

○ 被保険者数の状況（R7.3月末現在）

計画値と比べ、65歳以上の第1号被保険者数は129人少ない。

第1号被保険者数	令和6年度
計画値	19,385
実績値	19,256
差	-129

○ 要介護（支援）認定者数の状況（R7.3月末現在）

認定者数の合計と計画値との差は-4人で、ほぼ計画値どおりである。

（第1号被保険者）

認定者数	計画値	実績値	差
要支援1	525	559	+34
要支援2	603	583	-20
要介護1	592	636	+44
要介護2	458	468	+10
要介護3	415	391	-24
要介護4	475	426	-49
要介護5	278	279	+1
合計	3,346	3,342	-4

○ 認定率（認定者数／被保険者数）（R7.3月末現在）

計画値	実績値
17.3%	17.4%

○ 給付費の状況

令和6年度の執行率は、介護給付・予防給付を含めた総給付費（Ⅰ＋Ⅱ）で94.9%となっており、計画値の範囲内の給付実績となっている。

なお、給付の特徴としては、介護予防給付費は計画値を上回り、介護給付費は居宅サービス、地域密着型サービスが計画値を下回り、施設サービスは計画値を上回っている。

予防給付費

(単位：千円)

項目	R6年度 計画値 (A)	R6年度 執行額 (B)	執行率 (%) (B)／(A)
(1) 介護予防サービス	194,438	202,480	101.4%
介護予防訪問サービス	48,723	55,999	114.9%
介護予防訪問介護	0	2	-
介護予防訪問入浴介護	0	0	-
介護予防訪問看護	35,324	42,831	121.3%
訪問リハビリテーション	5,183	3,498	67.5%
居宅療養管理指導	8,216	9,668	117.7%
介護予防通所サービス	45,193	44,002	97.4%
介護予防通所介護	0	0	-
通所リハビリテーション	45,193	44,002	97.4%
介護予防短期入所サービス	2,602	3,169	121.8%
短期入所生活介護	2,602	2,943	113.1%
短期入所療養介護	0	226	-
福祉用具・住宅改修サービス	45,086	45,979	102.0%
介護予防福祉用具貸与	26,062	27,489	105.5%
特定福祉用具購入費	2,462	3,552	144.3%
介護予防住宅改修	16,562	14,938	90.2%
特定施設入居者生活介護	23,486	24,859	87.6%
介護予防支援	29,348	28,472	103.3%
(2) 地域密着型サービス	1,207	4,010	332.2%
認知症対応型通所介護	0	0	-
小規模多機能型居宅介護	1,207	4,010	332.2%
認知症対応型共同生活介護	0	0	-

予防給付費計 (I)	195,645	206,481	105.5%
------------	---------	---------	--------

※単位未満四捨五入のため、合計が合わないことがある。

介護給付費

(単位：千円)

項目	R6年度 計画値 (A)	R6年度 執行額 (B)	執行率 (%) (B)／(A)
(1) 居宅サービス	2,921,779	2,644,266	90.5%
訪問サービス	1,343,676	1,203,476	110.3%
訪問介護	855,583	752,569	88.0%
訪問入浴介護	36,534	37,143	101.7%
訪問看護	300,049	272,399	90.8%
訪問リハビリテーション	28,491	28,816	101.1%
居宅療養管理指導	123,019	112,549	91.5%
通所サービス	694,681	636,139	91.6%
通所介護	451,995	422,359	93.4%
通所リハビリテーション	242,686	213,781	88.1%
短期入所サービス	140,697	124,508	88.5%
短期入所生活介護	111,029	107,803	97.1%
短期入所療養介護	29,668	16,705	56.3%
福祉用具・住宅改修サービス	190,482	178,365	93.6%
福祉用具貸与	169,761	157,412	92.7%
福祉用具購入費	3,549	7,024	197.9%
住宅改修費	17,172	13,929	81.1%
特定施設入居者生活介護	303,223	267,647	88.3%
居宅介護支援	249,020	234,130	94.0%
(2) 地域密着型サービス	696,006	648,468	93.2%
定期巡回夜間対応型 訪問介護看護	52,127	31,540	60.5%
夜間対応型訪問介護	0	0	-
認知症対応型通所介護	41,076	41,335	100.6%
小規模多機能型居宅介護	95,674	96,875	101.3%
認知症対応型共同生活介護	263,006	242,463	92.2%
地域密着型特定施設 入居者生活介護	0	0	-
地域密着型介護老人	102,842	95,313	92.7%

福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	-
地域密着型通所介護	141,281	140,942	99.8%
項 目	R6 年度 計画値 (A)	R6 年度 執行額 (B)	執行率 (%) (B)／(A)
(3) 介護保険施設サービス	1,461,995	1,461,995	103.5%
介護老人福祉施設	596,046	622,000	104.4%
介護老人保健施設	726,164	726,078	100.0%
介護療養型医療施設	0	1,075	-
介護医療院	90,861	112,842	124.2%
介護給付費計 (Ⅱ)	5,030,856	4,754,729	94.5%

※単位未満四捨五入のため、合計が合わないことがある。

(単位：千円)

項 目	R6 年度 計画値 (A)	R6 年度 執行額 (B)	執行率 (%) (B)／(A)
総給付費 (Ⅰ+Ⅱ)	5,226,501	4,961,210	94.9%

その他給付費

(単位：千円)

項 目	R6 年度 計画値 (A)	R6 年度 執行額 (B)	執行率 (%) (B)／(A)
特定入所者介護サービス等費	73,964	50,508	68.3%
高額介護サービス等費	153,923	150,699	97.9%
高額医療合算介護サービス費	30,280	28,547	94.3%
審査支払手数料	3,039	3,194	105.1%
その他給付費計 (Ⅲ)	261,206	232,948	89.2%

(単位：千円)

	R5 年度 計画値 (A)	R5 年度 執行額 (B)	執行率 (%) (B)／(A)
合計 (Ⅰ) + (Ⅱ) + (Ⅲ)	5,487,707	5,194,158	94.7%

○ 日進市内の指定介護サービス事業者の状況 (R7.3 末現在)

(1) 居宅サービス

区分	指定事業者数 (介護)	指定事業者数 (予防)
訪問介護	19	
訪問入浴介護	0	0
訪問看護	12	12
訪問リハビリテーション	(診療所等みなし 指定除く) 3	(診療所等みなし 指定除く) 3
通所介護	11	
通所リハビリテーション	3	3
短期入所生活介護	4	4
短期入所療養介護	3	3
居宅療養管理指導	(診療所等みなし指定)	
福祉用具貸与	2	2
福祉用具販売	2	2
特定施設入居者生活介護	4	4
居宅介護支援	17	3

(2) 地域密着型サービス

区分	指定事業者数 (介護)	指定事業者数 (予防)
定期巡回随時対応型訪問介護看護	1	
夜間対応型訪問介護	0	
認知症対応型通所介護	2	2
小規模多機能型居宅介護	2	2
認知症対応型共同生活介護	5	5
地域密着型特定施設入所者生活介護	0	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1	
看護小規模多機能型居宅介護	0	
地域密着型通所介護	7	

(3) 施設サービス

区分	指定事業者数
介護老人福祉施設	3
介護老人保健施設	3
介護医療院	1

(4) 介護予防・日常生活支援総合事業

区分	指定事業者数 (相当サービス)	指定事業者数 (A型サービス)
訪問型	13	8
通所型	14	8

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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
(1) 保健事業と介護予防の一体的実施	ア 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】	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】	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。	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)	a.見える化システムや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 b.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。	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	
	イ ハイリスクアプローチによる疾病予防・重症化予防	① 糖尿病等重症化予防	a.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】 b.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】	a.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】 b.糖尿病性腎症重症化予防事業:R6.8月～R7.1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】	a.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。 b.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。 c.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。 d.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、ハイリスク者に個別に栄養介入を実施することができた。	a.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。 b.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く。 c.低栄養リスクアプローチ: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く。 d.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。	a.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。 b.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。 c.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。 d.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。	a.ハイリ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。 b.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。 c.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。 d.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。	
	② 低栄養ハイリスクアプローチ	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】	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】		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。				
	③ 栄養サポート事業	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リ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】	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リ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】		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リスク者への栄養指導を実施予定。				
ウ ポピュレーションアプローチによる周知啓発	① 後期高齢者を対象とした歯科検診の実施	a.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】 b.老人クラブでオー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】	オー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143名【健康課】	a.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(オールラジオドキシネシス・反復唾液嚥下テスト)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 とともに、歯科医師による個別指導 ができた。 b.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た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。 c.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。 d.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。 e.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。	a.オー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。 b.特定健診・後期高齢者医療健診とも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。 c.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。 d.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。	後期高齢者を対象とした歯科検診受診者数 200名	a.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 b.個々の健康状態を振り返る機会を設けることにより、行動変容へと導きつけとし、健康習慣を身に付ける。 c.高齢者の生きがいと健康づくりに関与した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。		
② 地域における健康づくりの普及・啓発	a.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】 b.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】 c.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】	a.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】 b.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)。【保険年金課】 c.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)。【保険年金課】 d.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1,246人参加。【地域福祉課】 e.にっしんテレビ6月号「元気をいっぱいつくるにっしんプロジェクト」視聴回数865回【地域福祉課】		a.健康測定やフレイル予防のワークショップ等による啓発の継続 b.地域サロン等地域でフレイル予防の健康教育を受けた人 延べ1,550名 c.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、フレイル等健康教育についてのチラシを同封予定。 d.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。 e.フレイル予防に関する啓発の個別通知送付:19,500人					
③ おたっしやハウスを活用した継続的低栄養アプローチ	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】	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。【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:8～11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、フレイルやサルコペニア、栄養に関する講義、口腔体操を実施予定。	
④ フレイル予防についての啓発	a.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】 b.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】 c.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】 d.学び支援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】 e. 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】	a.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70回、延べ1,376名【健康課】 b.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】 c. 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。【保険年金課】							

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ありますが、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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	ア 介護予防・生活支援サービス事業の充実	①訪問型サービス	a. 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】 b. 訪問型サービスA 月平均利用者数148人【地域福祉課】 c. 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】	a. 予防訪問介護相当サービス 月平均利用者数74人【地域福祉課】 b. 訪問型サービスA 月平均利用者数137人【地域福祉課】 c. 住民主体訪問型サービス補助団体数 2団体 延べ利用者201人【地域福祉課】	① 2,3 予防相当サービス及びサービスA、住民主体訪問型サービス、サービスCについて利用者の増減はあったものの、サービス提供主体数の維持ができた。 ② a. 予防通所介護相当サービスの月平均20人増 c. 通所型サービス07人増加 ③ 配食サービス利用者2人増加 ④ 介護予防ケアマネジメント件数月平均29件減少	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件数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、 介護予防・自立支援の視点 で予防ケアマネジメントを実施できるようガイドラインに沿ってケアマネジメントタイプの整理について検討する。	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0(栄養・運動)開始)	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リ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通所型サービス	a. 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】 b. 通所型サービスA 月平均利用者数228人【地域福祉課】 c. 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】	a. 予防通所介護相当サービス 月平均利用者数136人【地域福祉課】 b. 通所型サービスA 月平均利用者数224人【地域福祉課】 c. 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23人【地域福祉課】			効果的に介護予防・自立支援に繋がるよう、利用者の対象者像を明確にする。		
		③その他の生活支援サービス	配食サービス利用者数 64人(介護福祉課)	配食サービス利用者数 66人(介護福祉課)			配食サービス利用者数 70人(介護福祉課)		
		④介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント件数330件【地域福祉課】	介護予防ケアマネジメント 月平均件数301件【地域福祉課】				効果的な介護予防・自立支援に繋がるよう、生活行為・認知機能・社会性等課題と活動サービスの効果について整理を行う。共通認識できるよう事例検討を通じてケアマネジメントの質の向上を行う。	
イ 一般介護予防事業(介護予防把握事業)の充実	①介護予防把握事業	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】	a. 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】 b. 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「栄養パトロール」にて介護・医療・健診を受けていない者へ訪問を実施した。【地域福祉課・保険年金課】	セルフ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。また健康データを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。	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。	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	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		
			ウ 一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)の充実	①介護予防講演会	「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】	「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】	a. 「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。よかった内容としては「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。 b. 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。	a. 運動(事業数2事業 延べ1,382人) b. 栄養・口腔・運動(事業数1事業延べ 17人) c. 口腔(事業数 1事業 延べ 15人) d. 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% (お口の元気アップ郵送による勧奨による参加者) 自主的でも勧奨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った。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る可能性がある。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。 e. 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。 f. 新型コロナウイルス感染症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。	健康課題に着目すること併せて地域特性を意識し、実施場所、対象者の設定を工夫し、事業を実施
エ 地域包括支援センターの充実	②介護予防体操教室	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】	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】	a. オー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勧奨の有無に関わらず等かの口腔リスクがある者が大多数であった。	d. 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。	運動(事業数 2事業 延べ 1,560人)			
			③口腔・運動機能の向上、栄養改善の推進	a. 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】 b. 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】 c. コミュニティサロン参加会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】 d. 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】	a. 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】 b. 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】 c. 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72回、延べ1,004名【健康課】 d. 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会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】			a. 栄養・口腔・運動(事業数 1事業 延べ 45人) b. コミュニティサロン参加会員を対象に、口腔・運動機能の向上、栄養改善に関する講話を開催	
			④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】	6箇所 238回 延べ参加人数10,988名 (1回あたり平均参加者数 46名)【福祉会館】				おたっしやハウスの定期的な実施
			⑤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】	6箇所 227回 延べ参加人数3,089名 (1回あたり平均参加者数 13名)【福祉会館】				コミュニティサロンの定期的な実施
			⑥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】	1箇所 10回 延べ参加人数206名【福祉会館】				アクティブシニア倶楽部の実施
			⑦日進おはなしひろば 出前回想法	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】	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54回開催し、延べ419人が参加した。【地域福祉課】				認知機能(事業数 2事業 延べ500人)

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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)		
(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	エ.一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)の充実	1.介護予防サポーターの養成	a.運動普及推進員の養成人数4人【健康課】 b.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】	a.運動普及推進員の養成について実施無し【健康課】 b.回想法実践者の養成について実施無し【地域福祉課】	a.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。 b.つどいの場運営助成件数が5件増加した。高齢者だけでなく子育て世代も対象としてつどいの場が運営されるなど、活動の幅に広がりが出てきた。 c.つどいの場専門職派遣19→17へ減少	a.運動普及推進員の養成を行う。 b.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。 c.健康課題に着目し、フレイル予防を意識した専門職の派遣を検討。	回想法実践者養成講座の実施 a.住民主体通所型サービスの充実 支援対象数3カ所(団体) b.通いの場数の増加(60箇所)	a.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 b.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 c.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		
		2.ふらっとホームや住民主体通所型サービスの支援	a.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】 b.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】	a.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】 b.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】						
		3.つどいの場運営助成	つどいの場を運営する15団体に対して社会福祉協議会から活動助成を行った。【地域福祉課】	つどいの場を運営する20団体へ社会福祉協議会から活動助成を行った。【地域福祉課】						
		4.つどいの場専門職派遣	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】	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】						
		5.介護支援ボランティア事業の拡充	介護支援ボランティア登録者数148人【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】						
オ.一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)の充実	1.一般介護予防事業評価事業	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、データに基づくハイリスク者や介入に効果がある可能性が高い者を抽出し勧奨することで、参加者の掘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】	通いの場運営支援サービスをきらきら体操教室で活用開始。参加状況把握。後期教室より測定開始。終了前後での数値改善により介入効果について分析予定。 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】	きらきら体操教室については、数値改善の介入効果について本人にフィードバックはできたが事業全体として把握できなかった。	データの取得ができる事業分析が可能とはなかったが、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(ニーズ調査等)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果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。	事業効果検証の実施	健康かてで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			
	カ.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	1.リハビリテーション職同行訪問	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】	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58件訪問、助言等を行った。【地域福祉課】	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。	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。	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。			
(3) 就労・社会参加機会の拡充	ア.高齢者の活動機会の提供	1.くるりんばす等による外出支援		a.くるりんばす事業 シニアバス75 交付件数 1,218件【都市計画課】 b.くるりんタクシー事業 利用者 127名(1,391回)【都市計画課】	a.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となった。団体数は3団体増加した。 b.シニアバス75の交付により、後期高齢者のくるりんばすの利用料金が、実質的に無料化された。 また、くるりんタクシー事業により、高齢化率の高いエリア、公共交通の利用が不便なエリアの移動支援を行った。これらの施策の実施により、高齢者の外出意欲の回復が図られ、外出機会の創出に繋がったものと考えられる。	a.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きていることから、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。 b.シニアバス75について、有効活用していただけるように、ポイント還元の仕事みを分かりやすく伝える必要がある。利用者を増やすべく、引き続き制度の周知を行っていく。 c.くるりんタクシー事業を展開するエリア、利用条件の最適化を検討をしていく必要がある。利用者を増やすべく、引き続き制度の周知を行っていく。	支援の継続 移動支援サービスの充実(4団体 延べ2,000人)	a.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 b.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		
		2.住民主体の移動支援	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】	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】						
		3.就労活動の支援		就労活動支援コーディネーターの配置検討については未実施。						
	イ.老人クラブの活動支援	1.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】	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。	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			
		ウ.シルバー人材センターの活動促進	1.シルバー人材センターによる活動促進	就労に関する各種相談会、知識や技能向上のための講習会や教室を開催して、就労などの社会参加への促進を行った。受注件数944件、契約金額150,867,510円【地域福祉課】	就労に関する各種相談会、知識や技能向上のための講習会や教室を開催して、就労などの社会参加への促進を行った。受注件数985件、契約金額159,961,799円【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。	就労ニーズに対応した機会を確保していく。		
エ.生涯学習の推進	1.生涯学習の場の充実、情報提供	1.生涯スポーツの推進	a.市民体カテスト 自分自身の体力を知り、その維持や向上のきっかけづくりとして実施。65歳以上の参加者数7名【学び支援課】 b.スポーツ祭(スポーツウェルネス吹矢体験会) 年齢問わず参加しやすい競技として、スポーツウェルネス吹矢体験会実施。【学び支援課】	a.市民体カテスト 自分自身の体力を知り、その維持や向上のきっかけづくりとして実施。65歳以上の参加者数10名【学び支援課】 b.スポーツ祭(スポーツウェルネス吹矢体験会) ARを活用し、床に投影された映像に合わせて、身体を動かしながらゲームをクリアして体験会を実施。【学び支援課】 c.ピクブル体験会 年齢や体力に関係なく始めやすく、無理なく続けられるスポーツとして、全年齢を対象としたピクブル体験会を年3回実施。【学び支援課】	a.新しいコンテンツとして取り入れた「ピクブルボール」はシニア層からの関心度が高く、継続して続けていきたいという意見もあり、ニーズのあるコンテンツということが把握できた。 b.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。	a.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。 b.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。 c.生涯スポーツの推進について、令和7年度も継続していく。	a.市民体カテスト b.ピクブル体験会 等 スポーツ推進委員等と連携し、身体を動かすきっかけづくりを継続実施。			
		2.生涯学習の場の充実、情報提供	a.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】 b.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】	a.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】 b.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】					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	
オ.参加支援	1.社会参加しやすい環境づくり	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】	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おいて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伴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情報収集を継続する。円卓会議についても継続実施。	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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
(1) 包括的な相談支援体制の構築	ア.地域包括支援センターの機能や体制の強化	1.地域包括支援センターによる相談支援体制の強化	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】	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】	a.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。 b.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。 c.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。	a.相談体制・連携強化のために継続して実施していく。 b.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。	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(地域包括支援センター、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)	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 a.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できる b.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との連携強化を図り包括的に支援することができる。	
		2.組織の連携強化	a.居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】 b.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】	a.居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】 b.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】					
		3.人員体制の確保	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	
		4.地域包括支援センターの事業評価	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】	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】				・地域包括支援センター事業評価、事務見直し(専門性の向上による効率化と負担軽減)1回/年	
イ.多機関協働による相談支援	1.包括的な相談支援体制の構築		a.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】 b.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】 c.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】 d.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】	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会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識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。	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。	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。	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		
		ウ.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19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】	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】	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。	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。	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・重度化防止に必要な視点も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じて地域課題の抽出ができる。	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て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。	
エ.アウトリーチ支援等を通じた継続的支援	1.まちの守り人の養成		小学校6校で730人、地域1ヶ所で24人、合計754人に対してまちの守り人養成講座を実施した。【地域福祉課】	小学校6校で730人、地域1ヶ所で24人、合計754人に対してまちの守り人養成講座を実施した。【地域福祉課】	a.地域において、支援を必要とする人の見守り等に資する事業として実施することができた。 b.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、未把握事例はいないことがわかった。	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。	学校での講座開催を継続するとともに、地域での開催機会を増やすことができるよう取り組んでいく。	a.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。 b.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	
		2.認知症等による行方不明高齢者等の支援	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】	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】			アウトリーチによる早期・予防的支援の継続	c.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	
(2) 在宅医療・介護連携の推進	ア.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	1.地域の医療・介護資源の把握	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】	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】	a.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・栄養それぞれ職種別の視点での講義やグループワークによる多職種でのF53:G58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。 b.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、活動内容を工夫実施することができた。	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。	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。	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・歯科技術士等)・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.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・介護連携に関する検討部会を年3回開催し、在宅医療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】			在宅医療・介護連携に関する検討部会(2回開催/年)		
イ.在宅医療・介護連携に関する相談支援	1.在宅医療・介護連携支援センター「やまびこ日進」の運営	a.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】	a.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】	相談できる体制が構築されている。	令和7年度も継続していく。	a.地域の医療・介護関係者へ相談支援することにより、個別課題の解決のきっかけを作り、連携がスムーズにできるようにする。 b.地域の医療・介護関係者からの相談件数 180件/年	相談支援の継続		
		b.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】	b.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】						
ウ.市民への普及啓発	1.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手帳及び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】	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】	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の役割や連携方法についてより具体的に理解してもらったことができた。ACPの啓発については、出前講座だけでなく市民がハ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。	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。	a.在宅医療と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ることができる者の増加 b.ACPをテーマとした市民公開講座、出前講座(計200人) c.医療・介護職出前講座(10回 計200人)	将来の自分自身・家族の介護や医療、ACPについて考え、見直しを立てることができる者の増加		

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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
進(2) 在宅医療・介護連携の推進	工.医療・介護関係者の情報共有の支援及び研修の実施	①在宅医療・介護連携システムの活用	a.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@連絡帳に「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】 b.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】	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】	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。	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。	a.ケース支援で電子@連絡帳の利活用ができるとともに、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)と相談等がスムーズにできる関係を構築する。 b.電子@連絡帳研修会1回/年	電子@連絡帳の利用件数の増加	
		②医療と介護の多職種連携研修会	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】	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】			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		
(3) 家族介護者への支援充実	ア.家族介護者への支援	①やさしい介護教室の開催	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】	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】	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。	やさしい介護教室 2回/年(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	
		②介護者リフレッシュ事業の実施	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】			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。		
		③介護者のつどいの開催	介護者が日頃の悩み等を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】	介護者が日頃の悩み等を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】			介護者のつどいやリフレッシュ事業への参加者 (80人)		
(4) 高齢者の住まいの確保	ア.高齢者の居住安定に係る施策の連携	①高齢者の居住安定に係る施策の連携		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行った。【地域福祉課】	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。	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	
		イ.住宅改修等による住環境整備	①リフォームヘルパー制度	リフォームヘルパー制度利用者:35人【介護福祉課】	リフォームヘルパー制度利用者:40人【介護福祉課】	公益社団法人愛知県地建物取引業協会と空家等対策の連携協力に関する協定を締結し、空家バンク事業の移管について調整した。	空家バンク事業を公益社団法人愛知県地建物取引業協会に委託し、空家バンク登録物件のさらなる掘り起こしを図る。	リフォームヘルパー制度利用者:40人	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
		②住まいの情報発信	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】	空家バンク登録物件のさらなる掘り起こしのため、公益社団法人愛知県地建物取引業協会と空家等対策の連携協力に関する協定を締結した。【都市計画課】			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を継続する。また、地元自治会等への制度の周知等の働きかけを行う。		

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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
(5) 介護保険サービス・在宅支援サービスの確保	ア.介護人材の確保と育成への支援	①訪問型サービス従事者養成講座	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】	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】	a.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。 b.広報周知及び補助事業を通じて、介護人材の確保及び質の向上を図ることができた。 c.市内で従事しているケアマネジャー及びヘルパーを対象とした研修を開催し、各専門職が必要とする知識を深める場を提供することができた。	既存の取組を継続実施すると共に、市内介護事業所が実施する初任者研修を共催し介護人材確保にかかる取組を充実させる。	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)	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介護人材確保に係る取組	a.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13人が申込した。【地域福祉課】 b.市内の在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】	a.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8人が申込した。【地域福祉課】 b.市内の在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】			市内の在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 計10事業所の活用		
		③介護人材育成に係る取組	a.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】 b.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】	a.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】 b.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】			ケアマネジャー及びヘルパー研修を年2回ずつ実施		
イ.介護現場の環境改善への支援		①文書負担軽減や業務の効率化		電子申請・届出システムの導入に向けて、システム登録、試行テストなどを行った。【介護福祉課】	試行テスト結果の検証後、利用開始できるまで環境整備が進んだ。	事業所に利用開始の周知を行い、実際に事業所にシステムを使用してもらうことで、事務負担の軽減に繋げていく。	電子申請・届出システムの導入	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	
		②ICT導入の支援		未実施			支援の検討		
ウ.災害時支援体制と感染症対策		①避難行動要支援者支援体制の推進	a.避難行動要支援者名簿を随時区、自主防災会、民生委員と共有をばかった。登録者数は1,086人であった。【防災交通課】【地域福祉課】 b.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】	a.避難行動要支援者名簿を随時区、自主防災会、民生委員と共有をばかった。登録者数は1,095人であった。【防災交通課】【地域福祉課】 b.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】	a.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。 b.区への要援護者関係書類の配布回数を増やしたことにより、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。 c.事業所との意見交換を通じて、地域BCPの推進に向けた情報収集を行うことができた。	a.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。 b.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 c.災害時における医療・介護・福祉の連携手段(電子@連絡帳の活用など)についての情報収集を行う。市内関係事業所との情報共有や研修等を通じて連携強化をはかる。	a.災害時でも速やかに支援をすることができる。 b.避難行動要支援者名簿を随時区、自主防災会、民生委員と共有をばかる。登録者数 1,150人 c.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	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	
		②防災対策・感染症対策整備事業への支援							
		③BCP作成・運用の支援		事業所運営指導の際にBCP作成の有無及び内容の確認を行った。【介護福祉課】				事業所からの相談に応じて事業所におけるBCPの作成・運用支援を行い災害や感染拡大を意図した連携体制構築を支援する。	
		④地域BCPの推進		日進市・東郷町訪問看護ステーション部会に出席し、市の現状についての共有と事業所が抱える課題等について意見交換を実施した。【地域福祉課】				災害時に医療・ケアの継続が必要な要介護者について、関係機関が連携を図ることができるようになる。	
エ.在宅支援サービスの実施		①緊急通報システム装置の取り付け	緊急通報システム装置設置者:89人【介護福祉課】	緊急通報システム装置設置者:82人【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るための一助とすることができた。	a.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ることのできるよう引き続き支援を実施していく。 b.紙おむつ助成の対象者の見直しを実施する。	緊急通報システム装置設置者:95人	サービスの継続	
		②訪問理美容サービス	訪問理美容サービス:延82人/年【介護福祉課】	訪問理美容サービス:延95人/年【介護福祉課】			訪問理美容サービス:延95人/年		
		③エコサポート	エコサポート:延7,732人/年【介護福祉課】	エコサポート:延7,857人/年【介護福祉課】			エコサポート:延8,000人/年		
		④配食サービス	配食サービス:102人/年【介護福祉課】	配食サービス:103人/年【介護福祉課】			配食サービス:120人/年		
		⑤紙おむつ助成サービス	紙おむつ助成サービス:1,283人/年【介護福祉課】	紙おむつ助成サービス:1,304人/年【介護福祉課】			紙おむつ助成サービス:1,000人/年		
		⑥シルバーサポートサービス	シルバーサポートサービス:延3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】			シルバーサポートサービス:延3人/年		
		⑦寝具洗濯乾燥サービス	寝具洗濯乾燥サービス:延16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】			寝具洗濯乾燥サービス:延20人/年		
		⑧日常生活用具の給付	日常生活用具の給付:0人/年【介護福祉課】	日常生活用具の給付:0人/年【介護福祉課】			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・子育て世代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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
Ⅰ 認知症施策の推進	ア.認知症に関する理解と知識の普及	①認知症の人(本人)からの発信	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】	a.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。 b.認知症サポーター養成講座は207人の減少となった。 c.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「もっと早くに(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。 d.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・大変よく理解が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。	a.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。 b.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。 c.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が必要としているかについても検討していく。 d.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。	認知症本人交流会の継続	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認知症ケアバス(認知症応援ガイド)の活用	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、医療機関や薬局等に配布し認知症についての理解啓発を行った。【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、医療機関や薬局等に配布し認知症についての理解啓発を行った。【地域福祉課】			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、図書館掲示、市役所窓口掲示、地域包括支援センター配付)		
		③認知症サポーターの養成	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】	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】				認知症サポーター養成講座修了者累計 9,500人	
		④地域への情報発信	a.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】 b.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】	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、図書館での市の事業紹介・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)・外観ライトアップ啓発を実施した。【地域福祉課】				啓発の継続	
Ⅱ 認知症予防に資する可能性のある活動の推進	イ.認知症予防に資する可能性のある活動の推進	①一般介護予防事業の充実	(一般介護予防事業の再掲)	きらきら体操教室にて難聴セルフチェックと併せて健康教育を実施した。【地域福祉課】	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ずる。	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。	(一般介護予防事業の再掲)	(一般介護予防事業の再掲)	
		ウ.早期発見・早期対応体制の整備	①医療・介護等の専門職による早期発見・早期対応 ②認知症初期集中支援チームの活動強化	薬局におけるものわずれ相談について、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】	薬局におけるものわずれ相談について、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】	3件中2件が医療・介護に繋がることができたことは成果と考える。	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。	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)	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
Ⅲ 認知症の人とその家族の支援	エ.認知症の人とその家族の支援	①認知症高齢者等位置情報サービス費助成	認知症高齢者等位置情報サービス費助成：2人/年【介護福祉課】	認知症高齢者等位置情報サービス費助成：1人/年【介護福祉課】			認知症高齢者等位置情報サービス費助成：3人/年	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	
		②認知症カフェの推進	認知症カフェをスターバックスコーヒー香久山店と連携し7月から月1回開催した。そのほか、2団体に対し運営補助を行った。月1回以上開催している認知症カフェは4か所であった。【地域福祉課】	認知症カフェをスターバックスコーヒー日進香久山店と連携し月1回開催した。そのほか、2団体に対し運営補助金の交付を行った。月1回以上開催している認知症カフェは4か所であった。【地域福祉課】	a.認知症カフェは中部圏3か所、西部圏1か所。東部圏域では0箇所ではあるが、立ち上げに向けて具体的に検討開始している地域があり、立ち上げ支援の一環として、その地域在住のオレンジ日進に情報共有を行ったり、新規立ち上げ予定のキーパーソンにNカフェを見学してもらった等伴走の支援を実施することができた。 b.本人の想いや言葉について意識してはいるもののその場の会話で終わっている可能性がある。令和7年度も本人の声を意識しながら事業を継続していく。	a.認知症本人・家族が表情良く継続参加できていることは成果があったと考える。認知症カフェの認知度が上がり、情報・交換や居場所を必要としている本人・家族に情報が届くよう、令和7年度も啓発を継続する。	a.認知症カフェ 4か所(内 運営補助2団体) 参加者 人 b.ほっとカフェでの認知症の人とその家族の受け入れ 1か所		
		③認知症本人交流会の開催	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人が参加した。【地域福祉課】				本人交流会12回/年	
		④認知症家族交流会の開催	認知症家族交流会を本人交流会と同時に月1回開催し、延べ162人参加した。【地域福祉課】	認知症家族交流会を本人交流会と同時に月1回開催し、延べ79人参加した。【地域福祉課】				認知症家族交流会12回/年(参加者延べ 人)	
		⑤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	a.行方不明になるおそれのある認知症高齢者等を対象に、市が契約者となる個人賠償責任保険に86人加入した。【地域福祉課】 b.認知症高齢者等保護情報共有サービスを1月より開始し、36人が登録した。【地域福祉課】	a.行方不明になるおそれのある認知症高齢者等を対象に、市が契約者となる個人賠償責任保険に90人加入した。【地域福祉課】 b.認知症高齢者等保護情報共有サービスに新たに7人が登録した。【地域福祉課】				a.個人賠償責任保険の周知 b.認知症高齢者等保護情報共有サービスの周知	
		⑥認知症バリアフリーの推進	①認知症支援ネットワークの構築	月1回連絡会を通じて認知症事例の共有や事業実施にあたっての連携をはかった。【地域福祉課】	認知症初期集中支援チームにて認知症事例の共有や事業実施にあたっての連携をはかった。【地域福祉課】	a.認知症地域支援推進員の情報共有の場を作ることによって圏域を超え、活動内容や事例対応の情報共有を図ることができた。 b.推進員同士で議論をしながらプログラム内容や指導媒体を構築	a.認知症地域支援推進員としての固有の悩みや課題を他圏域の認知症地域支援推進員と情報交換することで、解決方法を学ぶ質の向上に寄与する場となっていることは成果と考える。	オレンジ日進(チームオレンジ)による認知症や家族に対する生活面の早期からの支援当の取り組み開始(マッチングシステム構築)。	認知症を正しく理解している人・団体の増加

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	個別事業	個別事業の実績(令和5年度)	個別事業の実績(令和6年度) ※令和7年3月末時点	個別事業による成果(令和6年度) ※令和7年3月末時点	課題(令和6年度)及び方向性(令和7年度) ※令和7年3月末時点	個別事業の目標(令和8年度)	具体的施策について 計画期間で目指す姿(令和8年度)	
(1) 認知症施策の推進	才、認知症バリアフリーの推進	2 認知症地域支援推進員の配置	市及び各地域包括支援センターに1名ずつ認知症地域支援推進員を配した【地域福祉課】	市及び各地域包括支援センターに1名ずつ認知症地域支援推進員を配置し、月1回連絡会を通して認知症事例の共有や事業実施にあたっての連携をはかった。【地域福祉課】	a.認知症地域支援推進員の情報共有の場を作ること圏域を超え、活動内容や事例対応の情報共有を図ることができた。 b.推進員同士で議論をしながらプログラム内容や指導媒体を検討することで、受講者に理解しやすくなる高い内容となった。	a.認知症地域支援推進員としての固有の悩みや課題を他圏域の認知症地域支援推進員と情報交換することで、解決方法を学ぶ質の向上に寄与する場となっていることは成果と考える。 b.バリアフリーの推進に向けては、事例や地域課題を通じて認知症バリアを把握することが重要であることから、令和7年度についても認知症地域支援推進員からの情報からバリアフリー推進に向けた活動について議論していく。	認知症地域支援推進員を配置(各包括支援センター1人、市1人計4人)し、月1回連絡会実施。事例検討から課題解決に向け地域資源の開拓・創設する。	認知症を正しく理解している人・団体の増加	
		3 認知症サポーターステッピング講座の開催	認知症サポーターステッピング講座を開催(1コース計3回)し、31人が修了した。地域で活動を希望する認知症サポーターフォローアップ講座参加者(オレンジ日進)は46人となった。【地域福祉課】	認知症サポーターステッピング講座を開催(1コース計3回)し、13人が修了した。地域で活動を希望する認知症サポーターフォローアップ講座参加者(オレンジ日進)は53人となった。【地域福祉課】			オレンジ日進登録者 60人 各圏域・各地域で支援活動する団体 1団体		
		4 認知症やさしい手ネットにっしんの普及促進	認知症やさしい手ネットにっしんの地域支援者登録者数 652人(メール配信 380人、ファクス配信 272人)【地域福祉課】	認知症やさしい手ネットにっしんの地域支援者登録者数 664人(メール配信 392人、ファクス配信 272人)【地域福祉課】				認知症やさしい手ネットにっしんの地域支援者登録800人	
		5 認知症高齢者等行方不明時捜索模擬訓練の開催支援	認知症高齢者等行方不明時捜索模擬訓練を藤島区にて開催し地域住民26人が参加した。【地域福祉課】	開催なし【地域福祉課】				開催支援の継続	
		(2) 生活支援体制整備の充実	ア.多様な社会資源の把握と活用	1 生活支援体制の整備	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】	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 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】	a.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。 b.高齢者等地域見守り推進事業企業増加数は0であった。	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。	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)
2 社会資源の把握と情報発信	生活支援コーディネーターが地域資源の情報収集を行った。【地域福祉課】			第1層生活支援コーディネーターが中心となり、地域資源の情報収集して、「地域資源マップ」を冊子としてまとめた。【地域福祉課】	c.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、具体的な事例に對しての対応方法等認知症の理解	引き続き、地域資源の情報収集と発信を行っていく。			
3 高齢者等地域見守り推進事業協力に関する協定の充実	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】			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】				高齢者等地域見守り推進事業への協力企業の増加(52企業以上)	
4 協議体の活用	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】			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8回実施した。【地域福祉課】				引き続き、市全域においては円卓会議、地域においては圏域ごとの協議体で、情報共有や課題検討を行っていく。	
5 民間事業者との連携	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】			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】				連携している民間事業者数増加	
イ.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	1 多様な担い手の確保	a.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ーの養成を実施した(15人)【地域福祉課】	a.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ーの養成を実施した(16人)【地域福祉課】	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。	地域づくりをしていくうえで、様々な形で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。	引き続き、各種活動に参加する担い手の養成を行っていく。	団体の活動継続に資する担い手の確保		
		b.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7団体に交付決定した。(通所型:1団体、訪問型:2団体、移動支援:4団体)【地域福祉課】	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)【地域福祉課】						
(3) 高齢者の意思決定支援・虐待防止・権利擁護	ア.高齢者の意思決定支援や権利擁護の推進	1 意思決定支援の推進		a.地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームとの協議の場において「本人の困りごと」「本人にとっての解決策」を確認する問いかけを継続的に行っている。この取組を通じて本人の医師を尊重した支援方針決定の定着を誇り、意思決定支援の推進を実践的に進めている。【地域福祉課】 b.支援時、「本人の思い」「本人の困りごと」が聞き取れるよう、介護予防マネジメントアセスメントツールを作成した。【地域福祉課】	a.アセスメントツールを活用することで、困りごとだけでなく「本人の思い」を把握できる機会が増えた。 b.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。 c.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。	a.本人主体の意思決定支援の重要性が関係者間で共有されるよう、アセスメントツールの活用を含め継続的に推進していく。 b.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。	継続的に推進	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	
		2 虐待の早期発見・早期対応	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】	虐待受付件数 高齢者虐待21件、障害者虐待10件【地域福祉課】			権利侵害からの回復を目的とし虐待対応を行う。		
		3 尾張東部権利擁護支援センターによる相談支援	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】	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 693件(実人数36人) 認知症以外の高齢者 54件(実人数13人)【地域福祉課】				尾張東部権利擁護支援センターによる相談・支援の実施。	
		4 高齢者虐待ネットワークの構築	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】	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】				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。	
		5 成年後見制度等の利用促進	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】	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3件、後見人に対する報酬助成16件行った。【地域福祉課】				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	
		6 市民後見人の養成	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】	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30名が基礎研修を受講した。【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継続する。	

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	サービス見込み量に関する取組と目標
現状と課題	
<p>日進市では、近隣市町と比べて介護サービス事業所の数が多く、サービス提供が充実している傾向にあるが、すでに75歳以上の被保険者数が65歳から74歳までの被保険者数を上回っており、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症対応型共同生活介護事業所の整備を進めていく必要がある。</p> <p>一方で、介護サービス事業所の閉鎖（居宅介護支援、訪問介護等）もあったので、在宅サービスと施設・居住系サービスの整備を並行して進めていく必要がある。</p>	
第9期における具体的な取組	
<p>第9期計画において「整備を検討する」とした各サービス需要及び市内事業所の整備意向を行い、需要が高く、実現性のあるサービスを把握する。</p> <p>整備が必要な認知症対応型共同生活介護事業所については、整備規模及び詳細なスケジュールを検討していき、公募等を行い整備実現に向けて道筋をつける。</p> <p>特定施設入居者生活介護事業所については、住宅型有料老人ホームからの移行により増床する。指定権のない介護サービス事業所等の開設に関する相談については、指定権者と情報交換、共有に努めて、市内での開設の支援を行う。</p>	
目標（事業内容、指標等）	
<ul style="list-style-type: none">・ 認知症対応型共同生活介護事業所の整備・ 特定施設入居者生活介護事業所の増床・ 看護小規模多機能型居宅介護の整備の検討	
目標の評価方法	
<ul style="list-style-type: none">● 時点<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 中間見直しあり<input checked="" type="checkbox"/> 実績評価のみ● 評価の方法	

取組と目標に対する自己評価シート

令和6年度	サービス利用見込み量に関する取組と目標
-------	---------------------

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容
第9期介護保険事業計画に定められた地域密着型サービスの施設整備について、各事業所の入所状況について把握に努めた。
自己評価結果
市内事業所の整備意向や入所状況から、認知症対応型共同生活介護のサービス需要があることが把握できた。
課題と対応策
第9期中の整備に向けて、認知症対応型共同生活介護の整備ユニット数やスケジュール等の詳細な計画を立てる。また、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）については、参入や事業拡大の希望がある事業所に働きかけをしていく必要がある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	介護給付適正化に関する取組と目標
現状と課題	
<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none">・本市の人口は増加し続けており、人口総数の増加に応じて高齢者数も増加し続けている。（令和4年4月：18,835人 ⇒ 令和7年4月：19,240人）・2028年までの高齢化率は約20%で推移するものの、2040年には高齢化率が27.5%と見込んでいる。また、すでに後期高齢者数が前期高齢者数を上回っている。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none">・高齢者数の増加及び後期高齢者の占める割合の上昇に、要介護等認定者数及び給付費の増加が予想される。	
第9期における具体的な取組	
<ul style="list-style-type: none">・給付適正化事業と以下の3つを実施する事としている。 <ol style="list-style-type: none">① 要介護認定の適正化② ケアプラン等の点検③ 医療情報の突合・縦覧点検 <p>・特にケアプランの点検については、居宅介護支援事業所への運営指導時と介護認定の認定データと給付実績データを突合したケアプラン点検を合わせて実施する。</p>	
目標（事業内容、指標等）	
<ol style="list-style-type: none">① 全ての要介護認定調査について、市職員による事後点検を実施する。② ケアプラン点検については、国の定める最低基準である6年に1度の運営指導に対して、目標とされる3年に1度程度の頻度で行うこと、また、定期的に介護認定の認定データと給付実績データで合致しない事例について行う。住宅改修については、特別給付の対象となる工事の施工前訪問調査を行う。 <p>愛知県国民健康保険団体連合会から提供される資料をもとに突合を行う。</p>	
目標の評価方法	
<ul style="list-style-type: none">● 時点<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 中間見直しあり<input checked="" type="checkbox"/> 実績評価のみ● 評価の方法<ul style="list-style-type: none">各取り組みの実施状況	

取組と目標に対する自己評価シート

令和6年度	介護給付適正化に関する取組と目標
-------	------------------

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容
① 要介護認定調査について、市職員による事後点検を実施する。 ② 運営指導を14事業所に対して行い、集団指導をオンライン開催した。また、介護認定の認定データと給付実績データで合致しない事例についてケアプラン点検を行った。 ③ 特別給付の対象となる工事については施工前訪問調査を行う。 ④ 愛知県国民健康保険団体連合会から提供される資料を基に突合を行う。
自己評価結果
① 全ての要介護認定調査について、市職員による事後点検を実施した。 ② 目標である3年に1度の実地指導の頻度で実施することができた。 ③ 全ての特別給付の対象となる工事については施工前訪問調査を行った。 ④ 12か月分の給付実績について突合確認を行った。
課題と対応策
① 事後点検について、担当者間で情報を共有した結果を、調査員へフィードバックした。今後は調査員に対して調査項目の解釈に関するアンケートを行い、より効果的な研修、情報共有を行う。 ② ケアプラン点検の中には個別サービス計画の確認が必要となる事例もあるので、個別サービス計画を合わせて確認し、ケアプランの見直しを指導する事例を研究する。 ③ 特になし ④ 特になし

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	介護予防・重度化防止の推進 保健事業と介護予防の一体的実施
現状と課題	
<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者人口 19,020 人増加傾向、高齢化率 20.3% (2023 推計値)、県内 38 位/44 位、全国 1517 位/1558 位（見える化システム 2025.10 月）であり、平均寿命は男性全国 4 位（平均寿命の男女差全国 4 位）と高齢化率は低い。団塊の世代が後期高齢者に完全移行し 65 歳以上人口のうち 75～79 歳が一番のボリューム層になっている ・要介護認定率 17.4% 県内 19 位/44 位、全国 1088 位/1558 位（見える化システム 2025.11 月時点）であり順位としては低くない。 ・平均自立期間男性 83.2 歳、女性 85.4 歳 ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、IADL が低い高齢者の割合は 5.1%、認知症チェックリストにおいて 3 項目以上該当する方の割合は 33.9% などとなっている。（ゆめプラン） ・フレイル予防調査では、「低体重（やせ）」の割合は 7.6%、歩く速度が遅くなってきたと思う割合は 49.8% などとなっている。 ・通いの場 109 箇所、月 1 回以上の参加者 2331 人（R5） ・医療（後期高齢者医療制度）では、骨折（入院医療費）は減少傾向ではあるが、中分類分析で第 2 位と、上位となっている。 ・要介護者の疾病としては、高血圧症が R5 年度 55.7%、筋・骨格が R5 年度 59.4% と高い割合、脳疾患が R5 年度 28.1% で県（23.0%）・国（22.2%）と比較し高い。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定率から 75～79 歳をターゲットとし平均自立期間（男性 83.2 歳、女性 85.4 歳）を意識した予防的介入が重要 ・フレイルリスクレベルに応じた介入が重要 ・社会参加による日常生活における活動量（IADL, ADL）維持・閉じこもり予防対策が必要 	
第 9 期における具体的な取組	
<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業と介護予防の一体的実施 ・介護予防・日常生活支援総合事業の推進 <ul style="list-style-type: none"> データ活用による事業対象者の掘り起こし、フレイルレベル・健康課題に着目した一般介護予防事業実施、通いの場参加者データ取得、介護予防ケアマネジメント質の向上、リハビリテーション活動支援事業機能の充実 ・就労・社会参加機会の充実 住民主体の移動支援 	
目標（事業内容、指標等）	

- (1) ポピュレーションアプローチ
①通知による啓発 1 回（全被保者） ②通いの場新規立ち上げ把握件数 1 か所
- (2) ハイリスクアプローチ：4 事業実施
- (3) 総合事業でのデータ活用：2 事業実施
- (4) フレイルレベル・健康課題に着目した一般介護予防事業
①オーラルフレイル予防教室 1 回 15 人、カラオケ機器による口腔体操 800 人
②介護予防講演会 1 回 50 人
③健口健食げんき教室 3 回（実） 15 人
- (5) 通いの場参加者のデータ取得
- (6) 介護予防ケアマネジメントの質の向上：地域ケア会議 12 回
- (7) リハビリテーション職同行訪問利用件数 24 件
- (8) 移動支援 9 団体

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・ 進捗管理シートにて経年管理

取組と目標に対する自己評価シート

年度	介護予防・重度化防止の推進 保健事業と介護予防の一体的実施
----	-------------------------------

後期（実績評価）

実施内容

- (1) ポピュレーションアプローチ 令和6年度テーマ骨折・骨粗しょう症
※記載はテーマに沿った内容を中心に
- ①通知（介護保険料決定通知同封）による啓発1回
 - ②通いの場新規立ち上げ把握1か所（東山）
 - ③骨チェックと骨粗しょう症予防チラシ配布1,063人
 - ④にしんテレビ6月号「元気をいっばいつくるプロジェクト」視聴回数639回
（グランパス選手・理学療法士を活用し、フレイル予防・ロコモ体操・健診案内動画）
- (2) ハイリスクアプローチ：4事業実施（糖尿病2事業、栄養1事業、健康状態不明者1事業（フレイルリスク者へ栄養支援実施））
- (3) 総合事業でのデータ活用：2事業実施（短期集中予防サービス1事業、一般介護予防事業1事業）
- (4) フレイルレベル・健康課題に着目した一般介護予防事業
- ①オーラルフレイル予防教室1回15人、カラオケ機器を活用した介護予防体操等（コミュニティサロン、おたっしやハウス）2663人
 - ②介護予防講演会1回100人（テーマ二次骨折予防講話（医師）とロコモ体操（理学療法士））
 - ③健口健食げんき教室3回（実）9人
- (5) ICT機器を活用し、参加者個人データ取得。フレイル質問結果データを健康管理システムに格納。
- (6) 介護予防ケアマネジメントの質の向上：地域ケア会議31回、厚生労働省支援事業活用しケアマネジメントの質向上の取り組み（活動・サービスCを中心とした総合事業の整理、自立支援・社会参加についての規範的統合、2次アセスメントシート作成・活用）
- (7) リハビリテーション職同行訪問利用件数 24件
- (8) 移動支援10団体

自己評価結果【○】

・介護保険事業だけでなく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業と連携した事業を展開することができた。具体的には関係5課と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にて、健康課題の共有と各課の事業の目的・実施内容・対象者・事業効果を整理、またフレイルの視点である口腔・栄養・運動のカテゴリーごとに分け、またリスクレベルに応じた教室を行うことができた。口腔事業は、R5 誤嚥⇒R6 咀嚼にテーマを変更したことで教室参加者数が増加。カラオケ機器を活用した介護予防体操・歌は活用事業数増加（686人⇒2663人）。また、骨折・骨粗しょう症については

企業の協力の下多角的なアプローチ方法にて啓発をすることができた。

- ・介護予防ケアマネジメントについては、ケア会議だけでなく根本的な視点で介護予防ケアマネジメントの見直しをアドバイザーチームの支援にて行うことができた。また総合事業ガイドライン改正内容にも着目し、日進市における総合事業対象者とサービスを利用した効果を意識し整理することができた。

- ・移動支援 9⇒10 団体

課題と対応策

- ・栄養をテーマにした教室は、参加者数が少なかったことや、参加者はバランスの良い食事習慣がある等健康意識が高い者が多いことから教室スタイルでの実施が適切か見直しが必要。要支援状態になると IADL 低下で食料品調達に困難になっていく点を踏まえて、大学を会場とするよりも高齢者にとって身近なスーパー等の場を活用し、スーパーに買い物に来る高齢者を対象にした低栄養予防事業ができないか検討する。
- ・カラオケ機器活用した介護予防体操は、利用件数が増加。コンテンツは安定した利用ができることがメリットではあることから、事業内での活用だけでなく、カラオケ機器を主で利用する団体にも介護予防目的を啓発する等含め事業拡充の方法を検討する。
- ・伴走的支援にてインフォーマル・フォーマルサービス含めて情報の整理をすることができたが、それ以上に、相談窓口に来所する高齢者やその家族がサービス利用前提で相談来所する等介護予防に重きを置いた介護予防ケアマネジメントを実施しづらい状況があることが浮き彫りになった。背景として総合事業そのものの目的やサービス利用で求められる効果について市民の理解が不十分であるという課題が考えられる。この課題を解決するために、市民への啓発方法の再検討・給付担当課の見解とのすり合わせ・包括職員の認識のズレの確認・修正作業を行うことで、介護予防・自立支援の考え方について規範的統合を行う。