戸田市地域包括ケア計画（案）

第 10 期

戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画・

戸田市認知症施策推進計画

（令和 9 年度～令和 11 年度）

《 目 次 》

第１章　計画の策定にあたって

１．計画策定の背景 1
２．計画の性格と位置づけ 2
（１）計画の性格 2
（２）法的位置づけ 2
（３）本計画の位置づけ 4
３．計画の期間 5
４．計画の策定経過 6
（１）戸田市総合介護福祉市民協議会 6
（２）高齢者等実態把握の実施 7
（３）パブリック・コメントの実施 8
（４）日常生活圏域の設定 9
５．第９期計画の取組（成果）と課題 10
（１）地域包括ケアシステムの強化 10
（２）高齢者福祉サービスの適正化 27
（３）総括 28

第２章　戸田市の現状

１．統計からみる現状 32
（１）人口の推移と推計 32
（２）高齢者世帯の状況 34
（３）高齢者の就業状況 34
（４）要介護認定者の推移 36
（５）介護保険サービス給付費等の推移 37
２．アンケート結果からみる現状 38
（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ（一般高齢者ニーズ）調査 38
（２）在宅介護実態調査 42

第３章　計画の基本的な考え方

１．戸田市のめざす高齢社会像 45
（１）基本理念 45
２．第 10 期計画の基本方針 46
（１）基本方針・基本目標 46
（２）施策体系 51
３．第 10 期計画における重点施策 52
（１）地域包括ケアシステムの深化・推進 52
（２）認知症施策の推進 53
（３）介護サービス事業者の支援 53
（４）高齢者福祉サービスの適正化 53
（５）シニアの社会参加の推進 53
（６）成年後見制度の普及啓発と利用支援 54

第４章　具体的な施策の展開

基本目標１．地域における高齢者の支援体制づくり 55
（１）介護予防・日常生活支援総合事業の推進 56
（２）生活支援サービスの推進 58
（３）認知症施策の推進 60
（４）在宅医療・介護の連携推進 61
（５）地域包括支援センターの機能強化 65
基本目標２．介護保険をはじめとしたサービス基盤の整備 71
（１）介護保険サービスの充実 72
（２）適正な介護保険サービスの維持と推進 76
（３）高齢者の生活支援体制の整備 78

基本目標３．生きがいをもち安心して暮らせる地域づくり.....79
（１）高齢者の活躍推進　「戸田市シニア社会参加推進プラン」.....80
（２）健康づくりの推進.....81
（３）地域活動・地域交流の支援.....82
（４）地域居住のための支援.....83
（５）高齢者の権利擁護の推進　「戸田市成年後見制度利用促進基本計画」.....84

第５章　戸田市認知症施策推進計画

１．背景及び趣旨.....88
２．認知症に関する状況.....89
（１）高齢者人口の状況.....89
（２）要支援・要介護認定の状況.....90
（３）高齢者世帯の状況.....90
（４）戸田市の認知症高齢者の状況.....91
（５）認知症施策を支える体制と今後の在り方.....92
３．目指す地域社会像・基本理念.....94
（１）目指す地域社会像.....94
（２）基本理念.....94
（３）基本理念と条例・国の基本計画との関係.....95
４．計画の位置づけ・期間・進行管理.....96
（１）計画の位置づけ.....96
（２）計画期間.....97
（３）計画の策定体制.....97
（４）計画の進行管理.....97
５．施策の展開.....99
施策１　認知症に関する正しい理解の促進.....99
施策２　認知症バリアフリーと安全・安心な地域づくり.....102
施策３　認知症の人の社会参加の支援.....103
施策４　意思決定支援及び権利い利益の保護.....105
施策５　保健医療・福祉サービスの提供体制の整備.....107

施策６　相談・支援体制の整備 109
施策７　認知症の予防等 111

第１章

計画の策定にあたって

１．計画策定の背景

我が国の６５歳以上の高齢者人口は、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和８年１月１日現在）によれば、約3,５９０万人で、高齢化率は２９．０％となっています。６５歳以上人口のうち、６５～７４歳人口の総人口に占める割合は１２．０％、一方、７５歳以上の総人口に占める割合は１７．１％で６５～７４歳人口を上回っています。さらに、２０４０年（令和２２年）には我が国の高齢者人口がピークを迎え、８５歳以上人口が急増し、要介護高齢者が増加する一方、１５～６４歳までの生産年齢人口が急減することが見込まれています。

本市の高齢化率は１７.０％（令和８年１月１日現在）で、国（２９.０％）や埼玉県（２６.８％）の平均に比べて低い水準ではあります。しかしながら、６５～７４歳人口の総人口に占める割合は７．６％、７５歳以上の総人口に占める割合は９．４％で、国や県と同様、７５歳以上が多くなっており、高齢化は着実に進行しています。

今後さらに高齢化が進行することが予想され、ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加、高齢者が高齢者を介護する老々介護や地域で支え合う人と人とのつながりの希薄化などの課題が、より顕在化していくことが懸念されます。

本市では、平成１２年度の介護保険制度の開始以降、「誰もが健康でいきいきと生活できるまち」を目指し、高齢になっても市民一人ひとりが健やかで元気に安心して生活でき、他者への思いやりを持つことでお互いの人権を尊重し、支え合い、幸せを実感することでいつまでも住み続けたいと思える社会、市民自らが積極的に参画できる社会の実現に努めています。

第９期計画では、団塊の世代が７５歳以上となる２０２５年（令和７年）を計画期間中に迎えることを見据えて計画を策定し、「介護予防・日常生活支援総合事業の推進」、「生活支援サービスの推進」、「認知症施策の推進」、「在宅医療・介護の連携推進」、「地域包括支援センターの機能強化」の５つの施策を重点的事項として「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んできました。

今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくため、医療・介護の連携強化、高齢者の健康づくりや生きがいづくり、地域住民や多様な主体による取組を促進し「地域包括ケアシステム」をより深化・推進していくことが重要となります。

この『戸田市地域包括ケア計画（第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画）』では、今後見込まれる人口構造の変化に対応し、高齢者の生活を支える介護保険サービスを提供するため計画を策定します。

２．計画の性格と位置づけ

（１）計画の性格

■高齢者福祉計画

すべての高齢者を対象とした健康づくり、生きがいづくり、日常生活支援、福祉水準の向上など、高齢者に係る福祉施策全般を範囲とする計画

■介護保険事業計画

６５歳以上の要介護等認定者（４０～６４歳における老化が原因とされる特定疾病者含む。）ができる限り住み慣れた家庭や地域で、自立した生活を送れるよう、必要となるサービスに関する整備目標等を取りまとめた計画

■認知症施策推進計画

認知症の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社会の実現を目指し、認知症施策を総合的かつ計画的に推進するための計画

（２）法的位置づけ

本計画は、老人福祉法（昭和３８年法律第１３３号）第２０条の８第１項の規定に基づく「市町村老人福祉計画」、介護保険法（平成９年法律第１２３号）第１１７条第１項の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」、及び共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第６５号）第１３条第１項の規定に基づく「市町村認知症施策推進計画」を一体的に策定し、高齢者福祉、介護保険及び認知症施策を総合的かつ計画的に推進するものです。

■高齢者福祉計画の法的位置づけ

老人福祉法　第２０条の８第１項
市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。

■介護保険事業計画の法的位置づけ

介護保険法　第１１７条第１項
市町村は、基本指針に即して、３年を１期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

■認知症施策推進計画の法的位置づけ

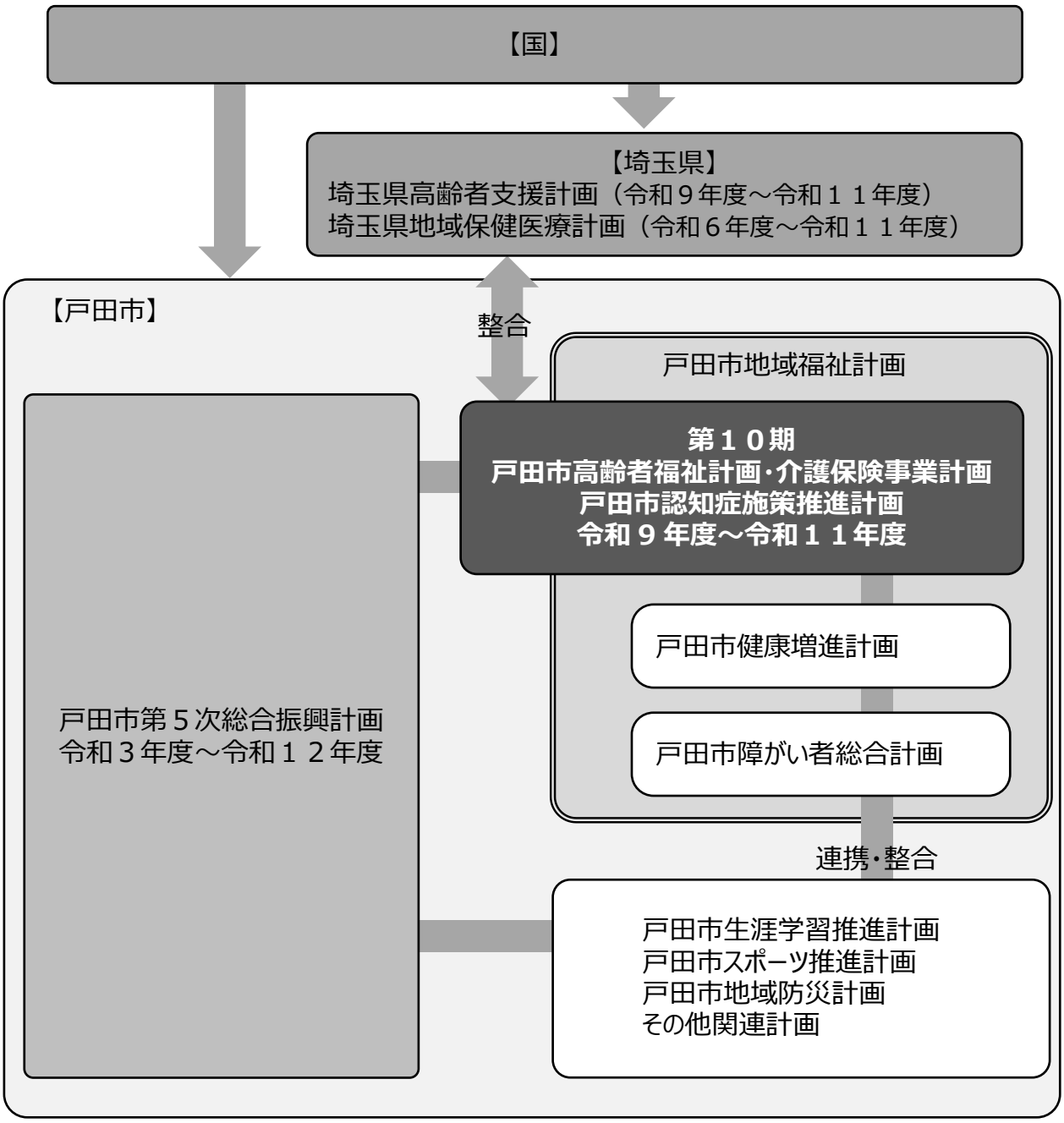
共生社会の実現を推進するための認知症基本法　第１３条第１項
市町村(特別区を含む。以下この項において同じ。)は、基本計画(都道府県計画が策定されているときは、基本計画及び都道府県計画)を基本とするとともに、当該市町村の実情に即した市町村認知症施策推進計画(次項及び第三項において「市町村計画」という。)を策定するよう努めなければならない。

（３）本計画の位置づけ

本計画は、本市における最上位計画である「戸田市第５次総合振興計画」（令和３年度～令和１２年度）の基本目標である“共に生き、支え合い、安心して暮らせるまち”の実現に向けた高齢者福祉に関する個別計画となります。

また、国の方針や県の高齢者支援計画、地域保健医療計画、関連する本市の個別計画等と整合性を図り策定します。

■関連計画との関係



３．計画の期間

本計画の期間は、令和９年度から令和１１年度までの３年間とします。

第６期計画以降は、団塊の世代が後期高齢者となる令和７年を見据えた中長期的な視点を持つ計画として策定してきました。第１０期計画では、高齢者人口がピークを迎える令和２２年（2040 年）を見据えながら、第８期計画で進めてきた地域包括ケアシステムの５つの施策（「５つの柱」。●ページ参照）のさらなる充実と深化を図っていきます。

■計画期間



４．計画の策定経過

（１）戸田市総合介護福祉市民協議会

高齢者福祉事業及び介護保険事業の運営については、幅広い関係者の協力を得ながら、地域の実情に応じた事業展開が求められています。このため、学識経験者、保健・医療・福祉の専門家、介護福祉事業関係者、公募市民など幅広い分野の関係者を委員とする「戸田市総合介護福祉市民協議会」において審議を行い、計画を策定しました。

戸田市総合介護福祉市民協議会における審議経過は次のとおりです。

■戸田市総合介護福祉市民協議会における審議経過

時期	審議内容
第１回 令和８年４月２８日（金）	（１）第９期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画実施後の報告について （２）第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）の諮問について （３）介護保防・日常生活圏域ニーズ調査結果の報告について
第２回 令和８年５月２７日（水）	（１）第１０期計画策定における国の基本方針等について （２）高齢者等実態把握調査（認定者分）の集計・分析結果について
第３回 令和８年７月２８日（火）	（１）地域密着型サービス事業所の新規指定について （２）第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（骨子案）について
第４回 令和８年９月２５日（金）	（１）地域密着型サービス事業所の指定更新について （２）第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（素案）について （２）第１０期計画の策定に係るパブリック・コメントの実施について （４）介護予防支援事業所の新規指定について
第５回（予定） 令和８年１２月１６日（水）	（１）パブリック・コメントの実施結果について （２）第１０期介護保険料の算出について
第６回（予定） 令和９年１月２５日（月）	（１）地域密着型サービス事業所の指定更新について （２）第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）について

（２）高齢者等実態把握の実施

第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画を策定するに当たり、必要な基礎資料を得るため、高齢者の生活や介護に関する実態等を把握することを目的として、２種類のアンケート調査を実施しました。

【介護予防・日常生活圏域ニーズ（一般高齢者ニーズ）調査】

①調査の目的

要介護状態になる前の高齢者の日常生活の状況を把握する。

②調査実施概要

・調査区域：戸田市内全域

・調査対象：一般高齢者（６５歳以上の市民で、要介護認定者を除く）
２，５００人

・抽出方法：住民基本台帳に基づく無作為抽出法

・調査方法：郵送配布・郵送回収

・調査時期：令和８年１月７日～令和８年１月２８日

③回収状況

・有効回収数：１,６０７人

・回収率：６４．３％

【在宅介護実態調査】

①調査の目的

「高齢者の在宅生活」と「家族等の介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討する。

②調査実施概要

・調査区域：戸田市内全域

・調査対象：令和６年１１月１日から令和７年１２月１日までの間に更新申請又は
区分変更申請により要介護・要支援の認定を受けた方　１,３２６人

・抽出方法：条件を満たす被保険者を全件抽出

・調査方法：郵送配布・郵送回収

・調査時期：令和８年１月７日～令和８年１月２８日

③回収状況

・有効回収数：６９５人

・回収率：５２．４％

（３）パブリック・コメントの実施

パブリック・コメント制度は、重要な政策を決定する際に、あらかじめ「案」の段階から公表し、市の説明責任を果たすとともに、広く市民の皆様から意見をいただくことで、市民の市政への参画の促進を図る制度です。

提出された皆様からの意見を十分に考慮した上で、最終的な意思決定を行います。

高齢者のみならず、すべての市民が、地域での人と人とのつながりを大事にしながら、いつまでも住み続けることのできるまちづくりを進める上では、市民参画が重要であることから、本計画策定においてもパブリック・コメントを実施しました。

・意 見 募 集 期 間：令和８年１１月４日から１２月３日まで
・意見を提出された方：●名

（４）日常生活圏域の設定

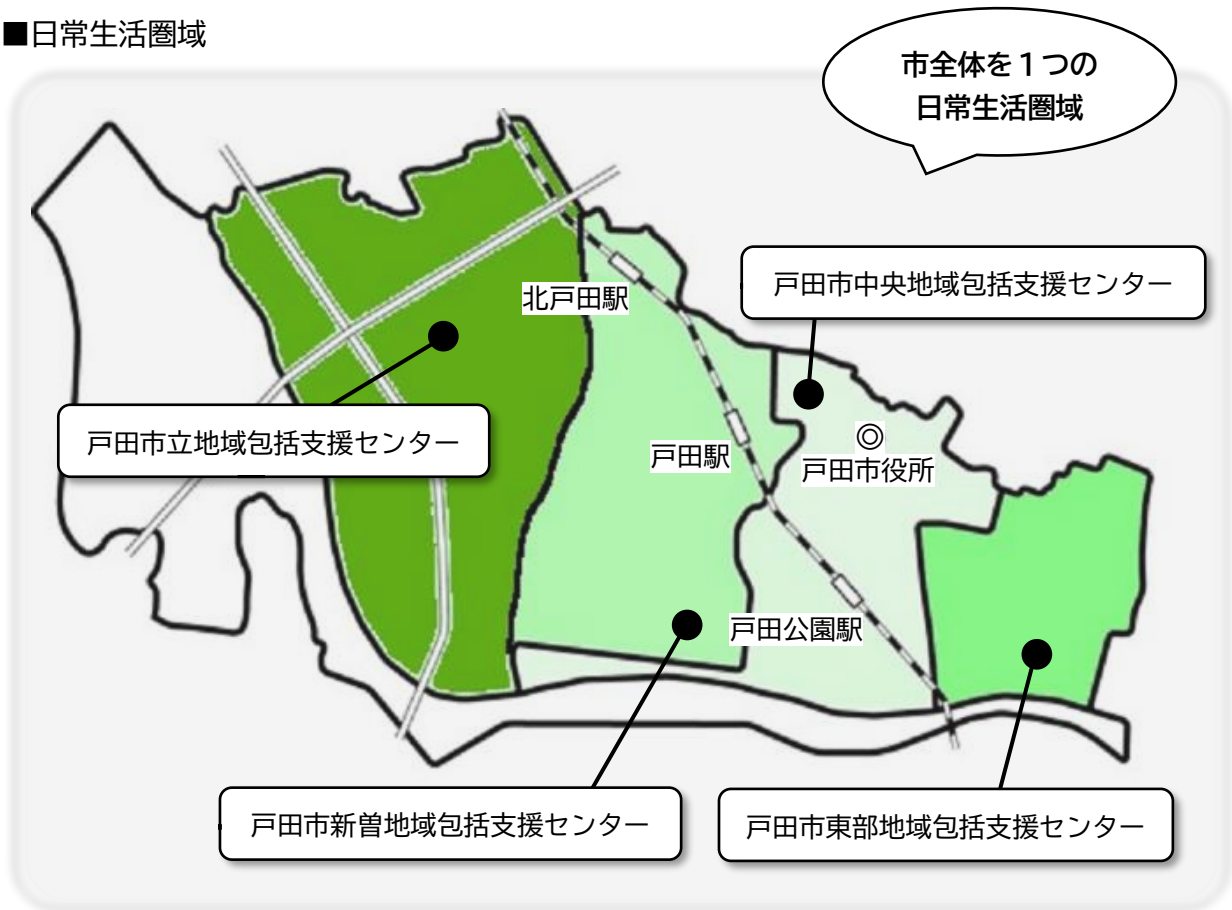
介護保険法では、「市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して」日常生活圏域を定めるものとされています。

本市の市街化区域面積は、約１３．３７ｋ㎡と比較的コンパクトであり、その８割以上が市内の３駅から２ｋｍ圏内です。また、人口密度は約１０，６８３人／ｋ㎡（令和８年１月現在）と高く、人口集中地区の人口密度は高まる傾向にあります。

このコンパクトな都市構造をいかし、地域包括ケアシステムの構築に向け、医療、介護、介護予防、住まい及び見守り・配食等の多様な生活支援サービスを一体的に提供するため、市全体を１つの日常生活圏域として設定しました。

また、市内４か所の地域包括支援センターを中心として、これまで以上に介護事業者・地域の関係者や関連機関等が相互連携し、地域で高齢者の生活を支えるためのネットワークづくりを推進します。

■日常生活圏域



５．第９期計画の取組（成果）と課題

第９期計画では、地域包括ケアシステムを構成する下の５つの施策を計画の主軸として、深化・推進に向けて取り組みました。

本計画の策定にあたり、第９期計画において中心となった各施策を振り返り、その成果と今後と取組みに向けた課題を整理しました。

（１）地域包括ケアシステムの強化

①　介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援者等が住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう、専門職によるサービスに加え、住民、民間企業等の多様な主体が参画し、多様なサービスや活動を提供する仕組みです。本市では、「サービス・活動事業」と「一般介護予防事業」により、介護予防と日常生活の支援を推進しました。

１）サービス・活動事業の推進

要支援１・２の認定を受けた方及び基本チェックリストにより生活機能の低下が確認された 65 歳以上の方で、市が事業対象者として決定した方に対し、訪問型サービス及び通所型サービスを提供しました。あわせて、必要なサービス量の確保に努めるとともに、短期間・集中的な支援により生活機能の改善や自立を目指すサービス・活動Ｃについて、導入に向けた検討を行いました。

一方、セルフ・ネグレクト等により支援が困難な高齢者については、本人との接点を確保し、生活の維持を支えるため、従前相当サービスが継続的な支援手段として活用される場合があります。

今後は、本人の状態や生活課題に応じた支援を行うとともに、サービス・活動Ｃを含む多様なサービスについて活用の可能性を検討し、自立支援及び重度化防止につながる支援体制を充実する必要があります。

２）一般介護予防事業の推進

ｉ）介護予防把握事業

地域包括支援センターへの相談、民生委員・児童委員等からの情報提供及び健康状態不明者への質問票の送付・訪問等により、介護予防が必要となるおそれのある

高齢者の把握に努めました。把握後は、状況に応じて継続相談、見守り、医療・介護サービス、通いの場及び関係機関による支援につなげました。

今後は、閉じこもりがちで情報を得にくい高齢者にも必要な情報や支援が届くよう、関係機関や地域との連携を強化し、早期把握・早期支援を進める必要があります。

ⅱ）介護予防普及啓発事業

６５歳及び７５歳到達者への案内チラシの送付、ＴＯＤＡ元気体操の体験会及び介護予防に関する市民公開講座を実施し、介護予防に関する知識の普及と活動への参加を促進しました。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、福祉保健センターと連携し、ＴＯＤＡ元気体操教室で身体、口腔及び栄養に関するフレイル予防教室を実施しました。

今後は、介護予防に関心が低い人や情報を得にくい人にも必要な情報が届くよう、周知方法を工夫するとともに、身近な地域で介護予防活動に参加しやすい環境を整える必要があります。

ⅲ）地域介護予防活動支援事業

住民主体の通いの場であるＴＯＤＡ元気体操教室について、新規会場の立ち上げ及び活動継続を支援しました。令和８年８月現在、会場数は第９期開始時の３９会場から４６会場となり、町会会館等を活用して、身近な地域で介護予防活動に参加できる環境づくりを進めました。

また、介護予防リーダーの養成・フォローアップ及び会場間の情報交換を行うとともに、活動１０年のリーダーの表彰や希望者へのＴＯＤＡ ＰＡＹポイントの付与により、活動意欲の維持・向上を図りました。

今後は、担い手の定着及び幅広い高齢者の参加を促進し、誰もが通える会場の確保と活動の継続を図る必要があります。

ⅳ）一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業について、ＴＯＤＡ元気体操教室の会場数・参加状況、介護予防リーダーの養成状況及び体力測定等により、取組の進捗と効果の把握に努めました。通いの場は第９期開始時の３９会場から令和８年８月現在４６会場へ増加し、継続参加者の体力測定では身体機能の維持・向上がみられました。

今後は、参加者の属性、参加の継続状況及び心身の変化等を継続的に把握・分析し、地域ごとの状況も踏まえながら、評価結果を一般介護予防事業の見直し及び改善に活用する必要があります。

ｖ）地域リハビリテーション活動支援事業

理学療法士等のリハビリテーション専門職をＴＯＤＡ元気体操教室へ派遣し、体力測定、健康相談、運動に関する助言及び教室運営に関する相談支援を実施しました。また、自立支援型地域ケア会議では、埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンターの協力を得て、スーパーバイザー及び理学療法士・作業療法士による専門的助言を受けました。これにより、介護支援専門員等の支援力向上を図るとともに、必要に応じて会議後に同行訪問を行い、生活課題の解決に向けた支援を行いました。

今後は、専門職の知見を通いの場及び個別支援に活用し、住民主体の介護予防活動の継続支援と高齢者の自立支援・重度化防止につなげる必要があります。

②　生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業は、地域住民、民間事業者、社会福祉法人、関係団体等の多様な主体と連携し、高齢者の日常生活を支える体制の充実と社会参加の促進を図る事業です。介護予防・日常生活支援総合事業と一体的に推進し、地域における支え合いの仕組みづくりを進めました。

２０４０年を見据えると、単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加により、家族による支援を受けにくい高齢者が増加することが見込まれます。ニーズ調査では、日常生活に困りごとがある高齢者は３１．５％であり、要支援者では約５割でした。高い所での作業、デジタル機器の操作及び交流の場への参加に加え、粗大ごみの処分や大型家具の移動にも困りごとがみられました。

今後は、日常生活支援、社会参加及び住環境の維持・安全確保を含む支え合いの仕組みを充実する必要があります。

１）生活支援体制整備事業の推進

ｉ）地域における支え合い体制づくり

生活支援コーディネーターを中心に、「おしゃべりサロン」「とまり木サロン」「脳血管疾患サロン　ＫＮＯＷ’楽」など、誰もが安心して交流できる居場所づくりを進めました。また、高次脳機能障害のある人、家族及び医療・福祉関係者等が交流する「高次脳サロン（おどりば倶楽部）」の運営を支援し、関係機関との連携を図りました。

今後は、地域とのつながりを持ちにくい人を居場所や必要な支援につなげる取組を進める必要があります。買い物、ごみ出し、移動及び交流の場への参加等の生活課題に対応するとともに、当事者、家族及び関係機関との連携を深め、孤立の防止や社会参加の促進につながる地域の支え合い体制を充実します。

ⅱ）地域ニーズ及び資源の整理、確認、可視化

生活支援コーディネーターが地域の社会資源を把握・可視化し、「集いの場マップ」を作成しました。また、介護保険サービス以外の民間サービス、福祉サービス及び地域活動等を調査・把握し、「地域資源リスト」として整理しました。これらを公共施設、地域包括支援センター、町会・自治会、民生委員・児童委員及び介護支援専門員等に配付するとともに、市ホームページ等で公表し、地域資源の活用を促進しました。

今後は、地域資源に関する情報を継続的に更新し、地域住民及び関係者へより広く周知する必要があります。生活支援、移動、見守り、居場所及びデジタル機器の利用支援等に関する情報を分かりやすく整理し、高齢者、家族及び支援者が必要な資源を活用しやすい環境を整えます。

ⅲ）地域における支え合い活動の周知、啓発

生活支援コーディネーター通信の発行･配架や地域ケア圏域会議への出席を通じて、生活支援体制整備事業及び地域の取組に関する周知を行いました。また、毎年１月に市役所庁舎２階ロビーで、地域住民によるボランティア活動等を紹介する「地域活動等展示」を実施し、地域活動の可視化と活動への関心を高める機会を設けました。

今後は、生活支援体制整備事業や地域活動に関する情報を、高齢者に加え、幅広い世代、関係団体及び民間事業者へ発信する必要があります。ニーズ調査で把握された生活課題を地域と共有し、担い手の発掘・確保及び新たな支え合い活動の創出につながる情報発信を充実します。

③　認知症施策の推進

認知症の人が尊厳と希望を持ち、自分らしく暮らし続けることができる共生社会の実現に向け、認知症の人及び家族の意見を聴き、本人の参画を促しながら、地域の実情に応じた施策を総合的に推進しました。認知症に関する正しい知識の普及と偏見の解消、早期の気付きと支援、医療・介護・福祉等の連携、相談・家族支援、社会参加及び認知症バリアフリーの推進に取り組みました。

１）認知症への理解を深めるための正しい知識の普及・啓発の推進

ⅰ）みんなが知っておきたい認知症あんしん情報ガイド（認知症ケアパス）

認知症の状態に応じた相談先、医療・介護サービス及び地域で受けられる支援を分かりやすく示す「みんなが知っておきたい認知症あんしん情報ガイド（認知症ケアパス）」を、毎年度改訂しました。市役所、地域包括支援センター、協力医療機

関及び事業所等で配布するとともに、関係機関からの提案や認知症の人及び家族の意見を取り入れ、内容の充実を図りました。

今後は、認知症の人や家族、地域住民及び支援者が必要な時に活用できるよう、配布先や周知方法を工夫するとともに、掲載情報の継続的な更新を行う必要があります。

ⅱ）認知症サポーター養成講座

市民の他、学校、学童保育室、地域団体及び企業等を対象に認知症サポーター養成講座を開催しました。認知症サポーター数は着実に増加しており、認知症に関する正しい知識及び認知症の人への理解を深めるための普及・啓発を進めました。

今後も、幅広い世代や事業者を対象に講座を実施し、地域全体で認知症の人を理解し支える意識の醸成を図る必要があります。

ⅲ）認知症月間に合わせた官民連携による認知症啓発展示等の実施

認知症の日を中心とする認知症月間に、市内の民間事業者等と連携し、認知症に関する啓発展示等を実施しました。また、認知症カフェを運営する関係機関等と協働し、認知症について楽しく正しく学ぶ「とこカフェ祭り」を開催しました。

今後も、官民連携により認知症に対する理解を促進し、認知症の人及び家族が地域で安心して暮らせる環境づくりを進めます。

ⅳ）認知症講座・講演会の開催

民間企業及び医療機関等と連携し、認知症への理解、医療・介護、本人や家族への支援等をテーマとした講座・講演会を開催しました。

今後は、認知症の人及び家族の経験や意見も取り入れながら、市民が認知症を身近な課題として理解し、早期の相談や地域での支え合いにつながる内容の充実を図る必要があります。

２）認知症になっても地域で自分らしく暮らせる体制の整備

ⅰ）認知症本人の声の収集及び活用

各地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症に関する相談対応や本人ミーティングの開催等を通じて、認知症の人及び家族の声を収集しました。収集した声を踏まえ、ボランティアや地域の事業所等と連携し、本人の希望や関心を起点とした社会活動を支援しました。

今後は、認知症の人及び家族、多様な主体とともに、意見を施策へ反映する方法を検討し、本人の参画による取組を充実させる必要があります。

ⅱ）認知症本人やその家族が集える認知症カフェ（とこカフェ）に対する活動支援

認知症の人、家族、地域住民及び専門職が交流できる認知症カフェ「とこカフェ」について、認知症ケアパス、広報紙及び市ホームページ等を活用して周知を行いました。また、認知症地域支援推進員による訪問等を通じて、運営及び活動の継続を支援しました。「とこカフェ祭り」では、官民連携により認知症カフェの取組を周知・啓発しました。

今後も、参加しやすい場づくりと活動の継続に向けた支援を進めます。

ⅲ）認知症サポーターステップアップ研修

認知症サポーター養成講座の受講者を対象に、認知症に関する理解を深め、認知症の人への接し方や必要な手助けに関する実践的な知識･対応力を身に付ける認知症サポーターステップアップ研修を開催しました。また、研修修了者を「おれんじパートナー」として、外出支援、見守り・声かけ、話し相手及び認知症カフェへの同行支援等の活動につなげるため、既に活動しているおれんじパートナーとの交流会を実施しました。

今後は、研修修了者が本人の希望や地域のニーズに応じた活動へ継続的に参加できるよう、活動機会の確保及び関係機関との連携を進める必要があります。

ⅳ）民間事業者等との連携体制の構築

民間企業、認知症疾患医療センターを含む医療機関、介護事業所及び金融機関等と連携し、公開講座、啓発展示、認知症カフェ、相談支援及び本人の社会活動支援を実施しました。これにより、認知症への理解を深める機会や、相談・参加の場を拡充しました。令和７年度には、民間店舗において本人と買い物に関する困りごとを確認するなど、本人の声を起点として地域環境の改善を考える取組へと発展しました。

今後は、民間事業者等との連携を継続し、本人の声を店舗や地域サービスの改善につなげる取組を広げる必要があります。

ⅴ）本人起点の活動支援

認知症の人の希望や関心を起点に、民間事業者、家族及びおれんじパートナー等と連携し、野鳥観察、らっきょう漬け及び味噌づくりなど、本人の得意なことを生かした社会活動を継続しました。令和７年度には本人ミーティングを３回開催し、得られた課題を基に実施した買い物への同行を通じて、本人が感じる困りごとを生活場面から把握する取組を進めました。

一方、本人ミーティングは公募による参加者が少なく、認知症地域支援推進員等による個別の声かけに依存している状況です。

今後は、個別の声かけ以外にも幅広い参加につながる仕組みを整えるとともに、本人の声を活動の企画、店舗環境、地域サービス及び施策の改善へ反映する過程を明確にする必要があります。あわせて、参加者の拡大及び継続的な社会参加に対する効果を検証する必要があります。

vi）認知症初期集中支援チームの有効的な活用及び運営方法の検討

認知症初期集中支援チーム検討委員会において、支援実績及び活動状況を検証し、医療・介護・福祉等の関係機関との連携方法を検討しました。また、地域包括支援センターからの相談・依頼を受けてチーム支援を開始する仕組みについて、関係機関との共有を進めました。

今後は、単身高齢者の増加等により、本人や家族からの相談だけでは、支援を必要とする人を早期に把握できない場合があることを踏まえる必要があります。地域住民、民生委員・児童委員、医療機関及び介護サービス事業所等が認知症の兆候や生活上の困りごとに気付いた際、地域包括支援センターへ速やかに相談・情報提供できる連携体制を強化します。

vii）認知症ケア相談室の周知、啓発

認知症ケア相談室について、認知症ケアパス、広報紙及び市ホームページ等を活用して周知を行いました。

今後は、認知症に関する不安や困りごとを早期に相談できる窓口として、認知症の人や家族に加え、地域住民、医療・介護関係者及び民間事業者等にも周知を進めます。必要な相談支援へ円滑につながる体制を充実する必要があります。

viii）成年後見制度中核機関の設置

戸田市成年後見センターを、成年後見制度利用支援における中核機関として設置し、成年後見制度に関する相談・利用支援、広報・普及啓発及び関係機関との連携体制の構築等を行いました。

今後は、認知症高齢者及び単身世帯の増加を踏まえ、権利擁護支援を必要とする人を早期に把握し、適切な支援につなげる必要があります。そのため、医療、介護、福祉及び法律の関係機関等による地域連携ネットワークを一層強化するとともに、成年後見制度等に関する周知及び相談支援を充実します。

ix）見守り体制の整備

地域ケア圏域会議を通じて、民生委員・児童委員、地域住民及び事業所等と地域課題を共有し、見守りや支え合いに関するネットワークづくりを進めました。また、民生委員による高齢者見守り訪問、行方不明となるおそれのある高齢者等を対象とした探索システムの利用助成及び配食サービスによる安否確認を実施しました。さらに、移動スーパー事業者との協定により、異変の察知・通報に協力する体制を構築しました。

今後は、地域のつながりの希薄化や担い手不足を踏まえ、地域住民、民生委員・児童委員及び事業所等が、認知症の人及び家族の変化や困りごとに気付き、地域包括支援センターへ円滑につなぐ仕組みを強化する必要があります。多様な主体が参画する見守り体制の充実を図ります。

３）認知症への備え等の推進

ⅰ）高齢者補聴器購入費助成

中年期以降の難聴は、認知症の発症リスクに関わる重要な修正可能な要因の一つとされています。また、聞こえにくさにより会話や外出の機会が減少すると、社会的孤立や心身機能の低下につながるおそれがあります。

このため、令和６年度から、聴力機能の低下により日常生活に支障がある高齢者を対象に、補聴器購入費の一部助成を開始しました。

今後は、補聴器の適切な利用に関する情報提供、相談支援及び事業の周知を進め、聞こえの支援を通じた社会参加や認知症予防につながる取組を推進します。

④　在宅医療・介護の連携推進

在宅医療・介護連携推進事業では、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できるよう、関係機関との連携強化に取り組みました。

ニーズ調査では、人生の最期を迎えたい場所として「自宅」を希望する人が４６．２％で最も多く、病院以外を希望する人は６３．６％でした。本人・家族の意向を尊重し、日常の療養、入退院、急変時及び人生の最終段階において、必要な医療・介護サービスが切れ目なく提供される体制づくりと、市民への普及啓発を進めました。

１）医療・介護連携体制の整備・推進

ⅰ）地域の医療・介護の資源の把握

「介護保険サービス事業所マップ」を年２回更新し、各回１，５００部を作成・配布することで、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問・通所・居住系サービス、地域密着型サービス及び施設系サービス等の地域資源に関する情報提供を行いました。また、令和６年度に医療・介護関係者８４人を対象としたアンケートを実施し、地域の連携状況、情報共有手段、ＩＣＴツール及び相談窓口の認知・利用状況等を把握しました。

今後は、地域資源に関する情報の更新・提供を継続するとともに、把握した情報を関係機関と共有し、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携施策の検討に活用する必要があります。

ⅱ）在宅医療・介護連携の課題の抽出

令和６年度に医療・介護関係者８４人を対象として実施したアンケートでは、４７人（５６．０％）が業務上、連携に課題を感じていると回答しました。入退院時を含む情報共有の不足、多職種間における業務内容・制度等の相互理解の不足、医療機関や他職種へ相談する際の連絡調整の難しさ、ＩＣＴツール及び相談窓口の認知・活用の不足等が課題として把握されました。

また、蕨市と共同で設置する医療・介護連携ネットワーク会議において、地域の実情に応じた課題の整理及び対応策の検討を行いました。

今後も、関係者への調査及び会議を通じた課題把握を継続し、具体的な連携施策の改善につなげる必要があります。

ⅲ）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

蕨戸田市在宅医療支援センターを事務局として、蕨戸田市医師会の協力のもと、在宅療養者の急変時や一時的な入院が必要となった際の受入先となる在宅療養支援ベッドについて、必要に応じた調整を行う体制を運用しました。

また、往診医及び患者情報の登録を行うとともに、関係機関と連携し、必要な医療・介護サービスが継続して提供されるよう支援しました。今後は、急変時や退院後の在宅生活への移行等を見据え、情報共有及び後方支援体制の充実に取り組む必要があります。

ⅳ）医療・介護関係者の情報共有の支援

蕨市と共同で、医療機関と介護事業所等が入退院時に必要な情報を共有し、退院後も本人が希望する生活を継続できるよう、「蕨市・戸田市入退院支援ルール」の周知及び運用を行いました。また、説明動画や研修会等を活用してルールの理解促進を図るとともに、ＩＣＴによる患者情報共有システム「メディカルケアステーション（ＭＣＳ）」の活用を促進しました。

令和６年度の関係者アンケートでは、入退院支援ルールを「知っているが使用していない」人が３２人、「ルールや様式を知らない」人が４２人であり、周知及び活用の促進が課題として把握されました。

今後は、関係者の意見を踏まえて周知方法や運用を改善し、ＩＣＴも活用した円滑な情報共有を支援する必要があります。

ｖ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

蕨戸田市在宅医療支援センターにおいて、在宅療養に関する市民及び医療・介護関係者からの相談に対応しました。相談件数は令和６年度１０９件、令和７年度１１４件であり、訪問診療・訪問看護等に関する相談、多職種連携に関する相談及び在宅療養患者の入院先に関する相談等に対し、情報提供や関係機関との連絡調整を行いました。

令和６年度の関係者アンケートでは、相談窓口の利用場面や支援内容が分からないとの意見もありました。

今後は、市民及び関係者への周知を強化し、必要な時に適切に相談・活用できる体制の充実を図る必要があります。

vi）医療・介護関係者の研修

埼玉県南部保健所、川口市、蕨市及び埼玉県南部地域保健医療協議会在宅医療部会と共催し、「多職種連携の会」を開催しました。また、蕨戸田市在宅医療支援センター等と連携し、「連携ネット café」等を実施して、多職種の顔の見える関係づくりと相互理解の促進に取り組みました。

令和７年度の「多職種連携の会」には１００人が参加し、講演及びグループワークについて、ほぼ全ての参加者から参考になったとの評価を得ました。また、多職種への理解や良好な関係づくりが深まったと回答した人は９８人でした。

今後は、事例検討等を取り入れ、関係者のニーズに応じた研修内容の充実と、参加しやすい開催方法の工夫に取り組む必要があります。

vii）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

蕨市とは、郡市医師会を同じくし、生活圏や医療・介護資源の利用圏域も近接している地域特性を踏まえ、医療・介護連携ネットワーク会議の共同開催、蕨戸田市在宅医療支援センターの運営及び入退院支援ルールの運用等を協働して実施しました。

また、埼玉県南部保健所、川口市及び埼玉県南部地域保健医療協議会在宅医療部会と連携し、在宅医療事業担当者会議における情報交換を行うとともに、多職種連携の会及び在宅医療講演会を共同で開催しました。

今後も、蕨市や川口市をはじめとする関係市町村及び関係機関との連携を継続し、広域的な医療・介護資源を有効に活用しながら、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携体制の充実を図る必要があります。

２）市民に対する周知・普及・啓発

ⅰ）在宅医療講演会の開催

埼玉県南部保健所、川口市、蕨市及び埼玉県南部地域保健医療協議会在宅医療部会と共催し、市民を対象とした在宅医療講演会を開催しました。在宅医療・介護の仕組み、利用できるサービス及び相談先等について情報提供を行い、市民の理解促進に取り組みました。

ニーズ調査では、在宅医療の内容を十分に知っている人は１９．６％にとどまっています。今後も、在宅療養に関する分かりやすい周知・啓発を継続する必要があります。

ⅱ）ＡＣＰ（人生会議）の普及啓発

蕨戸田市医師会のＡＣＰ普及啓発講師人材バンク登録制度を活用し、医師による人生会議（ＡＣＰ）の講座を開催しました。令和６年度は蕨市と戸田市で計９回、令和７年度は計７回実施し、人生会議の意義や、希望する医療・ケアについて本人・家族・支援者が話し合う重要性を周知しました。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、人生会議（ＡＣＰ）を「知らなかった」と回答した人は３２．４％であり、既に取り組んでいる人は４．４％にとどまりました。

今後も、講座等を通じて人生会議の理解を促進し、本人の価値観や希望に沿った医療・ケアにつながるよう、普及啓発に取り組む必要があります。

ⅲ）エンディングノートの配布・エンディングノート書き方セミナーの開催

人生の最終段階における意思決定を支援するため、市民が将来の希望等を記入できる「大切な方への絆ノート」を公共施設等で配架しました。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、戸田市版エンディングノートを実際に書いたことがある人は４．７％にとどまる一方、１５．７％は書いてみたいと回答しました。

今後も、書き方セミナー等を通じ、本人・家族が将来の希望について考え、話し合うきっかけづくりを進める必要があります。

ⅳ）家族介護教室の開催

高齢者を介護する家族や介護に関心のある市民を対象に、家族介護教室を開催しました。教室では、認知症への理解、介護方法、介護者自身の心身の健康、利用できる介護サービス及び相談窓口等について、専門職による講話や情報提供を行いました。

今後も、介護者が必要な知識や支援につながり、介護負担や不安の軽減を図れるよう、家族の状況やニーズを踏まえたテーマ設定と参加しやすい開催方法の工夫に取り組む必要があります。

ⅴ）救急医療情報キットの配布

救急時に必要な医療・介護情報を迅速に確認できるよう、救急医療情報キットを配布しました。キットには、かかりつけ医、服薬内容、緊急連絡先、既往歴及び介護サービスの利用状況等を記入した情報シートを入れ、冷蔵庫等の分かりやすい場所に保管することで、救急隊員や医療機関による適切な対応につなげることを目的としています。

今後も、地域包括支援センター等の関係機関と連携し、キットの活用方法を周知するとともに、記載内容を定期的に更新する必要性について啓発を行う必要があります。

⑤　地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、介護、医療、福祉、健康、生活支援及び権利擁護等に関する総合相談に対応し、必要な支援につなぐ地域包括ケアシステムの中核的な機関です。また、多職種・多機関の連携を促進し、個別支援から把握した地域課題を地域づくりや施策の検討へつなげる役割を担っています。

運営に当たっては、「地域包括支援センター運営方針」に基づき、運営上の基本的な考え方、業務の実施体制及び役割分担を明確にし、適切、公平中立かつ効率的な運営に努めました。市立地域包括支援センターは基幹型として、各地域包括支援センターへの後方支援及び総合調整を行い、支援の質の確保と運営体制の充実を図りました。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、地域包括支援センターの認知度は４９．５％であり、認知している人のうち８０．３％がその役割を理解していました。「介護や生活に関する相談窓口」としての認知は８８．６％に達し、相談支援の拠点として一定の定着がみられます。また、事業対象者・要支援者の認知度は７割を超えており、支援を必要とする人への周知は一定程度進んでいます。

一方、要支援認定を受けておらず、介護予防・生活支援サービスの事業対象者でもない高齢者では、地域包括支援センターの認知度が３８．６％にとどまっています。また、男性、６５～７４歳、新曽圏域で認知度が低い傾向にあります。センターの役割についても、権利擁護は１３．２％、介護予防は３５．０％にとどまるため、支援が必要になる前から相談できる身近な窓口として、対象者に応じた周知を強化する必要があります。

１）地域ケア会議の強化

ⅰ）地域課題の把握

地域ケア個別会議は、令和６年度の１３回から令和７年度の１９回へ開催回数が増加しました。認知症、独居、老老介護、金銭管理及び権利擁護等の複合的な課題について、多職種・多機関で支援方針を検討し、医療受診、成年後見制度、施設入所、障害福祉サービス等の具体的な支援につなげました。

また、自立支援型地域ケア会議を継続して開催し、個別事例の検討を通じて、身寄りのない高齢者への支援、８０５０問題、住まい、移動及び社会参加等に関する地域課題の把握に努めました。個別事例では、認知症高齢者本人への支援に加え、家族の障害や精神疾患、介護負担、虐待、生活困窮及び住居問題等、世帯全体にわたる複合的な課題が増加しています。

今後は、身元保証人やキーパーソンがいない人への支援、成年後見制度等の利用開始までの支援、介護保険外の移動支援、見守り及び社会参加の機会の充実が必要です。あわせて、圏域ごとの開催状況や事例選定に差が生じないよう、会議の目的及び進め方に関する共通認識を確保するとともに、把握した地域課題を地域資源の開発や市の施策へ反映する仕組みを強化する必要があります。

ⅱ）地域づくり・資源開発の検討

各地域包括支援センター圏域で地域ケア推進会議を開催し、地域住民、町会・自治会、民生委員・児童委員、事業者、企業、ＮＰＯ、生活支援コーディネーター等と、集いの場、移動・買い物支援、見守り及び多世代交流等に関する地域課題を共有しました。令和７年度は全４圏域で各２回開催し、開催頻度の平準化を図りました。

町会会館やマンション集会室、企業・介護事業所の人材、建物及び送迎車、移動販売等の既存資源を活用した居場所づくりや買い物支援について、具体的なアイデアや企画の検討につなげました。

一方、地域のつながりの希薄化、町会加入率の低下及び担い手の高齢化が進み、集いの場があっても、情報不足や移動の困難さから参加できない人がいます。

今後は、個別会議で把握した孤立、移動及びごみ出し等の課題を圏域会議へ確実につなげ、生活支援コーディネーターを中心に具体的な取組へ結び付ける必要があります。資源リストの作成にとどまらず、需要とのマッチング、実施主体・安全面の整理及び実施後の検証を行い、効果的な取組を他圏域へ展開する仕組みを構築する必要があります。

ⅲ）自立支援型地域ケア会議の開催

自立支援型地域ケア会議は年４回開催し、多職種による検討及びモニタリングを行いました。本人の希望する暮らしや「なりたい姿」を踏まえ、リハビリテーション、栄養改善、外出及び社会交流等を組み合わせた支援を検討し、自立支援に向けたケアマネジメントの充実を図りました。

検討を通じて、日常生活動作の低下や認知症の有無だけでなく、本人の意欲、家族関係、移動手段、住環境及びサービス終了後の居場所等が、自立支援及び生活課題の解決に大きく影響することが確認されました。

今後は、本人の生活目標に即した短期目標・長期目標の設定を徹底し、専門職からの助言の実施状況や生活機能の変化を継続的に確認する必要があります。会議で把握した不足する地域資源については、地域づくりやサービス・活動の充実へつなげる取組を進めます。

２）総合相談支援の充実

ⅰ）総合相談体制の充実

地域包括支援センターは、高齢者本人及び家族、地域住民等から寄せられる介護、医療、福祉、健康、生活支援及び権利擁護等に関する相談を幅広く受け、関係機関と連携しながら制度横断的な支援を行いました。

相談件数の増加に加え、新規相談では迅速な初期対応が求められることから、地域包括支援センター職員の業務量が増加しています。また、認知症、精神疾患、経済的困窮、住まい及び家族関係等が複合する相談が増加しており、個別支援に多くの時間を要しています。認知症に関する相談も増加しており、本人の状態や生活状況に応じた支援がより重要となっています。

今後は、関係機関との情報共有及び役割分担を進め、早期把握・早期支援につながる地域包括支援ネットワークを強化する必要があります。あわせて、業務量に見合った人員体制、職員の相談対応力及び多機関との連携力を確保し、適切かつ継続的に相談支援を行う体制を充実する必要があります。

３）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の充実

ⅰ）介護予防支援（予防給付の対象となる要支援者）

地域包括支援センターは、予防給付の対象となる要支援者が、本人の希望する暮らしや生活目標を実現し、できる限り自立した生活を継続できるよう、介護予防支援を行いました。心身の状況、生活環境及び家族の状況を踏まえて介護予防サービス・支援計画を作成し、サービス利用に係る相談、連絡調整及び利用状況の確認を行いました。

一方、地域包括支援センターが介護予防ケアプランの委託を進める必要があるものの、居宅介護支援事業所では、業務量や法人の運営方針等により受託が難しい場合があります。このため、委託先の確保及び委託に係る調整に相当の負担を要しています。

今後は、市、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の役割分担と連携方法を整理し、委託先の確保を含め、安定的に介護予防支援を提供できる体制を整備する必要があります。

ⅱ）介護予防ケアマネジメント（介護予防・日常生活支援総合事業対象者）

地域包括支援センターは、要支援者及び事業対象者が、介護が必要な状態となることを防ぎ、又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を図りながら、自立した生活を継続できるよう、介護予防ケアマネジメントを行いました。本人の心身の状況、生活環境及び意向を踏まえ、訪問型・通所型サービス、一般介護予防事業等を組み合わせ、必要な支援を行いました。

今後は、市、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所が、適切な役割分担及び連携方法を検討し、安定的に介護予防ケアマネジメントを提供できる体制を整備する必要があります。

４）権利擁護支援の促進

ⅰ）高齢者虐待防止策の充実の取組

市及び地域包括支援センターは、福祉、保健、医療、介護等の関係機関及び地域とのネットワークを構築し、高齢者虐待の早期発見に努めました。虐待又は虐待が疑われる事案を把握した場合は、速やかに訪問等により本人の安全及び状況を確認し、事案に応じた保護・支援を行いました。

今後は、地域住民や関係機関が虐待の兆候に早期に気付き、相談・通報につなげられるよう、周知及び連携体制を充実する必要があります。

ⅱ）成年後見制度の利用支援

市及び地域包括支援センターは、判断能力が十分でない認知症高齢者等が、本人の意思を尊重されながら地域で安心して生活を継続できるよう、成年後見制度の利用及び必要な福祉・介護サービス等の利用を支援しました。

今後は、権利擁護支援を必要とする人を早期に把握し、戸田市成年後見センター等の関係機関と連携して、本人の状況に応じた支援につなげる必要があります。

ⅲ）困難事例への対応の推進

地域包括支援センターは、通常の支援のみでは解決が困難な事例に対し、保健師等、社会福祉士及び主任介護支援専門員が連携して対応しました。必要に応じて地域ケア個別会議を開催し、関係機関及び地域の関係者と支援方針を共有することで、認知症、精神疾患、経済的困窮、虐待、住まい及び家族関係等の複合的な課題を抱える本人・世帯への支援を行いました。

今後は、複合的な課題を抱える世帯への対応力を高めるため、多機関との情報共有、役割分担及び地域ケア会議の活用を進める必要があります。

ⅳ）消費者被害の防止の推進

くらし安心課（消費生活センター）が開催する消費者安全確保地域協議会において、関係機関と定期的に情報交換を行いました。消費者被害の未然防止及び早期発見に向け、地域包括支援センター、消費生活センター及び関係機関が連携し、必要な相談支援や情報提供を行いました。

今後は、高齢者を狙った消費者被害の未然防止及び早期発見につながるよう、関係機関との情報共有と市民への注意喚起を継続する必要があります。

ⅴ）日常生活自立支援事業（あんしんサポートねっと）の普及・活用

地域包括支援センターと社会福祉協議会が連携し、判断能力に不安がある高齢者が、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等の支援を受けながら生活を継続できるよう、日常生活自立支援事業「あんしんサポートねっと」の普及・活用を促進しました。

権利擁護支援を必要とする高齢者を早期に把握し、適切な支援につなげるためには、市、地域包括支援センター、戸田市成年後見センター、社会福祉協議会、医療・介護関係機関及び法律の専門職等による連携が重要です。

今後は、本人の意思決定を支援しながら、成年後見制度、日常生活自立支援事業及びその他の制度を適切に活用できるよう、地域連携ネットワークと相談支援体制を一層充実する必要があります。

５）包括的・継続的なケアマネジメントの充実

ⅰ）包括的・継続的なケア体制の構築

地域包括支援センターは、介護保険サービスに加え、医療、健康づくり、介護予防、生活支援、住まい、権利擁護及び地域活動等の社会資源を活用し、高齢者本人及び家族を包括的かつ継続的に支えるケア体制の構築を進めました。地域の介護支援専門員が、多職種・多機関と連携しながら支援を行えるよう、関係機関との連携及び情報共有を進めました。

ⅱ）地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域包括支援センターは、地域の介護支援専門員が日常業務を円滑に実施できるよう、圏域内の介護支援専門員が情報交換や事例共有を行う場を設けました。複数の地域包括支援センターが合同で、地域の介護支援専門員を対象とした会議を開催するなど、介護支援専門員相互のネットワーク構築及び活用を促進しました。

ⅲ）日常的個別指導・相談

地域包括支援センターは、地域の介護支援専門員に対する身近な個別相談窓口として、ケアマネジメントに関する相談・助言を行いました。必要に応じて、サービス担当者会議の開催支援、関係機関との連絡調整及び地域資源に関する情報提供を行い、適切な支援につなげました。

ⅳ）支援困難事例等への指導・助言

地域包括支援センターは、主任介護支援専門員を中心に、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、専門的な相談・助言を行いました。８０５０問題等を含む複合的な課題を抱える事例については、地域包括支援センターの専門職、関係機関及び地域の関係者と連携し、具体的な支援方針を検討しました。

今後は、地域包括支援センター相互の情報交換、連携及び協働を継続するとともに、市立地域包括支援センターによる後方支援及び総合調整の機能を生かし、地域の介護支援専門員が複合的な課題に対応できる体制を充実する必要があります。

（２）高齢者福祉サービスの適正化

本市の高齢化率は県内で最も低く、比較的“若い”自治体と考えられますが、人口推移だけを見れば、高齢化は年々進行しています。そのため、より多くの高齢者が健康を維持し、地域の中で活躍できる環境の整備や支援の充実を図っていくことが重要になります。

高齢者福祉サービスについては、安定的なサービス提供のため、第６期計画において「在宅高齢者紙おむつ等支給」、「在宅要介護高齢者介護支援金支給」、「敬老祝金贈呈」事業について規模の適正化を図り、第７期計画での「健康長寿入浴事業」、第８期計画での「家具転倒防止器具給付設置事業」について見直しを行いました。

第９期計画では、受益者負担の適正化を図るため「歩行補助つえの交付」に関して利用者負担の見直しを行いました。

その一方で、高齢者の生活支援や認知症施策の推進に向け、「補聴器購入費助成」を創設しました。

■過去の見直し内容

・第６期計画

在宅高齢者紙おむつ等支給	・利用者負担及び利用限度数の見直し ・入院時の紙おむつ等利用者に対する助成制度の創設
在宅要介護高齢者介護支援金支給	・支給月額の見直し（15,000 円⇒5,000 円）
敬老祝金贈呈	・支給対象年齢の引上げ及び支給額の見直し

・第７期計画

健康長寿入浴事業	・利用者負担の見直し（１回 150 円⇒200 円）

・第８期計画

家具転倒防止器具給付設置事業	・対象年齢の見直し（70 歳以上⇒65 歳以上）

・第９期計画

歩行補助つえの交付	・利用者負担の見直し（１本 100 円⇒500 円）
高齢者補聴器購入費助成	・助成制度の創設（助成限度額　40,000 円）

（３）総括

第９期計画においても、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、介護予防や生活支援、認知症施策、在宅医療・介護連携、地域包括支援センター機能の強化に取り組み、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるための基盤整備を進めてきました。

一方で、高齢化の進展や単身高齢者世帯の増加、地域の担い手不足、認知症高齢者の増加などにより、地域課題は複雑化・多様化しています。地域包括ケアシステムが有効に機能するためには、行政や関係機関だけでなく、市民や地域団体など多様な主体による支え合いが重要であることから、今後も地域への普及啓発や地域活動への参加促進を図りながら、地域共生社会の実現に向けた体制づくりを進めていく必要があります。

また、介護保険サービス及び高齢者福祉サービスについては、高齢者数の増加や社会経済情勢の変化、市民ニーズ等を踏まえながら、持続可能で安定的なサービス提供に向けて、その在り方を引き続き検討していく必要があります。

第２章

戸田市の現状

１．統計からみる現状

（１）人口の推移と推計

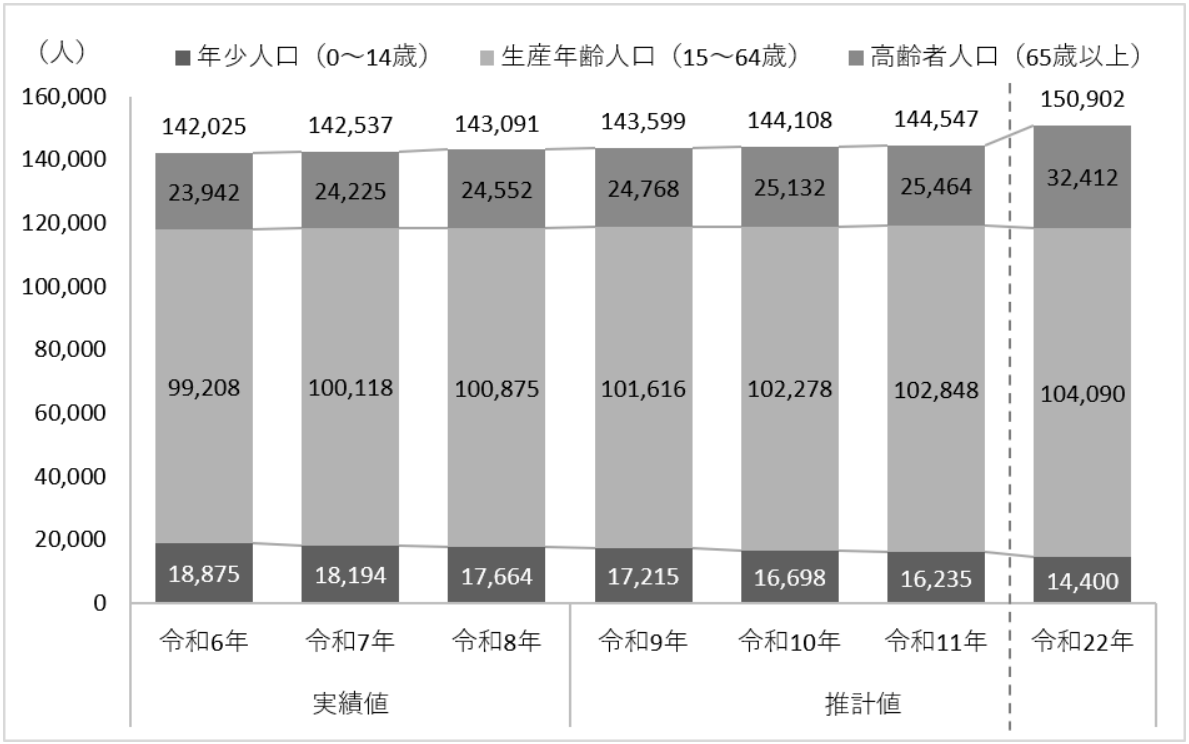
本市の人口は、未だ増加の一途をたどっています。総人口では前年に比べ、毎年数百人程度増加しており、令和１１年は、令和９年に比べ９４８人増の１４４，５４７人となる見込みです。生産年齢人口（１５～６４歳）、高齢者人口（６５歳以上）は増加傾向にありますが、伸び率は高齢者人口（６５歳以上）がやや高くなっています。

後期高齢者（７５歳以上）は増加傾向にあり、令和８年は、令和６年の１．０３倍（令和３年比で１，６８９人増）となる１３，４４４人となる見込みです。

高齢社会を支える第２号被保険者（４０～６４歳）も増加傾向にありますが、令和９年の５３，１１１人をピークに減少に転じる見込みです。令和１１年には５２，７１６人となり、令和９年に比べて０．９９倍となる見込みです。

高齢化率も年々徐々に増加し、令和１１年には１７．６％に達する見込みですが、埼玉県の令和８年１月１日現在の高齢化率は２６．８％であり、県下では高齢化率は最も低い水準となっています。

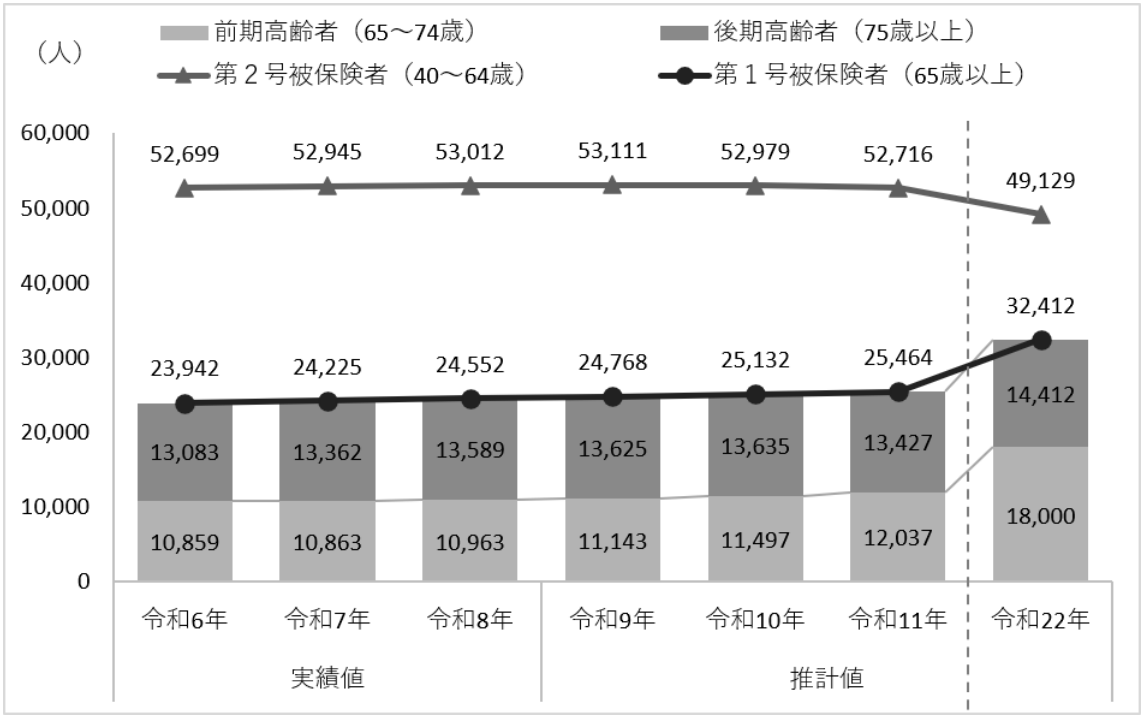
■人口の推移と推計



資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）

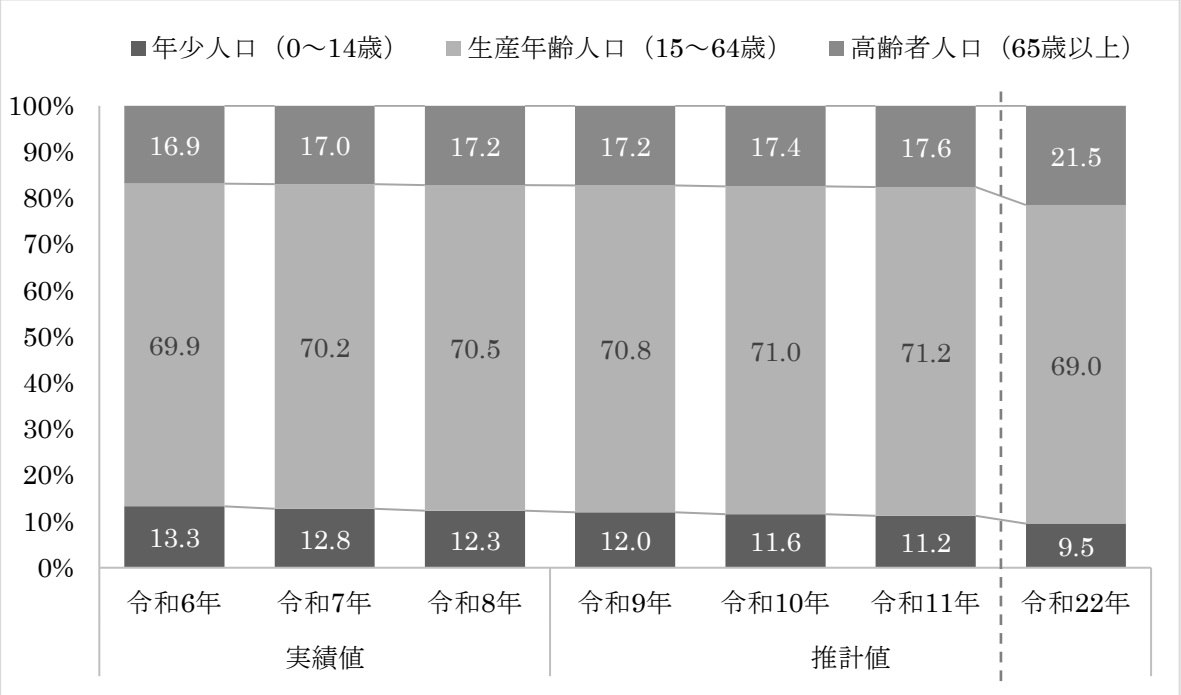
※令和９年以降の推計値については、過去数年の１０月１日現在の住民基本台帳（年度の中間地点）を基に、コーホート変化率法により、推計しています。なお、コーホート変化率法とは、同じ年に生まれた人々（コーホート）を基本に、実績人口の動向から変化率を求め、その結果に基づき将来人口を推計する方法です。（実績値のうち、令和８年のみ８月１日現在の数値）

■第１号被保険者と第２号被保険者数の推移と推計



資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）

■年齢３区分別の構成比の推移と推計



資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）

我が国の高齢者人口がピークを迎える令和２２年を見通すと、総人口は依然として増加していくものと試算されます。人口構成比としては、年少人口（０～１４歳）と生産年齢人口（１５～６４歳）が減少する一方、高齢者人口が増加していくものと推計されています。

（２）高齢者世帯の状況

本市の世帯の状況をみると、平成２２年から令和２年までの間に一般世帯数は１０，０３３世帯増加しました。同時期に、６５歳以上単身者世帯は１，７４０世帯、夫婦共に６５歳以上の世帯は１，０４１世帯増加しています。平成２２年を１００とした時の令和２年の増加率をみると、６５歳以上単身者世帯（１５４．４％増）と夫婦共に６５歳以上の世帯（１４４．２％増）はいずれも、一般世帯数（１１８．５％増）を上回っています。

■高齢者の世帯等の推移

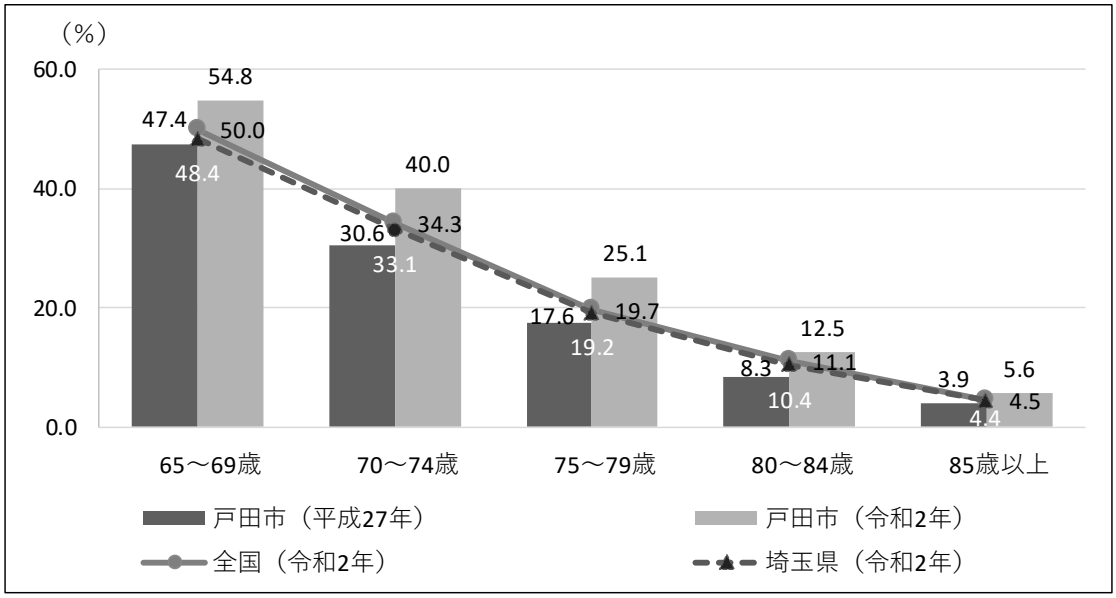
		平成22年	27年	令和2年	平成22年→令和2年
一般世帯数		54,149	59,243	64,182	118.5
６５歳以上単身者世帯	総数（人）	3,199	4,148	4,939	154.4
	割合（％）	5.9	7.0	7.7	－
夫婦共に６５歳以上の世帯	総数（人）	2,354	3,090	3,395	144.2
	割合（％）	4.3	5.2	5.3	－

資料：統計とだ、国勢調査「65 歳以上単身者及び夫婦のみの世帯数」

（３）高齢者の就業状況

６５歳以上の就業率について、平成２７年と令和２年を比較すると、令和２年は就業率が高くなっており、全国や県と比較しても、本市の高齢者の就業率はすべての年齢層で高くなっています。

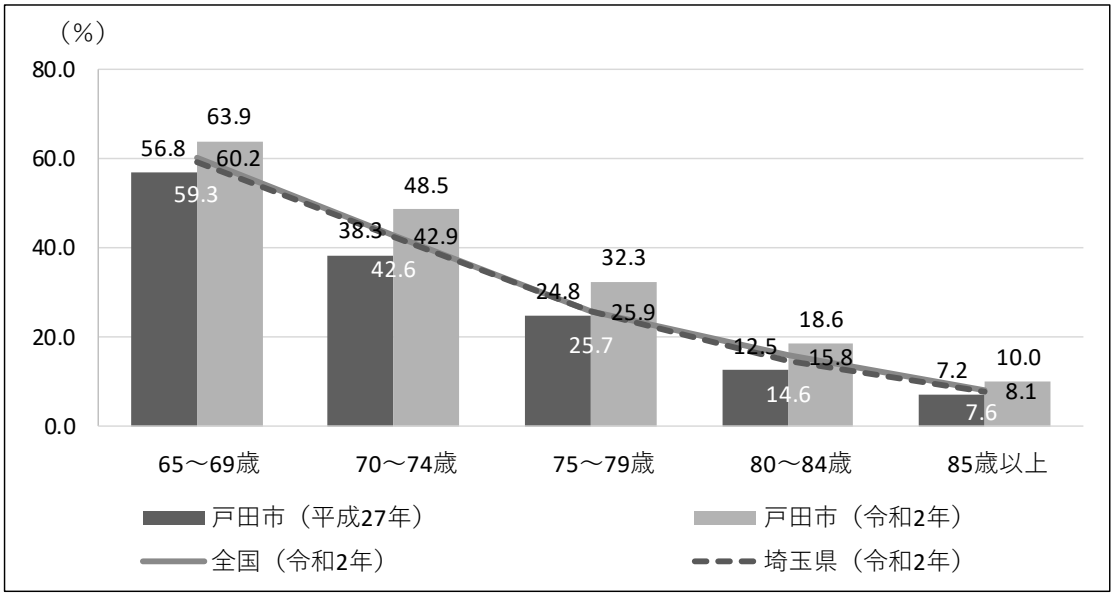
■高齢者の就業率の比較



資料：各年国勢調査

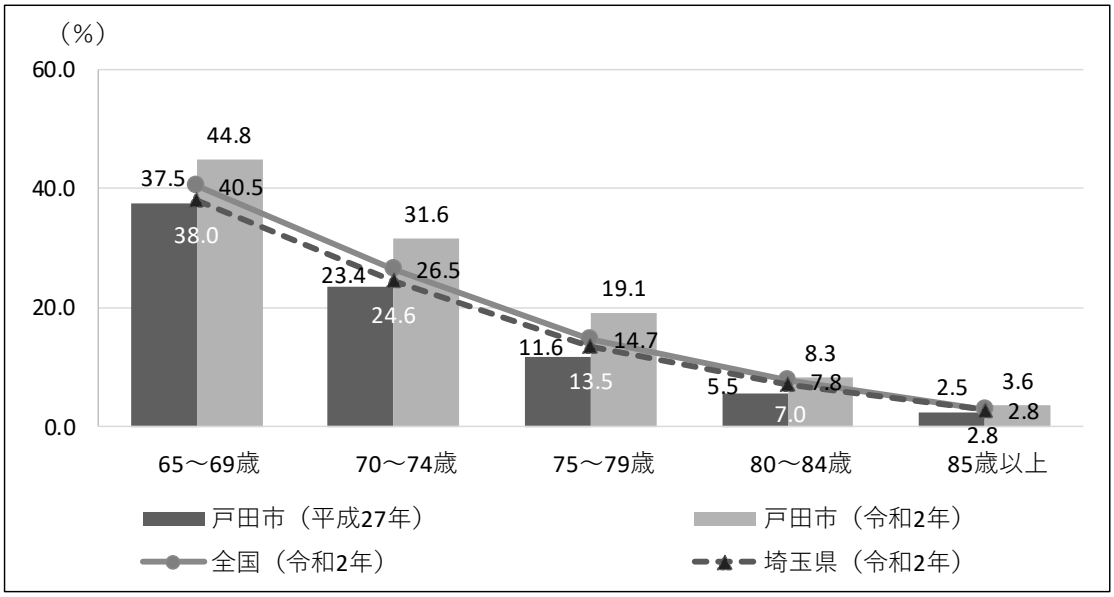
本市の６５歳以上の就業率は、男性は４２．１％、女性は２３．２％となっています。
男女の年齢階層別にみると、「６５～６９歳」では男性の６割強、女性の４割強が働いており、「７０～７４歳」では男性の５割弱、女性の３割強が働いています。
また、全国や埼玉県と比較して、本市の就業率は男女ともに高い傾向がみられます。

■年齢階層別就業率の比較（男性）



資料：令和２年国勢調査

■年齢階層別就業率の比較（女性）



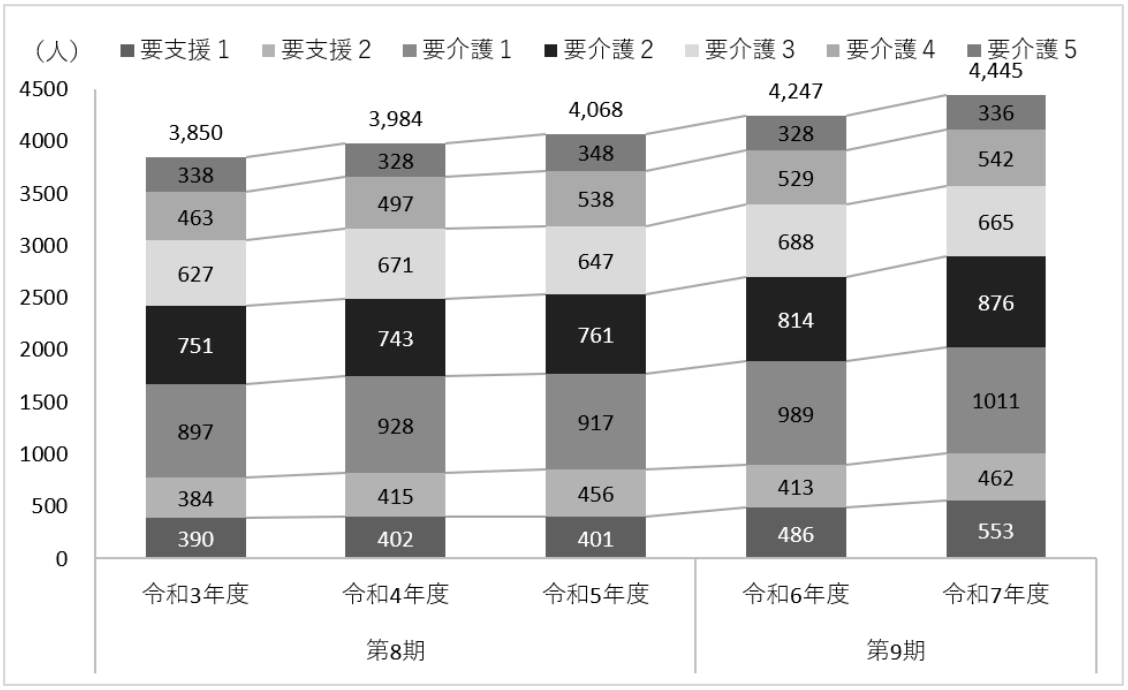
資料：令和２年国勢調査

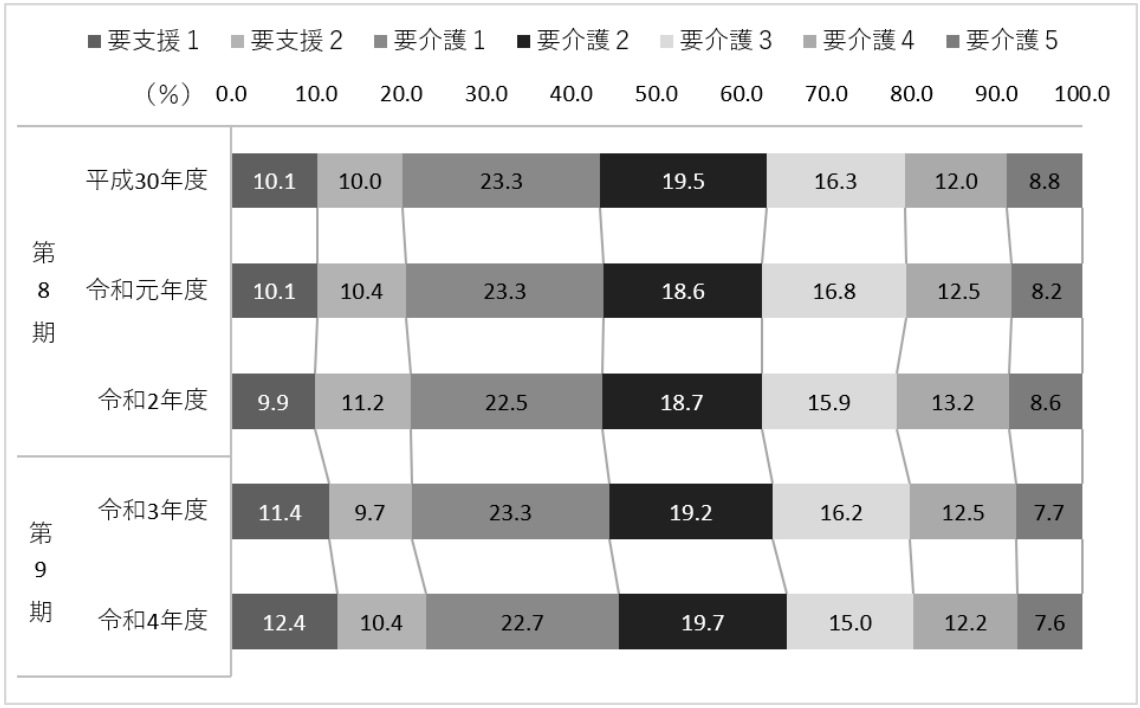
※就業率は５歳階級別人口に対する就業者の割合で、労働力状態「不詳」を除きます。

（４）要介護認定者の推移

令和７年度まで、本市の要介護（要支援）認定者数は年々増加傾向にあります。認定者割合の推移をみると、令和３年度以降、要介護５は横ばいですが、要支援１～２は令和３年度からの伸び率が１２０％を超えています。

■認定者数と認定者割合の推移





資料：介護保険事業状況報告（各年度３月末現在）

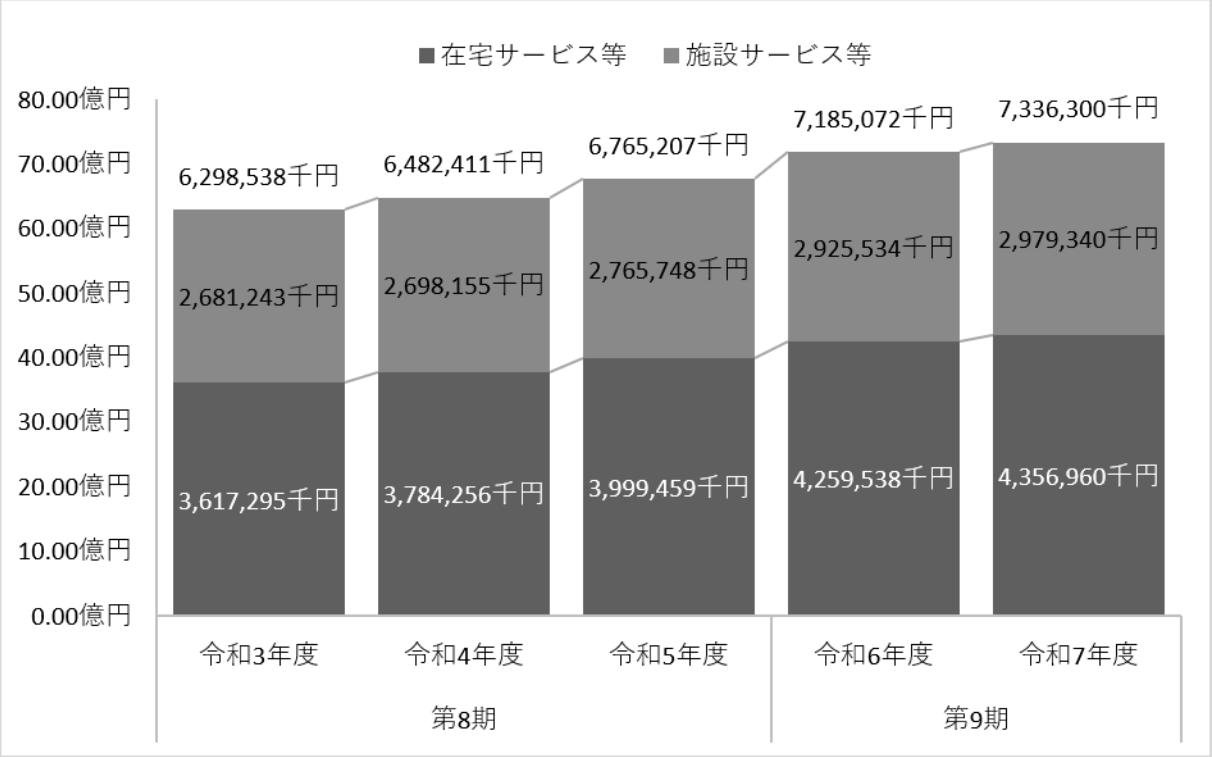
（５）介護保険サービス給付費等の推移

介護保険サービスの給付費の推移についてみると、介護給付費の合計は、令和７年度には７，３３６，３００千円と、令和３年度の１．１６倍の水準に達しています。

具体的には、第８期計画期間中の令和３年度から令和５年度に、在宅サービスが１．１１倍、施設サービスが１．０３倍の上昇が見られたのに対して、第８期計画の最終年度である令和５年度から令和７年度を比較すると、在宅サービスで１．０９倍、施設サービスで１．０８倍となっており、在宅サービスの伸び率は下降していますが、施設サービスの伸び率は上昇しています。

また、在宅サービスと施設サービスの給付費に占める割合をみると、在宅サービスの占める割合が高く、第９期計画期間においても第８期計画同様に、在宅サービスの割合が増加傾向にあります。

■介護給付費の推移（高額介護サービス費を除く）



資料：介護保険事業状況報告（各年度３月末現在）

２．アンケート結果からみる現状

（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ（一般高齢者ニーズ）調査

本計画を策定するに当たり、基礎資料として要介護状態になる前の高齢者の日常生活の状況を把握することを目的とし、調査を実施しました。

①調査概要

調査地域	戸田市内全域
調査対象	一般高齢者（６５歳以上の市民で、要介護認定者を除く） ２，５００人　※住民基本台帳に基づく無作為抽出法
調査方法	郵送配付・郵送回収
調査時期	令和８年１月

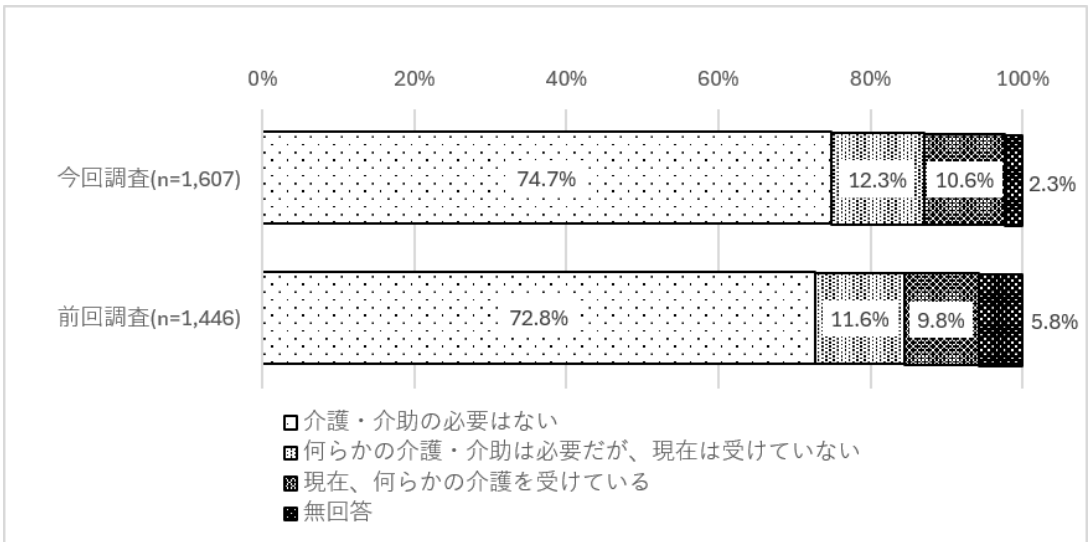
②回収結果

発送	２，５００人
回収	１，６０７人
回収率	６４．３％

③主な調査結果

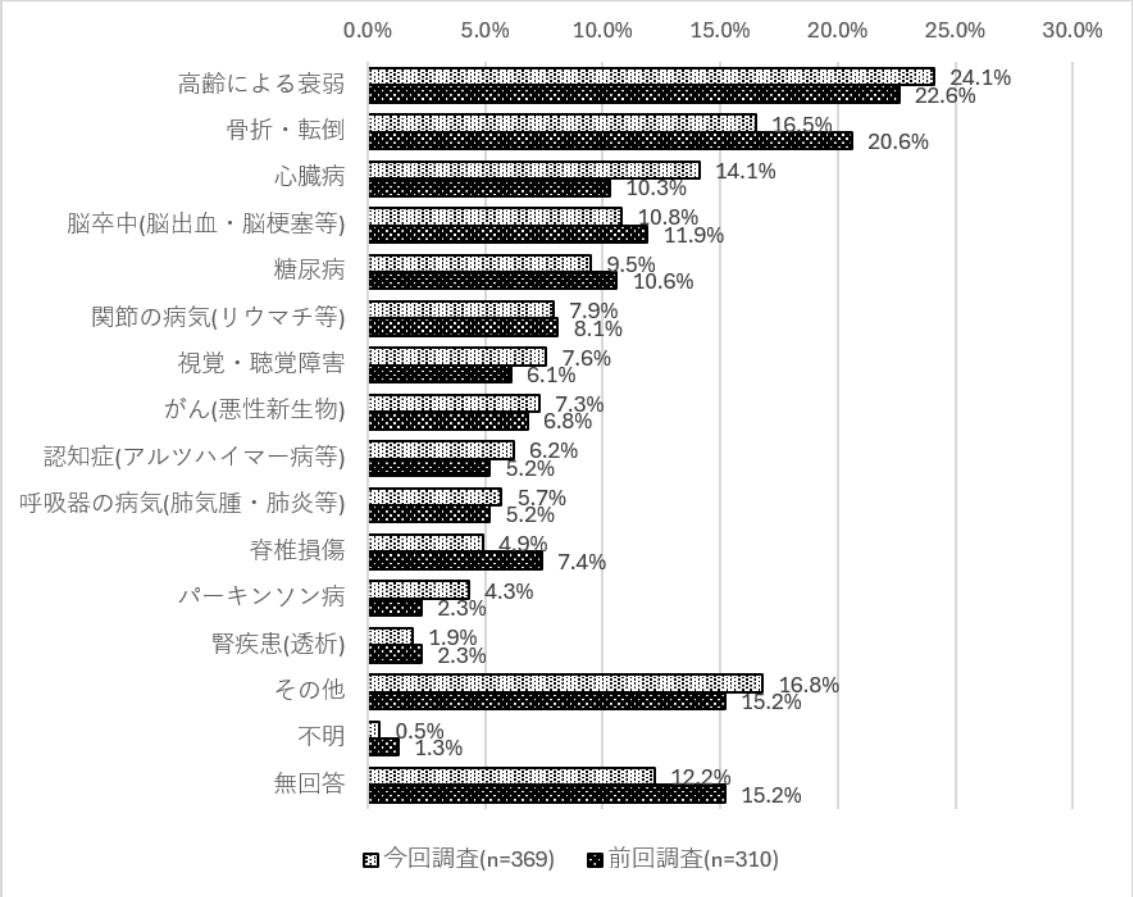
１）介護・介助の必要性

普段の生活で介護・介助が必要とするかについては、前回調査に比べて今回調査では「介護・介助は必要ない」と「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」がともに増加しています。



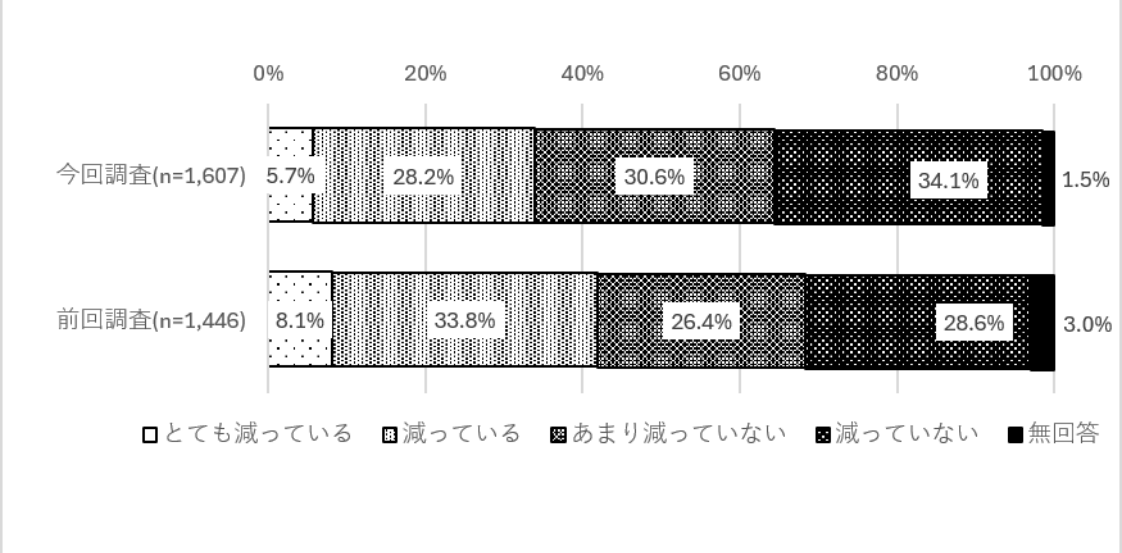
2）介護・介助が必要になった主な原因

介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」が一番多く、前回調査に比べて今回調査では「骨折・転倒」が減少している一方、「心臓病」が増加しています。



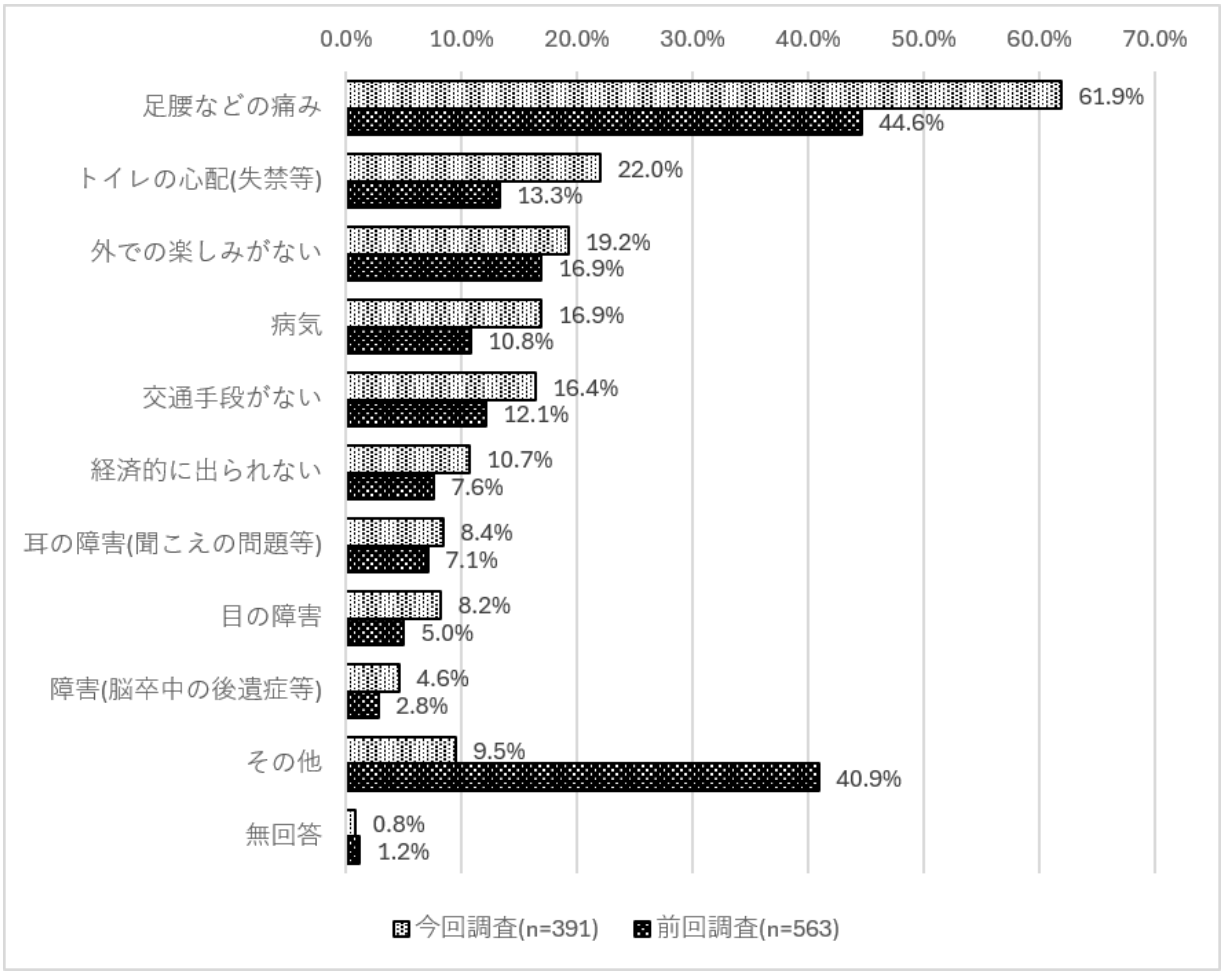
3）外出頻度の減少

昨年と比べた外出の回数について、前回調査に比べて今回調査では「とても減っている」と「減っている」がともに減少しており、外出の頻度が増加していることがうかがえます。



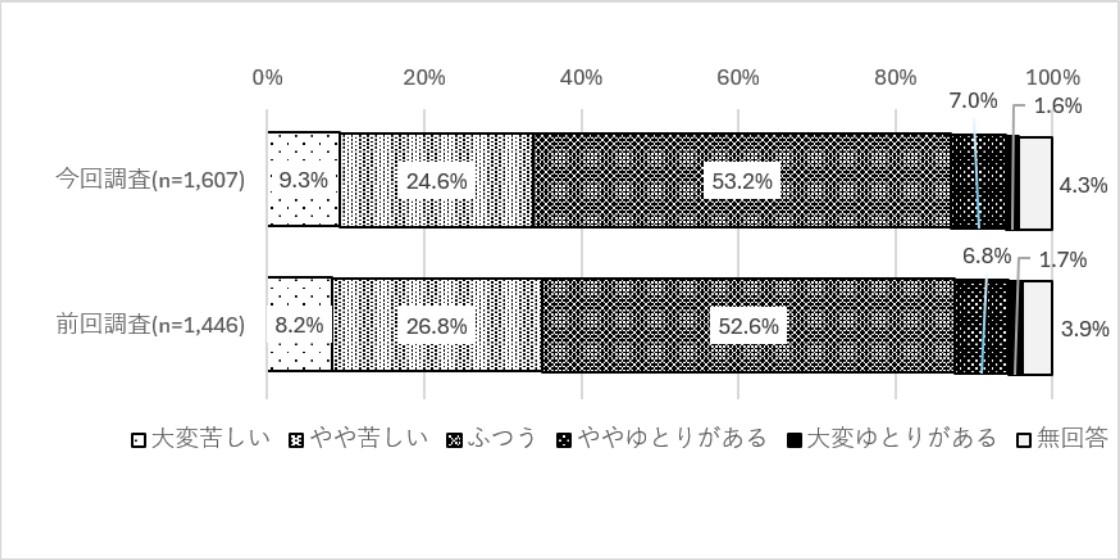
3）外出を控える理由

外出を控えていると答えた人に、その理由を聞いたところ、前回調査、今回調査ともに「足腰などの痛み」が最も多くなっています。また、前回調査に比べて今回調査では「その他」が非常に減少しており、これは新型コロナウイルス感染症が５類感染症へ移行したことによる影響と考えられます。



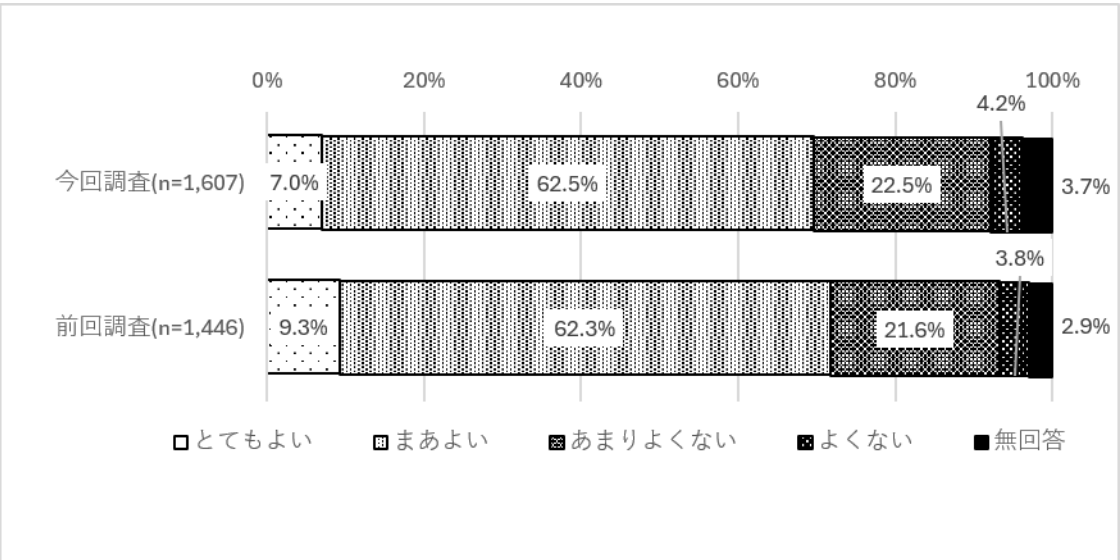
５）現在の暮らしの経済的状況

現在の暮らしの経済的状況について、前回調査に比べて今回調査では「大変苦しい」が増加しているものの、「やや苦しい」が減少し、「ふつう」が増加しています。このことから、経済状況に対する感じ方に変化がみられ、一部では生活の厳しさが増している高齢者がいることがうかがえます。



６）主観的健康感

現在の健康状態について、前回調査に比べて今回調査では「とてもよい」が減少し、「あまりよくない」と「よくない」がともに増加しており、主観的健康感が悪化している高齢者が増加していることがうかがえます。



（２）在宅介護実態調査

本計画を策定するに当たり、基礎資料として「高齢者の在宅生活」と「家族等の介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的とし、調査を実施しました。

①調査概要

調査地域	戸田市内全域
調査対象	要介護認定者（要介護認定を受けており、在宅で生活している市民） １，３２６人　※無作為抽出法
調査方法	郵送配付・郵送回収
調査時期	令和８年１月

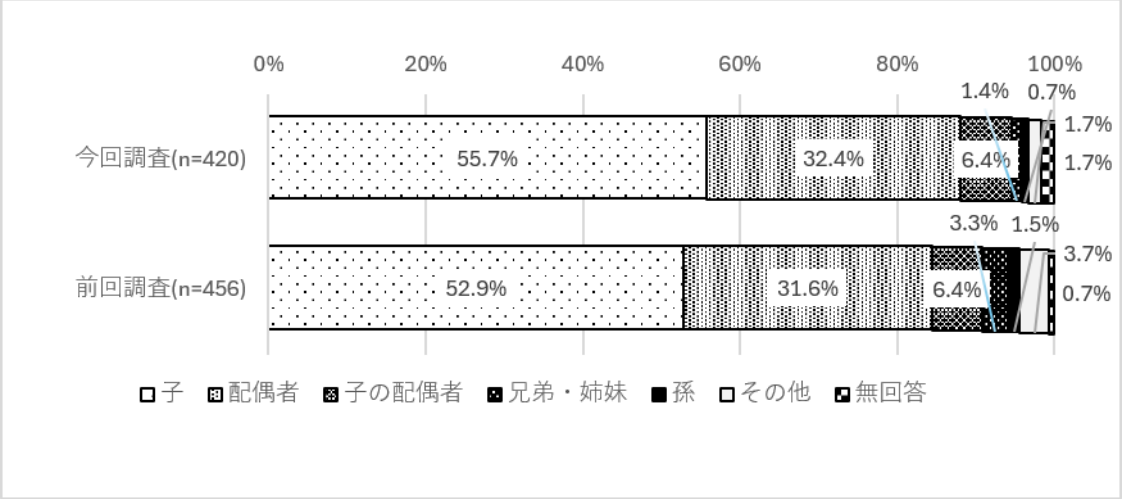
②回収結果

発送	１，３２６人
有効回収数	６９５人
有効回収率	５２．４％

③主な調査結果

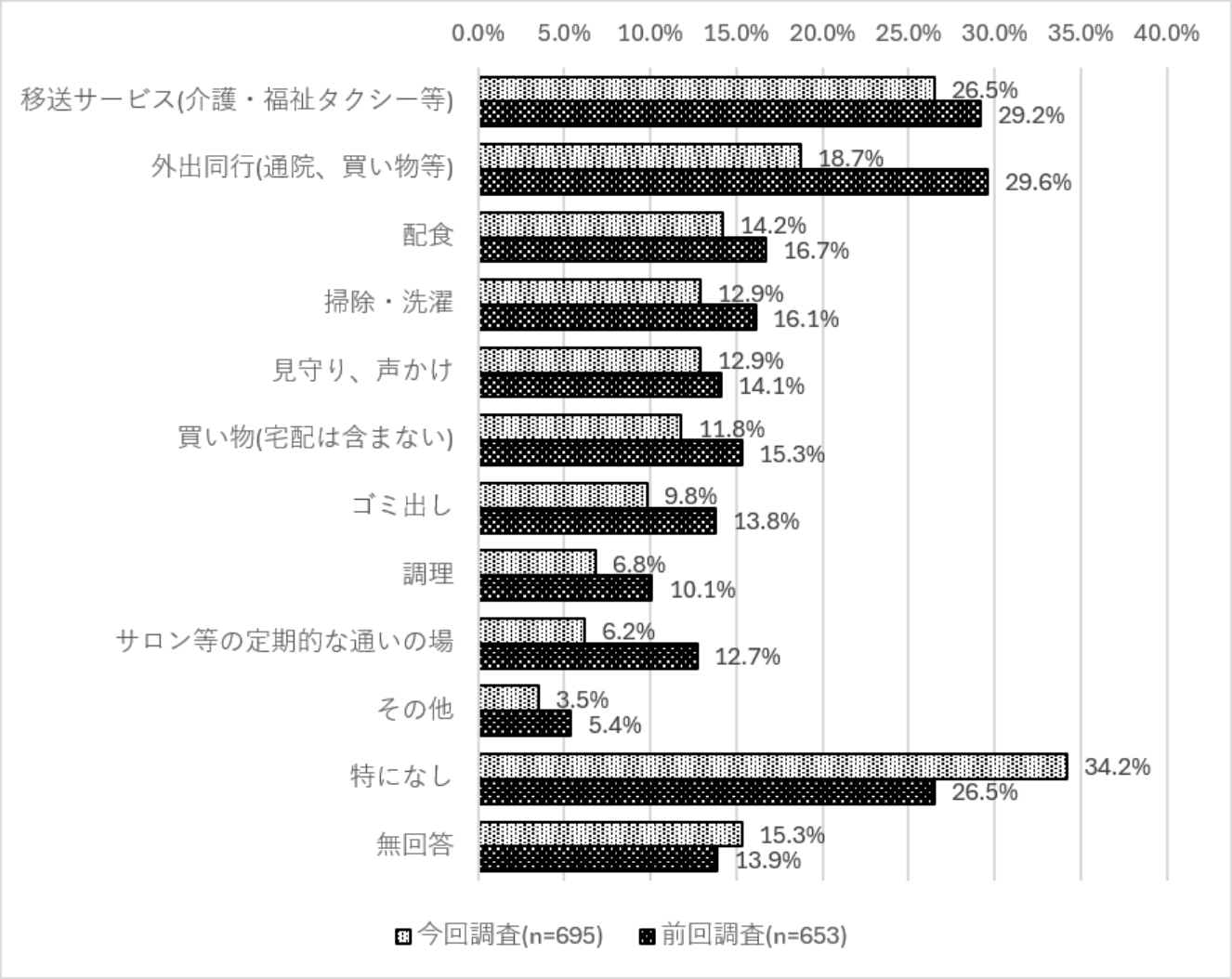
１）主な介護者

主な介護者について、前回調査に比べて今回調査では「配偶者」が０．８ポイント微増しているものの、「子」が２．８ポイント増加しており、「子」が主な介護者である傾向が強まっていることがうかがえます。



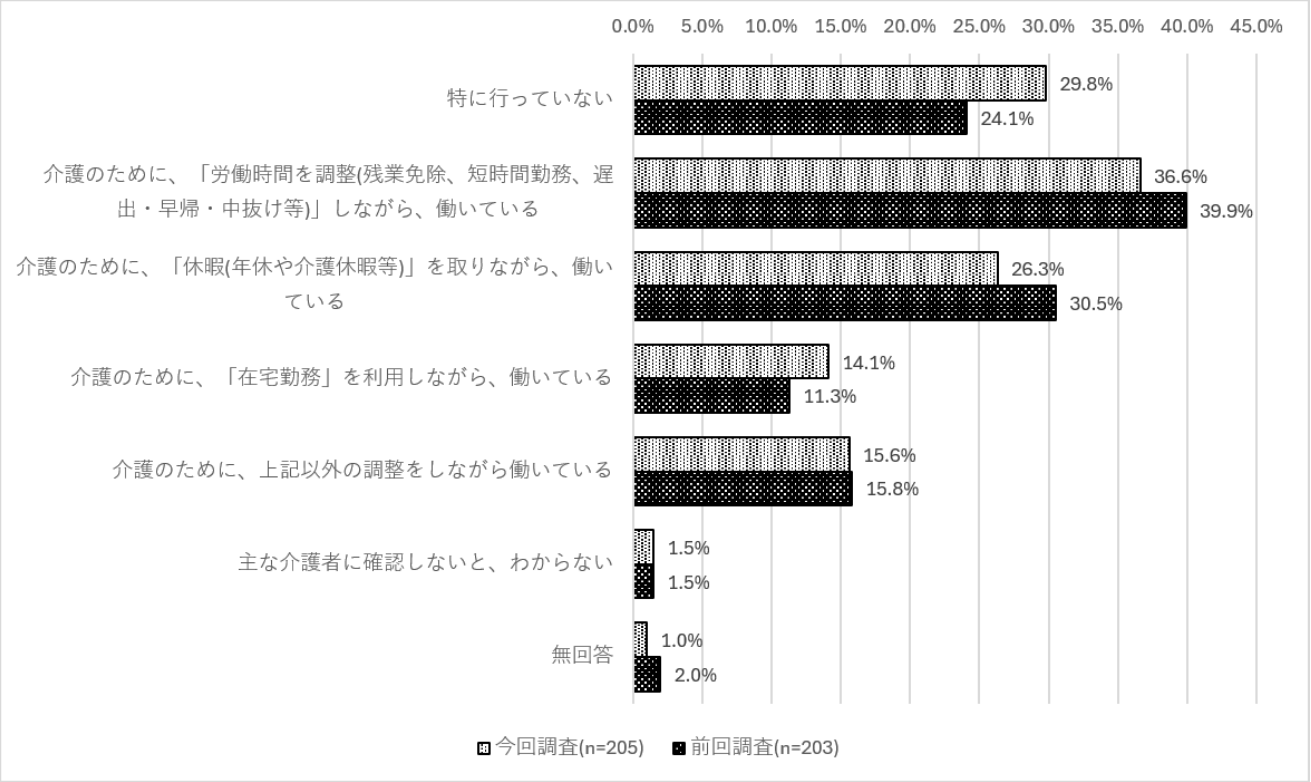
２）在宅生活の継続に必要なサービス・支援

在宅生活の継続に必要なサービス・支援について、前回調査では「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が最も多かったが、今回調査では「外出同行（通院、買い物など）」が最も多くなっています。また、前回調査に比べて今回調査では「特になし」が増加しています。



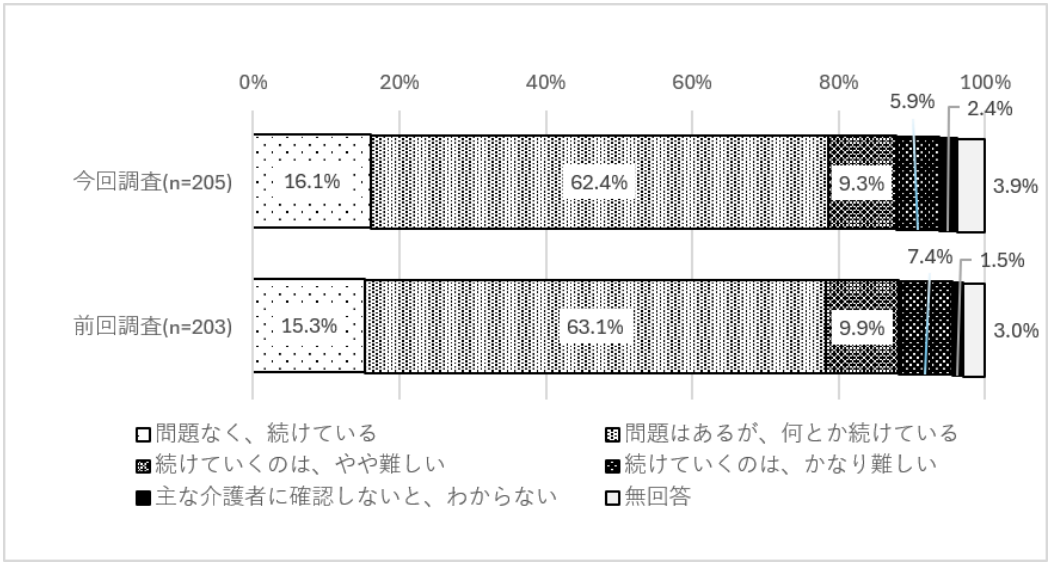
３）介護のための働き方の調整

介護のための働き方の調整について、前回調査に比べて今回調査では「特に行っていない」と「「介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている」が増加しており、働き方の柔軟化により、勤務形態を大きく変更することなく介護と仕事を両立している人が増えていることがうかがえます。



４）主な介護者の就労継続

主な介護者の就労継続について、前回調査に比べて今回調査では「問題なく、続けていける」が０．８ポイント増加している一方、「続いていくのは、やや難しい」が０．６ポイント、「続いていくのは、かなり難しい」が１．５ポイント減少しており、就労継続に対する負担感がやや軽減していることがうかがえます。



第３章

計画の基本的な考え方

１．戸田市のめざす高齢社会像

戸田市は、戸田市第５次総合振興計画の中で、基本目標の一つに「共に生き、支え合い、安心して暮らせるまち」を掲げ、地域における多様な主体の連携と市民相互の支え合いを基本としながら、的確に福祉サービスを提供することにより、高齢者や障がい者など、支援を必要とする人々が、その人らしく安心して暮らせるまちを目指しています。

この基本目標に即した高齢社会とは、誰もが健康で元気に安心していきいきと生活でき、地域においては他者への思いやりを持ち、支え合うことで、いつまでも住み続けたいと思える社会です。

また、高齢であっても、障がいがあっても、市民一人ひとりがお互いの人権を尊重しあい、ひとしく健やかで幸せを実感できる社会であり、市民自らが積極的に参画できる社会です。

（１）基本理念

第１０期計画においても、これまでの地域包括ケア計画の基本理念を継承し、戸田市第５次総合振興計画に掲げる基本目標の一つ「共に生き、支え合い、安心して暮らせるまち」の実現に向けて、基本理念を次のように掲げます。

基本理念

いつでも・どこでも・だれでも

１ いきいきと暮らす　　２ すこやかに暮らす　　３ 安心して暮らす

２．第１０期計画の基本方針

（１）基本方針・基本目標

本計画は、団塊の世代が後期高齢者となり、団塊ジュニア世代が６５歳以上となる令和２２年（２０４０年）を見据え、今後、ひとり暮らしの高齢者や認知症の高齢者の増加など、地域社会を取り巻く環境が大きく変化する中、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた中長期的な計画の５期目となります。

第６期計画での基盤整備と、第７期計画、第８期計画及び第９期計画での各取組みを継承しつつ、地域の実情やニーズに応じた『地域包括ケアシステムの深化・推進』を図っていくことを本計画の基本方針とします。また、以下のとおり３つの基本目標を掲げます。

基本方針

地域包括ケアシステムの深化・推進

基本目標

１．地域における高齢者の支援体制づくり
２．介護保険をはじめとしたサービス基盤の整備
３．生きがいをもち安心して暮らせる地域づくり

戸田市地域包括ケア計画　【概略】

（第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）

①　基本方針

第９期計画を踏襲し、高齢者人口がピークを迎える令和２２年（２０４０年）を見据え、引き続き、**「地域包括ケアシステムの深化・推進」**を基本方針とします。

②　地域包括ケアシステムの「５つの柱」

地域包括ケアシステムは、下図（１）～（５）の５つの柱（基本目標１）を中心に構築されています。

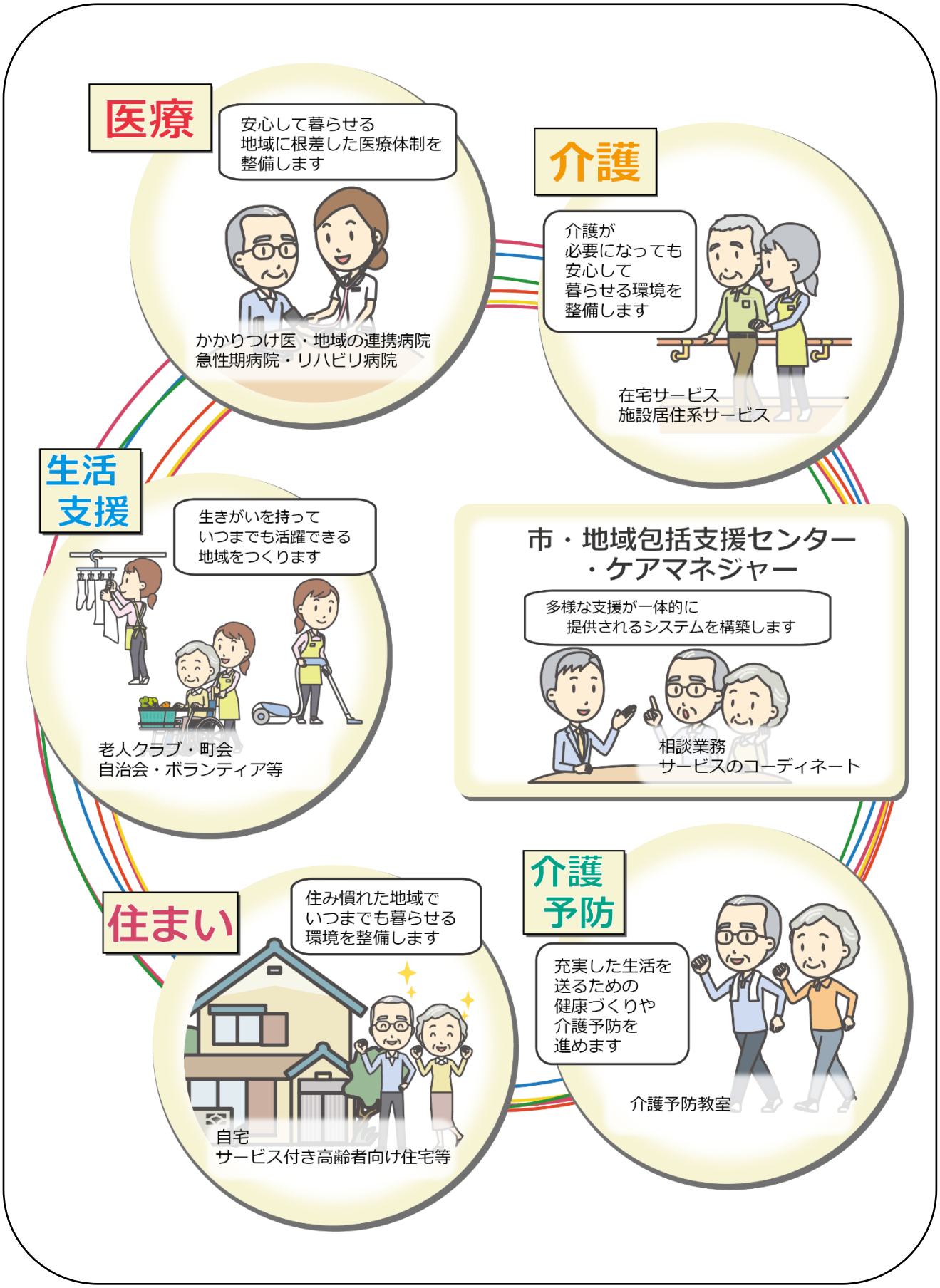
第６期計画では、各柱の基盤整備を行い、第７期計画、第８期計画及び第９期計画では、この基盤を軸に各施策の深化・推進を図ってきました。

第１０期計画では、さらなる深化・推進のため、継続して以下の項目等に取り組みます。

地域包括ケアシステムの深化・推進

- （１）介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- （２）生活支援体制整備事業の推進
- （３）認知症施策の推進
- （４）在宅医療・介護の連携推進
- （５）地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムのイメージ図



基本目標１　地域における高齢者の支援体制づくり

国の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、自立支援・重度化防止に向けた取組みを強化するため、保険者機能の強化を求めています。

第１０期計画においても、高齢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及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制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ます。

基本目標２　介護保険をはじめとしたサービス基盤の整備

高齢者が、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して自立した生活ができるよう支援するためには、介護保険サービスや高齢者の生活支援体制の整備が必要となります。

これまでも、地域のニーズを把握しながら「認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）」の増設等、必要な介護サービスの整備を進めてきました。

今後も、介護や支援を必要とする高齢者人口の増加や多様なニーズが見込まれる中、できる限り住み慣れた地域で生活できるように、適正な介護サービスの提供に取り組んでいきます。

さらに、在宅生活の継続のための介護者に対する支援として、介護知識・技術の習得支援の場を設けるとともに、介護者の交流の機会などを提供します。

また、高齢者の在宅生活を支える市独自の高齢者福祉サービスを継続的・安定的に提供していけるよう、引き続きサービスの適正化を検討するとともに、整備を進めていきます。

基本目標３　生きがいをもち安心して暮らせる地域づくり

いつまでも健康でいきいきと暮らしていくためには、年齢にとらわれることなく、主体的に活動し、自立した生活をするための生きがいづくりや健康づくりが重要です。

そのため、本計画の中に位置づけられた「戸田市シニア社会参加推進プラン」に基づき、高齢者が生涯をとおして活動や生活ができる地域づくりを推進するとともに、高齢者自身が自ら培った技能や知識をいかしながら社会を支える一員として活躍するための、支援を行います。

また、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、地域での支え合いを基本に、地域全体で高齢者を支えることが重要になります。

その中では、社会福祉協議会で行っている既存の支部活動やＮＰＯ等の活動をいかしつつ、関係機関と連携して高齢者の通いの場や活動の拠点の整備等、地域活動の活性化を図ります。さらに、若い世代とともに地域社会を支え、年齢を超えた交流を推進します。

また、支援が必要な高齢者へのケースワークに当たっては、地域包括支援センターなどの関係機関との連携体制を強化し、対応を進めていきます。その中で、権利擁護の支援が必要な高齢者については、国が定めた方針及び本計画の中に位置づけられた「戸田市成年後見制度利用促進基本計画」に基づき、成年後見制度の普及啓発と利用支援を図ります。

（２）施策体系

本計画の施策体系は以下のとおりです。

基本方針	基本目標	施策の方向	基本施策
地域包括ケアシステムの深化・推進	〈基本目標１〉 地域における高齢者の支援体制づくり【５つの柱】	（１）介護予防・日常生活支援総合事業の推進	①介護予防・生活支援サービス事業の推進
			②一般介護予防事業の推進
		（２）生活支援体制整備事業の推進	①地域の支え合い基盤の整備
		（３）認知症施策の推進	「戸田市認知症施策推進計画」として第５章に掲載
		（４）在宅医療・介護の連携推進	①医療・介護連携体制の整備・推進
			②市民に対する周知・普及・啓発
		（５）地域包括支援センターの機能強化	①地域ケア会議の強化
			②総合相談支援の充実
			③介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の充実
			④権利擁護支援の促進
			⑤包括的・継続的なケアマネジメントの充実
	〈基本目標２〉 介護保険をはじめとしたサービス基盤の整備	（１）介護保険サービスの充実	①介護給付サービスの提供
			②予防給付サービスの提供
			③介護保険サービスの基盤整備
			④地域密着型サービスの提供
			⑤相談窓口の充実
			⑥家族介護支援
		（２）適正な介護保険サービスの維持と推進	①介護給付費の適正化の推進
			②介護事業者支援の推進と介護人材確保・生産性向上
		（３）高齢者の生活支援体制の整備	①高齢者福祉サービスの整備
			②高齢者福祉サービスの周知活動の実施
	〈基本目標３〉 生きがいをもち安心して暮らせる地域づくり	（１）高齢者の活躍推進	①活動機会の拡充
			②就労機会の拡大
		（２）健康づくりの推進	①健康づくり支援の充実
		（３）地域活動・地域交流の支援	①地域福祉活動の活性化
			②交流・理解の促進
		（４）地域居住のための支援	①バリアフリーの推進
			②安心・安全な生活環境づくり
		（５）高齢者の権利擁護の推進	①成年後見制度の普及啓発と利用支援
			②ケースワーク体制の充実

３．第１０期計画における重点施策

（１）地域包括ケアシステムの深化・推進

介護保険法（平成９年法律第１２３号）が平成１２年４月１日に施行され、介護保険サービスの導入から既に２０年が経過しています。各市町村は、高齢者の多様なニーズに応えるため、地域包括支援センターの設置や、介護予防事業の開始、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）をはじめとした地域密着型サービスの導入など、サービスの充実を図ってきました。

その中で、開始当初からの基本理念として、介護保険法第４条では国民の努力及び義務として、「介護予防のために健康保持増進に取組み、要介護状態になってもサービスを利用して能力維持向上に努めること」が、また、第５条では国及び市町村の責務として「被保険者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるように、医療及び居住に関する施策と連携を図りつつ包括的に施策を推進すること」が掲げられています。

また、平成３０年４月１日に施行（一部は８月１日施行）された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」においては、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されることを目指し、『Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進』と『Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保』という大きな方向性が示されています。

特に、『Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進』においては、「１　自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進」、「２　医療・介護の連携の推進」、「３　地域共生社会の実現に向けた取組みの推進」といった取組みが示され、これまで以上に市町村が保険者機能を強化し、要介護度改善に向けた具体的な成果を上げることや、医療と介護のさらなる連携、行政と地域住民が協働し、高齢者に限らず、障がいのある人も含め、福祉的なサポートを必要とする人を地域で互いに支え合っていく地域共生の仕組みづくりを推進していくことが求められています。

さらに、令和３年４月１日に施行された「地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」では、「地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築」や「地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進」などが求められています。

第９期計画においては、計画期間中に団塊の世代が全て７５歳以上の後期高齢者となる２０２５年（令和７年）を迎えました。今後は、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、高齢者人口がピークとなる２０４０年（令和２２年）を見据え、生産年齢人口の減少、介護人材不足、社会保障費の増大などへの対応が求められています。

第１０期計画においては、第９期計画の取組を継承しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、「医療」「介護」「住まい」「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さらなる深化・推進を図ります。また、多様な主体との連携による支え合いの仕組みづくりを進めるとともに、地域共

生社会の実現に向けた取組、データを活用した施策評価、人材確保及び生産性向上の取組を推進します。

（２）認知症施策の推進

認知症は誰もがなり得るものであり、高齢化の進展に伴い認知症の人の増加が見込まれています。国では、認知症基本法及び認知症施策推進基本計画に基づき、認知症の人本人及び家族の視点を重視しながら、「共生社会の実現」を目指した施策を推進しています。

第１０期計画では、戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例の趣旨を踏まえ、認知症の人本人の意思及び尊厳が尊重され、認知症があっても希望を持って地域で暮らし続けることができる共生社会の実現を目指します。

また、認知症基本法では、市町村による認知症施策推進計画の策定が努力義務とされたことを踏まえ、本市では「戸田市認知症施策推進計画」を第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画と一体的に策定し、認知症施策を総合的かつ計画的な推進を図ります。

（３）介護サービス事業者の支援

今後、少子高齢化の進展に伴い、介護サービス需要の増加が見込まれる一方で、生産年齢人口の減少により介護人材不足の深刻化が懸念されています。

本市においても、介護現場における介護従事者の確保及び定着といった人材不足が問題となっていることから、第１０期計画では、介護サービス事業者への支援を継続するとともに、介護従事者が受講する研修費用の一部補助による人材確保及び育成、また第９期計画から継続して介護ロボットやＡＩ等の導入による介護テックの推進による業務の効率化や介護現場の生産性向上を図ることで、持続可能な介護サービス提供体制の構築を目指します。

（４）高齢者福祉サービスの適正化

高齢者福祉サービスについては、必要に応じて随時見直しを行ってきましたが、高齢者人口の増加に伴い、事業費全体として増加していくことが見込まれます。

そのため、第１０期計画では、高齢者のニーズや地域課題を踏まえながら、サービスの利用実績や効果を検証し、持続可能な制度運営の観点から適切な見直しを行います。

また、新たなニーズへの対応や適正な受益者負担についても検討しながら、高齢者福祉サービスの充実を図ります。

（５）シニアの社会参加の推進

国では、少子高齢化により、２０３５年（令和１７年）には人口の約３分の１が高齢者になると見込まれており、社会保障費の増加など、今後解決していかなければならない課題は多く発生することが予想されます。

このような状況においては、やがて人口の約３分の１を占めることになる高齢者が、現役時代にそうであったように「社会の主役」として活躍し、生きがいをもって健康に生きられる環境づくりをさらに推進することが重要です。

第１０期計画では、高齢者の就労、ボランティア活動、地域活動、生涯学習等への参加を促進するとともに、多様な活動機会の創出や情報発信の充実を図ります。

また、高齢者が地域社会を支える担い手として活躍できる環境づくりを進めることにより、健康寿命の延伸及び地域活力の向上を目指します。

（６）成年後見制度の普及啓発と利用支援

認知症高齢者や単身高齢者世帯の増加に伴い、高齢者の権利擁護の重要性はますます高まっています。

成年後見制度の利用は、権利擁護の一つの手法として有用ですが、制度の複雑さなどから利用が進んでいない状況があります。また、適切な福祉サービスの利用や親族との関係性など、高齢者を取り巻く課題も複雑化しており、成年後見人等への支援に関する需要も増加しています。

そのため、第１０期計画では、成年後見制度に係る周知・啓発や相談支援、成年後見人等への支援を継続するとともに、判断能力が低下した高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域連携ネットワークを活用して関係機関との連携強化を図りながら、意思決定支援を含めた権利擁護施策を推進します。

第４章

具体的な施策の展開

基本目標１．地域における高齢者の支援体制づくり

国の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、自立支援・重度化防止に向けた取組みを強化するため保険者機能の強化を求めています。

地域における高齢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て、第１０期計画では、第９期計画で見出された課題に対する対策と、従来の５つの施策の方向に沿って戸田市の地域特性に即した、包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症の高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進します。

	施策の方向	基本施策
基本目標１ 地域における高齢者の支援体制づくり	（１）介護予防・日常生活支援総合事業の推進	①サービス・活動事業の推進
		②一般介護予防事業の推進
	（２）生活支援体制整備事業の推進	①地域の支え合い基盤の整備
	（３）認知症施策の推進	※「戸田市認知症施策推進計画」として第５章に掲載
	（４）在宅医療・介護の連携推進	①医療・介護連携体制の整備・推進
		②市民に対する周知・普及・啓発
	（５）地域包括支援センターの機能強化	①地域ケア会議の強化
		②総合相談支援の充実
		③介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の充実
		④権利擁護支援の促進
		⑤包括的・継続的なケアマネジメントの充実

施策の方向（１）介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を継続し、希望する活動や社会参加を選択できるよう支援する事業です。地域住民、関係団体、事業者及び医療・介護・福祉の専門職等と連携し、一人ひとりの状態や生活課題に応じた生活支援、通いの場及び介護予防活動の充実を図ります。

あわせて、活動や社会参加を重視した自立支援を進め、介護予防及び重度化防止につなげます。

基本施策　①サービス・活動事業の推進

サービス・活動事業は、要支援者等が住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう支援する事業です。従前相当サービスに加え、地域住民、民間事業者及び関係団体等による生活支援や通いの場など、多様なサービス・活動の充実を図ります。

本人の状態、生活課題及び希望に応じて適切な支援につなげるとともに、県及び地域リハビリテーション・ケアサポートセンターと連携し、短期集中予防サービスであるサービス・活動Ｃの実施に向けた体制整備を進めます。

１）訪問型サービス事業（従前の訪問介護相当）

訪問介護員が居宅を訪問し、身体介護及び生活援助を提供します。本人の状態や生活課題に応じて、日常生活の維持及び自立を支援します。

２）通所型サービス事業（従前の通所介護相当）

通所介護事業所等において、日常生活上の支援及び生活機能の維持・向上に向けた機能訓練等を提供します。社会参加及び心身機能の維持を支援します。

基本施策　②一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業は、全ての高齢者を対象に、介護予防に関する知識の普及、地域における通いの場の充実及び介護予防活動への参加促進を図る事業です。ＴＯＤＡ元気体操教室をはじめとする住民主体の活動を支援するとともに、リハビリテーション専門職等の知見を活用し、心身機能の維持・向上、社会参加及び地域とのつながりを促進します。

あわせて、支援が必要となるおそれのある高齢者を早期に把握し、必要な相談・支援につなげます。

１）介護予防把握事業

地域包括支援センターと連携し、閉じこもり等により支援を必要とする高齢者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動や必要なサービスにつなげます。保険年金課及び福祉保健センターと連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めます。

国保データベース（ＫＤＢ）システムを活用して健康状態不明者等を抽出し、訪問等により健康状態や生活状況を確認します。必要に応じて、医療、保健、介護予防その他の適切な支援につなげます。

２）介護予防普及啓発事業

６５歳及び７５歳到達者への案内チラシの送付、広報紙や市ホームページ等による情報発信、ＴＯＤＡ元気体操の体験会及び市民公開講座の開催により、介護予防に関する知識の普及と活動への参加を促進します。

また、福祉保健センターと連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めます。ＴＯＤＡ元気体操教室等において、身体・口腔・栄養に関するフレイル予防の取組を実施し、健康づくりへの意識の向上を図ります。

３）地域介護予防活動支援事業

住民主体の通いの場であるＴＯＤＡ元気体操教室について、新規会場の立ち上げ及び既存会場の活動継続を支援し、身近な地域で介護予防と社会参加に取り組める環境の充実を図ります。地域の状況に応じて、町会会館、公共施設その他の地域資源を活用し、誰もが参加しやすい活動の場の確保を進めます。

介護予防リーダーの養成、フォローアップ講座及び会場間の情報交換を実施するとともに、活動意欲の維持・向上を支援します。あわせて、新たな担い手の確保と定着を図り、幅広い高齢者の参加を促進します。

４）一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業の効果的な実施に向け、ＴＯＤＡ元気体操教室の会場数、参加状況、介護予防リーダーの養成状況及び体力測定等により、取組の進捗と効果を継続的に把握します。

参加者の年齢、性別、参加の継続状況及び心身の変化等を分析するとともに、地域ごとの活動状況やニーズを踏まえ、評価結果を事業内容、支援方法及び実施体制の見直し・改善に活用します。

５）地域リハビリテーション活動支援事業

埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター等と連携し、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職の知見を、住民主体の通いの場及び個別支援に活用します。ＴＯＤＡ元気体操教室等では、体力測定、健康相談、運動に関する助言及び教室運営に関する相談支援を行い、安全で効果的な活動の継続を支援します。

また、自立支援型地域ケア会議において専門職による助言を活用し、地域包括支援センター及び介護支援専門員等の支援力向上を図ります。必要に応じて同行訪問等を行い、高齢者の生活課題の解決、自立支援及び重度化防止につなげます。

施策の方向（２）生活支援体制整備事業の推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、日常生活上の困りごとを支える体制を充実します。また、高齢者が地域とのつながりを持ち、社会参加や介護予防に取り組める環境づくりを進めます。

生活支援コーディネーター、協議体、地域包括支援センター、地域住民、関係団体及び民間事業者等が連携し、地域の生活課題を共有するとともに、多様な地域資源を生かした支え合いの仕組みづくりを進めます。

基本施策　①地域の支え合い基盤の整備

単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加により、介護保険サービスだけでは対応しにくい日常生活上の課題が多様化しています。市は、生活支援コーディネーター及び戸田市生活支援・介護予防体制推進協議会（協議体）を中心に、地域包括支援センター、地域住民、関係団体及び民間事業者等と連携し、生活支援ニーズと地域資源を把握・共有します。

既存の活動やサービスを生かすとともに、不足する支援・活動の創出を進め、地域における支え合いの体制づくりを推進します。

１）生活課題・地域資源の把握と共有

生活支援コーディネーターを中心に、地域包括支援センター、民生委員・児童委員、町会・自治会、関係団体及び民間事業者等と連携し、高齢者の生活課題、社会参加に関するニーズ及び地域資源を継続的に把握します。

買い物、ごみ出し、移動、見守り、居場所、交流及びデジタル機器の利用支援等について、地域の状況や課題を整理します。把握した課題及び資源は、地域ケア圏域会議及び戸田市生活支援・介護予防体制推進協議会（協議体）等で共有し、既存資源の活用、新たな支え合い活動の創出及び支援体制の充実につなげます。

２）支え合い活動・居場所づくりの推進

地域で把握した生活課題に対応するため、地域住民、関係団体及び民間事業者等と連携し、生活支援及び支え合い活動の創出・充実を図ります。買い物、ごみ出し、移動等の日常生活上の困りごとへの対応に加え、高齢者をはじめとする地域住民が気軽に交流できる居場所、サロン及び通いの場づくりを支援します。

地域とのつながりを持ちにくい人を居場所や必要な相談・支援につなげることにより、孤立の防止、社会参加の促進及び介護予防につなげます。

３）担い手・多様な主体との協働の推進

地域住民、元気高齢者、町会・自治会、ＮＰＯ、社会福祉法人、民間事業者及び関係団体等の多様な主体が、地域づくりに参加できるよう働きかけを行います。生活支援や地域活

動の担い手について、発掘・育成及び活動開始後のフォローアップを進めるとともに、交流、情報交換及び研修の機会を通じて、活動の継続を支援します。

また、協議体を活用して地域の課題及び資源を共有し、それぞれの強みを生かした連携を進めます。地域の実情に応じた支え合い活動やサービスの創出につなげます。

４）ラジオ体操を活用した集いの場づくり

ラジオ体操を活用し、地域住民が気軽に参加できる集いの場の立ち上げ及び活動の継続を支援します。ラジオ体操は、年齢や体力に応じて取り組みやすく、日常生活の中で継続しやすい活動であることから、健康づくりに加え、地域住民の交流、見守り及び社会参加のきっかけとして活用します。

講座や交流会を通じて活動の担い手を育成するとともに、地域団体及び民間事業者等と連携し、活動場所の確保、集いの場の立ち上げ及び立ち上げ後の活動継続を支援します。

５）地域資源・地域活動の可視化と活用促進

「集いの場マップ」及び「地域資源リスト」を継続的に更新し、生活支援、移動、見守り、居場所及び交流等に関する地域資源を分かりやすく発信します。地域包括支援センター、介護支援専門員等の関係機関と情報を共有し、高齢者や家族が必要なサービス・活動につながるよう、活用を促進します。

また、生活支援コーディネーター通信、地域活動等展示及び地域への出向等を通じて、地域の支え合い活動や参加の機会を広く周知します。幅広い世代、地域団体及び民間事業者等の理解と参加を促し、新たな担い手の発掘・確保及び地域のつながりの充実を図ります。

施策の方向性（３）認知症施策の推進

本市では、第９期計画において認知症施策を重点施策として位置付け、令和６年４月に「戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例」を施行しました。同条例に基づき、認知症に関する正しい知識と理解の普及を図るとともに、市、市民、事業者及び関係機関が相互に連携し、認知症の人及び家族等の意思が尊重され、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるあたたかいまちの実現に向け、取組を進めてきました。

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」において、市町村による認知症施策推進計画の策定が努力義務とされていることを踏まえ、第１０期計画においても認知症施策の推進を重点施策として位置付けます。具体的な施策は、第７章「戸田市認知症施策推進計画」に取りまとめ、本計画と一体的に推進します。

施策の方向（４）在宅医療・介護の連携推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けられるよう、医療機関、介護事業所及び関係機関の連携を推進します。本人・家族の意向を尊重し、必要な医療、介護及び生活支援が切れ目なく提供される体制の充実を図ります。

日常の療養、入退院、急変時及び人生の最終段階における支援の４つの場面を意識し、在宅医療・介護連携に関する課題の把握と対応策の検討、情報共有、多職種連携及び相談支援を進めます。

また、市民が在宅医療・介護の仕組みや利用できるサービスを理解し、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人・家族・支援者があらかじめ話し合うことができるよう、人生会議（ＡＣＰ）を含む普及啓発を推進します。

■高齢者が状態の変化によって遭遇する４つの場面

場面	目指すべき姿	主な課題	主な取組	期待される効果・成果
日常の療養	必要な医療・介護を受けながら、住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続できる。	在宅療養や介護に対する本人・家族の不安、家族介護者の負担、必要なサービス・相談先に関する情報不足	在宅医療・介護に関する相談支援、家族介護教室、在宅医療講演会、地域資源に関する情報提供	本人・家族が必要な支援につながり、介護負担や不安が軽減される。安心して在宅療養・在宅生活を継続できる。
入退院時	入院時から退院後の生活を見据え、必要な情報と支援が切れ目なく引き継がれ、本人が希望する在宅生活へ円滑に移行できる。	医療機関と介護支援専門員等との情報共有や退院支援に差があること、関係者間の役割・制度に関する相互理解の不足	「蕨市・戸田市入退院支援ルール」の周知・運用、情報共有ツールの活用、多職種研修	必要な情報が適時・適切に共有され、退院後も本人の状態や生活に応じた医療・介護サービスを利用できる。
急変時	急変時にも本人の医療・介護情報及び意向が関係者に共有され、適切な医療・介護につながる。	救急時に必要な医療・介護情報を迅速に確認できないこと、独居・高齢者のみの世帯等で連絡調整に時間を要すること	救急医療情報キットの普及・活用、在宅療養支援ベッドの運用、関係機関との情報共有、相談支援	救急隊・医療機関等が必要な情報を迅速に確認し、本人の状態や意向に配慮した適切な対応につながる。
人生の最終段階	本人の意思が尊重され、本人・家族が納得のいく医療・ケアを受けながら、尊厳を保って過ごすことができる。	人生の最終段階における医療・ケアの希望について、本人・家族・支援者間で話し合う機会や情報が不足していること	人生会議（ＡＣＰ）の普及啓発、エンディングノート「大切な方への絆ノート」の配布・活用支援、在宅医療講演会、多職種連携	本人の価値観や希望が本人・家族・医療・介護関係者間で共有され、希望に沿った医療・ケアの提供につながる。

基本施策　①医療・介護連携体制の整備・推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるよう、医療・介護関係者及び関係機関の連携体制を整備・推進します。本人・家族の意向を尊重し、日常の療養、入退院、急変時及び人生の最終段階の各場面において、必要な医療、介護及び生活支援が切れ目なく提供される体制の充実を図ります。

蕨市、蕨戸田市医師会、蕨戸田市在宅医療支援センター、医療機関、介護事業所、地域包括支援センターその他の関係機関と連携し、地域の医療・介護資源及び連携上の課題を把握・共有します。ＩＣＴを活用した情報共有、多職種による顔の見える関係づくり、相談支援及び研修を一体的に進めるとともに、二次医療圏を同じくする自治体等との広域的な連携を推進します。

１）地域の医療・介護資源及び連携課題の把握・共有

医療機関、介護事業所、地域包括支援センターその他の関係機関と連携し、地域の医療・介護資源及びその機能を継続的に把握します。「介護保険サービス事業所マップ」を定期的に更新し、市民や関係者への情報提供に活用します。

医療・介護関係者への調査や、蕨市と共同で開催する医療・介護連携ネットワーク会議を通じ、連携上の課題を把握・共有します。把握した情報を基に、地域の実情に応じた対応策を検討し、在宅医療・介護連携施策の改善につなげます。

２）切れ目のない在宅医療・介護提供体制の充実

日常の療養、入退院、急変時及び人生の最終段階の各場面において、本人・家族の意向に沿った医療・介護サービスが切れ目なく提供される体制の充実を図ります。医療機関、訪問看護事業所、介護事業所、地域包括支援センターその他の関係機関との連携を推進します。

蕨戸田市在宅医療支援センターを事務局とし、蕨戸田市医師会の協力のもと、在宅療養支援ベッドの調整を行います。急変時や退院後の在宅生活への移行を見据え、往診医及び患者情報の登録、関係機関間の連絡調整を進めます。

３）在宅医療・介護連携に関する相談支援の充実

在宅療養に関する市民及び医療・介護関係者からの相談に対応し、必要な医療・介護サービスや関係機関につなげます。蕨戸田市在宅医療支援センターと連携し、訪問診療、訪問看護、在宅療養中の急変時や入院先等に関する情報提供及び連絡調整を行います。

また、医療・介護関係者が把握した孤立、外出機会の減少、地域とのつながりの希薄化その他の生活課題について、本人の希望や状況を踏まえ、通いの場、地域活動、相談機関その他の地域資源につなげる社会的処方の取組を進めます。生活支援コーディネーター、地域包括支援センターその他の関係機関と連携し、医療・介護と生活支援・社会参加を一体的に支える体制の充実を図ります。

相談窓口の役割や利用できる支援内容について、市民及び関係者への周知を進めます。相談内容を通じて把握した地域の課題を関係機関と共有し、在宅医療・介護連携体制の充実につなげます。

４）情報共有と多職種連携・研修の推進

医療機関、介護事業所及び関係機関の円滑な連携を図るため、「蕨市・戸田市入退院支援ルール」の周知・運用を進めます。ＩＣＴによる患者情報共有システム「メディカルケアステーション（ＭＣＳ）」の活用を促進し、入退院時や在宅療養中に必要な情報を適切に共有できる体制づくりに取り組みます。

「多職種連携の会」や「連携ネット café」等を実施し、職種間の相互理解と顔の見える関係づくりを進めます。関係者のニーズを踏まえた研修内容及び開催方法を工夫し、多職種による継続的な連携を促進します。

５）広域連携の推進

蕨市とは、生活圏や医療・介護資源の利用圏域が近接している地域特性を踏まえ、医療・介護連携ネットワーク会議の開催、蕨戸田市在宅医療支援センターの運営及び入退院支援ルールの運用を協働して進めます。

また、埼玉県南部保健所、川口市及び埼玉県南部地域保健医療協議会在宅医療部会等と連携し、情報交換、多職種研修及び市民向け講演会を実施します。広域的な医療・介護資源を有効に活用し、地域の実情に応じた連携体制の充実を図ります。

基本施策　②市民に対する周知・普及・啓発

市民が在宅医療・介護の仕組みや利用できるサービスを理解し、必要な時に適切な支援を選択できるよう、分かりやすい情報提供と普及啓発を進めます。高齢者本人や家族が、在宅療養を生活の選択肢の一つとして考えられるよう支援します。

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人の価値観や希望に沿った意思決定ができるよう、人生会議（ＡＣＰ）の普及啓発及びエンディングノートの活用を進めます。また、家族介護者への支援や救急医療情報キットの普及を通じ、日常の介護から急変時まで安心して在宅生活を続けられる環境づくりに取り組みます。

１）在宅医療・介護に関する理解の促進

市民が在宅医療・介護を生活の選択肢の一つとして理解し、必要な支援を適切に利用できるよう、在宅医療・介護に関する情報提供と普及啓発を行います。訪問診療、訪問看護、介護サービス及び相談窓口などについて、分かりやすく周知します。

埼玉県南部保健所、川口市、蕨市及び関係機関と連携し、「在宅医療講演会」等を開催します。在宅療養の実際や医療・介護関係者の役割を伝え、市民が本人や家族の将来の療養・介護について考える機会を創出します。

２）人生会議（ACP）及び意思決定支援の普及啓発

人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）とは、将来の医療やケアについて、本人が家族や医療・介護関係者等と繰り返し話し合い、希望や価値観を共有する取組です。市民が人生の最終段階における医療・ケアについて考え、本人の意思を周囲と共有できるよう、普及啓発を進めます。

蕨戸田市医師会及び蕨戸田市在宅医療支援センターと連携し、市民向け講演会等を実施します。また、エンディングノートの配布及び書き方セミナーを通じて、本人の意思決定及び家族との対話を支援します。

３）家族介護者への支援と介護に関する知識の普及

家族介護者が心身の負担を軽減しながら、安心して在宅での介護を続けられるよう、介護に関する知識及び技術を学ぶ機会を提供します。介護を必要とする高齢者本人の尊厳を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続できるよう支援します。

「家族介護教室」を開催し、介護方法、認知症への対応、介護予防及び介護者自身の健康管理等に関する情報を提供します。地域包括支援センター等の相談窓口や利用できるサービスを周知し、介護者が孤立せず、必要な支援につながるよう取り組みます。

４）救急時の情報共有に関する普及啓発

高齢者の急な体調変化や救急搬送時に、本人の医療情報や緊急連絡先を迅速に確認できるよう、「救急医療情報キット」の普及を進めます。救急医療情報キットは、かかりつけ医、服薬内容、既往歴、緊急連絡先等を記載した情報シートを保管し、救急隊や医療機関への情報伝達を支援するものです。

民生委員・児童委員、地域包括支援センター及び関係機関と連携し、対象者への周知と配布を行います。配布後も、記載内容を定期的に更新する必要性を周知し、急変時にも本人の状況に応じた適切な対応につながるよう取り組みます。

施策の方向（５）地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう支援する、地域包括ケアシステムの中核的な機関です。介護、医療、福祉、健康、生活支援及び権利擁護に関する総合相談に対応し、本人・家族の状況や希望を踏まえて必要な支援につなげます。

地域の関係者や関係機関との連携、地域ケア会議等を通じて、複合化・複雑化した課題に包括的かつ継続的に対応します。市立地域包括支援センターは基幹型として、各地域包括支援センターへの後方支援及び総合調整を行い、適切、公平中立かつ効率的な運営と、市民に身近で利用しやすい相談体制の充実を図ります。

基本施策　①地域ケア会議の強化

地域ケア会議は、高齢者本人の望む暮らしの実現に向けて、多職種・多機関が支援方針を検討するとともに、個別支援から見える地域課題を地域づくりや施策の改善につなげる取組です。地域包括支援センターは、本人の意向を尊重した個別会議を実施し、包括的かつ継続的な支援を進めます。

また、個別会議等で把握した課題を地域ケア圏域会議で共有し、地域住民、関係機関、生活支援コーディネーター及び協議体等と連携します。地域の特性に応じた社会資源や支え合いの仕組みを検討し、地域全体で高齢者の暮らしを支える体制の充実を図ります。

１）地域課題の把握

地域包括支援センターは、地域ケア個別会議、総合相談及び日常的な支援を通じて、高齢者本人・家族が抱える生活課題を把握します。既存の制度やサービスでは対応が難しい課題、複数の世帯に共通する課題及び圏域ごとの特性を整理・分析します。

把握した課題は、地域ケア圏域会議等において地域住民、関係機関及び市と共有します。生活支援コーディネーターや協議体等と連携し、地域資源の充実、支え合いの仕組みづくり及び市の施策の検討につなげます。

２）地域づくり・資源開発の検討

市及び地域包括支援センターは、地域ケア圏域会議等を通じて把握した地域課題を、地域住民、町会・自治会、民生委員・児童委員、関係団体、医療・介護関係機関、民間事業者等と共有します。地域の特性や既存の活動・資源を生かし、地域全体で課題の解決に取り組む体制づくりを進めます。

生活支援コーディネーター及び協議体と連携し、介護保険サービスに限らない見守り、移動・買い物支援、居場所づくり、社会参加及び住民主体の活動等について、地域資源の活用・開発を検討します。取組の実施状況を共有し、効果的な取組を地域の実情に応じて広げます。

３）自立支援型地域ケア会議の開催

市及び地域包括支援センターは、高齢者本人が希望する暮らしや生活目標の実現に向け、多職種の専門的な助言を活用する自立支援型地域ケア会議を開催します。本人の意向を踏まえ、心身機能だけでなく、日常生活における活動、社会参加及び役割にも着目して、支援の必要性や方法を検討します。

会議での検討結果を、介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援に反映し、本人の自立支援・重度化防止につなげます。また、事例を通じて把握した共通課題を整理し、地域資源の充実や地域づくりの検討に活用します。

基本施策　②総合相談支援の充実

地域包括支援センターは、高齢者本人や家族からの介護、医療、福祉、健康、生活支援及び権利擁護に関する相談に対応し、心身の状況、生活課題及び本人の希望を踏まえて、必要な支援へつなげます。地域住民、民生委員・児童委員、医療機関、介護サービス事業所、関係団体及び行政機関等と連携し、支援を必要とする高齢者の早期把握に努めます。

認知症、経済的困窮、住まい、家族介護者の負担等、複合化・複雑化した課題には、多機関と協働して包括的かつ継続的に対応します。また、健康状態を把握しにくい高齢者への訪問等による支援を行い、社会的孤立の防止及び住み慣れた地域での生活の継続を支援します。

１）総合相談体制の充実

市及び地域包括支援センターは、地域住民、民生委員・児童委員、町会・自治会、医療機関、介護サービス事業所、民間事業者、関係団体及び行政機関等と連携し、地域包括支援ネットワークの充実を図ります。本人、家族及び地域の関係者からの相談や情報を通じて、高齢者及び家族の心身の状況、生活課題及び必要な支援を幅広く把握します。

地域から孤立しているおそれがある高齢者や、介護、認知症、経済的困窮、住まい及び家族関係等の複合的な課題を抱える世帯には、必要に応じて訪問等による状況確認を行います。保健・医療・福祉サービス、介護予防、生活支援及び地域活動等につなげ、包括的かつ継続的な支援を行います。

２）健康状態不明者へのアウトリーチ支援

市は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施におけるハイリスクアプローチとして、健診、医療及び介護サービス等の利用状況から健康状態を把握しにくい高齢者に対し、保険年金課及び地域包括支援センターと連携して、訪問等による状況確認を行います。

本人の健康状態、生活状況、社会的孤立の状況及び支援の必要性を把握し、本人の意向を尊重しながら、必要に応じて医療、介護、介護予防、見守り、通いの場その他の地域資源につなげます。健康課題の重症化及び社会的孤立を防止し、住み慣れた地域での生活を継続できるよう支援します。

３）地域包括支援センターの周知・利用促進

地域包括支援センターが、介護に関する相談に限らず、介護予防、健康づくり、認知症、権利擁護、生活上の困りごと及び家族介護に関する身近な総合相談窓口であることを周知します。支援が必要となる前の段階から気軽に相談できる窓口として、早期相談及び適切な支援への接続を促進します。

広報紙、ホームページ、ＳＮＳ、地域行事、医療機関、民間事業者及び関係団体等の多様な媒体・機会を活用します。比較的若い高齢者、男性及び地域包括支援センターの認知度が低い地域を含め、対象者や地域特性に応じた効果的な情報発信を行い、認知度及び利用しやすさの向上を図ります。

基本施策　③介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の充実

介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援は、要支援者及び事業対象者が、本人の希望する暮らしや社会とのつながりを維持しながら、できる限り自立した生活を継続できるよう支援する取組です。地域包括支援センターは、本人の心身の状況、生活環境、家族の状況及び意向を踏まえ、本人の選択に基づく支援を行います。

介護保険サービスに加え、一般介護予防事業、住民主体の通いの場その他の地域資源を組み合わせ、活動及び社会参加の維持・拡大を支援します。市は、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所と連携し、適切かつ安定的に介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援を提供できる体制の充実を図ります。

１）介護予防支援（予防給付の対象となる要支援者）

地域包括支援センターは、予防給付の対象となる要支援者が、本人の望む暮らしや生活目標を実現し、できる限り自立した生活を継続できるよう、介護予防支援を行います。本人の心身の状況、生活環境、家族の状況及び意向を踏まえ、介護予防サービス・支援計画を作成します。

介護予防サービス等が適切に利用されるよう、本人及び関係機関との相談・連絡調整、利用状況の確認を行い、必要に応じて計画を見直します。介護保険サービスに加え、地域活動や通いの場等の地域資源も活用し、活動及び社会参加の維持・拡大につながる支援を進めます。

２）介護予防ケアマネジメント（介護予防・日常生活支援総合事業対象者）

地域包括支援センターは、事業対象者及び要支援者が、心身機能の維持・向上に加え、日常生活における活動や地域への参加を継続できるよう、本人の選択に基づく介護予防ケアマネジメントを行います。本人の心身の状況、生活環境、生活課題及び意向を踏まえ、望む生活の実現に向けた支援を検討します。

訪問型・通所型サービスに加え、一般介護予防事業、住民主体の通いの場、地域活動その他の社会資源を包括的に組み合わせます。必要に応じてリハビリテーション専門職等の助言を活用し、自立支援、重度化防止及び社会参加につながる支援を行います。

基本施策④　権利擁護支援の促進

高齢者が尊厳を保ち、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、本人の意思及び権利を尊重した権利擁護支援を推進します。市、地域包括支援センター、戸田市成年後見センター及び社会福祉協議会は、医療・介護関係機関、法律・福祉の専門職等と連携し、支援を必要とする高齢者の早期把握に努めます。

高齢者虐待への迅速な対応、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用支援、消費者被害の防止並びに困難事例への包括的な支援を行います。本人の意思決定を支援し、制度や地域の支援を適切に組み合わせることで、権利侵害を防止し、地域で安心して生活を継続できるよう支援します。

１）高齢者虐待防止策の充実

市及び地域包括支援センターは、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に基づき、高齢者虐待の防止、早期発見及び迅速かつ適切な対応を行います。地域住民、民生委員・児童委員、医療機関、介護サービス事業所及び関係機関等に対し、虐待の兆候や通報窓口に関する周知・啓発を進めます。

虐待又は虐待のおそれがある事案を把握した場合は、事実確認、安全確保及び関係機関との情報共有を速やかに行い、本人の状況に応じた支援方針を検討します。養護者が介護負担、経済的困難、孤立等の課題を抱える場合には、必要なサービスや相談支援につなげ、虐待の再発防止を図ります。

２）成年後見制度の普及啓発と利用支援

市、地域包括支援センター、戸田市成年後見センター及び社会福祉協議会は、認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な高齢者が、本人の意思や権利を尊重されながら、地域で安心して生活を継続できるよう、成年後見制度の利用を支援します。

本人、家族及び支援者からの相談に対応し、制度の内容や利用手続に関する情報提供、関係機関との連絡調整及び申立て支援を行います。親族による申立てが困難な場合には、本人の状況や必要性を踏まえ、市長申立てを適切に実施します。本人の意思決定支援を基本とし、成年後見人等や関係機関と連携して、状況に応じた継続的な権利擁護支援を行います。

３）日常生活自立支援事業（あんしんサポートねっと）の普及・活用

市、地域包括支援センター及び社会福祉協議会は、認知症等により判断能力に不安がある高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、日常生活自立支援事業「あんしんサポートねっと」の普及及び活用を促進します。

本人、家族及び支援者に対し、福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理及び通帳・印鑑等の書類預かりサービスの内容を分かりやすく周知します。相談を通じて本人の生活状況や支援の必要性を把握し、本人の意思を尊重しながら適切な利用につなげます。判断能力や生活状況の変化に応じて、成年後見制度を含む必要な支援へ円滑につなぎ、継続的な権利擁護を行います。

４）消費者被害の防止

市及び地域包括支援センターは、特殊詐欺、悪質商法その他の消費者被害から高齢者を守るため、消費生活センター、警察、民生委員・児童委員、町会・自治会、金融機関及び関係団体等と連携し、被害の未然防止及び早期発見に取り組みます。

広報紙、ホームページ、出前講座、地域の通いの場及び見守り活動等を活用し、被害の手口、相談窓口及び具体的な対処方法について、分かりやすく周知します。被害又は被害のおそれを把握した場合は、本人の安全及び意向に配慮しながら、消費生活相談、警察その他の関係機関につなぎ、必要な支援を行います。

５）困難事例への対応力の向上

市及び地域包括支援センターは、認知症、精神疾患、経済的困窮、家族関係、住まい、８０５０問題、権利擁護等の課題が複合し、支援が困難となる事例に対して、多機関・多職種が連携した包括的な支援を行います。本人及び家族の状況や意向を丁寧に把握し、本人の尊厳と意思を尊重した支援方針を検討します。

必要に応じて、地域ケア会議、個別ケース会議その他の協議の場を活用し、医療、介護、障害福祉、生活困窮、子ども・家庭、住まい及び権利擁護に関する関係機関と役割分担を明確にします。研修や事例検討を通じて専門性を高め、支援者の負担軽減と支援の質の向上を図ります。

基本施策　⑤包括的・継続的なケアマネジメントの充実

市及び地域包括支援センターは、第９期計画で進めた関係機関との連携、介護支援専門員のネットワーク及び日常的な相談支援を基盤に、包括的・継続的なケア体制を充実します。市立地域包括支援センターは、各地域包括支援センターへの後方支援及び総合調整を行います。

複合的な課題を抱える事例への対応力を高めるため、主任介護支援専門員を中心とした個別支援、多職種・多機関との連携、地域ケア会議等の活用を進めます。これにより、高齢者本人及び家族が地域で安心して生活を継続できるよう支援します。

１）介護支援専門員への個別支援の充実

地域包括支援センターは、地域の介護支援専門員が適切なケアマネジメントを実践できるよう、日常的な相談及び個別支援を充実します。ケアプラン作成、サービス調整、家族支援及び地域資源の活用等に関する相談・助言を行います。

支援困難事例や複合的な課題を抱える事例については、主任介護支援専門員を中心に、関係機関との連絡調整、サービス担当者会議の開催支援及び必要な情報提供を行います。本人の意思及び生活状況を踏まえ、多職種と連携した適切な支援につなげます。

２）多職種・関係機関との連携体制の強化

地域包括支援センターは、介護支援専門員が医療、介護、健康づくり、介護予防、生活支援、住まい、権利擁護及び地域活動等の社会資源を活用できるよう、多職種・関係機関との

連携を強化します。関係機関との情報共有及び連絡調整を行い、高齢者本人及び家族を包括的に支える体制を整えます。

また、地域包括支援センター相互の情報交換及び協働を進めるとともに、市立地域包括支援センターは、後方支援及び総合調整を行います。複合的な課題を抱える事例にも切れ目なく対応できるよう、地域の介護支援専門員を支えるネットワークの充実を図ります。

３）地域ケア会議等を活用した支援の充実

地域包括支援センターは、地域ケア会議等を活用し、支援困難事例や複合的な課題を抱える事例について、多職種・関係機関と支援方針を検討します。本人の意向及び生活状況を踏まえ、介護支援専門員が適切なケアマネジメントを実践できるよう支援します。

また、個別事例の検討を通じて地域に共通する課題を把握し、必要な社会資源や支援体制の充実につなげます。会議で得られた知見を関係者間で共有し、地域全体の支援力の向上を図ります。

４）介護支援専門員の資質向上及び負担軽減

地域包括支援センターは、介護支援専門員の専門性を高めるため、地域の介護支援専門員を対象とした会議、研修及び事例検討の機会を設けます。圏域を越えた地域包括支援センターの合同開催等も活用し、情報交換及び介護支援専門員相互のネットワークづくりを進めます。

また、日常的な相談・助言や地域資源に関する情報提供を通じ、介護支援専門員の業務上及び心理的な負担の軽減を図ります。複合的な課題を抱える事例にも対応できるよう、関係機関との連携を支援します。

基本目標２.介護保険をはじめとしたサービス基盤の整備

高齢者が要介護等の状態になっても、住み慣れた地域で安心して自立した生活ができるよう支援するためには、介護保険サービスの整備や高齢者の生活支援体制の整備が必要となります。

第６期計画における介護保険サービスの整備においては、地域で２４時間安心して暮らせるよう「定期巡回･随時対応型訪問介護看護」と「認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）」を、第８期計画では「認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）」の整備に取り組みました。

今後、高齢者人口の増加に伴い、介護や支援を必要とする高齢者の増加が予測される中、介護や支援が必要になってもできる限り住み慣れた地域で生活できるように、国の介護給付費適正化計画と整合性を保ちながら、引き続き必要な介護サービスが、適正に提供されるように取り組みます。

また、在宅生活の継続のための介護者に対する支援として、介護知識・技術の習得支援の場を設けます。

高齢者の生活支援体制の整備としては、将来を見据え、高齢者に対し継続的かつ安定的にサービスを提供していけるよう、高齢者福祉サービスの適正化を検討していきます。

基本目標２ 介護保険をはじめとしたサービス基盤の整備	施策の方向	
	（１）介護保険サービスの充実	①介護給付サービスの提供
		②予防給付サービスの提供
		③介護保険サービスの基盤整備
		④地域密着型サービスの提供
		⑤相談窓口の充実
		⑥家族介護支援
	（２）適正な介護保険サービスの維持と推進	①介護給付費の適正化の推進
		②介護事業者支援の推進と介護人材確保・生産性向上
	（３）高齢者の生活支援体制の整備	①高齢者福祉サービスの整備
		②高齢者福祉サービスの周知活動の実施

（１）介護保険サービスの充実

①介護給付サービスの提供

要介護１から５の認定者を対象に、重度化の予防・防止、家族介護者の負担軽減のため「本人の心身等の状況、家庭環境に応じて必要なサービスを利用できる」ことを基本に、介護給付サービスを提供します。

１）自宅で暮らし続けるための「居宅サービス」の充実

住み慣れた家庭や地域で介護を受けられるよう、事業者との連携によりサービスの確保・充実に努めます。

２）心身状態の改善を目指す「介護施設サービス」の充実

利用者の心身状態の改善に向けて、専門的な介護技術・環境の一層の充実、リハビリテーション機能の向上を促進します。

また、施設から在宅への復帰を支援するため、居宅サービス、居住系サービス、ボランティア活動との連携による総合的な体制づくりを進めます。

３）第２号被保険者へのサービスの提供

第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満の方）で介護保険の対象となる病気が原因で「要介護認定」を受けた方に、介護サービス・介護予防サービスを提供します。

また、第２号被保険者の介護保険サービスの利用及び要介護認定申請の際には、関係機関と連携を図り、本人・家族への適切な支援につなげます。

なお、介護保険で対象となる病気として特定疾病（１６種類）が指定されています。

■特定疾病（１６種類）

①がん（医学的知見に基づき回復の見込みがない状態）　②筋萎縮性側索硬化症　③後縦靭帯骨化症
④骨折を伴う骨粗しょう症　⑤多系統萎縮症　⑥初老期における認知症
⑦脊髄小脳変性症　⑧脊柱管狭窄症　⑨早老症
⑩糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症　⑪脳血管疾患
⑫進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
⑬閉塞性動脈硬化症　⑭関節リウマチ　⑮慢性閉塞性肺疾患
⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

②予防給付サービスの提供

要支援１・２の認定者を対象に、生活機能の維持・向上を目的として「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本に予防給付サービスを提供します。

③介護保険サービスの基盤整備

１）介護保険制度の理念・仕組みの周知

「広報戸田市」、パンフレットや市ホームページ等の媒体の活用、その他様々な機会を通じて、介護保険制度に関する知識・情報の提供に努めます。

２）適正な介護サービス事業者の確保

利用者にとって適正なサービスの提供及び介護給付の適正化が図られるよう、介護サービス事業者に対する指導・助言に努めます。

また、各年度において十分な介護サービスが提供できるよう、埼玉県と介護事業者の指定情報を共有し、併せて報酬の独自設定も検討するなど、介護サービス事業者の確保に努めます。

３）介護サービス従事者への支援の充実

介護支援専門員連絡協議会への後方支援や蕨戸田市医師会が開催する医療従事者と介護職員の交流の場を活用し、情報の提供や相談体制の充実を図ります。また、就労していない介護有資格者の掘り起こしなどを行い、人材確保に取り組みます。

４）居宅介護支援事業者の指定

これまで、埼玉県が行っていた居宅介護支援事業者の指定権限は、介護保険法の改正により、平成３０年４月１日から戸田市に移譲され、本市が事業者の指定を行っています。

そのため、サービス利用者により近い立場から適切な事業者の指定と指導・監督に努めます。

④地域密着型サービスの提供

今後増加が見込まれる認知症の方や中重度の要介護高齢者等が、できる限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう、地域の特性に応じた柔軟な体制で提供するサービスです。原則として、戸田市民が利用できます。

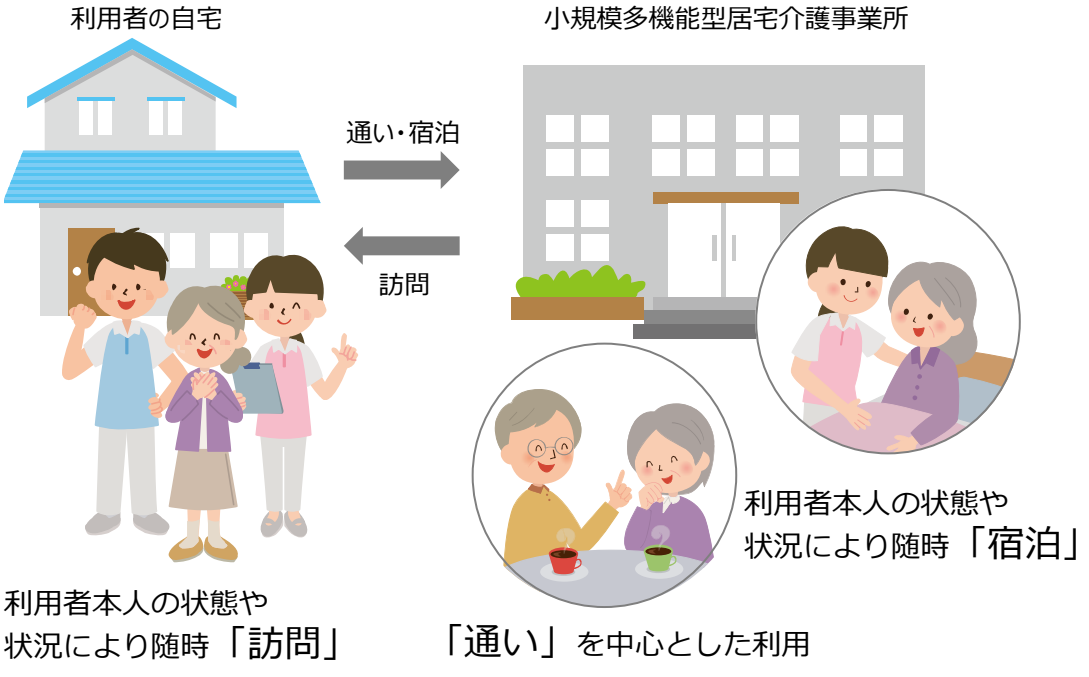
戸田市には、小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）及び認知症対応型通所介護があります。

地域密着型サービス事業者については、公平・公正で透明性の高い審査により良質なサービスを提供することのできる適切な事業者を選定するとともに、サービスの提供及びサービスの質の向上に向けての指導・監督に努めます。

１）小規模多機能型居宅介護の充実

小規模な住居型の施設へ「通い」を中心に、自宅へ来てもらう「訪問」、施設に「泊まる」サービスを組み合わせて利用できるサービスであり、今後もサービスの質の向上と充実を図ります。

■小規模多機能型居宅介護のイメージ



２）定期巡回・随時対応型訪問介護看護の充実

高齢者のみの世帯やひとり暮らしの高齢者が安心して在宅での生活を継続できるように、１日複数回の定期的な訪問と要請に応じた随時訪問を２４時間いつでも連絡可能な体制で提供するサービスです。

現在、市内に事業所がないため、第９期計画では、開設に向け公募を行いましたが、開設には至りませんでした。現時点で利用希望は確認されていないものの、今後、高齢化の進展やひとり暮らし高齢者等の増加に伴い、将来的な開設に向けて利用ニーズの動向を注視していきます。

３）認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）の充実

認知症（急性を除く）の方に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の日常生活上の介護や支援と機能訓練を行い、能力に応じて自立した日常生活を営むことを目指すサービスです。

認知症の方が要介護等の状態になっても、できる限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう、今後もサービスの質の向上と充実を図ります。

⑤相談窓口の充実

１）身近な介護相談の充実

介護サービス相談員は、介護施設やデイサービス事業所等に出向き、介護サービス利用者からの相談に耳を傾け、問題解決に向けた支援を行っています。

今後も介護サービス相談員を活用し、相談体制の充実を図ります。

２）苦情処理体制の充実

苦情については市で調整し、その解決に向けて迅速かつ適切な対応に努めるとともに、関係者への適切な指導・監督を行います。

⑥家族介護支援

１）家族介護教室の開催

要介護状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な活用方法の習得を内容とした介護者向けの教室を開催します。

また、教室の中で、家族が介護の継続ができるように、介護者相互の交流を図り、家族の身体的・精神的な負担の軽減が図られるよう配慮します。

（２）適正な介護保険サービスの維持と推進

①介護給付費の適正化の推進

１）介護給付費適正化事業の推進

介護保険サービスに係る費用は、原則として１割から３割を利用者が負担し、残りの９割から７割は介護保険料等で賄われています。この介護保険サービスが適正に使われるよう、介護給付費適正化事業を推進します。推進に当たっては、国の介護給付費適正化計画と整合性を保ちながら進めます。

特に、福祉用具購入・居宅介護住宅改修費の給付については、必要性や、サービスが過剰でないか等の確認を行います。そして状況確認が必要な場合には、利用者の自宅への訪問調査等を実施し、適切な給付を行います。

また、不正又は不適切なサービス提供を行っている事業所に対しては、適切な指導を行います。

戸田市介護保険適正化の取組み

①認定調査状況チェック

実施したすべての認定調査票の内容を市職員が点検します。

②ケアプラン点検

市職員等の第三者が事業所へ訪問し、介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容等の点検及び指導を行います。

③住宅改修、福祉用具購入・貸与調査等の点検

居宅介護住宅改修費や福祉用具購入費等の申請書類一式の確認・点検を行います。

④医療情報との突合・縦覧点検

後期高齢者医療保険と国民健康保険の入院情報等と介護保険給付情報を突合し、日数や提供されたサービスの整合性の点検を行います。また、受給者ごとに複数月にまたがる支払い情報を確認し、提供されたサービスの整合性を確認します。

⑤給付費通知

利用者自身のサービス利用に係る介護給付支払い状況等について本人に通知し、自身の1割から3割負担額との相違などを利用者自らの目線から確認できるようにします。

実施内容

主要項目	内容	令和６年度	令和７年度	令和９年度以降
要介護認定の適正化				
（1）認定調査状況のチェック	すべての認定調査について、市職員が点検を実施	3,010 件	3,230 件	すべての調査に対し点検実施
ケアマネジメント等の適正化				
（2）ケアプランの点検	実地指導を行いケアプランの点検を実施	1 事業所で実施	3 事業所で実施	年 3 事業所で実施
（3）住宅改修の点検	事前申請書類を確認・点検	194 件	167 件	事前申請時に全件点検
サービス提供体制及び介護報酬の適正化				
（4）医療情報との突合・縦覧点検	重複請求縦覧チェックと合わせて実施	突合 2,365 件 縦覧 2,510 件	突合 2,802 件 縦覧 2,268 件	実施

②介護事業者支援の推進と介護人材確保・生産性向上

１）介護事業者支援の推進

第９期計画において、介護ロボットやＡＩ等の導入による介護従事者の負担軽減と働きやすい職場環境の整備を目的として、「戸田市介護ロボット等導入支援事業補助金」を創設し、令和６年度に４件、令和７年度に３件の支援を行いました。

今後は、介護人材の確保・定着及び資質の向上を図るため、介護サービス事業者が職員のキャリアアップや法定研修をはじめとする研修等に取り組む際に必要となる費用の一部を補助するなど、人材育成の取組を支援します。

介護従事者の負担軽減や働きやすい職場環境の整備と、人材の育成・確保・定着を両輪として、介護サービス事業者が質の高い介護サービスを安定的に提供できるよう、総合的な支援を推進します。

（３）高齢者の生活支援体制の整備

①高齢者福祉サービスの整備

第６期計画において、高齢者人口の増加や生活支援サービスに対するニーズの変化に応じ、将来に向かって安定的なサービスを提供するため、高齢者福祉サービスのうち３つのサービスの見直しを行いました。さらに、第７期計画においても検討を継続し、１つの事業の見直しを行いました。

第８期計画では、コロナ禍の影響から既存のサービスを原則維持としましたが、ニーズの高まりが認められた１つのサービスについて対象要件の拡大を行いました。今後も高齢者福祉サービスを継続的・安定的に提供していけるよう、引き続きサービスの適正化を検討するとともに、整備を進めていきます。

②高齢者福祉サービスの周知活動の実施

サービスの必要な高齢者が、必要な福祉サービスをできるだけ速やかに受けられるよう、広報やホームページなどを通じ定期的なサービス紹介などを行っていくとともに、介護サービス事業者にも周知することで、サービスの普及・啓発を図ります。

基本目標３．生きがいをもち安心して暮らせる地域づくり

健康でいきいきといつまでも暮らしていくためには、年齢にとらわれることなく、主体的に活動し、自立した生活をしていくための生きがいづくりや健康づくりが重要です。

そのため、高齢者が生涯をとおして活動や生活ができる地域づくりを推進するとともに、高齢者自身が自ら培った技能や知識をいかしながら社会を支える一員として活躍するための支援を行います。

また、健康づくりのための情報提供や相談窓口等の充実を図ります。

これに加えて、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、地域での相互の支え合いを基本に地域全体で高齢者を支えることが重要です。

社会福祉協議会で行っている支部活動やＮＰＯ等の活動を中心に高齢者の日中の居場所や活動の拠点整備など、地域での活動の活性化を図ります。その中では関係機関との連携強化や適切な情報提供に努めていきます。

さらに、若い世代と共に地域社会を支え、地域全体を活性化するために、年齢を超えた交流を推進するとともに、市民への意識啓発や情報提供、ボランティア・ＮＰＯ等への支援等、感染予防対策を徹底した地域福祉活動の活性化を図ります。

本基本目標は、地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、各関連機関が実施している事業内容となります。

高齢者の権利擁護の推進としては、権利擁護の支援が必要な高齢者に成年後見制度が活用されるよう利用の支援を図ります。支援が必要な高齢者へのケースワーク対応に当たっては、地域包括支援センターなどの関係機関との連携体制を強化し、対応を行っていきます。

	施策の方向	基本施策
基本目標３ 生きがいをもち安心して暮らせる地域づくり	（１）高齢者の活躍推進	①活動機会の拡充
		②就労機会の拡大
	（２）健康づくりの推進	①健康づくり支援の充実
	（３）地域活動・地域交流の支援	①地域福祉活動の活性化
		②交流・理解の促進
	（４）地域居住のための支援	①バリアフリーの推進
		②安心・安全な生活環境づくり
	（５）高齢者の権利擁護の推進	①成年後見制度の普及啓発と利用支援
		（５）ケースワーク体制の充実

（１）高齢者の活躍推進　「戸田市シニア社会参加推進プラン」

①活動機会の拡充

１）老人クラブの充実

老人クラブのＰＲと新規加入を促進するとともに、ライフスタイルの多様化などを踏まえた活動内容の多様化・充実を図ります。第９期計画では、老人クラブ独自の広報誌の作成を行い、会員の増加・維持及び活動の活性化を推進します。

老人クラブの自主活動については、活動の場の提供などの支援を行います。また、ＴＯＤＡ元気体操の通いの場の立ち上げ支援を行います。

２）生涯学習の推進

高齢者も対象とした多彩な講座を実施することや、作品の展示会や演芸を披露する場の開催、ICT 活用による学びの場の充実など、生涯学習の場の環境整備を図ります。

また、高齢者の情報リテラシーの向上、デジタルデバイドの解消等に向けた情報提供を行います。

３）スポーツ活動への支援

高齢者が個々の目的・能力・し好に応じて、シルバースポーツ大会やグラウンドゴルフなど、気軽にスポーツを楽しめる機会の拡充を図ります。

４）自主的活動グループの育成・支援

公民館育成サークルに対する支援を行うとともに、戸田市生涯学習人材バンクなどからの講師の派遣を行います。

また、ボランティア・市民活動支援センターでの相談・支援体制の充実を図り、自主的活動グループの活動の場の拡大などを支援します。

５）活動しやすい環境の整備・充実

公共施設等の整備・運営を通じて、高齢者が活動しやすい環境の充実を図ります。

②就労機会の拡大

１）求職相談・職業紹介の実施

「戸田市ふるさとハローワーク」・「戸田市生活自立相談センター」での求人情報の提供を行います。

また、求職相談や職業紹介の体制の充実を行います。

２）起業家相談の実施

戸田市商工会起業支援センター「オレンジ・キューブ」でのアドバイザーによる相談を行います。

３）シルバー人材センターの拡充

ホームページなどを通じ、シルバー人材センターのＰＲに努めます。

また、地域班・職群班・広報班による会員の班結成や各種技能講習会・研修会などを支援します。

「戸田市シニア社会参加推進プラン」を掲載予定

（２）健康づくりの推進

①健康づくり支援の充実

１）健康づくりに関する情報の提供

「広報戸田市」や市ホームページ、健康福祉の杜まつりなどにおける情報提供を通じて、健康づくりを推進します。

２）がん検診の実施

がん検診を実施し、がんの早期発見に努めます。

３）健康教育・健康相談の充実

各種健康教室や、依頼健康教室などを実施し、健康づくりを支援します。また、個々の健康状態や生活状況にあわせた保険指導を保健師や管理栄養士が実施します。

４）歯及び口腔の健康づくり

むし歯や歯周病などの早期発見・治療及び予防につなげるため、歯科健康診査を実施します。また、介護予防事業や健康教室、健康相談を通じて歯及び口腔の健康づくりを支援します。

（３）地域活動・地域交流の支援

①地域福祉活動の活性化

１）「ふれあいサロン」活動の促進

社協支部を中心に、子どもや母親、高齢者や障がい者等の「ふれあいサロン」活動を促進します。

２）ＮＰＯ等市民活動、民間団体支援

ボランティア・市民活動支援センターやボランティアセンターでの相談・支援体制の充実を図ります。また、「共創のまちづくり補助金」の活用、他団体の助成金等の情報発信、活動に必要な場や設備の提供に努めます。

さらに、地域通貨（戸田オール）を活用した活動支援を図ります。

３）身近な地域における日常的な活動拠点づくり

社協支部活動の充実に向けて、身近な地域における活動拠点づくりを推進します。

４）社会福祉協議会等との連携

市と社会福祉協議会及び社会福祉事業団との一層の連携強化・交流促進に努めます。

②交流・理解の促進

１）子どもたちと高齢者との交流推進

子どもたちの高齢者施設への訪問や体験学習での交流などの機会の拡大を図りながら、高齢者と子どもたちとの交流を推進します。

２）福祉教育の推進・学習機会の提供

高齢者体験等を通した、小・中学校での福祉教育を推進します。

また、認知症サポーター養成講座やまちづくり出前講座等により、福祉に関する学習の機会を提供します。

３）地域クラブ・サークル活動の支援

趣味などのクラブ･サークル活動などについて、活動の場の提供などの支援を行います。

（４）地域居住のための支援

①バリアフリーの推進

１）バリアフリー制度の普及

バリアフリーの制度・理念の普及・啓発に努めます。

２）公共建築物の整備

公共建築物のバリアフリー化を推進します。

３）移動手段の確保・交通機関の整備の促進

コミュニティバス「ｔｏｃｏ（トコ）」等の周知・啓発を図ります。

４）外出や社会参加の促進

高齢者の外出や社会参加を促進します。

②安心・安全な生活環境づくり

１）避難行動要支援者避難支援制度の推進

災害時に一人で避難することが困難な方を、地域や周りの方が避難支援を行う「避難行動要支援者避難支援制度」を推進するため、さらなる周知を行います。

また、避難支援体制の充実を図るため、庁内関係部局や関係機関との連携強化に努めます。

２）防火・救急対策の充実

高齢者に対する住宅用火災警報器取付けサービス事業及び予防救急を推進します。

また、救急搬送を迅速に行うことを目的に、救急医療情報キットの無料配布を行います。このキットは、「かかりつけ医療機関」「薬剤情報提供書（写）」「持病」などの医療情報や、「診察券（写）」「保険証（写）」などを専用の容器に入れて、冷蔵庫に保管しておくことで、万が一の救急時に備えるものです。

３）交通安全対策の充実

路面表示や注意喚起看板の設置等の交通安全対策を推進します。

また、交通安全教室や高齢者を対象とした講習会を実施するほか、反射材の普及、自転車用ヘルメットの着用促進及び自転車の安全利用に関する周知啓発などに努めます。

４）防犯・消費者被害対策の充実

防犯･消費者被害に関するチラシの配布や防犯講座の開催などで啓発を図ります。また、町会・自治会における自主防犯活動を支援します。

さらに、訪問販売等による消費者被害を未然に防止するため、くらし安心課（消費生活センター）で開催する「消費者安全確保地域協議会」で、地域包括支援センターと定期的な情報交換を行います。

（５）高齢者の権利擁護の推進　「戸田市成年後見制度利用促進基本計画」

①成年後見制度の普及啓発と利用支援

認知症、知的障がい、その他の精神上の障がいを抱える高齢者の財産の管理や日常生活等を社会全体で支えるため、「地域ケア会議」等の既存の資源・仕組みを活用し、成年後見制度の円滑な運営につなげていきます。特に、権利擁護支援が必要な人の早期発見と相談、また、専

門機関や関係機関との連携による本人の見守りや支援などの対応を行うための「地域連携ネットワーク」の構築を推進し、成年後見制度の利用支援と権利擁護の推進を図ります。

②ケースワーク体制の充実

ケース対応を行う中で、地域ケア会議や高齢者虐待対応の個別ケース会議を活用し、民生委員や地域包括支援センター、関係機関などと協力しながら要援護高齢者へのきめ細かい対応を行います。

「第３期戸田市成年後見制度利用促進基本計画」を掲載予定

第５章

戸田市認知症施策推進計画

１．背景及び趣旨

高齢化の進展に伴い、認知症の人は今後も増加することが見込まれます。国の推計では、６５歳以上の認知症の人は、令和４年の約４４３万人から、令和２２年には約５８４万人に増加するとされています。軽度認知障害（ＭＣＩ）の人も多く、認知症は誰にとっても身近なものとなっています。

国では、認知症施策推進大綱等に基づき、認知症に関する施策を進めてきました。令和５年６月には、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、令和６年１月に施行されました。令和６年１２月には、同法に基づく認知症施策推進基本計画が閣議決定されました。

国の認知症施策推進基本計画は、認知症の人が尊厳と希望を持ち、自分らしく暮らせる共生社会の実現を目指しています。その基盤となるのが、認知症になってからも、一人ひとりができることや希望することを持ち、地域で仲間等とつながりながら暮らし続けることができるという「新しい認知症観」です。

本市は、令和６年４月に「戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例」を施行しました。同条例に基づき、市、市民、事業者及び関係機関が相互に連携し、認知症の人及びその家族等の意思を尊重しながら、地域全体で支え合うまちづくりを進めています。

本計画は、同条例の理念を踏まえ、認知症基本法第１３条に基づく市町村認知症施策推進計画として策定するものです。認知症施策を高齢者福祉施策及び介護保険事業と一体的に推進するため、第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画と一体的に策定します。

計画の策定、推進及び評価に当たっては、認知症の人及びその家族等の意見を聴き、その声を施策に反映します。認知症の人を施策の対象としてのみ捉えず、ともに地域をつくる一員として、その参画を得ながら取組を進めます。

２．認知症に関する状況

（１）高齢者人口の状況

戸田市の人口は、令和８年４月１日現在で１４３，０２２人です。このうち６５歳以上人口は２４，４２６人であり、高齢化率は１７．０８%となっています。高齢化率は、全国の２９．４%、埼玉県の２７．０%と比べて低い水準にあります。

一方、６５歳以上人口は令和７年４月１日現在の２４，０７５人から３５１人増加しています。今後も高齢者数は増加が見込まれることから、認知症を含む高齢者の生活課題に対応する支援体制の充実が必要です。

年齢階級別にみると、７５歳以上人口は１３，４３０人で、６５歳以上人口の５４．８%を占めています。全国の５７．５%、埼玉県の５７．８%をやや下回るものの、後期高齢者の増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれます。

■ ６５歳以上人口の年齢階級別構成（令和８年１月１日現在）

年齢階級	人口	６５歳以上人口に占める割合
６５-６９歳	５，７３２人	２３．５０%
７０-７４歳	５，１９１人	２１．３０%
７５-７９歳	５，３６５人	２２．００%
８０-８４歳	３，９６３人	１６．３０%
８５-８９歳	２，６２０人	１０．８０%
９０-９４歳	１，１６８人	４．８０%
９５歳以上	３１４人	１．３０%
６５歳以上計	２４，３５３人	１００．００%

※出典：戸田市「年齢階層別人口集計」（令和８年１月１日現在）。割合は小数第２位を四捨五入。

地域包括支援センターの担当地区別にみると、高齢化率は東部包括地区が１９．７６%で最も高く、市立包括地区が１９．０９%でこれに続いています。一方、新曽包括地区は１２．９１%であり、地区ごとに高齢化の状況に差があります。

こうした地域差を踏まえ、各地域包括支援センター、地域住民及び関係機関と連携し、地域の実情に応じた認知症施策を進める必要があります。

■ 担当地区別人口・高齢化率（令和８年４月１日現在）

区分	市立包括地区	中央包括地区	東部包括地区	新曽包括地区	戸田市合計
地区人口	33,258 人	38,642 人	35,732 人	35,390 人	143,022 人
65 歳以上人口	6,349 人	6,446 人	7,061 人	4,570 人	24,426 人
高齢化率	19.09%	16.68%	19.76%	12.91%	17.08%

（２）要支援・要介護認定の状況

第１号被保険者である６５歳以上の要支援・要介護認定者数は、令和７年度末で４，４４９人となっています。令和５年度末の４，０６８人から２年間で３８１人増加しており、認定者数は増加傾向にあります。

認定区分別にみると、令和７年度末は要介護１が１，０１８人で最も多く、次いで要介護２が８７２人となっています。高齢者数の増加に伴い、要支援・要介護認定者数も増加していくことが見込まれます。

認知症の人が、状態や生活課題に応じた適切な支援を受けながら、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、介護予防、医療、介護、生活支援及び権利擁護を一体的に進める必要があります。

■ 要支援・要介護認定者数の推移（第１号被保険者・各年度末）

区分	令和５年度	令和６年度	令和７年度
要支援１	４０１人	４８６人	５４９人
要支援２	４５６人	４１３人	４６９人
要介護１	９１７人	９８９人	１，０１８人
要介護２	７６１人	８１４人	８７２人
要介護３	６４７人	６８８人	６６２人
要介護４	５３８人	５２９人	５４５人
要介護５	３４８人	３２８人	３３４人
合計	４，０６８人	４，２４７人	４，４４９人

※出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）」（各年度３月末日現在）。

（３）高齢者世帯の状況

高齢化の進展に伴い、ひとり暮らしの高齢者がいる世帯も増加しています。本市の６５歳以上単身世帯数は、令和７年で７，９２０世帯となり、全世帯に占める割合は１１，０７％です。

令和４年の７，１３６世帯、１０．５５％と比べると、３年間で７８４世帯増加し、全世帯に占める割合も０．５２ポイント上昇しています。高齢者のみの世帯やひとり暮らしの高齢者が増加する中、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、早期の相談支援、地域における見守り及び関係機関との連携を充実する必要があります。

■ ６５歳以上単身世帯数及び割合の推移（各年４月１日現在）

区分	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年
市内世帯数(世帯)	６７，６６２	６８，５６０	６９，３１９	７１，５２２
６５歳以上単身世帯数（世帯）	７，１３６	７，２６４	７，４５７	７，９２０
６５歳以上単身世帯割合	１０．５５％	１０．６０％	１０．７６％	１１．０７％

（４）戸田市の認知症高齢者の状況

１）　要支援・要介護認定申請者の認知症高齢者の日常生活自立度

要支援・要介護認定申請者における「認知症高齢者の日常生活自立度」をみると、日常生活に支障を来す症状等がみられ、見守り又は介護を必要とする自立度Ⅱ以上の割合は５７．９%です。全国５６．４%、埼玉県５７．３%とほぼ同水準です。

また、介護を必要とする自立度Ⅲ以上の割合は２９．４%で、全国２１．２%、埼玉県２４．９%を上回っています。このことから、認知症の重度化を防ぐための早期対応や、中重度の認知症の人及び家族を支える体制の充実が求められます。

■ 要支援・要介護認定申請者の認知症高齢者自立度（戸田市・埼玉県・全国）

区分	戸田市	埼玉県	全国
自立度Ⅱ以上の割合	５７．９０%	５７．３０%	５６．４０%
自立度Ⅲ以上の割合	２９．４０%	２４．９０%	２１．２０%

※出典：厚生労働省「要介護認定情報等（業務分析データ）」（令和７年度）。
集計対象は令和７年４月～９月申請分。

２）　認知症高齢者数の推計

高齢者数、とりわけ７５歳以上の後期高齢者の増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれます。本市では、年齢階級別の６５歳以上人口に、国の調査による年齢階級別の認知症有病率を乗じて、認知症高齢者数を推計しました。

令和８年の認知症高齢者数は約２，５８８人で、６５歳以上人口の１０．６%に相当すると見込まれます。年齢階級別では、８５歳以上の推計人数が約１，４０４人となり、全体の半数を超えています。

認知症有病率は年齢とともに上昇するため、後期高齢者の増加は認知症高齢者数の増加につながります。認知症の前段階とされる軽度認知障害（ＭＣＩ）の人も含め、早期の相談支援や介護予防、必要な医療・介護サービスへのつなぎを進める必要があります。

■ 戸田市の認知症高齢者数の推計（令和８年）

年齢階級	６５歳以上人口	認知症有病率	認知症高齢者数（推計）
６５-６９歳	５，７３２人	１．１０%	約６３人
７０-７４歳	５，１９１人	３．１０%	約１６１人
７５-７９歳	５，３６５人	７．１０%	約３８１人
８０-８４歳	３，９６３人	１４．６０%	約５７９人
85-89 歳	２，６２０人	２７．３０%	約７１５人
90 歳以上	１，４８２人	４６．５０%	約６８９人
合計	２４，３５３人	―	約２，５８８人

※認知症高齢者数は、年齢階級別の６５歳以上人口（令和８年１月１日現在）に、国の調査（令和６年５月公表〔研究代表者：九州大学 二宮利治〕）による年齢階級別認知症有病率

を乗じて算出した推計値です。各階級の人数は四捨五入によるため、合計と内訳の和は必ずしも一致しません。「９０歳以上」は９０～９４歳（１，１６８人）と９５歳以上（３１４人）の合計です。

■ 認知症高齢者数の将来推計

年齢階級	令和８年	令和１２年	令和１７年	令和２２年
認知症高齢者数（推計）	約２，５８８人	【●●】人	【●●】人	【●●】人

※将来推計は、各年次の年齢階級別高齢者人口推計に同一の有病率を乗じて算定します。人口推計値の確定後に数値を反映します。

（５）認知症施策を支える体制と今後の在り方

１） 相談・支援体制

本市では、市内を４つの圏域に分け、それぞれに地域包括支援センターを設置しています。各センターには保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員の３職種を配置し、高齢者の総合的な相談窓口として支援に当たっています。このうち戸田市立地域包括支援センターは、令和４年度から基幹型地域包括支援センターとして、他のセンターの後方支援や地域全体の調整を担っています。

また、各地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を１名ずつ配置し、医療機関や介護サービス事業者など認知症の人を支援する関係者の連携体制の構築や、認知症の人及びその家族等への相談支援を行っています。

■ 戸田市の地域包括支援センター（４か所）

名称	運営形態 所在地	担当地区
市立地域包括支援センター	基幹型（令和４年～） 市立市民医療センター内	美女木、美女木北、美女木東、笹目、笹目北町、笹目南町、早瀬
中央地域包括支援センター	戸田市社会福祉事業団に委託 健康福祉の杜内	川岸３丁目、本町、南町、戸田公園、上戸田、大字上戸田、下戸田１・２丁目
東部地域包括支援センター	社会福祉法人ぱるに委託 いきいきタウンとだ内	喜沢、喜沢南、中町、下前、川岸１・２丁目
新曽地域包括支援センター	戸田市社会福祉協議会に委託 新曽南庁舎４階	大字新曽、新曽南、氷川町、大字下笹目

２） これまでの取組と今後の在り方

本市では、これまでも「戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例」の理念のもと、認知症サポーターの養成や普及啓発、相談支援体制の整備など、認知症施策に取り組んできました。

一方で、高齢者数や単身世帯の増加が続くなか、また認知症の症状が重い認定者の割合が全国より高い傾向がみられるなかで、認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられるようにするためには、次の課題への対応が求められます。

- 認知症に関する正しい理解の一層の促進（＝「新しい認知症観」の浸透）
- 認知症の早期発見・早期対応と、重度化を防ぐための支援
- 本人の意思決定を支える支援の充実
- 認知症の人及びその家族等が孤立しない、地域全体での見守り・支え合いの体制づくり

本計画では、これらの課題を踏まえ、認知症の人及びその家族等の声を大切にしながら、関係機関との連携をさらに深め、効果的な支援体制の強化を目指します。

３．目指す地域社会像・基本理念

（１）目指す地域社会像

本計画では、「戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例」の理念及び国の認知症施策推進基本計画を踏まえ、次の地域社会像を掲げます。

認知症になっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる、あたたかいまち・とだ

認知症は誰もがなりうるものです。認知症になってからも希望を持って暮らし続けられるという「新しい認知症観」に立ちます。

認知症のある人もない人も、地域の一員として互いを尊重し、支え合うまちの実現を目指します。

（２）基本理念

目指す地域社会像の実現に向け、次の５つを基本理念として掲げます。

１）　認知症を「自分ごと」として捉え、行動する地域づくり

認知症は特別な人の問題ではなく、誰もがなりうるものです。市民一人ひとりが認知症を「自分ごと」として捉え、正しい知識と理解に基づいて行動できる地域を目指します。

２）　差別や偏見のない地域づくり

認知症に対する誤解や偏見をなくし、認知症のある人もない人も、地域の一員として互いの人格と個性を尊重し合える地域を目指します。

３）　本人の意思が尊重され、自分らしい生活が続けられる地域づくり

認知症の人の意思が最大限尊重されることを基本とします。本人の意思決定を支える支援を充実し、認知症になっても自分らしい生活を続けられる地域を目指します。

４）　認知症の人及びその家族等が孤立しない地域づくり

認知症の人及びその家族等が孤立することなく、身近な地域で相談でき、必要な支援やつながりを得られる地域を目指します。

５）　本人が施策の担い手・パートナーとして参画できる地域づくり

認知症の人を支えられる側としてのみ捉えるのではなく、施策の企画、実施及び評価に参画する担い手・パートナーとして位置付けます。本人の声を生かしながら、「認知症の人と共に」進める地域づくりを目指します。

（３）基本理念と条例・国の基本計画との関係

本計画の基本理念は、「戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例」及び国の認知症施策推進基本計画と整合を図っています。

１）　条例との関係

条例第３条に掲げる基本理念を、本計画の基盤に据えています。認知症の人及びその家族等の意思が尊重され、全ての市民が地域の一員として互いを尊重します。

また、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる、あたたかいまちの実現を目指します。

２）　国の基本計画との関係

国の認知症施策推進基本計画が掲げる「共生社会の実現」及び「新しい認知症観」への転換を踏まえ、本計画の基本理念に反映しています。

■ 基本理念と条例・国の基本計画との対応

基本理念	主な対応（条例・国の基本計画）
１）認知症を「自分ごと」として捉え、行動する地域づくり	条例第５条（市民の役割） 国：新しい認知症観
２）差別や偏見のない地域づくり	条例第３条（基本理念：互いを尊重） 国：共生社会の実現
３）本人の意思が尊重され、自分らしい生活が続けられる地域づくり	条例第４条第２項（本人・家族の視点・意思の尊重） 国：意思決定支援
４）認知症の人及びその家族等が孤立しない地域づくり	条例第９条（本人・家族等への支援） 国：相談・支援体制
５）本人が施策の担い手・パートナーとして参画できる地域づくり	条例第３条（相互に連携し、支え合う） 国：本人参画・共生

４．計画の位置づけ・期間・進行管理

（１）計画の位置づけ

１）　法的な位置づけ

本計画は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法第１３条に基づく市町村認知症施策推進計画として位置付けます。

２）　上位計画・関連計画との関係

本市では、認知症施策を高齢者福祉施策及び介護保険事業と一体的に推進するため、本計画を「第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」と一体的に策定します。あわせて、「戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例」の理念、国の認知症施策推進基本計画及び埼玉県認知症施策推進計画との整合を図ります。

３）　国・県の計画との整合

国の認知症施策推進基本計画が掲げる「共生社会の実現」及び「新しい認知症観」への転換を踏まえます。

ここでいう「予防」とは、認知症になることを妨げるという意味ではなく認知症の発症を遅らせる、又は認知症になっても進行を緩やかにすることをいいます。認知症を個人の責任に帰するものではありません。

また、埼玉県認知症施策推進計画が掲げる「認知症の人が尊厳と希望を持って地域でともに生きる社会の実現」という基本理念との整合を図りながら、施策を推進します。

■ 計画の位置づけ

区分	内容
法的根拠	共生社会の実現を推進するための認知症基本法 第１３条（市町村認知症施策推進計画）
一体的策定	第 10 期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画
条例	戸田市認知症とともに生きるあたたかいまちづくり条例
国の計画	認知症施策推進基本計画
県の計画	埼玉県認知症施策推進計画

（２）計画期間

１）計画期間

本計画の計画期間は、令和９年度から令和１１年度までの３年間とします。一体的に策定する「第１０期戸田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の計画期間に合わせます。

２） 計画の見直し

社会情勢の変化や国・県の動向、計画の進捗状況等を踏まえ、必要に応じて計画期間中においても見直しを行います。

（３）計画の策定体制

１） 当事者・家族の参画

本計画は、その策定過程において、認知症の人及びその家族等の声を反映することを基本とします。本人ミーティング・アクションミーティングや当事者・家族へのヒアリング等を通じて把握した意見を、計画の内容に反映します。

２） 関係機関等の参画

医療・介護・福祉の関係機関、地域団体、市民等の参画を得て、幅広い視点から計画を策定します。策定に当たっては、総合介護福祉市民協議会及び地域包括支援センター運営協議会等の会議体を活用します。

３） 市民意見の反映

パブリックコメント等を実施し、広く市民の意見を計画に反映します。

（４）計画の進行管理

１） 進行管理の考え方

本計画は、計画（Ｐｌａｎ）・実行（Ｄｏ）・評価（Ｃｈｅｃｋ）・改善（Ａｃｔｉｏｎ）のＰＤＣＡサイクルにより、継続的に進行管理を行います。

２） 進捗状況の点検・評価

ｉ）評価の観点

計画に掲げる施策の進捗状況を、次の３つの指標により多面的に点検・評価します。

（ア）プロセス指標

施策を「どのように進めたか」を測る指標です。本人参画の取組状況、意思決定支援に関する研修の実施状況、周知・発信の実施状況などを把握します。

（イ）アウトプット指標

事業を「どれだけ実施したか」を測る指標です。各事業の開催回数や参加者数などを把握します。

（ウ） アウトカム指標

施策の結果、「どのような効果・変化が生じたか」を測る指標です。認知症に関する理解度や、新しい認知症観の認知度、相談窓口の認知度などを把握します。

ii）評価体制

進捗状況の点検・評価に当たっては、認知症の人及びその家族等、関係機関等の参画を得て、「認知症の人と共に」評価を行うことを基本とします。総合介護福祉市民協議会及び地域包括支援センター運営協議会等の既存の会議体も活用します。

３） 評価結果の公表と反映

点検・評価の結果は公表するとともに、次年度以降の施策の改善に反映します。

５．施策の展開

（施策体系の考え方）

本章では、第３章で掲げた基本理念の実現に向け、認知症基本法及び国の認知症施策推進基本計画に掲げる基本的施策を踏まえ、本市が取り組む施策を体系的に整理します。施策は、認知症の人及びその家族等の視点を起点に、「理解の推進」から「本人参画」までの一連の流れとして構成しています。

■ 施策の体系

施策	主な取組の方向性
施策１　認知症に関する正しい理解の推進	普及啓発、学校教育、認知症サポーターの養成、新しい認知症観の浸透
施策２　認知症バリアフリーと安全・安心な地域づくり	見守り体制、行方不明時の対応、認知症バリアフリーの推進
施策３　認知症の人の社会参加の支援	本人ミーティング、認知症カフェ、ピアサポート、社会参加・役割づくり
施策４　意思決定支援及び権利利益の保護	意思決定支援の推進、成年後見制度の普及啓発と利用支援、虐待の防止、消費者被害の防止
施策５　保健医療・福祉サービスの提供体制の整備	早期発見・早期対応、認知症疾患医療センター等との連携、医療・介護連携
施策６　相談・支援体制の整備	もの忘れ相談、家族への一体的支援、若年性認知症支援、地域の相談体制
施策７　認知症の予防等	認知症予防のための事業、生活習慣の普及啓発、認知症の予防に関する普及啓発

施策１　認知症に関する正しい理解の促進

１）現状と課題

ｉ）現状

本市では、これまで認知症サポーター養成講座や普及啓発イベント、認知症あんしん情報ガイド（認知症ケアパス）の周知等を通じて、認知症に関する正しい理解の促進に取り組んできました。また、認知症サポーター養成講座に加え、認知症サポーターステップアップ研修を実施し、支援者として活動する「おれんじパートナー」の養成を進めてきました。さらに、医療機関の専門医や民間企業と協働し、ＭＣＩ（軽度認知障害）や認知症に関する市民向け公開講座を実施してきました。認知症は誰もがなりうるものであり、地域全体で「自分ごと」として捉える意識づくりが重要です。

ii）課題

（ア）取組の周知・可視化

市民意識調査（問１９）では、「戸田市が認知症の正しい知識や理解の促進に取り組んでいるまちだと思うか」という問いに対し、「わからない」と回答した割合が５８．７％と半数を超えています。「そう思う」等の肯定的な回答が２０．２％、否定的な回答が２０．３％とおおむね同率であることも踏まえると、本市の取組が市民に十分に知られ、実感されていないことがうかがえます。取組内容の周知・可視化が課題です。

（イ）新しい認知症観への転換

「認知症になったら何もできなくなる」といった従来の固定的なイメージから、「認知症になっても希望を持って自分らしく暮らせる」という新しい認知症観への転換を、地域全体で進めることが課題です。

（ウ）本人の視点を生かした発信

これまでの啓発は支援する側の視点が中心でした。認知症の人自身が発信の担い手となり、その声を届けることで、より実感を伴った理解の促進につなげることが課題です。

２）施策の方向性

認知症は誰もがなりうるものであるという理解のもと、市民一人ひとりが認知症を「自分ごと」として捉えられるよう、普及啓発を進めます。

あわせて、「認知症になっても希望を持って自分らしく暮らせる」という新しい認知症観への転換を地域全体で図るとともに、認知症の人自身が発信の担い手となる取組を進め、実感を伴った正しい理解の促進を目指します。

また、これらの取組が市民に十分に知られ、実感されるよう、取組内容の周知・可視化に努めます。

３）具体的な取組

ｉ）普及啓発の推進

（ア）認知症サポーターの養成

ａ 認知症サポーター養成講座の実施

認知症サポーター養成講座を実施し、地域・学校・企業等において、認知症を正しく理解し支える人を増やします。あわせて、養成したサポーターが活躍できる機会づくりを進めます。

ｂ 認知症サポーターステップアップ研修による「おれんじパートナー」の養成

認知症サポーターを対象とした認知症サポーターステップアップ研修を実施し、支援者として活動する「おれんじパートナー」を養成します。養成したおれんじパートナーが、地域の支え合い活動（施策３のチームオレンジの取組）に参画できるよう、活躍の機会づくりを進めます。

（イ）新しい認知症観に立った啓発

ａ 普及啓発イベント等の実施

普及啓発イベントや広報等を通じて､｢認知症になっても希望を持って自分らしく暮らせる」という新しい認知症観の浸透を図ります。

ｂ とこカフェ祭りによる啓発

認知症カフェ開設機関が主体となって実施する「とこカフェ祭り」を通じて、認知症カフェの周知や認知症に関する正しい理解の促進を図ります｡(施策３のチームオレンジの取組と連携して進めます｡)

ｃ 医療機関・民間企業と協働した市民公開講座の実施

医療機関の専門医や民間企業と協働し、ＭＣＩ（軽度認知障害）や認知症に関する市民向け公開講座を実施することにより、早期の気づきや正しい理解の促進につなげます｡(早期発見・早期対応の観点から、施策５の取組と連携して進めます｡)

ｄ 認知症あんしん情報ガイド（認知症ケアパス）の周知

認知症あんしん情報ガイド（認知症ケアパス）の周知を図り、認知症の進行に応じた相談先やサービスの流れについて、認知症の人及びその家族等、地域住民及び関係者が理解できるようにします。

ii）学校教育等における理解の推進

（ア）子ども世代への啓発

ａ 学校・学童等における認知症教育

学校・学童等と連携し、子どもの頃から認知症を正しく理解できるよう、認知症サポーター養成講座等を活用した教育の機会を広げます。

iii）本人の視点を生かした発信

（ア）本人による発信の推進

ａ 認知症の人自身が担い手となる発信

認知症の人自身が発信の担い手として参画し、その声を市民に届ける機会をつくることで、実感を伴った正しい理解の促進につなげます｡(施策３の本人参画の取組と連携して進めます｡)

iv）取組の周知・可視化

（ア）取組の見える化

ａ 施策の周知・情報発信の充実

本市の認知症施策の取組内容を分かりやすく発信し、市民に取組が知られ、実感されるよう、周知・可視化に努めます。

施策２ 認知症バリアフリーと安全・安心な地域づくり

１）現状と課題

ⅰ）現状

本市では、認知症高齢者等の見守り体制の整備として、徘徊高齢者等探索システムの利用助成やひとり歩き高齢者への声かけ訓練を通じた民生委員・地域との連携等に取り組んできました。認知症の人が住み慣れた地域で安全に暮らし続けるためには、地域全体で見守り、行方不明等の緊急時に速やかに対応できる体制が不可欠です。

ⅱ）課題

（ア）見守り体制の充実

行方不明や外出時のトラブルを防ぐため、地域や関係機関と連携した日常的な見守り体制の充実が課題です。

（イ）行方不明時の早期対応

万一、行方不明となった際に、地域や関係機関が連携して早期に発見・保護できる仕組みづくりが課題です。

（ウ）認知症バリアフリーの推進

認知症の人が、住まいをはじめとする生活環境において、安心して自分らしく暮らし続けられるよう、本人の視点を踏まえた認知症バリアフリーを進めることが課題です。

２）施策の方向性

地域全体で認知症の人を見守り、支え合う体制を整えるとともに、行方不明等の緊急時に早期に対応できる仕組みを充実します。あわせて、認知症の人の視点を踏まえ、住まいをはじめとする生活環境における障壁を減らす認知症バリアフリーを推進し、認知症の人が安心して地域で暮らし続けられるまちを目指します。

３）具体的な取組

ⅰ）地域における支援体制の推進

（ア）関係機関との連携

ａ 認知症地域支援推進員の活動

認知症地域支援推進員を中心に、医療・介護・地域の関係機関との連携を図り、認知症の人及びその家族等を地域で支える体制を推進します。

ⅱ）見守り体制の整備

（ア）地域による見守り

ａ 民生委員・地域との連携による見守り

民生委員・児童委員、地域住民及び関係機関と連携し、声かけ訓練などを通じて日常的

な見守りや声かけの体制を充実します。

ｂ 徘徊高齢者等探索システム利用助成の活用

認知症高齢者等の行方不明に備え、「徘徊高齢者等探索システム利用助成」により位置情報端末等の利用を支援し、早期発見・保護につなげます。

（イ）行方不明時の対応

ａ 早期発見の仕組みづくり

行方不明時に地域や関係機関が連携して早期に発見・保護できる仕組みとして、埼玉県認知症高齢者等行方不明ＳＯＳネットワーク等の活用を推進します。

ⅲ）認知症バリアフリーの推進

（ア）本人の視点を踏まえた生活環境の整備

ａ 本人の意見を踏まえた認知症バリアフリーの推進

施策３で実施する本人ミーティング・アクションミーティング等を通じて、認知症の人の意見や生活上の困り事を把握します。把握した意見を関係部署、関係機関、事業者及び地域住民と共有し、認知症バリアフリーに関する取組の検討に生かします。

ｂ 認知症の人に配慮した生活環境づくり

認知症の人及びその家族等の意見を踏まえ、地域における施設、サービス及び情報提供等が利用しやすいものとなるよう、関係部署、関係機関及び事業者等と連携し、生活環境における障壁を減らす取組を進めます。

（イ）生活を支える制度・サービスへのつなぎ

ａ 生活上の困り事に応じた支援へのつなぎ

認知症の人が地域で安心して暮らし続けられるよう、生活上の困り事に応じて、権利擁護や日常生活を支える制度・サービスにつなぎます。

施策３ 認知症の人の社会参加の支援

ｌ）現状と課題

ｉ）現状

認知症になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、認知症の人が社会とのつながりを保ち、役割を持って活動できることが重要です。本市では、認知症カフェや、認知症の人と家族・地域住民が交流する取組を進めてきました。また、認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ研修を修了した「おれんじパートナー」が支援者として活動し、認知症の人及びその家族等、認知症地域支援推進員とともに、チームオレンジとして地域での活動を展開しています。

一方で、認知症の本人同士が支え合うピアサポートについては、担い手となれる本人が限られており、活動としては十分に整っていない状況にあります。新しい認知症観のもと、認知症の人を「支えられる側」としてだけでなく、活動の担い手や地域の一員として捉えることが求められています。

ⅱ）課題

（ア）本人の意見を反映する仕組み

認知症の人の声を施策や地域づくりに反映する仕組みを充実させることが課題です。

（イ）社会参加・役割づくりの場

認知症の人が社会とのつながりを保ち、役割を持って活動できる場を広げることが課題です。

（ウ）本人同士のつながりづくり

認知症の人同士がつながる関係を育み、将来的な支え合い（ピアサポート）につなげていくことが課題です。

（エ）担い手との協働

おれんじパートナー等の支援者、認知症の人及びその家族等、関係機関等が協働し、活動を継続・発展させることが課題です。

２）施策の方向性

認知症の人が地域とつながり、役割を持って自分らしく暮らし続けられるよう、居場所や社会参加の機会を充実します。本人ミーティング等を通じて認知症の人自身の声を聴き、その声を施策や地域づくりに生かすとともに、本人同士がつながる関係を育み、将来的な支え合い（ピアサポート）につなげていきます。あわせて、おれんじパートナー等の支援者や認知症地域支援推進員などの関係者と協働し、チームオレンジによる活動を継続・発展させます。

３）具体的な取組

ⅰ）居場所づくりの推進

（ア）認知症カフェの充実

ａ とこカフェの運営支援

認知症の人やその家族、地域住民、専門職が集い、交流する「とこカフェ」の運営を支援し、身近な地域における居場所づくりを進めます。

ⅱ）本人発信・本人参画の推進

（ア）本人ミーティング等の実施

ａ 本人ミーティング・アクションミーティングの開催

認知症の人が集い、思いや希望を語り合う本人ミーティング・アクションミーティング

を継続的に開催し、その声を施策や地域づくりに生かします。

（イ）本人同士のつながりづくり

ａ 本人同士が支え合う関係づくり

本人ミーティング・アクションミーティングを通じて、認知症の人同士が体験や思いを分かち合う関係づくりを進め、将来的なピアサポートの基盤を育てます。

ⅲ）役割・出番のある社会参加

（ア）担い手としての参画

ａ 認知症の人自身が担い手となる機会づくり

施策１の普及啓発や地域活動等において、認知症の人自身が担い手やパートナーとして参画できる機会をつくります。

ⅳ）チームオレンジによる活動支援

（ア）チームオレンジの推進

ａ おれんじパートナー等による支え合い活動

認知症サポーターステップアップ研修を修了した「おれんじパートナー」が、認知症の人及びその家族等や認知症地域支援推進員とともに、チームオレンジとして地域での支え合い活動を推進します。

ｂ とこカフェ祭りの開催支援

認知症カフェ実施機関が主体となって開催する「とこカフェ祭り」を支援し、認知症の人及びその家族等、地域住民等の交流と社会参加の機会を広げます。

ｃ 創作活動イベントの実施支援

介護保険サービス事業所が主体となり、地域の認知症の人及びその家族等を対象に実施する創作活動イベント等を支援し、交流と役割づくりの機会を提供します。

施策４ 意思決定支援及び権利利益の保護

１）現状と課題

ｉ）現状

本市では、成年後見制度の普及啓発と利用支援（中核機関の整備・運営等）、高齢者虐待の防止や消費者被害の防止に取り組んできました。また、戸田市版エンディングノート「大切な方への『絆ノート』」を通じて、本人が自らの希望や思いを書き留め、家族等と共有する取組を進めています。条例第９条第３項においても、認知症の人の判断能力に配慮した成年後見制度等の権利擁護に関する施策の推進を定めています。認知症になっても、本人の意思が尊重され、権利が守られることが重要です。

ii）課題

（ア）意思決定支援の推進

認知症の人が、できる限り自らの意思に基づいて日常生活・社会生活を送れるよう、意思決定支援の考え方を関係者間で共有し、実践を広げることが課題です。

（イ）成年後見制度の普及啓発と利用支援

判断能力が不十分な人の権利を守るため、成年後見制度を必要な人が適切に利用できるよう、周知・相談・利用支援を充実させることが課題です。

（ウ）虐待の防止・早期対応

認知症の人が虐待を受けることのないよう、その防止と、発生時の早期発見・対応の体制を充実させることが課題です。

（エ）消費者被害の防止

認知症の人が特殊詐欺や悪質商法等による消費者被害を受けることのないよう、本人及びその家族等への注意喚起、相談支援及び関係機関との連携を充実させることが課題です。

２）施策の方向性

認知症の人の意思が尊重され、権利が守られるよう、意思決定支援の考え方を関係者間で共有し、実践を広げます。あわせて、成年後見制度の普及啓発と利用支援、高齢者虐待の防止・早期対応及び消費者被害の防止に取り組み、認知症の人の権利利益を保護します。

３）具体的な取組

ｉ）意思決定支援の推進

（ア）意思決定支援の実践を広げる取組

ａ 関係者向けの研修・事例検討の実施

中核機関や地域包括支援センター等と連携し、医療・介護・地域の関係者を対象に、意思決定支援に関する研修や事例検討の機会を設け、本人の意思を尊重した支援が地域に根づくよう働きかけます。

ｂ 「絆ノート」等を活用した本人の意思の表明・共有

戸田市版エンディングノート「大切な方への『絆ノート』」の普及・活用を進め、本人が判断能力を有するうちから、医療・介護に関する希望や大切な思いを書き留め、家族や関係者と共有できる取組を進めます。人生会議（ＡＣＰ）の考え方も踏まえ、本人が自らの意思を表明しやすい環境づくりを図ります。

ｃ 本人・家族への意思決定支援の考え方の発信

専門職だけでなく、認知症の人及びその家族等に対しても、意思決定支援の考え方を分

かりやすく発信し、本人が自らの意思を伝えやすい環境づくりを進めます。

ii）成年後見制度の普及啓発と利用支援

（ア）中核機関による支援

ａ 成年後見制度中核機関の運営

成年後見制度を必要とする人が適切に利用できるよう、中核機関を中心に、制度の周知、相談対応、利用支援を行います。

（イ）制度の周知・相談

ａ 制度の周知と相談体制の充実

認知症の人及びその家族等に対し、成年後見制度の周知を図るとともに、必要な人が適切に制度を利用できるよう、相談体制の充実に努めます。

iii）虐待の防止・早期対応

（ア）虐待防止の体制整備

ａ 高齢者虐待の防止・早期発見・対応

高齢者虐待の防止に努めるとともに、関係機関と連携し、早期に発見し、対応できる体制を充実します。

iv）消費者被害の防止

（ア）消費者被害の防止に向けた連携

ａ 消費者被害の防止に向けた普及啓発及び相談支援

認知症の人が特殊詐欺や悪質商法等による消費者被害を受けることのないよう、消費生活センター、地域包括支援センター、警察その他の関係機関と連携し、本人及びその家族等への注意喚起、相談窓口の周知及び早期対応を進めます。

施策５ 保健医療・福祉サービスの提供体制の整備

１）現状と課題

ｉ）現状

本市では、認知症の早期発見・早期対応に向けた相談体制の整備や、認知症初期集中支援チームの運営、医療・介護の連携などに取り組んできました。また、医療機関の専門医や民間企業と協働した市民向け公開講座（施策１に記載）を通じて、ＭＣＩ（軽度認知障害）や認知症に関する早期の気づきを促してきました。認知症の疑いがある段階から、状態に応じた適切な保健医療・福祉サービスに円滑につながることが重要です。条例第９条においても、早期に必要な支援を受けられる相談体制の整備・充実及び関係機関との連携・協力体制の構築を定めています。

ii）課題

（ア）早期発見・早期対応

認知症の疑いがある人が、早期に相談・受診・支援につながる仕組みを充実させることが課題です。

（イ）医療・介護の連携

認知症の人の状態に応じて、医療・介護・福祉のサービスが切れ目なく提供されるよう、関係機関の連携を強化することが課題です。

（ウ）専門人材・対応力の向上

医療・介護に携わる専門職の認知症への対応力を高め、質の高いサービス提供につなげることが課題です。

２）施策の方向性

認知症の疑いがある段階から、状態に応じた適切な保健医療・福祉サービスに円滑につながるよう、早期発見・早期対応の仕組みを充実します。あわせて、医療・介護・福祉の関係機関の連携を強化し、専門職の対応力の向上を図ることで、切れ目のない支援体制を整備します。

３）具体的な取組

ｉ）早期発見・早期対応の推進

（ア）早期発見の入口の充実

ａ 認知症セルフチェックの提供

市ホームページ等で、誰でも簡単に取り組める認知症セルフチェックを提供し、早期の気づき・相談につなげられるようにします。

ｂ 認知症疾患医療センター等との連携

認知症疾患医療センター戸田病院及び医療機関と連携し、認知症簡易チェックを実施することを促し、相談、早期の受診・鑑別診断や専門医療につながる体制を整えます。

ｃ 市民公開講座を通じた早期の気づきの促進

ＭＣＩ（軽度認知障害）や認知症に関する市民向け公開講座（施策１に記載）と連携し、早期の気づき・早期受診の促進につなげます。

（イ）相談体制の充実

ａ 地域包括支援センター等による相談対応

地域包括支援センターに配置された認知症地域支援推進員等を中心に、認知症に関する相談に応じ、早期に適切な支援につなげます。

（ウ）初期集中支援の実施

ａ 認知症初期集中支援チームの運営

認知症初期集中支援チームにより、支援を必要とする人に対し、ファーストコンタクトから集中的・包括的に介入し、医療サービスや介護サービスへの橋渡しを行います。

ii）医療・介護の連携強化

（ア）関係機関の連携

ａ 医療・介護連携の推進

かかりつけ医、認知症サポート医、医療機関、介護事業所等の連携を推進し、認知症の人の状態に応じた切れ目のない支援を進めます。

（イ）情報共有の仕組み

ａ 認知症ケアパスの活用

認知症の進行に応じた適切なサービスの流れを示す認知症ケアパスを活用し、認知症の人及びその家族等と関係機関が支援の見通しを共有できるようにします。

iii）専門人材・対応力の向上

（ア）専門職の対応力向上

ａ 医療・介護従事者向けの研修

医療･介護に携わる専門職を対象とした認知症対応力向上研修等を推進し､質の高いサービス提供につなげます。

施策６ 相談・支援体制の整備

１）現状と課題

ｉ）現状

本市では、４つの地域包括支援センター（市立・中央・東部・新曽）を中心とした相談対応に加え、各センターに認知症地域支援推進員を１名ずつ配置し、認知症の人及びその家族等の相談支援、関係機関のネットワークづくり、普及啓発などを行っています。また、市内の介護事業所等と連携して認知症ケア相談室（８か所）を設置し、認知症に特化した身近な相談の場を設けています。家族への支援としては､「認知症介護者支援のためのおしゃべりサロン」を通じて、介護者同士が悩みや思いを分かち合える機会を設けています。若年性認知症については、埼玉県の支援体制（埼玉県・さいたま市若年性認知症サポートセンター、若年性認知症支援コーディネーター等）と連携して対応しています。条例第９条においても、早期に必要な支援を受けられる相談体制の整備・充実を定めています。

ii）課題

（ア）身近な相談窓口の充実

もの忘れなどの不安を抱える本人や家族が、早期に、身近な地域で相談できる窓口を充実

させることが課題です。

（イ）家族への支援

介護を担う家族の負担軽減や孤立防止のため、本人と家族を一体的に支える視点での支援を充実させることが課題です。

（ウ）若年性認知症への支援

就労・生活・経済面など若年性認知症に特有の課題に対応するため、埼玉県の支援体制と連携し、本人及び家族を適切な支援につなぐことが課題です。

（エ）地域の相談体制の連携

地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症ケア相談室、医療機関等が連携し、地域全体で相談・支援を受け止める体制づくりを進めることが課題です。

２）施策の方向性

認知症の人及びその家族等が、身近な地域で早期に相談でき、状況に応じた支援につながるよう、地域包括支援センターや認知症地域支援推進員、認知症ケア相談室を中心とした相談体制の充実と連携を進めます。あわせて、認知症の人及びその家族等を一体的に支える視点での支援や、埼玉県の支援体制と連携した若年性認知症への支援を推進します。

３）具体的な取組

ⅰ）身近な相談体制の充実

（ア）地域包括支援センター・認知症地域支援推進員による相談

ａ 認知症地域支援推進員による相談・支援

各地域包括支援センターに配置されている認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人及びその家族等の相談に応じ、医療・介護・地域における支援につなぐとともに、関係機関のネットワークづくりを進めます。あわせて、認知症地域支援推進員は、地域の支え合い活動（施策３におけるチームオレンジの取組）にも参画し、相談支援と地域活動をつなぐ役割を担います。

（イ）認知症ケア相談室の運営

ａ 認知症ケア相談室による専門的な相談

市内の介護事業所や医療機関等と連携して設置する認知症ケア相談室（８か所）において、認知症の人との接し方や介護技術などの悩みに応じた、身近で専門的な相談の場を提供します。

（ウ）認知症ケアパスの作成・更新

ａ 認知症の人及びその家族等の参画による認知症ケアパスの充実

認知症の人及びその家族等の参画を得ながら、認知症の進行状況に応じた相談先、医療・

介護・福祉サービス及び地域の支援を分かりやすく示す認知症ケアパスを作成・更新します。認知症の人及びその家族等が、必要な相談先や支援の見通しを持てるよう、認知症ケアパスの活用を進めます。

ⅱ）家族への一体的支援

（ア）家族への支援

ａ おしゃべりサロンによる家族支援

「認知症介護者支援のためのおしゃべりサロン」を通じて、認知症の人を介護する家族が悩みや思いを分かち合い、情報交換できる機会を設け、負担軽減と孤立防止を図ります。

ⅲ）若年性認知症への支援

（ア）埼玉県の支援体制との連携

ａ 若年性認知症支援コーディネーター等との連携

若年性認知症については、埼玉県・さいたま市若年性認知症サポートセンターや若年性認知症支援コーディネーターと連携し、就労・生活・経済面などに関する相談を適切な窓口につなぎます。あわせて、本人及び家族の交流の場である「リンカフェ」等の埼玉県の取組について、情報提供を行います。

ⅳ）地域の相談体制の連携

（ア）関係機関の連携

ａ 関係機関との連携による支援

地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症ケア相談室、医療・介護の関係機関、地域の支援者等が連携し、地域全体で相談・支援を受け止める体制づくりを進めます。

施策７ 認知症の予防等

ｌ）現状と課題

ⅰ）現状

本市では、介護予防や健康づくりの取組の中で、運動・社会参加・生活習慣の改善など、認知症の発症を遅らせることにつながる取組を進めてきました。また、認知症の発症リスク要因の一つとされる難聴への支援として、「高齢者補聴器購入費助成」を実施しています。認知症の「予防」は、「認知症にならない」という意味ではなく、「発症を遅らせる」「進行を緩やかにする」ことを指すものであり、新しい認知症観のもとでは、予防に取り組みつつも、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりと一体となって進めることが重要です。

ⅱ）課題

（ア）予防に関する正しい理解の普及

「予防」を「認知症にならないこと」と誤解し、認知症の人に対する偏見につながらないよう、新しい認知症観に立った正しい理解の普及が課題です。

（イ）予防につながる生活習慣の普及啓発

運動・社会参加・食生活・生活習慣病の管理など、発症を遅らせることにつながる生活習慣について、幅広い世代に普及啓発を行うことが課題です。

（ウ）リスク要因への対応

難聴などの認知症の発症リスク要因への対応を進めることが課題です。

（エ）身近な場での取組の充実

住民が身近な地域で、無理なく継続的に予防につながる活動に参加できる機会を充実させることが課題です。

２）施策の方向性

新しい認知症観に立ち、「予防」を「発症を遅らせる・進行を緩やかにする」ことと正しく理解できるよう、普及啓発を進めます。あわせて、運動、社会参加、生活習慣の改善及び難聴などのリスク要因への対応といった、発症を遅らせることにつながる取組を、身近な地域で無理なく継続できるよう推進します。

３）具体的な取組

ⅰ）予防に関する正しい理解の普及

（ア）新しい認知症観に立った啓発

ａ 予防の考え方の普及啓発

「予防」が「認知症にならないこと」ではなく、「発症を遅らせる・進行を緩やかにする」ことであるという正しい理解を、偏見につながらないよう配慮しながら普及啓発します。

ⅱ）予防につながる生活習慣の普及啓発

（ア）生活習慣の普及啓発

ａ 運動・社会参加・生活習慣の啓発

運動、社会参加、バランスのよい食生活、生活習慣病の管理など、認知症の発症を遅らせることにつながる生活習慣について、幅広い世代に普及啓発します。

ⅲ）リスク要因への対応

（ア）難聴への支援

ａ 高齢者補聴器購入費助成

認知症の発症リスク要因の一つとされる難聴への支援として、高齢者を対象とした補聴器購入費の助成を行い、聞こえにくさによる日常生活上の支障の軽減や社会参加の維持につなげます。

ⅳ）身近な場での予防の取組

（ア）身近な地域での活動の充実

ａ 介護予防・通いの場等を通じた取組

介護予防や通いの場、健康づくりの取組などを通じて、住民が身近な地域で無理なく継続的に社会参加や心身の活性化につながる活動に参加できる機会を充実させます。