

平成29年10月20日(金) 日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会
資料1

第7期にっしん高齢者ゆめプラン 案

(日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画)

平成29年10月20日時点

日進市

も く じ

第1章 計画策定の背景.....	1
1 基本的な考え方	1
2 計画期間	1
3 日進市の現況.....	1
4 アンケート調査の結果	9
5 第6期の進捗評価.....	24
6 日進市における課題総括.....	37
第2章 計画の概要.....	39
1 基本理念	39
2 基本方針	40
3 主要課題と基本目標.....	41
第3章 具体的な取り組み.....	43
1 施策体系	43
2 具体的施策.....	44
第4章 介護保険料の見込み	60
1 介護保険事業の費用推計.....	600
2 介護保険料の算出方法	61
3 保険料基準額.....	61
参考資料	622
2 日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会の運営に関する規則	62
3 日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会委員名簿	62
4 日進市地域包括ケア検討会委員名簿	62
5 日進市在宅医療・介護連携に関する検討部会委員名簿	62
6 日進市生活支援体制整備に関する検討部会委員名簿.....	62
7 策定経過	62

第1章 計画策定の背景

1 基本的な考え方

【計画策定の背景や法的根拠を掲載】

2 計画期間

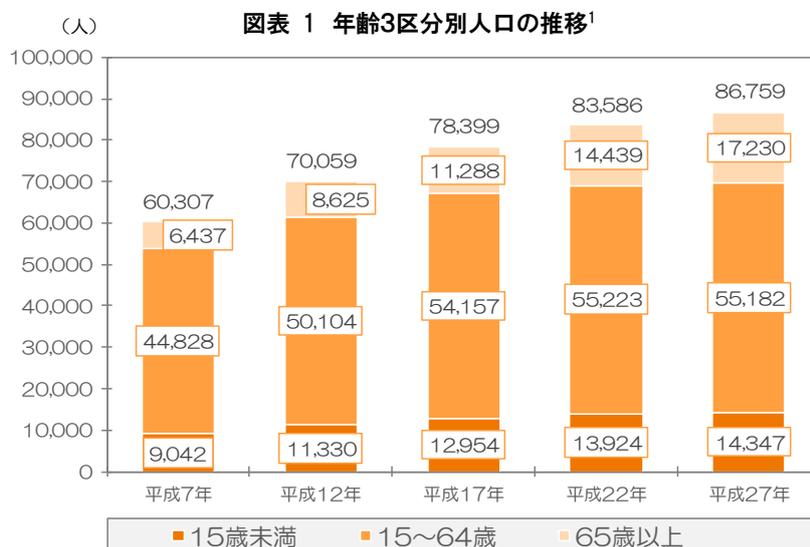
【第7期計画期間の掲載】

3 日進市の現況

(1) 日進市の人口・世帯の概況

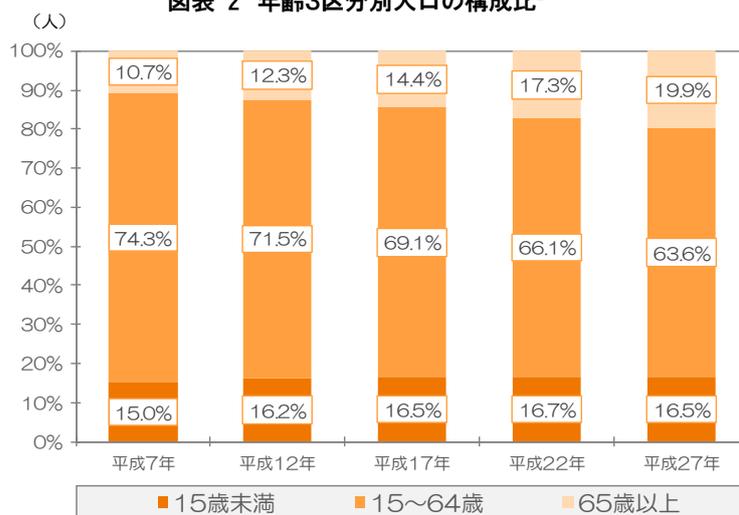
日進市の人口は増加し続けており、平成27年では86,759人となっています。人口総数の増加に応じて高齢者数も増加し続けており、平成27年は17,230人です。平成7年の6,437人と比較すると約2.7倍となっています。

また、年齢3区分別構成比をみると、生産年齢人口割合が減少し続ける一方、高齢化率は上昇を続ける高齢化の傾向が顕著です。ただし、年少人口割合の減少は見られず、少子化には至っていません。



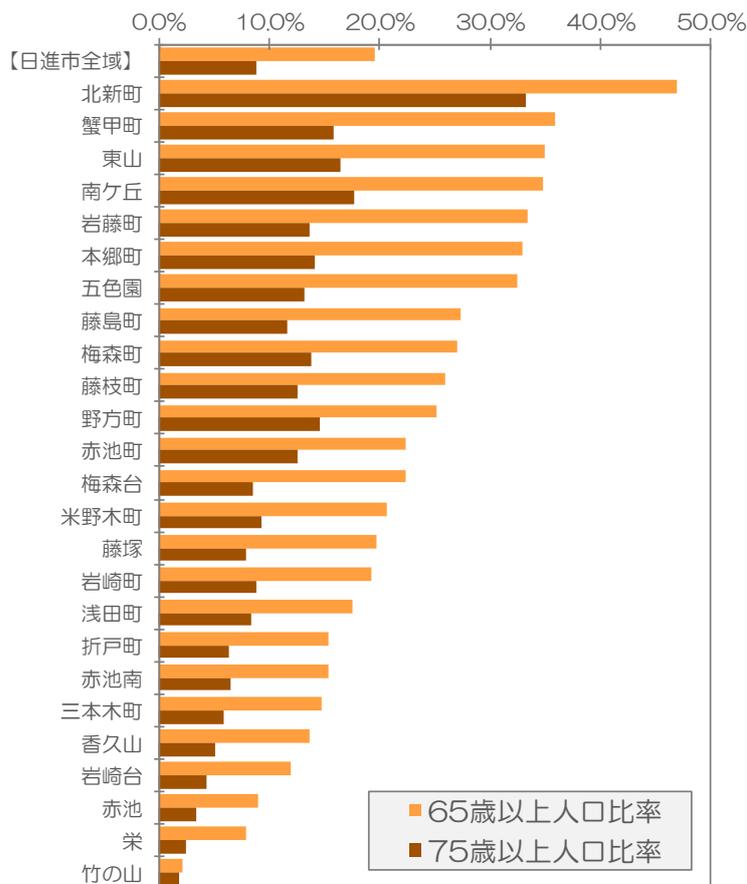
¹ 国勢調査

図表 2 年齢3区分別人口の構成比²



町別に 65 歳以上人口比率と 75 歳以上人口比率を比較すると、地域差が顕著であることが分かります。「北新町」は 65 歳以上・75 歳以上人口比率ともに市内で最も高い地域です。65 歳以上人口比率が 30%を超えている地域は市内に 7 地域あります。

図表 3 町別 65 歳以上・75 歳以上人口比率³



² 国勢調査

³ 国勢調査 (2015 年)

町別の高齢者世帯比率においても地域差は顕著です。蟹甲町は、一般世帯のうち60%以上が高齢者のいる世帯となっています。蟹甲町は一般世帯に占める高齢者単独世帯の比率も、最も高い地域となっています。

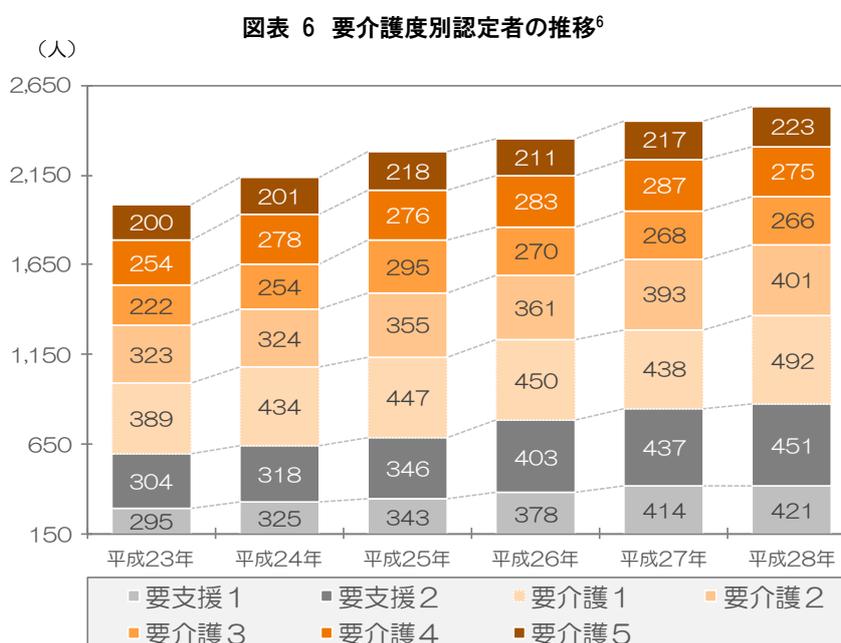
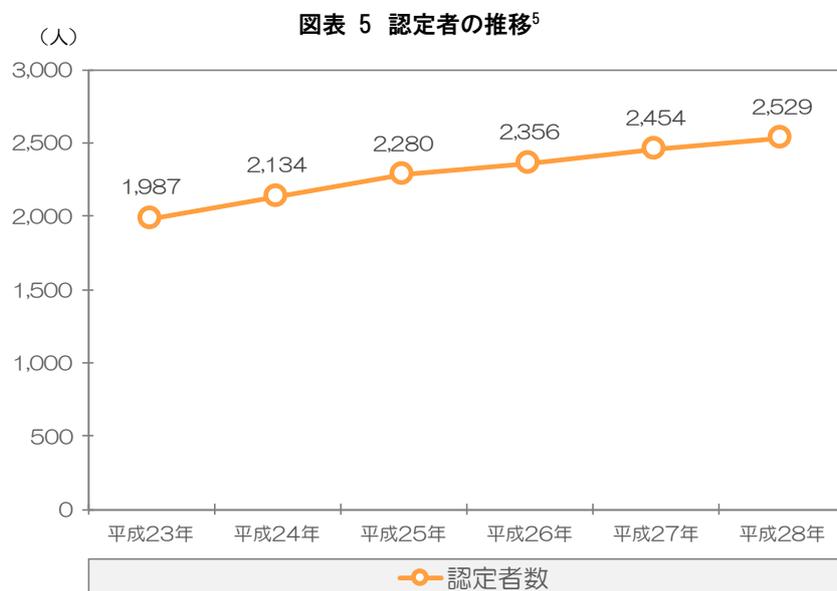
図表 4 町別の高齢者世帯比率⁴



⁴ 国勢調査 (2015年)

(2) 認定者数の推移

日進市の認定者数（第一号被保険者）は、平成23年の1,987人から、平成28年の2,529人まで、5年間で約500人増加しました。要介護度別の人数推移をみると、要支援1～要介護2まで、比較的軽度な認定者数の増加が目立ちます。

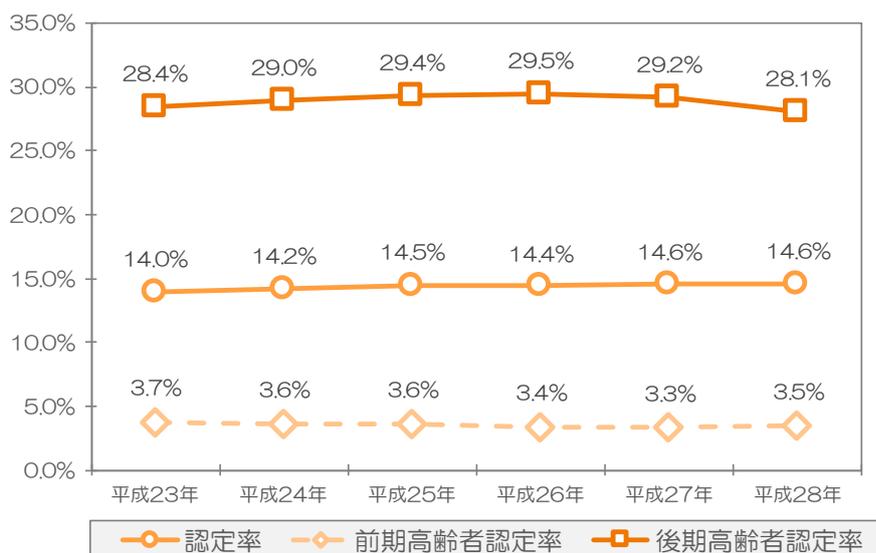


⁵ 介護保険事業状況報告月報（各年9月末時点）

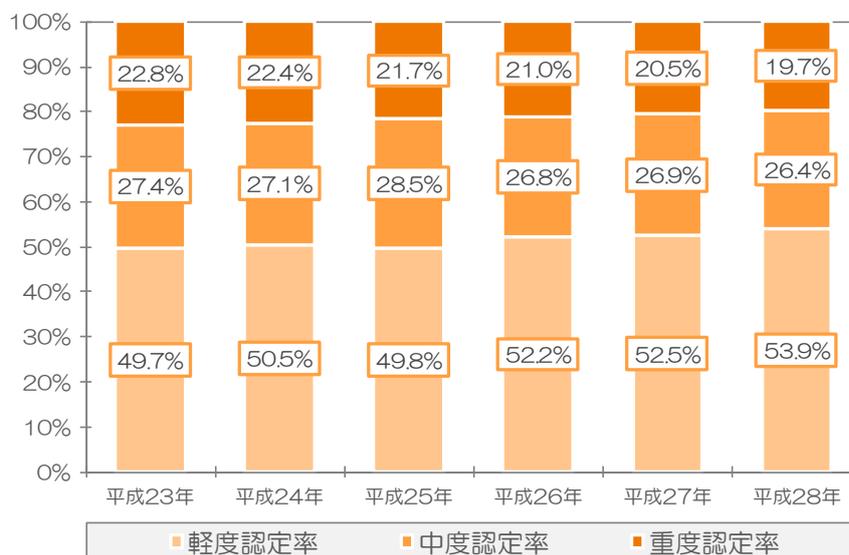
⁶ 介護保険事業状況報告月報（各年9月末時点）

団塊の世代が高齢化を迎えたことによる人数増により、直近平成28年度の認定率はやや減少しています。認定者に占める軽度（要支援1・2、要介護1）、中度（要介護2・3）、重度（要介護4・5）の構成比をみても、軽度認定率が増加し、重度認定率は減少しています。

図表 7 年齢区分別認定率の推移⁷



図表 8 要介護度3区分別構成比の推移⁸

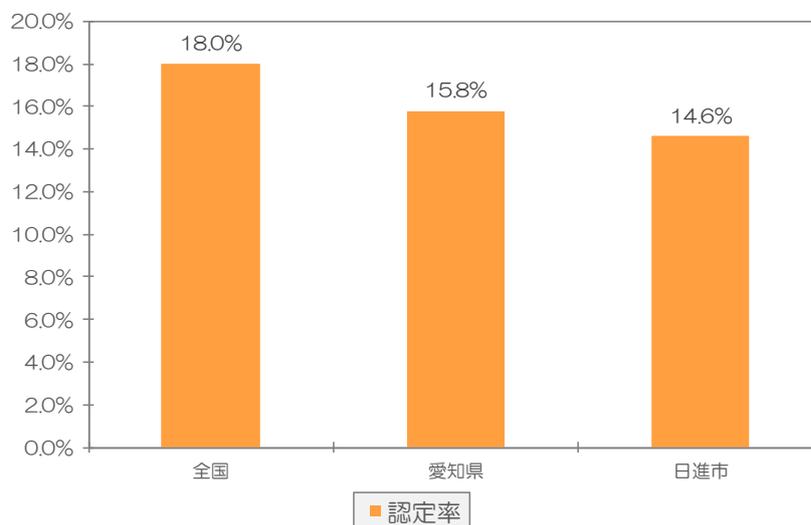


⁷ 介護保険事業状況報告月報（各年9月末時点）

⁸ 介護保険事業状況報告月報（各年9月末時点）

認定率を国・県と比較すると、日進市はいずれも下回っています。比較的若く元気な高齢者が多いことが要因だと考えられます。

図表 9 認定率の国・県平均比較⁹



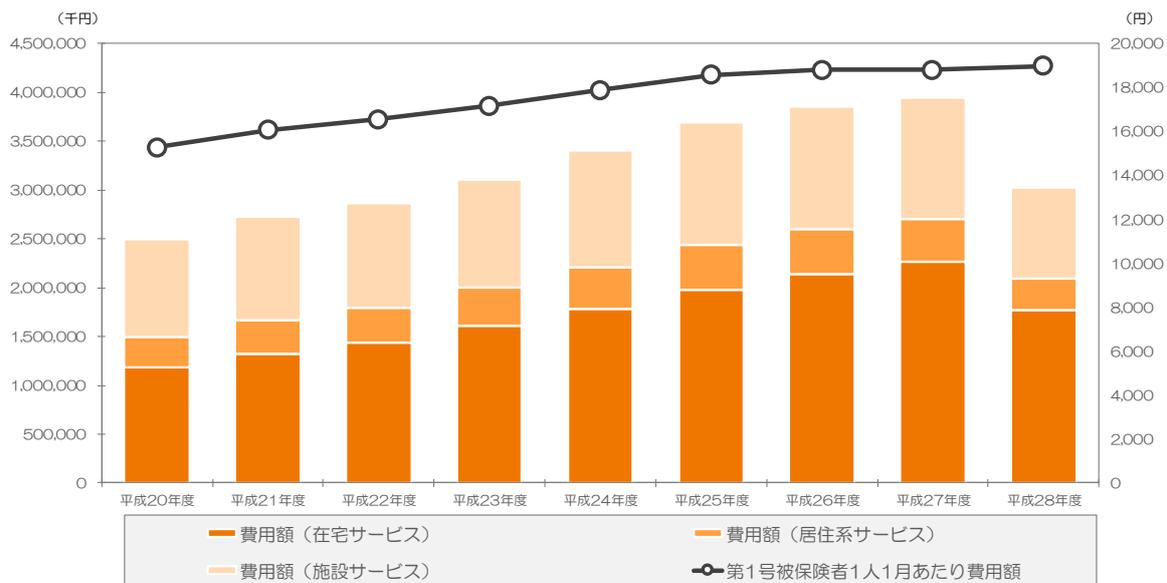
⁹ 地域包括ケア「見える化システム」(2016年9月末時点)

(3) 介護保険サービスの給付実績

平成20年度からの介護費用額の推移をみると、平成20年度の約25億円から上昇を続け、平成27年度には約40億円となっており、8年間で1.6倍増加しています。

また第1号被保険者1人1月あたり費用額も増加しており、サービスがよく利用されるようになってきたことが伺えます。

図表 10 介護費用額の推移¹⁰



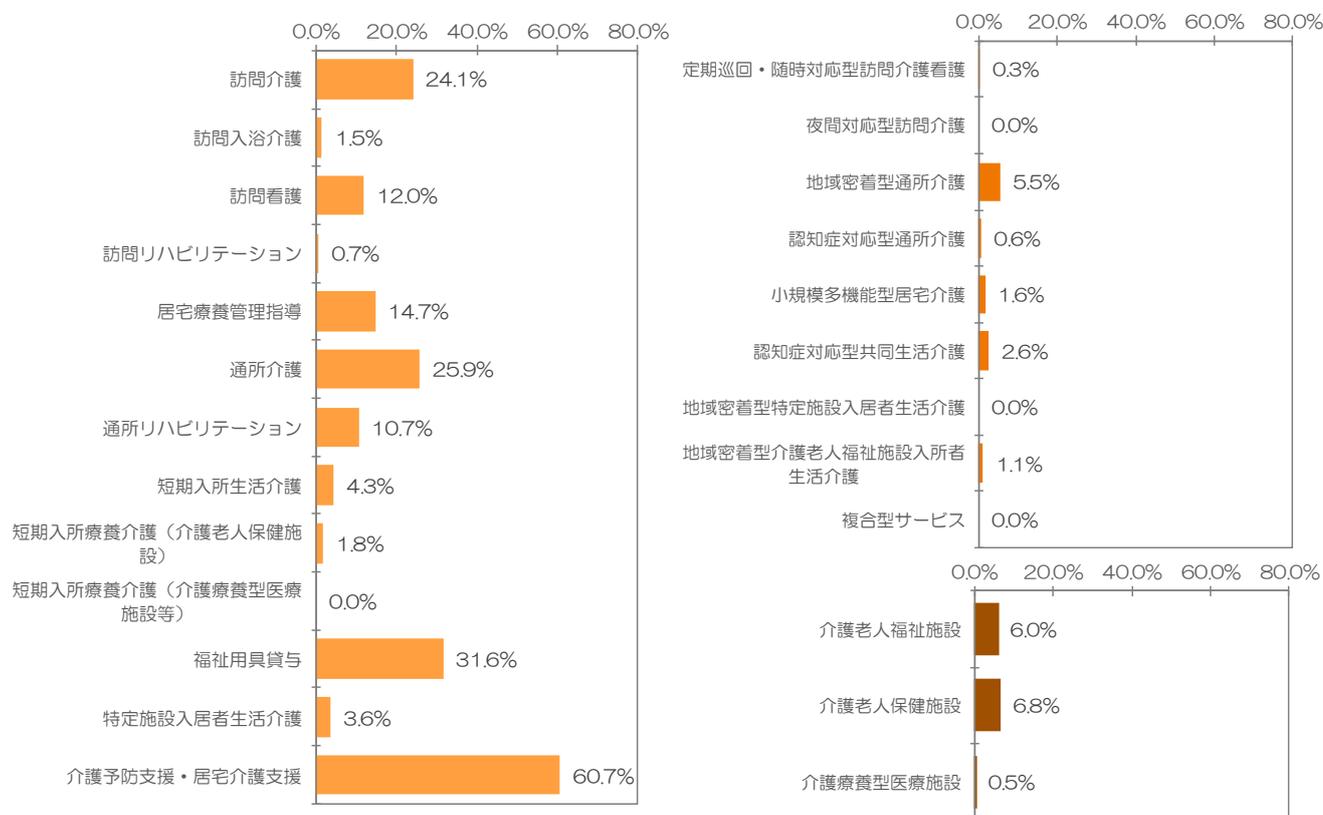
¹⁰ 地域包括ケア「見える化システム」(平成27年度はH28/2サービス提供分まで、平成28年度はH28/11サービス提供分まで)

介護保険サービスの受給率（受給者数/第1号被保険者認定者数）について、居宅サービスでは、「介護予防支援・居宅介護支援」や「福祉用具貸与」を除くと、「訪問介護」・「通所介護」がそれぞれ25%前後の受給率となっており、居宅における主要サービスとなっています。

地域密着型サービスの受給率は居宅と比較すると低いですが、サービスの中では「地域密着型通所介護」が最も利用されています。

施設サービスでは、「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」がそれぞれ約6%程度となっています。

図表 11 サービス別受給率¹¹



¹¹ 介護保険事業状況報告（2016年9月利用分）

4 アンケート調査の結果

(1) 調査の概要

高齢者の実情や要望等を把握し、より良い高齢者福祉環境を構築するための本計画の基礎資料として活用することを目的とし、高齢者へのアンケート調査を実施しました。また、本市の介護提供状況の実態把握のため、介護支援専門員に対するアンケート調査も実施しました。

(2) 調査対象と回収結果

本調査は、日進市在住の65歳以上で要介護認定を受けていない「一般高齢者」と、日進市に在住し、要支援・要介護認定を受け在宅で暮らしている「在宅要介護等認定者」、本市の居宅介護支援事業所連絡会に出席している事業所に勤務する「介護支援専門員」に実施しました。回収結果は以下のとおりです。

図表 12 アンケート調査回収結果

	一般高齢者	在宅要介護等認定者	介護支援専門員
発送数	2,500 件	1,000 件	116 件
有効回収数	1,653 件	590 件	94 件
有効回収率	66.1%	59.0%	81.0%

(3) 主要な調査結果

① 一般高齢者

要介護認定を受けていない一般高齢者の調査結果について、国のリスク判定チェック項目に従い分析を行いました。判定基準は以下のとおりです。

図表 13 リスク判定基準

リスク判定	項目	条件
虚弱	N1～N20	10点以上
運動器	N6～N10	3点以上
低栄養	N11～N12	2点以上
口腔機能	N13～N15	2点以上
閉じこもりリスク	N16	1点
認知症リスク	N18～N20	1点以上
うつリスク	N21～N22	1点以上
転倒リスク	N9	1点

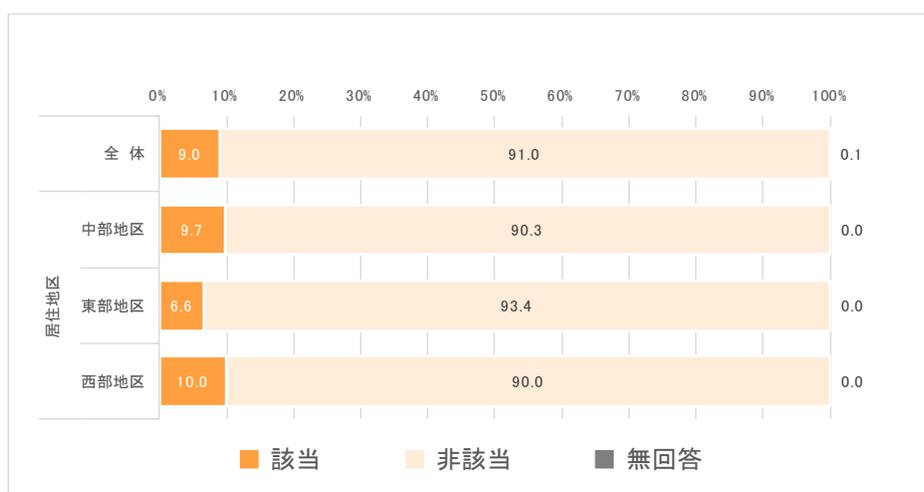
図表 14 リスク判定用設問一覧

N1	バスや電車で1人で外出していますか（自家用車でも可）	0：できるし、していない	1：できるけどしていない	1：できない	
N2	自分で食品・日用品の買物をしていますか	0：できるし、していない	1：できるけどしていない	1：できない	
N3	自分で預貯金の出し入れをしていますか	0：できるし、していない	1：できるけどしていない	1：できない	
N4	友人の家を訪ねていますか	0：はい	1：いいえ		
N5	家族や友人の相談にのっていますか	0：はい	1：いいえ		
N6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0：できるし、していない	0：できるけどしていない	1：できない	
N7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか	0：できるし、していない	0：できるけどしていない	1：できない	
N8	15分位続けて歩いていますか	0：できるし、していない	0：できるけどしていない	1：できない	
N9	過去1年間に転んだ経験がありますか	1：何度もある	1：1度ある	0：ない	
N10	転倒に対する不安は大きいですか	1：とても不安である	1：やや不安である	0：あまり不安でない	0：不安でない
N11	6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1：はい	0：いいえ		
N12	身長 cm 体重 kg：BMIは18.5未満か？	1：18.5未満	0：18.5以上		
N13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1：はい	0：いいえ		
N14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1：はい	0：いいえ		
N15	口の渇きが気になりますか	1：はい	0：いいえ		
N16	週に1回以上は外出していますか	1：ほとんど外出しない	1：週1回	0：週2～4回	0：週5回以上
N17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1：とても減っている	1：減っている	0：あまり減っていない	0：減っていない
N18	物忘れが多いと感じますか（第6期：周りの人から言われるか）	1：はい	0：いいえ		
N19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0：はい	1：いいえ		
N20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1：はい	0：いいえ		
N21	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	1：はい	0：いいえ		
N22	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	1：はい	0：いいえ		

①-1 虚弱該当者の割合

一般高齢者の中で、虚弱に該当した高齢者は9.0%でした。約1割の一般高齢者が要介護状態になるリスクが高いと考えられます。

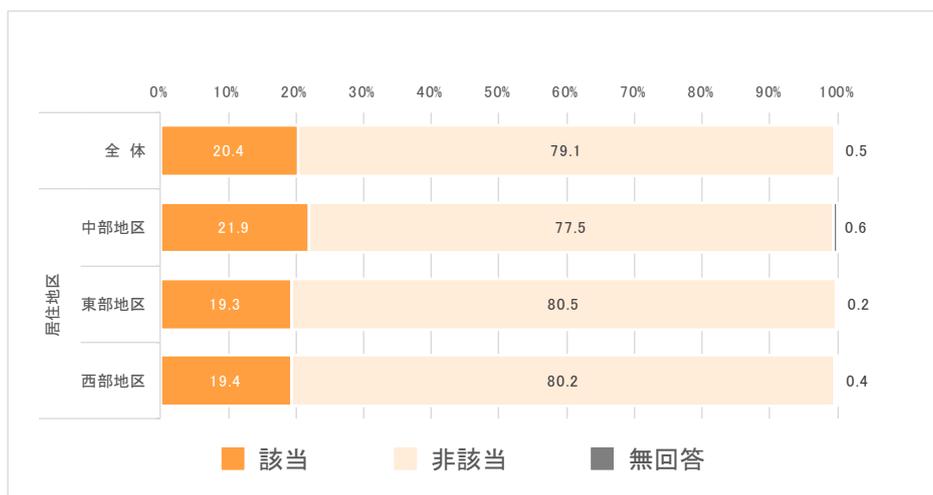
図表 15 虚弱の該当者割合



①-2 運動器の該当者割合

一般高齢者の中で、運動器に該当した高齢者は20.4%でした。5人に1人の高齢者は、運動機能の低下が疑われる状況です。

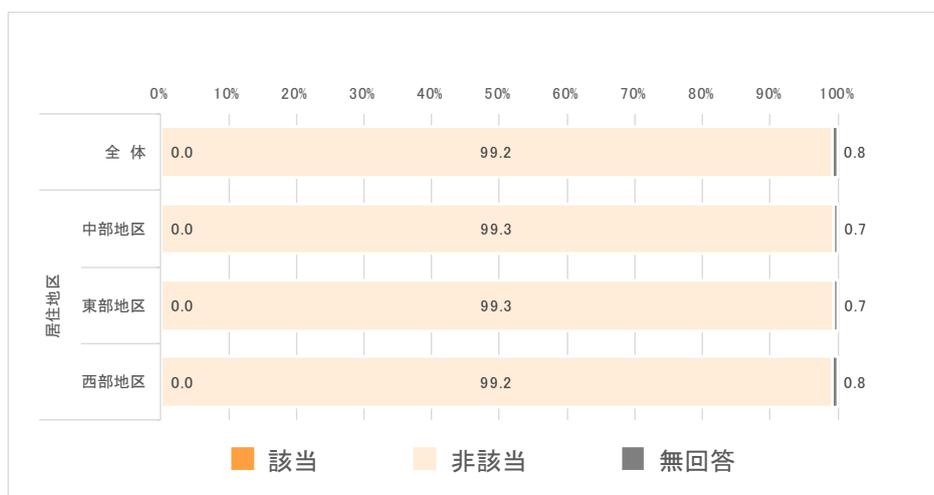
図表 16 運動器の該当者割合



①-3 低栄養の該当者割合

一般高齢者の中で、低栄養に該当する高齢者はいませんでした。栄養状態の不安が大きい高齢者はいない結果でした。

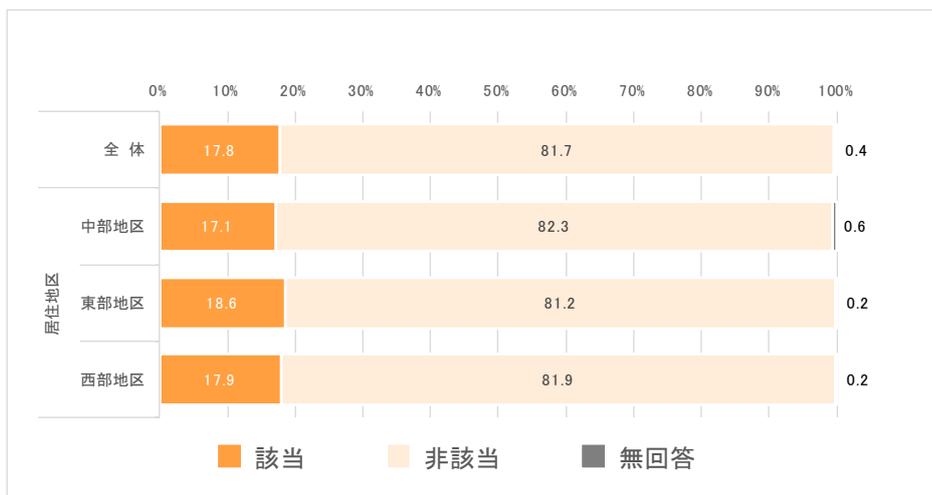
図表 17 低栄養の該当者割合



①-4 口腔機能の該当者割合

一般高齢者の中で、口腔機能に該当した高齢者は17.8%でした。20%弱が、口腔機能に低下がみられることがわかります。

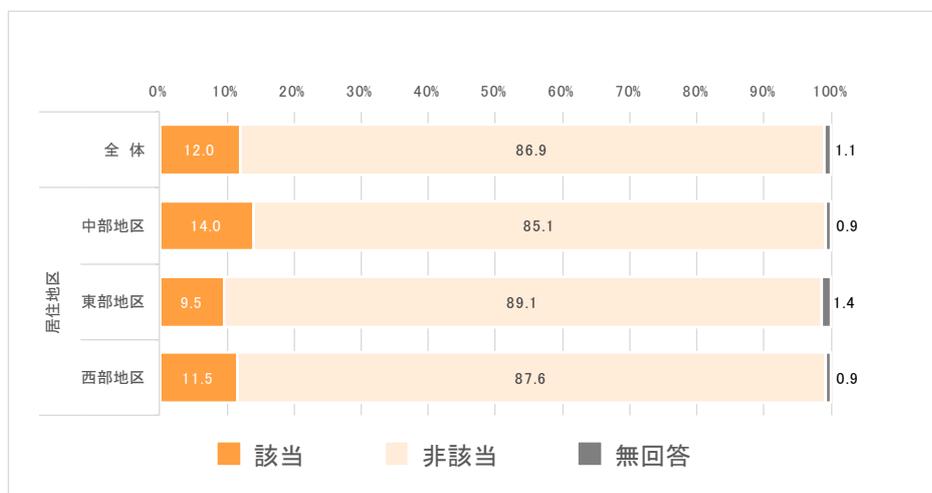
図表 18 口腔機能の該当者割合



①-5 閉じこもりリスクの該当者割合

一般高齢者の中で、閉じこもりに該当した高齢者は12.0%でした。閉じこもりにより各種予防事業などへの参加が難しくなる可能性が高い高齢者が1割以上いることがわかりました。

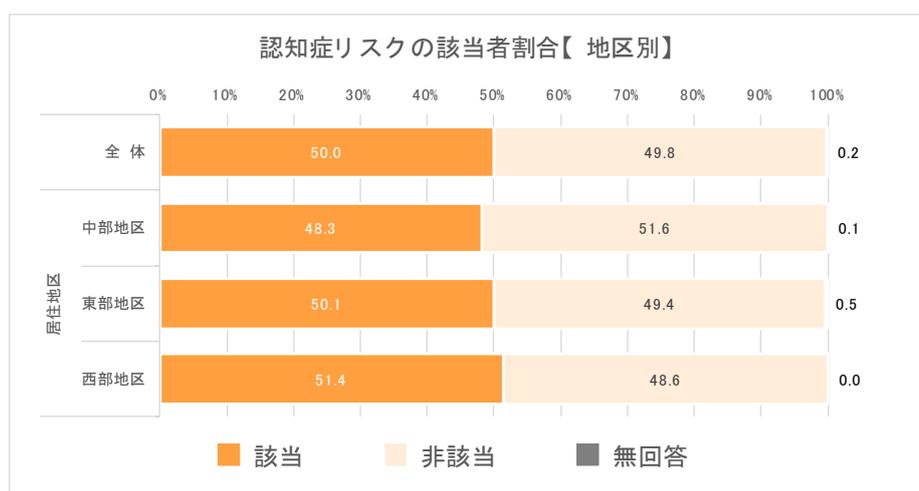
図表 19 閉じこもりリスクの該当者割合



①-6 認知症リスクの該当者割合

一般高齢者の中で、認知症のリスクが高い高齢者は50.0%でした。認知機能に低下がみられる高齢者が半数を超えており、認知症予防の取り組みの重要性が高いことが分かります。

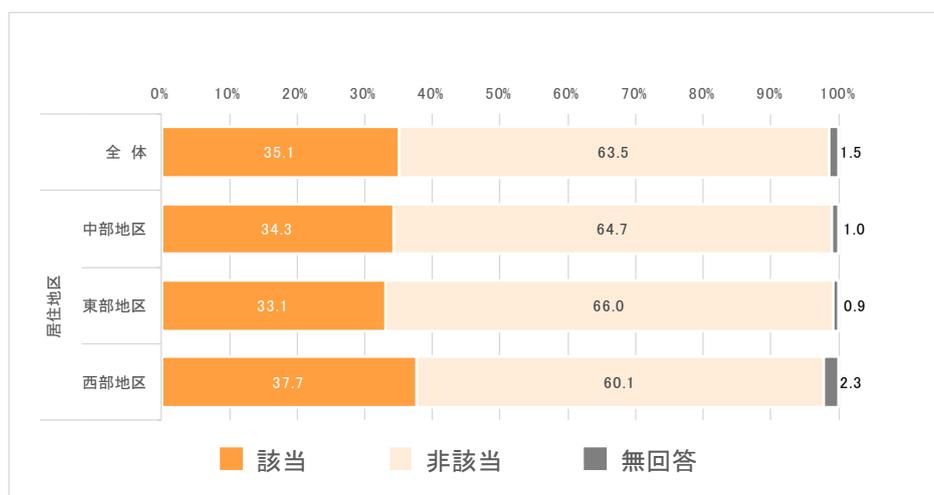
図表 20 認知症リスクの該当者割合



①-7 うつリスクの該当者割合

一般高齢者の中で、うつリスクが高い高齢者の割合は35.1%でした。うつを予防するための仲間づくりや生きがいくりの重要性が伺えます。

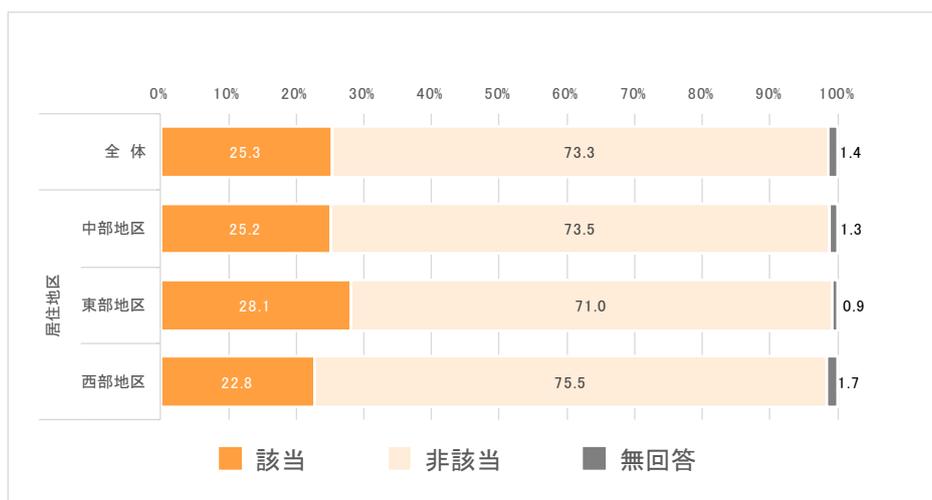
図表 21 うつリスクの該当者割合



①-8 転倒リスクの該当者割合

一般高齢者の中で、転倒リスクが高い高齢者の割合は25.3%でした。転倒による打撲・骨折により要介護状態になるケースは多く、転倒予防のための運動機能向上やバリアフリー環境の整備が必要です。

図表 22 転倒リスクの該当者割合

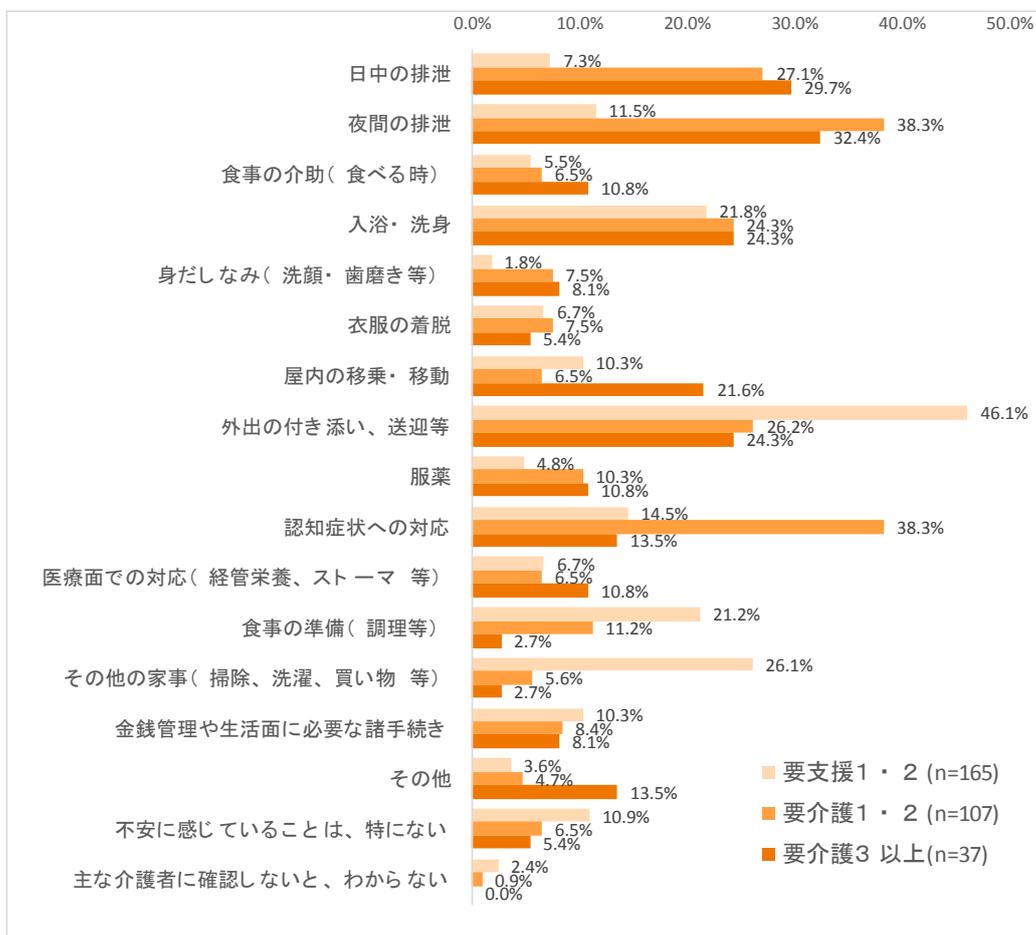


② 在宅要介護等認定者

②-1 要介護度別の介護者の不安

要介護度別に家族介護者が不安に感じることについてみると、要介護1以上の家族介護者では、「日中の排泄」・「夜間の排泄」・「入浴・洗身」・「認知症状」への対応などを不安に感じている人が多いことが分かります。在宅生活を続けていく上では、このような不安が大きい介護に対する支援やサポートの充実が必要であると考えられます。

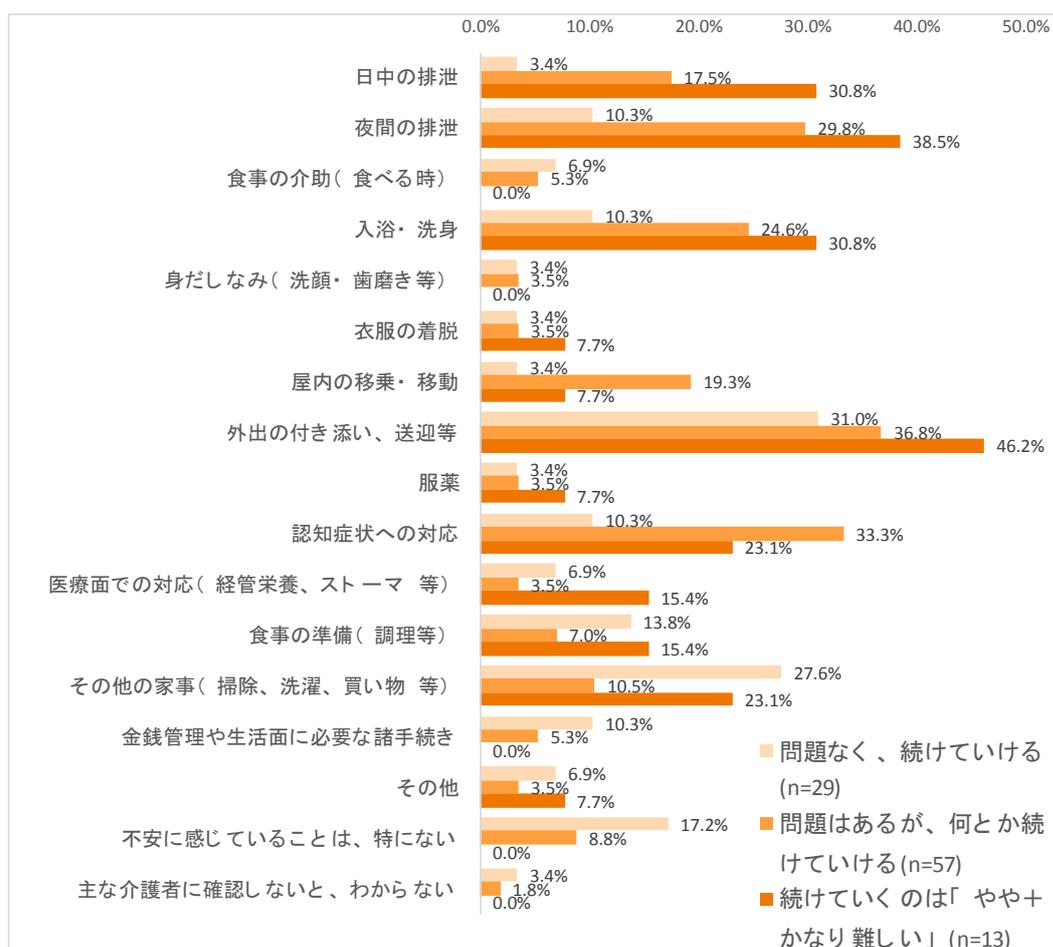
図表 23 要介護度別の介護者の不安



②-2 就労継続見込みと不安を感じる介護

家族介護者の就労継続見込み別に不安を感じる介護をみると、「問題はあるが、何とか続けている」・「続けていくのは“やや”＋“かなり”難しい」介護者の場合では、「日中の排泄」、「夜間の排泄」、「入浴・洗身」、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」などの不安が大きい結果となっています。これらの介護の不安感、負担感が、介護をしながら就労が継続できるかの分岐点になっている可能性が考えられます。

図表 24 就労継続見込みと不安を感じる介護

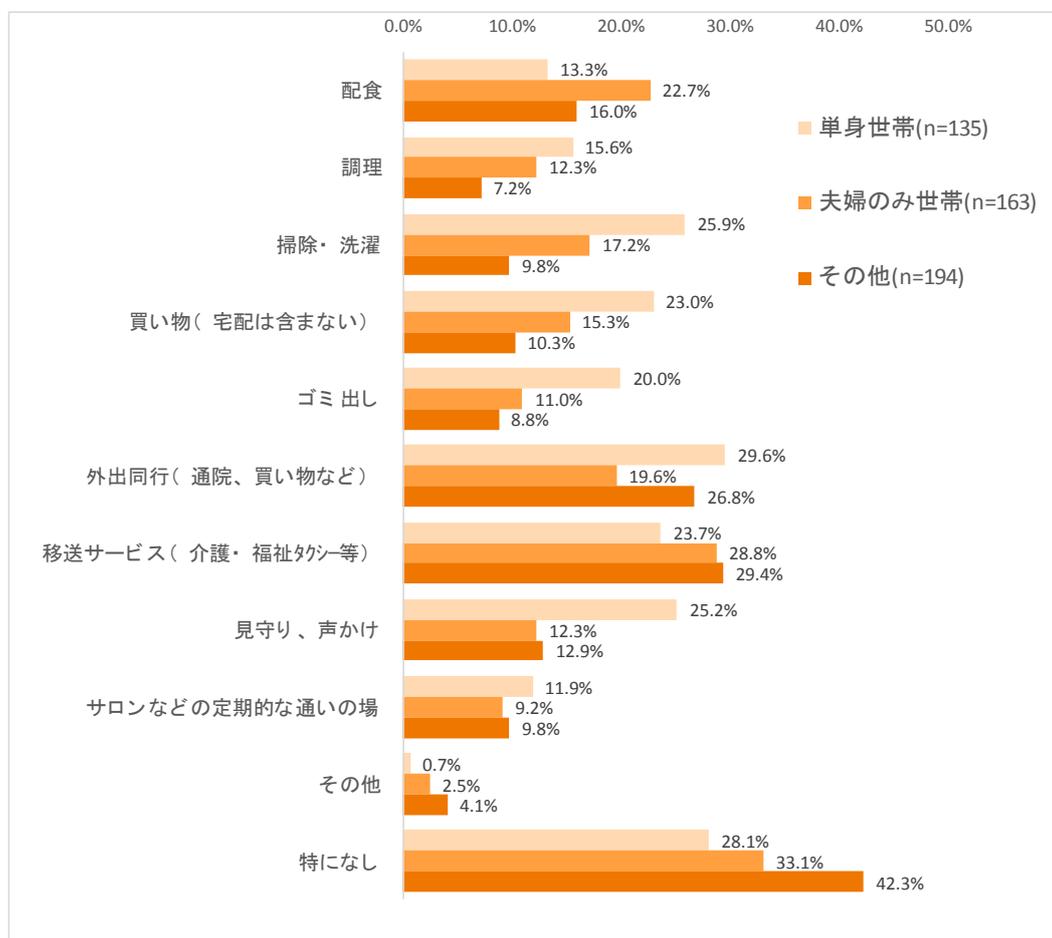


②-3 世帯類型別の在宅生活に必要な支援・サービス

世帯類型別に在宅生活に必要なと感じる支援・サービスをみると、「外出同行（通院、買い物など）」や「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」は世帯類型関わらず、比較的すべての家庭で高いニーズとなっています。一方、単身世帯では「掃除・洗濯」「買い物（宅配は含まない）」、「ゴミ出し」など、身の回りの支援ニーズが高くなっています。また、「見守り、声かけ」のニーズが高いことも特徴です。

これら生活支援サービスや支援の充実により、在宅生活を継続することを促すことができる可能性があると考えられます。

図表 25 在宅生活に必要な支援・サービス

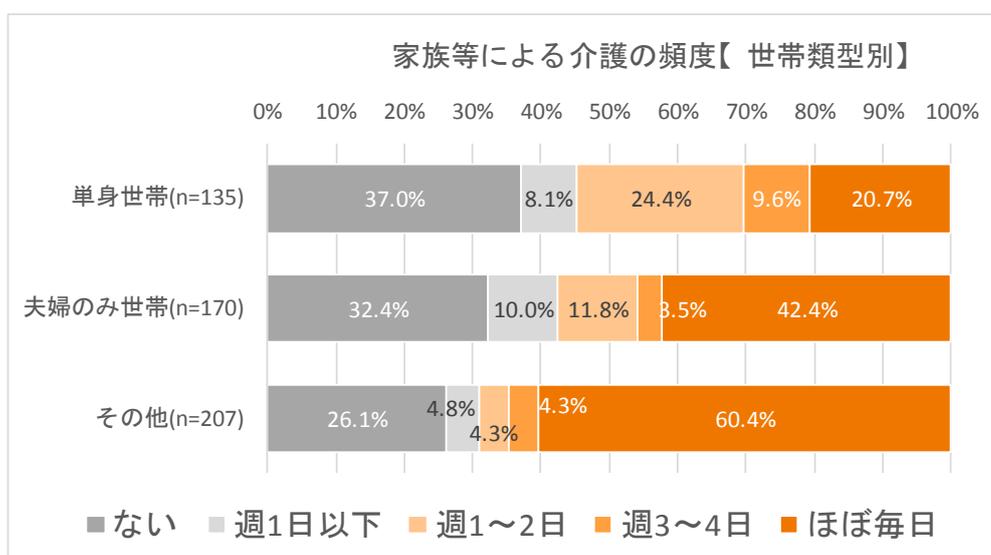


②-4 世帯類型別の家族介護の頻度と施設等検討状況

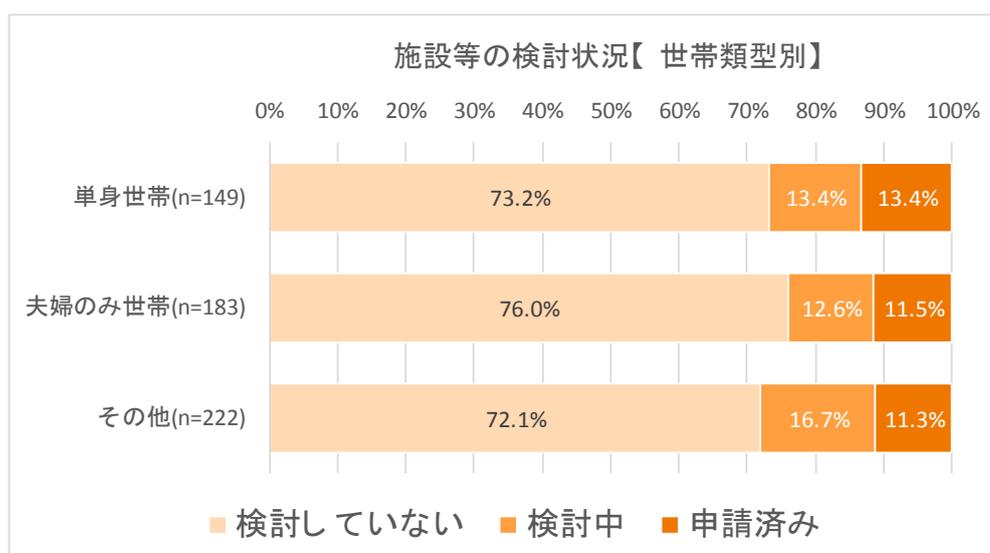
世帯類型別に家族等による介護の頻度をみると、単身世帯では「ない」割合が37.0%と最も高く、家族から介護を受けていない割合が高い状況です。一方、施設等の検討状況は世帯類型別に大きな差はみられません。

現状では世帯類型が施設入居に大きく影響していないものと考えられますが、今後、高齢化や重度化が進むことにより施設ニーズが高まることも懸念されます。在宅生活を支える介護サービスや生活支援の充実が必要であると考えられます。

図表 26 家族等による介護の頻度



図表 27 施設等の検討状況

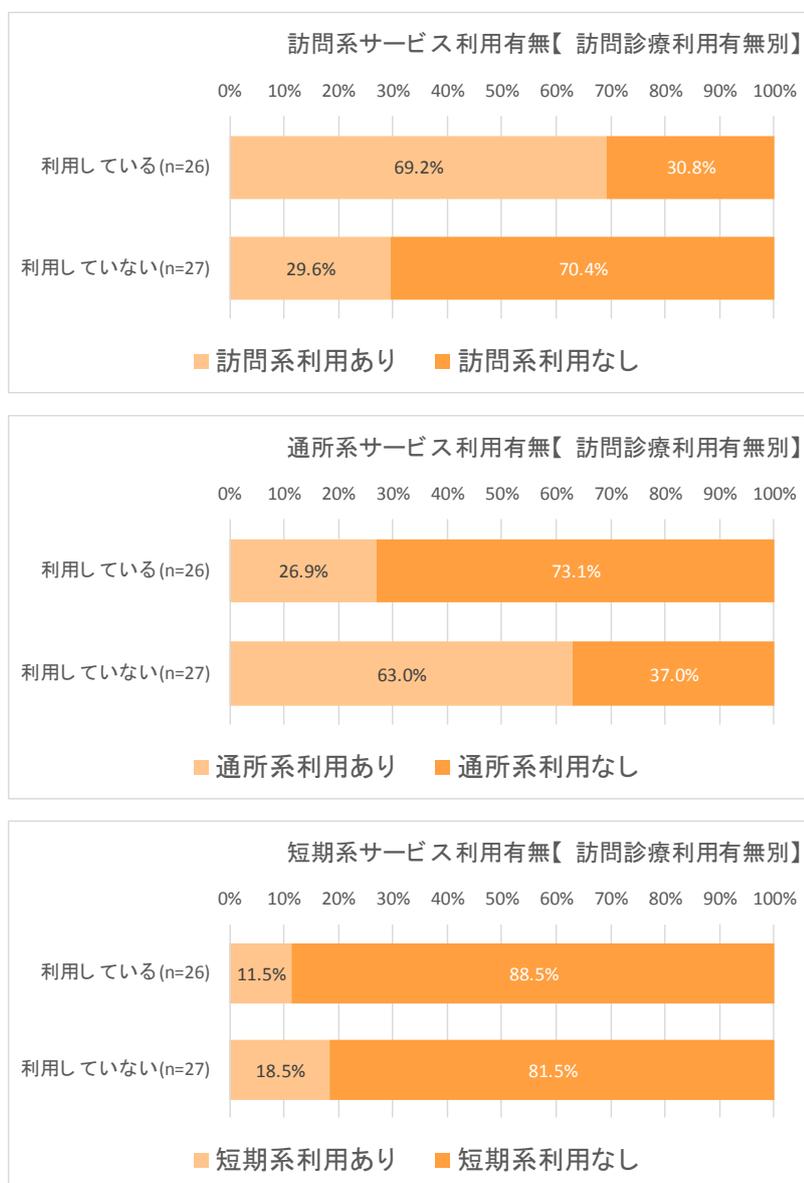


②-5 訪問診療利用有無別のサービス利用

訪問診療利用有無別に、訪問系サービス、通所系サービスの利用実績をみると、訪問診療利用者では、訪問系サービスの利用経験がある割合が高くなっています。一方、通所系サービスは訪問診療を利用していない利用者が多数を占めています。短期系サービスは、訪問診療有無で大きく利用傾向に差はありません。

現状では医療ニーズの高い要介護者がショートステイに集中するような状態には至っていません。しかし、高齢化が進み在宅医療ニーズが増す中、そのような方々を在宅で支え続けるための環境整備は今後の課題だといえます。

図表 28 訪問診療利用有無別のサービス利用

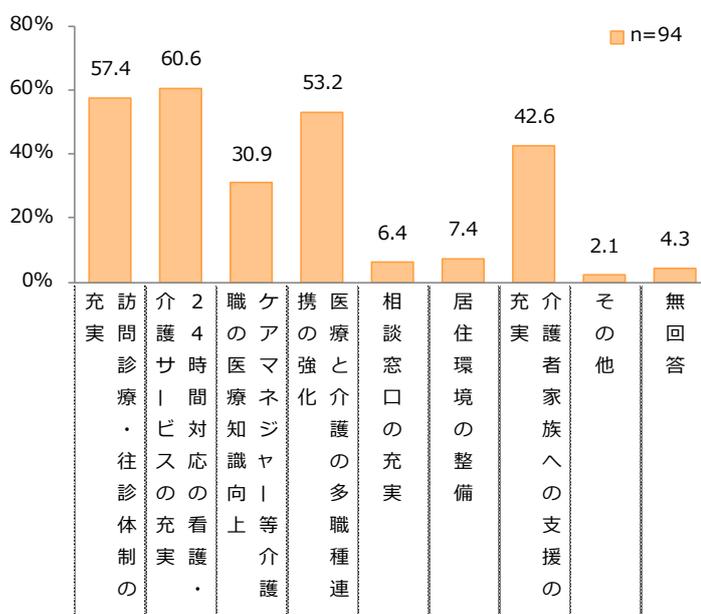


③ 介護支援専門員

③-1 医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支援するために必要なこと

医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支援するために必要なこととして、「24時間対応の看護・介護サービスの充実」が60.6%で最も高く、次いで「訪問診療・往診体制の充実」、「医療と介護の多職種連携の強化」となっています。在宅で暮らし続けるために、24時間体制で要介護者を見守る環境が重要であることがわかります。

図表 29 医療ニーズの高い高齢者の在宅療養支援に必要なこと



③-2 供給が不足しているサービス

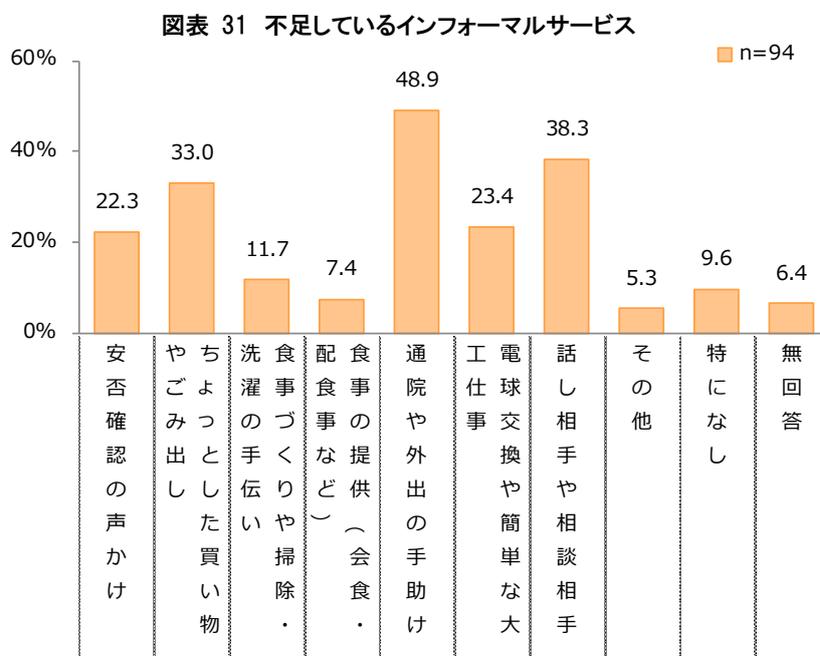
本市の高齢福祉環境において供給が不足しているサービスとして、訪問介護と回答した件数が最も多くなっています。在宅で生活し、要介護状態が悪化しても住み慣れた自宅に住み続けるためには、訪問介護や定期巡回等、訪問系サービスの充実が必要であることがわかります。

図表 30 供給が不足しているサービス

	供給が不足している	件数	ケアプランに組み入れにくい	件数
1位	訪問介護	31	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	12
2位	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8
3位	認知症対応型通所介護	9	特になし	8
	夜間対応型訪問介護	9		

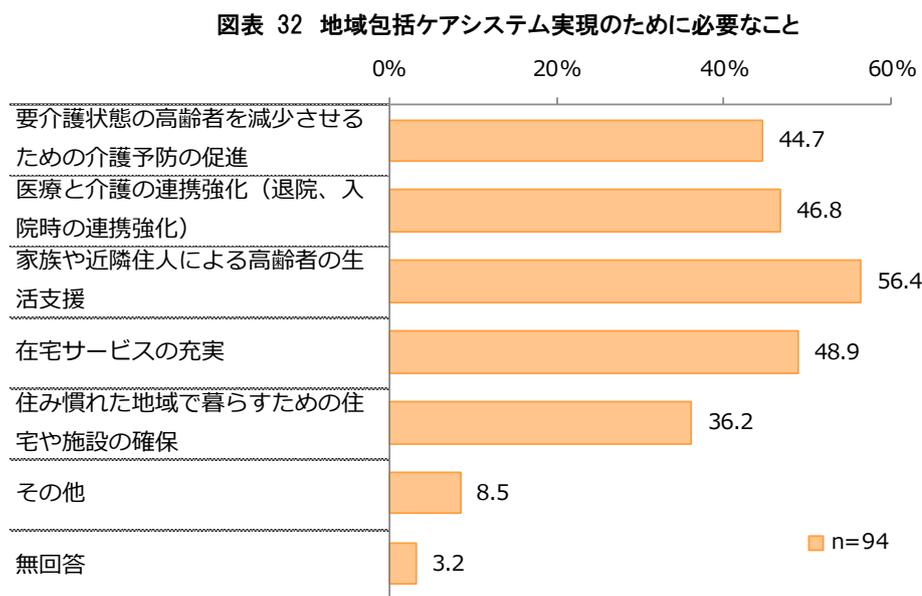
③-3 不足しているインフォーマルサービス

不足しているインフォーマルサービスでは、「通院や外出の手助け」が48.9%を占めています。外出への支援の必要性が特に高いことがわかります。



③-4 地域包括ケアシステム実現のために必要なこと

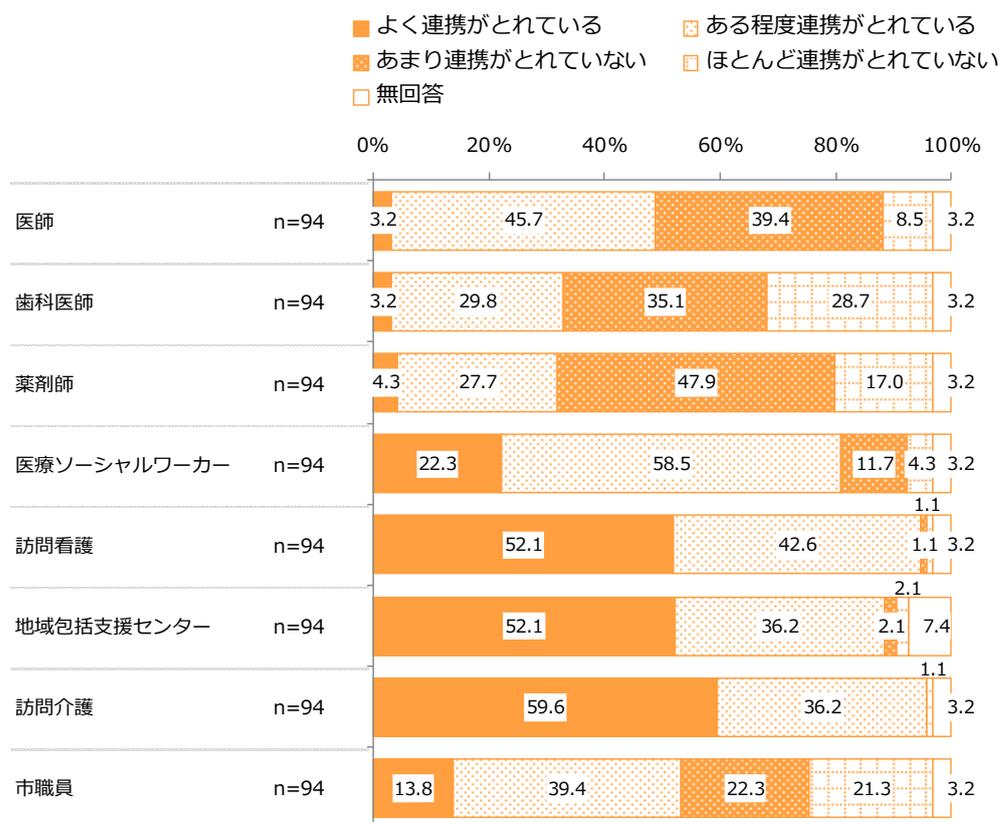
地域包括ケアシステム実現のために必要なこととして、「家族や近隣住人による高齢者の生活支援」が56.4%を占めています。身近な生活の困りごとを支援する仕組みの重要性が高いことが伺えます。



④-5 多職種連携の状況

様々な職種や関係機関との連携状況を聞くと、地域包括支援センターをはじめ、訪問看護、訪問介護等では連携がよくとれている実態がうかがえます。一方、医師、歯科医師、薬剤師では連携をとれている割合がまだ少なく、多職種連携の状況は十分とは言えない状況です。

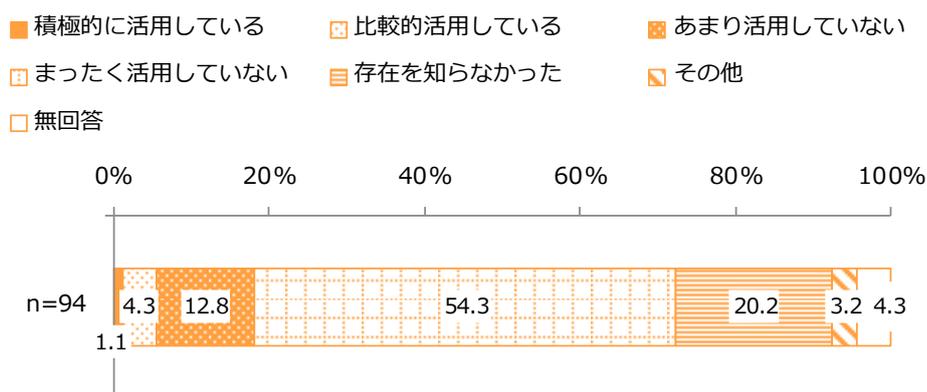
図表 33 多職種連携の状況



④-6 在宅医療・介護連携システムの活用度

在宅医療・介護連携システム（電子@連絡帳「健やかにっしん・ヘルピーネット」）の活用状況について聞くと、「まったく活用していない」と回答した割合が5割を超え、「存在を知らなかった」と回答した割合も約2割となっています。今後は、システムの普及・活用に焦点を当てる必要があると考えられます。

図表 34 在宅医療・介護連携システムの活用度

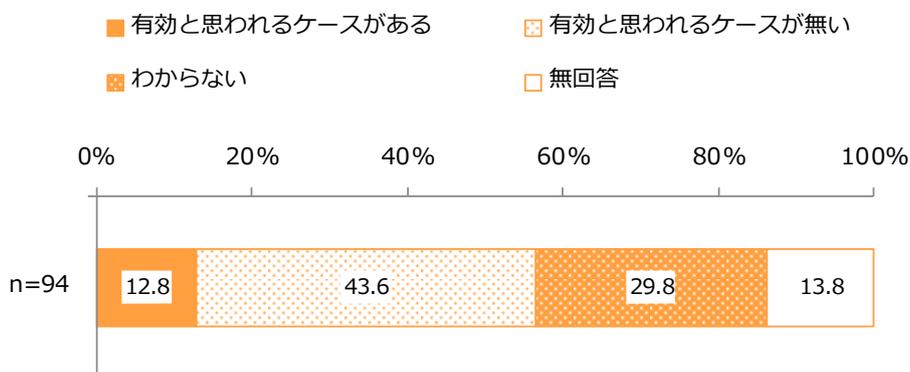


④-7 「共生型サービス」が有効なケースの有無

高齢者と障害者が同一の事業所でサービスを受けやすくするための「共生型サービス」について、現在担当するケースの中で有効である場合があるか聞くと、「有効と思われるケースがある」と回答した割合は12.8%でした。

介護保険サービスや障害福祉サービスの垣根を越え、誰もが支え合い、生活し続けられる地域共生社会の実現に向けて検討することが求められます。

図表 35 「共生型サービス」が有効なケースの有無



5 第6期の進捗評価

第6期（平成27年度～平成29年度）における各施策の取り組み内容等（見込み）を検証し、第7期の施策展開に向けた課題を整理しました。

基本目標1 生きがいをもっていきいきと暮らせるまち

（1）生活習慣病の予防

取り組み内容

○ 生活習慣病の予防、啓発（高齢期以前からの啓発）

- 要介護状態となるリスクが高くなる生活習慣病の周知・啓発・予防推進を図るため、ヘルピー健康だよりの作成や健康講演会などを実施しました。
- 高齢期以前からの啓発が重要であるため、子どもから高齢者までを対象とした出前講習会などのにしん体操推進事業を実施しました。
- 食生活改善推進員の活動支援や野菜をとろうキャンペーンなどの実施を通し、食生活改善のための取り組みを実施しました。

○ 健診（検診）、保健指導の充実

- 保健指導対象者等への情報提供、保健指導未利用者への利用勧奨訪問など、保健指導の効果向上を図りました。
- 30代さわやか健診やがん検診プロジェクトの実施など、健診（検診）体制の強化と生活習慣病に関する情報提供等により、健康に関する意識付けを図りました。
- 全国健康保険協会愛知支部及び第一生命保険株式会社中京総合支社と健康づくりに関する協定を締結し、健診の案内に関する環境の向上を図りました。

○ 市民とともに取り組む予防活動

- にしん体操スポットの立ち上げと継続を支援し、市民と協働で取り組む環境整備を進めました。
- 食生活改善推進員の養成講座や運動普及推進員の活動支援など、市民が主体的に活動するための支援を実施しました。

課題

- 生活習慣病の予防は、行政による取り組みだけでなく、市民一人ひとりの意識向上が重要です。効果的な啓発方法を模索しつつ、取り組みを続けていくことが必要です。
- 生活習慣病である糖尿病の予備軍及び治療中の方のうち、治療を中断するなど生活改善できない方に対して、医療機関への受診勧奨などの取り組みが必要です。
- 健診の受診率向上とともに、保健指導の利用を促進することが必要です。健

診・保健指導の重要性を市民に伝え、早期に生活習慣の改善をつなげなければなりません。

- 健康づくり・予防活動においても市民協働の視点が求められています。食生活改善推進員や運動普及推進員など、多様な組織との連携により、効果的な活動を進める必要があります。

(2) 健康づくりの推進

取り組み内容

○ 健康づくり、介護予防の普及

- 平成28年9月までは、二次予防事業として足腰お達者クラブや健口・健食元気クラブなど、さまざまな介護予防事業を実施しました。
- 平成28年10月以降は、介護予防・日常生活支援総合事業に基づく介護予防・生活支援サービス事業の短期集中予防サービス（通所型サービスC）として、足腰お達者クラブや健口・健食元気クラブを要支援認定者を含めた教室内容に改編し実施しています。
- 高齢者全般を対象にゆうゆう体操教室の改編やおたっしやハウス、コミュニティサロンなど、ボランティア等を活用した多様な主体による介護予防活動を行いました。
- にっしん健康マイレージ事業を実施し、市民の健康づくりに対する意欲向上を図りました。
- ヘルピーウォーキングマップを作成・配布し、市民の運動習慣のきっかけづくりを図りました。

○ 専門職を活用した健康づくり

- ふれあいいきいきサロン等へ理学療法士等の専門職を派遣し、健康づくりや介護予防に関する講座を開催しました。
- ゆうゆう体操教室の従事者に対し、教室改編に向けた監修及び研修会等を実施しました。

課題

- 高齢者が増加する中、要介護状態にならないようにするための健康づくり・介護予防の重要性が増加しています。これらの体制強化・環境整備が、団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年までの重要課題です。
- 効果的な健康づくり活動のためには、活動機会の充実と、効果の向上が必要です。環境整備や専門知識を活かした研修等の実施により、健康づくり・介護予防の効果を高めることが求められます。
- 効果的な事業展開を行うためには、医療情報を所有している国民健康保険や後期高齢者医療担当部署と連携し、事業の対象者や内容を検討することが必要です。

(3) 多様な生きがいがづくりの推進

取り組み内容

○ 高齢者の活動機会の提供

- 「ぷらっとホーム」や「ほっとカフェ」など、高齢者等が自ら活動できる環境の整備を進めました。
- 生涯学習講座の募集チラシを「ほっとカフェ」などの「つどいの場」に配布し、情報提供・参加者の募集を行いました。

○ 高齢者の居場所づくりの推進

- 地域の市民が気軽に通えて、高齢者の健康づくりや交流場所となる「つどいの場」を支援するため、新規立ち上げや運営のための補助金を交付しました。

課題

- 高齢者の増加により、老後の生きがいがづくりに対するニーズが高まっています。生涯学習講座の周知など、多様な機会を提供し、情報発信することが求められています。
- 地域団体による介護予防・日常生活支援総合事業や地域共生社会の考え方など、互助による福祉環境の充実が求められています。このような中、高齢者自身も福祉の担い手として活躍できる環境整備が必要です。居場所づくりだけでなく、高齢者自身が健康づくりや交流の主体として活動できる環境づくりを強化しなければなりません。

(4) 社会参加の支援

取り組み内容

○ 担い手としての社会参加推進

- 元気な高齢者が地域の社会的な活動に積極的に参加できるよう、活動のコーディネートなどニーズのマッチングを図りました。

○ 就労、社会参加の場

- 高齢者の生きがいと健康のため、就業機会の提供を行いました。
- 「おたっしゅボランティア」の拡充に向け、検討を実施しました。
- 「つどいの場」の拡充に向けた支援の継続を図りました。

基本目標2 認知症の方を支える体制整備

(1) 相談・支援体制の充実

取り組み内容

○ 総合相談窓口の充実

- 地域包括支援センター主催による個別地域ケア会議を開催し、本人や家族の状態や環境に沿った支援策や地域課題を検討しました。
- モデル地区（2地区）で、相談活動を実施しました。

○ 認知症ケアパスの作成と活用

- 認知症ケアパスを作成するとともに、状態に応じた具体的な支援・相談機関等を随時整理・更新しました。

○ 認知症の理解と知識の普及

- 認知症サポーター養成講座や認知症に関する介護予防講演会、地域出前講座等を通し、認知症の正しい知識の普及と理解促進を図りました。

○ 認知症の方とその家族の支援等

- 認知症家族交流会や介護者のつどいなど、認知症高齢者の家族介護者がつどい、悩み相談や仲間づくりを行う場を提供しました。
- 認知症やさしい手ネットにっしんへの登録や協力支援者数の増加を進め、認知症高齢者とその家族を支援する環境充実を図りました。

課題

- 認知症高齢者は、高齢者の増加に比例して増え続けることが見込まれます。徘徊対策や認知症の正しい知識や対応法の普及を進め、地域ぐるみで認知症高齢者を支える環境整備が必要です。
- 認知症高齢者を支える家族介護者の負担が非常に重くなっています。特に、老々介護など、介護者自身の高齢化も課題です。家族介護者を支える施策が必要とされています。

(2) 地域ケア会議の機能強化

取り組み内容

○地域づくり、資源開発機能の充実

- 平成 28 年度は、地域包括ケア検討会議を 3 回、個別地域ケア会議を 12 回開催しました。また、にっしん地域支え合い円卓会議により生活支援体制の整備に向けた検討などを実施しています。
- 個別地域ケア会議の充実を図るため、居宅介護支援専門員発意による開催手法の検討等を行っています。

課題

- 地域ケア会議は、高齢者への支援と社会資源の発掘・開発を進める、地域包括ケアシステムを構築するための欠かせない検討の場です。
- 行政と事業所、社会福祉法人や NPO、地域団体など、多様な主体と連携し、高齢者を支える環境について検討し、充実させることが求められています。

(3) 在宅介護サービスの充実

取り組み内容

○ 認知症対応型通所介護事業の充実

- 平成 28 年度に募集した結果、1 事業所の応募があり、選定委員会において選定されました。

○ 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの提供

- 平成 28 年 8 月 1 日、指定サービスを開始しました。

○ 介護職員による医療行為の実施のための環境整備

- 愛知県たんの吸引等にかかる指導者養成伝達講習について周知しました。

○ 地域資源を活用した多様なサービス創設

- 生活支援体制整備事業として、生活支援コーディネーターを配置するとともに、協議体を設置しました。
- にっしん地域支え合い円卓会議やにっしん幸せまちづくりプラン行政区地域座談会（以下、行政区座談会）などを通し、新たなサービス創設に関する検討を行いました。

課題

- 認知症対応型通所介護や 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスなど、認知症高齢者を支えるサービス基盤が充実してきています。今後の認知症高齢者の増加も考慮し、基盤整備を検討していくことが必要です。
- 公的なサービスだけでなく、日常の生活支援を行う環境整備を進める必要があります。今後配置される認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターや協議体を中心としつつ、多様な機関・団体と連携し、地域環境の充実を図る必要があります。

(4) 医療と介護の連携

取り組み内容

○ 医療機関との連携強化

- 地域包括ケア検討会議を開催しました。
- 医療と介護の多職種研修会を開催しました。

○ 医療、介護一貫した支援体制の構築

- 日進市在宅医療・介護連携に関する検討部会を開催しました。
- 在宅医療・介護連携システムを平成 28 年 4 月から導入し、平成 29 年 8 月時点で 100 団体が登録しました。

課題

- 医療と介護の連携は、地域包括ケアシステムの構築のために欠かせない要素です。その上で、在宅医療・介護連携システム（電子@連絡帳「健やかにつしん・ヘルパーネット」）による情報共有環境を構築できたことは大きな成果です。
- 今後は、在宅医療・介護連携システム（電子@連絡帳「健やかにつしん・ヘルパーネット」）の利活用を推進し、高齢者が医療・介護連携の恩恵を実感できる状態に到達することが求められます。

(5) 権利擁護の推進

取り組み内容

○ 認知症高齢者の権利擁護

市民後見人養成研修の開催、市民後見人バンクの運用を開始し、平成 28 年度では、後見人の市長申し立ては 5 人となっています。

課題

- 認知症高齢者の権利を守るため、権利擁護の取り組みの重要性が増しています。市民後見人バンクの活用や周知を図り、権利擁護体制を強化する必要があります。

基本目標3 地域で支え合い、いつまでも暮らせるまち

(1) 在宅生活の支援

取り組み内容

○ 多様な社会資源の活用

- にっしん地域支え合い円卓会議を開催し、多様な主体により社会資源の活用方策について検討しました。

○ 多様な担い手の養成、確保

- 認知症サポーター養成講座を開催し、認知症を支える担い手の養成・確保を図りました。

○ 生活支援サービスの実施

- 生活支援体制整備事業として、生活支援コーディネーターを配置するとともに、協議体を設置しました。
- 緊急通報システムや訪問理美容、エコサポートなど、生活支援サービスを実施しました。
- 介護予防・日常生活支援総合事業・生活支援体制整備事業に係る多様なサービスの充実を検討しました。

課題

- 在宅生活を続ける上で、普段の生活を支える生活支援環境の充実が必要不可欠となっています。
- 多様な社会資源、担い手、サービスの充実に向けた検討や活動を継続することが必要です。

(2) 地域支え合い活動の充実

取り組み内容

○ 地域の人材確保

- 場リスタ養成講座の開催や、生活支援コーディネーターの配置など、地域における支え合い活動の担い手確保を図りました。

○ 多様な担い手の養成、確保

- 行政区座談会の開催などを通して、地域支え合い活動の担い手の必要性などを啓発しました。

○ つどいの場を核とした支え合い活動

- 行政区座談会や生活支援コーディネーターの配置など、支え合い活動の基盤整備を進めました。
- 「つどいの場」の拡充に向けた支援の継続を図りました。

課題

- 地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現が求められており、地域福祉の視点が高齢者の支援には欠かせません。
- 「つどいの場」の拡充など環境面の整備と、担い手確保・育成などソフト面の強化を進め、地域における支え合いを強化することが必要です。

(3) 在宅生活を支える地域の基盤づくり

取り組み内容

- 地域資源の確保

- 生活支援コーディネーターの育成
 - 生活支援コーディネーターの配置と協議体設置などを通し、地域の担い手の育成を進めました。
 - 住民主体サービスの構築及び地域内連携の支援に向けた充実検討を行いました。

- 地域の連携づくり
 - 地域の市民が気軽に通えて、高齢者の健康づくりや交流場所となる「つどいの場」を支援するため、新規立ち上げや運営のための補助金を交付しました。

課題

- 在宅生活を継続するための生活支援の中核として、生活支援コーディネーター等のコーディネート役や、つどいの場等での交流による顔の見える地域づくりが必要とされています。
- 地域の担い手の育成、地域連携の推進を今後も継続することが必要です。

(4) 社会参加を意識した自主活動の推進

取り組み内容

- 老人クラブ等の活動支援
 - 老人クラブの活動支援として、補助金を交付しました。

- 担い手としての高齢者の社会参加
 - おたっしやボランティア制度により、高齢者のボランティア活動への参加促進を進めました。
 - 高齢者の社会参加活動の促進に向けた支援の充実を検討しました。

課題

- 高齢者人口が増加し、生産年齢人口が減少する中、高齢者自身の自主的な社会参加活動を促進することが急務です。
- 既存の老人クラブ活動の活性化や、高齢者ボランティアの確保を通し、互助による地域づくりを進める必要があります。

基本目標4 介護保険制度の円滑な運営

(1) 制度を円滑に運営するための仕組み

取り組み内容

○ 新しい総合事業を含めた地域支援事業への移行

- 平成28年10月より、新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に移行し、介護予防・生活支援サービス事業として基準緩和型サービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）、短期集中予防サービス（通所型サービスC）、介護予防ケアマネジメント等を開始しました。
- 基準緩和型サービス（訪問型サービスA）の新たな担い手確保のため、生活支援サポーター養成講座を開催し、担い手育成、確保を図りました。
- 介護予防・日常生活支援総合事業への移行について、広報にっしんやHPへの掲載等により周知を図りました。
- 生活支援コーディネーターの配置や協議体設置を進めました。

○ 介護保険サービスの適正な利用と質の向上

- 介護給付適正化システムを活用したヒアリングシートの作成・送付を通して、介護給付費用の適正化を進めました。
- 指定地域密着型サービスの実地指導を通し、サービス内容の適正化を図りました。
- 利用者の権利を保護し、サービスの質向上を進めるため、介護相談員の派遣事業を実施しました。

課題

- 介護予防・日常生活支援総合事業は、今後増え続ける高齢者に伴う要介護等認定者の増加を抑制するための重要な事業として位置づけられます。
- 介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な実施と多様な主体の参画を進める必要があります。
- 介護保険サービスの質を、保険者として適切に監督し、より良いサービスを提供できる環境づくりを進める必要があります。

(2) 介護サービス量の見込み

取り組み内容

- 介護保険法に基づく各種在宅、施設、地域密着型サービスを提供しています。

課題

- 引き続き、介護保険サービスの利用状況を確認し、適切なサービス運営や予算管理を行う必要があります。

(3) 地域支援事業

取り組み内容

- 従来の介護予防事業と一部の介護予防給付について、新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に移行しました。（平成 28 年 10 月から）

課題

- 高齢者の予防と健康づくりを支援する取り組みとして、介護予防・日常生活支援総合事業の実施と内容拡充を図ることが必要です。
- 地域包括支援センターが高齢者福祉の中核として機能するよう、機能強化について検討していくことが求められています。

6 日進市における課題総括

(1) 主要課題

これまで述べた日進市の現状や過去の取り組みから、第7期にっしん高齢者ゆめプランにおける主要課題として、以下の4つを設定しました。これらの課題解決を中心としつつ、様々な高齢者を取りまく課題に対してアプローチしていきます。

課題1

増加が予測される要介護等認定者

- 後期高齢者を中心とした高齢者の増加に伴い、要介護等認定者は右肩上がりで増加することが予測されます。
- このような背景の中、健康づくり活動や、介護予防・日常生活支援総合事業に基づく介護予防などの取り組みにより要介護認定率を抑えることが、市の財政と介護保険制度の長期的な運用、そして高齢者一人ひとりのQOL向上のためには必要不可欠であるといえます。
- 高齢者を福祉の対象として考えるのではなく、福祉を提供する主体として捕らえ、活躍できる環境を提供することが求められています。
- 生きがいややりがいを持つことで、高齢者自身の健康にも好影響を与えることから、地域における活動機会の創出は高齢化する本市において必要不可欠な要素です。

課題2

在宅生活を支える医療と介護環境の必要性

- 医療と介護の連携は、在宅での生活を継続する上で欠かせない要素です。
- これまでも、在宅医療・介護連携システムの導入など、医療と介護の連携に向けた体制整備に努めてきました。今後は高齢者がその恩恵を感じ取れるよう、効果を高める取り組みを重視することが求められます。

課題3

地域における支え合いの必要性

- 地域共生社会の観点から、高齢者だけでなく障害者や子ども、生活困窮者など、福祉を必要とする市民を地域ぐるみで支え合う「我が事・丸ごと」の概念が重要視されています。
- 住民や事業者、各種団体等、さまざまな主体が連携し、地域における見守りや支え合いの体制を整備することが必要です。

課題4

認知症高齢者と家族介護者の支援ニーズの増加

- 今後も高齢化する状況において、介護を必要とする要介護等認定者や認知症高齢者を支える環境整備には引き続き力を入れ続けることが必要です。
- また、高齢化により要介護等認定者や認知症高齢者を支える家族介護者の負担も増加しているため、介護者を支える取り組みを重視しなければなりません。

⋮ 上記に掲げた4つの課題を踏まえ、本計画に基づく施策を推進します。

1 基本理念

共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち

日進市では、第5期にっしん高齢者ゆめプラン以降、「共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち」を目指して様々な取り組みを進めてきました。特に、団塊の世代の方が後期高齢者を迎える平成37年に備え、身近な地域で高齢者が住み続けられる環境づくりを目指す「地域包括ケアシステム」の構築は、着実に前進しています。

昨今の社会情勢は、高齢者やそれを支える人々にとって、以前にも増して厳しい環境になっています。東京一極集中による生産年齢世代の空洞化、少子高齢化・人口減少による空き家増加やコミュニティの希薄化、在宅介護のための家族介護者の離職問題等、高齢者とその家族を取り巻く地域問題は多種多様です。これらの地域課題を踏まえた高齢者福祉・介護保険事業の拡充が必要になっています。

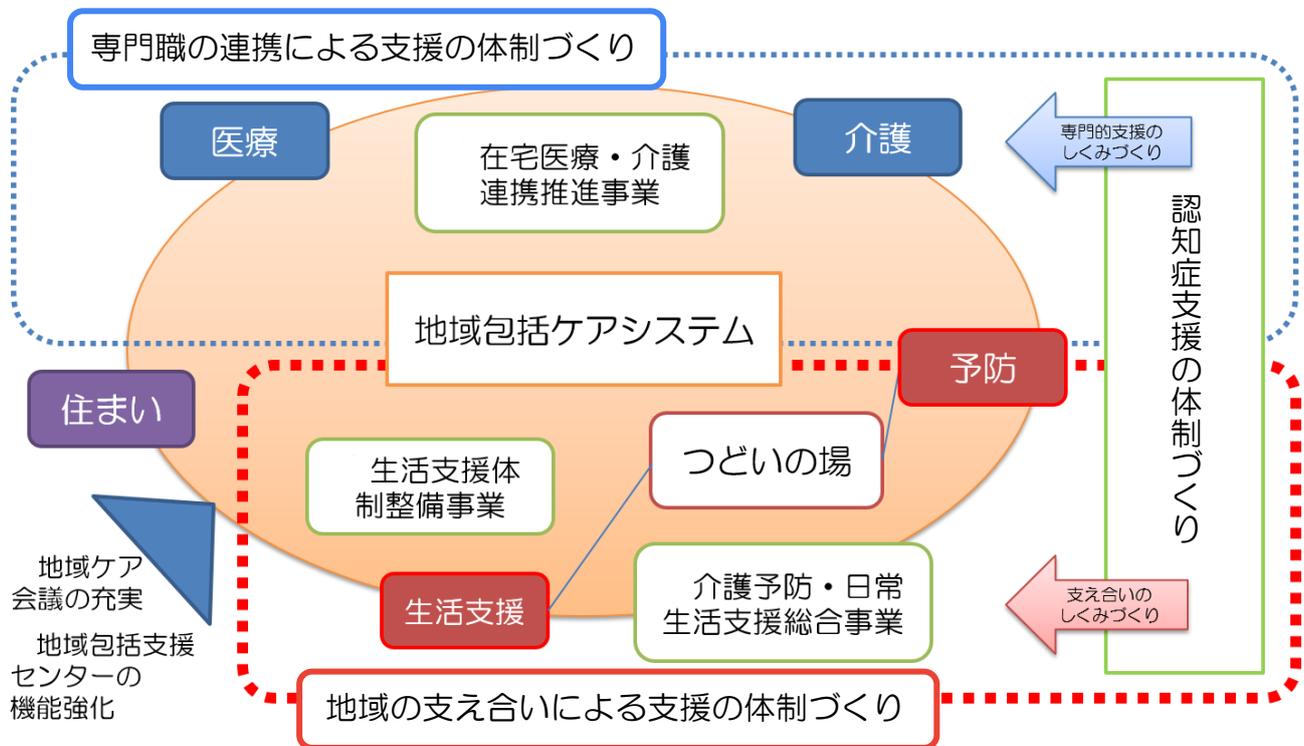
このような複雑化する社会背景の中においても、地域の中で高齢者を支えるという「地域包括ケアシステム」根幹の理念は変わりません。また、昨今は高齢者や障害者、子育て家庭など、福祉を要する人々すべてを地域が主体となり、見守り、支え合う「地域共生社会」の実現が着目されています。これまで掲げてきた基本理念である「共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち」は、高齢者だけでなく、その家族や周囲の人々すべてに適用される「地域共生社会」の概念そのものであると言えます。

したがって、第7期にっしん高齢者ゆめプランにおいても、「共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち」を基本理念とし、これを実現するためのさまざまな施策を展開します。

2 基本方針

地域包括ケアシステムの実現

- 専門職の連携による支援の体制づくり
- 地域の支え合いによる支援の体制づくり
- 認知症支援の体制づくり



3 主要課題と基本目標

本計画の主要課題に対応する基本目標を以下のとおり定めます。

課題1

増加が予測される要介護等認定者

基本目標1

いつまでも健康でいられるまちを目指します

課題2

在宅生活を支える医療と介護環境の必要性

基本目標2

在宅で生活し続けられるまちを目指します

課題3

地域における支え合いの必要性

基本目標3

地域で支え合えるまちを目指します

課題4

認知症高齢者と家族介護者の支援ニーズの増加

基本目標5

要介護・認知症の方と家族にやさしいまちを目指します

4 圏域設定

介護保険事業計画では、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするため、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設整備の状況などを総合的に勘案して、市内を日常生活圏域に分け、区域を定めることとされています。日常生活圏域を定めて、圏域ごとに地域密着型サービスの各サービスの利用定員を定め、地域密着型サービスやその他の高齢者サービスの面的な整備を推進します。

本市における圏域の設定は、施設整備や介護サービスの展開においては現状の提供体制を鑑み市全体の1つとして捉えます。

ただし、地域包括支援センターを中心とする地域ケアネットワークの構築を図り、圏域ごとに地域に密着したサービス展開を図るため、管内エリアを西部・中部・東部の3つに区分する日常生活圏域を設定します。



第3章 具体的な取り組み

1 施策体系

基本理念	基本目標	施策の方向
共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち	いつまでも健康でいられるまちを目指します	介護予防・日常生活支援総合事業の推進
		健康づくり活動の促進
		就労・社会参加機会の拡充
	在宅で生活し続けられるまちを目指します	医療と介護の連携強化
		在宅医療・24時間対応介護の拡充
		高齢者の住まいの確保
		災害時要援護者への支援体制整備
	地域で支え合えるまちを目指します	多様な主体の参画と育成支援
		身近な地域における見守り・交流機会の充実
		生活支援体制の拡充
		地域資源の発掘と活用方策の検討
	要介護・認知症の方と家族にやさしいまちを目指します	相談支援体制と関係機関のネットワーク強化
		認知症高齢者支援体制の整備
家族介護者への支援充実		
高齢者の虐待防止・権利擁護		
介護保険サービスの運営		

2 具体的施策

基本目標1 いつまでも健康でいられるまちを目指します

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

平成29年10月、一部の介護予防給付と介護予防事業は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行し、新制度による介護予防・生活支援に係る事業がスタートしました。

介護予防・日常生活支援総合事業では多様な主体が参画して地域における支え合いや介護予防・健康づくりが行われ、身近な地域で住み続けることができる地域包括ケアシステムの実現を目指しています。

介護予防による健康づくりや生活支援による在宅生活の継続を支援するため、地域資源の活用と多様な主体との協力によりサービス提供の拡充を図ります。

介護予防・生活支援サービス事業の実施

- ◆ 要支援認定高齢者や基本チェックリスト該当者に対して介護予防ケアマネジメントを行い、訪問・通所・生活支援等のサービス提供を行います。

地域福祉課

一般介護予防事業の実施

- ◆ 多様な介護予防活動に結び付けられるよう、介護予防把握事業を実施します。
- ◆ 高齢者やその支援に関わる方を対象とした普及活動を行い、介護予防の重要性を啓発します。
- ◆ 住民主体による多様な介護予防活動の育成・支援を行います。
- ◆ 本プランで定めた目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を実施します。
- ◆ 介護予防の効果を高めるため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施します。

地域福祉課

(2) 健康づくり活動の促進

高齢者が自分らしく尊厳を持って暮らしていくためには健康であることが重要であり、壮年期以前から生活習慣病の予防をはじめ、積極的な健康づくりを推進することが必要です。引き続き、高齢者自らが健康づくりに取り組み、自分らしく前向きに暮らすことができるよう支援します。

生活習慣病の予防、啓発（高齢期以前からの啓発）

<ul style="list-style-type: none"> ◆ 高齢期以前から、要支援・要介護状態となるリスクが高い生活習慣病への市民の意識を高めるため、日ごろから適度な運動をし、食生活を改善するなどの生活習慣病予防の周知・啓発を積極的に行います。 ◆ 望ましい食生活を身につけ、実践していくために食育指導を行い、食生活改善推進員を養成し、その活動支援を行います。 ◆ 運動習慣を身につけ、適度な運動を継続していくために、にっしん体操を広める等健康づくりを推進し、望ましい生活習慣への転換を図ります。 	健康課
--	-----

健診（検診）、保健指導の充実

<ul style="list-style-type: none"> ◆ 特定健康診査等の健診（検診）を実施するとともに未受診者への受診勧奨などを行い、生活習慣病になる前からの予防と、早期発見・早期対応を図ります。 ◆ 健診（検診）事業を継続し、健診（検診）結果をもとに適切な保健指導を行い、望ましい生活習慣への改善を図ります。 ◆ 糖尿病等の重症化予防の取り組みとして、適切な保健指導を行い、生活習慣の改善を図ります。 	健康課 保険年金課
---	--------------

市民とともに取り組む予防活動

<ul style="list-style-type: none"> ◆ 望ましい生活習慣を身につけ継続していくためには、仲間づくりや場づくりは重要であり、つどいの場などで仲間をつくり、にっしん体操などの運動を継続できるよう支援します。 ◆ その他、自主的な活動を進めることにより、市民が望ましい生活習慣を身につけ、継続できるような取り組みを支援します。 	健康課 地域福祉課
---	--------------

健康づくり、介護予防の普及

- ◆ 「足腰お達者クラブ」「健口・健食元気クラブ」「回想いきいきクラブ」など二次予防事業として実施してきた介護予防事業について、介護予防・日常生活支援総合事業を活用し、より効果的、効率的な実施を検討します。
- ◆ おたっしゃハウス、コミュニティサロン、ぶらっとホームなど様々な場、機会を捉え、多様な主体による介護予防活動を実施します。
- ◆ 健康意識をより向上させるため、にっしん体操を多様な機会を通じて実施し、また、身近な場所でのにっしん体操が行えるようなスポットを設置します。
- ◆ 運動普及推進員などの活動を通して、にっしん体操を広め、健康づくり、介護予防として普及、啓発を図ります。
- ◆ いきいきサロン・老人クラブ等へ生活習慣病予防や健康づくりに関する普及・啓発を図ります。
- ◆ にっしん健康マイレージ事業を実施し、市民の健康づくりに対する意欲向上を図ります。
- ◆ ヘルピーウォーキングマップの配布や周知を行い、市民の運動習慣のきっかけづくりを図ります。
- ◆ 国民健康保険・後期高齢医者医療の所有する医療データを活用した事業展開を進めます。

地域福祉課
福社会館
健康課
保険年金課

専門職を活用した健康づくり

- ◆ 個人の日常生活上の課題に対して専門職を活用し、短期集中予防サービスにより有効なリハビリテーションを行い、介護予防だけでなく、自立生活に向けての機能改善も目指します。
- ◆ 地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、理学療法士・作業療法士などのリハビリテーションの専門職が訪問、通所、地域ケア会議、サービス担当者会議や住民運営の通いの場へ関与することにより、リハビリテーションの理念に基づき日常生活の活動を高め、廃用症候群（※）を予防するとともに、自立支援のための支援を行います。

地域福祉課
健康課

※廃用症候群とは、過度に安静にするなど、活動しなくなったことにより、様々な心身の機能低下が起こる症状をいいます。

(3) 就労・社会参加機会の拡充

高齢者は65歳以上という位置づけであるものの、65歳を迎えられた方はこれまで社会の第一線で活躍していた活力のある方が多数を占めています。単なるサービスの対象として高齢者を捉えることなく、地域や社会を支える担い手として活躍する場を提供し、地域の活性化につなげるとともに、高齢者自身の生きがいの創出を図ることが必要とされています。

就労や社会参加の場等の機会の創出と情報提供を充実し、高齢者が地域で活躍できる場の創出を図ります。

高齢者の活動機会の提供

- | | |
|---|----------------|
| <ul style="list-style-type: none">◆ 「ぷらっとホーム」「ほっとカフェ」「ふれあい・いきいきサロン」等の各種のつどいの場を活用した、自主的な活動の支援を行います。◆ シルバースクール等の生涯学習の場や、文化活動や趣味的活動など気軽に参加しやすい場の充実を図り、それらの情報の提供を行います。 | 地域福祉課
生涯学習課 |
|---|----------------|

担い手としての社会参加推進

- | | |
|--|-------|
| <ul style="list-style-type: none">◆ 高齢者が地域の社会的な活動に積極的に参加できるよう、社会福祉協議会等を通じて活動のコーディネートなどニーズのマッチングを図るなど、参加しやすい環境づくりを進めます。 | 地域福祉課 |
|--|-------|

就労、社会参加の場の確保

- | | |
|--|-------|
| <ul style="list-style-type: none">◆ 高齢者の社会参加を進めるため、情報を提供し、就労や社会参加の場としてシルバー人材センターを支援します。◆ 就労だけではなく、社会参加のひとつとして、ボランティア活動を行うきっかけとなる日進市介護支援ボランティア事業（にっしんおたっしやボランティア）の充実を図ります。◆ 自主的な活動を継続し行うことが大切であるため、ニーズに合わせた活動を継続して行えるよう、地域などでの主体的な取り組みの支援を行います。 | 地域福祉課 |
|--|-------|

生涯スポーツの推進

◆ 本市が実施する生涯スポーツの機会について、広報紙やホームページ、つどいの場など様々な場所で情報提供を行い、高齢者の参加を促します。	生涯学習課
---	-------

生涯学習の推進

◆ 本市が実施する生涯学習事業について、広報紙やホームページ、つどいの場など様々な場所で情報提供を行い、高齢者の参加を促します。	生涯学習課
--	-------

基本目標 2 在宅で生活し続けられるまちを目指します

(1) 医療と介護の連携強化

高齢者一人ひとりの身体状態に応じた適切なケアを行うためには、医療関係者と介護関係者が連携しやすい体制づくりが必要です。導入した在宅医療・介護連携システム（電子@連絡帳「健やかにっしん・ヘルピーネット」）の活用を含め、医療と介護の連携が適切なケアに繋がる仕組みづくりを行います。

医療機関との連携強化

- | | |
|---|-------|
| ◆ 勉強会等とともに、東名古屋医師会日進支部等と協力した連携のための協議会の場により、医療、介護の連携強化を図ります。 | 地域福祉課 |
|---|-------|

医療、介護一貫した支援体制の構築

- | | |
|--|-------|
| ◆ 地域生活の支援を効果的に行うため、医療、介護が一貫した支援となるよう、支援等についての情報共有を図ります。 | 地域福祉課 |
| ◆ 導入した在宅医療・介護連携システム（電子@連絡帳「健やかにっしん・ヘルピーネット」）を活用し、医療・介護の一貫した支援体制を充実します。 | |

(2) 在宅医療・24時間対応介護の拡充

地域包括ケアシステムの実現にあたって、要介護状態になっても身近な地域で住み続けるためには在宅で医療・介護ケアを十分に受けることができるサービス基盤が必要です。そのためには、在宅医療や夜間対応の介護・看護体制の拡充が求められます。多様な関係機関との協力・連携のもと、在宅医療・介護の環境整備を図ります。

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの提供

- | | |
|--|-------|
| ◆ 在宅生活において、訪問介護と訪問看護が一体的又は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う24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの実施による支援を継続しつつ、ニーズの動向を踏まえ充実の方向性を検討します。 | 介護福祉課 |
|--|-------|

介護職員による医療行為の実施のための環境整備

◆ 介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医療的ケア」を実施できるようになったため、市内事業者による円滑な実施を継続して支援します。	介護福祉課
---	-------

(3) 高齢者の住まいの確保

高齢者が安心して暮らせるまちにするためには、各種福祉サービスを充実するだけでなく、安心して住み続けられる住まいがあることが前提となります。様々な情報提供を通じて高齢者に配慮した住まいの提供を支援していきます。

サービス付き高齢者向け住宅の情報提供

◆ 高齢者が、介護が必要になっても安心して地域に住み続けられる住まいの一つとして、サービス付き高齢者向け住宅があります。広報やホームページ等の活用により情報提供を充実します。	介護福祉課
---	-------

住宅改修による住環境整備

◆ 居宅介護住宅改修費の保険給付において、リフォームヘルパー制度を活用して市独自の上乗せ給付を受けることができます。	介護福祉課
◆ 長年住み慣れた住まいの改修だけでなく、空き家情報の活用を視野に入れるなど、家族との同居・近居のための住宅改修も支援します。	
◆ 情報発信等を充実し、高齢者の在宅生活を支援します。	

(4) 災害時要援護者への支援体制整備

風水害や東日本大震災など、大規模災害を見据えた災害対策が急務となっています。在宅介護が進む中、認知症高齢者や寝たきり高齢者の支援体制を充実させます。

災害時要援護者台帳の活用

(新規)

◆ 避難行動要支援者名簿の登録と更新を随時行いつつ、台帳登録者への働きかけを通じて、有事の際に迅速に地域において安否確認や避難支援を行うことができる体制を充実させます。	危機管理課 地域福祉課
--	----------------

基本目標3 地域で支え合えるまちを目指します

(1) 多様な主体の参画と育成支援

社会保障費の増大や介護等の担い手不足など、福祉分野における地域の役割の重要性が年々高まっています。介護予防・日常生活支援総合事業においても、多様な主体が参画できる制度設計となっています。地域における支え合いを進めるため、多様な主体が参画しやすい仕組みづくりや情報提供、育成支援を進めます。

多様な社会資源の活用

- ◆ 地域には、行政、社会福祉事業者はもとより、NPO 法人、ボランティア、地域住民等の様々な社会資源があり活動しています。それらと協働し、地域全体で支えあう取り組みを広げていきます。

地域福祉課

多様な担い手の養成、確保

- ◆ 多様な運営主体などにより多くの社会資源を確保するためには、人材の養成、確保が必要です。認知症サポーター養成など様々な機会を通じて人材を育成し、担い手の確保を図ります。
- ◆ 人材育成・担い手の確保を効果的に行うため、ニーズや社会情勢にあった養成講座等の実施や情報提供を行います。

地域福祉課

地域の人材の確保

- ◆ ベッドタウンであり学園都市でもある本市の特徴として、会社を定年退職された方や、学生の方などが多く住んでおり、それらの貴重な人材に活躍していただくため、活動の機会や場の提供、きっかけとなるような事業や養成事業を行い、行政、医療、介護の関係者だけではなく、多様な担い手の確保を図ります。

地域福祉課

担い手としての高齢者の社会参加

- ◆ 高齢者がボランティアなどの活動により社会参加することは、高齢者にとって生きがい、やりがいづくりや介護予防にも繋がるだけではなく、地域の担い手としての活躍も期待できます。そのことが高齢者と地域の双方にとっての利益に繋がるため、現在の「日進市介護支援ボランティア事業（にっしんおたっしゃボランティア）」を拡充するなど、高齢者の社会参加に繋がる支援を積極的に推進します。

地域福祉課

(2) 身近な地域における見守り・交流機会の充実

身近な地域で住み続けるためには、隣近所のコミュニティの維持が欠かせない要素となっています。また、公的なサービスでは目が行き届かない生活上の困りごとや緊急時にも、隣近所とのネットワークが重要です。

身近な地域で見守り合い、交流できる環境の充実を図ります。

高齢者の居場所づくりの推進

- ◆ 高齢者がおしゃべりや趣味、運動などを行い、楽しみや生きがい、情報交換の場として気軽につどえる「つどいの場」を地域に広げ、多様な運営主体による主体的な活動の支援を行います。

地域福祉課

つどいの場を核とした支え合い活動

- ◆ 地域の支え合い活動を行う上で、地域が主体性を持ち活動するために、情報交換や話し合い、協議の場などの主体的活動の拠点としてつどいの場や公共施設などの活用を図ります。
- ◆ 生活支援コーディネーターや社会福祉協議会のCSW（コミュニティーソーシャルワーカー）により地域課題の共有や、その課題解決のために協働による環境の整備などの地域支援を行い、主体的活動へ繋げるための取り組みの支援を行います。

地域福祉課

地域の連携づくり	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域において、いつまでも自立した生活ができるよう、地域内で互いに顔の見える関係づくりの場として、様々なつどいの場の自主的な運営を支援します。 ◆ 認知症サポーター養成講座などを通じて、地域の理解者を増やすよう啓発を行います。 	地域福祉課

老人クラブ等の活動支援	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 高齢者の社会参加活動は、介護予防としての継続的な活動にも繋がるため、地域に密着し主体的な活動を行う老人クラブ等に対して支援を継続します。 	地域福祉課

(3) 生活支援体制の拡充

高齢者が地域で自立した生活をおくる上で、日常生活上の細かな生活支援へのニーズが高まっています。また、増加しているひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦のみ世帯の生活を支える視点からも、生活支援や見守りサービス等の提供が必要です。

介護予防・日常生活支援総合事業の開始により、事業者主体だけでなく、地域団体やボランティア等も生活支援の担い手になれる制度が整備されました。多様な主体と連携し、高齢者とその家族を支える生活支援体制を拡充します。

地域資源を活用した多様なサービスの創設	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ NPO 法人やボランティアなどの地域の多様な運営主体を活用し、それら運営主体の創意工夫による多様な生活支援サービスなどの展開を推進します。 	地域福祉課

生活支援サービスの実施	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 緊急通報システム、訪問理美容、エコサポート等の生活支援サービスについて必要に応じて見直すなど、より効果的な実施を図り、また多様な担い手による創意工夫のある取り組みを活用し、生活支援サービスの充実を図ります。 ◆ 様々な移動支援の活用や福祉有償運送事業の充実などの検討を行ない、公共交通機関の利用が困難な高齢者等の移動について利便性を図り、移動が困難な高齢者の通院等の外出や社会参加を支援します。 	介護福祉課 地域福祉課

生活支援コーディネーターの育成

- ◆ 高齢者が地域での生活を継続するための、多様な生活支援ニーズに対応した多様なサービスを地域で整備していくために、地域資源の開発やそのネットワークの構築などを行うコーディネーター（生活支援コーディネーター）を配置しています。
- ◆ 生活支援コーディネーターと生活支援サービスを担う提供主体が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、協議体を設置しています。
- ◆ 地域における生活支援の体制をより拡充させるため、地域の担い手の育成や、協議体の有効活用に取り組みます。

地域福祉課

（４） 地域資源の発掘と活用方策の検討

増え続ける高齢者への支援の拡充を限られた財源で行っていくには、公的な力のみでは限界があります。地域コミュニティや、地域で活躍する多様な主体との協働が必要不可欠です。

これら地域の資源を有効に活用し、育むための取り組みを進めていきます。

地域づくり、資源開発機能の充実

- ◆ 国の例示する地域ケア推進会議として「地域包括ケア検討会議」を位置づけ、医療、介護等の多職種による知識や情報の共有、関係機関の連携と地域支援ネットワークを構築することにより、新たな地域の資源の開発を行うなど、協働による地域課題の解決を図る取り組みを進めています。
- ◆ 地域の住民と関係者が、地域課題を共有し、協働による課題解決を図ることにより、支えあいのまちづくりを推進します。

地域福祉課

地域資源の確保

- ◆ 地域の医療、保健、福祉の関係者はもちろん、NPO・ボランティア、民生委員、地域の団体や商店・事業所など、地域では様々な方が活動しており、公民館、福祉会館、公園などの公共施設、空き家・空き地など、身近な地域には様々な資源があります。それらを活用するため、地域資源マップなどによりそれらの地域資源を整理し、地域の方とともに活用を検討していく活動を推進します。

地域福祉課

基本目標 4 要介護・認知症の方と家族にやさしいまちを目指します

(1) 相談支援体制と関係機関のネットワーク強化

要介護状態や認知症になっても地域で暮らし続けるためには、本人や家族が必要な支援を受けることに繋がる相談・支援体制づくりが必要です。

相談窓口の充実や周知、関係機関との連携強化を通じて相談しやすい環境整備を図ります。

相談窓口の充実

- ◆ 地域生活でのお困りごとから医療、介護などの支援に繋げて認知症の方の早期発見、早期対応のために、日進市薬剤師会が取り組まれている「ものわすれ相談」を気軽な窓口として周知していきます。
- ◆ 総合的な相談窓口である3つの地域包括支援センターを核に、様々な機関が連携し、情報が繋がることにより、適切な相談窓口に繋がるようネットワークを構築します。
- ◆ 地域の中で困難に直面している人が相談支援に繋がるよう、積極的に地域に出て情報収集など行い、繋がる相談支援を推進します。

地域福祉課

認知症地域支援推進員の配置

- ◆ 認知症の容態の変化に応じて必要な医療や介護につなげるネットワークを形成することができるよう、認知症地域支援推進員を配置します。
- ◆ 認知症地域支援推進員は、医療機関や介護サービス、地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族の相談等を行います。

地域福祉課

認知症初期集中支援チームによる早期対応

- ◆ 認知症の高齢者やその家族に早期に関わり、アセスメントや家族支援を包括的・集中的に行い、自立生活を促す認知症初期集中支援チームを設置しています。
- ◆ 認知症に対する市民や専門職の理解を深め、相談窓口の周知等により、早期に認知症支援のネットワークで支えることができる環境整備を推進します。

地域福祉課

(2) 認知症高齢者支援体制の整備

高齢化に伴い、認知症高齢者の人数も今後増加していくことが懸念されます。認知症に関する知識の普及や認知症ケアパスに基づく早期発見・支援、認知症高齢者を支えるサービスの拡充を図ります。

認知症ケアパスの活用

- ◆ 認知症高齢者とその家族ができる限り住み慣れた自宅で生活を続けることができるよう、認知症と疑われる症状が発生した場合、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解するための認知症ケアパス（状況に応じた適切なサービスの流れ）に基づき、認知症支援体制の構築と周知を進めます。
- ◆ 認知症ケアパスを活用し、適切なサービスへ繋がられるよう、関係者の連携体制の強化を図ります。

地域福祉課

認知症の理解と知識の普及

- ◆ 認知症に対する理解を深める機会として、認知症サポーター養成講座や講演会などを引き続き行い周知、啓発を図ります。
- ◆ 学校教育の場での認知症サポーター養成講座も積極的に進め、若い世代からの理解、周知を図ります。

地域福祉課

(3) 家族介護者への支援充実

在宅介護環境を充実するためには、家族介護者への負担を最小限に留めることが必要です。多様な介護サービスを充実させることのほか、認知症介護の相談や支え合うことができる仲間づくりの場の提供、徘徊高齢者を保護するための体制強化等、あらゆる面から要介護・認知症高齢者とその家族を支えるための環境整備を図ります。

認知症の方とその家族の支援

- ◆ 認知症の方とその家族が交流できる場として「認知症家族交流会」「認知症カフェ」を開催し、認知症の方とその家族を支える体制を整備します。
- ◆ 徘徊高齢者が行方不明になった場合の発見、保護ができるよう情報配信システム（認知症やさしい手ネットにつしん）の協力市民を増やし、推進を図ります。
- ◆ 介護者のつどい、介護者リフレッシュ事業など日ごろから家族などの介護をしている方への支援を行います。

地域福祉課

介護休業制度の普及促進

- ◆ 介護離職を余儀なくされる家族介護者をゼロにする国の方針を根拠とし、市内事業者に対して、関係機関と協力して周知に努めるとともに、ホームページ等で情報提供します。

市民協働課
産業振興課

(4) 高齢者の虐待防止・権利擁護

判断力の不十分な認知症高齢者などの権利侵害を防止するため、成年後見制度などの事業の周知を徹底し、地域包括支援センターとも連携を行い、高齢者の権利擁護に努めます。また、虐待の防止と早期発見に向けた取組を徹底していきます。

認知症高齢者の権利擁護

- ◆ 地域包括支援センターが、高齢者虐待対応の窓口となっていますので、ケアマネジャーやサービス提供事業者から早期の段階で相談が入るよう、日ごろからの連携を図ります。また、日ごろの事例の中から早期に虐待の前兆を察知できるよう、職員等のスキルアップを図ります。
- ◆ 尾張東部成年後見センターでは、成年後見制度の普及啓発、利用促進の事業を行なっています。専門職による対応が可能となったことから、成年後見制度などの利用により認知症の方の権利擁護を図るため、尾張東部成年後見センターを積極的に活用します。

地域福祉課

(5) 介護保険サービスの運営

要支援・要介護認定者が安心して日進市で暮らし続けることができるよう、各介護保険サービスの充実を図るとともに、一人ひとりの状態に応じたケアマネジメントを徹底し、適切な利用を進めていきます。

在宅サービスの充実



施設サービスの充実



地域密着型サービスの充実



※介護保険事業計画に基づく見込み量算定後に方針掲載

第4章 介護保険料の見込み

1 介護保険事業の費用推計

(1) 給付見込額

⋮ 【給付見込み額を掲載】

(2) 標準給付額

⋮ 【標準給付額を掲載】

(3) 地域支援事業費見込額

⋮ 【地域支援事業費を掲載】

(4) 総事業費

⋮ 【総事業費を掲載】

2 介護保険料の算出方法

(1) 保険給付費の財源

⋮ 【保健給付費の財源の考え方を掲載】

3 保険料基準額

(1) 第7期の介護保険料算定にあたって考慮すべき事項

⋮ 【保険料算定にあたっての留意事項を掲載】

(2) 介護保険料収納必要総額

⋮ 【介護保険料収納必要総額を掲載】

(3) 保険料基準額

⋮ 【保険料基準額を掲載】

参考資料

- 1 日進市附属機関の設置に関する条例、日進市附属機関の設置に関する条例施行規則

- 2 日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会の運営に関する規則

- 3 日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会委員名簿

- 4 日進市地域包括ケア検討会委員名簿

- 5 日進市在宅医療・介護連携に関する検討部会委員名簿

- 6 日進市生活支援体制整備に関する検討部会委員名簿

- 7 策定経過

第7期 にっしん高齢者ゆめプラン
日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画
(平成30年度～平成32年度)

発行年月：平成30年3月(予定)

発行者：日進市

編集：日進市 健康福祉部 地域福祉課・介護福祉課

〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地

TEL 0561-73-7111(代表)

FAX 0561-72-4554

第6期計画(平成27～29年度)	
第1章 計画策定にあたって	
第2章 日進市をとりまく高齢者等の状況	
第3章 計画の基本的な考え方	
基本理念	共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち
基本方針	○「生活習慣病予防」「介護予防」の推進 ○認知症の方を支える体制整備に重点をおいた「地域包括ケア」の実現
第4章 計画の推進	
基本目標	基本的な施策の方向性
1 生きがいをもつていきいきと暮らせるまち	(1)生活習慣病の予防 (2)健康づくりの推進 (3)多様な生きがいづくりの推進 (4)社会参加の支援
	○啓発活動（ヘルピー健康だよりの発行、講演会の開催、にっしん体操の推進、食生活改善に関する取組） ○介護予防事業の実施 ○健康マイレージ、ウォーキングマップ作成による意識啓発 ○「つどいの場」の開設・運営支援 ○シルバー人材センターへの支援継続 ○おたっしやボランティアの充実

【日進市の高齢化の現状】
 将来推計人口から高齢化の現状を把握し、認定率の伸びや利用率の伸び等を分析する。
 ◆今後も人口増加を続けるが、第7期計画期間中に前期高齢者人口と後期高齢者人口が逆転し、後期高齢者人口が増加する見込み。
 ◆後期高齢者の増加に伴い、介護リスクが高まることにより認知症有病者やMC I（予備軍）の高齢者の増加が予想される。

【整合性を図る計画】

- ・日進市総合計画
- ・にっしん幸せまちづくりプラン
- ・障害者基本計画
- ・障害者福祉計画
- ・いきいき健康プランにっしん21

【国の基本指針】

- 高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進
- 医療計画との整合性の確保
- 在宅医療・介護連携の推進
- 地域ケア会議の充実（内容や機能の明確化）
- 生活支援体制整備の推進（協議体や生活支援コーディネーターによるニーズ把握）
- 認知症施策の推進
- 家族介護支援、高齢者虐待の防止
- 効果的・効率的な介護給付の推進
- 成果目標の設定と評価
- 目標の達成状況の公表

第7期計画(平成30～32年度)	
第1章 計画策定の背景	
第2章 計画の概要	
基本理念	共に支え合い、健やかに暮らし、誰もが尊重されるまち
基本方針	地域包括ケアシステムの 深化・推進 ○専門職の連携による支援の体制づくり ○地域の支え合いによる支援の体制づくり ○認知症支援の体制づくり
第3章 具体的な取り組み	
基本目標	施策の方向
1 いつまでも健康でいられるまちを目指します	(1)介護予防・日常生活支援総合事業の推進 (2)健康づくり活動の促進 (3)就労・社会参加機会の充実
	○介護予防・生活支援サービス事業の充実と新たな展開（訪問型サービス、通所型サービス） ○一般介護予防事業の充実と新たな展開 ○介護予防事業の目標設定と評価 ○介護支援ボランティア事業（おたっしやボランティア）の充実 ○生活支援サポーター養成講座 ○地域活動への参画支援と生きがいづくり ○シルバー人材センターの支援

2 認知症の方を支える体制整備	(1)相談・支援体制の充実 (2)地域ケア会議の機能強化 (3)在宅介護サービスの充実 (4)医療と介護の連携 (5)権利擁護の推進
	○認知症になっても安心して暮らせる地域づくり連携協定（市・三師会・製薬会社） ○認知症サポーター養成講座、認知症出前講座 ○地域ケア会議の設置・開催 ○在宅医療・介護連携システムの導入 ○在宅医療・介護連携に関する検討部会の設置 ○市民後見人養成講座、市民後見人バンクの運用開始

【基礎調査】
 ◆介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
 要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加の状況を把握する。
 ○介護リスク判定では、3圏域の差はなく介護リスクは低い、認知症リスクが比較的高い。
 「入所施設の不足」と「地域とのつながりが希薄であること」を地域の課題とした人の割合が高い。
 ○市に望む施策として「交通手段の整備」「介護予防事業の充実」「地域医療体制の充実」と回答した人の割合が高い。
 ○介護予防事業への参加意欲が高い。（軽い健康体操や認知症予防）
 ○地域づくり活動への参加に前向きな人の割合が高い。
 ○住まいの形態については、「持家（一戸建て）」の割合が最も高い。

2 在宅で生活し続けられるまちを目指します	(1)在宅医療と介護の連携 推進 (2)在宅医療・24時間対応介護の拡充 (3)高齢者の住まいの確保 (4)災害時要援護者への支援体制整備 (5)地域包括支援センターの機能強化
	○在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営 ○在宅医療・介護連携に関する検討部会の運営 ○在宅医療・介護連携システムの効果的な活用方法 ○医療・介護多職種連携研修会の開催 ○地域講座、市民講演会の開催 ○三師会との包括的な連携強化 ○リフォームヘルパー制度による住宅改修 ○地域包括支援センターの機能強化の検討 ○地域ケア会議の推進に向けた検討 ○在宅支援のための福祉サービスの継続（配食サービス、エコサポートなど）

3	地域で支え合い、いつまでも暮らせるまち	(1)在宅生活の支援 (2)地域支え合い活動の充実 (3)在宅生活を支える地域の基盤づくり (4)社会参加を意識した自主活動の推進
		○地域資源マップの作成 地域支え合い円卓会議の開催（多様な主体、新たな担い手の発掘） ○生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置 ○生活支援サポーター養成講座 ○地域座談会の開催 ○「つどいの場」設置推進

◆在宅介護実態調査
要介護者の在宅生活の継続や介護者の就労継続に有効なサービスのあり方等を把握する。
○軽度者の介護では「外出時の送迎等」、要介護者の介護はそれに加えて「認知症状への対応」や「日中・夜間の排泄」「入浴」の不安感が高い。
○仕事を「問題はあるが、何とか続けていける」と回答した人の割合が高いが、「続けていくのは難しい」と回答した人は、上記①の介護に不安を感じている割合が高い。
○単身世帯は掃除・「洗濯や買い物」「ゴミ出し」「見守り」などのニーズが高く、「外出同行」や「移送サービス」のニーズは世帯類型に関わらず高い。
○家族の支援を受けづらい単身高齢者も、施設入居の検討は顕著に高くない。

◆居宅介護支援専門員アンケート調査
○「主治医や病院等の医療機関との連携」や「医療的な視点を踏まえたケアマネジメント」に困っていると回答した人の割合が高い。
○医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支援するためには、「24時間対応の看護・介護サービスの充実」「訪問診療・往診体制の充実」「医療と介護の多職種連携の強化」と回答した人の割合が高い。
○インフォーマルサービスのうち不足していると思われるものは、「通院や外出の手助け」と回答した人が多い。
○高齢者虐待が起きる原因として「介護者の介護疲れ、ストレス」と回答した人が多い。
○ヘルパーや包括職員等看護関係職員との連携は取れているが、医療系職員とはあまり連携が取れていない。
○主治医との意見交換は主にファックスが利用されており、連携システムはあまり活用されていない。
○認知症の方の地域生活を支援するために必要と思うこととして「認知症に関する正しい知識の普及啓発」「認知症の対応力の向上（早期診断・早期対応）」「家族介護への支援の充実」が多い。

3	地域で支えるまちを目指します	(1)多様な主体の参画と育成支援 (2)身近な地域における見守り・交流機会の充実 (3)生活支援体制の拡充 (4)地域支援の発掘と活用方策の検討
		○ボランティア、NPO等市民活動支援 ○多様な主体と地域の担い手の発掘、養成 ○第1層、第2層生活支援コーディネーターの活動 ○第1層、第2層協議体の設置・運営 ○「つどいの場」の充実と展開 ○地域課題の把握・共有と課題解決の支援 ○老人クラブの活動支援

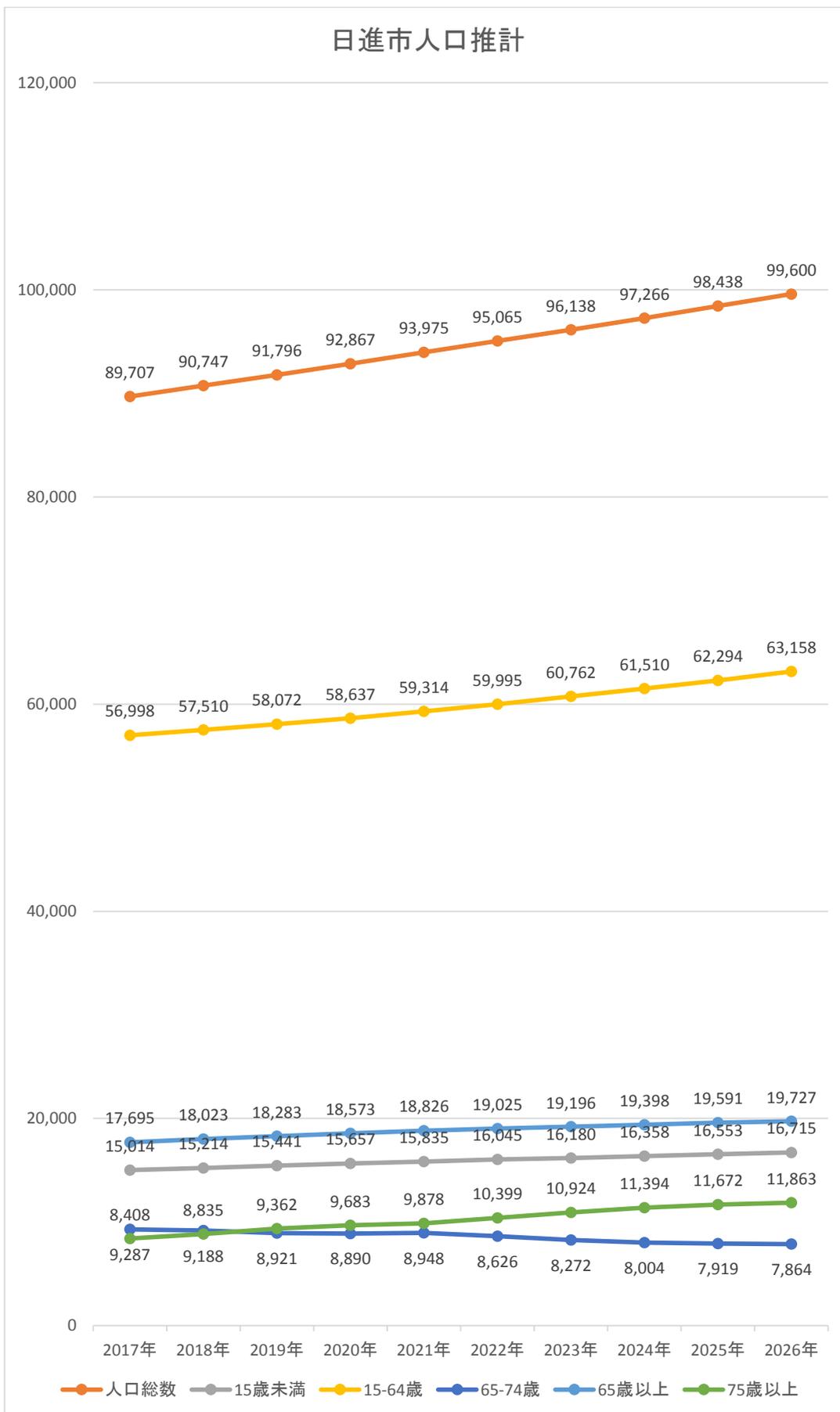
4	介護保険制度の円滑な運営	(1)制度を円滑に運営するための仕組み (2)介護サービス量の見込み (3)地域支援事業
		○総合事業への移行（H28.10月～）

○ヘルパーや包括職員等看護関係職員との連携は取れているが、医療系職員とはあまり連携が取れていない。
○主治医との意見交換は主にファックスが利用されており、連携システムはあまり活用されていない。
○認知症の方の地域生活を支援するために必要と思うこととして「認知症に関する正しい知識の普及啓発」「認知症の対応力の向上（早期診断・早期対応）」「家族介護への支援の充実」が多い。

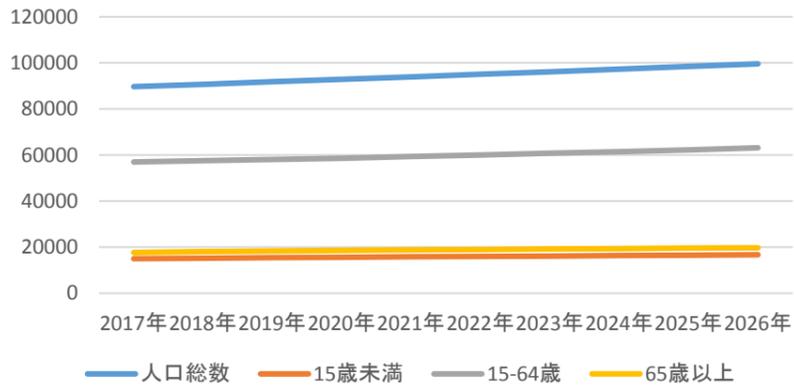
4	要介護・認知症の方と家族にやさしいまちを目指します	(1)相談体制と関係機関のネットワーク強化 (2)認知症高齢者支援体制の整備 (3)家族介護者への支援充実 (4)高齢者の虐待防止・権利擁護 (5)介護保険サービスの運営
		○認知症地域支援推進員の配置 ○認知症初期集中支援チームの配置・運営 ○認知症ケアパスの充実と活用 ○認知症の理解と知識の普及（認知症サポーター養成講座の計画的開催） ○認知症やさしい手ネットの充実 ○高齢者見守り協定、認知症連携協定に基づく取組 ○家族介護者への支援充実（認知症カフェ、介護者のつどい、家族交流会、リフレッシュ事業など） ○尾張東部成年後見センター ○市民後見人の拡充 ○介護給付適正化に向けた取組、目標設定 ○広域連携による指導監査

【主要課題】
1 増加が予想される要介護等認定者
2 在宅生活を支える医療と介護環境の必要性
3 地域における支え合いの必要性
4 認知症高齢者と家族介護者のニーズの増加
5 地域共生社会の実現に向けた検討

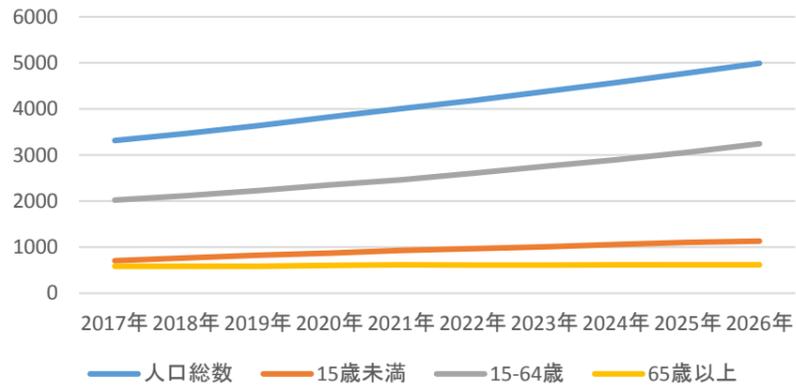
5	地域共生社会の実現を目指します	「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備に向けた検討
---	-----------------	-----------------------------



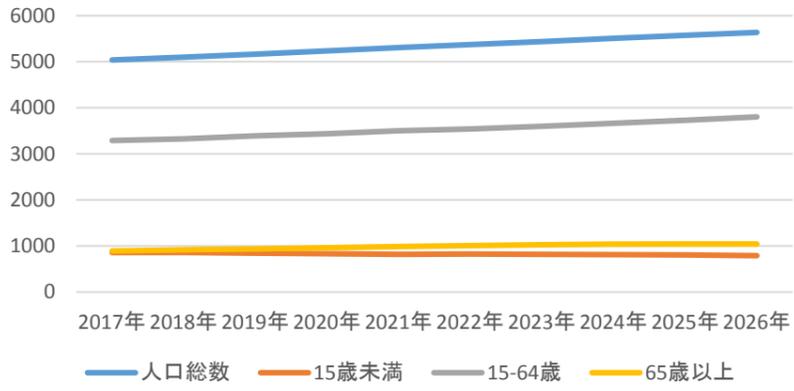
日進市



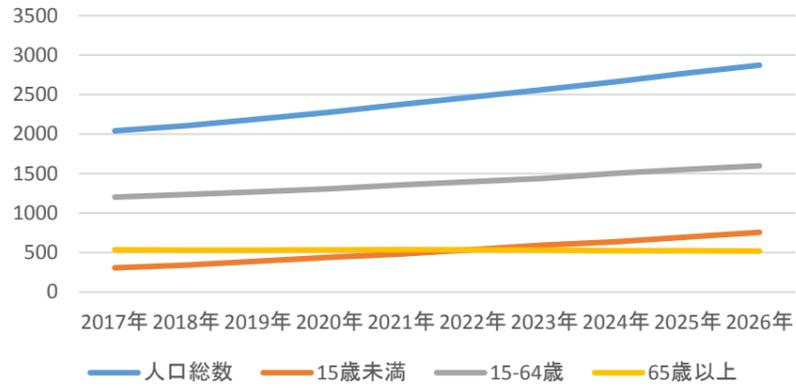
赤池町



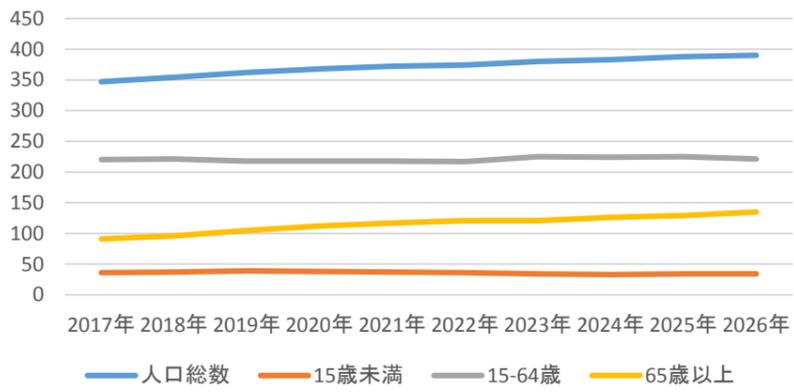
浅田町



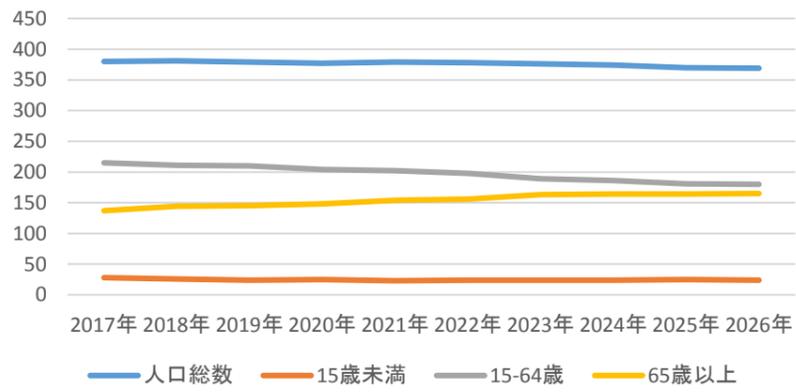
梅森町



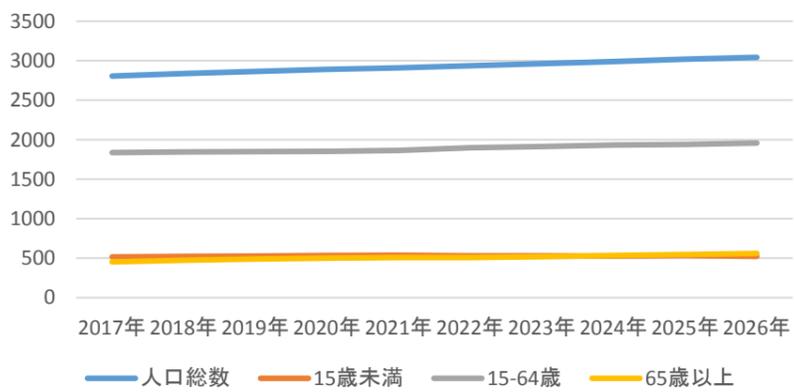
野方町



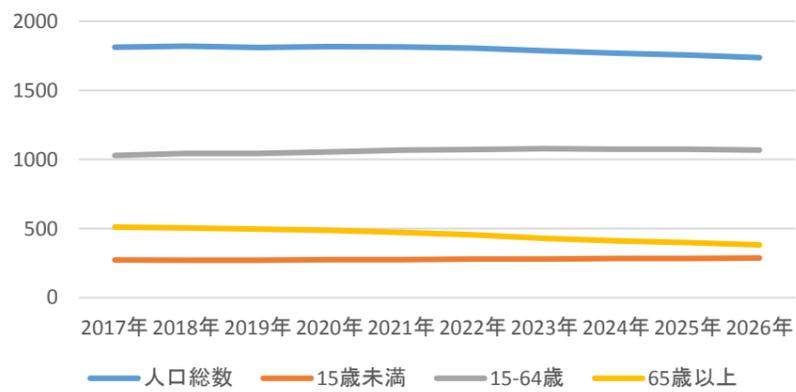
蟹甲町



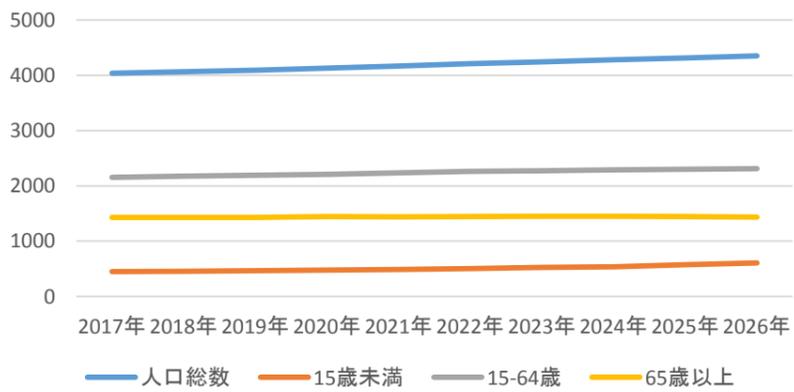
折戸町



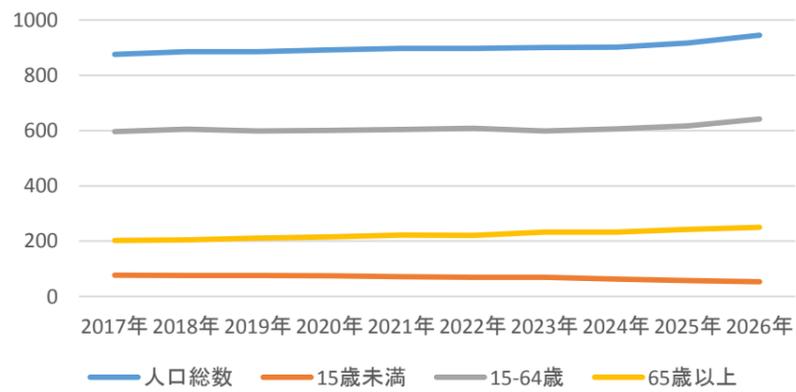
藤枝町



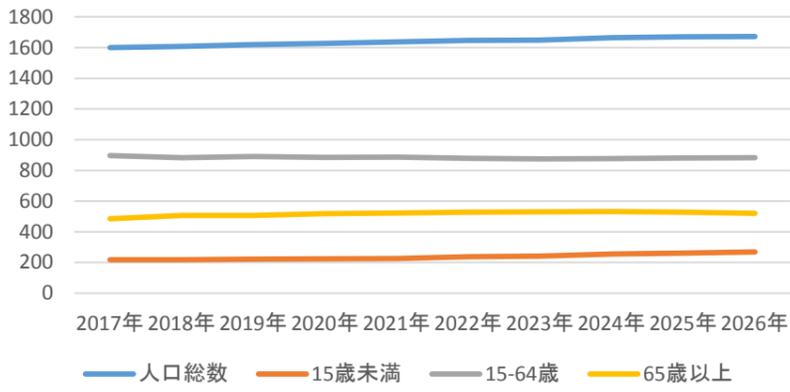
米野木町



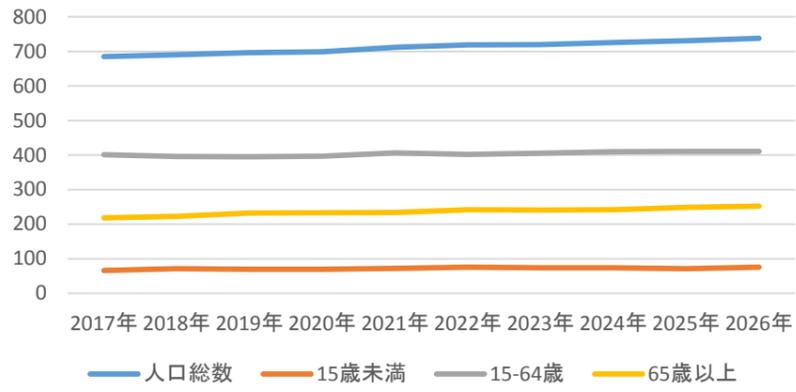
三本木町



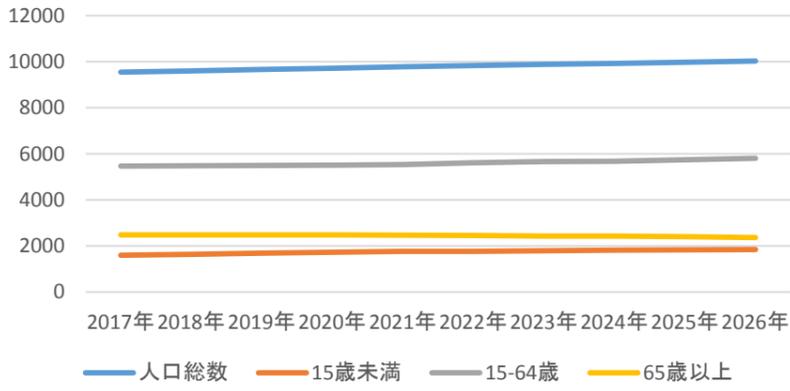
藤島町



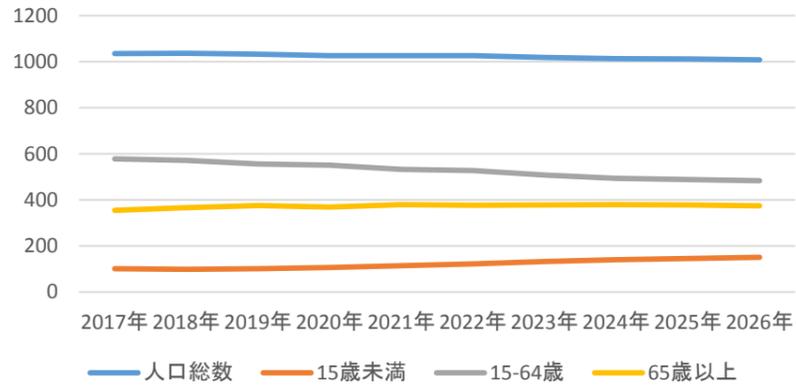
本郷町



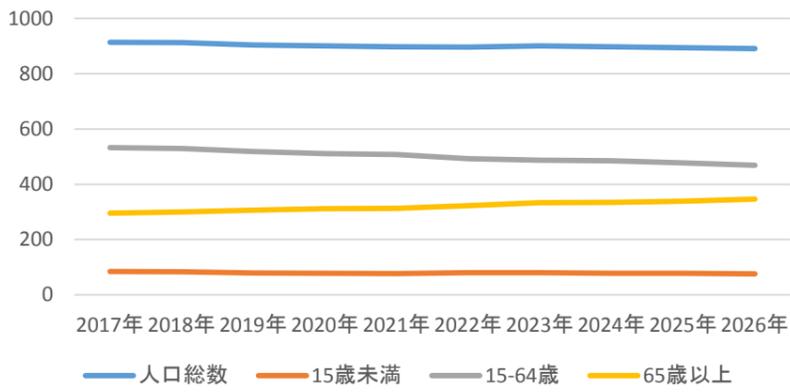
岩崎町



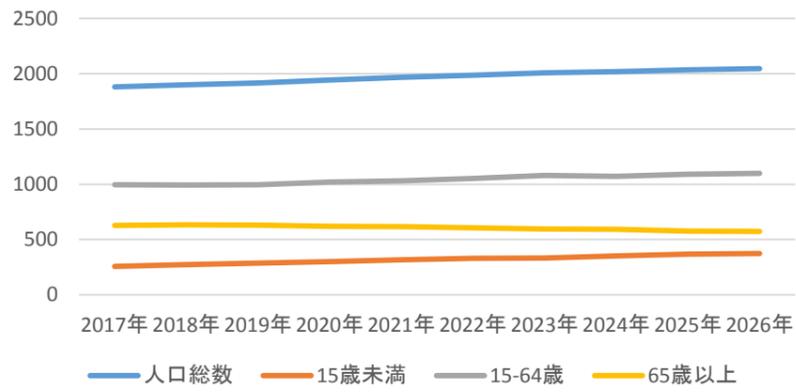
岩藤町



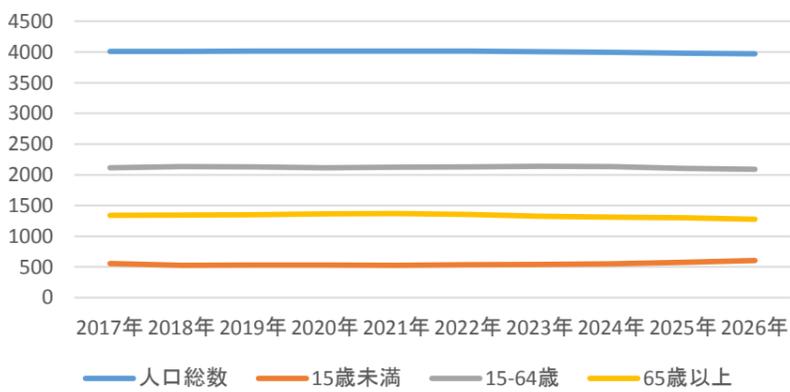
北新町



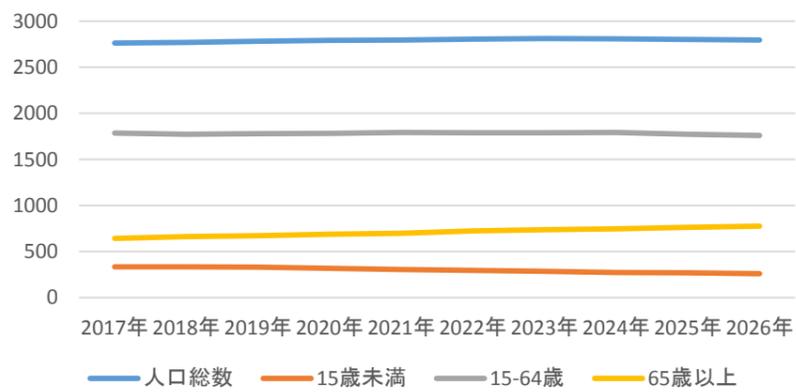
南ヶ丘



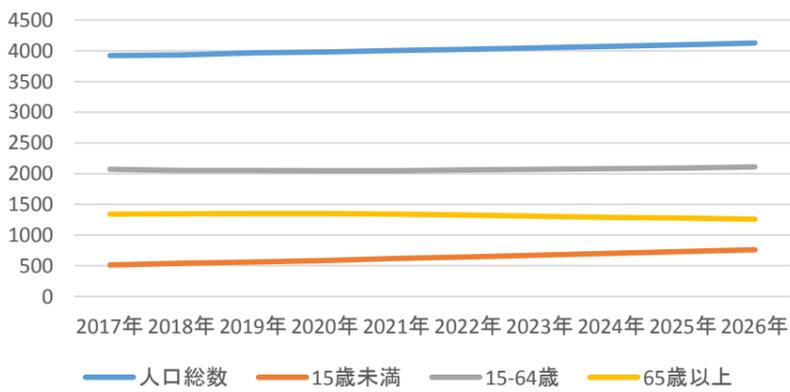
五色園



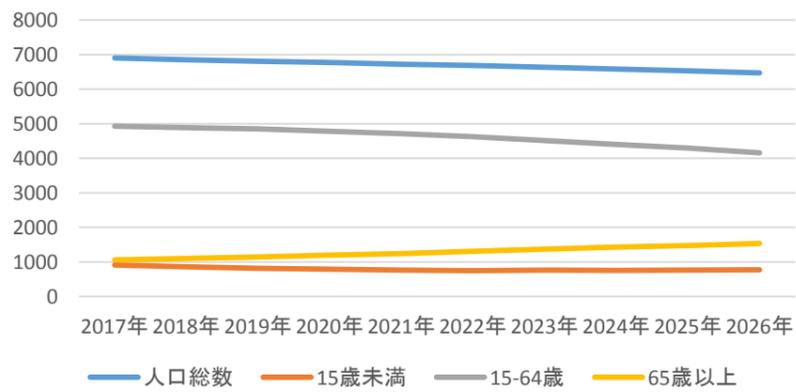
梅森台



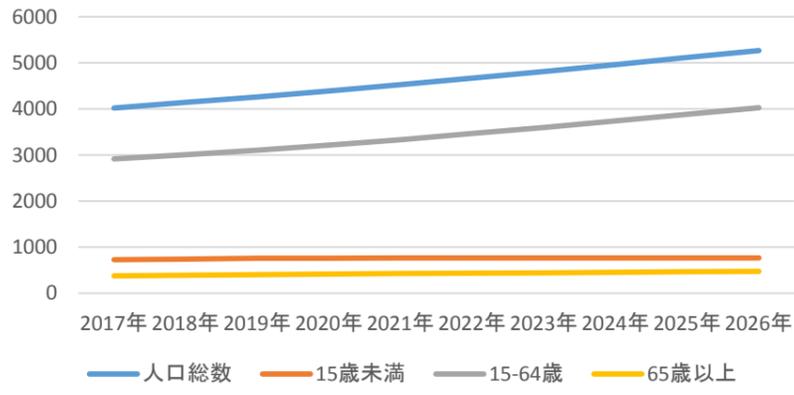
東山



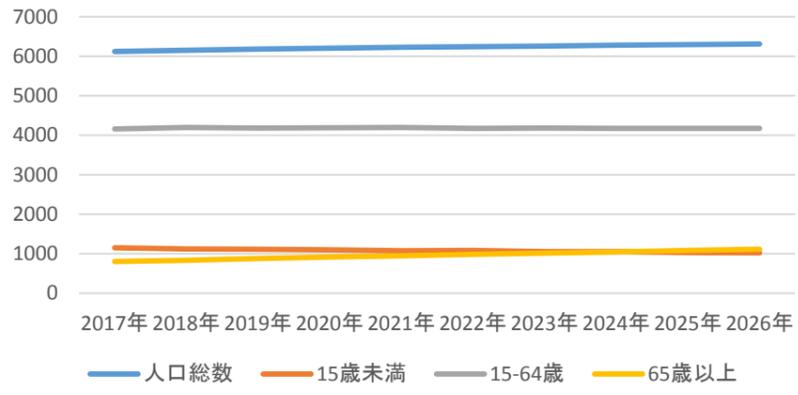
香久山



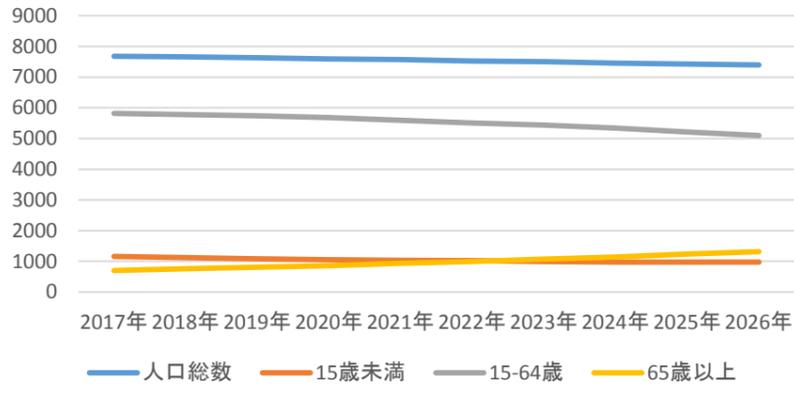
赤池



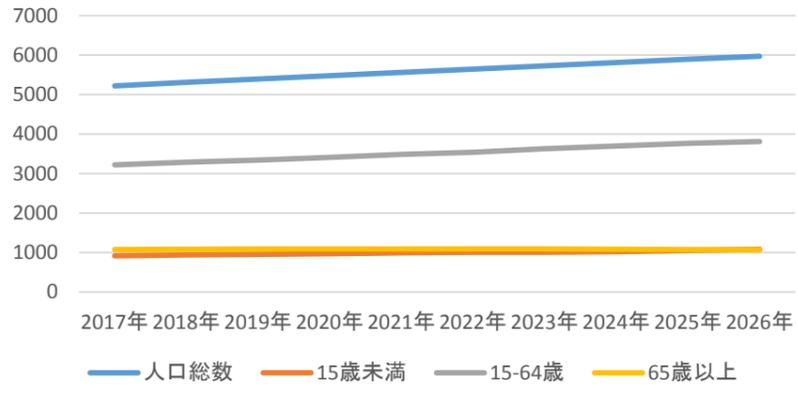
岩崎台



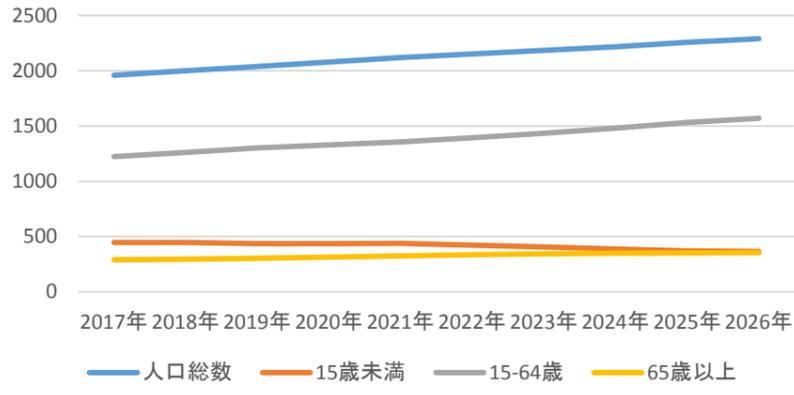
栄



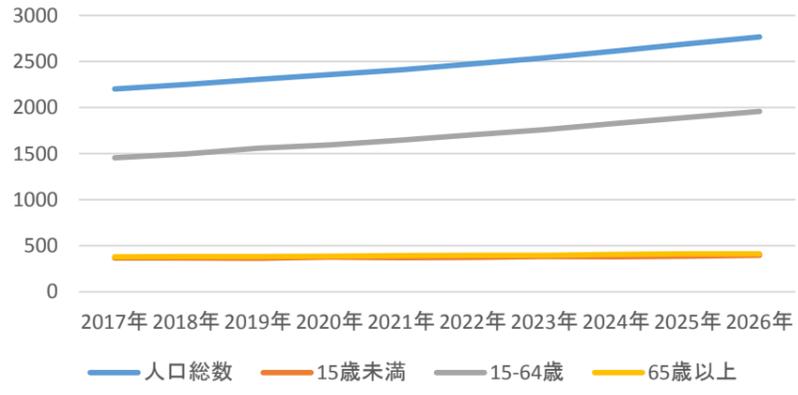
藤塚



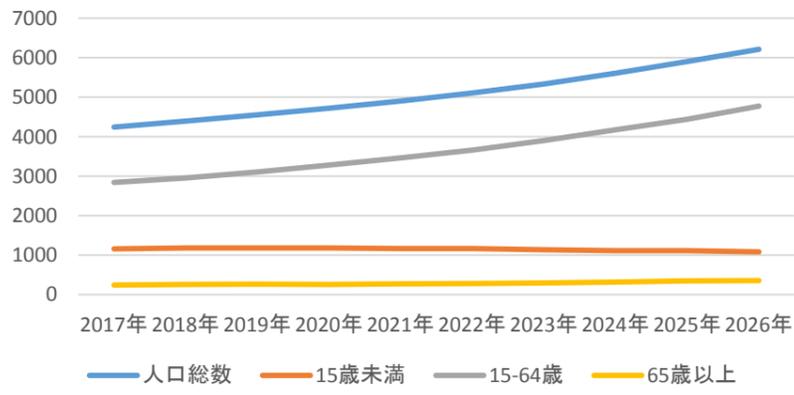
赤池南



浅田平子



竹の山



米野木台

