

第1節 地域支援事業の概要

〔1〕地域支援事業の目的

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談支援、在宅医療と介護の連携体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制の整備及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進していきます。

〔2〕地域支援事業の展開

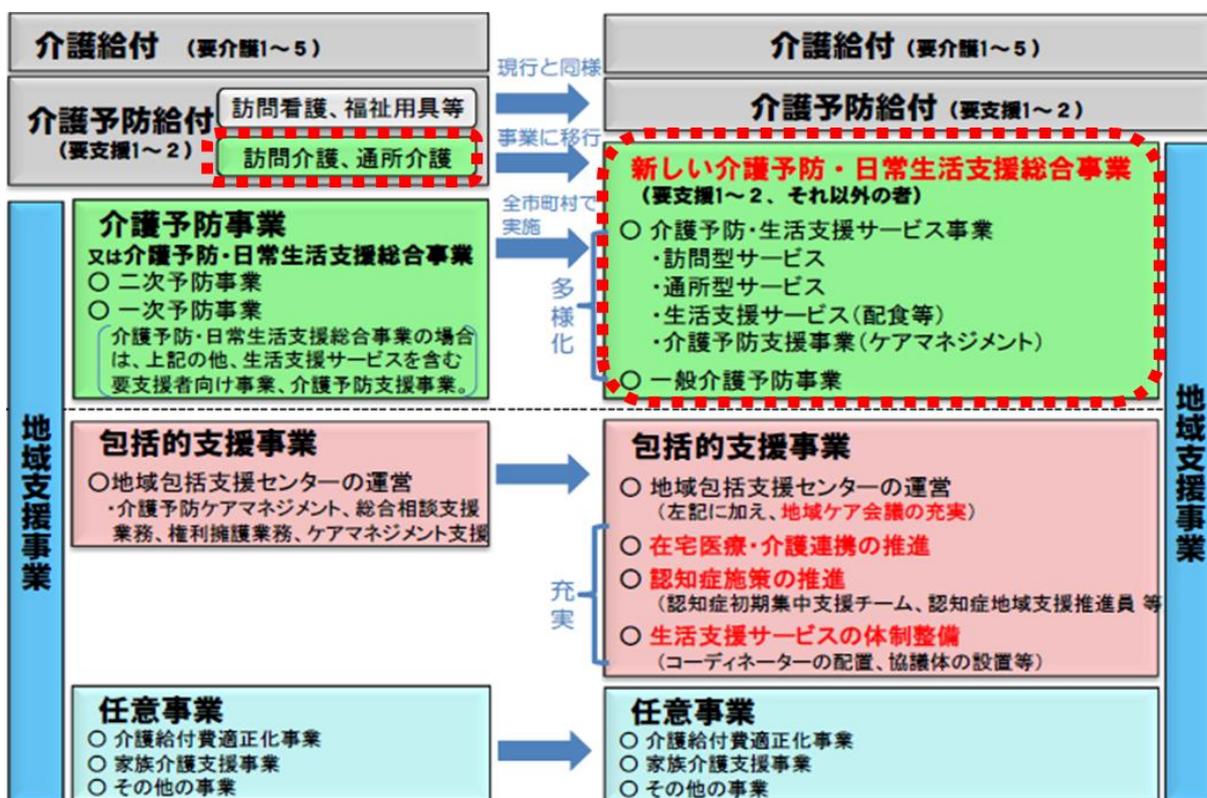
介護保険制度の改正により、平成28年1月1日から、要支援者に対する訪問介護と通所介護は、市町村が行う地域支援事業へ移行しました。

移行後の地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」の3種類の事業から構成されます。

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）への移行

〈 移行前 〉

〈 移行後 〉



資料：厚生労働省資料

〔3〕 地域支援事業の財源

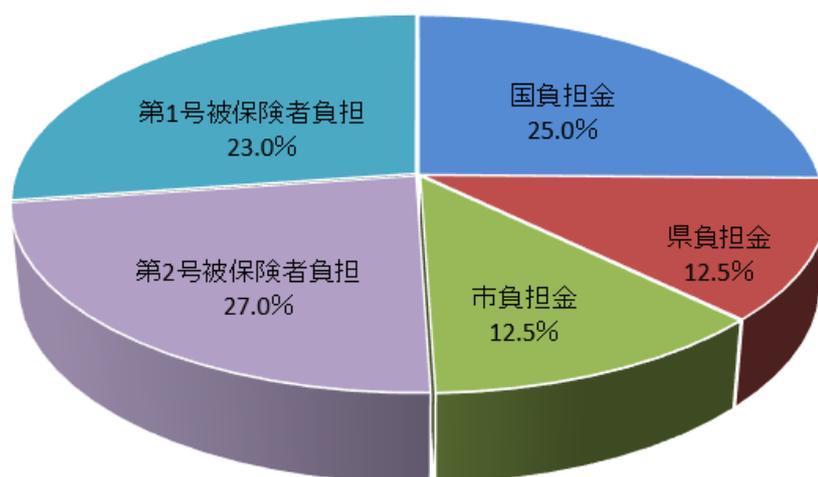
地域支援事業の財源は、国、県、市、40歳から64歳の第2号被保険者、65歳以上の第1号被保険者が負担しており、各事業によって負担割合が定められています。

地域支援事業交付金の対象となる地域支援事業の上限額については、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営・社会保障充実分）・任意事業のそれぞれで設定されています。

1) 介護予防・日常生活支援総合事業の負担割合

介護予防・日常生活支援総合事業の負担割合は、グラフ1のとおりです。

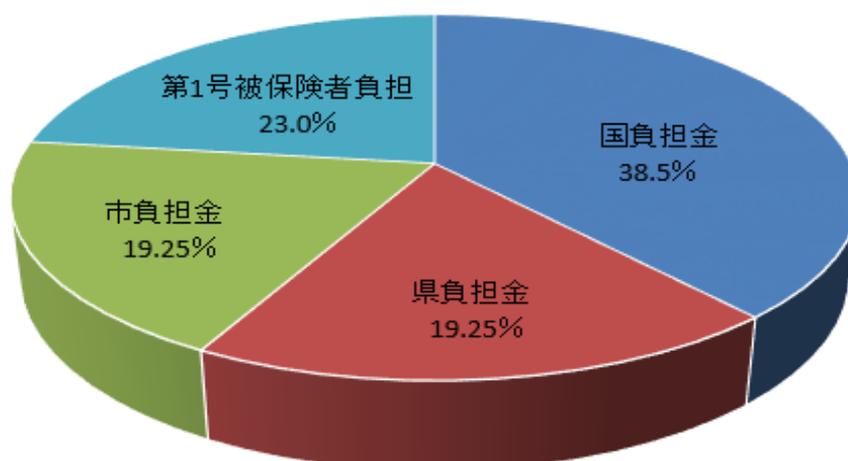
グラフ1 介護予防・日常生活支援総合事業の負担割合



2) 包括的支援事業と任意事業の負担割合

包括的支援事業と任意事業の負担割合は、グラフ2のとおりです。

グラフ2 包括的支援事業・任意事業の負担割合



〔4〕地域支援事業の内容

1) 介護予防・日常生活支援総合事業

ア. 介護予防・生活支援サービス事業

要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減及び地域における自立した日常生活の支援を実施することで、一人一人の生きがいや自己実現のための取組や、活動的で生きがいのある生活を送ることができるように支援することを目的としています。

関係機関と事業の目的、それぞれが実施すべき内容、評価等を検討する場を設け、より効果的・効率的な事業の実施につなげていきます。

① 訪問型サービス（第1号訪問事業）

訪問による、ゴミ出し、掃除等の日常生活上の支援やADL・IADLの改善を促すサービス等を実施します。

訪問型サービスの類型

種別	サービス内容	藤岡市の取組
訪問介護相当サービス (ホームヘルプ)	訪問介護員による身体介護、生活援助	市指定事業
訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問介護員等による生活援助	高齢者自立センター運営事業

訪問型サービスの類型は上表のほかに、訪問型サービスB（住民主体による生活援助）、訪問型サービスC（訪問による専門職の短期的な相談指導等）及び訪問型サービスD（通いの場への移動支援）があります。

訪問型サービスB及び訪問型サービスDの実施は、生活支援体制整備事業で関係機関と協議・連携し、多様な支援方法を検討していきます。

訪問型サービスCの実施については、効果的な方法を検証しながら実施を目指していきます。

② 通所型サービス（第1号通所事業）

通所施設や通いの場において、自立支援・重度化防止を図り、介護予防に効果的な教室を実施します。

通所型サービスの類型

種別	サービス内容	藤岡市の取組
通所介護相当サービス (デイサービス)	通所施設による食事、入浴、機能訓練、送迎等	市指定事業
通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	運動・レクリエーション等の通いの場	高齢者自立センター運営事業
通所型サービスC (短期集中予防サービス)	専門職による短期間の指導やトレーニング	高齢者自立センター運営事業

通所型サービスの類型は上表のほかに、通所型サービスB（住民主体による通いの場）があります。

通所型サービスBについては、要支援者等が参加できて自立支援を目的とする通いの場を、すでに一般介護予防事業で筋力トレーニング教室として実施しているため、通所型サービスBの効果的な在り方を含め総合的に検討していきます。

③ その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）

訪問型・通所型サービスが一体的に提供されるサービスを行い、定期的な安否確認による見守り等を実施します。

④ 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

要支援者等に対し、アセスメント（情報収集）を行い、その状態や置かれている環境、その他の状況に応じて、本人が自立した生活を送ることができるよう効果的なケアプランを作成し実施します。

イ. 一般介護予防事業

市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域において理学療法士等のリハビリテーション専門職等を生かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することによる介護予防を推進します。具体的には、以下の取組を推進します。

① 介護予防把握事業

家に閉じこもっているなど何らかの支援を要する人を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる取組を実施します。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布や出前講座の実施を行います。

③ 地域介護予防活動支援事業

誰でも一緒に参加できる通いの場の拡充やボランティアの人材育成等の介護予防活動を推進します。本市では、ミニデイサービス事業、筋力トレーニング教室、生涯現役塾、介護予防サポーター事業を行っています。

④ 一般介護予防事業評価事業

本計画において定める目標値の達成状況等を、地域づくりの観点から評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を行います。

⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーション専門職が、訪問、通所、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援する事業を推進します。

2) 包括的支援事業

ア. 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの中核的役割を担うとともに、地域住民の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行うことで、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援します。高齢者のニーズに応じた様々なサービスが提供されるよう、医療・介護の専門職を始めとした多職種協働による個別事例の検討や地域課題の解決を行う地域ケア会議を実施します。

イ. 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする高齢者に対し、在宅医療と介護を一体的に提供するため、医療機関、介護サービス事業者等と連携するための拠点を設置し、切れ目のないサービスを提供できるよう支援します。

ウ. 生活支援体制整備事業

住民同士の支え合いによる生活支援・介護予防サービス等を充実させるため、地縁組織等の多様な主体で構成される「地域支え合い協議体」の活動を、その協議体の推進役である「地域支え合いコーディネーター」と支援します。

エ. 認知症総合支援事業

認知症になっても地域で安心して暮らせるよう、予防から早期発見、早期対応、本人や家族の支援を行います。認知症高齢者を地域で見守る環境づくりを推進します。

3) 任意事業

ア. 介護給付費等費用適正化事業

真に必要な介護サービスが提供されているかの検証、介護保険制度の趣旨の徹底や質の向上のために必要な情報の提供などにより介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施します。

イ. 家族介護支援事業

介護技術を習得する教室の開催や、介護サービスを受けていない中重度の要介護者を現に介護している家族を慰労するなど、家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を目的とした事業を実施します。

ウ. その他の事業

成年後見制度利用支援事業、福祉用具・住宅改修支援事業、認知症サポーター等養成事業、地域自立生活支援事業など、地域の実情に応じた事業を実施します。

〔5〕地域支援事業の実績と見込み

1) 地域支援事業の実績

令和3年度と令和4年度の実績を比較すると、個々の事業では増減がありますが、全体ではほぼ同額となっています。令和5年度は、増加する見込みです。

I 第8期介護予防・日常生活支援総合事業実績

(単位：円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
(1) 訪問型サービス	41,934,449	45,111,931	49,598,000
訪問介護相当サービス	32,365,759	37,704,010	46,046,000
訪問型サービスA	9,568,690	7,407,921	3,552,000
(2) 通所型サービス	107,514,420	105,856,478	126,260,000
通所介護相当サービス	69,788,286	72,213,344	83,045,000
通所型サービスA	35,220,398	31,661,136	41,595,000
通所型サービスC	2,505,736	1,981,998	1,620,000
(3) 介護予防ケアマネジメント	12,164,886	12,104,220	14,341,000
(4) 審査支払手数料	372,344	390,936	422,000
(5) 高額介護予防サービス費相当事業等	258,647	215,081	628,000
(6) 一般介護予防事業	12,794,753	12,656,114	14,692,000
介護予防普及啓発事業	646,029	771,514	417,000
地域介護予防活動支援事業	12,148,724	11,884,600	14,275,000
計	175,039,499	176,334,760	205,941,000

II 第8期包括的支援事業及び任意事業実績

(単位：円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
(1) 包括的支援事業	63,313,108	63,812,942	78,373,000
(2) 任意事業	7,989,166	8,454,042	13,238,000
介護給付等費用適正化事業	2,064,397	1,961,560	1,976,000
家族介護支援事業	1,087,150	1,320,000	2,062,000
その他の事業	4,837,619	5,172,482	9,200,000
成年後見制度利用支援事業	1,029,285	1,277,212	2,980,000
認知症サポーター等養成事業	24,070	5,250	22,000
地域自立生活支援事業	3,784,264	3,890,020	6,198,000
計	71,302,274	72,266,984	91,611,000

※包括的支援事業は、主に、地域包括支援センターの運営、第1号介護予防支援事業、総合相談支援、権利擁護、包括的継続的ケアマネジメント支援、在宅介護支援センターの設置です。

Ⅲ 第8期包括的支援事業（社会保障充実分）実績 （単位：円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
(1) 在宅医療・介護連携推進事業	11,600,000	12,545,000	12,940,000
(2) 生活支援体制整備事業	20,912,950	19,448,334	27,145,000
(3) 認知症初期集中支援推進事業	2,438,000	2,438,000	2,479,000
計	34,950,950	34,431,334	42,564,000

2) 地域支援事業の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業の事業費は、年々増えていくと予想され、今後より一層、各事業の効果的な運営の見直しが求められます。今計画中の包括的支援事業・任意事業の事業費も、増加傾向で推移する予想です。

I 第9期介護予防・日常生活支援総合事業推計 （単位：千円）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
(1) 訪問型サービス	44,364	45,623	46,919	41,547
訪問介護相当サービス	40,777	42,000	43,260	37,739
訪問型サービスA	3,587	3,623	3,659	3,808
(2) 通所型サービス	130,844	135,640	140,659	125,495
通所介護相当サービス	87,198	91,557	96,135	79,164
通所型サービスA	42,010	42,431	42,855	44,595
通所型サービスC	1,636	1,652	1,669	1,736
(3) 介護予防ケアマネジメント	14,628	14,920	15,219	16,499
(4) 審査支払手数料	441	454	468	444
(5) 高額介護予防サービス費 相当事業等	251	271	292	339
(6) 一般介護予防事業	14,844	14,998	15,154	15,791
介護予防普及啓発事業	427	437	447	487
地域介護予防活動支援事業	14,417	14,561	14,707	15,304
計	205,372	211,906	218,711	200,115

Ⅱ 第9期包括的支援事業及び任意事業推計

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
(1) 包括的支援事業	82,291	86,405	90,725	64,807
(2) 任意事業	12,194	12,414	12,653	13,824
介護給付等費用適正化事業	1,985	1,994	2,003	2,031
家族介護支援事業	2,062	2,062	2,062	2,062
その他の事業	8,147	8,358	8,588	9,731
成年後見制度利用支援事業	1,846	2,030	2,233	3,268
認知症サポーター等養成事業	25	28	31	43
地域自立生活支援事業	6,276	6,300	6,324	6,420
計	94,485	98,819	103,378	78,631

Ⅲ 第9期包括的支援事業(社会保障充実分)推計

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
(1) 在宅医療・介護連携推進事業	13,328	13,728	14,140	12,940
(2) 生活支援体制整備事業	27,688	28,242	28,806	27,145
(3) 認知症初期集中支援推進事業	2,550	2,550	2,550	2,479
計	43,566	44,520	45,496	42,564

第2節 介護予防事業の推進

〔1〕高齢者自立センター運営事業

【事業の概要】

高齢者自立センターの運営は、社会福祉法人に委託し、市内の2箇所で実施しています。同センターは、基本チェックリストに該当する事業対象者及び要支援者に対し、訪問型サービスA、通所型サービスA、通所型サービスCを実施しています。事業の中で、実施時期にあわせた健康講話を行っているほか、地域住民への介護に関する知識や技術の普及を図るため、介護者教室を実施しています。

【実績及び評価】

高齢者自立センター藤岡の利用者数は増加していますが、鬼石では減少しています。通所型サービスは、定期的な運動を行い身体機能の維持向上、他者との交流による閉じこもり・認知症予防につながっています。通所型サービスCでは、リハビリ専門職の介入により運動機能低下に起因する日常生活機能低下の予防、改善のための支援を行います。訪問型サービスでは、掃除や買い物など生活状態に合わせた家事支援を行い、自立した生活支援につながっています。

訪問型サービスA実績

		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
藤岡	延利用者数	594人	606人	620人
鬼石	延利用者数	145人	97人	100人

訪問型サービスA推計

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
藤岡	延利用者数	620人	630人	640人
鬼石	延利用者数	100人	105人	110人

通所型サービスA

通所型サービスA（1日コース）実績

		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
藤岡	実施日数	75日	112日	130日
	延利用者数	810人	1,325人	2,000人
鬼石	実施日数	74日	113日	144日
	延利用者数	317人	354人	430人

通所型サービスA（1日コース）推計

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
藤岡	実施日数	144日	144日	144日
	延利用者数	2,100人	2,200人	2,300人
鬼石	実施日数	144日	144日	144日
	延利用者数	410人	420人	430人

通所型サービスA（半日コース）実績

		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
藤岡	実施日数	24日	38日	45日
	延利用者数	96人	156人	400人
鬼石	実施日数	24日	38日	45日
	延利用者数	121人	89人	190人

通所型サービスA（半日コース）推計

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
藤岡	実施日数	45日	45日	45日
	延利用者数	410人	420人	430人
鬼石	実施日数	45日	45日	45日
	延利用者数	200人	205人	210人

通所型サービスC実績

		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
藤岡	実施回数	12回	28回	39回
	延利用者数	41人	109人	150人
鬼石	実施回数	11回	15回	13回
	延利用者数	49人	60人	57人

通所型サービスC推計

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
藤岡	実施回数	39回	39回	39回
	延利用者数	165人	165人	165人
鬼石	実施回数	13回	13回	13回
	延利用者数	65人	65人	65人

介護者教室事業実績

		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実施回数		1回	1回	1回
参加人数		7人	10人	15人

介護者教室事業推計

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数		1回	1回	1回
参加人数		15人	15人	15人

【今後の課題・方針】

各種サービスの見込み量の確保に向けて、委託先及び同センターの職員と運営課題について情報共有を行い、安定的な運営をしていきます。鬼石については、減少から増加に転じるよう検討します。

自立支援・重度化防止を一層推進するため、リハビリテーション専門職を活用した通所型サービスCにおける指導の充実や在宅に戻っても継続的に機能維持・改善できる効果的な通いの場の確保を、多野藤岡地域リハビリ研究会と連携して支援していきます。

〔2〕ミニデイサービス事業

【事業の概要】

家に閉じこもりがちな高齢者に対し、身近な地域において既存の施設、組織及び人材を活用し通所型サービスを提供することで、社会的孤立感の解消及び自立生活の助長を促し、要介護状態の予防を図ることを目的に平成14年度から行っている事業です。

運営は社会福祉法人に委託し、歌唱・ゲームなどのレクリエーションや健康体操、健康講話などを実施しています。

【実績及び評価】

地域づくりセンター（旧公民館）や公会堂などの身近な会場を利用して実施しています。令和5年度は70箇所で月1回実施しています。

筋力の維持・向上を目的としたダンベル体操をメニューに取り入れ、身体機能の向上にも努めています。

活動を円滑に実施するため、平成18年度から養成している介護予防サポーターの協力も得ています。

ミニデイサービス事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実施回数	380回	588回	750回
利用者数	2,029人	3,020人	3,800人

ミニデイサービス事業推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数	750回	750回	750回
利用者数	3,980人	4,160人	4,340人

【今後の課題・方針】

多くの高齢者が利用できるよう事業内容の充実を図り、スタッフの配置や実施環境等を考慮し、効率よく事業を実施する必要があります。

〔3〕筋力トレーニング教室

【事業の概要】

加齢に伴う筋力の低下及び転倒による骨折等が原因で要介護・要支援状態になることを予防するため、筋力トレーニング教室を行っています。

平成13年12月に旧鬼石町で開始し、ボランティアである介護予防サポーターを中心に地域の公会堂、集会所等で週1回の地区筋力トレーニングと、トレーニングの効果を高めるため、理学療法士の指導による合同筋力トレーニングを実施しています。

トレーニングの内容は、初級・中級・上級コースをそれぞれ4箇月ごとに実施し、初級コースでは4種類の体操を、中級コースでは4種類の体操を加え8種類の体操を、上級コースでは更に2種類の体操を加え10種類の体操を行い、1年間をかけて習得します。全てのコース終了後は、自主活動としてトレーニングを継続しています。

【実績及び評価】

地区筋力トレーニング、合同筋力トレーニング、体力測定等の延べ参加者数は、年間3万人近くとなっています。

参加を促す取組として、合同筋力トレーニング等の研修会開催による周知や、保健師による出前講座・体力測定会などを実施しています。参加者の体力は、全体的に改善傾向を示し、特に下肢の筋力と起立能力が向上し、転倒予防効果に加え、コミュニティの形成や定期的な外出の機会が増えることによる閉じこもり予防の効果が期待できます。

介護予防サポーターが、毎年4千回以上行われている筋力トレーニング教室を支えています。

令和2年度からは、教室に来ることができない人に自宅で運動をする機会を設けるため、筋力トレーニングのCD、DVD、カセットテープの配布や、高齢者向けの体操の動画を配信しました。

筋力トレーニング教室実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実施会場	94会場	93会場	93会場
登録者数	1,532人	1,389人	1,500人
参加率	7.4%	6.7%	7.2%

※参加率は、高齢者のうち筋力トレーニング教室に参加している人の割合

筋力トレーニング教室推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施会場	94会場	95会場	95会場
登録者数	1,650人	1,675人	1,700人

【今後の課題・方針】

新たな参加者が増えず、参加者が高齢化することで中止となる会場が増え、さらに感染症蔓延防止による教室自粛期間中に筋力が低下し、教室に参加できなくなった人もいます。筋力トレーニングの普及や教室参加者の再募集の支援をすることで、今ある教室の存続と未実施地区での新たな教室の開講に努めます。介護予防サポーターについても高齢化が進んでいるため、新たに養成し、若い世代へ繋いでいきます。

〔4〕生涯現役塾**【事業の概要】**

高齢者が自信を持ち充実した生活を送るための講座や教室を実施します。

高齢者自身の持つ特技や知識を生かし、講師や受講生として互いに学び、教えることで、生涯を通じた生きがいを促します。活動に参加することにより、閉じこもりや認知症予防に繋がります。

【実績及び評価】

高齢者の生きがいと健康づくり・介護予防を目的に、65歳以上の高齢者を対象に公共施設を利用して実施しています。令和2年度及び令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で実施を見送りましたが、令和4年度は健康マージャン教室を実施しました。

保健師による健康講話を取り入れ、健康や介護予防等に対する参加者の意識向上を図っています。

参加者同士の交流や生きがいを促し、事業終了後も自主活動により継続できるよう努めています。

生涯現役塾実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実施教室数	0教室	1教室	1教室
参加者数	0人	16人	10人

生涯現役塾推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施教室数	1教室	2教室	2教室
参加者数	20人	40人	40人

【今後の課題・方針】

生きがいつくりや交流の場として、多くの高齢者が参加できる多種多様な講座・教室を企画し、高齢者の学ぶ機会や指導者となる機会の創出等を支援します。

〔5〕アクティブシニア運動塾について

【事業の概要】

元気なうちから体力づくりを習慣にすることを目的に、65歳以上を対象として、リハビリ専門職等を講師に、やや負荷の高い運動教室を実施します。

体力づくりに繋がるよう栄養講話を取り入れ健康寿命の延伸を目指します。

【実績及び評価】

令和5年度から、リハビリ専門職をはじめ、健康運動指導士やピラティスインストラクターを講師に招き、自宅でも取り組める運動や体操の方法について6回を1クールの講座にして開催しました。栄養講話では教材を用いて説明するほか、試食を提供し誰でも簡単にできる料理の紹介を実施しました。

アクティブシニア運動塾実績

	令和5年度(見込)
延参加者数	308人

アクティブシニア運動塾推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
延参加者数	320人	320人	320人

【今後の課題・方針】

参加者のアンケート結果から、回数の増加を希望する意見が多くあったため、令和6年度以降は1クール8回に講座数を増やして実施していきます。講師と協議し教室の後半はより負荷の高い運動方法を紹介する等、より充実した教室にしていきます。

〔6〕高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について**【事業の概要】**

群馬県後期高齢者医療広域連合の広域計画に基づき、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な事業を実施します。

【実績及び評価】

後期高齢者は、外来における1日当たりの医療費が高く、その内容は腎不全と糖尿病が多いことから、糖尿病性腎臓病の重症化予防への個別支援を実施しました。また、健診受診率が低いことと健診未受診者にかかる医療費が高いことから、健康状態未把握者への個別支援を実施しました。

さらに、通いの場を活かして多野藤岡地域リハビリ研究会のリハビリ専門職と共に高齢者のフレイル予防に取り組みました。

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な事業実績

	令和5年度(見込)
実施圏域数	2 圏域
糖尿病性腎臓病予防 実施者数	3 人
健康状態未把握者 支援者数	61 人
フレイル予防 実施会場数	4 箇所

【今後の課題・方針】

毎年、前年度の健診結果や医療・介護のレセプトの統計から健康課題を明確化しそれに対する保健事業を計画します。令和5年度は5圏域中2圏域での実施でしたが、令和6年度以降は別の圏域にも拡大し実施していきます。

第3節 生活支援事業の充実

〔1〕配食サービス事業

【事業の概要】

ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯に対し、栄養バランスの取れた食事を届けることにより、日常生活の自立と生活の質の向上を図るとともに宅配時の安否確認を行います。

利用者1人に対し、週3回を限度に昼食または夕食の宅配を行います。1食当たりの食材費・調理費等は利用者負担となります。

【実績及び評価】

令和3年度からの3年間は、配食数が増加傾向にあります。栄養改善が必要な高齢者のケアプランあるいは介護予防プランに配食サービスを位置づけ、健康状態の維持を図りました。利用開始後は定期的なモニタリングを行い、本事業の有用性についての評価を行いました。

配食サービス事業実績（週2回）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実人数	164人	153人	190人
配食数	9,120食	9,288食	9,800食

配食サービス事業推計（週3回）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	200人	210人	220人
配食数	17,160食	17,940食	18,720食

【今後の課題・方針】

ひとり暮らし高齢者が増加しているなか、家庭での自立した生活の継続を援助する手段として重要な位置付けとなっています。栄養バランスの取れた食事は、生活習慣病などになるリスクを抑え、在宅生活における健康を維持することから、介護サービスを補完する役割があるため、今後も重要な施策として継続していきます。なお、令和5年度までは週2回までの配食でしたが、令和6年度より週3回までと拡充して実施していきます。

〔2〕在宅高齢者理美容サービス事業

【事業の概要】

外出が困難な在宅高齢者に対し、在宅で行う理容及び美容サービス費用の一部を給付することにより、高齢者が衛生的で、快適な生活を送ることを目的とした事業で、年間4枚を限度として理美容券を発行し、1枚につき3,000円を補助します。

【実績及び評価】

利用者数はほぼ横ばいの状況で、発行した利用券の使用率は5割程度でした。

在宅理美容サービス事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
利用者数	30人	35人	33人
利用枚数	62枚	88枚	65枚

在宅理美容サービス事業推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	35人	37人	39人
利用枚数	70枚	74枚	78枚

【今後の課題・方針】

寝たきりなどで外出が困難な高齢者の増加が予想される中で、在宅の高齢者の衛生的で快適な生活を維持するため、継続して実施します。

本事業の利用により気分転換となり、充実した生活につながると考えられます。

対象者と契約を締結している介護支援専門員等の協力を得て、利用率の向上を図っていきます。

〔3〕高齢者等日常生活用具給付等事業

【事業の概要】

ひとり暮らしの高齢者等に対し、日常生活用具を給付することにより、日常生活における利便性を高めることを目的に実施しています。給付品目は、電磁調理器（専用鍋付）、自動消火器及び火災報知器の3種類です。

【実績及び評価】

令和3年度からの日常生活用具の給付台数は、下表のとおりです。

利用者は多くありませんが、認知機能低下等により調理時の出火が心配な人などから、一定の給付希望があります。

日常生活用具給付実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
電磁調理器	0台	0台	1台
自動消火器	1台	0台	1台
火災報知器	0台	0台	1台

日常生活用具給付推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
電磁調理器	1台	1台	1台
自動消火器	1台	1台	1台
火災報知器	1台	1台	1台

【今後の課題・方針】

高齢者が安心して生活を送れるように、今後も継続して実施します。

民生委員等の協力を得ながら更なる周知・普及を図ります。

〔4〕在宅ひとり暮らし高齢者等緊急通報体制整備事業

【事業の概要】

在宅のひとり暮らし高齢者及び高齢者世帯の人の急病や災害等の緊急時に、迅速かつ適切に対応できる体制の整備を図ることを目的としています。

緊急通報装置の設置・緊急時への対応などは、専門業者へ業務委託を行い、実施しています。具体的には、利用者から通報をコールセンターで受け、本人の状況を確認し、状況によって救急車等の要請、現場への出動、緊急連絡先への連絡等を行うこととなっています。

さらに、緊急通報装置のほかに火災センサーも設置するため、火災にも対応しています。

また、ひとり暮らし高齢者に対しては、定期的に在宅介護支援センター職員や民生委員が訪問を行い、高齢者の心身の状況を把握しています。

【実績及び評価】

本市においても、ひとり暮らし高齢者は年々増加しています。心疾患等の慢性疾患により不安な毎日を送っている高齢者の増加や核家族化によって親族と別々に暮らしている高齢者が増加していますが、令和3年度からの3年間は、新規設置数より撤去数が多く、結果として設置台数は減少傾向となりました。

緊急通報装置設置実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
設置台数	90台	80台	80台

※設置台数は、各年度の3月末現在の数値

緊急通報装置設置推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
設置台数	90台	100台	110台

【今後の課題・方針】

ひとり暮らし高齢者の増加に伴い、今後も安否確認や緊急時の迅速かつ適切な対応が重要であるため、民生委員や民間事業者等の協力を得て、高齢者の見守り体制を充実させていきます。

令和5年度までは住民税課税世帯の利用者に月300円の自己負担がありましたが、令和6年度より無償化します。

第4節 家族支援事業の充実

〔1〕在宅ねたきり高齢者等介護慰労金事業

【事業の概要】

在宅で要介護3以上の高齢者を、1年以上継続して介護しているなどの基準を満たした人を慰労し、高齢者福祉の増進を図ることを目的に、介護慰労金を支給しています。

【実績及び評価】

令和3年度以降の支給対象者は増加傾向で推移しました。市内で有料老人ホームの開設があり、重度者の受入れが進みましたが、在宅で介護を続けている家庭も一定数あります。

介護慰労金支給実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
支給者数	72人	78人	92人

介護慰労金支給推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
支給者数	85人	80人	80人

【今後の課題・方針】

介護慰労金の支給は、介護を受けている高齢者はもとより、介護する家族にとっても在宅生活における介護負担を精神的、経済的に軽減するものであり、特に高齢者世帯においては介護支援、生活支援につながるものであるため、今後も本事業を継続して実施する予定です。

〔2〕在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助事業

【事業の概要】

在宅高齢者の日常生活の快適化と高齢者を介護する家族の身体的、経済的負担を軽減する観点から、紙おむつの必要性が高い高齢者に対し、紙おむつ等の購入費用の一部を補助する事業です。

住民税非課税世帯の人は月額3,000円、住民税課税世帯の人は月額1,500円を補助します。

【実績及び評価】

令和5年度までは紙おむつ等を自宅に配達する方法で実施しており、令和3年度からの3年間は一定数の利用があり利用者数は増加傾向となっています。

給付品目は令和5年度にパンツタイプを3種類から4種類に増やすことで全9種類とし、利用者の選択肢を広げ、より実態に即した利用ができるようになりました。

紙おむつ等給付事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実利用者数	293人	299人	310人
給付数	1,793枚	1,775枚	1,850枚

紙おむつ等給付事業推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実利用者数	330人	340人	350人
給付数	—	—	—

【今後の課題・方針】

在宅でおむつが必要な高齢者を介護している場合、おむつに係る費用は膨大であり、家族にとっては深刻な問題となります。本事業は、高齢者及びその家族にとって経済的な負担の軽減の一助になっていると考えられます。

利用者のさらなる利便性の向上を図るため、令和6年度より補助方式に変更し、介護支援専門員の協力を得て本事業の効率的な実施をしていきます。

〔3〕高齢者生活支援短期入所事業

【事業の概要】

在宅で生活する高齢者を養護している家族が疾病にかかる等の特別な理由により家庭において養護ができない場合や、高齢者が虐待を受けている又は、そのおそれのある場合、基本的な生活能力が欠如しているひとり暮らし高齢者を一時的に養護する必要がある場合に、その高齢者を介護保険施設等に短期宿泊させることで、高齢者の健康保持と心身の安全を確保することを目的としています。

本事業を利用できる高齢者は、65歳以上の要介護・要支援認定を受けていない人で、利用日数は7日間以内としています。ただし、期間の延長がやむを得ないと認められた場合は30日間を限度として必要最低限の範囲内で延長することができます。

【実績及び評価】

令和3、4年度は、生活環境の劣悪化や災害を理由とした利用がありました。令和5年度は虐待を理由とする利用があり、入所中に家族や関係機関との調整に時間を要するため入所期間も長期になり、利用日数が増加しました。虐待の場合は、利用期間の設定及び終了後の高齢者の生活まで考慮する必要があるため、地域包括支援センターとの連携により対応しました。

高齢者生活支援短期入所事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
利用者数	2人	1人	5人
利用日数	8日	6日	81日

高齢者生活支援短期入所事業推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	5人	5人	5人
利用日数	81日	81日	81日

【今後の課題・方針】

今後も一定数の利用があると考えられます。特に、虐待が理由となるケースは迅速な対応が必要となりますので、緊急入所にも対応できるよう施設と連携し、常に受け皿を確保しておくことが必要となります。

〔4〕徘徊高齢者支援給付事業

【事業の概要】

認知症高齢者が徘徊した場合に、早期に発見できるGPS端末装置を導入する際に、その導入費用の一部を給付することで、認知症高齢者の事故の防止を図り、家族等が安心して介護できる環境を整備することを目的とした事業です。

【実績及び評価】

認知症高齢者を介護している家族にとって、徘徊は非常に切実な問題です。この装置を認知症高齢者に持たせることが、この問題の解決に有効であるとの考えから本事業を実施しました。

徘徊高齢者支援給付事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
給付数	1台	0台	3台

徘徊高齢者支援給付事業推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
給付数	3台	3台	3台

【今後の課題・方針】

機器はコンパクトなものですが、徘徊高齢者に端末を所持させることが難しい現実があり、利用者数はあまり増えていない状況です。今後も広く情報収集を行い、より効果的な機器、方法等により事業を継続していきます。

第5節 将来を見据えた地域包括ケアシステムの構築

〔1〕地域包括支援センターの運営

【事業の概要】

本市の地域包括支援センターは、保険者（市）による直営方式（1箇所）で、職員は保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種を配置し、高齢者一人一人の状況にあったサービスにつなげるよう相談・支援を行っています。地域包括支援センターの周知や利用促進のため、介護サービス情報公表システム（厚生労働省）に業務内容や運営状況を公表しており、効果的な運営ができるよう、地域包括支援センター運営協議会（年2回実施）において事業の評価・点検を行う中で、各委員の意見を参考にしながら事業の改善に取り組んでいます。

【実績及び評価】

① 介護予防ケアマネジメント

要支援者等に、個々の状況に応じたサービス利用計画書を作成し、サービス利用の調整を行っています。

② 総合相談支援業務

住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるように、地域における関係者とのネットワークを構築させ、心身の状態や生活実態を把握し、適切な保健・医療・福祉サービスが受けられるよう支援をしています。

③ 権利擁護業務

金銭の管理や契約に関することなどに不安があり、近くに親族がない場合、成年後見制度の利用や権利擁護サービスの情報の提供及び支援を行っています。

また、高齢者虐待や消費者被害の防止および対応について、関係機関等と連携して支援をしています。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

介護支援専門員・主治医・地域の関係機関等の連携や、相談内容を整理・分類したうえで、経年的に件数を把握するなど個々の状況に応じて包括的・継続的に支援する体制づくりを進めています。

また、介護支援専門員の研修の開催、個別事例や地域課題を検討する地域ケア会議の開催など介護支援専門員に対する支援をしています。

地域包括支援センター運営事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
介護予防サービス計画作成数	4,301件	4,512件	4,869件
総合相談数	1,722件	1,281件	1,678件
権利擁護相談数	378件	396件	484件
ケアマネ支援数	316回	316回	204回

地域包括支援センター運営事業推計

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス計画作成数	5,108件	5,200件	5,323件
総合相談数	1,700件	1,750件	1,800件
権利擁護相談数	600件	700件	800件
ケアマネ支援数	230回	260回	290回

【今後の課題・方針】

被保険者数に対して専門職(保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員)を適正に配置していますが、今後の高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応するため、業務の効率化を進めるとともに体制の整備を図ります。

また、地域包括ケアシステムの推進に向け、高齢者の状況や変化に応じたケアマネジメントを介護支援専門員が実践することができるように、ケアマネジメントの質の向上に取り組みます。家族介護者の支援の充実のために、認知症カフェの活動、介護支援専門員による仕事と介護の両立支援などの取り組みや、ヤングケアラーを支援している関係部署等との連携など、地域の実情を踏まえた家族介護者支援の強化に努めます。

〔2〕在宅介護支援センター事業

【事業の概要】

在宅介護支援センターは、地域の総合相談窓口として在宅の要援護高齢者、または要援護となるおそれのある高齢者、若しくはその家族に対し、在宅介護等に関する総合的な相談に応じ、そのニーズに対応した各種の医療・福祉サービスが総合的に受けられるよう関係行政機関、サービス実施機関及び居宅介護支援事業所等との連絡調整を行うことを目的としています。

市全域を高齢者人口等で地区割りし、7箇所の在宅介護支援センターを社会福祉法人及び医療法人に委託して実施しています。

【実績及び評価】

在宅介護支援センターは担当地区のひとり暮らし高齢者を中心に家庭訪問を実施して、実態の把握や各種サービスの申請代行、関係機関等との連絡調整を行い、幅広い地域のニーズを把握し、それに対応できる総合的な相談窓口として機能しています。

また、生活支援体制整備事業のコーディネーターとして、協議体と連携し、地域資源の創出やネットワークの構築等も担っています。

在宅介護支援センター事業実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実態把握	565件	401件	560件
訪問	4,123人	4,010人	3,790人
処遇困難調整	257件	227件	210件
総合相談支援	3,886件	4,020件	3,910件
プラン及び利用申請	79件	140件	140件
ケア会議協議体等	520回	858回	1,030回

【今後の課題・方針】

在宅介護支援センターの主な業務は、高齢者やその家族、地域住民等からの相談に応じ必要な助言を行うことです。今後高齢化の進行及びひとり暮らし高齢者の増加が見込まれるため、活動の充実や人材の育成・確保を図ります。

〔3〕高齢者虐待防止対策

【事業の概要】

高齢者虐待防止法に基づき、高齢者の尊厳の保持と安全で安心できる生活環境を整備し、虐待等の権利侵害を防止します。養護者の負担が虐待の契機になることもあるため、相談や家庭訪問を実施しサービス等を導入することにより、養護者の負担軽減を図っています。虐待通報があった際は速やかに安否確認し、関係機関等と協議した上で措置や介護サービスの導入等の対応を行っています。

【実績及び評価】

養護者から虐待を受けている高齢者や、セルフネグレクトの高齢者を養護老人ホーム等に措置し安全を確保しています。高齢者の権利を守るために成年後見制度利用についても支援しています。

権利擁護に関する相談実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
成年後見 相談回数	34回	24回	10回
高齢者虐待 相談回数	8回	9回	30回
措置件数	8件	6件	10件

【今後の課題・方針】

介護支援専門員や病院相談員等からの情報で、被虐待高齢者が把握されることが多いため、今後も関係機関等と連携を図り、被虐待高齢者の把握と支援に努めていきます。

〔4〕地域ケア会議

【事業の概要】

地域ケア会議は、多職種協働による個別事例の検討や地域課題の解決を行うもので、個別と全体で2種類の会議を行います。個別会議は、個々の事例を検討し、適切なサービスにつなぐ支援をしています。全体会議は、個別会議で検討した事例報告により、情報共有を図り、地域課題の把握を行っています。

地域ケア会議の5つの機能



【実績及び評価】

個別会議は検討事例が生じた際に随時開催し、問題解決に向けて検討事例に係る職種が参加しています。最近では支援者の介入拒否やセルフネグレクト等の困難事例について検討しており、個別事例の検討件数は年間十数件です。検討後、継続的にモニタリングを実施し、経過観察とともに、必要に応じ再検討を行っています。

自立支援型地域ケア個別会議を令和2年度から開催し、要支援者の自立支援に向けて、多職種（歯科医師・薬剤師・理学療法士・栄養士・歯科衛生士）から専門的な視点に基づく助言を受け、連携強化を図っています。

全体会議は、医師・歯科医師・理学療法士・介護サービス事業所・区長・民生委員・公募市民（計10人）が参加し、年2回行っており、決定事項や課題を共有しています。

地域ケア会議開催実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
開催回数	14回	12回	20回

【今後の課題・方針】

認知症高齢者やひとり暮らし高齢者等の増加が見込まれるため、適切な支援ができるよう会議の充実を図ります。個別事例から挙がる共通の地域課題を把握し、市政に反映させていきます。

〔5〕在宅医療・介護連携推進事業

【事業の概要】

平成29年6月から藤岡多野医師会に委託して実施しています。

医療と介護の両方を必要とする高齢者に対し、在宅医療と介護を一体的に提供するため、医療機関及び介護サービス事業者等が連携するための拠点を設置し、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるよう支援しています。

在宅医療・介護のネットワーク形成の促進、多職種連携を推進しています。

【実績及び評価】

① 地域医療・介護の資源の把握

医療・介護に関わる事業所等を訪問し、実態把握を行っています。主治医や薬局、介護事業所等を探すポイントや地図を掲載した「在宅医療介護情報マップ」を作成・更新し、関係機関へ配布しています。

② 在宅医療・介護連携の課題の抽出

医療・介護関係者が相互の理解を深め、連携を円滑にするための協議の場として「藤岡市在宅医療介護連携推進会議」を設置し、情報共有や課題の抽出、対応策の検討を行います。

③ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

在宅療養者の急変時入院ルール・退院調整ルール・在宅看取りサポート医体制を整備し、多職種と連携を図っています。令和3年度より群馬県から退院調整ルールメンテナンス会議が移管され、入退院に係る専門職を対象に入退院実務担当者会議を開催し、課題の共有・対応について検討しています。

④ 医療・介護関係者の情報共有の支援

MCS（メディカルケアステーション：多職種連携のためのコミュニケーションツール）の普及および周知により、藤岡多野多職種ネットワーク「ふじねっと」や職種ごとのグループを立ち上げ、情報発信・共有・連携ツールとして活用しています。

⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

藤岡多野医師会内に「医療介護連携センターふじおか」を設置し、在宅医療・入院時支援・退院時支援・その他各種相談について、相談員2人体制（社会福祉士・看護師）で対応しています。

医療介護連携センター相談実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
延人数	171人	140人	170人

⑥ 医療・介護関係者の研修

在宅医療・介護に関わる多職種を対象に、研修会・講座・事例検討会を実施しています。

⑦ 地域住民への普及啓発

市民公開講座の開催、在宅看取りや在宅医療に関するチラシやポスターを作成・配布し、周知しています。

⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

定期的に、他市町村の医療介護連携センター担当者と情報交換を行っています。

【今後の課題・方針】

藤岡多野医師会・医療介護連携センターふじおかと連携しながら、「藤岡市在宅医療介護連携推進会議」や「MCS（ふじねっと）」等の活用により、多職種との連携を強化し、在宅医療と介護を一体的に提供する体制整備を進めていきます。

また、認知症疾患医療センターと連携し、地域で認知症の高齢者を支える医療と介護の提供体制を充実していきます。

さらに、看取りの支援として、本人と家族の意思を支えるためのACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に話し合うこと）の普及啓発を進めていきます。

高齢者のライフサイクルの中で起こりうる、節目となる4つの場面（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）を意識した取り組みを行います。

【4つの場面の目指す姿】

- ①医療と介護の両方を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で療養が継続できる地域
- ②高齢者等が望む療養生活を送るため、多職種間の情報伝達が円滑な地域
- ③救急場面における高齢者等の意思を優先した対応ができる地域
- ④高齢者等とその家族の意思が尊重される看取りが可能な地域

〔6〕生活支援体制整備事業

【事業の概要】

いつまでも住み慣れた地域で安心して生活できるよう、公的な医療・介護のサービスだけではなく、日頃から住民同士での見守り・支え合いが必要です。

そのため、市全域と地域づくりセンター単位の8地区を対象に活動する「地域支え合い協議体」及び「地域支え合いコーディネーター」を設置・配置しています。

「地域支え合い協議体」は、地域の多様な主体から構成され、互助を基本とした住民同士の助け合い活動の推進や地域課題の解決に向けて協議・情報交換を行っています。

「地域支え合いコーディネーター」は、協議体と連携し、地域課題の把握や地域資源の創出・連携の推進等を担っています。

【実績及び評価】

本市では、平成29年度から協議体・コーディネーターを設置し、協議体会議を定期的で開催しています。

協議体ではこれまでに、潜在的な住民ニーズを把握するためのアンケート、移動販売業者と利用者のつながり強化、居場所の開催、支援者を育成するための研修会等の活動を実施しました。

市全域の視点から検討するため、周知活動と資源発掘に特化した分科会を立ち上げ、重層的な協議が進められています。

【今後の課題・方針】

支え合いの必要性については研修会等を通して広く周知を行います。担い手の確保についてはボランティアポイントの導入を含め、活動につながる支援方法について検討します。

コーディネーターや地域包括支援センター、行政等との関係者で定期的な方針の共有、連携の場を設け、介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービスの運営課題、実施状況等を情報共有・分析し、継続・発展できるよう検証を行っていきます。

〔7〕 地域共生社会の実現に向けて

【事業の概要】

高齢化が一層進展する中で、すべての人が「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う「地域共生社会」の実現に向け、地域包括ケアシステムの一層の推進や地域の自主性や主体性に基づき、介護予防や地域づくり等に一体的に取り組むことが求められています。

【今後の課題・方針】

「地域共生社会」への理解を深めるため、広報・啓発活動を充実させ理解の促進を図り、「我がこと」への意識を醸成していく取組を行っていきます。生活上生じる課題は、介護・子育て・障害・病気等から、住まい・就労・家計・孤独等に及ぶため、暮らしと仕事の課題を「丸ごと」で考え、解決していく体制が必要です。多様で複合的な生活課題を解決していくために、住民の地域福祉活動への参加を促進する環境整備や、住民と福祉関係者による課題把握と分野を超えた連携を図っていきます。

第6節 認知症施策の推進

認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する社会の実現の推進を図ります。

令和元年6月に取りまとめられた認知症施策推進大綱に基づき、認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、認知症になっても進行を穏やかにすることを柱とし、希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視した支援を行ってきました。

今後も、令和6年1月に施行された共生社会の実現を推進するための認知症基本法の基本理念にのっとり、認知症施策を策定し実施するよう努めていきます。

〔1〕普及啓発・本人発信支援

【事業の概要】

認知症の人との地域での関わりが多いことが想定される職域の従業員等や子どもや学生に対する認知症サポーターの養成を実施しています。また、地域での出前講座を活用し、認知症の正しい理解と認識を深めています。認知症の進行に応じて、いつ、どこで、どのように医療やサービス、支援を利用することができるのか、情報をまとめた認知症ケアパスを作成し、相談機関の周知を行っています。認知症カフェを実施し、本人や家族の思いを聞くよう努めています。

認知症サポーター養成実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
養成人数	47人	238人	194人

【今後の課題・方針】

小中学校及び高等学校、大学でも認知症サポーター養成講座等を開催し、教育現場との連携を図っていきます。認知症の相談先を周知し、認知症ケアパスの積極的な活用やホームページ、広報等への掲載を行います。認知症カフェを実施し、認知症の人同士が語り合う「本人ミーティング」等を通じた本人の意見の把握、施策の企画・立案・評価への本人視点の反映に努めます。

〔2〕 予防

【事業の概要】

高齢者等が身近に通うことのできるミニデイサービスや筋力トレーニング教室において、高齢者同士の交流やヘルパーやサポーター等による認知症予防に資する可能性のあるレクリエーション等を実施しています。

【今後の課題・方針】

認知症の予防に関する調査研究の推進及び高齢者の「通いの場」の拡充や通いの場における保健師等の専門職による健康相談等の認知症予防に資する可能性のある活動の推進に努めます。

〔3〕 医療・ケア・介護サービス・介護者等への支援

【事業の概要】

地域包括支援センターの認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人や家族・専門職・地域の人達が気軽に集まり、なごやかな雰囲気交流する場となる認知症カフェを開設しました。令和2年度からは、通いやすさに配慮し地域づくりセンター（旧公民館）等での出張カフェを開催しています。

平成29年10月に医療法人へ委託し「認知症初期集中支援チーム」を設置しました。早期の段階から支援チームが、認知症の人やその家族に対して個別訪問し適切な支援を行うとともに、医師会・歯科医師会・薬剤師会・ケアマネ協会等と連携しています。支援チームが認知症地域支援推進員に対し、支援事例について情報提供を行うため、定期的に連携を図っています。

認知症初期集中支援チーム相談実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)
実人数	20人	8人	16人
延人数	107人	179人	110人

【今後の課題・方針】

今後も、認知症地域支援推進員を増員し、認知症カフェの拡充や地域の見守り体制を整備していきます。認知症初期集中支援チームの周知を拡充し、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族への訪問、観察・評価、対象者を適切な医療・介護サービスに繋ぐ等の初期支援の実施を推進します。

〔4〕 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症への支援・社会参加支援**【事業の概要】**

認知症サポーターになった市民が、認知症サポーターステップアップ研修を受講し、チームオレンジメンバーとして実際に地域で活動を行います。チームオレンジとは、近所づきあい、友人づきあいの延長線上で認知症の人や家族を支援するチームのことです。令和元年度にチームオレンジ一期生を養成し、現在は認知症カフェや認知症サポーター養成講座の運営、また地域での見守り活動を行っています。

判断能力が十分でない高齢者等が地域で自立した生活を送ることができるよう、手続きの支援や金銭管理等を行う成年後見制度の周知を図るため、市広報への掲載や研修会を実施しています。また、成年後見制度利用促進に向け、庁内外の関係機関と協議を行っています。

【今後の課題・方針】

認知症サポーター養成において、日本認知症官民協議会における取り組みを踏まえた、官民が連携した認知症バリアフリーの推進に努めます。

認知症サポーターやチームオレンジの養成を行い、各地区に配置し、より地域に密着した認知症支援を行います。

成年後見制度利用を推進する中心的な役割を担う中核機関を設置し、藤岡市社会福祉協議会で実施している日常生活自立支援事業や、法人後見との連携を図ります。