

尾張旭市高齢者保健福祉計画

(令和6年度～8年度)

(素案)

令和 年 月

尾張旭市

目次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置付け.....	3
3 計画の期間.....	4
4 計画の策定体制.....	4
(1)アンケート調査の実施.....	4
(2)介護保険運営協議会の開催.....	4
(3)パブリックコメントの実施.....	4
5 第9期計画のポイント	5
第2章 高齢者の現状	6
1 統計からみる高齢者の状況	6
(1)人口・高齢化の状況.....	6
(2)高齢者世帯の状況.....	8
(3)高齢者の健康の状況.....	9
2 介護保険事業の状況	12
(1)介護サービスの利用状況.....	12
(2)サービス類型別の受給率のバランス.....	13
(3)給付費の構成比	14
(4)第1号被保険者1人あたりの給付月額.....	15
(5)サービス別の給付費実績.....	17
3 アンケート調査からみる高齢者の状況	19
(1)高齢者保健福祉計画策定にかかるアンケート調査	20
(2)日常生活圏域ニーズ調査結果からみる傾向	29
4 前回計画の評価.....	30
(1)認知症対策の推進.....	30
(2)医療と介護との連携強化.....	32
(3)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	33
5 尾張旭市における高齢者に関わる課題	34
(1)高齢化・要介護認定者数の増加	34
(2)在宅生活を継続するためのサービスの充実	34
(3)介護者への支援の充実.....	35
(4)認知症施策の充実.....	35
(5)介護予防施策の充実.....	36
(6)介護人材の確保	36

第3章 計画の基本理念・施策体系と重点取組	37
1 計画の基本理念.....	37
2 基本目標.....	38
3 施策の体系.....	39
4 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた重点取組.....	40
第4章 分野別施策	49
施策1 生きがいづくりの推進.....	49
施策2 生活を支える地域づくり.....	52
施策3 健康づくり・介護予防の推進.....	55
施策4 安心生活づくりに向けた環境整備.....	57
施策5 総合的な支援体制の整備.....	62
施策6 在宅生活継続への支援の充実.....	64
施策7 介護サービスの充実.....	67
施策8 介護保険事業の適正な運営.....	69
第5章 介護保険事業サービス等の見込みと確保策	71
1 被保険者数、認定者数の推計.....	71
2 介護保険サービスの見込み.....	72
(1)居宅サービス.....	72
(2)地域密着型サービス.....	79
(3)施設サービス.....	84
(4)地域支援事業.....	85
3 介護給付費の見込み.....	87
(1)総給付費の見込み.....	87
(2)標準給付費の見込み.....	89
(3)地域支援事業費の見込み.....	89
4 介護保険料の設定.....	90
第6章 計画の推進	91
1 連携・協働による計画の推進.....	91
(1)庁内各課の連携強化による計画の推進.....	91
(2)関係機関との協働による計画の推進.....	91
(3)市民協働による計画の推進.....	91
2 計画の進行管理.....	91

✓ 第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨

介護保険制度は平成12年4月に施行され、23年が経過しました。現在では、介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超えており、それに伴い介護サービス提供事業所数も着実に増加してきました。その結果、介護保険制度は高齢者の介護になくてはならないものとして定着し、高齢者やその家族を支えるものとなっています。

わが国では高齢化が進行しており、令和5年9月15日には高齢化率が29.1%と3割に近づきつつあります。尾張旭市においても、令和5年9月末で高齢化率が26.2%となっており、約4人に1人は65歳以上の高齢者となっています。また、75歳以上の後期高齢者の割合は、令和元年から前期高齢者の割合を上回っており、今後も割合の増加が見込まれています。こうした現状を踏まえ、今後の介護保険制度を維持していくことが重要となっています。

本市の第8期の高齢者保健福祉計画では、「高齢者の笑顔輝く思いやりのまち」を基本理念と定め、団塊の世代が75歳以上となる令和7年及び団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22年を見据えて、高齢者ができるかぎり、住み慣れた地域において生活できるよう医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援を包括的に確保する地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。

今後、高齢化が一層進展する中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援等の制度・分野の枠や「支える側」と「支えられる側」の従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、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ができる社会をいう。）の実現に向けた中核的な基盤となりうるものです。

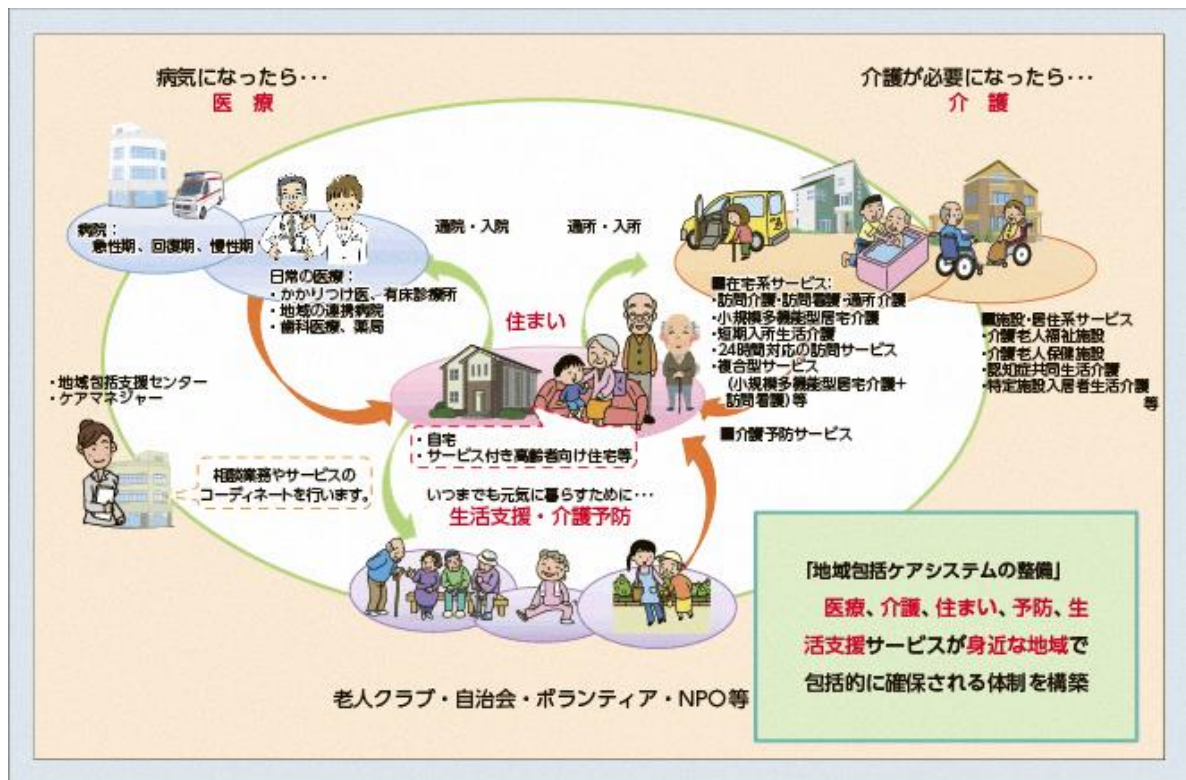
本市では、第8期計画を踏まえ、新たに「高齢者保健福祉計画（第9期計画）」を策定し、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るとともにすべての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現を目指します。

《地域包括ケアシステム》

団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年を目途に、高齢者が住み慣れた地域で可能な限り自分らしい暮らしを続けることができるようにするため、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が一体的かつ包括的に提供される社会的な仕組みのことを指します。

この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ことが必要です。

■ 地域包括ケアシステムの姿

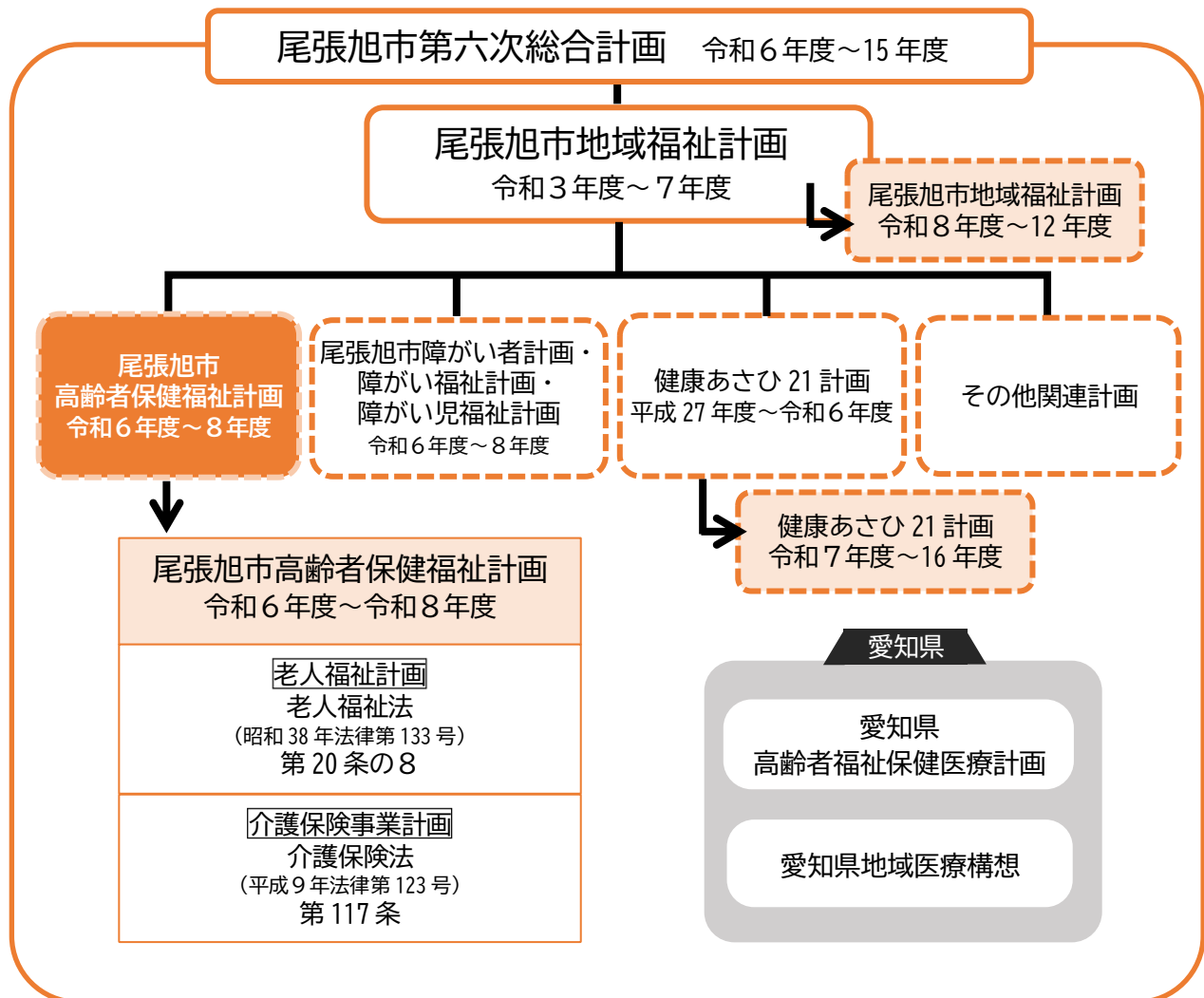


2 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8に規定する、高齢者の福祉の増進を図るために定める「市町村老人福祉計画」（高齢者福祉計画）と、介護保険法（平成9年法律123号）第117条に規定する、介護保険事業の円滑な実施を図るために定める「介護保険事業計画」を一体的に策定するものです。

また、本計画は「尾張旭市第六次総合計画」及び「尾張旭市地域福祉計画」を上位計画として位置付けるとともに、「尾張旭市障がい者計画」、「健康あさひ21計画」等の関連計画との整合性を図り策定するものです。

■ 計画の位置付け

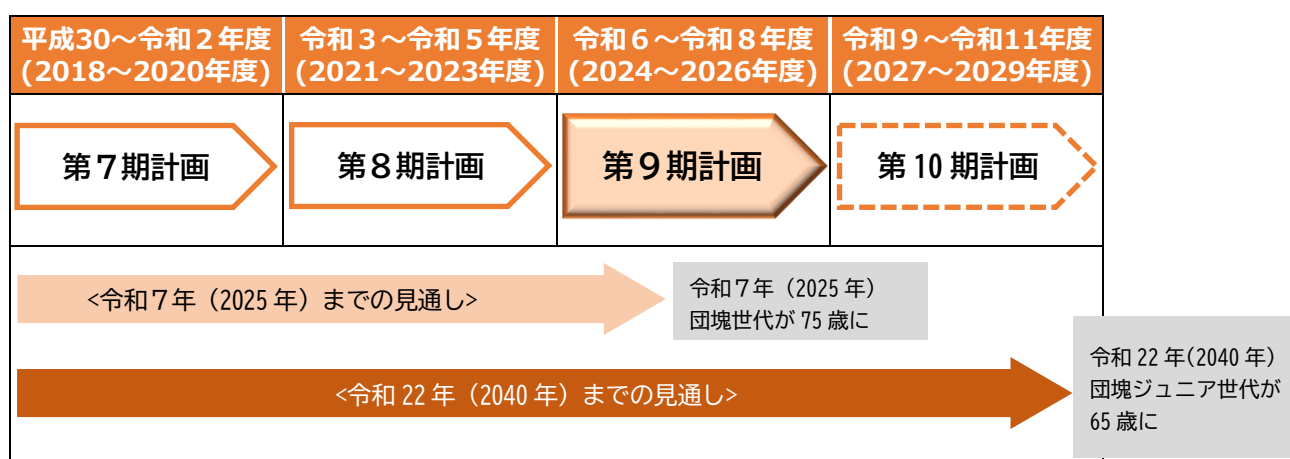


3 計画の期間

本計画は、介護保険法第117条第1項に定められているとおり、3年を1期として策定しており、令和6年度から令和8年度までを計画期間としています。

これまでは、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年を見通しながら計画を策定してきましたが、本計画の期間内に令和7年を迎えることとなります。その先の団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22年に向け、中長期的な目標を示していきます。

■ 計画期間



4 計画の策定体制

(1) アンケート調査の実施

令和4年度に高齢者保健福祉計画の見直しを行うために、また今後の介護保険制度等の運営の参考とするために、①一般高齢者(65歳以上)※一部事業対象者・要支援認定者を含む、②要支援・要介護認定者、③介護サービス提供事業者、④介護支援専門員を対象とした4種類のアンケート調査を実施しました。

(2) 介護保険運営協議会の開催

本計画の策定にあたっては、様々な視点から検討を行うために、学識経験者、高齢者福祉・介護保険に関係する団体・機関の代表者、介護保険被保険者の代表者などで構成する「尾張旭市介護保険運営協議会」において審議し、その結果を踏まえて素案を策定しました。

(3) パブリックコメントの実施

本計画の策定にあたっては、市民の皆様からの意見をいただくため、令和5年12月から令和6年1月までの1か月間、本市ホームページや市庁舎、市内関係機関等に計画素案を設置し、パブリックコメントを実施しました。

5 第9期計画のポイント

第9期の介護保険事業計画の方針として、以下の基本的な考え方を踏まえて策定するものとします。

基本的な考え方

- 第9期計画期間中に、団塊世代が全員75歳以上となる令和7年（2025年）を迎える
- 高齢者人口がピークを迎える令和22年（2040年）を見通すと、85歳以上人口が急増、要介護高齢者人口は増加傾向、生産年齢人口は減少傾向が続く
- 令和22年（2040年）には、団塊ジュニア世代が65歳以上に
- 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なか、施策や目標の優先順位を検討したうえで、第9期計画を定める

《ポイント》

(1)介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- 介護サービス基盤を計画的に確保。医療・介護の連携強化も必要
- 需要見込みの事業者・関係者との共有も必要

②在宅サービスの充実

- 地域密着型サービスの更なる普及の検討、新たな複合型サービスの創設・整備の検討

(2)地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

- 地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進、総合事業の充実
- 地域包括支援センターの負担軽減・体制整備、重層的支援体制整備事業における包括的な相談支援
- 認知症施策の推進

②医療・介護情報基盤の整備

- 介護情報等の収集・提供等に係る事業を地域支援事業に位置付け（R6.4.1施行）

③保険者機能の強化

- 給付適正化事業の重点化・内容の充実・見える化

(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

- 介護サービス需要は高まり、生産年齢人口は減少。介護人材確保が厳しくなると想定
- 介護人材確保の取組や介護現場の生産性向上の取組の推進

第2章 高齢者の現状

1 統計からみる高齢者の状況

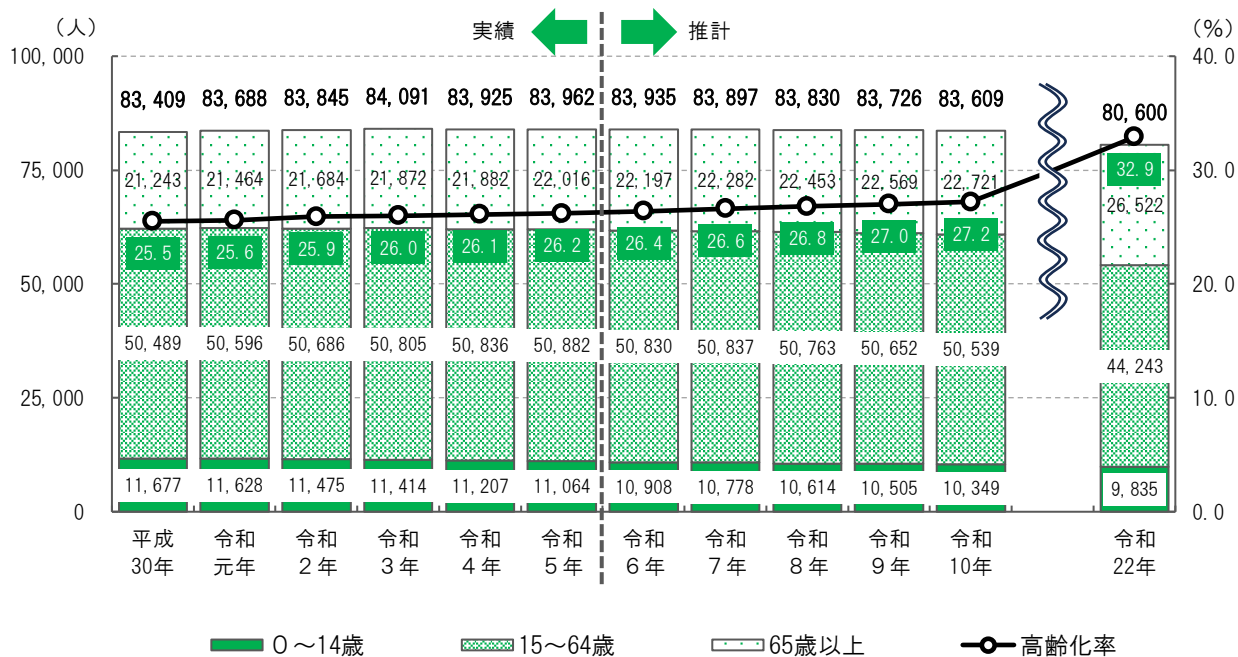
(1)人口・高齢化の状況

① 年齢3区分別人口

本市の総人口は緩やかに増加を続けてきました。令和5年以降の推計では緩やかに減少するものと見込まれています。

高齢化率は年々上昇し、令和22年には32.9%になると見込まれています。

■ 年齢3区分別人口・高齢化率の推移と推計

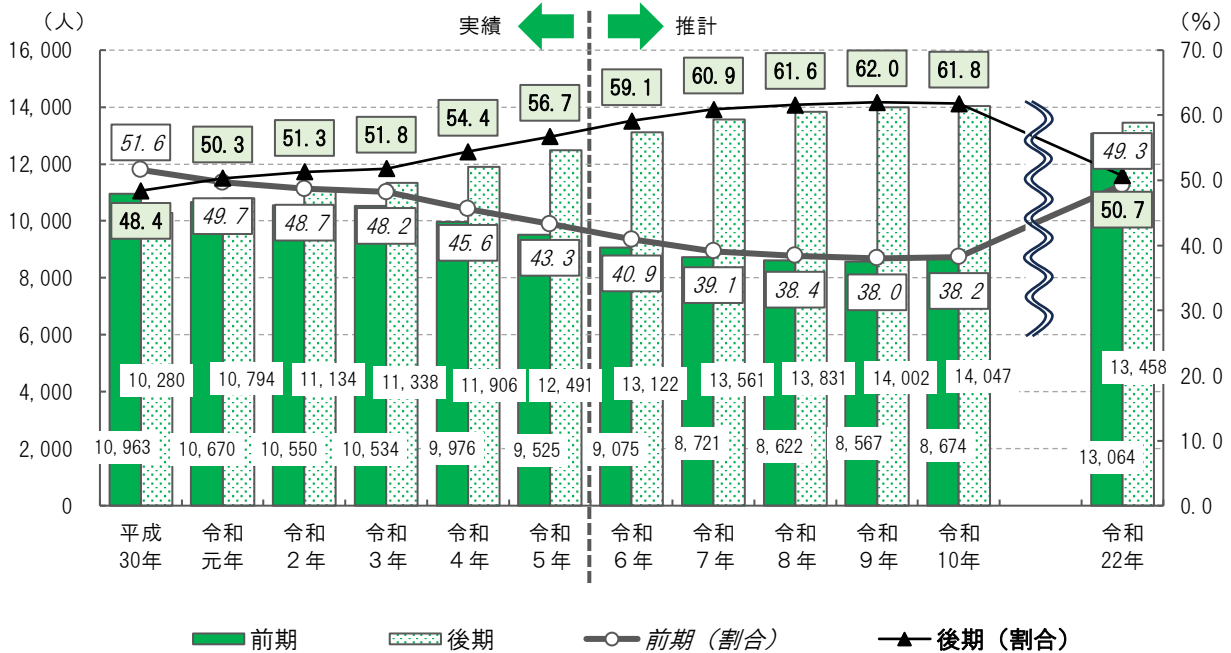


資料：実績…【実績値】住民基本台帳（各年9月末）
推計…コーホート要因法を用いた推計値

② 前期高齢者・後期高齢者数

後期高齢者（75歳以上）の増加割合が大きく、令和元年に前期高齢者（65歳から74歳まで）を抜いて後期高齢者割合が高くなっています。令和5年以降も、前期高齢者割合の減少、後期高齢者割合の増加が続きますが、令和22年までには増加割合が逆転し、前期高齢者割合が増加、後期高齢者割合が減少すると見込まれています。

■ 前期・後期高齢者数（割合）の推移と推計

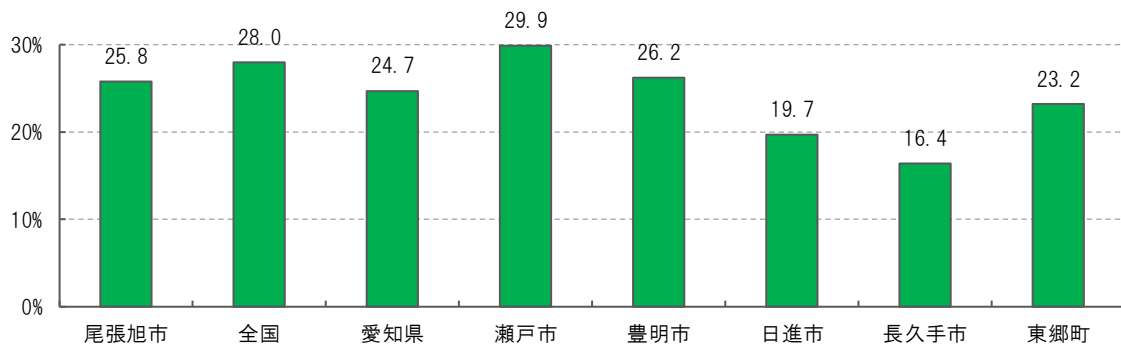


資料：実績…【実績値】住民基本台帳（各年9月末）
推計…コーホート要因法を用いた推計値

③ 高齢化率

高齢化率を比較すると、本市は県より高く、国より低くなっています。近隣市町で比較すると、瀬戸市、豊明市に次いで高くなっています。

■ 高齢化率（全国・愛知県・近隣市町との比較）



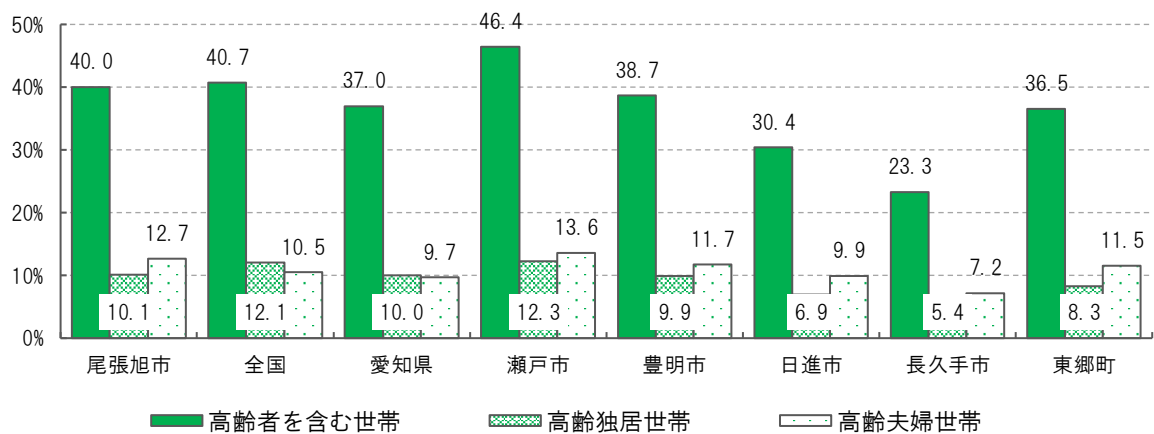
資料：地域包括ケア「見える化」システム
国勢調査（令和2年）

(2) 高齢者世帯の状況

高齢者世帯の割合を比較すると、本市は「高齢者を含む世帯」「高齢独居世帯」で県より高く、国より低くなっています。また、「高齢夫婦世帯」で国・県より高くなっています。

近隣市町で比較すると、本市はどの項目においても瀬戸市に次いで高くなっています。高齢化の進行に伴い、今後も高齢者世帯の割合が高くなっていくことが見込まれます。

■ 高齢者世帯率（全国・愛知県・近隣市町との比較）



資料：地域包括ケア「見える化」システム
国勢調査（令和2年）

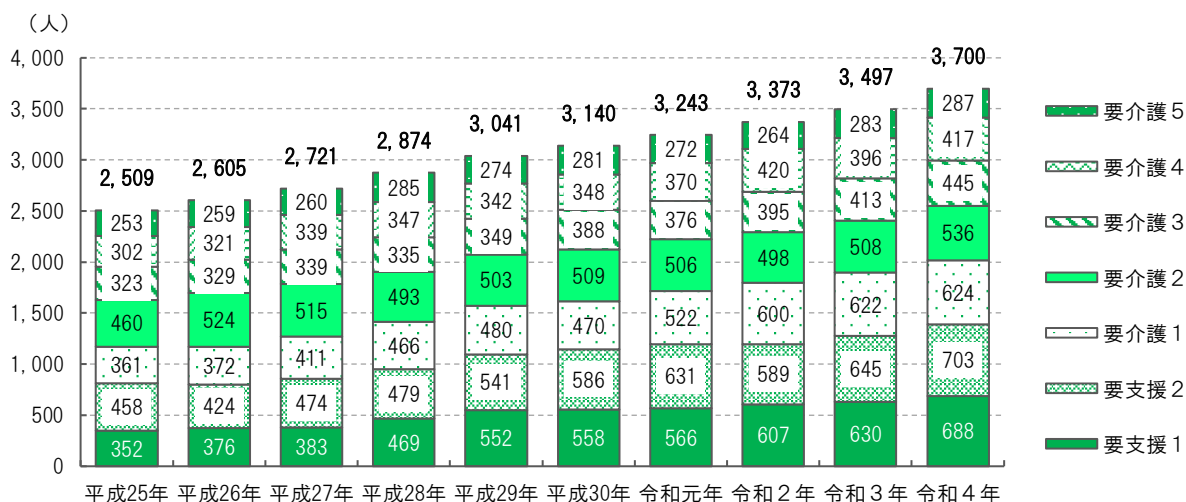
(3) 高齢者の健康の状況

① 要支援・要介護認定者数

要支援・要介護認定者数は、平成25年から令和4年にかけて約1.5倍に増加しています。特に要支援1・2、要介護1の方の増加割合が大きくなっています。

重度化の推移をみると、重度認定者数は緩やかに増加し、軽度認定者数は約1.6倍に増加しています。割合で見ると、重度化率は平成29年以降横ばいですが、今後後期高齢者の増加に伴い、要支援・要介護認定者数が急激に増加し、重度化率も高くなることを見込まれます。

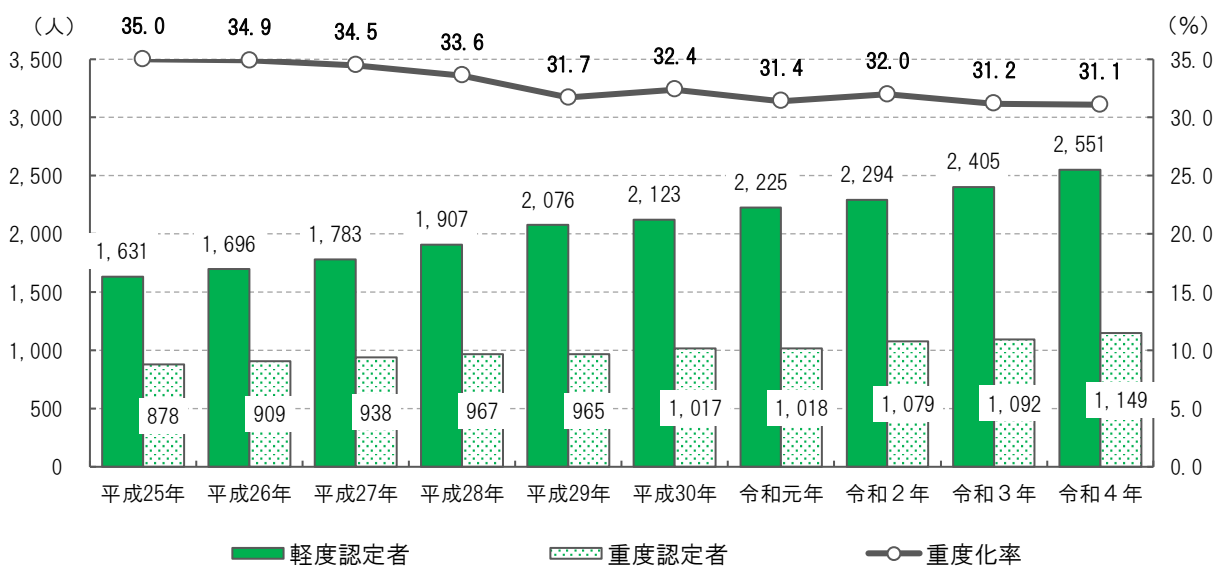
■ 要支援・要介護認定者数の推移



※認定者数は第2号被保険者数を含む。

資料：「介護保険事業報告」月報（各年9月末）

■ 重度化推移



※認定者数は第2号被保険者数を含む。

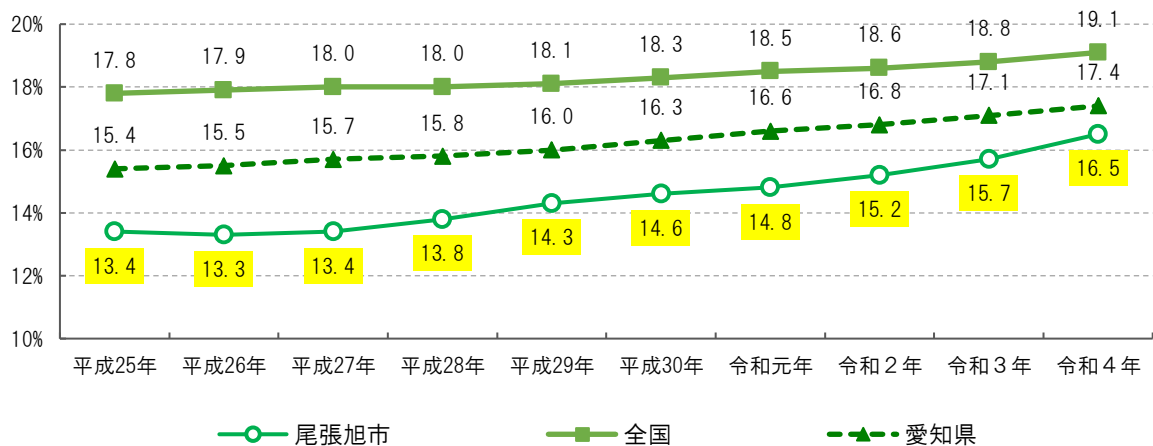
資料：「介護保険事業報告」月報（各年9月末）

② 要支援・要介護認定率

「認定率」は、要支援・要介護認定者の人数を第1号被保険者で除した数を意味します。本市の要支援・要介護認定率は増加傾向にはあり、国・県より低い値ですが、県の値に近づいていく傾向にあります。

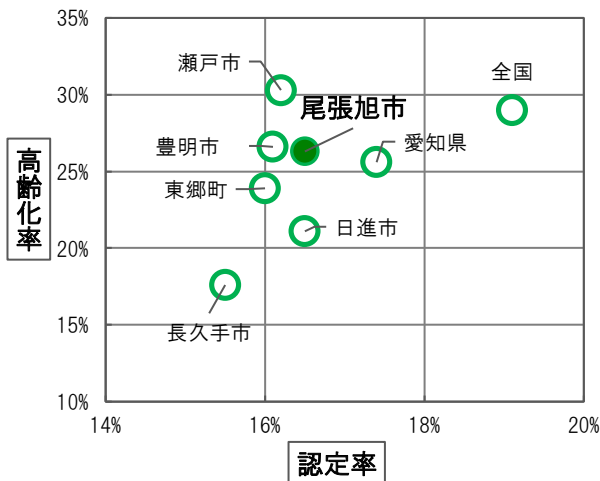
また、高齢化率と認定率の分布では、近隣市町と比べ高齢化率・認定率ともにやや高くなっています。重度・軽度認定率の分布では、調整済み重度認定率は近隣市町と比べて最も低くなっています。

■ 要支援・要介護認定率の推移

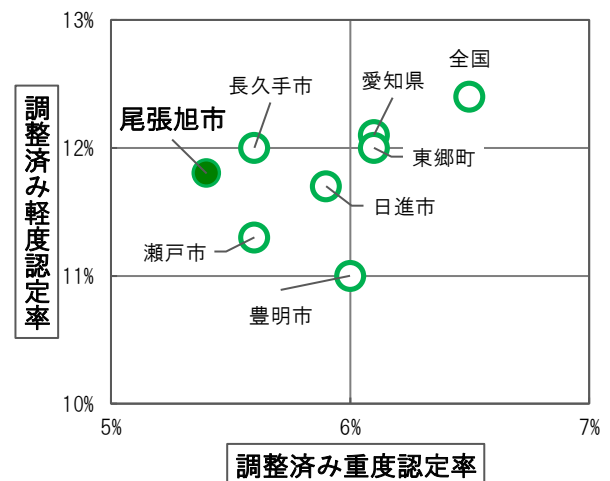


資料：「介護保険事業報告」月報（各年9月末）

■ 高齢化率と認定率の分布 （全国・愛知県・近隣市町比較）



■ 重度・軽度認定率の分布 （全国・愛知県・近隣市町比較）



資料：認定率…「介護保険事業状況報告」月報（令和4年9月末）

高齢化率…全国：総務省統計局人口推計
愛知県及び市町：愛知県推計人口
令和4年10月1日

資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和3年）
および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

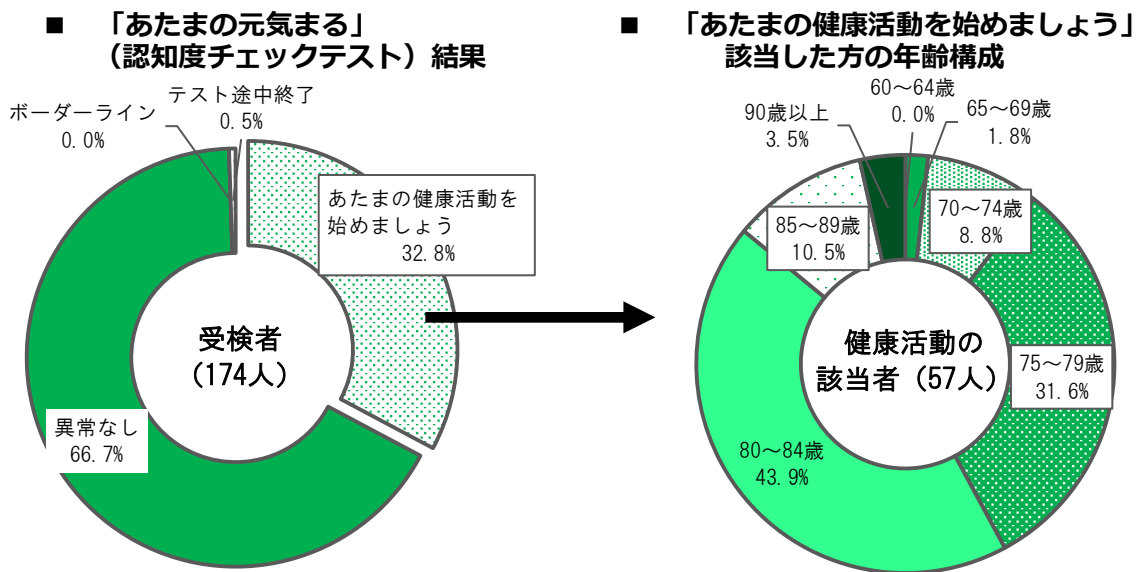
※「調整済み認定率」とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率を意味します。

③ 認知症高齢者数

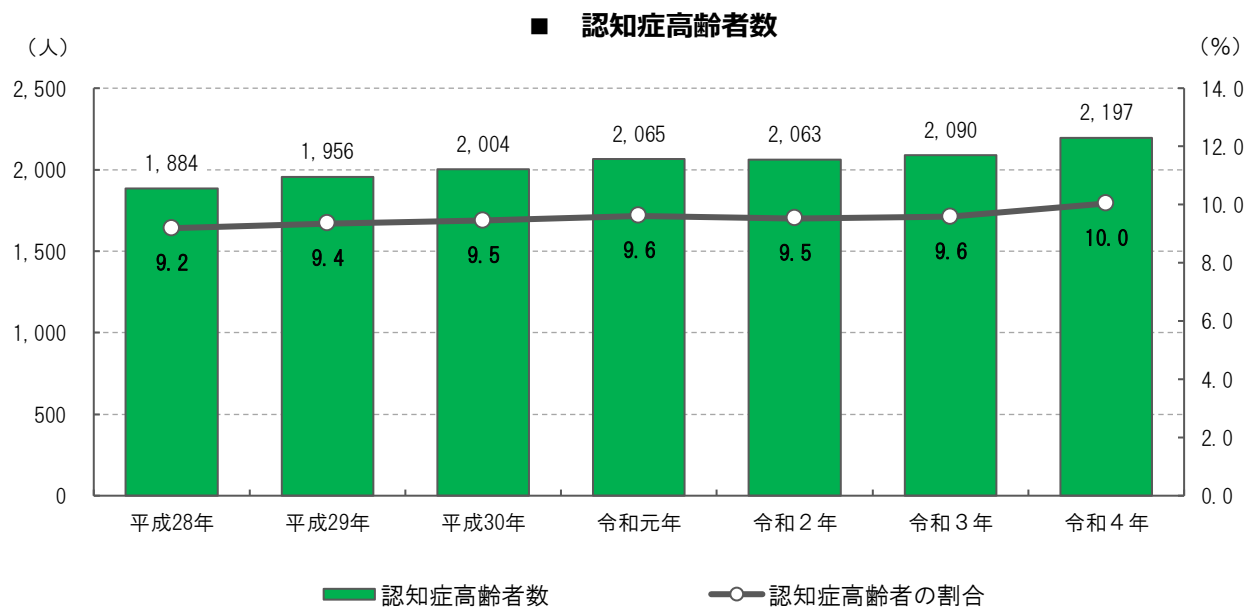
認知度チェックテスト「あたまの元気まる^{※1}」の結果をみると、「あたまの健康活動を始めましょう」に該当した方が32.8%となっています。

「あたまの健康活動を始めましょう」の人のうち、年齢構成をみると、75歳以上の人が約9割を占めています。

認知症高齢者数と高齢者に占める割合の推移の状況をみると、認知症の高齢者数は年々増加しており、高齢者に占める割合は1割程度で推移しています。



資料：健康かるて情報（2022年度あたまの元気まる受検者数抽出）健康課（令和5年4月1日現在）



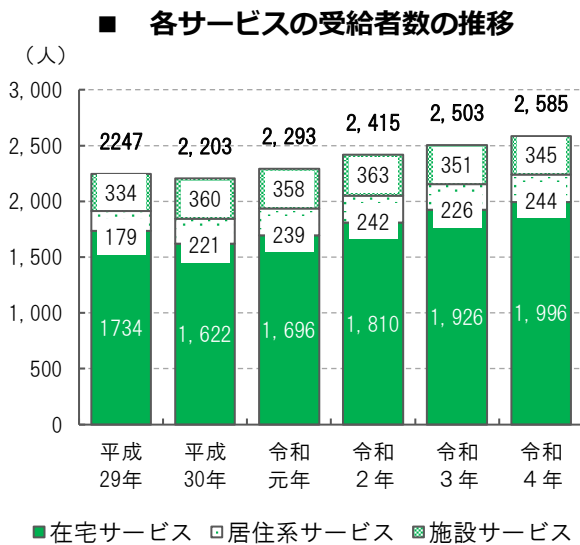
※1：あたまの元気まる…市の独自の脳の健康チェックテストとして、約10分間の質問に答えるだけの簡単なテストを行うもの。結果を点数化し「正常」「ボーダーライン」「あたまの健康活動を始めましょう」の3段階で判定している。

2 介護保険事業の状況

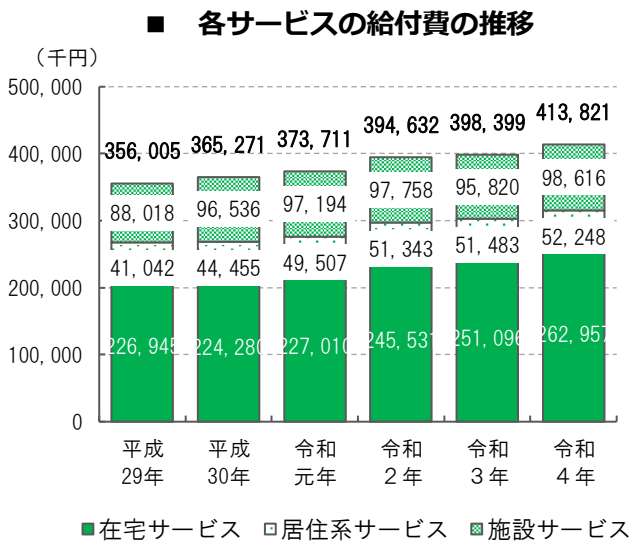
(1) 介護サービスの利用状況

各サービスの受給者数は平成30年に減少しましたが、令和元年に再び増加しており、給付費も増加傾向にあります。

令和4年10月利用分の第1号被保険者1人あたりの介護サービス受給率を国・県と比較すると、本市の介護サービス受給率は国・県より低くなっています。また、近隣市町と比較すると、東郷町と並んで最も低くなっています。

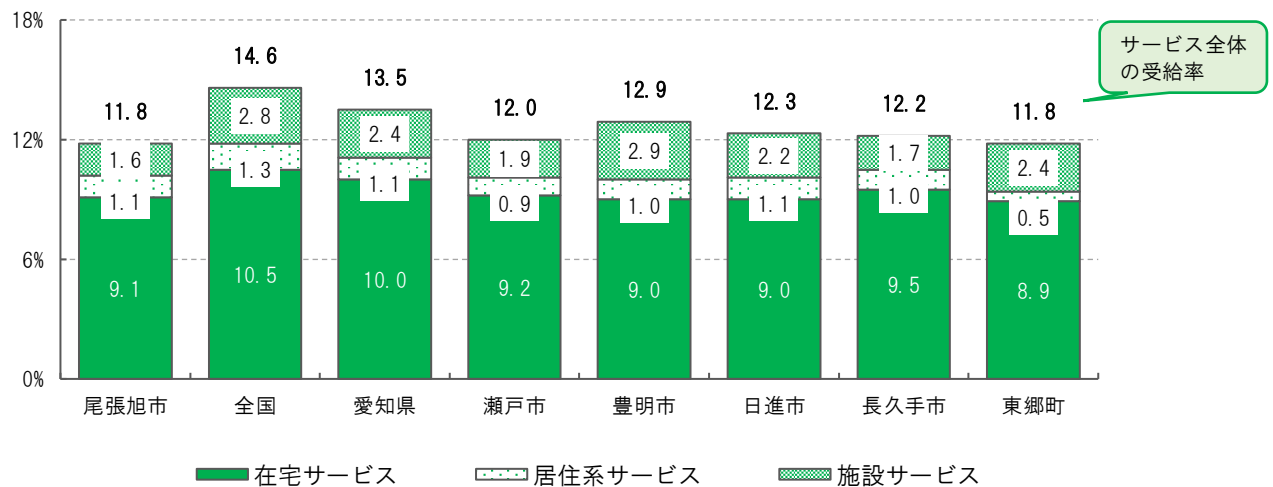


資料：「介護保険事業報告」月報（各年10月）



資料：「介護保険事業報告」月報（各年10月）

■ 第1号被保険者1人あたりの介護サービス受給率（全国・愛知県・近隣市町との比較）

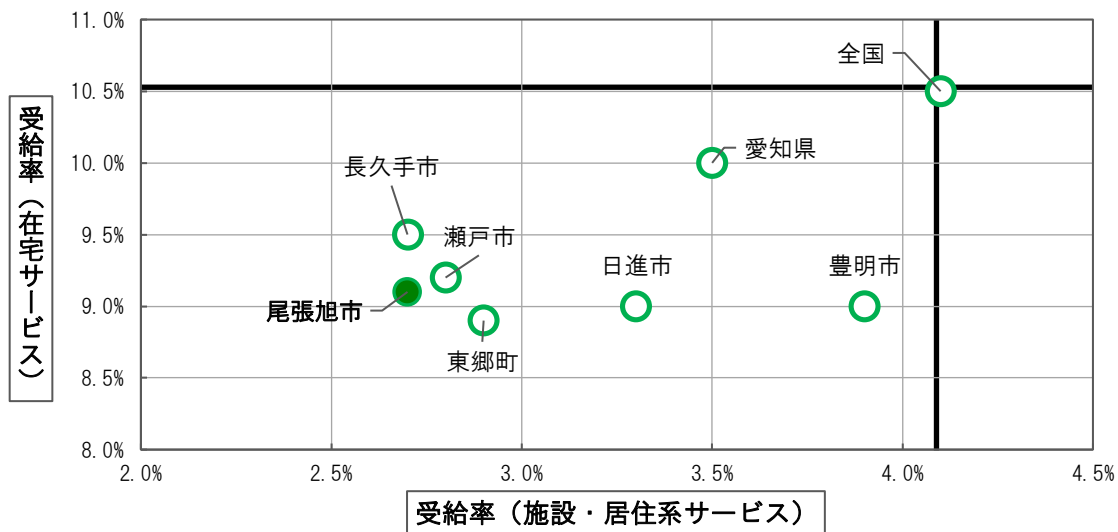


資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

(2) サービス類型別の受給率のバランス

令和4年10月利用分の在宅サービスの受給率と施設・居住系サービスの受給率のバランスを国・県と比較すると、本市は在宅サービス受給率と施設・居住系サービス受給率ともに国・県より低くなっています。近隣市町との比較では、在宅サービス受給率ではやや低く、施設・居住系サービス受給率では長久手市とともに最も低い値となっています。

■ サービス類型別の受給率のバランス（全国・愛知県・近隣市町との比較）



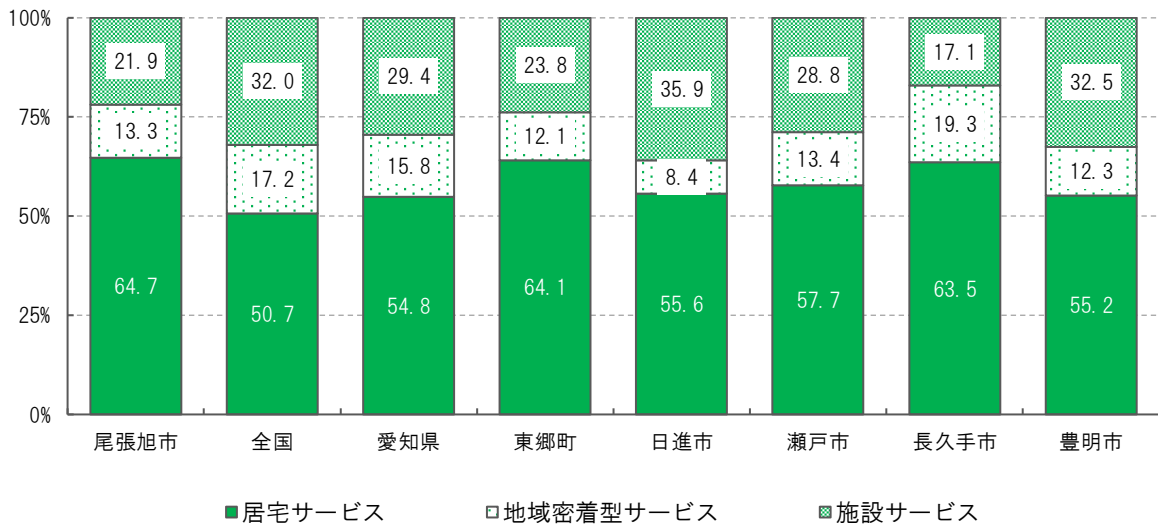
資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

(3)給付費の構成比

介護保険サービス別給付構成を比較すると、地域密着型サービスと施設サービスは国・県よりも低く、居宅サービスは高くなっています。

近隣市町で比較すると、居宅サービスは最も高く、施設サービスは長久手市に次いで低くなっています。

■ 給付費の構成比（全国・愛知県・近隣市町との比較）

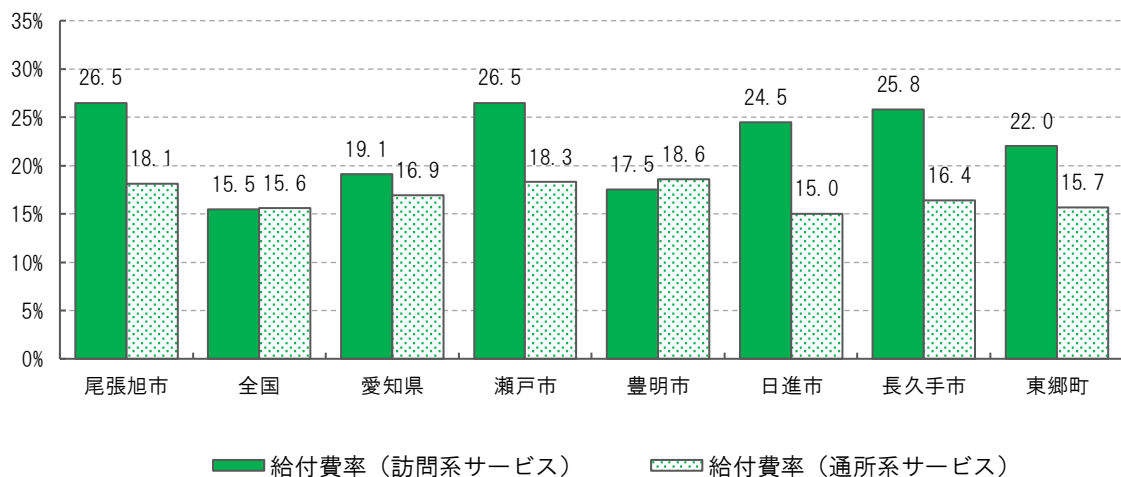


資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

全体の給付費に占める居宅サービスの給付費を比較すると、訪問系・通所系サービスとともに国・県より高くなっています。

近隣市町で比較すると、訪問系サービスは瀬戸市とともに最も高く、通所系サービスは豊明市、瀬戸市に次いで高くなっています。

■ 居宅サービス給付費水準の推移（全国・愛知県・近隣市町との比較）



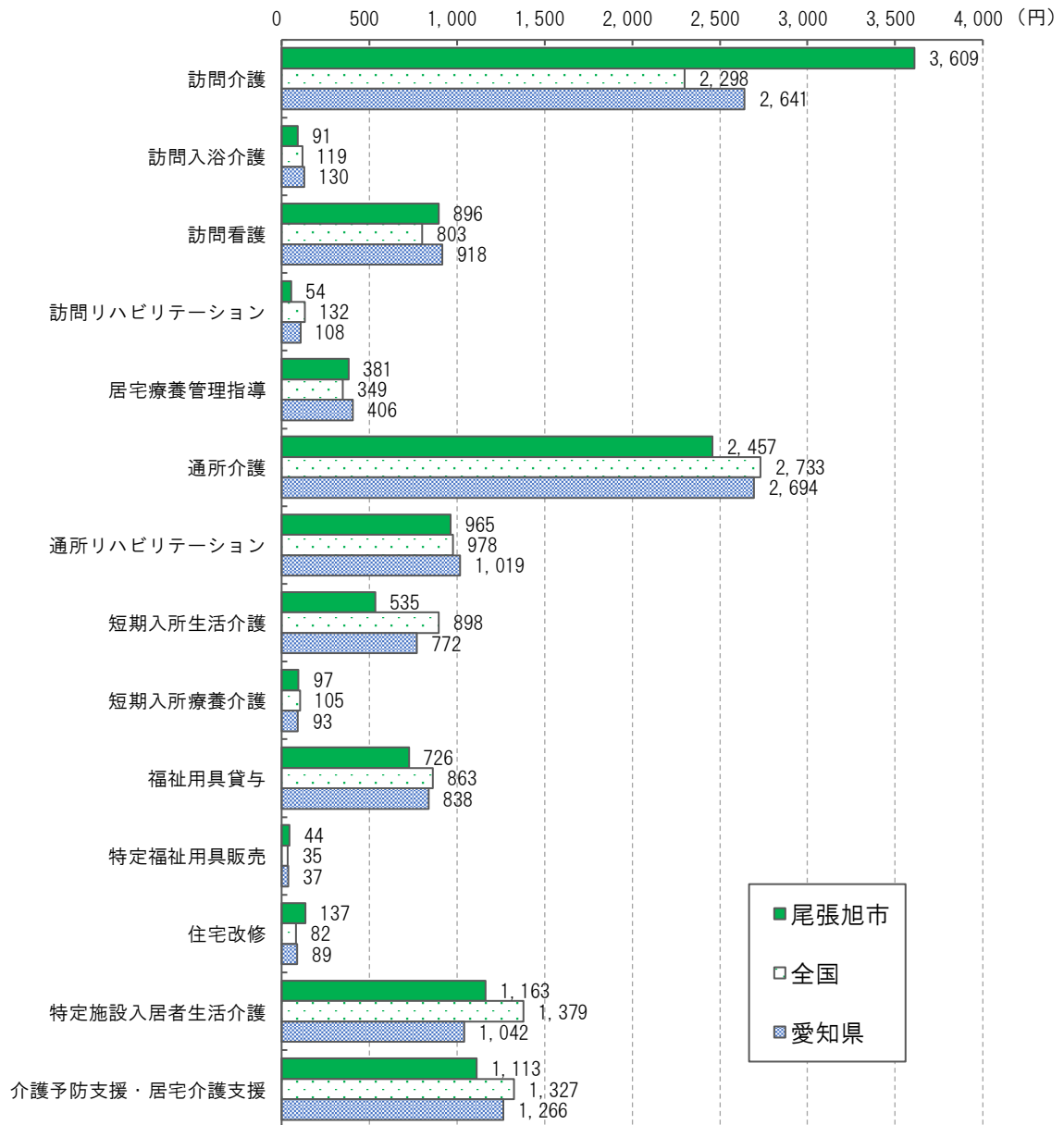
資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

(4)第1号被保険者1人あたりの給付月額

① 居宅サービス

第1号被保険者1人あたりの居宅サービス給付月額を国・県と比較すると、「訪問介護」などが多く、「通所介護」「短期入所生活介護」などが少なくなっています。

■ 居宅サービス第1号被保険者1人あたりの給付月額（全国・愛知県との比較）

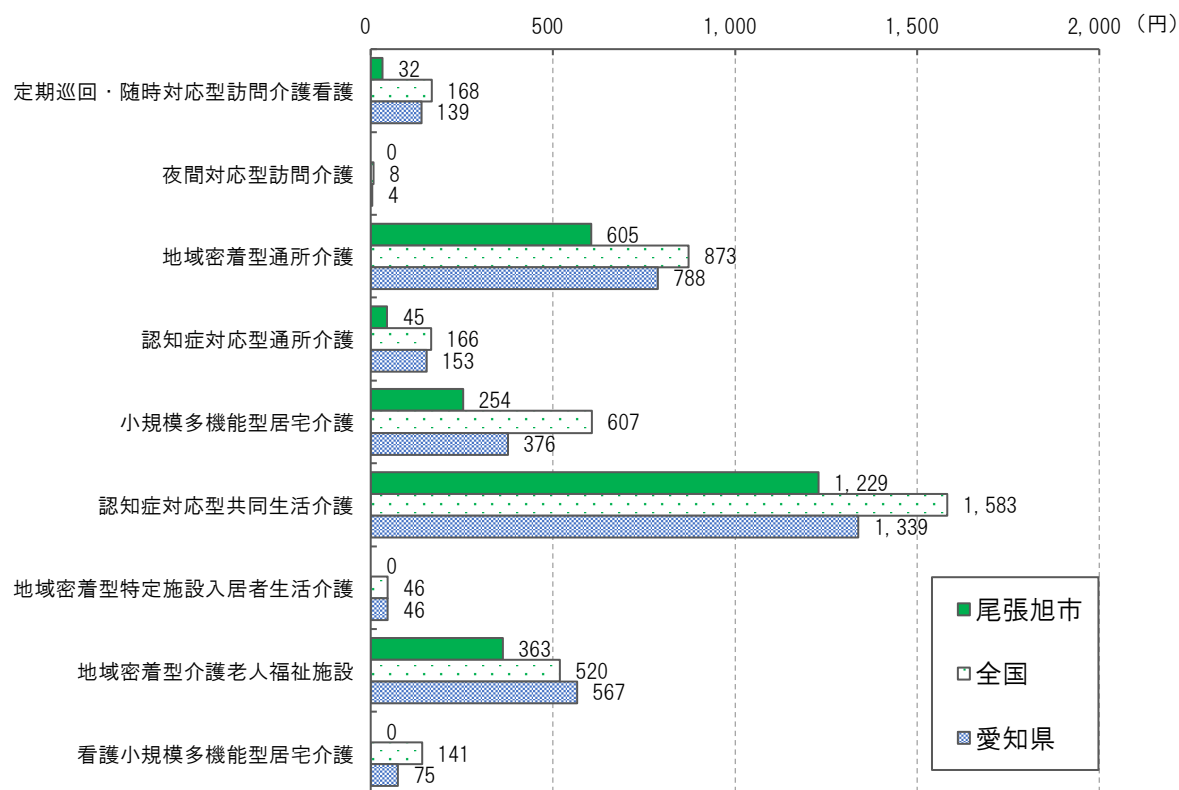


資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

② 地域密着型サービス

第1号被保険者1人あたりの地域密着型サービス給付月額を国・県と比較すると、全てのサービスで国・県より少なくなっています。

■ 地域密着型サービス第1号被保険者1人あたりの給付月額（全国・愛知県との比較）

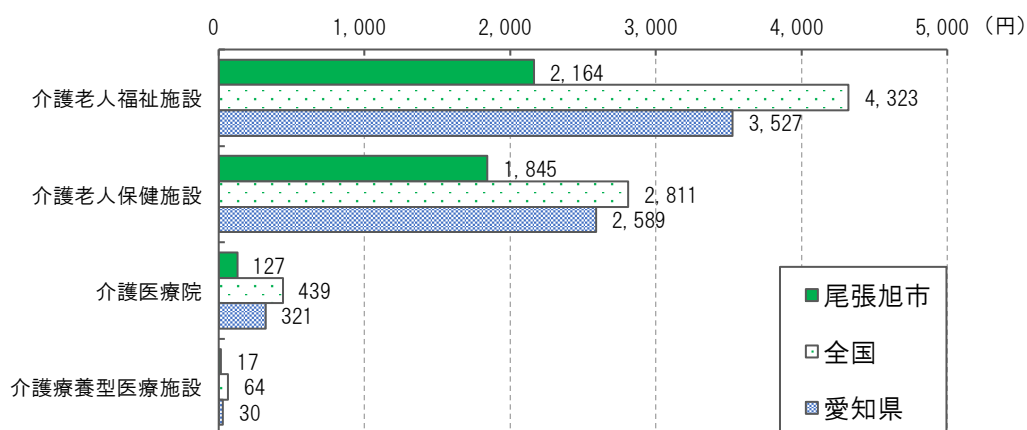


資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

③ 施設サービス

第1号被保険者1人あたりの施設サービス給付月額を国・県と比較すると、全てのサービスで国・県より少なくなっています。

■ 施設サービス第1号被保険者1人あたりの給付月額（全国・愛知県との比較）



資料：「介護保険事業状況報告」月報（令和4年10月）

(5)サービス別の給付費実績

第8期介護保険事業計画に記載した給付費の計画値と実績値について、令和3年度・令和4年度分を比較しました。令和4年度の計画比で最も実績が上回ったのは「介護医療院」で、利用者が少なく差異が生じやすいことが影響しています。

地域支援事業費については、介護予防・日常生活支援総合事業費の令和3年度で実績値が計画値をやや上回っています。

■ 第8計画値と実績値との比較（給付費）

単位：千円

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
居宅サービス	3,052,692	2,769,041	99.4%	3,503,455	2,846,510	88.7%
訪問介護	947,790	900,816	95.0%	1,080,478	928,889	86.0%
訪問入浴介護【予】	23,287	26,172	112.4%	30,058	24,746	82.3%
訪問看護【予】	164,917	200,112	121.3%	181,608	229,620	126.4%
訪問リハビリテーション【予】	13,812	13,067	94.6%	16,969	13,384	78.9%
居宅療養管理指導【予】	92,522	92,164	99.6%	99,026	98,289	99.3%
通所介護	568,275	598,255	105.3%	675,885	620,009	91.7%
通所リハビリテーション【予】	251,285	250,017	99.5%	285,631	245,817	86.1%
短期入所生活介護【予】	178,243	145,995	81.9%	215,082	135,177	62.8%
短期入所療養介護（老健）【予】	19,487	20,935	107.4%	22,277	22,084	99.1%
短期入所療養介護（病院等）【予】	0	0	—	0	0	—
短期入所療養介護（介護医療院）【予】	0	0	—	0	0	—
福祉用具貸与【予】	151,736	168,745	111.2%	163,076	186,350	114.3%
特定福祉用具購入【予】	10,729	9,842	91.7%	11,731	10,000	85.2%
住宅改修【予】	34,802	32,868	94.4%	40,032	33,076	82.6%
特定施設入居者生活介護【予】	328,630	310,052	94.3%	386,162	299,070	77.4%
地域密着型サービス	619,229	625,508	101.0%	648,758	612,128	94.4%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,395	7,687	320.9%	2,397	8,196	341.9%
夜間対応型訪問介護	0	0	—	0	0	—
地域密着型通所介護	154,823	162,280	104.8%	182,878	156,183	85.4%
認知症対応型通所介護【予】	25,120	21,419	85.3%	26,350	13,451	51.0%
小規模多機能型居宅介護【予】	48,992	50,822	103.7%	49,019	58,196	118.7%
認知症対応型共同生活介護【予】	297,899	288,161	96.7%	298,064	282,722	94.9%
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	—	0	0	—
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	90,000	95,140	105.7%	90,050	93,380	103.7%
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	—	0	0	—
施設サービス	1,140,844	1,037,272	90.9%	1,263,600	1,051,226	83.2%
介護老人福祉施設	601,020	540,848	90.0%	665,700	566,480	85.1%
介護老人保健施設	511,342	459,824	89.9%	574,148	443,925	77.3%
介護医療院	3,563	19,989	561.0%	7,130	37,373	524.2%
介護療養型医療施設	24,919	16,611	66.7%	16,622	3,447	20.7%
介護予防支援・居宅介護支援	267,177	279,550	104.6%	295,440	291,206	98.6%
総計	4,812,765	4,711,371	97.9%	5,415,813	4,801,069	88.6%

【実績値】「介護保険事業状況報告」月報（各年6月～翌5月）、【計画値】介護保険事業計画にかかる保険者からの報告値
 ※【予】は予防給付が含まれています。

■ 第8計画値と実績値との比較（地域支援事業費）

単位：千円

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護予防・日常生活支援総合事業費	215,109	215,206	100.0%	227,129	219,916	96.8%
包括的支援事業・任意事業費	157,415	133,778	85.0%	158,035	137,303	86.9%
地域支援事業費(計)	372,524	348,984	93.7%	385,164	357,219	92.7%

※地域支援事業費とは、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とした次のような事業に要する費用です。

<介護予防・日常生活支援総合事業>

介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業（介護予防把握事業・介護予防普及啓発事業など）

<包括的支援事業>

地域包括支援センターの運営、在宅医療介護連携推進事業など

<任意事業>

介護給付等費用適正化事業（ケアプランチェック、介護給付費通知など）

家族介護支援事業（認知症家族介護教室、介護家族交流事業など）

その他（成年後見制度の利用支援、介護相談員の派遣など）

3 アンケート調査からみる高齢者の状況

◆調査の目的

高齢者保健福祉計画の見直しを行うために、また今後の介護保険制度等の運営の参考とするために、①一般高齢者（65歳以上）、②要支援・要介護認定者、③介護サービス提供事業者、④介護支援専門員を対象とした4種類のアンケート調査を実施しました。

◆調査方法

区分	①一般（65歳以上）	②要支援・要介護認定者	③介護サービス提供事業者	④介護支援専門員
調査客体	要介護と認定されていない65歳以上の人から無作為抽出	要支援・要介護の認定を受けている人から無作為抽出（施設サービス利用者を除く）	市内で介護保険サービスを提供している事業所すべて	市内の居宅介護支援事業所に所属している介護支援専門員すべて
調査票の配布・回収	郵送配布・郵送回収（一部WEB回答）			
調査基準日	令和5年1月1日			
調査期間	令和5年1月23日～2月6日			

◆回収結果

区分	①一般（65歳以上）	②要支援・要介護認定者	③介護サービス提供事業者	④介護支援専門員
配布数（A）	1,000	1,500	107	65
回収件数（B）	712	*874	85	57
回収率（B/A）	71.2%	58.3%	79.4%	87.7%
無効回答件数	/	入院中	16	/
		転出	0	
		死亡	2	
		その他	38	
		不明・無回答	4	
		計	60	
有効回答件数（C）	712	814	85	57
有効回答率（C/A）	71.2%	54.3%	79.4%	87.7%

（※要支援・要介護認定者の回収件数874件のうち77件はWEB回答）

(1) 高齢者保健福祉計画策定にかかるアンケート調査

① 高齢者福祉における重点施策

一般高齢者※2・認定者※3ともに「在宅生活継続へのサービスの充実」が最も高い

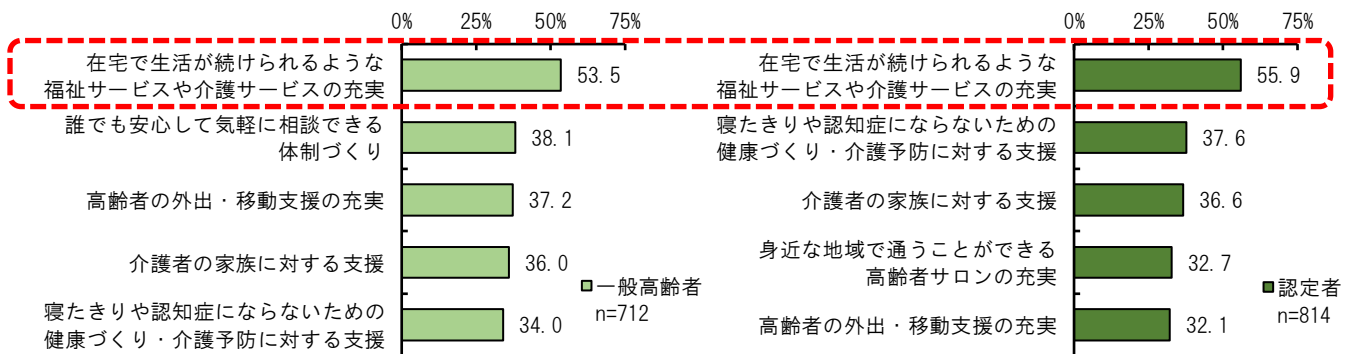
一般高齢者・認定者ともに「在宅で生活が続けられるような福祉サービスや介護サービスの充実」が最も高くなっています。この傾向は、前回調査から変化はありません。

高齢社会に向けた福祉サービスや介護サービスの充実は、本市における最重要課題となっており、介護予防や生活支援、介護者支援等の他の事業も含めて、総合的に取り組んでいく必要があります。

【高齢社会に向けて、本市は何に重点をおくべきか】(上位5位)

《一般調査:問 46》

《認定者調査:問 11》



※2:「一般高齢者」とは、要介護認定者を除く65歳以上の高齢者を表しています。

※3:「認定者」とは要支援・要介護認定者を表しています。

② 在宅生活の継続に必要な支援・サービス

一般高齢者は「配食」、認定者は「移送サービス」が最も高い

一般高齢者は「配食」、認定者では「移送サービス」が最も高くなっています。次いで一般高齢者は「移送サービス」「見守り・声かけ」、認定者は「紙おむつの給付」「配食」となっています。

一般高齢者では支援する側として、「見守り・声かけ」は約4割、「買い物」「ゴミ出し」はそれぞれ2割前後ができると回答しています。

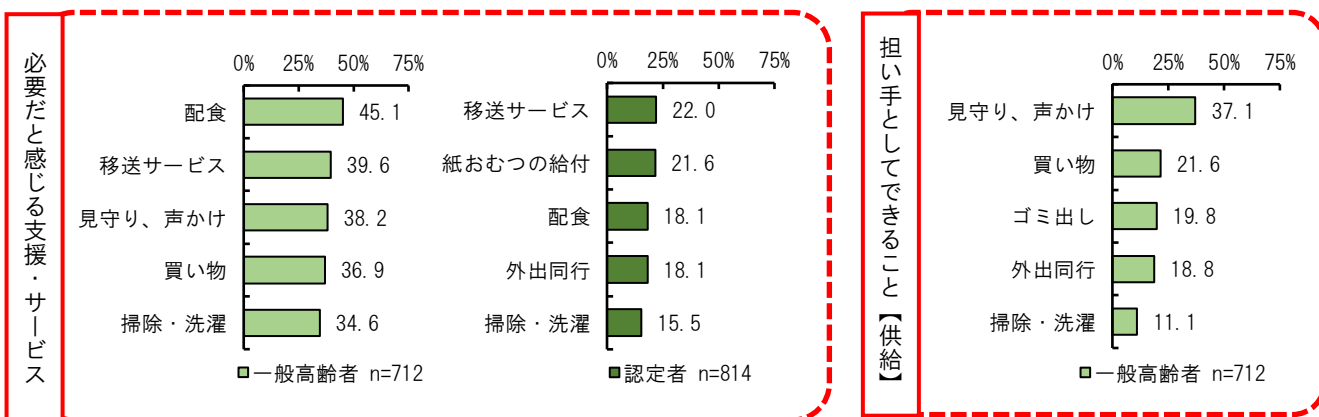
一般高齢者の「見守り・声かけ」等の支援は、担い手不足の中、貴重な戦力であり、潜在的な担い手の発掘と地域社会での活躍の場の提供を進めていく必要があります。

【今後の高齢者の在宅生活の継続に必要なだと感じる支援・サービス、担い手としてできる支援・サービス】
 (「特になし」を除く上位5位)

《一般調査:問 21》

《認定者調査:問 11》

《一般調査:問 22》



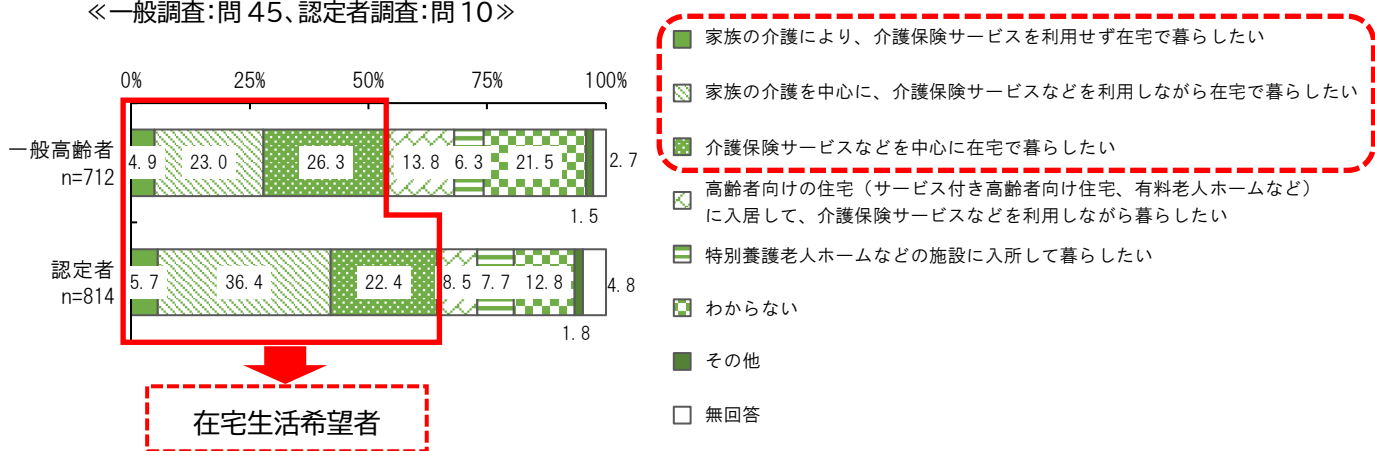
③ 今後どのような介護を望むか

在宅生活希望者は、一般高齢者・認定者ともに半数以上を占める

在宅生活希望者は、一般高齢者で54.2%、認定者で64.5%となっており半数以上を占めています。この傾向は、前回調査から変化はないものの、「介護保険サービスなどを中心に在宅で暮らしたい」（前回：一般高齢者22.6%、認定者20.5%）は一般高齢者（26.3%）・認定者（22.4%）とも高くなっています。在宅生活を維持するために、さらなる介護保険サービスの充実が求められています。

【今後（一般高齢者については、介護が必要となった場合に）どのような介護を望むか】

《一般調査：問 45、認定者調査：問 10》



④ 介護予防事業への参加意向

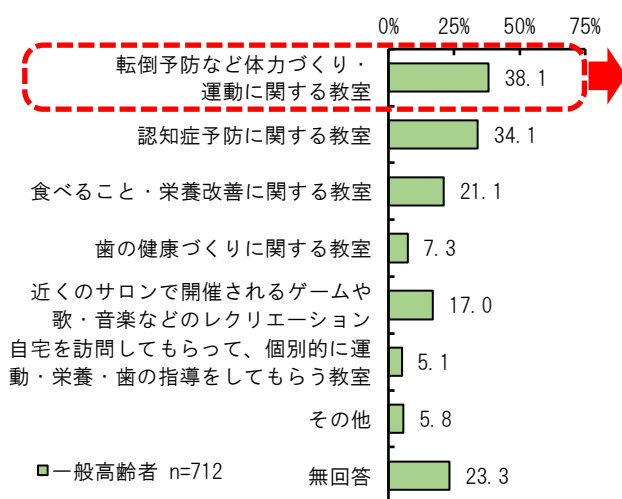
介護予防事業で興味があるのは「体力づくり・運動の教室」、「認知症予防の教室」

介護予防事業について、興味があるもの、参加したいと思うものは、「転倒予防など体力づくり・運動に関する教室」が38.1%と最も高く、次いで「認知症予防に関する教室」となっています。

また、どのような教室であればより参加しやすいかについて聞いたところ、74歳以下では「徒歩で通える範囲で実施している教室」と同様に「好きな時間に通えるスポーツ施設」が高くなっています。一方「送迎付きの教室」は年代が上がるにつれ高くなっており、年代ごとのニーズを踏まえた事業を進めていく必要があります。

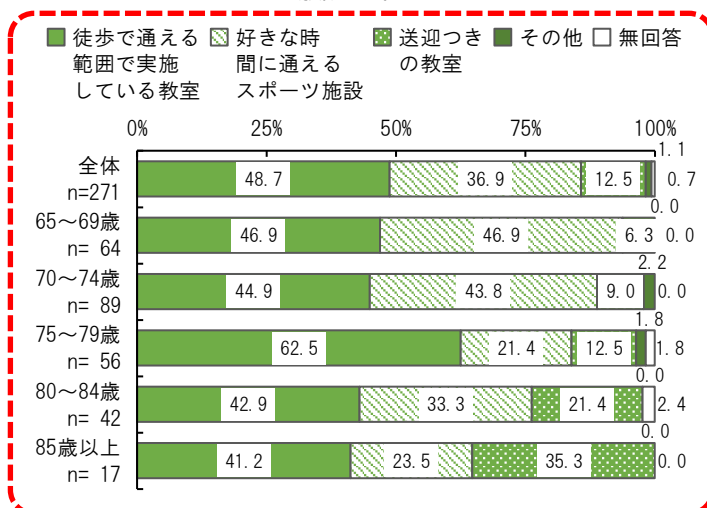
【介護予防事業で興味があるもの】

《一般調査:問49》



【どのような教室であればより参加しやすいか】

《一般調査:問49-1》



⑤ 最期を迎える場所・万が一のときの治療やケア

最期を迎える場所の希望は、一般高齢者・認定者ともに「自宅」が約4割を占める

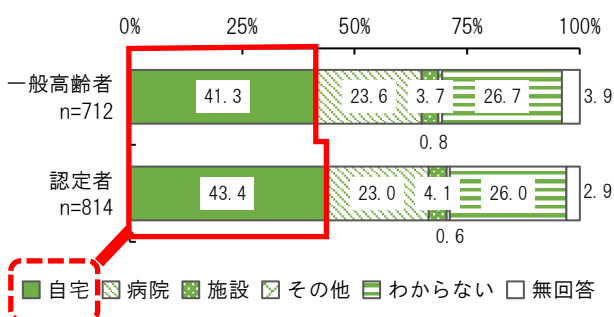
病気などで最期を迎える場所として、一般高齢者・認定者ともに「自宅」が約4割と高くなっています。

また、万が一のときの治療やケアについて、「家族と話し合ったことがある」は一般高齢者・認定者ともに約3割、一方「考えていない」は約4割と最も高くなっています。

「人生会議」等の取組を周知し、ご自身の望む治療やケアについて、家族や医療・ケアチームと話し合う機会を増やしていく必要があります。

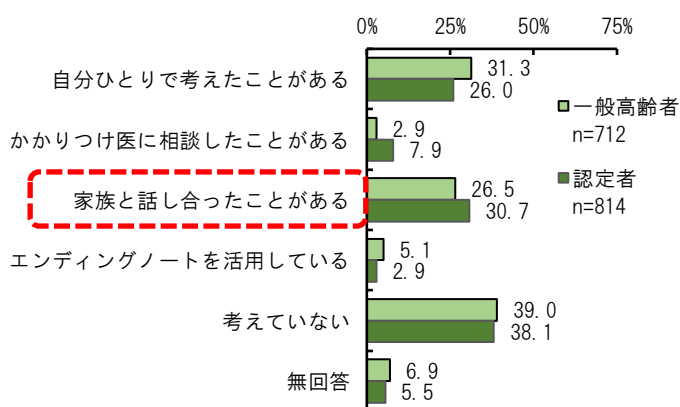
【最期を迎える場所】

《一般調査:問50、認定者調査:問14》



【万が一のときの治療やケアについて】

《一般調査:問52、認定者調査:問16》



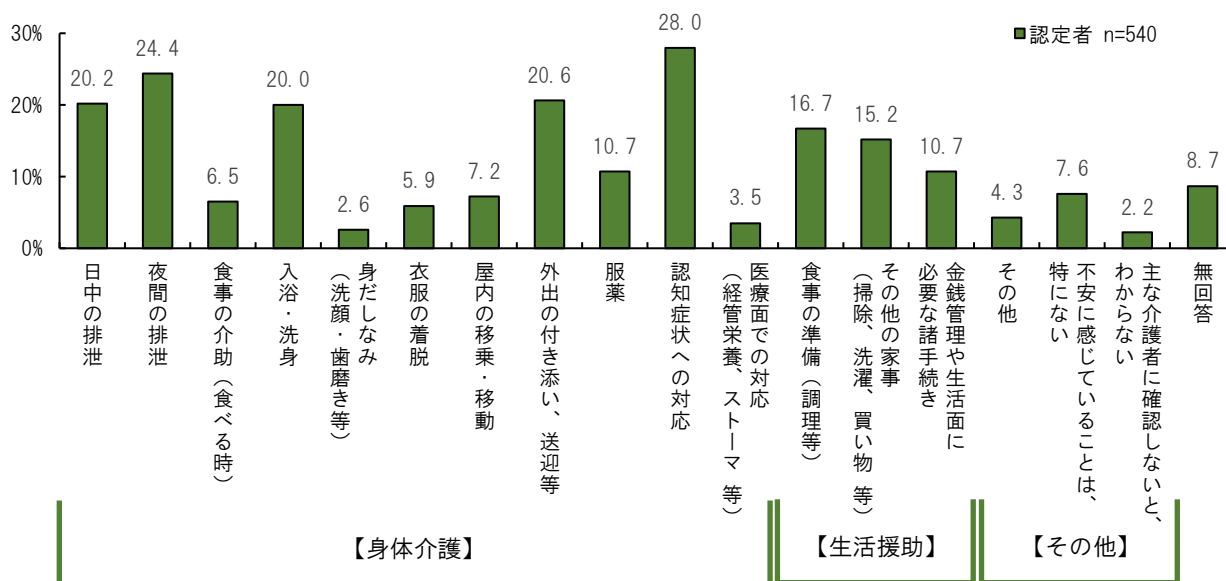
⑥ 主な介護者の方が不安を感じる介護等

不安を感じるのは「認知症状への対応」、「夜間の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」

生活を継続するにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等は、「認知症状への対応」が28.0%と最も高く、以下「夜間の排泄」「外出の付き添い、送迎等」「日中の排泄」となっています。

介護への不安解消は介護離職の抑制のために必要なことであるため、認知症ケアの相談や介護者への支援等の充実を図る必要があります。

【現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等】 <<認定者調査:問27>>



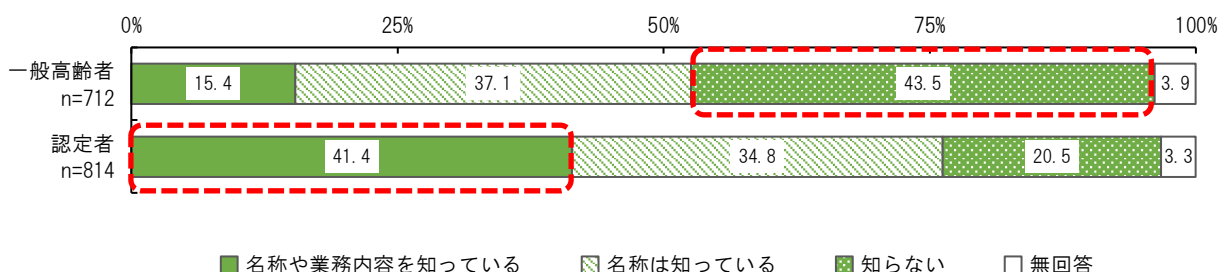
⑦ 地域包括支援センターの認知度

一般高齢者の約4割は地域包括支援センターを「知らない」

高齢者がいつまでも住み慣れた地域で生活ができるよう支援するための拠点である、尾張旭市地域包括支援センターの認知度は、一般高齢者では「知らない」が43.5%と最も高くなっています。一方認定者では「名称や業務内容を知っている」が41.4%と最も高くなっています。

一般高齢者と認定者では認知度に乖離があり、支援の必要を感じていない一般高齢者の関心が低いことがうかがえます。今後すべての人が、必要な時に適切な支援を受けられるよう、センターの機能を周知するとともに、利用促進を図る必要があります。

【尾張旭市地域包括支援センターを知っているか】 ‹‹一般調査:問47、認定者調査:問12››

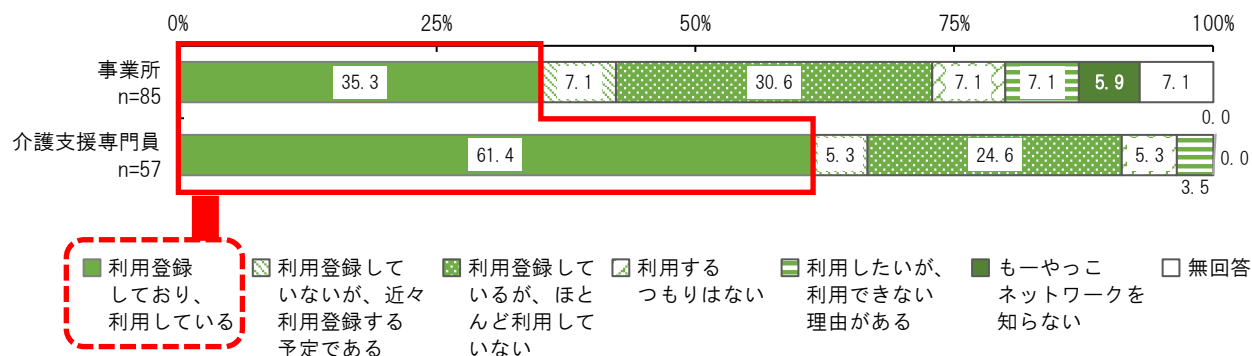


⑧ もーやっこネットワークの利用状況

介護支援専門員の約6割が「利用登録し、利用している」

瀬戸旭医師会を中心とした在宅医療・介護連携を推進するためのICTを活用した電子@連絡帳システム『もーやっこネットワーク』に「利用登録しており、利用している」は、介護サービス事業所では35.3%、介護支援専門員では61.4%となっています。特に介護支援専門員の利用率は、前回調査の49.1%から12.3ポイント増加しており、利用が進んでいることがわかります。今後も在宅医療・介護連携を進めるためにも、「もーやっこネットワーク」の利用を推進していく必要があります。

【もーやっこネットワークに利用登録しているか】 ‹‹事業所調査:問28、介護支援専門員調査:問14››

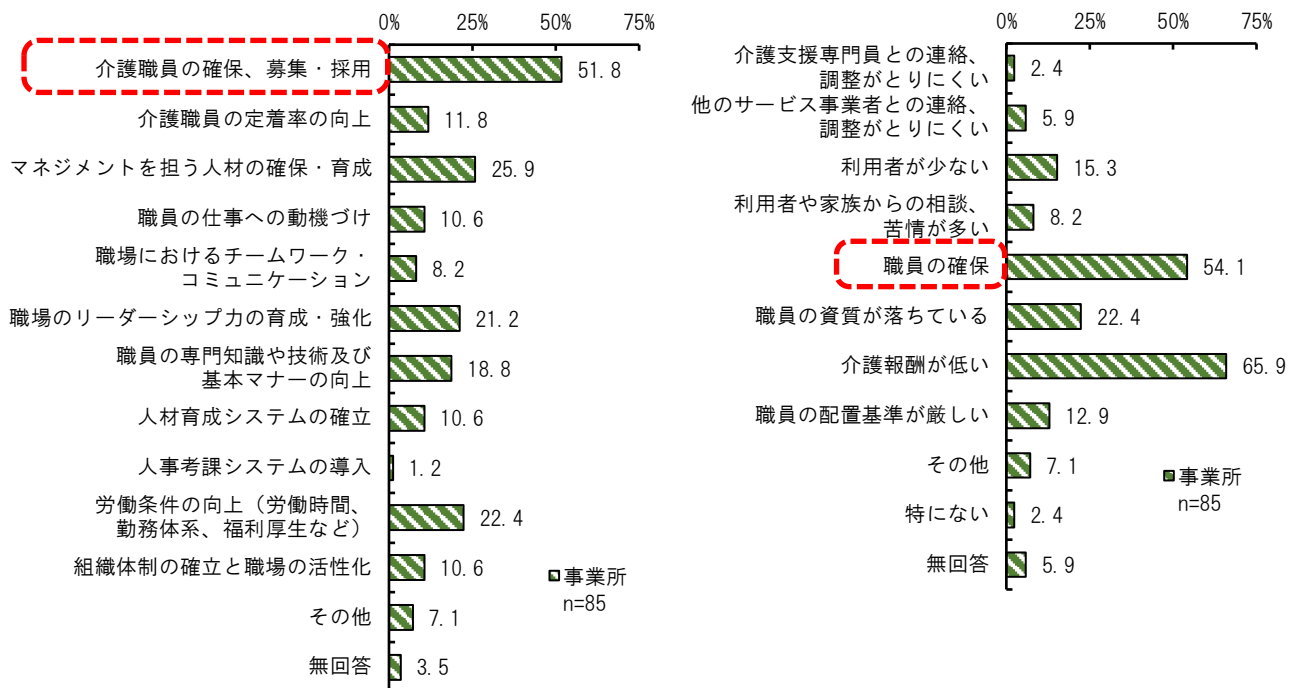


⑨ 事業所における人材確保の問題

「介護職員の確保、募集・採用」が問題

事業所における人材マネジメント上の問題として、「介護職員の確保、募集・採用」が約5割で最も高くなっています。また、介護保険事業者として感じている問題点においても、「職員の確保」が5割以上と高くなっており、人材確保の厳しさがうかがえる結果となっています。こうした状況を打開するためにも、事業所と行政や関係機関等が連携して取り組んでいく必要があります。

【人材マネジメントに関する問題】≪事業所調査:問12≫ 【事業者として感じている問題点】≪事業所調査:問31≫



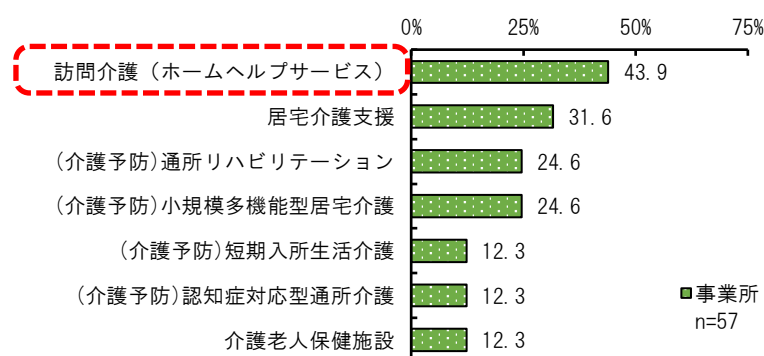
⑩ 不足していると感じる介護サービス

「訪問介護（ホームヘルプサービス）」は約4割以上が不足と感じている

尾張旭市内の介護保険サービスの中で、不足していると感じるサービスは、「訪問介護（ホームヘルプサービス）」が最も高く、次いで「居宅介護支援」が約3割、「（介護予防）通所リハビリテーション」「（介護予防）小規模多機能型居宅介護」が2割台となっています。

今後さらに高まると予測される介護サービスのニーズに対応するため、不足している要因を整理するとともに、提供体制の確保が急務となります。

【不足していると感じる介護サービス】(10%以上のサービス) 《介護支援専門員調査:問20》



(2)日常生活圏域ニーズ調査結果からみる傾向

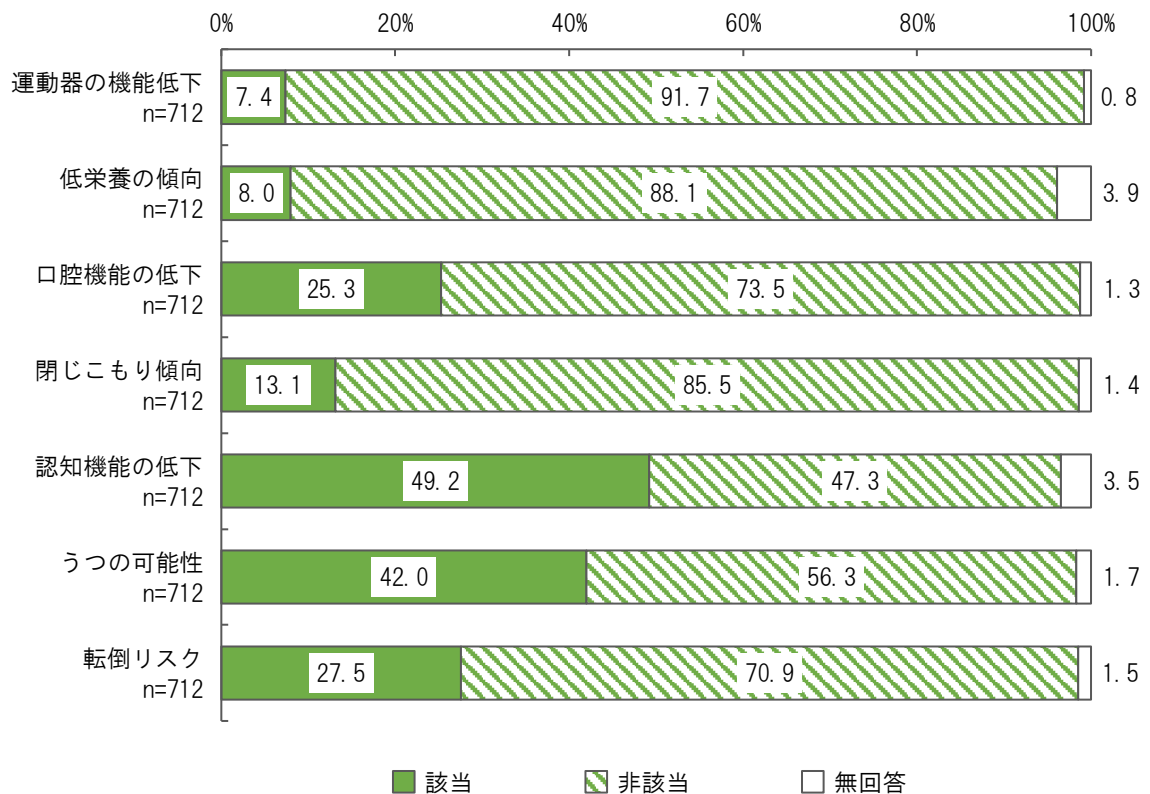
認知機能の低下リスク者は約5割、うつのリスク者は約4割

一般高齢者（65歳以上）アンケート調査では、国が推奨する日常生活圏域ニーズ調査の項目をあわせて実施しています。

調査結果を活用し、「運動器の機能低下」、「低栄養の傾向」、「口腔機能の低下」、「閉じこもり傾向」、「認知機能の低下」、「うつの可能性」、「転倒リスク」の項目について機能判定の評価を行いました。

「認知機能の低下」で「該当者」（49.2%）の割合が高くなっています。

■ 機能判定の評価結果



4 前回計画の評価

※令和5年度の実績値については、一部見込みの数値があります。

(1) 認知症対策の推進

① 認知症についての周知・啓発

【前回計画の方針】

- 認知症の相談窓口について、認知症のかたや家族のみでなく、医療・介護関係者等へ広く周知し、必要なときに相談できる体制づくりを進めます。
- 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）の機会を捉えて認知症に関する普及啓発の取組を行います。また、認知症のかた本人からの発信の機会を創出します。

指 標		令和3年度	令和4年度	令和5年度
相談窓口の認知度（一般高齢者に対するアンケート調査）	%	計画値	40.0	—
		実績値	19.8	

▶相談窓口の認知度は、計画値を大きく下回り19.8%となっています。

② 認知症の予防から適切な支援に向けた体制の構築

【前回計画の方針】

- 認知機能低下を発見し、認知症の予防を図るとともに、認知症に対する予防の必要性への気づきや意識高揚を図るため、インターネットを利用した「あたまの元気まる」（認知度チェックテスト）を行います。高齢期以前の世代にも受検を呼びかけ、認知症予防対策を強化します。
- 認知症のかたやその家族が安心して生活できるよう、標準的な認知症ケアパスの普及に努めます。
- 認知症の早期診断・早期対応を図るため、複数の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」を設置します。
- 認知症が疑われる人やその家族などを訪問し、認知症の人のアセスメントや家族の支援などの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行います。
- 認知症のかたができる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、多種多様なネットワークを形成し、認知症のかたやその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」を設置します。
- 認知症のかたやその家族を支援する相談業務等を行い、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図ります。

指 標		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
あたまの元気まるの受検人数	人	計画値	700	750	800
		実績値	173	176	

▶あたまの元気まるの受検人数は、計画値を下回っています。

③ 地域全体で認知症高齢者や家族を支える環境づくり

【前回計画の方針】

- 認知症サポーター養成講座の継続的な実施によりサポーターの養成に取り組み、認知症の高齢者を理解し、サポーター等による見守りが広がる地域づくりに努めます。
- 認知症カフェにおいて、認知症地域ボランティア養成事業を実施し、認知症サポーターの活躍の場の確保を図ります。
- 「チームオレンジ」の設置に向け、認知症サポーター養成講座受講者を対象にステップアップ研修を開催します。
- 認知症サポーター養成講座等での認知症当事者による本人発信支援や「本人ミーティング」の場づくりに努めます。
- 認知症のかたを介護している家族等が集まり、参加者同士の情報交換や不安や悩みに対しての相互支援を行います。
- 定期的に認知症カフェを開催し、介護者の相談支援や地域住民への認知症についての正しい理解の普及を進めます。
- はいかいのおそれのある認知症高齢者が行方不明になった場合、地域の協力を得ながら、早期発見・事故の未然防止につなげる「はいかい高齢者おかえり支援事業」を実施します。
- はいかい高齢者の情報提供等を行う「おかえり支援サポーター」の登録を促進し、認知症高齢者の地域支援体制を強化します。
- 専門端末機を利用した位置検索システムにより、認知症のかたを介護している家族等が安心して介護できる環境を整備します。
- 若年性認知症について周知・啓発するとともに、相談支援、当事者の交流の場づくりに努めます。

指 標		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
認知症サポーター養成者数(累計)	人	計画値	9,500	10,300	11,100
		実績値	9,288	10,113	
認知症介護家族交流会(笑顔の会)開催回数	回	計画値	9	9	9
		実績値	6	9	
認知症カフェ開催回数	回	計画値	27	35	40
		実績値	14	36	
はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数	人	計画値	280	290	300
		実績値	297	287	

- ▶認知症サポーター養成者数は、令和3年度から令和4年度にかけ増加しているものの、計画値を下回っています。
- ▶認知症介護家族交流会（笑顔の会）開催回数は、令和4年度に計画値を達成しています。
- ▶認知症カフェ開催回数は、令和4年度に計画値を上回っています。
- ▶はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数は、令和3年度は計画値を上回っていましたが、令和4年度以降は計画値を僅かに下回っています。

(2)医療と介護との連携強化

① 医療・介護の連携体制の強化

【前回計画の方針】

- 在宅でも安心して継続的な医療・介護を受けることができるよう、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会を中心として在宅医療・介護の連携体制の強化を図ります。
- 医療・介護関係者間の情報共有により、一体的でスムーズな医療・介護サービスを提供することができるよう、「瀬戸旭もーやっこネットワーク」の利用を推進します。
- 事業への理解と相互の理解を深めるため、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会で多職種へのヒアリング等を実施してニーズを把握し、多職種でのグループワーク等の研修を実施します。
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口「もーやっこダイヤル」について広く周知します。
- 在宅医療・介護連携について理解を深めてもらえるよう、出前講座や市民フォーラムの開催、パンフレットの作成などにより引き続き普及啓発します。
- 自分自身が望む人生の最終段階での医療やケアについて前もって考え、信頼できる人や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組であるアドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）について啓発を進めます。

指 標			令和3年度	令和4年度	令和5年度
「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数	人	計画値	350	400	450
		実績値	505	580	
「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録施設数	か所	計画値	150	153	156
		実績値	170	182	

- ▶「瀬戸旭もーやっこネットワーク」の登録患者数は、計画値を上回っています。
- ▶登録施設数においても、計画値を上回っています。

② かかりつけ医等を持つことの普及啓発

【前回計画の方針】

- 市民が自分に合った医療提供を受けられるよう、医療機関の情報提供に取り組みます。
- 市民一人ひとりが安心して医療を受けられるよう、今後もかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つように普及啓発します。

指 標			令和3年度	令和4年度	令和5年度
かかりつけ医を持っている市民割合	%	計画値	80.0	80.0	80.0
		実績値	65.7	—	

▶かかりつけ医を持っている市民割合は、計画値を下回っています。

(3)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

① 生活支援・介護予防サービスの基盤整備

【前回計画の方針】

○生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画して、定期的に情報共有や連携強化ができるよう協議体で検討します。

② 地域主体の介護予防・生活支援の促進

【前回計画の方針】

○地域における互助意識を高めるための意識啓発やきっかけづくりを進め、地域での助け合いが高齢者の生活支援の一助となっていく地域包括ケアシステムの構築の推進に取り組みます。

○高齢者の日常生活上の困りごとについて、住民主体の支援を実施する「あさひ生活応援サービス事業」を実施します。

○生活応援サポーター養成講座を開催し、支援の担い手を養成します。

○支援が必要な人を適切な支援につなげられるよう、生活支援コーディネーターによる支援ニーズの把握とマッチングを図ります。

○高齢者やその介護者等の閉じこもりや孤立を防ぐため、集会所等を利用し、地域の方々による出会いの場づくりを支援することを目的に、「支えあいサロン」の開設資金を助成します。

指 標			令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活応援サポーター登録者数	人	計画値	100	120	140
		実績値	83	96	

▶生活応援サポーター登録者数は、計画値を下回っていますが、令和3年度から令和4年度にかけて増加しています。

5 尾張旭市における高齢者に関わる課題

本市の高齢者に係る現状分析やアンケート調査結果から、第8期計画における課題について、以下のようにまとめました。

(1) 高齢化・要介護認定者数の増加

- ・尾張旭市の人口推計では、総人口は減少傾向となり、高齢化率は微増し26%台で推移する見込みである。また、令和元年に前期高齢者の割合を後期高齢者の割合が上回り、今後は後期高齢者の増加が顕著となる。
- ・高齢者のみの世帯（令和2年）は、高齢者独居世帯10.1%、高齢夫婦世帯が12.7%を合わせると全世帯の約2割を占めている。
- ・要介護等認定者数は増加傾向であり、令和3年から令和4年にかけて、要支援者を中心に200人を超える増加をしている。また、国や県より低いものの認定率も増加傾向にある。



- ・高齢化が緩やかに進行する中、後期高齢者の増加により、重度の要介護者の増加が懸念される。また、高齢者のみの世帯、特に高齢者独居全体は経年的に増加しており、地域での見守りなどの支援体制が必要となる。
- ・要介護認定者全体では、要支援者が増加しているため、軽度者に対するサービスの充実や要介護状態になる前のフレイル予防が重要となる。

(2) 在宅生活を継続するためのサービスの充実

- ・在宅生活希望者は、一般高齢者で54.2%、要介護認定者で64.5%とニーズが高い。
- ・要介護認定者で在宅生活継続に必要と感じる支援・サービスは、高齢者独居世帯で「外出同行（通院・買い物等）」、「見守り、声かけ」が高い。
- ・高齢化社会に向けて本市が重点を置くべきこととして、「在宅で生活が続けられるような福祉サービスや介護サービスの充実」が要介護認定者で第1位（55.9%）。
- ・在宅の要介護者で施設等への入所・入居を「検討していない」人は68.1%。
- ・人生の最期を迎えたい場所は、「自宅」が第1位（43.4%）。



- ・在宅介護のニーズは高齢者に共通して高く、人生の最期も自宅で迎えたいと考えている人が多い。そのため、在宅介護サービスの充実により、可能な限り自宅で高齢期を過ごせるような環境づくりが今後も継続した課題である。また、一人暮らしの高齢者も今後増加が見込まれるため、地域での見守りなどの支え合いが重要であり、地域全体の課題として捉える必要がある。

(3) 介護者への支援の充実

- ・在宅の要介護者の主な介護者：「女性」（63.1%）が多く、続柄は「子」が52.0%
年齢は「60代」が32.6%、「80歳以上」も19.3%
- ・主な介護者が仕事を辞めた割合は7.8%、要介護度別では要介護2が9.8%。
- ・「働きながらの介護を続けていくのは難しい」と考える人は12.8%。
- ・介護する上で困っていることは「精神的な負担が大きい」が34.6%で最も高い。
- ・主な高齢者が不安を感じる介護は「認知症状への対応」が28.0%で最も高い。また、
認知症高齢者自立度別では、Ⅱ※が44.5%と最も高い。
- ・高齢化社会に向けて本市が重点を置くべきこととして、「介護者の家族に対する支援」
が第3位（36.6%）と上位に入っている。



・介護者の高齢化も進んでおり、80歳以上が約2割を占めるなど、老々介護の状況がうかがえる。また、主な介護者は精神的な負担を感じている。こうした状況を踏まえて、家族介護を継続的に続けることができるような支援の充実を図る必要がある。また、認知症状への対応が最も不安という結果から、認知症高齢者に対する適切な支援に関する情報提供とともに、認知症対応型の介護保険サービスの利用促進も合わせて実施する必要がある。

(4) 認知症施策の充実

- ・要介護認定者で、現在抱えている傷病の第1位が「認知症」（34.3%）。
- ・要介護認定者に占める認知症高齢者の日常生活自立度のⅡ以上は54.8%で、要介護認定者の半数は認知症とみられる。
- ・認知度チェックテスト「あたまの元気まる」の結果で「あたまの健康活動を始めましょう」に該当した方が32.8%でそのうち約9割が75歳以上である。
- ・主な介護者が不安を感じる介護の第1位が「認知症状への対応」（28.0%）。以下「夜間の排泄」（24.4%）、「外出の付き添い、送迎等」（20.6%）。



・元気高齢者に対する「あたまの元気まる」の取組を継続し、認知症予防や早期発見への支援を充実させる必要がある。また、要介護認定者の半数以上が認知症であるため認知症高齢者に対するサービスの充実を図るとともに、継続的な在宅介護を可能とする介護者支援の充実等が求められている。

・ご本人や家族への支援と合わせて、認知症サポーター養成講座や認知症カフェなど、認知症高齢者を地域で支える環境づくりも重要な課題となる。

※Ⅱ…日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

(5)介護予防施策の充実

- ・一般高齢者のアンケートの結果をリスク分析した結果、口腔では男性の70代、閉じこもりでは女性の75歳以上、うつで女性の80歳以上等リスク該当者がみられる。
- ・介護予防事業について興味があるものは「転倒予防などの体力づくり・運動に関する教室」(38.1%)が第1位、以下「認知症予防に関する教室」「食べること・栄養改善に関する教室」。また、体力づくり・運動に関する教室は「徒歩で通える範囲で実施している教室」(48.7%)を希望している。85歳以上では「送迎付き教室」が多い。



- ・一般高齢者のリスクでは、男女別や年代別でリスクの傾向がうかがえるため、健康づくりの啓発やリスクの高いと考えられる対象者へのアプローチなどが必要である。
- ・介護予防事業の周知・参加勧奨を進めるとともに、年代ごとのニーズを把握し、通いやすく気軽に参加しやすい場にする必要がある。

(6)介護人材の確保

- ・事業所調査では、人材マネジメント上抱えている問題の第1位は「介護職員の確保、募集、採用」(51.8%)職員確保と定着率向上の問題の第1位は「賃金や賞与など金銭的な処遇条件の改善に限界がある」(42.4%)
- ・介護保険事業者としての円滑な運営の問題点の第1位は「業務量が多い」(37.6%)以下「従業員不足で十分なサービスを提供できない」(35.3%)、「サービス提供を希望する曜日や時間が集中する」(27.1%)



- ・介護人材不足は現時点でも多くの事業所の課題となっており、今後の高齢者人口の増加とともに介護需要も増大するため、本市が介護保険事業を円滑に運営する上でも重要な課題となっている。また、国においては第9期計画の考え方としても人材確保に対する支援の必要性を示している。
- ・こうした状況を受けて、事業所の「人材確保」に対する支援への取り組みが重要となっている。また、業務量が多いという課題が上がっていることから、業務の効率化に対する支援等も必要となる。

✓ 第3章 計画の基本理念・施策体系と重点取組

1 計画の基本理念

(次期計画：令和6年度～令和8年度)

本市では、平成12年に老人保健福祉計画を策定して以来、「高齢者の笑顔輝く思いやりのまち」を基本理念として掲げ、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、健康づくりや生きがいづくり、安心して生活できるサービスの提供体制の構築に取り組んできました。

少子高齢化が深刻化する現在、団塊ジュニア世代がすべて65歳以上となり更に現役世代が減少する2040年を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進が求められています。

そのため、本計画では基本理念を踏襲したうえで、理念や取り組みを発展的に受け継ぎながら、高齢者が安心して地域生活ができるよう共生社会の実現を目指し、施策の更なる推進を図ります。

基本理念

“高齢者の笑顔輝く思いやりのまち”



2 基本目標

本市では、計画の基本目標として以下の4つの目標を定めて、施策を展開していきます。

基本目標1 「いきいき共生のまち」

高齢者が、地域で役割を持ってすべての人と支え合いながら、その人らしくいきいきと活躍する社会を目指します。



基本目標2 「毎日健康のまち」

高齢者が、健康づくりや介護予防に積極的に取り組む社会を目指します。



基本目標3 「安心生活のまち」

高齢者が、いつまでも住み慣れた地域の中で、尊厳を持って安心して暮らせる社会を目指します。



基本目標4 「安心介護のまち」

高齢者が、介護サービスや福祉サービスにより、日常生活を安心して暮らせる社会を目指します。



3 施策の体系

基本理念 : 高齢者の笑顔輝く思いやりのまち

基本目標		施策	取組
1	いきいき共生のまち	1 生きがいづくりの推進	(1) 学習・交流の促進 (2) 就業機会の拡大 (3) 社会参加活動の推進
		2 生活を支える地域づくり	(1) 見守り体制の充実 (2) 地域力の強化
2	毎日健康のまち	3 健康づくり・介護予防の推進	(1) 健康づくりの推進 (2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
3	安心生活のまち	4 安心生活づくりに向けた環境整備	(1) 相談体制の強化 (2) 権利擁護施策の推進 (3) 認知症施策の推進【重点取組1】 (4) 医療と介護との連携強化【重点取組2】 (5) 高齢者の住まいと環境整備 (6) 防災・防犯体制の充実
		5 総合的な支援体制の整備	(1) 地域包括支援センターの充実 (2) 関係機関のネットワークの強化 (3) 分野横断的な支援体制の構築 (4) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進【重点取組3】
4	安心介護のまち	6 在宅生活継続への支援の充実	(1) 在宅生活継続のための支援の充実 (2) 家族介護者への支援
		7 介護サービスの充実	(1) 介護サービス基盤の整備 (2) 事業所に対する介護人材確保等の支援
		8 介護保険事業の適正な運営	(1) 財源の確保と経済的負担の軽減 (2) 介護給付の適正化

4 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた重点取組

地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項として、国では、①在宅医療・介護連携の推進、②高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進、④地域ケア会議の推進、⑤高齢者の居住安定に係る施策との連携の5つをあげており、地域の実情に応じて計画に位置付けることが求められています。

そこで、本市においては、「医療と介護との連携強化」「生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進」を地域包括ケアシステムの深化・推進のための重点取組として設定します。また、国の示す5項目には入っていませんが、認知症高齢者が増えていることを踏まえ、第8期計画に引き続き「認知症施策の推進」を独自の重点取組として設定します。各重点取組に考え方は以下の通りです。

重点取組1 認知症施策の推進

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」を車の両輪として施策を推進する考え方である、認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症に関する正しい知識の普及啓発・本人発信支援、認知症の予防から適切な支援に向けた体制の構築、認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援、社会参加支援等を進めます。また、共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行に向けて、今後策定される国の認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて、認知症施策を推進していきます。

重点取組2 医療と介護との連携強化

在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、在宅医療・介護連携のための体制を強化します。

重点取組3 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、家事援助等の生活支援の必要性が増加しているため、生活支援コーディネーターを中心に地域のニーズにあったサービスの充実を図り、高齢者自身も含めた支援の担い手づくりを進めます。

また、地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域を単位としています。本市の日常生活圏域は、地理的条件、人口、交通その他の社会的条件、施設の整備の状況などを総合的に勘案し、第9期においても引き続き、市全域を1圏域として設定します。

【本市の現状と課題】

- 本市の認知症高齢者は増加しています。65歳以上の一般高齢者アンケート調査では、認知機能の低下リスク者は約5割となっており、今後も増加していくことが予想されます。
- 認知症の相談窓口について、65歳以上の一般高齢者のアンケート調査では、78.4%の方が認知症の相談窓口を知らないという結果となっており、周知を強化する必要があります。
- 認知度チェックテスト「あたまの元気まる」では、広報などで周知を図ったり、出前での「あたまの元気まる」も実施していますが、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、受検者数は減少傾向にあるため、テスト方式を見直す必要があります。
- 認知症のかたの生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスが受けられるかをわかりやすくするため、令和4年度に認知症ケアパスの見直しを行い、窓口等で配布し、普及啓発に努めています。
- 認知症について正しく理解するための認知症サポーター養成講座を小中学校、企業等で継続的に実施しています。また、認知症サポーターが養成講座で学んだことを土台に実践の場で必要となる認知症に関する知識、対応スキル等を習得するためのステップアップ講座を、令和2年度及び令和4年度に開催し、「チームオレンジ」を設置しました。「チームオレンジ」では、市内4か所で毎月開催している認知症カフェでの活動や認知症に関する普及・啓発等を行っています。地域で暮らす認知症のかたや家族の支援ニーズを把握し、活動につながるよう取組の充実を図っています。
- 若年性認知症のかたへの支援については、ホームページや認知症ケアパス等で周知を図っています。対象者が少ないこともあり、当事者の交流の場づくりの取組が課題となっています。

【今後の方向性】

① 認知症についての周知・啓発

認知症の相談窓口について広く周知を図り、相談から早期対応につなげられるような体制づくりを進めます。また、認知症の普及啓発・本人発信支援を行います。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容			担当課	
1	認知症相談窓口の周知	○認知症の相談窓口について、認知症のかたや家族のみでなく、医療・介護関係者等へ広く周知し、必要なときに相談できる体制づくりを進めます。			長寿課	
		指標	R 6	R 7		R 8
		相談窓口の認知度（一般高齢者に対するアンケート調査）	-	40%	-	
2	世界アルツハイマーデー及び月間における取組	○世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）の機会を捉えて認知症に関する普及啓発の取組を行います。また、認知症のかた本人からの発信の機会を創出します。			長寿課	

② 認知症の予防から適切な支援に向けた体制の構築

認知症の早期発見・早期対応につなげられるように、「あたまの元気まる」等を通して予防施策の周知を図るとともに、認知症の初期段階での適切な支援を行います。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容			担当課	
1	あたまの元気まる	○認知機能低下を発見し、認知症の予防を図るとともに、認知症に対する予防の必要性への気づきや意識高揚を図るため、認知度チェックテストを行います。			健康課	
		○高齢期以前の世代にも受検を呼びかけ、認知症予防対策を強化します。				
		○令和6年度からリニューアル予定のテスト方式の周知を図り、認知症予防のため受験者の増加を目指します。				
		指標	R 6	R 7	R 8	
		あたまの元気まるの受検人数	500人	550人	600人	
2	標準的な認知症ケアパスの普及	○認知症のかたやその家族が安心して生活できるよう、標準的な認知症ケアパスの普及に努めます。			長寿課	

No.	項目	内容	担当課
3	認知症初期集中支援チーム	○認知症の早期診断・早期対応を図るため、複数の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が、認知症が疑われるかたやその家族等を訪問し、認知症のかたのアセスメントや家族の支援などの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行います。	長寿課
4	認知症地域支援推進員	○認知症のかたができる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、「認知症地域支援推進員」が相談業務等を行い、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図ります。	長寿課

③ 地域全体で認知症高齢者や家族を支える環境づくり

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になること等を含め、多くの人に身近なこととなっています。そのため、認知症になるのを遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせるように、地域全体で認知症高齢者や家族を支える環境づくりを目指します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課								
1	認知症サポーターによる支援	○認知症サポーター養成講座の継続的な実施によりサポーターの養成に取り組み、認知症の高齢者を理解し、サポーター等による見守りが広がる地域づくりに努めます。	長寿課								
		○認知症カフェにおいて、認知症地域ボランティア養成事業を実施し、認知症サポーターの活躍の場の確保を図ります。									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R 6</th> <th>R 7</th> <th>R 8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認知症サポーター養成者数(累計)</td> <td>11,700人</td> <td>12,500人</td> <td>13,300人</td> </tr> </tbody> </table>		指標	R 6	R 7	R 8	認知症サポーター養成者数(累計)	11,700人	12,500人	13,300人
指標	R 6	R 7	R 8								
認知症サポーター養成者数(累計)	11,700人	12,500人	13,300人								
2	「チームオレンジ」の運営	○「チームオレンジ」の運営に向け、認知症サポーター養成講座受講者を対象にステップアップ研修を開催します。 ○認知症カフェを拠点に認知症のかたや家族の支援ニーズ等を把握し、具体的な支援につなげます。	長寿課								
3	認知症当事者による本人発信支援	○認知症サポーター養成講座等での認知症当事者による本人発信支援や「本人ミーティング」の場づくりに努めます。	長寿課								
4	認知症介護家族交流会(笑顔の会)の開催	○認知症のかたを介護している家族等が集まり、参加者同士の情報交換や不安や悩みに対するの相互支援を行います。	長寿課								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R 6</th> <th>R 7</th> <th>R 8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認知症介護家族交流会(笑顔の会)開催回数</td> <td>9回</td> <td>9回</td> <td>9回</td> </tr> </tbody> </table>		指標	R 6	R 7	R 8	認知症介護家族交流会(笑顔の会)開催回数	9回	9回	9回
		指標		R 6	R 7	R 8					
認知症介護家族交流会(笑顔の会)開催回数	9回	9回	9回								

No.	項目	内容	担当課								
5	認知症カフェの開催	○定期的に認知症カフェを開催し、介護者の相談支援や地域住民への認知症についての正しい理解の普及を進めます。	長寿課								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R 6</th> <th>R 7</th> <th>R 8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認知症カフェ開催回数</td> <td>39回</td> <td>42回</td> <td>45回</td> </tr> </tbody> </table>		指標	R 6	R 7	R 8	認知症カフェ開催回数	39回	42回	45回
指標	R 6	R 7	R 8								
認知症カフェ開催回数	39回	42回	45回								
6	はいかい高齢者おかえり支援事業による支援	○はいかいのおそれのある認知症高齢者が行方不明になった場合、地域の協力を得ながら、早期発見・事故の未然防止につなげる「はいかい高齢者おかえり支援事業」を実施します。	長寿課								
		○はいかい高齢者の情報提供等を行う「おかえり支援サポーター」の登録を促進し、認知症高齢者の地域支援体制を強化します。									
		○はいかいのおそれのある認知高齢者等の情報を照会できる二次元バーコードを記載したシールを対象の方に無料交付し、認知症のかたを介護している家族等が安心して介護できる環境を整備します。									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R 6</th> <th>R 7</th> <th>R 8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数</td> <td>310人</td> <td>320人</td> <td>330人</td> </tr> </tbody> </table>	指標	R 6	R 7	R 8	はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数	310人	320人	330人	
指標	R 6	R 7	R 8								
はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数	310人	320人	330人								
7	若年性認知症のかたへの支援	○若年性認知症について周知・啓発するとともに、相談支援、当事者の交流の場づくりに努めます。	長寿課								

【本市の現状と課題】

- 本市は、「瀬戸旭医師会」に業務を委託して在宅医療・介護連携推進事業を実施しており、医療・介護両分野の様々な団体や機関が参加する「瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会」を設置し、取組状況や課題、今後の方向性などについて検討を重ねています。
- アンケート調査では、一般高齢者、認定者ともに「在宅で生活が続けられるような福祉サービスや介護サービスの充実」が最も高く、今後の希望する介護については、一般高齢者及び認定者で半数以上が在宅介護を希望しています。このように、在宅介護のニーズは高く、在宅で安心して暮らすことができるサービスの充実が必要となっています。
- 医療・介護・福祉等の在宅医療に関わる情報共有システムである、ICTを活用した電子連絡帳システム「瀬戸旭もーやっこネットワーク」の利用は増加しています。
- もーやっこダイヤルについて、パンフレット、ホームページで広く市民に周知を行っています。また、広く市民に参加していただける市民フォーラムにて、^{※4}アドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）と看取りについての講演等を実施し、普及啓発を行っています。

【今後の方向性】**医療・介護の連携体制の強化**

医療と介護の両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られることを目指して、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「入退院支援」、「看取り」といった在宅医療と介護サービスが連携した対応が求められる4つの場面における取組を評価・改善し、希望する看取りが行えるような体制の整備に努めます。

※4 自分自身が望む人生の最終段階での医療やケアについて前もって考え、信頼できる人や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課												
1	在宅医療・介護連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅でも安心して継続的な医療・介護を受けることができるよう、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会を中心として在宅医療・介護の連携体制の強化を図ります。 ○医療・介護関係者間の情報共有により、一体的でスムーズな医療・介護サービスを提供することができるよう、「瀬戸旭もーやっこネットワーク」の利用を推進します。 ○事業への理解と相互の理解を深めるため、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会で多職種へのヒアリング等を実施してニーズを把握し、多職種でのグループワーク等の研修を実施します。 ○医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ、在宅医療、介護連携のための体制を充実させていきます。 	長寿課												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R 6</th> <th>R 7</th> <th>R 8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数</td> <td>600人</td> <td>650人</td> <td>700人</td> </tr> <tr> <td>「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録施設数</td> <td>185か所</td> <td>190か所</td> <td>195か所</td> </tr> </tbody> </table>		指標	R 6	R 7	R 8	「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数	600人	650人	700人	「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録施設数	185か所	190か所	195か所
		指標		R 6	R 7	R 8									
		「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数		600人	650人	700人									
「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録施設数	185か所	190か所	195か所												
2	地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口「もーやっこダイヤル」について広く周知します。 ○在宅医療・介護連携について理解を深めてもらえるよう、出前講座や市民フォーラムの開催、パンフレットの作成などにより引き続き普及啓発します。 ○自分自身が望む人生の最終段階での医療やケアについて前もって考え、信頼できる人や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組であるアドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）について啓発を進めます。 	長寿課												

【本市の現状と課題】

- 本市では、平成29年度から生活支援コーディネーターにより、「あさひ生活応援サービス事業」「あさひ生活応援サポーター養成講座」「あさひ支えあいサロン開設助成事業」が実施されていますが、介護予防・生活支援ニーズの多様化・増加といった課題がみられます。協議体で情報交換や地域課題の把握を行い、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるような取組みを進める必要があります。
- 高齢化の進行や高齢者独居世帯等の増加により、生活支援の必要性が増加しているのに対して、支え手となる人口の減少がみられます。
- アンケート調査では、在宅生活の継続に必要なサービスとして、一般高齢者は「配食」、認定者は「移送サービス」が最も高くなっています。次いで、一般高齢者は「移送サービス」「見守り・声かけ」「買い物」となっています。一般高齢者では支援する側として、「見守り・声かけ」「買い物」等ができるという回答となっています。支援の支え手として元気な高齢者も参加した助け合い、支え合いの地域づくりのため、潜在的な担い手の発掘が重要となっています。

【今後の方向性】

① 生活支援・介護予防サービスの基盤整備

高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、生活支援コーディネーターを中心に地域のニーズにあった多様な生活支援サービスの充実を図ります。また、地域包括支援センターや民生委員などの地域の関係機関と連携を取り、持続可能な地域の支え合い体制を構築します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	協議体による検討・連携	<ul style="list-style-type: none"> ○生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画して、定期的に情報共有や連携強化ができるよう協議体で検討します。 ○情報交換、地域課題の把握、資源開発の場となる第2層協議体の設置を進めます。 	長寿課

② 地域主体の介護予防・生活支援の促進

元気な高齢者自身も含めた支援の担い手づくりを進め、助け合い・支え合いの地域づくりを進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	互助意識の醸成	○地域における互助意識を高めるための意識啓発やきっかけづくりを進め、地域での助け合いが高齢者の生活支援の一助となっていく地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組みます。	長寿課
2	生活支援の促進	<p>○高齢者の日常生活上の困りごとについて、住民主体の支援を実施する「あさひ生活応援サービス事業」を実施します。</p> <p>○生活応援サポーター養成講座を開催し、支援の担い手を養成します。</p> <p>○支援が必要な人を適切な支援につなげられるよう、生活支援コーディネーターによる支援ニーズの把握とマッチングを図ります。</p> <p>○高齢者やその介護者等の閉じこもりや孤立を防ぐため、集会所等を利用し、地域の方々による出会いの場づくりを支援することを目的に、「支えあいサロン」の開設資金を助成します。</p>	長寿課
		指 標	
			R 6 R 7 R 8
		生活応援サポーター登録者数（累計）	110人 120人 130人



第4章 分野別施策

施策1 生きがいつくりの推進

(1) 学習・交流の促進

高齢者の生きがいつくりの拠点となる「多世代交流館いきいき」の運営や講座の開催、各種同好会・サークル活動の支援、それらに関する学習情報の提供を行い、学習・交流の促進を図ります。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	多世代交流館いきいきの運営	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者の生きがいつくりに必要な就労、社会参加などの施策を推進するための拠点となる「多世代交流館いきいき」を運営します。 ○シルバー人材センターの事務所、作業所等のスペース、シニアクラブや高齢者のボランティアグループの活動スペースを設け、高齢者をはじめとする多世代の交流を推進します。 	長寿課
2	多様な学習機会の充実	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者教室（長寿学園）に登録をしたかた（市内在住の60歳以上のかた）を対象に講話とクラブ活動を開催し、高齢者の健康づくりや趣味づくりなど、生涯学習の充実に努めます。また、より多くの参加者の確保のため、ホームページや広報誌など周知方法の充実に努めます。 ○市民塾「あさびーなび」をはじめとする公民館講座については、講座のニーズの把握のためのアンケート調査を実施し、講座内容の充実に努めます。また、オンラインなどのデジタル技術を活用した講座を推進します。 	長寿課 生涯学習課
3	各種同好会・サークル活動の支援	<ul style="list-style-type: none"> ○社会教育関連団体（講座の修了生等の各種同好会・サークル）を対象に、公民館での活動の支援を継続して取り組みます。 ○新たな会員の確保を図るため、同好会やサークルの活動内容についてホームページなどを利用し周知します。 ○サークル活動の発表場所を提供し、活動内容の周知を図ります。 ○講座の修了生に対して社会教育関連団体への登録を呼びかけ、新規会員の確保に努めます。 	生涯学習課

No.	項目	内容	担当課
4	老人いこいの家	○適宜、施設の修繕を行いながら老人いこいの家を維持し、高齢者の生きがい活動などに継続的に利用していただけるよう努めます。	長寿課

(2) 就業機会の拡大

シルバー人材センターやふるさとハローワークと連携し、高齢者の就業機会の拡大に努めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	シルバー人材センターの活用	○社会参加を希望する高齢者の就業機会の拡大に向けて、シルバー人材センターが、就業に関する情報の収集や提供、相談に取り組める体制づくりに努めます。 ○多様な就業先の希望に対応するため、幅広い職種や就業先を確保し、自立運営できるための支援を行います。 ○市の業務を積極的に委託し、会員の就業機会の充実に努めます。	長寿課
2	就業の場の拡充	○ふるさとハローワークと連携しながら相談体制の充実に努め、職業相談に対応します。 ○高齢者の知識、経験等を生かした就業の機会を提供できるよう努めます。	産業課 長寿課

(3) 社会参加活動の推進

シニアクラブ活動やボランティア活動の充実に努め、高齢者の社会参加活動を推進します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	シニアクラブによる社会参加の推進	○知識、経験、技術を生かしたクラブ活動の成功事例を示すなどして、会員数の増加に努めます。 ○友愛訪問や清掃活動などの自主的なボランティア活動に取り組むことで、地域社会へ積極的に参加できる環境づくりを推進します。	長寿課

No.	項 目	内 容	担当課
2	高齢者のボランティア活動の促進	<ul style="list-style-type: none"> ○ボランティア団体等の自立や成長に向けた支援に取り組むとともに、活動状況をPRすることにより、ボランティア活動等を通じた高齢者の社会参加を促進します。 ○高齢者の参加しやすいボランティア活動を集めた情報提供や講座などを行います。 ○NPO体験講座を実施するなどして、地域での活動のきっかけづくりを行います。 ○元気な高齢者が高齢者を支える仕組みづくりや、支援が必要な高齢者の生活を支える担い手の育成に努めます。 	市民活動課 長寿課

施策2 生活を支える地域づくり

(1) 見守り体制の充実

民生委員・児童委員や地域相談窓口などが連携し、見守りが必要な高齢者や高齢者世帯の把握を行います。見守りが必要な高齢者や高齢者世帯については、給食サービスを通じた安否確認のほか、地域で見守る「見守りプランの作成」など、見守り体制を充実します。また、認知症サポーターの養成や高齢者虐待問題についての啓発などを行い、地域における高齢者に対する見守りの意識向上に努めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	民生委員・児童委員による支援	<ul style="list-style-type: none"> ○地域相談窓口（ランチ）との連携・調整を図りながら、民生委員・児童委員による70歳以上のひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の実態調査を実施し、見守りの必要なかたの把握を行います。また、一定数の民生委員・児童委員に対して、高齢化により高齢者世帯数が増加しているため、調査対象の見直しを検討します。 ○実態調査や見守り活動にあわせて、高齢者の相談対応や福祉サービスに関する情報の提供を行います。 	長寿課
2	地域相談窓口（ランチ）などによる支援	<ul style="list-style-type: none"> ○民生委員・児童委員による実態調査との連携・調整を図りながら、地域包括支援センター及びその協力機関である地域相談窓口（ランチ）により、見守りの必要なかたの把握を行います。また、必要に応じて「見守りプラン」を作成するなど、援助や介護が受けられるように支援します。 	長寿課
3	給食サービスによる支援	<ul style="list-style-type: none"> ○食事の調理が困難なひとり暮らしの高齢者及び高齢者のみの世帯に、食事の提供（配達）とあわせて、安否確認を行います。 	長寿課
4	認知症サポーターによる支援 【再掲】	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症サポーター養成講座の継続的な実施によりサポーターの養成に取り組み、認知症の高齢者を理解し、サポーター等による見守りが広がる地域づくりに努めます。 ○認知症カフェにおいて、認知症地域ボランティア養成事業を実施し、認知症サポーターの活躍の場の確保を図ります。 	長寿課

No.	項目	内容	担当課
5	はいかい高齢者 おかえり支援事業による支援 【再掲】	<ul style="list-style-type: none"> ○はいかいのおそれのある認知症高齢者が行方不明になった場合、地域の協力を得ながら、早期発見・事故の未然防止につなげる「はいかい高齢者おかえり支援事業」を実施します。 ○はいかい高齢者の情報提供等を行う「おかえり支援サポーター」の登録を促進し、認知症高齢者の地域支援体制を強化します。 ○はいかいのおそれのある認知症高齢者等の情報を照会できる二次元バーコードを記載したシールを対象の方に無料交付し、認知症のかたを介護している家族等が安心して介護できる環境を整備します。 	長寿課
6	高齢者虐待早期 発見のための支援	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者虐待問題についての啓発活動を行い、関係機関や市民への周知や理解を深めることで、地域での見守り意識を高め、高齢者虐待の早期発見へつなげるように努めます。 	長寿課
7	市民生活に係る 情報提供の協力 支援	<ul style="list-style-type: none"> ○金融機関や郵便局、新聞販売店等各種民間事業者との協定に基づき、高齢者等に異変や虐待の疑いがあれば情報を提供してもらい、地域の見守り体制を強化します。 ○新規協定締結事業所の拡大に努めます。 	企画課

(2) 地域力の強化

地域活動を行う団体・組織の活動充実・継続にかかる各種支援を行うとともに、身近な地域で支え合いの仕組みづくりが行われるよう、ボランティアの育成や福祉意識の醸成を図ります。また、高齢者と園児・児童生徒が交流する機会を設け、園児・児童生徒の福祉意識の向上に取り組みます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	地域組織の活動支援	<ul style="list-style-type: none"> ○連合自治会・自治会・町内会、校区社会福祉推進協議会、民生委員児童委員協議会等、地域活動を行う組織・団体を支援します。 ○民生委員・児童委員や校区社会福祉推進協議会等、地域活動を行う組織・団体を支援します。 ○自治会活動の重要性の理解を広めるとともに、デジタル化による負担軽減や自治会加入のインセンティブ等を検討し、地域コミュニティの維持・活性化を図ります。 	市民活動課 福祉政策課 福祉課 長寿課
2	高齢者を支える地域活動の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者が地域で暮らしやすい環境をつくるため、見守りやふれあい事業等に取り組むボランティア団体の活動を支援し、安心して暮らせるまちづくりに取り組みます。 	長寿課
3	教育現場への参加の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○小中学校の教育現場における伝統文化の継承や安全指導などの支援を、豊富な知識や経験、技術を持つ高齢者に依頼し、高齢者の社会参加と児童生徒との交流を図ります。 	学校教育課
4	生活支援の促進【再掲】	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者の日常生活上の困りごとについて、住民主体の支援を実施する「あさひ生活応援サービス事業」を実施します。 ○生活応援サポーター養成講座を開催し、支援の担い手を養成します。 ○支援が必要な人を適切な支援につなげられるよう、生活支援コーディネーターによる支援ニーズの把握とマッチングを図ります。 ○高齢者やその介護者等の閉じこもりや孤立を防ぐため、集会所等を利用し、地域の方々による出会いの場づくりを支援することを目的に、「支えあいサロン」の開設資金を助成します。 	長寿課

施策3 健康づくり・介護予防の推進

(1) 健康づくりの推進

本市独自の健康度評価「元気まる測定」を実施するなど、今後も高齢者の健康づくりに力を入れて取り組みます。また、後期高齢者について健診結果をもとにフレイル状態を把握するなど、介護予防と一体的な保健事業を推進します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	健康度評価(元気まる測定)	○健康増進と生活習慣病予防の目的で実施している「元気まる測定」について、積極的なPRにより受検者の増加を図ることで、高齢者の健康づくりを促進します。	健康課
2	あたまの元気まる【再掲】	○認知機能低下を発見し、認知症の予防を図るとともに、認知症に対する予防の必要性への気づきや意識高揚を図るため、認知度チェックテストを行います。 ○高齢期以前の世代にも受検を呼びかけ、認知症予防対策を強化します。 ○令和6年度からリニューアル予定のテスト方式の周知を図り、認知症予防のため受験者の増加を目指します。	健康課
3	健康教育	○生活習慣を改善し健康的な生活習慣が実践できるよう、健康の保持・増進を目的に、各種健康づくり教室を実施します。 ○市民のニーズに基づいた健康教室をめざし、内容の充実を図ります。 ○出前講座を積極的に実施し、健康づくりにあまり関心がない高齢者の健康づくりの動機付けにつなげます。	健康課 長寿課
4	健康相談	○心、からだ、栄養等の健康全般の相談に対応できるよう、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、精神保健福祉士等を相談窓口配置し、体制の充実を図ります。 ○相談窓口を高齢者に広く周知し、健康全般について気軽に相談できる体制を整えます。また、地域包括支援センターとの連携・協力のもと、高齢者の健康相談支援体制を強化します。	健康課 福祉政策課 長寿課

No.	項目	内容	担当課
5	健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣病やがんの早期発見・早期治療のため、チラシや広報誌等を通じて受診の重要性についての普及啓発に努めます。 ○後期高齢者は健診の質問票からフレイル状態を把握するなど、KDBシステムも活用した介護予防と一体的な保健事業を実施します。 	健康課 保険医療課

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

要支援者、生活機能の低下がみられるかたに対して、自立支援・介護予防といった視点を重要視しながら、通所型サービスや訪問型サービスなどの多様なサービスの提供と活動支援に取り組みます。また、地域主体の介護予防の取組を充実させ、病気の発症予防と重症化予防の取組を進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	介護予防・生活支援サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ○支援が必要な人の多様な生活支援のニーズに対応するため、地域包括支援センターのケアマネジメントに基づき、訪問型、通所型サービスを提供します。 ○総合事業の補助によるサービスを利用されていた要介護者のうち希望するかたが総合事業を利用継続することについて、検討します。 	長寿課
2	一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ○筋トレ教室等、市民運営の通いの場にリハビリテーション専門職を派遣することにより、身体機能の維持・向上と参加継続意欲の向上をめざすとともに、フレイル状態のかたの早期発見を行い、状態悪化予防のためのアプローチを実施します。 ○介護予防と日常生活支援を同時に行う買い物リハビリテーション事業を、地域のショッピングセンターで、送迎付きで実施します。 ○ボランティアグループによる、地域の中で交流しながら家庭の延長で食事等を楽しむミニデイサービス事業を支援します。 ○運動機能及び口腔機能向上を目的とした教室等を実施し、自立支援のサポートを行います。 	長寿課

施策4 安心生活づくりに向けた環境整備

(1) 相談体制の強化

高齢者や介護に関する様々な主体が連携し、高齢者や家族が抱える相談に対応し、支援へとつなげます。保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員から成る専門職チームを3チームから4チームに増やし、相談体制を強化します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	総合相談支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ○社会環境の変化により多様化・複雑化する高齢者が抱える悩みや問題を解消するため、地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員がチームとなり、高齢者や家族からの様々な相談に対応し、必要な支援につなげます。 ○市内の社会福祉法人を地域包括支援センターの協力機関（地域相談窓口（ブランチ））と位置付け、地域からの相談に、連携し対応します。 	長寿課 (地域包括支援センター)
2	認知症に関する相談対応の充実	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センターを中心に、認知症に関する相談や支援に関する総合相談支援事業の充実に努めます。 	長寿課

(2) 権利擁護施策の推進

高齢者の人権を侵害する虐待から高齢者を守るため、虐待防止に関する啓発、相談、見守り体制の充実など権利擁護施策の推進に取り組みます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	権利擁護事業	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者虐待や悪質な訪問販売等による消費者被害などから高齢者を守るため、相談体制を充実させるとともに、成年後見制度などの利用支援、緊急性の高い虐待等での一時保護の措置等、高齢者の権利擁護を図ります。 	長寿課 (地域包括支援センター)
2	虐待防止の啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○ホームページや広報誌を活用し、虐待防止の普及啓発活動に取り組みます。 	長寿課

No.	項目	内容	担当課
3	高齢者虐待早期発見・見守りネットワークの構築	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者虐待防止マニュアルを周知するための研修会や講演会を開催し、地域における虐待の早期発見・虐待防止に向けた見守り活動の推進へつなげます。 ○民生委員・児童委員や地域相談窓口（ランチ）などの訪問等による見守り活動を継続します。 ○地域住民、自治会、民生委員児童委員協議会などの関係機関等と連携し、これらの機関のネットワーク化や活動の統括により、高齢者虐待などの早期発見・見守りを行う「早期発見・見守りネットワーク」の構築に努めます。 	長寿課
4	高齢者虐待防止ネットワーク連絡会議	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者虐待防止及び虐待を受けた高齢者や養護者に対する適切な支援のため、関係機関の代表者（警察署、医師会、保健所、介護事業所等）を集めた定期的な連絡会を開催し、連携の強化と情報の収集・交換を図るとともに、実際のケースに関わる担当者同士の連携の強化を図ります。 	長寿課
5	成年後見制度の利用促進	<ul style="list-style-type: none"> ○尾張東部権利擁護支援センターと連携し、制度の周知と普及を図り、成年後見制度の利用が必要と思われる人の利用を促進します。 ○今後増加が見込まれる被後見人に対応するため、尾張東部権利擁護支援センターと連携し、市民後見人の育成・活用について検討します。 ○悪質な訪問販売等による消費者被害などの被害から高齢者を守るため、成年後見制度などの利用支援を行います。 ○成年後見制度利用促進基本計画の策定を尾張東部圏域の5市1町（瀬戸市・尾張旭市・豊明市・日進市・長久手市・東郷町）で検討し、成年後見制度の円滑な利用支援を進めます。 	福祉課 長寿課

（3）認知症施策の推進 【重点取組1】

第3章「4 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた重点取組」（P41～44）において記載しています。

（4）医療と介護との連携強化 【重点取組2】

第3章「4 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた重点取組」（P45・46）において記載しています。

(5) 高齢者の住まいと環境整備

高齢者が多様な選択肢の中から、自分に合った住みよい住まいを選び、自立した生活が送れるよう、地域包括ケアシステムの視点に基づき、バリアフリー化を中心とした整備に努めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	バリアフリーのまちづくり	○公共施設や公園など、誰でも使いやすい施設にするため、法律や県条例等に基づき、バリアフリー化を進めます。	都市計画課 都市整備課 公園農政課
2	養護老人ホーム	○家庭環境や経済的理由などから、入所が必要と判断されたかたが利用できるよう、今後も継続的に事業を進め、地域での安心な住まい・生活を確保します。 ○養護老人ホームは、市内に1か所（定員70人）設置されています。	長寿課
3	ケアハウス（軽費老人ホーム）	○心身の状況や家庭環境の理由で、居宅において生活が困難なかたに、低額な料金で利用できるケアハウスの紹介を行います。 ○ケアハウスは、市内に2か所（定員69人）設置されています。	長寿課
4	有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅	○有料老人ホームは、「介護付有料老人ホーム」と「住宅型有料老人ホーム」があります。「介護付有料老人ホーム」は、介護サービス事業者が介護保険の居宅サービスである特定施設入居者生活介護の適用を受け、介護保険サービスを提供します。「住宅型有料老人ホーム」は、介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、外部の介護サービス事業者と契約してサービスの提供を受けます。 ○サービス付き高齢者向け住宅は、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の賃貸住宅です。サービスは、必要に応じて入居者自身が併設の事業所や外部のサービス事業者と契約して、介護保険の居宅サービスの提供を受けることができます。 ○介護付有料老人ホームは、市内に2か所、141床、住宅型有料老人ホームは、市内に21か所、426床設置されています（令和5年10月1日現在）。 ○サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームについては、既に充足していることから本計画期間中の整備の必要性はないものと考え、積極的な整備は行いません。	長寿課

No.	項目	内容	担当課
5	高齢者向けの住まい等の情報提供	○居宅において生活が困難となったかたなどに、有料老人ホームを含む高齢者向けの住まい・各種施設等について案内します。	都市計画課 長寿課

(6) 防災・防犯体制の充実

災害などの緊急事態に必要な対応や対策が行えるよう、防災体制の充実を図ります。

また、特殊詐欺等の被害も県下で多く発生しており、高齢者をトラブルから救うための支援についても実施します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	地域における災害への備え	<ul style="list-style-type: none"> ○民生委員・児童委員等と連携して、高齢者や障がいのある人など避難行動要支援者の把握に努めます。 ○日頃から地域の見守りを必要とする高齢者や障がいのある人など避難行動要支援者の情報を「避難行動要支援者名簿」として整備し、災害等の緊急時における迅速かつ円滑な避難のために、地域組織にその情報を提供します。 ○避難行動要支援者を地域で支える体制づくりについて、地域の自主防災組織等との意見交換や地域での出前講座等の機会を通じ、地域ぐるみでの取組を推進します。 ○地震発生時に命を守るとともに、在宅避難ができる環境づくりのため、家具転倒防止支援事業を推進します。 ○災害時に要介護認定者等の避難施設として使用することに関する協定を締結している民間社会福祉施設に対し、引き続き情報共有を図ります。 	福祉政策課 危機管理課 長寿課
2	緊急通報装置の設置	○65歳以上でひとり暮らしのかたを対象に、申請に基づき、急病等の緊急事態が発生したとき、速やかに通報ができ、また24時間対応可能な健康相談などもできる緊急通報装置を設置し、高齢者の生活の不安を解消するとともに、福祉の増進を図ります。	長寿課
3	日常生活用具の給付等	○65歳以上の低所得者でひとり暮らしのかたに、申請に基づき電磁調理器や火災警報器などを給付し、安心・安全な暮らしを支えます。	長寿課
4	防犯対策の推進	○高齢者を狙った特殊詐欺被害が多様化・複雑化する中で、防犯教室・キャンペーン等の開催により周知・啓発を行い、被害防止に努めます。	市民活動課

No.	項目	内容	担当課
5	消費者被害防止の体制の充実	○高齢者を狙った架空請求などの生活上のトラブルに遭わないよう、消費生活に関する周知・啓発を行い、未然防止対策や気軽に相談できる体制づくりに努めます。	産業課
6	成年後見制度の利用促進【再掲】	○尾張東部権利擁護支援センターと連携し、制度の周知と普及を図り、成年後見制度の利用が必要と思われる人の利用を促進します。 ○今後増加が見込まれる被後見人に対応するため、尾張東部権利擁護支援センターと連携し、市民後見人の育成・活用について検討します。 ○悪質な訪問販売等による消費者被害などの被害から高齢者を守るため、成年後見制度などの利用支援を行います。 ○成年後見制度利用促進基本計画の策定を尾張東部圏域の5市1町（瀬戸市・尾張旭市・豊明市・日進市・長久手市・東郷町）で検討し、成年後見制度の円滑な利用支援を進めます。	福祉課 長寿課

施策5 総合的な支援体制の整備

(1) 地域包括支援センターの充実

高齢者の生活支援や相談支援の中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能充実を図ります。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	介護予防ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ○要支援状態になるおそれのある高齢者に対し、看護師・保健師等専門スタッフによる心身の状況を把握するアセスメント（面談・課題分析）を実施し、生活機能の維持や向上を図るための個別支援プログラムを提供します。 ○要支援1・2の認定を受けた高齢者が、健康状態の維持・改善を目的とした介護予防サービスを受けることができるよう、適切できめ細かなケアマネジメントを実施します。 	長寿課 (地域包括支援センター)
2	総合相談支援事業【再掲】	<ul style="list-style-type: none"> ○社会環境の変化により多様化・複雑化する高齢者が抱える悩みや問題を解消するため、地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員がチームとなり、高齢者や家族からの様々な相談に対応し、必要な支援につなげます。 ○市内の社会福祉法人を地域包括支援センターの協力機関（地域相談窓口（ランチ））と位置付け、地域からの相談に、連携し対応します。 	長寿課 (地域包括支援センター)
3	権利擁護事業【再掲】	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者虐待や悪質な訪問販売等による消費者被害などから高齢者を守るため、相談体制を充実させるとともに、成年後見制度などの利用支援、緊急性の高い虐待等での一時保護の措置等、高齢者の権利擁護を図ります。 	長寿課 (地域包括支援センター)
4	包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、主任介護支援専門員が中心となり、高齢者を支える地域の介護支援専門員のケアマネジメントの後方支援を行います。 ○主治医、介護支援専門員その他の様々な職種との多職種協働や地域の関係機関との連携及び地域資源の発掘を進め、ネットワークを構築します。 ○地域の介護支援専門員に対し、相談、支援困難事例への指導助言を行います。 ○介護支援専門員の資質向上のため研修や情報提供に努めます。 	長寿課 (地域包括支援センター)

(2) 関係機関のネットワークの強化

地域ケア会議における関係機関のネットワークづくりを進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	地域ケア会議の充実	<ul style="list-style-type: none"> ○地域で高齢者の生活を総合的に支えていくために、民生委員・児童委員などの地域組織や介護支援専門員、医療や福祉の専門職などと連携する場として、地域ケア会議を開催します。 ○地域における活動団体など、地域ケア会議の構成員の拡充を図ります。 ○個別のケース検討を行う地域ケア個別会議の開催により、地域の実情にあわせた支援内容を検討します。 	長寿課 (地域包括支援センター)

(3) 分野横断的な支援体制の構築

障がいのある人の高齢化が進んでいる中、高齢・障がいの各制度の枠組みの中でしかサービスを利用できないことにより利用者に不便が生じないように、相互のサービス利用の円滑化を図ります。また、高齢者、障がいのある人、子どもなど、対象を限定しない包括的な相談支援体制を構築できるよう、分野の垣根を超えたネットワーク体制を構築します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	共生型サービスの実施	○ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなど、介護保険、障がい福祉双方に共通するサービスについて、高齢者や障がいのある人が共に利用できるよう、事業所に対して共生型サービスの提供を働きかけます。	長寿課 福祉課
2	関係機関との連携	○障がいのある人と高齢の親が同居している世帯、介護と育児に同時に直面する世帯など、課題が複合化している中、高齢者や障がいのある人、子どもに関する各種相談窓口の連携を強化し、包括的な相談支援の実施に努めます。	相談事業 担当課

(4) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進【重点取組3】

第3章「4 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた重点取組」(P47・48)において記載しています。

施策6 在宅生活継続への支援の充実

(1) 在宅生活継続のための支援の充実

住み慣れた地域で生活が行えるように、日常生活で必要となる支援を行います。

また、高齢者が地域で暮らしやすいように、地域活動の推進や地域の互助意識の醸成に取り組みます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	ショートステイ	○介護者の疾病等で居宅介護が困難となったときだけでなく、虐待など緊急避難的にショートステイが必要な場合等にも利用できるよう努めます。	長寿課
2	紙おむつ給付	○要介護3以上の高齢者などを在宅で介護している家族を支援するため、紙おむつの給付を行います。	長寿課
3	寝具クリーニングサービス	○在宅で生活する要介護3以上の高齢者が快適な生活を送れるよう、寝具のクリーニングを行います。	長寿課
4	調髪サービス	○在宅で生活する要介護3以上の高齢者が快適な生活を送れるよう、自宅訪問の調髪サービスを行います。	長寿課
5	給食サービス	○食事の調理が困難なひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯に、必要な食事を提供（配達）するとともに、見守り事業として安否確認を行います。 ○サービスを必要とするかたが適切に事業を受けられるよう、広報誌等で制度の周知を行います。	長寿課
6	高齢者外出支援助成	○80歳以上のかたに対し、市営バス（あさぴー号）利用券とタクシー料金助成利用券の選択制を導入しています。 ○高齢者の外出支援事業として効果的な事業となるよう改善も視野に入れながら、外出の機会づくりや行動範囲の拡大など、閉じこもりの予防や健康維持に役立つ事業として、推進と周知を図ります。	長寿課
7	移送サービスの利用助成	○要介護4・5の重度の要介護状態であるため、通常のタクシーでは外出できないかたに対し、リフトタクシー等の利用料金の一部を助成します。	長寿課
8	家具転倒防止支援事業	○災害等に備えるための作業ができない高齢者などに対し、安心して生活を送ることができるよう、家具の転倒防止の支援を行います。 ○民生委員・児童委員等の協力を得ながら事業の利用促進や周知に努めます。	危機管理課

No.	項目	内容	担当課
9	ごみ出し支援	<ul style="list-style-type: none"> ○家庭ごみを決められたごみ集積所まで運び出すことが困難な要支援・要介護認定者世帯などで、他のかたの協力が得られない高齢者世帯などについて、玄関先まで戸別訪問してごみを収集する「ごみ出し支援」を行います。 ○高齢化の進行による対象世帯数の増加に対応できるよう、関係部署との連携強化を図り訪問収集を実施します。 ○収集を行う委託事業者からの情報を基に、連携を深めながら、中止、廃止等を適切に行っていきます。 	環境事業センター
10	福祉情報の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○福祉情報についてホームページや広報誌を通じて情報提供を行い、必要なサービスの利用につながるよう努めます。 ○「高齢者福祉のしおり」を作成し、高齢者福祉に関する情報提供を行います。 ○民生委員・児童委員や介護支援専門員の集まりなどの機会を捉え、高齢者福祉に関する情報の提供を行います。 	長寿課
11	登録した電話への防災・気象情報の配信	<ul style="list-style-type: none"> ○携帯電話やスマートフォンを利用していないかたに対して、気象警報情報や避難所開設などの防災・気象情報を確実に届けるため、登録した電話に配信を行います。 	危機管理課

(2) 家族介護者への支援

在宅で高齢者を支える家族等の介護者のため、高齢者を介護する際に必要な知識や技術を習得する機会や、介護者同士が集まり意見交換やリフレッシュを図ることができる機会づくりを行います。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	家族介護教室	<ul style="list-style-type: none"> ○家族介護者や介護に関心のあるかたを対象に、認知症や寝たきりなど的高齢者を介護する知識と技術の習得を目的とした教室（家庭介護者等養成研修、家庭介護教室、認知症介護家族教室）を開催します。 	長寿課
2	介護家族交流事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護をする家族等が集まり、介護者同士の仲間づくりや心身のリフレッシュを図ることができる事業（あさひ介護者のつどい）を実施します。 ○交流の場での相談や意見交換、勉強会などを通し、介護者の知識や技術、情報の習得に役立てます。 	長寿課
3	介護休暇の取得促進	<ul style="list-style-type: none"> ○企業を対象に、介護離職を防ぐための介護休暇制度の周知・啓発を図ります。 	産業課 長寿課

No.	項目	内容	担当課
4	認知症介護家族交流会（笑顔の会）の開催【再掲】	○認知症のかたを介護している家族等が集まり、参加者同士の情報交換や不安や悩みに対しての相互支援を行います。	長寿課
5	認知症カフェの開催【再掲】	○定期的に認知症カフェを開催し、介護者の相談支援や地域住民への認知症についての正しい理解の普及を進めます。	長寿課
6	ヤングケアラーへの相談支援	○市役所窓口等でヤングケアラーが相談できる環境づくりを進め、庁内で連携を図り、適切な対応を進めます。	長寿課 子育て相談課

施策7 介護サービスの充実

(1) 介護サービス基盤の整備

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく、安心して生活ができるように在宅で受けられるサービスの充実・強化に重点をおいて取り組みます。また、サービスの利用状況を踏まえるとともに、中長期的な要介護・要支援認定者の増加に対応したサービス供給体制の整備を進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	居宅サービス	○在宅での介護の充実を図るため、居宅サービスのニーズを把握し、サービスの計画的な整備に努めます。	長寿課
2	地域密着型サービス	○（介護予防）認知症対応型共同生活介護 27 床及び看護小規模多機能型居宅介護 1 か所の整備に努めます。 ○今期計画においては、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の新たな整備は行いません。 ○住み慣れた地域での生活を継続できるよう、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、認知症対応型通所介護等の整備目標数は定めませんが、必要に応じ事業開始の検討ができるよう、相談体制の充実に努めます。	長寿課
3	施設サービス	○常時介護を必要とするかたが、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院に入所し、介護等の日常生活上の世話等のサービスを受けるもので、居住系の地域密着型サービス等とあわせて整備数を検討した結果、今期計画においては新たな施設の整備は行いません。	長寿課

(2) 事業所に対する介護人材確保等の支援

少子高齢化の進展により、今後の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。このため、県や関係機関との連携により人材確保を目指します。また、介護現場の業務改善や文書量削減、ICTの活用等による業務効率化の取組を検討します。さらには、介護事業所等と連携して、災害や感染症に対する体制整備を進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	介護人材の確保支援	○介護人材を確保していくために、介護サービスの仕事内容や魅力を伝える機会を創出し、人材育成と定着を図ります。また、ホームページや広報誌を通じて有資格者に協力を呼びかけ、人材確保につなげます。	長寿課
2	業務効率化の推進	○介護分野における文書の簡素化や標準化を行うことを通じて、業務効率化を図ります。また事業所に対してICT等の活用を促進します。	長寿課
3	災害や感染症対策における事業所との連携推進	○本市の指定を受けている事業所に対して災害及び感染症対策についての情報提供やチェックリストによる点検を行うなど連携を進めるとともに、定期的な研修や訓練を行うよう促します。	長寿課

施策8 介護保険事業の適正な運営

(1) 財源の確保と経済的負担の軽減

介護保険制度を維持し、サービスを提供していくために必要な財源の確保に努めます。また、被保険者の経済的な状況に応じた保険料の多段階化や必要に応じた介護サービス費の支給を行い、経済的負担の軽減を行います。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	財源の確保	○市民に対し介護保険制度の趣旨を周知し、介護保険制度により提供されるサービスの円滑な運営のため、被保険者の保険料の収納率向上に努めます。	介護保険課
2	保険料算定所得段階別の多段階化	○市民税課税者の所得段階を国が示す標準的な段階以上の多段階にするとともに、所得に応じたきめ細やかな保険料率とします。 ○市民税非課税世帯の被保険者に対しては、国・県の負担金を活用して、低所得の被保険者に配慮した保険料率とすることで、負担の軽減を図ります。	介護保険課
3	高額介護サービス費の支給	○介護保険サービスの利用にともなう利用者負担が一定の上限を超えた場合、利用者負担の軽減を図るため、超えた額を高額介護サービス費として支給します。	介護保険課
4	高額医療合算介護サービス費の支給	○介護保険と医療保険のサービスの利用による自己負担額が、同一世帯で高額となり一定の上限を超えた場合、利用者負担の軽減を図るため、超えた額を高額医療合算介護サービス費として支給します。	介護保険課
5	特定入所者介護サービス費による軽減	○介護保険施設やショートステイを利用する際に生じる部屋代・食事代について負担限度額を設け、低所得者の利用者負担額を軽減します。	介護保険課
6	社会福祉法人等による利用者負担額の軽減	○一定の要件を満たす低所得者が、社会福祉法人などによる介護保険のサービスを利用した場合、利用者負担額を軽減します。 ○制度の利用促進と周知に努めます。	介護保険課

(2) 介護給付の適正化

介護給付の適正化は、保険料の抑制にもつながるため、介護保険制度を持続可能なものとするためにも、積極的な取組を進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	要介護認定の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険制度の円滑な運営のため、全国一律の基準に基づいて、公平・公正な要介護認定の実施に努めます。また、調査全件について認定調査の経験者による確認を実施しています。 ○認定調査員、認定調査票を点検する職員に対し、研修会を開催したり、愛知県等が実施する研修会への積極的な参加を促すなど、認定調査の適正化に努めます。 	介護保険課
2	ケアプランの点検	<ul style="list-style-type: none"> ○サービスの利用状況等から、対象となるケアプランを抽出して介護支援専門員から提出させ、適正な給付かどうか、自立支援に資するプランとなっているかなどを確認します。 ○県から示される、ケアプランの点検の必要性が高い事業所のケアプランについて重点的に点検します。 ○住宅改修が適切に行われるよう、現地を訪問し、事前調査又は事後確認するなど、住宅改修の点検を行います。 	介護保険課
3	医療情報との突合・縦覧点検	<ul style="list-style-type: none"> ○国保連から提供されるリストを活用し、疑義のある場合は事業所に確認を行います。 ○第6期愛知県介護給付適正化計画において、点検の効果が高いと示された帳票について重点的に点検します。 	介護保険課
4	事業所訪問指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> ○サービスの質の向上を目的に、介護サービス事業所を訪問して実地指導を行い、適正な事業所の運営、報酬請求の指導に努めます。 	長寿課

第5章 介護保険事業サービス等の見込みと確保策

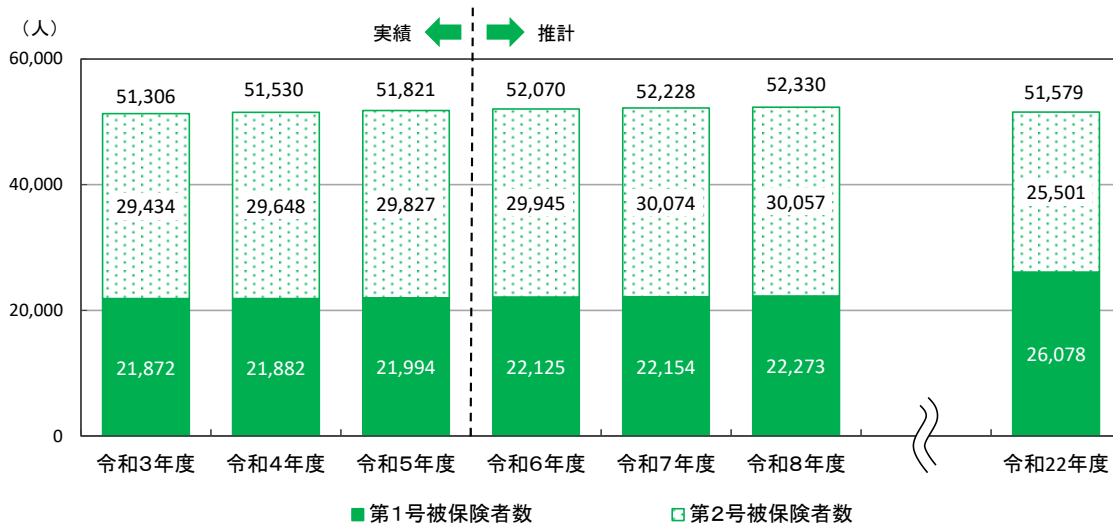
本章における数値は、令和3年度から令和5年度の実績を踏まえ、地域包括ケア「見える化」システムにて算出されたものを記載しています。

小数点第1位以下は、四捨五入にて端数処理しています。

1 被保険者数、認定者数の推計

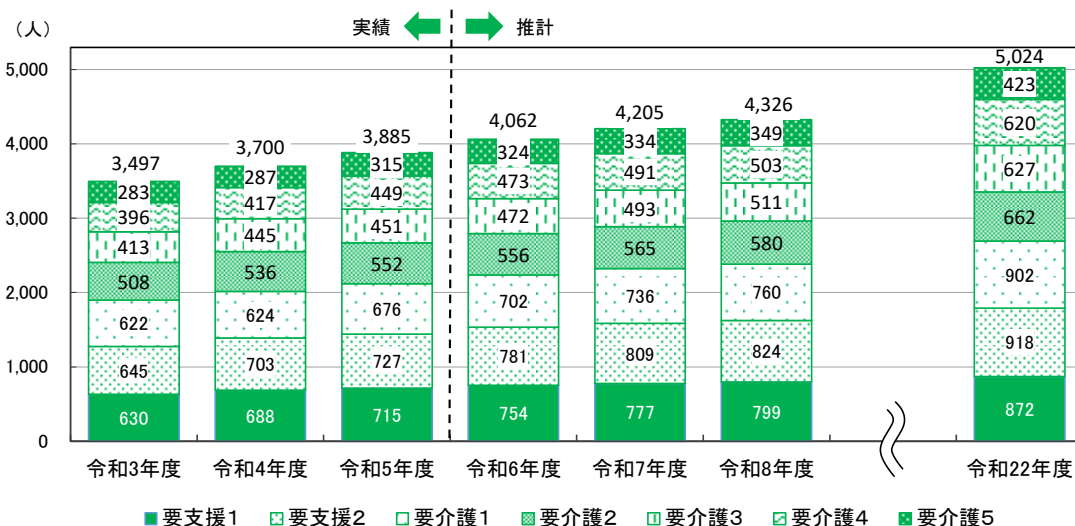
介護保険事業サービス等の見込みの算出根拠となる被保険者数の推計、要支援・要介護認定者数の推計は、以下のとおりです。

■被保険者数の推計



資料：実績…【実績値】住民基本台帳（各年9月末）
推計…コーホート要因法を用いた推計値

■要支援・要介護認定者数の推計



2 介護保険サービスの見込み

(1)居宅サービス

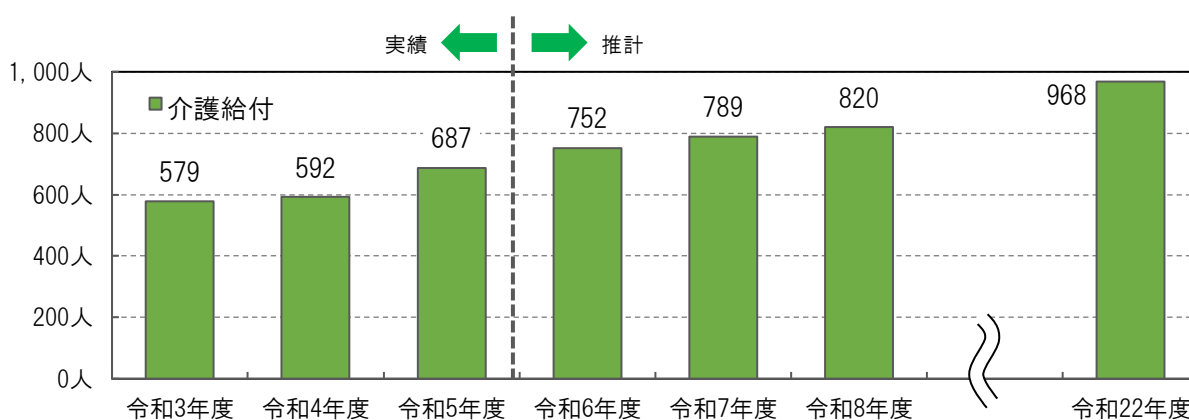
① 訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが利用者の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の身体介護や調理、洗濯、掃除等の生活援助を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護	579	592	687	752	789	820	968



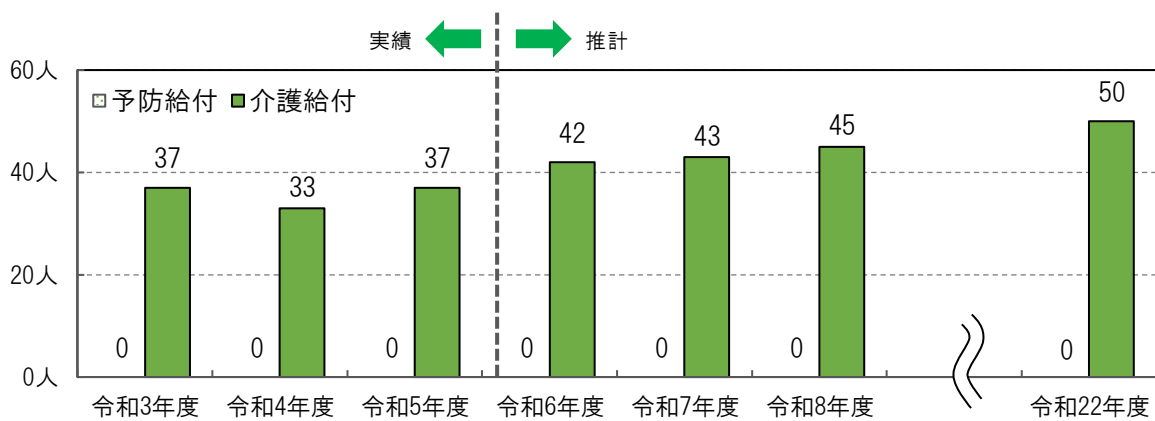
② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

自宅の浴槽での入浴が困難なかたに対して、浴槽を積んだ入浴車が利用者の居宅を訪問し、看護職員や介護職員が入浴の介護を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問入浴介護	37	33	37	42	43	45	50
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0	0	0



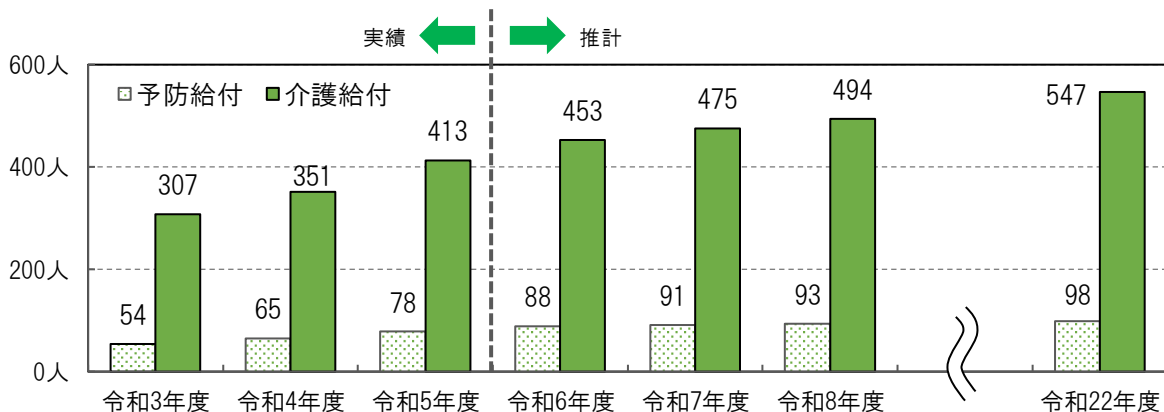
③ 訪問看護・介護予防訪問看護

医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話又は必要な診療の補助を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問看護	307	351	413	453	475	494	547
介護予防訪問看護	54	65	78	88	91	93	98



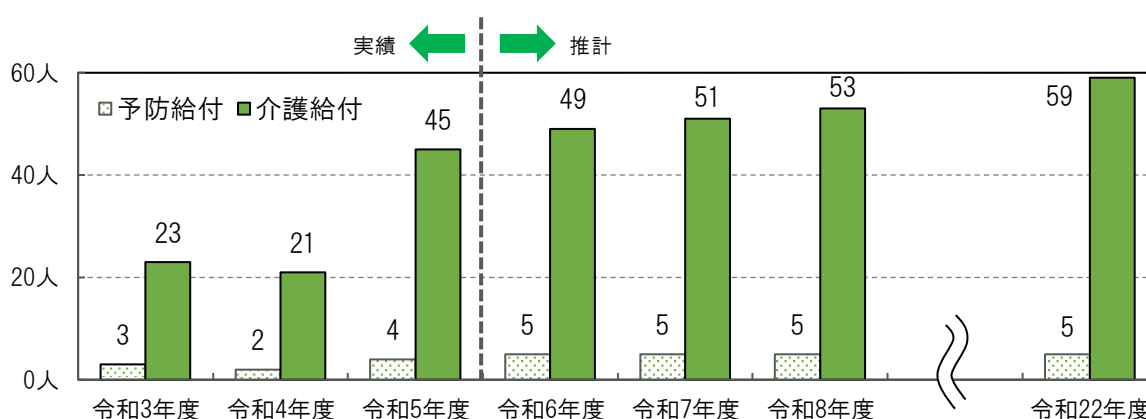
④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復及び日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問リハビリテーション	23	21	45	49	51	53	59
介護予防 訪問リハビリテーション	3	2	4	5	5	5	5



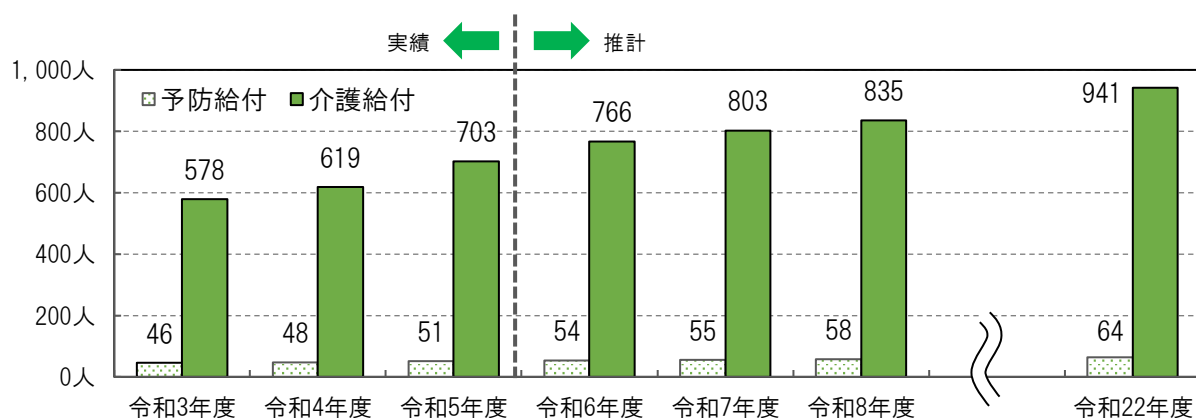
⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

在宅で療養していて、通院が困難な利用者に対し、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
居宅療養管理指導	578	619	703	766	803	835	941
介護予防居宅療養管理指導	46	48	51	54	55	58	64



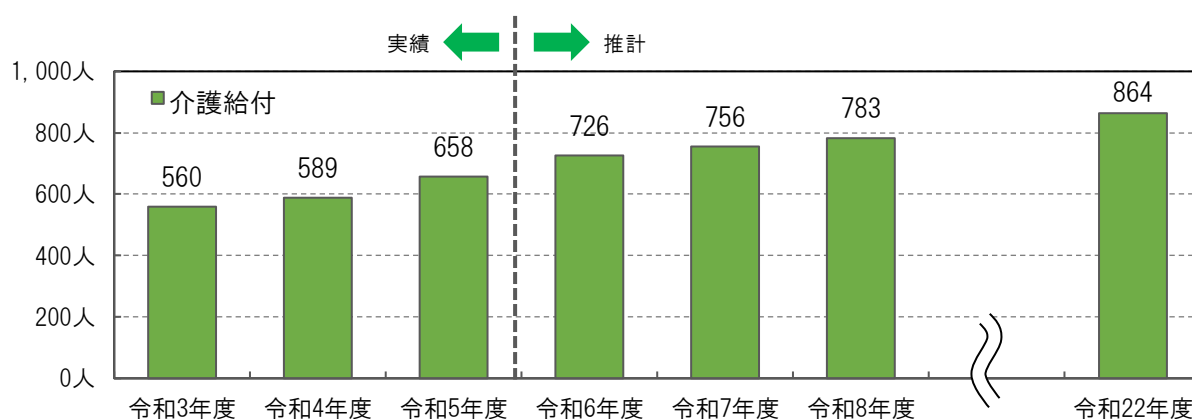
⑥ 通所介護（デイサービス）

食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供し、利用者の心身機能の維持向上を図ります。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
通所介護	560	589	658	726	756	783	864



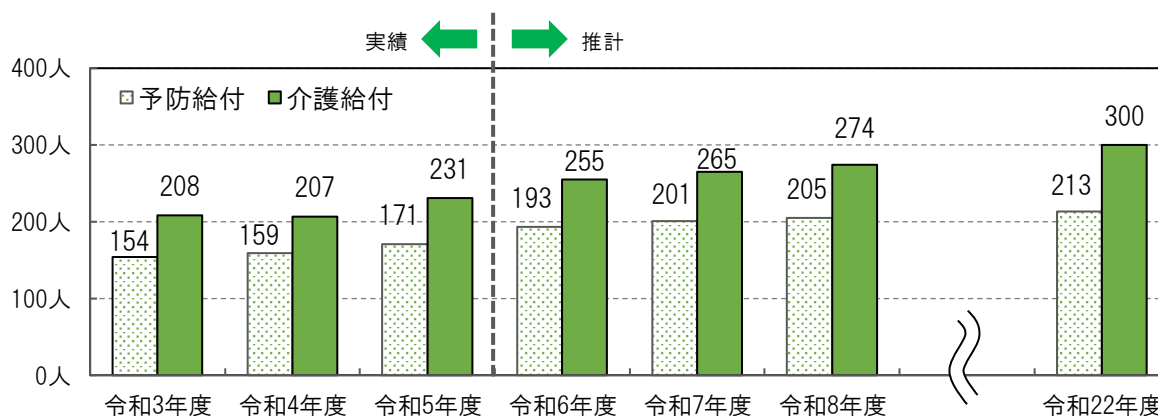
⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設や診療所、病院において、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図ります。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
通所リハビリテーション	208	207	231	255	265	274	300
介護予防通所リハビリテーション	154	159	171	193	201	205	213



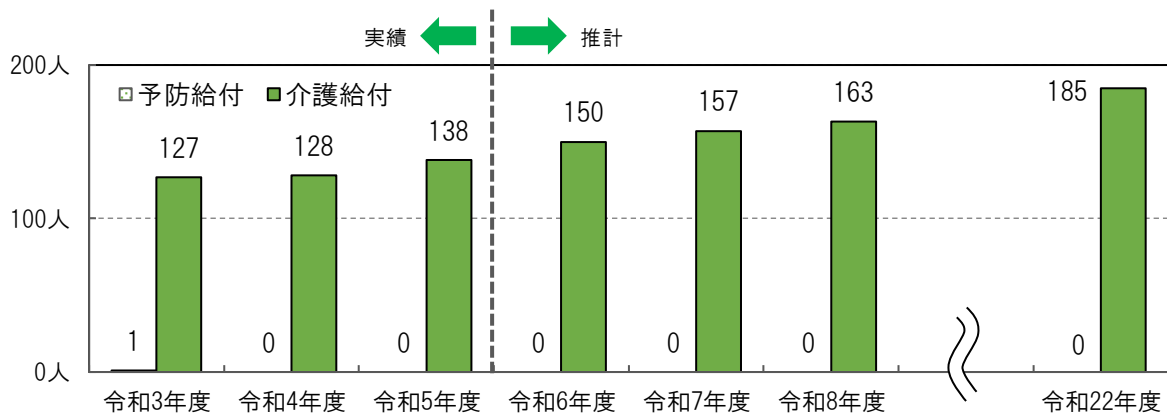
⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

特別養護老人ホームなどの施設に短期間入所してもらい、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
短期入所生活介護	127	128	138	150	157	163	185
介護予防短期入所生活介護	1	0	0	0	0	0	0



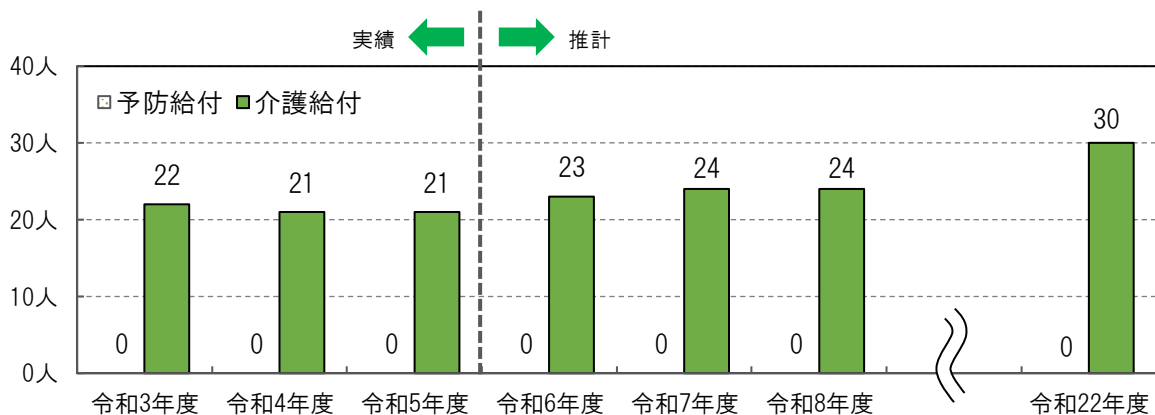
⑨ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

介護老人保健施設や診療所、病院などに短期間入所してもらい、医師や看護師、理学療法士等による医療や機能訓練、日常生活上の支援などを行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
短期入所療養介護	22	21	21	23	24	24	30
介護予防短期入所療養介護	0	0	0	0	0	0	0



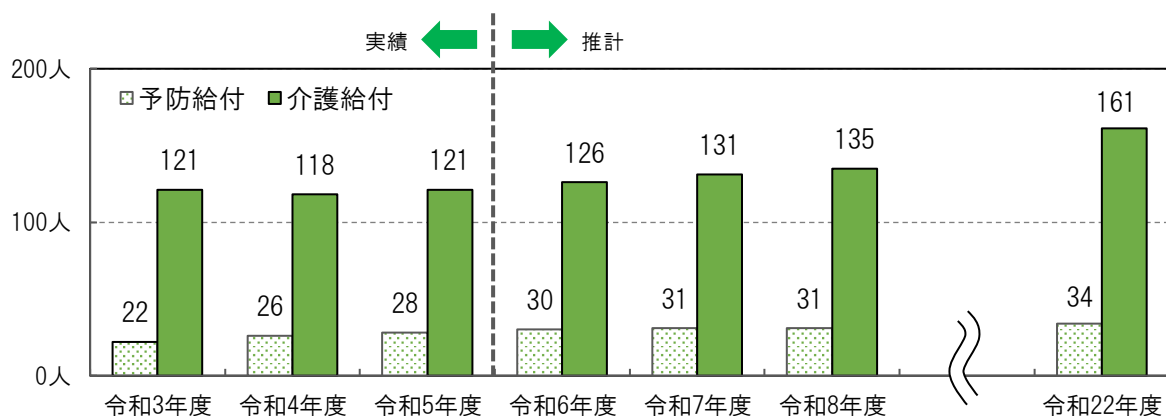
⑩ 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

介護付き有料老人ホーム、介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）等に入所している利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
特定施設入居者生活介護	121	118	121	126	131	135	161
介護予防 特定施設入居者生活介護	22	26	28	30	31	31	34



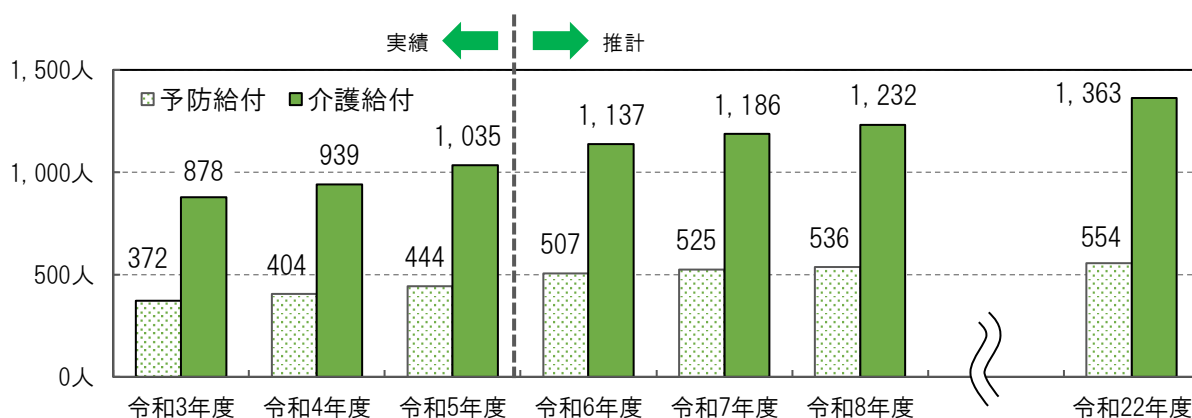
⑪ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

利用者ができる限り在宅で能力に応じ自立した生活を営めるよう、福祉用具（車いす、特殊寝台等）の貸与を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
福祉用具貸与	878	939	1,035	1,137	1,186	1,232	1,363
介護予防福祉用具貸与	372	404	444	507	525	536	554



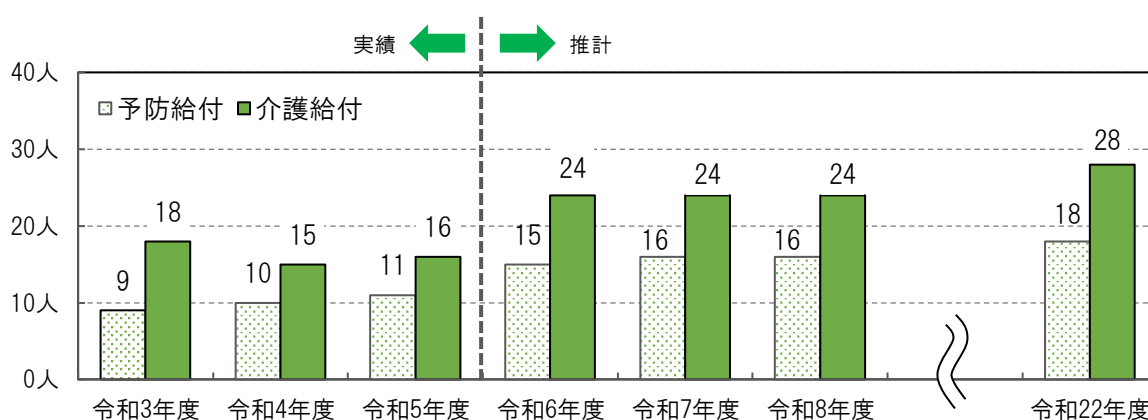
⑫ 特定福祉用具購入・特定介護予防福祉用具購入

利用者ができる限り在宅で能力に応じ自立した生活を営めるよう、入浴や排せつなどに使用する福祉用具（腰掛便座、入浴補助用具、特殊尿器など）の使用の必要性が認められるかたに対して、購入費の補助を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
特定福祉用具購入費	18	15	16	24	24	24	28
特定介護予防福祉用具購入費	9	10	11	15	16	16	18



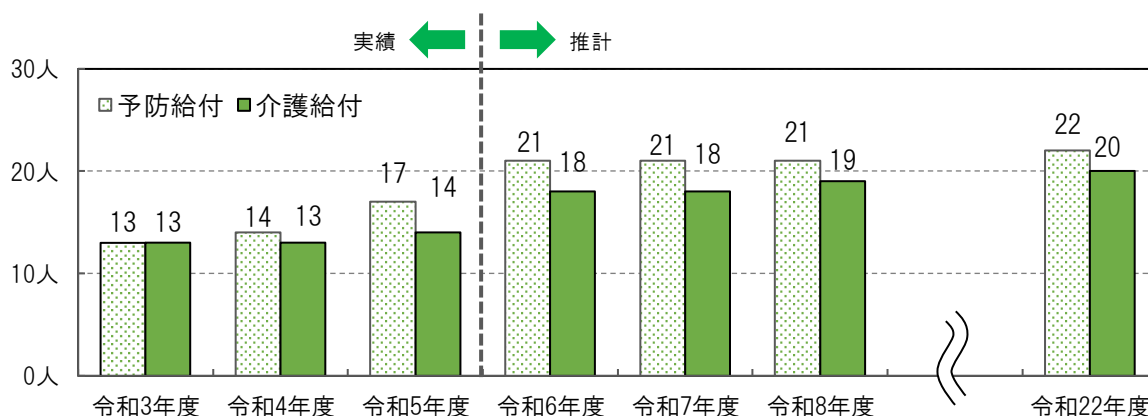
⑬ 住宅改修・介護予防住宅改修

利用者ができる限り在宅で能力に応じ自立した生活を営めるよう、住宅の改修（手すりの取付け、段差の解消等）の必要性が認められるかたに対して、改修費の補助を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
住宅改修費	13	13	14	18	18	19	20
介護予防住宅改修	13	14	17	21	21	21	22



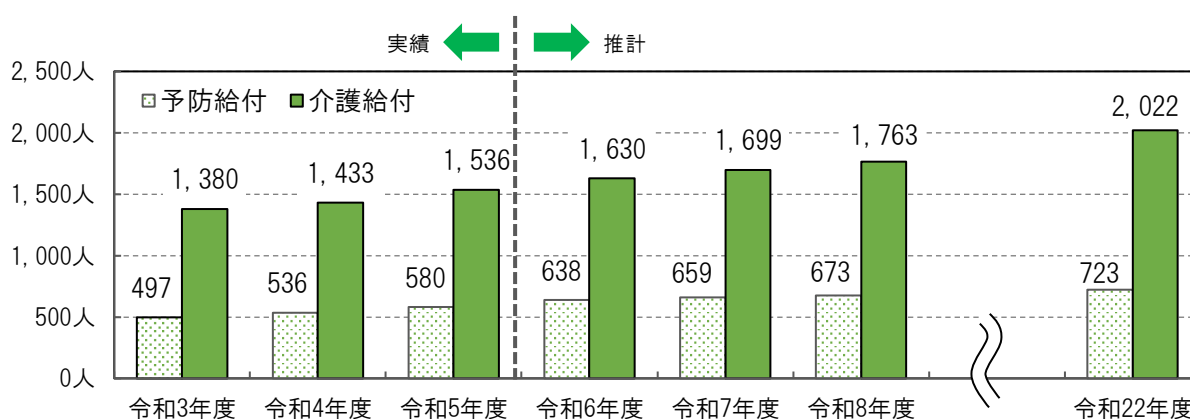
⑭ 居宅介護支援・介護予防支援

介護支援専門員が在宅の利用者の心身の状況、希望等を踏まえ、必要な居宅サービスや地域密着型サービス等の適切な利用ができるように、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関等との連絡調整などを行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
居宅介護支援	1,380	1,433	1,536	1,630	1,699	1,763	2,022
介護予防支援	497	536	580	638	659	673	723



(2)地域密着型サービス

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

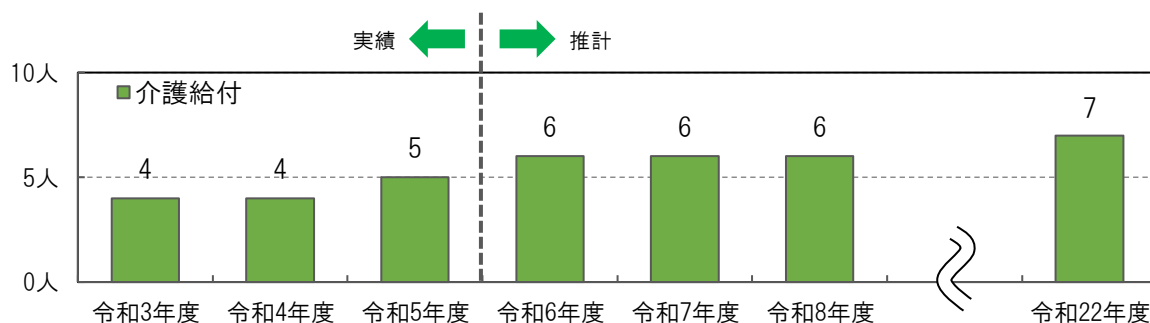
重度者をはじめとした利用者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行います。

開設を希望する事業者があれば、今期計画期間内のサービス提供を検討します。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4	4	5	6	6	6	7



② 夜間対応型訪問介護

夜間の定期的な巡回・通報による訪問を中心とした介護サービスで、訪問介護員が利用者の自宅等に訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護などの日常生活上の世話や緊急時の対応などを行い、夜間において安心して生活を送ることができるよう援助します。

開設を希望する事業者があれば、今期計画期間内のサービス提供を検討します。

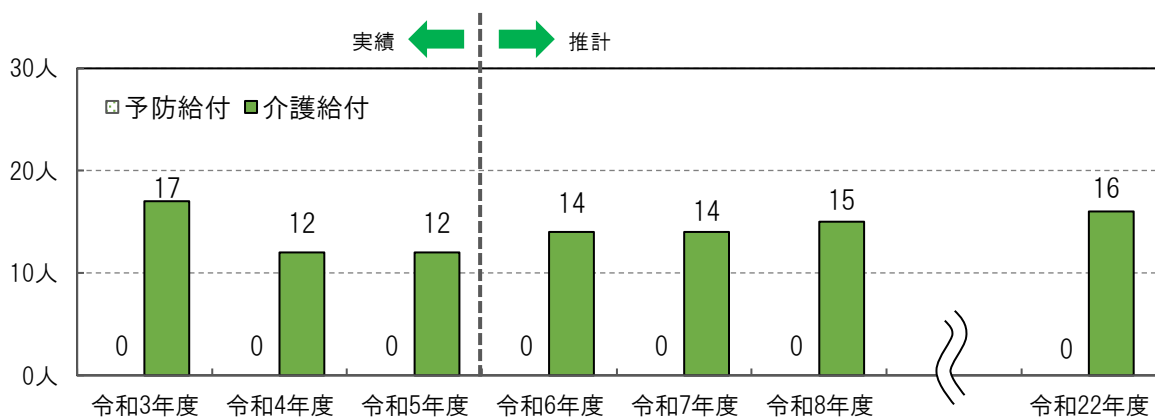
③ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

介護施設等に日帰りで通所する認知症の利用者に対して、症状の進行の緩和に資するよう専門的なケアを行いながら、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練などを行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
認知症対応型通所介護	17	12	12	14	14	15	16
介護予防 認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0	0



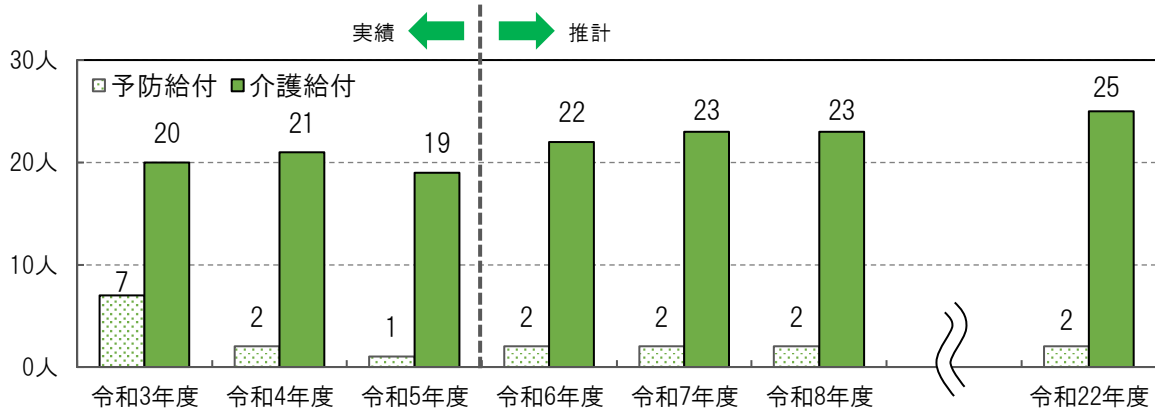
④ 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

通いによるサービスを中心に、利用者の希望などに応じて、訪問や宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
小規模多機能型居宅介護	20	21	19	22	23	23	25
介護予防 小規模多機能型居宅介護	7	2	1	2	2	2	2



⑤ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

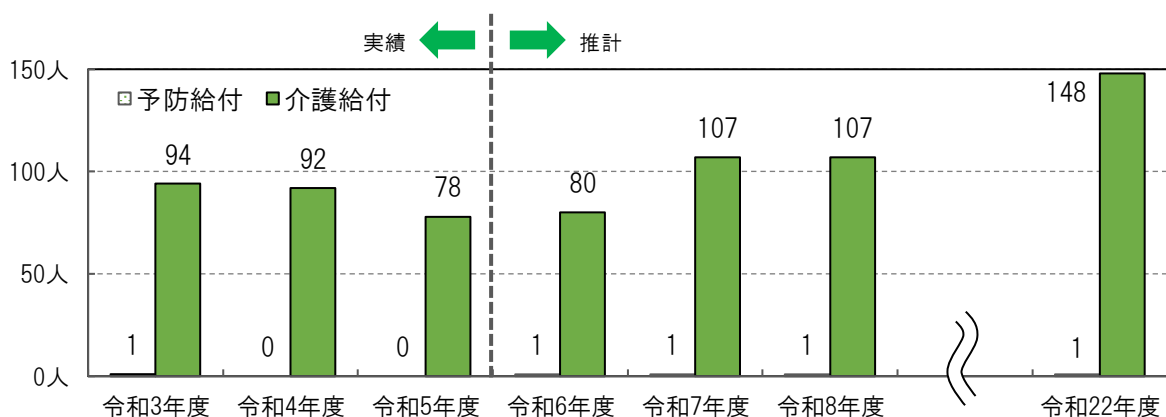
認知症の高齢者が共同で生活する住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。

今期計画期間内に新たに3ユニット整備します。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
認知症対応型共同生活介護	94	92	78	80	107	107	148
介護予防 認知症対応型共同生活介護	1	0	0	1	1	1	1



⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護

介護保険の指定を受けた小規模介護付き有料老人ホーム等の施設に入居している利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練と療養上の世話を行います。

今期計画期間内の新たな整備は予定していません。

⑦ 看護小規模多機能型居宅介護

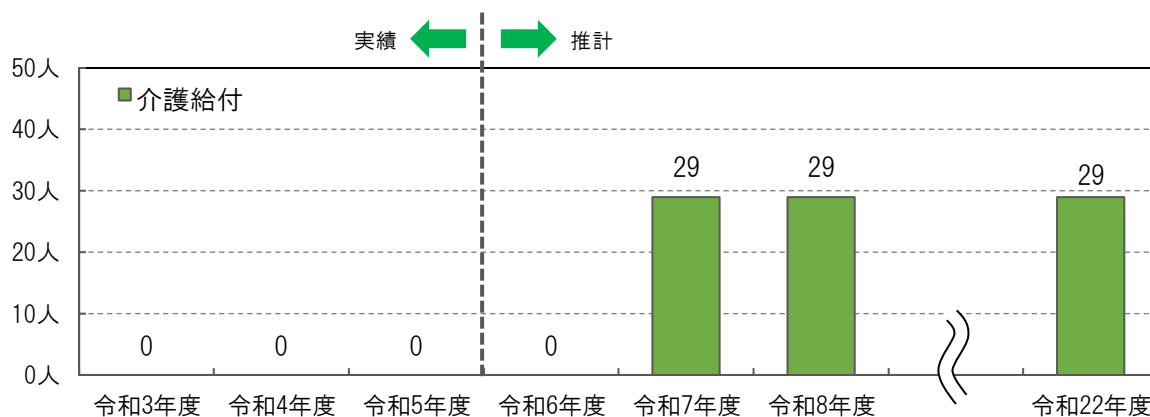
小規模多機能型居宅介護と訪問看護サービスを組み合わせて提供し、利用者のニーズに応じて柔軟に対応したサービスを提供します。

今期計画期間内に新たに1事業所整備します。

■実績及び見込み量

単位：人/月

	実績				見込み		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	29	29	29



⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

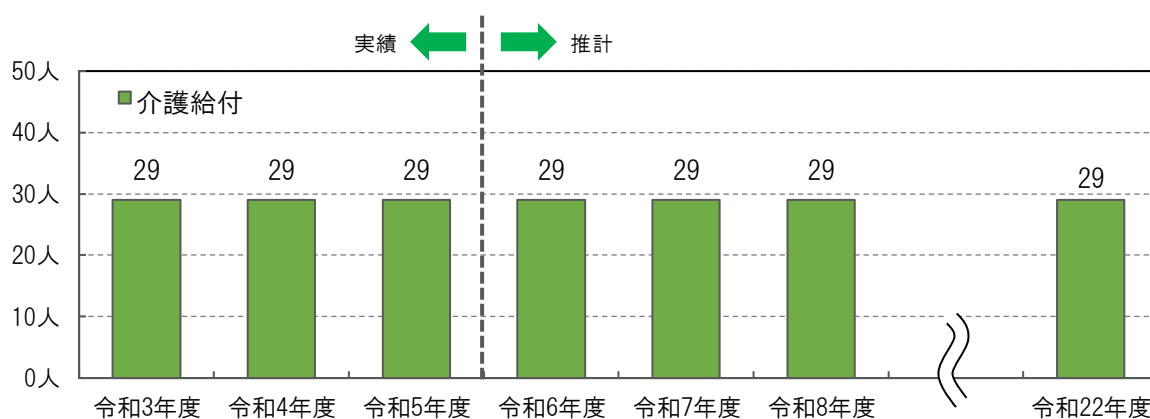
定員29人以下の小規模特別養護老人ホームに入居している、常時介護が必要で自宅での生活が困難な利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話などを行います。

今期計画期間内の新たな整備は予定していません。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29	29	29	29	29	29	29



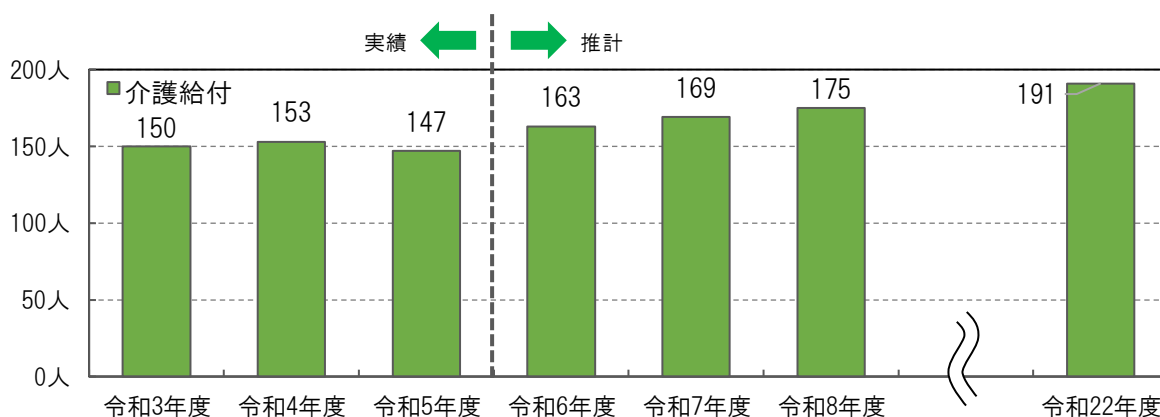
⑨ 地域密着型通所介護

定員18人以下の通所介護事業所の利用者に対して、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供し、利用者の心身機能の維持向上を図ります。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
地域密着型通所介護	150	153	147	163	169	175	191



(3)施設サービス

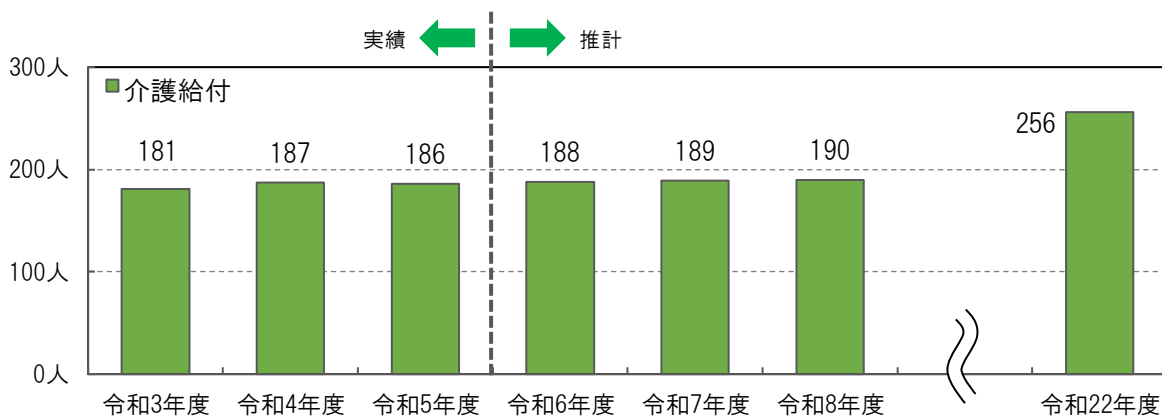
① 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常時介護が必要で自宅での生活が困難な利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話などを行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人福祉施設	181	187	186	188	189	190	256



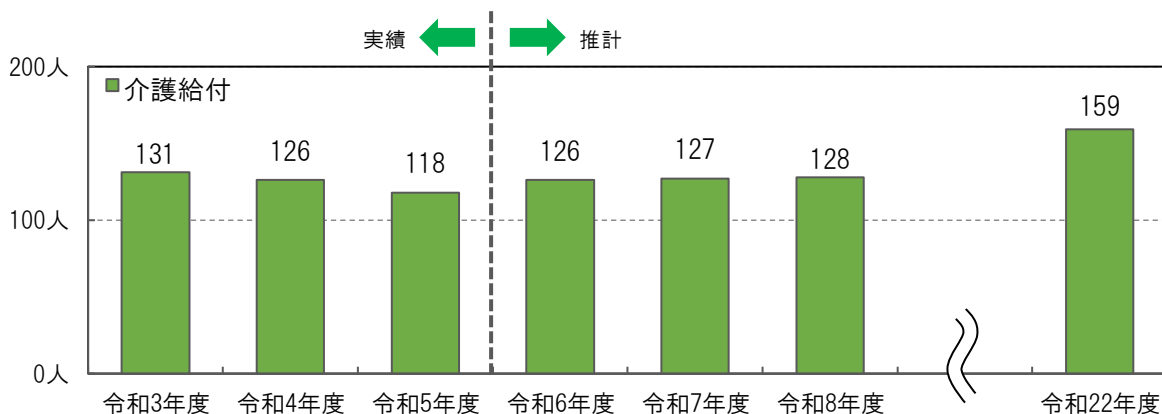
② 介護老人保健施設

病状が安定期にある利用者に対し、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話を行います。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人保健施設	131	126	118	126	127	128	159



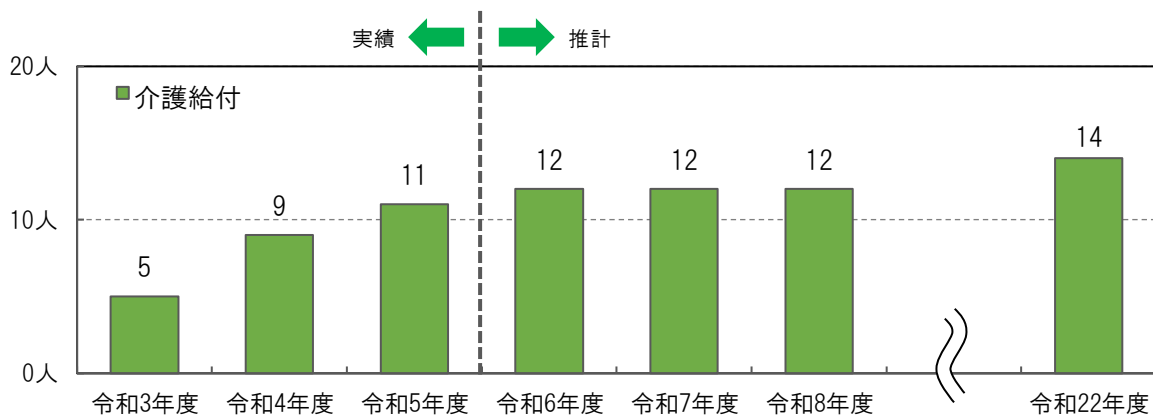
③ 介護医療院

介護医療院は、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護医療院	5	9	11	12	12	12	14



(4) 地域支援事業

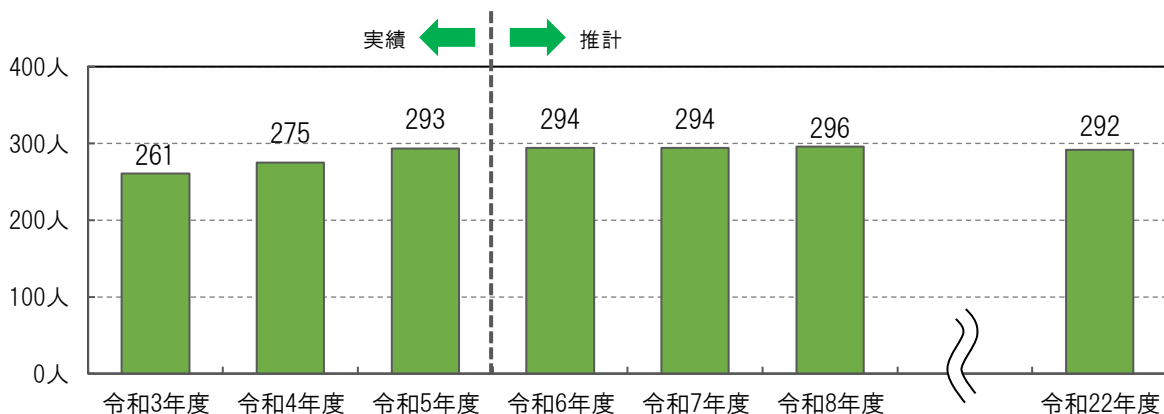
① 訪問介護相当サービス（総合事業従来型訪問サービス）

平成29年4月1日から実施している総合事業のうち、それまでの介護予防サービスとされていた介護予防訪問介護が移行し、従来型訪問サービスとして実施しています。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護相当サービス	261	275	293	294	294	296	292



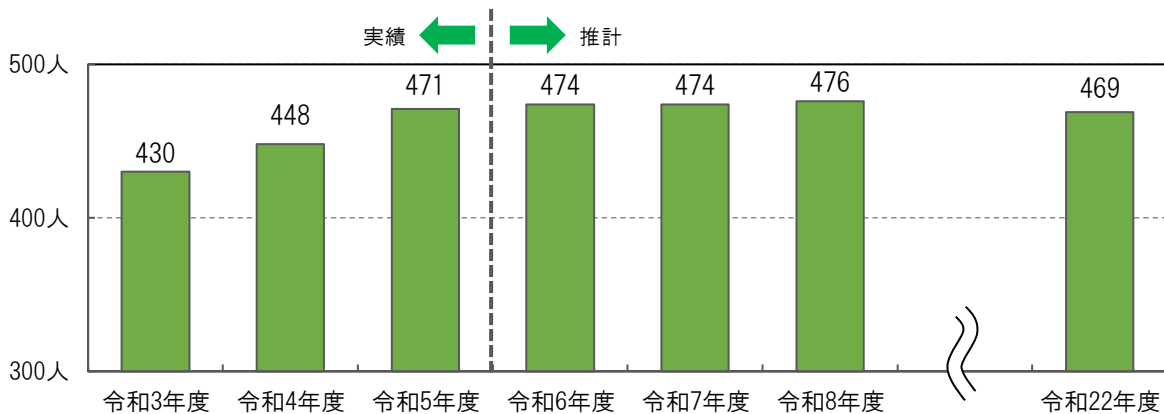
② 通所介護相当サービス（総合事業従来型通所サービス）

平成29年4月1日から実施している総合事業のうち、それまでの介護予防サービスとされていた介護予防通所介護が移行し、従来型通所サービスとして実施しています。

■実績及び見込み量

単位：人／月

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
通所介護相当サービス	430	448	471	474	474	476	469



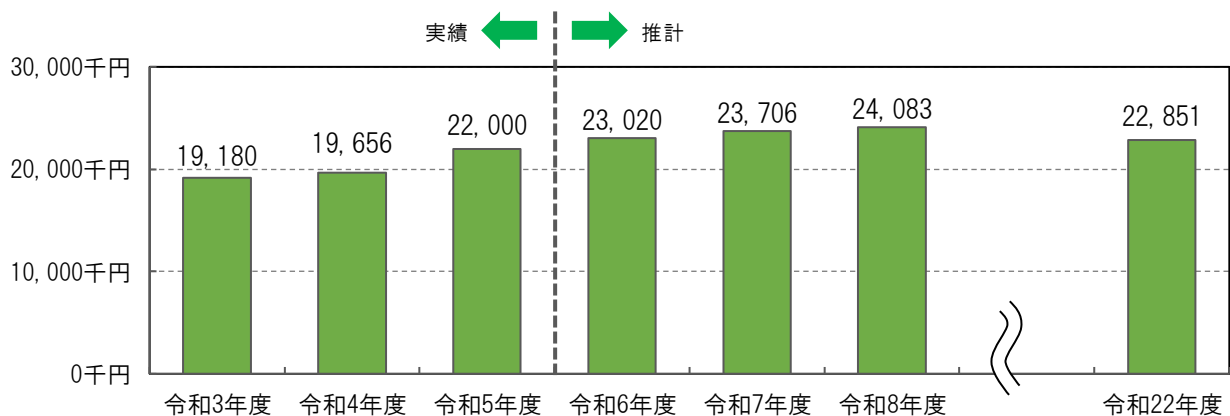
③ 介護予防ケアマネジメント

利用者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、利用者の心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、適切な事業サービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行います。

■実績及び見込み量

単位：千円／円

	実績			見込み			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防ケアマネジメント	19,180	19,656	22,000	23,020	23,706	24,083	22,851



3 介護給付費の見込み

(1) 総給付費の見込み

2021（令和3）年度から2023（令和5）年度までの給付実績を踏まえ、各サービスの給付費の見込みを以下のように算出しました。

表示単位未満を四捨五入しているため、合計などと一致しない場合があります。

■ 介護給付費

単位：千円

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス	3,807,972	3,985,989	4,140,728
訪問介護	1,304,945	1,374,121	1,432,687
訪問入浴介護	32,547	33,408	34,665
訪問看護	286,542	300,932	313,974
訪問リハビリテーション	26,764	28,209	29,084
居宅療養管理指導	119,978	125,823	130,889
通所介護	741,526	773,306	801,202
通所リハビリテーション	237,901	247,682	256,187
短期入所生活介護	188,703	199,225	206,841
短期入所療養介護（老健）	26,795	27,798	27,798
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
福祉用具貸与	197,320	205,867	214,329
特定福祉用具購入	10,721	10,721	10,721
住宅改修	20,253	20,253	21,255
特定施設入居者生活介護	305,083	316,272	326,348
居宅介護支援	308,894	322,372	334,748
地域密着型サービス	603,184	789,286	795,234
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	12,480	12,480	12,480
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	166,233	172,687	177,766
認知症対応型通所介護	14,245	14,245	15,288
小規模多機能型居宅介護	61,489	65,039	65,039
認知症対応型共同生活介護	255,087	340,830	340,656
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	93,650	93,650	93,650
看護小規模多機能型居宅介護	0	90,355	90,355
施設サービス	1,087,809	1,094,308	1,100,809
介護老人福祉施設	597,342	600,306	603,271
介護老人保健施設	442,223	445,758	449,294
介護医療院	48,244	48,244	48,244
介護サービスの総給付費（小計）→（I）	5,498,965	5,869,583	6,036,771

■ 予防給付費

単位：千円

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス	252,880	261,550	265,764
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	34,925	36,072	36,770
介護予防訪問リハビリテーション	3,605	3,605	3,605
介護予防居宅療養管理指導	6,961	7,089	7,475
介護予防通所リハビリテーション	77,828	81,146	82,690
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	37,298	38,625	39,413
特定介護予防福祉用具購入	5,764	6,196	6,196
介護予防住宅改修	22,006	22,006	22,006
介護予防特定施設入居者生活介護	28,133	29,254	29,254
介護予防支援	36,360	37,557	38,355
地域密着型介護予防サービス	4,810	4,810	4,810
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,017	2,017	2,017
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,793	2,793	2,793
介護予防サービスの総給付費（小計）→（Ⅱ）	257,690	266,360	270,574

総給付費※（合計）→（Ⅰ）+（Ⅱ）	5,756,655	6,135,943	6,307,345
--------------------------	------------------	------------------	------------------

※総給付費とは、介護給付費（要介護1から要介護5までの被保険者に関する保険給付費）と予防給付費（要支援1と要支援2の被保険者に関する保険給付費）の合計です。

(2)標準給付費の見込み

単位：千円

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
総給付費	5,756,655	6,135,943	6,307,345	18,199,943
特定入所者介護サービス費等給付額	83,730	86,677	89,172	259,579
高額介護サービス費等給付額	159,650	165,271	170,026	494,947
高額医療合算介護サービス費等給付額	29,466	30,448	31,372	91,286
審査支払手数料	3,589	3,708	3,821	11,117
標準給付費※見込額	6,033,090	6,422,047	6,601,735	19,056,872

※標準給付費とは、介護サービスの提供に要する費用で、総給付費、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、審査支払手数料の合計です。

(3)地域支援事業費の見込み

単位：千円

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
介護予防・日常生活支援総合事業費	245,638	246,939	248,638	741,215
包括的支援事業・任意事業費	160,173	166,160	166,900	493,233
地域支援事業費※見込額	405,811	413,099	415,539	1,234,449

※地域支援事業費とは、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とした次のような事業に要する費用です。

<介護予防・日常生活支援総合事業>

介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業（介護予防把握事業・介護予防普及啓発事業など）

<包括的支援事業>

地域包括支援センターの運営、在宅医療介護連携推進事業など

<任意事業>

介護給付等費用適正化事業（要介護認定の適正化、ケアプランの点検など）

家族介護支援事業（家族介護教室、介護家族交流事業など）

その他（成年後見制度の利用支援、給食サービスなど）

4 介護保険料の設定

今後の介護報酬改定などの動向を踏まえた上で設定していきます。



第6章 計画の推進

1 連携・協働による計画の推進

(1) 市内各課の連携強化による計画の推進

本計画における高齢者施策は、保健、医療、福祉分野のみならず、教育、生涯学習、スポーツ、住環境整備やまちづくり等、幅広い分野に関連があるものです。

市内各課が本計画の目的や目標達成に向けて確実に施策に取り組めるよう、また、公的福祉サービスを「縦割り」ではなく、分野横断的に対応していけるよう、市内の連携強化を図ります。

(2) 関係機関との協働による計画の推進

計画の推進には、地域包括支援センターや医療機関をはじめ、高齢者を支えるボランティア団体や地域組織、関係機関等との連携強化が重要です。

地域包括支援センターにおける地域ケア会議、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会等、多様な主体が集まる場において、高齢者を取り巻く関係機関との情報共有・連携強化を図ります。

(3) 市民協働による計画の推進

高齢者が住み慣れた地域で在宅の暮らしを続けていくためには、高齢者の身近で生活している住民の理解と協力が不可欠です。人口減少により、支援の担い手が不足していくことが予想されている中、担い手を確保し支え合いの仕組みづくりが行われるよう、広報誌、市ホームページ、各種取組などを通じ、高齢者支援に関する情報を広く提供し、互助・共助の意識を高めます。

2 計画の進行管理

本計画の取組が効果的・効率的に行われるよう、PDCAサイクルに沿って進めることが重要です。

行政評価における事務事業評価等の結果を活用し、個々の取組の達成状況等の点検・評価を行います。

また、市民代表、保健・医療・福祉関係者、学識経験者により構成された尾張旭市介護保険運営協議会において、年度ごとに達成状況を点検し、計画の確実な遂行、推進を図ります。