

神石高原町第9期高齢者プラン

(高齢者福祉計画及び介護保険事業計画)

令和6(2024)年3月

神石高原町

目次

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画の期間	2
4 計画の策定体制	3
5 日常生活圏域の設定	4

第2章 高齢者を取り巻く状況

1 高齢者人口等の状況	5
2 介護保険の状況	7
3 前期計画（第8期高齢者プラン）における事業評価	16
4 事業所等ヒアリングのまとめ	22
5 アンケート調査結果のまとめ	23
6 課題のまとめ	31
7 国の基本指針見直しのポイント	33

第3章 計画の基本的な考え方

1 基本理念	34
2 基本目標と基本方針	35
3 計画の体系	37

第4章 施策の展開

1 介護予防・健康づくり等の推進	38
2 安心できる在宅生活の支援	45
3 地域包括ケア体制の深化・推進	58
4 「共生」と「予防」の認知症施策の強化	69
5 介護保険サービスの充実	74

第5章 介護保険サービス見込量と介護保険料

1 要介護等認定者数の推計	81
2 サービス利用者数の推計	82
3 介護保険サービス利用量の推計.....	83
4 介護保険施設整備計画	86
5 地域支援事業の見込.....	87
6 介護保険料の算出	89

第6章 計画の推進

1 計画の推進体制	96
2 計画の評価.....	96

資料編

1 達成目標一覧	97
2 介護保険制度等の主な改正	98
3 計画策定の経緯	99
4 介護サービス事業所一覧	101
5 高齢者居住施設一覧.....	104
6 用語解説.....	105

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

平成12（2000）年度に導入された介護保険制度は、介護が必要な高齢者を社会全体で支える仕組みとして創設されました。その後、予防システムの確立や地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの設置等、様々な進化を遂げてきました。これらの取組を通じて、地域において可能な限り安心して生活できる地域包括ケアシステムの構築が進展してきました。

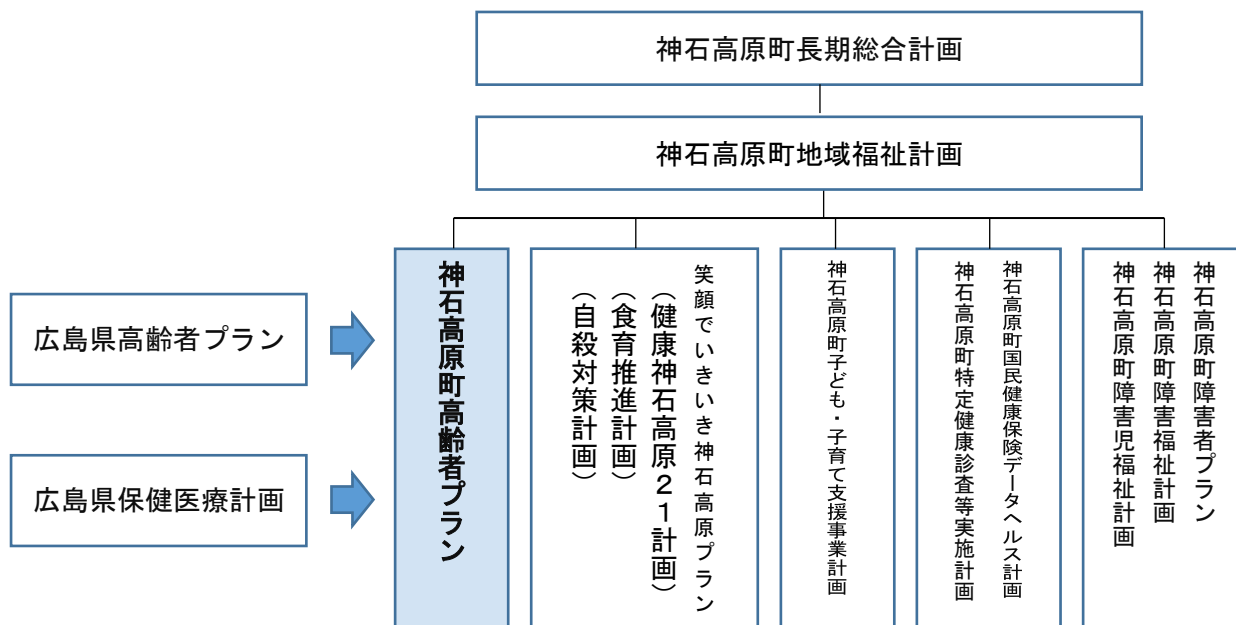
全国的に高齢者人口がピークを迎える令和22（2040）年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを必要とする要介護高齢者が増加する一方で、生産年齢人口が急減していきます。また、都市部と地方で高齢化の進み具合が大きく異なってくるという現状も存在しています。このような状況下で、中長期的な地域の人口動向や介護ニーズを考慮に入れつつ、地域包括ケアシステムの深化・推進、介護人材の確保、生産性向上の取組が重要となっています。

第8期高齢者プラン（令和3（2021）年度～令和5（2023）年度）では、高齢者が住み慣れた地域での生活を支援するため、自立支援や重度化防止等の取組、認知症施策の推進等を通じて、「地域包括ケアシステムの推進と深化」を基本目標に掲げ、介護保険制度の維持可能性を確保するための様々な施策を進めています。第9期計画においても、これらの方針に基づき、引き続き取組を進めていくことが求められます。

当町でも、人口減少の中で高齢化率の増加と生産年齢人口の減少が進んでいます。高齢者が住み慣れた地域での生活を続けるためには、医療・介護の連携に加え、生活支援サービスや住民の支え合い等による地域包括ケアシステムの更なる深化・推進が必要です。これまでの取組を受け継ぎながら、高齢者一人ひとりが輝き、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、「神石高原町第9期高齢者プラン」を策定することとなりました。

2 計画の位置づけ

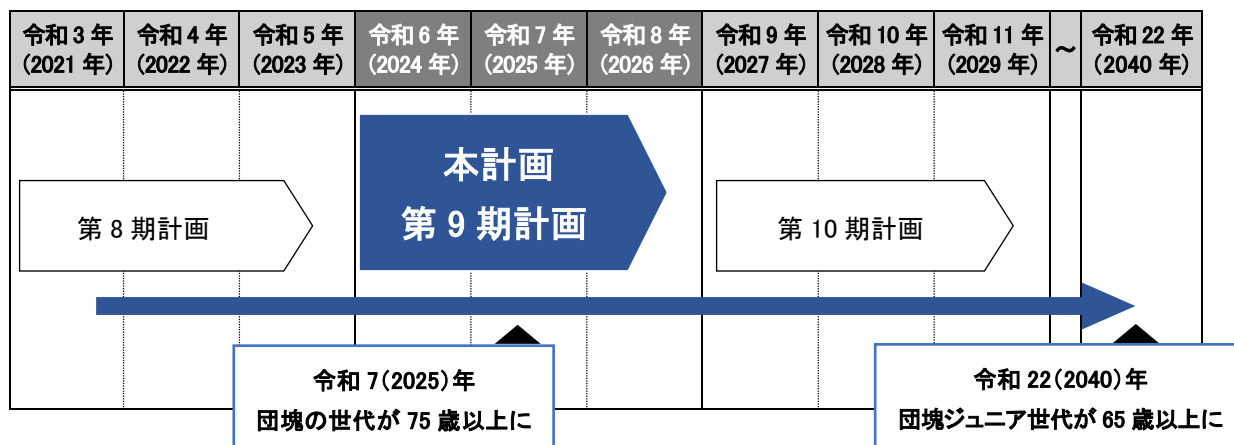
- 本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 の規定に基づく高齢者福祉計画及び介護保険法第 117 条第 1 項の規定に基づく介護保険事業計画を一体のものとし、「地域包括ケア計画」として策定します。
- 本計画は、「神石高原町第 8 期高齢者プラン」の重点課題を継承しつつ、地域包括ケアシステムの深化を図る計画として策定します。
- 本計画は、「神石高原町長期総合計画」「広島県高齢者プラン」「広島県保健医療計画」のほか、本町の保健福祉に関連する計画との整合性を図ります。



3 計画の期間

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

団塊の世代が75歳以上になる令和 7（2025）年を本計画期間中に迎えます。また、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22（2040）年を見据え、中長期的な視点に立った計画を策定します。



4 計画の策定体制

(1) 「神石高原町第9期高齢者プラン策定委員会」の設置

介護保険被保険者、医療関係者、福祉関係者、識見を有する者等で構成される策定委員会を設置し、計画に関する審議・検討を行いました。

(2) アンケート調査の実施

地域における高齢者の課題やニーズを把握するためのアンケート調査を実施し、第9期高齢者プラン策定の基礎資料としました。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定すること ・介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用すること 		
調査内容	国が示した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票」に独自設問を加えて作成		
調査対象者	神石高原町で要介護3以上を除く、65歳以上の高齢者（一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2）		
対象者数	1,800人（無作為抽出法により対象者を抽出）		
調査手法	郵送による配布・回収を実施		
調査期間	令和5(2023)年1月10日～令和5(2023)年1月31日		
回収結果	調査数 1,800人	有効回答数 1,212人	有効回答率 67.3%

在宅介護実態調査

調査の目的	「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等の介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討すること
調査内容	国が示した「在宅介護実態調査票」に基づき作成
調査対象者	期間内に要支援・要介護認定の更新・区分変更申請に伴う認定調査を行った居宅にお住まいの方（施設・居住系、入院を除く）
調査手法	認定調査員による聞き取り調査
調査期間	令和5(2023)年1月～令和5(2023)年2月
回収結果	有効回答数 213人

(3) 事業所等ヒアリングの実施

町内の介護サービス事業所、社会福祉協議会、シルバー人材センター等を対象に、介護・福祉サービスの実施状況、課題等についてヒアリングを行いました。

目的	介護・福祉サービスの実施状況及び課題等について聞き取りを行い、第9期高齢者プラン作成の基礎資料とすること
実施期間	令和 5(2023)年 7 月 28 日 社会福祉法人神寿福祉会、ポーラスター介護サービス株式会社、 医療法人紅萌会、社会福祉法人紅輝会、神石高原町立病院 令和 5(2023)年 7 月 29 日 神石高原町社会福祉協議会、特定非営利活動法人高齢社会を生きる会、 神石高原町シルバー人材センター、社会福祉法人東城有栖会

5 日常生活圏域の設定

介護保険事業計画では、高齢者が日常生活を営んでいる圏域を単位として、サービス基盤の整備や介護サービスの量を見込むため「日常生活圏域」を定めることとされています。

本町では、地理的条件、人口、交通事情、介護サービス基盤の整備状況等を勘案し、町全体を1圏域として設定します。

圏域名	圏域エリア	人口	面積	高齢者数	高齢化率
神石高原町	全町域	8,070人	381.98km ²	4,011人	49.7%

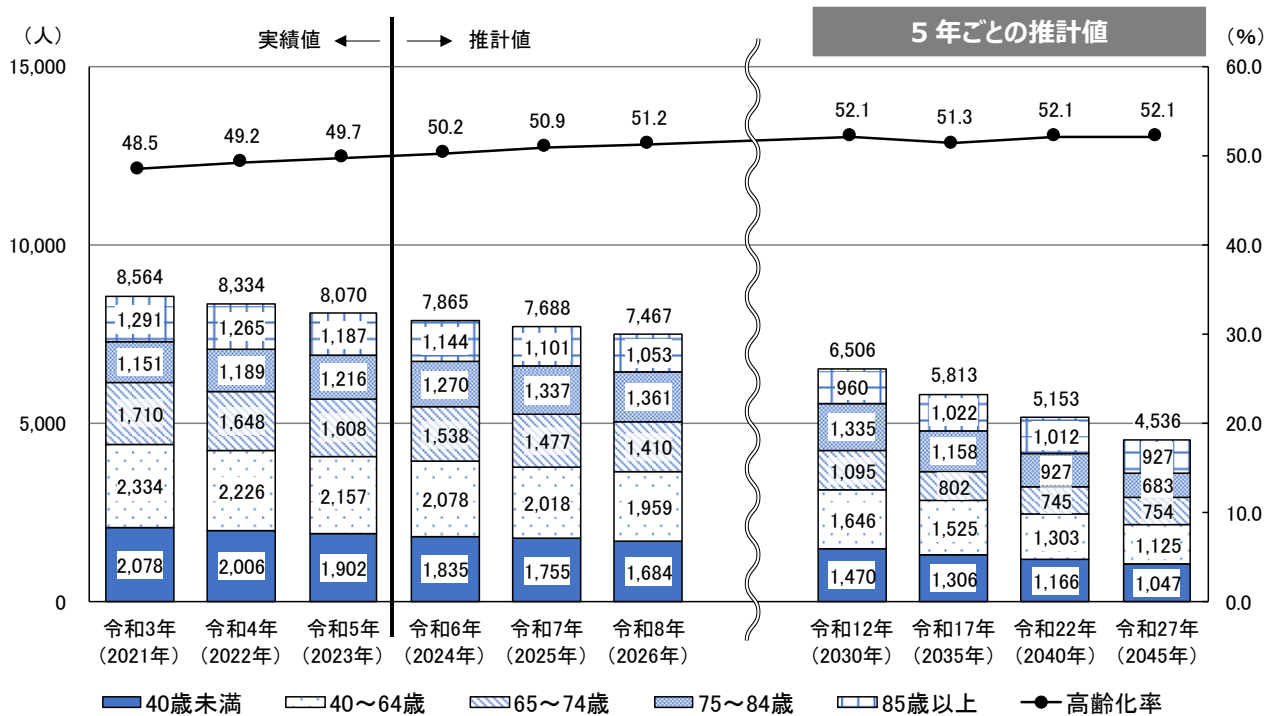
注：人口、高齢者数は、住民基本台帳及び外国人登録人口（令和 5(2023)年 9 月末現在）。

第2章 高齢者を取り巻く状況

1 高齢者人口等の状況

(1) 高齢者人口の推移と推計

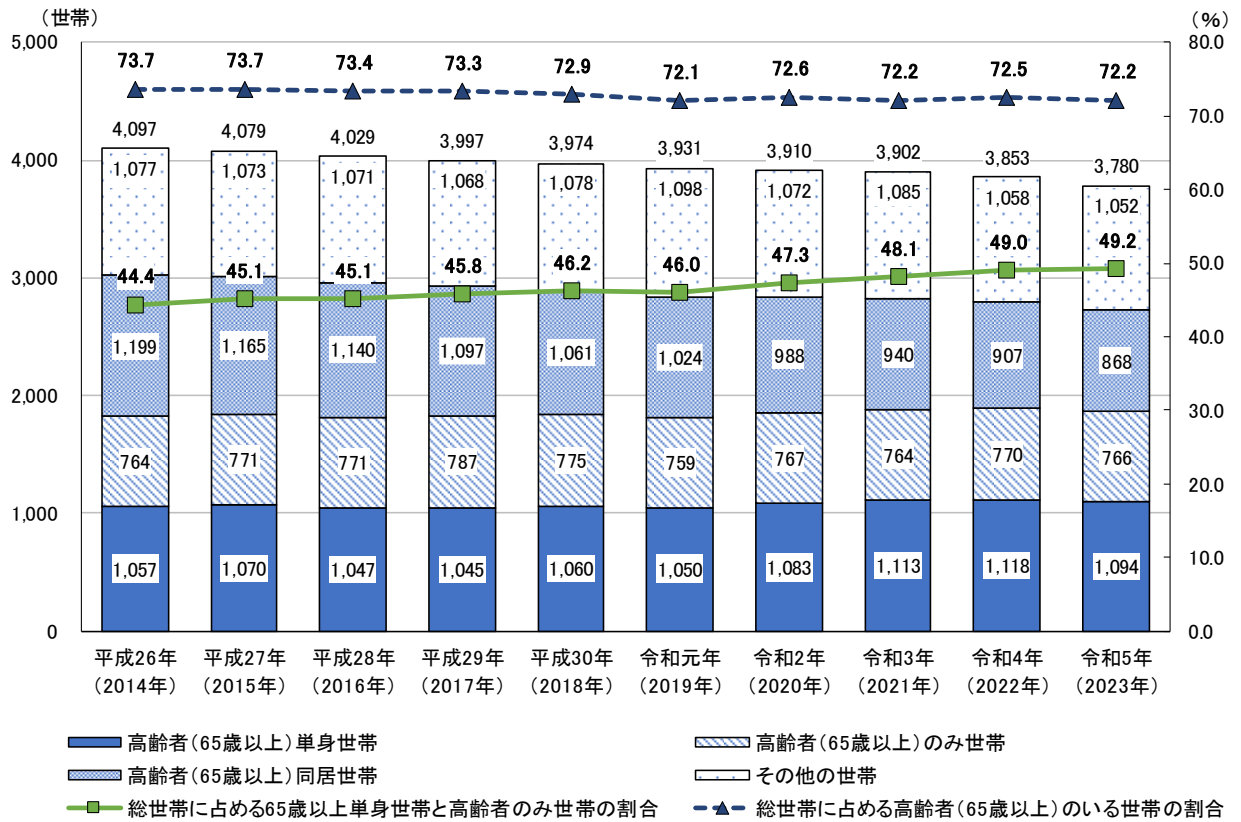
町の人口は減少傾向で推移しており、令和27（2045）年では4,536人になると推計されます。
 高齢化率は令和6（2024）年に50%を超えますが、その後は52%台で推移していくことが予想されます。



- ・住民基本台帳+外国人登録人口 令和3(2021)年～令和5(2023)年は9月末時点の実績値
- ・令和6(2024)年～令和8(2026)年は住民基本台帳の実績値よりコーホート変化率法による推計値
- ・令和12(2030)年～令和27(2045)年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」による推計値

(2) 高齢者世帯の推移

高齢者単身世帯と高齢者のみ世帯数は横ばい傾向にありますが、全体の世帯数が減少していく中で、総世帯に占める高齢者単身世帯と高齢者のみ世帯の割合は、増加傾向で推移しています。



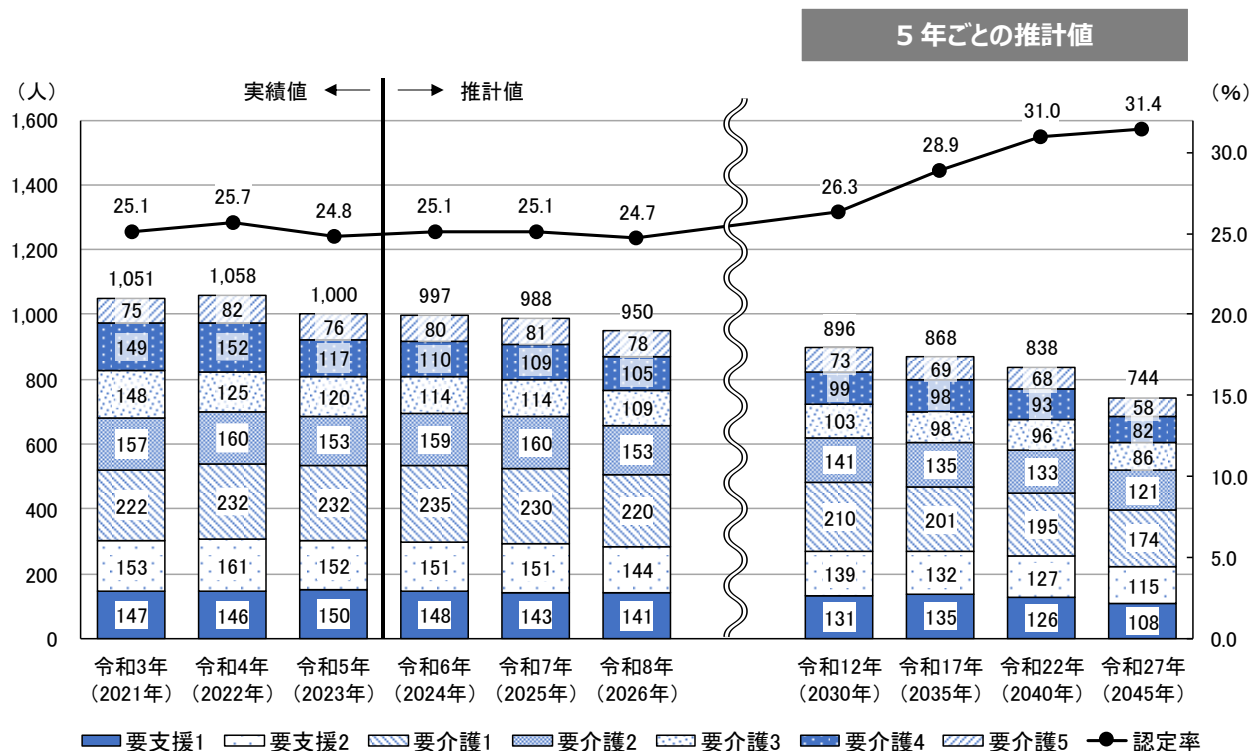
※ 住民基本台帳による世帯数(各年9月末)

2 介護保険の状況

(1) 要介護等認定者数の推移と推計

要介護（要支援）認定者数の推計をみると、第9期（令和6（2024）年～令和8（2026）年）中は減少傾向で推移すると見込まれ、令和22（2040）年には838人になると推計されます。

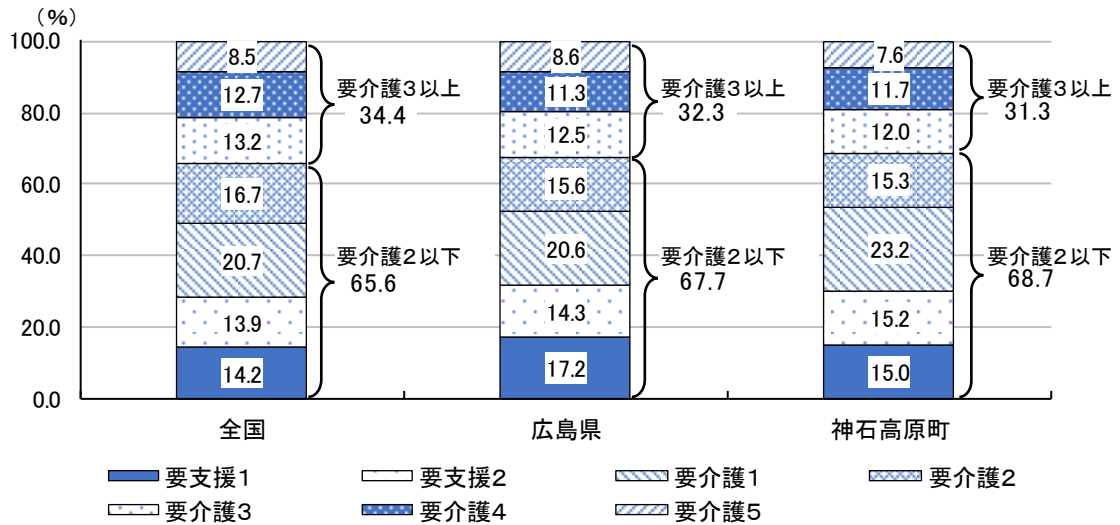
認定率は25%弱で推移していきますが、令和22（2040）年には30%を超えると推計されます。



※実績値は介護保険事業状況報告（各年9月末）
 推計値は「見える化」システム将来推計より
 認定者数は第1号被保険者及び、第2号被保険者の合計

■要介護度の割合

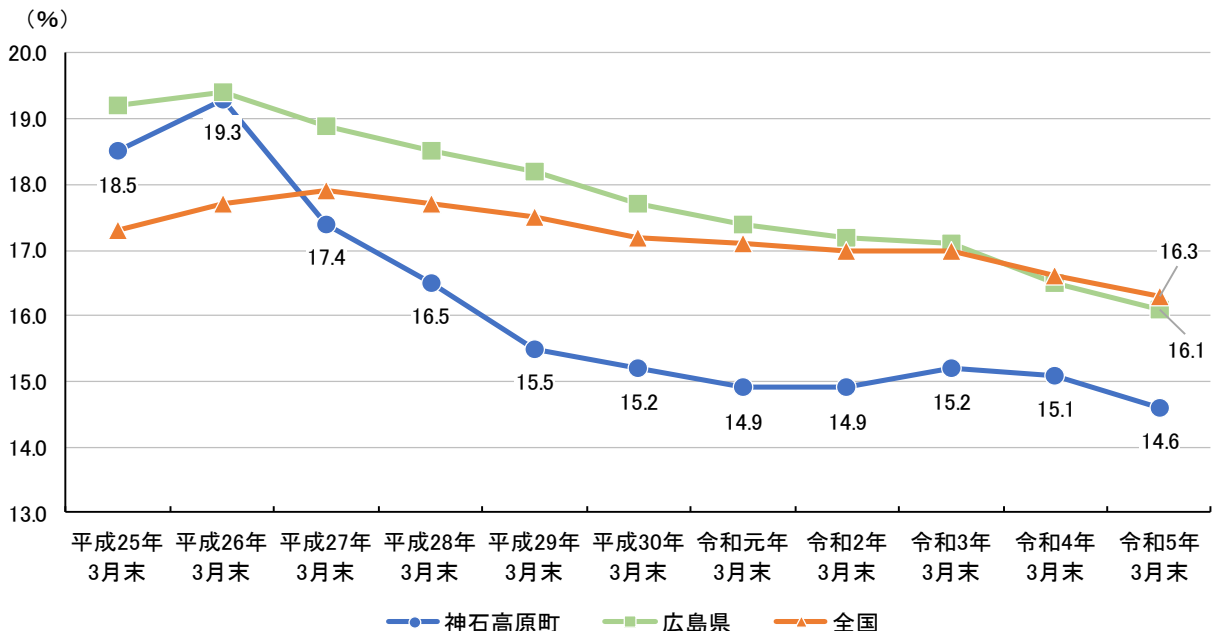
要介護度の割合をみると、比較的軽度と考えられる要介護2以下の割合は全国、広島県に比べて高く、重度である要介護3以上の割合は全国、広島県に比べて低くなっています。



※ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報(令和5(2023)年9月)

■調整済み認定率の推移

調整済み認定率の推計をみると、全国、広島県に比べて低い割合で推移しており、令和5(2023)年3月末時点の調整済み認定率は14.6%となっています。

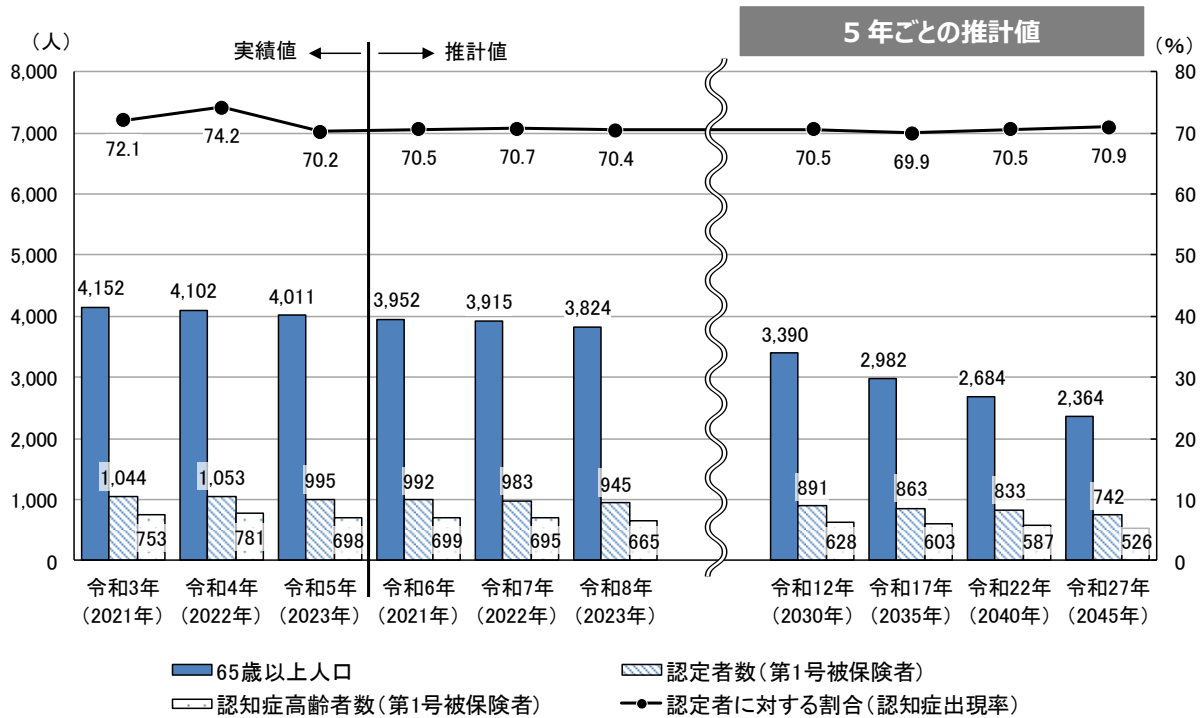


※ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和3、4、5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

※調整済み認定率とは：第1号被保険者の性・年齢構成が、どの地域も全国平均やある地域の一時点と同様になるように性・年齢調整を行った指標です。性・年齢調整を行うことにより、第1号被保険者の性・年齢構成以外の要素の認定率への影響について、地域間・時系列で比較がしやすくなります。

(2) 認知症高齢者数の推移と推計

認知症高齢者数（認知度Ⅱa以上）は、令和5（2023）年度で698人となっています。認知症高齢者数は微減で推移しますが、認定者に対する認知症高齢者の割合（認知症出現率）は70%前後のまま推移する見込みです。



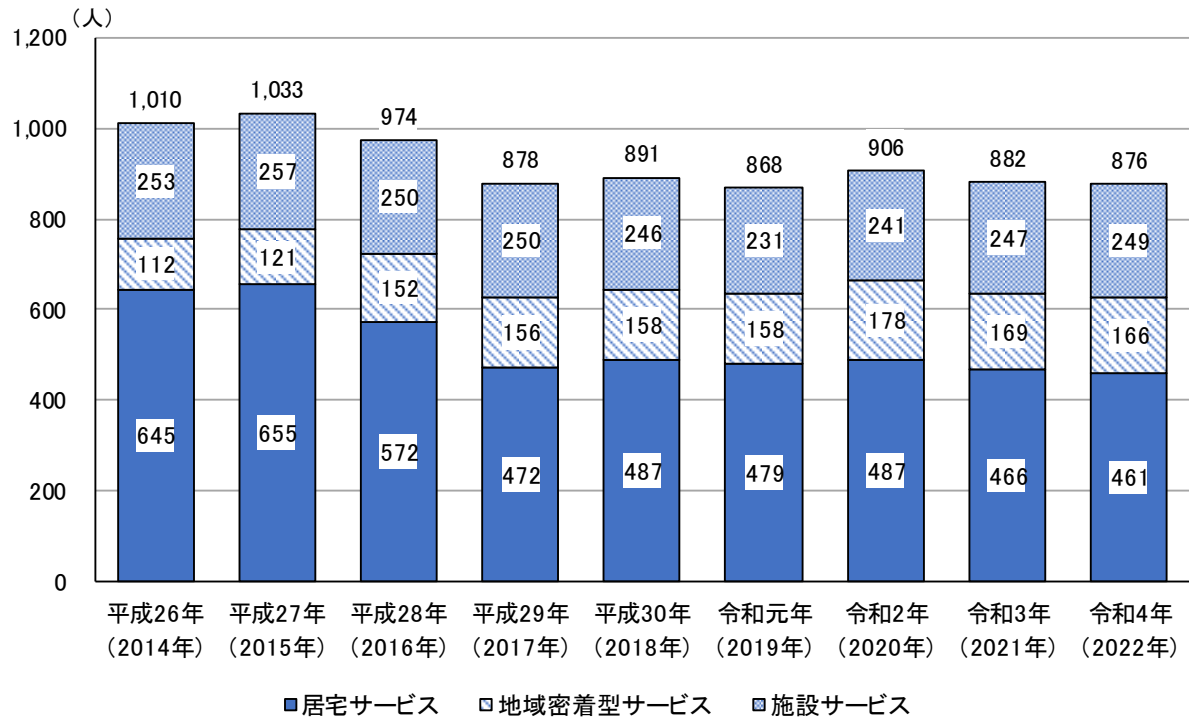
※認知症高齢者数は「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa以上の人数(各年9月末)
 令和6(2023)年以降は推計値(令和5(2023)年の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa以上の認定者(第1号被保険者)に占める割合を、将来の要介護(支援)認定者数に乗じて算出)。

(3) 介護サービスの利用状況

利用者数の推移

介護サービス利用者数は、平成29（2017）年度以降、横ばいで推移しています。

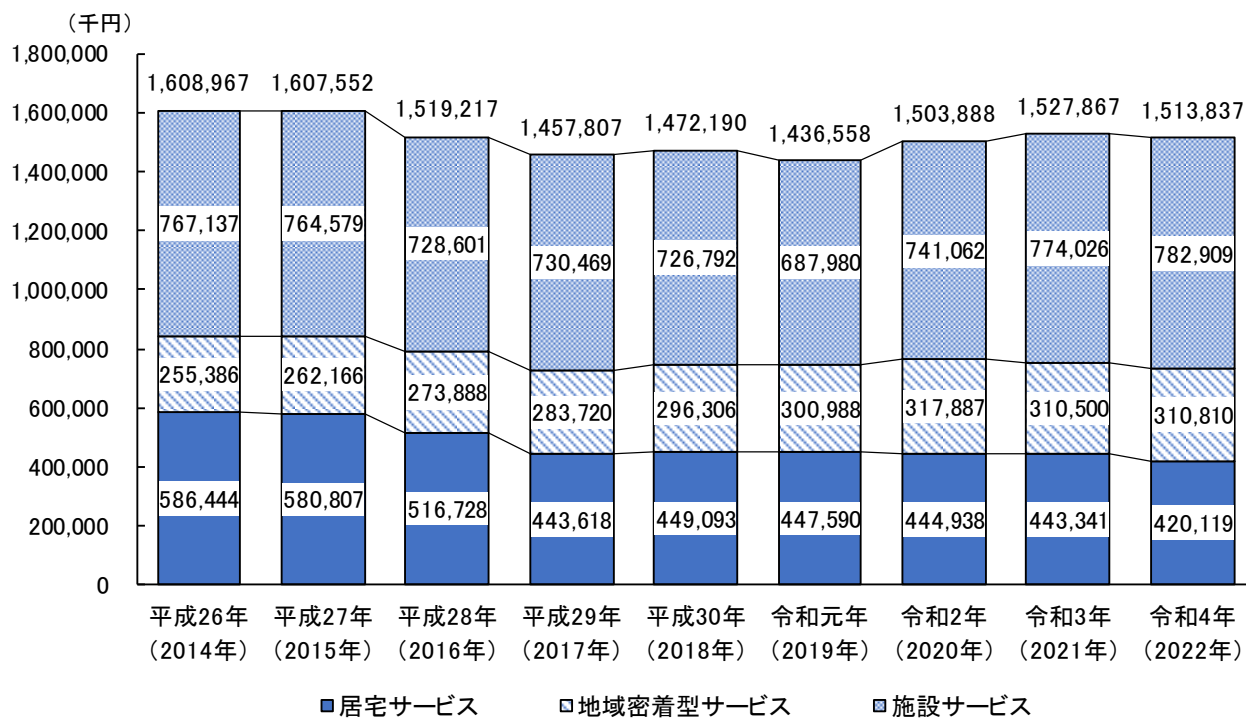
介護サービス種類別にみると、令和4（2022）年度で、居宅サービス利用者が全体の約5割、施設サービス利用者が約3割、地域密着型サービス利用者が約2割となっています。



※ 介護保険事業状況報告。数値は、1年間(3月サービス分から2月サービス分)の月平均利用者数

給付費の推移

介護給付費の推移をみると横ばいで推移しています。施設サービス、地域密着サービスは横ばい
にあり、居宅サービスは令和4（2022）年に減少しています。



※ 介護保険事業状況報告

介護給付費の計画値及び実績値

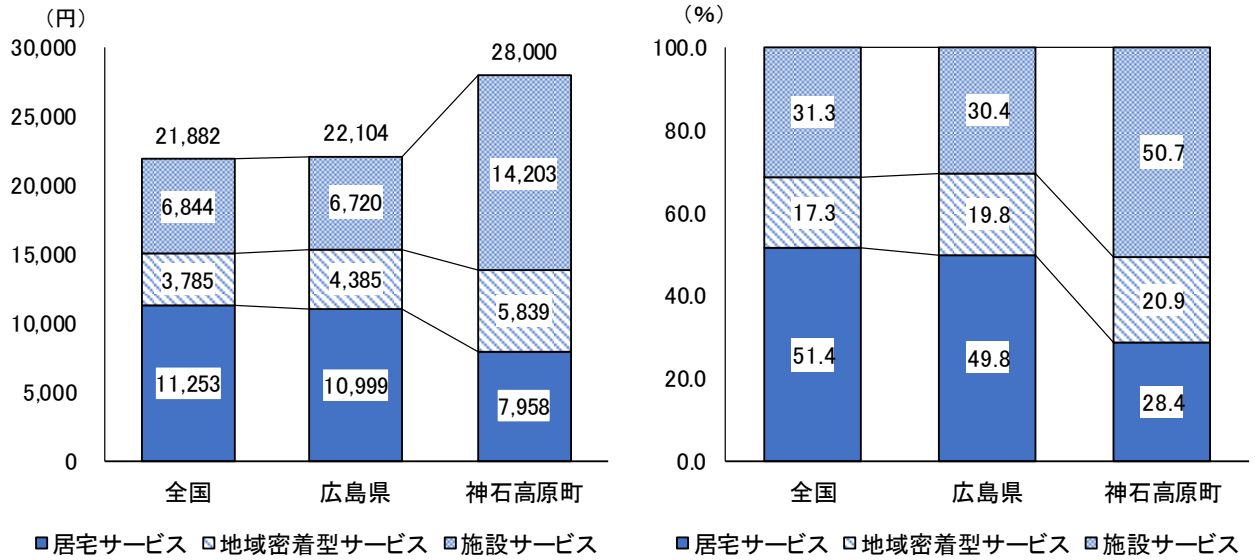
(単位：千円)

	令和3(2021)年度			令和4(2022)年度			令和5(2023)年度		
	計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比	計画値	見込値	対計画比
(1) 居宅介護(予防)サービス									
訪問介護	46,798	41,730	89.2%	46,124	40,250	87.3%	45,352	44,816	98.8%
訪問入浴介護	0	411	-	0	63	-	0	147	-
訪問看護	9,582	6,178	64.5%	8,911	5,528	62.0%	8,246	7,237	87.8%
訪問リハビリテーション	1,241	1,913	154.2%	1,242	1,768	142.3%	1,242	1,987	160.0%
居宅療養管理指導	3,232	2,623	81.2%	3,135	3,018	96.3%	3,135	4,218	134.6%
通所介護	138,873	130,165	93.7%	136,304	105,031	77.1%	132,316	100,328	75.8%
通所リハビリテーション	57,149	55,563	97.2%	54,765	51,080	93.3%	52,860	46,419	87.8%
短期入所生活介護	55,349	60,641	109.6%	54,249	57,939	106.8%	50,495	44,752	88.6%
短期入所療養介護(老健)	10,912	12,952	118.7%	10,918	8,778	80.4%	10,918	7,770	71.2%
短期入所療養介護(病院等)	0	0	-	0	0	-	0	0	-
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	-	0	0	-	0	0	-
福祉用具貸与	35,243	37,892	107.5%	33,925	41,826	123.3%	32,787	40,022	122.1%
特定福祉用具購入費	2,153	2,105	97.8%	2,153	2,182	101.4%	2,153	1,935	89.9%
住宅改修費	3,816	4,590	120.3%	3,816	6,640	174.0%	3,816	4,535	118.8%
特定施設入居者生活介護	30,348	22,238	73.3%	30,365	33,162	109.2%	30,365	37,575	123.7%
(2) 地域密着型(予防)サービス									
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,947	1,943	99.8%	1,948	1,434	73.6%	1,948	5,533	284.0%
夜間対応型訪問介護	0	0	-	0	0	-	0	0	-
地域密着型通所介護	41,198	41,405	100.5%	40,892	41,492	101.5%	39,576	42,977	108.6%
認知症対応型通所介護	34,309	24,582	71.6%	34,328	29,153	84.9%	33,143	30,411	91.8%
小規模多機能型居宅介護	24,767	18,497	74.7%	24,780	16,205	65.4%	24,229	25,368	104.7%
認知症対応型共同生活介護	181,542	185,380	102.1%	181,643	182,890	100.7%	181,643	195,807	107.8%
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	-	0	0	-	0	0	-
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	38,204	38,057	99.6%	38,226	37,992	99.4%	0	29,398	-
看護小規模多機能型居宅介護	3,695	636	17.2%	3,697	1,643	44.4%	3,697	0	0.0%
(3) 施設サービス									
介護老人福祉施設	348,334	346,129	99.4%	348,527	352,016	101.0%	382,379	352,203	92.1%
介護老人保健施設	384,930	410,853	106.7%	385,144	414,096	107.5%	385,144	378,278	98.2%
介護医療院	9,713	648	6.7%	9,719	13,625	140.2%	9,719	13,296	136.8%
介護療養型医療施設	3,877	16,396	422.9%	3,879	3,172	81.8%	3,879	4,325	111.5%
(4) 介護予防支援・居宅介護支援	67,632	64,340	95.1%	65,551	62,854	95.9%	63,598	62,648	98.5%
合計	1,534,844	1,527,867	99.5%	1,524,241	1,513,837	99.3%	1,502,640	1,481,984	98.6%

※「見える化」システム 総括表

高齢者一人あたり費用の比較

高齢者一人あたりの費用を国・県と比較すると、全国・広島県に比べて居宅サービスの費用が少なく、施設サービスの費用が非常に高くなっています。

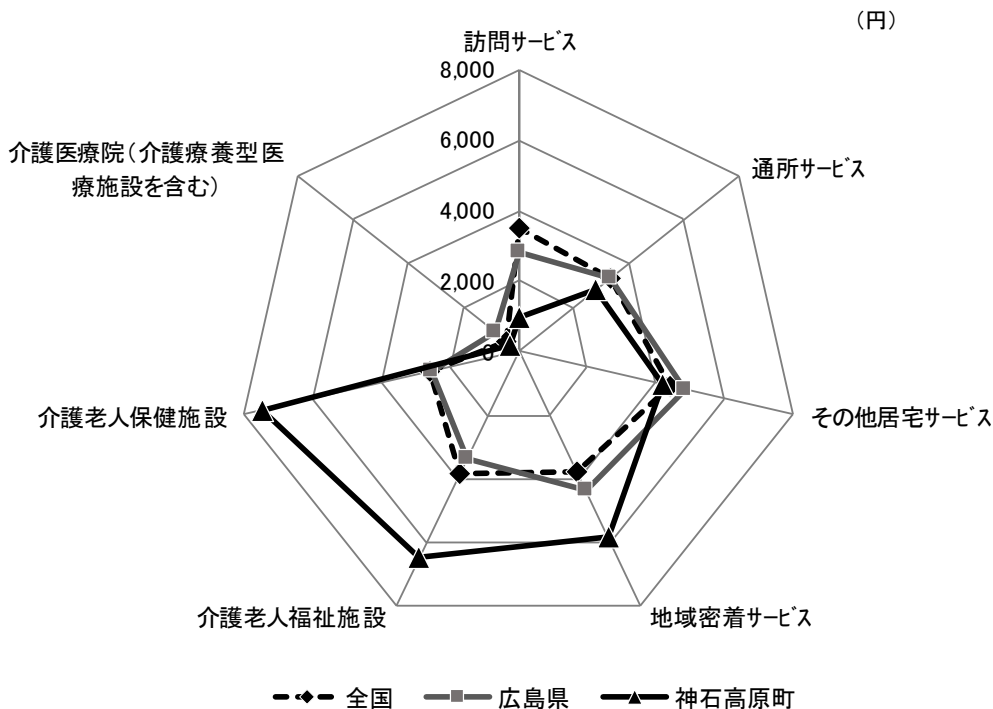


※ 介護保険事業状況報告 月報(令和5年4月分)

高齢者一人あたりサービス費用の比較

高齢者一人あたりサービス費用の状況を種類別にみると、介護老人保健施設、介護老人福祉施設及び地域密着型サービスの費用割合は全国・広島県に比べて高くなっています。

訪問サービスは全国・広島県に比べて低くなっています。



※ 介護保険事業状況報告 月報(令和5年4月分)

地域支援事業の計画値及び実績値

■介護予防・日常生活支援総合事業

サービスの種類		令和3年度(2021)		令和4年度(2022)		令和5年度(2023)	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護予防・生活支援サービス事業							
介護予防・生活支援サービス	訪問型サービス	480人	507人	480人	474人	480人	444人
	通所型サービス	1,440人	1,254人	1,440人	1,267人	1,440人	1,212人
介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント	1,400件	894件	1,400件	882件	1,400件	820件
一般介護予防事業							
介護予防普及啓発事業	介護予防教室・出前講座開催	15件	75件	15件	77件	15件	61件
地域介護予防活動支援事業	通いの場の新規設置 (いきいき百歳体操普及)	3件	2件	3件	2件	3件	2件
	高齢者筋力トレーニング事業参加者数	200人	172人	200人	157人	200人	170人
地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーション専門職員派遣	35回	5回	35回	13回	35回	15回

■ 包括的支援事業・任意事業

サービスの種類		令和3年度(2021)		令和4年度(2022)		令和5年度(2023)	
		計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
包括的支援事業							
地域ケア会議	地域ケア会議	6回	0回	6回	0回	6回	0回
	各種ネットワーク会議開催(地域包括連絡調整会議等)	60回	49回	60回	50回	60回	56回
生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーター配置人数	1人	1人	1人	1人	1人	1人
認知症総合支援事業	初期集中支援アセスメント	20人	18人	20人	35人	20人	16人
	認知症予防教室、認知症予防カフェ参加者数	70人	91人	90人	102人	100人	111人
任意事業							
介護給付費適正化事業	主要5項目の実施	5項目	5項目	5項目	5項目	5項目	5項目
家族介護支援事業	介護者激励手当	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	家族介護者教室及び家族介護継続支援事業	30回	0回	30回	1回	30回	5回
認知症サポーター養成事業	サポーター養成人数	100人	58人	100人	120人	100人	44人
成年後見制度利用支援事業	制度利用者の促進	1人	6人	1人	7人	1人	3人

3 前期計画（第8期高齢者プラン）における事業評価

(1) 事業の実施状況と課題

介護予防・健康づくりの推進

事業	実施状況・課題
介護予防・健康づくりの啓発	<p>コロナ禍から自宅での「いきいき百歳体操」をケーブルテレビで提供し、認知症やフレイル予防等、介護予防等に関する情報をケーブルテレビ、町の広報紙、ホームページを通じて発信している。</p> <p>通いの場や出前健康教室にも出向き、介護予防の普及を図っている。</p> <p>「いきいき体操」もケーブルテレビやインターネットを通じて広く普及啓発している。</p>
介護予防・日常生活支援総合事業の推進	<p>令和3(2021)年度から、80歳以上の世帯で介護サービス未利用者に実態調査と複数のチェックを行う訪問プログラムを開始。毎年90歳以上の世帯にも経過観察訪問を行う。月1回の地区連絡会議で情報共有し、必要な人にはフォロー訪問や支援方針を確認し早期対応を行っている。</p> <p>4地区で行う「いきいきハビリ教室」では、前期・後期で120人以上が参加し、フレイル予防の成果が確認されている。課題は機器老朽化や送迎サービス、事業所対応人員の差。</p> <p>「いきいき百歳体操」を毎週集まって行う通いの場の新規立ち上げ支援を行い現在34ヶ所で開催されており、専門職の指導や交流会で継続支援を実施。年1回の体力測定と個別アセスメントを通じて参加者に助言し、継続的な参加を促進している。</p>
健康づくりの推進	<p>出前健康教室で様々なテーマで年間30回以上実施しているが、決まった団体からの申込みが多い。</p> <p>年4回保健委員研修会を開催し、健康づくり講演会や幅広い健康テーマに焦点を当てて健康教育を行う一方、なり手不足の問題があり、制度の見直しを行う。課題として、参加率向上や活動内容の改善が挙げられる。また、新型コロナウイルス感染症の影響等により、歯科保健講演会の開催も難しい状況もあった。</p>
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	<p>令和4(2022)年度から、ハイリスクアプローチとして、『未治療者・治療中断者への受診勧奨』、『医療機関受診中で、受診勧奨判定値がある者への保健指導』、『口腔・栄養指導』等を実施している。</p> <p>ポピュレーションアプローチとして、通いの場2ヶ所でフレイル予防について年4回ずつ指導や体力測定を行い、保健指導を実施した。</p>

生活支援の充実

事業	実施状況・課題
福祉意識の醸成	<p>「地域包括支援センターだより」のコーナーを町の広報紙に毎月掲載し、相談窓口と介護予防の普及啓発を行っている。また、町の広報紙・ケーブルテレビ・ホームページ・告知放送・出前健康教室・一体化事業等のあらゆる機会を通じて啓発を実施している。</p> <p>福祉協力校と調整し、中学生の福祉体験研修や認知症サポーター養成講座等を行う。</p>
地域福祉活動の推進	<p>年に1度避難行動要支援者名簿を更新し、避難行動要支援者を把握。</p>
生活支援体制整備事業の推進	<p>生活支援コーディネーターを1名配置し、第1層・第2層協議体にて自助・互助・見守り支援等について協議し研修を行っている。</p> <p>「見守りガイド」「くらしのお助け帳」の構成の見直し、活用について課題を抽出。</p>
高齢者の見守り活動の推進	<p>高齢で体調不安・社会参加やつながりがない人で見守りが必要な人に、月1回見守り訪問員が訪問し、地区連絡会で経過を報告し関係者で情報共有している。</p>

事業	実施状況・課題
高齢者外出支援の充実	ふれあいタクシー制度の導入により、交通利便性は大幅に向上。一方で、中国バスと町営バスの利用者が減少し、中国バス路線は7路線から3路線に縮小。現在、利用者の大部分は高校生で、他の利用者の増加や代替案が課題となっている。
在宅生活支援の充実	町内の2事業所が配食サービスを提供しており、原材料費の高騰等が課題となっている。ホームページや福祉サービス一覧を通じて配食サービスの利用促進が行われている。買い物支援事業は10年経過し、モデル事業としての終了が決まっているが、新坂・草木地域と業者との協定により継続される。神石さわやかネット事業は22年目に入り、さわやかさんの高齢化と次世代会員の確保が課題となっている。
介護者支援の充実	各居宅支援事業所で介護家族向けに知識や技術を学ぶ教室を開催。新型コロナウイルス感染拡大の影響で開催が制限された。

多様な住まいの提供

事業	実施状況・課題
多様な住まいの提供	施設の紹介パンフレット・ホームページの内容を適宜更新し、活用している。課題は、施設の老朽化による補修が増えていることである。

高齢者にやさしい地域づくり

事業	実施状況・課題
防災対策の充実	自主防災組織の支援では活動内容のマンネリ化が課題。訓練バリエーション拡充と新たな参加者の確保が必要。自主的な防災士の資格取得を呼びかけるが、なり手が限られている。周知方法の検討も必要。
交通安全対策の充実	テント村や交通安全週間等で交通安全意識向上に取り組む。高齢者向けのサポカーやセニアカー講習会、交通安全教室を開催。ふれあいタクシー制度と連動して免許返納者支援事業を創設し、返納の推進を図っている。
防犯・消費者被害防止対策	広報や全戸放送等で情報提供を行う。関係各課との連携により適切な助言等で問題解決に向かった。
災害・感染症対策の推進	県、町内関係部署と連携して、介護事業所等における新型コロナウイルス感染症の発生時に必要な物資(マスク、フェイスシールド等)の備蓄・調達・輸送体制を整備し、無償提供を行った。

自立支援・重度化防止の推進

事業	実施状況・課題
自立支援型地域ケア個別会議におけるケアマネジメント支援	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため年1回の実施となる。課題は助言者不足と後継者不足、会議の準備にかかる労力。
地域リハビリテーション体制の推進	フレイル予防の普及啓発と社会参加を呼びかけ、地域の通いの場へリハビリテーション専門職等が出向き指導した。地域ケア会議へ参加し、在宅での自立支援に向け助言をし、在宅支援の向上とスキルアップを図った。

地域共生社会の推進

事業	実施状況・課題
障害者及び子育て支援部署との連携強化	具体的な事例を通じて、障害者及び子育て支援部署・包括支援センターと定期的にケア会議を行い連携し支援の方向性を確認した。
地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築	庁舎内で課係を横断的に情報共有し連携をとりながら重層的な関わりを行っている。

地域包括支援センターの機能強化

事業	実施状況・課題
地域包括支援センターの評価を通じた業務改善や体制整備の推進	広報紙やケーブルテレビ等を通じて相談窓口を広く周知し、連携して対応している。検討課題に合わせた地域ケア会議、地区連絡会議等を実施し、地域課題の抽出・情報共有・支援対策を行っている。地域資源に限りがあるため、新たな資源開発や政策形成まで至っていない。
高齢者の権利擁護の推進	社協と共催で成年後見人制度の研修会を実施した。高齢独居・認知症の人が増えており、成年後見人制度の理解を促進し、利用に向けて支援をした。成年後見制度の利用者に向けての費用助成制度はあるが、利用がない状況。近年の申立件数は少ないが、今後は増えてくる見込み。かけはしの生活支援員の高齢化に伴い、支援員養成が必要。
高齢者の虐待防止の推進	高齢者虐待防止ネットワークを構築し、行政と各種団体、介護事業所等が連携し虐待防止に取り組んだ。

医療・介護連携の推進

事業	実施状況・課題
医療提供体制の充実	神石高原町立病院(以下、「町立病院」という)の新築移転により、一般病床、地域包括ケア病床が増床となり、地域完結型の医療を推進するためのハード面の整備を行った。人口減による患者数の減少により、病院運営形態の見直しも視野に入れる必要がある。神石高原町医療従事者育成奨学金貸付制度で毎年2名程度の貸付を行っており、町内看護師の雇用安定化の一部を担っている。雇用の継続が課題。
在宅医療・介護連携の推進	神石高原町立病院連携室・居宅支援事業所・地域包括支援センターで在宅支援に向けた課題と対応について医療介護連携会議を行っている。「在宅医療連携について」「ACPについて」多職種連携研修会を実施した。出前健康教室やケーブルテレビで町内4人のACP普及推進員で普及啓発を行っている。高齢独居・高齢のみ世帯で遠方に親族がいる人が多く、緊急時の対応が課題。

普及啓発と予防

事業	実施状況・課題
認知症サポーター養成とキャラバン・メイトの活動推進(チームオレンジの整備)	認知症サポーター養成講座を毎年実施し、地域の認知症への理解を深めている。これまでの受講者を対象にフォローアップ研修としてステップアップ講座を実施しているが、その後の具体的活動までにはつながっていない。 現在、神石高原町での「チームオレンジ」設置数は1である。
認知症予防教室(脳いきいき教室)	認知症の疑いやMCI、閉じこもりで重症化予防が必要な方々に、毎週1回の12回の教室を3カ月間実施して認知症予防を行っている。教室運営支援員の養成研修も年次で行う。「脳いきいき教室」終了後、社会参加を促し、3カ月後に認知症地域支援推進員がフォロー訪問を行っている。

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

事業	実施状況・課題
認知症初期集中支援チーム	月に1回、認知症初期集中支援チーム員会議を開催。専門家でケース検討を行い、終了後と経過観察中の報告・情報共有を行っている。
認知症地域支援推進員	3名の認知症地域支援推進員を設置し、訪問活動と認知症予防と共生の普及啓発を行っている。 神石高原町立病院の週1回のもの忘れ外来に同席し支援の方向性を確認し、早くから本人・家族との関係づくりとフォロー体制を築いている。
認知症予防カフェ	認知症カフェ1ヶ所、予防カフェ4ヶ所で活動支援を行い、楽しみながら認知症の予防と相談を行っている。予防カフェの4ヶ所の内、2ヶ所は住民運営に移行し、2ヶ所は移行しつつある。

認知症バリアフリーの推進

事業	実施状況・課題
認知症高齢者等見守り訪問事業	月に1回の各地区連絡会議で閉じこもりや認知症の疑いのある人の情報を共有し、見守り体制を整備している。
高齢者等SOSネットワーク事業の推進	高齢者等SOSネットワークへの登録が少なくなってきた。

介護人材の確保と業務効率化

事業	実施状況・課題
介護人材の確保	介護職員初任者研修受講支援事業において介護職員初任者研修の受講費を補助している。
業務の効率化	国の標準様式の使用、電子データ受付等、負担軽減を図っている。

介護給付の適正化

事業	実施状況・課題
介護給付費適正化の取組事項 (主要5事業)	主要5事業(要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修等の点検、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費通知)を実施。
介護支援専門員の資質向上に向けた取組	新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から資質向上研修会を中止した。

保険者機能の強化

事業	実施状況・課題
保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の活用	保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金を活用して、生活支援体制整備事業等を行った。

(2) 指標の結果

指標	第8期プラン策定時		令和5(2023)年12月現在	
	令和2 (2020)年度 現状	令和5 (2023)年度 目標	令和4 (2022)年度 実績	令和5 (2023)年度 見込み
軽度認定率 (要支援1、2及び要介護1の認定率)	12.5%	12.5%以下 (維持)	13.2%	13.2%
通いの場の参加者の割合	15.7%	18%	10.7%	10.7%
町内の高齢者居住施設入居率	67%	80%	81%	69%
避難行動要支援者名簿の登録率 (平常時から名簿情報を提供することに同意した人の率)	61.9%	65%	75.3%	62.9%
地域ケア個別会議におけるケアマネジメント支援	年2回開催	年6回開催	年1回開催	年2回開催
(地域リハビリテーションに関すること) 「生活機能向上連携加算」算定者数	0人	10人	3人	3人
ACP普及推進員の配置	0人	2人	4人	4人
チームオレンジの設置	0か所	4か所	0か所	1か所
高齢者等 SOS ネットワーク事前登録者数	12人	30人	35人	38人
ケアプラン点検の実施	町内全事業所	町内全事業所 (継続)	3事業所/ 4事業所	町内全事業所
介護サービス事業所の運営指導件数	年間2件	年間3件	年間2件	年間2件

4 事業所等ヒアリングのまとめ

介護保険サービス事業者及び社会福祉協議会、シルバー人材センターへのヒアリングに関し、下記のとおり神石高原町の事業所等の現状における特徴や課題をまとめました。

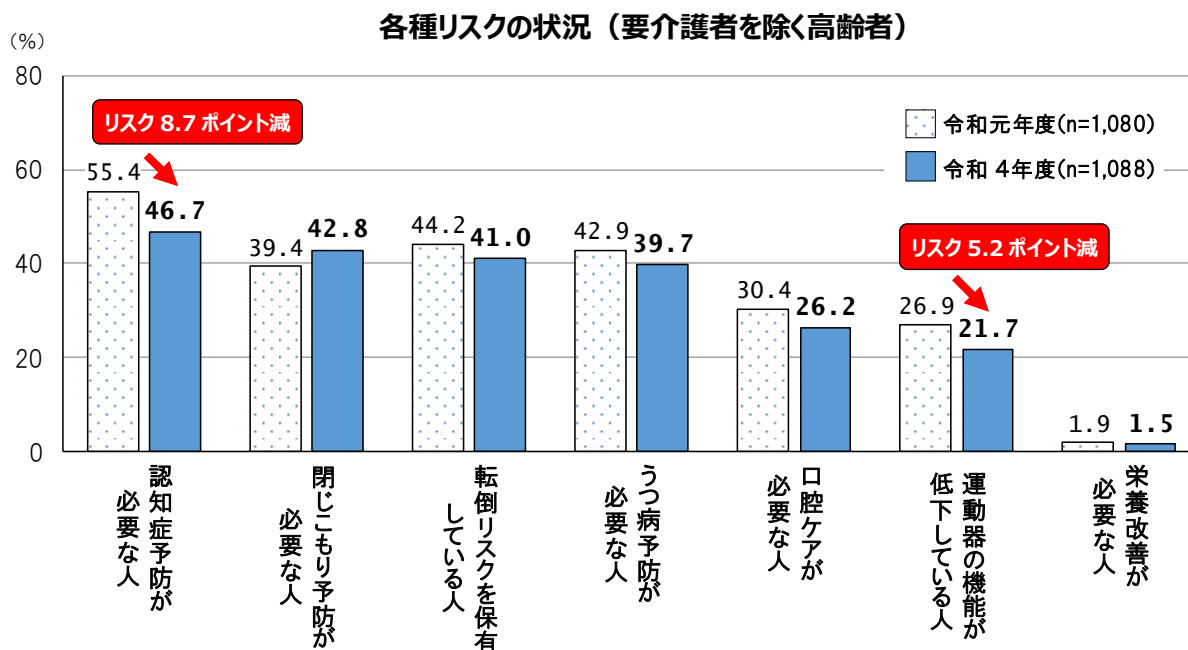
特徴・課題

- 介護人材に関して、現在多くの事業所が人員不足に悩んでいます。さらに、既存の職員が高齢化しており、経験豊富な人材の後継者を育成することが急務となっています。年齢層が似通っているため、若い世代の育成や多様な研修を導入することが求められています。
- 病院との連携に関しては、良好に行われており、多くの事業所が町立病院と連携しています。この連携により、患者のスムーズな受け入れや情報共有が行われ、地域内での連携医療体制の一翼を担っています。町立病院の役割はますます大きくなっており、地域全体の医療・介護提供において不可欠な存在となっています。
- 外国人材の採用に関しては、一部の事業所では積極的に取り組んでおり、円滑な進行が見られる良い事例があります。これは他の事業所にとっても参考になると考えられます。
- ICT(情報通信技術)や介護ロボットの導入に関しては、まだ十分に進んでいるとは言い難い状況ですが、一部の事業所では取組を進めています。特に病院との情報共有において、ICTの活用を求める声があります。デジタルツールの導入により、情報の迅速な共有や効率的な連携が実現できる可能性があります。
- コロナ禍によって、従来の交流の場が制限を受けたことで、他の事業所との意見交流の場の復活を求める声が上がっています。情報やノウハウの共有は、業界全体の発展に寄与することが期待されています。
- 生活支援サービスでは、買い物や見守り・安否確認等のサービスにおいて、支援者の高齢化と次世代の担い手不足が深刻な課題となっています。これらのサービスは地域の高齢者にとって重要であり、質の高い支援の提供を維持するためには、適切な人材の確保と育成が必要です。新たなアプローチや効率的なプログラムの開発が求められています。

5 アンケート調査結果のまとめ

(1) 各種リスクの状況（要介護者を除く）

■介護予防・日常生活圏域ニーズ調査



各種リスクのうち、「認知症予防が必要な人」「閉じこもり予防が必要な人」「転倒リスクを保有している人」「うつ病予防が必要な人」の割合が高くなっています。

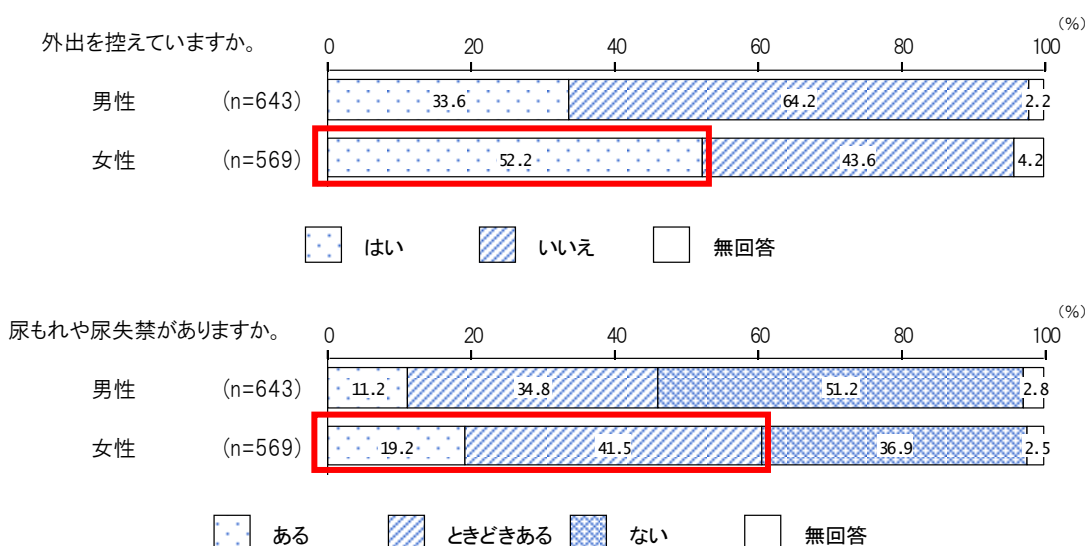
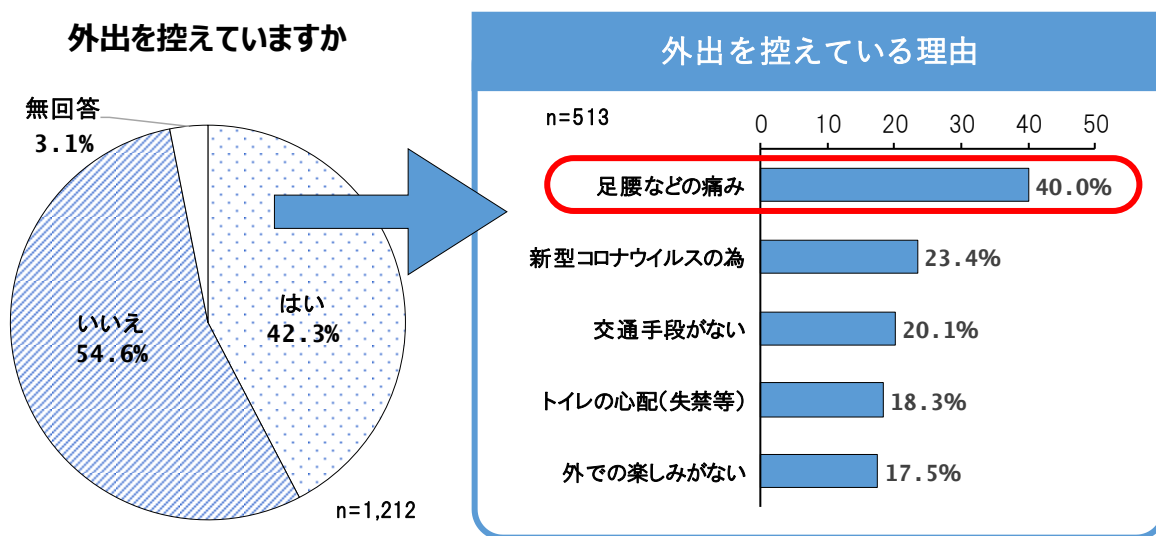
ただし、前回調査（令和元年度）と比較すると、「認知症予防が必要な人」「運動器の機能が低下している人」でリスク保有者の割合が減少しています。

認知症は、主に高齢者に関連があり、高齢者人口が増加している本町では重要な課題です。予防策には、社会的な活動の促進、適度な運動、脳を活性化する認知トレーニング、健康的な食事が含まれます。また、家族へのサポートも重要となります。

一方で、「認知症予防が必要な人」「運動器の機能が低下している人」のリスク保有者の割合が前回の調査に比べて減少しているという良い傾向が見られます。これは、認知症予防や運動促進に関する様々な支援や活動が効果を発揮している可能性があります。この傾向を維持し、健康的な生活習慣を促進していくことが、高齢者の健康な生活を支える鍵となります。

(2) 外出について

■介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

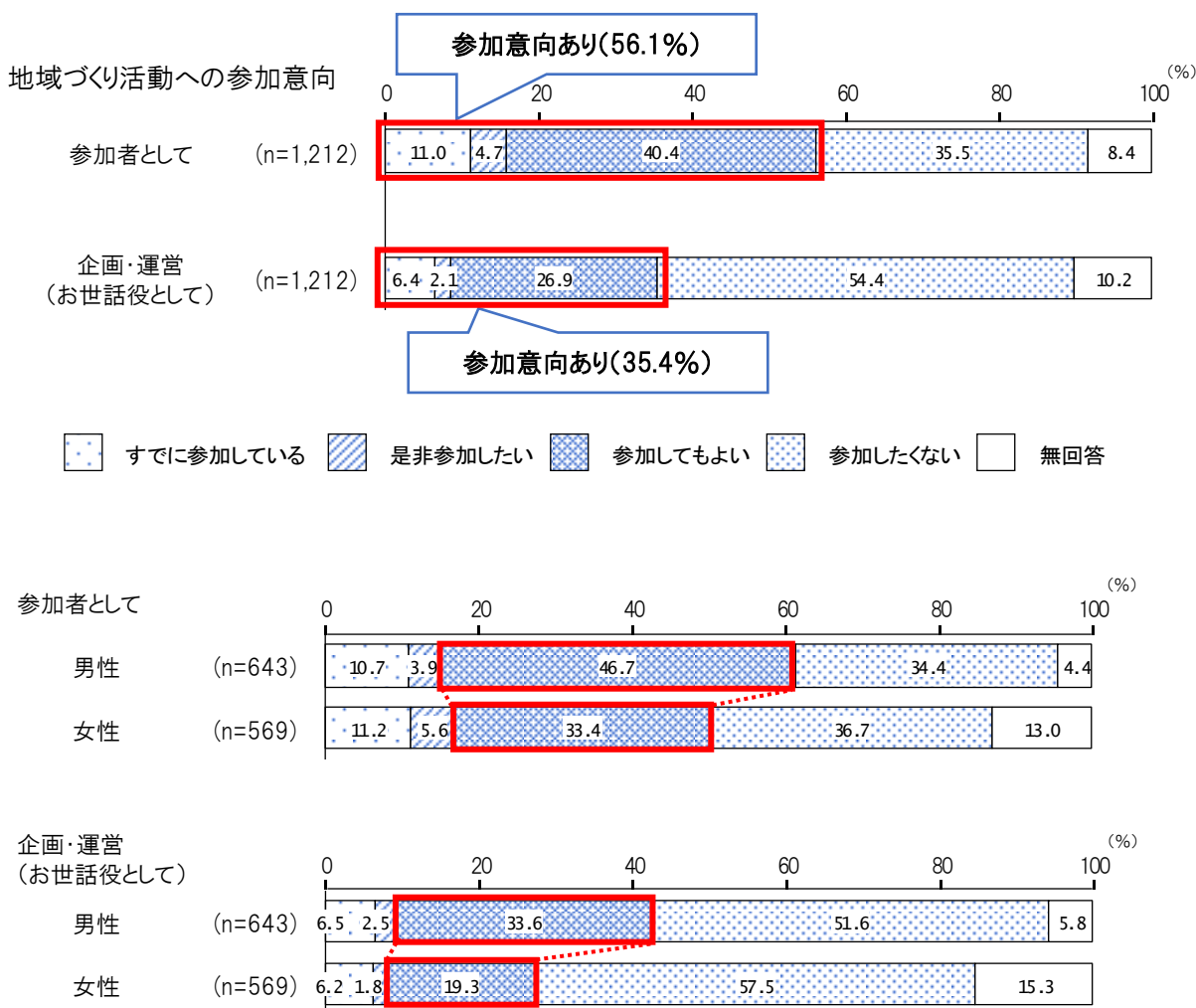


外出を控えていると回答された方は42.3%となっています。外出を控えている理由として「足腰などの痛み」の割合が高くなっています。女性で外出を控えている方は52.2%と、男性に比べ割合が高くなっています。外出を控えている理由で「トイレの心配（失禁等）」があげられていますが、尿もれや尿失禁の有無の設問をみると、女性の方が男性に比べ、尿もれや尿失禁が「ある+ときどきある」の割合が高くなっています。

足腰の痛みや尿もれ・尿失禁の問題に対して、適切なトレーニングや専門的なアドバイスの提供等が求められます。誰もが不安なく外出できるよう、環境整備や支援への取組が重要です。

また、「交通手段がない」の割合も高く、ふれあいタクシーを含めた様々な「移動サービス」の検討が求められます。

(3) 地域活動の参加意向について



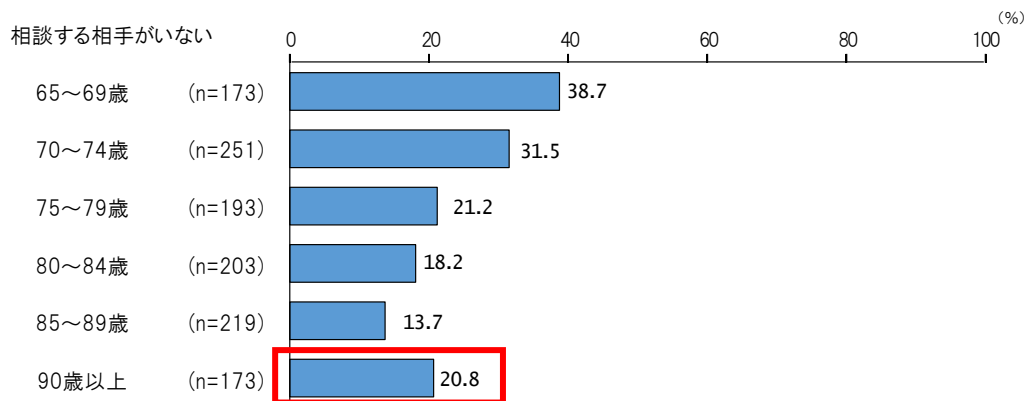
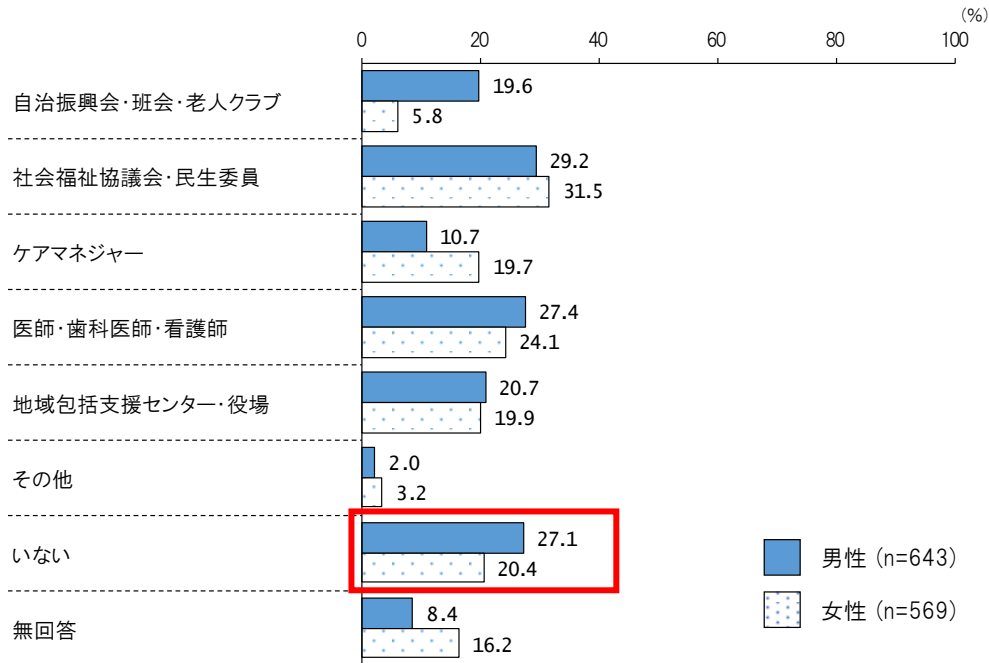
地域での健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加意向あり（すでに参加している方を含む）と回答された方は56.1%となっています。また、そのグループ活動で企画や運営といったお世話役に参加意向あり（すでに参加している方を含む）と回答された方は35.4%となっています。

性別で見ると、参加意向ありでは男性が女性に比べて割合が高くなっており、特に「参加してもよい」の割合に差がみられました。

男性は地域や趣味のグループ活動に積極的に参加したいという意欲が高い可能性があります。そのため、地域の健康づくり活動や趣味のグループ活動に関する施策やプログラムを計画し、運営する際には、男性の参加を促進することが重要です。

(4) 相談相手について

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。

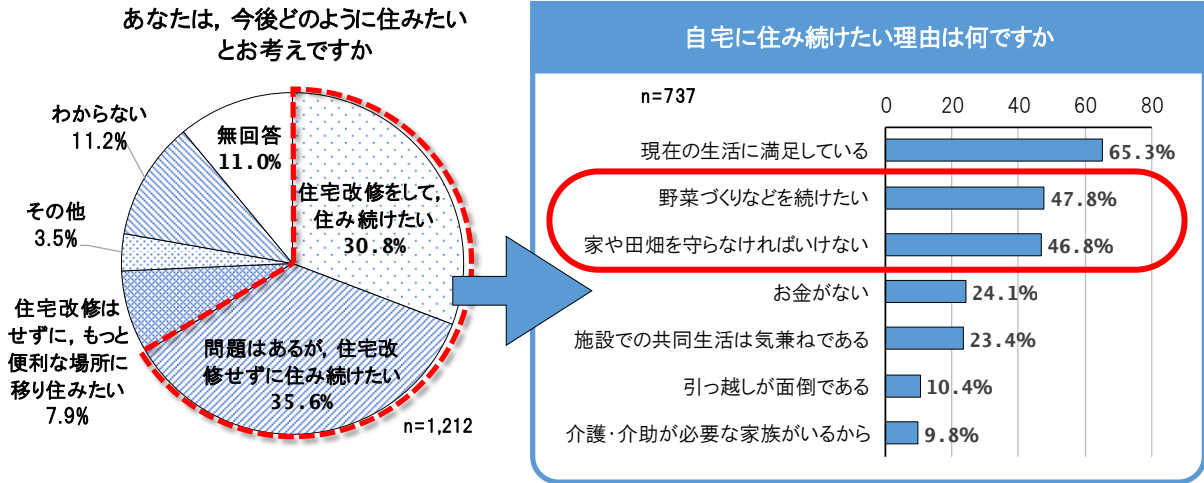


家族や友人・知人以外での相談相手として、「社会福祉協議会・民生委員」「医師・歯科医師・看護師」「地域包括支援センター・役場」の割合が高くなっています。

相談相手がいない人の割合をみると、男性が女性に比べて高いことが分かります。これは、男性の場合、社会的な孤立やコミュニケーションの困難さが女性よりも高い可能性があることを示唆しています。そのため、男性向けのサポートや相談機関の充実が求められます。さらに、年齢が高くなるにつれて相談相手がいない割合が低くなる傾向があることがわかります。これは、高齢者の場合、健康や生活に関する問題が増えることや、社会的なネットワークが形成されている可能性があることを示しています。高齢者は地域コミュニティとの関わりが深く、支援を受けやすい環境にあることが影響していると考えられます。しかし、90歳以上の高齢者の場合、相談相手がいない割合が再び高くなっています。これは、高齢者の中でも高齢であるほど、身体的な制約や社会的な孤立が進み、相談相手が限られることが考えられます。男性や高齢者、特に90歳以上の高齢者に対しては、孤立や社会的な関わり不足に対処するため、より適切な支援体制の充実が求められます。

(5) 今後の暮らし方について

■ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査



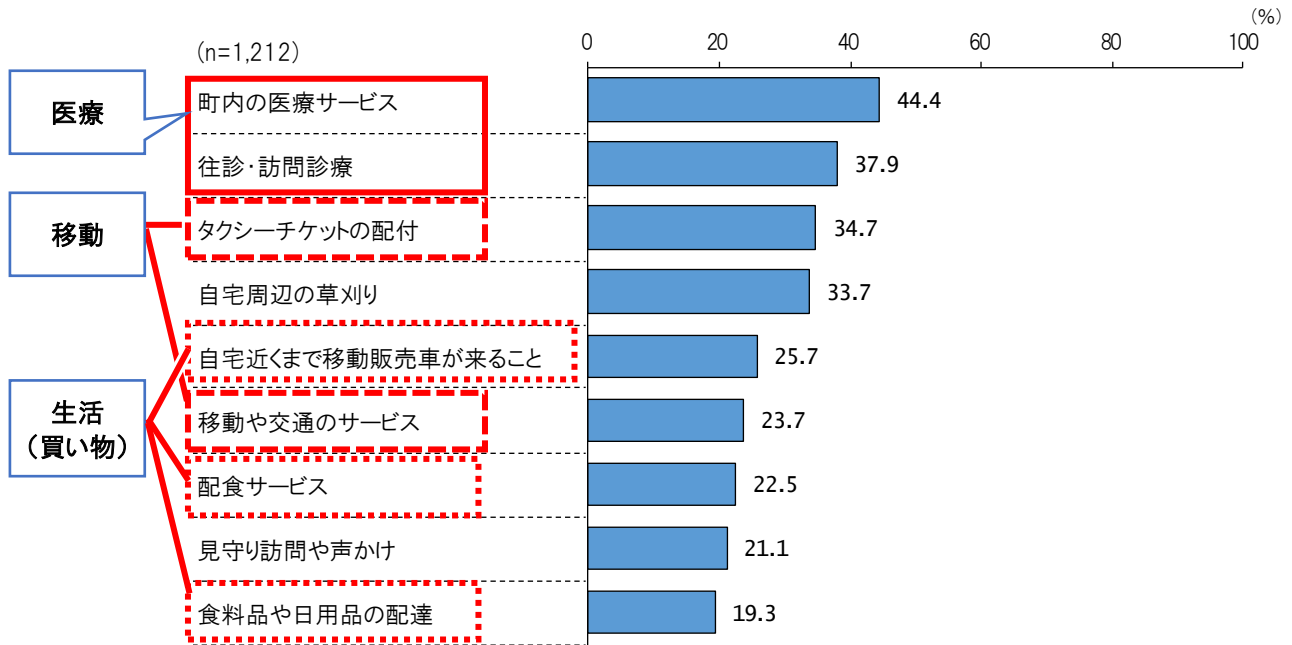
今後の住まいについて、自宅に住み続けたいと回答された方は66.4%となっています。その理由として、「現在の生活に満足している」が最も割合が高くなっています。また、「野菜づくりなどを続けたい」「家や田畑を守らなければならない」等の農作業に関することが、住み続けたい動機になっていることがみられました。

「野菜づくりなどを続けたい」という意欲や、「家や田畑を守らなければならない」という責任感が住み続けたいという動機につながっていることが示唆されます。

(6) 自宅で暮らし続けるために利用したいサービスや事業

■介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

今後、自宅で暮らし続けるために、どんなサービスや事業(介護保険サービス以外)を利用したいとお考えですか。



自宅で暮らし続けるために利用したいサービスでは「町内の医療サービス」「往診・訪問診療」に関するニーズが高いことがわかります。高齢者や身体的に不自由な方々にとって、自宅での医療サービスが重要です。町内における医療施設の訪問や、往診・訪問診療サービスの充実が求められています。

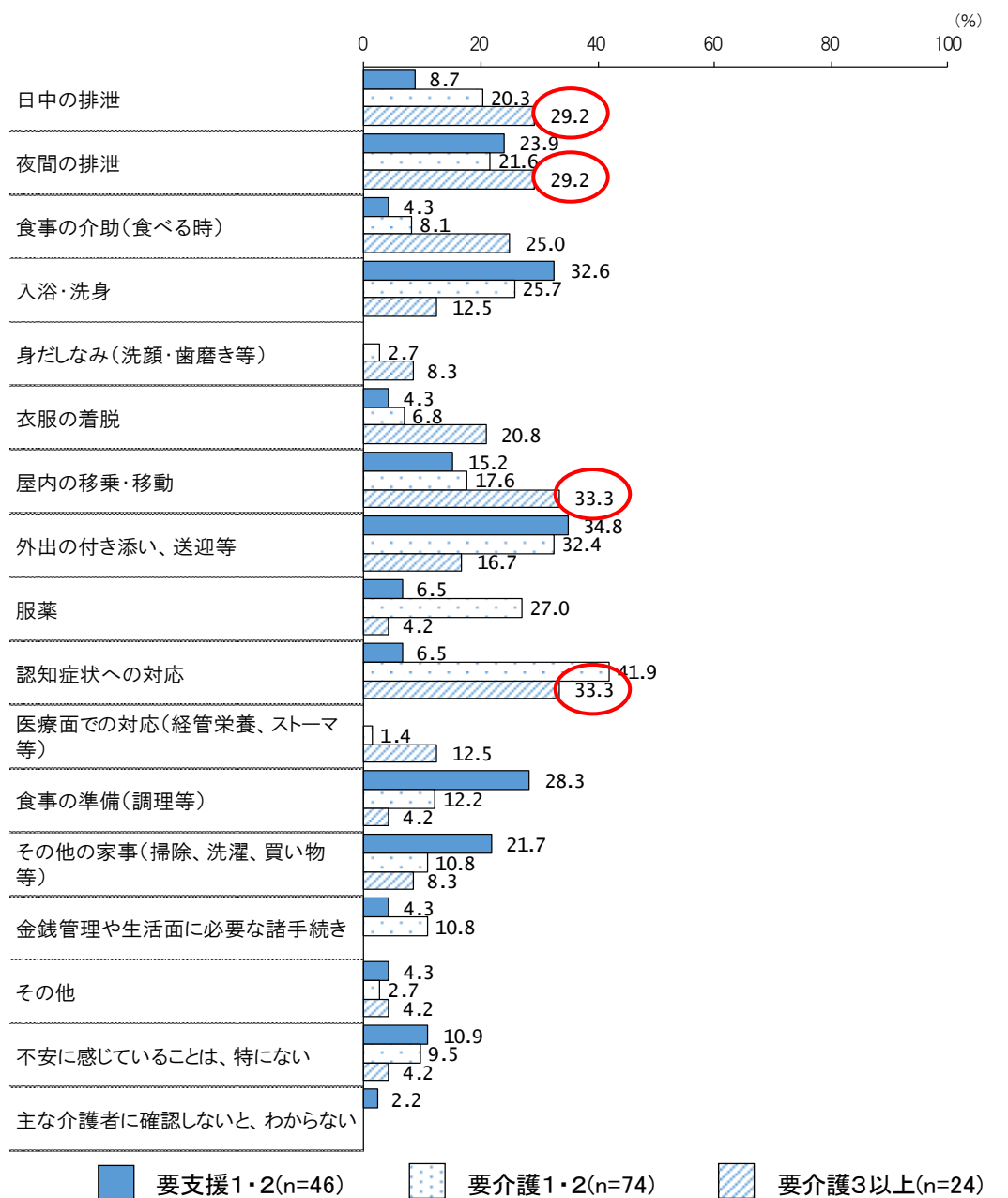
また、移動に関するニーズとしては、「タクシーチケットの配布」「移動や交通のサービス」が挙げられます。自宅からの外出が制限される場合や交通手段に困難を抱える方々にとって、タクシーチケットの提供や移動支援サービスは重要な要素となります。

さらに、生活(買い物)に関するニーズとしては、「自宅近くまで移動販売車が来ること」「配食サービス」「食料品や日用品の配達」等が挙げられます。特に高齢者や身体的制約のある人々にとっては、買い物に出かけることが難しい場合がありますので、配達サービスは重要な役割を果たします。

これらのニーズに対応するために、地域の医療機関や福祉団体、地域コミュニティ、行政等が連携して総合的なサービスを提供することが重要です。

(7) 要介護度別の介護者が不安に感じる介護

■在宅介護実態調査



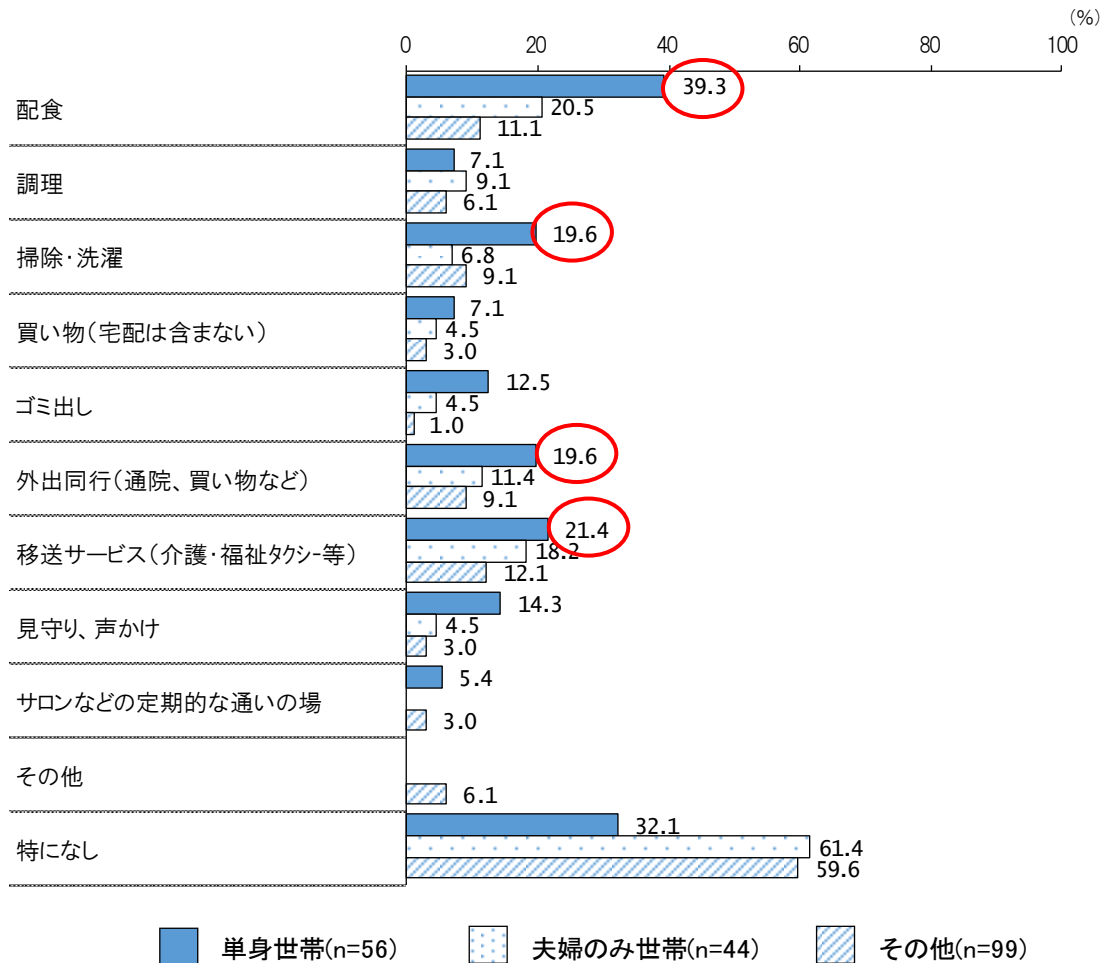
※無回答を除く

要介護度別の介護者が不安に感じる介護について「要介護3以上」で見ると「屋内の移乗・移動」「認知症状への対応」が33.3%と最も高く、次いで「日中の排泄」、「夜間の排泄」(29.2%)、「食事の介助(食べる時)」(25.0%)となっています。

屋内での移乗や移動において、対象者の安全な移動を支援するための適切な「住宅改修」、「福祉用具」の導入等の支援が必要です。また、認知症の症状への対応は介護者にとってストレスの原因となり、心理的な負担を引き起こすことがあるため、家族の介護支援への早期かつ継続的な対応が必要です。

(8) 世帯類型別・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

■ 在宅介護実態調査



※無回答を除く

世帯類型別・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて、「単身世帯」で見ると「配食」が39.3%と最も高く、次いで「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」（21.4%）、「掃除・洗濯」「外出同行（通院、買い物など）」（19.6%）となっています。

単身世帯において、食事の提供や配食サービスが高いニーズを持つことから、単身世帯への食事支援が重要であることが示唆されています。今後増加する単身世帯への食事の提供に関する対策が求められます。

6 課題のまとめ

【現状】

人口減少と高齢化

- 町の人口は減少傾向で、令和 27（2045）年には約 4,500 人になる見込み。
- 高齢化率は増加し、令和 6（2024）年には 50%を超え、その後も高い水準が続く。
- 家族・親族に頼る人がいない高齢者が増え、権利擁護の観点から成年後見制度の利用が必要な人が増えてきている。

要介護者数と認知症高齢者

- 要介護（要支援）認定者数は減少傾向で推移するが、認定率は増加する見込み。
- 認知症高齢者数は微減で推移するが、認定者に対する認知症高齢者の割合は高い（70%前後）。

高齢者のサービス費用

- 高齢者一人あたりのサービス費用全体は国・県に比べて高く、内訳は居宅サービスが少なく、施設サービスが非常に高い。
- 特に介護老人保健施設、介護老人福祉施設、地域密着型サービスの費用が高い。

【特性】

- 通いの場が 3 4 か所まで普及して、地域による介護予防・見守り活動につながっている。
- 関係団体・地域での見守り活動の情報を地域包括支援センターに集約し、支援を必要とする高齢者に適切な支援を行う体制の充実を図っている。
- 医療資源が限られている中、ケアマネジャーを中心に相談業務やサービスのコーディネートを行い、切れ目ない連携を行っている。

【アンケート調査からの課題】

外出について

- 外出を控えている人が 42.3%おり、足腰などの痛み、交通手段がないなどが高い理由として挙げられている。

今後の暮らし方について

- 自宅に住み続けたい人が 66.4%おり、現在の生活満足度や趣味・責任感が理由として挙げられている。

介護者が不安に感じる介護

- 「要介護 3 以上」の方を介護している介護者では、「屋内での移乗・移動」と「認知症症状への対応」が主な不安要因である。

在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

- 単身世帯において、「配食」が最も必要とされている。

オーラルフレイルについて

- 口腔ケアができていない人は筋力の低下が認められるため、通いの場での指導や各事業所の職員の研修が必要である。

【介護サービス事業所等の課題】

- 介護事業所は人員不足と高齢化の課題に直面しており、若い世代や多様な経験を持つ人材の育成が急務である。
- 病院との連携が強化され、地域全体の医療・介護提供において不可欠な存在となっているため、ICTの活用による情報の迅速な共有や効率的な連携が必要である。

【課題のまとめ】

本町は人口の減少と高齢化に直面しています。将来的に人口は減少し、高齢者の割合が増加するため、高齢者支援とケアに関連する様々な課題が浮き彫りになっています。要介護者数は減少傾向にあり、認知症高齢者数も微減ですが、認定率が上昇しているため、ケアへの需要が増加しています。高齢者の一人あたりのサービス費用において、本町は国・県に比べて高い状況にあり、特に施設サービスの費用が高額となっています。高齢者の介護予防・健康状態に関しては、外出を控える理由として「足腰などの痛み」、「交通手段がない」が主要な要因であり、フレイル予防事業への参加促進やその手段として様々な移動支援体制の構築が必要です。

在宅生活の支援に関して、多くの高齢者が自宅での生活を望んでおり、医療サービスと訪問診療の需要が高まっており、機能の維持・拡充が必要です。また、ACPの普及啓発に努め、医療介護連携の強化も必要です。

一方、介護に関する課題として「屋内の移乗・移動」と「認知症状への対応」が挙げられており、介護者への支援の場づくり等の充実が不可欠です。世帯類型によっても支援ニーズは異なり、単身世帯では「配食」が最も必要とされているため、体制の維持が不可欠です。

これらの課題に対処するために、高齢者の生活の質を向上させるための包括的なアプローチが必要です。健康の維持と予防、適切な介護サービスの提供、住環境の改善、地域社会との協力強化等、地域全体での取組が必要です。高齢者の尊厳を守りつつ、高齢者が高齢者を支え合う活動や持続可能な高齢者支援体制の確立が求められています。

7 国の基本指針見直しのポイント

(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、施設・サービス種別の変更等、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必要がある
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

② 在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・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等、地域密着型サービスの更なる普及
- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・居宅要介護者を支えるため、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

- ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、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ことも期待
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

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

③ 保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・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等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3章 計画の基本的な考え方

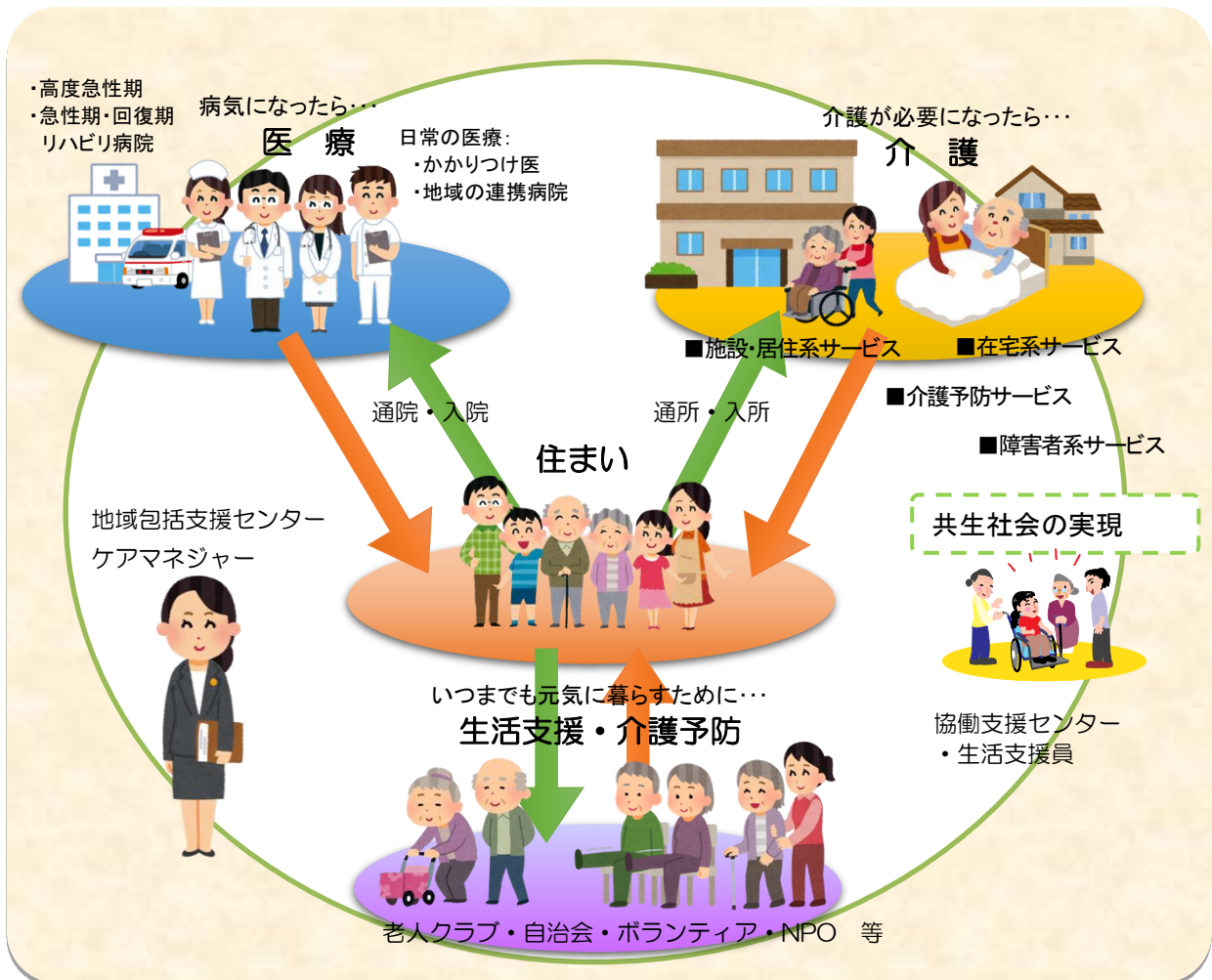
1 基本理念

高齢者一人ひとりが輝き、緑豊かな住み慣れた地域で、安心して暮らせる神石高原町

第9期プランでは、第8期プランの「地域包括ケアシステムの推進と深化」の基本目標を引き継ぎつつ、高齢者の自立支援や要介護状態の重度化防止を進めるために、保険者機能を更に強化していきます。また、介護人材の確保と生産性向上の取組を推進し、人口減少が進む状況でも継続可能な制度を確立し、サービスを必要とする方々に適切な支援を提供する体制を構築します。

さらに、地域共生社会の実現を目指し、地域住民と行政が連携して包括的な支援体制を築いていきます。個々の高齢者が輝き、安心して暮らすことができる神石高原町の実現に向けた取組を推進します。

「地域包括ケアシステムのイメージ図」



2 基本目標と基本方針

(1) 基本目標

地域包括ケアシステムの推進と深化

住民、福祉団体、自治振興会をはじめとする住民組織、NPO、介護サービス提供事業所、行政等が協働する体制づくりを強化していきます。高齢者の状態に応じた適切な保健・医療・福祉・介護のサービスを提供できる基盤を整備し、自助・互助・共助・公助が相互に連携する地域包括ケアを深化させていきます。同時に、障害者や子どもたち等にも同じアプローチを広げ、包括的な支援体制の構築を目指します。

(2) 基本方針

介護予防・健康づくり等の推進

介護予防・健康づくり等をより効果的に推進するためには、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施による運用が重要となります。そのためには、高齢者の状況把握が必要であり、高齢者実態把握事業で高齢者の心身・生活状況や家族関係の情報を整理共有し、それぞれに連携した事業・活動を行い、評価共有等の仕組みを構築していきます。

安心できる在宅生活の支援

町と関係団体及び個人の連携・協働による支え合い体制を強化し、外出支援及び生活支援事業、在宅介護家族支援等の在宅生活を支えるサービスの充実を図るとともに、地域で自立した生活が困難となった高齢者に対する住まいの提供を図ります。また、交通事故、犯罪、災害等の防災対策を推進し、バリアフリーの地域づくりを支援します。

地域包括ケア体制の深化・推進

地域包括ケアシステムは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援等の制度・分野の枠組みを超え、また「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、生きがいや役割を持って、助け合いながら共に暮らしていくことのできる地域共生社会の実現に向け関係機関・地域と連携強化していきます。また、生命・財産を守るための権利擁護相談事業の充実に取り組みます。

「共生」と「予防」の認知症施策の強化

認知症は誰もがなりうる身近な病気のため、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で支え合いながら、安心して暮らせる共生社会の実現に向け、病気の正しい知識と理解を深める取組を地域と全世代にわたり推進します。また、認知症の本人・家族等の相談機能を充実し、本人の意思の尊重と社会参加を促進します。

介護保険サービスの充実

人生100年時代を迎え、後期高齢者単独世帯・高齢夫婦世帯が増える、2040（令和22）年を見据え、高齢者がその有する能力に応じて自立した望む生活が送れるよう支援します。介護予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった介護保険制度の理念を堅持し、時代とともに変化していく介護のニーズに合わせ質が高く必要なサービスを提供していくことと同時に、財源と人材をより重点的・効率的に活用する仕組みを構築し、介護保険制度の持続可能性を確保します。

3 計画の体系

基本理念

高齢者一人ひとりが輝き、緑豊かな住み慣れた地域で、
安心して暮らせる神石高原町



第4章 施策の展開

1 介護予防・健康づくり等の推進

(1) 介護予防・健康づくりの推進

高齢者が地域の身近な場所で介護予防や健康づくりに参加でき、いつまでも自分らしく生きがいを持って生活ができる地域の構築が求められます。

介護予防・健康づくりの啓発

本町では、健康づくりや介護予防のための教室の開催等、様々な事業を行っています。これらの活動は町の広報紙やホームページで伝えるほか、介護予防体操「いきいき体操」をかがやきネットで放送するなどの取組を行っています。

項目	主な事業内容
介護予防・健康づくりの啓発	介護予防事業や健康づくりの啓発を、町の広報紙、ホームページ、かがやきネット等を活用して周知します。かがやきネットでは介護予防体操「いきいき体操」を放送し、広く普及啓発を行います。また、通いの場、サロン、健診会場、出前健康教室等の行事を通じて、介護予防や健康づくりの重要性についても啓発活動を展開します。
口腔ケアの推進	口腔機能の低下は筋力低下につながるため、高齢者実態把握等でオーラルフレイルチェックを行い、疑いのある人に訪問指導・受診勧奨を行います。また、通いの場・サロン等に出向き、口腔ケア指導を行いオーラルフレイルの予防について普及啓発します。 また、関係機関・各通所介護事業所・入所施設職員に、口腔ケアの重要性・意義・効果・指導の研修会を行い、機能回復を図ります。
HMカードの普及	HMカードの普及を通じて、健康づくりの推進に努めます。

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、多様な主体が参画し、地域の実情に応じた多様な生活支援・介護予防サービスを提供することで、地域の支え合いの体制づくりを推進するものです。

介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業で構成されています。

従来の介護予防通所介護に相当するサービスを実施しています。

■介護予防・生活支援サービス事業

項目	主な事業内容
訪問型サービス	従来の介護予防訪問介護に相当するサービスを実施します。
通所型サービス	従来の介護予防通所介護に相当するサービスを実施します。
介護予防ケアマネジメント	高齢者の状態に応じた適切なサービスを包括的かつ効果的に提供できるよう、ケアマネジメントを実施します。 「適切なケアマネジメント手法」について研修し、ケアマネジメント能力の向上を図ります。

■一般介護予防

項目	主な事業内容
介護予防把握事業	閉じこもり等何らかの支援を要する高齢者を早期に把握し、介護予防活動につなげるため、民生委員、地域住民等からの情報収集と併せ、町内80歳以上の独居高齢者、夫婦だけ世帯で介護サービス等を受けていない方を訪問し、実態把握調査・基本チェック・物忘れチェック・オーラルフレイルチェックを行います。 90歳以上世帯には毎年訪問し、経過観察を実施しています。 訪問した結果は地区連絡会で関係機関と情報共有を行い、必要に応じてフォロー訪問やその他支援の方向性を確認し、早期に対応を行います。
介護予防普及啓発事業	運動、栄養、口腔等に関する閉じこもりやフレイル予防の研修を通じて、介護予防の基本的な知識を普及啓発していきます。 ■いきいきリハビリ教室 65歳以上の方で、介護保険の通所サービスを利用していない方を対象に、リハビリ機器を使用し筋力トレーニングを行い、運動器の機能低下を予防する教室です。4地区のデイサービス事業所で開催する教室へ週1回6か月間参加し、体力測定により評価します。 ■介護予防体操「いきいき体操」の放映 かがやきネット11チャンネルで「いきいき体操」を毎朝7:50～8:00に放送しています。介護予防ラジオ体操・体を伸ばす体操・力をつける体操があり、家庭や地域で気軽に継続して取り組める体制を整備しています。 介護予防体操「いきいき体操」を放映し、周知に努めます。毎年内容を見直し、普及啓発を促進します。

項目	主な事業内容
地域介護予防活動支援事業	<p>地域における住民主体の介護予防活動の育成、支援を行います。</p> <p>■通いの場の活動支援（いきいき百歳体操の普及）</p> <p>「いきいき百歳体操」による通いの場の新規立ち上げとリハビリ専門職・健康運動指導士の指導や交流会等を通じて継続支援を行います。</p> <p>また介護予防（認知症・フレイル・オーラルフレイル等）の指導に出向き、介護予防と地域の見守り支援につなげていきます。</p>
地域リハビリテーション活動支援事業	<p>地域における介護予防の取組を強化するために、リハビリテーション専門職等と連携し自立支援を促進する事業を展開します。</p> <p>■通いの場とリハビリテーション専門職等との連携</p> <p>地域で住民が運営する通いの場へ、リハビリテーション専門職等の定期的な指導を行います。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展開します。</p> <p>■介護職員等への介護予防への技術的助言</p> <p>リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、地域ケア会議、サービス担当者会議等に参画し、介護予防の取組やケアマネジメントでの技術的助言を行うことで、高齢者の自立を促進します。</p>

健康づくりの推進

壮年期からの介護予防事業の実施と合わせて、健康教育や健康相談を実施するとともに、65歳以上の高齢者に対しては、フレイル予防、運動機能の向上や認知症予防等を中心とした健康づくり施策を推進しています。

今後も介護予防施策と連携して健康寿命の延伸を図るとともに、事業内容を充実し本事業の利用促進に向けてより一層の周知を図ります。

■健康づくり推進事業の概要

項目	主な事業内容
出前健康教室	<p>出前健康教室は、高齢者を含む住民すべての健康の維持・増進を図るため、各地域へスタッフが出向いて実施するもので、保健師、管理栄養士、理学療法士及び看護師等が担当しています。また、町立病院においても独自に出前健康教室を行っています。それらの依頼先はふれあいサロン、老人会、自治振興会等です。健康衛生課、福祉課及び町立病院の出前健康教室の受付窓口を一元化し、利用者促進の取組を行っています。</p> <p>出前健康教室の利用団体を増やすために、町立病院等と連携し、新しい地域・団体へ積極的な働きかけを行います。また、アンケート等をもとに、教室の内容を適宜見直します。</p>

項目	主な事業内容
健康づくりに関する研修会・講演会	<p>住民への健康に関する正しい知識の普及と自ら健康管理を実践できる力を育てるため、住民を対象に歯科保健、精神保健（こころの健康、アルコール依存、うつ・自殺予防等）、生活習慣病予防（糖尿病・高血圧・がん予防等）等「健康神石高原21計画（第3次）」の柱に沿ったテーマで研修会や講演会を開催します。</p> <p>また、歯科保健講演会では、神石高原町歯科衛生連絡協議会事業と併せて8020達成者表彰も開催します。</p> <p>「健康寿命の延伸」について学べる場の確保に努め、住民の主体的な活動につながるよう体制を検討します。</p>

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

人生100年時代を見据え、健康寿命の延伸のため、高齢者の健康づくりを推進することが重要です。そのため、高齢者の医療・健診・介護データ等を基に、高齢者の特性を踏まえ傾向と対策を分析し、専門職との連携により、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図るため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組みます。

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

(2) 高齢者の社会参加・生きがいづくりの推進

高齢者が元気で地域の牽引役として活躍し、社会参加できる環境づくりが求められています。高齢者の経験・知識・技能を活かし、生きがいを持って活動するための場づくりを推進します。

高齢者の社会参加の促進

高齢者が住み慣れた地域で馴染みの関係性の中で生活を継続することが重要です。閉じこもりを予防し健康寿命の延伸につながるよう、地域の通いの場・サロン・認知症予防カフェ等に参加しやすい移動支援体制の構築について取り組みます。

協働支援センターの連携強化

現在ある4つの協働支援センターは、地域住民の趣味や会合の集まりの拠点であり、同時に新たな地域支援活動等の社会参加の拠点となっています。各センターの実情や方針に合わせた支援を行います。

地域資源マップ等の活用

地域の医療、介護、介護予防や、生活支援サービス等地域の包括ケアに係る様々な情報を集約した「備後圏域地域包括ケア資源マップ」の活用を図るため、関連組織への配布、ホームページ等で周知に努めるとともに、提供している情報の更新を行います。

地域のサロン支援

ふれあいサロン事業は、高齢者の閉じこもり予防・介護予防・居場所づくり等を通じて、見守り活動や近隣で支え合える地域づくりを目指して実施しています。

交流拠点として機能しているふれあいサロン事業の継続を支援するとともに、新規のふれあいサロンの立ち上げの支援を行います。

■ふれあいサロン事業の概要（令和4（2022）年度末時点）

区分	地区	開催回数	開催時間	参加費 (円/人)	スタッフ
旧小学校区単位のサロン事業	油木	月1回	10時～14時	300円または500円	ボランティア 社会福祉協議会職員
	神石	月1回	10時～15時	無料または 100円	ボランティア 社会福祉協議会職員
	豊松	月1回	10時～13時	500円	ボランティア 社会福祉協議会職員
小地域のサロン事業	油木	月2～4回	2時間程度	100円 (+食事代400円)	ボランティア
		月1回または不定期	3～4時間程度	無料	
	神石	月1回	2時間程度	100円	ボランティア
	豊松	月1回	2時間程度	無料または 100円	ボランティア
	三和	月1回または不定期	2時間程度	100円	ボランティア

老人クラブ

老人クラブは、概ね60歳以上の高齢者が知識や経験を活かし、生きがいと健康づくりのために多様な社会活動を実施するために組織されています。町では、老人クラブの活動を支援するために活動費を助成しています。会員数や単位クラブが減少する中で、高齢者が行っている生涯学習、スポーツ活動、コミュニティ活動等の中で老人クラブ活動の役割を明確化し、活性化を図りながら活動支援を行います。

シルバー人材センター

シルバー人材センターは、生きがいを主な目的として、就労意欲のある高齢者の社会参加を促進するために組織されています。地域の日常生活に密着し、かつ高齢者に適した補助的で短期的な仕事を紹介します。参加条件は60歳以上で健康で働く意欲のある高齢者です。

シルバー人材センターへの参加を促進し、活動の活性化を図るために一層の広報活動に努め、支援を行います。

敬老事業（敬老会）の充実

敬老会は、地区によって異なる開催方法を取っており、自治振興会等が主催しています。
より良い方法で開催できるように、自治振興会等の支援を行います。

◆達成目標

基本方針：介護予防・健康づくり等の推進

指標	現状	
	令和 5（2023）年度	令和 8（2026）年度
軽度認定率 （要支援 1、2 及び要介護 1 の認定率）	13.2%	13.2%以下 （維持）
通いの場の参加者の割合	10.7%	12%

2 安心できる在宅生活の支援

(1) 生活支援の充実

高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けるために、必要な生活支援・介護予防サービスが利用できる体制整備が重要です。

地域住民、ボランティア、NPO法人、民間企業、社会福祉法人等が連携し、高齢者の生活に必要なサービスが利用できる地域づくりを推進します。

福祉意識の醸成

項目	主な事業内容
広報・啓発	<p>町の広報紙による定期的な各種サービスや地域包括支援センター業務の紹介に加え、「高齢者の皆さんに対する福祉サービス一覧」、介護保険パンフレットの配布等様々な機会を通して、住民の福祉や介護予防に対する意識の醸成を図っています。</p> <p>元気な高齢者を増やすためにも、若い時期からの介護予防や認知症予防に対する意識の啓発が重要です。町の広報紙、ケーブルテレビ、ホームページ、出前健康教室、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業等を有効に活用するとともに、社会福祉協議会や地域住民グループ等、地域の社会資源と連携し、地域の様々な福祉や介護予防に関する行事や活動を広く周知します。</p>
福祉教育	<p>町と社会福祉協議会が連携して、児童・生徒の福祉の心を育むため、保育所児童・小中学生の高齢者施設訪問や高齢者を学校へ招待等の交流活動、高齢者の疑似体験、認知症サポーター養成講座を小中学校で行う等の事業を行います。また、関係機関と連携して、地域住民が共同して福祉を学び合うための体制づくりを進め、交流や研修の場を促進します。</p>

地域福祉活動の推進

声かけ、見守りをはじめとする生活支援・介護予防サービスを行える体制づくりを、地域福祉の担い手である社会福祉協議会、民生委員・児童委員、ボランティアと行政や地域住民が協働して推進するため、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」との定期的な情報共有及び連携強化の場として中核となる「協議体」を設置しています。

項目	主な事業内容
社会福祉協議会	<p>社会福祉協議会においては「地域福祉活動計画」を策定し、この計画に基づいて様々な福祉活動が行われています。さらに、生活支援体制整備事業等を委託し、高齢者が地域において互いに支え合いながら自立して生活できるよう、多様な自主事業の実施を支援します。</p>
民生委員・児童委員	<p>民生委員・児童委員は、高齢者の生活及び生活環境を把握し、相談や自立の援助等、地域に密着した様々な活動を行っています。その活動が円滑に行われるように、町、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健・医療・福祉等の関係機関との連携を強化し、研修の充実を図り、多様化する課題の解決・支援を行います。また、高齢者等に対する災害時の支援を強化するために作成した「要支援者避難支援プラン（個別計画）」をより活用できるプランとなるよう改善を図ります。</p>
ボランティア	<p>社会福祉協議会では、ボランティア活動保険やボランティア行事用保険への加入事務を行い、ふれあいサロン等の運営が円滑に行えるように支援しています。また、ボランティア養成講座やふれあいサロン、ボランティア活動等で活かせる様々な講座を開催し、ボランティア活動の普及・啓発に取り組んでいます。</p> <p>高齢者に対してふれあいサロンの運営等、様々な支援を行っているボランティアの役割は大きく、今後も社会福祉協議会と連携してボランティア活動の支援に努めます。</p>

生活支援体制整備事業の推進

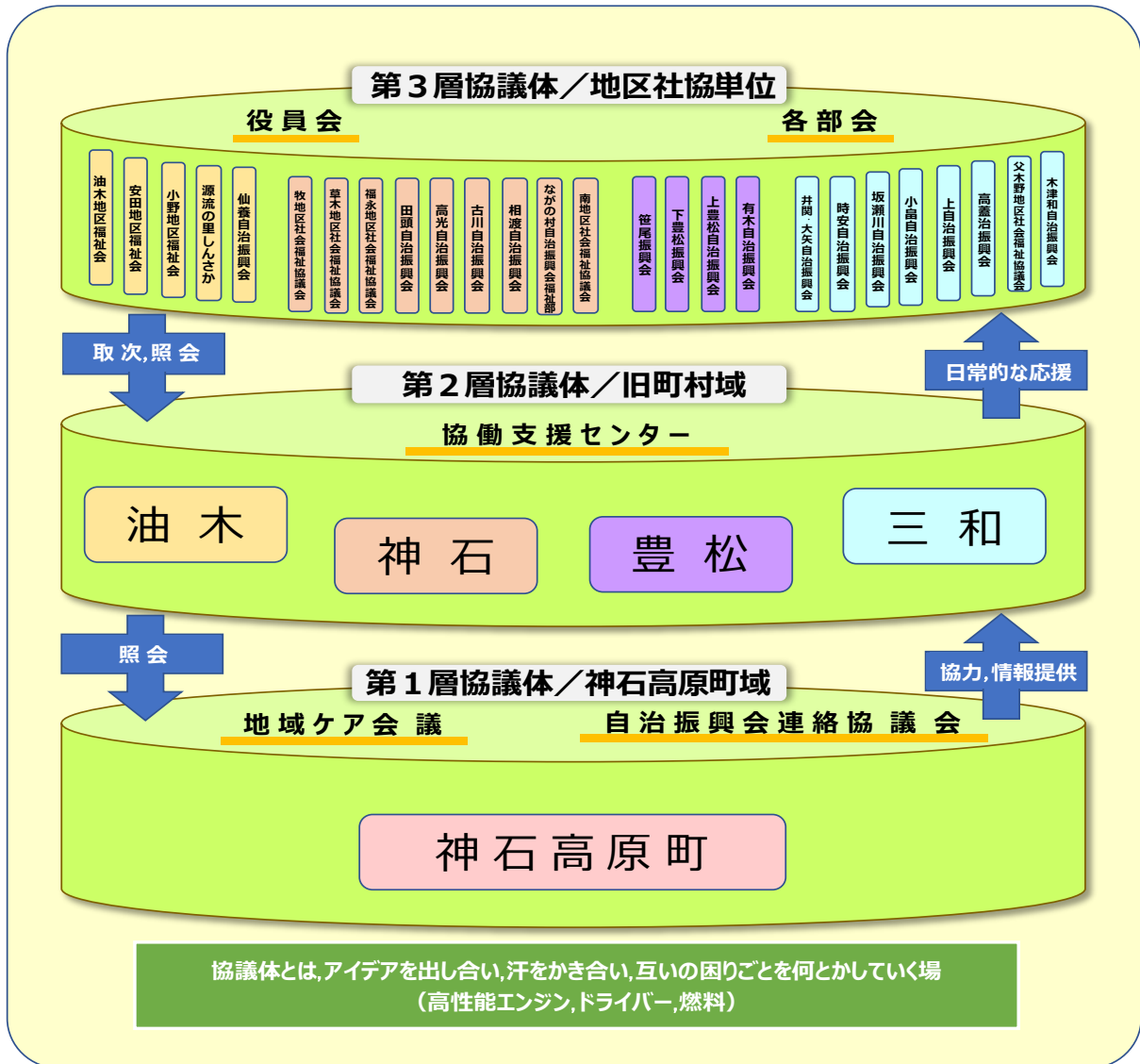
一人暮らしや高齢者のみの世帯、認知症の高齢者が増加するなか、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、医療や介護サービスだけでなく、日常的な「生活支援」や「介護予防」が必要です。

そのために、生活支援体制整備事業では、医療や介護サービスだけでは解決しづらい暮らしの困りごとに応える「生活支援」の充実を推進します。地域住民をはじめ、ボランティアやNPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な団体が連携し、地域生活課題の整理・分析を行い、各種団体や組織が提供する既存の活動やサービスの情報収集、見直し、集約、連携について検討し、課題解決を図ります。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、みんなで支え合う地域づくりを目指します。

項目	主な事業内容
コーディネーターの配置	<p>■生活支援コーディネーターの配置</p> <p>高齢者のニーズや地域資源の状況把握、不足するサービス・支援の創出、ボランティア等担い手の発掘・養成、地域住民に対する活動の普及啓発等、地域の助け合いの仕組みづくりに向けた取組を推進するための生活支援コーディネーターを配置します。</p>
各層協議体の設置	<p>住民が参加、活動し続ける実質的な協議の場として、第1層から第3層までの協議体を設置します。</p> <p>■第1層協議体（全町域）</p> <p>関係団体、関係機関において、全町域のことに関して行政の相談、要請を行います。</p> <p>■第2層協議体（旧町村域）</p> <p>協働支援センターと連携し、地域ニーズの把握、情報の共有・交換、サービス提供体制の構築等を行います。「見守りガイド」「くらしのお助け帳」の活用について連携を図ります。</p> <p>■第3層協議体（地区社協単位）</p> <p>既存の活動と生活支援ニーズの把握、生活支援サービスの仕組みづくり等を行います。</p>
生活支援サービス	<p>■高齢者ニーズの把握</p> <p>高齢者のちょっとした困りごと等、生活支援ニーズの把握と地域資源の状況を把握し、地域へ情報提供を行うとともに支援者間のネットワークづくり、ニーズと地域資源のマッチング等を推進します。</p> <p>■地域資源の開発</p> <p>日常の困りごとの解決となる仕組みづくりを、地域住民と生活支援コーディネーターが連携し取り組み、みんなで支え合う『地域づくり』を推進します。</p>

項目	主な事業内容
	<p>■移動支援について</p> <p>地域で行われている健康づくり活動への参加を促すため、移動方法等、地域の要望と利用できる資源のマッチングを行います。</p>

■ 協議体の構成



高齢者の見守り活動の推進

高齢者の安否確認・見守り活動については、高齢者見守り訪問事業、民生委員・児童委員及び保健師による訪問を行っているほか、配食サービスによる安否確認、郵便局との連携による安否確認、広島県や備後圏域による広域での見守り等、関係機関と連携して行われています。

今後は、行政・団体・地域等で行っている見守り活動の情報を地域包括支援センターに集約するとともに、支援を必要とする高齢者に適切な支援を行う体制の充実を図ります。

さらに、かがやきネットを活用した緊急時の連絡通報方法を検討し、住民への周知を図ります。

■ 高齢者見守り訪問事業の概要

民生委員・社会福祉協議会・居宅介護支援事業所・医療機関等との連絡会議で、閉じこもりや虚弱な独居高齢者で、見守りが必要な高齢者に見守り訪問員が訪問し、安否確認や必要に応じて親族と連絡をとり、介護予防事業や必要な支援につなげるよう関係機関と連携して支援します。

■ 関係機関と連携した見守り活動の概要

事業主体		内容
広島県	(株)セブンイレブン・ジャパン	高齢者への支援活動に関する覚書（H29（2017）.2.14） ※日常業務を通じて行う高齢者の見守り活動や、高齢者福祉に関する啓発を行う。
備後圏域	広島銀行・中国銀行	備後圏域連携中枢都市圏における地域包括ケアシステムの構築に係る協定書（H28（2016）.4.1） ※認知症支援、詐欺被害防止、見守り等の情報共有等を行う。
	郵便局	地域における協力に関する協定書（H29（2017）.4.6） ※認知症支援、詐欺被害防止、見守り等の情報共有等を行う。
神石高原町	両備信用組合	地域見守りに関する協定書（R2（2020）.11.13） ※認知症支援、詐欺被害防止、見守り等の情報共有等を行う。
神石高原町	生活協同組合ひろしま	包括的連携に関する協定書（R3(2021) .6.28） ※配達先の高齢者等宅の見守り等の情報共有等を行う。

高齢者外出支援の充実

公共交通制度では、路線バスとふれあいバス、そして高齢者が外出利用しやすいふれあいタクシー制度のほか町外医療機関通院者支援制度、運転免許証自主返納者支援制度を導入しています。

ふれあいタクシー制度の導入により交通の利便性は格段に向上しましたが、昨今の物価高騰の影響から高齢者に対する負担軽減を希望される声もあり、制度の見直しについても検討します。

今後も、引き続き現行の生活交通体系を維持し、高齢者外出支援の充実を図ります。

■公共交通制度（令和5（2023）年度現在）

項目	主な事業内容
路線バス ふれあいバス	路線バスと定時定路線のふれあいバス（町営バス）で、500円で誰でも利用できます。バスを乗り継いだ場合、乗継券の発行により片道500円で利用できます。
ふれあいタクシー事業	町内のタクシー事業者及び介護タクシー事業者を利用して、通院・買い物・食事等、町内であればどこでも行くことができます。町民で条件に該当する方は、事前に申請し「ふれあいタクシー利用者証」の交付を受けることによって、1乗車上限900円以下（900円を超える料金は町が補助）で、1人1か月20回まで利用できます。タクシー利用者の1人が「利用者証」を持っていれば、相乗り同乗者も対象となります。
町外医療機関通院者支援制度	ふれあいタクシーを利用して町外医療機関（歯科・柔道整復師等は除く）へ通院する場合、1回につき3,000円を上限として半額補助し、負担軽減を図っています。
運転免許証自主返納者支援制度	運転免許証を自主返納した高齢者に対して、ふれあいタクシーで利用できるチケットを50枚交付します。

項目	主な事業内容	
高齢者短期宿泊事業	<p>高齢者短期宿泊事業は、概ね 65 歳以上で、疾病、冠婚葬祭、仕事等で家族の介護を受けることができなくなった場合に、町が委託した介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ一時的に入所できるもので利用者及び家族にとって必要な事業の一つです。</p> <p>介護者の病気等の緊急時に可能な限り対応できる体制を確保するため、委託先事業所との連携を図り、事業を継続していきます。</p>	
配食サービス	<p>配食サービスは、65 歳以上の方又は障害等で調理が困難な人（手帳等保持者）を対象として、バランスのとれた食事を定期的に届けるとともに、配達時にあわせて安否確認を行うサービスで、毎日、昼食と夕食の提供（治療食等の提供含む）が可能です。</p> <p>本町では利用者の安否確認事業として、1食あたり 400 円の委託料を事業者支払い、利用者は 450～700 円／食を食事代として事業者へ支払っています。</p> <p>今後は、在宅生活を支援するために必要な事業として利用条件や委託料等、委託先事業者等と協議しながら見直しを検討するとともに、調理が困難で低栄養になりがちな高齢者等に対して食事の提供及び安否確認を行います。</p> <p>また、高齢者の負担を軽減するとともに、配達時の見守りを兼ねた安否確認の実施、見守り（声かけ等）の強化を図るほか、町の広報紙、ホームページ、かがやきネット等により一層の事業の周知を図ります。</p>	
民間による生活支援サービス	神石さわやかネット事業	<p>神石さわやかネット事業は、社会福祉協議会が在宅で援助を必要とする高齢者等のために「さわやかさん」を派遣して生活支援サービスを行っているものです。1回あたり 2 時間を限度としており、利用料は 1 時間 500 円となっています。</p> <p>町では、「高齢者の皆さんに対する福祉サービス一覧」への掲載、町ホームページへの掲載等、様々な方法で周知しています。</p> <p>本事業のサービス内容の詳細な周知、新規会員（さわやかさん）の確保に向けて一層の支援を行います。</p>
	福祉・家事援助サービス事業	<p>福祉・家事援助サービス事業は、シルバー人材センターが、日々の生活が不自由な高齢者等を支援するため、清掃・洗濯等の様々な生活支援サービスを行っているものです。</p> <p>町では、「高齢者の皆さんに対する福祉サービス一覧」への掲載、町ホームページへの掲載等、様々な方法で本事業の一層の周知に努めます。</p>

項目		主な事業内容
民間による生活支援サービス	福祉用具貸出事業 (社会福祉協議会)	<p>福祉用具貸出事業は、社会福祉協議会が実施している事業で、車イスやベッドを必要とする高齢者等に無料で福祉用具の貸出を行っています。利用者は、返却時にクリーニング代及び清掃代の実費を負担する必要があります。</p> <p>町では、「高齢者の皆さんに対する福祉サービス一覧」への掲載、町ホームページ、かがやきネット等を通じて本事業の一層の周知に努めます。</p>
	車両貸出事業（社会福祉協議会）	<p>車両貸出事業は、社会福祉協議会が実施している事業で、車イスのまま乗せられるリフト付き車両の貸出を行っています。利用者は、返却時に燃料を満タンにして返却する必要があります。今後も、関係機関と連携して町の広報紙、ホームページ、かがやきネット等を通じて本事業の一層の周知に努めます。</p>

介護に取り組む家族等への支援の充実

「老老介護」・「遠方介護」・「8050問題」等、家族介護者を取り巻く状況は大きく変化しています。家族介護者を要介護者の家族介護力という視点だけでなく、家族介護者の生活・人生の質の向上に対するの視点を持ち、要介護者と共に家族介護者が自分らしい人生や安心した生活を送れるよう支援を推進します。

項目	主な事業内容
家族介護教室	介護者に介護技術や知識を習得してもらうために、家族介護教室を開催します。
家族介護支援事業	介護にあたっている家族等の身体的・精神的負担を軽減するため、居宅介護支援事業所4施設に委託して、地区単位で、健康相談等の実施による疾病予防、病気の早期発見を行います。また、介護から一時的に解放するための介護者相互の交流会等を行います。
介護用品支給事業	<p>介護用品支給事業は、要介護4または5の認定を受けている要介護者を介護している住民税非課税世帯を対象として、年間5万円を限度に介護用品を支給しています。</p> <p>対象となる介護用品は、紙おむつ、尿とりパット、防水シート、お尻ふきナップ、口腔ケア用品、口腔用綿棒、入浴介助エプロン、清拭剤、ドライシャンプー、介護用手袋です。</p> <p>引き続き、低所得者世帯の在宅介護を支援するために必要な事業として、町の広報紙、ホームページ、かがやきネット等により一層の周知を図ります。</p>
在宅介護者激励手当	<p>在宅介護者激励手当は、要介護3～5の認定を受けている要介護者を在宅で介護している人を対象として手当を支給することにより、精神的、経済的援助を行うもので、月額手当5,000円（ただし、1月の内15日以上入所、入院した場合及び特別障害者手当を受給している場合を除く。）を支給しています。</p> <p>今後も継続して行うこととし、町の広報紙、ホームページ、かがやきネット等により一層の周知を図ります。</p> <p>また、適正な支給を行うために、居宅介護支援事業所との連携を継続し、支給要件の確認方法や支給内容の見直しについて関係課とともに検討します。</p>

(2) 多様な住まいの提供

地域で自立した生活が困難となった高齢者に対する住まいの提供を図り、その情報を周知します。

本町には、一人暮らしの人、高齢者のみの世帯や障害のある人等、地域で自立した生活が困難な人が、安全で安心して暮らせる住まいとして、次の表のような高齢者居住施設があります。

高齢者の住まいの需要はあり、現在の居室数を維持します。老朽化が進む既存の生活支援ハウスおよび自立支援型グループホームの設備改善や今後のあり方について、関係課と連携を図り検討します。

また、住み慣れた地域での住まいを確保するため、町内の高齢者居住施設等の入居基準や利用できるサービスをまとめたパンフレットの内容を適宜更新し周知を図ります。

■ 高齢者居住施設の概要

名称	入居基準等
ケアハウス (軽費老人ホーム)	60歳以上で、自炊ができない程度の身体機能の低下や高齢のため独立して生活することに不安があり、家族による援助が困難な高齢者が入所する施設。
生活支援ハウス (高齢者生活福祉センター)	60歳以上の一人暮らしや夫婦のみの世帯、家族の援助を受けることが困難な高齢者で独立して生活することに不安のある人が居住する施設。
自立支援型グループホーム	概ね60歳以上で、介護老人福祉施設等を退所して生活の場の確保が困難な人や、自立しているが地域で独立した生活が困難な高齢者が居住する施設。
高齢者及び障害者一時居住施設 (ユ-ホーム・あんしんリビング)	65歳以上の高齢者及び障害者で医療機関から退院した後、自宅での生活が可能になるまでの期間、介護サービスやその他の保健福祉サービスを受けながら身体の機能回復を図る施設。
高齢者向け町営住宅	60歳以上の人及び世帯で、持家のないこと、町税の滞納のないこと等の要件を満たせば入居できる町営住宅。

(3) 高齢者にやさしい地域づくり

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域と連携しながら環境を整備し、高齢者にやさしい地域づくりの構築を推進します。

防災対策の充実

人口の減少、高齢化が進み、地域の支え合い・助け合いの機能が低下してきていることから、災害時、感染症の流行時、緊急時等に高齢者を支援する体制づくりに取り組みます。

項目	主な事業内容
地域防災計画等に基づく支援	<p>地域防災計画は、災害対策基本法（第 42 条）に基づき、町が防災のために処理すべき業務等を具体的に定めた計画です。災害の種類ごとに、風水害対策や震災対策等で構成されているとともに、災害対策の時間的順序に沿って、災害予防、災害応急対策、災害復旧・復興について記載されており、この計画に基づいて町全体の地域防災に取り組んでいます。</p> <p>また、町ではハザードマップを作成し、町の広報紙やホームページ等で周知を図っています。</p> <p>今後は、地域防災計画の実効性を高めるため、高齢者にも分かりやすい資料作りに努める等、適切な見直しを行うとともに、ハザードマップ等を活用して災害時の対応に関する講習会の開催や災害時の避難場所や避難方法等について、町の広報紙、ホームページ、かがやきネットのほか、ふれあいサロン、社会福祉協議会の会合等のあらゆる機会を通じて周知を図り、住民自らが判断して避難行動をとることができるように、住民一人ひとりの防災意識の高揚を図ります。</p>
自主防災組織の活動の支援	<p>自主防災組織の活動状況が地域によって異なることから、自主防災組織の活動の強化や平準化を図るために、自主防災組織連絡協議会を活用して自主防災組織間の交流を推進し、自主防災組織の意識の向上と活動の強化を図ります。また、県の方針や事業と連携し、平時からの災害に対する備え（マイタイム・ラインの作成等）や災害時に地域で支え合える体制作りを構築します。</p> <p>地域防災力の向上には、人材育成が必要です。そのため、地域の方を対象とした「防災士」の資格取得者を増やす取組を進めるため、積極的な広報等に努めます。</p>

項目	主な事業内容
避難行動要支援者の避難支援	<p>在宅の避難行動要支援者を把握し、災害発生時の避難支援プラン（個別計画）の作成を進めています。また、地域の避難支援団体に避難行動要支援者名簿を提供して避難支援体制の構築、強化を図り、災害時の活動に備えて避難訓練や啓発活動、普段からの声かけ等に使用します。</p> <p>年1回程度、避難行動要支援者名簿の更新を行い、避難行動要支援者の把握に努めます。</p> <p>地域の避難支援団体に働きかけ、避難行動要支援者名簿の登録申請を増やすとともに、災害発生時の避難支援プラン（個別計画）を見直してもらい、より活用できるプランとなるよう改善を図ります。</p>

交通安全対策の充実

高齢者の交通事故が増加傾向にあるほか、身体機能や認知機能の低下に伴う自損事故が増加しており、交通事故の防止対策の強化に取り組んでいます。

年2回のテント村や交通安全週間の取組を通じ、交通安全意識の向上に取り組むとともに、自家用車の運転に伴う交通事故の減少を図るため、高齢者を対象としたサポカー、セニアカー講習会等を開催しています。

また、ふれあいタクシー制度の導入に併せ、運転免許証自主返納者支援制度を創設し、運転免許返納の推進を図っています。

今後も高齢者や地域住民に対する交通安全意識の高揚を図るために、警察署、交通安全協会、老人クラブ等が行う交通安全教育や意識啓発の取組を支援します。

防犯・消費者被害防止対策

高齢者が犯罪にあわないように支援する体制づくりが急務になっており、特に、高齢者のみの世帯、昼間高齢者のみになる世帯に対する防犯、消費者被害の防止対策に取り組んでいます。

今後は、高齢者への防犯・消費者被害を未然に防止するため、消費生活に関連した啓発チラシや家庭用カレンダーの全戸配布、町の広報紙、ホームページ、かがやきネット、告知放送等を活用した情報提供の充実を図ります。

また、神石高原町消費生活相談窓口（未来創造課内）の周知のための啓発グッズの配布や出前講座を活用した防犯・消費者被害の防止対策の充実を図ります。

町民が抱える様々な相談事や不安、悩みを適切に把握し、各課や各関係機関と共有し、相談体制の充実を図ります。

ユニバーサルデザインの推進

高齢者等が地域のなかで、自由にかつ気軽に活動し、いきいきと暮らすためには、誰にとっても住みやすいバリアフリーのまちづくりが必要であり、道路、公共建築物等の整備等、高齢者が利用しやすい公共交通機関の整備に取り組んできています。

今後は、福祉のまちづくりの推進に向けて、高齢者が利用しやすいように、公共建築物や公営住宅等のユニバーサルデザインに基づく計画的な整備に努めます。

災害・感染症対策の推進

近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、関係部署と連携して、災害・感染症対策に係る体制を整備します。

項目	主な事業内容
介護事業所等と連携した啓発活動	介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練を実施します。
災害や感染症発生時における必要物資の整備	関係部署と連携して、介護事業所等における災害や感染症の発生時に必要な物資についての備蓄・調達・輸送体制を整備します。
県、関係団体と連携した支援体制の構築	県、関係団体と連携した災害・感染症発生時の支援（福祉避難所等）・応援体制を構築します。
ICT を活用した業務のオンライン化の推進	災害・感染症対策として、ICT を活用した会議の実施等による業務のオンライン化を推進します。

◆達成目標

基本方針：安心できる在宅生活の支援

指標	現状	
	令和5（2023）年度	令和8（2026）年度
町内の高齢者居住施設入居率	69%	80%
避難行動要支援者名簿の登録率 （平常時から名簿情報を提供することに同意した人の率）	62.9%	65%

3 地域包括ケア体制の深化・推進

(1) 自立支援・重度化防止の推進

高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援を行い、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止を図ります。

介護支援専門員の資質の向上

高齢者の住み慣れた地域での生活をできる限り継続して支えるために、近隣の支えあいやインフォーマルな関わり、介護予防のための活動やサービス、さらには介護サービス及び医療サービス等、高齢者の状態に合わせて様々な支援を包括的・継続的に提供できるケアマネジメントが求められています。

地域包括支援センターでは、様々な問題を抱え、ケアマネジメントが難しいケースの増大に対応して、包括的ケアマネジメントの強化に向けて、保健・医療・福祉・介護の関係機関と定期的に連絡会議を開催し、連携の強化を図っています。

地域包括支援センターを中心とした包括的・継続的ケアマネジメントの充実を図り、介護支援専門員の資質向上に向けて研修会を開催します。

自立支援型地域ケア個別会議におけるケアマネジメント支援

高齢者の「自立支援」は、要介護等の状態の改善や悪化の防止だけでなく、地域で自立した生活続けることを目的に、「本人の自己実現」や「生きがいを持ち、自分らしい生活を続ける」よう、生活行為の課題解決を導くことが重要です。

令和元（2019）年度より、個別事例を医師や歯科医師、理学療法士、管理栄養士、生活支援コーディネーター等の多職種による専門的な観点に基づく助言を通じ、自立に資するケアマネジメントの視点で介護予防活動や生活支援等サービスを提供する自立支援型地域ケア個別会議を開催しています。

この会議は“その人の生活全体を観る”ことの共通認識を持ち支援を検討し、多職種連携にもつながり、他の職種の専門的な助言を通じ、ケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること（OJT・スキルアップ）にもつながるものです。

引き続き、自立支援と重度化防止、QOLの向上を目指し、ケアマネジメント力の向上と支援の充実のため、会議の定例化を図ります。また、検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につなげます。

地域リハビリテーション体制の推進

心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人へのリハビリテーションはもとより、地域ケア会議・住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職種の関与等、地域や家庭における社会参加等も含めた生活の質の向上を目指すためのリハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制の構築を推進します。また、地域や家庭で筋力維持のための体操ができるように、周知と呼びかけを行います。

(2) 地域共生社会の推進

地域において高齢化が一層進む中で、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援等の制度・分野の枠組みを超え、また「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、生きがいや役割を持って、助け合いながら共に暮らしていくことのできる地域共生社会の実現に向け、包括的な支援体制の整備を図ります。

障害者及び子育て支援部署との連携強化

町の障害者や子どもを担当する部署等と地域の連携体制、地域包括支援センターの位置づけや役割を具体化し、共通認識を持つことで連携し、「我が事・丸ごと」の地域における包括的な支援体制の円滑な運用を図ります。

共生型サービス指定の推進

各事業所に対し、介護保険事業と障害者支援事業の両方の指定をとり、共生型サービスへの促進を図るよう支援していきます。

地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築

地域住民が抱える課題が複雑化・複合化する中で、介護、障害、子ども及び生活困窮等、属性や世代を問わない相談の受け止めができるよう、重層的支援体制の構築を推進します。町の各部署同士の連携を強化し、研修や協議の場を促進していきます。

(3) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としています。

今後の高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応するため、その機能や体制の強化を図ることが求められています。

地域包括支援センターの評価を通じた業務改善や体制整備の推進

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としており、地域包括ケアシステムの構築を推進していく上で、その機能強化は重要な課題となっています。

地域包括支援センターでは、高齢者一人ひとりが輝き、緑豊かな住み慣れた地域で、安心して暮らせるために、総合相談業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント業務、介護予防ケアマネジメント業務を行うとともに、介護予防、日常生活支援総合事業の実施、生活支援体制整備、地域ケア会議の促進、認知症施策の推進等、地域包括支援センターの機能強化等、様々な取組を行っています。

これから迎える、超高齢社会に対応し、地域において求められる機能を十分に発揮するためには、人員体制及び業務の状況を把握・評価し、その結果を踏まえて、事業の質の向上のための必要な改善を図っていくことが重要であり、地域包括支援センターで取組状況を評価することにより、地域包括ケアシステムの深化に向けた取組を加速させる必要があります。

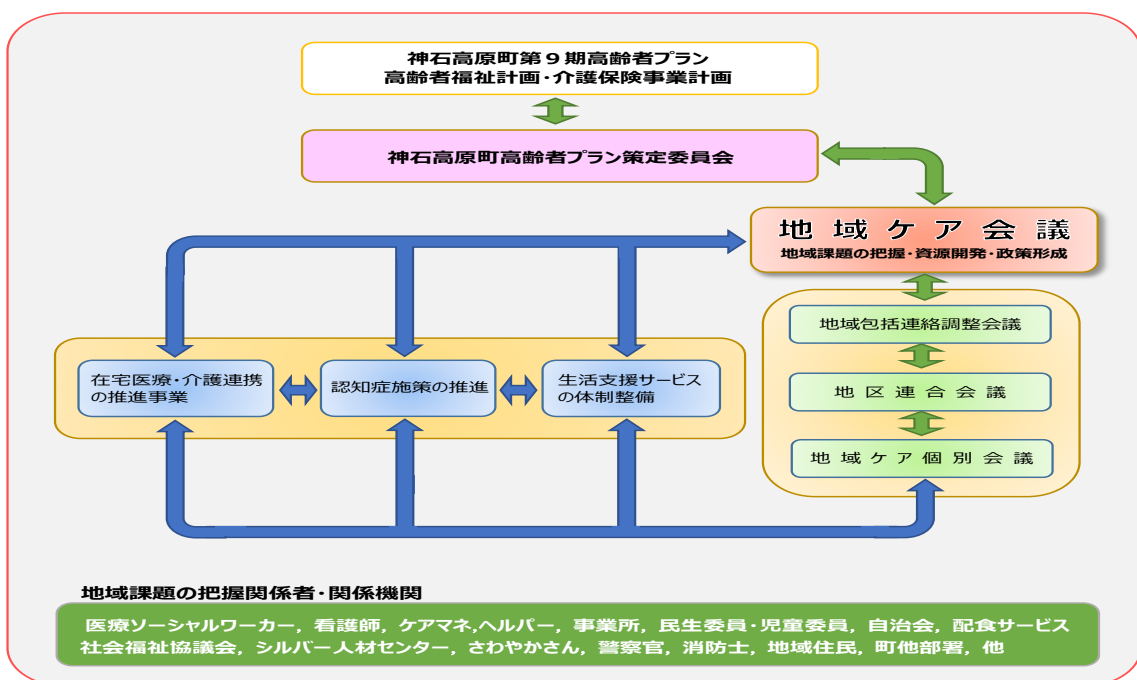
項目	主な事業内容
総合相談支援	高齢者が住み慣れた地域で可能な限り自立した生活ができるように、地域包括支援センターを核とした相談支援体制の充実を図ります。
地域包括支援ネットワーク	<ul style="list-style-type: none">■地域包括支援センターは、関係機関の管理者レベルの人材が参画する会議を地域ケア会議、多職種協働による会議を地域ケア個別会議として位置づけ、本会議において高齢者の個別課題の解決を図るとともに、地域課題の明確化、地域課題の解決に必要な資源開発、政策形成を図ります。■地域での自主的な福祉活動を推進するための意識啓発を行うとともに、見守り訪問や安否確認をしている見守り訪問員、民生委員・児童委員等、様々な団体が効果的な支援をできるように、役割分担の調整に努め、地区連絡会議を定期的に開催します。■地域での支援が困難な事例については、保健・医療・福祉・介護の専門職、法律専門家、行政関係機関等の実務者レベルで構成する会議を必要に応じ開催し、適切な支援を早期に行います。

項目	主な事業内容
地域包括支援センターの運営	<p>■全国統一の地域包括支援センター事業評価指標を活用し、地域包括支援センターの業務の実施状況を把握し、これを踏まえた地域包括支援センター運営協議会等での検討を通じて、適切な人員体制の確保や業務の重点化・効率化を推進します。</p>

■各種ネットワーク会議の状況

名称	内容	参加機関	会議の機能				
			個別課題解決	ネットワーク構築	地域課題発見	地域づくり資源開発	政策形成
地域ケア協議会	<ul style="list-style-type: none"> 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり 高齢者プランへの反映等の政策形成 	医師会、歯科医師会、薬局、警察署、消防署、民生委員・児童委員、住民組織、ケアマネ組織 等				○	○
地域包括連絡調整会議	<ul style="list-style-type: none"> 地域支援ネットワークの構築 地域課題の発見 	介護サービス事業者、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、町立病院、地域包括支援センター、行政（健康・福祉・介護）		○	○		
地区連絡会議	<ul style="list-style-type: none"> 関係者・機関のネットワークの構築 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する 	民生委員・児童委員、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、見守り訪問員、行政（地域包括支援センター、保健福祉課、各支所）、医療機関等	○	○	○		
地域ケア個別会議	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の個別課題の解決 支援が必要な高齢者の支援方針の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 個別ケースに係る関係者 将来サービス提供が想定される専門職種 等 	○	○	○		

■地域ケア会議の位置づけ



(4) 高齢者の権利擁護の推進

高齢者の権利擁護の推進

認知症、知的障害、精神障害等の理由で判断能力が不十分な人が財産管理や日常生活等での契約を行うときに、判断が難しく不利益を被ったり悪質商法の被害者となることを防ぎ、権利と財産を守り、支援することが極めて重要です。

地域包括支援センターで高齢者の権利擁護に関する相談を受けた場合、成年後見制度等の権利擁護を目的とする制度や社会福祉協議会が行う「かけはし事業」のサービスを活用する等、ニーズに即した機関やサービスを紹介しています。

今後は、権利擁護支援のための地域連携ネットワークの構築やその中核となる機関の設置、権利擁護支援の担い手としての市民後見人や親族後見人の育成を行う等、相談体制の充実と、ニーズに応じた権利擁護事業を展開します。

項目	主な事業内容
広報啓発活動	権利擁護に関する知識や理解の普及啓発、成年後見制度について広く周知するとともに、相談・支援事業を推進します。
権利擁護支援のためのネットワークづくり	認知症、知的障害、精神障害等の理由で判断能力が不十分な人への権利擁護支援のためのネットワークの構築や中核となる機関の設置に向け、関係機関と協議を行います。
支援体制の整備	権利擁護支援の担い手としての市民後見人等の育成や親族後見人の活動支援を行います。住民や親族に向けての講演会等を開催します。
成年後見制度利用支援事業	<p><内容></p> <p>認知症高齢者等判断能力が十分でない方の権利擁護と福祉の充実を図るため、成年後見制度を利用する必要があると認められるにもかかわらず、身寄りがないあるいは親族等による法的後見開始の審判が期待できない方について、町が審判の申立てを行い、費用負担できない場合は、町が負担します。また、後見人の報酬についても費用負担できない方に対しては、町の申立てに限らず費用の助成を行います。</p> <p><町申立て対象者> ※次の全てに該当する方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症高齢者、知的または精神障害者の方 ・ 判断能力が不十分で日常生活を営むことに支障のある方 ・ 審判の申立てを自ら行えない方 ・ 配偶者及び二親等内の親族による保護又は後見開始等の審判の申立ての期待ができない、または親族等と音信不通の状況にあるか、親族等から虐待を受けている方

項目	主な事業内容
	<p>ただし、利用するためには、本人や親族等が家庭裁判所へ法定後見開始の審判の申立てを行い、さらに、家庭裁判所から社会福祉協議会が成年後見人等に選任される必要があります。</p> <p>なお、成年後見人等の候補者として、申立書に「神石高原町社会福祉協議会」と記入することも可能です。</p>

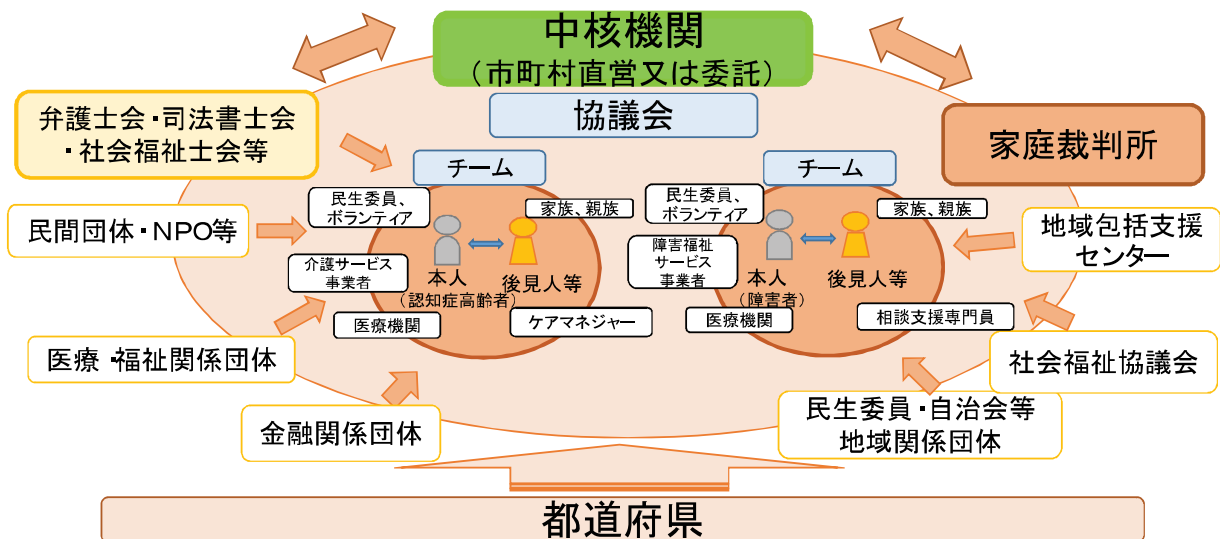
■ 権利擁護支援のためのネットワークのイメージ

地域連携ネットワークとその中核となる機関の整備について

● 実務的には、協議会の設置と、地域連携ネットワークの中核となる機関の指定等

“権利擁護のセーフティネット”

全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築する。



※協議会・・・法律・福祉の専門職団体や、司法、福祉、医療、地域、金融等の関係機関が連携体制を強化するための合議体
 ※チーム・・・本人に身近な親族、福祉・医療・地域等の関係者と後見人が一緒になって日常的に本人の見守りや意思や状況等を継続的に把握。

出典：厚生労働省資料

高齢者の虐待防止の推進

高齢者虐待が起こる背景として、高齢者の認知症が進行し、認知症がもたらす行動障害が増える、寝たきり等で介護の負担が重くなる、といったことで、介護者が心身共に疲労し、追いつめられ、気が付かないうちに、不適切な介護が行われていることもあります。

高齢者虐待の問題は、たやすく解決できるものではなく、高齢者自身の状態、家族関係、親族関係、介護や認知症に関する知識、介護者自身の状態等、様々な事情や要因がからみあっています。

本町は、医療機関、高齢者の福祉に業務上関係のある団体、県関係機関等の代表者で構成する「高齢者虐待防止ネットワーク」を設置しています。この組織は、関係機関の代表者で構成する「代表者会議」と個別のケースの関係者で検討する「個別ケース会議」に分けて活動を行っており、地域包括支援センターがその事務局になっています。

高齢者に対する虐待の早期発見と適切な対応に向けて、町の広報紙、ホームページ、かがやきネット、各種会合等のあらゆる機会を通じて、地域団体や住民への意識啓発を推進するとともに、保健・医療・福祉等の関係者、法律専門家、及び人権擁護委員との連携を強化し、高齢者虐待防止ネットワークを通じて虐待防止に取り組めます。

また、福祉施設職員を中心に啓発や研修を行い、施設虐待防止の取組に努めます。

(5) 医療・介護連携の強化

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患や認知症等の高齢者の増加が見込まれる中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、医療・介護の更なる連携強化を推進します。

医療提供体制の充実

本町には、病院1か所（町立病院）、町立診療所1か所、一般診療所1か所、巡回診療2か所（油屋、豊松）、歯科診療所5か所があり、これら医療機関や町外の医療機関が住民に医療サービスを提供しています。

本町の医療サービスの核になっている町立病院には、内科、外科、整形外科、眼科、脳神経外科、リウマチ・膠原病科、リハビリテーション科の7診療科を設置しているほか、救急告示病院として救急患者の24時間対応を行っています。

しかし、内科・外科以外の常勤医師の確保ができておらず、他の医療機関からの診療支援を受けています。また、看護師についても慢性的な人員不足が続いており、医療職の確保が課題となっています。

そのため、本町では、医師・看護師等の医療従事者不足の解消を図るため、「神石高原町医療従事者育成奨学金貸付」制度を設けており、平成27（2015）年以降成果が出てきています。

在宅医療を推進するには、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要であり、そのためには、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、介護サービス事業所、地域包括支援センター等の医療・介護機関やそこに従事する多職種が連携する必要があります。

令和5（2023）年度中に神石高原町立病院経営強化プランを策定することにより、町立病院の今後目指すべき方向性と、町内診療所等との具体的な連携方法を確立します。

医療提供体制充実のための取組

- ・地域包括ケアシステムの体制の実現に向けて、過疎化・少子高齢化が進行し医療資源が不足する中で、病院完結型の医療から地域完結型の医療へのシフトを目指し、多職種が切れ目のない連携を行うとともに、医療資源、介護資源の充実を図り、安定した地域包括ケアシステム体制を構築します。
- ・町立病院は、病院及び診療所との連携を強化し、患者の検査や術後のフォロー等を行う後方支援病院としての機能を維持します。
- ・急性期の治療が終了した患者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域ケア病床において経過観察やリハビリ等、在宅復帰に向けた支援を推進します。
- ・「神石高原町医療従事者育成奨学金貸付」制度の一層の周知等により、本町の医療を支える人材の育成と地域医療資源の確保及び充実に努めます。また、現状のニーズに対応し、継続的に就業してもらうよう制度改正を検討しています。

在宅医療・介護連携の推進

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、在宅医療と介護を一体的に提供することが求められています。

そのためには、関係者間で有効な情報連携を行い、切れ目のないチームケア体制を確立することが必要です。

特に、①医療機関から在宅への退院時の支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④在宅での看取りの四つの場面を想定した、在宅医療の充実が重要です。地域の実情を把握、分析を行ったうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域の目指すべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進します。

項目	取組内容
現状分析・課題抽出・課題解決	町内の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等と切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、課題解決策を地域ケア会議等で協議します。
在宅医療・介護連携支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ■在宅医療・介護連携支援センターを設置しており、今後も医療・介護関係者が在宅医療・介護連携について相談できる体制を維持します。 ■住民や医療・介護関係者が在宅医療と介護に関する理解を深め、在宅療養を必要とする人（家族）が適切なサービスを選択できるように、備後圏域地域包括ケア資源マップ等をホームページに掲載し普及啓発を行います。 ■医療・介護関係者との協働・連携を深めるため、多職種による研修等を開催します。
ACPの普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ■将来の意思決定能力の低下に備え、自分はどのように生きたいか、また、もしもの時にどのような医療やケアを受けたいか、何をして欲しくないか等、自分の考え「私の心づもり」を家族・代理人や医療介護関係者と共に話し合うことで、最期まで自分らしい人生を送り、本人の意思を尊重し、反映させる ACP（アドバンス・ケア・プランニング（人生会議））をすすめます。 <p>町内の ACP 普及推進員が協力し、ACP 動画作成・ケーブルテレビや講演会・介護予防教室等あらゆる機会を通じて、ACP の普及・文化づくりに取り組みます。</p>
二次保健医療圏内・関係市町村の連携	二次保健医療圏内の病院から退院する事例等に関して、県、保健所等の支援の下に、在宅医療・介護等の関係者間での情報共有の方法等について協議を行います。

【ACPとは】

「アドバンス・ケア・プランニング (Advance・Care・Planning)」の略です。これは、将来の起こりうる病状の変化に備えて、医療従事者が本人や家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程を指します。もしものときのために、本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組です。

厚生労働省では、ACP をより馴染みやすい言葉となるよう「人生会議」という愛称とロゴマークを採用し、認知度の向上に取り組んでいます。



人生会議のロゴマーク

◆達成目標

基本方針：地域包括ケア体制の深化・推進

指標	現状	
	令和 5 (2023) 年度	令和 8 (2026) 年度
地域ケア会議・地域包括連絡調整会議・地域ケア個別会議の開催回数	年 9 回	年 10 回
リハビリテーション専門職員派遣件数	年 15 回	年 40 回
ACP 普及推進員の普及啓発活動回数	年 10 回	年 15 回

4 「共生」と「予防」の認知症施策の強化

(1) 普及啓発と予防

認知症は誰もがなりうることから、認知症やその家族が地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために、認知症に関する正しい知識と理解の促進を図ります。

運動不足の改善、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されており、地域で行われている教室やサロン、通いの場等、認知症予防に資する活動を推進します。

認知症を理解する講演会

認知症の人やその家族を町全体で支えていくために、認知症への理解を深める講演会を家族や地域の方が広く参加できるように、時期・会場・内容を工夫しながら実施します。

また、働き盛りの年代の人に、認知症の予防に日常的に取り組んでもらえるよう他組織との連携を図ります。

認知症サポーター養成とキャラバン・メイトの活動推進（チームオレンジの整備）

認知症についての正しい知識と認知症の人への適切な対応の方法を学ぶことができるように、地域住民、職域、学校、団体、企業等の従事者等を対象として、認知症サポーター養成講座を開催しています。また、認知症サポーター養成講座を活用し、県が行うキャラバン・メイトの人材確保も行っています。

今後は、各種団体、事業所、学校等の場を活用して認知症サポーター養成講座を開催することにより認知症サポーターの養成を推進します。

また、講座修了者を登録し、認知症サポーターが各地域で活動できるよう、フォローアップ研修会としてステップ講座を年1回以上行います。

研修を受講した認知症サポーター等が中心となり、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みである「チームオレンジ」を設置し、認知症サポーターが地域で活躍できる体制を整備します。

認知症予防教室（脳いきいき教室）

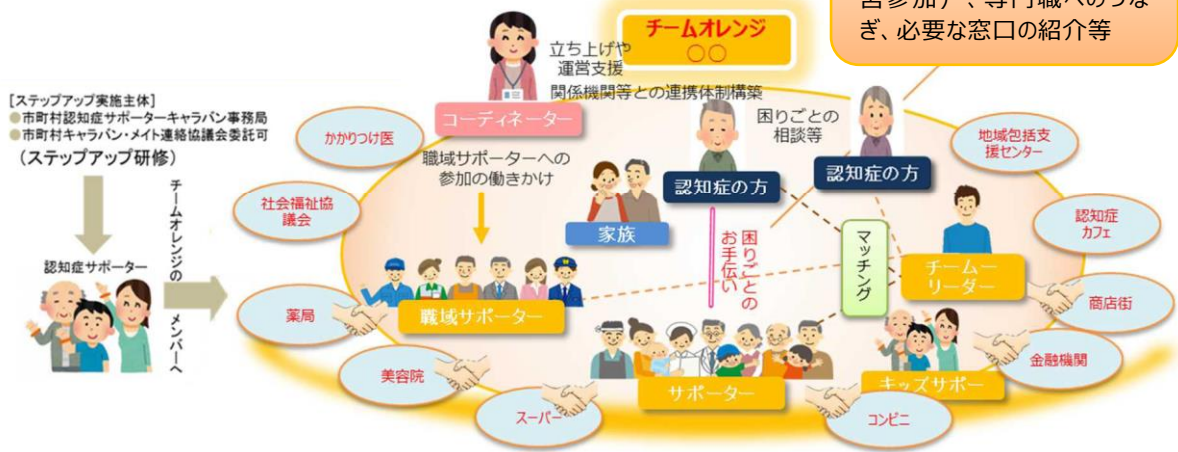
認知症予防教室（脳いきいき教室）は、町立病院もの忘れ外来、地区連絡会議、関係機関等の情報から認知症の疑いのある高齢者または認知症予防に取り組みたい高齢者を対象として、体操、ゲーム、歌、太鼓、回想等のメニューで楽しく脳をトレーニングする教室です。毎週1回、全12回程度を1クールとして開催しています。

MCI（軽度認知障害）の段階での早期の予防の取組を推進し、教室を継続していきます。教室参加を機に、本人の活動性が増し意欲的となり、サービスや社会参加につながる人の増加を図ります。また、本事業の受講終了後は、認知症予防へ継続的に取り組むために認知症予防カフェや地域のサロン、通いの場への参加を働きかけます。そのためにも地域に住民運営の通いの場やサロン等の受け皿を増やす働きかけを行います。

【チームオレンジとは】

地域の認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みです。

見守り・声かけ、話し相手、外出支援、ボランティア訪問等、孤立しないための関係づくり（認知症カフェの同行・運営参加）、専門職へのつなぎ、必要な窓口の紹介等



資料：厚生労働省「チームオレンジの取組の推進」

(2) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要です。関係機関との連携を強化し、認知症の疑いがある人に早期に気付いて本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された本人・家族等に対する支援を推進します。

認知症初期集中支援チーム

認知症の人やその家族に早期に包括的・集中的に関われるよう医療・介護の複数の専門職で構成された「認知症初期集中支援チーム」を設置し、定期的に会議を開催しています。

早期診断・早期対応に向けて、地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行い、地域住民が適切な相談や支援につながる行動がとれるように普及啓発を行います。

また、情報収集及び観察・評価、初回訪問時の支援、専門医を含めたチーム員会議の開催、初期集中支援の実施、引継ぎ後のモニタリング、支援実施中の情報共有等の活動を行います。

認知症地域支援推進員

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるためには、医療・介護や生活支援を行う様々なサービスが連携して効果的な支援を行うことが重要です。そのため、認知症に関する医療や介護の専門的知識や経験を有する看護師、保健師等で構成する認知症地域支援推進員を継続配置します。地域住民や民生委員・児童委員、地区連絡会等からの認知症の疑いがある人の情報を受け、本人・家族の相談支援をします。相談者に必要なサービス、認知症初期集中支援チームや町立病院のもの忘れ外来、認知症予防カフェや通いの場等の地域資源への橋渡しをします。

専門知識を活かして幅広い活動と訪問活動を継続し、認知症の予防と早期発見・支援につなげ、認知症の理解者を増やし、暮らしやすい地域づくりに努めます。

認知症予防カフェ

認知症予防カフェは、認知症に対する理解と認知症予防を目的として、認知症の人やその家族、住民、専門家等が参加し、学習、交流、レクリエーション等の活動を行うもので、町内5か所に設置されています。

脳いきいき教室の受講を終了した人が、引き続き認知症予防や閉じこもり予防を図るために活動する場としても位置づけられています。

今後は、高齢者や地域の人が気楽に参加できるように、送迎がなくても集まれる小地域単位での開催を働きかけ、参加促進に向けて本事業を周知するとともに、住民運営による実施に移行していく必要があり、小地域のふれあいサロンや通いの場を開催している地区でも、この場を活用した認知症予防や認知症予防カフェの開催の検討を働きかけます。

認知症ケアパスの見方・・・

認知症は下表のように進行していきます。
その段階ごとに、適切な支援や利用できるサービスがあります。認知症ケアパスを見ると、認知症の進行に応じて「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるか、といったケアの流れが具体的によく分かります。

認知症ケアパス

～認知症の人も家族も、いつまでも安心して暮らせる地域づくりを目指して～

＜認知症の経過と地域のかかわり＞

認知症の進行（右に行くほど発症から時間が経過している状況です）

※症状の現れ方には個人差があります。

認知症の段階	元気	認知症の疑い	認知症（軽度）	認知症（中等度）	認知症（重症）
	自立		誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活を送るには支援や介護が必要	非常に専門医療や介護が必要
本人の様子の例	<p>普段の生活が変わらずできる。</p>	<p>普段の生活はできていても何か違和感がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 名前や物の場所、置き忘れなどがある。 もの忘れの自覚がある。 『あれ』『それ』等という代名詞がある。 ヒントがあれば思い出せる。 <p>普段の生活はできていないが、新しいことと複雑なことは困難。</p> <ul style="list-style-type: none"> 新しいことはなかなかおぼえられない。 買い物や家計の管理はできるが、ミスが多くなる。 時間、日ちが分からなくなる。 外出の機会が減る。 慣れている作業に支援はないが、複雑な作業で支援がでる。 不安が強くなる。 	<p>誰かの見守りがあれば普段の生活はできているが、社会生活に支援をきたす。</p> <ul style="list-style-type: none"> 慣れた場所に行くことに支援はない。 自分で洋服を選んだり着たりすることはできる。 家の管理ができない。 買い物で必要なものを買って買わないものも買ってしまうことがある。 電話・訪問者の対応が1人では難しい。 笑顔にない人や動物、虫が見える等。（レビー小体型認知症） 社会の決まりが守れない。（前頭側頭型認知症） 	<p>慣れた場所に行くことができな</p> <ul style="list-style-type: none"> 季節に合った服が選べない。服を着ることに介助が必要。 1人で買い物ができる。 入浴を忘れる、嫌がる。 ついさっきのことも忘れる。 もの忘れの自覚がない。 	<ul style="list-style-type: none"> 話さなくなる。 感情が空しくなる。 家族の服や使いたれた道具が分からなくなる。 歩行に支援が出る。 入浴に介助を要する。 尿失禁や便失禁が増える。 おみ込みが激くなる。 ほぼ寝たきりでの意思の疎通が難しくなる。
本人の心構え 家族の心得・対応のポイント	<p>健康づくりや介護予防にとりくむ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○家庭内の役割を持ちましょう。 ○体操など体を動かす習慣を持ちましょう。 ○地域活動等、楽しみを持ち、家から出かけて交流しましょう。 ○「いつもと違う」と感じたら、地域包括支援センターに相談しましょう。 	<p>早めに受診し病気を正しく理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○仕事や趣味等続けましょう。 ○将来どんな介護を受けたいか、自分の思いを周りの人へ伝えてみましょう。 ○生活に困る事があれば、早めに地域包括支援センターに相談しましょう。 	<p>かかりつけ医を持ち、受診を継続しましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護保険などのサービスを上手く利用し、人との交流を続けましょう。 ○介護者自身の健康管理をしましょう。 ○本人の様子に変化があったら、ケアマネジャーや地域包括支援センターに相談しましょう。 	<p>介護保険などのサービスを上手に利用しましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○できない事が増え、体調を崩しやすくなることを理解しましょう。 ○どのような終末を迎えるか家族で話し合い、かかりつけ医にも伝えましょう。 	
認知症の進行状況による支援体制など	<p>健康づくりや介護予防にとりくむ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症についての理解を深めて、支える側になります。 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座の受講 ・認知症等介護予防講座 ●健康づくりを進めましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の予防 ・特定健診の受診 ・物忘れチェック（総合健診にて） ・介護予防教室 ・認知症予防講座 ●地域とのつながりを大切にしましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・地域の行事への参加 ・もの忘れがある方への声掛け、見守り ●外出の機会を増やしましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防カフェ ・いきいき百歳体操 ・地域のサロン ・ランドゴルフやゲートボール ・趣味の会 	<p>早めに受診し病気を正しく理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●薬し物が増えた、忘れっぽくなったなど、気になることを相談してみましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・民生委員や地域の方へ相談 ・かかりつけ医へ相談 ・神石高原町地域包括支援センター ☎89-3377（認知症地域支援推進員がいます） ・居宅介護支援事務所 <ul style="list-style-type: none"> シルトピア油木 ☎82-2277 とよまつ ☎89-2030 ・おみじの里 ☎87-0500 ・さんわ ☎89-3033 ●専門の病診を受診すると、もの忘れの程度がどのくらい進んでいるのかがわかります。 <ul style="list-style-type: none"> ・神石高原町立病院（もの忘れ外来） ☎85-2711 ●少し不安になる時期で、外出が億劫になりがちですが、外出の機会を増やしましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・いきいき教室 ・認知症予防カフェ ●介護保険の申請・利用を考えましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・認知症サポーター医への相談（主治医の意見書） ・神石高原町地域包括支援センターへの相談 ●神石高原町高齢者福祉サービスの利用を考えましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・配食サービス ●車の運転が危なくなったら、早めに自主返納しましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・運転免許証自主返納者支援事業 ・忘れあいタクシー利用者証 	<p>サービスを利用しながら人との交流を続けよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自分のできることを大切にしながら、介護保険などのサービスを利用しましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ※介護保険パンフレットを参考にしましょう。 在宅サービス <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・デイサービス ・ショートステイ ・住宅改修 ・福祉用具 など 施設サービス <ul style="list-style-type: none"> ・ケアハウス ・グループホーム ・サービス付き高齢者住宅（町内にはありません） ●介護している家族のサポートも大切です。 <ul style="list-style-type: none"> 悩みを打ち明けられずに1人で抱え込む方もいます。認知症の事を身近な人へ伝え、理解者や協力者を作りましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ・介護者教室・介護家族交流会 ・ケアマネジャーへの相談 ・神石高原町地域包括支援センターへの相談 	<ul style="list-style-type: none"> ●住まいを考えましょう。【自宅での生活を続ける方】→ケアマネジャーに在宅サービスを相談しましょう。【施設等での生活を考える方】→グループホーム <ul style="list-style-type: none"> ・介護老人保健施設 ・特別養護老人ホーム など ・ケアマネジャーに施設サービスを相談しましょう。 ※介護保険パンフレットを参考にしましょう。 <ul style="list-style-type: none"> ●利用できる福祉サービスがあります。 <ul style="list-style-type: none"> ・家族介護用品支給事業 ・在宅介護者激励手当支給事業 	
<p>★安全に過ごすための対策を考えましょう。・・・かがやきネットでの緊急通報 地域の方からの声かけ 高齢者等SOSネットワーク事業</p> <p>★消費者被害に注意しましょう。・・・神石高原町消費者生活相談窓口（☎89-3088）</p> <p>★お金を計画的に使うことや、通帳の管理等金銭管理が難しくなったら相談しましょう。・・・日常生活自立支援事業 かけはし（神石高原町社会福祉協議会）</p> <p>★大切な権利を守りましょう。・・・成年後見制度</p>					

※図 認知症ケアパス

(3) 認知症バリアフリーの推進

生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進します。

認知症高齢者等見守り訪問事業

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築のため、地区連絡会議で対象者の選定および決定を行い、認知症に関する知識のある認知症地域支援推進員と地域包括支援センターとの連携による訪問を行います。定期訪問による関係づくりを通じて、相談や介護サービスへの連携が円滑に行えるよう支援を実施します。

高齢者等SOSネットワーク事業の推進

高齢者が認知症等の原因で徘徊するなど行方不明になった場合に早期発見、身体・生命の安全確保を行うため、関係機関・団体等とのネットワークを構築し、対象者の事前登録を呼びかけています。

本事業を町の広報紙、ホームページ等を通じて周知するとともに、事前登録者の呼びかけ、個別勧誘を行います。メール配信サービス事業の開始までは協力団体、協力者を募集し拡大していきます。

若年性認知症の人への支援

若年性認知症になった人が早い段階で適切な支援に結びつくよう普及啓発を進めるとともに、介護保険・障害者福祉をはじめとした適切な福祉サービスの利用につながるよう支援しています。

今後も、継続して支援を行います。

認知症の人・家族への支援

認知症の人・家族が集い交流し、思いや希望を語る「本人ミーティング」の場や活動の場をつくり、社会参加と安心して暮らせる地域共生社会の実現に向けて取り組みます。

◆達成目標

基本方針：「共生」と「予防」の認知症施策の強化

指標	現状	
	令和5(2023)年度	令和8(2026)年度
チームオレンジの設置	1か所	4か所
認知症の本人・家族介護者教室の開催回数	年0回	年12回

5 介護保険サービスの充実

(1) 介護人材の確保と業務効率化

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、介護給付等対象サービス及び地域支援事業に携わる質の高い人材を、安定的に確保するための取組を講じていくことが重要です。加えて、少子高齢化が進展し、介護分野の人的制限が強まる中、ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行えるよう、業務の効率化の取組が求められています。

介護人材の確保

住み慣れた地域でできるだけ生活できるよう、介護サービスを十分確保する必要がありますが、全国的に介護を担う人材が不足しており、本町においても介護保険サービスを安定的に提供する上で大きな課題となっています。そのため、介護人材の確保と育成の充実を図り、各関係機関と連携して資格、研修、制度等に係る情報提供等を行うとともに、人材確保に向けて住民への介護従事に対する周知を行う必要があります。

今後は、住民へ職業としての介護に対する理解を促進するための啓発を行うとともに、外国人や高齢者等の多様な人材の確保についても、外国人介護人材の制度の周知・啓発を行い、元気な高齢者の能力活用が進むような方策を検討します。

また、県の施策と連携した介護人材確保の取組を進めます。

項目	主な事業内容
介護職員初任者研修受講支援事業	介護技術の習得支援として、町内在住で町内施設・事業所に勤務する方を対象に、介護職員初任者研修の受講費用のうち、年額上限 50,000 円を助成します。

業務の効率化

少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行えるよう、介護現場においてやりがいを持って働き続けることができる環境づくりを進めるため、業務の効率化の取組を推進します。

項目	主な事業内容
介護分野の文書に係る負担軽減	国、県と連携しながら、個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化、電子申請への対応等の負担軽減を推進します。
介護現場における ICT の活用	国、県、介護事業者等と連携し、介護現場における ICT 化への支援を行います。

介護現場におけるハラスメント対策

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

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

(2) 介護給付の適正化

介護給付を必要とする人を適切に認定し、介護サービス事業所等による不要なサービスや不適切なサービスが提供されていないか等を検証し、利用者に対して適切かつ質の高い介護サービスが提供されるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、将来にわたって介護保険制度の安定的な運営を確保していきます。

■ 介護給付適正化における取組事項

取組項目	町の取組事項	具体的な取組内容	
		最低限取組事項	質向上取組事項
1 要介護認定等の適正化（※）	更新・区分変更の認定調査の平準化・適正化	■ 委託認定調査の保険者の直接実施	■ 指定市町事務委託法人等への委託検討
	要介護認定等のばらつきの是正に向けた取組	■ 業務分析データによる原因分析 ■ 関係者間での情報共有	■ 課題の設定と対策の実施
2 ケアマネジメント等の適切化	ケアプラン点検の実施（※）	■ 介護支援専門員の「気づき」を促すケアプラン点検の実施 ■ ケアプラン改善状況の把握	■ 国保連介護給付適正化システム等を活用したケアプラン点検の実施
	介護支援専門員の資質向上に向けた取組	■ 県主催の研修会への参加 ■ 介護支援専門員に対する研修会等の開催	■ 地域包括支援センターによる介護支援専門員支援機能の強化 ■ 地域の関係者との意見交換の実施
3 事業所のサービス提供体制の確保	地域密着型サービス事業所への指導・監査等	■ 地域密着型サービス事業所への定期的な指導	■ 指定審査の厳格化
	苦情処理内容の把握・分析に基づく事業者指導	■ 苦情等があった事業所への指導・監査の実施	■ 指導・監査等における専門家への助言依頼
4 介護報酬請求の適正化	医療情報との突合・縦覧点検（※）	■ 国保連から提供される情報の活用による点検の実施	■ 国保連介護給付適正化システム等を活用による点検の実施
	国保連介護給付適正化システム等の活用	■ 帳票やデータの抽出	■ 国保連介護給付適正化システム等を活用による取組の実施

※は、国の主要3事業

介護給付費適正化の取組事項（主要3事業）

これまで「主要5事業」として給付適正化の取組を進めてきましたが、より効果的・効率的に事業を実施するため、「主要3事業」として再編されました。介護給付費通知は費用対効果が見えにくいため主要事業から外し、「住宅改修等の点検」「福祉用具購入・貸与調査」を「ケアプランの点検」の項目に含めます。

再編後の主要3事業は、「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「医療情報との突合・縦覧点検」を柱として取り組むもので、実施率100%を目指すこととされています。

今後も、最低限取組事項の全項目実施の取組を進めるとともに、事業の質の向上と取組事項の拡充に努めます。

項目	取組内容
要介護認定の適正化	<p>■要介護認定調査の適正化</p> <p>介護認定申請に係る認定調査のうち、町外の調査については委託、町内は一部委託で行っていますが、公平性を確保するため、直営実施率の向上に取り組んでいます。また、調査の内容については全件確認を行っており、記載事項に疑義のあるものについては調査員に問い合わせを行っています。さらに、認定調査員の能力の高度化及び平準化を図るために、調査員は「eラーニングシステム」を適時活用しています。</p> <p>引き続き調査内容の全件確認を実施するとともに、認定調査員の能力の向上及び平準化を図るために、各種研修会等への参加機会の確保に努め、必要に応じて町独自の研修会の開催を行うほか、「eラーニングシステム」の活用等を推進します。</p> <p>■介護認定審査会の適正な運営</p> <p>介護認定審査会は、第1合議体と第2合議体があり、毎週火曜日に交替で開催しています。介護認定審査会委員は10名、各合議体は5名で構成しています。</p> <p>各合議体の審査判定の平準化を図るため、3か月に1度合同審査会を開催し、合議体相互で留意事項を確認、調整しています。</p> <p>要介護認定の新規申請の場合、申請日から介護サービスの提供を受けられるようになるにはなっていますが、認定されるまでは必要なサービスを十分受けられない場合もあるため、介護認定審査期間の短縮化を図る必要があります。</p> <p>今後も要介護認定審査における適正な審査判定及び公平性の確保を図るため、引き続き合同審査会において事例検討や意見交換を行います。</p> <p>また、介護認定審査期間の短縮化が図れるよう関係機関に積極的に働きかけます。</p>

項目	取組内容
ケアプラン点検の実施	<p>利用者が真に必要とするサービスを提供する自立支援に資する適切なケアプランであるか、介護支援専門員とともに検証確認しながら介護支援専門員の気づきを促すことにより、ケアプランの質の向上を図るため、広島県国民健康保険団体連合会の「ケアプラン点検支援事業」を活用し、ケアプラン点検を定期的の実施しています。</p> <p>今後も、ケアプラン点検を定期的に行い、ケアプランの質の向上を図るとともに、点検後のケアプランの改善状況の把握を行います。</p> <p>また、今期プランから「住宅改修の点検」及び「福祉用具購入、貸与調査」をケアプラン点検の実施の項目に統合し、点検実施の効率化を図ります。</p>
医療情報との突合・縦覧点検	<p>縦覧点検・医療費情報との突合については、広島県国民健康保険団体連合会から提供される情報を活用し点検を実施するとともに、国保連への業務委託を行い、介護報酬の返還に結び付けています。</p> <p>更なる効果のため、費用対効果が期待される帳票に重点化されます。</p> <p>引き続き、縦覧点検・医療費情報との突合について取組を進めます。</p>

介護給付費適正化の取組事項（その他の取組）

項目	取組内容
介護支援専門員の資質向上に向けた取組	<p>介護支援専門員の資質・専門性の向上を目的として、「介護支援専門員資質向上研修」を開催し、自立支援に結びつくケアプラン作成に係る研修を行っています。</p> <p>高齢者の自立支援・重度化防止と維持・改善に結びつくケアマネジメントに向け、介護支援専門員の資質・専門性の向上を図るために研修会を開催します。</p>

項目	取組内容
事業所のサービス提供体制の確保	<p>■地域密着型サービスの適正な運営</p> <p>地域密着型サービスの公正・透明性のある運営を確保するため、「神石高原町地域密着型サービス運営委員会」を設置しています。年1回運営委員会を開催し、事業所指定・更新の承認と実施状況等を報告し、運営委員会からの提言を受けています。</p> <p>また、定期的に運営指導を行い、サービスの質の向上や介護給付の適正化等に努めています。地域密着型サービスの質の確保と適正な運営が図られるように、「神石高原町地域密着型サービス運営委員会」からの提言を継続的に受けながら、指定・指導等の強化に努めます。</p> <p>■介護保険に係る相談・苦情処理体制の充実</p> <p>地域包括支援センターや居宅介護支援事業所（地域包括支援センターのブランチ（総合相談窓口））及び本庁・支所の窓口において、利用者からの相談・苦情についての対応を行っています。また、事業所運営指導の際、各事業所での苦情処理体制の状況を確認し、必要に応じて体制整備の働きかけを行っています。相談・苦情の窓口の職員が適正かつ迅速に対応できるように、県が開催する苦情処理担当者研修会等に参加し、資質の向上に努めるとともに、介護サービス事業所において苦情等へ適切な対応や処理ができる体制の整備を働きかけます。</p> <p>■介護サービス事業所への支援</p> <p>介護サービス事業所が事業を円滑に運営できるように、情報提供等を行うとともに研修会を開催しています。</p> <p>今後も、介護サービスの提供を行っている事業所に対し、適宜研修会やメール配信システム等を活用して最新情報を提供するとともに、事業所が質問しやすい環境を整備し、事業運営の効率化を支援します。</p> <p>また、介護保険事業の運営に必要な人材の確保と育成の充実を図るため、各関係機関と連携して資格、制度等に係る情報提供等を行うとともに、各種研修会への参加の支援や研修会の開催に努めます。</p>

項目	取組内容
介護保険制度の普及・啓発	<p>高齢者やその家族が、介護保険制度の趣旨、要介護認定の仕組み、サービスの種類と内容、利用者負担、保険料等、介護保険制度全般について理解を深めることが介護保険の安定的な運営とサービスの円滑な利用につながります。このため、町の広報紙やパンフレット等による周知、出前講座での住民への説明により普及啓発活動に努めています。</p> <p>また、介護サービスが適切に提供され、かつ円滑に利用されるように、介護サービス事業所等へ情報提供を行うとともに、地域包括支援センターや本庁・支所の窓口において、各事業所の情報を住民へ提供しています。</p> <p>今後も、パンフレットの発行、出前講座等を通じて、住民に改正された介護保険制度の周知を図るとともに、適切な介護認定申請、同制度の適切な利用に関する住民への意識啓発を引き続き行います。また、介護サービスが適切に提供され、かつ円滑に利用されるように、地域包括支援センターや本庁・支所の窓口等において、これらの情報を利用者、事業所に随時提供する体制の充実を図ります。</p>

(3) 保険者機能の強化

高齢化が進展し、総人口・現役世代人口が減少する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するため、保険者機能の強化を推進します。

保険者機能強化推進交付金の活用

保険者機能強化推進交付金を活用し、高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進します。

介護保険保険者努力支援交付金の活用

介護保険保険者努力支援交付金を活用し、介護予防及び重度化防止に関する取組のうち、新たな予防・健康づくりに資する取組を推進します。

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進

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

国が示す事故報告様式等を活用し、報告された事故情報について集計等を行い、また、地域密着型サービス事業所においては、運営推進会議でヒヤリハット報告等を共有する等、介護現場に対して支援を行います。

◆達成目標

基本方針：介護保険サービスの充実

指標	現状	
	令和 5（2023）年度	令和 8（2026）年度
ケアプラン点検の実施	第 8 期計画期間中に 町内全事業所	第 9 期計画期間中に 町内全事業所 (継続)
介護サービス事業所の運営指導件数	年 2 件	年 3 件

第5章 介護保険サービス見込量と介護保険料

1 要介護等認定者数の推計

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

【要支援・要介護認定者数の見込み】

(単位：人)

区分	第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
要支援1	148	143	141	131	126
要支援2	151	151	144	139	127
要介護1	235	230	220	210	195
要介護2	159	160	153	141	133
要介護3	114	114	109	103	96
要介護4	110	109	105	99	93
要介護5	80	81	78	73	68
要支援計	299	294	285	270	253
要介護計	698	694	665	626	585
合計	997	988	950	896	838
第1号被保険者	992	983	945	891	833
第2号被保険者	5	5	5	5	5
第1号被保険者認定率 (%)	25.1	25.1	24.7	26.3	31.0

2 サービス利用者数の推計

施設・居住系サービスの利用者と居宅サービス利用者数について、第8期計画期間の実績やこれまでの施設の整備状況を基に算出し、次の通り見込んでいます。

【施設・居住系サービス1月当たり利用者数の見込み】

(単位：人)

区分	第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
要支援1	1	1	1	1	1
要支援2	5	5	5	5	4
要介護1	64	64	64	55	53
要介護2	44	44	44	39	37
要介護3	83	83	83	70	65
要介護4	95	95	94	80	76
要介護5	60	60	60	56	50
要支援計	6	6	6	6	5
要介護計	346	346	345	300	281
合計	352	352	351	306	286

資料：「見える化」システム

施設・居住系サービス（特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・介護療養型医療施設）

【在宅サービス1月当たり利用者数の見込み】

(単位：人)

区分	第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
要支援1	40	39	39	36	35
要支援2	73	73	69	67	61
要介護1	155	150	141	140	129
要介護2	82	83	78	73	69
要介護3	19	19	16	20	19
要介護4	15	14	11	19	17
要介護5	7	7	6	6	6
要支援計	113	112	108	103	96
要介護計	278	273	252	258	240
合計	391	385	360	361	336

資料：「見える化」システム

在宅サービス（介護予防・居宅介護支援）

3 介護保険サービス利用量の推計

介護保険対象サービスの利用量は、第8期計画期間の利用者数の伸び率や既存の施設整備の状況を基に算出し、次の通り見込みます。

【介護予防サービス利用量の見込み】

区分 (人/月、回/月、日/月)	第8期計画期間			第9期計画期間（見込）			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023) (見込)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
介護予防サービス								
介護予防訪問入浴介護	人数	0	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	人数	2	2	0	0	0	0	0
	回数	12	8	0	0	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	人数	4	3	4	4	4	4	3
	回数	23	15	20	20	20	20	15
介護予防居宅療養管理指導	人数	7	8	8	8	8	7	7
介護予防通所リハビリテーション	人数	18	14	7	7	7	6	6
介護予防短期入所生活介護	人数	2	1	1	1	1	1	1
	日数	10	10	14	14	14	14	14
介護予防短期入所療養介護（老健）	人数	0	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	人数	0	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	人数	0	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	人数	108	105	104	102	101	98	88
特定介護予防福祉用具購入	人数	3	2	2	2	2	2	2
介護予防住宅改修	人数	2	3	2	2	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	人数	5	5	5	5	5	5	4
地域密着型介護予防サービス								
介護予防認知症対応型通所介護	人数	1	3	3	3	3	3	3
	回数	7	15	23	23	23	23	23
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数	3	2	1	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数	3	3	1	1	1	1	1
介護予防支援	人数	118	113	114	113	112	108	96

【介護サービス利用量の見込み】

区分 (人/月、回/月、日/月)	第8期計画期間			第9期計画期間（見込）			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)	
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023) (見込)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)			
居宅サービス									
訪問介護	人数	93	84	86	83	81	76	76	71
	回数	1,079	1,063	996	906	887	827	862	799
訪問入浴介護	人数	1	0	0	0	0	0	0	0
	回数	3	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護	人数	19	19	18	17	17	17	15	16
	回数	102	84	120	90	90	90	95	99
訪問リハビリテーション	人数	6	7	8	7	7	6	8	7
	回数	33	37	52	46	46	36	52	46
居宅療養管理指導	人数	15	20	29	25	25	23	24	24
通所介護	人数	133	111	101	97	94	87	90	82
	回数	1,390	1,122	1,006	974	947	876	901	824
通所リハビリテーション	人数	59	59	54	51	50	47	48	44
	回数	467	439	377	354	348	326	335	307
短期入所生活介護	人数	50	42	32	38	38	34	34	32
	日数	657	631	528	613	613	543	561	527
短期入所療養介護（老健）	人数	11	9	7	6	6	5	7	6
	日数	95	66	45	40	40	34	45	40
短期入所療養介護（病院等）	人数	0	0	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	人数	0	0	0	0	0	0	0	0
	日数	0	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	人数	196	201	195	179	176	163	170	157
特定福祉用具購入	人数	3	4	2	2	2	2	2	2
住宅改修	人数	3	3	0	2	2	2	2	2
特定施設入居者生活介護	人数	8	13	20	20	20	19	18	17

区分 (人/月、回/月)	第8期計画期間			第9期計画期間(見込)			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)	
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023) (見込)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)			
地域密着型サービス									
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	1	0	0	0	0	0	0	
夜間対応型訪問介護	人数	0	0	0	0	0	0	0	
地域密着型通所介護	人数	61	54	54	51	50	47	47	44
	回数	468	442	420	383	375	350	360	338
認知症対応型通所介護	人数	17	22	22	22	22	20	20	19
	回数	187	215	221	221	221	205	202	191
小規模多機能型居宅介護	人数	8	10	10	0	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	人数	60	60	66	72	72	72	62	58
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数	0	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数	12	12	13	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	人数	0	1	0	0	0	0	0	0
施設サービス									
介護老人福祉施設	人数	121	121	123	136	136	136	118	108
介護老人保健施設	人数	123	124	112	116	116	116	98	95
介護医療院	人数	0	3	3	3	3	3	4	3
介護療養型医療施設	人数	4	1	0					
居宅介護支援	人数	317	311	297	278	273	252	258	240

資料：「見える化」システム

4 介護保険施設整備計画

(1) 整備方針

訪問、通所等の居宅サービスについては、サービス毎に必要な性等を考慮したうえで整備を検討します。

施設サービスについては、一定の整備を完了しており、高齢者人口の減少も考慮し、本計画中の整備は見合わせています。

地域密着型サービスについては、地域のニーズを踏まえて、小規模多機能型居宅介護を廃止して、認知症対応型共同生活介護の整備を計画しています。

サービス区分		第8期計画期間 までの整備状況	第9期計画期間	
			整備量	整備年度
認知症対応型共同生活介護	事業所数(カ所)	4	—	令和6年度
	定員(人)	63	9	
小規模多機能居宅介護	事業所数(カ所)	1	△1	"
	定員(人)	18	△18	
	定員(人)	12	—	

5 地域支援事業の見込

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

サービスの種類		第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
介護予防・生活支援サービス事業						
介護予防・ 生活支援サ ービス	訪問型サービス	470人	470人	450人	400人	380人
	通所型サービス	1,200人	1,200人	1,100人	1,060人	1,000人
介護予防ケ アマネジメ ント	介護予防ケ アマネジメ ント	880件	880件	860件	750件	710件
一般介護予防事業						
介護予防普 及啓発事業	介護予防教室・ 出前講座開催	75件	75件	75件	75件	75件
地域介護予 防活動支援 事業	通いの場の新規 設置 (いきいき百歳 体操普及)	1件	1件	1件	1件	1件
	高齢者筋力トレ ーニング事業参加 者数	170人	170人	170人	160人	160人
地域リハビリ テーション活 動支援事業	リハビリテーショ ン 専門職員派遣	23回	29回	40回	40回	40回

(2) 包括的支援事業・任意事業

サービスの種類		第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
包括的支援事業						
地域ケア会議	地域ケア会議	2回	2回	2回	2回	2回
	各種ネットワーク会議開催（地域包括連絡調整会議等）	6回	6回	6回	6回	6回
生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーター配置人数	1人	1人	1人	1人	1人
認知症総合支援事業	初期集中支援アセスメント	30人	30人	30人	25人	25人
	認知症予防教室、認知症予防カフェ参加者数	110人	120人	130人	130人	130人
任意事業						
介護給付費適正化事業	主要3項目の実施	3項目実施	3項目実施	3項目実施	3項目実施	3項目実施
家族介護支援事業	介護者激励手当	実施	実施	実施	実施	実施
	家族介護者教室及び家族介護継続支援事業	10回	20回	30回	30回	30回
認知症サポーター養成事業	サポーター養成人数	100人	100人	100人	100人	100人
成年後見制度利用支援事業	制度利用者の促進	7人	10人	10人	10人	10人

6 介護保険料の算出

(1) 標準給付費

人口推計や第8期計画期間のサービス利用の実績を基に、介護予防サービス給付費や介護サービス給付費を見込んでいます。

【介護予防サービス給付費の見込み】 ※年間累計の金額

(単位：千円)

区 分	第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	0	0	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	677	678	678	678	508
介護予防居宅療養管理指導	995	996	996	878	878
介護予防通所リハビリテーション	3,362	3,367	3,367	2,851	2,851
介護予防短期入所生活介護	994	995	995	995	995
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	9,750	9,657	9,367	8,893	8,410
特定介護予防福祉用具購入	730	730	730	730	730
介護予防住宅改修	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528
介護予防特定施設入居者生活介護	5,553	5,560	5,560	5,560	4,351
地域密着型介護予防サービス					
介護予防認知症対応型通所介護	2,697	2,700	2,700	2,700	2,700
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,697	2,700	2,700	2,700	2,700
介護予防支援	6,346	6,297	6,073	5,791	5,398
介護予防サービス給付費合計	36,329	36,208	35,694	34,304	32,049

【介護サービス給付費の見込み】 ※年間累計の金額

(単位：千円)

区分	第9期			令和12年度 (2030)	令和22年度 (2040)
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)		
居宅サービス					
訪問介護	36,503	35,749	33,382	34,507	31,971
訪問入浴介護	0	0	0	0	0
訪問看護	6,479	6,487	6,487	7,078	7,455
訪問リハビリテーション	1,530	1,532	1,212	1,716	1,532
居宅療養管理指導	3,163	3,167	2,946	3,012	3,012
通所介護	87,778	85,536	78,943	81,627	74,816
通所リハビリテーション	34,834	34,088	31,869	33,510	30,584
短期入所生活介護	53,732	53,800	47,504	49,757	46,532
短期入所療養介護（老健）	5,851	5,859	5,030	6,621	5,859
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	26,019	25,584	23,485	25,336	23,431
特定福祉用具購入	688	688	688	688	688
住宅改修	2,034	2,034	2,034	2,034	2,034
特定施設入居者生活介護	48,336	48,397	45,606	43,519	41,134
地域密着型サービス					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	37,757	37,157	34,403	36,005	34,057
認知症対応型通所介護	27,482	27,517	25,393	25,133	23,853
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	222,615	222,897	222,897	194,962	182,120
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
施設サービス					
介護老人福祉施設	392,452	392,949	392,949	341,628	311,807
介護老人保健施設	395,917	396,418	396,418	334,673	324,725
介護医療院	13,221	13,237	13,237	17,537	13,237
介護療養型医療施設					
居宅介護支援	52,427	51,531	47,372	49,058	45,642
介護サービス給付費合計	1,448,818	1,444,627	1,411,855	1,288,401	1,204,489

資料：「見える化」システム

【標準給付費の見込み】

(単位：千円)

区 分	第 9 期			令和 12 年度 (2030)	令和 22 年度 (2040)
	令和 6 年度 (2024)	令和 7 年度 (2025)	令和 8 年度 (2026)		
総給付費	1,485,147	1,480,835	1,447,549	1,322,705	1,236,538
在宅サービス	404,356	398,677	368,182	382,126	356,464
居住系サービス	279,201	279,554	276,763	246,741	230,305
施設サービス	801,590	802,604	802,604	693,838	649,769
特定入所者介護サービス費等給付額	60,775	60,302	57,981	53,852	50,422
高額介護サービス費等給付額	32,023	31,778	30,555	28,329	26,524
高額医療合算介護サービス費等給付額	3,716	3,683	3,541	3,339	3,127
算定対象審査支払手数料	984	975	938	885	828
標準給付費見込額	1,582,646	1,577,574	1,540,563	1,409,110	1,317,440

資料：「見える化」システム

(2) 地域支援事業費の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業費については、高齢者人口等を考慮して算出した額を見込み、包括的支援事業・任意事業費については、国の示す上限額の範囲内で見込んでいます。

【地域支援事業費の見込み】

(単位：千円)

区 分	第 9 期			令和 12 年度 (2030)	令和 22 年度 (2040)
	令和 6 年度 (2024)	令和 7 年度 (2025)	令和 8 年度 (2026)		
介護予防・日常生活支援総合事業費	75,120	75,120	75,120	66,897	54,561
訪問介護相当サービス	10,500	10,500	10,500	8,246	6,529
通所介護相当サービス	35,900	35,900	35,900	28,577	22,624
介護予防ケアマネジメント	2,300	2,300	2,300	2,101	1,775
介護予防把握事業	8,120	8,120	8,120	7,717	6,520
介護予防普及啓発事業	11,700	11,700	11,700	16,837	14,225
地域介護予防活動支援事業	4,400	4,400	4,400	1,391	1,175
地域リハビリテーション活動支援事業	2,200	2,200	2,200	2,029	1,714
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	16,470	16,470	16,470	13,275	10,510
包括的支援事業（社会保障充実分）	23,120	23,220	23,320	21,889	21,889
地域支援事業費	114,710	114,810	114,910	102,061	86,961

(3) 第1号被保険者の保険料について

① 介護保険料の算定

介護保険財源の内訳は、次のようになっています。

国、都道府県及び市町村が公費で介護給付費の50%を、被保険者が介護保険料で残りの50%をまかいません。そのうち、本計画期間は、第1号被保険者（65歳以上の人）が全体の23%を負担し、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の人）が27%を負担することになっており、町で設定するのは、第1号被保険者の介護保険料です。

介護保険料の設定にあたっては、その水準が適切なものになるよう、次のとおりとします。

【介護給付費準備基金の取崩】

介護保険財政運営を行うことにより生じた余剰金の積立である介護給付費準備基金を取り崩し、介護保険料の上昇を抑制します。

【保険料段階の多段階化等】

被保険者の負担能力に応じた、きめ細かな負担段階及び保険料率を設定します。

そのため、町では、国の基準で定められた標準13段階から次のように弾力化を行い14段階とします。

- 国の基準の第6段階（本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人）に属する人のうち、合計所得金額が60万円未満の人を対象とした段階を設け、介護保険料の基準額に対する割合を1.1とします。

② 介護保険料の基準額の算定

(単位：千円)

区 分		令和 6 年度 (2024)	令和 7 年度 (2025)	令和 8 年度 (2026)	合 計
標準給付費見込額	(A)	1,582,646	1,577,574	1,540,563	4,700,783
地域支援事業費 (B)	総合事業 (B1)	75,120	75,120	75,120	225,360
	包括的支援事業 (B2)	39,590	39,690	39,790	119,070
第 1 号被保険者負担分相当額 ((A) + (B)) × 0.23 (第 1 号被保険者負担割合)	(C)	390,392	389,248	380,759	1,160,399
調整交付金相当額 ((A) + (B1)) × 0.05	(D)	82,888	82,635	80,784	246,307
調整交付金見込交付割合	(E)	11.05 %	10.50 %	9.99 %	
調整交付金見込額 ((A) + (B1)) × (E)	(F)	183,183	173,533	161,407	518,123
財政安定化基金拠出金見込額 ((A) + (B)) × (H)	(G)				0
財政安定化基金拠出率	(H)				0.0 %
介護給付費準備基金取崩額	(I)				42,100
財政安定化基金償還金	(J)				0
保険者機能強化推進交付金等の交付 見込額	(K)				9,000
保険料収納必要額 (C) + (D) - (F) + (G) - (I) - (J) - (K)	(L)				837,483
予定保険料収納率	(M)				99.00 %
補正第 1 号被保険者数	(N)	3,753 人	3,718 人	3,631 人	11,101 人
保険料基準額 (年額) (L) / (M) / (N)	(O)				76,200 円
保険料基準額 (月額) (O) / 12か月					6,350 円

第 9 期介護保険事業計画における第 1 号被保険者 (65 歳以上の人) の介護保険料を計算すると、
保険料基準月額は 6,350 円となります。

③ 所得段階別第1号被保険者保険料

本町の第9期介護保険事業計画期間の介護保険料は、次のとおりとします。

所得段階	対象者	基準額に 対する 割合	第9期保険料（円）	
			月額	年額
第1段階	生活保護を受給している人 世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金を受けている人または前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人	0.455 (0.285)	2,889 (1,810)	34,668 (21,720)
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円超120万円以下の人	0.685 (0.485)	4,350 (3,080)	52,200 (36,960)
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が120万円超の人	0.69 (0.685)	4,382 (4,350)	52,584 (52,200)
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが本人は住民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人	0.9	5,715	68,580
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが本人は住民税非課税で、第4段階以外の人	1.0 (基準額)	6,350	76,200
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が60万円未満の人	1.1	6,985	83,820
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が60万円以上120万円未満の人	1.2	7,620	91,440
第8段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	1.3	8,255	99,060
第9段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	1.5	9,525	114,300
第10段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	1.7	10,795	129,540
第11段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	1.9	12,065	144,780
第12段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	2.1	13,335	160,020
第13段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	2.3	14,605	175,260
第14段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が720万円以上の人	2.4	15,240	182,880

※（ ）内は、軽減後の額。引き続き、公費を投入して低所得者の保険料負担軽減を実施する予定です。
網掛け部分は、町で設定した段階。

④ 令和 12（2030）～ 令和 32（2050）年度の介護保険料見込み

団塊ジュニア世代が 65 歳以上になる令和 22（2040）年度は、8,459 円と見込まれます。

介護予防・日常生活支援総合事業の実施、介護サービスの適正な利用の働きかけ等により、介護給付費の抑制に一層取り組みます。

(単位：千円)

区 分	令和12年度 (2030)	令和17年度 (2035)	令和22年度 (2040)	令和27年度 (2045)	令和32年度 (2050)
標準給付費見込額	1,409,110	1,368,787	1,317,440	1,179,270	1,082,090
地域支援事業費	102,061	95,088	86,961	77,755	70,844
第 1 号被保険者負担分相当額	362,681	365,969	365,144	339,397	322,821
保険料収納必要額	290,652	276,288	254,012	226,739	219,201
予定保険料収納率	99.00%	99.00%	99.00%	99.00%	99.00%
補正第 1 号被保険者数	3,212人	2,827人	2,545人	2,240人	2,032人
保険料基準額（月額）	7,616円	8,227円	8,401円	8,521円	9,081円

【参考】第 1 号被保険者介護保険料の推移

区 分	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 8 期	第 9 期
保険料基準額月額	3,100円	3,583円	4,160円	4,720円	5,500円	5,900円	6,160円	6,160円	6,350円
保険料基準額増減率		15.6%	16.1%	13.5%	16.5%	7.3%	4.4%	0.0%	3.1%

第6章 計画の推進

1 計画の推進体制

(1) 計画の広報

町の広報紙、ホームページに本計画について掲載するとともに、概要版を作成し、関係各署に配布し、本計画の周知・啓発を図ります。

また、計画の進捗状況について、毎年の広報紙やホームページにて公表を行います。

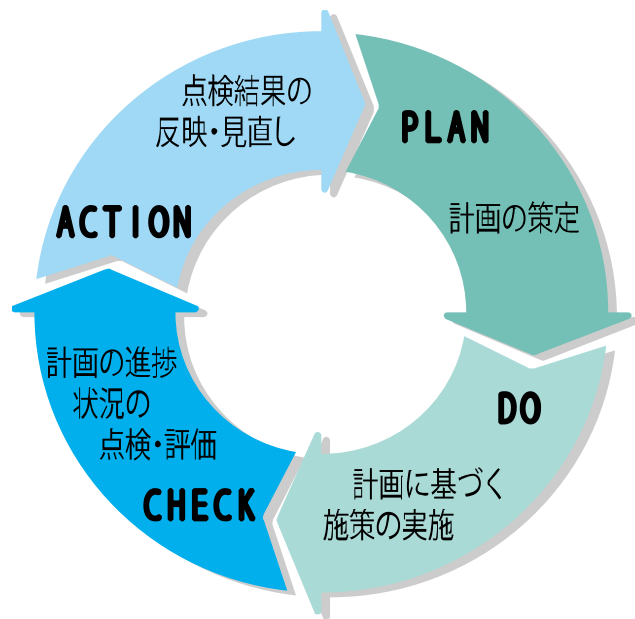
(2) 計画の推進のための連携

町、社会福祉協議会、町立病院等医療機関、介護保険サービス事業者、自治振興会、協働支援センター等が相互に連携を深め、地域包括ケアの推進と深化を図ります。

2 計画の評価

(1) 計画のPDCAの実施

施策や事業の進捗は、数値目標等によって評価します。PDCA サイクル（計画【PLAN】—実施【DO】—評価【CHECK】—見直し【ACTION】）により、毎年、取組結果等から各事業の進捗状況や課題等を把握し、評価を行います。



(2) 評価における体制

「神石高原町高齢者プラン策定委員会」が引き続き、毎年1回、評価するための委員会を継続し、5項目11件の達成目標のほか、給付の状況、サービス体制の進捗、地域包括ケアシステムの進捗状況等について、評価を行い、改善を図ります。

また、地域ケア会議において、計画の進捗や地域の課題について検討し、評価や協議をするとともに、政策の提言を行い「神石高原町高齢者プラン策定委員会」で検討します。

1 達成目標一覧

施策	指標	令和 5 (2023) 年度 現 状	令和 8 (2026) 年度末 目 標
1 介護予防・健康づくり等の推進			
	軽度認定率（要支援 1、2 及び 要介護 1 の認定率）	13.2%	13.2%以下（維持）
	通いの場の参加者の割合	10.7%	12%
2 安心できる在宅生活の支援			
	町内の高齢者居住施設入居率	69%	80%
	避難行動要支援者名簿の登録率 （平常時から名簿情報を提供することに同 意した人の率）	62.9%	65%
3 地域包括ケア体制の深化・推進			
	地域ケア会議・地域包括連絡調 整会議・地域ケア個別会議の開 催回数	年 9 回	年 10 回
	リハビリテーション専門職員派遣 件数	年 15 回	年 40 回
	ACP 普及推進員の普及啓発活 動回数	年 10 回	年 15 回
4 「共生」と「予防」の認知症施策の強化			
	チームオレンジの設置	1 か所	4 か所
	認知症の本人・家族介護者教室 の開催回数	年 0 回	年 12 回
5 介護保険サービスの充実			
	ケアプラン点検の実施	第 8 期計画期間中に 町内全事業所	第 9 期計画期間中に 町内全事業所（継続）
	介護サービス事業所の運営指導 件数	年 2 件	年 3 件

2 介護保険制度等の主な改正

(1) 介護事業所の経営の見える化・財務諸表の公表

全国の介護サービス事業所の情報は、介護サービス情報公表システムという厚生労働省のシステムによって公開されています。このシステム上に、介護サービス事業所の財務諸表公開を義務付けて、事業所の経営状況の見える化を図るというものです。

売上や支出なども含めた財務状況だけでなく、職員の処遇（給与関係等）を誰もが閲覧できるようになります。

(2) 居宅介護支援事業所による介護予防支援の指定

これまで要支援1・要支援2のケアプランを作成する介護予防支援のサービスは、各地区の地域包括支援センターが指定を受けて行っていました。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当している要支援者においては、地域包括支援センターからの委託という形式で居宅介護支援事業所がケアプランを作成していました。

地域包括支援センターの業務を軽減するため、介護予防支援の指定を居宅介護支援事業所でも受けられるようにするというものです。

(3) 処遇改善加算の一本化

介護職員の待遇を改善するために介護報酬には、介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算という3種類の加算が上乗せされています。

いずれも介護職員の待遇を改善するという目的によるものであり、この3つの加算を一本化しようというものです。

(4) 科学的介護情報システム「LIFE」の推進

国（厚生労働省）は科学的介護を推進しています。介護サービス利用者のサービス利用内容・介護度の変化といった情報を収集し、ビッグデータから最適な介護方法を割り出せるようになることを目指しています。このデータを蓄積しているシステムがLIFEというものです。

LIFEにより、介護サービス利用者が自分自身の介護情報を閲覧することができます。そのほか、介護事業所や医療機関が本人の同意の下で利用者の介護情報を活用することで、介護・医療の連携がスムーズに図られ、サービスの向上にもつながることが期待されます。

3 計画策定の経緯

(1) 神石高原町第9期高齢者プラン策定委員会名簿

区分	名前	選出区分	備考
委員長	榊原 良彰	被保険者代表	第2号被保険者
副委員長	佐竹 秀朗	被保険者代表	第1号被保険者
委員	原田 亘	医療関係者	福山市医師会神石ブロック
	角南 昌治	医療関係者	神石郡歯科医師会
	田中 瑞穂	福祉関係者	介護サービス事業者
	宮木 健二	福祉関係者	介護サービス事業者
	今明 寿紀	福祉関係者	介護サービス事業者
	石井 顥泰	福祉関係者	介護サービス事業者
	鎌田 智詞	福祉関係者	社会福祉協議会 ※令和4(2022)年3月31日まで
	内藤 裕子	福祉関係者	社会福祉協議会 ※令和4(2022)年4月1日から
	小畑 博教	福祉関係者	介護支援専門員
	山内 玉江	被保険者代表	第1号被保険者
	奥津 照美	被保険者代表	第2号被保険者
	延岡 憲子	識見を有する者	民生委員児童委員協議会
	藤田 文高	識見を有する者	神石高原町老人クラブ連合会 ※令和3(2021)年6月17日まで
	松本 彰夫	識見を有する者	神石高原町老人クラブ連合会 ※令和3(2021)年6月18日から 令和5(2023)年6月16日まで
	古屋本 元	識見を有する者	神石高原町老人クラブ連合会 ※令和5(2023)年6月17日から

注：任期は、令和3（2021）年4月1日～令和6（2024）年3月31日

(2) 審議経過

開催回	開催年月日	審議内容
第1回	令和4(2022)年 3月24日	○第8期高齢者プランの進捗状況について
第2回	令和4(2022)年 11月28日	○第9期高齢者プランの策定について ○介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の進め方 ○介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の内容について
第3回	令和5(2023)年 3月23日	○第8期高齢者プランの進捗状況について
第4回	令和5(2023)年 7月7日	○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の結果報告について
第5回	令和5(2023)年 9月19日	○第8期高齢者プランの振り返りについて ○事業所等ヒアリングの結果について ○第9期計画期間における介護保険施設等の整備計画について ○第9期高齢者プラン骨子(案)について
第6回	令和5(2023)年 11月14日	○基本理念と基本目標・基本方針について ○介護保険、保健福祉施策等の今後の取組について ○目標設定について
第7回	令和5(2023)年 12月25日	○第9期高齢者プラン(案)について ○介護保険料の試算について
第8回	令和6(2024)年 2月28日	○第9期高齢者プランと介護保険料の確認について

4 介護サービス事業所一覧

1 居宅介護支援事業所

事業所名	所在地	電話番号
シルトピア油木居宅介護支援事業所	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	0847-82-2124
居宅介護支援事業所もみじの里	〒729-3515 神石高原町福永1609番地1	0847-87-0500
居宅介護支援事業所とよまつ	〒720-1704 神石高原町下豊松741番地	0847-89-2030
居宅介護支援事業所さんわ	〒720-1522 神石高原町小畠1500番地1	0847-89-3033

2 介護予防支援事業所

事業所名	所在地	電話番号
神石高原町地域包括支援センター	〒720-1522 神石高原町小畠1701番地	0847-89-3377

3 訪問介護事業所

事業所名	所在地	電話番号
シルトピア油木ヘルプーステーション	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	0847-82-2124
訪問介護事業所もみじの里	〒729-3515 神石高原町福永1609番地1	0847-87-0500
訪問介護事業所つつじの里	〒720-1522 神石高原町小畠1510番地1	0847-89-3133

4 訪問看護事業所

事業所名	所在地	電話番号
神石高原町立病院	〒720-1522 神石高原町小畠1709番地3	0847-85-2711

5 訪問リハビリテーション事業所

事業所名	所在地	電話番号
神石高原町立病院	〒720-1522 神石高原町小畠1709番地3	0847-85-2711

6 通所介護事業所

事業所名	所在地	電話番号	定員
シルトピア油木デイサービスセンター	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	0847-82-2277	30人
デイサービスセンターもみじの里	〒729-3515 神石高原町福永1609番地1	0847-87-0500	30人

7 通所リハビリテーション事業所

事業所名	所在地	電話番号	定員
老人保健施設ビーブル神石三和	〒720-1522 神石高原町小島1500番地1	0847-89-3030	30人

8 短期入所生活介護事業所

事業所名	所在地	電話番号	定員
シルトピア油木ショートステイ事業所	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	0847-82-2124	10人
神寿苑短期入所生活介護事業所	〒729-3515 神石高原町福永1466番地	0847-87-0190	11人

9 短期入所療養介護事業所

事業所名	所在地	電話番号
老人保健施設 ビーブル神石三和	〒720-1522 神石高原町小島1500番地1	0847-89-3030

10 福祉用具貸与・福祉用具販売事業所

事業所名	所在地	電話番号
山陽ケアサービス	〒720-1812 神石高原町油木甲613番地2	0847-82-2003

11 地域密着型通所介護事業所

事業所名	所在地	電話番号	定員
通所介護事業所陽光の里	〒720-1704 神石高原町下豊松534番地1	0847-84-2160	15人
通所介護事業所メルシーさんわ	〒720-1522 神石高原町小島1530番地1	0847-85-4004	15人

12 認知症対応型通所介護事業所

事業所名	所在地	電話番号	定員
シルトピア油木デイサービス青い鳥	〒720-1812 神石高原町油木甲6844番地1	0847-82-2314	12人

13 小規模多機能型居宅介護事業所

事業所名	所在地	電話番号	定員
安田いこいの家	〒720-1811 神石高原町安田677番地1	0847-82-0560	18人

14 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）

事業所名	所在地	電話番号	定員
グループホームよなみの里	〒720-1704 神石高原町下豊松533番地1	0847-89-2015	18人
グループホーム安田いこいの家	〒720-1811 神石高原町安田677番地1	0847-82-0560	9人
グループホームやまぼうし	〒720-1522 神石高原町小島1513番地	0847-89-3611	18人
ひまわり苑	〒729-3515 神石高原町福永1501番地2	0847-87-0177	18人

15 介護老人福祉施設

事業所名	所在地	電話番号	定員
特別養護老人ホーム シルトピア油木	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	0847-82-2124	32人
特別養護老人ホーム四季の家	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	0847-82-2124	33人
特別養護老人ホーム 神寿苑	〒729-3515 神石高原町福永1466番地	0847-87-0190	52人

16 介護老人保健施設

事業所名	所在地	電話番号	定員
老人保健施設 ビーブル神石三和	〒720-1522 神石高原町小島1500番地1	0847-89-3030	83人

5 高齢者居住施設一覧

1 ケアハウス

施設名	所在地	電話番号	定員
星降る高原	〒720-1522 神石高原町小畠1510番地1	0847-89-3131	35人

2 生活支援ハウス

施設名	所在地	電話番号	定員
陽光の里	〒720-1704 神石高原町下豊松534番地1	0847-84-2160	10人
メルシーさんわ	〒720-1522 神石高原町小畠1530番地1	0847-85-4004	10人

3 自立支援型グループホーム

施設名	所在地	電話番号	定員
コスモス苑	〒729-3515 神石高原町福永1503番地1	0847-87-0178	13人
ファミリーさんわ	〒720-1522 神石高原町小畠1849番地	0847-85-3477	15人

4 高齢者及び障害者一時居住施設

施設名	所在地	定員
ユ-ホーム	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	3人
あんしんリビング	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	3人

5 高齢者向け町営住宅

施設名	所在地	定員
シルトピア住宅	〒720-1812 神石高原町油木甲5071番地1	6戸
新平谷住宅	〒720-1702 神石高原町上豊松1780番地	5戸

6 用語解説

ア 行	I C T	Information and Communication Technology の略で、情報通信技術（情報・通信に関する技術一般の総称）のこと。ネットワーク通信による情報・知識の共有を念頭においた表現。
	A C P	「アドバンス・ケア・プランニング（Advance・Care・Planning）」の略。将来の起こりうる病状の変化に備えて、医療従事者が本人や家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程。
	H Mカード	医療情報を複数の医療機関と結びつける広島県民のためのカード。加入すると、病院や薬局で医療情報が共有され、スムーズな診療や投薬が受けられる。また、緊急時の備えとして「救命情報の登録」や「ヘルスデータ管理」が行える。
カ 行	介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者に対応するための新たな介護保険施設。①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と、②生活施設としての機能を兼ね備えたもの。
	介護予防	高齢者ができる限り要介護状態になることなく、健康でいきいきとした生活が送れるように支援すること。
	介護予防支援	予防給付の対象となる要支援者が、在宅で生活できるよう介護予防サービス計画の作成と調整を行うこと。
	介護予防・日常生活支援 総合事業	市町村が実施主体となり、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により、地域の支え合いの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を総合的に実施する事業。「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」とで構成される。
	介護療養型医療施設	長期療養が必要な要介護者が利用できる施設。療養上の管理、看護、医学的な管理の下で、介護やその他の世話、療養上の世話等を長期に行う。
	介護老人福祉施設	常時介護が必要で、自宅での生活が困難な原則要介護3～5の要介護者が利用できる施設。入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、療養上の世話等を長期に行う。
	介護老人保健施設	看護、医学的管理の下で、要介護者に対して、リハビリテーションや介護、その他必要な医療や日常生活上の世話を行う施設。医療機関と家庭の中間的な施設として位置づけられる。
	キャラバン・メイト	認知症に対する正しい知識と具体的な対応方法等を学ぶキャラバン・メイト研修を受講し、登録した者であり、認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」の講師役を務める。
	協議体	生活支援サービスの提供の推進において、多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進する機関。
	共生型サービス	高齢者や障害児・者に対し、一つの事業所が提供する福祉サービス。
	協働	行政と住民や事業所等、地域で活動する多様な人と組織とが、共通の目的のために、お互いに責任と役割分担を自覚して、対等な関係で協力・連携しながら活動すること。

	居宅介護支援	要介護者のサービス利用者のニーズを明確にし、保健・医療・福祉サービスを受けられるように調整・援助展開すること。
	居宅サービス	自宅において生活をしながら利用できる介護サービスで、訪問系・通所系・短期入所(ショートステイ)系のサービス等がある。介護給付・予防給付のうち、居住系サービス及び施設サービスを除いたもの。
	居住系サービス	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護をいう。
	Q O L	「クオリティ・オブ・ライフ (Quality of Life) 」の略。「生活の質」、「人生の質」を意味する。介護福祉の分野では、介護を受ける方が「自分らしく充実した生活を送れているか」を評価する。
	ケアプラン	介護や看護の計画。介護保険制度では、「介護サービス計画書」といい、要介護者等が介護サービスを適切に利用できるよう、要介護者等の依頼を受けて、その心身の状況、生活環境、本人やその家族の希望等を勘案し、利用する介護サービスの種類、内容及びその担当者等を定めた計画をいう。
	ケアマネジメント	高齢者やその家族の課題やニーズについて、生活の目標を明らかにし、課題解決を図る過程。
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	ケアプランを作成できる専門知識と技術を持ち、国が定めた都道府県試験によって資格を有することを認められた者。
	健康寿命	平均寿命のうち健康で活動的に暮らせる期間。WHO(世界保健機構)が提唱した指標で、平均寿命から、衰弱・病気・認知症等による介護期間を差し引いたもの。
	コーホート変化率法	同じ年または同じ時期に出生した集団ごとに、過去における人口の実績の増減から変化率を求め、将来人口を推計する方法。
サ 行	施設サービス	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院に入所して受けるサービス。
	自主防災組織	「自分たちの地域は自分たちで守る」という共助の取組として地域の人たちが自発的に初期消火、救出・救護、避難等の防災活動を行う団体。
	自助・互助・共助・公助	自助：自ら働いてまたは自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。 互助：近隣の助け合いやボランティア等のインフォーマルな相互扶助のこと。 共助：社会保険のような制度化された相互扶助のこと。 公助：自助、互助、共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で、行政が行う必要な生活保障のこと。
	小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、利用者の様態や希望に応じて短期間の「泊まり」や「訪問」を組み合わせて提供するサービス。
	生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)	生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等、地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチング等を行う者。

	成年後見制度	認知症や知的障害、精神障害等により判断能力が十分ではない人が不利益を被らないよう、法律に基づいて保護し、支援することを目的とした制度。
夕 行	ターミナルケア	終末期の看護あるいは臨終の看護の意。治癒の望みのない末期患者に対して、キュア（治療）でなくケア（看護）を重点的に行おうとする医療のあり方をいう。
	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「我が事」として参画し、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。
	地域ケア会議	行政・医療・介護等の関係機関や住民組織等の代表者で構成し、高齢者の個別課題の解決、地域課題の明確化、地域課題の解決に必要な資源開発、政策形成を協議する会議。
	地域包括支援センター	市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員（ケアマネジャー）等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設。
	地域密着型サービス	高齢者が要介護状態となっても住み慣れた地域で生活できることを目的としたサービス。利用者は神石高原町の住民に限定される。
	チームオレンジ	地域の認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み。
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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、定期巡回訪問と随時対応を行うサービス。
	特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、ケアハウス等に入居している要介護者等に対して、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、療養上の世話を行うサービス。
ナ 行	日常生活圏域	高齢者が住み慣れた地域で、日常生活を送ることができるよう、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、施設の整備状況等を総合的に勘案して定める区域。
	二次保健医療圏	医療法の規定による区域。特殊な医療を除く病院の病床の整備を図る地域単位として設定される区域。 広島県では7つの圏域を設定。神石高原町は、福山市、府中市との3市町で構成する区域となっている。
	認知症	記憶障害から始まり、知的能力が脳の後天的な変化により著しく低下する病気。
	認知症予防カフェ	カフェのようにリラックスした場所で、お茶を飲みながら認知症の人と家族、地域住民、専門職等が集い、介護の悩み等を語り合う場。
	認知症ケアパス	認知症の人とその家族が、地域の中でその人らしく、安心した生活を営むために、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを、本人と家族及び地域・医療・介護の人々が共有し、それを達成するための連携の仕組み。

	認知症サポーター	市町村や地域の職域団体、企業等が開催する認知症サポーター養成講座を受けた人の呼称。認知症を正しく理解し、自分のできる範囲のボランティア活動として認知症の人やその家族を応援する。
	認知症初期集中支援チーム	複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。
	認知症地域支援推進員	医療機関、介護サービス事業所、地域の支援機関との連携支援と認知症の人やその家族に対する相談業務を行う者。
	認知症対応型共同生活介護	認知症のある高齢者について、共同生活を営むべき住居において、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練等を行うサービス。いわゆるグループホームのこと。
八 行	ハザードマップ	被害予測地図。自然災害による被害を予測し、その被害範囲を地図化したもの。予測される災害の発生日、被害の拡大範囲・被害程度、避難場所等の情報が図示されている。
	避難行動要支援者	災害時に自ら避難することが困難で、円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要する人。
	P D C A サイクル	Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)のプロセスを繰り返し、業務を改善していくこと。
	フレイル予防	食事や運動、社会参加等による適切な介入・支援により、フレイル状態（加齢に伴い心身の活力が低下した状態）を予防し、生活機能の維持・向上を図ること。
	本人ミーティング	認知症の方が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのより良い暮らしや暮らしやすい地域の在り方を一緒に語り合う場。本人だからこそその気づきや意見を語り合い、それを地域に伝えていくための集まり。
マ 行	看取り	医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者で、亡くなるまでの介護に関する計画について、医師等からの説明を受け、同意して介護を受けること。

神石高原町第9期高齢者プラン

(高齢者福祉計画及び介護保険事業計画)

発行年月 令和6(2024)年3月

発行 神石高原町

編集 神石高原町福祉課

〒720-1522

広島県神石郡神石高原町小畠 1701 番地

TEL 0847-89-3535

FAX 0847-85-3541