

第9次 善通寺市

高齢者福祉計画・介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度

素案

(令和5年11月)

令和6年3月
善通寺市

目次

第1章 計画策定にあたって

1	計画策定の背景と趣旨	1
2	計画について	2
3	日常生活圏域	6
4	計画の策定体制	7
5	国の基本方針（制度改正の内容）について（抜粋）	8

第2章 本市の現状と課題

1	高齢者の現状	9
2	要支援・要介護認定者の現状	13
3	高齢者人口および要支援・要介護認定者数の将来推計	18
4	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果について	20
5	在宅介護実態調査結果について	34
6	アンケート調査等から見える課題	38

第3章 計画の基本的方向

1	基本理念と基本目標について	40
2	施策体系	42

第4章 施策の展開

基本目標1	高齢者自身が担い手となる地域づくり	43
1	健康の増進	43
2	高齢者の生きがいづくり	44
3	一般介護予防事業の推進	46

基本目標2 支え合い助け合える地域づくり	48
1 高齢者を見守る体制づくり	48
2 生活支援サービスの体制整備	49
3 在宅医療・介護連携の推進	50
4 地域ケア会議の推進	52
 基本目標3 自分らしい暮らしができる地域づくり	 53
1 地域包括支援センターの運営・機能強化	53
2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	55
3 認知症対策の推進	57
4 介護保険サービスの充実	59
5 安心して暮らせる生活環境の整備	60
6 高齢者の住まいの充実	63
 第5章 介護保険サービス等の見込量と介護保険料	
1 サービス見込量の算定	65
2 介護保険サービス等の見込額	68
3 介護保険総事業費の算定	72
4 介護保険料基準額の算定	72
 第6章 計画の推進	
1 制度の周知・啓発	74
2 計画の進捗状況の点検	74
3 介護サービス事業者との連携	74
4 介護給付適正化事業の推進	75

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨

全国的に人口減少が進む中、目前に迫っている令和7(2025)年には、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となります。さらに、その先の令和22(2040)年にはいわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上の高齢者となり、急速な高齢化の進展に加えて、労働人口(担い手)が大幅に減少することが予想されており、介護をはじめとする社会保障の負担が一層増大していくことや、介護の担い手不足の更なる深刻化が懸念されています。

このような状況が予測される中で、地域における介護や福祉の提供を維持していくためには、高齢者が自ら「支援の担い手」になることが求められており、高齢者一人ひとりの健康の維持増進、社会参加や介護予防の推進がこれまで以上に重要となります。そのような状況を踏まえた「新しい社会システムづくり」と「新しい生き方づくり」を両輪で進めていくことが、わが国の今後の課題です。

また、令和22(2040)年に向けて生産年齢人口が急減し、85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれる中で、国からは、第9期介護保険事業計画の策定に向けて地域包括ケアシステムを更に深化・推進していくとともに、介護ニーズの増大と労働力の制約への対応を両立させ、制度の持続可能性を確保する検討を進めていくことが示されています。

本市では、令和3(2021)年3月に「第8次善通寺市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」(以下、前計画という。)を策定し、高齢者ができる限り住み慣れた地域で、自分らしい生活をおくることができる社会を実現するため、地域包括ケアシステムの構築を進めてきました。前計画の期間が令和5(2023)年度で終了するため、これまでの取組を検証しつつ、社会経済情勢の変化による新たな課題にも対応しながら、引き続き、高齢者保健福祉を総合的、計画的に推進するため、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間の計画期間とする「第9次善通寺市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」(以下、本計画という。)を策定することとします。

2 計画について

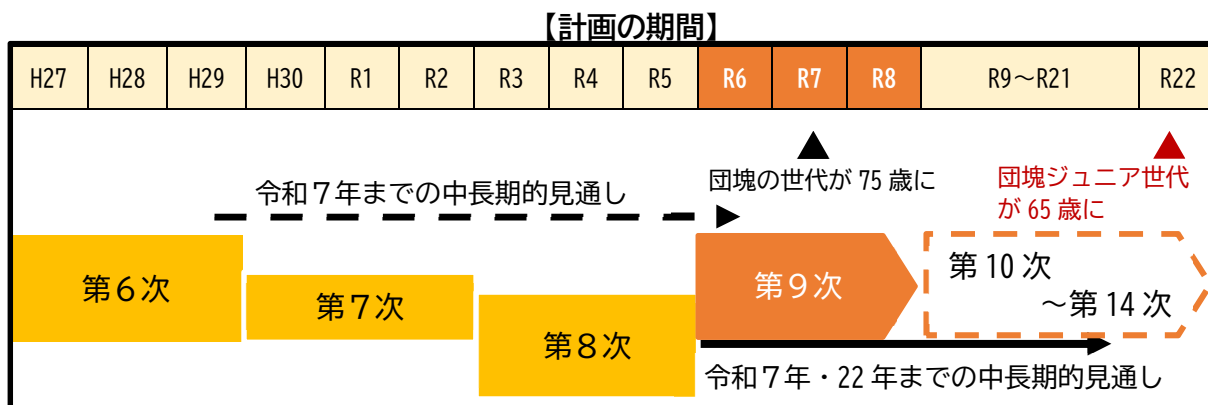
(1) 法令等の根拠

本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 に規定する高齢者の福祉に関する「老人福祉計画」と、介護保険法第 117 条に規定する介護サービスの給付に関する「介護保険事業計画」を一体的に作成するものです。

(2) 計画の期間

本計画の計画期間は、令和 6（2024）年度から令和 8（2026）年度までの 3 年間です。

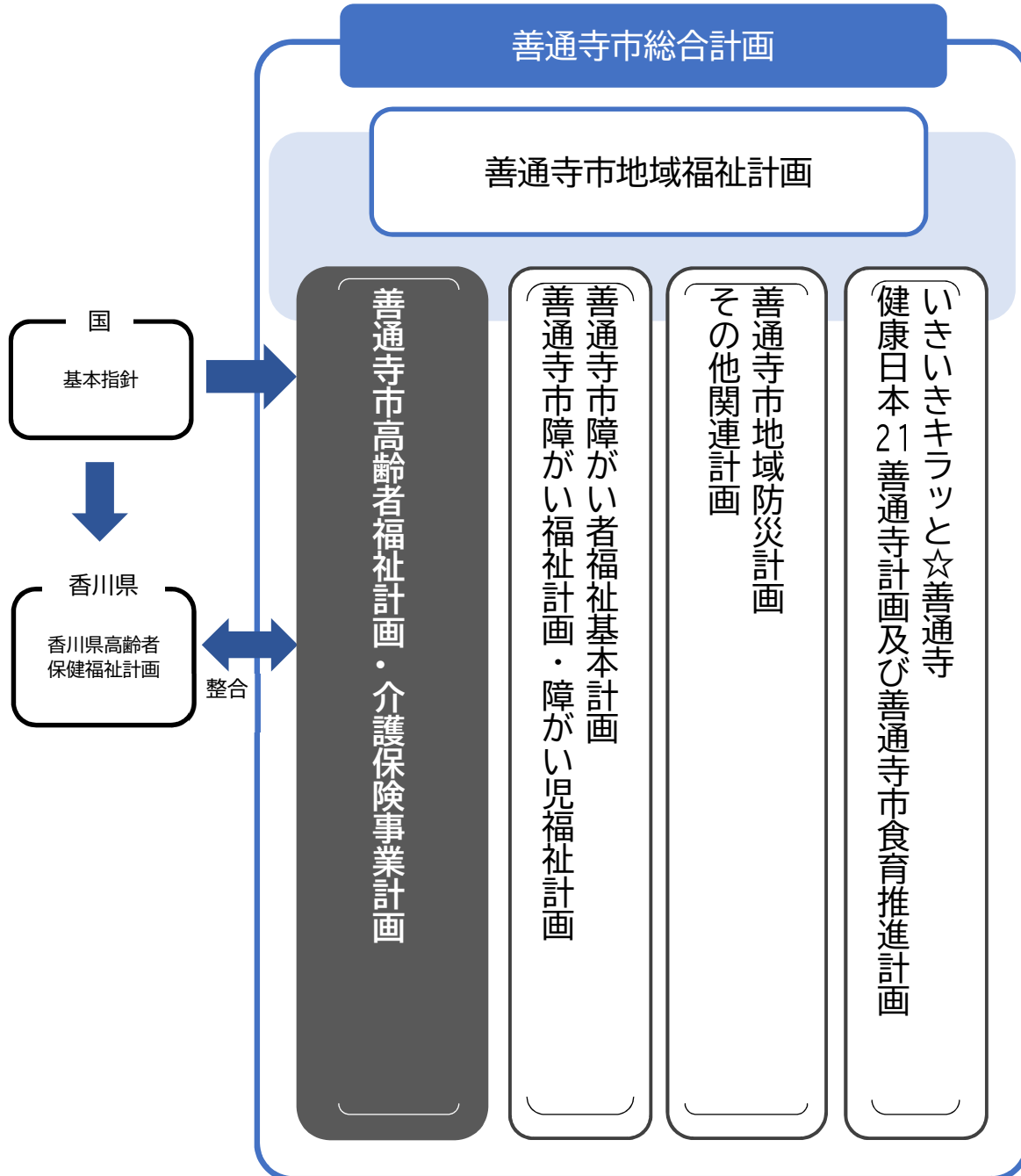
なお、本計画は、団塊世代が 75 歳以上となる令和 7（2025）年を計画期間中に迎えることとなり、また全国的に高齢者人口がピークを迎える令和 22（2040）年を中長期的に見据えた計画とします。2040 年までの高齢者の動向を見据え、中長期的な視点に立ち施策を展開します。



(3) 関連計画との関係

本計画は、本市のまちづくりの総合的な計画である「善通寺市総合計画」を最上位の計画とし、各種関連計画や、県が策定する「香川県高齢者保健福祉計画」「香川県保健医療計画」との整合性を図りながら計画を策定します。

○上位計画、関連計画について



(4) 災害や感染症への対応

近年の台風、豪雨等の自然災害や新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、災害や感染症への対応が必要です。

災害時に迅速かつ的確な避難等の行動をとることが困難な高齢者には、民生委員・児童委員や町内会等の協力を得ながら、避難行動要支援者避難支援プランに基づく支援体制づくりなどに取り組みます。

また、高齢者は、感染症に罹患した場合、重症化する危険性が高い傾向にあります。介護サービスは、利用者やその家族の生活にとって必要不可欠なものであり、災害時や感染症流行時においてもサービスの継続が求められることから、介護事業所や県、関係部局等と連携し、感染症対策等に関する研修の実施や感染拡大防止策の周知啓発、必要物資の調達体制の整備などに取り組みます。

(5) SDGs（持続可能な開発目標）の視点を踏まえた計画の推進

SDGs（Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標）とは、2015年9月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にて記載された2030年までに持続可能でよりよい世界をめざす国際目標です。

SDGsは17の目標・169のターゲットから構成され、地球上の「誰一人取り残さない（leave no one behind）」ことを基本理念として掲げています。

「善通寺市総合計画」では、基本方針ごとに関連するSDGsの17の目標を示し、SDGsという世界共通のものさしを用いることにより、多様なステークホルダーとの目標の共有と連携の強化を図り、取組をより一層進めることで、持続可能なまちの実現をめざします。




本計画につきましても、SDGsを意識して取り組み、地域や関係団体など、社会における様々な担い手と連携しながら、高齢者の最善の利益が実現される社会をめざします。



3 日常生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう、市民が日常生活を営むために行動している範囲ごとに区分した「日常生活圏域」は地理的条件、人口条件、交通事情等を勘案し、中学校区を目安に設定するものとされています。

本市では、東西中学校区圏域において、地域特性等に顕著な相違がなく、「地域包括ケアシステム」の充実・強化を図り、限られた資源を最大限有効に活用していくために市全域をひとつの圏域として捉え、一体的に取り組んでいく必要があることから、第9次計画においても、第8次計画と同様、本市全域をひとつの日常生活圏域と設定します。



地図挿入予定

4 計画の策定体制

(1) 委員会の開催

学識経験者や保健医療・福祉関係者、被保険者代表者等が参画する「善通寺市老人福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会」において審議を行い、幅広い意見の反映に努めました。

(2) 高齢者の生活と意識に関する調査の実施

本市の高齢者の現状や地域の実態などを把握するために、アンケートおよび聞き取りによる実態調査を実施し、地域の実態把握、課題抽出等に努めました。

調査名	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査目的	生活支援の充実、高齢者の社会参加や支え合いの体制づくり、介護予防の推進等のために必要な社会資源の把握等を行う。	高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けた介護サービスの在り方を検討する。
調査対象	善通寺市にお住まいの65歳以上の介護認定を受けていない方：300人 (令和5年1月1日時点)	善通寺市にお住いの在宅で生活をしている要支援・要介護者の方：181件
調査方法	郵送配布、郵送回収によるアンケート調査	聞き取り調査
調査期間	令和5年1月11日～3月31日	令和4年11月1日～令和5年6月1日
回収状況	有効回収数 240件 (有効回収率 80.0%)	有効回収数 181件 (有効回収率 100%)

(3) パブリックコメントの実施

計画策定にあたって、広く市民の意見を求めるためにパブリックコメントを実施しました。(実施期間：令和6年1月 日～令和6年 月 日)

5 国の基本方針（制度改正の内容）について（抜粋）

厚生労働省は令和5(2023)年7月10日の社会保障審議会介護保険部会において、第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント(案)を提示しました。基本指針は市町村が介護保険事業計画を策定する際のガイドラインの役割を果たしています。

第9期介護保険事業計画の策定については、第8期介護保険事業計画の基本方針を踏襲し、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進等について、引き続き取組を進めていくことが示されています。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

- ・医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
- ・在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- ・重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- ・認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- ・地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- ・多様な主体による介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるよう、総合事業の充実化を推進

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保

- ・ケアマネジメントの質の向上および人材確保

第2章 本市の現状と課題

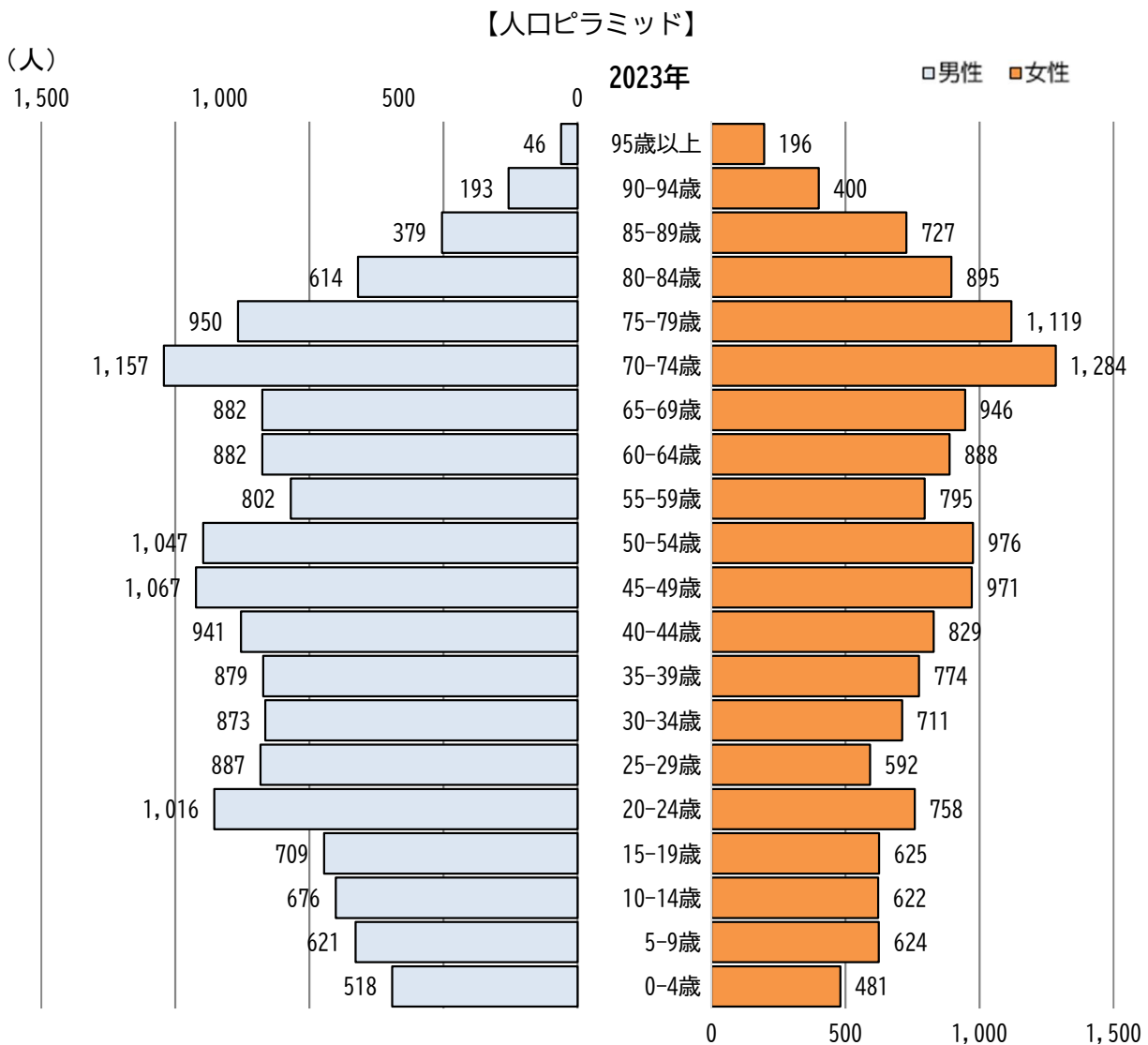
1 高齢者の現状

(1) 人口構造

総人口（30,352人）の5歳ごとの分布をみると、男性・女性ともに70～74歳が最も多くなっています。70～74歳は全体の8.0%を占め、男性は1,157人、女性は1,284人となっています。

また10～59歳までの全ての段階で男性の方が多く、20～24歳、25～29歳ではそれぞれ200人以上の差があります。

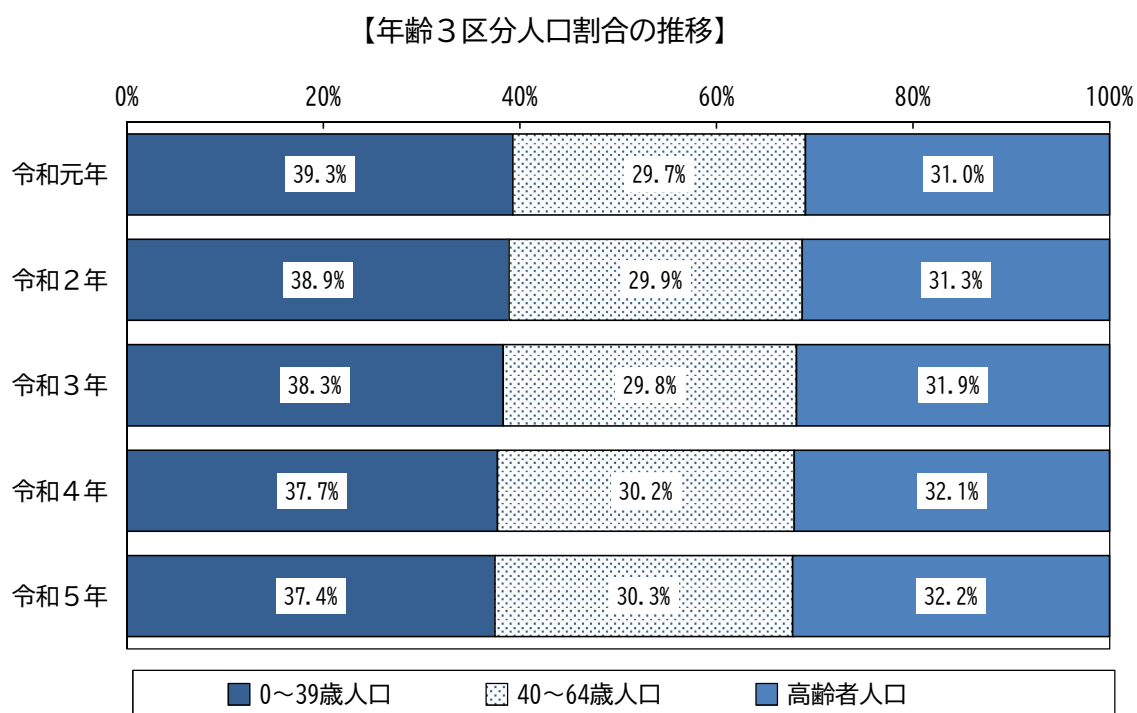
60歳以上では、全ての段階で女性の方が多く、85～89歳、90～94歳以上では300人以上の差があります。



(出典) 住民基本台帳（令和5年9月1日時点）

(2) 年齢3区分人口割合の推移

住民基本台帳の人口で近年の動向をみると、令和5年9月1日現在の高齢者（65歳以上）人口は9,788人となっています。総人口に占める高齢者人口の比率（高齢化率）は32.2%となっており、緩やかに高齢化が進んでいます。



単位：人

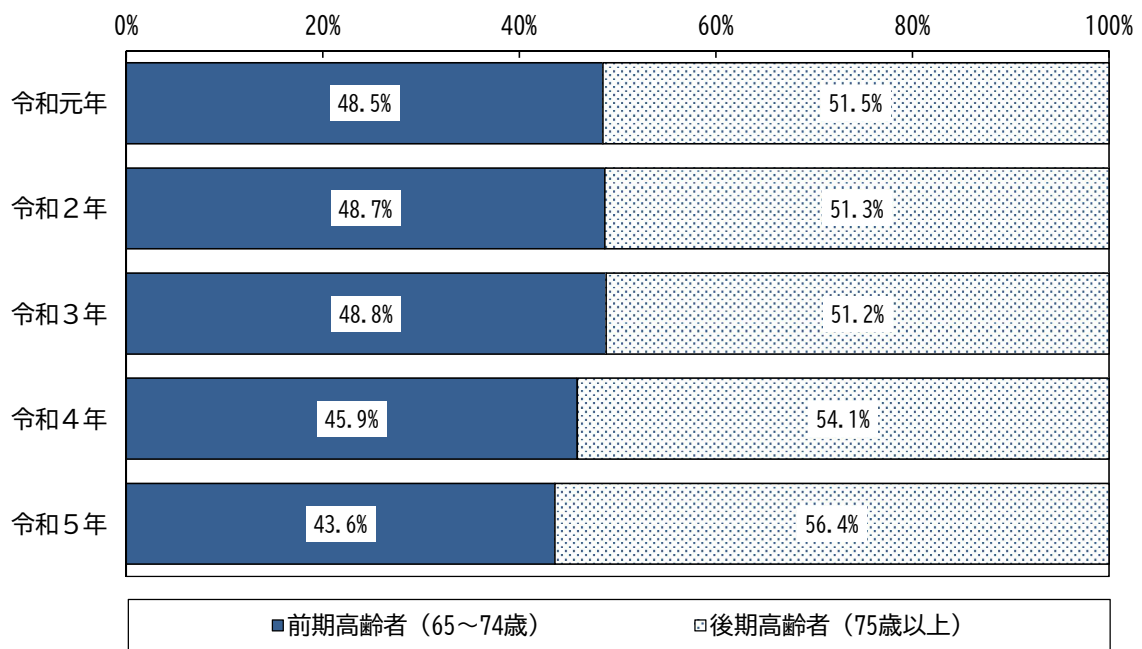
	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
0～39歳人口	12,583	12,267	11,909	11,579	11,366
40～64歳人口	9,527	9,423	9,279	9,269	9,198
高齢者人口（65歳以上）	9,920	9,867	9,906	9,858	9,788
合計人口	32,030	31,557	31,094	30,706	30,352
0～39歳人口の割合	39.3%	38.9%	38.3%	37.7%	37.4%
40～64歳人口の割合	29.7%	29.9%	29.8%	30.2%	30.3%
高齢者人口（65歳以上）の割合	31.0%	31.3%	31.9%	32.1%	32.2%

(出典) 住民基本台帳（各年10月1日時点）
※令和5年のみ9月1日時点

(3) 前期・後期別高齢者割合の推移

住民基本台帳で近年の動向をみると、令和5年9月1日現在の前期高齢者（65～74歳）人口は4,269人、後期高齢者（75歳以上）人口は5,519人となっています。高齢者総人口に占める後期高齢者人口の比率は56.4%となっており、前期高齢者より高くなっています。

【前期・後期別高齢者割合の推移】



単位：人

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
前期高齢者（65～74歳）	4,810	4,804	4,837	4,524	4,269
後期高齢者（75歳以上）	5,110	5,063	5,069	5,334	5,519
合計人口	9,920	9,867	9,906	9,858	9,788
前期高齢者（65～74歳）の割合	48.5%	48.7%	48.8%	45.9%	43.6%
後期高齢者（75歳以上）の割合	51.5%	51.3%	51.2%	54.1%	56.4%

(出典)：住民基本台帳（各年10月1日時点）
※令和5年のみ9月1日時点

(4) 高齢者世帯数の推移

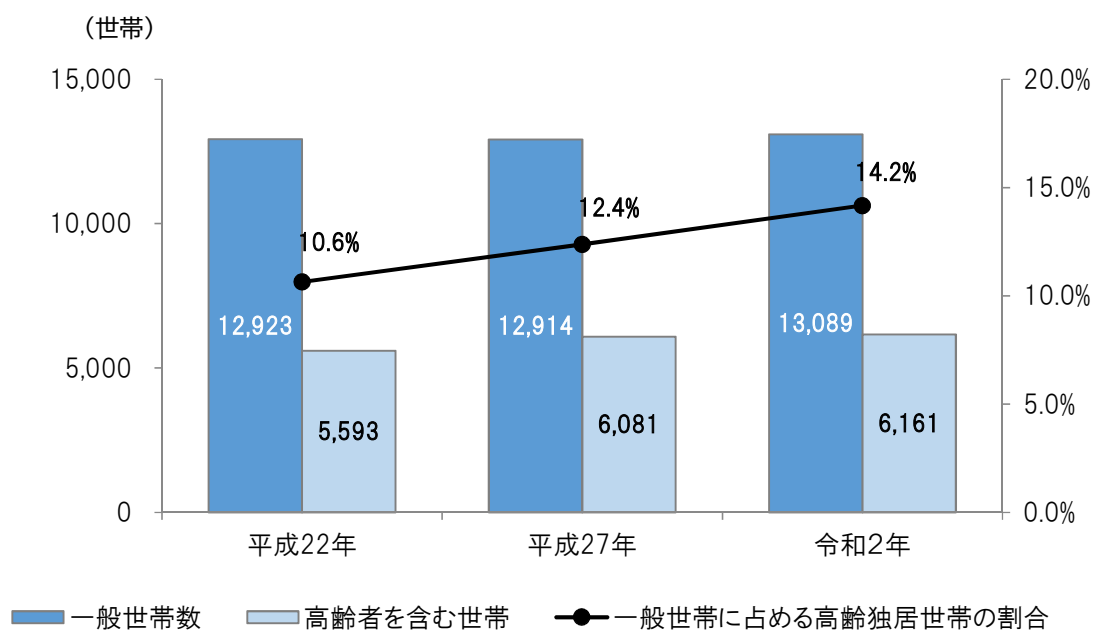
高齢者の世帯総数は右肩上がり増加しており、平成22年と令和2年を比較すると、全体で568世帯増加しています。また、ひとり暮らし高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯の伸び率は高く、これらの世帯の占める割合が高くなっています。

【高齢者世帯数の推移】

	単位：世帯		
	平成22年	平成27年	令和2年
一般世帯数	12,923	12,914	13,089
高齢者を含む世帯	5,593	6,081	6,161
高齢独居世帯	1,375	1,599	1,855
高齢夫婦世帯	1,280	1,516	1,853
一般世帯に占める高齢独居世帯の割合	10.6%	12.4%	14.2%

(出典) 国勢調査 (各年10月1日時点)

【高齢者がいる世帯構成比の推移】



(出典) 国勢調査 (各年10月1日時点)

(出典) 総務省「国勢調査」【地域包括ケア「見える化」システムより】

※高齢者を含む世帯数は、一般世帯のうち、65歳以上の世帯員が1人以上いる世帯数。

※高齢独居世帯数は、高齢者を含む世帯のうち、世帯員が65歳以上の高齢者が1人のみの世帯数。

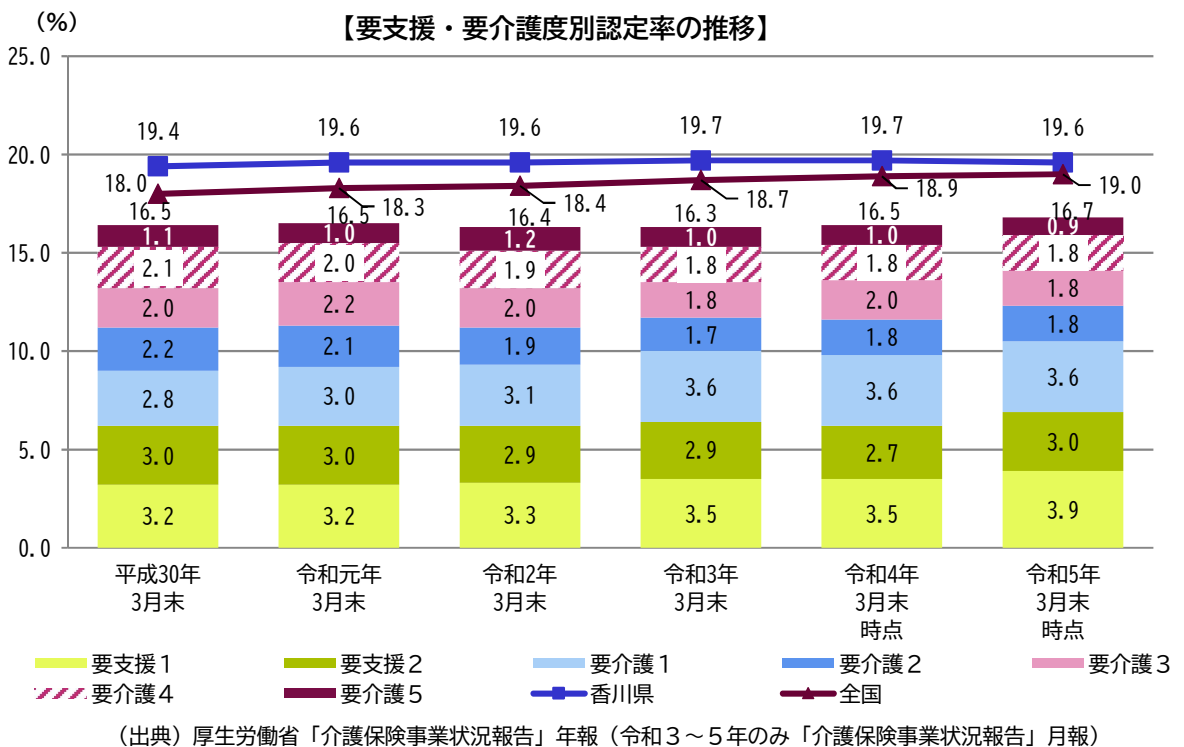
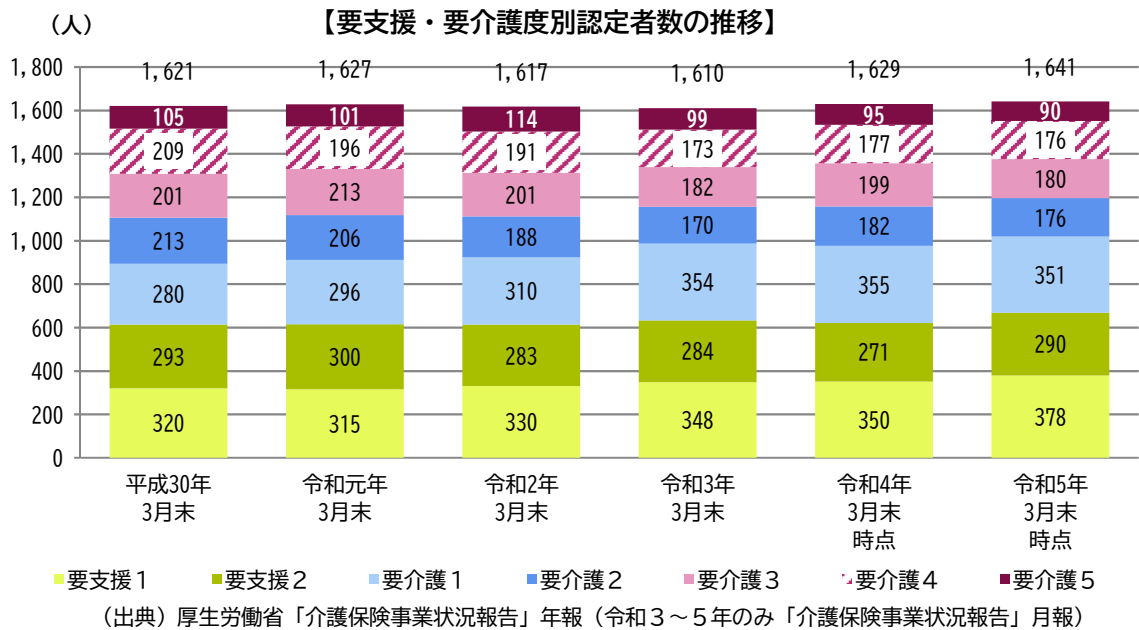
※高齢夫婦世帯数は、世帯員が夫婦のみ世帯のうち、夫および妻の年齢が65歳以上の世帯数。

2 要支援・要介護認定者の現状

(1) 要支援・要介護認定者数および認定率の推移

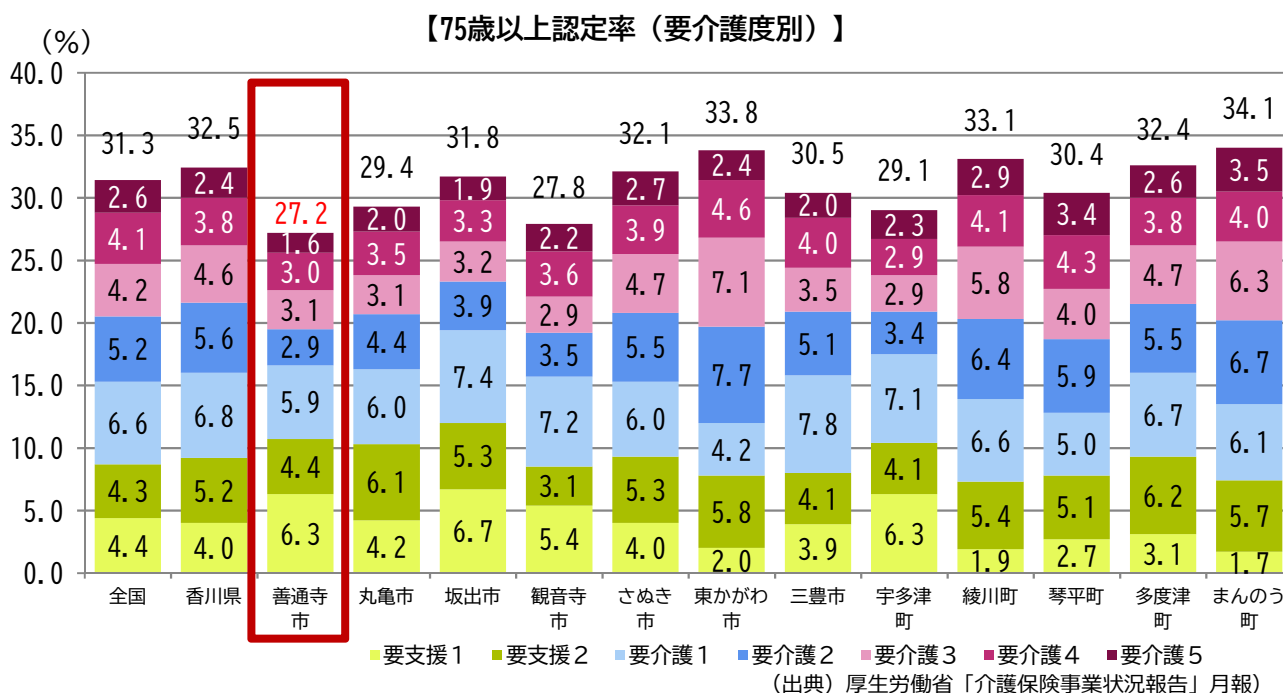
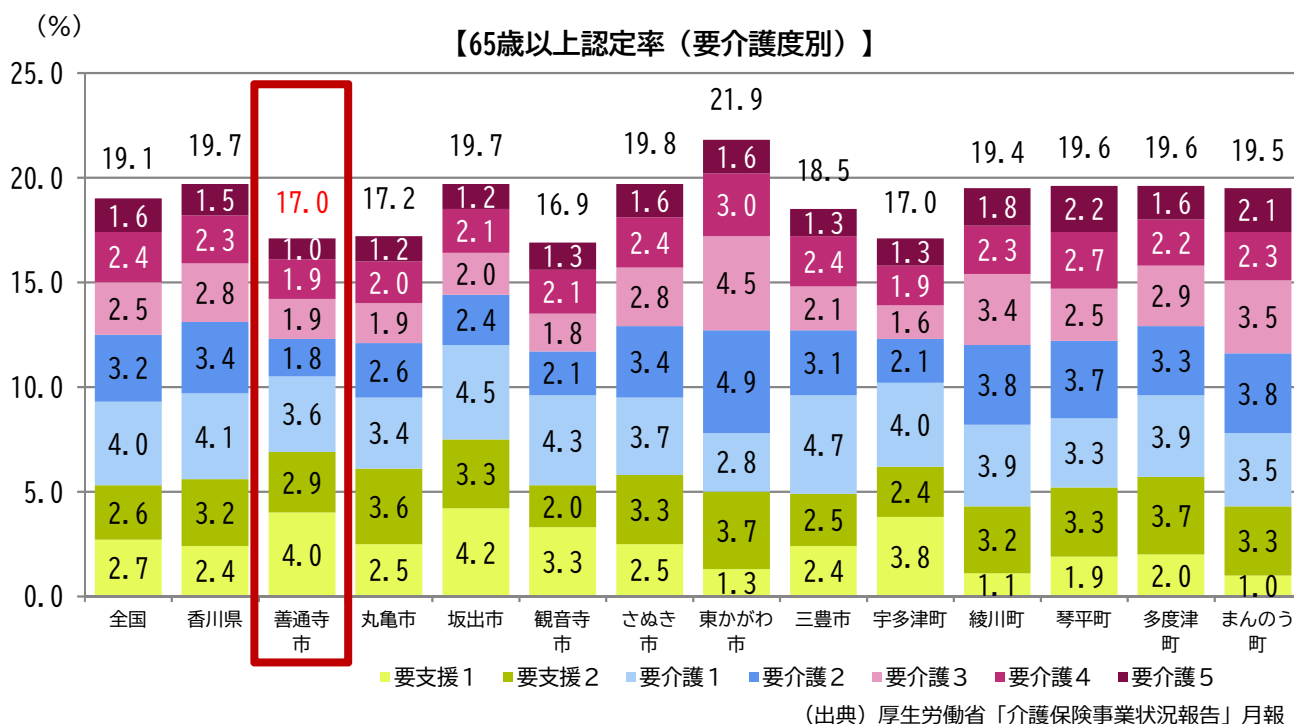
本市の要支援・要介護認定者数は近年微増傾向で推移しています。

要支援・要介護認定者数は、令和5年3月末現在で1,641人となっており、この3年間で31人の増加がみられます。内訳をみると、介護予防サービスの対象である要支援認定者（要支援1・2）が668人、介護サービスの対象である要介護認定者（要介護1～5）が973人となっています。要支援・要介護度別では、要介護1が351人（構成比21.4%）と最も多くなっています。



(2) 近隣保険者との比較

本市の令和5年度の要支援・要介護認定率を、近隣保険者と比較したところ、65歳以上では県内他市町のなかで2番目、75歳人口では最も低い要支援・要介護認定率となっています。要介護度別でみると、要介護4や要介護5といった重度の認定率が低くなっています。



(3) 計画と実績の対比

①介護予防サービス

介護予防サービスの実績値の計画対比は、令和3年度 96.9%と計画値を下回っていましたが、令和4年度は上回っています。

(単位：千円/年、回・日・人/月)

(1) 介護予防サービス		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	99	0	0.0%	99	0	0.0%
	回数(回)	1.0	0.0	0.0%	1.0	0.0	0.0%
	人数(人)	1	0	0.0%	1	0	0.0%
介護予防訪問看護	給付費(千円)	2,494	3,738	149.9%	2,495	6,845	274.3%
	回数(回)	47.7	61.2	128.2%	47.7	126.9	266.1%
	人数(人)	9	11	120.4%	9	15	165.7%
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	5,596	7,077	126.5%	5,600	7,799	139.3%
	回数(回)	171.2	217.6	127.1%	171.2	240.7	140.6%
	人数(人)	14	16	111.9%	14	17	123.2%
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	2,136	2,044	95.7%	2,138	2,249	105.2%
	人数(人)	17	20	115.7%	17	21	123.5%
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	55,025	51,678	93.9%	56,298	51,364	91.2%
	人数(人)	140	133	95.3%	143	136	95.3%
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	5,344	2,164	40.5%	5,347	2,151	40.2%
	日数(日)	95.0	29.2	30.7%	95.0	31.1	32.7%
	人数(人)	10	4	35.8%	10	5	50.8%
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	日数(日)	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	日数(日)	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	日数(日)	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	23,633	26,331	111.4%	24,213	30,535	126.1%
	人数(人)	335	345	103.0%	343	364	106.0%
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	1,230	1,654	134.5%	1,230	1,717	139.6%
	人数(人)	5	7	131.7%	5	6	128.3%
介護予防住宅改修	給付費(千円)	4,432	4,589	103.5%	4,432	4,072	91.9%
	人数(人)	6	7	111.1%	6	6	100.0%
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	5,001	6,591	131.8%	5,004	6,141	122.7%
	人数(人)	6	8	134.7%	6	7	123.6%
(2) 地域密着型介護予防サービス							
介護予防認知症対応型通所介護	給付費(千円)	1,800	3,284	182.4%	1,801	3,637	202.0%
	回数(回)	22.0	49.7	225.8%	22.0	53.7	243.9%
	人数(人)	3	6	194.4%	3	6	194.4%
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	7,853	5,986	76.2%	7,857	7,030	89.5%
	人数(人)	11	9	84.1%	11	10	93.2%
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	5,520	1,168	21.2%	5,523	1,278	23.1%
	人数(人)	2	0	20.8%	2	1	25.0%
(3) 介護予防支援	給付費(千円)	22,351	21,776	97.4%	22,867	22,670	99.1%
	人数(人)	400	405	101.2%	409	420	102.7%
合計	給付費(千円)	142,514	138,080	96.9%	144,904	147,490	101.8%

②介護サービス

介護サービスの実績値の計画対比は、令和3年度から令和4年度までいずれも計画値をやや下回っています。

介護サービスの内訳をみると、令和3年度、令和4年度ともに訪問介護・訪問リハビリテーションは、給付費・利用回は計画値を上回っています。

(単位：千円/年、回・日・人/月)

(1) 居宅サービス		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
訪問介護	給付費(千円)	87,368	89,602	102.6%	88,762	101,278	114.1%
	回数(回)	2,523.9	2,555.3	101.2%	2,563.3	2,869.0	111.9%
	人数(人)	131	120	91.7%	134	121	90.4%
訪問入浴介護	給付費(千円)	14,175	12,549	88.5%	14,182	11,331	79.9%
	回数(回)	99.5	86	86.6%	99.5	79	79.1%
	人数(人)	18	16	90.3%	18	14	78.7%
訪問看護	給付費(千円)	27,741	28,324	102.1%	27,756	29,856	107.6%
	回数(回)	497.6	467.5	94.0%	497.6	471.6	94.8%
	人数(人)	53	55	103.3%	53	59	111.8%
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	20,342	23,677	116.4%	21,325	25,391	119.1%
	回数(回)	601.4	684.2	113.8%	629.7	732.0	116.2%
	人数(人)	42	47	112.5%	44	54	123.5%
居宅療養管理指導	給付費(千円)	12,440	10,001	80.4%	12,761	11,681	91.5%
	人数(人)	116	112	96.1%	119	118	99.0%
通所介護	給付費(千円)	207,641	230,069	110.8%	214,345	205,660	95.9%
	回数(回)	2,544.8	2,762	108.5%	2,621.9	2,450	93.5%
	人数(人)	196	205	104.5%	202	188	92.9%
通所リハビリテーション	給付費(千円)	120,789	130,140	107.7%	125,668	124,003	98.7%
	回数(回)	1,251.8	1,303.8	104.2%	1,300.3	1,231.7	94.7%
	人数(人)	128	128	100.0%	133	127	95.5%
短期入所生活介護	給付費(千円)	96,054	82,061	85.4%	96,842	84,724	87.5%
	日数(日)	1,101.8	958.8	87.0%	1,111.4	982.1	88.4%
	人数(人)	76	54	70.9%	77	56	73.2%
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	7,326	6,476	88.4%	7,330	6,903	94.2%
	日数(日)	55.4	46.0	83.0%	55.4	46.5	83.9%
	人数(人)	6	6	100.0%	6	7	113.9%
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	186	0	0.0%	186	0	0.0%
	日数(日)	2.0	0.0	0.0%	2.0	0.0	0.0%
	人数(人)	1	0	0.0%	1	0	0.0%
短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	1,157	448	38.7%	1,157	1,800	155.6%
	日数(日)	6.7	2.8	41.0%	6.7	12.9	192.8%
	人数(人)	3	1	30.6%	3	2	63.9%
福祉用具貸与	給付費(千円)	47,359	53,612	113.2%	48,643	57,659	118.5%
	人数(人)	306	305	99.8%	314	321	102.1%
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	1,457	1,553	106.6%	1,457	1,423	97.7%
	人数(人)	5	5	100.0%	5	5	90.0%
住宅改修費	給付費(千円)	5,418	2,155	39.8%	5,418	1,475	27.2%
	人数(人)	5	3	53.3%	5	3	50.0%
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	50,713	51,939	102.4%	50,741	48,643	95.9%
	人数(人)	23	23	100.0%	23	21	93.1%

第2章 本市の現状と課題

(単位：千円/年、回・日・人/月)

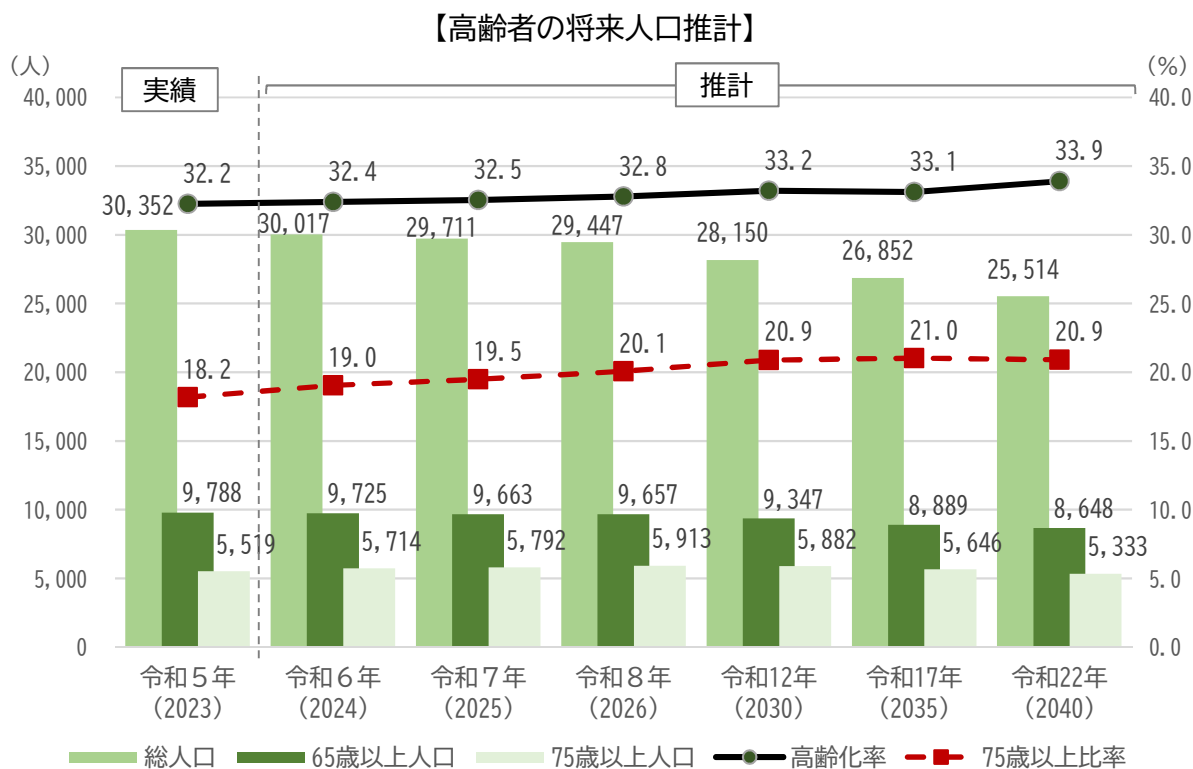
(2) 地域密着型サービス		令和3年度			令和4年度		
		計画値	実績値	計画対比	計画値	実績値	計画対比
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費(千円)	5,753	3,578	62.2%	5,756	2,900	50.4%
	人数(人)	2	2	100.0%	2	1	66.7%
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
地域密着型通所介護	給付費(千円)	28,036	18,214	65.0%	28,051	26,004	92.7%
	回数(回)	295.9	197.8	66.8%	295.9	280.0	94.6%
	人数(人)	25	16	64.0%	25	22	89.3%
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	24,663	14,830	60.1%	24,677	17,942	72.7%
	回数(回)	210.3	125.0	59.4%	210.3	161.9	77.0%
	人数(人)	18	11	60.2%	18	13	71.3%
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	81,500	82,953	101.8%	85,819	83,814	97.7%
	人数(人)	42	43	101.2%	44	44	99.4%
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	144,584	153,432	106.1%	144,664	158,078	109.3%
	人数(人)	49	52	106.1%	49	52	106.3%
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	0	0	—	0	0	—
	人数(人)	0	0	—	0	0	—
(3) 施設サービス							
介護老人福祉施設	給付費(千円)	439,255	423,519	96.4%	439,499	439,073	99.9%
	人数(人)	147	140	95.3%	147	142	96.8%
介護老人保健施設	給付費(千円)	540,454	511,015	94.6%	450,517	455,692	101.1%
	人数(人)	167	157	93.8%	139	141	101.2%
介護医療院	給付費(千円)	69,899	79,517	113.8%	201,468	106,255	52.7%
	人数(人)	13	16	119.2%	41	26	62.4%
介護療養型医療施設	給付費(千円)	7,180	4,079	56.8%	7,184	7,455	103.8%
	人数(人)	2	1	58.3%	2	2	112.5%
(4) 居宅介護支援	給付費(千円)	81,540	68,602	84.1%	83,715	69,016	82.4%
	人数(人)	465	464	99.8%	477	460	96.4%
合計	給付費(千円)	2,123,030	2,082,347	98.1%	2,187,923	2,078,056	95.0%

3 高齢者人口および要支援・要介護認定者数の将来推計

(1) 高齢者人口の将来推計

計画期間における推計人口は、要支援・要介護者数の推計や介護保険サービスの事業量推計などに用いる基礎データとなります。

これによると、計画期間である令和6～8年においては、本市の総人口、高齢者人口はともに減少し、令和8年の高齢者人口は9,657人になると見込まれます。なお、長期的な推計によれば、総人口は減少傾向にあり、高齢者人口も減少傾向にありますが、減少幅は総人口の方が大きいため、高齢化率は令和12年まで微増傾向にあり、令和22年には33.9%になると想定されます。



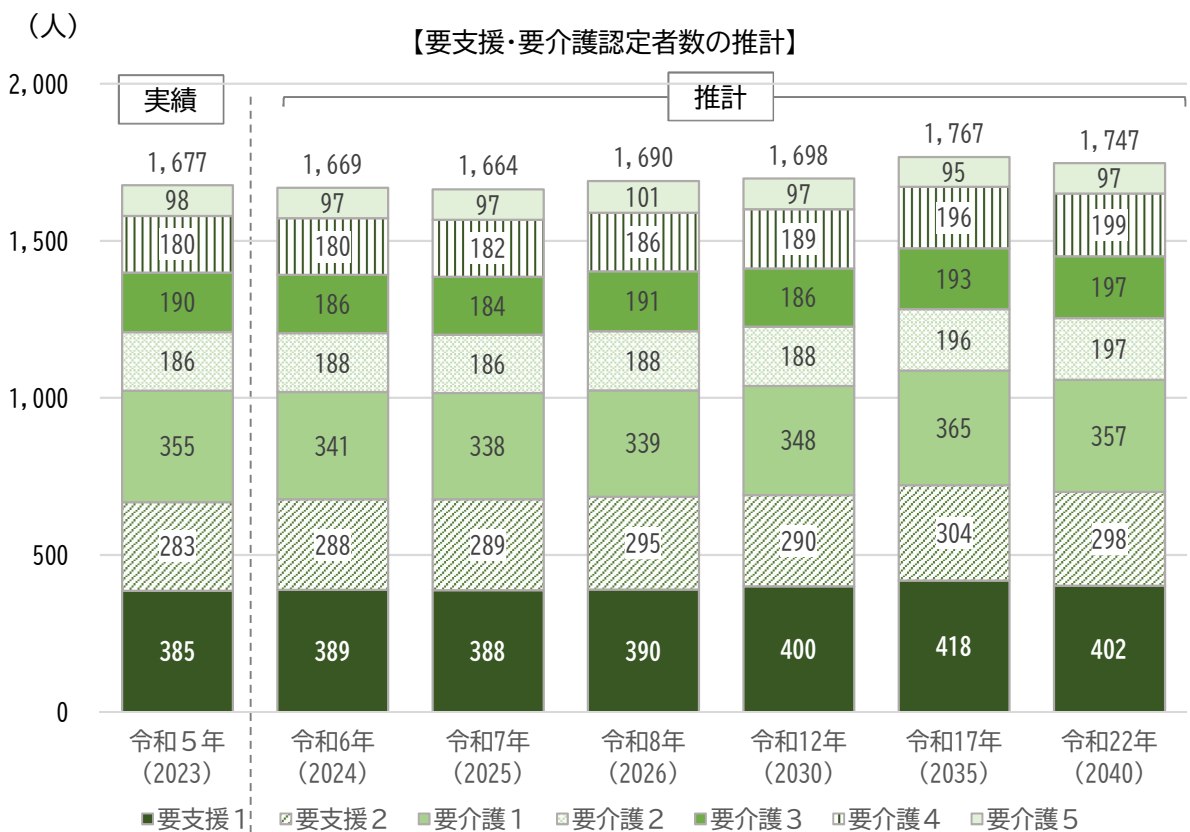
(出典) 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(2) 要支援・要介護認定者数の将来推計

推計人口および令和3～5年の要支援・要介護認定者数のデータを用いて、計画期間における要支援・要介護認定者数の推計を行いました。

推計結果によれば、計画期間である令和7年から令和8年にかけて認定者数は増加し、令和8年には1,690人に達するものと見込まれます。なお、長期的な推計によれば、令和17年まで認定者数の増加は続き、令和22年には1,747人になると想定されます。

また、要支援・要介護認定率の推移を見ると、徐々に増加傾向にあります。



(出典) 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

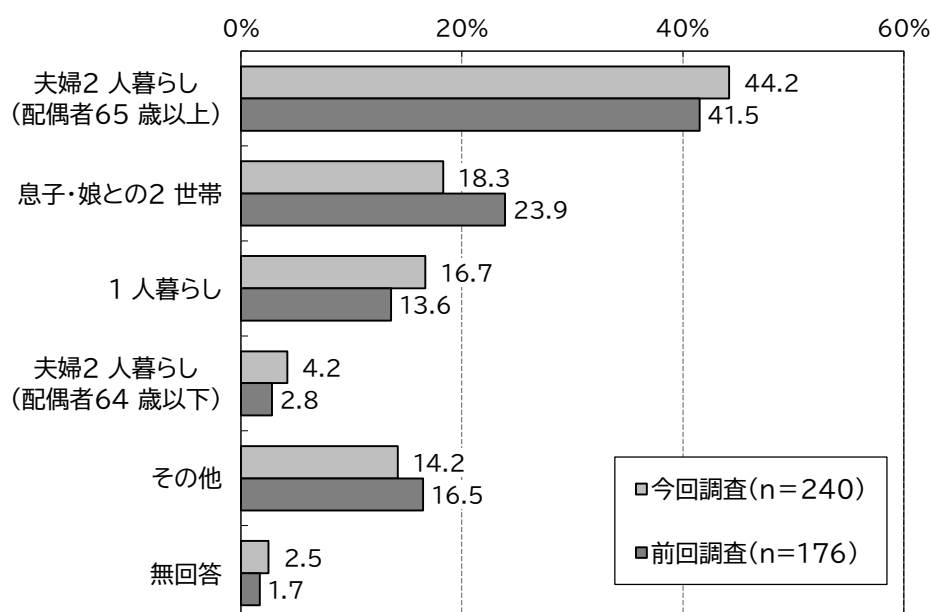


4 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果について

■家族や生活状況について

(1) 家族構成

○「1人暮らし」は全体の16.7%を占めており、性別・年齢別にみると、女性の後期高齢者は25.7%と男性の後期高齢者(12.2%)よりも13.5ポイント高くなっています。「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」と「1人暮らし」を合わせた「高齢者のみの世帯」は全体の60.9%を占めています。

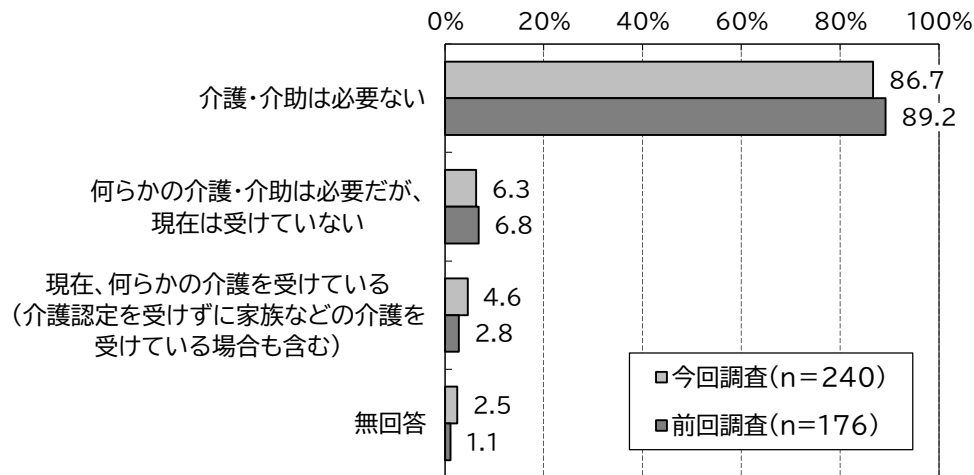


単位: %

	母数 (n)	家族構成						
		1人暮らし	(夫婦2人暮らし 配偶者65歳以上)	(夫婦2人暮らし 配偶者64歳以下)	息子・娘との2世帯	その他	無回答	
全体	240	16.7	44.2	4.2	18.3	14.2	2.5	
性別・年齢別	男性 全体	106	10.4	53.8	7.5	14.2	13.2	0.9
	前期高齢者	65	9.2	50.8	10.8	13.8	15.4	0.0
	後期高齢者	41	12.2	58.5	2.4	14.6	9.8	2.4
	女性 全体	130	22.3	37.7	1.5	22.3	15.4	0.8
	前期高齢者	59	18.6	42.4	1.7	16.9	20.3	0.0
	後期高齢者	70	25.7	34.3	1.4	27.1	10.0	1.4

(2) 介護・介助の必要性

○普段の生活でどなたかの介護・介助が“必要な方”、“受けている方”は全体の10.9%を占めており、男性の後期高齢者は24.4%、女性の後期高齢者は10.0%といずれも前期高齢者より高くなっており、特に男性ではその差は18.3ポイントと大きくなっています。



単位：%

	母数 (n)	介護・介助の必要性				
		介護・介助は必要ない	何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	現在、何らかの介護を受けている(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)	無回答	
全体	240	86.7	6.3	4.6	2.5	
性別・年齢別	男性 全体	106	84.9	7.5	5.7	1.9
	前期高齢者	65	92.3	4.6	1.5	1.5
	後期高齢者	41	73.2	12.2	12.2	2.4
	女性 全体	130	90.8	5.4	3.8	0.0
	前期高齢者	59	91.5	3.4	5.1	0.0
	後期高齢者	70	90.0	7.1	2.9	0.0

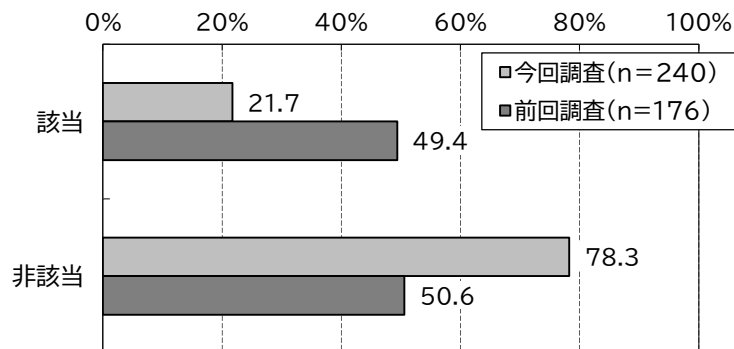
■リスク状況について

(1) 運動器の機能低下について

以下の設問に対して5問中3問以上該当する場合は、運動器の機能低下の可能性のある高齢者となります。

設問	選択肢
階段を手すりや壁をつたわずにのぼっていますか	できない
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	できない
15分位続けて歩いていますか	できない
過去1年間に転んだ経験はありますか	何度もある／1度ある
転倒に対する不安は大きいですか	とても不安である／ やや不安である

○運動器の機能低下リスクの該当者は21.7%を占めています。また該当者は、女性より男性、前期高齢者より後期高齢者に多く、特に女性の後期高齢者は前期高齢者と比較して、21.2ポイント高くなっています。



		母数 (n)	運動器の機能低下 リスク	
			該当	非 該当
全体		240	21.7	78.3
性別・年齢別	男性 全体	106	22.6	77.4
	前期高齢者	65	15.4	84.6
	後期高齢者	41	34.1	65.9
	女性 全体	130	21.5	78.4
	前期高齢者	59	10.2	89.8
	後期高齢者	70	31.4	68.5
家族構成	1人暮らし	40	27.5	72.5
	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	106	17.0	83.0
	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	10	20.0	80.0
	息子・娘との2世帯	44	31.8	68.2
	その他	34	20.6	79.4

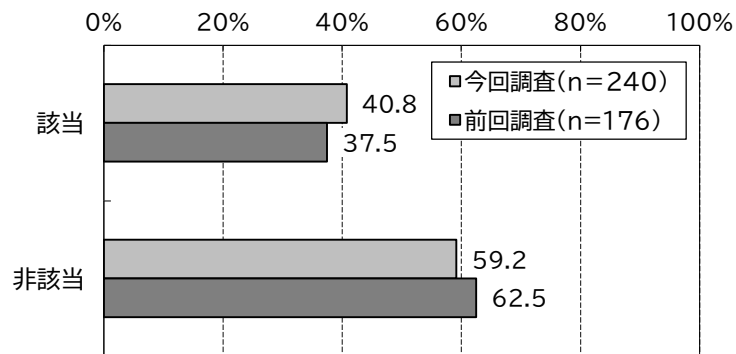
単位：%

(2) 転倒について

以下の設問に対して該当する場合は、転倒の可能性のある高齢者となります。

設問	選択肢
過去1年間に転んだ経験はありますか	何度もある／1度ある

○転倒リスクの該当者は40.8%を占めています。また該当者は、前・後期高齢者ともに女性より男性に多く、特に男性の後期高齢者は51.2%と半数以上が該当者にあたり、最も多くなっています。



単位：%

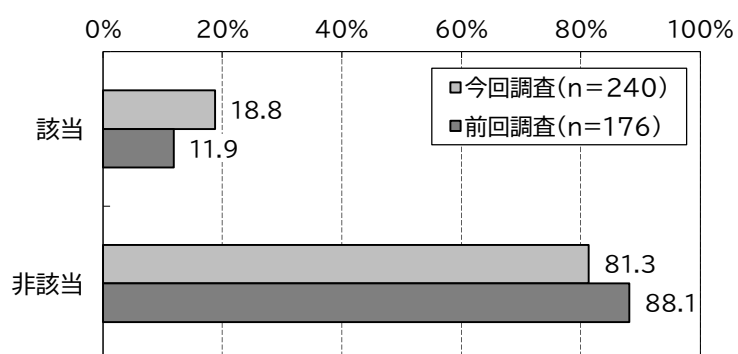
		母数 (n)	転倒リスク	
			該当	非該当
全体		240	40.8	59.2
性別・年齢別	男性 全体	106	44.3	55.7
	前期高齢者	65	40.0	60.0
	後期高齢者	41	51.2	48.8
	女性 全体	130	39.2	60.8
	前期高齢者	59	32.2	67.8
	後期高齢者	70	45.7	54.3
家族構成	1人暮らし	40	50.0	50.0
	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	106	37.7	62.3
	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	10	50.0	50.0
	息子・娘との2世帯	44	40.9	59.1
	その他	34	38.2	61.8

(3) 閉じこもりについて

以下の設問に対して該当する場合は、閉じこもり傾向のある高齢者となります。

設問	選択肢
週に1回以上は外出していますか	ほとんど外出しない/週1回

○閉じこもりの該当者は18.8%を占めています。また該当者は、男性より女性、前期高齢者より後期高齢者に多く、家族構成別では「夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）」を除き、「その他」に次いで「1人暮らし」が最も多くなっています。



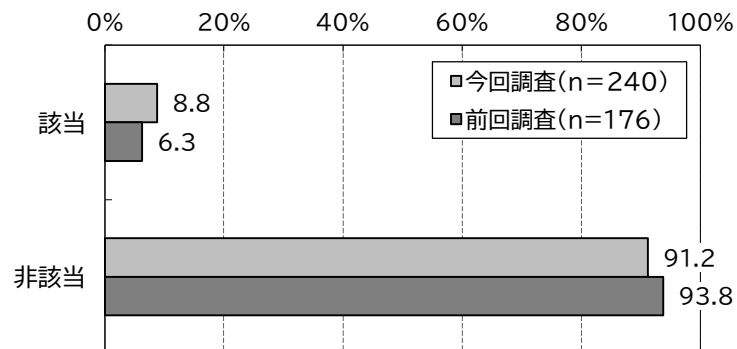
		母数 (n)	単位：％ 閉じこもりの リスク	
			該当	非 該当
全体		240	18.8	81.3
性別・年齢別	男性 全体	106	18.9	81.1
	前期高齢者	65	13.8	86.2
	後期高齢者	41	26.8	73.2
	女性 全体	130	19.2	80.8
	前期高齢者	59	13.6	86.4
	後期高齢者	70	24.3	75.7
家族構成	1人暮らし	40	22.5	77.5
	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	106	10.4	89.6
	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	10	40.0	60.0
	息子・娘との2世帯	44	20.5	79.6
	その他	34	29.4	70.6

(4) 栄養改善について

以下の設問に該当する場合は栄養改善の必要性がある高齢者となります。

設問	選択肢
身長・体重から算出される BMI (体重 (kg) ÷ 身長 (m) ²)	18.5 未満

○栄養改善リスクの該当者は全体で 8.8%を占めており、性別・年齢別にみると女性の後期高齢者は 14.3%と最も多くなっています。



単位：%

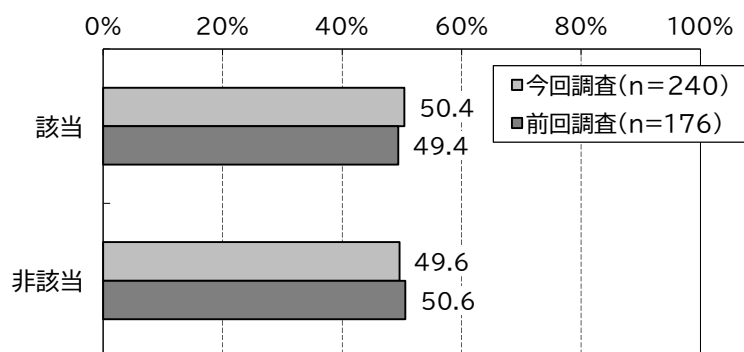
		母数 (n)	栄養改善の リスク	
			該当	非 該当
全体		240	8.8	91.2
性別・年齢別	男性 全体	106	3.8	96.2
	前期高齢者	65	3.1	96.9
	後期高齢者	41	4.9	95.1
	女性 全体	130	13.1	86.9
	前期高齢者	59	11.9	88.1
	後期高齢者	70	14.3	85.7
家族構成	1人暮らし	40	12.5	87.5
	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	106	8.5	91.5
	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	10	10.0	90.0
	息子・娘との2世帯	44	9.1	90.9
	その他	34	2.9	97.1

(5) 認知機能の低下について

以下の設問に該当する場合は認知機能改善の必要性がある高齢者となります。

設問	選択肢
物忘れが多いと感じますか	はい

○認知機能の低下リスクの該当者は50.4%と半数を占めています。また該当者は、前期高齢者は男性より女性、後期高齢者は女性より男性に多くっており、該当者が半数を上回っています。家族構成別では、該当者は「息子・娘との2世帯」が最も多くなっています。



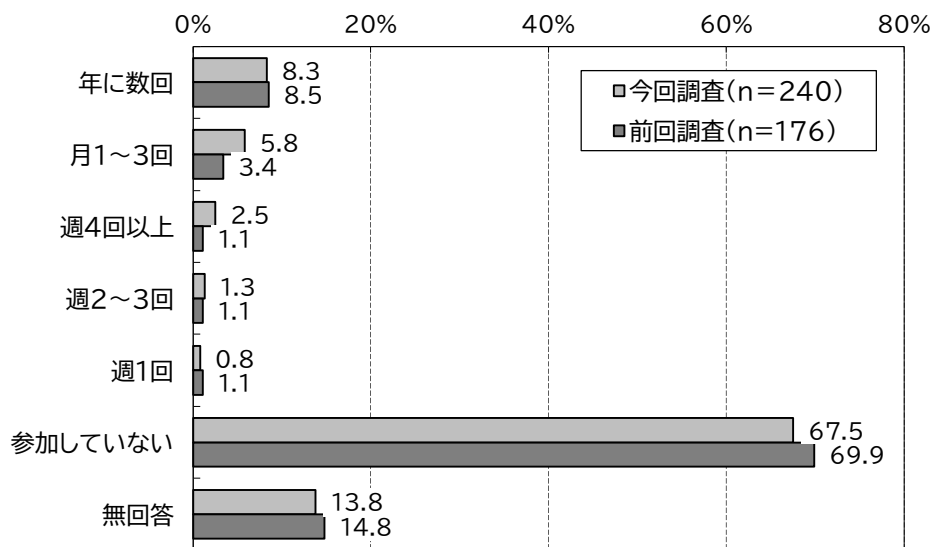
単位：%

		母数 (n)	認知機能の低下リスク	
			該当	非該当
全体		240	50.4	49.6
性別・年齢別	男性 全体	106	49.1	50.9
	前期高齢者	65	46.2	53.8
	後期高齢者	41	53.7	46.3
	女性 全体	130	52.3	47.7
	前期高齢者	59	52.5	47.5
	後期高齢者	70	51.4	48.6
家族構成	1人暮らし	40	50.0	50.0
	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	106	50.9	49.1
	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	10	10.0	90.0
	息子・娘との2世帯	44	59.1	40.9
	その他	34	50.0	50.0

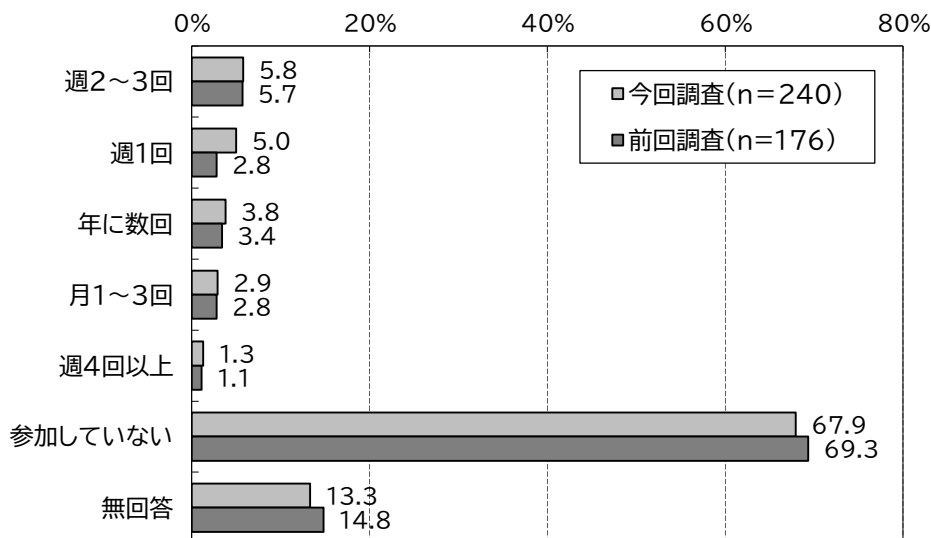
■地域での活動について

○地域活動への参加状況は、最も参加頻度が高いもの（「参加していない」・「無回答」除く）は(7)町内会・自治会（47.6%）、次いで、(8)収入のある仕事（35.1%）、(3)趣味関係のグループ（28.4%）、の順となっています。「年に数回」も除くと、(8)収入のある仕事（30.5%）、(3)趣味関係のグループ（21.3%）、(2)スポーツ関係のグループやクラブ（15.0%）の順で多くなっています。

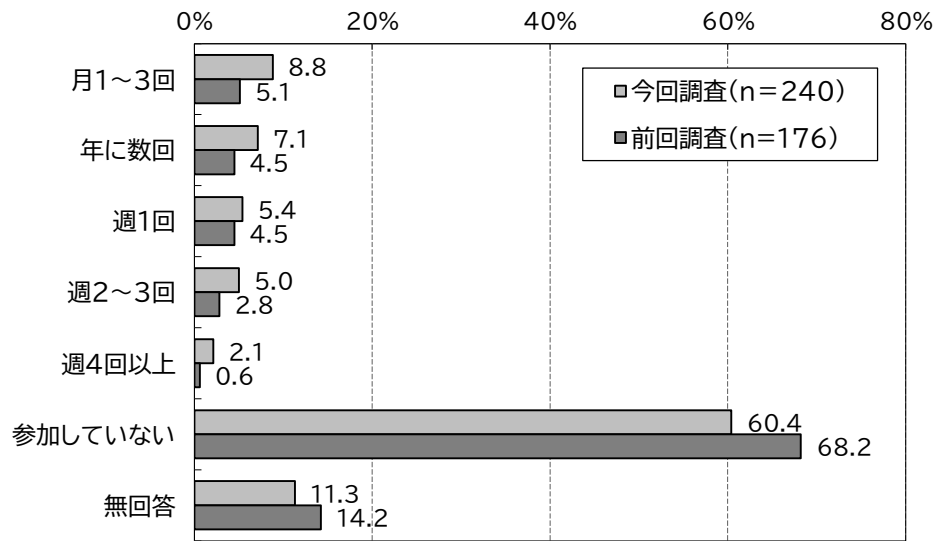
(1) ボランティアのグループへの参加頻度



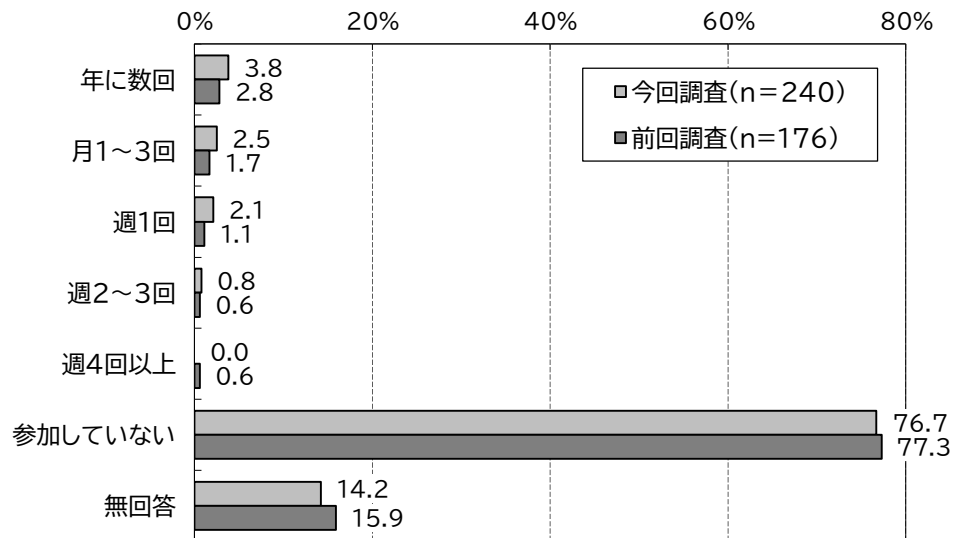
(2) スポーツ関係のグループやクラブへの参加頻度



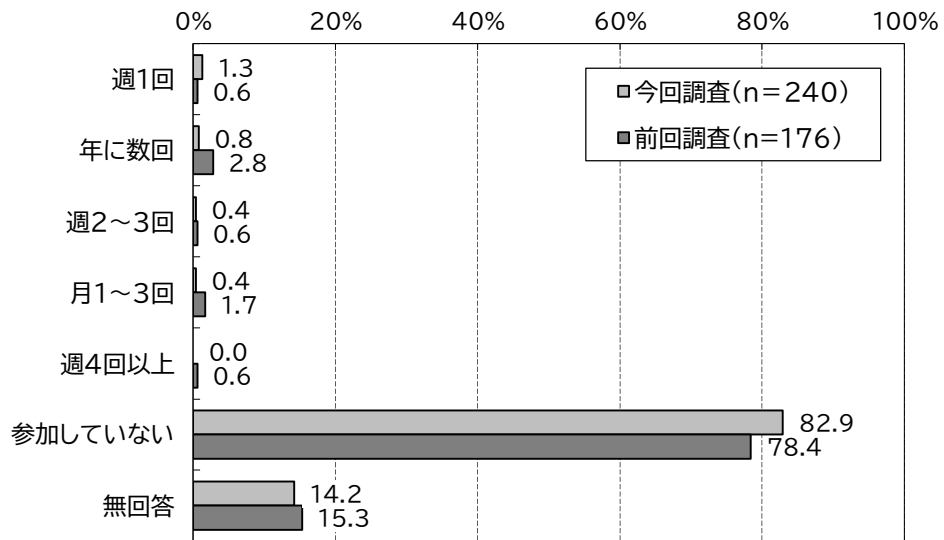
(3) 趣味関係のグループへの参加頻度



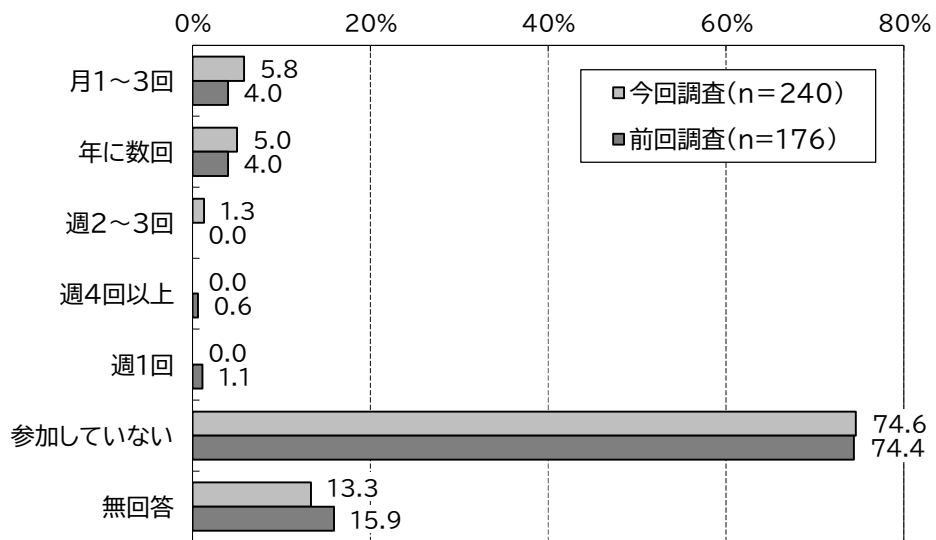
(4) 学習・教養サークルへの参加頻度



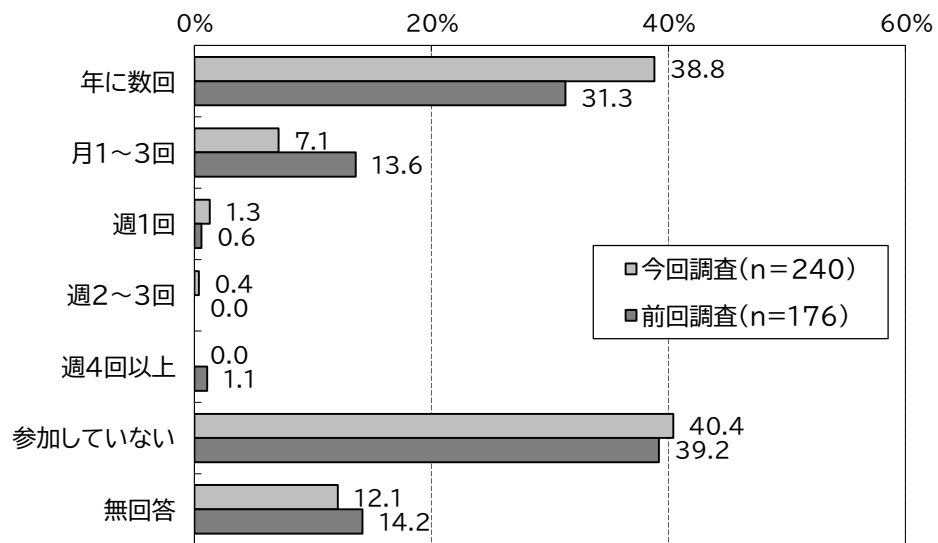
(5) 介護予防のための通いの場（・足うら健康クラブ・くすの木クラブ・ここ家など）への参加頻度



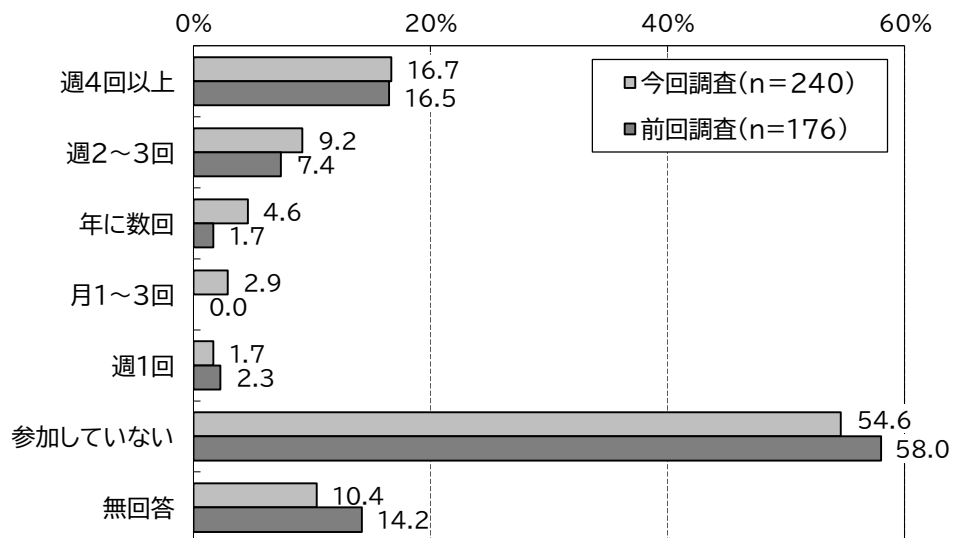
(6) 老人クラブへの参加頻度



(7) 町内会・自治会への参加頻度

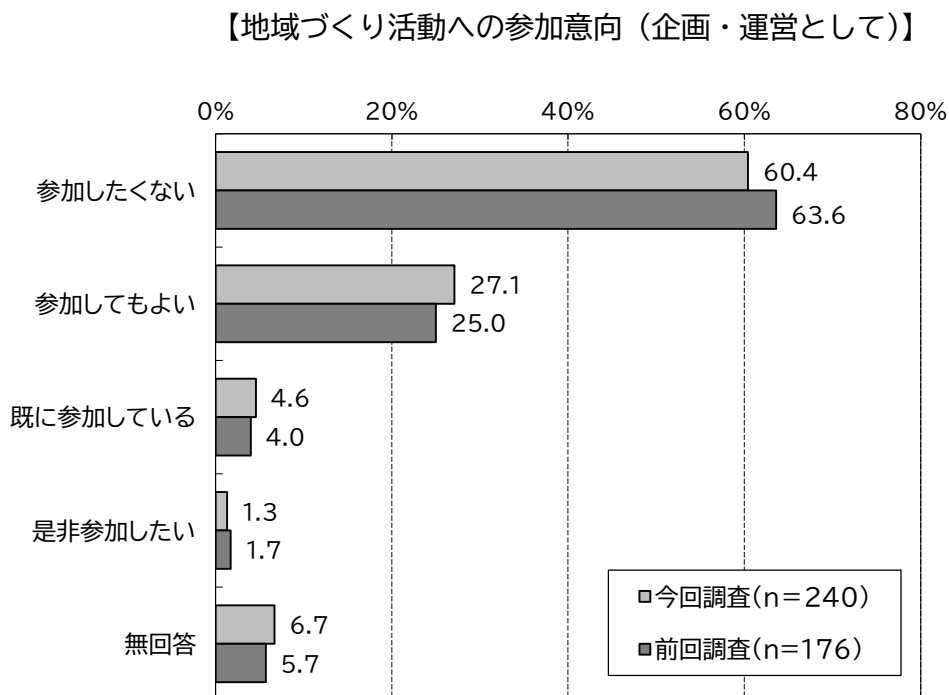
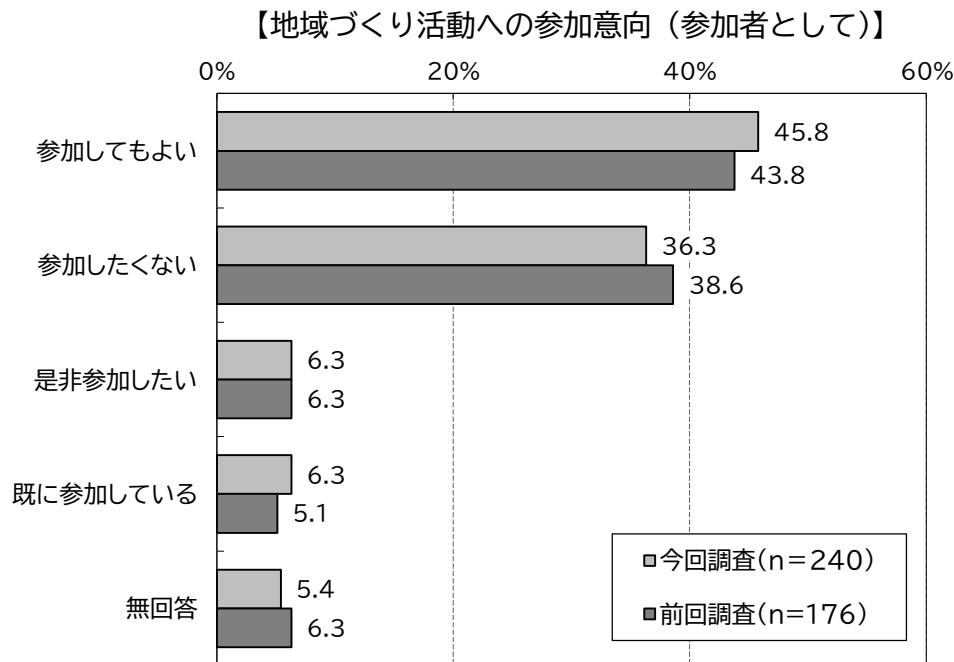


(8) 収入のある仕事への参加頻度



(9) 地域づくり活動への参加意向

○地域づくり活動への参加意向をみると、「ぜひ参加したい」もしくは「参加してもよい」と答えた“参加意向がある方”は参加者としては52.1%、企画・運営としては28.4%と、参加者としての参加意向のほうが高くなっています。

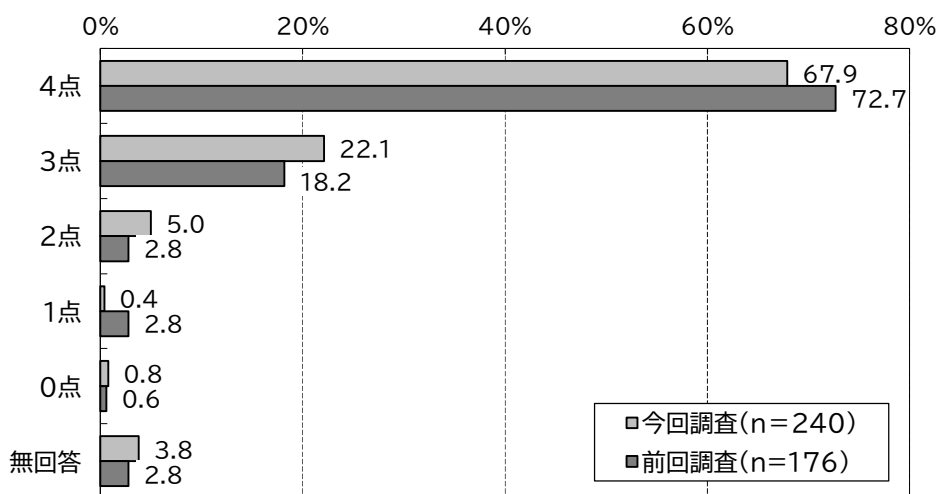


■たすけあいについて

以下の設問に「配偶者」「同居の子ども」「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」「近隣」「友人」「その他」のいずれかと回答した場合を1点として、4点満点で評価。

設問	配点
あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人	1点
反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人	1点
あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人	1点
反対に、看病や世話をしてあげる人	1点

○心配事や愚痴を聞いてくれる人、聞いてあげる人、看病や世話をしてくれる人、してあげる人について、「配偶者」「同居の子ども」「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」「近隣」「友人」「その他」のいずれかに回答した場合を1点として4点満点で評価したところ、性別・年齢別に見ると、4点満点の方は、女性の前期高齢者は81.4%で最も多く、女性の後期高齢者になると18.5ポイント低くなります。

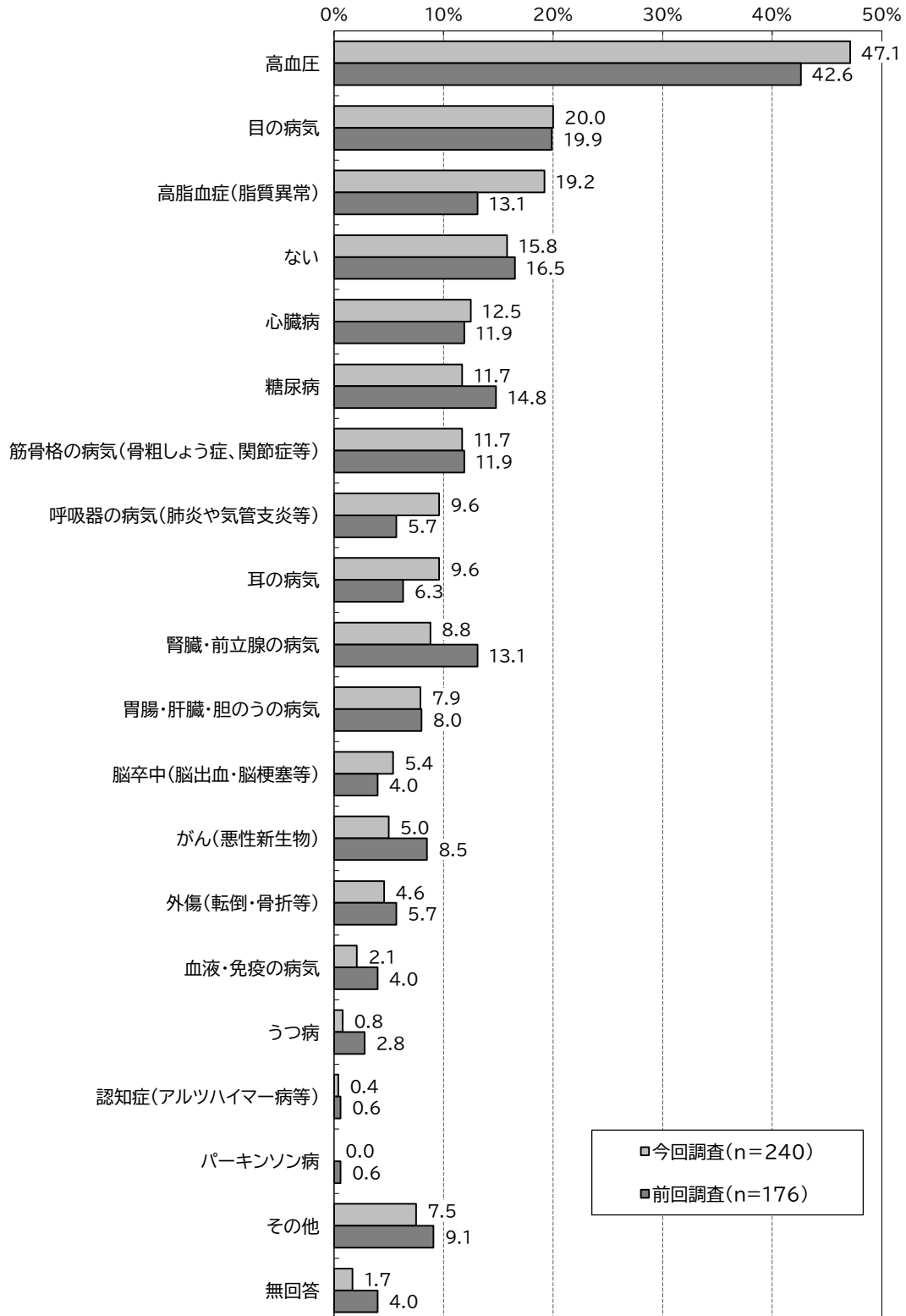


単位：%

		母数 (n)	たすけあいの合計点					
			4点	3点	2点	1点	0点	無回答
全体		240	67.9	22.1	5.0	0.4	0.8	3.8
性別・年齢別	男性 全体	106	64.2	24.5	5.7	-	1.9	3.8
	前期高齢者	65	64.6	27.7	3.1	-	1.5	3.1
	後期高齢者	41	63.4	19.5	9.8	-	2.4	4.9
	女性 全体	130	71.5	20.8	4.6	0.8	-	2.3
	前期高齢者	59	81.4	15.3	3.4	-	-	-
	後期高齢者	70	62.9	25.7	5.7	1.4	-	4.3
家族構成	1人暮らし	40	30.0	50.0	15.0	-	2.5	2.5
	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	106	82.1	9.4	3.8	0.9	-	3.8
	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	10	50.0	30.0	-	-	-	20.0
	息子・娘との2世帯	44	72.7	22.7	2.3	-	2.3	-
	その他	34	67.6	29.4	2.9	-	-	-

■健康について

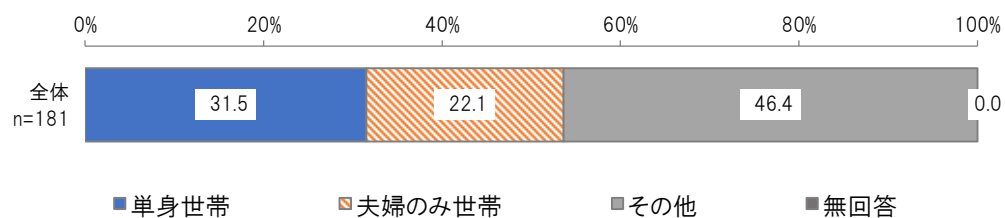
○現在治療中、または後遺症のある病気は「高血圧」が47.1%で最も多く、次いで「目の病気」20.0%、「高脂血症（脂質異常）」19.2%となっています。「ない」と回答した方は15.8%となっています。



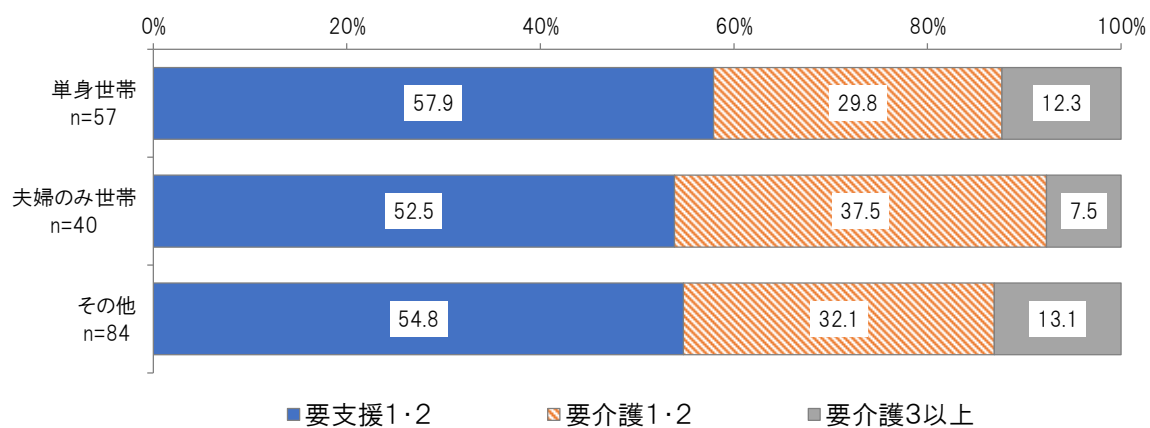
5 在宅介護実態調査結果について

■世帯類型について

(1) 世帯割合

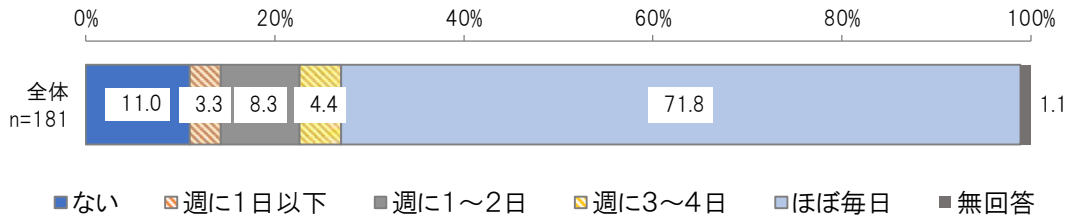


(2) 世帯と要支援・要介護認定の割合

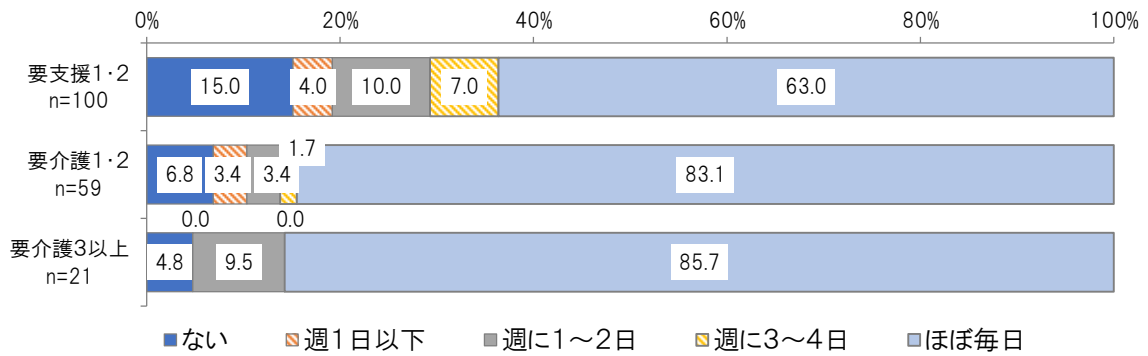


■家族等による介護の頻度

○家族等による介護が「ほぼ毎日」が71.8%、「ない」が11.0%となっています。

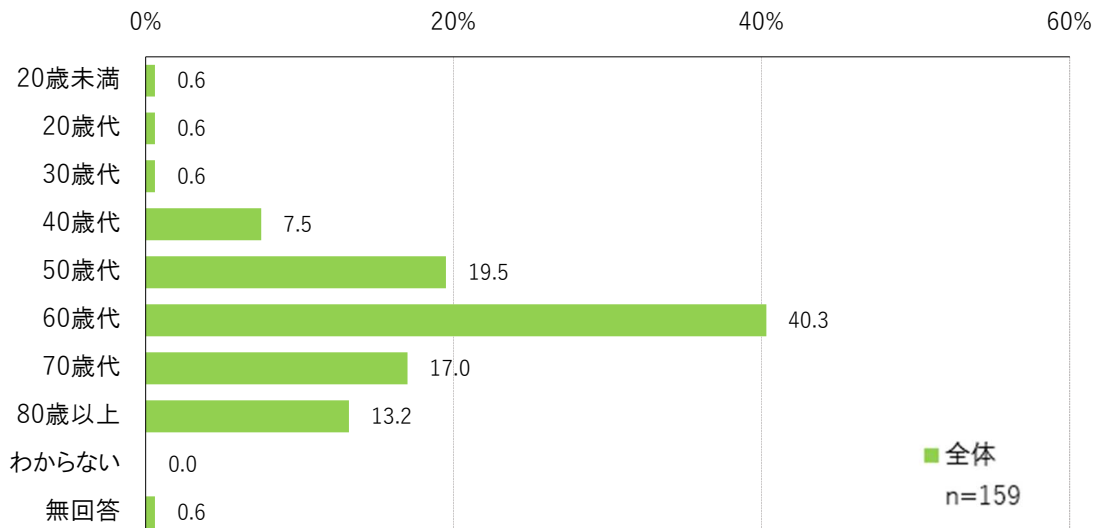


○「要支援1・2」では15.0%、「要介護1・2」では6.8%、「要介護3以上」では4.8%が「ない」となっています。



■主な介護者の年齢

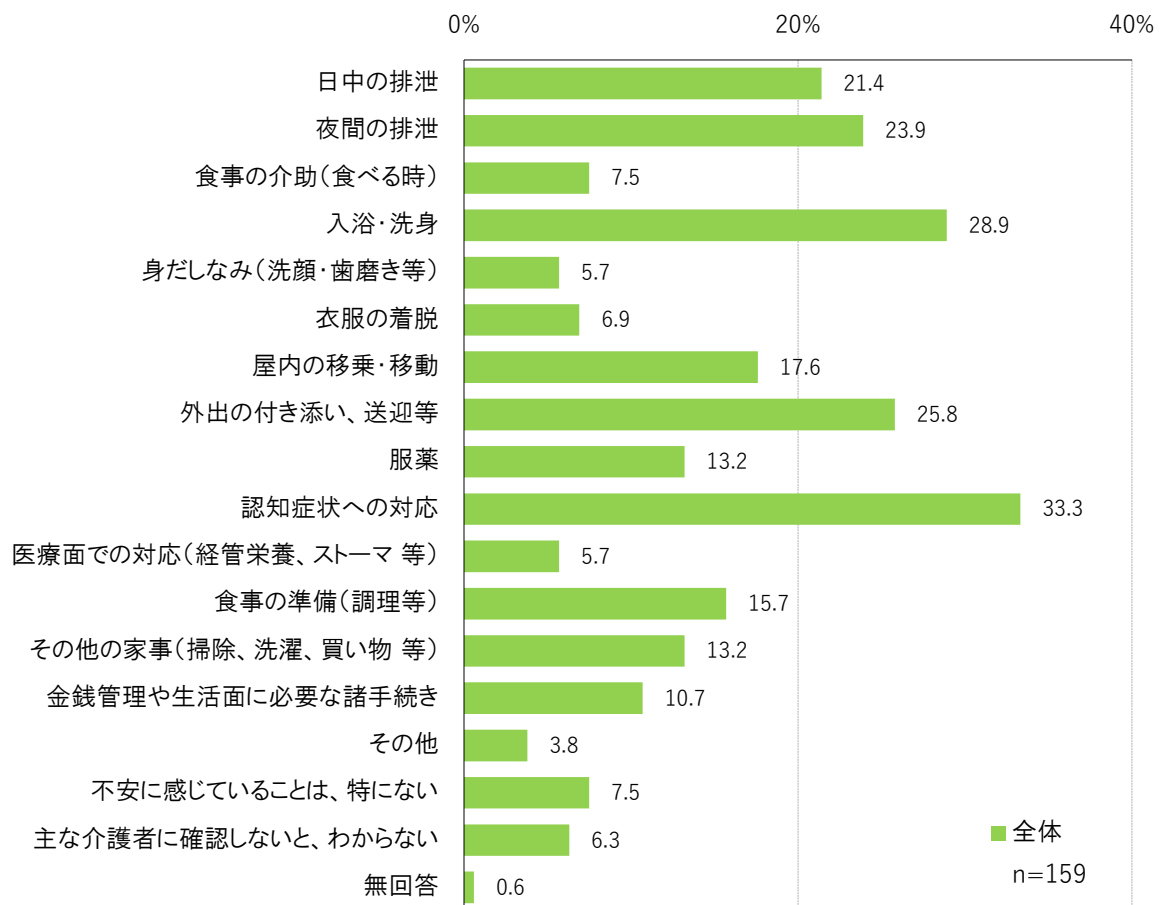
○主な介護者の年齢は、60歳代が40.3%、次いで50歳代が19.5%、70歳代が17.0%となっており、80歳以上が13.2%となっています。



■介護と仕事について

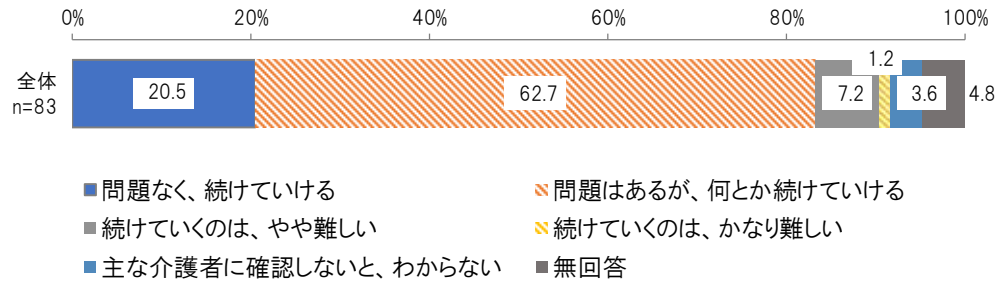
(1) 主な介護者が不安を感じる介護

○主な介護者が、現在の生活を継続していくにあたって不安が大きいと感じる介護は、全体では「認知症状への対応」「入浴・洗身」「外出の付き添い、送迎等」が上位3項目となっています。



(2) 主な介護者の就労継続の可否に係る意識

○約1割の方が就労継続が困難だと感じています。



6 アンケート調査等から見える課題

(1) 早期の段階からの介護予防

運動器の機能低下や転倒の可能性のある方が後期高齢者に多くなっていることから、早期の段階からの運動・栄養・生活習慣の改善の必要性を啓発するとともに、心身機能を維持する教室の提供等元気なうちから介護予防に取り組むことができる環境づくりが必要です。

(2) 社会参加の促進

地域づくり活動への参加意欲については、半数の方が参加したいと回答していることから、意欲のある高齢者が役割をもって地域で活躍できる機会や交流の場を確保する等の取組や就労機会に関する支援など高齢者の社会参加を促進していく体制づくりが必要です。

(3) 健康寿命の延伸

高血圧や目の病気、高脂血症など現在治療中の病気がある方が7割を超えていることから、生活習慣病対策と介護予防が連携した、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の継続が必要です。

(4) 地域での見守り体制の充実

高齢者のみの世帯が半数以上となっていることや、主な介護者の年齢が60歳以上と回答した方が7割を超えていることから、関係機関と連携した地域住民による見守りや支援体制の充実など、地域共生社会の実現に向けた取組が必要です。

(5) 認知症施策の推進

認知機能の低下リスクの該当者が半数以上となっていることや、介護者が不安に感じる介護では認知症状への対応が多くなっていることから、認知症施策の推進が必要です。認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活できるよう、認知症への理解を深める普及啓発に取り組むとともに、認知症の方やその家族を支える体制づくりの継続が必要です。

(6) 生活支援サービスの充実

在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスについて、見守り・声かけが多くなっていることから、介護予防・日常生活支援総合事業、インフォーマルサービスや地域住民による見守り活動等を重層的に提供する必要があります。

(7) 介護者への支援

介護者の半数が就労しており、そのうち7割の方が何らかの調整をしながら働いていることから、必要なサービスや情報の提供、相談窓口の充実など介護離職を防ぐ取組が必要です。

第3章 計画の基本的方向

1 基本理念と基本目標について

第9次計画では、団塊の世代がすべて75歳以上となり、介護等の需要の急増が想定される2025年、また生産年齢（15～64歳）人口が減少する中、団塊ジュニア世代が65歳以上になり高齢者（65歳以上）人口がピークを迎える2040年を展望しながら、地域において高齢者の生活を支える住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進を図る各種取組を重点的に進めるとともに、あらゆる世代がともに支え合い、安心して暮らすことのできる地域共生社会の実現をめざしていく計画として策定しています。

本計画では、第8次計画までの取組みをさらに進め、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会である「地域共生社会」の実現に向けた取組みをさらに進めます。

第8次計画からの延長線上に位置付けられることから、その理念を引き続き、「いつまでも住み続けたいまち ぜんつうじ」を継承し、本計画の基本理念と定め、その下に3つの基本目標を設定しました。

●基本理念●

いつまでも住み続けたいまち ぜんつうじ

3つの基本目標

1. 高齢者自身が担い手となる地域づくり
2. 支え合い助け合える地域づくり
3. 自分らしい暮らしができる地域づくり

基本目標1 高齢者自身が担い手となる地域づくり

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも自立した生活を送ることができるよう、現役世代からの継続的な健康づくり支援を行うとともに、保健事業と介護予防の一体的な実施により市全体で健康づくり・介護予防に取り組み、健康寿命の延伸に努めます。

また、高齢者が目標や生きがいを持って暮らせるよう、地域で活動できる機会や場を確保するなど、就労やボランティア等による社会参加を促進し、高齢者自身が担い手となる地域づくりを推進します。

基本目標2 支え合い助け合える地域づくり

見守りや支援が必要な高齢者のみの世帯や認知症高齢者を日常的に見守り、災害・緊急時に地域で支え合い助け合うことができるネットワークづくりを推進するとともに、地域における課題把握や人材発掘に取り組み、支え合い助け合える地域づくりを目指します。

また、在宅医療・介護連携体制の構築や地域ケア会議の推進に積極的に取り組み、関係機関や地域と連携した切れ目のない支援を一体的かつ包括的に提供する地域包括ケアシステムを深化させ、地域共生社会の実現を目指します。

基本目標3 自分らしい暮らしができる地域づくり

高齢者一人ひとりに合った各種サービスの適切な提供により、高齢者の自立支援と重度化防止や介護をする家族の負担の軽減を図り、介護が必要な状態になっても、自分らしい暮らしができる地域づくりに取り組みます。

また、増加する認知症について正しく理解し地域で見守りを行うチームオレンジや認知症予防の普及啓発等の認知症施策の推進や成年後見制度利用の普及啓発を目的とする中核機関の活動により、認知機能が低下しても安心して暮らせる地域づくりを目指します。

2 施策体系

基本理念	基本目標	基本施策	個別施策
いつまでも住み続けたいまち ぜんじゅじゅ	基本目標1 高齢者自身が担い手となる地域づくり	1. 健康の増進	(1) 健康啓発と健康診査の受診勧奨 (2) 健康相談や訪問指導の充実
		2. 高齢者の生きがいづくり	(1) 老人クラブ (2) 生涯学習の推進 (3) 就労支援 (4) 居場所づくりへの支援
		3. 一般介護予防事業の推進	(1) 介護予防把握事業 (2) 介護予防普及啓発事業 (3) 地域介護予防活動支援事業
	基本目標2 支え合い助け合える地域づくり	1. 高齢者を見守る体制づくり	(1) 認知症高齢者等の見守り体制の充実 (2) 災害時避難行動要支援者への支援体制の整備 (3) 一人暮らし高齢者等の見守りネットワークの推進
		2. 生活支援サービスの体制整備	(1) 生活支援コーディネーターの取組の推進 (2) 協議体の充実
		3. 在宅医療・介護連携の推進	(1) 地域の医療・介護の資源の把握と住民への普及啓発 (2) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応協議 (3) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口の充実 (4) 在宅医療・介護関係者の研修 (5) 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築
		4. 地域ケア会議の推進	(1) 地域ケア個別会議 (2) 地域包括ケア推進会議
	基本目標3 自分らしい暮らしができる地域づくり	1. 地域包括支援センターの運営・機能強化	(1) 地域包括支援センターの運営 (2) 総合相談 (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援 (4) 地域包括支援センターの機能強化
		2. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	(1) 訪問型サービス (2) 通所型サービス (3) 生活支援サービス (4) 介護予防ケアマネジメント事業
		3. 認知症対策の推進	(1) 認知症への理解を深める普及啓発 (2) 認知症の早期発見・早期対応 (3) 認知症の方やその家族を支える体制づくり
		4. 介護保険サービスの充実	(1) 居宅サービス (2) 地域密着型サービス (3) 施設サービス
		5. 安心して暮らせる生活環境の整備	(1) 緊急通報体制整備事業 (2) 生きがい対応型デイサービス事業 (3) ふれあい戸別収集事業 (4) 在宅ねたきり老人等介護手当支給事業 (5) 家族介護者への支援 (6) 外出支援の充実 (7) 権利擁護の推進
		6. 高齢者の住まいの充実	(1) 養護老人ホーム (2) 軽費老人ホーム（ケアハウス） (3) 有料老人ホーム (4) サービス付き高齢者向け住宅

第4章 施策の展開

基本目標1 高齢者自身が担い手となる地域づくり

1 健康の増進

高齢になっても、可能な限り介護を必要とせず健康で自立した生活を住み慣れた地域で送ることができるよう、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組み、健康寿命の延伸を図っています。現役世代から後期高齢者まで切れ目なく支援し、早期からの健康づくりに関する意識啓発をはじめ、健康診査への受診勧奨や健康相談等の実施に取り組むとともに、多様な介護予防事業につなげ、心身ともに元気な高齢者の増加を目指します。

(1) 健康啓発と健康診査の受診勧奨

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○公民館等、市民の身近な場所へ保健師等が出向き、高血圧・糖尿病等の予防、特にメタボリックシンドロームに関する正しい知識の普及を図り、自らの健康は自らがつくる意識を広めました。 ○市民自らが健康状態を把握する機会として健康診査のPRに努め、ハガキ等による健診受診勧奨により受診率の向上を目指すとともに、健診結果に基づく保健指導の実施に努めました。 ○高齢者の自立支援という観点から生活機能が自立し、生きがいにあふれた活動的な高齢者を目指し、生活習慣病・認知症・転倒骨折等、介護予防のための知識の啓発・生活習慣の改善に向けた取組をより一層充実しました。
これからの取組	<p>これまでの取組を継承し、運動・栄養・歯・口腔の健康等の重要性を啓発し、生活習慣の改善を推進します。</p> <p>また、がんや糖尿病等の生活習慣病の発症予防と重症化予防の正しい知識の普及啓発や健診受診率の向上に取り組みます。</p>

(2) 健康相談や訪問指導の充実

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○現役世代については、健診結果に基づき保健師・栄養士等が特定保健指導や生活習慣病重症化予防のための保健指導を実施しました。 ○後期高齢者については、生活習慣病重症化リスクが高い者や、健診・医療・介護の履歴がなく健康状態が不明な者を抽出し、保健師が訪問指導を実施しました。また、保健師が積極的に通いの場に出向き健康相談に応じました。
---------	--

これからの取組	保健事業と介護予防の一体的実施により、なお一層健康相談や訪問指導を充実させ、現役世代から後期高齢者まで切れ目なく支援し、生活習慣病重症化予防やフレイル状態の予防に努め、健康寿命の延伸を図ります。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	健康相談件数（件）※	100	100	100	100
	訪問件数（件）※	100	100	100	100

※件数は成人も含んでいます。

2 高齢者の生きがいづくり

人生100年時代を豊かで充実したものにするために、高齢者をはじめ全ての人が生涯にわたって元気に活躍し続けることができる社会が求められています。

高齢者が趣味や特技、サークル活動等を通じて地域社会と交流できる通いの場、高齢者がこれまでに得た技能や経験を活かしたボランティア活動や就労的活動を通じて、地域や社会を構成する一員として役割を持って社会貢献することができる場の提供により、高齢者が生きがいを持って活動的に生活できる地域づくりを推進し、介護予防や重度化の防止につなげます。

多様なサービスにおける短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し、通いの場や外出の機会の充実について検討していきます。

(1) 老人クラブ

これまでの取組	○地域における高齢者の見守りや、社会交流の場としての、老人クラブの健康増進、教養の向上、社会奉仕・友愛活動等の活動費を助成しました。 ○老人クラブの活性化と生きがいづくりのため、一人でも多くの高齢者に老人クラブへの加入を呼びかけ、魅力ある活動ができるよう取り組みました。
---------	--

これからの取組	老人クラブの活動を介護予防事業のひとつとして考えているため、課題となっている会員数の確保に向け、地域との交流を深め、魅力ある活動が実施できるよう、継続して支援します。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	老人クラブ会員数（人）	2,539	2,650	2,700	2,750

(2) 生涯学習の推進

これまでの取組	○高齢者の学習ニーズに対応するため、これまで様々な活動や講演等を実施してきました。 ○新型コロナウイルスの影響で、寿大学やイキイキときめき大学などの生涯学習講座が中止になり、実施回数を減らして活動をしました。
---------	---

これからの取組	○新型コロナウイルスの影響で交流活動が自粛されていた期間を経て、今後は、高齢者の生きがいづくりの場と外出の機会をより多く提供できるよう、事業を継続していきます。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	参加者数(人)	2,000	2,100	2,200	2,300

(3) 就労支援

これまでの取組	○高齢者が今まで培ってきた能力を活かした就労的活動を行うことができるシルバー人材センターへの財政的支援や連携に努め、高齢者の社会参加を促進しました。
---------	--

これからの取組	高齢者が今まで培ってきた能力を活かし、生きがいをもって働くことができるよう、就労機会の提供を行うシルバー人材センターとの連携に努め、今後も就労意欲のある高齢者へ就労機会の提供について支援していきます。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	シルバー人材センター登録者数(人)	500	510	520	530

(4) 居場所づくりへの支援

これまでの取組	○高齢者等が気軽に集まり、世代を超えた地域交流や生きがいづくりにつながる地域の居場所として、住民が主体となって運営する「ふれあい・いきいきサロン」に対し、必要に応じて健康運動指導士や保健師等の派遣について支援をしました。また、地域交流の拠点である地域支え合いセンター「ここ家(や)」とも連携し、地域交流や生きがいづくりを推進しました。 ○仲善広域シルバー人材センターが実施する地域の高齢者等が集い楽しく交流できる居場所である「仲善(なかよし)広場」に対して、介護予防、健康づくり等を目的に保健師の派遣について支援をしました。 ○地域の自治集会場等での地域交流の居場所へ運営費を助成するとともに、介護予防、健康づくり等を目的に保健師等の派遣について支援をしました。
---------	---

これからの 取組	地域交流の場である通いの場等に対して、運営費助成や保健師等の派遣支援をするとともに参加者の増加に向けて活動の周知を図り、国が指標とする通いの場への参加高齢者の割合 8%（令和 5 年度時点）の継続的達成を目指し、高齢者等の地域交流や生きがいづくりを推進します。
-------------	--

指標	【見込み・目標】	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	住民主体の通いの場 参加割合（%：1 か所 1 回あたり参加者数 計/ 高齢者数）		10.0	10.0	10.0

3 一般介護予防事業の推進

高齢者個々の状況やニーズを把握するとともに、元気なうちから介護予防に興味を持つことができるよう、介護予防の必要性と高齢者が誰でも参加できる取組について周知し、一般介護予防事業を推進します。

一般介護予防事業の推進にあたっては、保健師・管理栄養士・歯科衛生士・リハビリテーション専門職等の幅広い専門職が連携し、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を行うとともに、保健事業と介護予防の一体的な実施を効率的に進め、介護予防・重度化防止施策を推進し、高齢者が生きがいを持って活動的に生活ができる地域づくりに取り組みます。

(1) 介護予防把握事業

これまでの 取組	77 歳の高齢者を対象にアンケート調査を実施し、日常生活に関する状況の把握を行うことで、要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者の見守り支援や適切なサービスの紹介を行いました。また、医療・保健・福祉関係者や、民生委員、自治会等の地域関係者等との連携を深めながら、高齢者の実態把握に努めました。
-------------	---

これからの 取組	77 歳高齢者へのアンケート調査の継続や関係者との連携等あらゆる機会を活用して高齢者の実態把握に努め、支援を要する高齢者に早期対応を行うことで、介護予防・重度化防止に取り組みます。
-------------	--

(2) 介護予防普及啓発事業

これまでの取組	<p>○保健師等が、「ふれあい・いきいきサロン」等の通いの場に出向き、善通寺市の介護予防体操「ちょこっと体操」やフレイル予防について広く周知し、介護予防の必要性を啓発しました。</p> <p>○通所型一般介護予防事業として、「足うら健康クラブ」や「くすの木クラブ（運動・脳トレコース）」を実施し、運動器・口腔機能向上や認知症・閉じこもり予防の支援を行いました。また、「ふれあい・いきいきサロン」に健康運動指導士を派遣する「足うら健康サロン」を実施し、地域で介護予防に取り組むことができるように努めました。</p>
---------	--

これからの取組	<p>高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、一般介護予防事業について関係機関と連携しながら広く普及啓発を行うとともに、身近な地域での介護予防の取組を支援し、より多くの高齢者に介護予防の重要性を啓発していきます。</p>
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	足うら健康クラブ延参加者数（人）	500	510	520	530
	足うら健康サロン開催回数（回）	10	15	20	25
	くすの木クラブ（運動）延参加者数（人）	3,000	3,050	3,075	3,100
	くすの木クラブ（脳トレ）延参加者数（人）	1,000	1,120	1,135	1,150

(3) 地域介護予防活動支援事業

これまでの取組	<p>○介護予防等人材育成事業として、介護予防サポーター養成講座を開催し、介護予防の知識・技術を習得し、地域でのリーダー的役割を担い活動できる人材を養成しました。また、介護予防ポイント事業を開始し、高齢者の社会参加や介護予防の推進につながるよう取り組みました。</p> <p>○異年齢間交流介護予防活動支援事業として、社会福祉法人千周会の児童等との交流による高齢者の介護予防活動を実施しました。</p> <p>○地域交流促進活動支援事業として、高齢者等の居場所づくりを支援し、高齢者等の地域交流を促進しました。</p>
---------	---

これからの取組	<p>地域でのリーダー的役割を担い活動できる人材の発掘・養成および介護予防ポイント事業の活用による高齢者等の社会参加を促進するとともに、介護予防活動に対して財政支援を行い、地域における社会交流や介護予防を推進していきます。</p>
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	介護予防サポーター数（人）		181	190	195

基本目標2 支え合い助け合える地域づくり

1 高齢者を見守る体制づくり

単身世帯・夫婦のみ世帯など高齢者だけの世帯や、認知症高齢者の増加に伴い、見守りや安否確認等の支援を必要とする高齢者が増加していることから、災害時だけでなく地域での日常のゆるやかな見守り活動を充実させ、地域共生社会の実現に向けた取組を推進します。

また、高齢化の進展に伴い、高齢者による高齢者の見守り・声かけなど高齢者が支える側になることが求められていることから、高齢者等見守り・SOS ネットワーク「見守ってねっと」事業への参加促進や日常生活上の支援の担い手を発掘・養成する生活支援サービスの体制整備を図り、地域で高齢者を見守り支援する体制の強化と元気高齢者の社会参加を一体的に推進します。

(1) 認知症高齢者等の見守り体制の充実

これまでの取組	高齢者が行方不明になった場合に、早期発見・保護する体制「見守ってねっと」を整備し、見守りサポーター登録者の訓練、協力事業者との協定締結、認知症を理解する研修を開催するなど、高齢者を見守る体制を充実させました。
---------	--

これからの取組	今後も引き続き事業の啓発に努め、見守りサポーター登録者の増加及び、「見守ってねっと」の充実を図ります。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	見守りサポーター登録数(人)		295	310	330

(2) 災害時避難行動要支援者への支援体制の整備

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○災害等の緊急時における避難行動について支援が必要であると認められる高齢者等の「災害時避難行動支援者名簿」を基に、掲載者の災害等による緊急時に必要な支援等の情報を把握した「個別計画」の作成に努めました。 ○令和4年度から導入した「地域福祉支援システム」を用いて「個別計画」のデータ管理を行い、避難支援体制の整備を推進しました。 ○本人の同意を得た方について、地域の自主防災組織と情報共有し、平常時からの見守りや緊急時の避難支援に備えました。
---------	--

これからの取組	○引き続き、支援の必要な高齢者等の情報把握に努め、避難支援等に携わる関係者と情報共有し、支援体制の充実を図ります。
---------	---

(3) 一人暮らし高齢者等の見守りネットワークの推進

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○シルバー人材センターが実施していた移動販売（ちょこっと号）を通じて、高齢者への声かけや見守りを行うとともに、移動販売を行う事業者とも連携し、生活支援とあわせて、外出支援や閉じこもり防止に努めました。 ○小学校区ごとに設置している地区社会福祉協議会の安否確認型給食サービスなどにより一人暮らし高齢者等の異変や課題に気づき、民生委員や関係機関につなぐ見守りネットワークの構築が推進できるよう連携に努めました。 ○市社会福祉協議会が支援している「ふれあい・いきいきサロン」や要援護者把握事業とも連携し、地域のつながりを強め、地域での見守りや支え合いを推進しました。 ○一人暮らし高齢者等への声かけ・見守り活動を行っている生活支援サポーター数の充実を図り、地域での見守り体制を強化しました。 ○「見守ってねっと」事業の普及啓発や研修会を開催し、地域における見守りネットワークを充実させました。
---------	---

これからの取組	今後も、関係機関と連携し、地域において重層的に高齢者を支え合い助け合える体制づくりを推進していきます。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	生活支援サポーター数(人)		23	26	28

2 生活支援サービスの体制整備

高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、多様な主体が連携・協力し、生活支援等サービスの充実を図り、地域の支え合いによるまちづくりを推進していきます。

(1) 生活支援コーディネーターの取組の推進

これまでの取組	地域包括支援センターと善通寺市社会福祉協議会（委託）に配置した生活支援コーディネーターが中心となり、関係機関との連携を図りながら、地域のニーズ把握や日常生活上の支援の担い手の養成・発掘、既存の地域資源及び介護予防・生活支援サービスを活用し、安心して日常生活が継続できるよう生活支援体制を整備しました。
---------	--

これからの取組	生活支援コーディネーターを中心に、今後も地域のニーズ把握や日常生活上の支援の担い手の養成・発掘、既存の地域資源及び介護予防・生活支援サービスを活用し、安心して日常生活が継続できるよう生活支援体制を整備していきます。
---------	---

(2) 協議体の充実

これまでの 取組	生活支援サービスの体制整備に向けて、定期的な情報の共有・連携強化の場として、「善通寺市生活支援等サービス協議体」を開催し、生活支援コーディネーターを中心に、社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会、健康推進員連合会、老人クラブ連合会、仲善広域シルバー人材センター、ふれあい・いきいきサロン等との協働により、日常生活上の生活支援体制の充実・強化、地域課題の把握、高齢者の社会参加の推進を一体的に図りました。
-------------	---

これからの 取組	今後も情報共有・連携強化、高齢者の多様な日常生活上の支援体制の充実・強化を図るため、協議体を定期的に開催し、地域のニーズ把握と課題解決、生活支援の担い手の養成等に努めていきます。
-------------	---

3 在宅医療・介護連携の推進

高齢者が住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活ができるよう、医療・介護関係機関、職種が密に連携し、看取りや認知症の方への切れ目のない対応や感染症流行時や災害時においても継続的なサービスが提供される体制づくりなど、在宅医療・介護連携の推進を図ります。

在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる場面(1) 日常の療養支援、(2) 入退院支援、(3) 急変時の対応、(4) 看取り、を意識し、事業に取り組んでいきます。

(1) 地域の医療・介護の資源の把握と住民への普及啓発

これまでの 取組	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の最新の医療・福祉資源を掲載した在宅医療・介護・認知症情報マップを発行し、市HPへ掲載するほか医療・介護関係機関や各種団体に配布し、広く地域住民に情報提供を行いました。 ○在宅医療・介護連携研修会の様子を知らせる地域連携だよりを発行し、在宅医療・介護連携の必要性を啓発しました。
-------------	---

在宅医療・介護情報マップ

<https://www.city.zentsuji.kagawa.jp/soshiki/14/zaitakuiryoukaigonintisyout.html>



これからの 取組	今後も把握した最新の情報を医療・介護関係者や市民に周知し、在宅医療・介護連携の普及啓発を図ります。
-------------	---

(2) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応協議

これまでの取組	地域包括ケア推進会議や在宅医療・介護連携研修会を定期的に開催し、顔の見える関係づくり、日常の療養支援場面や急変時の対応場面等における連携上の課題の抽出と対応策の検討を行いました。
---------	---

これからの取組	引き続き、地域包括ケア推進会議や在宅医療・介護連携研修会を開催し、地域における連携上の課題の抽出や対応策の検討を行います。
---------	---

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口の充実

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○入退院支援の場面や看取りの場面等においても、本人の意思が尊重された適切でスムーズな対応が行われるよう、在宅医療・介護連携に関する相談窓口を地域包括支援センターに設置し、在宅医療・介護連携コーディネーターを配置しました。 ○各医療機関や介護事業所間で円滑な連携ができていることや、地域包括支援センターの総合相談として受付・対応できることが多く、スムーズな対応が行われています。
---------	---

これからの取組	引き続き、相談窓口の普及啓発を行い、退院時の連携調整や地域の医療機関・介護事業所の紹介・コーディネートを実施します。
---------	--

(4) 在宅医療・介護関係者の研修

これまでの取組	医療・介護関係者が互いに顔見知りになることで、スムーズな情報共有や現場での連携を図り、高齢者一人ひとりの状況・状態に合わせた適切なサービス提供につなげることを目指して、在宅医療・介護連携研修会を開催しました。
---------	--

これからの取組	引き続き、年2回在宅医療・介護連携研修会を開催し、スムーズな連携ができる体制を整備します。
---------	---

(5) 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築

これまでの取組	在宅医療・介護サービスが切れ目なく一体的に提供されるよう、利用者・患者の急変時等の連絡体制も含め、地域の医療・介護関係者の協力を得て体制の整備を計画的に行いました。特に在宅での看取りや急変時の対応ルールや課題について、医療・介護関係者、消防職員、地域包括支援センター、行政で協議しました。
---------	--

これからの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○看取りや急変時、災害時や感染症流行時においても在宅医療・介護サービスが切れ目なく一体的に提供されるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得て体制の整備を計画的に行います。特に ACP[※]の普及啓発により、本人の意思を尊重した医療・介護サービスの提供や急変対応時、看取りが実現できる体制を整えます。 ○広域的な取組が必要な課題については、関係市町、県、保健所と積極的に情報共有を行い、連携して対応します。
---------	--

※ACP…アドバンス・ケア・プランニング頭文字をとったもので、万が一のときのために、自分の大切にしていることや希望する終末期の医療ケアについて、事前に家族や医療や介護ケアチームと共有する取組のこと。

4 地域ケア会議の推進

高齢になっても住み慣れた地域で尊厳ある生活を可能な限り継続するために、地域ケア個別会議での高齢者個々に対する支援に取り組むとともに課題を把握し、地域包括ケア推進会議において、行政、地域包括支援センター、医療・介護関係者、民生委員等の協働により地域課題を検討し施策に反映させ、地域包括ケアシステムを強化していきます。

(1) 地域ケア個別会議

これまでの取組	定期的に地域ケア個別会議を開催し、多職種のアドバイザーから助言を受けたり、関係機関と支援について検討することで、自立支援に向けたケアマネジメント力の向上や課題解決に努めました。また、地域ケア個別会議の積み重ねから、地域課題の把握につなげました。
---------	--

これからの取組	今後も、地域ケア個別会議を定期的に開催し、多職種のアドバイザーに参加してもらい協議を行うことで、ケアマネジメント力の向上や関係機関とのネットワーク構築に努め、地域課題の把握を行っていきます。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	地域ケア個別会議開催回数(回)		6	7	8

(2) 地域包括ケア推進会議

これまでの取組	地域包括ケア推進会議において、地域ケア個別会議、在宅医療介護連携、認知症施策、生活支援サービスの体制整備の事業、介護予防事業、保健事業と介護予防の一体的な実施を通して明らかになった地域課題について情報の共有や検討を行い、必要な社会資源の充実につなげました。
---------	--

これからの取組	引き続き地域包括ケア推進会議を開催し、地域課題の情報共有や検討、必要な社会資源の開発や施策の充実につなげていきます。
---------	--

基本目標3 自分らしい暮らしができる地域づくり

1 地域包括支援センターの運営・機能強化

高齢化の進展に伴って増加する高齢者のさまざまなニーズに対応するため、地域包括支援センターの現状と課題を把握するとともに、業務量及び業務内容に応じた人員配置、地域包括支援センターと行政との連携強化、PDCAサイクル^{*}の充実による効果的な運営等に取り組み、地域包括支援センターの運営・機能の強化を図ります。

今後も、保健師・主任介護支援専門員・社会福祉士の3職種及びその他の専門職や事務職等が連携しながら、高齢者の総合相談及び権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメント等の事業を一体的に担う地域福祉の拠点として、関係機関と連携し高齢者を含めた地域全体の包括的・継続的な支援体制の構築を推進するとともに、事業内容等の情報発信に努め、地域包括ケアシステムの強化を図ります。

※PDCAサイクル…業務プロセスの管理手法のひとつで、計画(Plan)→実行(Do)→評価(Check)→改善(Action)の4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的に業務を改善していく手法。

(1) 地域包括支援センターの運営

これまでの取組	地域包括ケアシステムの中核として、保健師・主任介護支援専門員・社会福祉士の3職種及びその他の専門職や事務職等が連携し、地域の保健・医療・福祉の向上・増進に必要な事業を実施し、地域における包括的な支援を推進しました。また、関係機関等との支援体制の構築やPDCAサイクルに沿って自己評価を行うことで、業務量に見合った人員体制の確保や人材の育成、質の向上にも努めました。
これからの取組	引き続き地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域の関係機関と連携を強化し、地域全体の包括的・継続的な支援体制の構築を推進していきます。 また、PDCAサイクルに沿って自己評価を行うことで、質の向上及び効果的な運営の継続に努めていきます。

(2) 総合相談

これまでの取組	高齢者の総合相談窓口として関係機関と連携を強化し、認知症施策、在宅医療・介護連携に係る施策、生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進等との連携を図り、必要な保健・医療・福祉等のサービスや制度の利用、関係機関への連携等の支援を行いました。
これからの取組	今後も引き続き、地域住民一人ひとりの異なる複合・複雑化したニーズに対応するため、高齢者の総合相談窓口として関係機関と連携をさらに強化し、必要な保健・医療・福祉等のサービスや制度の利用、関係機関への連携等の支援が適切に行えるよう相談体制の充実を図っていきます。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

これまでの取組	○高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じて、多職種・多機関との連携を図り、在宅と施設の連携や地域における連携・協働の体制づくりに取り組み、多角的な視点で介護支援専門員等が地域の中でよりよいケアマネジメントができるように支援を行いました。 ○地域の介護支援専門員等に対して、ケアマネジメントの向上及びそれに基づく介護サービスの質の向上を図るために市内の主任介護支援専門員に参画してもらい定期的に研修会を実施しました。
これからの取組	今後も、市内の主任介護支援専門員に参画してもらい定期的に開催する研修会等を通じて多職種・多機関との連携を図り、地域の介護支援専門員等が、多角的な視点で質の高いケアマネジメントが図れるよう支援していきます。

(4) 地域包括支援センターの機能強化

これまでの取組	○地域包括ケアシステムを深化・推進していくために、地域ケア会議、在宅医療・介護連携、認知症施策、生活支援サービスの体制整備等について取り組みました。 ○センターの業務全般を効果的かつ円滑に取り組んでいくために、介護保険事業者、医療機関、民生委員児童委員、障がい福祉サービスや生活困窮者自立支援相談など地域における多様な支援者との連携を図り、より適切な支援が提供できるように取り組みました。
これからの取組	今後も複雑・多様化する課題への対応力や調整力を強化するため、専門職の育成等に努め、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に向けて、関係機関や障がい者福祉や児童福祉など他分野とも連携を図り、適切な支援が提供できるように取り組んでいきます。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護を必要としない時期から運動器機能や認知機能等の低下を予防し、いきいきと住み慣れた地域で自立した日常生活を継続することができるよう、本市の実情に応じた介護予防・日常生活支援総合事業に取り組み、多様なサービスを提供しています。

今後も、高齢者や地域のニーズを把握し、サービス内容の充実を図るとともに、地域住民等多様な主体による取組をより一層充実させ、介護予防を推進していきます。

(1) 訪問型サービス

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問サービス事業A（社会福祉協議会委託）として、一人暮らしの高齢者等に対して軽易な日常生活上の援助を行いました。（訪問型サービス事業Aは、生活支援サービス等へ移行しても適切にサービス提供が行われると思われるため、令和4年度をもって廃止となりました） ○訪問型介護予防事業C（短期集中予防）として、保健師による訪問を実施し、相談指導等を行いました。
---------	---

これからの取組	安心して在宅での生活を送ることができるよう、引き続き訪問型サービスを提供し自立支援に取り組んでいきます。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	訪問型介護予防事業C利用者数（人）		0	2	2

(2) 通所型サービス

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○通所サービス事業A（社会福祉協議会委託）として、地域支え合いセンター『ここ家(や)』によるレクリエーション活動を実施しており、生活機能の維持、向上のため、機能訓練のほか、利用者の利用目的に応じて、食事、送迎等の日常生活の支援を行いました。 ○通所型介護予防事業C（短期集中予防）として、保健師等による「悠遊元気教室」を開催しており、高齢者の健康の維持・増進を図りました。
---------	---

これからの取組	引き続き、利用者一人ひとりの状態に合わせた機能維持・改善に取り組み、自立した日常生活を送ることができるよう、通所型サービスを提供していきます。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	通所サービス事業 A 延利用者数(人)	3,100	3,100	3,100	3,100
通所型介護予防事業 C(悠遊元気教室)延 利用者数(人)	700	710	720	730	

(3) 生活支援サービス

これまでの 取組	<p>○生活支援サポーター派遣事業として、声かけ・見守りが必要な一人暮らし高齢者等に対して、生活支援サポーターを派遣し、安心して日常生活が送れるよう支援しました。</p> <p>○訪問生活支援事業(シルバー委託)として、日常生活の援助が必要な一人暮らし高齢者等に対して、定期的に軽易な日常生活の援助や安否確認等を行いました。</p>
-------------	--

これからの 取組	<p>今後も一人暮らし高齢者等の増加が見込まれるため、必要な方には、生活支援サービスにつなげ、安心して日常生活を営むことができるよう支援していきます。</p>
-------------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	生活支援サービス 延 利用者数(人)	2,800	2,900	3,000	3,100

(4) 介護予防ケアマネジメント事業

これまでの 取組	<p>自立支援や介護予防のための総合事業の趣旨やサービスの内容について、利用者の同意・理解を得て提供できるよう、介護予防ケアプランの研修等を通じて人材育成を図るとともに、センター内でのケアプランチェックを行い質の高い介護予防ケアマネジメントを実施しました。</p>
-------------	--

これからの 取組	<p>利用者の状態像に応じた必要なサービスにつなげるため、地域包括支援センター内でのケアプランチェックや研修などを通じて、質の高い介護予防ケアマネジメントが実施できるよう努めていきます。</p>
-------------	---

3 認知症対策の推進

高齢化の進展に伴い認知症高齢者の増加が見込まれていることから、認知症になっても住み慣れた地域で、できる限りよりよい環境で安心して暮らし続けることができるよう、本人や家族の気持ちを尊重し、地域や行政・医療・介護等の関係機関が連携した切れ目のない支援に取り組めます。

令和5年6月に公布された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づいて国が今後策定する「認知症施策推進基本計画」の内容を踏まえて、認知症施策を推進していきます。

(1) 認知症への理解を深める普及啓発

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症についての正しい知識の普及啓発や認知症の人や家族を地域で支える仕組みづくりのために研修会を開催しました。 ○各種教室や地域の通いの場等あらゆる機会を活用し、認知症ケアパスを配布して認知症への理解を深める普及啓発に取り組みました。 ○認知症の人や家族の思いを尊重した地域づくりや地域活動を進めるため、本人・家族の声を聞き、思いを共有する機会をつくるよう努めました。
---------	---

これからの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活できるよう、引き続き研修会等を開催し正しい知識の普及啓発に努めます。 ○また、認知症の人や家族の思いを尊重した地域づくりや地域活動が行えるよう、本人・家族の心に耳を傾け、本人自身が発信していけるような機会の提供について検討していきます。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	認知症に関する研修会参加者数（人）		70	70	70

(2) 認知症の早期発見・早期対応

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○専門職（医師・保健師等）で構成された認知症初期集中支援チームが、医療や介護サービスにつながっていない認知症が疑われる人や認知症の人を訪問し、医療・介護等関係機関と連携して、早期受診・早期対応に向けた包括的・集中的な支援を行いました。 ○認知症になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、認知症初期集中支援チームの対象とならないケースについても、認知症地域支援推進員によるきめ細やかな相談対応や訪問支援を行いました。 ○認知症ケアパスで認知症の相談窓口や認知症の段階に応じた症状・ケアについて周知し、早い段階での相談や適切な医療・介護サービスの利用を促進しました。
---------	--

これからの取組	認知症の正しい知識の普及啓発と併せて、より早期に支援が必要な人を把握し適切に対応するために、認知症の相談窓口や認知症初期集中支援チームを周知し、支援体制の充実を図ります。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	認知症初期集中支援チーム相談件数（人）		2	5	10
認知症初期集中支援チーム訪問件数（回）		10	20	40	60
認知症地域支援推進員相談件数（人）		50	50	60	70
認知症地域支援推進員訪問件数（回）		100	100	120	140

(3) 認知症の方やその家族を支える体制づくり

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○地域でのゆるやかな日常の高齢者等の見守りや、行方不明認知症高齢者の早期発見・保護を目的とした、高齢者等見守り・SOS ネットワーク「見守ってねっと」事業を整備し、見守りサポーターの訓練、協力事業者との協定締結、認知症を理解する研修を開催するなど、高齢者を地域で見守る体制づくりに取り組みました。 ○認知症サポーター養成講座を、講師役となる「キャラバン・メイト」と協働して開催し、認知症を正しく理解して認知症の方やその家族を温かく見守る応援者である認知症サポーターの養成を行いました。 ○認知症サポーターの更なるステップアップを図るため、令和2年度から新たにステップアップ講座を開催しました。 ○ステップアップ講座受講者のうち、支援を行いたいという意欲のあるサポーターと、認知症の人や家族がチームを編成し、認知症の人や家族を支援するチームオレンジを結成しました。定期的な座談会の開催やチームオレンジだよりの発行を行い、チームオレンジ構成員は順調に増加しています。また、竜川オレンジカフェの周知など、認知症の人や家族が集い思いを発信することができる機会の提供に努めました。
---------	--

これからの取組	認知症の人や家族が地域住民と集い、思いを発信したり、ともに地域活動を進めることができるチームオレンジ等各事業の充実を図り、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らすことができる体制を強化します。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	見守りサポーター登録数(人)(再掲)	295	310	330	350
	認知症サポーター数(人)	3,900	4,000	4,100	4,200
	チームオレンジ構成員数(人)	45	50	60	70

4 介護保険サービスの充実

介護が必要になっても、可能な限り住み慣れた地域で介護を受けながら自分らしい生活を送ることができるよう、居宅サービス・地域密着型サービス・施設サービスの提供体制の確保・充実に努めるとともに、地域医療構想との整合性を図り、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤の整備を行います。

(1) 居宅サービス

これまでの取組	健康寿命の延伸や、自立生活の支援を趣旨とする介護保険制度の基本的な考え方にに基づき、要介護状態にある高齢者に対しても、一人ひとりの状態に応じ、介護予防を重視して、自立生活を促進する支援やサービスの確保・充実に努めました。
---------	--

これからの取組	健康寿命の延伸や、自立生活の支援を趣旨とする介護保険制度の基本的な考え方にに基づき、要介護状態にある高齢者に対しても、住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活ができるよう、在宅医療・介護連携の一層の推進を図る等、適正な支援やサービス提供体制の維持に努めます。
---------	--

(2) 地域密着型サービス

これまでの取組	今後も住み慣れた地域で自立した生活が継続できるよう、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)及び認知症対応型通所介護のサービスの確保・充実に努めました。
---------	--

これからの取組	今後も住み慣れた地域で自立した生活が継続できるよう、適正なサービス提供体制の維持に努めます。
---------	--

(3) 施設サービス

これまでの取組	高齢者が在宅での生活が困難な状況になったときに、安心して入所でき、必要なサービスを受けられるように居宅・居住系サービスとの調整を図りながら施設サービスが利用できるようサービスの確保・充実に努めました。
---------	--

これからの取組	高齢者が在宅での生活が困難な状況になったときに、安心して入所でき、必要なサービスを受けられるよう適正なサービス提供体制の維持に努めます。
---------	--

5 安心して暮らせる生活環境の整備

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳を保ち、自立した生活を継続し、健康でいきいきとした生活を送るためには、在宅生活を支援するサービスや家族介護者への支援を充実させることが必要となります。また、関係機関と連携・協力し、高齢者虐待に向けた対応の強化を図り、高齢者が地域の中で安心して暮らすことができる環境の整備に努めます。

(1) 緊急通報体制整備事業

これまでの取組	65歳以上の一人暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯の方で日常生活に注意が必要な方に対して、緊急通報用機器を貸与し、高齢者が安心して日常生活を送ることができるよう見守り体制を整備しました。
---------	--

これからの取組	引き続き高齢者が安心して日常生活を送ることができるよう、事業を継続し見守り体制を整備します。
---------	--

(2) 生きがい対応型デイサービス事業

これまでの取組	要支援・要介護の認定を持たない概ね65歳以上の方を対象に、健康で生きがいのある日常生活の自立を図ることを目的として、送迎・入浴サービス、教養講座等を行い、介護予防を推進しました。
---------	---

これからの取組	事業を継続し介護予防を推進します。課題については、ニーズを把握し、サービス内容等を検討していきます。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	延利用者数(人)	2,800	2,850	2,900	3,000

(3) ふれあい戸別収集事業

これまでの取組	燃えるごみや資源ごみについて、集積場まで出すことが困難な一人暮らし高齢者等を対象に、声かけをしながら戸別に訪問し、ごみを収集することで、高齢者世帯を見守るとともに、身体的負担を軽減しました。
これからの取組	事業を継続し、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう支援していきます。

(4) 在宅ねたきり老人等介護手当支給事業

これまでの取組	在宅ねたきり老人等介護手当を支給し、要介護4・5となった高齢者等を介護する介護者の労をねぎらうとともに、介護による経済的負担を軽減しました。
これからの取組	介護者を支援し在宅介護の推進を図ることができています。事業の周知に努め、引き続き介護者を支援していきます。

(5) 家族介護者への支援

これまでの取組	介護をしている家族等に対して、適切な介護知識・技術の習得、介護者同士での意見交換やリフレッシュが図られるように定期的に家族介護教室を開催し、介護者を支援しました。
これからの取組	今後も家族介護教室開催の周知に努め、より多くの方に参加してもらい介護者等への支援に努めていきます。

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	家族介護教室延参加者数(人)		130	135	140

(6) 外出支援の充実

これまでの取組	運転免許証を返納された方にタクシーチケットを交付する運転免許証自主返納支援事業や市社会福祉協議会と地区社会福祉協議会が実施している高齢者等外出支援事業などにより、外出が困難な方や閉じこもりがちな高齢者の外出機会を支援しました。
これからの取組	新たな取り組みとなるデマンド交通「チョイソコぜんつうじ」の利用促進や既存事業の充実により、高齢者等の外出や社会参加への機会を増加させることにより、高齢者が住み慣れた地域で生きがいを持って日常生活が営むことができるよう支援を継続していきます。

(7) 権利擁護の推進

これまでの 取組	<p>○高齢者虐待防止 「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(高齢者虐待防止法)の趣旨を踏まえ、早期発見のための普及啓発に取り組むとともに関係機関等からの通報・相談を受けた場合には、早急に事実確認を行い、庁内会議による判断に基づき、支援を開始するとともに、必要に応じて庁内外の関係機関と連携・協力し高齢者及び養護者の支援を行いました。</p> <p>○成年後見制度 成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成28年法律第29号)に基づき中核機関(市直営)が中心となり、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築に向けて、地域の関係機関や専門職団体及び家庭裁判所と連携していくために「協議会」を定期的に開催し、中核機関が担う機能(広報機能、相談機能、利用促進機能、後見人支援機能)が実施できるように、専門職派遣や人材育成について県及び市社会福祉協議会に委託する等、成年後見制度が真に必要な方が、適切に利用出来るように体制整備を図りました。令和5年度には初めて市民後見人養成研修(社会福祉協議会へ委託)を実施し人材育成に努めました。</p> <p>○消費者被害の防止及び対応 消費生活センター、警察、民生委員児童委員などの関係機関が参加する消費者見守りネットワーク協議会と連携することにより、消費者問題に関する情報共有及び消費者被害の早期発見や被害の防止に努めました。</p>
-------------	---

これからの 取組	<p>高齢者虐待防止の観点から早期発見できるよう市民や関係機関等への普及啓発を行っていくとともに、庁内での連携や通報後の対応についても迅速に行える体制の拡充を図り、虐待通報を受けた場合は、事実確認を早急に行い支援を進めていくとともに、必要に応じて、高齢者虐待対応専門職チームと連携を取りながら適切に対応を行っていきます。また、高齢者虐待防止にかかる体制整備の検討・取組の実施、取組内容の改善・見直しをPDCAサイクルで実施していきます。</p> <p>成年後見制度については、国が策定している第二期成年後見制度利用促進基本計画に基づき中核機関(市直営)が中心となり、「協議会」を開催し権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築や権利擁護に関する課題や支援策について検討していきます。さらに市民後見人の育成・活動支援などの人材育成にも取り組み地域における権利擁護体制の構築を推進していきます。</p> <p>消費者被害の防止及び対応については、今後も消費者見守りネットワーク協議会と連携し、消費者問題に関する情報共有及び消費者被害の早期発見や被害の防止に努めていきます。</p>
-------------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	権利擁護に関する延相談件数(件)		220	230	240

6 高齢者の住まいの充実

軽費老人ホーム（ケアハウス）や、サービス付き高齢者向け住宅など、高齢者が快適に安心して居住できるように、香川県と連携し住まいに関する情報収集に努め、高齢者の状況やニーズに合った制度内容等の情報を提供します。

(1) 養護老人ホーム

これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○環境上の理由及び経済的な理由により、居宅での生活が困難な高齢者に対し、養護老人ホームに入所することで、安定した生活の確保を図りました。 ○養護老人ホームについては、現在市内にある1施設（定員総数50名）が有効に活用されるよう、適正な入所措置に取り組みました。
これからの取組	今後も引き続き、対象者を適切に見極め、継続して実施します。

(2) 軽費老人ホーム（ケアハウス）

これまでの取組	市内にある2施設（定員：80人）を維持し、高齢者の状況に応じて、近隣市町のケアハウスの情報も併せて提供し、独立して生活するには不安のある高齢者等に、食事・生活相談等のサービスを受けながら、できるだけ自立した生活が継続できるように支援しました。
これからの取組	今後も引き続き、市内2施設（定員：80人）を維持し、近隣市町の施設も含めた施設情報の提供に努め、サービスと住まいの確保を支援します。

(3) 有料老人ホーム

これまでの取組	市内にある2施設（定員：54人）を維持し、高齢者の状況に応じて、近隣市町の有料老人ホームの情報も併せて提供し、食事の提供や健康管理、介護サービス等を受けながら安心して暮らすことができる住まいの提供を支援しました。
これからの取組	市内2施設（定員：54人）を維持し、香川県と情報を共有し、ニーズに応じた施設情報を高齢者に提供し、住まいの確保に努めます。

(4) サービス付き高齢者向け住宅

これまでの 取組	市内に該当施設はありませんが、香川県と情報を共有し、高齢者の状況に応じた近隣市町のサービス付き高齢者向け住宅の情報を提供し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する施設での安定した居住を確保しました。
これからの 取組	香川県と情報を共有し、ニーズに応じた施設情報を高齢者に提供し、住まいの確保に努めます。

第5章 介護保険サービス等の見込量と介護保険料

本計画期間における介護保険事業費および保険料算定の概略を示します。算定の手順は、過去の利用実績を基に、計画期間における介護保険サービスの利用量を推計します。その結果から介護保険給付費を算定し、さらに地域支援事業費なども見込むことで介護保険の事業費を算定します。そこから、保険料で負担する分の金額を見込み、第1号被保険者数で配分することで、保険料基準額を算定します。

1 サービス見込量の算定

介護保険事業費の算定にあたっては、計画期間における介護保険サービス利用量を見込む必要があります。今後の要支援・要介護認定者数の推計人数を前提として、サービス基盤の整備方針などを踏まえ、サービス利用量を以下のように見込みます。

(1) 居宅サービスの見込量

居宅サービスについては、介護サービス、介護予防サービスを次のように見込みます。

【介護サービスの見込量（各年度の月平均）】

サービス種別	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
訪問介護	回/月				
訪問入浴介護	回/月				
訪問看護	回/月				
訪問リハビリテーション	回/月				
居宅療養管理指導	人/月				
通所介護	回/月				
通所リハビリテーション	回/月	算定中			
短期入所生活介護	日/月				
短期入所療養介護（老健）	日/月				
短期入所療養介護（病院等）	日/月				
短期入所療養介護（介護医療院）					
福祉用具貸与	日/月				
特定施設入居者生活介護	人/月				
特定福祉用具購入費	人/月				
住宅改修費	人/月				
居宅介護支援	人/月				

【介護予防サービスの見込量（各年度の月平均）】

サービス種別	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防訪問入浴介護	回/月				
介護予防訪問看護	回/月				
介護予防訪問リハビリテーション	回/月				
介護予防居宅療養管理指導	人/月				
介護予防通所リハビリテーション	人/月				
介護予防短期入所生活介護	日/月	算定中			
介護予防短期入所療養介護（老健）	日/月				
介護予防短期入所療養介護（病院等）	日/月				
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	日/月				
介護予防特定施設入居者生活介護	人/月				
介護予防福祉用具貸与	人/月				
特定介護予防福祉用具購入費	人/月				
住宅改修費	人/月				
介護予防支援	人/月				

（２）地域密着型サービスの見込量

地域密着型サービスの利用量については、次のように見込みます。

【地域密着型サービスの見込量（各年度の月平均）】

サービス種別	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人/月				
夜間対応型訪問介護	人/月				
認知症対応型通所介護	回/月				
介護予防認知症対応型通所介護	回/月				
小規模多機能型居宅介護	人/月	算定中			
介護予防小規模多機能型居宅介護	人/月				
認知症対応型共同生活介護	人/月				
介護予防認知症対応型共同生活介護	人/月				
地域密着型特定施設入居者生活介護	人/月				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人/月				
看護小規模多機能型居宅介護	人/月				
地域密着型通所介護	回/月				

※第9次計画から創設される複合型サービスについては、詳細が決まっていないため、記載していません。

(3) 施設サービスの見込量

施設サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）の利用量については、次のように見込みます。

【施設サービスの見込量（各年度の月平均）】

サービス種別	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護老人福祉施設	人/月	算定中			
介護老人保健施設	人/月				
介護医療院	人/月				

2 介護保険サービス等の見込額

計画期間における介護保険サービス利用量から介護保険事業費の算定を行いました。今後の要支援・要介護認定者数の推計人数を前提として、サービス基盤の整備方針などを踏まえ、以下のように見込みます。

(1) 介護保険サービス

①介護予防給付費

単位：千円

	第9次計画期間推計			長期推計（参考）	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護					
介護予防訪問看護					
介護予防訪問リハビリテーション					
介護予防居宅療養管理指導					
介護予防通所リハビリテーション					
介護予防短期入所生活介護					
介護予防短期入所療養介護（老健）		算定中			
介護予防短期入所療養介護（病院等）					
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）					
介護予防福祉用具貸与					
特定介護予防福祉用具購入費					
介護予防住宅改修費					
介護予防特定施設入居者生活介護					
地域密着型介護予防サービス					
介護予防認知症対応型通所介護					
介護予防小規模多機能型居宅介護					
介護予防認知症対応型共同生活介護					
介護予防支援					
合 計					

②介護給付

単位：千円

	第9次計画期間推計			長期推計（参考）	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
居宅サービス					
訪問介護					
訪問入浴介護					
訪問看護					
訪問リハビリテーション					
居宅療養管理指導					
通所介護					
通所リハビリテーション					
短期入所生活介護					
短期入所療養介護（老健）		算定中			
短期入所療養介護（病院等）					
短期入所療養介護（介護医療院）					
福祉用具貸与					
特定福祉用具購入費					
住宅改修費					
特定施設入居者生活介護					
地域密着型サービス					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
認知症対応型通所介護					
小規模多機能型居宅介護					
認知症対応型共同生活介護					
地域密着型通所介護					
施設サービス					
介護老人福祉施設					
介護老人保健施設					
介護医療院					
居宅介護支援					
合 計					

(2) 地域支援事業

①介護予防・日常生活支援総合事業費

単位：千円

	第9次計画期間推計			長期推計（参考）	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
訪問介護相当サービス					
訪問型サービス C					
通所介護相当サービス					
通所型サービス A					
通所型サービス C					
定期的な安否確認・緊急時の対応・住民ボランティア等の見守り	算定中				
介護予防ケアマネジメント					
介護予防把握事業					
介護予防普及啓発事業					
地域介護予防活動支援事業					
一般介護予防事業評価事業					
上記以外					
合 計					

②包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費

単位：千円

	第9次計画期間推計			長期推計（参考）	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)		算定中			
任意事業					
合 計					

③包括的支援事業(社会保障充実分)費

単位：千円

	第9次計画期間推計			長期推計（参考）	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
在宅医療・介護連携推進事業					
生活支援体制整備事業		算定中			
認知症初期集中支援推進事業					
認知症地域支援・ケア向上事業					
地域ケア会議推進事業					
合 計					

3 介護保険総事業費の算定

介護保険事業の総事業費は、介護保険サービスの給付費に高額介護サービス費などの費用を加えた標準給付費と、地域支援事業費等の合計額となります。介護保険サービスの給付費は、サービス見込量をもとに、サービス単価を乗じて積算することで算定されます。総事業費は以下ようになります。

【介護保険総事業費】

(千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	3か年合計	令和22年度
標準給付費見込額					
総給付費（一定以上所得者負担の調整）					
総給付費					
一定以上所得者の利用者負担の見直しに伴う財政影響額					
特定入所者介護サービス費等給付額					
高額介護サービス費等給付額					
高額医療合算介護サービス費等給付額					
算定対象審査支払手数料					
地域支援事業費					
介護予防・日常生活支援総合事業費					
包括的支援事業・任意事業費					
包括的支援事業（社会保障充実分）					
合 計					

4 介護保険料基準額の算定

(1) 保険料収納必要額

第1号被保険者保険料の算定にあたっては、介護保険総事業費より国・県・市の負担金および第2号被保険者の保険料を除いた額が基本となります。保険料により負担する費用の合計（保険料収納必要額）は以下ようになります。

【保険料収納必要額】

(千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	3か年合計	令和22年度
第1号被保険者負担分相当額 (a)					
調整交付金相当額 (b)					
調整交付金見込額 (c)					
市町村特別給付費等 (d)					
準備基金取崩額等 (e)					
保険料収納必要額 (a+b-c+d-e)					
予定保険料収納率					
保険料収納必要額（未収納を見込んだ額）					

(2) 第1号被保険者保険料

第1号被保険者保険料は、保険料収納必要額を第1号被保険者数（所得段階により保険料基準額に対する割合が異なるため、所得段階別の人数で補正した被保険者数）で割ることにより以下のとおり算定します。

【所得段階別保険料】

(円)

段階	対象者	基準額 に対する 割合	保険料 (年額)
算定中			

※低所得者の保険料負担軽減の仕組みとして、第1段階から第3段階の基準額に対する割合は公費負担が行われることにより、次のとおり軽減されています。

第1段階 ○○→○○ 第2段階 ○○→○○ 第3段階 ○○→○○

第6章 計画の推進

1 制度の周知・啓発

本計画の推進にあたっては、高齢者の抱える多様な課題に対応するため、庁内関係部局と連携を図り総合的な支援に取り組むとともに、地域住民、関係機関・団体、サービス事業者などへの制度の周知や情報提供に努め、地域住民同士の相互扶助や高齢者個々の状況に応じた包括的な支援の重要性を啓発し、推進体制の整備に取り組んでいきます。

2 計画の進捗状況の点検

本計画の各施策の実施状況、認定率の推移、サービスの利用状況等を常に把握するとともに、計画の進捗状況に関して、善通寺市地域密着型サービス等運営委員会及び善通寺市地域包括ケア推進会議において、課題の抽出・検討を行い、計画の適切な進行管理に努めます。

3 介護サービス事業者との連携

(1) サービス事業者への指導・育成

利用者に質の高いサービスが提供されるよう、サービス事業者の各種研修会の受講を促進するとともに、指定サービス事業者に対して定期的に実地指導を実施し、事業の適正な運営の推進を図り、介護サービスの質の向上を図ります。

(2) 介護人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進

高齢者人口が増加する一方、現役世代人口の減少に伴い、介護人材の不足が見込まれるため、香川県や近隣市町と連携し、介護人材の確保について広域的な体制整備を検討し、質の高いサービス提供の確保に努めます。また、介護職員の負担軽減、職場環境の改善の観点から、サービス事業者の各種申請等の電子化、ICTの活用を推進します。

(3) 災害や感染症対策に係る体制整備

災害や感染症発生時に、介護事業所等において必要なサービスを継続して提供していくために、感染症対策に必要な物資や防災用品の備蓄、調達・輸送体制の整備や避難計画の作成、訓練の実施等により体制を構築することが重要であり、災害等が発生した場合、香川県や保健所、協力医療機関等と速やかに連携できる支援体制の整備に努めます。

4 介護給付適正化事業の推進

(1) 要介護認定の適正化

これまでの取組	新規、更新、変更認定調査について、県外など遠隔地を除き、市が直営で実施し、委託した場合は、市による事後点検を行いました。また、要介護認定業務分析データを活用し、全国の自治体の認定調査状況と偏りがないかを確認し、偏りがある項目については適正な調査が実施できているか確認を行いました。その他研修会への参加、e-ラーニングの受講を通じて、認定調査員の能力向上を促進しました。
---------	--

これからの取組	引き続き、県外など遠隔地を除いた認定調査は保険者が直営で実施し、委託した場合の事後点検もこれまでどおり全件実施します。また、e-ラーニングを活用した自己研修や、研修会を通じ、認定調査員の知識や技能の向上を促進します。 要介護認定制度における業務の簡素化等も踏まえながら、引き続き、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制の整備に努めます。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	直営による認定調査件数(件)	全件※	全件※	全件※	全件※
	認定調査の事後点検件数(件)	全件	全件	全件	全件

※県外など遠隔地を除く。

(2) ケアプランの点検

これまでの取組	ケアマネジャーによる利用者の自立支援に資するケアプランの作成や健全な給付の実施を支援するため、ケアプラン分析システム等により抽出したケアプランの点検・確認を行い、点検後はケアマネジャーと個別面談を実施しました。また、点検側の保険者の資質向上のため、県のケアマネジメントに対する効果的な指導のためのアドバイザー派遣事業を実施しました。
---------	--

これからの取組	ケアプラン分析システム等により抽出したケアプランの点検・確認を行います。ケアマネジャーによる利用者の自立支援に資するケアプランの作成や健全な給付の実施を支援するため、点検数を増やすよりも点検後のケアマネジャーへのフィードバック、継続した面談、フォローアップの充実に努めます。
---------	---

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	ケアプラン点検件数 (件)	80	50	50	50
	点検後のケアマネジャーとの面談(件)	10	15	15	15

(3) 住宅改修・福祉用具の点検

これまでの取組	住宅改修を実施する際に、事前・事後の審査を行い、適切な改修内容であるかを確認し、不適切または不要な改修の防止に努めました。福祉用具の購入や例外給付の貸与にあたっては、審査・確認を行い、適切な利用を促しました。疑義のあるケースについては、ケアマネジャー等への確認を通じて全件点検を実施しました。
---------	--

これからの取組	ケアマネジャー等関係者と連携を図りながら、引き続き全件点検を実施します。
---------	--------------------------------------

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	住宅改修の点検件数 (件)	全件	全件	全件	全件
	福祉用具購入の点検 件数(件)	全件	全件	全件	全件

(4) 医療情報との突合・縦覧点検

これまでの取組	国民健康保険団体連合会と共同で、受給者の入院情報と介護保険の給付情報を突合することで医療と介護の重複請求を排除しました。また、複数月にまたがる介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性や算定回数・算定日数の点検を行い、必要に応じて事業者の確認を行いました。
---------	--

これからの取組	今後も継続して確認作業を行い、適正な請求事務を促します。
---------	------------------------------

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	医療突合審査・縦覧審査にあがった未確認案件の点検件数(件)	全件	全件	全件	全件

(5) 介護給付費通知

これまでの取組	全てのサービス利用者に対して給付費を通知し、本人、家族等がサービス内容の確認を行うことで、事業者による不正な請求の防止と過剰なサービス利用の抑制を図りました。また、通知内容を広報することにより、わかりやすさの向上に努めるとともに、介護保険制度について市民の理解を深めました。
---------	---

これからの取組	これまでどおり通知を継続し、受給者の理解を深めることによって、受給者には適切なサービスの利用を、事業者には適切なサービスの提供を促します。また、事業者による介護報酬の請求誤り、不正な請求の防止を図ります。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	介護給付費通知の対象月数(か月)		12	12	12

(6) 介護サービス事業者等への適正化支援

これまでの取組	○介護給付適正化システムやケアプラン分析システムを活用し、アプローチが必要な事業所と面談を行い、介護給付適正化の趣旨や意識を普及啓発し、適正な給付につなげました。
---------	---

これからの取組	○介護給付適正化システムやケアプラン分析システムを活用し、必要な事業所への効果的・効率的なアプローチを行います。また、受給者から提供された苦情・相談等の情報により、必要な事業者へのアプローチを行います。 ○面談等のアプローチによって事業者に対する適正化についての意識づけ、ケアマネジャーに対する情報提供や気づきの促進に努め、事業者やケアマネジャーと保険者の関係づくりを行います。
---------	--

指標	【見込み・目標】	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	アプローチ数(事業所)		2	5	5

**第9次 善通寺市
高齢者福祉計画・介護保険事業計画
(令和6年度～令和8年度)**

発行：善通寺市

編集：保健福祉部高齢者課

香川県善通寺市文京町二丁目1番1号

電話 0877-63-6331