

第8期  
吉野川市高齢者保健福祉計画・  
介護保険事業計画  
(2021年度～2023年度)

2021年1月



吉野川市







## 目 次

第1章 計画策定にあたって .....	1
第1節 計画策定の趣旨 .....	1
第2節 計画の法的位置づけ .....	2
第3節 計画の期間 .....	2
第4節 計画策定の体制 .....	3
(1) 策定体制 .....	3
(2) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査の実施 .....	3
(3) 在宅介護実態調査の実施 .....	16
第5節 制度改正の概要 .....	24
第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移 .....	26
第1節 人口の現状と推移 .....	26
(1) 人口構成 .....	26
(2) 人口及び高齢化率の状況 .....	27
(3) 人口の将来推計 .....	28
第2節 要介護等認定者の現状と将来推計 .....	29
(1) 要介護等認定者の推移 .....	29
(2) 要介護等認定者の将来推計 .....	30
第3章 計画の基本構想 .....	31
第1節 基本理念 .....	31
第2節 日常生活圏域の設定 .....	31
第3節 計画目標 .....	32
第4節 施策体系 .....	33
第4章 施策の取り組み .....	37
第1節 健康づくり・介護予防の推進 .....	37
(1) 多様な健康づくりの推進 .....	37
(2) 介護予防の総合的な推進 .....	45
第2節 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実 .....	54
(1) 地域包括支援センターの充実強化 .....	54
(2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント .....	57
(3) 在宅生活の支援 .....	60
(4) 災害・感染症対策に係る体制整備 .....	63

第3節 在宅医療・介護連携の推進 .....	64
(1) 医療と介護の連携強化 .....	64
(2) 在宅医療の市民への普及啓発 .....	65
(3) 在宅医療・介護情報の共有 .....	66
(4) 医療・介護専門職のネットワークづくり .....	69
第4節 認知症施策の総合的な推進 .....	70
(1) 認知症の予防 .....	70
(2) 認知症ケアパスと相談支援体制の推進 .....	72
(3) 認知症の早期発見・早期支援の取り組み（認知症初期集中支援チーム） .....	74
(4) 地域における支援体制の強化（認知症サポーター養成講座） .....	75
(5) 認知症の人と家族介護者への支援の充実 .....	76
(6) 地域のネットワークづくり .....	78
第5節 地域で支えあう仕組みづくりの推進 .....	80
(1) 支えあい活動の推進 .....	80
(2) 高齢者見守り施策の推進 .....	82
(3) 権利擁護の推進 .....	88
(4) 生きがいづくり支援 .....	92
第6節 地域における安心生活の確保 .....	94
(1) 施設福祉サービスの充実 .....	94
(2) 在宅福祉サービスの充実 .....	98
第7節 サービスの質の向上と適正利用の促進 .....	100
(1) 地域密着型サービス連絡協議会 .....	100
(2) 事業所監査指導 .....	101
(3) 介護給付適正化事業 .....	102
(4) 介護人材の確保及び業務の効率化 .....	107
第5章 介護保険サービスの適正な運営 .....	108
第6章 計画の推進について .....	109
第1節 計画の周知 .....	109
第2節 連携体制の強化 .....	109
(1) 関連団体、住民組織との連携 .....	109
(2) 庁内連携体制 .....	109
(3) 県及び近隣市町との連携 .....	110



---

# 第1章 計画策定にあたって

---

## 第1節 計画策定の趣旨

---

我が国の総人口は、令和2（2020）年10月1日現在で1億2,588万人（総務省統計局）と前年同月に比べ約29万人減少している一方で、介護保険制度が施行された平成12年に約900万人だった後期高齢者（75歳以上の高齢者）は、現在は約1,872万人となっており、いわゆる団塊の世代（1947～1949年生まれ）が後期高齢者となる令和7（2025）年には2,000万人を突破することが見込まれています。

こうした高齢化の進展に伴い、社会保障給付費が年々増大しており、大きな社会問題となっています。75歳を超えると要介護認定率、受療率ともに上昇することから、団塊の世代（昭和22年～昭和24年生まれ）がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025年、さらに団塊ジュニア世代（昭和46年～昭和50年生まれ）が65歳以上に到達する2040年は、社会保障給付費がさらに増大すると見込まれています。

2000年の介護保険制度の創設以来、改正を経て、2007年度には予防重視型システムへの転換が掲げられました。さらに2012年度には、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた、サービス体系の導入等が進められています。

本市におきましても「地域包括ケアシステム」の構築の加速化をめざし、「第7期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定し、高齢者の保健・福祉にかかわる各種サービスの総合的な提供に努めてきました。

2025年、2040年を見越し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の充実に向けた深化・推進や地域づくり等に一体的に取り組み、地域共生社会の実現を図っていくことが必要となります。

国における制度改正に対応するとともに、本市の高齢者の現状と課題を踏まえ、本市が目指すべき高齢者福祉の基本的な方針と具体的に取り組むべき施策を明らかにし、介護保険事業を安定的かつ充実したものとするを目的として、新たな計画「第8期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定することとします。

## 第2節 計画の法的位置づけ

本計画は、高齢者福祉に関する施策全般を定める高齢者福祉計画と、介護保険事業についてそのサービス見込量などを定める介護保険事業計画を一体的に策定するものです。

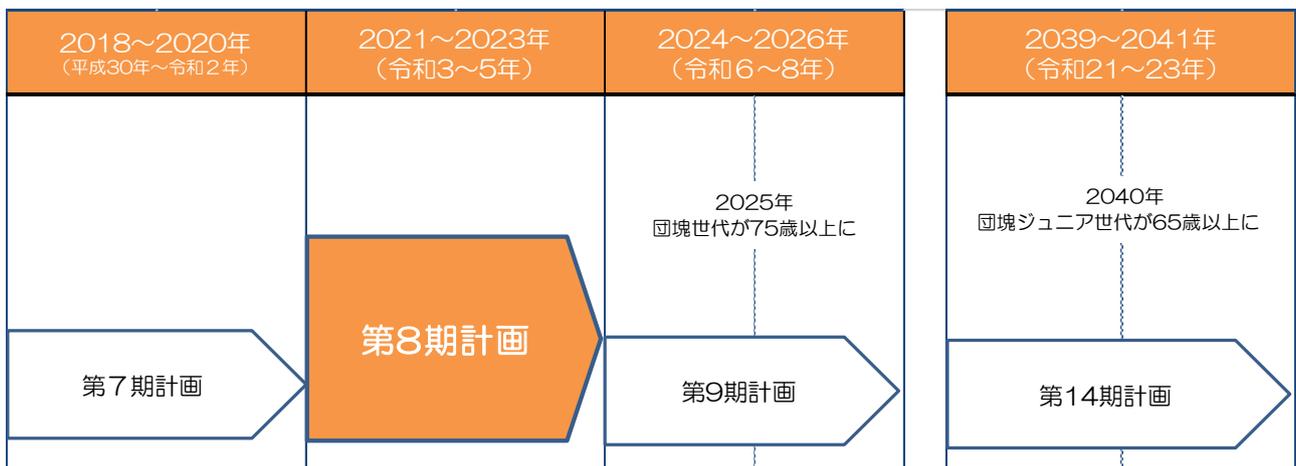
高齢者福祉計画は、基本的な政策目標を設定するとともに、その実現のために取り組むべき施策全般を盛り込んでおり、老人福祉法第20条の8の規定による老人福祉計画と位置付けられます。

介護保険事業計画は、要支援・要介護者の人数、介護保険の給付対象となるサービスの利用意向等を勘案し、介護保険サービスの種類ごとの見込み等を定めるなど、介護保険事業運営の基礎となる事業計画です。介護保険法第117条に規定された計画で今回が第8期となります。

## 第3節 計画の期間

本計画期間は、2021年度～2023年度までの3年間の計画として策定します。

本計画は、団塊の世代が後期高齢者となる令和7（2025）年と団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えた計画とし、地域共生社会の実現を目指した地域包括ケアシステムの充実や中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計し、中長期的な視野に立った施策の展開を図ります。



## 第4節 計画策定の体制

### (1) 策定体制

「吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会設置要綱」に基づき、学識経験者や各種団体役員、保健、医療、福祉の関係者の他に、公募した第1号被保険者・第2号被保険者の方からなる「吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」を開催し、2020年9月から2021年2月まで計4回の審議を行い、本計画を策定しました。

### (2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施

地域の課題や多様なニーズを的確に把握するため、国が示した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

#### ①調査の概要

対象者	2020年（令和2年）3月1日現在、吉野川市にお住まいの65歳以上の方3,000名（要介護1～5の方は除く）
実施期間	2020年（令和2年）3月16日（月）～2020年（令和2年）3月31日（火）
実施方法	郵送配布、郵送回収

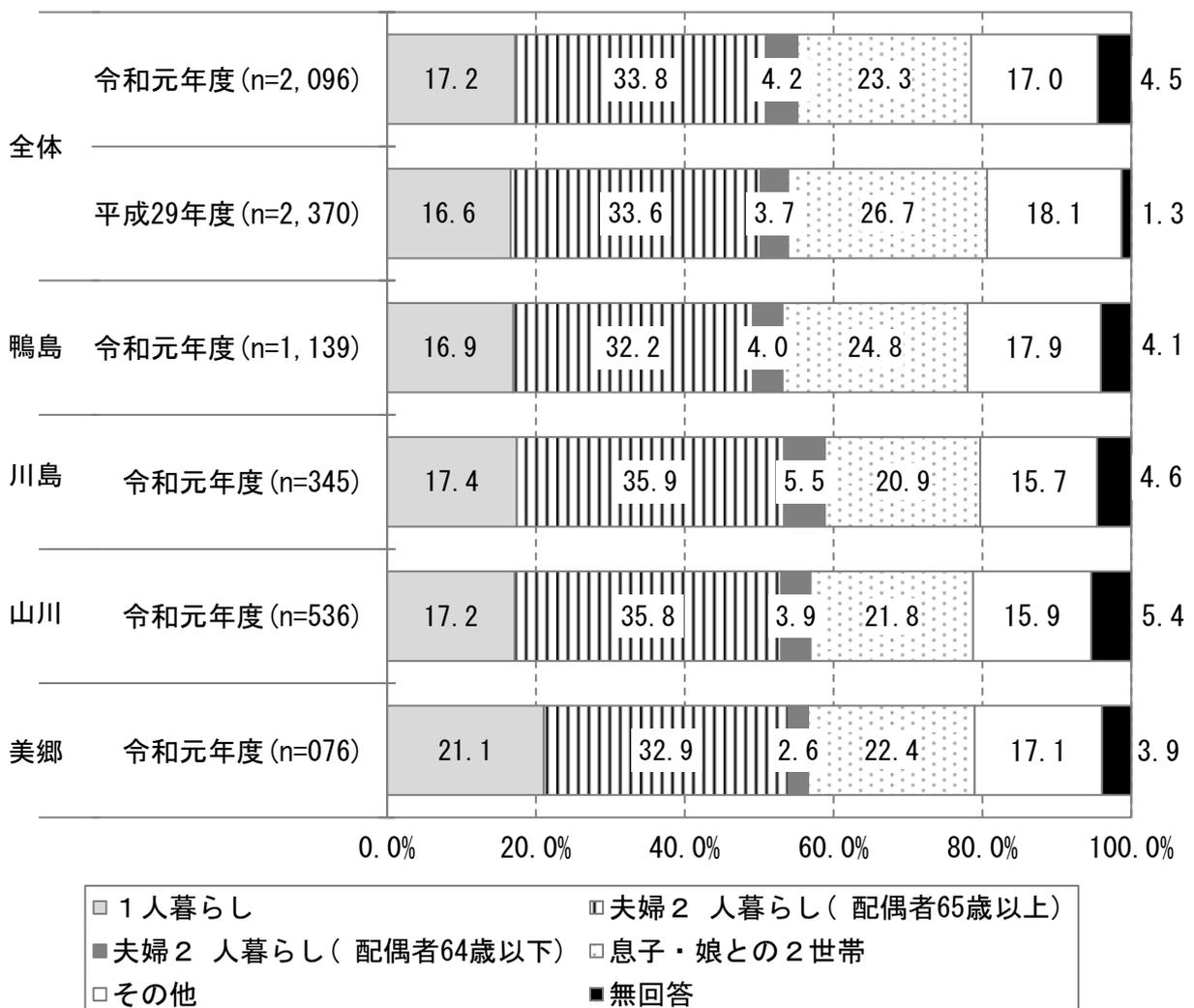
配布数	回収数	回収率
3,000件	2,096件	69.9%

## ②調査結果について(抜粋)

### ア. 家族構成

家族構成をみると、全体では「1人暮らし」17.2%、「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」33.8%、「夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)」4.2%、「息子・娘との2世帯」23.3%、「その他」17.0%となっており、平成29年度の結果とほぼ同様となっています。

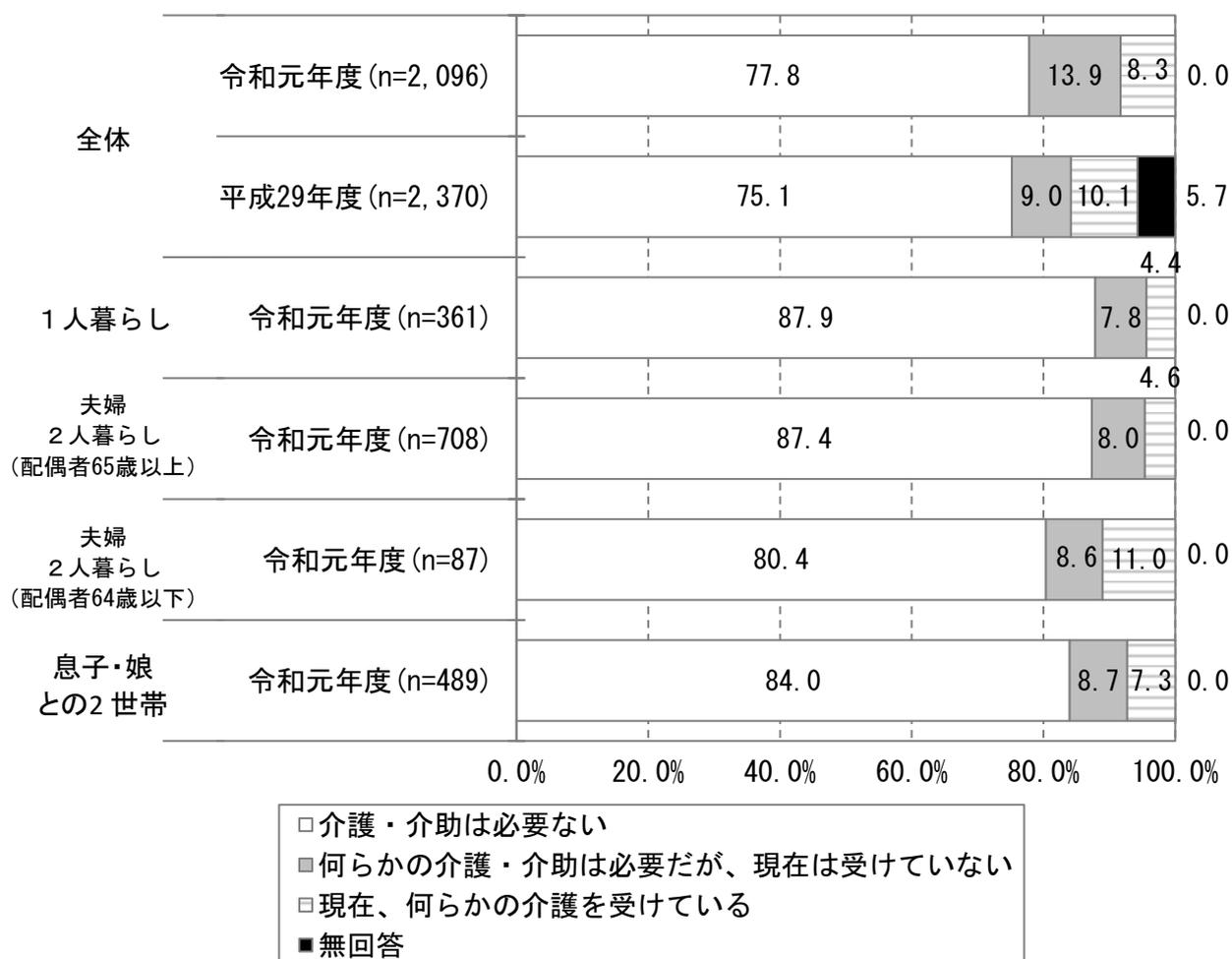
地区別にみると、「1人暮らし」の方は、鴨島が最も少なく16.9%となっており、最も多い美郷より4.2ポイント減少しています。



## イ. 普段の生活での介護・介助の必要性

普段の生活でどなたかの介護・介助が必要かをみると、全体の77.8%が「介護・介助は必要ない」と答えており、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」(13.9%) または「現在、何らかの介護を受けている」(8.3%) と答えた“何らかの介護・介助が必要な方”は全体の22.2%を占めています。平成29年度と比べると、“何らかの介護・介助が必要な方”が3.1ポイント増加しています。

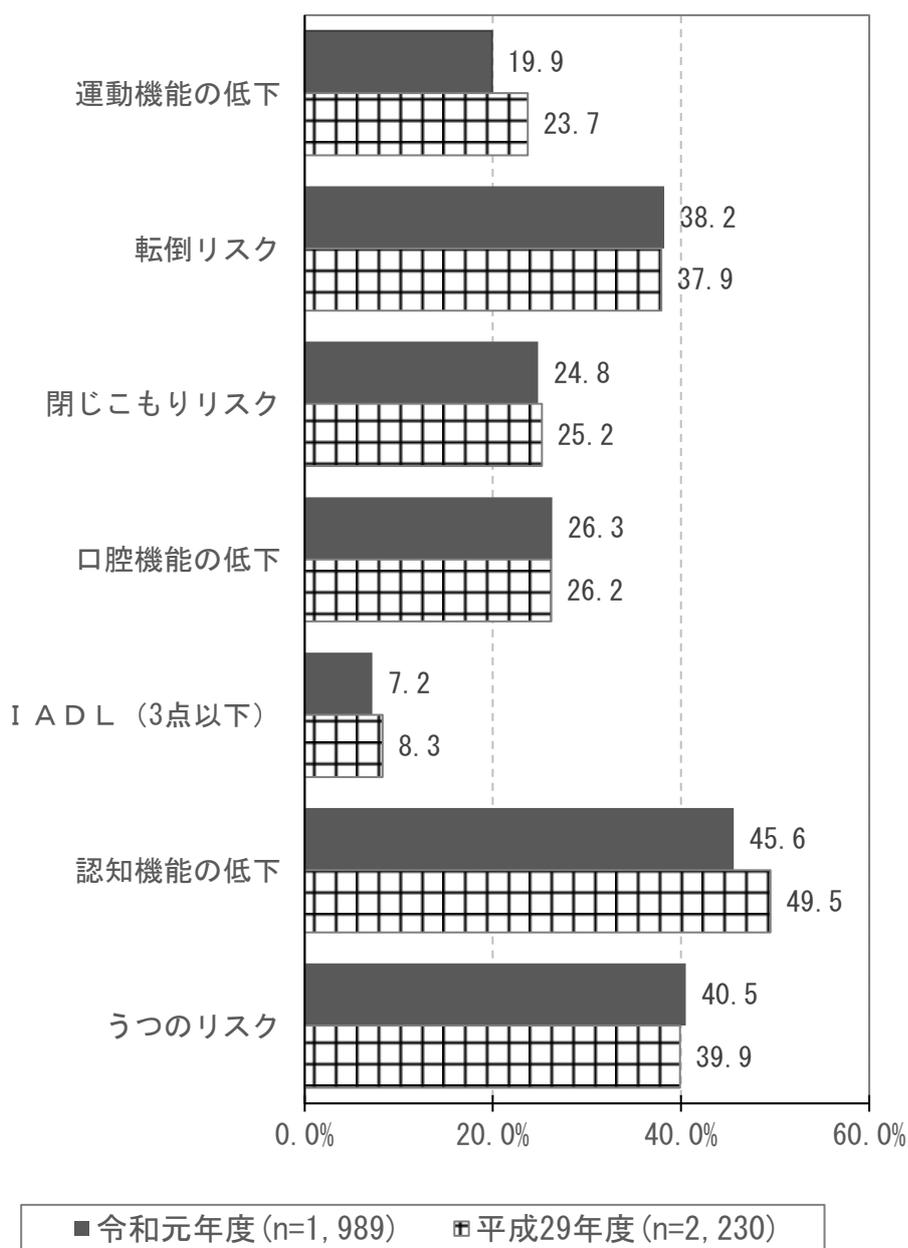
また、全ての家族構成で「介護・介助は必要ない」と回答した方が、8割を超えています。



## ウ.リスク判定

一般高齢者（非認定者）のリスク該当状況をみると、全体では認知機能の低下（45.6%）、うつ病のリスク（40.5%）、転倒リスク（38.2%）、口腔機能の低下（26.3%）、閉じこもりリスク（24.8%）、運動機能の低下（19.9%）、IADL（3点以下）（7.2%）の順で該当率が高くなっています。

平成 29 年度の調査と比較すると、転倒リスク・口腔機能の低下・うつ病のリスクが微増加しています。



## a. 運動機能の低下 × 転倒リスク

### 【リスク判定方法】

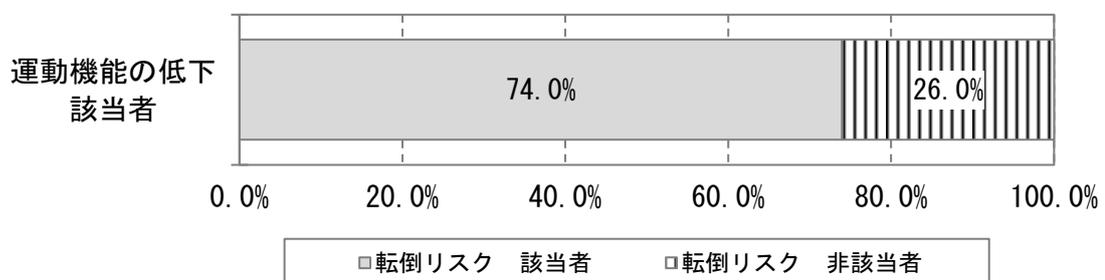
運動機能の低下に関する設問に対して 5 問中 3 問以上該当する場合は、運動機能の低下している高齢者となります。

転倒リスクに関する設問に対して該当する場合は、転倒リスクのある高齢者となります。

リスク判定	設問	選択肢
運動機能の低下	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	できない
	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	できない
	15 分位続けて歩いていますか	できない
	過去 1 年間に転んだ経験はありますか	何度もある / 1 度ある
	転倒に対する不安は大きいですか	とても不安である / やや不安である
転倒リスク	過去 1 年間に転んだ経験はありますか	何度もある / 1 度ある

一般高齢者の内、運動機能の低下に該当する方は 396 人（19.9%）、転倒リスクに該当する方は 759 人（38.2%）となっており、両方に該当する方は全体で、293 人（14.7%）となっています。

運動機能の低下に該当する方で見ると、転倒リスクに該当する方は、293 人（74.0%）となっており、半数以上を占めています。



## b. 口腔機能の低下

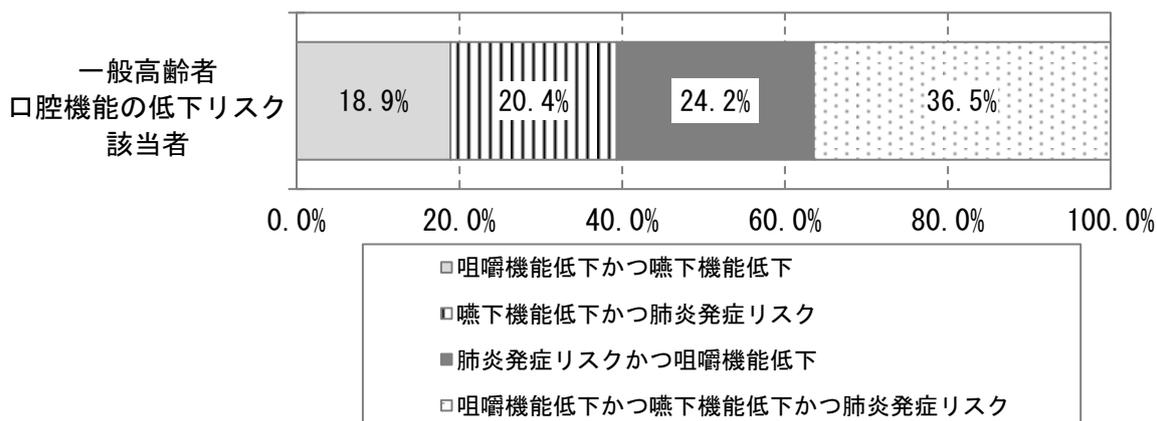
### 【リスク判定方法】

以下の設問に対して3問中2問以上該当する場合は、口腔機能の低下している高齢者となります。

設問	選択肢
【咀嚼機能低下】半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい
【嚥下機能低下】お茶や汁物等でむせることがありますか	はい
【肺炎発症リスク】口の渇きが気になりますか	はい

一般高齢者の内、口腔機能の低下に該当する方は、524人（26.3%）となっており、約5人に1人はリスク該当者となっております。

口腔機能の低下に該当する方の内、リスク判定の項目で咀嚼機能低下・嚥下機能低下・肺炎発症リスクの間に全て「はい」と回答した方が約4割を占め、最も多くなっています。



### c. 閉じこもりリスク × うつのリスク

#### 【リスク判定方法】

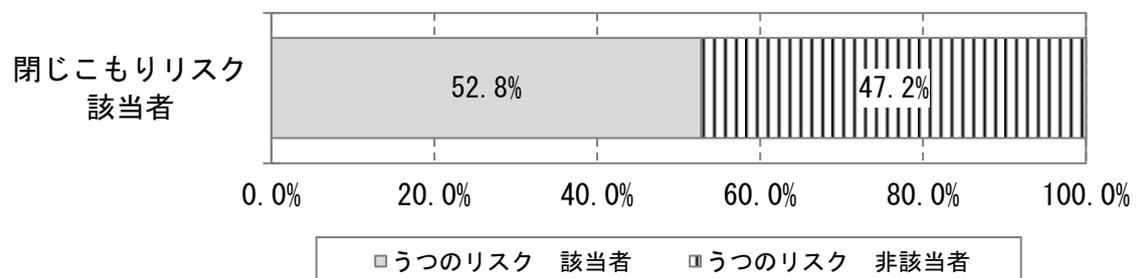
閉じこもりリスクに関する設問に対して該当する場合は、リスク該当者となります。

うつのリスクに関する設問に対して2問中1問以上該当する場合は、口腔機能の低下している高齢者となります。

リスク判定	設問	選択肢
閉じこもりリスク	週に1回以上は外出していますか	ほとんど外出しない ／週1回
うつのリスク	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	はい
	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	はい

一般高齢者の内、閉じこもりリスクに該当する方は494人（24.8%）、転倒リスクに該当する方は806人（40.5%）となっており、両方に該当する方は全体で、261人（13.1%）となっています。

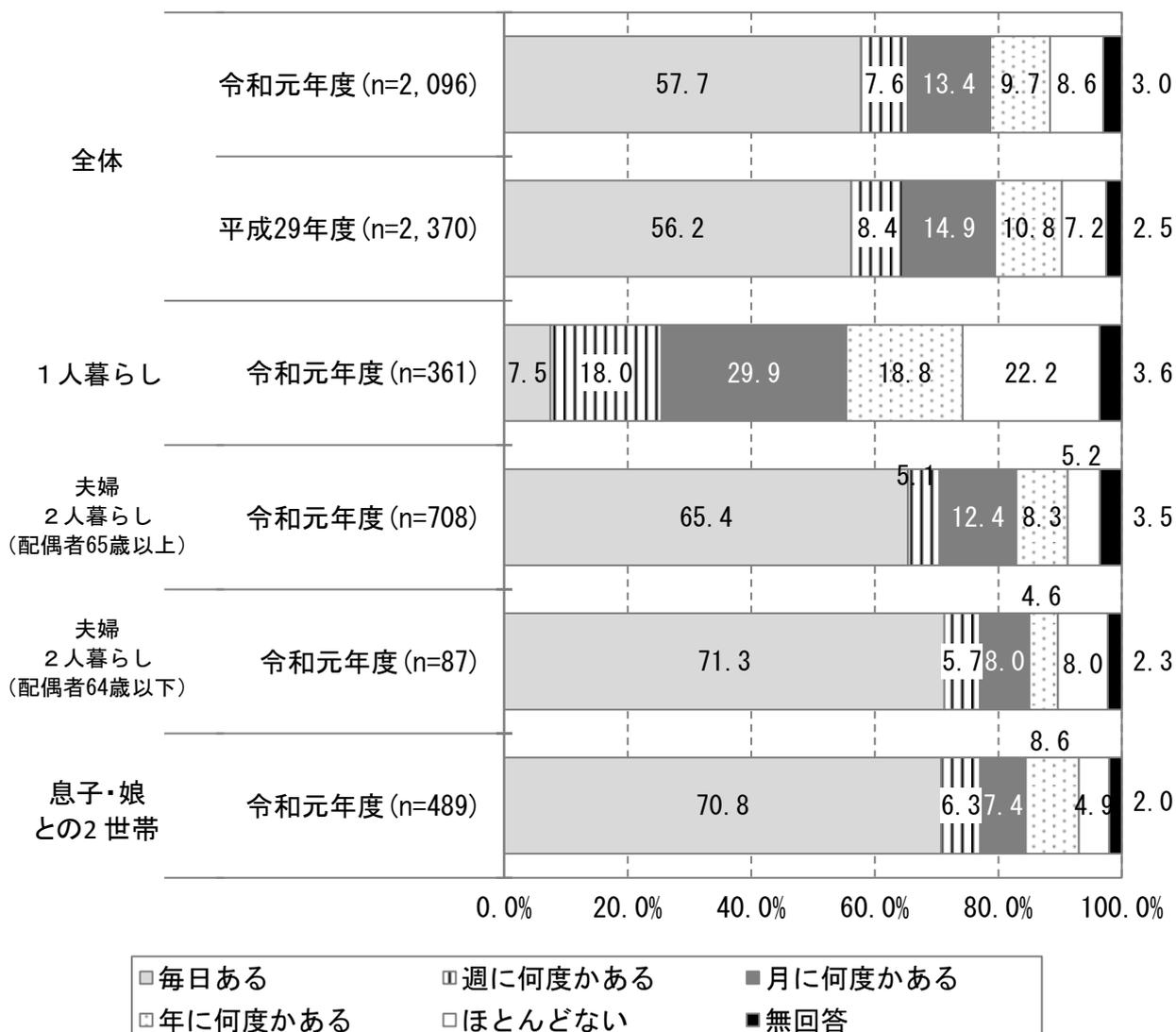
閉じこもりリスクに該当する方で見ると、うつのリスクに該当する方は、261人（52.8%）となっており、半数以上を占めています。



## エ. 孤食の状況

どなたかと食事をともしる機会の有無をみると、全体の57.7%は「毎日ある」と答えています。また、「年に何度かある」または「ほとんどない」と答えた“孤食傾向のある方”は18.3%を占めており、平成29年度の結果とほぼ同様となっています。

また、家族構成別にみると、“孤食傾向のある方”は1人暮らしでは41.0%を占めており、他の家族構成に比べて“孤食傾向のある方”が多くなっています。

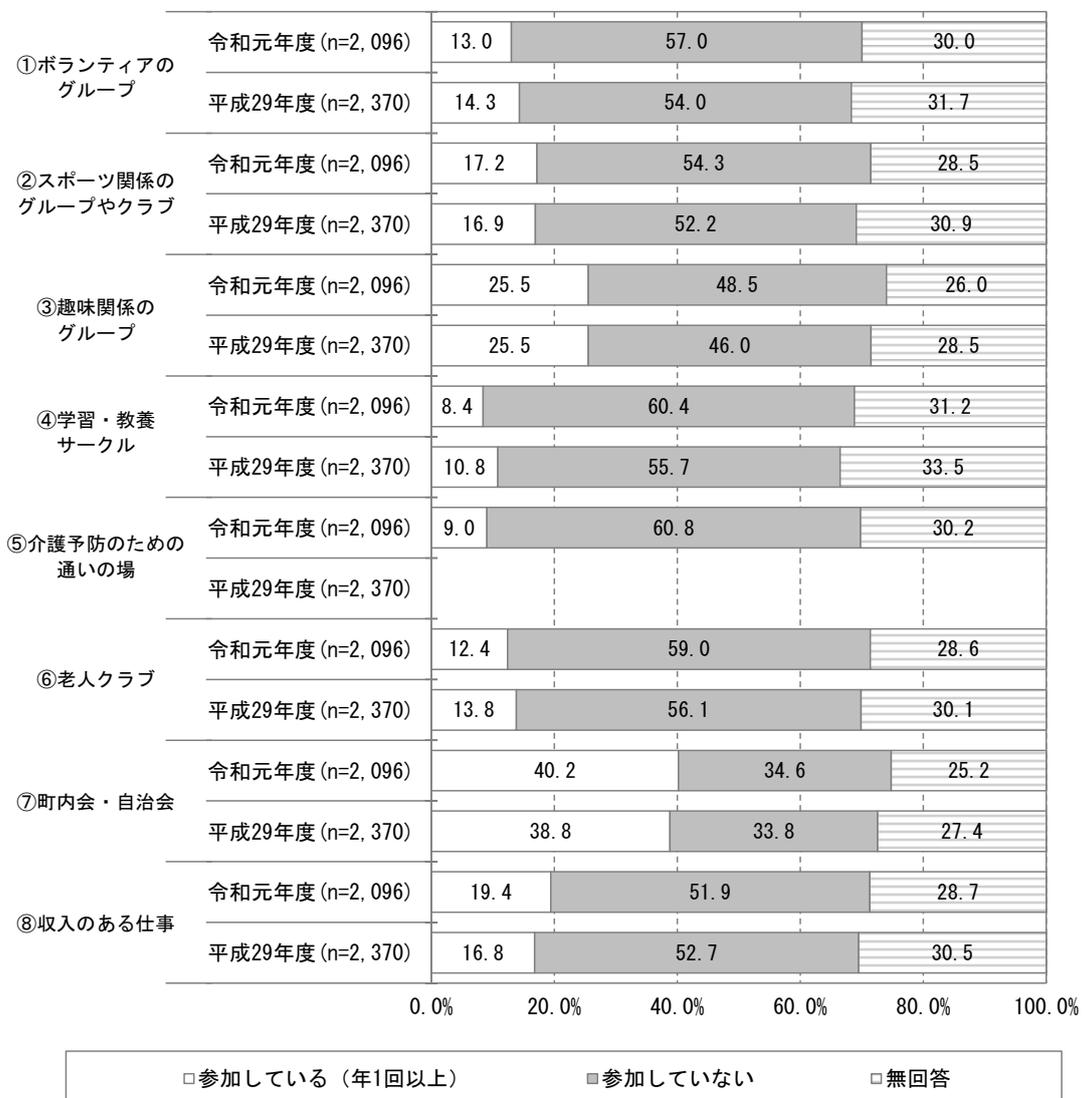


## オ. 会・グループ等への参加状況

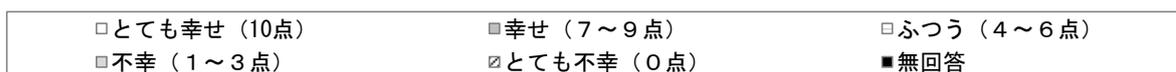
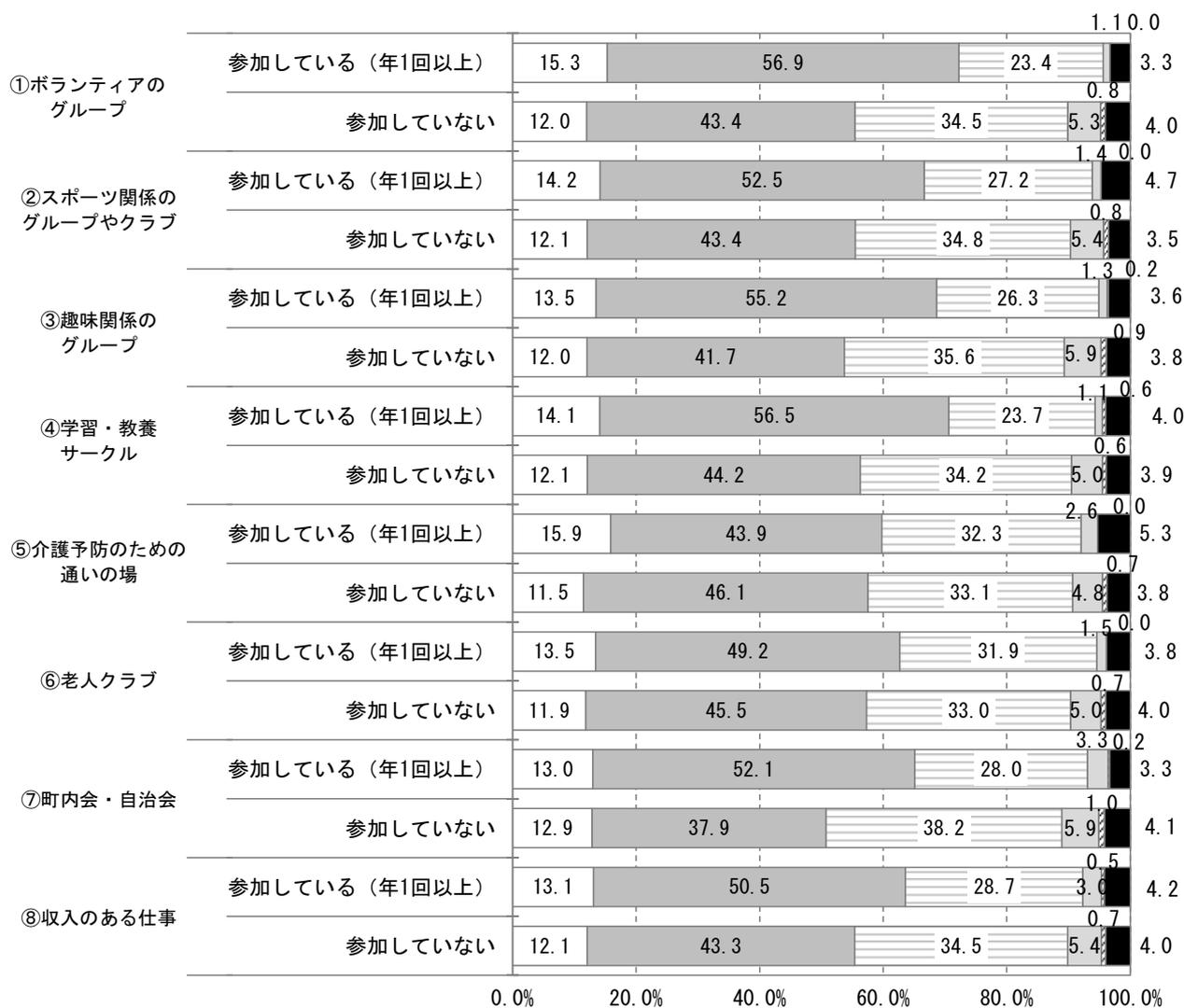
会・グループ等への参加頻度をみると、最も“参加頻度が高いもの（「参加していない」「無回答」除く）”は⑦町内会・自治会（40.2%）、次いで、③趣味関係のグループ（25.5%）、⑧収入のある仕事（19.4%）の順となっています。

平成29年度の調査と比較すると、参加している（年1回以上）方は、②スポーツ関係のグループやクラブ・⑦町内会・自治会・⑧収入のある仕事で微増しています。

また、幸福感別にみると、“幸福感が高い方（幸福感が7点以上）”は、全ての会・グループ等で「参加していない」方より「参加している方」に多くなっており、特に①ボランティアのグループへ参加している方に多くなっています。

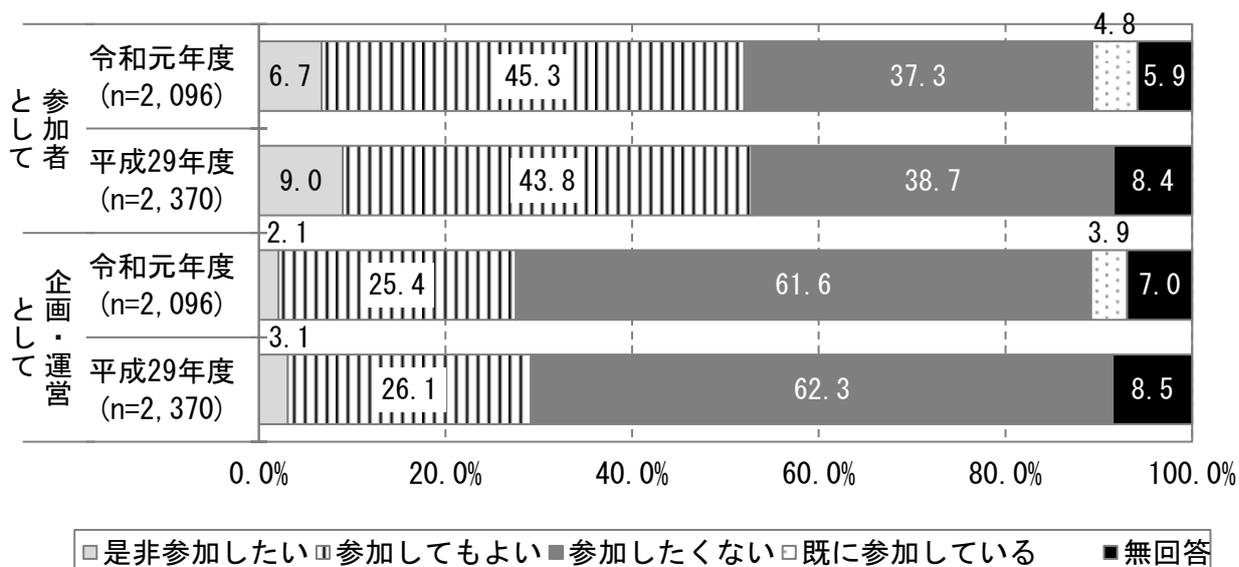


※「⑤介護予防のための通いの場」は、令和元年度調査の新規項目です。



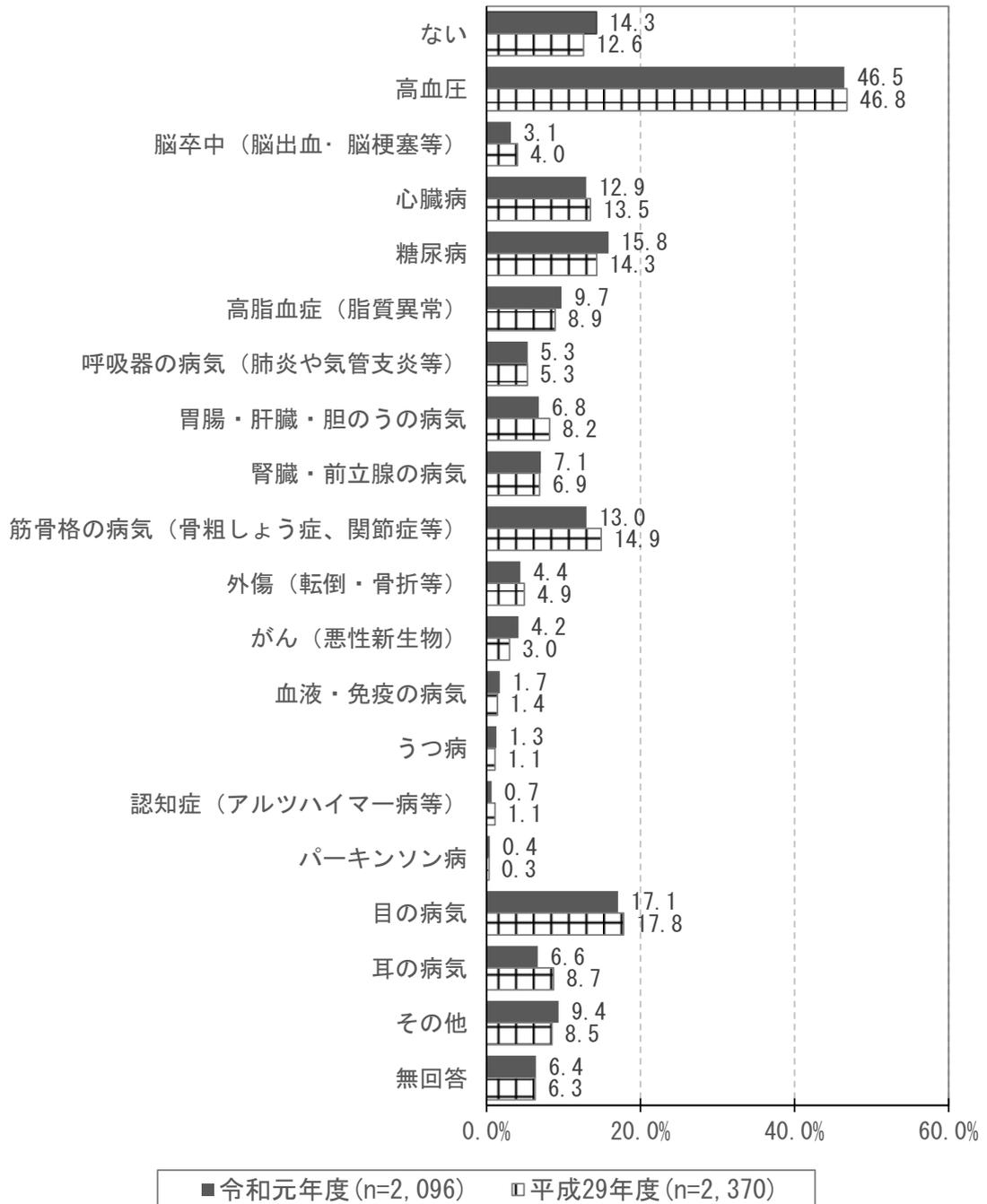
### カ. 健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向

地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、参加者または企画・運営として参加してみたいと思うかたずねると、「ぜひ参加したい」もしくは「参加してもよい」と答えた“参加意向がある方”は参加者としては52.0%、企画・運営としては27.5%と、参加者としての参加意向のほうが高くなっておりませんが、いずれも平成29年度と比べると参加意向が低くなっています。



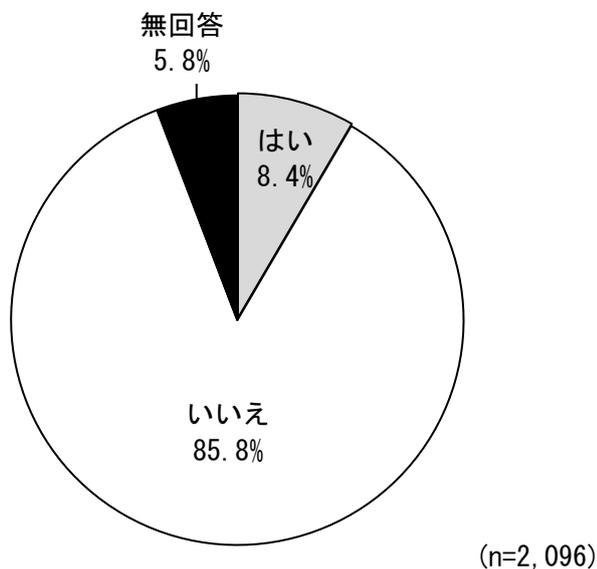
## キ. 疾病の状況

現在治療中、または後遺症のある病気をみると、「高血圧」46.5%が最も多く、次いで、「目の病気」17.1%、「糖尿病」15.8%の順となっています。平成29年度と比べると、「ない」と回答した方が1.7ポイント増加しています。



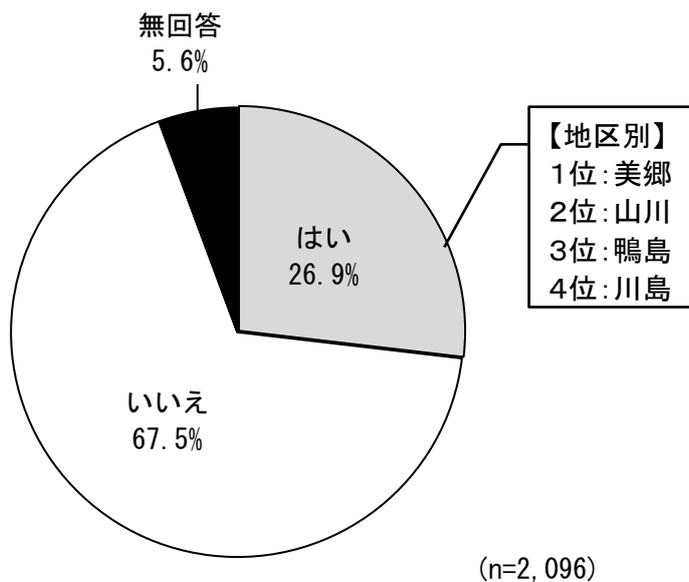
### ク. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人の有無について

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいるかとたずねると、「はい」と回答した方は8.4%、「いいえ」と回答した方は85.8%を占めています。



### ケ. 認知症にかかる相談窓口の把握について

認知症に関する相談窓口の認知状況について、「はい」と回答した方が26.9%占めており、地区別にみると美郷、山川、鴨島、川島の順となっています。



### (3) 在宅介護実態調査の実施

第8期介護保険事業計画策定に向けて、主として「要介護者の在宅生活の継続」や「介護者の就労継続」に有効な介護サービスのあり方を検討するために在宅の要介護者の状態把握を行うことを目的として調査を実施しました。

#### ①調査の概要

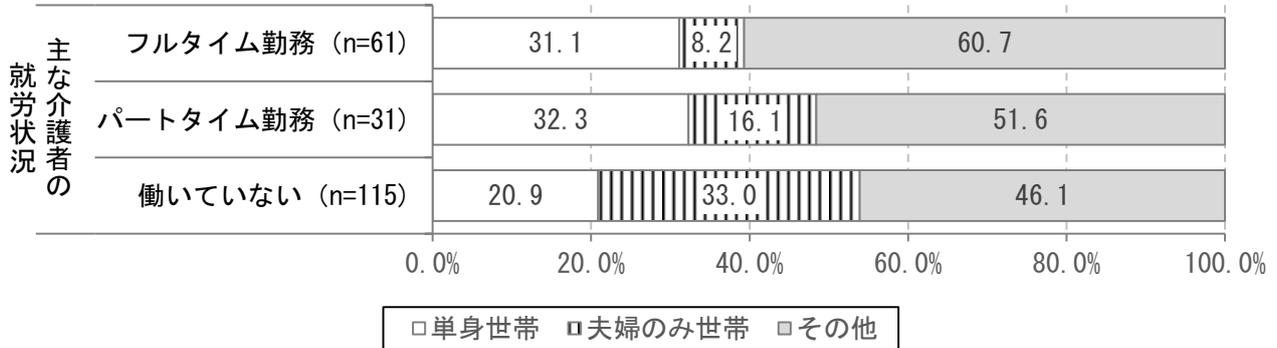
対象者	在宅で生活をしている要支援・要介護者のうち、2020年（令和2年）3月1日以降に要介護認定の更新申請・区分変更申請を行った方
実施期間	2020年（令和2年）3月16日（月）～2020年（令和2年）3月31日（火）
実施方法	手法Ⅱ：郵送調査（接続方式）

配布数	回収数	回収率
500件	286件	57.2%

## ②調査結果について(抜粋)

### ア.世帯類型

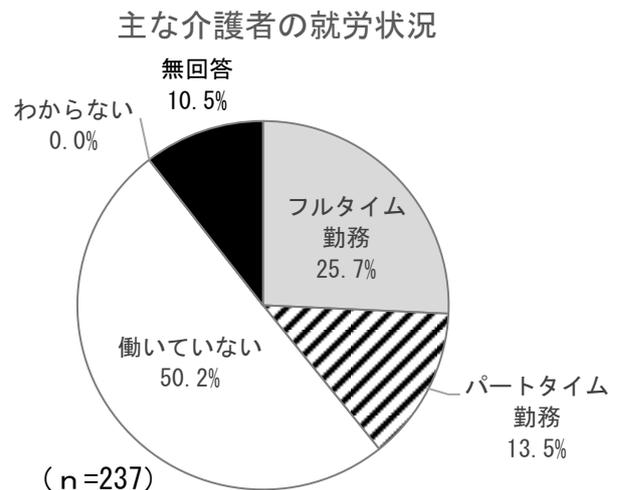
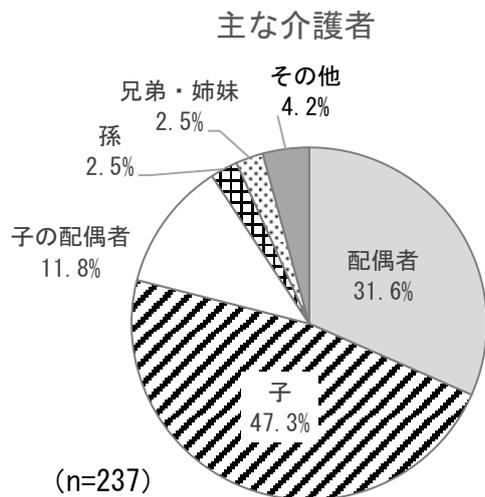
世帯類型は、主な介護者の就労状況別にみると、単身世帯の方はフルタイム勤務では31.1%、パートタイム勤務では32.3%、働いていないでは20.9%となっています。



### イ.主な介護者

主な介護者は、「子」が最も多く、約半数を占めています。次いで、「配偶者」31.6%、「子の配偶者」11.8%の順となっています。

就労状況は「働いていない」が約5割を占めており、次いで、「フルタイム勤務」25.7%、「パートタイム勤務」13.5%となっています。

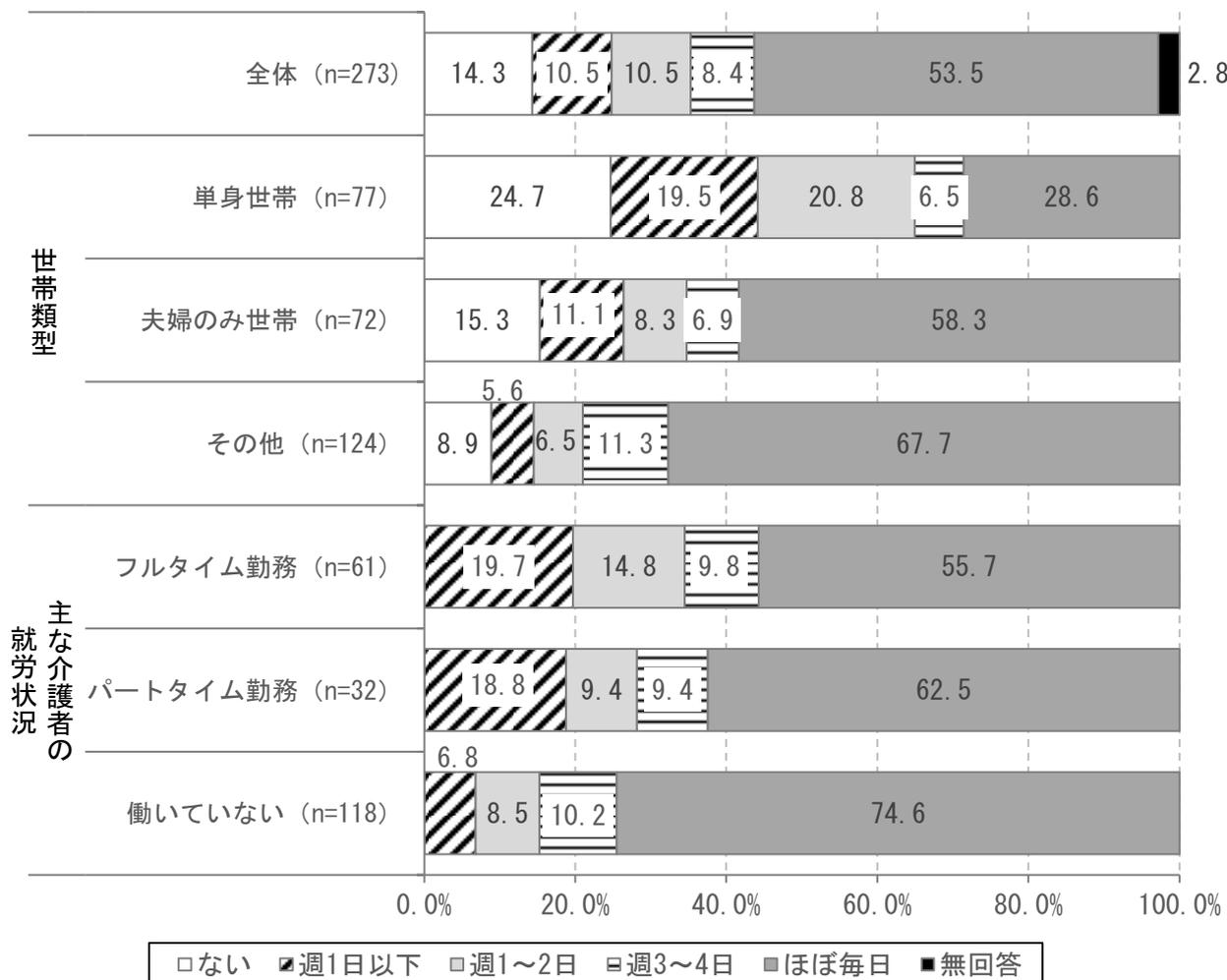


## ウ. 家族等による介護の状況

ご家族やご親族の方からの介護（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）は、週にどのくらいあるか尋ねると、全体の53.5%が「ほぼ毎日」何らかの介護を受けている状態となっています。「ほぼ毎日」と回答した方の世帯類型は、単身世帯では28.6%、夫婦のみ世帯では58.3%、その他では67.7%となっています。

主な介護者の就労状況別では、「ほぼ毎日」と回答した方は、フルタイム勤務では55.7%、パートタイム勤務では62.5%を占めており、働いていない方では74.6%となっています。

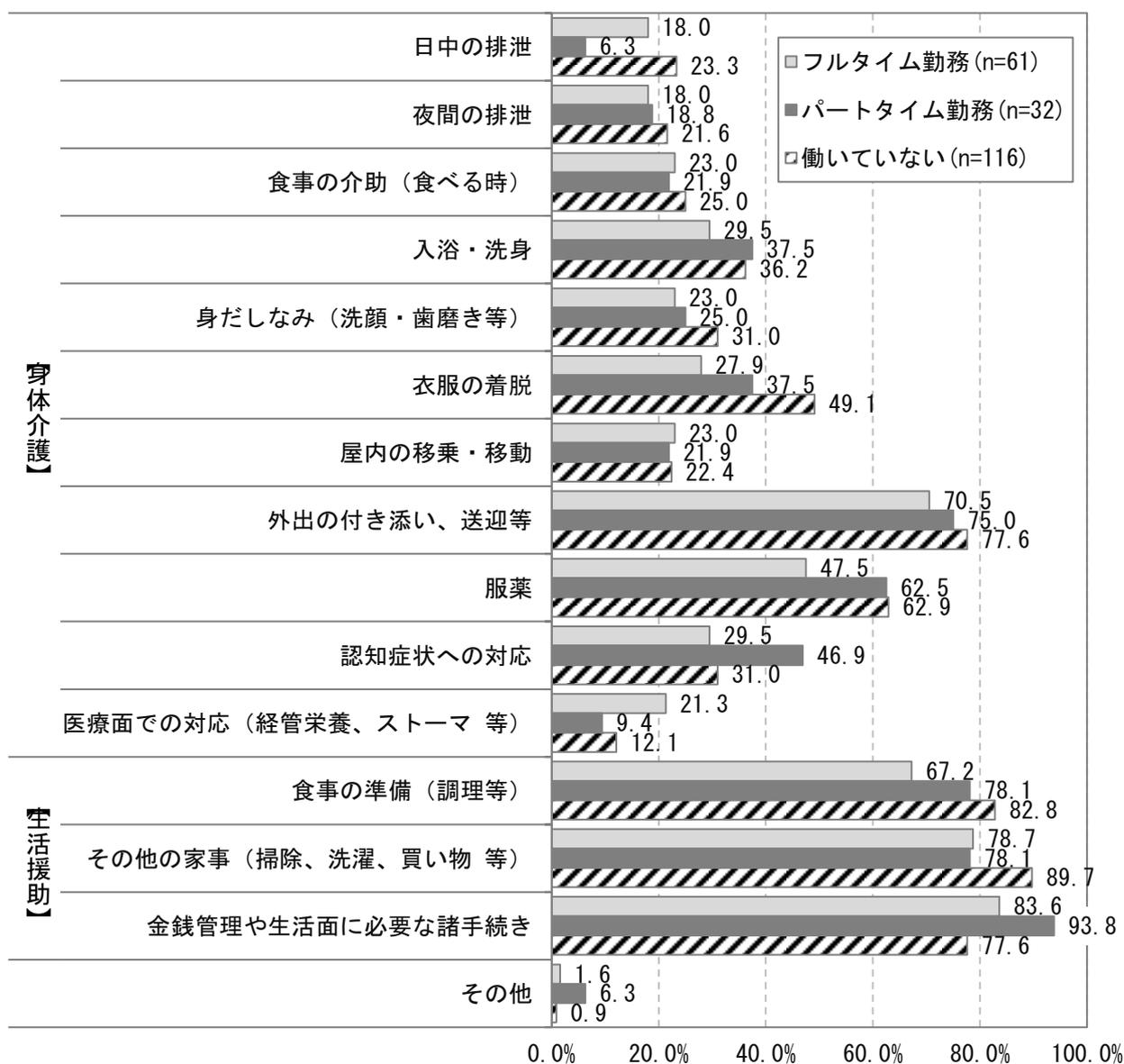
ご家族やご親族からの介護の頻度



## エ. 主な介護者が行っている介護等

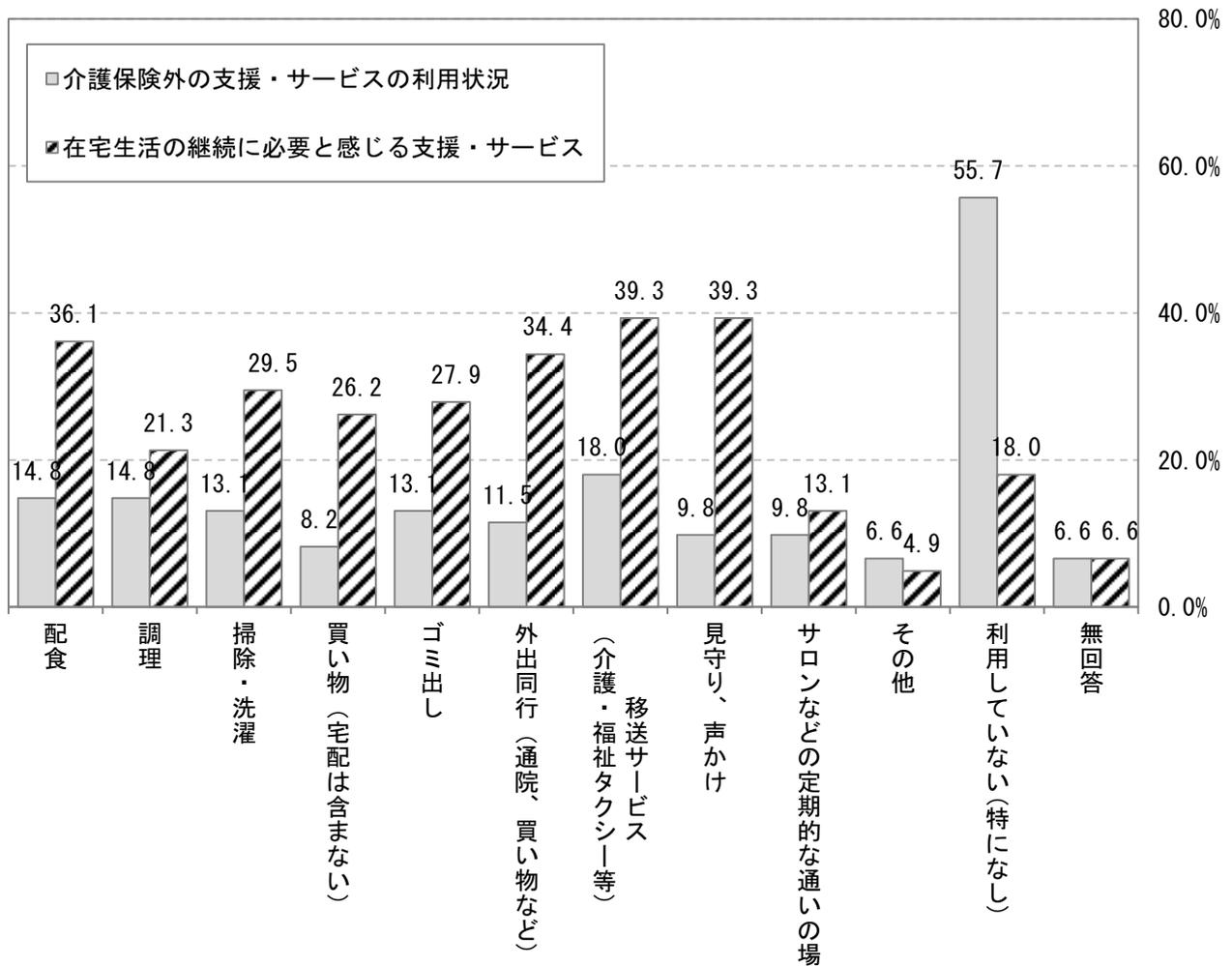
主な介護者が行っている介護等は、身体介護では「外出の付き添い、送迎等」、生活援助では「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が最も多くを占めており、主な介護者の就労状況別に見ると働いていない方の生活援助を除き同様の結果となっています。

働いている方に比べて働いていない方では、「日中の排泄」「夜間の排泄」「食事の介助（食べる時）」「身だしなみ（洗顔・歯磨き等）」「衣服の着脱」「外出の付き添い、送迎等」「服薬」「食事の準備（経管栄養、ストーマ等）」「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が高くなっています。また、「認知症状への対応」はパートタイム勤務の割合が最も高く、約5割を占めています。



オ. 介護保険サービス以外の支援・サービスについて

介護保険サービス以外の支援・サービスのうち、「その他」を除くすべてのサービスで現在利用しているものより、今後の在宅生活の継続に必要と感じる方が多くなっています。

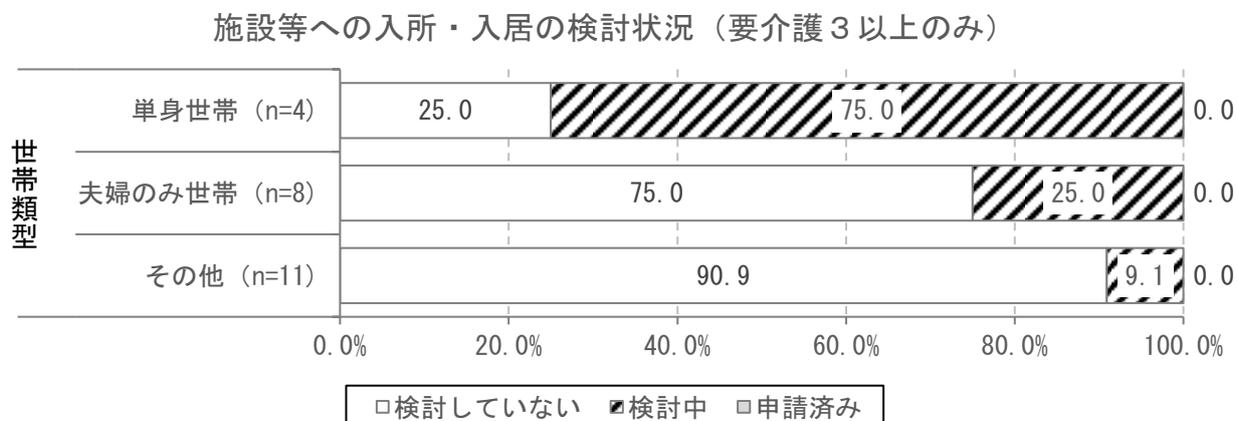
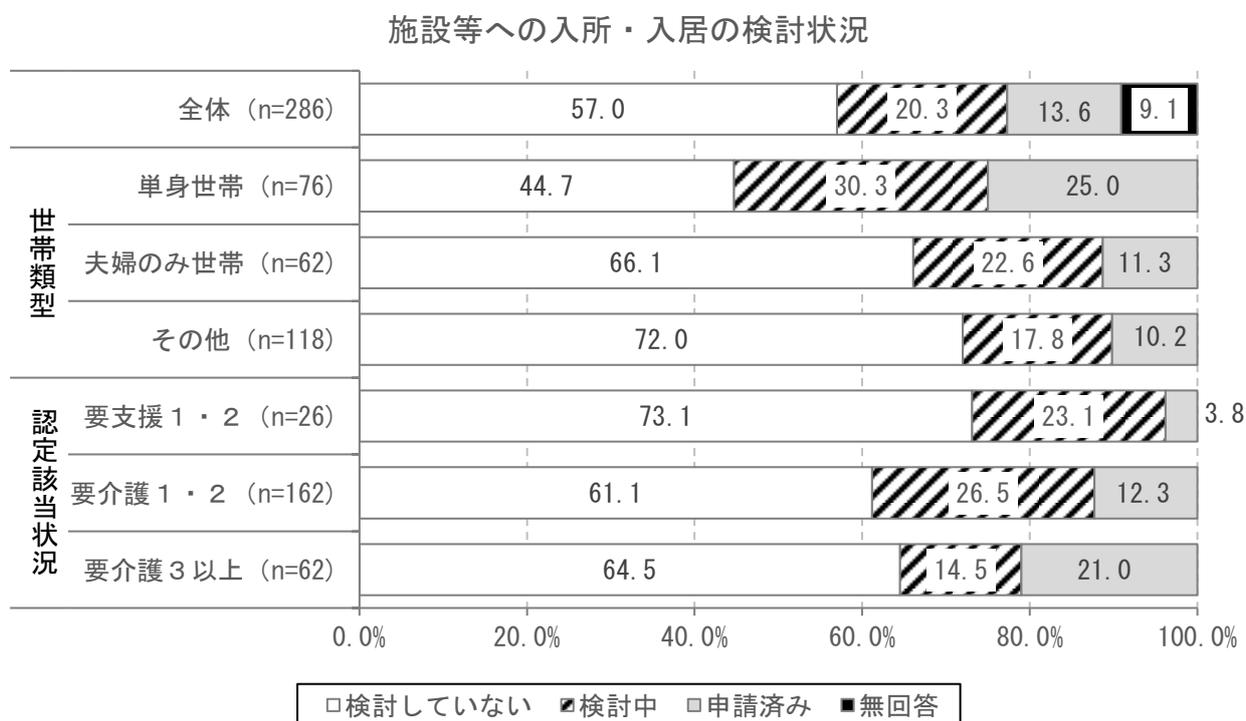


フルタイム勤務のみ (n=61)

### カ. 施設等への入所・入居の検討状況

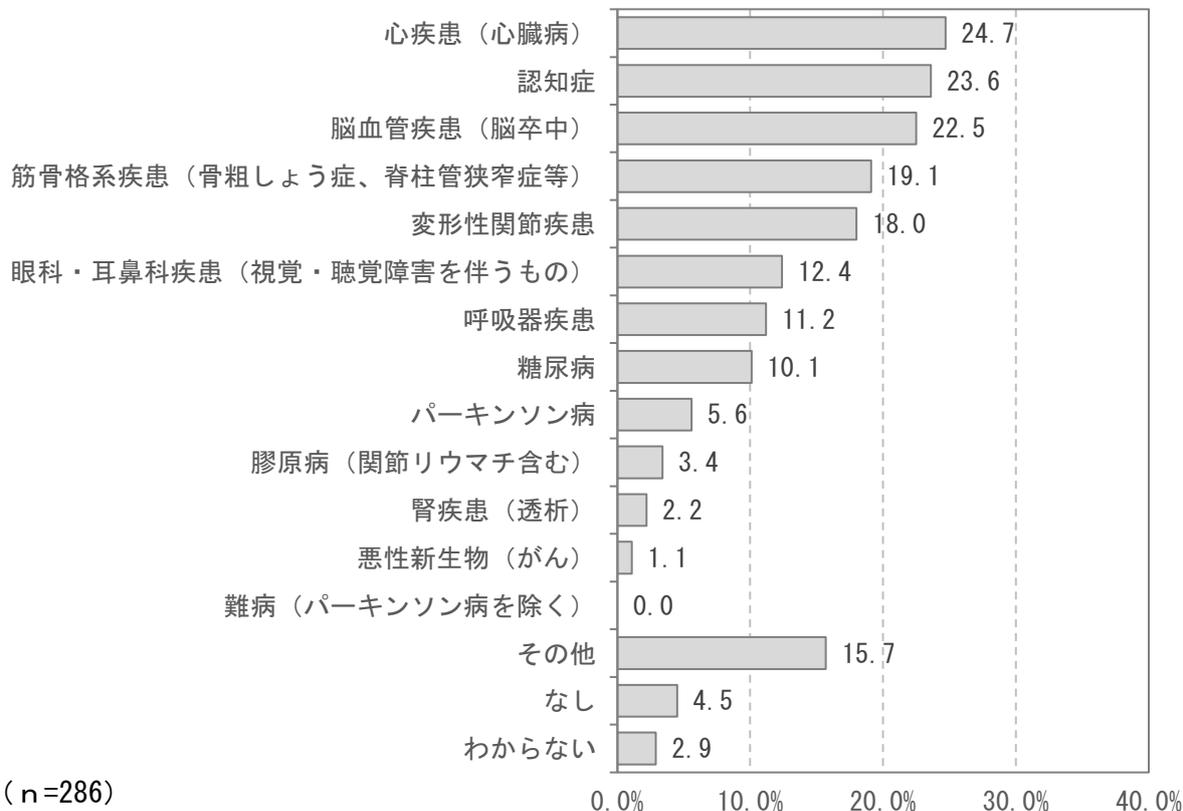
現時点での施設等への入所・入居の検討状況を尋ねると、全体では「検討していない」が57.0%を占めていますが、世帯類型別では「検討中」または「申請済み」と回答した方は単身世帯、夫婦のみ世帯、その他の順に多くなっており、特に単身世帯は約3割を占めています。また、認定該当状況別では「検討中」または「申請済み」と回答した方は、認定該当状況が要介護1・2の方が最も多く、38.8%を占めています。

要介護3以上の方の現時点での施設等への入所・入居の検討状況を世帯構成別にみると、単身世帯では75.0%が「検討中」と回答しています。



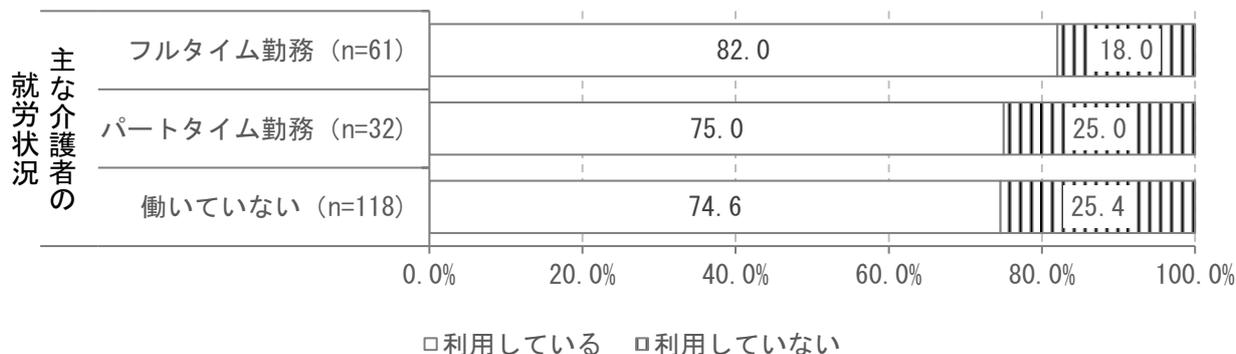
### キ. 本人が抱えている傷病

本人が抱えている傷病は、「心疾患（心臓病）」が最も多く、次いで、「認知症」「脳血管疾患（脳卒中）」の順で多くなっています。



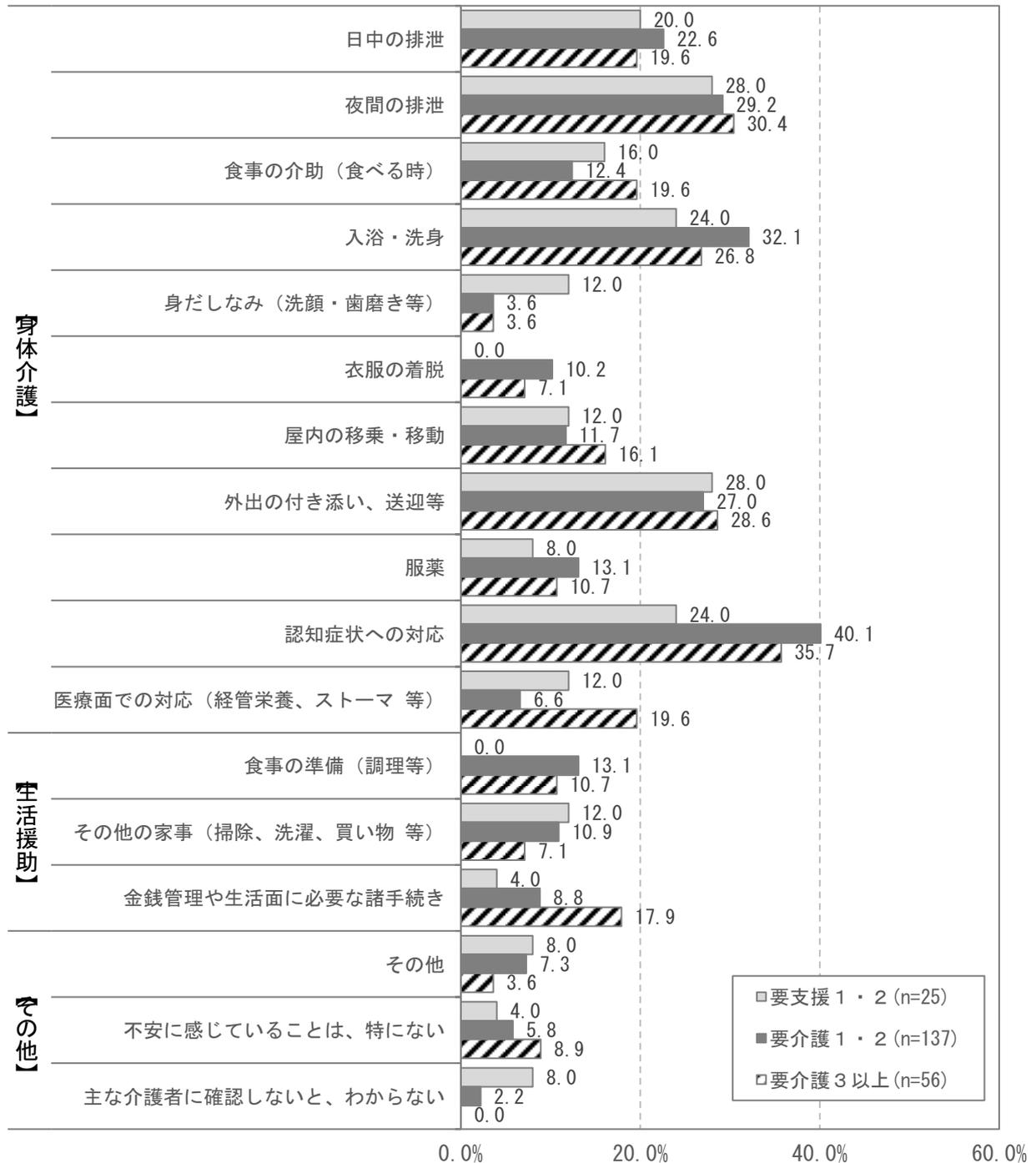
### ク. 介護保険サービスの利用の有無

主な介護者の就労状況別に現在の（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスの利用状況をみると、いずれも7割以上が「利用している」と答えており、特にフルタイム勤務は、82.0%と最も多くなっています。



ケ. 現在の生活を続けていくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護等

認定該当状況別の現在の生活を続けていくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護等は、要支援1・2では「夜間の排泄」「外出の付き添い、送迎等」、要介護1・2、要介護3以上では「認知症状への対応」が最も多くなっています。



## 第5節 制度改正の概要

令和2年6月に公布された、「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」（令和2年法律第52号）にもとづき、令和3年4月より順次に施行される介護保険制度改正等についての主な内容は以下のとおりです。

### 1. 地域住民の複雑化・複合化した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【社会福祉法、介護保険法】

- ①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するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

### 2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進【介護保険法、老人福祉法】

- ①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ②市町村の地域支援事業における関連データの活用努力義務を規定する。
- ③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

### 3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

- ①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求められることができると規定する。
- ②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が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。
- ③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加

#### 4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

- ①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ②有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

#### 5. 社会福祉連携推進法人制度の創設医療・介護のデータ基盤の整備の推進

- ①社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

## 第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移

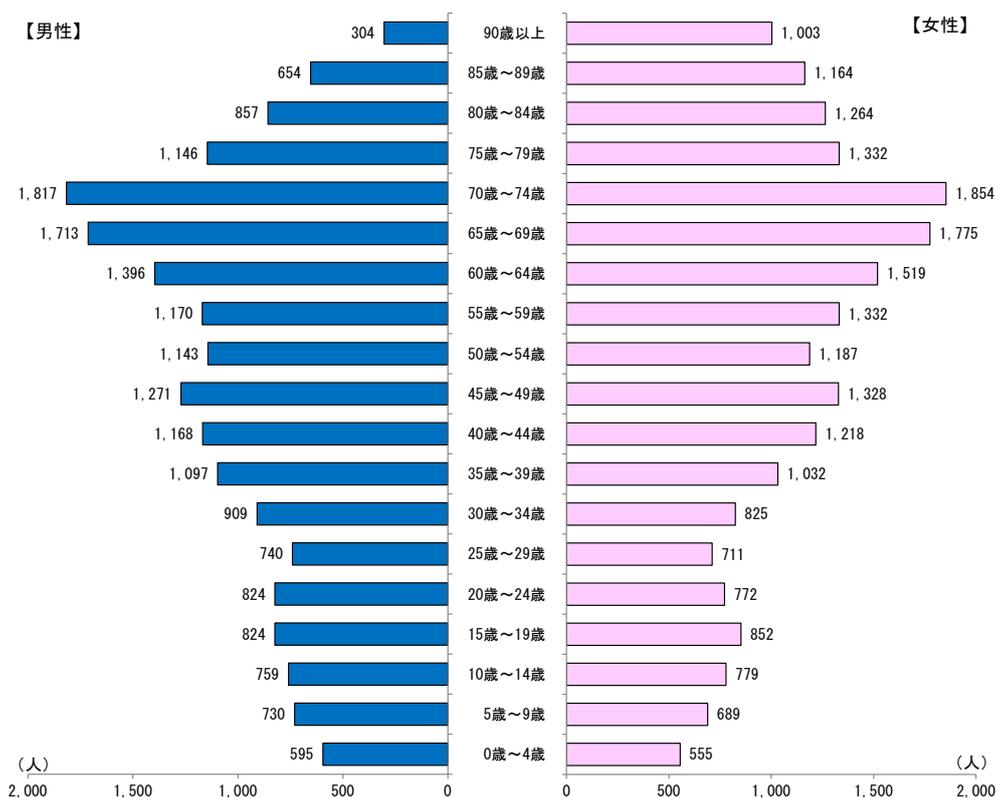
### 第1節 人口の現状と推移

#### (1) 人口構成

2020年10月1日時点の住民基本台帳に基づく本市の人口構成は、下記のとおりです。70歳～74歳の年齢層が突出して多くなっています。

【人口構成（2020年10月1日現在）】

総人口	男性	女性
40,308人	19,117人（47.4%）	21,191人（52.6%）



【年齢（3区分）別人口構成】

区分	総人口	年少人口 （15歳未満）	生産年齢人口 （15～64歳）	老年人口 （65歳以上）
人口	40,308人	4,107人	21,318人	14,883人
構成比	100.0%	10.2%	52.9%	36.9%

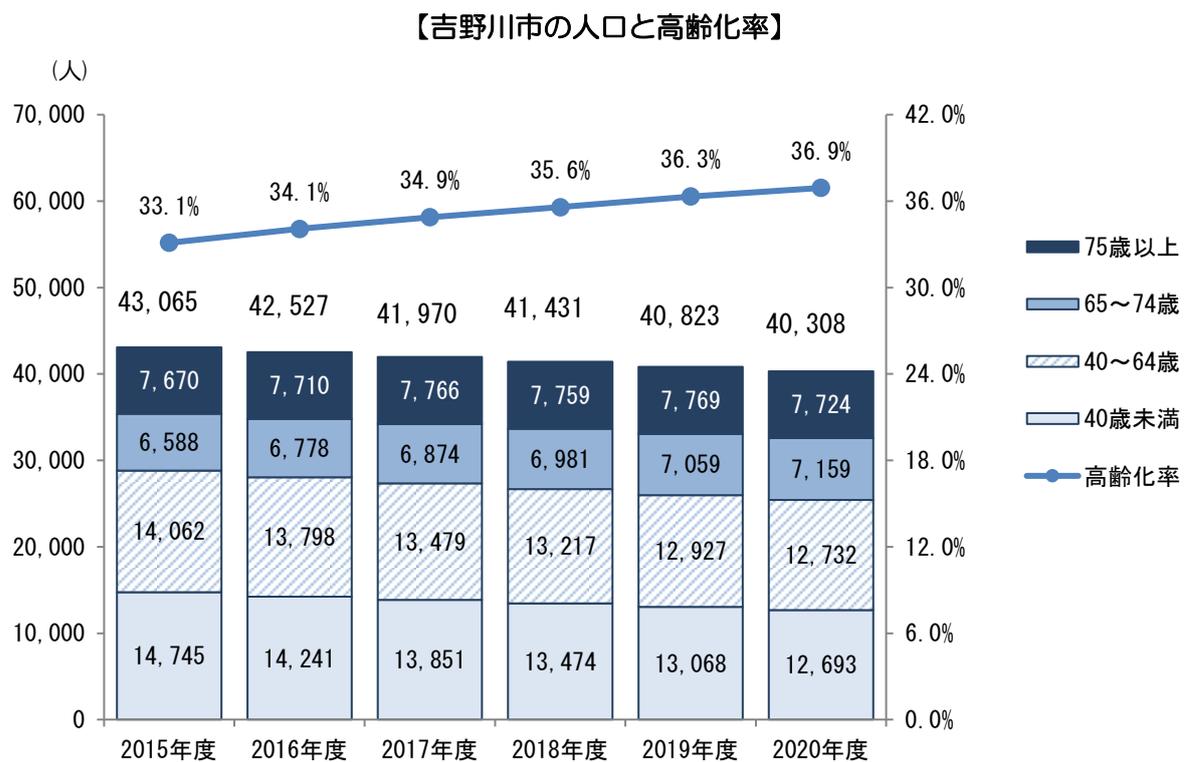
## (2) 人口及び高齢化率の状況

本市の総人口は2015年度の43,065人から2,757人減少し、2020年10月1日現在で40,308人となっています。高齢化率は3.8%上昇し、36.9%となっています。

(単位：人)

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
総人口	43,065	42,527	41,970	41,431	40,823	40,308
40歳未満	14,745	14,241	13,851	13,474	13,068	12,693
40～64歳	14,062	13,798	13,479	13,217	12,927	12,732
65～74歳	6,588	6,778	6,874	6,981	7,059	7,159
75歳以上	7,670	7,710	7,766	7,759	7,769	7,724
高齢化率	33.1%	34.1%	34.9%	35.6%	36.3%	36.9%

※各年10月1日時点在（住民基本台帳）



### (3) 人口の将来推計

今後の人口の推移を把握するため、2015年～2020年の各10月1日時点（各住民基本台帳）の人口を基に、コーホート変化率法を用いて推計を行いました。

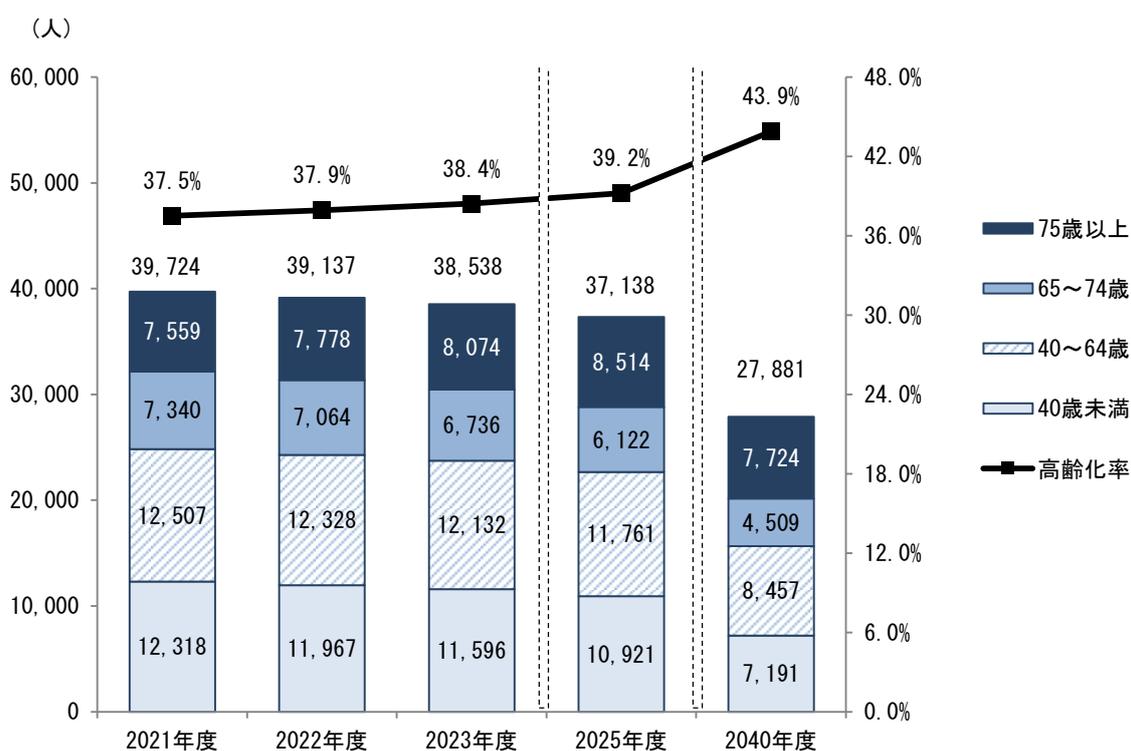
コーホートとは、同年に出産した集団のことをいい、コーホート変化率法とは、各年齢別の平均余命や進学・就職による移動といった特性を変化率によって反映させる推計方法で、地域の特性をより反映させることができる方法です。

推計結果では、2025年度には高齢化率38.4%、2040年度には39.2%となり、第7期計画における推計値を上回って、一層の高齢化が予測されています。

(単位：人)

	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
総人口	39,724	39,137	38,538	37,318	27,881
40歳未満	12,318	11,967	11,596	10,921	7,191
40～64歳	12,507	12,328	12,132	11,761	8,457
65～74歳	7,340	7,064	6,736	6,122	4,509
75歳以上	7,559	7,778	8,074	8,514	7,724
高齢化率	35.6%	37.5%	37.9%	38.4%	39.2%

【吉野川市の人口と高齢化率】



## 第2節 要介護等認定者の現状と将来推計

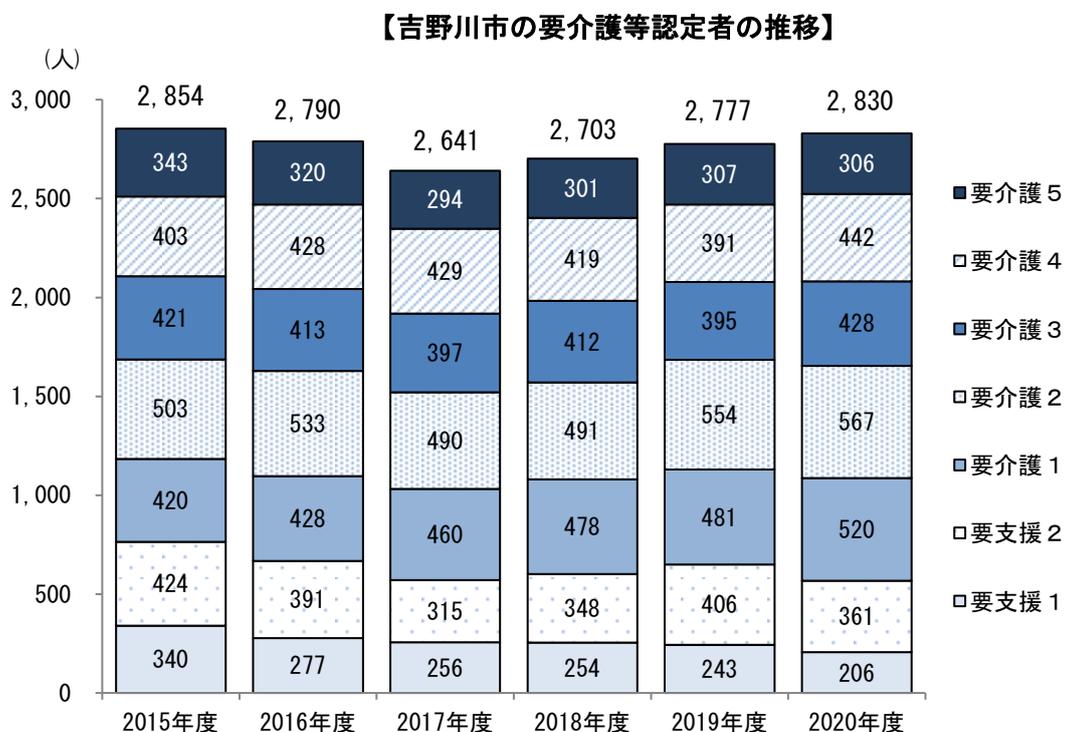
### (1) 要介護等認定者の推移

本市の要介護等認定者数は、2015年度の2,854人から24人減少し、2020年度で2,830人となっています。要支援1、要支援2の該当者は197人減少しているのに対し、要介護1～5の該当者は173人増加しています。

(単位：人)

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
要支援1	340	277	256	254	243	206
要支援2	424	391	315	348	406	361
要介護1	420	428	460	478	481	520
要介護2	503	533	490	491	554	567
要介護3	421	413	397	412	395	428
要介護4	403	428	429	419	391	442
要介護5	343	320	294	301	307	306
合計	2,854	2,790	2,717	2,703	2,777	2,830

※各年10月1日時点在（介護保険事業状況報告）



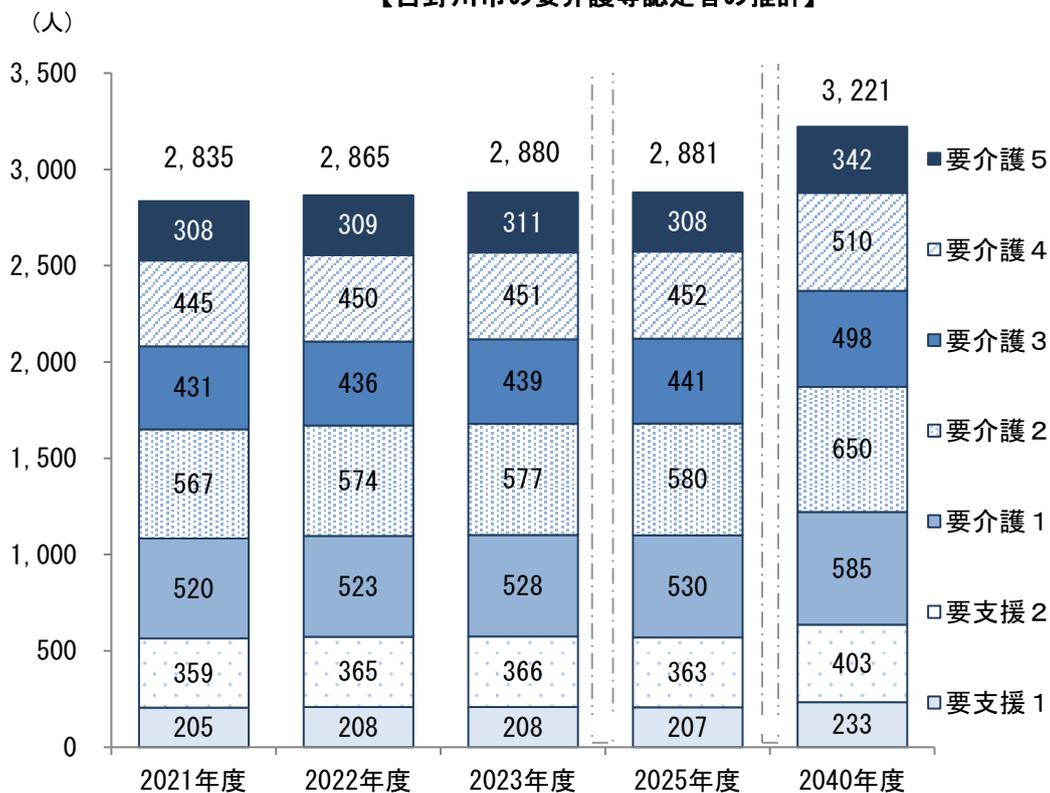
## (2) 要介護等認定者の将来推計

人口推計結果と過去の認定率を基に、本計画期間における要支援・要介護認定者の推計を行いました。認定者は、増加傾向にあり、計画期間の最終年となる2023年度には、2,880人となると見込んでいます。

(単位：人)

	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
要支援1	205	208	208	207	233
要支援2	359	365	366	363	403
要介護1	520	523	528	530	585
要介護2	567	574	577	580	650
要介護3	431	436	439	441	498
要介護4	445	450	451	452	510
要介護5	308	309	311	308	342
合計	2,835	2,865	2,880	2,881	3,221

【吉野川市の要介護等認定者の推計】



---

## 第3章 計画の基本構想

---

### 第1節 基本理念

高齢化が一層進む中、高齢者のライフサイクルや生活意識、ニーズ等がさらに多様化していくことが予測されます。高齢期を迎えてもそれぞれの人が豊富な経験や知識、特技等その有する能力に応じて地域社会に活かすことができる環境づくりとともに、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現に向け、お互いに助けあい支えあう参加と協働の地域づくりを推進していく必要があります。

一方で、要介護者が増加する中で、介護・医療等の支援を必要とする高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で個人の尊厳やその人らしい生き方が尊重され、自立し安心して生活していくことができるよう、市民、事業者等と連携・協働して、高齢者の日常生活支援が包括的に確保される体制を強化していく必要があります。

『世代を越えて、夢紡ぐまち～新・生活創造都市をめざして～』を将来の都市像と定め、市民一人ひとりが、吉野川市に住んでいてよかったと幸せを実感できるようなまちを目標としています。

第8期の本計画では、7期計画の基本理念を継承し『住み慣れた地域で支えあい、自分らしい生活が送れるまちづくり（地域包括ケアシステムの深化・推進）』を第8期計画の基本理念とします。

### 第2節 日常生活圏域の設定

「日常生活圏域」とは、高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら安心して生活できる環境を整備するため、日常の生活で結びつきのある地域を範囲として、その区域単位に必要なサービスを整備していこうというものです。

今回の第8期計画においても、これまでに設定した日常生活圏域を引き継ぎ、本市全体を一つの圏域として定めます。

## 第3節 計画目標

---

第8期計画の基本理念である『住み慣れた地域で支えあい、自分らしい生活が送れるまちづくり（地域包括ケアシステムの深化・推進）』に向け、7つの計画目標を掲げ、総合的に施策を推進します。

『住み慣れた地域で支えあい、  
自分らしい生活が送れるまちづくり  
（地域包括ケアシステムの深化・推進）』

計画目標1 健康づくり・介護予防の推進

計画目標2 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実

計画目標3 在宅医療・介護連携の推進

計画目標4 認知症施策の総合的な推進

計画目標5 地域で支えあう仕組みづくりの推進

計画目標6 地域における安心生活の確保

計画目標7 サービスの質の向上と適正利用の促進

## 第4節 施策体系

国は、団塊の世代の高齢者全てが75歳以上となる2025年、更には2040年を見据え、介護保険制度の持続可能性を維持し、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援を一体的に提供し、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営むことを可能としていくため、地域包括ケアシステムを強化し、地域包括ケアシステムの深化・推進をめざします。

市では、高齢者だけでなく、障がい者や子育て世帯、生活困窮者など、誰もが住み慣れた地域でお互いに支えあい、自立し安心して暮らしていくことができる地域社会の形成が、包括的に確保される体制をめざします。

後期高齢者の増加による医療・介護需要の増大や一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加等による地域支えあいの必要性の高まりの中、健康づくりなどに関する意識の向上を図るとともに、地域・社会活動、健康増進や介護予防の活動など地域や社会に参加して人と関わりを持ちながら、いつまでも生きがいをもって元気に活躍できる生涯現役社会を推進します。

### 基本目標Ⅰ：健康づくり・介護予防の推進

重点目標	個別施策
(1) 多様な健康づくりの推進	①健康日本21計画取り組み
	②がん検診等による疾病の早期発見と予防
	③特定健診・特定保健指導の実施
	④糖尿病性腎症重症化予防の取り組み
(2) 介護予防の総合的な推進 一般介護予防事業 介護予防・生活支援サービス事業	①介護予防普及啓発事業
	②地域介護予防活動支援事業
	③地域リハビリテーション活動支援事業
	④介護予防把握事業
	⑤支え合いサロン
	⑥介護予防・生活支援サービス事業の充実
	⑦自立支援、介護予防・重症化予防の推進

## 基本目標2：地域で安心して暮らし続けられる介護・福祉の充実

重点目標	個別施策
(1) 地域包括支援センターの充実強化	①地域包括支援センターの相談支援の充実
	②地域包括支援センターの体制強化
	③高齢者の実態把握
(2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント	①地域ケア会議の推進
	②適切なケアマネジメントの推進
(3) 在宅生活の支援	①地域密着型サービスの基盤整備
	②施設サービス等への支援
	③在宅サービス・生活支援の実施
	④家族等介護者への支援
(4) 災害・感染症対策に係る体制整備	①災害に対する備えの検討
	②感染症に対する備えの検討

## 基本目標3：在宅医療・介護連携の推進

重点目標	個別施策
(1) 医療と介護の連携強化	①在宅医療介護連携推進事業協議会
(2) 在宅医療の市民への普及啓発	①市民への普及啓発
(3) 在宅医療・介護情報の共有	①地域の医療・介護資源の把握
	②在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討
	③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
	④在宅医療・介護関係者の情報共有の支援
(4) 医療・介護専門職のネットワークづくり	①在宅医療・介護連携に関する相談支援
	②医療・介護関係者の研修

#### 基本目標4：認知症施策の総合的な推進

重点目標	個別施策
(1) 認知症の予防	①認知症講演会・介護予防講演会の開催
	②介護予防教室（認知症予防）の取り組み
(2) 認知症のケアパスと相談支援体制の推進	①認知症ケアパスの作成・普及
	②相談・支援体制の充実
(3) 認知症の早期発見・早期支援の取り組み（認知症初期集中支援チーム）	
(4) 地域における支援体制の強化（認知症サポーター養成講座）	①認知症サポーターの養成及び見守り
(5) 認知症の人と家族介護者への支援の充実	①認知症の方と家族のつどい
	②認知症カフェの開設
	③「認知症初期集中支援チーム」との連携による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整
(6) 地域のネットワークづくり	①医療機関及び各関係機関等との連携
	②サポート医や認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
	③認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

#### 基本目標5：地域で支えあう仕組みづくりの推進

重点目標	個別施策
(1) 支えあい活動の推進（生活支援サービス体制の整備）	①生活支援・介護予防サービスの充実
	②生活支援コーディネーターの配置
	③協議体の設置
(2) 高齢者見守り施策の推進	①高齢者見守りネットワークの推進
	②地区社協の活動
	③地域自立生活支援事業
	④緊急通報体制整備事業
	⑤避難行動要支援者支援の推進
(3) 権利擁護の推進	①高齢者虐待の防止
	②成年後見制度の活用
	③日常生活自立支援事業の実施
	④消費者被害防止施策の推進
(4) 生きがいづくり支援	①高齢者の生きがいと健康づくり事業
	②老人クラブ

### 基本目標6：地域における安心生活の確保

重点目標	個別施策
(1) 施設福祉サービスの充実	① 養護老人ホーム
	② 老人福祉センター
	③ 高齢者生活支援ハウス
	④ 有料老人ホーム及びサービス付き 高齢者向け賃貸住宅
(2) 在宅福祉サービスの充実	① 「食」の自立支援事業
	② 高齢者住宅改造助成事業

### 基本目標7：サービスの質の向上と適正利用の促進

個別施策
(1) 介護支援専門員の専門性の向上に対する支援
(2) 地域密着型サービス連絡協議会
(3) 事業所監査指導
(4) 介護給付適正化事業
(5) 介護人材の確保及び業務の効率化

---

## 第4章 施策の取り組み

---

### 第1節 健康づくり・介護予防の推進

---

可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防・健康づくりの取組を強化して健康寿命の延伸を図ることが求められています。

また、「健康よしのがわ21計画」と、本計画との十分な整合性を図る必要があります。

現状を踏まえ、市では、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施に向けて、担当課と連携をとり、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいきます。

#### (1) 多様な健康づくりの推進

##### ①健康日本21計画取り組み

###### 健康よしのがわ21計画の取り組み

健康寿命の延伸と健康格差の縮小を実現するため、糖尿病などの生活習慣病の発症予防と重症化予防について、市民の健康実態を把握・分析し、関係各課、関係機関等と情報や課題を共有し、連携しながら解決のため施策等に反映していきます。

また、市民に対しても市の健康実態の周知を行い、市民一人ひとりが健康増進や生活習慣病予防のために主体的に活動できるよう働きかけていきます。

## ア. ライフステージに応じた食育の推進

高齢者の健診結果や健康相談に基づき、食生活の状況を把握し、低栄養や高血圧予防などについて知識を普及するとともに、食生活改善推進員（ヘルスマイト）、地区組織等、高齢者の食支援を実施する団体や組織と連携を図り、効果的な食支援に取り組んでいます。

また、食生活改善や生活習慣病予防に関する正しい知識を地域に普及し、健康づくりの輪を広げるため、ヘルスマイトによるボランティア活動を実施しています。

### 《今後の方向性》

今後は、食生活改善や生活習慣病予防に関する正しい知識を地域に普及し、健康づくりの輪を広げることのできるよう、ヘルスマイトによるボランティア活動の支援をしていきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
食生活改善推進員 研修会 参加者数	130人	124人	13人	130人	130人	130人
介護予防教室 参加者数	126人	130人	100人	120人	120人	120人
住民参加人数 (事業回数)	6,796人 (49回)	5,984人 (49回)	500人 (14回)	5,000人	5,000人	5,000人

## イ. 口腔機能の維持向上

歯周疾患検診や介護予防教室などにより、糖尿病や肺炎の予防等、口腔ケアの必要性を普及啓発していきます。

### 《現状・課題》

歯周疾患検診受診者券を（40・45・50・55・60・65・70歳）対象者に個人通知し、広報及びホームページなどでも周知・受診勧奨をしていますが受診率は低くなっています。

### 《今後の方向性》

今後も対象者に通知し、歯科医療機関と連携して受診率向上を図ります。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
歯周疾患検診受診者数	86人	94人	100人	100人	105人	110人

#### ウ. 生活習慣病対策

後期高齢者や国民健康保険加入者以外の生活習慣病対策として、健診結果から、高血圧症や糖尿病、脂質異常症、CKD（慢性腎臓病）など医師等が生活習慣の改善が必要と判断した方を対象に重症化予防のための保健指導や栄養指導を行い、継続して受診や治療が受けられるよう支援していきます。

また、高齢者だけでなく若者や乳幼児期など全世代にわたり、関係各課、医療機関と連携を図りながら生活習慣病予防対策を進めていきます。

#### 《現状・課題》

糖尿病性腎症や慢性腎臓病重症化予防のために医療機関との連携が必要ですが件数が少なくなっています。また、20～39歳を対象としたヤング健診の受診者が少ない現状があります。

#### 《今後の方向性》

今後は、糖尿病性腎症や慢性腎臓病重症化予防のために医療機関との連携及び推進を図り、また、ヤング健診の受信者が増えるように乳幼児健診等の場で受診勧奨を行っていきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
ヤング健診受診者数	142人	126人	140人	150人	155人	160人
ヤング健診後保健指導数	68人	62人	70人	70人	75人	80人
糖尿病性腎症・CKD保健指導数	7人	6人	7人	8人	10人	12人

## エ. 精神保健対策等の推進

高齢期のうつや精神疾患、メンタルヘルスについて、正しい知識や情報発信を広く行います。

精神疾患や障がいのある方に対しては、家族や支援者も含めて相談に応じるほか、解決すべき課題を把握し、医療機関や専門相談機関と連携して早期支援につなげます。

また、疾患があっても地域で継続して生活できるよう関係機関や地域の支援者とともに支援の対策を進めていきます。

### 《現状・課題》

メンタルヘルスに関する広報およびポスター設置を実施しているほか、支援の必要な方や家族に対しては、保健・福祉・医療などの各関係機関や関係各課等との情報共有や連携を図り、支援に結びつけています。

### 《今後の方向性》

今後もメンタルヘルスに関する広報及びポスター設置を実施するほか、支援の必要な方や家族に対し、保健・福祉・医療などの各関係機関や関係各課等との情報共有や連携を図り、支援に結びつけていきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
普及啓発	2回	2回	2回	2回	2回	2回
精神保健相談(延人数)	10人	1人	2人	2人	2人	2人

## ②がん検診等による疾病の早期発見と予防

高齢化とともにがんの発症や、がんによる死亡の増加に対応するため、若い世代からがん予防対策を進め、検診の受診率向上をめざし、がんの早期発見と予防に努めます。

また、検診の精度管理にも注視し、より質の高い検診を提供できるよう検診機関、医療機関等と連携強化を図ります。

### 《現状・課題》

毎年がん検診パンフレットの全戸配布、未受診者に対するハガキ郵送等実施していますが、若年層の受診率は低い現状があります。また、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響による受診率低下も考えられるため、安全を確保しながら受診機会を確保するための整備が必要となっています。

### 《今後の方向性》

新型コロナウイルス感染症により受診人数が制限されるため、受診機会の確保が必要となっており、国が推奨するがん検診の受診率向上のため、肺がん検診の集団検診との同時実施等を検討していきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
がん検診受診率（胃）	8.2%	7.7%	8.0%	11.0%	14.0%	17.0%
がん検診受診率（大腸）	9.1%	10.0%	10.0%	13.0%	16.0%	19.0%
がん検診受診率（乳）	19.7%	19.5%	19.0%	22.0%	25.0%	28.0%
がん検診受診率（子宮）	16.7%	16.7%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%
がん検診受診率（肺）	10.9%	9.2%	9.0%	12.0%	15.0%	18.0%

### ③特定健診・特定保健指導の実施

生活習慣病予防と医療費の適正化を目的として、40歳から74歳までの国民健康保険の被保険者に対して特定健康診査を実施し、健診結果から生活習慣病のリスクのある人に対して特定保健指導を実施します。

第3期吉野川市国民健康保険特定健康診査等実施計画に定めた実施率目標を達成するため、次の取り組みを行います。

#### ア. 健診受診率向上策

- ・未受診者に対し、受診勧奨の案内はがきを送付するほか、電話での受診勧奨を行います。
- ・40歳になった初年度対象者や新規資格取得者に対して、訪問等による受診勧奨を行います。
- ・初回受診者や有所見者への保健指導と次年度の受診勧奨を行います。
- ・がん検診と特定（集団）健診を同日に実施できる日を設けます。

#### 《現状・課題》

毎年、未受診者対策として訪問や電話、ハガキなどで受診勧奨を実施していますが、若年層（40～50代）は不在が多く、受診率も低いことが課題となっています。

#### 《今後の方向性》

今後も受診率向上のため、引き続き取り組んでいきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診受診率	37.8%	40.9%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%

## イ. 保健指導実施率向上策

- 集団健診受診者には、健診当日に結果説明会の予約を取り、保健指導を実施します。
- 生活習慣に起因するものであるため、対象者のみでなく、家族全体の健康状態の把握に努め、必要な保健指導を実施します。

### 《現状・課題》

治療中であっても生活習慣改善が難しく、重症化するケースがあるため、専門医やかかりつけ医と連携を取りながら重症化予防に努めています。また、若年層（40～50代）は働いている方が多いため対面での保健指導が難しいことが課題となっています。

### 《今後の方向性》

重症化予防のための生活習慣改善を目的に健診結果や生活状況に応じた保健指導を訪問や結果説明会などを通じて実施しており、対応が難しいケースについては、手紙や電話などによる支援を行っていきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定保健指導実施率	87.3%	87.5%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

#### ④糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

糖尿病重症化リスクの高い医療機関未受診者、及び受診中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけます。また、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者に対し、主治医の判断による保健指導対象者の選定を行い、医療機関と連携して保健指導をすることで、人工透析への移行を抑えます。

なお、保健指導実施にあたっては、かかりつけ医や腎専門医などと連携し、対象者に対して継続的な支援を行います。

#### 《現状・課題》

現在は、腎専門医との連携者数は徐々に増え、対象者に早期介入することができています。

令和2年度より、HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl 以上で、尿蛋白定性検査（－）もしくは（±）の糖尿病未治療者に対して、『尿蛋白定量検査』『推定1日塩分摂取量』を実施し、結果報告書を介して医師から指示をいただくなど連携しながら、取り組んでいます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
連携医療機関数	4	3	5	6	6	6
腎専門医との連携者数	19人	26人	20人	20人	20人	20人

## (2) 介護予防の総合的な推進

### ① 介護予防普及啓発事業

筋力アップ教室をはじめ、パンフレットの作成・配布、各利用者の介護予防事業の実施の記録等を記載する介護予防手帳の配布、高齢者の健康づくりや認知症の予防等をテーマにした講演会の実施等によって介護予防に資する基本的な知識を普及啓発しています。

#### 《現状・課題》

介護予防の基本的な知識の普及啓発活動として、日常的な運動の習慣づけと機能向上を図るための筋力アップ教室の開催、ゴムチューブを使った体操やストレッチ等を解説付きで収録した DVD やパンフレットの配布、理学療法士等の専門職を派遣しての健康づくり支援などを継続的に実施しました。高齢者の運動機能の向上を図るための普及啓発を兼ねた、在宅でもできる運動の習慣を身につけることを目的として実施していますが、教室終了後の継続が十分に生かされていない状況です。

#### 《今後の方向性》

市民に負担が少なく継続して実施することで介護予防につながる様々なメニューを工夫して行い、普及啓発、健康維持の支援を続けていきます。

	見込み値	計画値		
	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
介護予防講演会実施回数	2回	2回	1回	1回
介護予防講演会参加延人数	50人	60人	60人	60人

#### ア. 運動器の機能向上事業（筋力アップ教室「パワー・デイ」）

水中運動やマシントレーニングを利用した筋力アップ教室を実施し、転倒しない身体づくりや積極的な運動等を習慣づけてもらうことで高齢者の運動器の機能向上を図っています。

		実績値		見込み値	計画値		
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
実施回数		397回	371回	310回	315回	320回	325回
参加延人数		1,393人	1,602人	1,200人	1,300人	1,310人	1,320人
内 訳	水中運動コースA1	425人	548人	367人	400人	400人	410人
	水中運動コースA2	291人	450人	386人	400人	400人	400人
	マシントレーニング B1	325人	383人	227人	250人	260人	260人
	マシントレーニング B2	352人	221人	220人	250人	250人	250人

#### 《現状・課題》

高齢者の運動機能の向上を図るための普及啓発を兼ねた、在宅でもできる運動の習慣を身につけることを目的として実施していますが、教室終了後の継続が十分に生かされていない状況です。

#### 《今後の方向性》

事業の趣旨を再確認し、運動等を習慣づけてもらい、在宅でも運動を継続していただけるよう啓発を行っていきます。

## ②地域介護予防活動支援事業

介護予防に関するボランティア等の人材育成のための研修や、地域で開催される介護予防に資する地域活動組織の育成・支援のための事業等を実施しています。

### 《現状・課題》

介護予防教室の定期的な開催、介護予防サポーターの育成を継続的に行い、介護予防への関心と高齢者等の社会参加の場を支援しました。

### 《今後の方向性》

介護予防意識を高めるため、引き続き支援を行います。

## ア. 介護予防教室

介護予防教室は、地域における市民団体の自主的活動支援の一環として、市内 45 か所で開催しています。各会場において、介護予防体操を年 2 回、栄養改善講座、口腔ケア講座、認知症予防講座をそれぞれ年 1 回程度実施しています。

各専門職からの講座が介護予防につながるようプログラムについては、本市の現状や国の動向も考慮しています。

### a. 介護予防体操

握力や 2 ステップ値による体力測定を行い、介護予防パンフレット等を用いて筋力低下を防ぐ体操教室を行っています。

### b. 栄養改善講座

低栄養状態が「フレイル」の進行の引き金となるため、バランスのとれた食事や必要な栄養・蛋白質のとり方・減塩等について具体的な調理方法などもまじえての講話を行っています。

### c. 口腔ケア講座

口腔機能は栄養状態や全身の健康にもつながり、また、歯周病は、糖尿病や肺炎、認知症とも関係性があるといわれます。口腔機能低下（オーラルフレイル）を防ぐための講話や健口体操を行っています。

### d. 認知症予防講座

運動と認知課題を組み合わせた「コグニサイズ」を中心に認知機能の低下を予防するための講座を行っています。

		実績値		見込み値	計画値		
		2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
実施か所数		44 か所	46 か所	45 か所	45 か所	46 か所	47 か所
実施回数		242 回	231 回	205 回	255 回	260 回	265 回
参加延人数		2,253 人	2,132 人	1,200 人	2,100 人	2,250 人	2,500 人
内訳	健康相談	2,253 人	2,075 人	1,200 人	2,100 人	2,200 人	2,460 人
	介護予防体操	680 人	697 人	400 人	700 人	780 人	780 人
	栄養改善講座	424 人	368 人	180 人	350 人	395 人	395 人
	口腔ケア講座	387 人	343 人	140 人	350 人	385 人	385 人
	認知症予防講座	373 人	374 人	220 人	400 人	420 人	420 人

## 《現状・課題》

自主活動を前提とした上での市との連携事業ですが、参加者の高齢化や減少から存続が難しくなっている場所がでてきています。介護予防教室を市民の介護予防や健康管理に役立てていただくものにできるよう、今後も理解が得られるよう働きかけていきます。

## 《今後の方向性》

介護予防推進に係るボランティア等の人材育成を図るための研修・地域への支援を継続し、未実施の地域へのグループ化を図っていきます。

また、継続して介護予防体操，栄養改善講座，口腔ケア講座，認知症予防講座のなかで「フレイル予防」に取り組んでいきます。

## イ. 介護予防サポーター育成講座

地域において介護予防の自主活動を展開するリーダー及びボランティアとなる「介護予防サポーター」の育成を行っています。介護予防のための運動や認知症予防についての習得に加え、その後のフォローアップとして、新しい知識を習得する研修会を開催しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
介護予防サポーター育成講座						
実施回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回
参加延人数	21人	22人	6人	15人	25人	25人
介護予防サポーターフォローアップ研修						
実施回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回
参加延人数	96人	43人	35人	40人	50人	50人

#### 《現状・課題》

介護予防教室などにおいて、中心的な役割を果たす介護予防サポーターの育成が継続的に実施されました。活動には地域差もありますが、サポーターが活躍できる機会を提供していくことが必要となっています。

#### 《今後の方向性》

介護予防教室などにおいて、市と地域、サポーターが連携し活動の幅を広げていけるよう支援を継続して行っています。

### ③地域リハビリテーション活動支援事業（リハビリ教室）

地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、積極的に自主活動を行っている団体に対し、リハビリテーション専門職が一定期間、定期的に支援することにより、運動方法を学び、その後においても、住民自らが介護予防の取り組みを継続的に実践し、要介護状態となっても参加し続けることのできる憩いの場づくりの展開を図っていきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
実施か所数	4か所	4か所	3か所	5か所	5か所	5か所
参加延人数	508人	533人	250人	650人	700人	700人

#### 《現状・課題》

地域で自主的に活動を行っているグループに対して、一定期間、定期的に理学療法士等の専門職が関わり、正しい運動方法を学ぶことができる健康づくりの場や憩いの場として活用されています。

#### 《今後の方向性》

地域住民への普及啓発も併せて行い継続的に運動ができる機会を支援して、身近な場所で気軽に通いの場として交流を図りながら介護予防の取り組みをしてもらい、高齢者が自立した生活を送ることができるような事業を展開していきます。

#### ④介護予防把握事業

地域の実情を踏まえて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげていきます。

##### 《現状・課題》

自宅に閉じこもりがちの高齢者に対して、スポーツやレクリエーション、介護予防活動等、老人クラブを通して実施し、外出や交流する機会の提供を支援しています。

##### 《今後の方向性》

多様な内容を提供しながら閉じこもり高齢者の外出機会や交流機会を継続的に増やしていきます。

#### ⑤支え合いサロン

高齢者を年齢や心身の状況によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を生かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の実現をめざします。

高齢者人口の1割以上が通いの場に参加することを目標に、介護予防・閉じこもり予防・健康づくりなどのため、身近な拠点に集まり、体操をしたり、お茶を飲んだりしながら、無理なく仲間づくりや社会参加をする交流の場を展開していきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
実施か所数	未実施	1か所	1か所	3か所	3か所	4か所
実施回数	未実施	11回	40回	135回	135回	180回
参加実人数	未実施	32人	31人	60人	60人	80人

##### 《今後の方向性》

従来の介護予防教室やリハビリ教室が支え合いサロンとして展開できるよう、また、地域で自主的に活動を行っているグループがサロンとして拡充できるように支援していきます。

## ⑥介護予防・生活支援サービス事業の充実

要支援認定を受けている者及び基本チェックリスト該当者(事業対象者)に対して、下記の支援を提供します。

事業	内容
訪問型サービス	対象者に対し、身体介護や掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	対象者に対し、生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニング、食事、入浴などのサービスを提供
訪問型サービス 生活緩和型	対象者に対し、調理や掃除などの生活援助を利用者と共に行い、利用者自身ができることが増えるようにサービスを提供
通所型サービス 緩和型	運動・レクリエーションや閉じこもり予防等、心身機能の維持・向上のためのプログラムを提供
介護予防 ケアマネジメント	対象者に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを提供

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
訪問型サービス	370件	333件	240件	350件	350件	350件
通所型サービス	1,549件	1,369件	1,348件	1,400件	1,400件	1,400件
訪問型サービス 生活緩和型	1,733件	1,598件	1,460件	1,500件	1,500件	1,500件
通所型サービス 緩和型	1,629 件	1,748 件	1,869 件	1,900件	1,950件	2,000件
介護予防 ケアマネジメント	2,821 件	2,676 件	2,400 件	2,500件	2,500件	2,500件

### 《現状・課題》

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成や発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行うために、生活支援コーディネーターとも連携して、生活支援体制整備事業を進めています。

#### 《今後の方向性》

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成や発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行うために、生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーターとも連携して、多様な担い手による多様なサービスが提供できるように地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等への効果的効率的な支援が図られるよう引き続き総合事業を実施します。

### ⑦自立支援、介護予防・重症化予防の推進

地域包括支援センター職員や介護支援専門員は、要介護認定者等のケアプランを作成し、そのケアプランは認定者の自立に資するものとされています。要認定者にとっても、ケアプランが介護度の重症化予防につながるもの、自立支援に資するものとなることが重要です。

そのため、地域包括支援センター職員や介護支援専門員が当市の介護保険の状況や介護度の重症化予防の重要性を理解し、ケアプランに反映させる視点を持つことが重要です。

#### 《今後の方向性》

地域包括支援センター職員・介護支援専門員を対象とした研修会において、疾病の重症化予防の意義や具体的な疾病については学習を実施します。

新

### ⑧高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施

高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施に向けて、担当課と連携をとり、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいきます。

## 第2節 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実

### (1) 地域包括支援センターの充実強化

#### ① 地域包括支援センターの相談支援の充実

##### ア. 総合相談支援事業

高齢者の健康や介護に関することなど、気軽に相談できる「総合相談窓口」を地域包括支援センターに設置し、開庁時間はいつでも相談に応じられる体制をとって、高齢者を取り巻く保健・医療・福祉・介護に関する様々な相談を受けています。また、必要に応じて訪問により、その人の心身状況や生活の実態を把握するとともに、適切な制度・事業やサービス等の紹介、さらに各種サービスの利用につなげる等の調整や支援を行っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
相談件数	282件	344件	360件	370件	370件	370件

##### 《現状・課題》

高齢化や価値観の多様化に伴い、住民個人が抱える問題も複雑化してきており相談件数も増加傾向にあります。

##### 《今後の方向性》

高齢者のみの問題だけでなく、世帯丸ごと支援が必要なケースが増加しているため、関係機関との連携による対応を強化していきます。

## ②地域包括支援センターの体制強化

地域包括支援センターでは、高齢者人口の増加に伴う相談件数や困難事例の増加、相談対象拡充の市民への浸透による相談需要の増大に加え、介護予防ケアマネジメントの推進、認知症支援の充実、生活支援体制整備事業、地域ケア会議の充実など、多くの役割を担うようになっていきます。これらの業務量の変化を踏まえ、人員体制を強化していきます。

### 《現状・課題》

保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種の専門性を十分に活用し、専門職種の配置を充足させていきます。

### 《今後の方向性》

地域包括支援センターの機能強化を図り、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援していきます。

## ③高齢者の実態把握

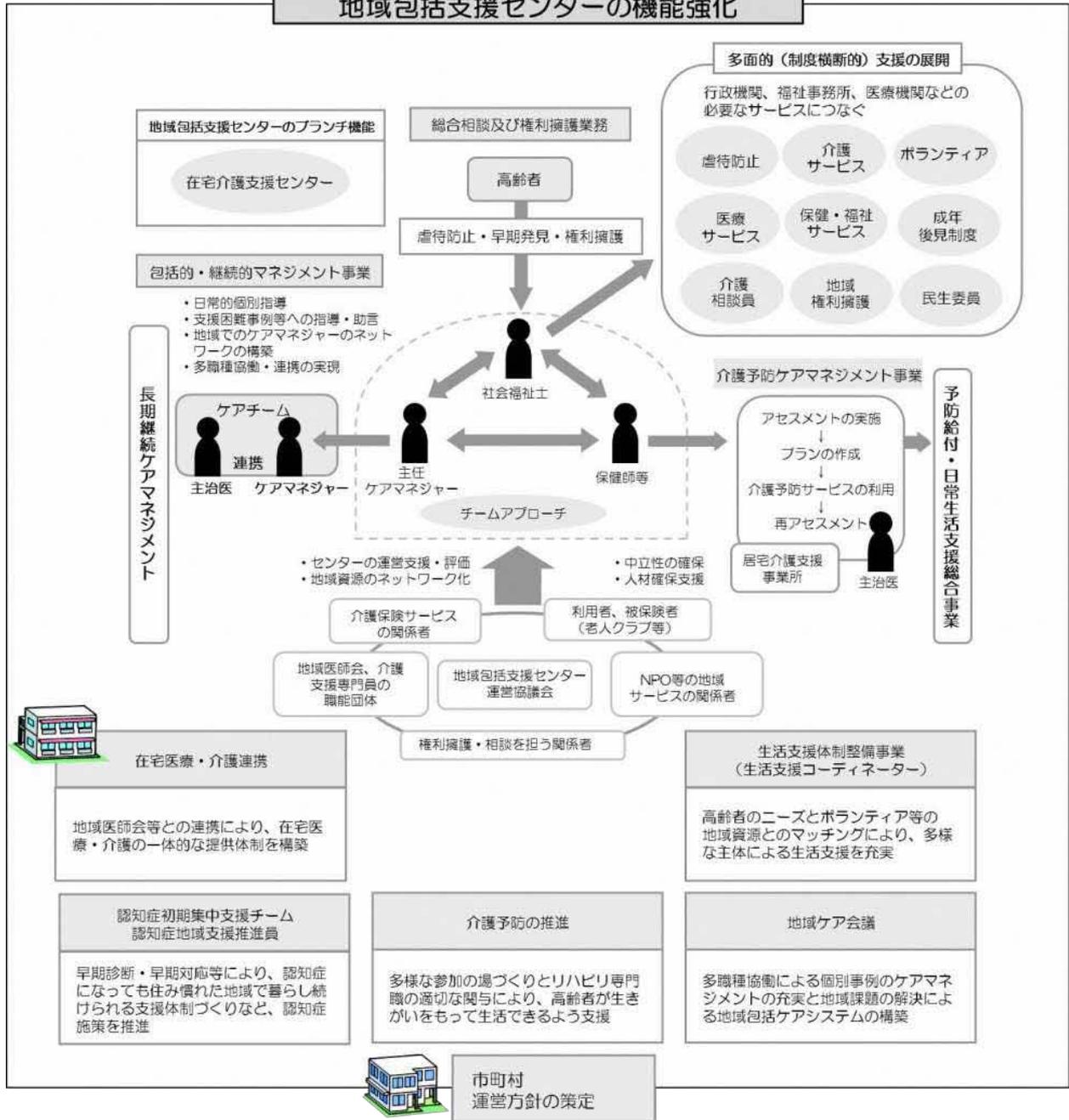
一人暮らし高齢者の生活状況を把握し、心身の状態悪化や孤立の状況などの早期発見、早期対応をするために実態把握を行い、必要なサービスの説明を行い、在宅での生活が継続できるように支援します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
実態把握件数	357件	292件	300件	300件	300件	300件

### 《今後の方向性》

在宅介護支援センター（5か所）と連携し、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者の把握に努めます。

# 地域包括支援センターの機能強化



## (2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント

### ① 地域ケア会議の推進

地域ケア会議では不足しているサービスや高齢者の抱える問題などの地域の課題を把握し、市や各分野の関係者がともに改善策を考えていきます。個別事例を検討し、明らかになった地域の課題を市の施策へつなげていくことが地域ケア会議の目的です。

当市では、地域ケア会議を開催し、他の事業とも連携を取り、地域の課題解決に向けた具体的な支援策を考えていきます。また、地域の実態を把握して課題を抽出し、その課題に対して具体的な対応策や支援策の協議・検討を行っています。

地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく分けると地域ケア個別会議と地域ケア推進会議になり、市、地域包括支援センターが緊密に連携し、かつ役割分担を行いながら、それぞれの会議を開催し取組を推進していきます。

地域ケア会議では、個別ケースを検討する会議から地域課題の解決を検討する場まで一体的に取り組んでいきます。

地域ケア個別会議は地域包括支援センターが主催し、地域ケア推進会議については市が主催し、設置・運営を行います。

#### ◆ 地域ケア個別会議

地域の多様な関係者が協働し、ケアマネジャーのケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的としています。

#### 【地域ケア個別会議（個別）】

個別ケースについて、ケアマネジャー等からの支援困難に関する相談支援に対して地域生活が継続してできるように多職種が連携して問題解決に向けた支援方法を検討し、対応策を検討します。

#### 【地域ケア個別会議（自立支援型）】

個別ケースについて多様な職種及び関係機関が一堂に会し、それぞれの専門的な視点から検討を行うことにより、課題を解決します。また、地域包括ネットワークの構築、地域課題の把握につなげています。

地域包括支援センター職員や介護支援専門員等の実践上の課題解決力向上を図ることで、自立支援に資するケアマネジメント等の支援の質を高めます。

### 【地域ケア個別会議（包括ネットワーク会議）】

地域の関係機関等の相互の連携を高め、地域の実情や現状を総合的に判断して、解決すべき地域課題を明らかにします。

個別的な地域課題に応じた解決策や必要な地域資源を地域で開発し、住民組織や関係者の自立支援、介護予防、重症化予防を重視したケアマネジメントの支援、地域包括ネットワークの構築、地域づくりにつなげていきます。

### ◆ 地域ケア推進会議

市と各分野の関係者が地域課題解決のためにネットワーク構築機能や地域づくり・資源解決を十分に発揮するための施策等を立案します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
地域ケア個別会議 （個別）	10回	24回	30回	35回	40回	45回
地域ケア個別会議 （自立支援型・包括ネットワーク会議）	23回	22回	12回	18回	18回	18回
地域ケア推進会議	0回	0回	0回	1回	2回	2回

### 《現状・課題》

個別事例の検討に加え、多職種協働によるケアマネジメント支援や地域課題の把握を行い、地域のネットワーク構築につなげています。

### 《今後の方向性》

地域包括ケアシステムの実現に向けて、さらに取り組みの強化を図ります。

## ②適切なケアマネジメントの推進

地域ケア会議では、自立支援（本人の有する能力の維持・向上）を重視したケアプランを基に個別ケースの支援を行います。

地域包括支援センターの主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）がケアマネジャーの日常的個別指導、支援困難事例等への指導・助言、地域でのケアマネジャーのネットワークの構築などを進めています。

市介護支援専門員連絡会により、市内介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援し、介護支援専門員相互の情報交換等による資質の向上を図っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
介護支援専門員 連絡会	6回	5回	6回	6回	6回	6回
介護支援専門員 研修会	1回	2回	1回	1回	1回	1回

※地域包括ケア会議同時開催

### 《現状・課題》

吉野川市介護支援専門員連絡会により、市内介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援すると共に、介護支援専門員の情報交換等による資質の向上を図っています。

また、事例検討や研修の実施、介護支援専門員同士の連帯を深めています。

### 《今後の方向性》

介護支援専門員の研修会等を開催し、介護支援専門員がスキルアップできる環境を提供するとともに、多様な機関を巻き込み充実したネットワークを構築し、より質の高いサービスを提供することができるよう支援を行います。

### (3) 在宅生活の支援

#### ①地域密着型サービスの基盤整備

介護を必要とする高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、第6期計画においてまとめた2025年を目処とする配置の基本的な考え方に基づき、計画的な整備を推進します。

在宅生活の継続や家族介護者の負担を軽減するため、重要なサービスである小規模多機能型居宅介護が利用できるように支援します。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、市民のニーズや事業者の参入動向を踏まえ、2025年を見据えた配置の考え方を検討していきます。

認知症対応型通所介護については、稼働率や市民ニーズを踏まえ、方向性を検討します。

介護保険法の改正により、2016年度より通所介護のうち定員18人以下の事業所は、地域密着型サービスとして位置付けられました。現在の事業所の整備状況を考慮し、サービスのあり方について検討します。

国の地域共生社会の実現に取り組む中で、障がい者が65歳以上となった時に、これまで利用してきた障がい福祉サービス事業所を引き続き介護保険サービス事業所として利用しやすいよう、新たな「共生型サービス」が位置づけされます。国の検討状況や事業者の参入意向を注視しながら、障がい福祉所管課と連携を図り検討を進めます。

#### ②施設サービス等への支援

市内に3か所ある介護療養病床については、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」として機能を兼ね備えた施設として新たに創設される「介護医療院」への転換を含め、施設の意向や国の動向を注視し、的確に対応していきます。

#### ③在宅サービス・生活支援の実施

一人暮らし等で食事の準備が困難な高齢者に対して、地域の社会福祉法人が栄養バランスのよい食事を提供して、見守りと安否の確認を行います。

#### ④家族等介護者への支援

##### ア. 家族介護用品支給事業

高齢者を在宅で介護している家族を対象に成人用紙おむつ等の介護用品を購入できる給付券を発行し、経済的、身体的負担の軽減を図っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用実人数	35人	35人	37人	35人	33人	30人
利用延回数	256回	266回	300回	310回	305回	300回

##### 《現状・課題》

在宅で生活をされている要介護4又は5の認定を受けられている方を介護する家族等の経済的・精神的な負担の軽減が図られています。

##### 《今後の方向性》

事業の有効活用に努め、在宅で介護にあたる家族等の負担軽減を図るため、引き続き事業を実施します。

##### イ. 家族介護慰労事業

施設や居宅介護サービスを利用せず、重度の高齢者を在宅で介護している家族の精神的、経済的負担を軽減し、在宅生活の継続、生活状況の向上を図り、介護サービスの増大を抑制しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用実人数	2人	2人	2人	2人	2人	2人

#### 《現状・課題》

介護保険サービスを利用せずに在宅で介護を行っている要介護4又は5の認定を受けられている方の家族等に対して、慰労金を支給することにより精神的・経済的な負担の軽減を図りました。

#### 《今後の方向性》

広報等を活用し制度の周知を行うと共に、関係機関と連携して制度該当者の把握を行い、事業の有効活用を図ります。

### ウ. 家族介護教室

高齢者を介護している家族や近隣の援助者等に対して、介護方法や介護予防について知識や技術を習得する機会を提供することで、要介護者が適切な介護を受けることができるよう支援しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
参加延人員	177人	126人	0人	185人	187人	188人
登録人数	81人	67人	0人	70人	71人	72人
開催場所	3か所	2か所	0か所	3か所	3か所	3か所

#### 《現状・課題》

市民を対象に要介護状態となった方の状態の維持及び改善を目的とした適切な介護知識や技術を習得する場を提供することができました。

また、介護者同士の交流の場ともなり、相談や情報交換などを行うことで日頃抱えている不安や悩みを共有・解消することができています。

#### 《今後の方向性》

介護者の負担を軽減し、在宅生活を支援することからも、引き続き事業の継続を行います。

## (4) 災害・感染症対策に係る体制整備

### ① 災害に対する備えの検討

近年、全国各地で地震、台風、局地的な集中豪雨による洪水や土砂災害など、様々な自然災害が発生しています。各介護サービス事業所等が策定している非常災害対策計画や避難訓練の実施など、非常災害時の体制整備の強化が、多様な自然災害に対応するうえで必要となっています。

このため、日頃から介護サービス事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護サービス事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行うように努め、各介護サービス事業所等の非常災害対策計画策定状況、避難訓練の実施状況など、必要な指導・確認を実施します。

### ② 感染症に対する備えの検討

令和2（2020）年、新型コロナウイルス感染症が世界的に流行し、国内においても、多くの感染者が出ています。介護サービス事業所や地域のサロン、通いの場は、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、集団生活における感染の被害を最小限にすることが求められます。

このため、日頃から介護サービス事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築を図ります。

また、感染症発生時も含め、必要かつ適切な感染症対策が行えるよう、徳島県や保健所、協力医療機関との連携を強化します。

## 第3節 在宅医療・介護連携の推進

医療及び介護双方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域における医療及び介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を提供できる体制の構築を進めています。

2016年度から「在宅医療介護連携推進事業」を吉野川市医師会に業務委託し、市民が安心して自宅で療養生活をおくることができる体制を整備するために、「在宅医療介護連携推進事業協議会」が中心となって施策展開をしています。

### (1) 医療と介護の連携強化

#### ① 在宅医療介護連携推進事業協議会

吉野川市全域で質の高い在宅医療・介護が受けられる体制を整えるため、市内の在宅医療・介護の将来の方向性や在宅医療・介護連携の推進について、在宅医療・介護に関わる医療、介護、福祉の関係者から意見・提言を聴取し協議することを目的に会議が開催されています。

#### 《現状・課題》

協議会は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、介護老人保健施設、病院地域連携室、社会福祉協議会、理学療法士、管理栄養士、保健所、地域包括支援センター、市健康福祉部、長寿いきがい課の27名で開催しています。

協議会では、地域包括ケアシステム（質の高い在宅医療・介護提供体制）の構築に向け、次の事項について協議しています。

- ・在宅医療・介護提供体制の将来の方向性に関する事
- ・在宅医療・介護における多職種連携体制の構築に関する事
- ・在宅医療・介護連携拠点の整備に関する事

医師会担当者会議では、事前に協議項目を検討集約し進行の円滑化を図っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
在宅医療介護連携推進事業協議会	3回	3回	3回	3回	3回	3回
在宅医療介護連携推進事業 医師会担当者会議	3回	3回	3回	3回	3回	3回

#### 《今後の方向性》

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を目指し、入院、退院、在宅復帰を切れ目なく、必要なサービスを受けることができるよう関係機関との連携強化を図っていきます。

## (2) 在宅医療の市民への普及啓発

地域住民に在宅医療、介護、介護予防、介護保険制度などについて、より詳しく知ってもらうために講座や講演会、研修会を開催しています。また、介護予防を自らの責任としてとらえて、若い世代から介護予防に取り組んでもらえるよう介護予防教室を開催しています。

広報よしのがわ、吉野川市および吉野川市医師会のホームページを活用し、本市における介護保険や高齢者の現状、提供可能な介護サービスなどの情報を発信しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
講座開催回数	4回	2回	1回	2回	2回	2回

#### 《今後の方向性》

各地域で講座を開催し、市民への普及啓発に努め、在宅医療・介護・介護予防への理解を深めていきます。

### (3) 在宅医療・介護情報の共有

#### ①地域の医療・介護資源の把握

2018年に医療機関および介護事業者等の情報を収集して「吉野川市在宅医療介護連携事業所マップ」を更新し、市内全世帯、各関係機関に配布しました。医師会ホームページにも情報を掲載しています。また、2019年にケアマネジャー用の在宅医療社会資源一覧表を作成し、配布しています。

#### 《今後の方向性》

より正確な情報を提供するために、医療機関や介護サービス事業者へのアンケート調査を実施し、第8期計画期間中にマップを更新します。また、在宅医療社会資源一覧表についてもアンケート調査を実施し、必要時更新していきます。

#### ②在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討

「在宅医療連携部会」と「医療介護連携部会」では、課題の抽出と課題解決に向けた協議を重ねています。

「吉野川市在宅医療介護連携推進事業協議会」では、各部会の意見を集約して、多様な職種による連携や役割分担、具体的な支援策などについての協議を行っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
在宅医療連携部会	6回	6回	6回	6回	6回	6回
医療介護連携部会	6回	6回	6回	6回	6回	6回

#### 《現状・課題》

「在宅医療連携部会」と「医療介護連携部会」以外に、「在宅医療連携部会」から在宅医療連携勉強会（ピアの会）が2020年に立ち上がりました。

この会では、市の在宅医療の実施において、必要な知識や技術の学びを相互の協力によって行い、在宅医療を必要とする市民の方々が安心して支援が受けられることを目指して在宅医療に関わる担当者の知識やスキルを磨くことを目的に開催しています。

部会や勉強会からは在宅支援の課題を抽出し、対応策を検討しています。

## 《今後の方向性》

今後も、「在宅医療連携部会」や「医療介護連携部会」を通じて、現状把握と課題の抽出、対応策などを検討していきます。

### ③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

切れ目なく在宅医療・介護サービスが提供できるように病院・診療所・入所系サービス、訪問看護ステーション、介護サービス事業者など、多職種との「顔の見える関係」を推進しています。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、取組を強化していきます。

### ④在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

保健所で作成した「退院支援(医療と介護の連携)の手引き」を参考に、「吉野川市退院支援の手引き」を作成し、2015年3月から運用開始しています。さらにこの手引きを活用した新たな情報シートを作成して急性期～回復期～慢性期～終末期まで対象者の情報を、地域の医療・介護関係者間で共有し、切れ目のない支援を提供できる環境づくりをしています。

#### ア.退院支援(医療と介護の連携)の手引きの運用

「退院支援の手引き」とは、退院患者の情報が、医療機関から在宅担当者（ケアマネジャー）へと切れ目なく円滑に引き継がれるように作成された手引き書です。これを運用することによって医療と介護の連携を図っています。また、医療介護連携部会で作成した各種連携シート（入院時情報提供シート 施設→病院、透析患者連携シート、暮らし支援シート）、オレンジシートについても運用することで医療と介護の連携を図っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
退院支援連絡実施率（全体）	70.0%	78.6%	80.0%	85%	85%	85%
退院支援連絡実施率（要介護）	73.9%	80.0%	85.0%	90%	90%	90%

※「退院支援連絡実施率」とは、退院患者のうち、医療機関からケアマネジャーへの患者情報の引継の連絡があったと回答した率

## 《今後の方向性》

今後も、「退院支援の手引き」の運用とともに、各種連携シートの運用についても推進し連携を図っていきます。

### イ. 在宅医療連携部会

在宅療養生活の支援と医療・介護関係者の情報共有を支援する目的で、2か月に1回開催しています。また、2020年度より在宅医療連携勉強会（ピアの会）を立ち上げ、担当者が集まり、医療と介護の連携について課題の抽出を行い、事例検討や勉強会、意見交換会を開催しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
在宅医療連携部会	6回	6回	5回	6回	6回	6回

## 《現状・課題》

在宅支援の課題の抽出、具体的な対応策を検討し、対応策の実施につなげています。

### ウ. 医療介護連携部会の設置

急性期病院の専門職と在宅の医療介護関係者が交流することにより、資質の向上を図るとともに、お互いの顔が見える関係を構築し、対象者への支援を円滑にする目的で、2016年に設置し2か月に1回開催しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
在宅介護連携部会	6回	5回	6回	6回	6回	6回

## 《現状・課題》

医療と在宅での連携の課題などを抽出し、具体的な対応策を検討し、対応策の実施につなげています。

## (4) 医療・介護専門職のネットワークづくり

### ①在宅医療・介護連携に関する相談支援

相談窓口を「吉野川市医師会訪問看護ステーション」に設置して、訪問看護師や介護支援専門員の専門職で各種相談に対応しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
相談件数	—	—	50件	100件	100件	100件

#### 《現状・課題》

地域の医療・介護従事者からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供などを支援する相談窓口を設置しています。

#### 《今後の方向性》

地域の在宅医療と介護の関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療と介護の連携に関する相談支援を行っていきます。

### ②医療・介護関係者の研修

研修会の企画立案は、在宅医療連携部会および医療介護連携部会で行っています。慢性心不全、慢性腎不全、糖尿病、認知症、終末期などをテーマに知識の取得や技術・技能の向上に向けて研修を開催し、連携の在り方についても検討をしています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
研修会	7回	8回	1回	7回	7回	7回
研修会（グループワーク）	0回	0回	0回	1回	1回	1回

#### 《現状・課題》

知識の習得や地域の医療・介護関係者の連携を踏まえた研修を開催しています。

#### 《今後の方向性》

知識の習得や技術・技能の向上を目的とする研修ばかりでなく、事例検討なども取り入れた多職種によるグループワークを定期的に行って、お互いの顔が見える関係づくりを構築していきます。

## 第4節 認知症施策の総合的な推進

日本の認知症高齢者数は、2018年時点で約462万人と推計されており、2025年には675～700万人、65歳以上の5人に1人に達することが見込まれています。

令和元年（2019）6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として、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・国際展開の5つの柱に基づいて施策が推進されています。

### （1）認知症の予防

#### ①認知症講演会・介護予防講演会の開催

##### 《現状・課題》

認知症講演会、介護予防講演会とも年に1～2回開催し、市民を対象に認知症や認知症予防についての講演会を開催し、認知症の理解を深めています。

多数の方に参加してもらえるように周知活動に取り組んでいく必要があります。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
講演会 参加者数	221人	206人	44人	200人	210人	230人
講演会 開催回数	2回	2回	1回	2回	2回	2回

##### 《今後の方向性》

認知症、認知症予防に関する講演会を今後も開催していきます。

## ②介護予防教室（認知症予防）の取り組み

認知症の主な原因疾患はアルツハイマー病と脳血管障がいです。認知症のメカニズムはまだ全て解明されていませんが、これら疾患に関する因子も明らかになってきており、その予防法が提唱されています。市では、「介護予防教室」として作業療法士による認知症予防講座（楽しい脳体操）等を開催して、認知症予防の知識や方法の普及啓発に取り組んでいます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
介護予防教室参加者数 （楽しい脳体操）	373人	374人	220人	400人	420人	420人

### 《現状・課題》

作業療法士による、楽しい脳体操等を通じて認知症予防の知識や方法を知る機会を提供しています。また、物忘れチェックを行い、必要に応じて個別の対応を行っています。

### 《今後の方向性》

作業療法士による楽しい脳体操等を通じて、認知症予防の知識や方法の普及啓発に取り組んでいきます。

## (2) 認知症ケアパスと相談支援体制の推進

### ① 認知症ケアパスの作成・普及

市内の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等に対しては、認知症ケアパスの周知を行っています。

認知症の相談対応時については、家族に対しケアパスを用いて、認知症に関する情報提供を行っています。

#### 《現状・課題》

2018年に認知症ケアパス（認知症ガイドブック）を修正し、配布・周知を行っています。認知症の相談を受けた際や介護保険サービス利用者に支援者から家族に対して認知症ケアパスを用い、認知症に関する情報提供を行っていただいています。また、認知症サポーター養成講座等においても認知症ケアパスを活用し説明を行っています。

#### 《今後の方向性》

ケアパスだけでは認知症の病気や対応方法について、家族への指導が十分にできないため、認知症の周辺症状の対応方法などを記載した家族用の指導用資料を今後作成予定です。

## ②相談・支援体制の充実

### ア. 認知症地域支援推進員の活動

認知症になっても地域での生活を継続するためには、医療・介護及び生活支援を行う様々なサービスが連携したネットワークを築き、認知症の人たちにとって効果的な支援を行うことが重要です。認知症地域支援推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とし、地域の様々なサービスや関係機関のコーディネートを担当して活動しています。

介護予防教室の楽しい脳体操の講座では物忘れチェックを行い、フォローが必要な方に関して必要時には地域包括支援センター（認知症初期集中支援チーム）と連携を取り支援をしています。また、市に相談がある認知症のケースで支援が必要な場合にも地域包括支援センターと連携を取り支援をしています。

市と地域包括支援センターは、月1回認知症地域支援推進員定例会を開催し、相談支援状況の報告や認知症地域支援推進員の活動状況などについて情報交換や課題に対する意見交換などを行っています。

地域包括支援センターの専門職は、認知症に関する相談・支援体制の充実に取り組んでいます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
認知症地域支援推進員数	1人	1人	2人	2人	2人	2人

#### 《現状・課題》

市内居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等については、認知症の相談を受けた際や介護保険サービス利用者については、担当ケアマネジャーから、家族に対して認知症に関する情報提供にケアパスを用いて説明をしています。しかし、ケアパスだけでは認知症の病気や対応方法について、家族への指導が十分にできないため、認知症の周辺症状の対応方法などを記載した家族用の指導用資料を今後作成予定です。

#### 《今後の方向性》

認知症地域支援推進員は、認知症の人やその家族の相談支援、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るため、地域の様々なサービスや関係機関のコーディネート、社会参加活動のための体制整備を推進していきます。

### (3) 認知症の早期発見・早期支援の取り組み(認知症初期集中支援チーム)

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域包括支援センターに「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築できるように取り組んでいます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
集中支援チーム対象者 (実人員)	26人	44人	50人	50人	53人	55人
認知症総合相談件数	86人	106人	115人	120人	140人	160人

#### 《現状・課題》

地域の医療機関（主治医）とは、顔の見える連携が図れるように個々のケースを通して活動をしています。

介護支援専門員や近隣住民、地域住民の生活状況を把握している民生委員等に対して周知の取り組みに努め、チームの存在がより地域に定着していくように進めていく必要があります。

#### 《今後の方向性》

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の環境で暮らし続けられるために、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを引き続き行っていきます。

## (4) 地域における支援体制の強化（認知症サポーター養成講座）

### ① 認知症サポーターの養成及び見守り

#### 《現状・課題》

現在、認知症になっても家族や周囲の人の理解と気遣いがあれば、穏やかに住み慣れた地域で尊厳を持ち、安心して暮らしていくことが可能です。認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場で認知症の人や家族を温かく見守り支える「応援者」を養成する認知症サポーター養成講座を行っています。

2016年度、2019年度に認知症サポーター養成講座の講師役となる市民キャラバン・メイト養成研修を開催し、市民メイトが67名養成されています。養成後は、年に1～2回市民キャラバン・メイト連絡会を開催し、キャラバン・メイトの活動支援を継続して行っています。また、その都度、相談があれば協力支援を行っています。

市民キャラバン・メイトは地域住民を対象として、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の正しい理解を目的として普及啓発活動等に取り組んでいます。市民メイトが企画する認知症サポーター養成講座開催にあたり、必要に応じて支援を行っています。

認知症サポーター養成講座は、毎年、市内の小中学校・高等学校に照会し、希望校には講座を開催しています。また、職域については出前講座の希望があれば開催しています。また、社会福祉法人等においても認知症サポーター養成講座を開催しています。

2017年度から希望者には、認知症サポーター登録制を始めました。登録者にはフォローアップ研修会を開催し、認知症の方を支える地域のネットワークの一員として活動ができるように働きかけています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
認知症サポーター数	518人	370人	94人	400人	430人	470人

※2020年12月1日現在 認知症サポーター数 4,760人（市と市民メイト実施分）

### 《今後の方向性》

認知症サポーター養成講座の際に認知症サポーターが地域でできる活動事例等を紹介することや活動につなげるための取り組みを推進していきます。また、認知症の人と地域で関わる人が多いことが想定される関係機関の職員に認知症の理解を深めてもらうため、認知症サポーターについて周知し、受講を勧めることにより、認知症に気づき、関係機関への速やかな連絡等、連携ができる体制整備を進めていきます。

小学校・中学校・高等学校での認知症サポーター養成講座の開催等を利用した認知症に関する正しい理解の普及を進めていきます。

## (5) 認知症の人と家族介護者への支援の充実

### ① 認知症の方と家族のつどい

#### 《現状・課題》

認知症の人や家族等への相談支援、認知症の人と家族のつどい（吉野川市オレンジのつどい）を年6回開催しています。認知症の人と家族の会徳島県支部の世話人、鴨島病院作業療法士をアドバイザーとして介護者同士の交流、つどい、認知症や介護に関する学習や情報交換、個別相談を実施しています。

認知症サポーターやキャラバン・メイトが参加され、参加者同士の仲間意識が高まっており、認知症の人と家族のつどいの場からチームオレンジの活動に向けて準備を進めています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
家族のつどい回数	8回	7回	5回	6回	6回	6回
参加者数	69人	58人	50人	60人	65人	70人

#### 《今後の方向性》

認知症サポーターやキャラバン・メイト、チームオレンジのメンバーとともに認知症の人と家族介護者の支援として「認知症の人と家族のつどい」を継続して開催していきます。

## ②認知症カフェの開設

オレンジカフェでは、認知症の人やその家族、各専門職や地域住民が集い、お互いに交流をしたり、情報交換を行っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
実施か所数	0か所	0か所	0か所	1か所	1か所	2か所

### 《現状・課題》

介護保険事業所が実施主体のオレンジカフェは、現在市内で2か所あります。定期的な開催をしていますが、参加者が少ない課題を抱えている事業所もあります。

### 《今後の方向性》

現在、介護保険事業所（川島町・山川町）において、認知症カフェは独自で開催をしています。市ではチームオレンジのメンバーとともに認知症カフェの開設に向けて計画を進めていく予定です。また、つどいの参加者をカフェの参加につながるように促していきます。

## ③「認知症初期集中支援チーム」との連携による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

認知症地域支援推進員（認知症初期集中支援チーム員を兼務）が相談対応し、各関係機関と連携しながら支援を行っています。

### 《現状・課題》

認知症地域支援推進員だけで全ての相談に対応することは困難ですが、地域包括支援センター内に認知症地域支援推進員が配置されていることから専門職と連携・調整がしやすい状況です。また、認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼務しているため、チーム員との連携やサポート医、各関係機関との連携が図りやすい状況です。

## (6) 地域のネットワークづくり

### ①医療機関及び各関係機関等との連携

関係機関とは、個々のケースに応じて相談・連携をしています。

#### 《現状・課題》

認知症の人やその家族が状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関との連携を行い、医師会や認知症サポート医、認知症専門医等とのネットワークを形成し、個々のケースに応じて相談・連携をしながら支援を行います。

#### 《今後の方向性》

今後も個々のケースを通し、医師会や近隣の精神科医療機関、関係機関等との連携を図っていきます。

### ②サポート医や認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援

処遇困難事例について、認知症サポート医には支援の方向性を相談し、連携をとりながら個別支援を行っています。

#### 《現状・課題》

処遇困難事例について、認知症サポート医には支援の方向性を相談し、連携をとりながら個別支援を行っています。

#### 《今後の方向性》

今後、認知症疾患医療センター専門医との連携が必要なケースが出てくれば連携をとっていきます。また、認知症サポート医とは、連携をとりながら継続した個別支援を行います。

### ③認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

医療と介護に関わる多職種が一堂に会し、認知症に関する研修を通じ、地域における認知症施策についての意識の向上と共通理解を推進するとともに、地域の課題に対する具体的方策を講じている。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
参加者数	147人	110人	50人	120人	120人	120人

#### 《現状・課題》

認知症多職種協働研修会を年2回開催しています。

#### 《今後の方向性》

認知症に関する研修、事例を通して多職種間の検討を行い、多職種がお互い顔の見える関係づくりや認知症に関する知識の習得、研鑽を深める必要があるために継続して研修会を開催していきます。

## 第5節 地域で支えあう仕組みづくりの推進

---

### (1) 支えあい活動の推進

#### ①生活支援・介護予防サービスの充実

生活支援・介護予防サービスの充実を図るため、市が中心となって元気な高齢者を始め、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO や社会福祉法人、地縁組織や民間企業などの多様な主体と連携を図りサービスの提供体制を構築し、高齢者等を支える地域の支え合いの体制づくりを実施していくにあたり、生活支援体制整備（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置等）の充実強化を図ります。

#### 《現状・課題》

現在、通所型サービスと訪問型サービス、通所型サービス A と訪問型サービス A を実施し、生活支援・介護予防サービスの提供を行い対応しています。今後、「生活支援」・「介護予防」をより豊かに充実させていくため、多様なサービス類型への取り組みについて考える必要があります。

#### 《今後の方向性》

単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増しています。ボランティアや NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することを支援します。また、高齢者にとって社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながるため、住民主体の支援活動の推進を図ります。

## ②生活支援コーディネーターの配置

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘など、地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行う生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)を複数配置し、生活支援体制の整備を行っていきます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
配置人数	1人	1人	3人	3人	3人	3人

### 《現状・課題》

第1層協議体に1名、第2層協議体に2名の生活支援コーディネーターを配置しています。

### 《今後の方向性》

生活支援等サービスの提供体制の構築に向けて、地域のニーズや社会資源の把握をするとともに、その情報を常に更新し、より良いモノとなるよう、事業を推進していきます。

## ③協議体の設置

第一層協議体については、市が主体となり、地域におけるニーズや地域資源の情報共有・連携強化及び情報の集約化による地域課題や実態把握などを行う場として取り組みます。第二層協議体においては、住民主体の活動を広める視点から地縁組織や意欲ある住民の参加が必要となるため、積極的に地域住民の参加が得られるような場として設置します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
配置人数	0か所	5か所	5か所	5か所	5か所	5か所

### 《現状・課題》

協議体は、特定の事業者の活動の枠組みを超えた視点に立ち、様々な主体の参画を得て地域の課題やニーズを共有し、地域づくりの目的や方針の共通認識を作り、協働して資源開発などを進める場であり、生活支援コーディネーターの活動に組織的な裏付けを付与していくことが必要となります。

### 《今後の方向性》

生活支援サービスの充実に向けて、支援を必要とする利用者に最適なサービスが提供できるように、できるだけ多くの地域の主体や元気な高齢者などの参加を得て、求められるサービス（通院や買い物など移動手段の確保、居場所づくり、見守り活動など）が提供できる体制や基盤づくりを進めるとともに、地域で役割を持ち続けられる住民主体の活動の場や機会をつくる為の支援を行い、生活支援や介護予防などの助け合い活動にも自然につながっていく視点に立った取り組みを進めます。

## (2) 高齢者見守り施策の推進

### ① 高齢者見守りネットワークの推進

高齢者の安否確認や認知症が疑われる高齢者の連絡について、協力事業者から地域包括支援センターに連絡があった場合、認知症が疑われる高齢者については、認知症支援推進員が関係機関と連携を取りながら支援しています。

### 《現状・課題》

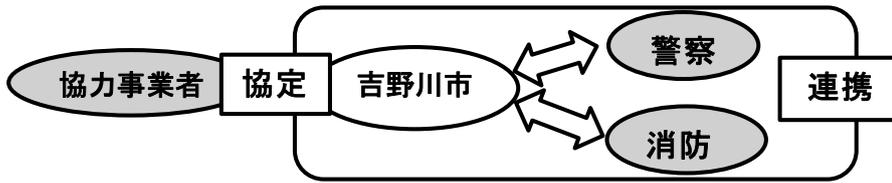
今までに水道検針事業者や郵便局、警察等より、認知症が疑われる高齢者の連絡や安否確認について地域包括支援センターに連絡が入っています。該当するケースがあれば、その都度連絡をいただいております、連携を取りながら対応をしています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
登録事業所	59か所	60か所	61か所	63か所	64か所	65か所

### 《今後の方向性》

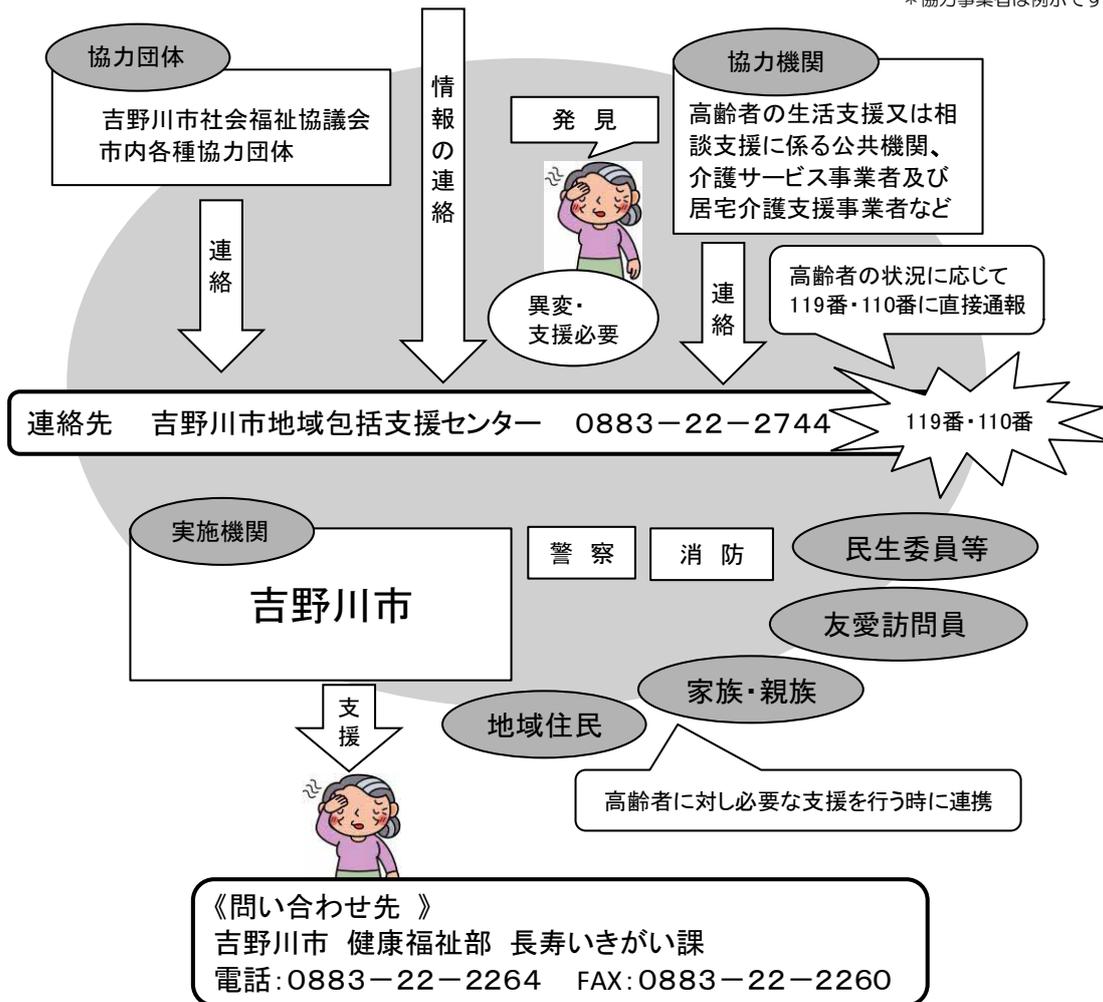
今後も必要に応じて関係機関と連携を図り、円滑な見守り活動の充実に努めていきます。

# 吉野川市高齢者見守りネットワーク連携体制



協力事業者の例	
生活関連事業者	・電力会社 ・ガス会社 ・水道事業者
高齢者世帯に配達する民間事業者	・新聞販売者 ・郵便局 ・宅配事業者 ・牛乳販売店 ・乳酸菌飲料販売店 ・生活協同組合 ・農業協同組合 ・配食サービス事業者
高齢者が生活上立ち寄る民間事業者	・スーパー、コンビニエンスストア、商店、商店街、 ・銀行、信用金庫、信用組合 ・鉄道、バス、タクシー会社
司法関連事業者	・司法書士、行政書士事務所

\*協力事業者は例示です。



## ②地区社協の活動

本市では、市内 14 地区に地域住民で構成されている地区社会福祉協議会が組織されています。公的なサービスだけでは全てを解決することができない地域の問題や課題の解決に向けて、自治会、民生委員児童委員、老人クラブや当事者団体など地域内の関係団体と協力して、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の方などの見守り（小地域福祉ネットワーク）の構築や交流食事会、配食サービスなど、地域の人気軽に参加することができるサロン活動なども行い、住民福祉の向上を図っています。

### 《現状・課題》

世界に例を見ないスピードで高齢化が進んでおり、環境の変化とともに核家族化の進行、高齢者の一人暮らし世帯の増加など人々の「絆」が希薄化していることにより、地域の支え合い、助け合いなどの地域の福祉力を高めていくことの大切さが再認識されています。それぞれの地域事情に則した援助活動を出発点とし、地域全体をつなぐネットワーク活動へと発展させることによって「福祉のまちづくり」を地域住民全体で推進していくことが目標となります。また、ネットワーク対象者が増える反面、その方たちを支援する福祉協力員等の担い手が減少しているという現状もあります。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
福祉協力員数	339 人	242 人	250 人	250 人	260 人	280 人
対象者数	1,014 人	1,103 人	1,150 人	1,200 人	1,250 人	1,300 人
活動延回数	57,133 回	58,550 回	59,000 回	59,300 回	59,500 回	59,800 回

### 《今後の方向性》

公的な福祉サービスの枠組みには必ず限界があります。私たち住民の生活ニーズや安心感を充足していくためには、公的サービスだけでなく、住民相互の支え合いが必要不可欠です。地域の希薄化した人間関係を修復したり、家族の機能を補完したり、介護者の負担を和らげる在宅福祉サービスの利用を促進したりするなど公私の社会資源を有効に活用するなど、寄り添う福祉の具現化を目指します。

### ③地域自立生活支援事業

#### ア. 高齢者住宅等安心確保事業

鴨島呉郷県営住宅内のシルバーハウジング入居者高齢者に対し、生活援助員を派遣し、高齢者の安否確認、生活相談等の支援を実施しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
安否確認	6,533件	5,774件	5,012件	5,800件	5,850件	5,900件
緊急通報等	3件	1件	6件	6件	6件	6件
心配事相談	70件	34件	24件	25件	25件	25件

#### 《現状・課題》

一人暮らし高齢者や高齢者世帯の方が入居している高齢者住宅に生活援助員を派遣することにより、24時間体制での緊急時の対応、日常の生活指導や相談に関する関係機関との連携や連絡調整を行うことで、入居者が安心して日常生活を送ることができています。

また、レクリエーション等を通じて入居者間のコミュニケーションが図られ、元気で生きがいを持って生活をできる環境を提供することができました。

24時間体制のため、生活援助員の負担が大きく、援助員の確保が課題です。

#### 《今後の方向性》

入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、引き続き生活援助員を派遣します。

#### ④緊急通報体制整備

慢性的な疾病等により、常時見守りを必要とする一人暮らし高齢者及び重度身体障がい者等を対象に、緊急通報装置を貸与することで急病や災害等に迅速かつ適切な対応を図り、安心・安全を提供できるよう体制を整備しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
整備件数	74件	62件	60件	80件	90件	90件

##### 《現状・課題》

心臓等に疾患を持ちながら在宅で生活を行う高齢者に対し、日常生活を送る中で安心を提供しました。また、緊急時には速やかに親族を含み支援者に連絡を取ることで、救急搬送につなげるなど適切な対応が図られています。今後、山間部、僻地等に居住の高齢者や慢性的な疾患及び転倒がある高齢者等への利用について検討が必要です。

##### 《今後の方向性》

定期の安否確認や緊急時に適切な対応を図ることにより、高齢者が安心して日常生活を送れるよう、引き続きサービスを継続していきます。

## ⑤避難行動要支援者支援の推進

寝たきり、一人暮らしの高齢者、後期高齢者世帯等の名簿を整備し、民生委員・児童委員、消防署、自主防災組織等に情報を提供し、災害時には要支援者の安否確認や避難支援に活用されます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
名簿登録者数	4,385人	4,328人	4,207人	4,200人	4,200人	4,200人

### 《現状・課題》

登録者数が減少傾向にあり、避難行動要支援者名簿についてさらなる周知を行い、名簿への新規登録と名簿の登録内容の充実を図る必要がある。

毎年、新たに名簿登録対象者の要件に該当した方に登録申請書を郵送で送付しているが、返信数が少ない。

近隣住民同士のつながりを強化し、地域支援者の協力を得て、支援体制を強化・構築していく必要がある。

### 《今後の方向性》

民生委員・児童委員を通じた制度の周知や広報誌を活用することで、支援を必要とする方にひとりでも多く登録していただけるように働きかけを行い、個々の防災意識向上を図ります。

また、申請書の提出（本人の同意）があった方については、平常時より要支援者に関する情報の把握と共有を図ることで情報の伝達や安否確認など、災害時において迅速な避難支援が行えるよう支援体制の整備を進めます。

### (3) 権利擁護の推進

#### ① 高齢者虐待の防止

高齢者虐待の防止、迅速かつ適切な保護及び支援を行うため、吉野川市高齢者虐待防止ネットワーク協議会により、市内の関係機関、団体等との連携の強化及び民間団体の支援等必要な体制の整備に努めています。

##### 《現状・課題》

虐待事案、虐待の恐れのある事案に対しては、吉野川市地域包括支援センターと連携し、見守りの継続と情報収集を行い、状況の改善に取り組んでいます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
虐待に関する相談	16件	11件	20件	18件	18件	18件

##### 《今後の方向性》

虐待については、相談件数だけでは把握できない潜在的なケースがあると推察されます。そのため、虐待発見には第三者からの連絡、通報が重要となることから、相談窓口の周知を図るとともに関係機関の連絡網の整備に努めます。

## ②成年後見制度の活用

認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等で必要と認める場合には、成年後見制度の利用助言及び申立に係る審判の請求手続きやその経費についての助成を行っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
助成件数	1件	5件	5件	7件	7件	7件
市町申立て	5件	5件	5件	5件	5件	5件

### 《現状・課題》

自身の判断能力が低下した高齢者に対して、法律行為を支援する者を家庭裁判所が選任することで本人の権利を守るもので、制度の利用が必要と思われる高齢者に助言等を行うと共に、必要に応じて市長による審判の請求を行い高齢者の権利擁護に努めました。

### 《今後の方向性》

成年後見制度利用を推進するため、広報等を活用し広く市民に周知すると共に、制度説明や申立手続きに係る助言を引き続き行います。

また、市長申立に該当するケースがあった場合、速やかに申立を行い、高齢者の権利擁護に努めます。

### ③日常生活自立支援事業の実施

高齢や障がいにより、一人では日常生活を送ることに不安がある方たちが地域で安心して生活を送ることができるよう、社会福祉協議会が本人との契約に基づき、福祉サービスの利用援助を中心に日常的な金銭管理や書類預かり・保管などの支援を通して、高齢者や障がいのある方たちの権利擁護を図っています。

#### 《現状・課題》

個別ケースの複合的な生活課題を始め、生活保護制度との連携や成年後見制度への移行など、本事業が果たしている役割を評価するとともに、引き続き支援を行います。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用者数	25人	24人	25人	25人	30人	35人
相談件数	2,426件	3,414件	3,500件	3,600件	3,700件	3,800件

#### 《今後の方向性》

支援内容が複雑化する状況の中で事業の信頼性を高め、継続的・発展的な事業の推進を図ります。また、各種研修会への参加や定例的に生活支援員研修会を開催することでサービスの資質向上に努めます。

#### ④消費者被害防止施策の推進

特殊詐欺や訪問販売に関するトラブルや消費者被害が高齢者に多い状況であることに鑑み、高齢者向けの啓発活動や出前講座について、より多くの高齢者が集まる開催日程・場所で、より効果的な内容となるよう検討します。

多発する被害の事例等についての情報提供や注意喚起についても、広報誌やホームページを有効に活用しながら、高齢者に特化した手段による周知も併せて行います。

改正消費者安全法の規定による消費者安全確保地域協議会を設置することにより、高齢者を取り巻く家族、近隣住民、医療・介護関係者、警察等が気を配り、何か兆候が見られたら市消費生活センターへ繋ぐネットワークを構築し、消費者被害の防止、早期発見に努めます。

##### 《現状・課題》

相談者の約半数が60歳以上であり、相談内容では葉書やメールの架空請求やインターネット光回線のトラブル、還付金詐欺に関する相談が多くなっています。

##### 《今後の方向性》

消費生活センターにおいて相談の受付、特殊詐欺の注意喚起・情報提供を継続するとともに、消費者安全確保地域協議会と連携し、特殊詐欺被害を未然に防ぐための取組を行う。

## (4) 生きがいづくり支援

### ① 高齢者の生きがいと健康づくり事業

高齢者が家庭・地域等で豊かな経験と知識・技能を活かして、社会参加をし、生きがいを持つことができる環境を整えるとともに、家に閉じこもりがちな高齢者に対しても、社会的孤立感の解消及び自立生活を支援します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用申請者数	2,398人	2,554人	2,600人	2,650人	2,700人	2,750人
延利用者数	4,869人	4,842人	2,000人	4,000人	4,500人	5,000人

#### 《現状・課題》

高齢者が地域とのつながりを感じ、健康で生きがいをもって社会参加ができるように環境を整備し、高齢者の社会的孤立感の解消及び自立支援を行います。申請者数が少しずつ増えつつありますが、同時に利用者の高齢化も進んでおり、より多くの高齢者に利用してもらうため、事業内容の検討が必要となります。

また、2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり事業の延利用者数が大きく減少することが予想されます。今後感染対策を十分にとった上でどのような事業が可能となるか模索していく必要があります。

#### 《今後の方向性》

高齢者が生きがいを感じながら地域活動に積極的に参加するきっかけとなるよう、各種団体と協力し、活動内容の充実を図ります。

## ②老人クラブ

高齢者の生きがいづくり、社会参加等により、高齢者が自立した生活を送れるように、関係機関と連絡調整し、老人クラブの自主的運営の支援を行います。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
単位クラブ数	36クラブ	36クラブ	36クラブ	37クラブ	37クラブ	37クラブ
会員数	2,158人	2,158人	2,123人	2,200人	2,300人	2,400人
組織率（60歳以上）	12.0%	12.0%	11.9%	12.0%	12.5%	13.0%

### 《現状・課題》

大幅な会員数の変化はありませんが、新規加入者の減少により、会員の高齢化が進んでいます。高齢者の生きがいづくりのため、高齢者が積極的にクラブに参加できる環境を整え、加入促進に努めます。

### 《今後の方向性》

高齢者の社会参加や生きがい活動を行う場として、スポーツや文化活動の充実を図り、活動が一層活発になるよう支援します。また、主体的な活動をさらに促進するため、リーダーの育成に取り組みます。

## 第6節 地域における安心生活の確保

### (1) 施設福祉サービスの充実

#### ① 養護老人ホーム

65歳以上の高齢者で、環境上の理由及び経済的理由により、居宅において生活することが困難な人を対象として、日常生活上必要なサービスを提供する施設です。現在の定員は、100人です。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
入居者数	99人	97人	95人	96人	96人	96人

#### 《現状・課題》

核家族化や高齢化に伴う一人暮らし及び低所得高齢者の増加により、常に満床状態にあります。また、既入所者の要介護度の高度化に伴い、その方の生活環境、身体及び精神状況を十分に把握した上で、介護保険関連施設の入所も考慮に入れた慎重な対応が求められるようになっていきます。

#### 《今後の方向性》

家族・住宅等、環境上の理由及び経済的事由により居宅において生活することが困難な高齢者が施設を利用することで、それぞれの能力に応じた生活を安心して送ることができるよう援助を行います。

今後、高齢化の進行に伴い、認知症等による要介護状態にある高齢者や、被虐待高齢者の入所相談が増えると予想されるため、関係部署との連携、体制の充実を図ります。

## ②老人福祉センター

高齢者の各種の相談に応じるとともに、健康増進、教養の向上及びレクリエーション等の便宜を総合的に提供し、健康な生活づくりを支援しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
延利用者数	30,090人	24,899人	10,000人	30,000人	31,000人	32,000人

### 《現状・課題》

毎年多くの高齢者が利用し、憩いの場となっています。2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け活動の自粛等により利用者の減少が見られるため継続して感染予防を徹底した上で、施設の運営実施を通じて高齢者の健康な生活づくりを支援していく必要があります。

### 《今後の方向性》

地域の高齢者がいきいきとした生活を送るためにレクリエーション等の活動が活発になるよう環境を整え、高齢者の生きがいづくりを支援していきます。

### ③高齢者生活支援ハウス

60歳以上の方で、自宅での生活に不安がある方に、必要に応じ一定期間部屋を提供する、在宅福祉施設です。現在の吉野川市の定員は5人です。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用者数	1人	1人	2人	5人	5人	5人
利用日数	72日	18日	40日	150日	150日	150日

#### 《現状・課題》

核家族化や独居高齢者が増加する中、生活不安の解消、福祉の増進に寄与しています。制度について周知する取り組みの継続が必要です。

#### 《今後の方向性》

高齢者が安心して健康的な生活を送れるよう支援し、高齢者福祉の増進のため、事業委託者と連携し、適切な事業運営と周知に努めます。

#### ④有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け賃貸住宅

有料老人ホームは、高齢者が食事の提供や健康管理、介護サービスなどを受けながら生活を送る施設で、介護付（介護専用型・混合型）、住宅型、健康型の3つのタイプがあり、民間事業者により整備運営を行っています。

サービス付き高齢者向け賃貸住宅は、高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する施設です。

	施設数	定員数
有料老人ホーム	2 施設	26 人
サービス付き高齢者向け賃貸住宅	3 施設	92 人

令和2年12月時点

#### 《現状・課題》

核家族化や高齢化に伴う一人暮らし及び低所得高齢者の増加や様々な家族の要因等により、利用希望者は多く、常に満床状態にあります。

#### 《今後の方向性》

今後も徳島県と連携を図り、支援が必要な高齢者やその家族が、サービスを選択し、安全に安心して利用できるよう、施設の設置状況や入居者状況についての情報収集に努めます。

## (2) 在宅福祉サービスの充実

### ①「食」の自立支援事業

身体的・精神的な理由で調理が困難な要介護高齢者等に対して、健康で自立した生活を送ることができるよう、栄養管理された食事を提供するとともに、訪問による安否確認・状況把握を目的として実施しています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
利用実人員	17人	16人	16人	16人	17人	17人
利用延回数	1,040回	990回	1,060回	1,060回	1,100回	1,100回

#### 《現状・課題》

調理が困難な高齢者に対し、バランスの取れた食事を提供することで、健康維持、暮らし慣れた在宅での生活ができるよう支援しています。また、定期的に配食を直接受け渡すことで、体調の変化や安否確認を併せた見守り活動もできています。

#### 《今後の方向性》

利用者の生活実態を十分に踏まえ、適切な事業運営を図りながら継続してサービスの提供を行います。

## ②高齢者住宅改造助成事業

身体の虚弱化等により、日常生活で何らかの介助を要する高齢者のいる所得税非課税世帯において、トイレ、手すり、風呂、段差の解消等の助成を行います。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
改造件数	0件	0件	0件	1件	1件	1件

### 《現状・課題》

事業の利用者は多くありませんが、高齢者の人口増加に伴い、自宅での生活を希望する介護が必要な高齢者の増加が予想されるため、事業を広く知ってもらうための取り組みを継続します。

### 《今後の方向性》

本事業は徳島県長寿社会づくり支援統合補助事業により実施。県ありきの事業のため県が縮小の方向にならない限り継続。

## 第7節 サービスの質の向上と適正利用の促進

### (1) 地域密着型サービス連絡協議会

吉野川市の地域密着型サービス事業所を対象に、日常的な業務の円滑な実施を支援し、サービス事業所の専門職の相互の情報交換等による資質の向上を図っています。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
連絡協議会	2回	0回	0回	2回	2回	2回

#### 《現状・課題》

2010年度から連絡協議会を開催して、地域密着型サービス事業所が持ち回りで講師役を担ってきていましたが、業務量が増えて準備に要する時間的余裕が無くなってきております。現在は、実地指導や制度改正等についての共通認識の場になっています。

#### 《今後の方向性》

地域密着型サービス事業所の専門職を対象に会を開催し、専門職のスキルアップができる内容を実施して、質のよいサービスを提供することができるように支援を行います。

## (2) 事業所監査指導

毎年、ケアプランの提出をしてもらいチェックなどを行います。また、3年に一度、実地指導を行うことで、利用者に対する適切な介護サービスを確保します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
指導数	19件	20件	18件	18件	18件	14件

### 《現状・課題》

現在、市内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護について、吉野川市が指定権限を有する地域密着型サービス事業所を対象に、指定期間内に1回以上の実地指導を行うことを基本とし、必要に応じて追加指導も行っています。

2018年度から居宅介護支援に対する指定権限が市町村等に委譲され、また、介護予防・日常生活支援指定事業者も市の指定権者となったため、実地指導対象事業所が大幅に増えました。

### 《今後の方向性》

実地指導対象事業所が増加していますが、継続して全ての事業所を対象に実地指導を行い、重点指導項目を設けると共に集団指導の実施等、指導監督の効果的・効率的な実施に努めます。

### (3) 介護給付適正化事業

専任の介護支援専門員が、ケアプランの点検や医療情報との突合、住宅改修や福祉用具貸与、特定福祉用具購入等の点検を行い、介護給付の適正化に努めています。

不適切な給付がないかケアプラン等の点検を強化するとともに、介護支援専門員の資質の向上に努めます。

#### ① ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め、市職員（介護支援専門員）の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確認するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
ケアプラン数	18,079件	18,539件	18,900件	18,900件	18,900件	18,900件
ケアプラン点検数	471件	461件	461件	500件	500件	500件

#### 《現状・課題》

ケアプランのチェックを行うことで、不適切と思われるサービスについて事業所への聞き取りや指導を行っています。

#### 《今後の方向性》

継続して、介護給付の適正化に努めます。

## ②住宅改修の点検

住宅改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検を行って、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を改善します。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
点検数	212件	219件	219件	220件	220件	220件

### 《現状・課題》

工事着工に至るまでに利用者、ケアマネジャー、施工業者の3者で協議の機会を設け利用者の生活環境や身体状況に見合った改修計画を練った上で住宅改修に係わる理由書の提出をケアマネジャーに求めています。

理由書の確認および承認に関しては、各個人の調査資料に基づき身体状況などを確認した上で介護保険法に則った部分について適正に執行ができていると評価しますが、工事見積書の内容などは専門性と知識が求められることが多く全国平均レベルの十分な適正化ができているかと問われれば不十分な部分も未だ多く見受けられます。

### 《今後の方向性》

書面上のやりとりだけではなく、実地確認が必要だと思われる案件に関しては積極的に実地確認を行うようにしていきます。また住宅改修に係わる理由書を作成するケアマネジャーには住宅改修に係わるアセスメントや理由書の書き方等について必要があると認められた際には指導を行い、次回以降の適正化にも繋がられるようにします。

### ③福祉用具購入・貸与調査

福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を改善し、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を勧めます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
点検数	209件	205件	205件	210件	210件	210件

#### 《現状・課題》

福祉用具の購入後にケアマネジャーおよび福祉用具専門相談員に対して購入をする理由を付した福祉用具購入費支給申請書の提出を求めています。その際には各個人の調査資料を閲覧し本人の身体状況に適した福祉用具を選択しているか、それに見合う理由が記されているか確認を行います。

しかしながら住宅改修と異なり、福祉用具購入については購入後の申請となるためその案件に対する適正化は困難であり、ケアマネジャーに指導を行うことでの次回以降の案件の適正化に繋げています。

福祉用具貸与に関しては国民健康保険団体連合会から毎月伝送されるデータに基づいて介護度や身体状況に見合った福祉用具が選択されているか確認を行い、必要がある場合に限りケアマネジャーに指導を行っています。

#### 《今後の方向性》

福祉用具の購入および貸与についても、どの利用者に対しても同一の福祉用具を選択する、過大なオプション機能が付随している利用者目線での福祉用具の購入など、利用者に合った福祉用具の選択ができていないことが見受けられた際にはケアマネジャーに対して指導を行います。

#### ④介護給付費通知

市から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知を年に2回行い、受給者や事業者に対して適切なサービス利用を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な利用に向けた抑制効果のために行います。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
通知	2回	2回	2回	2回	2回	2回
通知数（前期）	2,585件	2,594件	2,594件	2,600件	2,600件	2,600件
通知数（後期）	2,582件	2,574件	2,594件	2,600件	2,600件	2,600件

#### 《現状・課題》

現在は、年2回の通知をしていますが、回数や通知内容の見やすさの改善などを検討します。

#### 《今後の方向性》

継続して、介護給付費の適正化につなげていきます。

#### ⑤医療情報との突合・縦覧点検

医療情報との突合は、国民健康保険団体連合会に委託して入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除を図ります。

縦覧点検は、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処理を行います。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
点検数	195件	207件	210件	210件	210件	210件

### 《今後の方向性》

国民健康保険団体連合会および本市国保年金課と情報共有を行うことで介護保険給付の適正な執行に努めます。

### ⑥事業者への指導監督

市が指定権限を有する地域密着型サービス事業所に対し指導監督を行います。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
指導数	7か所	8か所	5か所	7か所	6か所	7か所

#### (4) 介護人材の確保及び業務の効率化

介護ニーズが高度化・多様化する中、身近な場所で研修が受講できるように設定し、介護職員の育成・専門性向上のための研修や医療と介護の連携強化を図る研修などを実施します。

また、介護人材の裾野を広げる施策として、子どもから高齢者まで幅広い世代の地域住民に対して介護の魅力を発信し、介護の仕事に対する理解促進をはかります。

業務の効率化については、事業者の事務負担を軽減するため、文書の簡素化等に取り組みます。

	実績値		見込み値	計画値		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
中学生への研修会開催回数	1回	1回	1回	2回	2回	2回

##### 《現状・課題》

希望する中学生を対象に、夏休みに介護、福祉などに関する研修会、地域の方を対象に介護に関する研修会を行い、研修会を通じて、介護を知る機会となっています。

また、介護人材不足に加え、2025（令和7）年以降は現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保が大きな課題となっています。

##### 《今後の方向性》

学校や教育委員会などと連携して、希望する生徒の確保や機会を増やしていきます。

また、希望する地域の各種団体に対しても研修を行っていきます。

さらに、県と連携し、総合事業等の担い手を確保する取組や、介護現場の業務改善や一部電子申請化などによる文書量削減、ロボット・ICTの活用推進等による業務効率化の強化を行っていきます。

---

## 第5章 介護保険サービスの適正な運営

---

※保険料や給付の状況について、記載予定です。

---

## 第6章 計画の推進について

---

本計画の基本理念である「住み慣れた地域で支えあい、自分らしい生活が送れるまちづくり（地域包括ケアシステムの深化・推進）」を実現し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健康で生きがいを持ち、笑顔で安心していきいきと生涯を送ることのできる社会をつくるためには、この第8期計画を円滑に推進し、地域包括ケアシステムの充実にむけた深化・推進を進めていく必要があります。

そのために、広報及び計画の推進体制を整え、進捗状況を管理して評価を行い、施策を推進していきます。

### 第1節 計画の周知

---

本計画について、広報紙、パンフレット、ホームページ等の各種媒体を利用して広報するとともに、様々な機会を活用して地域の住民組織や関係団体等へも周知を行っていきます。

### 第2節 連携体制の強化

---

#### (1) 関連団体、住民組織との連携

地域包括支援センター、社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、NPO法人等の関連団体や自治会、民生委員児童委員、老人クラブ連合会、ボランティアグループなどの住民組織との連携を強化して地域包括ケアの充実に向け、深化・推進します。

#### (2) 庁内連携体制

本計画に係る事業は、介護保険サービス、介護予防サービス、高齢者福祉サービス等の介護・福祉関連分野だけでなく、健康づくりやまちづくりや生涯学習等、多岐にわたる施策が関連します。このため関係各課が連携し、一体となって取組を進めることで、計画の円滑な推進を図ります。

### (3) 県及び近隣市町との連携

介護保険制度の円滑な運営においては、介護サービスの広域的利用等、周辺地域との関わりも大きいため、県や近隣市町との連携が不可欠となります。

そこで、県や近隣市町との情報交換や連絡体制の強化を図り、近隣地域とも一体となった介護保険事業及び保健福祉事業の展開を進めます。

第8期 吉野川市高齢者保健福祉計画・  
介護保険事業計画

発行年月日 2021年1月  
発行 吉野川市 健康福祉部 長寿いきがい課  
〒776-8611  
徳島県吉野川市鴨島町鴨島 115-1  
電話 0883-22-2264  
FAX 0883-22-2260