

# 尾道市高齢者福祉計画及び 第8期介護保険事業計画





# 目次

---

第1章 計画の概要.....	1
1. 計画策定の背景と趣旨 .....	1
2. 計画の位置づけ及び目的 .....	1
3. 計画の期間及び進行管理 .....	2
4. 計画の策定体制 .....	3
5. 介護保険制度の変遷.....	5
第2章 第7期計画の振り返りと第8期計画で進めること .....	7
1. 第7期計画の振り返り .....	7
2. 第8期計画で進めること .....	9
第3章 統計から見る尾道市の高齢者の現状 .....	10
1. 本市における高齢化率及び高齢者数の推計 .....	10
2. 本市におけるサービス需給の類型.....	11
3. サービス見込量、介護保険料の推計にあたっての留意事項 .....	11
4. 要介護認定者数の推計 .....	14
5. 介護保険給付費の推移 .....	15
第4章 計画の基本理念と基本目標.....	16
1. 計画の基本理念 .....	16
2. 計画の基本目標 .....	17
3. 計画の体系 .....	18
第5章 具体的な取組.....	19
1. 住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり .....	19
2. 心身ともに元気に暮らせるまちづくり .....	32
3. いきいきと幸せに歳を重ねられるまちづくり .....	38
4. 高齢者が安心して暮らせるまちづくり .....	41
第6章 圏域ごとの地域包括ケアシステムの構築 .....	60
1. 日常生活圏域 .....	60
2. 北部圏域 .....	61

3. 中央圏域 .....	64
4. 西部圏域 .....	67
5. 東部圏域 .....	70
6. 向島圏域 .....	72
7. 南部（因島）圏域.....	75
8. 南部（瀬戸田）圏域.....	79
第7章 介護保険事業計画 .....	82
1. 介護保険事業の推計の概要 .....	82
2. 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 .....	83
3. 介護サービス基盤の整備 .....	84
4. 介護サービスの見込量 .....	98
5. 介護保険料の算定.....	103
6. 介護給付の適正化（第5期介護給付適正化計画） .....	107
7. 介護サービスの質の向上と保険給付の円滑化 .....	109
第8章 計画の推進.....	111
参考資料.....	112
1. 計画策定の経緯 .....	112
2. 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会設置要綱.....	113
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8期） .....	115
4. 尾道市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画の策定について（諮問） .....	116
5. 尾道市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画について（答申） .....	117

本市では、語句に対する印象への配慮や人権をより尊重する観点から、可能な限り「障害者」を「障害のある人」、「障害児」を「障害のある児童」と表現しています。

但し、国の法律や指針等における用語では、「害（がい）」の字を漢字で表現しており、固有名称もこれに準じています。

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。



## はじめに

わが国では、少子高齢化と人口減少が進行し、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年には、5.6人に1人が75歳以上の高齢者となり、認知症高齢者の割合や世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されています。

本市におきましては、現時点で既に5人に1人が75歳以上高齢者であり、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040（令和22）年には75歳以上高齢者が4人に1人となる見込みでございます。



このような状況を踏まえ、本市では総合的かつ中長期的な視点に立って第7期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暮らすために～」を基本理念に掲げ、その実現に向けて各種取組を進めてきたところで

この度、策定しました「尾道市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」は、第7期計画の基本理念のキーワードである「住みなれた」「元気」「いきいき」に幸齢社会実現の前提となる「安心」を加えた4つを基本目標とし、2025（令和7）年、2040（令和22）年に向け、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくり施策や認知症施策の推進、介護人材確保に向けた取組の強化に加えて、災害や感染症対策に係る体制整備などを図るとともに、市民の皆様の負担を抑え、介護保険制度の持続可能性も確保したものとしています。

本計画の推進にあたりましては、市民の皆様をはじめ、医療や介護の関係機関、地域や各種団体など多くの皆様との連携・協働に加え、ICTを活用したスマートシティ実現に向けた視点を持って、実行性の高い施策展開に努めてまいりたいと考えておりますので、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3年3月

尾道市長 平谷 祐宏

# 第1章 計画の概要

## 1. 計画策定の背景と趣旨

令和2年4月は介護保険制度が発足して20年の節目でした。その間、本市の高齢者人口は一貫して増加傾向にあり、急速な高齢化に対応するため、本市は地域包括ケアシステムの構築を全国に先駆けて取り組んできました。令和2年3月31日現在、市民の約3人に1人以上（35.9%）が高齢者という状況になっています。

第6期計画（平成27年度～平成29年度）を「地域包括ケア計画」と位置づけ、平成37年度を目標として地域包括ケアシステムの構築を推進し、第7期計画（平成30年度～令和2年度）では、地域の特性を活かした本市の3つの地域包括ケアシステム（「山間部」、「人口集中地域」、「島しょ部」）の深化を図ってきました。

本市の高齢者数は、2018（平成30）年にピークを迎え、減少期に移行しています。ただし、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると後期高齢者数は2030（令和12）年まで増加基調が見込まれています。

本市の高齢者福祉をめぐる状況はこれまでと異なる段階に移行しつつあります。いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる2040（令和22）年までの本市の状況を見通しながら、地域の状況をこれまで以上に細やかに把握し、本市の抱える諸課題を解決する道筋をつけるために、「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、本計画という）を定めます。

## 2. 計画の位置づけ及び目的

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条に基づく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。

図表1 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「尾道市まち・ひと・しごと創生人口ビジョン及び総合戦略」「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」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 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～4) 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）

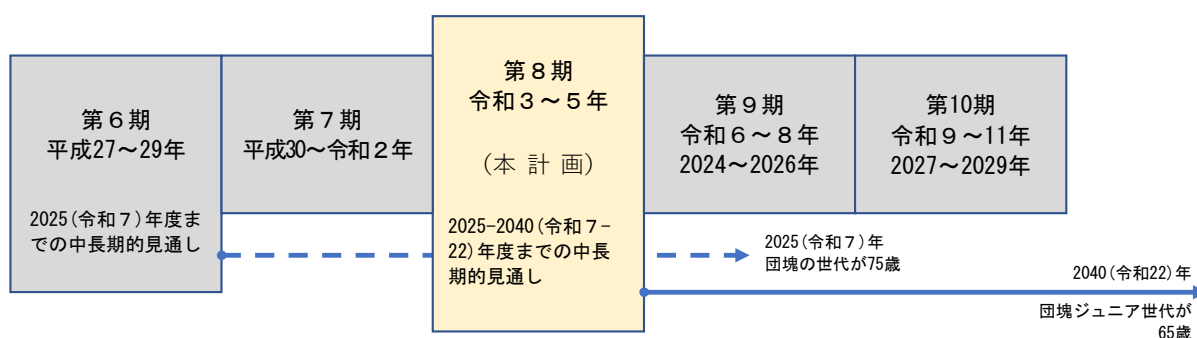
(市町村の講ずる措置)  
 第14条 市町村は、成年後見制度利用促進基本計画を勘案して、当該市町村の区域における成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画を定めるよう努めるとともに、成年後見等実施機関の設立等に係る支援その他の必要な措置を講ずるよう努めるものとする。  
 2 市町村は、当該市町村の区域における成年後見制度の利用の促進に関して、基本的な事項を調査審議させる等のため、当該市町村の条例で定めるところにより、審議会その他の合議制の機関を置くよう努めるものとする。

### 3. 計画の期間及び進行管理

本計画は、2040（令和22）年までの長期的な動向を踏まえつつ、令和3年度を初年度として令和5年度を目標年度とする3か年計画として策定するものです。

毎年度点検・評価を行い、課題の把握や分析、今後の対応の検討等を行うことで、本計画の実施状況の把握と進行管理を実施します。

図表 2 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。

図表 3 調査の概要

調査名称	調査対象	調査方法 調査期間	回収結果
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	要介護認定を受けていない高齢者 ※令和元年12月1日現在 ※要支援認定者を含む	郵送配付・回収 令和元年12月13日 ～令和元年12月30日	発送 5,400人 回収 4,051人 有効回収率 75.0%
在宅介護実態調査	在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方 ※更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方	認定調査員による聞き取り 令和元年12月 ～令和2年4月	748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の議論が行われました。

図表 4 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2年 7月28日	① 第8期計画の概要及び策定スケジュール ② 第7期の振り返り ③ 尾道市の現状分析と事前調査の結果 ④ 国の基本方針
第2回 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和2年 11月4日	① 医療・介護・福祉関係者とのヒアリング調査の結果について ② 第8期計画の骨子について ③ 第8期計画における施設整備方針について
第3回 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和2年 12月25日	① 計画素案の審議 ② 介護保険料の審議
第4回 尾道市高齢者福祉・介護保険事業運営委員会	令和3年 3月3日	① パブリックコメント結果について ② 計画素案の審議 ③ 答申

### (3) 事業所等ヒアリングの実施

#### 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2年9月30日、10月1、2日

調査対象：市内7圏域〔北部・中央・西部・東部・向島・南部（因島）・南部（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など、医療・介護・福祉の現場に関わる職員の方々【36機関51人】

#### 2) 居住系施設等聴き取り調査

調査日：令和2年9月17日～9月30日

調査対象：特別養護老人ホーム（11施設）、地域密着型特別養護老人ホーム（5施設）、特定施設入居者生活介護（5施設）、認知症対応型共同生活介護（24施設）、介護老人保健施設（9施設）、介護療養型医療施設（3施設）、小規模多機能型居宅介護（17事業所）、看護小規模多機能型居宅介護（3事業所）の管理者等

### (4) 計画素案の公表、市民からの意見募集

令和3年1月12日～令和3年2月12日に計画素案を公表し、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年度～平成14年度)

- ・ 介護保険サービス（利用者1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年度～平成17年度)

- ・ 施設入所の適正化を図る
- ・ 要支援、要介護1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年度～平成20年度)

- ・ 介護予防システムの構築（要支援1・2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年度～平成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年度～平成26年度)

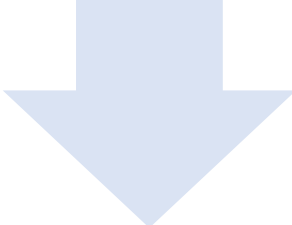
- ・ 医療、介護、予防、生活支援、住まいが連携した包括的な支援（地域包括ケア）を推進
- ・ 24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- ・ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施
- ・ （介護予防・日常生活支援総合事業）
- ・ 介護療養病床の廃止期限を猶予（平成30年3月末までに延期）

### 第6期 (平成27年度～平成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年度～令和2年度)

- ・ 予防に力を置く「自立支援介護」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
- ・ 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



## 6. 第8期計画のポイント

### (1) 2025年・2040年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整備

2025（令和7）年はいわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となり、また2040（令和22）年はいわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上となることから、2025（令和7）年、2040（令和22）年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定する必要があります。

### (2) 地域共生社会の実現

介護・高齢者福祉だけでなく、障害のある人や子ども、生活困窮者といった、地域に住んでいる全ての人々がともに支え合い、力を発揮できる「地域共生社会」の実現に向けた支援体制の整備や取組が求められます。

### (3) 介護予防・健康づくり施策の充実・推進

高齢者が社会で役割を持って活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めるとともに、介護予防や健康づくりの取組を充実・推進し、要介護度の重度化を防ぎつつ、元気な高齢者の健康を保つことが必要になります。

### (4) 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

施設関連のサービスの質の確保等を図るため、都道府県と市町村の更なる情報連携の強化の必要性が増しています。

### (5) 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進

介護保険事業計画における認知症対策では、「認知症施策推進大綱」を踏まえつつ、更に教育等他の分野とも連携して取組を進めることが重要となります。

### (6) 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

介護人材の確保が大きな課題となっています。介護人材の確保のための取組に加え、ソフト面・ハード面で業務の削減・効率化を図るための取組が必要となります。

### (7) 災害や感染症対策に係る体制整備

近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について計画に記載する必要があります。



## 第2章 第7期計画の振り返りと第8期計画で進めること

### 1. 第7期計画の振り返り

**地域包括ケアシステムの深化をめざし、医療と介護の更なる連携に向けて取り組みました。**

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ながら、全体として更なる地域包括ケアシステムの深化を図るため、平成28年7月から尾道市地域包括ケア連絡協議会が設立されました。これらの活動と協働して、利用者の視点に立った切れ目のない医療と介護が提供できるよう多職種連携ネットワーク会議を開催して、連携における課題や対策について検討を重ね、在宅医療・介護連携ガイドブック、お薬手帳情報共有シートなどの取り組みを拡大してきました。



ACP市民公開講座



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



在宅医療・介護連携ガイドブック

**介護予防・重度化予防と健康づくりに重点的に取り組みました。**

シルバーリハビリ体操事業は、令和元年度には1級指導士は15名、2級指導士は355名に増え、体操教室の開催回数も1,726回と増加しています。体操教室の参加者数は、平成30年度26,540名、令和元年度25,542名でした。健康づくりは、健康おのみち21及び食育の推進に努めました。

● 減るSio運動

● プラス10分てくてく運動 ほか



シルバーリハビリ体操指導士  
養成の様子



シルバーリハビリ体操の様子  
(西日本豪雨災害時、避難所にて)



プラス10分  
てくてく運動



減るSio運動  
シンボルマーク



介護が必要となっても住みなれた地域で暮らせるよう、環境整備に努めました。

### ■ 認知症にやさしいまちづくり

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、協力して認知症の早期診断や早期対応、支援に取り組んでいます。

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に努めました。

- 認知症サポーター養成講座
- オレンジカフェ（認知症カフェ）の推進
- おのみち見守り訓練
- おのみち見守りネットワーク事業 ほか



認知症サポーター養成講座  
小学校での様子



認知症サポーター養成講座  
寸劇の様子



オレンジカフェの様子



おのみち見守り訓練の様子  
金融機関ATMでの対応

### ■ 介護基盤の整備

- 小規模多機能型居宅介護 ➡ 1事業所（令和3年度へ延期）
- 看護小規模多機能型居宅介護 ➡ 1事業所
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ➡ 1事業所

要介護認定率は微増していますが、介護予防などの取組により、介護給付費はほぼ横ばいとなっています。

【目標値】要介護・要支援認定率（20.5%）の維持

20.5%（平成29年9月末現在）⇒ 20.9%（令和2年9月末現在）

## 2. 第8期計画で進めること

### 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。

第7期計画では、「地域包括ケアシステムの深化」を基本目標に、高齢者の自立と尊厳を支えるケアの持続的な実現をめざして、医療と介護の更なる連携を図りましたが、近年、複合的に課題を抱え、従来の枠組みでは適切な対応が難しい事例が増加し、高齢者への支援に加え、障害のある人や子ども、生活困窮者など、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。

医療と介護の連携、生活支援体制の整備による地域包括ケアシステムの充実とともに、制度や分野の関係を越えた重層的な支援に取り組みます。

### 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型・重度化予防のケアマネジメントに取り組みます。

高齢者が住みなれた地域で自立した日常生活を営むためには、心身機能の回復や生活支援の課題などの解決に向けた自立支援型・重度化予防のケアマネジメントに取り組む必要があります。

医療・介護等の多職種の連携・協働による自立支援型地域ケア会議を開催し、本人や家族が自ら意欲をもって自立へ向け、取り組めるよう支援するとともに、介護支援専門員の自立支援型・重度化予防のケアマネジメント技術の習得を図ります。また、事例検討を積み重ねることで明確化された地域に共通した課題については、地域づくりや資源開発、政策形成へつなげていきます。

### 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。

高齢者の一人ひとりの医療レセプトや健診に係るデータ、介護に関するデータ、要介護認定情報等による市全体や地域単位の集計データを基にした、高齢者に多い疾病や増加している疾病、検診・医療未受診者の割合が高い地域など、健康課題の整理・分析を行い、低栄養防止・重症化予防の取組や重複・頻回受診者、重複投薬者、健康状態が不明な高齢者に対する個別的支援を行います。

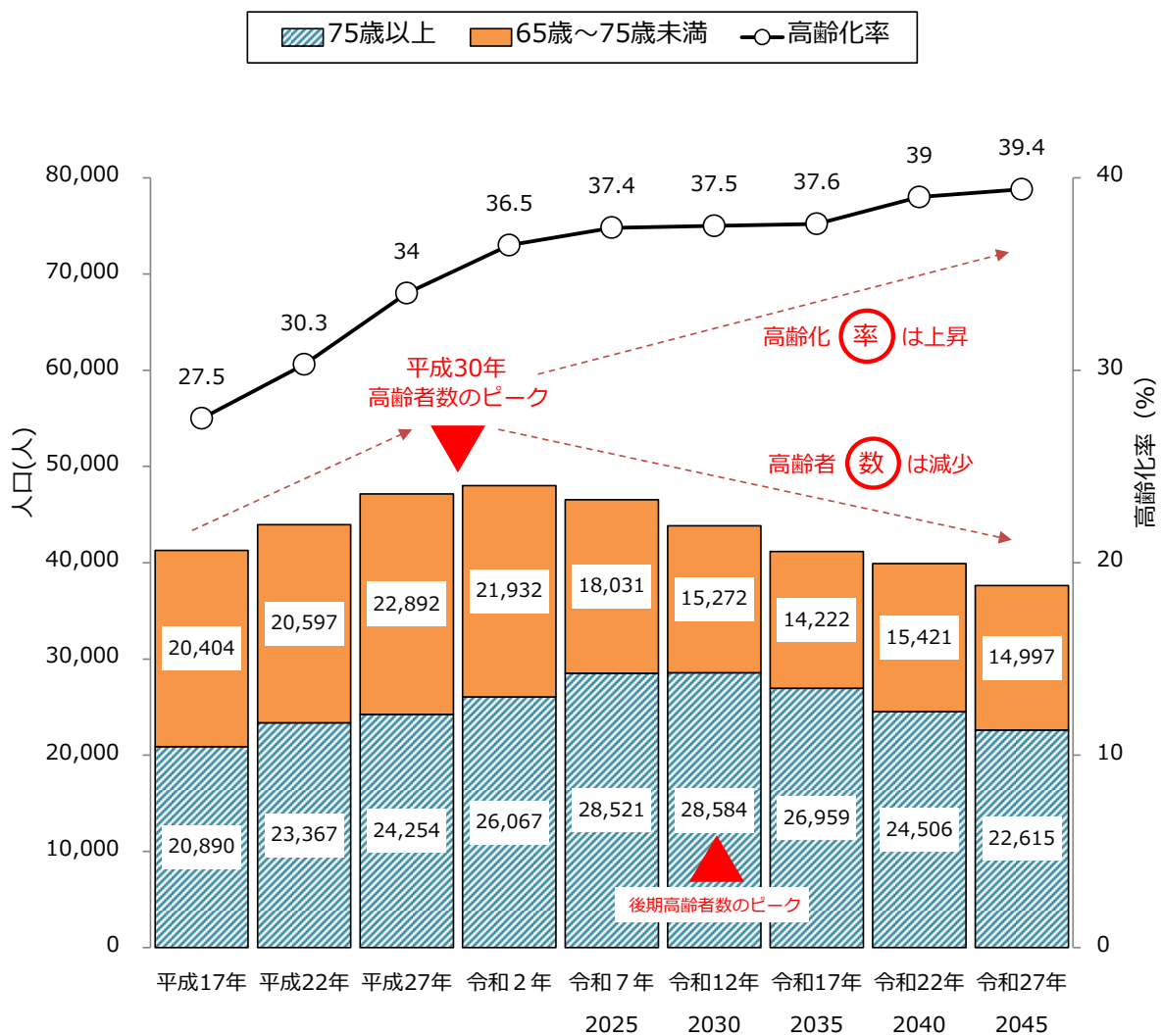
また、フレイル予防の普及啓発や健康教育・健康相談、保健指導や生活機能向上の支援のため、通いの場等への積極的な関与を行います。

# 第3章 統計から見る尾道市の高齢者の現状

## 1. 本市における高齢化率及び高齢者数の推計

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本市の高齢化率は人口減少の影響があり、今後も上昇する見込みであるものの、高齢者数は減少に転じることが分かります。また、後期高齢者数は2030（令和12）年まで増加した後減少する見込みです。

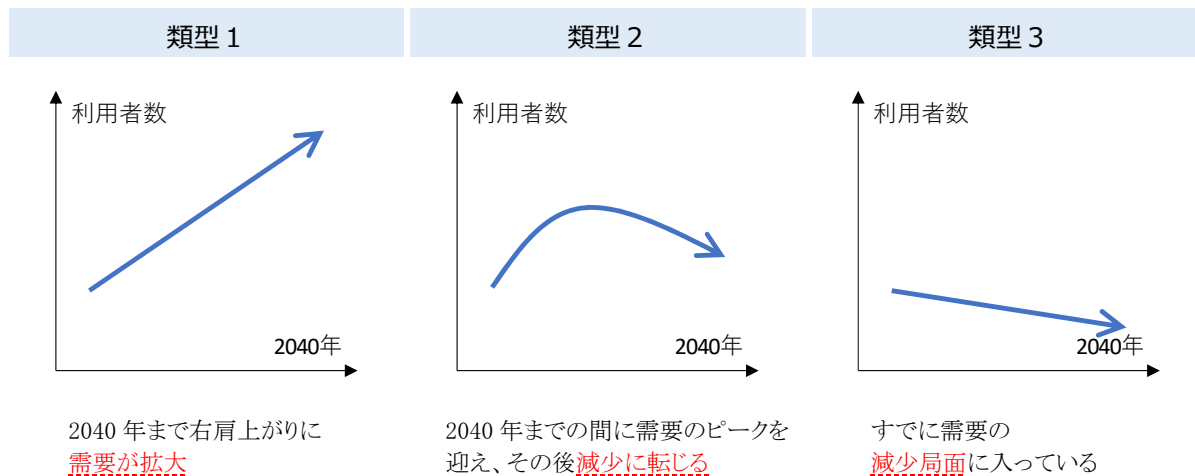
図表 5 高齢者の将来推計



(出典) 平成17年～27年まで：総務省「国勢調査」、2020年以降：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）」をもとに作成

## 2. 本市におけるサービス需給の類型

国の第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針によると、サービス基盤・人的基盤の整備に関連して、今後の地域におけるサービス需要動向は下記3つの類型に分けられると指摘しています。



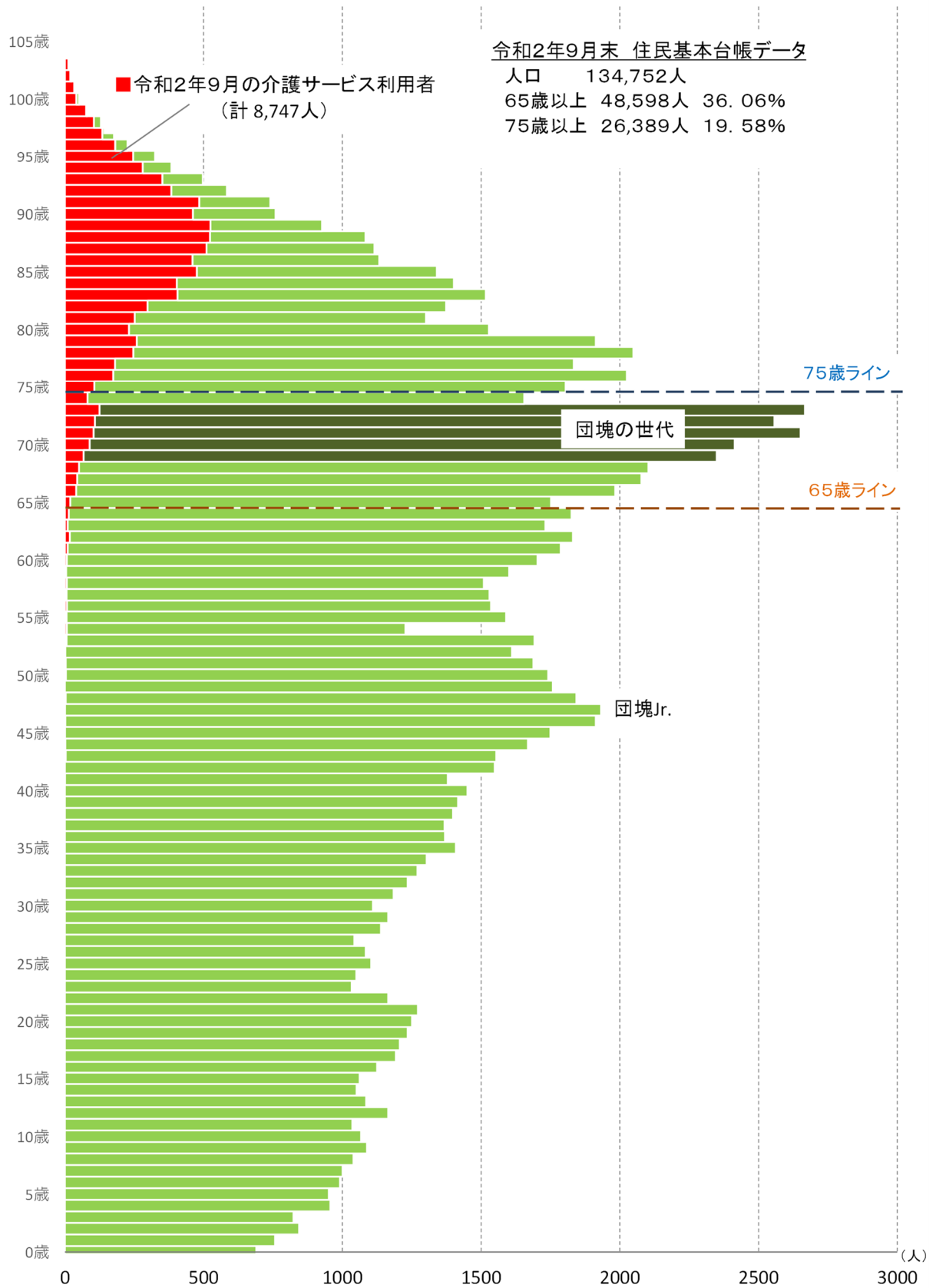
2018（平成30）年に高齢者数のピークを迎え、すでに減少期に突入しているものの、後期高齢者数は2030（令和12）年まで増加が見込まれていることから、本市は上記類型のうち「類型2」に相当するものと判断できます。

これまで高齢者数が右肩上がりに増加しており、拡大する需要に合わせて計画を策定してきましたが、第8期計画では、2040（令和22）年に向けて需要が減少することを踏まえつつ、施設・居宅系・地域密着型の各サービスをバランス良く組み合わせて整備していくことが大切です。

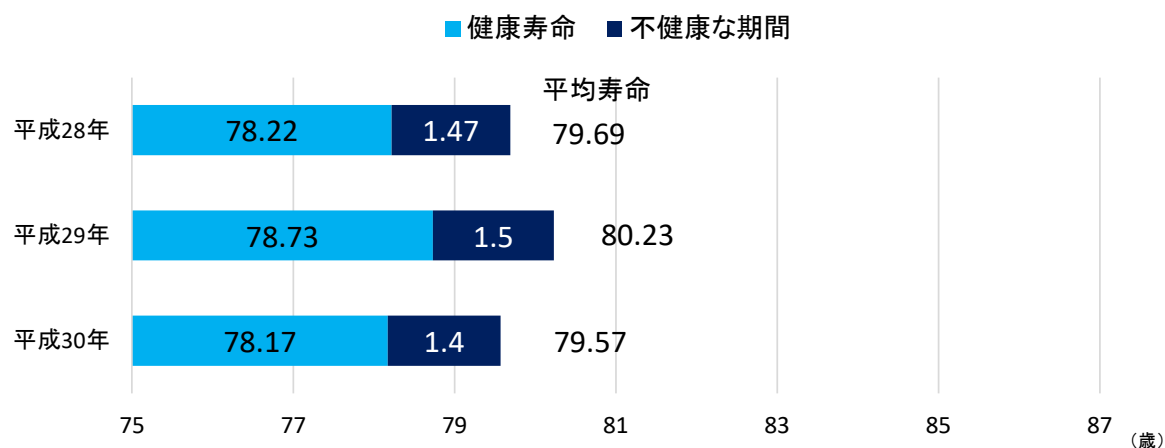
## 3. サービス見込量、介護保険料の推計にあたっての留意事項

厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムを利用してサービス見込量を推計し介護保険料を算出しました。需要拡大局面から減少局面へ転換する期間である本市の地域性を踏まえて推計しました。

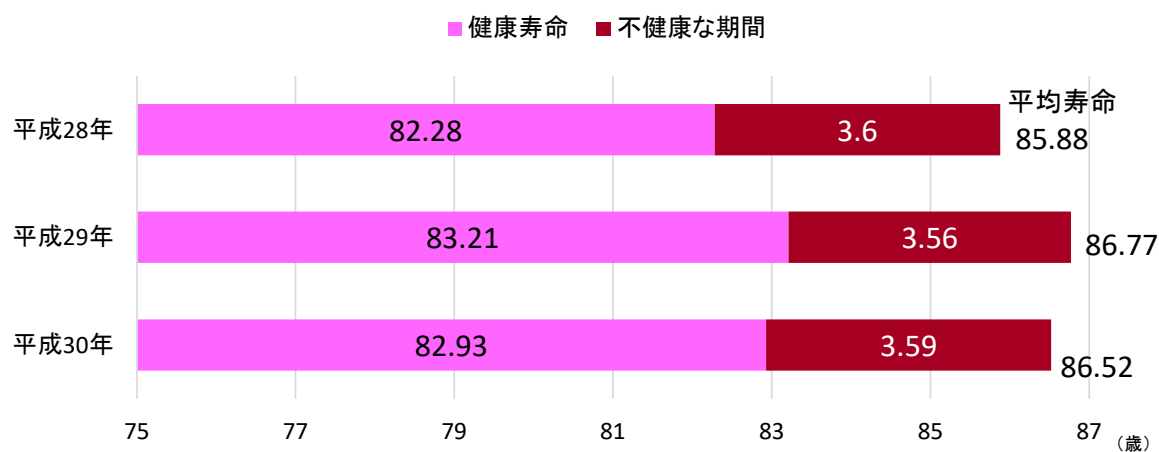
図表 6 尾道市の年齢別人口ピラミッド



図表 7 平均寿命と健康寿命の状況（男性）



図表 8 平均寿命と健康寿命の状況（女性）

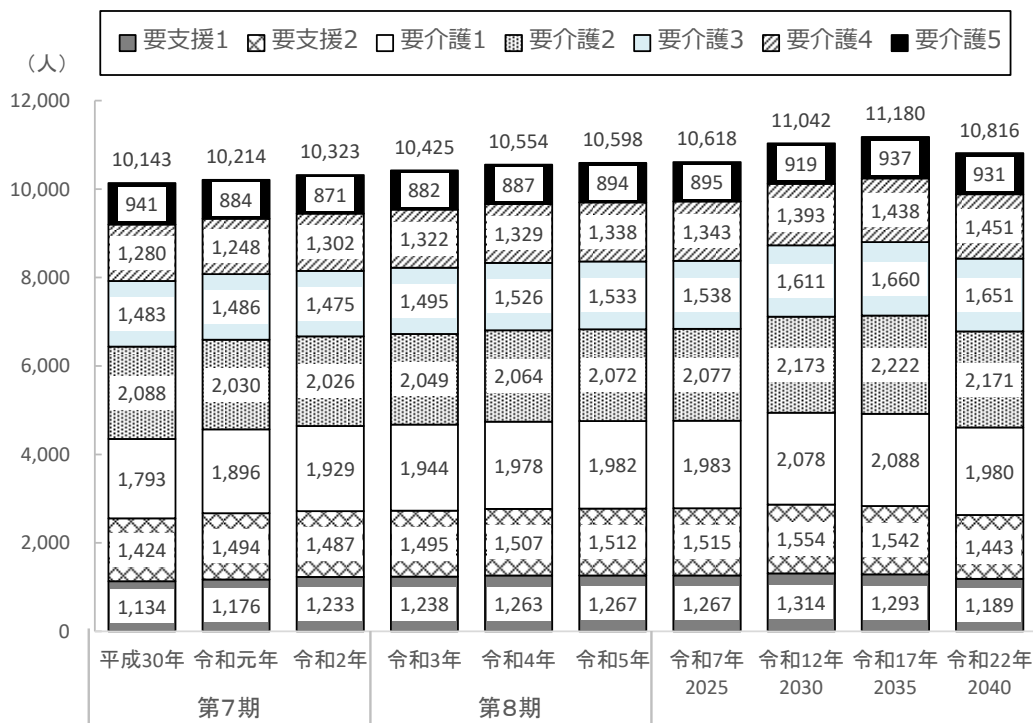


(出典)「健康寿命の算定プログラム」の「健康寿命の算定表」シートから算出  
 人口は、広島県人口移動統計調査による推計人口（日本人人口）  
 人口動態統計（死亡数）  
 介護保険「要介護2～5」の認定者数

## 4. 要介護認定者数の推計

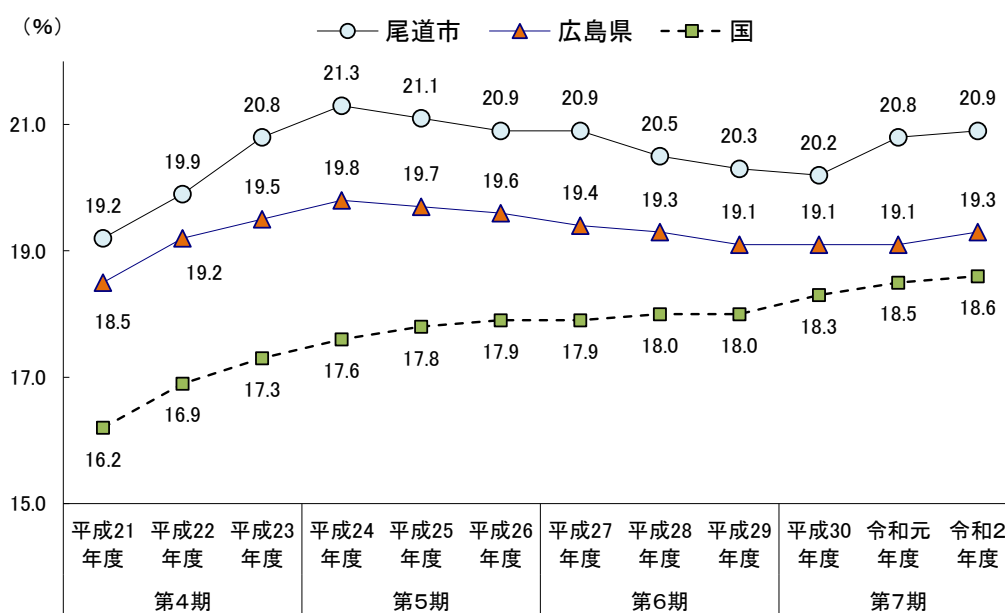
本市の要介護認定者数は、2035(令和17)年度まで増加する見込みです。

図表 9 要介護認定者数の推計



(出典) 地域包括ケア「見える化」システム

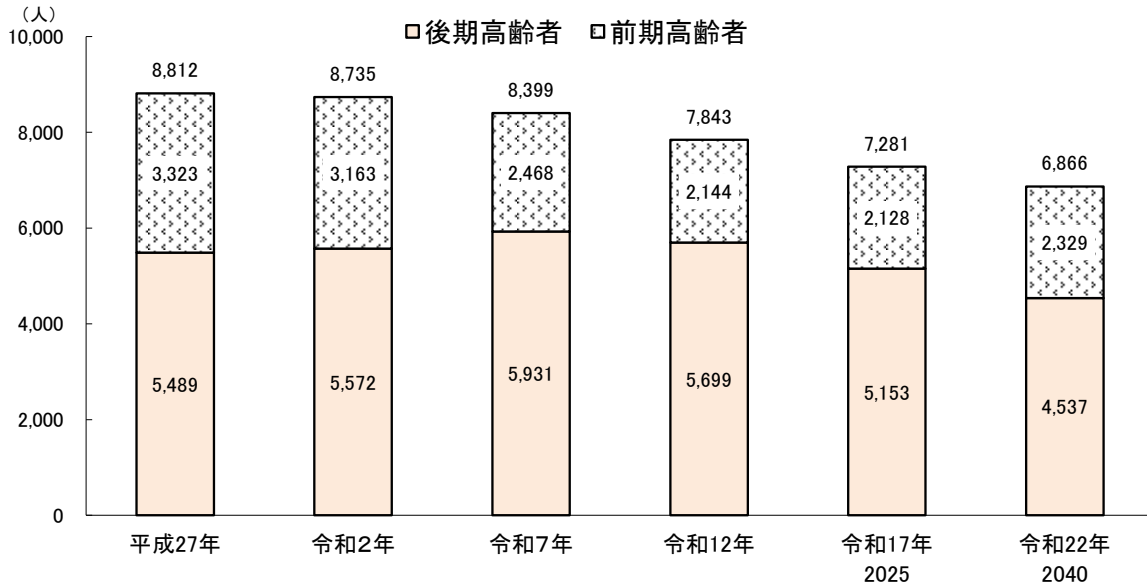
図表 10 要介護認定率の全国・広島県との比較



(出典) 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2年度は9月末)

高齢者単独世帯は今後減少することが見込まれているものの、後期高齢者に限れば令和7年まで増加することが推計されています。

図表 11 高齢者単独世帯の推移

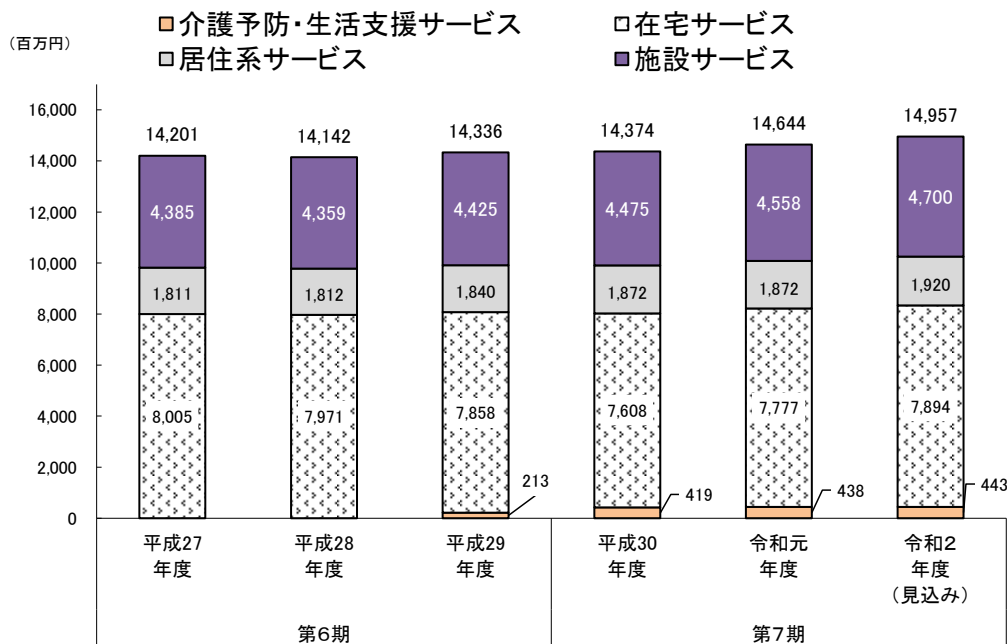


(出典) 国勢調査 (平成 27 年) より推計

## 5. 介護保険給付費の推移

平成 29 年度から、地域の実情に応じた介護予防サービスを総合的に実施する介護予防・日常生活支援総合事業が地域支援事業の一環として始まりました。

図表 12 介護保険給付費の推移



(出典) 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、2040（令和22）年には市民の約4割が65歳以上になることが見込まれています。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歳以上となり高齢化率のピークを迎える2025（令和7）年に向け、平成27年からの10年間で「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8期計画では、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる2040（令和22）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活かしながら、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8期計画期間の目標指標を次のとおり定めます。

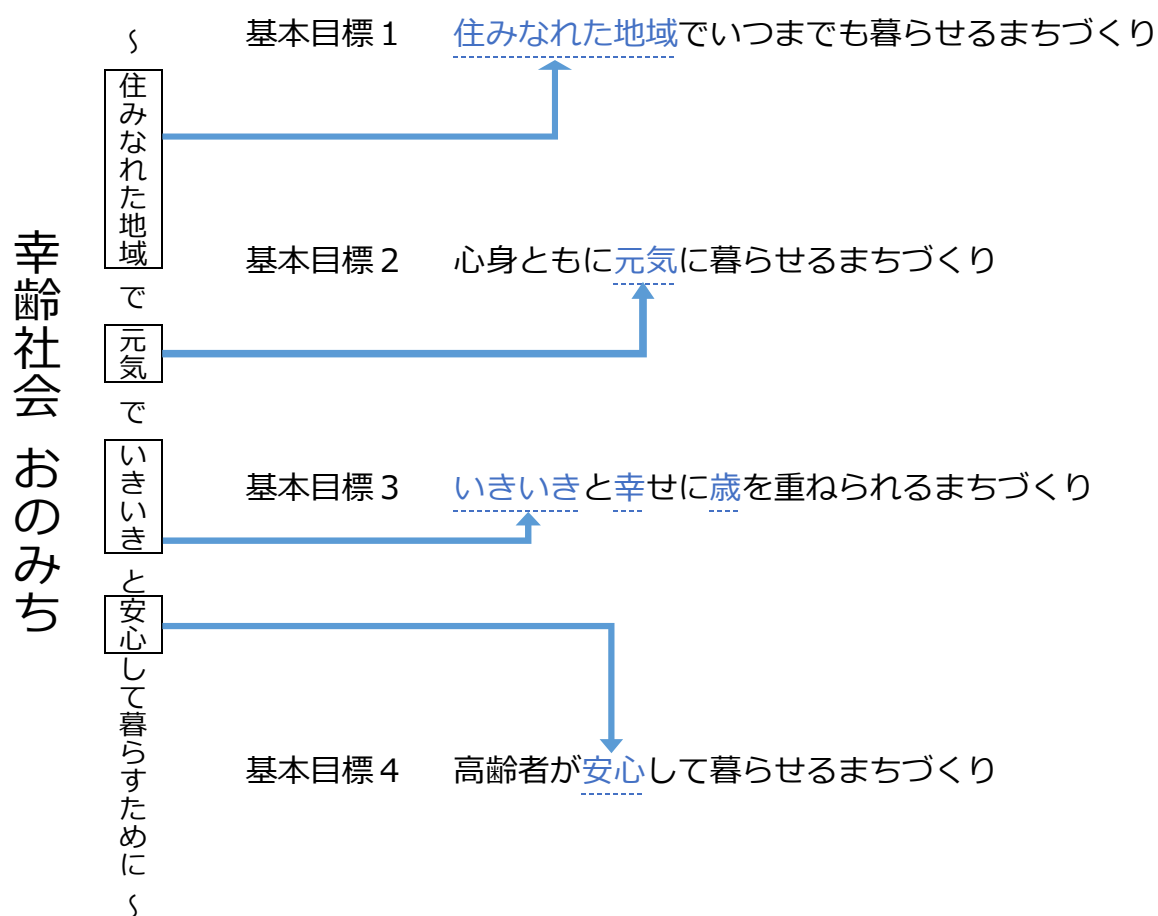
目標指標	現状（令和2年度）	目標（令和5年度）
要支援1・2の認定率について、県平均以下を維持する。	5.5%	県平均以下
令和5年度の認定率の推計値を超えない。	20.9%	21.9%以下

## 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暮らすために～」を具現化するために、基本理念のキーワードである「住みなれた地域」「元気で」「いきいきと暮らせる」に幸齢社会実現の前提となる「安心」を加えた4つの基本目標を定め、計画を推進します。

[基本理念]

[基本目標]



### 3. 計画の体系

[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]

### 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) 幸齢社会おのみちに向けた意識啓発
- (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
- (3) 医療と介護の更なる連携
- (4) 地域包括支援センター運営事業の推進
- (5) ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及

### 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) 一般介護予防事業の推進
- (2) シルバーリハビリ体操の普及拡大
- (3) 健康づくりの推進
- (4) 保健事業と介護予防の一体化

### 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) 高齢者の生きがいづくり
- (2) 出会いの場・多様な学びの場の創出

### 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) 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進
- (2) 権利擁護の充実及び家族介護者への支援
- (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
- (4) 災害や感染症対策に係る体制整備
- (5) 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

## 第5章 具体的な取組

### 1. 住みなれた地域でいつまでも暮らせるまちづくり

少子高齢化、核家族化に加え、生活様式の変化、価値観の多様化などによって、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など働いていない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や若者（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。

第7期計画では「地域包括ケアシステムの深化」を基本目標に掲げ取り組んできましたが、行政による啓発活動、各種団体・組織をネットワーク化していくための支援、情報提供などの支援に加え、市民が主体となった地域福祉の推進も必要であることから、第8期計画では表現を変更し、「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ることとしました。

#### （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とともに、自らが元気であるために健康づくりや介護予防に努めるなどの「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により、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

- 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う担い手不足の現状や課題について、出前講座等で広く周知していきます。
- 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、意識啓発を促す各種取組や情報提供を行います。
- 社会全体で高齢者を見守り支えていくために、生活支援コーディネーターを配置し、地域づくり、地域活動を通じて、地域課題解決に向けた地域の関わりや取組について意識啓発に努めます。

### ② ケアマネジャー・事業所等への周知

- 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、共通認識のもと事業を運営していけるよう、説明会や意見交換会等を開催します。
- 自立支援型ケアマネジメント、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て、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。

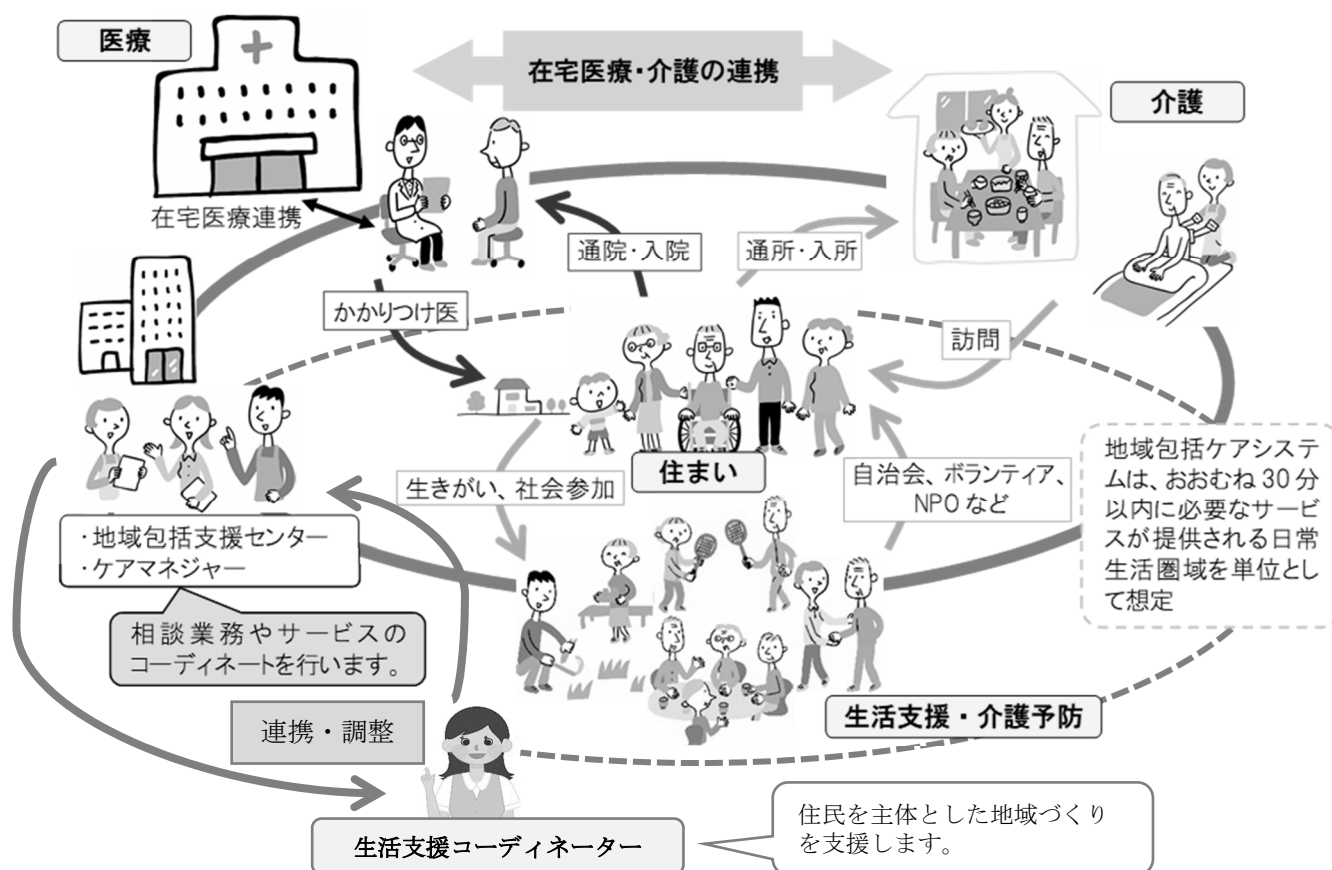
### ③ 周知の方法

- 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などについて周知します。
- 事業所向けの説明会・意見交換会や研修会等を開催し、共通認識を深めます。
- 地域や高齢者が集うサロンなど、人の集まる場所へ出向いて広報を行います。
- その他、ちゅピCOMおのみちや尾道エフエム放送等、あらゆる媒体や機会を捉えて「幸齢社会おのみち」に向けた意識啓発を図ります。

## (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

### 1) 地域包括ケアのめざす姿

- 本市では、公立病院や医師会を中心に保健・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。
- 団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年までを見据え、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充実をめざし、専門職による多職種連携や医療と介護の更なる連携、住民主体の取組などを推進し、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進められる地域づくりを支援します。



## 2) 地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステム

### ① 山間部では

- 公立みつぎ総合病院を中心に病院機能の総合化・複合化を図り、「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るとともに、医療と予防を融和させ、まずは病気にならないように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が整っています。
- 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、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 人口集中地域では

- 尾道市医師会を中心として、中核病院の支援のもと在宅主治医機能を核とした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尾道市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など、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 島しょ部では

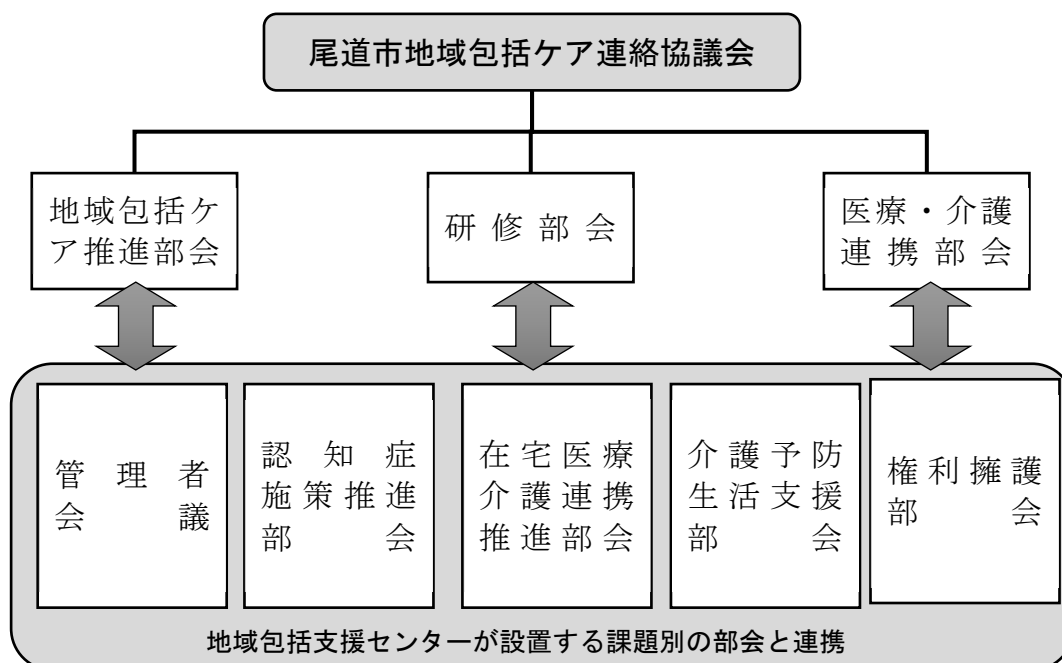
- 早くから往診を中心とした在宅医療提供が行われる中で医療以外のニーズも感じ取り、安心して生活できる介護にも取り組んでいます。
- 因島地域では、地域医療の充実を図る因島医師会病院を中心に訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ケアマネステーション、地域包括支援センター等からなる因島医師会在宅ケアセンターが整備されており、地域の開業医との連携もスムーズです。
- 地域の開業医に勤める多くの医療スタッフが介護支援専門員としてケアプランを作成し、包括的な視点から必要な支援やサービスを提供しています。
- また、薬剤師など多職種で情報の共有を図りながら、医療と介護が連携してサービス提供しています。

## 3) 地域包括ケアシステムの更なる充実に向けた取組

- 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、事業所、社会福祉協議会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医療知識や口腔ケア等の研修会、市民向けのACP講演会などを継続して実施します。
  - 病院、民生委員児童委員、介護支援専門員、介護事業者、薬剤師、歯科医師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んでいます。

図表 13 尾道市地域包括ケア連絡協議会構成図



【構成員】

尾道市医師会・歯科医師会・薬剤師会、因島医師会・歯科医師会・薬剤師会、社会福祉協議会、民生委員・児童委員協議会、関係病院、診療所、各介護施設・事業所、介護支援専門員連絡協議会、地域包括支援センター等

(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。加齢に伴う疾患の憎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、高齢化の進展により、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2025（令和7）年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040（令和22）年を踏まえ、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、国が示す(ア)～(ク)の8つの事業項目について取組みを継続し進めています。

(ア) 地域の医療・介護の 資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要な医療や介護の資源情報を入手できるよう、市のホームページや各種の制度等を紹介したガイドブック等の充実を図り、分かりやすい情報提供に努めます。</li> <li>● 専門職が連携を図りやすいよう、連携情報を整備します。</li> </ul>
(イ) 在宅医療・介護連携 の課題の抽出と対応 策の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 尾道市地域包括ケア連絡協議会で取り組む日常生活圏域ごとの多職種連携ネットワーク会議等を通じ、医療と介護の連携における課題を抽出し、その対応策について検討を重ねます。</li> <li>● 地域包括支援センターによる各種連携会議や課題別の部会等で、連携時の課題等について協議を行います。</li> </ul>
(ウ) 切れ目のない在宅医 療と介護の提供体制 の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者が住みなれた地域で安心して暮らせるよう、多職種連携ネットワーク会議等で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急性期から在宅、そして人生の最終段階に至るまで、医療と介護の切れ目のない支援体制を構築します。</li> </ul>
(エ) 医療・介護関係者の 情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療と介護の関係者が相互に情報共有できるよう、各種医療連携パス等の充実を図るとともに、「お薬手帳」を利用した情報連携シートや医療機関との情報連携シートの導入など、取組の拡大に努めます。</li> <li>● 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。</li> </ul>
(オ) 在宅医療・介護連携 に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
(カ) 医療・介護関係者の 研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援の方向性を共有し、連携して支援していけるよう、介護の現場における医療知識のレベルアップを図る研修等を実施し、関係者の資質の向上をめざします。</li> <li>● 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。</li> </ul>
(キ) 地域住民への普及啓 発	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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などについて、普及啓発に努めます。</li> </ul>
(ク) 医療・介護連携に関 する関係市区町村の 連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 近隣市町と取組状況についての情報交換を行うほか、研修会、講演会等の共同開催を通じて連携を深めます。</li> <li>● 尾三地域保健対策協議会、備後圏域連携市町(6市2町)、備後4市等の連携会議に積極的に参加します。</li> </ul>

## 2) 救命救急の連携基盤

- 急性期病院と開業医の救命救急での連携基盤を構築することにより、救急・救命期から退院後の医療・リハビリの中断期をなくし、継続して住民が必要とするサービス（保健、医療、介護、福祉）の提供につなぎ、寝たきりを防ぐことのできる連携をめざします。

## 3) 在宅での「看取り」の支援

- 自宅で最期を迎えたいという人の望みも実現できるよう、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。
- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や在宅での看取りについて、地域住民にむけて、講演会の開催やふれあいサロン等の通いの場において、「自分ノート」などを活用して普及啓発に努めます。

## 4) 終末期医療体制

- 終末期医療に対する期待やその果たすべき役割は大きく、増加するがん患者への在宅緩和ケアも大きな課題となっており、今後、在宅でのターミナルケアへのニーズが高まることが予想されます。
- 本市では、主治医をはじめとする多職種が連携しながら在宅緩和ケアの実現をめざし、退院前カンファレンスを行い、患者・家族の希望の実現に向け、ターミナルケアでの「看取りの在宅医療」をチームで行っています。
- 終末期以前の早い時期から、在宅での緩和ケアにも積極的に取り組み、在宅・施設において柔軟かつ継続的な関わりを持ちながら、地域に密着したターミナルケアの実現をめざしています。

## 5) 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、介護予防としての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、介護保険事業所内において口腔機能回復・維持のための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て、在宅や施設でのケアにおいて、口腔機能の維持を目標にした取組を進めます。

## 6) 薬剤師会による服薬管理指導等

- 薬剤師会の協力のもと、重複投与や飲みあわせチェックなどを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。
- 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居宅介護支援事業所の紹介、市への問合せや取次ぎ等の窓口として機能しています。引き続き、市民の利便性の向上のため協力を求めます。
- 尾道市地域包括ケア連絡協議会で取り組む「お薬手帳」への情報連携シート

の貼付を薬剤師会の協力のもとに推進し、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。

## 7) 地域リハビリテーションの充実

- 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、一生安全に、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り組みを、リハビリ専門職に地域住民を含めた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に啓発していきます。そのため、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、一般介護予防事業や自立支援型地域ケア会議が実施できるよう、支援体制の強化を図るとともに、リハビリテーションが地域住民の身近なものになるように努めます。

## 8) 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、サービス提供事業者のほか、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等を実施し、多職種が特性を活かして役割を担いながら高齢者を支援します。
- 退院前ケアカンファレンスにより、在宅緩和ケアを含め、終末期までの在宅支援を多職種協働で行っています。

## 9) 地域完結型地域包括ケアシステムの構築

- 地域ごとに保健・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。「地域のネットワーク形成のための地域ケア会議」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、住民代表など）の責任者が一同に会して、地域診断などを含めてその地域のネットワークづくりを定期的に行っていきます。

- 地域包括ケア連絡協議会において取り組まれている、地域別の専門職を中心とした関係者のネットワーク会議が、より一層充実するよう協働していきます。
- 各地域での活動内容や課題等について、情報交換や協議する場を定期的で開催し、成功事例の普及拡大と全域での課題対応に取り組みます。

#### 10) 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質的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していくために、尾道市が設置している高齢者の総合相談機関です。市内の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、自立保持のための身体的・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・生活など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、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行います。

##### ③ 権利擁護業務

- 消費生活センターや警察等の関係機関と連携し、高齢者の権利を守るため、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、生活の維持を図ります。

#### 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、あるいは地域における連携・協働の体制づくり、個々の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（自立支援型地域ケア会議）の充実

- 地域ケア会議では、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、その他関係者などにより構成し、適切な支援の検討等を行います。
- 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、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントに向けた支援や、課題解決のための地域ネットワーク構築等をめざします。
- 自立支援型地域ケア会議では、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・重度化予防の観点を踏まえ、高齢者の生活行為の課題を明確化し、多職種からの専門的な視点を通じた助言や、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など、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。
- 会議事例を積み重ね、共通する地域課題や不足する社会資源等を把握し、新たな社会資源の開発や政策形成につなげていくよう取り組みます。

#### 尾道市が目指す「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」を目指すのではなく、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。

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

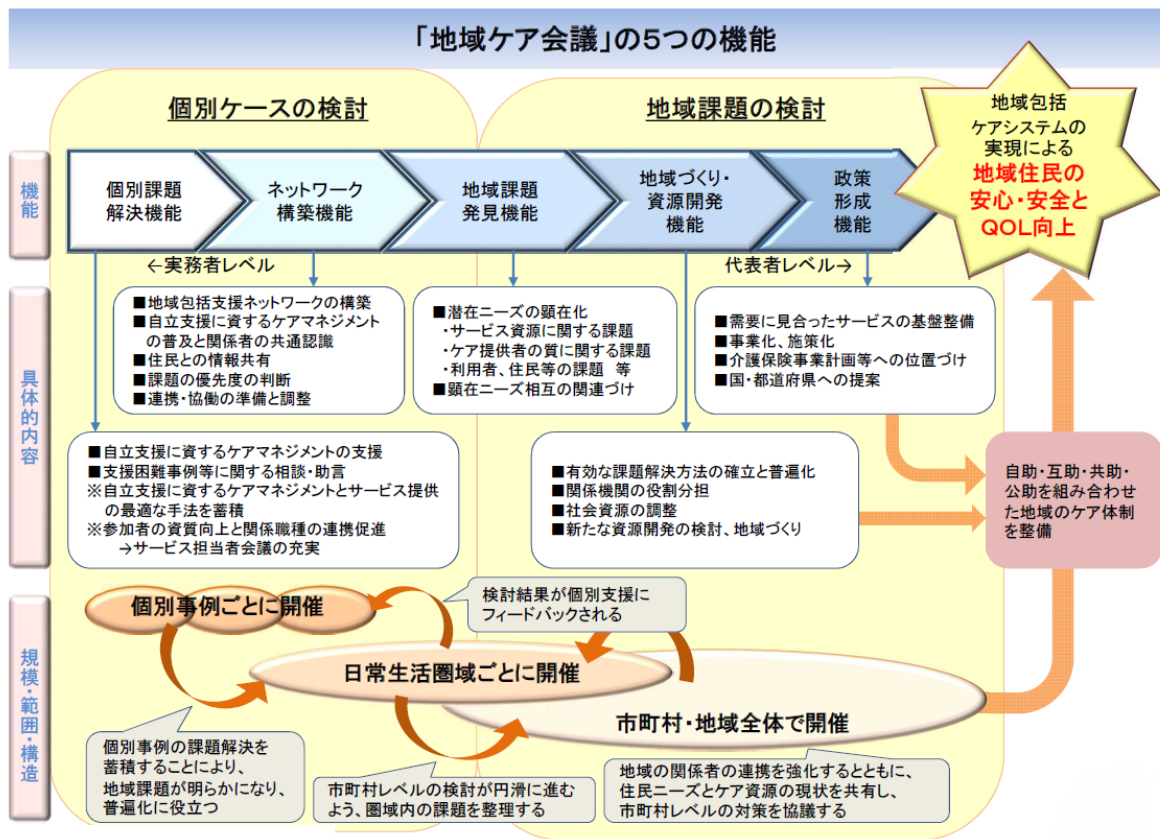
高齢者が自分の望む生活を送るために、自分の状況を知り、その力を発揮して、生きがいや役割を持ち、たとえ支援を受けるようになってでもできる限りの努力をし、自分らしく生活していくこと。

##### ◎「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。



図表 14 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
尾道市西部地域包括支援センター	尾道市社会福祉協議会 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、東則末町、西則末町、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	ベイタウン尾道組合会館 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	向島福祉支援センター 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、因島棕浦町
尾道市南部地域包括支援センター 瀬戸田支所	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



図表 15 令和元年度地域包括支援センター活動実績

区 分		北 部	中 央	西 部	東 部	向 島	南 部	合 計
総合相談支援	延件数	1,923	2,063	2,495	3,096	2,380	2,192	14,149
高齢者虐待通報相談対応	延件数	152	77	132	139	26	67	593
成年後見制度利用申立支援	実件数	1	4	26	0	5	6	42
ケアマネジャー支援	実件数	72	65	89	8	25	50	308
介護予防ケアマネジメント 実績件数	直営	1,702	3,479	4,300	1,460	3,349	4,757	19,047
	委託	1,550	1,117	1,143	1,233	536	560	6,139
	合計	3,252	4,596	5,443	2,693	3,885	5,317	25,186

## 2) 地域包括支援センターの機能強化

### ① 地域包括支援センター機能の充実

#### 適切な人員の確保

#### 地域包括支援センター 一間の役割分担・連 携強化

#### 関係機関との連携・ 支援の強化

- 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。
- 直営センターが基幹的な機能を担い、他のセンターを統括し、支援します。
- 認知症相談窓口として位置づけ、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ます。
- 高齢者の総合相談窓口及び在宅医療・介護連携相談窓口と位置づけ、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。
- 「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスの体制整備」に係る事業は、課題別対応推進部会を設置し、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地域住民と連携し、活動を展開します。
- 効果的な地域ケア会議の方法等を管理者会議等で協議し、地域ケア個別会議や地域ケア推進会議を積極的に実施します。
- 民生委員児童委員、町内会、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、地域の実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。
- 地域ケア会議や各種ネットワーク会議を通じ、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て見守る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型ケアマネジメントに重点を置いた研修会等の開催や、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の強化を図ります。また、困難事例の介護支援専門員への支援に努めます。
- 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」等の支援機関と連携して支援するなど、必要な支援体制の整備に努めます。
- 多様で複合的な地域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」等の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。

## ② 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) ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及

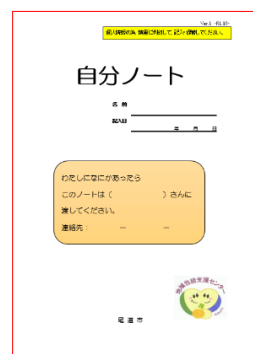
高齢化の進展に伴い、加齢等による将来の意思決定能力の低下に備え、自分がどのように生きたいか、また、どのような最期を迎えたいかを、あらかじめ家族や関係者に伝えておくことは、今後、非常に重要となってきます。

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

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) 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、「自分ノート」などを活用し普及啓発を図ります。
- また、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。



### 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、介護従事者など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、それらの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係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を持つネットワーク化を進めます。
- 県のACP普及推進員養成研修を受講し、認定を受けたACP普及推進員が、通いの場などを活用しACPの普及を推進します。



## 2. 心身ともに元気に暮らせるまちづくり

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、主観的健康感と各リスク者との関係は、主観的健康感がよい人ほど、リスク者の割合が低くなる傾向にあることが分かります。「うつ」のリスク者の割合は、主観的健康感が「よくない」人では88.3%になりますが、「とてもよい」人では22.2%であり、約4倍の差があります。

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予防や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、「第二次健康おのみち21・第三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・生活支援サービス事業（総合事業）

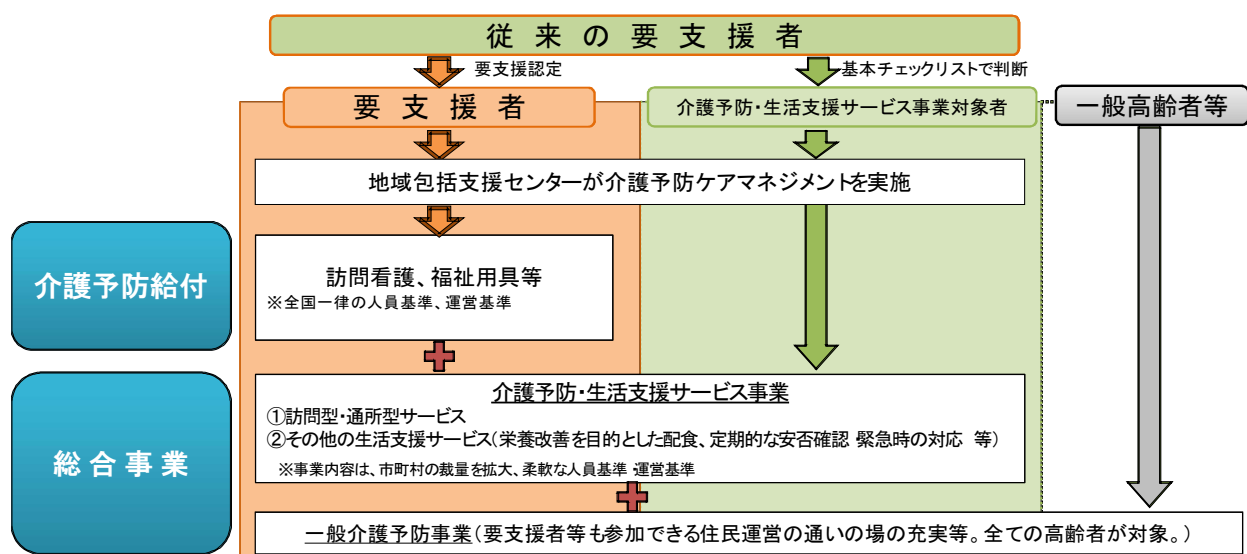
介護保険法の改正に伴い、全国一律の基準で要支援1・2の方が利用していた予防給付の訪問介護・通所介護サービスが、市町村が実施する地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業に、尾道市では平成29年4月から順次移行しました。

このサービスの利用対象者は、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」としてサービスが利用できます。

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向へのサービスとして、サービス提供者の資格要件等を緩和した基準緩和型のサービスを訪問型・通所型のサービスメニューに創設しました。

今後も、身体介護を要しない比較的元気な高齢者を対象に基準緩和型サービスの利用拡大をめざして、利用者や支援者への普及とサービス提供をする事業所の支援に努めていきます。

図表 16 介護予防・日常生活支援総合事業の概要



資料：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン

## 1) 訪問型サービス

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

基準緩和型訪問サービス

- 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

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

基準緩和型通所サービス

- 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

短期集中型通所サービス

- 生活機能の改善を目的に、3～6か月で運動器・口腔器の機能向上と栄養改善のプログラムを行うサービス

## 3) 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、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、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。

図表 17 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2年9月末)
介護予防訪問サービス	48
基準緩和型訪問サービス	14
介護予防通所サービス	79
基準緩和型通所サービス	10
短期集中型通所サービス(委託)	11

## (2) 一般介護予防事業の推進

- 一般介護予防事業では、住民運営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継続的に拡大していけるよう、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

- 地域包括支援センター等において、介護予防に資する地域シンポジウムや高齢者に向けた介護予防相談会、認知症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

- 概ね 75 歳以上の介護サービスの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、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

- 住民自らがボランティアとして指導士となり、シルバーリハビリ体操を地域へ普及拡大していきます。
- 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に開催し、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。

### 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していけるように支援します。
- 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2年9月末)	目標 (令和5年度)
ふれあいサロン数	171	185
シルバーリハビリ体操指導士の数	370人	460人
シルバーリハビリ体操の教室数(定期開催)	102か所	115か所
シルバーリハビリ体操の参加延人数	(令和元年度) 25,542人	29,000人

図表 18 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	介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス ・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 ・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
	介護予防ケアマネジメント	
一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域介護予防活動支援事業（シルバーリハビリ体操事業）</li> <li>（介護予防継続支援事業）</li> <li>（ふれあいサロン事業）</li> <li>・介護予防普及啓発事業</li> <li>・介護予防把握事業</li> </ul>	
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"> <li>・介護予防ケアマネジメント業務</li> <li>・総合相談支援業務</li> <li>・権利擁護業務</li> <li>・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務</li> </ul>
	在宅医療・介護連携推進事業	
	認知症総合支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症初期集中支援推進事業</li> <li>・認知症地域支援・ケア向上事業</li> </ul>
	生活支援体制整備事業	
任意事業	介護給付適正化事業	・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"> <li>・認知症高齢者見守り事業</li> <li>・認知症サポーター養成事業</li> <li>・家族介護用品購入助成券交付事業</li> <li>・家族介護慰労事業</li> </ul>
	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	
	地域自立生活支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者住宅等安心確保事業</li> <li>・緊急通報装置貸与事業</li> <li>・寝具乾燥消毒サービス事業</li> <li>・配食サービス事業</li> </ul>

### (3) シルバーリハビリ体操の普及拡大

#### 1) シルバーリハビリ体操事業とは

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（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。



## 2) 住民自らが指導士に・・・

住民自らが指導士となり、ボランティアで地域の高齢者にシルバーリハビリ体操を普及しています。

市は、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。

- 継続して1級指導士、2級指導士の養成を推進します。
- 地域でシルバーリハビリ体操教室を定期的で開催し、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。
- 医療機関等でのリハビリを終了した後の介護予防活動の場としてつながるよう、医療機関等のリハビリ専門職と連携します。

### 《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。

## (4) 健康づくりの推進

本市の平均寿命、健康寿命については、過去3年男女ともに横ばい状況であることから、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送れるよう、平成29年度に見直した健康増進計画である「第二次健康おのみち21」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、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・食生活や運動・スポーツ、休養、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」「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）や幸齢ウォーキング推進事業、シルバーリハビリ体操等の普及に努めます。
- 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。
- 医療が必要と思われる人に対し、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 出かける場の創出及び周知

- 地域における健康づくり事業を通して出かける場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。

## (5) 保健事業と介護予防の一体化

75歳に達すると保健事業の実施主体は、各保険者から後期高齢者医療広域連合に移行され、74歳までと75歳以上の高齢者の保健事業の接続が適切とは言えない状況があり、また、75歳以上の後期高齢者の保健事業は広域連合、介護予防は市が実施主体となっていることから、健康状態や生活機能の課題に対して一体的な対応ができていないという課題がありました。

今後、75歳以上の後期高齢者の保健事業を市が実施主体となって実施することで、保健事業の継続性や介護予防との一体的な実施を推進します。

### 1) 高齢者に対する個別的な支援

- 後期高齢者に対して、健診・医療・介護等のデータを基に対象者を抽出、専門職等が訪問し、必要な生活改善のアドバイス、受診勧奨、サービスの紹介・調整等を行います。

### 2) 通いの場への積極的な関与

- 既存の通いの場（ふれあいサロン、シルバーリハビリ体操、さわやか健康大学、健康わくわく21等）で地域の健康課題をもとにした健康教育・健康相談や後期高齢者健診のフレイルチェック等を実施し、地域包括支援センターや社会福祉協議会等と連携してフレイル予防対策を推進します。

## 3. いきいきと幸せに歳を重ねられるまちづくり

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考えられます。従って、高齢者の生きがいがいづくりに取り組むとともに、出会いの場・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) 高齢者の生きがいがいづくり

#### 1) 高齢者の生きがいがいづくり事業

- 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、高齢者の就労支援や、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 高齢者の就労支援

就労の場の確保・創出

- 高齢者の生きがいがいづ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等、尾道市シルバー人材センターと連携し、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。



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	平成30年度	令和元年度
会員数	994人	986人
就業延人数	87,802人	87,551人

(各年度3月末)

## ② 高齢者の生きがい活動を支援する事業

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、交流の推進を公民館活動等を通じて図ります。

尾道いきいき大学の支援

- 尾道市社会福祉協議会では、60歳以上を対象に、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・パソコン等の実技講座と毎月の教養講座があります。今後も、社会の状況に応じた実技講座を取り入れ、さらに教養講座を充実させ、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。

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歳以上を対象に、各種相談に応じ、健康の増進や教養の向上、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。

老人福祉センター

- 尾道市総合福祉センター内に設置し、運営は尾道市社会福祉協議会へ委託しています。高齢者の健康の保持・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。

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、地域住民の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。
- 各地区の町内会、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。

区分	設置数	サロン名
御調地域	3	岩根・本・大田
尾道地域	30	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
向島地域	1	立花和
因島地域	8	土生・土生南・田熊・椋浦・鏡浦・外浦・大浜・東生口
瀬戸田地域	1	高根潮香園
計	43	

(令和2年9月末)



高齢者のスポーツ活動の推進

- 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のこと豊かな人生を送れるよう、生涯スポーツの推進に努めます。

老人クラブ活動の支援

- 概ね 60 歳以上の高齢者を対象に、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	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
クラブ数	101	98	95
会員数	5, 303人	4, 951人	4, 544人

(各年度3月末)

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、認知症対策として、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		平成 30 年度	令和元年度
おのみちバス	優待乗車証	2, 855人	2, 844人
民間バス・船舶	共通券	7, 934人	8, 059人
乗船券(因島細島)	回数券	15人	11人
タクシー	助成券	5, 257人	5, 667人
入浴・施術	助成券	3, 076人	3, 152人
計		19, 137人	19, 733人

敬老会事業

- 75 歳以上の高齢者を対象に、各地区の社会福祉協議会に委託して、敬老会を開催しています。
- 少子高齢化が進む中、参加しやすい敬老会をめざして、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開催していけるように努めます。

区 分	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
招待者数	21, 866人	25, 561人	25, 900人
出席者数	5, 472人	7, 074人	7, 003人
出席率	25. 0%	27. 7%	27. 0%

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	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
敬老祝金	61人	64人	71人

## (2) 出会いの場・多様な学びの場の創出

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考えられます。従って、出会いの場を創出し、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。

また、高齢者に多様な学びの場を提供することは、高齢者の自己実現や社会参加を促進し、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。生涯学習については、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考えられますが、こうした目的に対応するためには、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主体的・自主的にかか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過半数（50.4%）にも達しており、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約3割（29.4%）あり、地域づくりを自らの手で企画・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) 高齢者の学びの場を創出する事業

#### 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。

## 4. 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

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」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。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 認知症へ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、ふれあいサロン等の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、認知症の早期発見や対応の大切さ、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・早期治療に結びつけていけ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。
- ふれあいサロン等の住民を主体とした活動や民生委員児童委員からの情報を早期に収集するとともに、介護支援専門員が開催するケアカンファレンスや、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議等、関係機関と連携を図りながら早期発見・早期対応に結びつけます。

図表 19 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）

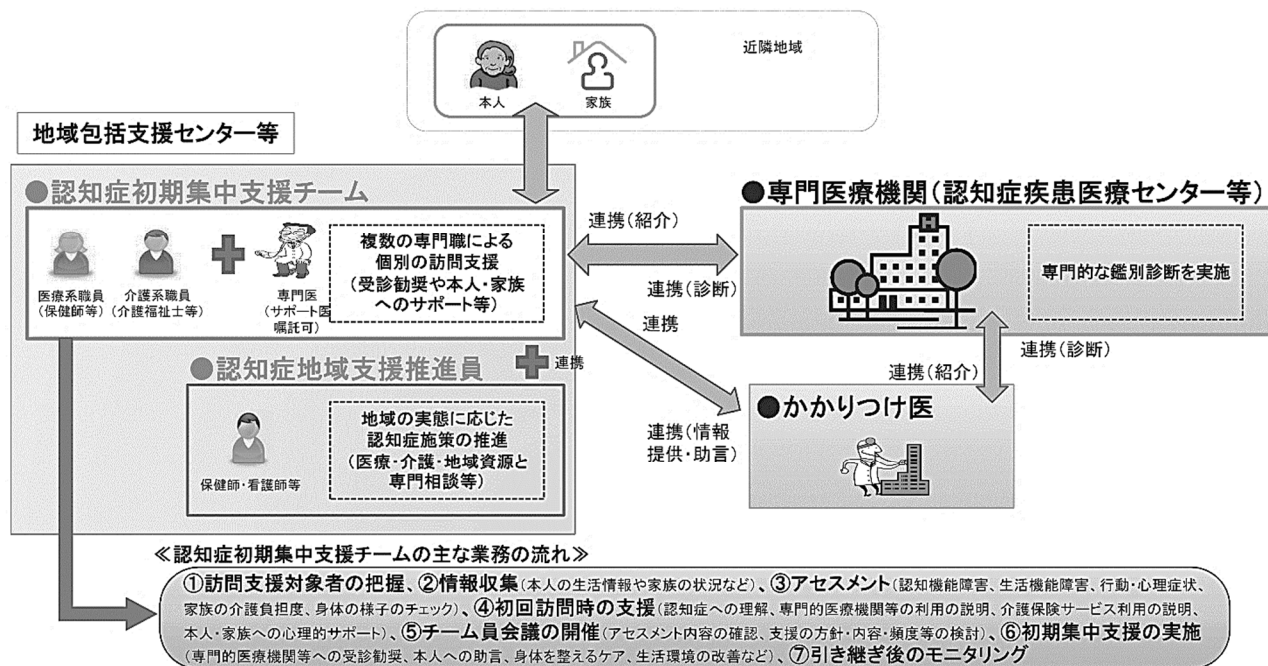
本市の認知症患者の比率が全国を10年以上先行していると推測される中、尾道市医師会では認知症を病気として捉え、平成15年（2003年）にDDプロジェクトをスタートし、平成18年度（2006年度）に地域ケアのシステムとして「認知症早期診断・早期ケア」を構築しました。

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（2004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）
- 認知症の相談を受ける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。

図表 20 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員



資料 厚生労働省

図表 21 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ただけるよう、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等の支援を行います。
- 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。
- 認知症カフェ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。

### ア 「おのみち見守りネットワーク」の構築

- 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 情報の配信体制の整備

- 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、協力団体への FAX で情報を配信し、広く捜索活動への協力を呼びかけます。

区分		平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (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	433	428	429
尾道市安全・安心メール (行方不明 SOS 情報)登録者数	延人数	4, 300人	4, 344人	4, 490人
事業登録者数	実人数	156人	182人	198人
行方不明 SOS 情報の配信	対応実人数	3人	13人	5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げるよう、認知症高齢者役が地域を訪ね、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実体験を促す取組を、地域住民や関係機関と協働して実施しています。

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
おのみち見守り訓練	5回	4回	0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、これまで202名（令和2年12月末現在）を養成しました。キャラバン・メイトの活動がさらに活発に取り組ま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をつなげる仕組み（チームオレンジ）の設置に向けた取組を推進します。
- 2025（令和7）年までの事業計画を策定した上で、認知症サポーターのスキルアップを図りながら、認知症の人とサポーターとの間のコーディネーターの役割を担う認知症地域支援推進員を中心に、認知症サポーターが地域の担い手として活躍できる仕組みづくりを行います。

※ 「チームオレンジ」 ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームをつくり、認知症の人や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、2025（令和7）年までに全市町村に設置することになっています。

区分		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
認知症サポーター養成事業	養成人数	982人	766人	44人
	累計	17,892人	18,638人	18,682人

指標名	現状	目標(令和5年度)
認知症サポーター延人数	18,682人	19,000人
オレンジカフェ実施か所数	25か所	30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を行うことができる「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（オレンジカフェ等のボランティア）、認知症家族やすらぎ支援員、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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
オレンジネットワーク会議	6回	6回	0回

#### ⑦ 広島県認知症地域連携パス及び認知症退院支援・地域連携クリティカルパスの運用

- 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）の更新

- 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の内容を定期的に更新し、配布します。



### 4) 家族介護支援事業

- 認知症高齢者見守り事業（家族やすらぎ支援事業）
- 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。
- 継続して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		平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
認知症高齢者見守り事業 (家族やすらぎ支援事業)	実人数	104人	106人	85人
	延件数	1, 141回	1, 138回	355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】

- 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で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、身上監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体制の整備に努めます。

### 2) 現状と課題【尾道市成年後見制度利用促進基本計画】

- 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、後期高齢者及び高齢者単独世帯は増加傾向にあり、成年後見制度の利用者の増加が見込まれています。
- 令和元年度に地域包括支援センターや居宅介護支援事業所・グループホーム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	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
市長申立件数	5人	3人	1人

#### 成年後見制度申立てニーズ調査（令和元年度）

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	6	85.7%	54人
居宅介護支援事業所	51	29	56.9%	111人
認知症対応型共同生活介護	24	8	33.3%	9人
小規模多機能型居宅介護	17	7	41.2%	42人
看護小規模多機能型居宅介護	2	2	100.0%	4人
計	101	52	51.5%	220人



### 3) 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】

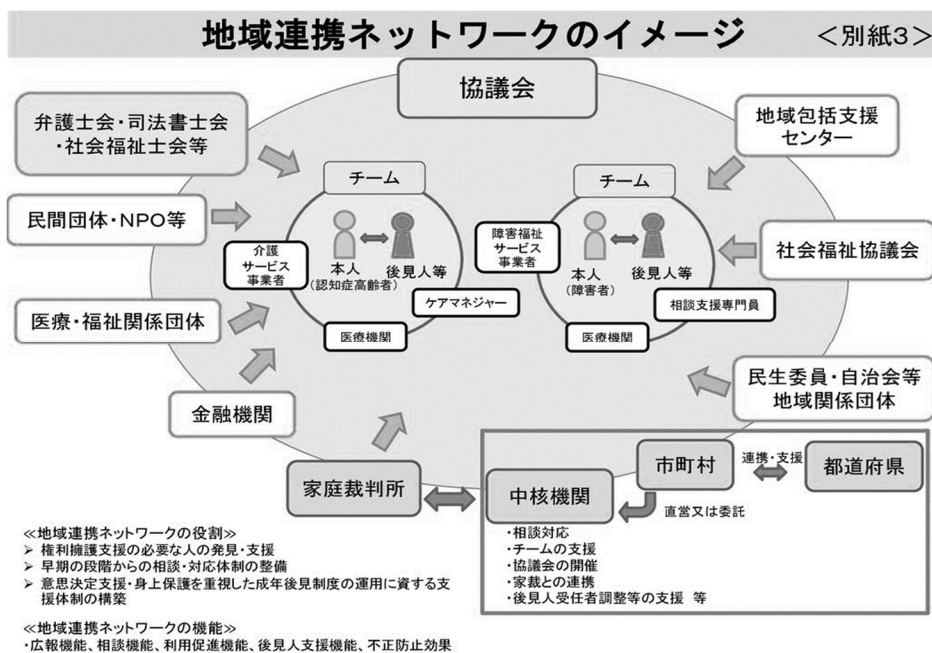
成年後見制度の広報・啓発活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 成年後見制度が、本人の生活を守り、権利を擁護する重要な手段であることなど、制度の特長や留意点に関する啓発に努め、制度の理解促進を図ります。また、地域において権利擁護に関する支援の必要な人の発見に努め、速やかに必要な支援に繋がります。</li> </ul>
相談窓口の明確化と早期支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 成年後見制度の利用について、早期の段階から身近な地域で相談できるよう、窓口等の体制を整備します。</li> </ul>
意思決定支援・後見人等の担い手の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> </ul>
身上監護の充実・後見人支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 後見人が本人の意思を尊重した身上監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。</li> <li>● また、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監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のあり方について、協議を進めます。</li> </ul>
成年後見制度の利用に関する助成制度のあり方	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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繋がります。また、必要に応じ報酬助成制度の利用に繋がります。</li> </ul>

### 4) 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】

本人を中心としたチームの形成	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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、法定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できる限り継続的に把握し対応する仕組みづくりを進めます。</li> </ul>
協議会の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 既存の組織を活用し、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、個別の協力活動の実施やケース会議の開催等を通し、多職種間での更なる連携を図ります。</li> </ul>
成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。中核機関は、様々なケースに対応できる法律や福祉等の専門知識、及び地域の専門職や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ことが期待されています。中核機関の設置を検討し整備を進めます。</li> <li>● 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。</li> </ul>
不正防止効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域連携ネットワークの構築及び中核機関の整備設置により、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。</li> </ul>

図表 22 地域連携ネットワークのイメージ図



出典：内閣府「地域連携ネットワークのイメージ」

## 5) 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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
福祉サービス利用援助事業利用者実人数	80 人	75 人	64 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。

## 6) 高齢者の虐待防止と対応の推進

### ① 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、サービス提供事業所等と連携して対応していきけるよう、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。

## ② 虐待防止に向けた啓発

- 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、市等に通報する義務があることを、周知徹底します。

## ③ 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。

区分	平成 30 年度	令和元年度
養護者による高齢者虐待であると判断した件数(実件数)	53 件	32 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	0件

## 7) 「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、多様な介護サービスを充実させるとともに、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) 高齢者を見守る体制づくり

#### 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重層的に見守り支える「おのみち見守りネットワーク」への参加を促します。協力団体により、認知症等の高齢者を日常的に見守り、さりげなく支援しながら、虐待や体調不良等の異変時には、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。

- 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ネットワークが構築されるよう支援します。

## ② 高齢者を見守る地域づくり

- 小地域ネットワーク事業等を通じて、各地域の実情に応じた高齢者を見守る体制づくりを支援します。
- 日常的に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）の掲載内容の更新に努め、居宅介護支援事業所や民生委員児童委員などに配布し、高齢者の利便性の向上を図るとともに、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。
- 地域行事の参加促進を図る等、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。



## 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。
- 第1層と日常生活圏域に、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、地域活動に取り組むリーダーの掘り起しや話し合いの場（協議体）づくりを進めます。
- 第2層の協議体づくりは、第8期計画期間である令和5年度までを目標に、全ての第2層圏域への設置に取り組みます。
- 市は、この取組を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など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・日常生活圏域ニーズ調査により、「低栄養」の課題がみられました。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

- 新しい総合事業の生活支援サービスの担い手として、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 生活・介護支援サポーター養成事業

- 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支援をする地域のサポーターを養成します。
- 社会福祉協議会ボランティアセンターと社会福祉協議会の各支所が連携し、情報提供や人材育成が行えるように支援します。

### 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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
利用者数(月平均)	215.0人	208.3人	185.8人
延利用件数	2,580件	2,500件	1,115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、これに準じ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。
- 本市の通報システムは「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。

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
利用者数(月平均)	222.5人	208.3人	191.5人
延利用件数	2,671件	2,500件	1,149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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
利用者数(月平均)	13.4人	13.6人	13.8人
延利用件数	1,155件	1,208件	613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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
思いやり駐車場利用証交付(高齢者分)	11人	15人	4人

### ⑤ 家族介護用品購入助成券交付事業

- 在宅で生活する、排泄に介助、見守りが必要な中重度の要介護者（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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
家族介護用品購入助成券交付事業	981人	977人	945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	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
家族介護慰労事業	1人	1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

- 市内にある民間優良賃貸住宅等のサービス付き高齢者向け住宅への登録の支援を進めるとともに、高齢者や障害のある人が安心して入居できる賃貸借関係を築けるよう支援する「あんしん賃貸支援事業」との連携を進めていきます。
- 高齢者が住みなれた地域で生活できるように、住宅改修に関する相談など利用支援の充実を図ります。

##### 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、虐待などにより、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。

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
利用者数(月平均)	146人	143人	144人

##### ■市内の養護老人ホーム

名称	室数	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

##### 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・生活相談など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。

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
定員	132人	132人	132人

## ■市内の軽費老人ホーム

名称	室数	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
星の里	15	尾道市久保町 1786 番地	中央
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
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、現在、市内に 1 施設（定員 10 人）が整備されています。

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度 (9月末)
利用者数(月平均)	4.9人	6.5人	7.0人

## ■市内の生活支援ハウス

名称	室数	所在地	圏域
バラ苑	10	尾道市向東町 2830	向島

### ⑤ 住宅型有料老人ホーム

- 生活する場所としての居住機能と日常生活に必要な利便を提供するサービス機能が一体となった高齢者向けの住宅です。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

名称	室数	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
ヒューマン	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
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
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	23	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。今後も、サービス提供事業所の建設計画の動向や利用ニーズなどの情報収集に努めるとともに、制度内容等の情報提供を進めます。

### ■市内のサービス付き高齢者向け住宅

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	27	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より進めます。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。引き続き、これらの解消に向け、道路改修等を進めます。
- 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網形成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。地域住民の日頃から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、新型コロナウイルス感染症の感染拡大など、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

- 高齢者肺炎球菌及び高齢者季節性インフルエンザの定期予防接種を、希望者が受けやすい体制に整えます。
- 個人、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。
- 尾道市新型インフルエンザ等対策行動計画との調和に配慮しつつ介護事業所等と連携し感染症対策についての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についての備蓄など、感染対策物品の確保について、あらかじめ整備検討し、県、市、関係団体の連携により感染症発生時に備えます。
- 新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興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

- 避難行動要支援者避難支援事業で、災害に関する情報の伝達や避難行動の支援を希望する人の事前登録を行い、支援団体である自主防災組織・消防・警察等と情報共有を図ります。
- 台帳には支援のための必要な個人情報を地域支援者などに提出することに同意していただいた方のみを登録します。また、登録された個人情報は、尾道市個人情報保護条例に基づき適切に保管します。
- 平常時に避難訓練等の避難支援体制の構築に努めるとともに、災害時の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、令和3年6月に運用を開始する防災無線戸別受信機の貸与の促進を図ります。
- 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、防災訓練の実施など、関係部署と連携しながら、防災対策の支援に取り組みます。

図表 23 福祉避難所の設置運営に関する協定施設数（令和2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

- 介護保険施設等について、非常災害計画の策定及び避難訓練の確実な実施、また、要配慮者利用施設においては、加えて避難確保計画の作成を指導し、施設の災害時への対応力を高めるとともに、防犯対策の徹底も図ります。

## （5）介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

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。

介護人材の需要推計に基づき、介護人材確保に取り組むとともに、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ると言えます。

### 1）介護人材の需要推計

- 厚生労働省における推計では、団塊世代が後期高齢者となる2025（令和7）年に必要とされている介護人材253万人に対し、供給される介護人材は約215万人程度となっています。このままの状態では約38万人の介護人材が不足すると予測されています。
- また、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

- 尾道市介護人材確保・定着支援事業、介護職員の処遇改善に向けた取組を行うほか、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へ参画し、高校の進路担当教員を対象としたティーチャーズツアーや高校生を対象とした出前講座や施設等の見学・体験ツアーなどを通じて、介護を支える基盤である介護従事者の確保に努めます。
- 介護支援専門員をはじめとする介護従事者の質の向上を図り、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、情報提供などを行い介護従事者の育成を支援します。

- 高齢者が介護施設でのボランティア活動を通して地域貢献することを奨励しつつ、介護人材の裾野を広げていきます。
- 介護現場での外国人の雇用は、市内においてもすでに複数の事業所が実施しています。

### 3) 介護ロボットやICT機器の活用

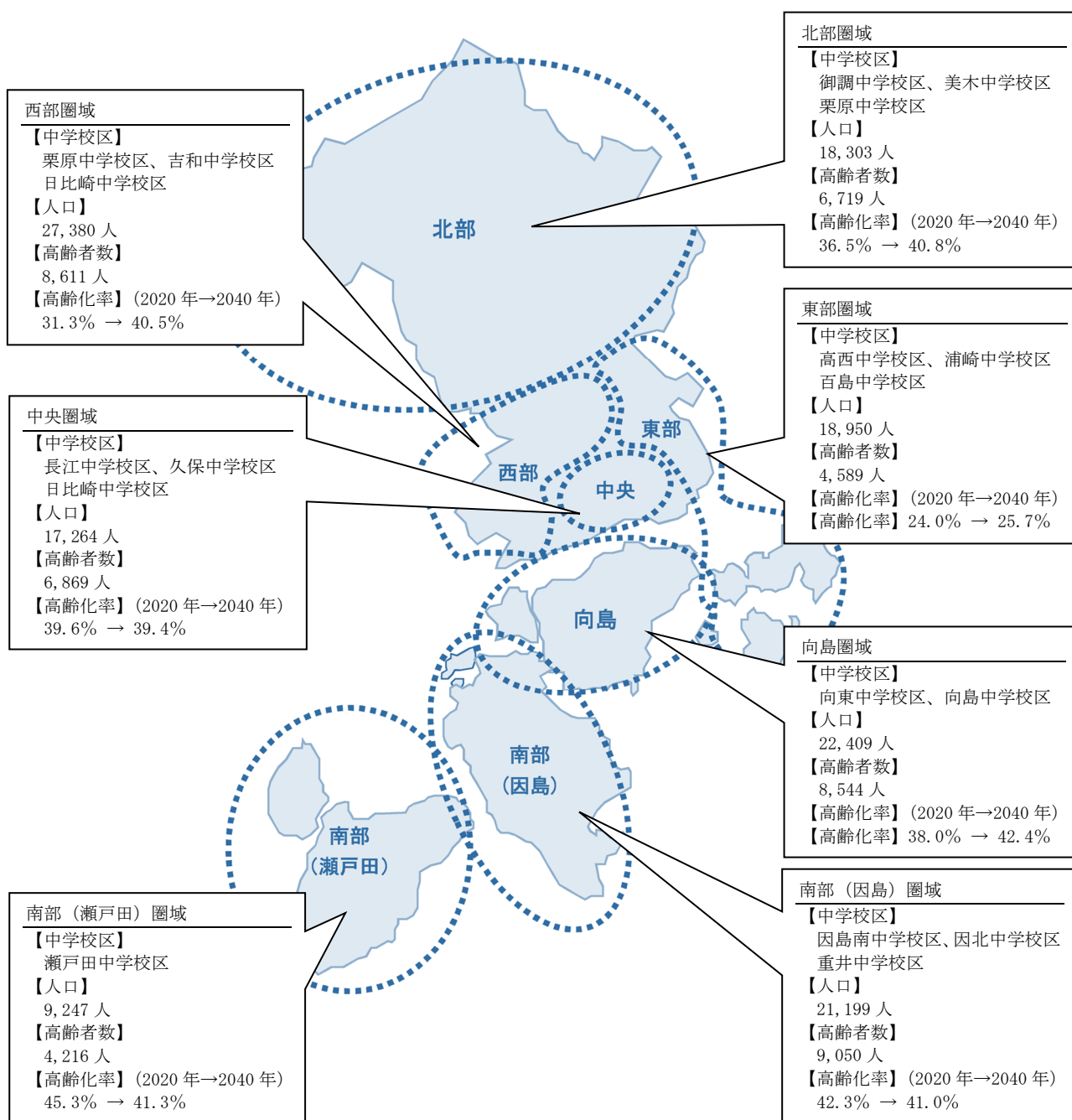
- 介護の現場で働く職員が長く働き続けることができるよう、介護現場の革新及び生産性の向上を図り、本来業務に注力できる環境づくりを支援します。介護の質を維持しながら、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、効率的な業務運営ができるよう、国や県と連携しながら介護ロボットやICT機器の活用を推進します。
- 業務効率化を進めるためには、介護分野の文書に係る負担を軽減することが必要であることから、国が示す方針に基づき、手続きの簡素化や様式例の標準化について、調査研究を進めます。
- 介護現場革新に係る取組の周知広報を進め、介護現場のイメージを刷新できるように取り組みます。

# 第6章 圏域ごとの地域包括ケアシステムの構築

## 1. 日常生活圏域

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。また、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、介護給付等対象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7期計画に引き続き第8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。



## 2. 北部圏域

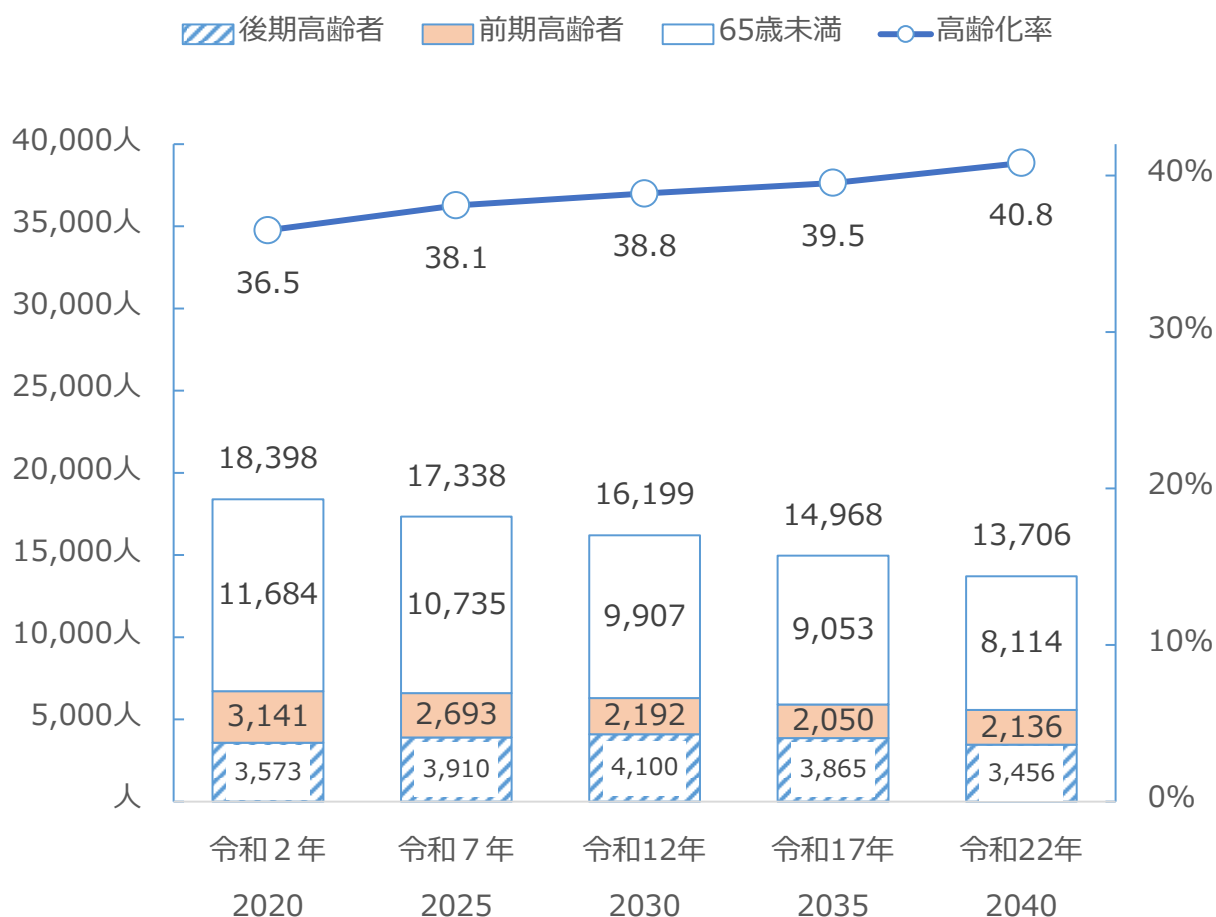
### (1) 北部圏域の地勢

高齢者数は6,719人<sup>※</sup>。山間部のため、車でないと通院、買い物へ行くのも難しく、交通の利便性も低い。また、介護サービスの提供にあたって、移動に時間を要する。

※ 令和2年9月30日現在。

尾道市北部地域包括支援センター
尾道市御調町市 107-1 尾道市御調保健福祉センター 内

図表 24 2040(令和22)年までの人口推計(北部)



(出典) 令和2年は住民基本台帳、2025(令和7)年以降は平成28年～令和2年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計(各年3月末日現在)

## (2) 北部圏域のリスク者の状況

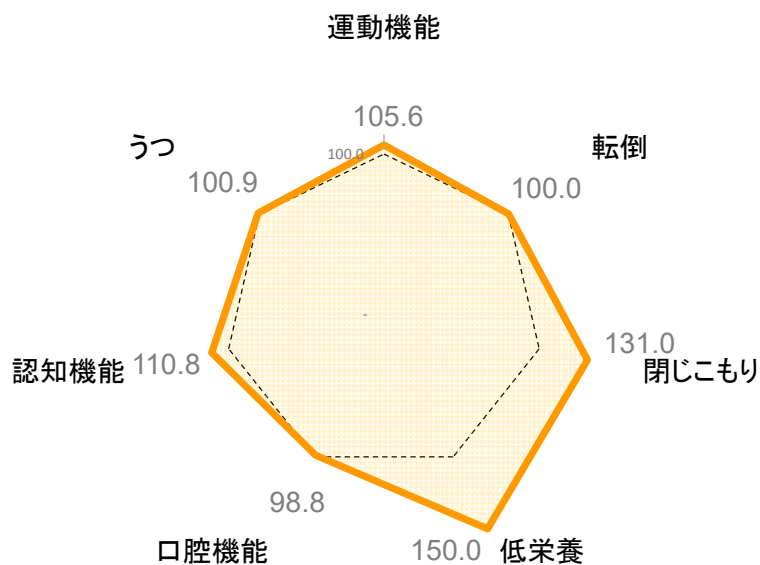
「低栄養」「閉じこもり」「認知機能」については市平均値を大きく超えています。特に「低栄養」に係るリスク者の割合は市平均値の1.5倍、「閉じこもり」に係るリスク者の割合は市平均値の約1.3倍となっています。

北部圏域における閉じこもり傾向のある高齢者は全市平均の約1.3倍となっていますが、その内訳は、「1. ほとんど外出しない」と回答した人が7.7%、「2. 週1回」の外出の人が16.8%となっています。

なぜこれらの人が外出を控えているのかについては、別途尋ねた「転倒に対する不安は大きいですか」という設問と外出頻度のクロス集計によってある程度傾向を把握することができます。

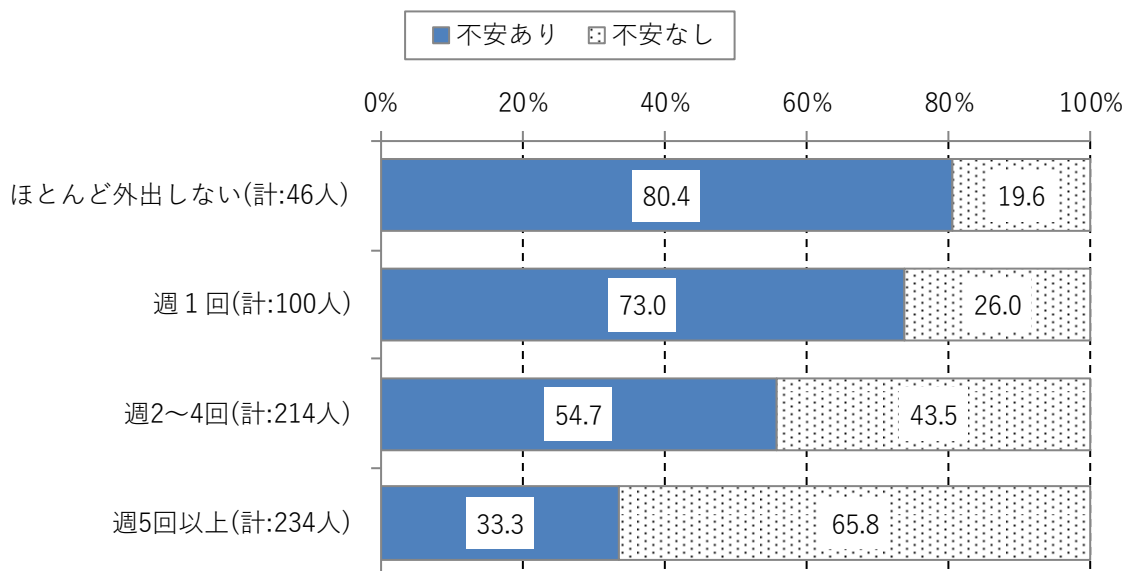
外出頻度が週1回以下である人の7割以上が転倒に対する不安を有していること、また、別途尋ねた設問では、転倒に対して「やや不安である」と回答した人の49.2%、「とても不安である」と回答した人の61.3%が1年以内の転倒経験があることが分かります。

図表 25 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を100.0とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年12月)

図表 26 転倒に対する不安と外出の頻度の関係



(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

### (3) 圏域の特徴と課題

広い圏域であるため、地域によって資源や活動の状況が異なりますが、全体的に山間部が多く、交通の便が悪いという地域性があります。自家用車が無ければ移動が難しいことから、高齢になっても運転を辞めるタイミングをはかりづらいという地域固有の事情があります。

住民同士の家が離れている場合も多く、隣近所でも意識しなければ人と会う機会が少ないこともあります。また、事業所と訪問宅との距離が長いことや専門職の不足などがサービス提供面での課題ともなっています。

近年、8050 問題等、複合的な課題を抱える方からの相談も増えてきており、対策が急がれます。

### (4) 圏域で進める行動目標

主体	期待する行動目標
本人や家族	・地域の資源を大切にしましょう。
隣近所や地域	・隣近所に意識を向け、声をかけ合い、変化に気づきましょう。 ・関係機関と連携し、助け合い事業を広げましょう。 ・地域のつながりを大切にしましょう。
団体や事業者	・小地域ネットワークを展開し、地域のつながりをつくる働きかけをしましょう。 ・介護保険関係外の事業者とも連携を深めましょう。 ・課題を話し合う機会をつくりましょう。 ・見守りネットワークと災害時避難を合わせた体制をつくりましょう。



### 3. 中央圏域

#### (1) 中央圏域の地勢

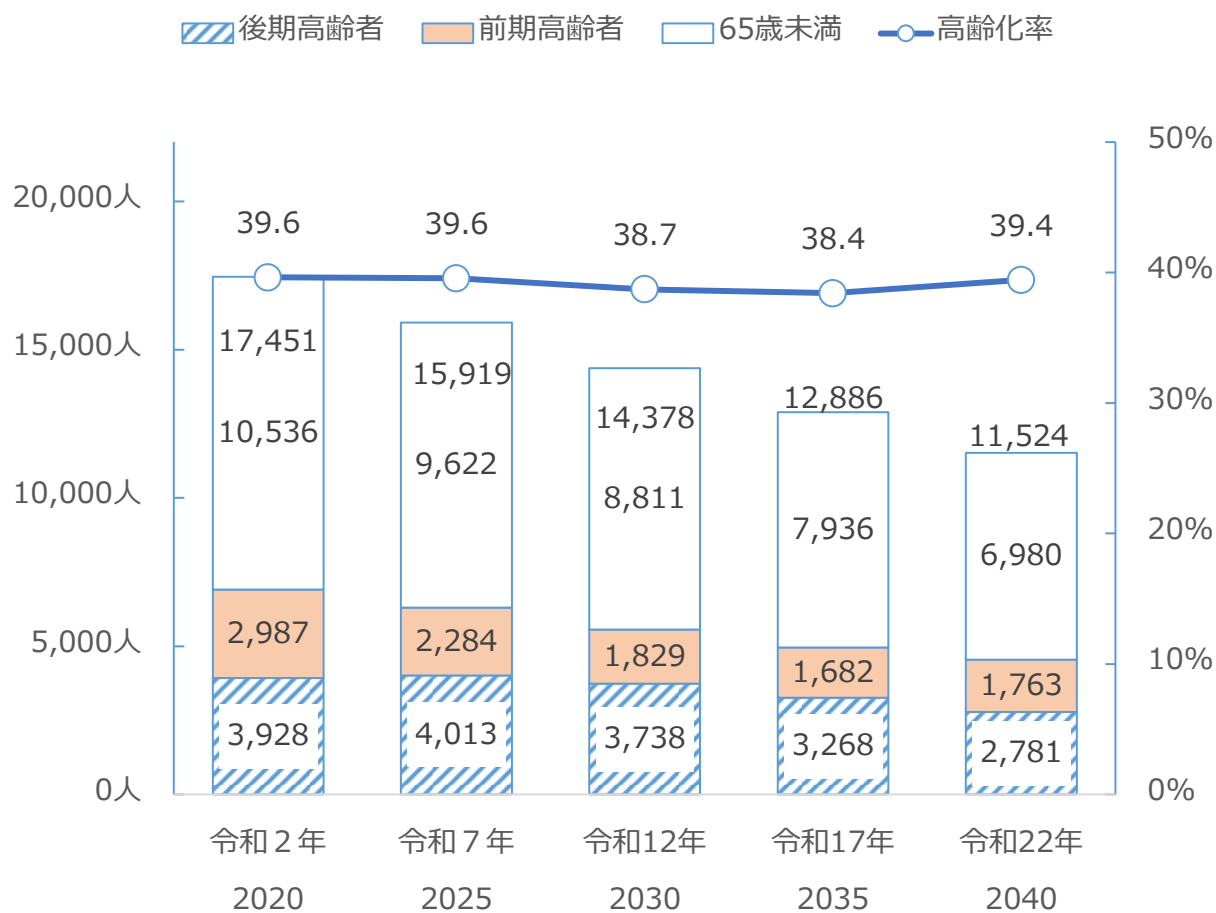
高齢者数は6,869人<sup>※</sup>。本市の中央に位置し、比較的利便性が高い地域であるが、平地部の商店街や住宅密集地、山手の急傾斜地ならではの生活上の不便さがあり、介護サービスの提供に支障が生じているケースもある。

高齢者の一人暮らしや高齢者夫婦の世帯が多い地域性がある。

※ 令和2年9月30日現在。

尾道市地域包括支援センター
広島県尾道市新高山3丁目 1170-177 尾道市立市民病院 内

図表 27 2040(令和22)年までの人口推計(中央)



(出典) 令和2年は住民基本台帳、2025(令和7)年以降は平成28年～令和2年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計(各年3月末日現在)

## (2) 中央圏域のリスク者の状況

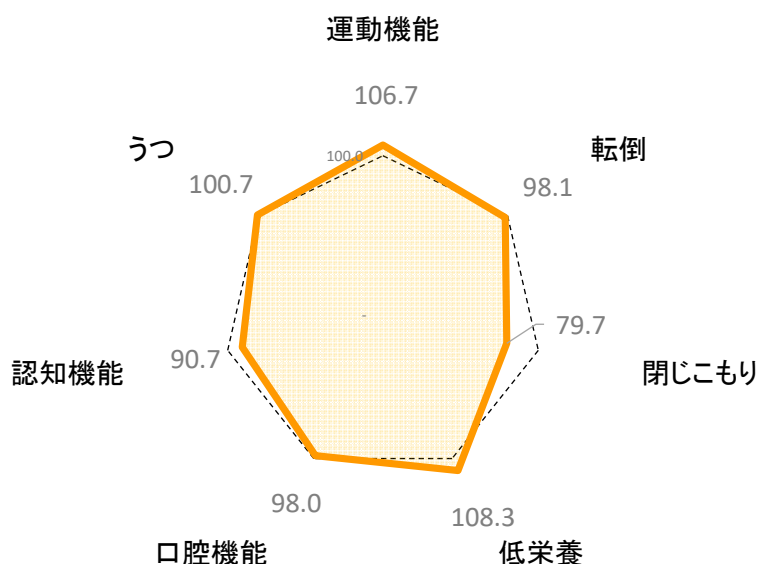
リスク者の割合は概ね平均的です。「閉じこもり」に係るリスク者の割合は市平均値の約8割(79.7%)となっています。一人暮らし高齢者や高齢夫婦の割合が高いこと、経済的な状況や立地条件等により介護サービスの利用を控えざるを得ない等の背景から、生活を維持するための外出が多くなっていると考えられます。

また、古くからの街並みでは、なじみの関係性を保たれている人も多いですが、一方では、つながりを持たない閉じこもりの傾向の強い人の中には、個別課題への早期対応の遅れから、深刻な状況となっているケースもあるようです。

閉じこもりをもたらす要因として、下記3点の要因が挙げられます。これらが相互に関連してくることで閉じこもりの発生につながると言われています。

中央圏域に閉じこもり傾向にある高齢者が少ない要因を分析することで、他圏域の閉じこもり傾向のある高齢者を減らす施策につなげられる可能性があります。

図表 28 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を 100.0 とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

図表 29 閉じこもりをもたらす要因

要因	内容
身体的要因	体重や体力の減少、疾患・障害による歩行能力の低下、転倒経験、認知機能の低下、足の痛み、散歩や体操をするなど運動機会の減少
心理的要因	抑うつ、主観的健康感の低下、主観的幸福感の低下、IADLの低下、生きがいの減少
社会・環境的要因	家庭内での役割の減少、地域との交流頻度の減少、環境

上表のうち、下線を附したのものについては本調査で尋ねていることから、詳しく分析したところ、転倒経験、転倒に係る不安感も含め、他圏域と大きな差異はみられませんでした。

※ 一般に、都市部と山間部では閉じこもり傾向にある高齢者の割合が 1.5～2 倍程度

の差がみられることから、北部圏域と中央圏域の差異は主に地理的特性によるものであると推察でき、都市部では買い物等で家の外に出る機会が比較的多いものの、山間部では交通の便が悪いという地域性によるものと考えられます。

### (3) 圏域の特徴と課題

市の中央部に位置し、市街地や市役所等へのアクセスが容易です。市街地には昔ながらの商店街や街並みが残っており、地縁組織や隣近所のつながりが続いています。

一方、高齢化率が高く、地域を支える側も高齢化しているのが現状です。住宅（商店）密集地や山手などの急傾斜地などは車が進入困難であることもあり、バスなどの交通インフラが行き届かない現状もあります。このように、他圏域に比べて車が中心の生活ではありませんが、商店やスーパーの閉店などもあり、日用品が買えるお店等が減っているなかで、郊外へ買い出しに出かけられる人とそうでない人で状況が異なっています。近年では、地域まで配達してくれる商店や移動販売車等、新しい形態のサービスも根付きつつあります。

また、老朽化した空き店舗等、倒壊危険建物の点在が課題となっています。

独居・老々介護、8050世帯、身寄り無し、認知症・精神症状による課題、経済的困窮による課題等、多種多様で複合的な課題が多くなっています。

### (4) 圏域で進める行動目標

主体	期待する行動目標
本人や家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・できることから始める、自分でする、役割を持つといった、自助・セルフケアに心がけましょう。</li> <li>・自分で体操や運動をしたり、ふれあいサロン・シルバーリハビリ体操、ウォーキング等、集まりの場に参加したりすることで健康寿命を延ばしましょう。</li> </ul>
隣近所や地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あいさつや声掛け・さりげない見守り・ゴミ出しの協力などお互いさまの気持ち・互助に努めましょう。</li> <li>・ふれあいサロン・シルバーリハビリ体操教室に誘い合っ一緒に行くなど、住民としての運営参画に努めましょう。</li> </ul>
団体や事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各地区の「町内会活動」、「お一人暮らし高齢者宅訪問」、「おのみちあるこーかー（ノルディックウォーク）」、「オレンジカフェ」等、民間事業者による活動が、有機的に連動できるように、地域づくり・ネットワークづくりを推進しましょう。</li> <li>・多職種による自立支援型ケアマネジメント支援の取組を進めましょう。</li> <li>・多様で複合的な課題は、地域・専門職のネットワークによる支援の輪を構築しましょう。</li> </ul>

## 4. 西部圏域

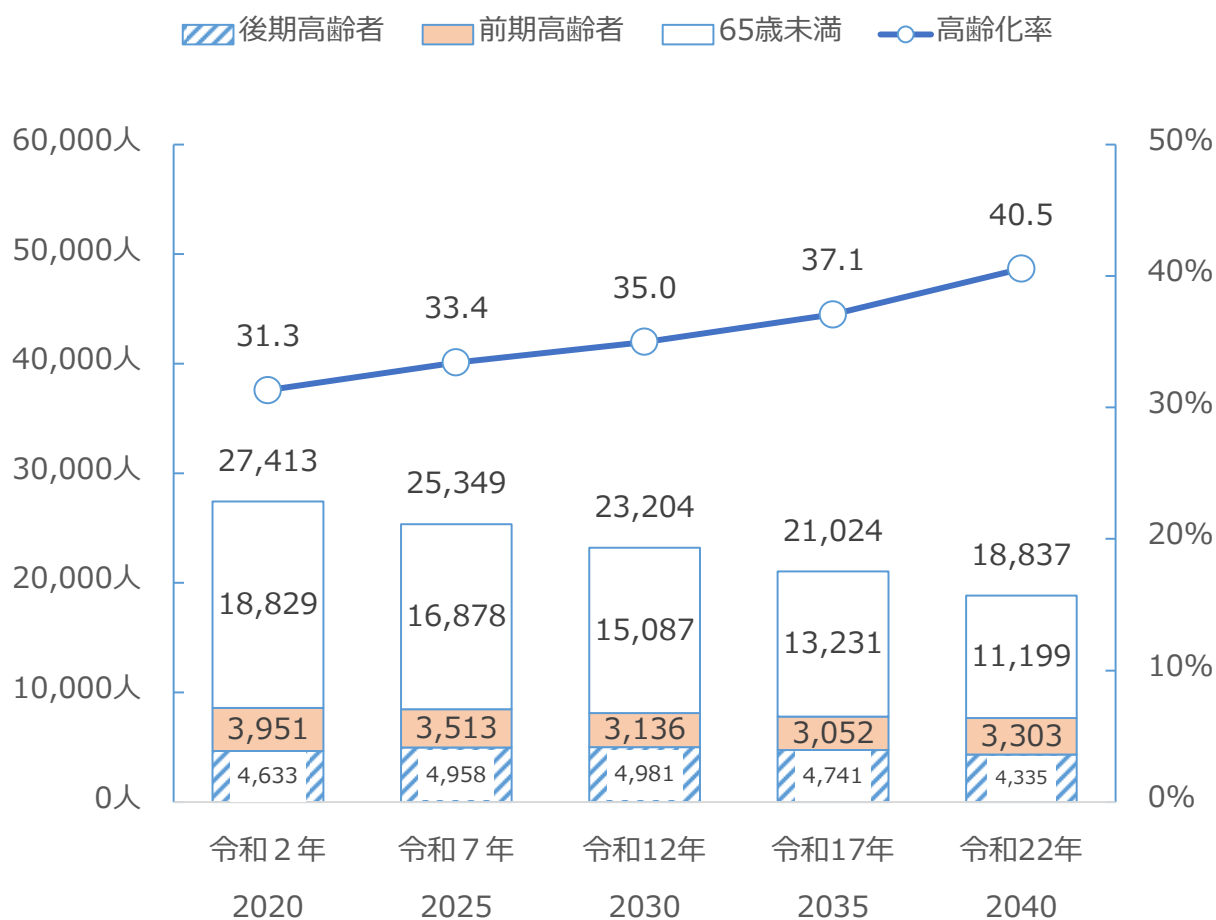
### (1) 西部圏域の地勢

高齢者数は 8,611 人<sup>\*</sup>。中央圏域の西に位置し、地勢は中央圏域と類似している部分が多い。中央圏域同様、高齢者の一人暮らしや高齢者夫婦の世帯が多い。

※ 令和 2 年 9 月 30 日現在。

尾道市西部地域包括支援センター
尾道市門田町 22-5 尾道市社会福祉協議会 内

図表 30 2040(令和 22)年までの人口推計(西部)



(出典) 令和 2 年は住民基本台帳、2025(令和 7)年以降は平成 28 年～令和 2 年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計(各年 3 月末日現在)

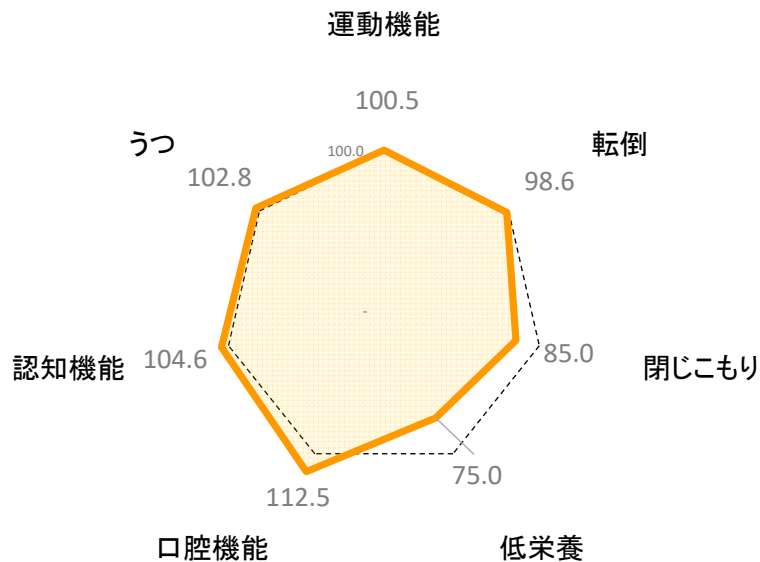
### (2) 西部圏域のリスク者の状況

リスク者の割合は概ね平均的です。「閉じこもり」に係るリスク者の割合は市平均値の 85.0%、低栄養に係るリスク者の割合は 75.0%となっていますが、口腔機能のリスク者の割合は市平均値の約 1.13 倍になっています。

西部圏域では、口腔機能が低下している高齢者の割合が高い地域性を有しています。

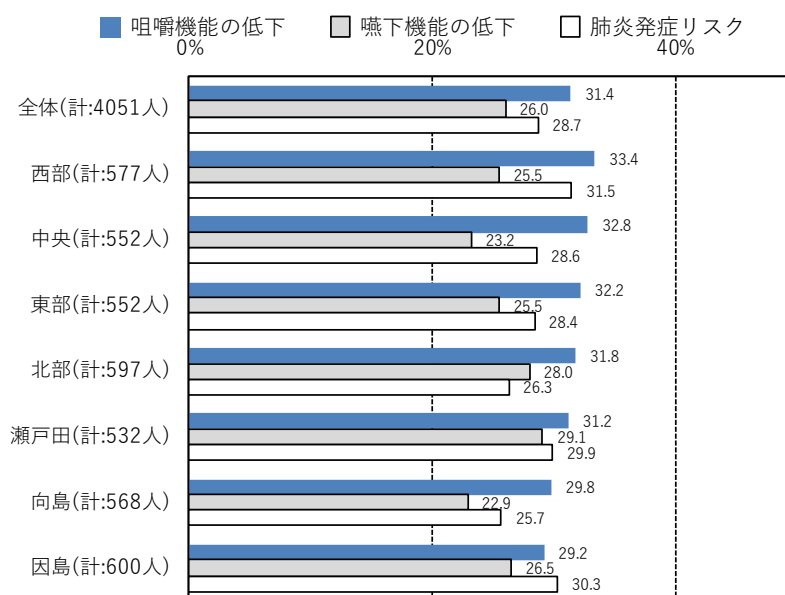
このうち、「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」の設問で「1. はい」と回答した人の割合は 33.4%、「口の渇きが気になりますか」の設問で「1. はい」と回答した人の割合は 31.5%でいずれも西部圏域がすべての圏域で最も高くなっており、咀嚼機能が低下している高齢者に加え、肺炎発症リスクが疑われる高齢者の割合も高くなっていることが分かります。一方、嚥下機能の低下を把握する「お茶や汁物等でむせることがありますか」の設問については、「1. はい」と回答した人の割合は 25.5%となっており、全市平均値の 26.0%を下回っています。

図表 31 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を 100.0 とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
 (出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

図表 32 圏域別口腔機能の低下リスク者の割合 (内訳)



(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

### (3) 圏域の特徴と課題

地域住民の健康への意識が高く、シルバーリハビリ体操等、介護予防活動が活発にされています。一方で、地域との交流が希薄になり、孤立していたために周囲に気付かれず、困難事例となってから発見される、8050 問題や孤独死、独居で認知症を患った方、主介護者が精神疾患を患っているケースなどの増加が見受けられます。

また、地域別では、栗原北地区は近隣に商店がなく買い物難民が増えていることに加え、団地の高齢化問題や、空き家、単独世帯が増加しています。

栗原・久山田地区では、バスの便数が少なく、車などの移動や手段を持たない高齢者を中心に閉じこもりにつながりやすくなっています。

しかし、久山田地区は地域のつながりが強いいため、地域での解決志向が強く、陽光台地区は、地域で孤立している高齢者を見守ろうという意識が高くなっています。

栗原東地区は、家屋が密集して空き家も多いため、防災面に課題があります。

吉和地区は、他人に頼らず自力で解決しようという意識が高く、日常生活を送る上で介護が必要になった場合でも、介護保険を申請しない高齢者がいます。その反面、海辺や防波堤などでの近隣の交流が活発で、地域のつながりが維持されています。

### (4) 圏域で進める行動目標

主体	期待する行動目標
本人や家族	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 民生委員や関係機関に対して自分の思いを伝えましょう。</li><li>・ 困ったことがあれば、躊躇しないで、助けてほしいという気持ちを周囲に伝えましょう。</li></ul>
隣近所や地域	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域で認知症に対する理解を深めましょう。</li><li>・ 認知症になっても住みなれた地域で暮らせるように、共に考えていきましょう。</li><li>・ 近所で声掛けをしあったり、困りごとの助け合いができる関係づくりに努めましょう。</li><li>・ 高齢者の集いの場をたくさん作り、互いに見守る体制を構築しましょう。</li></ul>
団体や事業者	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 認知症になりお金の引き出しが難しくなった方や詐欺に騙されそうになった方を救済するために、郵便局・銀行等の金融機関とネットワークを作りましょう。</li><li>・ 高齢者の地域活動・就労支援の取組について、行政と連携しながら推進しましょう。</li></ul>

## 5. 東部圏域

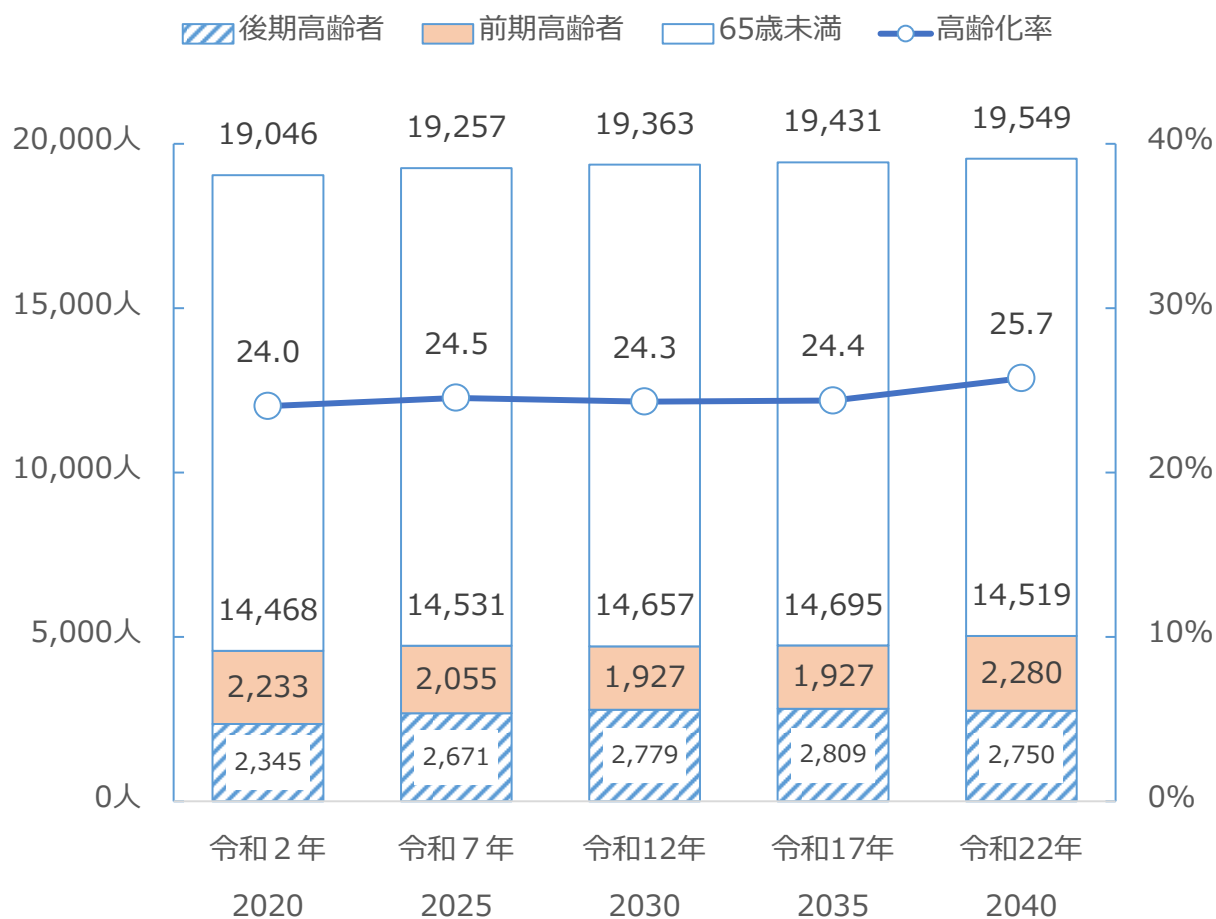
### (1) 東部圏域の地勢

高齢者数は 4,589 人<sup>\*</sup>。東部圏域の地理的特性として、やや内陸に位置する高須町及び西藤町と、浦崎半島及び島しょ部（浦崎町、百島町）の状況は異なる。浦崎町は尾道市の飛び地となっており、隣接する市町との関わりが深い。百島町は高齢化率が高い。

※ 令和 2 年 9 月 30 日現在。

尾道市東部地域包括支援センター	
尾道市東尾道 4-4 ベイタウン尾道組合会館 内	

図表 33 2040(令和 22)年までの人口推計（東部）

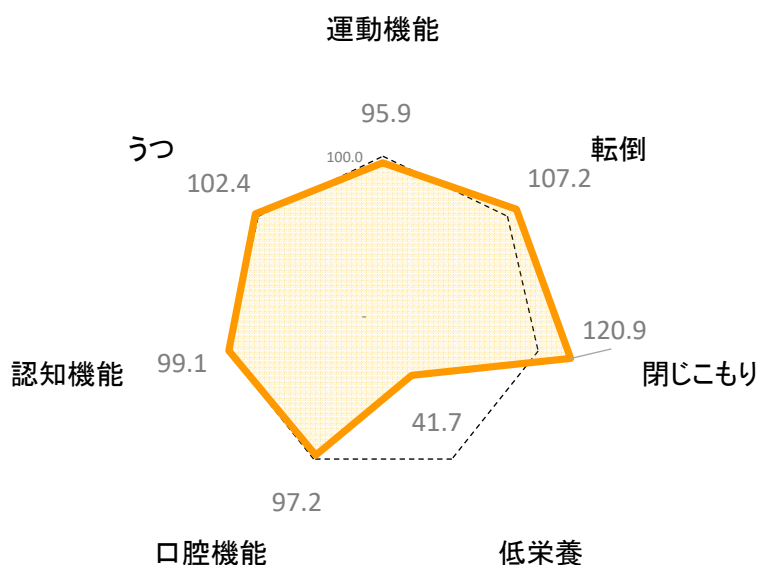


(出典) 令和 2 年は住民基本台帳、2025(令和 7)年以降は平成 28 年～令和 2 年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計（各年 3 月末日現在）

## (2) 東部圏域のリスク者の状況

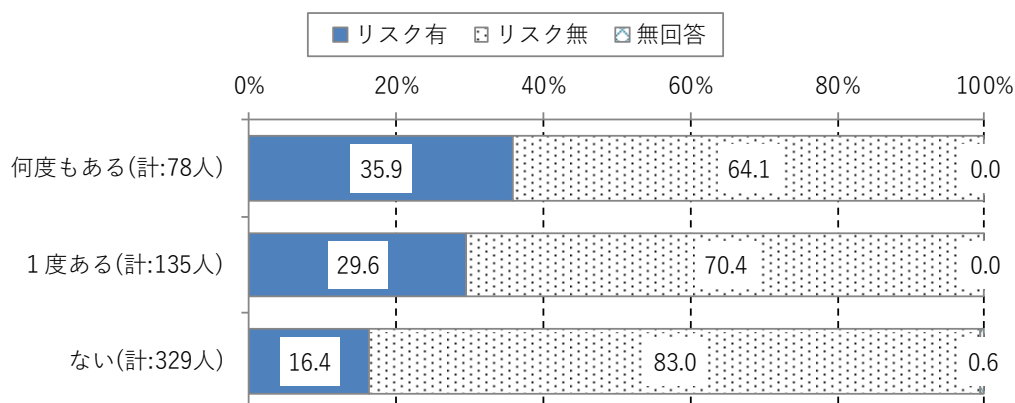
「閉じこもり」に係るリスク者の割合は市平均値の約1.2倍となっています。一方、「低栄養」に係るリスク者の割合は市平均値の約4割（41.7%）となっています。本市において閉じこもり傾向にある高齢者の割合が高い圏域は、「北部圏域」「東部圏域」「南部(瀬戸田)圏域」の3圏域です。東部圏域はこのうち、リスク者の割合が最も低いものの、転倒リスクのある高齢者の割合が最も高いことが特徴的です。転倒リスクは、過去1年間の転倒経験の有無によって判定されます。

図表 34 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を100.0とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
 (出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年12月)

図表 35 転倒経験と閉じこもりリスクの関係 (東部圏域)



(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年12月)



### (3) 圏域の特徴と課題

東部圏域は内陸（高須・西藤）地域、半島（浦崎）、島（百島）という3つの特徴がある地域でできており、それぞれ状況が異なっています。たとえば東部圏域の高齢化率は比較的低いものの、百島の高齢化率は67.4%であり、地域によって偏りが生じています。

生活支援のニーズは、通所介護、配食、掃除、ゴミ出しが多いものの、百島は離島のため、事業所の参入が困難で通所介護・訪問介護などサービスの選択ができない状況にあり、普段から自立の意識が高い状況にあります。

### (4) 圏域で進める行動目標

主体	期待する行動目標
本人や家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分や家族が困っていることを、日頃から話し合える関係を作りましょう。</li> <li>・自分の役割や、今までできていることを続けるよう心がけましょう。</li> <li>・万一の場合のことを事前に家族と話し合っておきましょう。</li> </ul>
隣近所や地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・元気でいきいきと暮らせるよう、高齢者の集いの場を作りましょう。</li> <li>・住みなれた地域で住み続けられるよう、近所の方々との挨拶や声掛けを行い、ゴミ出しの協力等、見守る体制を築きましょう。</li> </ul>
団体や事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中型通所サービスやシルバーリハビリ体操等、介護予防事業の継続・拡大を支援しましょう。</li> <li>・困っていることや詐欺に対し、警察や金融機関など様々な機関と連携して支援しましょう。</li> </ul>

## 6. 向島圏域

### (1) 向島圏域の地勢

高齢者数は8,544人<sup>\*</sup>。尾道大橋と、複数の渡船で市街地と行き来が可能。

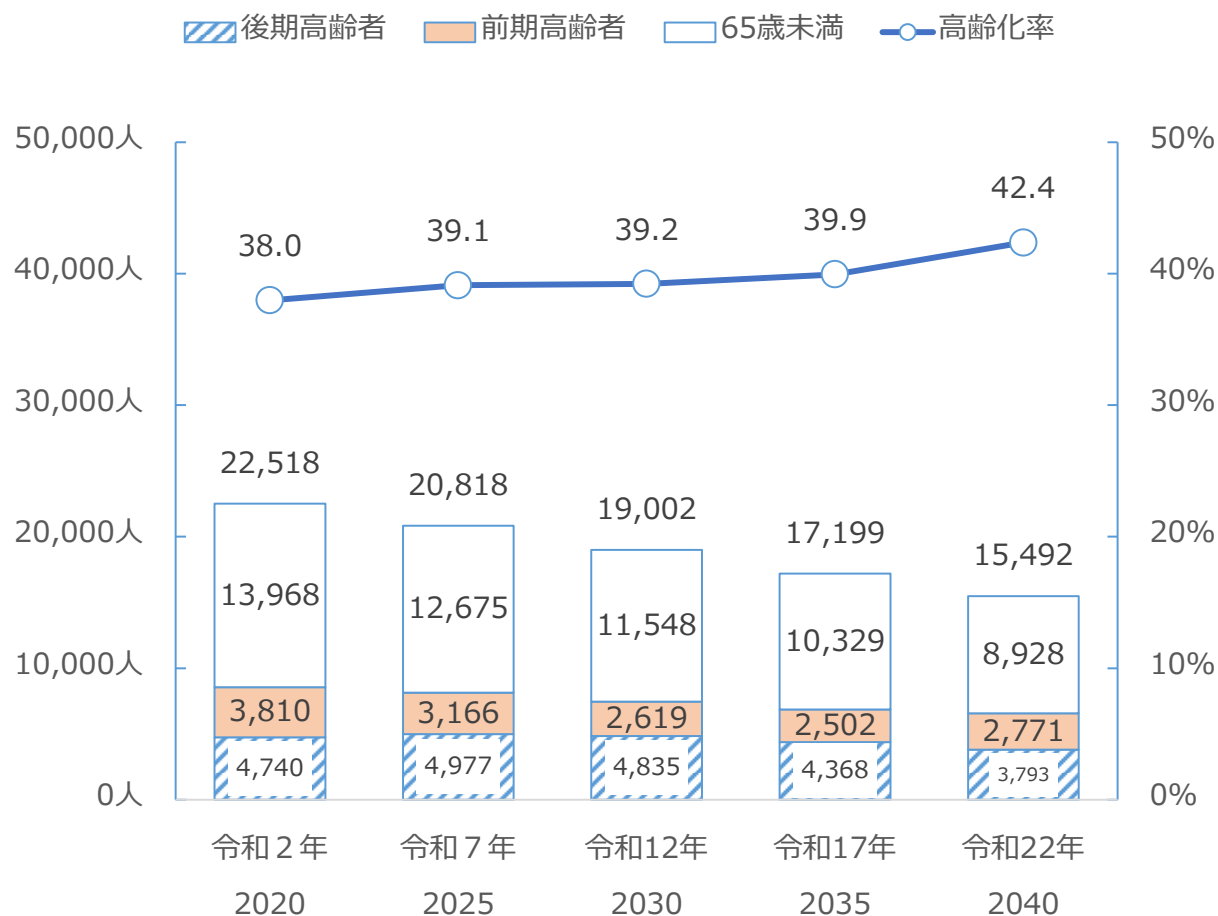
※ 令和2年9月30日現在。



尾道市向島地域包括支援センター

尾道市向島町 5888-1 向島福祉支援センター 内

図表 36 2040(令和22)年までの人口推計(向島)



(出典) 令和2年は住民基本台帳、2025(令和7)年以降は平成28年～令和2年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計(各年3月末日現在)

## (2) 向島圏域のリスク者の状況

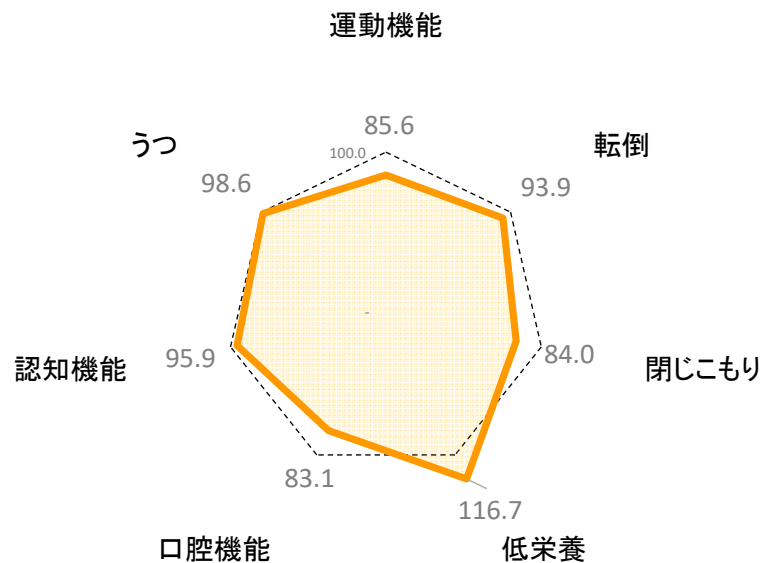
「低栄養」に係るリスク者の割合は市平均値の約1.2倍となっていますが、その他のリスク者の割合はすべて市平均値を下回っています。特に「口腔機能」(83.1%)、「閉じこもり」(84.0%)、「運動機能」(85.6%)については、リスク者の割合が市平均値を大きく下回っています。

低栄養の傾向がある高齢者の割合が高いものの、その他のリスク者割合はすべて全市平均を下回っています。向島圏域は島しょ部ではあるものの、市街地との行き来が比較的円滑である地域特性があります。リスク者の割合も、隣接する中央圏域と似た地域性を有しています。

中央圏域と異なるのは、口腔機能の低下者と運動器の機能低下者の割合がそれぞれ低いことです。

「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか」「15分位続けて歩いていますか」「過去1年間に転んだ経験がありますか」の3つの設問について、向島圏域は、リスク者につながる選択肢を回答する人の割合が最も低くなっています。このことが、向島圏域において、運動器の機能低下者の割合が低い要因につながっています。

図表 37 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を 100.0 とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
 (出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

### (3) 圏域の特徴と課題

高齢者人口は5年毎に1割近く減少し続けており、高齢者同士の互助基盤が弱まる  
 ことが心配されています。一方で、若い人を含め、市外からの移住が散見されること  
 から、新たな互助関係が構築されることも期待されます。

比較的医療介護専門職間の連携が密にされており、より具体的な取組や支援につい  
 て協働できる環境にあります。また、住民主体の通いの場が多く、住民自らが地域を  
 盛り上げようとする意識が強いことも特徴です。

ただし、バス運行が減少し、自宅からバス停までの距離が長いことが課題であり、  
 外出に伴う移動手段について要望が多くなっています。

最近では、生活困窮者や8050問題、精神疾患を併せ持つ高齢者やその家族など、複合  
 的な課題のある事例が増加している傾向にあります。

#### (4) 圏域で進める行動目標

主体	期待する行動目標
本人や家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活における住民同士の声掛けや挨拶の他、地域の通いの場等で普段から地域と関わりを持ちましょう。</li> <li>これら地域との繋がりを持つことで、自ら「困難さ」や「生活しにくさ」「しんどさ」を発信できるようにしましょう。</li> </ul>
隣近所や地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>小地域で互いに助けあう力を高める取組を推進しましょう。</li> <li>「地域の宝」、「力探し」、「両隣三軒見守り隊」等、住民が負担にならずに日常生活上でできることを見つけ出しましょう。</li> <li>「オレンジカフェ」を活用して地域の認知症に対する理解を深めましょう。</li> </ul>
団体や事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>「移動手段の検討」等の地域課題について、日常から地区代表者と直に共有、検討、協働する機会を持ちましょう。</li> <li>カフェやフリースペース等若い世代との繋がり、お大師さんや寺の活用等、地域にある身近な場所で住民が時間と取組を共有する機会を作っていきましょう。</li> <li>8050 問題や引きこもりなど複合課題を持つ事例に対して、保健師や精神福祉士も含めた専門職が集中的に関われるチーム形成に取り組みましょう。</li> <li>管理栄養士を含めた専門職が健康寿命を延ばす取組を積極的に推進しましょう。</li> </ul>

## 7. 南部（因島）圏域

### (1) 南部（因島）圏域の地勢

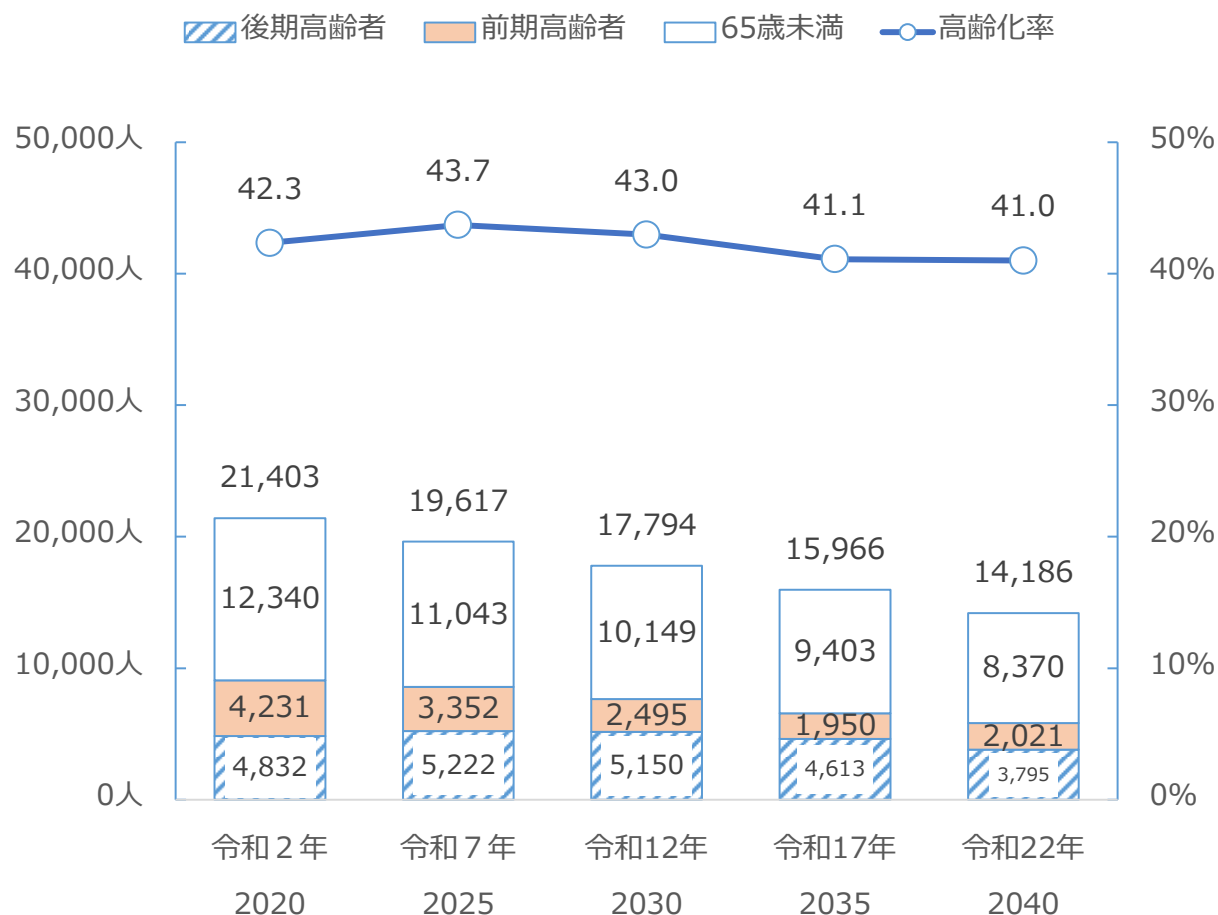
高齢者数は 9,050 人※。

島しょ部であり、通院、買い物は車を利用することが前提の生活となっています。バスの利用が多いものの、交通の利便性はあまりよくありません。

※ 令和 2 年 9 月 30 日現在。

尾道市南部地域包括支援センター
尾道市因島中庄町 1955 介護老人保健施設ビロードの丘 内

図表 38 2040(令和22)年までの人口推計(南部(因島))



(出典) 令和2年は住民基本台帳、2025(令和7)年以降は平成28年～令和2年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計(各年3月末日現在)

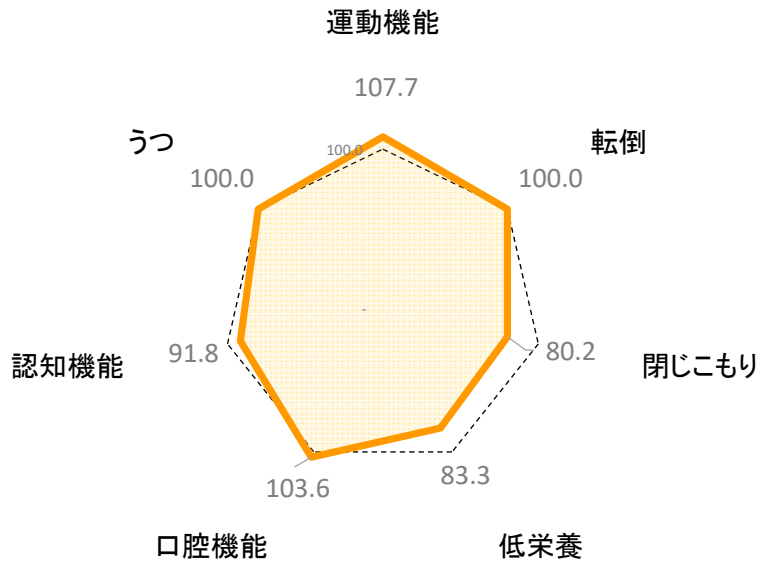
## (2) 南部(因島)圏域のリスク者の状況

リスク者の割合が明らかに高いものはありません。「閉じこもり」及び「低栄養」に係るリスク者の割合は市平均値の約8割となっています。

南部(因島)圏域は島しょ部であるため、同様の地理的特性を有する「南部(瀬戸田)圏域」「東部圏域」、山間部である「北部圏域」同様、閉じこもり傾向にある高齢者の割合が高くなってもおかしくはありません。しかし、南部(因島)圏域の閉じこもり傾向にある高齢者の割合は15.0%であり、最も低い中央圏域(14.9%)とほぼ同水準となっています。

閉じこもり傾向のある高齢者の割合が最も高い北部圏域と外出する際の移動手段を比較したところ、南部(因島)圏域は徒歩や路線バスなどの移動する割合が比較的高いことが分かります。交通網の差異等の地域性が閉じこもり傾向にある高齢者の割合に影響を与えている可能性もあります。

図表 39 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を 100.0 とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
 (出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

図表 40 外出する際の移動手段 (南部(因島)圏域)

		(%)				
		1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
因島 (計:600 人)	自動車 (自分で運転)	徒歩	自動車 (人に乗せてもらう)	タクシー	路線バス	
	54.5	46.5	21.5	18.5	17.5	

(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

図表 41 外出する際の移動手段 (北部圏域)

		(%)				
		1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
北部 (計:597 人)	自動車 (自分で運転)	徒歩	自動車 (人に乗せてもらう)	自転車	バイク	
	63.0	30.5	25.1	12.6	11.2	

(出典) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (令和元年 12 月)

### (3) 圏域の特徴と課題

三庄町や土生町には昭和の時代に造船が栄え、地元の中学・高校を卒業し就職した方や九州方面から多くの就労者が単身で移り住んでいた方がそのまま居住し高齢者となっている方が多くいらっしゃいます。このような方は経済的に比較的恵まれている一方、親族が他県に住んでいたり身寄りが無かったりする高齢者も多くみられます。

また、田熊町や重井町は先祖代々専業農家の世帯も多く、同居家族が多いという特徴があります。中庄町はしまなみ海道入り口となり、島外に通う学生を持つ世帯や島外就労の生産人口が多く高齢化率も低い地域となっています。大浜町は向島に面した海沿いに沿って広がる高齢者世帯が多い地域です。地域に商店が無くなって久しく、地域で声かけあいながら助け合う基盤がすでに定着している地域でもあります。外浦町・鏡浦町・椋浦町は高齢化率が60%近くまで上昇している過疎地域です。お互いに支え、支えられながら生活しており、民生委員を主体に課題が生じれば関係機関に相談し対応しています。

旧因島市時代から公民館活動が地域活動の中心となり、各区民館もあることから地域の集いの場が近いことも特徴です。

買い物ができる場所や医療機関、バス停等は海沿いが多く、山手に住む高齢者にとって、移動に関する課題が残されています。椋浦・鏡浦は災害発生時に陸路が閉ざされやすいため、災害時海路支援が望まれます。平成30年豪雨災害で土砂災害や床上浸水等の被害に遭っていることから、住民の防災に対する意識は高まっています。

### (4) 圏域で進める行動目標

主体	期待する行動目標
本人や家族	<ul style="list-style-type: none"><li>・自分自身や家族から困っていることを他の誰かに発信できるように、日頃から話し合っておきましょう。</li><li>・一人暮らしの方は、遠方に住む家族や近くの親族と普段から話し合ってお互いの困りごとが話し合えるようにしておきましょう。</li></ul>
隣近所や地域	<ul style="list-style-type: none"><li>・しまなみスポーツ倶楽部活動・公民館活動・地域行事・寺行事等、地域貢献を主体とする活動を積極的に進め、住民の参加をうながしましょう。</li><li>・男女問わず、地域の「お節介さん」を増やす活動に取り組みましょう。</li></ul>
団体や事業者	<ul style="list-style-type: none"><li>・身近な地域活動への関わりを通じて、「移動」等の地域の生活課題について、検討する機会を持ちましょう。</li></ul>



## 8. 南部（瀬戸田）圏域

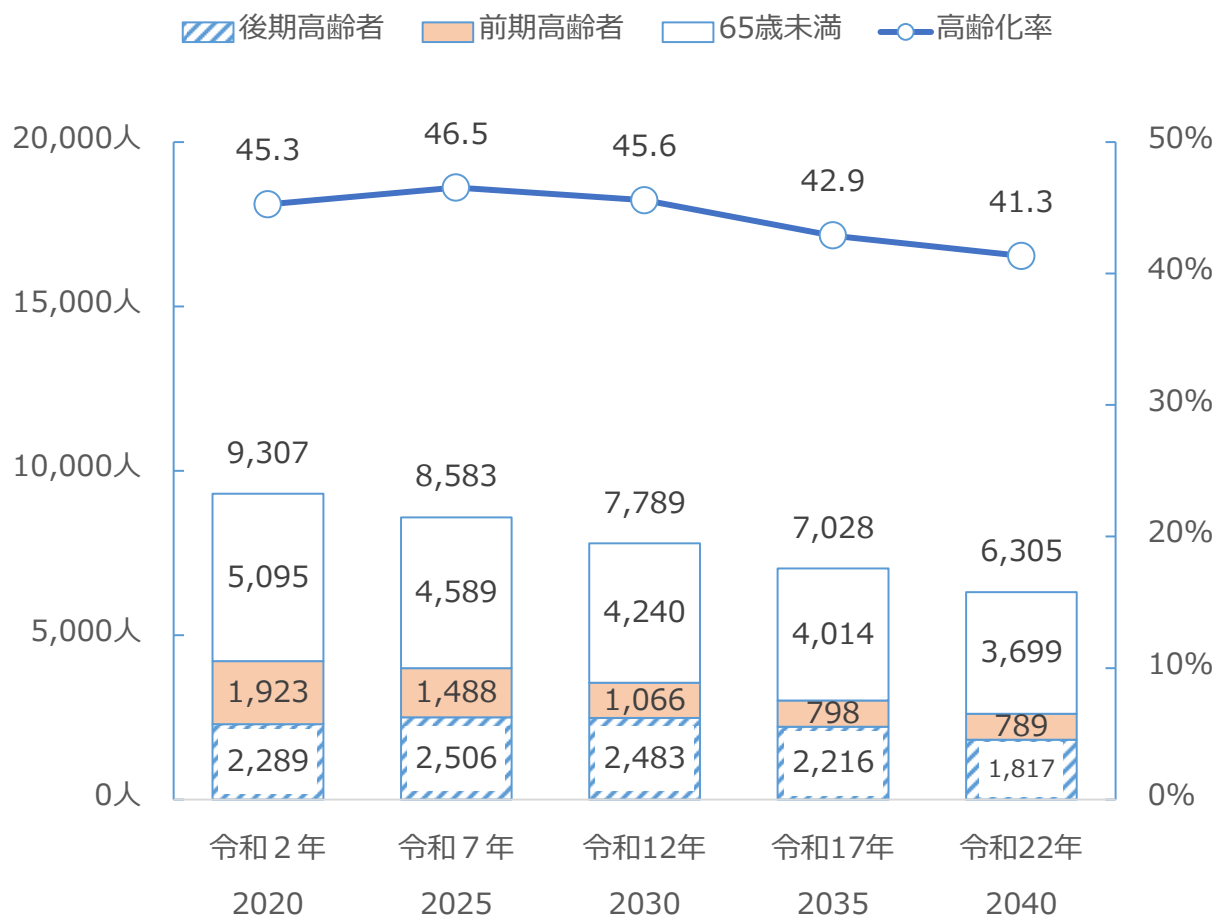
### （1）南部（瀬戸田）圏域の地勢

高齢者数は 4,216 人<sup>\*</sup>。本市の市街地から最も遠くに位置する島となります。そのため、介護保険サービスの他、インフォーマルサービスが比較的少なく、介護に係る人材確保も課題となっています。

※ 令和 2 年 9 月 30 日現在。

南部地域包括支援センター瀬戸田支所
瀬戸田町林 1288-7 瀬戸田福祉保健センター 内

図表 42 2040(令和 22)年までの人口推計（南部（瀬戸田））



（出典）令和 2 年は住民基本台帳、2025(令和 7)年以降は平成 28 年～令和 2 年までの性別各歳住民基本台帳人口からコーホート変化率法による推計（各年 3 月末日現在）

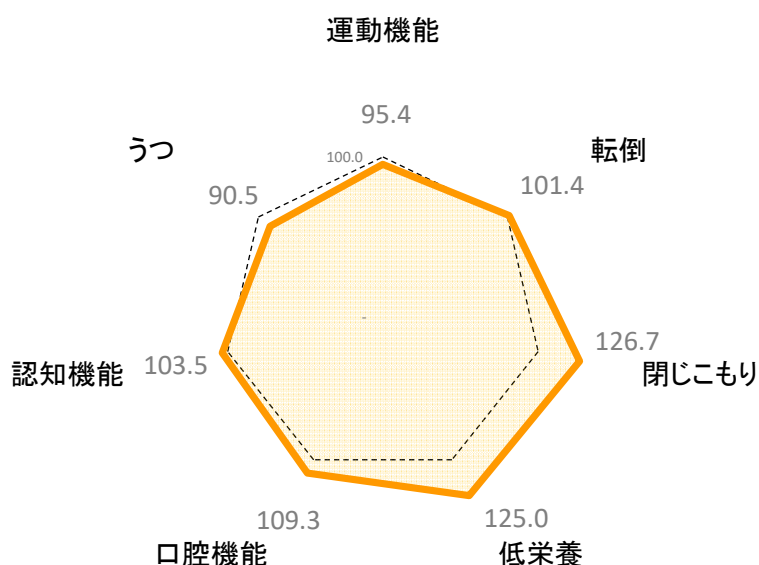
## (2) 南部（瀬戸田）圏域のリスク者の状況

「閉じこもり」及び「低栄養」に係るリスク者の割合は市平均値の約 1.3 倍となっています。

南部（瀬戸田）圏域の地域性は、閉じこもり傾向にある高齢者の割合が高いことであり、山間部である北部圏域、島しょ部を含む東部圏域と並び、本市において閉じこもり対策が最も求められている地域の 1 つとなっています。

一方、南部（瀬戸田）圏域はうつ傾向にある高齢者の割合が最も低く、唯一 4 割を下回っている（38.3%）地域となります。

図表 43 リスク者の割合



※尾道市全体の平均値を 100.0 とし、該当圏域におけるリスク者の割合を指数化しています。  
（出典）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和元年 12 月）

## (3) 圏域の特徴と課題

昔と比較すれば地域の関係やつながりは希薄になりつつあるものの、住民同士のつながりがまだ残っており、買い物や受診、見守りを近所の方で互いに助け合う等のケースがよくみられます。一方、造船業が盛んである地域性から、県外から仕事を求めて移住してきた方が多く、定年後に周囲に親戚などがいないため孤立していく傾向もあります。そのため、成年後見に関する相談も多くなっています。

高齢化に伴い認知症の相談が増えており、近隣の方の理解が乏しいなどの理由から家族が周囲に知られたくないと考えている事例も多くみられます。

バスの停留所まで遠いこと、自宅が坂の上にあることも多く、高齢になっても免許を手放しにくい状況がみられます。結果として、認知症の方の運転免許の相談も増えてきている状況です。専門医（精神科・眼科・皮膚科・脳外科など）が圏域内にいないため通院ができないこともあります。特に人工透析は三原か因島へ通院するしかなく、交通費が高額になります。

介護事業所では職員の確保が困難となっていますが、事業所間で顔の見える関係ができており、ネットワークを築きやすいという特徴もあります。

独居・老々介護、8050世帯、身寄り無し、認知症・精神症状による課題、経済的困窮による課題等、多種多様な課題が多くなっています。

#### (4) 圏域で進める行動目標

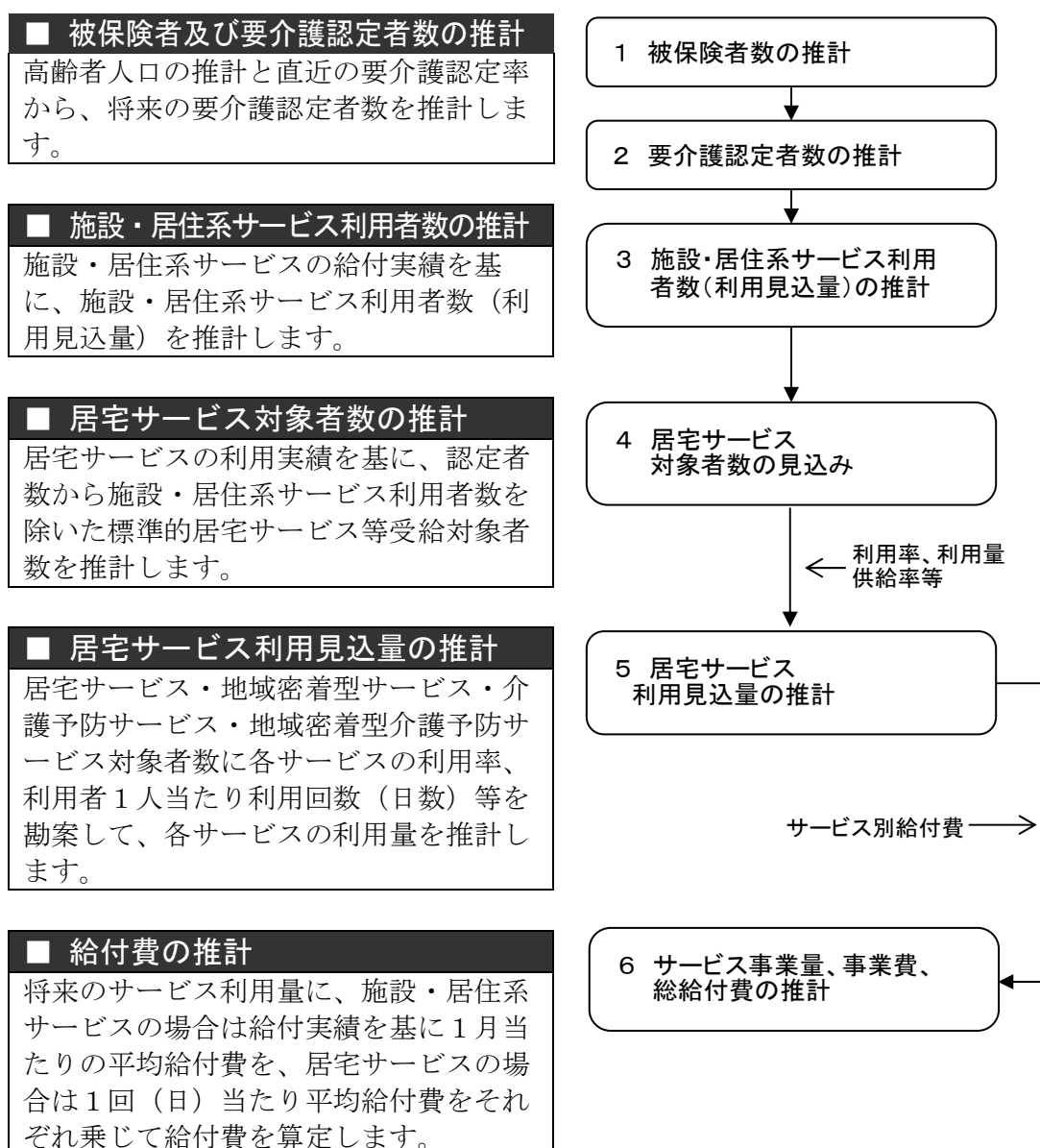
主体	期待する行動目標
本人や家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症やACPの事など、自分事として意識していきましょう。</li> </ul>
隣近所や地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で支え、支えられる関係性を今後も継続して持ちましょう。</li> <li>・これまで同様、元気な高齢者が中心となり、地域を支えていく意識を持ち続けましょう。</li> <li>・コーディネーターや市とも連携し、地域の課題に取り組みましょう。</li> </ul>
団体や事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間の配食サービスの方に、異変時の連絡や必要な方に薬の声掛けなどをしてもらいなど少ない資源を有効に活用して課題解決に取り組んでいきましょう。</li> <li>・看取りに寄り添う、サポーターの研修を実施するために、看取りやACPの普及に努めましょう。</li> </ul>

# 第7章 介護保険事業計画

## 1. 介護保険事業の推計の概要

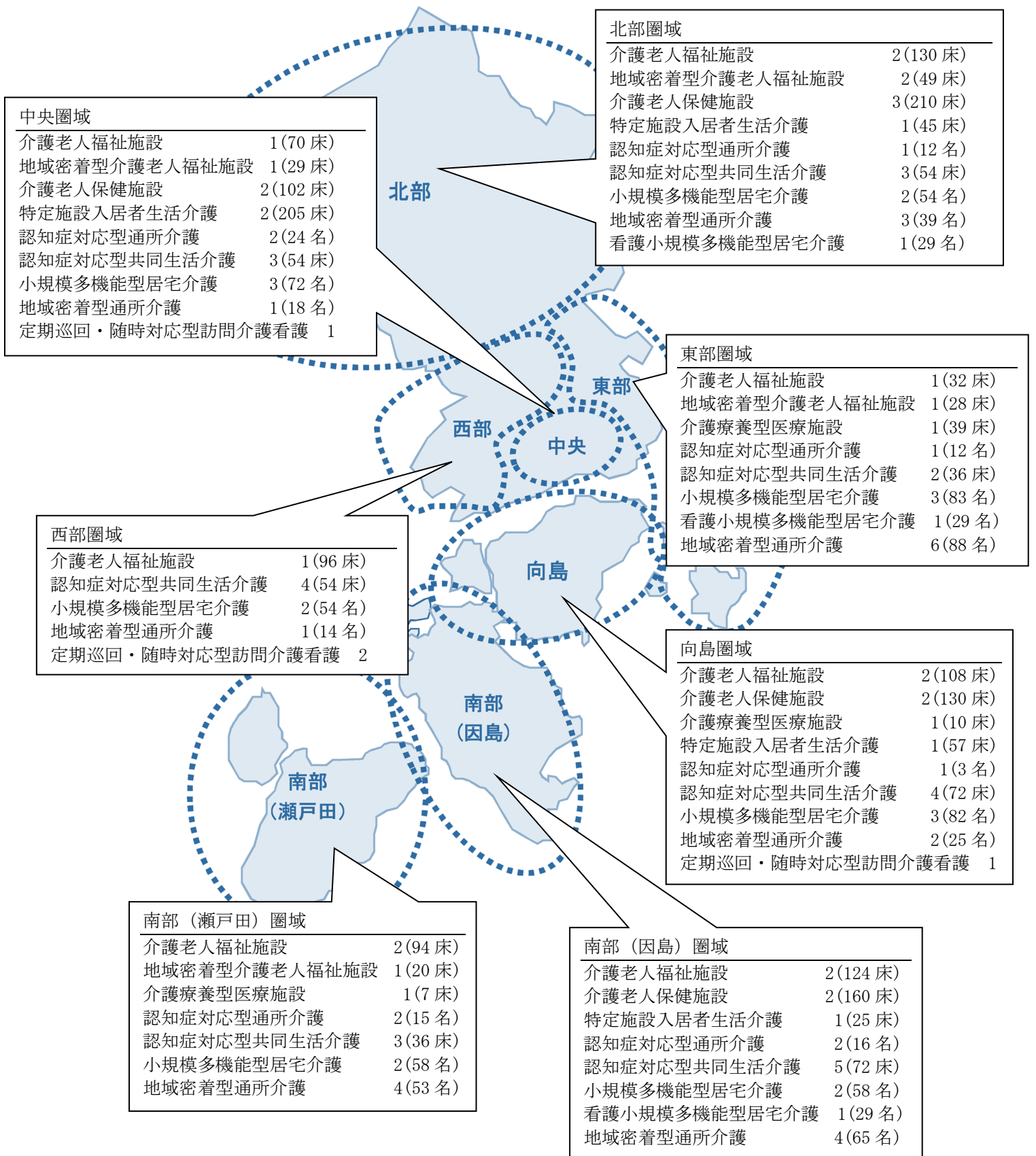
厚生労働省が作成した地域包括ケア「見える化」システムの活用により、第8期計画  
中（令和3年度～5年度）及び2025（令和7）年度、2040（令和22）年度における各サ  
ービスの見込み量や給付費を推計しました。推計の流れは、下記のとおりです。

図表 44 介護保険事業量・給付費の推計の流れ



## 2. 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2年12月1日現在



### 3. 介護サービス基盤の整備

#### (1) 介護サービスの整備の概要

第7期計画では、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、適正なサービス提供の確保、基盤整備を進めてきました。

第8期計画においても、地域包括ケアシステムの更なる充実に向けて、介護が必要になっても高齢者ができるだけ自宅での生活を続けることができるよう必要に応じて介護サービスを整備していく方向性は変わらないものの、中長期的な視点から8期計画中には、7期計画の延期分を除き、新たな基盤整備は行わないこととします。

施設・サービスの名称	整備内容
小規模多機能型居宅介護	令和3年度 1事業所 (7期計画延期分)

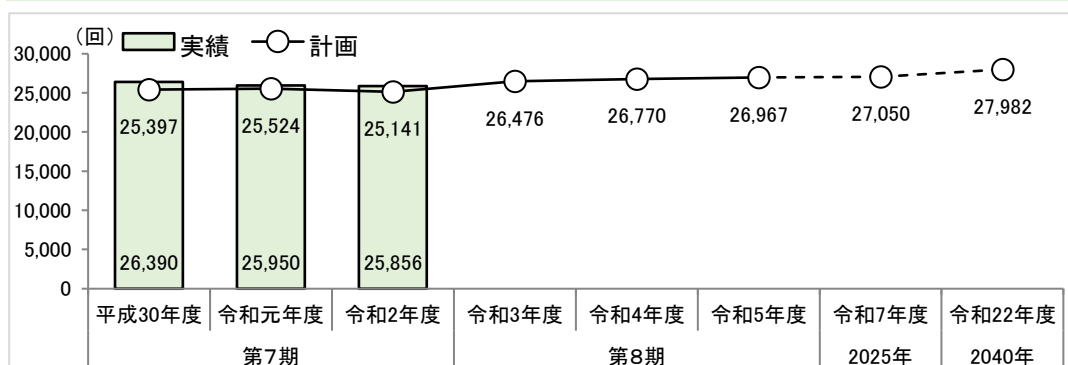
#### (2) 介護サービスの実績と第8期の見込

##### 1) 居宅サービス

要介護・要支援者が現在の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。

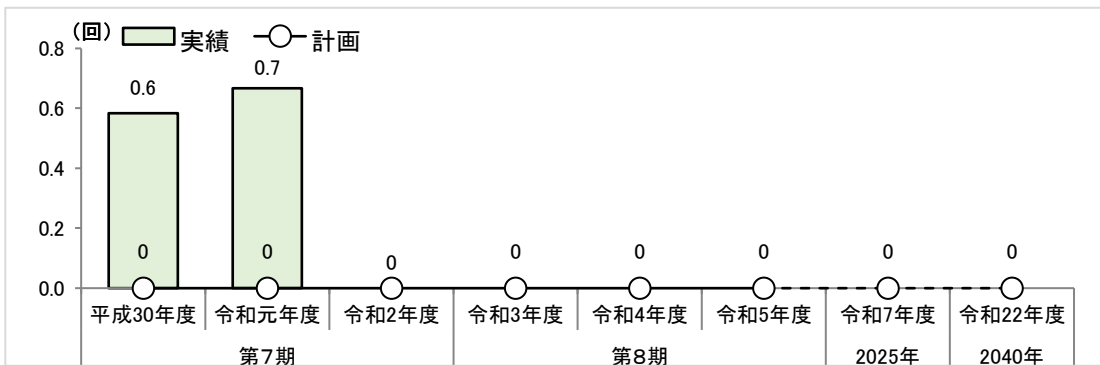
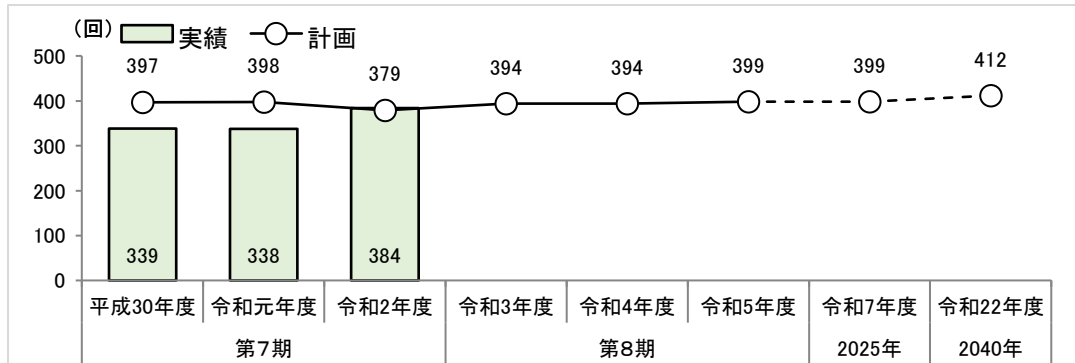
##### ① 訪問介護

訪問介護員（ホームヘルパー）が自宅を訪問し、入浴、排せつ、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。



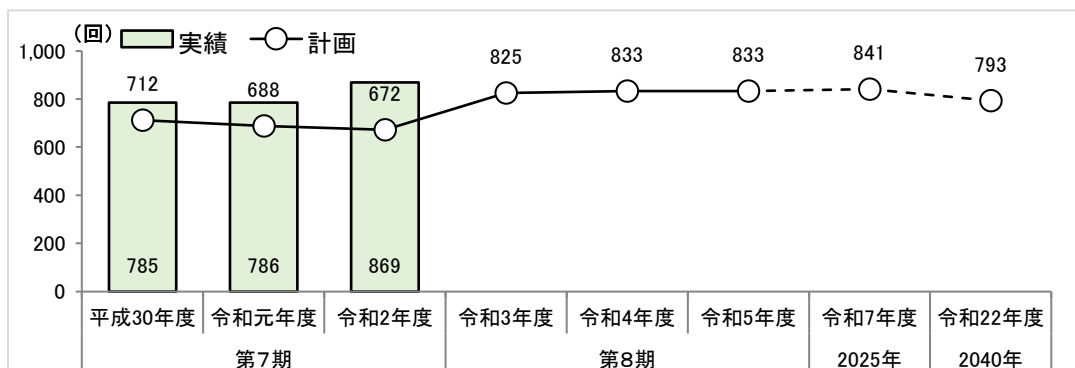
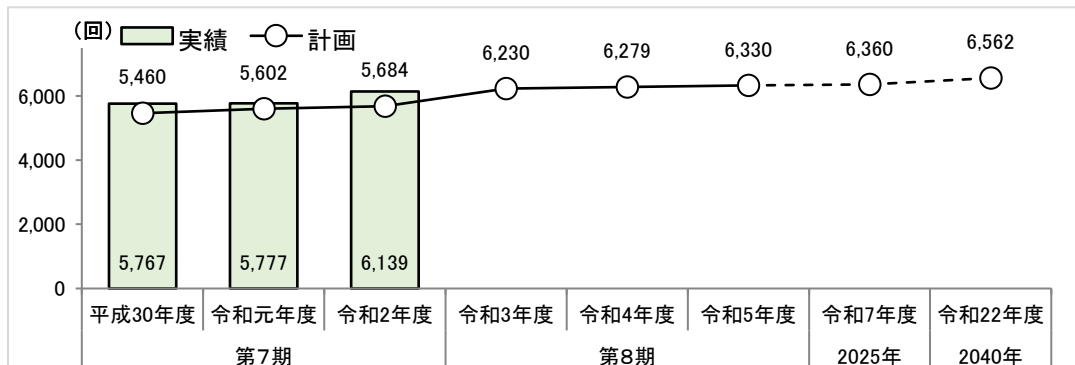
② 訪問入浴介護（上段グラフ）、介護予防訪問入浴介護（下段グラフ）

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。



③ 訪問看護（上段グラフ）、介護予防訪問看護（下段グラフ）

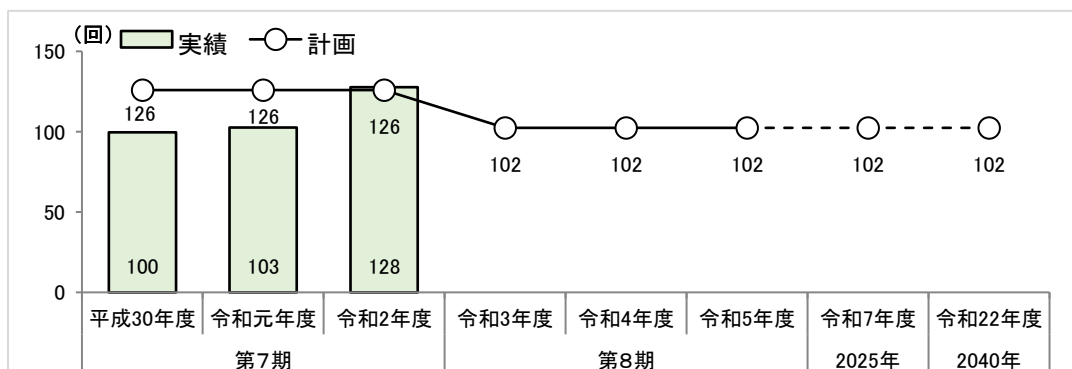
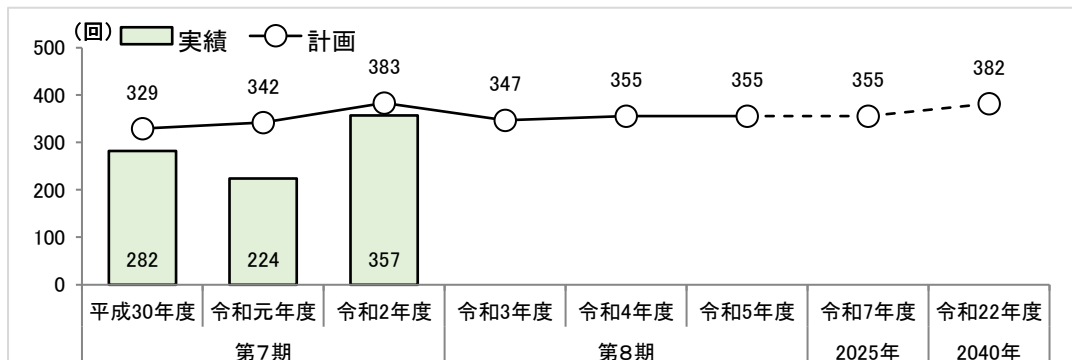
訪問看護ステーションや医療機関の看護師等が自宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行うサービスです。





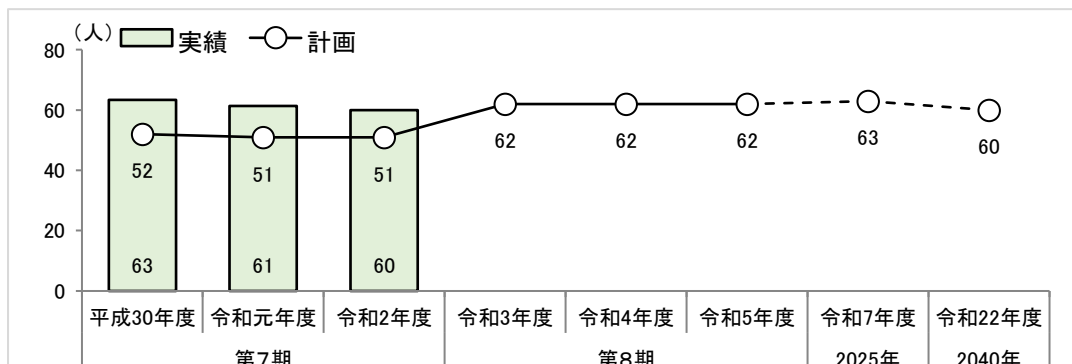
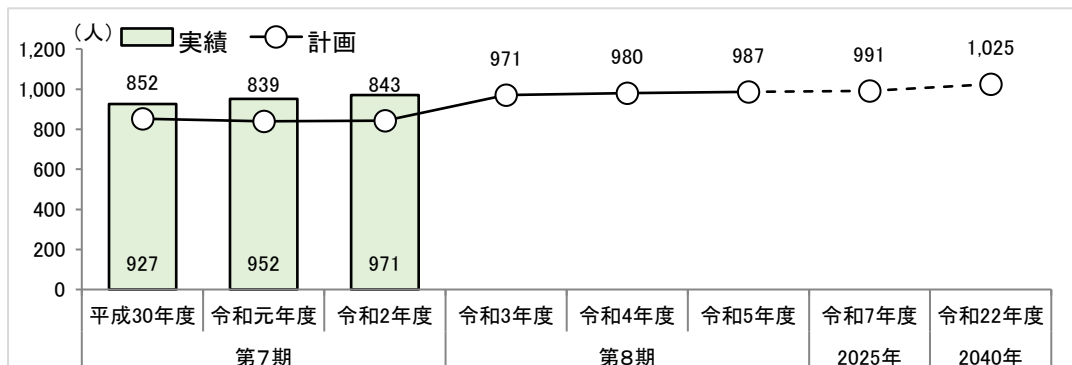
④ 訪問リハビリテーション（上段グラフ）、介護予防訪問リハビリテーション（下段グラフ）

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。



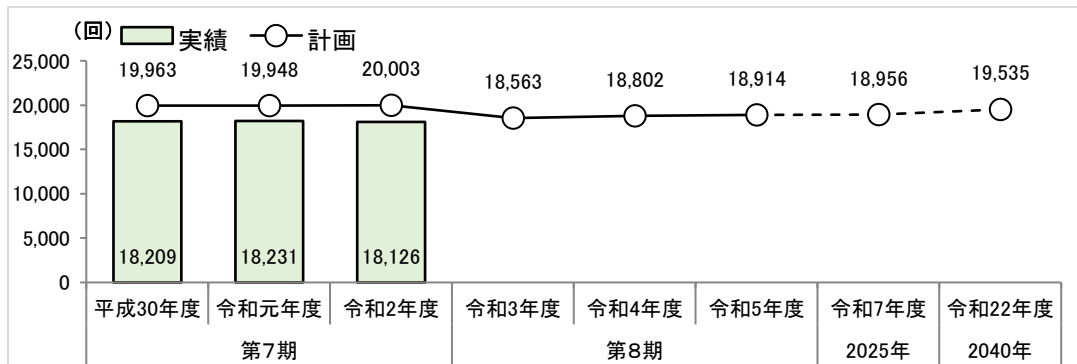
⑤ 居宅療養管理指導（上段グラフ）、介護予防居宅療養管理指導（下段グラフ）

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。



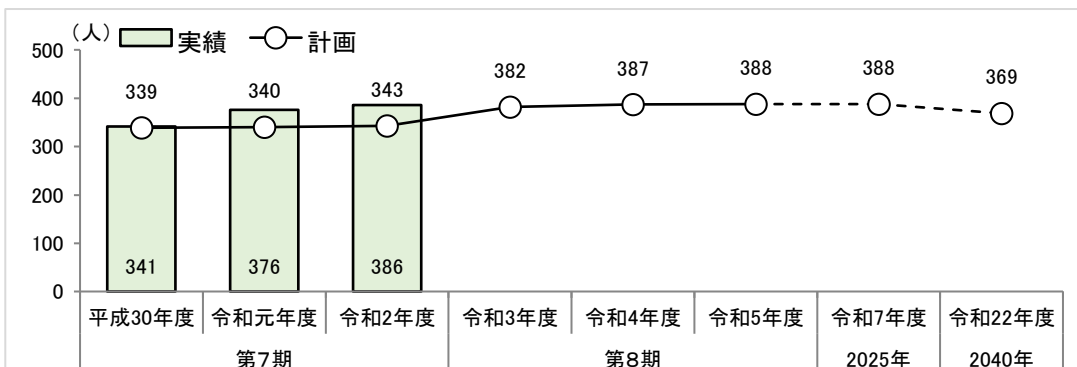
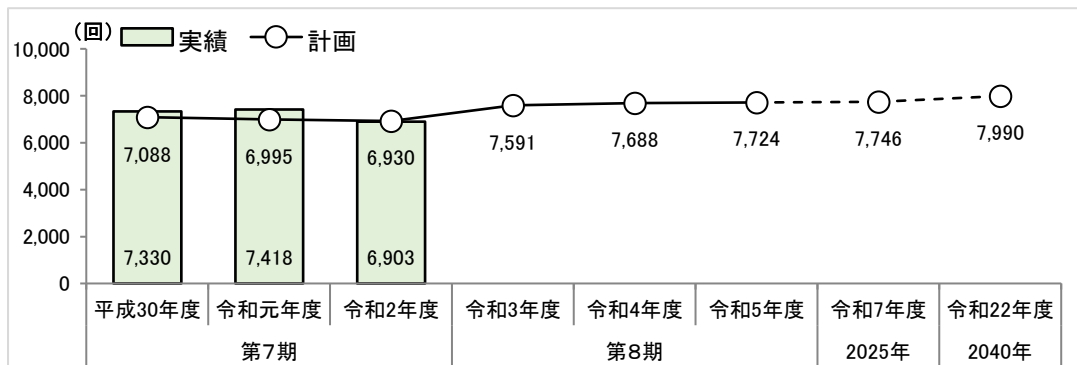
## ⑥ 通所介護

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。



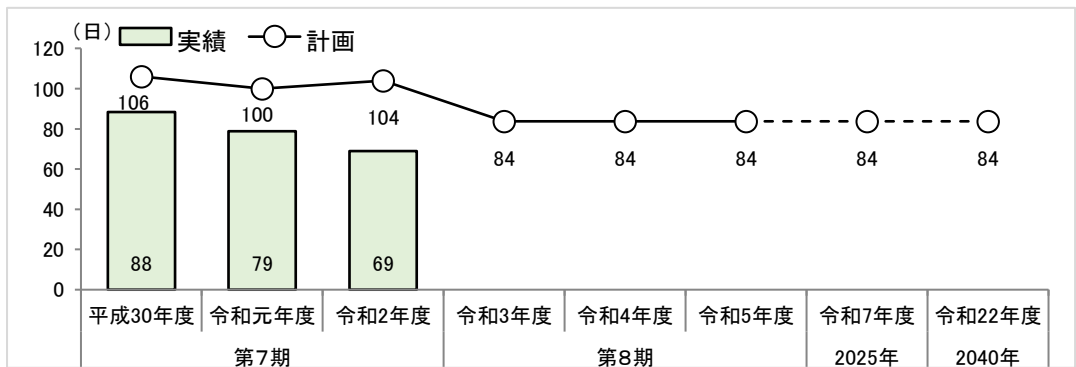
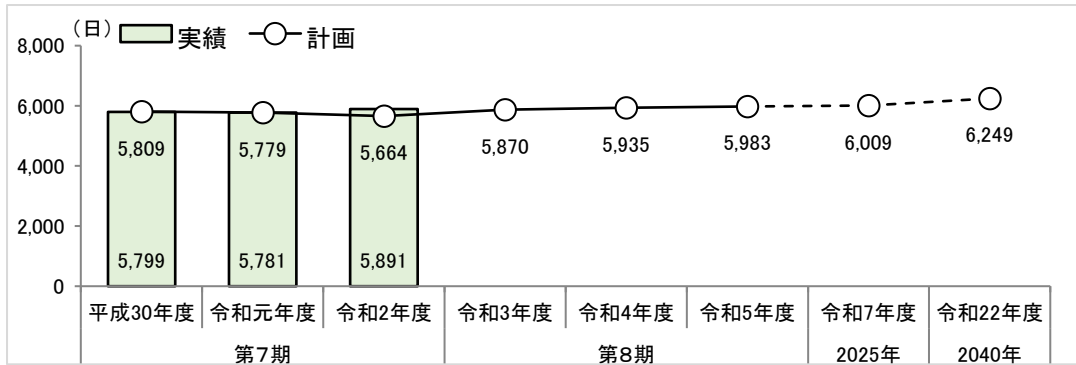
## ⑦ 通所リハビリテーション(上段グラフ)、介護予防通所リハビリテーション(下段グラフ)

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。



⑧ 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）

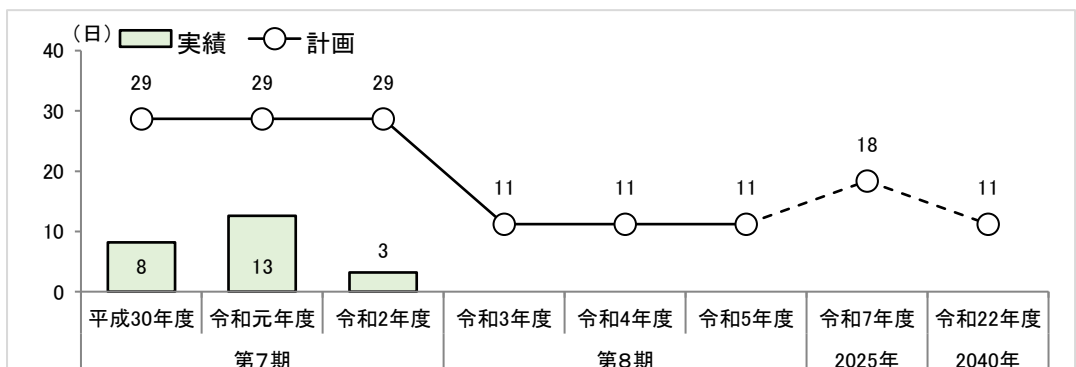
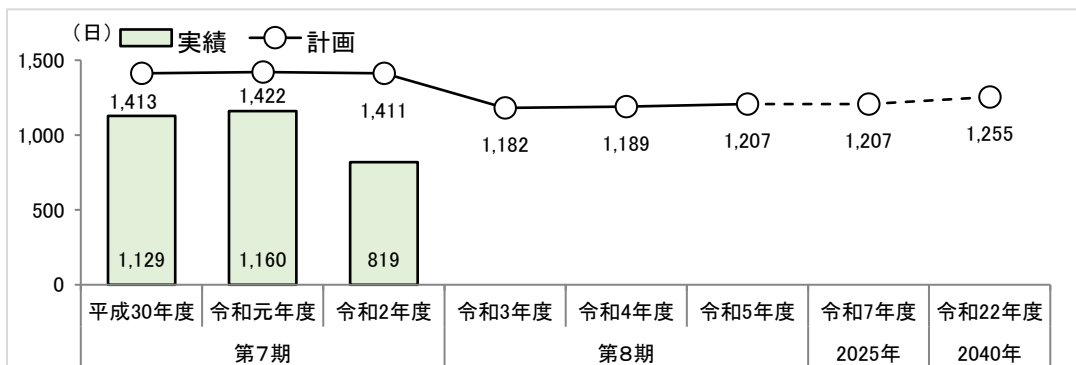
介護老人福祉施設等に短期間宿泊し、入浴、排せつ、食事等の介護サービスや機能訓練を受けるサービスです。



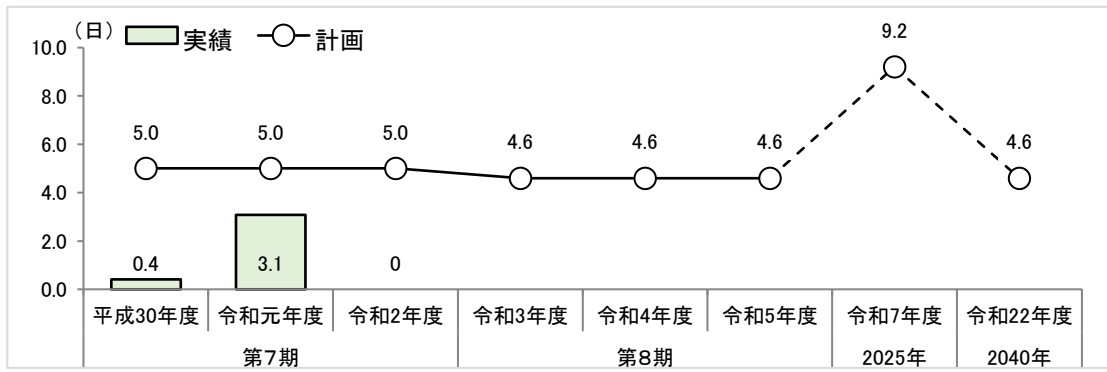
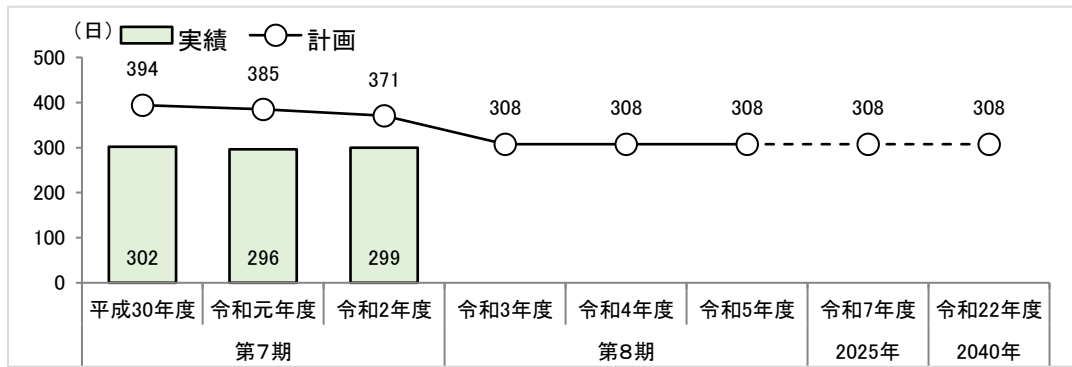
⑨ 短期入所療養介護（上段グラフ）、介護予防短期入所療養介護（下段グラフ）

介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間宿泊し、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。

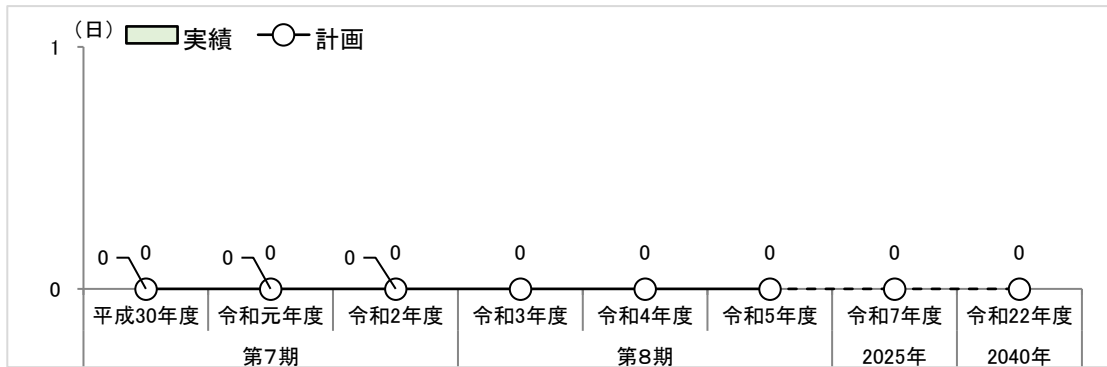
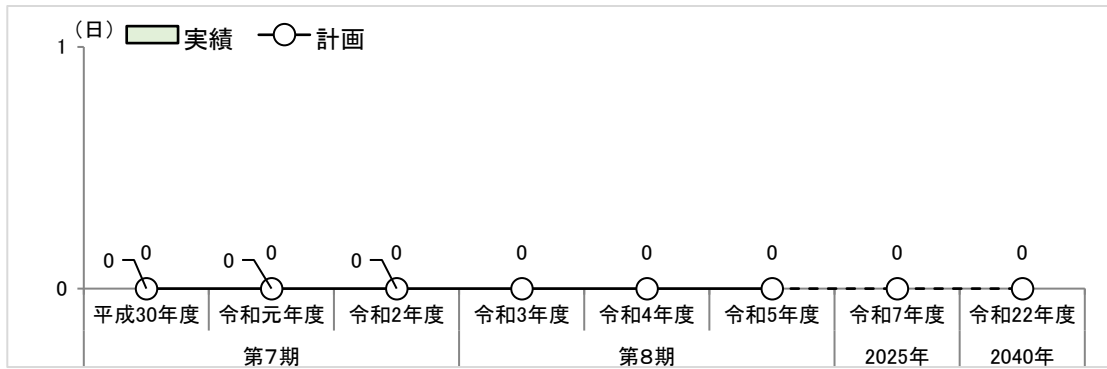
短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護（老健）



短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護（病院等）

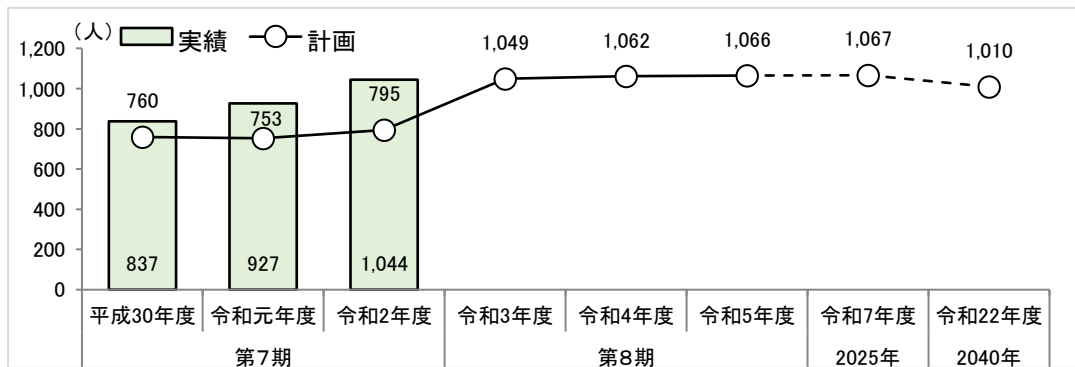
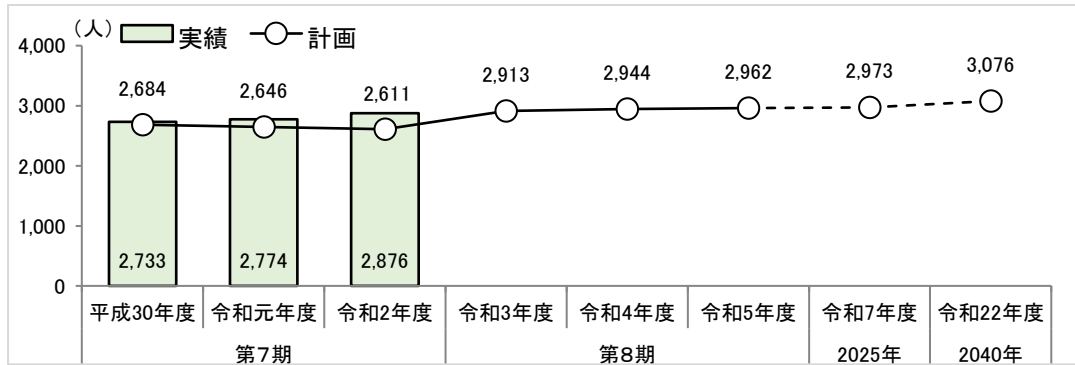


短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護(介護医療院)



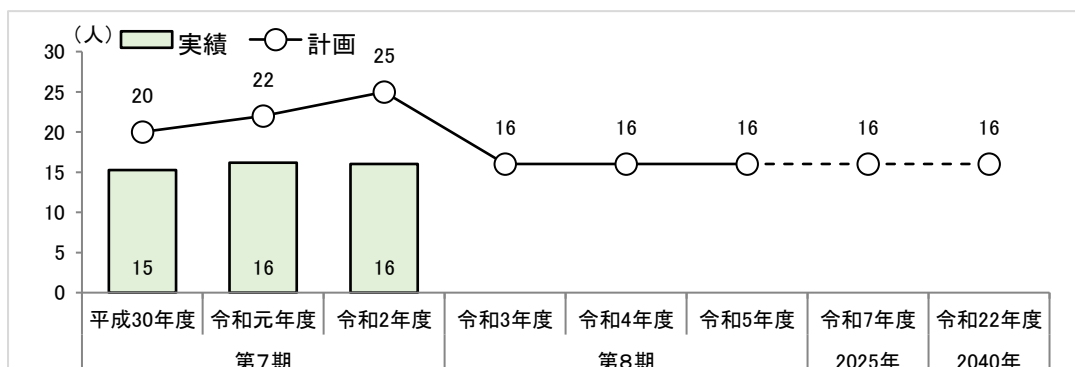
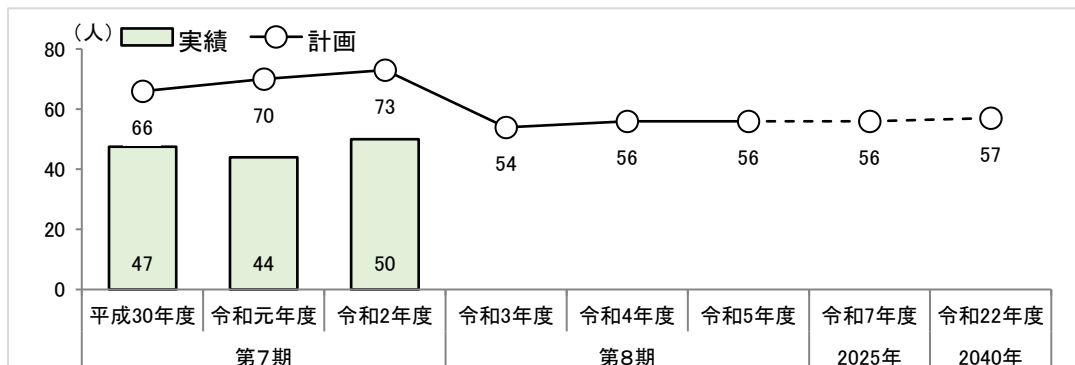
⑩ 福祉用具貸与（上段グラフ）、介護予防福祉用具貸与（下段グラフ）

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。



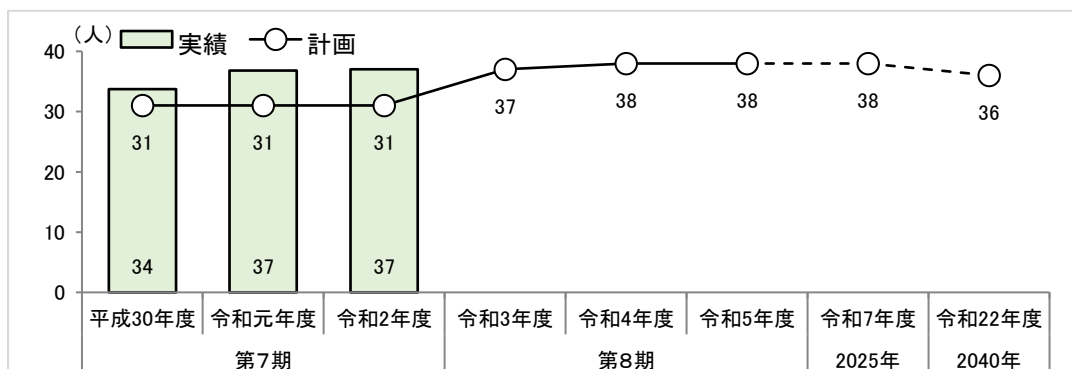
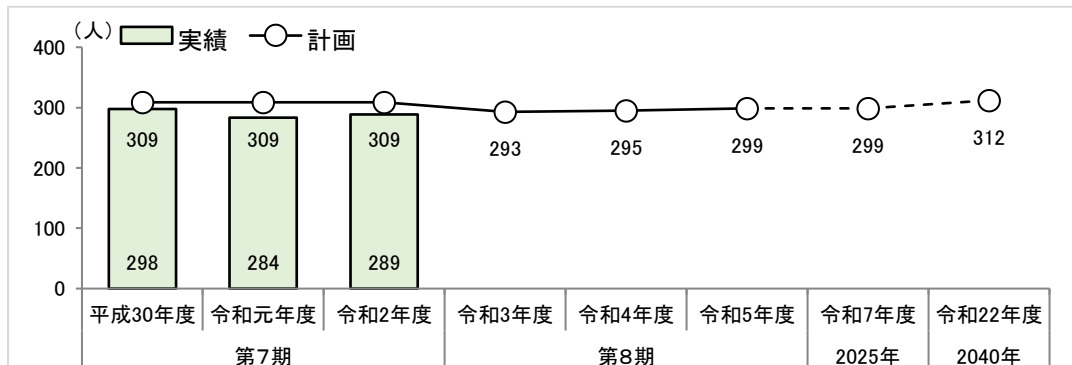
⑪ 特定福祉用具購入費（上段グラフ）、特定介護予防福祉用具購入費（下段グラフ）

福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつ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。



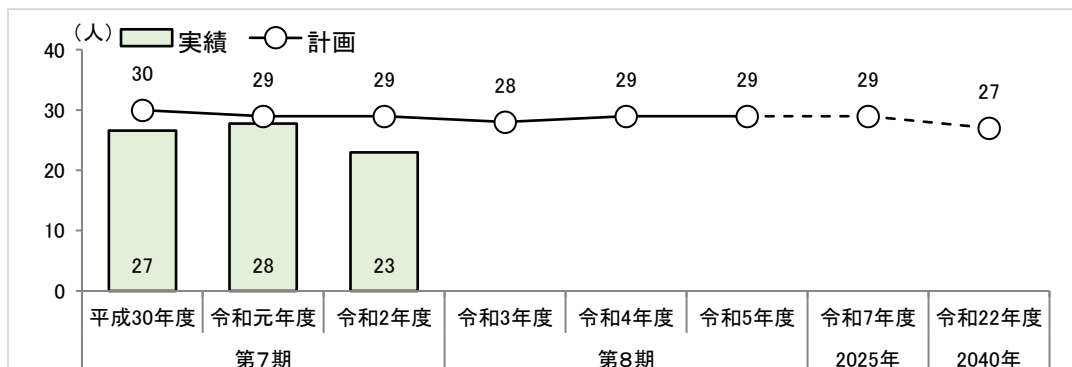
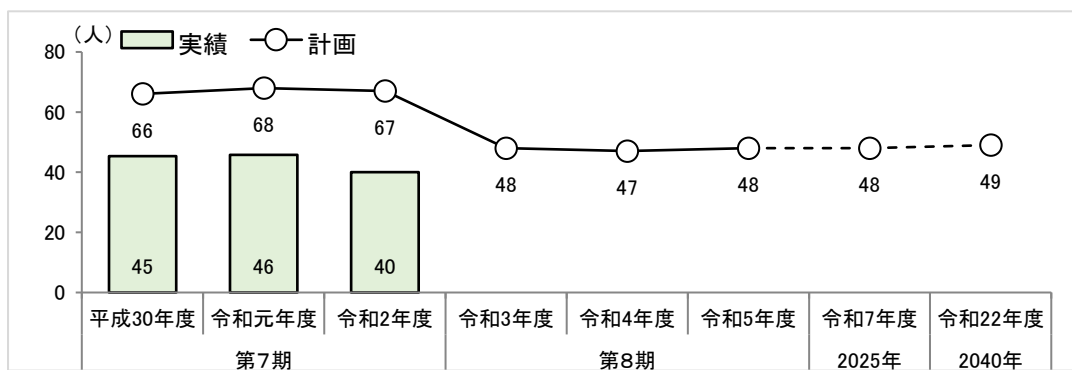
⑫ 特定施設入居者生活介護（上段グラフ）、介護予防特定施設入居者生活介護（下段グラフ）

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、排せつ、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。



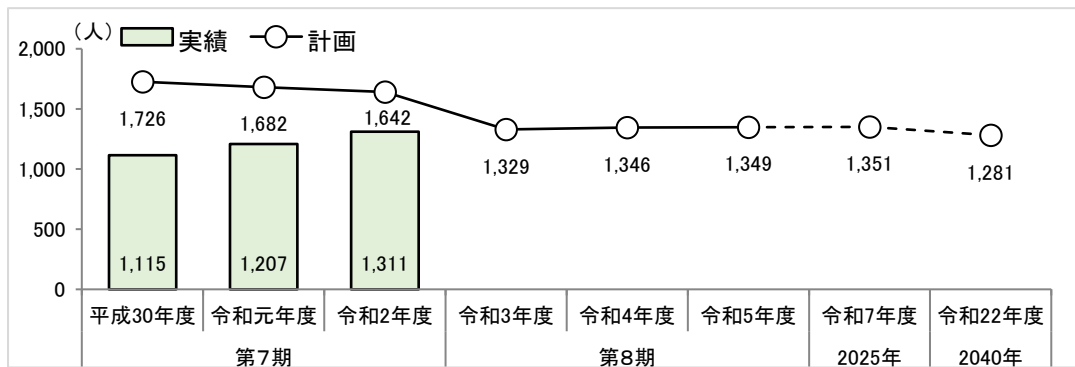
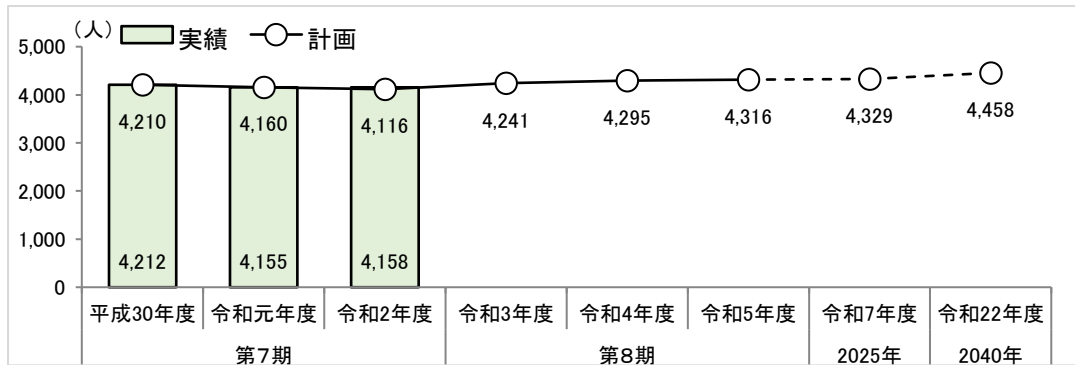
⑬ 住宅改修費（上段グラフ）、介護予防住宅改修費（下段グラフ）

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。



⑭ 居宅介護支援（上段グラフ）、介護予防支援（下段グラフ）

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。

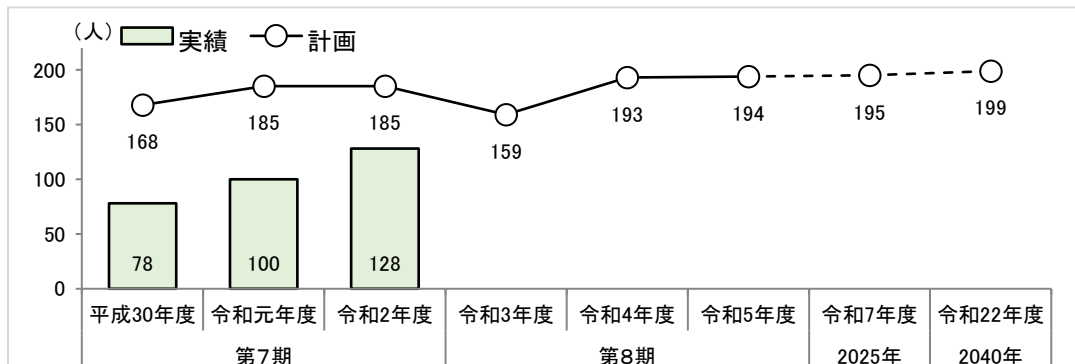


2) 地域密着型サービス

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。

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

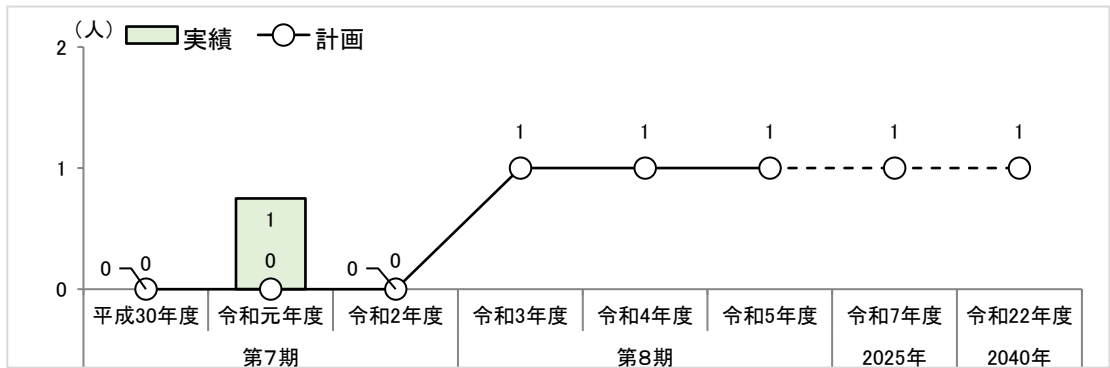
認知症や重度の要介護者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中、夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら短時間定期巡回型訪問と随時対応を行うサービスです。





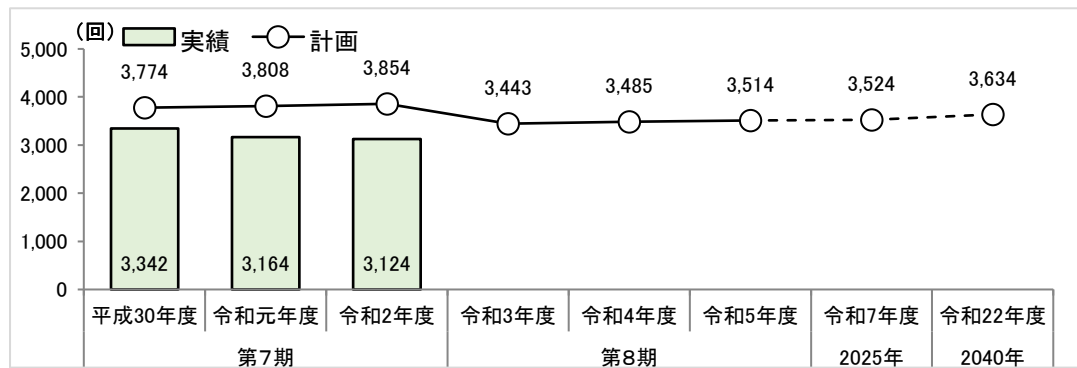
## ② 夜間対応型訪問介護

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。



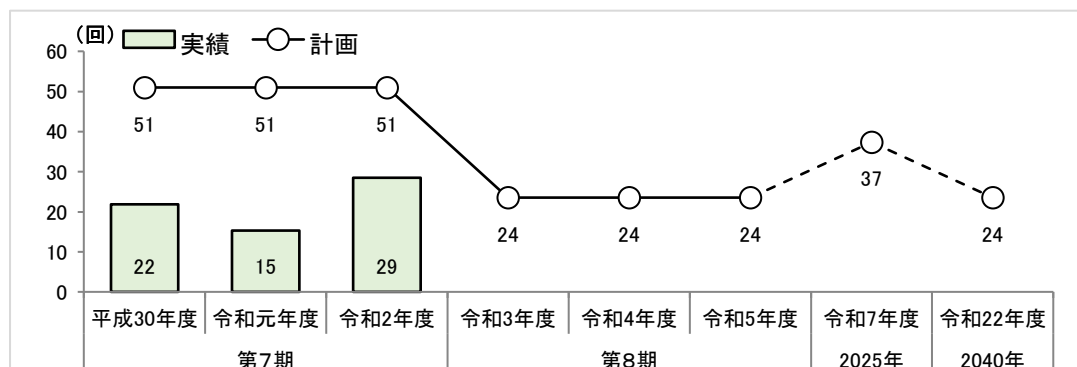
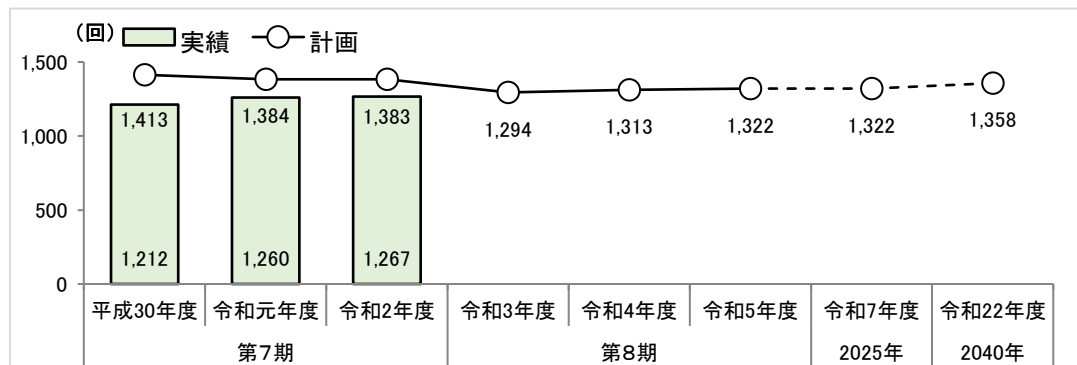
## ③ 地域密着型通所介護

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。



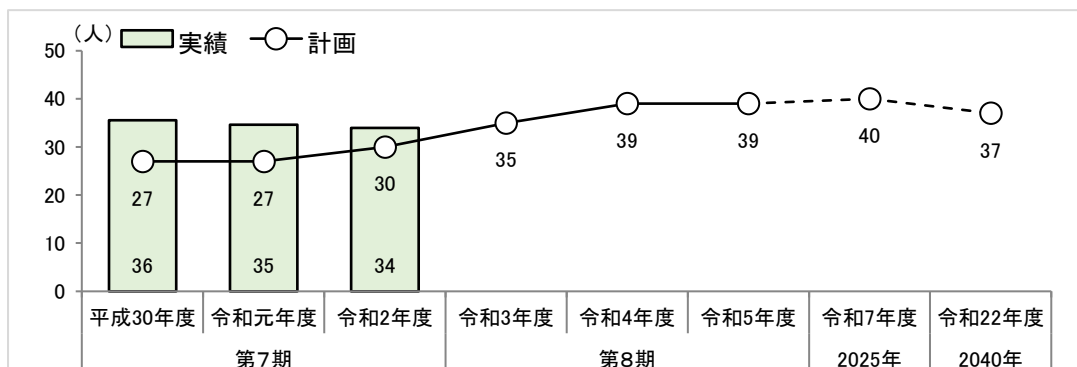
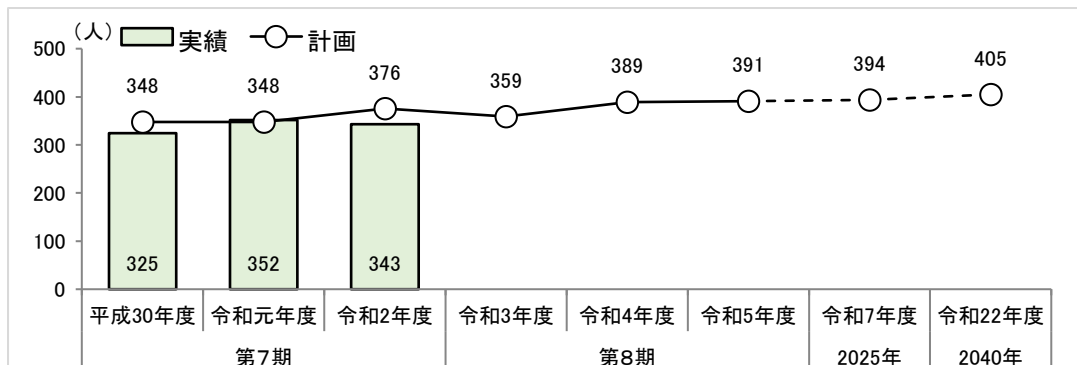
## ④ 認知症対応型通所介護（上段グラフ）、介護予防認知症対応型通所介護（下段グラフ）

認知症高齢者がデイサービスセンター等に通い、入浴、排せつ、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。



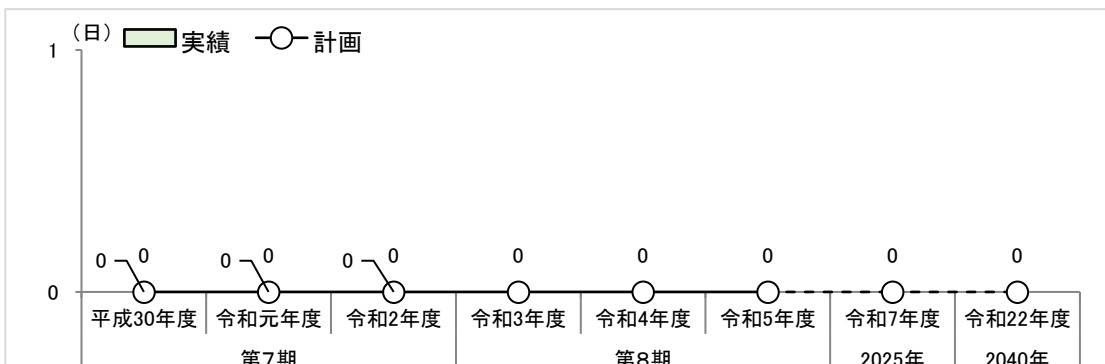
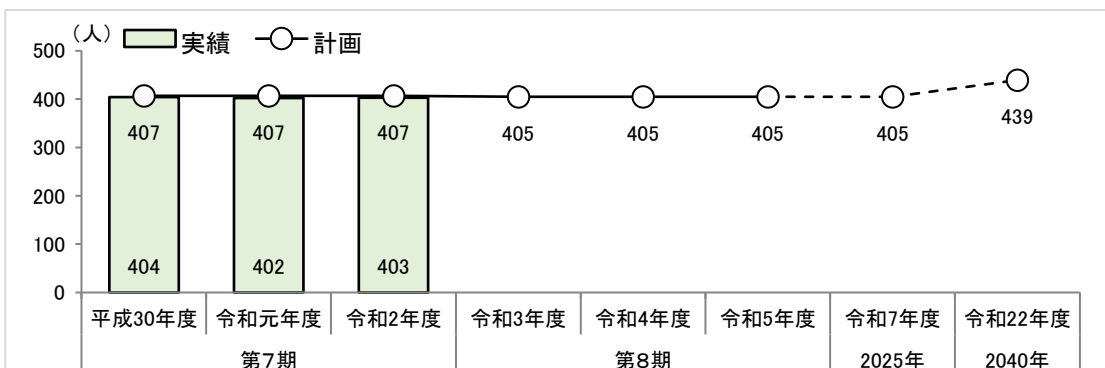
⑤ 小規模多機能型居宅介護（上段グラフ）、介護予防小規模多機能型居宅介護（下段グラフ）

入浴、排せつ、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。



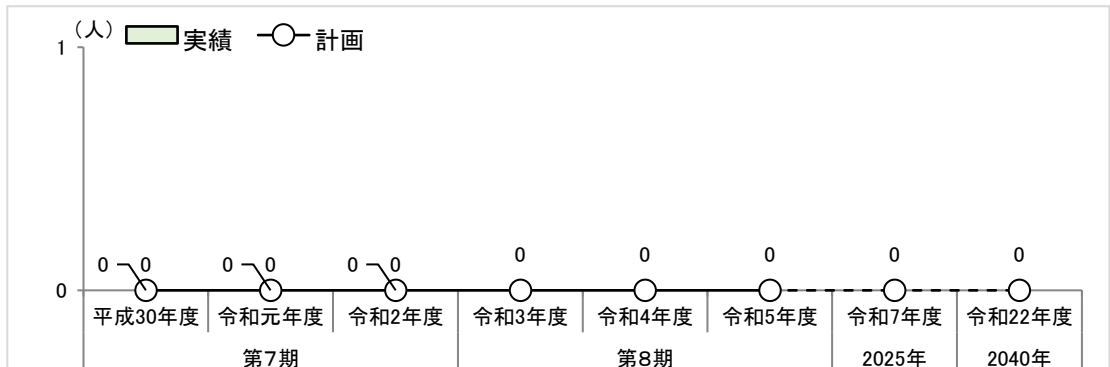
⑥ 認知症対応型共同生活介護（上段グラフ）、介護予防認知症対応型共同生活介護（下段グラフ）

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、排せつ、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。



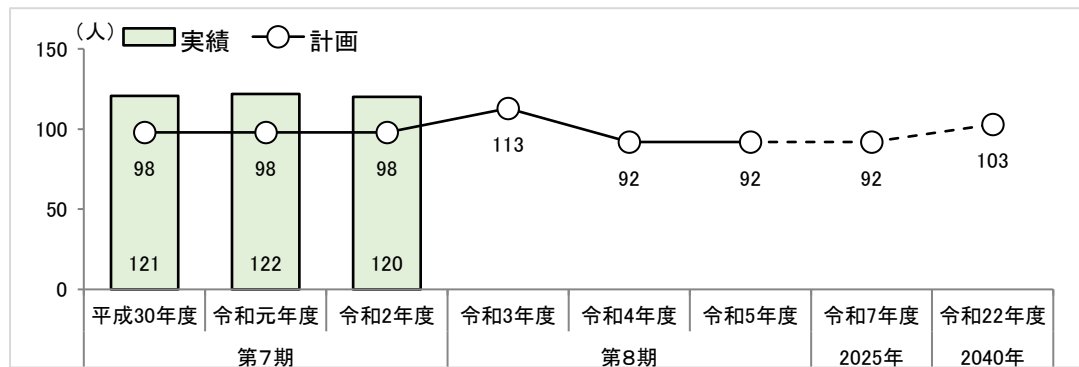
⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護

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、療養上の世話を受けることができるサービスです。



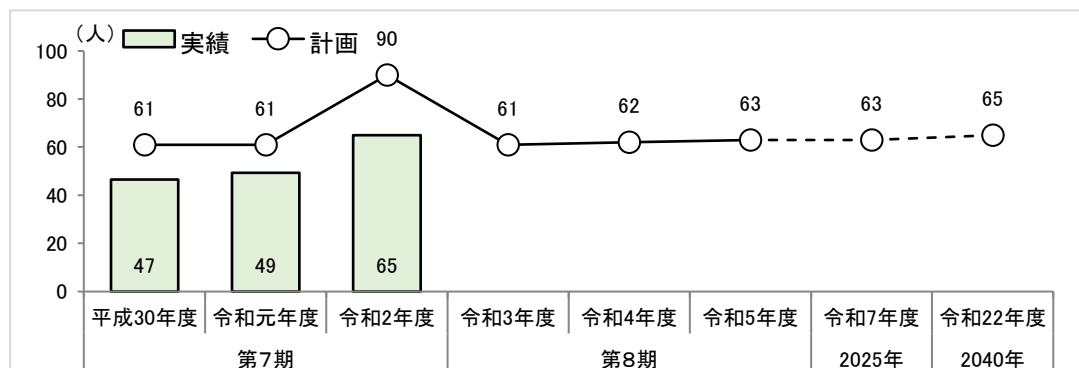
⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

小規模な特別養護老人ホーム（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、療養上の世話を受けることができるサービスです。



⑨ 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。

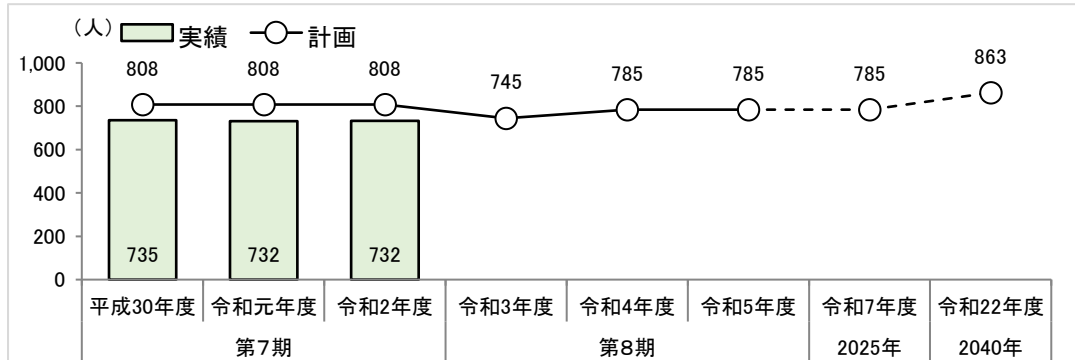


### 3) 施設サービス

「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」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」が創設されます。

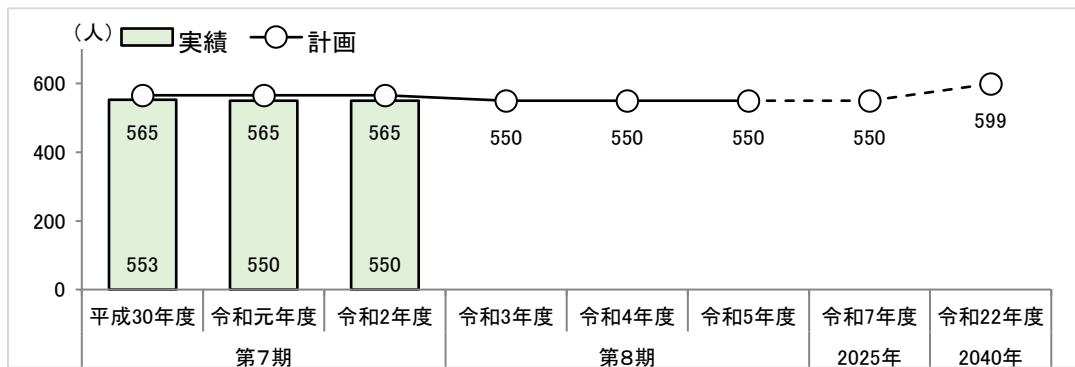
#### ① 介護老人福祉施設

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・排せつ・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。



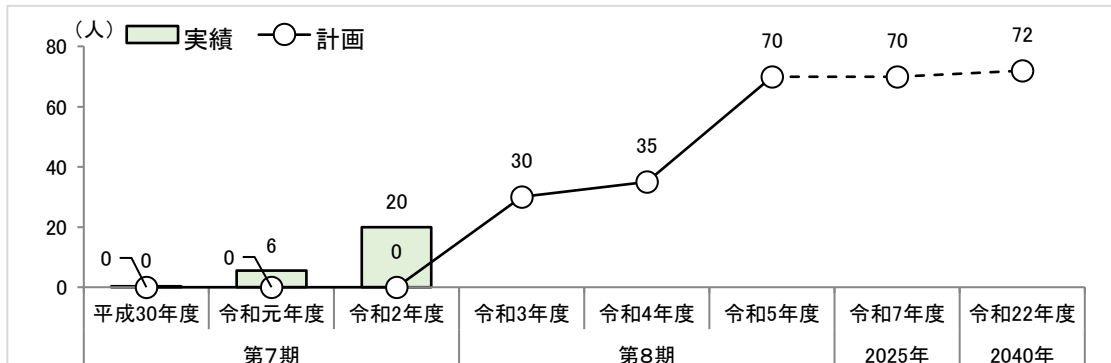
#### ② 介護老人保健施設

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です。



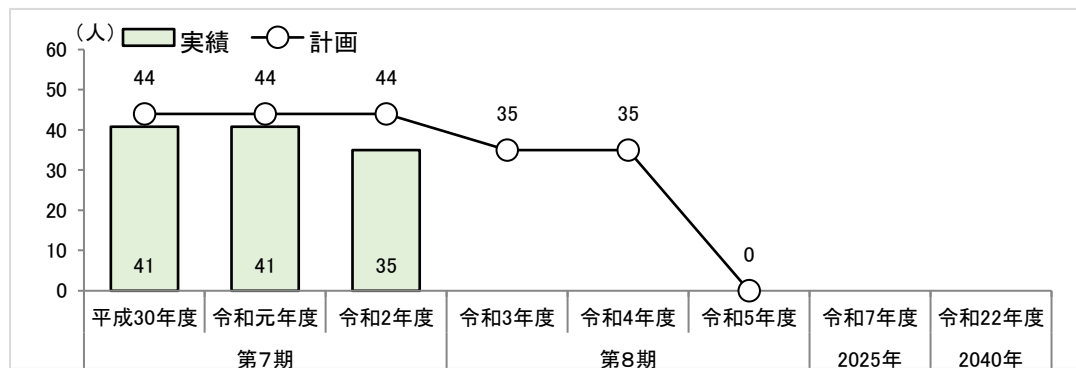
### ③ 介護医療院

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を兼ね備えた施設です。令和5年度末までに廃止される介護療養型医療施設（介護療養型病床）の受け皿となります。



### ④ 介護療養型医療施設

急性疾患の回復期にある方や慢性疾患を有する方のための医療機関で、病状は安定していても自宅での療養生活は難しいという方が入所して、必要な医療サービス、日常生活における介護、リハビリテーション等を受けることができる施設です。



## 4. 介護サービスの見込量

### (1) 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8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
訪問介護	給付費(千円)	868,724	878,888	885,340	888,035	918,255
	回数(回)	26,476	26,770	26,967	27,050	27,982
	人数(人)	1,436	1,454	1,462	1,466	1,509
訪問入浴介護	給付費(千円)	56,290	56,321	56,912	56,912	58,826
	回数(回)	394	394	399	399	412
	人数(人)	85	85	86	86	89
訪問看護	給付費(千円)	333,542	336,055	338,890	340,425	350,901
	回数(回)	6,230	6,279	6,330	6,360	6,562
	人数(人)	630	636	641	644	664
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	12,012	12,313	12,313	12,313	13,210
	回数(回)	347	355	355	355	382
	人数(人)	39	40	40	40	43
居宅療養管理指導	給付費(千円)	90,823	91,695	92,365	92,744	95,944
	人数(人)	971	980	987	991	1,025
通所介護	給付費(千円)	1,734,432	1,756,350	1,767,933	1,772,199	1,830,274
	回数(回)	18,563	18,802	18,914	18,956	19,535
	人数(人)	1,903	1,928	1,939	1,943	2,000
通所リハビリテーション	給付費(千円)	787,962	797,577	801,873	804,453	831,302
	回数(回)	7,591	7,688	7,724	7,746	7,990
	人数(人)	1,042	1,055	1,060	1,063	1,096
短期入所生活介護	給付費(千円)	567,663	574,074	578,955	581,512	604,779
	日数(日)	5,870	5,935	5,983	6,009	6,249
	人数(人)	526	532	536	538	559
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	163,455	164,632	167,066	167,066	173,854
	日数(日)	1,182	1,189	1,207	1,207	1,255
	人数(人)	150	151	153	153	159
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	38,671	38,693	38,693	38,693	38,693
	日数(日)	308	308	308	308	308
	人数(人)	31	31	31	31	31
短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	日数(日)	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費(千円)	472,461	476,521	479,980	482,059	500,156
	人数(人)	2,913	2,944	2,962	2,973	3,076
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	19,146	19,765	19,765	19,765	20,188
	人数(人)	54	56	56	56	57
住宅改修費	給付費(千円)	47,843	47,295	47,843	47,843	48,871
	人数(人)	48	47	48	48	49
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	667,600	672,186	682,036	682,036	713,198
	人数(人)	293	295	299	299	312
合計	給付費(千円)	5,860,624	5,922,365	5,969,964	5,986,055	6,198,451

## 2) 地域密着型サービス等

		第8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7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)	307,150	371,238	373,626	376,377	386,260
	人数(人)	159	193	194	195	199
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	200	201	201	201	201
	人数(人)	1	1	1	1	1
地域密着型通所介護	給付費(千円)	352,915	357,297	360,586	361,697	373,622
	回数(回)	3,443	3,485	3,514	3,524	3,634
	人数(人)	390	395	398	399	411
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	164,295	166,665	167,863	167,863	172,358
	回数(回)	1,294	1,313	1,322	1,322	1,358
	人数(人)	143	145	146	146	150
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	882,030	955,304	961,926	970,223	1,000,011
	人数(人)	359	389	391	394	405
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	1,249,370	1,250,063	1,250,063	1,250,063	1,355,453
	人数(人)	405	405	405	405	439
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	0
	人数(人)	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	給付費(千円)	386,146	314,715	314,715	314,715	351,920
	人数(人)	113	92	92	92	103
看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	210,233	213,571	217,695	217,695	224,696
	人数(人)	61	62	63	63	65
合計	給付費(千円)	3,552,339	3,629,054	3,646,675	3,658,834	3,864,521

## 3) 施設サービス

		第8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護老人福祉施設	給付費(千円)	2,293,541	2,417,776	2,417,776	2,417,776	2,656,768
	人数(人)	745	785	785	785	863
介護老人保健施設	給付費(千円)	1,838,967	1,839,988	1,839,988	1,839,988	2,006,171
	人数(人)	550	550	550	550	599
介護医療院	給付費(千円)	127,270	148,538	297,714	297,714	306,535
	人数(人)	30	35	70	70	72
介護療養型医療施設	給付費(千円)	141,476	141,554	0	0	0
	人数(人)	35	35	0	0	0
合計	給付費(千円)	4,401,254	4,547,856	4,555,478	4,555,478	4,969,474

#### 4) 居宅介護支援

		第8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
居宅介護支援	給付費(千円)	744,403	754,218	758,149	760,581	784,085
	人数(人)	4,241	4,295	4,316	4,329	4,458
合計	給付費(千円)	744,403	754,218	758,149	760,581	784,085



(2) 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8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	回数(回)	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費(千円)	33,437	33,737	33,737	34,075	32,160
	回数(回)	825	833	833	841	793
	人数(人)	103	104	104	105	99
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	3,533	3,535	3,535	3,535	3,535
	回数(回)	102	102	102	102	102
	人数(人)	8	8	8	8	8
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	5,558	5,561	5,561	5,647	5,379
	人数(人)	62	62	62	63	60
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	161,438	163,327	163,820	163,820	156,005
	人数(人)	382	387	388	388	369
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	6,127	6,131	6,131	6,131	6,131
	日数(日)	84	84	84	84	84
	人数(人)	15	15	15	15	15
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	1,452	1,453	1,453	2,436	1,453
	日数(日)	11	11	11	18	11
	人数(人)	2	2	2	3	2
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	513	513	513	1,026	513
	日数(日)	5	5	5	9	5
	人数(人)	1	1	1	2	1
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	日数(日)	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	104,027	105,292	105,692	105,794	100,166
	人数(人)	1,049	1,062	1,066	1,067	1,010
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	4,604	4,604	4,604	4,604	4,604
	人数(人)	16	16	16	16	16
介護予防住宅改修	給付費(千円)	27,450	28,475	28,475	28,475	26,508
	人数(人)	28	29	29	29	27
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	29,787	30,479	30,479	30,479	29,128
	人数(人)	37	38	38	38	36
合計	給付費(千円)	377,926	383,107	384,000	386,022	365,582

## 2) 地域密着型介護予防サービス

		第8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7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)	2,466	2,468	2,468	3,930	2,468
	回数(回)	24	24	24	37	24
	人数(人)	3	3	3	4	3
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	30,238	33,183	33,183	34,159	31,719
	人数(人)	35	39	39	40	37
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	0
	人数(人)	0	0	0	0	0
合計	給付費(千円)	32,704	35,651	35,651	38,089	34,187

## 3) 介護予防支援

		第8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護予防支援	給付費(千円)	70,675	71,621	71,781	71,887	68,160
	人数(人)	1,329	1,346	1,349	1,351	1,281

## (3) 地域支援事業費の見込み

(単位：千円)

		第8期			(2025年)	(2040年)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業(A+B)		483,225	486,410	489,550	493,844	503,053
A 介護予防・生活支援サービス事業(①+②+③)		443,149	443,149	443,149	447,036	455,372
①訪問型サービス		118,370	118,370	118,370	119,408	121,635
②通所型サービス		282,565	282,565	282,565	285,044	290,359
③介護予防ケアマネジメント		42,214	42,214	42,214	42,584	43,378
B 一般介護予防事業		40,076	43,261	46,401	46,808	47,681
包括的支援事業		298,595	311,137	321,874	324,698	330,752
任意事業		58,822	61,527	63,892	59,344	61,654
合計		840,642	859,074	875,316	877,886	895,459

## 5. 介護保険料の算定

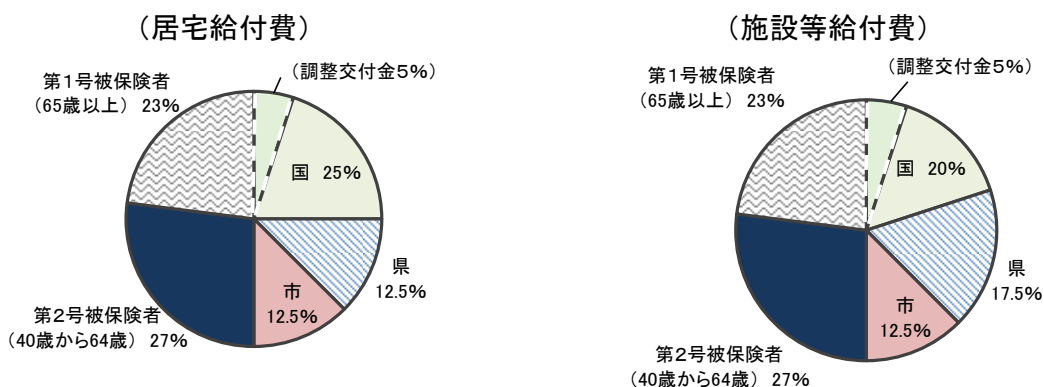
### (1) 第1号被保険者の負担割合

事業費用の大部分を占める介護サービス給付費については、利用者負担（1割、2割又は3割）を除いた給付費の半分を公費でまかない、残りの半分を被保険者から徴収する保険料を財源としています。保険料については、第1号被保険者と第2号被保険者の平均的な1人当たりの負担がほぼ同じ水準になるよう負担割合が定められています。

#### 1) 標準給付費の負担割合

国が負担する部分の居宅給付費の25.0%と施設等給付費の20.0%について、それぞれ5.0%に当たる額は、市町村間の財政力格差を調整するための調整交付金として交付されます。調整交付金の割合は標準的には5.0%ですが、各市町村の後期高齢者の割合や第1号被保険者の所得水準に応じて5.0%を上下します。その結果、第1号被保険者の負担割合も変わることになります。

#### 【標準給付費】



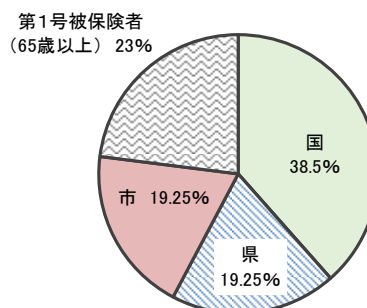
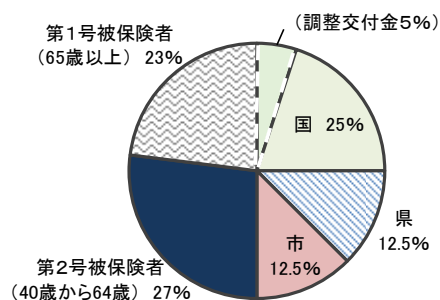
#### 2) 地域支援事業費の負担割合

地域支援事業費については、実施する事業によって費用の負担割合が異なり、介護予防・日常生活支援総合事業の費用については、標準給付費の負担割合と同じですが、包括的支援事業、任意事業の費用については、第1号被保険者の保険料と公費によって財源が賅われています。

## 【地域支援事業費】

(介護予防・日常生活支援総合事業)

(包括的支援事業費・任意事業費)



## (2) 標準給付費及び地域支援事業費見込みの算定

各サービスの給付費を基に、標準給付費、地域支援事業費（介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業）の見込み及び保険料収納必要額を算定しました。

### 1) 標準給付費

(千円)	第8期				(2025年)	(2040年)
	合計	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
標準給付費見込額(A)	48,218,960	15,869,322	16,134,521	16,215,118	16,251,067	17,086,389
総給付費	45,805,495	15,039,925	15,343,872	15,421,698	15,456,946	16,284,460
特定入所者介護サービス費等給付額	1,080,958	387,071	346,219	347,668	348,320	354,808
高額介護サービス費等給付額	1,097,060	364,009	365,891	367,160	367,160	368,226
高額医療合算介護サービス費等給付額	195,000	65,000	65,000	65,000	65,000	65,000
算定対象審査支払手数料	40,448	13,317	13,538	13,592	13,641	13,895

### 2) 地域支援事業費

(千円)	第8期				(2025年)	(2040年)
	合計	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
地域支援事業費(B)	2,575,032	840,642	859,074	875,316	877,886	895,459
介護予防・日常生活支援総合事業費	1,459,185	483,225	486,410	489,550	493,844	503,053
包括的支援事業費	931,606	298,595	311,137	321,874	324,698	330,752
任意事業費	184,241	58,822	61,527	63,892	59,344	61,654

### 3) 合計

(千円)	第8期				(2025年)	(2040年)
	合計	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
合計(A)+(B)	50,793,992	16,709,964	16,993,595	17,090,434	17,128,953	17,981,848

4) 第1号被保険者保険料の算定

標準給付見込額 + 地域支援事業費合計見込額 (令和3年度～令和5年度)  
 48,218,960 (千円) + 2,575,032 (千円) = 50,793,992 (千円)

23.0%

第1号被保険者負担分相当額 (令和3年度～令和5年度)

	11,682,618,332 円
+) 調整交付金相当額	2,483,907,272 円
-) 調整交付金見込額	3,556,500,000 円
-) 準備基金取崩額	642,000,000 円
	<b>保険料収納必要額</b> 9,968,025,604 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)	141,314 人
÷) 12か月	
	<b>介護保険料基準月額</b> 5,998 円
-----	
<b>2025年(令和7年度)の介護保険料基準月額(推計)</b>	6,906 円
<b>2040年(令和22年)度の介護保険料基準月額(推計)</b>	8,987 円

### (3) 保険料率と保険料段階

介護保険料の設定に当たっては、被保険者の負担能力に応じたより細かい段階の設定が可能となっています。本市における第8期計画における保険料の段階設定については、第7期計画に準じて、以下のように所得段階別の保険料率を設定します。

なお、第1段階～第3段階については、消費税を財源とした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としています。

図表 45 所得段階ごとの被保険者数の推計

	対象者		所得等	保険料率	令和3年度	令和4年度	令和5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	0.30	8,042	7,981	7,932	
第2段階			80万円以下	0.43	5,615	5,572	5,538	
第3段階			120万円以下	0.71	5,180	5,141	5,109	
第4段階	課税	課税	課税年金収入と、公的年金等に係る 雑所得を除く合計所得金額の合計	80万円以下	0.91	3,985	3,955	3,930
第5段階			80万円超え	1.00 (基準)	6,964	6,910	6,869	
第6段階	課税	課税	合計所得金額	120万円未満	1.18	7,796	7,737	7,689
第7段階				120万円以上 210万円未満	1.31	6,230	6,182	6,144
第8段階				210万円以上 320万円未満	1.55	2,341	2,323	2,309
第9段階				320万円以上 400万円未満	1.63	779	773	768
第10段階				400万円以上 600万円未満	1.86	698	693	689
第11段階				600万円以上	2.10	723	718	713

(人)

※ 合計所得金額は、租税特別措置法に規定される長期譲渡所得等に係る特別控除額を控除した額を用います。

※ 給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合は、最大10万円を差し引きます。

## 6. 介護給付の適正化（第5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とするサービスを過不足なく適切に提供できるよう、また、これにより、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サロン等の充実を支援するとともに、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3年度	令和4年度	令和5年度
シルバーリハビリ体操(1級指導士数)	15人	14人	17人	20人
シルバーリハビリ体操(2級指導士数)	355人	400人	420人	440人
シルバーリハビリ体操(参加者数)	25,542 人/年	27,000 人/年	28,000 人/年	29,000 人/年

※ 1級及び2級指導士数は令和2年9月末。参加者数は令和元年度延人数。

### （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、心身機能の回復や問題解決を促進す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3年度	令和4年度	令和5年度
自立支援型地域ケアの開催	未実施	5回	6回	18回

### （3）要介護認定の適正化

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

取組事項	現状	令和3年度	令和4年度	令和5年度
委託認定調査の保険者の直接実施	実施	実施	実施	実施
認定調査員の研修	実施	実施	実施	実施
ばらつきは是正(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

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。介護報酬の算定基準との整合性だけでなく、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

目指します。

取組事項	現状	令和3年度	令和4年度	令和5年度
ケアプランチェック	6年で全事業所	9事業所	9事業所	9事業所

## (5) 住宅改修・福祉用具販売等の点検

住宅改修支給申請時に、請求者宅の実態確認、工事見積書の点検等を行います。  
また、福祉用具購入支給申請時に適正であるかの内容チェックを行います。

取組事項	現状	令和3年度	令和4年度	令和5年度
申請内容のチェック	全件	全件	全件	全件
実態調査(抽出)	未実施	実施	実施	実施

## (6) 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3年度	令和4年度	令和5年度
縦覧点検・医療情報との突合	実施	実施	実施	実施

## (7) 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3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付費の通知	4回/年	4回/年	4回/年	4回/年

## (8) 事業所の指導・監査等

平成 18 年 4 月から地域密着型サービス事業所の指定・指導監査権限が市に付与されています。また、平成 30 年 4 月からは、居宅介護支援事業所の指定・指導監査権限も市に付与されました。事業所の人員・設備・運営について、条例で定めた基準に基づき、指導・監査を行います。

取組事項	現状	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実地指導(地域密着型サービス事業所)	6年で全事業所	14 事業所	14 事業所	14 事業所
実地指導(居宅介護支援事業所)	6年で全事業所	9事業所	9事業所	9事業所

別途、縣市合同実地指導も行います。



## 7. 介護サービスの質の向上と保険給付の円滑化

### (1) 自立支援型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

- 要介護状態となっても、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、また、重度化予防につながるよう、自立支援型のケアマネジメントを推進します。

#### 2) サービスを利用しない、急いで利用する必要のない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) 介護保険サービス向上のために

#### 1) 介護保険サービス事業者に対する情報提供・情報交換体制の整備

- 県が管理している「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、事業者間の情報交換やサービスの質の向上に向けた取組を促進します。

#### 2) 利用者等に対する情報提供・相談・援助体制の整備

- 「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。
- 今後も市が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、総合的な相談及び援助の窓口の拡充、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、二次的には県が位置づけられています。
- 市はサービスの利用者にとって、最も身近な行政の相談窓口であり、保険者でもあります。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・提示を求めるなどの調査を行うほか、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など9人の委員からなる「地域密着型サービス運営委員会」で協議を行います。

- ① 事業者の事業計画及び指定に関すること
- ② サービスに係る基準及び介護報酬の設定に関すること
- ③ サービスの質の確保及び運営評価に関すること

## (3) 保険料の軽減

- 人口減少・高齢化の進展に伴い、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・中所得者に対する負担の軽減を図ります。

## (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分は介護保険から給付されます。ただし、所得のほか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、市からも勸奨を行い、申請により「高額介護サービス費」を支給します。
- 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8章 計画の推進

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状況については、企画財政部、総務部、産業部、都市部に加えて、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・啓発にも努めます。
- ふれあいサロンや老人クラブなど高齢者が集う場において、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も行います。

# 参考資料

## 1. 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	令和元年12月13日 ～令和元年12月30日
2	在宅介護実態調査	令和元年12月2日～ 令和2年4月

### (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2年9月30日～10月2日
2	居住系施設等聴き取り調査	令和2年9月17日～9月30日

### (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2年7月28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2年11月4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2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3年3月3日

### (4) パブリックコメント

	項 目	日時・期間
1	パブリックコメント	令和3年1月～2月

## 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8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	岡崎 純二	因島医師会	医療分野	
4	黒瀬 濟	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	安保 圭介	尾道市地域包括ケア連絡協議会	医療分野	
7	新具 克己	広島県東部厚生環境事務所	保健分野	
8	川ノ上 千恵	尾道市保健推進員連絡協議会	保健分野	副委員長
9	信長 眞	尾道市公衆衛生推進協議会	保健分野	
10	井上 寛	尾道市社会福祉協議会	福祉分野	
11	菅近 憲文	尾道市介護支援専門員連絡協議会	福祉分野	
12	榎本 清文	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	吉原 久司	尾道市介護保険施設連絡協議会	事業者代表	
15	山中 康平	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	松井 裕子	尾道市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、五十音順)

4. 尾道市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画の策定について（諮問）

尾福高 第598号  
令和2年7月28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8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8期介護保険事業計画について（答申）

令和3年3月3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8期介護保険事業計画について（答申）

令和2年7月28日付け尾福高第598号で諮問を受けました「尾道市高齢者福祉計画及び第8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、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7期計画の基本理念を継承し、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくり施策や認知症施策の推進、介護人材確保に向けた取組の強化に加えて、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8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。

## 尾道市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画

---

発行年月：令和3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





