

令和5年度第2回東松山市介護保険運営協議会会議次第

令和5年8月24日（木）午後2時
東松山市総合会館4階 多目的ホールB

1 開 会

2 あいさつ

3 議事

- (1) 地域密着型サービス事業者の指定等について
- (2) 令和4年度地域包括支援センターの実績報告について
- (3) 第8期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の実績について
- (4) 第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定について

4 その他

5 閉 会

地域密着型サービス事業者の指定等について

1 市内地域密着型サービス事業者の指定更新について

指定地域密着型サービス事業者の指定は、介護保険法第70条の2により6年ごとに更新することとされています。下記事業所は、令和5年6月末日に6年間の指定有効期間が満了することから、当該期間の経過後も当市被保険者が利用を継続するため、指定更新申請がありました。

当該事業所から提出された申請書類等を審査した結果、今後も適正な介護サービスの提供が見込まれるため、下記のとおり指定を更新したことを報告いたします。

記

・事業所概要（デイサービス リハビリオフィス康復）

事業所の名称及び所在地	(名称) デイサービス リハビリオフィス康復 (所在地) 埼玉県東松山市石橋1029番地3
サービスの種類・定員	(種類) 地域密着型通所介護 (定員) 10人
申請者（法人）の名称及び所在地	(名称) 有限会社 こうふく (所在地) 埼玉県東松山市石橋1006番地の2
申請者の代表者の氏名及び職名	代表取締役 坂本 哲也
更新後の指定有効期間	令和5年7月1日から令和11年6月30日まで

2 市外地域密着型サービス事業者の指定更新について

市外に所在する下記事業所は、平成29年8月から当市被保険者が利用しており、6年間の指定有効期間が満了することから、当該期間の経過後も当市被保険者が利用を継続するため、指定更新申請がありました。

当該事業所から提出された申請書類等を審査した結果、今後も適正な介護サービスの提供が見込まれるため、下記のとおり指定を更新したことを報告いたします。なお、事業所所在地市町村からは、指定について同意を得ています。

記

・事業所概要（デイサービス フォルテシモ おおさと）

事業所の名称及び所在地	(名 称) デイサービス フォルテシモ おおさと (所在地) 埼玉県熊谷市船木台三丁目 1 2 番地 1 0
サービスの種類・定員	(種 類) 地域密着型通所介護 (定 員) 1 0 人
申請者（法人）の名称 及び所在地	(名 称) 有限会社トータル・ケア・サポート (所在地) 埼玉県熊谷市船木台三丁目 1 2 番地 2 5
申請者の代表者の 氏名及び職名	代表取締役 飛田 勝志
更新後の指定有効期間	令和 5 年 8 月 1 日から令和 1 1 年 7 月 3 1 日まで

令和 4 年度 地域包括支援センターの実績報告について

地域包括支援センターにつきましては、平成 18 年 4 月に市直営 1 箇所で業務を開始して以来、介護保険運営協議会（以下、運営協議会）における協議を踏まえながら、地域での高齢者の生活を包括的に支える機関として、地域包括支援センターの段階的な増設を図り、現在、当市高齢介護課内（直営）の他、市内 5 事業所に委託し、市内地域包括支援センター運營業務を行ってきました。

委託先は、社会福祉協議会（平成 18 年 10 月～）、松仁会（平成 19 年 10 月～）、敬寿会（平成 22 年 4 月～）、若葉会（平成 22 年 4 月～）、アースサポート株式会社（平成 28 年 4 月～）です。

市内地域包括支援センター（直営 1 委託 5 の計 6 箇所）で実施しました包括的支援事業等について報告します。

1) 包括的支援事業等

① 介護予防ケアマネジメント事業

対象者：要支援 1・2 の認定を受けた方（要支援者）

基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方（事業対象者）

内 容：介護予防・生活支援サービス事業（訪問型サービスや通所型サービス）を利用する方へのケアマネジメントを行っています。なお、一部を居宅介護支援事業所に委託しています。

*介護予防ケアプラン作成数（第 1 号介護予防支援）

3,497 件《うち委託 677 件》、前年度 3,423 件《委託 735 件》

② 総合相談支援事業

高齢者やその家族等による介護や健康、医療、福祉等に関する悩みや相談に対応（来所、電話、訪問等）し、関係機関や制度、サービス等につなぎ、継続的に支援しています。

相談内容としては、複合的な問題を抱えているケースが目立っており、関係機関と連携しているケースが増えています。

*総合相談支援 延件数 11,770 件（前年度 9,424 件）

③ 権利擁護事業

成年後見制度や高齢者虐待、消費者被害等の相談支援を行っています。

高齢者虐待の相談支援では、前年度からの継続支援の方を含め市内で実数 58 件となっています。

*権利擁護相談支援 実件数 284 件（前年度 376 件）

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

個々の介護支援専門員（ケアマネジャー）やサービス事業所への相談支援を行っています。

*ケアマネジャー等への個別支援件数 実件数 263 件（前年度 221 件）

⑤ 地域ケア会議の開催

i) 自立支援型地域ケア会議（H30 年 10 月から実施事業）

・市主催：月 1 回、原則第 3 木曜日、年 9 回計画し、9 回実施（17 事例）。

出席者：事例提供者（居宅介護支援専門員、介護サービス提供各事業所）、専門職（理学療法士、作業療法士、歯科医師、管理栄養士、薬剤師、精神保健福祉士）、埼玉県地域包括ケア総合支援チーム（アドバイザー）、第 1 層生活支援コーディネーター、各地域包括支援センター、高齢介護課、障害者福祉課

事例：要支援 1・2、又は要介護

ii) 個別ケア会議

・市、委託の各地域包括支援センターで随時開催

主催 25 回/年

事例：多問題を抱える人又は家族等、支援困難事例等

⑥ 認知症関連事業

i) 認知症地域支援推進員会議（推進員を兼務で配置）開催、出席

推進員活動（認知症サポーター小学生養成講座開催、介護者支援等）

ii) 認知症の人と介護者への支援（介護者家族への支援を含む）

・認知症の人と家族の会との共催で介護者の集い（11 月 10 日）開催

・認知症カフェへの協力参加

iii) 認知症サポーター養成講座の開催（対象：市民）

・3 回開催、69 人養成

iii-2) 認知症サポーター小学生養成講座開催（令和元年度～）

・市内 11 校（松山第一小、松山第二小、新宿小、高坂小、大岡小、野本小、青鳥小、唐子小、市の川小、桜山小、新明小）735 人

講座は認知症に対する正しい知識や認知症の方との接し方等を講話とスライド上映、クイズを取り入れて開催。

iv) 認知症初期集中支援チーム設置

認知症地域支援推進員との連携（事例検討）

v) 認知症カフェへの参加協力

・「市内における認知症カフェの広報に関する基準等について」定めに基づ

づき申請のあった認知症カフェについては、一覧表(チラシ)を作成し、窓口、認知症カフェ、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市民活動センター等へ配架。ホームページへ掲載。

vi 世界アルツハイマー月間(9月)認知症啓発活動

- ・市立図書館(9月15日～30日):1階ロビーに於いて認知症に関するパネル展示やポスター掲示、資料配架、のぼり旗設置。また認知症サポーター養成講座(9月24日)開催。

館内では、関連図書紹介、映画「お料理帖～息子に遺す記憶のレシピ～」(9月18日)上映。

各地域包括支援センターや保健センター、各地区活動センター、図書館、市民病院等相談窓口掲載のチラシ入りティッシュを配布。

⑦ その他

- i) 介護者支援(市内の介護者家族のグループへの支援)
- ii) スマイルウォーキング(高齢介護課と共催)
- iii) あんしん見守りネットワーク幹事会及び協力員研修への参加
- iv) 地域包括支援センター長会議・連携会議の開催、出席
- v) 介護保険運営協議会、認知症支援検討部会、たすけあい協議会への参加
各地区第2層協議体への参加
- vi) 地域密着型サービス運営推進会議への出席
- vii) サロン、老人会等への出前講座

2) 指定介護予防支援事業

○要支援1・2の方への介護予防支援事業

要支援1・2の認定を受けた方へのケアマネジメントを行っています。

地域包括支援センター職員が担当する他、一部は居宅介護支援事業者へ委託しています。

*介護予防ケアプラン作成数 4,730件《うち委託1,318件》
前年度 4,560件《うち委託1,480件》

令和4年度 各地区地域包括支援センター実績報告（一覧）

介護保険運営協議会

資料 2 - 2

R5.8.24

地域包括支援センター名	総合福祉エリア (社会福祉協議会)	東松山ホーム (松仁会)	年輪福祉ホーム (敬寿会)	わかばの丘 (若葉会)	アースサポート 東松山 (株)アースサポート	
職員数 (職種、人数等) R4.4月	常勤 (保健師1、社会福祉士3、主任ケアマネ1) 非常勤(ケアマネ1)	常勤 (看護師1、社会福祉士1、主任ケアマネ1)	常勤 (看護師1、社会福祉士2、主任ケアマネ1)	常勤 (保健師1、社会福祉士2、主任ケアマネ1)	常勤 (看護師1、社会福祉士2、主任ケアマネ1)	
担当地域 (高齢者人口：人) R4.4末人口	松山地区 (6,756人)	唐子・松山地区 (4,709人)	大岡地区・平野地区 (4,843人)	高坂地区・高坂丘陵地区 (5,429人)	野本・松山地区 (5,115人)	
地域包括支援事業	総合相談支援業務					
	相談件数 (実人員)	延 2,023件 実 633件 (416)	延 1,212件 実 276件 (178)	延 2,433件 実 531件 (250)	延 2,154件 実 542件 (311)	延 2,470件 実 229件 (184)
	実態把握調査	159件	41件	12件	34件	14件
	権利擁護業務					
	相談件数 ～虐待関係 (実人員)	延 50件 実 13件 (10)	延 14件 実 5件 (5)	延 441件 実 40件 (9)	延 102件 実 26件 (5)	延 8件 実 4件 (4)
	相談件数 ～成年後見等関係 (実人員)	延 72件 実 15件 (7)	延 33件 実 3件 (1)	延 74件 実 10件 (2)	延 29件 実 5件 (3)	延 4件 実 1件 (1)
	包括的・継続的ケアマネジメント業務					
	ケアマネジャー等の個別支援・相談支援 (実人員)	延 67件 実 34件 (17)	延 23件 実 7件 (5)	延 286件 実 39件 (10)	延 184件 実 42件 (32)	延 61件 実 31件 (16)
	介護予防・日常生活支援総合事業					
	介護予防ケアマネジメントケアプラン作成数 【内、再委託】	1,261 【347】	510 【137】	541 【60】	537 【56】	648 【77】
指定介護予防	介護予防給付					
	介護予防給付ケアプラン作成数 【内、再委託】	1,710 【452】	596 【227】	872 【286】	644 【104】	908 【249】

令和4年度 地域包括支援センター実績報告(一覧②)

地域包括支援センター名		総合福祉エリア	東松山ホーム	年輪福祉ホーム	わかばの丘	アースサポート東松山
・地域ケア会議(自立支援型地域ケア会議を除く)						
主催回数 (参加回数)		13回 (3回)	0 (1回)	0 (2回)	4回 (2回)	3回 (4回)
・サロン、老人会活動等(テーマ別)						
※民協:民生・児童委員協議会						
地域支援事業 包括的支援事業	地域包括支援センター	●ハッピー体操体力測定(5/16・5/19・6/13・6/20)	●介護予防講演会(10/30)	●地域包括支援センターについての意見交換(8/25) ●平野地区地域活動情報交換会(11/12)	●ハッピー体操 南地区体力測定(5/13) ●ハッピー体操 丘陵地区体力測定(6/7)	
	出前講座	●認知症について(11/30) ●認知症サポーターフォローアップ講座(1/27)		●認知症サポーターフォローアップ講座(1/27)	●認知症サポーター養成講座(4/19) ●認知症フォローアップ講座(1/27)	●認知症フォローアップ講座(1/27)
	認知症予防と理解	●新宿小学校(6/10) ●松山第一小学校(7/5) ●青鳥小学校(12/12)	●唐子小学校(11/6) ●青鳥小学校(12/12)	●市ノ川小学校(9/13) ●松山第二小学校(10/24) ●大岡小学校(11/28)	●桜山小学校(6/27) ●唐子小学校(11/16) ●高坂小学校(12/16)	●野本小学校(7/7) ●新明小学校(10/17) ●青鳥小学校(12/12)
	認知症サポーター養成講座(小学生向け)	●散歩でパトロール ●第2層協議体会議(松山地区) ●第2層協議体報告会	●第2層協議体会議 ●第2層協議体報告会	●平野地区移動販売 ●第2層協議体会議 ●第2層協議体報告会	●高坂地区ラジオ体操 ●第2層協議体会議(高坂地区、丘陵地区) ●第2層協議体報告会	●散歩でパトロール ●第2層協議体(たすけあいのもと) ●第2層協議体報告会
介護者家族への支援	●認知症介護者のつどい(11/10)					
認知症支援カフェ		●オレンジカフェ たから薬局東松山店(5/18・6/15・7/20)				●オレンジカフェルロワ(5/18・10/19・11/17・1/17)
ウソマイキル	11月19日	10月8日	9月10日	3月4日	6月11日	
その他	●令和4年度あんしん見守りネットワーク研修会(10/13)	●令和4年度あんしん見守りネットワーク研修会(10/13)	●令和4年度あんしん見守りネットワーク研修会(10/13)	●令和4年度あんしん見守りネットワーク研修会(10/13) ●高坂丘陵地区福祉情報展・敬老会(10/16)	●令和4年度あんしん見守りネットワーク研修会(10/13)	

令和4年度 認知症キャンペーン実績報告書

【今年度の事業の目標】

9月の世界アルツハイマー月間にあわせて、より多くの市民の方々が認知症の理解を深めることができるような月間とする。

1. 実施期間 令和4年9月15日（木）～9月30日（金）

2. 実施内容

①啓発グッズの掲示・配架

		のぼり旗	ポスター	リーフレット	ティッシュ
市	総合案内窓口		○	○	○
	高齢介護課	○	○	○	○
	保健センター				○
	市民病院			○	○
	市民活動センター (7か所)		○	○	○
	図書館(2か所)		○	○	○
各地域包括支援センター (5か所)			○	○	○
認知症カフェ				○	○
福祉センター				○	○
その他				認サポ受講者 イベント参加者等	認サポ受講者 イベント参加者等



(のぼり旗)



(家族の会ポスター)



(家族の会リーフレット)



(ティッシュ：リーフレット付)



②広報 9月号掲載『9月は世界アルツハイマー月間です』

③認知症サポーター養成講座の開催

9月24日（土）13:30～15:00

講師：福島雄大氏（丸木記念福祉メディカルセンター：認知症疾患医療センター 相談員）

参加者：41人



(講座の様子)



(市長が登壇されました)

④市立図書館での認知症に関するパネル展示・関連図書の展示（9/15～9/30）

→図書館でのポケットティッシュ配布数：211個

パネル展示



認知症のご本人やご家族からのメッセージのほか、認知症に関する知識、認知症の人との接し方、地域の社会資源・相談窓口…等、認知症に関するパネル展示を行いました。



●メッセージボード 『幸せの木』
グループホームほほえみ利用者の方に制作していただきました。
パネル展示をご覧いただいた方から多くの温かいメッセージが寄せられました。
(写真：パネル展示最終日のメッセージボード)

図書展示



テーマ：「認知症を知ろう」

SNSでの発信



Twitter、FacebookでもPRを行いました

⑤認知症関連映画の上映（市立図書館）

『お料理帖～息子に遺す記憶のレシピ～』（韓国映画）

9月18日（日）13：30～

参加者：29人

⑥図書館講座『なぞなぞづくりで脳活講座』

9月25日（日）13:30～15:00

講師 ながれおとや氏

（なぞなぞ作家・研究者 東松山市出身）

参加者：24人



令和4年度 東松山市自立支援型地域ケア会議について

R5. 8. 24

～実施状況と事例を通じた助言や課題、ふり返り～

【開催実績】

1) 開催状況

	回数	事例件数	会議形式
R4年度	9	17 (モニタリング含む)	WEB

2) 事例対象者性別 (令和4年度実績)

性別	男	女	合計
人数	7	10	17

3) 事例対象者年代別 (令和4年度実績)

年齢区分	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上	合計
人数	0	1	7	7	2	17

4) 事例対象者介護度別 (令和4年度実績)

介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護5	合計
人数	2	3	4	4	3	1	17

5) 事例対象者世帯状況 (令和4年度実績)

形態	独居	高齢者世帯	子と同居	その他	合計
人数	2	6	6	3	17

【これまでの助言】

理学療法士

<心身機能に関する助言>

- ・(本態性血小板増多症の方) 運動制限がない。血圧コントロールや肥満予防のために運動はよい。つまずきや転倒があるため、本人に注意を促すために杖を使用してはどうか
- ・(坐骨神経痛の方) 左右どちらかの脚の裏側に痛みが出ることが多い。それ以外の痛みがあればほかに原因があるかも。痛みが出る動きや時間帯を把握して、それを避けることも大切
- ・(膝の痛みや転倒のリスクがある方) 良くなってきていても転倒しないよう歩行手段の検討が必要。座ってまたは寝て行う運動がよい。足首におもりをつけて、座って膝伸ばしする運動がおすすめ。太ももの筋肉をつけると膝の痛みの軽減や歩行の安定性につながる
→1 セット 10～15 回位で少きついくらいの運動を 1 日3回、週3回を目安に自宅で行う
- ・今の機能を維持できるよう訪看の時に下肢筋力を強化。座ってできる運動や施設での体操への参加。

<アセスメントの仕方>

- ・医療マッサージで痛みや精神的不安が緩和されるならば、訪問リハビリで作業療法士が入るのもよい
- ・(脊髄小脳変性症の方)

- ・転倒や肺炎になると一気に悪化。予防が大事なのでリハビリの必要性を説明し、サービス導入がよい
- ・午前と午後に分けてバランスの運動をする。転倒しても大げがをしないような環境作りが必要。

<サービス提供事業所へ>

- ・(道具を使用するのが苦手な方) DS で何種類か試してはどうか
- ・(トイレの不安がある方) DS 利用時、自宅で骨盤底筋群訓練を習慣化すると尿漏れが減る
- ・(栄養不足のため運動しても身体が回復してこない方) 短時間の運動をちょこちょこ行うのがよい
→・片足立ち(80代は10秒くらい)、DSでも運動する習慣をつける、自宅では壁際や机の近くでやる。

<介護者の腰痛対策について>

- ・訪問看護で介助方法を指導してもらい、腰痛ベルトの使用、電動ベッドの利用

作業療法士

<作業環境・道具・方法の環境に関する助言>

[膝の痛みの軽減について]

- ・つかまって移動するために、自宅のどこに支持物を置くか検討が必要
- ・物を持っての移動や立ち上がる動作が難しいので、物を載せることができる歩行器の利用もよい
- ・いつでも一人で出かけられるようにセニアカーの利用を検討
- ・(痛みのある方) まず痛みについて評価し、それを基に本人の能力に合わせて自宅環境を変更するとよい
- ・(道具の使用が苦手な方) 簡易な歩行器を練習してみて、利用を検討
- ・(腰痛の方) 屈んだり捻ったりする動作が苦手→掃除では柄の長いものを選び、料理中は座れるところを準備
- ・(脊髄小脳変性症の方) 揺れてしまうのが主。歯磨きとボタンかけが困難→電動歯ブラシ、ボタンエイドの利用

<役割・社会参加に関する助言>

[飲酒について]

- ・飲酒量や生活リズムをレコーディングして備えていく。胃腸症状が現れ入院になることが一番よくない
- ・社会性が狭まったところから飲酒量が増えているならば、出かける場を見つけ、飲酒量を減らしていく
- ・本人のよい所を引き出すことが重要。本人の関心があることを通じて他者とよい関わりが持てるように

<心身機能に関する助言>

- ・睡眠をきちんととって生活のリズムを整える→集中力が増し、他の活動がやりやすくなる
- ・(通所型が難しいと思われる方) 訪問型から切り込んで支援できないか。自分のためにお金を使いたくないのかもしれないので、妻(家族)のためという言い方でサービス利用を促してはどうか
- ・主治医意見書では中核症状はないが BPSD あり。中核症状に随伴して周辺症状が出るので、認知症状について精査が必要

精神保健福祉士

- ・現状維持でみていくとよい
- ・家族の想いや介護負担を確認
- ・(飲酒量が多い方) 高齢なので好きなアルコールを無理にやめさせたり、精神科に入院して環境が変わると体調悪化ですぐに亡くなる可能性もある。また冬場に失禁して寝たままや高血圧で急変ということもある
→DSを増やし、飲酒量を減らしていく
- ・(頻回な訴えをする方)
対処法…意識をずらしていく(訴えるところを変えていく)

依存的な原因は何か…もともとの性格か、認知症の悪化か、多種類の薬を服用しているため、薬の影響か
胸の痛みについて…身体的に問題がないか検査する
家族がどこまで介入できるか…時間を決めて本人と関わる必要がある

歯科医師

[歯磨きについて]

習慣づけが大切。口の中の清潔を保つことが肺炎予防になる。洗口剤を併用すると頬の菌も取れるが、歯垢は歯磨きしないと取れない

[口渇について]

薬の副作用、加齢によるもの、アルコール、塩分が原因→唾液腺マッサージや食事の際の咀嚼に注意

[むせについて]

食事の姿勢にも関係し、猫背では飲み込みにくい。椅子に座って足を床につけた姿勢がよい

[嚥下障害について]

年齢を重ねるにつれ、口周りの筋肉や舌の動きが衰える→唾液腺マッサージやパタカラがおすすめ

[BP 製剤について]

口腔の外科処置で顎骨壊死につながるので注意

- (すべて自歯の方) 定期健診を続ける。自歯が多いと奥歯でしっかり噛め、ハードな筋トレができる
- (外出が困難な方) 訪問歯科診療を利用してはどうか
- (義歯のある方) 食事の時だけでなく、就寝時以外は義歯をつける。外した状態ではふらつきなどが入らないことがある。誤嚥性肺炎予防のため、義歯の掃除をする
- (敗血症にかかった方) 口腔内を清潔にすることと口腔機能向上訓練がおすすめ。誤嚥性肺炎の予防になる

薬剤師

[本態性血小板増多症について]

- 夏場や入浴後は特に十分な水分補給が必要
- 抗がん剤の一種ハイドレアは代謝を抑えるため皮膚疾患などの副作用あり。定期的な血液検査が必要。服用が一日おきのため服薬管理に注意

[高血圧について]

- 脳梗塞がある場合は血圧管理の必要がある。自宅でも測るとよい
- エンレスト錠は血圧の薬。副作用はむくみやカリウムが高くなることもある

[むくみ予防薬 (サムスカ)]

- 薬価が非常に高い。ジェネリックが今年発売され半額くらいになっているので、変更してはどうか

[レボトミン (安定剤) や睡眠剤について]

- ふらつきの原因となるため、極力処方をする傾向がある
 - サロンなどストレス発散の場を利用していくことで、更に効果があがると思われる
- (一包化について) 今きちんと服用していても、今後、一包化を検討してはどうか
- (発作性心房細動の方) 血栓予防薬は副作用として出血傾向があるため、アザや転倒には気をつける。
 - 精神安定剤トラゾドン、エチゾラム、デバス錠は、眠気やふらつきの原因となる。不眠やストレスがあると心房細動が起こりやすいと言われるので、必要な薬
- (脊髄小脳変性症の方) 全国に3万人ほど。症状は歩行のふらつき、手の震え、呂律が回らないなど。進行して

いくので、現状に合ったリハビリが必要。今後、手を使いづらくなれば分包を。嚥下困難になれば、OD 錠に変更してはどうか

- ・(心不全の方) 血圧、むくみを見ながら気をつけてリハビリしてほしい。ミネラルバランスが必要になる薬なので、定期検査が必要。内科の薬は出血傾向のある薬もあるので、アザに注意

管理栄養士

[食事のとり方]

- ・食事バランスよりもまずは3食を食べる習慣をつける。リハビリができる体を作ることが大切
- ・足腰を鍛えるには、筋肉になるたんぱく質を摂らなければならない。朝食が一番栄養が吸収されやすい
- ・朝食：バナナ、ヨーグルト、プリン、牛乳、ゆで卵、卵かけごはん、納豆、ソーセージ
- ・3食の習慣ができれば、ご飯⇒白、肉や魚⇒茶色と赤色、野菜・きのこ⇒緑色と黄色、彩のある食事を
- ・鯖缶と大根の煮物は、鯖缶の汁で煮るとよい(偏りが無い食事を)

[体重減少(低栄養・脱水の疑い)について]

- ・おかずを足す、ヨーグルトを足す、砂糖・はちみつを入れる。お粥はカロリーが少ないので、軟飯にする
- ・食事の内容より、エンシュア・リキッド(唯一保険適用の高栄養な流動食)をきちんと飲めるようにする
- ・麺食の時は豆腐や卵、缶詰、魚肉ソーセージ(高蛋白低脂肪)などの蛋白質をちょい足しする
- ・マヨネーズ、ドレッシング、油を利用し「炒める、揚げる」などの調理方法を変えるとカロリーが上がる
- ・食事から1ℓ、飲水で1~1.5ℓが摂れる。水分摂取量が少ない人は、経口補水液の摂取がよい

<経口補水液の作り方>

- ・500ml ペットボトルに水、砂糖 20g(大さじ2杯強)、塩 1.5g(小さじ4分の1)を入れる。

※一気に飲むと汗で出てしまうので、ちびちび飲むとよい

※片栗粉はよくないので、トロミ剤を薬局で購入し、経口補水液に入れて飲む

[誤嚥性肺炎予防について]

- ・お茶や汁物にとろみをつける
- ・パンやカステラ、ゆで卵の黄身、クッキーはパサつくので気をつける。パンは牛乳などに浸して食べる
- ・硬いものはみじん切りにせず一口大に切り、キャベツは柔らかく煮る、キュウリは塩もみし水で流す
- ・(高血圧や心臓疾患の方) 毎朝三種類の漬物を食べると塩分を3g摂ることになる。1日6g以内が基本
- ・(夜間の間食について) コーヒー牛乳やミルクティーで不眠か。ホットミルクに変更すると安眠につながる

生活支援コーディネーター

[福祉センター]

- ・月一回のソーナタイム(脳トレ、演奏会、体操など)の活用
- ・社協主催の子育てサロン(乳幼児対象)への参加

[ボランティアセンター]

- ・「おうちボランティア特集」の活用(雑巾、アクリルたわしの作成、折り紙)
- ・障害者が企画運営するサークル「ヒッキーハート」(PCクラブ、絵手紙、習字クラブなど)が福祉センターで開催されている

[サロン・シニアクラブ]

- ・神明町サロン…ハッピー体操、歌を歌う、誕生日会を毎月開催。体操が苦手であれば終わった頃に参加も可
- ・座布団干しの会(おしゃべりの場)への参加→地域福祉コーディネーターがサロン等の開催状況を案内可能

(比企広域電子図書館) 興味のある本を借りてはどうか

(支え合いサポート) 外出支援は要介護1まで。要介護2以上の方はデマンドタクシーの利用はどうか

(その他)

友人や近所との付き合い、地域活動を継続し気分転換。第2層協議体への参加：移動販売、散歩でパトロール

【見えてきた課題など】

ケアマネやサービス提供事業所に対して

- ・(訴えが多く、言うことを聞いてくれない方) ケアスタッフや家族の心情やわだかまりをいかに解消するかがポイント。周りの人も定期的に解消する機会を作ることが必要。その点で「チームMさんを検討する」というCMの企画は素晴らしい。CMとしてサービスを調整するだけでなく、関わっている人にまで気を配っている。
- ・(セルフマネジメントに自信を持っている方)
 - ・論理的な介入をしていくのが一番だと思う。病状の進行に合わせてアドバイスをしてもらうとよい
 - ・自己管理もよいが、定期的な評価が必要。第三者による客観的な評価を受けることで、本人の努力により、状態が保てているかの確認になる
 - ・意欲が高い方への支援は難しさがあり、誰の意見は受け入れるかを見ていかなければならない
- ・(言うこととやることが一致していない方) DASC-21 の活用や本人を観察して状態像を確認する(理解力や判断能力の確認)。
- ・課題整理総括表に記載されていることが課題。これを見直し、サービスを提案してはどうか
- ・楽しみを見つけていくことが気分転換になる。本人に役割を持ってもらい、本人の生きがいにつなげる
- ・サービス担当者会議では家族の意向を確認し、本人と関わるところを見つけてほしい
- ・膝の手術の必要性を主治医と相談した上で、外出するために必要なサービスを検討
- ・医療緊急度の高い方は、訪問リハビリと訪問看護を軸に早急に検討が必要
- ・短期集中型通所型サービスは年度に1回利用できるに変更になっている。再検討してはどうか
- ・体重が重いので、DCでは減量プランにしてはどうか。公共交通機関利用のためという視点でのDC利用
- ・ヘルパーさんと一緒に栄養を考えた食事作りが必要。ヘルパー導入で家族の負担軽減を図る
- ・毎日の配食利用が無くなり、安否確認が難しい。本人がSOSを発信できるかなど、緊急の場合の対応方法を本人や家族と話しておいた方がいい。緊急通報システム設置の検討
- ・介護者の達成感のために、介護者の負担をいかに減らすかということにシフト。「基本施設、時々在宅」という在宅と施設の往復機能を使い、在宅介護をしていると思えるならそれでよい
- ・ACPの視点から、本人も家族も悔いなく最期を迎えるために「私の意思表示ノート」などを活用して本人の意向を確認
- ・介護保険サービスだけではなく、障害系サービスを利用して、生活を充実させてはどうか

保険者に対して

- ・認知機能の低下とケアラー支援について→市や社協からCMへの情報提供を続ける
 - ・アルコール依存症の方が相談できる先を市でも把握しておき、CMと情報共有していく
 - ・固定電話がない世帯が増える中、緊急通報システムは固定電話なしでは利用できない
- 市としては、システムを入れ替える際は、時代の変化を踏まえなければならないと考えている

- ・東松山市でも理学療法士に訪問・評価してもらえるサービスがあるとよい

【今後に向けての自立支援型地域ケア会議の課題】

- ・非該当になった方への支援や介護保険サービスに捉われずに、インフォーマルサポートの利用など、本人の願いを叶えるための助言が重要
- ・短い時間で中身の濃い議論をするための手法を検討することが必要
- ・助言だけでなく、家族がどこまで協力できるかという視点で、CMは家族に対するアセスメントが必要。家族ができないことを介護給付や福祉サービス、地域のサービスで補う。週間計画と計画書（2）に家族ができることを記載した方がいい。家族の関わりをアセスメントの中でとっていくことが必要。司会がそれをCMに気づかせるような進行をするとよい

第 9 期 2024（令和 6）～2026（令和 8）年度

高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画（案）

＜第 2 章 第 4 節 の一部
～第 3 章＞

2023（令和 5）年 8 月

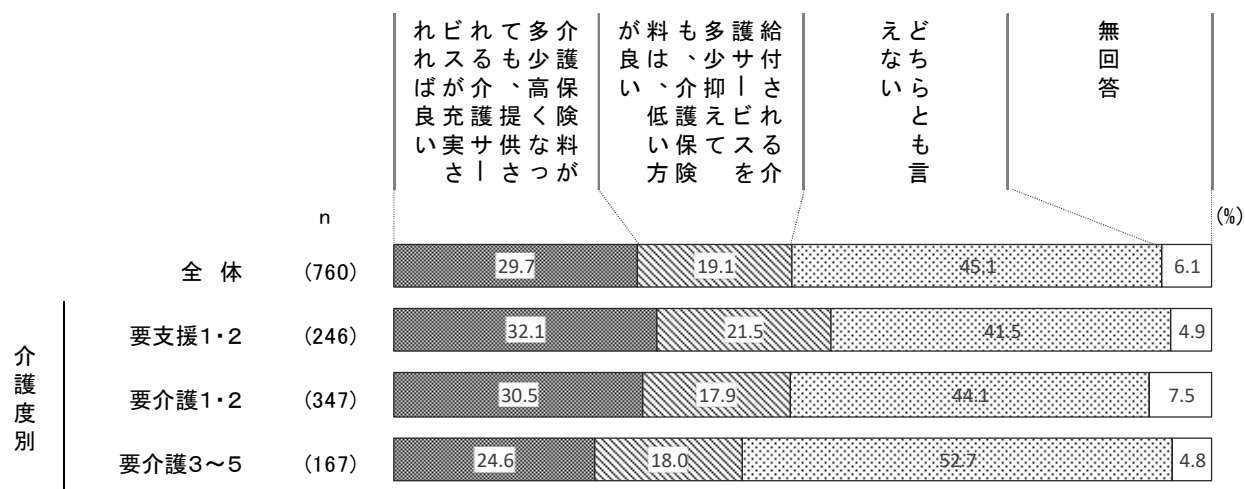
東松山市

<目次>

第1章 計画の策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景	3
第2節 計画の位置づけ	4
第3節 計画の期間	6
3-1 計画の期間	6
第4節 国が定める基本指針について	7
4-1 第9期介護保険制度の見直し（案）	7
4-2 第9期計画の基本指針のポイント（案）	9
第5節 計画の策定体制	10
5-1 会議体での検討	10
5-2 各種調査の実施	10
5-3 パブリック・コメントの実施	10
第2章 高齢者の保健福祉を 取り巻く状況	11
第1節 東松山市の高齢者の現状と将来推計	13
1-1 人口の推移と将来推計	13
1-2 高齢化率の推移と将来推計	15
1-3 高齢世帯の推移	17
1-4 要介護（要支援）認定者数の推移と将来推計	18
1-5 地域包括ケア「見える化」システムを利用した現状把握	19
第2節 日常生活圏域の状況	27
2-1 日常生活圏域の設定	27
2-2 地域包括支援センター一覧	27
2-3 日常生活圏域区分図	28
2-4 日常生活圏域ごとの整備状況	29
第3節 第8期計画の進捗評価等	30
3-1 介護保険事業の運営	30
3-2 地域包括ケアシステムの充実に向けた取組	32
第4節 各種調査結果から見た現状と課題	33
4-1 地域包括ケアシステムの構築に向けて	33
第3章 計画の基本的方向	51
第1節 基本理念・基本方針等	53
1-1 基本理念	53
1-2 基本方針	55
第2節 施策の体系	56
2-1 体系図	56

(6) 介護保険制度の運営

介護保険料と介護サービスのあり方：介護度別



資料：在宅介護実態調査結果より

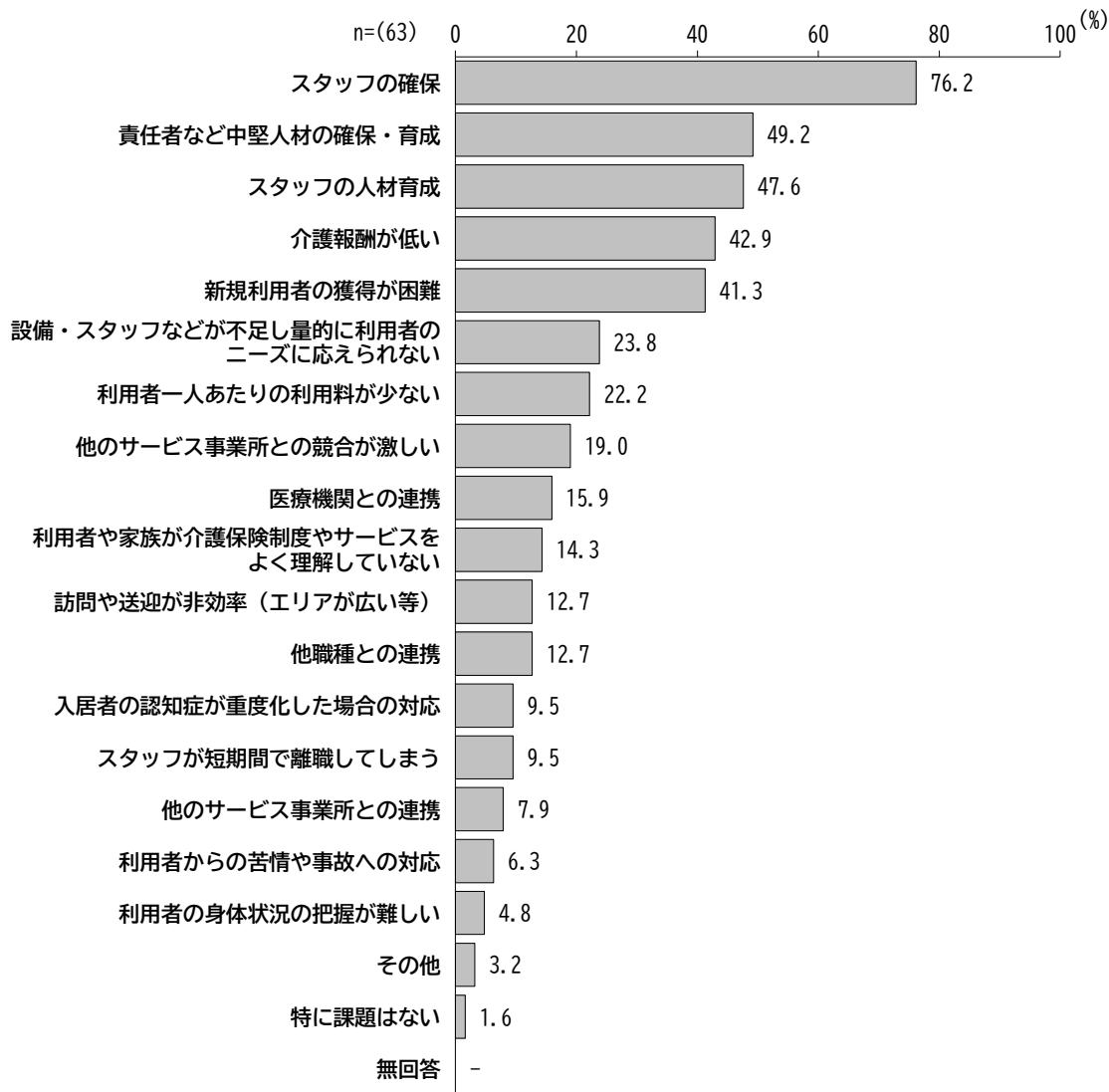
【現状】

介護保険料と介護サービスのあり方をみると、「どちらとも言えない」が45.1%で最も高く、次いで「介護保険料が多少高くなっても提供されるサービスが充実されればよい」(29.7%)となっています。介護度が重くなるほど、「どちらとも言えない」との回答割合が増加する傾向にあります。

【課題】

介護保険料と介護サービスの提供は関連するため、将来の人口動態や介護ニーズにつき今後も把握していく必要があります。地域の実情も踏まえた介護サービス、介護サービス基盤の整備を検討する必要があります。

事業を運営する上での課題（複数回答）



資料:介護サービス事業所向けアンケート調査結果より

【現状】

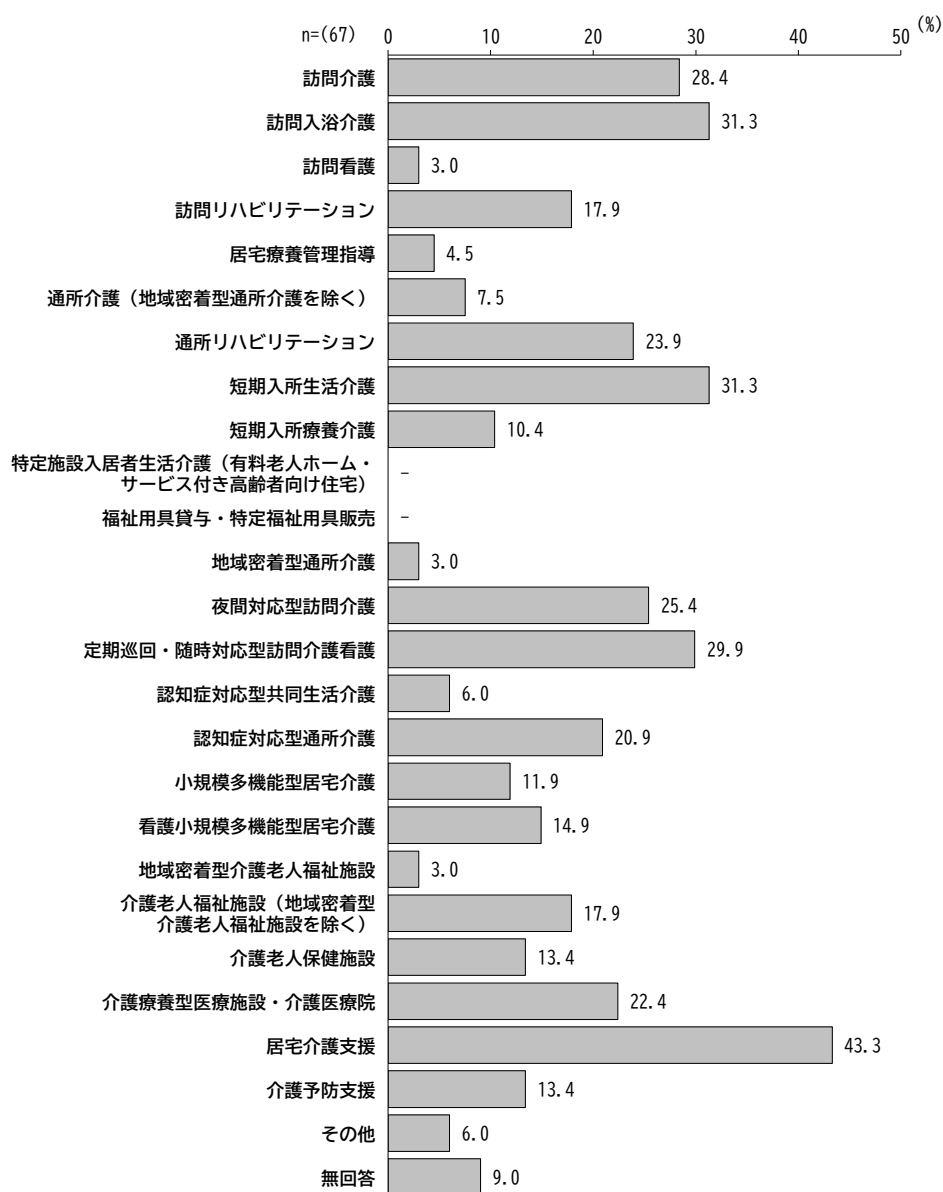
介護サービスを提供する事業所の状況について、事業を運営する上での課題は、「スタッフの確保」が76.2%で最も高くなっています。また、「責任者など中堅人材の確保・育成」、「スタッフの人材育成」、「介護報酬が低い」と人材に関する回答が40%を超える値となっています。

【課題】

今後、高齢者人口の増加に伴い介護を必要とする人の増加が見込まれることから、介護人材の確保や、人材育成が継続的な課題となります。

第2章 高齢者の保健福祉を取り巻く状況

地域に不足しているまたは必要であると思う介護保険サービス（複数回答）



資料:介護支援専門員向けアンケート調査結果より

【現状】

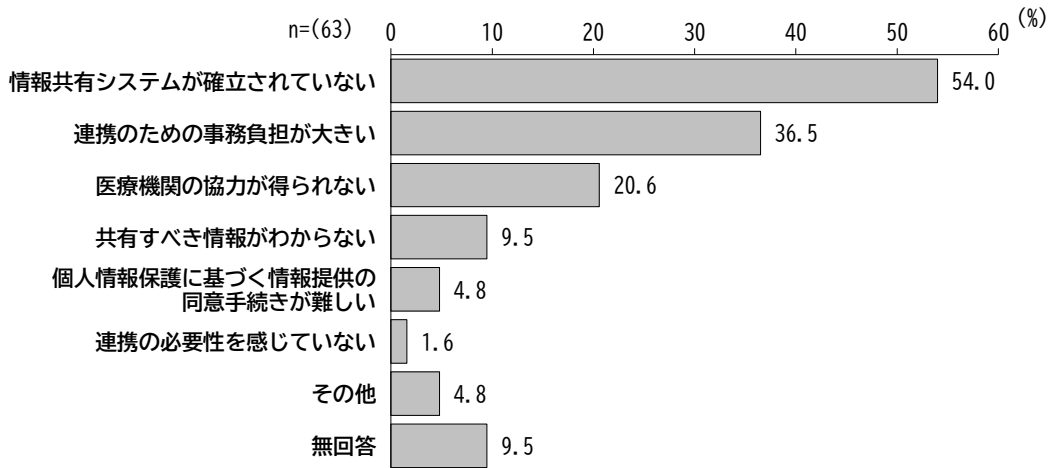
地域に不足しているまたは必要であると思う介護保険サービスとして、「居宅介護支援」が43.3%で最も高く、次いで「訪問入浴介護」、「短期入所生活介護」（31.3%）の順となっています。

【課題】

居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、介護サービスの利用する上で重要な役割を果たしていることから、ケアマネジャーの確保を進める必要があります。また、不足しているまたは必要であるサービスとして、在宅生活を支えるサービス基盤が挙げられています。

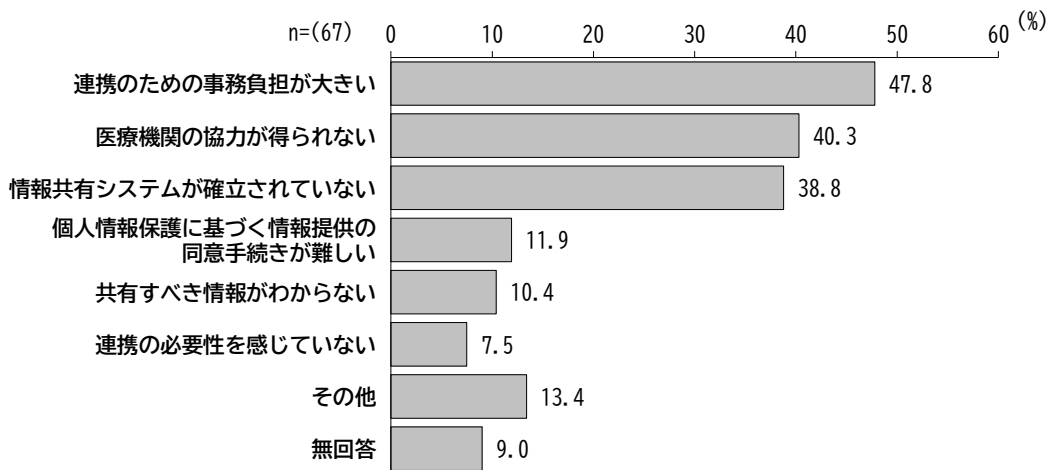
(7) 医療と介護の連携

医療機関との連携を進める上での課題（複数回答）【事業所】



資料:介護サービス事業所向けアンケート調査結果より

医療機関との連携を進める上での課題（複数回答）【介護支援専門員】



資料:介護支援専門員向けアンケート調査結果より

【現状】

医療機関との連携を進める上での課題について、介護サービス事業所、介護支援専門員共に「情報共有システムが確立されていない」、「連携のための事務負担が大きい」、「医療機関の協力が得られない」が上位3つを占めています。

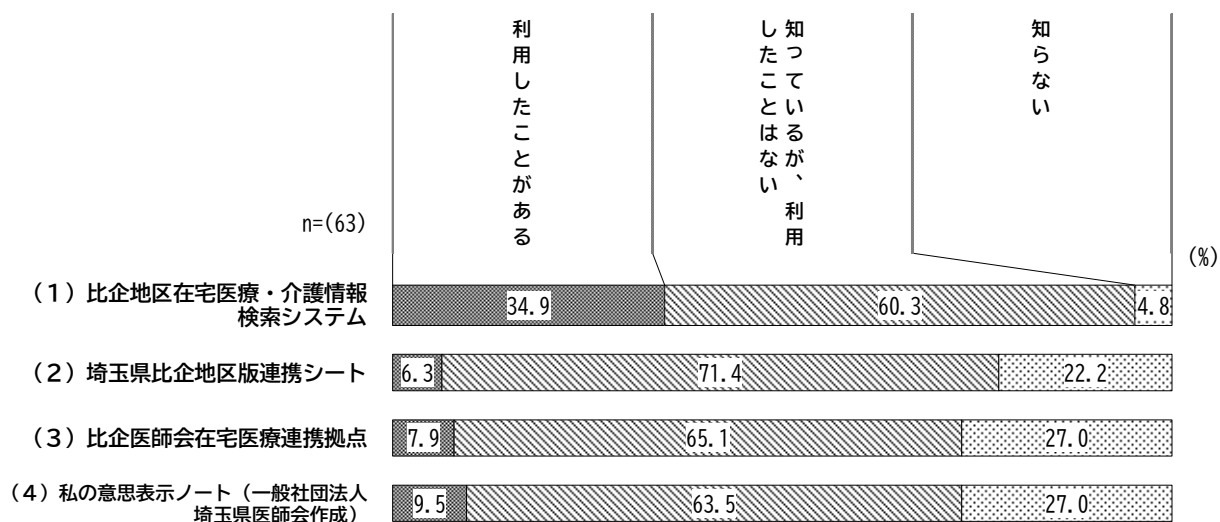
【課題】

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患や認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、さまざまな局面での在宅医療及び介護の提供に携わる人・関係者との連携を図るための体制整備が必要です。連携のための事務負担の大きさが課題に挙げていることから、事務効率化に資する洗い出しをする必要があります。また、情報共有のためのMCS（メディカル・ケア・ステーション）の利用が進むよう検討してまいります。

第2章 高齢者の保健福祉を取り巻く状況

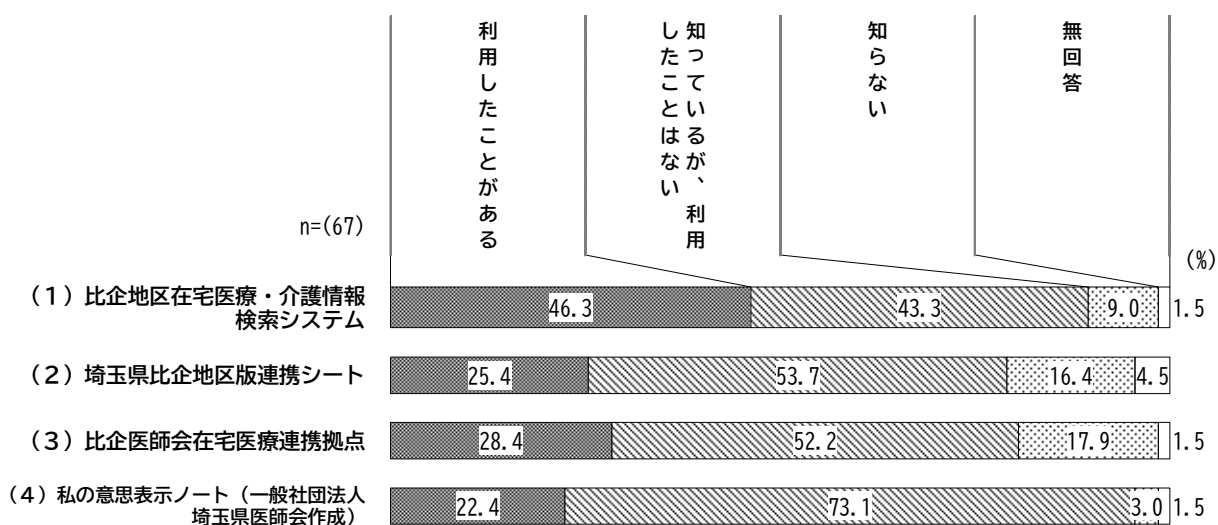
【参考】

比企地区が実施している事業の認知・利用状況【事業所】



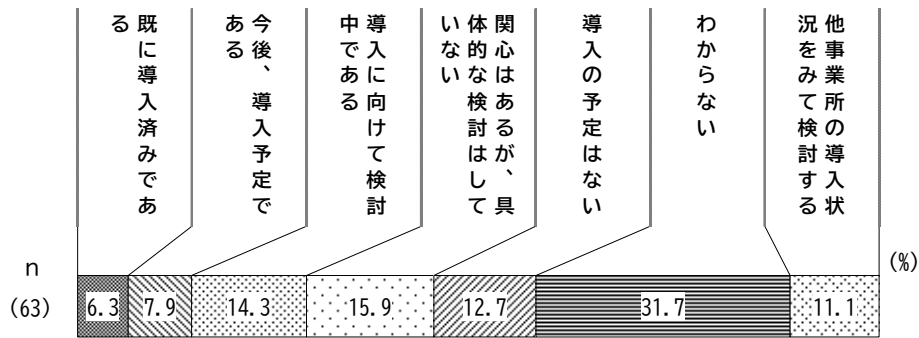
資料:介護サービス事業所向けアンケート調査結果より

比企地区が実施している事業の認知・利用状況【介護支援専門員】



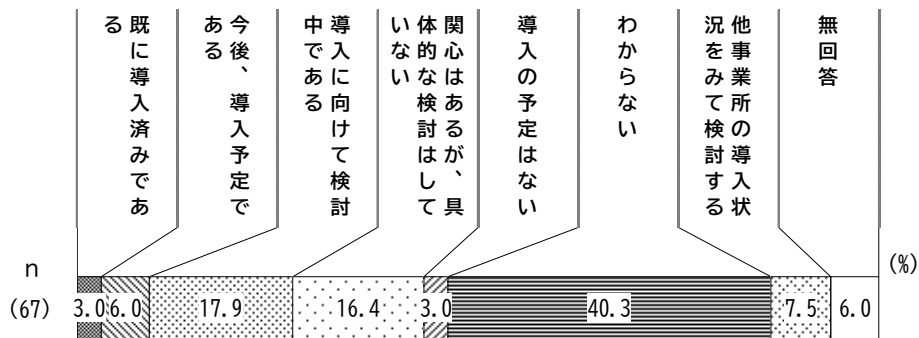
資料:介護支援専門員向けアンケート調査結果より

ケアプランデータ連携システムの導入状況【事業所】



資料:介護サービス事業所向けアンケート調査結果より

ケアプランデータ連携システムの導入状況【介護支援専門員】



資料:介護支援専門員向けアンケート調査結果より

第3章 計画の基本的方向

第1節 基本理念・基本方針等

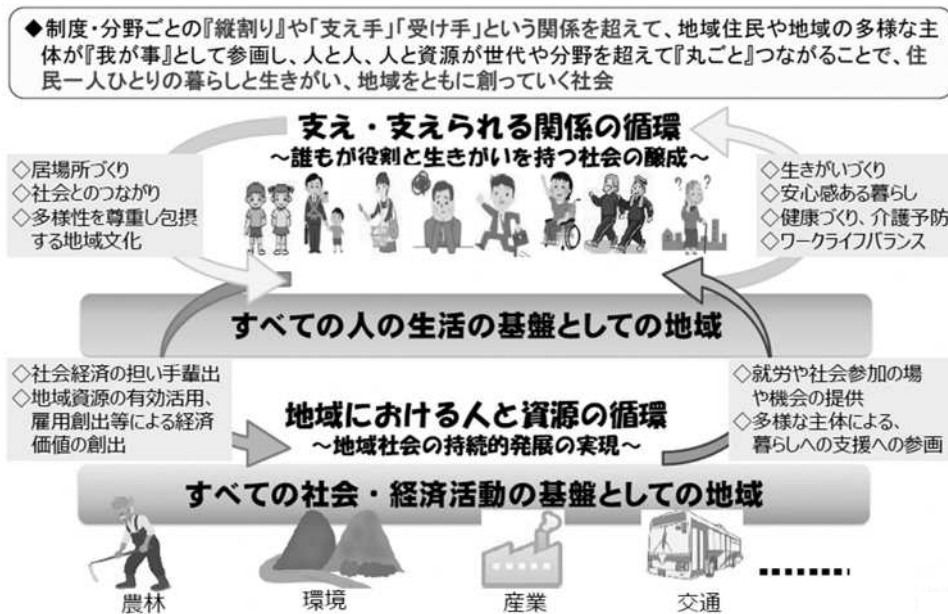
1-1 基本理念

**いつまでも 自分らしく
安心して暮らせるまち 東松山の実現**

国は高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、支える側・支えられる側という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが役割やいきがいをもち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会として、地域共生社会をコンセプトに掲げ、その具体化に向けた改革を進めています。

地域共生社会においては、他人事になりがちな地域づくりを住民が我が事として主体的に取り組んでいく仕組みづくり、制度の縦割りを超えて、ニーズに丸ごと対応できるような相談支援やサービス提供の体制づくりが必要となります。

【地域共生社会とは】



出典：厚生労働省

第3章 計画の基本的方向

今後、本市では、高齢者の単身世帯・夫婦のみの世帯や、認知症の方の増加が見込まれるなど、介護サービスの需要はさらに増加し、また、多様化することが予想されます。一方、現役世代の減少はより顕著となり、保健・医療・福祉サービスのさらなる連携強化、また、高齢者同士や地域において高齢者を支え合う仕組みの構築・充実と、高齢者介護を支える人的基盤の確保が求められています。

このような社会情勢の中で、高齢者の生活を支える地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築は、地域共生社会の実現に向けた中心的な存在でもあります。

そのため、本市では第6期計画以降、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025年（令和7年）に向けて、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制づくりを進めてきました。今後はさらにその先のいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年（令和22年）、高齢者人口がピークを迎え、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加する時代を見据えたサービス基盤づくり、地域づくりが重要になります。

以上のことから第9期計画では、第7期・第8期計画で推進してきた地域包括ケアシステムの構築に向けた取組をさらに推進していくため、引き続き「いつまでも自分らしく安心して暮らせるまち 東松山の実現」を基本理念とします。

1-2 基本方針

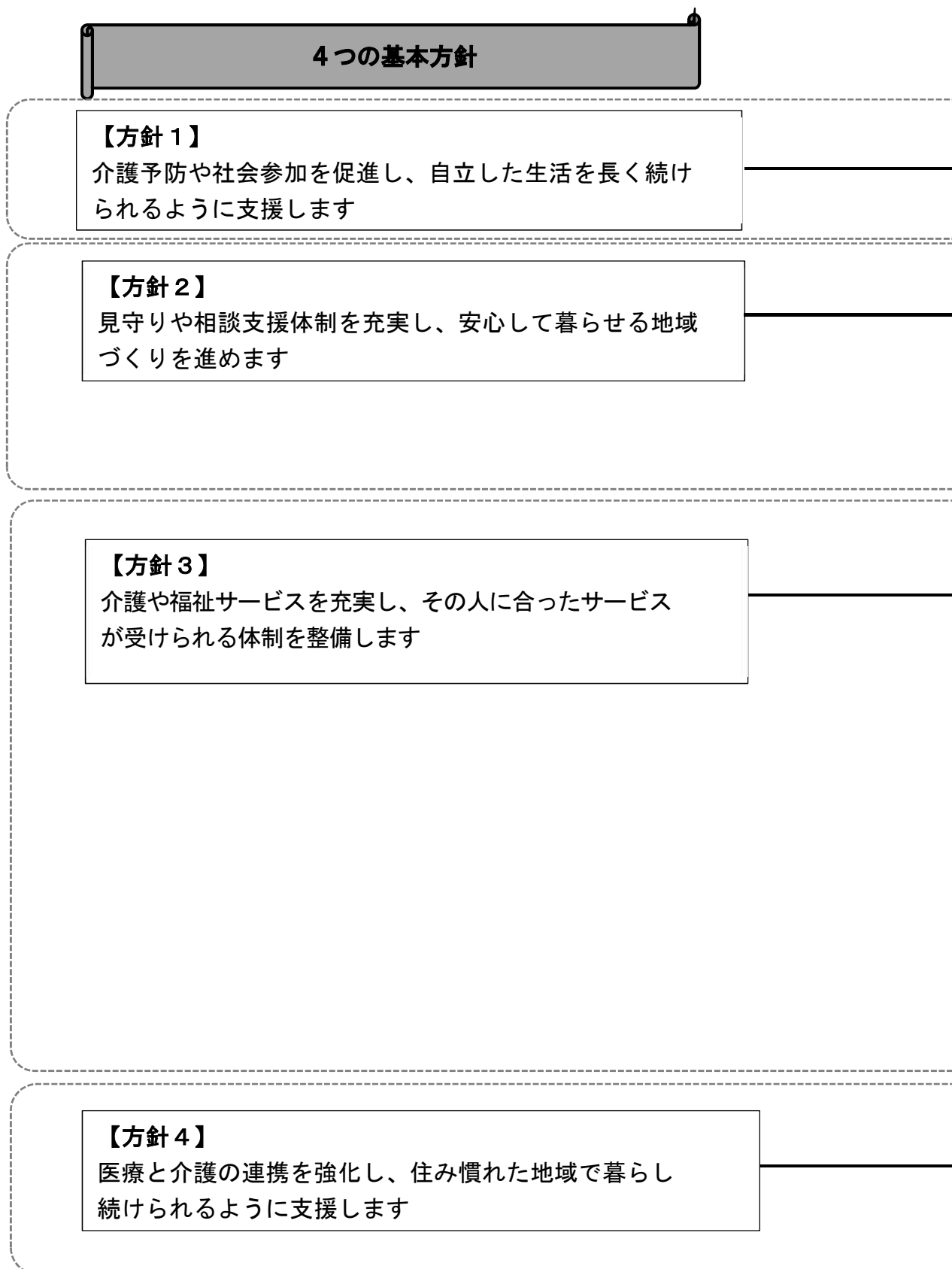
基本理念の実現を目指し、以下の4つの基本方針のもと、各種施策を展開していきます。

方針1	介護予防や社会参加を促進し、自立した生活を長く続けられるように支援します
<p>高齢になっても、できる限り介護を必要としない生活を長く続けられるように、介護予防や社会参加を促進するための施策を推進します。また、介護や支援を要する状態になった場合でも、改善や重度化防止に向けた取組を進めます。</p>	
方針2	見守りや相談支援体制を充実し、安心して暮らせる地域づくりを進めます
<p>一人暮らし高齢者や認知症の方などを地域で見守り、相談や支援につなげるためのネットワークづくりを進めます。また、認知症の方が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、市民の認知症に対する理解促進を図ります。</p>	
方針3	介護や福祉サービスを充実し、その人に合ったサービスが受けられる体制を整備します
<p>介護や支援が必要な人が安心してサービスを利用できるように介護・福祉サービスの充実を図り、介護サービス基盤の整備を計画的に進めます。また、保険者機能を強化し、介護給付の適正化と質の確保・向上を図ります。</p>	
方針4	医療と介護の連携を強化し、住み慣れた地域で暮らし続けられるように支援します
<p>たとえ重度の要介護状態になっても、在宅での生活を継続できるように、医療や介護に関わる多職種ネットワークづくりや関係機関との連携を通じて、医療と介護における支援体制を強化します。</p>	

第2節 施策の体系

2-1 体系図

第9期計画では、次のような施策体系で事業を展開していきます。



基本
理念

いつまでも 自分らしく 安心して暮らせるまち
東松山の実現

5つの施策の柱

施策

1 介護予防・健康づくりの
推進と社会参加の促進

- ① いきがいづくり・社会参加の支援
- ② 健康づくりや介護予防の推進

2 相談・支援体制の充実

- ① 地域包括支援センターの機能強化
- ② 安心・安全に暮らせる地域づくりの推進
- ③ 認知症施策の推進
- ④ 権利擁護の推進・虐待防止の推進

3 介護予防・生活支援サービス
及び福祉サービス等の充実

- ① 介護予防・生活支援サービスの充実
- ② 福祉サービスの運営
- ③ 生活支援体制の整備

4 介護保険制度の適正な運営

- ① 情報発信・見える化の推進
- ② 介護サービス基盤の整備
- ③ 介護人材の確保・資質の向上・
業務効率化に向けた事業者支援の推進
- ④ 介護給付の適正化の推進
- ⑤ 高齢者の居住安定に係る施策との連携
- ⑥ 利用者負担の助成

5 医療と介護の連携強化

- ① 地域の医療・介護サービス資源の把握
- ② 医療・介護の連携体制の強化
- ③ 地域住民への普及・啓発

【自己評価】

- ・数値目標があるもの
- ◎達成率 80%以上
- 達成率 60%～79%
- △達成率 30%～59%
- ×達成率 29%以下

- ・数値目標を設定していないもの
- ◎達成できた
- 概ね達成できた
- △達成はやや不十分
- ×全く達成できなかった

第8期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の実績・評価について

第8期介護保険事業計画に記載している内容				令和4年度(年度末実績)				
施策の柱	施策	目標を設定するに至った「現状と課題」	第8期計画における「取組」	「目標」 (事業内容、指標等)	取組の具体的な実施内容、実績	自己評価	評価の理由	課題と対応策
1 介護予防・健康づくりの推進と社会参加の促進	いきがいくくり・社会参加の支援	高齢者がいつまでも元気に自分らしく暮らしていくために、いきがいくくりと社会参加が重要である。 地域における通いの場である高齢者向けサロンやシニアクラブなどの活性化を促すとともに、健康で働く意欲のある高齢者の就労機会の確保を図る。	65歳の誕生日を迎える方に「いきいきバス・ポイントカード」を交付する。特定健診や健康づくりなどの市が指定した事業に参加してポイントを貯めると奨励品と交換できるほか、登録協賛店でカードを提示することで、協賛店独自の特典サービスを受けることができる。 高齢者同士が集い、地域奉仕等を行っているシニアクラブ及びシニアクラブ連合会に対し、活動費・運営費の補助を行う。 シニアボランティア支援事業として、ボランティア活動を通じたいきがいくくりや社会参加を支援するため、活動実施に応じてポイントを付与し、貯めたポイントに応じた転換交付金を交付する。	いきいきバス・ポイント事業 (人数) R2実績 R3 R4 R5 奨励品交付申込者数 466 1,350 1,400 1,450 シニアクラブ事業 R2実績 R3 R4 R5 シニアクラブ数 73 73 73 73 会員数(人) 4,013 4,050 4,100 4,150 シニアボランティア支援事業 R2実績 R3 R4 R5 登録者数(人) 500 520 550 580 活動箇所数 105 110 115 120	いきいきバス・ポイント事業 (人数) R4実績 奨励品交付申込者数 955 シニアクラブ事業 R4実績 シニアクラブ数 71 会員数(人) 3,529 シニアボランティア支援事業 R4実績 登録者数(人) 527 活動箇所数 103	○	いきいきバスポイント事業及びシニアボランティア支援事業は、コロナ禍で事業中止や参加人数の制限等により、申込者数及び登録者数が目標を下回った。 シニアクラブ事業については、高齢者のライフスタイルや価値観の多様化により、シニアクラブ会員数が減少している。	いきいきバスポイント事業及びシニアボランティア支援事業は、事業の周知に加え、幅広い分野でポイント対象事業の拡大及びカードが使用できる協賛店の増加を図ることで、高齢者の外出意欲の向上や社会参加、いきがいくくりを支援する。 シニアクラブ事業は、令和元年度に作成・配布した加入促進マニュアルやチラシを、新規会員の獲得の取組み支援として、令和5年度改めて配布する。
	健康づくりや介護予防の推進	本市の高齢者人口は2025年(令和7年)を迎えるにあたり、引き続き増加傾向であると見込まれている。また、要介護(要支援)認定者数についても、引き続き増加が見込まれていることから、介護予防や社会参加の重要性が増している。 高齢者のフレイル状態を把握した上で効果的な健康づくりや介護予防を推進し、健康寿命の延伸を図る。	介護予防体操のボランティア指導者(きらめけ☆サポーター)の養成を継続し、実施場所や実施形態を維持することで参加者を増やす。	参加者数(延人数) R2実績 R3 R4 R5 体育館プログラム 3,902 3,000 5,850 11,700 サロンプログラム 6,315 8,000 12,000 24,000 マシンプログラム 2,408 2,500 3,500 4,500 サポーター養成者数 3 6 9 12 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、令和2年度以降、一部事業の休止や定員の縮小を考慮して目標を設定している。	参加者数(延人数) R4実績 体育館プログラム 11,437人 サロンプログラム 14,186人 マシンプログラム 5,843人 サポーター養成者数 8人 介護予防体操として地域に定着しており、参加者が多い。体育館プログラムでは新規参加者が167人いた。	◎	コロナ禍で人数制限をした上で事業を実施したが、目標人数を上回っており、住民の健康維持に寄与している。	介護予防事業の実績がアウトプット指標であるため、アウトカム指標で説明することが課題である。 介護予防体操の効果を説明するため、体力測定結果をデータベース化し分析する。
2 相談・支援体制の充実	地域包括支援センターの機能強化	地域ケア会議は、多職種・多機関が個別ケースの支援内容の検討等を通じて、個別課題解決機能、地域包括支援ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能や政策形成機能の役割を果たしている。 多職種による自立支援型地域ケア会議を開催し、高齢者の自立支援、重度化防止に資するケアプラン作成を支援するとともに、困難事例の支援を検討する個別ケア会議を継続して実施する。	自立支援型地域ケア会議を開催し、多職種の専門的な視点に基づく助言を通して、高齢者の自立支援、重度化防止に資するケアプラン作成を支援する。 困難事例の支援を検討する個別ケア会議を継続して実施する。	自立支援型地域ケア会議の実施 実績と目標等 R2実績 R3 R4 R5 開催回数 4 9 9 9 地域ケア個別会議の実施 実績と目標等 R2実績 R3 R4 R5 開催回数 11 20 20 20	R4実績 自立支援型地域ケア会議の実施 ・市内地域包括支援センター内打合せ ・自立支援型地域ケア会議開催 9回(月1回、4、8、3月以外の年9回) ・県総合支援チームとの打ち合わせ及び地域包括支援センターとの打合せ 地域ケア個別会議の実施 25回	◎	自立支援型地域ケア会議の実施 コロナ禍においてWEB会議により継続実施しており、専門職からの助言等を受けることで高齢者の自立支援・重度化予防に向けた支援につながる視点等を得ることができた。 地域ケア個別会議の実施 事例が生じる毎に、会議を開催した。	会議の中で出された意見から、具体的な地域課題やニーズを吸い上げ、政策形成にどのように繋げて行くかが課題である。 自立支援型地域ケア会議で、一定期間後にふり返しを実施することにより、助言の効果を確認する。
	安心・安全に暮らせる地域づくりの推進	高齢者が一人暮らしや認知症であっても、住み慣れた地域で生活が継続できるよう地域での見守りやサポート体制を充実が必要である。 また、近年の災害発生状況や新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、国や埼玉県、関係団体との連携協力の下、安心で安全に暮らせる地域づくりを目指す。	一人暮らしや認知症の高齢者等を地域でさりげなく見守っていく仕組みとして、2010年度(平成22年度)から実施するあんしん見守りネットワークを継続する。 見守りが必要とする人の増加が見込まれることから、関係機関との連携強化と協力事業所の増加に取り組み。	安心見守りネットワーク事業 R2実績 R3 R4 R5 見守り対象者数 38 43 48 53 協力事業所数 73 78 83 88	安心見守りネットワーク事業 R4実績 見守り対象者数 40 協力事業所数 74 協力員・協力事業所を対象とした、地域での見守り活動に関する研修会の実施 1回 10/14 31人 地域包括支援センター職員による、見守り対象者への訪問	◎	事業の継続により、さりげない見守りによる高齢者の地域社会からの孤立防止、日常生活における問題の早期発見が図れた。	引き続き、民生委員等への事業の周知を行う。また、毎年度、協力員・協力事業所への研修会を実施することで、意識醸成を図る。

第8期介護保険事業計画に記載している内容					令和4年度(年度末実績)			
施策の柱	施策	目標を設定するに至った「現状と課題」	第8期計画における「取組」	「目標」(事業内容、指標等)	取組の具体的な実施内容、実績	自己評価	評価の理由	課題と対応策
2 相談・支援体制の充実	認知症施策の推進	国の推計によると、2025年(令和7年)には65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症と見込まれている。この推計は、本市の高齢者人口にあってはめると、認知症高齢者は約5,500人と推計される。認知症は早期に発見、治療することで、症状の進行を遅らせることができると言われており、認知症の早期発見に繋げるための事業を実施していく必要がある。	・認知症初期スクリーニングシステムの普及を図る。 ・認知症検診を実施し、検診後精密検査を要する方への受診勧奨を要する。また、認知症予防講座を開催し、認知症予防に取り組んでいく。 ・認知症等に対する正しい理解や、認知症の方と家族を見守る認知症サポーターを養成する講座を開催する。 ・認知症の方やその家族、地域住民、専門職など、誰もが参加でき、なごやかな雰囲気の中で交流を楽しむ認知症カフェの開催を支援する。	認知症初期スクリーニングシステムの普及 実績と目標等 R2実績 R3 R4 R5 利用者延件数 8,046 5,500 6,000 6,500 認知症検診事業 実績と目標等 R2実績 R3 R4 R5 受診率(%) 14.2 14.0 15.0 16.0 認知症サポーター養成講座 受講者数 R2実績 R3 R4 R5 一般講座 0 50 100 150 小学生向け 626 780 780 780 累計延人数 5,265 6,269 7,149 8,079 認知症の方やその家族、地域住民、専門職など、誰もが参加でき、なごやかな雰囲気の中で交流を楽しむ認知症カフェの開催を支援する。	認知症初期スクリーニングシステム 利用者数 R4実績 年間6,871件 認知症検診実施 R4実績 受診率10.6% 認知症サポーター養成講座 受講者数 R4実績 一般住民向け 69 小学生向け 735 累計延人数 6,615 認知症カフェ 5か所 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止の為、中止2か所 ・開催2か所への参加・協力 ・立ち上げ支援等を実施(1か所 R5年度開催予定)	○	コロナ禍により直接周知する機会は少なかったが、周知方法や内容を工夫し、目標を上回ることができた。一方、認知症検診率は目標を下回った。 教育委員会や各小学校、地域包括支援センター等の協力により、小学校11校全校で認知症サポーター養成講座を実施することができた。講座受講者には、テキスト、認知症サポーター証及び相談窓口チラシの入ったティッシュ等を配布するとともに、アンケートを実施した。	認知症検診で受診率が上がらなかったことが課題である。従来の方法に加え、民生委員の協力により高齢者世帯調査時に周知を図る。 引き続き、認知症サポーター養成講座の開催に向け関係機関と調整し実施するとともに、認知症キャンペーンや窓口でのチラシ配架、関係機関への配布等により、認知症への理解を啓発し、認知症の方と家族の理解者を増やす。
	権利擁護の推進・虐待防止の推進	認知症などにより判断能力の低下した高齢者は増加しており、一人暮らし高齢者や高齢者のみで構成される世帯も今後も増えることが予想される中、より一層の権利擁護に関する相談体制の強化や啓発を行い、高齢者が安心して暮らせるまちづくりを推進する。	判断能力が低下した高齢者の意思決定や生活全般を支援する制度である成年後見制度の利用を促進するため、成年後見センターと連携を図りながら成年後見制度の申立ての支援や成年後見人等の報酬の助成を行う。	成年後見制度利用支援事業 R2実績 R3 R4 R5 報酬助成件数 11 15 19 23 成年後見センター 124 125 130 135 相談件数	成年後見制度利用支援事業 R4実績 報酬助成件数 5 成年後見センター 259 相談件数	◎	成年後見センター相談件数は、目標を上回ることができた。	引き続き、広報紙、HPでの周知を行うと共に、成年後見センターと協力し必要な方への支援を行う。
3 介護予防・生活支援サービスの充実	介護予防・生活支援サービスの充実	本市の高齢者人口は2025年(令和7年)を迎えるにあたり、引き続き増加傾向であると見込まれている。要介護(要支援)認定者数についても、引き続き増加が見込まれていることから介護予防の重要性が増している。それぞれの地域や生活環境、心身の状況に合わせたニーズを把握し、地域資源の発掘や開発を促進し、支援を必要とする高齢者の自立に資するサービスを充実させる。	訪問型サービスA(基準緩和型)の拡大、高齢者の食と栄養の改善に向けた管理栄養士の訪問型サービスC(短期集中型)の創設を図る。	訪問型サービスA(基準緩和型) R2実績 R3 R4 R5 事業所数 3 5 7 10	R4実績 訪問型サービスA(基準緩和型) 事業所数 3事業所 訪問型サービスC(短期集中型) ※管理栄養士による居宅での相談指導	△	訪問型サービスA(基準緩和型)事業所数 増減なし 従事者の確保策を検討したが、実施に至らなかった。 訪問型サービスC(短期集中型)適切な利用者支援となる様、一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業による管理栄養士の同行訪問を検討し、令和5年度より実施する。令和5年度より実施する管理栄養士の同行訪問が利用されるよう周知を図る。	訪問型サービスA(基準緩和型)令和3年度実施のアンケートの結果、「人材の確保」が課題に挙げられており、引き続き確保策を検討する。 訪問型サービスC(短期集中型)自立支援型地域ケア会議において、高齢者の食と栄養の改善が地域課題として挙げられている中で、令和5年度より実施する管理栄養士の同行訪問が利用されるよう周知を図る。
	生活支援体制の整備	高齢者の困りごとについて地域における助け合い活動は重要である。その推進役として、たすけあい推進協議会及び各地区第2層協議体を運営し、検討を進めると共に、生活支援コーディネーター及び地域福祉コーディネーターの活躍を支援する。	第8期計画期間においては、高齢者の支援ニーズとサービス提供主体のマッチングや、地域に不足する助け合い活動の立ち上げ支援や活動の推進などを行う。	市内全域を対象にした第1層協議会、市内7地区に分けた第2層協議体による会議を開催し、高齢者の困りごとの解決を図る。	・第1層協議体会議…3回開催 ・第2層協議体会議…7地区合計43回開催 平野地区では移動販売の継続的な実施、唐子地区ではポッチャ大会、高坂丘陵地区では大東文化大学相撲部と連携した四股踏み講座を開催し、つながりある地域づくりを展開	◎	地域の高齢者の課題に対し、イベントを開催したり、継続的に移動販売を支援するなど地区ごとに活動が創出されている。	引き続き、第1層協議会、第2層協議体の会議を開催するとともに、7地区の活動の普及を支援する。
高齢者の居住安定に係る施策との連携	高齢者が多様なニーズに応じた居住の場を選択できるようにするとともに、身体状況等に応じて必要なサービスを受けることができる環境の整備やサービスの質の確保が重要である。高齢者の住まいの施策展開にあたっては、住宅施策と福祉施策との連携が不可欠であることから両施策を緊密に連携させ、総合的に進めていく。	サービス付き高齢者向け住宅につき、2020年度(令和2年度)に整備事業者から埼玉県に対し、1事業所60人定員の特定施設入居者生活介護に係る設置事前相談書が提出され採択されたことから、第8期計画期間中は、この1事業所の整備を見込む。	サービス付き高齢者向け住宅 R2実績 R3 R4 R5 事業所数 4 5 5 5 定員 190 250 250 250	サービス付き高齢者向け住宅 R4実績 事業所数 5 定員 250	◎	令和3年度に、1事業所60人定員が整備された。	利用者のニーズを捉えながら、今後の整備について研究を行う。	

第8期介護保険事業計画に記載している内容				令和4年度(年度末実績)				
施策の柱	施策	目標を設定するに至った「現状と課題」	第8期計画における「取組」	「目標」 (事業内容、指標等)	取組の具体的な実施内容、実績	自己評価	評価の理由	課題と対応策
4 介護保険制度の適正な運営	情報発信・見える化の推進	高齢者等の困りごとを解決するためには、困りごとをどこに相談すればよいか、また、どんな支援が受けられるかなどの情報をわかりやすく発信することが重要である。 高齢者が生活に必要な情報を有効に活用できるように広報紙やホームページ等を通じた情報発信・見える化を進める。	介護保険ガイドブックや介護保険料リフレットを発行し、市民への周知、理解促進を図る。また、制度が改正されるときは、速やかに広報紙やホームページ等を通じて周知を図る。 市民が開催する学習の場に、市の職員等を講師として派遣し、「介護保険の仕組み」「認知症の理解と予防」「認知症サポーター養成講座」などの講座を開催する。	出前講座の開催 R2実績 R3 R4 R5 回数 5 10 15 20 参加人数 150 300 400 500	出前講座の開催 R4実績 回数 6 参加人数 153 私たちのまちの高齢者福祉 2回 42人 地域包括支援センターの役割と認知症の理解と予防 2回 71人 介護保険の仕組み～支え合う高齢者介護～1回 20人 認知症サポーター養成講座 1回 20人	△	回数、参加人数は目標を下回ったが、市民等からの要望に対し、各種出前講座を開催できた。	出前講座のアンケートを講座内容にフィードバックし、講座内容の充実を図る。
	介護サービス基盤の整備	働ける人が家族の介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、希望する人が働き続けられる社会の実現を目指すために、地域医療構想における2025年(令和7年)の介護施設・在宅医療等の追加的需要等を踏まえた計画が必要である。	認知症対応型共同生活介護につき、当該サービスの待機者の状況、今後増加が見込まれる認知症高齢者に対応するため、第8期計画期間中に1事業所(18人定員)の整備を見込む。 短期入所生活介護につき、今後増加が見込まれる要介護者に対応するため、家族の介護負担の軽減を図っていく観点からも、第8期計画期間中に単独型の短期入所生活介護事業所1事業所(定員20人程度)の整備を見込む。	認知症対応型共同生活介護 R2実績 R3 R4 R5 事業所数 9 9 9 10 定員 129 129 129 147 短期入所生活介護(単独型) R2実績 R3 R4 R5 事業所数 3 3 3 4 定員 64 64 64 84	認知症対応型共同生活介護 R4実績 事業所数 9 定員 128 短期入所生活介護(単独型) R4実績 事業所数 3 定員 64	△	認知症対応型共同生活介護 令和3年度に計画に基づく公募を行い、1事業所を候補者として選定している。 短期入所生活介護(単独型) 県指定である。現在、申し込みなし。	認知症対応型共同生活介護 選定事業者の、県補助金の利用手続きを進める。 短期入所生活介護(単独型) 引き続き、HPIにて募集を続ける。
	介護人材確保・資質の向上・業務効率化に向けた事業者支援の推進	支援を必要とする高齢者が、介護保険や保健福祉サービスを安心して利用できるよう、事業者への適切な支援・助言・指導を行い、制度の適正な運営、サービスの質の向上、労働環境・処遇の改善に向けた取組を進める。 また、高齢者人口の増加に伴い、介護サービスの必要な高齢者は今後ますます増加していくと想定され、介護を提供する立場である介護職員の不足が懸念されている。	介護保険制度、基準省令等の周知及び理解の促進や介護報酬請求に係る過誤・不正防止の観点から適正な請求事務指導など制度管理の適正化を図るため、本市に指定・監督権のある指定地域密着型サービス事業者等を対象に集団指導を年1回実施する。 また、制度管理の適正化及びより良いケアの実現に向け、「適切な利用者処遇の確保」及び「適正な事業運営及び報酬請求」の観点に留意しながら指定有効期限の前年度等に運営指導を実施する。 介護人材の確保や人材の育成の取組は、埼玉県「介護職員しつかり応援プロジェクト」や「介護職員雇用推進事業」等により既に実施されており、引き続き埼玉県と連携を図りながら、新規介護人材の確保及び介護人材の定着支援を両輪で進めていく。	集団指導、運営指導の実施 埼玉県と連携した介護職を希望する方への説明会の開催	57事業所を対象に、制度管理の適正化を図るため集団指導を実施した。【1回 11月16日、17日、18日】 運営指導の実施 5事業所 県介護職員雇用推進事業により、東松山市文化センターにて「介護職チャレンジ」説明会を開催した。【7回 6月29日、9月21日、11月22日、12月20日、1月27日、2月17日、3月10日】	○	当初の計画どおり、集団指導及び人材育成のための説明会を実施できた。	集団指導では、引き続き、事業所ごとに運営指導における注意点や、制度について適切な説明に努める。 介護人材確保は、引き続き県の「羽ばたけ！ SAITAMA KAIGO」と連携し実施する。 広報紙・窓口への掲示により周知を図り多くの参加者を募る。
	介護給付の適正化の推進	サービス利用者が増加する中、介護給付を必要とする方を適切に認定し、サービス利用者が真に必要なとする過不足のない質の高いサービス提供を事業者に促し、適切なサービスの確保と費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資する。	(1)要介護認定の適正化 (2)ケアプランの点検 (3)住宅改修・福祉用具の点検 (4)縦覧点検・医療との突合 (5)介護給付費通知	R3～R5 (1)認定調査票(主治医意見書)の内容確認 県主催の研修会への参加 認定調査員向けe-ラーニングへの登録 (2)市が指定するケアプラン(給付率の高いものを抽出)の提出を求め、給付内容の確認をする。 (3)住宅改修点検(全件) (4)軽度者の福祉用具貸与品目の確認 要介護認定期間有効期間の半数を超える短期入所者リストの確認 医療給付情報突合リストの確認 (5)介護給付費通知の送付	R4実績 (1)認定調査票(主治医意見書)の内容確認 3,890件 県主催の研修会に参加 15人 認定調査員向けe-ラーニングへの登録 57人 (2)ケアプランの提出を求め、給付内容の確認をする 22件 (3)住宅改修点検 257件 (4)軽度者の福祉用具貸与品目の確認 157件 要介護認定期間有効期間の半数を超える短期入所者リストの確認 30件 医療給付情報突合リストの確認 1,938件 (5)介護給付費通知の送付 6,816件	○	全ての給付適正化事業において、計画どおり実施できた。	より効率よく、効果的に介護給付適正化事業を進めるための検討を、今後も続ける必要がある。 国・県の通知等を参考に、給付適正化事業を進めていく。
利用者負担の助成	高額介護費補助金制度を国の軽減策に加え、所得の低い方への支援を引き続き実施する必要がある。	介護保険制度には、高額介護サービス費や高額医療・高額介護合算制度があるが、本市では所得の低い方の利用者負担のさらなる軽減を図る目的で、市独自の高額介護費補助金制度を実施している。第8期計画期間中も本補助金制度を引き続き実施する。	高額介護費補助金制度 R2実績 R3 R4 R5 支給額(千円) 25,000 26,000 27,000 28,000	高額介護費補助金制度 R4実績 支給額(千円) 30,390 延べ3,910件 323人	◎	制度に基づき、対象者へ支給することで、低所得者の負担軽減を図れた。	今後とも、低所得者の負担軽減を継続する。適宜、制度が適正なものとなっているか確認する。	

第8期介護保険事業計画に記載している内容				令和4年度(年度末実績)				
施策の柱	施策	目標を設定するに至った「現状と課題」	第8期計画における「取組」	「目標」(事業内容、指標等)	取組の具体的な実施内容、実績	自己評価	評価の理由	課題と対応策
5 医療と介護の連携強化	地域の医療・介護サービス資源の把握	地域の医療機関・介護サービス事業所等の情報を把握し、関係者間の連携を促進するとともに、市民の医療・介護サービスへのアクセスの向上を支援する必要がある。相談先や医療機関・介護サービス事業所を手軽に調べるツールとして、市民、関係者双方に活用してもらえるよう、普及にも取り組んでいく。	地域にある医療機関・介護サービス事業所に関する機能等の情報を収集・整理した「比企地区在宅医療・介護情報検索システム」を新たに立ち上げ、定期的に更新することで、地域の医療・介護関係者と情報共有を図り、関係者間の連携を支援する。また、リストやマップを掲載し、この検索システムを市民に広く周知することで、市民が必要な情報を入手しやすくなるよう支援する。	比企地区在宅医療・介護情報検索システムの活用、周知	在宅医療・介護情報検索システム及び在宅医療連携拠点の周知(関係者、住民双方)	○	関係者間では専用のプラットフォームにより、連絡調整等での利用が進んだ。	広報紙やチラシを用いて、住民への周知をしていく。また、使い勝手につき、都度向上を目指す。
	医療・介護の連携体制の強化	地域の医療・介護関係者等が参画する協議会を継続的に開催することで、地域の医療・介護関係者の協力のもと、在宅医療・介護連携の現状を把握、分析、課題の抽出、対応策の検討、施策の立案を行う。在宅医療・介護サービスが一体的に提供される体制の構築を推進する必要がある。	比企医師会と緊密に連携しながら、退院時の支援等、在宅療養を支える地域の医療と介護の切れ目のない提供体制の整備を図る。比企医師会の協力を得て、在宅医療・介護連携に関する相談窓口として在宅医療連携拠点を設置・運営し、コーディネーター(看護師等)を配置し、在宅療養患者やその家族、ケアマネジャーなどからの在宅医療・介護連携に関する相談に応じる。	多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会の開催 切れ目のない医療と介護の提供体制 R2実績 R3 R4 R5 往診回数 1,670 1,837 2,020 2,222 訪問診療回数 20,889 22,977 25,274 27,801 届出医療機関数 13 13 14 14 在宅医療・介護関係者に関する相談支援 相談件数 R2実績 R3 R4 R5 市 108 150 160 170 比企8町村他 95 130 140 150 合計 203 280 300 320	多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会を2回実施(10/28、2/3) 切れ目のない医療と介護の提供体制 R4実績 往診回数 3,710 訪問診療回数 22,934 届出医療機関数 10 比企地区在宅医療連携拠点における在宅医療・介護に関する相談支援 相談件数 R4実績 市 70 比企8町村他 97 合計 167	△	多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会を2回実施し、課題や住民への普及等を共有することができた。 在宅医療・介護に関する相談支援は、コロナ禍の影響により、イベント等での在宅医療連携拠点の周知が不足し、目標を下回った。	引き続き、多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会を開催し、4つの場面(入退院支援・日々の療養支援・急変時の対応・看取り)について、現状分析・課題抽出等を行い、在宅医療と介護の連携体制の構築を進める。 医療と介護の提供体制につき、より地域の状況の把握に資する指標を検討する。 在宅医療・介護に関する相談支援は、広報紙やチラシを用いて広く周知していく。
	地域住民への普及・啓発	医療・介護サービスに関する情報を正しく理解を深め、適切なサービスを選択・利用することができるよう、市民への普及・啓発を図る必要がある。	在宅医療と介護に関する理解を広めるため、在宅医療・介護に関するリーフレット等を作成・配布するとともに、市広報紙やホームページなどを通じて情報発信する。また、将来の心身の変化に備え、元気なうちから本人の希望や想いを基に、家族や医療・介護関係者と共に、今後受けたい医療や介護ケアについて繰り返し話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発に取り組む。	住民向けACP講座を実施 「私の意思表示ノート」の普及	住民向けACP講演会の開催(10/22) 「死ぬときぐらい好きにさせてよ～自分らしく生き、自分らしく逝くために～」参加人数 201 「私の意思表示ノート」の普及 広報紙、ホームページにて広く周知	○	講座参加者へのアンケートでは、内容の満足度は高い。また、「私の意思表示ノート」の普及に取り組めた。	ここプロフェスタ等、機会を捉えてより多くの住民が「私の意思表示ノート」を手にする場を増やす。