

第4期日野市高齢者福祉総合計画進行管理表（令和4年度実績）

・施策の柱の達成状況：3年後に総括いたします。（年度ごとに柱の数値目標、指標及び個別事業の状況から、右の指標に基づき評価）

・重点事業：各年度ごとで協議会にて進捗状況を管理いたします。

・その他の個別事業：事務局にて進捗状況を管理し、必要に応じて協議会へ報告いたします。

施策の柱の達成状況指標	
◎ 進んだ	：例年と比べて著しく進捗した、または事業が完了した
○ やや進んだ	：数値・事業内容に進捗がみられた、または事業が着実に前進した
△ あまり進んでいない	：前年度と同様の事業内容であった
× まったく進んでいない	：該当事業に着手しなかった

柱1. 複合的な課題に対応できる地域包括ケアシステムの構築		柱の達成状況（計画期間）	—
柱の数値目標、指標	① 高齢者見守り支援ネットワークの充実（対象高齢者数・見守推進員数・協力事業所数）	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		対象高齢者数：255人 見守推進員数：570人 協力事業所数：1,425か所	—

施策の項目3: 地域の支え合い体制の整備							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
1102 地域ケア会議の推進【在宅支援係】	地域ケア会議は、高齢者個人への自立支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に進める多職種協働による会議です。地域包括ケアシステムを実現するための有効な手段として積極的に活用します。具体的には、地域包括支援センター主催による個別会議等の地域ケア会議と生活支援体制整備事業を連動させ、抽出された様々な地域課題を市の政策形成へとつなげる仕組みを構築します。また、自立支援・介護予防の観点による地域ケア会議を開催し、関係者のマネジメント力の向上を目指すとともに、地域で最後まで自分らしく暮らすことができるよう高齢者の自立を支える地域づくりを進めます。	令和3年度に続き、自立支援・介護予防の観点による地域ケア会議を各地域包括支援センターで開催。地域ケア会議と連動し、自立支援・介護予防を目的とした場づくり等具体的な取組みを進めていく。	—	◎	<ul style="list-style-type: none"> 各地域ケア会議の開催状況は以下(1)～(3)のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> (1)地域ケア個別会議 令和3年度 18回 令和4年度 17回 (2)地域ケア合同会議 令和3年度 2回 令和4年度 5回 (3)地域ケア全体会議 2回 「自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議」を開始し、全包括にて開催。高齢者の自立及び介護予防を阻害する地域課題や必要な地域資源抽出ができた。 	令和3年度の地域ケア会議から抽出された地域課題から、栄養士や理学療法士等の専門職に相談できる機会として、令和4年度は4圏域での専門職による健康相談会の事業につなげた。令和4年度の地域課題として、引き続き、地域の高齢者が活躍できる場所や機会の創出、社会資源の情報共有のための地域資源のマップづくり、独居高齢者の支援について、認知症の高齢者の見守りについて等今後も検討していく。	令和5年度も地域ケア会議から地域課題を抽出し、生活体制整備事業と連動しコロナフレイル対策、社会資源の情報の見える化に取り組む。自立支援・介護予防を目的とした地域ケア会議では、専門職との連携により、本人が望む自立に向けた助言に取り組む。
1301 生活支援体制整備事業の実施【在宅支援係】	第3期日野市高齢者福祉総合計画において定めていた目標値(生活支援コーディネーター配置数10人、協議体設置数10か所)に到達したため、今後は地域課題の解決に向けた会議内容の充実を図ります。	互近助サービスちよこすけの登録団体を増やすため、市民向けの講演会を開催し、活動を希望する参加者を各包括につなぐ。包括の生活支援コーディネーターの能力向上のため、社協と協力し、コーディネーター向けの研修を実施する。	—	◎	<ul style="list-style-type: none"> 各協議体の開催状況は以下(1)～(3)のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> (1)第1層協議体 令和3年度 2回 令和4年度 2回 (2)第2層協議体 令和3年度 29回 令和4年度 55回 (3)生活支援コーディネーター連絡会 令和3年度 7回 令和4年度 3回 研修会 2回 互近助サービスちよこすけの団体交流会を実施し、活動の実際について情報交換した。地域ケア会議から地域課題から、専門職による健康相談会を実施した。地域課題の解決に向け具体的な取組みを行うことができた。 	生活体制整備事業は、暮らしやすい地域づくりのために、生活支援ニーズ(困りごと)の把握、地域資源の開発、生活支援サービスの担い手である住民の社会参加の支援を生活支援コーディネーターがサポートし取り組む事業である。住民主体型の生活支援サービス(互近助サービスちよこすけ)を行う団体を令和4年度10団体立ち上げ、高齢者の生活全般を支援する取組みを進めている。令和5年度も団体の立ち上げの支援を行う。第2層協議体を幅広く捉え、会議のみではなく、地域での活動をコーディネーターの活動実績に反映していくことが必要。	互近助サービスちよこすけの登録団体を増やすため、生活支援コーディネーターと連携し、立上げ支援をしていく。第1層協議体、第2層生活支援コーディネーター連絡会をとおして、コロナフレイル対策や社会資源の情報の見える化に取り組む。
1303 高齢者見守り支援ネットワークの充実【在宅支援係】	高齢者人口の増加とともに、高齢者の単身世帯数や高齢者夫婦世帯数の割合も増加しています。さらに、地域のつながりの減少や家族関係の希薄化など、地域の支え合い機能も低下しつつある状況において、高齢者の見守りは、地域包括ケアシステムの一翼を担う重要な取り組みといえます。高齢者見守り支援ネットワークは、虐待、徘徊、孤立死等の高齢者の異変を早期に発見するとともに、フレイル、認知症、一人暮らしなど地域の中で孤立しがちな高齢者を地域全体で見守り、支え合う仕組みです。複数の目で見守る仕組みである協力事業所やふれあいサロン、地域独自の見守り方法など、多種多様な見守りネットワーク体制の充実を図るとともに、1対1の見守り体制を引き続き充実させます。また、見守り支援ネットワーク事業の一環として、AI・IoT等の先端技術を用いた見守りシステム、スマホ・タブレットを活用した地域単位での見守り方法も検討します。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者を対象としたスマホ講座を開催し、LINE等を活用した見守りの仕組みづくりを進める。9つの地域包括支援センターの公式LINEアカウントを作成し、心配な方とつながり、定期的に安否確認ができるようにする。 見守り支援ネットワーク検討部会を活用し地域包括支援センターと今後の見守り体制づくりについて協議する。 1対1の見守りサービスの周知を強化、見守り対象者と推進員双方の希望者を把握し、効果的なアプローチを行う。 	対象高齢者数 (令和3年度:80人 令和4年度:85人 令和5年度:90人) 見守推進員数 (令和3年度:185人 令和4年度:190人 令和5年度:195人) 協力事業所数 (令和3年度:470か所 令和4年度:475か所 令和5年度:480か所)	○	対象高齢者数 令和3年度:72人 令和4年度:65人 見守推進員 令和3年度:152人 令和4年度:167人 協力事業所 令和3年度:472か所 令和4年度:463か所 <ul style="list-style-type: none"> 見守り検討部会の開催(3回) 地域の見守りに関する説明会(2回)を実施し、見守り推進員の増加につながった。 ふれあいサロン新規開設(1ヶ所) 	コロナ禍の影響もあり、見守り対象高齢者は昨年度より減少しており、今後の1対1見守りサービスについての在り方について検討していく必要がある。各地域包括支援センターの公式LINEの作成は完了したが、見守りが必要な高齢者に対してのアプローチ方法の拡充が求められる。ICTの活用については、救急代理通報システム、都市計画課で実施しているハローライトの助成等では単身の高齢者をはじめ、見守りの体制を整備しきれていない現状である。	見守り対象高齢者の登録を増やし、1対1の見守りを継続していく一方で、他自治体の見守り事業の取り組み状況を調査し、時代のニーズに合った見守りに仕組みづくりを検討していく。既存の見守り推進員向けに研修を実施し、地域での見守り活動の強化を図る。見守りの機器については、機器設置の費用の助成を検討し、見守りを必要とする高齢者を支援できる体制を整えていく。

柱2. 介護を支える担い手の確保と介護保険事業サービスの充実		柱の達成状況（計画期間）	—
柱の数値目標、指標	①介護人材確保事業の実施（雇用者数・研修受講者数）	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		雇用者数：45人 研修受講者数：240人	—
	②資格取得支援事業の実施（資格取得者数）	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		資格取得者数：105人	—
	③地域介護予防活動支援事業の推進（地域介護予防活動団体数）	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		地域介護予防活動団体数：57団体	—

施策の項目1：介護人材の確保							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
2101:介護人材確保事業の実施 【介護給付係】	【継続】 介護サービスを担う職員の確保が困難になっている現状を踏まえ、介護人材の確保と育成が求められています。介護人材のすそ野を広げるため研修等を実施し、研修後は市内介護事業所への雇用を促進させ、人材確保につなげます。	<生活援助型スタッフ研修> 広報資料(チラシ)を現在作成中。 前期:8月末ごろ 後期:12月上旬ごろ 50名程度を定員として、研修を実施し、あわせて事業者とのマッチングを行うフォローアップ研修を実施する。	雇用者:15人 研修受講者:80人	△	前期:8月15・16日実施 受講者18名うち就労者2名 後期:12月3・4日実施 受講者8名うち就労者2名 前期後期それぞれ50名程度を募集し、研修2日目には「おしごと相談会」を開催、市内介護事業所とのマッチングを行った。	募集段階では就労意欲の如何までを問わなかったため、就労まで確実に繋げることが出来なかった。	令和5年度については、就労意欲を確認しながら受講者を前期・後期それぞれ10名程度募集する。訪問事業所における実習を加え、生活援助型スタッフとして実際に働く様子をイメージしてもらい就労に繋げる。
2102:資格取得支援事業の実施 【介護給付係】	【継続】 介護人材の確保が困難になっているため、介護に係る資格取得に向けて、介護の資格取得(初任者研修など)の費用補助を行っています。今後は有資格者の人材確保と介護の質を高めていきます。	<資格取得補助事業> 広報ひの4月15日号にて広報を実施済み 随時申請受付中	資格取得者:35人	○	《介護資格取得補助金支給者数》 介護職員初任者研修・・・14人 介護福祉士実務者研修・・・33人 介護福祉士資格試験・・・13人 介護支援専門員資格試験・・・7人 合計 67人	現行の日野市介護資格取得費補助金交付要綱では、研修終了後あるいは試験合格後3か月以内に就労せねばならず、産休や育休、病休中の場合は申請できない。	左記の休職中の人でも復職後に申請可能となるよう、現行の要綱を改正する。

施策の項目2：介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
2201:介護予防・フレイル予防普及啓発事業 【在宅支援係】	【継続】 高齢者の生活機能が低下しないよう介護予防・フレイル予防に資する基本的な知識の普及啓発や運動をはじめするきっかけづくりを目的とした体操教室や講座等を開催します。 また、今般の新型コロナウイルス感染症の影響により、外出を控える方々に対して、オンラインや動画を活用し、自宅で介護予防・フレイル予防を実施できる仕組みを合わせて実施してまいります。	<介護予防教室> ゆっくりコース 市内8か所×12回(12か月) しっかりコース 市内8か所×12回(3か月) 体操のほか、口腔フレイル予防講座などを実施する。	-	◎	介護予防教室の実施実績および実績値については以下の通り。 ゆっくりコース:市内8か所×12回(12か月) 累計参加者数:1112名 しっかりコース:市内8か所×12回(12か月) 累計参加者数:1065名 更に、市内4圏域にて1会場ずつ、計4回の体力測定会および健康相談会を実施した。 体力測定会:市内4か所 累計参加者数:116名	最終回まで参加した方々からは非常に高評価をいただいた一方で、参加の継続率が5割程度となってしまう会場もあり、途中から来なくなってしまう方々をいかに減らすかが課題と思われる。また、ゆっくりコースについては月1回では間延びしてしまうとの声を多く受けた。	ゆっくりコースについては月1回では運動の習慣づけとしても弱いと思われることから、月2回(6か月)に変更した。参加申込者の中でも、申込だけではあるものの参加がない方や途中から来なくなってしまう方が多数いたことから、一定期間休んだ場合には電話連絡による声掛けを行うことで継続を見込む。
2202:地域介護予防活動支援事業の推進 【在宅支援係】	【継続】 年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動が地域で展開されることが求められています。 そのため、地域の高齢者が身近な場所で体操等の介護予防に取り組めるよう、住民主体の介護予防活動の発掘や、育成、支援、活動の周知を行い、参加の動機づけが促進されるよう体力測定等を実施し、地域介護予防活動団体数を増やします。	<地域介護予防活動団体支援事業> 介護予防・フレイル予防推進員を2名配置し、ひの筋体操のDVD配布、Zoomの利用などとあわせて地域介護予防活動の一層の推進を図る。	地域介護予防活動団体:53団体	○	昨年度に続き、社会福祉協議会の協力を得て普及啓発を実施した。 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を鑑み、自宅でも体操可能な事業として週1回のZoomを用いた介護予防体操の実施を実施し、サロン等で周知を行った。 また、体力測定などの効果測定を日常生活圏域で実施し動機づけを促進した。 そのほか、今年度初の取り組みとして、既存団体へ専門職の派遣を実施した。 令和4年度の介護予防活動団体数は48団体となり、数値目標は未達となった。	数値目標は未達となったが、令和4年度の新規団体は5団体立ち上げと、令和3年度の2団体と比較し大幅な増加となった。しかしその一方で、既存団体の活動が感染症の拡大により消極的になったこともあり、団体数が7団体も減少してしまった。そのため、総数としては団体数の増加が達成できなかった。今後、現在活動している団体の活動継続及び新規団体の増加を促すため、動機づけとなる企画や仕組み作りが必要となる。	フレ筋アップ教室等、市の運動事業へ参加した市民への呼びかけを強め、新規団体数の増加及び活動参加者数の増加を狙う。また、既存団体の活性化を図っていくため、専門職との連携を強化して既存団体へ派遣する回数を増加させる。

柱3. 医療と介護との有機的なネットワークの構築		柱の達成状況（計画期間）	—
柱の数値目標、指標	重点事業 無	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		—	—

柱4. 認知症や軽度認知障害（MCI）の当事者とその家族を支える仕組みの充実		柱の達成状況（計画期間）	—
柱の数値目標、指標	① 認知症の人と家族を支える機関との連携（認知症初期集中支援チーム利用者数（実人数））	目標値（計画期間） 令和3年度 20人、令和4年度 22人、令和5年度 24人	実績値（計画期間） —
	② 認知症サポーターの養成（認知症サポーター数（延べ数））	目標値（計画期間） 令和3年度 21,000人、令和4年度 22,000人、令和5年度 23,000人	実績値（計画期間） —
	③ チームオレンジの設置（チームオレンジ設置数）	目標値（計画期間） 令和4年度 1か所、令和5年度 1か所	実績値（計画期間） —
	④ 認知症検診事業（認知症検診受診率）	目標値（計画期間） 令和3年度 15%、令和4年度 16%、令和5年度 17%	実績値（計画期間） —
	⑤ 認知症かかりつけ医等の充実（認知症検診実施医療機関数）	目標値（計画期間） 令和3年度 32か所、令和4年度 34か所、令和5年度 36か所	実績値（計画期間） —

施策の項目1：認知症の早期診断・適切な医療及び介護の提供・相談体制の確立							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
4101: 認知症の人と家族を支える機関との連携 【在宅支援係】	認知症が今後更に増加していくという将来予測を踏まえ、認知症の早期診断、適切な医療及び介護の提供、相談体制の確立が求められています。認知症初期集中チームは、令和2年度から「多摩平の森の病院」と「七生病院」の2チームとなり、地域包括支援センターと連携し、支援につなげています。東京都多摩若年性認知症支援センターなどの関係機関や認知症家族会などの関係団体との連携を一層強化することにより、一体的かつ効果的な認知症の支援体制を構築します。	認知症初期集中支援チーム利用者数(実人数) 令和3年度 20人 令和4年度 22人 令和5年度 24人	認知症初期集中支援チーム利用者数(実人数) 令和3年度 20人 令和4年度 22人 令和5年度 24人	△	認知症初期集中支援チーム利用者数(実人数) 令和3年度 15人 (多摩平の森の病院 8人、七生病院7人) 令和4年度 11人 (多摩平の森の病院10人、七生病院1人)	目標値は達成できていないが、人数および件数で事業を判断できるものではない事業である。認知症初期集中支援チーム連携会議を定期的に開催し、事例の共有と対応方法について情報交換した。	認知症地域支援推進員との連携に取り組む。包括連携し、事業の周知に取り組む。今後も認知症初期集中支援チーム連携会議を定期に実施し、チーム間での連携に取り組む。

施策の項目2：認知症の理解促進							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
4201: 認知症サポーターの養成 【在宅支援係】	認知症の人が住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けていくためには、地域や職域などで認知症への理解を深めてもらうことが重要です。認知症サポーターは、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。認知症であっても、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らすことができるよう、認知症サポーターの養成を更に推進し、認知症高齢者にやさしい地域づくりを進めます。	認知症サポーター養成数(延べ数) (令和3年度 21,000人) 令和4年度 22,000人 令和5年度 23,000人	認知症サポーター養成数(延べ数) (令和3年度 21,000人) 令和4年度 22,000人 令和5年度 23,000人	○	認知症サポーター養成数(延べ数) 令和3年度 20,564人 令和4年度 21,879人	延べでは目標に対してやや未達だが、年間受講者数は1,315人となっており、年間1,000人増加ペースに対しては大幅に超過している。受講後の活躍の場を広げていくことが課題となる。	外出制限解除もあり、参加者増が見込まれる。引き続き養成講座の受講者を増やすことで、地域の認知症に対する理解促進を図る。

施策の項目3：認知症当事者及び介護者への支援							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
4305: チームオレンジの設置 【在宅支援係】	認知症の人や家族を地域全体で見守り・支えていくためには、その担い手となり得る人材を育成し、地域で活躍してもらう仕組みづくりが必要です。チームオレンジは、認知症サポーターの活動をさらに前進させ、地域で暮らす認知症の方やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを結びつける取組みです。認知症の方やその家族を支える地域の担い手となる人材を育成し、支援ニーズと結びつけることで、認知症の方がより暮らしやすい地域づくりを進めます。	設置数 令和4年度 1か所、令和5年度 1か所	設置数 令和4年度 1か所 令和5年度 1か所	△	令和4年度設置数0か所	令和4年度中に1か所目のチーム設置を見込んでいたが、新型コロナウイルスに伴い、活動場所や打ち合わせが制限され、達成できなかった。活動場所、参加する認知症当事者、支援者の調整、及び具体的な活動方針の決定が課題。	すでに決定しているチームリーダー、及び認知症専門部会員中心に活動場所や支援者の調整、具体的な活動内容を画定させ、年度内チーム設置を目指す。
4306: 認知症検診事業 【在宅支援係】	日野市では、要介護(要支援)認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人は、4,660人(2019.3.31現在)であり、高齢者人口の約10%となっています。今後75歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も急速に増加することが見込まれています。日野市では、認知症に関する知識の普及啓発を進めるとともに、認知症の早期診断・対応を促進することを目的に認知症検診事業を実施します。	認知症検診受診率 (令和3年度 15%) 令和4年度 16% 令和5年度 17%	認知症検診受診率 (令和3年度 15%) 令和4年度 16% 令和5年度 17%	○	誕生月ごとに分けて年4回送付している。検診の案内や問診票のほかに、認知症ケアパスという普及啓発冊子を同封。ケアパスに認知症についての予防や受診、治療の案内が載っている。 令和4年度受診者人数:825人 通知数:20509人 受診率:4.02%	対象年齢以外の早期発見・早期支援のため、対象者の拡充を図った。 検診の周知・啓発のため、医師会、薬剤師会、ケママネ協議会等関係機関への連携に取り組む。 検診後の要精密検査対象者のフォロー結果の把握について認知症地域支援推進員と検討する。	関係機関への周知に取り組む。 地域包括支援センターとの連携。認知症地域支援推進員との連携により、要精密検査対象者のフォロー結果の把握について検討する。
4309: 認知症かかりつけ医等の充実 【在宅支援係】	日野市では、要介護(要支援)認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人は、4,660人(2019.3.31現在)であり、高齢者人口の約10%となっています。今後75歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も急速に増加することが見込まれています。かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の認知症対応力の向上により、認知症の早期診断と適切な医療および対応を促進することが期待されます。	認知症検診実施医療機関数 令和4年度 34か所 令和5年度 36か所	認知症検診実施医療機関数 令和4年度 34か所 令和5年度 36か所	○	・日野市かかりつけ医認知症研修の実施 2022.12.14実施/10名参加 ・令和4年度医療機関数 36か所 新規医療機関に声がけし、参加者数を増加させることができた。その他、医療機関用のポスターを刷新した。	医療機関数については目標数値を達成したが、1医療機関から辞退連絡があった。受診件数をあげて、協力したいと医療機関に思っていただけの状況をつくる必要がある。	・新規医療機関への積極的な声がけを行う。 ・引き続きかかりつけ医認知症研修を実施し、医師の認知症対応力の向上を促す。

柱5. 高齢者が尊厳を保持し、健康で自立した生活を営むための支援の充実		柱の達成状況（計画期間）	—
柱の数値目標、指標	指標 無	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		—	—

施策の項目1：高齢期の健康づくりの推進							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
5102:日野人運動事業と地域介護予防活動支援事業(ひの筋体操等)との連携 【在宅支援係】	【継続】 日野人運動事業では、場所や定員等により参加できない人がいるため、多くの方が運動できる事業が求められています。そのため、行政が主体的に行っている体操事業を地域で住民が自主的に行えるよう関係機関と連携を図り、より多くの方が体操を行えるよう地域介護予防活動支援事業とあわせて調整を図ります。	<介護予防教室> 実施に当たり、健康課の保健師が参画するなどの連携を図るよう検討継続。年間を通じて行われる予防教室において検討結果を盛り込んでいく。	—	△	高齢者向け(フレイル)向けの運動事業について、HPや情報の取りまとめを行う方針を立てた。また、日野人運動事業卒業生に次の参加場所を周知するツールを作成する方針を立てた。	日野人運動事業卒業生の行き場探しが大きな課題となっている。また、高齢者向けの運動事業について、HPでの案内がわかりにくく、改善が必要である。	日野人運動事業卒業生／高齢者向けに参加場所を周知するためのツール(事業開催場所を記載した地図など)を作成する。高齢者向けの運動事業をHPにまとめる。
5107:摂食嚥下機能支援の推進 【健康課・高齢福祉課(在宅支援係)】	市民が自ら摂食嚥下について認識をもてるよう、分かり易く障害に関する知識を普及・啓発し、機能低下を防止するとともに、多職種連携を図りながら、摂食嚥下障害のリスクがある方の適切な支援につなげます。	口腔ケア(オーラルフレイル)、栄養管理(低栄養対策)として、管理栄養士によるサロン等でのフレイル予防事業の検討及びコロナ禍での代替事業の検討・実施	—	○	フレ筋アップ教室および地域包括支援センター主催の介護予防教室、地域活動団体の活動時に、摂食・嚥下についてのミニ講座、口腔ケア、パタカラ体操等を実施した。体力測定会での個別相談で、歯科衛生士・管理栄養士による相談を実施した。下記事業において「フレイル予防の入り口」という切り口で、摂食嚥下機能低下予防についての周知啓発を図った。 ハイレスクアプローチ:専門職による個別支援を実施(低栄養予防5人、口腔機能低下予防5人) ポピュレーションアプローチ:高齢者の通いの場においてフレイル予防に関する健康教育・健康相談を実施(36回)	・フレ筋アップ教室等での継続実施。地域の通いの場での周知・啓発に取り組む。 ・個別支援は、マンパワーに合わせて対象者を抽出する必要がある。(令和4年度は反応を見るため対象者数を絞って実施。) ・特殊詐欺等の不審電話が問題となっており、高齢者へのアプローチ(電話や訪問)方法を検討する必要がある。	管理栄養士・歯科衛生士等専門職による講座・個別相談の場を増やす。一体的実施事業推進協議会で意見を諮りながら、関係者で連携して事業に取り組んでいく。

柱6.高齢者の安心・安全の確保		柱の達成状況（計画期間）	—
柱の数値目標、指標	指標 無	目標値（計画期間）	実績値（計画期間）
		—	—

施策の項目2：感染症予防対策の周知徹底とフレイル等の進行予防							
重点事業及び担当	概要及び方向性	年次計画	目標値	達成状況（年度）	実施事項及び実績値	施策項目に関する課題（事業における課題を含む）	次年度への課題対応（前年度の実施状況を受けての見直し等）
6204:(2201の再掲)介護予防・フレイル予防普及啓発事業 【在宅支援係】	【継続】 高齢者の生活機能が低下しないよう介護予防・フレイル予防に資する基本的な知識の普及啓発や運動をはじめ、きっかけづくりを目的とした体操教室や講座等を開催します。また、今般の新型コロナウイルス感染症の影響により、外出を控える方々に対して、オンラインや動画を活用し、自宅で介護予防・フレイル予防を実施できる仕組みを合わせて実施してまいります。	<介護予防教室> ゆっくりコース 市内8か所×12回(12か月) しっかりコース 市内8か所 × 12回(3か月) 体操のほか、口腔フレイル予防講座などを実施する。 <地域介護予防活動団体支援事業> 介護予防・フレイル予防推進員を2名配置し、ひの筋体操のDVD配布、Zoomの利用などとあわせて地域介護予防活動の一層の推進を図る。	—	○	介護予防教室の実績および実績値については以下の通り。 ゆっくりコース:市内8か所×12回(12か月) 累計参加者数:1112名 しっかりコース:市内8か所×12回(12か月) 累計参加者数:1065名 更に、市内4圏域にて1会場ずつ、計4回の体力測定会および健康相談会を実施した。 体力測定会:市内4か所 累計参加者数:116名 会場内で講師による口腔ケアについての講話や専門職による相談会を実施し、口腔フレイル予防の周知啓発を行った。 その他、自宅でも体操可能な事業として週1回のZoomを用いた介護予防体操の実施を実施し、サロン等で周知を行った。	介護予防教室の参加の継続率が5割程度となってしまった会場もあり、途中から来なくなってしまう方々をいかに減らすかが課題である。コースの開催回数や、開催日を参加者に周知する必要性がある。	ゆっくりコースについては月1回では運動の習慣づけとしても弱いと思われることから、月2回(6か月)に変更した。 参加申込者のうち、2回以上欠席した場合には電話連絡による声掛けを行うことで継続を見込む。口腔フレイル予防について、フレ筋アップ教室等、市の運動事業へ参加した市民への呼びかけを強める。 介護予防体操については引き続きZoomにての開催を行い、自宅でもフレイル予防を行えるようにする。