

「東御市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画令和3年度～令和5年度」に
基づく事業評価と課題について

【評価区分】

- 1：事業計画期間で、成果を果たせなかった
- 2：事業計画期間で、あまり成果を果たせなかった
- 3：事業計画期間で、概ね(70%程度)成果を果たせた
- 4：事業計画期間で、目標通り(90-100%程度)成果を果たせた
- 5：事業計画期間で、予定以上(100%を超える)の成果を果たせた

【注釈】

【7ページ】

(※注1) 「フレイル」とは、虚弱等を意味する“frailty(フレイルティ)”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語で、健康な状態と要介護状態の中間を意味します。多くの高齢者はフレイルを経て要介護状態へ進むと考えられています。

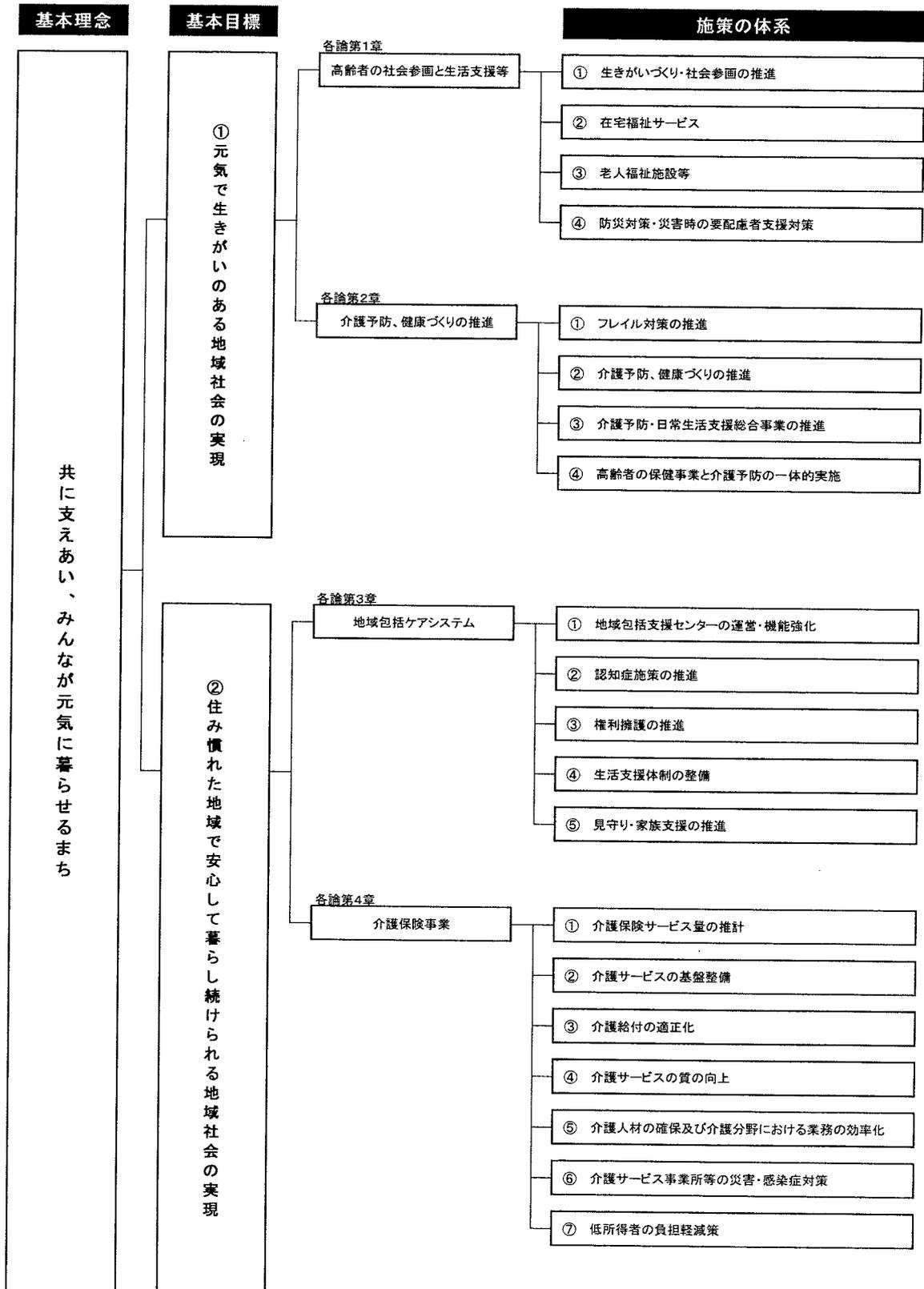
【10ページ】

(※注2) 「KDB(国保データベース)システム」とは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療(後期高齢者医療含む)」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムです。

【14ページ】

(※注3) 「生活支援協議体」とは、ボランティアや地域組織、介護、医療等の多様なサービス提供主体が参加し、情報共有及び連携・協働を深めることで、地域の課題を解決することを目的とした団体です。

基本理念・基本目標・施策の体系



各論（章）		第1章 高齢者の社会参画と生活支援等
計画	本論の概要	高齢者が健康で活動的な生活を続けるため、また、生きがいを持って充実した生活を送ることができるよう、高齢者一人ひとりの心身や生活に対応した多様なサービスを提供することにより、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう支えていきます。
	本論の課題	<p>(1) 元気で生きがいのある地域社会の実現には、高齢者一人ひとりが生きがいや役割をもつことが大切です。高齢者が長年培ってきた経験・知識・能力を活かしながら、生きがいを持って暮らすことができる環境づくりを進めるためには、ニーズに合った多様な学びや交流、就労の機会を提供することが必要です。</p> <p>(2) ひとり暮らし高齢者や高齢夫婦世帯が増加する中、介護保険サービスでは対応が難しい部分を補い、住み慣れた地域での自立した生活を支える在宅福祉サービスや多様な施設サービスの充実が求められています。</p>

施策の体系

各論第1章	高齢者の社会参画と生活支援等
①	生きがいづくり・社会参画の推進（計画冊子45～46ページ）
②	在宅福祉サービス（計画冊子47ページ）
③	老人福祉施設等（計画冊子48ページ）
④	防災対策・災害時の要配慮者支援対策（計画冊子48～49ページ）

各論（章）		第1章 高齢者の社会参画と生活支援等
施策の体系		①生きがいくくり・社会参画の推進（計画冊子45～46ページ）
計画	本施策の方針	<p>高齢化が進むことにより、元気な高齢者が地域社会の担い手となっていくことが期待されています。シニアクラブ活動の活性化への支援、スポーツ交流や生涯学習等の生活を豊かにする活動、シルバー人材センターを通じた就業機会の確保により、健康で明るい生活を送りながら住みよい地域づくりを推進します。</p>
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>高齢者が生きがいを持って暮らすことができる環境づくりのため、シニアクラブの活動支援や助成を推進し、また、シルバー人材センターの安定的な運営の支援を行いました。</p> <p>更に生活意欲の向上を目的として、金婚祝賀式の開催や米寿者等を対象とした敬老祝賀訪問を実施しました。</p>
	成果	<p>新型コロナウイルスの影響により、事業の実施について制約がありましたが、必要な感染対策を講じながら行ったことにより、高齢者の生きがい活動を継続することができました。</p>
	課題	<p>高齢者の就業率の増加や個々のニーズの変化などによりシニアクラブ等の活動に参加する人が減少傾向にあります。</p> <p>シニアクラブ等の活動を支援するだけでなく、個々のニーズに合った生きがいを見つけるための支援が必要です。</p>
次期計画の方針		<p>シニアクラブの主体的な活動のための支援及び個々のニーズに合った生きがいを見つけるための支援を行っていきます。</p>

各論（章）		第1章 高齢者の社会参画と生活支援等
施策の体系		②在宅福祉サービス（計画冊子47ページ）
計画	本施策の方針	高齢者が住み慣れた地域で、できるだけ自立して暮らしていくことができるよう、また、家族介護者の身体的、精神的かつ経済的な負担を軽減するための事業を推進していきます。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	高齢者が健康で活動的な生活を続けられるように、住宅改良への助成や日常生活用具の給付、高齢者用タクシー券などのサービスを実施しました。 また、高齢者を自宅で介護している家庭介護者の負担軽減のため、家庭介護用品の助成や家庭介護者慰労金の給付などを実施しました。
	成果	事業実施により、自立した在宅生活の継続支援を図ることができました。
	課題	介護度などにより利用者が限定的で制度の認知度が低いため、対象になったタイミングで周知できるように関係機関との連携が必要です。
次期計画の方針		申請しやすいような後援を行うとともに、ケアマネジャー等への情報提供を行うことによりさらなる制度の周知に努めます。

各論（章）		第1章 高齢者の社会参画と生活支援等
施策の体系		③老人福祉施設等（計画冊子48ページ）
計画	本施策の方針	多様な施設サービスにより、高齢者が安心して生活ができるように支援します。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	在宅生活を送ることが困難となった高齢者に対して、健康で活動的な生活を続け、生きがいを持って充実した生活を送ることができるよう、多様な施設サービス（特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム等）を提案し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように支援しています。
	成果	1 養護老人ホームは入所者24名で推移しており、入所者は施設にて穏やかに生活を送られています。 2 市内の特別養護老人ホームの待機者数の増加は見られず、申込者に対し円滑な入所手続きが行えています。 3 住み替えを検討する方やその家族に対し、相談や情報提供を行うことにより、安心した住まいの選択の一助となることができました。
	課題	施設入所後に介護状態の重度化によって特別養護老人ホーム等への住み替えが必要になっても、経済的な理由等により、住み替えが難しい場合があります。様々なニーズに応じた多様なサービス形態の提供が必要と考えられます。
次期計画の方針		施設サービスのみならず在宅サービスや地域密着型サービスなどニーズに合った多様なサービス主体の活用により、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けることができるように支援します。

各論（章）		第1章 高齢者の社会参画と生活支援等
施策の体系		④防災対策・災害時の要配慮者支援対策（計画冊子48～49ページ）
計画	本施策の方針	災害時等に配慮が必要となる高齢者（避難行動要支援者）に対し、状況に応じた支援をします。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	居宅介護支援事業所の協力のもと、避難行動要支援者名簿を作成しました。また災害ハザードマップ上、危険度の高い地域を中心に対象の区と連携して避難行動要支援者の個別避難計画を作成しました。 ※対象地区は田中地区、祢津地区、北御牧地区の一部
	成果	個別避難計画書に居宅介護支援事業所名を記載することにより、区及び地域の支援者と居宅介護支援事業所が連携を図れるようになりました。
	課題	個別避難計画書は本人同意が原則であるため、同意を得ることができなかった避難行動要支援者の避難支援を検討することが課題です。
次期計画の方針		<ol style="list-style-type: none"> 1 避難行動要支援者名簿の定期的な更新を行います。 2 全地区の個別避難計画を作成します。

各論（章）		第2章 介護予防・健康づくりの推進
計画	本論の概要	高齢者が住み慣れた地域で、自分の力で活動的な生涯を送れるよう、一人ひとりの状況に応じた予防活動の提案や、高齢者自身が積極的に介護予防に繋がる活動に取り組めるよう支援します。
	本論の課題	<p>(1) 「フレイル」(※注1)という言葉の認知度がまだまだ低い状況にあるため、どのような状態がフレイルであるのか、また予防可能であることや予防の方法等について周知の必要があります。</p> <p>(2) 高齢者が負担なく通い続けられる通いの場を増やす必要があります。</p> <p>(3) 介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況を踏まえ、高齢者の介護予防と自立した日常生活の支援を目的に、その人にあったサービスが提供できるような地域全体で資源を整えることが必要です。</p> <p>(4) 高齢者は複数の慢性疾患に加え、フレイル状態になりやすいなど、疾病予防と生活機能の両面にわたるニーズを有しています。地域の健康課題や個人の状況を把握し、対象者を明確にしたうえで、保健事業と介護予防の一体的な取組が必要です。</p>

施策の体系

各論第2章	介護予防・健康づくりの推進
①	フレイル対策の推進（計画冊子54ページ）
②	介護予防・健康づくりの推進（計画冊子54～55ページ）
③	介護予防・日常生活支援総合事業の推進（計画冊子55～56ページ）
④	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（計画冊子56～57ページ）

各論（章）		第2章 介護予防・健康づくりの推進
施策の体系		①フレイル対策の推進（計画冊子54ページ）
計画	本施策の方針	フレイルを意識した健康維持のための取組が地域全体で進むよう、フレイルの概念と対策の重要性について普及啓発を図ります。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	1 フレイル予防講演会及びいきいきサロン等地域での集まりや自主的な通いの場での出前講座を開催し、フレイル対策について周知を図りました。 2 後期高齢者健診申込者に対し、フレイル予防に関する講演会等の周知を行いました。また、健診結果でフレイル予防の介入が必要な場合は、栄養士と連携して個別指導を実施しました。
	成果	定期的を実施しているフレイル予防対策教室数を7箇所とすることができました。 フレイルについて「名前を聞いたこともない」と答えた人が令和元年度62.1%から令和4年度42.5%に減少しました。（令和4年度元気高齢者実態調査より）
	課題	フレイルに対する認知度は上がっていますが、4割の方は認知していないため、更にフレイルの概念と対策の重要性について普及啓発する必要があります。 健康維持のための生活習慣病予防行動からフレイル予防行動への転換期は、個々の状態により違うため個人にあったフレイル予防対策が必要です。
次期計画の方針		1 フレイルの概念と対策の重要性についての周知・普及啓発を図ります。 2 個々の状態にあったフレイル予防対策を行います。

各論（章）		第2章 介護予防・健康づくりの推進
施策の体系		②介護予防・健康づくりの推進（計画冊子54～55ページ）
計画	本施策の方針	介護予防を推進するにあたり、高齢者自身が積極的に介護予防に繋がる活動に取り組めるよう支援します。
評価	評価	4 目標通り(90-100%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>1 申込みのあった区や集まりにずく出し教室・健脚度測定を実施し、フレイル状態にある等の介護予防が必要な方の把握を行いました。</p> <p>2 各地区公民館での一般介護予防教室（運動教室）を毎週実施しました。コロナ禍においては、リモートに切り替えるなどして行いました。</p> <p>3 一般介護予防教室で市民である教室補助員が主体的に活動できる機会を設け、教室補助員の育成も行いました。</p> <p>4 自主的な通いの場へ専門職を派遣することで、継続した活動ができるように支援しました。</p> <p>5 介護予防住民指導者養成講座を開催し、講座修了者による住民主体の団体立ち上げの支援をしました。</p>
	成果	<p>一般介護予防教室においては、毎月新規の参加者が増え、介護予防に積極的に取り組む高齢者が増加しています。</p> <p>住民主体の介護予防サービス（通所型サービスB）実施団体「どす来いサポーター」が立ち上がりました。</p> <p>実態調査から、介護予防への取り組みについて「きっかけがあれば取り組みたい」と回答した方が令和元年度12.1%から令和4年度18.2%に増加しました。（令和4年度元気高齢者実態調査より）</p>
	課題	<p>ずく出し教室での測定や問診結果から、適切な介護予防活動につながるよう評価・フォロー体制の構築が必要です。</p> <p>新規の自主的な通いの場をさらに増やす必要があります。</p>
次期計画の方針		<p>1 継続してずく出し教室、健脚度測定等の健康教育・健康相談を実施するとともに、適切な介護予防活動につながるような評価・フォロー体制の構築を行います。</p> <p>2 自主的な通いの場の継続及び新規立ち上げを支援します。</p> <p>3 住民主体の介護予防サービスの充実を図ります。</p>

各論（章）		第2章 介護予防・健康づくりの推進																		
施策の体系		③介護予防・日常生活支援総合事業の推進（計画冊子55～56ページ）																		
計画	本施策の方針	高齢者の心身の状態を踏まえた自立支援の取組を推進するために、引き続き介護予防の機能強化を図ります。																		
評価	評価	4 目標通り(90-100%程度)成果を果たせた																		
	取組内容	<p>1 訪問事業、通所事業、介護予防ケアマネジメント事業の機能強化の推進を図りました。</p> <p>2 PDCAサイクルに沿った事業実施のための事業評価内容を、介護保険運営協議会や地域ケア推進会議、生活支援協議体、介護予防住民指導者養成講座等で共有し、課題解決のための話し合いを実施しました。</p> <p>3 訪問型サービス、通所型サービスを実施する事業者と情報共有や、よりよい提供体制構築のための会議を開催しました。</p>																		
	成果	<p>1 年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を感じながら暮らしている「主観的幸福感」</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>2019年</td> <td>2022年</td> </tr> <tr> <td>元気高齢者</td> <td>7.36点</td> <td>7.28点（県7.14点）</td> </tr> <tr> <td>居宅要支援者1・2</td> <td>6.47点</td> <td>6.54点（県6.41点）</td> </tr> </table> <p>2 自立期間が延長している「健康寿命 平均自立期間（要介護2以上になるまで）」</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>2020年</td> <td>2021年</td> </tr> <tr> <td>男性</td> <td>81.1歳</td> <td>81.8歳（県81.1歳）</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>84.6歳</td> <td>85.2歳（県84.9歳）</td> </tr> </table> <p>※令和4年度見える化シートより（長野県介護支援課提供）</p>		2019年	2022年	元気高齢者	7.36点	7.28点（県7.14点）	居宅要支援者1・2	6.47点	6.54点（県6.41点）		2020年	2021年	男性	81.1歳	81.8歳（県81.1歳）	女性	84.6歳	85.2歳（県84.9歳）
		2019年	2022年																	
元気高齢者	7.36点	7.28点（県7.14点）																		
居宅要支援者1・2	6.47点	6.54点（県6.41点）																		
	2020年	2021年																		
男性	81.1歳	81.8歳（県81.1歳）																		
女性	84.6歳	85.2歳（県84.9歳）																		
課題	要支援1・2の方の主観的幸福感の点数が上がったが、まだ元気高齢者との差があるため、要支援の状態になっても活動的でいられるようにさらに総合事業のサービスを充実させることが必要です。																			
次期計画の方針		<p>1 介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況の調査、分析及び評価を行います。</p> <p>2 評価より必要とされた総合事業のサービスの充実を促進します。</p>																		

各論（章）		第2章 介護予防・健康づくりの推進
施策の体系		④高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（計画冊子56～57ページ）
計画	本施策の方針	<p>KDBシステム(※注2)による健診・医療・介護データの一体的な分析や、地域の集まりの場に出向くことで介護予防の必要な高齢者を把握し、適切な健診・医療・介護につなげることで介護予防・重度化予防を推進します。</p> <p>また、得られたデータから地域の健康課題を把握し、地域をあげて予防活動に取り組めるよう支援します。</p>
評価	評価	4 目標通り(90-100%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>1 一般介護予防教室や通いの場、地域での集まりにおいて、医療専門職によるフレイル予防のための健康教育・健康相談を実施しました。また、フレイル質問票を活用して個々の状態に応じた支援を行いました。</p> <p>2 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施において、KDBシステムから把握した地域の健康課題に即したずく出し教室や出前講座を展開しました。また、後期高齢者健診結果よりフレイル状態が把握された方には、栄養士と連携して個別指導を行いました。</p>
	成果	医療専門職による心身の状態の確認と結果に即した健康教育・相談が、身近な場所で受けられる機会を提供できるようになりました。
	課題	<p>ずく出し教室での測定や問診結果から、適切な介護予防活動につながるよう評価・フォロー体制の構築が必要です。</p> <p>運動によるフレイル予防だけでなく、栄養・口腔等のフレイル予防活動も推進する必要があります。</p>
次期計画の方針		<p>1 継続してずく出し教室、健脚度測定等の健康教育・健康相談を実施するとともに、適切な介護予防活動につながるような評価・フォロー体制の構築を行います。</p> <p>2 運動・栄養・口腔等のフレイル予防対策を、多職種で連携して行います。</p>

各論（章）		第3章 地域包括ケアシステム
計画	本論の概要	医療職、介護職、薬剤師など多職種での連携をより強化するとともに、地域の課題を分析し、課題解決に向けた取組を共有すること、さらには、訪問診療や訪問看護をより充実させることで、介護度が高くなっても「住み慣れた地域での在宅生活」が選択肢の一つとなるよう、「地域包括ケアシステム」の体制の構築し深化を図ります。
	本論の課題	<p>(1) 要介護状態や認知症になっても、住み慣れた地域で在宅における生活を支えるためには、訪問診療や訪問看護をより充実させ、介護サービスとの連携の強化を図る必要があります。また、医療や介護に係る相談窓口として、地域包括支援センターについて市民へさらなる周知を図る必要があります。</p> <p>(2) 認知症になっても本人が希望をもって自分らしく暮らし続けることができる地域づくりと、認知症の発症を遅らせる予防活動が求められます。</p> <p>(3) 消費者被害や高齢者虐待等から高齢者および家族を守るため、権利擁護の取組を推進する必要があります。</p> <p>(4) 多様な生活を支えるための生活支援サービスの創出や、元気な高齢者がいきがいをもって活躍できる居場所づくりが求められます。</p> <p>(5) 安心して地域での生活を継続するためには、高齢者自身に対する支援はもとより、高齢者を取り巻く家族や環境に対しての支援も必要となっています。</p>

施策の体系

各論第3章	地域包括ケアシステム
①	地域包括支援センターの運営・機能強化（計画冊子61～63ページ）
②	認知症施策の推進（計画冊子64～65ページ）
③	権利擁護の推進（計画冊子65～66ページ）
④	生活支援体制の整備（計画冊子66～67ページ）
⑤	見守り・家族支援の推進（計画冊子67ページ）

各論(章)		第3章 地域包括ケアシステム															
施策の体系		①地域包括支援センターの運営・機能強化(計画冊子61~63ページ)															
計画	本施策の方針	<p>地域包括ケアシステムの一貫として、今後のさらなる高齢者人口の増加と、市民の在宅ニーズへの対応を目的として、医療と介護の相談を包括的に受け付けるとともに、医療機関と介護事業所の連携を補助補完する機能を擁した「医療と介護の総合相談窓口」を設置するため、地域包括支援センター内に医師や医療職を加えて機能強化を図ります。</p> <p>併せて、在宅での生活が困難になった場合においても、訪問診療・訪問看護・訪問リハと介護サービスをこれまで以上に一体的に提供できる環境を整備することで、在宅での生活が選択肢のひとつとなるような体制を整備するとともに、市民への普及啓発を推進します。</p>															
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた															
	取組内容	<p>1 医療・介護の連携の推進 医療職、介護職、福祉職等による多職種での連携をより充実させるため、多職種連携会議で職種ごとに提供できるサービスの紹介や、事例を用いた研修等を実施しました。 多職種連携会議の開催数:令和4年度 4回 令和5年度 4回予定</p> <p>2 地域住民への普及啓発 令和3年に設置された「医療と介護の総合相談窓口」や、介護度が高くなっても在宅での生活が選択肢の一つになることについて、市報やエフエムとうみ等で周知を図りました。また、医療・介護・福祉の出張相談会を開催しました。</p> <p>3 地域ケア会議の開催 専門職や地域の支援者とともに個別地域ケア会議、地域ケア推進会議をそれぞれ開催し、問題解決に向けたネットワークの構築を図りました。</p>															
	成果	<p>1 最期の迎え方の選択肢があり、希望に合わせて選択することができる 「在宅死亡率」</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>2019年</td> <td>2020年</td> </tr> <tr> <td>自宅</td> <td>14.3%</td> <td>16.7% (県13.8%)</td> </tr> </table> <p>2 年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を感じながら暮らしている 「主観的幸福感」</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>2019年</td> <td>2022年</td> </tr> <tr> <td>元気高齢者</td> <td>7.36点</td> <td>7.28点 (県7.14点)</td> </tr> <tr> <td>居宅要支援 ・要介護者</td> <td>6.16点</td> <td>6.40点 (県6.15点)</td> </tr> </table> <p>※1・2→令和4年度見える化シートより(長野県介護支援課提供)</p> <p>3 介護が必要になったときに介護を受けたい場所について、「自宅に住みながらサービスを利用」と答えた人が令和元年度37.5%から令和4年度40.7%に増加しました。(令和4年度元気高齢者実態調査より)</p>		2019年	2020年	自宅	14.3%	16.7% (県13.8%)		2019年	2022年	元気高齢者	7.36点	7.28点 (県7.14点)	居宅要支援 ・要介護者	6.16点	6.40点 (県6.15点)
		2019年	2020年														
自宅	14.3%	16.7% (県13.8%)															
	2019年	2022年															
元気高齢者	7.36点	7.28点 (県7.14点)															
居宅要支援 ・要介護者	6.16点	6.40点 (県6.15点)															
課題	<p>1 最期まで自宅で過ごすための体制整備が進んできていますが、自宅で過ごしたいという希望も増えており、訪問介護や軽度認定者の通所サービスなど、在宅介護サービスの確保が必要です。</p> <p>2 「望む暮らし」の共有のための人生会議の開催と、実行ができる体制整備の推進のための訪問診療が可能な医師と市外の総合病院との在宅医療移行への連携が必要です。</p> <p>3 身寄りのない方への支援が複雑・困難化しているため、関係機関との連携強化と支援のシステム化が必要です。</p>																
次期計画の方針		<p>1 在宅での生活が困難になった場合においても、医療・介護サービスをこれまで以上に一体的に提供できる環境を整備することで、在宅での生活が選択肢のひとつとなるような体制の整備を推進します。</p> <p>2 市民が、どこでどのような暮らしを望むのかを元気なうちから考えること、それを家族や医療・介護関係者、知人等に伝えておくことを人生会議やその記録ノートを通して実施できるような支援を推進します。</p> <p>3 身寄りのない方への支援について、身寄りがなくても希望に沿った暮らし・最期を送れるよう、関係機関との連携を強化します。</p>															

各論（章）		第3章 地域包括ケアシステム
施策の体系		②認知症施策の推進（計画冊子64～65ページ）
計画	本施策の方針	認知症の発症により生活上の困難が生じた場合でも、本人が希望を持って自分らしく暮らし続けることができる地域ぐるみの体制作りを進め、「認知症の兆候を早期に発見し、治療や支援につなげること」、「周囲や地域の理解と協力を得られること」、「本人が尊厳を守られながら自身の能力を活かすことができること」などを重視して取り組む必要があります。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>1 予防と早期発見・早期受診 認知症に関して早期に関わる「認知症初期集中支援事業」は、毎月1回のチーム員会議において多職種でケース検討をし、訪問等を通じて医療受診やサービスに繋がられるよう支援を行いました。また、年1回、サポート医によるチーム員のスキルアップ向上のための研修を行いました。</p> <p>2 理解と協力を得られる環境づくり 年間を通じて様々な団体に対して認知症サポーター養成講座を開催しています。特に、毎年校長会で説明を実施することで市内小中学校で講座の開催があり、「認知症」という病気に対して若い世代から学ぶ機会を設けられています。また、家族支援に対しては、月1回「家族会」を開催し、同じ立場の方の情報共有の場となっています。</p> <p>3 認知症のご本人が自身の能力を活かして社会参加できる場づくり 認知症サポーターがステップ・アップ研修を受講し、「チームオレンジ」としてオレンジカフェを2箇所で開催しており、認知症当事者が一緒に活動できる場となっています。</p>
	成果	<p>1 予防と早期発見・早期受診 認知症初期集中支援チーム員同士が以前より連携をし、ご本人やご家族だけで抱えることなく、何処かに繋がれる支援や認知症の症状に対するケース検討を多く行うことにより、支援の方向性の一致を図ることができました。</p> <p>2 理解と協力を得られる環境づくり 認知症サポーター養成講座は、小中学校から依頼があり、認知症の正しい理解や困っていることに対し支援をすること等勉強する機会が増えてきています。令和4年度までに累計2,333名のサポーターが誕生しています。また、令和5年度は生涯学習講座で認知症について学ぶ講座を開始しました。家族会は、令和3年度は92名、令和4年度は121名が参加しました。認知症認定看護師も同席し、悩みごとを話したりアドバイスをもらえたりすることで家族支援につながっています。</p> <p>3 認知症のご本人が自身の能力を活かして社会参加できる場づくり 認知症の方とご家族を中心にその方々を支援する「チームオレンジ」が令和4年2箇所開始となりました。オレンジカフェとして月2回開催しており、認知症になっても地域の中で一緒に楽しみ、活動出来る居場所となっています。</p>
	課題	<p>1 「予防」という言葉が「認知症になることを防ぐ」と認識している方が多く、認知症が進行し本当に困ってから相談となっているため、早期発見、早期受診につなげるため、さらなる周知啓発の強化が必要です。</p> <p>2 認知症は誰もがなり得る病気だということを若い世代から理解して頂けるよう、認知症について学べる機会を増やしていく必要があります。</p> <p>3 地域の中で認知症の方やご家族を支えていくために、サポーターの育成が必要です。</p>
次期計画の方針		<p>1 地域の中での認知症の理解をふかめるための周知啓発、出前講座等を実施すること、また、家族会等の情報共有の場の提供・介護サービス等の充実、事業所職員研修等の機会の提供を通じて家族支援を行うことにより、認知症への正しい理解と協力を得られる環境づくりをすすめます。</p> <p>2 認知症サポーターが活躍できる場の提供および認知症の方と一緒に活動出来る社会参加の仕組みを作り、生きがいに繋がる活動を推進することで、認知症になっても自身の能力を活かして社会参加出来る場づくりをすすめます。</p> <p>3 認知症の要因の一つとなる生活習慣病を予防する観点から、保健事業と連携した周知や若年性認知症等の方に対する相談窓口を設置し、生活習慣病予防と認知症の早期発見・早期受診に繋がる環境づくりをすすめます。</p>

各論（章）		第3章 地域包括ケアシステム
施策の体系		③権利擁護の推進（計画冊子65～66ページ）
計画	本施策の方針	虐待が発生した際の高齢者の安全確保のための方策、後見制度の更なる普及啓発を通じた利用促進に取り組む必要があります。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>1 高齢者虐待の防止 高齢者虐待の防止については、早期発見・早期対応に向けた関係者（医療機関・介護事業者・民生児童委員・近隣住民等）間の連携強化のため、東御市虐待等防止総合対策推進協議会を開催し、情報共有ネットワークの構築に努めました。市民や民生児童委員、介護支援専門員等に対して高齢者虐待の防止に関する知識及び対応方法を学ぶため、研修会を開催しました。 高齢者虐待相談件数 R2年度 5件 R3年度 6件 R4年度 9件</p> <p>2 成年後見制度 上小圏域成年後見支援センター（以下、センター）への中核機関の設置により、保健・医療・福祉の連携に司法も含めた広域的な地域連携ネットワークの強化を図っており、成年後見制度が必要な利用者に対し、切れ目なく成年後見制度の利用開始の支援を行っています。 成年後見制度に関する相談件数 R4年度 新規11件 継続6件</p>
	成果	<p>1 高齢者虐待の防止 高齢者虐待防止施策における虐待に関する知識や相談先の周知により、虐待事案の早期発見へと繋がるようになってきており、虐待者及び被虐待者への支援の介入に結び付いてきています。</p> <p>2 成年後見制度 財産管理などの支援が必要な方に成年後見制度の紹介、手続き支援を行っており、本人申請が困難な方は上小圏域成年後見支援センターと連携し、成年後見制度の利用が開始され、専門職による財産管理が開始できるようになりました。</p>
	課題	<p>1 高齢者虐待の防止 高齢者虐待は潜在化しやすいため、早期発見、早期対応へ繋げられるための虐待防止への継続的な周知活動、他機関との更なる連携強化の必要があります。</p> <p>2 成年後見制度 認知症等の疾患を抱える高齢者など、多様なニーズに即した権利を擁護するため、成年後見制度の周知を今後も図っていく必要があります。</p>
次期計画の方針		<p>高齢者の生活実態の把握が困難となっている中でも、他機関との連携を密に図っていくことで、虐待や消費者被害等の早期発見・早期対応を可能とする相談体制の強化を進めていきます。 様々なニーズに即した権利を擁護するため、成年後見制度の周知啓発を行い、制度の更なる利用促進を図っていきます。</p>

各論（章）		第3章 地域包括ケアシステム
施策の体系		④生活支援体制の整備（計画冊子66～67ページ）
計画	本施策の方針	高齢者が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、生活支援コーディネーターや生活支援協議体（※注3）、地域ケア会議が中心となり、「支える側」「支えられる側」という関係性に区切ることなく、高齢者が主体的に社会参加できる地域づくりを推進します。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>1 住民主体の通いの場の立ち上げ 住民が主体となった通いの場として13か所が活動しており、令和4年度中には「茶話処オレンジ」の新規立ち上げを支援しました。また住民指導者養成講座の開催や、通いの場の運営者等の懇談会の開催、通いの場の継続支援のための専門職の派遣を実施し、コロナ禍で停滞していた通いの場の再開支援をしました。</p> <p>2 生活支援協議体会議の開催 地域づくりの会やボランティア団体、チームオレンジ代表、介護事業者等の各団体の代表が参加して、令和4年度は3回の会議を開催しました。会議ではそれぞれの団体の活動内容や東御市の課題の共有し、課題解決のための意見交換を行いました。</p>
	成果	<p>1 住民指導者養成講座修了者によって構成される「東御どす来いサポーター」が令和5年4月に立ち上がり、住民主体の通所介護予防サービスの開設に向けて、視察見学や専門職からの指導等の研修を行っています。</p> <p>2 生活支援協議体会議では、様々な団体の代表者が意見交換をすることで、課題解決のために取り組めることを考える機会を提供することができました。</p>
	課題	<p>1 東御どす来いサポーターやチームオレンジと協働して、住民主体の通いの場や生活支援サービス等のさらなる充実を図る必要があります。</p> <p>2 生活支援協議体会議を、住民主体の活動の活性化や新たな生活支援サービスの開設につながるものにする必要があります。</p>
次期計画の方針		様々な団体との情報・意見交換を積極的に行い、多様な生活を支えるための生活支援サービスの創出や見直し、元気な高齢者がいきがいをもって活躍できる居場所づくりを推進します。

各論（章）		第3章 地域包括ケアシステム
施策の体系		⑤見守り・家族支援の推進（計画冊子67ページ）
計画	本施策の方針	地域で暮らす高齢者と支える家族が共に安心して生活を継続するために、一人ひとりに合った支援の充実を図ります。
評価	評価	4 目標通り(90-100%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>1 高齢者配食サービス事業 安否確認を必要とし調理が困難な高齢者世帯に対し、手渡しで弁当の配達を行っています。</p> <p>2 高齢者安否確認事業 介護サービス等を未利用で本人の安否確認をすることができる関係者がいない高齢者宅に福祉運営委員等に野菜ジュースを届けながら訪問してもらっています。</p> <p>3 在宅介護者リフレッシュ事業 高齢者を自宅で介護している家族の、リフレッシュを図ることと介護者相互の交流を図ることで孤立を防ぐことを目的に、日帰り旅行を実施しました。</p>
	成果	<p>1 弁当や野菜ジュース配布で定期的に訪問するため、訪問者により高齢者の体調不良を早期に把握することができました。訪問時の心配事を地域包括支援センターへ報告していただくことで職員が様子を確認し、医療機関の受診につなげることもあり、独居でも安心して暮らせるための安否確認を行うことができました。</p> <p>2 孤立しがちな介護者家族の交流と、長期の介護を支えるためのリフレッシュにつながる機会を提供することができました。</p>
	課題	<p>1 配食サービスは、目的が食の提供よりも安否確認に変化しています。今後も独居等安否確認が必要な高齢者は増加すると考えられ、様々なニーズに合った事業の推進が必要です。</p> <p>2 高齢者を在宅で介護する家族も今後増加すると考えられるため、少しでも介護者の負担を軽減できるような取り組みが必要です。</p>
次期計画の方針		引き続き、地域で暮らす高齢者と支える家族が共に安心して生活を継続するために、一人ひとりに合った支援の充実を図ります。

各論（章）		第4章 介護保険事業
計画	本論の概要	<p>今後、団塊の世代全てが75歳以上となる令和7年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年に向け、総人口・現役世代人口が減少する中で高齢者人口がピークを迎え、介護ニーズの高い85歳以上人口が急増することが見込まれます。また、ひとり暮らし高齢者や高齢夫婦世帯の増加、認知症の人の増加も見込まれるなど、介護サービス需要の増加・多様化が想定されます。</p> <p>こうした状況の中、以下の5点が今後の取り組むべき課題です。</p>
	本論の課題	<p>(1) 核家族化により家庭における介護力の低下が危惧される中、訪問系在宅サービスや一時入所サービスの充実のほか、介護離職の防止にも対応し得る在宅サービスのさらなる充実を図る。</p> <p>(2) ひとり暮らし高齢者や高齢夫婦世帯が増加する中、介護付有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）、認知症高齢者のグループホーム（認知症対応型共同生活介護）等の、在宅での生活継続が困難な高齢者の受け皿となり得る居住系サービスの充実を計画的に進める。</p> <p>(3) 介護給付に要する費用が増大し、介護保険料の負担も増える中、介護保険制度に対する信頼性と持続可能性を確保するためには、真に必要とするサービスを適切に給付し費用に対する効果を高めていくことや、サービスの質の向上に向けた保険者の取組を行う。</p> <p>(4) 介護サービス需要の増加が見込まれる中、生産年齢人口の減少により介護分野の人的制約が一段と強まることが想定されるため、今後、介護人材の確保と業務の効率化に取り組む。</p> <p>(5) 高齢者が安心して介護保険施設を利用するため、日頃から災害・感染症への備えを検討すること。</p>

施策の体系

各論第4章	介護保険事業
①	介護保険サービス量の推計（計画冊子71～81ページ）
②	介護保険サービスの基盤整備（計画冊子82～83ページ）
③	介護給付の適正化（計画冊子84～87ページ）
④	介護サービスの質の向上（計画冊子88～89ページ）
⑤	介護人材の介護人材の確保及び介護分野における業務の効率化（計画冊子90ページ）
⑥	介護サービス事業者等の災害・感染症対策（計画冊子91ページ）
⑦	低所得者の負担軽減策（計画冊子92ページ）

各論（章）		第4章 介護保険事業
施策の体系		②介護保険サービスの基盤整備（計画冊子82～83ページ）
計画	本施策の方針	介護が必要になっても可能な限り在宅又は住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域に必要なサービス基盤の整備を段階的に進め、将来想定される介護サービス需要のさらなる増加・多様化に備えます。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	サービス基盤の整備目標に沿った事業者を公募し基盤整備を行い、応募の無かったサービスについては、再応募及び法人に対し現状の調査等を行いました。
	成果	サービス基盤の整備目標にある施設については整備に至りませんでした。県地域医療介護総合確保基金事業を活用した、認知症対応型共同生活介護〔グループホーム〕の新築移転が行われました。 また、第7期中に新たに整備された看護小規模多機能型居宅介護は、当初に比べ認知度も上がり、利用が増えてきており有効に活用されています。
	課題	応募がなくサービスの基盤整備が行えなかった原因については、新型コロナウイルスによるサービス需要の変化や、サービスを提供するための人材不足、また物価高騰が影響しており、計画策定時点では予測が難しい事象が重なった結果であると考えられます。 また、事業者の聞き取りからはサービスの需要の変化等により、募集施設について充足傾向にあるとの意見もあり、需要の状況を注視する必要があります。
次期計画の方針		各サービス（施設サービス・居住系サービス・在宅サービス）については、サービス量の見込みの推計及びニーズ、事業者の現状等勘案しつつ基盤の整備を行っていきます。

各論（章）		第4章 介護保険事業
施策の体系		③介護給付の適正化（計画冊子84～87ページ）
計画	本施策の方針	「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」、「介護給付費通知」の主要5事業を中心に介護給付の適正化に取り組めます。
評価	評価	4 目標通り(90-100%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>本施策では、以下の事業に取り組めました。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 新任認定調査員を対象とした研修や認定結果データの点検を行った要介護認定の適正化事業 2 市内居宅介護事業所を対象に利用者の自立支援に資するケアプランであるかを点検したケアプランの点検 3 住宅改修や福祉用具購入・貸与内容が適正かどうかを点検した住宅改修等の点検 4 利用者ごとに介護報酬の支払い状況を確認し、請求内容の誤りがないかを点検した縦覧点検・医療情報との突合 5 利用者やその家族に対して、適切なサービスの利用を促すための介護給付費通知
	成果	事業の取り組みにより、利用者の自立支援に資する介護給付及び給付請求の適正化につながりました。
	課題	請求の点検については、帳票が複数枚にわたり時間を要するため、より効果的な点検方法を検討する必要があります。
次期計画の方針		国保連合会から提供される請求点検用帳票を活用し、より効果的な点検方法を検討していきます。

各論（章）		第4章 介護保険事業
施策の体系		④介護サービスの質の向上（計画冊子88～89ページ）
計画	本施策の方針	計画的な事業所への実地指導と介護相談員派遣事業を軸に介護保険サービスの質の向上に努めていきます。
評価	評価	4 目標通り(90-100%程度)成果を果たせた
	取組内容	サービスの質の確保と介護報酬請求の適正化を図るため、事業所の指定有効期間中に1回、新規指定を受けた事業所には開所後1年以内の実地指導を行いました。なお、一部の事業所については、新型コロナウイルス感染症流行のため、期間を遅らせて実施しました。 また、外部講師を招き、市内居宅介護事業所を対象に、介護支援専門員の資質向上のため、年3回～4回ケアプラン点検を実施しました。 介護相談員派遣事業では、上田地域広域連合が派遣する介護相談員が、施設等を訪問して利用者の声を聞き取り、事業者や行政へ橋渡しを行うことにより、サービスの質の向上を図りました。
	成果	ケアプラン点検では、講師との対話形式により、利用者の自立支援に資するケアプラン作成について、市内事業所介護支援専門員が協働して振り返る場となり、職員間の情報共有の場としても活用できました。
	課題	事業所内の職員数や経験年数により、職員の資質は異なるため、研修の場の提供により、定期的な資質の向上の場が必要です。
次期計画の方針		介護サービスの質の向上に資する事業を継続し、事業者のサービス運営状況及び利用者のサービス利用状況の把握、サービス向上に向けた事業者との連携に努めます。

各論（章）		第4章 介護保険事業
施策の体系		⑤介護人材の確保及び介護分野における業務の効率化（計画冊子90ページ）
計画	本施策の方針	介護人材の確保については、長野県や近隣市町村と連携・協調しながら、「入職促進」「資質向上」「定着支援（離職防止）」の総合的・中長期的な視点で取り組みを行います。また、人材不足の時代に即した介護現場の革新と生産性の向上についても推進していきます。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	市内事業者に対し、長野県が実施する外国人材受入支援研修や、介護ロボット活用研修等の情報提供を行いました。 また、市内事業者へ人材の充足状況について聞き取りを行い、介護人材を獲得するための方策について意見交換を行いました。
	成果	市内介護事業所へ人材獲得について意見交換をすることにより、情報共有を図ることができました。
	課題	市内介護事業所への聞き取りから、将来的な人材不足が懸念されており、介護ロボット等の活用が求められる一方で、ICTに対応できる人材の不足により、活用が難しい状況があります。
次期計画の方針		介護人材獲得に向けた施策について引き続き県との連携を図りながら取り組むと共に、介護現場の生産性向上のため、ケアプランデータ連携システム導入の推進、電子申請届出システム導入の検討を行います。

各論（章）		第4章 介護保険事業
施策の体系		⑥介護サービス事業者等の災害・感染症対策（計画冊子91ページ）
計画	本施策の方針	地震や風水害などの自然災害、感染症などのリスクに対して、事前の備えを充実させるとともに、有事の際の対応力強化を図ります。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>新型コロナウイルス感染拡大のなか事業所のサービス継続のために支援物資（マスク・消毒液等）の配布を行い、感染症発生の事業所に対してはガウン等の支援物資の配布やPCR検査等の費用補助、事業所の早期再開のための支援を行いました。また、メールやWebを活用し事業所を対象とした情報連携会議を開催し、情報共有を図りました。</p> <p>自然災害に対する事前準備として、福祉避難所の施設への訪問や、実地指導等を通じた、災害時の避難等に関する指導・助言を行いました。</p>
	成果	<p>情報連携会議を行う事で事業所における新型コロナウイルス感染症発生情報等を共有し、迅速な対応が行え、事業所同士の連携も強化することができました。</p> <p>また、実際に施設を訪問することで、福祉避難所ごとの災害種別等による受け入れ体制等の確認や、実地指導での実効的な指導・助言が行うことが出来ました。</p>
	課題	<p>災害が発生した場合の事業所への連絡方法や体制について、検討していく必要があります。</p> <p>また、今回のコロナ禍においてマスク等の衛生用品が、全国的な需要の高まりにより品薄となり調達に苦慮したことから、今後備蓄を強化する必要がありますが、特に衛生用品は使用期限や保存方法について注意する必要があるため、各施設ごとの在庫の保持についても検討の必要があります。</p>
次期計画の方針		自然災害や感染症等に対する事前の備え及び有事の際の対応力の強化を図ります。

各論（章）		第4章 介護保険事業
施策の体系		⑦ 低所得者の負担軽減策（計画冊子92ページ）
計画	本施策の方針	低所得者が経済的な理由で必要な介護サービスの利用を控えることがないよう、利用料の軽減等の支援を実施します。
評価	評価	3 概ね(70%程度)成果を果たせた
	取組内容	<p>本施策では、以下の事業に取り組みました。</p> <p>1 1ヶ月に利用した介護保険利用者負担額の合計が、一定の上限額を超えた場合にその超過分を払戻す高額介護サービス費</p> <p>2 1年間に利用した介護保険と医療保険の利用者負担額の合計が、一定の上限額を超えた場合にその超過分を払戻す高額医療合算介護サービス費</p> <p>3 低所得者等が施設サービス利用する際の食費・居住費を、一定の負担額までに軽減する特定入所者介護サービス費</p> <p>4 生計困難者等の利用者負担額を25%～100%軽減する社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業</p>
	成果	利用者負担軽減制度の利用により、介護依存度の大きい生計困難者でも必要な介護サービスを利用することが可能となっています。
	課題	高齢者人口及び認定率増加に合わせて、より制度の周知が必要と考えられます。
次期計画の方針		低所得者の負担軽減策について、利用者やケアマネジャーへの制度周知を強化します。

