

## 地域密着型サービス事業者の指定について

### 1 市内地域密着型サービス事業者の指定更新について

#### (1) 認知症対応型共同生活介護事業者の指定更新

認知症対応型共同生活介護事業者の指定は、介護保険法第70条の2の規定により6年間ごとに更新することとされております。下記事業者は、令和7年7月末日に指定有効期間の満了を迎えることから、当該期間の経過後も事業を継続したいとする指定更新申請がありました。

当該事業者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：グループホームあすみーる

事業所の名称及び所在地	(名 称) グループホームあすみーる (所在地) 埼玉県東松山市松葉町2丁目5番37号
サービスの種類・定員	(種 類) 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 (定 員) 6人定員、1ユニット
申請者（法人）の名称及び所在地	(名 称) 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会 (所在地) 埼玉県東松山市松本町1丁目7番8号
申請者の代表者の氏名及び職名	会長 金子 守
更新後の指定有効期間	令和7年8月1日から令和13年7月31日まで

#### ※サービス概要

認知症対応型共同生活介護…認知症と診断された高齢者が共同で生活できる住居で、食事・入浴などの介護や機能訓練が受けられます。

## (2) 小規模多機能型居宅介護事業者の指定更新

小規模多機能型居宅介護事業者の指定は、介護保険法第70条の2の規定により6年間ごとに更新することとされております。下記事業者は、令和7年7月末日に指定有効期間の満了を迎えることから、当該期間の経過後も事業を継続したいとする指定更新申請がありました。

当該事業者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：小規模多機能型居宅介護

事業所の名称及び所在地	(名 称) 小規模多機能型居宅介護あすみーる (所在地) 埼玉県東松山市松葉町2丁目5番37号
サービスの種類・定員	(種 類) 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 (登録定員) 29人
申請者（法人）の名称及び所在地	(名 称) 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会 (所在地) 埼玉県東松山市松本町1丁目7番8号
申請者の代表者の氏名及び職名	会長 金子 守
更新後の指定有効期間	令和7年8月1日から令和13年7月31日まで

#### ※サービス概要

小規模多機能型居宅介護…小規模な住居型の施設への「通い」を中心に、自宅に来てもらう「訪問」、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。

## 2 市外地域密着型サービス事業者の指定について

### (1) 地域密着型通所介護事業者の新規指定

下記利用者については、以下の特段の事情により下記事業所を利用する必要性が認められます。当該事業者から提出された申請書類等を審査した結果、適正な介護サービスの提供が見込まれたため、下記のとおり指定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（もみりハの家）

事業所の名称及び所在地	(名 称) もみりハの家 (所在地) 埼玉県熊谷市押切2554-8
サービスの種類・定員	(種 類) 地域密着型通所介護 (定 員) 18人
申請者（法人）の名称及び所在地	(名 称) 株式会社グローフォース (所在地) 埼玉県比企郡滑川町月の輪5-18-2
申請者の代表者の氏名及び職名	代表取締役 生井 美奈子
指定有効期間	令和7年6月1日から令和13年5月31日まで

##### ・利用者概要

年齢・性別	87歳・女性	要介護度	要介護1
特段の事情	<p>対象者は令和7年3月まで当該事業所を利用していたが、骨折に伴う入院により利用を中断していた。退院後、在宅での生活の不安から介護度の変更申請を行い、福祉用具で自宅の環境整備を行っている。在宅での生活にも慣れてきたことから、以前利用していた通所介護の利用を希望しているが、要介護度が要支援から要介護になったことにより、原則としてサービス利用の継続ができなくなった。これは、要支援者向けの通所型サービスは東松山市が事業者指定することで利用可能であるが、要介護者向けの地域密着型通所介護は、原則として事業所所在地市町村の住民以外は利用できないためである。ただし、その利用について特段の事情がある場合、事業所所在地市町村の同意の上、本市が事業者指定することにより利用が可能となる。</p> <p>当該事業所は、対象者に対しての提供実績があり、対象者の状態をよく把握し身体機能の困りごとや要望に素早く対応しているため、対象者は当該事業所を信頼し、継続利用を希望している。今後も本人の身体状態及び生活機能の改善のために当該事業所の利用が望ましいと判断された。</p>		

##### ※サービス概要

地域密着型通所介護…定員18人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴などの介護や機能訓練を日帰りで受けられます。

## 令和 6 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営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）

3,472 件《うち委託 419 件》、前年度 3,513 件《委託 517 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 11,041 件（前年度 12,598 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 48 件となっています。

\* 権利擁護相談支援 対象数 365 件（前年度 466 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 191 件（前年度 238 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 7 回計画し、7 回実施（25 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）、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

事例：要支援 1 ・ 2 、又は要介護 1 ・ 2

##### ii ) 個別ケア会議

- ・市、委託の各地域包括支援センターで隨時開催  
主催 21 回/年

事例：成年後見制度が必要な人や支援困難事例等

#### 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（認知症サポート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に含む）

- ・認知症の人と家族の会との共催で介護者の集い（11 月 6 日）開催
- ・認知症カフェへの協力参加

##### iii) 認知症サポート養成講座の開催（対象：市民）

- ・4 回開催、148 人養成

##### iii-2) 認知症サポート小学生養成講座開催（令和元年度開始）

- ・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）772 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、チーム員との事例検討および支援対象者への訪問・支援

##### v ) 認知症カフェへの参加協力

- ・「東松山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」の定めに基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、各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14日～29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。また認知症サポート養成講座（9月25日）開催。

館内では、関連図書紹介、映画「ケアニンこころに咲く花」（9月15日）上映。

各地域包括支援センターや保健センター、各市民活動センター、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。

VII) チームオレンジの後方支援（令和6年度開始）

- ・チームオレンジによる、オレンジカフェへの参加・協力の調整。認知症キャンペーンの展示物を共同作成。活動内容の協議および場の設定。

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（高齢介護課と共に）
- 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、シニアクラブ等への出前講座

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 4,827件《うち委託1,163件》

前年度 4,879件《うち委託1,284件》

# 令和6年度 各地区地域包括支援センター実績報告（一覧①）

介護保険運営協議会

資料 2-2

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) R6.4月	常勤 (看護師1、社会 福祉士3、主任ケア マネ1) 非常勤（保健師 1、ケアマネ1）	常勤 (保健師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) R6.4人口	松山地区 (6,809人)	唐子・松山地区 (4,817人)	大岡地区・平野地 区 (4,967人)	高坂地区・高坂丘 陵地区 (5,567人)	野本・松山地区 (5,154人)
<b>総合相談支援業務</b>					
相談件数 (実人員)	延 1,693件 実 634件 (410)	延 1,049件 実 372件 (237)	延 2,202件 実 521件 (249)	延 2,333件 実 524件 (292)	延 2,276件 実 285件 (248)
実態把握調査	190件	32件	6件	16件	13件
<b>権利擁護業務</b>					
相談件数 ～虐待関係 (実人員)	延 73件 実 21件 (8)	延 18件 実 5件 (4)	延 267件 実 39件 (9)	延 337件 実 54件 (9)	延 36件 実 7件 (4)
相談件数 ～成年後見等関 係 (実人員)	延 45件 実 7件 (4)	延 0件 実 0件 (0)	延 0件 実 0件 (0)	延 39件 実 14件 (6)	延 0件 実 0件 (0)
<b>包括的・継続的ケアマネジメント業務</b>					
ケアマネジャー 等の個別支援・ 相談支援 (実人員)	延 45件 実 17件 (6)	延 41件 実 15件 (7)	延 159件 実 41件 (9)	延 128件 実 49件 (35)	延 32件 実 8件 (2)
<b>介護予防・日常生活支援総合事業</b>					
介護予防ケアマ ネジメントケア プラン作成数 【内、再委託】	1,053 【170】	435 【89】	604 【93】	651 【12】	729 【55】
<b>介護予防給付</b>					
介護予防給付ケ アプラン作成数 【内、再委託】	1,780 【495】	803 【224】	787 【229】	572 【84】	885 【131】

## 令和6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
<b>・地域ケア会議(自立支援型地域ケア会議を除く)</b>					
主催回数 (参加回数)	11回 (0回)	2回 (0回)	1回 (0回)	2回 (3回)	4回 (2回)
<b>・サロン、老人会活動等(テーマ別)</b>					
地域包括支援センター につき て 支 援 セン タ ー	●地域包括支援センターについて (5/20・6/10・6/17)	●きらめき出前講座「地域包括支援センターの役割と認知症の理解と予防」(6/21・12/11)	●地域包括支援センター紹介 (12/14)	●きらめき出前講座「地域包括支援センターの役割と認知症の理解と予防」(9/9)	●きらめき出前講座「地域包括支援センターの役割と認知症の理解と予防」(5/9)
出前講座 認 知 症 防 理 解 と 予 防	●認知症サポーターステップアップ講座(2/3)				
小学校 認 知 学 養 症 生 成 サ 向 け 講 ボ ー ク ス	●新宿小学校 (6/17) ●松山第一小学校 (7/5)	●青鳥小学校 (12/3) ●唐子小学校 (9/27)	●市ノ川小学校 (9/4) ●松山第二小学校 (6/21) ●大岡小学校 (12/13)	●桜山小学校 (11/28) ●高坂小学校 (11/11)	●新明小学校 (10/1) ●野本小学校 (10/24)
地域支援事業 包括的支援事業	第2活層動協議体		●地域いきいきつながり カフェ(大岡地区)(9/13・ 11/28) ●中山団地移動販売 (11/7)	●お茶のみ広場(5/29・ 7/29・9/30・1/29・3/29) ●世代間交流会(1/14)	●散歩でパトロール (4/17)
その他事業	介護者の支援 へ 家 族	●認知症介護者のつどい(11/6)			
	認 知 の 支 援 フ エ	●オレンジカフェたから 薬局東松山店 (5/15・9/18・10/16・ 11/20・2/19)		●オレンジカフェえんね (10/25・11/22・12/27・ 1/24・2/28・3/28)	●オレンジカフェルロワ (5/15・6/19・7/18・ 10/16) ●ふるさとCafe和楽笑 (2/12・3/12)
	ウ ス シ オ マ グ 一 イ キ ル	10月19日	6月1日	9月28日	3月15日
運 営 推 進 会 議	●運営推進会議(グループホームしんめい) (11/9・1/24・3/15) ●運営推進会議(あすみーる)(3/21) ●運営推進会議(レッツ俱楽部材木町みなけあ) (12/13)	●運営推進会議(リハビリオフィス康復デイ) (4/4) ●運営推進会議(ライフタウン輝里)(4/26・6/28・ 12/20)	●運営推進会議(グループホームそよ風)(5/27・ 6/24・8/26・10/28・ 2/25) ●運営推進会議(グループホームいづみ野) (11/26) ●運営推進会議(グループホームほほえみ) (3/23)	●運営推進会議(やわらぎ)(9/19) ●運営運営会議(すみれの杜)(12/20) ●運営推進会議(明日葉)(3/3)	●運営推進会議(ひがしまつやま寿苑)(4/22・ 11/15・2/20) ●運営推進会議(つどい和泉)(6/27・10/23・ 2/27)
	その 他	●令和6年度あんしん見守りネットワーク研修会 (10/15)			
		●ふれあいのつどい (10/26)		(●丘陵地区きらめき出前講座(7/31)) ●丘陵ふれあいまつり (10/12)	

## ◎令和6年度 認知症サポーター小学生養成講座（開催の様子）

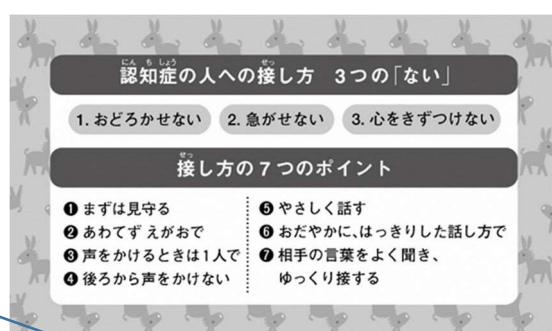
- 市内小学校（4年生以上） 11校より希望あり、11校実施（サポーター772人養成）
- 令和6年6月～12月開催



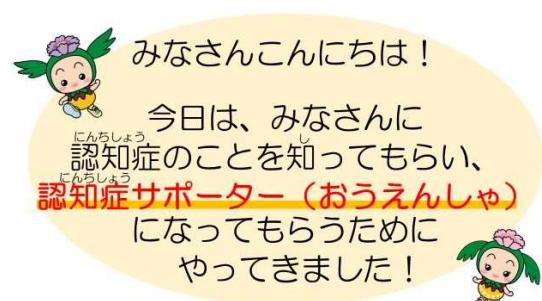
(表面)



(裏面)



(スライド)



\*講義「認知症サポーター小学生養成講座副読本」、スライド「みんないつかは年をとる（認知症本人編）埼玉県作成」やクイズ形式を取り入れ開催しています。

\*受講者には、「認知症サポーター証（キッズサポーター）」を配布しています。

## ◎令和6年度世界アルツハイマー月間にあわせた認知症啓発活動について

- ・市立図書館（9月14日～29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  
認知症センター養成講座（9月25日）開催  
館内では、関連図書紹介、映画「ケアニン こころに咲く花」（9月15日）上映、図書館講座『楽しい音読教室』（9月19日）
- ・各地域包括支援センター、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。
- ・広報9月号に掲載

（市立図書館での様子）



### ●認知症の普及・啓発

認知症に関する知識、相談窓口、認知症の方との接し方、認知症の予防・早期発見等、認知症に関するパネル展示を行いました。



### ●ご本人やご家族からのメッセージ

市内居宅介護支援事業所からご協力をいただき、認知症のご本人やご家族からのメッセージを展示することができました。



### ●メッセージボード

チームオレンジのみなさん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、多くの方から暖かいメッセージが寄せられ、満開の花になりました。

## 東松山市自立支援型地域ケア会議～令和6年度のまとめ～

R7.7.24

**【開催実績】**

## 1) 開催状況

	回数	事例件数	会議形式
R6年度	7	25(モニタリング含む)	集合

## 2) 事例対象者性別（令和6年度実績）

性別	男	女	合計
人数	10	15	25

## 3) 事例対象者年代別（令和6年度実績）

年齢区分	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代	合計
人数	2	7	6	10	25

## 4) 事例対象者介護度別（令和6年度実績）

介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	合計
人数	1	4	9	11	25

## 5) 事例対象者世帯状況（令和6年度実績）

形態	独居	高齢者世帯	高齢者と子の世帯	妹と同居	兄と同敷地内	施設入所	合計
人数	14	1	4	3	2	1	25

**《今年度の助言》****【検討事例】****理学療法士****<リハビリ>**

- ・90歳であっても、週3～4回運動をすれば下肢筋力の向上が見込める。運動について本人とよく話し合い、運動するならば短時間だけや機能訓練のみを検討してはどうか。

- ・外に出ることが難しければ、無理やり外に出すのではなく、現在の生活を安定させるために家の中のできることを増やすという選択肢もある。訪問リハで、家の中で安全に歩く練習、お風呂に入る練習を行ってはどうか。

**<バランスがよくなき方>**

- ・立ち上がる前に、前に重心をかけ、指を踏ん張るようにすると安定性が良くなる。
- ・膝伸ばし運動にプラスして、かかと上げ運動をする。スクワットは、尿漏れがあるので膝の間にボールを挟んで、女性器をキュッと締めると意識すると大腿四頭筋と骨盤底筋の筋トレになる。

**<転倒予防>**

- ・足首の硬さが影響し、転倒するのではないか。足首を柔らかくすることが大事。起床したらまず足首を前後に動かしたり、ぐるぐる回すと準備運動にもなるので転倒予防になる。

**<腰の痛みがある方>**

- ・腰痛は精神的な部分が大きいのではないか。痛くても動けそうならばどんどん動いてもらうと気が紛れて痛みが軽くなる。

- ・痛みが出やすい時間を確認して、買い物などの外出に誘ってみる。体が硬い午前中に痛みが出やすいので、午後に外かけるなどする。

#### <膝の痛みのある方・変形性膝関節症の方>

- ・痛み軽減のため膝を柔らかくし、基本的に温めることがよい。(風呂に入りながら膝を曲げ、また伸ばす。)

- ・水が溜まっている場合は炎症があるため、アイスパックなどで30分位冷やす。

- ・動き始める前に軽い準備運動(膝の曲げ伸ばし)をすると痛みが出づらくなる。

#### <脊柱管狭窄症の方>

- ・脊柱管狭窄症からくる感覚の低下が転倒に繋がっているかもしれない、下肢の筋トレと足の裏でものを転がしたり、足の指でお手玉をつかむなどの感覚の運動を取り入れる。

#### <破裂骨折の方>

- ・破裂骨折は痛みが残りやすいため、この運動をすれば良いというものがなかなかない。痛みに対しての活動ペース配分を考え、痛みが出る時間帯は活動を押さえる。また、体幹の筋力をつけた方がよい。

- ・骨折した上下の骨は折れやすい。いつもと違う強い痛みなどが出た場合は必ず整形外科を受診する。

#### <心不全の方>

- ・心不全はあるが、激しい運動でなければ行ってよい。有酸素運動は毎日散歩しているようなので、筋トレを週2~3回プラスするとよい。有酸素運動は週3~5回。ボルグスケールという自覚的運動強度については、心不全の方には心臓に負荷がかからないように、楽からちょっときつい軽い運動をする。

### 作業療法士

#### <レビー小体型認知症の方>

- ・レビー小体型認知症は幻視やレム睡眠障害があるので、ベッドから転落しても危なくないようにしておく。また、いい時と悪い時を繰り返す波があると言われているため注意が必要。

- ・今後はパーキンソンズムも出てくると思われるため、主要な場所につかまる場所を設置し、つまずかないように気をつける。最終的には飲み込みも悪くなるので、気をつける。

#### <障害の受容>

- ・障害受容ができなくてもいきいきと生きていくようにどう支援するか。今やっていることを強化していくとよい。具体的には同じ境遇の方と一緒に活動する。ピアカウンセリングをする。

#### <転倒予防>

- ・転倒の要因は筋力の低下だけでなく、関節の硬さ、痛みが強くなると動作に影響が出るし、薬を変えたときに薬の影響で少しほやっとしたり、心不全が変化することがある。この変化を察知できるとよい。

- ・通所Cに行くと立ち上がりや握力など基本的なものを定期的に測ってもらえるので、自身の変化が分かる。何となくの不安に対してある程度根拠をつけて話せるのでおすすめできる。

#### <外出>

- ・外出の為の坂道については、目標設定すればできる人ではないか。かっこいいセニアカーを利用するなど環境面で配慮して活動範囲を広げていく。

- ・出かけることが無理やりになってしまいそうで迷っていることだが、いろいろな人と作戦を立てる必要がある。興味関心チェックシートを見ても明確に好きな事を発している様子なので、そこを切り口にできるとよい。

- ・今までやってなかったことをやるのはなかなか難しいかもしれない。家で映画を見る習慣をつけてから映画鑑賞のために外出するのもいいかもしれない。色々人と作戦を練ってうまく連れ出すことができればよいと思う。

## 精神保健福祉士

### <外出>

- ・外出のきっかけはタイミングで声掛けすればよい。
- ・90歳を超えてるので、今後、本人が動けなくなったら場合に家族がどう動けるか相談、確認しておく。季節の変わり目で急に動けなくなる方も多い。

## 歯科医師

### <服薬と口腔の関係>

- ・ミノドロン酸・アレンドロン酸を服用し、口の中に炎症があると骨髓炎や顎骨壊死を起こしやすいため、口の中を清潔に保たなければならない。さらに糖尿病があるためリスクが上がる。糖尿病と歯周病は相関性がある。出来れば困った時に受診するのではなく、定期的（月に1回くらい）に口の中を掃除しに行くと安心。

### <自歯・欠損・入れ歯>

- ・奥歯で噛むことで転倒リスクが減るので、食事の為だけではなく自分で動くために入れ歯を使用してほしい。
- ・歯磨きの回数が少ない。糖尿病と歯周病の関係もあるので、月二回ほど口腔内チェックをしてはどうか。

### <歯磨き>

- ・立ったままの歯磨きが難しい場合は、コップに水を汲んで座って歯磨きし、コップに捨て、それを流しに捨てに行けばよい。食事の度に歯磨きをして誤嚥性肺炎の予防をする。

### <オーラルフレイル対策>

- ・のどの筋肉が落ちてくるので、飲み込みづらさが出てくる。足に負担がかからないよう寝たままつま先を見るなど、首周りを強くする運動がよい。
- ・口の渴き予防のため、唇を閉じたまま歯と歯茎の間のへこんだところをぐるぐると舌を回すとよい。
- ・「あいうべ体操」は口周りの筋肉を全部使うので、何かしながらやるのもよい。

### <むせ予防>　・食事を摂るときの姿勢を工夫してほしい。

### <歯科受診>　・定期受診をしていないので、月1回定期的に歯科受診すると誤嚥性肺炎の予防になる。

### <転倒リスク>

- ・噛むバランスが悪くなると転倒のリスクがある。食事のスピードや痛がっていないか、きちんと歯磨きできているかを周りの人が確認する。

## 薬剤師

### <服薬>

- ・電話することでコミュニケーションもとれるため、電話での服薬管理はよい。
- ・トリプタノールは痛みと気持ちを落ち着かせる作用がある。昔からある薬で、すごく便秘の副作用があるため、整腸剤も処方されている。便秘がひどくなるようならば主治医と相談してほしい。さらに咽が渴きやすい。
- ・薬の数が多く、誤嚥のリスクがあるので気をつけてほしい。何回かに分けて飲んだり、上を向いて飲むと誤嚥になるので、薬杯や鼻に当たらないように紙コップを切って、上を向かないで服薬する。
- ・一包化されているが、吸湿性が高い薬は分包できるのが1ヶ月くらいなので古くなったものは飲まない。
- ・パーキンソンの薬は高蛋白質で阻害され、吸収が悪くなるという報告がある。この方の場合はバランスよくとってもらえるならば、よいと思う。

## 管理栄養士

### <食事のとり方>

- ・2年で約2キロ体重減は食事量が少ない。おかずを先にしっかり食べる。

- ・甘いおやつは週に1～2回位、ご褒美として食べる。
- ・冷凍チャーハンやドリアは塩分が多い。ご飯とおかずがセットになっているものなど、冷凍食品の選び方を考え、塩分の摂取量を減らす。
- ・タンパク質を足そうと意識していると思われるので、プロテイン300mgはそのままでよい。

#### <水分摂取について>

- ・食事ごとと10時、15時にコップ一杯(200cc)飲む。心臓の病気は水分のとり過ぎもよくないが、塩分を減らすと水分を摂っても大丈夫なので、塩分を減らす。
- ・一度にたくさん水分を摂るとただ単に排出されるため、200mlくらいずつ何回にも分けて摂ると体の中が潤う。水分が多い食物を摂るとよい。

#### <嚥下機能が低下している方>

- ・ゆくゆくはトロミ剤を使う。ポタージュスープやなめこ汁のようなトロッとしたスープがよい。
- ・餅を食べる時は、小さく切って食べる。

#### <腎機能低下している方>

- ・カリウムがあまりよくない。毎日は問題だが、週2回程度ならばバナナを食べても大丈夫。

#### <糖尿病・脂質異常の方>

- ・野菜はカリウムが多いのでナトリウムを排出する。一例としてキュウリのカリウムは高血圧、動脈硬化によく、血液をサラサラにする成分が入っている。調理が面倒ならば野菜ジュースを買っておいて飲むとよい。
- ・ルイボス茶も良い。(ポリフェノールが多く、活性酸素を抑制し、血管や体の錆を予防する効果あり。)

#### <高齢者のプロテイン摂取>

多くの高齢者は腎機能が低下しているため、たくさんのプロテインは好ましくない。しっかり栄養が摂れているならば筋肉になるが、摂っていない場合は筋肉になりづらい。対象者によって違う。プロテインを摂取する場合は、主治医に相談した方がよい。

### **生活支援コーディネーター**

<社協> •自宅でできる「おうちボランティア」で雑巾づくり。社協で車いすの貸し出しがある。

<松山市民活動センター> •東松山歴史探訪クラブ

<きらめき市民大学> •学園案内パンフレットあり。(毎年1月頃募集)

<比企広域電子図書館> •市立図書館、高坂図書館で申し込みできる。

#### <市民福祉センター>

- ・ソラーナタイム(脳トレ)。カラオケの催し。予定表を参照してほしい。
- ・以前太極拳をやっていたようなので、「すばーく太極拳」を紹介。福祉センターでも太極拳の団体あり。

#### <サロン・シニアクラブなど>

- ・サロン、座布団干しの会(松山町)
- ・幸町さくら会(シニアクラブ)では、ボッチャ、カラオケなどを行っている。
- ・六反町にはサロンのシニアクラブがないため、近隣(新宿町など)のサロンやシニアクラブに参加している様子。
- ・付き添いは家族又はボランティアさんに依頼できる場合もあるので、相談してほしい。

### **地域包括支援センター**

- ・在宅での限界点をCMが本人と家族と共有する。それを提供事業所と共有して支援していく方が良い。
- ・チームとして方向性を共有し、CMが日常生活できそうなことを具体化して段階的に進めていくことが大切である。何のための運動なのかを本人が理解してやると効果的だと思う。
- ・こども食堂には世代間交流を目的としている場所もある。娘の協力が得られるようならば、通って食事をする

だけでもおしゃべりをする場となり、デイサービスにつなげることができるのでないか。

・市内の図書館や文化センターで定期的に映画上映会を催しているため出かけてみてはどうか。

・行政と CM が連携して、後見についてしっかりと協議する必要がある。

→（高齢福祉 G）専門医に診断してもらい、補助や補佐相当ならば本人申し立ての可能性があるが、金銭的に申し立てできるほどの資力があるのか。市長申し立ての場合は、最低でも 3 か月から半年程度かかる。

・70 歳、要支援 1 で自立度が高く、外出(買い物、犬の散歩)もできている。次回のサービス担当者会議では、どの部分が自分で出来るかを確認し、自立支援についてしっかりと検討するとよい。

### 障害者福祉課

・生活介護は介護保険が優先となるので、就労継続支援 B 型を利用してはどうか。

・東松山市障害者就労センター（ザック）で就労相談する。

・令和元年に 5 級の身体障害者手帳をとっている。身体状態の変化があれば等級の再評価を検討してはどうか。3 級以上になると重度心身障害者医療費助成制度が利用できる。等級変更の場合は主治医に依頼してほしい。

・難病患者見舞金 2 万円が毎年 9 月に支払われている。

### 包括ケア推進室

#### <ACP(人生会議)>

・市では ACP を勧めている。退院後がよいきっかけになるのではないか。

・昨年度の多職種研修では、ACP が難しい場合は日々の会話を通じて本人の意向を確認すると講師の方がおっしゃっていた。今年度も研修を実施予定。

### 保険者

・現状を把握し、相談してもらえると情報提供できるものがあると思う。

#### <居宅サービス計画書第 2 表の短期目標の終了期間の記載について>

・国が示す記載要領からも原則として期間を設定する必要がある。色々な事情で短期目標を設定することが難しい場合は終わりを書かない場合もあるが、期間を決めて短期目標を達成するということを大原則としてほしい。

## 【モニタリング事例】

### 理学療法士

#### <現状維持のために>

- ・シルバーカーは、前後は安定するが横は揺れやすい。片足立ち運動や足を開いてスクワットをすると足の横側の筋肉が鍛えられ、横揺れに強くなる。

#### <リハビリ>

- ・目的をもって望んで、とてもいい方向に進んでいる様子。DSでは本人と目標を共有しながらリハビリしていく。専門職の方に新たな自主練習を考えてもらうとよい。
- ・トイレに行くたびにかかと上げ10回しているのはとてもよい。プラスしてスクワットや片足立ちをしっかり捕まつてやるとよい。膝が痛くてスクワットがきつければ、座ってやる運動をやる際に足首の運動をプラスしてやるとよい。
- ・呼吸機能を維持するため、背筋を伸ばすことや運動前に深呼吸をするとよい。

#### <転倒予防>

- ・方向転換時に転倒があるということなので、バランス面が低下しているのではないか。立った状態で両手を挙げ重心の位置を高くするとバランスが崩れるので、バランスをとろうとするので体の反応が良くなってくる（バンザイ運動）。キャッチボールなどで重心が動いた時に踏ん張れるようにする。DCのときに見てもらう。ずっと続いていると楽になってしまふので可能であれば少しづつ量を増やしてほしい。

#### <円背予防>

- ・円背予防のため、背中の筋力向上とバランスの改善が必要。座ってバンザイや立ってバンザイすると背中に力が入る。重心位置が高くなるとバランス能力が働く。10回1セットで1日3~4回行う。自宅やDSでの運動に加える。

- ・円背座り（浅く座る、仙骨座り）をやめて、深く腰掛け背筋を伸ばすように声掛けする。

#### <腰痛のある方>

- ・腰痛は精神的な部分が大きいのではないか。痛くても動けそうならばどんどん動いてもらうと気が紛れて痛みが軽くなる。

#### <脳梗塞の方>

- ・リハビリはずっとやるものではない。リハビリの結果、ある程度本人が望む生活ができるようになっている。リハビリをしなくていいと言われたことはとても良いことだと思うので、本人にもそのように伝えるとよい

### 作業療法

#### <受傷後の生活>

- ・重い物を持つと肘から痛みが出るということだが、肩かけや背負う福祉用具があるので検討してはどうか。
- ・洗濯物の運搬が大変と思うが、簡単に運べるバックもあるので検討してはどうか。

#### <活動量を増やすために>

- ・家事は軽度な運動と同じ程度の活動量があると言われている。家事を妹に依存している部分が多いようだが、本人が入りやすい声掛けをして家事を継続してやることも元気の秘訣。

#### <療養中の過ごし方>

- ・療養スタイルはあまり行きすぎない。個々の症状にもよるが、リハビリは床から離れるということから始まり、寝食や排泄をきちんとすることである。

#### <脊柱管狭窄症・レビー小体型認知症の方>

- ・下肢筋力とバランス系（体をねじる）が難しくなってきていると思う。例えば、物干しの高さを注意してあげる。家事がリハビリになると本人に伝え、お嫁さんと一緒にやるとよい。本人の動機づけを強化してあげる。

## **精神保健福祉士**

### **<ACP>**

- ・話をするきっかけはタイミングだと思う。元気だったが一度倒れるとすぐになくなってしまうことがあるので注意する。最期はどうするか、タイミングを見て実例を交えながら伝えると入っていきやすいと思われる。

## **薬剤師**

### **<服薬>**

- ・漢方薬（粉薬）はむせやすいので気をつける。お湯に溶かしてもよい。
- ・とろみをつける。

### **<摩擦性湿疹の方>**

- ・高齢により皮脂が少なくなって乾燥してきている。なるべく柔らかい服にしたり、保湿剤を使用したりする。

## **管理栄養士**

### **<食欲低下>**

- ・食欲低下の原因は飲み込む力が落ちているのかもしれない。栄養強化よりも飲み込みやすいものがよいと思う。食事にこだわらず今も食べているヨーグルト、特にカロリーやタンパク質が摂れるおかずを食べてもらいたい。ごはんは少なめ又は食べなくてもよい。たまご豆腐、茶わん蒸しなど密度が濃いものやコロッケ（クリームコロッケの方が食べやすい。）がよい。コロッケはパサパサするようならスープ（コンソメや味噌汁）に浸して食べるといい。餃子の中身は練ってあるので食べやすい。

## **生活支援コーディネーター**

**<地域資源の紹介>** 生活支援コーディネーターが同席して、地域資源を紹介できる。

**<高坂市民活動センター>** 高坂地区のサロンやシニアクラブ・高坂地区文化祭・手編みクラブ

**<デマンドタクシー>** 妹との外出にデマンドタクシーを利用してはどうか。

## **地域包括支援センター**

市内の緊急通報システムの検討

埼玉県の高齢者の消費者トラブルの見守りガイドブック、当市の消費生活センターを本人へ周知してほしい。

## **包括ケア推進室**

### **<ACP>**

- ・当市では ACP を進めており、今年 1 月に多職種研修を行った。講師からは、日頃の会話を通じて、本人が望む生活の実現に向けた話し合いを進め、ケアプランの作成に反映させてほしいとのことだった。

## **高齢福祉グループ**

### **<東松山市リハビリテーション専門職同行訪問業務について>**

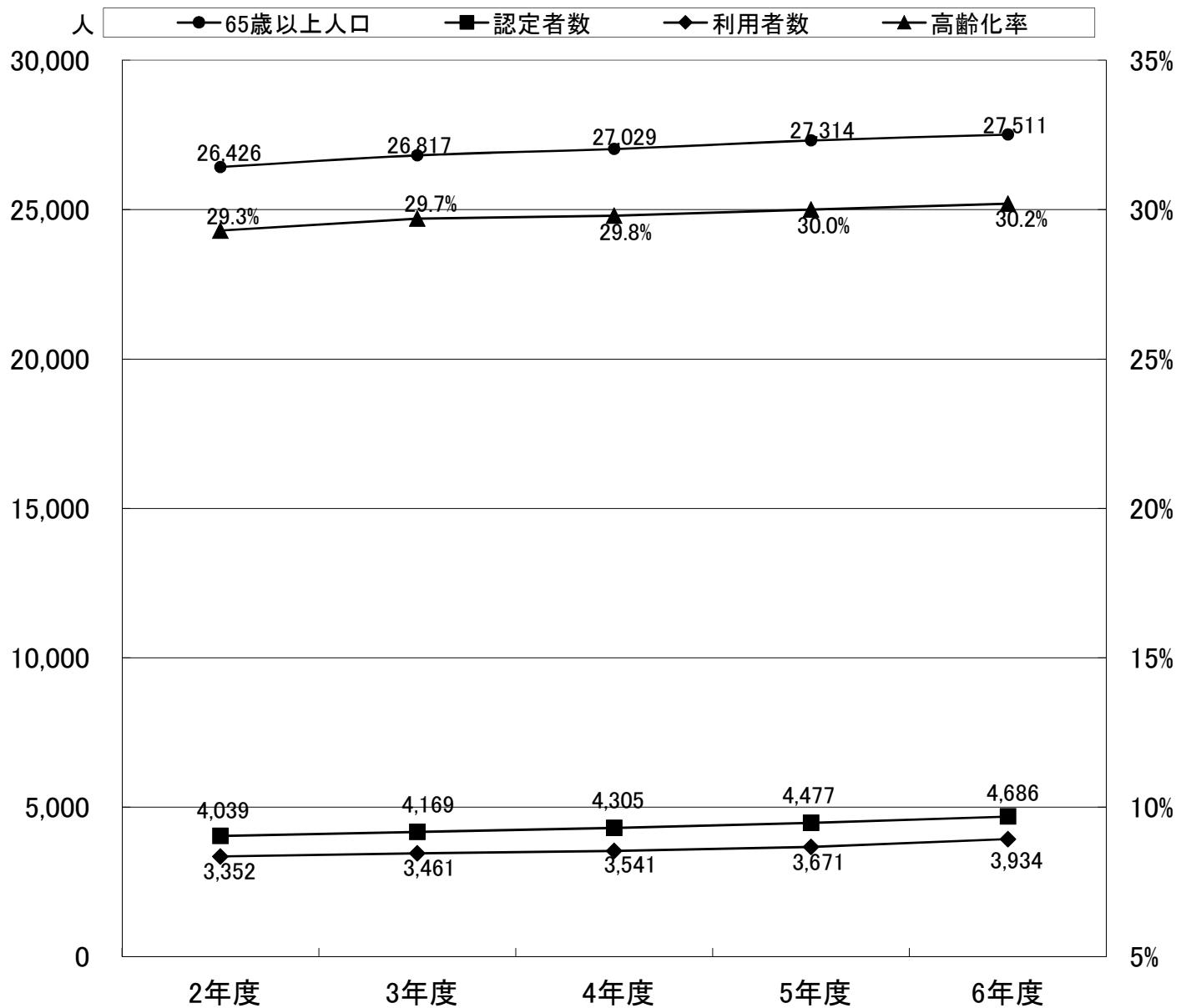
- ・昨年度からリハビリ専門職の同行訪問が始まった。契約が進んでいるところで、そろそろ実行ができる。内容は、専門職と支援者が対象者宅へ行き、運動関係のアドバイスをする。例えば福祉用具選定やどのようなトレーニングが有効かなどのアドバイスをしてもらう。
- ・チラシや依頼書は後日でき次第、CM と包括へ周知する。

第9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

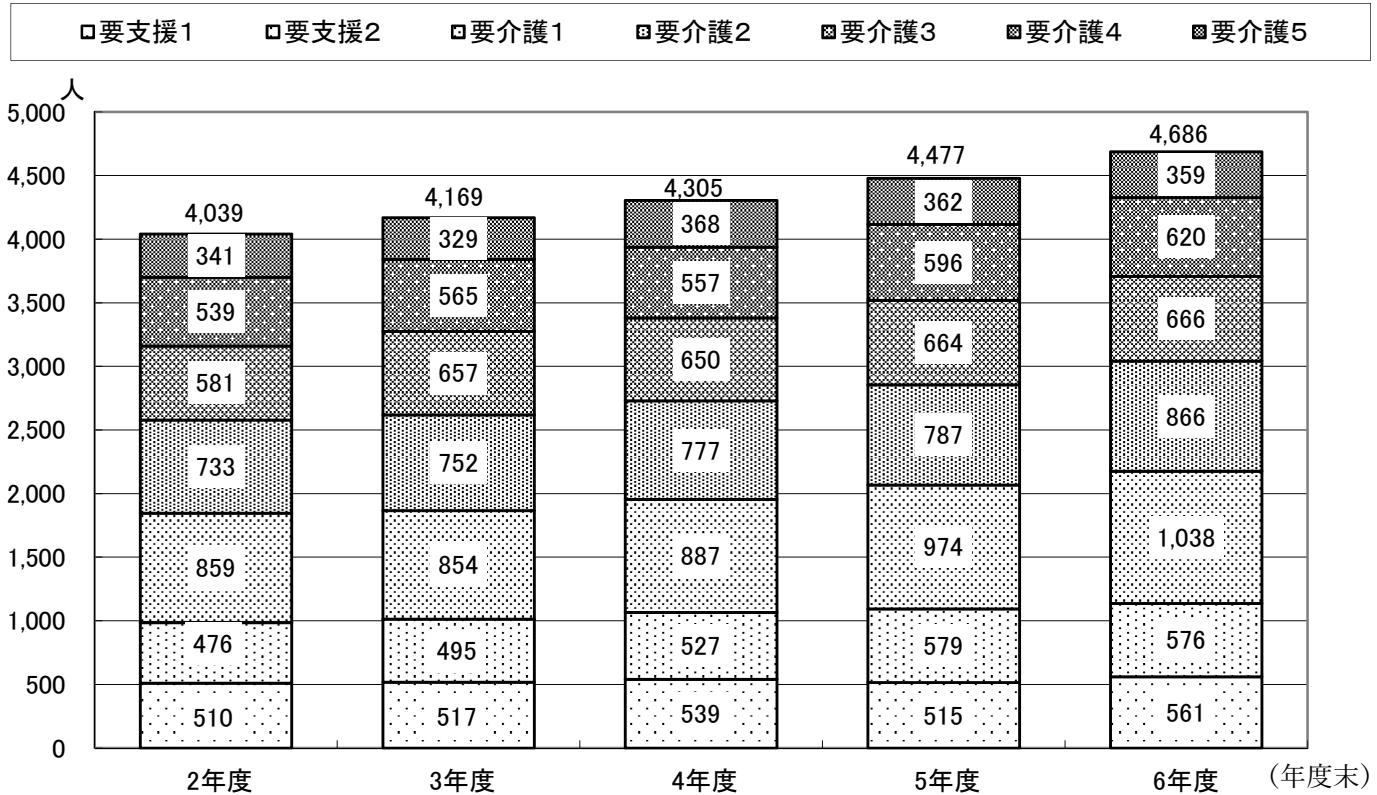
## 東松山市の高齢者の現状と将来推計

### 1－1 人口の推移と将来推計

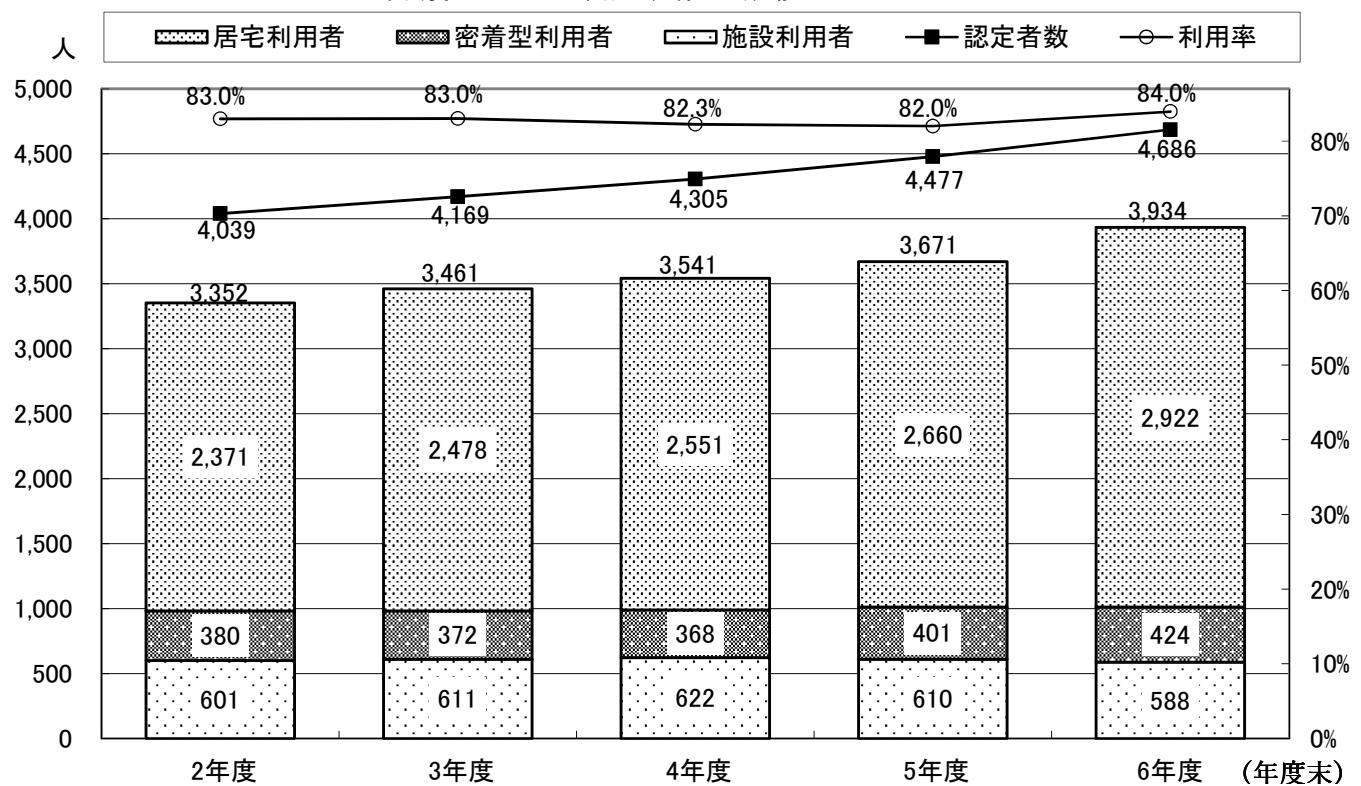
#### 高齢者数・サービス利用者数等の推移



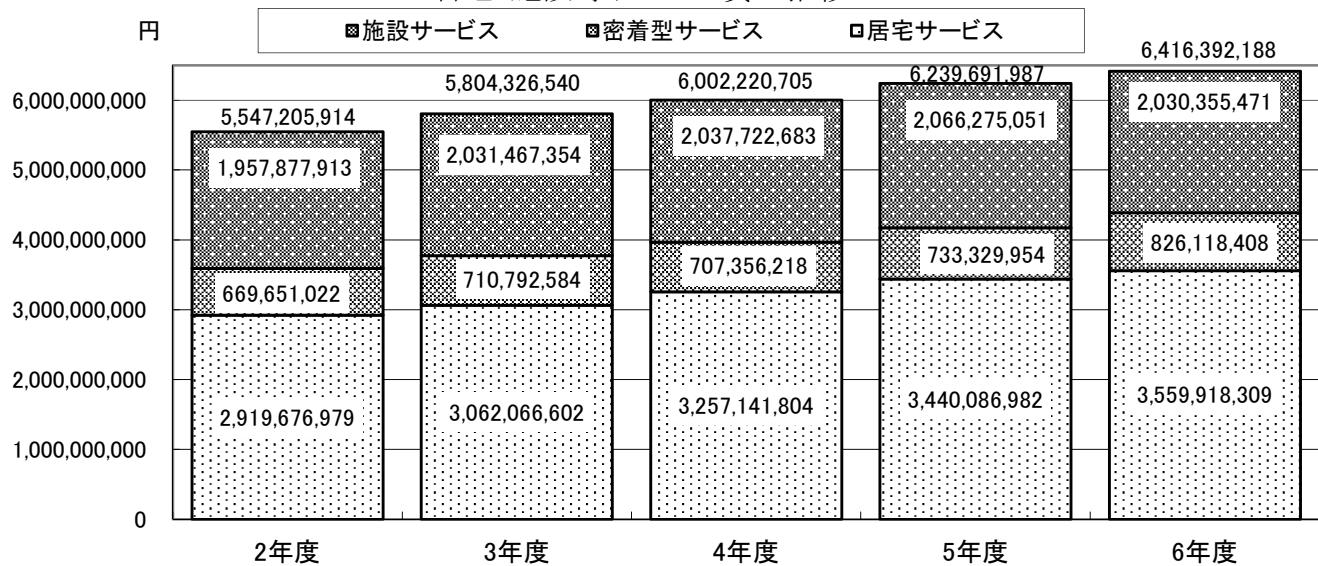
### 要介護度別認定者数の推移



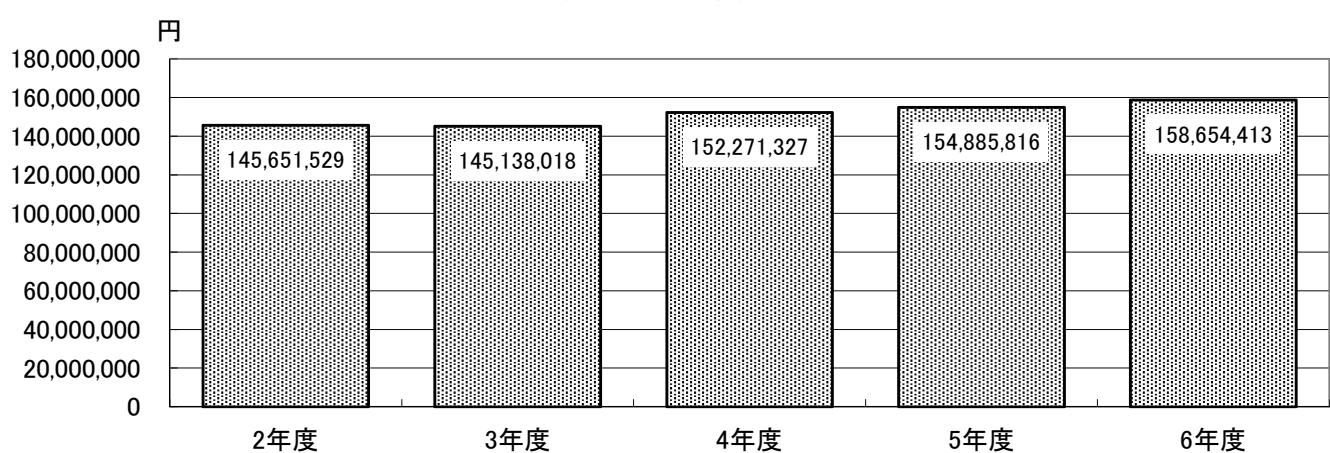
### 介護サービス利用者数の推移



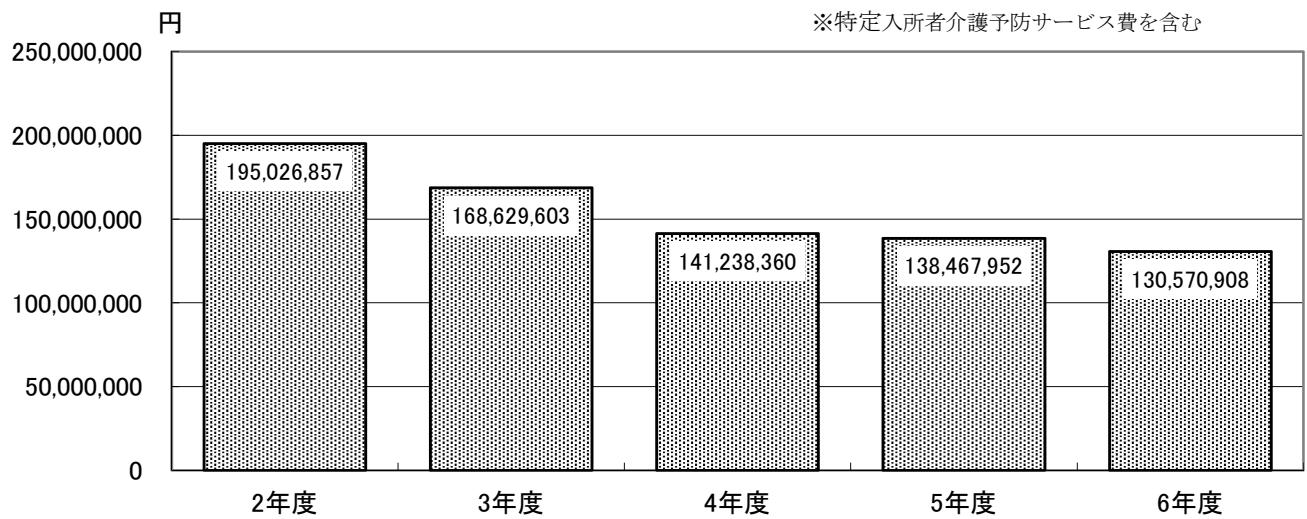
### 居宅・施設等サービス費の推移



### 高額介護サービス費の推移



### 特定入所者介護サービス費の推移



第9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

【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

介護保険運営協議会

・

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9期介護保険事業計画に記載している内容			令和6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9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	1-1 いきがい づくり・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、いきがいづくりと社会参加が 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づくりや社会参 加を支援するため、活動実施に応じてボイ ントを付与し、貯めたポイントに応じた転換交 替金を交付する。	いきいきバス・ポイント事業  R6 R7 R8 奨励品交付申込者数 1,450 1,650 1,800	いきいきバス・ポイント事業  R6実績 奨励品交付申込者数 1,411	いきいきバス・ポイント事業  R6 R7 R8 シニアクラブ事業 シニアクラブ数 69 69 69 会員数（人） 3,530 3,530 3,530	◎ いきいきバスポイント事業は、目標 値に近い数値を達成することができ た。 シニアボランティア支援事業は、活 動場所の拡大や制度の周知により、 登録者数が目標を上回った。 シニアクラブ事業は、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 るが、活動の周知や新規会員獲得の 機会の創出など活性化の支援を行 った。	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、幅広い分野でのポイント 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、いきがいづくりを支援する。	シニアクラブ事業は、さらなる活動の 充実に向け、引き続き活動の周知や 新規会員獲得の機会の創出など活 性化の支援を行う。			
	1-2 健康づくり や介護予防の 推進	本市の高齢者人口はこれまで目標年とし てしていた団塊の世代がすべて75歳を迎 える2025年（令和7年）を迎え、総人口は 中長期的には減少するが、65歳以上の世 代については、団塊ジュニア世代が2040 年（令和22年）以降65歳を迎えることか ら、高齢者人口は引き続き増加傾向であ ると推計している。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☆サポート）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） R6 R7 R8 体育館プログラム 12,500 13,000 13,500 サロンプログラム 15,000 15,500 16,000 マシンプログラム 6,500 7,000 7,500 サポート養成者数 20 20 20	R6実績 参加者数（延人数） 体育館プログラム 18,909人 サロンプログラム 21,169人 マシンプログラム 8,399人 サポート養成者数 16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194人 いた。	○ 各プログラムにおいては、目標人数 を大きく上回っており、住民の健康 維持に寄与している。	介護予防体操のボランティア指導者 （きらめけ☆サポート）数の減少を 受け、通いの場での介護予防体操の 実施ニーズに応えられるよう、指 導者になることのメリットを啓発さ らなる指導者増加に繋げる。				
2 相談・支援体 制の充実	2-1 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、地域課題見発見機能、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。	地域ケア推進会議  実績と目標等 R6 R7 R8 開催回数 8 8 8	R6実績 地域ケア推進会議 9回	自立支援型地域ケア会議の実施  実績と目標等 R6 R7 R8 開催回数 25 25 25	自立支援型地域ケア会議の実施  実績と目標等 R6 R7 R8 開催回数 7 7 7	◎ 地域ケア個別会議の実施 ・事例提供者及び市内地域包括支援センター、課 内での打合せ ・自立支援型地域ケア会議開催 7回（5、6、7、 10、11、1、2月の年7回）	自立支援型地域ケア会議の実施 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。	会議の中で出された意見から、具體 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事例を 検討し、またモニタリングを実施する ことにより、地域課題やニーズの抽 出を図る。		
	2-2 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。 見守りを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 所の増加に取り組む。	あんしん見守りネットワーク事業  R6 R7 R8 見守り対象者数 50 55 60 協力員数 44 45 46 協力事業所数 76 77 78	あんしん見守りネットワーク事業  R6実績 見守り対象者数 23 協力員数 37 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 10/15 23人	○ 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9期介護保険事業計画に記載している内容							令和6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9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	2-3 認知症施策推進大綱の内容を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になつても希望を持つ日常生活を送ることができるように認知症の方やその家族の方の視点を重視しながら「共生」と「予防」を両輪とした施策を行ふ。認知症の方が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症施策のさらなる強化に取り組んでいく必要があると考える。	認知症施策推進大綱の内容を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になつても希望を持つ日常生活を送ることができるように認知症の方やその家族の方の視点を重視しながら「共生」と「予防」を両輪とした施策を行ふ。認知症の方が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症施策のさらなる強化に取り組んでいく必要があると考える。	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。	認知症初期スクリーニングシステムの普及実績と目標等 R6 R7 R8 利用者延件数 7,500 8,000 8,500  認知症検診事業実績と目標等 受診率 (%) 11.0 11.0 11.0	R6実績 【認知症初期スクリーニングシステムの普及】広報・デジタルサイネージ・市民課モニターへの掲載。9月以降毎月いんふおメール配信を実施。ニコロ等イベント時にタブレットにてスクリーニングを実施。 利用者数 年間12,182件 (R5 9,525件)  【認知症検診事業】広報・デジタルサイネージへの掲載。いんふおメール配信。ポスター掲示。受診率 10.8% (R5 12.1%)	◎	認知症初期スクリーニングシステムについては、各種普及活動によりアクセス数が増加し、大幅に目標を超えることが出来た。 しかし認知症検診については、わずか0.2%、目標値に届かなかつた。	両事業ともに昨年度にならない、広報・デジタルサイネージ・市民課モニターへの掲載を継続。 いんふおメールについても毎月送信する。 各イベント時には早期発見・早期対応の重要性を理解していただこう掲示等を行つたり、引き続きスクリーニングシステムを実際に体験していただくなどの普及活動を積極的に実施する。	
	2-4 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 R6 R7 R8 成年後見人の 市長申立件数 3 3 3 報酬助成件数 5 5 5 成年後見センター 相談件数 330 360 390	成年後見制度利用支援事業 R6実績 市長申立件数 2 報酬助成件数 5 成年後見センター 相談件数 434	◎	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及び福祉サービス等の充実	3-1 介護予防・生活支援サービスの充実	本市の高齢者人口は目標年であった2025年（令和7年）を迎えてなお、引き続き増加傾向に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的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及び専門職の相談指導、通所型サービスC（短期集中型）の普及啓発を図る。	訪問型サービスA（基準緩和型）実績と目標等 R6 R7 R8 事業所数 3 3 3  通所型サービスC（短期集中型）実績と目標等 R6 R7 R8 利用者数 60 70 80	訪問型サービスA（基準緩和型）事業所数 R6実績 2事業所 通所型サービスC（短期集中型）おむね半年を目安に、専門職による短期集中型の介護予防・機能回復プログラムを通所により実施。利用者 R6実績 56	○	訪問型サービスA（基準緩和型）事業所数 減少 ・給付実績が伸びず事業所の増加につながっていない。 通所型サービスC（短期集中型）目標値には届かなかつたが、計画通り実施することができた。	訪問型サービスA（基準緩和型）・第10期計画に向けた介護支援専門員向けアンケートにて需要を確認する 通所型サービスC（短期集中型）引き続き、必要な方に情報が届くよう周知し、サービス終了後に地域への通い場へ継続して通えるよう支援を強化する。	
	3-2 福祉サービスの運営	高齢者が在宅で暮らしていくことができるよう、心身の健康状態や生活機能に応じた利用者ニーズを把握し、効果的な福祉サービスの提供を図る。  緊急通報システム事業は、緊急通報機器を高齢者の自宅に設置し、緊急時の対応が困難な一人暮らし等の高齢者の不安解消と安全の確保を図ります。  配食サービス事業は、調理等に支障のある一人暮らしの高齢者等に対し、栄養バランスに配慮した食事を配達することで食生活の改善と健康増進等を図ります。  紙おむつ給付事業は、寝たきりや認知症等により常時おむつの利用が必要な在宅高齢者等に、毎月、紙おむつの給付を行うことで、家族の精神的、経済的負担の軽減を図ります。	寝具類等洗濯等サービス事業実績と目標等 R6 R7 R8 乾燥延件数 500 500 500 洗濯延件数 20 20 20 利用者数 50 50 50  緊急通報システム事業実績と目標等 R6 R7 R8 利用者数 430 440 450  配食サービス事業実績と目標等 R6 R7 R8 年間配食数 32,500 33,000 33,500 利用者数 170 173 176  紙おむつ給付事業実績と目標等 R6 R7 R8 月平均利用者数 750 780 810	寝具類等洗濯等サービス事業 R6実績 乾燥延件数 836 洗濯延件数 75 利用者数 81  緊急通報システム事業 R6実績 実績と目標等 利用者数 366  配食サービス事業 R6実績 実績と目標等 年間配食数 36,496 利用者数 167  紙おむつ給付事業 R6実績 実績と目標等 月平均利用者数 641	◎	寝具類等洗濯等サービス事業は、目標値を大きく上回ることができた。他の事業は、目標値に届かなかつたが、目標値の8割を上回る数値であった。	引き続き必要な方に情報が届くよう周知を行う。		

第9期介護保険事業計画に記載している内容					令和6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9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
	3-3 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9期計画期間においては、引き続き地域の担い手を支援するとともに、関係者間のネットワーク構築を進め、地域の支援ニーズとサービス提供主体のマッチングを図る。	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。	R6実績 ・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 18回開催  平野地区では移動販売の継続方法を検討し、個別の訪問販売を継続実施。唐子地区ではボッチャ大会、松山地区では大東文化大学と連携した講座を開催。大岡地区等では、乗り合いデマンドタクシーパーフェクトドライブを実施し、つながりのある地域づくりを展開	◎	地域の高齢者の課題に対し、翌年度の重点項目の検討や、近隣住民同士が乗り合いアンドタクシーによる活動実施等が創出されている。	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地区で集いの場の設置促進を支援する。
4 介護保険制度の適正な運営	4-1 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が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ーフレットを発行し、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 R6 R7 R8 回数 10 5 5 参加人数 300 150 150	出前講座の開催 R6実績 回数 170 参加人数 139  私たちのまちの高齢者福祉 5回 100人 地域包括支援センターの役割と認知症の理解と予防 4回 67人 介護保険の仕組み～支え合う高齢者介護～ 5回 146人 認知症サポーター養成講座 2回 91人 みんなでつくる地域包括ケアシステム 1回 12人	◎	回数、参加人数とともに目標を上回り、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。
	4-2 介護サービス基盤の整備	地域包括ケアシステムの構築に向けて必要な介護サービスの確保を図るとともに、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。	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するため、第9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9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 R6 R7 R8 事業所数 9 10 10 定員 128 146 146  短期入所生活介護(単独型) R6 R7 R8 事業所数 3 4 4 定員 64 84 84	認知症対応型共同生活介護 R6実績 事業所数 9 定員 128  短期入所生活介護(単独型) R6実績 事業所数 3 定員 64	◎	認知症対応型共同生活介護 令和8年度の開所に向けて整備中 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 第9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(単独型) 引き続き、HPにて募集を続ける。
	4-3 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 R6 R7 R8 事業所数 5 5 5 定員 250 250 250	サービス付き高齢者向け住宅 R6実績 事業所数 5 定員 248	◎	現状維持	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。
	4-4 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	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・待遇の改善に向けた取組を進めている。 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に、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、埼玉県の「介護人材確保総合推進事業」等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る。	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	51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。【年1回 8月 26日、27日】  運営指導の実施 7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説明会を開催した。【3回、 10月17日、11月26日、2月21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してきた。	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「SAITAMA KAIGO NEXT」と連携し実施する。 広報紙・市HP・インフォメール・窓口への掲示により周知を図り多くの参加者を募る。

第9期介護保険事業計画に記載している内容								
施策の柱	施策	目標を設定するに至った 「現状と課題」	第9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
	4-5 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 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)ケアプランの点検 市が指定するケアプラン（給付率の高いものを抽出）の提出を求める、給付内容の確認をする。  (3)住宅改修・福祉用具の点検 ①住宅改修点検（全件） ②福祉用具貸与（軽度者）点検 ③福祉用具購入  (4)総覧点検・医療との突合 ①軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧による点検 ②医療給付情報突合リストの確認	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)ケアプランの点検 実績と目標等 R6 R7 R8 点検実施件数 23 23 25  (3)住宅改修・福祉用具の点検 ①住宅改修点検（全件） 実績と目標等 R6 R7 R8 点検実施件数 305 310 315  (4)福祉用具貸与（軽度者）点検 実績と目標等 R6 R7 R8 点検実施件数 190 200 210  (5)福祉用具購入 実績と目標等 R6 R7 R8 点検実施件数 410 420 430  (6)総覧点検 ①軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧による点検 実績と目標等 R6 R7 R8 点検実施件数 5,500 5,500 5,500  (7)医療給付情報突合リストの確認 実績と目標等 R6 R7 R8	R 6 実績 (1)認定調査票（主治医意見書）の内容確認 3,760件 県主催の研修会への参加 0人 認定調査員向けe-ラーニングへの登録 0人  (2)ケアプランの点検 ケアプランの点検の提出を求める、給付内容の確認をする 24件  (3)住宅改修・福祉用具の点検 ①住宅改修点検 302件 ②福祉用具貸与（軽度者）点検 1,535人 ③福祉用具購入点検 406件  (4)総覧点検 ①軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧による点検 1,442件 ②医療給付情報突合リストの確認 2,244件	○	全ての給付適正化事業において、計画どおりに実施できた。 より効率的・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・県の研修・通知等で提示される先進事例等を参考に、給付適正化事業を進めていく。	
	4-6 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上乗せし、所得の低い方への支援を引き継ぎ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9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 R6 R7 R8 支給額（千円） 33,000 34,000 35,000	高額介護費補助金制度 R6実績 支給額（千円） 33,375 延べ4,174件 339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。	
5 医療と介護の連携強化	5-1 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、市ホームページ内で医療・介護情報の検索システムの提供を開始することで、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している。 相談先や医療機関・介護サービス事業所を手帳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。	比企地区在宅医療・介護情報検索システムの活用、周知	比企9市町村担当者向けに、在宅医療・介護情報検索システムの操作研修開催 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ホームにより、連絡調整等での利用が進んだ。 また、お知らせ掲載項目等についても協議を行った。	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。

第9期介護保険事業計画に記載している内容					令和6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9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																																																	
5-2 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・分析し、課題の抽出、対応策の検討、施策の立案を行う。また、在宅医療・介護サービスが一體的に提供される体制の構築を推進する必要がある。	<p>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がない提供体制の整備を図る。</p> <p>また、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在宅医療・介護連携に関する相談に応じる。</p>	<p>多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会の開催</p> <p>切れ目のない医療と介護の提供体制</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">R6</td> <td style="text-align: center;">R7</td> <td style="text-align: center;">R8</td> </tr> <tr> <td>往診回数</td> <td>4,100</td> <td>4,300</td> <td>4,500</td> </tr> <tr> <td>訪問診療回数</td> <td>23,500</td> <td>24,000</td> <td>24,500</td> </tr> <tr> <td>届出医療機関</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>届出医療機関数</td> <td>22</td> <td>22</td> <td>22</td> </tr> </table> <p>在宅医療・介護関係者に関する相談支援</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">R6</td> <td style="text-align: center;">R7</td> <td style="text-align: center;">R8</td> </tr> <tr> <td>市</td> <td>100</td> <td>110</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>比企8町村他</td> <td>100</td> <td>110</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>200</td> <td>220</td> <td>240</td> </tr> </table>	R6	R7	R8	往診回数	4,100	4,300	4,500	訪問診療回数	23,500	24,000	24,500	届出医療機関	8	8	8	届出医療機関数	22	22	22	R6	R7	R8	市	100	110	120	比企8町村他	100	110	120	合計	200	220	240	<p>多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会を3回実施（8/5、10/24、2/5）</p> <p>切れ目のない医療と介護の提供体制</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">R6実績</td> </tr> <tr> <td>往診回数</td> <td>2,261</td> </tr> <tr> <td>訪問診療回数</td> <td>24,010</td> </tr> <tr> <td>届出医療機関</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>届出医療機関数</td> <td>22</td> </tr> </table> <p>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</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">R6実績</td> </tr> <tr> <td>市</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>比企8町村他</td> <td>135</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>201</td> </tr> </table>	R6実績	往診回数	2,261	訪問診療回数	24,010	届出医療機関	7	届出医療機関数	22	R6実績	市	66	比企8町村他	135	合計	201	△	<p>多職種が参画する在宅医療・介護連携推進協議会を3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。</p> <p>在宅医療・介護に関する相談支援は、相談員が比企8町村に年2回訪問し、周知強化を図ったこと等により目標を達成した。</p> <p>ニーズ調査等の結果によりACP普及啓発を重点課題に設定し、研修会や講演会を実施し改善していく。</p> <p>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。</p>	<p>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）の施策について、PDCAサイクルにより在宅医療と介護の連携体制の構築を推進する。</p>
R6	R7	R8																																																							
往診回数	4,100	4,300	4,500																																																						
訪問診療回数	23,500	24,000	24,500																																																						
届出医療機関	8	8	8																																																						
届出医療機関数	22	22	22																																																						
R6	R7	R8																																																							
市	100	110	120																																																						
比企8町村他	100	110	120																																																						
合計	200	220	240																																																						
R6実績																																																									
往診回数	2,261																																																								
訪問診療回数	24,010																																																								
届出医療機関	7																																																								
届出医療機関数	22																																																								
R6実績																																																									
市	66																																																								
比企8町村他	135																																																								
合計	201																																																								
5-3 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し、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。	<p>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、市庁報紙やホームページなどを通じて情報発信する。</p> <p>また、将来の心身の変化に備え、元気なうちに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ACP（アドバンス・ケア・プランニング 人生会議）の普及・啓発に取り組む。</p>	<p>住民向けACP講座を実施</p> <p>「私の意思表示ノート」の普及</p>	<p>市内関係者向けACP研修会の開催（11/26） 「あなたの想い、託せる人に伝えてみませんか～最期のときまであなたしく生きるために～」 参加人数 22人</p> <p>比企地区在宅医療・介護連携推進講演会 「さあ始めよう人生会議～住み慣れた比企地域で最期まで過ごすために～」 参加人数 175人</p> <p>「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</p>	○	<p>講座・講演会の参加者アンケートでは、内容の満足度は高い。</p> <p>また、市だけでなく、比企地域でも住民向けに「ACP普及啓発講演会」を開催できた。</p> <p>ここイベント等でも「私の意思表示ノート」の普及に取り組めた。</p>	<p>医療機関等に「私の意思表示ノート」の配架協力や、ここプロフェッショナル等の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。</p>																																																		

第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定スケジュールについて

## 第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定スケジュールについて

月	令和7年度												令和8年度											
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
審議会				①				②				③		④			⑤		⑥		⑦	⑧		⑨
契約期間																								
調査①																								
調査②																								
計画策定																								

第10期（令和9～11年度）における高齢者福祉政策及び介護保険事業に関する計画を策定するため、以下に掲げる業務などにより現状把握、課題分析、将来推計などを行う。

### 1. 高齢者実態調査業務

計画の基礎資料とするため、以下の各種調査等を行う。

- 調査①
- (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
  - (2) 在宅介護実態調査

### 2. 介護保険事業計画等策定業務

計画期間中の介護サービス事業量の推計及び保険料の算出を行ない、第10期介護保険事業計画等を策定する。

- ・介護保険料等推計業務
- ・介護サービス提供に関するアンケート調査

- 調査②
- (1) 介護支援専門員調査
  - (2) 介護サービス事業所調査

介護保険運営協議会での審議事項

【令和7年度】

1月②

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査」の実施について

「介護支援専門員調査、介護サービス事業所調査」の実施について

3月③

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査」結果の集計経過の報告について

「介護支援専門員調査、介護サービス事業所調査」結果の集計経過の報告について

【令和8年度】

5月・8月・10月④・⑤・⑥

次期高齢者保健福祉計画等について

1月⑦

次期計画の素案について提示

1月⑧

パブリックコメントを受けての検討

3月⑨

次期計画の最終案を確定