

2. 高齢者お達者プランの実績について

(2) 高齢者福祉計画第 8 期 3 年目の 実績について



加賀市市民健康部介護福祉課

令和 6 年 7 月 11 日

第8期計画の施策体系(令和3年度～令和5年度)

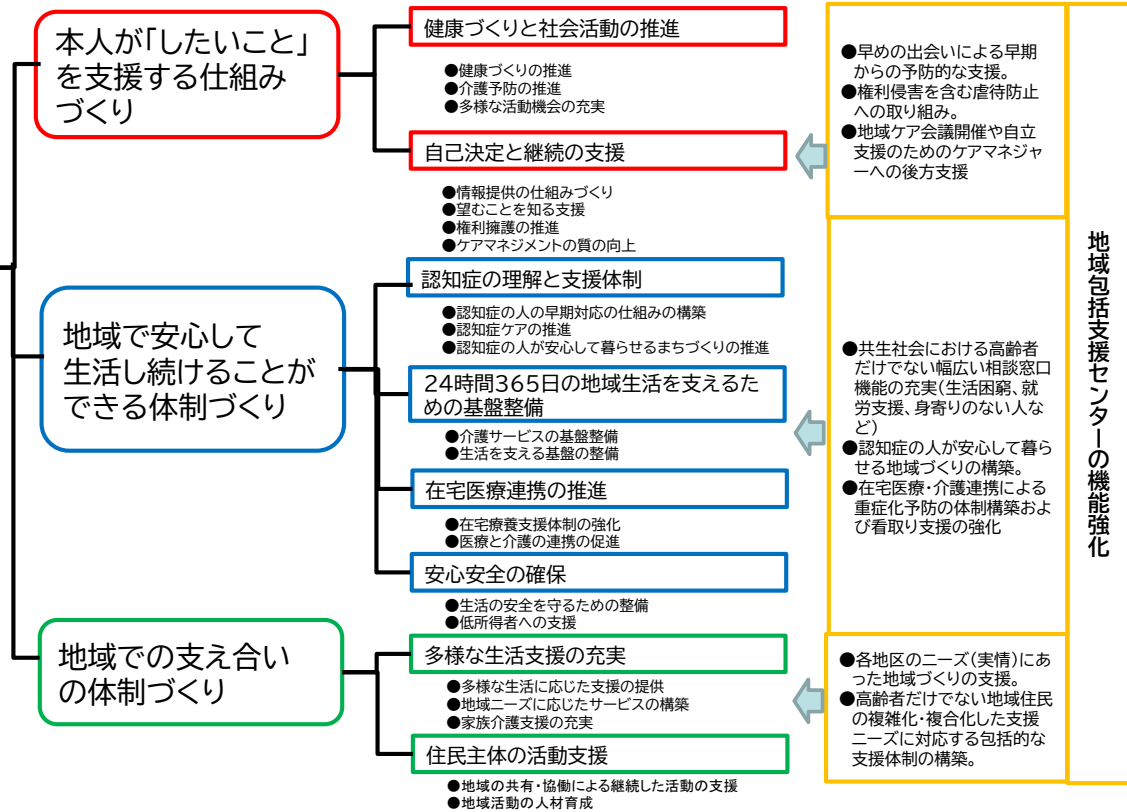
(2021)

(2023)

高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく、自立した暮らしを継続できる社会を実現する。

基本目標

基本施策



第8期計画の取り組み(全体)

重点的課題	方向性
(1). 重症化予防の推進	○認定時の主要疾患(認知症、脳卒中、骨折、悪性新生物、筋骨格系疾患)の予防 ○生活習慣病の予防(特に脳卒中や認知症にも関係のある糖尿病や高血圧の予防) ⇒健康課との連携や介護予防事業の充実 ⇒高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の継続及び実施圏域の拡充 ○オンライン「通いの場」アプリの活用による介護予防事業の推進 ○介護予防基本チェックリスト3年未返信、3年未把握者への生活状況確認の継続
(2). 住民の社会参加促進による支えあい、助け合いの地域づくり	「地域でつながることも予防」と言われ、社会とのつながりがあることが予防の1つであることから、 ○元気高齢者の活躍の場づくりや担い手育成 ○地域ケア会議を活かした地域づくりへの展開(ランチによる地域福祉コーディネート)
(3). 認知症の人とその家族を支える仕組みづくりの推進	○認知症予防の取り組み(もの忘れ健診の実施、加賀市版脳活性化プログラムの実施) ○認知症キャラバン・メイトや認知症サポーターと認知症の正しい理解の普及などの実施 ○認知症ケアパス改訂版の作成及び啓発普及
(4). 状態が変化しても対応できる柔軟な支援体制の構築	○在宅医療や人生をどう迎えたいか等の住民への啓発普及 ○在宅医療コーディネーターによる医療と介護の連携強化
(5). 本人本位の視点を重視した人材の確保や育成	○認知症対応力向上研修の継続実施 ○生活視点に立った自立支援のケアマネジメントの強化及び推進(軒下マップの活用) 目標設定会議(個別地域ケア会議)の継続実施

第8期計画における重点取り組み①

1. 重症化予防の推進

○継続して取り組んでいること

- ①介護予防基本チェックリスト回答者に対し、後期高齢者健診の検査データと照合した上で訪問対象者を抽出し、地区地域包括支援センター(以下、ブランチという)の医療専門職が生活習慣病(糖尿病や高血圧等)の個別指導及び通いの場での健康教育・健康相談を継続実施。
⇒「高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業」の実施(5ブランチで実施)
- ②地域における介護予防の拠点として市内16か所の地区会館で「地域型元気はつらつ塾」を開催し高齢者のフレイル予防に努めている。更には、高齢者の社会参加として元気な高齢者が役割をもって、元気はつらつ塾に参加できるよう協力員活動の声かけを継続的に実施している。
- ③生活保護受給者の生活習慣病予防・改善を目的に、ケースワーカーと地域包括支援センター保健師による同行訪問の継続実施。
- ④健康づくり事業との連携として、介護予防情報便(いきいきlife情報便)(65歳～69歳:要支援・要介護認定者除く)の送付とチェックリスト返信者には、生活習慣病に関する情報(アドバイス票)を同封。
- ⑤介護予防基本チェックリスト3年未返信者、介護予防基本チェックリストハイリスク者3年未把握者への生活状況把握のための訪問を継続実施。
- ⑥加賀市版脳活性化プログラム おたっしや健幸トレーニング～下半身強化体操DVD～を作成し、市内地域おたっしやサークルへ配布し、サークル活動のメニュー更新を図っている。
- ⑦オンラインを活用した運動メニューや健康づくりに取り組めるオンライン「通いの場」アプリの普及

○第9期で新たにに取り組むべきこと

- ①ITを活用した介護予防等アプリケーションの活用推進
- ②デジタル田園健康特区として構築に取り組む「医療版情報銀行」の活用によるセルフケア能力の向上、フレイル予防の強化・推進

第8期計画における重点取り組み①

◆高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業における健康教育



作見地区では……

・サークルに通っている高齢者の健康意識が割と高い。むしろ、もっと若い世代への周知活動をおこなったほうがいい!と積極的な助言あり。

「なにかあったら相談するわ。血圧について看護師さんから話が聞けて良かったわ。」

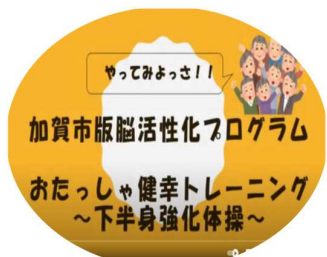
「なんや知らんけど、生活や健康のことを相談すると安心するわ。また顔を出してほしい。」

R5
新

作見地区

◆加賀市版脳活性化プログラム

おたっしや健幸トレーニング～下半身強化体操～DVDの作成



加賀市地域リハビリテーション活動支援連絡会協力のもと、DVDを作成し、各地域おたっしやサークルへ配布



第8期計画における重点取り組み②

2. 支え合いのまちづくりの推進

◆元気高齢者の活躍の場づくりや担い手育成

○継続して取り組んでいること

- ①運転ボランティアの養成講座を継続実施。(地域型元気はつらつ塾での送迎ボランティア)
- ②家事支援サポーター養成講座(ヘルパー3級相当の内容)の継続実施をしており、シニア活動の更なる担い手の拡充として、家事支援サポーター養成講座の受講年齢をこれまでの65歳以上ではなく40歳以上からとし、幅広い受講体制を整えた。

⇒家事支援サポーター登録者数:**37名**(R6.5時点) (過去の家事支援サポーター養成講座修了者数:**120名**)



家事支援サポーター養成講座(6回1コース)

養成講座終了後、
家事支援サポーターさんによる
自宅での掃除支援



サポーター活動終了後の会話も
とっても大切



第8期計画における重点取り組み②

◆地域ケア会議を活かした地域づくりへの展開

○継続して取り組んでいること

- ①山代地区の「山代地区を良くする会」、作見地区の「高齢者が住みやすい我が町を話し合う会」などが、地域住民が地域の課題について話し合う場として継続して活動している。
- ②大聖寺地区では、ある団地住民からの「集いたい」という声を実現するため、話し合い(地区地域ケア会議)を重ね、地域おたっしやサークルの立ち上げを行うことが出来た。
- ③山中地区では、一人暮らし高齢者の生活課題把握のため、民生委員と協働でアンケートを作成し、調査を実施することが出来た。

大聖寺地区の現状やどうあったらいいかの話し合いをランチからの仕掛けで実現。定期的に話し合いを重ね、サロンが立ちあがる。



グループに分かれての話し合い



サロンの風景

サロン「さざんか」開設



第8期計画における重点取り組み③

3. 認知症の人とその家族をささえる仕組みの推進

◆認知症予防の取り組み(もの忘れ健診の実施、脳活性化プログラムの実施等)

○継続して取り組んでいること

- ①もの忘れの項目に該当された方に、もの忘れ健診受診券を郵送。令和5年度からは通年の期間で受診できる体制や受診券がなくても窓口での申し出で受診ができる体制も整えている。
- ②地域の身近な場所で、認知症予防(進行防止)が普及・定着できるよう「加賀市版脳活性化プログラム」の手引きを作成し、サークルリーダー向け研修会を開催。住民がいつでも地域おたっしやサークルに参加した際、脳活性化プログラムが実施できるような体制を継続的に整えている。
- ③オンライン「通いの場」アプリ・ケーブルテレビやYouTubeで「加賀市版脳活性化プログラム」を掲載し、個人でも自宅でプログラムを通じた自己管理が出来るように整えている。

◆認知症の人やその家族が安心して暮らし続けることができる地域づくり

(キャラバン・メイトや認知症ケアパスによる認知症啓発活動、認知症カフェ等の整備)

○継続して取り組んでいること

- ①各圏域で認知症サポーター養成講座の実施や、定期認知症サポーター養成講座の継続実施。
- ②「認知症ケアパス」(わたしの暮らし手帳)を地域での活動団体(地域おたっしやサークル、サロン、老人会、地域型元気はつらつ塾等)に普及啓発したり、市内医療機関や薬局等に配置。

○第9期で新たにに取り組むべきこと

- ①認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う場である「認知症カフェ(Cog-café)」を定期的で開催し、認知症当事者の声を聞いていく。
- ②「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を踏まえ、認知症の人の思いを発信できる機会の確保や認知症の人の声を具体的に実現していく機会を作っていく。

第8期計画における重点取り組み③

認知症カフェ(Cog-café(コグ・カフェ))



日 時:令和6年3月12日(火)
参加者:当事者、家族、ランチ他 計8名
場 所:加賀市医療センター レストラン
内 容:
・認知症についてのミニ講話
・コグニサイズの体験
・介護保険制度と認知症ケアパス(わたしの暮らし手帳)について



世界アルツハイマーデーにあわせた認知症啓発活動



認知症サポーター養成講座

第8期計画における重点取り組み④

4. 状態が変化しても対応できる柔軟な支援体制の構築

◆在宅医療や人生最期をどう迎えるか等、住民への周知啓発

○継続して取り組んでいること

- ①「認知症ケアパス」(わたしの暮らし手帳)の普及を通して、今後の人生をどう生き、人生の最期をどう迎えたいかの普及啓発を継続的に行っている。

◆医療と介護の連携強化

○継続して取り組んでいること

- ① 医療機関や介護サービス事業所のリハビリテーション専門職が中心となり、加賀市の介護予防の機能強化に向け地域リハビリテーション活動連絡会を結成。顔の見える関係づくりと、お互いの機能や役割を活かした支援を目指し、多職種を交えた勉強会の継続的に実施している。
- ② 医療・介護従事者が、【人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス】を共有できるよう「意思をつなぐシート」を作成し、加賀市医療センターで運用開始している。

○第9期に取り組むべきこと

- ① 医療依存度の高い方への支援として、介護職員向けに「医療の視点向上を目指した研修会」の開催し、医療の見立て力の向上や介護の質の向上を目指す。
- ② 退院後、医療職の在宅や施設へのアウトリーチ訪問体制の構築(疾病からの予後予測ポイントに関する指導等)
- ③ 市民への看取りに関する周知啓発

第8期計画における重点取り組み④

◆医療と介護の連携強化



在宅医療連携リーダー研修会

開催日時:令和5年10月20日(金)

テーマ:「意思決定支援」

講演者:春日井市民病院緩和ケアセンター
主任部長 會津 恵司 氏



加賀地区在宅医療県民公開講座

開催日時:令和5年10月22日(日)

テーマ:「もしあなたが…家族が…心不全と言われたら？」

講演者:やわたメディカルセンター 院長 勝木達夫氏 他



第8期計画における重点取り組み⑤

5. 本人本位の視点を重視した人材の確保や育成

◆認知症対応力向上研修の継続実施

○継続して取り組んでいること

- ①認知症対応力向上研修(中堅職員向け研修会)は平成27年度から実施している。毎年、研修修了者から研修企画委員を募り支援者自身の課題解決に向けて企画の検討や講師を担っている。令和元年～令和3年は新型コロナウイルス感染拡大により未実施だったが、令和5年度は再開し、17名が受講し、総受講生は125名となった。引き続き、職員の資質向上に努める。
- ②仮想空間(メタバース)による認知症高齢者の疑似体験を静岡大学の協力により開催した。

○第9期に取り組むべきこと

- ①かかりつけ医等認知症対応力向上研修や中堅職員向け研修会、中堅職員研修フォローアップ研修の継続開催及び新人職員研修等も開催し、更なる職員の質向上に努めていく。

◆生活視点に立った自立支援ケアマネジメントの強化及び推進

(軒下マップの活用)

※1:「**軒下マップ**」とは、本人を取り巻く「人」「もの」「事」「場所」を書きしめたもの。本人のつながりを大切にしたい支援をしていくためのツール。

○継続して取り組んでいること

- ①オンラインによる目標設定会議を継続開催し、本人本位の視点に立ったケアマネジメントを実施。
- ②入院時、医療職への情報提供において、軒下マップ(※1)を提供し、本人の支援に生かしてもらう仕組みづくりを継続
- ③個別地域ケア会議において、軒下マップを活用し本人の支援について継続して検討している。

○第9期に取り組むべきこと

- ①主任介護支援専門員連絡会や研修会の開催、介護支援専門員連絡会の定期開催。
- ②軒下マップ勉強会の継続開催。

第8期計画における重点取り組み⑤

◆かかりつけ医等認知症対応力向上研修の実施



グループワーク

静岡大学らが、インターネット上の仮想空間「メタバース」を使って認知症患者らのケア向上につながるシステムを開発。実際にかかりつけ医等認知症対応力向上研修において、仮想空間を体験する研修会を開催。



仮想空間の画像(参考)HPより

●参加者の感想

「自分だったら、虫のいるスープは飲めないなあ」
「こんな風に見えるんだと思った」
「今思えば、食べられない理由が分かったし、本人が言っている意味がなんとなく分かった」



などの声が聞かれました。



第8期計画における重点取り組み⑥

地域包括支援センターの機能強化

○継続して取り組んでいること

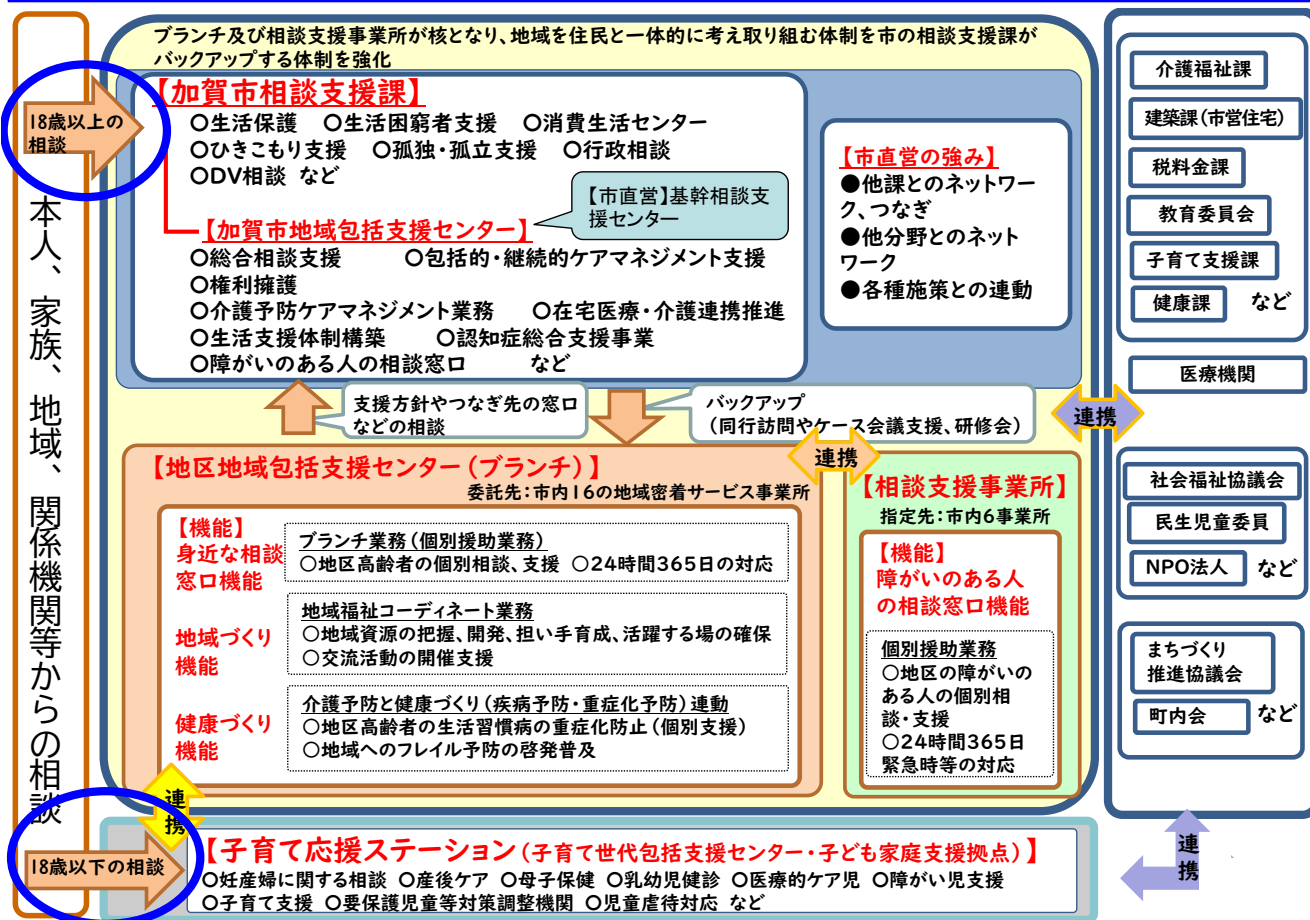
- ①複雑化、複合化の相談を受け入れる体制として、障がいのある人の相談支援を行う「基幹相談支援センター」を市基幹型地域包括支援センターに包含し、高齢者だけでなく世帯を含めた相談支援の体制の強化を図っている。
- ②地区高齢者こころまちセンター（ランチ）と障害福祉サービスの相談支援事業所との連携相談体制を構築し、相談支援体制の強化を図っている。
- ③ランチ連絡会やランチ勉強会、面接技術研修やブロック連絡会等を通じ、公平中立を確保しつつ、ランチ職員の質向上を継続的に努めている。
- ④ランチ活動において、記録物や評価項目の見直し等をランチ企画委員と共に行い、現場の声を反映している。

○第9期に取り組むべきこと

- ① ランチ連絡会やランチ勉強会を継続開催し、相談専門職としてのスキルアップを図る。
- ② ランチ未設置地区である3地区（河南地区、別所地区、湖北地区）においては、身近な地域でいつでも相談できる拠点の拡充に向け、計画的な配置に努めていく。
- ③ 複雑化、複合化した生活課題が増えていく中、世帯を含めた重層的な相談支援体制の強化を継続的に進めていく。



全世代型 加賀市版地域包括ケアシステムについて



I. 本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり

	No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標	考え方	考察
活動指標	1	地域おたっしやサークル参加者率（参加者／65歳以上高齢者数）	10.0%	10.5%	11.0%	参加人数が増えるように周知します。	・令和5年度の登録サークル数は介護予防型とサロン型を合わせて72箇所、令和4年度の69箇所から増加している。また、新型コロナウイルス感染症の影響で活動を自粛していたサークルが再開したこと等により、参加者の延べ人数は、令和4年度の31,329人に対し33,295人（約2,000人）に増加している。今後は地域おたっしやサークルが地域の介護予防活動の拠点となるようサークルリーダーの声を聞きつつ、更にはオンライン「通いの場」アプリを活用しながら、通いの場を確保していく。
			R3実績	R4実績	R5実績		
			6.9%	7.2%	7.3%		
	2	地域型元気はつらつ塾参加延べ人数	R3目標	R4目標	R5目標		・参加者実人数は225人、延べ人数は6,119人。参加者実人数の内、30人(13.3%)は介護認定の結果保有者であった。 ・協力員実人数は148人、延べ人数は4,025人。 ・実施地区は市内21地区のうち17地区。 ・今後も要介護認定の有無に限らず、地域でのつながりを大切に、ランチや委託事業所とともに必要な高齢者に対して更なる周知をしていく。
			5,900	6,100	6,300		
			R3実績	R4実績	R5実績		
	3	かがやき予防塾参加者数	R3目標	R4目標	R5目標		・平成27年から実施し、令和3年度で第9期まで終了している。 ・介護予防や認知症予防についての講義を通して、自身の介護予防活動を考えたり、家族や地域のために自分ができることについて考える場として実施している。 ・修了後は、オンライン「通いの場アプリ」説明会に参加するなど自身の予防のために取り組んでいる方もいた。 ・今後も修了後に得た知識や仲間と共に自身の予防に取り組むことや地域で活動につながるができるよう実施していく。 ・令和5年度までは新型コロナウイルス感染拡大のため開催までに至らなかった。
			30	30	30		
			R3実績	R4実績	R5実績		
	4	介護支援ボランティア制度・ポイント交換者数	R3目標	R4目標	R5目標		・令和5年度の登録者は165人で、そのうちポイント交換者数は137人（上限額5,000円の交付対象者は81人、交付の最少額である500円の交付対象者は1人）であった。 ・上限額5,000円の交付対象者は、令和4年度と比べて15人増加している。今後も、生きがいや健康づくりに役立つよう周知していく。
			140	170	200		
			R3実績	R4実績	R5実績		
	5	ケアマネジャー育成支援事業・研修会の開催数	R3目標	R4目標	R5目標	サービスの質を高めます。	・主任介護支援専門員勉強会は、震災の影響で未実施。 ・居宅サービス事業所合同連絡会は、「民生委員とケアマネジャーとの意見交換」「震災対応の意見交換」「BCP研修会」「生産性向上」のテーマで4回開催した。
			8	8	8		
			R3実績	R4実績	R5実績		
	6	虐待防止・権利擁護に関する研修会の開催数（関係機関）	R3目標	R4目標	R5目標	虐待防止・権利擁護を理解する機会を増やします。	・高齢者や障がい者、また、その養護者が安心して暮らし続けることができるよう、支え手となる専門職が権利擁護や虐待防止についての共通認識を深めることを目的としている。虐待リスクに精神疾患や認知症等の課題が混在したケースが多く、経済的な困窮により、十分な支援を受けられていないこともある。 ・研修講師を権利擁護部会委員が務め、実施した。今後も高齢福祉分野、障害福祉分野に分けて行う予定。
			4	4	4		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			2	4	5		

	No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標	考え方	考察
活動指標	7	支援事例の内、虐待ケースの検討会の開催割合	100.0%	100.0%	100.0%	専門チームによる支援を行います。	・虐待相談や通報に関しては毎週1回、ケース検討会を実施している。また、緊急時には随時コア会議を開催している。コア会議では虐待判定や対応について検討する場となっている。 ・世帯状況として障がいや疾病のある方や金銭の課題等、複合課題がある世帯も多く、他課の職員とともに実施している。
			R3実績	R4実績	R5実績		
			100.0%	100.0%	100.0%		
	8	成年後見制度の市長による申立て件数	R3目標	R4目標	R5目標	公的な支援制度を活用します。	・本人の判断能力の状況、他法活用や親族申立が可能かどうかを基に、市長申立の可否や必要性について、相談支援課（地域包括支援センター、相談支援係）で検討し、決定している。また、相談等については、成年後見センター（加賀市社会福祉協議会）と連携して対応している。令和5年度申立て開始件数は12件（申立準備をしたが中止となったもの3件、令和6年度への申立準備継続は6件）であった。
			10	15	20		
			R3実績	R4実績	R5実績		
成果指標	9	第1号被保険者（65歳以上）の社会参加率（定期的かつ継続的に行われている活動に週1回以上参加している人の割合）	R3目標	R4目標	R5目標	元気な高齢者を増やします。（※認定率に関しては、推計値を超えないようにします。）	・令和4年度の介護予防基本チェックリスト回答者7,852人のうち、2,665人（33.9%）が「定期的かつ継続的に行われている活動に週1回以上参加している」と回答した。 ・おたっしやサークルや元気はつらつ塾協力員等への周知を続け、社会参加率の向上を図っていく。活動の場が多様化する中で、令和6年度には「継続的活動」に労働も加え調査する予定。
			—	—	令和3年と比べ上昇		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			32.8%	32.9%	33.9%		
	10	介護保険初回申請時の年齢	R3目標	R4目標	R5目標		・令和5年度の新規申請者数は839人（前年比39人増）であり、新規申請者の平均年齢は82.2歳（前年比0.2歳減）であった。
			—	—	令和2年と比べ上昇		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			82.2歳	82.4歳	82.2歳		
	11	第1号被保険者（65歳以上）の要支援・要介護認定率（推計値）	R3目標	R4目標	R5目標		・令和6年3月末時点での第1号被保険者数は22,277人（対推計値109人減）、認定者数は3,355人（対推計値77人減）であり、認定率は15.1%（対推計値0.2pt減）となった。介護度別では軽度認定者（要支援1及び要支援2、要介護1）が1,336人（対推計値41人減）で構成割合は39.8%（対推計値0.3pt減）である。
			15.2%	15.2%	15.3%		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			15.3%	15.1%	15.1%		
	12	要介護状態の維持・改善状況（要介護度の維持・改善の割合）（H29年10月は62.4%）	R3目標	R4目標	R5目標	自立支援に向けた取り組みを推進します。	・令和5年9月末時点での認定者数は3,406人、うち介護度の維持・改善者数は2,104人となり、維持・改善率は61.8%（対前年比1.2pt減）となった。介護度別では軽度認定者（要支援1及び要支援2、要介護1）が844人で、構成割合は40.1%である。
			令和2年と比べ増加	令和3年と比べ増加	令和4年と比べ増加		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			68.9%	63.0%	61.8%		

Ⅱ. 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり

	No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標	考え方	考察
活動指標	13	認知症サポーター養成人数 (累積人数)	9,300	10,300	11,300	認知症について理解できる機会を増やします。	・平成30年度に加賀市キャラバンメイト連絡協議会を設立し、運営を行っている。 ・小中学校などで、認知症サポーター養成講座の開催が定着してきており、また、加賀市役所新任職員や加賀市医療センター職員、市内商店等を対象に講座を開催している。今後も、認知症サポーター養成人数を増やし、認知症にやさしい街づくりを目指していく。
			R3実績	R4実績	R5実績		
			8,705	9,132	9,532		
	14	市民キャラバン・メイト養成人数(累計数)	R3目標	R4目標	R5目標		・南加賀地区の市で持ち回りでキャラバンメイト養成講座を実施しており、令和4年度は能美市で実施。令和5年度はキャラバンメイト養成講座の実施はなかった。
			20				
			R3実績	R4実績	R5実績		
			12	15	15		
	15	チームオレンジ設置箇所数	R3目標	R4目標	R5目標		・令和4年度は、チームオレンジ設置に必要な条件であるコーディネーターを市内で新たに14人養成した。令和5年度は、認知症カフェを開催したことから、令和6年度も継続して開催し、チームオレンジへの展開を目指す。
			1				
			R3実績	R4実績	R5実績		
			0	0	0		
	16	多職種協働研修開催数(かかりつけ医等対応力向上研修等)	R3目標	R4目標	R5目標		・石川県が主催し、日本医師会の生涯教育制度の単位の対象として、令和5年度は事例検討を1回実施した。(2回予定していたが震災の影響で中止) ・35人が参加し、事例検討に加えてメタバースを活用し、認知症の人が体験している世界観を経験した。グループワークでは医師を中心に多職種での意見交換が活発に行えた。
			2	2	2		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			0	2	1		
	17	認知症地域支援推進員配置数	R3目標	R4目標	R5目標		・認知症地域支援推進員は、年に1人ずつ新たな職員の研修参加を促し増員しているが、職員の退職に伴い令和5年度は6名のままとっている。今後も引き続き異動等に伴う増減を見込みつつ、計画的に人員配置を行っていく他、ランチ事業所職員が受講できるよう受講機会の拡充を図っていく。
			4	4	4		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			4	6	6		
	18	認知症初期集中支援チーム員会議相談実件数	R3目標	R4目標	R5目標		・平成29年3月に1チーム設置した。チーム員会議では、専門医、精神保健福祉士、チーム員(保健師、社会福祉士等)で診断の予測をし、支援の方針を検討している。 ・医師会やケアマネジャーへ周知を行っているが、相談件数が少ない状況である。ケアマネジャー連絡会などで、さらなる周知を行い、認知症の人とその家族への支援の強化を図っていく。
			5	5	5		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			2	0	5		
	19	本人ミーティング開催数	R3目標	R4目標	R5目標		・認知症のことを地域には知られたくないと思う本人及び家族も多く、実施には至っていない。 ・今後は、認知症カフェから当事者の意見を発信できるような仕組みを目指す
			1	1	1		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			0	0	0		
20	もの忘れ健診受診者数	R3目標	R4目標	R5目標	・介護予防基本チェックリストで、もの忘れの項目に該当した回答者に受診券を送付しているほか、かかりつけ医で確認票に該当した場合も受診でき、受診しやすい体制を作っている。 ・簡易スクリーニングの結果、専門医療機関への紹介となったのは33人(15.8%)であった。 ・特定健診や普段の通院と併せて受診できるため、積極的に受診を勧めていきたい。		
		200	220	240			
		R3実績	R4実績	R5実績			
		193	193	209			

	No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標		考察
			R3実績	R4実績	R5実績		
	21	多職種協働研修参加者数	50	50	50	認知症の人と家族を支援する人を増やします。	・医療職と介護職の連携のため、医師や看護師等医療職と介護職が顔を合わせて話し合うことができる機会を望む声が多いことから、できるだけ医療職（特に医師）に参加していただけるようテーマを検討していく。
			R3実績	R4実績	R5実績		
			0	57	34		
	22	認知症対応力向上研修（中堅職員向け研修会）修了者数	R3目標	R4目標	R5目標		平成27年度より研修体系を本研修に一元化し実施している。令和2～令和4までは新型コロナウイルス感染症拡大により中止をしていたが、令和5年度、第6期研修を開催。認知症対応力向上を目指し、あきらめない人材育成を目的に通年で8回1コースの研修会を実施し第6期生としては17名が修了した。（合計：125名） 今後は、修了者が各事業所で中堅職員として、本人支援の視点でチームケアが推進できるようフォローアップしていく。
			130	130	150		
			R3実績	R4実績	R5実績		
成果指標	23	認知症の人の在宅割合	R3目標	R4目標	R5目標	認知症の人やその家族が安心して暮らしている地域づくりをします。	・令和5年度のサービス利用者のうち、認知症の人は2,146人（前年比4人増）、そのうち在宅でサービスを利用する人は1,330人（前年比14人増）で、割合は62.0%（前年比0.6pt増）であった。
			—	—	令和2年と比べ上昇		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			61.2%	61.4%	62.0%		
	24	家事支援サービス利用者数	R3目標	R4目標	R5目標		・平成28年4月から開始し、実施8年目の令和5年度の利用者は114人となった。サービス利用の内訳は、室内の清掃が最も多く全体の76%を占め、次いで買い物（タクシー等の同行、代行）27%、ごみ出し15%の順であった。
			120	140	160		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			94	86	114		
活動指標	25	シニア活動応援事業・ちょぼら隊活動数	R3目標	R4目標	R5目標	必要な人が利用できるよう周知します。	・平成29年9月から第1層生活支援コーディネート業務をNPO法人に委託し、活動の中で、元気高齢者の社会参加を促進する一つの取り組みとして、ちょぼら隊を立ち上げ、簡単な日常生活支援援助を共助の取り組みの中で行ってきたが、委託先からの受託辞退の申し出により令和4年3月をもって事業終了となった。それに伴い、ちょぼら隊活動も解散となった。
			25	27	29		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			15	—	—		
	26	多職種協働連携研修開催数（かかりつけ医対応等向上研修以外のもの）	R3目標	R4目標	R5目標		・日本医師会の生涯教育制度の単位の対象として実施している。 ・医療と介護の専門職が連携しながら、本人の意思決定の支援を行い、本人が望む医療ケアを選択できるよう、多職種がチームとなって、かかわりの重要性の認識を図っていく。
			3	3	3		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			2	0	1	多職種が顔を合わせ、互いを知る機会を設けます。	

No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標	考え方	考察
27	多職種協働連携研修参加者数 (かかりつけ医 対応力向上研修 以外のもの)	150	150	150	多職種 が連携 の取り やすい 関係を 構築し ます。	・オンラインを活用した講義やグループワークを開催し、多職種での意見交換を活発に行うことで、意見の言い合える関係を構築し、多職種がチームとなって、連携推進を図っていく。
		R3実績	R4実績	R5実績		
		111	未実施	37		
28	市民向け講演会・出前講座等の参加者数	R3目標	R4目標	R5目標	在宅療養生活への理解を広げます。	・令和5年度は「介護保険と高齢者の福祉」講座において、介護保険制度の趣旨・目的・サービスの内容と、高齢者のくらしを支える制度全般について説明を行った。講座開催数が少なく、1回あたりの参加者が少なかったこともあり、前年度に比べて参加者は減少した。今後は状況を見てさらなる理解を広げていくために、実施回数を増やし、参加者を増やしていく。
		—	—	令和元年 と比べ増 加		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		86	129	50		
成果指標	在宅療養を希望する人の割合 (R1 : 33.0%)	R3目標	R4目標	R5目標	在宅療養生活への理解を広げます。	・令和4年度市民意識調査によると、「長期療養や介護が必要な状態になった時の暮らしの場所」を問う質問では、34.3%の方が「自宅や家族の家」と回答。 ・人生の最終段階を迎えるにあたっての本人・家族の心構えの大切さや、その人が望む暮らしを実現するための医療の活用の仕方等を理解いただけるよう、今後も継続して講演会等を企画し、実施していく。
		—	—	R1と比べ増加		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		—	—	34		
	自宅で亡くなる人の割合 (H30 : 8.6%)	R3目標	R4目標	R5目標	在宅で生活をする人を増やします。	・自宅で亡くなる人の割合は令和4年に12.0%であり、平成30年と比べ増加傾向であることから、在宅医療への関心は広まりつつある。
		H30と比べ増加	H30と比べ増加	H30と比べ増加		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		—	12	—		
	サービスを利用して地域で暮らす人の割合	R3目標	R4目標	R5目標	在宅で生活をする人を増やします。	・令和4年度の認定者は3,481人、そのうち在宅でサービスを利用する人は2,710人で全体の77.9%を占めた。令和5年度は認定者が3,406人、在宅サービス利用者が2,699人となり、全体に占める割合は79.2%となった。
		75.0%	78.0%	80.0%		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		76.4%	77.9%	79.2%		
活動指標	福祉避難所協定締結事業所数	R3目標	R4目標	R5目標	緊急時対応施設を増やします。	・福祉避難所について、ホームページへの掲載や、福祉避難所開設・運営訓練（総合防災訓練）の市民の方の見学や、見守り座談会など、様々な機会でも説明を行うことにより、広く一般に周知を図るとともに、事業所に対しても制度理解を進め、対応できる施設増加に努めていく。
		68	68	69		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		67	66	66		
	安心メール登録者数	R3目標	R4目標	R5目標	見守り体制を強化します。	・住み慣れた地域で安心して生活できる地域社会の実現を目指すため、認知症等の高齢者が所在不明になった場合、家族等から依頼を受け、服装や特徴などをメールで配信し、地域住民から情報提供を得ることで、早期発見につなげる。平成30年1月より、子どもの行方不明事案についても本事業の対象としている。今後も更に制度の周知に努め、より一層の登録者数増に努めていく。
		430	450	470		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		508	533	595		
	見守り座談会開催数	R3目標	R4目標	R5目標	見守り体制を強化します。	・地域の見守り体制を強化するため、民生委員・児童委員、区長、地区社協、福祉協力員等の地域の支援者による座談会を開催し、要支援者の把握や情報共有を行っている。引き続き、事業の周知を図るとともに、各地域での実施につなげていく。
		41	41	41		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		13	30	21		

Ⅲ. 地域で支えあいの体制づくり

	No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標	考え方	考察
活動指標	35	軒下マップ作成数	1,390	1,420	1,450	本人のサポートネットによる支援を行います。	・令和5年度は基幹型とサブセンターで252件、ランチで1,231件の軒下マップを作成した。（累計数は集計できず、新規作成数を記入） ・新規訪問ケースや介護予防基本チェックリスト訪問ケースでは、軒下マップの作成をしている。要介護認定を受け、ケアマネジャーに引継ぎをする時や入院時に情報提供することで、本人のつながりを大切に、途切れのない支援に活かしている。
			R3実績	R4実績	R5実績		
			1,455	1,362	1,483		
	36	個別地域ケア会議検討実件数	R3目標	R4目標	R5目標	住民と共に地域課題を考える機会を増やします。	・本人が在宅で望む暮らしを継続するための予防的アセスメントの視点の向上や、チームによるケアマネジメントの向上を図るために、目標設定会議を開催した。（1月、2月は震災の影響で中止） ・目標設定会議から半年後に、参加したチーム員でモニタリングを実施し、モニタリング評価票を提出し振り返りを実施している。
			100	100	100		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			142	98	75		
	37	地区単位の地域ケア会議（第2層協議体）開催数	R3目標	R4目標	R5目標		・運営推進会議（地域ケア会議にも位置付け）開催のほか、地域の困り事や地域型元気はつらつ塾について地区の代表者や住民と話し合っている。 ・地区単位の地域ケア会議を通して、地域の問題を自分事と捉え、解決していくことが、地域力の向上にもつながるため、今後もランチとともに、地域包括ケアシステム構築をすすめていきたい。
			110	120	130		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			105	120	119		
	38	地区単位の地域ケア会議（第1層協議体）開催数	R3目標	R4目標	R5目標		・平成29年9月より第1層の生活支援コーディネーターをNPO法人かもママに委託し、設置しているが、令和3年度は、コロナ禍のため、地域ケア会議（第1層協議体）を開催することができなかった。また、令和4年度以降、第1層の生活支援コーディネーター業務については、委託先から受託辞退の申し出があったため、今後は市全体での協議の場を必要時に設置することとしていたが、令和5年度においては、開催までには至らなかった。
			2	2	2		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			0	0	0		
	39	庁内横断ワーキング開催数	R3目標	R4目標	R5目標		・庁内横断ワーキングを第1層協議体に位置付けている。今後、庁内横断ワーキングでは、第2層協議体からの地域課題を集約し、協議・検討をしていく。
			2	2	2		
			R3実績	R4実績	R5実績		
			0	0	0		
	40	第2層協議体設置箇所数	R3目標	R4目標	R5目標		・ランチ事業所が行う運営推進会議を第2層協議体に位置付けている。 ・地域包括ランチ及び地域福祉コーディネーター業務の活動報告や、その活動から見えてくる地域課題について民生委員や区長、地域住民らで話し合う場として、創意工夫を凝らしながら開催している。
			17				
			R3実績	R4実績	R5実績		
			16	16	16		
	41	地域福祉コーディネーター業務設置数	R3目標	R4目標	R5目標		・16ランチ16地区の地域コーディネーター業務をランチが継続的に実施している。第1層生活支援コーディネーターや障がい者基幹相談支援センター、相談支援専門員とともに地域での活動展開の企画や情報共有の場を設けることで、地域の特色を活かした活動やつながりが見えてきている。
			17				
			R3実績	R4実績	R5実績		
16			16	16			

No.	評価項目	R3目標	R4目標	R5目標	考え方	考察
42	家事支援サポーター養成講座受講者数	40	40	40	地域で活動する担い手を増やします。	・6日間の講座（内1日の実習を含む）を1回コース実施した。令和4年度から対象年齢を65歳以上から40歳以上に引き下げ、広報やチラシ等での周知のほか、若い世代にも積極的に周知を行った結果15人の参加があり13人が修了した。修了生の累計は100人となった。 ・また、13人の修了生のうち、10人が家事支援サポーターとして新たに登録し活動している。次年度も同様に、意欲のある方へ講座の紹介を行い、サポーター登録者数の増加を図る。
		R3実績	R4実績	R5実績		
		7	15	13		
43	家事支援サポーター登録数	R3目標	R4目標	R5目標	住民主体の生活支援体制を整えます。	・シルバー人材センター、加賀農業協同組合に平成28年4月から委託して実施している。 ・令和6年3月末時点での登録数は46人である。（シルバー人材センター10人、JA加賀36人。内訳は、家事支援サポーター養成講座修了者およびヘルパー2級等の有資格者） ・養成講座を継続して開催するとともに、他の活動団体に所属する有資格者にも登録を働きかけていく。
		35	45	55		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		37	35	46		
44	介護用品支給事業利用者数（月当たり、経過措置を除く）	R3目標	R4目標	R5目標	家族介護の負担を軽減します。	・利用者数は583人と目標値を大幅に超えており、月平均の利用者数は337人であった。入院・入所等により実際に毎月注文をする利用者数は利用決定者と比較して少ない傾向にある。
		400	510	520		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		505	547	583		
45	家族介護支援事業開催数	R3目標	R4目標	R5目標	家族介護について考える機会を増やします。	ブランチ設置個所の増加により、個別での相談が充実してきている。また、認知症介護については認知症サポーター養成講座やかも丸講座などで聞く機会がある。高齢世帯や単独世帯が増える中、家族も含めた世帯を支援するためにも地域ケア会議等で世帯を支える機会を増やしていきます。
		5	5	5		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		0	0	0		
成果指標	46 困っている時に近所に助け合う人がある市民の割合（市民意識調査）	R3目標	R4目標	R5目標	地域で支えるきっかけをつくりまします。	・令和4年市民意識調査によると、「日常生活などで困りごとの相談相手」を問う質問では、38.2%の方が「近隣・友人に相談」と回答(前回調査時:36.4%)。 ・普段から住民同士が声をかけ合い、助け合える地域づくりが展開されるよう、地域ケア会議等の実施により推進していく。
		—	—	令和2年と比べ増加		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		—	—	38		
	47 家族・親族以外に相談できる人がある市民の割合（市民意識調査）	R3目標	R4目標	R5目標		・令和4年市民意識調査によると、「日常生活などで困りごとの相談相手」を問う質問では、38.2%の方が近隣・友人に、12.9%の方が医師・歯科医師・看護師(前回調査時:13.0%)に、9.7%の方がケアマネジャー(前回調査時:9.6%)に相談されると回答。 ・住み慣れた場所で安心して生活し続けることができるよう、地域ケア会議等の実施により、地域や関係機関と共有・協働を図っていく。
		—	—	令和2年と比べ増加		
		R3実績	R4実績	R5実績		
		—	—	令和2年と比べ横ばい		