

第9期にっしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標1 介護予防・重度化防止の推進

★高齢化による身体機能や認知機能等の衰えは誰にでも起こり得ることで、健康づくりや介護予防に取り組むことで、その機能低下を遅らせることができます。早い段階から介護予防に取り組み、要介護・要支援状態の人は重度化防止に取り組むことが重要です。
★保健事業と介護予防の一体的な実施により、高齢者一人ひとりの状態に応じた支援を行い、また、高齢者の様々な社会参加の機会を拡充し、生涯を通じた健康づくりや介護予防・重度化防止の取組を推進します。

施策の方向	具体的施策	担当課等	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回行った・何人参加した・何通送った等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った・何人参加した・何通送った等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例：意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率等	課題(R6)及び令和7年度の方角性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上で課題点や方角性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回行っ・何人参加してもらっ・何通送る等	具体的施策について計画期間で目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか等	指標(試算)
保険事業と介護予防の一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護データ等の分析による地域の健康課題の把握・分析 ●ハイルスクアプローチによる疾病予防・重症化予防 ●ポピュレーションアプローチによる周知啓発 	地域福祉課 介護福祉課 保険年金課 健康課 福祉会館	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病等重症化予防 ・低栄養ハイルスクアプローチ ・栄養バトロール事業 ・後期高齢者を対象とした歯科検診の実施 ・地域における健康づくりの普及・啓発 ・おたっしやハウスを活用した継続的低栄養アプローチ ・フレイル予防についての啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護データ等の分析による地域の健康課題の把握・分析 ・国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者の医療データ及び健診データ等を活用し、高齢者の健康課題について分析を実施。【保険年金課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護データ等の分析による地域の健康課題の把握・分析 ・R6.4月、国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者の医療データ及び健診データ等を活用し、高齢者の健康課題について分析を実施。【保険年金課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命の延伸、平均寿命との差の縮小を目標とし、健康部門・介護部門・高齢福祉部門が一体的に課題(令和6年度は骨粗しょう症と骨折予防)に取り組むことができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き健康部門・介護部門・高齢福祉部門と一体的に課題に取り組む。(令和7年度のテーマ：令和6年度と同様「骨粗しょう症と骨折予防」の予定) 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護データ等の分析による地域の健康課題の把握・分析 ・見える化システムと通いの森を活用した新たな視点からのデータ分析と事業評価 ・国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者の医療データ及び健診データ等を活用し、高齢者の健康課題について分析を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ①健診等のデータに基づいて高齢者一人ひとりの状態に応じた保健事業と介護予防を一体的に実施することによる健康寿命の延伸 ②ハイルスクの状態を理解し行動変容によるリスク回避ができ、自立した生活を維持することができる者の増加 ・糖尿病及び糖尿病性腎症重症化の早期把握・早期対応により糖尿病性腎症の重症化予防及び糖尿病性腎症からの人工透析患者割合の減少を目指す。 ・疾病や要介護状態となるリスクの高い人に予防策を講ずることにより、その発生防止や重症化予防を目指す。 ・低栄養状態の早期把握・悪化防止により低栄養リスク者の減少を目指す。 ・健康状態不明者の健康状態の把握・リスクに応じた医療・介護・指導等介入によりフレイル状態の悪化・改善を目指す。 ③身体活動、栄養・口腔機能、社会参加等の各分野においてフレイルの認知度向上により予防行動をとれる人の割合の増加 ・個々の健康状態を振り返る機会を設けることにより、行動変容へと導ききっかけとし、健康習慣を身に付ける。 ・高齢者の生きがいと健康づくりに役立つ情報の提供と健康相談を通して、地域での健康づくりを進める。集団全体におけるリスクのレベルを低下させ、疾病予防・健康増進を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定率(ベースライン16.8%) ・平均自立期間(ベースライン)値男性82.6歳、女性85.4歳 KDB) ・1年間で「要支援」から「要介護」へ重度化した人の割合 (ベースライン値44.1%) ・ハイルスク者割合 ・BMI18.5未満の人(ベースライン値7.6%) ・過去1年間の転倒経験「はい」と回答した人の割合(ベースライン値18.4%) ・『日用品の買い物ができますか』『できない』と回答した人の割合(ベースライン3.7%) ・地域での健康づくりや介護予防の取り組みをしている人の割合 ・つどいの場への参加者(月1回以上参加している)の割合(ベースライン値8.5%) ・介護予防の取り組みに参加している人の割合(ベースライン値4.1%) ・『週に1回以上のウォーキング等の運動状況』について「はい」と回答した人の割合(ベースライン値65%)
			<ul style="list-style-type: none"> ●ハイルスクアプローチによる疾病予防・重症化予防 ●ポピュレーションアプローチによる周知啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病等重症化予防 ・低栄養ハイルスクアプローチ ・栄養バトロール事業 ・後期高齢者を対象とした歯科検診の実施 ・地域における健康づくりの普及・啓発 ・おたっしやハウスを活用した継続的低栄養アプローチ ・フレイル予防についての啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ●ハイルスクアプローチによる疾病予防・重症化予防 ・糖尿病受診勧奨訪問：R5.8月、健診の結果、血糖値が医療機関への受診が必要な数値にもかかわらず、未治療である人に対して、勧奨通知・家庭訪問・レセプトによる受診確認を行った。16件通知、15件訪問。【保険年金課】 ・糖尿病性腎症重症化予防事業：R5.7月～R6.1月、糖尿病性腎症重症化予防段階の人に対して、専門保健師・看護師の指導のもと病気の特徴と予防方法について学ぶ機会を作り、行動変容確認を行った。指導終了1年後には、希望者にフォローアップ支援を行っている。また、かかりつけ医提出の診療データを基に効果測定を実施した。保健指導3人、フォローアップ支援4人。【保険年金課】 ・低栄養ハイルスクアプローチ：R5.10月～11月、後期高齢者医療健診結果で低栄養リスクと判定された人のうち希望者に対して、体重・握力・ふくらはぎ周囲径測定、栄養教室、目標設定、効果測定を実施。前年度参加者にはフォローアップ支援として体重・握力・ふくらはぎ周囲径測定を実施した。参加者24人(初回17人、フォローアップ7人)。【保険年金課】 ・栄養バトロール事業：R5.6月～R6.2月、健康不明者(健診・医療データがない後期高齢者)に対して、家庭訪問によるアンケート回収、フレイル・低栄養リスク判定、不在者の生存確認やハイルスク者への栄養指導を行った。アプローチ112人、栄養指導10人。【保険年金課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●ハイルスクアプローチによる疾病予防・重症化予防 ・糖尿病受診勧奨訪問：R6.9月、健診の結果、血糖値が医療機関への受診が必要な数値にもかかわらず、未治療である人に対して、勧奨通知・家庭訪問・レセプトによる受診確認を行った。16件通知、7件訪問。【保険年金課】 ・糖尿病性腎症重症化予防事業：R6.8月～R6.1月、糖尿病性腎症重症化予防段階の人に対して、専門保健師・看護師の指導のもと病気の特徴と予防方法について学ぶ機会を作り、行動変容確認を行った。指導終了1年後には、希望者にフォローアップ支援を行っている。また、かかりつけ医提出の診療データを基に効果測定を実施した。保健指導3人、フォローアップ支援1人。【保険年金課】 ・低栄養リスクアプローチ：R6.10月～11月、後期高齢者医療健診結果で低栄養リスクと判定された人のうち希望者に対して、体重・握力・ふくらはぎ周囲径測定、栄養教室、目標設定、効果測定を実施。前年度参加者にはフォローアップ支援として体重・握力・ふくらはぎ周囲径測定を実施した。参加者20人(初回15人(訪問含む)、フォローアップ5人)。【保険年金課】 ・栄養バトロール事業：R6.5月～R7.2月、健康不明者(健診・医療データがない後期高齢者)に対して、家庭訪問によるアンケート回収、フレイル・低栄養リスク判定、不在者の生存確認やハイルスク者への栄養指導を行った。アプローチ124人、栄養指導8人。【保険年金課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病受診勧奨訪問：受診勧奨により、16名中5名の医療機関受診を確認した。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業：6か月間の保健指導により、糖尿病性腎症重症化予防のために自身で管理する方法(セルフマネジメント技術)を習得し、生活の質(QOL)を高めることができた。 ・低栄養リスクアプローチ：評価対象14名全員が体重維持・増加した。目標を持って取り組むことで健康や食事に関する意識を変えることができた。 ・健康不明者の状況を何らかの形で把握することができた。また、ハイルスク者に個別で栄養介入を実施することができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病受診勧奨訪問：医療機関への受診が必要にも拘らず、何年も受診を希望しない人への対応が課題。引き続き受診勧奨を実施していく。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業：保健指導終了後も行動変容した状態を維持できるかが課題。6か月間の保健指導後も生活の質を高めることができるよう意識づけを行っている。 ・低栄養リスクアプローチ：引き続き後期高齢者医療健診結果で低栄養リスクと判定された人に対して、情報提供を行い教室の周知等を行っている。 ・栄養バトロール事業：引き続き健康不明者に対して家庭訪問を実施して状況を把握し、必要な者には介入していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ハイルスクアプローチによる疾病予防・重症化予防 ・糖尿病受診勧奨訪問：8月頃、健診の結果、血糖値が医療機関への受診が必要な数値にもかかわらず、未治療である人に対して、勧奨通知・家庭訪問・レセプトによる受診確認を実施予定。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業：7月～翌年1月、糖尿病性腎症重症化予防段階の人に対して、専門保健師・看護師の指導のもと病気の特徴と予防方法について学ぶ機会を作り、行動変容確認実施予定。指導終了1年後には、希望者にフォローアップ支援を行っている。また、かかりつけ医提出の診療データを基に効果測定を実施予定。 ・低栄養ハイルスクアプローチ：10月～11月、後期高齢者医療健診結果で低栄養リスクと判定された人のうち希望者に対して、体重・握力・ふくらはぎ周囲径測定、栄養教室、目標設定、効果測定を実施。前年度参加者にはフォローアップ支援として体重・握力・ふくらはぎ周囲径測定を実施予定。 ・栄養バトロール事業：6月～翌年2月、健康不明者(健診・医療データがない後期高齢者)に対して、家庭訪問によるアンケート回収、フレイル・低栄養リスク判定、不在者の生存確認やハイルスク者への栄養指導を実施予定。 	
<ul style="list-style-type: none"> ●ポピュレーションアプローチによる周知啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・日本赤十字愛知県支部との高齢者健康支援モデル事業を通じ、年9回、握力測定等の健康測定やフレイル予防のワークショップを実施し、延べ696人が参加した。【地域福祉課】 ・後期高齢者を対象とした歯科検診の実施 受診者数159名 成人歯周病検診に加えて、口腔機能に関する質問票を実施し、口腔機能の低下の恐れがある人に対して、歯科医師が個々に合わせた保健指導を実施した。【健康課】 ・老人クラブでオーラルフレイルをテーマに健康教育を実施した。12回 255名【健康課】 ・コミュニティサロン、地域サロン等でフレイル予防について啓発した。延べ64回、延べ1,260名【健康課】 ・老人クラブ健康教育：R5.9月～12月、老人クラブ加入者に対して、オーラルフレイルについての講話や健診勧奨を各クラブ1回行った。参加者255名。【保険年金課】 ・介護保険料決定通知によるフレイル予防：介護保険料決定通知(介護福祉課実施)を送付する際、オーラルフレイルについてのチラシを同封した。(19,133通発送)。【保険年金課】 ・おたっしやハウスを活用した継続的低栄養アプローチ：R5.8月～11月、おたっしやハウス参加者に対して、体重・握力を測定し、セルフチェックを行った。また、フレイルやサルコペニア、栄養に関する講義、口腔体操も行った。参加者のべ94人。【保険年金課】 ・学び支援課事業の生涯学習講座(シルバースクール入学式)参加者フレイルチェック：R5.5月、講座参加者に対して、質問票を使ってフレイル啓発を1回行った。(47名)【保険年金課】 ・特定健診：40～74歳の人に対して、7月・10月・12月に計9日間、保健センターにて生活習慣病予防を目的とした集団健診を行った。また6月～11月に市内指定医療機関にて個別健診を行った。受診者4,201人。【保険年金課】 ・後期高齢者医療健診：75歳以上の人に対して、R5.6月～11月に市内指定医療機関にて個別健診を行った。受診者3917人。【保険年金課】 ・R5.5月末発送の特定健診・後期高齢者医療健診案内通知にて生活習慣病予防とフレイル(後期高齢者医療健診のみ)について周知。【保険年金課】 ・2月号広報にてフレイルについて周知。【保険年金課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●ポピュレーションアプローチによる周知啓発 ・日本赤十字愛知県支部との高齢者健康支援モデル事業実施。骨チェック等 延べ1,063人参加。 ・にっしんテレビ6月号「元気をいっぱいづるにっしんプロジェクト」視聴回数639回 【地域福祉課】 ・オーラルフレイル予防として、成人歯周病検診に加えて口腔機能に関する質問票と実測評価を行い、口腔機能の低下の恐れがある人に対して、歯科医師が個々に合わせた保健指導を実施した(50歳以上)。後期高齢者の受診者数119名【健康課】 ・老人クラブで骨粗しょう症をテーマに健康教育を実施した。11回 216名【健康課】 ・コミュニティサロン、地域サロン等でフレイル予防について啓発した。延べ57回、延べ1,154名【健康課】 ・(R6年度保険年金課は老人クラブ健康教育実施なし) ・介護保険料決定通知によるフレイル予防：介護保険料決定通知(介護福祉課実施)を送付する際、骨折・骨粗しょう症についてのチラシを同封した。【介護福祉課・地域福祉課】 ・おたっしやハウスを活用した継続的低栄養アプローチ：R6.9月～11月、おたっしやハウス参加者に対して、体重を測定し、セルフチェックを行った。また、フレイルやサルコペニア、栄養に関する講義も行った。参加者のべ138人。 ・(学び支援課事業の生涯学習講座：R6年度実施なし) ・特定健診：40～74歳の人に対して、7月・10月・12月に計9日間、保健センターにて生活習慣病予防を目的とした集団健診を行った。また6月～11月に市内指定医療機関にて個別健診を実施。受診者4,020人(暫定)。 ・後期高齢者医療健診：75歳以上の人に対して、R6.6月～11月に市内指定医療機関にて個別健診を実施。受診者4,034人(暫定)。 ・R6.5月末発送の特定健診・後期高齢者医療健診案内通知にて生活習慣病予防とフレイル(後期高齢者医療健診のみ)について周知。 ・(2月号広報掲載なし) 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進のための検討部会での各課協働実施、企業の協力により、番組作成・地域での測定会等、広報・個別通知のみならず様々な手法を用い多くの市民に啓発を実施することができた。対象者については年齢を限定せず実施したことから幅広い層にアプローチすることができた。また、測定については簡易チェックであるものの、企業側から「日進市の皆さんは結果が良い方の割合が高いです」と情報を得ることができた。 ・成人歯周病検診は、主観で回答する口腔機能に関する質問票に加えて客観的指標による実測評価(オールディアドコキネシス・反復唾液嚥下テスト)を実施することにより、受診者の気づきを促すことができた。 ・フレイルやサルコペニア、栄養について講義を行い、健康や食事に関する意識づけができた。 ・特定健診・後期高齢者医療健診を受診することで、自身の現在の体の状態を把握することができた。 ・生活習慣病予防とフレイルについて情報提供することで、日々の行動変容を促し健康維持・増進への動機付けに繋がった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1年間の啓発だけでは十分とは言えないことから、令和7年度についても、テーマは継続して実施する。 ・オーラルフレイル予防に着目した歯科検診や地域での健康教育等を実施する。 ・他教室参加者に対しても継続的に低栄養についてポピュレーションアプローチを実施していく。 ・特定健診・後期高齢者医療健診ともに受診率がやや下落傾向であるため、引き続き特定健診・後期高齢者医療健診について周知し、受診を勧奨していく。また、生活習慣病予防とフレイル(後期高齢者医療健診のみ)についても継続して周知し意識づけに繋げていく。 ・特定健診：40～74歳の人に対して、7月・10月・12月に計9日間、保健センターにて集団健診を実施予定。また6月～11月に市内指定医療機関にて個別健診を実施予定。 ・後期高齢者医療健診：75歳以上の人に対して、6～11月に市内指定医療機関にて個別健診を実施予定。 ・5月末発送の特定健診・後期高齢者医療健診案内通知にて生活習慣病予防とフレイル(後期高齢者医療健診のみ)について周知予定。 						

第9期にっしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標1 介護予防・重度化防止の推進

★高齢化による身体機能や認知機能等の衰えは誰にでも起こり得ることで、健康づくりや介護予防に取り組むことで、その機能低下を遅らせることができます。早い段階から介護予防に取り組み、要介護・要支援状態の人は重度化防止に取り組むことが重要です。
★保健事業と介護予防の一体的な実施により、高齢者一人ひとりの状態に応じた支援を行い、また、高齢者の様々な社会参加の機会を拡充し、生涯を通じた健康づくりや介護予防・重度化防止の取組を推進します。

施策の方向	具体的施策	担当課等	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回行った・何人参加した・何通送った等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った・何人参加した・何通送った等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例：意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率等	課題(R6)及び令和7年度の方角性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上での課題点や方角性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回行つ・何人参加してもらふ・何通送る等	具体的施策について計画期間で目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか等	指標(試算)
介護予防・日常生活支援総合事業の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防・生活支援サービス事業の充実 ●一般介護予防事業(介護予防把握事業)の充実 ●一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)の充実 ●一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)の充実 ●一般介護予防事業(地域リハビリテーション活動支援事業)の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉課 介護福祉課 保険年金課 健康課 福祉会館 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ・その他の生活支援サービス ・介護予防ケアマネジメント ・介護予防把握事業 ・介護予防講演会 ・介護予防体操教室 ・口腔・運動機能の向上、栄養改善の推進 ・おたっしやハウスの実施 ・コミュニティサロンの実施 ・アクティブシニア倶楽部の実施 ・日進おはなしひろば・出前回想法 ・介護予防サポーターの養成 ・ふらっとホームや住民主体通所型サービスの支援 ・つどいの場運営 ・つどいの場専門職派遣 ・介護支援ボランティア事業の拡充 ・一般介護予防事業評価事業 ・リハビリテーション職同行訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防・生活支援サービス事業の充実 ・予防訪問介護相当サービス 月平均利用者数76人【地域福祉課】 ・訪問型サービスA 月平均利用者数148人【地域福祉課】 ・住民主体訪問型サービス補助団体数 2団体 延べ利用者数278人【地域福祉課】 ・予防通所介護相当サービス 月平均利用者数116人【地域福祉課】 ・通所型サービスA 月平均利用者数228人【地域福祉課】 ・通所型サービスCを年4コース実施 利用者数73人、フォローアップ参加者数32人【地域福祉課】 ・配食サービス利用者数 64人【介護福祉課】 ・介護予防ケアマネジメント件数330件【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防・生活支援サービス事業の充実 ・予防訪問介護相当サービス 月平均利用者数77人【地域福祉課】 ・訪問型サービスA 月平均利用者数139人【地域福祉課】 ・住民主体訪問型サービス補助団体数 2団体 延べ利用者数人【地域福祉課】 ・予防通所介護相当サービス 月平均利用者数137人【地域福祉課】 ・通所型サービスA 月平均利用者数226人【地域福祉課】 ・通所型サービスCを年4コース実施 延べ利用者数80人、フォローアップ利用者数24人【地域福祉課】 ・配食サービス利用者数 54人【介護福祉課】 ・介護予防ケアマネジメント 月平均件数307件【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・予防通所介護相当サービスの月平均23人増 ・通所型サービスC7人増加 ・介護予防ケアマネジメント件数月平均23件減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の増加に伴い地域包括支援センターにおいて相談支援を実施する対象者の増加が見込まれるなか、ケアマネジメント件数の増減について注視しつつ、適切な介護予防ケアマネジメントを実施できるよう国ガイドラインに沿ってケアマネジメント類型の整理について検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防・生活支援サービス事業の充実 ・課題解決に向けたサービスの種類の増加(訪問型サービスC(栄養・運動)開始) 	<ul style="list-style-type: none"> 1虚弱の状態(フレイル)にある者が、介護予防・生活支援サービスを受けりエイブルメントにより自立した生活が維持できる者の増加 2アウトリーチ(健診・データ地域包括支援センター・民生委員の情報提供)により早期に支援に繋がる者の増加 3身体活動、栄養・口腔機能、社会参加等の各分野においてフレイルの認知度向上により予防行動をとれる人の割合の増加(再掲) ・専門職を活用し自立支援に資する取り組みを推進することで地域での健康づくりの必要性について理解している者の増加 ・高齢者の外出機会の創出、いきいきと健康的に過ごす環境の充実 ・民生委員と連携し、事業を継続的に周知 ・大学や関係機関の協力を得て、高齢者の健康増進、社会参加、地域づくりを推進 4介護支援ボランティアポイント、介護予防サポーターの養成、ふらっとホームや住民主体通所型サービスへの支援、つどいの場運営助成や専門職派遣を行うことによる、住民主体の通いの場の充実や人とのつながりからの地域づくりの充実 ・身近な地域での健康づくり、フレイル予防、介護予防の普及 ・高齢者の健康増進、気軽に集い一日楽しく過ごす環境の充実 5健康かててや見える化システムのデータを活用し、介護予防事業効果の検証を行い、効果の高い事業について検討 6リハビリテーション同行訪問事業、地域ケア会議等により幅広くリハビリテーション専門職が関与することで、他専門職の知識の向上・マネジメント力が向上し、自立支援に繋がる者が増加 	<ul style="list-style-type: none"> 1年間で「要支援」から「要介護」へ重度化した人の割合 (ベースライン値 44.1%) ハリスク者割合 <ul style="list-style-type: none"> ・BMI18.5未満の人(ベースライン値 7.6%) ・過去1年間の転倒経験「はい」と回答した人の割合(ベースライン値18.4%) ・日用品の買い物ができますか「できない」と回答した人の割合(ベースライン 3.7%) 地域での健康づくりや介護予防の取り組みをしている人の割合 <ul style="list-style-type: none"> ・つどいの場への参加者(月1回以上参加している)の割合(ベースライン値 8.5%) ・介護予防の取り組みに参加している人の割合(ベースライン値1.1%) ・週に1回以上のウォーキング等の運動状況について「はい」と回答した人の割合(ベースライン値65%)
			<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防把握事業)の充実 介護・医療・健診情報を活用し介護予防教室の案内を627人に発送した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防把握事業)の充実 介護・医療・健診情報を活用し介護予防教室の案内を363人に発送した。【地域福祉課】 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施健康状態把握事業「栄養ハートルール」にて介護・医療・健診を受けていない者へ訪問を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)の充実 介護・医療・健診情報を活用し介護予防教室の案内を363人に発送した。【地域福祉課】 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施健康状態把握事業「栄養ハートルール」にて介護・医療・健診を受けていない者へ訪問を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> セルケアできていない者やヘルスリテラシーを高める支援が必要な者へ通知することができた。また健康データが把握できない者について管理栄養士が訪問等によりフレイル状態を把握し状態像にあわせて支援につなげることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業対象者の共有をしながら、健診受診者情報だけでなく、その他の予防対象者かつ把握が必要な対象者の有無について検討していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防把握事業)の充実 介護・医療・健診情報を活用したリスク者の把握と通知による啓発の継続 		
			<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)の充実 「運動機能の維持・向上」及び「認知症と共生社会」をテーマにした講演会を開催し、延べ70人が参加した。【地域福祉課】 ・介護予防体操教室を3カ所で開催し、延べ1,407人が参加した。【地域福祉課】 ・栄養と運動機能の向上を目的とした専門職による教室を1コース全2回実施し、13人が参加した。【地域福祉課】 ・口腔機能の向上、啓発を目的とした専門職による教室を1回開催し、10人が参加した。【地域福祉課】 ・認知症の予防を目的としたオープン回想法、出前回想法を年55回開催し、延べ486人が参加した。【地域福祉課】 ・コミュニティサロン、地域サロン等にて健康相談を実施した。延べ70回、延べ976名【健康課】 ・口腔・運動機能の向上、栄養改善の推進 コミュニティサロン参加員を対象に歯科衛生士による歯と口腔の健康づくりに関する講話を開催 6箇所 年1回開催 参加人数85名【福祉会館】 ・おたっしやハウスの実施 6箇所 252回 延べ参加人数11,517名 (1回あたり平均参加者数 45名)【福祉会館】 ・コミュニティサロンの実施 6箇所 229回 延べ参加人数3,126名 (1回あたり平均参加者数 13名)【福祉会館】 ・アクティブシニア倶楽部の実施 1箇所 10回 延べ参加人数123名【福祉会館】 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)の充実 「認知症」及び「転倒・骨折・骨粗しょう症」をテーマにした講演会を開催。「認知症」100人「転倒・骨折・骨粗しょう症」162人が参加。【地域福祉課】 ・介護予防体操教室を2カ所で開催し、延べ1,382人が参加した。【地域福祉課】 ・栄養と口腔、運動機能の向上を目的とした専門職による教室を1コース全3回実施し、9人が参加した。【地域福祉課】 ・口腔機能の向上、啓発を目的とした専門職による教室を1回開催し、15人が参加した。【地域福祉課】 ・認知症の予防を目的としたオープン回想法、出前回想法を年46回開催し、延べ389人が参加した。【地域福祉課】(R7.2時点) ・コミュニティサロン、地域サロン等にて健康相談を実施した。延べ59回、延べ842名【健康課】 ・口腔・運動機能の向上、栄養改善の推進 コミュニティサロン参加員を対象に歯科衛生士による歯と口腔の健康づくりに関する講話を開催 6箇所 年1回開催 参加人数81名【福祉会館】 ・おたっしやハウスの実施 6箇所 202回 延べ参加人数9,274名 (1回あたり平均参加者数 45名)【福祉会館】 ・コミュニティサロンの実施 6箇所 189回 延べ参加人数2,532名 (1回あたり平均参加者数 13名)【福祉会館】 ・アクティブシニア倶楽部の実施 1箇所 10回 延べ参加人数206名【福祉会館】 	<ul style="list-style-type: none"> ・「転倒・骨折・骨粗しょう症」の介護予防講演会に参加した者の内アンケート回収率76%(123人)参加したきっかけは「若いへの不安」が40%「痛み(膝・腰)」が27%と高かった。「骨折したことがある」14%「転びやすくなった」11%、普段から取り組む内容として「運動・体操」74%「食事・栄養」61%と高かった。よかつた内容としては「転倒とロコモティブシンドローム」46.3%「骨粗しょう症と骨折」45%と高かった。 ・オーラルフレイルに関する事業を実施して3年目となったが、今回初めて定員に達した。 〈内訳〉個別通知101人中参加6人(6%)広報等による参加9人 〈結果〉オーラルフレイルについて知っている・聞いたことがあるが80%(12人)と高かったが、アンケート結果より効果の有無に関わらず何等かの口腔リスクがある者が多数であった。 ・様々な健康問題を抱える相談者に寄り添い、必要に応じて行った助言により、医療機関受診や生活習慣の改善に結びついた人がいた。 ・高齢者が各種事業に参加することで健康増進を図ることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動(事業数2事業 延べ1,382人) ・栄養・口腔・運動(事業数1事業延べ 17人) ・口腔(事業数 1事業 延べ 15人) ・認知機能(事業数 事業 延べ 人) ・骨折・転倒・骨粗しょう症予防(1事業162人) ⇒予防行動が取れている人の割合100%(講演会より) 84% (お口の元氣アップ郵送による効果による参加者) 自主的でも効果による参加でも参加している人は予防行動が取れていることがわかつた。しかしながら、健康課題に沿ったテーマにすることで、より自分の体を客観的に見るきっかけになると同時に、具体的に自分のリスクに気づききっかけとなることから取り組みの必要性について考えることができ、効果的なアプローチになっていく可能性がある。来年度も健康課題に着目しながら予防効果の高い内容を検討する。 ・コミュニティサロン、地域サロン等にて健康相談を実施する。 ・新型コロナウイルスの影響により減少した参加者数の回復を図るために引き続き広報、周知活動を重点的に行っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)の充実 ・運動(事業数 2事業 延べ 1,560人) ・栄養・口腔・運動(事業数 1事業 延べ 45人) ・認知機能(事業数 2事業 延べ500人) ・コミュニティサロン参加員を対象に、口腔・運動機能の向上、栄養改善に関する講話を開催 ・おたっしやハウスの定期的な実施 ・コミュニティサロンの定期的な実施 ・アクティブシニア倶楽部の実施 			
			<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)の充実 ・回想法の実践者を養成するため、研修を開催し、修了延べ25人。【地域福祉課】 ・運動普及推進員の養成人数4人【健康課】 ・地域の空き家や集会所等を活用した通いの場(ふらっとホーム)を市内7カ所において住民主体で運営し、1,273日開所、参加者延べ10,607人。【地域福祉課】 ・住民主体通所型サービスを実施する1団体に補助を行った。参加者延べ795人。【地域福祉課】 ・地域における介護予防の取組を推進するため1専門職を派遣した。派遣回数19回。【地域福祉課】 ・介護支援ボランティア登録者数148人【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)の充実 ・回想法実践者の養成について実施無し【地域福祉課】 ・運動普及推進員の養成について実施無し【健康課】 ・地域の空き家や集会所等を活用した通いの場(ふらっとホーム)を市内7カ所において住民主体で運営した。【地域福祉課】 ・住民主体通所型サービスを実施する3団体に補助を行った。【地域福祉課】 ・地域における介護予防の取組を推進するため1専門職を派遣した。派遣回数17回。【地域福祉課】 ・介護支援ボランティア登録者数152人【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体通所型サービスを実施する団体数が2団体増加。地域資源の開発に繋がった1件と安定的運用のための補助制度利用が1件だった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動普及推進員の養成を行う。 ・住民主体通所型サービスの充実 令和8年度目標「支援対象数3カ所(団体)」目標を達成した。補助制度利用せず地域資源の開発に繋がった地域もあることから、今後も補助を希望する団体の増加が見込まれる。令和7年度は拡大に向けた体制を整えていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)の充実 ・住民主体通所型サービスの充実 支援対象数3カ所(団体) ・通いの場数の増加(60箇所) ・介護支援ボランティア登録者数の増加(160人) 			
			<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)の充実 健康管理システムの改修、通いの場運営支援サービスの導入により、データ分析ができる環境を整えた。また、データに基づくハリスク者や介入に効果がでる可能性が高い者を抽出し効果することで、参加者の振り起こしや効果的な介入をすることができた。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)の充実 健康管理システムにフレイル質問票データを入力開始。事業評価に活用予定。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> 分析未 	<ul style="list-style-type: none"> データの取得ができる事業分析が可能とはなったが、高齢者全体の参加データをそろえるには現状の方法では資源が足りない。通いの場の参加状況を他方法(コース調査等)でも可能か精査する。地域で参加している者の実データを効率的に把握する手法については令和7年度も検討していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)の充実 事業効果検証の実施 			
			<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(地域リハビリテーション活動支援事業)の充実 リハビリテーション職同行訪問事業を実施し、ケアマネジャーからの依頼により33件訪問、助言等を行った。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(地域リハビリテーション活動支援事業)の充実 リハビリテーション職同行訪問事業を実施し、ケアマネジャーからの依頼により46件訪問、助言等を行った。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーから利用した経緯・その後の状況についてアンケートを実施した。アセスメントの助言を受けることにより、状態像が明確になっていた。また、本人への助言についてPTのサポートを受けることで生活改善・介護予防の必要性が伝わりやすくなっているメリットが見えた。 	<ul style="list-style-type: none"> 包括支援センター職員の利用率は高いことから、事業が効果的活用されていると判断する。どのような状態像の利用者が多いのかは分析できていないので、データの蓄積が出来たらその点についても分析していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般介護予防事業(地域リハビリテーション活動支援事業)の充実 リハビリテーション職が関与する事業を全体的に整理、事業の目的と効果を明確にする。他職種がリハビリテーション職の関与によるメリット・効果を理解することができる。 			

第9期にしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標1 介護予防・重度化防止の推進

★高齢化による身体機能や認知機能等の衰えは誰にでも起こり得ることで、健康づくりや介護予防に取り組むことで、その機能低下を遅らせることができます。早い段階から介護予防に取り組むこと、要介護・要支援状態の人は重度化防止に取り組むことが重要です。
 ★保健事業と介護予防の一体的な実施により、高齢者一人ひとりの状態に応じた支援を行い、また、高齢者の様々な社会参加の機会を拡充し、生涯を通じた健康づくりや介護予防・重度化防止の取組を推進します。

施策の方向	具体的施策	担当課等	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回行った・何人参加した・何通送った等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った・何人参加した・何通送った等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例：意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率等	課題(R6)及び令和7年度の方向性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上での課題点や方向性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回行う・何人参加してもらった・何通送る等	具体的施策について計画期間で目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか等	指標(試算)
就労・社会参加機会の拡充	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者の活動機会の提供 ●老人クラブの活動支援 ●シルバー人材センターの活動支援 ●生涯学習の推進 ●参加支援 	地域福祉課 防災交通課 学び支援課	・くるりんばす等による外出支援 ・住民主体の移動支援 ・就労的活動の支援 ・老人クラブの活動支援 ・シルバー人材センターによる活動促進 ・シルバー人材センターへの支援 ・生涯スポーツの推進 ・生涯学習の場の充実、情報提供 ・社会参加しやすい環境づくり	●高齢者の活動機会の提供 住民主体の移動支援サービスを実施する4団体に補助を実施。利用者延べ1,983人。【地域福祉課】	●高齢者の活動機会の提供 住民主体の移動支援サービスを実施する7団体に補助を実施。【地域福祉課】	・買い物・医療機関受診だけでなく外出等住民のニーズに併せて支援をすることで、移動支援が生活の軸となっている住民がいることのことであった。団体数は3団体増加した。	令和2年度から移動支援が開始し5年となった。モデル事業開始後実施団体・利用者とも増加傾向であることから日進市では移動支援が身近な活動となりつつある。事業の定着ができていくことから、令和7年度はボランティア・利用者の社会参加頻度や幸福度等事業の効果測定を検討していく。	●高齢者の活動機会の提供 移動支援サービスの充実(4団体 延べ2,000人)	①移動支援や就労支援、老人クラブ、シルバー人材センター等の活動支援をすることで何らかの地域活動に参加し、生きがいややりがいを感じる者の増加 ②学びへの意欲をもち、日々をいきいきと過ごすことのできる高齢者の増加	地域活動へ参加している人の割合(ベースライン値、つどいの場11.3%、老人クラブ13.7%、収入のある仕事26.4%、趣味関係のグループ31.6%、学習・教養サークル10.3%等)
				●老人クラブの活動支援 31の単位老人クラブ(総会員数5,909人)に補助を行い活動を支援した。【地域福祉課】	●老人クラブの活動支援 29の単位老人クラブ(総会員数5,463人)に補助を行い活動を支援した。【地域福祉課】	・老人クラブの統廃合によりクラブ数が減少した。また、新規会員の加入が難しい背景があり、会員数が減少した。	・令和7年度は老人クラブの活動内容や会員数に注視しつつ活動支援を継続する。	●老人クラブの活動支援 活動の支援の継続 単位老人クラブに補助を行い活動支援を継続する		
				●シルバー人材センターの活動支援 継続的な事業運営ができるよう、補助を行い活動を支援した。【地域福祉課】	●シルバー人材センターの活動支援 継続的な事業運営ができるよう、補助を行い活動を支援した。【地域福祉課】	・労働・ボランティアという社会参加や生きがいづくりの場として会員は生き生きと活動している様子が伺えることから、効果的な事業と判断する。	継続的な事業運営ができるよう、支援を継続する。	●シルバー人材センターの活動支援 継続的な事業運営ができるよう、支援を継続する。		
				●生涯学習の推進 ・高齢者向け生涯学習事業(いきいきシルバースクール)ひだまり・竹の山・梨の木いきいきシルバースクール3箇所で開催、計62名参加 年間を通して8回の授業を実施 また、合同入学式、レクリエーション大会、合同修了式を行った。【学び支援課】 ・年3回生涯学習情報誌PLANを発行、全戸配布し生涯学習の情報提供を実施【学び支援課】	●生涯学習の推進 ・高齢者向け生涯学習事業(いきいきシルバースクール)西・竹の山・梨の木いきいきシルバースクール3箇所で開催、計53名が参加し、年間を通して8回の授業を実施した。 また、合同入学式、合同レクリエーション大会を行った。【学び支援課】 ・年3回生涯学習情報誌PLANを発行、全戸配布し生涯学習の情報提供を実施した。【学び支援課】	・授業内で行った体操を継続して行う、毎朝散歩をするようになったなどの健康意識の向上が見られた(アンケート結果)。また、文化財ツアーで訪れた岩崎城によく行くようになった、文化財に興味を持ち調べるようになったなど、歴史や文化に対して積極性を持つようになったという意見もあった。	・高齢者向け生涯学習事業(いきいきシルバースクール)の内容について、全授業に対する体験型学習の占める割合を見直し、より「学び」を意識したやや高度な授業の提供に努める。 ・市ホームページ、市広報紙、生涯学習情報誌、講座募集チラシによる情報提供の継続 生涯学習情報誌については、年間3回発行し、全戸配布の実施を行う。引き続き、広く市民に分かりやすい生涯学習情報の提供に努める。	●生涯学習の推進 高齢者向け生涯学習事業いきいきシルバースクール参加者数の増加		
●参加支援 第1層生活支援コーディネーターを2名、第2層生活支援コーディネーターを3名配置し、住民主体の生活支援サービスの補助金申請時や事業継続については住民団体からの相談に応じた。移動支援サービスについては、生活支援コーディネーター主催で、関係住民団体による円卓会議を実施し、担い手に関する課題の共有や情報交換を行った。【地域福祉課】	●参加支援 第1層生活支援コーディネーターを3名、第2層生活支援コーディネーターを3名配置し、住民主体の生活支援サービスの補助金申請時や事業継続については住民団体からの相談に応じた。移動支援サービスについては、生活支援コーディネーター主催で、関係住民団体による連絡会を実施し、担い手に関する課題の共有や情報交換を行った。【地域福祉課】	・地域課題解決に向けた地域ケア会議やその地域の話し合いの場に生活支援コーディネーターが参加し、必要に応じ補助金申請や新規事業と既存事業のすみ分け等地域住民の意見を反映しながら相談に応じるなど併走的な支援をすることができたのは成果と考える。	個々の課題はあるものの、地域で共通課題を持っている人やキーパーソンがいない等地域の実情によって発展が見えない地域があることから、令和7年度についても地域での課題やキーパーソンの発掘とう情報収集を継続する。円卓会議についても継続実施。	●参加支援 第1層生活支援コーディネーター・第2層生活支援コーディネーターを継続配置、全圏域を対象とした円卓会議をや3圏域における協議体を実施し、2040年問題を意識しながら、地域における課題解決ができるよう継続支援する。						

第9期につしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標2 在宅生活支援の充実

★高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けていくためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築する必要があります。
★地域包括支援センターを中心とした包括的相談支援体制を構築するほか、在宅医療・介護連携の取組、家族介護者への支援、高齢者の住まいの確保、介護保険サービス、在宅支援サービスの確保を推進し、地域包括ケアシステムの深化を図ります。

施策の方向	具体的施策	所管課	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回した、何人参加した、何通過した等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った、何人参加した、何通過した等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例:意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率等	課題(R6)及び令和7年度の方 向性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上での課題点や方向性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回する、何人参加してら う、何通過する等	計画期間内での目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか 等	指標(試案)	
包括的な相談支援体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターの機能や体制の強化 ●多機関協働による相談支援 ●地域ケア会議の充実 ●アウトリーチ支援等を通じた継続的支援 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉課 介護福祉課 健康課 子育て支援課 市民協働課 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターによる相談支援体制の強化 ●組織の連携強化 ●人員体制の確保 ●地域包括支援センターの事業評価 ●包括的な相談支援体制の構築 ●地域ケア会議の充実 ●まちの守り人の養成 ●認知症等による行方不明高齢者等の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターの機能や体制の強化 ●市内3圏域に地域包括支援センターを委託設置し、3職種10名による総合相談体制とした。【地域福祉課】 ●在宅介護支援事業所管理者会を地域包括支援センター主催で年4回開催し、ケアマネジャーとの連携、研修実施による資質向上を図った。【地域福祉課】 ●地域包括支援センターと在宅医療・介護連携支援センター、認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員との連絡協議の場を月1回設けた。【地域福祉課】 ●地域包括支援センター職員の研修計画を年度当初に策定し、周知するとともに、研修の案内を随時実施した。【地域福祉課】 ●地域包括支援センターの事業評価を年1回実施し、運営部会にて報告、協議した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターの機能や体制の強化 ●市内3圏域に地域包括支援センターを委託設置し、3職種10名による総合相談体制とした。【地域福祉課】 ●在宅介護支援事業所管理者会を地域包括支援センター主催で年4回開催し、ケアマネジャーとの連携、研修実施による資質向上を図った。【地域福祉課】 ●地域包括支援センターと在宅医療・介護連携支援センター、認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員との連絡協議の場を月1回設けた。【地域福祉課】 ●地域包括支援センター職員の研修計画を年度当初に策定し、周知するとともに、研修の案内を随時実施した。【地域福祉課】 ●地域包括支援センターの事業評価指標が令和6年度より変更となったことに伴い、各センターに対し評価指標の説明及び取組内容についての検討を実施し、運営部会にて報告した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●合同研修をし、地域課題や地域資源把握状況について情報交換することで、連携体制強化・資質向上に寄与した。 ●各連絡協議の場を月1回設け、地域課題の具体的な内容や解決に向けた活動方法について情報交換した。他圏域と意見交換することで、圏域の枠を超え解決方法を知ることができた。 ●事業評価については現状を把握し共有することで評価について意識することができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●相談体制・連携強化のために継続して実施していく。 ●地域包括支援センターとの連絡協議の場については、内容を精査しながら議論する内容を精査しスリム化していく。また、個別ケースに関わる課題や背景について情報交換する場を新たに設ける等、後期高齢者が増加する背景とその課題を把握し次年度以降に予測される課題に早期に対応できる体制の必要性について検討する。 ●在宅医療・介護連携支援センター、認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員との連絡協議の場を月1回設ける。 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターの機能や体制の強化 ●総合相談体制・ケアマネジャーとの連携強化、研修実施による資質向上 ●各連絡協議会を12回/年実施 ●体制の強化により適切な保健・医療・福祉サービスの利用や関係機関に速やかに繋がることのできる ●在宅医療・介護連携支援センターや認知症初期集中支援チーム・生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等がそれぞれの機関の活動内容を理解すると共に、必要時スムーズに連携できる体制を構築する。 	<ul style="list-style-type: none"> 1 高齢分野における地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する中核的機関としての役割の確立 2 包括的な相談支援体制の一端を担う相談支援機関として、生活困窮や障害福祉、DV、ヤングケアラー等、複雑化・複合化した課題に対して、多機関と協働しながら対応できる体制の構築 3 医療(医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・理学療法士・管理栄養士等)・介護(社会福祉士・介護支援専門員等)等多職種との地域ケア会議を通じたケアマネジメントスキルの向上や多職種相互の連携強化、地域課題の把握。 4 必要な支援が届いていない人や支援につながることに拒否的な人に支援が届く。 ●本人と直接かつ継続的に関わるための信頼関係の構築や、本人とのつながりづくりに向けた支援 ●支援が必要な者を見つけるため、支援関係機関とのネットワークや地域住民とのつながり構築や情報を幅広く収集 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターの「事業内容まで知っている」と回答した人の割合(ベースライン値 15.1%) 『関係機関、職種との連携状況』について「よく連携が取れている」と回答した人の割合(ベースライン値 包括支援センター57.9%、在宅医療・介護連携支援センター8.8%、在宅医療・介護連携支援センター7.0%、生活困窮者自立支援相談員7.0%、障害者相談支援センター3.5%等) 『自由参加型地域ケア会議に参加してよかったところ』での回答割合(ベースライン値 他の専門職からの意見が参考になった44.4%、支援方法を見直すきっかけができた44.4% 等) 	
			<ul style="list-style-type: none"> ●多機関協働による相談支援【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●多機関協働による相談支援 ●在宅医療・介護連携支援センターや認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員とは定期的な会議や随時の情報共有をはかり相談支援体制を整えた。【地域福祉課】 ●DV対応窓口として重層的支援の枠組みに参加し、関係各課等の情報交換を行った。【市民協働課】 ●消費者安全確保地域協議会(見守りネットワーク)の枠組みを活用し、地域包括支援センター等と消費生活分野の情報交換を行った。【市民協働課】 ●1月の重層コアメンバー会議にてヤングケアラーの勉強会を実施し、22名が参加した【子育て支援課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●多機関協働による相談支援 ●在宅医療・介護連携支援センターや認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員とは定期的な会議や随時の情報共有をはかり相談支援体制を整えた。【地域福祉課】 ●DV対応窓口として重層的支援の枠組みに参加し、関係各課等の情報交換を行った。【市民協働課】 ●消費者安全確保地域協議会(見守りネットワーク)の枠組みを活用し、地域包括支援センター等と消費生活分野の情報交換を行った。【市民協働課】 ●1月の重層コアメンバー会議にてヤングケアラーの勉強会を実施し、22名が参加した【子育て支援課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●生活支援コーディネーターと認知症地域支援推進員との連携は各圏域ごとできている。初期集中支援チームについては各包括支援センターへ連絡を通じ情報提供を行ったり、市内調剤薬局へ啓発活動を行うなど連携を意図した取り組みを行うことができた。在宅医療・介護連携支援センターの活動については、相談窓口を設置し随時相談できている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●令和7年度も同様に連携体制を意識し、事例や事業を通じ活動内容を共有するなど連携体制を継続する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●多機関協働による相談支援 ●在宅医療・介護連携支援センターや認知症初期集中支援チーム・生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等がそれぞれの機関の活動内容を理解すると共に、必要時スムーズに連携できる体制を構築する。 	<ul style="list-style-type: none"> 『関係機関、職種との連携状況』について「よく連携が取れている」と回答した人の割合(ベースライン値 包括支援センター57.9%、在宅医療・介護連携支援センター8.8%、在宅医療・介護連携支援センター7.0%、生活困窮者自立支援相談員7.0%、障害者相談支援センター3.5%等) 		
			<ul style="list-style-type: none"> ●地域ケア会議の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域ケア会議の充実 ●ケアマネジメントの質の向上、地域課題の抽出を目的として個別事例の検討を行う地域ケア会議を各地域包括支援センターで計18回実施した。また多職種が自由に参加できる地域ケア会議を地域包括支援センター主催で年6回開催した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域ケア会議の充実 ●ケアマネジメントの質の向上、地域課題の抽出を目的として個別事例の検討を行う地域ケア会議を各地域包括支援センターで計18回実施した。また多職種が自由に参加できる地域ケア会議を地域包括支援センター主催で年6回開催した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●個別事例が自立支援型の本人の目標でない場合や課題が多岐に渡っている場合、議論の方向性が定まらない状況があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ●インフォーマルサービスの効果的な活用についても論点として入れていく必要性があるため、個別事例の選択や議論のテーマについて事前に精査し、効果的に個別事例検討ができるように調整していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域ケア会議の充実 ●個別事例を通じてそれぞれの専門性を生かし、また自立支援・重症化防止に必要な視点をもち検討することができる。地域包括支援センター主催の地域ケア会議では個別事例の検討を通して地域課題の抽出ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 『関係機関、職種との連携状況』について「よく連携が取れている」と回答した人の割合(ベースライン値 包括支援センター57.9%、在宅医療・介護連携支援センター8.8%、在宅医療・介護連携支援センター7.0%、生活困窮者自立支援相談員7.0%、障害者相談支援センター3.5%等) 		
			<ul style="list-style-type: none"> ●アウトリーチ支援等を通じた継続的支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●警察からの情報把握 ●警察との連携協定による行方不明高齢者保護事業の情報提供は25件あり、すべて担当圏域の地域包括支援センターならびに担当ケアマネジャーと情報連携をはかった。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●アウトリーチ支援等を通じた継続的支援 ●警察からの情報把握 ●警察との連携協定による行方不明高齢者保護事業の情報提供は16件あり、すべて担当圏域の地域包括支援センターならびに担当ケアマネジャーと情報連携をはかった。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●警察からの情報を把握することで行政の情報とすり合わせにより把握率を確認することができ、未把握事例はないことがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ●令和7年度についても継続し、未把握事例を把握した際はアウトリーチ支援に繋げていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●アウトリーチ支援等を通じた継続的支援 ●アウトリーチによる早期・予防的支援の継続 	<ul style="list-style-type: none"> 『あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのくたない話し合ったことがありますか』について「詳しく話し合っている」と回答した人の割合(ベースライン値 2.3%) 		
在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療・介護連携の資源及び課題の把握、施策の企画立案 ●在宅医療・介護連携に関する相談支援 ●市民への普及啓発 ●医療・介護関係者の情報共有の支援及び研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉課 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域医療・介護資源の把握 ●在宅医療・介護連携の課題の抽出と施策の企画立案 ●在宅医療・介護連携支援センター「やまびこ日進」の運営 ●市民への普及啓発 ●在宅医療・介護連携システムの活用 ●医療と介護の多職種連携研修会 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療・介護連携の資源及び課題の把握、施策の企画立案 ●専門職が活用できるよう、地域の医療機関や介護事業所の資源情報をリスト化し、ケアマネジャーと共有した。【地域福祉課】 ●在宅医療・介護連携に関する検討部会を年3回開催し、在宅医療介護連携支援センターの事業計画について協議検討した。【地域福祉課】 ●在宅医療・介護連携に関する相談支援 ●在宅医療・介護連携支援センターを東名古屋医師会に委託設置し、「やまびこ日進」として運営した。【地域福祉課】 ●地域の医療・介護関係者からの相談件数は162件であった。【地域福祉課】 ●市民への普及啓発 ●ACPをテーマとした市民公開講座を開催し217人が参加した。地域の医療・介護専門職らによるプロジェクトチームにおいてACPの手帳及びフリーフレットを作成し、様々な広報媒体を通じて周知啓発を行った。また地域の老人クラブやその他団体の希望に応じて医療・介護専門職が行う出前講座を15回開催した。【地域福祉課】 ●医療・介護関係者の情報共有の支援及び研修の実施 ●地域の医療・介護専門職らによる情報連携プロジェクトチームで検討した結果、電子@連絡帳「事業所情報掲示板」プロジェクトを立ち上げ、医療・介護事業所が効率的に多職種に向けて情報発信できるようにした。【地域福祉課】 ●電子@連絡帳の利活用を推進するため、多職種向けの研修会を2回開催した。【地域福祉課】 ●医師、歯科医師、薬剤師と介護事業者との顔の見える関係づくりを目的とした研修会を3回実施した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療・介護連携の資源及び課題の把握、施策の企画立案 ●在宅医療・介護連携に関する検討部会を年2回開催し、在宅医療介護連携支援センターの事業計画について協議検討した。【地域福祉課】 ●医療と介護の意見交換会42名参加、歯科との勉強会42名参加、薬剤師との交流会37名参加【地域福祉課】 ●在宅医療・介護連携に関する相談支援 ●在宅医療・介護連携支援センターを東名古屋医師会に委託設置し、「やまびこ日進」として運営した。【地域福祉課】 ●地域の医療・介護関係者からの相談件数は144件であった。【地域福祉課】 ●市民への普及啓発 ●市民公開講座として、多職種連携をテーマとした映画を上映した。204人が参加。地域の医療・介護専門職らによるプロジェクトチームにおいてACPの周知啓発を行った。また地域の老人クラブやその他団体の希望に応じて医療・介護専門職が行う出前講座を12回開催した。【地域福祉課】 ●医療・介護関係者の情報共有の支援及び研修の実施 ●地域の医療・介護専門職らによる情報連携プロジェクトチームで発案した、電子@連絡帳「事業所情報掲示板」プロジェクトについて外部評価が高く、「事業所情報掲示板」をモデルとしたプロジェクトが瀬戸旭も一やっこネットワークでも立ち上がることとなった。【地域福祉課】 ●医師、歯科医師、薬剤師と介護事業者との顔の見える関係づくりを目的とした研修会を3回実施し、延べ121名が参加した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●検討部会で協議検討することで現状の課題やニーズを把握することで、活動内容を工夫し実施することができた。 ●歯科との勉強会では、ケアマネジャーが21%(9人)その他医療介護専門職等が9職種(33人)の参加だった。歯科・ST・栄養それぞれの職種視点での講義やグループワークによる多職種での情報交換によって、口腔リハ・栄養と連携することのメリットについて学ぶ機会となるだけでなく、地域の医療資源窓口について知る機会となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●勉強会や交流会にて専門職の専門性の強みや効果を学ぶ機会となっており効果的な事業となっている。今後、意見交換会や勉強会をきっかけに、ケアマネジャーが課題解決に向けた専門職の活用が広がったかの有無について確認することが必要と考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ●勉強会や交流会にて専門職の専門性の強みや効果を学ぶ機会となっており効果的な事業となっている。今後、意見交換会や勉強会をきっかけに、ケアマネジャーが課題解決に向けた専門職の活用が広がったかの有無について確認することが必要と考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療・介護連携の資源及び課題の把握、施策の企画立案 ●ケアマネジャーが必要な地域資源について把握し活用のメリットを理解し、必要に応じてスムーズに専門職を活用し、課題解決に向けた支援をすることができる。 ●在宅医療・介護連携に関する検討部会(2回開催/年) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 医療(医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士等)・介護(社会福祉士・介護支援専門員等)専門職、サービス事業所等様々な関係機関とのスムーズな連携による切れ目のない医療介護支援体制の構築 2 将来の自分自身・家族の介護や医療、ACPについて考え、見通しを立てることができる者の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 『あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのくたない話し合ったことがありますか』について「詳しく話し合っている」と回答した人の割合(ベースライン値 2.3%)
			<ul style="list-style-type: none"> ●市民への普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ●市民公開講座 ●市民公開講座として、多職種連携をテーマとした映画を上映した。204人が参加。地域の医療・介護専門職らによるプロジェクトチームにおいてACPの周知啓発を行った。また地域の老人クラブやその他団体の希望に応じて医療・介護専門職が行う出前講座を12回開催した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●市民への普及啓発 ●市民公開講座として、多職種連携をテーマとした映画を上映した。204人が参加。地域の医療・介護専門職らによるプロジェクトチームにおいてACPの周知啓発を行った。また地域の老人クラブやその他団体の希望に応じて医療・介護専門職が行う出前講座を12回開催した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●映画により、連携体制について市民に分かりやすい啓発ができた。また専門職にとって多職種連携の役割や連携方法についてより具体的に理解してもらうことができた。ACPの啓発については、出前講座だけでなく市民がパンフレット希望で来庁する等啓発したことによる波及効果が現れた結果となった。また、Instagramに掲載することによって県外からも数件問い合わせが入る等、市内に関わらず効果的な啓発が行われた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ACPプロジェクトチームは解散するが、令和7年度も出前講座を通じて市民への啓発は継続する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●市民への普及啓発 ●在宅医療・介護に関する知識の普及啓発により自分らしい暮らしを続けられるようイメージすることができる。 ●ACPをテーマとした市民公開講座、出前講座(計200人) ●医療・介護職出前講座(10回 計200人) 	<ul style="list-style-type: none"> 『あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのくたない話し合ったことがありますか』について「詳しく話し合っている」と回答した人の割合(ベースライン値 2.3%) 		
			<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護関係者の情報共有の支援及び研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療・介護関係者からの情報共有の支援及び研修の実施 ●地域の医療・介護関係者からの情報共有の支援及び研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療・介護関係者からの情報共有の支援及び研修の実施 ●地域の医療・介護関係者からの情報共有の支援及び研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●プロジェクトチームの意見を反映することで、情報が必要な専門職に届いたり、興味の感度が上がるきっかけになっており、連効果に繋がったと考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ●新規登録希望事業所数が増加している。令和7年度も必要時スムーズに利活用してもらえるよう、電子@連絡帳の研修を実施する。また、情報共有を含め連携が活発になるよう顔の見える関係づくりについても継続実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●電子@連絡帳研修会1回/年 ●ケース支援で電子@連絡帳の利活用ができることともに、介護関係者と在宅医療(医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士)と相談がスムーズにできる関係を構築する。 ●医師、歯科医師、薬剤師と介護事業者との顔の見える関係づくりを目的とした研修会3回/年 	<ul style="list-style-type: none"> 『あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのくたない話し合ったことがありますか』について「詳しく話し合っている」と回答した人の割合(ベースライン値 2.3%) 		

第9期にしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標2 在宅生活支援の充実

- ★高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けていくためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築する必要があります。
- ★地域包括支援センターを中心とした包括的相談支援体制を構築するほか、在宅医療・介護連携の取組、家族介護者への支援、高齢者の住まいの確保、介護保険サービス・在宅支援サービスの確保を推進し、地域包括ケアシステムの深化を図ります。

施策の方向	具体的施策	所管課	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回した、何人参加した、何通送った等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った、何人参加した、何通送った等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例：意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率等	課題(R6)及び令和7年度の方向性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上での課題点や方向性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回する、何人参加してもらう、何通送る等	計画期間内での目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか等	指標(試算)
家族介護者への支援	●家族介護者への支援	地域福祉課	・やさしい介護教室の開催 ・介護者リフレッシュ事業の実施 ・介護者のつどいの開催	●家族介護者への支援 ・在宅で介護している人を対象とした「やさしい介護教室」を4回開催し、66人が参加した。【地域福祉課】 ・介護者を対象としたリフレッシュ事業としてバスツアーと料理教室を開催し、延べ16人が参加した。【地域福祉課】 ・介護者が日頃の悩み等話し合うことができる介護者のつどいを月1回開催し延べ52人が参加した。【地域福祉課】	●家族介護者への支援 ・在宅で介護している人を対象とした「やさしい介護教室」を4回開催し、35人が参加した。【地域福祉課】 ・介護者を対象としたリフレッシュ事業としてバスツアーを実施し参加者8人、2月に料理教室を実施し4人参加した。【地域福祉課】 ・介護者が日頃の悩み等話し合うことができる介護者のつどいを月1回開催し延べ39人が参加した。【地域福祉課】	参加者が減少しているが、参加者の満足度は高かった。	令和7年度も家族介護者への支援を継続していく。介護をしている家族や、支援者向けのアンケート調査を通じて事業内容について再検討を進める。	●家族介護者への支援【介護認定者数の2%もしくは●人へアプローチ?】 在宅で介護をしている人が学ぶことで介護に関する困難感を軽減することができる。 ・やさしい介護教室 2回/年(80人) ・在宅で介護をしている人を対象に、リフレッシュする機会を提供することにより家族介護者への支援を充実する。 ・介護者のつどいやリフレッシュ事業への参加者 (80人)	家族介護負担の軽減や介護に関する知識の取得向上	『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に感じる介護等』での回答割合(ベースライン値 外出の付き添い、送迎等28.2%、認知症状への対応23.9%、夜間の排泄21.5% 等)
高齢者の居住安定に係る施策の連携	●高齢者の居住安定に係る施策の連携 ●住宅改修等による住環境整備	介護福祉課 都市計画課	・高齢者の居住安定に係る施策の連携 ・リフォームヘルパー制度 ・住まいの情報発信	●高齢者の居住安定に係る施策の連携 ●住宅改修等による住環境整備 ・リフォームヘルパー制度利用者:35人【介護福祉課】 ・空家バンク登録物件のさらなる掘り起こしのため、HP、広報等の各種媒体の活用し、全市民に対して周知活動を行った。【都市計画課】	●高齢者の居住安定に係る施策の連携 ●住宅改修等による住環境整備 ・リフォームヘルパー制度利用者:34人【介護福祉課】 ・空家バンク登録物件のさらなる掘り起こしのため、HP、広報等の各種媒体の活用し、全市民に対して周知活動を行った。【都市計画課】	居住支援法人が実施する勉強会に出席し、関係団体との連携を深めた。	高齢者の住宅確保のため、居住支援法人や不動産関係団体と連携しつつ、住宅セーフティネット制度の情報発信を継続する。	●高齢者の居住安定に係る施策の連携	自宅での生活を可能な限り継続できるよう、高齢者が安心して暮らせる住まいの確保	
介護人材の確保と育成への支援	●介護人材の確保と育成への支援	地域福祉課 介護福祉課 防災交通課	・訪問型サービス従事者養成講座 ・介護人材確保に係る取組 ・介護人材育成に係る取組 ・文書負担軽減や業務の効率化 ・ICT導入の支援 ・避難行動要支援者支援制度の推進 ・防災対策・感染症対策整備事業への支援 ・BCP作成・運用の支援 ・地域BCPの推進 ・緊急通報システム装置の取り付け ・訪問理美容サービス ・エコサポート ・配食サービス ・紙おむつ助成サービス ・シルバーサポートサービス ・寝具洗濯乾燥サービス ・日常生活用具の給付	●介護人材の確保と育成への支援 ・生活支援サポーター養成講座を年4回実施し、計15人が修了した。【地域福祉課】 ・愛知県が実施する介護に関する入門的研修(あいち介護サポーターバンク)の周知を広報等で言い13人が申込した。【地域福祉課】 ・市内の居宅介護支援事業所や訪問介護事業所における人材の資質向上、育成にかかる研修受講費用を補助する仕組みを整え、7事業所(8人)が受講した。【地域福祉課】 ・ケアマネジャー研修を2回開催し、延べ49人が参加した。【地域福祉課】 ・ヘルパー研修を2回開催し、延べ19人が参加した。【地域福祉課】	●介護人材の確保と育成への支援 ・生活支援サポーター養成講座を年3回実施し、計18人が修了した。【地域福祉課】 ・市内の居宅介護支援事業所や訪問介護事業所における人材の資質向上、育成にかかる研修受講費用を補助する仕組みを整え、5事業所(7人)が受講した。【地域福祉課】 ・ケアマネジャー研修を2回開催し、延べ51人が参加した。【地域福祉課】 ・ヘルパー研修を2回開催し、延べ15人が参加した。【地域福祉課】	養成講座の修了者は増加したが、就労に繋がる可能性がある者はいなかった。 ヘルパー研修参加者数は4人減少した。	高齢者含め就労している市民が増えている現状はあるが、今後も人材確保のため講座・研修を継続実施	●介護人材の確保と育成への支援 ・介護人材確保、高齢化に伴う介護人材不足の解消 生活支援サポーター養成講座を年3回実施(就労に繋がる者 3年累計5人) ・市内の居宅介護支援事業所や訪問介護事業所における人材の資質向上、育成にかかる研修受講費用を補助する仕組みを整え、5事業所(7人)が受講した。【地域福祉課】 ・ケアマネジャー研修を2回開催し、延べ51人が参加した。【地域福祉課】 ・ヘルパー研修を2回開催し、延べ15人が参加した。【地域福祉課】	①高齢者が在宅で自立した生活をおくることができるよう、介護サービス、高齢福祉サービスの充実、介護人材の確保 ②介護事業者が業務に効率的に取り組むことができる環境の整備 ③災害発生時等において、災害時要援護者に対する住民による助け合いと専門職による支援とが連携した支援体制の整備	『居宅サービスの中で、人材が不足していると思うサービス』での回答割合(ベースライン値 訪問介護91.2%、等) 『ケアプラン作成時に困っていること』での回答割合(ベースライン値 サービス管理票や請求書作成などの事務作業が多いこと36.8%、介護保険外の情報が少ないこと15.8%、)
災害時支援体制と感染症対策	●災害時支援体制と感染症対策	地域福祉課	●災害時支援体制と感染症対策 ・避難行動要支援者名簿を随時区、自主防災会、民生委員と共有をはかった。登録者数は1,086人であった。【防災交通課】 ・感染症対策整備事業への支援：施設整備補助金を2事業に交付【介護福祉課】 ・地域援助者(区・自主防災組織・民生委員)への要援護者関係書類の配布回数：民生委員 年1回 区・自主防災組織 年2回【防災交通課】	●災害時支援体制と感染症対策 ・避難行動要支援者名簿を随時区、自主防災会、民生委員と共有をはかった。登録者数は1,095人であった。【防災交通課】 ・感染症対策整備事業への支援：施設整備補助金を2事業に交付【介護福祉課】 ・地域援助者(区・自主防災組織・民生委員)への要援護者関係書類の配布回数：区・民生委員 月1回、自主防災組織 年2回【防災交通課】	●災害時支援体制と感染症対策 ・避難行動要支援者名簿については名簿管理だけではなくGISを活用することで、地域の分布・非難経路の把握等災害時利活用しやすい環境に整えられているのは評価できる。 ・区への要援護者関係書類の配布回数を増やしたことで、要援護者に関する変更情報を多く集めることができ、名簿の正確性を高めることができた。	●災害時支援体制と感染症対策 ・地域援助者(区・自主防災組織・民生委員)への要援護者関係書類の配布回数：区・民生委員 月1回 自主防災組織 年2回	●災害時支援体制と感染症対策 ・地域援助者(区・自主防災組織・民生委員)と連携を図り、既登録者の情報更新を行うことで名簿の正確性を上げる。 ・地域援助者(区・自主防災組織・民生委員)への要援護者関係書類の配布回数：区・民生委員 月1回 自主防災組織 年2回	●災害時支援体制と感染症対策 ・災害時でも速やかに支援をすることができる。 ・避難行動要支援者名簿を随時区、自主防災会、民生委員と共有をはかる。登録者数 1,150人 ・地域援助者(区・自主防災組織・民生委員)への要援護者関係書類の配布回数：民生委員 年1回 区・自主防災組織 年2回		
在宅支援サービスの実施	●在宅支援サービスの実施	地域福祉課	●在宅支援サービスの実施 ・緊急通報システム装置設置者：89人【介護福祉課】 ・訪問理美容サービス：延82人/年【介護福祉課】 ・エコサポート：延7,732人/年【介護福祉課】 ・配食サービス：102人/年【介護福祉課】 ・紙おむつ助成サービス：1,283人/年【介護福祉課】 ・シルバーサポートサービス：延3人/年【介護福祉課】 ・寝具洗濯乾燥サービス：延16人/年【介護福祉課】 ・日常生活用具の給付：0人/年【介護福祉課】	●在宅支援サービスの実施 ・緊急通報システム装置設置者：83人【介護福祉課】 ・訪問理美容サービス：延69人/年【介護福祉課】 ・エコサポート：延6,721人/年【介護福祉課】 ・配食サービス：101人/年【介護福祉課】 ・紙おむつ助成サービス：1,321人/年【介護福祉課】 ・シルバーサポートサービス：延5人/年【介護福祉課】 ・寝具洗濯乾燥サービス：延13人/年【介護福祉課】 ・日常生活用具の給付：0人/年【介護福祉課】	在宅支援サービスの実施により、要介護者や一人暮らしの高齢者が在宅で自立した生活をおくための一助とすることができた。	要介護者や一人暮らしの高齢者が在宅で自立した生活をおくことができるよう引き続き支援を実施していく。 紙おむつ助成の対象者の見直しを実施する。	●在宅支援サービスの実施 ・緊急通報システム装置設置者：95人 ・訪問理美容サービス：延95人/年 ・エコサポート：延8,000人/年 ・配食サービス：120人/年 ・紙おむつ助成サービス：1,000人/年 ・シルバーサポートサービス：延3人/年 ・寝具洗濯乾燥サービス：延20人/年 ・日常生活用具の給付：1人/年			

第9期にっしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標3 地域共生社会の実現

★高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である地域共生社会の実現が必要です。
 ★本市においても地域共生社会の実現のため、重層的支援体制整備事業に取り組み、高齢者だけでなく、障害や子ども・子育て世帯等を含むあらゆる地域課題において支え合っていくことができる社会づくりを進めます。

施策の方向	具体的施策	所管課	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回した、何人参加した、何通送った等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った、何人参加した、何通送った等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例:意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率等	課題(R6)及び令和7年度の方 向性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上での課題点や方向性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回する、何人参加してもら う、何通送る等	計画期間内での目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか 等	指標(試案)	
認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症に関する理解と知識の普及 ●認知症予防に資する可能性のある活動の推進 ●早期発見・早期対応体制の整備 ●認知症の人とその家族の支援 ●認知症バリアフリーの推進 	地域福祉課 介護福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人(本人)からの発信 ・認知症ケアバス(認知症応援ガイド)の活用 ・認知症サポーターの養成 ・地域への情報発信 ・一般介護予防事業の充実 ・医療・介護等の専門職による早期発見・早期対応 ・認知症初期集中支援チームの活動強化 ・認知症高齢者等位置情報サービス費助成 ・認知症カフェの推進 ・認知症本人交流会の開催 ・認知症家族交流会の開催 ・行方不明になるおそれのある認知症高齢者等とその家族への支援 ・認知症支援ネットワークの構築 ・認知症地域支援推進員の配置 ・認知症サポーターステップアップ講座の開催 ・認知症やさしい手ネットにっしんの普及促進 ・認知症高齢者等行方不明時捜索模擬訓練の開催支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症に関する理解と知識 ・認知症の人(本人)からの発信ができる場として認知症本人交流会を月1回開催し延べ84人が参加した。【地域福祉課】 ・認知症ケアバスを作成し、市役所窓口や地域包括支援センター(医療機関や薬局等へ配布し認知症についての理解啓発を行った。【地域福祉課】 ・小中学生や大学生、自治会や各種団体、一般市民向けに認知症サポーター養成講座を開催し、561人が修了した。【地域福祉課】 ・医師による認知症についての出前講座を1回実施した。【地域福祉課】 ・9月の認知症月間には、広報での特集記事掲載のほか、大学連携事業を利用した啓発事業及び図書館での展示や相談会、認知症カフェを実施した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症に関する理解と知識 ・認知症の人(本人)からの発信ができる場として認知症本人交流会を月1回開催し延べ17人(本人のみ)が参加した。【地域福祉課】 ・認知症ケアバスを作成し、市役所窓口や地域包括支援センター(医療機関や薬局等へ配布し認知症についての理解啓発を行った。【地域福祉課】 ・小中学生や大学生、自治会や各種団体、一般市民向けに認知症サポーター養成講座を開催し、354人が修了した。【地域福祉課】 ・9月の認知症月間には、広報での特集記事掲載のほか、映画、図書館で市の事業紹介・チームオレンジの活動等展示、大学連携事業を利用したパネル展示・動画上映・ワークショップ(認知機能チェック)・外観ライティング啓発を実施した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人交流会は、新規参加者はいなかった。本人の想いを表出できるように工夫した。 ・認知症サポーター養成講座は207人の減少となった。 ・認知症月間の映画では参加者100人アンケート回収率92%と意識の高い集団であった。87%が理解できた・大変よく理解できたとの回答であった。講演内容については「役立ちそう」「大変役立ちそう」が79%と高かった。映画がドキュメンタリーであったことから、理解しやすい内容だったことが成功要因と考える。 ・図書館展示やワークショップの感想では、件数は少ないながらも「もっと早く(この情報を)知りたかった」や実際認知症を介護している家族の想いを聞くことができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人(本人)・認知症に関する理解については認知症サポーター養成講座受講数が減少となった。企業や市民等からの申込が少なかったことが要因と考える。小中学校については福祉実践教室とキッズサポーター養成講座のみで全国平均と比較し少ない割合となっているため令和7年に向け検討する。映画上映では参加者が多く、また理解に繋がった者の割合が高いことから一定の成果があったと考える。 ・認知症月間のアンケートから家族の意見を知ることができた。必要な人に正しい情報が届くよう理解啓発方法について、令和7年度に向けて検討していく。またどのような情報を必要としているかについても検討していく。 ・認知症ケアバスは市内医療・歯科医療機関、調剤薬局に配布してはいるため今後は認知度の調査について検討していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症に関する理解と知識の普及 ・認知症本人交流会の継続 ・認知症ケアバスの啓発・説明・依頼・配付(医師会1回、歯科医師会1回、薬剤師会1回、図書館提示、市役所窓口提示、地域包括支援センター配付) ・認知症サポーター養成講座修了者 人 	<ul style="list-style-type: none"> ①認知症に対する正しい知識と理解をしている人の増加 ②本人や家族が認知機能の変化に気づき、適切な助言や介入により、認知症の早期発見、早期対応につながる者の増加 ③尊厳を保持しつつ希望を持って暮らしていると感じる認知症の人の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 『認知症になっても安心して暮らしていくためにあなたが必要だと思うこと』について「認知症に対する正しい知識と理解」と回答した人の割合の増加(ベースライン値48.2%) 	
			<ul style="list-style-type: none"> ●認知症予防に資する可能性のある活動の推進(一般介護予防事業の再掲) 	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症予防に資する可能性のある活動の推進(一般介護予防事業の再掲) 	<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めて難聴の取り組みを実施。アンケート結果と本人との認識のずれを感じることがあったが、難聴があってもそれを理解している周囲の人と楽しくコミュニケーションをとっている様子が伺えた。難聴の人への関わり方について啓発できたのは成果と感る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めて難聴の取り組みを実施。アンケート結果と本人との認識のずれを感じることがあったが、難聴があってもそれを理解している周囲の人と楽しくコミュニケーションをとっている様子が伺えた。難聴の人への関わり方について啓発できたのは成果と感る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めて難聴の取り組みを実施。アンケート結果と本人との認識のずれを感じることがあったが、難聴があってもそれを理解している周囲の人と楽しくコミュニケーションをとっている様子が伺えた。難聴の人への関わり方について啓発できたのは成果と感る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・難聴についての健康教育は、興味を持って聞いている者がおおかったことから、令和7年度も啓発を継続していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症予防に資する可能性のある活動の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ①認知症に対する正しい知識と理解をしている人の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 『認知症になっても安心して暮らしていくためにあなたが必要だと思うこと』について「認知症に対する正しい知識と理解」と回答した人の割合の増加(ベースライン値48.2%)
			<ul style="list-style-type: none"> ●早期発見、早期対応体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ●早期発見、早期対応体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームを市内1か所委託設置し、毎月チーム会議を実施し、7人のケースについてチームで支援した。【地域福祉課】 ・薬局におけるものわすれ相談について、認知症ケアバスや市の介護保険パンフレットに掲載し周知啓発を行った。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●早期発見、早期対応体制の整備 ・認知症初期集中支援チームを市内1か所委託設置し、毎月チーム会議を実施した。チームで新規ケース3件を支援し、モニタリングケース5件を情報共有した。【地域福祉課】 ・薬局におけるものわすれ相談について、認知症ケアバスや市の介護保険パンフレットに掲載し周知啓発を行った。愛知医科大学病院疾患医療センターと会議を通じて連携体制を構築。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームメンバーが令和6年度にほぼ入れ替わることとなったが、それぞれの役割を随時確認しながら支援の方向性について議論することができた。認知症初期集中支援チームの活動について認知度が上がり、市内調剤薬局に啓発に行等啓発活動に力を入れた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース件数が減少していることから、支援チーム活用に向けた直接関係機関に足を運び顔の見える関係を構築できたことは成果である。支援が必要としている本人・家族・支援者が、関係機関から速やかに支援に繋がれるよう、啓発を継続していく。啓発についてもチラシ配布だけでなく具体的にイメージができるよう、啓発内容について検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●早期発見・早期対応体制の整備 ・認知症初期集中支援チーム1か所設置、チーム会議12回/年 ・日進市薬剤師会 物忘れ相談継続(認知症ケアバス・介護保険パンフレットに窓口案内掲載) 	<ul style="list-style-type: none"> ①認知症に対する正しい知識と理解をしている人の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 『認知症になっても安心して暮らしていくためにあなたが必要だと思うこと』について「認知症に対する正しい知識と理解」と回答した人の割合の増加(ベースライン値48.2%)

第9期にっしん高齢者ゆめプラン(令和6年度～8年度) 進捗管理シート

基本目標3 地域共生社会の実現

★高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である地域共生社会の実現が必要です。
 ★本市においても地域共生社会の実現のため、重層的支援体制整備事業に取り組み、高齢者だけでなく、障害や子ども・子育て世帯等を含むあらゆる地域課題において支え合っていくことができる社会づくりを進めます。

施策の方向	具体的施策	所管課	所管課における個別事業	個別事業の実績(R5) いつ、誰に対して、何を、何回した、何人参加した、何通送った等	個別事業の実績(R6)(令和7年1月末時点) いつ、誰に対して、何を、何回行った、何人参加した、何通送った等	成果(R6)(令和7年1月末時点) 個別事業を実施したことによる変化 例:意識が変わった(事後アンケートの結果)、健診結果の向上、認定率 等	課題(R6)及び令和7年度の方 向性 (令和7年1月末時点) 基本目標や具体的施策を意識した上での課題点や方向性	個別事業の目標(R8) いつ、誰に対して、何を、何回する、何人参加してもら う、何通送る 等	計画期間内での目指す姿(R8) 個別事業を通じて何を実現したいか、変化させたいか 等	指標(試案)
生活支援体制整備の充実	<ul style="list-style-type: none"> ●多様な社会資源の把握と活用 ●住民主体の支え合い活動や交流の場、担い手の育成による地域づくり 	地域福祉課	・生活支援体制の整備 ・社会資源の把握と情報発信 ・高齢者等地域見守り推進事業協力に関する協定の充実 ・協議体の活用 ・民間事業者との連携 ・多様な担い手の確保	<ul style="list-style-type: none"> ●多様な社会資源の把握と活用 ・第1層生活支援コーディネーターを2名、第2層生活支援コーディネーターを3名配置し、全圏域を対象とした円卓会議を2回、3圏域における協議体を計8回実施し地域における課題や情報共有の場を設けた。【地域福祉課】 ・高齢者等地域見守り推進事業への協力企業は52企業であり、市の認知症関連施策の案内を送付した。【地域福祉課】 ・市、地域包括支援センター、市内郵便局の局長との会議を1回開催し、市認知症施策の紹介及び地域包括支援センターが郵便局と連携し支援に至った事例の共有や情報交換を行った。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●多様な社会資源の把握と活用 ・第1層生活支援コーディネーターを3名、第2層生活支援コーディネーターを3名配置し、全圏域を対象とした円卓会議を1回、3圏域における協議体を計 回実施し地域における課題や情報共有の場を設けた。【地域福祉課】 ・高齢者等地域見守り推進事業への協力企業は52企業であり、市の認知症関連施策の案内を送付した。【地域福祉課】 ・市、地域包括支援センター、市内郵便局の局長との会議を1回開催し、市認知症施策の紹介及び地域包括支援センターが郵便局と連携し支援に至った事例の共有や情報交換を行った。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・円卓会議や協議体にて、それぞれの地域での課題・活動・工夫等について情報交換をすることができた。また、個別地域会議に参加することで個別ケースからみえる地域の共通課題や必要とされるインフォーマルサービスについて把握することができた。 ・高齢者等地域見守り推進事業企業増加数は0であった。 ・市、地域包括支援センター、市内郵便局の局長との会議を1回開催し、市認知症施策の紹介及び地域包括支援センターが郵便局と連携し支援に至った事例の共有や情報交換を行ったが、具体的な事例に対しての対応方法等認知症の理解 	<ul style="list-style-type: none"> ・様々な場を活用し多面的に地域課題や必要とされているインフォーマルサービスについて把握していく。また、既存の社会資源を工夫することで活用できることはないか等様々な情報を駆使しながらインフォーマルサービスの創設を支援する等地域で課題が解決できよう支援を継続していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●多様な社会資源の把握と活用 ・地域における課題や情報共有を行う。インフォーマルサービスの把握と活用方法の検討。(円卓会議 2回、3圏域における協議体8回) 	<ul style="list-style-type: none"> ①フォーマルサービスだけの利用に比べ、インフォーマルサービスを組み合わせることにより、日常生活上の課題の解消や生活の質(QOL)が豊かになる者の増加。 ②第1層生活支援コーディネーター・第2層生活支援コーディネーターやコミュニティソーシャルワーカーの活動により、それぞれの地区の特徴を生かした地域課題を解決するしくみの増加 	<ul style="list-style-type: none"> 『日常生活を送る上で不自由な状態になったときの手助け』について、「同居・別居の」家族以外の人から受けていると回答した人の割合(ベースライン値 安否確認(町内会・自治会や 近所の人) 14.6% 等) 『地域での支え合いとして家族以外の人に対してあなた自身ができる手助け』での回答割合(ベースライン値 安否確認の声掛け49.5%、話相手や相談相手 22.5%、ごみ出し18.9% 等) 『ケアプラン作成時に困っていること』での回答割合(ベースライン値 利用できるインフォーマルサービスが少ないこと 22.8%、インフォーマルサービスに関する情報が少ないこと14.0% 等)
				<ul style="list-style-type: none"> ●住民主体の支え合い活動や交流の場、担い手の育成による地域づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ●住民主体の支え合い活動や交流の場、担い手の育成による地域づくり ・高齢者移動支援推進事業で高齢者移動支援ボランティアドライバの養成を実施した(3人) ・日進市住民主体による介護予防・生活支援サービス事業補助金を11団体に交付決定した。(通所型:3団体、訪問型:2団体、移動支援:6団体) 	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度中に、3団体が新たに地域での活動を開始するなど(通所型:2団体、移動支援:1団体)、住民主体の支え合い活動が広がっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域づくりをしていくうえで、様々な形でのボランティアを育成することは必須であると考えことから、令和7年度についても地域でのニーズや課題を地域住民自らが解決できるよう、活動の立ち上げや継続、担い手の養成等を継続していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●住民主体の支え合い活動や交流の場、担い手の育成による地域づくり 	<ul style="list-style-type: none"> 住民主体の生活支援サービスの実施地区数 	
高齢者の意思決定支援や権利擁護の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者の意思決定支援や権利擁護の推進 	地域福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定支援の推進 ・虐待の早期発見・早期対応 ・尾張東部権利擁護支援センターによる相談支援 ・高齢者虐待ネットワークの構築 ・成年後見制度等の利用促進 ・市民後見人の養成 	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者の意思決定支援や権利擁護の推進 ・虐待受付件数 高齢者虐待22件、障害者虐待7件【地域福祉課】 ・尾張東部権利擁護支援センターによる相談・支援を実施した。 ・認知症 795件(実人数38人) ・認知症以外の高齢者 76件(実人数22人)【地域福祉課】 ・医療、警察、保健、施設の職員等で構成される「高齢者及び障害者虐待防止ネットワーク会議」を1回開催し、本市における虐待対応状況の共有やケース検討を行い、関係機関の相互連携を深めた。【地域福祉課】 ・成年後見制度等の利用促進として後見制度利用の市長申立てを4件、後見人に対する報酬助成15件行った。【地域福祉課】 ・尾張東部権利擁護支援センターによる市民後見人養成研修を開催し、構成6市町にて35名が基礎研修を受講した。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者の意思決定支援や権利擁護の推進 ・虐待受付件数 高齢者虐待16件、障害者虐待16件【地域福祉課】 ・尾張東部権利擁護支援センターによる相談・支援を実施した。 ・認知症 588件(実人数32人) ・認知症以外の高齢者 49件(実人数12人)【地域福祉課】 ・医療、警察、保健、施設の職員等で構成される「高齢者及び障害者虐待防止ネットワーク会議」を開催する予定としており、本市における虐待対応状況の共有やケース検討を行い、関係機関の相互連携を深めることに努める。【地域福祉課】 ・成年後見制度等の利用促進として後見制度利用の市長申立てを2件、後見人に対する報酬助成12件行った。【地域福祉課】 	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待通報を受領後、ケースによっては関係機関と情報を共有し、連携を図りながら、支援の方向性を議論することが出来た。また、支援機関から専門的な意見をもらうことで、各職員のスキルアップに繋がった。 ・尾張東部権利擁護支援センターによる相談・支援を受けたことで成年後見制度の利用に繋がったケースがあり、制度を必要としている、必要と思われる市民に対して、適切な制度の案内が出来た。 	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待通報を受領したケースの中には複合的な課題を抱える世帯もあり、今以上に支援機関と連携を図ることが必要と考える。対象者のみならず、世帯全体の課題解決に向けて支援機関との連絡を図ることを継続していくと同時に、各職員的能力を向上させる必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・権利侵害からの回復を目的とし虐待対応を行う。 ・尾張東部権利擁護支援センターによる相談・支援の実施。 ・関係機関による「高齢者及び障害者虐待防止ネットワーク会議」を開催。 ・後見制度利用の市長申立ての実施及び後見人に対する報酬助成を継続する。 ・尾張東部権利擁護支援センターによる市民後見人養成研修を継続する。加えて愛知県による市民後見人研修受講者についても本地区で活躍するための補習制度を実施していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の認知機能や判断能力の状態、家族の状況による不利益や権利侵害を受けることを防ぎ、自らの意思や希望に基づいた自分らしい生活が送れる者の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 『認知症の利用者のケアマネジメントにあたり困っていること』について「本人の意思を反映したケアマネジメントの実施」と回答した人の割合(ベースライン値 50.9%)