

第9期
吉野川市高齢者保健福祉計画・
介護保険事業計画
【令和6（2024）年度～令和8（2026）年度】

素案

令和5年12月
徳島県 吉野川市

目 次

第1章	計画策定にあたって	1
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の法的位置づけ	2
3	計画の期間	2
4	日常生活圏域の設定	3
5	計画策定の体制	3
6	国の基本指針	3
7	介護保険制度の改正について	5
第2章	計画策定の背景	7
1	吉野川市を取り巻く現状	7
(1)	統計データからみる現状	7
(2)	要介護等認定者の現状と中長期推計	11
2	アンケート調査結果からみる現状	12
(1)	アンケート調査概要	12
(2)	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果	13
(3)	在宅介護実態調査結果	24
3	アンケート調査結果からみえる課題	33
第3章	計画の基本構想	35
1	基本理念	35
2	基本目標	36
3	施策体系	37
第4章	施策の展開	39
1	健康づくり・介護予防の推進	39
(1)	多様な健康づくりの推進	39
(2)	介護予防の総合的な推進	45
2	地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実	52
(1)	地域包括支援センターの充実強化	52
(2)	地域ケア会議と適切なケアマネジメント	53
(3)	在宅生活の支援	55
(4)	災害・感染症対策に係る体制整備	57
3	在宅医療・介護連携の推進	58
(1)	医療と介護の連携強化	58
(2)	在宅医療の市民への普及啓発	59
(3)	在宅医療・介護情報の共有	59
(4)	医療・介護専門職のネットワークづくり	62

4	認知症施策の総合的な推進	64
	(1) 認知症の予防	64
	(2) 地域包括支援センターを軸とした相談支援体制の推進	65
	(3) 地域における支援体制の強化	67
	(4) 医療・介護等の支援ネットワークの構築	70
5	地域で支えあう仕組みづくりの推進	72
	(1) 支えあい活動の推進	72
	(2) 高齢者見守り施策の推進	73
	(3) 権利擁護の推進	76
	(4) 生きがいづくり支援	78
6	地域における安心生活の確保	80
	(1) 施設福祉サービスの充実	80
	(2) 在宅福祉サービスの充実	82
7	サービスの質の向上と適正利用の促進	83
	(1) 地域密着型サービス連絡協議会	83
	(2) 事業所への指導監督	83
	(3) 介護給付適正化事業	84
	(4) 介護人材の確保及び業務の効率化	86
第5章	介護保険サービスの適正な運営	88
1	介護サービス別利用者数の見込み	
2	給付費の見込み	
3	保険料の算出	
第6章	計画の推進について	89
1	計画の周知	89
2	連携体制の強化	89
	(1) 関連団体、住民組織との連携	89
	(2) 市内連携体制	89
	(3) 県及び近隣市町との連携	89

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

我が国では、高齢化の進行が続いており、高齢化率は今後さらに上昇することが予測されます。さらに、核家族世帯や、単身又は夫婦のみの高齢者世帯の増加、地域における人間関係の希薄化など、高齢者や家族介護者を取り巻く環境やニーズは大きく変容してきています。また、高齢者人口がピークを迎える令和22（2040）年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

しかしながら、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、市町村は、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標について、優先順位を検討した上で、計画策定を行うことが求められています。

さて、本市におきましては、令和3（2021）年3月に策定した「第8期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」では、第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）』を基本理念に掲げ、高齢者福祉サービスの充実や、介護保険サービスの整備等に計画的に取り組むとともに、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、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む、地域共生社会の実現に努めてきました。

そしてこのたび、「第8期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」が令和5（2023）年度で満了を迎えることから、「第9期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」（以下「本計画」という。）を策定しました。

本計画は、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います。

本計画中である令和7年（2025）には団塊世代がすべて75歳以上の後期高齢者となり、来たる令和22（2040）年には、団塊ジュニア世代が65歳以上となりますが、中長期的な視野に立ち本計画を策定し、高齢者を取り巻く環境やニーズが変化しても、高齢者が住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしく暮らすことができる社会の実現を目指します。

2 計画の法的位置づけ

老人福祉法第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第117条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体化したもので、市の上位計画である「地域福祉計画」や、国の「基本指針」・県の「高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」との整合性を図り策定します。

	老人福祉法	介護保険法
施行年月	昭和38(1963)年7月	平成12(2000)年4月
目的	老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする。(法第1条)	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、(略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、(略)国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。(法第1条)
市町村計画	「老人保健福祉計画」 ・高齢者保健福祉サービスの目標量 及び供給体制の確保方策	「介護保険事業計画」 ・介護サービス量の見込み及び供給体制の確保方策 ・介護サービスの円滑な提供を図るための方策

3 計画の期間

計画期間は、令和6(2024)年度～令和8(2026)年度までの3年間の計画として策定します。

令和3～5年度 (2021～2023年度)	令和6～8年度 (2024～2026年度)	令和9～11年度 (2027～2029年度)	令和21～23年度 (2039～2041年度)
	2025年、団塊世代が 75歳以上に		2040年、団塊ジュニア世代が65歳以上に
第8期計画	第9期計画 本計画	第10期計画	第14期計画

4 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、その区域単位で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9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。

5 計画策定の体制

◆策定体制・方法

- ・「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、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、本計画を策定しました。また、市民からの幅広い意見を募集するため、パブリックコメントを実施しました。
- ・要支援1・要支援2の方を含む一般高齢者を対象とした「吉野川市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」と、要介護1～5（施設入所を除く）の方を対象とした「吉野川市 在宅介護実態調査」のアンケート調査（令和5（2023）年3月3日～3月24日に実施済み）を実施し、計画策定の基礎資料としました。

6 国の基本指針

第9期に計画において記載を充実する事項

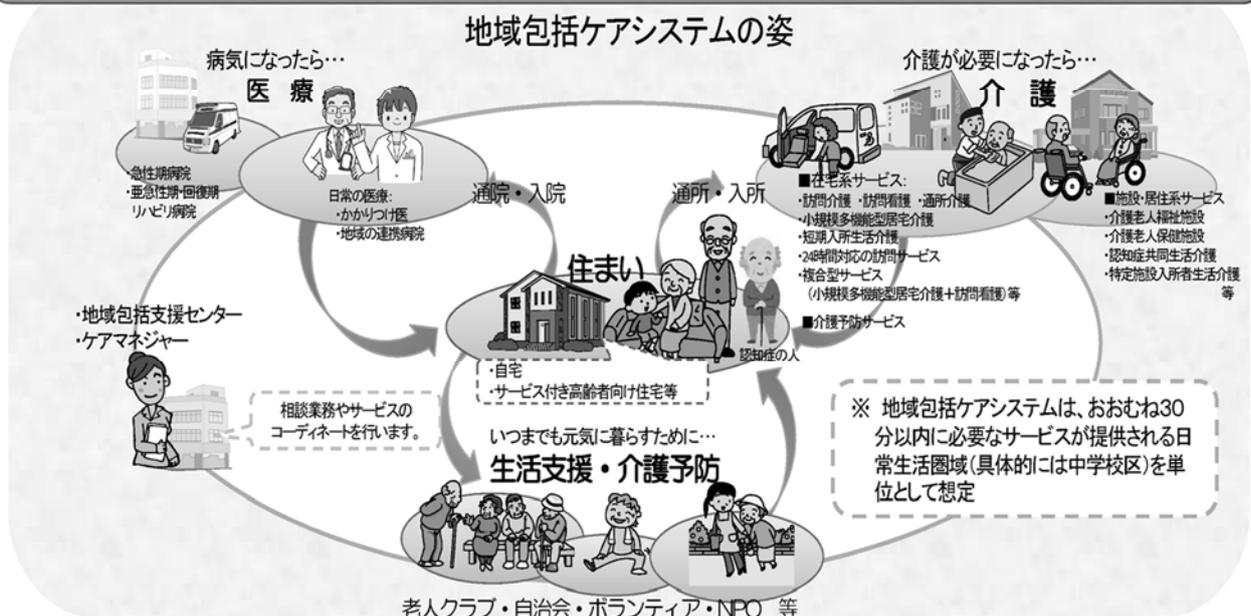
1 介護サービス基盤の計画的な整備
○中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所の在り方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
○医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
○サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
○居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
○居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
○居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
- 地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供
- 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



厚生労働省 HP より

3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
- 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
- 財務状況等の見える化
- 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

7 介護保険制度の改正について

◆主な改正内容

- ・令和5（2023）年5月19日に公布された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）にもとづき、令和6（2024）年4月1日から順次施行される介護保険関係の主な改正事項は次のとおりです。

1 介護情報基盤の整備
<p>介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け ・市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
2 介護サービス事業者の財務状況等の見える化
<p>介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け ・国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表
3 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務
<p>介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

4 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化
<p>看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など
5 地域包括支援センターの体制整備等
<p>地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

（参考）

※令和5年度末までに結論を得ることとしている給付と負担の見直しは次のとおりです。改正内容が決まれば、本計画に追加します。

1 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し
<p>○1号保険料負担の在り方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討 <p>○「一定以上所得」の判断基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討
2 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し
<p>○多床室の室料負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護報酬の設定等も含め検討

第2章 計画策定の背景

1 吉野川市を取り巻く現状

(1) 統計データからみる現状

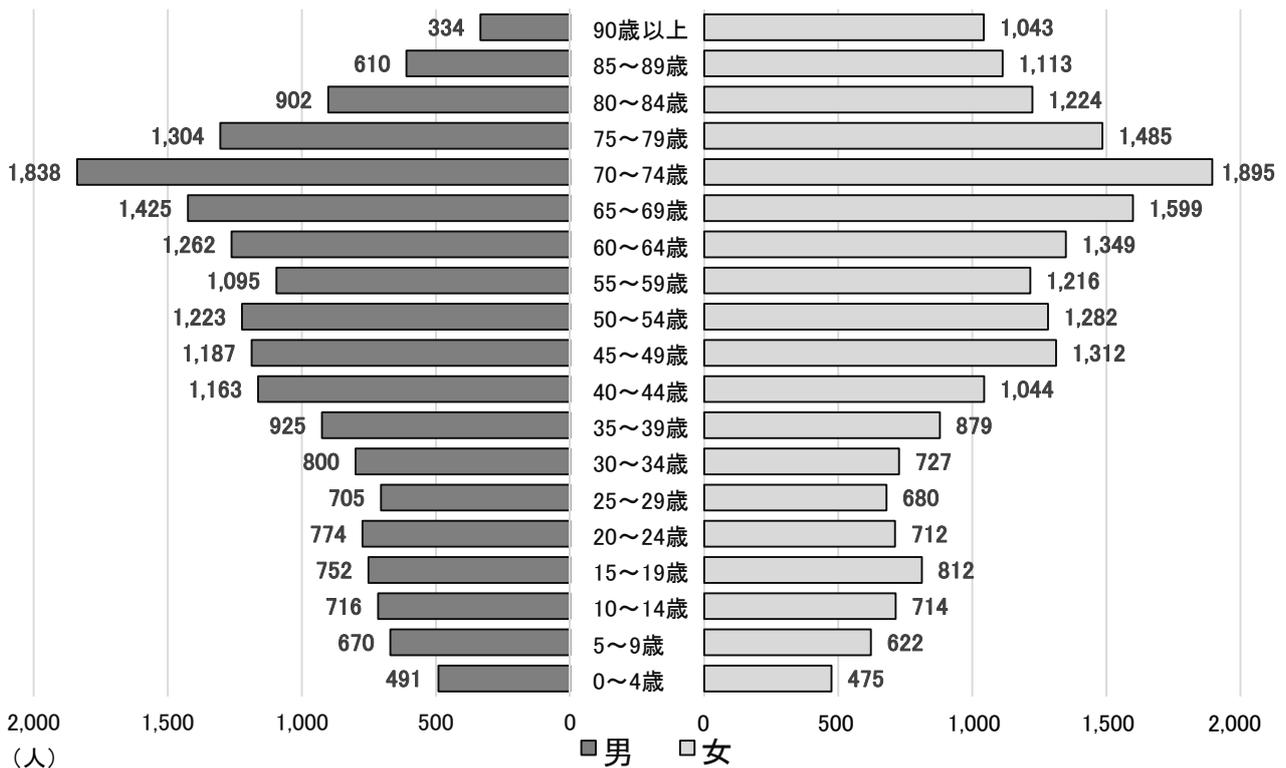
①人口構成

令和5（2023）年10月1日現在の住民基本台帳に基づく本市の人口構成は、以下のとおりです。総人口は、4万人を下回っています。70～74歳の年齢層が、男女共に突出して多くなっています。

【人口構成】

総人口	男性	女性
38,359人	18,176人（47.4%）	20,183人（52.6%）

資料：住民基本台帳（令和5年10月1日現在）



資料：住民基本台帳（令和5年10月1日現在）

【年齢別（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	38,359人	3,688人	19,899人	14,772人
構成比	100%	9.6%	51.9%	38.5%

資料：住民基本台帳（令和5年10月1日現在）

②人口及び高齢化率の状況

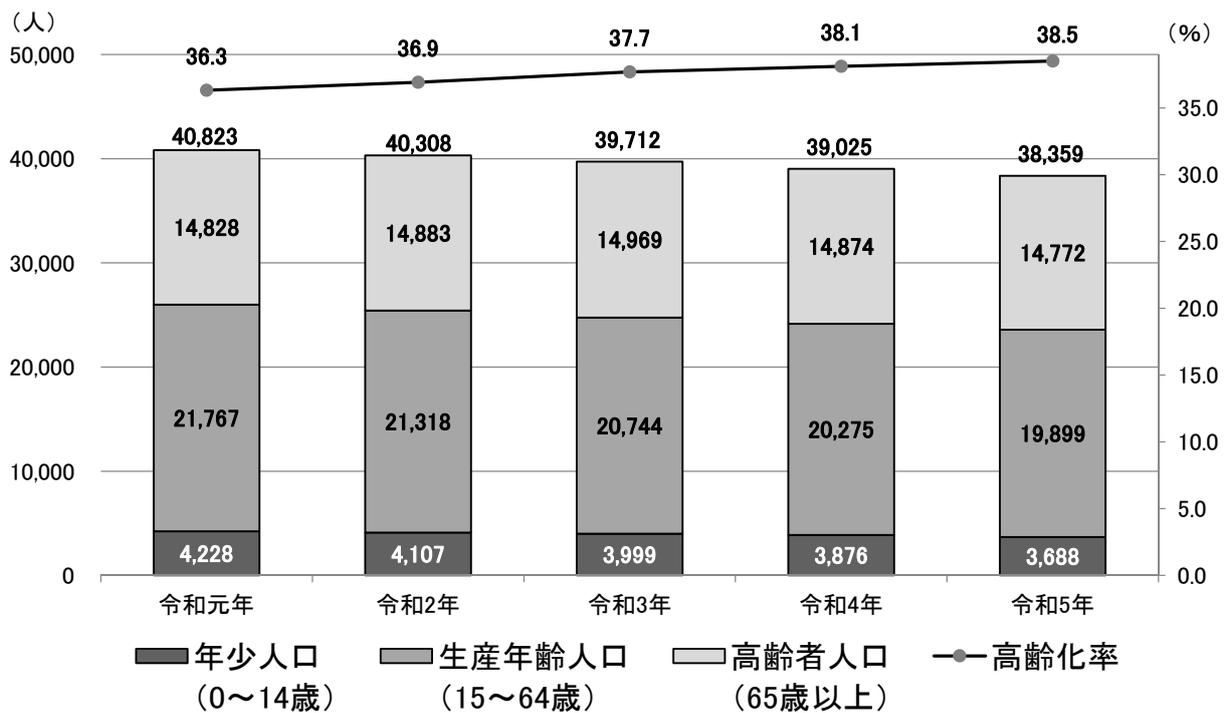
本市の総人口は、令和元（2019）年の40,823人から2,464人減少し、令和5（2023）年10月1日現在で38,359人となっています。高齢化率は、令和元（2019）年の36.3%から2.2ポイント上昇し、令和5（2023）年10月1日現在で38.5%となっています。

【吉野川市の人口と高齢化率】

（単位：人）

	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
総人口	40,823	40,308	39,712	39,025	38,359
0～14歳	4,228	4,107	3,999	3,876	3,688
15～64歳	21,767	21,318	20,744	20,275	19,899
65歳以上	14,828	14,883	14,969	14,874	14,772
高齢化率	36.3%	36.9%	37.7%	38.1%	38.5%

資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

③人口の中長期的な推計

令和元（2019）～令和5（2023）年の各年10月1日時点（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（又は同期間）に出生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。

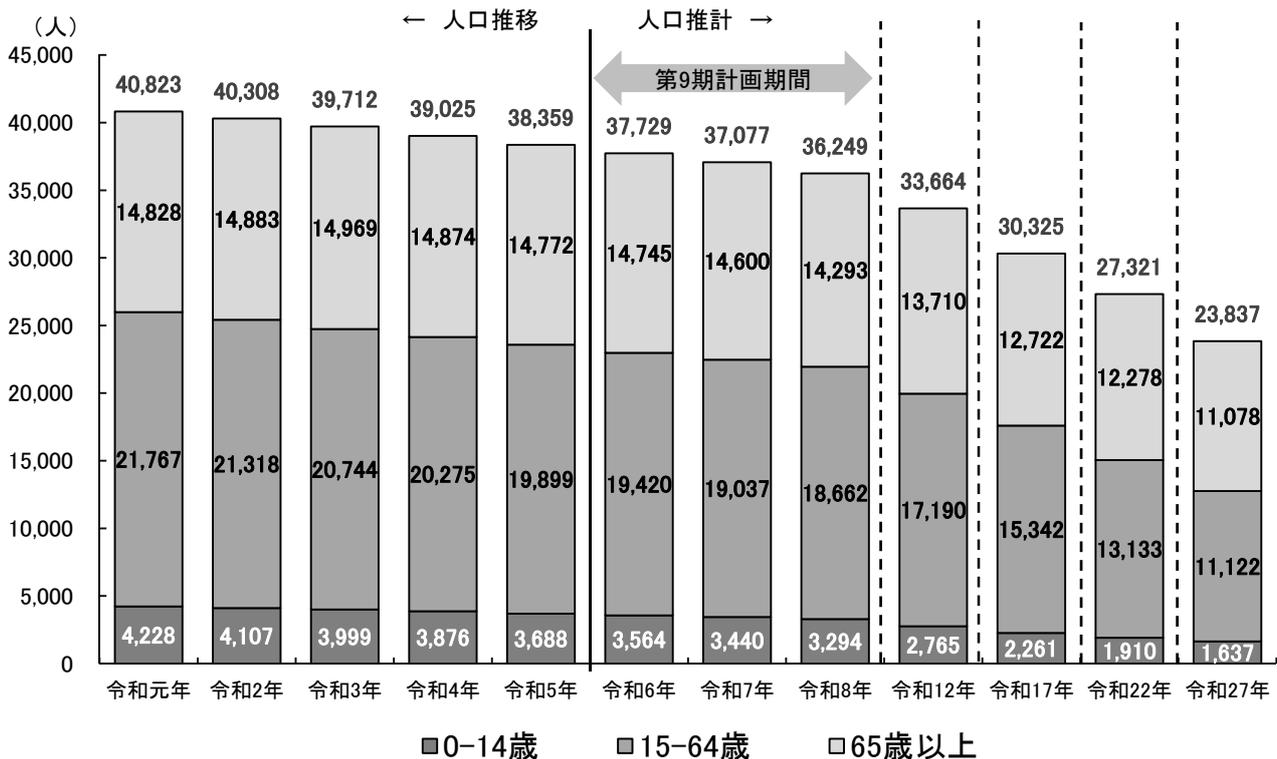
推計結果では、第9期計画期間中の総人口は、令和6（2023）年の37,729人から令和8（2026）年には1,480人減少し、36,249人となる見込みです。

【吉野川市の人口推移と推計】

（単位：人）

	令和6年 (2024)	令和7年 (2025)	令和8年 (2026)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)	令和27年 (2045)
総人口	37,729	37,077	36,249	33,664	30,325	27,321	23,837
0～14歳	3,564	3,440	3,294	2,765	2,261	1,910	1,637
15～64歳	19,420	19,037	18,662	17,190	15,342	13,133	11,122
65歳以上	14,745	14,600	14,293	13,710	12,722	12,278	11,078

資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）とコーホート変化率法による見込値



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）とコーホート変化率法による見込値

④高齢者の中長期的な推計

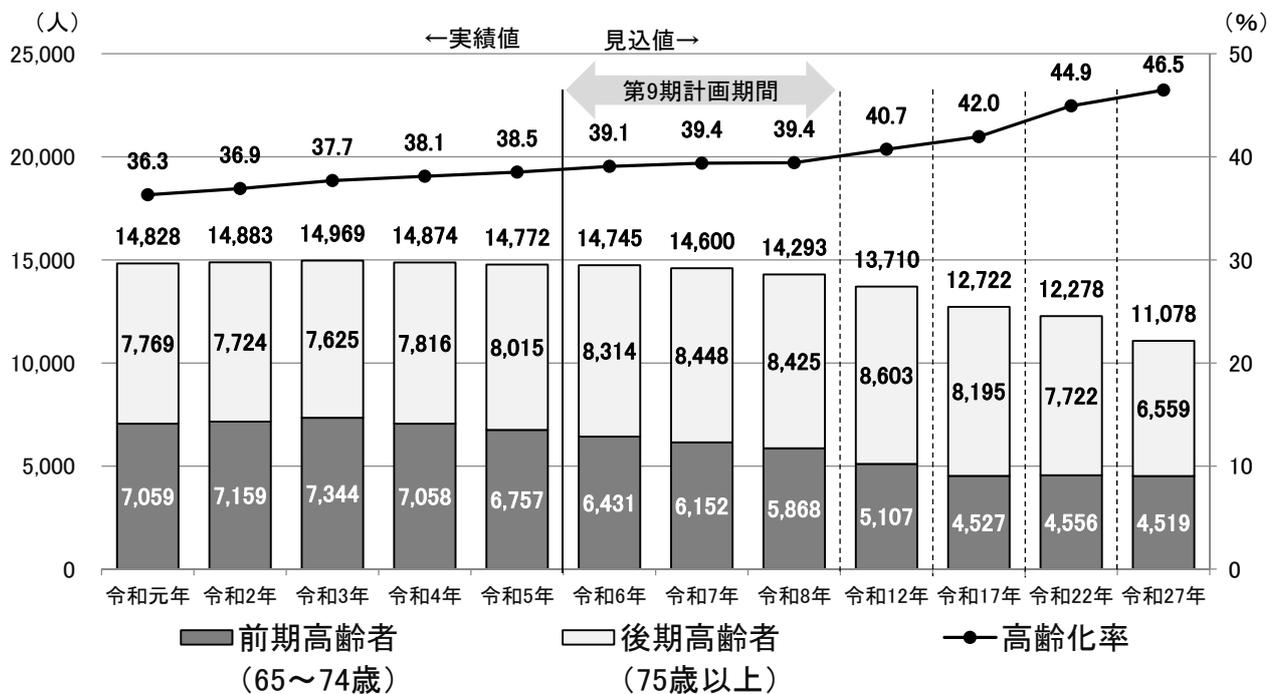
高齢者の推計結果では、高齢者人口は、第9期計画期間の令和6(2024)年の14,745人から、452人減少し、令和8(2026)年には14,293人となっています。高齢化率は、令和6(2024)年39.1%から令和8(2026)年39.4%と、微増となっています。

【吉野川市の高齢者の推移と推計】

(単位：人)

	令和6年 (2024)	令和7年 (2025)	令和8年 (2026)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)	令和27年 (2045)
高齢者人口	14,745	14,600	14,293	13,710	12,722	12,278	11,078
前期高齢者	6,431	6,152	5,868	5,107	4,527	4,556	4,519
後期高齢者	8,314	8,448	8,425	8,603	8,195	7,722	6,559
高齢化率	39.1	39.4	39.4	40.7	42.0	44.9	46.5

資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）とコホート変化率法による見込値



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）とコホート変化率法による見込値

(2) 要介護等認定者の現状と中長期推計

本市の要支援・要介護認定者数（第2号被保険者を含む）は、令和5（2023）年度には2,975人となっており、令和6（2024）年度には微増となりますが、その後減少し、令和8（2026）年度以降は令和17（2035）年度まで2,800人台が続きます。

介護度別にみると、要支援1・2は、令和3（2021）年度以降増加傾向となっていますが、令和6（2024）年度をピークに一旦減少傾向し、令和8（2026）年度以降再び緩やかな増加傾向となっています。要介護1・2と要介護3～5は、令和3（2021）年度以降概ね緩やかな減少傾向にあります。要介護1・2は令和8（2026）年度、要介護3～5は令和17（2035）年度以降、増加に転じています。

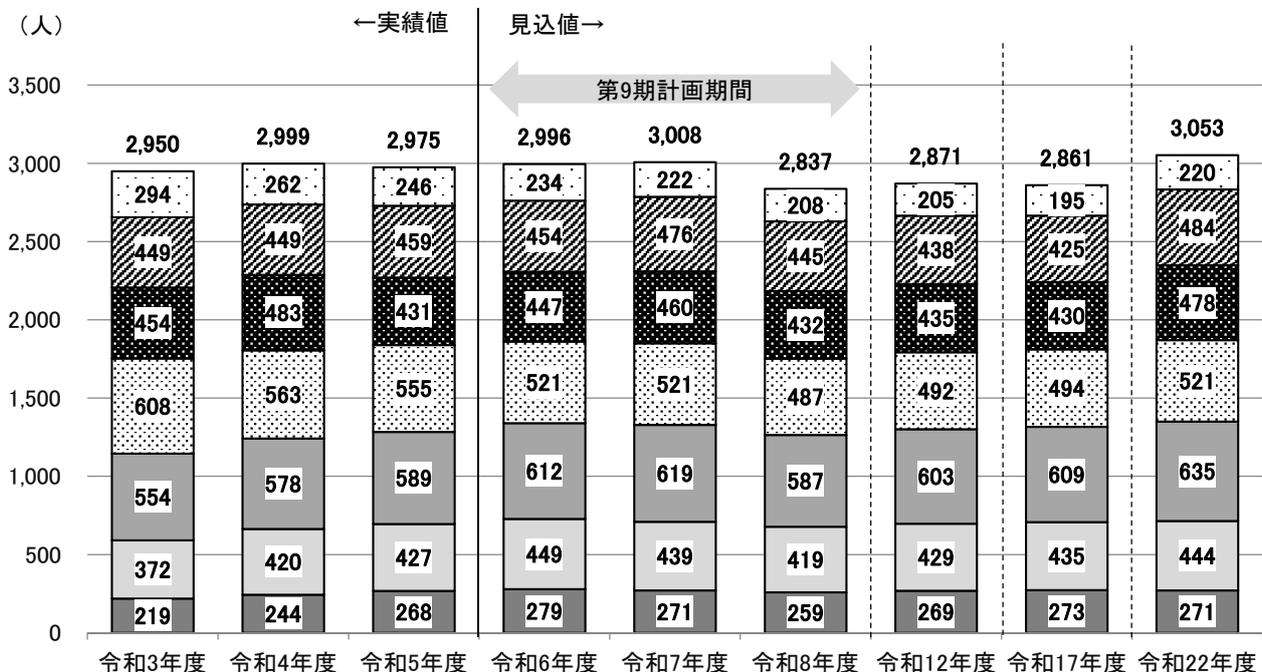
【吉野川市の要支援・要介護認定者の推移と推計】

（単位：人）

	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和12年度 (2030)	令和17年度 (2035)	令和22年度 (2040)
認定者総数	2,950	2,999	2,975	2,996	3,008	2,837	2,871	2,861	3,053
要支援1・2	591	644	695	728	710	678	698	708	715
要介護1・2	1,162	1,141	1,144	1,133	1,140	1,074	1,095	1,103	1,156
要介護3～5	1,197	1,194	1,136	1,135	1,158	1,085	1,078	1,050	1,182

資料：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年11月29日取得）

【吉野川市の介護度別要支援・要介護認定者の推移と推計】



■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

資料：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年11月29日取得）

2 アンケート調査結果からみる現状

(1) アンケート調査概要

計画の策定にあたり、高齢者の状態や自立した生活をおくる上での課題や、今後の意向等をよりの確に把握し、基礎資料を得ることを目的として、次の2つの調査を実施しました。

■調査実施内容

<介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（高齢者の生活に関するアンケート）>

調査実施期間	令和5年3月3日 ～3月24日
調査先	令和5年2月1日現在、65歳以上の 吉野川市民（要介護1～5を除く）
配布数	3,000
配布・回収方法	郵送による配布・回収
回収数	2,075
回収率	69.2%

<在宅介護実態調査（これからの介護保険のためのアンケート）>

調査実施期間	令和5年3月3日 ～3月24日
調査先	令和5年2月1日現在、要介護1～5の 吉野川市民（施設入所などを除く）
配布数	500
配布・回収方法	郵送による配布・回収
回収数	279
回収率	55.8%

■グラフの見方

- 回答結果の割合「%」は、回答者数（n）に対して、それぞれの回答数の割合を小数点以下第2位で四捨五入しています。そのため、単数回答（複数の選択肢から1つの選択肢を選ぶ方式）であっても合計値が100%にならない場合があります。
- 複数回答（複数の選択肢から2つ以上の選択肢を選ぶ方式）の設問の場合、回答は選択肢ごとの回答者数（n）に対して、それぞれの割合を示しています。そのため、「%」合計が100%を超える場合があります。
- グラフ及び表中のn（number of case）は、集計対象者総数です。

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

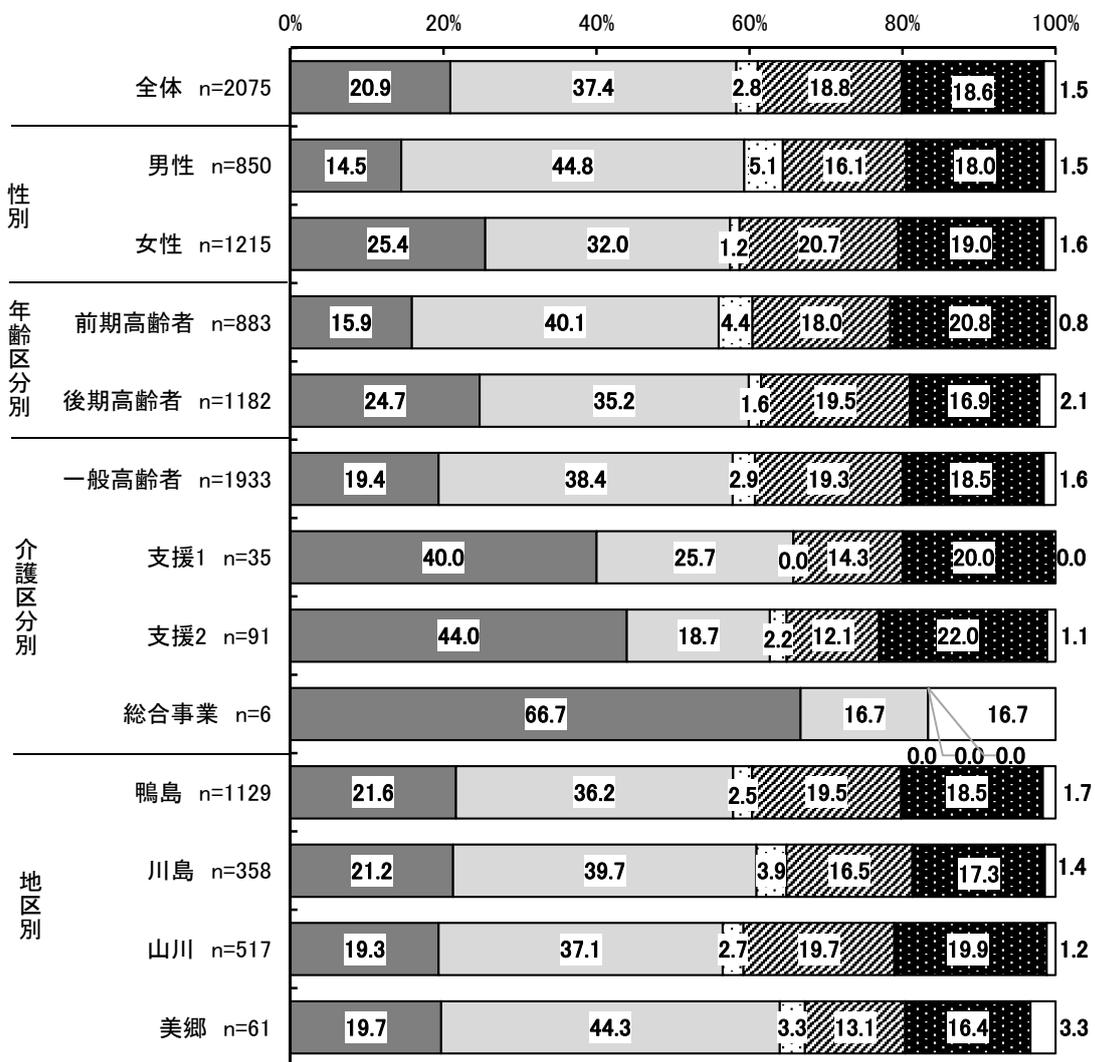
①家族構成（全体・属性別）

家族構成について属性別でみると、男女別では男性よりも女性のほうが「1人暮らし」の割合が10.9ポイント高くなっています。

年齢区分別では前期高齢者よりも後期高齢者のほうが「1人暮らし」の割合が8.8ポイント高くなっています。

介護区分別では一般高齢者の「1人暮らし」の割合が19.4%である一方で、支援1、支援2、総合事業の割合はいずれも40%を超えています。

地区別では概ね同様の傾向となっています。



- 1人暮らし
- 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
- 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)
- ▨ 息子・娘との2世帯
- その他
- 無回答

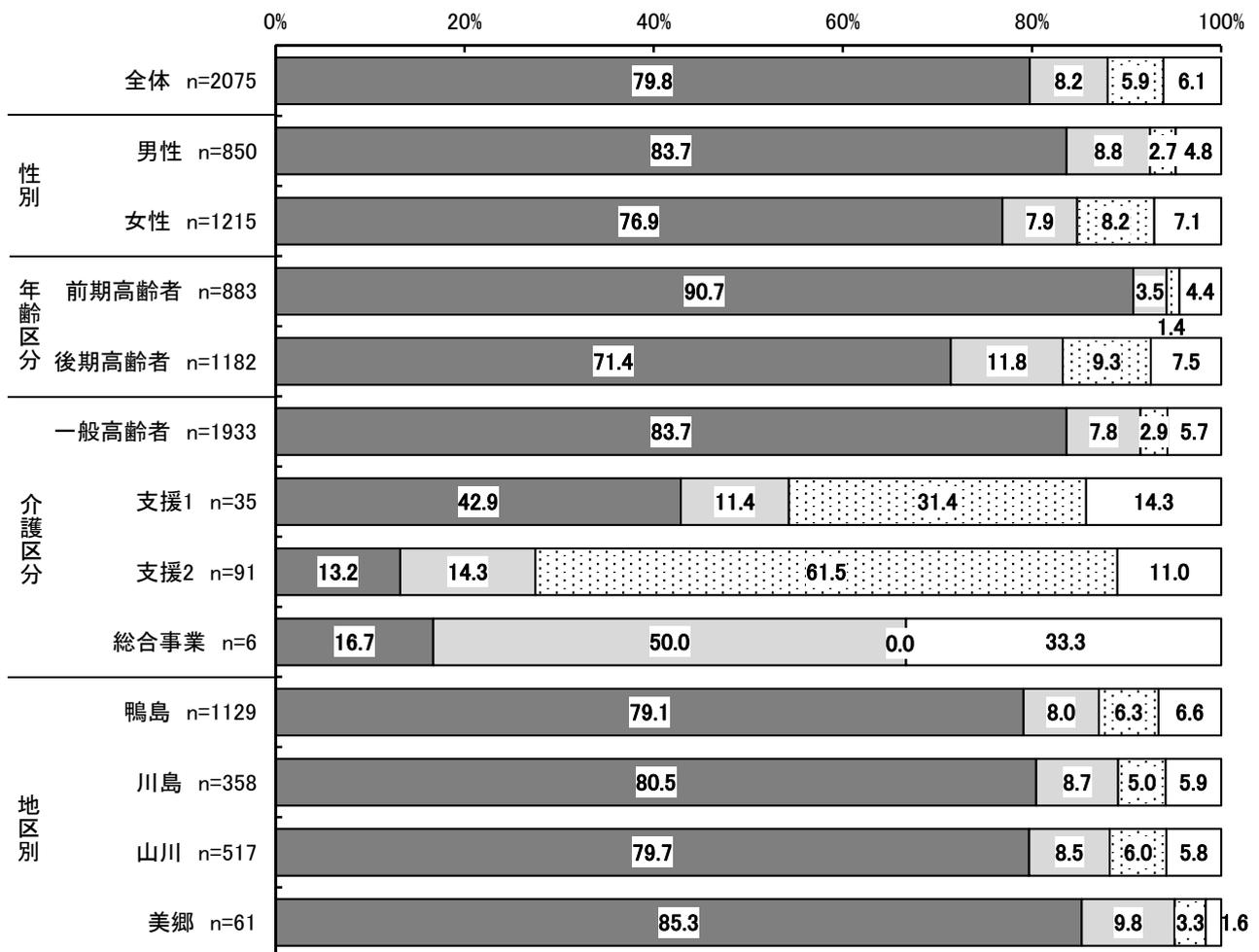
②普段の生活での介護の必要性（全体・属性別）

介護・介助の必要性について属性別でみると、男女別では女性よりも男性のほうが「介護・介助は必要ない」の割合が6.8%ポイント高くなっています。

年齢区分別では後期高齢者よりも前期高齢者のほうが「介護・介助は必要ない」の割合が19.3ポイント高くなっています。

介護区分別では「介護・介助は必要ない」の割合が、一般高齢者では83.7%、支援1では42.9%、支援2では13.2%、総合事業では16.7%となっています。

地区別では概ね同様の傾向となっています。

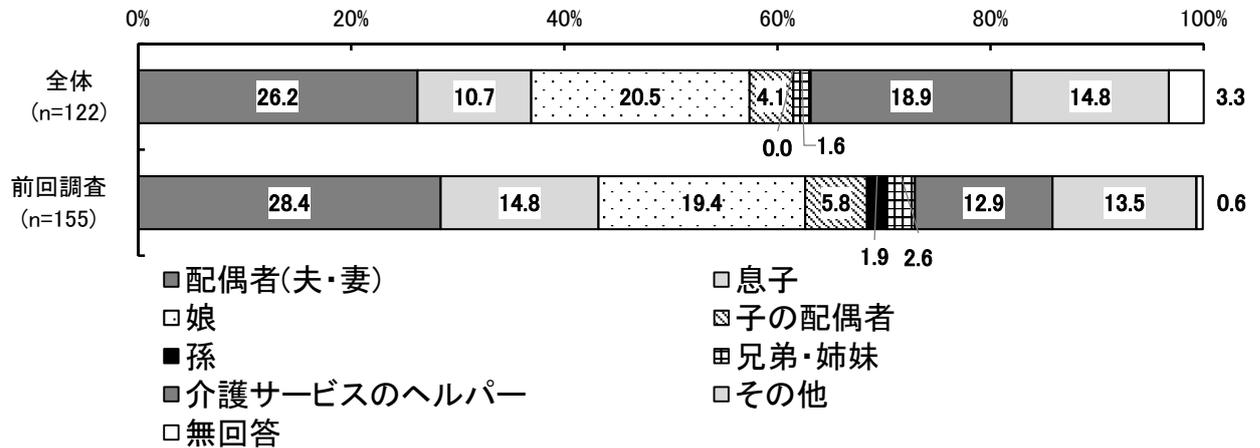


- 介護・介助は必要ない
- 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
- 現在、何らかの介護を受けている
- 無回答

③主な介護者・介助者（全体・前回調査との比較）

主な介護者・介助を受けているかについてみると、「配偶者（夫・妻）」の割合が26.2%と最も高く、次いで「娘」20.5%、「介護サービスのヘルパー」18.9%、「息子」10.7%などの順となっています。

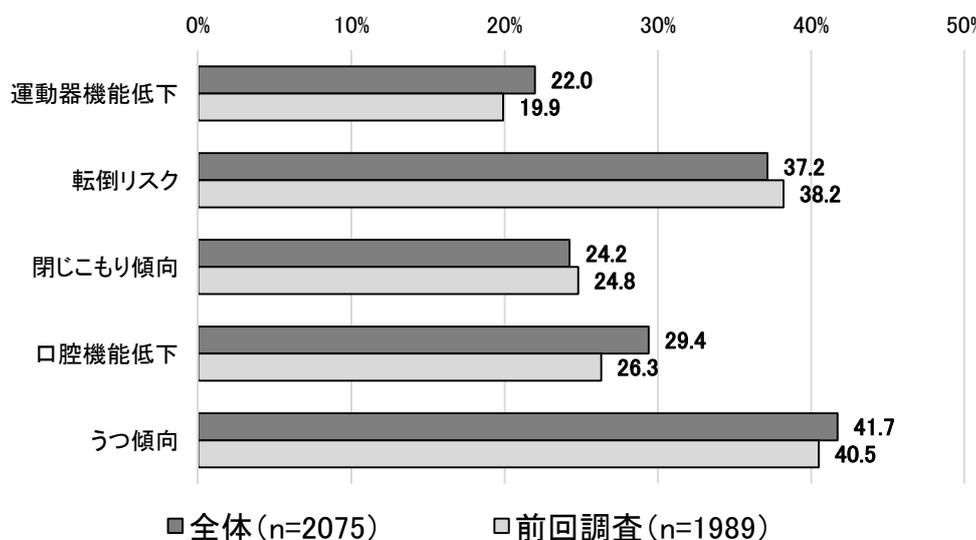
前回調査と比較すると、「介護サービスのヘルパー」が6.0ポイント増加し、「配偶者」、「息子」、「娘」、「子の配偶者」、「孫」、「兄弟姉妹」の値の合計が9.8ポイント減少しています。



④リスク判定（全体・前回調査との比較）

各リスクの該当者についてみると、運動器機能低下のリスク該当者の割合は、22.0%となっており、転倒リスク該当者は37.2%、閉じこもり傾向リスクの該当者は24.2%、口腔機能低下リスク該当者は29.4%、うつ傾向リスク該当者は41.7%となっています。

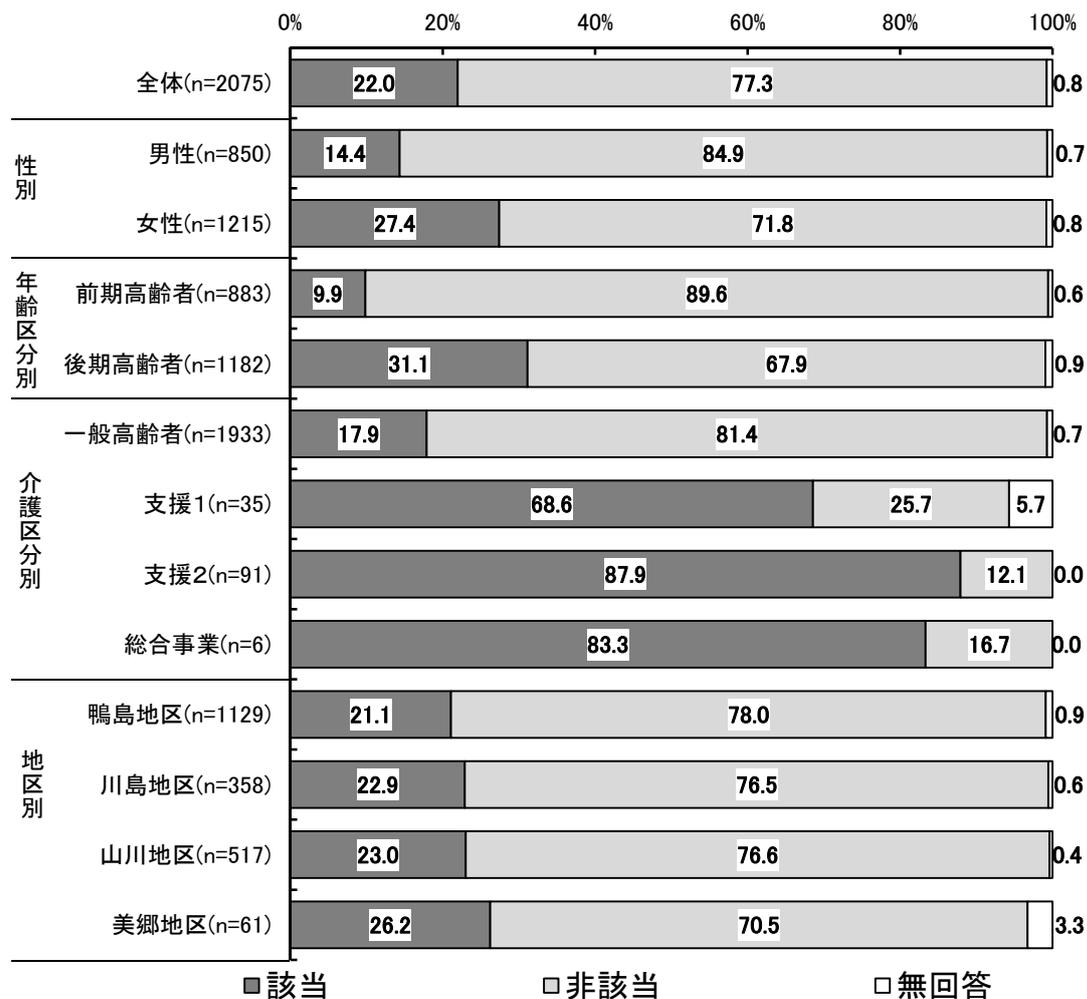
前回調査と比較すると、概ね同様な傾向となっていますが、口腔機能低下のリスクで3.1ポイント、運動器機能低下のリスクで2.1ポイント、前回よりも高くなっています。



⑤リスク判定 - 運動器機能低下（全体・属性別）

運動器の機能の低下リスク該当者の割合をみると、該当者が 22.0%、非該当者が 77.3%となっています。

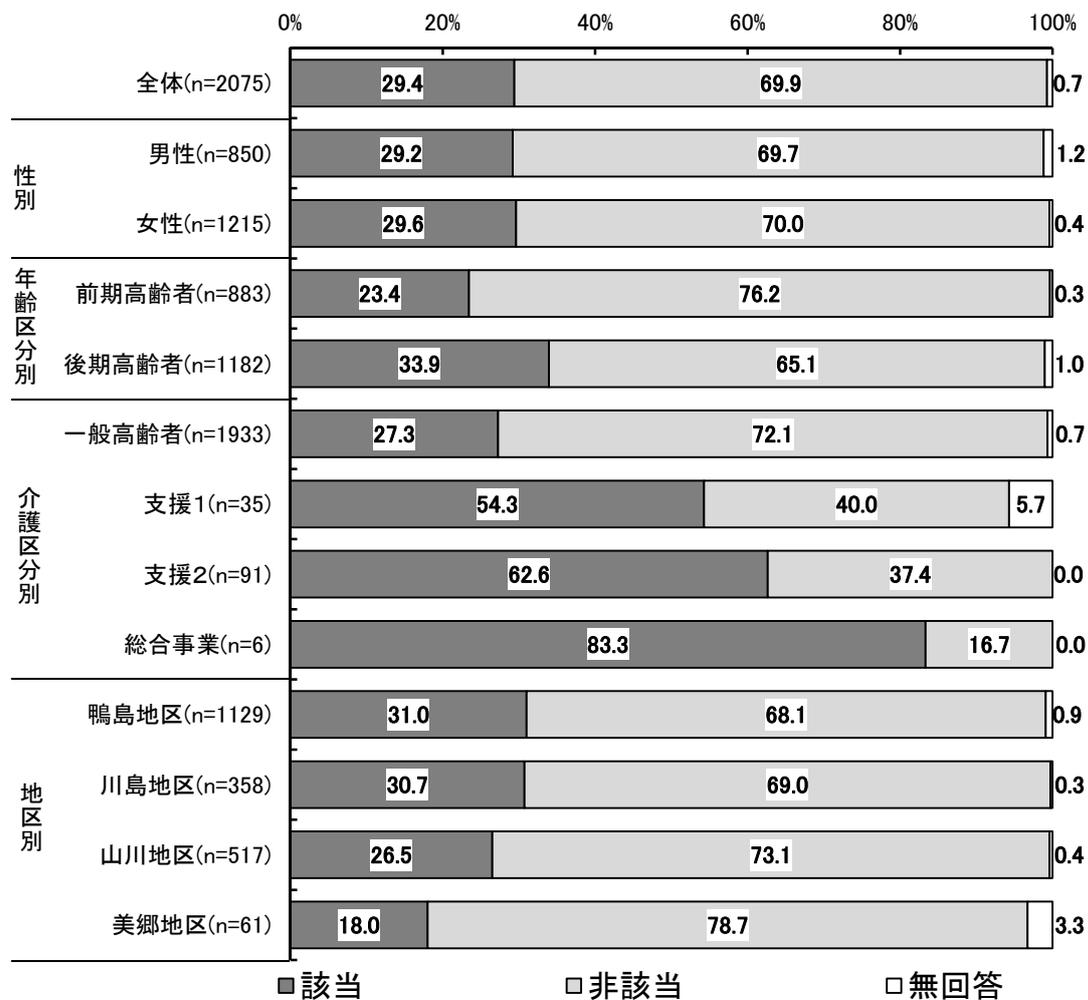
属性別に該当者の割合をみると、地区別では概ね全体と同様な傾向となっていますが、性別では女性が男性より 13.0 ポイント高く、年齢区分別では後期高齢者が前期高齢者よりも 21.2 ポイント高くなっています。介護区分別でみると、支援1は 68.6%、支援2は 87.9%、総合事業 83.3%と高い傾向となっています。



⑥リスク判定 - 口腔機能低下（全体・属性別）

口腔機能の低下リスク該当者の割合をみると、該当者が29.4%、非該当者が69.9%となっています。

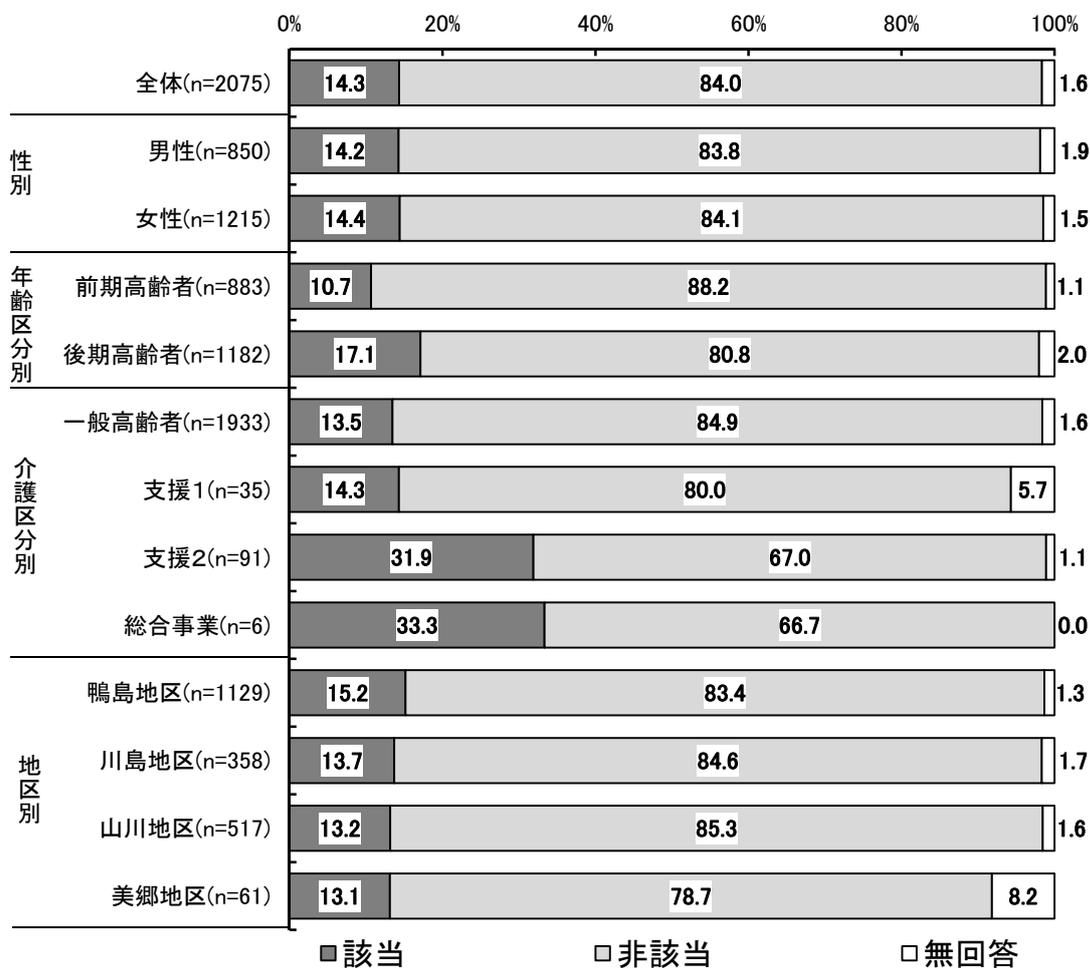
属性別にみると、性別、年齢区分別、地区別では概ね全体と同様な傾向となっていますが、介護区分別の該当者の割合は、支援1が54.3%、支援2が62.6%、総合事業が83.3%と高い傾向となっています。



⑦リスク判定 - 認知機能低下（全体・属性別）

認知機能低下リスク該当者の割合をみると、該当者が14.3%、非該当者が84.0%となっています。

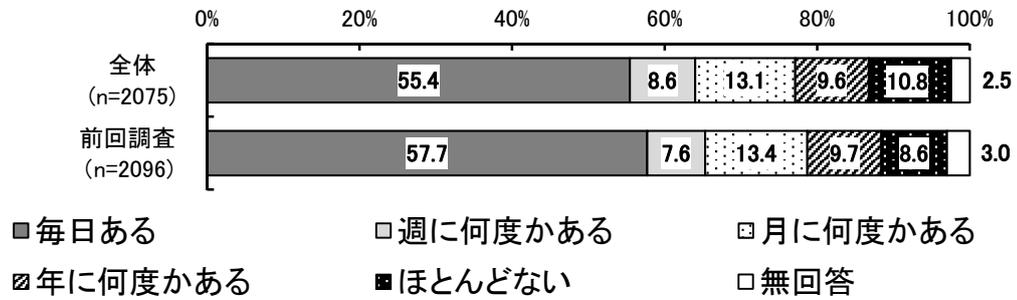
属性別にみると、概ね全体と同様な傾向となっていますが、介護区分別の支援2、総合事業の該当者の割合が3割を超えて高くなっています。



⑧孤食の状況（全体・前回調査）

誰かと食事を共にする機会があるかどうかについてみると、「毎日ある」の割合が55.4%と最も高く、次いで「月に何度かある」13.1%、「ほとんどない」10.8%などの順になっています。

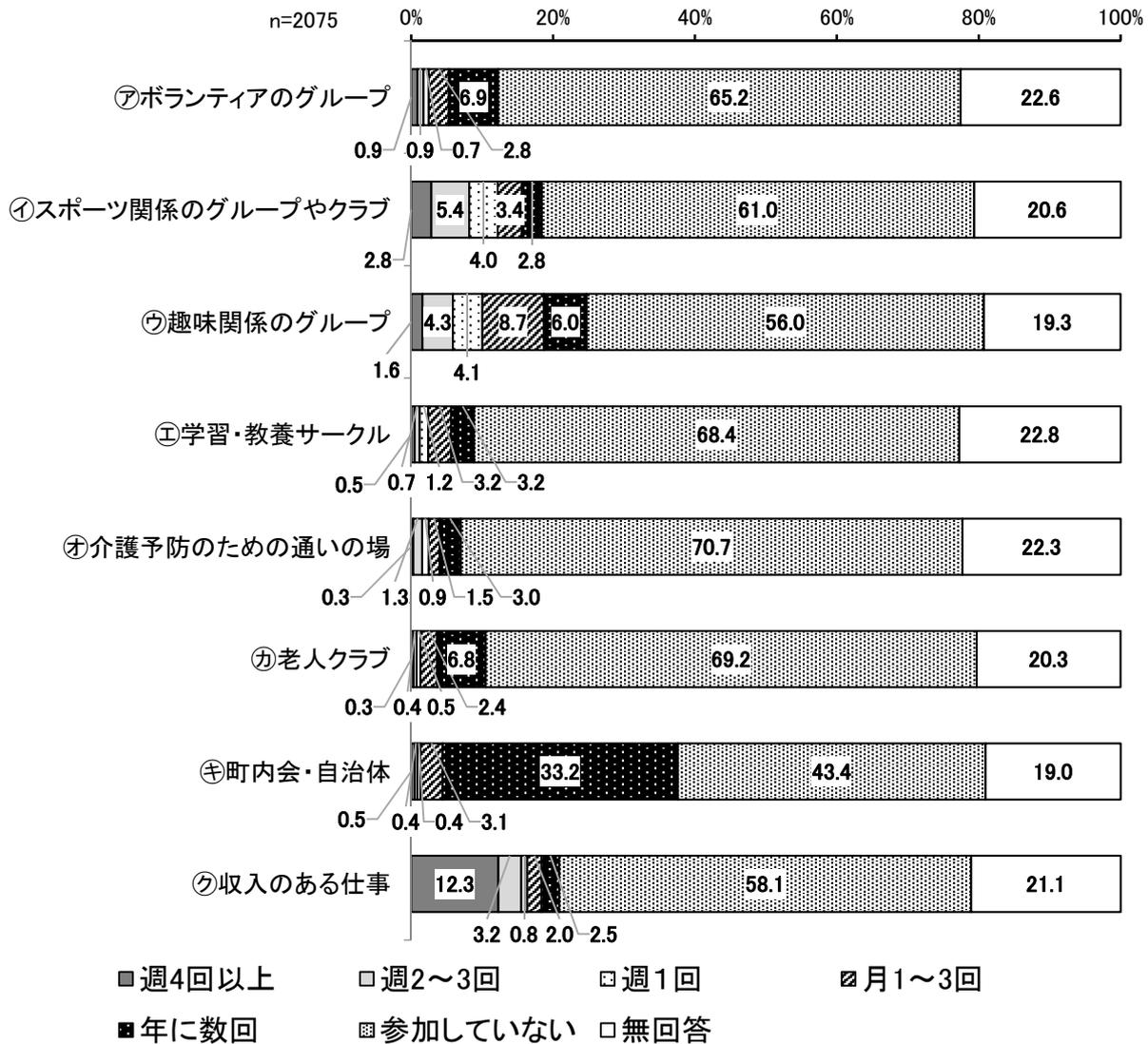
前回調査と比較すると、「毎日ある」が2.3ポイント減少し、「ほとんどない」が2.2ポイント増加しています。



⑨地域での活動（全体）

地域活動への参加の頻度で「週4回以上」をみると、「㊟収入のある仕事」の割合が12.3%と最も高くなっています。

『参加している』（「週4回以上」から「年に数回」までの合計）をみると、「㊤町内会・自治体」の割合が37.6%と最も高く、次いで「㊦趣味関係のグループ」24.7%「㊟収入のある仕事」20.8%となっており、一方「㊡介護予防のための通いの場」7.0%の割合が最も低くなっています。



⑩健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向（全体・前回調査）

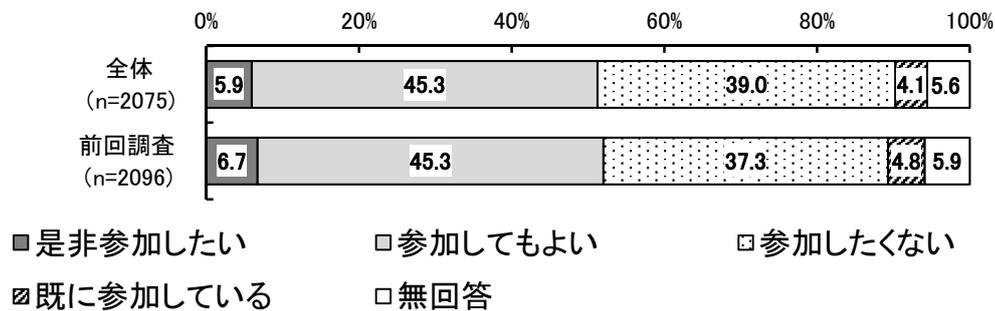
いきいきした地域づくりを推進する活動に参加者として参加してみたいかどうかについてみると、「参加してもよい」の割合が45.3%と最も高く、次いで「参加したくない」39.0%、「ぜひ参加したい」5.9%、「既に参加している」5.6%となっています。

前回調査と比較すると、「参加したくない」が1.7ポイント増加しています。

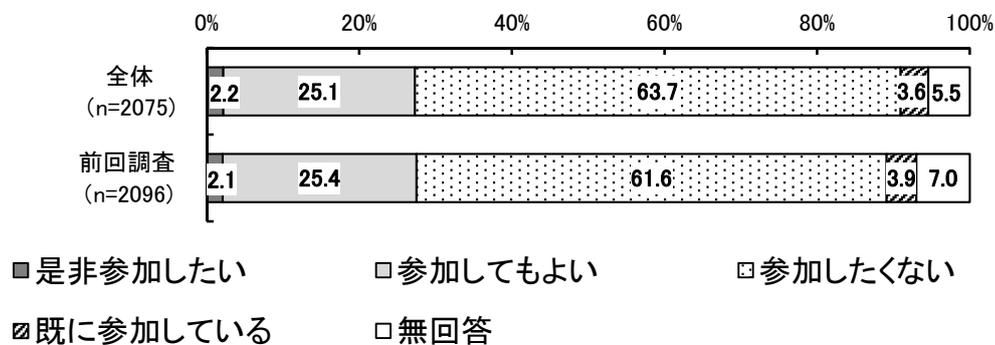
企画・運営として参加してみたいかどうかについてみると、「参加したくない」の割合が63.7%と最も高く、次いで「参加してもよい」25.1%、「既に参加している」3.6%、「是非参加したい」2.2%となっています。

前回調査と比較すると、「参加したくない」が2.1ポイント増加しています。

<参加者として>

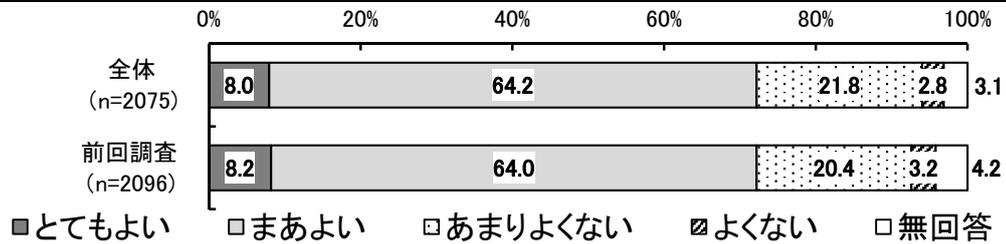


<企画・運営として>



①健康の状態（全体・前回調査）

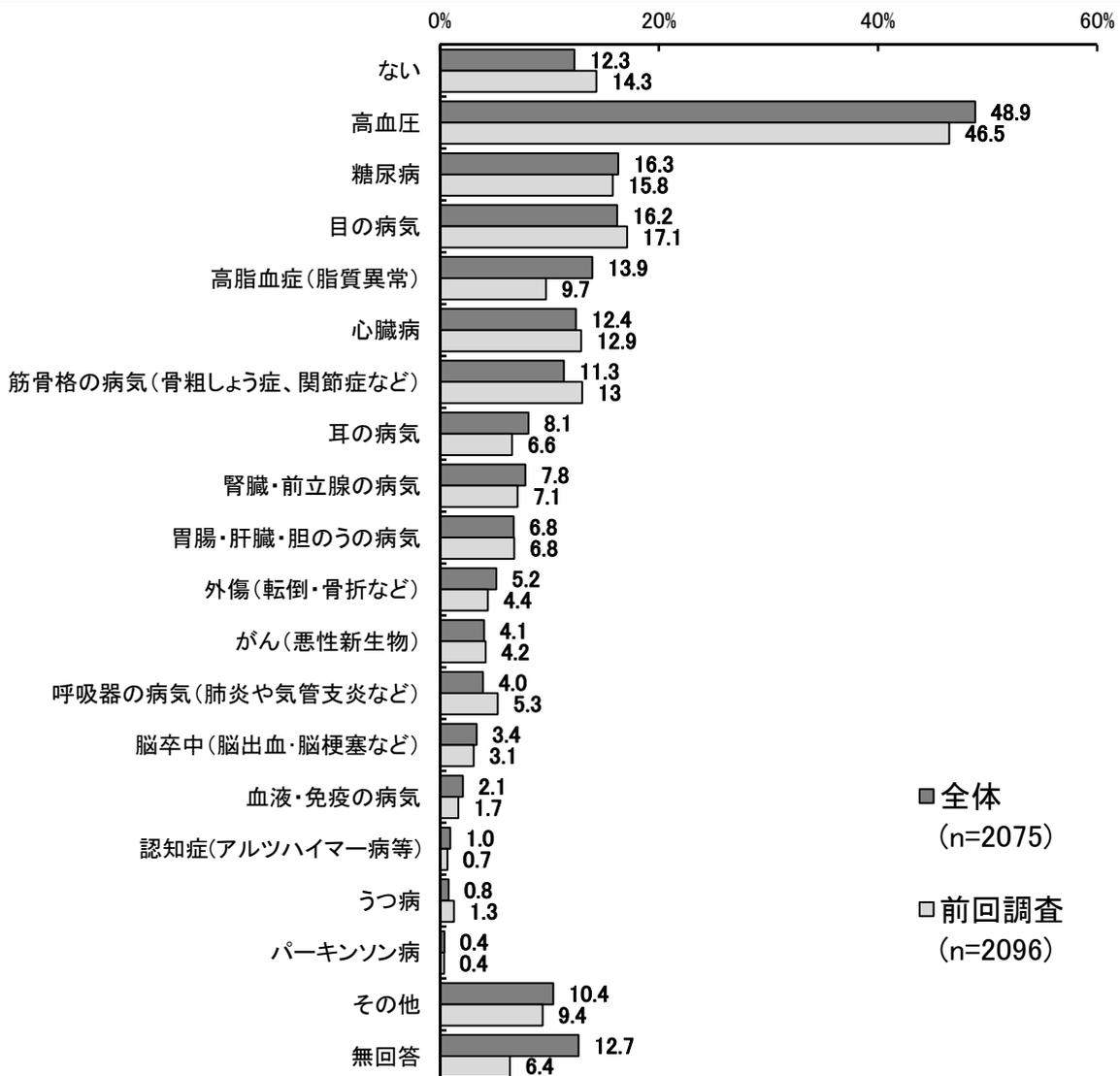
健康状態でみると、「まあよい」の割合が64.2%と最も高く、『よい』（「とてもよい」と「まあよい」の合計）では72.2%と7割を超えています。前回調査と比較すると、概ね同様な傾向となっています。



②疾病の状況（全体・前回調査）

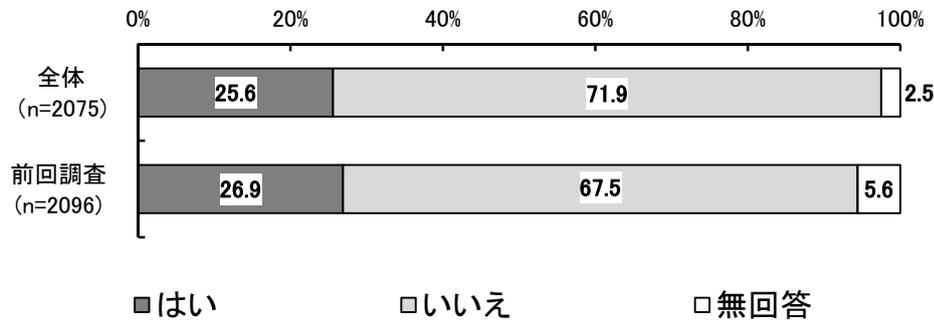
現在治療中、または後遺症のある病気があるかどうかについてみると、「高血圧」の割合が48.9%と前回調査と同様に最も高く、次いで「糖尿病」16.3%、「目の病気」16.2%、「高脂血症(脂質異常)」13.9%、「心臓病」12.4%などの順になっています。

前回調査と比較すると、「高血圧」が2.4ポイント、「高脂血症(脂質異常)」が4.2ポイント増加しています。



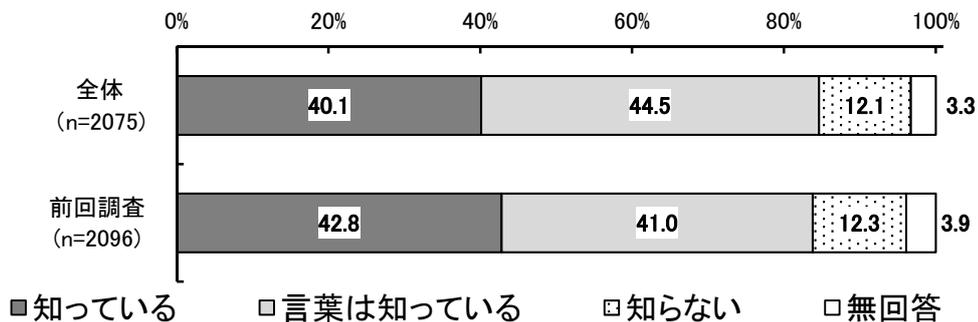
③認知症に関する相談窓口の認知度（全体・前回調査）

認知症に関する相談窓口を知っているかどうかについてみると、「はい」の割合が25.6%、「いいえ」71.9%となっている。
 前回調査と比較すると、概ね同様の傾向となっている。



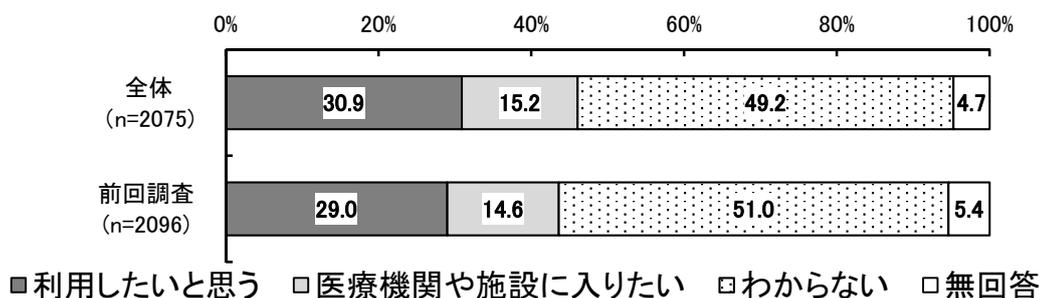
④在宅医療の認知度（全体・前回調査）

在宅医療について知っているかどうかについてみると、「言葉は知っている」の割合が44.5%と最も高く、次いで「知っている」40.1%、「知らない」12.1%となっています。
 前回調査と比較すると、概ね同様の傾向となっています。



⑤在宅医療の利用希望（全体・前回調査）

在宅医療を利用したいかどうかについてみると、「わからない」の割合が49.2%と最も高く、次いで「利用したいと思う」30.9%、「医療機関や施設に入りたい」15.2%となっています。
 前回調査と比較すると、「利用したいと思う」が1.9ポイント増加しています。

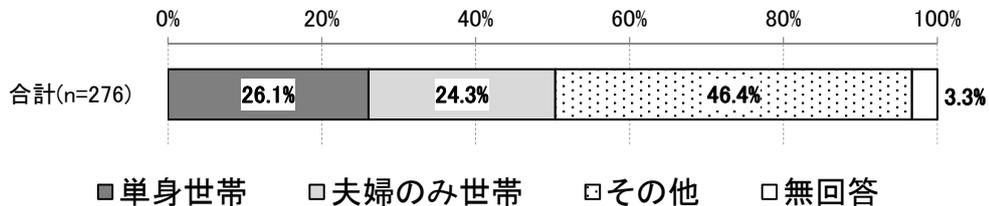


(3) 在宅介護実態調査結果

①世帯類型

世帯類型をみると、「単身世帯」の割合は26.1%、「夫婦のみの世帯」は24.3%、「その他」は46.4%となっています。

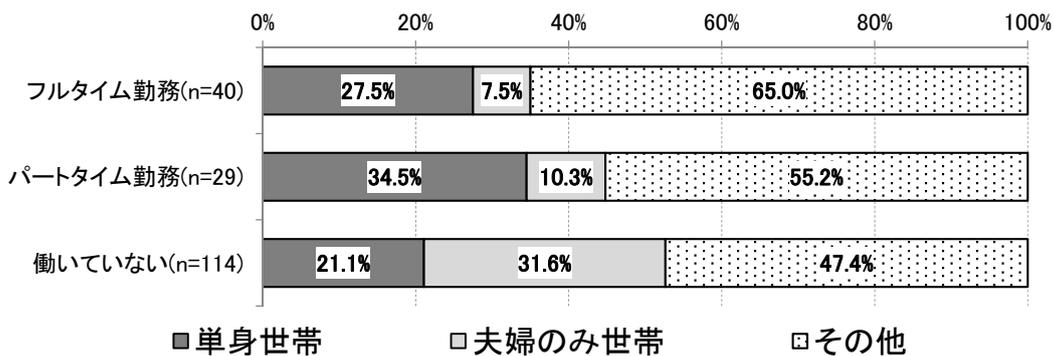
<世帯類型>



②就労状況別世帯類型

世帯類型を介護者の就業状況別にみると、「単身世帯」の方は「フルタイム勤務」では27.5%、「パートタイム勤務」では34.5%、「働いていない」では21.1%となっています。

<就労状況別世帯類型>

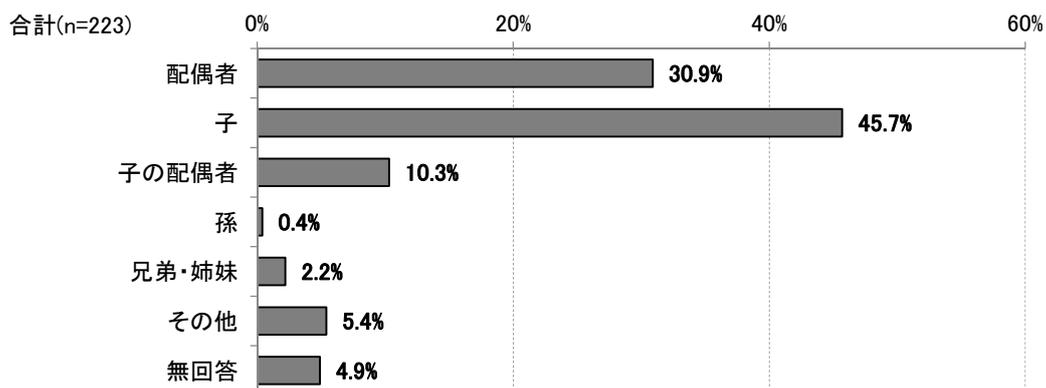


③主な介護者の本人との関係・介護者の就労状況

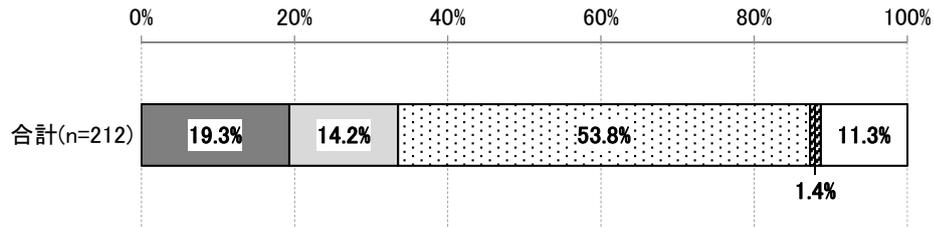
主な介護者は、「子」の割合が最も高く45.7%と約半数を占めています。次いで、「配偶者」30.9%、「子の配偶者」10.3%となっています。

介護者の就労状況でみると、「働いていない」の割合が最も高く53.8%と過半数となっています。次いで、「フルタイム勤務」19.3%、「パートタイム勤務」14.2%となっています。

<主な介護者>



<主な介護者の就労状況>



■フルタイム勤務 □パートタイム勤務 □働いていない ▨わからない □無回答

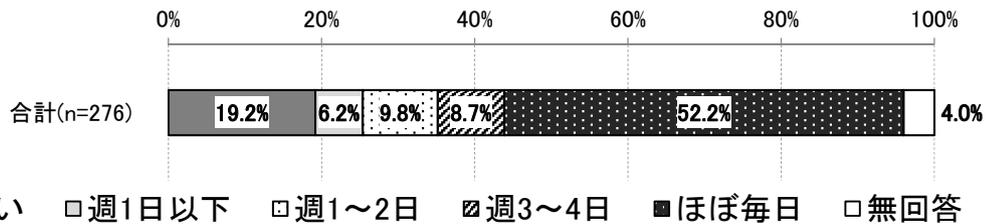
④家族等による介護の頻度

家族等による介護の頻度をみると、「ほぼ毎日」の割合が最も高く 52.2%となっています。次いで「ない」19.2%、「週1~2日」9.8%となっています。

世帯類型別に「ほぼ毎日」の割合をみると、「単身世帯」では30.4%、「夫婦のみ世帯」では56.1%、「その他」では65.6%となっています。

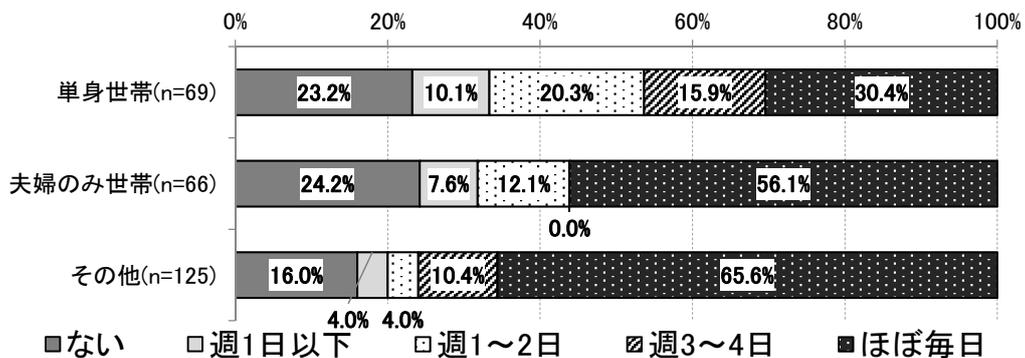
介護者の勤務形態別に「ほぼ毎日」の割合をみると、「フルタイム勤務」では75.6%、「パートタイム勤務」では56.7%、「働いていない」では71.9%となっています。

<介護の頻度・全体>



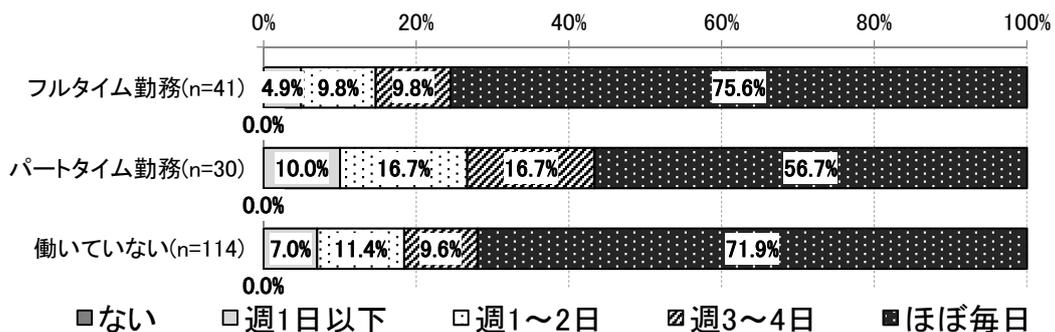
■ない □週1日以下 □週1~2日 ▨週3~4日 ■ほぼ毎日 □無回答

<世帯類型別介護の頻度>



■ない □週1日以下 □週1~2日 ▨週3~4日 ■ほぼ毎日

<主な介護者の就労状況別介護の頻度>



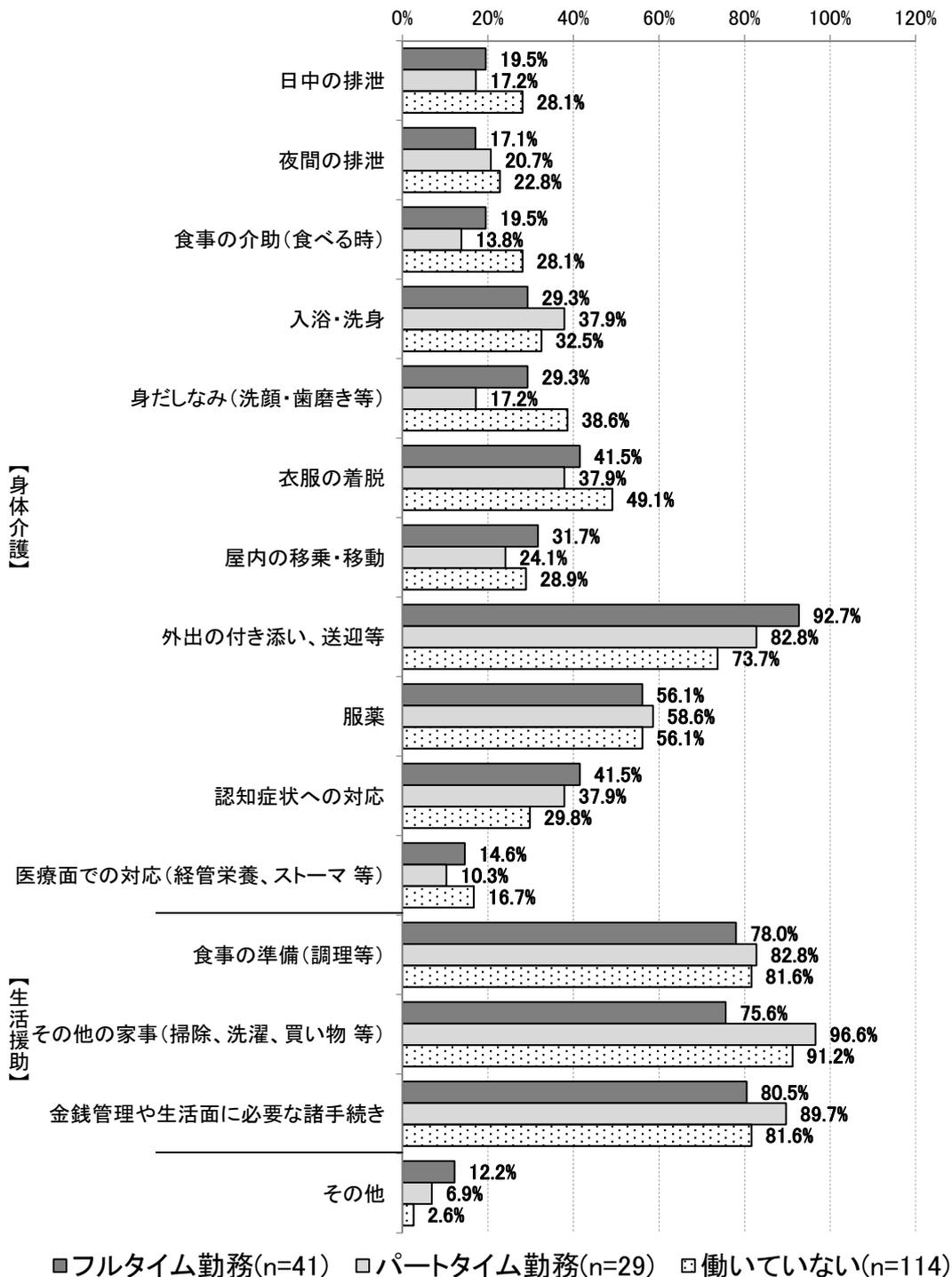
■ない □週1日以下 □週1~2日 ▨週3~4日 ■ほぼ毎日

⑤主な介護者が行っている介護等

介護者が行っている介護を介護者の就労状況別にみると、「身体介護」ではすべての勤務状況で「外出の付き添い、送迎等」の割合が最も高く、「生活援助」ではフルタイム勤務の方を除いて「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が最も高くなっています。

働いている方に比べて働いていない方をみると、「身体介護」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」が高くなっており、「生活援助」ではすべての項目でフルタイム勤務の方よりも高く、パートタイム勤務の方よりも低くなっています。

<主な介護者の就労状況別行っている介護等>



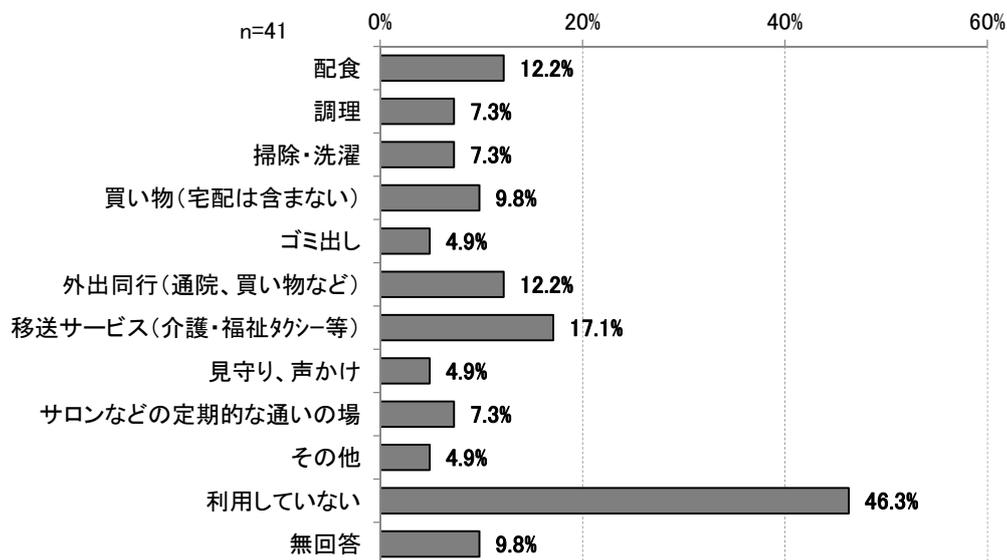
⑥介護保険サービス以外の支援・サービス（フルタイム勤務のみ）について

利用している介護保険サービス以外の支援・サービスをみると、「利用していない」の割合が最も高く 46.3%となっています。次いで、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」17.1%、「配食」12.2%、「外出同行（通院、買い物など）」12.2%となっています。

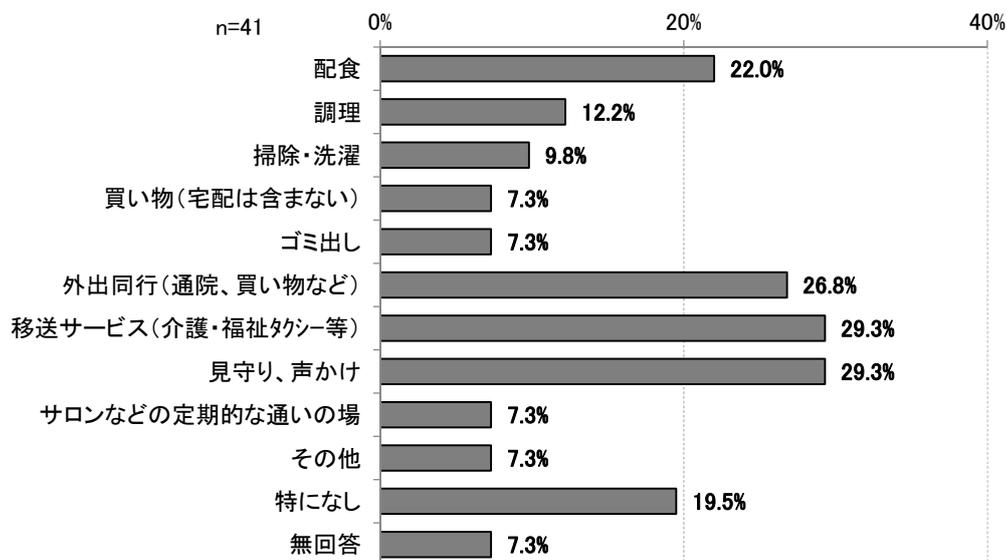
在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスをみると、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」、「見守り、声かけ」の割合が最も高く、それぞれ 29.3%となっています。次いで、「外出同行（通院、買い物など）」26.8%、「配食」22.0%となっています。

介護保険サービス以外の支援・サービスのうち、ほぼすべての項目で、現在利用しているものの割合より、今後の在宅生活の継続に必要と感じるものの割合が高くなっています。特に、「外出同行（通院、買い物など）」「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」「見守り、声かけ」の差が大きくなっています。

<利用している介護保険サービス以外の支援・サービス（フルタイム勤務のみ）>



<在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（フルタイム勤務のみ）>



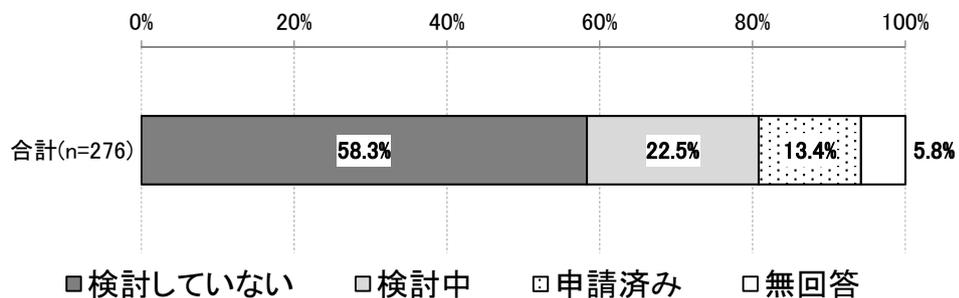
⑦施設等への入所・入居の検討状況

施設等の検討状況を見ると、「検討していない」の割合が58.3%と最も高くなっています。次いで、「検討中」22.5%、「申請済み」13.4%となっています。

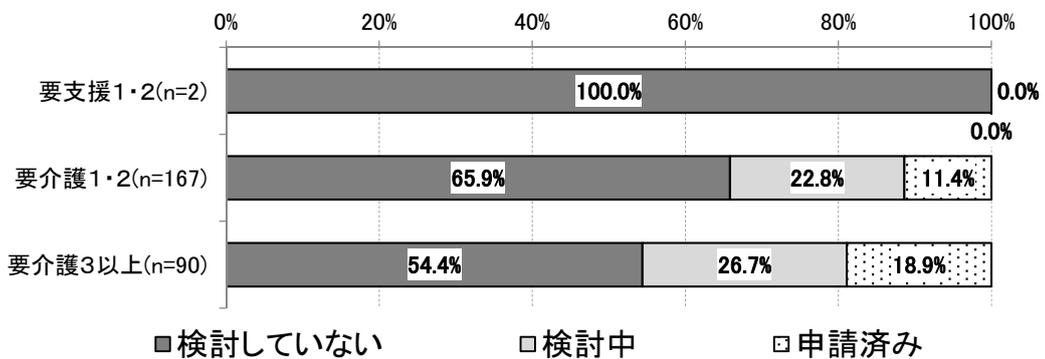
施設等の検討状況を認定該当状況別にみると、「要支援1・2」では「検討していない」の割合が100%となっています。「検討中」と「申請済み」の割合の合計をみると、「要介護1・2」では34.2%、「要介護3以上」では45.6%となっています。

施設等の検討状況を世帯類型別で「検討中」と「申請済み」の割合の合計をみると、「単身世帯」では48.5%、「夫婦のみの世帯」では32.3%、「その他」では34.7%となっており、「単身世帯」での割合が最も高くなっています。

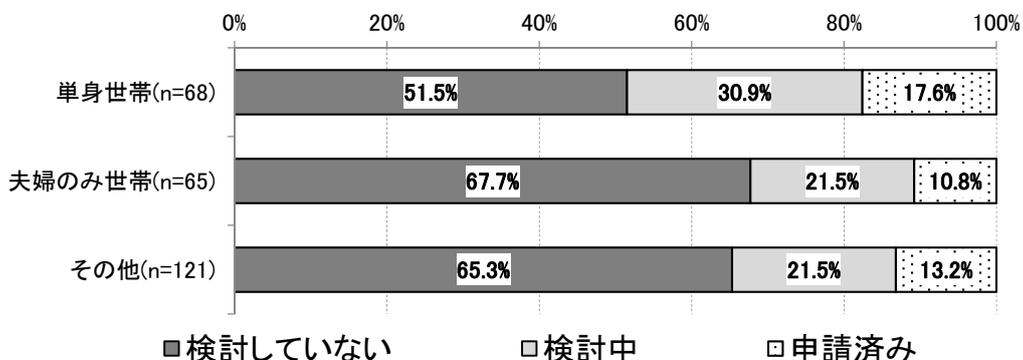
<施設等検討の状況>



<認定該当状況別の施設等の検討状況>



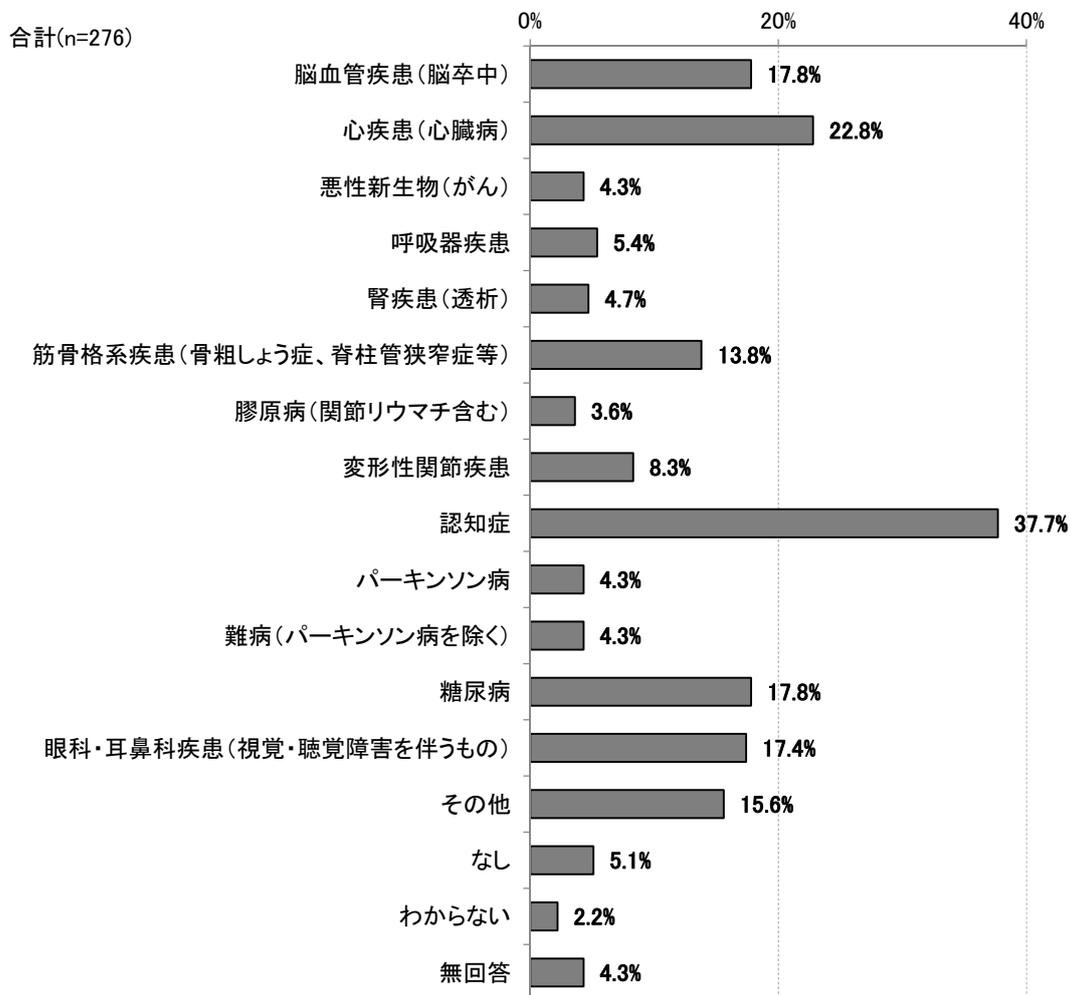
<世帯類型別の施設等の検討状況>



⑧本人が抱えている傷病

本人が抱えている傷病をみると、「認知症」の割合が最も高く 37.7%となっており、次いで、「心疾患（心臓病）」22.8%、「脳血管疾患（脳卒中）」17.8%、「糖尿病」17.8%となっています。

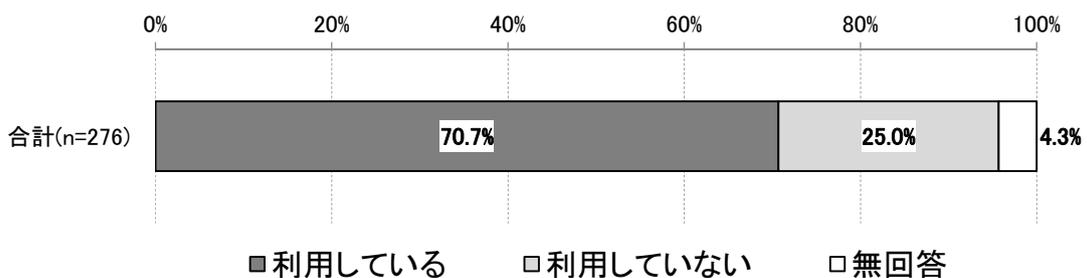
<本人が抱えている傷病>



⑨介護保険サービスの利用の有無

介護保険サービスの利用の有無をみると、「利用している」の割合が70.7%、「利用していない」25.0%となっています。

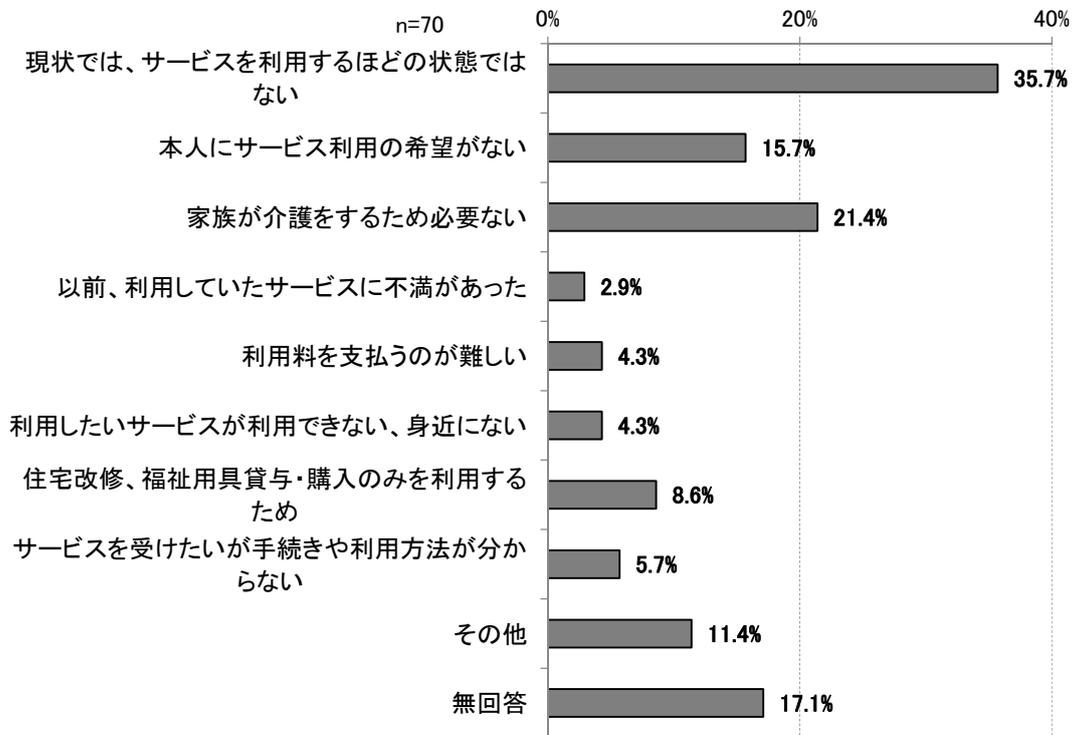
<介護保険サービス利用の有無>



⑩介護保険サービスの未利用の理由

介護保険サービスの未利用の理由をみると、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」の割合が最も高く、35.7%となっています。次いで、「家族が介護をするため必要ない」21.4%、「本人にサービス利用の希望がない」15.7%となっています。

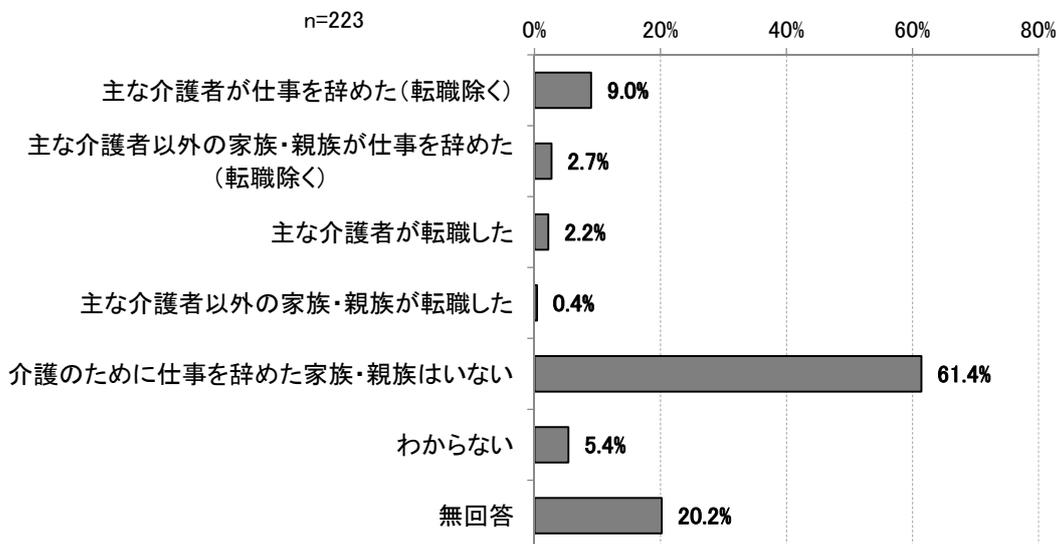
<介護保険サービスの未利用の理由>



⑪介護のための離職の有無

介護のための離職の有無をみると、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」の割合が最も高く、61.4%となっています。次いで、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」9.0%、「わからない」5.4%となっています。

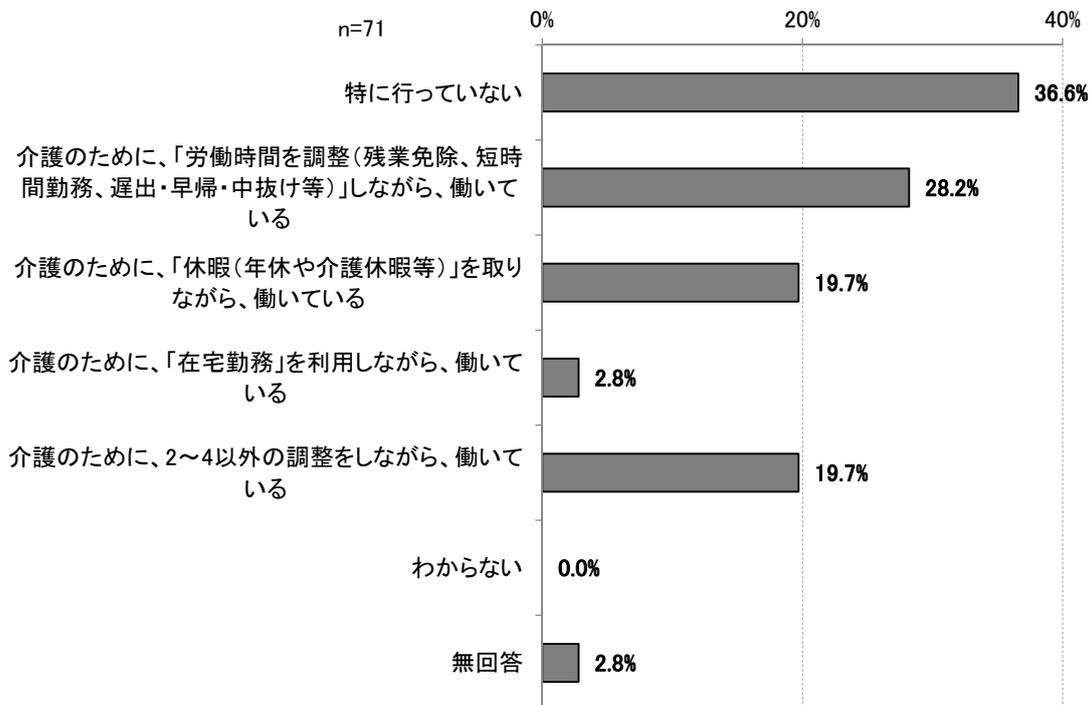
<介護のための離職の有無>



②主な介護者の働き方の調整状況

主な介護者の働き方の調整をみると、「特に行っていない」の割合が最も高く 36.6% となっています。次いで、「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」28.2%、「介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」19.7%、「介護のために、2～4 以外の調整をしながら、働いている」19.7%となっています。

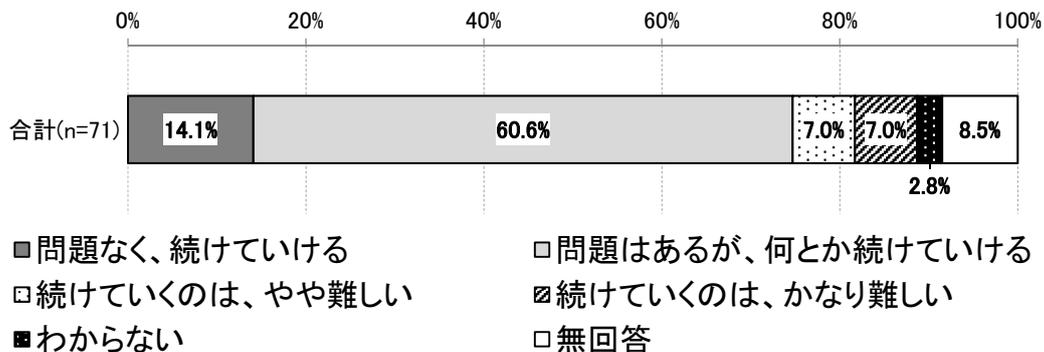
<主な介護者の働き方の調整状況>



③主な介護者の就労継続の可否に係る意識

主な介護者の就労継続についての意識をみると、「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が最も高く 60.6% となっています。次いで、「問題なく、続けていける」14.1%、「続けていくのは、やや難しい」7.0%、「続けていくのは、かなり難しい」7.0% となっています。

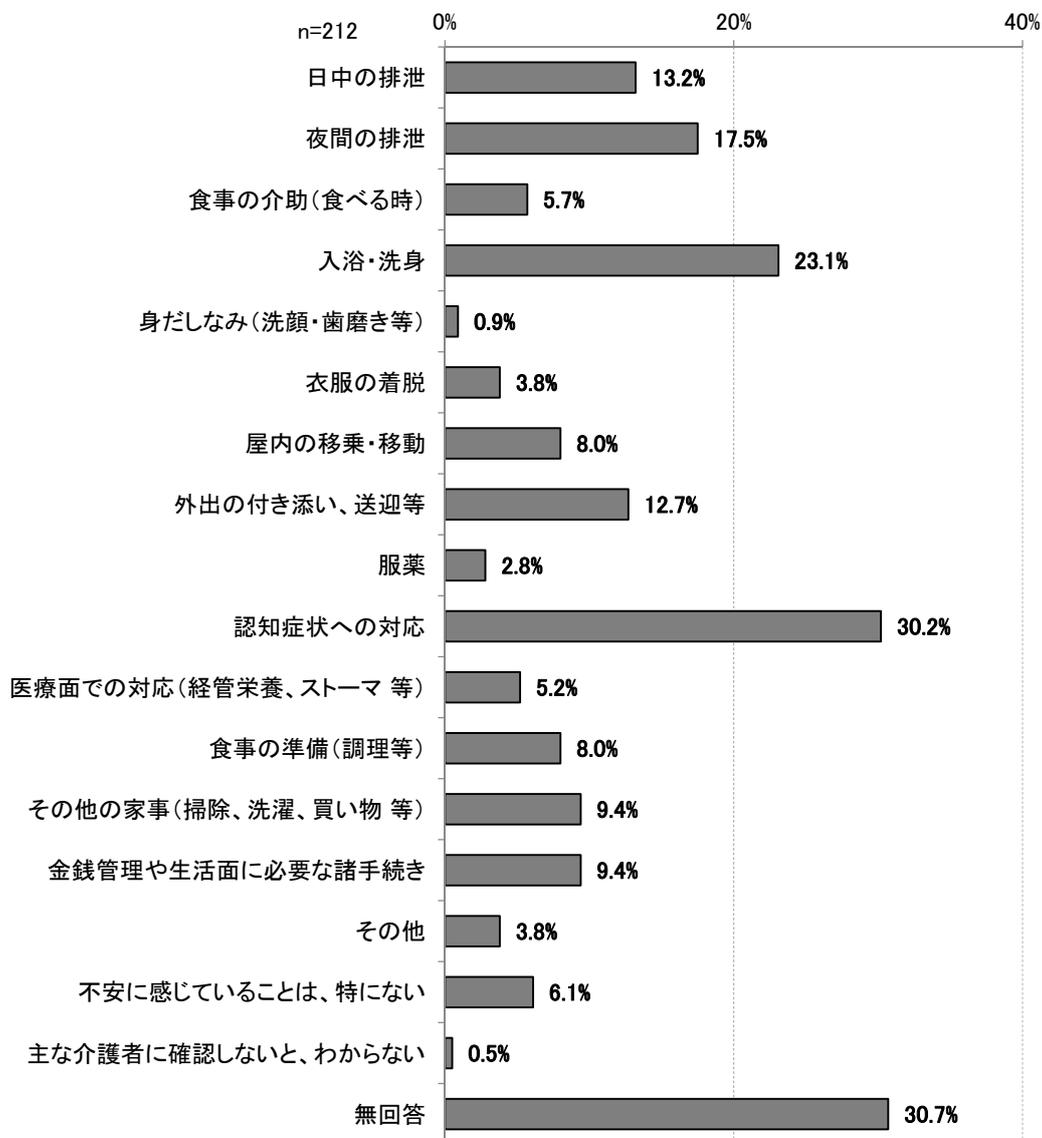
<主な介護者の就労継続の可否に係る意識>



⑭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

介護者が不安に感じる介護をみると、「認知症状への対応」の割合が最も高く、30.2%となっています。次いで、「入浴・洗身」23.1%、「夜間の排泄」17.5%となっています。

<介護者が不安に感じる介護>



3 アンケート調査結果からみえる課題

◆介護予防・日常圏域ニーズ調査からみえる課題

ア. 状況に応じた支援体制づくり

高齢者の1人暮らし(20.9%)や夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)(37.4%)が増加しており、更に増加すると予測されます。また、何らかの介護を受けている人が5.9%となっており、何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない人が8.2%という状況です。

介護を受けている人の主な介護者は、26.2%が配偶者、20.5%が娘、18.9%が介護ヘルパーとなっており、家族による介護の割合が高いことから、介護する家族への負担軽減も必要です。

イ. 各種リスクへの対策

うつ傾向のリスクが41.7%、転倒リスクが37.2%と高くなっており、うつ傾向は閉じこもりを引き起こし、転倒リスクからは運動機能の低下へと進むと予測されます。家にいながらでもできる運動や、地域の人との交流の促進や、心身の健康維持に努めることができるよう意識づけから進めなければなりません。これらは、フレイルの予防にもつながります。

ウ. 地域とのつながりの形成、地域活動の活性化

会やグループへの参加について、50%以上の人に参加しておらず、地域住民の有志による活動への参加意向では、「是非参加したい」「参加してもよい」が51.2%と過半数いますが、39.0%が参加したくないと回答しています。

参加を希望しない人の閉じこもり傾向を低くするためにも、また高齢者の趣味や生きがいづくりにつなげるためにも、地域での声掛けからはじめて、地域のつながりを強める中で、地域活動の活性化を図らなければなりません。

エ. 啓発活動・情報提供の促進

認知症に関する相談窓口を「知らない」と答えた人が71.9%となっています。在宅医療について「知らない」と答えた人が12.1%います。在宅医療を利用したいかどうかで「わからない」と答えた人が49.2%となっています。高齢者が地域で自分らしい暮らしを続けるためにも、相談窓口やサービスに関する広報、また健康維持や認知症などに対する啓発を続けなければなりません。

◆在宅介護実態調査からみえる課題

ア. 状況にあった支援・サービスの提供とその体制強化

在宅で生活をしている要介護1～5の方の属する世帯類型は、「単身世帯」が26.1%、「夫婦のみの世帯」が24.3%となっており、家族等による介護の頻度は「ほぼ毎日」の割合が52.2%と最も高く、主な介護者は「子」が45.7%、「配偶者」が30.9%となっています。

介護保険サービスの利用の有無では、25.0%の人が利用しておらず、利用していない理由として、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」が35.7%、「家族が介護をするため必要ない」が21.4%、「本人にサービス利用の希望がない」が15.7%となっています。

イ. 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスの提供

介護のための離職の有無では、61.4%は仕事を辞めていませんが、14.3%の人が仕事を辞めるか、転職しています。

主な介護者の勤務形態は、フルタイムが19.3%、パートタイムが14.2%、働いていないが53.8%となっており、働き方の調整については36.6%が特に何も行っていませんが、何らかの調整を行っている人が7割います。

主な介護者の就労継続の可否に係る意識については、「続けていくのは、やや難しい」、「続けていくのは、かなり難しい」と答えた人が合わせて14.0%となっています。

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は、「認知症状への対応」が30.2%と最も高く、次いで「入浴・洗身」が23.1%、「夜間の排泄」が17.5%と続いています。

全体として、訪問介護サービスの充実、家族への支援、制度の周知等の対策が必要になります。併せて、介護度が増すほど医療の必要性が高まるため、在宅生活継続のためには、訪問診療等の在宅で受けられる医療の重要性も高まると予測できます。

第3章 計画の基本構想

I 基本理念

高齢化が一層進む中、高齢者のライフスタイルや生活意識、ニーズ等が更に多様化することが予測されています。そのような中でも、人と人、人と地域がつながり、お互いが配慮し存在を認め合い、支えあうことで孤立せずに生活を送ることができるまちづくりが求められています。

高齢者が、介護が必要となったとしても、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、住まい・医療・予防・生活支援が一体的に提供できるよう地域の包括的な支援・サービスの提供体制が重要であり、地域包括ケアシステムの充実が求められています。

国の基本指針として、「地域包括ケアシステムの深化・推進」が掲げられており、本計画では、第8期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9期の基本理念とします。

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)

2 基本目標

本市では、基本理念として掲げた「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）」を目指し、以下の7つを基本目標とします。

基本目標1 健康づくり・介護予防の推進

高齢者が健康で生きがいを持って暮らし、社会を支える一員として生涯を通じて活躍できるよう、また住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、介護予防・健康づくりへの取組を強化して健康寿命の延伸を図ります。

基本目標2 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実

高齢者が地域で安心して暮らし続けるために、地域包括支援センターを中心として、介護・福祉の充実に取り組みます。

基本目標3 在宅医療・介護連携の推進

医療及び介護の両方を必要とする高齢者が、自分らしく人生の最期まで暮らせるよう、包括的かつ継続的に在宅医療と介護を提供できる体制を構築します。

基本目標4 認知症施策の総合的な推進

医療・介護及び生活支援等のネットワークと、その連携強化によって、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ます。

基本目標5 地域で支えあう仕組みづくりの推進

高齢者が地域とのつながりの中で、自分らしく暮らしていけるよう、サービスの充実を図り、高齢者の心身の健康づくりと生きがいが見つけられるよう取り組みます。

基本目標6 地域における安心生活の確保

高齢者が地域で安心して生活が送れるよう、施設福祉サービスと在宅福祉サービスの提供を行います。

基本目標7 サービスの質の向上と適正利用の促進

介護ニーズが高度化・多様化する中、質を向上させ、適切な介護サービスを提供できるよう努めます。

3 施策体系

**基本理念：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)**

基本目標1 健康づくり・介護予防の推進

施策方針

- (1) 多様な健康づくりの推進
- (2) 介護予防の総合的な推進

基本目標2 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実

施策方針

- (1) 地域包括支援センターの充実強化
- (2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント
- (3) 在宅生活の支援
- (4) 災害・感染症対策に係る体制整備

基本目標3 在宅医療・介護連携の推進

施策方針

- (1) 医療と介護の連携強化
- (2) 在宅医療の市民への普及啓発
- (3) 在宅医療・介護情報の共有
- (4) 医療・介護専門職のネットワークづくり

基本目標4 認知症施策の総合的な推進

施策方針

- (1) 認知症の予防
- (2) 地域包括支援センターを軸とした相談支援体制の推進
- (3) 地域における支援体制の強化
- (4) 医療・介護等の支援ネットワークの構築

基本目標5 地域で支えあう仕組みづくりの推進

施策方針

- (1) 支えあい活動の推進
- (2) 高齢者見守り施策の推進
- (3) 権利擁護の推進
- (4) 生きがいづくり支援

基本目標6 地域における安心生活の確保

施策方針

- (1) 施設福祉サービスの充実
- (2) 在宅福祉サービスの充実

基本目標7 サービスの質の向上と適正利用の促進

施策方針

- (1) 地域密着型サービス連絡協議会
- (2) 事業所への指導監督
- (3) 介護給付適正化事業
- (4) 介護人材の確保及び業務の効率化

第4章 施策の展開

1 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、庁内や関係機関と連携をとり、高齢者の健康を支え、健康を守るための環境整備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の推進

健康よしのがわ21計画の取組

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、市民に対しても健康実態の周知を行い、市民一人一人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

胎児期から老年期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身の機能維持及び向上につながる対策や生活習慣病予防に取り組むために、子どもの頃からの規則正しい生活習慣・食習慣づくり、肥満予防対策、糖尿病の重症化予防、高齢者の介護予防・フレイル予防など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。

<現状評価・課題>

新型コロナウイルス感染症の影響で、ヘルスマイトの研修会を予定した回数を行えなかった年がありました。

<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、引き続き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		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
食生活改善推進員 研修会 参加者数	6人	46人	40人	50人	50人	50人
住民参加人数	422人	572人	300人	350人	350人	350人

イ. 口腔機能の維持向上

歯や口腔の健康の保持増進や糖尿病の進行を予防するためにも、40～70歳までの節目の年齢の方を対象に、市内歯科医療機関において歯周疾患検診を実施しています。

<現状評価・課題>

歯周疾患検診受診券を（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するなど、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、口腔機能の低下のリスクを下げ、健康的な生活を維持できるように、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		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
歯周疾患検診 受診者数	60人	83人	90人	100人	100人	100人

ウ. 生活習慣病対策（ヤング健診の促進）

20～39歳の職場等で健診を受ける機会のない方を対象として、特定健診に準じる健診や保健指導を実施し、若いうちから生活習慣や食習慣等の改善に取り組めるよう支援を行います。

<現状評価・課題>

受診者数が令和3（2021）年度より令和4（2022）年度が減少しています。これは、新型コロナウイルス感染症の影響で、受診勧奨等を控えざるを得ない状況が続いたことが影響していると考えます。

<今後の方向性>

ヤング健診の受診者が増えるように、広報及びホームページなどでも周知し、乳幼児健診等の場で受診勧奨を行っていきます。また、保健指導を充実させ、慢性腎臓病重症化予防に努めます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
ヤング健診 受診者数	130人	105人	135人	140人	140人	140人
ヤング健診後 保健指導数	53人	43人	50人	50人	50人	50人
糖尿病腎症・ CKD 保健指導数	7人	2人	7人	7人	7人	7人

エ. 精神保健対策等の推進（精神保健相談）

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共に支援の対策を進めていきます。

<現状評価・課題>

新型コロナウイルス感染症の影響で、普及啓発のための教室などの開催が難しくなりましたが、支援の必要な方や家族に対しては、個別に対応しています。メンタルヘルスの問題については、個人でうまく対処法をとることが難しいため、今後も普及啓発を継続し、支援に結びつけていきます。

<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		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
普及啓発活動回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回
精神保健相談 (延人数)	2人	56人	50人	50人	50人	50人

②がん検診等による疾病の早期発見と予防

健康増進法による各種がん検診を実施し、がんの早期発見・早期治療につなげ、市民の身体的・精神的及び経済的な負担の軽減や健康の保持増進を図るとともに、将来的な医療費の軽減につなげます。

<現状評価・課題>

新型コロナウイルス感染症の影響で、集団検診の受診控えや、安心安全に検診を行うために受診可能人数の制限をした影響もあり、計画値にまでは達成していない検診もあります。

<今後の方向性>

受診率向上に向けて、パンフレットの配布、未受診者に対する受診勧奨はがきの送付、受診券に二次元コード印字や電子申請の取り入れや、総合健診や休祝日の健診日を設けるなど、継続し受診しやすい体制を整えます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
がん検診受診率（胃）	6.4%	7.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
がん検診受診率 （大腸）	11.0%	11.3%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%
がん検診受診率（乳）	16.6%	17.9%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
がん検診受診率 （子宮）	15.1%	16.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
がん検診受診率（肺）	9.0%	9.3%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%

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、40～74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行います。

吉野川市国民健康保険特定健康診査等実施計画に基づき、各種事業を実施、被保険者の健康増進及び重症化予防につなげます。

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。また、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。

<現状評価・課題>

毎年、未受診者対策として訪問や電話、はがきなどで受診勧奨を実施していますが、若年層（40～50歳代）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、受診勧奨等に引き続き取り組んでいきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
特定健診受診率	39.0%	37.9%	40.0%	40.0%	45.0%	45.0%

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。

糖尿病や高血圧症等の多くは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。

<現状評価・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歳代）は就労者が多いため、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健診結果説明会などで実施しており、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います。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
特定保健指導 実施率	84.8%	85.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

④糖尿病性腎症重症化予防の取組

医療機関未受診者及び治療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人に対し、医療機関と連携して保健指導を行うことで、人工透析への移行を抑えます。

<現状評価・課題>

腎専門医との連携は継続して実施しており、対象者に早期介入することができています。

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。

<今後の方向性>

連携医療機関数を増やしていく必要があります。医療機関への説明・協力依頼等について、継続して実施していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
連携医療機関数	14 か所	13 か所	14 か所	15 か所	16 か所	17 か所
腎専門医との 連携者数	18 人	12 人	12 人	20 人	20 人	20 人

⑤高年齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

国保データシステム等の活用により、医療レセプト・健診、介護レセプト等のデータを分析して、地域の健康課題を把握し、高齢者一人一人に対して、フレイル等の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を効果的・効率的に実施します。

<現状評価・課題>

75 歳から医療保険が変わっても保健指導が必要な重症化予防対象者を国保データシステムや健診受診者から把握し、保健指導を実施します。また、健診・医療・介護のデータに基づき健康課題に応じた健康教育や個別指導を実施し、地域支援事業の介護予防事業とも連携した取組を行っています。

<今後の方向性>

重症化予防のため、地域の健康課題に沿って保健指導を行っていきます。また、かかりつけ医への説明・協力依頼等についても継続して実施していきます。

(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、作成したパンフレットの配布、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開催等によって、介護予防に資する基本的な知識を普及啓発しています。

<現状評価・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、タオルや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。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、教室後の自宅での取組に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、継続して実施できるような、介護予防につながる様々なメニューを工夫し、普及啓発、健康維持の支援を続けていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護予防講演会 実施回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回
介護予防講演会 参加延人数	42人	56人	60人	65人	65人	70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。

<現状評価・課題>

介護予防・生活支援サービス事業によるサービスを受けていない方を対象に、介護予防や閉じこもり予防を図っています。

<今後の方向性>

転倒しない身体づくりや閉じこもりの予防のために、運動習慣を身に付けるきっかけづくりに取り組んでいきます。

		実績値		見込値	計画値		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
実施回数		258回	233回	274回	290回	309回	328回
参加延人数		1,122人	968人	1,158人	1,195人	1,234人	1,273人
内 訳	水中運動コース A1	337人	199人	406人	414人	422人	431人
	水中運動コース A2	323人	295人	296人	297人	298人	299人
	マシントレーニング B1	229人	290人	208人	223人	238人	255人
	マシントレーニング B2	233人	184人	248人	250人	253人	256人

②地域介護予防活動支援事業

介護予防サポーターとして、地域において介護予防活動を広げていくためのリーダーとして活躍するための知識・技術等を習得するための講座（以下「介護予防サポーター育成講座」という。）を開催するとともに、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。

<現状評価・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。

介護予防サポーター育成講座の受講者は年々減少している状況です。

<今後の方向性>

若い世代から介護予防の意識を高めるため、引き続き支援を行います。

ア. 介護予防教室

地域における市民団体の自主的活動支援の一環として、介護予防教室を市内43か所で開催しています。各会場において、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。

α. 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介護予防体操を行っています。

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交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。口腔ケア講座では、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。

<現状評価・課題>

自主活動を前提としたうえでの市との連携事業です。参加者の高齢化や減少から、存続が難しくなってきたりしている場所もでてきています。

<今後の方向性>

介護予防体操、栄養改善講座、口腔ケア講座、認知症予防講座等の介護予防プログラムのなかで「フレイル予防」に継続して取り組んでいきます。

介護予防教室が市民の介護予防や健康管理に役立てていけるものとなるよう、今後も地域への支援を継続し、若い世代への参加も働きかけていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
実施か所数	45 か所	47 か所	43 か所	43 か所	43 か所	44 か所
実施回数	172 回	243 回	243 回	249 回	249 回	255 回
参加延人数	1,257 人	1,721 人	1,640 人	1,750 人	1,900 人	2,000 人
内 訳	健康相談	1,244 人	1,707 人	1,630 人	1,740 人	1,890 人
	介護予防体操	385 人	288 人	350 人	350 人	400 人
	栄養改善講座	261 人	324 人	300 人	350 人	400 人
	口腔ケア講座	221 人	316 人	270 人	350 人	400 人
	認知症予防講座	248 人	312 人	290 人	350 人	400 人

※令和4（2022）年度から介護予防体操は、2回から1回に変更

イ. 介護予防サポーター育成講座

個人や地域で自主的に介護予防活動等が行えるよう「介護予防サポーター」の育成講座を実施しています。介護予防のための運動や認知症予防についての知識習得に加え、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。

<現状評価・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を継続的に実施しています。高齢化のため活動には地域差もありますが、それぞれの活動の場にあわせたサポーター役割について支援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、活動の輪を広げていけるよう支援を継続していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
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
参加実人数	7人	6人	10人	10人	10人	10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	48人	39人	50人	55人	60人	60人

③地域リハビリテーション活動支援事業（リハビリ教室）

地域において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、正しい運動方法を学び、その後においても、住民自らが介護予防の取組を継続的に実践し、要介護状態となっても参加し続けることのできる通いの場づくりの展開を図っていきます。

<現状評価・課題>

リハビリ教室は、地域で自主活動を行っている団体に対して、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。参加者の高齢化もみられ、積極的に自主活動を進めていくことが難しいことがあります。

<今後の方向性>

参加者の拡大を図り、自主活動として、継続的に運動ができる機会を支援し、高齢者が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に取り組み、地域の中で自分らしく自立した生活を送ることができるよう事業を展開していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
実施か所数	4か所	2か所	1か所	2か所	2か所	2か所
参加延人数	396人	194人	115人	195人	195人	195人

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必要とする人を把握し、介護予防活動へつなげていきます。

<現状評価・課題>

老人クラブを通して、スポーツやレクリエーション、介護予防活動を実施し、外出や交流の場の提供を支援しています。

<今後の方向性>

高齢者が地域社会で孤立しないよう、閉じこもりの予防に取り組んでいきます。

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組を推進し、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目指します。

「介護予防活動」「生きがいづくり」「仲間づくり」の場として、住民が自宅から歩いて行ける場所に集まり、体操をしたり、交流しながら、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。

<現状評価・課題>

介護予防に関する活動を実施する機会を提供する事業です。高齢者の通いの場等で介護予防サポーターを中心に週1回体操や交流をしています。市内で1か所の開催であり、新たに支え合いサロンとして展開できるグループの確立は難しい状況です。

<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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
実施か所数	1か所	1か所	1か所	2か所	2か所	3か所
実施回数	42回	45回	48回	96回	96回	144回
参加実人数	36人	28人	35人	50人	50人	60人

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方及び基本チェックリスト該当者(事業対象者)に対して、次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 A	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 A	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

<現状評価・課題>

生活支援サービス・介護予防サービス事業として、訪問型サービスと通所型サービス、訪問型サービス A と通所型サービス A を実施しています。

生活支援コーディネーターと連携し、生活支援体制整備事業を行っており、生活支援・介護予防サービスの充実に取り組んでいます。

<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、引き続き生活支援体制整備事業を行っていきます。

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あ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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
訪問型サービス	220件	277件	298件	351件	413件	486件
通所型サービス	971件	794件	720件	606件	510件	430件
訪問型サービスA	1,418件	1,414件	1,390件	1,376件	1,363件	1,349件
通所型サービスA	1,600件	1,740件	1,800件	1,903件	2,013件	2,129件
介護予防 ケアマネジメント	2,143件	2,069件	2,040件	2,214件	2,260件	2,306件

⑦自立支援、介護予防・重度化予防の推進

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の介護支援専門員（ケアマネジャー）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、ケアプランが重度化の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、介護支援専門員が介護予防や重度化防止の重要性を理解し、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や居宅介護支援事業所等の介護支援専門員の資質の向上や、疾病の重症化予防の意義や具体的な疾病についての研修会を実施します。

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、関係部署と連携をとり、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいます。

<現状評価・課題>

令和3（2020）年度から健康寿命の延伸を図るため、地域における高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（運動・口腔・栄養等）や、生活習慣病などの疾病予防の重症化予防を一体的に取り組んでいます。長寿いきがい課では、高齢者の通いの場におけるポピュレーションアプローチ（健康リスクに対する取組の一つで、集団全体を対象として働きかけを行い、全体としてリスクを下げる取組方法）を担当し、健康推進課・国保年金課等の関係部署と連携を図っています。

<今後の方向性>

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、関係部署と連携し、生活習慣病の重症化予防に継続して取り組んでいきます。

2 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

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るための中核機関であり、地域共生社会の実現に向けて、地域包括支援センターの強化を図り、高齢者を支えるための各種取組を推進します。

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、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。

<現状評価・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、障害分野や児童福祉分野など他分野との情報共有を密に図り、関係機関との連携による対応を強化していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
新規相談件数	304件	373件	460件	566件	670件	776件

②地域包括支援センターの体制強化

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるよう、地域におけるネットワークを構築し、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が専門知識を生かしながらチームで取り組むことで、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

適切で柔軟な人員配置、業務負担の軽減を図り、地域包括支援センターの体制を整備していきます。

<現状評価・課題>

保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を配置し、その専門性を十分に活用し、業務を遂行していますが、高齢者人口の増加に加え、地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応や家族介護支援など役割と負担が増加しています。

<今後の方向性>

高齢化の進展、相談件数の増加等に対応できるよう、引き続き人員体制を整えるとともに、地域包括支援センターが行う業務の標準化など、業務の質を確保しながら、職員の業務負担を軽減していきます。

③ 高齢者の実態把握

1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実施し、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。

<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必要とする高齢者の把握に努めます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
実態把握件数	225件	239件	194件	206件	219件	233件

(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共に改善策を考えていきます。個別ケースを検討し、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。

本市では、地域ケア会議を開催し、高齢者への医療、介護、介護予防、その他の生活支援サービスにおける地域の実情に基づく地域課題を共有し、他の事業とも連携をとり、地域の課題解決に向けた具体的な支援策の協議・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会議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。

<現状評価・課題>

地域ケア個別会議での個別ケースの検討に加え、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。

明らかになった地域課題は、地域ケア推進会議において共有し、地域課題の解決に向けての検討を行っています。

<今後の方向性>

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た地域ケア個別会議を開催し、共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけていくことで、地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進につなげていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
地域ケア個別会議 (個別)	22回	18回	20回	22回	25回	27回
地域ケア個別会議 (自立支援型・包括ネット ワーク会議)	12回	18回	17回	18回	18回	18回
地域ケア推進会議	1回	0回	1回	1回	1回	1回

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介護支援専門員（主任ケアマネジャー）等が介護支援専門員の日常的個別指導、支援困難事例等への指導・助言、地域での介護支援専門員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や介護支援専門員研修会により、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。

<現状評価・課題>

個別ケースの支援をとおして、自立支援の視点を定着させることによって、アセスメント力の向上とケアマネジメントのスキル及びサービスの質の向上を図っています。

介護支援専門員連絡会や研修会により、日常的な業務の円滑な実施を支援するとともに、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。

<今後の方向性>

介護支援専門員の連絡会や研修会を開催し、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できるよう支援を行います。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護支援専門員 連絡会	4回	6回	6回	6回	6回	6回

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護支援専門員 研修会	1回	2回	1回	2回	2回	2回

(3) 在宅生活の支援

①地域密着型サービスの基盤整備

介護保険法の改正により、平成28(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、サービスの在り方について検討します。

働きながら要介護者等を在宅で介護している家族等の就労継続や負担軽減の必要性等を踏まえ、柔軟なサービス提供により、支えることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及を図るために、要介護者等をはじめ地域の住民やサービス事業所等を含めた地域全体に対して理解を深めるとともに、地域密着型サービスの広域利用に関して、国の動向を注視し速やかに対応できるようにしていきます。

また、居宅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検討します。

②在宅サービス・生活支援の実施

地域包括ケアシステム推進の一環として、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を継続していくためには、在宅サービスの充実が欠かせません。

その中で、生活支援として、1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っています。

③家族等介護者への支援

要介護者が自立した生活を継続するためには、介護者への支援も重要です。関係機関との連携を図り、在宅で高齢者を介護している家族やヤングケアラーなどの精神的、身体的負担軽減のために、介護方法や介護予防についての知識や技術を習得する「家族介護教室」に加え、介護者の孤立を防ぐための介護者同士の交流による仲間づくりを行う「介護者家族会」などの機会の提供、介護者相談会の実施などによって、家族介護者支援に取り組みます。

また、介護離職ゼロを目指し、介護者が介護しながら働き続けることができるよう、仕事と介護の両立の支援制度の周知を図ります。

ア. 家族介護用品支給事業

在宅で高齢者を介護している家族を対象に、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。

<現状評価・課題>

要介護4又は5の認定を受けている在宅の高齢者を介護している家族に対し、介護用品給付券を交付しています。

<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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
利用実人数	22人	19人	24人	26人	29人	31人
利用延回数	251回	234回	256回	280回	302回	334回

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。

<現状評価・課題>

介護保険サービスを利用せず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、慰労金を支給することで精神的・経済的な負担の軽減を図っています。

<今後の方向性>

市の広報誌等を活用して、制度の周知を行い、関係機関と連携しながら事業の有効活用を図ります。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
利用実人数	0人	0人	0人	1人	1人	1人

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。

<現状評価・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する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>

要介護高齢者の増加、夫婦のみの高齢者世帯の増加が見込まれるなか、その家族の介護者が抱える負担を軽減するために、充実した家族介護教室の実施に取り組みます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
参加延人数	0人	69人	80人	100人	100人	100人
登録人数	0人	46人	65人	65人	65人	65人
開催場所	0か所	2か所	2か所	2か所	2か所	2か所

(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。

指定基準により、介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられているところ、管内の介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行います。

②感染症に対する備えの検討

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、県や保健所、協力医療機関との連携を強化します。

指定基準により、介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられているところ、管内の介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

地域包括ケアシステムの深化・推進のためにも、在宅医療・介護連携は重要です。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期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。

平成28（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。

<現状評価・課題>

協議会は、医師会、歯科医師会をはじめ在宅医療・介護提供体制の構築に必要な関係機関の有識者で構成されています。

協議会では、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。

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

<今後の方向性>

在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、地域の目指すべき姿を共有し、関係機関との連携強化を図っていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
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

(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を開催しています。また、介護予防を自らの責任として捉えて、若い世代から介護予防に取り組んでもらえるよう、介護予防教室や介護予防講演会を開催しています。

市の広報誌や市及び吉野川市医師会のホームページの活用、リーフレットの配布などにより、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。

<現状評価・課題>

公開講座やDVDを活用した出前講座を開催し、在宅医療や介護についての理解の促進に努めています。

<今後の方向性>

市民が在宅医療や介護について理解し、在宅療養が必要となったときに必要なサービスを適切に選択できるよう、引き続き普及啓発に努めます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
講座開催回数	1回	1回	2回	2回	2回	2回

(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

地域の医療・介護資源として、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、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、令和元(2019)年に作成・配布した、介護支援専門員用の在宅医療社会資源一覧表も一部情報の更新を行っています。

<現状評価・課題>

医療機関や介護サービス事業所へのアンケート調査を実施し、事業所マップの情報更新を行いました。

<今後の方向性>

事業計画にあわせて事業所マップの情報更新を行い、医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供します。さらに市民の医療・介護へのアクセスの向上を支援します。

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。

<現状評価・課題>

「在宅医療連携部会」「医療介護連携部会」をそれぞれ2か月に1回開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策の検討を行っています。

<今後の方向性>

今後も、「在宅医療連携部会」「医療介護連携部会」や「在宅医療介護連携勉強会（ピアプラス）」を通じて、現状把握と課題の抽出、対応策などの検討を行っていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
在宅医療連携部会	5回	6回	6回	6回	6回	6回
医療介護連携部会	5回	6回	6回	6回	6回	6回

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。

多職種との協働、連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の取組を強化していきます。

<現状評価・課題>

各部会や研修会・勉強会の開催を多職種参加型で開催し、「顔の見える関係」の構築を行っています。令和5（2023）年度からは、消防（救急）も部会に参加し、医療・介護関係者との情報共有を行っています。

<今後の方向性>

医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を継続していきます。

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、平成 27（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. 情報共有ツールの活用

各種連携シート（入院情報提供シート、情報提供シート（施設⇒病院）、透析療養情報提供シート、暮らし支援連携シート、オレンジ連携シート、インスリン注射チェック表）や連携手引き（慢性腎不全患者・慢性心不全患者・血液透析患者）を運用することで、医療と介護の連携を図っています。また、連絡ノートを活用することで、在宅医療・介護の情報共有・連携を図っています。

<現状評価・課題>

各種連携シートや連携手引き、連絡ノートの活用について推進しています。

<今後の方向性>

今後も、各種連携シートや連携手引き、連絡ノート等の情報共有ツールの活用を推進し、医療と介護の連携を図っていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
退院支援連絡 実施率（全体）	83%	89%	1月に集計予定 90%	91%	91%	91%
退院支援連絡 実施率（要介護）	84%	92%	1月に集計予定 93%	94%	95%	95%

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、在宅医療介護連携勉強会（ピアプラス）は、多職種が参加し、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。

<現状評価・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。令和5（2023）年度からは、消防（救急）も参加し、医療・介護関係者との情報共有を行っています。

<今後の方向性>

在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策の検討を行い、具体策の取組を進めています。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
在宅医療連携部会	5回	6回	6回	6回	6回	6回

ウ. 医療介護連携部会

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2か月に1回、医療介護連携部会を開催しています。

<現状評価・課題>

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

<今後の方向性>

在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策の検討を行い、医療と介護連携がよりスムーズに行える体制づくりを進めています。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
在宅介護連携部会	5回	6回	6回	6回	6回	6回

(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。また、市担当課でも相談支援を行っています。

<現状評価・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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
相談件数	44件	39件	45件	50件	55件	60件

②医療・介護関係者の研修

研修会の企画立案は、在宅医療連携部会及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習得や技術・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。また、在宅医療介護連携勉強会（ピアプラス）は、在宅医療介護連携において、必要な知識や技術の学びを相互（ピア＝仲間）の協力によって行い、在宅医療に必要とする市民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。

<現状評価・課題>

新型コロナウイルス感染症の流行により、研修会はウェブ開催となっています。講義形式ですが、認定看護師や専門職にも講師を依頼し、現場の業務に役立つ研修会を開催しています。

<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会以外にも、事例検討など多職種によるグループワーク等の開催を検討し、顔が見える関係づくりを構築していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
研修会	0回	4回	5回	5回	5回	5回
研修会 (グループワーク)	0回	0回	0回	1回	1回	1回
在宅医療介護連携 勉強会	1回	3回	3回	3回	3回	3回

4 認知症施策の総合的な推進

認知症は、誰もがなり得るものであり、国は、「認知症施策推進大綱」（令和元年6月策定）に基づき、認知症本人と家族の視点を重視ながら、「共生」と「予防」を車の両輪として、施策の方針を示しており、令和5（2023）年6月の「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の制定を踏まえ、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、認知症の早期発見の仕組みづくりを更に進め、認知症サポーター養成講座の開催、チームオレンジの整備など地域でのサポート体制構築等を推進していきます。

（1）認知症の予防

①認知症講演会・介護予防講演会の開催

認知症や認知症予防等（以下「認知症予防等」という。）をテーマにした講演会の開催等によって、認知症予防等に資する基本的な知識を普及啓発しています。

<現状評価・課題>

認知症講演会、介護予防講演会を開催し、市民の認知症予防等に対する理解を深めています。

幅広い年代の方に参加してもらえよう、周知活動に取り組んでいく必要があります。

<今後の方向性>

市民の認知症予防等についての理解を深めるため、認知症予防等に関する講演会を今後も開催していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
講演会 参加者数	42人	36人	50人	70人	80人	90人
講演会 開催回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回

②介護予防教室（認知症予防）の取組

「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、運動と認知課題を組み合わせた「コグニサイズ」を中心に認知症予防の知識や方法の普及啓発に取り組んでいます。

<現状評価・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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護予防教室参加者数 (楽しい脳体操)	248人	312人	290人	350人	350人	400人

(2) 地域包括支援センターを軸とした相談支援体制の推進

本市では認知症の方の相談窓口として、地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置し、チーム員（保健師、社会福祉士）が認知症の疑いのある方や、家族のところに訪問し、認知症の程度を把握して医療や介護サービスなどが受けられるように必要な支援を行っています。

また、地域包括支援センターでは認知症地域支援推進員が地域の様々なサービス・関係機関のコーディネートを担当しています。

①認知症ケアパスの作成・普及

認知症ケアパス（認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるか、認知症の人の状態に応じた適切なサービスの流れをまとめたもの）として、「認知症ガイドブック」の作成、配布・周知を行っています。

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

<現状評価・課題>

認知症ケアパス（認知症ガイドブック）の配布・周知を行っています。それに加え、令和4（2022）年度に、認知症の周辺症状の対応方法などを記載した資料「行動・心理症状をご存じですか」を作成し、相談対応時に、あわせて情報提供を行っています。また、ホームページに掲載し、ダウンロードして活用できるよう整備します。

<今後の方向性>

「ケアパス」にあわせて、必要な方に対しては、認知症の周辺症状への対応方法などを記載した資料「行動・心理症状をご存じですか」を活用しながら、引き続き認知症の理解が得られるよう進めていきます。

② 認知症の早期発見・早期支援の取組（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医療・福祉の専門職（保健師・社会福祉士）による「認知症初期集中支援チーム」を配置し、認知症専門の医師（認知症サポート医）と連携しながら、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。

<現状評価・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オレンジ連携シートを活用しながら活動をしています。

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、チームの存在や役割を周知し、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、認知症に関する相談窓口の周知をはじめ、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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
認知症初期集中支援 チーム対象者（実人数）	41人	44人	40人	44人	45人	46人
認知症総合相談件数	60人	65人	65人	70人	73人	76人

③ 認知症地域支援推進員の活動

認知症地域支援推進員は、認知症施策を推進し、地域における認知症の人の医療・介護等の支援のネットワーク構築を進め、認知症の人たちが地域で生活を続けられるよう効果的な支援を行うため、地域の様々なサービスや関係機関のコーディネートを担当して活動しています。

各関係機関から認知症の相談や情報提供を受け、連携を取りながら支援しています。

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。

<現状評価・課題>

地域包括支援センター等で、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、認知症ケアパス（認知症ガイドブック）とあわせて、認知症への周辺症状の対応方法などを記載した資料「行動、心理症状をご存知ですか」を、相談対応時に活用しています。

<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、引き続き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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
認知症地域支援 推進員数	2人	3人	3人	3人	4人	4人

(3) 地域における支援体制の強化**①認知症サポーターの養成**

認知症の人は、周囲の正しい理解と気遣いがあれば、穏やかに生活していくことは可能であり、そのためには認知症に関する正しい理解や地域の支えあいが不可欠です。誰もが正しい知識を持ち、認知症の人や家族を温かく見守り支える「認知症サポーター」を養成しています。

<現状評価・課題>

認知症になっても家族や周囲の正しい理解と気遣いがあれば、穏やかに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。

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。

養成講座を受講された方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。

<今後の方向性>

引き続き、下は小学生から、上は、働く世代だけでなく高齢者まで、幅広い市民を対象に、「認知症サポーター養成講座」を実施します。

そして、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等を紹介することで、地域活動につなげるための取組を推進していきます。

さらに、フォローアップ研修会の中で、地域ネットワークで活動できる実践的な支援を行います。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
認知症サポーター 養成者数	138人	234人	240人	250人	250人	250人

②キャラバン・メイトの養成

市では、認知症サポーター養成講座を企画・開催し、講師を務める「市民キャラバン・メイト」を養成しています。

<現状評価・課題>

年に2～3回のキャラバン・メイト連絡会・勉強会を開催し、キャラバン・メイトの資質向上に努めています。市民キャラバン・メイトと包括支援センターのキャラバン・メイトが協力して、認知症サポーター養成講座を開催しています。また、活動の場を広げるため、量産店へ養成講座の開催を働きかけたり、街頭での広報や啓発活動にも取り組んでいます。

<今後の方向性>

キャラバン・メイト連絡会・勉強会において、更なる資質向上に努め、市民キャラバン・メイトによる認知症サポーター養成講座の拡充に取り組んでいきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
市民キャラバン・メイトが 養成した認知症 サポーター養成者数	46人	20人	12人	60人	70人	80人

③チームオレンジの整備

認知症の人とその家族の支援ニーズを把握し、認知症サポーターを中心として見守り活動や居場所づくり等、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりに向けて取り組んでいます。

<現状評価・課題>

令和3(2021)年度にステップアップ研修を実施し、チームオレンジを設置しました。その後ステップアップ研修を重ね、メンバーと「チームオレンジよしのがわ」として活動しています。

ステップアップ研修のグループワークで自分たちの地域でどのような活動ができるのかを考え、令和5(2023)年度から認知症カフェ「オレンジカフェほほえみ」を開催しています。

<今後の方向性>

今後もステップアップ研修を年 2～3 回開催し、メンバー間で意見交換や情報共有をしていきます。チームオレンジの活動を市民や関係機関等に向けて普及啓発していきます。

	見込値	計画値		
	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
「オレンジカフェ ほほえみ」の開催回数	5回	6回	6回	6回
参加人数	35人	35人	35人	40人

④認知症の人と家族介護者への支援の充実**ア. 認知症の人と家族のつどい**

認知症の人や家族ボランティア等が集まって、自由に話をしながら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。

<現状評価・課題>

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、市内の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、チームオレンジのメンバーが参加し、参加者同士の仲間意識が高まっています。

<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共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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
家族のつどい回数	4回	6回	6回	6回	6回	6回
参加者数	42人	59人	80人	85人	90人	95人

イ. 認知症カフェ（オレンジカフェ）

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。

<現状評価・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。市では、チームオレンジメンバーが自分たちのできる活動を考え、令和5（2023）年のアルツハイマー月間にオレンジカフェほほえみを試行的に開催しました。

<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されています。市ではチームオレンジのメンバーと共に、令和5（2023）年度の実施を踏まえ、令和6（2024）年度から誰もが気軽に集える「オレンジカフェほほえみ」を2カ月に1回開催していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
実施か所数	3か所	3か所	3か所	3か所	3か所	3か所

ウ. 関係機関との連携による支援の充実

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。

<現状評価・課題>

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。

<今後の方向性>

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、各関係機関との連携による対応を強化していきます。

(4) 医療・介護等の支援ネットワークの構築

①医療機関及び各関係機関等との連携

認知症の人が認知症の症状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や各関係機関等との連携体制を構築します。

<現状評価・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処遇困難事例の検討及び個別支援

病院・施設等における処遇困難事例について、認知症サポート医や認知症疾患医療センターの専門医等に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。

<現状評価・課題>

処遇困難事例について、認知症サポート医に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>

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っています。

③認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療と介護等に関わる様々な職種が必要な情報を共有し、適切な役割分担のもと、医療・介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人や家族への効果的な支援を行うことが重要です。医療・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ます。

<現状評価・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、継続して研修会を開催していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
参加者数	41人	62人	90人	100人	100人	100人

5 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、元気な高齢者など住民が担い手として参加する住民主体の活動、NPOや社会福祉法人、地縁組織などの多様な主体と連携し、サービスの提供体制を構築しています。

高齢者を支える地域の支えあいの体制づくりを実施していくにあたり、生活支援体制整備事業の充実強化を図ります。

<現状評価・課題>

生活支援サービス・介護予防サービス事業として、訪問型サービスと通所型サービス、訪問型サービスAと通所型サービスAを実施しています。

今後、生活支援サービス・介護予防サービスをより充実させていくため、多様なサービス類型への取組について考える必要があります。

<今後の方向性>

単身高齢者や高齢者夫婦世帯の在宅生活を支えるため、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・発掘などを行い、また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。

<現状評価・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。介護保険制度のサービスだけでなく、既存の資源を把握することで、保険外のサービスの活用を促進し、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスを創出するよう取り組んでいます。

<今後の方向性>

地域に出て、地域の声を聞き、地域のニーズや既存の資源など関係者の情報を共有しながら、活動や人をつなげて新たな資源を生み出す取組を進めます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
配置人数	3人	3人	3人	3人	3人	3人

③協議体の設置

地域で高齢者の在宅生活を支援するために、地域住民が主体となり、生活支援・介護予防サービスの充実を図るための話し合いの場として、協議体を設置しています。

協議体では、「地域で必要な支えあいのしくみを住民主体で考えていこう」という取組を行っています。

<現状評価・課題>

第1層協議体（市内全域）、第2層協議体（鴨島第一中学校区、鴨島東中学校区、川島中学校区、山川中学校区、旧美郷中学校区）、第3層協議体（森山地区）を立ち上げています。「自分たちでできる支えあいのまちづくり」を考える場として、地域の高齢者の居場所づくりや住民主体のサービスづくり等について、話し合っています。

<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、元気な高齢者などの参加を得て、地域のニーズが提供できる体制や基盤づくりを進めていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
第1層協議体設置数	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所
第2層協議体設置数	5か所	5か所	5か所	5か所	5か所	5か所

(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。

<現状評価・課題>

市と地域の民間事業所（新聞専売所、郵便局、水道検針事業者など）が連携し、高齢者の異変に早く気づき、必要な支援を行っています。

地域包括支援センターでは、認知症が疑われる高齢者や1人暮らしの高齢者など、見守りの対象となる高齢者の連絡を受けています。

＜今後の方向性＞

見守り活動の重要性が増しているなかで、関係機関と連携を図りながら、円滑な見守り活動の充実に努めていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
登録事業所数	58か所	58か所	59か所	60か所	61か所	62か所

②小地域福祉ネットワークづくりの推進（地区社協の活動）

地区社会福祉協議会が中心となった福祉ネットワークをつくり、対象者一人一人に声かけ、話し相手等、常日頃から見守り活動を行い、地域福祉・在宅福祉の推進を図っています。

＜現状評価・課題＞

単独を含む高齢者のみの世帯が増加傾向であることに加え、近隣との関係の希薄化により高齢者の孤立が進んでいます。

＜今後の方向性＞

犯罪被害や孤独死のリスクの高くなる高齢者の孤立を防止するためにも、更なる地域の見守りや声かけを強化する必要があります。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
福祉協力員数	209人	216人	230人	285人	290人	300人
対象者数	1,065人	1,143人	1,180人	1,330人	1,370人	1,400人
活動延回数	58,247回	48,784回	49,000回	60,000回	60,200回	60,500回

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に生活援助員を派遣し、入居高齢者の安否確認、生活相談等の支援を実施しています。

＜現状評価・課題＞

一人暮らし高齢者、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で、緊急時の対応、日常の生活指導や相談支援を行っています。また関係機関との連携や連絡調整を行い、入居者が安心して日常生活を送ることができています。

<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に、引き続き生活援助員を派遣します。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
安否確認件数	5,481件	6,158件	6,300件	6,448件	6,598件	6,748件
緊急通報等件数	4件	1件	7件	7件	7件	7件
心配事相談件数	18件	21件	25件	29件	34件	40件

④緊急通報体制整備

1人暮らし高齢者等に緊急通報装置を貸与することで、急病や災害等の緊急時に迅速で適切な対応を図り、安心・安全を提供できる体制づくりを行っています。

<現状評価・課題>

令和4（2022）年度から対象者の要件を緩和したことで、1人暮らしの高齢者における見守り機能の体制強化を図っています。

<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で、在宅生活に不安を抱えている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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
整備件数	58件	68件	79件	83件	87件	91件

⑤避難行動要支援者支援の推進

災害時に、要配慮者の円滑で迅速な避難の確保を図れるよう、避難行動要支援者名簿の更新等と個別避難計画の策定を行うとともに、福祉避難所運営体制の強化を図ります。

<現状評価・課題>

災害時の避難支援等を更に実行性のあるものにするために、個別避難計画を策定していく必要があります。

避難行動要支援者名簿を活用した訓練が少ないことが課題です。

<今後の方向性>

避難行動要支援者名簿については、年1回、民生委員・児童委員の訪問調査によりデータを更新します。

優先度の高い方について、個別避難計画をおおむね5年程度で作成します。

災害時に安心して避難、避難所生活ができるよう福祉避難所協定締結施設を増やし、受け入れ先の確保を図るとともに、災害用備蓄品の充実、関係機関と避難訓練を行います。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
名簿登録者数	4,383人	4,093人	3,924人	4,081人	4,244人	4,414人

(3) 権利擁護の推進

吉野川市では、認知症や障がい等により判断能力が十分でない方が、住み慣れた地域で安心して暮らせるために、成年後見制度を円滑に利用できるよう必要な支援を行う中核機関「吉野川市権利擁護センター」を令和5(2023)年3月に設置しました。

吉野川市権利擁護センター、吉野川市地域包括支援センターと連携し、高齢者の権利擁護を推進していきます。

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、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。

<現状評価・課題>

吉野川市地域包括支援センターと連携し、虐待事案、虐待の恐れのある事案に対して、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。

<今後の方向性>

虐待発見には第三者からの連絡、通報が重要となります。

相談窓口の周知を図り、関係機関の連絡網の整備に努めます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
虐待に関する相談件数	4件	0件	2件	3件	4件	4件

②成年後見制度の活用

判断能力が不十分で日常生活を営むのに支障がある重度の認知症高齢者等で、必要と認める場合には、成年後見制度の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。

<現状評価・課題>

判断能力が不十分であり、親族による審判の請求の見込みがない高齢者に対して、市長による審判の請求を行い、高齢者の権利擁護に努めています。

<今後の方向性>

権利擁護センターを中核機関として、制度や相談窓口の周知・普及啓発に努め、必要な方が必要な時に支援を受けられる地域連携の体制を図ります。

権利擁護センターと連携を図りながら、高齢者の権利擁護に努め、市長申立や成年後見制度利用支援事業を適切に実施していきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
助成件数	3件	4件	4件	5件	7件	9件
市長申立	5件	3件	3件	3件	4件	4件

③日常生活自立支援事業の実施

高齢や障がいにより、一人で日常生活を送ることに不安のある方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より福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理や書類預かり・保管などの支援をすることにより、権利擁護を図っています。

<現状評価・課題>

本事業の利用者は年々増加しており、今後認知症高齢者等、当事業の更なる利用者の増加が見込まれています。

<今後の方向性>

今後は後見制度への移行が必要となる対象者が増加する可能性があることから、成年後見制度に移行が必要な方を適切につなぐことができるよう取り組んでいきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
利用者数	29人	27人	34人	37人	38人	40人
相談件数	3,140件	3,534件	4,100件	4,614件	5,193件	5,845件

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、消費生活センターにおいて相談の受付、啓発活動を行い、消費者安全確保地域協議会と連携し、消費者被害を未然に防ぐための取組を行っています。

<現状評価・課題>

消費者安全確保地域協議会の構成機関との連携を深め、高齢者の見守りの強化を図る必要があります。

<今後の方向性>

消費者安全確保地域協議会の構成機関や消費生活協力団体に情報提供の文書を送付する等、高齢者の見守りの強化を図り、消費者被害を未然に防ぐための取組を行います。

(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・技能を生かして、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。

<現状評価・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っています。

<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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
利用申請者数	2,272人	2,202人	2,161人	2,139人	2,117人	2,095人
延利用者数	3,814人	4,785人	4,737人	4,689人	4,642人	4,595人

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。

<現状評価・課題>

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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
単位クラブ数	36クラブ	36クラブ	36クラブ	36クラブ	36クラブ	36クラブ
会員数	2,007人	1,949人	1,916人	1,875人	1,839人	1,804人
組織率(60歳以上)	11.2%	11.0%	10.9%	10.9%	10.8%	10.8%

6 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。現在吉野川市には2施設あり、定員は各50名です。

<現状評価・課題>

住環境、経済的理由等により、生活に不安のある高齢者を措置することにより、施設において健康で明るい生活を送ることができていますが、既入所者の要介護度の重度化に伴い、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きています。

<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。必要な人に必要なサービスと情報が届けられるようアウトリーチ的に働きかけ、伴走型の支援を提供します。

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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
入所者数	94人	92人	98人	98人	99人	99人

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。

<現状評価・課題>

新型コロナウイルス感染症の影響で令和2(2020)年度より利用者の減少が見られます。継続して感染予防を徹底した上で、高齢者の各種相談、健康増進、知識や技能の向上、レクリエーション等を充実させ、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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
延利用者数	8,139人	9,767人	9,750人	9,750人	9,700人	9,700人

③高年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。本市と阿波市の住民の方が利用できます。本市の定員は5名です。

<現状評価・課題>

核家族化や1人暮らしの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組の継続が必要です。

<今後の方向性>

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

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
利用者数	2人	2人	1人	3人	3人	3人
利用日数	94日	87日	30日	90日	90日	90日

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、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。

<現状評価・課題>

核家族化や高齢化に伴う1人暮らしで低所得の高齢者の増加や、様々な家族の要因等により、利用希望者は多く、常に満床状態となっています。

<今後の方向性>

今後も県と連携を図り、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所者状況についての情報収集に努めます。

	施設数	定員数
有料老人ホーム（住宅型）	2 施設	28 人
サービス付き高齢者向け賃貸住宅	4 施設	125 人

令和5年（2023）10月現在

（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。

<現状評価・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きます。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を行っています。

<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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
利用実人員	20 人	19 人	15 人	15 人	16 人	16 人
利用延回数	1,341 回	1,134 回	1,130 回	1,130 回	1,226 回	1,226 回

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護を必要とする高齢者のいる所得税非課税世帯において、当該高齢者のためのトイレ、手すり、風呂、段差の解消等の改造工事に必要な経費を助成します。

<現状評価・課題>

介護保険制度が優先するため、事業の利用者は多くありませんが、自宅での生活を希望する介護が必要な高齢者のための事業です。

<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します。県主体の事業のため県が縮小の方向にならない限り継続します。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
改造件数	1 件	0 件	1 件	1 件	1 件	1 件

7 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

市内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。

<現状評価・課題>

平成 22 (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ましたが、業務量が増え準備に要する時間的余裕がなくなっています。その後、運営指導や制度改正についての共通認識の場に形を変えています。また、新型コロナウイルス感染症予防のため、現在事実上の休止状態となっています。

<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できるように支援を行います。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
連絡協議会	0回	0回	1回	2回	2回	2回

(2) 事業所への指導監督

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、集団指導と運営指導、監査を適切に行うことで、利用者に対する適切な介護サービスを確保します。

<現状評価・課題>

現在、市内認知症対応型共同生活介護(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、本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回以上の運営指導を行うことを基本とし、必要に応じて追加指導も行います。

平成 30 年 (2018) 年度から居宅介護支援に対する指定権限が県から委譲され、さらに介護予防・日常生活支援指定事業者も市が指定権者となったため、運営指導対象事業所が大幅に増えました。

<今後の方向性>

運営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運営指導を行い、重点指導項目を設けるとともに運営指導の実施等、指導監督の効果的・効率的な実施に努めます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
指導数	0件	0件	14件	14件	14件	14件

(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。

①ケアプラン等の点検

(施策「住宅改修の点検」、「福祉用具購入・貸与調査」が統合されました)

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、介護支援専門員の資格を持つ専任の市職員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。

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い、受給者の状態にそぐわない不適切（または不要）な住宅改修を改善します。福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行い、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（または不要）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。

<現状評価・課題>

住宅改修に関しては、工事着工に至るまでに利用者、介護支援専門員、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うえで作成した住宅改修が必要な理由書の提出を介護支援専門員に求めています。

市における理由書の確認及び承認に関しては、各個人の調査資料に基づき身体状況などを確認したうえで介護保険法に則った部分について適正に執行できているか否かを評価しますが、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点も多いのではないかと考えています。

福祉用具の購入に関しては、購入後に介護支援専門員及び福祉用具専門相談員に対して、購入する理由を付した福祉用具購入支給申請書の提出を求めています。そして市では各個人の調査資料に基づき、利用者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の確認を行います。

しかしながら、住宅改修と異なり、福祉用具の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、介護支援専門員に指導を行うことで次回以降の案件の適正化につなげています。

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、利用者本人の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介護支援専門員に指導を行っています。

<今後の方向性>

(ケアプラン点検)

継続して介護給付費の適正化に努めます。

(住宅改修)

書面上のやりとりだけではなく、現地確認が必要と思われる案件に関しては理学療法士や作業療法士等のリハビリテーション専門職種、建築士(技師)等の有資格者と連携を取りながら行うようにしていきます。また、住宅改修が必要な理由書を作成する介護支援専門員には住宅改修に係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つなげられるようにします。

(福祉用具)

福祉用具の購入及び貸与については、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、介護支援専門員に対して指導を行います。

<ケアプラン>

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
ケアプラン数	19,797件	20,400件	19,810件	19,800件	19,800件	19,800件
ケアプラン点検数	394件	459件	436件	470件	470件	470件

<住宅改修、福祉用具購入>

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
住宅改修点検数	218件	178件	208件	220件	220件	220件
福祉用具購入点検数	246件	240件	188件	260件	260件	260件

②介護給付費通知

市から利用者本人(家族を含む)に対して、利用したサービスの種類、利用者負担額、保険給付額等をお知らせし、介護保険に対する理解を深めていただくためのものです。

また、介護サービス提供事業所による不適切なサービス提供がないか確認いただくことで、介護給付の適正化を推進する役割も果たしています。

<現状評価・課題>

現在は、年2回の通知を行っていますが、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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
通知	2回	2回	2回	2回	2回	2回
通知数(前期)	2,651件	2,678件	2,951件	3,000件	3,000件	3,000件
通知数(後期)	2,675件	2,968件	2,960件	3,000件	3,000件	3,000件

③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。

<今後の方向性>

国民健康保険団体連合会及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。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
点検数	218件	217件	210件	210件	210件	210件

(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、介護人材の確保が急務となっています。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図ります。

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、介護現場の生産性向上に資する支援に総合的に取り組みます。また、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けての支援を進めます。

<現状評価・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を、また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、令和7(2025)年度以降は現役世代(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、介護の仕事の魅力・やりがいを紹介し、介護人材の発掘と定着支援を行っていきます。

さらに、県と連携し、外国人介護人材等の確保・定着や総合事業の担い手を確保する取組、育成事業の促進、また、介護現場の業務改善や一部電子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、介護事業者向けに人材育成を含めた職場環境の改善のためのセミナー等の開催、ケアマネジメントの質の向上のための研修等を行い、介護現場の生産性の向上のための支援を行っていきます。

	実績値		見込値	計画値		
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
中学生への研修会 開催回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回

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支えあい、健康で生きがいを持ち、安心していきいきと、人生の最期まで暮らし続けることができる社会をつくるためには、本計画の円滑な推進に努める必要があります。

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、施策の推進に努めていきます。

1 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、周知するとともに、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。

2 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、吉野川市権利擁護センター、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）市内連携体制

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。