状況を踏まえ、医療・介護・福祉・生活支援等のサービス提供が適切に実施できる範囲を設定するものです。

本市では、市全域を1圏域として設定します。

(2) 小圏域の設定

日常生活圏域の中に4か所の小圏域を設定します。小圏域ごとの地理的条件、社会的条件、介護保険サービス基盤の状況等を勘案し、バランスのとれた整備を進めます。



第4章 施策の展開

1 いきいきとした暮らしの実現

(1) 介護予防・健康づくりの推進

高齢者の健康と生活の質を向上させるために、要支援や要介護状態を予防し、健康寿命を延ばす生活習慣の改善を重視した健康づくりを推進します。

また、住み慣れた地域で暮らし続けていくために、要介護状態を防ぐためのフレイル対策の重要性を積極的に啓発し、介護予防の取組を推進します。

さらに、関係機関との連携を図り、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する体制を整備します。

※フレイル：加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能）が低下した状態のこと。適切な介入・支援により、元の健常な状態に戻る可能性がある。

① 介護予防・健康づくりの普及・啓発

項目	事業内容
介護予防・健康づくりの啓発	<p>市主催の「一般介護予防」や「出前健康講座」等の介護予防・健康づくり事業は、市広報・市ホームページ・市SNSを通じて周知を行います。</p> <p>また、介護予防や健康づくりの重要性について、健診会場・各種健康講座・通いの場などのあらゆる場を活用して情報を提供し、啓発します。</p> <p>地域資源マップ「大竹おたすけ手帳（医療編・介護編・コミュニティ編）」を活用し、介護予防・健康づくり事業等の情報提供を推進します。</p>

② 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

項目	事業内容
短期集中サービスの事業及び介護予防プランの充実	短期集中的にリハビリテーションサービスを行う通所型サービス事業を市の介護予防・日常生活支援総合事業の基本として推進し、住民の健康維持を支援します。また、アセスメントに基づき、適切に介護予防プランに組み込まれるよう推進します。
総合事業の対象者や単価の弾力化	高齢者の多様な生活支援ニーズに対応するため、総合事業の対象者や単価の弾力化を検討していきます。

③ 運動・口腔機能向上等の促進

項目	事業内容
運動習慣の普及と通いの場づくり（いきいき百歳体操）	「いきいき百歳体操」による月2回以上の運動習慣及び通いの場の普及をさらに推進します。今後も、必要に応じてリハビリテーション専門職の派遣、体操指導、体力測定、活動意欲低下を防ぐための情報提供、フレイル予防の啓発等、活動継続への支援を推進します。
口腔機能の維持向上	出前健康講座でオーラルフレイルの予防について普及啓発を行います。 通いの場において実施するフレイル基本チェック表から口腔機能の改善が必要な人を抽出し、口腔機能向上の保健指導を行い口腔体操の紹介や定期的な歯科受診を勧め、「オーラルフレイル」予防の普及啓発を行います。 介護予防の一環として、口腔機能改善の意義について、一般介護予防事業等のあらゆる場において、取組を推進します。 通いの場の6か月支援時に「かみかみ百歳体操」のDVDを配付し、口腔ケアと定期的な歯科受診の必要性について引き続き啓発します。

項目	事業内容
こころの健康づくり	<p>各種健康講座や通いの場の継続支援時など、高齢者と接するあらゆる機会で、参加者と顔見知りの関係を築くことでこころの相談窓口として対応し、必要な機関につなげます。</p> <p>通いの場だけでなく、高齢者が集う様々な場面において、こころの健康づくりについての普及・啓発を行っていきます。また、本人だけでなく、家族に対しても支援に努めます。</p> <p>「基本チェックリスト」でうつ傾向のある事業対象者となった方に対して、必要に応じて専門医を紹介するなど、高齢期のこころの健康づくりを推進します。</p>
健康的な食習慣の普及啓発	<p>通いの場や食生活改善推進員の研修等で、食に関する知識の普及・啓発に努めながら、特に低栄養予防・高血圧予防を主とした栄養についての学びの機会をつくるとともに、食を通じた健康づくりを継続的に取組みます。</p>
地域リハビリテーション活動支援	<p>地域における介護予防の取組を強化するために、自立支援の考えに基づき、地域ケア会議、サービス担当者会議、通いの場、居宅介護関連職員の技術支援等にリハビリテーション専門職等の関与を推進します。</p> <p>地域リハビリテーション広域支援センターのリハビリテーション専門職との情報共有を積極的に行い、自立支援に向け対応を検討していきます。</p>

④ 健診事業・特定保健指導の推進

項目	事業内容
高齢者の健診受診率の向上	がん、心臓病、脳卒中などの生活習慣病を早期発見するためだけでなく、高齢期を健康に過ごすために、年1回は健康状態の確認ができるよう、市広報や市ホームページにて健康診査やがん検診の受診促進に取組みます。
特定保健指導等の推進	保健指導の対象者や要治療者に対して、生活習慣の改善や治療に必要な情報を提供することで行動変容を促し、生活習慣病の重症化を予防します。 また、健診結果の確認方法については動画配信等でも実施し、保健指導を強化します。

⑤ 高齢者の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、健康寿命の延伸のため、高齢者の健康づくりを推進することが重要です。そのため、高齢者の医療・健診・介護データ等を基に、高齢者の特性を踏まえ傾向と対策を分析し、専門職との連携により、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図るため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取組みます。

高齢者一人ひとりに対し、フレイル予防等の介護予防と生活習慣病等の疾病予防、重症化予防を一体的に行う取組で、ハイリスクアプローチや、通いの場等において集団的に支援するポピュレーションアプローチを展開します。

(2) 自立支援・重度化防止の推進

自立支援、重度化防止のためには、地域全体で生活習慣病の予防策を推進し、高齢者の入退院時における医療と介護の連携、自立支援に役立つケアプランなど多角的な取組を推進する必要があります。

① 自立支援型介護予防ケアプランの推進

自立支援の考え方に基づいたケアマネジメントを利用者に提供するため、多職種による自立支援型地域ケア会議において、利用者のアセスメントの確認を行い、より適切な自立支援や重度化防止のプランとなるよう支援します。また、「自立支援に役立つケアマネジメント」とは何かを常に情報共有しながら追求し、ケアマネジメントが適正に実施できるよう取組みます。

支援が困難なケースに対し、「個別事例ケア会議」を隨時行い、多職種や地域の支援者等により、情報共有を図り具体的な支援方法を検討し、地域のネットワーク構築を推進します。

② 入退院時の医療・介護連携の推進

要介護認定者等の入退院等に際して、医療機関と介護支援専門員の連絡会を定期的に開催し、「顔の見える関係」を構築し、適切に情報共有が行えるよう取組みます。

③ 生活習慣病の重症化予防の推進

国民健康保険の医療・健診データを利用し、重症化の恐れのある人に対する訪問指導や健康指導教室等への参加を勧奨し、個別指導につなげます。

④ 保健・医療・介護の連携

多職種連携協議会を基盤として、保健・医療・介護の各専門職がそれぞれの役割や各分野の専門性を学び、より顔が見える関係となり、連携を図っていくための研修会等を実施します。

保健・医療・介護の協働により、高齢者の健康の向上に向けた支援を充実させます。

⑤ 地域リハビリテーション体制の構築

リハビリテーションによる心身機能や生活機能の向上といった個人への働きかけはもとより、地域や家族の社会参加も含めた生活の質の向上を目指すためのリハビリテーションサービスが計画的に提供できる体制の構築が重要です。

第9期計画期間中においては、現在の供給量を維持し、自立支援、重度化防止に取組みます。

(3) 高齢者の社会参加・生きがいのある生活の推進

高齢者がこれまで培われてきた豊かな経験や能力などを活かしながら、楽しみや生きがいをもって生活する機会を増やすため、社会参加を促すための様々な機会やきっかけを提供します。

① 高齢者の社会参加の促進

項目	事業内容
自主的な社会貢献活動の推進	高齢者自身が生活支援や介護予防の担い手となる仕組みづくりを検討します。ボランティア活動に対するモチベーションの維持・向上につながる取組を検討します。
介護予防リーダーの育成	地域で開催されている介護予防活動で指導を行う介護予防リーダーとして健康マイスターの養成を行うとともに、健康マイスターが活躍できる場の提供や、地域での自主的な活動を支える人材を育成します。
地域介護予防活動支援事業	生活支援体制整備事業と連動し、地域での「居場所」づくりや「見守りの場」づくりを広めます。通いの場である「いきいき百歳体操」を活用した住民主体の活動グループ（月2回以上の活動グループ）には、立ち上げ・継続支援を行います。 また、活動グループへのリハビリテーション専門職の派遣を継続して実施します。 地域包括支援センター、生活支援コーディネーターとも連携し、積極的な介入を図ります。
老人クラブの活動支援	高齢者の社会参加を進めるため、市老人クラブ（シニアクラブ）連合会をはじめ各老人クラブの自主的な活動（社会奉仕、スポーツ振興、教養講座、介護予防など）を支援するとともに、会員増に向けた取組を進めます。 また、各老人クラブ、市老人クラブ連合会への補助金交付による活動支援、老人集会所への運営費補助などの支援を継続して行います。
敬老会	市内在住の75歳以上の高齢者を対象として、市から社会福祉協議会へ敬老会事業の委託を行い、各地区社会福祉協議会や自治会等での実施を支援します。

②生涯スポーツや生涯学習の推進

項目	事業内容
生涯スポーツの振興	<p>体力づくり・健康づくりに関連して、スポーツやレクリエーションに対するニーズは増大しており、一市町村ースポーツ事業の卓球やニュースポーツなど、子どもから高齢者まで気軽に参加できるスポーツを推進しています。</p> <p>また、日常的に活動ができるスポーツ施設等を適切に管理していくとともに、小・中学校の体育館やグラウンドなどを市民に開放しています。</p> <p>総合型地域スポーツクラブや体育協会を中心として子どもを対象とした「スポーツ教室」の充実を図り、その教室の講師に地域の元気な高齢者が参加するなどスポーツを通じて世代間交流の輪が広がるような取組を行います。</p> <p>今後も、多種多様なスポーツ競技の情報や場の提供、指導者の育成に努め、生涯スポーツの振興に取組みます。</p>
生涯学習や生きがい活動の推進	<p>平成9（1997）年に生涯学習都市宣言を行い、「ひとり一学習、一スポーツ、一趣味、一ボランティア」をスローガンに掲げ、生涯学習を推進しています。</p> <p>生涯学習グループの活動を支援するとともに、地域課題の解決につながるような事業を企画し、多様化する学習の機会を提供します。</p> <p>また、高齢者の活力を生かす場として地域と学校との関わりを増やす中で、生きがい活動の推進に取組みます。</p>

③高齢者の就労支援の促進

高齢者の就労環境の整備を進めるとともに、就労を通じて高齢者の生きがいづくりと社会参加を促進するため、シルバー人材センターの活動支援を行います。

目標設定 基本方針：いきいきとした暮らしの実現

指標	実績 令和4年度 (2022年度)	目標 令和8年度 (2026年度)
通いの場の数	31か所	40か所
自立支援型地域ケア会議開催	1回/2か月	1回/2か月
地域福祉の推進を目的としたボランティア団体数	30団体	35団体

2 支え合いの地域づくり～地域共生社会に向けて～

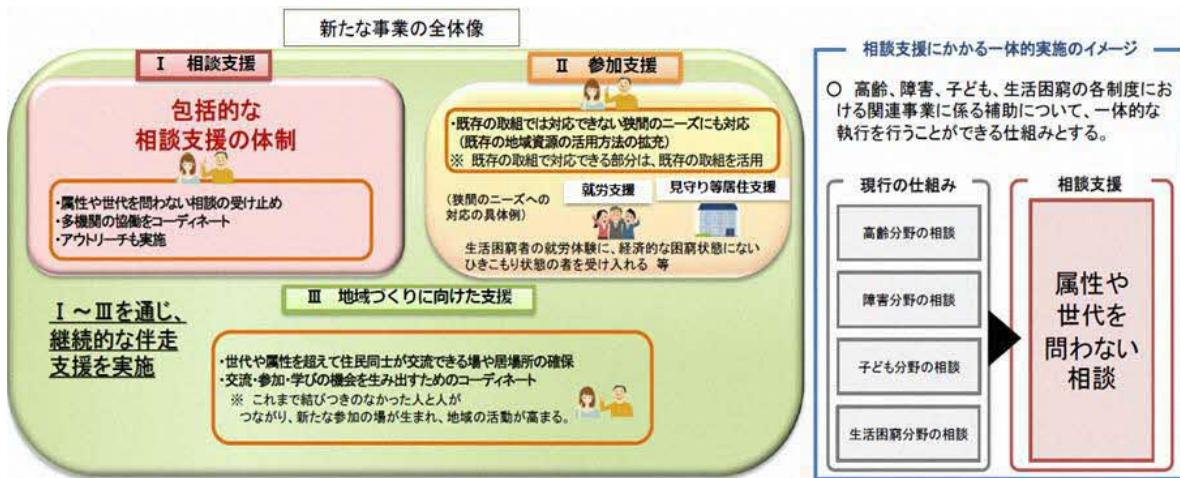
(1) 地域共生社会の推進

① 重層的支援体制整備事業の実施

障害者や子ども、生活困窮者に関する行政機関や支援機関、医療・保健・福祉・介護等の各専門職並びに地域住民と共に認識を持つことで互いに連携し、「相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施し、地域における複雑化・複合化した支援ニーズに対応できる包括的な支援体制の整備を進めます。

総合相談窓口の「まるっと大竹」を推進します。

【地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制】



資料：厚生労働省

② 世代間交流の推進

生活支援コーディネーターを中心に、子どもや保護者、高齢者などが集い、お互いが見守る、勉強を見る、食事を共にするなどの活動ができる場を拡大していきます。

③ 共生型サービス事業所指定の推進

介護保険事業と障害者支援事業の両方の指定を受ける共生型サービス事業所への移行について、事業所に対する支援を行います。

(2) 在宅生活支援の推進

① 生活支援体制の整備

高齢者の在宅生活を支えるため、市と自治会、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、社会福祉法人、ボランティアなどが連携し、介護予防サービスを含む重層的な生活支援体制づくりを進めていきます。また、住民が担い手として参加する住民主体の互助活動を促し、地域の関係者と住民が助け合う地域づくりに取組みます。

●コーディネーターの配置

引き続き生活支援コーディネーターを配置するとともに、更なる機能強化を進め、地域課題の抽出や住民主体で地域課題を解決していく仕組みを構築します。

●各層へ協議体の設置

第1層協議体（市全域）	市と関係団体・機関が連携し、基本方針や全市的な課題などについて協議します。
第2層協議体（小圏域）	各地区社会福祉協議会・公民館等と連携できるよう関与していきます。
第3層協議体（自治会単位）	各自治会やサロン等と連携し、小単位の協議体を増やしていきます。

●協議体の会議開催

第1層協議体は、生活支援コーディネーターを中心に、下層の協議体の育成・支援、地域診断を基本とします。また、地域人材確保推進体制整備事業に取組み、課題となっている介護人材の確保及び育成を国や県の動向を注視しながら検討していきます。

●担い手の養成と活動の場の紹介・調整

第3層協議体において、生活支援コーディネーター、民生委員・児童委員、福祉委員、自治会を中心としてのマップ会議実施地域を拡大するとともに、地域住民に対して、見守り活動やサロンへの参加などを促すことで担い手の育成等を促進します。

②高齢者福祉サービスの充実

項目	事業内容
移送サービス	<p>社会福祉協議会等による福祉有償運送サービスを市広報等にて周知します。様々なニーズに対応できるような仕組みづくりに取組みます。</p> <p>また、高齢者の経済的負担を軽減するとともに、閉じこもり状態を未然に防ぐことを目的に新しい移動支援を検討していきます。</p>
在宅寝たきり高齢者等訪問歯科診療促進事業	<p>おおむね65歳以上の在宅寝たきり高齢者及び在宅寝たきり障害者に対し、歯科医師・歯科衛生士等が訪問して健診・診療・事後指導・口腔ケアを行います。</p> <p>また、歯科診療や口腔ケアの重要性を周知していきます。</p>
高齢者見守りネットワーク事業	<p>地域での自立した生活を支援するため、地域包括支援センターの機能や緊急通報システムを活用し、家庭内での事故等を防止することを目的に見守りネットワークを構築し、迅速で的確な対応を行います。</p> <p>ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等に対し、安心して日常生活が送れるよう緊急通報システムの設置を勧めます。通報機器の設置後は、看護師など医療・福祉の有資格者が待機するコールセンターにおいて、24時間体制で相談業務を行い、緊急時には自宅への出動員の派遣や消防署への連絡等のサポートを行います。</p>

③介護者支援の充実

項目	事業内容
家族介護用品の支給	要介護4又は要介護5で、市町村民税非課税世帯の在宅高齢者を介護している家族等に対し、紙おむつ、おむつカバー等の介護用品を支給します。低所得者世帯の在宅介護を支援するために必要な事業として、市広報、市ホームページ等にて周知を行います。
生活管理指導短期宿泊事業	自立した生活を送っている在宅の高齢者が、体調を崩すなど一時的に在宅での生活が困難となり、生活習慣の指導を行う必要が生じた場合や、虐待を受けている高齢者の生命・身体を守る必要が生じた場合に、一時的に施設で受け入れます。

(3) 災害や感染症対策への体制整備の推進

① 介護事業所等と連携した啓発活動

介護事業所等と連携し、防災や感染症対策の周知啓発、研修、訓練を実施します。

また、介護事業所等での対策の仕組みや実施状況の確認を行います。

② 災害や感染症発生時における必要物資の整備

関係部署と連携し、介護事業所等における災害や感染症の発生時に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制を整備します。

③ 広島県、関係事業者及び関係団体と連携した支援体制の構築

広島県、関係事業所及び関係団体等と連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築します。

また、緊急度のより高い重度の要介護者ごとの個別避難計画作成に際しては、市・地域を含めた支援体制を構築します。

④ I C T（情報通信技術）を活用した業務のオンライン化の推進

災害・感染症対策として、平時から I C T（情報通信技術）を活用した会議の実施等による業務のオンライン化を推進します。

目標設定 基本方針：支え合いの地域づくり

指 標	実績 令和4年度 (2022年度)	目標 令和8年度 (2026年度)
ふれあいサロンの数	55か所	65か所
共生型サービス事業所数	0 か所	1 か所
生活支援コーディネーターの数	1 人	1 人
第3層協議体の数	10	20
緊急通報システム登録者数	194人	240人

3 地域包括ケアシステムの推進

(1) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの要として、また、高齢者の総合相談窓口としての役割が期待されています。運営協議会に事業評価を諮り、業務改善を行うことで、機能強化につなげていきます。

① 相談支援体制の充実

地域包括支援センターが中心となって、多職種連携協議会等を軸とした地域の保健・医療・福祉・介護の関係者、関係機関等との連携を強化し、高齢者やその家族を支えるネットワークの構築を推進します。

② 見守り体制の強化

地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を越え「丸ごと」つながることで高齢者のみならず、地域の複合的な課題を抱える人など住民一人ひとりが、見守り合い、助け合いながら生活ができるよう支援を行います。

③ 政策形成機能の体制強化

地域包括支援センターが高齢者支援ネットワーク会議を通して、居宅介護支援事業所等の関係機関との更なるネットワークの構築を推進します。また、生活支援コーディネーターと連携し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるための地域包括ケアシステムの充実を図ります。

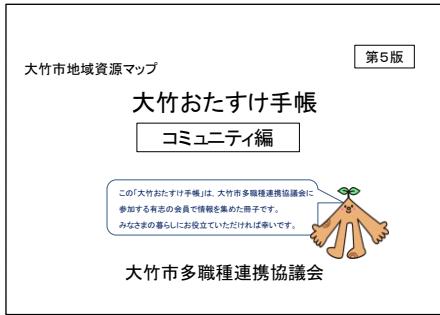
④ 困難事例対応の体制強化

地域での支援が困難な事例に対応するため、保健・医療・福祉・介護の専門職、法律専門家、行政関係機関等の実務者レベルで構成する会議を開催し、迅速かつ適切な支援を行います。

(2) 医療・介護連携の強化

要介護認定を受けている高齢者が、住み慣れた地域で継続して日常生活を送るために、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ慢性疾患や認知症などの罹患者に対し、かかりつけ医と介護従事者との日常的な連携の強化や、入退院時における医療従事者と介護従事者の連携が求められます。

① 医療・介護連携の強化に向けた事業の推進

項目	事業内容
地域の医療・介護サービス資源の把握	<p>地域資源マップ「大竹おたすけ手帳（医療編・介護編・コミュニティ編）」を定期的に更新します。</p> <p>コミュニティ編は、生活支援サービスの追加を適宜行うとともに、市ホームページ等で周知します。</p> <p>【大竹おたすけ手帳（コミュニティ編）】</p> 
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	多職種連携協議会の役員会で、保健・医療・福祉・介護の専門職として、資質向上のための研修会や事例検討会を企画し、連携のための課題抽出や解決策等を協議します。
切れ目のない在宅医療と介護サービス提供体制の構築	高齢者の多様なニーズに応じ、一人ひとりの状態に応じて、切れ目のない在宅医療・介護サービスを提供できる体制を構築します。
医療・介護関係者の情報共有の支援	医療・介護関係者間の情報の共有を支援するとともに、在宅での療養管理指導、看取り、入院や退院時の連携パスの整備を支援します。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	在宅医療・介護連携の支援窓口を設置し、在宅医療と介護サービスに関わる専門職間の連携を強化するとともに、関係者からの相談受付等を行います。

項目	事業内容
医療・介護関係者の研修	多職種連携協議会を中心として、地域の保健・医療・介護・福祉関係者が一堂に会した事例検討会及び発表会を実施し、グループワークを通じて多職種連携の実状を学びます。また、それらの機会を通じて顔の見える関係を推進します。 保健・医療・介護・福祉職種を対象として、資質向上・連携強化のため、医学や福祉に関連するテーマで研修会を開催します。
地域住民への普及啓発	巡回よろず相談所やいきいき百歳体操、元気はつらつ教室など市民と接するあらゆる場面で、在宅医療や介護サービス等に関するパンフレットやチラシを配布し、地域住民の理解を深める取組を行います。
二次保健医療圏内の連携	二次保健医療圏内の病院から退院する事例等に関して、県、保健所等の支援をもとに、在宅医療・介護等の関係者間での連携方策について協議します。

(3) 高齢者にやさしい地域づくり

①高齢者の防災、交通安全、防犯活動の推進

高齢者の安全に関する取組、防災、交通安全、犯罪対策などにおいて、地域全体の協力が不可欠です。見守り活動の充実のほか、市の防災計画を踏まえた地域活動の在り方を明確にして対応していくことや、警察などとの連携が重要です。

項目	事業内容
避難行動要支援者の避難支援	<p>平成20（2008）年度に策定した「大竹市災害時要援護者避難支援プラン（全体計画）」に基づき、災害発生時に支援が必要な要配慮者の名簿（「避難行動要支援者名簿」）を作成し、毎年更新していましたが、災害対策基本法の改正により、令和5年度にこの避難支援プランを改定し、新たに「大竹市避難行動要支援者個別避難計画」の作成を進め、要支援者が安心して暮らすことができる地域社会を形成していきます。</p> <p>また、要支援者からの同意を得た個別避難計画は、民生委員・児童委員、自治会、自主防災組織、警察署、消防団などの関係機関と共有し、地域で安否確認や避難誘導等の支援ができる体制を整備していきます。</p>
自主防災組織の活動支援	<p>自主防災組織の新規設立時の支援を行い、災害発生時における被害を最小限にとどめ、地域の住民同士が支え合う仕組みづくりを進めます。また、自主防災組織の未設置地域に対し、防災セミナーを通して設置に向けて働きかけます。</p> <p>土砂・浸水ハザードマップや地震、津波ハザードマップを活用して、地域の危険箇所や避難場所を周知するとともに、福祉避難所の指定など要配慮者が安心して避難できる対策を進めています。</p>
交通安全の推進	<p>高齢者が当事者となる交通事故の割合が、加害・被害ともに上昇傾向にあることから、交通安全協会などの関係団体と連携し、交通安全運動をはじめ、高齢者が集まる場を利用して、交通安全に対する啓発チラシの配布などを行い、交通安全知識・マナーの普及や交通安全意識を高める運動を実施します。</p> <p>また、様々な機会を通じて、高齢者の運転免許自主返納について啓発を行うとともに、高齢者が利用しやすく持続可能な地域公共交通の維持を推進していきます。</p>

項目	事業内容
防犯・消費者被害防止対策	<p>高齢者が犯罪に遭わないように支援する体制づくりが急務になっており、特に、高齢者のみの世帯、昼間高齢者のみになる世帯に対する防犯や、消費者被害の防止対策に取組みます。</p> <p>「迷惑電話防止機能付」電話機等の購入費に係る補助金の申請件数が年々増加していることから、一定数以上の効果があると考えられるため、次年度以降も引き続き実施していきます。</p> <p>高齢者への犯罪・消費者被害を未然に防止するため、消費生活に関連した啓発チラシの配布、市広報・市ホームページ等を活用した情報提供を行います。</p> <p>また、市の消費生活相談窓口の周知や出前講座を活用した防犯・消費者被害の防止対策の充実を図ります。</p>
I C T（情報通信技術）を用いた高齢者見守り活動の推進	<p>人口減少社会を迎える、核家族化の進行や都市部への人口偏在等により、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加しています。</p> <p>こうした中、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らし続けるため、I C T（情報通信技術）を用いた高齢者の見守り活動を推進します。</p>

② ユニバーサルデザインの推進

高齢者や障害者をはじめとし、誰もが安全で快適な社会生活が送れるよう、ハード・ソフト両面を含めた社会全体のユニバーサルデザインの推進が求められています。

市道における歩道の段差解消、公共施設及び公園における多目的トイレの設置など、関係機関の協力を得ながら、高齢者が利用しやすい生活環境の整備に取組みます。

③多様な住まいの提供

項目	事業内容
高齢者が住みやすい住宅確保の支援	市営住宅については、住戸内の手すり設置や集会所の手すり及びスロープ設置等を行い、高齢者単身世帯や高齢夫婦世帯に配慮した設備の整備に努めます。
養護老人ホームの計画的な維持補修	家庭環境や経済的理由により自宅で生活することが困難で、おおむね65歳以上の自立した日常生活が送れる高齢者に対する施設サービスとして、ゆうあいの里があります。 今後老朽化による改修を計画的に実施し、改修に向けて関係機関と協議していきます。
有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に関する県・市間の情報連携	有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においては、広島県及び近隣市町と情報連携し、設置状況や、利用状況等の把握に努めます。

④ 高齢者の権利擁護・虐待の防止等

高齢者の権利擁護・虐待防止に関する啓発を進めるとともに、これらに関する相談窓口の整備や関係機関との連携強化を推進します。

項目	事業内容
高齢者の権利擁護・虐待防止に関する啓発	「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」の虐待の定義等を幅広く市民へ周知します。
地域包括支援センターの相談対応の強化	高齢者の権利擁護事業として、地域包括支援センターに虐待に関する相談窓口を設置しています。 地域包括支援センターと連携して作成した「大竹市高齢者虐待防止マニュアル」に基づき、関係機関と連携しながら、認知症高齢者等の権利擁護の制度に関する普及・啓発やきめ細かな情報提供、相談の充実に努めます。
関係機関との虐待防止・対応の連携強化	地域包括支援センター、市、警察署、社会福祉協議会、民生委員・児童委員等の地域の関係機関が連携しながら、虐待の防止・早期発見に努めます。 また、「大竹市虐待等防止ネットワーク」を活用し、関係機関における情報の共有化を図るとともに、虐待発生時には迅速かつ適切な対応を行い、高齢者の安全を確保します。 複雑・困難な事例は、県の地域包括ケア推進センターや保健所等と連携し、速やかな対応に努めるとともに、地域包括支援センターと関係機関が適切に介入し、事態の収拾を図ります。 また、緊急性が高い事例については生活管理指導短期宿泊事業を利用するなどネットワークを活用し、高齢者の安全及び安心を確保します。
福祉サービス利用援助事業	福祉サービス利用援助事業「かけはし」では、軽度の認知症等のある高齢者が、社会福祉協議会と契約を結び、派遣された生活支援員が日常的な金銭管理や福祉サービスの利用援助などを行うことにより、地域で自立した生活が送れるよう支援します。
成年後見制度利用支援事業	成年後見制度利用支援事業を重層的支援体制整備事業と一体的に行い、支援体制を整備していきます。

目標設定 基本方針：地域包括ケアシステムの推進

指 標	実績 令和4年度 (2022年度)	目標 令和8年度 (2026年度)
個別事例ケア会議の開催回数	7回	10回
在宅医療・介護連携に関する相談件数（累計）	316件	330件
権利擁護普及活動の周知回数	9回	10回

4 認知症「共生」・「予防」の推進

(1) 認知症の人を支える地域の推進

令和5年6月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進していくことが求められています。

認知症の人やその家族が孤立することなく、自宅や地域で役割を持ち、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、認知症への社会の理解を深め、認知症を支える体制整備及び認知症の人やその家族への支援体制を構築します。

① 認知症への理解等の普及啓発

講演会・講座等の開催や市広報等により、認知症に関する正しい理解を深めるための情報を発信します。

また、地域住民、企業、団体・学校を対象とした、「認知症サポーター養成講座」を積極的に開催していきます。

見守り体制を更に強化するため、包括連携協定の締結先を増やし、市全体で認知症への理解あるまちづくりを進めていきます。

② フォローアップ研修の充実

認知症サポーター養成講座修了者を登録し、認知症サポーターの継続的な研修プログラムの作成やフォローアップ研修を実施します。

認知症に関するステップアップ講座等を受講した認知症サポーター等が、支援チーム「チームオレンジ」を作り、認知症の人やその家族への支援を行う仕組みを検討します。

③ 認知症地域連携パスの普及

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会を目指し、認知症疾患医療センターが住民に対して発行している『ひろしまオレンジパスポート』を活用し、支援していきます。

また、その他の医療機関でも発行できるよう働きかけます。

④ 認知症ケアパスの普及啓発

認知症の症状に応じて受けられるサービスや相談機関など適切なケアの流れを明らかにした「認知症ケアパス」を令和5年に改訂しました。今後も「認知症ケアパス」の情報更新を随時行い、相談・支援の際に活用できるよう普及啓発に努めます。

(2) 認知症の人やその家族への支援

① 認知症カフェの支援

月1回開催の「オレンジカフェいこか！」を、物忘れの気になる人や認知症の人、その家族が気軽に日々の悩みや病気について話し合う場として充実するとともに、支援を必要とする人、地域で支援している人にも広く情報が行き届くよう市広報、市ホームページ等で積極的に周知します。

② 認知症施策の企画等

認知症施策の企画・立案・評価に関し、認知症の人自身が、希望や必要としていることなどを本人同士で語り合う「本人ミーティング」を実施し、本人や家族の視点を反映させながら進めます。

(3) 早期発見・早期対応の体制強化

① 認知症対応職員資質向上研修の受講

認知症ケアの向上と多職種連携を図るために、事業所の職員が認知症対応職員資質向上研修を継続して受講できるよう、研修案内を送付し、修了者を増やしていきます。

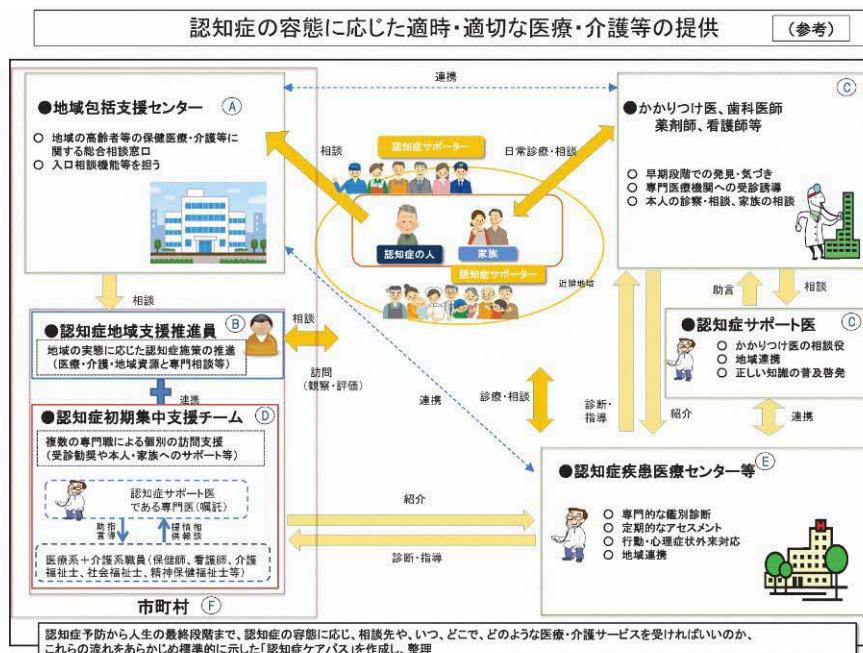
② 認知症地域支援推進員の資質の向上

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センターに認知症地域支援推進員を配置し、センター内の専門職や他の地域包括支援センター等と連携し、地域の認知症の人やその家族の相談支援を行っていきます。

また、認知症の人の介護方法や接し方など、正しい対応方法の理解促進のための活動を行います。

③ 認知症初期集中支援チームの活動の推進

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センターに認知症サポート医や専門職（保健師、社会福祉士等）で構成される認知症初期集中支援チームを設置しています。認知症が疑われる人や認知症の人、その家族を訪問し、観察・評価、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行うことにより、早期に医療や介護サービスにつなげるとともに、介護サービス事業所や関係機関等と連携を図ります。



資料：厚生労働省

(4) 認知症見守りネットワークの充実

① 地域の連携体制の充実

認知症の人を介護している家族などを、身近なところから支えていくため、民生委員・児童委員が中心となり認知症キャラバン・メイト（普及啓発員）、認知症サポーター、地域の関係団体のほか、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等と密に連携しながら、認知症を早期に発見し、地域で日々見守りを行うとともに、個別の事例に関しても、ネットワーク網を通じた活動を展開します。

② はいかい高齢者等SOSネットワークの支援

大竹市社会福祉協議会及び大竹警察署が進めている「大竹市はいかい高齢者等SOSネットワーク」と連携して支援を行うとともに、登録者の増加を目指します。

警察署と、令和3年2月に「認知症高齢者等の支援に係る大竹警察署と大竹市の相互連携に関する協定」を締結し、支援を要する認知症高齢者等に関する情報の共有や連絡体制を構築します。

目標設定 基本方針：認知症「共生」・「予防」の推進

指 標	実績 令和4年度 (2022年度)	目標 令和8年度 (2026年度)
はいかい高齢者等SOSネットワーク登録者数（累計）	59人	65人
認知症初期集中支援チームの訪問件数	11件	25件
認知症キャラバン・メイト、認知症サポーターの数	2,404人	3,200人
認知症サポーター活動参加者（累計）	57人	68人

5 持続可能な制度の構築

(1) 介護人材の確保・育成と業務効率化の推進

① 介護人材の確保

項目	事業内容
人材確保・育成	<p>地域人材確保推進体制整備事業により、介護人材の確保に向けた取組を進めます。</p> <p>介護分野の有資格者で、現在離職している人材へ復職・再就職に向けた支援を行います。</p> <p>市内の公立高校の生徒を対象に介護保険制度等の知識の啓発や有償ボランティア登録の取組を推進します。</p>
キャリア・スタート・ウィークの充実	<p>毎年、夏休み期間中に、市内の中学2年生に対して行っているキャリア・スタート・ウィークを活用し、中学生が介護職場への理解を深め、関心を持ってもらえるよう、受け入れ事業所の拡大を図ります。</p>

② 業務の効率化と質の向上

項目	事業内容
介護支援専門員の質の向上	<p>地域包括支援センターと連携し、地域ケア会議などでのケーススタディへの参加を促進します。これらを通じて、ケアプランの作成にあたり、状態像の改善を常に意識し、アセスメント・ケアカンファレンス・介護保険外のインフォーマルサービスの活用等、様々なアプローチができるようにケアマネジメント技術の向上を図ります。</p> <p>サービスのあてはめではなく、生活支援サービス等地域の資源を最大限利用する視点での取組を推進します。</p>
居宅サービスの質の向上	<p>要介護者の状態像の改善や生活の質の向上を目的に、その人によりふさわしいサービスの利用を実現させることが重要です。</p> <p>居宅サービス提供者と地域の医療機関などの関係機関と連携を強化し、連携によるサービスの質を向上させます。</p>

項目	事業内容
施設サービスの質の向上	施設に入所している高齢者が尊厳を保ち、可能な限り質の高い生活が送れるよう、在宅環境に近い個別のケアの実現を、事業者等に求めていきます。
介護現場における業務効率化の推進	業務の効率化を進め、職員の負担を軽減するために、介護現場においてＩＣＴ（情報通信技術）の活用や介護ロボットの導入が進むよう支援します。 また、介護分野での文書に関する負担軽減のため、国が示す方針に基づき、申請様式・添付書類や手続き等の簡素化、様式例の活用による標準化やＩＣＴ（情報通信技術）等の活用を推進します。

③ ハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくり

地域包括ケアシステムを推進する上で、介護職員が安心して働く職場環境・労働環境を整えることが不可欠です。

事業所の運営指導において、環境の整備が図られているかの確認を行い、ハラスメントに関する事業所からの相談への対応など、地域関係者との連携体制を構築し、問題を早期に把握し、事態が深刻化する前に関係者と連携して適切な対応につなげます。

(2) 介護給付の適正化

① 介護給付の適正化の推進

項目	事業内容
要介護認定の適正化	<p>介護認定調査員を確保し、遅滞なく調査が行える体制を整備します。</p> <p>また、事業所へ委託した認定調査は、認定の適正化・平準化のため、調査結果の事後点検を行います。</p> <p>また、総合事業のサービスの適切な活用のため、窓口で総合事業の制度を説明し、サービスニーズを確認した上で、必要に応じてチェックリストとアセスメントシートを用いることにより、総合事業を含めた様々なサービスを提案します。</p>
ケアプランの点検	<p>ケアプランの質的向上のため、介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容の資料提出を求め、点検・支援を実施します。</p> <p>また、点検実施後の改善状況も確認することで、個々の利用者が真に必要とするサービスの確保を目指します。</p>
医療情報との突合・縦覧点検	<p>国民健康保険団体連合会から提供される情報を活用し、提供されたサービスの算定回数、算定日数、算定内容等の確認を行い、請求内容の誤りを早期に発見し、不適切な給付の有無を効率的に点検します。</p> <p>介護保険と医療保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性を点検します。</p>

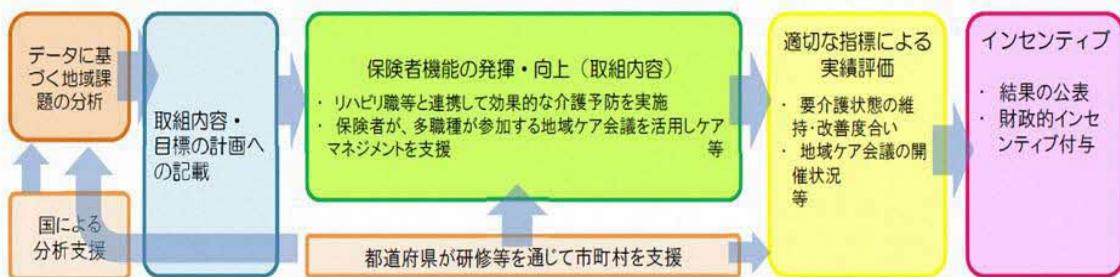
(3) 保険者機能の強化

① 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、高齢者の自立支援及び重度化防止等に関する取組を推進することで、保険者機能を強化します。

【保険者機能強化のイメージ図】

＜参考＞平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



資料：厚生労働省

② 介護保険保険者努力支援交付金の活用

介護保険保険者努力支援交付金を活用し、介護予防・重度化防止に関する取組のうち、新たな予防・健康づくりの取組を、地域の特性に応じて重点的に推進します。

③ 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進

介護現場において、安全性を確保し、リスクマネジメントを推進させることは、利用者や介護職員の安全を守り、介護サービスの質の向上につながります。

国が示す事故報告様式などを活用し、報告された事故情報の集計を行い、また、地域密着型のサービスにおいては、運営推進会議でヒヤリハット報告書を共有するなど、介護現場に対する支援を行います。

④ 介護サービス事業所経営情報の調査及び分析

介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業所の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制の整備に努めます。

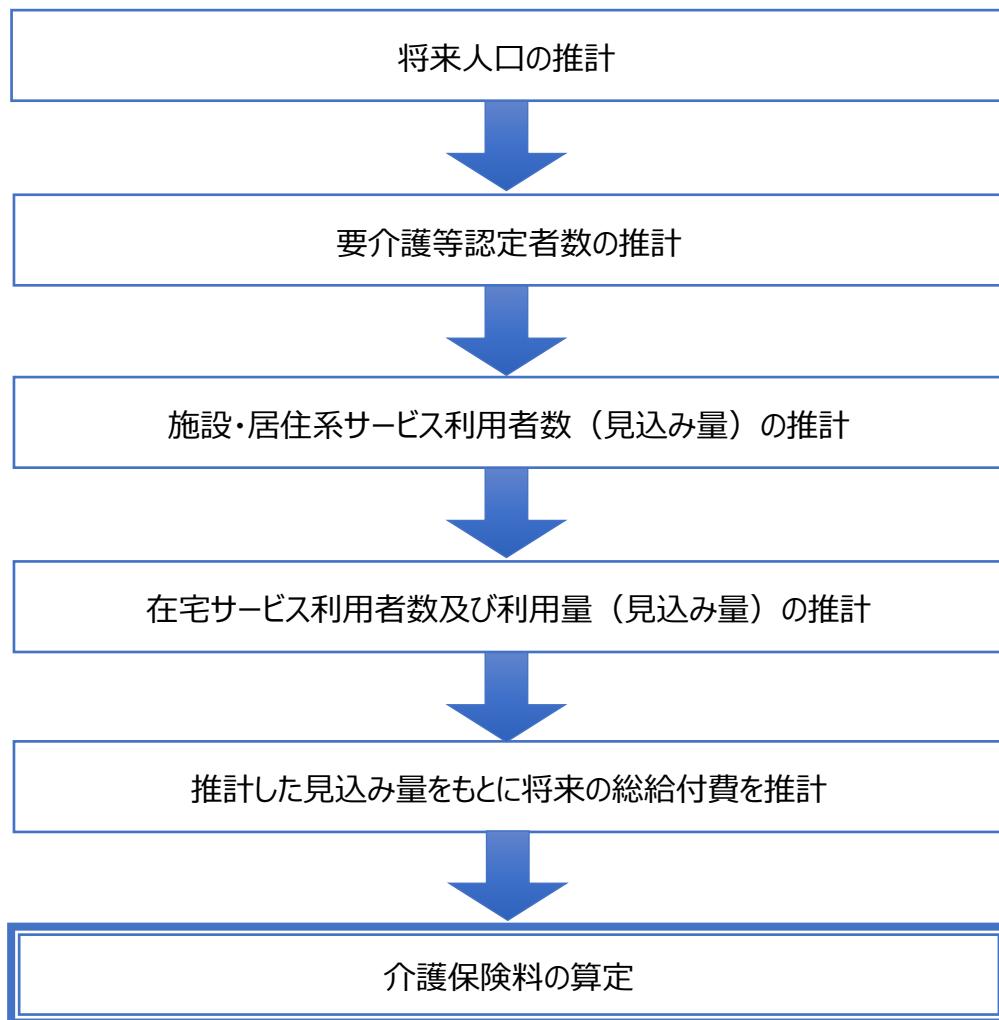
目標設定 基本方針：持続可能な制度の構築

指 標	実績 令和4年度 (2022年度)	目標 令和8年度 (2026年度)
要支援・要介護認定率（第1号被保険者）	18.2%	19.0%
要支援1、2及び要介護1の認定率	県平均以下 (10.03%)	県平均以下
ケアプラン点検の実施	市内全事業所	市内全事業所

第5章 介護保険事業の推進

1 介護保険料の算定手順

第9期計画の介護保険事業について、厚生労働省が作成した地域包括ケア「見える化」システムを用いて各サービスの見込み量や給付費を推計しました。推計の手順は次のとおりです。



2 要介護等認定者数の推計

将来の要介護等認定者数の推計は、将来の各年度における被保険者数の推計値に要介護等認定率を乗じて算出しました。

(単位：人)

区分	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
要支援1	259	260	261	291	287
要支援2	204	203	205	232	220
要支援計	463	463	466	523	507
要介護1	513	522	521	606	624
要介護2	240	242	242	280	294
要介護3	210	213	215	249	266
要介護4	184	185	182	207	216
要介護5	162	166	165	188	198
要介護計	1,309	1,328	1,325	1,530	1,598
合計	1,772	1,791	1,791	2,053	2,105

3 サービス見込量の確保について

(1) 介護保険施設等の整備

医療・介護連携や介護離職防止の推進によるサービス利用の増加を考慮したうえで整備を進めます。

【第9期計画期間におけるサービス基盤整備】

整備施設・サービス	整備予定年度(定員数)		
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度
認知症対応型共同生活介護	-	-	18人
看護小規模多機能型居宅介護	-	-	29人

4 介護サービス見込量の推計

(1) 利用者数の推計

【施設・居住系サービス・1か月あたり利用者数の推計値】

(単位：人)

区分	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
要支援1	9	9	9	10	10
要支援2	6	6	7	8	8
要支援計	15	15	16	18	18
要介護1	125	126	129	140	140
要介護2	61	61	66	64	67
要介護3	101	101	107	123	128
要介護4	97	97	98	93	95
要介護5	68	68	69	81	83
要介護計	452	453	469	501	513
合 計	467	468	485	519	531

資料：「見える化」システム

施設・居住系サービス：特定施設入居者生活介護、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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

【在宅サービス・1か月あたり対象者数の推計値】

(単位：人)

区分	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
要支援1	250	251	252	281	277
要支援2	198	197	198	224	212
要支援計	448	448	450	505	489
要介護1	388	396	392	466	484
要介護2	179	181	176	216	227
要介護3	109	112	108	126	138
要介護4	87	88	84	114	121
要介護5	94	98	96	107	115
要介護計	857	875	856	1,029	1,085
合 計	1,305	1,323	1,306	1,534	1,574

資料：「見える化」システム

在宅サービス利用者数：要介護認定者より施設・居住系サービス利用者数を除いた数

(2) 居宅サービス・介護予防居宅サービス
【居宅サービス量見込み】

サービスの種類 (人/月、回/月、日/月)	単位	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
居宅サービス						
訪問介護	回数	4,290.5	4,368.2	4,342.3	4,953.7	5,239.6
	人数	173	176	175	202	211
訪問入浴介護	回数	108.7	108.7	108.7	108.7	108.7
	人数	18	18	18	18	18
訪問看護	回数	1,360.6	1,394.1	1,387.3	1,579.0	1,657.1
	人数	140	143	142	162	170
訪問リハビリテーション	回数	119.8	119.8	119.8	119.8	119.8
	人数	9	9	9	9	9
居宅療養管理指導	人数	216	220	220	251	263
通所介護	回数	2,449.5	2,485.8	2,465.3	2,849.9	2,971.5
	人数	246	250	248	287	299
通所リハビリテーション	回数	751.8	758.7	764.9	875.9	904.0
	人数	95	96	97	111	115
短期入所生活介護	日数	627.0	627.0	627.0	752.7	786.2
	人数	79	79	79	94	98
短期入所療養介護 (老健)	日数	25.9	25.9	25.9	33.4	33.4
	人数	4	4	4	5	5
短期入所療養介護 (病院等)	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
短期入所療養介護 (介護医療院)	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	人数	453	462	460	528	552
特定福祉用具購入費	人数	9	9	9	9	9
住宅改修	人数	9	9	9	10	10
特定施設入居者生活 介護	人数	116	117	116	119	119
居宅介護支援	人数	630	641	640	737	767

【介護予防居宅サービス量見込み】

サービスの種類 (人/月、回/月、日/月)	単位	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
介護予防居宅サービス						
介護予防訪問入浴介護	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	回数	260.0	252.7	260.0	292.6	279.3
	人数	39	38	39	44	42
介護予防訪問 リハビリテーション	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養 管理指導	人数	16	16	16	18	18
介護予防通所 リハビリテーション	人数	27	27	27	31	29
介護予防短期入所 生活介護	日数	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5
	人数	1	1	1	1	1
介護予防短期入所 療養介護(老健)	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防短期入所 療養介護(病院等)	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防短期入所 療養介護(介護医療院)	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	人数	205	205	207	232	224
特定介護予防福祉用具 購入費	人数	8	8	8	9	9
介護予防住宅改修	人数	7	7	7	8	8
介護予防特定施設 入居者生活介護	人数	14	14	14	16	16
介護予防支援	人数	219	219	220	248	239

(3) 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス

サービスの種類 (人/月、回/月、日/月)	単位	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
地域密着型サービス						
定期巡回・隨時対応型訪問介護看護	人数	0	0	0	0	10
夜間対応型訪問介護	人数	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回数	632.2	648.5	637.5	729.1	776.4
	人数	60	61	60	69	73
認知症対応型通所介護	回数	279.7	288.6	288.6	309.4	318.7
	人数	27	28	28	30	31
小規模多機能型居宅介護	人数	55	55	55	60	61
認知症対応型共同生活介護	人数	81	81	98	98	98
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数	26	26	26	29	29
看護小規模多機能型居宅介護	人数	20	22	34	53	54
地域密着型介護予防サービス						
介護予防認知症対応型通所介護	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数	13	13	13	15	14
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数	1	1	2	2	2

(4) 施設サービス

サービスの種類 (人/月、回/月、日/月)	単位	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
施設サービス						
介護老人福祉施設	人数	104	104	104	106	111
介護老人保健施設	人数	85	85	85	102	107
介護医療院	人数	40	40	40	47	49

5 介護保険料の算出

(1) 介護給付費の推計

(単位：千円)

サービスの種類	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
居宅サービス	1,010,251	1,024,627	1,019,131	1,140,314	1,180,308
訪問介護	162,094	165,385	164,399	187,454	198,357
訪問入浴介護	15,685	15,705	15,705	15,705	15,705
訪問看護	67,397	69,200	68,881	78,378	82,215
訪問リハビリテーション	3,986	3,991	3,991	3,991	3,991
居宅療養管理指導	32,849	33,514	33,552	38,286	40,085
通所介護	243,851	247,864	245,279	283,294	295,909
通所リハビリテーション	79,176	79,861	80,632	92,173	95,202
短期入所生活介護	62,242	62,321	62,321	75,061	78,339
短期入所療養介護（老健）	3,494	3,499	3,499	4,571	4,571
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	78,366	79,993	79,443	90,856	95,389
特定福祉用具購入費	2,966	2,966	2,966	2,966	2,966
住宅改修	6,558	6,558	6,558	7,292	7,292
特定施設入居者生活介護	251,587	253,770	251,905	260,287	260,287
地域密着型サービス	613,239	620,808	700,661	775,266	816,945
定期巡回・隨時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	30,475
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	68,770	70,756	69,283	79,344	84,737
認知症対応型通所介護	44,356	45,737	45,737	48,810	50,584
小規模多機能型居宅介護	111,120	111,260	111,260	120,756	122,351
認知症対応型共同生活介護	258,284	258,610	313,130	312,669	312,899
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	87,411	87,522	87,522	98,017	98,017
看護小規模多機能型居宅介護	43,298	46,923	73,729	115,670	117,882
施設サービス	759,918	760,880	760,880	852,136	892,209
介護老人福祉施設	316,835	317,236	317,236	324,219	339,596
介護老人保健施設	270,004	270,346	270,346	324,074	340,557
介護医療院	173,079	173,298	173,298	203,843	212,056
居宅介護支援	107,823	109,866	109,658	126,048	131,334

(2) 介護予防給付費の推計

(単位：千円)

サービスの種類	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
介護予防居宅サービス	64,325	64,093	64,559	73,201	70,877
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	10,575	10,310	10,589	11,937	11,395
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	2,343	2,346	2,346	2,639	2,639
介護予防通所リハビリテーション	12,420	12,436	12,436	14,253	13,230
介護予防短期入所生活介護	409	409	409	409	409
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	19,189	19,189	19,376	21,720	20,961
特定介護予防福祉用具購入費	2,227	2,227	2,227	2,501	2,501
介護予防住宅改修	5,579	5,579	5,579	6,378	6,378
介護予防特定施設入居者生活介護	11,583	11,597	11,597	13,364	13,364
地域密着型介護予防サービス	15,290	15,309	17,995	20,017	19,006
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	12,607	12,623	12,623	14,645	13,634
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,683	2,686	5,372	5,372	5,372
介護予防支援	12,155	12,171	12,226	13,782	13,283

(3) 納付費の合計

(単位：千円)

サービスの種類	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
居宅サービス	1,074,576	1,088,720	1,083,690	1,213,515	1,251,185
地域密着型サービス	628,529	636,117	718,656	795,283	835,951
施設サービス	759,918	760,880	760,880	852,136	892,209
居宅介護支援・介護予防支援	119,978	122,037	121,884	139,830	144,617
合 計	2,583,001	2,607,754	2,685,110	3,000,764	3,123,962

(4) 地域支援事業費の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業では、訪問型サービス及び通所型サービスを実施し、住民主体の介護予防活動である「いきいき百歳体操」の支援を行います。

包括的支援事業では、地域包括支援センターの運営をはじめ、在宅医療・介護連携や認知症施策を推進します。

(単位：千円)

区分	第9期計画期間			令和12 (2030)年度	令和22 (2040)年度
	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度		
介護予防・日常生活支援総合事業	86,656	86,656	86,656	84,307	73,306
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	44,400	44,400	44,400	42,446	39,467
包括的支援事業（社会保障充実分）	34,163	34,163	34,163	34,163	34,163
地域支援事業費	165,219	165,219	165,219	160,916	146,936

(5) 第1号被保険者保険料の算出

第9期計画期間中の介護保険サービス事業量を見込み、各種諸費用、保険料収納率、所得段階別被保険者数の見込み等を踏まえ、介護保険料基準月額を算定します。

【標準給付費と地域支援事業費の見込額】

(単位：円)

区分	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度	合計
標準給付費	2,683,388,206	2,709,343,390	2,786,699,390	8,179,430,986
総給付費	2,583,001,000	2,607,754,000	2,685,110,000	7,875,865,000
特定入所者介護サービス費給付額	35,642,413	36,070,172	36,070,172	107,782,757
高額介護サービス費給付額	54,117,867	54,778,347	54,778,347	163,674,561
高額医療合算介護サービス費等給付額	8,592,206	8,684,335	8,684,335	25,960,876
算定対象審査支払手数料	2,034,720	2,056,536	2,056,536	6,147,792
地域支援事業費	165,218,405	165,218,405	165,218,405	495,655,215
合計	2,848,606,611	2,874,561,795	2,951,917,795	8,675,086,201

標準給付費+地域支援事業費合計見込額

(令和6（2024）年度～令和8（2026）年度)

23.0%

第1号被保険者負担分相当額

(令和6（2024）年度～令和8（2026）年度)

第1号被保険者負担分相当額	1,995,269,826
+) 調整交付金相当額（標準給付費等の 5.00%）	421,969,887
-) 調整交付金見込額（3年間合計）	540,999,000
-) 準備基金取崩額	200,000,000
	保険料収納必要額
	1,676,240,713

÷) 予定保険料収納率 99.3%

÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数（3年間合計） 28,025 人

÷) 12 か月

介護保険料基準月額 5,020 円

■ (参考) 令和12（2030）年度の介護保険料基準月額

令和12（2030）年度介護保険料基準月額 6,321 円

【所得段階別第1号被保険者の保険料】

保険料段階	対象者			保険料率	基準月額	年額			
	市町村民税課税状況		所得等						
	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 合計課税所得年金収入と の合計	0.455 (0.285)		27,409円 (17,168円)			
				80万円以下					
	非課税	非課税		120万円以下	0.685 (0.485)	41,264円 (29,216円)			
				120万円超え	0.690 (0.685)	41,565円 (41,264円)			
	課税	非課税		80万円以下	0.9	54,216円			
				80万円超え	1.00 基準	5,020円			
第2段階	非課税	非課税	合計所得金額	120万円未満	1.20	72,288円			
第3段階	非課税	非課税		120万円以上 210万円未満	1.30	78,312円			
第4段階	課税	非課税		210万円以上 320万円未満	1.50	90,360円			
第5段階	課税	非課税		320万円以上 420万円未満	1.70	102,408円			
第6段階		課税		420万円以上 520万円未満	1.90	114,456円			
第7段階		課税		520万円以上 620万円未満	2.10	126,504円			
第8段階		課税		620万円以上 720万円未満	2.30	138,552円			
第9段階		課税		720万円以上	2.40	144,576円			
第10段階		課税							
第11段階		課税							
第12段階		課税							
第13段階		課税							

※第1～3段階の（ ）内は軽減後の額。保険料の一部を公費で負担し、低所得者の負担を軽減します。

第6章 計画の推進

1 計画の推進体制

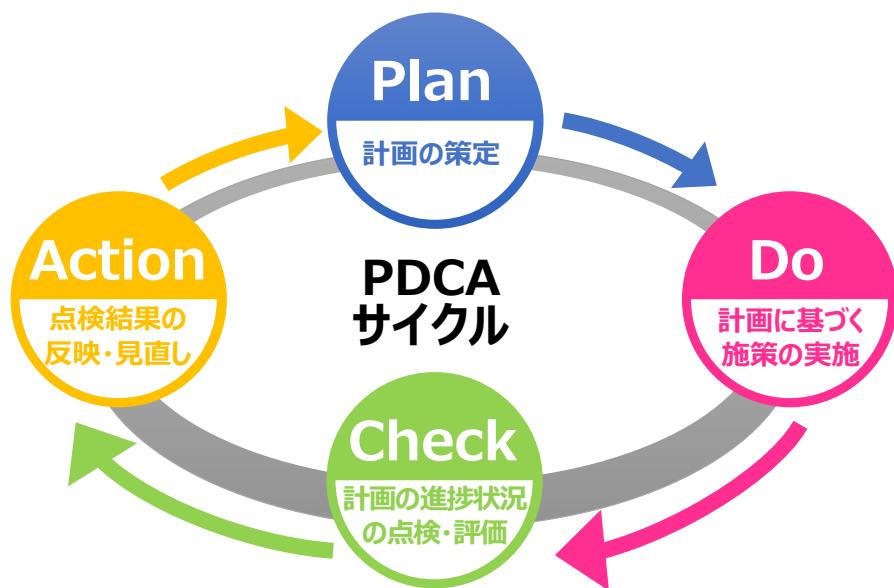
(1) 大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会

選出団体名等	委員氏名	備考
大竹市医師会	坪井和彦	会長
大竹市歯科医師会	伊藤光康	副会長
大竹市薬剤師会	中曾貴章	
大竹市自治会連合会	古川和男	
大竹市社会福祉協議会	政岡修	
大竹市民生委員・児童委員協議会	清水辰明	
大竹市老人クラブ連合会	北保夫	
特別養護老人ホームゆうあいホーム	伊藤調	
老人保健施設ゆうゆ	石井知行	
連合広島大竹・廿日市地域協議会	東倉貴博	
被保険者（栄町地区社協）	阿部清輝	
被保険者（小方地区社協）	梶田博美	
被保険者（玖波地区社協）	岡村博美	
被保険者（栗谷地区社協）	正木和雄	
大竹市健康福祉部長	三原尚美	
		(順不同、敬称略)

2 計画の評価

(1) 計画のP D C Aの実施

施策や事業の進捗は、数値目標などによって評価します。P D C Aサイクル（策定—実施—評価—見直し）により、毎年度、取組結果などから各事業の進捗状況や課題などを把握し、評価します。目標年度である令和8（2026）年度には、アンケートの実施等を通じて目標の達成状況などの評価を行い、計画や施策を見直します。



(2) 計画評価の推進

大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会が、目標管理のほか、給付状況、サービス体制や地域包括ケアシステムの進捗状況などについて評価を行います。

また、地域包括運営協議会において、計画の進捗や地域の課題について検討し、評価や協議をするとともに、政策の提言を行い、大竹市高齢者福祉及び介護保険事業推進委員会で検討します。



**大竹市高齢者福祉計画・
大竹市第9期介護保険事業計画
令和6（2024）年度～令和8（2026）年度**

大竹市健康福祉部地域介護課

〒739-0692 大竹市小方一丁目11番1号

TEL：0827-59-2144（介護高齢者係）

：0827-28-6226（地域支援係）

FAX：0827-57-7130（代表）