

尾道市

高齢者福祉計画及び 第9期介護保険事業計画



令和6年3月
尾道市

はじめに

わが国においては、団塊の世代が全員 75 歳以上となる令和 7 (2025) 年を経て団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 (2040) 年を見通すと、高齢者人口がピークを迎えるとともに、既に減少に転じた生産年齢人口の急減、そしてその地域差は大きいものと見込まれています。



本市の令和 22 (2040) 年においては、高齢化率が既に 40% を超える一方で、介護サービス需要のピークアウトが見込まれています。

こうした状況を踏まえ、本市では、総合的かつ中長期的な視点に立ち高齢者福祉計画及び介護保険事業計画を策定し、「幸齢社会おのみち～住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすために～」を基本理念として掲げ、その実現に向けて各種の取組を進めてきました。

この度、策定しました「尾道市高齢者福祉計画及び第 9 期介護保険事業計画」においては、基本理念「幸齢社会おのみち」のキーワード「住みなれた」「元気」「いきいき」「安心」に加えて、介護保険事業計画を一体化させ「介護サービスの確保」の 5 つの基本目標を掲げ、地域包括ケアシステムの基本理念であり、めざす方向である「地域共生社会」の実現に向けて、介護予防・健康づくり、認知症施策の推進、災害や感染症対策に係る体制など、市民の皆様の負担を抑えつつ介護保険制度の持続可能性を確保したものとしました。

本計画の推進にあたりましては、医療・介護の関係機関、地域や各種団体など多くの皆様との連携・協働で進め、介護現場の生産性向上・介護人材確保等においては、ICT・デジタル技術を活用した施策展開に努めてまいりたいと考えております。

本計画期間中には、しまなみ海道開通 25 周年、やまなみ街道開通 10 周年を迎え、御調町・向島町そして因島市・瀬戸田町と合併し 20 年が経過します。皆様と一緒にチーム尾道で幸齢社会おのみちの実現に向け、希望と夢を持って明るい未来に向かって道をつなげたいと思います。引き続き、御支援・御協力をいただきますようお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、審議に御尽力いただきました尾道市高齢者福祉・介護事業運営委員会委員の皆様をはじめ、計画策定に向け御協力をいただきました市民の皆様、関係機関の方々に心よりお礼を申し上げます。

令和 6 年 3 月

尾道市長 平谷 祐宏

目次

第1章 計画の概要	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置付け及び目的	2
3 計画の期間及び進行管理	3
4 計画の策定体制	4
5 介護保険制度の変遷	6
6 第9期計画のポイント	8
第2章 第8期の振り返りと第9期計画で進めること	9
1 第8期計画の振り返り	9
2 第9期計画で進めること	13
第3章 統計からみる尾道市の高齢者の現状	14
1 本市における現状	14
2 人口推計および世帯数推計	16
3 介護保険給付費	19
第4章 計画の基本理念と基本目標	20
1 計画の基本理念	20
2 計画の基本目標	21
3 計画の体系	22
4 日常生活圏域の設定と各圏域の状況	24
第5章 具体的な取組	31
基本目標1 住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり～地域共生社会の実現～	31
1) 幸齢社会おのみちに向けた意識啓発	31
2) 地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの更なる充実	34
3) 医療と介護の更なる連携	36
4) 地域包括支援センター運営事業の推進	43
5) 自己決定支援の推進	48
6) 自立支援・重度化予防の推進	49
基本目標2 心身ともに元気に暮らせるまちづくり～介護予防・健康づくり施策の充実・推進～	51
1) 介護予防・日常生活支援総合事業	51
2) 一般介護予防事業の推進	53
3) 健康づくりの推進	57
4) 保健事業と介護予防の一体的な実施	59
基本目標3 いきいきと幸せに歳を重ねられるまちづくり～つながる多様な場の創出～	60
1) 高齢者の生きがいづくり	60
2) 出会いの場・集いの場、社会参加の場、学びの場の創出	64

基本目標 4 高齢者が安心して暮らせるまちづくり～安心して暮らせる環境整備～	65
1) 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進	65
2) 権利擁護の充実及び家族介護者への支援	71
3) 生活を支援するサービスの整備・高齢者の住まいの確保	76
4) 災害や感染症対策に係る体制整備	83
5) 介護人材確保及び業務効率化・生産性向上の取組の強化	85
基本目標 5 介護サービスが充実したまちづくり～実情に応じた提供体制の計画的な確保～ ...	87
1) 介護サービス基盤の計画的な確保	87
2) 介護給付の適正化（第6期介護給付適正化計画）	101
3) 介護サービスの質の向上と保険給付の円滑化	103
第6章 介護保険サービスの事業費の見込みと保険料の設定	106
1 介護保険料基準額の推計手順	106
2 介護サービスの見込量	107
3 標準給付費及び地域支援事業費の見込みの算定	112
4 第1号被保険者保険料の算定	113
第7章 計画の推進に向けて	116
資料編	117
1 計画策定の経緯	117
2 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会設置要綱	118
3 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会委員名簿（第9期）	121
4 尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画の策定について（諮問）	122
5 尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画について（答申）	123
6 用語解説	124

本計画の年表記は、元号の使用を基本としていますが、国の指針における用語や、それに関連する語句や将来推計など、一部西暦を使用しています。

第1章 計画の概要

1 計画策定の背景と趣旨

わが国は、高齢化の進行に加え、単身世帯、高齢者のみ世帯の増加など世帯構造の変化が進み、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年が目前に迫っています。さらには令和22（2040）年に向けて、介護サービス需要が更に増加、多様化していくことが見込まれます。

また、高齢者の介護を支える人材は、令和5年度は約233万人必要とされていますが、令和7年度に約243万人、令和22年度には約280万人が必要とされ、人材の確保も大きな課題となっています。

平成27年度から、地域包括ケアシステムの段階的な構築のため、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を展望して、中長期的な視点に立った施策の展開を図ってきました。今後は令和7（2025）年にとどまらず、その先の令和22（2040）年を展望して取組を進めることが必要となっています。具体的には、令和22（2040）年における本市の介護が必要な高齢者の動向を踏まえた介護サービス基盤の計画的な確保を進めるため、介護人材の確保や介護現場の革新・負担軽減を図ることが求められます。あわせて、介護保険事業の持続的な運営を図っていくため、介護予防・健康づくりの取組や増加する認知症高齢者やその家族が地域で安心して暮らせるよう、認知症施策を総合的に推進すること、ヤングケアラーを含む家族介護者への重層的支援体制の整備等、複雑化する課題への対応が必要です。

本市においては、高齢者人口は平成30年にピークとなり減少傾向にあるものの、75歳以上の後期高齢者人口は令和9年にピークを迎えることが予測されることから、多様なニーズに対応するための介護サービス提供体制を整えることが求められます。また、少子化の進行と進学や就職等による若者の都市部への転出により、現役世代（担い手）の減少に伴う介護や地域を支える人材不足がますます深刻になると予測されます。

このような本市を取り巻く現状と課題を踏まえるとともに、「尾道市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」（以下「第8期計画」という。）の取組を承継しつつ、国が示す課題、方向性にも対応しながら、基本理念である「幸齢社会おのみち～住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすために～」を実現するため、「尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」（以下「第9期計画」という。）を策定します。

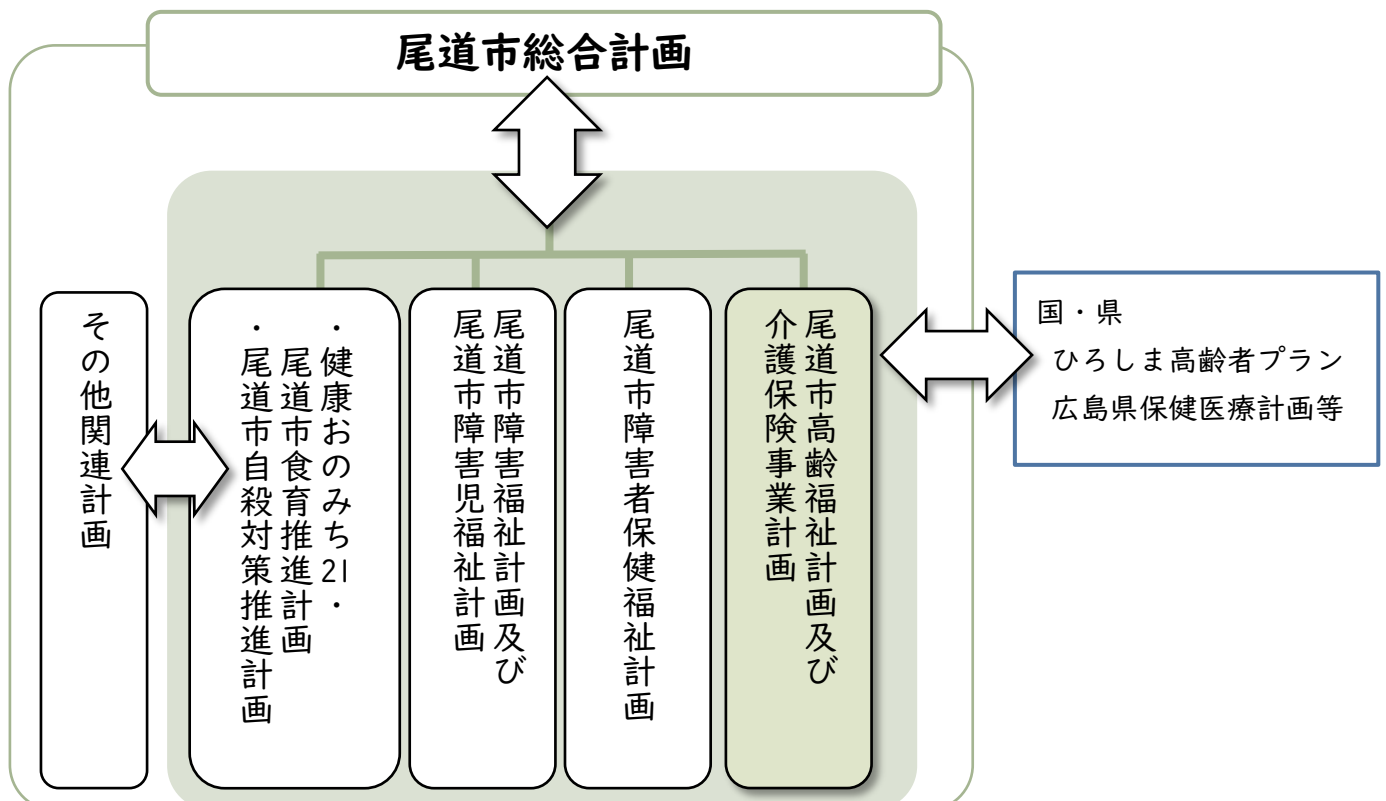
2 計画の位置付け及び目的

本計画は、介護保険事業の円滑な実施と高齢者施策の総合的・計画的な推進のため、老人福祉法第 20 条の 8 に基づく老人福祉計画と介護保険法第 117 条に基づき介護保険事業計画を一体的に策定するものです。併せて、成年後見制度の利用の促進に関する法律第 14 条に基づく成年後見制度利用促進基本計画を策定します。

計画の位置づけ

計画名称	根拠法	主な対象者	計画の性格
尾道市 高齢者福祉計画	老人福祉法 第 20 条の 8	すべての高齢者	保健福祉事業全般に関する総合計画
尾道市 介護保険事業計画	介護保険法 第 117 条	要介護高齢者、要支援高齢者、事業対象者、要介護・要支援となるリスクの高い高齢者	介護サービス等の基盤整備を計画的に進めるための実施計画
尾道市 成年後見制度利用 促進基本計画	成年後見制度 の利用の促進 に関する法律 第 14 条	認知症や障害等により判断能力が不十分な高齢者や障害のある人	成年後見制度の利用の促進に関する施策の総合的かつ計画的な推進

本計画は、国の定める計画策定指針を踏まえ、「ひろしま高齢者プラン」「広島県保健医療計画」との整合を図るとともに、本市の「尾道市総合計画」や「尾道市障害者保健福祉計画」「尾道市障害福祉計画及び尾道市障害児福祉計画」「健康おのみち 21・尾道市食育推進計画」「尾道市自殺対策推進計画」等、市の各種関連計画との整合を図りました。



本計画の「第5章 具体的な取組 基本目標4 高齢者が安心して暮らせるまちづくり 2) 権利擁護の充実及び家族介護者への支援 (1)成年後見制度の利用促進、(2)相談支援体制の充実、(3)権利擁護支援のための「地域連携ネットワーク」の構築」を「成年後見制度利用促進基本計画」と位置づけて一体的に策定します。

【参考】成年後見制度の利用の促進に関する法律（抄）

（市町村の講ずる措置）

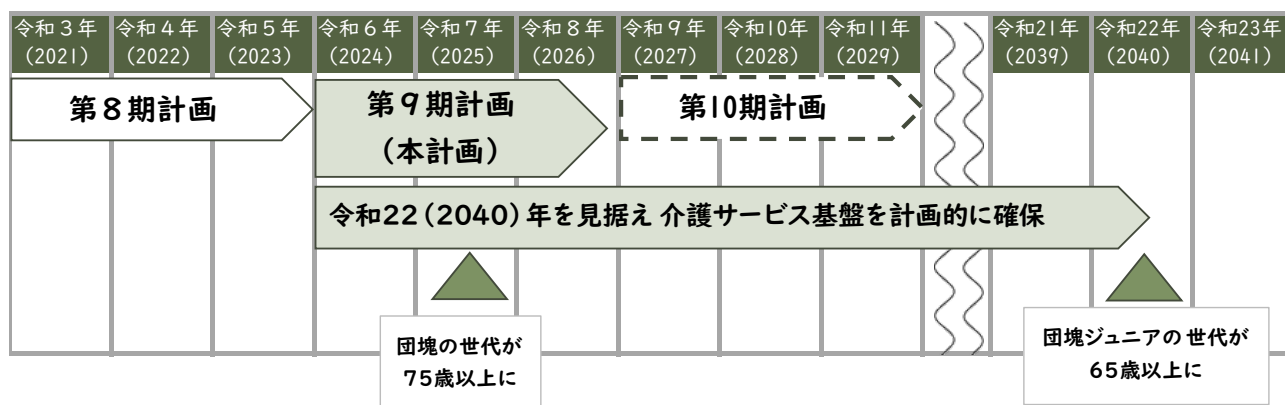
第14条 市町村は、成年後見制度利用促進基本計画を勘案して、当該市町村の区域における成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画を定めるよう努めるとともに、成年後見等実施機関の設立等に係る支援その他の必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

2 市町村は、当該市町村の区域における成年後見制度の利用の促進に関して、基本的な事項を調査審議させる等のため、当該市町村の条例で定めるところにより、審議会その他の合議制の機関を置くよう努めるものとする。

3 計画の期間及び進行管理

高齢者福祉計画及び介護保険事業計画は、3年を1期として策定します。したがって、第9期計画の計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。計画では、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組を進めるとともに、団塊ジュニアの世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据え、要支援・要介護認定者数がピークを過ぎ減少に転じることも踏まえつつ、本市の状況に応じた介護サービス基盤確保に努めます。

計画の期間



4 計画の策定体制

(1) 各種調査の実施

本市の高齢者の日常生活の状況や健康状態、介護サービスの利用状況等を把握し、今後の高齢者保健福祉施策にいかすため「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を行いました。

調査の概要

調査名称	調査対象	調査方法・期間	回収結果
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	65歳以上の要介護認定者以外	郵送による配布・回収 令和4年12月15日～ 12月30日	配布数：5,400人 回収数：3,536人 回収率：65.5%
在宅介護実態調査	在宅で生活している要支援・要介護認定者	調査員による聞き取り調査 令和4年12月1日～ 令和5年2月28日	回収数：668人

(2) 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会による議論

計画案を検討する場として、「尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会」を設置し、医療・介護・福祉・保健の関係者、市民代表、学識経験者などの委員により、さまざまな見地から議論が行われました。

運営委員会開催概要

委員会名称	開催日時	議事内容
第1回 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和5年 7月4日(火) 19:15～	<ul style="list-style-type: none"> 第9期計画に向けた国の基本方針とスケジュール 第8期の振り返り 介護保険事業の状況と実態調査の結果
第2回 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和5年 9月1日(金) 19:15～	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護・福祉関係者ヒアリング調査の結果 第9期計画策定に向けた課題 市の人口及び世帯数推計 第9期計画に係る居住系施設実態調査 第9期計画の骨子(案) 第9期計画における施設等整備方針(案)

委員会名称	開催日時	議事内容
第3回 尾道市高齢者福祉・介護 保険事業運営委員会	令和5年 12月25日(月) 19:15~	・尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画(素案) ・介護保険料
第4回 尾道市高齢者福祉・介護 保険事業運営委員会	令和6年 3月8日(金) 19:15~	・パブリックコメントの結果について ・尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画(案)の審議 ・答申

(3) 医療・介護・福祉関係者ヒアリング調査等の実施

① 地域包括支援センター・介護事業所等ヒアリング

調査日：令和5年7月26~28日

調査対象：市内7圏域〔北部・中央・西部・東部・向島・因島・瀬戸田〕の地域包括支援センター、介護事業所、生活支援コーディネーター等、医療・介護・福祉の現場に関わる職員【41機関49人】

② 居住系施設等アンケート調査（各施設にアンケート調査を実施）

調査月：令和5年8月

調査対象施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
【回答69施設】

(4) 計画案の公表、市民からの意見募集

令和6年1月10日~2月9日に計画案を公表し、市民からの意見募集を行いました。

5 介護保険制度の変遷

第1期（平成 12～14 年度）

- ・ 介護保険サービス（利用者Ⅰ割負担）の開始
- ・ ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの利用増加＋多様なサービスの実施

第2期（平成 15～17 年度）

- ・ 施設入所の適正化を図る
- ・ 要支援、要介護Ⅰの軽度者が増加
- ・ 在宅介護力の強化を図る（ケアマネジャー等の質の向上など）

第3期（平成 18～20 年度）

- ・ 介護予防システムの構築（要支援Ⅰ・Ⅱ区分、予防給付、地域支援事業の創設）
- ・ 高齢者の尊厳を考えたケアの確立
- ・ 地域密着型サービスの創設
- ・ 「量」から「質」、「施設」から「在宅」へ 市町村主体の地域福祉力による地域ケアの視点を重視
- ・ 要支援予備群の要支援（介護）化ならびに要支援者の要介護化を予防する様々な施策のもと、その効果を考慮して適正な保険料を算出

第4期（平成 21～23 年度）

- ・ 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進
- ・ 介護給付の適正化（要介護認定やケアマネジメント等の適正化）
- ・ 介護サービス事業者に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督等の適切な実施
- ・ 介護サービス従事者の処遇改善への対応（介護報酬のプラス改定）
- ・ 地域包括支援センターを核とした地域福祉との連携
- ・ 介護療養病床廃止に向けた取組（平成 23 年度末までに廃止）

第5期（平成 24～26 年度）

- ・ 医療、介護、予防、生活支援、住まいが連携した包括的な支援（地域包括ケア）を推進
- ・ 24 時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- ・ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施（介護予防・日常生活支援総合事業）
- ・ 介護療養病床の廃止期限を猶予（平成 30 年 3 月末までに延期）

第6期（平成 27～29 年度）

- ・ 介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置付け、平成 37（2025）年度を目標に地域包括ケアシステムの構築を推進
- ・ 要支援者のサービスを「新しい総合事業」に移行し、地域支援事業を改変
- ・ 市町村に認知症初期集中支援チームを設置し、認知症高齢者への相談支援を強化
- ・ 負担の公平化を進めるため、高所得者の自己負担 2 割を実施
- ・ 介護療養病床の廃止期限を猶予（平成 36 年 3 月末までに延期） など

第7期（平成 30～令和 2 年度）

- ・ 介護予防・自立支援の強化に向けた財政制度の創設
- ・ 介護医療院の創設
- ・ 自己負担の引き上げ（3 割負担の導入）
- ・ 消費税増税で区分支給限度基準額を引き上げ
- ・ 低所得者の保険料軽減拡充
- ・ 介護予防に向けた「通いの場」の拡充
- ・ 高額介護サービス費、補足給付の見直し

第8期（令和 3～5 年度）

- ・ 2025 年・2040 年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整備
- ・ 地域共生社会の実現
- ・ 介護予防・健康づくり施策の充実・推進
- ・ 有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
- ・ 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進
- ・ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
- ・ 災害や感染症対策に係る体制整備

【本計画】

第9期計画（令和 6～8 年度）

6 第9期計画のポイント

2040年に向け、全国的に生産年齢人口が急減し、85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれます。地域包括ケアシステムを更に深化・推進するとともに、介護ニーズの増大と介護人材不足への対応を両立させ、制度の持続可能性を確保するため、国が示す次の見直しポイントを踏まえ、第9期計画の策定を行う必要があります。

(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み等を適切に捉えて、既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく
- ・ 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・介護の連携強化
- ・ 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

② 在宅サービスの充実

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・ 複合的な在宅サービスの整備を推進すること
- ・ 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療養支援の充実

(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

- ・ 制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、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等を担う
- ・ 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

② デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進める医療・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向上

- ・ 介護人材を確保するため、処遇の改善、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 第8期の振り返りと第9期計画で進めること

Ⅰ 第8期計画の振り返り

新型コロナウイルスが蔓延し始めた令和2年度に第8期計画が策定されました。計画期間中、新型コロナウイルスへの対応に迫られる中、基本理念「幸齢社会おのみち」の実現に向け、4つの基本目標のもと、市民の命を第一に考えながら「チーム尾道」で幸齢社会をめざして次のように取り組みました。

基本理念 幸齢社会おのみち ～住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすために～

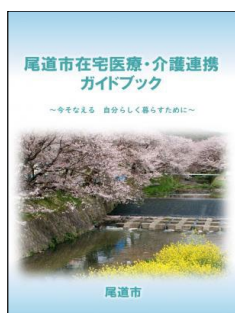
基本目標①	住みなれた地域で いつまでも暮らせ るまちづくり	地域共生社会の 実現	(1) 意識啓発 (2) 地域包括ケアシステム (3) 医療介護連携 (4) 地域包括支援センター (5) ACP（アドバンス・ケア・プランニング）
基本目標②	心身ともに元気に 暮らせるまちづく り	介護予防・健康 づくり施策の充 実・推進	(1) 介護予防・生活支援（総合事業） (2) 一般介護予防 (3) シルバーリハビリ体操 (4) 健康づくり (5) 保健と介護の一体化
基本目標③	いきいきと幸せに 歳を重ねられるま ちづくり	つながる多様な 場の創出	(1) 生きがづくり (2) 出会いの場・多様な学びの場
基本目標④	高齢者が安心して 暮らせるまちづく り	安心して暮らせ る環境整備	(1) 認知症施策 (2) 権利擁護・家族介護者支援 (3) 生活支援サービス・住まいの確保 (4) 災害・感染症 (5) 介護人材確保・業務効率化

住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすため、 地域包括ケアシステムの深化を進め、各種事業に取り組みました。

尾道市には、山間部、人口集中地域、島しょ部のそれぞれの特性を踏まえた3つの地域包括ケアシステムがあります。それぞれの良さを活かした取組を実施しています。

基本目標①

住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくりにおいて、更なる医療介護連携の推進のため、尾道市地域包括ケア連絡協議会（平成28年7月）を設立。在宅医療・介護連携ガイドブック、多職種連携ネットワーク会議、お薬手帳「情報共有シート」、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）等の取組を拡大しています。



在宅医療・介護連携ガイドブック



多職種連携ネットワーク会議
(地域課題解決に向けた協議)

基本目標②

心身ともに元気に暮らせるまちづくりにおいて、介護予防・重度化予防と健康づくりとして、シルバーリハビリ体操事業ではコロナ禍でも自宅でできるようケーブルテレビや市ホームページでの広報・啓発に努めました。プラス10分てくてく運動等の取組も進めています。



プラス10分てくてく運動



シルバーリハビリ体操
(右は、市ホームページ公開動画)



基本目標③

いきいきと幸せに歳を重ねられるまちづくりにおいて、「多様なつながりの場づくり」、「高齢者の生きがいづくり」に取り組んでいます。出会いの場・多様な学びの場を創出することは、介護予防・フレイル予防・認知症予防につながります。

基本目標④

高齢者が安心して暮らせるまちづくりにおいて、認知症の人ができる限り住みなれた地域で安心して暮らしていけるよう、認知症の正しい知識の普及や地域で見守る体制づくり「認知症にやさしいまちづくり」を進めています。認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームを配置し認知症に関する相談を受け、認知症の早期診断や早期対応・支援に取り組んでいます。令和5年度からオレンジカフェを拡充・発展する形で「チームオレンジ整備事業」を開始しました。



オレンジカフェの様子



認知症サポーター養成講座



おのみち見守り訓練の様子
(金融機関ATMでの対応)

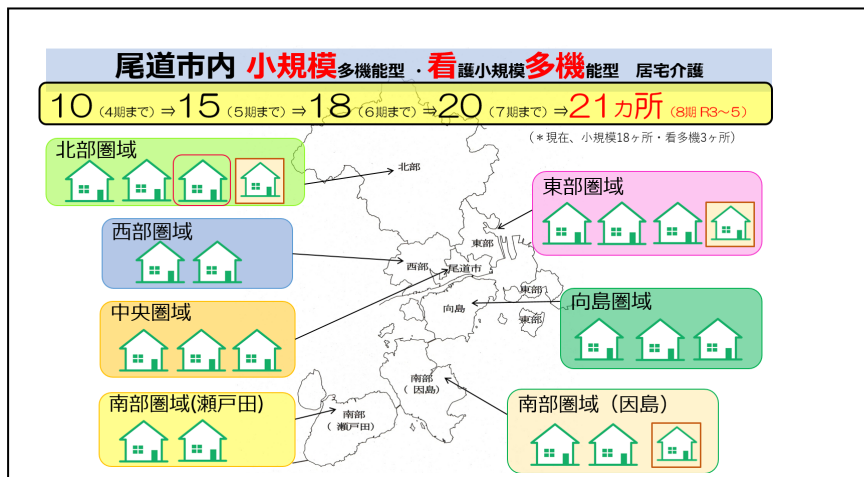


認知症ガイドブック
(ケアパス) 第3版

■介護基盤の整備

介護が必要になっても高齢者ができるだけ自宅で生活を続けることができるよう、8期計画期間中、7期計画の延期分である小規模多機能型居宅介護の1事業所を整備しました。

また、在宅介護の拠点整備や介護負担に係る事業推進について、地域医療介護総合確保事業等に各事業所が取り組みやすいよう関係各所との連携に努めました。



要介護認定率は目標を達成しましたが、微増しています。

8期 目標指標	令和2年度	目標 (令和5年9月末)	令和5年9月末 現在
令和5年度の認定率の推計値を超えない。	20.9%	21.9%以下	21.6%

■ 「8期計画で進めること」の振り返り

① 包括ケアシステムの更なる充実とともに、重層的な支援により「地域共生社会」の実現をめざします。

複雑複合化する福祉課題に「つながる」「よりそう」
誰一人取り残さない支援「おのみちスタイル」！

「8050問題」「ひきこもり」「ヤングケアラー」等、複雑複合化した課題が顕在化しています。「尾道市地域共生包括化推進会議」（令和3年1月）を設置し、地域共生社会の実現に向け、重層的支援体制の整備を進めています。関係機関がチームで「よりそう」支援を行い、支援者や市民が「つながる」、より良い福祉の提供に向けた取組を進めました。



地域共生包括化推進会議
実務者会議のグループワーク

② 多職種の参加による地域ケア会議の実施等により自立支援・重度化予防のケアマネジメントに取り組みます。

高齢者の「したい・できるようになりたい」を応援！
多職種が共に検討する「自立支援型地域ケア会議」



自立支援型地域ケア会議
(WEB・ハイブリッド開催)

自立支援・介護予防の観点で踏まえ、要支援者等の生活行為の課題の解決や状態の改善に導き、自立を促すことにより高齢者のQOLの向上を目指す「尾道市自立支援型地域ケア会議」を令和3年6月から定期開催しています。事例検討を積み重ねることで明確化された地域課題については、地域づくりや資源開発につながるよう検討を重ねました。

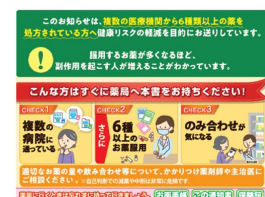
③ 健診・医療・介護等のデータを活用し、保健と介護の一体的実施による個別的な支援に取り組みます。

「健康寿命を延ばす」！ 住み慣れた地域で、
健康的な生活を送るため、より効果的な介護予防の実施！

尾道市では、「尾道市高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業」を令和3年度から展開しています。ハイリスクアプローチ（個別的支援）としてKDBデータをもとに「健康状態不明者の把握」「重複・多剤投薬者への相談指導」等を、ポピュレーションアプローチ（集団指導）として通いの場における「おのみちフレイル予防チャレンジ」等を実施しました。



フレイル予防チャレンジ



重複・多剤投薬者への
お知らせ

2 第9期計画で進めること

① 重層的支援による「地域共生社会」・「地域包括ケアシステム」の更なる深化・充実

近年、身寄りのない高齢者、認知症、8050世帯、ヤングケアラー等、複合的な課題を抱え、従来の枠組みでは適切な対応が難しい事例が増加し、高齢者、障害のある人、子ども、生活困窮者等、包括的・福祉的な視点をもった支援が必要になっています。

第8期計画期間中の地域共生社会に向けた取組において、制度や分野の関係を越えた重層的な支援や引きこもり支援の仕組みづくり等を行いました。令和6年度より重層的支援体制整備事業を実施します。自らが望む生活の実現のため、意思決定支援やACPの普及啓発、認知症にやさしいまちづくり、権利擁護等の仕組みづくりが重要です。

地域包括ケアシステムの基本的理念・めざす方向は、地域共生社会の実現であり中核的な基盤です。住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすことができるよう取組を進めます。

② 地域における健康寿命の延伸、「通いの場」の創出と「生活支援」の推進

住みなれた地域でいきいきと日常生活を営むためには、地域における心身機能の維持・回復や日常の生活課題の解決に向けた取組も重要です。

シルバーリハビリ体操教室、ふれあいサロン、オレンジカフェ、地域の集いの場等、多様な地域の通いの場の創出が必要であり、参加しやすさ、アクセスのしやすさが大切です。引き続き、保健と介護の一体的実施、介護予防、地域リハビリテーションの取組等を進め、健康寿命の延伸をめざします。生活支援・見守り支援・移動支援等の仕組みづくりについて、総合事業や生活支援体制整備事業等において、地域に根差した取組を進めます。

③ 介護サービス基盤と人材確保、介護現場の生産性向上の推進

中長期的な人口動態や介護ニーズを適切に捉え、本市の実情に応じた介護サービス基盤の確保が重要です。一方、少子高齢化の中、介護人材確保及び介護現場の生産性向上は喫緊の課題となっており、ケアマネジメント・介護サービスの質の向上、生産性向上、負担軽減に向けた取組が必要となっています。

幅広い世代に、仕事としての福祉・介護の魅力を伝え、サービスの質の向上と介護ロボットやデジタル技術、ICT機器の活用等、介護現場の革新に係る取組を推進・周知することで、イメージできるよう取り組みます。また高齢者や外国人等、多様な人材が働きやすい環境づくり等について、介護事業所等とともに取組を進めます。

第3章 統計からみる尾道市の高齢者の現状

I 本市における現状

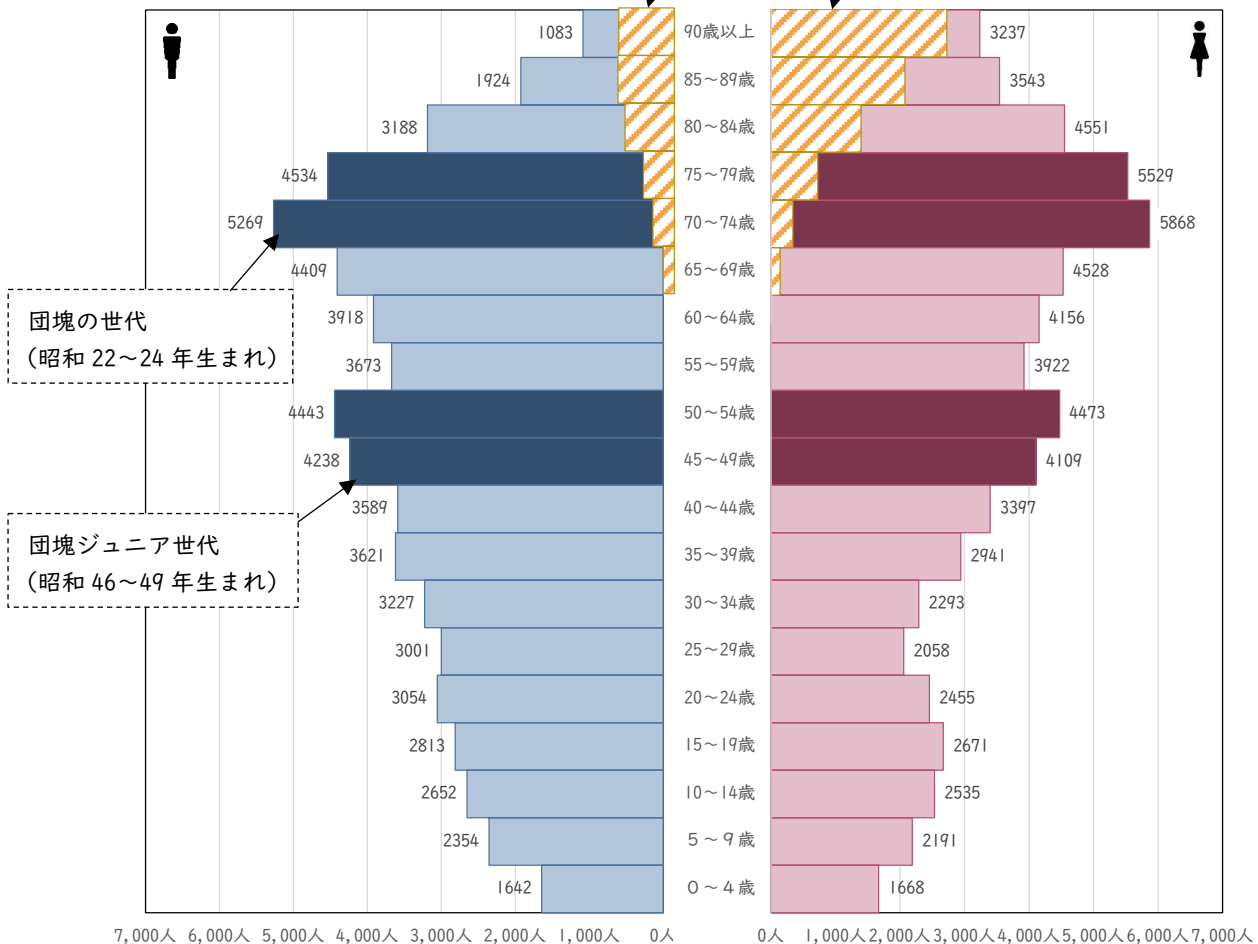
(1) 人口構造

市の人口構造をみると、団塊の世代を含む 70～79 歳が多くなっており、少子高齢化が進行していることが伺えます。

人口：128,757 人
 65 歳以上割合：37.0%
 75 歳以上割合：21.4%

令和 5 年人口構造

要支援・要介護認定者数 (10,291 人)



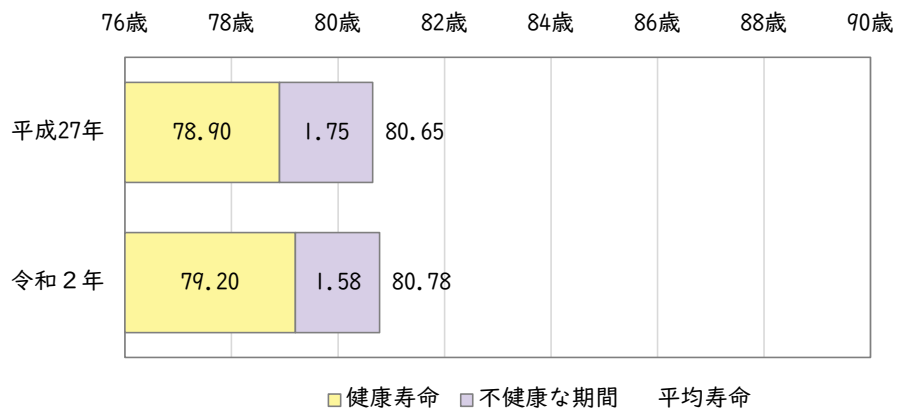
【住民基本台帳 (令和 5 年 9 月末)】

【介護保険事業状況報告 (令和 5 年 9 月末)】

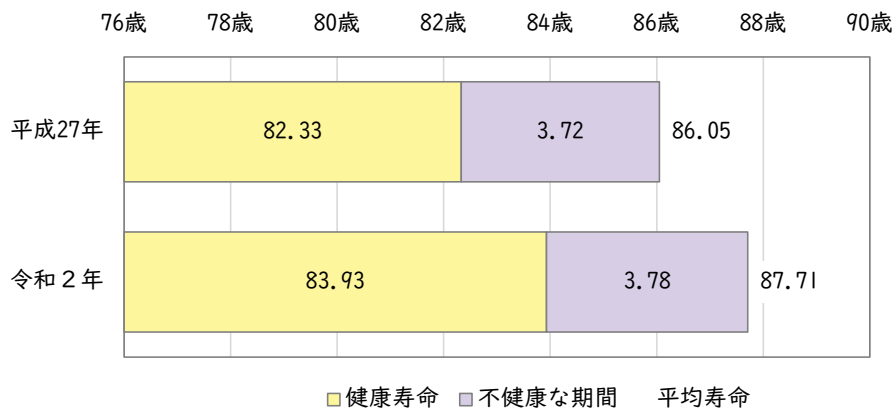
(2) 平均寿命と健康寿命の状況

平成 27 年と令和 2 年の平均寿命と健康寿命（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）を比較すると、男性女性とも延伸しています。男性の平均寿命は 0.13 歳延伸しており、不健康な期間は 0.17 歳短縮しています。女性の平均寿命は 1.66 歳延伸し、不健康な期間が 0.06 歳延伸しています。

平均寿命と健康寿命（男性）



平均寿命と健康寿命（女性）



【厚生労働科学研究班の「健康寿命算定プログラム 2010-2015 年」を用いて算出】

(人口：国勢調査)

2 人口推計および世帯数推計

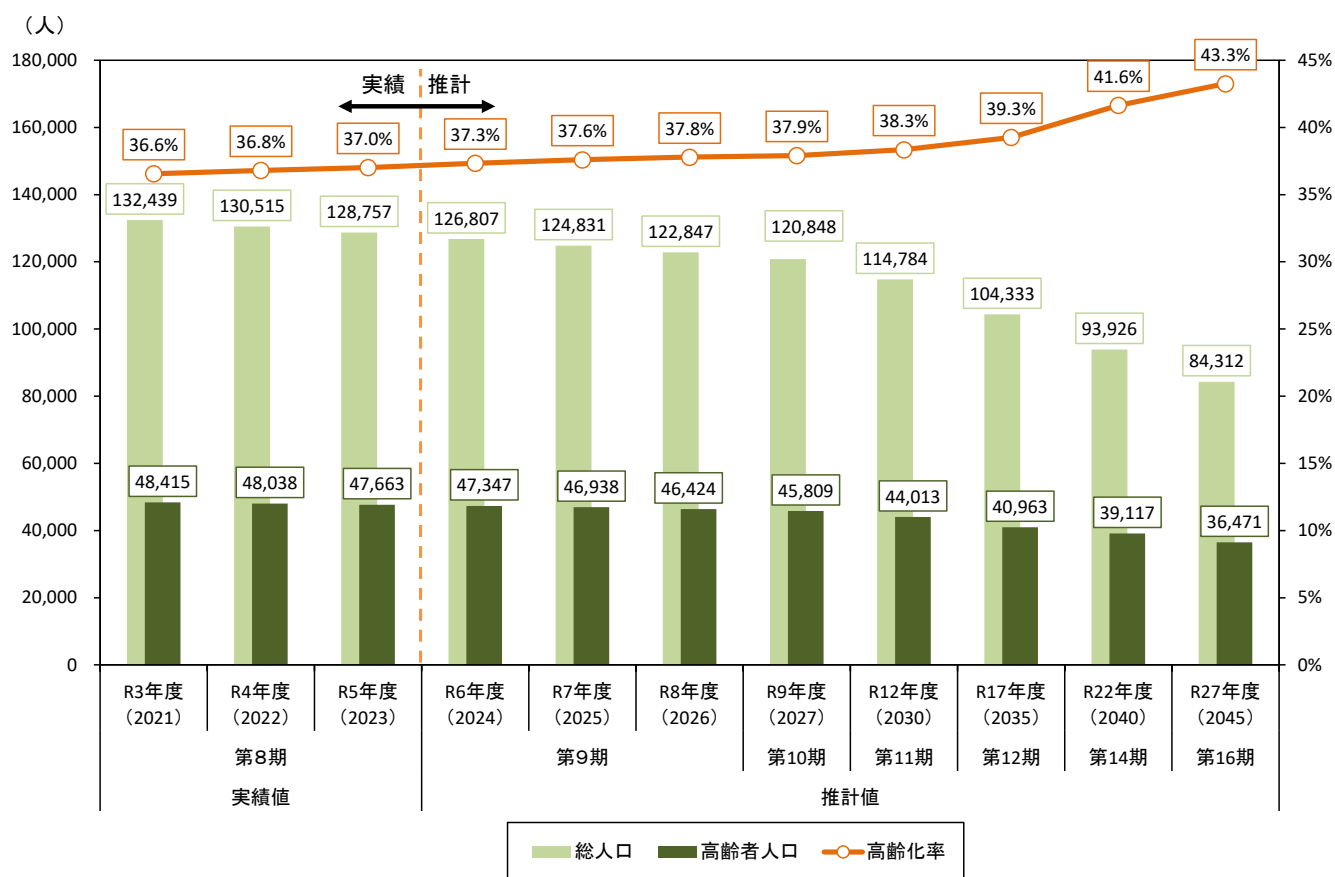
(1) 人口および高齢者数推計

人口は、今後も減少傾向で推移し、令和7(2025)年度には124,831人程度、令和22(2040)年度には93,926人程度まで減少することが見込まれます。

高齢者人口(65歳以上)は、平成30年をピークに緩やかに減少傾向で推移しており、団塊の世代がすべて後期高齢者になる令和7(2025)年度には46,938人程度、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22(2040)年度には39,117人程度まで減少することが見込まれます。

高齢化率については、今後も増加傾向で推移し、令和7(2025)年度に37.6%、令和22(2040)年度に41.6%、令和27年度には43.3%に達することが見込まれます。

総人口と高齢者人口



【住民基本台帳(各年度9月末)データを用いて、コホート変化率法により推計】

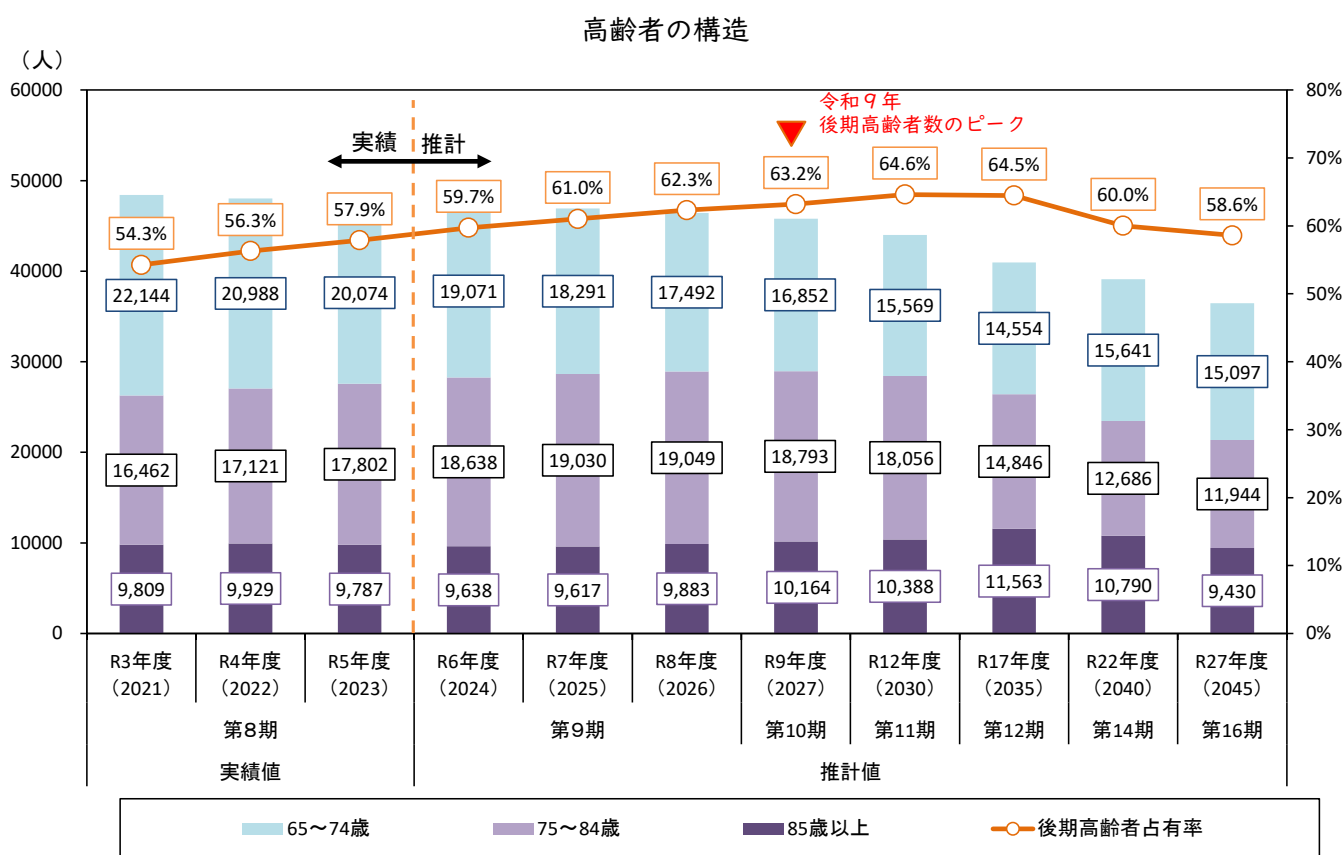
(2) 高齢者数推計

高齢者のうち前期高齢者にあたる65～74歳は、今後も減少傾向で推移し、令和7（2025）年度には18,291人程度、令和22（2040）年度には15,641人程度まで減少するものと見込まれます。

後期高齢者のうち75～84歳は、今後増加傾向で推移しますが、令和8年度の19,049人程度をピークに減少に転じ、さらに令和22（2040）年度には12,686人程度まで減少するものと見込まれます。

後期高齢者のうち85歳以上は、令和5年度に減少に転じますが、その後、令和8年度に再び増加に転じ、令和17年度には11,563人程度になると見込まれます。

後期高齢者占有率（高齢者に対する後期高齢者の割合）は、今後増加傾向で推移し、令和12年度の64.6%をピークに減少に転じることが見込まれます。

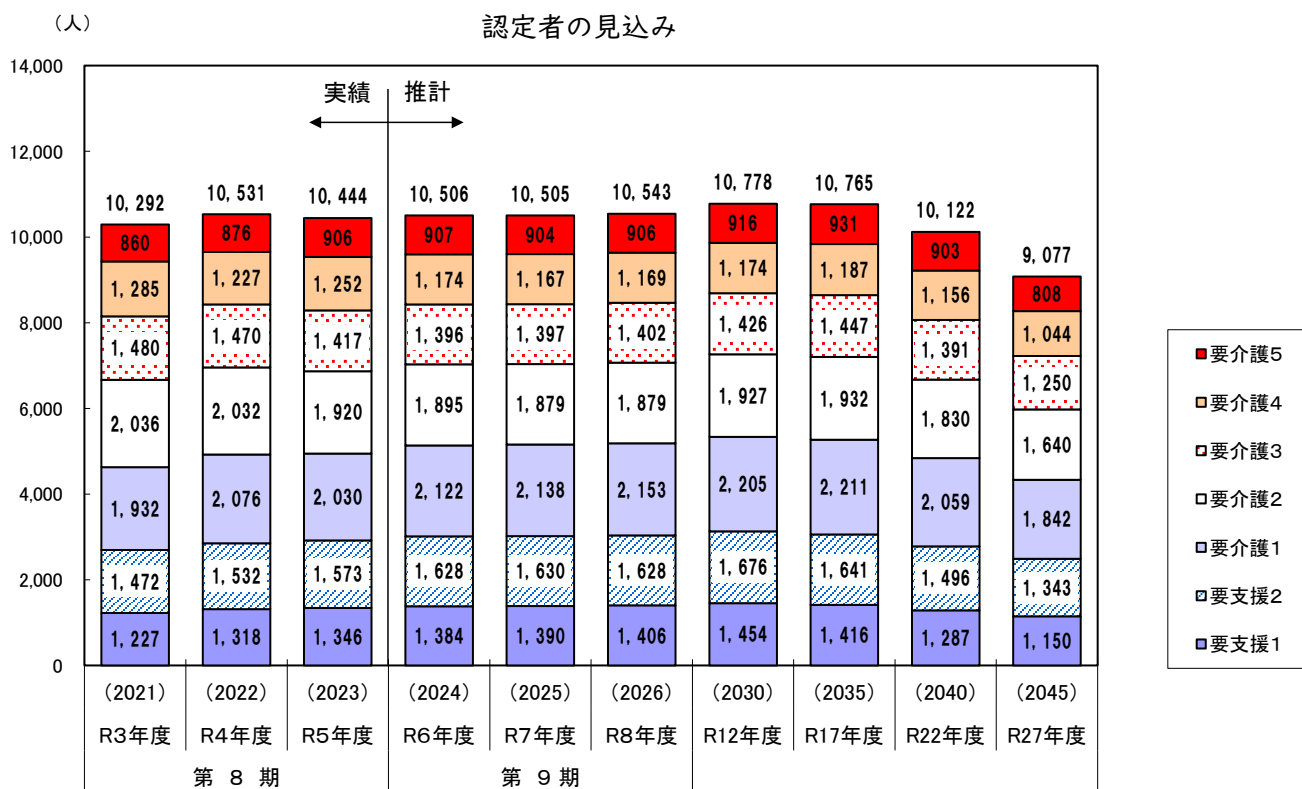


※後期高齢者占有率は高齢者数に対する比率

【住民基本台帳（各年度9月末）データを用いて、コホート変化率法により推計】

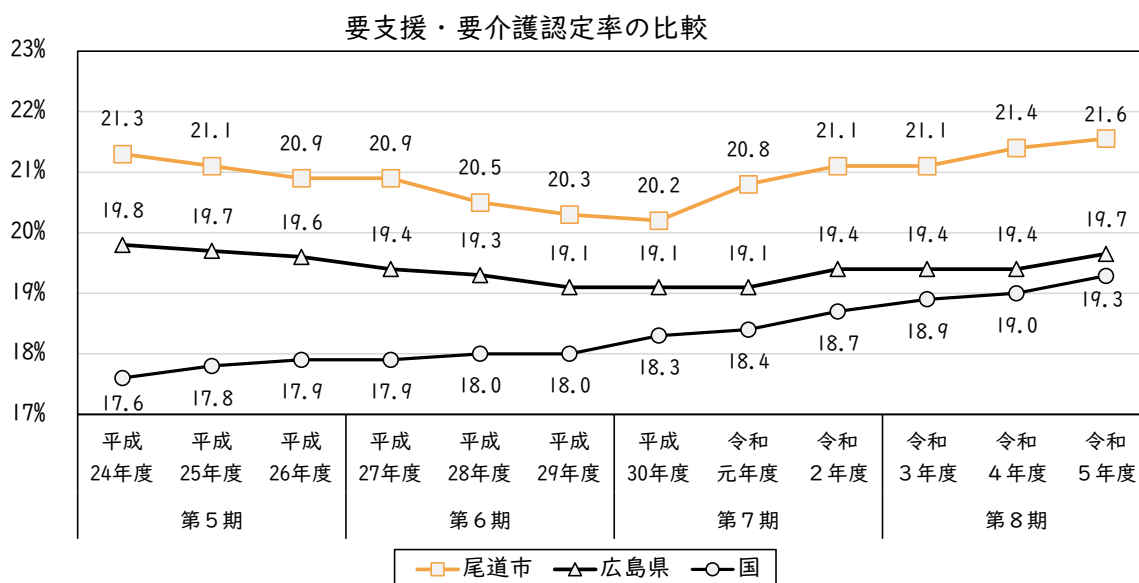
(3) 要支援・要介護認定者数の推計

認定者は、令和8年度までほぼ横ばいで推移します。令和12年度にはピークとなり10,778人程度が見込まれています。令和22(2040)年度には10,122人程度、令和27年度には9,077人程度まで減少することが見込まれます。



【認定者数は介護保険事業状況報告（各年度9月末）データを用いて、地域包括ケア見える化システムにて推計】

市の要支援・要介護認定率は、国および県を上回っています。

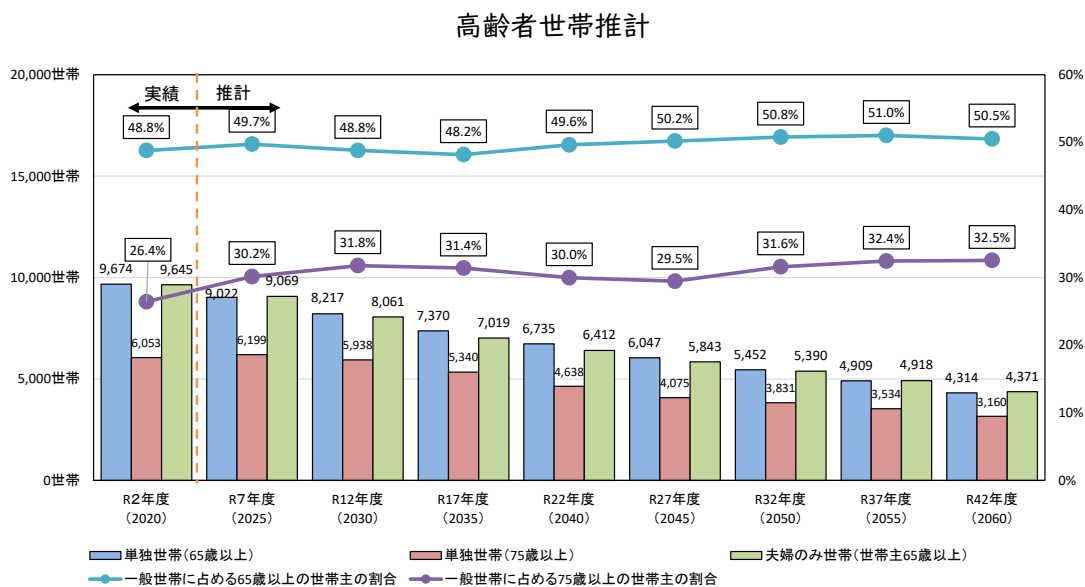


【厚生労働省介護保険事業状況報告（各年度3月末、ただし令和5年度は9月末）】

(4) 高齢者世帯推計

単独世帯（65歳以上・75歳以上）および夫婦のみ世帯（世帯主65歳以上）は、減少傾向で推移することが見込まれます。

一般世帯に占める65歳以上の世帯主の割合は50%程度で推移し、一般世帯に占める75歳以上の世帯主の割合は、令和12年度に31.8%程度に達したのち減少に転じ、その後、令和32年度に31.6%程度と再び増加傾向となり、令和42年度には32.5%程度となることを見込まれます。

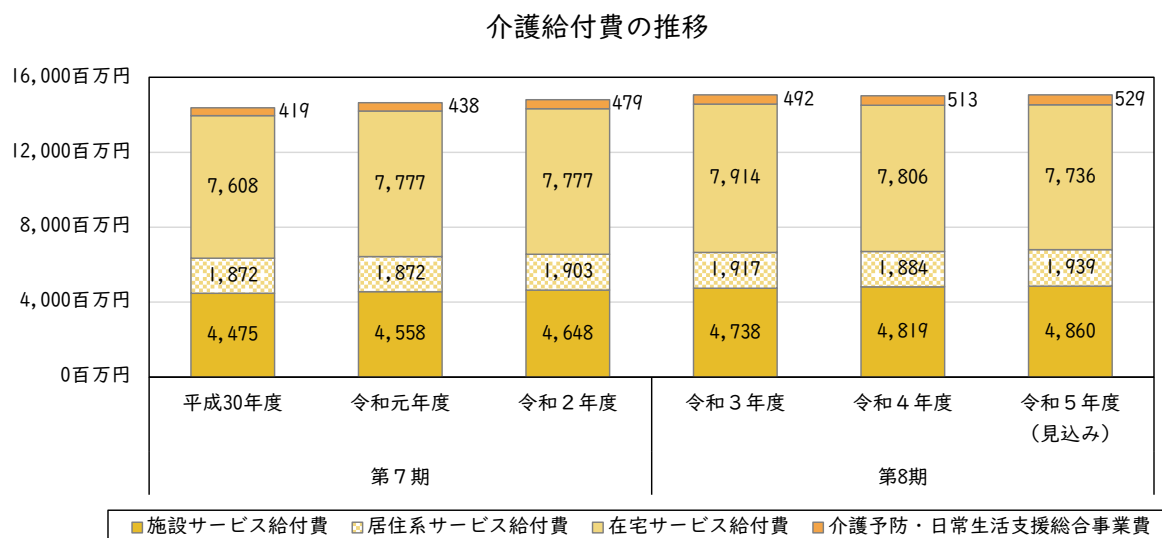


3 介護保険給付費

【令和2年国勢調査データを用いて、世帯主率法により推計】

(1) 介護保険給付費の推移

第8期給付費の推移をみると、施設サービスは48億円程度、居住系サービスは19億円程度、在宅サービスは78億円程度、介護予防・日常生活支援総合事業は5億円程度となっています。いずれも7期と比較してやや増加しています。



【厚生労働省地域包括ケア「見える化」システム】

第4章 計画の基本理念と基本目標

1 計画の基本理念

【基本理念】

幸齢社会 おのみち

～住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすために～

本市においても高齢化は急速に進み、令和 22（2040）年には市民の約 4 割が 65 歳以上になることが見込まれます。人生 100 年時代においては、65 歳の節目は人生の折り返しを過ぎて 15 年が経過したに過ぎないとも考えられます。

そこで、第 6 期計画から、従来の「高齢社会」という言葉の持つマイナスイメージから脱却し、歳を重ねることに幸せを感じられる社会を「幸齢社会」と再定義し、団塊世代が 75 歳以上となる令和 7（2025）年に向け、平成 27 年からの 10 年間を「おのみち寝たきり Onomichi（ゼロの道）」と称し、可能な限り住みなれた地域で生活が続けられるよう各種施策に取り組んできました。

第 9 期計画では、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる令和 22（2040）年を見据えた地域包括ケアシステムの更なる充実のため、先進的な地域包括ケア体制など尾道の強みをいかしながら、住民の自立と尊厳を支えるケアの持続的な実現、利用者の視点に立った切れ目のない医療及び介護の提供と更なる連携を図るとともに、引き続き、介護予防・重度化予防に重点的に取り組み、たとえ介護が必要となった場合でも、住みなれた地域で安心して暮らしていきける環境整備を住民と協働して進めていきます。

【目標指標】

高齢者が住みなれた地域で生きがいや役割をもちながらできるだけ元気に過ごし、仲間づくりや心身機能の維持、向上につながるよう、第 9 期計画期間の目標指標を次のとおり定めます。

目標指標	現状（令和 5 年 9 月末）	目標（令和 8 年 9 月末）
要支援 1・2 の認定率について、 県平均以下を維持する。	6.0%	県平均以下
令和 8 年度の認定率の推計値を 超えない。	21.6%	22.4%以下

2 計画の基本目標

基本理念として掲げた「幸齢社会 おのみち ～住みなれた地域で元気でいきいきと安心して暮らすために～」を具現化するために、次の5つの基本目標を掲げ、施策の展開を図っていきます。

基本目標1

住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり ～地域共生社会の実現～

地域共生社会の実現に向け、地域包括ケアシステムの深化・推進により、介護が必要になっても住みなれた地域で暮らしていけるよう、医療と介護の連携等、充実を図っていきます。

基本目標2

心身ともに元気に暮らせるまちづくり ～介護予防・健康づくり施策の充実・推進～

介護予防や健康づくり等施策の展開により、高齢者が元気に日々の生活を送れるよう、通いの場等の充実を図っていきます。

基本目標3

いきいきと幸せに歳を重ねられるまちづくり ～つながる多様な場の創出～

生きがいをもつことで幸福度を高められるよう、社会とのつながりを持ち、活動できる場の充実と支援等を図っていきます。

基本目標4

高齢者が安心して暮らせるまちづくり ～安心して暮らせる環境整備～

権利擁護の充実を図るとともに、認知症による生きづらさを減らし、認知症にやさしいまちづくり、介護者に対しても支援できる体制を推進します。サービスを維持するための人材の確保や災害時の不安を減らす施策を実施します。

基本目標5

介護サービスが充実したまちづくり ～実情に応じた提供体制の計画的な確保～

市の実情に応じた介護サービス基盤の計画的な確保と介護サービスの質の向上に努めます。



4 日常生活圏域の設定と各圏域の状況

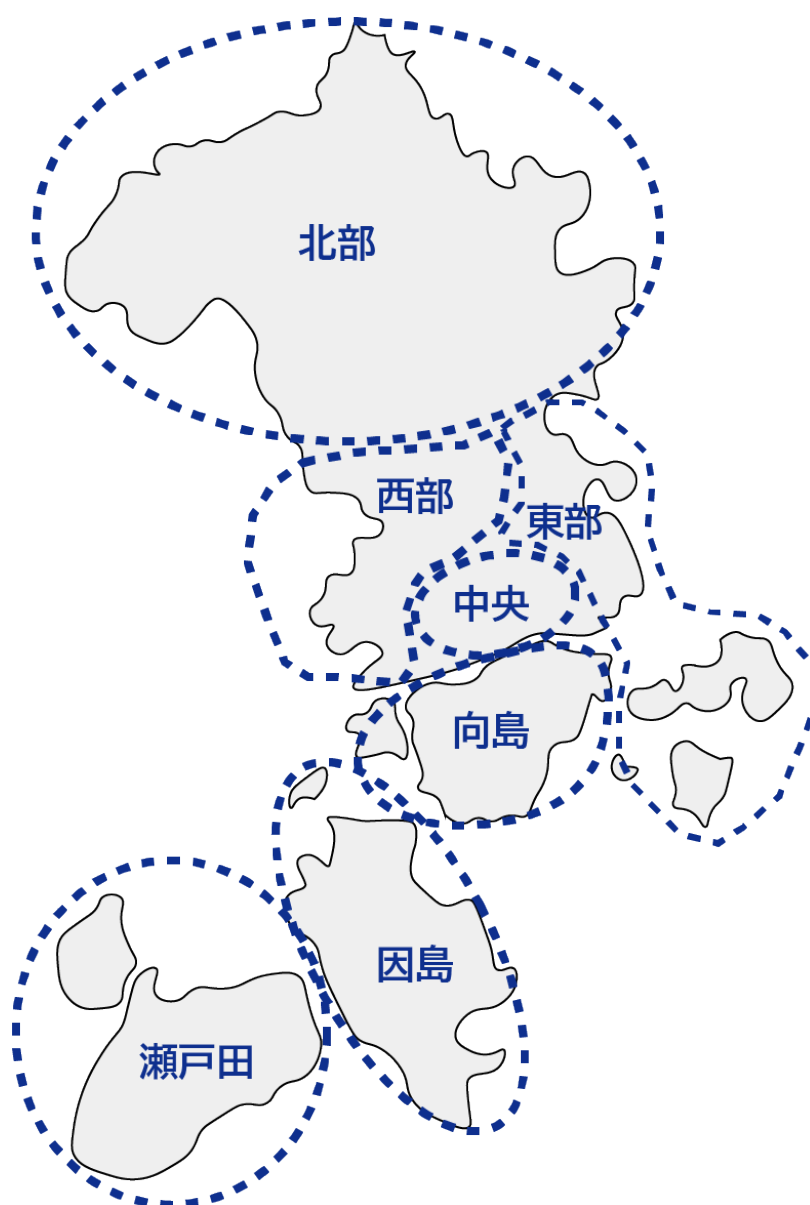
(1) 日常生活圏域の設定

介護保険事業計画では、高齢者が住みなれた地域で生活を継続することができるよう、日常生活圏域の設定を行うこととされています。

日常生活圏域の設定については、地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護サービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案し、保険者が定めることとなっています。

尾道市においては、第9期計画においても市内に7つの「日常生活圏域」を設定し、地域の特性に応じたサービス供給体制の整備を進めます。

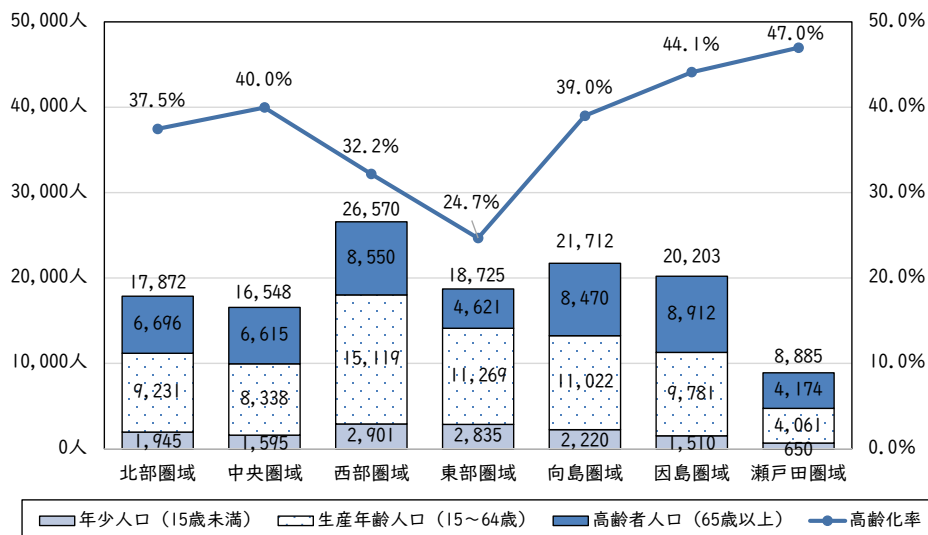
圏域名	中学校区
北部圏域	御調中学校区 美木中学校区 栗原中学校区
東部圏域	高西中学校区 浦崎中学校区 百島中学校区
西部圏域	栗原中学校区 吉和中学校区 日比崎中学校区
中央圏域	長江中学校区 久保中学校区 日比崎中学校区
向島圏域	向東中学校区 向島中学校区
因島圏域	因島南中学校区 因北中学校区 重井中学校区
瀬戸田圏域	瀬戸田中学校区



(2) 各圏域の状況

① 圏域別人口と高齢化率

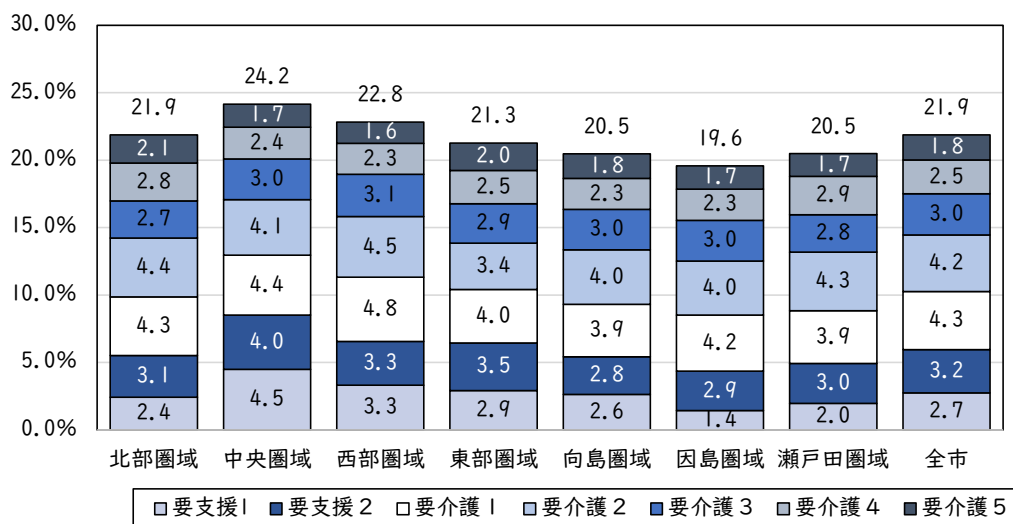
○ 市内7圏域の中で、人口は西部圏域が26,570人と最も多くなっており、高齢化率は瀬戸田が47.0%で最も高くなっています。



【住民基本台帳 (令和4年10月)】

② 圏域別要介護認定率

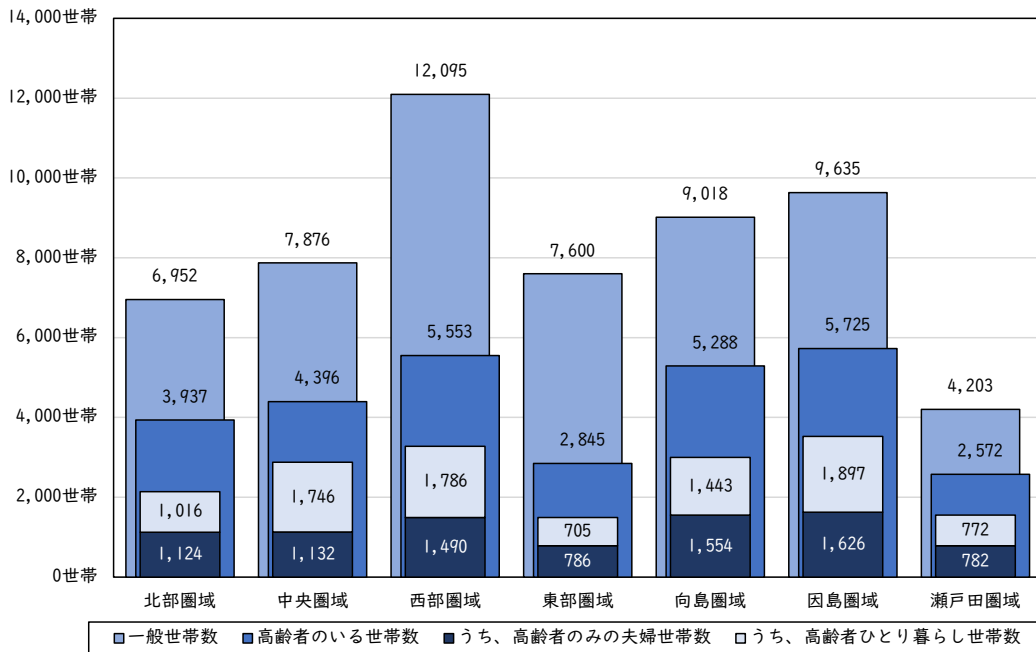
○ 市内7圏域の中で、認定率は中央圏域が24.2%で最も高くなっています。



【介護保険受給者台帳 (令和4年10月)】

③ 高齢者のいる世帯の状況

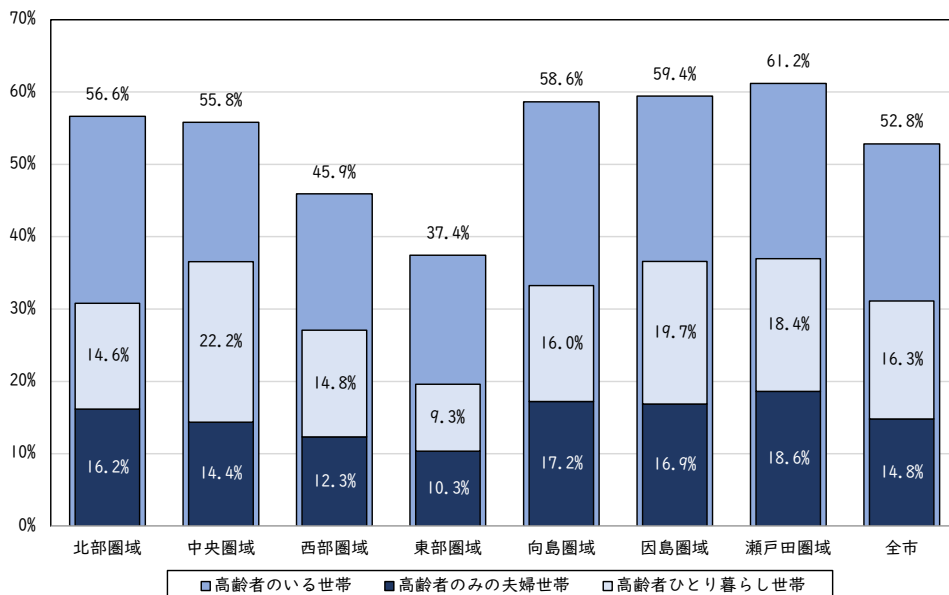
○ 市内7圏域の中で、高齢者のいる世帯は因島圏域が5,725世帯と最も多くなっています。



【国勢調査（令和2年）】

④ 高齢者のいる世帯の一般世帯数に占める割合

○ 市内7圏域の一般世帯数に占める高齢者世帯の割合は、61.2%で瀬戸田圏域が最も高くなっています。高齢者のみの夫婦世帯も瀬戸田圏域が最も高くなっていますが、高齢者ひとり暮らし世帯は中央圏域が22.2%と最も高くなっています。



【国勢調査（令和2年）】

⑤ 生活機能評価および老研式活動能力指標のリスク該当者割合

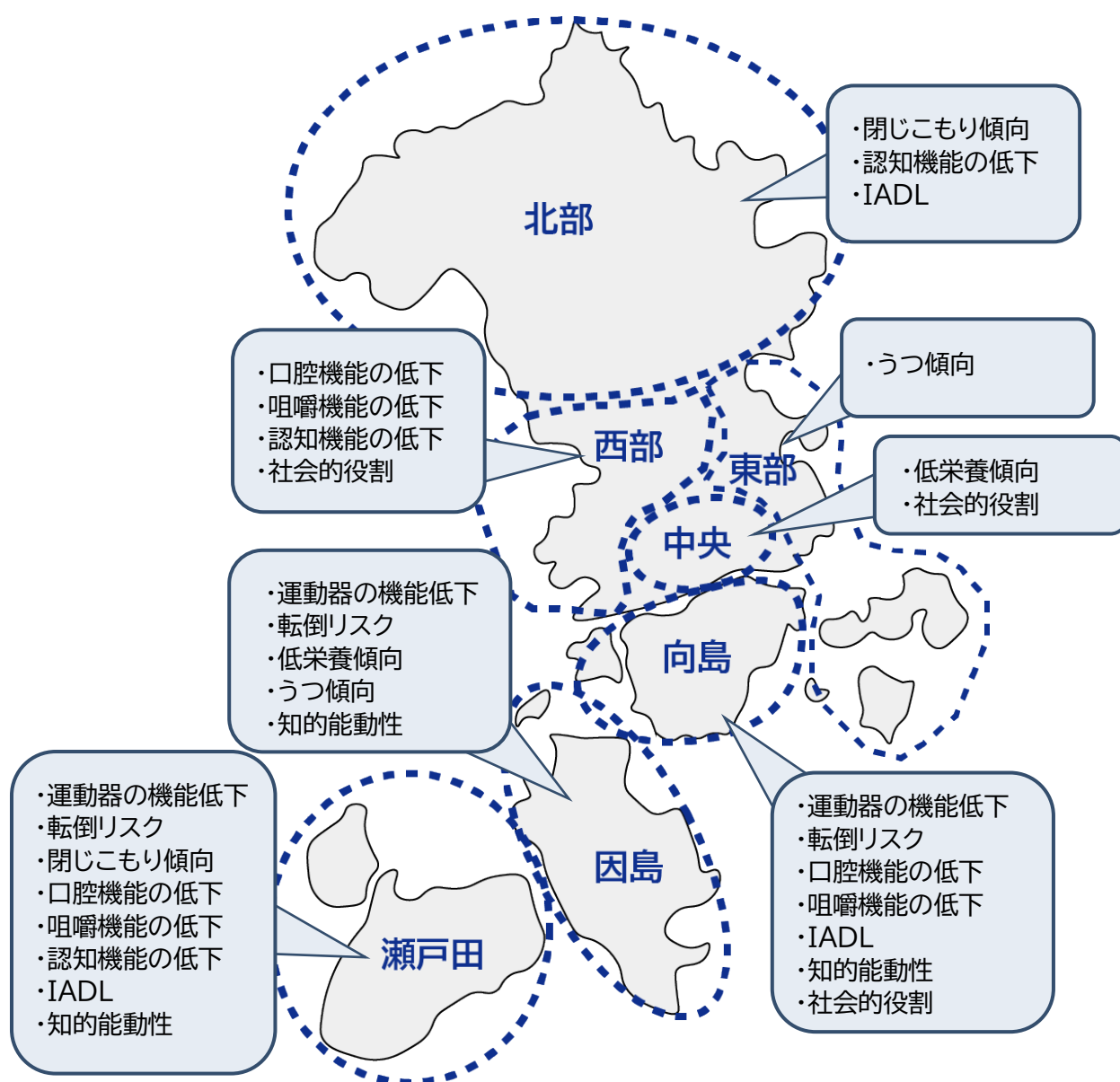
○ 日常生活圏域における生活機能評価および老研式活動能力指標のリスク該当者割合は、次のとおりです。

日常生活圏域	生活機能評価								※老研式活動能力指標		
	運動器の機能低下	転倒リスク	閉じこもり傾向	低栄養傾向	口腔機能の低下	咀嚼機能の低下	認知機能の低下	うつ傾向	IADL [※]	知的 [※] 能動性	社会的 [※] 役割
全体	18.3	35.3	21.4	1.0	26.8	32.7	45.6	42.4	18.2	44.7	60.0
中央	18.3	34.4	19.1	1.2	23.9	30.4	44.0	42.0	15.4	44.0	64.6
北部	17.7	34.1	26.4	1.0	24.0	30.8	46.8	40.3	19.0	43.5	55.6
西部	17.1	32.5	19.5	1.0	28.3	32.9	48.2	39.2	17.5	43.2	66.5
東部	16.4	30.3	18.8	0.8	26.7	30.1	43.5	44.3	17.2	37.9	56.1
向島	20.3	37.9	20.5	0.8	29.0	34.7	45.5	42.4	18.4	47.7	61.4
因島	19.0	38.4	19.6	1.7	26.2	31.7	43.3	46.8	18.1	47.6	56.1
瀬戸田	18.8	39.0	26.0	0.6	29.8	38.6	48.1	41.7	21.9	48.6	59.1

※ IADL（手段的日常生活動作）（買物・電話・外出等、自立した日常生活をおくる能力）

※知的能動性（創作や余暇を楽しむ能力）

※社会的役割（社会から求められる行動ふるまい）



※各圏域の吹き出しは、比較的风险が高い項目について記載しています。

⑥ 医療・介護・福祉関係者ヒアリング

尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画 医療・介護・福祉関係者

北部圏域

- 山間部が多く、交通の便が悪い。タクシー代の負担の大きさ等から、高齢者の運転免許証自主返納等が進まない。
- 「乗合タクシー」が開始されたが、待合所まで歩けない人も多い。乗合タクシーの利便性向上と住民同士で安全に送迎できる仕組みづくりが必要。
- 通院等乗降介助が利用しにくく、介護タクシーを自費利用することも多い。
- 高齢者特有の問題と合わせて、有害鳥獣や狭隘道路等、地域における生活課題がある。
- 災害時と平常時の見守りネットワークの検討・協議が必要。

中央圏域

- 山手の傾斜地など一部の地域では、道が狭く車が入らず、送迎時の駐車スペースがないため、サービス利用が限られ、訪問するヘルパーの負担も大きい。
- 訪問リハビリが不足しており、特に言語聴覚士の嚥下訓練等の支援が受けにくい。また、栄養相談できる栄養士の配置があればよい。
- 住み替え先が施設になるケースがあり、空き家が多い。
- 独居高齢者が多く、地域での声掛けや見守り活動、金融機関等も含めた見守りネットワークづくりが必要。
- 身寄りのない人の緊急入院や施設入所を支援する取組が必要。
- マンション居住者の安否確認が難しい。

西部圏域

- 住宅密集地では空き家も多く、駐車場が少ない。孤立している人もいる。
- バスの便が少なく、ATMがなくなり、出金が難しくなった地域がある。
- サービス提供時等の駐車場の確保が課題。
- 認知症の高齢者の相談が増えている。
- 老々介護や家族の理解不足で対応に苦慮し、支援が進まないケースが多い。
- 地域活動やつながりについての意識の差があり、地域活動の連携が必要である。

向島圏域

- バスの便が少なくバス停まで距離がある。狭隘道路が多くタクシーが家の近くまで入れないところもある。
- フレイル予防や経済面における困りごとの相談が増えている。
- 入所施設が充実しており、他圏域から入居される人もいる。ショートステイのニーズが重なった時の受け入れ先が少ない。
- 社会福祉協議会のネットワークが強く、地域のボランティア力も高い。
- 圏域内で医療・介護連携のネットワークができています。
- 家族介護者間で相談できる、交流・情報交換の場があれば良い。

南部（瀬戸田）圏域

- 商店・スーパーに限られ、移動スーパーも少ない。高根地区では住民による外出・買い物支援の取組みがある。
- 8050世帯等の対応では、障害者の相談支援事業所が圏域に無く、タイムリーな相談ができず対応に困ることが増えている。
- 施設入所では、島内の施設を希望する人が多い。
- 訪問リハビリ、訪問看護、通所リハビリのサービスが不足している。
- 地域のつながりが強く、医療・介護連携において独自の取組みがある。

全域の共通意見

介護人材・介護保険サー

- ケアマネジャー不足
- ホームヘルパー不足
- 通所サービスは、日
- 機能訓練型デイサー
- 小規模多機能・看護
- 全体的に介護現場は
- 独居高齢者等では、
- 在宅サービスの充実
待機者・待機期間も
- コロナ禍以降、医療

医療・家族・ケース特性

- 医師の高齢化により、
- 身寄りのない人等の
- 「8050」問題という
他にも、閉じこも
- 遠方に住む家族が高
- ACP推進について
- 地域では、専門職の



ヒアリング意見集約（実施日：令和5年7月26～28日）

ビス関係

- ・高齢化。
- ・高齢化。朝、ゴミ出しや通所サービスに行くための支援等、特定の時間帯に利用が集中している。曜日に利用できないことで、月曜日や土曜日のニーズが高い。
- ビスや短期集中型通所サービス等、運動中心の通所サービスのニーズが高い。（軽度者や男性）
- 小規模多機能型居宅介護の効果的な利用促進の為、役割や機能等について市民啓発が必要。
- 人員不足であり人材確保・育成が課題。主に施設等では外国人技能実習生制度の利用が進んでいる。ICT導入等、介護負担軽減が必要。
- ペットの世話を理由に、必要な介護や医療を拒んだり、認知症等で世話が難しくなるケースが散見される。
- もあり、在宅で過ごす人が増加したためか、特別養護老人ホームの入所期間が短くなっている印象がある。
- 減少。グループホーム等の入居申し込みも、施設や地域によって偏りがある。
- ・介護ネットワーク会議が開催できていないが、再開の必要性を感じている。

等

在宅看取りの対応ができる医師が減少している印象がある。
入院や入所時等の身元保証等や、低所得者の居住先の確保等の対応に苦慮。
より「9060」の印象あり。アルコール依存や精神障害、生活困窮等、複合的課題を持つケースも増えており、対応に苦慮。
り、ヤングケアラー等の支援も必要と感じる。
齢者本人の状態像を正しく把握できず、必要なサービスの利用への理解につながりにくいケースがあり、家族支援の必要性がある。
は、早期から本人の思いを確認しておくことが必要。家族への説明においてはタイミングが重要。
後見人候補の人材が限られ、成年後見制度の利用開始に時間がかかることがある。

地域のつながり・地域活動等

- 地域レベルでの認知症の正しい理解の浸透が不十分。普及啓発の継続実施が必要。
- 地域の担い手不足と高齢化（サロン、町内会、民生委員等）。
- サロン等では、男性参加者が少ない。（男性参加者を増やすためには目的や役割の明確化、飲食を伴う楽しみ等が必要）
- サロン、受診、買い物等へ行く手段が少なく、外出に困る高齢者が多い。外出促進、移動支援が必要。
- 通いの場では、参加者及び開催場所の増加を目指し、体操、囲碁・将棋、会話、異世代交流等、多様なニーズに対応できるようにし、介護予防につなげることが必要。

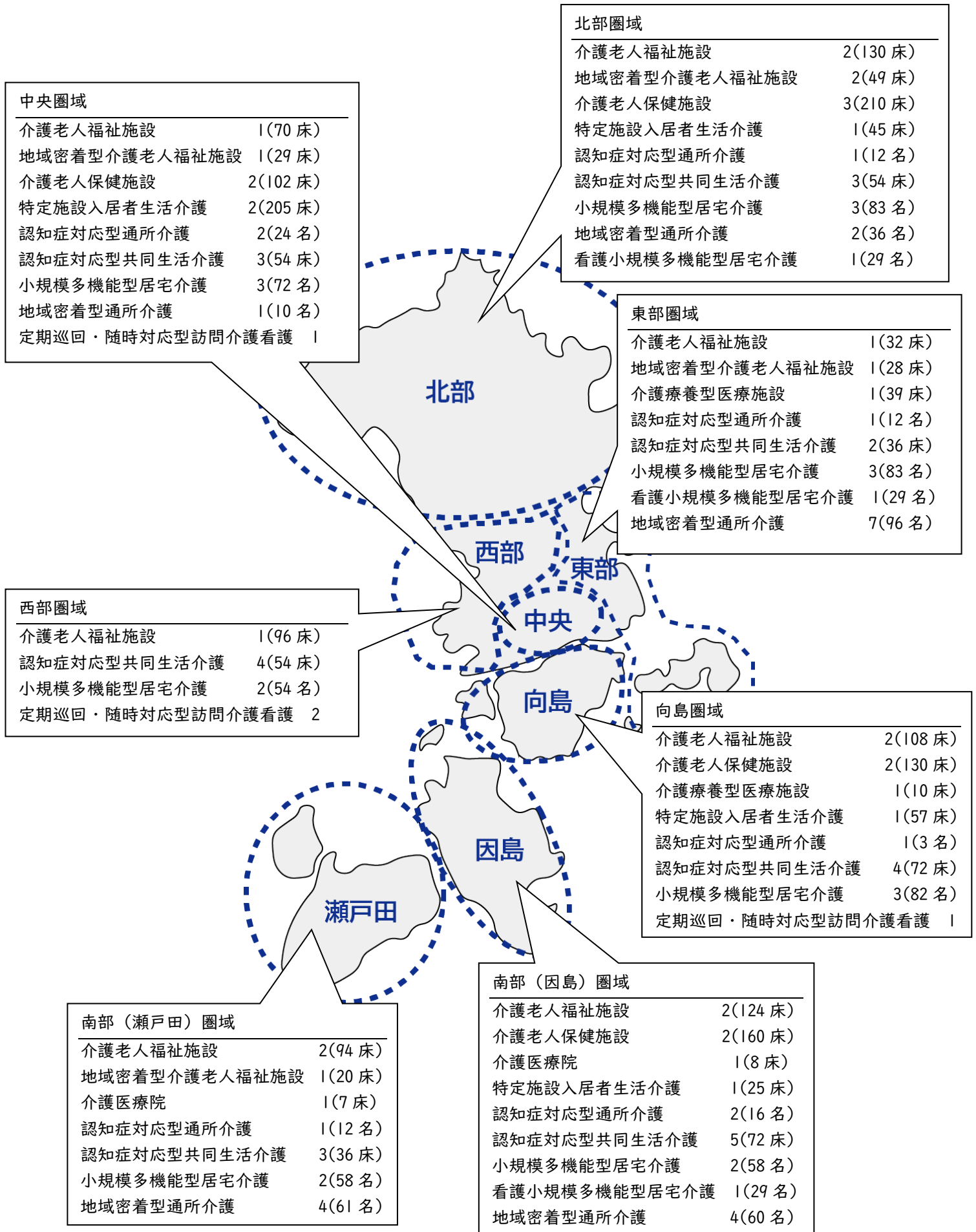
東部圏域

- 若い世代や子どもが多く商業施設がある利便性の高い地域と、高齢化が深刻な地域がある。
- 金融機関の撤退や商業店舗が閉鎖した地域があり、移動スーパーが来ても、そこまで歩いて行けない人もいる。
- 一部の山間部等の地域では、デイサービスの送迎が距離的に難しく、利用できる事業所が限られる。
- 高齢者のみの世帯では、医療・介護への理解・受入が難しいことがある。遠方に住む家族と関係が希薄な人もいる。
- 閉じこもりで孤立化しているケースが増えた。
- 老朽化した住まいを維持・管理することが難しくなっている。
- （百島）高齢者の減少に伴い、デイサービス利用者も減少。地区の事業所の事業継続にも厳しさがある。
- （百島）住民同士のつながりは強いが、若い世代の減少により地域活動の継続が難しくなっている。

南部（因島）圏域

- 移動手段や買い物に困っている地域がある。
- ケアマネジャー不足が深刻化しており、他地域のケアマネジャーに依頼することもある。
- 施設入所では、島内の施設を希望する人が多い。
- 小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護では、特色ある対応がなされている。
- 住民主体の通いの場は、移動支援や専門職派遣等の仕組みがあれば活性化すると思う。
- 家族が遠方に住んでおり、コロナのため帰省できず、相談支援が進まないケースがある。

⑦ 尾道市の日常生活圏域別の居住系及び地域密着型サービス事業所



【令和5年12月1日現在（休止を除く）】

第5章 具体的な取組

基本目標1

住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり ～地域共生社会の実現～

少子高齢化、核家族化に加え、生活様式の変化、価値観の多様化等によって、地域のつながりはどんどん希薄になっていると言われています。一方で、高齢者が住みなれた地域で暮らしていくためには、高齢者やその家族を地域ぐるみで温かく見守り、人間的なふれあいを深める中で支援する互助と連帯の精神に支えられた地域社会を築くことが重要です。

制度・分野ごとの「縦割り」や、「支え手」、「受け手」という関係を超越して、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超越して「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を「地域共生社会」と定義しています。近年、生活に困窮する世帯や介護と育児の問題を同時に抱える人（ダブルケア）や80代の親とひきこもり等働いていない50代の子が同居する世帯（8050問題）、要介護状態の家族の介護を担わざるを得ない子ども（ヤングケアラー）など複合的な課題を抱える家族が増えており、従来の枠組みでは適切な対応がしづらい事例が増加しています。

今後の高齢化が進む社会では、「地域共生社会」の実現による福祉的な視点が必要不可欠であるとともに、高齢者福祉だけでなく、障害、子育てを含め、あらゆる地域課題に対応できる体制づくりを進めることが必要です。本市では、令和6年度より、重層的支援体制整備事業を実施します。

地域共生社会の実現は、地域包括ケアシステムの基本的理念でありめざす方向です。9期計画においても、引き続き「住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり」を基本目標として掲げ、地域包括ケアシステムの深化・充実を図るとともに、地域共生社会の実現をめざします。

1) 幸齢社会おのみちに向けた意識啓発

基本目標である「住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり」の実現のためには、超高齢化の現況や課題を認識し、自らが元気であるための健康づくりや介護予防に努める等の「自助」に加え、「互助」として地域で見守り支え合う地域づくりに向けた意識啓発が必要です。また、本計画の基本理念である「幸齢社会おのみち」に向けた今後の取組等について周知を図ることが大切です。

(1) 幸齢社会おのみちに向けた意識づくり

① 市民・地域への周知(自助・互助)

- 本計画で掲げるめざす姿(基本理念)「幸齢社会おのみち」について、その考え方や基本目標、基本方針等の周知を図ります。
- 超高齢化の進展や人口減少に伴い、担い手不足の現状や医療・介護における課題と「自助」「互助」の大切さについて出前講座等で広く周知します。
- 高齢になっても健康づくり、介護予防に努め、できるだけ元気でいきいきと暮らしていけるよう、各種取組や情報提供で意識啓発を促します。
- 介護予防・フレイル予防・認知症予防に効果があると言われる、運動できる通いの場(高齢者の集いの場)づくりを推進します。
- 「支える側」「支えられる側」ではなく、「我が事」として参画し、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながり、誰もが役割と生きがいを持つ社会「地域共生社会」の推進を行います。(重層的支援体制整備事業)
- 高齢になっても安心して住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域全体で高齢者を見守り支えていくため自助・互助をベースとした地域づくりを推進し、生活支援コーディネーターを配置し、協議体を設置して、地域活動を通じて地域課題の解決に向けた取組の啓発を進めます。(生活支援体制整備事業)
- 地域における認知症への正しい理解から、認知症にやさしいまちづくりを推進します。
- 本人の意思決定支援、よりよく自分らしく生きるための「終活」・「ACP」の普及推進を行います。

② 居宅介護支援事業所(介護支援専門員)・サービス提供事業所等への周知(自立支援・重層的支援)

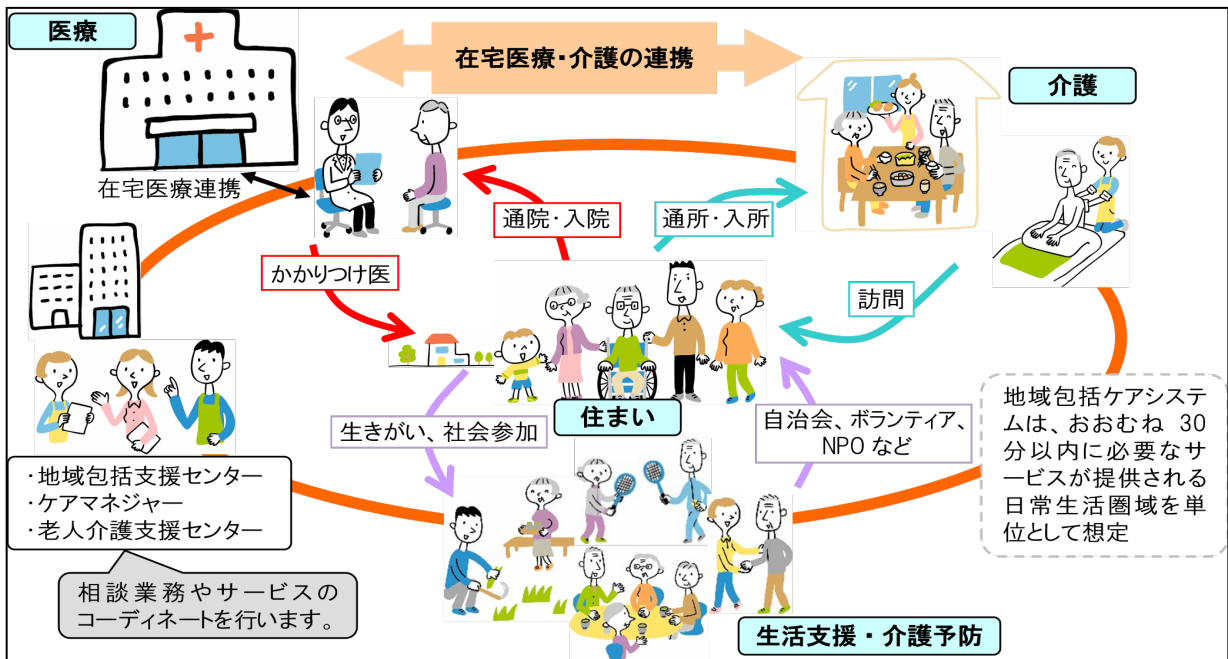
- 高齢者福祉や介護に携わる人が、本計画の基本理念や基本的な考え方を理解し、共通認識(規範的統合)のもと事業の推進ができるよう、各種の研修会や意見交換会等を開催します。
- 自立支援や重度化予防に資するケアマネジメント等、適切なサービス提供につながる研修会等を開催します。
- 地域包括ケアシステムの充実に向け、地域や多職種との連携につながるよう地域包括ケア連絡協議会のネットワーク会議等において情報提供等に努めます。
- 高齢分野の専門職・関係者のみでなく、障害・子育て等の専門職・関係者がつながることと、属性や世代を問わない相談支援体制・重層的支援体制づくりを行います。

③ 周知の方法

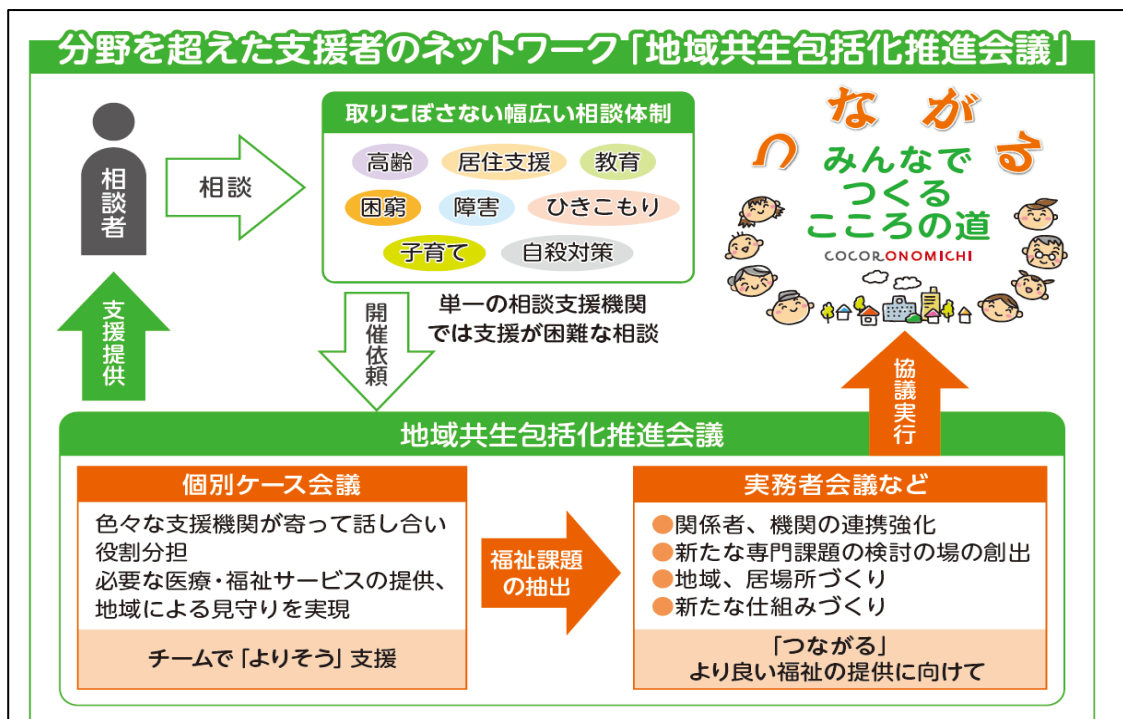
- 市民の関心が高まる講演会等を開催し、意識啓発に努めます。
- 広報おのみちやホームページ、啓発パンフレット等で、本計画で掲げるめざす姿等について周知します。

- 地域や高齢者が集うふれあいサロン等にて、地域包括支援センターの介護予防普及啓発や出前講座等を開催、地域に出向いて周知します。
- 事業所向けや分野を超えた多職種連携の意見交換会や研修会等を開催し、共通認識（規範的統合）を深めます。
- 市と市民が一体となってチーム尾道で、幸齢社会おのみちに向けた取組を推進します。

地域包括ケアシステムの概念図



地域共生社会の実現に向けた支援者のネットワーク（重層的支援体制整備）



2) 地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの更なる充実

本市では、公立病院や医師会を中心に、地域の特性、地域資源を生かした保健・医療・介護・福祉・生活が連携した地域包括ケアシステムが構築されており、特に、医療と介護の連携は、先進的な取組として全国の注目を集めています。

本計画期間中、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を迎えます。また、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年に向けては、85歳以上人口が急増し、医療介護双方のニーズを有する高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減すると見込まれますが、本市における85歳以上の高齢者人口のピークは令和17年頃と、全国より早まる見込みです。本市の地域の人口動態や介護ニーズを適切にとらえた中長期的な施策を展開する必要があります。

医療や介護が必要になっても高齢者が住みなれた地域で暮らし続けられるよう、日常生活圏域ごとの地域特性に応じた地域包括ケアシステムの更なる深化をめざし、専門職による多職種連携や医療と介護の更なる連携、住民主体の取組等を推進し、多様な主体が協働して支え合う体制づくりを進めます。

若い世代や高齢になっても元気なうちから積極的に健康づくりや介護予防に取り組む環境づくりに重点を置いて取り組みます。市民への情報提供や予防活動への意識啓発に努め、市民一人ひとりの理解を深めつつ、地域ぐるみで行う健康づくりや介護予防の活動を通して地域づくりを進めていきます。

（1）地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステム

① 山間部での取組

- 公立みつぎ総合病院を中心に、病院機能の総合化・複合化が図られ、1970年代半ばから、「医療や福祉の出前」として訪問看護（介護）やリハビリを軸に地域で支える仕組みづくりが進められ、医療と予防の融和により、まずは病気にならないよう疾病予防に注意を払い、もし病気になったとしても、寝たきりにならないよう支援する仕組みを整えてきました。
- 医療の必要が生じると、公立みつぎ総合病院で急性期医療からリハビリ、療養、緩和ケア、さらに介護まであらゆる状況に応じた医療等が提供され、症状が安定すれば、シームレスな医療・介護連携により、その人の状態に合わせた介護サービスが提供される体制が整備され、地域の中で予防から医療、介護まで切れ目なく、一貫して高齢者を支える総合的・複合的な仕組みが地域住民の安心につながるセーフティネットとして機能しています。

② 中央部での取組

- 尾道市医師会を中心に、中核病院の支援のもと在宅主治医（かかりつけ医）機能を核と

した、ケアカンファレンス等による在宅医療の地域連携、多職種協働をシステム化した地域の一体的なケアマネジメントシステムが構築されています。

- 地域福祉の担い手である社会福祉協議会や尾道市連合民生委員児童委員協議会、尾道市公衆衛生推進協議会、尾道市老人クラブ連合会等、地域の関係団体・機関が一丸となって、予防から医療・介護に至るまで、地域ケア体制の構築に取り組むとともに、高齢者の安全安心を図るため、尾道警察署との連携も行っています。

③ 島しょ部での取組

- 早くから往診を中心とした在宅医療提供が行われる中で医療以外のニーズも感じ取り、安心して生活できる介護にも取り組んできました。
- 因島地域では、地域医療の充実を図る因島医師会病院を中心に訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ケアマネステーション、地域包括支援センター等からなる因島医師会在宅ケアセンターが整備されており、地域の開業医（かかりつけ医）との連携もスムーズです。
- 地域の開業医に勤める多くの医療スタッフが介護支援専門員としてケアプランを作成し、薬剤師など多職種で情報の共有を図りながら、医療と介護が連携してサービス提供しています。

(2) 地域共生社会・重層的支援体制整備の取組

① 地域共生社会・重層的支援体制整備事業

- 少子高齢化、人口減少、核家族化等、家族や地域コミュニティの機能が変化する中で、改正社会福祉法において、令和2年に「重層的支援体制整備事業」が創設されました。
- 本市では、令和2年5月に断らない相談窓口「福祉まるごと相談窓口」を設置しました。令和3年1月に「尾道市地域共生包括化推進会議」を立ち上げ、官民共同で「重層的支援体制整備事業への移行準備事業」を推進、相談窓口の明確化、多機関連携による伴走支援体制、引きこもり支援体制づくりを行いました。
- 令和6年度から「重層的支援体制整備事業」として、①属性を問わない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を3つの柱として、④多機関協働による支援、⑤アウトリーチ等を通じた継続的支援を新たな機能として強化し、一体的に実施することで分野を超えた連携体制を構築し、地域共生社会の実現をめざします。

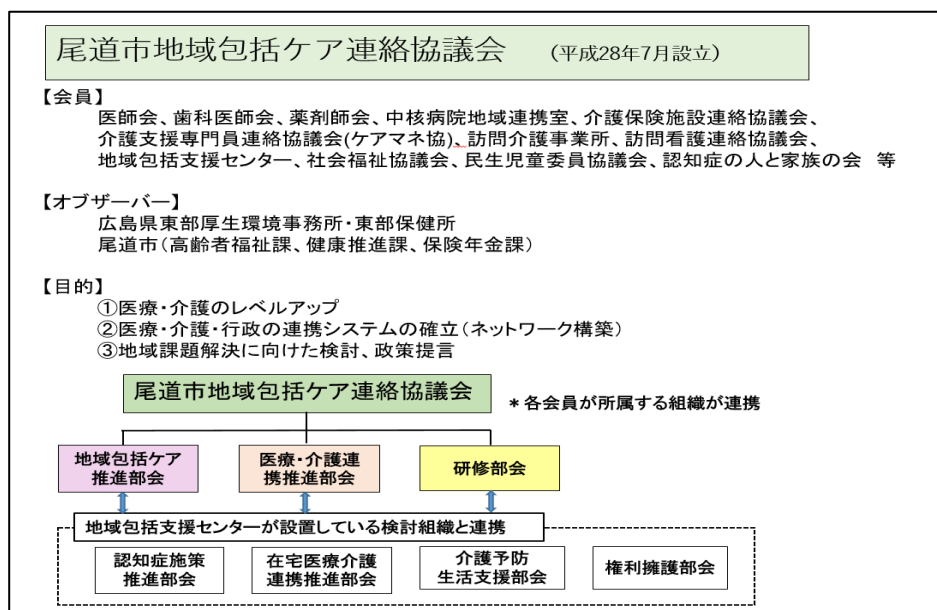
(3) 地域包括ケアシステムの更なる充実に向けた取組

① 尾道市地域包括ケア連絡協議会

- 尾道市医師会や因島医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護施設、介護事業所、社会福祉協議会等で構成された尾道市地域包括ケア連絡協議会と地域包括支援センターが連携して地域包括ケアシステムの構築、在宅医療・介護連携について検討・推進します。

- 医療・介護の連携の更なる充実のため、介護支援専門員や介護職等を対象にした多職種連携のネットワーク会議や自立支援型地域ケア会議、医療・介護や口腔ケア等の研修会、市民向けのACPの普及等を継続していきます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、介護従事者、民生委員児童委員等の意見の把握に努めながら、地域包括ケアの向上や多職種の更なる連携に取り組みます。

尾道市地域包括ケア連絡協議会 構成図



3) 医療と介護の更なる連携

高齢者の多くは基礎疾患を抱えており、日常的に医療機関にかかっている人がほとんどです。加齢に伴う疾患の増悪や身体機能の低下により、入院が必要になることも珍しくありません。それを契機に、心身機能が低下し、日常生活において介護サービスが必要になることも多く、高齢化により、医療と介護の両方の支援を受ける人が増加していきます。高齢者が住みなれた地域で、できる限り安心して尊厳ある暮らしを続けることができるようにするためには、介護保険を中心としたさまざまなサービスが、個々の高齢者のニーズや状態の変化に応じて切れ目なく提供されることが必要です。

団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22(2040)年を踏まえ、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みを適切にとらえて、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必要があります。

医療・介護を効率的かつ効果的に提供する連携体制を確保し、サービス需要の見込みについて事業者を含めた地域の関係者と共有する必要があります。

高齢者が住みなれた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係者が連携し、包括的・継続的に在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援が求められています。

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の取組

在宅医療と介護を一体的に提供するため、在宅医療・介護連携推進事業を地域支援事業の包括的支援事業として位置づけ、地域のめざす理想像として、「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」をPDCAサイクルに沿った取組で継続して進めます。

① 現状分析・課題抽出・施策立案

<1> 地域の医療・介護の資源の把握

- 必要な医療や介護の資源情報を入手できるよう、各種の制度等を紹介したガイドブック（「尾道市在宅医療・介護連携ガイドブック」・「認知症ガイドブック(ケアパス)」・「ねこのて手帳」・「自分ノート」等）の充実を図るとともに、地域資源の見える化「みらサポ台帳」、「おのみち元気づくりマップ（通いの場のマップ）」の更新に努めます。
- 広報おのみち、市ホームページ等において、わかりやすい情報提供に努めます。
- 尾道市地域包括ケア連絡協議会等において、多職種・専門職間の連携に必要な情報を提供（お薬手帳「情報共有シート」等）し、連携情報の整備や市民の医療・介護へのアクセスの向上を図ります。

<2> 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 尾道市地域包括ケア連絡協議会（医療介護連携推進部会等）の多職種連携ネットワーク会議等で、将来の人口動態、地域特性に応じたニーズや医療介護連携時の課題を抽出し、対応策について検討を重ねます。
- 尾道市地域包括支援センター運営協議会や、地域包括支援センターの課題別部会、地域ケア〔個別・推進〕会議、自立支援型地域ケア会議等において、医療介護連携時の課題の抽出や地域課題等について協議を行います。

<3> 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- 高齢者が住みなれた地域で安心して暮らせるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得てかかりつけ医機能の確保、多職種連携ネットワーク会議等でのネットワークづくり・顔の見える関係を構築し、地域住民を巻き込み、高齢者本人とその家族の意思を尊重した医療と介護の切れ目のない支援体制を構築します。

② 対応策の実施

<4> 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 地域包括支援センターを在宅医療・介護連携相談窓口として位置づけ、市民や関係機関からの相談に対応し、療養環境や生活環境の変化があっても可能な限り日常に近い形で安心して暮らせるよう支援します。

- 地域包括支援センターの専門部会や尾道市地域包括ケア連絡協議会等で協議し、支援体制を強化していきます。

<5> 地域住民への普及啓発

- 市のホームページ等で情報提供を行うとともに、講演会の開催や健康まつり等のイベントにおいて、在宅医療・介護連携の取組について情報提供に努めます。
- ふれあいサロンやシルバーリハビリ体操教室等の小地域での出前講座や、地域づくりのためのネットワーク会議等で、在宅介護や在宅での看取りについて普及啓発に努めます。

<6> 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 医療と介護の関係者が相互に情報共有できるよう、「医療連携パス」等の充実を図るとともに、お薬手帳「情報共有シート」、介護支援専門員等から医療機関への連携を容易にする「医療機関情報連携シート」等、取組の拡大に努めます。
- 平成23年度に国の「尾道地域医療連携推進特区」の指定を受け整備した、医療情報連携システム「天かける」の活用等により、地域医療と介護連携による在宅医療等の充実強化を図ります。

<7> 医療・介護関係者の研修

- 尾道市地域包括ケア連絡協議会（研修部会等）やネットワーク会議で、介護現場における医療知識のレベルアップを図る研修や事例検討等を実施し、関係者の資質向上をめざします。
- 保健所が主催する研修会に積極的に参加するほか、尾道市地域包括ケア連絡協議会や介護支援専門員連絡協議会等と連携し、関係者自らが企画立案する医療と介護の連携の研修の充実に努めます。

<8> 医療・介護連携に関する庁内連携と関係市町との連携

- 庁内においては、重層的支援体制整備事業や、災害・救急時における対応等について連携を進めます。
- 県と連携し近隣市町と取組状況についての情報交換を行い、研修会、講演会等の共同開催を通じて連携を深めます。
- 尾三地域保健対策協議会、備後圏域連携協議会（6市2町）の連携会議等に積極的に参加します。

(2) 在宅医療・介護連携の4つの場面

地域のめざすべき姿である「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」を推進するため、在宅医療の4場面①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りにおいて、地域でできることを共有し、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、P D C Aサイクルに沿って取組を進めることが重要です。

- ・計画（PLAN）現状分析・課題抽出・施策立案
- ・実行（DO）対応策の実施（相談支援・普及啓発・情報共有・研修）
- ・評価（CHECK）対応策の評価の実施
- ・改善（ACT）「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」の深化

① 日常の療養支援

- 医療・介護関係者の多職種協働によって、本人・家族の日常の療養生活を支援することで医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活ができるように支援体制を整えることが必要です。
- 「緩和ケアの提供」「家族への支援」等、切れ目のない医療・介護連携体制を整えるため、カンファレンスやサービス担当者会議等により、専門職として課題や方向性の合意形成（意識合わせ）・異なる職種同士の相互理解や役割分担について確認します。
- 認知症の方の在宅療養については、「認知症ガイドブック(ケアパス)」等を活用した支援や地域における啓発を行います。
- 介護報酬（居宅療養管理指導料等）で取組の評価を行います。

② 入退院支援

- 医療・介護関係者の多職種協働・情報共有で、少しでも本人・家族の不安が少なく、今後、希望する場所で望む日常生活が過ごせるように支援体制を整えることが必要です。
- 入院時には、介護支援専門員から医療機関へ、速やかに本人の在宅療養状況を情報提供することで、ケアや退院を見据えた早めの入院計画の策定等の一助になるよう、また、入退院時カンファレンス等には、多職種が参加することで、療養にあたってのめざす方向やノウハウを共有します。
- 地域連携クリティカルパス（大腿骨パス、脳卒中パス、心筋梗塞・心不全パス）の活用を促進し、病診連携・在宅医療介護連携を進めます。
- 本人・家族が一体的でスムーズな医療・介護サービスの利用をイメージできるよう、「尾道市在宅医療・介護連携ガイドブック」等を活用した支援や地域での啓発を行います。
- 介護報酬（入院時情報連携加算等）で取組の評価を行います。

③ 急変時の対応

- 在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、できるだけ本人の意思が尊重された適切な対応ができるよう、医療・介護・消防（救急）

関係者が円滑に連携ができる準備が必要です。

- 在宅療養者の病状の急変時における対応の確認、往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認等について、カンファレンスやサービス担当者会議等で関係者が共有しておきます。
- 介護報酬（緊急時訪問看護加算等）で取組の評価を行います。

④ 看取り

- 本人・家族が、在宅での看取り等について十分な認識・理解をした上で、人生の最終段階において望む場所で看取りを行えるように、医療・看護・介護関係者が、本人の「人生の最終段階において送りたい生活」の意思を共有し、寄り添いながら、その実現に向け円滑な支援ができるように体制を整えることが必要です。
- 本人や家族の多様な希望があり、希望が変更となる場合やその対応が難しい場合もあることを踏まえつつ、住み慣れた自宅や介護施設等、本人・家族が望む場所で看取りを実施していく必要があります。
- 在宅での看取りの支援に向け、医療・介護関係者等の連携を深め、研修に努めます。
- 意思決定支援においては、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及推進や、地域住民におけた終活やACPの講演会の開催、ふれあいサロン等高齢者の通いの場において普及啓発に努めます。
- 介護報酬（看取り介護加算等）で取組の評価を行います。

(3) 救命救急の連携基盤

① 救命救急の連携基盤

- 急性期病院と開業医の救命救急時における連携基盤を構築し、救急・救命期はもとより、退院後の医療・リハビリの中断をなくし、継続して高齢者が必要とするサービス（保健、医療、介護、福祉）の利用につなげ、重度化予防・寝たきりを防ぐ取組を進めます。
- 救急現場では、お薬手帳「情報共有シート」が、初動の連携ツールとして有効活用されており、さらなる普及啓発を行います。

(4) 口腔機能向上のための歯科医師会との連携

① 口腔機能向上のための歯科医師会との連携

- 歯科医師会の協力のもと、介護予防、オーラルフレイル予防（口腔ケア）の大切さを健康教育等の場を活用して住民に広めるとともに、介護事業所内において口腔機能回復・維持の取組など、サービスの充実に努めます。
- 尾道市地域包括ケア連絡協議会等の活動において、歯科医師会と連携し、口腔ケア研修等を実施し、在宅や事業所でのケアにおいて、口腔機能の維持を目標にした取組を進めます。

(5) 薬剤師会による服薬管理指導等

① 薬剤師会による服薬管理指導等

- 薬剤師会の協力のもと、重複投与や飲み合わせチェック等、かかりつけ薬局の薬剤師により行います。また、薬剤師が自宅を訪問して薬の管理等の相談に応じます。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を通じて、ハイリスクアプローチとして「重複・多剤投薬者への相談・指導」等を行います。
- 薬局は、介護保険まちかど相談所として、介護保険の基本的な説明や地域包括支援センターや介護支援専門員との連携、市への問合せや取次ぎ等の窓口として機能しています。
- 尾道市地域包括ケア連絡協議会で取り組むお薬手帳「情報共有シート」の活用を薬剤師会の協力のもと推進し、服薬管理指導と併せて高齢者の見守り体制の強化につなげます。

(6) 地域リハビリテーションの充実

① 地域リハビリテーション

- 地域リハビリテーションとは「障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住みなれたところで、安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う（日本リハビリテーション病院・施設協会：2016）」と定義されており、これらの目的を達成するため、あらゆるライフステージに対応して継続的に提供できる支援システムを地域につくっていくことが求められています。
- リハビリテーションについては、日常生活におけるADLやIADLの活動を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組や、リハビリ専門職の地域住民への総合的な支援により「生活の質」の向上をめざすとともに、一般の人々が障害や老いについて家族や自分自身の問題として捉えるよう、啓発していきます。

② 広域支援センター・サポートセンター

- 広島県では、高齢者の介護予防と生活の質の向上、自立や社会参加を支援するため、地域リハビリテーション広域支援センター及び地域リハビリテーションサポートセンターの指定を行っており、市内でも指定を受けたセンターが活動しています。
- 地域リハビリテーション広域支援センターと連携し、リハビリ専門職の協力を得ながら、一般介護予防事業、シルバーリハビリ体操事業、短期集中型通所サービスや自立支援型地域ケア会議等の開催において、支援体制の強化を図るとともに、関係機関等と協働して取組を進めます。

(7) ケアカンファレンス・サービス担当者会議の充実

① ケアカンファレンス・サービス担当者会議の充実

- ケアカンファレンスは、本人や家族、医師、看護師、保健や福祉の専門職、介護支援専門員、介護サービス提供担当者のほか、民生委員児童委員や住民ボランティア等が参加して行います。
- ケアカンファレンスやサービス担当者会議は、専門職がタイムリーに共通認識を持つことができるため、利用者本位の多職種協働による一体的な地域医療・ケアの提供に結びついています。
- 急性期病院等からの退院時には、医療機関、施設、在宅にわたる切れ目のない適切な医療・看護・介護・福祉のサービスが提供されるよう、退院前ケアカンファレンスやサービス担当者会議等を開催し、多職種が役割を分担し連携しながら高齢者を支援します。
- 在宅緩和ケアや、看取りの在宅支援を多職種協働で行っています。

(8) 地域完結型地域包括ケアシステムの構築

① 地域完結型地域包括ケアシステムの構築（圏域ネットワーク会議）

- 各圏域に、地域の特色を生かした保健・医療・リハビリテーション・介護・福祉のサービス提供体制（ハード、ソフト）と連携システムがあることが必要です。ネットワーク会議や地域ケア推進会議等により、日常生活圏域ごとに関係機関（保健を含む行政、医療機関、介護事業所、住民代表等）の担当者が一同に会し、地域課題の抽出やネットワークづくりを行います。
- 尾道市地域包括ケア連絡協議会において取組を進める医療・介護の多職種ネットワーク会議が、より一層充実するよう協働して進めます。
- 各地域での活動内容や課題等について、情報交換や協議を定期的に行い、成功事例の普及展開と課題対応に取り組めます。

(9) 尾道市介護支援専門員連絡協議会等の活動の充実

① 尾道市介護支援専門員連絡協議会等の活動の充実

- 介護支援専門員が、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づき適正なケアマネジメントを実行していけるよう、尾道市介護支援専門員連絡協議会が行う資質向上のための研修会等の開催を支援します。
- サービス提供事業者など、関連の事業者間の連携づくりを支援するとともに、引き続き、情報交換やサービスの質の向上のための取組を支援します。

4) 地域包括支援センター運営事業の推進

地域包括支援センターは、地域で暮らす高齢者を医療・介護・福祉・権利擁護など様々な面からサポートするため、尾道市が設置している高齢者の総合相談機関です。市内7つの日常生活圏域ごとに地域包括支援センターがあり、「地域包括ケア」の調整・コーディネート役を担っています。

(1) 包括的支援事業の充実

① 介護予防ケアマネジメント業務

- 要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者に対し、フレイル予防・自立支援のため、身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標として、介護予防・生活支援サービス事業の利用を通じたケアマネジメントを行います。

② 総合相談支援業務

- 地域包括支援センターを高齢者の総合相談窓口、在宅医療・介護連携相談窓口、認知症相談窓口として位置づけ、その周知に努めるとともに高齢者や家族等の相談を受けやすい体制づくりをめざします。
- 高齢者や家族等からの医療・介護・福祉・生活等あらゆる相談に応じ、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、関係機関等につなげる支援を行います。
- 複雑複合化した課題（ダブルケア・ヤングケアラー・8050問題等）では、必要に応じて重層的支援体制整備事業等の取組と連携した対応を行います。

③ 権利擁護業務

- 高齢者の権利を守るため、各関係機関（警察・消費生活センター等）との連携を強化します。
- 必要に応じて、成年後見制度の活用、老人福祉施設等への措置、高齢者虐待への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の尊厳の保持と生活の維持を図ります。
- 高齢者の権利擁護のための専門職の支援ネットワークづくりと中核機関の設置に向けた取組を推進します。

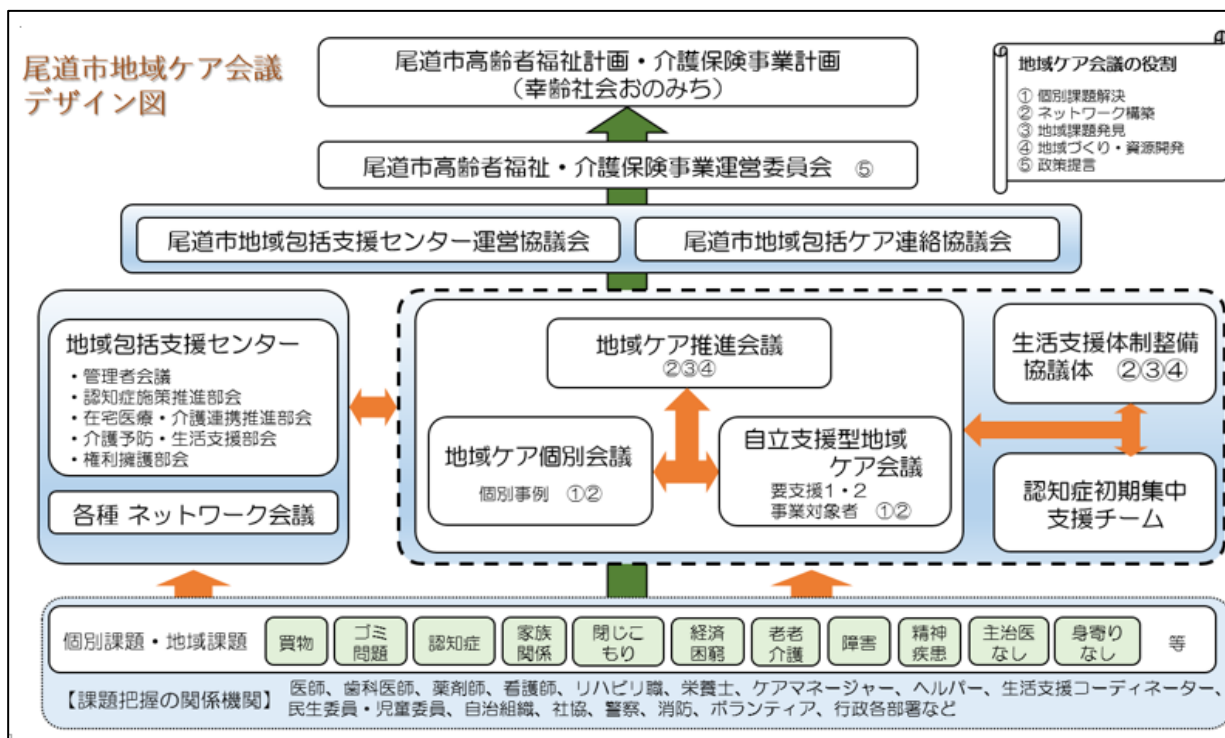
④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- 高齢者が住みなれた地域で暮らし続けることができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じて在宅と施設の連携、地域における連携・協働の体制づくり、介護支援専門員に対する支援等を行います。

⑤ 地域ケア会議（個別会議・推進会議）の充実

- 地域ケア会議は、市や地域包括支援センターにより開催され、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、その他地域の関係者等により構成されます。
- 地域ケア個別会議は、介護支援専門員が抱える困難事例や地域住民や関係機関からの支援要請事例等を多職種で検討し、主に個別ケースの課題解決に向けた適切な支援の検討等を行います。
- 地域ケア推進会議は、地域で共通する課題を協議し、地域課題の発見や資源開発、地域づくりやネットワーク構築、政策提言につなげるため開催します。
- 各種会議を積み重ねることで、個別課題の解決にとどまらない共通する地域課題や不足する社会資源等を把握し、ネットワークづくりや新たな社会資源の開発、政策形成に向けた取組を進めます。

尾道市地域ケア会議デザイン図



地域包括支援センターの担当地域一覧

名 称	所 在	担当地域
尾道市北部地域包括支援センター	尾道市御調保健福祉センター 内	御調町、美ノ郷町、木ノ庄町、原田町
尾道市地域包括支援センター	尾道市立市民病院 内	山波町、尾崎町、尾崎本町、久保町、久保1・2・3丁目、防地町、東久保町、西久保町、新高山1・2・3丁目、十四日町、長江1・2・3丁目、東御所町、西御所町、三軒家町、天満町、潮見町、日比崎町、十四日元町、土堂1・2丁目、東土堂町、西土堂町
尾道市西部地域包括支援センター	尾道市総合福祉センター 内	新浜1・2丁目、吉浦町、古浜町、手崎町、正徳町、東元町、吉和西元町、福地町、沖側町、神田町、吉和町、栗原東1・2丁目、栗原西1・2丁目、栗原町、東則未町、西則未町、桜町、門田町、平原1・2・3・4丁目、久山田町
尾道市東部地域包括支援センター	ベイトウン尾道組合会館 内	高須町、西藤町、東尾道、長者原、百島町、浦崎町
尾道市向島地域包括支援センター	尾道市向島福祉支援センター（愛あいセンター） 内	向東町、向島町
尾道市南部地域包括支援センター	介護老人保健施設ビロードの丘 内	因島土生町、因島田熊町、因島三庄町、因島中庄町、因島大浜町、因島重井町、因島鏡浦町、因島外浦町、因島椋浦町
尾道市南部地域包括支援センター 瀬戸田支所	尾道市瀬戸田福祉保健センター 内	因島原町、因島洲江町、瀬戸田町

令和4年度地域包括支援センター活動実績

名 称		北部	尾道市	西部	東部	向島	南部	合計
総合相談支援	延件数	2,630	2,150	2,857	3,076	2,086	2,539	15,338
高齢者虐待通報相談対応	延件数	94	24	142	125	35	91	511
成年後見制度利用申立支援	実件数	8	0	16	3	2	3	32
介護支援専門員（ケアマネジャー）支援	実件数	85	59	87	13	54	34	332
介護予防ケアマネジメント	延件数	3,364	4,800	4,891	2,635	3,741	4,992	24,423

(2) 地域包括支援センターの機能強化

① 適切な人員の確保

- 要支援者・要介護者の増加、相談件数の増加、困難事例や高齢者虐待の対応状況等を勘案して、適切な人員体制の確保に努めていきます。

② 地域包括支援センター間の役割分担・連携強化

- 地域包括支援センターは、高齢者の総合相談窓口として市内7カ所に設置しています。直営センターが基幹型機能を担い、他のセンターを統括し支援します。管理者会議や担当者会議等の開催により、情報共有やセンター職員の資質向上等を図ります。
- 在宅医療・介護連携相談窓口として、その周知に努めるとともに、高齢者や家族等の相談を受けやすい体制づくりをめざします。在宅における医療介護連携、障害者の65歳到達における障害から介護サービスへの移行やACP普及推進(医介連携)等に係る課題を検討しています。
- 認知症相談窓口として、認知症地域支援推進員を配置し、認知症初期集中支援チームとの連携・支援をはじめ、認知症にやさしいまちづくりに向けた活動を推進しています。
- 家族介護者支援(認知症介護・仕事と介護の両立・ヤングケアラー支援)の観点からも関係機関と連携を図りながら進めていきます。
- 介護予防・生活支援においては、高齢者の介護予防、生活支援、移動支援、地域づくり等について検討しています。生活支援体制整備事業(生活支援コーディネーター)と連携した活動を展開しています。
- 高齢者の権利擁護相談の窓口として、高齢者虐待の対応や成年後見制度の周知・利用促進、権利擁護に係る専門職のネットワークづくりを行っています。
- 「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「介護予防・生活支援サービスの体制整備の推進」「権利擁護の推進」に係る事業は、それぞれ課題別対応推進部会を設置して情報共有しながら推進し、尾道市地域包括ケア連絡協議会や社会福祉協議会等の関係機関や各種事業、民生委員児童委員など地域住民と連携した活動を展開しています。
- 効果的な地域ケア会議の開催方法等を管理者会議等で協議し積極的に実施します。
- 令和5年5月成立の「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」において、地域包括支援センターが効果的な業務を実施し、それぞれの地域における地域包括ケアの中核機関として期待される役割が発揮できるよう定められました。業務負担の軽減と質の確保、体制整備等の展開を図ります。居宅介護支援事業所等、地域の拠点の活用によるセンター業務の体制整備の推進(総合相談支援業務の一部委託等)や、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等による一定の関与を前提に介護予防支援業務の指定対象の拡大等については、国等の動向も踏まえ、本市の実情に応じた対応をします。

③ 関係機関との連携・支援の強化

- 民生委員児童委員、町内会、地区社会福祉協議会、おのみち見守りネットワーク協力団体、ねこのて手帳掲載店、金融機関、ライフライン事業者、医療機関、介護サービス事業所、ボランティア等の参加による地域の实情に応じた高齢者を見守り支えるネットワークづくりを進めます。
- 地域ケア会議やネットワーク会議等を通じて、地域住民、民生委員児童委員、介護サービス事業所等と連携した見守り体制づくりを推進します。
- 尾道市介護支援専門員連絡協議会と協働して、自立支援や重度化予防に重点をおいた研修会の開催や地域の介護支援専門員及び主任介護支援専門員のネットワーク強化を図ります。また、困難事例においては介護支援専門員等への支援に努めます。
- 尾道市地域包括ケア連絡協議会と協働し、医療介護のネットワークづくりに重点を置いた取組を実施します。
- 生活困窮高齢者の把握に努め、生活困窮者自立支援事業「くらしサポートセンター尾道」等と連携する等、必要な相談・支援体制の構築に努めます。
- 複合的な生活課題を抱える住民の支援を協働して行い、その解決が図られるよう、総合相談窓口機能を強化するとともに、介護や障害、子育て等の分野を超えた多機関の協働による包括的支援体制構築事業「まるごと相談窓口」等、支援機関との連携や関係機関との連絡調整等、重層的な支援を行う体制づくりを進めます。
- 複雑・複合化した課題（引きこもり、8050問題、ヤングケアラー等）は、重層的支援体制整備事業の多機関連携・協働による課題解決をめざします。
- 生活支援体制整備事業において各圏域に配置した生活支援コーディネーター等と連携します。社会福祉協議会が実施する小地域ネットワーク事業等により、地域の見守り体制の構築・ネットワークづくりを進めます。

④ 地域包括支援センター運営協議会

- 「尾道市地域包括支援センター運営協議会」を設置して、地域包括支援センターの円滑で適切な運営と、公平・中立性の確保に努めています。引き続き、年に1～2回の会議を開催し、下記の内容について協議します。

- ・ 地域包括支援センターの公正な運営を確保すること
- ・ 地域包括支援センターの運営を支援し、事業評価を行うこと
- ・ 地域における社会資源のネットワークを構築すること
- ・ 地域包括支援センターの職員を確保すること

5) 自己決定支援の推進

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をあらかじめ家族や関係者に伝えておくことは、非常に重要となっています。

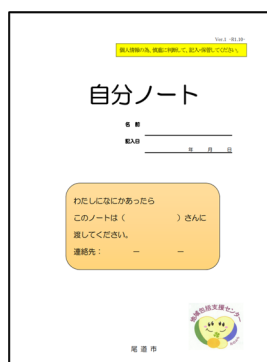
医療や介護等の選択、その他、最期まで自分らしい人生を送るための準備等にあって、本人の意思をできるだけ反映させることができるようACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及に努めます。

令和元年10月、これまでの自分の人生を振り返り、自分と向き合い、これからの人生について考えるツールとして、地域包括支援センターが関係機関の協力を得て「自分ノート」を作成しました。

(1) ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及

① 住民への普及啓発

- 高齢者の集いの場や高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センター等において、高齢者とその家族をはじめとする住民に対し、ACPの理念や有用性について、広島県地域保健対策協議会が作成したACPの手引き「私の心づもり」等を活用し普及啓発を図ります。
- 医療や介護にとどまらず、最期まで自分らしい人生を送るために必要となる様々な準備や最期を迎えたあとの家族や相続等の問題について、「自分ノート」等を活用した終活（人生の最期に向けた準備やそこに向けた人生の総括）の取組が広がるよう啓発を行います。



自分ノート



ACPの手引き
「私の心づもり」

② 関係者の意識醸成

- 高齢者本人が自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、受ける医療や介護等に対する希望を、あらかじめ、家族や医師、介護従事者等関係者に伝えておくことは重要なことです。本人の意思をできるだけ反映させることができるよう、意思を受け止める家族、医療・介護関係者の意識醸成を図ります。

③ 専門家による相談と支援ネットワークの構築

- 地域包括支援センターや各医療機関等において、介護や医療の専門家としてACPの相談に応じるとともに、ひとりの高齢者のケアに関わるすべての関係者が本人の意思を尊重し、高齢者が安心して終末期を迎えられるよう、情報の共有や話し合いの場のネットワーク化を進めます。
- ACP普及推進においては、高齢者の通いの場などを活用した周知・普及を推進します。また、普及推進や高齢者の権利擁護支援のためのネットワークづくりを進めます。

6) 自立支援・重度化予防の推進

高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援するには、要介護状態または要支援状態になることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止を図ることが重要です。

多職種連携による自立支援型地域ケア会議、地域全体への自立支援・介護予防の普及啓発、多職種連携による機能回復へのアプローチはもとより、短期集中型通所サービス、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等と連携して進めます。

(1) 自立支援型・重度化予防ケアマネジメント

① 自立支援型ケアマネジメント（自立支援型地域ケア会議）

- 令和3年6月から、自立支援型地域ケア会議を開催しています。介護保険の理念である「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」を実現するため、高齢者が望む生活の実現に向け、自立支援の観点を踏まえ、高齢者の生活行為の課題を明確化し、多職種から専門的な視点の助言を行います。自立した生活を取り戻すための地域資源とのマッチング等、自立や介護予防に向けた支援内容を検討するとともに、QOLの向上及び自立支援に資するケアマネジメントの平準化と、介護支援専門員の支援能力の向上を図ります。

令和6年度以降、圏域毎の開催をめざし、助言者（専門職）研修等、助言者の確保・育成に努めます。



尾道市自立支援型
地域ケア会議
マニュアル

尾道市がめざす「自立支援」

- 高齢者が住みなれた地域で生きがいや役割をもちながらできるだけ元気に過ごし、仲間づくりや心身機能の維持、向上につながるよう支援します。
- 単に身体機能の向上による介護保険サービスからの「卒業」をめざすのではなく、利用者本人が望む生活の実現に向けて必要な支援を行います。
- 要介護状態となることをできるだけ予防するために、高齢者本人の能力と意欲を最大限引き出し、「生活行為の改善の可能性」に焦点を当てた「自立支援型ケアマネジメント」の実践を推進します。

【定義】

尾道市の「自立」や「自立支援」の共通の考え方（規範的統合）として、「自立」「自立支援」「自立支援型ケアマネジメント」について、次のように定義します。

◎ 「自立」とは

高齢者が自分の望む生活を送るために、自分の状況を知り、その力を発揮して、生きがいや役割を持ち、たとえ支援を受けるようになってもできる限りの努力をし、自分らしく生活していくこと。

◎ 「自立支援」とは

高齢者本人を取り巻く環境から個人を知り、本人や家族、近隣住民等の支援者で情報を共有し、高齢者本人の尊厳を尊重するとともに、本人の能力と意欲を最大限に引き出し、自分らしく生活できるように環境を整えること。

◎ 「自立支援型ケアマネジメント」とは

「自立支援」の考え方を踏まえ、介護支援専門員等をはじめとする多職種が連携・協働し、高齢者本人の目標が達成できるケアマネジメントに取り組むこと。

② 重度化予防ケアマネジメント

- 重度化予防に資する地域ケア会議の取組を進めます。
- 要介護者等がその能力に応じ自立した日常生活を営むため、地域においてリハビリテーションが計画的に提供される仕組みづくりに取り組みます。

心身ともに元気に暮らせるまちづくり ～介護予防・健康づくり施策の充実・推進～

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、「生きがい」があると回答した人は、【現在の健康状態】が良く、【幸福度】が高い傾向にあります。生きがいを持つことは、生活の質、幸福度の向上にもつながることから、身体的な健康づくりとともに、こころの面での健康づくりの取組も合わせて行っていくことが必要です。

要介護状態になる原因は、主に脳血管疾患や認知症、加齢による虚弱（フレイル）と言われており、それらを誘発する高血圧や脂質異常、糖尿病などの生活習慣病や、その重症化を予防することが重要です。

高齢女性に特に多く見られる骨粗しょう症は骨折をしやすくなる病気の一つであり、寝たきりの原因にもなります。

本市では、健康づくりへの取組の充実、健康寿命の延伸をめざし、「第三次健康おのみち21・第四次尾道市食育推進計画」を市民と協働して推進しています。今後も、これらの計画に基づいて、健康寿命の延伸を図るべく、保健事業のさらなる充実を進める必要があります。

1) 介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法の改正に伴い、全国一律の基準で要支援1・2の方が利用していた予防給付の訪問介護・通所介護サービスが、市町村が実施する地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業となり、本市では平成29年4月から移行しました。

このサービスは、要支援1・2の方に加え、利用するサービスが総合事業のみの場合には、要介護（支援）認定を省略して簡易な「基本チェックリスト」による判定で「事業対象者」として認定された方が利用できます。

また、多様な主体によるサービス提供体制をめざして、身体介護を要しない方のサービスとして、サービス提供者の資格要件等を緩和した基準緩和型の訪問型・通所型サービスを設定しています。

自立支援や地域共生社会の実現の観点から、地域住民や多様な主体によるサービスを含めた総合事業の普及啓発・充実に努めます。

※55ページ 介護予防・日常生活支援総合事業の構成図 参照

(1) 訪問型サービス

① 介護予防訪問サービス

- 従前の介護予防訪問介護に相当するサービス

② 基準緩和型訪問サービス（訪問型サービスA）

- 身体介護を要しない方を対象にした、掃除、洗濯、買い物等の生活支援を行うサービス

（2）通所型サービス

① 介護予防通所サービス

- 従前の介護予防通所介護に相当するサービス

② 基準緩和型通所サービス（通所型サービスA）

- 生活機能維持のための運動、レクリエーション等

③ 短期集中型通所サービス（通所型サービスC）

- 生活機能の低下がみられた方等を対象に、体とこころの機能を維持・向上することを目的にサービスを行います。短期間（3～6か月）で集中的に、①運動器の機能向上のプログラム、②口腔機能向上のプログラム、③栄養改善のプログラム等を行い（教室によって実施内容は異なります）、生活機能向上と社会参加を促し、終了後は一般介護予防等につなげていきます。

（3）介護予防ケアマネジメント

① 介護予防ケアマネジメント

- 総合事業の利用者に対しても、介護予防・生活支援を目的に、心身の状況等に応じて、選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう、ケアプランの作成をはじめケアマネジメントを行います。
- このケアマネジメントは、地域包括支援センターが実施し、居宅介護支援事業所への委託も可能としています。

介護予防・生活支援サービスの事業所数

サービス区分	現 状（令和5年9月）		
	市 内	市 外	合 計
介護予防訪問サービス	37か所	11か所	48か所
内 基準緩和型訪問サービスも実施	8か所	0か所	8か所
介護予防通所サービス	49か所	28か所	77か所
内 基準緩和型通所サービスも実施	8か所	0か所	8か所
基準緩和型通所サービスのみ実施	1か所	0か所	1か所
短期集中型通所サービス（委託）	9か所	—	9か所

2) 一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業では、住民主体の集いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や集いの場が充実・拡大するよう、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進していきます。

一般介護予防事業の推進にあたっては、リハビリ専門職等、幅広い分野の関与を得られるよう取り組んでいきます。

(1) 介護予防普及啓発事業

① 介護予防普及啓発事業

- 地域包括支援センター等において高齢者を対象に、介護予防に資する出前講座や相談会、講演会などを行います。
- リハビリテーション専門職との連携を図り、日常生活におけるリハビリテーションの普及を図っていきます。

(2) 介護予防把握事業

① 介護予防把握事業

- 概ね75歳以上で介護サービス利用等のない高齢者が、今後も継続して自立した生活が続けられるよう、訪問活動等を通じ介護予防活動が必要と思われる方を把握し、継続した関わりを持ち、本人の状況に応じてふれあいサロンやシルバーリハビリ体操教室の紹介や要介護（支援）認定の手続き等の支援を行います。

(3) 地域介護予防活動支援事業

① シルバーリハビリ体操事業

- シルバーリハビリ体操は、「いつでも、どこでも、だれでもできる」をキャッチフレーズに、主に高齢者の介護予防を目的に行う体操です。高齢者の健康増進を図り、健康寿命を伸ばす介護予防の重点的な取組として、茨城県立健康プラザ管理者の大田仁史先生の指導のもと、平成25年度からシルバーリハビリ体操事業を実施しています。



シルバーリハビリ体操

シルバーリハビリ体操事業とは

シルバーリハビリ体操事業では、ボランティアで地域の高齢者に体操を指導する「シルバーリハビリ体操指導士」の養成を通じて、体操の普及と住民主体の介護予防・地域づくりを進めています。

シルバーリハビリ体操の普及

- シルバーリハビリ体操 2 級指導士と、2 級指導士養成のインストラクターの役割を担う 1 級指導士の養成を推進し、尾道市シルバーリハビリ体操指導士会とともに体操の普及と介護予防、住民主体の地域づくりを進めていきます。
- 地域でシルバーリハビリ体操教室を定期的開催し、高齢者の介護予防に取り組むとともに、その活動を通じて地域のネットワークづくりにつながるよう、尾道市シルバーリハビリ体操指導士会の活動を支援します。
- 医療機関等でリハビリを終了後、介護予防活動の場につながるよう、医療機関等のリハビリ専門職と連携します。
- フレイル予防や認知症予防において、週 1 回以上の適切な運動や体操、人とのつながり・交流が効果的と言われており、重要な高齢者の集いの場の一つとして支援します。
- 令和 6 年度に結成 10 周年を迎えるシルバーリハビリ体操指導士会が、地域でシルバーリハビリ体操教室を定期的開催し、高齢者の介護予防に取り組むとともに、その活動を通じて地域のネットワークづくりにつなげていけるよう支援します。

シルバーリハビリ体操の効果

県立広島大学による「指導士養成講習会が受講生の心身機能に与える影響」についての研究結果において、受講後に筋力やバランス能力が改善したほか、指導士として社会的役割ができたことにより心理面でも生きがい感が増加し、感情面も安定する結果が報告されています。

さらに、「尾道市内の地域特性の差がシルバーリハビリ体操事業に及ぼす影響」についての研究結果において、事業開始以後は尾道市全体の軽度要介護認定率が減少傾向を示し、さらに指導士認定率の高い圏域が軽度要介護認定率の減少が大きい傾向にある結果が報告されています。

② ふれあいサロン事業

- 住民ボランティアを主体とした、地域の高齢者や住民の交流の場の「ふれあいサロン」活動を推進することで、地域の高齢者の閉じこもりの解消、介護予防（リハビリテーション専門職との連携によるシルバーリハビリ体操の普及など）の取組の場として機能するように支援します。
- 「支える側」「支えられる側」だけではない、誰もが役割と生きがいを持つ社会「地域共生社会」をめざします。
- 男性の参加者が少ない傾向にあるため、男性が参加しやすい企画や声かけを促します。

指標名	現状 (令和5年3月末)	目標 (令和8年度)
ふれあいサロン数	169か所	195か所
シルバーリハビリ体操指導士の数	415人	495人
シルバーリハビリ体操の教室数(定期開催)	111か所	130か所
シルバーリハビリ体操の参加延人数	20,813人	29,000人

③ 介護予防継続支援事業

- 短期集中型通所サービスを修了された方を対象に、月1回運動プログラムや参加者同士の交流を中心とした教室を開催しています。

(4) 一般介護予防の事業評価

① 一般介護予防の事業評価

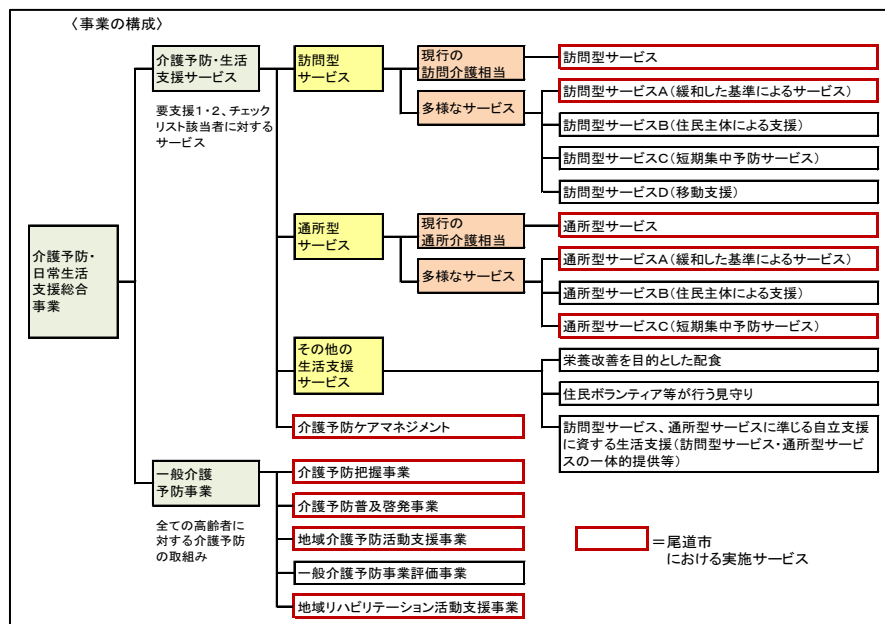
- 一般介護予防事業の事業評価をし、結果に基づき総合事業全体の改善をめざすものです。PDCAサイクルに基づいた一般介護予防事業の取組を推進します。

(5) 地域リハビリテーション活動支援事業

① 地域リハビリテーション活動支援事業

- 地域における介護予防の取組を機能強化するために、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。住民主体の通いの場に定期的に関与し、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開することに取り組みます。

介護予防・日常生活支援総合事業の構成図



地域支援事業の一覧

区分	事業名		
介護予防 ・日常 生活支援 総合事業	一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防把握事業 ・介護予防普及啓発事業 ・地域介護予防活動支援事業（※） <ul style="list-style-type: none"> ▸ シルバーリハビリ体操事業 ▸ 介護予防継続支援事業 ▸ ふれあいサロン事業 ・地域リハビリテーション活動支援事業 	
	介護予防・生活支援 サービス事業	訪問型 サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問サービス ・基準緩和型訪問サービス
		通所型 サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所サービス ・基準緩和型通所サービス ・短期集中型通所サービス
包括的 支援事業	地域包括支援センター の運営（※）	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアマネジメント業務 	
		<ul style="list-style-type: none"> ・総合相談支援業務 ・権利擁護業務 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 	
	認知症総合支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援推進事業 ・認知症地域支援・ケア向上事業（認知症地域支援推進員） ・認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業（チームオレンジ） ・認知症カフェ推進事業 	
	在宅医療・介護連携推進事業		
生活支援体制整備事業（※）			
任意事業	介護給付適正化事業	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス給付費通知 	
	家族介護支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者見守り事業（やすらぎ支援員） ・家族介護用品購入助成券交付事業 ・家族介護慰労事業 	
	地域自立生活支援事業 その他の事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成事業 ・見守りネットワーク事業 ・成年後見制度利用支援事業 ・住宅改修理由書作成等助成事業 ・高齢者住宅等安心確保事業 ・緊急通報装置貸与事業 ・寝具乾燥消毒サービス事業 ・配食サービス事業 <p style="text-align: right;">等</p>	

（※） 令和6年度から、重層的支援体制整備事業に移行

3) 健康づくりの推進

本市の平均寿命、健康寿命については、少しずつ伸びてきているため、今後もさらに健康寿命を延伸するための取組が必要です。

このため、「人生100年時代」を意識し、年齢を重ねてもいきいきと自立した生活ができるよう、令和5年度に策定した健康増進計画「第三次健康おのみち21、第四次尾道市食育推進計画」に沿って、関係機関・団体と連携して計画的に施策を推進します。

また、こころの健康づくりをはじめ、生きることを支えるための施策を「第二次尾道市自殺対策推進計画」に沿って推進します。

(1) 若いときからの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・改善に向けた対策

- 「栄養・食生活」、「運動・スポーツ」、「休養・睡眠」、「飲酒」、「喫煙」、「歯・口腔の健康」等、健康的な生活習慣の定着に向けた支援を行います。

② 健康診査の受診率向上及び受診後のフォロー対策

- がん検診の受診率・精密検査受診率の向上、特定健診の受診率・特定保健指導の利用率向上のため、健康診査受診の啓発・勧奨や受診体制の整備、検診の精度管理を行い、結果を生かすための健康相談を実施し、セルフケアの支援を推進します。

(2) 高齢者の健康づくりの推進

① 生活習慣病の重症化予防対策

- 健診結果により、必要な保健指導の実施や要治療者への受診勧奨を行い、生活習慣病の予防や重症化予防に努めます。
- 糖尿病で治療中の人に対し、人工透析等への移行などの重症化予防対策に努めます。

② 虚弱状態（フレイル）の予防対策

- 「身体」「口腔・栄養」「社会的つながり（閉じこもり、孤立、孤独等）」それぞれにおいて「虚弱」な状態になる「フレイル」の予防のため、外出促進事業（出たもん勝ち）やシルバーリハビリ体操等の普及に努め、無理なく取り組める運動・スポーツを推進します。
- 幸齢ウォーキング推進事業「プラス10分てくてく運動」で、ポイントをためると素敵な商品が抽選で当たる取組を実施します。
- 各種保健事業において、タンパク質の摂取不足をはじめとする低栄養予防の栄養指導を実施します。併せて、低栄養が高齢者の健康に及ぼす影響について広く周知します。

③ こころの健康づくり及び自殺予防対策

- 精神保健についての正しい知識の普及啓発や市民からの相談に応じて、心の健康づくりを推進します。
 - 医療・支援が必要と思われる人に対し、アウトリーチで関わる「こころサポート事業」など関係機関と連携して医療受診の支援や自殺予防対策を推進します。
-

④ 歯周疾患及び口腔機能低下の予防対策

- 歯周疾患検診（65歳、70歳）により、歯周病及び虫歯等の予防、早期発見に努め、併せて健康講座等で口腔機能の維持のためのセルフケア等を広く周知します。

(3) 健康を支え、守るための元気な地域づくりの推進

① 地区組織の養成、育成

- 地域で健康づくりを推進する地区公衆衛生推進協議会等各種団体の活動を支援します。また、高齢者の健康づくり、仲間づくりをテーマにした集いの場づくりを行っている保健推進員等の養成、育成、活動の支援を行い、共に支え合う元気な地域づくりを推進します。
-

② 出かける機会の創出及び周知

- 地域における健康づくり事業を通して出かける機会の創出を行うとともに、外出を促進するための情報誌（出たもん勝ち）の配付等により出かける場の周知を行います。

4) 保健事業と介護予防の一体的な実施

令和元年の医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律による改正後の介護保険法等に基づき、運動、口腔・栄養、社会参加等の観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加できるようにすること、高齢者のフレイル状態を把握したうえで、必要なサービス等につなげることによって、介護予防・重度化予防等の促進をめざすことが重要となっています。

令和3年度から、広島県後期高齢者医療広域連合からの委託に基づき、地域の特性や健康課題、高齢者一人ひとりの状況を把握し、庁内外関係部署が相互に連携して高齢者の保健と介護予防を一体的に取り組むことで、高齢者が地域で健康的な生活を送ることを目的に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業」を実施しています。

(1) ハイリスクアプローチ（個別的支援）

① 健康状態不明者

- 国保データベース（KDB）システム（医療や介護のレセプトや健診に係るデータ）において、一定期間、医療・健診・介護情報が無い健康状態の不明な方に、質問票やアンケートを郵送により実施し、課題のある方等には個別介入を実施します。

② 重複・多剤投薬者への相談・指導

- 国保データベース（KDB）システムのレセプト情報をもとに、重複・多剤投薬の対象者を抽出し、通知書を送付します。薬剤師会の協力のもと、通知書を受けた方が、かかりつけ薬局等に相談することで、服薬調整や指導を受けることができます。

(2) ポピュレーションアプローチ（集団指導）

① おのみちフレイル予防チャレンジ

- 高齢者のサロン等、通いの場の参加者に、フレイルチェック・講座・運動指導を行います。その後、対象者の変化等の確認・評価を行ない、必要に応じて専門職の訪問や保健事業等につなぎます。

いきいきと幸せに歳を重ねられるまちづくり ～つながる多様な場の創出～

高齢者は、閉じこもり状態が続くと心身の機能低下等を引き起こし、要介護状態になったり、介護度が上がったりすることがあります。従って、高齢者の生きがいつくりに取り組みとともに、出会いの場・集いの場・多様な学びの場を創出することで高齢者に外出を促すことは、介護予防に有効であると考えられます。

1) 高齢者の生きがいつくり

高齢者の豊かな知識や経験が地域に還元され、活力ある地域社会を築くために、高齢者の就労・就労的活動・ボランティア活動などの社会参加を促進します。また、高齢者がその人らしく生活できるよう、スポーツや生涯学習の取組を進めます。

(1) 高齢者の就労・就労的活動の支援

① 就労・就労的活動の場の確保・創出

- 高齢者の生きがいつくりと個々が有する能力を活かした社会参加を推進するため、ハローワークや職業相談を行う機関や尾道市シルバー人材センター等と連携し、高齢者の就労機会の確保に努めます。
- 高齢者の知識や技能を活かした働きがいのある環境づくりを行うため、今後も事業の周知や新たな就業機会の拡大に努めます。
- 住民参加型ふれあいサービス（社会福祉協議会事業）や、介護サービス提供時間中の有償での取組も含めたボランティア活動、就労的活動による高齢者の社会参加や生きがいつくりを進めます。

② シルバー人材センターの充実

- 高齢者の就業経験を活かした就労の機会を提供する場として、また、高齢者が健康で生きがいをもって働ける場としてシルバー人材センターの活動を支援します。

区分	令和3年度	令和4年度
会員数	946人	907人
就業延人数	72,982人	71,135人

(各年度3月末)

(2) 高齢者の生きがいや活動支援

① 高齢者の生涯学習の推進

- 尾道教育総合推進計画に基づき、教養と生きがいづくりのための学習機会の提供、学習成果の発表機会の拡充、公民館活動等を通じて交流の推進を図ります。
-

② 尾道いきいき大学

- 社会福祉協議会では、60歳以上の方を対象に知識と教養を高め、積極的に生きがいを求めて学習し、広く仲間づくりを図りながら、新しい時代のリーダーとして実り豊かな人生を送るための大学を開校しています。
 - 書道・絵画・英会話等の実技講座や、教養講座が開催されています。今後も、社会の状況に応じた実技講座を取り入れ、さらに教養講座の充実など、シニア時代の地域活動やボランティア活動を推進します。
-

③ 生きがい活動推進センター（ふくしむら老人福祉センター）

- 概ね60歳以上の方を対象に、各種相談に応じ、健康増進や教養の向上、レクリエーション活動を通じて、高齢者同士のふれあいや他世代との交流を促進し、福祉を増進させます。今後も介護予防事業の拠点として、各種教室や講習会等を積極的に開催します。
-

④ 老人福祉センター

- 尾道市総合福祉センター内に設置し、運営を社会福祉協議会に委託しています。高齢者の健康保持・増進、生きがいづくり等を目的として、機能回復訓練、創作・趣味活動、一人暮らし高齢者との交流、健康づくり、教養講座、世代間交流等の行事を開催しています。
-

⑤ いきいきサロン

- 高齢者等の生きがいづくりや健康づくり、介護予防の行事等の開催や、地域コミュニティの活性化を図ることを目的に設置している地域の集会施設です。
- 町内会、各地区社会福祉協議会やいきいきサロン運営委員会等により、施設の適切な運営に努めるとともに、地域コミュニティの活性化を図ります。

地域	設置数	いきいきサロン
御調	3か所	岩根・本・大田
尾道	30か所	久保・筒湯・吉和・原田・浦崎・阿草・吉浦・栗原・門田・栗原北・大元山・向東・三成・西藤・山波・新浜・向峠・木ノ庄西・三美園・槇ヶ峰・矢立・防地・下西・新高山・小原・木頃・柳井・友愛・百島・阿吹
向島	1か所	立花和
因島	7か所	土生南・田熊・棕浦・鏡浦・外浦・大浜・東生口
瀬戸田	1か所	高根潮香園
計	42か所	

(令和5年9月末)

⑥ 高齢者のスポーツ活動の推進

- 第2期尾道市スポーツ推進計画に基づき、高齢期になっても自らスポーツを楽しみ、健康づくりはもちろん、豊かな人生を送れるよう無理なく取り組めるスポーツの推進に努めます。

⑦ 老人クラブ活動の支援

- 概ね60歳以上の方を対象に、仲間づくり・生きがいづくり・健康づくり・教養の向上・地域社会との交流を通じ、地域を豊かにする活動等を行う目的で組織される老人クラブは、高齢者の自主的な団体であり、尾道市老人クラブ連合会によって運営されています。今後も、老人クラブの各種活動を支援します。

区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度
クラブ数	91クラブ	87クラブ	84クラブ
会員数	4,127人	3,865人	3,521人

(各年度3月末)

⑧ 敬老優待乗車証等交付

- 75歳以上の高齢者の閉じこもりの防止や介護予防、認知症予防として、通院や買い物等の外出支援を目的とした敬老優待乗車証・バス船舶共通券・タクシー利用助成券や、健康維持やリフレッシュを目的とした入浴・施術助成券のいずれかを交付しています。

区分		令和3年度	令和4年度
おのみちバス	優待乗車証	2,553人	2,226人
民間バス・船舶	共通券	8,588人	8,886人
乗船券(因島細島)	回数券	13人	9人
タクシー	助成券	7,144人	7,887人
入浴・施術	助成券	3,751人	4,119人
計		22,049人	23,127人

⑨ 敬老行事

- 地域で暮らす高齢者を対象に、地域の敬老意識の醸成のため、各地区で敬老行事を開催しています。
- 少子高齢化が進む中、地域の実情に応じて敬老行事が開催できるよう、開催会場の集中・分散化や実施内容の工夫等を検討し、地域の支え合いの中で行事が開催できるように努めます。

区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度
案内者数	25,948人	26,428人	27,076人

⑩ 敬老祝金

- 敬老意識の高揚を図るため、100歳（年度内到達者を含む）の人に国からの祝状と記念品に添えて2万円の祝金を贈呈しています。

区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度
敬老祝金	69人	97人	96人

2) 出会いの場・集いの場、社会参加の場、学びの場の創出

高齢者は、閉じこもり状態が続くと心身の機能低下等を引き起こし、要介護状態になったり、介護度が上がったりすることがあります。出会いの場・集いの場を創出し、高齢者に外出を促し、地域のなじみの関係の中で楽しみを持ちながら体を動かす機会を確保することは、介護予防・認知症予防に有効であると考えられます。

また、高齢者に多様な社会参加の場・学びの場を提供することは、高齢者の自己実現や生きがいつくりの重要な要素となります。

高齢者の学びの場としては、公民館等での各種講座、教室があり、また、老人クラブでも様々な学習活動が行われています。生涯学習には、ライフワークの追求・社会貢献・キャリアアップ等の多彩な目的があり、こうした目的を達成するためには、高齢者一人ひとりが自ら進んで学習することはもちろん、講座活動や学習内容についても自主的・主体的に関わっていく必要があります。

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果からは、地域の様々な活動に参加する意向のある高齢者は約過半数（44.5%）に達しており、本市に住む多くの高齢者が地域づくり活動に参加したいと考えていることが分かります。また、企画・運営（お世話役）としての参加意向も4人に1人おり、地域づくりを自ら企画・運営したいと考えている人は少なくありません。これらの高齢者の意向を踏まえ、高齢者自身が直接、講座の企画立案に携わることのできる体制を整備する必要があります。

(1) 多様な場の周知・創出

① 地域における多様な集いの場・通いの場の周知・創出

- 市内で開催されている高齢者の多様な集いの場や通いの場の情報を集約し、周知します。地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、尾道市地域包括ケア連絡協議会の地域包括ケア推進部会等が連携し、市民への周知、集いの場や通いの場の創出に努めます。

(2) 講座等の開催及び支援

① 講座等の開催及び支援

- 市民の自主企画・自主運営による公民館講座やボランティア活動と一体となった学習講座の充実に努め、教えあい、学びあう環境づくりを推進します。

高齢者が安心して暮らせるまちづくり ～安心して暮らせる環境整備～

高齢者が住みなれた地域で安心して暮らすことは本計画の基本理念を実現するための大前提です。認知症の人や判断能力の不十分な人、虐待等で様々な困難な状況にある高齢者が安心して暮らせる体制づくりとともに、火災や犯罪、交通事故等の危険に遭うことのないよう、安全性の高いまちづくりを進めることが重要です。

1) 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進

令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」、令和4年の「中間評価の結果」、国が今後策定する「認知症施策推進基本計画」等を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会をめざし、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進します。また、日本認知症官民協議会における取組を踏まえた官民が連携した認知症バリアフリーの推進が必要です。

高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターを核に、様々な機関が連携し、適切な相談窓口につながるようネットワークを構築するとともに、認知症高齢者の相談体制の充実と権利擁護、地域で見守る体制づくりにも引き続き取り組みます。

(1) 早期発見・早期対応の取組

① 認知症についての理解を深める啓発

- 地域で認知症を正しく理解して支えていけるよう、ふれあいサロン等既存の活動機会を活用した勉強会や講演会、地域出前講座、認知症サポーター養成講座などを実施し、認知症の早期発見・早期対応の大切さ、認知症の正しい知識の普及啓発に努めます。

② 早期発見・早期対応に向けた連携体制

- 主治医やもの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）、専門医などと連携を図り、早期発見・早期治療につながる体制づくりを進めます。
- 尾道市医師会の認知症早期診断プロジェクト等、地域で実施されている医療・介護を一体的に提供するケアマネジメントシステムのもと、社会福祉協議会や民生委員児童委員などの地域の関係機関と連携を深め、支援体制の強化を図ります。
- ふれあいサロン等、住民を主体とした活動や民生委員児童委員からの情報により、地域包括支援センター等が関わり、地域ケア会議やケアカンファレンス等を開催する等、関係機関と連携しながら対応します。

尾道市医師会DDプロジェクト（認知症早期診断プロジェクト）

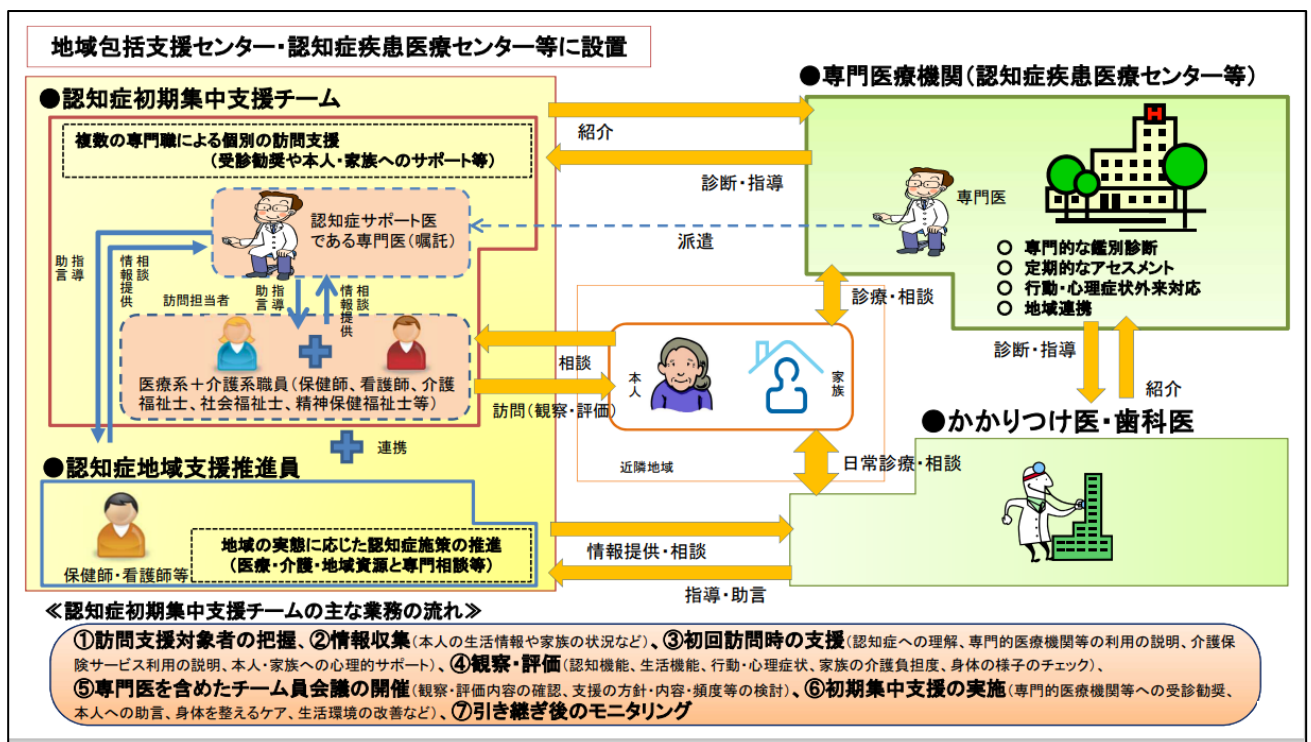
本市の認知症患者の比率が全国を10年以上先行していると推測される中、尾道市医師会では認知症を病気として捉え、平成15年にDDプロジェクトをスタートし、平成18年度に地域ケアのシステムとして「認知症早期診断・早期ケア」を構築しました。

第Ⅰ期DDプロジェクト	研修講演会・知識整理・注入期（平成16年度 厚生労働省認知症早期診断技術向上のモデル事業）
第Ⅱ期DDプロジェクト	尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアルの作成
第Ⅲ期DDプロジェクト	尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアルの地域配備、DDプロジェクトという地域ケア体制の周知・拡充

③ 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人や家族を訪問し、包括的・集中的に支援して自立生活をサポートする「認知症初期集中支援チーム」を平成29年度から市内に3チーム設置し活動を展開しています。（尾道北チーム、尾道南チーム、因島・瀬戸田チーム）
- 地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員と協力して、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。また、関係機関と連携して支援対象者の把握に努めます。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員



【厚生労働省HPより】

認知症初期集中支援チームの担当圏域

チーム名	担当圏域名	中学校区
尾道北チーム	北部圏域	御調中・美木中・栗原中
	中央圏域	日比崎中・長江中
	西部圏域	栗原中・吉和中・日比崎中
尾道南チーム	中央圏域	久保中
	東部圏域	高西中・浦崎中・百島中
	向島圏域	向東中・向島中
因島・瀬戸田チーム	因島圏域	因島南中・因北中・重井中
	瀬戸田圏域	瀬戸田中

(2) 地域での見守り・支援体制の充実

① 認知症地域支援推進員の活動

- 認知症地域支援推進員を地域包括支援センターへ配置し、認知症の人ができる限り住みなれたよい環境の中で暮らしていけるよう、認知症の人と家族などから認知症に関する相談を受け、医療機関や介護サービス等へつなぐなどの支援を行います。
- 医療機関、介護サービス事業者、認知症サポーター等、認知症に関わる関係者の連携を深め、協働して認知症にやさしいまちづくりを進めます。
- 認知症の人や家族を支援するための研修や交流会、多職種協働のための研修会等を開催します。
- 認知症の相談窓口として、認知症初期集中支援チームと連携し、その活動を支援します。
- オレンジカフェ（認知症カフェ）・チームオレンジの運営等を支援します。
- 県が設置している若年性認知症支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の人を支援します。

② おのみち見守りネットワーク事業

- 認知症高齢者等が、できるだけ住みなれた地域で安心して暮らし続けられるよう、2つのことに取り組み、事業の拡大に努めます。



おのみち見守りネットワーク事業

ア「おのみち見守りネットワーク」の充実

- 日常的に認知症等の高齢者を見守り、さりげなく支援しながら、異変時に相談窓口等へ連携する「おのみち見守りネットワーク協力団体」の加入を促進します。

イ 行方不明 SOS 情報の配信体制の充実

- 行方不明になる可能性がある人の事前登録を募り、警察等と情報を共有し、行方不明時に備えます。
- 行方不明の高齢者等を地域の協力を得て早期に発見できるよう、行方不明時には「尾道市安全・安心メール」や「備後圏域SOSネットワーク」のメール配信、協力団体へFAXで情報配信し、広く搜索活動への協力を呼びかけます。

区分		令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
おのみち見守りネットワーク協力団体	加入団体数	411	431	434
尾道市安全・安心メール (行方不明SOS情報)受信登録数	件数	3,406	3,073	3,344
事業登録者数	人数	208人	201人	224人
行方不明SOS情報の配信	対応実人数	5人	7人	1人

③ おのみち見守り訓練の実施

- 地域ぐるみで認知症を見守り、声かけすることで、認知症の人の外出時の事故等を防ぐよう、地域の人に対して認知症高齢者への声かけや警察への連絡などの模擬体験等を、地域住民や関係機関と協働して実施しています。

区分		令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
おのみち見守り訓練		2回	5回	2回

④ 認知症サポーター及びキャラバン・メイトの養成・支援

- 認知症にやさしいまちづくりをめざし、認知症高齢者やその家族を見守る支援者を増やしていくため、社会福祉協議会に委託して「認知症サポーター養成講座」を行います。
- 認知症サポーターのステップアップ講座を開催し、オレンジカフェ等の運営等を支援するボランティア「オレンジメイト」を募り、その活動を支援します。
- 「認知症サポーター養成講座」の講師役となる「認知症キャラバン・メイト」は、207名(令和5年3月末現在)です。キャラバン・メイトの活動がさらに活発に取り組みされるよう支援します。
- 認知症の人やその家族が必要とする支援ニーズと認知症サポーター等をつなげる仕組み「チームオレンジ」や認知症サポーターの活動が促進されるよう支援します。

区分		令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
認知症サポーター養成事業	養成人数	582人	779人	569人
	累計	19,721人	20,500人	21,069人

指標名	現状 (令和5年3月末)	目標値 (令和8年度)
認知症サポーター延人数	20,500人	22,000人
オレンジカフェ実施か所数	29か所	35か所

⑤ オレンジカフェ(認知症カフェ)の取組推進

- 認知症の人やその家族、地域住民、医療又は介護の専門職等が気軽に集い、情報交換、専門職への相談、地域住民との交流等ができる通いの場である「オレンジカフェ」の取

組を推進し、認知症の人やその家族を支援します。

- 社会福祉協議会へ認知症カフェ推進事業を委託し、地域で自主的に運営するオレンジカフェの取組を支援します。

⑥ オレンジネットワークの構築

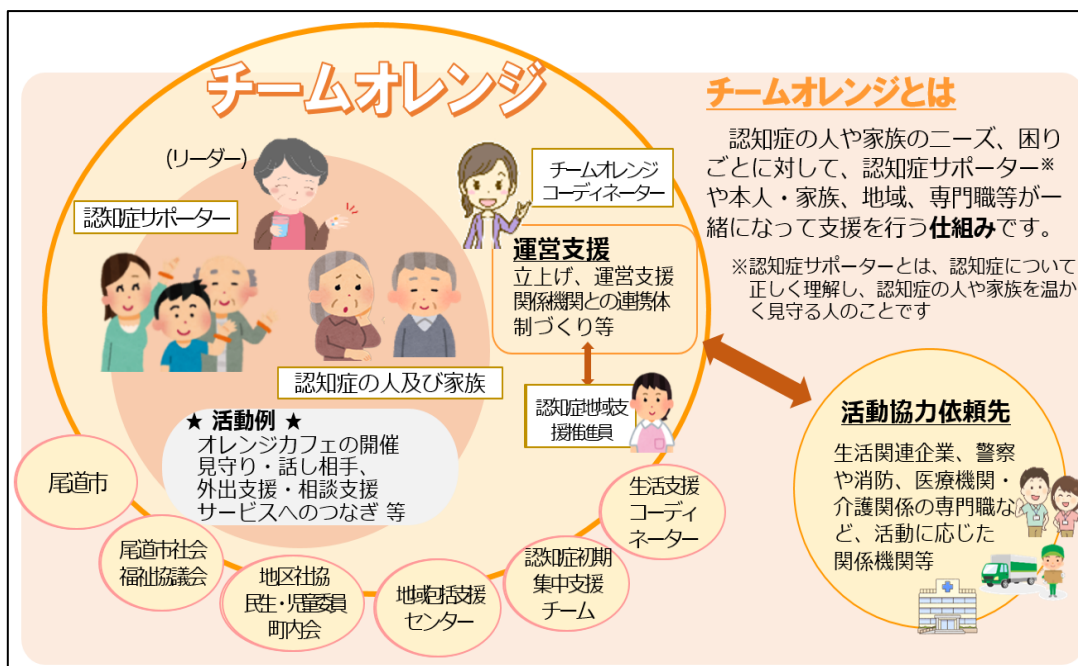
- 地域包括支援センターの認知症施策推進部会と社会福祉協議会の協働により、地域の認知症に係る医療・介護・福祉の専門職、認知症キャラバン・メイト連絡会、オレンジカフェ関係者、オレンジメイト、やすらぎ支援員、民生委員児童委員等の参加を得てオレンジネットワーク会議を開催し、認知症にやさしいまちづくりに向け、協働して活動します。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
オレンジネットワーク会議	1回	1回	0回

⑦ チームオレンジ整備事業

- 認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けられるよう、認知症の人や家族のニーズ、困りごとに対して、認知症サポーターや本人・家族、地域、専門職等と一緒に支援を行う仕組みであるチームオレンジについては、令和7(2025)年までに全市町村に設置することになっています。
- 本市では、令和5年度からチームオレンジ整備事業として、社会福祉協議会にチームオレンジコーディネーターを配置し、認知症地域支援推進員と連携しながらチームオレンジの立上げや運営支援、関係機関との連携体制づくり等を行っています。

チームオレンジ



⑧ 広島県認知症地域連携パスの運用

- 広島県認知症地域連携パス（ひろしまオレンジパスポート）の円滑な運用に努めます。

(3) 認知症ケア向上の推進

① 認知症ケアに携わる多職種協働研修の実施

- 医療と介護が連携しながら、総合的なケアにつなげていくため、認知症ケアに携わる多職種協働のための研修会を実施します。

② 認知症ガイドブック（ケアパス）

- 認知症の状態に応じ、どの時期にどのような支援が必要になるかを大まかな流れで示し、利用できるサービス等について掲載した認知症ガイドブック（令和4年9月作成：第3版）を活用し、必要な相談窓口やサービスなどにつながるよう努めます。



認知症ガイドブック
(ケアパス) 第3版

(4) 家族介護支援事業

① 家族介護支援事業(認知症高齢者見守り事業〈やすらぎ支援員〉)

- 在宅で認知症高齢者等を介護している家族等に対し、概ね月2回（1回あたり2時間程度）、専門的な知識を持つボランティア（やすらぎ支援員）を派遣して、認知症高齢者の話し相手や見守り等を行い、認知症高齢者の介護を支援します。
- 在宅で認知症高齢者を介護している家族等の支援に努めます。急速に増加する認知症高齢者の見守りや介護する家族の支援のために、やすらぎ支援員の充足と、利用希望者への速やかな対応に努めます。

区分		令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
認知症高齢者見守り事業 (家族やすらぎ支援員)	実人数	95人	99人	95人
	延件数	786回	1,082回	615回

2) 権利擁護の充実及び家族介護者への支援

判断能力の不十分な人や虐待等により様々な困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳ある生活を維持し、安心して生活していけるよう、地域包括支援センターを中心に、関係機関と連携しながらその権利や財産を守るよう支援します。

(1) 成年後見制度の利用促進【尾道市成年後見制度利用促進基本計画】

① 成年後見制度の利用促進【尾道市成年後見制度利用促進基本計画】

- 成年後見制度は、認知症のある人、知的障害、精神障害等により日常生活に必要な判断能力が不十分になった人を社会全体で支えるための制度です。ノーマライゼーション、自己決定権の尊重、身上保護の重視に向けた制度理念の尊重を図り、成年後見制度の利用の促進に関する施策の総合的かつ計画的な推進に取り組みます。
- 成年後見制度の普及・啓発を図り、関係機関と協力して支援が必要な方の把握に努めるとともに、制度の利用に関する相談や申立て支援、親族による申立てが困難な場合は市長申立てにつなぐ等、円滑な制度利用に向けた支援を行います。
- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加に伴う成年後見制度の需要の拡大に対応するため、市民後見人の養成や支援体制作りに努めます。

【現状と課題】

- 市長申立てによる成年後見制度利用者数は、毎年5件程度で推移していますが、後期高齢者は増加傾向にあることに加え、障害のある人やその保護者の高齢化に伴い、契約行為や金銭管理が難しくなり、成年後見制度の利用者の増加が見込まれます。
- 令和元年度に引き続き令和5年度も、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所・認知症対応型共同生活介護等に依頼して成年後見制度申立てニーズ調査を行いました。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
市長申立件数(高齢者)	5人	6人	3人
市長申立件数(障害者)	0人	0人	0人

成年後見制度申立てニーズ調査(令和5年6月)

区分	調査依頼事業所数	回答事業所数	回答率	申立てが必要な人
地域包括支援センター	7	7	100.0%	44人
居宅介護支援事業所	51	27	52.9%	31人
認知症対応型共同生活介護	24	7	29.2%	0人
小規模多機能型居宅介護	18	6	33.3%	9人
看護小規模多機能型居宅介護	3	1	33.3%	0人
計	103	48	46.6%	84人

(2) 相談支援体制の充実 【尾道市成年後見制度利用促進基本計画】

① 成年後見制度の広報・啓発活動

- 成年後見制度が、本人の生活を守り、権利を擁護する重要な手段であることなど、制度の特長や留意点に関する啓発に努め、制度の理解促進を図ります。また、地域において権利擁護に関する支援の必要な人の発見に努め、速やかに必要な支援につなげます。
-

② 相談窓口の明確化と早期支援

- 成年後見制度の利用について、早期の段階から身近な地域で相談できるよう、窓口等の体制を整備します。
-

③ 意思決定支援・後見人等の担い手の確保

- 本人の意向確認と共に必要な支援内容を把握し、本人にとって望ましい後見人等が選任されるよう、体制のあり方について協議を進めます。また、成年後見制度の利用促進を踏まえた需要に対応していくために、支援の担い手となる市民後見人の候補者の養成が求められていることから、養成研修の実施に関しては、今後、調査研究を行うこととします。
-

④ 身上保護の充実・後見人支援

- 後見人が本人の意思を尊重した身上保護を円滑に行うことができるよう、「チーム」による支援を推進します。
 - 親族後見人等が安心して後見業務に取り組むことができるような相談体制のあり方や、意思決定支援や身上保護を重視した後見等活動が円滑に行われるための後見人支援について、協議を進めます。
-

⑤ 成年後見制度の利用に関する助成制度のあり方

- 判断能力が不十分で、親族等からの支援が得られない人に対して実施する市長申立てについて、関係機関との連携により適切に制度利用につなげます。また、必要に応じ報酬助成制度の利用につなげます。
-

(3) 権利擁護支援のための「地域連携ネットワーク」の構築

【尾道市成年後見制度利用促進基本計画】

① 本人を中心としたチームの形成

- 権利擁護支援が必要な人について、本人の状況に応じ、後見等開始前においては本人に身近な親族や福祉・医療・地域の関係者が、後見等開始後はこれに後見人が加わる形で「チーム」として関わる体制づくりを進め、後見人と地域の関係者等が協力して日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し対応する仕組みづくりを進めます。

② 協議会の整備

- 既存の組織を活用し、重層的支援体制整備事業において検討を進め、各種専門職団体や関係機関の協力・連携強化を協議する協議会等の設置を進めます。個別の協力活動の実施やケース会議の開催等を通し、多職種間の更なる連携を図ります。

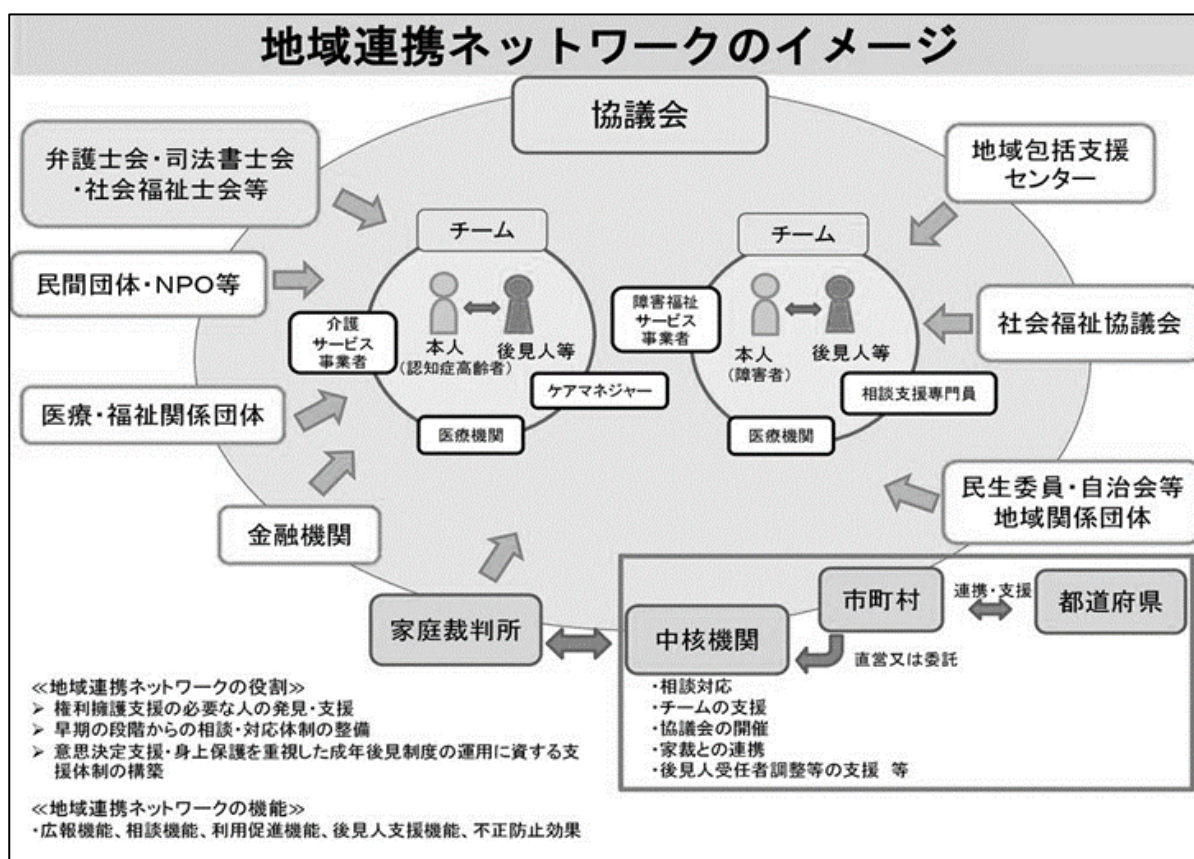
③ 成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営

- 権利擁護支援の地域連携ネットワークを整備し、協議会等を適切に運営していくためには、その中核となる機関が必要となります。様々なケースに対応できる法律や福祉等の専門職や、地域の各関係機関との関係構築により、円滑な運営を図りながら、地域における連携・対応強化の推進役を担う中核機関の設置を進めます。
- 地域連携ネットワークおよび中核機関の4つの機能（広報機能、相談機能、成年後見制度利用促進機能、後見人支援機能）を段階的、計画的に整備します。

④ 不正防止効果

- 地域連携ネットワークの構築及び中核機関の設置により、親族を含めた後見人を支援する体制を整備することで、不正を防止する効果が期待されます。

地域連携ネットワークのイメージ図



【内閣府「地域連携ネットワークのイメージ」】

(4) その他の権利擁護のための取組

① 福祉サービス利用援助事業「かけはし」の利用促進（社会福祉協議会事業）

- 認知症高齢者、知的障害のある人、精神障害のある人などで判断能力が不十分な人を対象に、福祉サービスの利用手続きや金銭管理等をサポートして、いきいきと安心して暮らせるよう支援を行います。
- 関係機関との情報交換や連携を深め、一人ひとりにあった支援を提供します。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
福祉サービス利用援助事業利用者実人数	68人	69人	67人

② 消費者被害の防止

- 認知症高齢者を狙った悪徳商法等の消費生活問題が急増する中、高齢者が詐欺被害に遭わないよう、効果的に注意喚起を行うとともに、地域包括支援センターを中心に、消費生活センターなど関係機関との連携を密にし、地域全体で見守りながら、早期発見・早期対応に努めます。

(5) 高齢者虐待防止対策の推進

① 高齢者虐待防止の体制整備

- 平成18年、「高齢者虐待防止法」が施行されて以降、全国的に高齢者虐待は増加傾向にあります。PDCAサイクルを活用した体制整備が必要になっています。
 - 養護者による高齢者虐待の対応については、適切な行政権限の行使による高齢者の養護者への指導又は助言を行い、養護者に該当しない者による虐待やセルフネグレクト等の権利侵害についても取り組むことが重要となっています。
 - 養介護施設従事者等による高齢者虐待の対応強化、虐待防止対策の推進が必要となっています。
-

② 高齢者虐待防止ネットワークづくり

- 高齢者への虐待を未然に防止するとともに、虐待があった場合は速やかに相談対応窓口へつなげ、早期発見・見守り・サービス提供事業所等と連携した対応ができるよう、関係機関の介入支援が図れる虐待防止のネットワークづくりを進めます。
- 複雑化する虐待事案に対応するため、庁内の児童虐待・障害者虐待・DV等の担当部署とも連携して、虐待事案の発生を未然に防ぐとともに、虐待を受けた人に限らず、その家族等への支援にも努めます。

③ 虐待防止に向けた広報・啓発

- 高齢者の虐待防止に対する理解を深め、発生を未然に防止していくように、市民や事業所等に啓発していきます。なお、虐待を発見した場合は、市等に通報義務等があることを周知徹底します。

④ 虐待の早期発見・早期対応

- 高齢者の虐待は地域に潜在している可能性があるため、地域包括支援センターを中心とした相談窓口の周知徹底を図り、虐待の早期発見・早期対応に努めます。
- 必要に応じて、成年後見制度の市長申立、措置、警察署長に対する援助要請等関係行政機関と連携調整を図ります。

指標名	令和3年度	令和4年度
養護者による高齢者虐待であると判断した件数（実件数）	20件	27件
施設従事者等による高齢者虐待であると判断した件数（実件数）	0件	1件

(6) 「介護離職ゼロ」に向けた取組

① 「介護離職ゼロ」に向けた取組

- 在宅での介護環境を充実するためには、家族介護者への負担を最小限に留めることが必要です。「介護離職ゼロ」に向け、介護サービスや地域における支援の周知を行い、家族の負担軽減を図ります。
- 介護離職防止の観点から商工課と連携した職場環境の改善に関する普及啓発等の取組を検討します。
- 介護と仕事の両立のための情報提供を地域包括支援センター、市ホームページ、広報おのみちなどで行います。

3) 生活を支援するサービスの整備・高齢者の住まいの確保

支援を必要とする高齢者の多様なニーズに対応するため、地域の課題を把握・共有し、地域の住民や関係機関と連携・協力して、生活支援サービスを充実するとともに、高齢者福祉サービスや生活しやすい環境づくりを推進します。

(1) 高齢者を見守る地域づくり

① 高齢者を見守るネットワークづくり

- 民生委員児童委員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、町内会、ねこのて手帳掲載店、ライフライン事業者、金融機関、医療機関、介護保険事業所等に、地域全体で高齢者を見守り支える「おのみち見守りネットワーク」への登録・参加を促します。協力団体により、認知症等の高齢者を日常的に見守り、さりげなく支援をしながら、虐待や体調不良等の異変時には、地域包括支援センター等の相談窓口等へ連携する地域の見守り支援体制を整備・推進します。
- 生活支援体制整備事業等において、先駆的な地域やモデル的な地域の取組情報を発信し共有することで、多くの地域で見守りの仕組みが構築されるよう支援します。

② 小地域ネットワーク推進事業（社会福祉協議会事業）

- 小地域ネットワーク推進事業等を通じて、各地域の実情に応じた高齢者を見守る体制づくり・地域づくりを支援します。

③ ねこのて手帳

- 高齢者にやさしいサービスを行う商店等の情報を掲載した「ねこのて手帳」（令和2年3月作製：第3版）を活用し、居宅介護支援事業所や民生委員児童委員などに配布することで、地域資源の周知に努めます。また、ねこのて手帳の掲載店に協力を求め、高齢者の緊急時における連絡体制の構築を図ります。
- 幅広い年代の方が地域との関わりを深めることで、顔の見える関係づくりを行い、地域力を高めます。



「ねこのて手帳」 第3版

(2) 多様な主体による生活支援の充実

① 生活支援体制整備事業

- 医療や介護が必要になっても、地域で暮らし続けられる支援体制である地域包括ケアシステムの構築には、「本人の選択と本人・家族の心構え」を中心に、「介護」「医療」「保健・福祉」といった専門的サービスの地域基盤として、「住まい」と「介護予防・生活支援」の充実が重要です。この地域基盤を維持強化するためには、住民を主体とした地域における互助である地域づくりが必要になります。
- 地域づくりを進める単位は、市全域を第1層、地区社協区域や中学校区域等を第2層として設定し、住みよい地域づくりに向けて、地域の現状や課題、その解決に向けた取組等について協議していきます。
- 市全域と日常生活圏域毎に、地域づくりの推進役となる「生活支援コーディネーター」を各1名配置し、地域づくりを支援します。生活支援コーディネーターは、人と人、人と集いの場、人と支援、情報、思いなど様々なものをつなぐことで、地域活動の取組の推進や話し合いの場（協議体）づくりを進めます。
- 第2層の協議体づくりは、引き続き設置に向け取組を進めます。
- 地域包括支援センターや社会福祉協議会、尾道市地域包括ケア連絡協議会等の地域づくりに取り組む関係機関等と連携しながら進めます。

② 生活支援サービスの充実

- 多様な主体による掃除や買い物支援等の生活支援サービスや外出支援について、地域性に配慮した検討を行うとともに、サービスの充実に努めます。
- 介護予防や重度化予防において、「食」は大変重要であることから、民間事業者の参入を含めて、高齢者の食をサポートできる体制を検討します。

③ 生活支援を担う人材の確保

- 総合事業や地域における生活支援の担い手として、元気な高齢者をはじめとした多様な人材の確保に努めます。

④ 住民参加型ふれあいサービス（社会福祉協議会事業）

- 高齢者が安心して住みなれた地域、住みなれた家でいきいきと生活していけるよう、介護保険制度だけでは対応しきれない日常生活のちょっとした困りごとをお互い様で助け合う仕組みです。

⑤ ボランティアの育成

- 地域住民の自主的なボランティア活動が展開されるようボランティアのネットワーク会議を推進し、人材の発掘と育成、各種ボランティア団体、NPO法人、関係機関等への支援、福祉教育の充実等に努めます。

(3) 高齢者福祉サービス

① 寝具乾燥消毒サービス（高齢者分）

- 概ね65歳以上の一人暮らし、または、高齢者のみの世帯の在宅高齢者で、虚弱または疾病等により寝具の衛生管理が困難な人を対象として定期的に寝具乾燥消毒車が巡回し寝具を乾燥・消毒するサービスを提供します。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
利用者数（月平均）	101.7人	82.8人	83.3人
延利用件数	1,220件	994件	500件

② 緊急通報装置貸与事業

- 概ね65歳以上の一人暮らし、または、これに準ずる世帯の在宅高齢者等で、急変する病気や転倒のおそれのある人を支援するため、緊急通報装置を貸与します。
- 通報システムは「センター方式」を採用し、緊急時にボタンを押すと、受信センターに常駐する看護師が救急車の手配等の緊急対応を行います。相談ボタンを押すことで、身体の状態等について相談することもできます。
- IT技術等の進化にともない高齢者が地域で安心して暮らすことができるよう更新を含めた検討を行います。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
利用者数（月平均）	177.1人	153.7人	140.3人
延利用件数	2,125件	1,844件	842件

③ 配食サービス（地域自立生活支援事業）

- 一人暮らし高齢者等への配食サービスでは、安否確認と見守りサービスを行い、高齢者が地域において自立した生活を継続できるよう支援します。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
利用者数（月平均）	8.7人	8.6人	9.5人
延利用件数	786件	786件	429件

④ 思いやり駐車場利用証（高齢者分）

- 車の乗降に特に配慮が必要な人に、思いやり駐車場利用証を交付し、車いす専用駐車場区画等の適正な利用を促します。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
思いやり駐車場利用証交付（高齢者分）	18人	18人	20人

⑤ 家族介護用品購入助成券交付事業

- 排泄に介助や見守りが必要な在宅で生活する、中重度の要介護者（要介護3・4・5）を介護する市民税非課税世帯の介護者などに対して、介護用品（紙おむつ、尿取りパッド、清拭剤、使い捨て手袋、ドライシャンプー、その他消耗品的な介護用品）の購入助成券を交付し、経済的負担の軽減を図ります。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
家族介護用品購入助成券交付事業	947人	957人	732人

⑥ 家族介護慰労事業

- 過去1年間、介護保険サービス（1週間程度の短期入所を除く）を受けず、概ね3か月以上の長期入院をしなかった重度の要介護者（要介護4・5）を在宅で介護している市民税非課税世帯に対し、年1回10万円を贈呈します。

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
家族介護慰労事業	0人	0人	0人

（4）高齢者の多様な住まいの確保

① 高齢者の住まいの確保

- 高齢者や障害のある人の民間賃貸住宅への円滑な入居を促進するため、広島県居住支援協議会と連携を図るとともに、新たな住宅のセーフティネット制度の周知に取り組みます。
- 高齢者が住みなれた地域で生活できるよう、地域共生社会の実現という観点からも、住まいと生活の確保の一体的な支援について関係機関と連携を図ります。

② 養護老人ホーム

- 高齢者の心身の状況や経済的な理由、環境上の理由等により、居宅において養護を受けることが困難な人で、施設入所を必要とする場合は、養護老人ホームへの入所措置を行います。

- 近年、虐待等により、生命または身体に重大な危険が生じているおそれがある高齢者を保護するために、緊急的な入所措置が増えており、今後も、高齢者の心身の健康の保持や生活の安定のために必要な措置を講じていきます。

■市内の養護老人ホーム

名称	定員	所在地	圏域
ひかり苑	65	尾道市原田町梶山田 3609 番地	北部
寿楽園	50	尾道市因島原町 1076 番地 1	南部

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
利用者数(月平均)	139人	137人	137人

③ 軽費老人ホーム(ケアハウス)

- 独立して生活するには不安のある高齢者等が入居し、食事・生活相談等のサービスを受けながら、できるだけ自立した生活が継続していけるように支援する施設です。
- 介護等については入所者の状態に応じて、訪問介護員(ホームヘルパー)等の在宅介護サービスにより対応しています。

■市内の軽費老人ホーム

名称	定員	所在地	圏域
公立みつぎ総合病院 ケアハウス「さつき」	30	尾道市御調町高尾 1348 番地 6	北部
ケアハウス星の里	15	尾道市久保町 1786 番地	中央
ケアハウス歌の浦	15	尾道市向東町 12255 番地 1	向島
向島ケアハウス	57	尾道市向島町 15644 番地	向島
ケアハウス楽生苑	15	尾道市瀬戸田町林 1288 番地 6	南部 瀬戸田

④ 生活支援ハウス

- 概ね60歳以上で独立して生活するには不安のある一人暮らし高齢者等が入居し、生活援助員による自立生活の援助が提供されます。要支援・要介護となった場合は、介護保険サービスを利用することができます。

■市内の生活支援ハウス

名称	定員	所在地	圏域
バラ苑	10	尾道市向東町 2830	向島

区分	令和3年	令和4年	令和5年 (9月末)
利用者数(月平均)	7.6人	6.9人	6.2人

⑤ 住宅型有料老人ホーム

- 生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。入居者自身の選択により外部の介護サービス（訪問介護など）を利用しながら、居室での生活を継続することが可能です。

■市内の住宅型有料老人ホーム(特定施設以外)

名称	定員	所在地	圏域
住宅型有料老人ホームあけぼの1号館	40	尾道市御調町丸門田 450 番地 1	北部
住宅型有料老人ホームあけぼの2号館	19	尾道市御調町丸門田 447 番地 3	北部
輝き みなりの家	45	尾道市美ノ郷町三成 2790 番地 1	北部
ふぁみ～る木梨	19	尾道市木ノ庄町木梨 892 番地 4	北部
住宅型有料老人ホームひかり苑	15	尾道市原田町梶山田 3581 番地 1	北部
ほほえみ高須	25	尾道市高須町 5570 番地	東部
陽だまりの家	26	尾道市高須町 4787 番地 1	東部
麗しの里 まほろば	30	尾道市高須町 5683 番地	東部
宅老所びんごの家	6	尾道市因島三庄町 3472 番地	南部 因島
住宅型有料老人ホームコミュニティほほえみ	24	尾道市因島中庄町 3320 番地 1	南部 因島

⑥ サービス付き高齢者向け住宅

- 高齢者が快適に安心して居住できるように、バリアフリー化、緊急時対応サービス等、高齢者の暮らしに配慮した一定の基準を満たした賃貸住宅がサービス付き高齢者向け住宅です。

■市内のサービス付き高齢者向け住宅（特定施設以外）

名称	戸数	所在地	圏域
あけぼの	22	尾道市御調町丸門田 446 番地 1	北部
ふぁみ～る御調	26	尾道市御調町貝ヶ原 341 番地 1	北部
きららラポール西御所 I	5	尾道市西御所町 13 番 30 号	中央
きららラポール桜並木	80	尾道市門田町 1 番 39 号	西部
くまさんのねどこ	35	尾道市高須町 5682 番地	東部
尾道いちょうの樹	32	尾道市向東町 3301 番地 59	向島
けやきの樹	63	尾道市向東町 8918 番地 1	向島
ほほえみ因島	39	尾道市因島中庄町 3318 番地 1	南部 因島
ほのぼの	10	尾道市因島中庄町 3810 番地 1	南部 因島
ももの樹	8	尾道市瀬戸田町名荷 529 番地 1	南部 瀬戸田

（5）高齢者の生活しやすい環境の整備

① 高齢者が利用しやすい公共施設の整備

- 公共施設への出入り、移動等がスムーズにできるよう、施設のバリアフリー化を推進します。また、民間施設であっても公共性の高い施設については、改修がなされるよう働きかけを行います。

② 高齢者が利用しやすい道路の整備

- 尾道特有の地形である急な坂道、石段、車いすが通れない狭い歩道等は、高齢者や障害のある人にとって日常生活の支障となっています。市街地における新設道路は、「福祉のまちづくり整備マニュアル」に基づき整備を進めます。
- 地形的に改修できない道路については、日常生活の支障となる課題の解決に向けた取組を検討します。

③ 高齢者が利用しやすい交通機関等移動手段の整備

- 容易に移動できる交通手段の確保が、高齢者の積極的な活動を支える重要な条件となります。尾道市地域公共交通計画及び尾道市移動円滑化基本構想に基づき、今後も高齢者の活動が活発になるよう、交通手段の確保と移動の円滑化に取り組みます。

4) 災害や感染症対策に係る体制整備

近年、日本各地で大規模な災害が頻発し、市民に大きな不安を与えています。

日頃から地域住民のつながりを強めておくことも重要です。

また、災害だけではなく、高齢者を狙った犯罪や、近年では新型コロナウイルス感染症等、高齢者の安全・安心を脅かす状況は多岐にわたるため、高齢者が安全に安心して暮らせるよう取り組んでいく必要があります。

(1) 感染症予防対策

① 感染症予防対策

- 高齢者肺炎球菌及び高齢者季節性インフルエンザ等の感染症予防接種を希望者が受けやすい体制に整えます。
- 個人や家庭で日常的に取り組む感染症予防について広く周知します。
- 介護事業所等と連携し感染症対策について周知啓発を実施します。また、介護事業所等における感染症の発生時に必要な物資の備蓄や、感染症発生時においてもサービスを継続するための備えや代替サービスの確保に向けた連携体制が講じられるよう努め、県、関係団体と共に感染症発生時に備えます。
- 感染症の情報収集及び介護事業所等との情報連携を行い、感染症予防対策に努めます。
- 感染予防対策と福祉サービスの継続的な提供を維持するため、東部厚生環境事務所・東部保健所、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所等との福祉サービス調整会議を開催し、情報共有と対策を検討します。

(2) 災害発生時の体制の整備

① 平常時から災害発生時に備えた体制の整備

- 災害時に、高齢者等一人で避難することが難しい方を「避難行動要支援者」といいます。平常時から自主防災組織・民生委員児童委員・消防局・消防団・警察等の「支援団体」に名簿提供することに同意された方について「避難行動要支援者名簿」に登録。地域と連携協力し地域防災の仕組みづくりを行っています。(避難行動要支援者避難支援事業)
- 支援団体は守秘義務が課せられ個人情報を適切に保管します。
- 平常時から、避難訓練等を通して避難支援体制の構築に努め、災害時に迅速な避難誘導と安否確認ができるよう体制整備を行います。また、避難情報等を速やかに伝えることができるよう、防災ラジオの貸与(令和3年6月)、尾道市安全・安心メール、尾道市公式LINE(ライン)、尾道防災アプリ等の登録や利用促進を図ります。あわせて、防犯対策の徹底を図ります。
- 「個別避難計画」の作成では、地域や福祉専門職が必要に応じて連携・参加して行います。

- 災害発生時に特別な配慮を必要とする高齢者や障害のある人等を受け入れる福祉避難所の拡充に努めます。
- 地域において災害発生時に速やかな避難・救護活動が行えるよう、尾道市地域防災計画との調和に配慮しつつ要支援者避難支援事業の普及、防災訓練の実施等、関係部署と連携しながら、災害種別毎の防災対策の支援に取り組みます。

福祉避難所の設置運営に関する協定施設数（令和5年9月末）

区 分	施設数
特別養護老人ホーム	10
介護老人保健施設	7
特定施設入居者生活介護	3
小規模多機能型居宅介護	1
養護老人ホーム	2
障害者支援施設	2
生活訓練施設	1
生活介護・共同生活介護施設	1
救護施設	1

（3）介護事業所等の業務継続計画の策定（BCP）

① 業務継続計画（BCP）

感染症・災害対策においては、日ごろから介護事業所等と連携し、訓練・研修・啓発の実施による職員の理解や知見の向上が必要です。また、物資の備蓄や調達の確認、事前準備や代替サービスの確保等における連携体制等の構築、災害にあっては、種類別に避難に要する時間や避難経路について、具体的な計画の定期的な確認を促します。

感染症・災害が発生した場合にあっては、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築することは重要であり、指定基準においても、介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修や訓練（シミュレーション）の実施等が求められており、市として必要な助言・援助を行います。

5) 介護人材確保及び業務効率化・生産性向上の取組の強化

今後、急速な高齢化による介護サービス需要の増大と、生産年齢の減少が見込まれることから、介護サービスの担い手となる人材の確保は厳しい状況が続くことが見込まれます。

また、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取組が必要です。

介護人材の需要推計に基づき、介護人材確保に取り組むため、処遇改善、人材育成支援、職場環境の改善による離職防止、介護ロボットやICT機器の活用等による業務効率化に向けた取組を進めていく必要があります。

(1) 介護人材の需要推計

① 介護人材の需要推計

- 厚生労働省の推計では、高齢者を支える介護人材は、団塊世代が後期高齢者となる令和7年度に約243万人、令和22年度には約280万人が必要とされ、介護人材不足が予測されています。
- 今後は介護職員だけでなく、介護施設等で従事する看護師や理学療法士等の専門職の確保も課題になることが予測されることから、これらの専門職を含めた介護人材の確保の取組について調査研究を進めていきます。

(2) 介護人材確保への取組

① 介護人材確保への取組

- 尾道市介護人材確保・定着支援事業を継続し、事業所や福祉の専門学校、大学、高校等への周知を図ります。
- 介護職員の処遇改善に向けた取組を推進し、より良いサービスの提供につなげるため、各種研修や講座等の開催、情報提供等を行い、介護従事者の育成・質の向上・定着を支援します。
- 社会福祉協議会が主催する尾道市福祉・介護人材確保等総合支援協議会では、高等学校の生徒や進路指導に関わる教員等を対象に「おのみち福祉ツアー」を開催するなど、福祉の仕事について紹介する事業等を行っています。また、高校生を対象とした出前講座等を通じて、仕事としての福祉・介護の魅力を伝え、介護従事者の確保に努めています。
- 小中学生に高齢期を理解してもらい、介護職の社会的必要性や支えあいの意識が深まるよう取組を進めます。
- 社会福祉協議会やシルバー人材センターと連携し、介護施設や地域での元気な高齢者の就労やボランティア活動を通じた地域貢献を奨励し、介護の担い手の裾野を広げます。
- 市内の事業所でも外国人介護人材の確保及び定着に向けた取組が広がっています。
- 介護人材育成、ケアマネジメント・介護サービスの質の向上、人材や資源の有効活用、ハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくり等の取組を進めます。

(3) 介護ロボットやICT機器の活用

① 介護ロボットやICT機器の活用

- 介護の現場で働く職員が、安心して長く働き続けることができるよう、介護現場の革新及び生産性の向上、業務の効率化、質の向上を図り、本来業務に注力できる環境づくりを支援します。
- 介護の質を維持しながら、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、効率的な業務運営ができるよう、国や県と連携しながら介護ロボットやICT機器の活用を推進します。
- 介護の拠点整備や改修、介護負担軽減にかかる事業の推進においては、地域医療介護総合確保事業等の取組を推進・支援します。
- 業務効率化を進めるためには、介護分野の文書負担を軽減することが必要であることから、国が示す方針に基づき、標準様式や「電子申請・届出システム」の使用等を進めます。
- 介護現場革新に係る取組の周知広報を進め、介護現場のイメージを刷新できるよう取り組みます。

介護サービスが充実したまちづくり ～実情に応じた提供体制の計画的な確保～

9期計画期間中に、団塊の世代が全員75歳以上となる令和7（2025）年を迎えます。全国の高齢者人口のピークは令和22（2040）年頃と見込まれる中、本市の65歳以上高齢者はすでに減少傾向です。75歳以上の後期高齢者は令和9年頃にピークを迎え、85歳以上の高齢者では9期期間中は微増、その後は増加しますが、中長期的には介護サービス需要のピークアウトが見込まれます。

医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加と将来的なピークアウトを見据え、中長期的な地域の人口動態や需要を踏まえたサービス基盤の確保が重要であり、居住系サービス、施設サービス、地域密着サービス等を地域の実情に応じて確保することが必要です。

1) 介護サービス基盤の計画的な確保

第7期・第8期計画期間中は、在宅介護を支えるサービスとして必要とされる地域密着型サービスについて、適正なサービスの確保、基盤整備を進めました。

第9期計画においても、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切にとらえ、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保することを念頭に、地域の関係者と共有しながらサービス基盤の確保の在り方について議論を継続します。

また、中長期的な視点から新たな施設等整備を行いませんが、既存の介護サービスを有効に活用し、サービスが偏りなく全体的に行き届くような体制づくりの構築をめざします。

(1) 介護サービス基盤

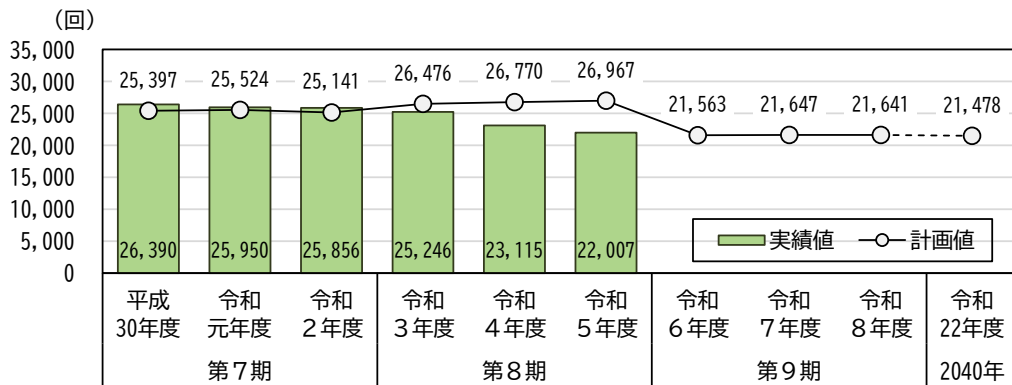
① 居宅サービス

- 要介護・要支援者が居宅に住んだまま提供を受けられる介護サービスです。
- 自宅に訪問する「訪問サービス」、デイサービスなどの施設に通う「通所サービス」、一時的に施設に入所できる「短期入所サービス」、その他医療的なサポートや日常生活の改善に資するサービスがあります。

訪問介護

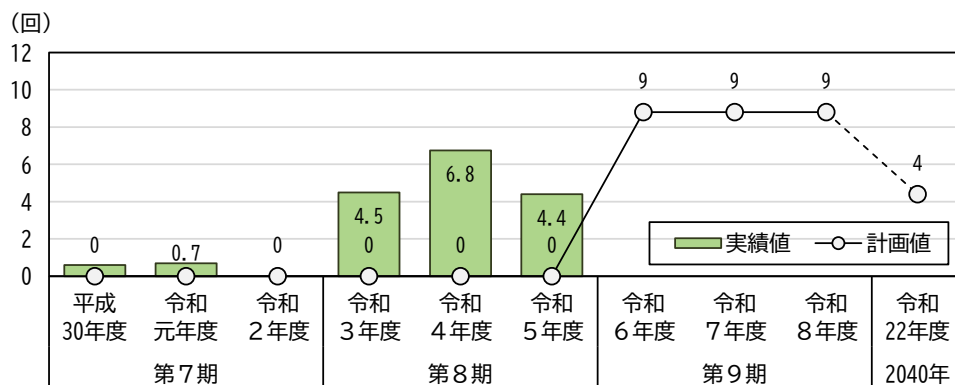
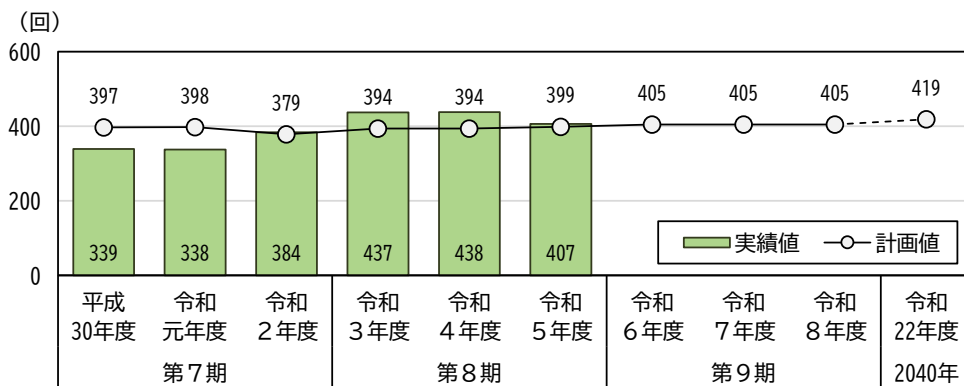
※回(日)数は1月あたりの数、人数は1月当たりの利用者数。

- 訪問介護員(ホームヘルパー)が自宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護、調理や洗濯等の生活援助を行うサービスです。



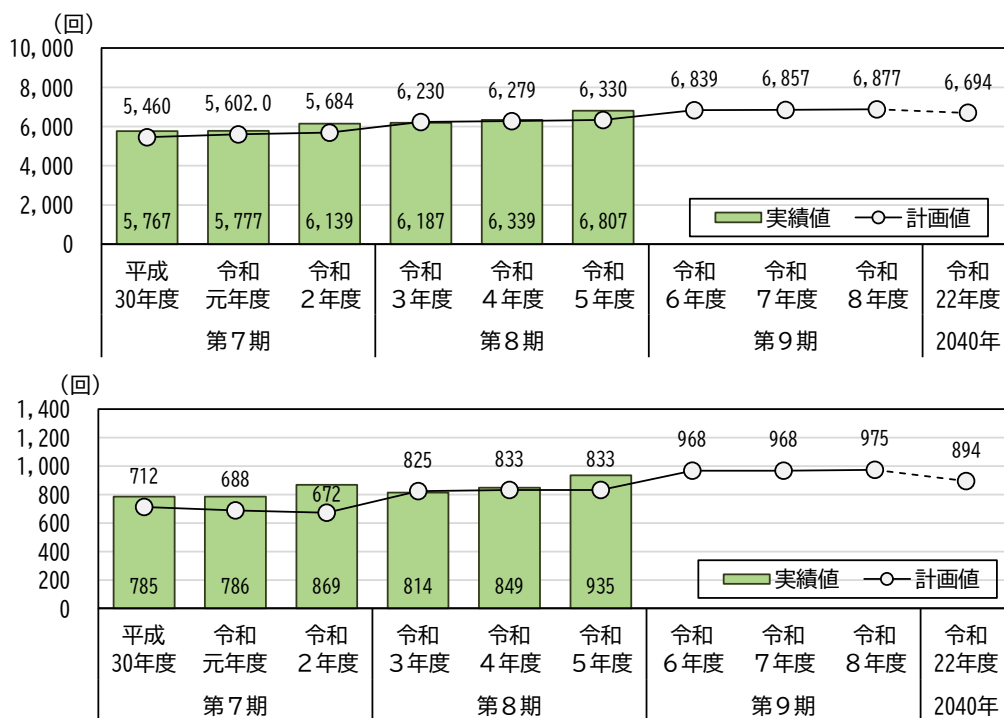
訪問入浴介護(上段グラフ)、介護予防訪問入浴介護(下段グラフ)

- 移動入浴車が自宅へ訪問し、浴槽を持ち込んで入浴の介助を行うサービスです。



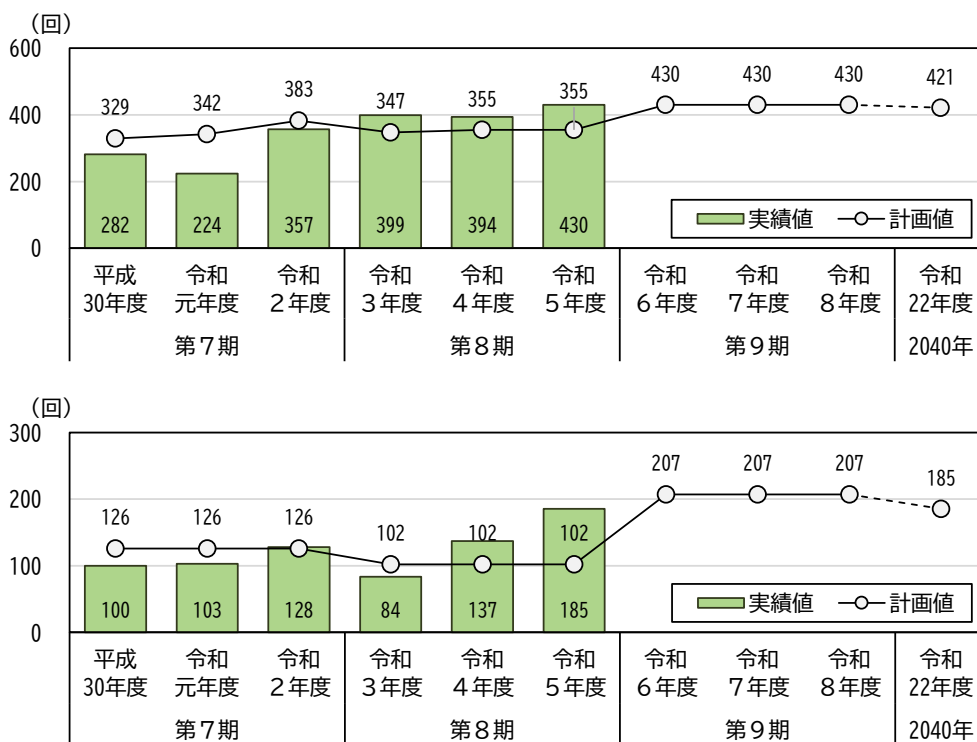
訪問看護（上段グラフ）、介護予防訪問看護（下段グラフ）

●訪問看護ステーションや医療機関の看護師等が自宅を訪問し、医師の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行うサービスです。



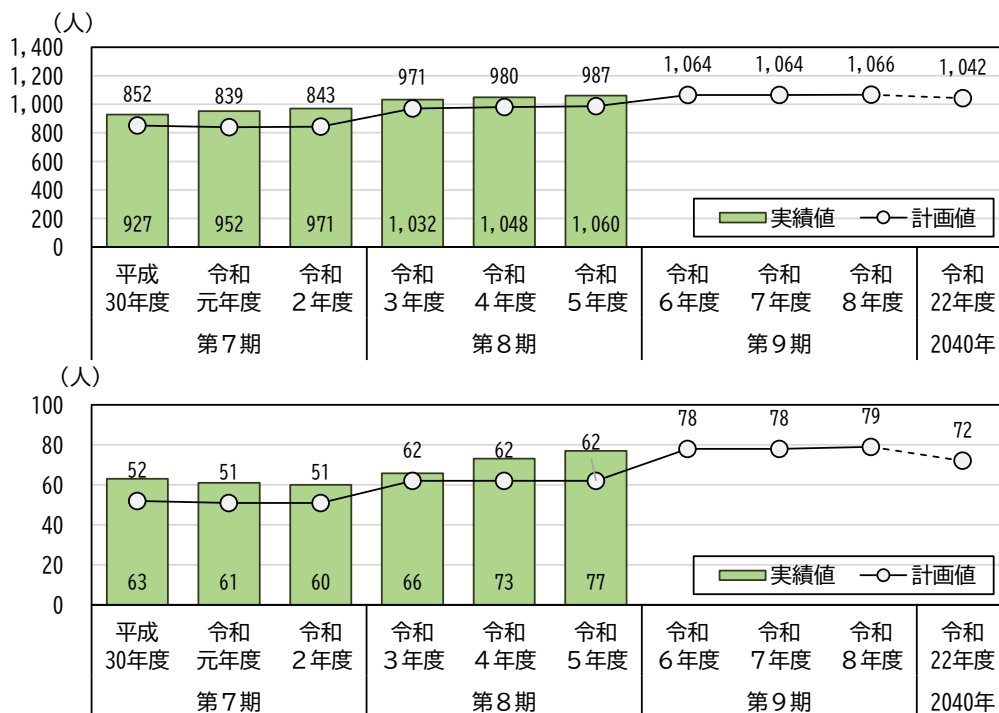
訪問リハビリテーション（上段グラフ）、介護予防訪問リハビリテーション（下段グラフ）

●理学療法士や作業療法士等が自宅を訪問し、心身の機能の維持・回復や日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行うサービスです。



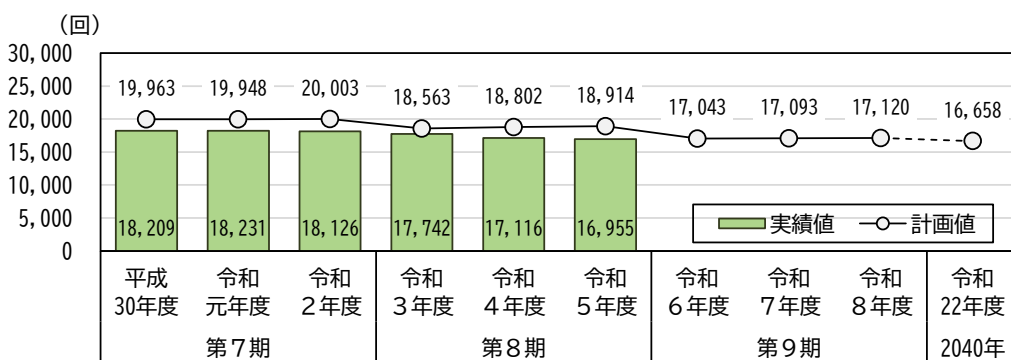
居宅療養管理指導（上段グラフ）、介護予防居宅療養管理指導（下段グラフ）

●医師、歯科医師、薬剤師、看護師等が自宅を訪問し、療養上の管理と指導、情報提供を行うものです。



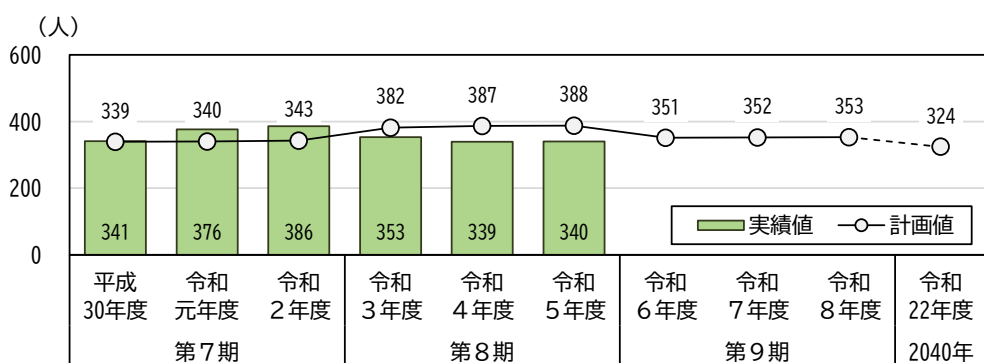
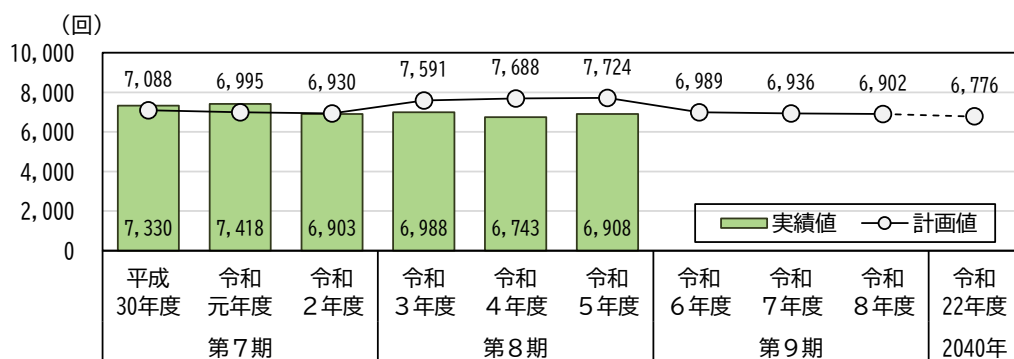
通所介護

●デイサービスセンターに通い、入浴、食事の提供と、介護や生活上の相談や助言、健康状態の確認、日常生活動作訓練等を受けるサービスです。



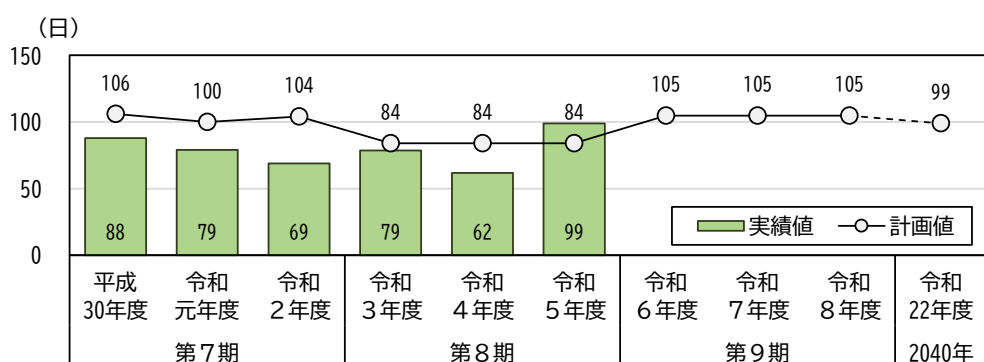
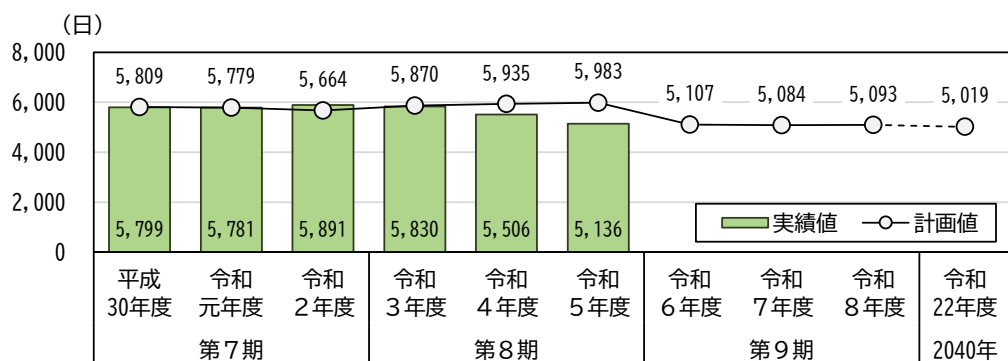
通所リハビリテーション（上段グラフ）、介護予防通所リハビリテーション（下段グラフ）

●介護老人保健施設や医療機関に通い、心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを受けるサービスです。



短期入所生活介護（上段グラフ）、介護予防短期入所生活介護（下段グラフ）

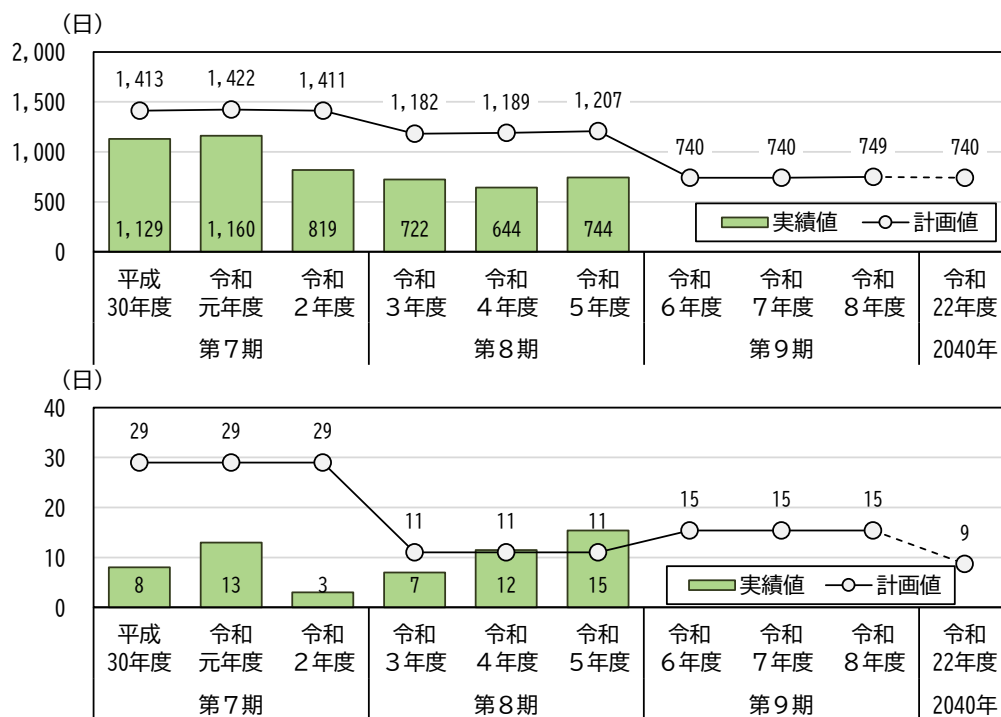
●介護老人福祉施設等に短期間宿泊し、入浴、排泄、食事等の介護サービスや機能訓練を受けるサービスです。



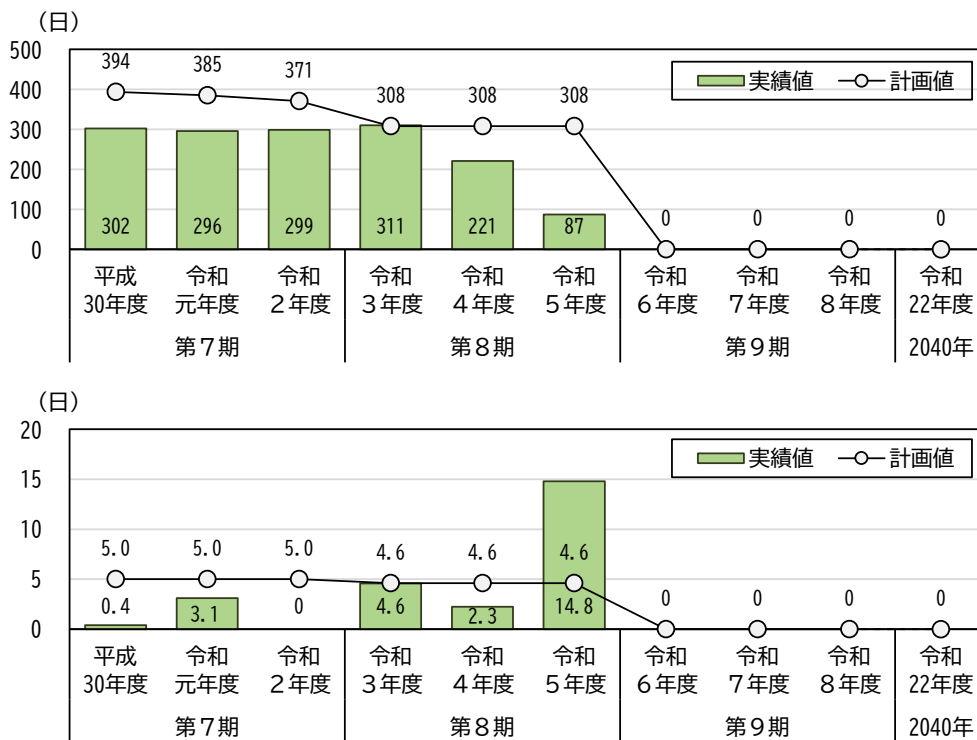
短期入所療養介護（上段グラフ）、介護予防短期入所療養介護（下段グラフ）

●介護老人保健施設や介護医療院等に短期間宿泊し、医学的管理のもとに看護や介護、機能訓練等を受けるサービスです。

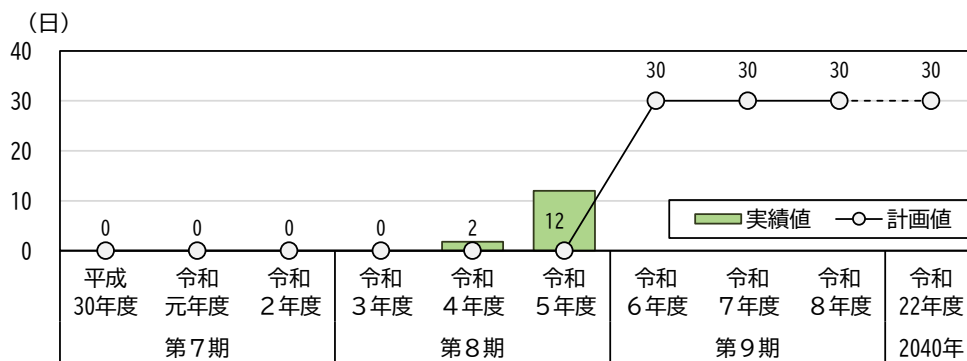
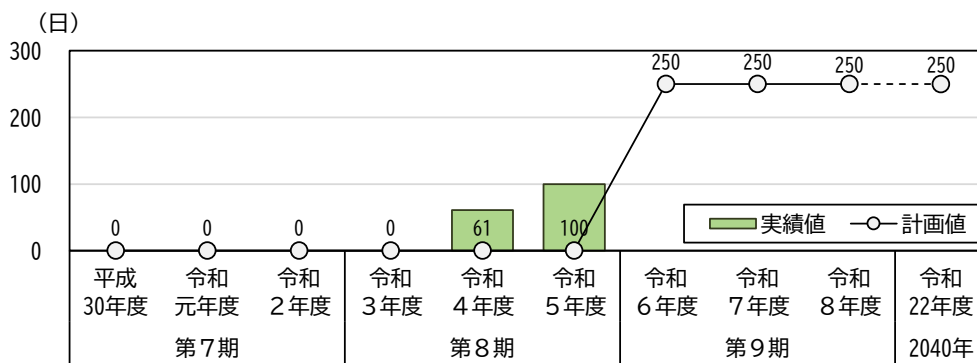
【短期入所療養介護（老健）、介護予防短期入所療養介護（老健）】



【短期入所療養介護（病院等）、介護予防短期入所療養介護（病院等）】

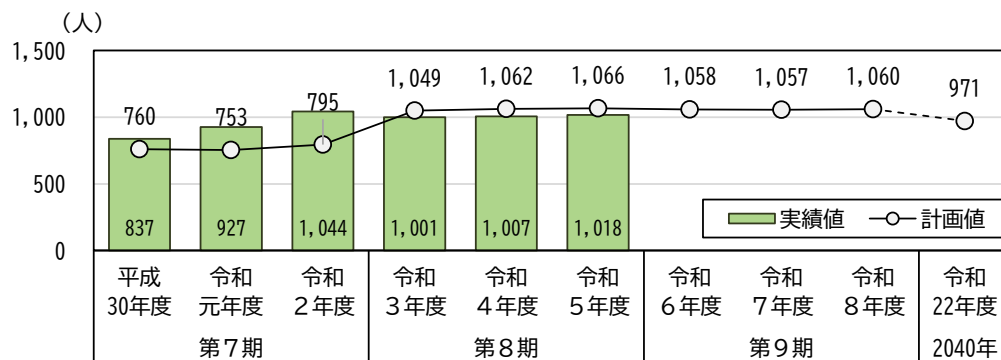
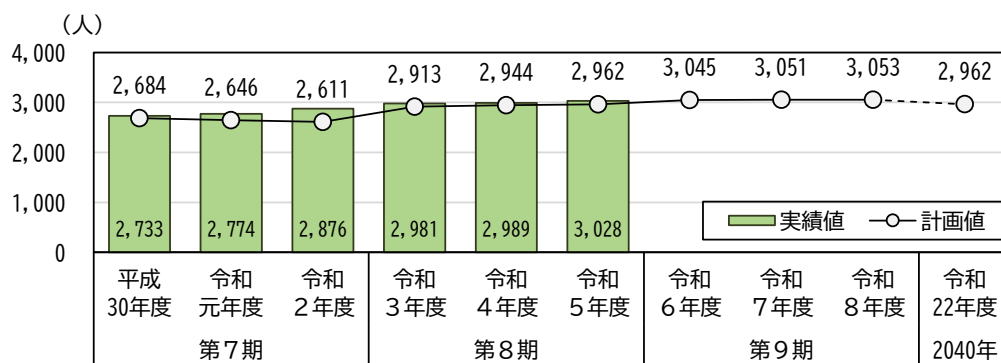


【短期入所療養介護（介護医療院）、介護予防短期入所療養介護（介護医療院）】



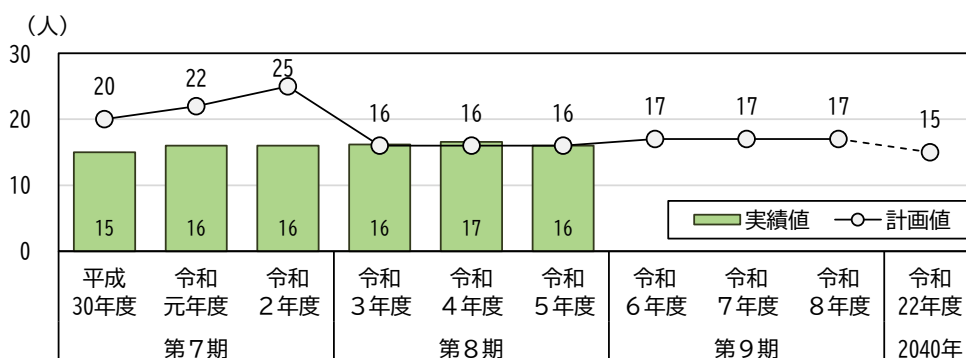
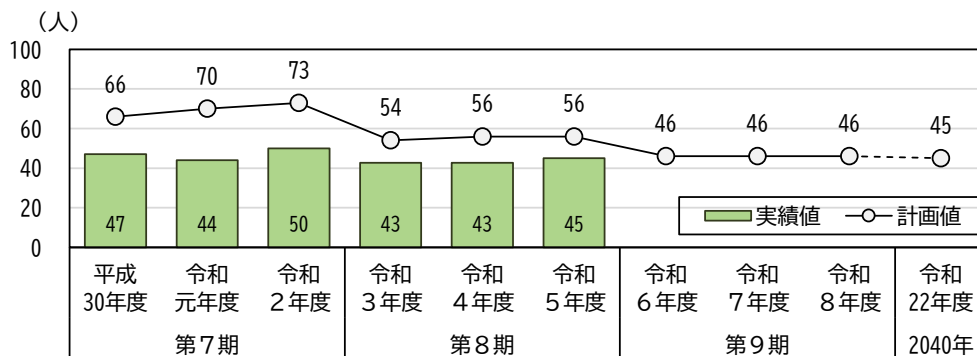
福祉用具貸与（上段グラフ）、介護予防福祉用具貸与（下段グラフ）

●日常生活の自立を助けるための用具や、機能訓練のための用具を貸与するサービスです。



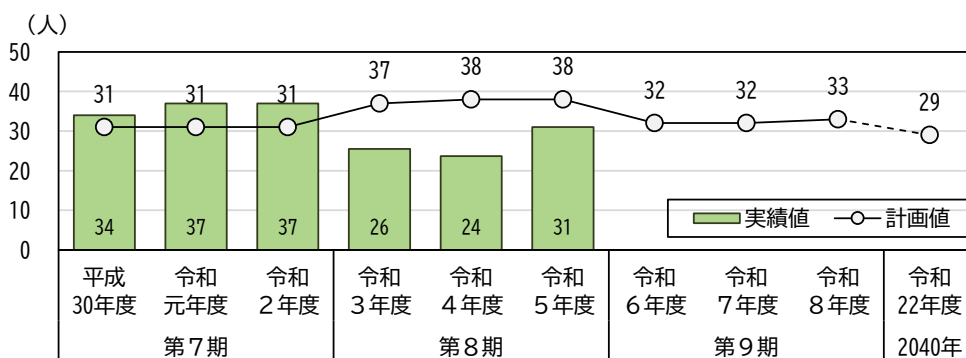
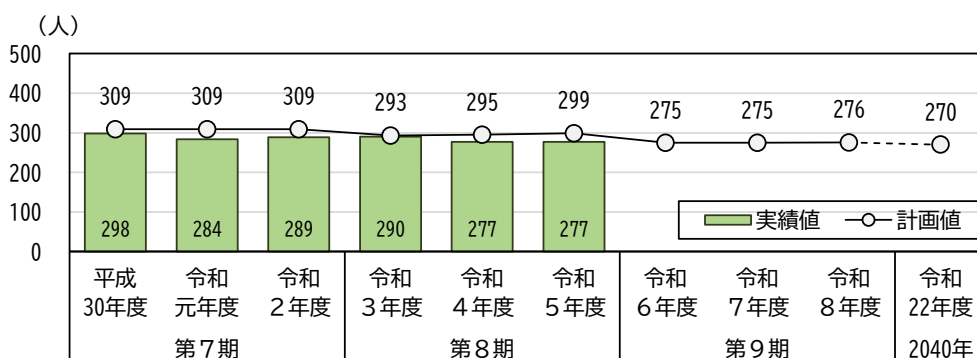
特定福祉用具購入費（上段グラフ）、特定介護予防福祉用具購入費（下段グラフ）

●福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排泄のための用具の購入費の一部を支給するサービスです。ただし、指定された販売店からの購入に限ります。



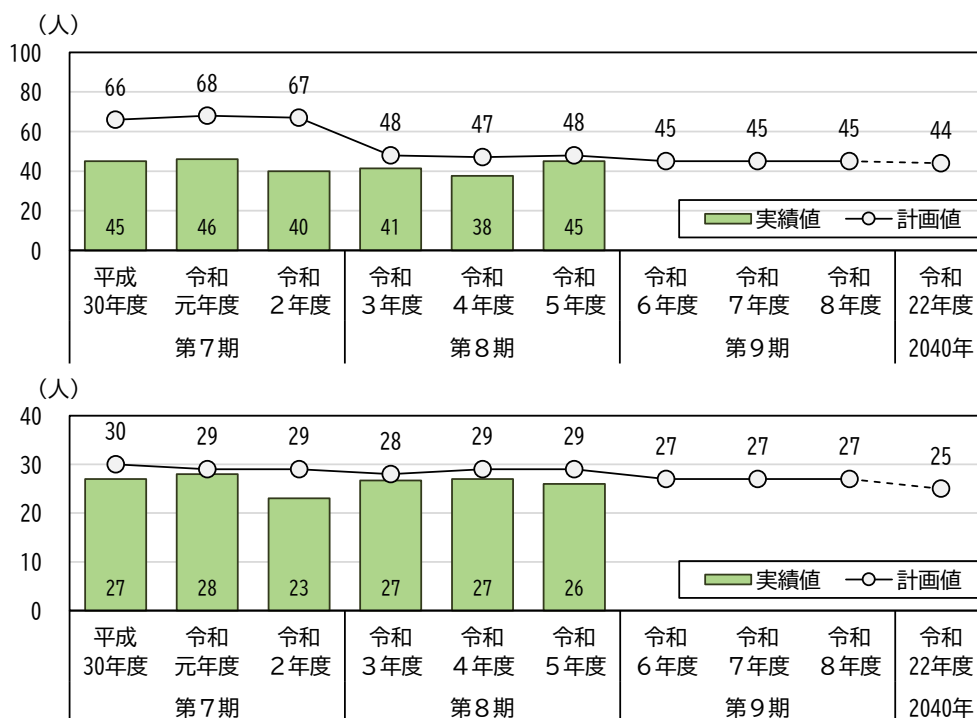
特定施設入居者生活介護（上段グラフ）、介護予防特定施設入居者生活介護（下段グラフ）

●介護保険法に基づく指定を受けた有料老人ホーム等で、一定の計画に基づいて提供される入浴、排泄、食事、その他の日常生活上の介護及び機能訓練を受けるサービスです。



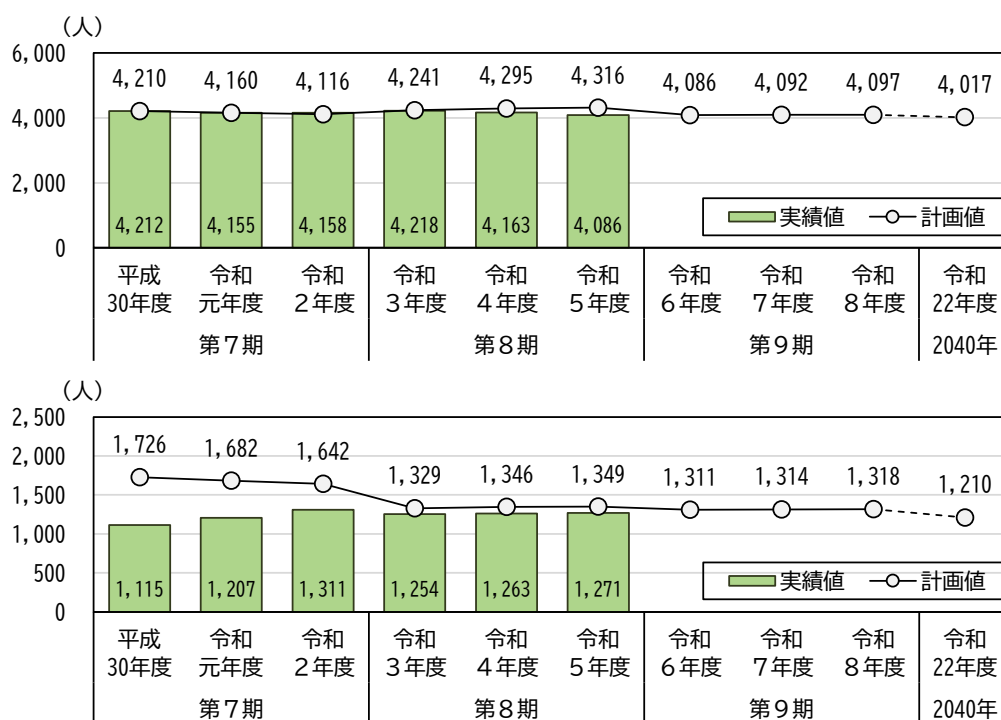
住宅改修費（上段グラフ）、介護予防住宅改修費（下段グラフ）

●手すりの取付けや段差解消、洋式便器への取替え等の住宅改修を行った場合、その費用の一部を支給するサービスです。



居宅介護支援（上段グラフ）、介護予防支援

●利用者の自立を支援するため、心身の状況・環境・本人や家族の希望等を受けて、適切なケアプランを作成するとともに、サービス提供確保のために事業者との連絡調整、施設への紹介等を行うサービスです。

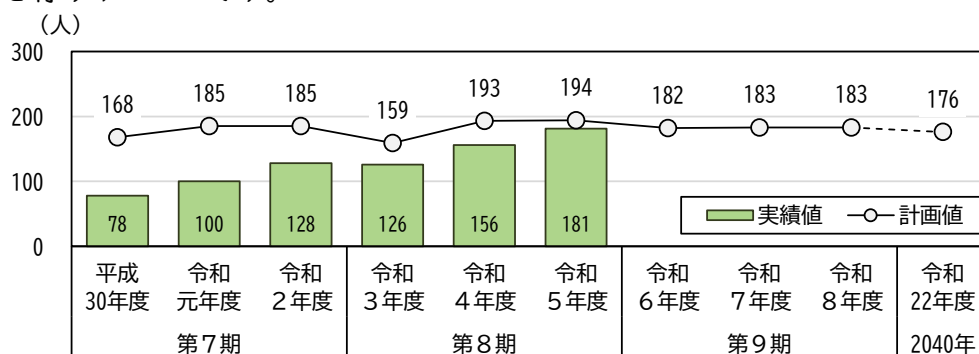


② 地域密着型サービス

- 高齢者が身近な地域で生活し続けられるように、概ね日常生活圏域の中で提供されるサービスです。訪問・通所によるサービス、認知症対応型サービス、様々なサービスが包括して提供されるものなどがあります。

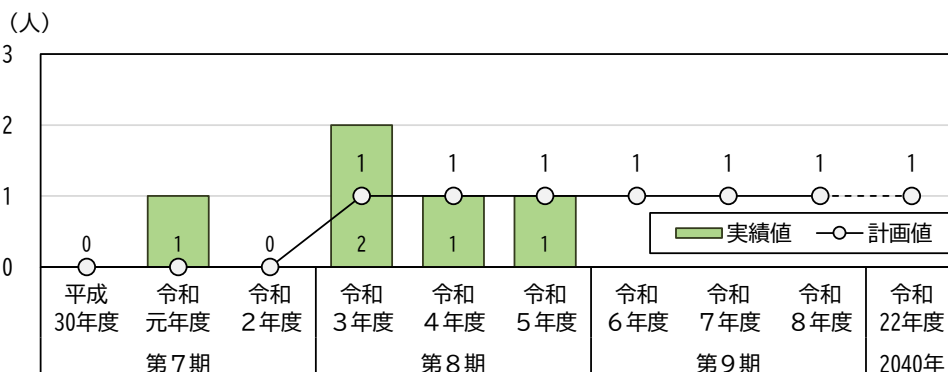
定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 認知症や重度の要介護者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中、夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら短時間定期巡回型訪問と随時対応を行うサービスです。



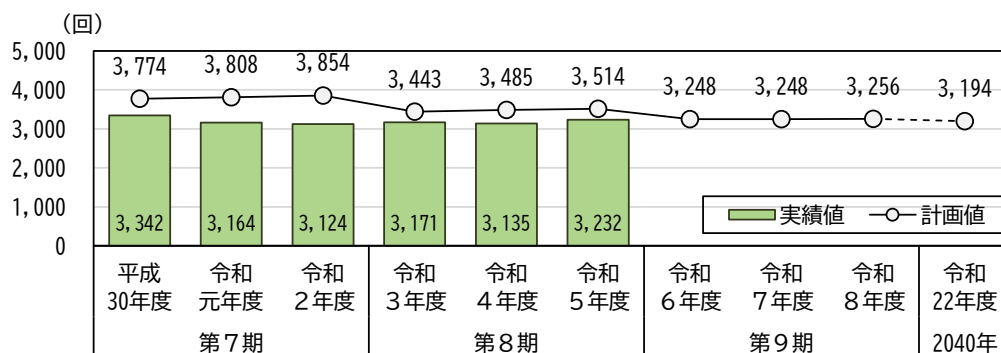
夜間対応型訪問介護

- 夜間において、定期的な巡回による訪問介護サービス、利用者の求めに応じた随時の訪問介護サービス、利用者の通報に応じて調整、対応するサービスを行うものです。



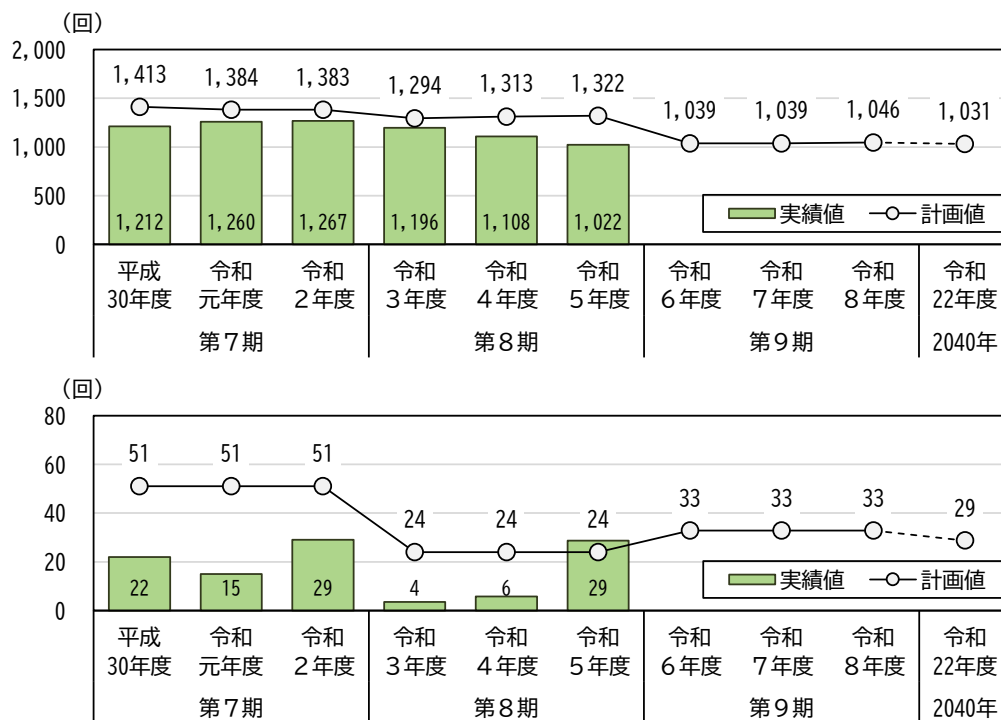
地域密着型通所介護

- 利用定員 18 人以下の小規模のデイサービスセンターに通い、入浴、食事の提供と、介護や生活上の相談や助言、健康状態の確認、日常生活動作訓練等を受けるサービスです。



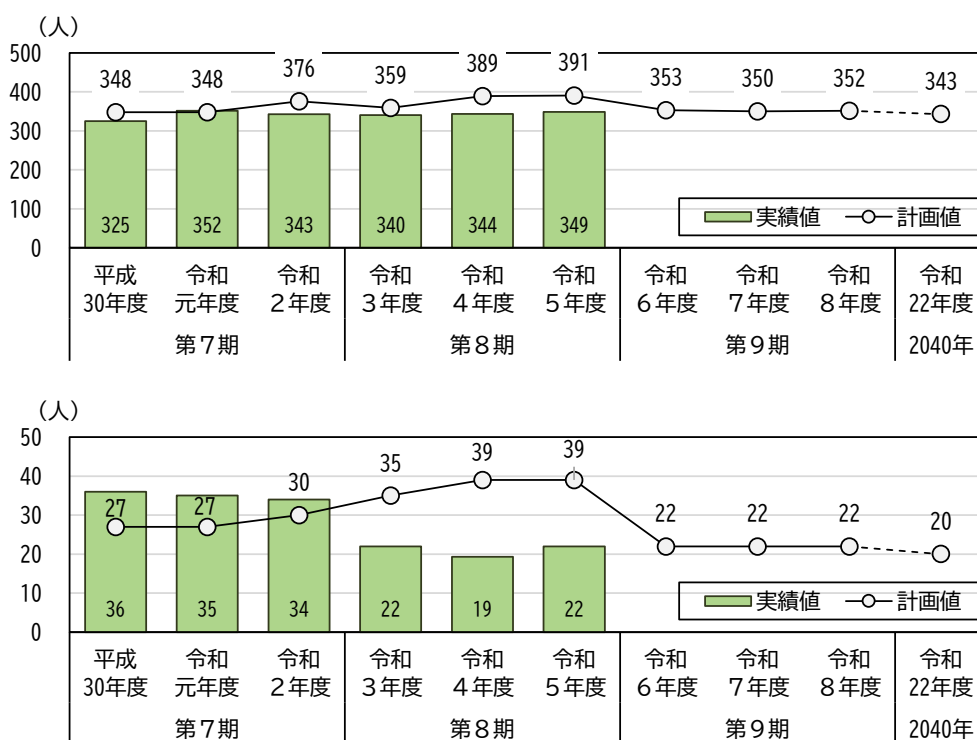
認知症対応型通所介護（上段グラフ）、介護予防認知症対応型通所介護（下段グラフ）

●認知症高齢者がデイサービスセンター等に通い、入浴、排泄、食事、その他の日常生活上の介護及び機能訓練を受けるサービスです。



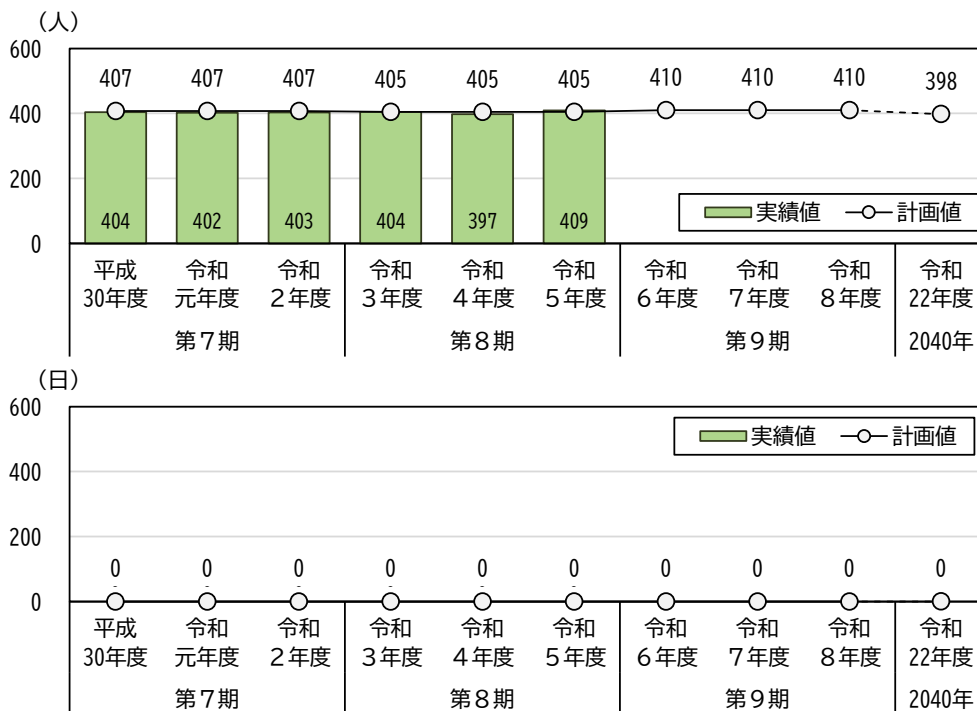
小規模多機能型居宅介護（上段グラフ）、介護予防小規模多機能型居宅介護（下段グラフ）

●入浴、排泄、食事等の日常生活上における介護や機能訓練などを受けるサービスです。施設等への通所が中心となりますが、心身の状態や希望等に応じて、訪問や宿泊のサービスを組み合わせて利用することができます。



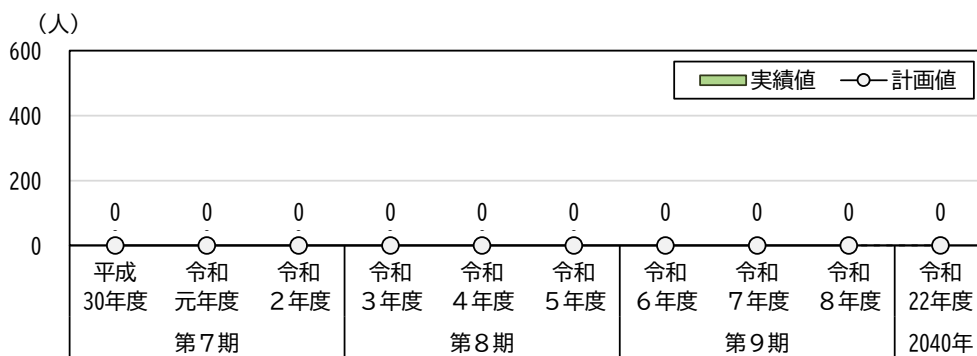
認知症対応型共同生活介護(上段グラフ)、介護予防認知症対応型共同生活介護(下段グラフ)

●認知症の要介護者が、5～9人の少人数で共同生活を送りながら、入浴、排泄、食事、その他の日常生活上の介護及び機能訓練等を受けるサービスです。



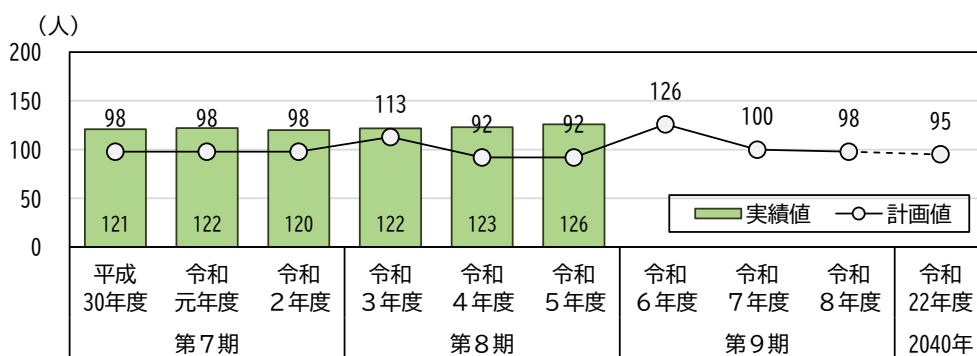
地域密着型特定施設入居者生活介護

●有料老人ホーム等の介護専用型特定施設（入居定員が29名以下）に入居して、日常生活上の介護や機能訓練、療養上の世話をすることができるサービスです。



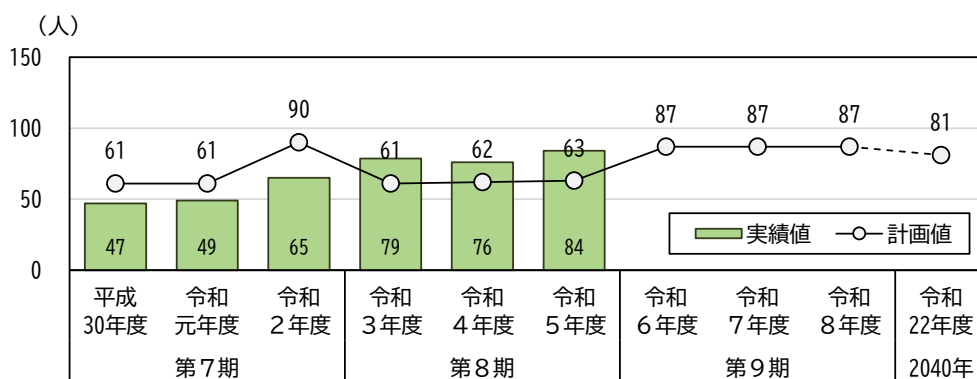
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

●小規模な介護老人福祉施設（入所定員が29名以下）に入居して、日常生活上の介護や機能訓練、療養上の世話をすることができるサービスです。



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サービスを組み合わせた複合型事業所により、看護と介護サービスの一体的な提供を通じて医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図るサービスです。



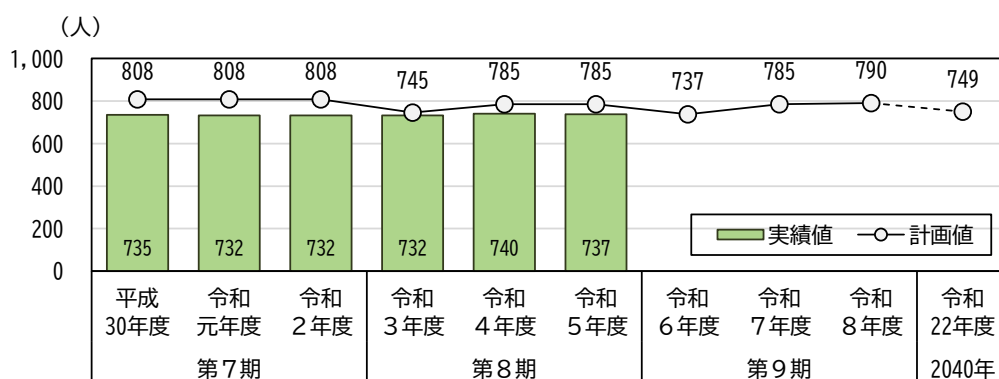
③ 施設サービス

「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」「介護医療院」に入所した要介護状態にある高齢者に対して提供されるサービスです。

※「介護療養型医療施設」は令和5年度末までに廃止され、代わって「介護医療院」が創設されました。

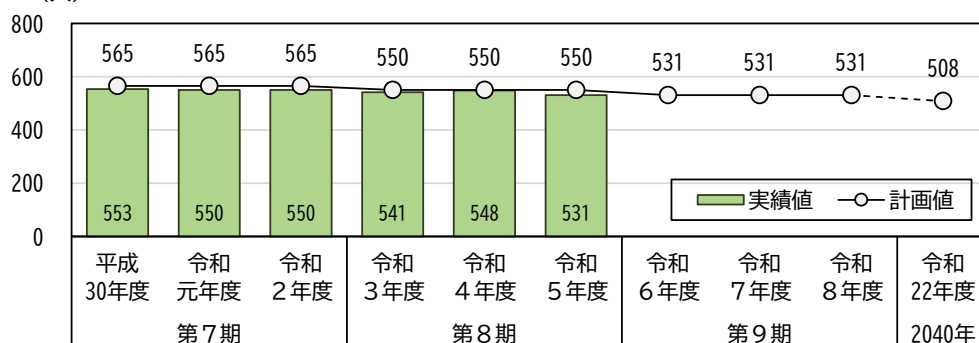
介護老人福祉施設

- 在宅での生活が難しい重度の要介護者等が、入所により入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話などが受けられる施設です。



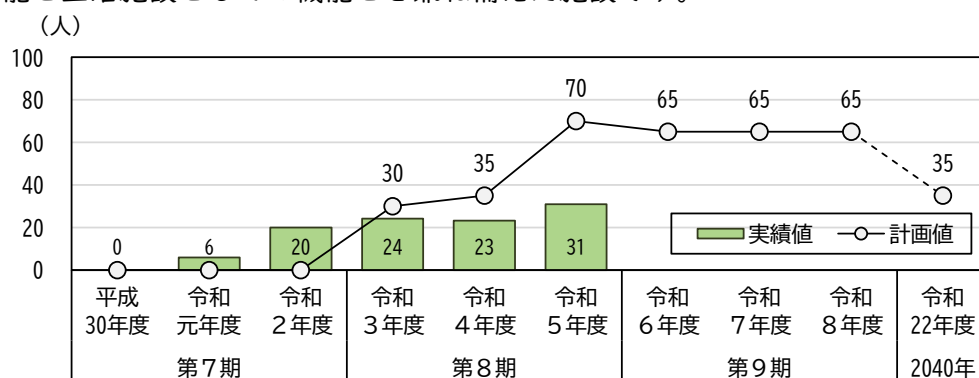
介護老人保健施設

- 入所者に対してリハビリテーション等の医療サービスを提供し、家庭への復帰をめざす施設で、利用者の状態に合わせたサービス計画に基づき、医学的管理のもとで、看護、食事、入浴、排泄といった日常生活上の介護等を併せて受けることができる施設です。



介護医療院

- 介護医療院は平成30年4月の介護保険法等の改正法施行により新たに法定化された、医療機能と生活施設としての機能とを兼ね備えた施設です。



2) 介護給付の適正化(第6期介護給付適正化計画)

介護給付を必要とする高齢者を適切に認定し、介護サービス提供事業所等が利用者の真に必要なサービスを過不足なく適切に提供できるよう、また、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するよう、次のとおり介護給付適正化計画を定めます。

(1) 介護予防への取組の充実

住民主体の通いの場としてふれあいサロンやシルバーリハビリ体操教室等、地域における介護予防活動を支援します。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
シルバーリハビリ体操(1級指導士数)	20人	25人	30人	35人
シルバーリハビリ体操(2級指導士数)	415人	420人	440人	460人
シルバーリハビリ体操(参加者延人数)	8,867人	27,000人	28,000人	29,000人

※ 現状 1級及び2級指導士数・体操参加者延人数は、令和5年8月末。

* 令和4年度 参加者数延人数 20,813人

(2) 自立支援型地域ケア会議の開催

自立支援型地域ケア会議を実施し、高齢者本人の能力と意欲を引き出し、心身機能の回復や生活課題の解決を図る自立支援型ケアマネジメントを推進します。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
自立支援型地域ケアの開催(開催回数)	4回	8回	18回	18回

※ 現状 令和5年10月末現在

(3) 要介護認定の適正化

認定調査の一部を保険者の直接実施として行い、委託認定調査を事後点検します。また、認定調査員の研修も行います。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定調査の保険者の直接実施	実施	実施	実施	実施
委託認定調査の保険者の事後点検	実施	実施	実施	実施
ばらつきのは正(原因分析・情報共有)	実施	実施	実施	実施

(4) ケアプランの点検

点検内容の充実に向け、ケアマネジメントに関する研修会に参加し、また介護支援専門員に対する研修を開催します。居宅介護支援事業所への訪問調査等により、ケアプラン内容の点検及び指導を行います。利用者の強みを生かした自立支援型ケアマネジメントが行われているかを介護支援専門員とともに確認し、資質向上をめざします。

住宅改修は、現地調査を行い、福祉用具利用者には利用状況を確認します。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアマネジメント研修への参加	実施	実施	実施	実施
介護支援専門員に対する研修会の開催	実施	実施	実施	実施
介護支援専門員の「気づき」を促すケアプラン点検（抽出）	実施	9事業所	9事業所	9事業所
住宅改修・福祉用具販売等訪問調査（抽出）	実施	実施	実施	実施

(5) 縦覧点検・医療情報との突合

医療情報と介護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確認します。また、効率的・効果的な実施を図るため、引き続き国民健康保険団体連合会への委託も行います。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
縦覧点検・医療情報との突合	実施	実施	実施	実施

(6) 介護給付費通知

利用者本人（または家族）に対してサービスの請求状況及び費用等について通知します。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付費の通知	3回/年	3回/年	—	—

※廃止予定

(7) 事業所の指導・監査等

指定有効期間内に1回以上の割合で運営指導を実施します。また、苦情等のあった事業所への指導・監査を実施します。

取組事項	現状	令和6年度	令和7年度	令和8年度
運営指導（地域密着型サービス事業所）	実施	14事業所	14事業所	14事業所
運営指導（居宅介護支援事業所）	実施	9事業所	9事業所	9事業所

別途、県市合同運営指導も行います。

3) 介護サービスの質の向上と保険給付の円滑化

介護サービスの質の向上と保険給付の円滑化について次のとおり進めます。

(1) 自立支援型・重度化予防ケアマネジメントの推進

① 自立支援型ケアマネジメント

- 可能な限り住みなれた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、自立支援型のケアマネジメントを推進します。

② 重度化予防ケアマネジメント

- 地域においてリハビリテーションが計画的に提供される仕組みづくりに取り組みます。

③ 不要不急な認定申請の差控え

- 要介護認定率が高くなる背景の一つに、今すぐ介護保険サービスが必要でなくても、将来的な不安から「念のため」に認定を受けるというケースが見受けられることから、不安をなくすための相談支援の充実や、適切な申請への啓発を進めます。

(2) 介護サービス向上

① 利用者や介護サービス事業者に対する情報提供

- 「介護サービス情報公表システム」(インターネット上での情報提供サービス)による事業者情報の活用や、市のホームページでサービス事業者等の情報を、住民やケアプラン作成機関である居宅介護支援事業所に提供し、サービス事業所等を自由に選択できるよう努めます。
- 広島県社会福祉協議会に設置されている「広島県福祉サービス第三者評価推進委員会」での第三者評価を受けるよう促し、サービスの質の向上に向けた取組を促進します。

② 福祉や介護に関する情報提供・相談・支援体制の周知

- 「尾道市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果によると、日常生活における相談相手は、医療機関を挙げた人が多く、保健・医療・介護・福祉の専門家が相談相手として非常に大きな役割を果たしていることが伺えます。

- 引き続き、地域包括支援センター・福祉事務所・居宅介護支援事業所・医療機関・国民健康保険団体連合会等と連携を密にして、総合的な相談及び支援の窓口の拡充、広報等による情報提供の充実に努めます。

③ 苦情対応窓口の設置

- 苦情対応窓口として一次的には市が位置づけられています。
- サービスの利用者にとって、市は最も身近な行政の相談窓口であり、保険者です。相談内容によっては、サービス事業者に対し文書等の提出・提示を求める等の調査を行うほか、指定基準違反の疑い等、必要がある場合は県と連携の上、指導などを行います。
- また、介護保険法上のサービス内容で、市が取り扱うことが困難な事例、市域を越える苦情等は、広島県や広島県国民健康保険団体連合会等につなぎます。

④ 地域密着型サービス運営のための委員会

- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等を踏まえ、要介護状態になっても、できる限り住みなれた地域での生活を支援するための地域密着型サービスについて、適正な運営を確保するために必要な事項を医療関係者、福祉関係者、各種団体及び民生委員児童委員代表者等の委員からなる「地域密着型サービス運営委員会」で協議を行います。

(3) 保険料の軽減

① 保険料の軽減

- 人口減少・高齢化に伴い、社会保障の給付とそれに見合う負担の増大が避けられない中、介護保険料の所得段階に応じた負担割合の設定や保険料の軽減等を行い、低所得者に対する負担の軽減を図ります。
- 尾道市介護給付費準備基金を活用し保険料の軽減を図ります。

(4) 利用者の負担軽減

① 特定入所者介護サービス費の給付

- 介護保険3施設・地域密着型介護老人福祉施設の入所とショートステイの食費・居住費については、申請により低所得者は所得に応じた負担限度額までが自己負担となり、残りの基準費用額との差額は特定入所者介護サービス費として給付されます。ただし、所得のほかに一定の資産があると認められるときは、給付を受けられない場合があります。

② 高額介護サービス費等の支給

- 利用者負担の合計額が高額になり、一定額を超えたときは申請により「高額介護サービス費」を支給します。市からも勸奨を行っています。
 - さらに、介護保険と医療保険の両方の利用者負担を年間で合計し、高額になった場合には、一定の限度額を超えた額を「高額医療合算介護サービス費」として支給します。
-

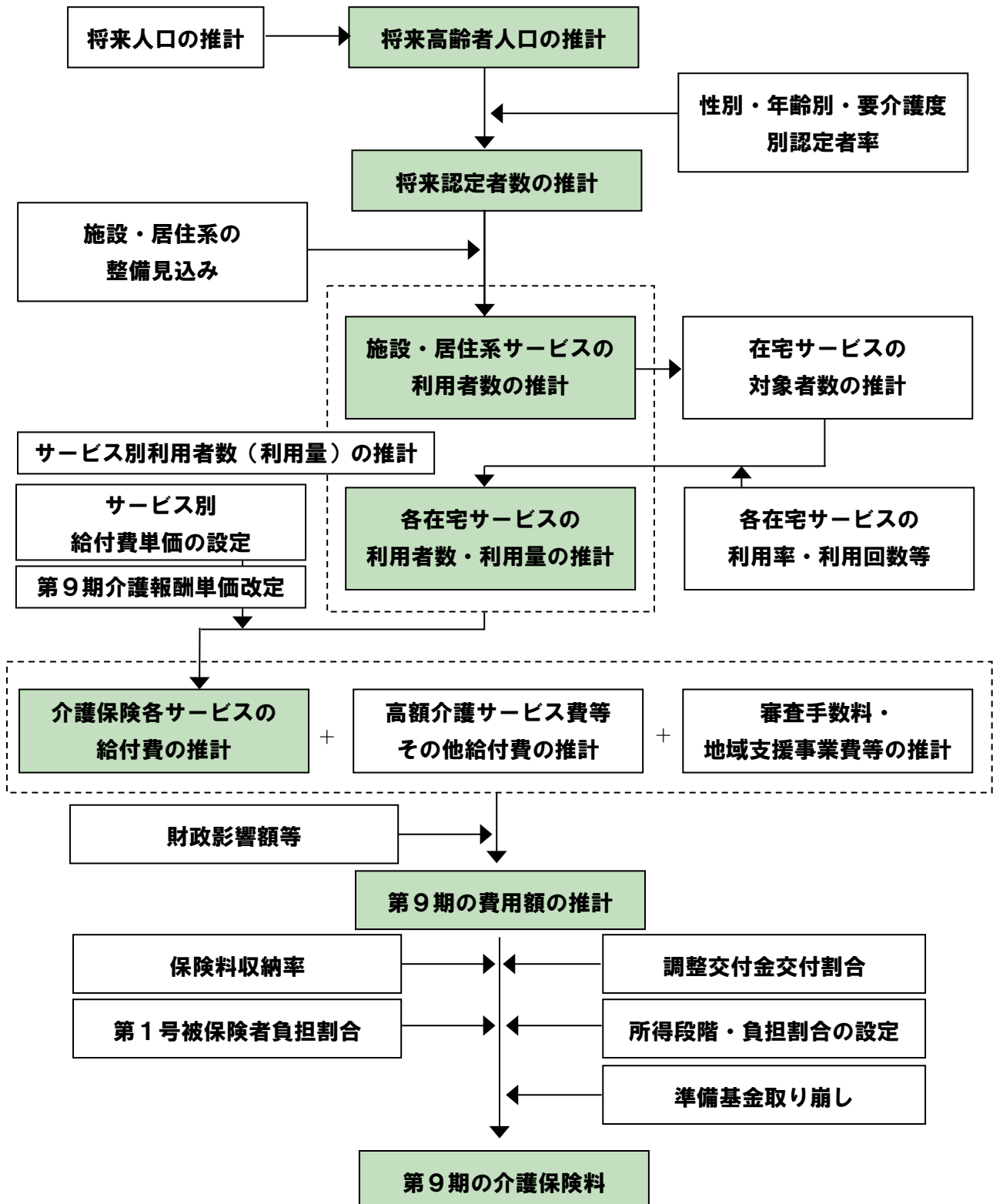
③ 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度

- 低所得者で特に生計が困難な人に対して、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が利用者負担を軽減し、その利用促進を図るものです。生活困難者は対象となるサービスの1割負担分、居住費及び食費の利用者負担額のそれぞれ原則4分の1が軽減されます。

第6章 介護保険サービスの事業費の見込みと保険料の設定

1 介護保険料基準額の推計手順

第9期計画期間の第1号被保険者の介護保険料基準額を国が示す推計方法を踏まえて、国の地域包括ケア「見える化」システムを利用し、以下の手順に沿って算出します。



2 介護サービスの見込量

(1) 指定地域密着型サービス必要利用定員

単位：人

区分	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
認知症対応型共同生活介護	378	378	378
地域密着型特定施設入居者 生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施 設入所者生活介護	126	126	126

(2) 介護サービス給付費及び事業量の見込み

① 居宅サービス

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護	給付費(千円)	774,889	778,642	778,365	772,259
	回数(回)	21,563	21,647	21,641	21,478
	人数(人)	1,316	1,318	1,314	1,294
訪問入浴介護	給付費(千円)	62,608	62,687	62,687	64,871
	回数(回)	405	405	405	419
	人数(人)	82	82	82	85
訪問看護	給付費(千円)	370,302	371,731	372,833	363,323
	回数(回)	6,839	6,857	6,877	6,694
	人数(人)	723	725	727	705
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	14,805	14,824	14,824	14,534
	回数(回)	430	430	430	421
	人数(人)	39	39	39	38
居宅療養管理指導	給付費(千円)	105,178	105,292	105,492	103,179
	人数(人)	1,064	1,064	1,066	1,042
通所介護	給付費(千円)	1,587,617	1,595,242	1,597,232	1,558,703
	回数(回)	17,043	17,093	17,120	16,658
	人数(人)	1,752	1,757	1,760	1,712
通所リハビリテーション	給付費(千円)	733,682	727,273	723,238	714,255
	回数(回)	6,989	6,936	6,902	6,776
	人数(人)	922	915	911	894
短期入所生活介護	給付費(千円)	525,787	524,011	524,751	518,170
	日数(日)	5,107	5,084	5,093	5,019
	人数(人)	440	438	439	431
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	106,850	106,985	108,284	107,208
	日数(日)	740	740	749	740
	人数(人)	89	89	90	88
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0	0
	日数(日)	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	34,698	34,742	34,742	34,742
	日数(日)	250	250	250	250
	人数(人)	25	25	25	25
福祉用具貸与	給付費(千円)	505,168	505,313	505,678	493,205
	人数(人)	3,045	3,051	3,053	2,962
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	18,361	18,361	18,361	17,993
	人数(人)	46	46	46	45
住宅改修費	給付費(千円)	37,714	37,714	37,714	36,813
	人数(人)	45	45	45	44
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	669,150	669,997	672,004	658,769
	人数(人)	275	275	276	270
合計	給付費(千円)	5,546,809	5,552,814	5,556,205	5,458,024

② 地域密着型サービス等

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費(千円)	397,078	398,644	398,644	385,602
	人数(人)	182	183	183	176
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	1,878	1,881	1,881	1,881
	人数(人)	1	1	1	1
地域密着型通所介護	給付費(千円)	304,126	304,056	304,637	300,546
	回数(回)	3,248	3,248	3,256	3,194
	人数(人)	407	407	408	400
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	136,840	137,013	137,905	136,264
	回数(回)	1,039	1,039	1,046	1,031
	人数(人)	119	119	120	118
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	910,906	901,507	906,188	887,678
	人数(人)	353	350	352	343
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	1,293,311	1,294,948	1,294,948	1,257,290
	人数(人)	410	410	410	398
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費(千円)	439,635	349,307	342,471	332,184
	人数(人)	126	100	98	95
看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	301,980	302,362	302,362	283,179
	人数(人)	87	87	87	81
合計	給付費(千円)	3,785,754	3,689,718	3,689,036	3,584,624

③ 施設サービス等

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人福祉施設	給付費(千円)	2,362,462	2,519,056	2,534,329	2,406,322
	人数(人)	737	785	790	749
介護老人保健施設	給付費(千円)	1,902,909	1,905,317	1,905,317	1,823,179
	人数(人)	531	531	531	508
介護医療院	給付費(千円)	262,253	262,585	262,585	141,736
	人数(人)	65	65	65	35
合計	給付費(千円)	4,527,624	4,686,958	4,702,231	4,371,237

④ 居宅介護支援

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
居宅介護支援	給付費(千円)	742,386	744,380	745,395	730,379
	人数(人)	4,086	4,092	4,097	4,017

(3) 介護予防サービス給付費及び事業量の見込み

① 介護予防サービス

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	890	891	891	446
	回数(回)	9	9	9	4
	人数(人)	2	2	2	1
介護予防訪問看護	給付費(千円)	40,977	41,029	41,275	37,901
	回数(回)	968	968	975	894
	人数(人)	144	144	145	133
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	7,102	7,111	7,111	6,363
	回数(回)	207	207	207	185
	人数(人)	20	20	20	18
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	10,101	10,114	10,247	9,338
	人数(人)	78	78	79	72
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	148,451	148,913	149,188	136,988
	人数(人)	351	352	353	324
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	8,276	8,287	8,287	7,821
	日数(日)	105	105	105	99
	人数(人)	19	19	19	18
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	1,637	1,639	1,639	928
	日数(日)	15	15	15	9
	人数(人)	3	3	3	2
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0	0
	日数(日)	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	2,653	2,656	2,656	2,656
	日数(日)	30	30	30	30
	人数(人)	6	6	6	6
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	107,557	107,471	107,753	98,707
	人数(人)	1,058	1,057	1,060	971
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	5,469	5,469	5,469	4,824
	人数(人)	17	17	17	15
介護予防住宅改修	給付費(千円)	27,822	27,822	27,822	25,753
	人数(人)	27	27	27	25
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	28,034	28,069	28,725	25,393
	人数(人)	32	32	33	29
合計	給付費(千円)	388,969	389,471	391,063	357,118

② 地域密着型介護予防サービス

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防認知症対応型通所介護	給付費(千円)	4,391	4,396	4,396	3,847
	回数(回)	33	33	33	29
	人数(人)	16	16	16	15
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	18,169	18,192	18,192	16,539
	人数(人)	22	22	22	20
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0
合計	給付費(千円)	22,560	22,588	22,588	20,386

③ 介護予防支援

		第9期			(2040年)
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防支援	給付費(千円)	72,433	72,691	72,911	66,937
	人数(人)	1,311	1,314	1,318	1,210

3 標準給付費及び地域支援事業費の見込みの算定

(1) 標準給付費

単位：千円

	合計	第 9 期			第14期
		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和22年度 (2040)
標準給付費 計	47,961,561	15,929,374	16,004,073	16,028,114	15,390,566
総給付費	45,424,584	15,086,535	15,158,620	15,179,429	14,588,705
特定入所者介護サービス費等給付額	1,164,399	387,363	387,816	389,219	368,010
高額介護サービス費等給付額	1,118,686	372,071	372,650	373,965	352,549
高額医療合算介護サービス費等給付額	211,643	69,526	70,844	71,273	67,773
算定対象審査支払手数料	42,248	13,879	14,142	14,227	13,529

(2) 地域支援事業費

単位：千円

	合計	第 9 期			第14期
		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和22年度 (2040)
地域支援事業費 計	2,670,564	882,738	890,109	897,717	718,942
介護予防・日常生活支援総合事業費(A+B)	1,599,209	530,021	533,048	536,140	425,042
A 介護予防・生活支援サービス事業 (①+②+③)	1,459,638	486,546	486,546	486,546	388,929
①訪問型サービス	356,600	118,867	118,867	118,867	93,855
②通所型サービス	968,306	322,769	322,769	322,769	256,859
③介護予防ケアマネジメント	134,733	44,911	44,911	44,911	38,216
B 一般介護予防事業	139,571	43,475	46,502	49,594	36,112
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	911,917	299,571	303,915	308,431	242,225
包括的支援事業（社会保障充実分）	159,438	53,146	53,146	53,146	51,676

※千円未満を四捨五入しているため、合計額が一致しない場合がある。
※事業費は年間累計の金額。

(3) 合計

単位：千円

	合計	第 9 期			第14期
		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和22年度 (2040)
標準給付費 + 地域支援事業費 合計	50,632,125	16,812,112	16,894,182	16,925,831	16,109,508

4 第1号被保険者保険料の算定

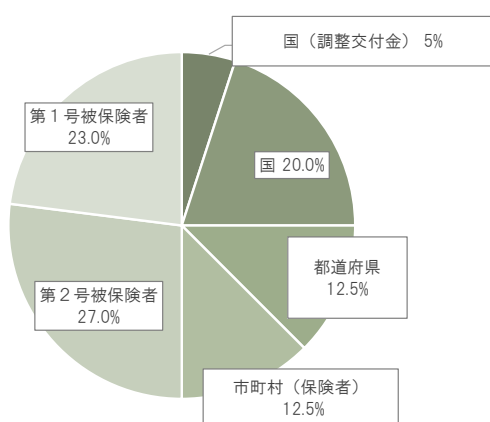
(1) 介護保険の財源構成

介護保険制度は、国、地方自治体、40歳以上の住民のそれぞれの負担により、社会全体で高齢者の介護を支える社会保険制度です。

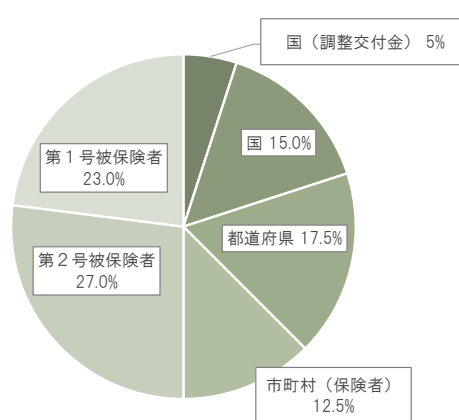
① 介護保険給付費の財源構成

介護保険給付費の費用は、2分の1が公費で、残りの2分の1は第1号被保険者と第2号被保険者の介護保険料でまかなわれています。

居宅給付費



施設等給付費

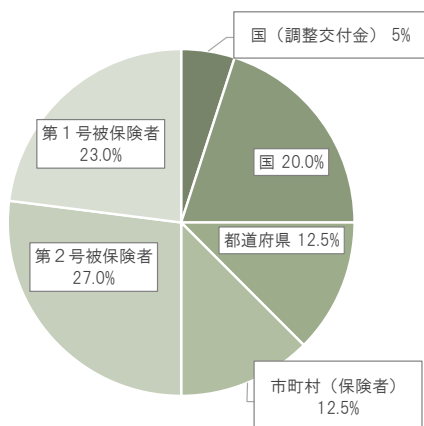


② 地域支援事業費の財源構成

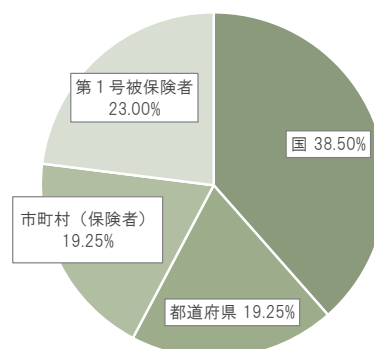
地域支援事業費の費用については、介護予防・日常生活支援総合事業と包括的支援事業及び任意事業で財源構成が異なります。

介護予防・日常生活支援総合事業については、居宅給付費の財源内訳と同様になっています。包括的支援事業と任意事業については、第1号被保険者の保険料と公費のみで構成されています。

介護予防・日常生活支援総合事業



包括的支援事業及び任意事業



(2) 第1号被保険者保険料の算定

ここまでに示した給付費や負担構造等から、第9期においては第1号被保険者の保険料として、約11,645,000千円を収納する必要があることとなります。

標準給付見込額 + 地域支援事業費合計見込額（令和6年度～令和8年度）

47,961,561（千円） + 2,670,564（千円） = 50,632,125（千円）

23.0%

第1号被保険者負担分相当額（令和6年度～令和8年度）

11,645,388,679円

+) 調整交付金相当額	2,478,038,499円
-) 調整交付金見込額	3,406,393,000円
-) 準備基金取崩額	1,168,000,000円

保険料収納必要額 9,549,034,179円

÷) 予定保険料収納率	98.00%
÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数（3年間合計）	135,380人
÷) 12カ月	

介護保険料基準月額 5,998円

令和22年（2040年）度の介護保険料基準月額（推計） 8,314円

(3) 保険料率と保険料段階

第9期の保険料段階設定については、国において、介護保険制度の持続可能性を確保し、低所得者の保険料上昇を抑制するという観点から、第8期まで標準段階としてきた9段階を13段階としたことを踏まえ、次のように設定します。

なお、第1段階～第3段階については、公費による低所得者の負担軽減措置を適用し、保険料率を引き続き引き下げることであります。

単位：人

区分	対象者		所得等	保険料率	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
	住民税課税状況							
	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	0.285	7,649	7,582	7,500	
第2段階			雑課税所得を 除く合計 所得金額 の合計 に係る	80万円以下	0.43	6,079	6,026	5,961
第3段階			120万円超え	0.685	5,478	5,431	5,371	
第4段階	課税	課税	80万円以下	0.91	3,425	3,396	3,358	
第5段階			80万円超え	1.00	6,604	6,547	6,475	
第6段階	課税	課税	合計所得金額 120万円未満	1.18	7,729	7,663	7,579	
第7段階			120万円以上 210万円未満	1.31	5,776	5,726	5,664	
第8段階			210万円以上 320万円未満	1.55	2,341	2,321	2,296	
第9段階			320万円以上 420万円未満	1.63	911	903	893	
第10段階			420万円以上 520万円未満	1.86	424	420	415	
第11段階			520万円以上 620万円未満	2.1	226	224	221	
第12段階			620万円以上 720万円未満	2.3	120	119	117	
第13段階			720万円以上	2.4	585	580	574	

第7章 計画の推進に向けて

本計画の着実な実行を図るため、次のような方法で計画の達成状況等について進行管理を行います。

- 本計画の進捗状況や達成については、市の関係部局のみでなく、介護・福祉等の関係機関とも連携して適宜検証を行い、その結果、課題等が明らかになった場合には、見直しや改善を図り着実な計画の推進に努めます。
- 介護保険の運営状況や計画の達成度については、広報おのみちやホームページ等を活用して市民への情報提供に努めます。また、介護保険事業や高齢者福祉施策の広報・啓発に努めます。
- ふれあいサロン、シルバーリハビリ体操教室、老人クラブなど高齢者の通いの場や民生委員児童委員等から、高齢者福祉・介護保険事業の満足度等についての評価や意見の聴取に努めます。
- 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会を設置し、本計画の評価及び必要に応じて変更に向けた協議を行うとともに次期計画策定に向けた協議を行います。

Ⅰ 計画策定の経緯

(1) アンケート調査

	項 目	日時・期間
1	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	令和4年12月15日 ～令和4年12月30日
2	在宅介護実態調査	令和4年12月1日 ～令和5年2月28日

(2) 地域ヒアリング

	項 目	日時・期間
1	地域包括支援センター・介護事業所等ヒアリング	令和5年7月26日～7月28日
2	居住系施設等アンケート調査	令和5年8月

(3) 運営委員会

	項 目	日時・期間
1	第1回尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和5年7月4日
2	第2回尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和5年9月1日
3	第3回尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和5年12月25日
4	第4回尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和6年3月8日

(4) 地域ヒアリング

	項 目	日時・期間
1	パブリックコメント	令和6年1月10日～2月9日

2 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会設置要綱

(目的及び設置)

第1条 尾道市における高齢者福祉事業及び介護保険事業に関する重要事項について協議等を行い、もってこれらの事業の円滑かつ効果的な運営を図るため、尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 尾道市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の作成、評価並びに変更に当たり、市長の諮問に応じて当該計画について調査、研究及び協議を行い、答申すること。
- (2) 介護施設サービス等の選定に関して事業予定者の募集方法、審査に必要な審査基準及び事業予定者の選定について検討を行い、意見を述べること。
- (3) その他目的達成のために必要なこと。

(組織)

第3条 委員会は、委員20人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、市長が委嘱する。

- (1) 学識経験を有する者
- (2) 関係行政機関及び関係団体の代表者
- (3) 介護保険被保険者代表
- (4) その他市長が必要と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、欠員が生じた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に、委員長及び副委員長各1人を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会の会議(以下「会議」という。)は、必要に応じて委員長が招集し、委員長が議長となる。

- 2 会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 3 会議の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。
- 4 委員長は、特に必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その意見若しくは説明を聴き、又は必要に応じて資料の提出を求めることができる。

(介護施設サービス等選定部会)

第7条 委員会に、介護施設サービス等選定部会（以下「部会」という。）を置く。

- 2 部会の定数は8人以内とし、委員長が指名する7人の委員をもって充てる。ただし、委員長が部会の委員となることを妨げるものではない。
- 3 部会の委員の任期は、第4条の規定に準ずるものとする。
- 4 部会に部会長1人を置き、部会の委員の中から委員長が指名する。
- 5 部会長は、部会の事務を掌理する。
- 6 部会長に事故あるとき又は部会長が欠けたときは、あらかじめ部会長の指定する委員が、その職務を代理する。
- 7 部会の会議は、部会の委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 8 部会の議事は、出席した部会の委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。
- 9 部会は、次の事項について検討を行い、意見を述べるものとする。
 - (1) 事業予定者の募集方法案について
 - (2) 審査に必要な審査基準等について
 - (3) 事業予定者の選定案等について
 - (4) その他会長が必要と認める事項について
- 10 部会は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その意見又は説明を聴くことができる。

(部会と会議との関係)

第8条 会議の決議により部会の所掌に属せられた事項については、その部会の議決をもって決定することができる。ただし、重要事項については、会議に諮って決定するものとする。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、福祉保健部高齢者福祉課において行う。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

付 則

この要綱は、平成22年3月2日から施行する。

この要綱は、平成22年11月1日から施行する。

3 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会委員名簿(第9期)

	氏名	所属団体		備考
1	荒井 貴史	尾道市立大学	学識経験者	委員長
2	大田垣 博文	尾道市医師会	医療分野	
3	巻幡 清	因島医師会	医療分野	
4	赤城 尚武	尾道市歯科医師会	医療分野	
5	岡田 源太郎	因島歯科医師会	医療分野	
6	三宅 規之	尾道市地域包括ケア連絡協議会	医療分野	
7	木曾 正浩	広島県東部厚生環境事務所	保健分野	
8	田村 慶子	尾道市保健推進員連絡協議会	保健分野	
9	東 義徳	尾道市公衆衛生推進協議会	保健分野	
10	田坂 昇	尾道市社会福祉協議会	福祉分野	
11	邑岡 志保	尾道市介護支援専門員連絡協議会	福祉分野	副委員長
12	村上 康雄	尾道市連合民生委員児童委員協議会	福祉分野	
13	亀谷 昌宏	広島司法書士会	福祉分野	
14	井手口 隆志	尾道市介護保険施設連絡協議会	事業者代表	
15	渡 洋見	尾道市介護老人福祉施設連絡協議会	事業者代表	
16	平石 朗	尾道市地域密着型サービス運営委員会	事業者代表	
17	大谷 博章	尾道市老人クラブ連合会	被保険者代表	
18	山田 きよ美	尾道商工会議所	費用負担関係者	
19	林原 みどり	尾道地区認知症の人と家族の会	利用者代表	
20	澤田 昌文	尾道市副市長	保険者代表	
合計人数 20名				

(敬称略、順不同)

4 尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画の策定について(諮問)

尾福高第539号
令和5年7月4日

尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会
委員長 荒井 貴史 様

尾道市長 平谷 祐宏

尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画の策定
について(諮問)

このことについて、尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会
設置要綱第2条第1号の規定により、貴会の意見を求めます。

5 尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画について(答申)

令和6年3月8日

尾道市長 平谷祐宏様

尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会
委員長 荒井貴史

尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画
について(答申)

令和5年7月4日付け尾福高第539号で諮問を受けました「尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」について、慎重に審議しました結果を別添のとおり答申します。

本計画は、前計画の達成状況を検証するとともに、現状と課題について各圏域ごとにきめ細かく把握した上で、本計画中に迎える令和7(2025)年及び令和22(2040)年に向け、総合的かつ中長期的な視点をもって策定した第8期計画の基本理念を継承し、重層的支援による「地域共生社会」・「地域包括ケアシステム」の更なる深化・充実、地域における健康寿命の延伸、「通いの場」の創出と「生活支援」の推進、介護サービス基盤と人材確保、介護現場の生産性向上の推進に加えて、災害や感染症対策に係る体制整備などを図る計画としています。併せて、市民の負担を抑え、介護保険制度の持続可能性も高める計画としました。

貴職におかれましては、速やかに「尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」を策定されるとともに、計画の実行に際しては審議の過程で表明された意見、要望を尊重し、市内各地域の実情等を十分に踏まえて取り組まれることを要望します。

6 用語解説

－ あ行 －

ICT（アイシーティー）

「Information and Communication Technology」の略で、「情報通信技術」とも呼ばれ、通信技術を活用したコミュニケーションや情報や通信に関連する科学技術の総称。

IADL（アイエーディーエル）

「Instrumental Activities of Daily Living」の略で、「手段的日常生活動作」・「手段的ADL」とも呼ばれ、ADLよりも複雑な動作と判断が求められる「応用的な動作」のこと。IADLの項目には、「電話使用、買い物、食事準備、家事、洗濯、移動（乗り物利用）、服薬管理、金銭管理」等が含まれ、生活の質（QOL）に直結するもの。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

もしものときのために、大切にしていることや望んでいること、どのような医療・ケアを望むかを、前もって考え、繰り返し話し合い、信頼できる人や医療・ケアチームと共有する取組のこと。

ADL（エーディーエル）

「Activities of Daily Living」の略で、ADLのAはアクティビティー（動作）、DLはデイリーリビング（日常生活）を指し、「日常生活動作」とも呼ばれ、日常生活の「基本的な動作」のこと。高齢者の身体活動のレベルや障害の程度等を知る重要な評価指標で、「起居動作、食事、整容、入浴、更衣、排泄、移動・移乗」等の動作のこと。

－ か行 －

介護医療院

平成30年4月に新たに追加された介護保険施設。「日常的な医学管理」・「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する施設。

介護給付・介護給付費

介護サービス等を利用した場合、利用者（要介護者又は要支援者等）は原則として利用料の1割、2割または3割の金額を自己負担する。自己負担以外の利用料は介護保険から支払われ（介護給付）、この費用を介護給付費という。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

利用者（要介護者又は要支援者等）等からの相談に応じて、心身状態等についてアセスメントを行

い、適切な居宅サービスや施設サービスを利用できるよう、ケアプランの作成や、市町村・居宅サービス事業者・施設等と連絡調整を行う者であって、要介護者等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・技術を有する者。

介護報酬

事業者が利用者（要介護者又は要支援者等）に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われるサービス費用（報酬）のこと。サービスごとに厚生労働大臣が定める基準により算定され、事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて、加算・減算される。

介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険制度における市町村による事業。地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を行う。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

在宅での生活が難しい重度の要介護高齢者のための生活施設。入所により入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話等を受けることができる施設。

介護老人保健施設（老人保健施設）

要介護高齢者の入所者に対してリハビリテーション等の医療サービスを提供し、居宅における生活への復帰をめざす施設。利用者の状態に合わせた施設サービス計画に基づき、医学的管理のもとで、看護、介護及び機能訓練、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護等を併せて受けることができる施設。

基本チェックリスト

生活機能評価を行う際に用いる質問票（チェックリスト）。地域包括支援センター等で、介護予防等、健康づくりに活用される。

居宅サービス

自宅で生活する人を対象とした介護保険のサービス全般のこと。「訪問サービス」「通所サービス」「短期入所サービス」「その他のサービス」の4種類に分けられ、①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護、④訪問リハビリテーション、⑤居宅療養管理指導、⑥通所介護、⑦通所リハビリテーション、⑧短期入所生活介護、⑨短期入所療養介護、⑩特定施設入所者生活介護、⑪福祉用具貸与、⑫特定福祉用具販売、⑬住宅改修をいう。

居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、看護師等が自宅を訪問し、療養上の管理と指導、情報提供を行うもの。

ケアハウス

老人福祉法に規定する軽費老人ホームの一種。60歳以上の者又は60歳以上の配偶者を有する者

で、身体機能の低下又は高齢等のため独立して生活するには不安がある者に、「安心して生活を営める住まい」として、食事その他日常生活上必要な便宜を供与する施設。

ケアカンファレンス

介護現場における「ケアカンファレンス」とは、利用者によりよい介護サービスを提供することを目的に、介護職員だけでなく介護サービス提供に関わる多職種が集まり、利用者や家族が抱える生活上の悩みや問題に対する改善方法、ケア方法について話し合うこと。

ケアプラン（居宅サービス計画書、介護予防サービス・支援計画書）

利用者（要介護者又は要支援者等）が居宅サービスを適切に利用できるよう、利用するサービス種類や内容等について、ケアマネジャー等が作成する計画。サービスの目標設定とスケジュール等が記載される。（在宅ケアプラン）

ケアマネジメント

利用者（要介護者又は要支援者等）の心身の状況に応じたサービスの一体的提供と高齢者自身によるサービスの選択のため、サービス利用者の立場に立って地域で利用できる様々な資源やサービスを調整・統合し、利用者の状況にふさわしい適切なサービスを確保し、利用者のQOLを保持するために行うもの。

健康寿命

健康寿命とは、健康上の問題によって日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

後期高齢者

高齢者（65歳以上）のうち、75歳以上の者。

国保データベース（KDB）システム

国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

－ さ行 －

サービス担当者会議

よりよい介護サービスや支援の提供を目的に、ケアプラン作成を行ったケアマネジャー（介護支援専門員）が中心となり、利用者やその家族の参加を基本としつつ、ケアプランに位置付けたサービス等の担当者を招集して開催する話し合いの場。

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

高齢者が快適に安心して居住できるように、バリアフリー化、緊急時対応サービス等、高齢者の暮らしに配慮した一定の基準を満たした賃貸住宅。

自助・互助・共助・公助

「自助」は、自らが行動したり心がけたりすること。「互助」は、地域が互いに助け合って行うことであり、支え合いの地域づくりや防犯・災害対応において重要となるもの。「共助」は、制度（医療、介護、年金等）等による支え合い。「公助」は、生活保護等の制度のこと。

重層的支援体制

支援機関や地域の関係者がつながり「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」等の支援を一体的に実施する支援体制のこと。令和2年6月に社会福祉法が改正され、地域共生社会推進の観点から重層的支援体制整備事業が創設された。

社会福祉協議会

社会福祉事業法に基づく社会福祉法人の1つ。社会福祉協議会は、市区町村、都道府県及び中央（全国社会福祉協議会）の各段階に組織されている。一定の地域社会において住民が主体となり、社会福祉、保健衛生その他生活の改善向上に関連のある公私関係者の参加、協力を得て、地域の実情に応じ住民の福祉を増進することを目的とする民間の組織。

生活習慣病

食事や運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。日本人の死因の上位を占める、がんや心臓病、脳卒中は、生活習慣病に含まれる。

成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害などによって、判断能力が十分でない人の生活と財産を保護する制度で、法定後見制度と任意後見制度がある。

前期高齢者

高齢者（65歳以上）のうち、65歳～74歳の者。

－ た行 －

第1号被保険者

市町村が行う介護保険の被保険者で、65歳以上の者。

第2号被保険者

市町村が行う介護保険の被保険者で、40歳以上65歳未満の医療保険加入者。

ダブルケア

「育児」と「介護」等、複数のケアが家族や親族等で同時に発生している状態。ダブルケアを行う者を「ダブルケアラー」と呼ぶ。

団塊の世代

昭和 22～24 年頃の第一次ベビーブーム時代に生まれた世代を指す。

団塊ジュニア世代

昭和 46～49 年頃の第二次ベビーブーム時代に生まれた世代を指す。

チームオレンジ

地域で暮らす認知症の方の心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組み。認知症当事者も地域を支える一員として活躍し、社会参加することを後押しする。

地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のこと。

地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備・地域づくりを同時に進める、地域包括ケアシステムの実現に向けて開催する会議。

地域支援事業

介護保険法の改正により、平成 18 年度に創設された事業。高齢者が要介護（要支援）状態になることを予防すると共に、要介護状態になっても可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的に、市町村が実情に応じて実施する。

地域密着型サービス

平成 17 年度の介護保険法の改正により、認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、創設されたサービス。原則として日常生活圏域内でサービス利用及び提供が行われ、市町村が事業所の指定及び指導・監督する。介護給付に、①定期巡回・随時対応型訪問看護、②夜間対応型訪問介護、③地域密着型通所介護、④認知症対応型通所介護、⑤小規模多機能型居宅介護、⑥認知症対応型共同生活介護、⑦地域密着型特定施設入居者生活介護、⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑨看護小規模多機能型居宅介護があり、予防給付に、①介護予防認知症対応型通所介護、②介護予防小規模多機能型居宅介護、③介護予防認知症対応型共同生活介護がある。

地域包括支援センター

平成 18 年 4 月の介護保険制度の改正により、総合的な相談業務、介護予防、高齢者の生活支援を包括的・継続的に行う機関として、地域包括支援センターの設置が義務づけられた。地域包括支援センターの設置は、人口 3 万人程度（被保険者 6,000 人程度）に 1 か所が目安とされる。

地域包括ケアシステム

要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、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。このシステムを用いて、高齢者福祉計画および介護保険事業計画を策定する際の現状分析や保険料の推計を行っている。

通所介護（デイサービス）

通所介護の施設に通い、日帰りで食事や入浴などの日常生活上の支援や生活機能向上のための機能訓練、口腔機能向上サービス等が提供されるサービスのこと。

通所リハビリテーション

介護老人保健施設や医療機関に通い、心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを受けるサービスのこと。

特定入所者介護サービス費

平成 17 年 10 月よりショートステイを含む施設サービスの食費・居住費が自己負担になったことを受け、低所得者について、負担軽減を図るため、上限を設けて特定入所者介護サービス費の給付が行われる。

— な行 —

2025 年問題

昭和 22～24 年の第一次ベビーブームの時代に生まれた団塊の世代がすべて 75 歳以上となり、全人口に占める 65 歳以上高齢者の割合が 30%に達すると予測される。介護や医療等の社会保障費が莫大となり、その一方で、経済社会を支える現役世代が少子化の影響で減少し、さまざまな問題が生じるとされる。

2040 年問題

昭和 46～49 年の第二次ベビーブームの時代に生まれた団塊ジュニア世代がすべて 65 歳以上となり、全人口に占める 65 歳以上高齢者の割合が 35%に達すると予測される。高齢者 1 人を現役世代 1.5 人で支えることとなることが予測され、高齢者を受け入れるための環境整備、社会保障制度の持続可能性の確保が大きな課題とされる。

日常生活圏域

設定基準として、人口 3 万人程度を 1 つの圏域として設定することが望ましいとされる。また設定にあっては、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、現在整備されている介護サービス提供施設等の状況を勘案し、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、圏域ごと

に基盤整備することが必要とされる。

認知症

様々な脳の病気により、脳の神経細胞の働きが徐々に低下し、認知機能（記憶、判断力など）が低下して、社会生活に支障をきたした状態。（いったん獲得された知能が持続的に低下している状態。）

認知症の前段階と考えられている軽度認知障害を「MCI」、65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」という。

認知症ケアパス

認知症になった場合に、どこでど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に、認知症の進行状況に合わせて提供される医療や介護のサービスの標準的な流れを示したガイドブック。

認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」を受講した者で、認知症について正しい知識をもち、認知症の人や家族を応援し、誰もが暮らしやすい地域をつくっていく支援者。

「認知症サポーター養成講座」を開催し講師役を務める人を「キャラバン・メイト」といい、キャラバン・メイトになるためには所定の研修を受講し登録する必要がある。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症の要介護者が、5～9人の少人数で共同生活を送りながら、入浴、排泄、食事、その他の日常生活上の世話及び機能訓練等が提供されるサービスのこと。

－ は行 －

8050 問題

高齢の親とひきこもり状態等にある子が同居している世帯等で発生している問題。80代の高齢となった親が50代の子の生活を支えるため、経済的・精神的にも行き詰り、社会的孤立につながる可能性が高いとされる。

パブリックコメント

市民生活に重要な計画等を策定する際に、これらの案や関連資料をあらかじめ公表して、市民の意見を募り、提出された意見を考慮して計画等を定めるとともに、集まった意見の内容と、意見に対する市の考え方などを公表すること。

P D C A サイクル（ピー ディー シー エー サイクル）

Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）の4つのプロセスを繰り返し、業務効率を改善するフレームワークのこと。最後のステップであるActionが終了したら、また最初のPlanに戻って、プロセスを循環させることから、P D C A サイクルと呼ばれる。

避難行動要支援者

平成 25 年 6 月の災害対策基本法の改正から、「災害時要援護者」に代わり使われるようになった言葉で、災害が発生した時、又は災害が発生するおそれがある場合に、自ら避難することが困難な高齢者や障害者などの要配慮者のうち、特に支援を要する人のこと。

福祉用具

要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具。利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるように助けるもの。

訪問介護

訪問介護員（ホームヘルパー）が自宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護、調理や洗濯等の生活援助を行うサービスのこと。

フレイル

年齢とともに、筋力や心身の活力が低下し、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態で、健康な状態と日常生活でサポートが必要な要介護の状態の間。適切な介入・支援・予防により、健康に過ごせていた状態に戻る可能性がある。

訪問看護

訪問看護ステーションや医療機関の看護師等が自宅を訪問し、医師の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行うサービスのこと。

訪問入浴介護

移動入浴車が自宅へ訪問し、浴槽を持ち込んで入浴の介助を行うサービスのこと。

訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が自宅を訪問し、心身の機能の維持・回復や日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行うサービスのこと。

－ や行 －

ヤングケアラー

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポート等を行っている子どものこと。

有料老人ホーム

主に民間企業が運営し、心身の健康保持及び生活の安定のためのサービスを提供する居住施設で、介護付・住宅型等の種類がある。

尾道市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画

発行年月：令和6年3月

発行：尾道市

編集：尾道市福祉保健部高齢者福祉課

〒722-8501 広島県尾道市久保一丁目15番1号

TEL：(0848) 38-9119 FAX：(0848)37-7260

