

秋 田 県
第 9 期介護保険事業支援計画
第 1 0 期老人福祉計画

(令和 6 年度 ~ 令和 8 年度)

令和 6 年 3 月
秋 田 県

ごあいさつ



本県は、全国一のペースで高齢化が進展しており、2023(令和5)年には高齢化率が39.3%まで上昇しています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2040(令和22)年には本県の高齢化率は45.9%に達し、このうち75歳以上の後期高齢者が県人口の3割を占めることになると予測されています。

一方で、本県の生産年齢人口は、全国で最も大きな減少率となっており、2040(令和22)年には県人口に占める割合が47%まで低下し、高齢者人口の割合と同程度となることが見込まれています。また、2045(令和25)年には、高齢者人口が生産年齢人口を逆転する見込みとなっています。

こうした急激な人口構造の変動の中にあっても、高齢者が幸福を感じながら地域で安心して暮らしていくことができるよう、中長期的な視野に立って持続可能な社会の仕組みを整えていく必要があります。「介護を支える人材を増やす」という視点と「介護の需要を抑制して限られた人材で効率的に質の高いサービスを提供する」という視点が重要です。

このような認識のもとで、県では、今後3年間(令和6年度～令和8年度)に取り組むべき施策の方向性を明らかにした「秋田県第9期介護保険事業支援計画・第10期老人福祉計画」を策定しました。本計画では、「急激な人口構造の変動の中にあっても、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、人との関わりを維持しながら、その有する能力に応じて、自分らしい生活を営むことができる持続可能な社会の実現」を基本目標に掲げ、「地域包括ケアシステムの深化・推進と地域共生社会の実現」、「介護人材の確保・育成と介護現場の革新」、「介護保険制度の安定性・持続可能性の確保」の3つを施策の柱に位置付けて、高齢者に係る幅広い施策を総合的に推進していくことにしています。

本計画の推進には、県・市町村・関係機関が連携した取組はもとより、県民一人ひとりが互いに支え合い、助け合うことが重要となりますので、一層の御理解、御協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定に当たり、秋田県高齢者対策協議会をはじめ、貴重な御意見、御提言をいただきました多くの皆様に、心から感謝申し上げます。

令和6年3月

秋田県知事 佐竹 敬久

目 次

第1章 計画の基本的な考え方.....	1
1節 計画策定の趣旨.....	2
2節 計画の位置付け.....	2
3節 計画期間.....	3
4節 老人福祉圏域の設定.....	5
5節 計画の策定方法.....	6
6節 計画の構成.....	6
第2章 高齢者の現状と将来推計.....	9
1節 高齢者の状況.....	10
1. 高齢者数の推移.....	10
2. 平均寿命と健康寿命.....	11
3. 高齢者世帯の推移.....	12
4. 認知症高齢者数の現状と将来推計.....	13
2節 要支援・要介護者等の状況.....	14
1. 要支援・要介護者数の推移.....	14
2. 要支援・要介護者数の将来推計.....	16
第3章 介護サービスの現状.....	17
1節 介護保険の実施体制.....	18
1. 介護保険制度の仕組み.....	18
2. 県内の保険者等の状況.....	19
2節 介護サービス提供基盤の整備状況.....	20
1. 介護サービス事業所数の推移等.....	20
2. 施設・居住系サービスの利用定員数の推移.....	22
3節 介護サービスの利用状況.....	24
1. 介護サービス利用状況.....	24
2. 介護サービスの利用実績（計画との対比）.....	26
3. 介護サービスの利用に関する本県の特徴.....	28
第4章 計画の基本目標と施策の柱.....	31
1節 計画の基本目標.....	32
2節 「施策の柱」とその背景.....	33
3節 3つの「施策の柱」.....	34
1. 地域包括ケアシステムの深化・推進と地域共生社会の実現.....	34
2. 介護人材の確保・育成と介護現場の革新.....	37
3. 介護保険制度の安定性・持続可能性の確保.....	37
第5章 地域包括ケアシステムの深化・推進と地域共生社会の実現.....	39
1節 基本的な考え方.....	40
2節 社会参加と介護予防の促進.....	41
1. 生きがいづくり・社会参加の促進.....	41

2.	総合事業の充実化と生活支援体制整備事業の促進.....	43
3.	フレイル予防の推進.....	45
4.	保健事業と介護予防の一体的な実施.....	46
3節	地域包括ケアシステムを支える組織への支援と人材の育成.....	48
1.	地域包括支援センターの機能強化.....	48
2.	自立支援型地域ケア会議の推進.....	48
3.	地域リハビリテーション活動の推進.....	49
4.	重層的支援体制の整備と家族等（ケアラー）への支援.....	50
4節	在宅医療・介護連携の推進.....	53
1.	在宅医療・介護サービス提供体制の整備.....	53
2.	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進.....	53
5節	総合的な認知症施策の推進（秋田県認知症施策推進計画）.....	55
1.	策定の趣旨.....	55
2.	認知症に関する知識の普及・予防の取組の推進.....	56
3.	認知症の早期発見・早期対応に向けた医療体制の充実.....	58
4.	認知症の人とその家族への支援.....	61
5.	認知症に携わる人材の育成.....	65
6節	高齢者の住まいの充実.....	66
1.	高齢者住宅の安定に係る施策との連携.....	66
2.	老人福祉施設サービスの充実.....	69
7節	高齢者の安全を守る取組.....	71
1.	地域の見守り体制の構築.....	71
2.	防犯・行方不明高齢者対策.....	72
3.	交通安全対策.....	73
4.	悪質商法等からの被害防止対策.....	74
5.	高齢者虐待防止に向けた取組の推進.....	76
6.	バリアフリーの推進.....	77
7.	災害時における避難行動要支援者の支援体制の充実.....	78
第6章 介護人材の確保・育成と介護現場の革新.....		81
1節	基本的な考え方.....	82
1.	介護人材の現状と需給推計.....	82
2.	地域医療介護総合確保基金の活用.....	83
3.	介護人材の確保・育成と介護現場の革新.....	85
2節	介護人材の確保・育成・定着.....	87
1.	介護のイメージアップ.....	87
2.	多様な人材の参入促進.....	87
3.	外国人介護人材の受入環境整備.....	88
4.	介護人材の資質の向上.....	89
3節	生産性の向上・処遇の改善.....	91
1.	介護現場の生産性の向上.....	91
2.	介護従事者の処遇の改善.....	93

第7章 介護保険制度の安定性・持続可能性の確保.....	95
1節 基本的な考え方.....	96
2節 サービス提供基盤の整備.....	96
1. 在宅生活を支えるサービスの充実.....	96
2. 施設サービスの充実.....	97
3. 地域密着型サービスの推進.....	99
3節 介護サービスの質の確保・向上.....	100
1. 利用者の保護.....	100
2. 適切な介護サービスの確保.....	101
3. サービスの質の向上に資する取組.....	102
4. 災害や感染症への備え.....	104
4節 介護給付の適正化に関する取組方針（第6期秋田県介護給付適正化計画）.....	107
1. 介護給付適正化計画の趣旨等.....	107
2. 介護給付適正化事業の現状と課題.....	109
3. 取組の内容.....	113
4. 取組の推進と進行管理.....	123
第8章 サービス量の見込み.....	125
1節 居宅サービスの見込量.....	126
1. 介護給付に係るサービス.....	126
2. 予防給付に係るサービス.....	127
2節 施設サービスの見込量.....	128
1. 利用者数設定の考え方.....	128
2. 利用者数の見込み.....	128
3. 必要入所（利用）定員総数の設定.....	129
3節 地域密着型サービスの見込量.....	131
1. 地域密着型サービス.....	131
2. 地域密着型介護予防サービス.....	131
4節 介護給付費及び保険料の見込み.....	132
5節 医療計画における訪問診療・訪問看護の見込み.....	133
第9章 計画の推進.....	135
1節 計画の進行管理.....	136
2節 市町村への支援.....	137
参考資料.....	141
1. 計画作成の根拠法令.....	142
2. 介護サービスについて.....	144
3. 第9期介護保険事業（支援）計画期間のサービス供給見込量.....	148
4. 用語の解説.....	160
5. 秋田県高齢者対策協議会設置要綱.....	168
6. 秋田県高齢者対策協議会委員及び同高齢者介護部会専門委員.....	170

第1章

計画の基本的な考え方

- 1 節 計画策定の趣旨
- 2 節 計画の位置付け
- 3 節 計画期間
- 4 節 老人福祉圏域の設定
- 5 節 計画の策定方法
- 6 節 計画の構成

1節 計画策定の趣旨

- 本県は2010（平成22）年の国勢調査において高齢化率が29.6%と全国一となり、その後も上昇を続け、2023（令和5）年では39.3%となっています。
- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025（令和7）年には、高齢化率は40.1%となる見込みです。
- 更にその先を展望すると、高齢者人口はゆるやかに減少するものの、生産年齢人口の減少が顕著となり、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年においては、高齢化率45.9%に対して生産年齢人口割合が47.0%まで低下し、高齢者人口と生産年齢人口の割合が同程度になります。
- そのような状況においても持続可能な社会を維持していくためには、介護を支える人的基盤の確保や高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムの構築がますます重要となってきます。
- 一方、高齢者の約8割は要介護認定を受けていない「元気な高齢者」です。こうした高齢者が健康を維持しながら社会で活躍を続けることは、高齢者自身の生きがいや幸福感につながるだけでなく、本県全体の活力の維持にもつながっていきます。
- この計画は、このような背景のもと、2040（令和22）年を見据えた中長期的な視野に立ち、将来にわたって高齢者の地域での生活を支えていくため、県の高齢者福祉施策や市町村支援の方向性を明らかにしようとするものです。

2節 計画の位置付け

- この計画は、介護保険法第118条に基づく「秋田県介護保険事業支援計画」、老人福祉法第20条の9に基づく「秋田県老人福祉計画」、共生社会の実現を推進するための認知症基本法第12条に基づく「秋田県認知症施策推進計画」及び「介護給付適正化計画」に関する指針に基づく「秋田県介護給付適正化計画」として策定するものです。
- いずれの計画も高齢者を対象としており、整合性を図りながら連携して事業を推進する必要があることから、介護保険対象者に限らず、全ての高齢者を対象とした高齢者施策全般にわたる計画として、一体的に策定しています。
- また、県内市町村の介護保険事業計画等において定めるサービスの目標量と整合性を図りつつ、県が持つ広域性を活かし、市町村による取組を支援する計画としています。
- さらに、県政運営の基本指針である「～大変革の時代～ 新秋田元気創造プラン」、医療介護総合確保促進法に基づく「秋田県計画」のほか、医療計画、地域福祉支援計画、高齢者居住安定確保計画など、高齢者の保健、医療、福祉又は居住に関する事項を定める計画と整合性を図りながら策定しています。

3節 計画期間

- 計画期間は2024（令和6）年度から2027（令和8）年度までの3年間です。

計 画 の 策 定	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	第1期計画					第3期計画			第4期計画			第5期計画			第6期計画			第7期計画			第8期計画			第9期計画			
	第2期計画																										

※計画期間は、第2期までは5年間（3年ごとに見直し）となっていたましたが、平成18年の介護保険法改正により、第3期以降は3年間となっています。

【参考：介護保険制度における新たなサービス等導入の経緯】

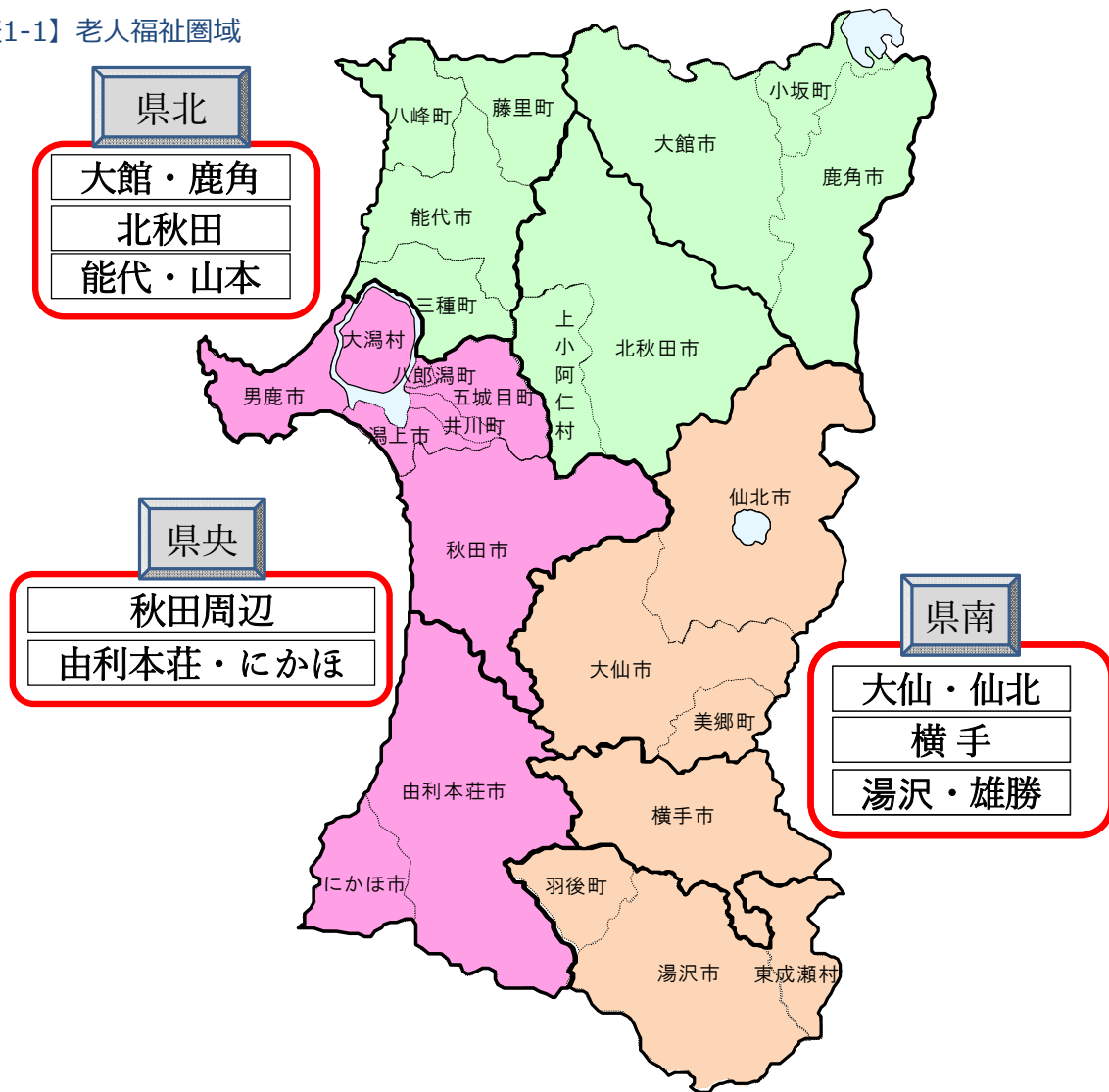
導入サービス	導入理由
第3期（平成18年度～） 平成17年改正（平成18年4月等施行）	
介護予防給付	制度スタート後、要介護認定を受ける方（特に軽度者（要支援、要介護1の方））が増加した一方、軽度者の方は、適切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待されることから、この軽度者の方の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、又は重度化しないよう、「介護予防」を重視したシステムの確立を目指し創設。
地域支援事業	要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する事業として創設。
地域密着型サービス	認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加している中で、こうした方々ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域の特性に応じて多様で柔軟なサービス提供が可能となるような新たなサービス体系として創設。 例：小規模多機能型居宅介護：中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供。 例：夜間対応型訪問介護：在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制を整備するため、定期巡回と通報による随時対応を合わせたサービスを提供。
サテライト型施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設等）	施設が有している様々な機能を地域に展開していくことを目指すとともに、小規模な施設の効率的運営を可能とする観点から創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和。
第4期（平成21年度～） 平成20年改正（平成21年5月等施行）	
介護事業運営の適正化	介護サービス事業所の不正事案の発生を防止し、介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制整備の義務付け、事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策などの改正を実施。
第5期（平成24年度～） 平成23年改正（平成24年4月等施行）	
定期巡回・随時対応型サービス	訪問介護などの在宅サービスが増加している一方で、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることや、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているという課題に対応するため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期巡回と随時の対応を行うサービスとして創設。
複合型サービス	利用者がニーズに応じて柔軟に医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられ、また、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能となるよう、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数のサービスを組み合わせるサービスとして創設。
サービス付き高齢者向け住宅 ※高齢者住まい法改正	高齢者が、安心して住める住まいとして、①バリアフリー化、②状況把握サービス・生活相談サービスの提供、③契約解除時の前払い金の返還ルール及び保全措置が講じられている賃宅住宅並びに有料老人ホームの登録制度を創設。
サテライト型事業所（小規模多機能型居宅介護）	認知症高齢者等の在宅生活を支える重要なサービスとして更なる普及を促進する観点から、経営の安定化を図りつつ、利用者にとってより身近な地域でのサービス提供が可能となるようなサービスとして創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和。

第6期（平成27年度～） 平成26年改正（平成27年4月等施行）	
地域支援事業の充実	高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように地域包括ケアシステムを構築するため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実させるよう、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域包括ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化、の取組を新たに地域支援事業に位置付け。
介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）	一人暮らし高齢者等の急速な増加や家族の介護力の低下等により、生活支援サービスへのニーズや高齢者の社会参加の必要性が高まっていることを踏まえ、従来の介護予防・日常生活支援総合事業を発展的に見直し、予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業へ移行。
特別養護老人ホームの入所者重点化	特別養護老人ホームの新規入所者を原則要介護3以上に限定し、在宅生活が継続困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。軽度（要介護1・2）の要介護者の入所について、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合に、市町村の関与の下、特例的な場合に限定。
※地域密着型通所介護の創設（平成28年度から）	
第7期（平成30年度～） 平成29年改正（平成30年4月等施行）	
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設として創設。
※介護保険と障害福祉制度に新たな共生型サービスを位置付け	
※介護老人保健施設について、入所者の在宅復帰、在宅療養支援を目的とした施設であることを明確化	
※特に所得階層の高い層の利用者負担割合の見直し（2割→3割）	
第8期（令和3年度～） 令和2年改正（令和3年4月等施行）	
地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援	市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設。
医療・介護のデータ基盤の整備の推進	介護分野におけるデータ活用を更に進めるため、現行収集している要介護認定情報・介護レセプト等情報に加え、厚生労働大臣は、通所・訪問リハビリテーションの情報（VISIT情報）や高齢者の状態やケアの内容等に関する情報（CHASE情報）、地域支援事業の利用者に関する情報（基本チェックリスト情報等）の提供を求めることができると規定。NDB等の医療・介護データの名寄せ・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、医療保険のオンライン資格確認のために管理する被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。

4節 老人福祉圏域の設定

- 介護保険法上及び老人福祉法上、県が定める区域ごとに、介護給付等対象サービスの種類ごとの見込みや老人福祉事業の目標量を定めることとなっているため、計画策定に当たり、老人福祉圏域を設定する必要があります。
- 設定に当たっては、保健医療サービス及び福祉サービスの連携を図る観点から、「秋田県医療保健福祉計画」に定められた3つの二次医療圏と一致したものとします。

【図表1-1】老人福祉圏域



圏域名	市町村数	旧圏域名	市町村名
県北	9	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
		北秋田	北秋田市、上小阿仁村
		能代・山本	能代市、藤里町、三種町、八峰町
県央	9	秋田周辺	秋田市、男鹿市、湯上市、五城目町、八郎潟町、井川町、大潟村
		由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
県南	7	大曲・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
		横手	横手市
		湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村

5節 計画の策定方法

- 本計画は、全ての高齢者を対象とした高齢者施策全般にわたる計画であり、医療、介護、福祉を始め、介護サービス事業者、保険者、学識経験者等といった幅広い分野の委員で構成された「秋田県高齢者対策協議会」及び同協議会内の「高齢者介護部会」で審議し、意見や提言をいただいで策定しています。
- また、本計画における各年度のサービス量の見込みや施設整備量等は、介護保険制度による市町村の独立性や、各市町村の地域の実情に応じた自主的・主体的な取組を尊重し、県内各市町村の計画に基づいて定めています。

6節 計画の構成

- 本計画は、全9章で構成されており、高齢者に関する現状や将来見通し、介護サービスのこれまでの利用状況等を把握した上で、計画の基本目標と「施策の柱」を定め、各施策ごとに現状・課題と今後の取組について記載しています。また、本計画で達成しようとする具体的な数値目標や市町村支援の方針についても明らかにしています。

□第1章 計画の基本的な考え方

計画策定の趣旨、位置付け、計画期間等、計画策定の基本的枠組みについて記載しています。

□第2章 高齢者の現状と将来推計

計画策定の前提となる、高齢者数、世帯数、要支援・要介護者数、認知症高齢者数の現状や将来推計を記載しています。

□第3章 介護サービスの現状

これまでの介護サービスの提供基盤の整備状況、利用者数、給付費、第8期における各サービスの種類別利用状況を記載しています。

□第4章 計画の基本目標と施策の柱

高齢者の現状と将来推計、高齢者を取り巻く環境の変化を踏まえ、この計画における基本目標と3つの「施策の柱」を記載しています。

□第5～7章 施策の展開

第4章で設定した基本目標及び「施策の柱」に基づき、各施策項目ごとに「現状と課題」を明らかにし、それを踏まえた「今後の取組」を記載しています。また、第5章5節には「秋田県認知症施策推進計画」、第7章6節には「介護給付の適正化に関する取組方針（第6期秋田県介護給付適正化計画）」を記載しています。

□第8章 サービス量の見込み

サービスの区分ごとに、計画期間内、2030（令和12）年度、2035（令和17）年度、2040（令和22）年度におけるサービス量の見込みを記載しています。

□第9章 計画の推進

本計画を推進するに当たり、定量的に目標を設定して進行管理することや、市町村支援の方針について記載しています。

第2章

高齢者の現状と将来推計

1 節 高齢者の状況

2 節 要支援・要介護者等の状況

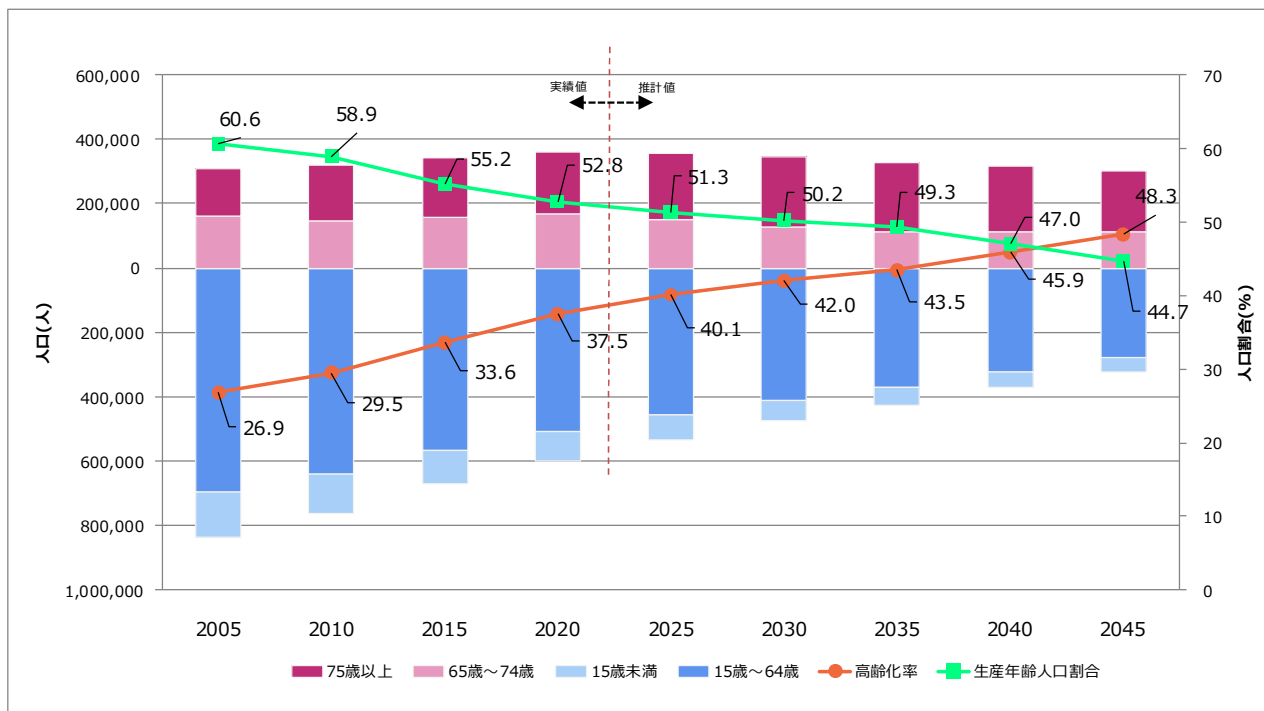
1節 高齢者の状況

1. 高齢者数の推移

(1) 高齢者数・高齢化率の現状と将来推計

- 本県の65歳以上の高齢者人口は令和5年10月1日現在で356,516人、高齢化率は39.0%となっています。（秋田県年齢別人口流動調査）
- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2040（令和22）年には、本県の高齢化率は45.9%に達する見込みです。
- 一方で、本県は生産年齢人口の減少率が全国で最も大きく、2040（令和22）年には、生産年齢人口が47.0%まで低下し、高齢者人口と生産年齢人口の割合が同程度となります。また、2045（令和27）年には高齢者人口が生産年齢人口を逆転する見込みとなっています。

【図表2-1】 秋田県の人口と高齢化率の推移

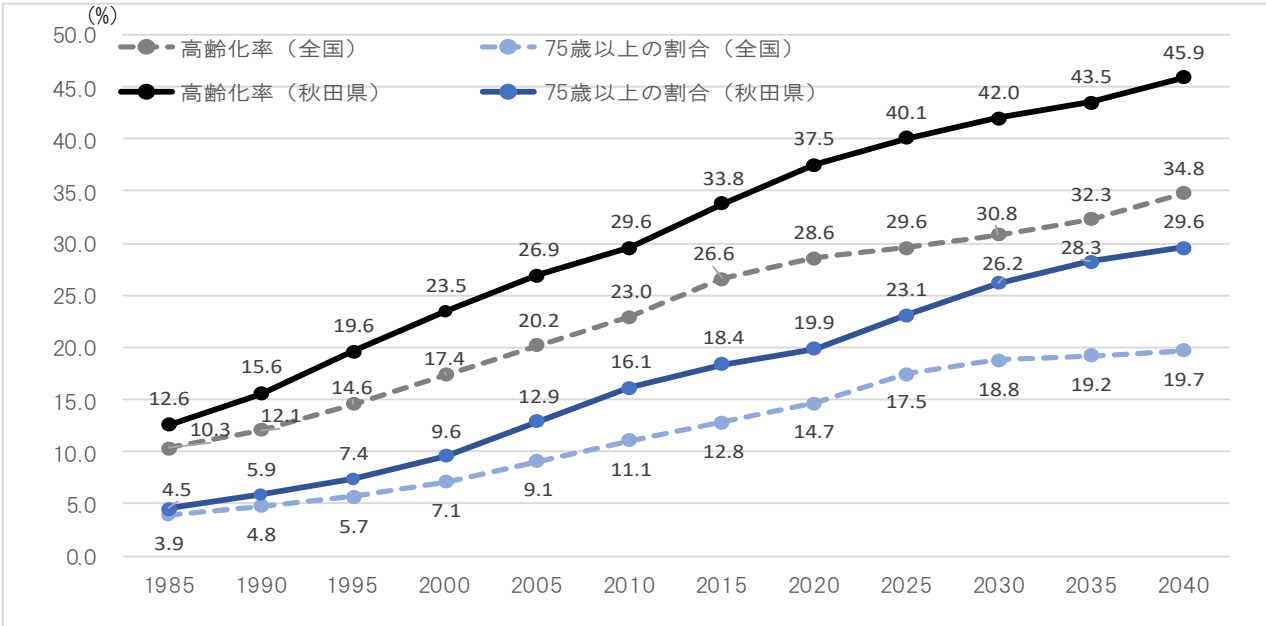


出典：2020年まで：総務省「国勢調査」
2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

(2) 後期高齢者数の現状と将来推計

- 本県の75歳以上の後期高齢者の割合は令和5年10月1日現在で21.2%となっており、全国で最も高くなっています。
- 後期高齢者数のピークは2030（令和12）年頃の見込みですが、後期高齢者の割合は上昇を続け、2040（令和22）年には29.6%に達する見込みです。

【図表2-2】 全国と秋田県の高齢化率の推移



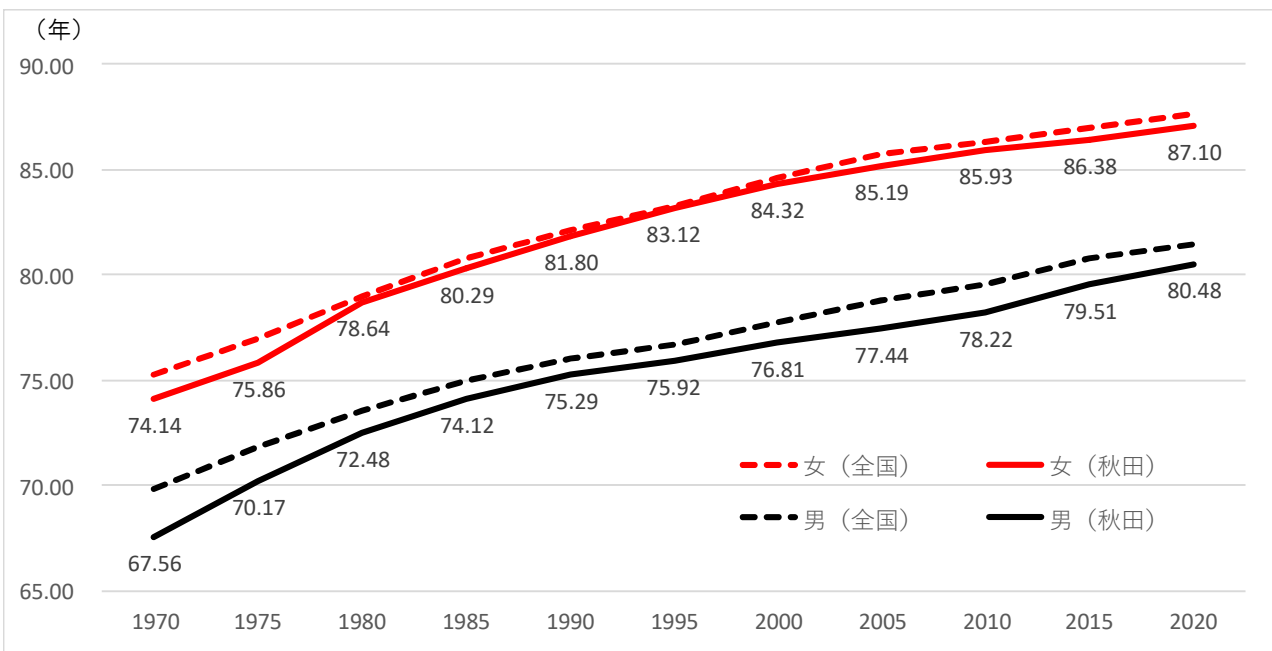
出典:2020年まで：総務省「国勢調査」
2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

2. 平均寿命と健康寿命

(1) 平均寿命の推移

- 2020（令和2）年の本県の平均寿命は男性が80.48年、女性が87.10年となっており、年々延伸しているものの、全国平均を下回る水準となっています。

【図表2-3】 平均寿命の推移

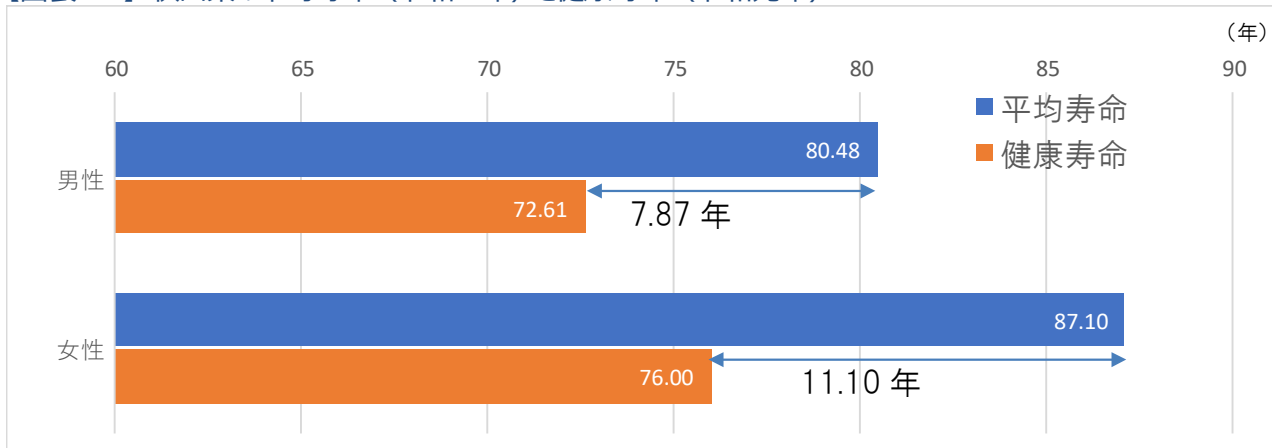


出典：令和2年都道府県別生命表（厚生労働省）

(2) 健康寿命と平均寿命

- 健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことを言います。
- 平均寿命と健康寿命の差（これは「健康上の問題で日常生活に制限がある期間」を意味します）は、本県男性は7.87年、女性は11.10年となっています。

【図表2-4】秋田県の平均寿命（令和2年）と健康寿命（令和元年）

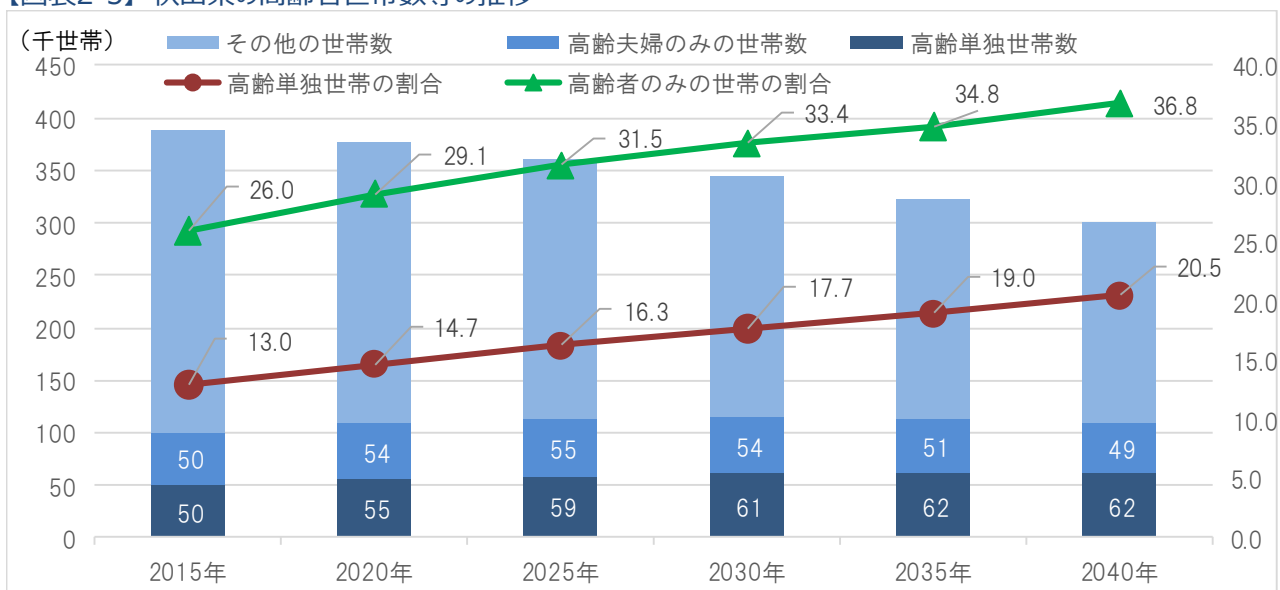


出典：平均寿命は「都道府県別生命表」（厚生労働省）、健康寿命は「厚生労働科学研究班資料」

3. 高齢者世帯の推移

- 県内の総世帯数のうち、高齢単独世帯の割合は2040（令和22）年には20.5%に、高齢者のみの世帯（高齢単独世帯及び高齢夫婦のみの世帯の合計）の割合は36.8%に達する見込みです。
- 家族介護力の大幅な低下が懸念されます。

【図表2-5】秋田県の高齢者世帯数等の推移

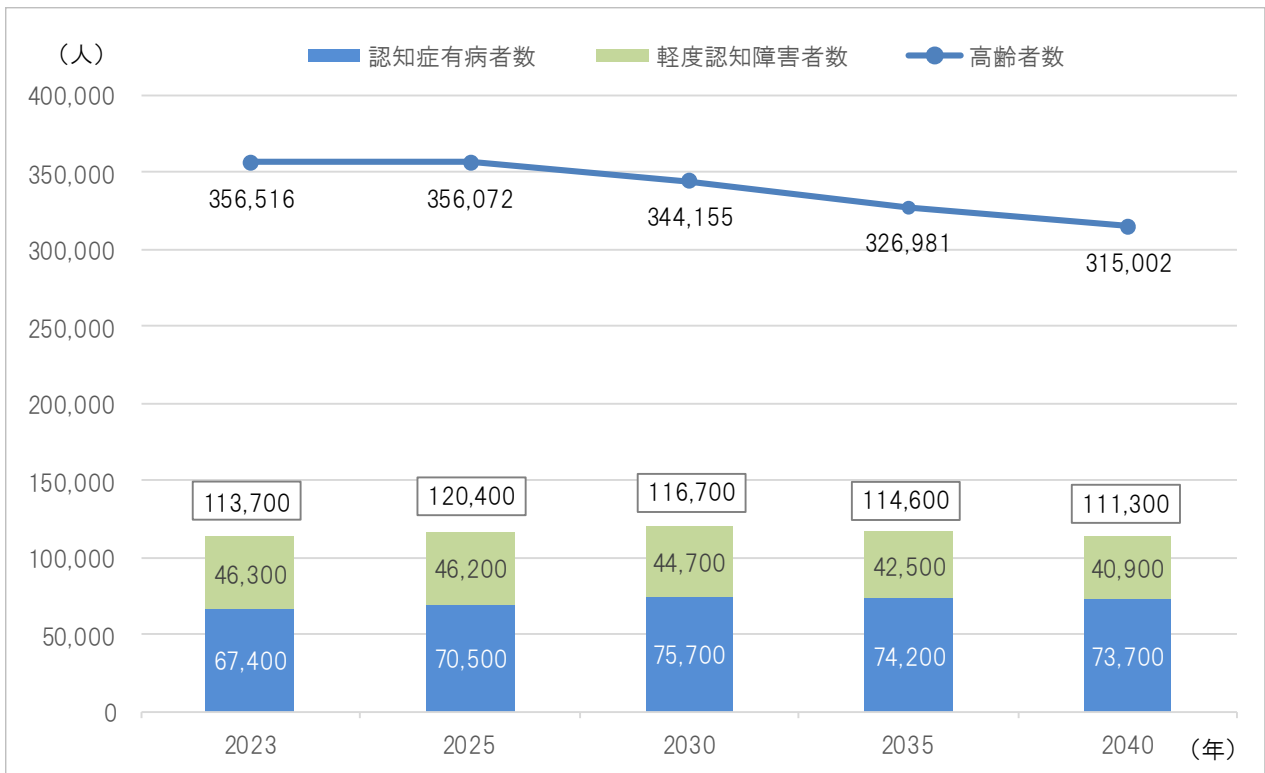


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（平成31年推計）

4. 認知症高齢者数の現状と将来推計

- 本県の認知症高齢者数は、令和5年10月時点で約67,400人（高齢者の約5.3人に1人）と推計されています。
- 高齢化の進行により、認知症有病者も増加すると予想されることから、2030年には、高齢者の約4.5人に1人が、2040年には高齢者の約4.3人に1人が、認知症有病者に該当すると見込まれます。
- また、認知症に至る前の「軽度認知障害」の状態にある高齢者については、令和5年10月時点で約46,300人と推計されています。

【図表2-6】秋田県の認知症高齢者数の将来推計



出典：2023年の高齢者数は、「秋田県年齢別人口流動調査報告書」（秋田県調査統計課）、
2025年以降の高齢者数は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（令和5年推計）」

※認知症高齢者数の推計について

「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年 九州大学二宮教授）の研究結果をもとに認知症有病率を県で設定し、認知症有病者数を推計しました。

なお、高齢者に占める軽度認知障害者の割合については、当該研究では公表されていないことから、厚生労働省が公表した割合（高齢者の13%）を使用して、県で推計しました。

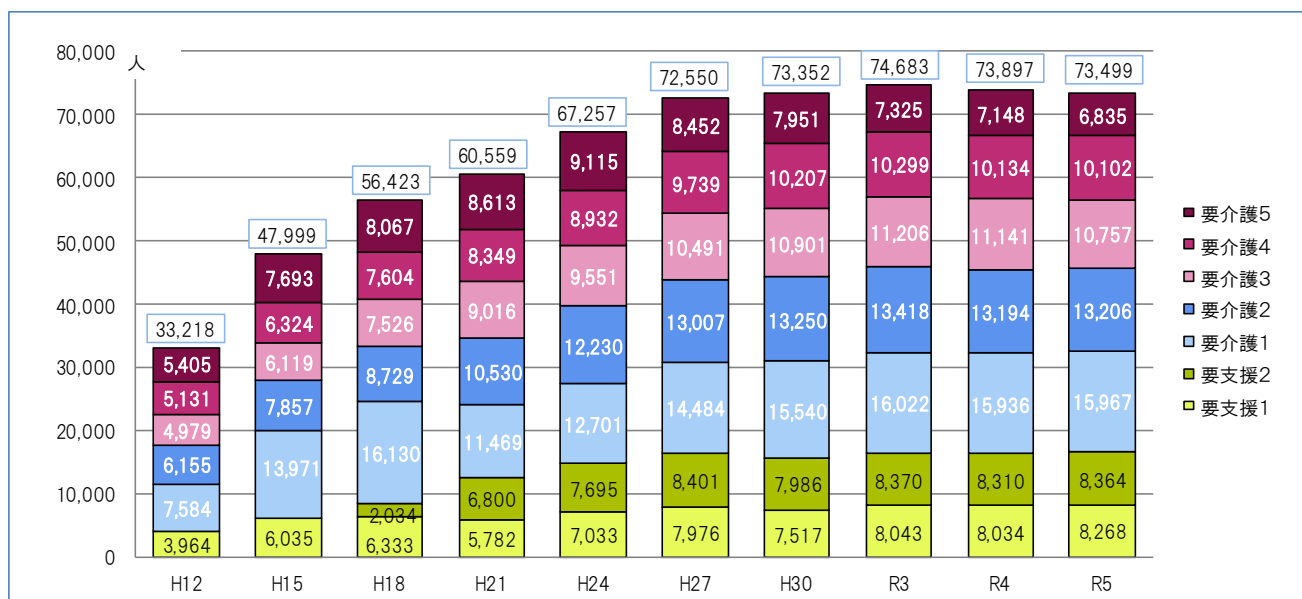
2節 要支援・要介護者等の状況

1. 要支援・要介護者数の推移

(1) 要支援・要介護者数の増加

- 本県においては、介護保険制度創設時の2000（平成12）年に33,218人だった要支援・要介護認定者数は、2023（令和5）年には73,499人となり、2000（平成12）年と比較すると約2.2倍に増加しています。
- 2021（令和3）年までは、要介護認定者数は増加していましたが、近年は微減で推移しています。
- 第1号被保険者数が、2021（令和3）年以降は減少していることに加え、新型コロナウイルス感染症の影響により、介護サービスの利用を控えた方がいたことも要因の一つと考えられます。

【図表2-7】 秋田県の要支援・要介護者数の推移 (各年10月末現在 単位：人)



出典：介護保険事業状況報告

(平成12年と令和5年の比較)

(単位：人)

区分	要支援1～要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成12年	11,548	6,155	4,979	5,131	5,405	33,218
令和5年	32,599	13,206	10,757	10,102	6,835	73,499
H12→R5の比較	2.8倍	2.1倍	2.2倍	2.0倍	1.3倍	2.2倍

出典：介護保険事業状況報告

(2) 高齢者に占める要支援・要介護認定者数

- 本県の65歳以上の高齢者に占める要支援・要介護認定者の割合は20.2%となっています。
- 要支援・要介護認定率は年齢が上がるにつれて上昇し、75歳～84歳では17.3%、85歳以上では59.0%となっています。
- 要支援・要介護認定を受けている高齢者のうち、本県は全国と比較して、要介護3以上の重度の方の割合が高くなっています。

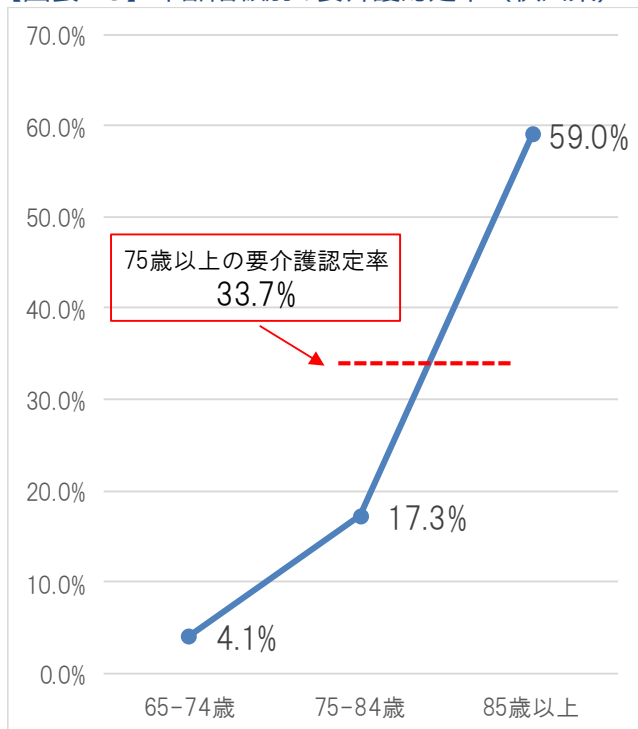
【図表2-8】 65歳以上の被保険者数に占める要支援・要介護者数の割合（秋田県）

（単位：人、％）

区 分	被保険者数	要支援・要介護認定者数								合計	要介護3-5 【再掲】
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
合 計 (第1号被保険者)	357,731 (認定率)	8,185 2.3%	8,226 2.3%	15,725 4.4%	12,924 3.6%	10,592 3.0%	9,950 2.8%	6,716 1.9%	72,318 20.2%	27,258 7.6%	
年 齢 階 級 別	65-74歳	162,912 (認定率)	928 0.6%	925 0.6%	1,487 0.9%	1,207 0.7%	815 0.5%	767 0.5%	599 0.4%	6,728 4.1%	2,181 1.3%
	75-84歳	118,093 (認定率)	3,227 2.7%	2,837 2.4%	4,764 4.0%	3,411 2.9%	2,482 2.1%	2,151 1.8%	1,583 1.3%	20,455 17.3%	6,216 5.3%
	85歳以上	76,726 (認定率)	4,030 4.7%	4,464 5.5%	9,474 11.9%	8,306 10.8%	7,295 9.7%	7,032 9.4%	4,534 7.1%	45,135 59.0%	18,861 26.2%
	75歳以上【再掲】	194,819 (認定率)	7,257 3.7%	7,301 3.7%	14,238 7.3%	11,717 6.0%	9,777 5.0%	9,183 4.7%	6,117 3.1%	65,590 33.7%	25,077 12.9%

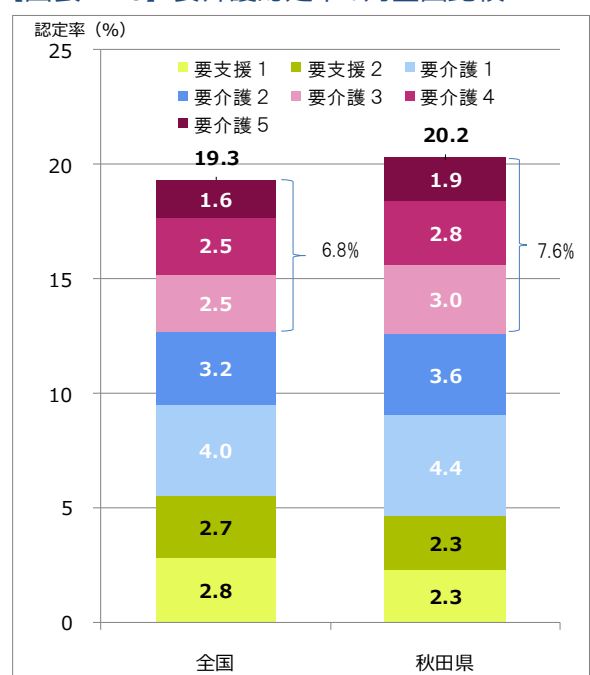
出典：介護保険事業状況報告 月報（令和5年10月）

【図表2-9】 年齢階級別の要介護認定率（秋田県）



出典：介護保険事業状況報告 月報（令和5年10月）

【図表2-10】 要介護認定率の対全国比較



出典：介護保健事業状況報告 月報（令和5年10月）

※要介護度ごとに四捨五入しているため、合計とは必ずしも一致しません。

2. 要支援・要介護者数の将来推計

- 本県では、65歳以上の第1号被保険者数は減少していくものと推計されます。
- しかし、要支援・要介護認定者数については、認定者となる割合が高い75歳以上の人口が依然として増加していくことから、今後3年間で485人増（+0.4%）、2030（令和12）年までには1,413人増（+1.9%）、2035（令和17）年までには3,160人増（+4.3%）、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年までには4,272人増（+5.8%）と徐々に増加していくことが見込まれます。
- 65歳以上の第1号被保険者に占める要介護3以上の重度認定者数は、今後3年間で210人増（+0.5%）、2030（令和12）年までには366人増（+1.3%）、2035（令和17）年までには745人増（+2.7%）、2040（令和22）年までに1,881人増（+6.9%）と推計されます。

【図表2-11】秋田県の要支援・要介護者数の将来推計

(単位：人)

	令和5年 (2023)	令和6年 (2024)	令和7年 (2025)	令和8年 (2026)	伸び率 ※1	令和12年 (2030)	伸び率 ※2	令和17年 (2035)	伸び率 ※2	令和22年 (2040)	伸び率 ※4
被保険者数	663,335	655,611	648,912	640,407	97.7%	605,205	91.2%	558,680	84.2%	510,459	77.0%
うち第1号被保険者数	359,362	358,304	357,478	354,809	99.3%	342,849	95.4%	323,287	90.0%	307,968	85.7%
要支援・要介護認定者数	73,491	73,530	73,799	73,976	100.4%	74,904	101.9%	76,651	104.3%	77,763	105.8%
要支援1	8,212	8,123	8,052	8,042	98.3%	8,272	100.7%	8,540	104.0%	8,297	101.0%
要支援2	8,417	8,355	8,368	8,378	99.4%	8,529	101.3%	8,745	103.9%	8,605	102.2%
要介護1	15,905	15,980	16,103	16,156	101.1%	16,366	102.9%	16,916	106.4%	17,050	107.2%
要介護2	13,205	13,290	13,358	13,462	101.2%	13,669	103.5%	14,043	106.3%	14,316	108.4%
要介護3	10,757	10,754	10,751	10,787	100.1%	10,939	101.7%	11,168	103.8%	11,622	108.0%
要介護4	10,145	10,142	10,229	10,216	100.5%	10,214	100.7%	10,350	102.0%	10,754	106.0%
要介護5	6,850	6,886	6,938	6,935	101.0%	6,915	100.9%	6,889	100.6%	7,119	103.9%
うち第1号被保険者数	72,314	72,378	72,668	72,871	100.4%	73,878	102.2%	75,730	104.7%	76,977	106.4%
要支援1	8,127	8,040	7,970	7,961	98.3%	8,197	100.9%	8,473	104.3%	8,240	101.4%
要支援2	8,280	8,224	8,238	8,248	99.5%	8,410	101.6%	8,636	104.3%	8,512	102.8%
要介護1	15,667	15,748	15,882	15,941	101.2%	16,168	103.2%	16,737	106.8%	16,897	107.9%
要介護2	12,913	13,001	13,075	13,184	101.3%	13,410	103.8%	13,812	107.0%	14,120	109.3%
要介護3	10,599	10,587	10,587	10,625	100.0%	10,793	101.8%	11,039	104.2%	11,508	108.6%
要介護4	9,997	10,005	10,094	10,087	100.7%	10,091	100.9%	10,240	102.4%	10,659	106.6%
要介護5	6,731	6,773	6,822	6,825	101.1%	6,809	101.2%	6,793	100.9%	7,041	104.6%
要介護・要支援 認定割合	20.1%	20.2%	20.3%	20.5%	-	21.5%	-	23.4%	-	25.0%	-
重度認定者数（要介護3 ～5【再掲】）	27,327	27,365	27,503	27,537	100.5%	27,693	101.3%	28,072	102.7%	29,208	106.9%
重度認定割合	7.6%	7.6%	7.7%	7.8%	-	8.1%	-	8.7%	-	9.5%	-

※1：第9期平均値/令和5年度の値*100

※2：令和12（17）（22）年度の値/令和5年度の値*100

出典：地域包括ケア「見える化」システム

第3章

介護サービスの現状

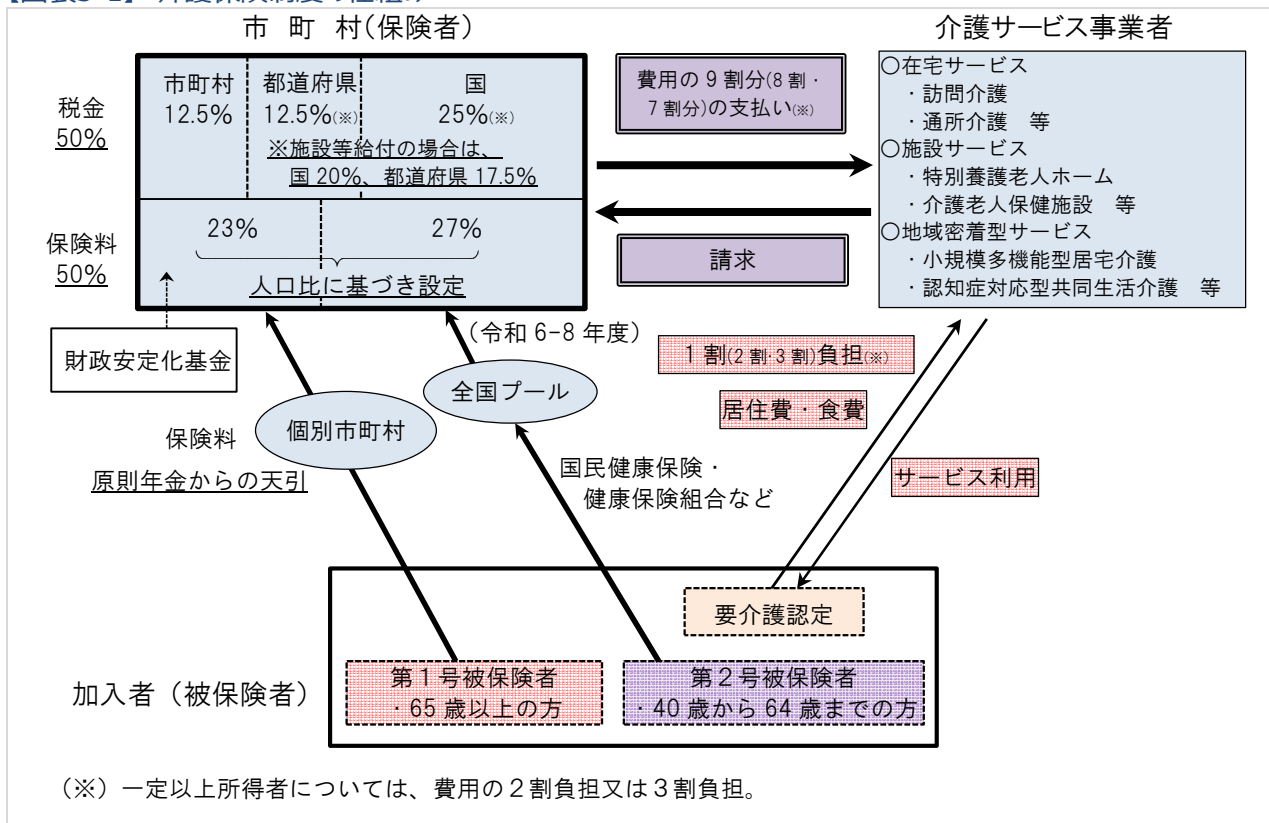
- 1 節 介護保険の実施体制
- 2 節 介護サービス提供基盤の整備状況
- 3 節 介護サービスの利用状況

1節 介護保険の実施体制

1. 介護保険制度の仕組み

- 介護保険制度は、介護を要する状態となっても、できる限り自立した日常生活を営めるように、真に必要な介護サービスを総合的・一体的に提供する仕組みです。
- 保険料を徴収し、保険給付として費用の支払いを行うなど、保険制度を運用する組織を「保険者」といいますが、介護保険制度では、市町村（又は一部事務組合）が「保険者」として制度を運営しています。
- 一方、保険料を支払う義務を負い、介護が必要になったときには費用の一部を支払うことでサービスを利用できる人を「被保険者」といいます。介護保険制度では、原則として、市町村の区域内に住所を有する方のうち、40歳以上の方がその市町村の「被保険者」となります。
- また、被保険者は65歳以上の方（第1号被保険者）と、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられます。第1号被保険者は、原因を問わずに要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。第2号被保険者は、加齢に伴う特定の疾病が原因で要介護（要支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。

【図表3-1】 介護保険制度の仕組み



出典：厚生労働省資料（秋田県長寿社会課が一部改変）

2. 県内の保険者等の状況

(保険者の状況)

- 県内の保険者には、市町村単独と、一部事務組合の2種類の形態があります。

【図表3-2】 県内の保険者

形態	保険者数	構成市町村等
市町村単独	20	秋田市、能代市、横手市、大館市、男鹿市、湯沢市、鹿角市、潟上市、北秋田市、小坂町、上小阿仁村、藤里町、三種町、八峰町、五城目町、八郎潟町、井川町、大潟村、羽後町、東成瀬村
一部事務組合	2	本荘由利広域市町村圏組合(由利本荘市、にかほ市) 大曲仙北広域市町村圏組合(大仙市、仙北市、美郷町)
合計	22	25市町村

※本荘由利広域市町村圏組合は、令和8年度末を目途に解散を予定しています。

(介護認定審査会の設置形態)

- 7市町村が単独で介護認定審査会を設置しています。また、事務の効率的な実施のため、17市町村が一部事務組合方式等により5つの介護認定審査会を共同設置しているほか、1村が認定審査事務を他の認定審査会に委託しています。
- 要介護認定者数の増加に伴い、認定事務の負担が大きくなっていることから、平成30年度からは、要介護認定有効期間の延長が図られたほか、長期間にわたって状態が安定している方については、二次判定の簡素化が図られています。

【図表3-3】 介護認定審査会の設置形態

形態	設置数	構成市町村等
市町村単独	7	秋田市、横手市、大館市、男鹿市、鹿角市、小坂町 北秋田市(上小阿仁村の認定審査会を受託)
一部事務組合	4	能代山本広域市町村圏組合(能代市、藤里町、三種町、八峰町) 本荘由利広域市町村圏組合(由利本荘市、にかほ市) 大曲仙北広域市町村圏組合(大仙市、仙北市、美郷町) 湯沢雄勝広域市町村圏組合(湯沢市、羽後町、東成瀬村)
共同設置	1	潟上市南秋田郡介護認定審査会 (潟上市、五城目町、八郎潟町、井川町、大潟村)
事務委託	1	上小阿仁村(北秋田市介護認定審査会へ委託)

※本荘由利広域市町村圏組合は、令和8年度末を目途に解散を予定しています。

2節 介護サービス提供基盤の整備状況

1. 介護サービス事業所数の推移等

(介護サービス事業所数の推移)

- サービス提供体制の整備は進んでいますが、近年は介護サービス事業所数は微減傾向にあります。
- 事業種別では、「居宅介護支援」は減少傾向、「居宅サービス」は、訪問看護、訪問リハビリテーションなどが増加傾向、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、福祉用具貸与などが減少傾向、「介護保険施設」は横ばい、「地域密着型サービス」は、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などが減少傾向にあります。

【図表3-4】介護サービス事業所数の推移（各年4月1日現在（単位：事業所））

事業種別	H12	H15	H18	H21	H24	H27	H30	R3	R4	R5	増減 (R4→R5)	
1. 居宅サービス	549	671	932	1,074	1,249	1,371	1,270	1,245	1,219	1,211	△ 8	△0.7%
訪問介護	140	173	222	229	249	277	267	264	255	252	△ 3	△1.2%
訪問入浴介護	51	50	47	43	46	37	35	27	25	23	△ 2	△8.0%
訪問看護	38	44	47	36	38	48	63	72	76	79	3	3.9%
訪問リハビリテーション	0	0	4	8	10	10	14	17	21	23	2	9.5%
居宅療養管理指導	-	-	-	7	10	13	10	1	1	1	0	0.0%
通所介護	104	142	227	280	317	366	215	202	197	191	△ 6	△3.0%
通所リハビリテーション	50	53	52	52	53	55	55	54	54	53	△ 1	△1.9%
短期入所生活介護	80	88	117	165	264	297	312	319	313	319	6	1.9%
短期入所療養介護	54	52	54	54	57	60	60	57	56	56	0	0.0%
特定施設入所者生活介護	0	1	5	17	34	45	57	61	62	62	0	0.0%
福祉用具貸与	32	68	89	85	78	77	88	84	78	75	△ 3	△3.8%
特定福祉用具販売	-	-	68	98	93	86	94	87	81	77	△ 4	△4.9%
2. 介護保険施設	139	147	154	156	163	173	187	186	185	186	1	0.5%
介護老人福祉施設	80	85	91	96	100	110	122	124	124	124	0	0.0%
介護老人保健施設	43	44	50	51	54	55	58	56	55	55	0	0.0%
介護療養型医療施設	16	18	13	9	9	8	7	1	0	0	0	
介護医療院	-	-	-	-	-	-	-	5	6	7	1	16.7%
3. 居宅介護支援	226	249	308	352	370	408	409	397	375	372	△ 3	△0.8%
4. 地域密着型サービス	9	58	168	241	296	336	528	555	548	546	△ 2	△0.4%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	-	-	-	-	-	3	8	14	14	12	△ 2	△14.3%
夜間対応型訪問介護	-	-	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0.0%
認知症対応型通所介護	-	-	11	25	33	39	38	47	43	42	△ 1	△2.3%
小規模多機能型居宅介護	-	-	1	39	62	66	72	70	67	64	△ 3	△4.5%
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	9	58	155	167	179	193	202	203	208	208	0	0.0%
地域密着型特定施設入居者生活介護	-	-	0	8	11	12	14	14	10	10	0	0.0%
地域密着型介護老人福祉施設	-	-	0	2	10	20	30	36	36	36	0	0.0%
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	-	-	-	-	-	3	5	8	8	10	2	25.0%
地域密着型通所介護	-	-	-	-	-	-	159	162	161	163	2	1.2%
5. 介護予防支援	-	-	25	44	46	54	63	65	65	66	1	1.5%
合計	923	1,125	1,587	1,867	2,124	2,342	2,457	2,448	2,392	2,381	△ 11	△0.5%

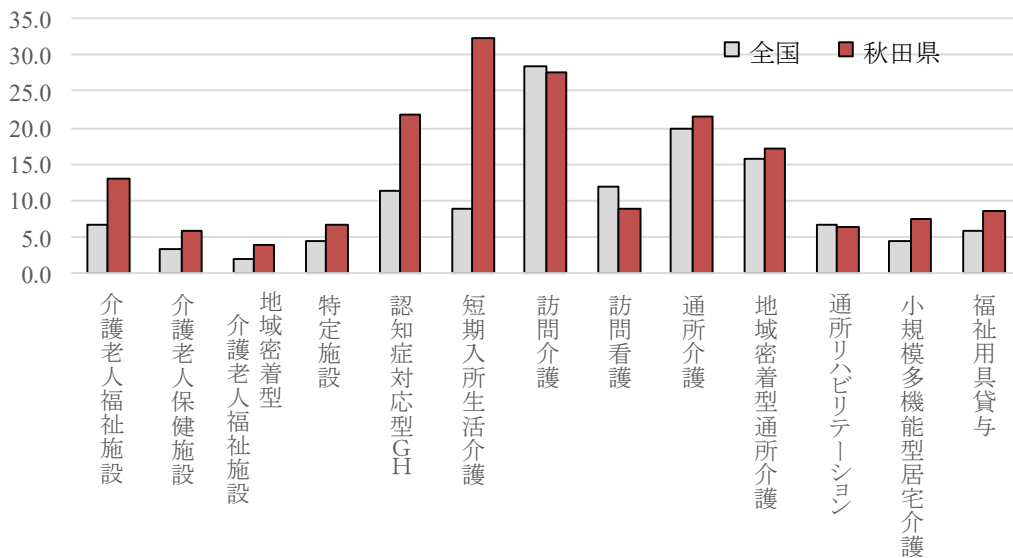
※ 特定福祉用具販売、地域密着型サービスは平成18年4月の制度改正により創設。

※ 地域密着型サービスのうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスは平成24年4月の制度改正により創設。

(本県の介護サービス提供基盤の特徴)

- 本県の人口10万人当たりの介護サービス事業所数を全国と比較すると、本県は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設などの施設系サービスが多い状況にあります。
- また、短期入所生活介護（ショートステイ）が突出して多いことが本県の特徴となっています。
- 一方で、訪問介護、通所介護等は全国と同水準であり、訪問看護は全国よりも少なくなっています。

【図表3-5】 介護サービス事業所数（人口10万人当たり）の対全国比較



出典：厚生労働省「介護保険総合データベース」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（2021年）

【図表3-6】 介護サービスの種類と分類

分類	県、秋田市（中核市）が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
在宅サービス	◎居宅介護サービス 【訪問サービス】 ・訪問介護（ホームヘルプサービス） ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 【その他】 ・福祉用具貸与 ・特定福祉用具販売	◎地域密着型サービス ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護
居住系サービス	・特定施設入居者生活介護	・認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ・地域密着型特定施設入居者生活介護
施設サービス	◎施設サービス ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ・介護老人保健施設 ・介護医療院	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム）

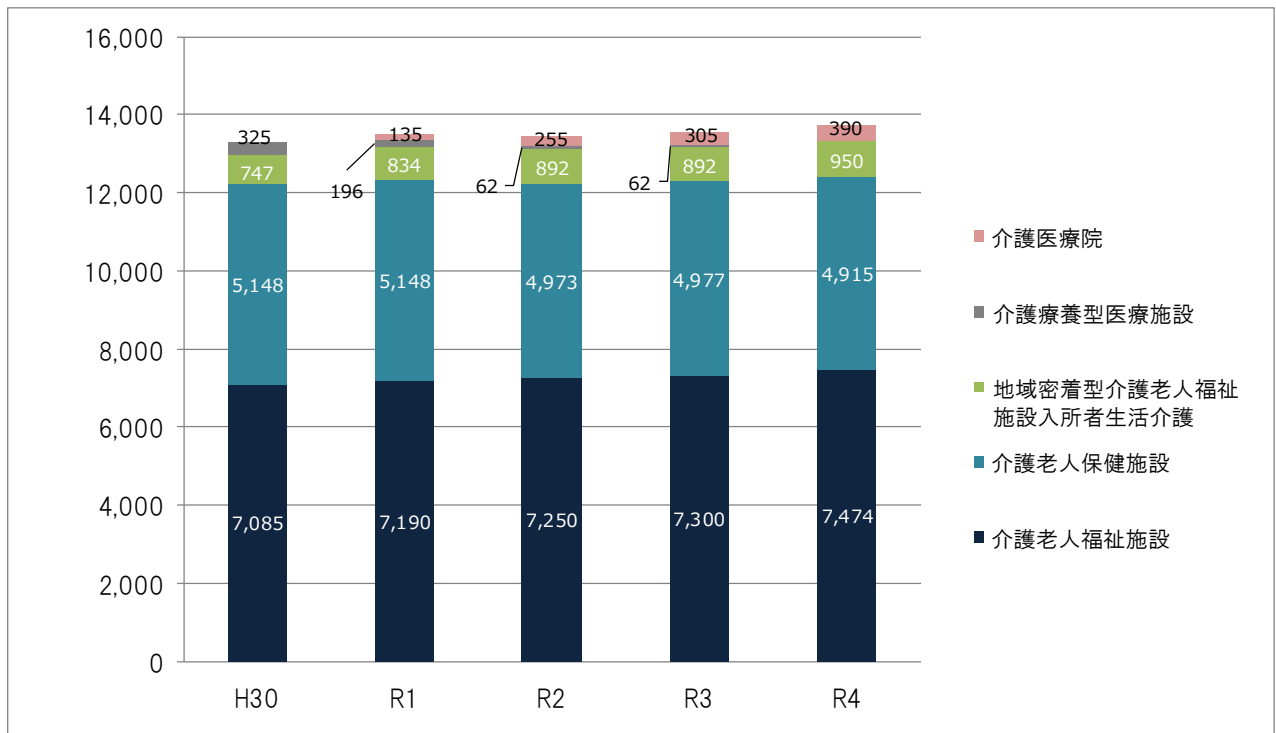
※介護サービスを分類する場合、分類の目的によって、上記の表の分類欄に記載している「在宅サービス」、「居住系サービス」、「施設サービス」で分類する場合と、上記の表で色分けしている「◎居宅介護サービス」、「◎施設サービス」、「◎地域密着型サービス」で分類する場合があります。また、「◎居宅介護サービス」は、さらに、訪問サービス、通所サービス、短期入所サービス等に分類されます。

2. 施設・居住系サービスの利用定員数の推移

(施設サービスの利用定員数の推移)

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と地域密着型介護老人福祉施設の利用定員数は増加傾向にあります。介護医療院の利用定員数は、介護療養型医療施設や介護老人保健施設からの転換が進んだことにより増加しています。介護老人保健施設の利用定員数は減少傾向にあります。
- 介護保険施設の利用定員数については、今後の高齢者数の推移を見据えるとともに、広域的な観点に留意し、圏域別の需給動向や在宅サービスの状況、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や有料老人ホームなどの居住系サービスとのバランスを図りながら整備を進める必要があります。

【図表3-7】 施設サービスの利用定員数の推移

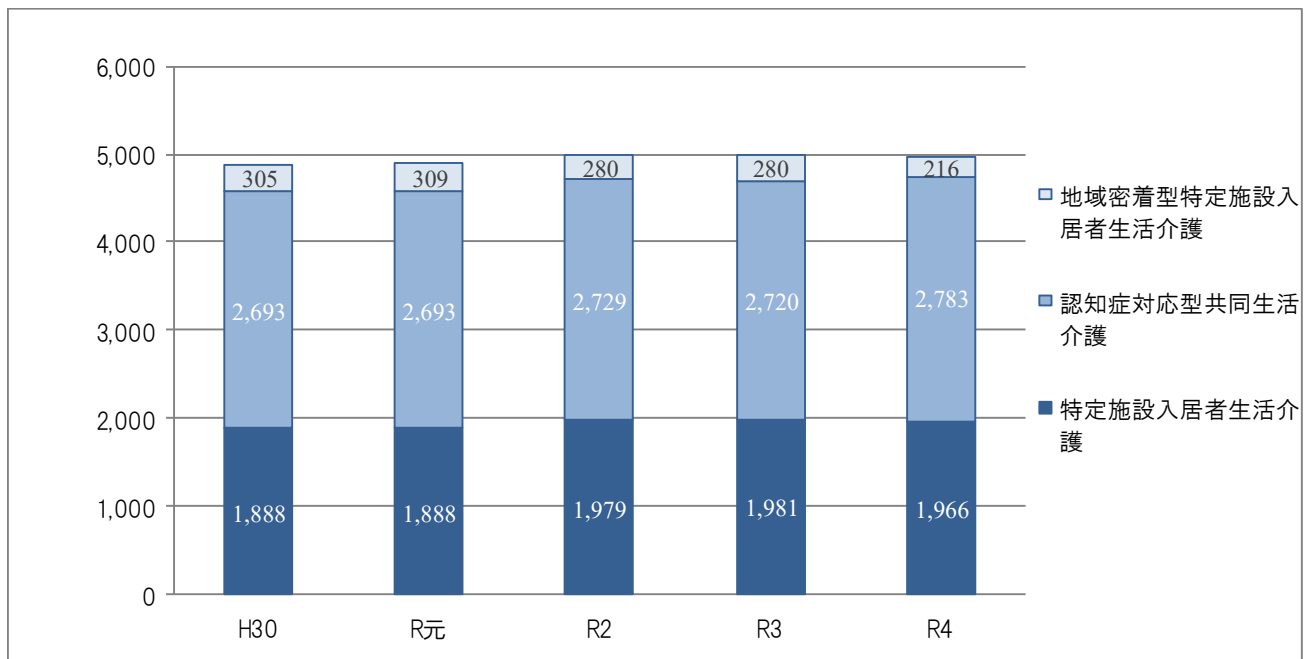


出典：介護サービス情報公表システム

(居住系サービスの利用定員数の推移)

- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の利用定員数は増加傾向にあります。
- 地域密着型特定施設入居者生活介護の利用定員数は減少傾向にあります。
- 特定施設入居者生活介護は普及が進んでおり、利用定員数も増加傾向にありましたが、令和4年度は減少しました。

【図表3-8】 居住系サービスの利用定員数の推移



出典：介護サービス情報公表システム

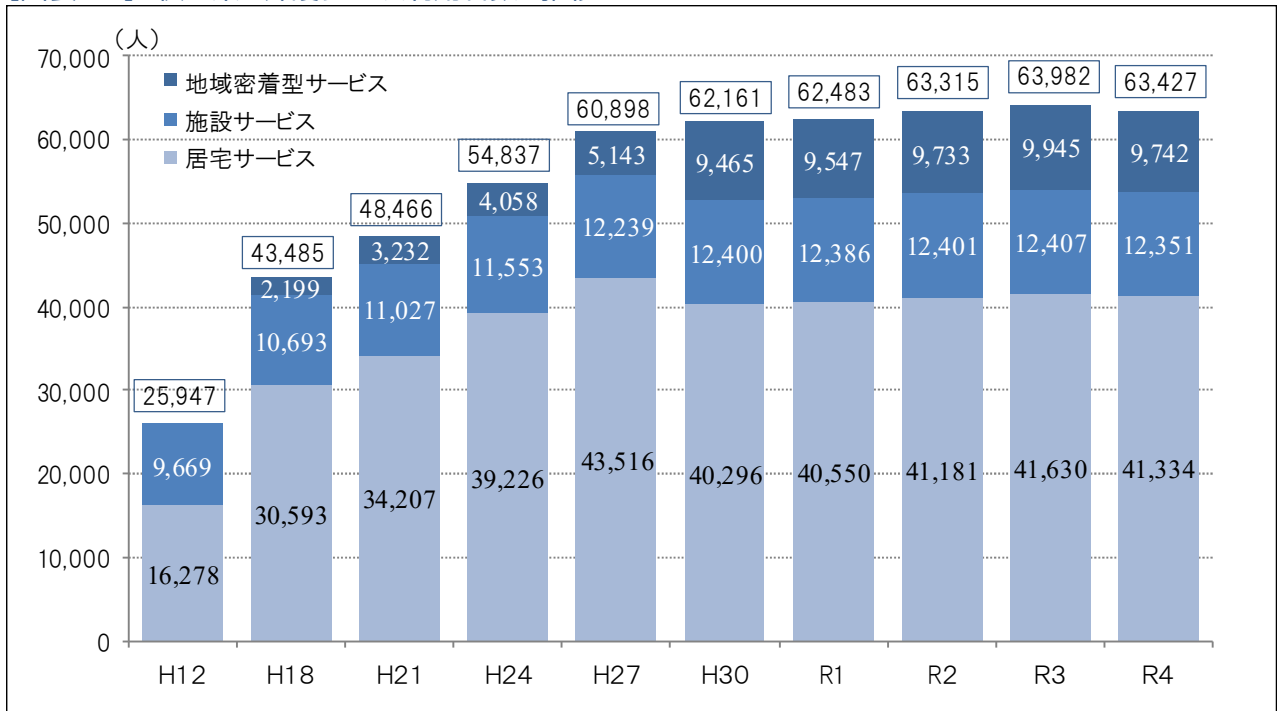
3節 介護サービスの利用状況

1. 介護サービス利用状況

(1) 介護サービス利用者数の推移

- 介護サービスの利用者数は約64,000人となり、平成12年の約26,000人から約2.5倍に増加しています。
- 令和4年については、全体的に利用者数が減少していますが、新型コロナウイルス感染症の影響が一定程度あったものと推察されます。
- 地域密着型サービスは、要介護者等の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型として平成18年に創設されましたが、サービス基盤の整備に伴い、徐々に利用者数が増加してきました。平成27年と平成30年を比較すると、地域密着型の利用者数が大幅に増加していますが、これは、平成28年4月に地域密着型通所介護が創設され、居宅サービスの通所介護のうち、小規模なものが地域密着型サービスに移行したことによるものと考えられます。
- 居宅サービスについては、平成27年と平成30年を比較すると利用者数が大幅に減少していますが、これは居宅サービスのうち、介護予防訪問介護、介護予防通所介護が平成29年度末までに市町村が実施する総合事業に完全に移行したことが要因と考えられます。

【図表3-9】 秋田県の介護サービス利用者数の推移

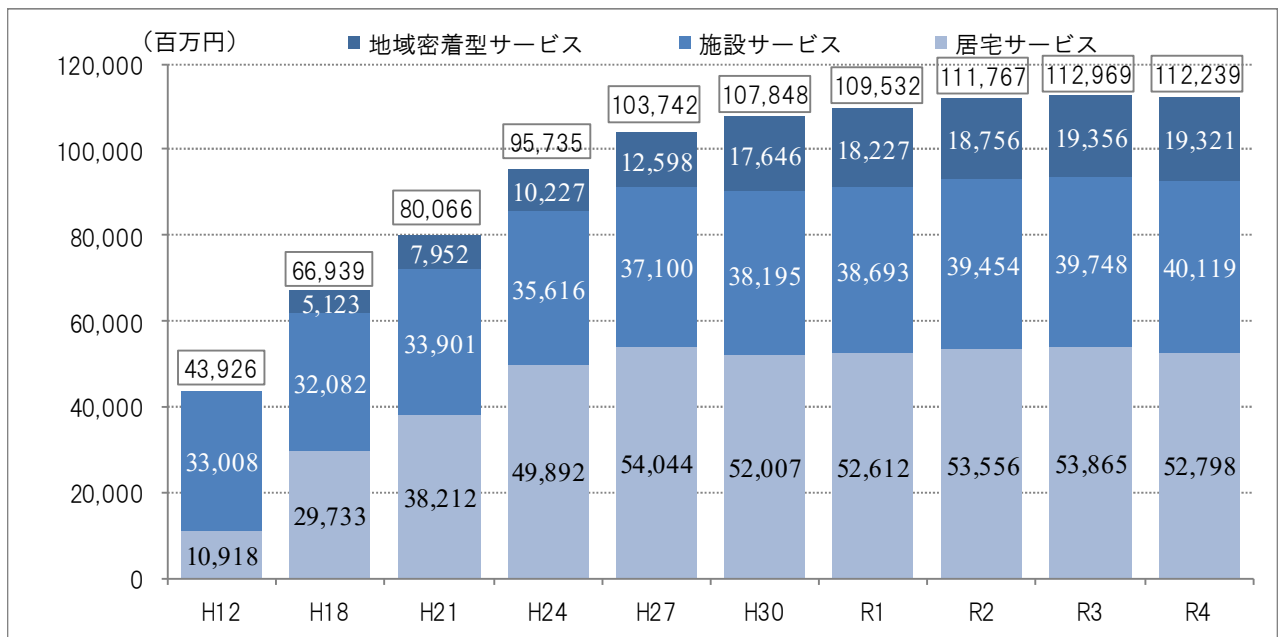


出典：介護保険事業状況報告（各年10月実績）

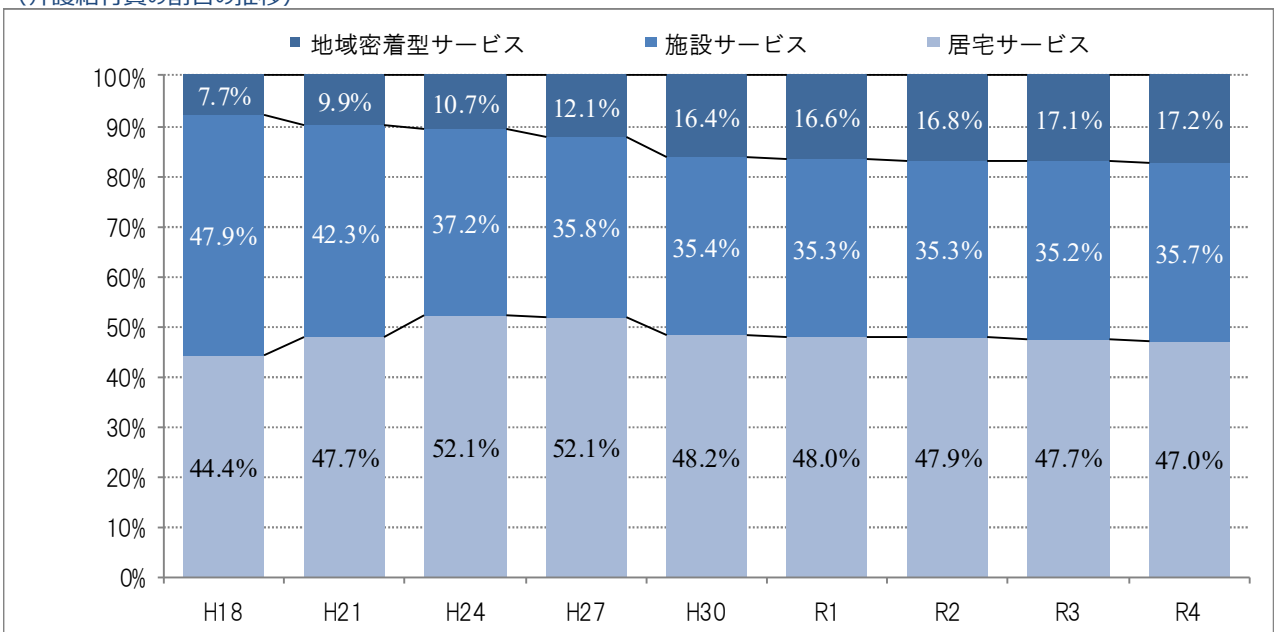
(2) 介護給付費の推移

- 介護給付費は増加傾向が続き、令和4年度の給付総額は1,122億円となっています。これは、制度が始まった平成12年度と比較して約2.5倍の金額です。
- 令和4年度は前年度と比較して減少していますが、新型コロナウイルス感染症の影響が一定程度あったものと推察されます。
- サービスの区別に給付費の推移をみると、地域密着型サービスはサービス基盤の整備に伴い、給付費の割合が増加しています。

【図表3-10】 秋田県の介護給付費の推移



(介護給付費の割合の推移)



出典：介護保険事業状況報告

2. 介護サービスの利用実績（計画との対比）

「第8期介護保険事業支援計画」で設定した令和3年度から令和4年度までの介護サービスの利用見込量に対し、利用実績は下表のとおりでした。

【図表3-11】利用見込量に対する実績（利用者数）

（単位：人）

		実績値		計画値		対計画比（実績値/計画値）	
		R3	R4	R3	R4	R3	R4
施設サービス	小計	159,997	160,131	165,624	169,200	96.6%	94.6%
	介護老人福祉施設	86,137	87,236	88,752	91,824	97.1%	95.0%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	11,344	11,309	11,772	11,772	96.4%	96.1%
	介護老人保健施設	58,398	57,095	60,768	60,876	96.1%	93.8%
	介護医療院	3,700	4,469	3,564	3,960	103.8%	112.9%
	介護療養型医療施設	417	22	768	768	54.3%	2.9%
居住系サービス	小計	60,564	61,298	68,064	70,980	89.0%	86.4%
	特定施設入居者生活介護	25,685	26,223	30,660	32,628	83.8%	80.4%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	3,000	2,655	3,264	2,688	91.9%	98.8%
	認知症対応型共同生活介護	31,879	32,420	34,140	35,664	93.4%	90.9%
在宅サービス	訪問介護	107,128	105,826	109,272	109,980	98.0%	96.2%
	訪問入浴介護	9,922	9,969	10,740	10,836	92.4%	92.0%
	訪問看護	36,658	38,113	35,916	36,396	102.1%	104.7%
	訪問リハビリテーション	7,031	7,030	7,056	7,068	99.6%	99.5%
	居宅療養管理指導	23,772	25,011	25,032	25,476	95.0%	98.2%
	通所介護	125,716	120,454	136,188	137,424	92.3%	87.7%
	地域密着型通所介護	45,155	45,750	45,120	45,492	100.1%	100.6%
	通所リハビリテーション	44,203	42,734	46,116	46,608	95.9%	91.7%
	短期入所生活介護	109,307	105,343	116,124	114,960	94.1%	91.6%
	短期入所療養介護（老健）	2,658	2,775	2,448	2,460	108.6%	112.8%
	短期入所療養介護（介護医療院）	0	1	0	0	-	-
	福祉用具貸与	248,675	253,601	245,364	248,340	101.3%	102.1%
	特定福祉用具販売	4,328	4,074	5,040	5,136	85.9%	79.3%
	住宅改修	2,440	2,320	3,936	3,972	62.0%	58.4%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,946	3,063	3,216	3,600	91.6%	85.1%
	夜間対応型訪問介護	0	0	96	96	0.0%	0.0%
	認知症対応型通所介護	4,819	4,288	5,664	5,736	85.1%	74.8%
	小規模多機能型居宅介護	16,876	16,200	20,328	20,688	83.0%	78.3%
	看護小規模多機能型居宅介護	1,942	1,989	2,364	2,760	82.1%	72.1%
	介護予防支援・居宅介護支援	446,669	442,378	453,804	458,544	98.4%	96.5%

【実績値】厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報
 【計画値】介護保険事業計画に係る保険者からの報告値

【図表3-12】 利用見込量に対する実績（給付費）

(単位：百万円)

		実績値		計画値		対計画比（実績値/計画値）	
		R3	R4	R3	R4	R3	R4
施設サービス	小計	42,920	43,349	44,652	45,679	96.1%	94.9%
	介護老人福祉施設	22,018	22,492	22,919	23,725	96.1%	94.8%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,171	3,229	3,289	3,291	96.4%	98.1%
	介護老人保健施設	16,264	16,076	16,839	16,884	96.6%	95.2%
	介護医療院	1,345	1,557	1,358	1,532	99.0%	101.6%
	介護療養型医療施設	121	-5	247	247	49.0%	-2.0%
居住系サービス	小計	13,227	13,389	14,590	15,222	90.7%	88.0%
	特定施設入居者生活介護	4,473	4,573	5,241	5,595	85.4%	81.7%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	584	454	636	522	91.8%	86.9%
	認知症対応型共同生活介護	8,170	8,362	8,713	9,105	93.8%	91.8%
在宅サービス	小計	56,823	55,501	59,862	60,340	94.9%	92.0%
	訪問介護	7,399	7,496	7,564	7,639	97.8%	98.1%
	訪問入浴介護	557	556	616	624	90.5%	89.1%
	訪問看護	1,293	1,359	1,311	1,334	98.7%	101.8%
	訪問リハビリテーション	192	187	212	214	90.6%	87.7%
	居宅療養管理指導	172	184	182	185	94.3%	99.2%
	通所介護	8,422	7,884	9,271	9,404	90.8%	83.8%
	地域密着型通所介護	2,945	2,872	3,051	3,091	96.5%	92.9%
	通所リハビリテーション	2,490	2,297	2,727	2,764	91.3%	83.1%
	短期入所生活介護	19,183	18,540	19,796	19,632	96.9%	94.4%
	短期入所療養介護（老健）	267	273	239	239	111.8%	114.5%
	福祉用具貸与	2,787	2,863	2,759	2,794	101.0%	102.5%
	特定福祉用具販売	121	118	137	140	88.5%	84.2%
	住宅改修	205	196	314	317	65.2%	61.9%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	442	454	456	502	96.9%	90.3%
	夜間対応型訪問介護	0	0	3	3	0.0%	0.0%
	認知症対応型通所介護	482	422	587	593	82.1%	71.2%
	小規模多機能型居宅介護	3,060	2,997	3,638	3,692	84.1%	81.2%
	看護小規模多機能型居宅介護	502	531	625	723	80.4%	73.4%
	介護予防支援・居宅介護支援	6,304	6,271	6,376	6,448	98.9%	97.2%
合 計	施設サービス、居住系サービス、在宅サービス	112,969	112,238	119,104	121,241	94.8%	92.6%

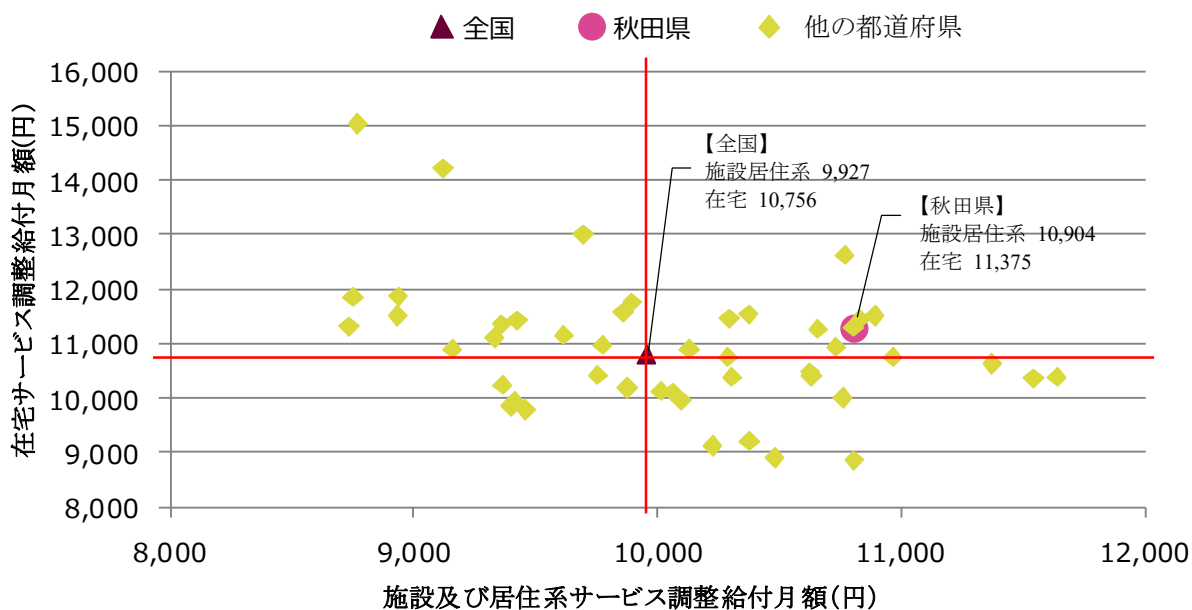
【実績値】厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報
【計画値】介護保険事業計画に係る保険者からの報告値

3. 介護サービスの利用に関する本県の特徴

(サービス系列別にみた介護給付費の対全国比較)

- 介護サービスの利用状況について、第1号被保険者1人当たり介護給付費の面から本県の特徴を考察すると、在宅サービス及び施設・居住系サービスのいずれにおいても全国平均を上回っている状況です。
- 在宅サービスの中には、本県で利用者が多い短期入所生活介護（ショートステイ）も含まれており、ショートステイ利用者の中には長期にわたって利用している方も多いため、実質的には、本県は施設・居住系サービスの利用が多いという特徴があります。
- 一般的には軽度の高齢者に比べ、重度の高齢者は施設・居住系サービスのニーズが高いことが想定されます。本県は要介護3以上の重度の認定者の割合が高くなっており、このことが施設・居住系サービスへの高いニーズにつながっていると考えられます。

【図表3-13】 第1号被保険者1人当たりの給付月額（年齢調整後※）【全国平均及び他都道府県との比較】



出典：「介護保険総合データベース」及び総務省「住民基本台帳人口・世帯数」（令和3年）

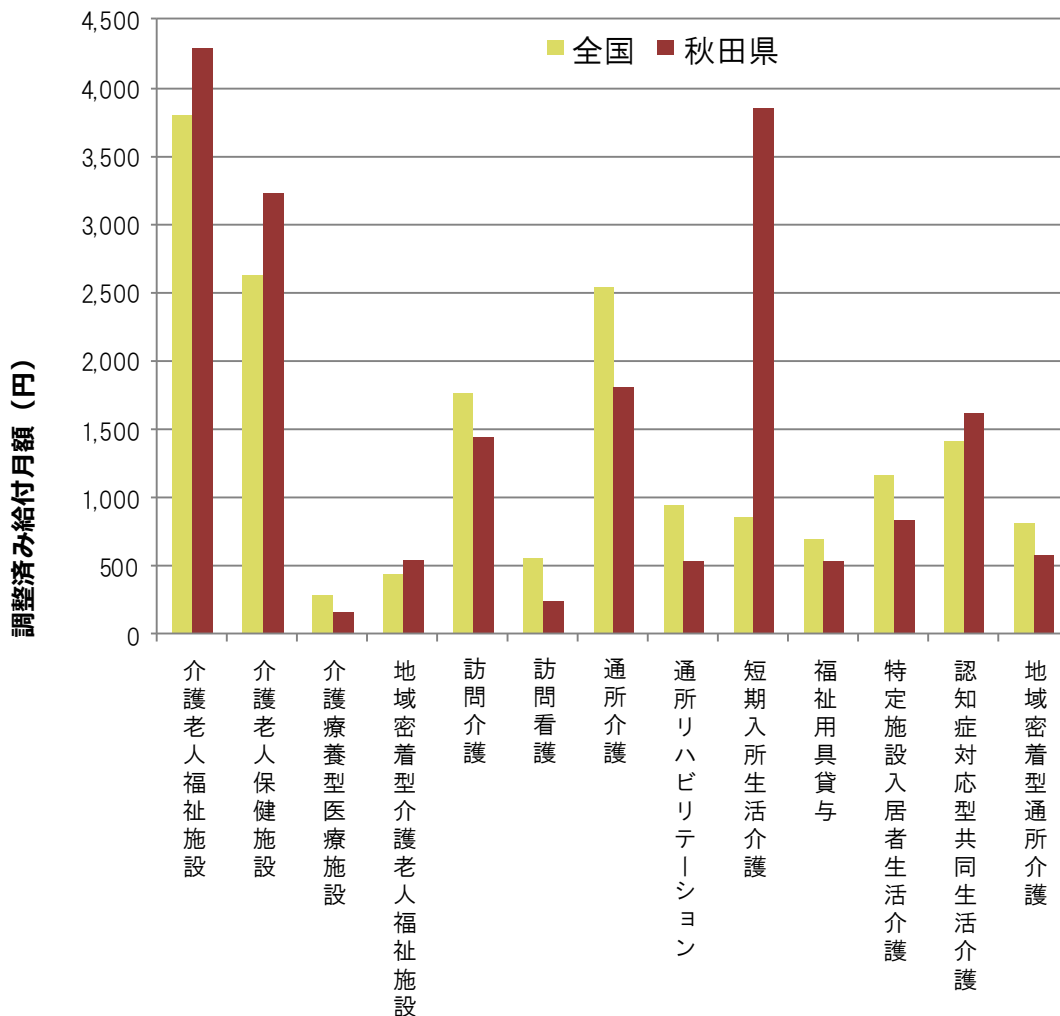
※「年齢調整」とは？

上記の散布図は、数値を「年齢調整」により補正しています。都道府県別に要介護認定率や介護給付費等を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者が多い都道府県では高くなる傾向があります。「年齢調整」はこのような年齢構成による違いを除去して比較できるようにしたものです。これにより、各都道府県の年齢構成の違いを気にすることなく、より正確に地域比較等を行うことができます。

(サービスの種類別に見た介護給付費の全国比較)

- サービスの種類別に介護給付費を全国平均と比較すると、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）といった入所・居住系サービスが全国平均を上回っています。
- さらに、在宅サービスに分類される短期入所生活介護（ショートステイ）の介護給付費は全国平均の4倍以上と、突出して高くなっています。
- これらのことから、本県は入所・居住系のニーズが高いことが分かります。
- 一方、訪問介護、訪問看護といった訪問系サービスや、通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護といった通所系サービスについては、全国平均を下回っています。

【図表3-14】 主なサービス別に見た第1号被保険者1人当たりの給付月額（年齢調整後）



出典：「介護保険総合データベース」及び総務省「住民基本台帳・世帯数」（令和3年）

第4章

計画の基本目標と施策の柱

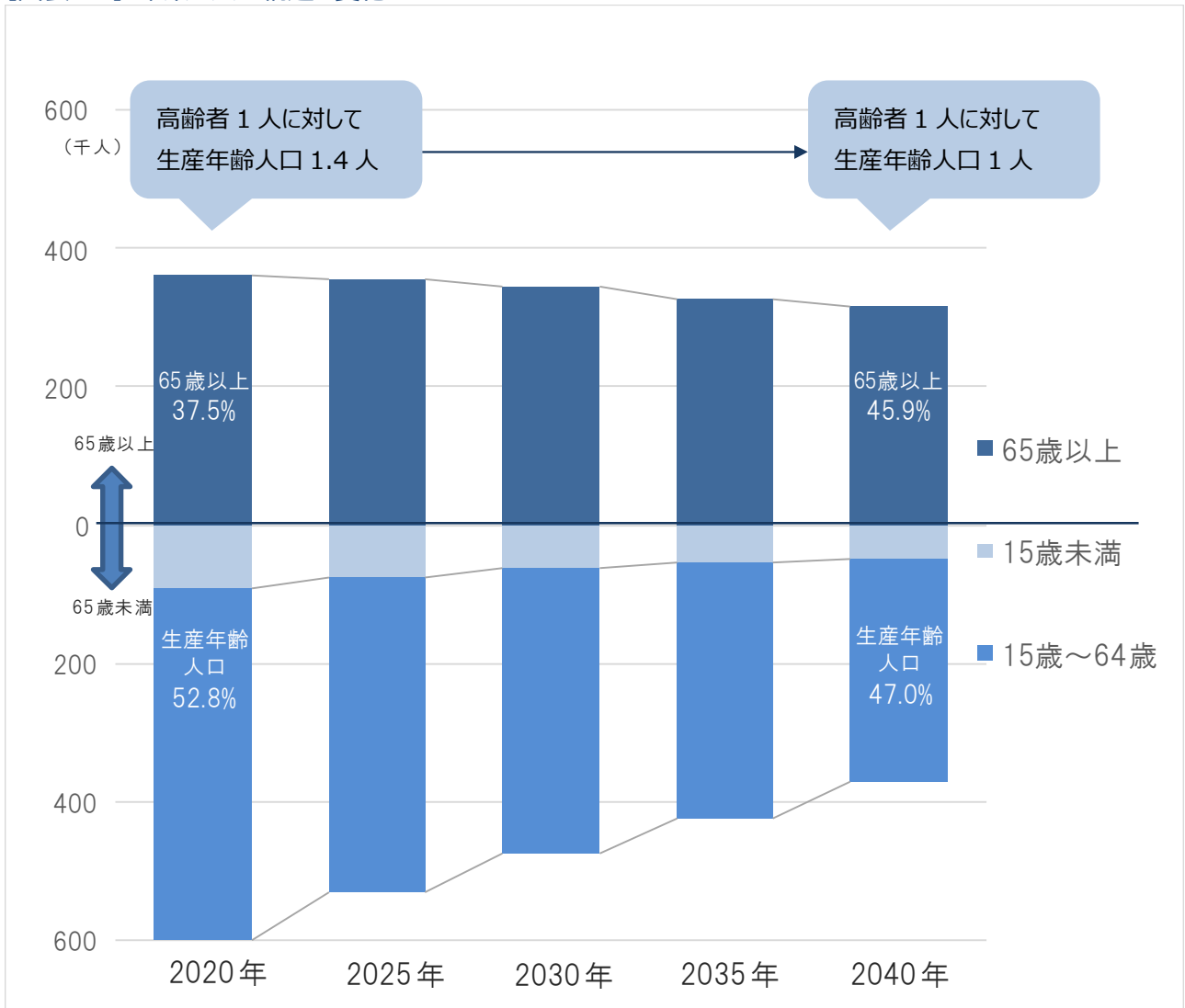
- 1 節 計画の基本目標
- 2 節 「施策の柱」の設定とその背景
- 3 節 3つの「施策の柱」

1節 計画の基本目標

急激な人口構造の変動の中にあっても、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、人との関わりを維持しながら、その有する能力に応じて、自分らしい生活を営むことができる持続可能な社会の実現

- 本県では、今後も少子高齢化が進行し、2040年には高齢者人口と生産年齢人口の割合が同程度となります。
- そのような急激な人口構造の変動の中にあっても、高齢者が幸福感を感じながら地域で安心して暮らしていくことができるよう、2040年を見据え、持続可能な社会の仕組みを整えていく必要があります。

【図表4-1】 本県の人口構造の変化

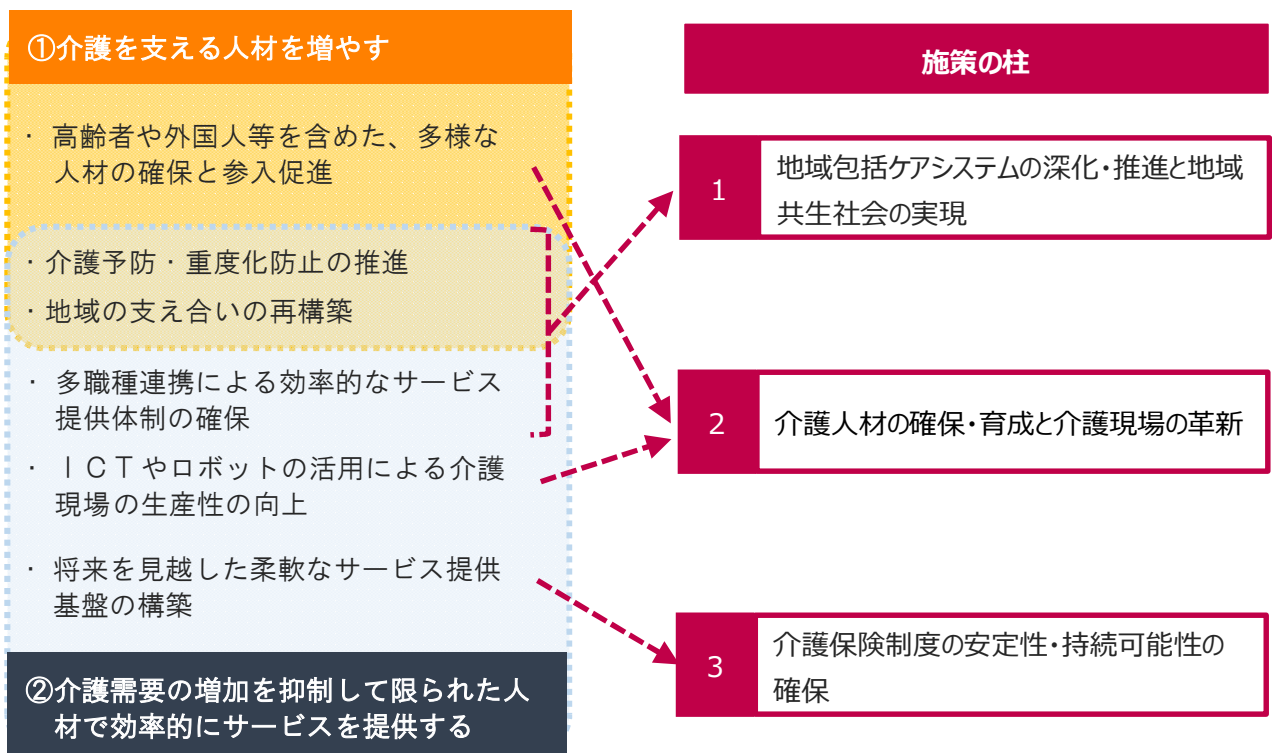


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

2節 「施策の柱」とその背景

- 2040年にかけて、介護を必要とする方は増加する一方で、介護を支える側の生産年齢人口は急激に減少していきます。
- このような局面を乗り切るためには、①介護を支える人材を増やすという視点と、②介護需要の増加を抑制して限られた人材で効率的にサービスを提供する、という2つの視点が重要であると考えます。
- ①の「介護を支える人材を増やす」という点では、高齢者や外国人等を含めた多様な人材の確保と参入促進を図ることが重要です。
- ②の「介護需要の増加を抑制して限られた人材で効率的にサービスを提供する」という視点では、多職種連携による効率的なサービス提供、ICTやロボットの活用による介護現場の生産性の向上、将来を見越した柔軟なサービス提供基盤の整備、などの取組が重要です。
- 高齢者の介護予防・重度化防止の推進は、介護需要の抑制につながるとともに高齢者の活躍の基盤になるという点で、また、地域の支え合いの再構築は、地域住民の力をインフォーマルなサービス提供に活かすという点で、①と②の両方の観点から重要です。
- このような考え方のもと、基本目標の達成に向け、次の3つを施策の柱に据えることにしました。

【図表4-2】 施策の柱とその背景にある2つの視点



3節 3つの「施策の柱」

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進と地域共生社会の実現

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

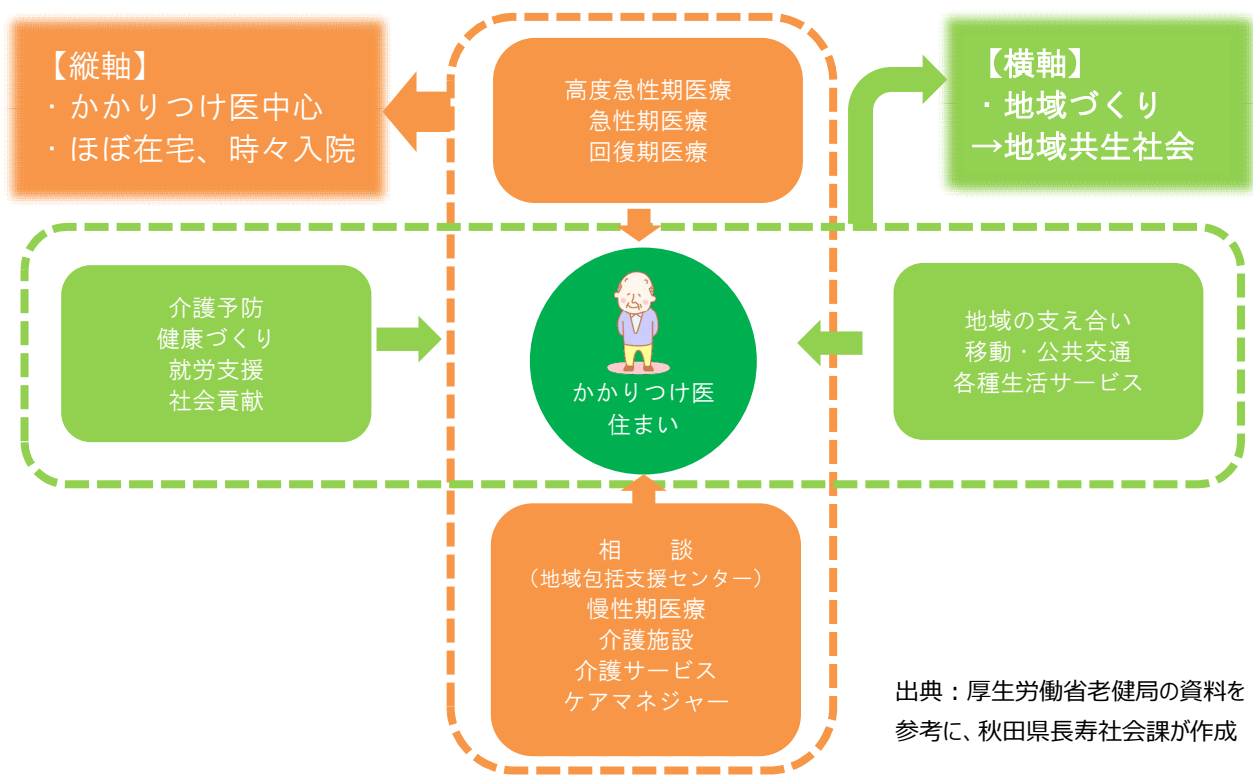
- 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に提供される体制です。
- 高齢化が進行し、一人暮らしや認知症の高齢者が増加する中、医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で生活を続けていくためには、切れ目のない医療・介護サービスの提供が重要であり、そのためにはサービス提供者間の多職種連携の取組を強化する必要があります。
- また、これからの生産年齢人口の急減を見据えると、全てのサービスを専門職が提供するという考え方ではなく、市町村が中心となって、医療・介護専門職がその専門性を発揮しつつ、高齢者を含む住民やNPO、民間企業など多様な主体を含めた地域の力を総動員するという視点に立ち、地域をデザインしていくという発想が重要です。
- さらに、高齢者の健康寿命を伸ばし、「生活の質」を維持していくためには、「自立高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐこと」及び「要介護高齢者がそれ以上に状態を悪化させないこと」を目的とした、介護予防・重度化防止に資するサービスの提供をより一層進めていく必要があります。
- 本県では重度の要介護認定率が高い市町村ほど、高齢者1人当たりの介護給付費が高くなり、その結果、介護保険料も高くなる傾向があります。そのため、介護予防・重度化防止の取組は、介護保険制度の持続可能性を確保する上でも重要です。
- 高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域全体で支えていく「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことは、住民が、地域・暮らし・生きがいを共に創り、高め合う「地域共生社会」の実現に向けた中核的な基盤となりえます。

(2) 地域共生社会の実現

- 地域共生社会とは、住民や地域の多様な主体が、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会です。
- 現在、地域では、世帯構造の変容、共同体機能の脆弱化、人口減による担い手不足など社会構造が変化するとともに、生活困窮や孤独・孤立、虐待、ヤングケアラーなど、支援ニーズが複雑化・複合化し、制度の狭間にある生活・福祉課題が顕在化するなど、従来型の社会保障だけでは十分な対応が難しい状況にあります。

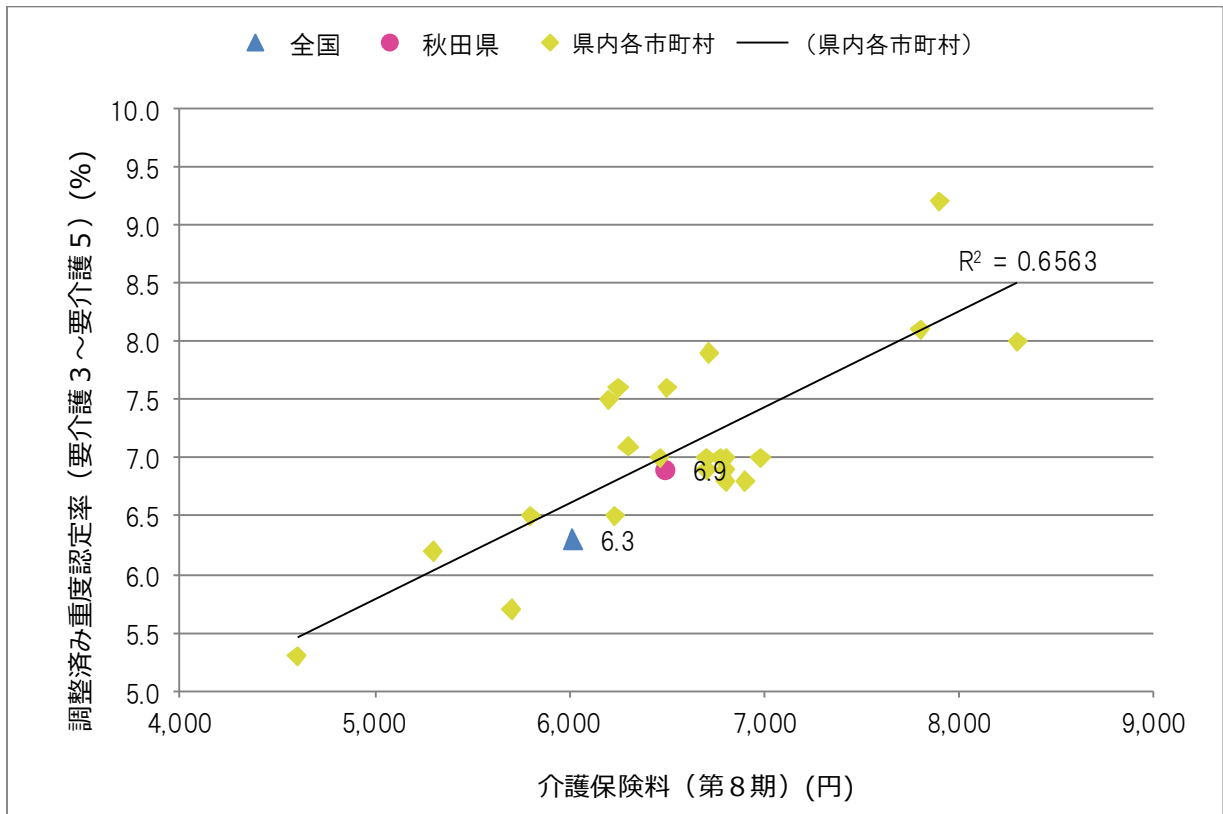
- そのため、介護、障害、子ども・子育て、生活困窮などの制度・分野の枠を超えて、それぞれの専門性をお互いに活用し、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、世代を問わず、住民と住民、住民と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、重層的に支え合う社会への転換が求められています。
- これまで、地域包括ケアシステムの推進により、生活支援や介護予防、認知症施策等において「地域づくり」を進めてきましたが、今後は、地域共生社会の観点からの取組と一体的に進めることにより、地域包括ケアシステムを深化させ、併せて地域共生社会の実現を図る必要があります。

(参考：地域包括ケアシステムの「横軸」と「縦軸」)



- 地域包括ケアシステムは「地域を基盤としたケア」（横軸）と「包括ケア」（縦軸）の掛け合わせであると捉えることができます。
- 横軸の「地域を基盤としたケア」は介護予防や生活支援が中心であり、介護予防や重度化防止、生活・福祉課題があっても解決し、地域での生活を継続できるようにする上で重要であり、「地域づくり」や「地域共生社会」の実現と関連が強い部分です。
- 縦軸は医療・介護専門職等からなる多職種連携による包括的・一体的なサービス提供体制のことで、特に中度以上の方が「ほぼ在宅、時々入院」の状態での生活を継続していく上で重要な部分です。

【図表4-3】 県内各市町村の調整済み重度認定率と介護保険料の分布



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報及び総務省「住民基本台帳人口・世帯数」（令和元年）

2. 介護人材の確保・育成と介護現場の革新

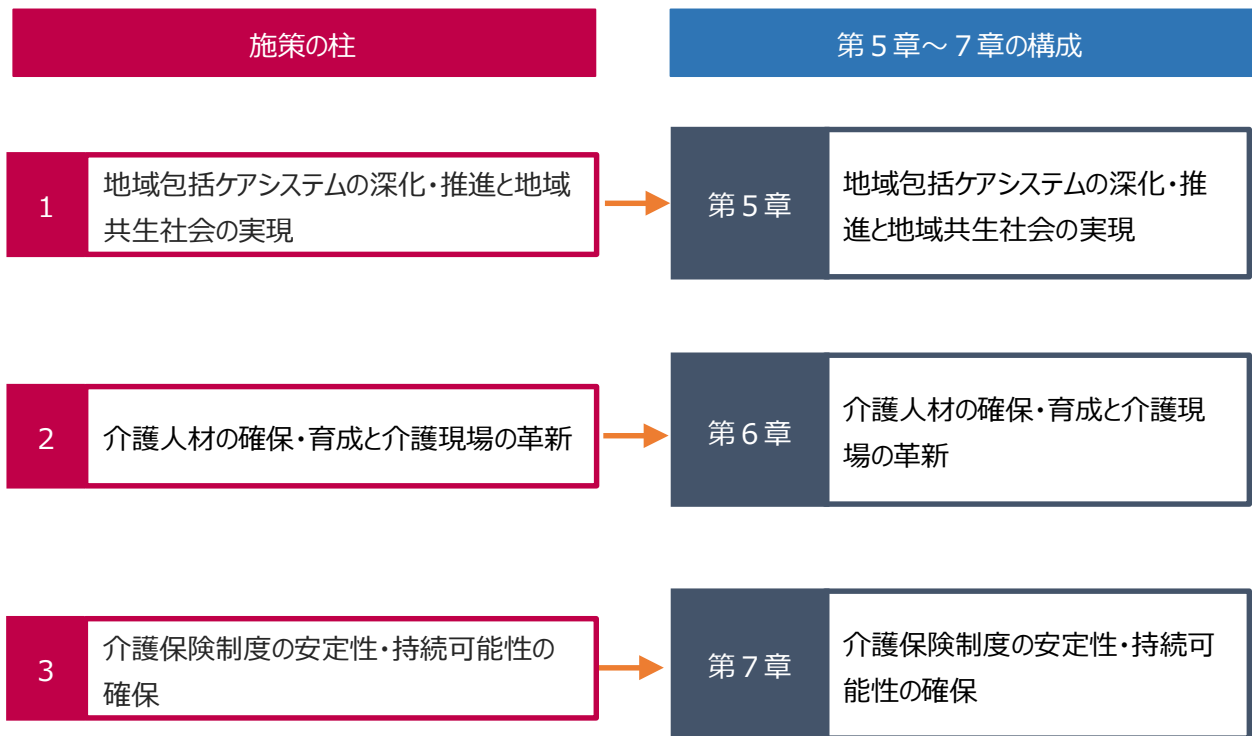
- 介護サービスの需要は、現在よりも増加する一方で、介護を中心的に担う生産年齢人口は急激に減少していくことが見込まれます。
- そのような状況において、必要なサービスを維持していくためには、介護のイメージアップを図り、元気な高齢者や外国人など、幅広い多様な層からの人材参入を促進する取組が重要です。
- また、介護ロボット、ICT機器等の導入により、介護従事者の身体的負担を軽減するとともに、介護の質を維持しながら、効率的な業務運営を実現するため、生産性向上に資する様々な取組を総合的に推進していくことが重要です。
- さらに、介護サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用するため、介護分野における文書に係る負担を可能な限り軽減し、業務の効率化を図るとともに、介護サービス事業者の経営の協働化や大規模化も有効な手段の一つとして検討する必要があります。
- 加えて、ハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくりや、介護職員等の資質の向上に向けた取組を推進していくことが重要です。

3. 介護保険制度の安定性・持続可能性の確保

- 今後の介護サービスの需要増加に伴い、介護給付費は増大し、その結果、介護保険料の水準も上昇していくことが予想されます。
- そのような状況において、介護保険制度への信頼性を高め、持続可能な制度としていくためには、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを介護サービス事業者が適切に提供するように促すことで、適切なサービス量の確保と同時に効率化を図っていく必要があります。
- また、今後の保険者ごとの介護サービスの利用者数を推計すると、2040年まで増え続ける保険者もある一方で、ピークを過ぎて減少に転じている保険者もあり、将来を見通した上で、各地域の状況に応じたサービス基盤の整備を進めていくことが重要です。
- 介護給付等に要する費用の適正化の観点から、各保険者においては、「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」を重点的に実施していく必要があります。

（「施策の柱」と第5章～7章の構成について）

- 第5～7章では、計画の基本目標実現に向けた具体的な取組を記載しています。「施策の柱」と第5～7章の関連は次のとおりです。



第5章

地域包括ケアシステムの深化・推進と 地域共生社会の実現

- 1 節 基本的な考え方
- 2 節 社会参加と介護予防の推進
- 3 節 地域包括ケアシステムを支える組織への支援と人材の育成
- 4 節 在宅医療・介護連携の推進
- 5 節 総合的な認知症施策の推進
- 6 節 高齢者の住まいの充実
- 7 節 高齢者の安全を守る取組

1節 基本的な考え方

高齢者が、これまでの住み慣れた地域で元気にいきいきと暮らしていくためには、安心して過ごせる環境で、生きがいを持って社会参加しながら、できるだけ介護が必要な状態にならないよう、自立した生活を送ることが大切です。

介護が必要となったときでも、医療や看護、介護、リハビリテーションなどの様々なサービスや支援を受けることで、本人の希望に添ったその人らしい生活を送ることができるよう、地域包括ケアシステムを深化・推進していく必要があります。

第5章では、高齢者が住み慣れた地域で、幸せを実感しながら安心して暮らし続けることができるための様々な取組について記載しています。

- 高齢者が自分らしく生きるためには、生きがいを持ちながら社会参加するとともに、要介護状態になることを防ぐために介護予防に取り組むことや、自立した生活を支えるための生活支援体制づくりを進める必要があります。
- 地域包括ケアシステムを支える組織・人材の強化のため、地域包括支援センター等の体制強化と人材育成を支援する必要があります。
- 高齢者が医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための、在宅生活を支える医療と介護の連携体制を整える必要があります。
- 認知症は誰もがなりうるものであり、認知症の人の意思を尊重し、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すことができる地域づくりと、認知症の発症遅延や発症リスクの低減、進行を緩やかにする取組を推進します。
- 介護が必要な高齢者や単身・高齢者夫婦のみ世帯は増加傾向にあり、今後も増加が見込まれています。自宅で生活することが困難であったり、他の住まいでの生活を希望する高齢者のため、多様な住まいを確保するとともに、こうした住まいについて県民へ情報提供します。また、施設が提供するサービスの質の向上につなげる取組を推進します。
- 高齢者が地域で安心して暮らすためには、心身の健康に加え、毎日の生活を安全に過ごせることが大切です。地域における見守り、交通安全や防犯対策などのほか、災害時の支援体制などを整備します。

2節 社会参加と介護予防の促進

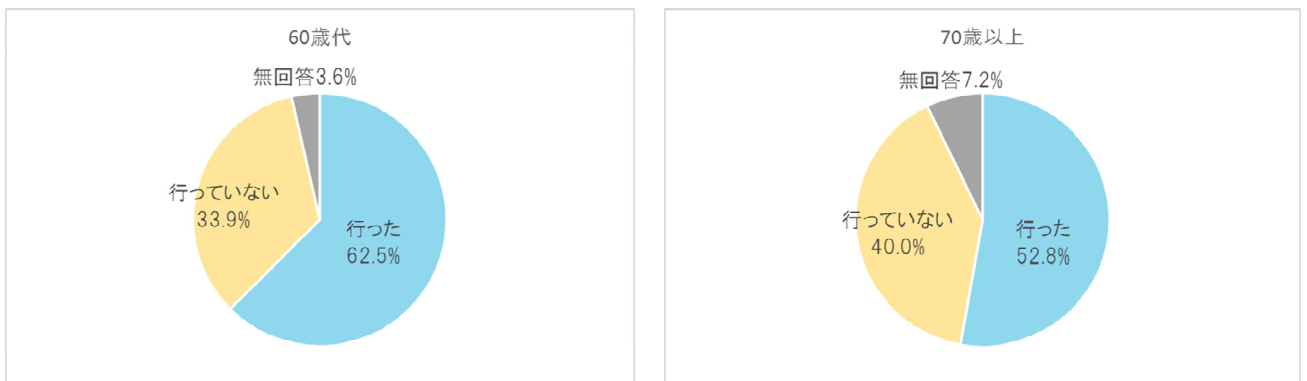
1. 生きがいづくり・社会参加の促進

○現状と課題○

(生きがいづくり・社会参加の意義)

- 高齢者が健康上の問題で日常生活を制限されることなく、生きがいを持って暮らせるよう、交流や活躍の場を広げていくことが重要です。また、豊かな経験や知識・技能を生かして自分の役割を見出し、就労やボランティア活動等を通じて積極的に社会参加することで、元気な高齢者が社会を支える担い手として活躍することが期待されています。
- 様々な人と交流する機会や社会活動に参加することは心身の健康状態や生活習慣に良い影響を与えると考えられており、社会参加の機会を有している人ほど、心身の健康状態が良い傾向にあると考えられています。
- 令和5年度に実施した県民意識調査では、60歳代の62.5%、70歳以上の52.8%が「令和4年度中に仕事や社会活動等（趣味や健康づくり、生涯学習を含む。）」を行った、と回答しています。高齢者全体では58.5%となっており、第8期計画策定時（令和2年度）の57.0%、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が影響したとみられる令和3年度調査時の53.5%と比較して回復傾向にあります。
- 高齢者が元気に社会参加するためには、要介護状態になることを予防するための取組が重要です。介護予防に資する取組として、年齢、性別、健康状態、趣味等に応じて誰でも参加することができる多様な住民主体の通いの場の拡充が期待されます。また、ボランティア活動や就労等、社会を支える担い手として活躍することで、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながると言われています。

【図表5-1】60歳以上の方の仕事や社会活動等への参加状況



出典：令和5年度県民意識調査（問3-11（令和4年度に仕事や社会活動等（趣味や健康づくり、生涯学習を含む。）を行った割合）

(老人クラブ活動)

- 老人クラブは、地域に根ざして自主的に健康づくりや仲間づくり、環境美化などの活動を行っており、高齢者のボランティア活動等の大きな部分を担っています。県内の老人クラブは、令和4年度末時点で1,283クラブ、会員数は42,088人で、60歳以上人口（令和5年1月1日現在）に占める加入率は、9.8%となっています。
- 県では、一定の規模を有する老人クラブに、市町村を通じて活動に対する助成を行っていますが、クラブ数、会員数とも年々減少しています。
- 老人クラブ活動の活性化は、県内全域での高齢者の社会参加の促進につながることから、クラブの役割や活動を積極的に周知していく必要があります。

【図表5-2】 秋田県の老人クラブ数及び加入状況の推移

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
老人クラブ数（クラブ）	1,583	1,530	1,476	1,368	1,283
老人クラブ会員数（人）	58,836	55,042	51,409	45,963	42,088
60歳以上における加入率	13.5%	12.6%	11.8%	10.6%	9.8%

出典：長寿社会課調べ

※クラブ数、会員数は各年3月末現在、60歳以上人口は各年1月1日現在

○今後の取組○

(生きがいづくり・社会参加の促進)

- 高齢者を中心とした健康と福祉の祭典である「全国健康福祉祭（ねんりんピック）」への本県選手団の参加に対し引き続き支援を行い、高齢者の健康・生きがいづくりを促進します。
- 「県版ねんりんピック（いきいき長寿あきたねんりんピック）」への支援を行い、スポーツの実施や趣味・創作活動の発表の場を設けることを通じて、高齢者が継続してスポーツや文化活動に取り組むことができるよう支援します。
- 高齢者の生きがいづくりや社会参加につながる取組として、介護サービス提供期間中に適切に提供される有償を含めたボランティア活動や就労的活動を支援します。
- 市町村が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場の拡充について、市町村との協働により、地域の実情に応じた支援に取り組みます。
- 役割のある形での高齢者の社会参加等を促進するため、市町村における「就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）」の配置を支援します。

- 秋田労働局、秋田県シルバー人材センター連合会等の関係機関と連携し、高年齢者※の就業や健康づくりに対する意識啓発、企業に対する高年齢者の雇用拡大に関する働きかけ等を通じ、就業・雇用の促進を図ります。

※高年齢者：高年齢者等の雇用の安定等に関する法律及び同法施行規則により55歳以上の人をいいます。

(老人クラブ活動への支援)

- 人口減少や高齢化が進む中、健康づくりや地域貢献活動等を行う老人クラブの役割は、今後ますます重要となります。
- 老人クラブは、地域の清掃活動や、見守り活動、地域パトロール等の地域貢献活動の担い手としての役割が期待されていることから、老人クラブが行う組織強化の活動等に対し、引き続き支援します。
- 市町村の広報等を通じて、老人クラブ活動を広く周知し、活動の理解を広げ、幅広い高齢者の参加を促します。

2. 総合事業の充実化と生活支援体制整備事業の促進

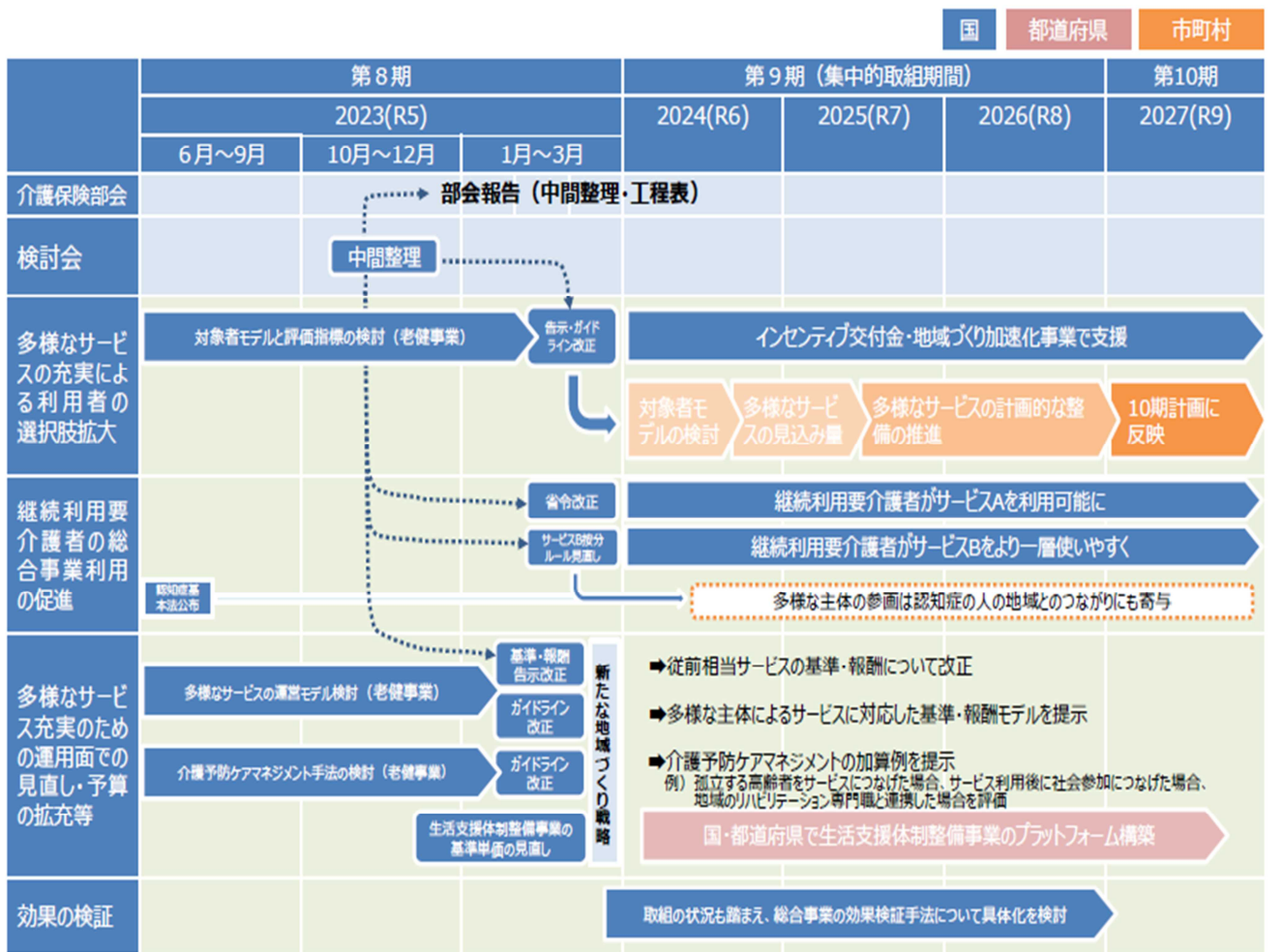
○現状と課題○

- 生産年齢人口が減少する中で、社会の担い手を確保し、持続可能な介護保険制度を維持する上で、自立支援・介護予防の取組により元気な高齢者を増やすことが重要です。
- 介護予防・日常生活支援総合事業においては、民間事業者や住民主体による多様な生活支援サービスの提供が可能となっており、地域の実情に応じて、ボランティア、NPO、民間企業、自治会、老人クラブなどによる見守り、配食、外出支援、集いの場など、様々な主体によるサービス提供体制の推進が求められています。
- 高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者自身や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるといった視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要です。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築することが求められています。
- 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に参画しやすくなるよう、生活支援体制整備事業による生活支援コーディネーターの活動や、協議体の取組を活性化する必要があります。

○今後の取組○

- 総合事業の実施主体である市町村が効果的な事業デザインを検討することができるよう、県単位での分析データや国が提供する「総合事業のガイドライン」の内容を踏まえた多様な情報提供や助言を行います。
- 総合事業の推進について、各保険者固有の課題の解決と県全体の取組の充実化のため、国の支援制度の活用促進や保険者への伴走支援に取り組みます。
- 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等に対する研修会や情報交換会等を開催し、スキルアップを図るとともに県内の好事例等の情報共有を図ります。
- 国が示す総合事業の充実に向けた工程表に基づき、民間企業などの多様な主体と市町村及びキーパーソンとなる生活支援コーディネーター等との接続を促進するため、「生活支援体制整備事業のプラットフォーム構築」を推進します。

【図表5-3】 総合事業の充実に向けた工程表



出典：厚生労働省 令和5年度 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会 中間整理

3. フレイル予防の推進

○現状と課題○

- 多くの人が健康な状態からフレイルの状態を経て、要介護状態に至ると考えられており、フレイル予防は介護予防の観点において重要な取組です。
- フレイルには、身体的フレイル（ロコモティブシンドローム、サルコペニアなど）以外にも、精神・心理的フレイル（抑うつ、意欲の低下など）、社会的フレイル（社会とのつながりの希薄化など）があり、栄養・食生活、身体活動・運動、社会参加の分野における総合的な取組が必要となります。
- 令和3年度に実施した健康づくりに関する調査では、フレイルという言葉の認知度は13.8%となっており、フレイルの認知が進んでいない状況にあります。
- やせはフレイルのリスクを高める大きな要因の1つですが、BMI18.5未満のやせの状態にある人の割合は、70歳以上になると男性において大きな増加が見られます。

■フレイルとは

加齢による身体的機能や認知機能の低下により、健康な状態と要介護状態の中間に位置している状態のことを言います。早期に適切な対策を行うことで、元の健康な状態に戻る可能性があります。

○今後の取組○

- 運動や栄養分野の専門家による、県民を対象とした研修会や出前講座の開催等により、フレイル予防に関する知識の普及啓発を推進します。また、講習会等の実施を通じて、地域の実情を反映したフレイル予防の取組を主体的に担える人材の育成と資質向上を図ります。
- 高齢期に着目した正しい食生活や運動習慣に関する正しい知識の普及啓発を一層推進します。
- オーラルフレイルはフレイルの最初の入口とされており、口腔機能の状態とフレイルは関連が非常に深いことから、働き盛り世代からの適切な口腔ケアの普及啓発等により、オーラルフレイル予防を推進します。
- 老人クラブ活動への支援や「通いの場」の拡充、ICTの活用等による新たな社会参加活動への取組の推進により、社会参加の機会の一層の拡充を図ります。

■オーラルフレイルとは

食べこぼしやむせ、滑舌の悪化など、「噛む」、「飲み込む」、「話す」といった口腔機能が加齢などにより衰えている状態。オーラルフレイルの状態を放置すると、フレイルにつながるリスクが高まるため、フレイルと同様に早期の対策が重要となります。

4. 保健事業と介護予防の一体的な実施

○現状と課題○

(高齢者に対する保健事業と介護予防の実施状況)

- これまで、75歳以上の後期高齢者に対する保健事業は秋田県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」といいます。）が主体となって実施し、介護予防に関する取組は市町村が主体となって実施していましたが、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題がありました。
- 市町村は、住民に身近な立場からきめ細やかなサービスを提供することができ、保健事業や介護予防についてもノウハウを有していること等から、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が令和2年4月1日から施行され、広域連合の委託を受けた市町村が高齢者に対する保健事業と介護予防を一体的に実施できるようになりました。
- 令和5年度においては、県内23市町村が一体的な実施に取り組んでおり、その他の市町村についても体制が整備でき次第、取り組むことにしています。

○今後の取組○

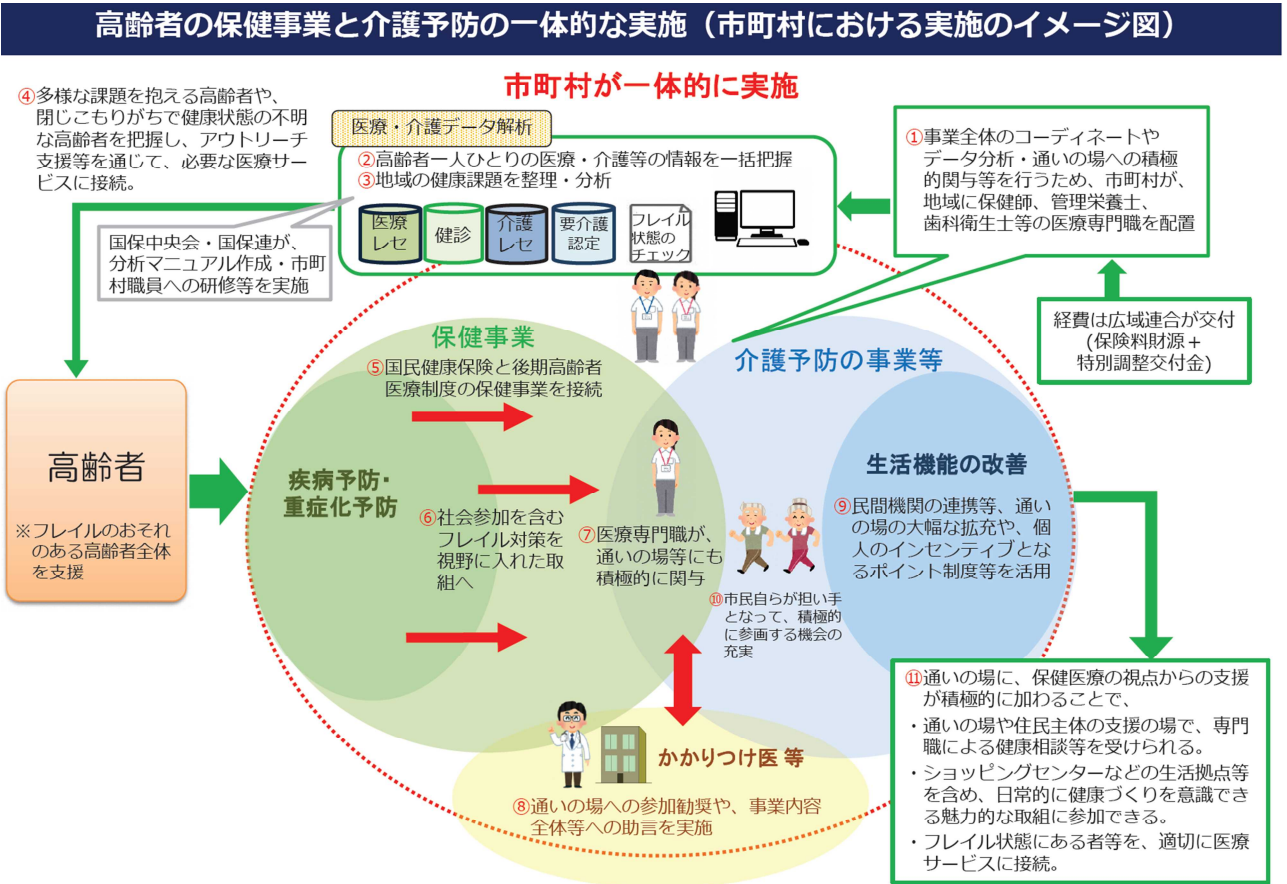
(市町村による一体的な実施への取組)

- 一体的な実施に取り組むに当たり、地域における事業全体のコーディネートを保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の医療専門職が担い、医療・介護データを分析して地域の健康課題を把握します。
- 健康課題等を抱える高齢者を特定し、必要に応じてアウトリーチ支援を行いながら、医療・介護サービスにつなげます。
- 地域の医療関係団体等と連携を図りながら、医療専門職が「通いの場」等にも積極的に関与し、フレイル及びオーラルフレイル予防にも着眼した高齢者への支援を行います。

(市町村及び広域連合に対する支援)

- 市町村や広域連合における一体的な実施の取組が着実に進むよう、県においても関係部局が連携して、専門的見地等からの支援や好事例の横展開を進めます。
- 広域連合や国民健康保険団体連合会とともに、事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行います。
- 市町村の要望を踏まえながら、国保データベース（KDB）システムを活用して医療費等のデータを分析するなど、必要な情報を市町村へ提供します。

【図表5-4】市町村における一体的な実施のイメージ



出典：厚生労働省

3節 地域包括ケアシステムを支える組織への支援と人材の育成

1. 地域包括支援センターの機能強化

(1) 相談・支援体制の充実

○現状と課題○

- 地域包括支援センターは、地域において包括的支援事業等を一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置され、総合相談支援や権利擁護、ケアマネジメント支援等を実施しています。
- 地域包括支援センターには、各事業を適切に実施するため、原則として3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）を置くこととされていますが、一部の地域包括支援センターには、必要な職員の確保や人材育成等の組織運営体制に課題があります。
- 高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応するため、継続的な人材育成、外部委託や地域の社会資源との連携等により、業務負担軽減策も含めた効果的な運営手法を確立していくことが求められています。

○今後の取組○

- 地域包括支援センター職員のスキルの向上、ネットワークの構築のため、主に新たに地域包括支援センターに配属された職員等を対象とした研修を実施します。
- 各市町村が配置する生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員に対する研修を実施し、地域包括支援センターとの連携を推進することにより、機能強化が図られるよう、市町村への働きかけを行います。

2. 自立支援型地域ケア会議の推進

○現状と課題○

- 医療・介護等の専門職を始め、地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、高齢者の生活を地域全体で支援していくことを目的とする地域ケア会議については、個別事例の検討を通じ、地域包括支援ネットワークの構築や地域課題の把握を行うとともに、地域づくりや資源開発、政策形成につなげていくことが重要です。
- しかしながら、多職種と連携した介護予防や自立支援を主体とした地域ケア会議が定期的実施されていない市町村があるほか、多職種の専門職の参加が難しい、地域ケア会議で把握した課題について、地域の資源開発や政策形成につなげられないなどの課題があります。

○今後の取組○

- 市町村における自立支援型地域ケア会議の運営を支援するため、専門職の派遣調整等を実施するほか、より効果的な地域ケア会議の運営のため、会議の進行役である市町村職員等のスキルアップや専門職のアセスメントの充実等を図ることを目的とした研修会を開催します。
- 多職種協働による自立支援型の地域ケア会議の開催をサポートする「秋田県自立支援・介護予防普及アドバイザー」の養成に引き続き取り組み、市町村の求めに応じて派遣します。
- 介護支援専門員等に対して自立支援型のケアプランや地域ケア会議の活用方法に関する研修を実施するほか、市町村と連携し、住み慣れた地域で暮らし続けるための社会資源の活用方法や高齢者自身が取り組める介護予防に関する市民向けのセミナーを開催することにより、高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防の考え方の普及を図ります。
- 個別の地域ケア会議により抽出された地域課題を市町村の政策や新たな地域資源の開発につなげるための「地域ケア推進会議」について、より実効性を高められるよう、研修の実施等により市町村の取組を支援します。

■自立支援型地域ケア会議

特に高齢者の生活の質の向上と自立支援型のケアマネジメントを志向して実施する地域ケア会議を、専ら困難事例に係る検討の場として開催される地域ケア会議と区別して、「自立支援型地域ケア会議」と呼称しています。

■地域ケア推進会議

個別ケースに係る地域ケア会議の事例の蓄積から、地域に共通する課題を抽出し、新たな地域資源の開発や多職種間のルールの設定、市町村の新たな地域支援事業の実施など、政策形成につなげるための地域ケア会議のことをいいます。

※市町村により、地域ケア会議の類型や名称は異なる場合があります。

3. 地域リハビリテーション活動の推進

○現状と課題○

- 地域における介護予防の取組や、地域ケア会議等の充実による高齢者の自立を支援するためには、リハビリテーション専門職等が市町村や地域住民とともに介護予防に取り組む必要がある一方、専門職等の多くは医療機関等に在籍しているため、地域によって市町村事業への参画、協働が十分に進んでいない状況にあります。
- 市町村によっては、効果的な事業実施のための専門職の活用や確保ができないなどの実態もあることから、広域的な派遣体制の整備が必要であり、併せて専門職等の人材育成の取組も必要です。

- 地域包括ケアシステムの構築と市町村の地域支援事業の充実・強化のための体制整備を図るため、地域リハビリテーション支援体制を体系的に整備する必要があります。

○今後の取組○

- 関係機関との連携強化を図り、市町村や地域包括支援センターが高齢者の自立に向けた取組を推進できるよう、リハビリテーション専門職等の派遣調整などを推進します。
- 地域における介護予防の現状や課題を知り、多職種連携による課題解決を進めるために、リハビリテーション専門職等が地域支援事業に携わる上で必要な知識・技術の向上のための取組を支援します。
- 「地域リハビリテーション推進のための指針」に基づき、地域の実情に応じた地域リハビリテーション支援体制を体系的に構築し、広域的な人材育成を推進するため、県リハビリテーション協議会、県リハビリテーション支援センター等を設置し、市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業の充実・強化のための体制整備を図ります。

■地域リハビリテーションとは

日本リハビリテーション病院・施設協会による定義では、「保健、医療、福祉、介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて」と、専門機関や専門職だけでなく地域住民を含む地域全体で取り組む活動であることが示されています。

4. 重層的支援体制の整備と家族等（ケアラー）への支援

(1) 重層的支援体制の構築

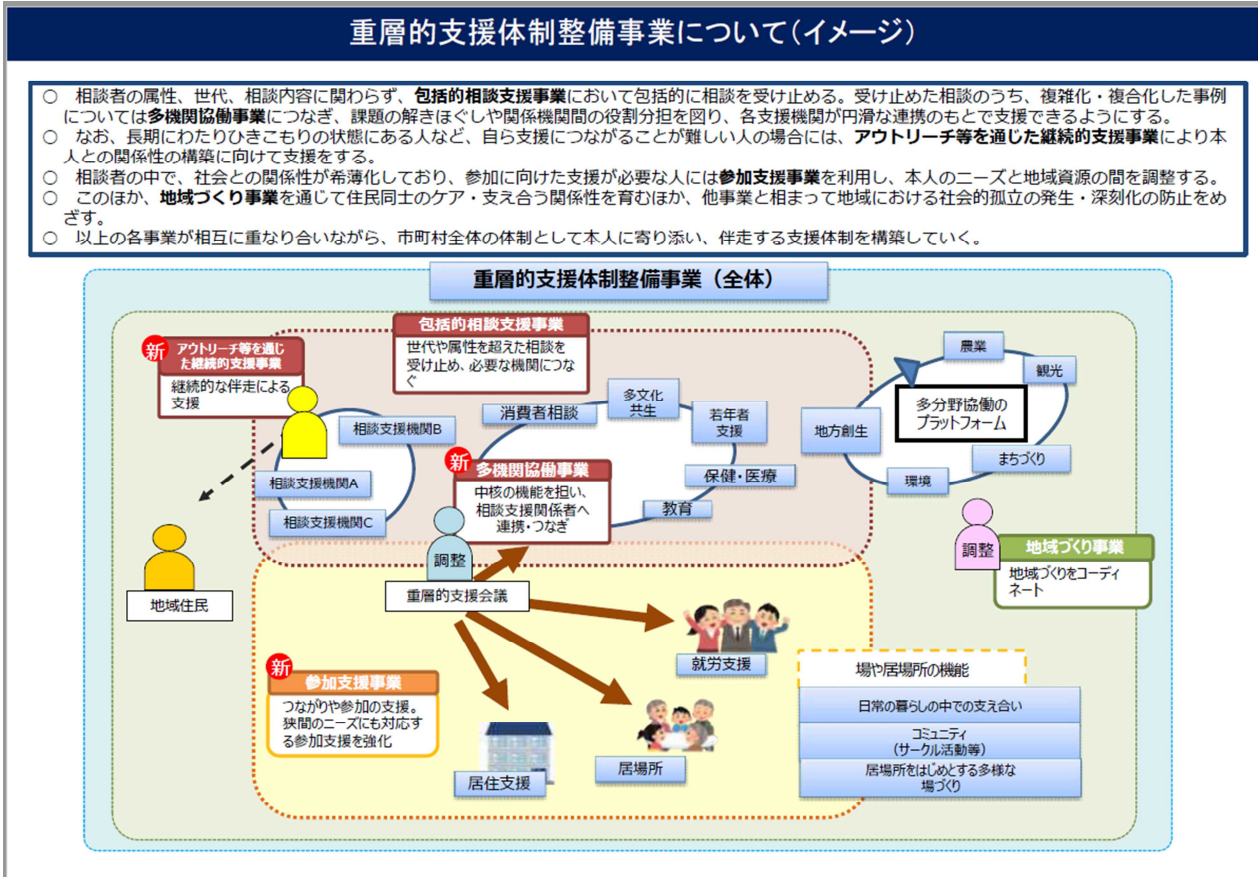
○現状と課題○

- これまでの福祉の取組は、生活保護、高齢者福祉、障害福祉、児童福祉などの属性別や対象者のリスク別に制度設計され、それぞれ専門的支援が提供されてきました。
- 一方で、個人や世帯の抱える生きづらさや課題が複雑化・複合化しており、対象者別の各制度による支援では対応が困難になってきています。
- そのため、制度・分野ごとの「縦割り」や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、地域や一人ひとりの多様性を前提として、住民と住民、住民と社会がつながり支え合う「地域共生社会」の実現が求められています。

○今後の取組○

- 「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和3年4月施行）に基づき、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行うための「重層的支援体制整備事業」に取り組む市町村に対して、必要な助言等の支援を実施します。

【図表5-5】重層的支援体制整備事業



出典：厚生労働省

(2) 介護に取り組む家族等（ケアラー）への支援

○現状と課題○

- 令和4年国民生活基礎調査における、在宅の要介護者のいる世帯の状況調査では、要介護者と同居する介護者のどちらも65歳以上のいわゆる「老老介護」の割合が63.5%となり過去最高となりました。
 また、介護者の19.0%が「介護時間がほとんど終日である」と回答し、この割合は要介護者の介護度が高くなるほど増加し、要介護5の要介護者を介護する者では63.1%となるなど、介護度が上がるにつれて介護時間が増え、家族の心理的・経済的負担や社会的孤立も増しています。
- 県では令和3年度に相談支援機関等の専門職を対象にケアラーに関する実態調査を行いました。
- 介護や看護及び療育が必要な家族等を無償でサポートする人（ケアラー）の中には、家族が介護することが当たり前であるとの義務感等による心身の負担や悩みを抱えている方も多いものと推測されます。

- また、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行う18歳未満の「ヤングケアラー」の存在も近年顕在化しています。学校生活や自らの成長等に影響を受けていると考えられますが、家庭内のことである等の理由から実態が表面化しにくい側面もあります。

○今後の取組○

- 県内におけるケアラー・ヤングケアラーについて、教育委員会を始めとする関係部局との連携のもと、ケアラーに関する社会的周知に向けた取組を進めます。
- 介護に取り組む家族への支援として、必要な介護サービスの確保を図るとともに、セーフティーネットの有効活用や地域包括支援センター、福祉事務所等と連携した新たなサポート体制の構築、SNS等を活用した若者が利用しやすい相談窓口の設置など、引き続き相談・支援体制を強化します。
- 高齢者本人やその家族等が抱える様々な悩みや相談に対し、必要なサービスを利用し、安心して生活ができるように、地域包括支援センターを始めとする各種相談窓口について、ホームページやチラシ等を用いて広く周知します。

4節 在宅医療・介護連携の推進

1. 在宅医療・介護サービス提供体制の整備

○現状と課題○

- 本県では、2030（令和12）年にかけて75歳以上の後期高齢者が増加していくと推計され、それに伴い、要介護者や認知症高齢者が増加するものと見込まれています。
- 2023（令和5）年には、在宅医療で積極的な役割を果たす在宅療養支援病院は12か所、在宅療養支援診療所は65か所、在宅療養支援歯科診療所は70か所、訪問看護ステーションは81か所あります。
- 在宅医療の需要が高まる中で、在宅療養支援診療所は減少しており、24時間診療体制の維持に向けた取組が必要です。
- また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護など、地域で中重度要介護者を支えていく在宅介護サービスの整備が進んでいない状況にあります。

○今後の取組○

- 在宅医療の中心となる、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医などの定着を促進するとともに、多職種連携による在宅医療を推進するため、在宅医療に関わる医療や介護の人材育成を図ります。
- 各在宅医療圏域に、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を設け、これらが中心となって、各地域の在宅医療を推進します。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護などの介護サービス基盤整備について、保険者である市町村と連携しながら、地域の実情に応じてサービス提供体制の充実を図ります。

2. 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

○現状と課題○

- 2018（平成30）年度から在宅医療・介護連携推進事業が全市町村で実施されていますが、医療・介護資源が偏在する状況などにより、地域によって事業の進捗にばらつきがみられ、医療と介護の連携はまだ十分とはいえない状況です。

- 今後、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加する中、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅で生活し続けることができるよう、連携のコーディネート役を担う市町村（地域包括支援センター）や、郡市医師会、医療機関等の連携を促進していく必要があります。
- 県内34か所の医療機関において、退院支援担当者を配置し、在宅医療に係る機関との情報共有等を図っていますが、入院時から退院後の生活を見据えた支援が重要視されており、入院時からの連携体制の構築が求められています。
- 秋田県衛生統計年鑑によると、県内において、介護老人保健施設や老人ホーム等で亡くなる方の割合が増加傾向にあり、医療機関以外での看取りのニーズが拡大しています。

○今後の取組○

- 各地域振興局において、管内市町村等が主催する在宅医療・介護連携に関する会議や研修へ参画し、地域課題の把握や分析及び地域づくりに関する助言等を実施します。また、市町村職員等を対象に研修会を開催し、在宅医療・介護連携の推進に必要な人材の育成支援を行います。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者に対し、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなどを行う際に、在宅医療と介護のサービスが切れ目なく提供できる体制を強化していくため、多職種の関係者が情報共有や相互理解を図ることができるよう、研修会の開催等を促進します。
- 「在宅医養に必要な連携を担う拠点」が、圏域内に協議の場を設け、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業との連携を図るほか、多職種での情報共有をより円滑に進めていくため、ナラティブブック秋田を始めとするICTの利用促進やACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及など、広域で推進すべき事項に取り組みます。

5節 総合的な認知症施策の推進（秋田県認知症施策推進計画）

1. 策定の趣旨

(1) 基本的な考え方

令和元年6月に閣議決定された「認知症施策推進大綱（以下「認知症大綱」といいます。）」及び令和5年6月に可決・成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」といいます。）」（令和6年1月1日施行）では、認知症の人が尊厳と希望を持ち、認知症があっても住み慣れた地域で安心して生活できる社会の実現を目指しています。

認知症大綱

（5つの柱）

- ①普及啓発・本人発信支援
- ②予防
- ③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤研究開発・産業促進・国際展開

認知症基本法

（目的）

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進する。

(2) 介護保険事業支援計画等と県認知症施策推進計画の関係、計画の位置付け

認知症基本法の中で、県の実情に即した県認知症施策推進計画を策定することとされています。また、この計画は、介護保険事業支援計画及び老人福祉計画等と調和の取れた計画にすることが求められています。

そのため、「秋田県介護保険事業支援計画・老人福祉計画」との整合性を図り、認知症大綱及び認知症基本法の趣旨や目的を踏まえて、本県の認知症施策を推進するため、「秋田県認知症施策推進計画」を「秋田県第9期介護保険事業支援計画・第10期老人福祉計画」と一体的に策定するものです。

(3) 計画の期間等

計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とし、「秋田県介護保険事業支援計画・老人福祉計画」と連動し、3年ごとに見直しを行います。

(4) 計画の推進体制

認知症の人の家族会、医療・介護・福祉の関係者等で構成する「秋田県認知症施策推進ネットワーク会議」及び「秋田県認知症施策推進ネットワーク会議認知症予防部会」において、計画の進捗状況等の点検・評価を行います。

2. 認知症に関する知識の普及・予防の取組の推進

○現状と課題○

県の認知症高齢者数は、令和5年10月時点で約67,400人、認知症に至る前の軽度認知障害の状態にある高齢者は46,300人、64歳未満で発症する若年性認知症は約220人と推計されています。

(普及・啓発)

- 認知症は誰もがなり得るものであり、家族や身近な人が認知症になる事を含め、多くの人にとって身近なものであることから、認知症について正しく理解する必要があります。また、認知症予防の取組や認知症の初期症状を知ること、県民一人ひとりが自らできる備えに取り組む必要があります。
- 県では、毎年9月の世界アルツハイマー月間（認知症月間）に合わせて、県広報紙等を活用して認知症の相談窓口等の周知を行っています。また、市町村においても、研修会や各種施設のライトアップ、広報紙等を活用した普及・啓発を行っています。

(認知症サポーターの養成)

- 認知症に関する正しい知識を持って、認知症の人やその家族を応援する「認知症サポーター」の養成に取り組んでおり、県内の認知症サポーター数（キャラバン・メイト含む）は、令和5年12月末現在、131,652人です。

【図表5-6】 秋田県の認知症サポーター（キャラバン・メイト含む）の養成数とサポーター一人当たり高齢者数の推移
(単位：人)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
キャラバン・メイト	2,099	2,221	2,240	2,326	2,374
認知症サポーター	98,092	109,212	114,182	120,243	125,149
計	100,191	111,433	116,422	122,569	127,523
一人当たり高齢者数(県)	3.5	3.2	3.1	3.0	2.8
一人当たり高齢者数(全国)	3.2	2.9	2.9	2.8	2.6

出典：全国キャラバン・メイト連絡協議会

○今後の取組○

(1) 認知症に関する正しい知識の普及・啓発

(認知症についての普及・啓発)

- 県、市町村のウェブサイトや広報紙を活用し、認知症に関する相談窓口等の普及・啓発に取り組みます。
- アルツハイマー月間（認知症月間）の機会を捉えて、市町村、認知症家族会等と連携しながら、県民に対し、認知症について正しく理解するための普及・啓発の取組を集中的に実施します。

(認知症サポーターの更なる養成と活動促進に向けた支援)

- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、周囲の人が認知症について正しく理解し、行動することが必要なことから、認知症に対する正しい知識と認知症の人に関する理解を深め、認知症の人や家族に対して、できる範囲で手助けする応援者である「認知症サポーター」の養成を、市町村等と連携して実施します。
- 認知症サポーターの活動の任意性を尊重しつつ、地域で暮らす認知症の人やその家族の生活支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ等）の構築に向けて、市町村と連携した取組を進めます。

(キャラバン・メイト養成研修)

- 認知症サポーター養成講座の講師役となる「キャラバン・メイト」を養成し、市町村や関係機関が「認知症サポーター養成講座」を開催しやすい体制を整備します。

(あきたオレンジ大使による情報発信)

- 認知症の人が自身の経験等を自らの言葉で語る姿は、認知症に対する社会の見方を変えるきっかけとなり、多くの認知症の人に希望を与える機会となることから、認知症になってからも地域の中で自分らしく前を向いて暮らしている人を、あきたオレンジ大使（認知症希望大使）として委嘱し、地域で活動する姿を発信できる環境づくりを推進します。

(2) 認知症予防に関する取組の推進

(認知症施策推進ネットワーク会議認知症予防部会の開催)

- 本県における効果的な認知症予防の取組、認知症の発症遅延や発症リスクの低減、早期発見・早期対応等につなげるための手法等を検討し、具体的な施策に反映するため、必要に応じて認知症施策推進ネットワーク会議認知症予防部会を開催します。

(認知症予防に関する情報発信)

- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持などが認知症予防に資する可能性が示唆されています。そのため、市町村、認知症疾患医療センター等の関係機関と連携しながら、認知症予防に関する情報発信や気になる症状に気づく目安となるチェックリスト（公益社団法人認知症の人と家族の会作成）の普及等に努めます。
- 市町村が地域の実情に応じて認知症予防を推進することを支援するため、県内外の認知症予防に関する先駆的な取組等について情報提供等を行い、県・市町村が一体となり認知症予防の取組を推進します。

■認知症サポーターとは

認知症に対する正しい知識を持つ、認知症の人や家族の応援者です。

■キャラバン・メイトとは

認知症サポーター養成講座の講師です。

■あきたオレンジ大使とは

認知症の人が自ら情報を発信し、認知症に関する理解を深めるための普及・啓発活動を行う人です。

3. 認知症の早期発見・早期対応に向けた医療体制の充実

○現状と課題○

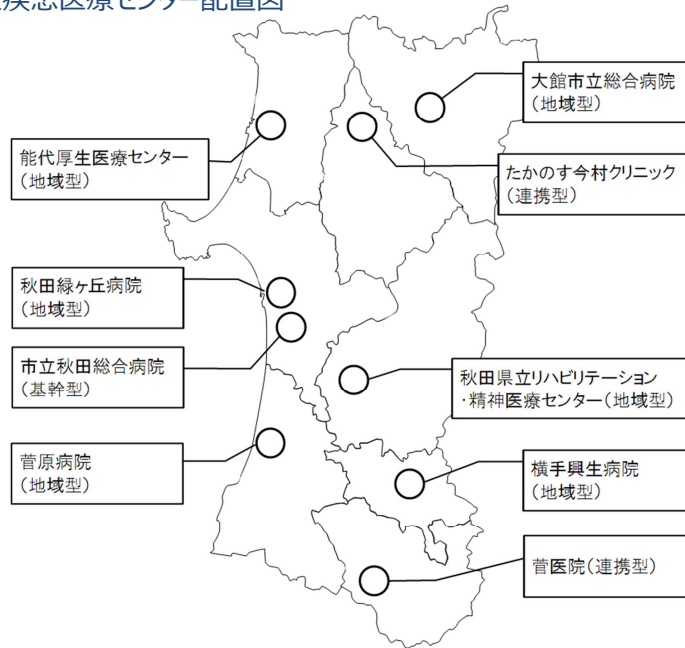
(多職種・多機関による連携)

- 認知症は、早期に適切な医療や介護につながることで、進行を遅らせたり、症状の緩和が期待されています。早期発見・早期対応につなげるため、日頃から高齢者に関わる機会が多い医療・介護・福祉等の多職種・多機関による連携強化が必要です。

(認知症疾患医療センターの設置状況等)

- 県では老人福祉圏域(二次医療圏域)に一つ以上の認知症疾患医療センターを指定(開設)し、身近な地域において鑑別診断や専門的な医療相談が受けられる体制を整備しています。
- 認知症疾患医療センターにおける外来件数や専門的な医療相談件数は年々増加する傾向にあります。
- 地域の医師会などの保健医療や地域包括支援センターなどの関係者により組織された認知症疾患医療連携協議会が、全ての認知症疾患医療センターに設けられており、地域の連携体制の強化が図られています。
- アルツハイマー型認知症の新薬が開発され、医療保険の適用対象(令和5年12月20日)になりました。

【図表5-7】 認知症疾患医療センター配置図



【参考：認知症疾患医療センターの区分】

基幹型（総合病院）

認知症の専門医療相談ができる医療相談室を設置し、急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有している病院

地域型（単科精神科病院等） ※精神病床または一般病床を有する病院

医療相談室を設置し、急性期入院治療を行える医療機関との連携を確保している病院

連携型（診療所・病院）

急性期入院治療を行える医療機関との連携を確保している診療所や病院

【図表5-8】 認知症疾患医療センター利用状況
(認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数)

(各年度末 単位：件)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	計
外来件数	5,846	11,947	14,102	15,367	15,358	16,543	17,755	96,918
鑑別診断件数	934	1,315	1,658	1,804	1,587	1,664	1,628	10,590
認知症診断件数	749	1,052	1,281	1,408	1,216	1,243	1,212	8,161

(専門医療相談件数)

(各年度末 単位：件)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	小計
電話相談	2,076	2,538	2,584	2,779	2,656	2,979	2,834	18,446
面接相談	323	582	683	613	469	615	573	3,858
メール・ファックス相談			303	402	477	536	541	2,259
訪問					66	30	33	129
合計	2,399	3,120	3,570	3,794	3,668	4,160	3,981	24,692

出典：長寿社会課調べ

○今後の取組○

(医療支援体制の充実)

- 関係機関と連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象に、認知症対応力向上研修を実施し、地域における認知症の早期発見・早期対応の体制づくりの強化を図ります。
- 認知症サポート医の養成やフォローアップ研修の取組を秋田県医師会と連携しながら継続して実施します。

■認知症サポート医とは

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが実施する研修を修了した医師です。

【図表5-9】医療従事者等に対する研修修了者数

(各年度末 単位：人)

	平成20年～平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	累計
かかりつけ医認知症対応力向上研修	548	106	70	44	97	65	930
歯科医師認知症対応力向上研修	140	23	0	29	45	38	275
薬剤師認知症対応力向上研修	308	43	29	23	16	33	452
病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修	455	203	186	—	—	95	939
看護職員認知症対応力向上研修	207	58	54	30	51	35	435
病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	—	—	—	—	—	22	22
サポート医フォローアップ研修	55	15	18	57	40	65	250
サポート医養成研修	116	15	8	4	5	2	150

出典：長寿社会課調べ

(多職種・多機関連携による支援体制の充実)

- 認知症の初期症状にいち早く気づき、早期治療につなげるとともに、認知症の人やその家族の意思をできるだけ尊重し、必要な支援につなげることができるよう、医療・介護・福祉等の多職種・多機関連が一体となった支援体制の構築を推進します。

(認知症疾患医療センターの支援体制の推進)

①早期発見・早期対応の体制整備

- 地域の認知症医療の拠点となる認知症疾患医療センターについて、老人福祉圏域（二次医療圏域）が8圏域から3圏域に統合された後も、県内のどの地域に住んでいても同様の認知症医療の提供が受けられるよう、現在の設置体制を維持します。
- アルツハイマー型認知症新薬の適用対象となる軽度認知障害等の人を早期に発見し、適切な医療につなげられるよう、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、地域包括支援センター等の連携体制の強化を図ります。

②普及・啓発

- 県や市町村は、広報紙やウェブサイト、認知症ケアパス等を活用して、認知症疾患医療センターの活動等の情報を積極的に発信するなど、広く県民に周知します。
- 認知症疾患医療センターは、地域への認知症医療に関する情報発信や、認知症への理解を促進する普及・啓発等を行うほか、認知症に関する相談対応を行います。

③活動促進に向けた取組

- 認知症疾患医療センターでは、地域連携会議等を開催し、圏域における医療、介護、福祉関係者との支援体制の強化を図ります。
- 県内どの地域に住んでいても同様の認知症医療サービスが受けられるよう、認知症疾患医療センター間の情報共有と活動の充実を図るための研修会等を実施します。

4. 認知症の人とその家族への支援**(1) 地域における家族支援体制****○現状と課題○**

- 認知症の人の意思が尊重され、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らすことができる社会づくりを推進するため、認知症施策の企画・立案や評価への認知症の本人やその家族の参画など、当事者の視点を重視した取組を進めていく必要があります。
- 国は、令和7年までに全市町村においてチームオレンジの設置を目標としており、令和5年11月末時点で5市町に6チームが設置されています。
- 本県の65歳以上の高齢者だけの世帯数は、令和5年7月時点で140,313世帯（36.4%）、うち要支援・要介護認定を受けている人がいる世帯数は、38,879世帯となっています。

○今後の取組○**(認知症と診断を受けた後の本人や家族の不安軽減)**

- 認知症と診断を受けた後、認知症の人や家族の今後の生活や認知症に対する不安の軽減、必要な支援にスムーズにつながるよう認知症疾患医療センターに精神保健福祉士等の専門職員を配置し、診断後も円滑に日常生活を送ることができるよう支援します。

(チームオレンジの取組の推進)

- 認知症になっても安心して暮らすことができる地域づくりを推進するため、チームオレンジの設置に向けて市町村を支援します。
- 認知症の人もチームオレンジの一員として参加し、共に「支援する人、される人」の関係を超えた地域づくりを推進するため、市町村の実情に応じたチームの立ち上げ支援に向けて、県内外の先駆的な取組等に関する情報提供をするなど個別具体的な支援を継続します。

- キャラバン・メイトの養成研修、チームオレンジの立ち上げや企画・運営の支援役を担うコーディネーターの養成研修を実施し、各市町村の現状や課題等についても情報共有（交換）できる場を設定します。

（認知症施策への認知症の人や家族の意見等の反映）

- 認知症の人や家族の意見を認知症施策に反映しやすい体制とするため、認知症の人や家族に、認知症施策推進ネットワーク会議や認知症予防部会に委員として参画していただきます。

（家族の負担軽減に向けた支援）

- 必要な介護サービスの確保を図るとともに、家族が一人で悩みを抱えず相談できる場として、電話や対面にて相談できる地域包括支援センターやラインを使って相談できる「ケアラーサポートライン秋田」など介護等に関する相談ができる体制を整備し、周知を図ります。
- 認知症の人や家族が孤立しないように、同じ悩みを持つ人同士が交流し情報交換できる認知症カフェや認知症の家族の集いの場において、認知症の人や家族の心理面、生活面の負担の軽減につながるよう認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等と連携しながら支援に努めます。

【図表5-10】 秋田県の認知症カフェの設置数 （各年度末現在 単位：か所）

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
認知症カフェ	79	90	102	110	127

出典：長寿社会課調べ

■ **認知症カフェとは**

認知症の人やその家族、地域住民、介護や福祉の専門職など誰でも気軽に集える場です。

■ **チームオレンジとは**

認知症の人や家族の支援ニーズと、ステップアップ講座[※]を受講した認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みです。（市町村設置）

■ **ステップアップ講座とは**

認知症サポーター養成講座で学んだ認知症の知識を深めてチームオレンジの活動に参画するなど、実際の支援活動につなげることを目的とした講座です。

（2）若年性認知症への支援

○ **現状と課題** ○

- 65歳未満で発症する若年性認知症は、働き盛りの世代で発症するため、働けなくなった場合、社会保障、就労、子育て等、その家族の生活への影響も大きくなりやすいという特徴があります。
- 若年性認知症は、初期症状が認知症特有のものではないため、本人や周囲の人も何らかの異常に気付くものの、認知症とは思わず受診が遅れることが多いという特徴があります。
- 県では専門の若年性認知症コーディネーターを配置し、本人や家族等からの相談に対応しています。
- 発症の初期段階の気付きにつなげるため、リーフレット「もしかしたら若年性認知症かな？」を作成し、市町村、企業等に配付しています。

<若年性認知症支援コーディネーターの主な活動内容>

若年性認知症の人やその家族、企業等からの相談対応及び支援
市町村や関係機関との連携体制の構築
地域や関係機関等に対する普及・啓発

【図表5-11】 若年性認知症支援コーディネーターに対する相談件数（各年度末 単位：人）

区分	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	不明	合計
平成30年度	1	4	9	6	1	0	21
令和元年度	1	0	16	15	0	3	35
令和2年度	0	1	10	20	1	3	35
令和3年度	2	11	25	16	3	4	61
令和4年度	0	23	51	77	1	0	152

出典：長寿社会課調べ

○今後の取組○

（普及・啓発）

- 若年性認知症の人やその家族、職場の人などが症状に気付き、速やかに専門医療機関に受診できるよう、若年性認知症や支援体制について、若年認知症サロン「つぼみの会」、市町村、関係機関と連携しながら普及・啓発を進めます。

（相談支援体制）

- 本人や家族、企業等からの生活、就労、専門的医療等に関する相談に対応するため若年性認知症コーディネーターを配置し、本人や家族の意思を尊重した支援につながるよう病状の進行状態に応じた適切な情報提供を行います。

- 若年性認知症コーディネーターと連携し、医療、介護、福祉に従事する関係者を対象とした研修等を実施し、身近な地域においても相談できる体制の強化を図ります。

(多職種・多機関によるネットワーク体制の構築)

- 若年性認知症コーディネーターを中心とした支援体制のネットワークづくりを推進し、若年性認知症の人に対して発症初期から高齢期まで本人の状態に合わせた適切な支援が図られるように、医療、介護、福祉、雇用等の多職種・多機関が連携して支援する体制の整備に努めます。

(3) 成年後見制度の利用促進

○現状と課題○

- 令和4年3月25日に「第二期成年後見制度利用促進基本計画」が閣議決定され、これまで推進してきた地域連携ネットワークの整備等に加え、優先して取り組む事項として後見人の担い手確保・育成の推進が挙げられています。
- 高齢者の増加に伴い、認知症高齢者も増加しており、今後、親族や弁護士等の専門職だけでは後見制度の維持が困難になると予測されています。そのため、県では市町村が市民後見人養成事業を実施する場合、その経費を補助していますが、現在までに養成事業を実施した市町村は2市2町（横手市、湯沢市、三種町、羽後町）となっています。

○今後の取組○

(成年後見制度・市民後見制度の利用促進)

- 弁護士会、司法書士会、社会福祉士会等の関係機関と連携しながら、市町村や地域包括支援センターの職員等の知識と対応力の向上を目的とした研修会等を開催します。
- 市町村が市民後見人養成事業に取り組みやすい環境を整えるため、引き続き経費を補助するとともに、秋田版市民後見人養成のための基本カリキュラムを作成し、担い手の育成に努めます。

(認知症の人の意思決定に関する支援)

- 認知症の人が、自らの意思に基づいて日常生活や社会生活を送ることができるように、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を各種研修で活用するなど、認知症の人の意思決定支援の取組を推進します。

5. 認知症に携わる人材の育成

認知症について正しく理解し、認知症の人の意思を尊重して介護を行うことにより、できる限り認知症の進行を緩やかにし、行動・心理症状を予防するためのサービスの提供が求められていることから、良質な介護を担う人材の確保が必要です。

○現状と課題○

(介護支援体制の状況)

- 認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対して、適切なサービスの提供に関する知識等を習得してもらうための研修を秋田県社会福祉協議会と連携して実施しています。
- 認知症介護に関する専門的な知識及び技術を習得し、高齢者介護実務者に対する各種研修の講師や、認知症関係の会議等の助言者としての役割を担う認知症介護指導者の養成に取り組んでいます。
- 認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成するため、認知症介護職員の基礎的な研修である基礎研修、実践的な知識や技術を習得するための実践者研修及び上級研修となる実践リーダー研修を秋田県社会福祉協議会が実施しています。
- 認知症介護基礎研修については、認知症介護研究・研修仙台センターを実施機関として指定し、e-ラーニングによる受講しやすい環境を整備しています。

○今後の取組○

(介護職員の認知症対応力向上)

- 施設・事業所における認知症介護に従事する職員の資質向上を図るため、秋田県認知症介護研修推進計画に基づき、秋田県社会福祉協議会等の秋田県認知症介護実践研修実施機関と連携して各種認知症介護研修を引き続き実施します。

6節 高齢者の住まいの充実

1. 高齢者住宅の安定に係る施策との連携

(1) 安定的な住まいの確保

○現状と課題○

(安定的な居住の確保)

- 本県の高齢者世帯の持ち家率は約80%と全国平均より高い水準となっています*が、介護が必要な高齢者や単身・高齢者夫婦のみ世帯は増加傾向にあり、自宅で生活することが困難な高齢者や、他の住まいでの生活を希望する高齢者のために多様な住まいの確保が必要です。

※平成30年住宅・土地統計調査（秋田県企画振興部調査統計課）

- 「秋田県高齢者居住安定確保計画」は、住宅施策と福祉施策の連携により、ハードとソフトが一体となって高齢者の住まいに係る施策を総合的に展開し、高齢者の居住を安定的に確保することを目的としています。

【多様な住まいニーズの受け皿】

■有料老人ホーム

老人福祉法第29条に定められた高齢者のための住居であり、老人を入居させ「①入浴、排せつ又は食事の介護②食事の提供③洗濯、掃除等の家事の供与④健康管理の供与」のうちのいずれかの事業（以下「有料老人ホーム事業」といいます。）を行う場合には、老人福祉法第29条に基づく届出が必要です。有料老人ホーム事業を行う設置者は「秋田県有料老人ホーム設置運営指導指針」により、適正な運営が求められます。

■サービス付き高齢者向け住宅

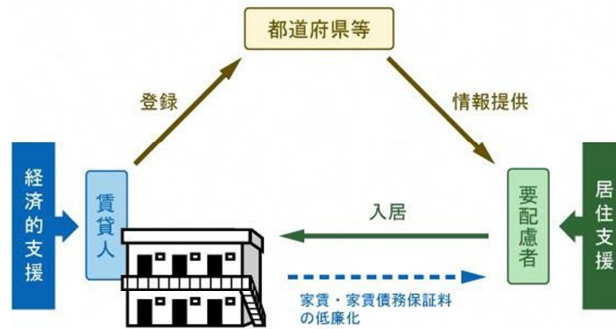
高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）第5条に規定される住居です。「サ高住」と呼ばれることもあります。バリアフリー構造等の基準を満たすことにより、県に登録することができます。有料老人ホーム事業を行っている場合は、「秋田県有料老人ホーム設置運営指導指針」の適用を受けることとなります。

(住宅セーフティネット制度)

- 高齢者等の住宅の確保に配慮が必要な方は今後も増加する見込みですが、住宅セーフティネットの根幹である公営住宅については大幅な増加が見込めない状況にあります。一方で、民間の空き家・空き室は増加していることから、それらを活用して住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の供給を促進させるなどの居住支援*を行っています。

※住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）の一部を改正する法律（平成29年4月26日公布、10月25日施行）

【図表5-12】 住宅セーフティネット制度の概要



要配慮者の入居を
拒まない住宅（登録住宅）

出典：国土交通省

○今後の取組○

（「秋田県高齢者居住安定確保計画」と調和のとれた施策の推進）

- 住宅担当部局との連携により、「秋田県高齢者居住安定確保計画」に基づき、高齢者の住まいの安定的な確保に取り組みます。

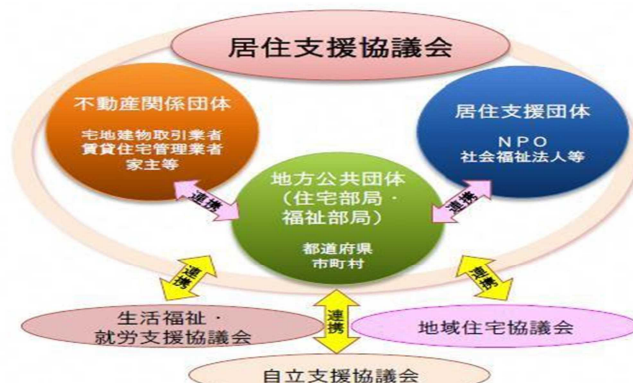
（住宅セーフティネット制度の推進）

- 住宅確保要配慮者の安定的な居住確保のため、セーフティネット住宅の円滑な登録手続を進め、セーフティネット住宅情報提供システムを活用して情報提供を行います。また、住宅確保要配慮者に対して賃貸住宅への円滑な入居の促進や入居する際の生活の安定及び向上に関する情報の提供、相談等の支援業務を行う法人を「住宅確保要配慮者居住支援法人」として指定を促進し、周知等を図ります。

（高齢者の住まいに関する情報提供）

- 老人福祉法第 29 条第 10 項の規定により、県は有料老人ホームの設置者から報告を受けた有料老人ホーム情報について公表します。
- 「居住支援協議会」により、県（住宅・福祉担当部局）、不動産関係団体、居住支援団体が連携して居住支援の充実を図ります。

【図表 5-13】 居住支援協議会の概要



出典：国土交通省

(2) 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の設置状況と質の確保

○現状と課題○

(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の設置状況)

【図表5-14】秋田県内の有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況（令和5年4月1日現在）

圏域	市町村	有料老人ホーム				サービス付き高齢者向け住宅			
		施設数		定員		施設数		戸数	
			(うち特定指定)		(うち特定指定)		(うち特定指定)		(うち特定指定)
大館鹿角	大館市	7	2	191	71	8	0	166	0
	鹿角市	2	1	57	28	0	0	0	0
	小坂町	1	0	10	0	0	0	0	0
北秋田	北秋田市	3	0	67	0	0	0	0	0
	上小阿仁村	0	0	0	0	0	0	0	0
能代山本	能代市	12	2	215	57	11	1	250	40
	三種町	1	0	23	0	1	1	30	30
	藤里町	0	0	0	0	0	0	0	0
	八峰町	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田周辺	秋田市	30	10	936	478	27	14	716	505
	男鹿市	2	1	62	50	2	2	35	35
	潟上市	1	0	28	0	0	0	0	0
	五城目町	0	0	0	0	0	0	0	0
	八郎潟町	0	0	0	0	0	0	0	0
	井川町	0	0	0	0	0	0	0	0
	大潟村	0	0	0	0	0	0	0	0
由利本荘にかほ	由利本荘市	2	0	21	0	5	1	98	39
	にかほ市	2	0	72	0	2	0	26	0
大仙仙北	大仙市	16	3	381	84	7	2	208	81
	仙北市	3	1	113	80	0	0	0	0
	美郷町	8	2	162	51	1	0	8	0
横手	横手市	17	1	442	44	6	1	164	29
湯沢雄勝	湯沢市	2	1	48	20	5	2	159	66
	羽後町	1	0	12	0	0	0	0	0
	東成瀬村	1	0	16	0	0	0	0	0
県計		111	24	2856	963	75	24	1860	825

出典：長寿社会課

- 地域的な特徴として、旧大仙・仙北圏域等の県南地域の開設が多い傾向にあり、県北地域の開設は比較的少ない傾向にあります。また、旧秋田周辺及び旧本荘由利・にかほ圏域においては、有料老人ホームよりもサービス付き高齢者向け住宅の開設が顕著となっています。

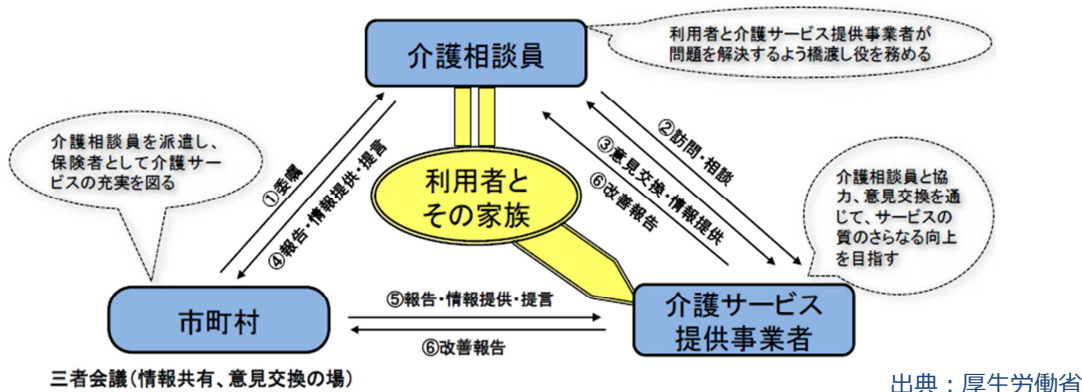
(未届けの有料老人ホーム)

- 有料老人ホーム事業を実施している場合は、「秋田県有料老人ホーム設置運営指導指針」に適合しているかないと関わらず届出が必要です。未届けの有料老人ホームにおいては、災害への備え等、行政の支援が届かないおそれがあります。施設の適切な運営と入居者保護のため、県は有料老人ホーム事業を行っている事業者と施設を把握する必要があります。また、届出されている有料老人ホームについては、施設名等を県のウェブサイトで公表し、県民へ情報提供します。

(介護サービス相談員派遣事業)

- 市町村に登録された介護サービス相談員が、施設等に出向いて利用者の疑問や不満、不安を受け付け、介護サービス提供事業者と行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上につなげる取組です。介護保険法に基づく地域支援事業（任意）に位置付けられていますが、介護保険法上の指定を受けていない施設に派遣することもできます。

【図表5-15】 介護サービス相談員派遣事業の概要



○今後の取組○

(有料老人ホームの定期的な立入検査の実施)

- 施設の適切な運営と入居者保護を目的として、県は届出済の有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅を含む）に対して、定期的な立入検査を実施します。

(未届け有料老人ホームの実態把握及び届出の促進)

- 市町村と連携し、届出を行わないまま有料老人ホーム事業を実施している事業者の把握に努めます。
- 届出を行わないまま有料老人ホーム事業を実施している事業者を把握した場合は、事業者に聴取を行うなどして、届出の徹底を指導します。

(介護サービス相談員派遣事業の活用推進)

- 介護サービス相談員派遣事業を活用して相談員の育成を図り、施設利用者の不満や不安等の受付体制を整備することで、施設が提供するサービスの質の向上につなげる等の好事例を周知し、市町村による地域支援事業を活用した取組を支援します。

2. 老人福祉施設サービスの充実

○現状と課題○

(安定的な居住の確保)

- 養護老人ホームは、環境上の理由及び経済的理由により家庭で養護を受けることが困難な高齢者が、市町村長の措置により入居する施設です。養護老人ホームでは、自立した日常生活を営み、社会活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行っています。また、一定の要件のもとで、居住に課題を抱える高齢者等の契約入所が認められています。
- 軽費老人ホームは、身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことに不安があると認められ、かつ、家族による援助を受けることが困難な高齢者が、低額な料金で入居する施設で、食事の提供等日常生活に必要な便宜を提供しています。

○今後の取組○

(良好な生活空間の提供)

- 高齢者に、より良好な生活空間を提供できるよう、次のような取組を進めます。
 - ▶ 養護老人ホームにおいて入所者が定員を大きく下回る施設があった場合には、入所措置すべき人の把握や措置が適切に行われているかを施設の所在地市町村を中心に調査し、必要な助言・指導を行います。また、一定の要件のもとで、契約入所が認められることを市町村及び施設に周知し、施設の活用を支援します。
 - ▶ 要介護状態となった入居者も軽費老人ホームでの生活を継続できることが望ましいことから、当該施設の特定施設入居者生活介護の指定について、市町村の計画や意向を確認しながら進めます。

【図表5-16】老人福祉施設の種類の施設数と必要入所定員総数

区分	現状・見込値	R5 (現状)	R6 (見込)	R7 (見込)	R8 (見込)
軽費老人ホーム	施設数	44	44	44	44
	必要入所(利用)定員	1119	1136	1136	1136
養護老人ホーム	施設数	15	15	15	15
	必要入所(利用)定員	948	959	958	958
生活支援ハウス (高齢者生活福祉センター)	施設数	19	19	19	19
	必要入所(利用)定員	246	256	256	256
老人福祉センター	施設数	14	12	12	12
在宅介護支援センター	施設数	41	39	39	39

出典：長寿社会課調べ

7節 高齢者の安全を守る取組

1. 地域の見守り体制の構築

○現状と課題○

(高齢者世帯の増加)

- 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）」（2019年推計）によると、高齢者世帯数は2025（令和7）年頃まで増加し続ける見込みであり、高齢者単身世帯は2040（令和22）年頃まで、高齢者夫婦のみの世帯は2025（令和7）年頃まで増加すると推計されています。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、身近な地域の人々との交流や関係団体、関係機関等の声かけや訪問などによる日常の安否確認等を通じて、できるだけ早期に問題を発見し、必要な支援等を迅速、かつ、効果的に行っていくことが求められています。
- 見守り体制を構築することは、孤独死（孤立死）や高齢者虐待の防止、認知症高齢者の早期発見・早期対応、災害時の避難支援などにもつながり、地域のセーフティネットとしての重要な役割を担っています。

(高齢者の個別訪問活動の弱体化)

- 地域での見守り体制の整備を目的として、老人クラブが行っている個別の訪問活動（友愛訪問活動）は、人口流出や高齢化による単身高齢者世帯の増加、自殺率が依然として高い本県においては、孤立防止や自殺予防のための効果的な取組であることから、その取組を支援しています。
- しかしながら、老人クラブ数の減少等により、友愛訪問活動を行うクラブ数も減少傾向にあります。

○今後の取組○

(高齢者の見守り体制の構築支援)

- ライフライン^{*}事業者や宅配業者など地域の資源を利用した見守り体制のほか、GPSやICTの活用など、市町村が構築する見守り体制の強化について、情報提供等を通じて支援します。

^{*}ライフライン：電気・水道・ガスなど生活・生存に不可欠のものが供給される経路。

(高齢者の個別訪問活動への支援)

- 単身高齢者世帯や認知症高齢者の増加が見込まれ、地域での見守り体制の強化がますます必要となることから、老人クラブが行う友愛訪問活動への取組が各地域で行われるよう、引き続き支援します。

2. 防犯・行方不明高齢者対策

○現状と課題○

(特殊詐欺被害の状況)

- 令和4年中の県内における特殊詐欺の認知件数及び被害額は、いずれも前年に比較して増加しており、高齢者の被害は全体の半数を超え、被害金額は全体の4割となっています。
- 近年は、有料サイト等未納料金名目やPCサポート費用名目などの架空料金請求詐欺が増加するなど依然として被害は深刻な状況にあることから、官民が一体となって発生状況に応じた被害防止対策を推進する必要があります。

(高齢者を守る取組)

- 高齢者を対象とした防犯教室の開催による犯罪被害防止の啓発や、高齢者を事件や事故から守るために、防犯協会を始めとして、町内会、民生委員、老人クラブ等の団体との連携による防犯パトロールなどの地域安全活動を推進し、防犯意識の高揚を図ることが重要です。

(行方不明高齢者)

- 高齢化率の上昇に伴い、認知症と思われるひとり歩き高齢者の行方不明・保護事案が増加あるいは高止まりの状態にあり、関係機関との連絡網等を整備するなど、早期発見・保護活動を行うための支援体制の充実が必要です。

○今後の取組○

(地域ぐるみの防犯活動の推進)

- 地域の安全に関する広報活動や日常の鍵掛け運動などにより、地域の自主防犯活動を促進するとともに、防犯協会を始めとする関係機関・団体等との連携による、高齢者を巻き込んだ地域安全活動を積極的に展開し、地域と関係機関が一体となった防犯活動を推進します。
- 一人暮らしなどの高齢者世帯への高齢者安全・安心アドバイザーの訪問活動により、特殊詐欺等の犯罪被害防止や交通事故防止のための情報提供及び防犯指導を推進します。

(被害の未然防止と防犯意識の高揚)

- 地域安全ネットワーク等を活用した情報発信活動のほか、地域住民が自主的に取り組む地域安全活動や公民館、町内会館等で開催する防犯教室等への高齢者の積極的な参加を促進するなど、様々な機会や各種媒体を活用して、特殊詐欺をはじめとした高齢者の犯罪被害の防止と防犯意識の高揚を図ります。

(行方不明者の発見・保護対策)

- 認知症と思われるひとり歩き高齢者の行方不明事案発生の際、早期に発見、保護するため、警察と自治体、事業所、地域住民等関係機関との連絡網の整備、連携の強化に努めます。

3. 交通安全対策

○現状と課題○

(高齢者の交通事故の状況)

- 昭和45年に183人であった交通事故の死者数は、令和4年には33人と減少しましたが、近年の交通事故の特徴として、10年連続で死者数の6割以上を65歳以上の高齢者が占めているほか、高齢者が起こした事故件数の割合も増加傾向にあります。
- 高齢者が関係する交通事故の要因としては、高齢者の運転免許人口が増加していることや、加齢に伴う身体機能や認知機能の低下を自覚していないことに加え、交通安全教育を受ける機会のない高齢者が被害に遭っていることなどが考えられます。
- 高齢者の交通事故を抑制するためには、基本的な交通ルールを学ぶための交通安全教育や身体機能などの低下に気付いてもらうための参加・体験・実践型の教育、歩行者ファースト意識の浸透による横断・歩行者保護の徹底など、交通安全教育や地域が一体となった交通安全対策等を推進する必要があります。

【図表5-17】 秋田県の高齢者の交通事故の状況

(単位：件、人)

種別 \ 年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
発生件数	1,784	1,514	1,377	1,301	1,157
死者数	42	40	37	28	33
うち高齢者の死者	27	27	26	23	21
構成率(%)	64.3	67.5	70.3	82.1	63.6
負傷者数	2,144	1,830	1,655	1,514	1,351
うち重傷者数	282	250	251	186	188

出典：秋田県警察本部「交通事故統計」

○今後の取組○

(高齢者の交通事故対策の強化)

- 「第11次秋田県交通安全計画」(2021(令和3)年度～2025(令和7)年度)では、「交通事故死者数27人以下、交通事故重傷者数200人以下」を目標としており、目標達成のため、「高齢者の交通事故防止対策」を最重要課題に設定し、高齢者の交通事故及び交通事故死傷者の発生を抑制するため、次のような対策を実施します。
 - ▶ 家庭、学校、職場及び地域等が一体となったキャンペーン等を行い、高齢者の交通事故防止を図ります。
 - ▶ 視認性の高い明るい服装の着用や反射材用品の効果についての広報啓発等を実施します。
 - ▶ 高齢者の特性を県民に理解してもらうとともに、高齢運転者標識を取り付けた自動車への保護意識を高めます。
 - ▶ 自動車運転・歩行環境・自転車の各シミュレータ等交通安全機器を活用した交通安全教育を推進します。
 - ▶ 交通指導隊、交通安全母の会、高齢者安全・安心アドバイザー等の家庭訪問による個別指導を実施します。
 - ▶ 高齢者講習、更新時講習の内容の充実に努めるほか、関係機関・団体が連携し、個別に講習会を開催します。
 - ▶ 運転技能検査や認知機能検査に基づく講習については、結果を踏まえたきめ細かな講習を実施します。
 - ▶ 運転免許証を返納した場合の運転経歴証明書の取得促進と証明書提示による各種特典の拡大や運転経歴証明書の身分証明書としての機能の充実に図ります。
 - ▶ 駅、公共施設、福祉施設、病院等を中心に、歩道の段差・傾斜・勾配の改善による歩行空間の整備を行います。

4. 悪質商法等からの被害防止対策

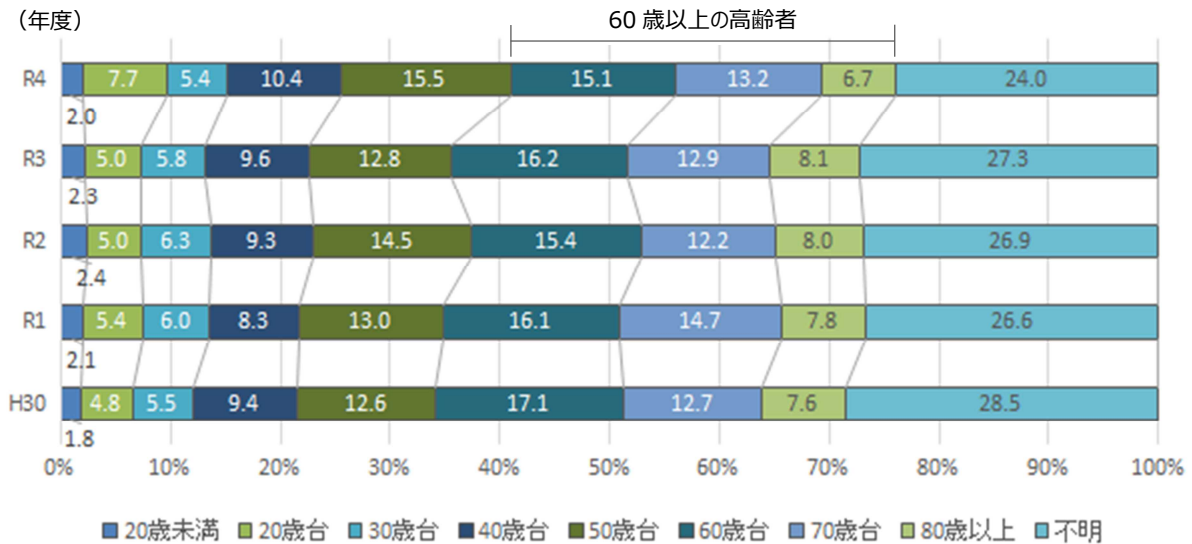
○現状と課題○

(悪質商法等の消費者被害の状況)

- 悪質商法や特殊詐欺等による消費者被害に加え、食品の不当表示や重大な製品事故の発生、インターネットに関するトラブルの増加など、消費生活を取り巻く環境が年々変化している中、特に高齢者については、加齢に伴う判断力の低下や悪質業者の手口の巧妙化などにより、被害が顕在化しにくい傾向にあります。

- 高齢化が急速に進む本県において、60歳以上の方から県生活センターに寄せられる相談件数は、高い割合で推移しています。
- 高齢者の消費者被害の未然防止、早期発見及び拡大防止を図るため、広報や啓発活動にとどまらず、家族や地域全体による見守りが重要となっています。

【図表5-18】消費生活相談の年代別割合の推移



出典：秋田県生活センター事業概要

○今後の取組○

(消費者被害の防止)

- 県や市町村における消費生活相談体制の充実・強化を図りながら、高齢者本人や家族、見守り関係者等からの相談に迅速かつ適切に対応し、消費者被害の拡大防止に努めます。
- 「第2次秋田県消費者教育推進計画」に基づき、県生活センターが実施する啓発講座や各種広報媒体等を通じて、消費者被害防止に向けた啓発活動の充実を図るとともに、高齢者の特性に配慮した消費者教育を推進します。
- 地域の見守り活動の充実に向けて、消費者安全確保地域協議会の設置を促進するとともに、啓発活動や相談対応についても、県警察や福祉関係機関、事業者など地域の多様な主体との連携を強化します。

5. 高齢者虐待防止に向けた取組の推進

○現状と課題○

(高齢者虐待防止の概要と現状)

- 平成18年4月に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下「高齢者虐待防止法」といいます。)が施行されました。
- 高齢者虐待防止法では、取組主体を市町村と位置付けており、市町村や地域包括支援センターが中心となって虐待防止に取り組んでいます。
- 市町村独自の高齢者虐待対応のマニュアル、対応指針等の作成や養介護施設における未然防止の取組は十分とは言えない状況にあります。
- 令和6年度から、養介護施設従事者等による高齢者虐待の未然防止のため、全ての介護サービス事業者に虐待防止検討委員会の設置や研修の実施等が義務づけられています。

【図表5-19】 秋田県の相談・通報件数、虐待判断件数の推移

	養介護施設従事者等によるもの		養護者によるもの	
	相談・通報件数	虐待判断件数	相談・通報件数	虐待判断件数
平成30年度	8	4	230	106
令和元年度	11	5	202	103
令和2年度	12	7	168	65
令和3年度	16	6	177	62
令和4年度	14	4	179	60

出典：厚生労働省「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況調査の県別集計結果をもとに長寿社会課で作成

○今後の取組○

(研修や意識啓発による市町村の取組への支援)

- 市町村や地域包括支援センターの職員、養介護施設の施設長など指導的立場にある者を対象とした高齢者虐待防止のための研修会を開催し、虐待事案への対応力の向上を図るとともに、地域における虐待防止への取組や体制整備を支援します。
- 地域包括支援センターを対象に、困難事例への対応支援や職員の負担軽減のため、社会福祉士、弁護士等による専門相談の機会を設けます。
- 引き続き、高齢者虐待に関する実態調査を行い、調査結果を毎年公表するなどにより、虐待防止に関する意識啓発を行うとともに、高齢者虐待防止法の周知を図ります。

- 高齢者虐待は認知症とも深い関係性があるため、認知症に関する各種研修の機会等を活用して、高齢者虐待防止に関する啓発に努めます。
- 施設入所者の生命又は身体を保護するため、緊急、かつ、やむを得ない場合に限り認められている身体拘束について、切迫性・非代替性・一時性の3要件の有無や同意書による確認作業の重要性などを各種研修の機会等を活用して周知を図り、実地指導において手続き等が正しく行われているか確認します。
- サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等についても、秋田県有料老人ホーム設置運営指導指針により虐待防止対策を推進します。

【図表5-20】市町村における虐待防止に向けた体制整備の状況

(令和4年度)

項 目	実 施	実施割合
高齢者虐待の対応の窓口となる部局の住民への周知	18	72.0%
地域包括支援センター等の関係者へ的高齢者虐待に関する研修	11	44.0%
講演会や市町村広報誌等による、住民への啓発活動	12	48.0%
居宅介護サービス事業者へ高齢者虐待防止法について周知	14	56.0%
介護保険施設へ高齢者虐待防止法について周知	13	52.0%
養護者による高齢者虐待対応のマニュアル、業務指針、対応フロー図等の活用	19	76.0%
「早期発見・見守りネットワーク」の構築への取組	23	92.0%
「保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク」の構築への取組	11	44.0%
「関係専門機関介入支援ネットワーク」の構築への取組	7	28.0%
成年後見制度の市区町村長申立が円滑にできるように役所・役場内の体制強化	21	84.0%
警察署長に対する援助要請等に関する警察署担当者との協議	13	52.0%
老人福祉法の規定による措置に必要な居室確保のための関係機関との調整	19	76.0%
虐待を行った養護者に対する相談、指導または助言	21	84.0%
日常生活を営むのに支障がありながら、必要な福祉・保健医療サービスを利用していない高齢者の権利利益の養護のための早期発見の取組や相談等	22	88.0%
介護サービス相談員派遣事業等による施設・事業所内、家庭内の介護サービス状況等の確認	4	16.0%
養介護施設従事者による高齢者虐待対応のマニュアル、業務指針、対応フロー図等の活用	19	76.0%

出典：厚生労働省 令和4年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況調査」の
 県別集計結果をもとに長寿社会課で作成 ※実施割合は、全25市町村に占める実施市町村の割合。

6. バリアフリーの推進

○現状と課題○

(バリアフリー社会の形成)

- 高齢者が積極的に社会参加するためには、歩きやすい段差のない歩道や、利用しやすい建築物や公園、公共交通機関の確保など、高齢者も含めた「みんなにやさしいまちづくり」の視点をもつことが大切です。

- そのためには、県民一人ひとりが高齢者への理解を深め、その社会参加に積極的に協力していくとともに、学校教育、社会教育等の様々な機会を活用して、バリアフリー意識の醸成を図るなど、継続した取組が必要です。
- 施設の整備基準を定めた「秋田県のバリアフリー社会の形成に関する条例」（平成15年4月1日施行）の施行等により、バリアフリー化が着実に進んでいます。整備基準を満たした施設には、交付申請に応じて「バリアフリー適合証」を交付しています。
- 条例施行前に建設された施設については、バリアフリー化が不十分な施設もあるため、施設の利用状況や整備の効果等を踏まえ、計画的に整備を進める必要があります。

【図表5-21】バリアフリー適合証交付件数の推移 (単位：件)

	福祉施設	物品販売	医療施設	集会施設	サービス	官公庁舎	その他	合計
H29年度以前	391	168	153	108	56	45	254	1,175
H30年度	11	4	2	5	5	6	9	42
R1年度	8	1	4	2	1	2	8	26
R2年度	6	1	2	4	0	4	10	27
R3年度	5	1	0	5	0	0	4	15
R4年度	0	0	1	1	2	2	7	13
合計	421	175	162	125	64	59	292	1,298

出典：障害福祉課調べ

○今後の取組○

(バリアフリー社会形成のための意識啓発・環境整備)

- 「バリアフリー適合証」の交付や平成17年度から行っている「秋田県バリアフリー推進賞（知事表彰）」の実施により、引き続きバリアフリー社会実現のための優れた取組の普及を図ります。
- 車いす利用者や歩行が困難な高齢者などが、安全に駐車スペースを利用できるよう啓発活動を行うほか、平成28年度に導入した「障害者等用駐車区画利用制度」の普及、定着を図り、高齢者や障害者等が外出しやすい環境づくりに取り組みます。

7. 災害時における避難行動要支援者の支援体制の充実

○現状と課題○

(災害時の対応状況)

- 台風や豪雨、大地震等の自然災害の発生時において、多くの高齢者は情報が入手できなかったり、身体的条件から自力での避難が困難であったりすることから、被害を受けやすい状況にあります。

- 市町村は、地域住民が相互に助け合い、迅速に安否確認を行って、安全・確実に避難できる支援体制を「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」に基づき、日頃から整備しておく必要があります。
- 災害対策基本法の一部改正により、市町村は、災害発生時には、高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する人（要配慮者）のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する者の名簿（避難行動要支援者名簿）の作成が義務付けられるとともに、本人からの同意を得て、平時から名簿情報を避難支援等関係者に提供することになっています。
- 大規模災害時における要配慮者の福祉・介護等のニーズ把握及び支援調整等を広域的に行うため、行政と民間が一体となって平時から災害福祉広域支援ネットワーク協議会を設置しています。
- また、大規模災害時発生時に避難所、福祉避難所[※]等において要配慮者を支援するため、福祉・介護等の専門職員等により構成する災害派遣福祉チーム（DWA T）を整備しています。

○今後の取組○

（避難行動要支援者の避難の確保）

- 全市町村が、避難行動要支援者情報の共有や、「避難行動要支援者名簿」の作成等の具体的な避難支援プランの取組、福祉避難所の確保、ボランティアとの連携等を積極的に推進するよう、必要な情報提供や助言を行います。

【※福祉避難所】

一般の避難所で過ごすのが困難で、特別な支援が必要な高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する人（要配慮者）向けに設けられる2次避難所です。

市町村が必要に応じて、公民館、老人福祉施設、障害者支援施設、保健センター、特別支援学校、宿泊施設などの耐震やバリアフリーの構造を備え、介護員を置くなど、安心して生活できる設備や体制が整った施設に開設します。

第6章

介護人材の確保・育成と 介護現場の革新

- 1 節 基本的な考え方
- 2 節 介護人材の確保・育成・定着
- 3 節 生産性の向上・処遇の改善

1節 基本的な考え方

1. 介護人材の現状と需給推計

○現状と課題○

(介護人材の現状)

- 本県では、超高齢化と生産年齢人口の減少により介護人材の需給ギャップが広がり、介護職員が今後も更に不足することが見込まれることから、これに対応するための人材の確保対策が喫緊の課題となっています。
- 地域包括ケアシステムの深化・推進や増加する認知症高齢者への対応に向け、ニーズの高度化、多様化、専門化に対応できる専門知識を有する介護職員等の継続的な養成が必要となっています。
- 毎年約2,700人の介護職員が離職し、うち約7割が他産業へ転職していると推計されており、今後、介護人材の需要は特に首都圏を始めとして全国的に伸びていくことが見込まれていることから、職場定着の取組による人材の流出の防止が必要となっています。

【図表6-1】 秋田県の介護職員数

(単位:人)

	施設サービス	居宅サービス	地域密着型サービス	合計
令和2年度	5,250	12,550	5,483	23,283
令和3年度	5,152	12,415	5,538	23,105
令和4年度	5,267	12,276	5,335	22,878

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」に基づく県推計値

(介護人材の需給推計)

- 本県では、団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者となる2025（令和7）年、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年を通じて約23,800人の介護人材が必要になると見込まれていることを見据え、短期的な人材確保と中長期的な人材確保の両方を念頭に置きながら計画的な取組を進める必要があります。

【図表6-2】 将来の介護サービス等利用者数に基づき推計した介護職員需要推計

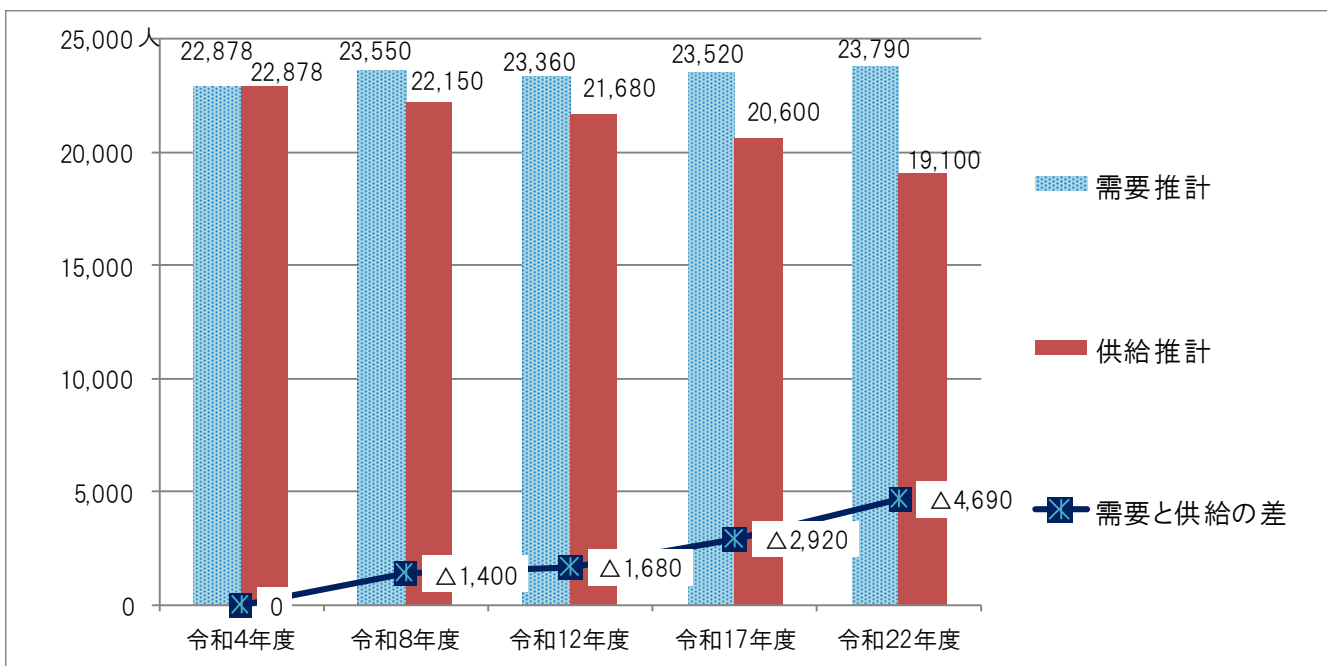
(単位:人)

	施設サービス	居宅サービス	地域密着型サービス	合計
令和8年度	5,500	12,290	5,760	23,550
令和12年度	5,490	12,160	5,710	23,360
令和17年度	5,490	12,280	5,750	23,520
令和22年度	5,580	12,370	5,840	23,790

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」に基づく県推計値

【図表6-3】 秋田県の将来の介護職員の需給推計 (単位:人)

	需要推計※1	供給推計※2	需要と供給の差
令和4年度	22,878	22,878	0
令和8年度	23,550	22,150	△1,400
令和12年度	23,360	21,680	△1,680
令和17年度	23,520	20,600	△2,920
令和22年度	23,790	19,100	△4,690



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」に基づく県推計値

※1 「県内の保険者が見込んだ将来の介護サービス利用者数に、利用者100人当たりの介護職員の配置率を乗じて推計」

※2 「離職率、介護分野への再就職率、入職者数それぞれの見込を基に推計」

○今後の取組○

(3つの柱)

- 職員の処遇改善や人材育成などに取り組むことが人材確保の基盤であるとの認識を県と介護サービス事業者が共有するとともに、介護のイメージアップや外国人を含めた「人材の参入促進」、「職員の資質の向上」、「生産性の向上・処遇の改善」の3つの柱に沿って、課題解決に向けた取組を進めていきます。

2. 地域医療介護総合確保基金の活用

○現状と課題○

(地域医療介護総合確保基金の概要)

- 2025(令和7)年に向け、地域包括ケアシステムの深化・推進、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等が喫緊の課題となっていることから、2014(平成26)年度、国において、消費税増収分を活用した「地域医療介護総合確保

基金」が創設され、介護分野においては、平成27年度から各都道府県に積み立てられています。（負担割合：国2／3、県1／3）

- 今後の超高齢社会を見据え、要介護者の増加に伴う介護サービス量の増加や認知症高齢者への対応、地域包括ケアシステムの深化・推進に対応した介護人材の確保を、基金を活用して引き続き進めていく必要があります。

【図表6-4】 秋田県の地域医療介護総合確保基金の予算額

内容	令和4年度 (参考)	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	国予算 (億円)	県計画額 (基金充当額) (千円)	県計画額 (基金充当額) (千円)	県計画額 (基金充当額) (千円)	県計画額 (基金充当額) (千円)	県計画額 (基金充当額) (千円)
介護基盤整備	618	313,125	430,185	124,188	426,107	903,714
介護施設等整備分	412	224,111	304,718	1,551	37,472	114,259
介護従事者確保分	206	89,014	125,467	122,637	388,635	789,455

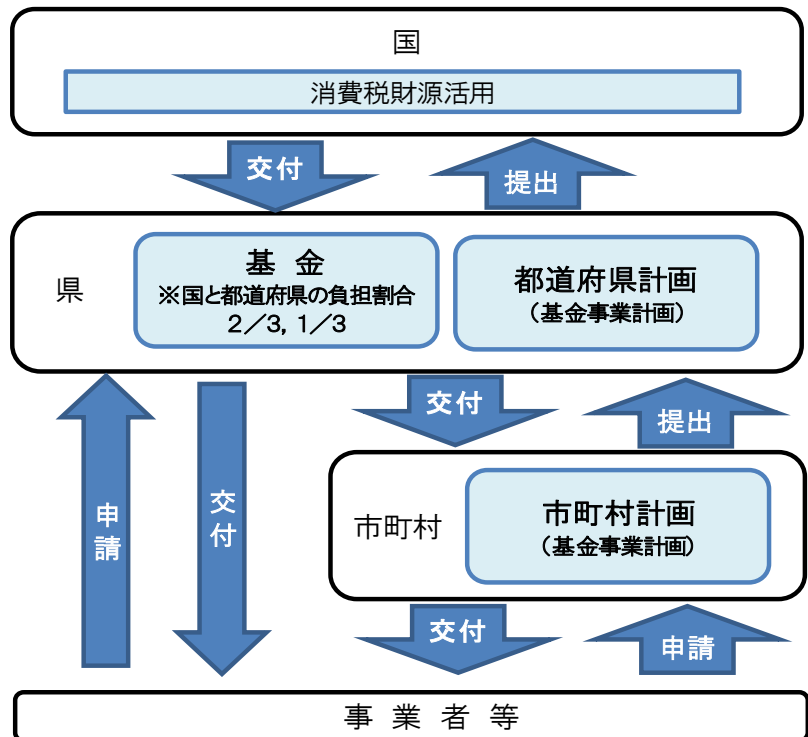
出典：長寿社会課調べ

○今後の取組○

(基金の活用方針)

- 人材確保対策の基盤としての「介護サービス事業所認証評価制度」の普及を推進するほか、「人材の参入促進」、「職員の資質の向上」、「生産性の向上・処遇の改善」の3つの柱に沿って、課題解決に向けた総合的な対策を推進することにより、介護人材の需給ギャップの解消や地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた介護職員等の計画的な確保・育成に努めます。

【図表 6-5】 地域医療介護総合確保基金の概要



3. 介護人材の確保・育成と介護現場の革新

○現状と課題○

(基盤の整備)

- 介護人材の不足が懸念される中、課題解決に向けては、職員の処遇改善や人材育成に取り組むことが人材確保の基盤であるとの認識を県と介護サービス事業者が共有し、取組を進めていくことが重要です。
- 介護サービス事業者の人材の確保・育成に係る取組の「見える化」、「介護サービス事業所認証評価制度」の普及促進により、認証事業者が運営する介護サービス事業所は県全体の約4分の1を占めるようになっていますが、事業所間での取組レベルに差が生じてきており、一つの基準だけで事業所を評価することが難しくなっています。
- 2040（令和22）年を見据えると、介護人材が確保できず、事業継続が困難になる事業所が生じてくることが予想されることから、法人間連携や経営の協働化も人材の確保・育成に有効な手段の一つとして検討する必要があります。
- 令和4年度から社会福祉連携推進法人の制度が施行されましたが、本県では、令和5年8月に県内第1号の社会福祉連携推進法人が設立され、物資等の一括購入、研修の共同実施、災害時支援などの取組が行われています。

【図表6-6】 参加宣言事業者数と認証事業者数の推移

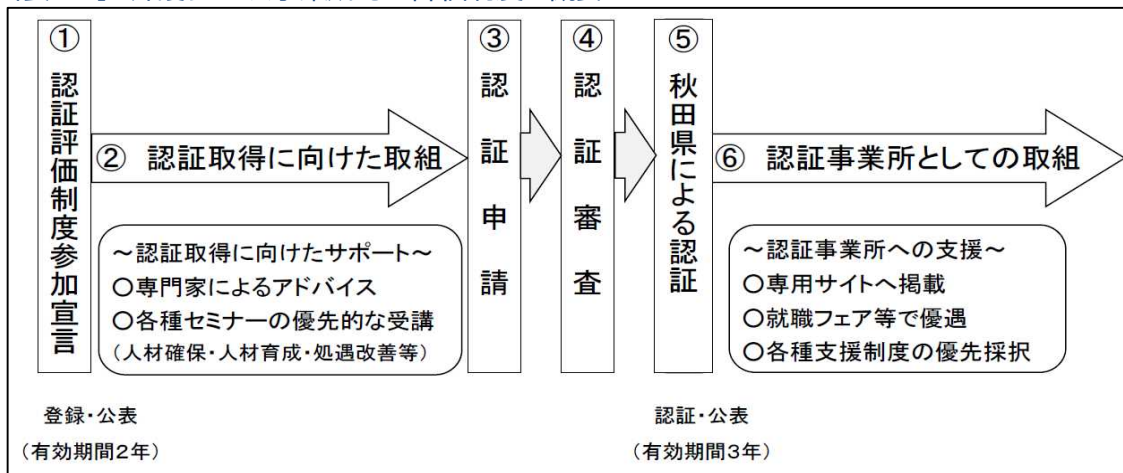
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認証事業者	45	49	56	62	70
参加宣言事業者	105	118	125	108	130

出典：長寿社会課調べ（令和5年度は見込み）

【図表6-7】 認証マーク



【図表6-8】 介護サービス事業所認証評価制度の概要



(介護現場の革新)

- 全国的な人口減少と少子高齢化が進む中で、人材の確保は一層難しくなっていくことが想定されており、介護現場における業務の効率化による生産性の向上が必要となっています。

○今後の取組○

(基盤整備の推進)

- 引き続き、「介護サービス事業所認証評価制度」の普及を進め、職員の処遇改善や人材育成などに積極的に取り組んでいる優良な事業者を増加させることで、業界全体の底上げとイメージ向上を図り、介護人材の確保・育成・定着を図ります。
- 更に高いレベルで取組を進めようとする事業者に対しては、処遇改善などでより厳しい基準を設けた上位認証評価制度の導入も視野に、介護業界のトップランナーを創出し、より働きやすい職場環境づくりを進めていきます。
- 厳しい経営環境の中にあっても、地域に必要な介護サービスを残すことができるよう、法人間連携の推進や社会福祉連携推進法人の立ち上げ等に対する支援を行います。

(介護現場の革新)

- 介護ロボットやICTの活用により効率化できる部分を増やしていくことで、直接介護に必要な人材を確保するとともに、事業所内の業務見直しや介護ロボット・ICT導入に係る相談業務や専門家による伴走支援などの総合的な支援を行うための業務改善総合相談センター（仮称）を整備し、介護現場の革新につなげていきます。

2節 介護人材の確保・育成・定着

1. 介護のイメージアップ

○現状と課題○

(介護業界のイメージ)

- 地域や家庭、教育現場では、「きつい」「汚い」「給料が安い」といった介護業界に対する以前のイメージが根強く、若い世代を始めとした新たに介護業界へ参入する方の障壁になっています。
- 介護業務の中には、様々なサービスがあるにも関わらず、排泄介助や入浴介助といった身体介助の大変さばかりがクローズアップされ、高齢者ケアのやりがいや、行事の企画・運営などの楽しい部分の情報発信不足が指摘されています。

○今後の取組○

(介護業界における情報発信の強化)

- 若い世代に対しては、インスタグラムなどSNSを活用して介護者目線で介護の魅力を伝える情報を発信するとともに、介護職のイメージが向上するよう、様々なメディア等による情報発信を積極的に行っていきます。
- 小学生や中学生など、就職や進学など具体的な進路選択をする以前の段階から、介護業界に対する興味を持てるよう、年代の近い若手介護職員が介護の魅力を伝える出前講座等を行っていきます。

2. 多様な人材の参入促進

○現状と課題○

(介護分野への人材参入の取組)

- 県内では、人口減少や少子高齢化により労働力人口が減少し続けているため、全ての産業において人手不足感が高まってきており、その中でも、県内における介護分野の有効求人倍率は2倍を超える高い数値で推移するなど、介護現場での人材不足は厳しい状況にあります。
- 県では、介護人材確保推進員を配置し、ハローワークなど関係機関との連携のもと、新たに介護職を希望する方の掘り起こし等を実施していますが、地域・家庭や学校現場における介護や介護の仕事に対するマイナスイメージが根強いこともあり、需給ギャップの解消までには至っていません。

- 介護福祉士の養成を支援するため、県内の介護福祉士養成施設及び福祉系高校で学ぶ生徒・学生や、実務経験ルートでの資格取得を目指す方に対し、修学資金や実務者研修の受講費用について返還免除付きの貸付を行っています。
- 他業種からの参入促進、離職介護人材の再就職支援のため、一定の資格を有する方の介護職への新たな就職や、一定の資格・知識及び経験を有する方の介護職への再就職について、返還免除付きの就職支援金の貸付を行っています。

○今後の取組○

(様々な層からの人材の参入)

- 介護人材確保推進員を中心に、秋田労働局、県内各ハローワークのほか、秋田県福祉保健人材・研修センターや初任者研修実施機関などの関係機関と連携し、新たに介護職を希望する方の掘り起こしからマッチングにつながる活動等を行うとともに、中学・高校生等の職場体験や中高年齢者を対象とした入門研修・介護体験の実施等により、多様な層からの参入を促進していきます。
- 介護人材確保対策のための専用Webサイトの内容の充実、小・中・高校生を対象とする介護に関する出前講座、介護ロボット等の見学体験会の開催等により、介護職への理解促進に一層力を入れ、介護分野のイメージ向上を図るとともに、「介護サービス事業所認証評価制度」を通じ、処遇改善や人材育成等の取組を「見える化」することで、介護事業所がやりがいを感じて安心して働ける職場であることを発信していきます。
- 引き続き返還免除付きの貸付を実施し、介護福祉士の養成支援、他業種からの参入促進、離職介護人材の再就職支援を行います。
- 看護職員については、介護分野における人材確保が課題となっている現状を踏まえ、今後も需要の増大が見込まれる介護・在宅医療分野に対し、施設間偏在の解消に向けて、養成力強化や離職防止、再就業促進に引き続き取り組むとともに、学生確保や県内就業促進を図ります。

3. 外国人介護人材の受入環境整備

○現状と課題○

(県内における外国人介護人材の状況)

- 人口減少や少子高齢化により、介護人材不足が顕著化してきており、県内においても技能実習生や特定技能制度により外国人介護人材を雇用する事業所が、年々増加してきています。

- 一方で、令和4年度に介護労働安定センターが行った介護労働実態調査では、外国人材の活用をする必要はないとする事業所が85%と、依然として外国人材の活用について消極的な事業所が多く、理解促進を図る必要があります。

【図表6-9】 県内の介護分野における外国人雇用状況の推移

(単位:人)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
秋田県内の技能実習生※1	958	1,152	1,355	1,074	1,132	1,501
うち介護従事者	0	8	28	64	96	126
秋田県内の特定技能1号※2	-	0	1	15	119	273
うち介護従事者	-	0	0	2	18	55

出典：※1 厚生労働省秋田労働局「外国人雇用状況」毎年10月末現在

※2 出入国在留管理庁「特定技能在留外国人数の公表」毎年6月末現在

○今後の取組○

(外国人介護人材受入れ環境整備)

- 外国人介護人材の受入れに関する制度や手続等を学習する事業所向けセミナーの開催など、引き続き外国人介護人材の受入れに向けた環境づくりを促進します。
- 外国人の介護分野への参入・定着を図り介護人材を確保するため、多言語翻訳機の導入、日本語学習や介護福祉士国家資格の取得に向けた支援等の、外国人介護人材の受入れ施設における環境整備に要する経費に対して支援します。
- 増加する外国人介護人材の定着に向けて、外国人同士のコミュニティや地域住民等との交流を支援します。

4. 介護人材の資質の向上

○現状と課題○

(介護人材のキャリアアップ)

- 介護の現場で働く人材には、利用者への直接処遇に従事する介護職員のほか、相談援助業務に従事する介護支援専門員や生活相談員、医療行為を担う看護職員やリハビリ職員などがおり、生産年齢人口の減少の中で限られた人材を有効に活用するため、それぞれの能力や求められる役割に応じた人材配置や育成を進め、良質なチームケアを提供していく必要があります。

- 人材の量的確保とともに、高い専門性を持った人材を育成するため、専門性、技術レベルの向上を図り、介護サービスの質の向上を目的とした研修の機会等を確保することが必要です。

(地域包括ケアシステムを支える介護人材)

- 地域包括ケアシステムの深化・推進や増加する認知症高齢者への対応に向けて、ニーズの高度化、多様化、専門化に対応できる専門知識を有する介護職員等の継続的な養成が必要です。（再掲）
- 主任介護支援専門員は、地域包括支援センター等において地域のケアマネジメント支援業務の主要な役割を担っており、居宅介護支援事業所の管理者には主任介護支援専門員を配置する必要があります。（経過措置 2027（令和9）年3月31日まで）

【図表6-10】 秋田県の介護支援専門員実務研修受講試験合格者数 (単位:人)

平成 30 年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
46	97	73	111	97	80

出典：長寿社会課調べ

【図表6-11】 秋田県の主任介護支援専門員研修修了者数 (単位:人)

平成 30 年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
101	123	91	111	66	74

出典：長寿社会課調べ

【図表6-12】 秋田県の介護支援専門員の必要見込数 (単位:人)

令和4年度	令和8年度	令和 12 年度	令和 17 年度	令和 22 年度
2,276	2,320	2,320	2,360	2,400

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」に基づく県推計値

○今後の取組○

(キャリアアップ研修の支援)

- 良質なチームケアを提供していくため、介護職員等の資質の向上に向け、介護技術向上のための研修、介護支援専門員の資質向上研修、主任介護支援専門員の指導力向上 O J T 研修、個別ケアの普及を図るための研修等を実施するとともに、関係団体が開催する研修を支援し、職員の資質の向上を図ります。

- 実務経験ルートでの資格取得を目指す方に対し、引き続き介護福祉士実務者研修の受講費用について、返還免除付きの貸付を行っていきます。

(地域包括ケアシステムを支える介護人材の育成)

- 高齢者がその人らしい生活を地域で継続できるよう支援するため、介護支援専門員を対象に、自立支援に資する質の高いケアマネジメントと地域課題の把握を行う、自立支援型地域ケア会議実践研修を実施します。
- 主任介護支援専門員研修を実施し、地域のケアマネジメント支援業務の主要な役割を担う主任介護支援専門員を養成します。
- 認知症介護に従事する職員の資質向上を図るため、認知症介護指導者養成研修を実施するとともに、資質の維持・向上のためのフォローアップ研修への参加を支援します。
- 介護施設等の従事者に高齢者虐待防止、感染防止、看取りなど、現場の課題に即した研修を実施し、専門知識を有する実務者としての介護職、看護職等の確保を図ります。

3節 生産性の向上・処遇の改善

1. 介護現場の生産性の向上

○現状と課題○

(生産性の向上)

- 介護人材の確保が喫緊の課題とされる中で、介護テクノロジーを活用し、業務の改善や効率化等を進め介護従事者の業務負担の軽減を図り、介護現場の生産性向上を一層推進していく必要があります。
- 令和5年度の介護保険法の一部改正により、都道府県に介護現場の生産性向上を推進する努力義務が課されたことを受け、地域の実情に即した介護現場の生産性向上を推進する様々な支援・施策を一体的に実施し、介護サービス事業者を適切な支援につなぐ必要があります。

(文書負担の軽減)

- 今後とも見込まれる厳しい介護人材不足の中、介護サービス事業者の事務負担、文書量の大幅な削減が強く求められています。
- 国からは、個々の申請様式・添付書類や手続に関する簡素化、自治体ごとのローカルルール解消による標準化、共通して更なる効率化につながる可能性のあるICT等の活用の3つの観点を念頭に、文書負担軽減の取組を進めるよう示されており、厚生労

働省が整備した「電子申請・届出システム」が運用可能となったことから、各自治体においては、遅くとも令和8年3月末までに同システムの運用を開始することとされています。

- 県では、国が示す方針に基づいて、申請書類や運営指導の標準化、提出文書や手続きの簡素化に取り組むことで、介護サービス事業者の文書負担の削減に取り組んでいます。

○今後の取組○

(生産性の向上)

- 介護従事者の業務負担の軽減や職場環境の改善に取り組む介護サービス事業者の介護テクノロジー導入に向けた取組を支援し、生産性向上による働きやすい職場環境の実現を図ります。
- 地域の実情に即した介護現場の生産性向上を推進するため、介護関係団体や職能団体等で構成される地方版介護現場革新会議を開催し、それぞれの立場・視点から課題解決に向けた議論を行い、生産性向上施策の効果的な推進を図ります。
- 業務改善総合相談センター（仮称）を設置し、介護テクノロジー導入に係る相談窓口の設置や機器の体験展示、人材育成のための研修支援及び伴走支援などの総合的な支援を通じた介護現場の生産性向上を図ります。

【図表6-13】 介護ロボット等導入推進支援事業補助実績

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
補助額(単位:千円)		19,028	59,225	66,625	149,750
介護ロボット分	導入事業者数	11	69	27	35
	導入件数(単位:台)	42	314	175	408
見守り機器導入に伴う 通信環境整備分	導入事業者数	2	22	10	24
	導入件数(単位:件)	2	22	10	24
ICT機器導入分	導入事業者数	11	39	20	31
	導入件数(単位:件)	11	39	20	31

出典：長寿社会課調べ（令和5年度は見込み）

(文書負担の軽減)

- 介護分野の文書に係る負担軽減のため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化及びICT等の活用を進めることによって、更なる介護サービス事業者及び行政の業務効率化に取り組めます。

- 県では、「電子申請・届出システム」による届出の受理について、令和6年4月から本格運用を開始し、介護サービス事業所の申請手続きや文書負担の軽減に取り組みます。

2. 介護従事者の処遇の改善

○現状と課題○

(労働環境・処遇の改善)

- 毎年約2,700人の介護職員が離職し、うち約7割が他産業へ転職していると推計されており、今後、介護人材の需要は特に首都圏を始めとして全国的に伸びていくことが見込まれていることから、職場定着の取組による人材の流出の防止が必要となっています。（再掲）
- 介護従事者の身体的負担の軽減や業務の効率化を進めるとともに、セクシャルハラスメントなどのハラスメント対策を進め精神的な負担を軽減することで、他産業や県外への人材流出を防止していく必要があります。
- 平成29年度から、介護サービス事業者の人材の確保・育成に係る取組の「見える化」により、業界全体の底上げと新規就労者の参入促進及び定着を図る「介護サービス事業所認証評価制度」の普及を進めており、認証事業者が運営する介護サービス事業所は県全体の約4分の1を占めるようになっています。（再掲）
- 介護従事者の処遇の改善を促進するため、介護職員等処遇改善加算を取得していない事業者に対して加算取得に向けた働きかけを行う必要があります。

○今後の取組○

(労働環境・処遇の改善)

- 引き続き、県と介護サービス事業者が共通認識を持ち、お互いに協力しながら取り組む「介護サービス事業所認証評価制度」の普及により、職員の処遇改善や人材育成などに積極的に取り組んでいる優良な事業者を増やし、「見える化」することで、業界全体のイメージ向上を図り、質の高い介護人材の確保・育成・定着を図ります。（再掲）
- 介護従事者の身体的負担の軽減や業務の効率化に資する介護ロボット・ICT等の導入や文書負担軽減に向けた取組を集中的に支援し、介護現場の革新を一層加速化させることにより、離職防止・職場定着を図ります。

- 介護職員の離職理由の上位に位置する、利用者によるカスタマーハラスメントに悩む事業者や介護従事者に対して、相談窓口等を設置し、精神的な負担の軽減に努めることで、離職防止に取り組んでいきます。
- 指導役となる職員を養成し新人介護職員の早期離職を防止するとともに、理学療法士による腰痛等予防対策の普及などにより、労働環境等の改善による人材確保・定着が図られるよう支援します。
- 看護職員については、多様な勤務形態の導入、業務や情報共有方法の見直し、AI・ICT技術の活用等を通じて最適な勤務環境を目指すことにより、離職防止等を一層推進します。また、介護分野における人材の確保が課題となっている現状を踏まえ、新規養成・復職支援・定着促進に向けた対策に取り組んでいきます。
- 介護職員等処遇改善加算を取得していない事業者に対し、加算取得に向けた働きかけを行い、処遇改善を推進します。

第7章

介護保険制度の 安定性・持続可能性の確保

- 1 節 基本的な考え方
- 2 節 サービス提供基盤の整備
- 3 節 介護サービスの質の確保・向上
- 4 節 介護給付の適正化に関する取組方針
(第6期秋田県介護給付適正化計画)

1節 基本的な考え方

- 地域包括ケアシステムを推進するためには、在宅生活を支える多様な介護サービスを利用者の選択に基づいて提供できる体制づくりを進める必要があります。
- 特に、中重度の要介護者、医療的ケアが必要な方、単身高齢者世帯や認知症の人の増加、働きながら在宅で介護している家族等の負担軽減の必要性等を踏まえ、地域で暮らす高齢者の日常生活全般を柔軟なサービス提供で支えることが可能な「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「看護小規模多機能型居宅介護」等のサービスが地域の実情に応じて提供されるよう積極的に取り組む必要があります。
- 今後の高齢化の進行と人口減少を見据えると、関係サービスの連携や既存施設の有効活用、事業所の多機能化等により、必要な介護サービスの機能を地域に残すことを考える必要があります。
- 介護サービス基盤の整備と充実に当たっては、中長期的な人口構造の変化の見通しを踏まえながら医療保健福祉計画における在宅医療等の整備目標との整合性を確保するとともに、利用者の需要動向や地域バランス等に配慮しながら、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス等の均衡ある整備を図っていく必要があります。
- 地域密着型サービスの整備や介護施設の開設準備経費、特別養護老人ホーム多床室のプライバシー保護のための改修等については、地域医療介護総合確保基金を活用することから、施設整備については、同基金の活用により引き続き推進していくことを基本とします。

2節 サービス提供基盤の整備

1. 在宅生活を支えるサービスの充実

○現状と課題○

(居宅サービスの状況)

- 一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯は今後も増加すると予測されており、高齢になっても住み慣れた自宅で生活を継続するために、居宅系サービスの更なる充実が求められています。
- 自宅での療養を支援する訪問看護サービスには、入院治療と在宅サービスの連携や、生活の継続性の確保が求められます。
- 入院治療後の在宅生活には、身体機能の回復に有効となるリハビリテーションサービスの提供が重要であり、医療・福祉サービスに携わる関係者が連携し、早期に支援体制を構築することが必要です。

- 本県は他県と比較して施設系サービスが充実している一方、訪問系、通所系の居宅サービスの提供量が少ない状況にあります。
- 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要です。

○今後の取組○

(居宅サービスの充実と質の向上)

- 地域の実情に応じて不足のない居宅サービスが提供できるよう、保険者である市町村と連携しながら、サービス提供体制の充実を図ります。
- 家族介護者の負担軽減につながるよう、通所介護や短期入所生活介護の適切な利用を促進します。
- 訪問看護は在宅医療の限界点を高める上で重要な役割を果たすことから、訪問看護ステーションの従事者数の増加を目指すほか、事業所の大規模化、ケアの質の向上に向けた取組を検討します。
- 訪問系、通所系のサービスの充実を図ることにより、在宅生活の限界点を高め、より長く在宅で生活できる環境を整備できると考えられることから、利用者のニーズに見合うサービス量の確保に努めます。
- 保険者と連携して、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を推進します。

2. 施設サービスの充実

○現状と課題○

- 多くの高齢者にとって、介護が必要な状態になっても、可能な限り介護サービスを始めとする様々な福祉サービスや家族、地域の支えにより、自宅での生活を継続することが望ましい在り方といえます。しかし、高齢者世帯や独居等の家庭環境、介護度、介護者の負担等の状況により、施設サービスの利用が適している場合もあります。
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設及び介護医療院には、施設での生活を可能な限り自宅に近いものとするために、利用者一人ひとりの意思、人格を尊重し、プライバシーの保護に配慮したユニット型施設の整備や従来型施設のプライバシー改修などの対応が求められます。
- 本県では短期入所生活介護（ショートステイ）の利用者数が非常に多い状況が続いており、長期にわたって利用しているケースも見受けられます。
- 一方、介護老人福祉施設の入所希望者は、令和5年4月現在で、2,734人となっています。こうした方の中には、入所までの間、やむを得ず短期入所生活介護を利用している方も多いと考えられます。

- 今後、医療ニーズがある要介護高齢者の生活を医療と介護で支える施設として、介護医療院のニーズが高まることが見込まれます。
- 2040年を見据えると、介護人材の確保の面から、事業継続が困難になる事業所が生じてくることも想定されます。そのような状況になっても、地域で必要な介護サービスが維持されるよう支援を行っていく必要があります。

○今後の取組○

- 介護保険施設の整備に当たっては、高齢者数の推移、圏域別の需要動向、在宅サービスの状況のほか、認知症対応型グループホームや特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）などの利用状況を踏まえ、民間の施設整備とのバランスを考慮しながら進めます。
- 介護老人保健施設は、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、訪問リハビリテーション等のサービスとの連携を進めます。
- 利用者一人ひとりの意思、人格及びプライバシーを尊重し、有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の開設、増床に当たっては、地域の実情に配慮しつつ、ユニット型を基本とした施設整備を進めます。
- 既存の介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院についても、個室・ユニット化への改修を支援します。
- ユニットケア研修等の実施により、施設職員のユニットケアへの理解を促し、個別ケアの実践により入所者に対するケアの質の向上を図ります。
- 施設入所の緊急性が高い重度要介護者の入所待機の解消を図ることと併せ、施設の適切な利用を促進するため、市町村と連携しながら短期入所生活介護の介護老人福祉施設等への転換を進めます。
- 介護人材の確保が困難になるなど、厳しい経営環境の中にあっても地域に必要な介護サービスを残すことができるよう、社会福祉連携推進法人の立ち上げなどの法人間連携を支援します。

3. 地域密着型サービスの推進

○現状と課題○

- 介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるよう、平成18年度に、身近な市町村で提供される地域密着型サービスが創設され、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービスが提供されるようになりました。
- 今後、一人暮らしの高齢者や、高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者の増加が見込まれることなどから、地域密着型サービス基盤の更なる強化が求められています。
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、地域密着型サービスの中で最も県内で事業所数が多いサービスとなっています。今後も認知症高齢者の増加に伴い、事業所数も増加すると見込まれます。
- 小規模多機能型居宅介護は、一つの事業所が29人以下の利用者を対象に、「通い（デイサービス）」「訪問（ホームヘルプ）」「泊まり（ショートステイ）」のサービスを、ニーズに応じ24時間切れ目なく一体的に提供しながら利用者の在宅生活を支えるものですが、サービス提供体制の整備が進んでいない市町村も見られます。
- 地域で中重度者を支える上で重要な在宅サービスについては、令和5年4月現在で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は12か所、看護小規模多機能型居宅介護は10か所にとどまっており、十分に整備されているとは言えない状況です。特に人口が少ない地域や、広域に住宅が点在する地域では、採算性の問題から事業者の参入が少ないなどの課題があります。

○今後の取組○

- 市町村の日常生活圏域においてサービスが利用できるよう、地域医療介護総合確保基金の有効活用等により地域密着型サービス提供施設の整備費用を支援するなど、各市町村が地域の実情に応じた基盤整備を行えるよう支援します。
- 高齢者の日常生活全般を毎日複数回の柔軟なサービス提供により支えることにより、在宅生活の限界点を引き上げる上で重要な、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護等の普及について、他県の好事例を市町村に提供するなどサービス提供体制の充実が図られるよう引き続き支援を行うほか、サービスの有効性について地域全体の理解促進を図ります。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスについて、既存施設の有効活用や、区域外へのサービス提供に係る介護事業所の負担の軽減の観点から、広域利用に関する事前同意等について市町村と調整を図ります。

3節 介護サービスの質の確保・向上

1. 利用者の保護

(1) 苦情への対応

○現状と課題○

(介護保険制度における苦情処理)

- 介護保険制度では、利用者保護及びサービスの質の維持・向上の観点から、利用者及びその家族が提供された介護サービスに不満がある場合の苦情を処理する仕組みが制度的に位置付けられており、介護サービス事業者、居宅介護支援者、市町村、秋田県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」といいます。）及び県が連携して対応しています。
- 特に、国保連は、制度上の苦情処理機関として苦情受付の専用電話を設置し、市町村地域を越える場合や市町村での取扱が困難な事例も含めて対応しているほか、苦情申立に基づき、事業者等に対する調査・指導・助言等を行っています。

○今後の取組○

(関係機関の連携による苦情処理体制の強化)

- 苦情を未然に防止するために、事業者に対する集団指導及び実地指導において、事業者の苦情処理体制の強化を促します。
- 市町村、県、国保連等の関係機関による機能分担や連携を強化し、介護サービス等に関する相談や苦情処理を円滑に行う体制の充実を図ります。

(2) 介護サービス情報の公表制度

○現状と課題○

(秋田県の介護サービス情報の公表の状況)

- 介護サービスの運営に関する情報は、利用者が適切に介護サービス事業所を選択することができるよう、法律でその公表が義務付けられています。
- 本県では、委託先である秋田県社会福祉協議会に指定情報公表センターを設置し、全てのサービスを対象に情報の公表を実施しています。
- 情報の公表は、厚生労働省の介護サービス情報公表制度のウェブサイトで実施しており、介護サービス事業所の比較機能や検索機能などに加え、地域包括支援センターの検索や生活支援等サービスの検索、住まい（サービス付き高齢者向け住宅）の検索、

認知症に関する相談窓口の検索等、他の公的情報提供サービスとの連携を図り、利用者の閲覧性の向上と情報の集約化を進めています。

- 情報の正確性を担保するため、県が策定した指針に基づき、3年ごとに事業所調査を実施し、適正な公表に努めています。
- 介護サービス事業者の経営状況については、これまで社会福祉法人には財務諸表の提出及び公表が義務付けられていましたが、今後は介護サービスを行う全ての法人に財務情報の公表が義務付けられました。これは、持続可能な介護サービス提供体制の構築のため、物価上昇、災害・感染症に対する支援策、介護職員の処遇改善の適正化など、現状に沿った報酬改定に向け、費用の見える化を進める目的で行われます。

○今後の取組○

(介護サービス情報の機能強化)

- 利用者が、身近なところで介護サービスや事業者などの情報を得られ、事業者をより良く選択できるよう情報公表システム内の情報の充実を図るとともに、利活用が促進されるよう情報公表システムの普及・啓発を促進します。併せて、介護サービス事業者の経営情報について、調査及び分析を行い、必要な内容を公表するよう努めます。

2. 適切な介護サービスの確保

○現状と課題○

(介護サービス事業者等への指導・監査)

- 介護サービス事業者等の育成を支援し、介護サービスの質の確保と、その向上を図るため、運営指導、集団指導等を定期的実施していますが、未だ多くの事業所において、改善を要する事項が認められています。
- 引き続き介護保険制度に対する正しい認識と理解が得られるよう指導する必要があります。
- 指定基準違反や不正請求等の疑いのある事業所に対しては、迅速、かつ、的確に監査を行うなど、厳正に対処する必要があります。
- 介護保険制度の公的性格から、介護サービス事業者には適切なサービス提供のほか、法令遵守等のための業務管理体制の整備と届出が義務づけられています。

(介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進)

- 介護現場において事故等（転倒・転落、誤嚥・誤飲、自殺、交通事故、介護ミス、職員不祥事、感染症等）が発生した場合は、速やかに保険者等への事故報告を行うことになっています。

- 事故報告書を提出していない介護サービス事業者や、事故件数の多い介護サービス事業者等に対しては、適宜、指導等を行う必要があります。

○今後の取組○

(介護サービス事業者等への指導・監査)

- 介護サービスの質の確保と向上を図るため、運営指導、集団指導、監査等を実施します。
- 不適切な介護サービスの提供や不正請求等が疑われる場合や、利用者・従業員等からの通報事案等に対しては、迅速に監査を行うなど厳正に対処します。
- 介護職員の労働環境も含め、法令遵守等のための業務管理体制の整備について、指導します。

(介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進)

- 介護サービス事業者の処遇改善のため、事故報告の徹底を図るとともに、事故報告の内容を分析し、事故防止に向けた指導等を行います。
- 各保険者に対して、事故情報の分析や活用が適切に行われるよう、必要な助言や支援を行います。

3. サービスの質の向上に資する取組

○現状と課題○

(第三者によるサービス評価)

- 認知症対応型共同生活介護事業者（介護予防事業所を含む）は、サービスの改善と質の向上を目的として、自ら提供するサービスの質の評価（自己評価）を行うとともに、外部の者による評価（外部評価）又は運営推進会議における評価を受け、その結果を公表しています。

(介護保険審査会)

- 要介護・要支援認定や保険料等の徴収金に関して不服がある場合は、県に設置されている介護保険審査会に審査請求を行うことができます。介護保険審査会は、被保険者、市町村、公益の三者の代表で構成され、合議体で審査請求事件の審理・裁決を行います。

(介護職員等によるたん吸引等の医療行為の実施)

- 介護を必要とする方の中には、在宅・施設入所のいずれにおいても、たん吸引や経管栄養等の医療行為が必要な方がいます。

- このため「社会福祉士及び介護福祉士法」の規定により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員は、医療や看護との連携による安全確保が図られている等の条件のもとで、たん吸引等の医療行為を行うことが可能となっています。
- 今後の要介護者の高齢化に伴い、医療と介護の双方のサービスを必要とする人の増加が見込まれることから、こうした一定の医療行為を行うことができる介護職員等の養成が必要です。
- 当該医療行為を行う介護職員等を養成する研修課程において、小規模な介護サービス事業所では、利用者に対する実地研修を計画的に行うことができない等の課題があります。

(ユニットケアの推進)

- 本県ではユニットケアを推進するため、「ユニットケア施設管理者研修」及び「ユニットリーダー研修」を実施しています。
- これらの研修においては、実際のユニットケア施設においての実地研修（3日間）がカリキュラムとして設けられていますが、県内に実地研修施設がないことから、実地研修の部分は、県外の施設で受講しなければならず、そのことが勤務先法人の負担を大きくしているとともに、受講控えにつながっている可能性があります。
- 特に、「ユニットリーダー研修」については、その修了がユニット型施設における人員基準の要件となっています。

○今後の取組○

(効果的な評価事業の実施)

- 第三者によるサービス評価事業を効果的に実施するため、必要に応じて評価基準の見直しを行うほか、研修等により評価調査員の資質向上や運営推進会議における評価の推進に努めます。

(介護保険制度の信頼性の確保)

- 介護保険審査会においては、不服申立に対する審理・裁決について、中立・公平かつ迅速な処理に努め、介護保険制度の信頼性を確保します。

(介護職員等によるたん吸引等の医療行為の実施)

- 業務としてたん吸引等を実施するためには所定の研修を受講する必要があります。効果的な研修の計画的な実施及びたん吸引等の研修を実施する登録研修機関への指導等を通じて、安全、かつ、適切に医療行為を行うことができる介護職員を多く養成します。

- 安全な実施体制の確保に必要な知識を補完するための講義と、手技を確認する演習を組み入れたフォローアップを実施し、利用者にとっても安心・安全な研修実施体制の確保に努め、介護職員・看護職員のスキルアップを推進します。

(ユニットケアの推進)

- 「ユニットケア施設管理者研修」及び「ユニットリーダー研修」について、県内でも実地研修が受講できるよう、3施設以上の実地研修施設を設けます。
- そのために、実地研修施設の指定を受けるよう県内の施設に働きかけるとともに、応募のあった施設に対し、実地での助言指導等の支援を行います。

4. 災害や感染症への備え

(1) 災害への備え

○現状と課題○

- 近年、地震・大雨・台風等の大規模な自然災害により、全国各地で甚大な被害が発生しており、高齢者施設等においても、多数の利用者が亡くなるという痛ましい被害がたびたび報告されています。
- 本県においても、令和5年7月の大雨災害では、床上浸水等により介護サービスの提供に支障が生じる事例が発生しました。
- 高齢者施設等においては、自力での避難が困難な方も多く利用されていることから、利用者の安全を確保するため、水害・土砂災害を含む各種災害に備えた十分な対策を講じる必要があります。
- 災害等が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、指定基準により全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画や非常災害に関する具体的計画の策定、研修及び訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられています。
- 市町村地域防災計画に位置付けられた要配慮者利用施設（学校、社会福祉施設、医療施設）においては、避難確保計画の作成及び避難訓練の実施が義務付けられています。
- 県で把握している地域防災計画に位置付けられている要配慮者利用施設のうち社会福祉施設数（令和5年9月30日時点）は、水防法に係る洪水浸水想定区域内において861施設、土砂災害防止法に係る区域内において85施設、津波法に係る区域内において13施設となっています。（各法律の想定区域が重なっている場合は、施設数も重複して計上されています。）

○今後の取組○

- 災害等発生時でも必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、実地監査等の機会を捉え、業務継続計画（BCP）や非常災害に関する具体的計画の策定、適宜の見直し、研修・訓練の実施、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認等を行うよう促します。
- 避難確保計画の策定状況を確認し、未作成の施設に対して、市町村と連携して作成を促します。
- 高齢者施設等における防災・減災対策に要する国庫補助金等のメニューが充実していることから、これらの補助金を有効に活用し、災害に備えるよう施設等に対して働きかけを行います。
- 関係団体と協力しながら、介護職員の応援派遣体制を整備するなど、災害時の人材確保策を検討します。

(2) 感染症への備え

○現状と課題○

- 高齢者施設等は、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者等が集団で生活する場であり、感染が広がりやすい状況にあることから、クラスターが発生した場合には、重症者や死亡者が発生することが懸念されるほか、地域の医療提供体制にも影響を及ぼすおそれがあります。
- 新型コロナウイルス感染症対応においても、高齢者施設等で多くのクラスターが発生しましたが、初動対応が不十分で感染が拡大したケースや、医療との連携が不十分で、施設内での療養において適切な対応が行われないケースなどが見受けられました。
- 平時から高齢者施設等の感染症対応能力を高めるとともに、感染症発生時に速やかに感染拡大防止に係る支援を行う体制づくりや、施設内療養時において適切な対応が行われるように医療機関との連携を促すなど、高齢者施設等における感染症対策の支援を強化する必要があります。
- 感染症発生時でも必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、指定基準により全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画の策定や感染症のまん延防止のための対策を検討する委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられています。

○今後の取組○

- 平時から高齢者施設等と連携し、感染予防・拡大防止に係る有効な情報を、速やかに、分かりやすく提供していきます。

- 感染症発生時において高齢者施設等に適切な支援が行われるよう、平時から市町村や保健所、関係団体等と連携した支援体制の整備を図るとともに、事業所間連携を含む応援体制が機能するよう、実効性のある人材確保策を検討します。
- 高齢者施設等と医療機関の連携状況の把握に努め、夜間休日の対応を含めて連携強化を促進します。
- 感染対策に必要な衛生資材等の備蓄及び適切な管理について、高齢者施設等に促します。
- 高齢者施設等に入所している配慮を必要とする方の移送について、高齢者施設等の関係団体等と連携し、移送の際の留意事項を含めて協議を行います。
- 高齢者施設等で新興感染症が発生した場合において、施設内でのまん延を防止するため、感染制御の専門家を派遣する体制を整備します。
- 平時から高齢者施設等を対象とした効果的な研修会を実施し、各施設の感染症対応力のレベルアップを図るとともに、各施設が自立して研修会を開催できるよう標準的な研修プログラムを作成します。
- 感染症発生時でも必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、実地監査等の機会を捉え、業務継続計画（BCP）の策定や感染症のまん延防止のための対策を検討する委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練等を行うよう促します。

4節 介護給付の適正化に関する取組方針（第6期秋田県介護給付適正化計画）

1. 介護給付適正化計画の趣旨等

（1）策定の趣旨

ア 基本的な考え方

介護給付の適正化とは、

- ①介護給付を必要とする者（受給者）を適切に認定した上で、
- ②受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、
- ③事業者が適切に提供するように促すもの、です。

介護給付の適正化に関する事業は、高齢者等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生活ができるようにするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために市町村が自ら積極的に取り組むべきものであり、各市町村において自らの課題認識のもとに取組を進めていくことが重要です。

一方で、保険者の体制等にも差があり、また、保険者単独では効率的・効果的に実施することが難しい取組もあります。

そのため、地域の実情を踏まえつつ、県としての考え方や目標等を定めるとともに、保険者である市町村や国保連などの関係機関と連携しながら、計画的に介護給付の適正化に取り組むため、「第6期秋田県介護給付適正化計画」を策定するものです。

イ 方針の位置づけ

（策定の根拠）

- この方針は、「介護給付適正化の計画策定に関する指針について」（令和5年9月12日付け 老介発0912第1号 厚生労働省老健局介護保険計画課長通知。以下「介護給付適正化指針」といいます。）に基づいて策定するものです。

（介護保険事業支援計画との関係）

- 介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第2項第2号及び第3号の規定により、都道府県介護保険事業支援計画において、管内保険者による介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標（以下「都道府県介護給付適正化計画」といいます。）を定めるものとされています。
- 介護給付適正化指針では、都道府県介護給付適正化計画は、介護保険事業支援計画において定めることとされています。

ウ 計画の期間

令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

(2)これまでの経緯・制度改正

ア これまでの経緯

- 平成16年2月～ 国保連の介護給付適正化のシステム（以下「適正化システム」といいます。）の運用開始
- 平成16年10月～ 県と市町村が連携して「介護給付適正化推進運動」を実施
- 平成20年4月～ 「（第1期）介護給付適正化計画」を策定
- 平成23年4月～ 「第2期介護給付適正化計画」を策定
- 平成26年4月～ 「第3期介護給付適正化計画」を策定
- 平成30年4月～ 「第4期介護給付適正化計画」を策定
- 令和3年4月～ 「第5期介護給付適正化計画」を策定

イ これまでの制度改正

(要介護認定の適正化関連)

- 認定審査会の簡素化
- 更新認定の有効期間の上限を48か月に延長（令和3年度から）

(ケアマネジメント等の適正化関連)

- 通常のケアプランとかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合の市町村へのケアプランの届出
- 地域ケア会議の開催等による必要に応じた利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点からのサービス内容の是正促進
- 福祉用具貸与における商品ごとの全国平均貸与価格の公表及び貸与価格の上限設定

(介護サービス事業者関連)

- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算、通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等

(その他)

- 介護給付費財政調整交付金算定への適正化事業取組状況の反映（令和3年度から）

(3)これまでの取組と今後の方向性

- 県ではこれまで、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合及び縦覧点検」及び「介護給付費通知」の5事業を介護給付適正化に向けた主要事業（主要5事業）として重点的に取り組んできました。
- 介護給付適正化指針により主要事業（主要5事業）のうち、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を任意事業に位置けるとともに、実施の効率化を図るため、「住宅改修等の点検」を「ケアプランの点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合及び縦覧点検」を合わせた3事業を介護給付適正化主要事業（以下「給付適正化主要3事業」といいます。）として再編することとなりました。
- 今回の方針においては、「給付適正化主要3事業」を柱としつつ、第5期適正化計画の検証結果等も踏まえ、より具体性・実効性のある構成・内容に見直しを行うことにより、介護給付の適正化を一層推進します。

2.介護給付適正化事業の現状と課題

「第5期介護給付適正化計画」期間中においては、県が実施する調査により、年度ごとに適正化事業の取組状況の実績確認や、実施目標・事業実施計画の確認を行っています。

併せて、国が実施する「介護給付適正化実施状況調査」も行っています。

最終年度には総合的な実施状況についての検証のため、各保険者に対しヒアリング調査を実施しました。

(1)介護給付適正化の実情と問題点

第5期計画においては、具体的な数値目標を定め、各保険者の取組を促進してきたところですが、事業の取組状況にはばらつきがあり、計画を下回る結果となった事業もあります。

保険者ごとの実施状況を見ますと、全保険者がいずれかの適正化事業を実施していません。

当計画が始まってから5期が経過し、取組が進みノウハウの蓄積が行われている保険者がある一方、「専門的知識の不足」や「人員不足・体制の確保の難しさ」等を理由として、取組が進まない保険者もあります。

【図表7-1】秋田県における各保険者の適正化事業の取組状況（令和5年10月各保険者ヒアリング状況）

適正化項目		実施保険者数	実施率
要介護認定の適正化	委託認定調査のチェック	21	95.5%
ケアプランの点検	ケアプランの点検	21	95.5%
住宅改修等の点検	住宅改修等の点検	22	100.0%
	福祉用具購入・貸与調査	21	95.5%
提供体制及び介護報酬請求の適正化	医療情報との突合	22	100.0%
	縦覧点検	22	100.0%
介護給付費通知	給付通知と提供情報の活用	17	77.3%
取り組みが望まれる事業	給付実績の活用	16	72.7%

(2)各事業における検証結果等

令和5年度までの、主要5事業及び給付実績の活用の検証結果等の概要は次のとおりです。

ア 要介護認定の適正化

(認定調査状況のチェック)

新規の要介護認定調査は、直営又は市町村事務受託法人に委託して実施しています。

また、区分変更や更新の認定調査については、直営や地域の居宅介護支援事業所等に委託して実施しています。

認定調査の完全直営化又は委託した認定調査内容の整合性の点検は21保険者（95.5%）が実施しています。

点検は事務職員が行っているところや、主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士等の専門職が実施しているところもあります。

さらに基本調査と特記事項、主治医意見書の書面の審査確認を行い、適切な認定調査結果となるよう取り組んでいる保険者もあります。

書面等による確認を行っていない保険者は、専門的な知識や経験を必要とする内容の点検までは実施体制が確保できず困難、としています。

(要介護認定における格差是正)

合議体間の格差を認識している保険者や審査会は、研修会の実施や、審査会でケース検討会を行っています。

また、毎年度合議体編成を替えるなどの取組を行っています。さらに、調査票の確認を推進し、適正な認定を行うことや格差是正が課題となっています。

イ ケアプランの点検

ケアプランの点検は21保険者（95.5%）が行っています。

専門的な知識を必要とする内容の点検までは、実施体制の確保が困難とする保険者が多い中、点検を業務とする職員の配置や地域包括支援センターの主任介護支援専門員、地域の介護支援専門員協会等職能団体と協働して実施している保険者も増えてきています。

ケアプラン分析システムを活用し、対象とするケアプラン・事業所を抽出し、点検を実施することや、数年計画で管内の全居宅介護支援事業所を点検対象とするなど工夫をしています。

実施に当たっては、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」及び同マニュアルの附属資料である「ケアプラン点検の基礎知識～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～」の活用を進めていますが、一般の介護支援専門員以上の能力が求められることから、県では具体的な手法や着眼点についての研修会を開催しています。

未実施の保険者は、「人員不足」の理由から実施体制の確保ができないなど、地域間では取組に差があり、特に小規模の保険者で取組が進まない現状があることから、今後は研修会のほか、個別支援も行っていく必要があります。

ウ 住宅改修等の点検

（住宅改修の点検）

住宅改修に係る事前又は事後の現場確認等については、22保険者（100%）が、申請時の書面の審査で確認できない場合や疑義のある場合は行うとしています。

実施に当たっての課題として、専門的な知識を要する点検であり、具体的には、改修規模、見積額、使用材料の品質などの妥当性についての判断基準がないことが挙げられています。

また、人員体制の面から、現場確認へ出向くことはできないといった声もあり、書面や写真での確認を十分に行い、実施しています。

今後は、住宅改修の利用に際して、建築専門職、リハビリテーション専門職等が適切に関与する仕組みを設けることが望まれます。

（福祉用具購入・貸与調査）

21保険者（95.5%）が、住宅改修の点検と同様に、申請時の書面の審査で確認できない場合や疑義のある場合は現場確認を行うとしています。実際は、カタログにより商品が明らかとなっていることや、事前に事業者や介護支援専門員から対象となるか問い合わせがある場合が多く、福祉用具に関しての現場確認まで行う件数は少なくなっています。

調査を行っている保険者では、認定情報や適正化システムを活用し、軽度者への貸与、短期間での追加購入や買い換えの場合など、条件を抽出して、調査を行っています。

同じ用途で使用する福祉用具であっても、品質やデザインにより金額が大きく違う場合もあり、調査対象の選定に苦慮している事例も見受けられることから、県では確認を要するケースの見極め方などについての研修会を開催しています。

福祉用具の利用に関し、リハビリテーション専門職が関与する仕組みを設けることが望まれています。

工 縦覧点検・医療情報との突合

縦覧点検・医療情報との突合は、国保連が全ての保険者から業務委託を受けて実施し、過誤調整処理までを行っています。

実施主体である保険者が、事業への取組意識について希薄にならないよう、帳票の確認方法等について研修会を開催する必要があります。

オ 介護給付費通知

介護給付費の通知については、17保険者（77.3%）が実施していますが、今後も継続するとしている保険者がいる反面、費用対効果が見込みづらく任意事業となったことや、人的体制面から他の事業を優先するなど、実施に消極的な意見や事業を廃止とするなどの意見が目立つ事業でもあります。

事業を廃止とする理由としては、「作業量が多く、実施体制が整わない」、「効果が期待できない（見えない）」、「通知したことで、問い合わせが多くなり、業務が煩雑になりそう」、「実施する保険者の減少により国保連への委託費用が上昇する」といったことが挙げられています。

一方で、実施している保険者においては、同封する文書や発送時期・方法の検討を行い、受給者に分かりやすい通知の工夫を行っています。

効果の面では、事業所側への牽制に効果を感じていることや、適正な保険料の設定であることを伝えられているのではないかとの意見もありました。

国保連では、平成26年度から介護給付費通知作成業務の受託を始めており、業務受託開始当初6保険者が委託していましたが、令和5年度は12保険者が委託を行っています。

また、委託をしていない保険者においては、独自の手法により取り組んでいるところもあります。

カ 積極的な実施が望まれる取組

（給付実績の活用）

国保連が適正化システムにより提供している給付実績の活用については、16保険者（72.7%）がケアプラン点検や福祉用具等調査の対象抽出に活用するなどしています。

活用していない保険者は、「帳票やデータの活用方法が分からない」といった理由で、活用できていないといった意見がありました。

県や国保連では、適正化システムの操作説明会や帳票やデータの活用方法に関する研修会や保険者個別訪問を実施し支援を行っています。

3.取組の内容

(1)給付適正化主要3事業等の着実な実施

第6期取組期間において、給付適正化主要3事業等を着実に実施し、介護給付の適正化につなげるため、県が実施する支援内容と実施目標を次のとおりとします。

また、給付適正化主要3事業を重点的に取り組むべき項目としますが、積極的な実施が望まれる「介護給付費通知」、「給付実績の活用」についても保険者の実施に向け、必要な支援を継続していきます。

事業名	目的	内容	第6期適正化計画終了時の目標	県が実施する保険者支援・協働
要介護認定の適正化	調査員間の格差を是正し、適切かつ公平な要介護認定を確保	指定居宅介護支援事業所に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査の結果の保険者による点検の実施 ----- 市町村職員等(事務受託法人含む)が実施した、新規申請等の認定調査の結果の、調査担当者以外の職員による点検の実施	全保険者が実施	・新任者向け、現任者向けの認定調査員研修を開催し、適正な調査の実施方法に関する研修の実施 ・保険者職員等向けの要介護認定の分析に関する研修の開催
ケアプランの点検・住宅改修等の点検	(ケアプランの点検) 第三者による点検及び支援を行うことで、受給者が真に必要なとするサービスを確保するとともに、状態に適合していないサービス提供を改善 (住宅改修等の点検) 受給者の状態にそぐわない、不適切又は不要な住宅改修・福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の身体状態に応じた必要性を確認	(ケアプランの点検) 受給者の自立支援に資する適切なケアプランになっているかという観点で保険者による点検の実施 (住宅改修等の点検) 申請書類に添付されている見積書や写真では受給者の状態に応じた改修や用具が疑義がある場合の訪問調査の実施	全保険者が実施	・保険者職員等点検職員向けの研修会の開催 ・保健・医療・福祉の専門家による検討、主任介護支援専門員や介護支援専門員の職能団体による点検体制を検討
縦覧点検・医療との突合	請求の誤りや重複請求を発見し、不適切な請求や医療と介護の重複請求を排除	国保連が実施した突合結果の確認と、必要に応じた事業者への連絡調整の確実な実施	全保険者が実施	・活用促進への助言・協働 ・システムに関する研修会等において、改めて帳票確認について実施するよう助言
(積極的な実施が望まれる取組) 介護給付費通知	受給者や事業者に対する適切なサービス利用の普及啓発 受給者自身が、請求の内容やサービス利用について自己点検するきっかけづくり	受給者が利用した介護サービスとその費用の通知	実施しない保険者は、通知の送付以外に、受給者が自己のサービスを点検できる取組を実施する	・他事例の情報提供・補助制度の紹介 ・介護給付費通知以外に受給者が自己のサービスを点検できるような取組の紹介
(積極的な実施が望まれる取組) 給付実績の活用	不適切な給付や事業者を発見し、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成	適正化システムから提供される帳票を活用し、過誤調整や事業者等への指導の実施	全保険者が実施	・国保連との共催による、適正化システムの操作研修の開催

(2) 保険者が実施する事業

各保険者は、第6期取組期間において実施する具体的な事業の内容及び取組目標を「介護保険事業計画」の中に定めます。

次の給付適正化主要3事業等を着実に実施することとし、第5期計画期間の実施状況を踏まえ、それぞれの趣旨・実施方法を確認しながら、地域の実情に応じた具体性・実効性のある方法を見直しながら取り組みます。

ア 給付適正化主要3事業

要介護認定の適正化

(認定調査の市町村職員によるチェック・点検)

- 指定居宅介護支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請に係る認定調査の結果について点検を実施し、適切・公平な要介護認定の確保を図ります。
- 市町村が直営又は事務受託法人に委託している認定調査の結果について点検を実施し、適切に認定調査が行われるよう実態を把握します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 調査票と主治医意見書の比較検討等による点検を実施します。
- ▶ 全ての認定調査を点検することができない場合は、更新に係る認定調査だけに絞って実施するなど、保険者の体制に即した手法を検討します。
- ▶ 認定調査を委託する場合は、同じケースを継続して同一の事業所に委託することや、担当介護支援専門員が認定調査に従事することのないようにするなど、調査の公平性を確保します。

(要介護認定のばらつきの是正等に向けた取組)

- 一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域格差及び保険者内の合議体間の格差等についての分析、また、認定調査項目別の選定状況について、他の自治体と比較した分析等、要介護認定のばらつきの是正に向けた取組を行います。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 一次判定から二次判定の軽重度変更率を把握して合議体に提示するとともに、合議体ごとの傾向を分析します。
- ▶ 一次判定から二次判定の軽重度変更率、認定調査項目別の選定状況の分析に当たっては、厚生労働省の要介護認定適正化事業で提供される「要介護認定業務分析データ」を活用し、他の自治体と比較し分析します。
- ▶ 要介護認定のばらつきの是正・防止に向け、認定調査員、合議体構成員に対する研修会や相互の意見交換の機会を設けます。

- ▶ 特記事項の記載に当たって、各認定調査員が共通認識のもとで行うことができるよう、研修会や意見交換の機会を設けます。
- ▶ 合議体構成員を定期的に編成替え（3か月ごと、6か月ごと）して、合議体間の格差の是正や拡大防止に努めます。
- ▶ 勘案してはならない内容に基づく変更をしていないか確認します。
- ▶ 国が認定審査会に派遣する認定適正化専門員の技術的助言を得て、審査に反映させます。
- ▶ 県が実施する認定審査会委員研修を受講します。

ケアプランの点検・住宅改修等の点検

（ケアプランの点検）

- 利用者の自立支援に資する適切なケアプランとなっているか等に着目してケアプランの点検を実施します。
- サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てた点検等も実施します。
- 点検を実施する際には、地域の介護支援専門員のケアプラン作成傾向の分析や、サービス利用や給付費が増加している特定のサービス種別のケアプラン点検など地域の課題分析を行い、点検後のケアプランの改善状況を把握することで、ケアプラン点検を実施したことによる効果を検証します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 特に有効性が高い帳票は、次のとおりです。
 - 認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
 - 支給限度額一定割合超一覧表
- ▶ 国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」及び「ケアプラン点検の基礎知識～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～」を活用し、点検を実施します。
- ▶ 点検に携わる一般職員の、ケアマネジメントに関する研修会等への参加を促す等により、点検の充実を図ります。
- ▶ 地域包括支援センターの専門職（主任介護支援専門員等）を活用し、ケアプランの質的なチェックを行います。
- ▶ 適正化システムの帳票を活用し、点検対象とするケアプランを絞り込んで実施するなど、保険者の体制にあわせた手法を検討します。（「支給限度額一定割合超」、「30日を超える短期入所利用者」等）

- ▶ 適正化システムの帳票を活用し、1種類のサービスのみの計画が多い事業者に対して、利用者の意向が計画に反映されているか確認します。
- ▶ 保健・医療・福祉の専門家による検討や指導チームの編成、主任介護支援専門員や介護支援専門員の職能団体による点検体制を検討します。
- ▶ ケアプラン点検の分析結果から得られた課題を地域ケア会議で議論する、介護支援専門員に対する講習会を開催するなど、介護支援専門員の資質向上に活用します。
- ▶ 国保連が提供するケアプラン点検に関する帳票を、点検対象の絞り込み等に活用します。
- ▶ ケアプラン点検に関する研修会を受講します。

（住宅改修の点検）

- 受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等により受給者の身体状況に応じた内容であるか、施工状況の点検を行います。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 建築担当部署や理学療法士、作業療法士等のリハビリテーションの専門職種等から技術的協力を得る等、専門的な視点から点検を行います。
- ▶ 改修費が高額と考えられるもの、改修規模が大きく複雑であるもの、提出書類や写真からは現状が分かりにくいケース等に点検の対象を絞り込んで実施するなど、保険者の体制に合わせた手法を検討します。
- ▶ 点検マニュアルを作成し、改修内容を点検します。
- ▶ 施工して一定期間経過後（3年、5年等）に訪問調査を行うなどして、実施による効果を検証します。
- ▶ 点検に携わる一般職員の、住宅改修の点検に関する研修会等への参加を促す等により、点検の充実を図ります。

（福祉用具購入・貸与調査）

- 福祉用具利用者に対する訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等を確認し、受給者の身体状況に応じて必要な福祉用具の利用を進めます。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 特に有効性が高い帳票は、次のとおりです。
 - 認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
- ▶ 適正化システムにおいて、福祉用具の貸与品目の単位数を把握し、「単位数が大きいケース」や「複数の福祉用具の貸与を受けているケース」、「要介護度が変

更になっても同じ福祉用具を使用しているケース」などに絞り込んで実施するなど、保険者の体制に合わせた手法を検討します。

- ▶ 福祉用具の利用状況を確認し、必要性により貸与内容を見直します。
- ▶ 点検に携わる一般職員の、福祉用具の点検に関する研修会等への参加を促す等により、点検の充実を図ります。

縦覧点検・医療情報との突合

(縦覧点検)

- 複数月にわたる請求明細書の内容を確認し、提供されたサービスの整合性の確認を行います。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 特に有効性が高い帳票は、次のとおりです。
 - 重複請求縦覧チェック一覧表
 - 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表
 - 居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表
 - 単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表

(医療情報との突合)

- 入院情報と介護保険の給付情報を突合し、重複請求の有無の確認を行います。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 特に有効性が高い帳票は、次のとおりです。
 - 突合区分01
 - 突合区分02
- ▶ 国保連に委託して実施します。
- ▶ 国保連から提供のあった帳票を確認し、入院情報と介護保険の給付情報を突合し、重複請求の有無の確認を行います。
- ▶ 必要に応じて、事業者等への照会等を行い助言や指導につなげます。

イ 積極的な実施が望まれる取組

介護給付費通知

- 受給者本人又は家族に対して、サービスの利用状況及び費用等について通知し、自ら受けているサービスを改めて確認する機会とします。
- 介護給付費通知の送付を実施しない場合も、受給者本人又は家族がサービス利用状況等を自己点検できるような取組を実施します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 国保連への委託を検討します。
- ▶ 介護認定通知や保険料通知への同封や、圧着葉書通知の活用、数か月分をまとめた内容での通知、また、介護支援専門員から手渡しで行ってもらうなどにより、郵送費用を軽減します。
- ▶ 説明文書やQ&A、自己点検リストを同封するなど、受け取った受給者が通知内容を理解できるよう工夫します。
- ▶ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員や介護サービス事業所への周知など、事業者の協力と理解を求めます。

（給付実績の活用）

- 国保連で実施する審査支払の結果から作成され、適正化システムによって出力される給付実績を活用し、提供されたデータの分析を行い不適切な給付や事業者を発見し、過誤調整や事業者等への指導を実施します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 適正化システムから出力される給付実績のデータには、不適切な可能性のある事業所がある場合は強調表示がされることから、内容を確認し、必要に応じて事業者等へ過誤調整や指導を行います。
- ▶ 活用頻度の高い帳票を優先的に確認し、各種適正化事業の実施に活用します。
 - 認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
 - 支給限度額一定割合超一覧表
 - 適正化等による申立件数・効果額
 - 給付急増被保険者一覧表
- ▶ 必要に応じて、国保連に情報の出力や加工を依頼し、全国や県、圏域の平均との比較・分析を行います。

ウ 指導監督に関する取組

(指導監督事務との情報共有)

- 情報を共有し、指導監督体制の充実を図ります。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 適正化システムの情報を指導監督事務と情報共有し、指導監督体制の充実を図ります。

(苦情・通報情報の適切な把握及び分析)

- 保険者又は国保連に寄せられた苦情・通報情報の適切な把握及び分析を行い、事業者に対する効率的な指導監督を実施します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 苦情や通報をもとに、事業所や利用者宅を訪問し、サービス給付の実態を確認し事業者に対する指導監督を実施します。

(不当請求あるいは誤請求の多い事業者への重点的な指導)

- 国保連の審査において、返戻及び減額等の請求が多い事業者に対して、重点的な指導や監査を実施します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 介護報酬の明細書や適正化システムにおいて出力されたデータ等をもとに、事業所の実態確認を行います。

(受給者等から提供された情報の活用)

- 受給者等から寄せられた架空請求や過剰請求等の情報に基づき、県と合同又は市町村自ら監査を実施します。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 提供者の了解のもと、関係者間で情報を共有し、適切に対応します。

エ 制度の周知

- 適正化事業の意義や取組についての周知・広報を実施します。
- 「市町村介護給付適正化計画」は、基本指針及び介護給付適正化指針を踏まえ「第9期介護保険事業計画」において定めます。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 「第9期介護保険事業計画」に適正化事業を盛り込む以外に、市町村の広報や介護給付費通知を活用して、制度を周知します。

- ▶ 第1号被保険者に対する被保険者証交付時や保険料通知の際に、受給者に対して制度の周知を図ります。
- ▶ 事業者に対しては、研修会や制度の改正等説明会を実施する際に併せて周知を図ります。

オ 適正化の推進に役立つツールの活用

(地域包括ケア「見える化」システム)

- 国が提供する地域包括ケア「見える化」システムで、全国平均や他保険者との比較や時系列比較などの自己分析を行い、重点的に取り組むべき分野の指標データを明らかにし、目標設定等に活用します。

(適正化システム)

- 適正化に特化したシステムとして非常に効果的に利用できることから、出力された帳票を活用していきます。
- 頻繁に確認を要する事業者等が出力された場合には、定期的な確認を行い、事業者等のサービス内容等について点検します。

(地域ケア会議)

- 地域包括支援センターが中心となって行う医療・介護の多職種協働の場であることから、介護支援専門員が抱える支援困難なケース等のケアマネジメント支援を行い、自立支援に向けた適正なケアプランの作成を支援します。
- ケアプラン点検の結果分析によって明らかとなった地域課題について議論し、保険者における新たな資源の開発につなげます。

【実施に当たってのポイント・手法例等】

- ▶ 利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、地域ケア個別会議等を活用し、多職種の視点からケアプランについて議論を行う際には、『「多職種によるケアプランに係る議論の手引き」について』（平成30年10月9日厚生労働省老健局振興課事務連絡）が参考になります。

カ その他の取組や留意すべき事項

- 国保連が開催する適正化システムを活用するための研修などに積極的に参加します。
- 国保連から提供される各種帳票やデータを、適正化事業に活用します。
- 各事業の実施結果について介護サービス事業者等へフィードバックし、誤りが多い点や留意すべき点などを周知する勉強会、研修会等を開催します。
- 地域支援事業交付金の活用による事業の推進を検討します。

- 地域の介護支援専門員の職能団体と連携し、研修や情報交換を実施します。
- 集団指導などの機会を通じ、事業者に対し、適正化のための情報を提供します。

(3) 保険者の実施目標

保険者は、地域の状況を十分に踏まえた上で、事業の具体的な内容及びその実施方法とその目標を実施目標として設定します。その際、適正化事業の更なる促進を図る観点から、実施する事業ごとに令和6年度から令和8年度までの毎年度ごとの定量的な目標を設定して県に報告します。

保険者は、給付適正化主要3事業を着実に実施することとし、それぞれの趣旨・実施方法等を踏まえ、必要に応じて見直しながら取り組みます。

目標を設定するに当たっては、現状と課題を把握することが重要であることから、適正化事業の実施体制、認定者数やサービスの利用状況、適正化事業のこれまでの実施状況、事業者の状況、取り巻く環境などについて現状把握と分析を行った上で、課題を整理し目標及び実施内容等を検討します。

【給付適正化主要3事業】

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1 要介護認定の適正化 | 2 ケアプランの点検・住宅改修等の点検 |
| 3 縦覧点検・医療情報との突合 | |

【積極的な実施が望まれる事業】

- | | |
|-----------|-----------|
| 1 介護給付費通知 | 2 給付実績の活用 |
|-----------|-----------|

(4) 県が実施する事業等

「第6期介護給付適正化取組方針」を推進するため、県は次の事業等を実施します。

ア 県による適正化事業の実施

(指導監督体制の充実)

- 適正化システムの情報共有等、指導監督事務と連携を図ります。

(事業者に対する指導・啓発)

- 介護サービス事業者に対して、年間計画に基づいて集団指導や実地指導を実施し、介護給付適正化事業内容の周知を図るとともに、介護報酬を適切に請求するための指導を行います。

(苦情・通報情報等の把握、分析及び共有)

- 利用者等からの苦情及び事業所職員等からの通報情報は、不正や不適切なサービス提供の発見につながることから、的確な把握と分析を行い、関係機関との情報の共有を図り、必要に応じ監査を実施します。

イ 保険者の実施する適正化事業への支援及び協力

(保険者の取組状況の把握・分析、分析結果を踏まえた支援・助言)

- 保険者とともに、保険者の規模や実施体制などを把握・分析し、主体的に取り組めるよう支援を行います。

(保険者に対する情報提供等)

- 保険者からの情報を整理し、参考事例を取りまとめるなどにより、保険者に対する情報提供及び助言等の支援を行います。
- 国が主催するブロック別研修会の内容を踏まえて、国保連と協力し伝達研修を実施します。

(認定調査・審査に係る研修の実施)

- 要介護認定に係る必要な知識及び技能の習得及び介護認定に関わる関係者が適正化への認識を高めることを目的とした、認定調査員研修、認定審査会委員研修及び主治医研修を実施します。
- 要介護認定のばらつきの是正等に向けた取組に向けて、認定調査や審査の事務局を担当する職員が、分析の手法等を習得するための研修会を開催します。

(介護支援専門員研修を活用した適正化の意識付け)

- 介護支援専門員に対して、実務研修や専門研修等の研修を活用し、適正化の認識を高め、ケアプランの作成や給付管理等において、適正実施に結びつくよう周知します。

(ケアプランの点検、住宅改修等の点検のための研修の実施)

- ケアプランの点検や住宅改修等の専門的知識や手法の習得のため、実践に結びつくような研修会を実施します。

ウ 国保連との連携強化

- 適正化事業を効率的・効果的に実施するために、保険者が必要とする協力事項や国保連が提供可能な協力事項について確認し、委託事業を調整します。
- 適正化システムに関する研修会等、各種研修会の企画運営で連携します。

4.取組の推進と進行管理

(1)取組の推進に当たっての考え方

ア 被保険者の理解のもとに

適正化を進めるに当たっては、介護サービスを利用する被保険者の制度理解が必要なことから、市町村が主体となって制度を周知します。

イ 事業者の理解と協力のもとに

適正化事業を実施するに当たっては、居宅介護支援事業者や介護サービス事業者の理解と協力が不可欠なことから、市町村と連携し事業関係者に計画を周知します。

ウ 小規模保険者に対する配慮

小規模保険者においては、人員体制、財政上の制約、居宅介護支援事業者や介護サービス事業者が限定される等の理由により、実施できる事業や内容が制約されることから、適正化事業を実施するに当たっては、

- 県と小規模保険者が連携して事業を推進する
- 小規模保険者が必要に応じ国保連の協力を受けられるよう調整する
- 他の小規模保険者等と協同で事業を実施する

等の工夫を講じるほか、計画にある事業メニューに縛られず、実情に応じて事業内容を工夫するなど、小規模保険者においても取り組めるよう配慮します。

エ 市町村との連携と支援

本計画の推進に当たっては、市町村における計画に対する理解と協力が重要であり、県と市町村が連携して事業を推進します。

また、県は市町村が事業を実施するに当たり必要な支援を行います。

オ 国保連との連携について

適正化システムの活用等において、国保連の協力が必要不可欠であるため、国保連との連携を強化します。

(2) 進行管理

この計画の実効性を確保するために、計画の進捗状況について、毎年度、各保険者の取組状況を確認するとともに、目標達成に向けた実施状況を必要に応じて公表します。

ア 進捗状況の管理

県は、保険者の実施状況や現状を把握し実効性のある事業を推進するため、年度ごとに各保険者の前年度の取組状況の確認と、年度目標及び事業実施計画を確認し、必要に応じた調整を行います。

その際には、実施の有無だけでなく、結果や効果についても確認し、改善が必要な場合は計画や支援方法の見直しを実施します。

イ 公表・保険者へのフィードバック

県と保険者は、サービスを受ける住民が適正化事業の取組を理解し、適正なサービスを受けられるよう、適正化計画の実施目標及び進捗状況をウェブサイト等を用いて公表します。

また、県は計画の評価について、保険者にフィードバックして、情報共有します。

第8章

サービス量の見込み

- 1 節 居宅サービスの見込量
- 2 節 施設・居住系サービスの見込量
- 3 節 地域密着型サービスの見込量
- 4 節 介護給付費及び保険料の見込み
- 5 節 医療計画における訪問診療・訪問看護の見込み

1節 居宅サービスの見込量

1. 介護給付に係るサービス

第9期計画期間における各年度の居宅サービス量については、各市町村において現行の介護保険事業計画のサービス見込量に対する実績値について、実際の利用状況を評価・分析し、これを踏まえて推計しています。

【図表8-1】居宅サービスの介護給付に係る見込量

居宅サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
訪問介護	給付費(千円)	7,676,201	7,779,017	7,751,295	7,728,834	7,855,283	8,102,673
	回数(回)	209,005.5	211,556.1	210,858.3	210,258.4	213,645.9	220,193.2
	人数(人)	8,715	8,802	8,845	8,926	9,203	9,442
訪問入浴介護	給付費(千円)	599,486	604,472	605,099	602,416	608,967	626,012
	回数(回)	3,952.7	3,981.0	3,985.5	3,968.4	4,013.2	4,126.8
	人数(人)	831	837	837	834	842	867
訪問看護	給付費(千円)	1,338,454	1,356,036	1,366,369	1,394,896	1,467,602	1,533,058
	回数(回)	20,695.2	20,934.0	21,051.1	21,590.5	22,714.8	23,766.3
	人数(人)	2,919	2,948	2,971	3,038	3,197	3,335
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	192,178	194,482	195,437	193,258	198,959	205,106
	回数(回)	5,498.8	5,559.5	5,583.4	5,524.2	5,689.4	5,862.4
	人数(人)	547	553	556	551	566	583
居宅療養管理指導	給付費(千円)	191,714	194,297	196,013	199,851	209,571	219,903
	人数(人)	2,156	2,180	2,199	2,245	2,359	2,474
通所介護	給付費(千円)	8,111,513	8,154,768	8,152,920	8,210,041	8,366,271	8,595,129
	回数(回)	84,379.0	84,777.0	84,849.4	85,521.2	87,332.3	89,524.2
	人数(人)	9,993	10,025	10,012	10,095	10,297	10,536
通所リハビリテーション	給付費(千円)	2,058,652	2,072,853	2,086,904	2,068,717	2,119,089	2,160,847
	回数(回)	19,526.0	19,653.4	19,795.7	19,643.4	20,155.0	20,510.4
	人数(人)	2,726	2,741	2,761	2,740	2,814	2,863
短期入所生活介護	給付費(千円)	18,480,785	18,569,005	18,453,340	18,247,210	18,167,865	18,275,849
	日数(日)	190,306.3	191,029.5	189,945.1	187,723.3	186,946.3	187,910.6
	人数(人)	8,508	8,534	8,479	8,365	8,324	8,361
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	418,434	425,271	428,906	420,466	432,614	458,022
	日数(日)	3,124.7	3,174.5	3,204.5	3,143.3	3,239.9	3,423.8
	人数(人)	283	288	290	277	285	301
短期入所療養介護(病院)	給付費(千円)	54,006	59,989	59,989	59,989	59,989	59,989
	日数(日)	483.0	540.0	540.0	540.0	540.0	540.0
	人数(人)	30	34	34	34	34	34
福祉用具貸与	給付費(千円)	2,559,610	2,581,307	2,591,628	2,611,391	2,691,947	2,788,418
	人数(人)	16,662	16,792	16,860	16,992	17,499	18,015
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	104,406	106,091	107,195	104,579	108,405	110,185
	人数(人)	285	290	293	287	297	302
住宅改修費	給付費(千円)	143,431	145,198	144,829	148,095	150,140	154,749
	人数(人)	149	151	151	156	159	164
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	5,126,355	5,190,168	5,189,544	5,245,896	5,480,958	5,690,114
	人数(人)	2,215	2,239	2,238	2,265	2,368	2,456
居宅介護支援	給付費(千円)	5,976,227	6,022,197	6,040,747	6,040,605	6,198,183	6,365,579
	人数(人)	31,006	31,212	31,377	31,349	32,173	32,993

※給付費は年間累計の金額、回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。
出典：介護保険事業状況報告

2. 予防給付に係るサービス

予防給付に係るサービスについても、介護給付に係るサービスと同様に、各市町村において現行の介護保険事業計画のサービス見込量に対する実際の利用状況から評価・分析し、推計しています。

【図表8-2】居宅サービスの予防給付に係る見込量

介護予防サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	1,532	1,534	1,534	1,544	1,544	1,534
	回数(回)	14.4	14.4	14.4	14.5	14.5	14.4
	人数(人)	4	4	4	4	4	4
介護予防訪問看護	給付費(千円)	128,120	129,057	130,424	130,485	134,949	134,111
	回数(回)	2,348.4	2,360.4	2,383.4	2,391.7	2,474.8	2,460.3
	人数(人)	434	436	441	441	456	454
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	26,128	26,133	26,678	23,870	24,169	24,626
	回数(回)	785.3	784.4	809.0	725.6	735.4	749.4
	人数(人)	108	107	110	89	90	91
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	10,240	10,459	10,529	10,435	10,535	10,704
	人数(人)	117	119	119	118	120	121
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	361,772	362,713	364,743	361,540	369,516	363,987
	人数(人)	923	924	930	926	950	934
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	70,694	69,909	69,514	64,018	65,110	62,770
	日数(日)	969.9	957.5	955.4	888.0	901.5	870.0
	人数(人)	152	150	150	132	134	131
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	2,590	2,592	2,580	2,788	2,788	2,788
	日数(日)	22.4	22.4	22.3	24.0	24.0	24.0
	人数(人)	6	6	6	7	7	7
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	375,408	375,637	376,367	384,940	395,430	389,116
	人数(人)	4,825	4,824	4,827	4,923	5,037	4,943
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	37,077	37,435	37,435	36,014	37,048	36,706
	人数(人)	109	110	110	106	109	108
介護予防住宅改修	給付費(千円)	90,272	90,272	91,332	88,010	90,201	90,201
	人数(人)	90	90	91	88	90	90
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	297,453	300,277	298,319	300,811	316,025	325,389
	人数(人)	326	327	325	329	346	357
介護予防支援	給付費(千円)	325,479	326,316	327,769	331,388	339,134	332,830
	人数(人)	5,826	5,834	5,860	5,922	6,058	5,945

※給付費は年間累計の金額、回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。
出典：介護保険事業状況報告

2節 施設サービスの見込量

1. 利用者数設定の考え方

各年度の施設サービス利用者数の設定に当たっては、各市町村において現状のサービス利用者数の実績をもとに適正量を見込んでいます。

2. 利用者数の見込み

施設サービスの各年度の1か月当たり利用者数見込みについて、市町村推計値を集計すると次のとおりとなります。

【図表8-3】施設サービスの利用者数見込み

施設サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護老人福祉施設	給付費(千円)	24,381,890	24,497,957	24,574,253	24,667,959	24,799,930	25,337,981
	人数(人)	7,622	7,649	7,672	7,703	7,751	7,919
介護老人保健施設	給付費(千円)	17,133,990	17,165,809	17,116,968	16,892,999	16,688,466	16,822,661
	人数(人)	4,890	4,898	4,885	4,819	4,765	4,803
介護医療院	給付費(千円)	1,946,251	1,950,504	2,207,975	2,172,563	2,117,614	2,145,915
	人数(人)	446	446	496	486	474	480

※人数は1月当たりの利用者数

3. 必要入所（利用）定員総数の設定

（介護保険施設の必要入所定員総数）

「2. 利用者数の見込み」で見込んだ施設サービスの利用者数、老人福祉圏域の施設整備状況と今後の整備予定、施設利用率等を考慮して算出した各圏域ごとの必要入所定員総数は次のとおりとなります。

【図表8-4】 介護保険施設の種類ごとの必要入所定員総数

（単位：人）

区 分		令和5年度末	令和6年度	令和7年度	令和8年度	増減
県北	介護老人福祉施設	1,912	1,916	1,929	1,927	15
	地域密着型介護老人福祉施設	243	243	243	243	0
	介護老人保健施設	1,054	1,043	1,043	1,042	-12
	介護医療院	379	384	385	385	6
	総 数	3,588	3,586	3,600	3,597	9
県央	介護老人福祉施設	3,160	3,308	3,308	3,308	148
	地域密着型介護老人福祉施設	404	404	462	462	58
	介護老人保健施設	2,511	2,510	2,510	2,510	-1
	介護医療院	50	50	50	100	50
	総 数	6,125	6,272	6,330	6,380	255
県南	介護老人福祉施設	2,383	2,414	2,414	2,464	81
	地域密着型介護老人福祉施設	346	377	377	377	31
	介護老人保健施設	1,471	1,484	1,484	1,469	-2
	介護医療院	33	33	33	33	0
	総 数	4,233	4,308	4,308	4,343	110
県計	介護老人福祉施設	7,455	7,638	7,651	7,699	244
	地域密着型介護老人福祉施設	993	1,024	1,082	1,082	89
	介護老人保健施設	5,036	5,037	5,037	5,021	-15
	介護医療院	462	467	468	518	56
	総 数	13,946	14,166	14,238	14,320	374

出典：長寿社会課調べ

(特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数)

- 特定施設とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームをいいます。これらの特定施設は、指定基準を満たすことで、特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けることができます。
- サービス付き高齢者向け住宅については、提供する高齢者生活支援サービスによっては有料老人ホームに該当します。有料老人ホームに該当する場合は、特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けることができます。
- 特定施設入居者生活介護は、特定施設に入居している要介護者・要支援者に対し、入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練・療養上の世話を行い、施設で能力に応じた自立した生活をできるようにするものです。
- 特定施設入居者生活介護関連のサービスは、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「介護予防特定施設入居者生活介護」の3種類があり、さらに「特定施設入居者生活介護」については、「介護専用型」と「混合型」の2種類があります。
- 入居者が要介護者とその配偶者に限られているものが「介護専用型」で、それ以外が「混合型」です。
- 特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数は、次のとおりです。

【図表8-5】 特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数

(単位:人)

		令和5年度末	令和6年度	令和7年度	令和8年度	増減
特定施設入居者生活介護	介護専用型	542	561	561	560	18
	混合型	1,987	1,987	1,988	1,988	1
	(推定利用定員総数※)	1,390	1,390	1,391	1,391	1
地域密着型特定施設入居者生活介護		215	206	188	217	2

※推定利用定員総数とは、混合型特定施設の利用者のうち、介護保険給付の対象として見込まれる利用者数。
秋田県では、現在及び将来の利用状況を踏まえ、施設定員の70%で算定。

3節 地域密着型サービスの見込み

1. 地域密着型サービス

地域密着型サービスの見込みについて、市町村の推計値を集計すると次のとおりとなります。

【図表8-6】 地域密着型サービスの見込み

地域密着型サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費(千円)	612,596	622,230	639,856	580,564	580,451	575,788
	人数(人)	323	334	343	315	316	312
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	給付費(千円)	2,993,814	3,044,664	3,034,872	2,993,175	3,075,375	3,155,475
	回数(回)	30,613.8	31,095.1	31,075.0	30,768.9	31,681.6	32,425.3
	人数(人)	4,036	4,115	4,119	4,042	4,149	4,218
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	421,975	420,781	425,949	419,937	410,348	427,078
	回数(回)	3,280.7	3,270.2	3,308.4	3,249.4	3,181.9	3,289.2
	人数(人)	327	327	330	322	315	325
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	3,258,304	3,316,455	3,323,171	3,274,946	3,300,043	3,414,820
	人数(人)	1,291	1,313	1,318	1,295	1,308	1,348
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	8,902,895	9,096,633	9,135,636	9,149,034	9,153,187	9,283,662
	人数(人)	2,781	2,838	2,850	2,854	2,855	2,894
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	460,524	419,643	464,786	439,096	429,526	424,152
	人数(人)	193	177	191	183	179	177
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費(千円)	3,621,739	3,831,533	3,831,847	3,809,600	3,829,555	3,858,724
	人数(人)	1,027	1,085	1,085	1,078	1,084	1,092
看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	780,832	783,492	921,582	926,867	1,039,066	1,041,612
	人数(人)	254	254	297	304	344	345

※給付費は年間累計の金額、人数は1月当たりの利用者数。

2. 地域密着型介護予防サービス

地域密着型介護予防サービスの見込みについて、市町村の推計値を集計すると次のとおりとなります。

【図表8-7】 地域密着型介護予防サービスの見込み

地域密着型介護予防サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防認知症対応型通所介護	給付費(千円)	1,483	1,507	1,507	1,486	1,486	1,486
	回数(回)	16.7	16.9	16.9	16.7	16.7	16.7
	人数(人)	5	5	5	4	4	4
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	183,960	185,391	186,946	179,603	181,494	185,796
	人数(人)	213	215	217	208	211	215
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	55,738	58,781	58,781	67,023	61,352	58,380
	人数(人)	21	22	22	25	23	22

※給付費は年間累計の金額、回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

4節 介護給付費及び保険料の見込み

(介護給付費の見込み)

介護保険の給付費見込みについて、市町村推計値を集計すると次のとおりとなります。

【図表8-8】 介護給付費見込み

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
居宅サービス	54,758,217	55,187,485	55,107,439	55,012,087	55,902,292	57,120,395
うち介護予防サービス	1,726,765	1,732,334	1,737,224	1,735,843	1,786,449	1,774,762
地域密着型サービス	21,293,860	21,781,110	22,024,933	21,841,331	22,061,883	22,426,973
施設サービス	43,462,131	43,614,270	43,899,196	43,733,521	43,606,010	44,306,557
特定入所者介護サービス費等	5,940,319	5,968,888	5,978,867	5,903,337	5,964,068	6,030,552
高額介護サービス費等	2,996,649	3,015,765	3,026,537	2,890,522	2,946,109	2,986,544
高額医療合算介護サービス費等	355,589	357,184	358,047	362,073	367,168	369,396
審査支払手数料	138,703	139,645	140,099	139,119	142,729	144,843
小計	128,945,468	130,064,347	130,535,118	129,881,990	130,990,259	133,385,260
地域支援事業	5,678,714	5,714,178	5,825,518	5,363,131	5,234,077	5,023,796
合計	134,624,182	135,778,525	136,360,636	135,245,121	136,224,336	138,409,056

(介護保険料の見込み)

- 第1号被保険者の介護保険料は、要介護（要支援）者の増加及び給付費の増大に伴い、上昇が続いています。
- 段階については、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、これまでの標準9段階を13段階に拡大して設定することとされています。

【図表8-9】 介護保険料の推移

	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期
県内加重平均（※）	2,940 円	3,334 円	3,988 円	4,375 円	5,338 円	6,078 円	6,398 円	6,487 円	6,565 円
県内最高値	3,500 円	4,238 円	4,598 円	5,002 円	5,980 円	6,645 円	8,400 円	8,300 円	7,800 円
県内最低値	2,070 円	2,621 円	2,998 円	3,720 円	3,970 円	4,600 円	4,600 円	4,600 円	4,600 円
全国加重平均	2,911 円	3,293 円	4,090 円	4,160 円	4,972 円	5,514 円	5,869 円	6,014 円	

※第1期、第2期は合併市町村の単純平均

5節 医療計画における訪問診療・訪問看護の見込み

- 高齢者の地域での生活においては、医療との関わりが不可欠なことから、地域における在宅医療や介護サービスの提供体制の構築を一体的に進め、病院以外の場所で療養生活を続けることができる環境整備を進めていく必要があります。医療計画では本県の在宅医療の需要状況を次のとおり見込んでいます。
- 本県の後期高齢者は、2030（令和12）年頃にピークを迎え、その後は減少に転じる見込みですが、訪問診療の利用者数はその後も増加し、ピークとなる2040（令和22）年には、後期高齢者の利用が約95%となることを見込まれます。
- 訪問看護の利用者は、2035（令和17）年頃にピークになる見込みで、2025（令和7）年頃には後期高齢者の利用割合が、約70%となることを見込まれます。

【図表8-10】 訪問診療・訪問看護の需要見込み

区分	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
大館・鹿角	496	535	549	555	566
北秋田	184	192	191	187	188
能代・山本	387	415	422	430	438
秋田周辺	1,444	1,647	1,806	1,980	2,164
由利本荘・にかほ	435	467	482	499	528
大仙・仙北	563	584	580	585	608
横手	415	436	441	454	482
湯沢・雄勝	283	287	279	279	290
合計	4,207	4,563	4,750	4,969	5,264
75歳以上	90.5%	92.0%	93.3%	94.3%	95.1%
85歳以上	70.5%	73.1%	72.3%	75.8%	80.0%

区分	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
大館・鹿角	471	475	467	454	439
北秋田	167	163	157	149	141
能代・山本	365	365	357	347	332
秋田周辺	1,495	1,587	1,656	1,711	1,739
由利本荘・にかほ	421	426	425	421	415
大仙・仙北	541	533	520	509	496
横手	391	392	389	387	383
湯沢・雄勝	270	263	253	247	240
合計	4,121	4,204	4,224	4,225	4,185
75歳以上	64.9%	69.1%	72.9%	75.8%	77.8%
85歳以上	39.4%	42.6%	43.2%	48.6%	54.1%

出典：秋田県医療保健福祉計画（令和6年3月）

※在宅医療の圏域は、8区域（第7次医療計画の2次医療圏）に設定されています。

第9章

計画の推進

1 節 計画の進行管理

2 節 市町村への支援

1節 計画の進行管理

(基本的な考え方)

- 計画を着実に推進していくためには、各年度において、その達成状況を評価し、その評価結果に基づいて対策を実施することが重要です。また、達成状況の評価のためには、計画において、あらかじめ評価するための指標と、達成しようとする目標値を具体的に設定しておく必要があります。
- また、指標や目標の設定に当たっては、取組の回数や頻度・規模といった「実施過程を表した数値（業績指標）」だけでなく、「取組の実施により期待される効果・成果を表した数値（成果指標）」を設定するとともに、それらの指標の相互関係をあらかじめ明らかにしておくことが重要です。
- このような考え方のもと、この計画では図表10-1のとおり指標と目標値を設定し、計画の進行管理を行います。
- 計画の進行管理については、毎年度、医療・保健・福祉サービスの関係者、学識経験者、保険者代表、行政関係者等で構成される「秋田県高齢者対策協議会」において進捗状況の点検等を行います。
- また、計画期間の3年目にあたる令和8年度には、3年間を通じた計画の達成状況を検証し、次期計画の策定に反映します。

(自立支援・重度化防止等の取組と目標)

- 平成29年の介護保険法改正により、都道府県は介護保険事業支援計画に、市町村による自立支援、介護予防・重度化防止及び介護給付の適正化の取組に関し、都道府県が取り組むべき施策や目標を記載することになりました。
- さらに市町村は、これらの取組と目標の達成状況を自己評価し、都道府県に報告することに、また、都道府県は取組と目標の達成状況を公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告することになっています。
- これらの取組と目標に関する自己評価についても、計画全体の進捗管理に活用していきます。

(保険者機能強化推進交付金等の評価を活用した PDCA サイクル)

- 市町村の保険者機能及び市町村支援に係る都道府県の取組の強化を図るため、各自治体の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な指標を設定した上で、各自治体に対する財政的インセンティブの付与が行われています。
- 令和6年度から保険者機能強化推進交付金等の評価指標が、「体制・取組指標群」「活動指標群」「成果指標群」の3つに体系化され、進捗状況であるアウトプット・中間

アウトカムや、最終アウトカムへの影響等の関係性が見える化されており、これらの指標を切り口にして、各自治体が積極的に地域課題を分析して、その実情に応じた取組を進めるとともに、その進捗状況について客観的に把握することが求められています。

- これらの評価指標の改善を目指すことは、それ自体が市町村支援につながるるとともに、指標の改善により交付金が増額すれば、事業内容を更に充実させることができます。
- このため、保険者機能強化推進交付金等の評価指標も踏まえて指標及び目標値を設定することとします。

2節 市町村への支援

- 市町村は、住民に最も身近な基礎自治体として、介護保険事業の実施に関して一義的な責任を負っており、県は市町村の方針を尊重しつつ、市町村の行う事業が適正かつ円滑に実施されるよう、市町村に対する支援を行うことが求められています。
- 県が市町村を支援するに当たっては、広域性、専門性、先駆性といった観点から、市町村に求められる効果的な支援を実施していく必要があります。
- 広域性の観点からは、介護給付等対象サービスの提供体制の整備や医療と介護の連携に係る取組などにおいては、老人福祉圏域（二次医療圏）を単位とする広域的な調整が必要となる場合があることから、県は、保健所、福祉事務所等を活用しながら、市町村相互間の連絡調整を行う場を設置したり、複数市町村による広域的な取組に協力することなどの支援を実施していく必要があります。
- 専門性の観点からは、会議や研修、事務連絡等を通じて、必要な助言等の支援を行うとともに、市町村による取組の地域差について、地域包括ケア「見える化」システムや保険者機能強化推進交付金等の評価結果を活用しながら要因分析を行い、その結果を市町村に還元することが重要です。特に小規模市町村に対しては、市町村が目指すべきこと、取り組むべきことを具体的に示し、取組の実践を含めて支援するなど、きめ細かい支援を実施していく必要があります。
- 先駆性の観点からは、各市町村が取り組むべき課題について、一部の市町村と協働でモデル的に事業を展開し、その成功例を横展開したり、あるいは、研修会等において好事例を紹介し、市町村における効果的な実践につなげていくことが重要です。

【図表9-1】 指標及び目標値の一覧

■地域包括ケアシステムの深化・推進と地域共生社会の実現							
指 標	単 位	現 状 値		目 標 値		備 考	
高齢者等が住み慣れた地域でニーズに合った介護・福祉サービスを受けることができる（県民意識調査）	5段階評価	R5	2.71	R8	3.00	成果指標	
要介護3以上の者が被保険者に占める割合（年齢調整後）	%	R4	6.8	R8	6.5	成果指標	
要介護1以上の者（65-74歳）が被保険者に占める割合	%	R5.10	3.0	R8	2.8	成果指標	
「通いの場」への参加率	%	R4	5.6	R8	8.0		
介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業のうち、訪問型従前相当サービス以外の訪問型サービス事業を実施する市町村数	市町村	R4	13	R8	20		
介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業のうち、通所型従前相当サービス以外の通所型サービス事業を実施する市町村数	市町村	R4	16	R8	20		
「介護予防/日常生活支援を推進する」の得点【インセンティブ】	点	R5	40	R8	全国平均	R5全国：59.3点	
地域包括支援センターに三職種を配置している市町村数	市町村	R4	21	R8	25		
地域課題を検討する地域ケア会議の検討内容を取りまとめて、住民向けに公表している市町村数	市町村	R4	4	R8	18		
地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策提言を行っている市町村数	市町村	R4	13	R8	18		
リハビリ専門職（OT、PT、ST）のうち、市町村事業（介護予防事業、地域ケア会議等）に関与した経験がある者の割合	%	R5	-	R8	20.0		
地域ケア会議への生活支援コーディネーターの参加率	%	R4	75.0	R8	100.0		
医療・介護関係者の情報共有に取り組んでいる市町村数	市町村	R5	20	R8	25		
チームオレンジの設置数	市町村	R5	5	R8	25		
認知症総合支援に係る支援【インセンティブ】	点	R5	68	R8	全国平均	R5全国：74.6点	
高齢者虐待について、講演会や市町村広報誌等による、住民への啓発活動を実施する市町村数	市町村	R4	12	R8	25		
高齢者虐待の未然防止のため、介護サービス相談員派遣事業等による施設・事業所内、家庭内の介護サービス状況等の確認に取り組む市町村数	市町村	R4	4	R8	13		
歩道段差解消箇所率	%	R4	90.1	R8	90.5		
県有施設のバリアフリー化率	%	R4	54.2	R8	58.0		
バリアフリー適合証の累積交付数	件	R4	1,298	R8	1,560		
【目標達成に向けた主な取組】							
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場の拡充を、市町村との協働により地域の実情に応じて支援 ・高齢期に着目した正しい食生活や運動習慣に関する正しい知識の普及啓発 ・老人クラブ活動への支援や通いの場の拡充、ICTの活用推進等による高齢者の社会参加の機会の一層の拡充 ・地域包括支援センター職員のスキル向上やネットワーク構築等のための研修の実施 ・市町村の自立支援型地域ケア会議の運営を支援するため、専門職の派遣調整や市町村職員や専門職を対象とした研修会の実施 ・市町村等が高齢者の自立に向けた取組を推進できるよう、リハビリテーション専門職等の派遣調整の推進 ・地域リハビリテーション支援体制を体系的に構築し、市町村の一般介護予防事業等の充実・強化のための体制を整備 ・在宅医療と介護サービスが切れ目なく提供できる体制を強化するための多職種連携に資する研修会の実施 ・認知症の人やその家族の生活支援ニーズと認知症サポーター等をつなぐチームオレンジの取組の支援 ・認知症の早期発見・早期対応の体制強化のため、医師や歯科医師等を対象とした認知症対応力向上研修の実施 ・医療・介護・福祉などの多職種・多機関連が一体となって認知症の人やその家族を支援する体制の構築 ・市町村職員や施設の長など指導的立場にある者を対象とした、高齢者虐待事案への対応力の向上研修の実施 ・地域包括支援センター職員を対象とした、社会福祉士、弁護士等による高齢者虐待に係る専門相談の実施 ・バリアフリー社会実現のための優れた取組の普及を目的とした「秋田県バリアフリー推進賞（知事表彰）」の実施 							

■介護人材の確保・育成と介護現場の革新						
指 標	単 位	現 状 値		目 標 値		備 考
秋田県の介護職員数	人	R4	22,878	R8	23,550	成果指標
秋田県の介護職員離職率	%	R4	9.9	R8	9.9%以下	成果指標
介護サービス事業所認証評価制度による認証事業者数	事業者	R4	62	R8	95	成果指標
認証評価制度新規参加宣言事業者数（毎年度）	事業者	R4	12	R8	15	
社会福祉連携推進法人又は法人間連携プラットフォームへの加入法人数	法人	R5	4	R8	12	
介護職応援サイトアクセス数（毎年度）	回	R4	34,459	R8	40,000	
介護の職場体験者数（毎年度）	人	R4	87	R8	100	
介護に関する入門的研修受講者数（毎年度）	人	R5	55	R8	65	
主任介護支援専門員研修修了者数（毎年度）	人	R5	74	R8	85	
介護ロボット等導入推進支援事業活用事業所数（累計）	事業者	R5	226	R8	400	
介護職員等処遇改善加算の取得率	%	R5	91.2	R8	96.5	R5:ハーフアップ加算の取得率
【目標達成に向けた主な取組】						
<ul style="list-style-type: none"> ・認証評価制度の普及による業界全体の底上げとイメージ向上 ・社会福祉連携推進法人等の立ち上げ等に対する支援の実施 ・関係機関と連携した多様な人材の参入促進 ・中長期的な外国人介護人材受入に向けた環境づくりの促進 ・介護技術向上研修など職員の資質の向上を推進 ・認知症対応や地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた人材の育成 ・介護ロボット・ICT導入による負担軽減と業務効率化の推進 ・指導職員の養成や労働環境改善等による早期離職の防止 						
■介護保険制度の安定性・持続性の確保						
指 標	単 位	現 状 値		目 標 値		備 考
被保険者1人当たりの介護給付費（年齢調整後） （全国を100とした場合の指数）	%	R3	107.7	R8	100.0	成果指標 R3：秋田22,278円/全国20,683円
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の待機者数	人	R5	2,734	R8	2,300	成果指標
事業所における転倒・転落による骨折事故の件数	件	R4	595	R8	520	
業務としてたん吸引等ができる職員数（累計）	人	R5	1,349	R8	1,550	
ユニットリーダー研修の実地研修施設数	施設	R5	0	R8	3	
要介護認定の適正化に取り組む保険者数	保険者	R5	21	R8	22 (全保険者)	
ケアプランの点検・住宅改修等（住宅改修、福祉用具購入・貸与）の点検に取り組む保険者数	保険者	R5	20	R8	22 (全保険者)	
縦覧点検・医療情報との突合に取り組む保険者数	保険者	R5	22	R8	22 (全保険者)	
【目標達成に向けた主な取組】						
<ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホーム等、民間施設とのバランスを考慮して整備推進 ・ユニット型を基本とし、既存施設のユニット化への改修も支援 ・高齢者の日常生活を支える看護小規模多機能型居宅介護等の普及 ・事故報告の内容を分析し、事故防止に向けた指導等を実施 ・たん吸引に関する講義と手技演習を組み入れたフォローアップを実施 ・介護給付適正化の推進について、「主要3事業」を重点的に推進 						

参考資料

- 1 計画作成の根拠法令
- 2 介護サービスについて
- 3 第9期介護保険事業（支援）計画期間のサービス供給見込量
- 4 用語の解説
- 5 秋田県高齢者対策協議会設置要綱
- 6 秋田県高齢者対策協議会及び同高齢者介護部会委員名簿

1. 計画作成の根拠法令等

■ 介護保険法（都道府県介護保険事業支援計画）

- 第118条 都道府県は、基本指針に即して、3年を一期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）を定めるものとする。
- 2～5 （略）
- 6 都道府県介護保険事業支援計画は、老人福祉法第20条の9第1項に規定する都道府県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。
- 7～8 （略）
- 9 都道府県介護保険事業支援計画は、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第4条第1項に規定する都道府県計画及び医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。
- 10 都道府県介護保険事業支援計画は、社会福祉法第108条第1項に規定する都道府県地域福祉支援計画、高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条第1項に規定する都道府県高齢者居住安定確保計画その他の法律の規定による計画であって要介護者等の保健、医療、福祉又は居住に関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。
- 11 （略）

■ 老人福祉法（都道府県老人福祉計画）

- 第20条の9 都道府県は、市町村老人福祉計画の達成に資するため、各市町村を通ずる広域的な見地から、老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画（以下「都道府県老人福祉計画」という。）を定めるものとする。
- 2～4 （略）
- 5 都道府県老人福祉計画は、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画と一体のものとして作成されなければならない。
- 6 都道府県老人福祉計画は、社会福祉法第108条第1項に規定する都道府県地域福祉支援計画その他の法律の規定による計画であって老人の福祉に関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。
- 7 （略）

■ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（都道府県認知症施策推進計画）

- 第12条 都道府県は、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県の実情に即した都道府県認知症施策推進計画（以下この条及び次条第1項において「都道府県計画」という。）を策定するよう努めなければならない。

- 2 都道府県計画は、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画、社会福祉法第108条第1項に規定する都道府県地域福祉支援計画、老人福祉法第20条の9第1項に規定する都道府県老人福祉計画、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援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。
- 3～5 (略)
- 6 都道府県は、当該都道府県における認知症に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県における認知症施策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、都道府県計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない。
- 7 (略)

■「介護給付適正化計画」に関する指針（都道府県介護給付適正化計画）

第1 介護給付適正化計画の基本的考え方

- 1～3 (略)

4 都道府県介護保険事業支援計画との関係

介護保険法第118条第2項第2号及び第3号の規定により、都道府県介護保険事業支援計画において、管内保険者による介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標（以下「都道府県介護給付適正化計画」という。）を定めるものとされている。

このため、都道府県介護給付適正化計画は、基本指針及び本指針を踏まえ、第9期介護保険事業支援計画（以下「第9期事業支援計画」という。）において定めるものとする。

なお、都道府県介護給付適正化計画は、第9期事業支援計画とは別に定めても差し支えないが、この場合、第9期事業支援計画と整合の図られたものとし、これを令和6年3月末までに厚生労働省に提出いただくようお願いする。

2. 介護サービスについて

- 介護保険で利用できるサービスには、要介護1～5と認定された方が利用できるサービス（介護給付）と要支援1～2と認定された方が利用できるサービス（予防給付）があります。
- 予防給付とは、介護予防（生活機能を維持・向上させ、要介護状態にあることを予防すること）に適した、軽度者向けの内容・期間・方法で提供されるサービスです。
- 地域密着型サービスとは、住み慣れた地域で、多様かつ柔軟なサービスを提供するための枠組みで、事業所や施設がある市町村にお住まいの方の利用が基本となります。
- 以下に、介護サービスの種類を「在宅サービス」、「居住系サービス」、「施設サービス」、「その他のサービス」に分類して記載します。

※サービス名の右端に、介護予防サービスがあるものには【**予防**】、地域密着型サービス（もあるもの）には【**地域**】と記載しています。

○在宅サービス○

訪問介護（ホームヘルプ）

訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの介護（身体介護）や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活の支援（生活援助）をします。通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もあります。

訪問入浴介護

【**予防**】

利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指して実施されます。看護職員と介護職員が利用者の自宅を訪問し、持参した浴槽によって入浴の介護を行います。

訪問看護

【**予防**】

利用者の心身機能の維持回復などを目的として、看護師などが疾患のある利用者の自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行います。

訪問リハビリテーション

【**予防**】

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが利用者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。

通所介護（デイサービス）

自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。利用者が通所介護の施設（利用定員19人以上のデイサービスセンターなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。生活機能向

上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。

通所リハビリテーション（デイケア）

【予防】

利用者が通所リハビリテーションの施設（介護老人保健施設、病院、診療所など）に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。

短期入所生活介護（ショートステイ）

【予防】

自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

短期入所療養介護

【予防】

療養生活の質の向上及び家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。医療機関や介護老人保健施設、介護医療院が、日常生活上の世話や、医療、看護、機能訓練などを提供します。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【地域】

定期的な巡回や随時通報への対応など、利用者の心身の状況に応じて、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供します。また、サービスの提供に当たっては、訪問介護員だけでなく看護師なども連携しているため、介護と看護の一体的なサービス提供を受けることもできます。

夜間対応型訪問介護

【地域】

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を、24時間安心して送ることができるよう、夜間帯に訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問します。「定期巡回」と「随時対応」の2種類のサービスがあります。

地域密着型通所介護

【地域】

自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。利用者が地域密着型通所介護の施設（利用定員19人未満のデイサービスセンターなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。

認知症対応型通所介護

【予防】・【地域】

認知症対応型通所介護は認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスで、認知症の利用者が通所介護の施設（デイサービスセンターやグループホームなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供することにより、自宅にこもりきりの

利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。

小規模多機能型居宅介護

【予防】・【地域】

利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで日常生活上の支援や機能訓練を行います。

看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

【地域】

利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問（介護）」に加えて、看護師などによる「訪問（看護）」も組み合わせることで、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、介護と看護の一体的なサービスの提供を受けることができます。

○居住系サービス○

特定施設入居者生活介護

【予防】

指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

【予防】・【地域】

認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスです。認知症の利用者が、グループホームに入所し、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などのサービスを受けます。グループホームでは、1つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が、介護スタッフとともに共同生活を送ります。

地域密着型特定施設入居者生活介護

【地域】

指定を受けた入居定員30人未満の有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

○施設サービス○

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。入所者の意思や人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスを提供することとされています。

介護老人保健施設（老健）

在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供します。

介護医療院

長期にわたって療養が必要である方の入所を受け入れ、療養上の管理、看護、介護、機能訓練、その他必要な医療と日常生活に必要なサービスなどを提供します。介護医療院は、入所者の意思や人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスを提供することとされています。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム） 【地域】

入所定員30人未満の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。明るく家庭的な雰囲気があり、地域や家族との結びつきを重視した運営を行うこととされています。

○その他のサービス○

居宅介護支援

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、ケアマネジャーが、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。特定のサービスや事業者に偏ることがないように、公正中立に行うこととされています。

福祉用具貸与

【予防】

指定を受けた事業者が、利用者の心身の状況、希望及びその生活環境等を踏まえ、適切な福祉用具を選ぶための援助・取り付け・調整などを行い、福祉用具を貸与します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。

特定福祉用具販売

【予防】

福祉用具販売の指定を受けた事業者が、入浴や排泄に用いる、貸与になじまない福祉用具を販売します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。

3. 第9期介護保険事業（支援）計画期間のサービス供給見込量

給付費:年間累計の金額

回(日)数:1月当たりの数

人数:1月当たりの利用者数

※圏域毎に四捨五入しているため、合計とは必ずしも一致しません。

【介護予防訪問入浴介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	116	116	116	116	116	116
	回数	1	1	1	1	1	1
	人数	1	1	1	1	1	1
県央	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
県南	給付費	1,416	1,418	1,418	1,428	1,428	1,418
	回数	13	13	13	13	13	13
	人数	3	3	3	3	3	3
県計	給付費	1,532	1,534	1,534	1,544	1,544	1,534
	回数	14	14	14	14	14	14
	人数	4	4	4	4	4	4

【介護予防訪問看護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	43,385	42,984	42,681	41,597	40,433	39,444
	回数	869	860	853	829	807	789
	人数	140	138	137	133	129	126
県央	給付費	75,363	76,112	77,522	80,627	86,255	86,504
	回数	1,360	1,374	1,399	1,457	1,562	1,567
	人数	259	261	266	276	295	296
県南	給付費	9,372	9,961	10,221	8,261	8,261	8,163
	回数	119	127	132	105	105	104
	人数	35	37	38	32	32	32
県計	給付費	128,120	129,057	130,424	130,485	134,949	134,111
	回数	2,348	2,360	2,383	2,392	2,475	2,460
	人数	434	436	441	441	456	454

【介護予防訪問リハビリテーション】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	2,347	2,347	2,347	1,642	1,642	1,642
	回数	67	67	67	47	47	47
	人数	26	26	26	11	11	11
県央	給付費	7,045	7,214	7,759	8,118	8,670	9,127
	回数	218	223	240	250	267	281
	人数	28	28	30	32	34	35
県南	給付費	16,736	16,572	16,572	14,110	13,857	13,857
	回数	500	494	502	429	421	421
	人数	54	53	54	46	45	45
県計	給付費	26,128	26,133	26,678	23,870	24,169	24,626
	回数	785	784	809	726	735	749
	人数	108	107	110	89	90	91

【介護予防居宅療養管理指導】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	2,476	2,479	2,479	2,479	2,286	2,392
	人数	23	23	23	23	22	22
県央	給付費	3,299	3,438	3,508	3,849	4,142	4,205
	人数	46	47	47	52	55	56
県南	給付費	4,465	4,542	4,542	4,107	4,107	4,107
	人数	48	49	49	43	43	43
県計	給付費	10,240	10,459	10,529	10,435	10,535	10,704
	人数	117	119	119	118	120	121

【介護予防通所リハビリテーション】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	95,665	95,787	95,267	89,697	84,492	85,460
	人数	226	226	225	210	198	199
県央	給付費	171,608	173,832	176,400	184,714	198,387	195,570
	人数	457	461	468	493	530	522
県南	給付費	94,499	93,094	93,076	87,129	86,637	82,957
	人数	240	237	237	223	222	213
県計	給付費	361,772	362,713	364,743	361,540	369,516	363,987
	人数	923	924	930	926	950	934

【介護予防短期入所生活介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	14,304	14,333	14,333	17,284	17,284	17,284
	回数	200	200	200	242	242	242
	人数	27	27	27	28	28	28
県央	給付費	26,980	27,159	27,276	26,906	27,537	26,518
	回数	394	395	399	391	399	385
	人数	48	49	50	49	50	50
県南	給付費	29,410	28,417	27,905	19,828	20,289	18,968
	回数	376	362	356	255	260	243
	人数	77	74	73	55	56	53
県計	給付費	70,694	69,909	69,514	64,018	65,110	62,770
	回数	970	958	955	888	902	870
	人数	152	150	150	132	134	131

【介護予防短期入所療養介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	690	690	678	678	678	678
	回数	5	5	5	5	5	5
	人数	2	2	2	2	2	2
県央	給付費	1,900	1,902	1,902	2,110	2,110	2,110
	回数	17	17	17	19	19	19
	人数	4	4	4	5	5	5
県南	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
県計	給付費	2,590	2,592	2,580	2,788	2,788	2,788
	回数	22	22	22	24	24	24
	人数	6	6	6	7	7	7

【介護予防福祉用具貸与】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	83,512	83,400	83,042	80,836	78,346	76,211
	人数	1,242	1,239	1,233	1,203	1,169	1,135
県央	給付費	184,097	185,518	188,251	198,578	211,877	211,409
	人数	2,144	2,159	2,189	2,309	2,461	2,452
県南	給付費	107,799	106,719	105,074	105,526	105,207	101,496
	人数	1,439	1,426	1,405	1,411	1,407	1,356
県計	給付費	375,408	375,637	376,367	384,940	395,430	389,116
	人数	4,825	4,824	4,827	4,923	5,037	4,943

【特定介護予防福祉用具購入費】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	9,668	9,668	9,668	8,904	8,537	8,537
	人数	29	29	29	27	26	26
県央	給付費	16,460	16,818	16,818	16,632	18,033	17,691
	人数	50	51	51	50	54	53
県南	給付費	10,949	10,949	10,949	10,478	10,478	10,478
	人数	30	30	30	29	29	29
県計	給付費	37,077	37,435	37,435	36,014	37,048	36,706
	人数	109	110	110	106	109	108

【介護予防住宅改修費】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	18,305	18,305	18,305	17,424	17,424	17,424
	人数	21	21	21	20	20	20
県央	給付費	45,039	45,039	46,099	47,831	50,022	50,022
	人数	42	42	43	45	47	47
県南	給付費	26,928	26,928	26,928	22,755	22,755	22,755
	人数	27	27	27	23	23	23
県計	給付費	90,272	90,272	91,332	88,010	90,201	90,201
	人数	90	90	91	88	90	90

【介護予防特定施設入居者生活介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	26,112	25,504	25,504	22,905	22,110	22,110
	人数	26	25	25	23	22	22
県央	給付費	171,375	172,156	172,723	177,319	193,328	204,711
	人数	191	191	191	196	214	227
県南	給付費	99,966	102,617	100,092	100,587	100,587	98,568
	人数	109	111	109	110	110	108
県計	給付費	297,453	300,277	298,319	300,811	316,025	325,389
	人数	326	327	325	329	346	357

【介護予防認知症対応型通所介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	926	950	950	929	929	929
	回数	9	9	9	9	9	9
	人数	3	3	3	2	2	2
県央	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
県南	給付費	557	557	557	557	557	557
	回数	8	8	8	8	8	8
	人数	2	2	2	2	2	2
県計	給付費	1,483	1,507	1,507	1,486	1,486	1,486
	回数	17	17	17	17	17	17
	人数	5	5	5	4	4	4

【介護予防小規模多機能型居宅介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	35,586	34,961	34,291	33,974	31,803	32,988
	人数	41	40	39	39	37	38
県央	給付費	100,575	102,571	104,796	105,893	109,955	114,104
	人数	115	118	121	122	127	131
県南	給付費	47,799	47,859	47,859	39,736	39,736	38,704
	人数	57	57	57	47	47	46
県計	給付費	183,960	185,391	186,946	179,603	181,494	185,796
	人数	213	215	217	208	211	215

【介護予防認知症対応型共同生活介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	19,492	19,517	19,517	22,076	22,076	22,076
	人数	8	8	8	9	9	9
県央	給付費	19,380	19,404	19,404	22,115	16,444	16,444
	人数	7	7	7	8	6	6
県南	給付費	16,866	19,860	19,860	22,832	22,832	19,860
	人数	6	7	7	8	8	7
県計	給付費	55,738	58,781	58,781	67,023	61,352	58,380
	人数	21	22	22	25	23	22

【介護予防支援】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	83,820	83,606	82,930	80,699	77,858	75,560
	人数	1,510	1,505	1,493	1,453	1,402	1,361
県央	給付費	149,913	151,672	153,863	162,068	172,820	171,845
	人数	2,653	2,681	2,720	2,865	3,055	3,038
県南	給付費	91,746	91,038	90,976	88,621	88,456	85,425
	人数	1,663	1,648	1,647	1,604	1,601	1,546
県計	給付費	325,479	326,316	327,769	331,388	339,134	332,830
	人数	5,826	5,834	5,860	5,922	6,058	5,945

【訪問介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	2,507,809	2,532,782	2,495,420	2,429,796	2,343,749	2,395,414
	回数	67,129	67,709	66,790	65,012	62,708	64,084
	人数	2,276	2,294	2,266	2,198	2,123	2,145
県央	給付費	2,393,037	2,429,247	2,491,833	2,656,907	2,917,077	3,132,873
	回数	64,439	65,274	66,967	71,442	78,459	84,201
	人数	4,028	4,087	4,175	4,427	4,807	5,046
県南	給付費	2,775,355	2,816,988	2,764,042	2,642,131	2,594,457	2,574,386
	回数	77,438	78,573	77,101	73,804	72,478	71,909
	人数	2,411	2,421	2,404	2,301	2,273	2,251
県計	給付費	7,676,201	7,779,017	7,751,295	7,728,834	7,855,283	8,102,673
	回数	209,006	211,556	210,858	210,258	213,646	220,193
	人数	8,715	8,802	8,845	8,926	9,203	9,442

【訪問入浴介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	173,579	175,207	173,677	171,971	168,413	167,790
	回数	1,162	1,171	1,162	1,150	1,127	1,123
	人数	219	221	219	216	211	211
県央	給付費	150,584	153,143	157,331	167,478	181,818	199,407
	回数	997	1,013	1,040	1,107	1,203	1,319
	人数	213	216	222	236	255	280
県南	給付費	275,323	276,122	274,091	262,967	258,736	258,815
	回数	1,794	1,797	1,784	1,712	1,684	1,685
	人数	399	400	396	382	376	376
県計	給付費	599,486	604,472	605,099	602,416	608,967	626,012
	回数	3,953	3,981	3,986	3,968	4,013	4,127
	人数	831	837	837	834	842	867

【訪問看護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	377,878	378,914	369,952	367,501	360,189	362,961
	回数	6,295	6,318	6,141	6,129	5,997	6,079
	人数	807	805	788	783	768	776
県央	給付費	710,471	726,009	746,029	796,141	877,272	941,245
	回数	11,160	11,385	11,695	12,487	13,756	14,751
	人数	1,579	1,610	1,652	1,762	1,939	2,071
県南	給付費	250,105	251,113	250,388	231,254	230,141	228,852
	回数	3,240	3,231	3,215	2,975	2,962	2,937
	人数	533	533	531	493	490	488
県計	給付費	1,338,454	1,356,036	1,366,369	1,394,896	1,467,602	1,533,058
	回数	20,695	20,934	21,051	21,591	22,715	23,766
	人数	2,919	2,948	2,971	3,038	3,197	3,335

【訪問リハビリテーション】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	14,386	14,397	14,397	13,728	12,968	12,968
	回数	412	411	411	394	374	374
	人数	44	44	44	42	40	40
県央	給付費	74,219	77,147	79,440	84,317	92,189	98,612
	回数	2,110	2,191	2,253	2,392	2,615	2,797
	人数	218	225	233	247	268	286
県南	給付費	103,573	102,938	101,600	95,213	93,802	93,526
	回数	2,978	2,958	2,919	2,739	2,700	2,692
	人数	285	284	279	262	258	257
県計	給付費	192,178	194,482	195,437	193,258	198,959	205,106
	回数	5,499	5,560	5,583	5,524	5,689	5,862
	人数	547	553	556	551	566	583

【居宅療養管理指導】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	38,026	38,607	38,073	36,393	34,594	35,692
	人数	367	371	366	352	337	347
県央	給付費	97,770	99,261	102,193	108,670	120,527	130,073
	人数	1,092	1,108	1,140	1,214	1,348	1,457
県南	給付費	55,918	56,429	55,747	54,788	54,450	54,138
	人数	697	701	693	679	674	670
県計	給付費	191,714	194,297	196,013	199,851	209,571	219,903
	人数	2,156	2,180	2,199	2,245	2,359	2,474

【通所介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	2,600,218	2,615,973	2,569,491	2,473,959	2,372,048	2,404,727
	回数	26,310	26,439	26,003	25,005	24,046	24,307
	人数	2,949	2,969	2,917	2,813	2,707	2,733
県央	給付費	3,463,268	3,525,703	3,593,238	3,779,406	4,093,152	4,304,301
	回数	37,195	37,824	38,528	40,535	43,863	45,965
	人数	4,270	4,341	4,421	4,650	5,032	5,264
県南	給付費	2,048,027	2,013,092	1,990,191	1,956,676	1,901,071	1,886,101
	回数	20,874	20,514	20,319	19,981	19,423	19,252
	人数	2,774	2,715	2,674	2,632	2,558	2,539
県計	給付費	8,111,513	8,154,768	8,152,920	8,210,041	8,366,271	8,595,129
	回数	84,379	84,777	84,849	85,521	87,332	89,524
	人数	9,993	10,025	10,012	10,095	10,297	10,536

【通所リハビリテーション】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	554,071	551,511	546,392	511,569	488,600	491,564
	回数	5,097	5,078	5,030	4,718	4,517	4,538
	人数	661	661	656	611	584	587
県央	給付費	1,039,215	1,053,930	1,074,669	1,111,483	1,191,804	1,238,780
	回数	9,890	10,025	10,222	10,587	11,367	11,788
	人数	1,354	1,373	1,401	1,454	1,565	1,624
県南	給付費	465,366	467,412	465,843	445,665	438,685	430,503
	回数	4,539	4,551	4,544	4,339	4,271	4,184
	人数	711	707	704	675	665	652
県計	給付費	2,058,652	2,072,853	2,086,904	2,068,717	2,119,089	2,160,847
	回数	19,526	19,653	19,796	19,643	20,155	20,510
	人数	2,726	2,741	2,761	2,740	2,814	2,863

【短期入所生活介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	3,959,317	3,980,869	3,925,586	3,765,134	3,675,500	3,691,784
	回数	40,634	40,808	40,256	38,554	37,629	37,771
	人数	1,841	1,853	1,825	1,746	1,700	1,708
県央	給付費	10,147,016	10,245,120	10,269,347	10,364,204	10,481,674	10,592,161
	回数	105,071	105,966	106,244	107,233	108,471	109,516
	人数	4,348	4,386	4,396	4,438	4,495	4,537
県南	給付費	4,374,452	4,343,016	4,258,407	4,117,872	4,010,691	3,991,904
	回数	44,602	44,256	43,445	41,937	40,846	40,624
	人数	2,319	2,295	2,258	2,181	2,129	2,116
県計	給付費	18,480,785	18,569,005	18,453,340	18,247,210	18,167,865	18,275,849
	回数	190,306	191,030	189,945	187,723	186,946	187,911
	人数	8,508	8,534	8,479	8,365	8,324	8,361

【短期入所療養介護(療養)】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	84,244	84,352	84,352	69,090	65,012	69,068
	回数	630	630	630	514	485	514
	人数	75	75	75	60	56	60
県央	給付費	168,528	173,721	177,281	193,400	211,573	228,694
	回数	1,292	1,333	1,362	1,482	1,623	1,747
	人数	116	120	122	131	144	155
県南	給付費	165,662	167,198	167,273	157,976	156,029	160,260
	回数	1,203	1,212	1,213	1,147	1,132	1,163
	人数	92	93	93	86	85	86
県計	給付費	418,434	425,271	428,906	420,466	432,614	458,022
	回数	3,125	3,175	3,205	3,143	3,240	3,424
	人数	283	288	290	277	285	301

【短期入所療養介護(病院)】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	54,006	59,989	59,989	59,989	59,989	59,989
	回数	483	540	540	540	540	540
	人数	30	34	34	34	34	34
県央	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数						
	人数	0	0	0	0	0	0
県南	給付費	0	0	0	0	0	0
	回数						
	人数	0	0	0	0	0	0
県計	給付費	54,006	59,989	59,989	59,989	59,989	59,989
	回数	483	540	540	540	540	540
	人数	30	34	34	34	34	34

【福祉用具貸与】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	541,405	546,545	538,988	521,982	499,915	513,196
	人数	3,763	3,791	3,742	3,621	3,477	3,548
県央	給付費	1,169,748	1,187,847	1,211,917	1,276,503	1,390,778	1,474,411
	人数	7,645	7,768	7,915	8,321	9,027	9,490
県南	給付費	848,457	846,915	840,723	812,906	801,254	800,811
	人数	5,254	5,233	5,203	5,050	4,995	4,977
県計	給付費	2,559,610	2,581,307	2,591,628	2,611,391	2,691,947	2,788,418
	人数	16,662	16,792	16,860	16,992	17,499	18,015

【特定福祉用具購入費】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	21,885	21,885	21,885	19,610	19,252	19,252
	人数	59	59	59	53	52	52
県央	給付費	47,195	48,477	49,893	52,101	56,703	58,830
	人数	130	134	138	144	156	162
県南	給付費	35,326	35,729	35,417	32,868	32,450	32,103
	人数	96	97	96	90	89	88
県計	給付費	104,406	106,091	107,195	104,579	108,405	110,185
	人数	285	290	293	287	297	302

【住宅改修費】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	26,875	26,875	26,875	23,744	22,791	23,744
	人数	29	29	29	27	26	27
県央	給付費	75,214	77,111	77,739	84,661	87,659	91,315
	人数	74	76	77	84	88	92
県南	給付費	41,342	41,212	40,215	39,690	39,690	39,690
	人数	46	46	45	45	45	45
県計	給付費	143,431	145,198	144,829	148,095	150,140	154,749
	人数	149	151	151	156	159	164

【特定施設入居者生活介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	980,600	985,426	981,122	950,113	907,887	912,516
	人数	411	412	410	395	378	379
県央	給付費	3,093,295	3,098,734	3,107,015	3,191,861	3,479,506	3,685,227
	人数	1,339	1,340	1,343	1,384	1,508	1,596
県南	給付費	1,052,460	1,106,008	1,101,407	1,103,922	1,093,565	1,092,371
	人数	465	487	485	486	482	481
県計	給付費	5,126,355	5,190,168	5,189,544	5,245,896	5,480,958	5,690,114
	人数	2,215	2,239	2,238	2,265	2,368	2,456

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	58,543	56,958	55,940	48,941	47,282	44,605
	人数	37	36	35	30	29	27
県央	給付費	218,076	250,957	253,276	251,872	257,326	261,772
	人数	136	158	160	160	163	164
県南	給付費	335,977	314,315	330,640	279,751	275,843	269,411
	人数	150	140	148	125	124	121
県計	給付費	612,596	622,230	639,856	580,564	580,451	575,788
	人数	323	334	343	315	316	312

【地域密着型通所介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	596,281	595,089	593,457	571,549	544,480	552,920
	回数	5,667	5,650	5,632	5,436	5,183	5,259
	人数	641	638	635	609	583	587
県央	給付費	1,437,747	1,460,680	1,486,157	1,558,392	1,693,596	1,780,366
	回数	15,359	15,592	15,863	16,632	18,054	18,877
	人数	1,928	1,958	1,991	2,078	2,248	2,337
県南	給付費	959,786	988,895	955,258	863,234	837,299	822,189
	回数	9,587	9,854	9,580	8,700	8,445	8,290
	人数	1,467	1,519	1,493	1,355	1,318	1,294
県計	給付費	2,993,814	3,044,664	3,034,872	2,993,175	3,075,375	3,155,475
	回数	30,614	31,095	31,075	30,769	31,682	32,425
	人数	4,036	4,115	4,119	4,042	4,149	4,218

【認知症対応型通所介護】

(単位:千円、回、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	178,874	179,727	180,512	169,022	154,549	158,581
	回数	1,387	1,393	1,398	1,306	1,197	1,222
	人数	135	136	137	125	113	116
県央	給付費	88,414	89,882	93,406	100,168	108,041	121,022
	回数	708	719	746	790	849	934
	人数	78	79	81	86	92	100
県南	給付費	154,687	151,172	152,031	150,747	147,758	147,475
	回数	1,186	1,159	1,165	1,154	1,137	1,133
	人数	114	112	112	111	110	109
県計	給付費	421,975	420,781	425,949	419,937	410,348	427,078
	回数	3,281	3,270	3,308	3,249	3,182	3,289
	人数	327	327	330	322	315	325

【小規模多機能型居宅介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	585,436	559,595	559,595	557,980	523,559	559,347
	人数	235	225	225	224	212	224
県央	給付費	1,709,021	1,789,869	1,802,211	1,799,662	1,866,000	1,936,871
	人数	662	694	700	699	726	751
県南	給付費	963,847	966,991	961,365	917,304	910,484	918,602
	人数	394	394	393	372	370	373
県計	給付費	3,258,304	3,316,455	3,323,171	3,274,946	3,300,043	3,414,820
	人数	1,291	1,313	1,318	1,295	1,308	1,348

【認知症対応型共同生活介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	2,935,216	2,948,623	2,947,680	2,842,715	2,702,457	2,731,342
	人数	925	928	928	895	851	859
県央	給付費	2,953,354	3,082,478	3,126,135	3,326,192	3,522,556	3,646,053
	人数	920	959	972	1,034	1,095	1,133
県南	給付費	3,014,325	3,065,532	3,061,821	2,980,127	2,928,174	2,906,267
	人数	936	951	950	925	909	902
県計	給付費	8,902,895	9,096,633	9,135,636	9,149,034	9,153,187	9,283,662
	人数	2,781	2,838	2,850	2,854	2,855	2,894

【地域密着型特定施設入居者生活介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	193,895	196,178	196,178	184,160	177,547	174,697
	人数	84	85	85	79	76	75
県央	給付費	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0
県南	給付費	266,629	223,465	268,608	254,936	251,979	249,455
	人数	109	92	106	104	103	102
県計	給付費	460,524	419,643	464,786	439,096	429,526	424,152
	人数	193	177	191	183	179	177

【地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	860,288	861,377	861,377	844,546	769,779	808,029
	人数	244	244	244	240	219	230
県央	給付費	1,452,527	1,659,574	1,659,888	1,686,399	1,788,322	1,772,029
	人数	422	480	480	486	515	510
県南	給付費	1,308,924	1,310,582	1,310,582	1,278,655	1,271,454	1,278,666
	人数	361	361	361	352	350	352
県計	給付費	3,621,739	3,831,533	3,831,847	3,809,600	3,829,555	3,858,724
	人数	1,027	1,085	1,085	1,078	1,084	1,092

【看護小規模多機能型居宅介護】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	44,795	44,851	179,124	179,124	179,124	179,124
	人数	15	15	57	57	57	57
県央	給付費	553,790	554,490	558,307	557,328	654,039	656,585
	人数	183	183	184	185	216	217
県南	給付費	182,247	184,151	184,151	190,415	205,903	205,903
	人数	56	56	56	62	71	71
県計	給付費	780,832	783,492	921,582	926,867	1,039,066	1,041,612
	人数	254	254	297	304	344	345

【介護老人福祉施設】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	6,286,671	6,317,108	6,311,067	6,112,339	5,850,082	5,901,112
	人数	1,968	1,975	1,973	1,909	1,827	1,842
県央	給付費	10,357,065	10,393,798	10,402,047	10,882,157	11,420,214	11,901,251
	人数	3,292	3,300	3,302	3,455	3,629	3,780
県南	給付費	7,738,154	7,787,051	7,861,139	7,673,463	7,529,634	7,535,618
	人数	2,362	2,374	2,397	2,339	2,295	2,297
県計	給付費	24,381,890	24,497,957	24,574,253	24,667,959	24,799,930	25,337,981
	人数	7,622	7,649	7,672	7,703	7,751	7,919

【介護老人保健施設】

(単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	3,446,211	3,447,838	3,445,270	3,323,939	3,192,695	3,222,640
	人数	1,000	1,000	999	963	927	935
県央	給付費	8,652,968	8,689,375	8,699,160	8,731,224	8,749,646	8,845,415
	人数	2,459	2,467	2,470	2,480	2,487	2,514
県南	給付費	5,034,811	5,028,596	4,972,538	4,837,836	4,746,125	4,754,606
	人数	1,431	1,431	1,416	1,376	1,351	1,354
県計	給付費	17,133,990	17,165,809	17,116,968	16,892,999	16,688,466	16,822,661
	人数	4,890	4,898	4,885	4,819	4,765	4,803

【介護医療院】 (単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	1,543,053	1,546,796	1,549,703	1,525,385	1,470,436	1,494,331
	人数	359	359	359	353	341	346
県央	給付費	258,710	259,038	513,602	509,129	509,129	509,129
	人数	51	51	101	100	100	100
県南	給付費	144,488	144,670	144,670	138,049	138,049	142,455
	人数	36	36	36	33	33	34
県計	給付費	1,946,251	1,950,504	2,207,975	2,172,563	2,117,614	2,145,915
	人数	446	446	496	486	474	480

【居宅介護支援】 (単位:千円、人)

圏域	区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
県北	給付費	1,420,595	1,431,056	1,407,742	1,367,867	1,306,114	1,318,105
	人数	7,397	7,439	7,321	7,109	6,790	6,853
県央	給付費	2,802,429	2,835,657	2,886,884	3,020,934	3,275,502	3,439,637
	人数	14,762	14,931	15,200	15,908	17,231	18,041
県南	給付費	1,753,203	1,755,484	1,746,121	1,651,804	1,616,567	1,607,837
	人数	8,847	8,842	8,856	8,332	8,152	8,099
県計	給付費	5,976,227	6,022,197	6,040,747	6,040,605	6,198,183	6,365,579
	人数	31,006	31,212	31,377	31,349	32,173	32,993

【老人福祉施設】

(単位：施設、人)

圏域	種別	区分	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
県北	軽費老人ホーム	施設数	10	10	10	10
		必要入所（利用）定員	264	281	281	281
	養護老人ホーム	施設数	5	5	5	5
		必要入所（利用）定員	265	268	267	266
	生活支援ハウス	施設数	6	6	6	6
		必要入所（利用）定員	74	84	84	84
在宅介護支援センター	施設数	5	4	4	4	
	施設数	1	1	1	1	
県央	軽費老人ホーム	施設数	22	22	22	22
		必要入所（利用）定員	631	631	631	631
	養護老人ホーム	施設数	6	6	6	6
		必要入所（利用）定員	365	373	373	374
	生活支援ハウス	施設数	6	6	6	6
		必要入所（利用）定員	78	78	78	78
在宅介護支援センター	施設数	3	3	3	3	
	施設数	25	23	23	23	
県南	軽費老人ホーム	施設数	12	12	12	12
		必要入所（利用）定員	224	224	224	224
	養護老人ホーム	施設数	4	4	4	4
		必要入所（利用）定員	318	318	318	318
	生活支援ハウス	施設数	7	7	7	7
		必要入所（利用）定員	94	94	94	94
在宅介護支援センター	施設数	6	5	5	5	
	施設数	15	15	15	15	
県計	軽費老人ホーム	施設数	44	44	44	44
		必要入所（利用）定員	1119	1136	1136	1136
	養護老人ホーム	施設数	15	15	15	15
		必要入所（利用）定員	948	959	958	958
	生活支援ハウス	施設数	19	19	19	19
		必要入所（利用）定員	246	256	256	256
在宅介護支援センター	施設数	14	12	12	12	
	施設数	41	39	39	39	

4. 用語の解説

あ行

ICT（アイ・シー・ティー）

Information and Communication Technology の略で、「情報通信技術」などと訳されます。介護人材不足が顕在化する中、介護現場においても、介護記録や情報共有など、ICT の導入による業務の効率化や生産性の向上が求められています。

アウトリーチ

アウトリーチとは手を伸ばす・手を差し伸べるという意味で、社会福祉の実施機関がその職権によって潜在的な利用希望者に手を差し伸べ利用を実現させるような取組のことをいいます。

悪質商法

一般消費者を対象に、組織的・反復的に敢行される商取引で、その商法自体に違法又は不当な手段・方法が組み込まれたものをいいます。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）

患者自身が自分の価値観を認識し、「今後の人生をどう生きたいか」、「希望する医療やケア」等について、患者が主体となって、その家族や近しい人、医療・福祉・ケアの担い手と共に考え、共有することをいいます。

ACP の対象は、終末期や慢性疾患患者だけでなく、年齢や健康状態を問わず、あらゆる状態の人を含みます。

オーラルフレイル

心身の機能の低下をもたらすおそれがある口腔機能の虚弱な状態をいいます。歯数の減少や口腔衛生状態の悪化に加え、舌や口唇の動きの低下は食べこぼしやむせの原因となり、全身的なフレイル（高齢者の虚弱）の初期段階とされています。

か行

介護給付費財政調整交付金

市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の5%相当分を交付するものであり、具体的には、「高齢者中の後期高齢者の割合」と「高齢者の所得状況の格差」を調整する「普通調整交付金」と、災害等の特別な事情を勘案する「特別調整交付金」があります。

介護サービス事業所認証評価制度

介護職員の処遇改善や人材育成など、職員が働きやすい職場づくりに積極的に取り組む介護サービス事業者を、県が一定の基準に基づき評価・認証する制度で、平成29年度から導入されています。

介護サービス情報の公表

利用者が介護サービス事業所を適切に選ぶための情報を提供する仕組みとして平成18年度から導入された制度です。令和6年度からは、介護サービス事業者の経営の見える化の観点から、財務情報の公表が義務付けられることになりました。

介護サービス相談員

介護サービス施設・事業所に出向き、利用者の疑問や不満などを受け付け、介護サービス提供事業者及び行政との橋渡しを行い、問題の改善や介護サービスの質の向上につなげる取組を行う者のことで、一定水準以上の研修を受講し、市町村が委嘱しています。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者又は要支援者からの相談に応じ、要介護者又は要支援者がその心身の状況に応じ適切な居宅サービス又は施設サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業者及び介護保険施設等との連絡調整を行います。

介護職員等処遇改善加算

介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善の

ための措置をできるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「処遇改善等処遇改善加算」に一本化されることになりました。一本化後の加算については、職種に着目したルールは設けず、事業所内で柔軟な配分を認めるほか、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件が見直しされます。（施行日：令和6年6月1日）

介護認定審査会

要介護認定・要支援認定の審査判定業務を行うために介護保険法第14条に基づき市町村が設置する機関です。委員は、保健・医療・福祉に関する学識経験者から市町村長が任命します。

介護福祉士

専門的な知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある人に入浴、排泄、食事その他の介護を行い、また家族介護者等に介護に関する指導を行うことを業とします。

介護保険施設

介護保険法で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護医療院の3施設が規定されています。

介護療養型医療施設については、介護医療院等への移行期限が令和5年度末までとなっており、本県では全て移行済みです。

介護予防サービス

軽度者（要支援1、2の方）を対象に、常時介護を要する状態の軽減や重度化防止（介護予防）を目的として提供されるサービスです。

具体的には、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売をい

います。

介護予防支援

要支援者であって居宅において支援を受ける人（居宅要支援者）が介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等、介護予防に資する保健・医療・福祉サービスなどを適切に利用できるよう、居宅要支援者の依頼を受けて、その心身の状況や置かれている環境、要支援者や家族の希望を勘案して、介護予防サービス計画を作成するとともに、その介護予防サービス計画に基づき指定介護予防サービス事業者などとの連絡調整を行うなど支援を行うことです。

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

要支援者等の多様な生活支援ニーズに対応するため、市町村が中心となり地域の実情に応じて、介護保険事業所が提供するサービスに加え、市町村の独自施策や民間企業、NPO法人及びボランティア等により提供される多様なサービスを総合的に提供する仕組みとして位置付けられたものです。

通いの場

住民が主体となって運営する、体操や認知症予防及び趣味活動等を行い介護予防に資すると市町村が判断する場のことをいいます。

鑑別診断

認知症の有無、原因疾患、重症度などを見極めるための診察を行うことをいいます。

共生型サービス

地域共生社会の実現に向けた取組を推進するため、介護保険法上の、通所介護、地域密着型通所介護、訪問介護、（介護予防）短期入所生活介護に関し、障害福祉制度の基準を満たしていれば、基本的に介護保険法上（共生型）の指定を受けられるよう別途基準が設けられているサービスです。

業務継続計画（BCP）

大地震等の自然災害、感染症のまん延等の不測の事態が発生しても、業務を中断させないように準備す

るとともに、中断した場合でも優先業務を実施するため、あらかじめ検討した方針、体制、手順等を示した計画です。指定基準により全ての介護サービス事業者を対象に、当該計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等が義務付けられています。

居宅サービス

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売をいいます。

ケアプラン（介護サービス計画）

要介護者等や家族の希望を取り入れ、サービス担当者会議での専門家の協議で作成される、利用者のニーズと生活上の課題解決のための具体的なサービス計画のことです。

ケアマネジメント

利用者の望ましい生活を実現するため、介護サービス等の地域にある社会資源を統合して利用に結び付けていく過程です。対象者が自己決定できるよう側面から支援しながら、対象者の自立支援と生活の質を向上させることを目的としています。

軽度認知障害

認知症に至る前の、物忘れはあるが、日常生活に支障がない状態をいいます。

後期高齢者

世界保健機関（WHO）では、65歳以上を高齢者と定義し、65歳以上75歳未満を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と区分しています。日本では、「高齢者の医療の確保に関する法律」で、65歳以上75歳未満を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と規定しています。

行動・心理症状（BPSD）

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略で、認知症による物忘れや判断力の低下等、

脳機能の低下を直接示す症状に伴い、うつ状態や妄想のような精神症状や、日常生活への適応を困難にする行動上の問題が起こる症状をいいます。

高齢化率

65歳以上人口が総人口に占める割合です。一般に、7%を超えた社会を高齢化社会、14%を超えた社会を高齢社会と呼んでいます。

高齢者安全・安心アドバイザー

専門的に高齢者宅を訪問して交通安全・防犯指導を行う人です。

国立社会保障・人口問題研究所

昭和14年に設立された厚生省人口問題研究所と、特殊法人社会保障研究所が平成8年に統合し設立された厚生労働省に所属する研究機関です。

さ行

サービス付き高齢者向け住宅

安否確認や生活相談のサービス提供が義務付けられた高齢者向け賃貸住宅のことです。

在宅療養支援病院（診療所）

在宅療養患者の求めに応じ、24時間往診が可能な体制又は訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制等が確保された病院（診療所）のことをいいます。

在宅介護支援センター

地域の高齢者やその家族の福祉の向上を目的に、地域に根ざした相談支援や関係機関等との連絡調整及びネットワークづくり等を行います。

作業療法士（OT）

医師の指示の下に、作業療法を行う人です。作業療法とは、身体又は精神に障害のある人に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工芸その他の作業を行わせることです。

(指定) 市町村事務受託法人

介護保険法の規定に基づき、保険者（市町村）から委託を受けて保険者事務（要介護認定調査事務や照会等の事務）の一部を実施する法人として、都道府県が指定した法人のことであります。

社会福祉士

専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある人の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことを業とします。

社会福祉連携推進法人

社会福祉事業に取り組む複数の社会福祉法人等が社員として参画し、相互の業務連携（災害対応力の強化、経営の効率化、人材の確保・育成等）を推進する一般社団法人です。

「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和2年6月公布）に基づき、令和4年4月から「社会福祉連携推進法人制度」が施行されています。

重層的支援体制

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、Ⅰ相談支援、Ⅱ参加支援、Ⅲ地域づくりに向けた支援を一体的に実施するために創設された事業の名称です。重層的支援体制整備事業は、令和2年6月公布された「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」による社会福祉法の改正において創設されたものです。

住宅改修

在宅での自立した生活を支援するために必要な場合の住宅改修工事の費用を対象としており、法定の上限額のもと工事費の9割（一定以上所得者については8割、現役並み所得者については7割）が支給されます。住宅改修の種類は、手すりの取付け、段差の解消等小規模な改修です。

就労的活動支援コーディネーター

役割のある形で高齢者の社会参加等を促進するため、就労的活動の場を提供できる民間企業等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする者のことをいいます。

主治医

ある患者の診療を長期的、かつ主体的に担当する医師です。要介護認定においては、主治医の意見書が必要とされています。

主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）

包括的・継続的マネジメントを担う人材として、一定年数以上の業務経験者が主任介護支援専門員研修を受講し、修了証明書の交付を受けます。

主任ケアマネジャーは、地域包括支援センターにおいて、地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例に関する指導・助言を行うほか、居宅介護支援事務所内においては、所属のケアマネジャーに対し、スーパーバイズ（指導・監督）を実施し、継続的なマネジメントの後方支援の役割を担います。

障害者等用駐車区画利用制度

公共施設や商業施設などに設置されている障害者等用駐車区画の利用証を、障害者や要介護者、妊産婦、けが人など、移動に配慮が必要な方に交付する制度です。利用対象者を明らかにすることにより、同駐車区画の適正な利用を促進し、駐車区画を必要とする方々が駐車区画を利用しやすくなることを目的としています。

消費者安全確保地域協議会

消費者安全法に基づき、認知症等の高齢者、障害者など配慮を要する方々の消費者被害を防止するため、地域の関係機関が連携して見守り活動を行うネットワークです。地方公共団体等が設置することができると規定されています。

生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進するため、地域において、生活支援・介護予防サービス

の提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす役割を担う人です。

生産年齢人口

年齢別人口のうち、生産活動の中核をなす人口層で、15歳～64歳までの人口のことをいいます。

成年（市民）後見制度

認知症高齢者等の判断能力が不十分な人を支援し、その人の権利を守るため、代理権等が付与された成年後見人等が、財産管理や身上監護（医療契約、住居に関する契約、介護契約）を行う制度です。家庭裁判所が成年後見人等を選任する「法定後見」と、判断能力が不十分な状況になったときに備えて、あらかじめ本人が任意後見人を選ぶ「任意後見」があります。

市民後見制度は、一般市民が後見人として介護関係の申請手続き等を中心に行う制度です。

全国健康福祉祭（愛称：ねんりんピック）

高齢者を中心とするスポーツ・文化活動・健康・福祉などに関する総合的なイベントであり、各都道府県、政令指定都市の代表選手が日々の成果を披露し、交流を深める全国規模の大会です。本県では平成29年に全国健康福祉祭あきた大会（ねんりんピック秋田2017）を開催しました。

た行

第1号被保険者

市町村の区域内に住所を有する65歳以上の高齢者をいいます。

第2号被保険者

市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者をいいます。

地域共生社会

制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて

つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。

地域ケア会議

多職種協働で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のことです。

地域支援事業

被保険者が要介護状態又は要支援状態になることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的に実施する事業であり、「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」、「包括的支援事業」及び「任意事業」からなります。

地域安全ネットワーク

警察、町内会、既存のボランティア団体、自治体、学校等と連携を強化し、自主的な地域安全活動を行うためのネットワーク体制のことをいいます。

地域包括ケアシステム

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムのことです。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、システムの構築を実現していきます。

地域包括支援センター

公正・中立な立場から、地域における①介護予防ケアマネジメント ②総合相談・支援 ③権利擁護 ④包括的・継続的マネジメント支援を担う中核的機関として設置されています。設置・運営は原則として市町村で行い、社会福祉法人等に委託して設置することも可能とされています。センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置することとされています。

地域密着型サービス

要支援・要介護者の住み慣れた地域での生活を支え

るため、平成18年4月に創設された介護サービスです。市町村が介護サービス事業者の指定・指導監督権限を有し、原則として、当該市町村の被保険者のみがサービスを利用します。サービスの種類は、①夜間対応型訪問介護 ②認知症対応型通所介護 ③小規模多機能型居宅介護 ④認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ⑧看護小規模多機能型居宅介護 ⑨地域密着型通所介護（定員18人以下）があります。

また、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などの施設・居住系サービスについては、市町村ごとに必要整備量を定め、これを超える場合には、市町村は指定拒否ができる他、地域の実情に応じた弾力的な基準・報酬設定が可能となっています。

特殊詐欺

オレオレ詐欺、預貯金詐欺、架空料金請求詐欺、融資保証金詐欺、還付金詐欺等の振り込み詐欺に加え、金融商品等取引名目の詐欺、ギャンブル必勝法情報提供名目の詐欺、異性との交際あっせん名目の詐欺、キャッシュカード詐欺盗などの総称です。

特定技能

深刻化する人手不足への対応として、生産性の向上や国内人材の確保のための取組を行ってもなお人材を確保することが困難な状況にある特定産業分野（12分野）で、一定の専門性・技能を有し即戦力となる外国人を受け入れるための制度で、平成31年4月から実施されています。

な行

二次医療圏

日常生活圏で、入院を中心とする医療サービスと広域的・専門的な保健医療サービスを提供するための圏域で、医療法の規定に基づき設定する区域です。

日常生活圏域

市町村が、きめ細かく介護サービス等を提供するため、旧行政区単位、住民の生活形態、地域づくり活

動の単位など地域の特性を踏まえ、市町村内をいくつかに分けて区分して設定された身近な生活圏域のことをいいます。

認知症

脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により、日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態です。

認知症介護指導者

認知症介護の専門職員として、認知症介護実践者研修等の企画・立案に参画し、講師を務めるほか、介護専門職に対する人材育成の関与に加え、認知症介護指導者自身が所属する事業所を中心とした地域の指導者としての役割も担う人です。

認知症ケアパス

認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じた相談先や適時・適切な医療・介護サービスの流れを標準的に示したものです。

認知症高齢者

一旦獲得した知能が、後天的な脳の器質障害により、持続的かつ比較的短期間のうちに低下している状態の高齢者のことをいいます。

認知症施策推進大綱

令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議において、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる社会の実現を目指してとりまとめられており、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することとしています。

認知症疾患医療センター

精神科を有する総合病院や精神病院及び診療所に設置し、認知症疾患患者の専門医療相談、鑑別診断及び治療方針の選定等を行う専門医療機関です。

認知症疾患医療連携協議会

保健医療関係者、介護保険関係者、有識者等を構成員として、地域の認知症に関する支援体制づくりに

関する検討等を行うなど、地域における連携体制の強化を図るための協議会です。

認知症バリアフリー

認知症になっても住み慣れた地域で普通に暮らすための障壁を減らしていくことです。

認定調査員

要介護認定又は要支援認定を受けようとする被保険者を訪問し、その心身の状況、その置かれている環境等について調査する人です。

は行

バリアフリー

障害のある人が社会生活をしていく上で障害（バリア）となるものを除去することです。建物内の段差の解消等物理的障壁の除去という意味合いが強いですが、より広く障害者の社会参加を困難にしている社会的、制度的、心理的な全ての障壁の除去という意味でも用いられています。

バリアフリー適合証

秋田県バリアフリー条例第18条で定める生活関連施設が、高齢者や障害者等が安全かつ円滑に利用できるようにするために必要な整備基準に適合していることを証明する証票です。交付は、当該生活関連施設所有者等の申請によります。

フレイル

加齢とともに心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護状態などの危険性が高くなった状態をいいます。フレイルは身体機能問題（低栄養、転倒の増加、口腔機能低下）のみならず、精神・心理的問題（意欲・判断力や認知機能の低下、うつ）や社会的問題（閉じこもり、孤食）など多面性をもっています。

保健事業

市町村や後期高齢者医療広域連合等が、被保険者の健康の保持増進のために行う事業です。主なものと

しては、健康診査、歯科健診、保健指導などがあります。

や行

有料老人ホーム

高齢者に食事の提供、介護又は日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする入居施設で、養護老人ホーム等の入所要件に該当しない高齢者や自らの選択によりニーズを満たそうとする高齢者の施設です。

ユニットケア

特別養護老人ホームなどの施設に入所しても、できるだけ在宅に近い環境で、入居者一人ひとりの個性や生活のリズムを重視した介護（個別ケア）を実現するための手法です。10程度の個室と共同生活室（リビング）を備えた単位（ユニット）において、顔なじみの介護スタッフによりサービスが提供されます。

要介護者

市町村が行う要介護（要支援）認定において、加齢又は加齢による疾病により、入浴、排泄、食事等、日常生活での基本的な動作について介護を要すると見込まれる状態にあるものとして、要介護1～5と認定された方をいいます。

要介護（要支援）認定

市町村が、高齢者からの申請に基づき、その心身の状況を訪問調査するとともに、かかりつけ医（主治医）の意見を聞き、介護の必要の程度を要支援1～2及び要介護1～5の7段階の区分で認定します。高齢者が介護保険の給付を受けるためには、この要介護（要支援）認定を受けることが必要です。

要支援者

市町村が行う要介護（要支援）認定において、加齢又は加齢による疾病により、日常生活を営むために支障があると見込まれる状態にあるものとして、要支援1及び2と認定された方をいいます。

要配慮者利用施設

社会福祉施設、学校、医療施設その他の主として防災上の配慮を要する者が利用する施設のことをいいます。

ら行

理学療法士

医師の指示の下に、理学療法を行う人です。理学療法とは、身体に障害のある人に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいいます。

5. 秋田県高齢者対策協議会設置要綱

(設置)

第1条 秋田県に秋田県高齢者対策協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(目的)

第2条 協議会は、高齢者に関する保健・医療・福祉等の各種サービスの総合的推進及び社会参加等に関わる事項を審議することを目的とする。

(組織及び任期)

第3条 協議会は委員20名以内で構成する。

2 協議会の委員は、県市長会、町村会の代表者、医療・保健・福祉等の関係団体の代表者及び学識経験者その他必要と認められた者のうちから知事が任命する。

3 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 委員は再任されることがある。

(会長及び副会長)

第4条 協議会に、会長及び副会長1名を置く。

2 会長及び副会長は、協議会の委員のうちから知事が指名する。

3 会長は協議会の事務を掌理する。

4 副会長は、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(部会)

第5条 協議会に、介護保険制度の運営に関する協議を行う高齢者介護部会その他の部会を置くことができる。

2 部会は、委員及び専門委員合わせて15名以内で構成する。

3 部会に属すべき委員は会長が指名し、専門委員は知事が任命する。

(部会長及び副部会長)

第6条 部会に部会長及び副部会長を置き、会長が指名する。

2 部会長は、部会の事務を掌理する。

3 副部会長は、部会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第7条 協議会及び部会は、知事が召集する。

2 協議会の議長は会長が、部会の議長は部会長が務める。

(事務局)

第8条 協議会の事務局は県健康福祉部長寿社会課内に置く。

2 協議会の事務局に、幹事若干名を置き、県健康福祉部内の職員をもって充てる。

(補 則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は会長が協議会に諮って定める。

附 則

この要綱は、昭和63年3月1日から施行する。

(中略)

附 則

1 この要綱は、令和4年7月1日から施行する。

2 この要綱の委員の任期は、第3条第3項の規定に関わらず、令和6年3月31日までとする。

6. 秋田県高齢者対策協議会委員及び同高齢者介護部会専門委員

(秋田県高齢者対策協議会委員)

	氏名	団体名	備考
1	石沢真貴	国立大学法人秋田大学	
2	石村照子	公益社団法人認知症の人と家族の会秋田県支部	
3	稲庭千弥子	秋田県介護老人保健施設連絡協議会	
4	上田瑞枝	秋田県ホームヘルパー協議会	
5	小野崎圭助	一般社団法人秋田県医師会	会長
6	萱森真雄	秋田県老人福祉施設協議会	副会長
7	小玉喜久子	秋田県地域婦人団体連絡協議会	
8	佐々木修	一般社団法人秋田県薬剤師会	
9	鈴木信久	秋田県地域包括・在宅介護支援センター協議会	
10	鈴木博	社会福祉法人秋田県社会福祉協議会	
11	津谷永光	秋田県市長会	
12	畠山桂郎	一般社団法人秋田県歯科医師会	
13	古谷勝	秋田県国民健康保険団体連合会	
14	細越満	秋田県町村会	
15	松岡時子	公益財団法人秋田県老人クラブ連合会	
16	三浦孝博	日本労働組合総連合会秋田県連合会	
17	森合真由美	公益社団法人秋田県看護協会	

(五十音順)

(秋田県高齢者対策協議会高齢者介護部会専門委員)

	氏名	団体名	備考
1	小原秀和	特定非営利活動法人秋田県介護支援専門員協会	
2	齊藤恵美子	秋田市介護保険課	
3	佐藤俊一	一般社団法人秋田県社会福祉士会	
4	須藤恵理子	公益社団法人秋田県理学療法士会	
5	高橋祐策	秋田県認知症グループホーム連絡協議会	
6	津軽谷恵	一般社団法人秋田県作業療法士会	
7	渡部幸雄	一般社団法人秋田県介護福祉士会	

(五十音順)

秋田県
第9期介護保険事業支援計画
第10期老人福祉計画

令和6年3月

編集・発行	秋田県健康福祉部長寿社会課
住 所	〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号
電 話	018-860-1363
F A X	018-860-3867
E-mail	chouju@pref.akita.lg.jp

本冊子の内容は、秋田県のホームページにも掲載しております。
<https://www.pref.akita.lg.jp>