

江田島市高齢者福祉計画・ 第10期介護保険事業計画

－ 素 案 －

(高齢者福祉計画)

令和8（2026）年8月
広島県 江田島市

～ 目 次 ～

第1章 計画の策定に当たって	1
【1】社会的背景と趣旨	1
【2】計画の性格	2
【3】計画の期間	4
【4】本市における計画の位置付け	4
【5】計画の策定方法	5
第2章 高齢者を取り巻く現状	6
【1】人口等の動き	6
【2】要介護等高齢者の状況	11
第3章 計画の基本的な考え方	13
【1】介護保険制度の動き	13
【2】基本理念と基本目標及び課題	16
【3】施策体系	20
第4章 施策の展開	21
【基本施策1】介護予防・健康づくりと社会参加の推進	21
【基本施策2】生活支援と安心して暮らせる環境づくり	26
【基本施策3】地域包括ケアシステムの充実	30
【基本施策4】認知症施策の推進（江田島市認知症施策推進計画）	34
【基本施策5】権利擁護と虐待防止の推進	38
【基本施策6】介護人材の確保・定着と地域の担い手づくり	41
【基本施策7】介護保険事業の適正な運営	43
【基本施策8】安定的な介護サービスの提供（第10期介護保険事業計画）	46
第5章 計画の推進に当たって	47
【1】推進体制	47
【2】推進状況の進行管理	48
資料編	49
【1】各種調査結果からみた現状と課題	49
【2】高齢者福祉計画の進捗状況	79

第1章 計画の策定に当たって

【1】社会的背景と趣旨

1 計画策定の社会的背景

我が国では、総人口の減少と高齢化が進む中、高齢者を取り巻く状況は大きく変化しています。団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を迎え、今後は、令和22（2040）年を見据えながら、85歳以上の高齢者や認知症の人、医療と介護の双方を必要とする人、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加などに対応していくことが求められています。

その一方で、生産年齢人口の減少により、介護人材をはじめ、地域活動や生活支援の担い手不足が一層深刻化することが懸念されています。こうした中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、介護保険制度の持続可能性を確保しながら、地域の実情に応じた支援体制やサービス提供体制を整えていくことが重要です。

高齢化や人口減少の進み方は地域によって異なり、都市部と地方部、中山間地域や島しょ部など、それぞれの地域特性に応じた対応が求められています。

国の「第10期介護保険事業計画」（以下「第10期計画」という。）に向けた検討においても、令和22（2040）年を見据えた中長期的な介護サービスの見込量を踏まえ、都道府県と市町村が地域の現状や課題について共通の理解を図りながら、サービス提供体制の在り方を検討することの重要性が示されています。

2 計画策定の趣旨

本市では、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間を計画期間とする「江田島市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」（以下「第9期計画」という。）を策定し、地域包括ケアシステムの深化・推進をはじめ、高齢者保健福祉施策及び介護保険事業を総合的に推進してきました。

本市においては、移動や買物、通院など日常生活上の課題、認知症の人やその家族への支援、介護サービスの安定的な確保など、課題は多様化しています。今後は、介護予防、健康づくり、社会参加、生活支援、認知症施策、介護サービス基盤の確保を一体的に進め、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちづくりを推進していく必要があります。

この度、第9期計画の計画期間の満了に伴い、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの3年間における「江田島市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画」（以下「本計画」という。）を策定します。

本計画は、令和22（2040）年を見据えた中長期的な視点を持ちながら、地域共生社会の実現と地域包括ケアシステムの更なる深化・推進に向け、高齢者福祉、介護予防、認知症施策、生活支援、介護保険サービス等の充実を図るとともに、高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができるよう、必要な施策を総合的に推進するものです。

【2】計画の性格

高齢者福祉計画は、老人福祉法に基づく「老人福祉計画」であり、高齢者に対する保健、福祉事業全般を対象とする計画です。

一方、介護保険事業計画は、介護保険法に基づく「介護保険事業計画」であり、介護保険サービスに関する整備目標等を取りまとめる計画です。

また、本計画は、認知症基本法に基づく「認知症施策推進計画」を包含し、認知症の人やその家族等が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症施策を推進するための計画としても位置付けます。

高齢者福祉計画、介護保険事業計画及び認知症施策推進計画は、相互に密接に関係することから、本市では、これらを一体的な計画として策定します。

根拠法令

○ 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号） （市町村老人福祉計画）

第 20 条の 8 市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。

7 市町村老人福祉計画は、介護保険法第 117 条第 1 項に規定する市町村介護保険事業計画と一体のものとして作成されなければならない。

○ 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号） （市町村介護保険事業計画）

第 117 条 市町村は、基本指針に即して、3 年を 1 期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

6 市町村介護保険事業計画は、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に規定する市町村老人福祉計画と一体のものとして作成されなければならない。

○ 認知症基本法（令和 5 年法律第 65 号） （市町村認知症施策推進計画）

第 13 条 市町村（特別区を含む。以下この項において同じ。）は、基本計画（都道府県計画が策定されているときは、基本計画及び都道府県計画）を基本とするとともに、当該市町村の実情に即した市町村認知症施策推進計画（次項及び第 3 項において「市町村計画」という。）を策定するよう努めなければならない。

2 市町村計画は、社会福祉法第 107 条第 1 項に規定する市町村地域福祉計画、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に規定する市町村老人福祉計画、介護保険法第 117 条第 1 項に規定する市町村介護保険事業計画その他の法令の規定による計画であって認知症施策に関連する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

本計画では、高齢者福祉計画と介護保険事業計画を一体的に策定し、地域包括ケアシステムの充実に向けた取組を総合的に推進します。

本計画

「高齢者福祉計画」

（「認知症施策推進計画」を含む。）

地域における高齢者福祉事業に係る総合的な計画

- 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- 地域支援事業、健康づくりの推進
- 「認知症施策推進計画」に基づく認知症施策・権利擁護支援の推進
- 地域生活支援体制の整備
- 積極的な社会参加の促進
- 高齢者に配慮した生活環境の整備 など

地域包括ケアシステムの推進

「介護保険事業計画」

介護保険サービスの事業量や整備目標等を定める計画

- 要介護等認定者数の推移や推計
- サービスの利用状況
- 介護サービス等の確保方策
- 介護保険事業に係る費用等の見込み
- 介護保険事業の円滑な推進 など

【3】計画の期間

本計画の期間は、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの3年間と定めます。定期的に施策や事業について点検・評価を実施し、整理した課題を最終年度に次期計画へ反映します。

なお、社会情勢の変化や制度等の改正、本市の現状の変化等により、適宜、内容についての見直しを行う場合があります。

【4】本市における計画の位置付け

本計画は、本市の最上位計画である「第3次江田島市総合計画」をはじめ「江田島市第3期人口ビジョン・総合戦略」「江田島市地域福祉計画」や「江田島市障害者計画」「江田島市こども計画」等、関連する他の部門計画との整合に配慮するものです。

【上位計画】

- 第3次江田島市総合計画（令和7（2025）年度～令和16（2034）年度）
- 江田島市第3期人口ビジョン・総合戦略（令和8（2026）年度～令和12（2030）年度）



地域共生社会の実現

江田島市地域福祉計画※ （福祉の総合計画）

【高齢者】 （本計画）

- ・ 高齢者福祉計画
- ・ 介護保険事業計画

【障害のある人】

- ・ 障害者計画
- ・ 障害福祉計画
- ・ 障害児福祉計画

【こども】

- ・ こども計画

【全市民】

- ・ 健康江田島21計画

※「自殺対策計画」を含む。

【5】計画の策定方法

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の実施

市内の高齢者及び要介護等認定者を対象として、現在の生活の状況や健康の実態及び今後のニーズ等を調査し、計画策定の基礎資料とすることを目的に、アンケート調査（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）を実施しました。アンケートの内容については、国が示す「モデル調査票」に基づき、本市の独自質問を加え設計しました。

調査名称	介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象	市内に居住する 65 歳以上の市民	在宅で生活している要支援・要介護者
調査方法	郵送配布～郵送回収	面接聴取法
調査期間	令和 7（2025）年 12 月～ 令和 8（2026）年 1 月	令和 7（2025）年 12 月～ 令和 8（2026）年 2 月
配布数	1,500 人	－
回収状況	885 人（59.0％）	510 人

2 介護支援専門員及びサービス提供法人へのアンケート調査の実施

市内の事業所に勤務する（主任）介護支援専門員及び法人代表者に対し、介護現場における現状や課題、行政への要望等を把握するとともに、今後の計画づくりのための基礎資料とすることを目的として本市独自で実施しました。

調査名称	介護支援専門員（ケアマネジャー） アンケート調査	サービス提供法人アンケート調査
調査対象	市内の居宅介護支援事業所に勤務する （主任）介護支援専門員	市内に所在する介護サービス 提供法人の代表者
調査方法	居宅介護支援事業所を通じた 配布・郵送回収	郵送配布～郵送回収
調査期間	令和 8（2026）年 2 月～ 3 月	令和 8（2026）年 2 月～ 3 月
配布数	29 人	17 法人
回収状況	27 人（93.1％）	11 法人（64.7％）

3 保健福祉審議会における審議及び市民意見の反映

本計画の策定に当たっては、学識経験者をはじめ各種団体、組織の関係者などから構成される「江田島市保健福祉審議会 高齢者福祉部会・介護保険部会」に諮り、計画の原案や重要事項等を審議しました。また、計画案についてのパブリックコメント（意見公募）により、幅広く意見を募りました。

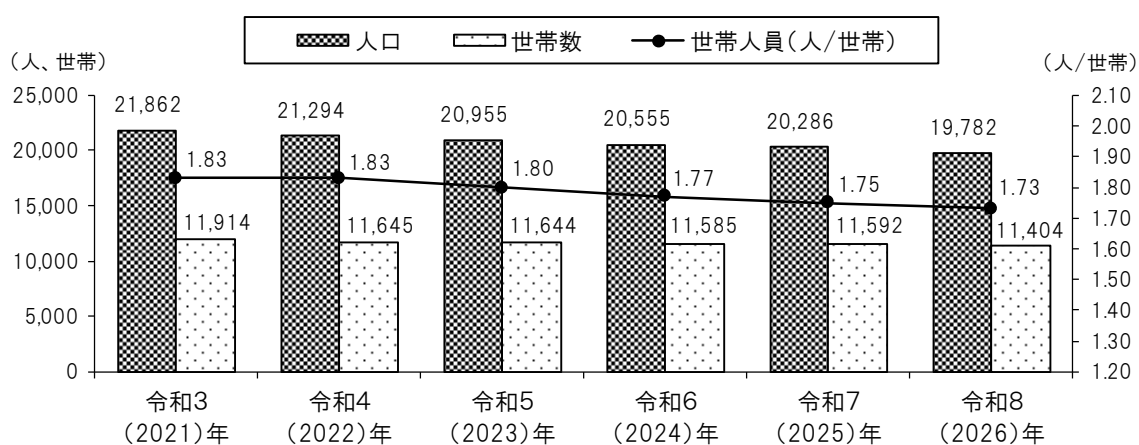
第2章 高齢者を取り巻く現状

【1】人口等の動き

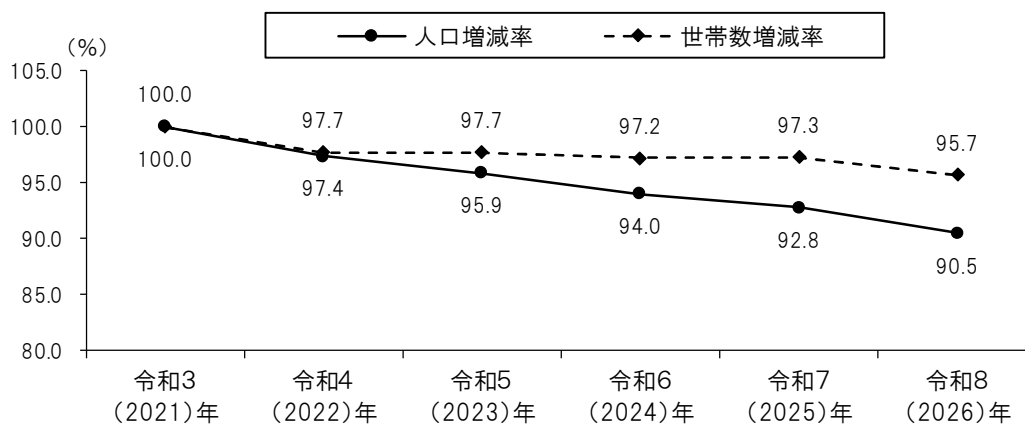
1 人口の推移

本市の人口は減少傾向にあり、令和8（2026）年3月末日現在 19,782 人（令和3（2021）年を100とした場合 90.5）となっています。世帯数も緩やかな減少傾向にあり、1世帯当たりの人口数を示す世帯人員は、令和3（2021）年の1.83人から令和8（2026）年で1.73人となっています。

【人口・世帯数の推移】



【人口・世帯数増減率】



注：増減率は、令和3（2021）年を100とした場合の各年の割合を示している。

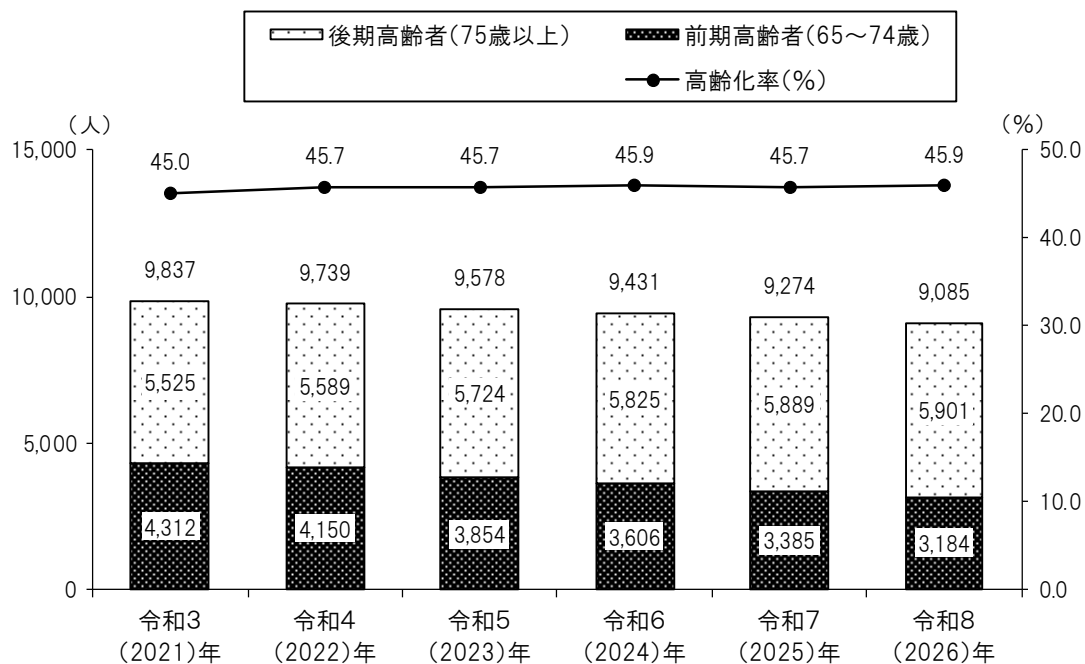
資料：住民基本台帳（各年3月末日現在）

2 高齢化の状況

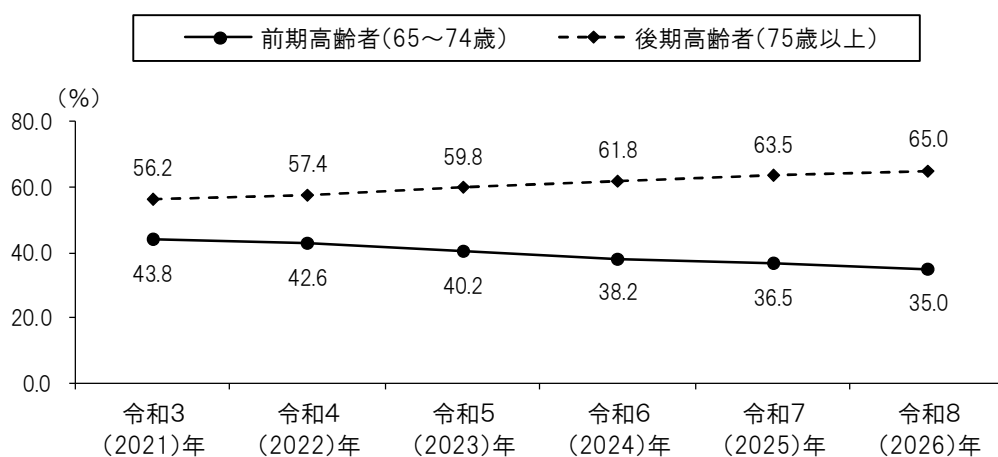
本市の高齢者人口（65 歳以上）は減少傾向にあり、令和 8（2026）年 3 月末日現在では 9,085 人、高齢化率は 45.9%となっています。また、前期高齢者（65～74 歳）は減少傾向にありますが、後期高齢者（75 歳以上）は増加傾向にあります。

令和 8（2026）年で、前期高齢者（65～74 歳）は 3,184 人（65 歳以上人口全体に占める構成比 35.0%）、後期高齢者（75 歳以上）は 5,901 人（同 65.0%）となっています。

【 高齢者人口の推移 】



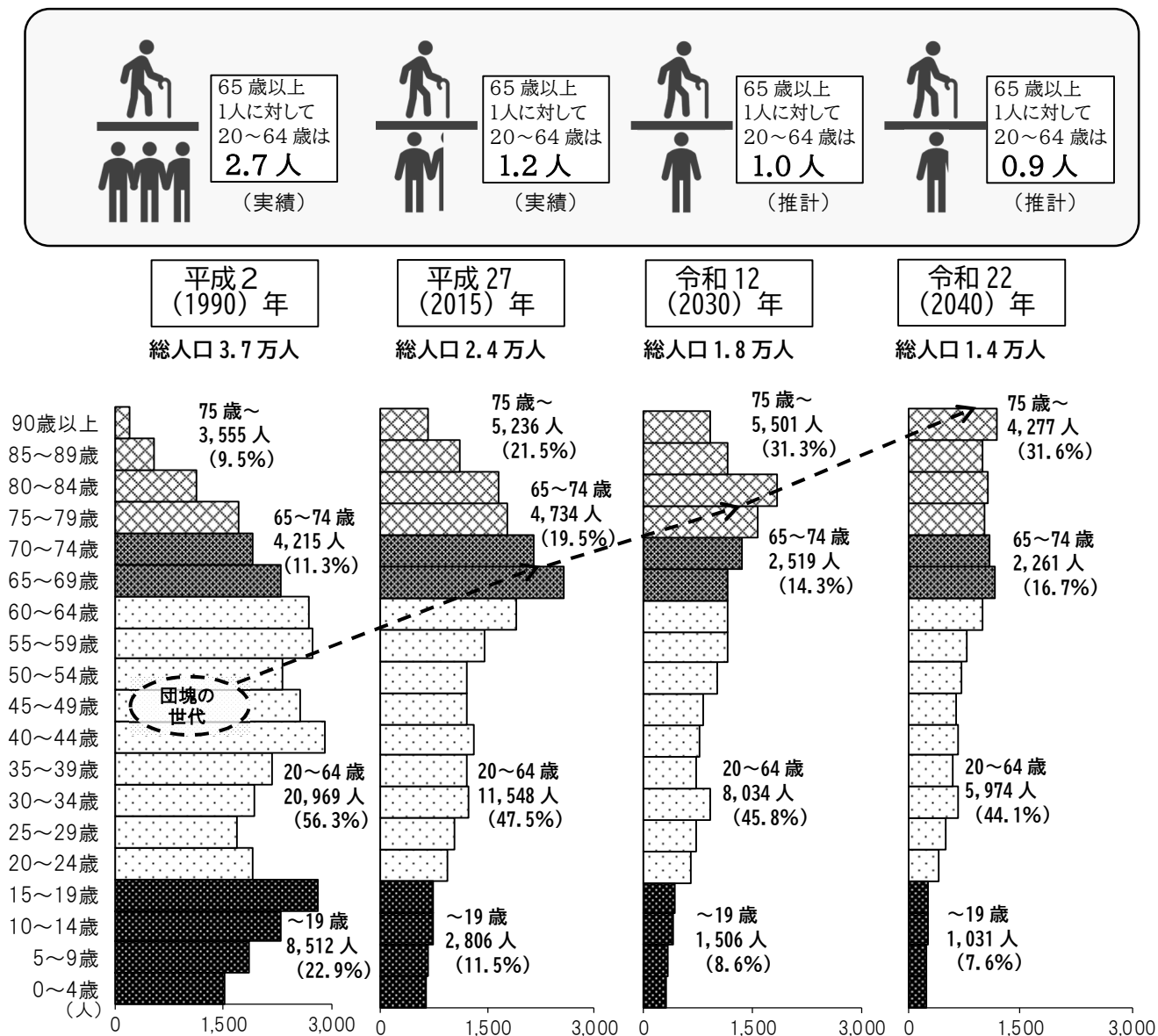
【 65 歳以上人口に占める割合 】



資料：住民基本台帳（各年 3 月末日現在）

本市の人口構造の変化をみると、平成2（1990）年は1人の高齢者を2.7人で支える構造であったものが、少子高齢化の進行により、団塊の世代が80歳以上に移行する令和12（2030）年には、1人の高齢者を1.0人で支える構造になると予測されています。

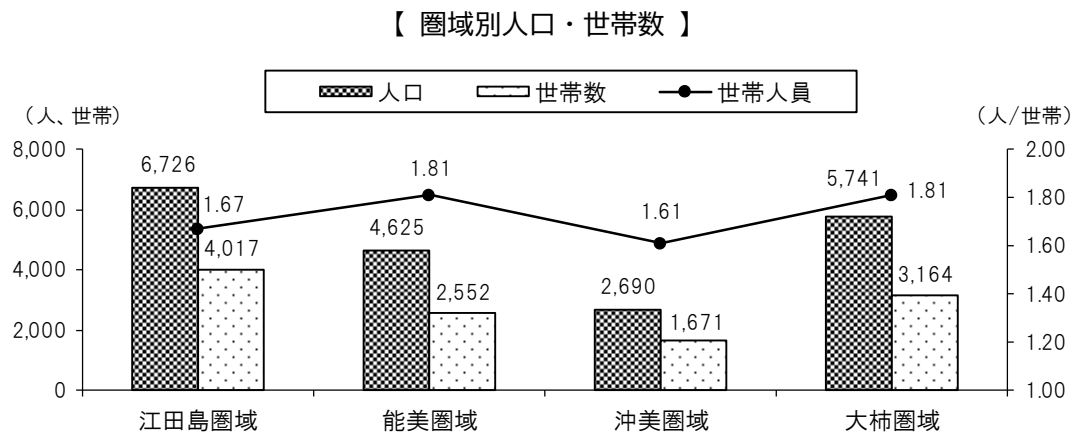
【 江田島市の人口ピラミッドの変化（1990～2040年） 】



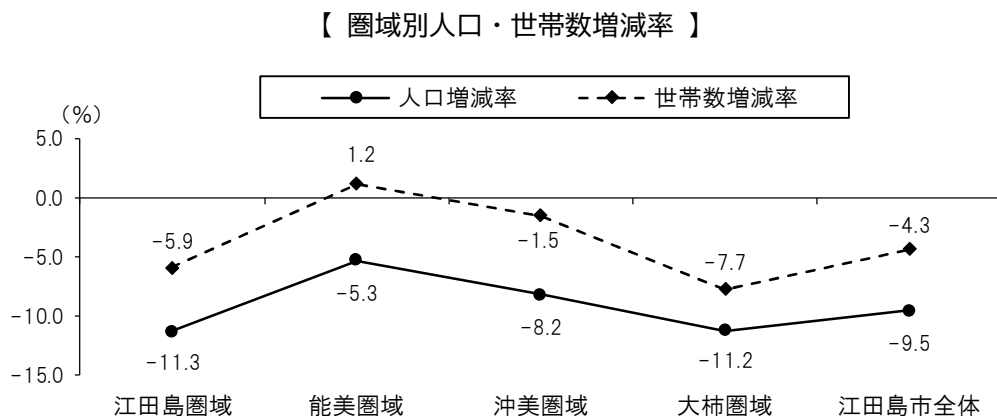
3 圏域別人口の状況

本市では、日常生活圏域として江田島・能美・沖美・大柿の4つの圏域（合併前旧町単位）を設定しています。人口及び世帯数は、江田島圏域が6,726人、4,017世帯と最も多く、沖美圏域が最も少なくなっています。

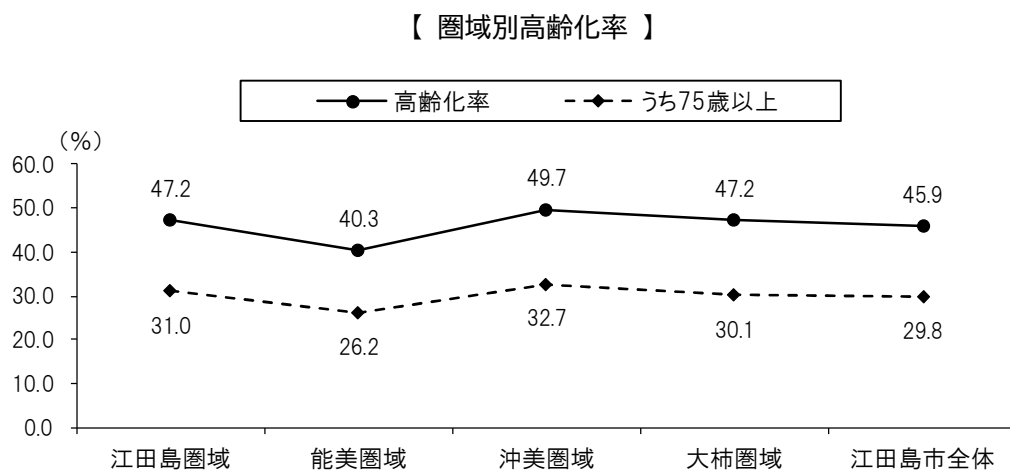
人口は全ての圏域で減少していますが、能美圏域では世帯数が増加しています。高齢化率は、沖美圏域で最も高くなっています。



資料：住民基本台帳（令和8（2026）年3月末日現在）



注：増減率は、令和3（2021）年から令和8（2026）年にかけての増減割合



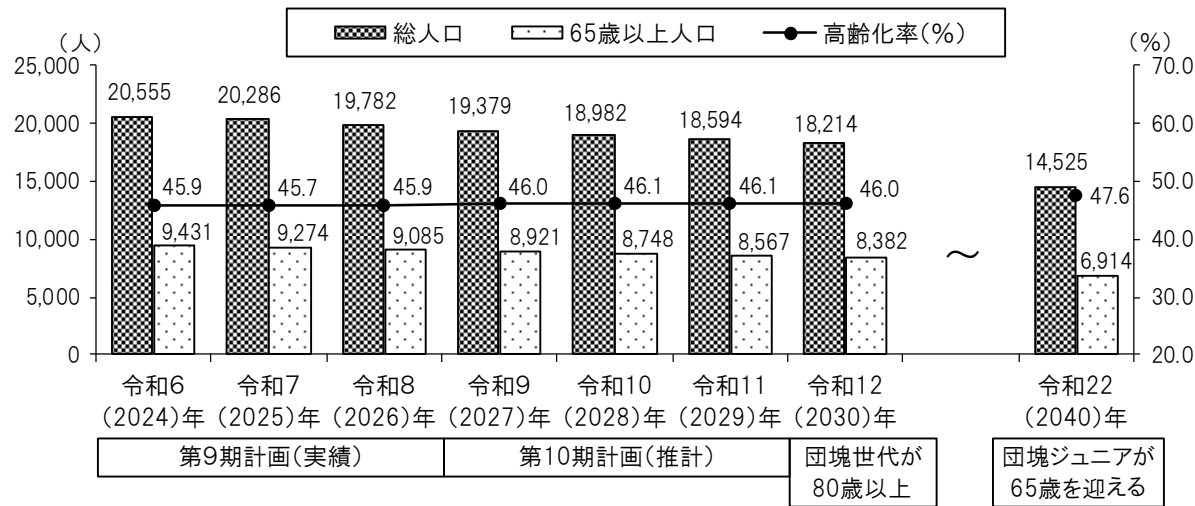
資料：住民基本台帳（令和8（2026）年3月末日現在）

4 高齢者人口の将来推計

本計画期間（第10期）における本市の今後の人口動向について、コーホート要因法※による推計結果では、本市全体の人口は減少が続きます。

一方、高齢者の人口も緩やかな減少で推移すると予測されていますが、将来的な人口減少に伴い、高齢化率は増加すると予測されています。

【 人口の将来推計 】



	実績←			→推計				
	令和6 (2024)年	令和7 (2025)年	令和8 (2026)年	令和9 (2027)年	令和10 (2028)年	令和11 (2029)年	令和12 (2030)年	令和22 (2040)年
総人口(人)	20,555	20,286	19,782	19,379	18,982	18,594	18,214	14,525
65歳以上人口(人)	9,431	9,274	9,085	8,921	8,748	8,567	8,382	6,914
高齢化率(%)	45.9	45.7	45.9	46.0	46.1	46.1	46.0	47.6

資料：令和6（2024）年～令和8（2026）年は住民基本台帳（各年3月末日現在）
令和9（2027）年以降はコーホート要因法※による推計（令和8（2026）年4月推計）

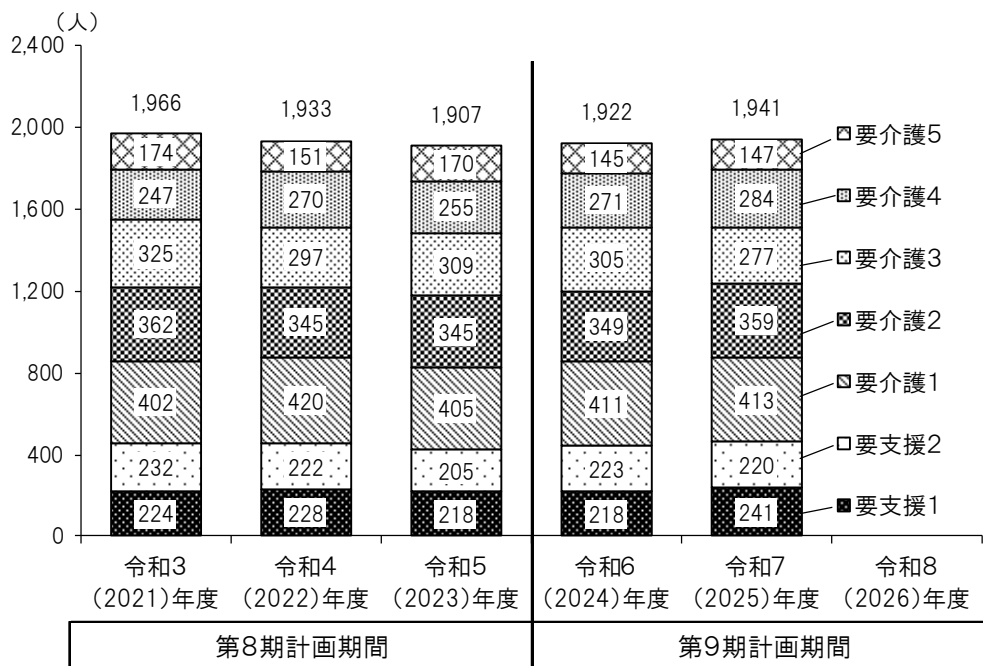
※ ある年の性別・年齢別人口を基準として、出生、死亡、移動といった人口変動要因について将来の仮定値を設定し、各年齢層の加齢に伴う変化を計算することで、将来人口を推計する方法のこと。

【2】要介護等高齢者の状況

1 要介護等認定者数

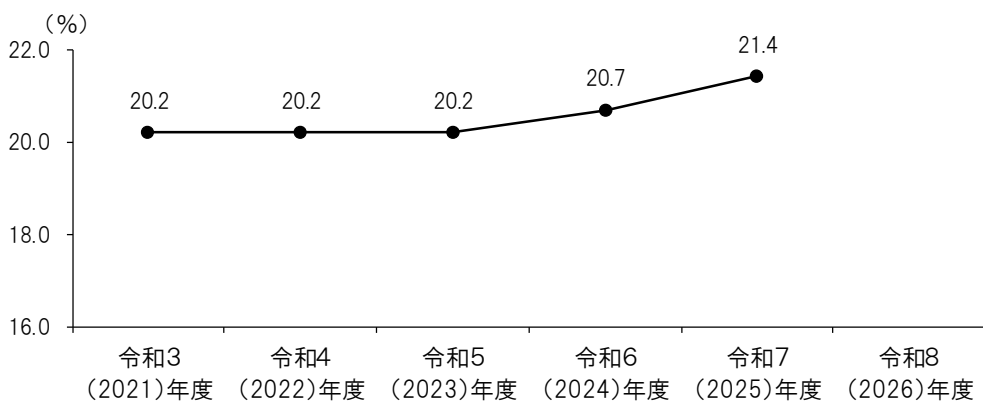
本市の要介護等認定者数は減少傾向にありましたが、令和6（2024）年度に増加に転じ、令和7（2025）年度では1,941人となっています。また、要介護等認定率は、横ばいで推移していましたが、令和6（2024）年度以降、増加傾向にあり、令和7（2025）年度は21.4%となっています。

【 要介護等認定者数の推移 】



注：要介護等認定者数は、第1号被保険者数
資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

【 要介護等認定率の推移 】



注：要介護等認定率＝第1号認定者数÷第1号被保険者数
資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

2 圏域別要介護等認定者数

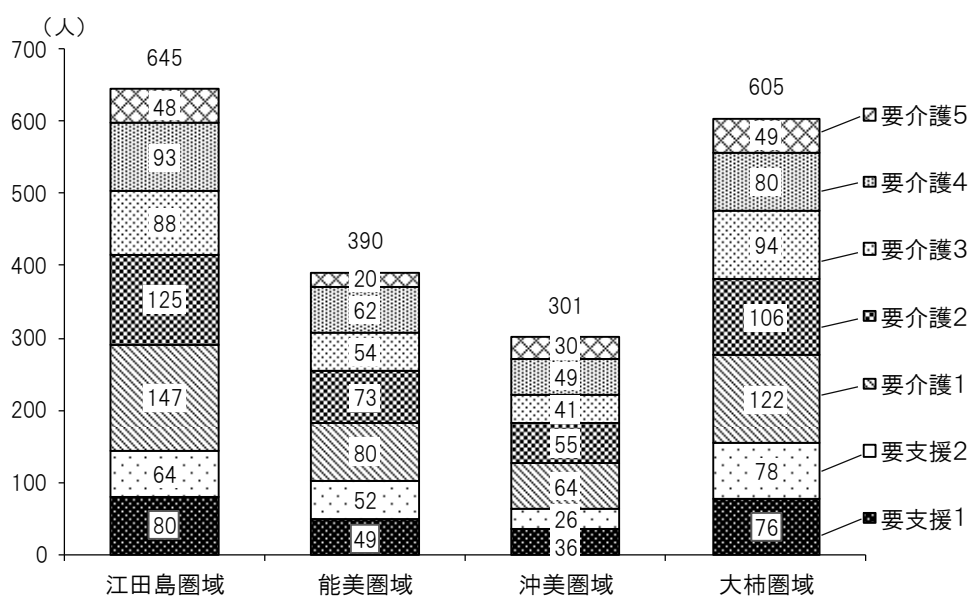
圏域別に要介護等認定率をみると、おおむね2割前後となっており、江田島圏域では20.3%と低くなっています。

【 圏域別認定者数 】

	江田島圏域	能美圏域	沖美圏域	大柿圏域
要介護等認定者数(人)	645	390	301	605
要介護等認定率(%)	20.3	20.9	22.5	22.3

資料：高齢介護課（令和8（2026）年3月末日現在）

【 圏域別要介護度別認定者数 】



資料：高齢介護課（令和8（2026）年3月末日現在）

第3章 計画の基本的な考え方

【1】介護保険制度の動き

1 介護保険事業計画の策定の流れ

介護保険制度は、平成12（2000）年の創設以降、介護が必要な高齢者の暮らしを社会全体で支える仕組みとして定着してきました。一方で、総人口の減少と高齢化が進む中、介護ニーズの増加、介護人材の不足、地域におけるサービス提供体制の確保など、制度を取り巻く課題は大きく変化しています。

これまでの介護保険事業計画では、サービス基盤の整備、介護予防の推進、地域包括ケアシステムの推進、介護人材の確保や介護現場の生産性向上など、それぞれの時期に応じた取組が進められてきました。

第10期計画においては、令和22（2040）年を見据え、中長期的な人口動態や介護ニーズを踏まえたサービス提供体制の確保、介護人材の確保・定着、介護現場の生産性向上、医療・介護連携、生活支援体制の充実、認知症施策の推進などに取り組むことが求められています。

これまでの介護保険事業計画の主な流れは、次のとおりです。

【 介護保険事業計画の策定の流れ 】

第1期（平成12～14年度）

・ 介護保険制度の導入・老人保健福祉計画と一体策定

第2期（平成15～17年度）

・ 介護保険制度の定着・サービス基盤の整備

第3期（平成18～20年度）

・ 新予防給付、地域包括支援センター、地域支援事業、地域密着型サービスの導入・高齢者医療確保法施行による特定健診の導入、老人保健事業の健康増進事業への移行

第4期（平成21～23年度）

・ 団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を見据えた取組
・ 平成26年の医療・介護制度改正
・ 在宅医療・介護連携、介護予防・日常生活支援総合事業、認知症施策の強化

第5期（平成24～26年度）

第6期（平成27～29年度）

・ 地域包括ケアシステムの推進・介護保険制度の持続可能性の確保に向けた取組

第7期（平成30～令和2年度）

・ 介護予防・健康づくりの推進・地域共生社会の実現に向けた体制づくり・認知症の人との共生と予防の推進・持続可能な制度の再構築と介護現場の革新

第8期（令和3～5年度）

・ 団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を迎える中での取組・地域包括ケアシステムの充実・介護サービス基盤の計画的な整備・介護人材の確保及び介護現場の生産性向上等の推進

第9期（令和6～8年度）

【 本計画 】

第10期（令和9～11年度）

・ 令和22（2040）年を見据えたサービス提供体制の確保
・ 介護人材の確保・定着と介護現場の生産性向上
・ 医療・介護連携、生活支援、認知症施策の推進
・ 地域の実情に応じた持続可能な介護保険制度の運営

2 第10期計画の基本指針

国においては「介護保険法」第116条の規定に基づき「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（以下「基本指針」という。）を定め、市町村は、この基本指針に即して3年を1期とする介護保険事業計画を定めることとされています。

【参考／国が示す第10期介護保険事業計画における見直しのポイント（案）】

1 地域の実情に応じた介護サービス提供体制の確保

- 令和22（2040）年を見据えた中長期的な人口動態や介護ニーズの把握
- 地域のサービス需要の変化を踏まえた介護サービス基盤の維持・確保
- 必要に応じた都道府県の関与や近隣市町村を含めた広域的な検討
- 医療計画等との整合を踏まえた医療・介護連携の推進

2 地域包括ケアシステムと地域共生社会の推進

- 介護予防・日常生活支援総合事業の充実
- 生活支援体制整備、地域ケア会議、地域づくりとの連携
- 複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の充実
- 高齢者の住まいと生活支援の一体的な推進

3 介護人材の確保及び介護現場の生産性向上

- 介護人材の確保・定着に向けた取組
- 介護現場の業務改善、ICTや介護ロボット等の活用
- 働きやすい職場環境の整備、ハラスメント対策
- 介護事業所の経営状況やサービス提供体制の把握

4 家族介護者への支援と権利擁護等の推進

- 介護に取り組む家族等への支援
- 高齢者虐待防止対策の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 災害・感染症対策に係る体制整備

5 認知症施策の推進

- 「認知症基本法」及び「認知症施策推進基本計画」を踏まえた施策の推進
 - 認知症の人や家族等への相談支援体制の充実
 - 認知症の人の社会参加、意思決定支援、権利利益の保護
 - 地域における見守り、理解の促進、バリアフリー化の推進
-

3 認知症基本法と市町村認知症施策推進計画について

「認知症基本法」は、認知症の人を含めた国民一人ひとりが、相互に人格と個性を尊重しながら支え合い、共生する活力ある社会の実現を推進することを目的としています。

同法では、市町村は、国の「認知症施策推進基本計画」及び「都道府県認知症施策推進計画」を基本として「市町村認知症施策推進計画」を策定するよう努めなければならないとされています。

本計画では「認知症基本法」の趣旨を踏まえ、認知症の人やその家族等が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進するため「市町村認知症施策推進計画」を包含するものとして策定します。

【 認知症基本法における基本的施策 】

-
- 認知症の人に関する国民の理解の増進等
 - 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
 - 認知症の人の社会参加の機会の確保等
 - 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護
 - 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
 - 相談体制の整備等
 - 研究等の推進等
 - 認知症の予防等
-

【2】基本理念と基本目標及び課題

1 基本理念

本計画の理念は、本市の福祉分野の上位計画である「江田島市地域福祉計画」の理念、「“お互いさま” でつながる 新たなえたじまコミュニティ 一人ひとりが自分らしく輝き 共に生きるまち・えたじま」を第9期計画に引き続き、基本理念として掲げます。

また、目指す姿についても、第9期計画を継承し「住み慣れた地域で安心できる暮らしの実現」を掲げます。

令和22(2040)年を見据えながら、地域包括ケアシステムの充実、介護予防、生活支援、認知症施策、介護サービス提供体制の確保等を進め、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることを目指します。

【 基本理念と目指す姿 】

“お互いさま” でつながる 新たなえたじまコミュニティ
一人ひとりが自分らしく輝き 共に生きるまち・えたじま

目指す姿 ～ 住み慣れた地域で安心できる暮らしの実現 ～

2 基本目標

本計画では、基本理念及び目指す姿の実現に向けて、本市の課題を踏まえ、次の3つの基本目標を定めます。

第9期計画に引き続き、基本目標Ⅰ「健康で生きがいのある暮らしの実現」に介護予防・健康づくりや社会参加、生活支援、住まい、移動、防災等の取組を位置付け、新たに基本目標Ⅱ「地域で支え合い、安心して暮らせる支援体制の実現」に、相談支援、多職種連携、認知症施策、権利擁護、介護人材の確保等の取組を位置付けます。

また、介護保険制度の適正な運営と、必要な介護サービスを安定的に提供する体制の確保については、引き続き基本目標Ⅲ「適切に介護サービスを利用できる暮らしの実現」として位置付けます。

これら3つの基本目標に基づき、地域の実情に応じた施策を総合的に推進し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまちづくりを進めます。

基本目標Ⅰ 健康で生きがいのある暮らしの実現

高齢者が生涯にわたって自分らしく健康で生きがいを持って暮らすことができるよう、介護予防・フレイル予防、健康づくり、社会参加、生きがいづくりを推進します。また、住み慣れた地域での生活を支えるため、生活支援体制の充実、安心して暮らせる住まいの確保、移動しやすい環境づくり、防災・感染症対策等を進めます。

基本目標Ⅱ 地域で支え合い、安心して暮らせる支援体制の実現

高齢者やその家族が、複雑化・複合化する課題を抱えた場合でも、身近な地域で相談し、必要な支援を受けることができるよう、地域包括ケアシステムの充実を図ります。また、医療・介護連携、認知症施策、権利擁護・虐待防止、介護人材の確保・定着、地域の担い手づくりを進め、地域全体で支え合う体制づくりを推進します。

基本目標Ⅲ 適切に介護サービスを利用できる暮らしの実現

介護が必要になった場合でも、本人や家族が必要なサービスを適切に選択し、安心して利用できるよう、介護保険事業の適正な運営を図ります。また、介護サービスの需要と供給のバランスを踏まえながら、在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス等の提供体制を確保し、持続可能で安定的な介護保険制度の運営に努めます。

3 本市の主な課題

本計画の策定に当たっては、人口や高齢化の状況、要介護等認定者数の推移、アンケート調査結果、これまでの取組の振り返り等を踏まえ、本市の現状と課題を整理しました。

ここでは、計画全体の方向性を明らかにするため、これらの結果から見えてきた課題を要約し、今後重点的に取り組むべき主な課題として整理します。

【本市の主な課題（要約）】

1 介護予防・フレイル予防と社会参加の促進

- 心身の状態に応じた介護予防・健康づくりの取組の充実
- 通いの場、趣味・生きがい活動、地域活動など、高齢者が身近な地域で参加しやすい場づくり



基本目標Ⅰ 基本施策 1

2 住み慣れた地域で暮らし続けるための生活支援と移動手段の確保

- ごみ出し、家事、買物、通院の付き添いなど、日常生活を支える身近な支援の充実
- 移動手段の確保、免許返納後の支援、公共交通の充実



基本目標Ⅰ 基本施策 2

3 複雑化する支援ニーズに対応する相談支援と多職種連携の強化

- 地域包括支援センターを中心とした相談支援、困難事例対応、ケアマネジャー支援の充実
- 医療・介護・福祉・地域団体等の連携の強化と、地域資源・インフォーマルサービスの情報共有



基本目標Ⅱ 基本施策 3

4 認知症への不安に対応する本人・家族支援と地域の理解

- 認知症の早期発見・早期対応、相談窓口や支援制度の周知の充実
- 認知症本人とその家族への支援、地域での見守り、認知症バリアフリーの推進



基本目標Ⅱ 基本施策 4

5 判断能力の低下や介護負担に配慮した権利擁護・虐待防止

- 成年後見制度や日常生活自立支援事業等の周知・利用促進
- 高齢者虐待の防止・早期発見、権利擁護に関する市民・介護関係者への周知と関係機関の連携の強化



基本目標Ⅱ 基本施策 5

6 介護サービスを支える人材確保と地域の担い手づくり

- 介護人材の確保・定着、職場環境の改善、法人間連携、ICT・DXの活用の促進
- 地域の見守りや生活支援を担うボランティアなど、多様な担い手の育成・確保



基本目標Ⅱ 基本施策 6

7 必要なサービスにつなぐための制度運営とケアマネジメント支援

- 要介護認定、介護給付、ケアマネジメントの適正化と質の向上
- 利用者や家族が必要な支援を選択できる、分かりやすい情報提供と相談支援の充実



基本目標Ⅲ 基本施策 7

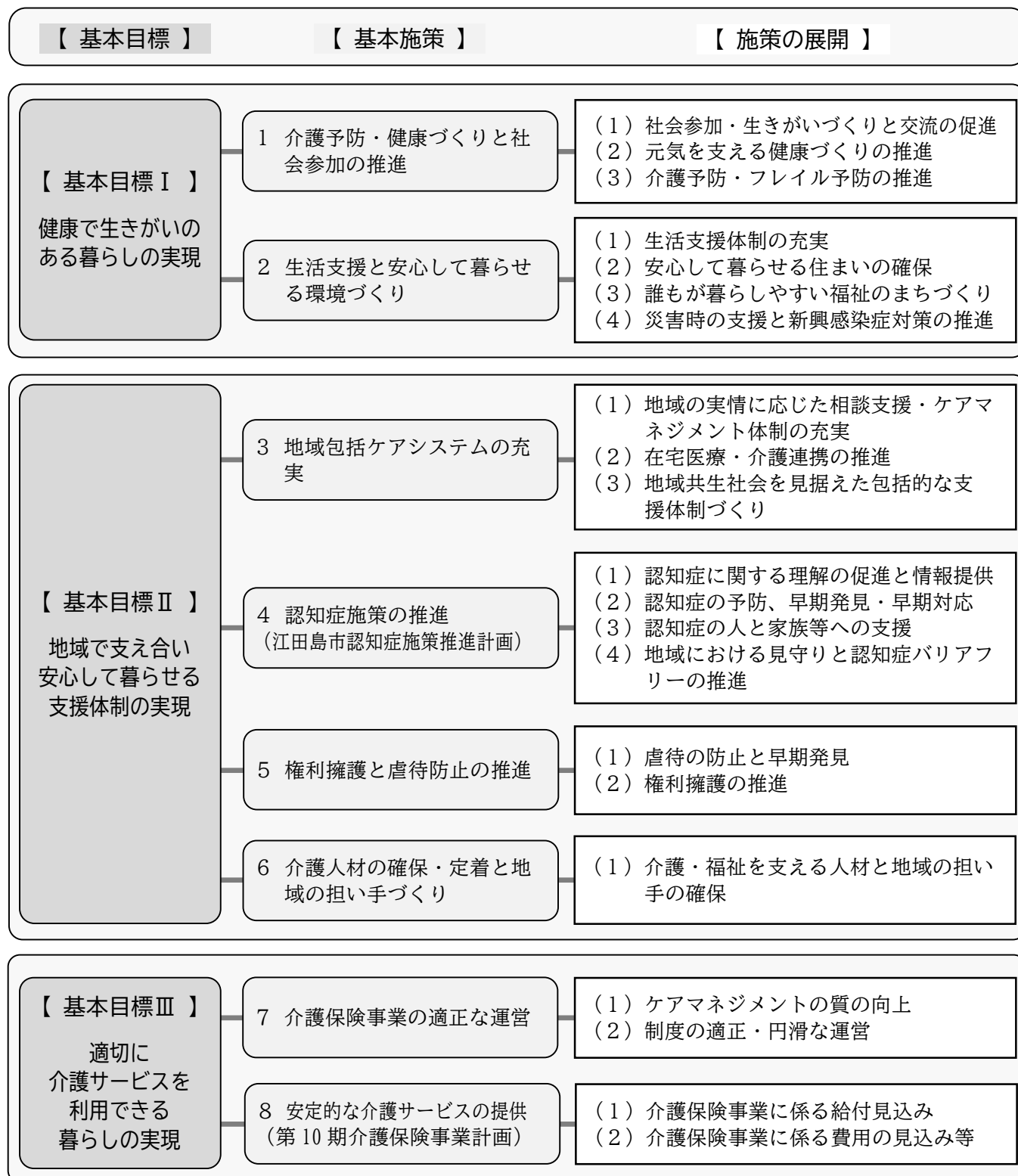
8 在宅生活の継続とサービス提供体制の安定的な確保

- 在宅生活を支える介護サービス、生活支援、家族介護者の負担軽減策の充実
- 介護サービスの需要と供給のバランスを踏まえた、在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス等の安定的な確保



基本目標Ⅲ 基本施策 8

【3】施策体系



第4章 施策の展開

基本目標Ⅰ 健康で生きがいのある暮らしの実現

【基本施策1】介護予防・健康づくりと社会参加の推進

現状と課題

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（以下「ニーズ調査」という。）では、健康状態がよいと感じる人は8割近くを占め、前回調査とほぼ同程度となっています。一方、介護・介助が必要な人では、その割合は低く、心身の状態に応じた健康づくりや介護予防の取組が必要です。

趣味がある人は6割以上、生きがいがある人は約半数を占めていますが、介護・介助が必要な人ではその割合が低い傾向がみられます。また、地域活動等への参加では、町内会・自治会の行事への参加が最も多い一方、サロン等の通いの場は前回調査をやや下回っており、活動の継続や参加の促進が課題となっています。

- ・ 介護予防・フレイル予防の観点から、住民主体の通いの場、健康づくり、運動、趣味・生きがい活動、社会参加を一体的に進める必要があります。
- ・ 年齢や心身の状態にかかわらず、身近な地域で参加できる場づくりを進めるとともに、参加者自身が地域を支える側としても活躍できる仕組みづくりが求められます。

施策の方向性

高齢者が心身の状態に応じて、身近な地域で継続的に介護予防・フレイル予防に取り組むことができるよう、住民主体の通いの場や介護予防教室、健康づくり事業等の充実を図ります。また、生涯学習、スポーツ活動、趣味・生きがい活動、就労的活動など、高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を生かしながら、地域や社会に参加できる機会づくりを進めます。

保健事業と介護予防の一体的な取組を推進し、運動、栄養、口腔、社会参加等を組み合わせた健康づくりを進めるとともに、支援が必要な高齢者を早期に把握し、必要な相談やサービスにつなぐ体制づくりに努めます。

施策の展開（１）社会参加・生きがいづくりと交流の促進

取組名	取組内容
生涯学習・スポーツ活動の促進と情報提供 (35) 生涯学習課	○ 高齢者が身近な地域で気軽に参加できるよう、高齢者大学、文化芸術活動、スポーツ活動、各種講座等の学習・活動機会の充実を図ります。 ○ 関係団体と連携しながら、市の広報紙やホームページ、SNS等を活用した情報発信に努め、新たな参加者や担い手の確保に努めます。
公共施設の有効活用 (36) 高齢介護課	○ 交流プラザ等の公共施設を、地域交流、介護予防、生きがい活動、社会参加の場として活用し、高齢者が身近な地域で活動を継続できる環境づくりを進めます。 ○ 公共施設の再編等により、従来の活動場所の確保が難しくなる場合には、関係部署や地域と連携し、活動が継続できるよう支援します。
高齢者の活躍の場の確保 (37) 高齢介護課	○ 高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を生かし、地域活動や支え合い活動、介護予防活動等に参加できるよう、活躍の場づくりを進めます。 ○ 地域での活動団体や各種団体と連携し、地域で活動する人材の育成を図り、高齢者自身の生きがいづくりと地域の担い手づくりに努めます。
シルバー人材センターへの支援 (38) 高齢介護課	○ 働く意欲のある高齢者が、経験や能力を生かして地域で活躍できるよう、シルバー人材センターの運営や会員の確保に向けた取組を支援します。 ○ 会員の高齢化や新規登録者の減少を踏まえ、関係部会や女性部会等との連携を図りながら、高齢者の就業機会の確保と社会参加を促進します。

施策の展開（２）元気を支える健康づくりの推進

取組名	取組内容
保健事業と介護予防の一体的な取組 （39）保健医療課	○ 高齢者ができる限り自立した日常生活を送ることができるよう、関係課や関係機関が連携し、保健事業と介護予防を一体的に推進します。 ○ 通いの場等を活用し、栄養、口腔、運動、社会参加などを組み合わせたフレイル予防の取組を進めるとともに、必要な人が相談や支援につながる体制づくりに努めます。
健康づくり施策との連携 （40）保健医療課	○ 「健康江田島 21 計画」に基づく健康づくりの取組と整合を図るとともに、関係部署と連携しながら、若い世代から高齢期まで、切れ目のない健康づくりを推進します。 ○ 健診結果に基づく個別の医療機関への受診勧奨や、糖尿病及び高血圧予防教室、ウォーキング教室等の取組を通じて、生活習慣病予防と介護予防・フレイル予防への関心を高めるとともに、市の広報紙やホームページ等を活用した情報発信に努めます。
健康診査・保健指導 （41）保健医療課	○ 40 歳から 74 歳までの国民健康保険被保険者を対象に、特定健康診査・特定保健指導を実施し、生活習慣病の予防及び重症化予防を図ります。 ○ 後期高齢者医療被保険者を対象に、後期高齢者健康診査を実施し、高齢期の健康状態の把握を進めるとともに、健診結果に応じて必要な保健指導、医療、介護予防の取組を進めます。 ○ 受診率の向上に向けて、前年度受診者への継続的な受診勧奨や通院中で健診を受けていない人への働き掛けなど、対象者に応じた受診勧奨を行います。

施策の展開（３）介護予防・フレイル予防の推進

取組名	取組内容
住民主体の通いの場の活動支援及び活動内容の充実 （31）高齢介護課	○ 高齢者が身近な地域で継続して介護予防に取り組むことができるよう、リハビリ専門職等が通いの場を訪問し、体操や運動、フレイル予防、認知症予防等に関する助言や支援を行います。 ○ 介護予防に効果のある地域活動に対し「え・た・じ・マイレージポイント事業」や「え・た・じ・ま・んのつどい活動助成事業」を実施し、参加意欲の向上と活動の継続を支援します。 ○ 生活支援コーディネーターが通いの場の活動状況を把握し、参加者や団体への個別支援を行うとともに、地域の実情に応じた支援体制づくりを進めます。
住民主体の通いの場の立ち上げ支援 （32）高齢介護課	○ 活動場所の確保、参加者の呼びかけ、運営方法の相談など、立ち上げ時に必要な支援を行い、住民が主体となって継続できる通いの場づくりを進めます。 ○ 地域包括支援センターを中心に、生活支援コーディネーターや関係団体等と連携し、地域の状況やニーズを踏まえながら、いきいき百歳体操やえたじまん体操の効果、運営方法等について説明し、通いの場の新規立ち上げと参加の促進に取り組みます。
介護予防普及・啓発事業 （45）高齢介護課	○ 運動機能の向上、閉じこもり予防、フレイル予防等について、市民が分かりやすく学び、実践できるよう、介護予防教室や出前講座等を実施します。 ○ 「えたじマッスル介護予防教室」等を通じて、参加者の心身の状態の確認や目標設定を行い、介護予防に継続して取り組めるよう支援します。 ○ 通いの場の参加者に対するアンケート調査や体力測定の結果、参加者の状況を活動団体へ分かりやすく伝え、活動の効果や参加者の状況を把握し、活動内容の充実、見直しや効果の検証に活用できるよう支援します。 ○ 江田島市オリジナル介護予防体操「えたじまん体操」の普及を図り、通いの場の活動内容の充実と活動の活性化に努めます。

【 通いの場所数と参加者人数 】

		第9期計画期間			第10期計画期間		
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度	令和9 (2027)年度	令和10 (2028)年度	令和11 (2029)年度
通いの場所数 (箇所)	目標値	71	71	72	75	75	75
	実績値	72	70	●	—	—	—
通いの場の人数 (人/年)	目標値	991	974	990	1,000	1,000	1,000
	実績値	1,004	993	●	—	—	—
65歳以上人口(人)		9,274	9,085	8,921	8,748	8,567	8,382
65歳以上人口に占める通いの場の人数割合(%)		10.83	10.93	●	11.43	11.67	11.93

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）、住民基本台帳（各年度末現在）

取組名	取組内容
地域リハビリテーション活動支援事業 (47) 高齢介護課	○ 高齢者の自立支援や介護予防の取組を充実するため、リハビリ専門職等が通いの場を訪問し、いきいき百歳体操等の効果的な実施方法や介護予防に関する助言を行います。 ○ 地域包括支援センターや地域包括支援センターランチ職員等に対し、体操の効果や支援のポイントに関する研修を行い、通いの場への支援の質の向上を図ります。
介護予防把握事業 (48) 高齢介護課	○ 国保データベース（KDB）等を活用し、閉じこもりや心身機能の低下が心配される高齢者、介護予防の取組が必要と考えられる高齢者の把握に努めます。 ○ 高齢者実態把握訪問や関係機関からの情報提供等により、介護予防の必要性が高い人を把握し、教室への参加を促すとともに、修了後も通いの場や地域活動への参加につながるよう支援します。
保険者機能強化推進交付金等を活用した取組 (49) 高齢介護課	○ 保険者機能強化推進交付金等の評価指標を踏まえ、本市の取組状況や課題を確認しながら、介護予防、自立支援、重度化防止等に関する取組の充実を図ります。 ○ 交付金等を有効に活用し、通いの場の充実、フレイル予防、生活支援体制づくりなど、地域包括ケアシステムの充実に向けた取組を進めます。

【基本施策２】生活支援と安心して暮らせる環境づくり

現状と課題

ニーズ調査では、現在の住まいで暮らし続けたい人が約８割を占め、多くの高齢者が住み慣れた地域での生活の継続を希望しています。一方、ごみ出しや家事、買物や通院の付き添いなど、日常生活を支える身近な支援へのニーズもみられます。

また、外出時の主な移動手段は自分で運転する自動車为中心であり、車への依存が大きい状況です。運転に不安を感じる人も半数以上みられることから、通院や買物等の移動手段の確保、免許返納後の支援、公共交通の充実が課題となっています。

在宅介護実態調査やケアマネジャー調査でも、外出同行、移送サービス、買物、通院、見守り、ごみ出しなどの必要性が挙げられており、在宅生活を続けるためには、介護保険サービスだけでなく、地域の支え合いやインフォーマルサービスを含めた生活支援体制の充実が必要です。

-
- ・ 生活支援コーディネーターや協議体の取組を通じて、地域資源や住民ニーズを把握し、見守りや買物、移動、通院、家事への支援など、地域の実情に応じた支援体制づくりを進める必要があります。
 - ・ 高齢者が安心して暮らせる住まいの確保をはじめ、外出しやすい環境づくり、防災・防犯、災害時の支援体制の充実を一体的に進めることが求められます。
-

施策の方向性

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、生活支援コーディネーターや協議体※を中心に、地域の生活課題や地域資源を把握し、見守り、相談支援、買物支援、移動支援など、地域の実情に応じた支援体制づくりを進めます。また、見守りが必要な一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等への支援、安心して暮らせる住まいの確保、公共施設や道路交通環境、公共交通のバリアフリー化などを通じて、高齢者が外出しやすく、地域で生活しやすい環境づくりを推進します。

さらに、防犯活動、災害時の避難体制、新興感染症を含む感染症対策を進め、平時から地域や関係機関と連携しながら、安全・安心な暮らしを支える体制の充実を図ります。

※ 生活支援コーディネーターが中心となり、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による体制整備を推進することを目的とした話し合う場

施策の展開（１）生活支援体制の充実

取組名	取組内容
生活支援コーディネーターと協議体による地域の資源づくり (13) 高齢介護課	○ 生活支援コーディネーターが中心となり、高齢者に身近な地域の生活課題や地域資源を把握するとともに、地域組織、関係機関、専門職等と情報共有し、協議の場づくりを進めます。 ○ 社会資源冊子「えたじまのくらし楽々ブック」や「イマコレ通信」等を活用し、地域の生活支援に関する情報を分かりやすく発信します。
生活支援サービスの提供 (43) 高齢介護課	○ 高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送ることができるよう、生活支援コーディネーターや協議体を中心に、地域の実情に応じた生活支援サービスの提供体制づくりを進めます。 ○ 担い手不足や地域差などの課題を踏まえ、社会福祉協議会、地域団体、民間事業者、関係課等と連携し、新たな担い手の確保や地域で支え合う仕組みづくりを進めます。

施策の展開（２）安心して暮らせる住まいの確保

取組名	取組内容
住まいの確保への支援 (50) 高齢介護課	○ 一人暮らしに不安がある高齢者や、加齢に伴い住み替えを希望する高齢者等に対し、本人の生活状況や希望に応じて、住まいに関する相談支援を行います。 ○ 市営住宅関係部署、介護サービス事業所、関係機関等と連携し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいの確保や、必要なサービスに関する情報提供に努めます。
養護老人ホームへの措置 (51) 高齢介護課	○ 65 歳以上で、環境上の理由や経済的な理由等により居宅での生活が困難な高齢者に対し、本人の状況や住環境等を踏まえ、養護老人ホームへの入所措置を行います。 ○ 入所者の高齢化や医療的な支援の必要性の高まり、親族や身元引受人がいない場合などの生活上の課題を踏まえ、施設や関係機関と連携を図りながら、入所中の支援や必要な調整を行います。

施策の展開（３）誰もが暮らしやすい福祉のまちづくり

取組名	取組内容
ユニバーサルデザインのまちづくり (54) 都市整備課	○ 高齢者や障害のある人、こどもをはじめ、誰もが安全で快適に暮らすことができるよう、ユニバーサルデザインの考え方に基づき、公共施設等の生活空間のバリアフリー化を推進します。 ○ 公園等については、利用状況や地域のニーズを踏まえ、周辺自治会等との合意形成を図りながら、必要に応じた再編や整備、適切な維持管理を行い、高齢者をはじめ地域住民が利用しやすい環境づくりに努めます。
道路交通環境の整備 (55) 建設課	○ 道路の段差解消や安全な道路交通環境の整備に努め、高齢者や障害のある人等の外出時の安全確保を図ります。 ○ 道路や交通安全施設については、点検、巡視、修繕等を行うとともに、災害の発生や老朽化を踏まえ、必要に応じた修繕や長寿命化対策を進め、安全な通行環境の確保に努めます。
公共交通機関のバリアフリー化の促進 (56) 企画振興課	○ 高齢者や障害のある人等が公共交通を利用しやすいよう、バス車両の更新に合わせて、ノンステップバス等の低床車両への移行を進めます。 ○ 船舶についても、更新時期に合わせてバリアフリー対応を進め、誰もが安全で利用しやすい公共交通環境の整備に努めます。 ○ 公共交通事業者と連携しながら、車両や船舶の計画的な更新を進め、移動しやすい環境づくりを促進します。
地域の防犯活動の推進 (57) 危機管理課	○ 市民生活における身近な犯罪の防止や犯罪が発生しにくい環境づくりを進めるため、江田島警察署、市防犯連合会、自治会等の関係機関・団体と連携し、防犯活動を推進します。 ○ 特殊詐欺や消費者トラブルの手口が複雑化していることを踏まえ、市の広報紙やホームページ、街頭啓発等を通じて、被害防止に向けた情報発信を行います。 ○ 消費生活相談や消費者トラブルへの対応を適切に行うとともに、関係機関と連携し、市民の安全・安心な暮らしの確保に努めます。

施策の展開（４）災害時の支援と新興感染症対策の推進

取組名	取組内容
避難体制等の整備 (58) 危機管理課	○ 防災行政無線、Ｌアラート、メール配信、ＦＡＸ、防災アプリ、ＳＮＳ等の多様な手段を活用し、災害時に必要な情報を速やかに伝達します。 ○ 災害時に特に支援が必要な人について、福祉部門が中心となって名簿を作成し、福祉専門職等の協力を得ながら、個別避難計画の作成に努めます。 ○ 高齢者等が確実に防災情報を入手できるよう、防災情報の入手手段の周知を図るとともに、避難所ニーズに応じた備蓄品等の整備・更新、福祉避難所への受入体制の整備を進め、災害時に支援が必要な人が安心して避難できる環境づくりを図ります。
新興感染症を含む感染症の感染拡大防止 (59) 保健医療課	○ 新型インフルエンザ等感染症の新興感染症を含む感染症の拡大は、高齢者や要介護認定者等の生活に大きな影響を及ぼすことから、国や県の方針に沿って、迅速かつ的確な対策や支援の実施に努めます。 ○ 市行動計画の改定を踏まえ、平時から感染症への備えを進めるとともに、関係機関との連携体制や役割分担の確認、事業者等との情報共有や研修等を通じて、感染症流行時にも医療・介護・生活支援等の必要なサービスが継続できる体制づくりを進めます。

【基本施策3】地域包括ケアシステムの充実

現状と課題

ケアマネジャー調査では、必要なサービスを提供したくても、地域の提供体制不足や利用者の経済的事情が障壁となる状況がみられます。また、医療機関との連携や地域資源・インフォーマルサービスの情報共有など、利用者の生活全体を支えるための多職種連携の強化が求められています。

地域包括支援センターには、困難事例への支援や情報提供をはじめ、医療・介護・福祉等の関係機関をつなぐ役割が求められています。また、ケアマネジャー自身も、多職種での事例共有や勉強会、地域の見守りや支え合い、在宅医療・介護の連携などに取り組む意向を示しており、関係機関が連携する場の充実が必要です。

- ・ 地域包括支援センターを中心に、総合相談支援、困難事例への対応、ケアマネジャー支援、地域ケア会議の充実を図るとともに、医療・介護・福祉・地域団体等との連携を強化する必要があります。
- ・ 介護保険サービスだけでは対応しきれない生活課題に対して、地域資源やインフォーマルサービスの情報を把握・共有し、多職種連携と地域の支え合いを組み合わせた地域包括ケアシステムの充実が求められます。

施策の方向性

高齢者本人や家族が、身近な地域で相談し、必要な支援を受けることができるよう、地域包括支援センター及び地域包括支援センターブランチを中心とした総合相談支援体制の充実を図ります。

また、ケアマネジャーへの支援、地域ケア会議の活用、多職種による支援方針の検討等を通じて、高齢者の自立支援や重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上を図ります。

在宅医療・介護連携については、医療・介護資源の把握、関係者間の情報共有、相談支援、研修等を通じて、在宅療養や退院後の生活を支える体制づくりを進めます。

併せて、地域共生社会の実現を見据え、関係課や関係機関が連携し、複雑化・複合化する課題に対応できる包括的な支援体制づくりを推進します。

施策の展開（１）地域の実情に応じた相談支援・ケアマネジメント体制の充実

取組名	取組内容
総合相談支援の充実 (1) 高齢介護課	○ 地域包括支援センター及び地域の身近な相談窓口である地域包括支援センターランチにおいて、高齢者本人や家族、民生委員・児童委員、近隣住民等からの相談を受け、心身の状況や生活実態を把握しながら、支援体制の人的ネットワーク化や見守り体制構築等、必要な支援を行います。 ○ 相談内容に応じて、介護保険サービス、保健・福祉サービス、医療機関、関係機関等につなぐとともに、複雑化・複合化した相談にも対応できるよう、職員間や委託先との情報共有、支援方針の確認を行います。
包括的・継続的ケアマネジメント業務の推進 (2) 高齢介護課	○ ケアマネジャー等に対し、ケアプラン作成技術への助言や支援困難事例への相談支援を行います。 ○ ケアマネジャーが、利用者の状態や生活課題に応じた適切な支援を行うことができるよう、介護・福祉・保健・医療等の関係機関と連携し、包括的・継続的なケアマネジメントを支援します。 ○ 地域ケア個別会議の周知を図り、必要に応じて柔軟に開催することで、個別課題の整理や関係機関との連携を進めます。
専門職の資質の向上 (4) 高齢介護課	○ 要支援１・２のケアプランについて、自立支援、介護予防の観点から、歯科医師、薬剤師等の多職種から専門的な助言を得ながら、自立支援型地域ケア個別会議を開催し、ケアマネジメントやケアの質の向上を図ります。 ○ 自立支援型ケア個別会議で検討した事例がその場限りとならないよう、事例の振り返りや検討内容の積み上げを行い、継続的な支援を行います。 ○ 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントにおいて、対象者の状態や生活環境を踏まえたケアプランを作成し、自立した生活を送ることができるよう支援します。

【 地域ケア個別会議 】

		第9期計画期間			第10期計画期間		
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度	令和9 (2027)年度	令和10 (2028)年度	令和11 (2029)年度
開催回数(回/年)	目標値	11	14	15	10	10	10
	実績値※	4	3	7	—	—	—

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）

※令和8（2026）年度は見込み値（以下同様）

施策の展開（２）在宅医療・介護連携の推進

取組名	取組内容
地域の医療・介護の資源の把握や情報共有 (5) 高齢介護課	○ 医療機関、介護サービス事業所、相談窓口等の情報を整理した「医療介護資源マップ」を定期的に更新し、地域包括支援センターの窓口への設置、関係機関への配布、市ホームページへの掲載等により、地域資源の周知を図ります。 ○ 医療・介護関係者が利用者の状態や支援方針を共有し、円滑に連携できるように、医療・介護双方の実態把握を通じて、情報共有の仕組みづくりを検討します。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討及び提供体制の整備 (6) 高齢介護課	○ 市内に２つの医師会圏域があることや、地域保健対策協議会の医療・介護関係者が情報共有する場が限られている状況を踏まえ、既存会議の役割を整理しながら、在宅医療・介護連携に関する課題を共有し、介護専門職と医療職が連携を図る場づくりを検討します。 ○ 地域包括支援センターで担当する個別事例や相談対応を通じて、退院調整や在宅療養に関する課題を把握し、市内外の医療機関をはじめとする関係機関と情報を共有しながら、ニーズに応じた医療・介護連携の体制の整備を目指します。
在宅医療・介護連携に関する相談支援及び支援体制の連携強化 (9) 高齢介護課	○ 地域包括支援センターにおいて、地域の医療・介護関係者等からの相談に応じ、専門職を支援します。 ○ 医療・介護関係の専門職がチームで充実したケアを実施できるよう、専門職を対象とした多職種連携研修会を開催し、医療・介護専門職のスキルアップを図るとともに、市内の現状把握や課題の抽出を行いながら、研修の充実を図ります。
地域住民への人生会議ノート（ACP）の普及・啓発 (11) 高齢介護課	○ 人生の最終段階において、住民自身が望む医療やケアについて考え、周りの人と話し合い、共有することができるよう、江田島市版「島でねばる人生会議ノート」を活用し、ACP※の普及・啓発を行います。 ○ 住民が行った意思決定に対し、専門職が正しく理解し、尊重できるように、専門職間でも情報共有を図り、医療・介護・生活支援が切れ目なく行われるよう取り組みます。

※ Advance Care Planning（アドバンス ケア プランニング）の略称

もしもの時のために、本人が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組のこと。

施策の展開（３）地域共生社会を見据えた包括的な支援体制づくり

取組名	取組内容
高齢者等への見守り支援 (52) 高齢介護課	○ 家庭訪問や声かけ活動等を通じて、支援が必要な高齢者の把握に努めるとともに、健康状態や生活状況に応じて、継続的な見守り、通いの場への参加、相談支援等を行います。 ○ 生活支援コーディネーター等と連携し、地域で把握した個別の課題を共有しながら、地域内のネットワークづくりや相互に支え合う仕組みづくりを進めるとともに、緊急通報システム及び単身者安否確認システムの周知と活用を図ります。
地域の支援ネットワークづくり (12) 高齢介護課	○ 生活支援コーディネーター等が中心となり、地域や関係機関の多職種が行政と協働し、それぞれの得意分野や活動を生かしてネットワーク化を図ることで、相互に支え合う地域づくりを行います。 ○ 総合相談や地域ケア個別会議等を通じて把握した個別課題を関係者で共有し、地域課題として整理するとともに、地域内の課題や新たな仕組みづくりの必要性を踏まえ、ニーズに応じたネットワークづくりや地域での支え合いの仕組みづくりを進めます。
包括的な相談支援体制づくり (14) 社会福祉課	○ 高齢者や障害のある人、生活困窮者等、複合的かつ多様な課題を抱える人への包括的な相談支援を行うため、連携シートを活用した相談体制を進めます。 ○ 困難事例については、関係課や関係機関と情報共有を図りながら、必要に応じて支援会議を開催し、継続的な支援に努めるとともに、各相談窓口における職員のスキルアップを図り、相談支援体制の充実に努めます。
地域福祉の推進 (15) 社会福祉課	○ 社会福祉協議会との連携の強化をはじめ、福祉施策全体を分野横断的に包括する「江田島市地域福祉計画」に基づき、全市的に地域福祉を推進します。 ○ 生活困窮、障害、認知症など、個々のケースに応じて関係機関や地域と連携し、必要な支援に努めることで、地域福祉を推進します。

【基本施策4】認知症施策の推進（江田島市認知症施策推進計画）

現状と課題

ニーズ調査では、認知症の症状がある本人又は家族がいる人の割合が1割を超え、前回調査をやや上回っています。一方、認知症相談窓口の認知度は3割台と前回調査から大きな変化はみられません。引き続き相談窓口や支援制度の周知が必要です。

認知症に対する不安は、家事や身の回りのこと、家族や周囲への負担、外出、交流の減少、帰宅困難など、日常生活の様々な場面に及んでいます。また、在宅介護実態調査では、介護者が不安に感じることで「認知症状への対応」が最も多くなっており、認知症の人への支援とともに、家族介護者への支援が重要です。

ケアマネジャー調査では、認知症の人の在宅生活を支えるため、見守り、家族の精神的負担の軽減、早期発見・早期対応、医療機関との連携が重要とされています。

-
- ・ 「認知症基本法」及び国の「認知症施策推進基本計画」の趣旨を踏まえ、認知症の人と家族の視点を大切にしながら、正しい理解の促進、相談窓口の周知、早期発見・早期対応、認知症ケアパスの活用を推進する必要があります。
 - ・ 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症サポーター等による地域の見守り、認知症カフェ等による本人・家族支援、認知症バリアフリーの取組を進めることが求められます。
-

施策の方向性

認知症の人やその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症に関する正しい理解の普及・啓発を進めるとともに、相談窓口や支援制度、認知症ケアパスの周知などを図ります。また、通いの場や介護予防教室等を活用した認知症予防、物忘れ相談会や認知症初期集中支援チーム等による早期発見・早期対応、認知症地域支援推進員を中心とした支援体制の充実を図ります。

さらに、認知症カフェ、チームオレンジ※、認知症サポーター、見守りシール事業等の取組を通じて、認知症の人と家族介護者への支援、地域での見守り、認知症バリアフリーの推進に取り組めます。

※ 認知症当事者の方やその家族のニーズ等を支援する地域住民を中心とした仕組みのこと。

施策の展開（１）認知症に関する理解の促進と情報提供

取組名	取組内容
正しい理解の普及・啓発 (18) 高齢介護課	○ 市の広報紙やホームページ、リーフレット等を活用し、認知症に関する相談窓口や支援方法について周知を図ります。 ○ 学校、地域、企業等におけるまちづくり出前講座や認知症サポーター養成講座など、あらゆる機会を通じて、認知症に対する正しい知識の普及・啓発に努めるとともに、若い頃からの啓発や多世代への周知に取り組みます。
認知症ケアパスによる周知 (19) 高齢介護課	○ 認知症の相談窓口や早期対応の方法、利用できるサービス等を掲載した「認知症いきいきガイド（認知症ケアパス）」の内容を更新し、関係機関や相談者へ配布します。 ○ 出前講座等の機会にも「認知症いきいきガイド（認知症ケアパス）」を活用し、認知症に関する相談先や支援内容について住民や関係者に分かりやすく周知するとともに、家族や医療・介護関係者等で共有し、認知症の状態に応じた支援やサービスの利用を促進します。
認知症サポーターの養成 (27) 高齢介護課	○ 認知症サポーター養成講座を開催し、認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を応援するサポーターの養成に努めるとともに、サポーターの活動の場を確保します。 ○ 認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバンメイトについて、継続して活動できる人材の確保に努めます。

【 認知症サポーター養成講座 】

		第9期計画期間			第10期計画期間		
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度	令和9 (2027)年度	令和10 (2028)年度	令和11 (2029)年度
開催回数(回/年)	目標値	4	4	4	4	4	4
	実績値	5	4	●	—	—	—
延べ参加人数 (人/年)	目標値	120	120	100	100	100	100
	実績値	110	82	●	—	—	—
サポーター養成 講座修了者の 累計(人)	目標値	1,409	1,529	1,629	1,729	1,829	1,929
	実績値※	1,394	1,556	●	—	—	—

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）

施策の展開（２）認知症の予防、早期発見・早期対応

取組名	取組内容
早期発見・早期対応 (22) 高齢介護課	○ 認知症の早期診断、早期対応ができるよう「認知症初期集中支援チーム」や「もの忘れ相談会」を活用した支援体制の構築を目指します。 ○ 住民や専門職に対する更なる周知が必要であることを踏まえ、周知方法や事業の在り方について関係者で協議するとともに、相談内容や対応状況を共有し、早期の段階から相談や支援につながる体制づくりに努めます。
認知症初期集中支援チームとの連携強化 (23) 高齢介護課	○ 専門員を有する認知症初期集中支援チームが、家族や近隣住民、専門職等からの相談に応じ、本人や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行います。 ○ 認知症の人が早期に支援を受けられるよう、もの忘れ相談会等を活用するとともに、市民や専門職への周知・啓発、相談内容や対応状況の共有を行い、早期診断・早期対応につながる支援体制づくりを進めます。
補聴器購入費助成金事業 (新規) 高齢介護課	○ 聴力の低下により日常生活に不安を感じている高齢者に対し、補聴器等の購入費用の一部を助成し、聴こえにくさによる外出や交流の機会の減少を防ぎ、社会参加や地域交流を促進することで、認知症予防やフレイル予防につなぎます。
市公式LINEを活用した認知症チェック (新規) 高齢介護課	○ 認知症が気になったときに、気軽にチェックできることで、早期発見・早期対応につなぎます。
認知症地域支援推進員の配置 (24) 高齢介護課	○ 地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人ができる限り住み慣れた地域や環境で暮らすことができるよう支援します。 ○ チームオレンジコーディネーターとして、チームの立ち上げ支援、地域の企業や事業者との連携体制づくり等を行います。

施策の展開（３）認知症の人と家族等への支援

取組名	取組内容
相談支援体制の充実 (25) 高齢介護課	○ 地域包括支援センターやランチ等、地域での相談窓口を充実させ、認知症に対する専門的な相談を行うことにより、認知症当事者を含む高齢者及び介護者への支援を充実します。 ○ チームオレンジや家族介護教室等を通じて、認知症の人や家族介護者が身近な地域で相談できる場づくりを進めます。 ○ 若年性認知症については、県若年性認知症サポートルーム等の関係機関と連携し、相談内容に応じた支援に努めます。
本人及び家族介護者に対する支援の充実 (26) 高齢介護課	○ 認知症当事者やその家族、地域住民、専門職等が集い、情報共有や相談ができる認知症カフェの運営を支援し、本人や介護者の身体的・精神的な負担の軽減を図ります。 ○ 家族会を通じて、家族介護者の精神的な負担軽減を図り、相談窓口が確保できる体制づくりを進めます。

施策の展開（４）地域における見守りと認知症バリアフリーの推進

取組名	取組内容
認知症サポーターの活動への支援 (28) 高齢介護課	○ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、認知症サポーターが認知症カフェをはじめ、様々な場で活躍できる環境づくりに努めます。 ○ チームオレンジとして活動できるよう、認知症カフェとも連携しながら活動場所を検討するとともに、認知症サポーター養成講座の修了者が具体的な活動につながるよう、講座内容の工夫や相談体制づくりを進めます。
認知症の人に対する見守り支援 (30) 高齢介護課	○ 江田島警察署と締結した「認知症高齢者等の支援に係る相互連携協定」に基づき、認知症のおそれのある高齢者等の情報提供があった場合は、必要な支援を行います。 ○ 徘徊高齢者の実態や地域の個別事例を踏まえ、早期発見・保護の仕組みや地域の特性に応じた個別支援ネットワークの構築に取り組むとともに、「どこシル伝言板システム」を活用した「認知症高齢者等見守りシール事業」を推進し、制度の周知と登録者の増加に努めます。

【基本施策5】権利擁護と虐待防止の推進

現状と課題

高齢化の進行に伴い、判断能力の低下により、金銭管理や契約、福祉サービスの利用手続きなど、日常生活上の支援を必要とする高齢者の増加が見込まれます。本人の意思を尊重しながら、安心して必要な支援につながるができるよう、権利擁護支援の充実が求められます。

ニーズ調査では、介護が必要になった場合の不安として、家族への負担や緊急時の対応への不安などが挙げられており、本人と家族の双方を支える視点が重要です。こうした不安や介護負担の増大、世帯が抱える課題の複雑化を踏まえ、高齢者虐待の未然防止、早期発見、早期対応の体制を整える必要があります。

法人調査では、サービスの質の向上に向けて、身体拘束など虐待を減らす取組や権利擁護の充実が上位に回答されており、介護サービス提供の現場においても、権利擁護や虐待防止への意識が重要となっています。

-
- ・ 判断能力が十分でない高齢者等の権利を守るため、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の周知及び利用促進を図り、本人の意思を尊重した支援を進める必要があります。
 - ・ 高齢者虐待の防止と早期発見・早期対応に向け、市民や介護関係者への周知・啓発、相談窓口の周知、関係機関との連携を強化する必要があります。
-

施策の方向性

判断能力が十分でない高齢者等について、本人の意思が尊重され安心して暮らすことができるよう、中核機関等と連携して、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の周知・利用の促進を図ります。また、高齢者虐待の防止と早期発見・早期対応に向けて、市民や介護関係者への啓発、相談窓口の周知、関係機関との連携を強化します。

個別事例への対応に当たっては、高齢者虐待防止マニュアル等に基づき、関係課や地域包括支援センター、社会福祉協議会等と連携し、支援方針の共有や継続的な対応に努めます。

施策の展開（１）虐待の防止と早期発見

取組名	取組内容
虐待防止など人権に関する啓発 (60) 高齢介護課	○ 市の広報紙や地域包括支援センターのパンフレット等を活用し、高齢者虐待の防止や権利擁護について周知を図ります。 ○ 出前講座や専門職向け研修等を通じて、住民や介護サービス事業所職員等への意識啓発に努め、虐待防止に関する理解を深めます。
早期発見・早期対応 (61) 高齢介護課	○ 医療機関、民生委員・児童委員、警察等の関係機関と連携し、高齢者虐待の早期発見・早期対応に向けた取組を推進します。 ○ 高齢者虐待に関する相談窓口の周知を図るとともに、通報等があった場合に迅速に対応できるよう、高齢者虐待マニュアルに即した職員間の連携体制を整備します
個別事例への対応 (62) 高齢介護課	○ 個別の具体的な事例に適切に対応するため、高齢者虐待防止マニュアルに即した対応を推進します。 ○ 高齢者虐待カンファレンスを定期的を開催し、対応状況や支援方針について、課内で共有を図ります。 ○ 複合的な課題を抱える高齢者世帯については、情報連携シートを活用し、必要に応じて関係機関等と協議しながら、支援方法の検討や共有を図ります。
高齢者虐待防止の強化 (63) 高齢介護課	○ 改定した高齢者虐待対応マニュアルに即し、各専門職が連携して対応することで、高齢者虐待の防止と早期対応に努めます。 ○ 家族介護者等の負担軽減にも配慮しながら、高齢者及び家族の権利擁護に努めます。

施策の展開（２）権利擁護の推進

取組名	取組内容
権利擁護の推進 (64) 高齢介護課	○ 判断能力が十分でない高齢者等の権利を守り、できる限り本人の望む生活が続けることができるよう、権利擁護の制度に関する普及・啓発や情報提供を行います。 ○ 本人の状態に応じて、社会福祉協議会と連携し、「日常生活自立支援事業（かけはし）」の利用を支援します。 ○ 消費者被害に遭うおそれのある高齢者等については、関係課や関係機関と連携し、成年後見制度の活用を含め、必要な支援を行います。
成年後見制度の利用促進 (65) 高齢介護課	○ 判断能力が十分でない高齢者等の日常生活における権利を守るため「成年後見制度利用促進基本計画」に基づき、成年後見制度に関する周知と利用の促進を図ります。 ○ 成年後見制度の利用が必要な人を適切な支援につなぐことができるよう、中核機関を中心とした地域連携の仕組みづくりを検討します。 ○ 財産管理だけでなく、意思決定支援や身上監護も重視し、利用者が制度のメリットを感じられるよう、制度の適切な運用に努めます。
関係機関との連携の強化 (66) 高齢介護課	○ 成年後見等、市長申立を必要とするケースや対応が困難なケースに適切に対応できるよう、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会等の関係機関との連携を強化します。 ○ 関係機関と役割分担や情報の共有を図りながら、高齢者虐待、精神疾患、障害特性への対応など、解決に時間を要する事例にも継続的に対応します。

【基本施策6】介護人材の確保・定着と地域の担い手づくり

現状と課題

法人調査では、介護保険事業の運営において、物価高騰への対応、利用者の確保、職員の確保や定着、制度改正への対応などが課題となっています。介護人材については、半数近い法人が不足を感じており、特に介護職員、看護職員、介護支援専門員の確保が課題となっています。

職員の定着に向けては、柔軟な就労条件、処遇改善、キャリアに応じた給与体系、子育てや介護を担う職員への配慮などが進められています。また、法人間で協力して、合同研修、採用活動や広報紙、デジタル化を進めたいという意向もみられ、地域全体で人材の確保・育成を進める視点が必要です。

ケアマネジャー調査では、事務負担の軽減、様式の簡素化、デジタル化の推進などが市に期待することとして挙げられています。限られた人材でサービス提供体制を維持していくためには、介護現場の業務改善やICT・DXの活用への支援も重要です。

-
- ・ 介護人材の確保・定着、職員の資質向上、働きやすい職場づくり、法人間連携、業務負担の軽減、ICT・DXの活用を総合的に進める必要があります。
 - ・ 地域での見守りや生活支援を担うボランティアなど、多様な担い手の育成・確保を進め、介護サービスと地域の支え合いの双方から高齢者の暮らしを支える体制づくりが求められます。
-

施策の方向性

介護サービスを安定的に提供していくため、関係機関と連携し、介護人材の確保、育成、定着に向けた取組を推進します。また、介護職の魅力発信、介護助手の周知、資格取得に係る支援等を通じて、介護分野で働く人材の確保を図ります。

あわせて、地域の見守りや生活支援を支えるボランティア活動の育成・活用を進め、高齢者の暮らしを介護サービスと地域の支え合いの双方から支える体制づくりを推進します。

施策の展開（１）介護・福祉を支える人材と地域の担い手の確保

取組名	取組内容
介護人材の確保・ 定着への支援とス キルの向上 （16）高齢介護課	○ 「医療・福祉・介護分野における人材育成事業に関する包括連携協定」に基づき、介護サービスの担い手となる人材の確保、育成、定着に向けた取組を推進します。 ○ 社会福祉協議会が実施している地域人材確保推進体制整備事業等を活用し、「介護助手」という働き方の周知を図るなど、介護職の魅力の発信に努めます。 ○ 介護人材の確保を図るため、介護の資格取得に係る研修費用及び交通費の助成を行うなど、介護分野で働く人への支援を進めます。
介護人材確保助成 金事業 （新規） 高齢介護課	○ 市内の訪問介護事業所における人材の確保を図るため、訪問介護に係る資格取得の受講料や研修の受講に係る交通費の一部を助成します。 ○ 市内事業所で就労する人や就労を予定している人を支援し、在宅生活を支える訪問介護サービスの提供体制の維持に努めます。
ボランティアの育 成・活用・促進 （17）社会福祉課	○ 社会福祉協議会等と連携し、高齢者や障害のある人を支援するボランティア活動の育成・活用・促進に取り組み、地域での支援体制の充実を図ります。 ○ 地域の高齢化や担い手不足が進む中で、市民の助け合いの意識の醸成を図ります。

【 基本施策 7 】 介護保険事業の適正な運営

現状と課題

ケアマネジャー調査では、利用者や家族の希望、利用者が困っていることへの対応、介護者の負担軽減を重視してケアプランが作成されています。一方で、利用者や家族の理解を得ながら必要なサービスにつなぐことの難しさなどにより、必要な支援を十分に組み入れにくい状況がうかがえます。

地域包括支援センターに対しては、困難事例への支援、情報提供、医療と介護の連携の強化が求められています。市に期待することとしては、事務負担の軽減、要介護認定の迅速化、制度に関する情報提供の充実が挙げられており、制度の適正・円滑な運営と、ケアマネジャーが必要な支援につなぎやすい環境づくりを両立させる視点が重要です。

- ・ 要介護認定の適正化、ケアマネジメントの質の向上、介護給付の適正化、サービス事業者への指導・支援、相談体制の充実を通じて、利用者本位のサービス提供と介護保険制度の持続可能性を確保する必要があります。
- ・ 利用者や家族が介護保険制度やサービス内容を理解し、必要な支援を適切に選択できるよう、分かりやすい情報提供と相談支援の充実が求められます。

施策の方向性

利用者や家族が、必要な介護サービスを適切に選択し、安心して利用できるよう、ケアマネジメントの質の向上と介護保険制度の適正・円滑な運営を図ります。

自立支援型地域ケア個別会議等を活用し、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の視点を踏まえたケアマネジメントを推進します。また、介護サービス事業者への運営指導、介護給付の適正化、相談・苦情対応、適正な要支援・要介護認定等を通じて、介護保険制度の信頼性と持続可能性の確保に努めます。

施策の展開（１）ケアマネジメントの質の向上

取組名	取組内容
自立支援に向けた適切なケアマネジメントの推進 (67) 高齢介護課	○ 自立支援型地域ケア個別会議を開催し、要支援者等のケアプランについて、自立支援・介護予防の観点から、多職種の専門的な助言を得ながら、ケアマネジメントやケアの質の向上を図ります。 ○ 地域包括支援センターにおいて、事業対象者等の状態や生活環境に応じたケアプランを作成し、本人が自立した生活を送ることができるよう支援します。 ○ 江田島市ケアマネジャー連絡協議会等と連携し、自立支援に向けた目標設定や支援方法について共有する機会を設け、ケアマネジャーへの支援や助言を行います。

施策の展開（２）制度の適正・円滑な運営

取組名	取組内容
介護サービスの質の向上 (68) 高齢介護課	○ 介護保険サービスの質の確保・向上を図るため、介護保険サービス事業者に対して、定期的に運営指導を実施します。 ○ 運営基準等に基づく指導を行うことができる人材の育成に努めます。
介護給付の適正化 (69) 高齢介護課	○ 介護給付の適正化に向けて「広島県介護給付適正化計画」との整合を図りながら、要介護認定の適正化、ケアプランの点検、縦覧点検、医療情報との突合を実施します。 ○ ケアプラン点検については、集合形式による研修等を通じて、互いのケアプランから気づきを得る機会を設けるなど、効率的かつ効果的な実施に努めるとともに、今後も給付の適正化に取り組み、介護保険制度の適正な運営を図ります。
相談体制の充実 (70) 高齢介護課	○ 高齢者やその家族等からの相談に対応するとともに、介護や福祉のサービスが包括的に提供できるよう、相談体制の充実を図ります。 ○ 利用者やその家族等からの苦情については、事業者への聞き取りを行い、必要に応じて改善を求めるなど、苦情の対応・解決に努めます。
適正な要支援・要介護認定 (71) 高齢介護課	○ 介護認定審査会委員に対して、委員就任時にオンライン研修等の受講を促し、適正な審査判定に努めます。

【 運営指導 】

		第9期計画期間			第10期計画期間		
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度	令和9 (2027)年度	令和10 (2028)年度	令和11 (2029)年度
地域密着型 (介護予防) サービス事業所	目標値	5	4	4	4	4	4
	実績値	2	2	●	—	—	—
居宅介護支援 事業所(介護予防)	目標値	2	2	2	2	2	2
	実績値	2	0	●	—	—	—

【 介護給付適正化への取組 】

		第9期計画期間			第10期計画期間		
		令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度	令和8 (2026)年度	令和9 (2027)年度	令和10 (2028)年度	令和11 (2029)年度
要介護認定調査の 適正化(認定調査 結果の点検実施 率)	目標値	全件	全件	全件	全件	全件	全件
	実績値	全件	全件	●	—	—	—
ケア プラン の 点 検 ※	ケアプランの 点検 (事業所数)	目標値	3	3	2	2	2
		実績値	2	2	●	—	—
	住宅改修・福 祉用具販売 等の点検	目標値	全件	全件	全件	全件	全件
		実績値	全件	全件	●	—	—
縦覧点検・医療情 報との突合(回/ 年)	目標値	12	12	12	12	12	12
	実績値	15	21	15	—	—	—

※ ケアプランの点検については、令和6（2024）年度から集合研修形式に変更

【基本施策8】安定的な介護サービスの提供（第10期介護保険事業計画）

現状と課題

ニーズ調査では、介護が必要になった場合に施設や病院への入所・入院を希望する人が最も多い一方、介護保険サービスを利用しながら自宅や家族の家で介護を受けたい人も一定程度みられます。施設や病院を希望する理由としては、家族への負担、専門的な介護、緊急時の対応の安心感が挙げられており、在宅生活を継続する不安と専門的な支援に対するニーズがうかがえます。

在宅介護実態調査では、主な介護者は子が最も多く、配偶者や兄弟・姉妹では介護者の高齢化もうかがえます。介護者は、排泄、外出の付き添い・送迎、入浴、家事など日常的な介護に不安を感じており、在宅生活を続けるためには、本人への介護サービスとともに、家族介護者の負担軽減が重要です。

法人調査では、物価高騰や制度改正への対応、利用者の確保などが事業運営上の課題として挙げられており、地域に必要な介護サービスを安定的に提供していくためには、事業所の運営状況やサービス提供体制を継続的に把握していく必要があります。

-
- ・ 介護サービスの需要と供給のバランスを見極めながら、在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス等を適切に確保していく必要があります。
 - ・ 家族介護者の負担軽減、緊急時対応、医療・介護連携、認知症対応、生活支援を含め、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための介護サービス基盤を安定的に確保することが求められます。
-

施策の方向性

高齢者人口や要介護等認定者数の推移、介護サービスの利用状況、地域のサービス提供体制等を踏まえ、本計画期間における介護保険サービスの必要量を見込みます。

在宅生活を支えるサービス、地域密着型サービス、施設サービス等について、利用者のニーズや地域の実情、サービス提供体制の状況を把握しながら、必要な介護サービスを安定的に提供できる体制の確保に努めます。

施策の展開（1）介護保険事業に係る給付見込み

調整中（次回以降にお示しします。）

施策の展開（2）介護保険事業に係る費用の見込み等

調整中（次回以降にお示しします。）

第5章 計画の推進に当たって

【1】推進体制

1 計画の周知及び市民意識の反映

本計画の推進に当たっては、市の広報紙やホームページ等、様々な手段を活用し、本計画の内容や高齢者福祉施策、介護保険制度、認知症施策等について周知を図ります。

また、サービス提供事業所、関係団体、市民等からの意見やニーズを把握し、地域の実情に応じた施策の推進に生かします。

2 関係機関・各種団体等との連携

本計画の推進に当たっては、国や県、近隣自治体等の動向を把握するとともに、市民、地域団体、医療機関、介護サービス事業所、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域包括支援センターブランチ等の関係機関との連携を図ります。

また、介護予防や生活支援、認知症施策、権利擁護、在宅医療・介護連携、介護人材の確保等について、多様な主体がそれぞれの役割を果たしながら、地域全体で高齢者の暮らしを支える体制づくりを進めます。

3 江田島市保健福祉審議会 高齢者福祉部会・介護保険部会の意見反映

本計画は、有識者、関係団体等で構成する「江田島市保健福祉審議会 高齢者福祉部会・介護保険部会」の意見や提言を踏まえて策定しています。

計画の推進に当たっては、同審議会及び部会の意見を十分に尊重しながら、施策への反映を図ります。

4 庁内の推進体制の充実

本計画は、高齢者福祉、介護保険、介護予防、健康づくり、認知症施策、権利擁護、生活支援、住まい、防災、生涯学習など、市政の幅広い分野に関わる計画です。そのため、関係部署間の情報共有や調整を行い、庁内における連携の強化を図りながら、取組を総合的かつ効果的に推進します。

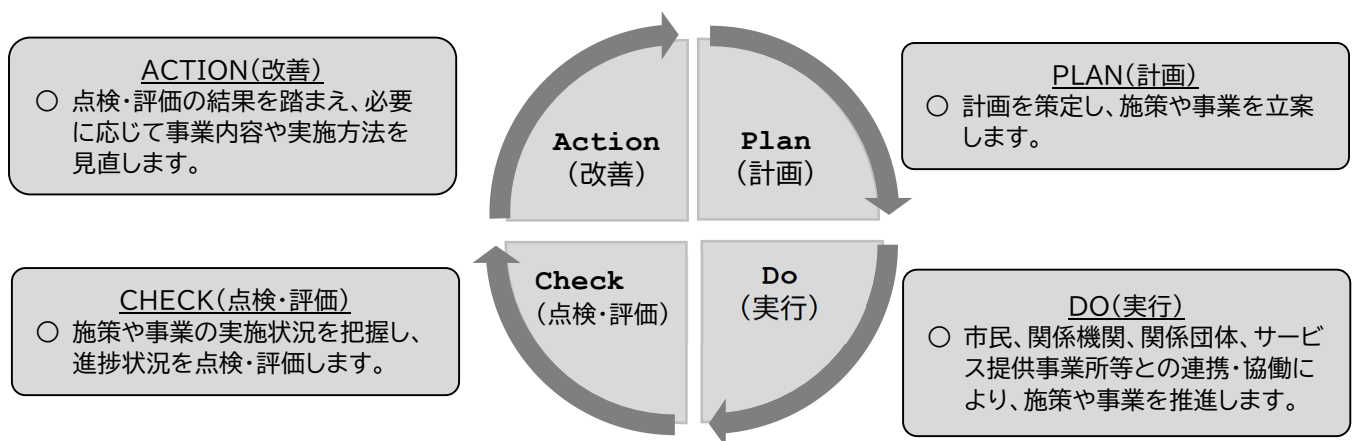
【2】推進状況の進行管理

本計画の着実な推進に向けて、庁内において定期的に進捗状況を把握し、各施策や事業の実施状況を確認します。

実施状況の確認に当たっては、PLAN（計画）、DO（実行）、CHECK（点検・評価）、ACTION（改善）による進捗管理（PDCAサイクル）に基づき、取組の点検・評価を行うとともに、必要に応じて事業内容や実施方法の見直しを図ります。

計画期間中においても、国・県の制度改正や社会情勢の変化、本市の高齢者を取り巻く状況の変化等を踏まえ、必要に応じて関係機関と協議しながら、施策の改善・充実に努めます。

【 参考／PDCAサイクルによる進捗評価 】



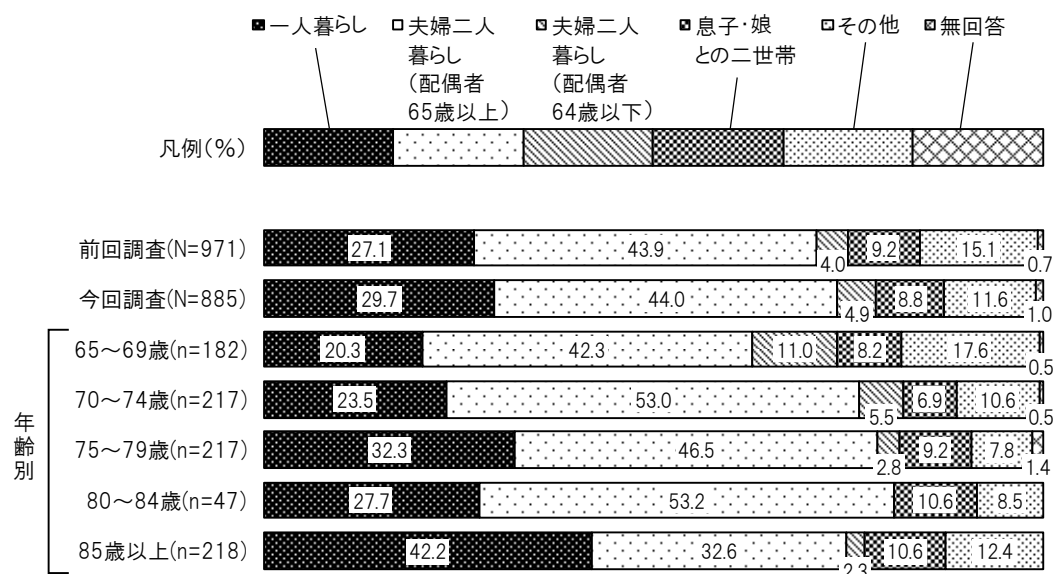
【1】各種調査結果からみた現状と課題

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果の概要

(1) 家族や生活状況について

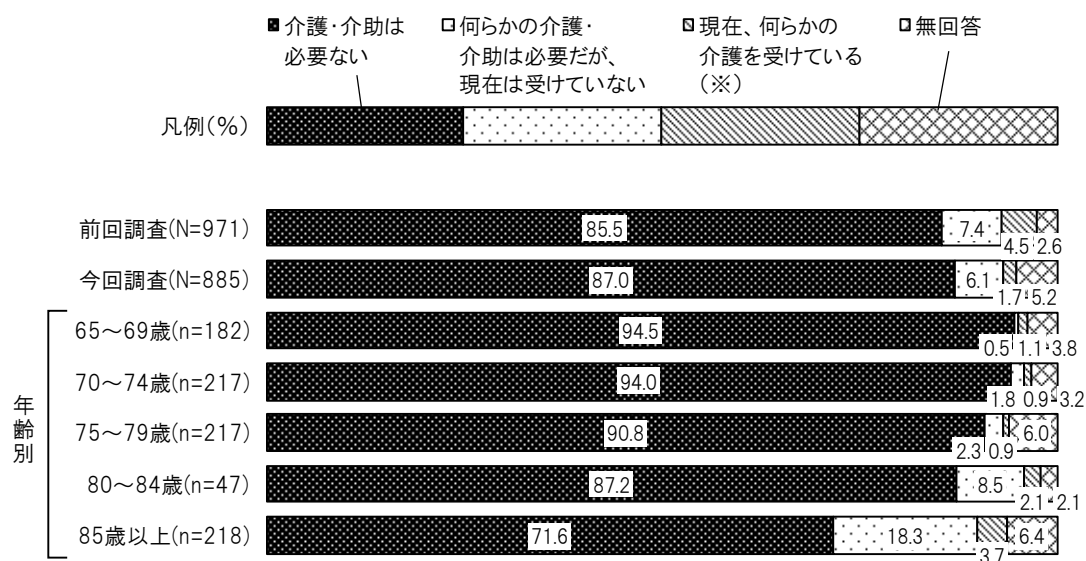
- ・ 家族構成は「夫婦二人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が最も多く、「一人暮らし」は約 3 割（29.7%）となっており、いずれも前回とほぼ同程度となっています。年齢別では 85 歳以上で「一人暮らし」が多くなっています。

【 家族構成 】



- ・ 年齢が上がるほど介護・介助が必要となる割合が高くなる傾向にあります。

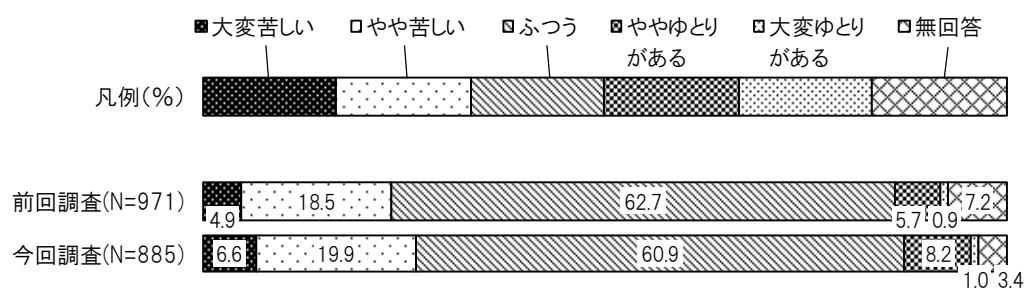
【 介護・介助の必要性 】



※ 介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む。

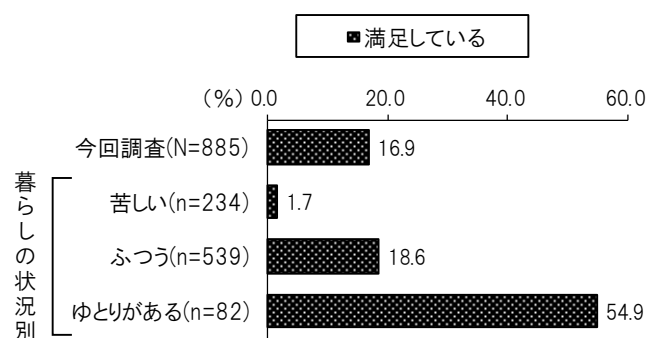
- ・現在の暮らしの状況は「ふつう」が6割（60.9%）を占め最も多い一方「苦しい」と回答した人も合計でおよそ4人に1人（26.5%）の割合となっています。

【 経済的な暮らし向き 】



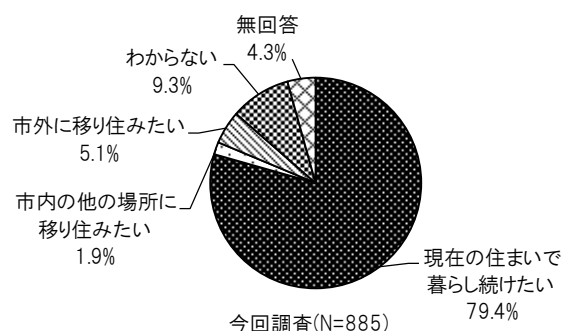
- ・現在の暮らしに「満足している」人は2割未満（16.9%）です。暮らしの状況別では、経済的に「苦しい」人ほどその割合は低く「ゆとりがある」人と大きな差がみられます。

【 現在の暮らしの満足度 】

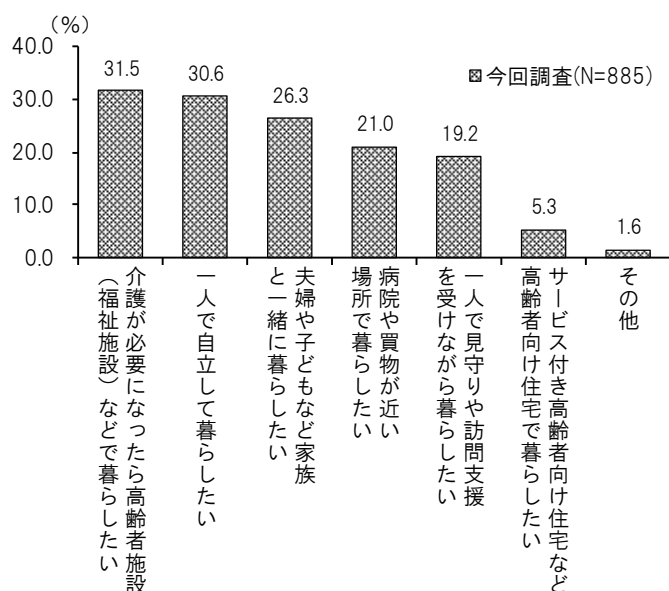


- ・現在の住まいで「暮らし続けたい」人は約8割（79.4%）を占めており、多くの高齢者が現在の住まいでの生活を希望しています。
- ・今後の暮らし方は「介護が必要になったら高齢者施設などで暮らしたい」と「一人で自立して暮らしたい」が同程度となっており、次いで「家族と一緒に暮らしたい」が続いています。

【現在の住まいでの永住意向】



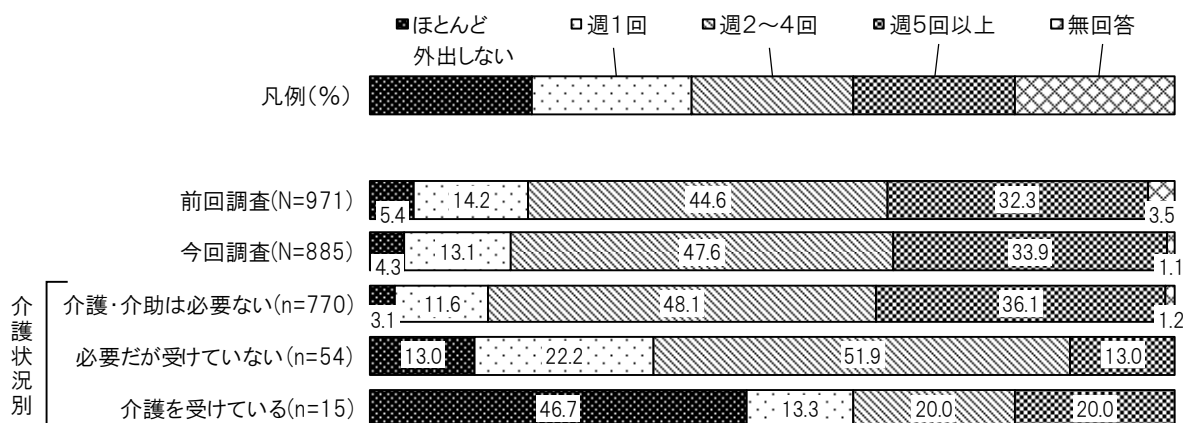
【希望する今後の暮らし方】



(2) 外出について

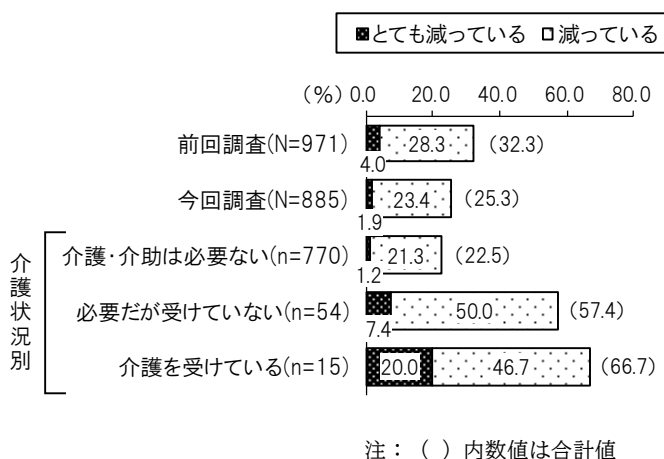
- ・外出頻度は「週2～4回」が最も多く「週5回以上」を合わせると8割以上が週2回以上外出しています。一方「ほとんど外出しない」は1割未満（4.3%）ですが、介護を受けている人では半数近く（46.7%）となっており、介護状況による差が大きくなっています。

【外出頻度】

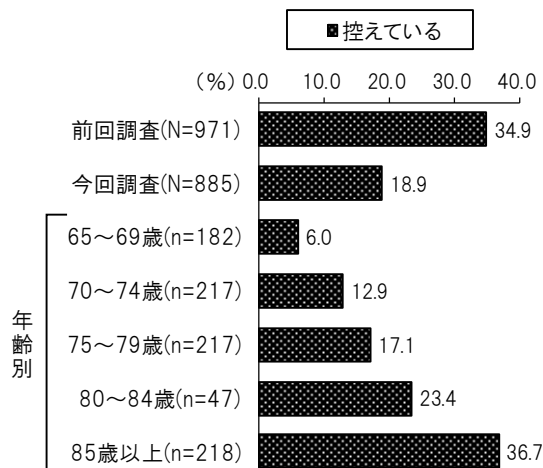


- ・ 外出回数が「減っている」人は、およそ4人に1人の割合（25.3％）で、前回調査を下回っており、改善傾向がみられます。一方で、介護・介助が必要な人は、外出回数が「減っている」割合が高くなっています。
- ・ 外出を控えている人は約2割（18.9％）で、前回調査を大きく下回り改善傾向がうかがえます。しかし、年齢が上がるほど、外出を控える人は増加し、特に85歳以上ではほかの年齢層を大きく上回っています。

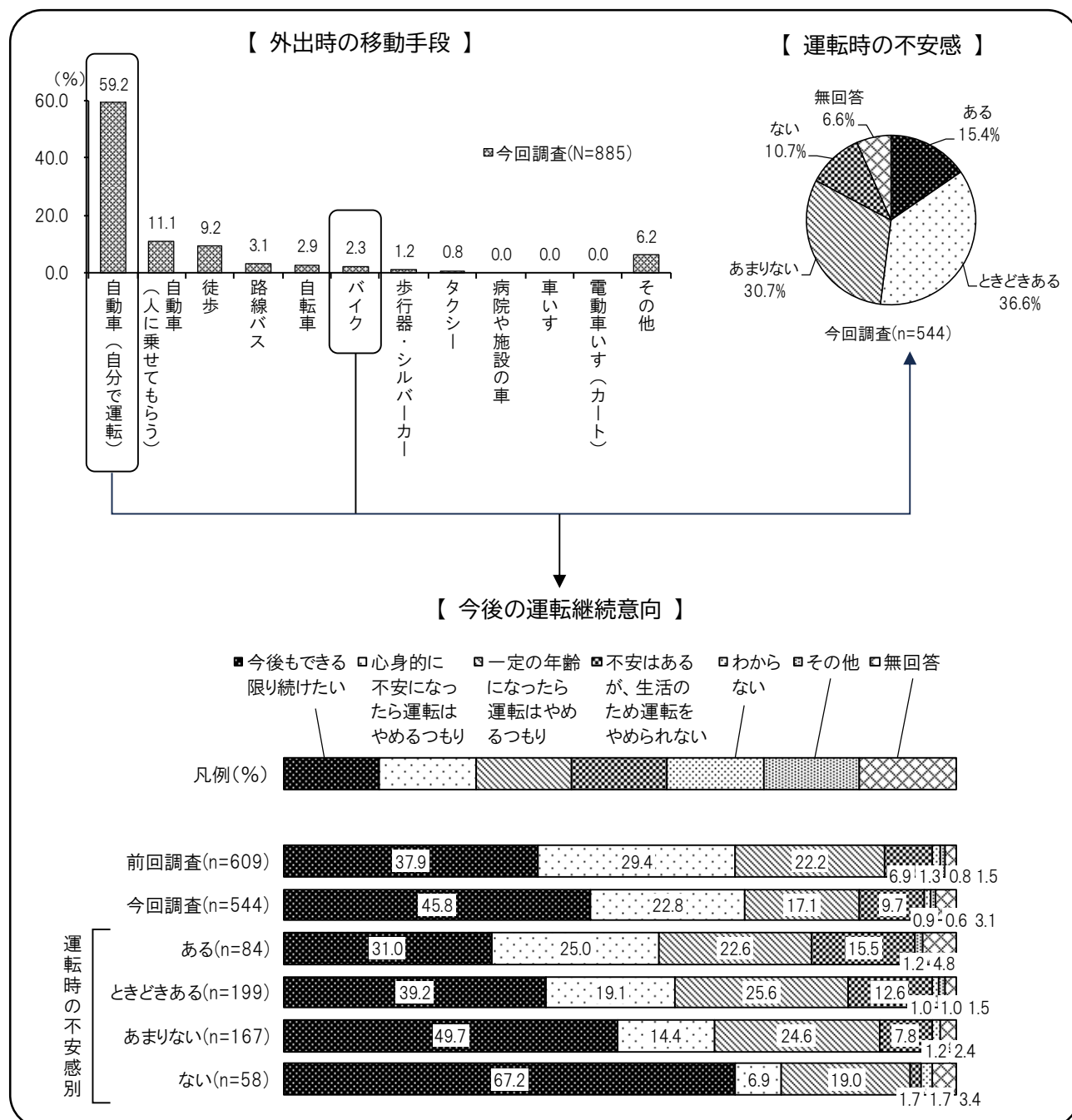
【 外出回数の減少 】



【 外出を控えていること 】

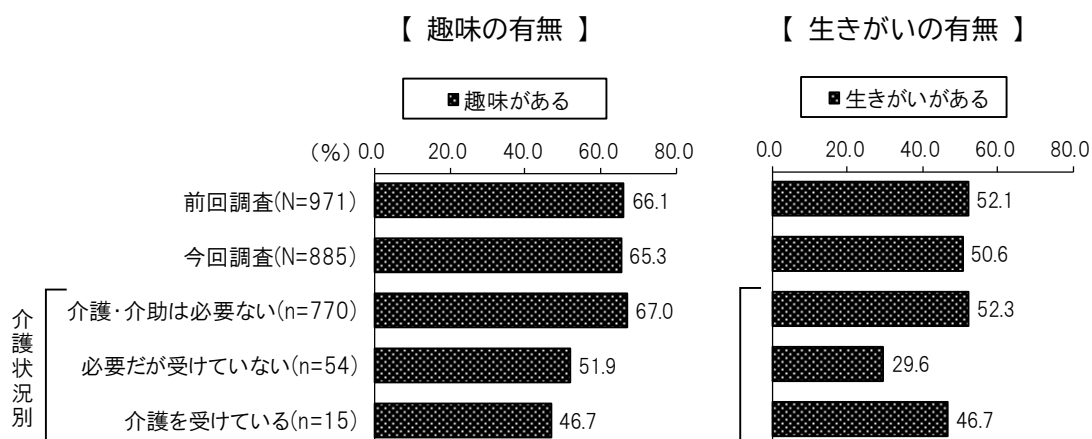


- ・ 外出時の主な移動手段は「自動車（自分で運転）」が約6割（59.2%）で最も多く、車への依存が大きい状況がみられます。
- ・ 自動車等運転者の半数程度（52.0%）が不安を感じており、前回調査から大きな変化はみられません。
- ・ 今後の運転については「今後もできる限り続けたい」が最も多く、前回調査を上回っています。

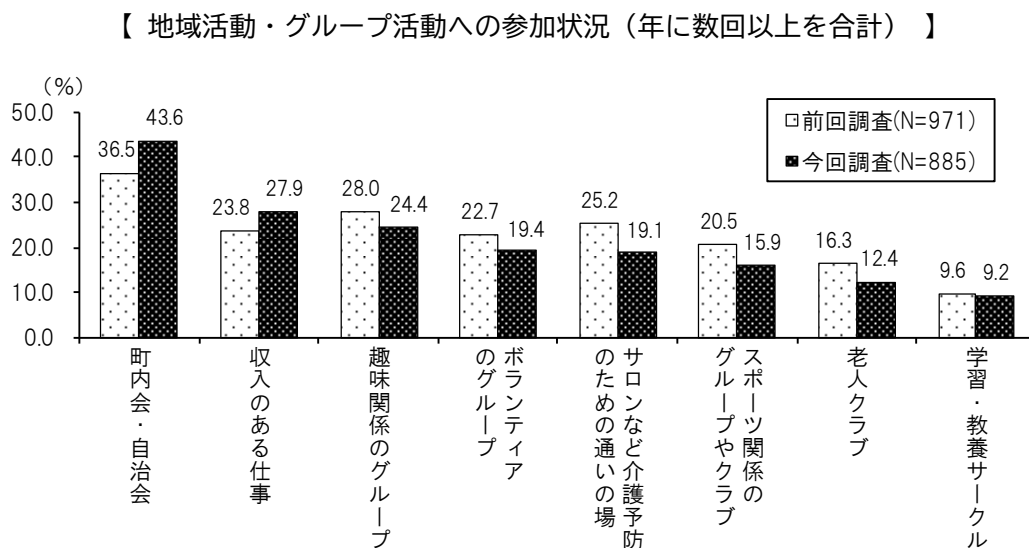


(3) 地域とのつながりと社会参加について

- ・ 趣味がある人は6割以上（65.3％）を占め、前回調査とほぼ同程度となっています。介護・介助が必要な人では趣味がある割合が低くなる傾向がみられます。
- ・ 生きがいがある人は約半数（50.6％）で、前回調査から大きな変化はみられません。介護が必要だが受けていない人ではその割合が低くなっています。

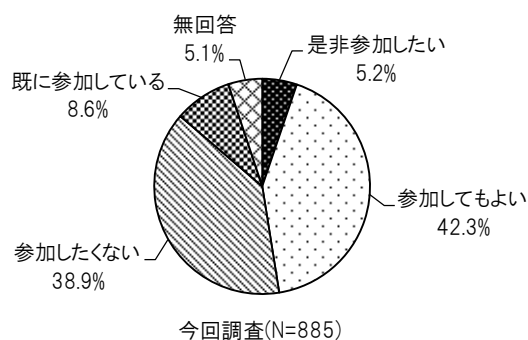


- ・ 地域活動等に参加している割合は「町内会・自治会の行事」が 43.6％で最も高く、前回調査を上回っています。一方、サロン等の通いの場合は、前回調査をやや下回っています。



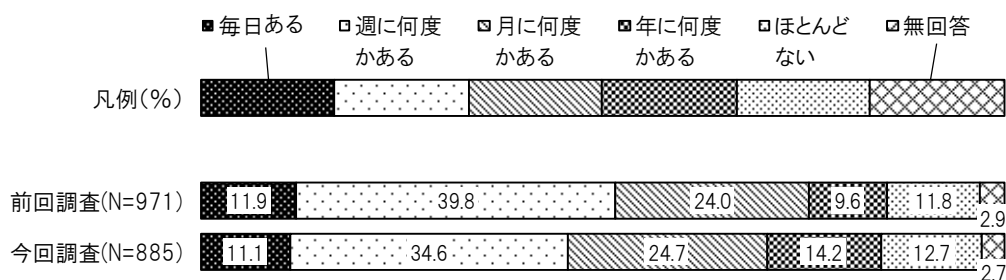
- ・ 地域活動等への参加意向は「参加してもよい」が最も多く「是非参加したい」と合わせると半数近く（47.5%）となっています。一方「参加したくない」も4割近く（38.9%）を占めています。

【 地域活動・グループ活動への参加意向 】



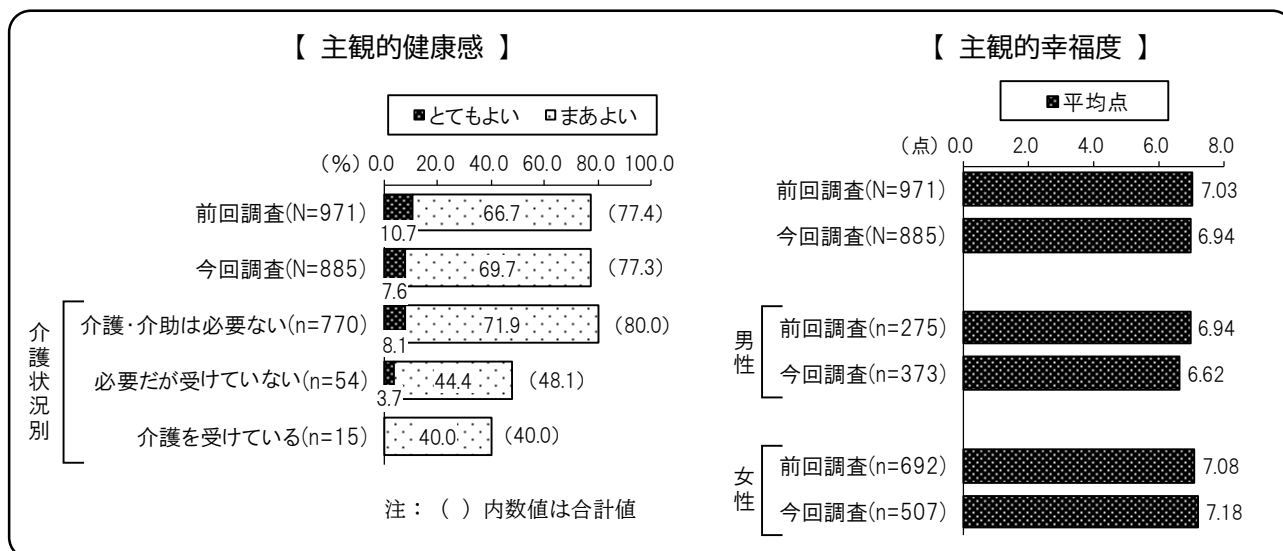
- ・ 友人・知人と会う頻度は「週に何度かある」が最も多く「ほとんどない」は1割程度（12.7%）となっており、前回調査から大きな変化はみられません。

【 友人・知人と会う頻度 】

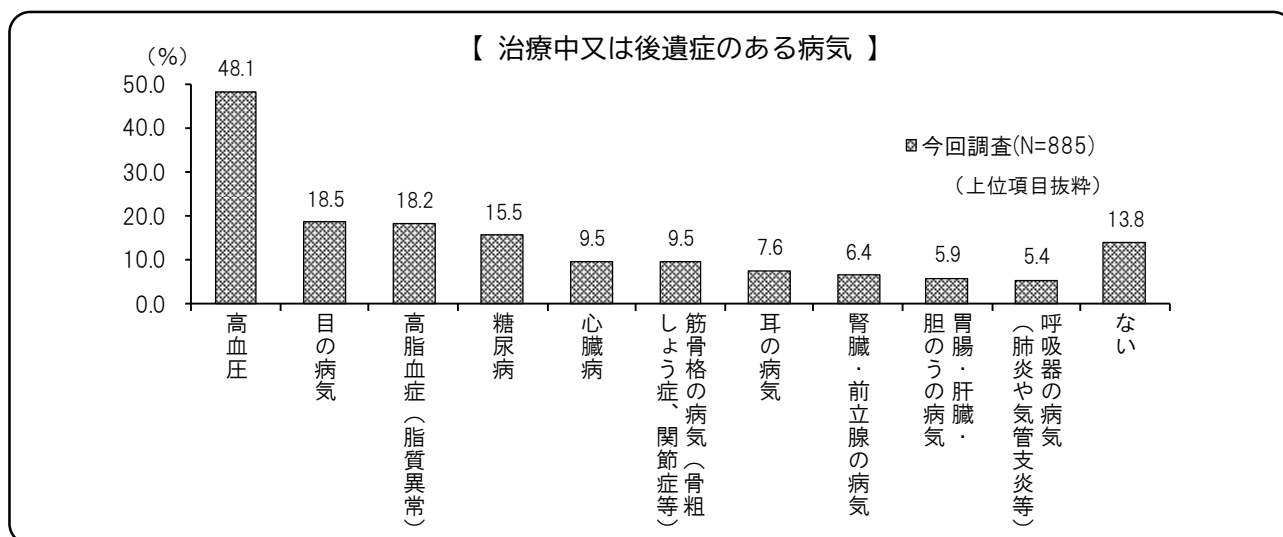


(4) 介護予防について

- ・ 現在の健康状態は「とてもよい」と「まあよい」を合わせて8割近く（77.3％）を占め、前回調査とほぼ同程度となっています。一方で、介護が必要な人や受けている人では、その割合が低くなっています。
- ・ 幸福度の平均点は6.94点で、前回（7.03点）をやや下回っています。

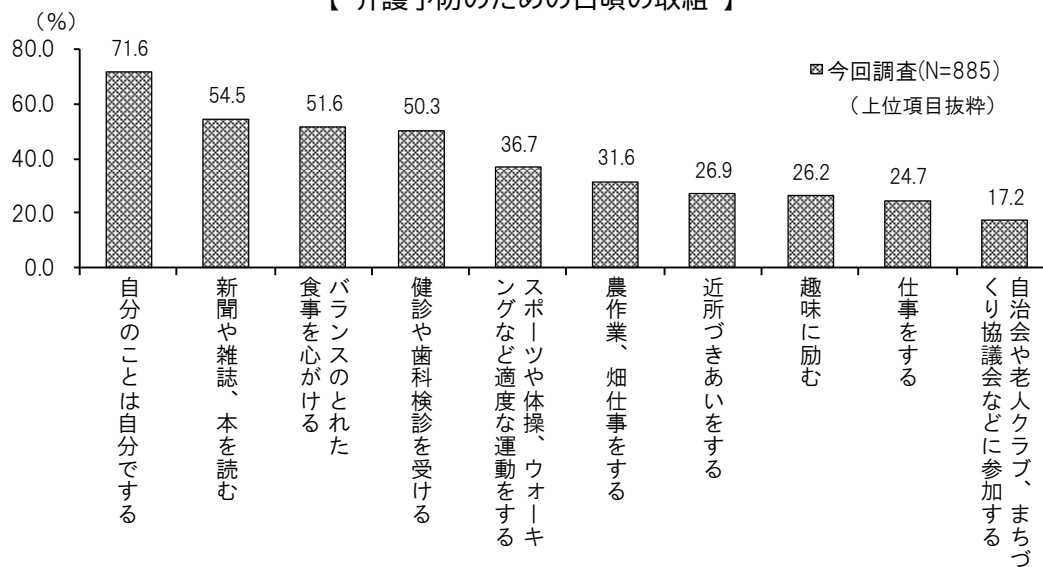


- ・ 現在治療中又は後遺症のある病気は「高血圧」が最も多く、以下「目の病気」「高脂血症」「糖尿病」などが続いています。



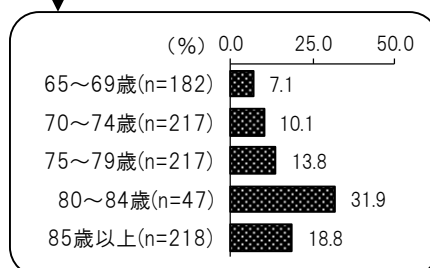
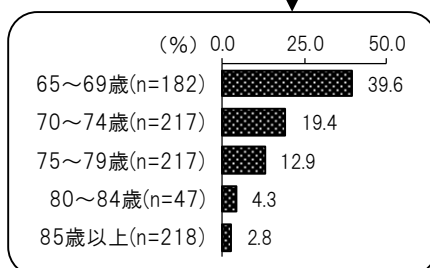
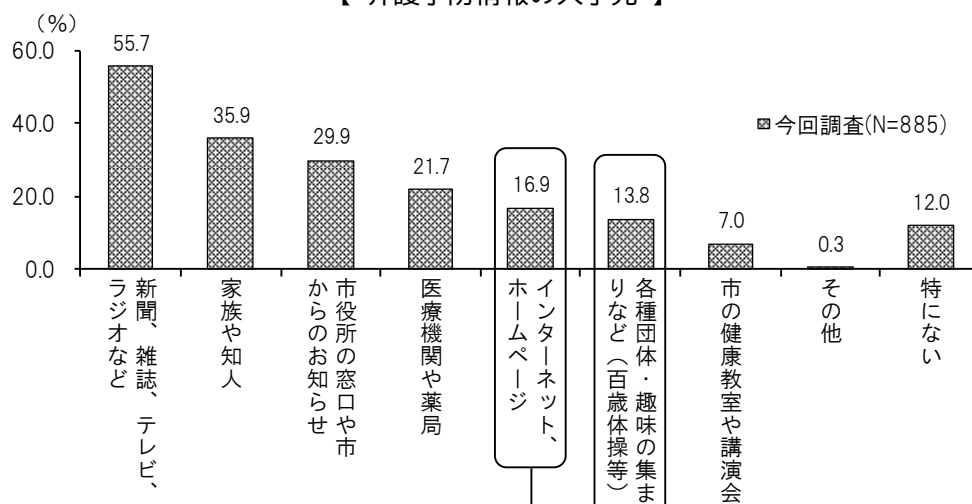
- ・ 介護予防や認知症予防のため日頃していることは「自分のことは自分でする」を筆頭に「新聞や雑誌、本を読む」「バランスのとれた食事を心がける」「健診や歯科検診を受ける」が続いています。運動、農作業、近所づきあい、趣味なども一定程度みられます。

【 介護予防のための日頃の取組 】



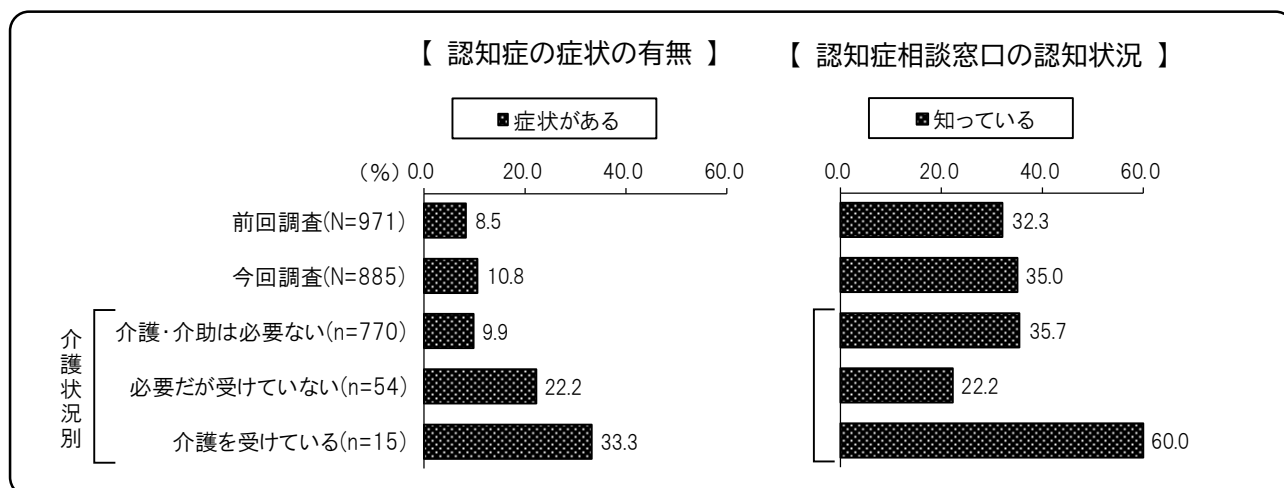
- ・ 介護予防に役立つ情報の入手先は「新聞、雑誌、テレビ、ラジオなど」を筆頭に、以下「家族や知人」「市役所の窓口や市からのお知らせ」の順となっています。
- ・ 「インターネット、ホームページ」は、年齢別では65～69歳で約4割（39.6%）と高く「各種団体・趣味の集まりなど（百歳体操等）」は、おおむね年齢が上がるほど高くなっています。

【 介護予防情報の入手先 】

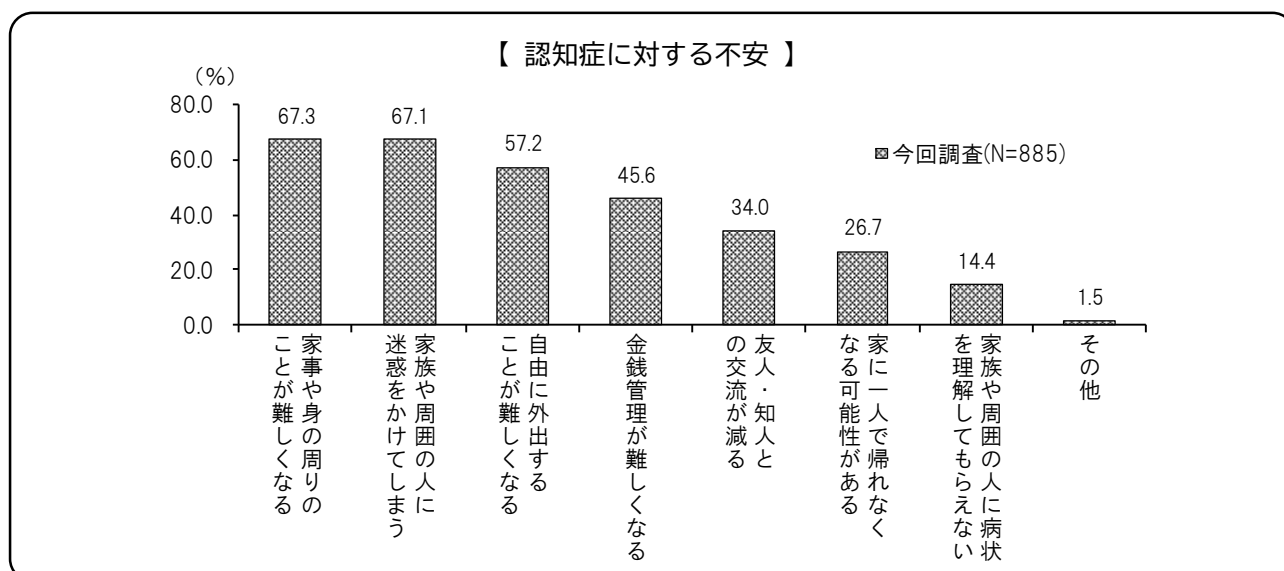


(5) 認知症について

- ・ 認知症の症状がある人、又は家族に認知症の症状がある人がいる割合は1割程度（10.8％）で、前回調査をやや上回っています。介護が必要な人や受けている人ではその割合が高く、特に介護を受けている人では3割（33.3％）を超えています。
- ・ 認知症に関する相談窓口を知っている人は35.0％で、前回調査をやや上回っています。介護を受けている人では6割（60.0％）と高くなっています。

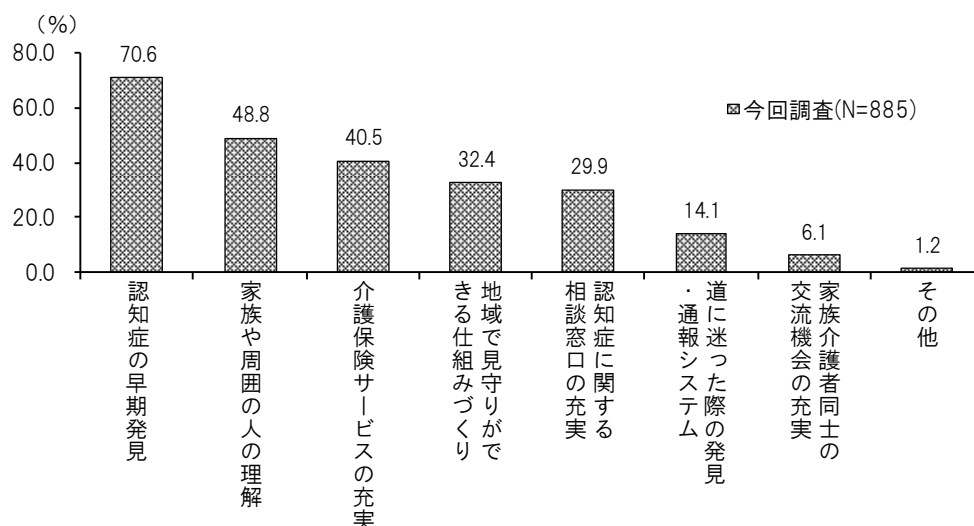


- ・ 認知症に対する不安は「家事や身の周りのことが難しくなる」「家族や周囲の人に迷惑をかけてしまう」が共に6割台で高く、外出や金銭管理、交流の減少、帰宅困難などへの不安もみられます。



- ・ 認知症になっても地域で生活していくために必要なことは「認知症の早期発見」が7割（70.6%）で最も多く、以下「家族や周囲の人の理解」「介護保険サービスの充実」が続いています。

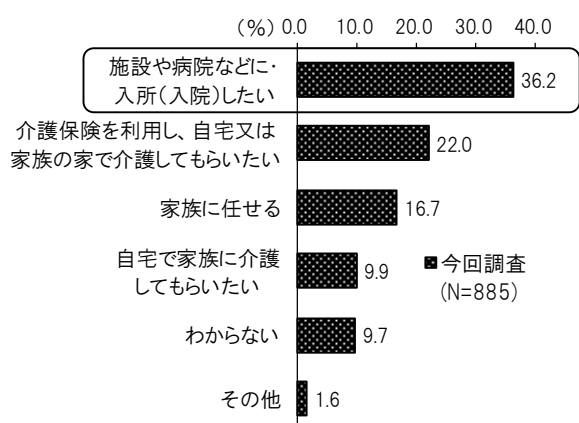
【 認知症になっても住み慣れた地域で生活するために必要なこと 】



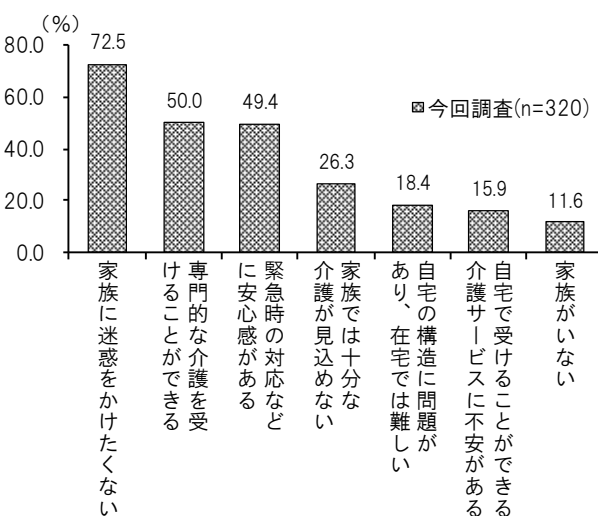
(6) 今後の生活について

- ・ 介護が必要になった場合の生活は「施設や病院などに入所（入院）したい」が3割台（36.2%）で最も多くなっています。介護保険サービスを利用して自宅又は家族の家で介護を受けたい人も2割程度（22.0%）みられます。
- ・ 施設や病院等を希望する理由は「家族に迷惑をかけたくない」を筆頭に「専門的な介護を受けることができる」「緊急時の対応などに安心感がある」などが続きます。家族介護への負担感や緊急時対応への不安がうかがえます。

【 介護が必要になった場合に望む生活 】

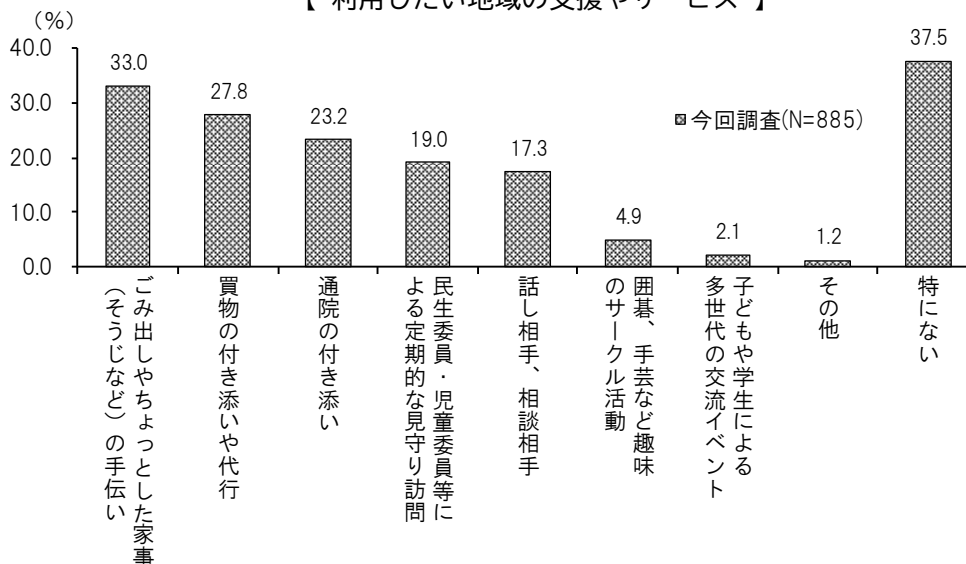


【 施設や病院に入りたい理由 】



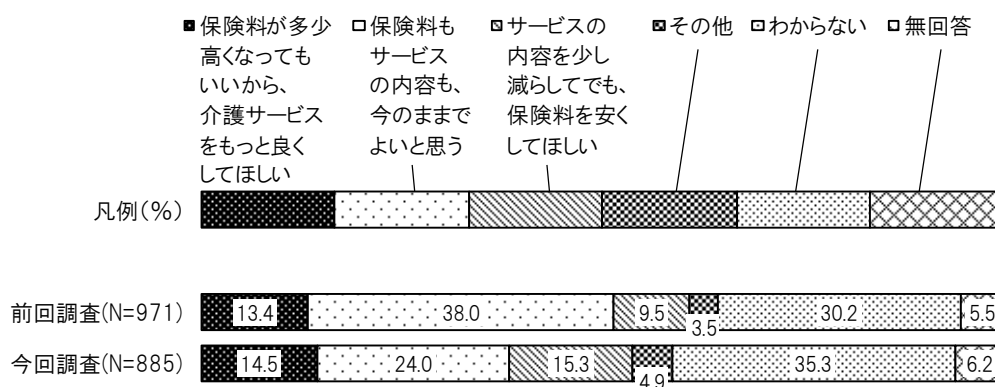
- ・ 家族や地域のボランティア等から受けた支援は「特にない」が4割近く（37.5%）を占めるものの「ごみ出しやちょっとした家事の手伝い」や「買物の付き添いや代行」「通院の付き添い」などが求められています。

【 利用したい地域の支援やサービス 】



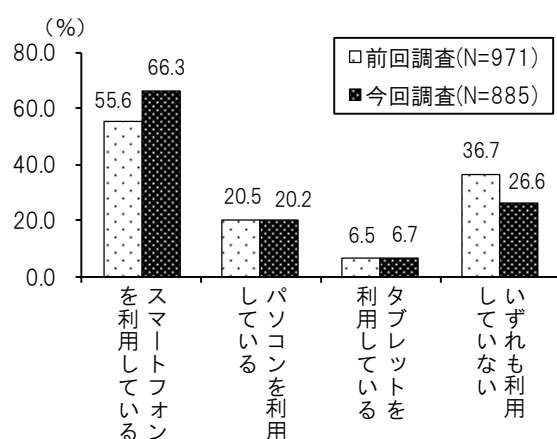
- ・ 介護保険料と介護サービス水準については「わからない」が多数を占めるものの「今のままでよい」がおおよそ4人に1人の割合（24.0%）で多くなっています。「今のままでよい」割合は、前回調査から大きく減少し「サービスの内容を少し減らしてでも、保険料を安くしてほしい」という経済的負担の軽減を求める回答が増えています。

【 介護保険料とサービス水準について 】

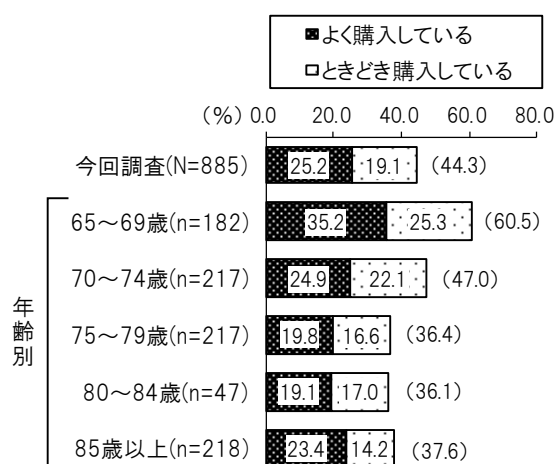


- ・ スマートフォンを利用している人は7割近く（66.3％）で、前回調査を大きく上回っています。
- ・ 食品等の購入に宅配サービスやネットショッピング等を「よく購入している」「ときどき購入している」人は4割台（44.3％）となっており、65～69 歳で最も高くなっています。

【 スマートフォンやパソコン等の利用状況 】



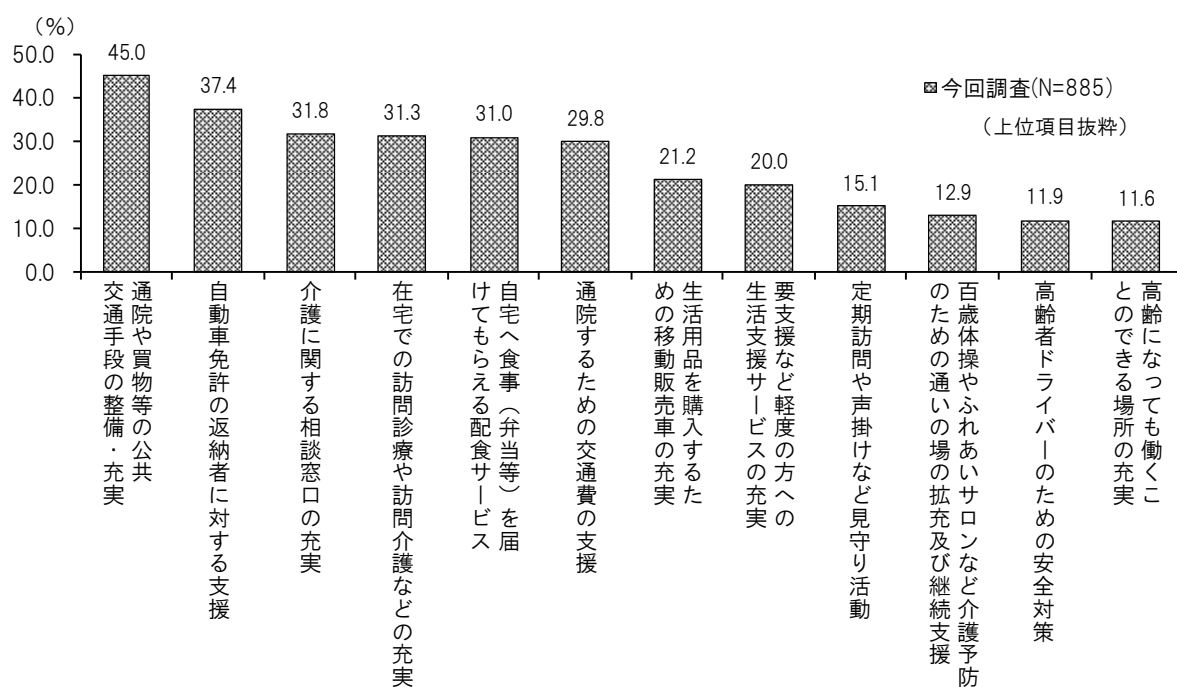
【 ネットショッピング等の利用状況 】



注：（ ）内数値は合計値

- ・ 市・県・国に対して在宅での生活を続けるために望む福祉サービスは「通院や買物等の公共交通手段の整備・充実」が最も多く、以下「自動車免許の返納者に対する支援」「介護に関する相談窓口の充実」などが続いています。

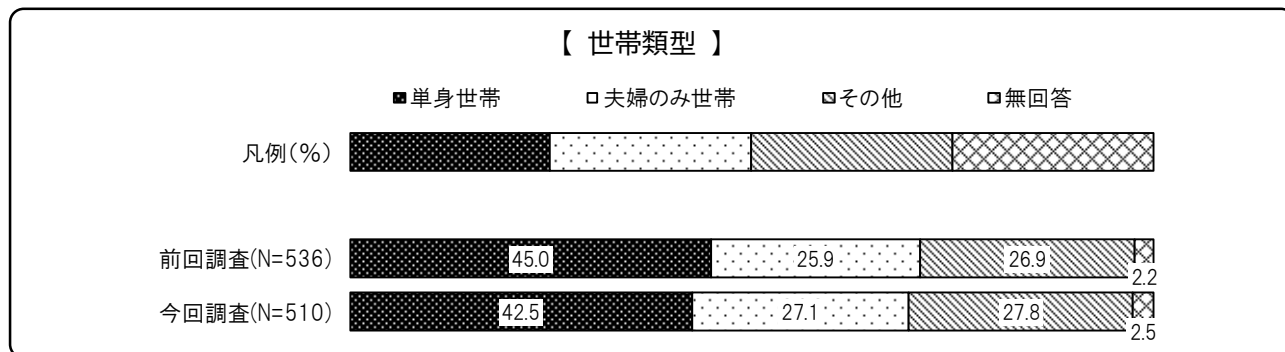
【 市・県・国へ期待するサービス 】



2 在宅介護実態調査結果の概要

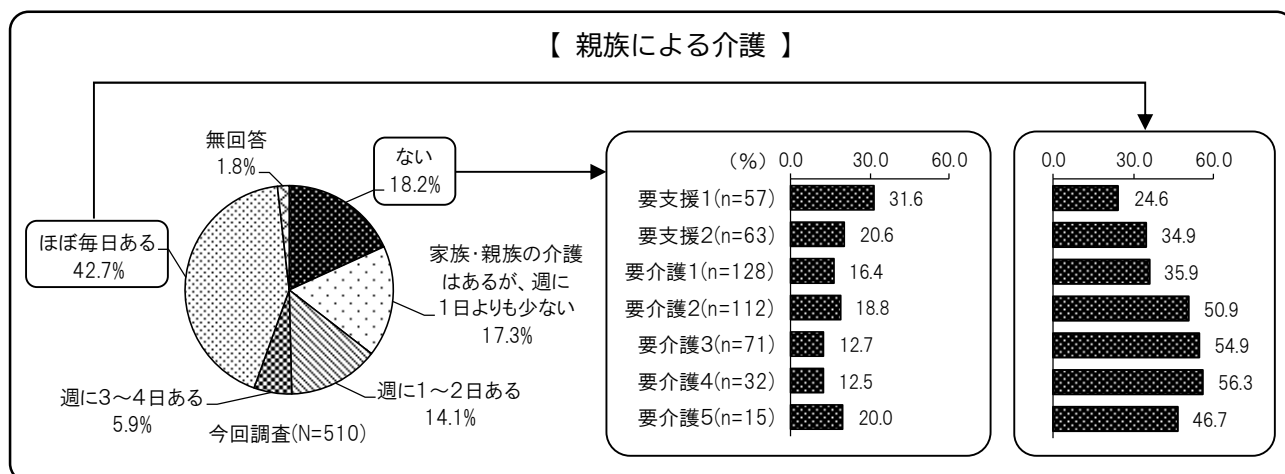
(1) 世帯類型

- 世帯類型は「単身世帯」が約4割（42.5%）を占め最も多く「夫婦のみ世帯」と合わせて約7割（69.6%）を占めています。前回調査から大きな変化はみられません。

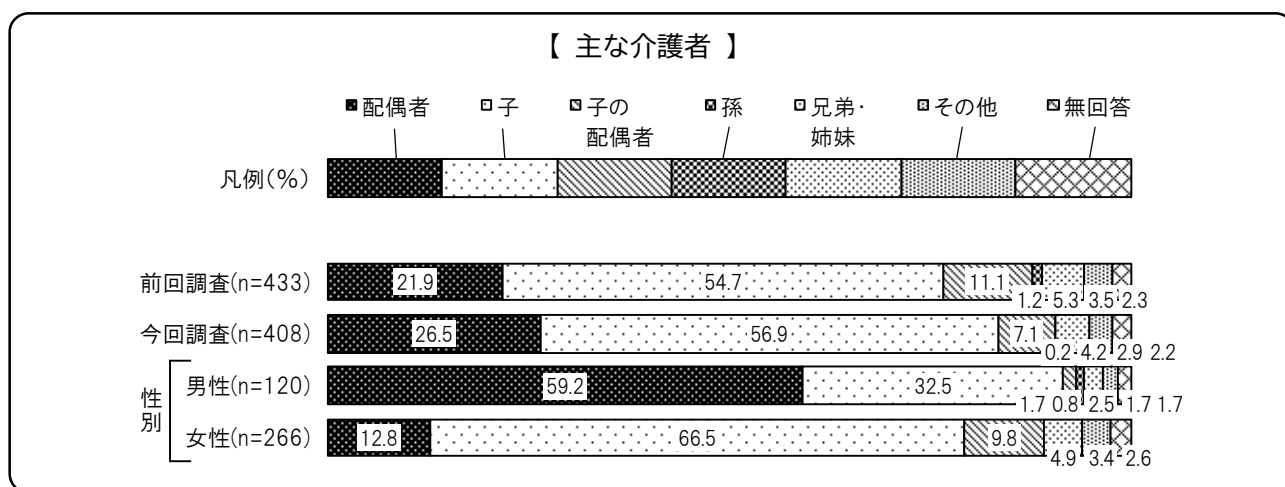


(2) 介護者の状況

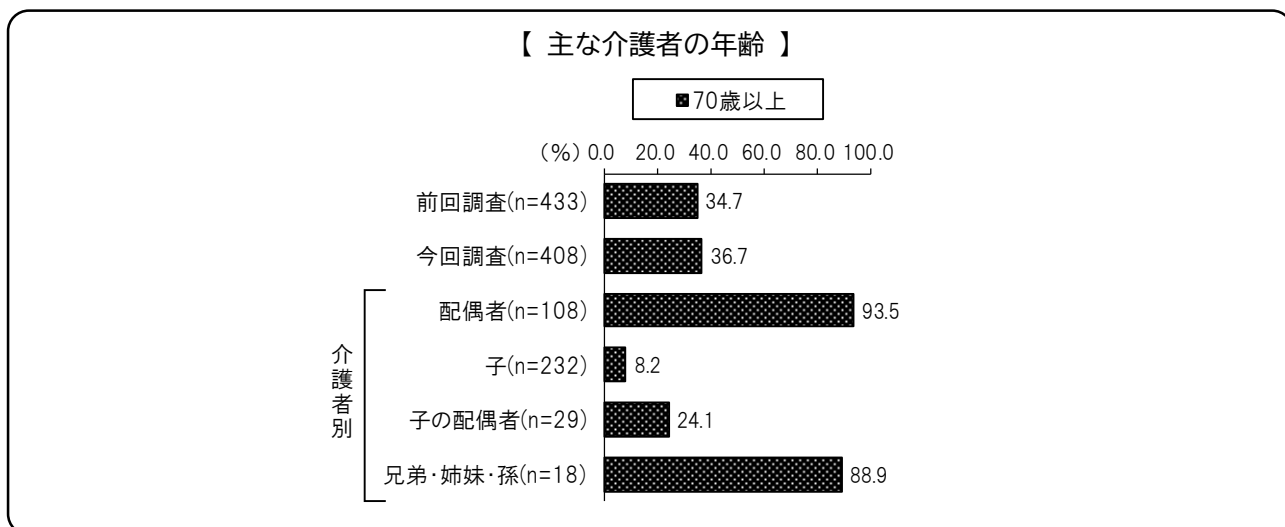
- 親族による介護が「ほぼ毎日ある」人は約4割（42.7%）で最も多く、おおむね要介護度が上がるほどその割合が高くなる傾向にあります。



- ・ 主な介護者は「子」が半数以上（56.9%）を占め最も多く、次いで「配偶者」が続きます。男性は「配偶者」、女性は「子」や「子の配偶者」の割合がそれぞれ高くなっています。

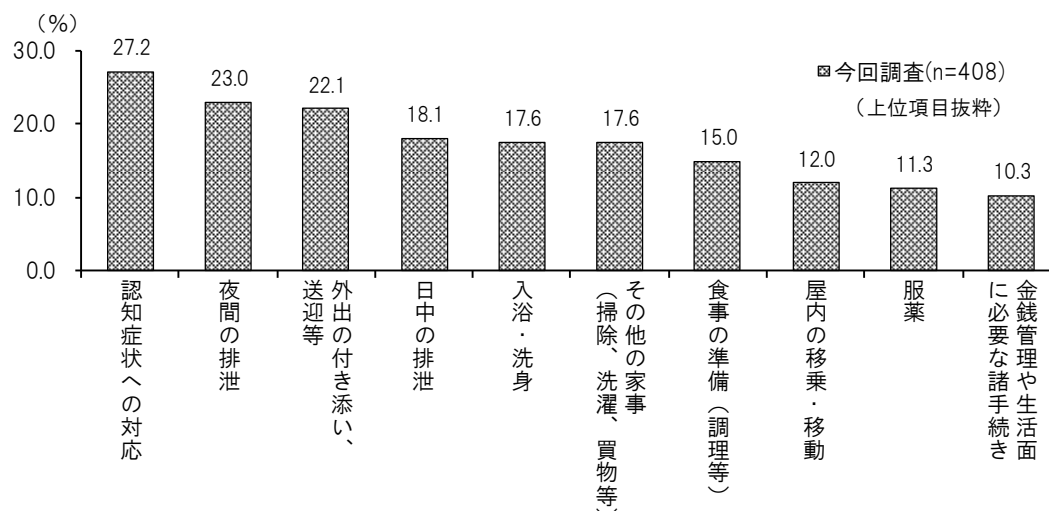


- ・ 70歳以上の介護者は、およそ3人に1人（36.7%）の割合を占めています。特に配偶者や兄弟・姉妹・孫でその割合が高く、介護者の高齢化がうかがえます。



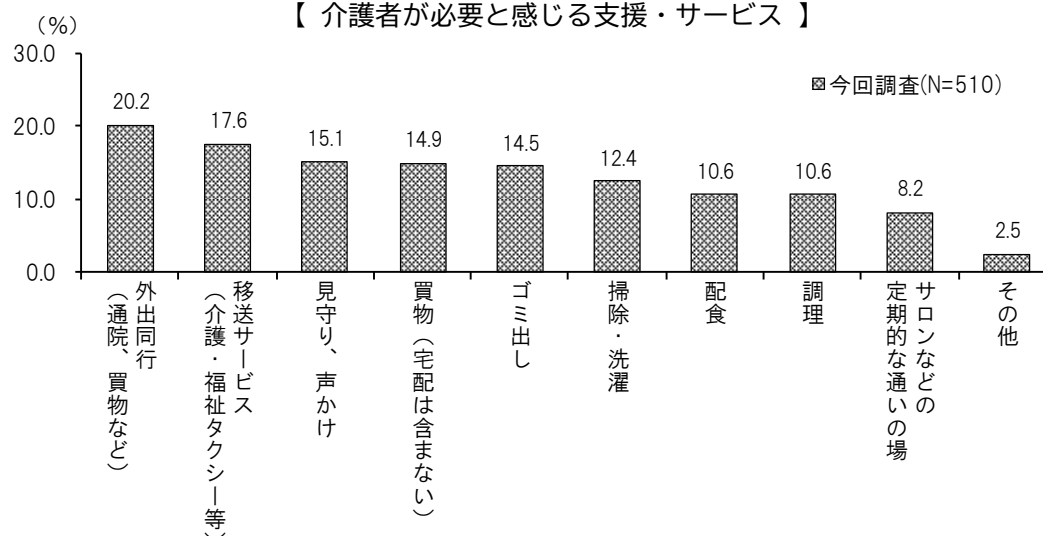
- ・ 介護者の不安としては、認知症状への対応をはじめ排泄や外出のことが多く回答されています。

【 介護者が不安に感じること 】

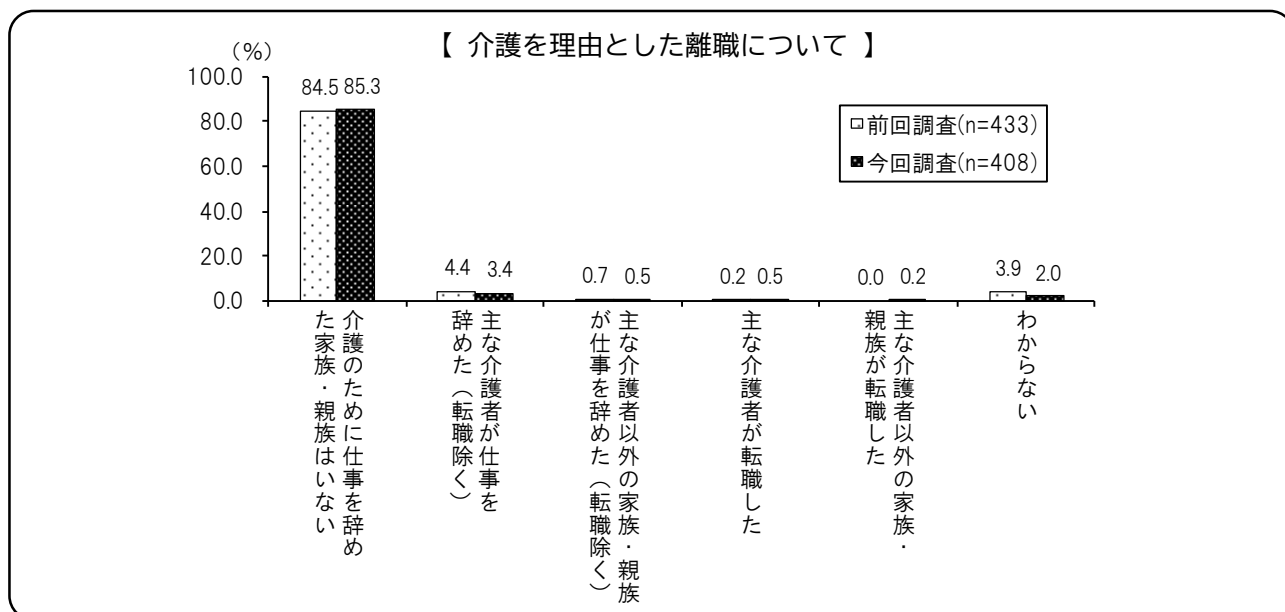


- ・ 介護者は「外出同行(通院、買物など)」や「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」「見守り、声かけ」「買物(宅配は含まない)」「ゴミ出し」などの支援を求めています。

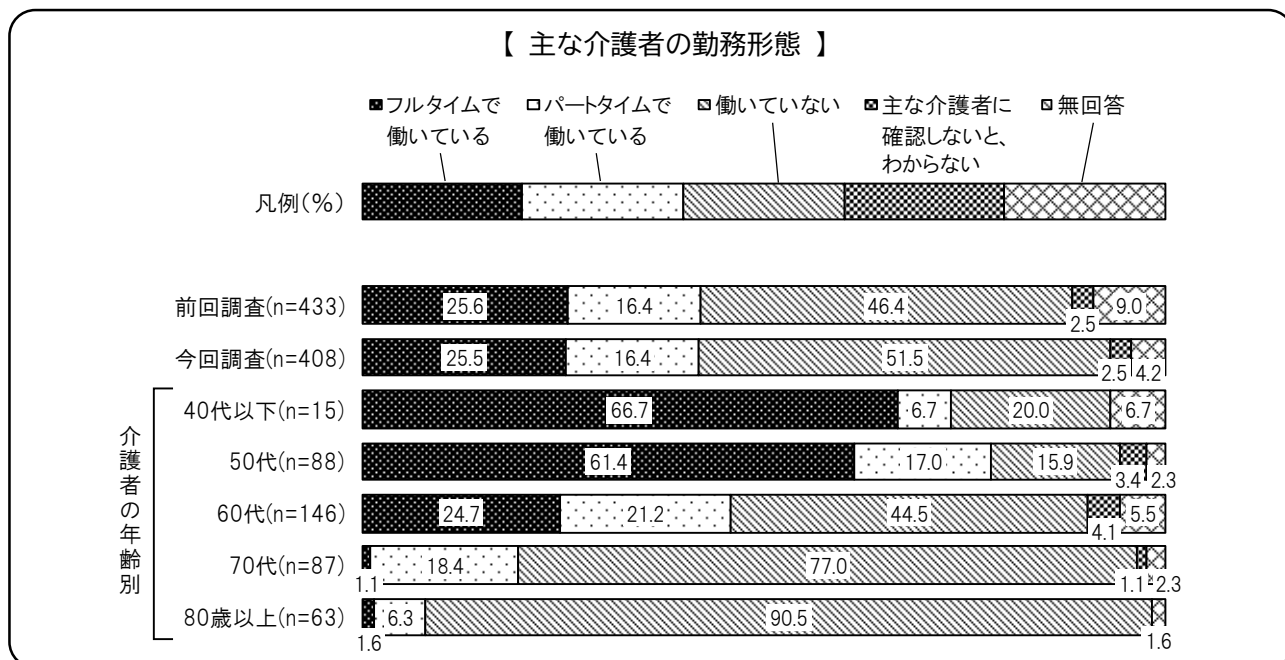
【 介護者が必要と感じる支援・サービス 】



- ・ 介護を理由とした離職については「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が大半（85.3%）を占めています。

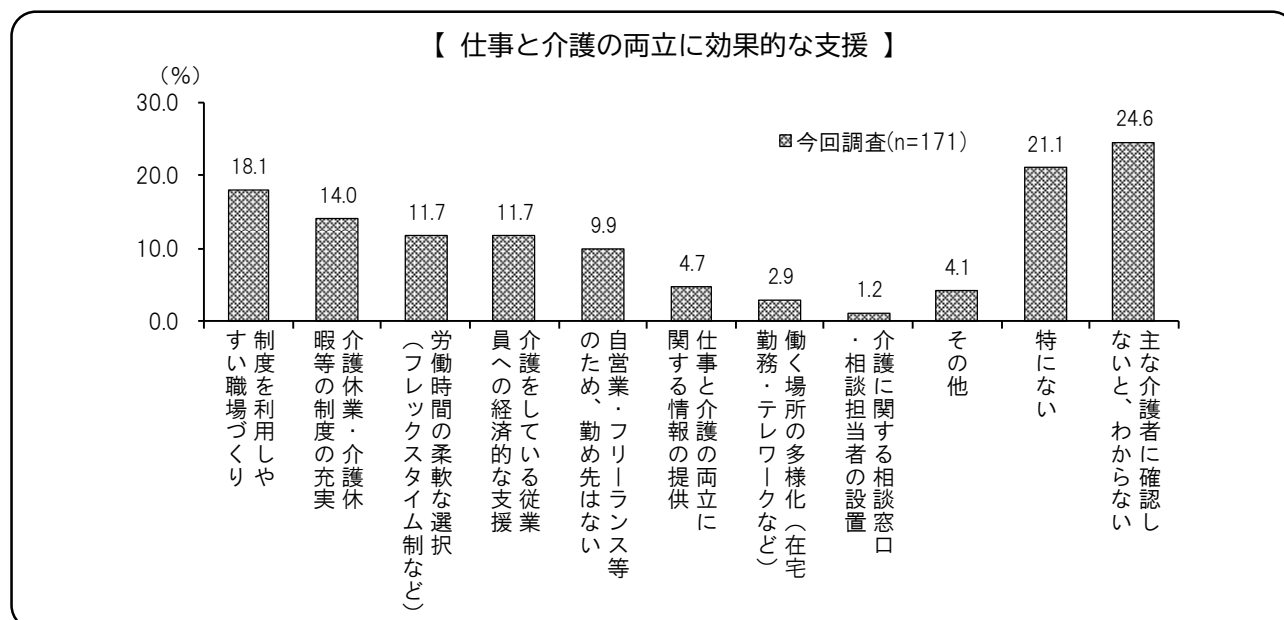


- ・ 主な介護者の勤務形態は「働いていない」が約半数（51.5%）で最も多い一方「フルタイムで働いている」と「パートタイムで働いている」を合わせると約4割（41.9%）となっています。50代以下の年齢層で「フルタイムで働いている」人が多くなっています。

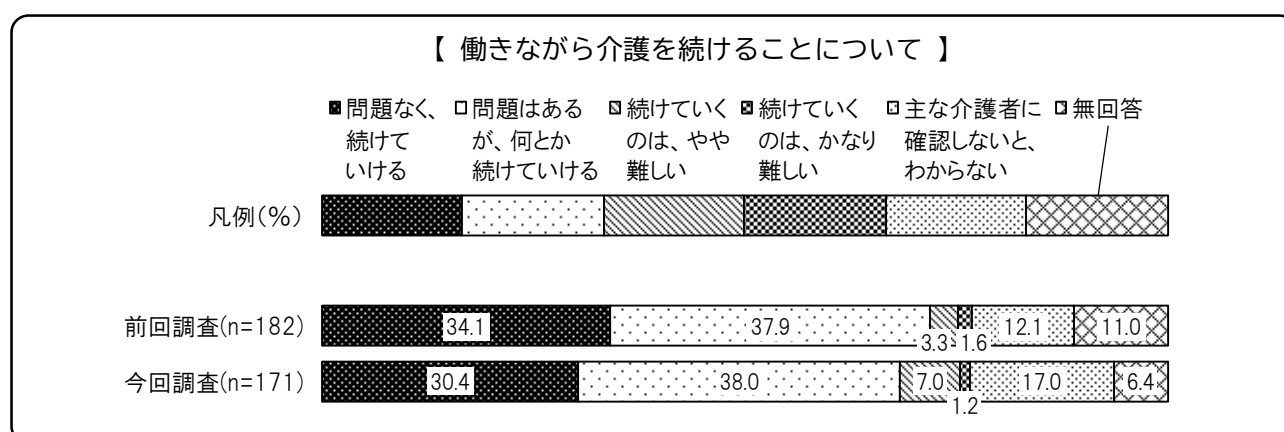


(3) 仕事と介護の両立について

- ・ 仕事と介護の両立に効果的な支援は「制度を利用しやすい職場づくり」が最も多く、次いで「介護休業・介護休暇等の制度の充実」「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」「介護をしている従業員への経済的な支援」などが続いています。



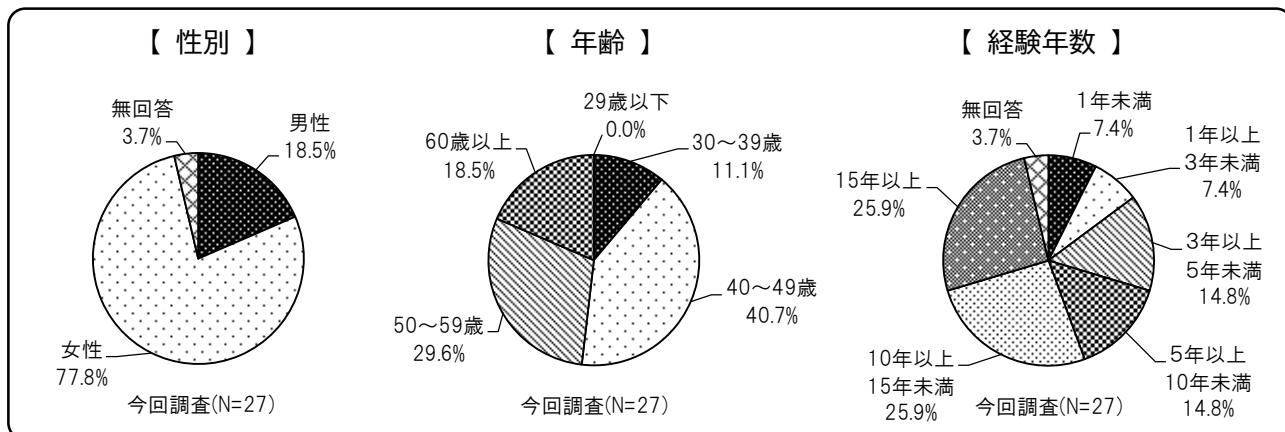
- ・ 働きながら介護を続けることについては「問題なく、続けていける」と「問題はあるが、何とか続けていける」を合わせて約7割（68.4%）を占めています。一方「続けていくのは、やや難しい」と「かなり難しい」の合計は1割未満（8.2%）です。



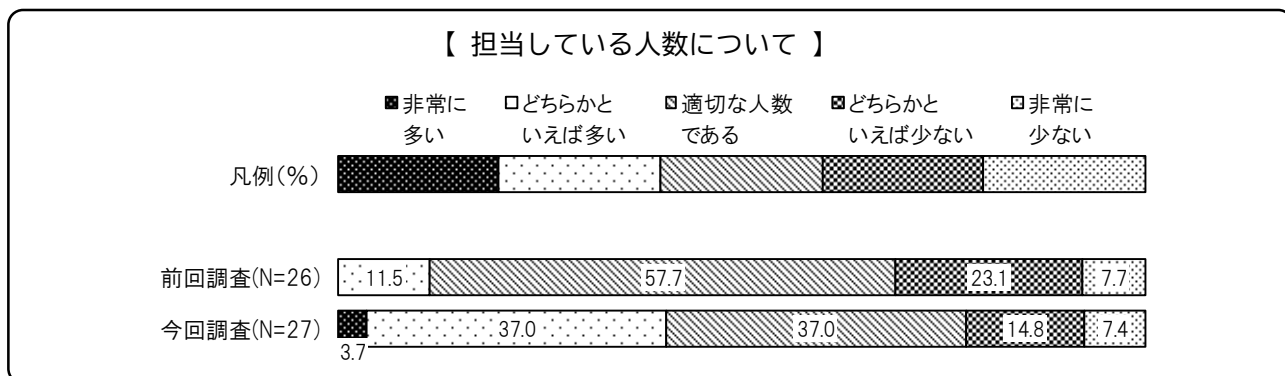
3 介護支援専門員（ケアマネジャー）アンケート調査結果の概要

（1）回答者の属性について

- ・ 回答者の性別は「女性」が約8割（77.8%）を占め、年齢は「40～49歳」が最も多く、「50歳未満」と「50歳以上」はおおむね同程度となっています。
- ・ ケアマネジャーの経験年数は「10年以上（合計）」で過半数（51.8%）を占めています。

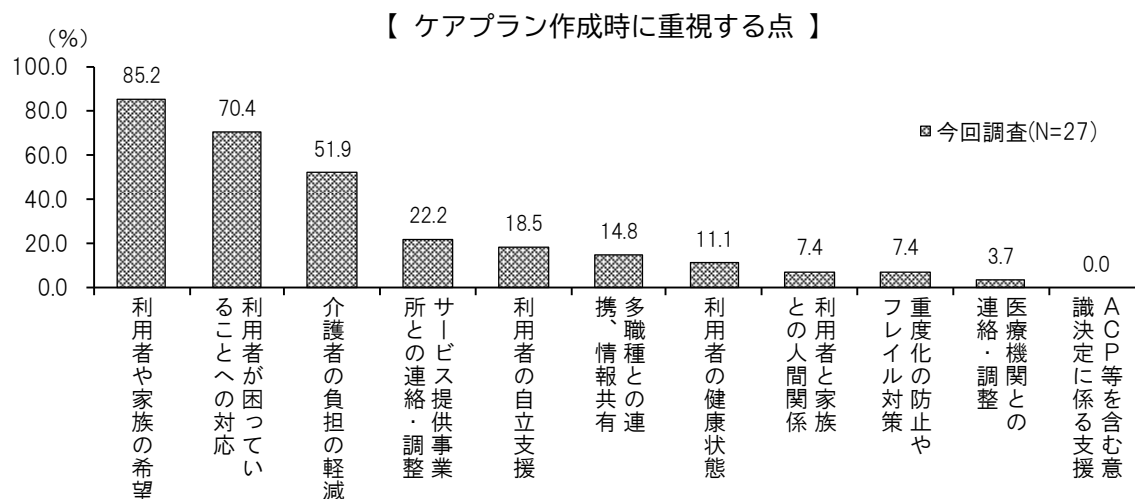


- ・ ケアプラン担当人数は、要介護者が平均 29.2 人、要支援者が平均 6.1 人、介護予防支援等が平均 1.2 人で、合計は平均 35.4 人となっています。
- ・ 担当している人数については「適切な人数である」が4割近く（37.0%）を占めていますが、前回調査と比べ「どちらかといえば多い」が大きく増加しています。

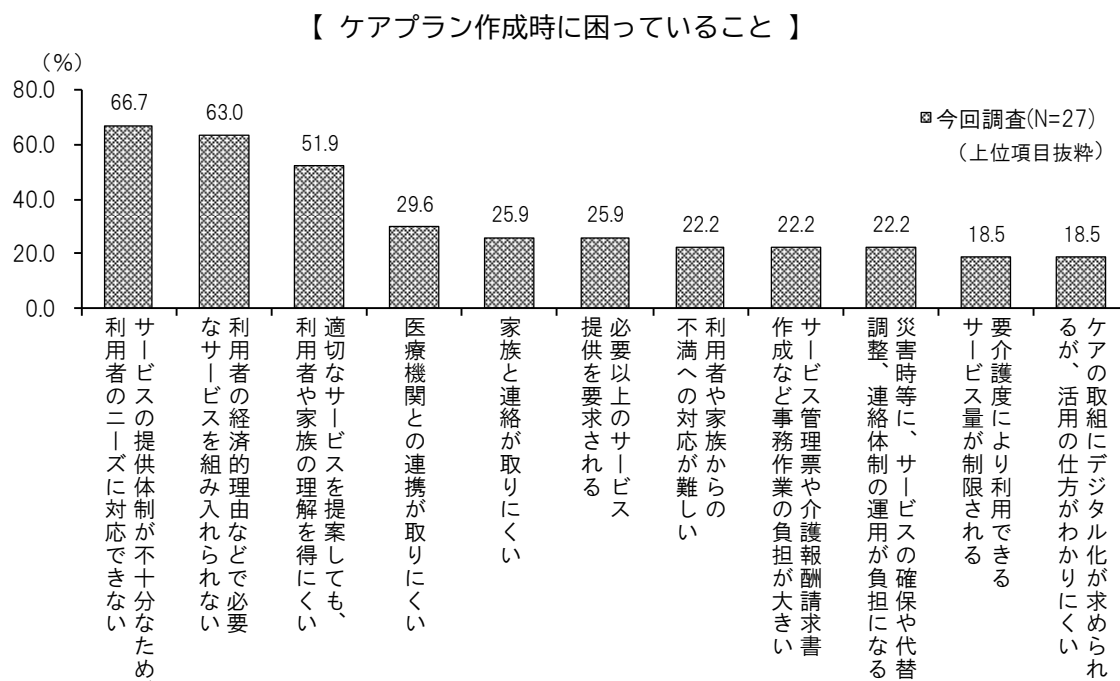


(2) ケアプランの作成について

- ・ ケアプラン作成時に重視する点は「利用者や家族の希望」を筆頭に、以下「利用者が困っていることへの対応」「介護者の負担の軽減」などが続いています。

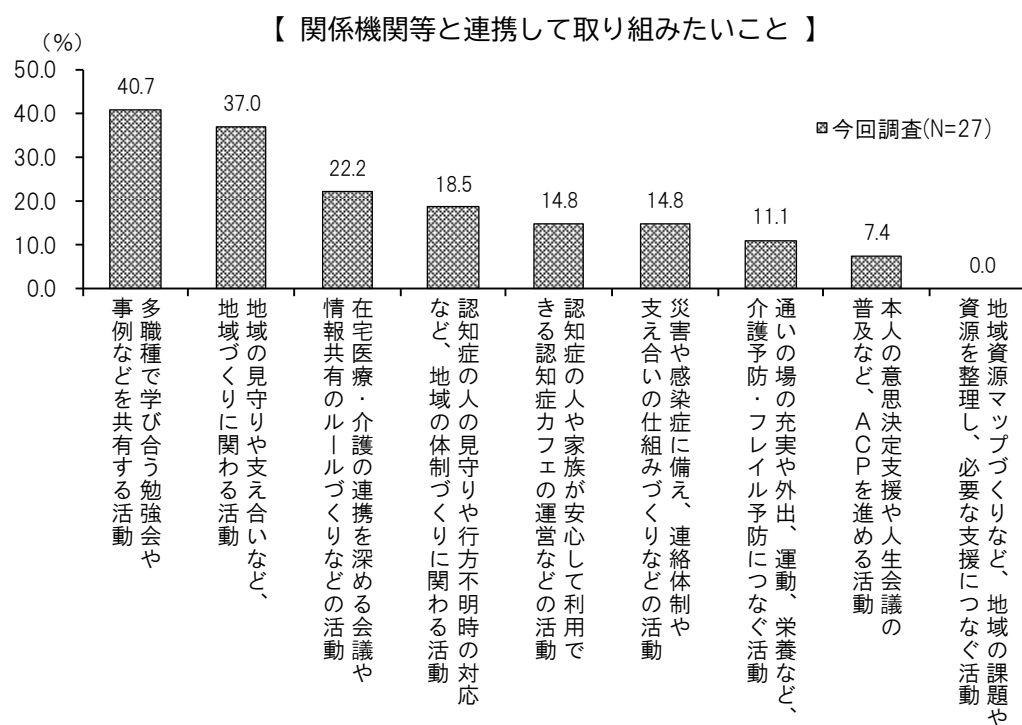


- ・ ケアプラン作成時に困っていることは「サービスの提供体制が不十分なため、利用者のニーズに対応できない」や「利用者の経済的理由などで必要なサービスを組み入れられない」「適切なサービスを提案しても、利用者や家族の理解を得にくい」などが上位に回答されています。

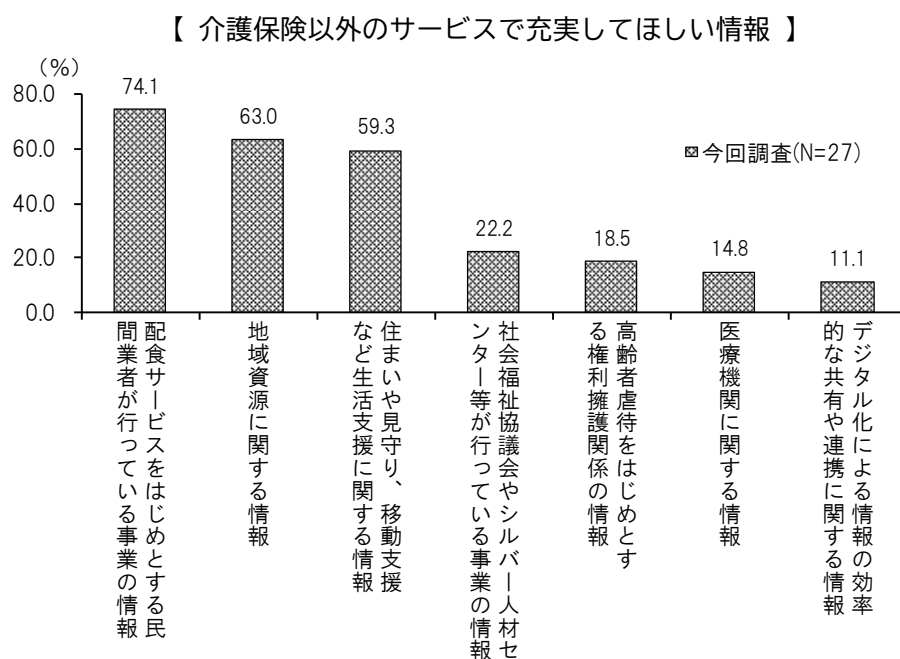


(3) 地域での取組意向と生活支援ニーズについて

- ・ 地域の中で取り組んでみたいことは「多職種で学び合う勉強会や事例などを共有する活動」が最も多く、次いで「地域の見守りや支え合いなど、地域づくりに関わる活動」が続いています。

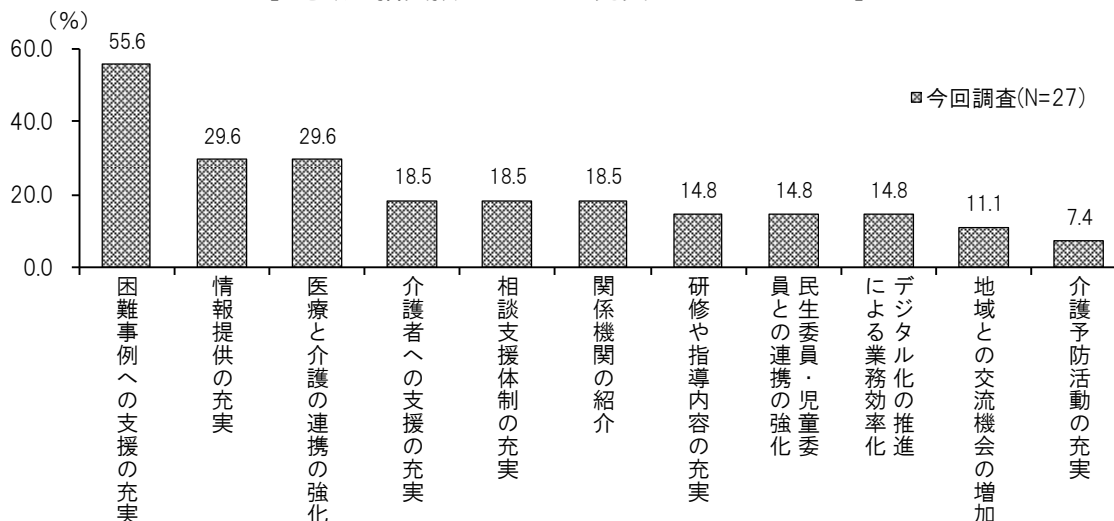


- ・ 介護保険以外のサービスで充実してほしい情報は「配食サービスをはじめとする民間業者が行っている事業の情報」が7割以上 (74.1%) で最も多く、次いで「地域資源に関する情報」「住まいや見守り、移動支援など生活支援に関する情報」が続いています。



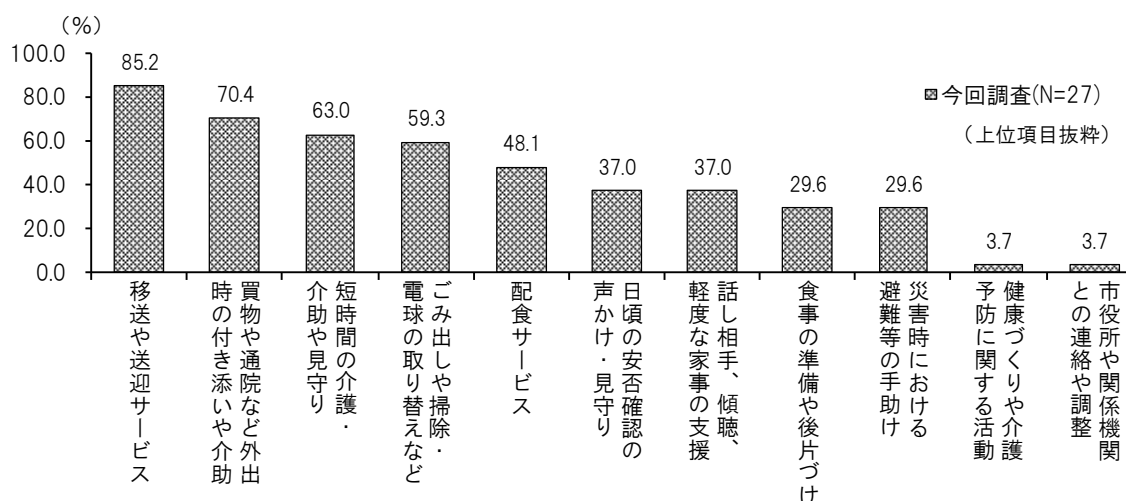
- ・ 地域包括支援センターに充実してほしいことは「困難事例への支援の充実」が半数以上（55.6%）で最も多く、次いで「情報提供の充実」「医療と介護の連携の強化」が続いています。

【 地域包括支援センターに充実してほしいこと 】



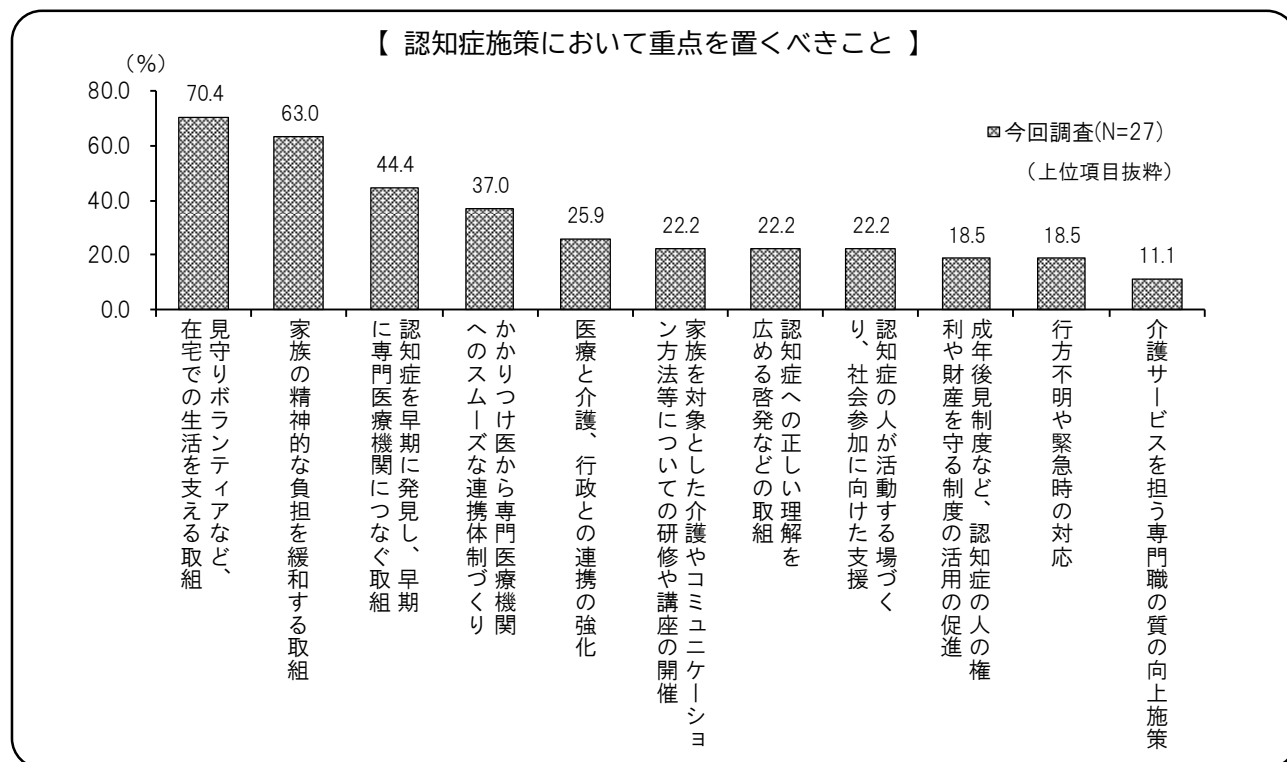
- ・ 充実してほしいインフォーマルサービスは「移送や送迎サービス」を筆頭に「買物や通院など外出時の付き添いや介助」「短時間の介護・介助や見守り」「ごみ出しや掃除・電球の取り替えなど」が続いています。

【 充実してほしいインフォーマルサービス 】



(4) 認知症施策について

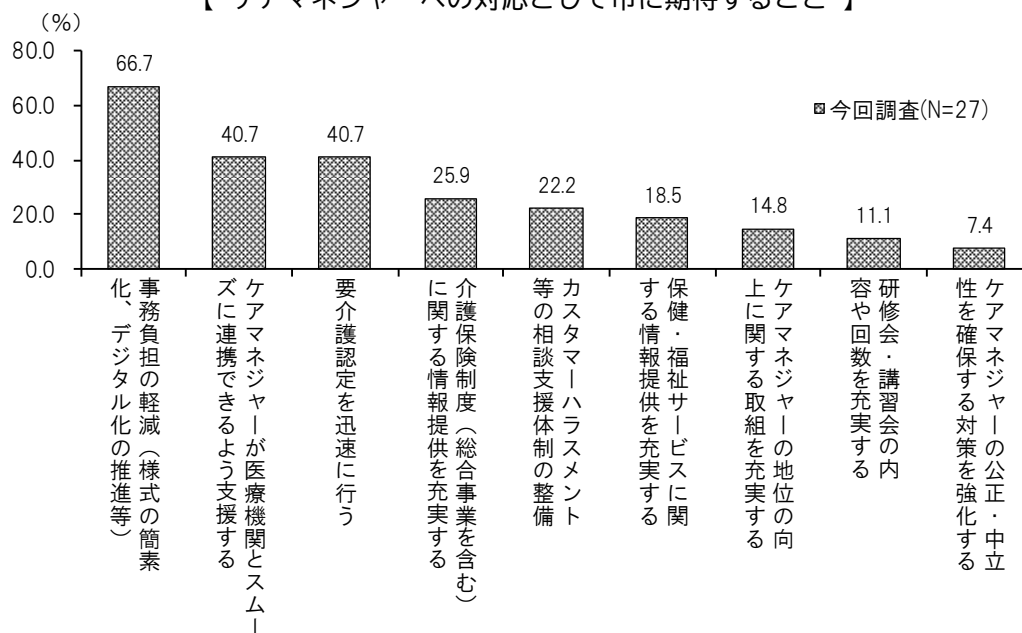
- ・ 認知症施策において重点を置くべきことは「見守りボランティアなど、在宅での生活を支える取組」が約7割（70.4%）で最も多く、次いで「家族の精神的な負担を緩和する取組」「認知症を早期に発見し、早期に専門医療機関につなぐ取組」が続いています。



(5) 市に期待することについて

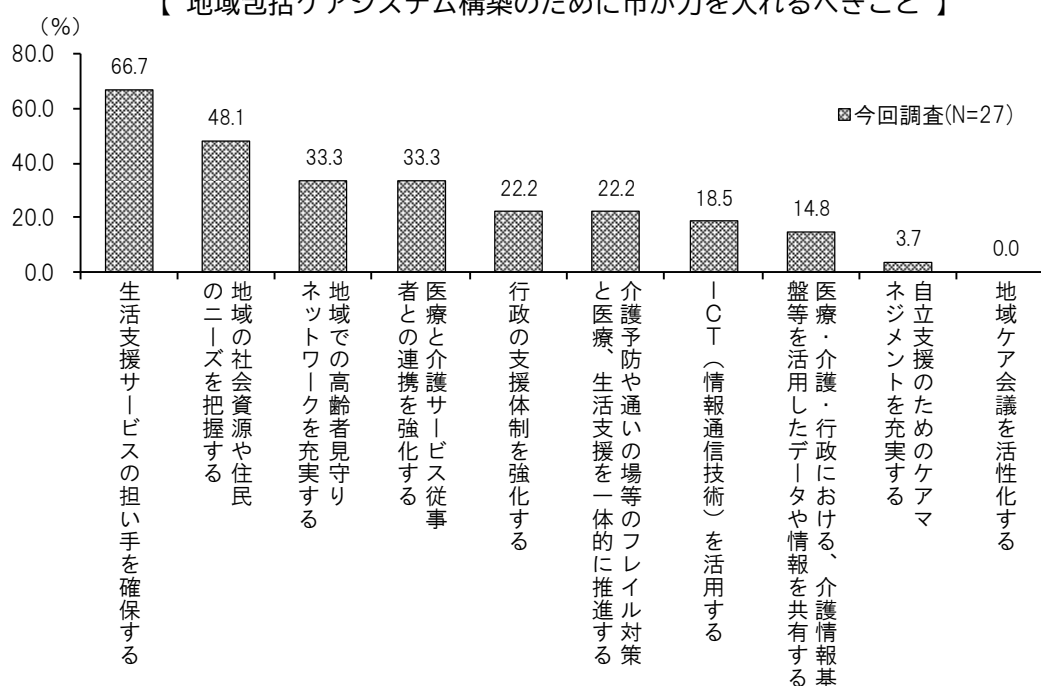
- ・ ケアマネジャーへの対応として市に期待することは「事務負担の軽減（様式の簡素化、デジタル化の推進等）」が7割近く（66.7%）で最も多く、次いで「ケアマネジャーが医療機関とスムーズに連携できるよう支援する」「要介護認定を迅速に行う」が続いています。

【 ケアマネジャーへの対応として市に期待すること 】



- ・ 地域包括ケアシステム構築のために市が力を入れるべきことは「生活支援サービスの担い手を確保する」が7割近く（66.7%）で最も多く、次いで「地域の社会資源や住民のニーズを把握する」が続いています。

【 地域包括ケアシステム構築のために市が力を入れるべきこと 】

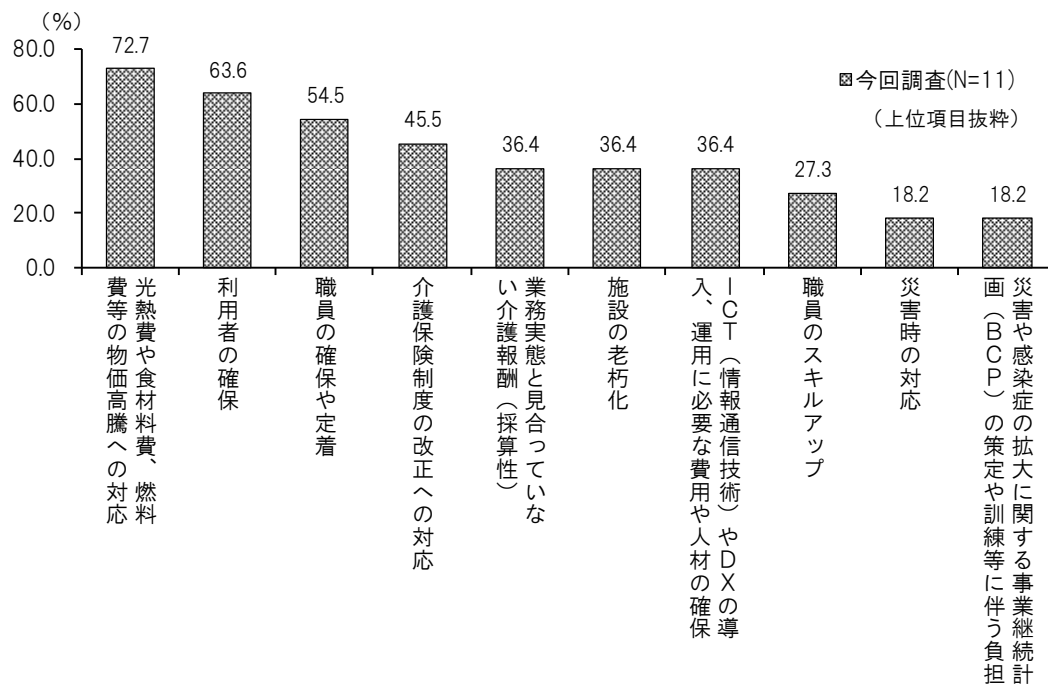


4 サービス提供法人アンケート調査結果の概要

(1) 介護保険事業の運営について

- ・ 介護保険事業を運営する上で困っていることは「光熱費や食材料費、燃料費等の物価高騰への対応」が約7割（72.7%）で最も多く、次いで「利用者の確保」「職員の確保や定着」「介護保険制度の改正への対応」が続いています。

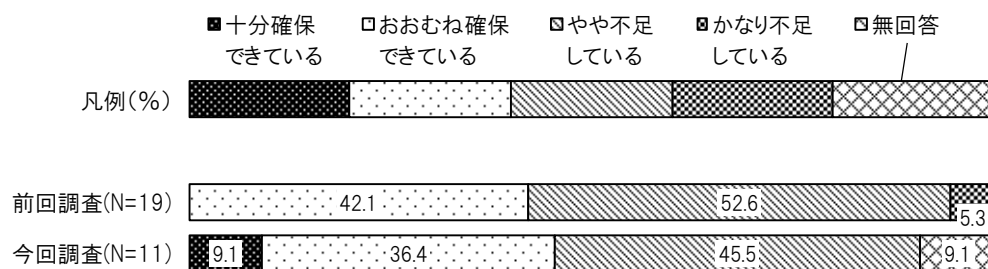
【 介護保険事業を運営する上で困っていること 】



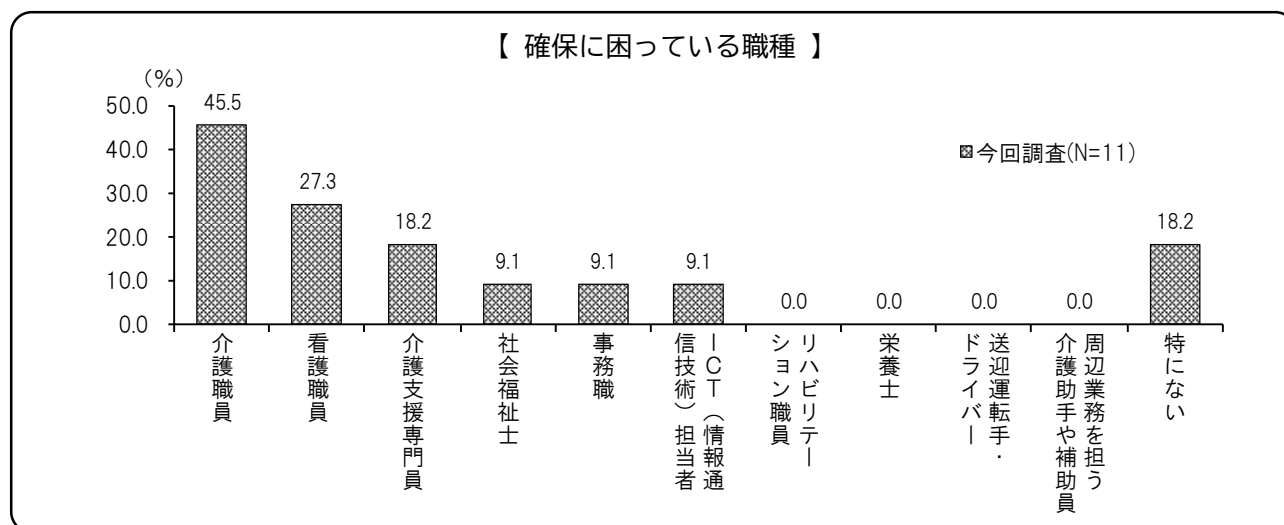
(2) 介護職員・人材の確保等について

- ・ 介護人材の確保状況は「十分確保できている」と「おおむね確保できている」を合わせて半数近く（45.5%）を占めていますが「やや不足している」もほぼ同じ割合で、前回調査と比べ大きな変化はみられません。

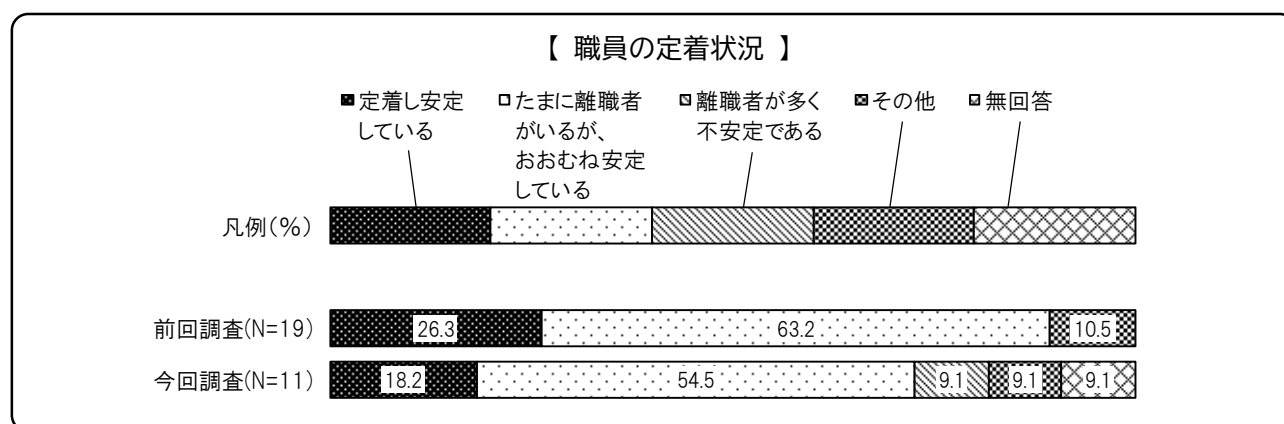
【 介護人材の確保状況 】



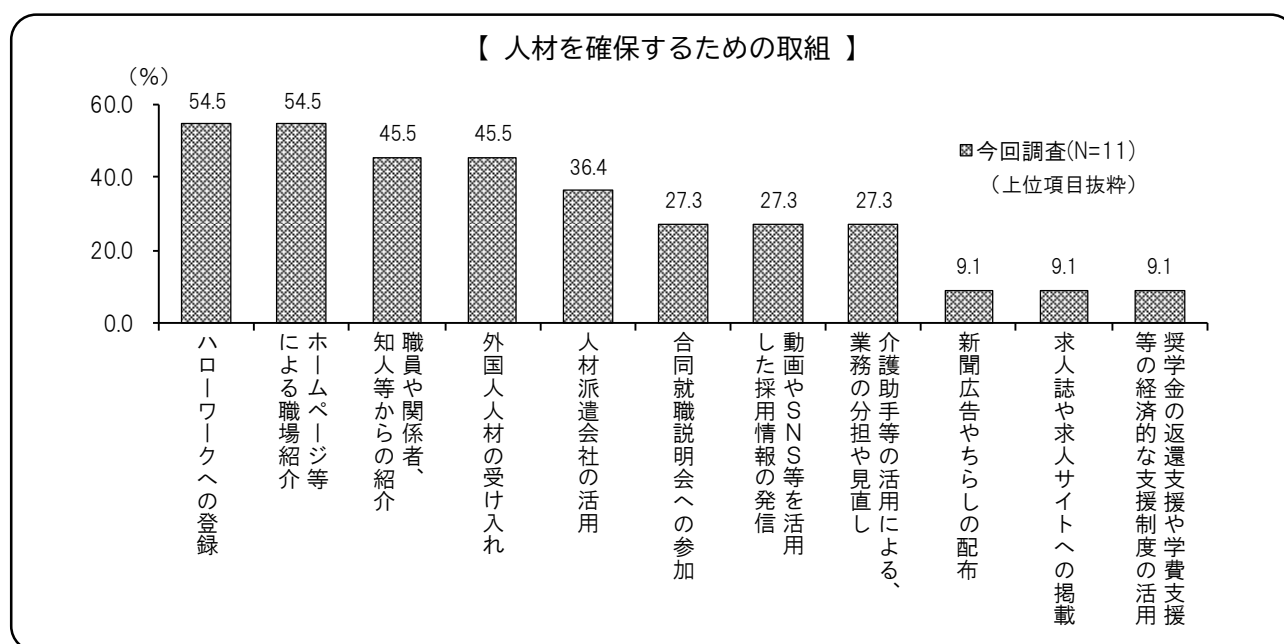
- ・ 人材の確保に困っている職種は「介護職員」が半数近く（45.5%）で最も多く、次いで「看護職員」「介護支援専門員」が続いています。



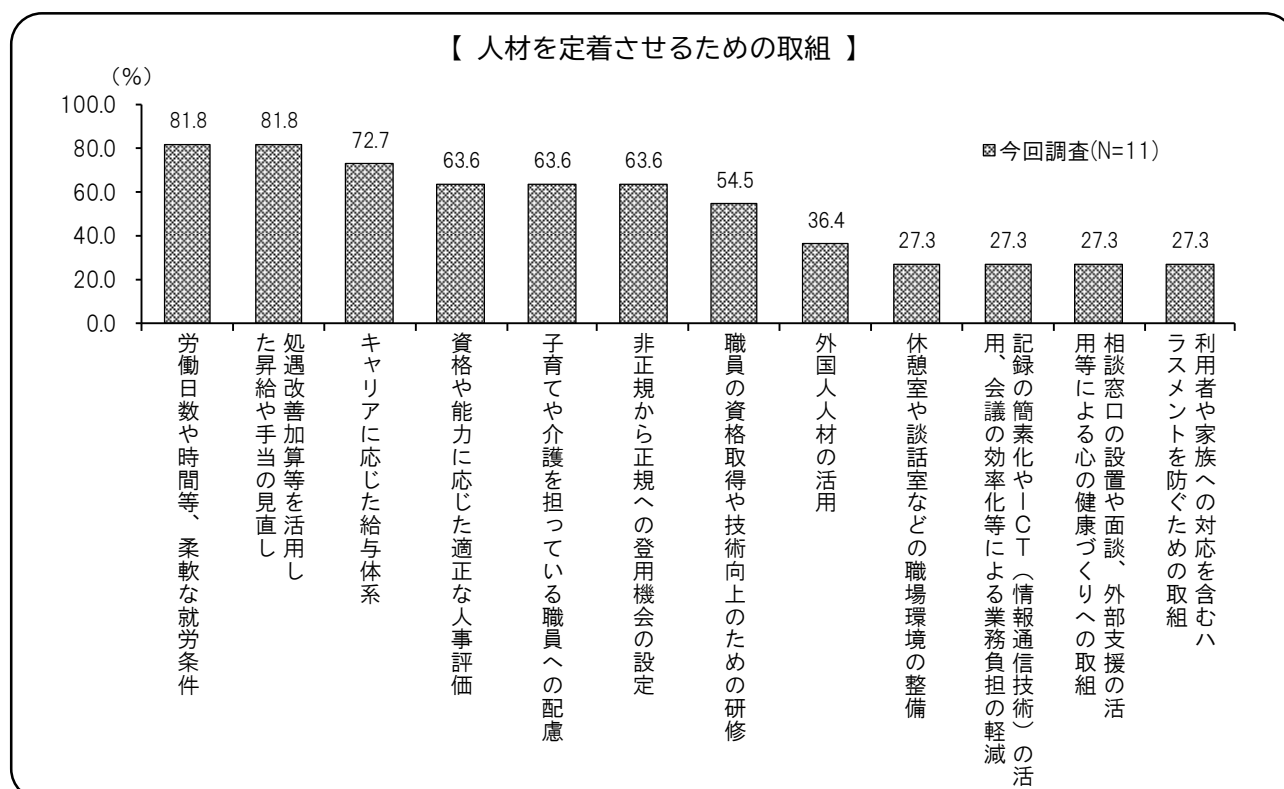
- ・ 職員の定着状況は「定着し安定している」と「たまに離職者がいるが、おおむね安定している」を合わせて約7割（72.7%）を占めています。一方、前回調査と比べると「安定している」の割合は減少しています。



- ・人材を確保するための取組は「ハローワークへの登録」「ホームページ等による職場紹介」がそれぞれ半数以上（54.5%）で最も多く、次いで「職員や関係者、知人等からの紹介」「外国人人材の受け入れ」が続いています。

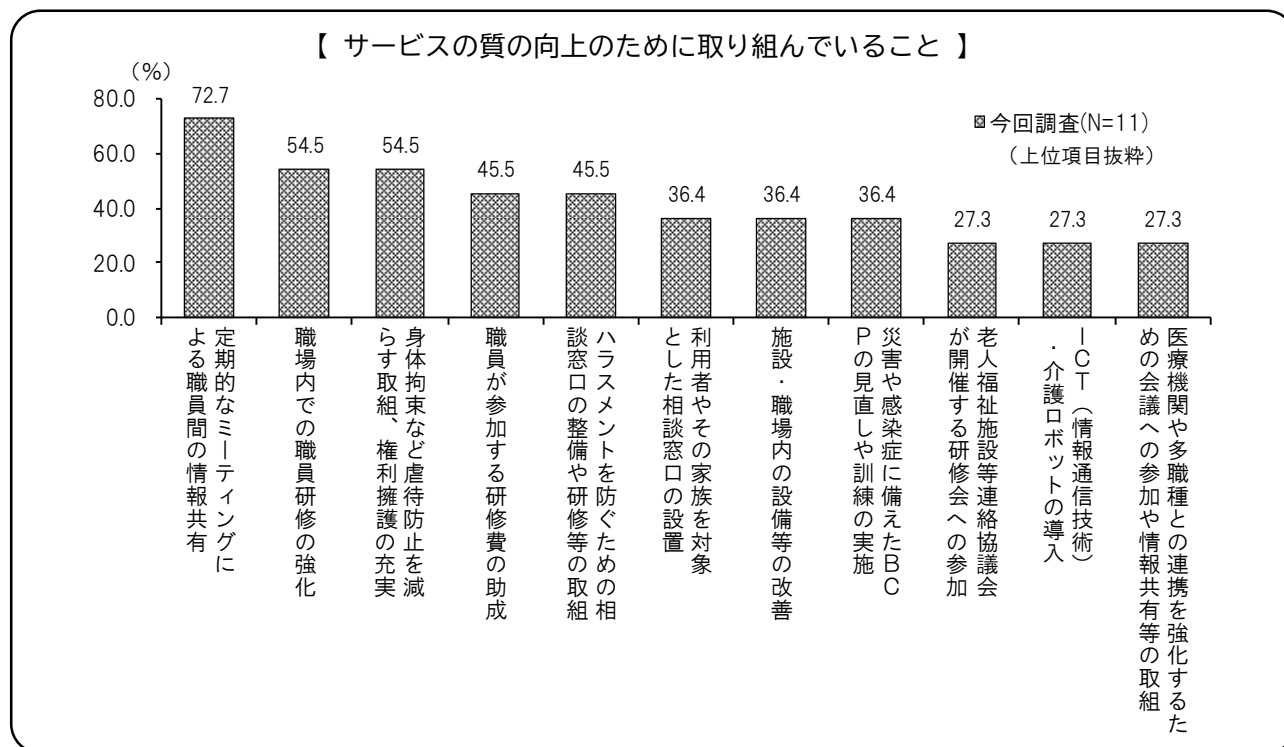


- ・人材を定着させるための取組は「労働日数や時間等、柔軟な就労条件」「処遇改善加算等を活用した昇給や手当の見直し」がそれぞれ8割以上（81.8%）で最も多く、次いで「キャリアに応じた給与体系」が続いています。



(3) サービスの質の向上について

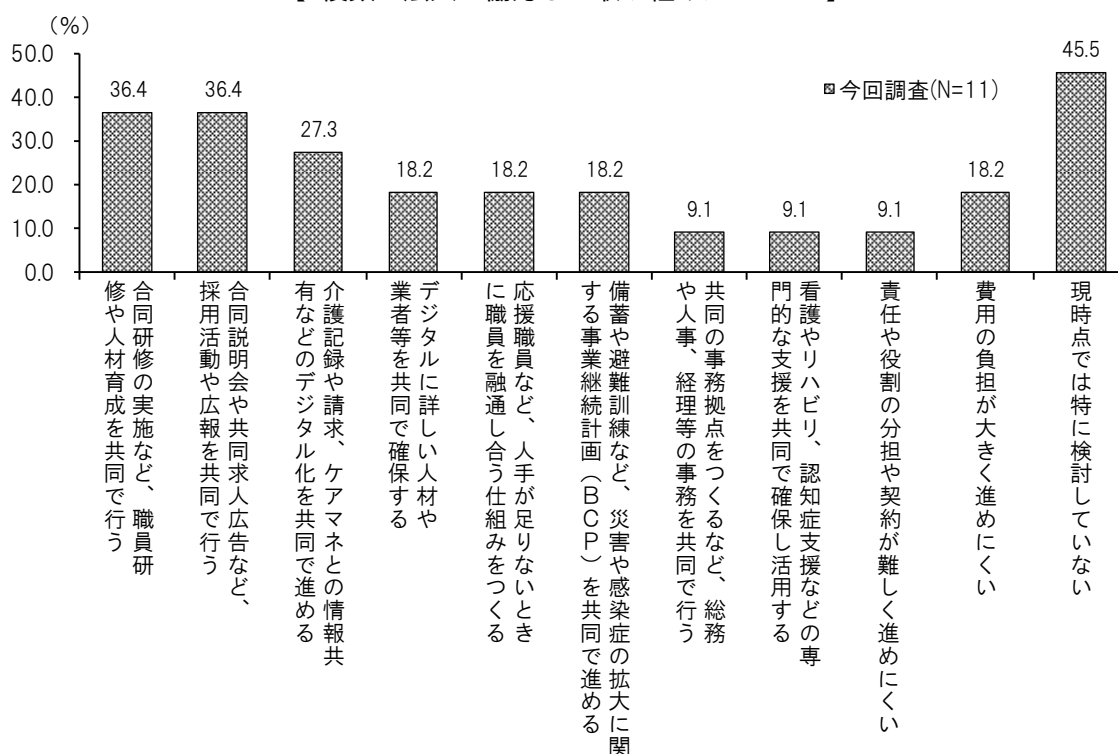
- ・ サービスの質を向上するための取組は「定期的なミーティングによる職員間の情報共有」が7割以上（72.7%）で最も多く、次いで「職場内での職員研修の強化」「身体拘束など虐待防止を減らす取組、権利擁護の充実」が続いています。



(4) 法人間連携とICT・DXの活用について

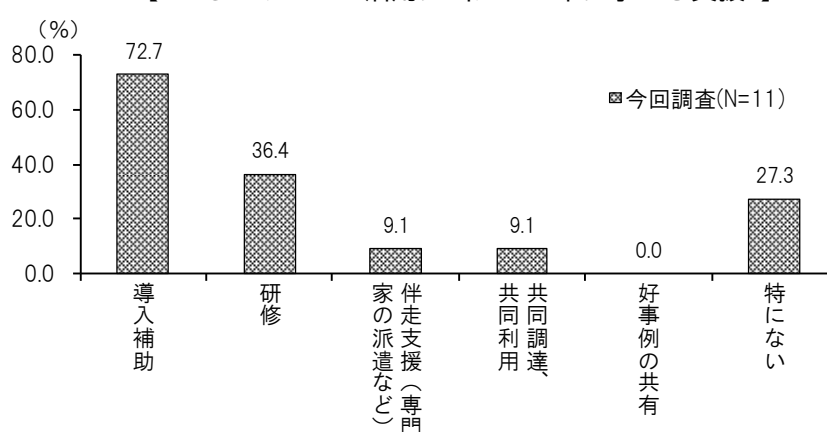
- ・ 複数の法人で協力して取り組みたいことは「合同研修の実施など、職員研修や人材育成を共同で行う」「合同説明会や共同求人広告など、採用活動や広報を共同で行う」がそれぞれ4割近く（36.4％）で最も多く、次いで「介護記録や請求、ケアマネとの情報共有などのデジタル化を共同で進める」が続いています。

【 複数の法人で協力して取り組みたいこと 】



- ・ ICTやDXの活用について市に希望する支援は「導入補助」が7割以上（72.7％）で最も多く、次いで「研修」が続いています。

【 ICTやDXの活用に当たって市に求める支援 】



【2】高齢者福祉計画の進捗状況

高齢者福祉に関する施策は、福祉部門だけでなく、保健、医療、生涯学習、労働、防災、まちづくりなど、幅広い分野と関わるものであり、関係分野との連携・調整が必要です。

本市では、第9期計画に基づき推進してきた施策や事業について、定期的に点検・評価を行い、進捗状況や課題を整理するとともに、今後の取組に反映させることとしています。

ここでは、第9期計画期間における事業の実施状況の検証を踏まえ、今後の課題を整理しました。

基本目標1 健康で生きがいのある暮らしの実現

【基本施策1】地域包括ケアシステムの充実

施策の展開1 地域の実情に応じた支援体制づくり

【これまでの主な取組内容】

- 地域における身近な相談窓口（ランチ）3か所と連携し、高齢者や家族等からの相談を受け付け、心身の状況や生活の実態、必要な支援を幅広く把握した上で、適切な支援につなぎました。
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務として、介護・福祉・保健・医療の関係機関と連携して、ケアマネジャーへの支援や助言を行いました。
- 地域ケア個別会議等を実施し、個別事例について検討しました。
- 要支援1、2のケアプランについて、歯科医師や薬剤師等の専門職からの助言により、ケアマネジメントやケアの質を向上することを目的に「自立支援型地域ケア個別会議」を開催しました。

【地域ケア個別会議】

		令和3 (2021)年度	令和4 (2022)年度	令和5 (2023)年度	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度
開催回数(回/年)	目標値	12	12	12	11	14
	実績値	4	16	9	8	7

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- ブランチ事業の委託先である社会福祉法人と、研修等を通して対応方針を共有するとともに、適切に役割分担を整理し、相互に確認する必要があります。
- 特定の事業所からの相談にとどまらないよう、ケアマネジャー支援の業務の更なる周知を図る必要があります。
- 地域ケア個別会議等については、個別事例の検討にとどまらず、地域課題の抽出につなぐことができるよう、会議の目的や活用方法を明確にし、関係者への周知を図る必要があります。
- 地域ケア個別会議等の開催機会を確保し、関係機関や専門職が地域課題を共有し、必要な支援や仕組みづくりにつなぐ場として充実に図る必要があります。

施策の展開2 在宅医療・介護連携の推進

【これまでの主な取組内容】

- 「医療介護資源マップ」を更新し、地域包括支援センターの窓口への設置や市内の関係者への配布を行うとともに、市のホームページに掲載しました。
- 江田島市ケアマネジャー連絡協議会と連携し、ケアマネジャーから見た在宅医療介護連携に係る現状及び課題についてのアンケートを実施するとともに、市内の医師を対象としたケアマネジャーに対するアンケートを実施し、双方の現状を把握しました。
- 医療・介護関係者の情報共有を図るため、紙媒体の情報共有連携シートを作成しました。情報共有連携ツールについては、多職種連携研修会において医師からMCS※¹の導入に関する提案があったほか、関係者間で情報共有ツールの活用が進められました。
- 地域包括支援センターに医療・介護連携相談窓口を設置しました。
- 医療機関と介護関係者等の円滑な連携が図られるよう、江田島市地域保健対策協議会の医療・介護専門部会で、多職種連携推進研修会を実施しました。
- 「人生会議って知っていますか？」というACP※²をテーマとした出前講座を実施し、普及・啓発に努めました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 「医療介護資源マップ」については、容易に更新できるように検討する必要があります。
- 在宅医療・介護連携に関する課題の抽出ができるよう、専門部会を「課題の定義等を議論する場」にする必要があります。
- 市内の医療機関や広島市、呉市の医療機関等と連携し、組織的な在宅医療と在宅介護の提供体制の整備を図る必要があります。
- 医療・介護関係者の情報共有が図れるよう、医療・介護専門部会以外の場づくりを検討するとともに、情報共有ツールについて具体的に協議し、運用について、関係機関と連携して検討を進める必要があります。
- 医療・介護連携に関する相談支援につながるよう、住民や関係機関に窓口を周知するとともに、窓口の役割や対応範囲を整理し、機能の充実について検討する必要があります。
- ACPについて、人生の最終段階に向けた本人の希望や心づもりを、家族や医療・介護関係者等と共有する取組として、住民や専門職の理解を深める必要があります。本人の意思を尊重した医療やケアにつながるよう、医師や医療機関の理解も含め、普及・啓発に努める必要があります。

※1 医療・介護関係者が、患者、利用者ごとに支援状況や連絡事項等を共有するための情報共有ツールのこと。
(Medical Care Station)

※2 病気やけがなどにより、意思を伝えることが難しくなったときに備え、本人が望む医療やケア、生活のあり方などについて、家族や医療・介護関係者等と繰り返し話し合い、共有しておく取組のこと。(Advance Care Planning：人生会議)

施策の展開3 地域における見守りネットワーク活動の推進

【これまでの主な取組内容】

- 総合相談や地域ケア個別会議を通して、民生委員・児童委員や介護サービス事業所、ランチ事業委託先等から、個別支援ネットワークにつなぎました。
- 社会資源冊子「えたじまのくらし楽々ブック」を改訂するとともに、事業の周知や地域への情報発信・共有を目的として「イマコレ通信」を発行しました。
- 生活支援コーディネーターとの連絡会議を月1回開催し、各地域での現状を踏まえ、生活支援体制整備事業協議体の第2層、第3層の設置を検討しました。
- 連携シートを活用して困難事例に対応し、支援しました。
- 生活困窮や障害、認知症など、個々のケースに応じて、社会福祉協議会と連携を図りました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 個別の相談や支援から見てきた課題を整理し、地域全体の課題として共有する必要があります。地域住民、関係機関、行政が連携し、地域の実情やニーズに応じた見守り体制や支え合いの仕組みづくりを検討する必要があります。
- 支援が終了していない困難事例について、定期的な支援会議を開催し、継続して支援する必要があります。また、連携シートに併せて作成した相談体制フロー図を活用する必要があります。
- イベントや研修会、教室等の周知だけでなく「地域福祉の考え方」や「地域共生社会の意義」等についても周知を図る必要があります。

施策の展開4 介護人材の確保・育成・定着の推進

【これまでの主な取組内容】

- 市の広報紙をはじめ、様々な媒体を活用して、社会福祉協議会が行っている地域人材確保推進体制整備事業による「介護助手」という働き方をPRしました。
- 江田島市社会福祉協議会において「しおかぜ」や「ボラネット」などがボランティアの育成や活動の促進を行いました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 介護人材が確保されるよう、様々な媒体を活用して介護職の魅力を発信するとともに、介護の資格取得に係る研修費用及び交通費の助成などに取り組む必要があります。
- ボランティアポイントの付与等、市民がボランティアについて関心を持つことができるよう取り組む必要があります。

【基本施策2】認知症対策の推進

施策の展開1 認知症に対する理解の促進

【これまでの主な取組内容】

- 市民や民生委員・児童委員、介護支援専門員を対象とした講演会や研修、認知症サポーター養成講座を開催しました。
- 呉市が実施するチームオレンジ等の住民活動を職員が視察し、今後の事業展開について検討しました。
- 「認知症いきいきガイド（認知症ケアパス）」の内容を更新し、関係機関や相談者に配布したほか、出前講座等でも活用しました。

【認知症サポーター養成講座】

		令和3 (2021)年度	令和4 (2022)年度	令和5 (2023)年度	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度
開催回数(回/年)	目標値	8	10	10	4	4
	実績値	4	7	4	5	6
延べ参加人数(人/年)	目標値	120	150	150	120	120
	実績値	53	103	35	110	114
サポーター養成講座 修了者の累計(人)	目標値	1,232	1,382	1,532	1,409	1,529
	実績値	1,146	1,249	1,284	1,394	1,508

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 認知症に関する正しい知識の普及に向けて、市の広報紙等の活用をはじめ、講演会や研修、認知症サポーター養成講座等への参加を促進する必要があります。
- 家族や医療、介護関係者等で共有し、切れ目のないサービスが適切に提供できるよう「認知症いきいきガイド（認知症ケアパス）」の更なる活用を図る必要があります。

施策の展開2 認知症の予防とケア対策の推進

【これまでの主な取組内容】

- えたじまんのつどいの場で「いきいき百歳体操」「しゃきしゃき百歳体操」を取り入れた運動の普及に努めました。介護予防教室では、二重遂行運動を取り入れた運動を実施しました。
- 認知症初期集中支援チームによる「もの忘れ相談会」の開催やチーム員の訪問等を実施しました。また、住民向け講演会を実施し、認知症への理解を深める機会とするとともに、事業の周知を図りました。
- 地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員を中心に、課題の整理や事業の企画・立案の検討を行う、認知症担当者による協議を実施しました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 認知症への理解を深めるとともに、相談しやすい環境づくりに向け、住民や医療・介護の専門職に対して、相談窓口や支援制度の更なる周知を図る必要があります。
- 早期に認知症初期集中支援チームが対応できるよう、相談内容や対応状況について情報共有できるチーム員会議を開催する必要があります。
- 認知症地域支援推進員について周知するとともに、認知症地域支援推進員の役割の明確化を図る必要があります。

【施策の展開3】家族介護者への支援

【これまでの主な取組内容】

- 総合相談として認知症相談を受け付け、個別支援を行うとともに、認知症初期集中支援チームと連携し、もの忘れ相談会への参加を促進し、不安の軽減を図りました。
- チームオレンジの設置に向け、生活支援コーディネーターを中心に、認知症カフェや地域で認知症を支える仕組みについて地域アセスメント※を行いました。
- 認知症カフェの運営補助、支援を目的に、委託や補助金の助成を行いました。また、実施者同士が課題や情報を共有し、より充実した取組につながるよう、意見交換会を開催しました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 認知症の人やその家族が相談窓口につながり、早期の段階から適切な支援を受けられるよう、相談窓口の機能の充実を図る必要があります。
- 認知症カフェ未実施地区の設置を促進するとともに、認知症カフェの実施主体者と協議し、方向性の統一を図る必要があります。

※ 地域の人口構成や高齢者の生活状況、支援ニーズ、地域資源、関係機関の連携状況等を把握・分析し、地域の課題や必要な取組を明らかにすること。

施策の展開4 地域における見守り活動の推進

【これまでの主な取組内容】

- 認知症サポーター養成講座を開催しました。令和6（2024）年度からは、江田島小学校や鹿川小学校児童を対象に開催し、小学生と地域の認知症カフェとの交流に発展した事例がありました。
- キャラバンメイトを増やす取組を実施し、地域包括支援センターの職員や社会福祉法人に委託したランチ事業担当職員、市職員が講座を受講しました。
- 江田島警察署と締結した「認知症高齢者等の支援に係る相互連携協定」に基づき、認知症のおそれのある高齢者等の情報提供を随時受け付け、必要な支援につなぎました。
- どこシル伝言板を活用した「認知症高齢者等見守りシール事業」を運用するとともに、えたじまんのつどい代表者等交流・研修会で体験会を行い、事業を周知しました。

【 点検・評価結果から見た今後の主な課題 】

- 認知症サポーター養成講座について、金融機関や企業等にも周知するとともに、講座修了者が様々な場で活躍できるよう、役割を明確化する必要があります。
- 部署内においてキャラバンメイトの不在をなくすとともに、継続して活動できる人材の確保に向けて、キャラバンメイトを増やす取組が必要です。
- 徘徊高齢者の実態を把握し、地域の見守り体制の整備に努める必要があります。
- 「どこシル伝言板システム」を活用した「認知症高齢者等見守りシール事業」の周知に努め、登録者の増加を図る必要があります。

【基本施策3】介護予防と生きがいづくりの推進

施策の展開1 社会参加・生きがいづくりと交流の促進

【これまでの主な取組内容】

- つどいの場を訪問し、体力測定を実施するとともに、代表者や世話役の相談に応じ、意欲の増進に努めました。
- 市の広報紙を活用して活動を周知するとともに、一定の総参加者数を超えて開催したつどいの場に活動助成金を支給し、高齢者の社会参加や介護予防の促進等につなぎました。
- 令和5（2023）年度からは、江田島市オリジナル介護予防体操「えたじまん体操」を活用した運動を啓発しました。
- 老人クラブ活動への参加の促進に向け、補助金を交付して支援しました。
- スポーツ推進委員によるニュースポーツの指導を小学校・こども園で実施しました。
- 市文化協会・伝統芸能等各保存会や文化協会団体、高齢者大学、スポーツ団体に補助金を交付して活動を支援するとともに、市の広報紙等を活用して、情報を提供しました。
- 各地域の交流プラザ等の公共施設やつどいの場を活用して、いきいき百歳体操などを実施したほか、プラチナ大学やいきいきサポーター養成講座を開催しました。
- シルバー人材センターの会員拡大・就業開拓部会や女性部会で取組への助言等を行うなど、運営や活動を支援しました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 地域での担い手不足、高齢人口の減少、新規の手続きの煩雑さといった課題解消のため、引き続き、通いの場の立ち上げを支援する必要があります。
- 老人クラブが、生きがいづくりや地域での貢献の場として継続的に活動できるよう、補助金の目的に沿った活動内容を確認し、必要な支援を行う必要があります。
- 幅広い年齢層を対象とした生涯学習・文化芸術・スポーツ活動を推進し、こどもや若い世代、地域住民に対する伝統芸能等の知識や技術の伝承活動の活性化を図るとともに、市の広報紙に加え、新しいツールでの周知に努める必要があります。
- 公共施設の再編などで、従来の活動場所が利用できなくなるケースが出てこないよう、新たな活動場所について検討する必要があります。
- シルバー会員の高齢化や退職年齢の引き上げにより、会員数や新規登録者数が減少しているため、各部会などへの参加や助言等の支援を継続して行う必要があります。

施策の展開2 元気を支える健康づくりの推進

【これまでの主な取組内容】

- 通いの場におけるフレイル予防事業「能美貯筋プロジェクト」を実施するとともに、健康相談をはじめ、専門職による栄養や口腔のフレイル予防について講話を実施しました。
- 健康状態や生活状況を確認するアンケートの実施により、看護師の訪問等による把握を行い、必要に応じて、サービスや情報の提供、関係機関への紹介を行う健康状態不明者把握事業を実施しました。
- 脂肪燃焼や筋力アップをテーマとしたエンジョイ運動教室を実施しました。運動教室の終了後も参加者が運動を継続できる場として、フォローアップ教室を開催しました。
- バランスのよい食生活を推進するため、食生活改善推進員による健康づくり教室を実施しました。
- 個別通知や電話による勧奨、訪問を行い、国保特定健診の受診率や特定保健指導の利用率の向上を図りました。特定健診後に、個別での健診結果説明や糖尿病予防教室、高血圧予防教室を実施しました。

【通いの場所数と参加者人数】

		令和3 (2021)年度	令和4 (2022)年度	令和5 (2023)年度	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度
通いの場所数(箇所)	目標値	76	80	83	71	71
	実績値	73	71	71	72	70
通いの場の人数 (人/年)	目標値	1,150	1,200	1,250	991	974
	実績値	1,026	1,030	978	1,004	993
65 歳以上人口(人)		9,739	9,578	9,431	9,274	9,085
65 歳以上人口に占める通いの場の 人数割合(%)		10.53	10.75	10.37	10.83	10.93

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）、住民基本台帳（各年度末現在）

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 全圏域を対象に事業を実施し、より多くの市民にフレイル予防に関する知識や意識の普及・啓発を図るとともに、フレイル予防に継続的に取り組み、必要な支援やサービスにつながるよう、関係機関と連携する必要があります。
- 通院中未受診者や40～50歳代の国保特定健康診査や特定保健指導の受診率を高めるため、継続的に受診や利用の勧奨を行う必要があります。
- 糖尿病予防教室や高血圧予防教室、運動教室などの集団健康教育の参加者に偏りが生じないように、介入が必要な人にアプローチする必要があります。

施策の展開3 介護予防・フレイル予防の推進

【これまでの主な取組内容】

- 介護予防ケアマネジメントの個別担当者が通所型サービスや訪問型サービスを調整し、提供しました。また、広島県伴走支援事業を受け、新たな仕組みづくりの検討を行いました。
- 介護予防活動普及展開事業に係るアドバイザー派遣事業を利用して、広島県地域包括ケア推進センターからの技術支援を受けました。
- 介護予防普及啓発事業として、えたじマッスル介護予防教室を実施し、令和8（2026）年度からは、フォローアップ事業や個別のアプローチを開始しました。
- 島の病院おおたにの理学療法士が市内9か所のつどいの場を訪問し、いきいき百歳体操等の指導や介護予防に関する講座の開催を行うとともに、包括・ランチ職員を対象に、いきいき百歳体操の効果及びポイントについての研修を実施しました。
- 国保データベース（KDB）から抽出した、介護予防の対象者で介護保険の要介護認定を受けていない一人暮らしの高齢者を訪問し、健康状態や日常生活の状況等の聞き取り調査を行いました。調査後は、ランチによる訪問の継続やつどいの場への参加につながった個別支援を行いました。
- 保険者機能強化推進交付金等の評価指標の点数は、令和6（2024）年度は104点、令和7（2025）年度は109点でした。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 必要なサービスを安定的に提供できるよう、提供体制の確保を図るとともに、新たな担い手の仕組みづくりを検討する必要があります。
- 自立支援の考え方について、専門職間で共通の理解を深めるとともに、本人のニーズや課題を踏まえて目標を設定し、具体的な支援につなぐケアマネジメント手法を共有する必要があります。
- 高齢者実態把握訪問等により、リスクが高いと判断された人や関係機関から情報提供された閉じこもり等、何らかの支援が必要な人に教室への参加を促進する必要があります。
- えたじマッスル介護予防教室修了から、住民主体の通いの場等の自主グループにつながるよう、支援する必要があります。
- より多くの住民がいきいき百歳体操等の指導や介護予防の講座を受けられるよう、未実施のつどいの場への理学療法士による訪問を継続的に行う必要があります。
- 介護予防把握事業については、抽出方法を検討するとともに、抽出された事例で実態把握訪問を行い、支援が困難なケース等は、課題解決に向け、関係機関や多職種と連携する必要があります。
- 保険者機能強化推進交付金の評価指標の点数を高めるため、高齢者の自立支援や重度化防止等に取り組む必要があります。

【基本施策4】安心して住み続けられる環境づくり

施策の展開1 安心して暮らせる住まいの確保

【これまでの主な取組内容】

- 一人ひとりの生活課題や多様な住まいのニーズに対応するよう、住まいの確保に向けた相談支援の充実に努めました。
- 市内の介護事業所等と連携し、介護を必要とする人が適切にサービスを受け、安心して暮らせる環境づくりに努めました。
- 65歳以上で生活上の理由や経済的な理由等により、居宅での生活が困難な高齢者を対象に、養護老人ホームへの入所措置を行いました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 高齢者の生活課題や住まいのニーズに対応できるよう、市営住宅関連部署と連携し、課題を共有する必要があります。
- 入所措置については、施設と連絡・連携を密にし、入所中の医療機関への長期入院や死亡、親族や身元引受人がいない場合の入所者の葬祭や遺留金品の取扱いの対応などについて、協議・調整を行う必要があります。

施策の展開2 支え合いの仕組みづくり

【これまでの主な取組内容】

- 民生委員・児童委員や庁舎内の他部署、その他関係機関と連携するとともに、委託したブランチからの情報を共有し、地域の一人暮らし及び高齢者のみの世帯を訪問しました。
- 緊急通報システム利用者は、令和6（2024）年度21名、令和7（2025）年度20名でした。
- 生活支援サービスのコーディネート業務を担う生活支援コーディネーターを、第1層に2名、第2層に4名配置しました。
- 広島県生活支援コーディネーター活動サポーター派遣事業を活用し、事業の基本的理解と今後事業を展開する上での共通認識を持つことを目的に研修を3回実施しました。

【 点検・評価結果から見た今後の主な課題 】

- 緊急通報システムの利用や見守り体制について、引き続き周知を図る必要があります。地域住民が日頃から声をかけ合い、異変に気付いたときには専門機関等につなぐことができるよう、地域での見守りの仕組みづくりを促進する必要があります。
- 各第2層生活支援コーディネーターや担当職員の間で、事業の目的や進め方について共通の理解を図るため、定例会や活動サポーター派遣事業等を通して、情報共有と意見交換を継続する必要があります。
- 生活支援コーディネーターが、地域組織や関係機関をつなぐ役割を十分に発揮できるよう、住民や地域組織への周知を図るとともに、ケアマネジャーなどの専門職との連携を強化する必要があります。

施策の展開3 誰もが暮らしやすい福祉のまちづくり

【これまでの主な取組内容】

- 周辺自治会と協議を行い、柿浦児童公園の廃止など公園の再編・整備を進めました。
- カーブミラーの設置をはじめ、点検や巡視、修繕を実施するなど、安全な道路交通環境の整備に努めました。
- バスの車両更新に伴い、順次低床車両を導入しました。バリアフリー対応になっている船舶については、令和7（2025）年度現在1隻となっています。
- 啓発活動として、市の広報紙やホームページに犯罪被害に関する記事の掲載をはじめ、街頭キャンペーンでの広報物の配布、安全・安心まちづくり市民の集いの開催、消費者被害防止のための冊子の配布などを実施しました。
- 消費生活相談のほか、消費者トラブルに巻き込まれた市民に対し、助言や相手方となる事業者との調整などで対応しました。

【 点検・評価結果から見た今後の主な課題 】

- 公園の周辺自治会等との合意形成を図り、必要に応じて整備を進めていく必要があります。
- インフラ整備計画に基づき、安全な道路交通環境の整備や交通施設の長寿命化対策を一体的に行っていく必要があります。
- 巧妙化している特殊詐欺などの手口に対応できるよう、国・県を通じた情報収集をはじめ、相談員や職員のスキルアップに努めるとともに、江田島警察署との連携を密にする必要があります。
- SNSを利用した消費者トラブルが急増しているため、多種多様な消費相談内容に対応できるよう、情報収集や職員のスキルアップに努める必要があります。

施策の展開4 災害時の支援と新興感染症対策の推進

【これまでの主な取組内容】

- 各種防災情報の取得やハザードマップの確認、避難誘導支援機能を有した多言語（8か国）対応の避難誘導アプリを導入し、速やかな防災情報の伝達に努めました。
- 間仕切りや簡易ベッド、おむつなどを購入し、避難所環境の改善に努めました。
- 江田島市新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき、国や県の方針に沿って、的確な対策が実施できるよう努めました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 高齢者等に確実に情報が届くよう、防災情報の入手手段の普及・啓発と入手方法の拡充を図る必要があります。
- 避難所環境の改善を図るため、情勢や避難所ニーズに応じた備蓄食料や生活必需品を計画的に整備する必要があります。
- 平時からの備えや有事における迅速で的確な対応に向け、研修等を通して関係機関との連携体制を構築し、それぞれの役割分担や行動手順を確認する必要があります。

【基本施策5】権利擁護の推進

施策の展開1 虐待の防止と早期発見

【これまでの主な取組内容】

- 地域包括支援センターのパンフレットを活用して、高齢者の権利擁護についての啓発を継続して実施しました。
- 江田島警察署と締結した「認知症高齢者等の支援に係る相互連携協定」に基づき、虐待のおそれのある高齢者等の情報提供を随時受け付け、必要な支援につなぎました。
- 医療機関や民生委員・児童委員、警察等関係機関と連携し、個別事案ごとに虐待防止に取り組みました。
- ケアマネジャーや介護サービス事業所職員を対象とした高齢者虐待研修を実施し、早期対応の仕組みを共有しました。
- 高齢者虐待対応マニュアルを令和7（2025）年度に改訂しました。
- 情報連携シートを活用して他課と連携するとともに、必要に応じて協議を行い、複合的な課題のある高齢者世帯の支援方法の検討や共有を図りました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 市の広報紙や地域包括支援センターのパンフレット、出前講座等を活用し、虐待の防止や相談窓口について、引き続き周知を図る必要があります。また、研修会等を通して、専門職に対し、高齢者の権利擁護に関する意識啓発を図る必要があります。
- 高齢者虐待事例に早期かつ適切に対応できるよう、高齢者虐待マニュアルに即して職員を配置し、相互に連携し対応する体制を整備する必要があります。
- 高齢者虐待への通報が遅れないよう、研修等を通じて、通報の必要性や対応方法について更なる周知を図る必要があります。
- 複合的な課題を持つ高齢者への支援や高齢者虐待への対応について、関係機関や各専門職との連携を強化し、継続的な支援につなぐ必要があります。

施策の展開2 権利擁護の推進

【これまでの主な取組内容】

- 消費者被害に遭った高齢者に対し、危機管理課との連携や成年後見制度の活用につながるなど、必要な支援を行いました。社会福祉協議会と連携し、日常生活自立支援事業（かけはし）につなぐ事例もありました。
- 認知症等で判断能力が十分でない高齢者等が成年後見制度を利用できるよう、市長が申立人となり、家庭裁判所に成年後見等申立を行いました。
- 「成年後見制度利用促進法※」に基づく中核機関を立ち上げ、社会福祉課と共に地域包括支援センターが事務局として会議運営の協議や定例会に参画しました。
- 個別の相談の支援策を検討するため、関係機関と連携し、必要に応じて協議を行いました。また、地域ケア個別会議を行い、関係機関と連携して困難事例に対応しました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 具体的な被害件数の把握に努めるとともに、権利擁護支援の考え方や対応について、専門職間で共通の理解を図る必要があります。
- 中核機関として、首長申立の受任調整等、具体的な流れを確定するとともに、各担当者の役割を明確にするよう、協議を進める必要があります。
- 権利擁護支援を必要とする人が適切な支援につながるよう、成年後見制度の利用について、市民や関係機関に周知を図る必要があります。
- 高齢者虐待や精神疾患、障害による特性への対応や困難なケースに対応するため、地域ケア個別会議を行い、行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会等の関係機関との連携を強化する必要があります。また、速やかな庁内の情報共有に努める必要があります。

※ 「成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成 28 年法律第 29 号）」

【基本施策 6】 介護保険事業の適正な運営

施策の展開 1 ケアマネジメントの質の向上

【これまでの主な取組内容】

- 要支援 1、2 のケアプランについて、歯科医師や薬剤師等の専門職からの助言により、ケアマネジメントやケアの質を向上することを目的に「自立支援型地域ケア個別会議」を開催しました。
- 介護予防活動普及展開事業に係るアドバイザー派遣事業を利用して、広島県地域包括ケア推進センターからの技術支援を受けました。
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務として、介護・福祉・保健・医療の関係機関と連携し、ケアマネジャーへの支援や助言を行いました。

【点検・評価結果から見た今後の主な課題】

- 検討事例の振り返りを通して「自立支援型地域ケア個別会議」の充実を図り、自立支援の視点を踏まえたケアマネジメントやケアの質の向上に努める必要があります。
- 自立支援の考え方について、専門職間で共通の理解を深める必要があります。地域包括支援センターを中心に、本人のニーズや課題を踏まえて目標を設定し、具体的な支援につなげるケアマネジメント手法を、研修等を通じて共有する必要があります。
- 特定の事業者からの相談にとどまらないよう、ケアマネジャー支援の業務の更なる周知に努める必要があります。

施策の展開 2 制度の適正・円滑な運営

【これまでの主な取組内容】

- 介護保険サービスの質の確保、向上、保険給付の適正化を図るため、介護保険サービス事業者に対して定期的に運営指導を実施しました。
- 要介護認定の適正化に向け、ケアプラン点検研修（集合形式）を開催し、医療情報との突合・縦覧点検を実施しました。
- 事業所利用者やその家族からの苦情に対し、事業者に聞き取りを行い、苦情の解決に努めました。
- 介護認定審査会委員の就任時に、オンライン研修の受講を依頼しました。

【 運営指導 】

		令和3 (2021)年度	令和4 (2022)年度	令和5 (2023)年度	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度
地域密着型(介護予防) サービス事業所	目標値	2	2	2	5	4
	実績値	0	3	2	2	4
居宅介護支援事業所	目標値	2	2	2	2	2
	実績値	3	2	1	2	2

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）

【 介護給付適正化への取組 】

		令和3 (2021)年度	令和4 (2022)年度	令和5 (2023)年度	令和6 (2024)年度	令和7 (2025)年度
要介護認定調査の適 正化(認定調査結果の 点検実施率)	目標値	全件	全件	全件	全件	全件
	実績値	全件	全件	全件	全件	全件
ケアプラ ンの点検	ケアプラン の点検 (事業所数)	目標値	5	5	5	3
		実績値	3	3	3	2
	住宅改修・ 福祉用具販 売等の点検	目標値	全件	全件	全件	全件
		実績値	全件	全件	全件	全件
縦覧点検・医療情報と の突合(回/年)	目標値	12	12	12	12	12
	実績値	10	12	15	15	21

資料：主要施策の成果に関する報告書（各年度末現在）

【 点検・評価結果から見た今後の主な課題 】

- 人員配置を考慮しながら、運営指導ができる人材の育成に努める必要があります。
- 要介護認定の適正化、ケアプランの点検、縦覧点検、医療情報との突合の3事業を引き続き実施し、介護給付の適正化に努める必要があります。
- 苦情対応に当たっては、必要に応じて県や関係機関と連携し、担当者の通常業務への影響にも配慮しながら、円滑な対応と解決に努める必要があります。