

＜第 9 期ひろしま高齢者プラン＞ 素案の概要

令和 6 年 1 月 19 日
医療介護政策課

1 趣旨等

(1) 趣旨

老人福祉法第 20 条の 9 第 1 項に基づく「都道府県老人福祉計画」及び介護保険法第 118 条第 1 項に基づく「都道府県介護保険事業支援計画」として、国が定める「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」や本県の実情を勘案した「第 9 期ひろしま高齢者プラン」を策定する。

(2) 計画期間

令和 6 (2024) 年度～令和 8 年度 (3 年間)

※介護保険料の改定等に影響しない事項については、6 年間を見据えた内容とする。

(3) 計画の位置づけ

老人福祉法及び介護保険法に基づき策定する法定計画であり、「安心▷誇り▷挑戦 ひろしまビジョン」、「広島県保健医療計画」等の関係計画との整合や調和を図る。

2 次期計画の概要

現行計画の振り返りや今後見込まれる社会情勢の変化を踏まえて、次期計画の目指す姿や施策体系、評価指標などを以下のとおりとする。

(1) 基本理念 ※現行計画を引き継ぐ

高齢期になっても 健やかに 自分らしく輝き

住み慣れた地域で 安心して暮らし続けることができる 広島県づくり

～みんなで創る 住みよい “まちづくり”～

(2) 目指す姿 ※現行計画を引き継ぐ

- 変わりゆく住み慣れた地域で、健やかに、自分が満足を感じるライフスタイルで日々を暮らし、地域の中で自分なりの役割を持って人々と関わることができる環境が整っている。
- 心身の不調や衰えがあっても、必要な支援を受けながらできるだけ自立を維持し、重度化を防ぐことができる環境が整っている。
- 重度化が進んだとしても、自分の尊厳を保ちつつ医療・介護・生活支援などの必要なサービスを受けて心安らかに過ごし、自分の望む場所と形で最期を迎えることができる環境が整っている。

(3) 施策体系

目指す姿の実現に向けて、以下の施策体系に基づいて取組を推進する。

施策区分	施策の方向	主な取組
I 人生 100 年時代 健やかに生きがいを持って暮らす		
1 健康づくり・介護予防の推進	(1) 健康づくり・介護予防	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の中で、運動のきっかけを持つことができるイベントなどを企業や関係団体等と連携して実施 ・住民主体の「通いの場」の立ち上げや継続支援のための県アドバイザー派遣
	(2) <u>地域リハビリテーション</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・「通いの場」や「地域ケア会議」へのリハビリテーション専門職の派遣

2 高齢者の「欲張りなライフスタイルの実現」を応援する環境づくり	(1) 社会参画の促進 (2) 生きがい活動の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・県老人クラブ連合会や市町老人クラブ連合会が行う活動を助成・支援 ・身近な公共空間の活用による誰もがスポーツを楽しめる環境整備
3 高齢者にやさしい生活環境づくり	(1) 住まいの確保 (2) 就労機会の確保 (3) 全ての人暮らしやすい都市環境や交通環境の整備 (4) 交通安全対策 (5) 防犯対策・安全確保 (6) 消費者被害対策	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の高齢化等に合わせた、住宅にバリアフリー化等環境整備 ・高齢者のニーズやキャリアに応じた相談やマッチング機会の提供 ・鉄道駅や旅客施設のバリアフリー化に関する先導的な取組に対する補助 ・毎月10日を「高齢者の交通安全の日」とし、高齢者の安全確保のため高齢者に対する「思いやり・譲り合い」運転を促進 ・高齢者を対象とした防犯教室の開催 ・高齢者が自ら消費者被害を回避又は対処できるよう講習会の開催等
II 住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす		
1 地域包括ケアシステムの充実		
1-1 地域包括ケアシステムの質の向上	(1) <u>地域の特性・実情に応じた体制づくりへの支援</u> (2) ケアマネジメント機能の強化 (3) ケアラー（家族介護者等）への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>県、県保健所、県地域包括ケア推進センターが連携して、研修や個別事業等を通じ支援</u> ・介護支援専門員の資質向上のための研修の開催 ・家族介護者が孤立しないための仕組みの検討
1-2 多様な主体が共に支え合う地域づくり	(1) 地域における支え合い活動 (2) 社会福祉法人等の地域貢献活動 (3) 制度や分野の枠を超えた地域づくり (4) 権利擁護と虐待防止対策 (5) 更生支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーターのスキルアップのための研修及びネットワークづくりのための情報交換会の開催 ・地域における公益的な取組の活発化のため、好実践事例を周知 ・事業所等に対し「共生型サービス」に関する基準・報酬等の制度を周知 ・市町等の虐待対応職員に対する専門的な知識・技術習得のための研修 ・地域生活定着支援センター、刑事司法関係機関等の関係機関と連携し、矯正施設退所者等への就労支援・職場定着等を促進
2 安定的な介護サービスの確保	(1) <u>介護サービス基盤の安定化</u> (2) 介護給付の適正化 (3) <u>介護人材の確保・育成・定着及び生産性向上</u> (4) 介護サービスの質の確保・向上	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>介護サービス基盤の安定化を図る市町支援のためのアドバイザー派遣</u> ・市町が行うケアプラン点検等への支援 ・<u>介護現場の生産性向上に取り組む事業者を包括的に支援する体制の整備</u> 検討 一部新規 ・福祉サービスの第三者評価

3 医療と介護の一体的な提供の推進	(1) 医療介護連携等の構築及び推進	・新たに在宅医療に携わる医療従事者に対する研修機会の確保
	(2) 訪問歯科診療の充実	・訪問歯科診療に対応可能な歯科医師及び歯科衛生士の育成
4 認知症施策の総合的な推進	(3) 訪問薬剤管理指導の充実	・訪問薬剤管理指導の知識等充実のための研修開催
	(4) 訪問看護の充実	・特定行為看護師及び認定看護師の育成
	(5) 訪問栄養食事指導の充実	・訪問栄養食事指導の知識・スキルの獲得のための研修開催
	(6) 人生の最終段階における自己決定	・ACP の早期からの実施、緩和ケア、家族介護者等への支援について、県民への普及啓発
	(1) 普及啓発・本人発信支援	・認知症サポーター養成講座の開催
	(2) 予防	・「通いの場」の取組支援
III 災害・感染症対策の推進	(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	・認知症サポート医の養成
	(4) 認知症バリアフリーの推進	・認知症介護指導者の育成
	(5) 若年性認知症の人への支援	・チームオレンジのしくみづくり
		・若年性認知症の人への相談支援
別表 サービス量の見込み・目標等	1 災害に備えた体制整備	・個別避難計画策定に関する市町の取組を支援
	2 感染症に備えた体制整備	・施設の連携医等に対する感染対策等の訓練・研修開催
		・老人福祉圏域ごとの介護給付等サービスの種類ごとの量の見込み設定

<主な取組と成果指標>

【I 人生100年時代 健やかに生きがいを持って暮らす】

施策の方向 健康づくり・介護予防の推進（地域リハビリテーション）

現状 (問題点とその要因) ・ 課題	<p>○ 高齢者の介護予防や低下した身体機能の改善効果を高めるには、地域における住民主体の「通いの場」や地域ケア会議等での専門職の関与が必要であるが、専門職の派遣を担う地域リハビリテーションサポートセンター※1（以下、サポートセンターという。）では、本来業務を優先せざるを得ない状況や、地域において介護予防や社会参加を支援する視点等を持つ専門職の不足から、市町からの派遣要請に対応しきれていない場合がある。そのため、地域リハビリテーション支援体制を充実させ、より多くの派遣要請に対応できる状態とする必要がある。</p> <p>※1 県の指定を受けた医療機関等。市町の要請に対し専門職の派遣を行う。</p>		
取組	<p>○ 地域リハビリテーションの推進</p> <p>市町毎の派遣要請や、サポートセンター毎の派遣実績を調査・分析し、同結果を基に、リハビリテーション専門職が所属する医療機関等に対して、改めて派遣への協力を働きかけるとともに、ICT の活用等による派遣に係る負担を軽減する仕組みを検討し、効果的な取組を市町やサポートセンターへ展開する。</p>		
指標	地域リハビリテーションサポートセンター指定数における活動実績のあるサポートセンターの割合	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		90.4%	100%

【Ⅱ 住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす】

施策の方向 地域包括ケアシステムの充実（地域の特性・実情に応じた体制づくりへの支援）

現 状 (問題点とその要因) ・ 課 題	○ 県が設定した指標に基づく評価では、資源等の地域差から取組状況に差が生じていることが明らかになったが、市町によっては地域差を前提とした地域包括ケアシステムの在り方についての検討が十分でない場合がある。そのため、市町において、客観的な視点に基づく分析とともに、地域資源の現状や将来を見据えた地域包括ケアシステムの質の向上に向けた取組が行われている状態とする必要がある。		
取 組	○ 地域包括ケアシステムの質の向上への支援 レセプトデータに基づくサービス需要量の把握など、客観的データを用いた地域分析を行い、検討が十分でない市町に対して、情報提供を行う。また、県や保健所、地域包括ケア推進センターが連携し、市町による主体的な取組に対して、研修や個別事業等を通じた広域的かつ専門的な観点からの助言を行う。		
指 標	医療や介護が必要になっても、安心して暮らし続けられると思う者の割合	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		令和6年度調査結果を反映	

施策の方向 安定的な介護サービスの確保（介護サービス基盤の安定化）

現 状 (問題点とその要因) ・ 課 題	○ 令和22（2040）年に向け、人口構造の変化に地域差が生じることから、地域によっては、利用者の減少等により、介護サービス提供体制の維持・確保が困難となることが予想される。そのため、介護サービス基盤の安定化に向けて市町が策定した介護保険事業計画が効果的に実行されることにより、地域で必要な介護サービスが安定的に維持・確保できている状態とする必要がある。		
取 組	○ 介護サービス基盤の安定化支援 市町に対して、専門知識を持つアドバイザーを派遣し、介護保険事業計画の実行過程における課題の抽出や課題解決に向けた助言を行う。また、事業者に対して、経営の協働化・大規模化、事業継続に向けた情報提供、助言など、経営基盤の強化や安定化につながる相談支援を行う。		
指 標	介護基盤の整備が進んでいると認められる市町数	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		—	23市町

施策の方向 安定的な介護サービスの確保（介護人材の確保・育成・定着及び生産性向上）

現 状 (問題点とその要因) ・ 課 題	○ 生産年齢人口の減少等により、人手不足の状態が続く介護現場においては、業務の改善・効率化による生産性の向上が求められているが、経営者と現場との間でICT・介護ロボット導入の目的や意義が共有されず未使用のままとなっていることや、機器等を十分使いこなせるまでの訓練が行われず定着に至っていないなど、各種取組が職員の業務負担軽減に結びついていないケースがある。そのため、事業所により生産性の向上に関する取組が効果的に進められ人材の確保・定着が図られている状態とする必要がある。		
取 組	○ 介護現場の生産性向上への支援 一部新規 ICT・介護ロボットを導入した事業所に対し、巡視時間や時間外勤務の縮減などの具体的な効果や、導入後に生じた課題の報告を求め、事業所間で共有し、効率的な活用を促す。 また、「ハラスメント防止のための相談窓口の設置」、「キャリアパス制度の導入」などを含む働きやすい職場づくりを進める法人を認証する「魅力ある福祉・介護の職場宣言ひろしま」認証制度の普及促進等により、人材の確保・定着を支援する。 さらに、生産性向上に取り組む事業所に対し、業務の改善や効率化の手法に関する相談受付、必要な支援メニューへのつなぎ、業務改善等のための専門家派遣・研修実施等の支援を包括的に行う体制の整備について検討する。		
指 標	介護職員離職者のうち3年未満職員の割合	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		57.1%	50%

施策の方向 認知症施策の総合的な推進（普及啓発）

現 状 (問題点とその要因) ・ 課 題	○ 認知症の人やその家族が地域で自分らしく暮らし続けられるためには、認知症に対する社会の理解が必要となるが、日常生活の中で、認知症について学ぶ機会が少ないことから、正しい知識と理解が、地域で十分共有されていない。そのため、認知症の人や家族を支えるしくみが機能するよう、地域や職域などで認知症の人と関わる者が認知症の症状や特徴を理解している状態とする必要がある。		
	取 組	○ 認知症サポーター養成講座 認知症に関する啓発イベントを実施するとともに、子供を含む若い世代や県が連携する企業など、地域を構成する幅広い主体が、認知症に関する正しい知識と理解を持つことができるよう、認知症サポーター養成講座を実施する。	
指 標	認知症サポーター養成数	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		324,980人	388,400人

施策の方向 認知症施策の総合的な推進（認知症バリアフリーの推進）

現 状 (問題点とその要因) ・ 課 題	○ 認知症の人の集う場所が少なく、認知症の人が孤立しないための関係づくりが十分進んでいないことや、認知症の人の見守り体制が十分に整っておらず、認知症の人が安全に外出することができないケースがある。そのため、認知症になってからも、本人に合った形で社会参加でき、地域で自分らしく暮らし続けていくことができる状態とする必要がある。		
	取 組	○ チームオレンジのしくみづくり 認知症の人や家族に対する、心理面・生活面の支援（孤立しないための関係づくり（認知症カフェへの同行・運営参加）、見守り、声掛け、話し相手など）を行う、チームオレンジ（認知症サポーター等で構成する支援チーム）整備のため、「チーム」の立ち上げや運営などの中心的役割を担うチームオレンジコーディネーターを育成し、市町が行うチームオレンジのしくみづくりを支援する。	
指 標	チームオレンジ整備市町	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		6市町	23市町
	チームオレンジの設置数	57チーム	74チーム

【Ⅲ 災害・感染症対策の推進】

施策の方向 災害に備えた体制整備

現 状 (問題点とその要因) ・ 課 題	○ 令和3年5月の災害対策基本法の改正により、個別避難計画の策定が市町村の努力義務とされるとともに、計画に記載すべき事項が定められたことから、過去に作成された計画の見直しを含めて、個別避難計画の取組を進めることが求められている。 そのため、市町では、防災・福祉・まちづくりなどの関係分野間の「庁内連携」や、地域住民や専門職と協働する「庁外連携」の仕組を構築し、実効性の高い個別避難計画の策定が計画的に進められている状態とする必要がある。		
	取 組	○ 個別避難計画策定への支援 福祉専門職を対象とした研修会の開催や地域住民の理解促進を図る研修教材の提供、地域コミュニティと連携・協働した取組事例の共有等により、市町の取組を支援する。また、福祉避難所や一般避難所の要配慮スペース等の整備に係るガイドラインの作成等により、避難者の特性等に応じた環境づくりを促進する。	
指 標	個別避難計画作成の同意者に対する計画作成率	現状値（令和4年）	目標値（令和8年）
		54.2%	100%

第9期ひろしま高齢者プラン

素案

目 次

第1章 総論

1	策定の趣旨	・・・1
2	プランの位置付け	・・・1
	(1) 法的根拠	
	(2) 計画期間	
	(3) 保健医療計画との整合	
	(4) 他計画との整合・調和	
3	2025年・2040年の広島県の姿（人口構造等）	・・・3
4	特に考慮が必要な社会情勢の変化	・・・5
	(1) 人生100年時代の到来	
	(2) （後期）高齢者単独世帯・高齢夫婦世帯等の更なる増加	
	(3) 生産年齢人口の減少	
	(4) 介護需要の地域差	
	(5) デジタル技術の進展	
	(6) 災害や新興感染症等への懸念	
	(7) 地域共生社会の実現	
5	基本理念・目指す姿	・・・6
6	施策体系	・・・7
7	目標の達成状況の点検等	・・・8
8	老人福祉圏域・日常生活圏域の設定	・・・8
	(1) 老人福祉圏域の設定	
	(2) 日常生活圏域の設定	

第2章 人生100年時代 健やかに生きがいを持って暮らす

1	健康づくり・介護予防の推進	
	(1) 健康づくり・介護予防	・・・9
	(2) 地域リハビリテーション	・・・14
2	高齢者の「欲張りなライフスタイル」を応援する環境づくり	
	(1) 社会参画の促進	・・・17
	(2) 生きがい活動の促進	・・・22
3	高齢者にやさしい生活環境づくり	
	(1) 住まいの確保	・・・25
	(2) 就労機会の確保	・・・29
	(3) 全ての人暮らしやすい都市環境や交通環境の整備	・・・31
	(4) 交通安全対策	・・・33
	(5) 防犯対策・安全確保	・・・36
	(6) 消費者被害対策	・・・38

第3章 住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす

1	地域包括ケアシステムの充実	
1-1	地域包括ケアシステムの質の向上	
	(1) 地域の特性・実情に応じた体制づくりへの支援	・・・40
	(2) ケアマネジメント機能の強化	・・・54

(3) ケアラー（家族介護者等）への支援	・・・56
1-2 多様な主体が共に支え合う地域づくり	
(1) 地域における支え合い活動	・・・60
(2) 社会福祉法人等の地域貢献活動	・・・64
(3) 制度や分野の枠を超えた地域づくり	・・・64
(4) 権利擁護と虐待防止対策	・・・65
(5) 更生支援	・・・68
2 安定的な介護サービスの確保	
(1) 介護サービス基盤の安定化	・・・70
(2) 介護給付の適正化	・・・72
(3) 介護人材の確保・育成・定着及び生産性向上	・・・78
(4) 介護サービスの質の確保・向上	・・・89
3 医療と介護の一体的な提供の推進	
(1) 医療介護連携等の構築及び推進	・・・95
(2) 訪問歯科診療の充実	・・・108
(3) 訪問薬剤管理指導の充実	・・・111
(4) 訪問看護の充実	・・・114
(5) 訪問栄養食事指導の充実	・・・118
(6) 人生の最終段階における自己決定	・・・120
4 認知症施策の総合的な推進	
(1) 普及啓発・本人発信支援	・・・123
(2) 予防	・・・126
(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	・・・128
(4) 認知症バリアフリーの推進	・・・135
(5) 若年性認知症の人への支援	・・・138

第4章 災害・感染症対策の推進

1 災害に備えた体制整備	・・・140
2 感染症に備えた体制整備	・・・143

別表 サービス量の見込み・目標等

1 介護給付等対象サービスの量の見込み	・・・144
2 必要入所（利用）定員総数（整備目標数）	・・・160
3 介護給付等対象外サービスの量に係る目標	・・・167

資料編

1 達成目標	・・・170
2 参考資料	・・・175
3 高齢者施策総合推進会議等	・・・212
4 用語の解説	・・・214

第1章 総論

1 策定の趣旨

- 第7期・第8期のひろしま高齢者プランでは、「団塊の世代」全てが75歳以上となる令和7（2025）年及び「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22（2040）年を見据え、人生100年時代を健やかに生きがいを持って暮らすための「高齢者の『欲張りなライフスタイル』を応援する環境づくり」や、住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らすための「地域包括ケアシステムの充実」などに取り組んできました。
- 第9期ひろしま高齢者プランでは、計画期間中に令和7（2025）年を迎えることとなりますが、高齢者人口がピークを迎える令和22（2040）年に向けて、
 - ▷ 介護ニーズの高い85歳以上の人口が急速に増加すること
 - ▷ 一方、生産年齢人口の減少は加速し、労働力の制約が厳しさを増すことが見込まれる中、介護保険制度の持続可能性の確保、市町ごとの地域差といった視点も踏まえながら、引き続き、これまでの方針を基本に、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度にかけて取り組むべき施策について明らかにしました。

2 プランの位置付け

(1) 法的根拠

【国の基本指針〔法第116条〕 H30年厚労省告示第57号】

- 介護保険法（以下「法」）第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が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指針を定める
- ※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

【市町介護保険事業計画〔法第117条〕】

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護，地域密着型特定施設入居者生活介護，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

【県介護保険事業支援計画〔法第118条〕】

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町の計画を踏まえた介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設，介護専用型特定施設入居者介護，地域密着型特定施設入居者生活介護，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 市町が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定・基盤整備

基盤整備

★総量規制：県・市町ともに指定権限のある施設等について必要定員総数を超える場合に指定等をしないことができる

- 老人福祉法第20条の9（老人福祉計画）
- 介護保険法第118条（介護保険事業支援計画、介護給付適正化計画）

(2) 計画期間

- 令和6（2024）年度～令和8（2026）年度（3年間）

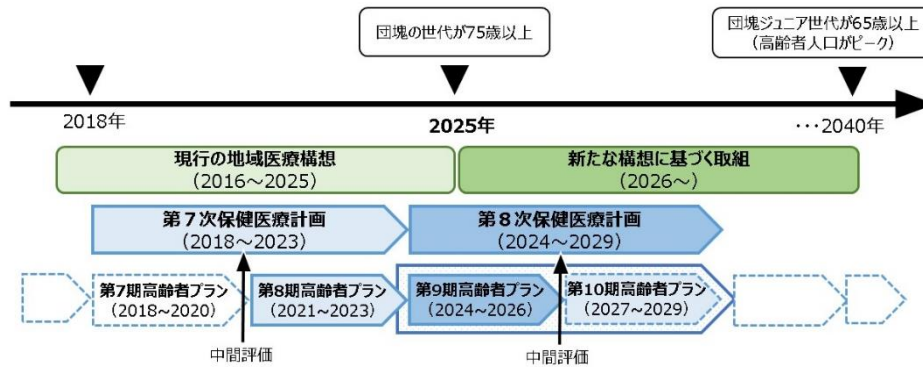
※3年間を1期（計画期間）としますが、介護保険料の改定等に影響しない項目については、6年間を見据えた内容としています。

区分	第9期	第10期
第1章 総論	○	—
第2章 人生100年時代 健やかに生きがいを持って暮らす		○
第3章 住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす		○
第4章 災害・感染症対策の推進		○
別表 サービス量の見込み・目標等	○	○
資料編	○	—

※「第10期」策定時は、「別表」を改定する。また「別表」以外についても、中間的な見直しにおいて必要があれば改正を行うものとする。

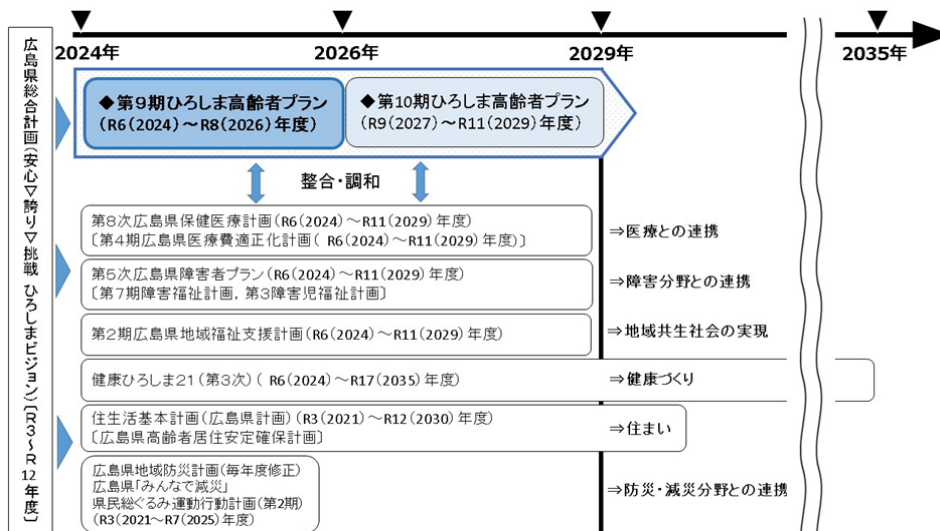
(3) 保健医療計画との整合

- 医療・介護サービス提供体制を一体的に確保・維持するため、「第8次広島県保健医療計画」との整合を図ります。



(4) 他計画との整合・調和

- 広島県総合計画「安心▷誇り▷挑戦 ひろしまビジョン」に沿って策定します。
- 高齢者の健康づくり、住まい、障害分野、地域共生社会の実現、防災・減災に関する各計画との整合・調和を図ります。
- 市町の老人福祉計画・介護保険事業計画の数値を基礎とし、市町計画の達成を支援するための施策や、市町が行う介護給付等に要する費用の適正化の取組への支援を盛り込みます。



3 2025年・2040年の広島県の姿（人口構造等）

団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年は、次のような見通しとなります。

- ☑ 高齢者人口（65歳以上）がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口もピークを迎え、総人口の1割近くになる。
- ☑ 支え手となる生産年齢人口は、2020年との比較で約31.5万人（19.4%）減少する。
- ☑ 世帯主が高齢者の単独世帯が増加し、総世帯の17.7%を占める。
- ☑ 認知症の人が2020年との比較で約1.3倍となる。

2020年・2025年・2040年の広島県の姿



※出典：人口推計：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（R5（2023）年推計）」
 世帯数推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（H31（2019）年推計）
 R2（2020）年12月要介護認定者数：厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）」
 2025年・2040年要介護認定者数：介護保険サービス見込量等の推計
 ※認知症人数推計：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度総括・分担報告書」（H27（2015）年3月：厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業、研究代表者 二宮利治）における「各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合」の推定有病率に、「日本の地域別将来推計人口（R5（2023）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）における本県の高齢者人口を乗じた数値（100未満四捨五入）

人口構造の変化スピード等に地域差が生じています。

- ☑ 2020年と2040年とを比較すると高齢者人口が減少する市町は16市町(★印)
- ☑ 高齢者人口全体では減少するものの85歳以上人口が増加する市町は、12市町
- ☑ 高齢者一人を支える人数が0.5人以上マイナスとなる市町は、都市部の4市町(☆印)

市町別人口構造等の推計 【2020年から2040年】

65歳以上 ↘

85歳以上 ↘

庄原市
安芸太田町
大崎上島町
神石高原町

65歳以上 ↘

85歳以上 ↗

呉市、竹原市
三原市、尾道市
府中市、三次市
大竹市、安芸高田市、
江田島市、熊野町、
北広島町、世羅町

65歳以上 ↗

85歳以上 ↗

広島市
福山市
東広島市
廿日市市
府中町、海田町、坂町

2040年時点で高齢者人口が減少する市町★

		高齢者人口の推計				高齢者一人を支える人数 (生産年齢人口/高齢者人口)			
		R2	R7	R22	R22-R2	R2	R7	R22	R22-R2
		2020	2025	2040	2040-2020	2020	2025	2040	2040-2020
広島県	65歳以上 (うち85歳以上)	823,098 (144,871)	829,336 (162,011)	858,115 (231,856)	35,017 (86,985)	1.97	1.88	1.52	▲ 0.45
広島市	65歳以上 (うち85歳以上)	308,586 (48,592)	319,720 (58,543)	366,750 (92,394)	58,164 (43,802)	2.38	2.25	1.69	▲ 0.69
呉市	65歳以上 (うち85歳以上)	76,207 (13,812)	72,852 (15,105)	64,623 (17,975)	▲ 11,584 (4,163)	1.51	1.42	1.16	▲ 0.35
竹原市	65歳以上 (うち85歳以上)	10,112 (2,035)	9,724 (2,207)	8,032 (2,604)	▲ 2,080 (569)	1.16	1.04	0.77	▲ 0.39
三原市	65歳以上 (うち85歳以上)	32,282 (6,551)	31,506 (6,637)	28,762 (8,670)	▲ 3,520 (2,119)	1.48	1.35	1.11	▲ 0.38
尾道市	65歳以上 (うち85歳以上)	47,817 (9,317)	46,437 (9,527)	40,572 (11,902)	▲ 7,245 (2,585)	1.44	1.40	1.27	▲ 0.17
福山市	65歳以上 (うち85歳以上)	133,580 (22,102)	135,585 (25,761)	141,171 (38,386)	7,591 (16,284)	2.00	1.87	1.58	▲ 0.41
府中市	65歳以上 (うち85歳以上)	14,384 (2,898)	13,967 (3,060)	12,342 (3,889)	▲ 2,042 (991)	1.35	1.22	0.94	▲ 0.40
三次市	65歳以上 (うち85歳以上)	18,550 (4,571)	17,984 (4,219)	16,592 (5,186)	▲ 1,958 (615)	1.41	1.34	1.15	▲ 0.26
庄原市	65歳以上 (うち85歳以上)	14,596 (3,968)	13,650 (3,648)	10,311 (3,674)	▲ 4,285 (▲ 294)	1.07	0.99	0.97	▲ 0.10
大竹市	65歳以上 (うち85歳以上)	9,423 (1,883)	9,216 (2,015)	8,243 (2,524)	▲ 1,180 (641)	1.49	1.42	1.22	▲ 0.27
東広島市	65歳以上 (うち85歳以上)	46,272 (7,724)	48,413 (8,617)	56,429 (13,998)	10,157 (6,274)	2.67	2.56	1.96	▲ 0.71
廿日市市	65歳以上 (うち85歳以上)	35,129 (5,954)	36,606 (6,665)	37,757 (10,975)	2,628 (5,021)	1.82	1.68	1.39	▲ 0.43
安芸高田市	65歳以上 (うち85歳以上)	11,119 (2,762)	10,647 (2,531)	9,012 (3,132)	▲ 2,107 (370)	1.14	1.08	0.90	▲ 0.24
江田島市	65歳以上 (うち85歳以上)	9,582 (1,964)	8,873 (1,964)	6,538 (2,194)	▲ 3,044 (230)	1.12	1.07	0.95	▲ 0.16
府中町	65歳以上 (うち85歳以上)	12,724 (1,945)	13,281 (2,467)	14,910 (3,630)	2,186 (1,685)	2.43	2.29	1.74	▲ 0.69
海田町	65歳以上 (うち85歳以上)	7,092 (981)	7,119 (1,263)	7,745 (1,930)	653 (949)	2.56	2.52	2.04	▲ 0.52
熊野町	65歳以上 (うち85歳以上)	8,151 (968)	7,842 (1,437)	7,064 (2,050)	▲ 1,087 (1,082)	1.45	1.44	1.18	▲ 0.26
坂町	65歳以上 (うち85歳以上)	3,719 (635)	3,606 (690)	3,742 (963)	23 (328)	1.89	1.92	1.50	▲ 0.39
安芸太田町	65歳以上 (うち85歳以上)	2,991 (836)	2,710 (757)	1,883 (674)	▲ 1,108 (▲ 162)	0.76	0.71	0.67	▲ 0.10
北広島町	65歳以上 (うち85歳以上)	6,963 (1,786)	6,713 (1,657)	5,949 (1,848)	▲ 1,014 (62)	1.29	1.25	1.09	▲ 0.20
大崎上島町	65歳以上 (うち85歳以上)	3,322 (781)	2,912 (729)	2,035 (694)	▲ 1,287 (▲ 87)	0.99	1.04	1.11	0.12
世羅町	65歳以上 (うち85歳以上)	6,438 (1,592)	6,232 (1,469)	4,997 (1,629)	▲ 1,441 (37)	1.10	1.02	0.95	▲ 0.16
神石高原町	65歳以上 (うち85歳以上)	4,059 (1,214)	3,741 (1,043)	2,656 (935)	▲ 1,403 (▲ 279)	0.86	0.80	0.76	▲ 0.10

※出典：人口推計：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（R5（2023）年推計）」

4 特に考慮が必要な社会情勢の変化

(1) 人生 100 年時代の到来

- これから高齢期を迎える世代には、健康維持、働き方、生き方などについて、従前とは異なる高齢者像を踏まえた人生設計が問われており、元気な高齢者が「支える側」として社会で活躍することが期待されています。
- 高齢者が意欲や能力に応じて社会で役割を持ってより長く活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めることが必要です。

(2) (後期) 高齢者単独世帯・高齢夫婦世帯等の更なる増加

- 見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援等の生活支援の必要な方が更に増加することが見込まれます。
- また、重度の要介護者、認知症の高齢者の更なる増加により、認知症ケア、医学的管理下での介護や緩和ケアを含めた看取りなど医療や介護サービスの需要が高まる見込みです。

(3) 生産年齢人口の減少

- 2040 年に向けて高齢者人口の増減に地域差がみられる一方で、生産年齢人口は、減少幅は異なるものの全市町で減少する見込みであり、介護分野においても人材不足が全体的課題の一つになっています。

(4) 介護需要の地域差

- 介護需要の増加が見込まれる都市部においてはサービス提供体制の確保が求められる一方で、既に高齢者人口が減少局面に入った市町では限られた地域資源を活用した機能の維持・確保を図ることが必要です。
- また、施設の老朽化、人材不足等に直面する中で、限られた地域資源を最適化する取組が求められます。

(5) デジタル技術の進展

- 介護現場においても業務やサービスの一部をデジタル化することで、生産性の向上や介護従事者の負担軽減が図られ、介護業界全体に普及することにより、慢性的な人材不足への好影響が期待されます。
- また、医療・介護等の多職種が、患者・利用者の診療・ケア情報をデジタルデータとして共有し、効率的かつ的確に把握することで、切れ目のないサービス提供などケアの質の向上が期待されます。

(6) 災害や新興感染症等への懸念

- 頻発する大規模災害や新型コロナウイルス感染症への対応を活かした、住民、事業者、行政が一体となった「災害や新興感染症等への対応力」の一層の強化が求められています。

(7) 地域共生社会の実現

- 高齢者の地域生活を支える地域包括ケアシステムの深化・推進の取組を、高齢者自身の力や住民相互の力も引き出して「支え手」、「受け手」という関係を超え、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現につなげていくことが求められています。

5 基本理念・目指す姿

基本理念

高齢期になっても 健やかに 自分らしく輝き
住み慣れた地域で 安心して暮らし続けることができる 広島県づくり
～みんなで創る 住みよい “まちづくり”～

目指す姿

- 変わりゆく住み慣れた地域で、健やかに、自分が満足を感じるライフスタイルで日々を暮らし、地域の中で自分なりの役割を持って人々と関わる事ができる環境が整っている。
- 心身の不調や衰えがあっても、必要な支援を受けながらできるだけ自立を維持し、重度化を防ぐことができる環境が整っている。
- 重度化が進んだとしても、自分の尊厳を保ちつつ医療・介護・生活支援などの必要なサービスを受けて心安らかに過ごし、自分の望む場所と形で最期を迎えることができる環境が整っている。

6 施策体系

人生100年時代 健やかに生きがいを持って暮らす

- 健康づくり・介護予防の推進
 - 健康づくり・介護予防
 - 地域リハビリテーション
- 高齢者の「欲張りなライフスタイルの実現」を応援する環境づくり
 - 社会参画の促進
 - 生きがい活動の促進
- 高齢者にやさしい生活環境づくり
 - 住まいの確保
 - 就労機会の確保
 - 全ての人が暮らしやすい都市環境や交通環境の整備
 - 交通安全対策
 - 防犯対策・安全確保
 - 消費者被害対策

住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす

- 地域包括ケアシステムの充実
 - 地域包括ケアシステムの質の向上
 - 地域の特性・実情に応じた体制づくりへの支援
 - ケアマネジメント機能の強化
 - ケアラー（家族介護者等）への支援
 - 多様な主体が共に支え合う地域づくり
 - 地域における支え合い活動
 - 社会福祉法人等の地域貢献活動
 - 制度や分野の枠を超えた地域づくり
 - 権利擁護と虐待防止対策
 - 更生支援
- 安定的な介護サービスの確保
 - 介護サービス基盤の安定化
 - 介護給付の適正化
 - 介護人材の確保・育成・定着及び生産性向上
 - 介護サービスの質の確保・向上
- 医療と介護の一体的な提供の推進
 - 医療介護連携等の構築及び推進
 - 訪問歯科診療の充実
 - 訪問薬剤管理指導の充実
 - 訪問看護の充実
 - 訪問栄養食事指導の充実
 - 人生の最終段階における意思決定
- 認知症施策の総合的な推進
 - 普及啓発・本人発信支援
 - 予防
 - 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - 認知症バリアフリーの推進
 - 若年性認知症の人への支援

災害・感染症対策の推進

- 災害に備えた体制整備
- 感染症に備えた体制整備

サービス量の見込み・目標等

- 介護給付等対象サービスの量の見込み
- 必要入所（利用）定員総数（整備目標数）
- 介護給付等対象外サービスの量に係る目標

7 目標の達成状況の点検等

- 計画の実効性を高める観点から、現状や目標に係る定量的な指標を設定するとともに、定性的な評価の結果等も踏まえ、各事業や取組を総合的に点検・改善しながら計画を推進します。

8 老人福祉圏域・日常生活圏域の設定

(1) 老人福祉圏域の設定

- 市町の区域を超える広域的な調整を図るため、県内に7つの老人福祉圏域を設定し、圏域ごとに保健福祉サービスの確保や介護保険サービス量の見込みを定めます。
- 老人福祉圏域は、保健・医療・福祉・介護の総合的な連携を図るため、「広島県保健医療計画」の二次保健医療圏と合致させています。

老人福祉圏域	構成市町村	総人口	高齢者人口	高齢化率
広島	広島市 安芸高田市 府中町 海田町 熊野町 坂町 安芸太田町 北広島町	1,360,187 人	360,883 人	26.5%
広島西	大竹市 廿日市市	142,988 人	45,379 人	31.7%
呉	呉市 江田島市	234,778 人	86,291 人	36.8%
広島中央	竹原市 東広島市 大崎上島町	220,263 人	60,003 人	27.2%
尾三	三原市 尾道市 世羅町	237,659 人	87,161 人	36.7%
福山・府中	福山市 府中市 神石高原町	509,046 人	152,552 人	30.0%
備北	三次市 庄原市	83,766 人	32,933 人	39.3%

※出典：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯(令和4年1月1日現在)」

(2) 日常生活圏域の設定

- 日常生活圏域とは、市町介護保険事業計画において、地理的条件、人口、交通事情などを勘案して定める区域のことです。国では概ね30分以内に必要なサービスが提供される区域としています。県全体では125圏域が設定されています。
- 認知症対応型共同生活介護等の地域密着型サービスのサービス量の見込みについては、日常生活圏域を単位として設定されています。

第3章 住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす

1 地域包括ケアシステムの充実

1-1 地域包括ケアシステムの質の向上

県内 125 日常生活圏域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援などのサービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムの質の向上を推進します。

(1) 地域特性・実情に応じた体制づくりへの支援

【現状】

<地域包括ケアシステムの体制構築>

- 地域包括ケアシステムの定義は、介護保険制度が施行されて 14 年目となる平成 26 年 6 月に、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に位置付けられました。

地域包括ケアシステムの定義（第二条）

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

- 本県ではこれに先立ち、「広島県地域包括ケア推進センター」（以下「県地域包括ケア推進センター」という。）を設置し、県内に地域包括ケアシステムを構築するため、「拠点づくり」「仕組みづくり」「人づくり」を連動させた各市町等への支援を行ってきました。
- 市町支援に当たっては、県、県保健所、県地域包括ケア推進センターが連携して、研修の開催、アドバイザー派遣等により、医療・介護の連携促進や地域包括支援センターの機能充実に向けた集中支援を実施するなど、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの質の向上に向けた重点的な支援を行ってきました。

広島県地域包括ケア推進センター

設置：広島県（平成 24（2012）年 6 月）

委託先：広島県地域保健医療推進機構

場所：広島県医師会館（広島市東区二葉の里）

体制：センター長（県健康福祉局長）、副センター長、保健師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士等

業務：市町、地域包括支援センター、専門職等への支援

研修開催

アドバイザー派遣

専門相談

普及啓発

等

<主な支援内容>

- ・地域包括支援センターの機能強化、住民主体の通いの場の充実、生活支援の体制整備の推進、地域リハ門職等の育成、自立支援型ケアマネジメントの推進、認知症介護相談、高齢者虐待対応 等

広島県
独自の取組

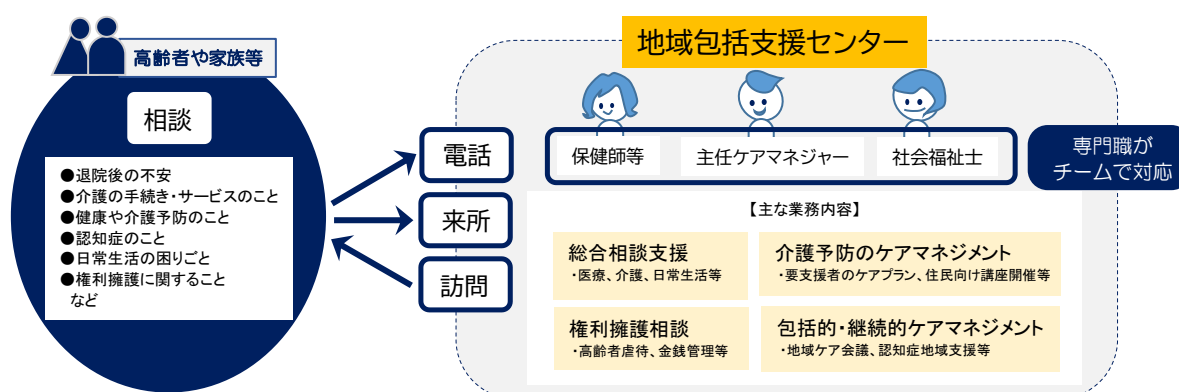
<拠点づくり ～地域包括支援センター～>

- 地域包括ケアシステムの地域基盤となる地域包括支援センターは、「高齢者の総合相談窓口」で、県内全ての市区町ごとに（概ね中学校区に1か所程度）開設されています。
- 地域包括支援センターでは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員のほか、3職種以外の専門職や事務職がチームとして業務を行っていますが、中山間地域などで、専門職の確保・定着が困難となっている拠点が数か所あります。

県内の地域包括支援センター数 (令和5(2023)年4月1日現在) ※県のHPに連絡先一覧を掲載	本所・サブセンター等：122か所 ※県内125圏域をカバー
--	----------------------------------

- 県内の地域包括支援センターのうち、設置主体である市町村が直営しているセンターは全体の13.3%（14/105か所）で、86.7%（91/105か所）は市町から委託を受けた社会福祉法人や社会福祉協議会などが管理・運営しています。
- 近年、介護予防ケアマネジメントの比率が増加し、本来行うべき相談支援に対応できないといったケースが課題となっており、業務負担軽減のため、多くの地域包括支援センターは、予防給付ケアマネジメント業務の41.5%（61,081/147,256件）を居宅介護支援事業所に委託している状況です。

図3-1-1 地域包括支援センターの主な業務内容



<仕組みづくり ～評価指標、地域ケア会議等～>

- 介護保険制度が平成12(2000)年に施行され24年が経過し、地域包括ケアシステムの質の向上については、保険者である市町による主体的な取組が定着しつつあります。

■地域包括ケアシステムの評価の仕組み

- 本県では、平成26年度から県独自の指標を作成し、以後定期的な見直しを図りながら、市町の協力のもと、県内全域における地域包括ケアシステムの体制構築や、マネジメントの質の評価を行ってきました。

図 3-1-2 地域包括ケアシステム評価の変遷

評価年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6~	
構築圏域数	21	49	98	125 (=全圏域)								
指標35 実施圏域数						59	74	84		※目標：125 (R7)		
県の評価	量的拡大			質的向上							地域共生社会に向けた 更なる質の向上	
	60指標	68 指標	68指標 (177基準)	35指標 (66基準)			指標見直し	新指標による評価				

【体制構築・質の向上】

- 体制構築：平成 29 年度末に県内 125 の日常生活圏域全てで県指標によるマネジメントを実施
- 質の向上：
 - ・平成 30 年度、県指標を見直し、よりきめ細かな基準を設定し市町支援を実施
 - ・令和元年度以降、8 分野・35 指標・66 基準を設定し市町支援を実施
 ※8 分野：医療、介護、保健・予防、住まい・住まい方、生活支援・見守り等、専門職・関係機関のネットワーク、住民参加（自助・互助）、行政の関与・連携

■地域包括ケアシステムの評価結果

- 令和 4（2022）年度の地域包括ケアシステム評価結果の概要は表 3-1-1、表 3-1-2 のとおりで、県内 125 の日常生活圏域における県指標（66 評価基準）の実施率は 85%以上で、県内全域の体制構築、質の向上が一定の水準に達してきたといえます。
- 評価開始の令和元（2019）年度に比べ、8 分野全てにおいて実施率が上昇し、66 評価基準のうち実施率 95%以上の評価項目は 24 項目ありました。
- 特に「保健・予防」「住まい」の 2 分野では、25 ポイント以上増加しています。
- 一方で、いずれの分野にも実施率が低いなど課題のある項目がありました。

表 3-1-1 令和 4 年度地域包括ケアシステム評価結果 評価基準の分野別実施率

(単位：%)

分野	医療	介護	保健・ 予防	住まい	生活 支援	専門職	住民 参画	行政の 関与	全体	
実施率	R1	77.9	60.2	55.4	57.3	80.6	76.6	74.6	74.4	73.6
	R2	83.3	54.4	72.0	65.8	84.2	81.9	72.6	82.3	78.2
	R3	85.6	63.8	83.8	78.1	85.9	86.5	76.8	86.2	82.6
	R4	87.8	63.2	92.2	83.4	88.6	89.1	83.6	89.0	85.7
	R4-R1	9.9	3.0	36.8	26.1	8.0	12.5	9.0	14.6	15.0

※実施率は、市町の評価結果のうち「○」の割合

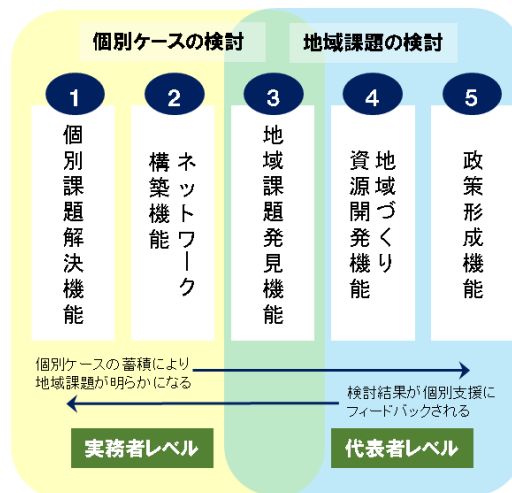
表 3-1-2 令和4年度地域包括ケアシステム評価結果 分野ごとの主な課題

分野等	主な課題（一部抜粋）
医療	・在宅医療をバックアップする医療体制の整備（49.6%）
介護	・小規模多機能型居宅介護の整備等 ～小規模多機能：51.2%、看護小規模多機能：40.0%、定期巡回等：39.2%～
保健・予防	・健康づくり、介護予防などを推進するための通いの場・サロン等における口腔・栄養指導等の取組が不十分（市町ヒアリングによる）
住まい	・高齢者の移動・外出支援（76.8%）
生活支援	・多様な関係者が参画する協議体等の設置は進んでいるものの、地域課題の解決等には十分機能していない。（市町ヒアリングによる）
専門職	・ICT等を活用した多職種ネットワーク活動の円滑化（70.4%）
住民参画	・避難支援プラン（個別計画）を作成し提出（49.6%）
行政の関与	・地域共生社会に向け、包括的な相談支援体制の構築等（73.6%）

■地域ケア会議等

- 地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。
- 地域ケア会議の機能は「個別課題解決機能」、「ネットワーク構築機能」、「地域課題発見機能」、「地域づくり資源開発機能」、「政策形成機能」の5つとされており、本県では、全ての市町でこの地域ケア会議において、解決が困難となる議題を中心に多職種で個別ケースの検討を行っています。
- 地域ケア会議において、リハビリテーション等の専門職の参加を依頼している市町は増加し、高齢者の能力や意欲を最大限に引き出すなどの自立支援の視点は、市町や地域包括支援センターで共有されています。
- また、地域課題の検討等を行う地域ケア推進会議の運用状況は、市町の人口規模、資源の状況、優先課題等によって様々な形態に進展しています。

図 3-1-3 地域ケア会議の5つの機能



※出典：厚生労働省資料より県作成

表 3-1-3 地域ケア会議とサービス担当者会議の違い

地域ケア会議(個別ケース検討)	項目	サービス担当者会議
地域包括支援センターまたは市町村	開催主体	介護支援専門員(契約が前提)
ケース当事者への支援内容の検討、地域包括支援ネットワーク構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握など	目的	利用者の状況等に関する情報共有、サービス内容の検討および調整など
・「地域支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長通知) ・「地域包括支援センターの設置運営について」(厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知)	根拠	「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条第9号
行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織、本人・家族等	参加者	居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族等
サービス担当者会議で解決困難な課題等を多職種で検討(例) ・支援者が困難を感じているケース ・支援が自立を阻害していると考えられるケース ・支援が必要だと判断されるがサービスにつながないケース ・権利擁護が必要なケース ・地域課題に関するケース 等	内容	・サービス利用者の状況等に関する情報の担当者との共有 ・当該居宅サービス計画原案の内容に関する専門的見地からの意見聴取

※出典：一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」(平成 25 (2013) 年 3 月)

表 3-1-4 地域ケア推進会議の運用例

広島市	広島市における地域課題については、日常生活圏域レベル、区レベル、市レベルで会議を開催しており、日常生活圏域レベルの会議における課題等を区レベルの会議で集約し、区レベルの会議で議論された内容を踏まえ全市的な課題について市レベルの会議で協議している。
-----	---

- また、自立支援型のケアマネジメントについては、多くの市町で「自立」や「自立支援」の視点に基づく地域ケア会議が開催されていますが、その実践においては、個別ケースに携わる多職種間での認識や経験値に温度差があり、ケアプランの質に差がみられます。

<人づくり>

- 本県では、県地域包括ケア推進センターと連携して、市町担当者、地域包括支援センター職員、専門職等を対象とした人材育成を行っています。
- 地域包括ケアシステムの考え方や地域の現状について俯瞰的な視点を共有するため、初任者研修や医療・介護データを用いたデータ分析研修を毎年度開催しています。
- また、県地域包括ケア推進センターを中心として、個別テーマごとに、研修やアドバイザー派遣等を実施してきました。
- これらの研修については、より多くの関係者への情報共有や、遠方からの移動制約の解消に有効なオンライン研修(後日録画配信)が定着してきている一方で、顔の見える関係づくりや意見交換による学び合いを重視したグループワーク等も実施しています。

表 3-1-5 地域包括ケアシステムにかかる人材育成

区分	内容
全体研修・情報交換会 〔web〕	・初任者研修 年1回 参加者：371人(R5実績) ・地域分析データに基づく研修 年1回 参加者：119人(R4実績)
個別事業を通じた専門研修 〔web、GW、アドバイザー派遣等〕	<個別事業> ・介護予防、地域リハビリテーション、生活支援体制整備、自立支援型ケアマネジメント、高齢者権利擁護 等
地域まるごと支援〔伴走支援〕	・2市町で試行(R5～)

- 令和4（2022）年度に実施した「相談支援機関等における包括的支援の実態調査」（＊）によれば、「高齢」「障害」「子ども」「困窮」分野における全機関（事業所）の76.7％は、複合課題を抱えた世帯の対応を行っていることがわかりました。

＊「相談支援機関等における包括的支援の実態調査」：データは資料編「地域のつながりの実態調査」（令和4（2022）年度 広島県調べ）参照
 ＊複合課題：各相談支援機関の専門分野以外の課題や制度の狭間の問題
 例）高齢分野の地域包括支援センターが対応した世帯に高齢の親の介護とひきこもりの子に関する相談があった場合

- 地域包括支援センターにおいても、「複合課題への支援」にあたっては、「世帯まるごと」の支援や「本人や家族が支援を希望していない場合」への対応の仕方について苦慮している状況が浮き彫りとなっています。
- さらに、地域とのつながりにおいては、地域包括支援センターが障害、子供、生活困窮など他分野に比べ、いずれの項目（※）も高く、大きな役割を果たしていることが伺えます。
 ※ 項目「地域福祉機関・団体が企画している事業への参加」「自機関が企画する事業への参加依頼」「地域住民が集まる居場所づくり」「地域課題を解決する会議等への参加」「ケースの見守り等への協力依頼」「日頃からの情報共有の場の設置」

<情報発信>

- 地域包括ケアシステムの質の向上に向けては、医療、介護等の専門職だけではなく、地域住民をはじめとした地域の多様な主体が一体となって高齢者を支えていくことが重要であり、市町の取組等を通じ、専門職・県民への周知・啓発を行っていますが、高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」についての認知度は27.8％にとどまっています。

表 3-1-6 「地域包括支援センター」についての認識・理解

（単位：％）

	回答割合（n=2,000人）
何をするとところか理解している	27.8
聞いたことがある	37.8
知らない	34.4

※出典：県健康福祉局「地域包括ケアシステムにかかる県民の安心感に関するアンケート調査」（令和5（2023）年度）

※100%になるように端数調整

- また、「医療介護が必要になっても安心して暮らし続けられると思う者の割合」は全体で29.8％ですが、年齢層別に比較すると、40歳～64歳のほうが65歳以上の人より安心感が16.7ポイント低い結果となっています。

表 3-1-7 医療介護の必要時の安心感について（40～64 歳と 65 歳以上との対比）

【問】医療や介護が必要になっても、安心して暮らし続けられると感じていますか

（単位：％）

	40-64 歳		65 歳以上		全体	
回答数	n=1,000 人		n=1,000 人		n=2,000 人	
十分感じている	4.5	21.4	5.4	38.1	5.0	29.8
多少感じている	16.9		32.7		24.8	
あまり感じていない	38.7	66.1	38.6	51.6	38.7	58.9
全く感じていない	27.4		13.0		20.2	
わからない	12.5		10.3		11.4	

※出典：県健康福祉局「地域包括ケアシステムにかかる県民の安心感に関するアンケート調査」（令和 5（2023）年度）

- 医療介護の必要時について、現在「不安」を感じている理由の、上位 3 位は次の通りとなっており、40 歳～64 歳と 65 歳以上の層では、上位の項目が異なります。

表 3-1-8 医療介護の必要時の現在の「不安」の理由について（40～64 歳と 65 歳以上との対比）

（単位：％）

	全体	40-64 歳	65 歳以上
回答数（人）	1,177	661	516
近隣に病院がないなど医療に不安がある	11.7	11.3	12.2
在宅の介護サービスに不安がある	20.3	17.1	24.4
自宅にいられなくなった時、医療や介護に不安がある	39.6	34.5	46.1
身体が動かしにくくなるなどした時に支えてくれる身近な家族や知	25.1	26.0	23.8
食事や買い物などの生活支援や見守りに不安がある	25.0	22.8	27.7
自分の健康に不安がある	33.2	31.3	35.7
自分が参加できる地域の場所がない	6.1	6.8	5.2
特に大きな理由はないが、ばく然とした不安がある	41.9	43.9	39.3
その他	3.9	5.3	2.1

※出典：県健康福祉局「地域包括ケアシステムにかかる県民の安心感に関するアンケート調査」（令和 5（2023）年度）

- 自身の老後（将来）について「不安」を感じる割合とその内容は、以下のとおりです。不安を感じる項目のトップは、40 歳～64 歳が経済的な負担であるのに対し、65 歳以上では、病気やケガなどの健康不安となっています。

表 3-1-9 自身の老後（将来）の「不安」とその内容について（40～64 歳と 65 歳以上との対比）

（単位：％）

不安について	40-64 歳		65 歳以上		全体	
回答数	n=1,000 人		n=1,000 人		n=2,000 人	
感じたことがある	36.7	74.5	28.3	72.3	32.5	73.4
なんとなく感じたことがある	37.8		44.0		40.9	
あまり感じたことはない	15.7	25.5	20.9	27.7	18.3	26.6
感じたことはない	9.8		6.8		8.3	

不安の内容について	全体	40-64 歳	65 歳以上
回答数（人）	1,468	745	723
経済的な負担に関する不安	63.4	71.5	54.9
病気やケガなどの健康不安	62.4	56.8	68.2
介護に関する不安	44.2	42.4	46.1
認知症に関する不安	43.4	38.3	48.7
自宅内（階段・風呂など）での転倒事故の不安	18.7	17.2	20.2
心身が弱った時などの生活やちょっとした困り事への支援に関する	26.2	24.4	27.9
ご近所づきあいや、地域で参加できる場所に関する不安	10.8	11.1	10.4
人間関係・近隣トラブルの不安	12.3	13.4	11.2
家族や子どもに面倒をみてもらえるのかどうかという不安	13.7	12.6	14.8
家族や子どもに負担や迷惑をかけるのではないかと不安	30.9	25.0	37.1
行政手続きや、契約、財産管理に関する不安	16.6	16.9	16.2
I C T（情報通信技術）に不慣れなことへの不安	8.3	7.9	8.7
交通事故を引き起こしてしまう不安（逆走など）	11.6	10.9	12.4
運転免許を返納した後の移動に関する不安	18.3	14.9	21.9
交通事故や犯罪に巻き込まれる不安	13.8	13.4	14.2
自然災害で逃げ遅れる不安	14.1	14.1	14.1
孤独死に対する不安	15.8	19.6	11.9
その他	1.2	0.9	1.5

※出典：県健康福祉局「地域包括ケアシステムにかかる県民の安心感に関するアンケート調査」（令和 5（2023）年度）

- さらに、同調査では、医療介護の必要時の安心感について、65 歳以上の人と 40 歳～64 歳の層のいずれも、地域包括支援センターを知っている人の方が、安心感が高い結果となっています。

表 3-1-10 「医療介護の必要時の安心感」と「地域包括支援センターを知っている人」のクロス結果
(単位：人、%)

	計	回答数			安心	
		40～64 歳	65 歳以上	計	40～64 歳	65 歳以上
何をするとところか理解している	555	219	336	227	74	153
		39.5	60.5	40.9	13.3	27.6
聞いたことがある	755	348	407	225	71	154
		46.1	53.9	29.8	9.4	20.4
知らない	690	433	257	143	69	74
		62.8	37.2	20.7	10.0	10.7
計	2,000	1,000	1,000	595	214	381

※出典：県健康福祉局「地域包括ケアシステムにかかる県民の安心感に関するアンケート調査」（令和5（2023）年度）

【課題】

<地域包括ケアシステムの体制構築>

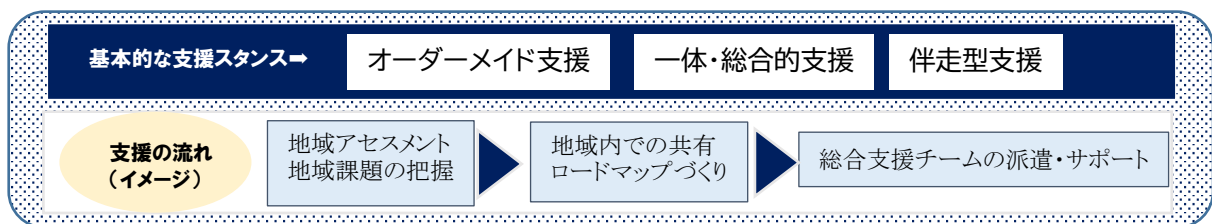
- 県指標による一律的な評価や、個別事業を通じ、次のような市町支援上の課題も把握しています。

図 3-1-4 市町支援上の課題と地域まるごと支援のイメージ

【市町支援上の課題】

- 市町ごとに進捗状況や地域資源・人材に差があり、個別の悩みや課題がある
- 個別事業の評価だけでは、地域全体のアセスメントに基づいた地域課題が見えづらい
- 庁内外の関係者間で、顔の見える関係づくりが十分でなく地域内の連携・協働が深まらない
- 市町規模にかかわらず人材不足であり、既存の資源やネットワークの活用が一層必要である
- 高齢分野をベースとしながらも、全世代、複合的課題や制度の狭間への対応力が必要である
- 先行事例や複数の専門家からの知見を集約し地域内で共有したいが、段取りの余裕がない
- 一時的・短期的な支援では取組が定着しにくい

【地域まるごと支援のイメージ】



- このため、市町等への支援に当たっては、これまでの一律的な基準に向けた取組にとどまらず、「地域まるごと支援」の視点をもって、市町の実情に応じた一体的・総合的な伴走支援もあわせて行う必要があります。
- また、伴走支援に当たっては、地域アセスメントの際に、各市町の疾病や介護レセプト等から導き出したデータを活用するなど、客観的な視点も重要です。
- さらに、医療・介護資源や人材不足、家族介護力の低下、認知症や精神障害者の増加に

伴う課題等についても、広域的かつ専門的な観点から支援を行う必要があります。

<拠点づくり ～地域包括支援センター～>

- 地域包括支援センターの効果的かつ継続的な運営に向け、業務上や運営上の課題について、引き続き、市町等に対し必要な助言・支援が必要です。
- 特に、今後、現役世代の人口減少により、一層人手不足が進行することが予想されるため、地域包括支援センターの運営上必要な専門職が確保できない場合等に備えた対策が必要です。
- また、地域包括支援センターには、包括的な相談が寄せられることから、医療、介護、生活支援などを行う様々な関係機関とのネットワークを活用して、相談者を必要な支援や社会資源につなげることが重要です。

<仕組みづくり ～評価指標、地域ケア会議等～>

■地域包括ケアシステムの評価

- 令和4年度の地域包括ケアシステムの評価結果によれば、県指標（66評価基準）の実施率は85%以上と一定の水準に達していることや、国が実施している評価指標と県独自の評価指標との重複等を整理・見直す必要があります。

■地域ケア会議等

- 地域課題の検討等を行う地域ケア推進会議の運用について、取組内容に課題のある市町等に対し、必要に応じ、状況把握や取組の方向性の検討の支援を行う必要があります。
- 自立支援型ケアマネジメントについては、多職種間で「自立」や「自立支援」について、多職種間で共通認識が図られ、適切なケアマネジメントの実践・浸透につなげる必要があります。

<人づくり>

- 保険者である市町による主体的な取組は定着しつつありますが、地域包括ケアシステムのさらなる質の向上を図るため、引き続き広域的かつ専門的な観点から、県、県保健所、県地域包括ケア推進センターが連携して、研修やアドバイザー派遣、地域診断等に基づく助言支援などを通じ、人材育成を行う必要があります。
- 他分野の相談支援機関（事業所）と同様、地域包括支援センターにおいても、日常的に複合課題に対応しており、特に「経済的困窮」「精神障害」に起因しているなど共通課題が多いことなどから、支援に当たっては、各分野の専門的な相談支援をベースとしながらも、複合的な課題や制度の狭間の問題にも柔軟に対応や、制度や分野を超えた連携体制の構築や、知識・ノウハウ等を共有していくことが必要です。
- また、8050問題やダブルケアなど、個人に着目するだけでは解決しきれない、複合的な課題や狭間の問題が潜在している場合があることも考慮し、「世帯まるごと」の支援の考え方への理解や、「本人や家族が支援を希望していない場合」への対応の仕方等について、共通理解を深める必要があります。
- また、各地域において、分野を超えた専門職間や生活支援にかかわる様々な関係者間で、「本人、世帯全体に対する支援方針の共有」「各関係機関が実施している支援内容の共有」「各関係機関との日頃からの関係づくり」などの機会づくりを推進する必要があります。

<情報発信>

- 県民一人ひとりが、「高齢者が日常生活圏域において、できるだけ日常に近い環境の中で、馴染みの関係を切らずに暮らし続けられる」には何が重要かということ、「我が事」として考えられるよう地域包括ケアシステムについての理解を深めることが重要です。
- 今後、令和 22 (2040) 年に向け、要介護認定率が高く、入退院頻度が高い 85 歳以上人口が増加する見込みとなっており、親や自身の入退院時や介護が必要になったときなど、いざというときの相談窓口や、必要なサービスについて予め知っていることは安心材料の一つであると考えられます。
- このため、高齢者等の総合相談窓口である地域包括支援センターや、介護保険制度のしくみ、医療・介護・福祉サービスの内容等について、県民により一層周知していくことが必要です。
- 特に、65 歳以上に比べ、安心感が低い 40~64 歳の方々は、親や自身の健康維持、医療・介護等が気になり始める年齢層であり、老後の備えについて「知る」機会を増やすことが必要です。

【今後の取組】

<地域包括ケアシステムの体制構築>

- 地域包括ケアシステムの質の向上については、保険者である市町による主体的な取組が進められていますが、引き続き広域のかつ専門的な観点から、県、県保健所、県地域包括ケア推進センターが連携して、研修や個別事業等を通じた支援を行います。
- また、担い手不足など社会情勢の急激な変化に伴う影響への対応等については、「地域まるごと支援」の視点をもって、市町の実情に応じた一体的・総合的な伴走支援（総合支援チーム）を行います。
- 国保連及び研究機関等と連携して、医療保険レセプトと介護保険レセプトを連結したデータを用いた地域分析を行い、市町の伴走支援のアセスメントに活用します。
- さらに、今後、医療・介護資源や人材不足がより一層進むことが見込まれる中山間地域などが共通して直面している課題や、老老介護、家族介護、介護離職など、家族を取り巻く問題や、認知症、精神障害者への対応についても、他の自治体の先行事例などの把握や複数市町による情報共有の機会づくりなどに取り組みます。

表 3-1-11 地域包括ケアシステム推進における役割分担

区 分	役 割
市町	○地域包括ケアシステムの推進主体 ○地域包括支援センターの運営 等
県本庁	○広域的・専門的観点からの市町支援 ・初任者研修、地域分析データに基づく研修 ・評価指標による評価のとりまとめ ・個別事業を通じた伴走支援 ・中山間地域等の特定課題への対応 ・総合チーム支援（アセスメントのサポート） 等
県保健所（支所）	○市町が相談しやすい体制づくり及び市町との連携強化 ○システム強化に向けた助言及び現場レベルのきめ細かな支援 ○総合支援チーム支援（圏域市町のデータ分析・診断支援等） 等
県地域包括ケア推進センター	○専門的支援（地域支援・人材育成等） ・個別事業を通じた研修、アドバイザー派遣 ・総合支援チーム支援（総括、アセスメント、アドバイザー） 等

<拠点づくり ～地域包括支援センター～>

- 地域包括支援センターの運営上の課題への対応等について、県内外での事例収集をし、市町と共有しながらその機能確保・維持に取り組みます。
- 業務上の課題については、県、県保健所、県地域包括ケア推進センターが連携して、市町等に対して次のような助言・支援を行います。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター事業の評価 ・ 地域内の関係者・関係機関によるネットワークの構築 (医療機関、福祉・介護サービス関連事業者、住民、住民自治組織、民生委員・児童委員、ボランティア団体、社会福祉協議会、社会福祉法人、企業、NPO、当事者団体など) ・ 介護予防や自立支援型ケアマネジメントの推進 ・ ケアラー（家族介護者等）への支援に向けた相談支援体制の充実 等
--

<仕組みづくり ～評価指標、地域ケア会議等～>

■地域包括ケアシステムの評価

- 地域包括ケアシステムの県独自の評価指標を見直し、令和6年度から新たな指標による評価を開始します。

■地域ケア会議等

- 地域課題の検討等を行う地域ケア推進会議の運用について、取組内容に課題のある市町等に対し、他市町の好事例やノウハウなどを共有するほか、必要に応じ助言・支援を行います。
- 自立支援型ケアマネジメントの実践に向け、引き続き個別事業を通じて市町や専門職等への助言やアドバイザー派遣等の支援に取り組みます。

<人づくり>

- 地域包括ケアシステムの質の向上に向け、引き続き広域的かつ専門的な観点から、県、県保健所、県地域包括ケア推進センターが連携して、市町担当者、地域包括支援センタ

一職員、専門職等を対象とした表 3-1-12、表 3-1-13 のような枠組み・内容で研修・事業、支援に取り組み、人材育成を行います。

- また、「世帯まるごと」の支援の考え方への理解や、「本人や家族が支援を希望していない場合」等への対応の仕方、困難事例への対応についても、県地域包括ケア推進センター等と連携し、市町担当者や、相談支援機関等の専門職等を対象として、基礎的な研修プログラムを順次、検討・実施していきます。

表 3-1-12 地域包括ケアシステムにおける人材育成の枠組み（広域的・専門的観点から）

区 分	内 容
全体研修・情報交換会 〔web〕	・初任者研修（地域包括ケアシステムの考え方等） ・地域分析データに基づく研修（参考市町データの事例検証等）
個別事業を通じた専門研修 〔web、GW、アドバイザー派遣等〕	<個別事業> ・介護予防、地域リハビリテーション、生活支援体制整備、自立支援型ケアマネジメント、困難事例への対応、支援者への支援、高齢者権利擁護 等
地域まるごと支援 〔伴走支援〕	・個別市町（手上げ式） ・地域課題の把握⇒地域内での共有 ・総合支援チームの派遣・サポート

表 3-1-13 県地域包括ケア推進センターを中心とした人材育成

区分凡例：研修● アドバイザー派遣◎

テーマ	区分	内容等
介護予防	●◎	・通いの場、地域ケア個別会議アドバイザー派遣 等
地域リハビリテーション	●◎	・地域リハ専門職研修 ・短期集中予防サービス活用研修 等
生活支援体制整備	●◎	・生活支援コーディネーター研修 ・市町担当者、圏域意見交換会 等
自立支援型ケアマネジメント	●◎	・自立支援型ケアマネジメントの医学的知識、アセスメントの視点、ケア会議のファシリテート 等
高齢者権利擁護	●◎	・高齢者虐待対応・防止研修、市町への専門職派遣
困難事例への対応等	●	・複合的課題等へのケース対応、支援者への支援
市町の総合支援	◎	・市町の優先課題等に応じた「まるごと支援」の試行（R5～）

<情報発信>

- 地域包括支援センターをはじめとした相談窓口や高齢者関連サービスについての認知度を高めるため、市町や県医師会、地区医師会、地域包括支援センター、各地域の多職種連携ネットワーク等による住民向けの広報・セミナーや、企業が職員向けに行う研修等、あらゆる機会を通じて啓発活動を支援します。
- また、各地域の地域包括支援センターの連絡先一覧や、相談できる内容のほか、介護保険制度等について広報誌やホームページ等を通じて、情報発信を行います。

〔達成目標〕

No	区分	年度 指標	R4 (2022) 現状	R8 (2026) 中期目標	R11 (2029) 長期目標
24	O	医療や介護が必要になっても、安心して暮らし続けられると思う者の割合	令和6年度調査結果を反映		

S : ストラクチャー指標、P : プロセス指標、O : アウトカム指標

〔出典〕

24 : 県健康福祉局調べ

(2) ケアマネジメント機能の強化

【現状】

<介護支援専門員の確保・育成>

- 本県の居宅サービスのケアマネジメントを行う居宅介護支援事業所は、令和5(2023)年9月1日現在、823事業所が指定されています。
- 本県の介護支援専門員登録者数は、令和5(2023)年10月31日現在、20,179人で、そのうち約4,800人が、介護支援専門員として従事しています。
- 介護支援専門員の資質向上に向けた取組として、法定研修のほか、居宅介護支援事業所や職能団体等により、多種多様な法定外研修が実施されています。
- 本県には29の地域ブロックが設置されており、各ブロックにおいて、地域の実情に応じた法定外研修のほか、多職種連携を促進するため、関係機関と具体的な連携方策について検討・実践・評価する事例検討会などが開催されています。
- 社会情勢の変化に伴い、介護支援専門員が習得すべき知識や技術、期待される役割・能力も変化してきており、これらに対応していくため、令和6(2024)年度から法定研修のカリキュラムが見直されました。

【課題】

<介護支援専門員の確保・育成>

- 高齢化の進展に伴い、今後も介護サービス需要の拡大が見込まれる中、要介護高齢者等の多様なニーズに対応した適切なケアマネジメントを実施していくためには、専門的な知識・技術を有する介護支援専門員が、必要数確保されている必要があります。
- 地域のつながりの希薄化や、単身・老夫婦世帯、認知症や精神疾患、医療措置を必要とする要介護高齢者の増加など、ケアマネジメントを取り巻く環境や、実際に現場で対応する利用者像は常に変化していることから、最新の知識・技術を身に付け、幅広い事案に対応できる人材を育成していく必要があります。
- 法定外研修の開催状況が地域ブロックごとに異なっており、介護支援専門員の資質向上に向けた学びの機会と内容に格差が生じているため、全ての地域ブロックで、地域の実情に応じた研修が実施され、等しく質の向上が図られる必要があります。

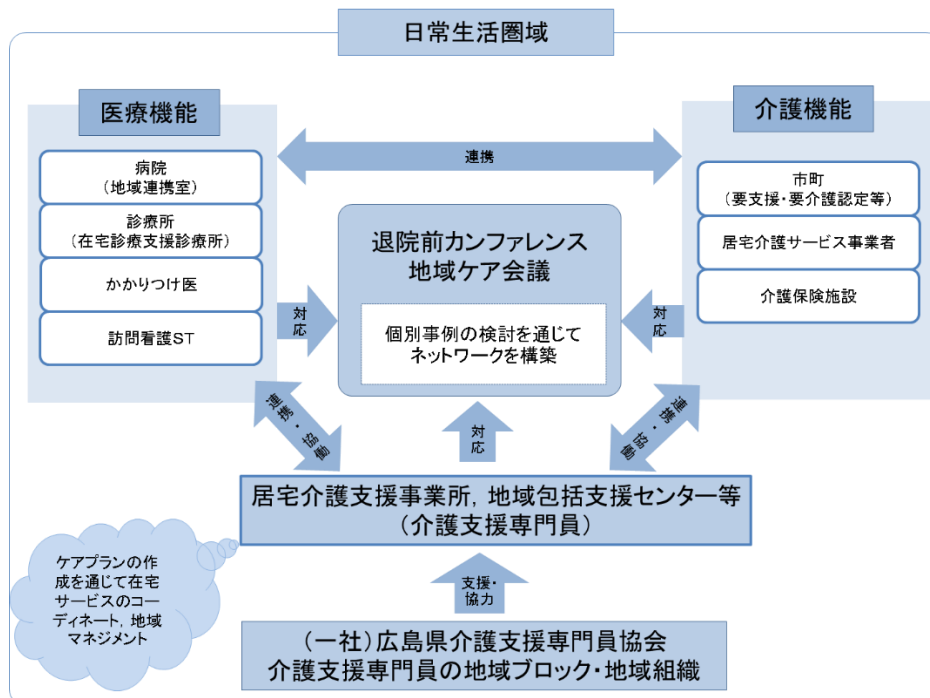
【今後の取組】

<介護支援専門員の確保・育成>

- 各地域の介護施設や居宅介護支援事業所等において、必要な介護支援専門員が安定的に確保されるよう、県介護支援専門員協会と連携して、介護支援専門員不足の実態・要因や、人材確保に向けた課題・有効な対策等について検討し、実施します。
- 介護支援専門員を取り巻く環境の変化等に対応できるよう、法定研修のほか、法定外研修を通じて、最新の制度・施策の動向や多職種連携推進のための事例検討など専門性の強化に向けた学びの機会を提供するとともに、PDCAサイクルを回しながら、研修の質を継続的に向上させていきます。

- 全ての地域ブロックで、介護支援専門員の資質向上に向けた取組が活発に実施されるよう、県介護支援専門員協会と連携し、各地域ブロックが実施する研修情報の共有を図るなど、地域ブロックの実情に応じた効果的な取組を促します。

図 3-1-5 日常生活圏域における多職種連携の強化



※出典：県資料

〔達成目標〕

No	区分	指標	年度		
			R4 (2022) 現状	R8 (2026) 中期目標	R11 (2029) 長期目標
25	O	介護支援専門員の登録者数	19,903 人	20,900 人	21,650 人
26	P	介護支援専門員の資質向上に向けた研修受講者数 (延べ人数)	10,104 人	11,100 人	11,850 人

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

〔出典〕

- 25：県介護支援専門員協会調べ
- 26：県介護支援専門員協会調べ

(3) ケアラー（家族介護者等）への支援

本人と介護をしている家族の日常生活を支えるため、地域包括支援センター等の相談支援体制の強化や、仕事と介護を両立できる職場環境の整備を推進していきます。

【現状】

<ケアラー（家族介護者等）への相談体制の充実>

- 高齢者の相談窓口である地域包括支援センターでは、高齢者夫婦のみの世帯の増加に伴う老老介護や本人が支援を望まないなどにより、ケアラー（家族介護者等）に過度な負担がかかるなど多岐にわたる相談を受けており、内容に応じて支援制度の説明や相談窓口の紹介などを行っています。
- 地域包括支援センター1か所あたりの相談件数では、介護、医療、認知症に関する相談が特に増加しています。
- また、地域包括支援センターでは、市町の窓口や他分野の相談機関と連携して、介護、子育て、障害等の複合的な課題を持つ世帯の相談にも対応しています。

表 3-1-14 地域包括支援センターの相談件数

相談内容	令和元（2019）年度実績		令和4（2022）年度実績	
	相談件数 （延べ）	1センター 当たり	相談件数 （延べ）	1センター 当たり
介護に関すること （介護保険に関することを含む）	124,789 件	2,189 件	149,948 件	2,380 件
介護予防・生活支援サービスに関すること	74,695 件	821 件	62,038 件	608 件
医療に関すること	13,017 件	289 件	22,421 件	408 件
認知症に関すること	10,732 件	206 件	18,761 件	303 件
権利擁護に関すること	13,299 件	141 件	15,090 件	145 件
介護者の離職防止に関すること	63 件	13 件	142 件	6 件
その他	184,995 件	2,011 件	207,185 件	2,031 件

※出典：厚生労働省「地域包括支援センター運営状況調査」（令和元（2019）年度、令和4（2022）年度実績）

※1センターあたりは、実績のあるセンターのみで算出

表 3-1-15 地域包括支援センターにおける介護、子育て、障害等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応の状況

内容	センター数	割合
市町や他分野の相談機関と協議しつつ、対応している	103 か所	98.1%
相談内容を整理して、複合的な課題を持つ世帯数・人数・内容を把握するようにしている	35 か所	33.3%
その他	4 か所	3.8%

※出典：厚生労働省「地域包括支援センター運営状況調査」（令和元（2019）年度、令和4（2022）年度実績）

※地域包括支援センター数：105 か所

- 一方で、高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」についての認知度が27.8%にとどまっています。

表 3-1-16 「地域包括支援センター」についての認識・理解

(単位：%)

	回答割合 (n=2,000人)
何をするとところか理解している	27.8
聞いたことがある	37.8
知らない	34.4

※出典：県健康福祉局「地域包括ケアシステムにかかる県民の安心感に関するアンケート調査」（令和5（2023）年度）

※100%になるように端数調整

- また、市町においては、家族介護支援事業を通じて、ケアラー（家族介護者等）の相談支援や介護の負担軽減等に取り組んでいます。

図 3-1-6 市町の家族介護支援事業取組事例（抜粋）

- 介護教室の開催
- 介護者同士の交流会の開催
- ピア活動の紹介
- 介護慰労金の支給
(介護保険サービスを利用せずに、在宅で高齢者を介護している家族の人に慰労金を支給)
- 認知症ケアに対する知識を習得した支援員の派遣
- 認知症の人の行方不明時の安全確保支援
(二次元コードを印字した見守りシールの活用)
- 紙おむつ等介護用品の支給

※出典：「地域支援事業交付金 市町実績報告書」（令和3（2021）年度）

※支給対象者や実施内容は市町によって異なる

- ケアラー（家族介護者等）を支援するNPO（特定非営利活動法人）や当事者団体等が、孤立しがちなケアラー（家族介護者等）同士のつながりを支援し、悩みや思いを共有

する場を提供しています。

<職場環境の整備>

- 令和4（2022）年就業構造基本調査結果によると、介護をしながら働いている人のうち、介護休業や短時間勤務、介護休暇などの介護休業等制度を利用している人の割合は10.2%で、平成29（2017）年調査の6.6%と比べると、3.6ポイント増加しています。
- 令和4（2022）年度広島県職場環境実態調査結果によると、仕事と介護の両立支援における労働協約、就業規則等の明文化状況について、「明記している」と回答した企業の割合は75.3%で、令和3（2021）年度調査の70.6%と比べると、4.7ポイント増加しています。

【課題】

<ケアラー（家族介護者等）への相談体制の充実>

- 今後、令和22（2040）年に向け、要介護認定率が高く、入退院頻度が高い85歳以上人口が増加する見込みとなっており、親や自分自身の入退院時や介護が必要になった場合など、いざというときの相談先をあらかじめ知っておくことは安心材料の一つであると考えられます。
- このため、相談窓口や必要なサービス等の周知を図り、地域社会の中で孤立することなく、介護の負担ができるだけ軽減されるよう支援することが重要です。
- ケアラー（家族介護者等）の負担軽減のため、レスパイトのために利用できるサービスや、介護者同士のピアサポート等についても、広く周知していく必要があります。
- 地域包括支援センターでは、介護疲れ、老老介護、本人が支援を望まない場合など、様々な課題を抱えるケアラー（家族介護者等）からの相談に対応する必要があります。
- 悩みを周囲に相談できない高齢者や家族が、当事者団体や当事者を支援するNPOなど、必要な支援等につながる仕組みを検討することも必要です。

<職場環境の整備>

- 今後、更なる高齢化の進展により、要支援・要介護認定者が増加することで、介護を担いながら働く人が増加することが見込まれるため、企業における介護休業などの社内制度の整備や従業員への制度の周知など、仕事と介護を両立できる職場環境の整備が必要となっています。

【今後の取組】

<ケアラー（家族介護者等）への相談体制の充実>

- 各地域包括支援センターの一覧や相談できる内容のほか、介護保険制度等について広報紙やホームページ等を通じて、情報発信を行います。
- 市町が行うケアラー（家族介護者等）の相談支援や介護の負担軽減等の家族介護支援事業を通じ、次のような視点に基づく取組を促進します。

<相談・理解促進>

- ・相談窓口の周知
- ・家族介護において誰かに頼ることの大切さ
- ・当事者の会など活動
- ・家族介護上、役立つ情報
(よくある困りごとや対応策、認知症や疾病別の症状の予測 等)

<介護疲れの負担軽減>

- ・訪問看護・介護、小規模多機能型居宅介護などの活用
- ・レスパイトとしての利用が可能なサービスの活用

- ケアラー（家族介護者等）への相談体制の充実を図るため、地域包括支援センター等で家族介護支援に関わる人材のスキル向上のための取組を検討します。

- ・好事例や地域のピアサポートの共有
- ・「家族まるごと支援」の視点によるアセスメント研修の実施
- ・早期発見やアウトリーチ手法の共有 等

- 当事者団体や当事者を支援するNPOなど、地域内外にある支援団体や相談窓口などを把握し、公的機関との連携が行える仕組みの検討を行います。

<職場環境の整備>

- 企業における仕事と介護の両立に向けた取組を促進するため、国と連携して「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」などの周知を図ります。
- それぞれのライフスタイルに応じて働くことができる労働環境の整備を推進するため、テレワークなどの時間や場所にとらわれない柔軟な働き方のメリットや取組事例等、各種支援情報をセミナーやポータルサイトで効果的に情報発信することで、県内企業への理解と取組を促進します。

1-2 多様な主体が共に支え合う地域づくり

(1) 地域における支え合い活動の推進

住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現に向けて、悩みや困りごとがあっても早期に発見され、重篤になる前に見守りや解決につながる必要があります。

このため、地域住民をはじめとする多様な主体が地域生活を相互に支える担い手となり、地域の居場所や相談・交流の場や機会づくりが促進されるよう支援します。

【現状】

<地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制づくり>

- 近年、家族や地域の支え合い機能が低下し、地域のつながりが薄まる中で、従来の福祉制度により対応してきた課題に加えて、ダブルケアや8050問題などの複合的な課題や制度の狭間の問題（※）が顕在化しており、既存の制度だけでは対応が困難になっています。

※複合的な課題や制度の狭間の問題とは、本人やその家族について、ひきこもり、8050問題、ダブルケア、老老介護、ヤングケアラーなど、制度や分野横断的に課題が複合している課題や、公的な相談支援がない、あるいは十分に届いていない問題を指します。

- 本県では、地域共生社会の実現に向け、「第2期広島県地域福祉支援計画」（令和6年3月策定）において、こうした複合的な課題や制度の狭間の問題に着目し、①多様な主体による支え合いの促進、②包括的な相談支援体制の構築、③見守りや気づき、相談・支援上の連携などの3つの機能が一体的に発揮される「重層的なセーフティネット」を構築するための施策を推進することとしています。
- 市町社会福祉協議会では、高齢者サロンなどの活動拠点や地域内のつながりづくり、住民参加型の生活支援サービスなど、住民同士が見守り・支え合う小地域福祉活動等に取り組んでいます。また、県社会福祉協議会では、市町社協職員への研修や福祉活動への助言等による支援などに取り組んでいます。

<相談・見守り活動の支援>

- 民生委員・児童委員は、同じ地域で生活する住民の一員として、日常生活上の困りごと等を抱える人の把握や相談対応を行い、市町や地域住民、専門機関等への「つなぎ役」として活動しています。
- 令和5（2023）年4月1日時点で県内の民生委員・児童委員の定数は6,064人（うち主任児童委員526人）となっています。
- 令和4（2022）年12月一斉改選時における平均年齢は66.8歳で、前回一斉改選時（令和元（2019）年12月時）の平均年齢66.2歳から0.6歳年齢が上がっています。
- 本県では、活動を支援するための「民生委員・児童委員活動の手引」を発行しています。
- また、県民生委員児童委員協議会や地区民生委員児童委員協議会が実施する研修等活動費に対して、助成を実施しています。

<生活支援活動等の拡充>

- 県内では、22 市町に生活支援コーディネーターが配置されており、フォーマル・インフォーマルな支援を問わず、人と人（人材）、人と場所、担い手と活躍の場をつなげています。
- 具体的には、住民のゴミ出しや移動支援等、高齢者の日常生活上の課題を把握したり、これらを支援する活動やサービスにつなげたりする仕組みづくりや、地域のネットワーク構築を行っています。
- また、生活支援コーディネーターの働きかけにより、「ふれあいサロンの開設・運営」につながるなど、住民主体の地域づくりも進められています。
- 高齢者においては、心身や認知機能の状況に応じ、運転免許の自主返納への意識が高まっている一方で、特に中山間地域においては公共交通機関が限られるため、買い物や医療機関受診、社会参画など外出への移動支援が必要なケースが増えています。
- このため、既に高齢者の移動支援について、取組や検討を進めている市町がありますが、道路運送法など関係法令の制度の複雑さや理解不足等により取組が進んでいない地域もあります。

図 3-1-7 生活支援コーディネーターの活動事例

1	西日本豪雨災害により多くの商店が閉店となり、地域住民が困っていた声を生活支援コーディネーターが把握、移動販売車に入ってもらおうよう企業と調整した。 以後、買い物支援で困っている地域と移動販売車のマッチングを行っている。
2	認知症の症状がある一人暮らし高齢者の生活支援について、生活支援コーディネーターとして地域ケア会議に参加したのをきっかけに、地域全体で認知症の症状についての理解を深めることになり、自治会会員に対して認知症サポーター養成講座を開催した。 その結果、症状への理解が進み、本人の行動等に対して寛容性が増した。
3	企業の協力を経て、商業施設のフードコートで認知症カフェを開催した。 誰もが利用できる場でお茶を飲みながら認知症に係る相談や傾聴をしてもらえるため、住民から好評を得ている。

※出典：県健康福祉局調べ

【課題】

<地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制づくり>

- 地域共生社会の取組の推進に当たっては、住民、自治組織、民生委員・児童委員、ボランティア団体、社会福祉協議会、社会福祉法人、企業、NPO、当事者団体など、多様な主体が担い手となって、地域で支え合う取組の裾野を拡げていく必要があります。
- 県民一人一人が安心した暮らしを送るためには、最も身近なセーフティネットである地域の中で、県民誰もが地域共生社会を担う一員として、「つながり」と「気に掛け合う」意識を共有し、「手を差し伸べる」という行動に繋げていく取組が必要です。
- 地域住民同士のつながりの希薄化等の影響により、複合的な課題や制度の狭間の問題、社会的孤立など、様々な生きづらさを抱える方が潜在化していくことに対して、地域の多様な主体による見守り・支え合いの居場所や機会づくりを進めていく必要があります。

<相談・見守り活動の支援>

- 少子高齢化の進展等により、地域の複雑・多様化した相談対応が民生委員・児童委員に求められています。また、個人情報保護の意識の高まりなどにより、住民の生活状況把握や関係者間での情報共有がしづらくなっています。
- 民生委員・児童委員の高齢化、役割や負担感の増加等により、なり手不足が生じており、地域住民との協働・連携体制をより一層充実するなど活動しやすい環境づくりが必要です。

<生活支援活動等の充実>

- 生活コーディネーターは、高齢者等のあらゆる日常生活上の課題に対応するため、地域資源の把握や、多様な団体・機関・企業等（※）の活動促進、担い手の養成、地域の支援ニーズと提供主体とのマッチング等を行うとともに、継続的なスキルアップが必要です。

※NPO法人やボランティア団体のみならず、地域住民、商店、宅配会社、タクシー会社等の生活を支える多様な主体

- 各地域の有効な取組が県内各地の参考になり得ることから、地域を超えて生活支援コーディネーター同士が気軽に相談し合える機会づくりが必要です。
- 住民主体の地域づくりのサポートを行う生活支援コーディネーターの活動について、地域内で周知を図る必要があります。
- 人口減少、高齢化や過疎化に伴い、今後、公共交通の利便性が低下したり、免許返納等により自家用車が使えなくなったりするなど、移動手段が限定される場合に、地域の資源やニーズに応じた移動支援が必要です。
- 移動支援についての基礎知識や、先行事例などを県内市町や関係者間で共有し、地域の実情に応じた移動支援の方策について検討・実施していく必要があります。

【今後の取組】

<地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制づくり>

- 必要な支援や支え合いにつながりやすい仕組・環境づくりに向けて、制度や分野の枠を超えて多様な主体が参画する居場所づくりや、社会とつながる機会・参加支援の取組など、制度や分野を超えた地域づくりに向けた市町の取組を支援します。
- 地域共生社会に対する県民の理解促進を図り、具体的な行動につなげるための取組をモデル的に実施・検証し、その後、全県展開を検討します。
- 小地域福祉活動等の更なる充実を図るため、県社会福祉協議会と連携・協働して、地域活動を担う人材の育成や活動支援等に取り組みます。

<相談・見守り活動の支援>

- 民生委員・児童委員が、地域の複雑・多様化した相談に対応できるよう、「民生委員・児童委員活動の手引」の改訂や、県民生委員児童委員協議会や地区民生委員児童委員協議会が行う研修会等への支援を行い、その質の向上を図ります。
- また、困りごとを抱えた人の早期把握・早期支援のために、地域住民をはじめとする多様な主体が、民生委員・児童委員や生活支援コーディネーターと連携する市町の取組

を支援します。

- 民生委員・児童委員の負担軽減やなり手の不足への対応のため、民生委員・児童委員が活動しやすい環境づくりに向け、広く住民等に対し、制度の周知やその活動内容等の普及啓発を行います。
- 個々の民生委員・児童委員が負担を抱え込まないよう、市町及び県民生委員児童委員協議会や地域住民と協働・連携し活動しやすい環境づくりについて、支援します。

＜生活支援活動等の拡充＞

- 生活支援コーディネーターのスキルアップのため、県保健所及び県地域包括ケア推進センターと連携し、実践事例等を踏まえた研修やアドバイザー派遣等を行います。
- 生活支援コーディネーター同士の情報交換会などを開催し、継続的に相談し合えるネットワークづくりの構築を支援するなどにより、質の向上を図ります。
- 地域内で生活支援コーディネーターの活動や、気軽に参加できる地域における支え合い活動例等について、住民や専門職に周知する市町の取組を支援します。
- 移動支援に関する基礎知識を習得する研修等を実施するとともに、移動支援についての県内市町の取組や県内外の先行事例を把握し、市町、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等と共有し、地域の実情に応じた移動支援が行えるよう支援していきます。

(2) 社会福祉法人等の地域貢献活動

【現状】

- 社会福祉法人は、社会福祉法第 24 条第 2 項で「地域における公益的な取組」が責務化されており、各地域において、社会福祉法人による様々な公益的な取組が実施されています。

【課題】

- 全ての社会福祉法人において、創意工夫をこらした多様な地域貢献活動が実施され、活動事例が共有されることにより、県内各地で福祉ニーズに対応したサービスが活発に提供されている状態とする必要があります。

【今後の取組】

- 県内の社会福祉法人に対し、国が作成する地域貢献活動の好事例集等を定期的に周知することで、各法人の積極的な活動を喚起するとともに、個別の相談に対する助言等により、それぞれの地域・法人に適した取組を促します。

(3) 制度や分野の枠を超えた地域づくり

【現状】

- 共生型サービスは、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、平成 30 年度に創設されました。介護保険又は障害福祉のいずれかのサービスの指定を受けている事業者が、もう一方のサービスの指定を受けやすくなり、高齢者、障害児者への福祉サービスの提供が可能となりました。

【課題】

- 障害福祉サービス事業所や障害者支援施設は、介護サービス事業所の数より少なく、障害のある人にとっては、利用したいサービスが身近にない等、通うのが難しいケースがあります。
- 障害者が 65 歳以上となっても使い慣れた同じ事業所でサービスを利用し続けられるよう、共生型サービスの指定を受ける障害福祉サービス事業所を拡大する必要があります。

【今後の取組】

- 関係施設・事業所及び市町に対し、研修や集団指導の場において「共生型サービス」に関する基準・報酬の周知を図るなど、市町との連携を図りながら、取組を進めます。

(4) 権利擁護と虐待防止対策

【現状】

<権利擁護>

- 県社会福祉協議会は、市町社会福祉協議会と役割分担して、福祉サービスの利用や日々の暮らしに必要なお金の管理に困っている人などを対象とした、福祉サービス利用援助事業（かけはし）を実施しています。
- 認知症高齢者や知的・精神障害者等、判断能力の不十分な人の増加が見込まれる中、従来の福祉的な相談支援では対応しきれない相談が増加しており、財産管理や介護サービスの利用等に関する契約締結などを行う成年後見制度等の権利擁護支援の必要性が高まっています。
- 国の第二期成年後見制度利用促進基本計画（令和4（2022）～令和8（2026）年度）では、本人及び関係機関からの成年後見制度等に関する相談への助言や、司法、福祉、医療等が連携した仕組み（権利擁護支援の地域連携ネットワーク）の構築に向けた中核機関の整備の方針が示されていますが、令和5（2023）年3月時点で、県内市町の中核機関の整備は9市町に留まっています。また、市町は権利擁護支援の地域連携ネットワークを段階的に進めるため、成年後見制度利用促進基本計画の策定に努めるものとされています。
- 市民後見人の養成については、県内では3市が実施しています。（令和5年3月時点）

<虐待防止対策>

- 令和4（2022）年度において、高齢者虐待と確認された件数は、家庭内虐待が419件、養介護施設従事者による虐待が21件であり、いずれも増加傾向にあります。
- 高齢者虐待の防止や早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者を適切に支援するため、県内全市町に、関係機関や民間団体で構成する高齢者虐待防止ネットワークが整備されています。
- 市町職員・施設従事者に向けた高齢者虐待防止・対応研修を実施しています。

【課題】

<権利擁護>

- 福祉サービス利用援助事業（かけはし）の利用世帯は増加傾向にあり、特に生活困窮などの複雑な諸問題を抱えるケースが増えていることから、これらの問題に対応できるよう、利用者の支援を行う生活支援員や専門員の確保とスキルアップを図るとともに、支援の円滑化に向けて関係機関との連携強化を図っていく必要があります。
- 成年後見制度等の権利擁護支援の取組は、各市町で進められていますが、司法専門職との連携や成年後見制度利用等の提供体制には地域差が生じており、構築済みの市町においても、ノウハウ蓄積等の課題があるなど、各市町の実情等に応じた支援が必要です。
- 令和5（2023）年3月時点で、成年後見制度利用促進基本計画を策定している市町は16市町に留まっており、市町の計画策定を支援する必要があります。
- 市町においては、司法専門職・関係機関との連携強化や人材の確保・育成に苦慮して

いるなどの共通課題も多く、市町域を超えた広域的な対応も必要です。

- 司法専門職等において、意思決定支援や身上保護の福祉的な視点が十分でない運用がなされているケースがあり、制度利用のメリットや効果が十分発揮されていません。また、成年後見制度を必要とする人が不安なく支援を受けられるよう、制度を分かりやすく周知する必要があります。
- 市民後見人の養成が進んでおらず、また、養成している市町においても、受任まで至るケースは多くない状況にあり、市民後見人の確保、受任に向けた支援が必要です。

<虐待防止対策>

- 相談・通報を受理した後の事実確認等、高齢者虐待に関する対応を迅速かつ適切に行えるよう、市町等の体制を整備する必要があります。
- 虐待を受ける高齢者の9割以上が認知症高齢者であることから、認知症に関する正しい理解や適切なケアの習得を促す必要があります。
- 全ての市町の高齢者虐待防止ネットワークが適切に機能し、役割を十分発揮できるように、各ネットワークの実態を把握し、状況に応じた支援を実施する必要があります。

【今後の取組】

<権利擁護>

- 福祉サービス利用援助事業（かけはし）の一層の周知を図るとともに、生活支援員や専門員の担い手の確保、質の向上を図るため、県社協等が実施する研修や関係機関との連携体制の構築に向けた取組を支援します。
- 各市町において、成年後見制度等の権利擁護の相談が受けられ、司法専門職等と連携して課題を整理し、解決策の方針が決定できる体制構築に向けて、アドバイザーの派遣を通じた市町支援を強化します。また、成年後見制度の利用等に係る困難ケースへの専門家派遣や機能強化研修の開催等、各市町の取組の充実・強化に取り組みます。
- 市町の成年後見制度利用促進基本計画の策定に向け、情報提供や助言等を行います。
- 成年後見制度等に関わる人材が確保され、質の高い支援を提供する仕組みを整えるため、専門職団体や家庭裁判所等で構成する県域単位の協議会を設置して、関係団体等と連携・協力し、広域的に人材を確保します。
- 関係機関等を対象とする制度利用に関するガイドラインの作成や、意思決定支援の考え方を深めるための研修の開催等により、支援の質の向上に取り組みます。また、県民向けに成年後見制度等の普及啓発を行い、理解促進と支援を要する人のニーズ把握を行います。
- 市民後見人の養成を行う市町に対する支援を行うとともに、複数市町での市民後見人の養成等について検討します。

<虐待防止対策>

- 市町における通報受理や相談等への対応力を底上げするため、虐待対応職員を対象とした専門知識や技術を習得するための研修実施のほか、複雑困難な事例に対する専門家派遣による支援等を行います。

- 引き続き、養介護施設の管理者及び従事者や養護者を対象とした研修を実施するとともに、認知証高齢者に対する虐待防止を図るため、認知症や認知症ケアに関する専門的知識・技術を習得するための研修を実施します。
- 各市町における高齢者虐待防止ネットワークの状況を把握した上で、関係機関等と連携・協力し、ネットワーク機能の強化による虐待防止につながる地域づくりに取り組んでいきます。

〔達成目標〕

No	区分	年度	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
		指標	現状	中期目標	長期目標
27	P	成年後見制度における中核的機能を有し、地域連携ネットワークの構築に取り組む市町数	9市町	23市町	23市町

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

〔出典〕

27：県健康福祉局調べ

(5) 更生支援

【現状】

- 令和4年において新たに刑事施設に入所した人（受刑者）で、犯罪時の住居が広島県であった人のうち、60歳以上の割合は28%となっており、平成28年からみると、23～30%で推移しています。また、入所時に無職であった人が69.8%となっており、平成28年からみると、63～74%で推移しています（法務省矯正局調査）。
- 県地域生活定着支援センターを設置し、矯正施設退所者等のうち、高齢または障害により自立した生活が困難な人に対して、必要な福祉的支援を行っています。
- 刑事司法手続終了者（起訴猶予者等や保護観察等終了者）のうち、就労能力や意欲はあるが自力での就労が難しい人（高齢者を含む）に対し、就職から職場定着までの支援を実施しています。
- 令和3年3月に「広島県再犯防止推進計画～更生支援の推進～」を策定するとともに、国、県、市町及び民間の関係機関等で構成する「広島県再犯防止推進連絡会議」を設置し、再犯防止に向けた取組を推進しています。

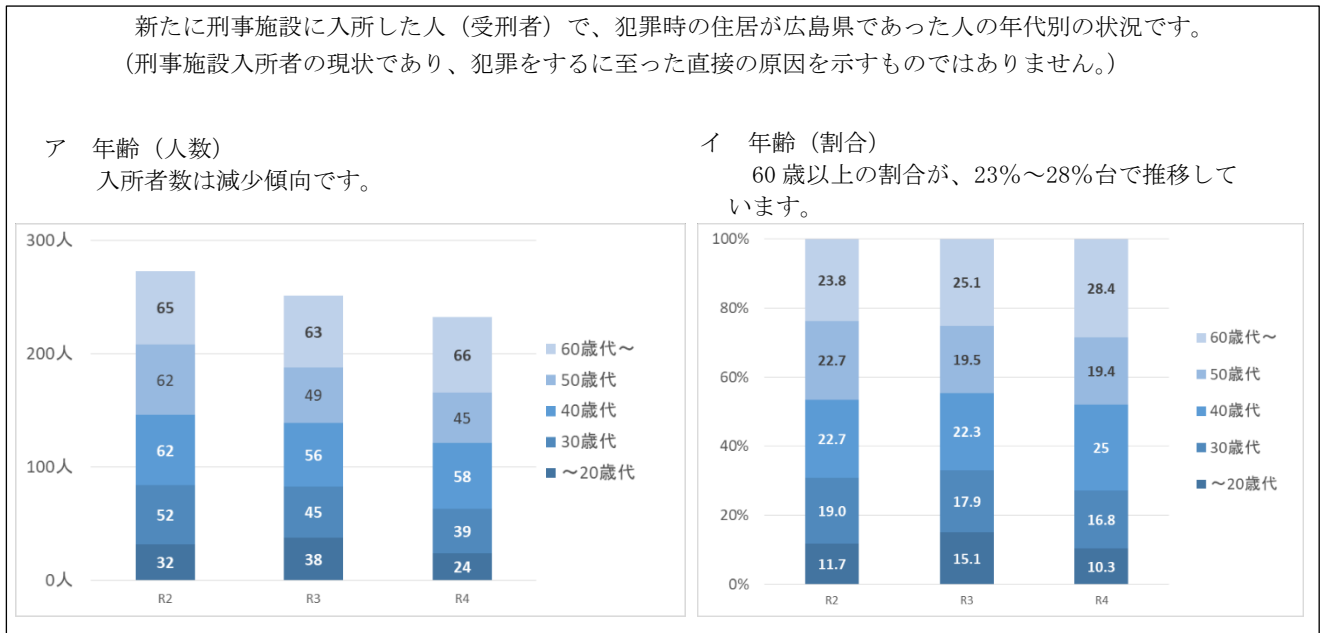
【課題】

- 県地域生活定着支援センターによる支援にあたっては、保護観察所、矯正施設、留置施設、検察庁及び弁護士会といった刑事司法関係機関や、地域の福祉関係機関等と適切に連携する必要があります。また、刑事司法手続終了者の就労支援にあたっては、高齢や障害、帰住先がない等、複数のニーズを同時に抱えていることが多いことから、刑事司法関係機関、福祉支援機関、民間支援団体等の関係機関と適切に連携する必要があります。
- 県や国における様々な支援制度等を通じ、矯正施設退所者等に対する支援が漏れなく行き届くよう、仕組みを構築するとともに、県民の理解を深め、円滑に社会復帰しやすい環境を整える必要があります。

【今後の取組】

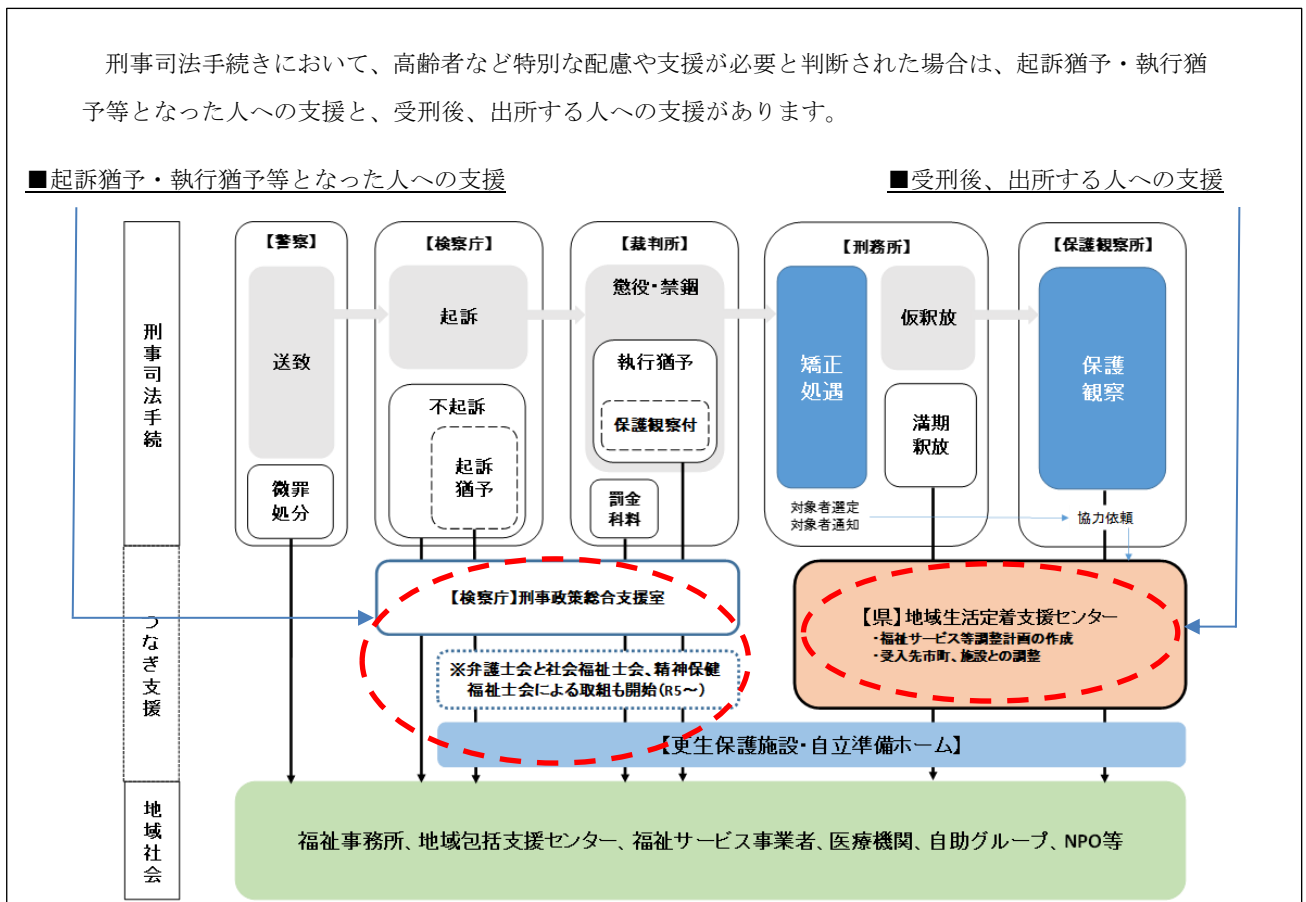
- 矯正施設退所者等が地域社会において生活基盤を持ち、社会参画が果たせるよう、県地域生活定着支援センター、刑事司法関係機関、就労支援機関、福祉等の関係機関との間で情報共有や意見交換を行い、福祉的支援の充実や就労支援・職場定着の促進に取り組めます。
- 「広島県再犯防止推進連絡会議」をはじめ、国、県、市町及び民間の関係機関等による情報共有や連携を促進し、矯正施設退所者等に対する支援体制の構築や、県民の理解促進を図ります。

図 3-1-8 刑事施設入所者の状況



※出典：法務省矯正局調査を基に県民活動課で作成

図 3-1-9 刑事司法手続きと地域支援の流れ（概略図）



※出典：「広島県再犯防止推進計画～更生支援の推進～」(令和3(2021)年3月)

3 医療と介護の一体的な提供の推進

(1) 在宅医療・介護連携等の構築及び推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護サービスを一体的に提供できる体制を構築するとともに、地域における様々な支援機関や多職種の連携を推進します。

【現状】

<在宅医療の提供体制>

■在宅医療需要と将来推計

- 在宅医療は、治療や療養を要する患者が、日常の生活の場において必要な医療を受けられるよう、医師等の医療従事者が患者の居宅等を訪問し、看取りまで含めた医療を提供するものです。
- 県内の在宅医療の利用件数は、都市部を中心に増加傾向にあります。
- 令和4（2022）年度の人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査（厚生労働省）において「最期を迎えたい場所」の自宅の割合は43.8%（全国値）です。
- 一方で、県内の死亡場所における自宅割合は、15.5%に留まっています。
- 県内の訪問診療件数は約23.4万件で、その88.5%を診療所が担っています。
- 今後、在宅療養に関する医療技術の進歩等により、認知症高齢者や障害のある患者、小児、がん患者、ターミナルケア等在宅で療養を希望する人の増加やそのニーズの多様化が見込まれます。

図表 3-3-1 在宅患者訪問診療料の推移（圏域別）

（単位：件数/月）

	平成 25 (2013)	令和 4 (2022)	令和 7 (2025)	令和 12 (2030)	令和 17 (2035)	令和 22 (2040)
広島	6,834	11,326	12,559	14,752	17,061	17,172
広島西	481	971	1,311	1,173	1,369	1,411
呉	1,865	2,622	2,643	2,847	2,993	2,726
広島中央	708	961	1,010	1,163	1,358	1,375
尾三	1,732	2,077	2,079	2,213	2,416	2,360
福山・府中	2,618	3,390	3,682	4,200	4,735	4,757
備北	555	639	622	612	656	657
計	14,793	21,986	23,628	26,960	30,588	30,459

※令和4（2022）年までは10月分の算定件数、令和7（2035）年以降は将来推計による算定件数である。

※圏域（保険者）は、患者の加入する保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度）による。

出典：医療・介護・保健情報統合分析システム（以下この項において、「EMITAS-G」という。）

図表 3-3-2 広島県における死亡者数、死亡の場所

病院	診療所	介護医療院・ 介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他	計
21,146人 (66.6%)	641人 (2.0%)	1,231人 (3.9%)	2,900人 (9.1%)	4,923人 (15.5%)	933人 (2.9%)	31,774人 (100.0%)

出典：厚生労働省「人口動態調査」（令和3（2021）年）

図表 3-3-3 県内の訪問診療件数（医療機関区別）

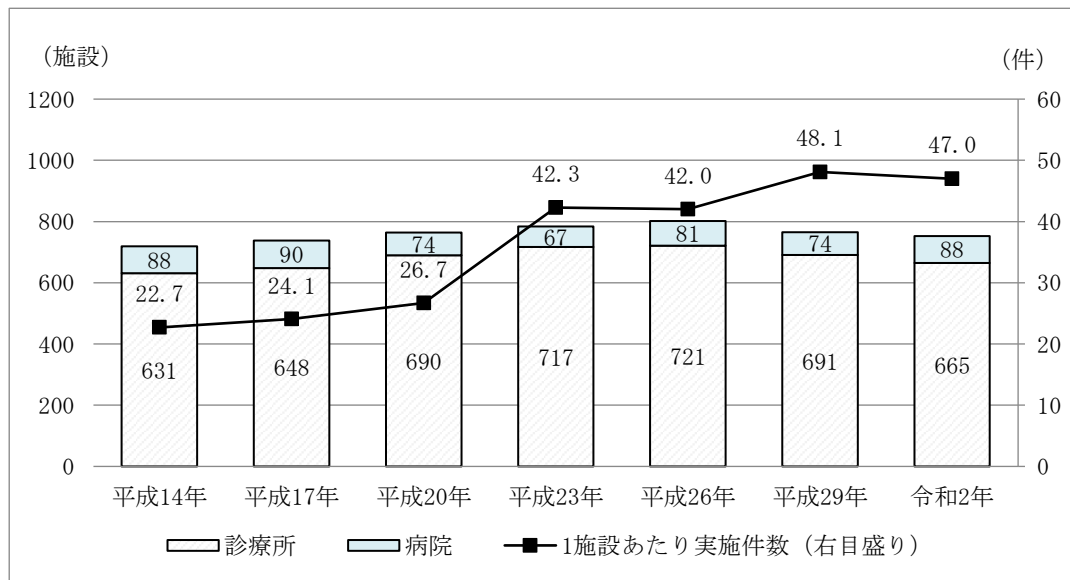
	診療所	病院	計
訪問診療件数	207,038	26,974	234,012
割合（%）	88.5%	11.5%	—

出典：EMITAS-G（令和3（2021）年度）

■在宅医療の提供機関等

- 在宅医療を提供している病院や診療所数については、診療所は減っているものの、病院数は増加しています。
- 24時間体制や急変時の対応を行っている後方支援病院は増加しています。
- 市町によっては訪問診療を実施している診療所の減少等により在宅医療の受け皿に地域差が生じています。

図表 3-3-4 訪問診療の実施医療施設数・件数の推移



出典：厚生労働省「医療施設調査」

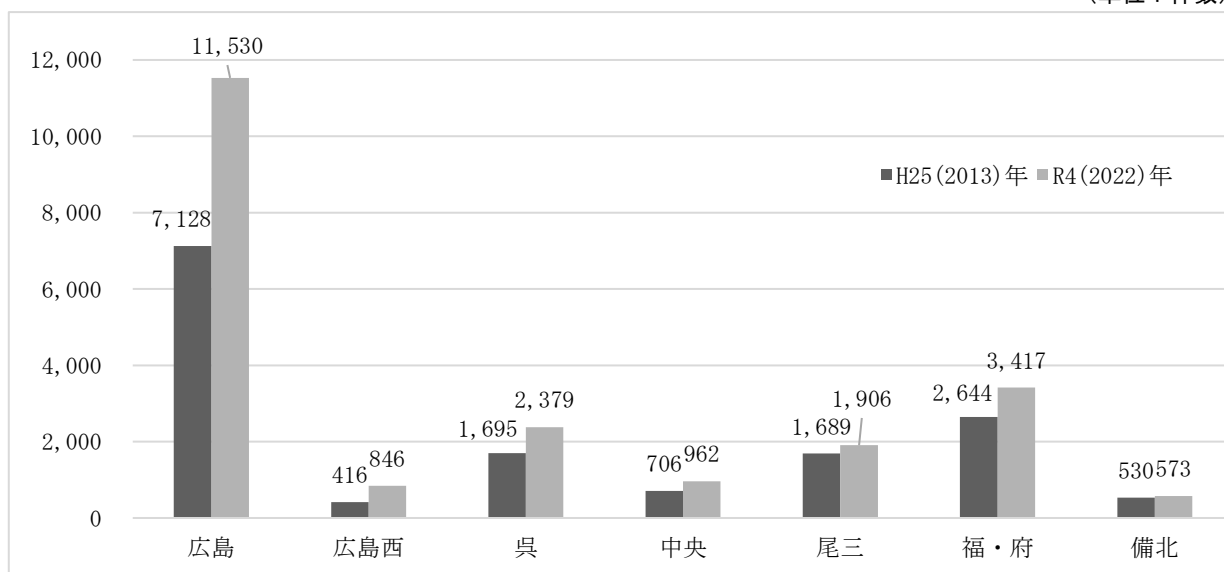
図表 3-3-5 市町別 訪問診療所数・訪問診療件数

	診療所数	訪問診療件数
増加している市町数	6	21
減少している市町数	13	2
同等の市町数	4	0

出典：EMITAS-G（平成29（2017）年度、令和3（2021）年度比較）

図表 3-3-6 在宅患者訪問診療料件数（圏域別）

（単位：件数）



※圏域は、訪問診療を実施した医療機関の所在地ベースである。

出典：EMITAS-G

- 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」（平成 29（2017）年）では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が 24 時間対応の困難さを挙げています。
- 在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24 時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための複数の医療機関の連携体制や情報通信機器の活用等による対応力の強化が求められています。

図表 3-3-7 訪問診療等を実施している医療機関

	調査項目	前回値	現状値
1	在宅療養後方支援病院	8 か所 (R2 年度)	14 か所 (R4 年度)
2	在宅療養支援病院	48 か所 (R2 年 8 月)	69 か所 (R5 年 8 月)
3	在宅療養支援診療所	570 か所 (R2 年 8 月)	550 か所 (R5 年 8 月)
4	在宅看取りを実施している診療所数	146 か所 (H29 年度)	135 か所 (R2 年度)
5	在宅看取りを実施している病院数	12 か所 (H29 年度)	19 か所 (R2 年度)

出典：1、2、3：中国四国厚生局「施設基準届出受理状況」 4、5：厚生労働省「医療施設調査」

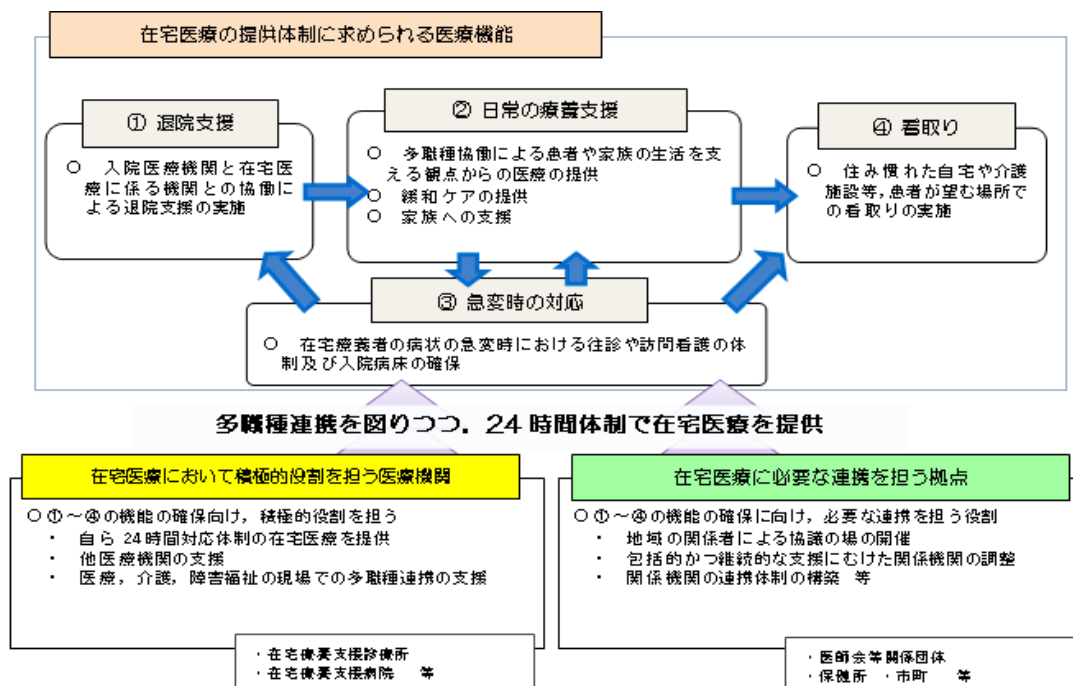
※ 在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）とは
在宅療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療にあたる診療所や病院です。
地方厚生（支）局長に届出て認可される施設基準のひとつです。

★基準（令和 4（2022）年度診療報酬改定内容）

- ①24 時間連絡を受ける体制の確保 ②24 時間の往診体制 ③24 時間の訪問看護体制
- ④緊急時の入院体制 ⑤連携する医療機関等への情報提供
- ⑥年に 1 回、看取り数等を報告している ⑦適切な意思決定支援に係る指針を作成していること

- 在宅医療介護の提供体制については、「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの機能が切れ目なく提供されることを目指しています。

図表 3-3-8 在宅医療の提供体制



出典：厚生労働省

- 本県では、在宅医療圏域を市町の区域（23 圏域）ごとに設定しています。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」は、70 施設で地域によってばらつきがあります。具体的な医療機関等の名称は、県HPに掲載します。

図表 3-3-9 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

市町名	病院	診療所		合計	市町名	病院	診療所		合計		
		有床	無床				有床	無床			
広島	広島市	中区	1	1	2	広島西	大竹市		1	1	
		東区	1	3	4		廿日市市		2	2	
		南区		5	5	呉	呉市		2	2	
		西区	1	3	4		江田島市	2		2	
		安佐南区		2	4	6	広島中央	竹原市	1	2	3
		安佐北区	1	1	3	5		東広島市	1	1	2
		安芸区			0	0		大崎上島町		1	1
	佐伯区	2		3	5	尾三	三原市			0	
	安芸高田市			2	2		尾道市	1	6	7	
	府中町				0		世羅町			0	
	海田町			1	1	福山・府中	福山市	4	1	3	8
	熊野町				0		府中市	1		1	
	坂町				0		神石高原町	1		1	2
	安芸太田町	1			1	備北	三次市		1	1	
北広島町				0	庄原市		3		3		
					合計	19	7	44	70		

出典：県健康福祉局調べ（令和4（2022）年度）

入退院支援

- 入退院支援にあたっては、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となります。

- 退院支援については、退院調整率は80%を超えて推移しているものの、退院支援担当者を配置している病院の割合は50.2%（119か所）にとどまっています。
- 退院カンファレンスにおける医師の参加率は、38.5%（令和4（2022）年度）となっています。

日常の療養支援

- 日常の療養支援においては、「口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理」の一体的な提供体制が求められています。

急変時・看取り、災害時等

- 「救急救助の現況（総務省）」によると、令和4（2022）年中の本県の救急搬送の64.3%が高齢者となっています。
- 高齢者の救急搬送において、「救急隊が傷病者の家族等と連絡がとれない」、「延命措置について本人の意思確認ができない」、「高齢者向け住宅などの施設や家族から、入居者の疾患・服薬などの情報が得られない」といった事案が生じています。
- また、本県の在宅看取り数は年々増加しています。

図表 3-3-10 在宅看取り数の年次推移

（単位：件数）

	H29 (2017)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
0～64歳	34	27	37	25	57	43
65歳以上	1,865	1,986	2,027	2,330	2,812	3,195
総数	1,899	2,013	2,064	2,355	2,869	3,238

出典：EMITAS-G

- 看取りについては、医療・ケア、ACP（人生会議）、グリーフケアなどについて、各医療機関や職能団体等で独自の研修を実施しています。
- 在宅緩和ケアにおいては、各二次保健医療圏の地域保健対策協議会が中心となって在宅緩和ケア推進に向けた研修事業や在宅緩和ケア提供体制整備の取組を実施し、住み慣れた地域で適切に緩和ケアを受けることができる体制整備が進められています。
- また、災害時の業務継続計画（BCP）の策定について、国の手引きが示されています。

■在宅医療に携わる医師の確保・育成

- 在宅医療に携わる医師については、後継者や担い手の不足が生じています。
- 特に中山間地域等では、後継者不足に直面しており、自治医科大学卒業医師等が、通院だけでなく在宅医療も担っている場合もあります。
- 在宅医療に携わる医師は、在宅医療やケアに必要なスキル、本人や家族とのコミュニケーションのほか、多職種との連携体制づくりなどについて、実践の積み重ねや医療機関や職能団体における独自研修等により習得しています。
- また、認知症高齢者や障害のある患者、小児、がん患者、ターミナルケア等在宅で療養を希望する人への更なる対応が求められています。

■市町や関係機関等との連携

- 本県は、地域保健医療対策協議会の在宅医療・介護連携推進専門委員会（以下この項にお

いて「地対協・在宅医療介護推進専門委員会」という。)において、在宅医療介護に関する他地域の取組事例や、調査データを提供しています。

図表 3-3-11 提供事例

調査名	対象	調査機関
医療機能調査	医療機関、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局	県
退院等状況調査	地域包括支援センター、居宅介護事業所	県
在宅医療介護推進事業市町実施状況調査	市町	県
医療施設調査 毎年度：動態調査 静態調査：3年に1回	医療機関	国
老人保健事業（各種テーマ）	テーマによる	国

- また、国においては、令和8（2026）年以降の新たな地域医療構想について、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込んだものとなるよう、議論を行っているところです。

＜在宅医療介護の連携＞

■在宅医療介護連携体制

- 在宅医療介護連携体制の推進に当たっては、在宅医療・介護に携わる医療・介護従事者など多職種による水平的な連携強化を図りつつ、24時間体制で在宅医療介護サービスが提供できる体制を確保することが必要です。
- 入退院支援から看取りまで、切れ目のない在宅医療介護提供体制への理解を深めるため、医療介護関係の多職種による情報共有の場や顔の見える関係性の構築を推進しています。
- 在宅医療の連携体制は、県内全市町において構築されており、市町と市郡地区医師会を中心とした「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は、令和5（2023）年度までに29か所整備されています。

【在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項】

- ① 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ② 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ③ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ④ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ⑤ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

図表 3-3-12 在宅医療に必要な連携を担う拠点

圏域名	市町名	拠点名	①	②	③	④	⑤	
広島	広島市	広島市連合地区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市中区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市東区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市南区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市西区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市安佐南区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市安佐北区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市安芸区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
		広島市佐伯区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○	
	安芸高田市	安芸高田市福祉保健部健康長寿課	○	○				
		広島県厚生農業協同組合連合会 吉田総合病院		○	○			
	府中町	府中町地域包括支援センター	○					
		一般社団法人 安芸地区医師会		○	○		○	
	海田町	一般社団法人 安芸地区医師会	○	○	○		○	
	熊野町	一般社団法人 安芸地区医師会	○	○	○		○	
坂町	一般社団法人 安芸地区医師会	○	○	○		○		
安芸太田町	安芸太田町地域包括支援センター	○	○					
北広島町	北広島町保健課(北広島町地域包括支援センター)	○	○			○		
広島西	大竹市	大竹市	○	○	○		○	
	廿日市市	特定非営利活動法人 廿日市市五師士会	○	○	○	○	○	
呉	呉市	呉市福祉保健部高齢者支援課	○	○	○	○	○	
		一般社団法人 呉市医師会	○	○	○	○	○	
	江田島市	江田島市福祉保健部高齢介護課(江田島市地域包括支援センター)	○	○			○	
広島中央	竹原市	竹原地域医療介護推進協議会	○		○		○	
	東広島市	東広島市健康福祉部地域包括ケア推進課	○	○	○		○	
	大崎上島町	大崎上島町福祉課	○				○	
尾三	三原市	一般社団法人 三原市医師会	○	○	○	○	○	
		尾道市福祉保健部高齢者福祉課		○	○			
	尾道市	尾道市福祉保健部健康推進課			○		○	
福山・府中	世羅町	公立世羅中央病院(世羅町在宅医療・介護連携支援センター)	○	○			○	
	福山市	福山市	○	○	○	○	○	
		府中市	一般社団法人 府中地区医師会	○		○		○
			府中市健康福祉部介護保険課(府中市地域包括支援センター)	○	○			
神石高原町	神石高原町福祉課(神石高原町地域包括支援センター)	○	○	○		○		
備北	三次市	三次市			○		○	
	庄原市	庄原市	○	○			○	

出典：県健康福祉局調べ

■多職種連携

- 市町や地域包括支援センターで開催する地域ケア会議においても、医療従事者をはじめ、多職種の参画が進んでいます。
- 高齢者の自分らしい療養や生活を支えるため、医療と介護連携の橋渡し役を担う介護支援専門員により、入退院時の調整等の支援や高齢者の自立を支援するための自立支援型ケアマネジメントに取り組んでいます。
- 在宅医療介護を推進する上で、複合的課題や制度の狭間の問題等が顕在化しており、対応ノウハウを学んだり、継続的なスキルアップを図ったりする機会が十分ではありません。

図表 3-3-13 自立支援型地域ケア個別会議における専門職の参加状況

	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・ 栄養士	歯科衛生士
市町数	10	11	19	11	19	20	11	21	12

出典：県健康福祉局調べ（令和 5（2023）年度）

■市町の取組支援等

- 地域における在宅医療と介護の連携体制を構築し、在宅医療サービスと介護サービスを一体的に提供するため、平成 30（2018）年度中に全市町において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されています。
- 本県では、「資源把握」「多職種連携」「住民啓発」といった観点から、県内全市町がこの事業に取り組んでいます。

図表 3-3-14 市町の主な取組内容

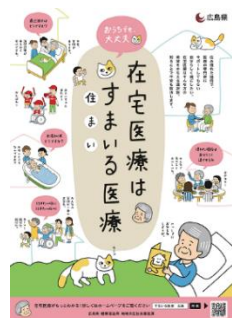
区分	具体的な内容（抜粋）
資源把握	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護サービス等の資源マップや冊子等作成 ・リストを作成しホームページに掲載
多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種向けの相談支援窓口の設置 ・多職種参加の研修会の開催 ・ICTを活用した情報共有システムの運用 ・統一した連携シートの活用
住民啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症」「ACP」等をテーマにした市民講座の開催 ・専門職等におけるミニ講座の実施 ・啓発ツール（DVD・チラシ等）の作成

■普及啓発

- 本県では、地対協・在宅医療介護推進専門委員会と連携し、「在宅医療はすまいる医療」のキャッチフレーズのもと、在宅医療の現状や様々な職種の役割等を紹介するポスターや動画を作成し、県HP等に掲載しています。
- また、高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」について、その相談内容や連絡先一覧を県HPに掲載しています。

図表 3-3-15 啓発ツール 在宅医療はすまいる医療

ポスター



HP



図表 3-3-16 在宅医療介護 動画の概要

	テーマ	概要
R3	在宅医療とは	在宅医療（看取りまで）の再現ドラマ/医師・介護支援専門員の解説/患者・家族の体験談（約 25 分）
R4	歯科訪問診療	歯科衛生士による実演/歯科医師、歯科衛生士の解説/患者・家族の体験談（約 10 分）
	訪問薬剤師	訪問薬剤師の再現ドラマ/薬剤師の解説/患者・家族の体験談（約 12 分）
R5	訪問看護師	訪問看護師の再現ドラマ/訪問看護師の解説/患者・家族の体験談（約 10 分）
	介護支援専門員	介護支援専門員の再現ドラマ/介護支援専門員の解説/利用者の体験談（約 10 分）

- 県民向け啓発及び医療介護連携の構築のため、医療機能調査を毎年度実施し、医療機関ごとの看取り件数、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理指導の実施状況等を県ホームページで公表することにより、見える化を図っています

【課題】

<在宅医療の提供体制>

■在宅医療の提供体制の充実

- 在宅医療に携わる病院や診療所の実態、地域偏在の状況などや課題について把握するとともに、その体制維持のために必要な対応策（在宅医療のバックアップ体制、人材不足、オンライン診療等への対応の可能性）について検討していく必要があります。

入退院支援

- 入退院支援については、利用者の状態に応じた医療・介護サービスや、退院後の生活支援等に着実につながられるよう、入退院支援に携わる関係者間の顔の見える関係づくりや、地域内の医療・介護資源、生活支援サービス、当事者や家族のピアサポート等について把握しておく必要があります。

日常の療養支援

- 日常の療養支援においては、「口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために関係職種間で連携体制を構築すること」が必要です。

急変時・看取り、災害時等

- 高齢者の救急搬送において、延命措置についてACPの実践等による本人の意思確認の促進や、急変時の連携ルールを地域で検討し、住民や救急・医療・介護等の関係者間で共有しておく必要があります。
- 患者のQOLや医療資源の適正配分の観点から、住み慣れた地域で療養できる医療・介護の体制整備が求められているため、施設間の調整役を地域において養成し、施設間で顔の見える関係づくりが必要です。
- 災害時の業務継続計画（BCP）の策定においては、在宅医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、更に市区町村や県との連携が重要になります。

■在宅医療に携わる医師の確保・育成

- 訪問診療を実施する医療従事者の育成が必要です。
- 在宅医療介護を推進する上で複合的課題や制度の狭間の問題等に対応できるノウハウを学

んだり、継続的なスキルアップを図ったりする機会を充実していくことが必要です。

- 高齢化による複数疾患を抱える患者を総合的に診ることのできる総合診療医の育成が必要です。

■市町や関係機関等との連携

- 在宅医療介護の中長期的な需要予測や、医療・介護資源や人材に地域差があることなど、それぞれの地域課題について、関係者間における共通理解を進める必要があります。
- 今後、在宅医療が直面する課題に対応していくため、地域の実情に応じて、医療・介護の垂直・水平連携をより一層強化していく必要があります。
- 地域の実情に応じて在宅医療の提供体制を確保していくには、その地域の人口構造や医療介護資源等を踏まえた上で、在宅医療領域だけではなく、急性期、回復期、慢性期の病床等や介護サービス等との調整が必要になります。
- このため、地対協・在宅医療介護推進専門委員会以外にも、市町、市郡地区医師会等と連携し、それぞれの地域において、在宅医療介護に関する地域課題を検討する機会を更に広げる必要があります。
- また、令和8（2026）年以降の新たな地域医療構想について、国の議論を踏まえ、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、更に生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けて、バージョンアップをしていく必要があります。

<在宅医療介護の連携>

■在宅医療介護連携体制

- 市町と市郡地区医師会を中心とした「在宅医療に必要な連携を担う拠点」や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」などが、地域における支援機関（病院、診療所、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション、行政、地域包括支援センター、介護施設、保健所等）と連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護福祉士等による関係者で積極的な意見交換や情報共有を行えるような機会を設けるなど、在宅医療介護連携体制を維持していく必要があります。

■多職種連携

- 地域ケア会議等を通じて多職種の連携が図られてきていますが、医療従事者の参画をより一層進めるなど、ネットワークを充実していく必要があります。
- また、多職種が連携して、高齢者の自分らしい療養や生活に向けた支援を行うとともに、介護支援専門員の自立支援型ケアマネジメントの実践力を高める必要があります。

■市町の取組支援

- 市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業を引き続き促進するとともに、地域の実情にあった体制の取組が更に実施されるよう、市町支援を行う必要があります。
- 市町がこれらの取組を進める上で、把握した次のような課題に対応する必要があります。

図表 3-3-17 市町の取組上の主な課題

区分	課題
資源把握	・専門職や住民にとって、比較・選択が可能な医療資源や生活支援等の情報発信に至っていない。
多職種連携	・急変時、入退院・日常療養支援において必要な調整が、複数の関係機関・多職種間で円滑に進まない場合がある。 ・域内で連携ルールを共有化するなど、多職種連携で地域課題を検討し具体化する取組（機会づくり等）が十分でない地域がある。
住民啓発	・利用者や家族等に対して、パワハラ・セクハラ等の防止に対する啓発が進んでいない。 ・訪問診療に携わる医療従事者等へのパワハラ・セクハラ等への対処方法や未然防止などについて、医療従事者間等で認識・共有化が進んでいない。

■普及啓発

- 在宅医療の具体的なイメージを幅広く発信することにより、県民が医療や介護が必要となった時に、在宅療養を一つの選択肢として検討したり、在宅医療に携わる多職種の相互理解につなげられたりする必要があります。

【今後の取組】

＜在宅医療の提供体制＞

■在宅医療の提供体制の充実

- 在宅医療に携わる病院や診療所の実態や課題について把握するとともに、その体制維持のために必要な対応策（在宅医療のバックアップ体制、人材不足、オンライン診療等への対応の可能性）について検討し、実施します。

入退院支援

- 入退院支援に携わる関係者間の顔の見える関係づくりや、地域内の医療・介護資源、生活支援サービス、当事者や家族のピアサポート等について把握し、市町による効果的な発信等の取組を促進します。

日常の療養支援

- 日常の療養支援における「口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために関係職種間で連携体制を構築」に取り組む市町を支援します。

急変時・看取り、災害時等

- 地域内の救急・医療・介護等の関係者間で、顔の見える関係づくりや、本人や家族の意向を尊重しつつ、救急搬送を円滑化するための方策について検討を促進します。
- 多職種研修や介護・福祉関係者研修の実施による在宅緩和ケアの提供に係る質の向上・人材を育成します。医療・介護連携による在宅緩和ケアの仕組みづくりを工夫し、人的資源等が乏

しい地域においても、在宅緩和ケアが提供できる仕組みを構築します。

- 災害時の業務継続計画（BCP）の策定においては、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引き等を活用できるよう周知を図ります。

■在宅医療に携わる医師の確保・育成

- 県医師会と連携して、在宅医療に取り組む医療従事者等に対する研修機会の確保を行います。
- また、中山間地域等の在宅医療を含めた医療提供体制を維持していくため、自治医科大学卒業医師や広島大学ふるさと枠医師等の育成及び中山間地域等への配置に引き続き取り組みます。
- 加えて、高齢化による複数疾患を抱える患者を総合的に診ることのできる総合診療医の育成に取り組みます。

■市町や関係機関等との連携

- 市町や地対協・在宅医療介護推進専門委員会等と連携して、分析データを共有し、意見交換等を通じて在宅医療介護に関する地域課題に係る検討を促進します。
- 県や二次保健医療圏単位で実施した方が、効果的、効率的な医療介護連携の取組（人材育成、広域的な連携、普及啓発等）について、市町との役割分担を確認の上、県が、県地域保健対策協議会、圏域地域保健対策協議会、関係団体と連携しながら取り組みます。
- また、令和8（2026）年以降の新たな地域医療構想においては、国の議論を踏まえ、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、市町や関係機関等と議論の上、策定を検討します。

<在宅医療介護の連携>

■在宅医療介護連携体制

- 市町と市郡地区医師会を中心とした「在宅医療に必要な連携を担う拠点」や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」などが、地域における支援機関（病院、診療所、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション、行政、地域包括支援センター、介護施設、保健所等）と連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護福祉士等による関係者で積極的な意見交換や情報共有を行えるような機会を設けるなど、引き続き、在宅医療介護連携体制の促進を図ります。

■多職種連携

- 県地域包括推進センターと連携して、複合的課題や制度の狭間の問題等の困難事例について、多職種向けの研修を開催します。
- 地域ケア会議等において、多職種が連携して、高齢者の自分らしい療養や生活に向けた支援を行うとともに、取組内容に課題のある市町等に対し、他市町の好事例やノウハウなどを共有するほか、必要に応じ助言・支援を行います。
- 自立支援型ケアマネジメントの実践に向け、引き続き市町や専門職等への助言やアドバイザー派遣等の支援に取り組みます。

■市町の取組支援

- 市町における在宅医療・介護連携推進事業について、P D C Aサイクルに沿った在宅医療と介護の連携が更に推進できるよう、医師会等の関係機関との調整、研修等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による広域的なデータの活用・分析等により市町支援を行います。
- また、在宅医療・介護連携推進事業を進める上で、次のような視点に基づいた取組を促進します。

図表 3-3-18 市町の主な取組内容

区分	取組み内容
資源把握	・医療資源や生活支援等に必要情報の収集・再編を行うとともに、住民ひとり一人の状態像に応じて必要な情報を比較・選択が可能な情報発信等の工夫を行う。
多職種連携	・地域内で医療・介護の相談・サービス等に携わる関係者間の顔の見える関係づくりを進める。 ・域内で連携ルールを共有化するなど、多職種連携で地域課題を検討し具体化する取組（機会づくり等）を進める。
住民啓発	・利用者や家族等に対して、パワハラ・セクハラ等の防止に対する啓発を進める。 ・訪問診療に携わる医療従事者等へのパワハラ・セクハラ等への対処方法や未然防止などについて、医療従事者間等で認識・共有化を進める。

■普及啓発

- 地対協・在宅医療介護推進専門委員会と連携し、在宅で受けられる医療の現状や、かかりつけ医の重要性、在宅での看取り等に関する情報、在宅医療に従事する多職種の機能や役割等を広く県民、医療・介護関係者等に紹介し、在宅医療に対する理解を促進します。
- また、医療機関等の医療機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を明確にし、名称等を県ホームページで公表し対応状況等の見える化を図ることにより、連携体制の構築を促進します。

〔達成目標〕

No	区分	年度	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
		指標	現状	中期目標	長期目標
32	P	市町の在宅医療介護連携の取組実施率	56.0% (R5年度値)	66.3%	76.7%

S：ストラクチャー指標、P：プロセス・アウトプット指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

32：県健康福祉局調べ

(2) 訪問歯科診療の充実

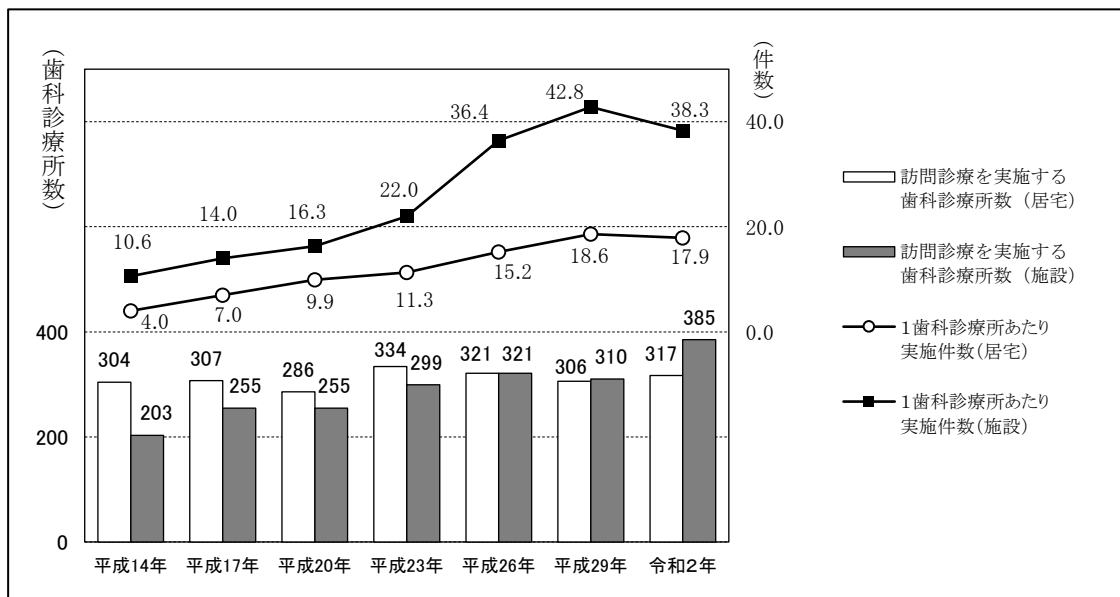
認知症などで介護が必要な高齢者は、自ら口腔管理を行うことが困難であることから、歯周病など口腔の問題が生じやすくなります。口腔機能の低下は、低栄養状態を引き起こし、要介護度の悪化につながることもあります。

また、摂食嚥下機能の低下により、誤嚥やそれに伴う誤嚥性肺炎の危険性も高まってきます。摂食嚥下障害の軽減、誤嚥性肺炎や低栄養の予防には、口腔健康管理が効果的であることがわかっています。

【現状】

- 高齢化の進展に伴い、在宅での診療を必要とする高齢者が増加し、在宅医療のニーズが増加することが見込まれています。
- 医療施設調査によると、在宅患者の居宅や入所施設を訪問して行う訪問歯科診療について、1歯科診療所あたりの実施件数や、入所施設への訪問歯科診療を実施する歯科診療所数は増加傾向にあります。一方で、居宅への訪問歯科診療を実施する歯科診療所数は、ほぼ横ばいとなっています。

図表 3-3-19 訪問歯科診療（居宅・施設）実施歯科診療所数・件数



出典：厚生労働省「医療施設調査」

- 訪問歯科診療の実施等により在宅や入所施設での療養を歯科医療面から支援する「在宅療養支援歯科診療所」は、令和5（2023）年3月現在、県内で241施設が届出しており、この「在宅療養支援歯科診療所」等が行った歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療の実施件数は、令和5（2023）年3月に127,800人となっています。
- また、訪問歯科診療を受けた患者に、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な口腔衛生指導を行っている医療機関の数は、令和5（2023）年3月に255施設となっており、さらにこうした指導の実施件数は、令和5（2023）年3月に157,849人となっています。
- 訪問診療を行うための歯科医療機関と医療・介護等との連携、相談体制の整備、訪問歯科診療に使用する機器の貸出を行う在宅歯科医療連携室は、県内全19か所の地区歯科医師会に整備されています。

図表 3-3-20 訪問歯科診療に関するデータ

項目	現状値	出典
相談できる歯科医院がある 地域包括支援センターの割合	[R5] 76.4%	県健康福祉局調べ
歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療実施件数	[R4] 127,800 人	EMITAS-G
訪問口腔衛生指導実施件数	[R4] 157,849 人	EMITAS-G

【課題】

- 要介護者等の口腔管理の必要性について、本人やその家族、介護職員等に情報が十分に届いておらず、相談や支援を受けにくい状況にあります。
- 歯科医療機関が訪問歯科診療を実施するための機器整備等への支援や人材確保等の環境整備が必要です。
- 在宅歯科医療連携室における在宅歯科医療機器の貸出や患者・家族等からの相談窓口などの普及啓発、歯科医療機関と医療・介護等との連携、相談窓口の周知を更に推進する必要があります。

【今後の取組】

- 在宅での介護を必要とする高齢者等本人やその家族、ケアマネジャー（介護支援専門員）などの介護職員等に対して、かかりつけ歯科医を持ち、在宅歯科医療を受ける重要性や相談窓口の周知を図ります。
- 広島口腔保健センターを活用し、要介護者等の歯科治療や口腔機能の維持・向上、歯科疾患予防及び誤嚥性肺炎予防など専門的な口腔健康管理ができる歯科医師・歯科衛生士の養成を行い、要介護者に対応可能な人材の確保・育成を図ります。
- 加えて、歯科医療機関が、要介護者等への訪問歯科診療や口腔健康管理を実施するために必要な医療機器等の整備に対して支援を行います。
- 歯科関連団体や市町等と連携した広報等を行い、在宅歯科医療連携室が効果的に活用され、医療介護連携を推進することで、地域包括ケアシステムにおける在宅歯科医療の充実を図ります。

【達成目標】

No	区分	年度 指標	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
			現状	中期目標	長期目標
33	P	相談できる歯科医院がある地域包括支援センターの割合	76.4% (R5 年度値)	100%	100%
34	S	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	255 施設	370 施設	370 施設以上

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

【出典】

33、34：EMITAS-G

(3) 訪問薬剤管理指導の充実

【現状】

<在宅医療に参加する薬局数及び研修を修了した薬剤師数>

- 在宅医療における薬局及び薬剤師の主な役割として、患家への医薬品・衛生材料の供給、一包化等の患者の状態に応じた調剤、薬の飲み合わせ等の確認、服薬指導・支援、副作用等のモニタリング、残薬の管理、医療用麻薬の管理、在宅医への処方提案及び地域の医療・介護関係の他職種との連携・情報共有等があり、これらの訪問薬剤管理指導は、地域包括ケアシステムの中で提供されるべき重要な専門性の一つです。
- その他、セルフメディケーションを含めた健康サポートも薬剤師の重要な役割です。
- 地域包括ケアシステムの進展に伴い、在宅医療に参加する県内の薬局数は年々増加しており、令和4（2022）年には730施設（県内保険薬局の49%）、当該薬局が所在する日常生活圏域は112圏域まで広がっています。
- また、県及び県薬剤師会が実施する在宅医療に関する専門的知識・技術を習得するための研修を修了した薬剤師数は303人（令和4（2022）年3月末現在）で、4年間で約3倍に増加しています。

<在宅医療における多職種との連携>

- 薬局が在宅医療に参加する契機として、在宅医による指示、訪問看護師、介護支援専門員又は病院薬剤師等からの提案・相談等がありますが、これらの多職種とのつながりが無い又は多職種から提案されても薬局側の人的・時間的理由で受けられない等、退院時カンファレンス又はサービス担当者会議に出席していない薬局が少なくない状況です。

図表 3-3-21 訪問薬剤管理指導に関するデータ

項目	現状値	出典
在宅医療に参加する薬局数 (当該薬局が所在する日常生活圏域数)	[R4] 730施設 (112圏域)	県薬局機能情報報告制度
在宅医療の質向上のための知識・技能を習得し、 他職種連携研修を修了した薬局薬剤師数	[R4] 303名	県健康福祉局調べ
薬局薬剤師が地域の医療・介護関係の多職種と連携する会議に出席している保険薬局の割合	[R4] 30%	県健康福祉局調べ

【課題】

<在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大並びに質的向上>

- 在宅医療のニーズが増大する一方で、少子化により医療従事者の確保がさらに困難となっていくことが予想される中、地域包括ケアシステムを機能させていくためには、薬局がより一層在宅医療に参加することが重要です。また、患者本位の行き届いた訪問薬剤管理指導を実践するためには、患者にとって身近な、かかりつけ薬局が在宅対応を行うことが最適ですが、いまだ在宅医療に参加する薬局が所在していない日常生活圏域がある等、引き続き、在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大を図る必要があります。
- さらに、これまでは量的拡大を図るため、在宅医療に関する専門的知識・技術を習得した薬剤師の育成・増加に努めてきましたが、今後は育成後のフォローアップにも注力し、訪問薬剤管理指導の質的向上も両立させていく必要があります。

＜在宅医療における多職種との連携強化及び病院と薬局の連携体制の構築＞

- 在宅医による指示及び他職種からの提案がなく在宅医療への参加実績を有する薬局が所在しない地域においては、薬剤師需要を喚起するため、専門的知識・技術に加え、多職種との連携及び退院時カンファレンス等への参加が可能な薬剤師を確保・育成する必要があります。
- また、在宅医療における薬学管理については、多様な病態の患者への対応又はターミナルケアへの参画等の観点から、病棟薬剤業務及び高度薬学管理等の知識・経験が求められ、これらを習得する機会は病院と連携して行われる研修に限られることから、病院と薬局の連携体制を構築していく必要があります。

【今後の取組】

＜在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大並びに質的向上＞

- 在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大を図るため、引き続き、県及び県薬剤師会が協力して在宅医療に関する専門的知識・技術を習得するための研修を実施し、在宅医療に参加できる薬剤師の育成・増加を図ります。なお、当該研修への受講の働きかけは、薬剤師需要があるにも関わらず、人的・時間的余裕がないことを理由に在宅医療に参加できない薬局が所在する地域の薬剤師に対して重点的・戦略的に行います。
- また、訪問薬剤管理指導の質的向上を図るため、既に在宅医療に参加している薬剤師を対象として、実際に在宅医療を経験したうえで感じる問題点とそれを解決するアイデアの共有、ICTを活用した多職種との連携及び最新の医療機器・医療材料に関する知識の充実等を図るフォローアップ研修を実施します。

＜在宅医療における多職種との連携強化及び病院と薬局の連携体制の構築＞

- 薬局及び薬剤師が在宅医療や健康サポートにより一層関わることができるよう、「お薬相談シート」を用いた相談応需及びICTを活用した情報共有等、地域における薬剤師と多職種との連携の好事例を地域全体でルール化することにより、多職種連携の強化を図ります。
- また、在宅医療に係る人的・物的なリソースが豊富でない場合においても、地域の他の薬局と連携して地域全体で必要なサービスを効率的・効果的に提供していくことにより、多職種との信頼関係を獲得していきます。
- さらに、病院が薬局薬剤師の研修生を受け入れる取組を進めることにより、研修時のつながりを活用した病院と薬局の連携体制を構築するとともに、薬局薬剤師に対して病棟薬剤業務及び高度薬学管理等の知識・経験を習得する機会を付与し、訪問薬剤管理指導の質的向上につなげます。

〔達成目標〕

No	区分	年度	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
		指標	現状	中期目標	長期目標
35	S	在宅医療に参加する薬局数	730 施設	815 施設	900 施設
36	P	薬局薬剤師が地域の医療・介護関係の他職種と連携する会議に出席している保険薬局の割合	30%	45%	60%

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

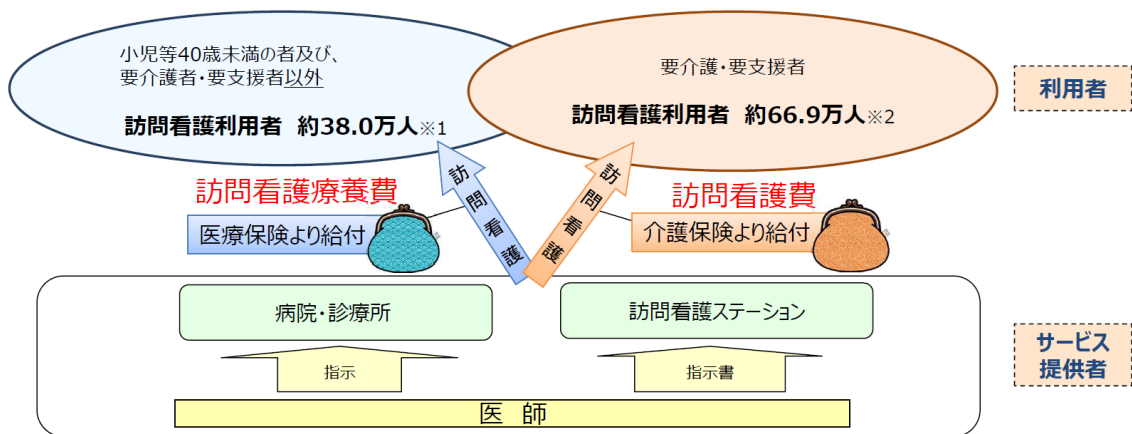
35：県薬局機能情報報告制度（R4（2022）年）

36：県健康福祉局調べ（R4（2022）年）

(4) 訪問看護の充実

訪問看護とは、傷病又は負傷のため居宅で継続して療養を受ける状態にある人に対し、主治医の指示のもと、その人の居宅において看護師等が行う療養上の世話及び必要な診療の補助をいい、医療機関（病院・診療所）と訪問看護事業所（訪問看護ステーション）の両者から提供されます。保険の適用は年齢や疾患、状態によりますが、介護保険の給付が医療保険の給付に優先されるため、要介護被保険者については、末期がんや難病、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険給付による訪問看護が行われます。

図表 3-3-22 訪問看護の仕組み



出典：※1 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和3年6月審査分より推計） ※2 介護給付費等実態統計（令和3年6月審査分）

出典：厚生労働省「社会保障審議会介護給付分科会（第220回）」資料3

【現状】

<訪問看護サービスの利用状況>

- 訪問看護サービスの利用は年々増加しており、令和3（2021）年度と平成30（2018）年度を比較すると、利用者数は+24.6%、給付額は+29.1%となっています。

図表 3-3-23 訪問看護の利用者数と給付額の推移

年度	H29(2017)	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R3/H30
利用者数(人)	51,340	54,380	57,259	62,689	67,742	124.6%
うち介護保険	18,977	19,973	21,006	22,495	23,836	119.3%
うち医療保険	32,363	34,407	36,253	40,194	43,906	127.6%
給付額(千円)	11,338,392	12,250,272	13,206,553	14,423,652	15,821,165	129.1%
うち介護保険	7,127,885	7,552,398	8,003,518	8,612,590	9,212,613	122.0%
うち医療保険	4,210,507	4,697,874	5,203,035	5,811,062	6,608,552	140.7%

※介護保険は「介護レセプト」、医療保険は「医療レセプト」、「訪問看護ステーション請求・支払いデータ」から算出

出典：EMITAS-G

<訪問看護サービスの提供体制>

- 令和5（2023）年7月1日現在、県内の指定訪問看護事業所は398カ所で、うち半数の199カ所は広島市に所在しています。（※1）
- また、年度当初（4月1日時点）に稼働している訪問看護事業所数について、令和5（2023）年と平成30（2018）年度を比較すると、+34.4%と増加していますが、毎年一定数の休廃止もみられます。

図表 3-3-24 訪問看護事業所の新設と休廃止の推移 （単位：施設）

年度	H29 (2017)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R5/H30
年度当初の稼働数	260	282	288	301	324	349	379	134.4%
年度中の新設数	37	20	29	34	35	40	—	—
年度中の休廃止数	18	18	26	24	21	20	—	—

出典：全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーション数調査結果」（令和5（2023）年度）

- 事業所の経営体制について、広島県訪問看護ステーション協議会の調査（※2）によると、看護職員の配置人数（常勤換算）別の事業所割合は、2.5～3人未満が11.0%、3～5人未満38.6%となっており、小規模な事業所が全体の約半数を占めています。また、事業の実施期間別の事業所割合をみると、5年以下が37.3%、6～10年以下が17.1%となっており、全体の3分の1以上が比較的新しい事業所といえます。さらに、事業所の管理者としての経験年数別の事業所割合をみると、1年未満が13.4%、1～3年未満が32.3%、3～5年未満が16.1%となっており、経験年数の短い管理者が多いといえます。
- 令和4（2022）年12月時点で、県内に就業する看護職員44,710人のうち、事業所に就業する看護職員は2,094人（4.7%）であり、平成29（2017）年度からの6年間で廃止された事業所76カ所の廃止理由は46.1%が職員不足によるものでした。つまり、少人数による小規模な事業所運営とともに、人材不足が事業所の経営を不安定にする要因と考えられます。
- 医療的ニーズの高い利用者への対応について、本県が実施した令和4年度医療機能調査（在宅医療）によると、人工呼吸器等の特別な管理を必要とする医療的ニーズの高い利用者の中でも、特に未就学児について、半数以上の事業所が対応できないと回答するなど、事業所の受入体制は十分であるとは言えません。
- 広島県訪問看護ステーション協議会の調査（※2）によると、人工呼吸器装着の対応可能割合は、看護職員7人以上の事業所では85.0%であるのに対し、2.5～3人未満事業所では43.5%、腹膜透析（腹膜灌流）の対応可能割合は、看護職員7人以上の事業所で78.3%であるのに対し、2.5～3人未満事業所では43.5%となっており、看護職員数が多い事業所ほど、医療的ニーズの高い利用者への対応力が高くなる傾向が見られます。
- 事業所の機能については、令和5（2023）年7月1日現在、機能強化型訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護管理療養費の届出がある事業所）は県内に26カ所、全体の6.5%にとどまっています（※3）。
- 事業所に就業する看護職員の技能については、令和4（2022）年12月時点での県内の特定

行為研修修了者 75 人のうち、事業所に就業するのは 4 人、認定看護師は病院 457 人に対し、事業所 17 人となっており、高度な専門性を持つ看護職が少ない状況です。(※4)(※5)

- ※1 出典：中国四国厚生局「コード内容別訪問看護事業所一覧」令和5（2023）年7月
- ※2 出典：広島県訪問看護ステーション協議会「訪問看護ステーションの機能強化に関する実態調査報告書」令和4（2022）年3月
- ※3 出典：中国四国厚生局「届出受理指定訪問看護事業所名簿」令和5（2023）年7月
- ※4 出典：厚生労働省「衛生行政報告例（業務従事者届）」令和4（2022）年12月
- ※5 出典：公益社団法人日本看護協会「認定看護師登録者一覧」

図表 3-3-25 訪問看護に関するデータ

項目	現状値	出典
訪問看護の空白地域※数 (県内 23 市町 125 日常生活圏域)	[R5] 0 市町 0 日常生活圏域	県健康福祉局調べ
訪問看護事業所の廃止理由（一部抜粋）	[H29～R4]	県健康福祉局調べ
①職員不足	①46.1%	
②利用者確保困難	②11.8%	
③組織変更・廃止	③11.8%	
④事業譲渡・統合	④10.5%	
機能別対応可能割合（一部抜粋）	[R4](未就学児、成人)	県健康福祉局 医療機能調査(在宅医療)
①人工呼吸器	①31.3%、77.8%	
②吸引	②38.6%、90.3%	
③在宅酸素療法	③43.2%、93.8%	
④経管栄養	④42.6%、93.2%	
⑤中心静脈栄養	⑤35.8%、87.5%	
⑥麻薬	⑥31.8%、89.2%	

※訪問看護の空白地域とは、圏域内に訪問看護事業所がなく、他圏域からのサービス提供もない地域のこと

【課題】

＜サービスの量的確保＞

- 令和5（2023）年2月時点で、県内に訪問看護の空白地域はありませんが、事業所の多くは都市部に集中しており、今後増加が見込まれる訪問看護のサービス需要に対応するためには、各圏域及び市町ごとのサービス需要量に応じたサービス提供体制のあり方を検討する必要があります。
- 毎年一定数の事業所が休廃止していることから、事業所の機能強化及び経営規模の拡大等による経営の安定化を図る必要があります。
- サービスを持続的に提供するためには、経営の安定化とともに、人材の確保が不可欠です。そのためには、事業所の魅力を向上させ、事業所に就業する看護職員の総数を増やす必要があります。

＜サービスの質的向上・均一化＞

- 医療的ニーズの高い利用者の受入体制は、看護職員数が多い事業所に偏っていることから、事業所の機能強化を図り、医療的ニーズの高い利用者にも対応可能な事業所を増やしていく必要があります。事業所の機能強化は、高度な専門性を持つ看護職員が活躍する機会を増やし、職場としての魅力を向上させることにもつながります。
- 事業所に就業する看護職員の技能向上のためには、事業所内での人材育成と並行して、高度な専門性を持つ人材を誘致していくことが必要です。

【今後の取組】

＜サービスの量的確保＞

- 経営の安定化のため、持続可能なサービス提供体制のあり方を分析、検討するとともに、経営力向上に係る研修等を通じて管理者の育成を図ります。
- 人材の確保のため、新卒看護師や就業中の看護師、潜在看護師、プラチナナースといった対象に合わせて就職や転職、再就業・復職支援に関する情報発信や相談対応を行います。

＜サービスの質的向上・均一化＞

- 事業所が医療的ニーズの高い利用者に対応可能な機能強化型訪問看護ステーションへのサービス転換及び設立を検討できるよう、事業所経営に係るアドバイザーの派遣や関係団体との連携強化を図ります。
- 看護職員の技能向上のため、特定行為研修機関及び認定看護師教育機関への訪問看護師の派遣や、病院看護師の訪問看護事業所への出向等について、取組を実施する団体への経費助成を行います。
- なお、特定行為研修については、研修を修了した看護師の活躍の場を広げるため、施設管理者等に対し、関係機関と連携して制度周知を行います。

〔達成目標〕

No	区分	年度 指標	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
			現状	中期目標	長期目標
37	S	訪問看護事業所に所属する特定行為研修修了者数	4人	7人	10人
38	S	訪問看護事業所に所属する認定看護師数	17人	20人	22人

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

〔出典〕

37：厚生労働省「衛生行政報告例（業務従事者届）」

38：日本看護協会「認定看護師登録者一覧」

(5) 訪問栄養食事指導の充実

【現状】

<有資格者の状況>

- 本県は、2つの栄養士養成施設と8つの管理栄養士養成施設を有しており、令和4年度末時点の定員は合わせて645人です。また、年間の栄養士免許申請件数は約600件、管理栄養士免許申請件数は約350件です。

<給食施設における栄養士・管理栄養士の配置状況>

- 令和3（2021）年度の衛生行政性報告例によると、県内医療機関における栄養士・管理栄養士配置率（特定給食施設への栄養士・管理栄養士配置率）は74.7%で、主に給食管理、入院・外来患者への栄養指導に従事しています。

<訪問栄養指導の実施状況>

- 厚生労働省の介護保険総合データベースによると、令和3（2021）年度時点で、県内で訪問栄養食事指導を実施している病院・診療所は11施設、訪問栄養食事指導を受けた患者数は126人で、施設数、患者数ともに中四国地域では最も多くなっています。

<栄養ケア・ステーションの設置状況>

- 食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が登録し、地域住民、医療機関、自治体、健康保険組合等に管理栄養士・栄養士を紹介・派遣し、サービスを提供する拠点である栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションは、令和5年10月時点で、県内に12カ所が設置されています。
- このうち、診療所等からの訪問栄養食事指導の依頼に応じるのは、都道府県栄養士会が設置する栄養ケア・ステーションで、本県では公益社団法人広島県栄養士会が設置・運営しています。

【課題】

- 県内の栄養士・管理栄養士の有資格者は相当数存在すると考えられますが、免許取得後の就業等の動向が把握できていないため、訪問栄養食事指導を担うことが可能な人材の把握が十分できていません。
- 施設あたりの在宅にかかわる管理栄養士・栄養士の配置数が少なく、訪問指導に従事できるだけの人的余裕が十分でないと考えられます。
- 訪問栄養食事指導は、医師の指示の下に行われるものであり、実施にあたっては、専門的知識と技術が必要とされます。国の「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、「今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーション等の活用を含めた体制整備が必要」とされています。本県においては栄養ケア・ステーションへの登録者を増やすとともに、その質の向上が課題となっています。

【今後の取組】

- 管理栄養士養成施設、職能団体の協力を得ながら、栄養士免許、管理栄養士免許取得者の就業動向を調査し、潜在している人材の掘り起こしと確保に努めます。
- 職能団体等と連携し、訪問栄養食事指導を担う栄養士・管理栄養士を対象とした研修会を開催し、人材の確保と知識・スキルの獲得に努めます。
- 訪問栄養食事指導に対するニーズを明らかにするとともに、指導を希望する医療機関等と栄養ケア・ステーションをつなぐ仕組みの構築に努めます。

(6) 人生の最終段階における自己決定

人生の最終段階のために、自分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ACP（アドバンス・ケア・プランニング（人生会議））の取組を促進します。

【現状】

- 国では、平成30（2018）年3月に、医療・介護の現場や在宅において、ACP（※）を繰り返し実践することの重要性を盛り込んだ「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を改訂しました。

※ACP（愛称：人生会議）とは、これから受ける医療やケアについて、自分の考えを家族・代理人や医療・ケアチームと話し合っ、て、「私の心づもり」として文章に残すことで、希望や思いが医療やケアに反映すること

- これに基づき、人生の最終段階のために、自分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ACPの取組を促進しています。
- 広島県地域保健対策協議会では、国の動向に先立ち、次のような取り組みを進めてきました。

【時系列】

平成25（2013）年度 「終末期医療のあり方検討特別委員会」設置

平成29（2017）年度～ 在宅医療・介護連携推進専門委員会の「ACP普及促進WG」として活動

令和3（2021）年度～ 「ACP普及促進専門委員会」設置

【主な活動】

県民向けの啓発ツールの作成等

- ・「ポスター（一般県民向け）」、「説明ツール（専門職向け）」、
- ・「ACPの手引き～私の心づもり～」

【広島県地対協HP】 <https://citaikyو.jp/other/acp/index.html>

- 県では、地域で中心となってACPを広く普及するACP普及推進員の養成及びフォローアップ研修を実施し、地域における普及啓発の促進を図っています。

【対象】

医療・介護等の専門職（医師、看護師（訪問看護師等）、介護支援専門員、ケースワーカー、地域包括支援センターの職員等）で市町から推薦があった者

【養成者数】

183名（令和2（2020）年度～令和3（2021）年度）

【課題】

- 県内医師のACPにおける認知度の割合は、「知っている（内容を理解している）」が66.3%であり、医療・介護関係者等に対して引き続き普及啓発とともに、実践につながる取組が必要です。（※1）
- 県民のACPにおける認知度の割合は、「知らない」63.5%、「聞いたことはあるがよく知らない」25.8%であり、県民に対しては、より一層理解度を向上するための取組が必要です。（※2）
- また、ACPの普及啓発にあたっては、高齢者等が日頃から、本人や身近な家族や医療介護従事者等とも、「これからの人生の過ごし方等について」「いざとなったときの医療やケアについて」等、繰り返し話し合うといった実践につなげ、人生の最終段階において、本人や家族等の意思を尊重した医療や介護サービスが提供されるよう備えを促進する必要があります。

※1 出典：県医師会「ACP（人生会議）に関する調査」（令和2（2020）年）

※2 出典：県健康福祉局調べ「医療介護時の安心感に関する調査」（令和5（2023）年度）

【今後の取組】

- 人生の最終段階において、本人や家族等の意思を尊重した医療や介護サービスが提供されるよう、市町、医師会、関係団体等と連携して推進していきます。
- 本人意思の尊重や急変時への円滑な対応に向けたACPの早期からの実施、緩和ケア、家族介護者への支援についても、県地域保健対策協議会と連携し、市町が行う住民啓発活動を支援するとともに、県民、行政、医療や介護の専門職等に対して、更なるACPの普及促進に取り組めます。
- また、地域においてACPを広く情報発信する市町職員や医療・介護等の専門職に対して研修等を行います。

〔達成目標〕

No	区分	年度	R4（2022）	R8（2026）	R11（2029）
		指標	現状	中期目標	長期目標
39	S	ACPに関する県民の認知度	10.8% (R5年度値)	18.0%	25.2%
40	S	ACP実施施設数の割合	39.6% (R5年度値)	46.8%	54.0%

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

〔出典〕

39、40：県健康福祉局調べ

図表 3-3-26 在宅医療の医療体制に求められる医療機能

	【退院支援】	【日常の療養支援】	【急変時の対応】	【看取り】
機能	円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制	日常の療養支援が可能な体制	急変時の対応が可能な体制	患者が望む場所での看取りが可能な体制
目標	・入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	・患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	・患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関等	<p>〔入院医療機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・有床診療所 <p>〔在宅医療に係る機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所 	<p>〔在宅医療に係る機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・訪問看護事業所 ・薬局 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・介護老人保健施設 ・短期入所サービス提供施設 ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所 	<p>〔在宅医療に係る機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 <p>〔入院医療機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・有床診療所 	<p>〔在宅医療に係る機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所 <p>〔入院医療機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・有床診療所
関係機関等に求められる事項	<p>〔在宅医療において積極的役割を担う医療機関〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行っている ・在宅での療養に移行する各患者にとって必要な医療、介護及び障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけている ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めている ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行っている ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療、介護及び障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行っている <p>〔在宅医療に必要な連携を担う拠点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療、介護及び障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療、介護及び障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療、介護及び障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行っている ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている ・在宅医療に係る医療、介護及び障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている ・在宅医療に関する地域住民へ普及啓発を実施している 			