

No.	目 標 評価指標（a）	第 9 期計画における 主な取組	実施状況（b） 令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月	実施状況（c） 令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月	評価	課題と対応	関係部署	計画書 （頁）			
（１）地域包括支援センターの機能強化											
①	地域包括支援センターを中心とした相談体制の推進	継続	○「介護と育児」や「介護と介護」を同時に担う「ダブルケア」への支援	子育て支援センター「まるっ子ひろば」において、ダブルケアカフェを開催し、介護と育児を同時に担うダブルケアを行っているかたに対し、相談を実施。 12 回開催 87 組参加	子育て支援センター「まるっ子ひろば」において、介護と育児を同時に担うダブルケアを行っているかたの相談場所として、ダブルケアカフェを開催。 また、この先に介護を担うかもしれない育児中の母親に対して、介護保険情報を普及啓発した。 12 回開催 63 組参加	育児と介護のダブルケアを行っている住民が、身近に相談できる子育て支援センターに出向くことで相談窓口の幅が広がるとともに、介護保険制度等の知りたい情報を提供することにより、介護者の精神的な負担を軽減できるよう努めている。	介護者自身に、ダブルケアラーという自覚が乏しい場合があり、ダブルケアを行っている住民の把握が難しい。 ダブルケアカフェにて、ダブルケアラーの把握や支援を行っていく。	かいご課	P82～ P83		
	＜評価指標＞										
	<table><tr><th>ニーズ調査結果</th><th>対象者</th><th>現状</th><th>目標 2026 年度</th></tr><tr><td rowspan="2">認知症の相談窓口として地域包括支援センターを知っている割合</td><td>一般高齢者</td><td>14.5%</td><td>20.0%</td></tr><tr><td>要支援認定者</td><td>13.8%</td><td>20.0%</td></tr></table>									ニーズ調査結果	対象者
ニーズ調査結果	対象者	現状	目標 2026 年度								
認知症の相談窓口として地域包括支援センターを知っている割合	一般高齢者	14.5%	20.0%								
	要支援認定者	13.8%	20.0%								
			○地域包括支援センターの相談窓口としての普及啓発	高齢者訪問や出前講座においてパンフレット等を活用し、地域包括支援センターの相談窓口としての普及啓発を実施。 ・出前講座 89 回実施 ・パンフレットの配布	高齢者訪問や出前講座においてパンフレット等を活用し、地域包括支援センターの相談窓口としての普及啓発を実施。 ・出前講座 126 回実施 ・パンフレットの配布	出前講座やパンフレットにて地域包括支援センターの相談窓口としての普及啓発を行えている。	今後も引き続き、地域包括支援センターの相談窓口としての普及啓発を行っていく。	かいご課	P82～ P83		

No.	目 標 評価指標 (a)	第 9 期計画における 主な取組	実施状況 (b) 令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月	実施状況 (c) 令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月	評価	課題と対応	関係部署	計画書 (頁)													
(2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメントの推進																					
①	多職種連携による地域ケア会議の充実	継続	○ケアマネジャーの資質向上のための新規ケアプランチェック事業	経験豊富な市内の主任介護支援専門員に依頼し、新規ケアプランチェックを週 1 回実施した。	経験豊富な市内の主任介護支援専門員に依頼し、新規ケアプランチェックを週 1 回実施している。	主任介護支援専門員が、ケアプランをチェックし、良い点や改善すべき事項を計画作成者に伝えることで、適切なサービス提供につなげている。	事業を安定的に継続するため、指導する側の主任介護支援専門員を継続的に確保する必要がある。市内の民間事業所に協力を依頼するとともに、研修会を開催し、指導スキルの向上を図っている。	かいご課	P84												
			○自立支援にむけた事例検討会の実施（要支援者を対象）	包括事例検討会（自立支援）概ね月 2 回×1 事例 23 回	包括事例検討会（自立支援）概ね月 2 回×1 事例 23 回	介護支援専門員間で社会資源の情報共有や要支援者への自立支援に資するための事例検討を毎週実施できた。	自立支援に向けた事例検討会は、今後も継続していく。	かいご課	P84												
			○地域課題を把握し、社会資源の開発や政策形成につなげるための地域ケア会議の開催	地域ケア会議を 1 回開催した。	地域ケア会議を 1 回開催した。	年に 1 回の開催に留まっている。	年間スケジュールを第 1 回目の開催で決めるなど、年 4 回、定期的に開催できるような工夫を要する。	かいご課	P84												
②	包括的・継続的なケアマネジメントの推進 ＜評価指標＞ <table><tr><th>事業</th><th>現状</th><th>目標 2026 年度</th></tr><tr><td>新規ケアプランチェックの実施</td><td>週 1 回</td><td>週 1 回</td></tr><tr><td>自立支援のための事例検討</td><td>月 2 回</td><td>月 2 回</td></tr><tr><td>地域ケア会議</td><td>2 回</td><td>4 回</td></tr></table>	事業	現状	目標 2026 年度	新規ケアプランチェックの実施	週 1 回	週 1 回	自立支援のための事例検討	月 2 回	月 2 回	地域ケア会議	2 回	4 回	継続	○自立支援・重度化防止に資するための研修の充実	居宅介護支事業者連絡会（研修会）を概ね年 6 回程度開催し、市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員に参加いただき、講演やグループワークを通して知識の習得、スキルの向上を図った。 ・5 月 業務改善について ・8 月 誤嚥性肺炎について ・11 月 ヤングケアラーについて	居宅介護支事業者連絡会（研修会）を概ね年 4 回程度開催し、市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員に参加いただき、講演やグループワークを通して知識の習得、スキルの向上を図った。 ・5 月 居宅療養管理指導、服薬方法について ・8 月 予防ケアマネジメント	研修会については、主任介護支援専門員が企画・運営を行い、ケアマネジメント対象者の多種多様な状況に対応できるようさまざまなテーマで開催しており、ケアマネジメントの資質向上を図ることができている。	ケアマネジメントにおいて、対象者のさまざまな状況に対応する必要があり、研修テーマについても広い範囲となるため、講師の確保が課題である。研修テーマ等により、大学教授など外部講師に依	かいご課	P84
事業	現状	目標 2026 年度																			
新規ケアプランチェックの実施	週 1 回	週 1 回																			
自立支援のための事例検討	月 2 回	月 2 回																			
地域ケア会議	2 回	4 回																			

				・12 月 在宅難病患者への災害に備えた支援について ・2 月 ケアプランデータ連携システムについて ・3 月 適切なケアマネジメント手法について	における生成 AI の効果的な活用について ・11 月 虐待対応における介護支援専門員の役割について ・3 月 適切なケアマネジメント手法について		頼する対応を行っている。	かいご課	P84
			○困難事例の検討のためのケース検討会の開催	個別ケース会議 毎月 1 回開催	個別ケース会議 毎月 1 回開催	困難事例等については、多職種で検討することにより、介護支援専門員自身が、新たな視点を得て、支援の幅が広がり、ケアマネジメントの質の向上に向けた会議ができている。	困難事例は、即時に解決するものが少ないため、継続的な支援が必要となってくる。その後の支援については、多職種で連携し対応を継続するなどの対応を行っている。	かいご課	P84

No.	目 標 評価指標（a）	第 9 期計画における 主な取組	実施状況（b） 令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月	実施状況（c） 令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月	評価	課題と対応	関係部署	計画書 （頁）																			
（3）在宅医療・介護連携の推進																											
①	在宅医療・介護連携に関する相談窓口等の周知啓発 ＜評価指標＞ <table><tr><th>ニーズ調査結果</th><th>対象者</th><th>現状</th><th>目標 2026 年度</th></tr><tr><td rowspan="2">治療・ケアについて家族と話し合ったことがある割合</td><td>一般高齢者</td><td>23.0%</td><td>30.0%</td></tr><tr><td>要支援認定者</td><td>44.9%</td><td>50.0%</td></tr><tr><td rowspan="2">希望する治療・ケアについて書面を作成している割合</td><td>一般高齢者</td><td>3.7%</td><td>5.0%</td></tr><tr><td>要支援認定者</td><td>15.7.%</td><td>20.0%</td></tr></table>	ニーズ調査結果	対象者	現状	目標 2026 年度	治療・ケアについて家族と話し合ったことがある割合	一般高齢者	23.0%	30.0%	要支援認定者	44.9%	50.0%	希望する治療・ケアについて書面を作成している割合	一般高齢者	3.7%	5.0%	要支援認定者	15.7.%	20.0%	拡充	○「エンディングノート」等を利用したACP（アドバンスケアプランニング）に関する周知啓発	医師会が作成したパンフレット「生きて逝く」を用いながら、多職種研修会や居宅介護支援事業者連絡会など専門職を対象に、研修会を実施した。	ふくし課が実施している「わたしの終活支援事業」について「介護の日」で周知した。	専門職を中心に繰り返し、ワークショップやグループワークを盛り込んだ研修を繰り返し実施していくことが必要である。 また、本人の意思を尊重した意思決定支援など、市民を対象とした講演会の内容を検討していく必要がある。	市民を対象とした周知啓発については、自分らしく生活していくため、医療・介護関係者が本人の意思を共有する体制や権利擁護も含めた研修を検討していく。 また、専門職については、引き続き、研修会を実施していく。	かいご課	P85
		ニーズ調査結果	対象者	現状	目標 2026 年度																						
		治療・ケアについて家族と話し合ったことがある割合	一般高齢者	23.0%	30.0%																						
			要支援認定者	44.9%	50.0%																						
		希望する治療・ケアについて書面を作成している割合	一般高齢者	3.7%	5.0%																						
要支援認定者	15.7.%		20.0%																								
○「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面ごとに対する支援の促進					かいご課	P85																					
○市民を対象とした「看取り」や「終末期」に関する講演会の実施	未実施。	人生を振り返り、これからの生き方を考えるきっかけとして講演会を開催し、ACPについて理解する機会を設けた。			かいご課	P85																					
		継続	○コーディネーターを中心とした相談窓口の周知啓発	転入者やかかりつけ医がいないかたからの医療機関等の相談時など、あらゆる機会を捉えて、在宅医療介護連携支援センターでの相談窓口もある旨を伝えるとともに、パンフレットによる周知啓発に努めている。	転入者やかかりつけ医がいないかたからの医療機関等の相談時など、あらゆる機会を捉えて、在宅医療介護連携支援センターでの相談窓口もある旨を伝えるとともに、パンフレットによる周知啓発に努めている。	今後も、機会を捉えて、在宅医療介護連携支援センターについて、周知が必要である。	引き続き、パンフレットを用いながら、周知啓発していく。	かいご課	P85																		
			○地域の在宅医療や介護の資源の把握（情報収集、リスト化、マップ化）	在宅医療介護連携支援センターのホームページでリスト化、マップ化している。	在宅医療介護連携支援センターのホームページでリスト化、マップ化している。	医療や介護の社会資源等について、最新情報を提供できるようにしていく。	引き続き、パンフレットを用いながら、周知啓発していく。	かいご課	P85																		

			○本人の意見を尊重した意思決定支援の促進	多職種研修会や居宅介護支援事業者連絡会などの専門職を対象に、研修会を実施した。	多職種研修会や居宅介護支援事業者連絡会などの専門職を対象に、研修会を実施した。	様々な機会を捉え、専門職を中心に研修を実施できた。	今後も、専門職を中心に研修を実施し本人の意見を尊重した意思決定支援に取り組む。	かいご課	P85						
②	切れ目のない在宅医療と介護の仕組みづくり ＜評価指標＞ <table><tr><td>事業</td><td>現状</td><td>目標 2026 年度</td></tr><tr><td>事例検討会の開催（レコルデ在宅）</td><td>6 回</td><td>6 回</td></tr></table>	事業	現状	目標 2026 年度	事例検討会の開催（レコルデ在宅）	6 回	6 回	拡充	○医療・介護関係者の情報共有の支援（情報共有ツール）	坂出市医師会が導入している「ブルーカードシステム」を救急搬送の際の情報共有シートとして活用。 活用方法については、多職種研修会等で周知している。	坂出市医師会が導入している「ブルーカードシステム」を救急搬送の際の情報共有シートとして活用を継続している。	坂出市医師会との連携のもと、在宅医療介護連携支援センターを中心に多職種研修会やレコルデ在宅の開催を通じ、在宅医療と介護の切れ目のない支援に向けて取り組んでいる。	今後も、地域における課題等の抽出や事例検討などによる多職種研修会等を実施していく。	かいご課	P86
事業	現状	目標 2026 年度													
事例検討会の開催（レコルデ在宅）	6 回	6 回													
		継続	○医療・介護関係者の顔の見える関係づくり（多職種研修会）	多職種研修会で「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」について、実施した。	年 1 回、多職種研修会を実施している。 また、多職種研修を実施するための研修会に参加している。	かいご課	P86								
			○医療・介護関係者等による事例検討会（レコルデ在宅）	レコルデ在宅を 5 回実施できた。	年 5 回（偶数月）に実施し、多職種での事例検討を行っている。	かいご課	P86								
			○多職種連携の実践のためのグループワークの実施	多職種研修会およびレコルデ在宅等の勉強会において、オンラインや会場での開催を用いながら、グループワークが実施できた。	多職種研修会およびレコルデ在宅等の勉強会において、オンラインや会場での開催を用いながら、グループワークを実施した。	かいご課	P86								

No.	目 標 評価指標 (a)	第 9 期計画における 主な取組	実施状況 (b) 令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月	実施状況 (c) 令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月	評価	課題と対応	関係部署	計画書 (頁)						
(4) 重層的支援基盤の整備														
①	重層的支援のための横断的支援体制の充実 ＜評価指標＞ <table><tr><th>事業</th><th>現状</th><th>目標 2026 年度</th></tr><tr><td>重層部内連絡会議</td><td>12 回</td><td>12 回</td></tr></table>	事業	現状	目標 2026 年度	重層部内連絡会議	12 回	12 回	継続 ○重層的支援に対する体制の整備	健康福祉部 4 課と市社会福祉協議会で、複雑的・複合的なケースの情報共有や支援調整を行う重層部内連絡会議を開催した。 重層部内連絡会議 12 回	健康福祉部 4 課と市社会福祉協議会で、複雑的・複合的なケースの情報共有や支援調整を行う重層部内連絡会議を開催した。 重層部内連絡会議 8 回 また、地域住民のニーズや生活課題の把握のための調査等を実施した。 市内 12 地区社協	単一の課・支援機関では解決が困難なケースに対し、関係各課が情報を共有し、役割分担を明確にすることで、支援の方向性を協議すること、また、健康福祉部内の連携の円滑化を図った。 また、市全体での包括的支援体制を整備していくうえでの地域住民の課題を抽出した。	市全体の包括的支援体制をめざす事業であることから、健康福祉部だけでなく、庁内他課や各支援機関、関係団体等にも実施に向けての理解や協力を得るため、丁寧に周知や意見交換等を行っていく必要がある。	ふくし課 けんこう課 こども課 かいご課	P87
事業	現状	目標 2026 年度												
重層部内連絡会議	12 回	12 回												