

第7章 みんなで支え合う地域づくりをめざして



1 地域包括ケアシステムの推進

(1) 地域包括ケアシステムの構築

「地域包括ケアシステム」とは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制」とされています。

この考え方は、介護保険法第1条に規定されるように、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を基本としており、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制を構築する必要があります。

国では、高齢化がピークを迎える令和5年までに、地域包括ケアシステムを構築することを目指して、介護保険法等の改正を行ってきました。

当町の状況を見ると、総人口に占める団塊の世代（昭和22年～昭和24年生まれ）の割合が大きく、団塊の世代の方が後期高齢者となる令和5年に向けて地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠となっており、そのための具体的な取り組みを進めているところです。

この「地域包括ケアシステム」を、町内全域に進めていくための拠点となるのが、平成29年7月に開所した「鳩山町地域包括ケアセンター」です。町では、当該施設内にある地域包括支援センターの体制強化を図り、「みんなで支え合う地域づくり」を進めていきます。

2 地域包括支援センターの機能の拡充

(1) 地域包括支援センターの体制強化

高齢化が進む鳩山ニュータウン地区に設置した鳩山町地域包括ケアセンターは、デイサービスセンターと、地域の交流スペース及び地域包括支援センターを擁した地域包括ケアシステムの拠点となる施設です。今後の高齢化の進展等に伴って増加していくニーズに適切に対応する観点から、機能の体制の強化を図ることが重要となっています。

そのため、高齢者人口や相談件数、運営方針、業務に関する評価の結果等を勘案し、業務量にあった人員体制の確保に努めます。また、管理運営体制の強化のために、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の三職種以外の専門職や事務職の配置も含めて、必要な体制を検討していきます。

また、地域のつながり強化という観点から、地域包括支援センターが、居宅介護事業所や介護施設など、地域の既存の社会資源と効果的に連携して、地域における相談支援の機能を強化していきます。

(2) 地域共生社会への対応

今後、75歳以上の後期高齢者数が増加していく中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉及び生活困窮者支援等の制度及び分野の枠や、「支える側」及び「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人が社会でつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくこと）の実現に向けた基盤となり得るものです。

また、地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の一部を改正する法律により、地域住民と行政が協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域及び個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、包括的な支援体制を整備することが市町村の努力義務とされました。

そのため、町では包括的な支援体制の構築と社会福祉基盤の整備と併せ、介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進及び地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが必要となっています。

地域共生社会の実現と高齢者の適正な援護を担うためには、町民と直接接している地域包括支援センターが果たす役割は大きく、益々重要となっています。

そこで、地域共生社会の実現に向けて、地域包括支援センターでも総合相談支援窓口の相談支援包括化推進員などの関係機関と連携しながら、全世代型の包括的な相談支援の体制（以下「重層的支援体制整備事業」という。）をつくり

- ・属性や世代を問わない相談の受け止め
- ・アウトリーチの実施

平時からの事前準備に備えて、クラスターの発生を抑える取り組みに取り組んでいきます。

また、感染症発症時も含めて町や保健所、協力医療機関と連携して、介護事業所の支援体制を整備し、感染症発症時に備えた事業所間連携を含む応援体制の構築についても、積極的に取り組んでいきます。

(5) 保険者機能強化推進交付金の活用

保険者機能強化推進交付金は、保険者機能の評価にあわせて交付されるものであり、町の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組の推進において貴重な原資となるものです。

そのため、地域包括支援センターの高齢者の自立支援、介護予防等、重度化防止等において、町民サービスの拡充のための機器や運営事業経費等に活用するなど、その有効活用を図り、町民サービスの拡充に努めます。



3 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

高齢者（第1号被保険者）が要介護状態になることの予防、または要介護状態等の軽減、もしくは悪化防止のために必要な事業であり、すべての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」及び要支援・介護認定のおそれのある生活機能が低下した高齢者を対象とした「介護予防・生活支援サービス事業」により、総合的な介護予防事業を実施しています。

引き続き、事業の実施にあたっては、訪問・通所事業者に加え、NPO、民間企業、ボランティア等と連携を図りながら、多様なサービスの充実等の受け皿の整備・充実、地域の特性を生かした取り組み等を推進していきます。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを制度の対象としています。

このサービス事業は、「訪問型サービス（第1号訪問事業）」、「通所型サービス（第1号通所事業）」、「その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）」、「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）」から構成されます。

なお、総合事業の対象者については、これまでのサービスにおける継続性・連続性等の観点から、対象者の必要性に応じて弾力的に利用ができるように、地域支援事業実施要綱等に基づき検討していきます。

	サービス種別	サービス提供者	サービスの内容等
訪問型サービス	①訪問介護 (ホームヘルプ)	訪問介護事業者	・要支援者のみ利用可。訪問介護員が行う日常生活上の身体介護、生活援助 ・特に認知機能の低下等により日常生活に支障がある方、退院直後で状態が変化しやすい方等。
	②訪問型サービスA	NPO・社会福祉法人・公益社団法人・民間事業者等	・緩和した基準により提供する生活援助（掃除・調理等）
	③訪問型サービスB	住民主体	・ボランティアによる生活支援（掃除・調理・買い物・庭木の手入れ等）
	④訪問型サービスC	地域包括支援センター	・町の保健師等による訪問指導 集中的ケア
	⑤訪問型サービスD	住民主体	・ボランティア等による移動支援や移送前後の生活支援
通所型サービス	①通所介護 (デイサービス)	通所介護事業者	・要支援者のみ利用可。すでにサービスを利用し、継続が必要な方、専門職による生活機能向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれる方
	②通所型サービスA	NPO・社会福祉法人・公益社団法人・民間事業者等	・緩和した基準により提供する生活機能向上のための機能訓練（ミニデイサービス、運動・レクリエーション等）
	③通所型サービスB	住民主体	・自主的な通いの場（サロン、カフェ） ・ボランティア主体による運動・交流の場
	④通所型サービスC	地域包括支援センター	・ADL, IADL の改善に向けた支援が必要な方（専門職が関与する介護予防教室）

①訪問型サービス

ア 訪問介護（ホームヘルプ）等の体制整備

<現状と課題>

ホームヘルパーが利用者の自宅を訪問して、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言等、必要な日常生活の世話をを行うサービスで、従来の介護予防訪問介護が、地域支援事業に移行されました。

しかし、町内で唯一実施していた第一号訪問型サービス事業者は、令和2年3月末に閉所となり、町内の第一号訪問型サービス事業者がなくなりました。

単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯の生活を支える重要なサービスとして、身体介護や生活支援のサービスを提供していますが、今後、ますます増加すると見込まれる単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯の生活を支える重要なサービスとして、日常生活支援体制の整備が緊喫の課題となっています。

<計画・実績>

	区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
利用者数	計画値 (人/年)	216人	229人	243人
	利用実績 (人/年)	69人	87人	22人

* 令和2年度は令和2年9月末現在実績数

<今後の取り組み>

近隣事業所の情報を提供して、供給量の確保に努めるとともに、第1号訪問型サービス事業者等と連携を図りながら、自立に向け訪問型サービスを提供します。

また、訪問型サービスA（緩和したサービス）、訪問型サービスB（ボランティアによる生活支援）、訪問型サービスD（ボランティアによる移送支援）の町の実状に合わせた体制整備を進め、日常的な地域での支え合いの仕組みづくりを進めていきます。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問実人数（人/年）	96人	96人	96人

イ 訪問型サービスC

<現状と課題>

地域ケア会議に提出された事例について、具体的にどのようにしたら生活課題が解決できるかリハビリ専門職等と同行訪問し、生活環境の改善等の適切な相談指導を行っています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
訪問延人数	計画	36人	36人	36人
	実績	18人	15人	20人

* 令和2年度は見込値

【実績の評価・課題】

短期集中的にリハビリ専門職が対象者宅を訪問し、生活機能に関わる課題を総合的に評価し、自立生活の維持又は向上を目指す観点から助言して、日常生活を安全に過ごせるよう支援しました。今後も、地域ケア会議で協議した利用者などについて、積極的に対象とし、本人の生活目標を提案していきます。

<今後の取り組み>

短期集中的にリハビリ専門職が対象者宅を訪問し、生活機能に関わる課題を総合的に評価します。自立した生活の維持または向上を目指す観点から助言して、日常生活を安全に過ごせるよう支援を行い、次の目標へと動機づけを行っていきます。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問延人数	36人	36人	36人

②通所型サービス**ア 通所介護（デイサービス）等の体制整備****<現状と課題>**

デイサービスセンター等に通り、入浴・食事の提供とその介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認など、日常生活の世話と機能訓練等を行うサービスで、従来の介護予防通所介護が、地域支援事業に移行されました。利用者の心身機能の維持とともに、社会的孤立感の解消、介護家族の身体的・精神的負担の軽減を図っています。

また、デイサービスセンター以外でも、自宅から歩いて行ける身近なところで心身機能の維持向上を定期的に行うために、「はあとふるパワーアップ体操」を行う「通いの場」の整備を進めてきました。

<計画・実績>

区分		平成30年度	令和元年度	令和2年度
第一号通所介護	計画（人／年）	600人	637人	677人
	実績（人／年）	429人	387人	168人

* 令和2年度は令和2年9月末現在実績

【実績の評価・課題】

住民からの利用意向等の確認及び利用者の心身の状況等をアセスメントした上で、事業者と連携しサービスの提供を図りました。また、実情に応じて民間事業者の新たな参入を受け入れサービスの提供体制を確保しています。

また、通所介護事業所以外の、身近な地域における通いの場の整備に向けて、ボランティアの育成等を行い、地域の通いの場は拡大してきています。

現状としては、町内にリハビリを中心としたデイサービスがないため、町外の第一号通所介護事業者の追加指定を進めてきました。引き続き、町の実情にあわせた体制整備に向けて検討し、参入等を促進することが必要です。

また並行して、通いの場の拡大と充実が求められています。

<今後の取り組み>

住民からの利用意向や第1号サービス事業者の事業参入の意向等を的確に把握し、民間事業者との連携を図りながら、サービスの提供基盤を確保していきます。さらに、通所型サービスA（緩和したサービス）、通所型サービスB（ボランティアによる交流の場）の町の実状に合わせた体制整備のために、民間事業者及び住民団体に対して協力を要請します。

また、町内にリハビリを中心としたデイサービスがないことから、民間事業者等に対して事業への参入を促進します。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
通所延人数	480人	480人	480人

③介護予防ケアマネジメント

対象者が要介護状態となることを予防するため、地域において自立した日常生活が送れるように支援します。

なお、地域包括支援センターでは、要支援者に対する介護予防給付のマネジメントも併せて実施します。

【主な業務内容】

- ・課題分析（アセスメント）の実施
- ・目標の設定（介護予防ケアプランの作成やサービス担当者会議を開催）
- ・モニタリングの実施

(2) 一般介護予防事業

①介護予防普及啓発事業（介護予防活動の普及・啓発）

ア さわやか健康教室

<現状と課題>

高齢になっても健やかで心豊かに生活が送れるよう、また活力のある地域社会を目指すため、健康を増進し、発病を防ぐことにより、要介護状態の予防及び健康寿命の延伸を支援していくことが重要です。

本町では介護予防に資する基本的な知識の普及・啓発を図るために、平成14年10月から、東京都健康長寿医療センター研究所の支援を受け、「さわやか健康教室」を実施しています。この事業は、「鳩山町健康づくりサポーターの会」との協働事業でもあり、教室の企画・運営等については、健康づくりサポーターと検討しながら進めています。

講座内容を「運動」「栄養」「社会参加」を柱としたプログラム構成に、歯科口腔保健の講座も加えて充実させ、毎年新規受講者の拡大を図っています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
参加実人数	計画	28人	28人	28人
参加延人数		230人	230人	230人
参加実人数	実績	23人	24人	28人

参加延人数		276人	227人	230人
-------	--	------	------	------

*令和2年度は見込値

【実績の評価・課題】

高齢になっても健やかで心豊かに生活が送れるよう、また活力のある地域社会を目指すため、健康を増進し、発病を防ぐことにより、要介護状態の予防及び健康寿命の延伸を支援していくことが重要です。

本町では介護予防に資する基本的な知識の普及・啓発を図るために、平成14年10月から、東京都健康長寿医療センター研究所の支援を受け、「さわやか健康教室」を実施しています。この事業は、「鳩山町健康づくりサポーターの会」との協働事業でもあり、教室の企画・運営等については、健康づくりサポーターと検討しながら進めています。講座内容は「運動」「栄養」「社会参加」を柱としたプログラム構成に、歯科口腔保健の講座も加え充実させています。

＜今後の取り組み＞

より多くの方が参加できるような教室づくりについて、健康づくりサポーター及び東京都健康長寿医療センター研究所とともに検討・実施していきます。また、地域健康教室への参加、サポーターの会入会、ボランティア活動を始めとする地域活動への参加等、教室修了後も継続して健康づくりが行えるよう支援します。

＜目標・見込み＞

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
参加実人数	28人	28人	28人
参加延人数	230人	230人	230人

イ はつらつ教室

＜現状と課題＞

高齢になっても心身機能や生活機能をできるだけ維持し、自立した健やかな高齢期を過ごせるよう、とくに認知症予防の観点から、生活習慣病予防及び介護予防に係るロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（虚弱）に関する知識の普及を図ることを目的に実施しています。令和元年度においては、認知症と難聴との関連性の観点から希望者には聴力検査を実施し、状況に応じた受診勧奨や指導等をあわせて行いました。令和2年度においては、さわやか健康教室や講演会等において、認知症に関する内容等を組み込み実施しています。

＜実績＞

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
参加実人数	実績	60人	66人	—
参加延人数		131人	66人	—

※令和元年度及び令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、一部事業を中止

＜今後の取り組み＞

一般介護予防事業である「さわやか健康教室」や、他の保健事業・介護予防事業等において、高齢期の健康づくりの一環として、認知症予防等に関連する講座を開催するとともに、認知症検診の重要性等への理解を促進し受診率向上につながるよう働きかけていきます。

ウ はあとふるパワーアップ教室

＜現状と課題＞

リハビリ専門職等と連携し、主にフレイル（虚弱）及びプレフレイル（虚弱前段階）を対象とした効率的・効果的な短期集中型の介護予防教室で、地域活動に参加できる体力づくりとして「はあとふるパワーアップ体操」を中心とした運動実践講座に、栄養及び社会参加に係る講座等を組み入れ、参加者の心身の状態の維持向上を図っています。

＜計画・実績＞

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
参加実人数	計画	20人	20人	20人
参加延人数		240人	240人	240人
参加実人数	実績	16人	18人	20人
参加延人数		131人	205人	240人

※令和2年度は見込み値

【実績の評価・課題】

リハビリ専門職等と連携し、主にフレイル（虚弱）及びプレフレイル（虚弱前段階）を対象とした効率的・効果的な短期集中型の介護予防教室として、地域活動に参加できる体力づくりのため、「はあとふるパワーアップ体操」を中心とした運動実践講座に、栄養及び社会参加に係る講座等を組み入れ、参加者の心身の状態の維持向上を図ってきました。終了後の地域活動での継続に向けた支援をあわせて行い、6割以上の参加者が地域等での活動を継続しています。

＜今後の取り組み＞

広く町民への周知を図りながら、定期的な開催によって心身の状態の維持向上を図るとともに、地域の通いの場等につなげ、虚弱から要介護状態とならないよう支援していきます。

＜目標・見込み＞

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
参加実人数	20人	20人	20人
参加延人数	240人	240人	240人

②地域介護予防活動支援事業（住民主体の介護予防活動の育成・支援）

ア 鳩山町健康づくりサポーターの会育成事業

＜現状と課題＞

鳩山町健康づくりサポーターの会は、「地域健康づくり支援者育成セミナー」（平成14年度）、「地域健康づくりサポーターセミナー」（平成18年度）、「いきいき元気づくりセミナー」（平成21年度）、「スキルアップセミナー」（平成22年度）、平成23年度以降毎年度開

催している「健康づくりサポーター養成講座」修了者及び、「さわやか健康教室」修了者のうち、有志で構成された介護予防活動ボランティアの会です。

町内4会場（保健センター・ふれあいセンター（平成29年7月より地域包括ケアセンター）・今宿コミュニティセンター・公民館亀井分館）で、体操を中心とした健康教室を原則週1回ずつ、運営主体となり開催しています。ほか「さわやか健康教室」の町との協働開催、新鳩山音頭健康体操の普及啓発等が主な活動内容です。

鳩山町健康づくりサポーターの意欲は高く、その活動は、参加者の心身機能の維持向上に大きく寄与しており、新規サポーターの開拓及び現サポーターの活動意欲の継続が課題となっています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
登録実人数	計画	32人	32人	32人
活動延人数		1,700人	1,700人	1,700人
登録実人数	実績	32人	33人	30人
活動延人数		1,673人	1,407人	400人
地域健康教室 延参加者数		10,975人	9,481人	2,300人

※令和2年度は見込値

【実績の評価・課題】

町内4会場（亀井分館・地域包括ケアセンター・今宿コミュニティセンター・保健センター）で、地域健康教室を原則的に週1日実施しました。鳩山町健康づくりサポーターの意欲は高く、その活動は、参加者の心身機能の維持向上等に大きく寄与しています。

しかし、令和元年度及び2年度は新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、活動を休止又は縮小して実施しました。サポーター育成のため、養成講座及びスキルアップ研修会を実施しました。

新規サポーターの開拓及び意欲保持等のためのフォローアップが大きな課題です。

<今後の取り組み>

鳩山町健康づくりサポーターの会と連携し、町内4か所での地域健康教室を中心とした現在の活動の継続とともに、更なる活動の充実のための研修会を引き続き開催します。介護予防を地域で進める必要性について普及を図り、サポーター活動の魅力を発信して新規サポーターの開拓に取り組みます。また、必要に応じて、役員会及び全体検討会を開催し、町とサポーター間及びサポーター同士の共通認識を図るとともに、他の地域活動組織等とお互いに連携し活動できるよう今後も支援します。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録実人数	32人	32人	32人
活動延人数	1,700人	1,700人	1,700人
地域健康教室 延参加者数	9,000人	9,500人	10,000人

イ はあとふるパワーアップ体操リーダー養成事業

<現状と課題>

リハビリ専門職と連携し、地域の受け皿となる地域住民の積極的な運営による自立的な通いの場の展開に向けて、はあとふるパワーアップ体操(おもりのバンドを使用した体操)の実践・ロールプレイを中心に、住民主体による地域活動を始めるためのノウハウ等を講座やグループワークを通じて習得できるよう地域リーダーの養成を支援しています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
参加実人数	計画	20人	20人	20人
リーダー登録者数		50人	60人	70人
地域活動実施箇所数		4箇所	5箇所	6箇所
参加実人員	実績	22人	8人	—
リーダー登録者数		55人	61人	61人
地域活動実施箇所数		8箇所	10箇所	10箇所

※令和2年度はフォローアップ研修のみ実施

<今後の取り組み>

養成セミナーの開催については、開催会場等の検討をしながら、引き続き開催し、地域活動につながるリーダーを育成するとともに、地域の通いの場の拡大を図ります。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
参加実人数	20人	20人	20人
リーダー登録者数(累計)	50人	60人	70人
地域活動実施箇所数	4箇所	5箇所	6箇所

ウ 介護支援ボランティア事業

<現状と課題>

高齢者が介護支援ボランティア活動を通じて地域貢献することを積極的に奨励・支援し、高齢者自身の社会活動を通じた介護予防を推進するため、介護支援ボランティア制度を引き続き実施し、いきいきとした地域社会の構築をめざします。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
登録実人数	計画	85人	95人	100人
活動回数		5,950回	6,650回	7,000回
登録実人数	実績	80人	111人	109人
活動回数		6,047回	7,213回	3,500回

※令和2年度は見込み値

【実績の評価・課題】

令和元年度に各地区で展開した「はあとふるパワーアップ教室」等を活動場所として指定したため、登録実人数及び活動回数が飛躍的に増加し、実績の登録実人数等が計画の実人数及び回数を上回りました。今後の課題としては、在宅高齢者の生活支援等について引き続き検討していきます。

<今後の取り組み>

介護支援ボランティア制度を引き続き実施し、地域ケアの推進に不可欠な住民参加に関する認識が高まり、社会参加活動等に参加する元気な高齢者が増えるよう制度の充実及び周知の徹底を図っていきます。

また、ボランティアの活動範囲等を見直し、在宅の高齢者の生活支援等も検討します。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録実人数	110人	115人	120人
活動回数	7,500回	7,800回	8,000回

③一般介護予防事業評価事業**健康長寿のまちづくり共同研究事業**

高齢者がQOL（生活の質）を下げずに生き生きとした生活を送るため、東京都健康長寿医療センター研究所と連携して、介護予防事業の推進及び達成状況等を検証する「健康長寿のまちづくり共同研究事業」を実施し、取り組み状況等の評価と評価指標の設定をします。その上で、評価結果を本町の更なる健康寿命の延伸に役立て、科学的根拠に基づく介護予防事業（鳩山モデル）の確立をめざします。

<現状と課題>

本町で行われている一般介護予防事業等の評価方法、評価指標を設定して各種事業等に取り組んできました。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施内容	計画	事業評価	目標及び評価設定 事業推進	事業推進
	実績	事業評価 (10年間の取組評価)	目標及び評価設定 (新たな協定締結)	事業推進

【実績の評価・課題】

平成21年に共同研究事業基本契約を締結して以降、各種取り組みの推進等により、介護認定率は低下傾向を示し、スポーツや運動を中心とした社会参加率は向上し、平均余命及び健康寿命は延伸しました。要介護認定率については、6年間でマイナス16%減少し、平均余命の伸びを上回る健康余命の伸びを達成しています。このことから、急激な高齢化にありながら、共同研究事業を始めとする各種取り組みが、健康長寿のまちづくりへ貢献していることがうかがえました。

しかし、今後、後期高齢化率がピークに達する時に向けた対策が課題であり、高齢者の健康度に応じた健康づくりの場や、社会参加の場を一層創出する必要があります。また、高齢者の特性や有するリスクによりアプローチ法を変えるなどの方法の検討を含め、「栄養」「運動」「社会参加」を通じた健康づくりを基本とした、健康長寿のまち ほとやまの推進が重要となります。

<今後の取り組み>

地域づくりの視点から介護予防事業全体の評価を行い、地域包括支援センター運営協議会などで議論し、介護予防事業の見直しや改善を行っていきます。通いの場に参加する個人の健康状態等の経年変化や通いの場の効果分析方法等を検討し、評価指標を設定したうえで、一般介護予防事業を効果的・効率的に行えるよう、取組過程や取り組み成果を評価する指標について検討し、介護予防を推進していきます。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施内容	事業評価	目標及び評価設定 事業推進	事業推進

④地域リハビリテーション活動支援事業（※）

地域における介護予防の取り組みに対する機能を強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等に、リハビリ専門職が訪問し、地域におけるリハビリテーション活動を支援しています。

<現状と課題>

地域ケア会議において、介護予防に関するリハビリ専門職の助言により、介護度が重度化する前の介護予防に重点を置いた活動を展開しています。

また、地域における介護予防活動の推進のための「通いの場」におけるリハビリ専門職の支援も始まり、「通いの場」における効果的かつ継続的な運動の展開が課題となっています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
派遣人数	計画	20人	20人	20人
活動回数		12回	12回	12回
派遣人数	実績	609人	881人	500人
活動回数		76回	122回	100回

※令和2年度は見込値

<実績の評価・課題>

平成30年度から、虚弱高齢者が通所する場として、「手作業の会」、「お話し会」、「福祉プラザでのミニ講座」などを定期的に立ち上げ、地域の高齢者の介護予防の場を拡充しました。なお、「通いの場」における効果的かつ継続的な運動の展開が課題となっています。

＜今後の取り組み＞

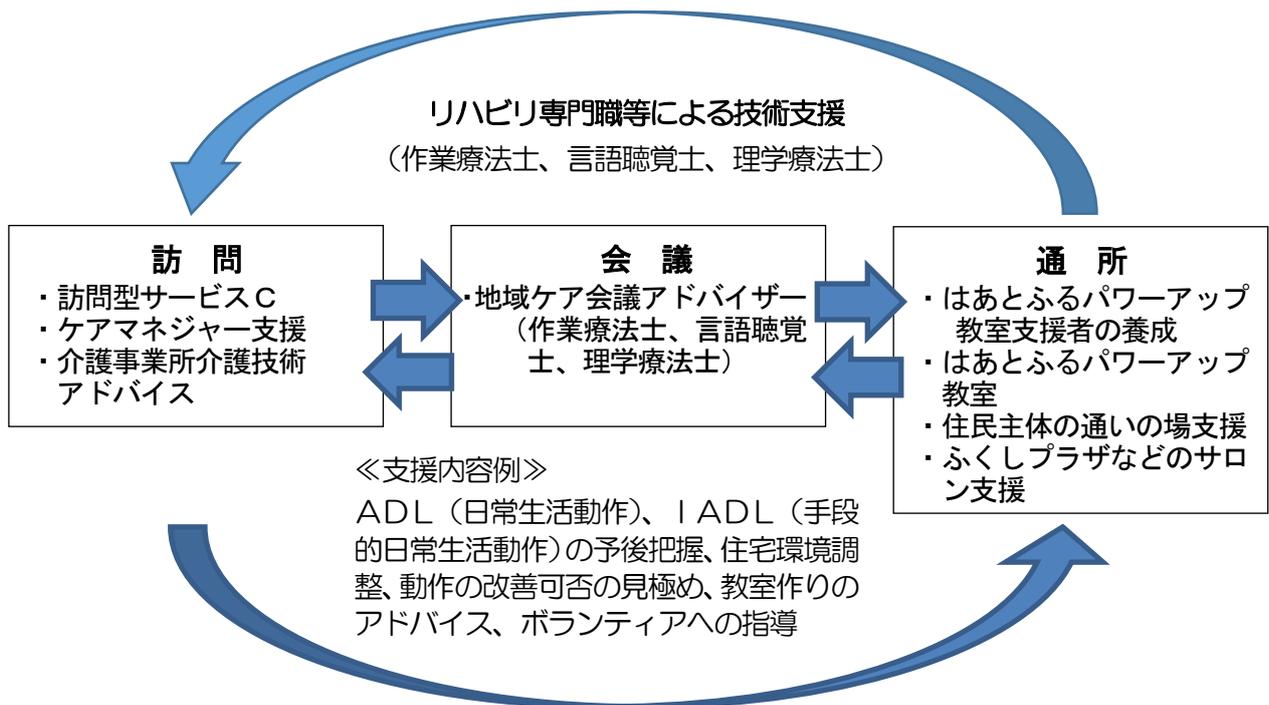
リハビリ専門職が介入することで、身体の機能改善の可能性を提案し、その人なりの自立した生活を支援します。また、重度要介護者へ介助方法などを介護者に指導することにより、介護者の負担軽減を図ります。

＜目標・見込み＞

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
派遣人数	20人	20人	20人
活動回数	12回	12回	12回

※地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリ専門職が高齢者の持っている能力を評価し、地域ケア会議、家庭訪問等で改善の可能性を助言します。また、必要な利用者に切れ目なくリハビリの機会ができるよう、介護予防教室やデイサービスなどでリハビリ専門職から知識・技術の支援を受けながら、通いの場やサロン等の居場所作りや過ごし方の提案なども行います。



4 包括的支援事業の充実

地域包括支援センターは、高齢者の心身の健康の保持・増進、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的・継続的に行う機関として設置されています。

高齢者が住み慣れた地域で出来るだけ自立した生活を送ることができるようするためには、一般介護予防事業の推進や要支援・要介護状態になった場合にも、状況に応じた介護サービスや医療サービス等を切れ目なく提供することが大切です。

包括的支援事業の中では、「在宅医療・介護連携推進事業」、「生活支援体制整備事業」、「認知症初期集中支援推進事業」、「認知症地域支援・ケア向上事業」、「地域ケア会議推進事業」が社会保障の充実を図る事業として位置付けられ、地域包括ケアシステムの構築に向けて、益々重要となります。

本町では、こうした取り組みを進めるため、はとんスクエアに開所した「地域包括ケアセンター」や介護老人福祉施設を拠点とした包括的支援事業の推進を図ります。

また、各種相談事業においては、複合的な問題の整理を図るために、全世代での各種相談を受け止める「重層的支援体制整備事業」への移行を進めて、他機関との協働をコーディネートしながら、適正なる支援の構築に努めていきます。

(1) 総合相談支援事業

<実施内容>

- ア 鳩山町地域見守り支援ネットワークの構築
- イ 高齢者の実態把握
- ウ 総合相談支援（高齢者の心配ごと、悩みなどの相談）
- エ 継続的・専門的な相談支援

<現状と課題>

町直営の地域包括支援センターのメリットを活かし、介護保険の相談から高齢者虐待、権利擁護等の各種相談にもきめ細かく対応します。また、地域包括支援センターを補完する在宅介護支援センターが身近な高齢者の支援窓口として設置されています。主な業務内容としては、高齢者の実態把握、要援護高齢者等の相談であり、介護支援専門員（ケアマネジャー）や看護師等の介護・医療の分野で専門性を有する職員が担っています。

<今後の取り組み>

高齢化の進行に伴う相談件数の増加や困難事例への対応がより見込まれることから、必要な人員を確保すると共に関係機関との連携を強化していきます。

また、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応して、全世代の包括的な支援体制の構築を進めるため、重層的支援体制整備事業への移行を進めていきます。

①在宅介護支援センター相談業務

＜現状と課題＞

社会福祉法人 鳩山松寿会（鳩山松寿園）への委託により実施しており、24時間体制で在宅の高齢者やその家族の介護に関する総合的な相談などに応じています。

また、介護に関するさまざまなニーズに対応した保健・福祉のサービスが、総合的に利用できるように調整業務も行い、いつでも電話や訪問に対応できる緊急的な相談窓口の役割も担っています。休日や夜間を含め高齢者世帯等を切れ目なく見守る支援体制の構築において、大きな成果があり、町内の介護事業所の相談支援体制や在宅介護者の不安の払拭等に寄与しています。

＜計画・実績＞

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
相談件数等	計画	220件	220件	220件
	実績	157件	117件	14件

※令和2年度は、令和2年9月末までの相談件数

【実績の評価・課題】

休日や夜間を含め、高齢者世帯等を切れ目なく見守る支援体制の構築において成果がありました。町内の介護事業所の専門職による相談支援体制があることにより、在宅の介護者の不安の払拭等に寄与しています。

＜今後の取り組み＞

地域包括支援センターの開所時間外の夜間・休日等における緊急的な相談業務や保健・福祉サービスの調整業務を行います。また、単身高齢者世帯や身寄りのない高齢者の増加も見込まれることから、引き続き24時間体制で対応し、あわせて重層的支援体制整備事業への移行を進めていきます。

また、単身高齢者世帯や身寄りのない高齢者の増加も見込まれることから、引き続き24時間体制で対応するとともに、重層的支援体制整備事業への移行を進めていきます。

＜目標・見込み＞

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
相談件数等	220件	220件	220件

(2) 権利擁護事業

＜実施内容＞

- ア 高齢者虐待の防止及び対応
- イ 困難事例への対応
- ウ 成年後見制度の啓発と活用
- エ 消費者被害の防止及び対応
- オ 権利擁護支援・成年後見制度利用促進に向けた中核機関の設置

＜現状と課題＞

平成22年7月「鳩山町地域見守り支援ネットワーク」（通称：「見守りはとネット」）が設置され、地域住民の協力による見守り体制を強化し、高齢者の虐待等の早期発見・早期対応を図っています。

また、単身高齢者世帯の増加に伴い、権利擁護のニーズも高まっています。町では、「成年後見制度研修会等」を開催し、より多くの町民に「成年後見制度」を知っていただく機会を提供していますが、単身高齢者世帯の権利擁護が課題となっています。

＜今後の取り組み＞

今後、単身高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者の増加が推測されます。高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある安定した暮らしを続けていくために権利や財産を侵害されることのないよう弁護士、司法書士、社会福祉士、精神保健福祉士などの多職種が連携しながら高齢者の権利を守る取り組みを推進します。

また、権利擁護支援・成年後見制度利用促進に向けた中核機関の設置及び重層的支援体制整備事業への移行を進めていきます。

（3）継続的・包括的ケアマネジメント支援事業

＜現状と課題＞

複数の問題や複合的な問題を抱えたケースが増加傾向にあり、引き続き相談窓口の周知と相談体制の強化が求められます。自立支援型地域ケア会議の円滑な実施に当たっては、地域包括支援センター、ケアマネジャー、各専門職、介護サービス事業所等、高齢者支援に携わる関係者が、チームとして高齢者の自立を目指す意識をもって業務にあたっています。

今後も、ケアマネジャーの資質の向上を図るための研修会等を行います。

＜今後の取り組み＞

地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となり、地域の高齢者に対して、ケアマネジャーや、地域の関係機関が連携して包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための連携・協力体制の構築に努めながら、重層的支援体制整備事業への移行を進めていきます。

また、ケアマネジャー等の資質の向上を図るため、介護支援専門員支援事業や介護支援専門員アドバイザー事業を活用してリハビリ専門職等によるアドバイス及び研修会、交流会、制度や施策等に関する情報提供などを行います。

（4）地域ケア会議の充実

＜構成員＞

保険者、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業者、薬剤師、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、管理栄養士、生活支援コーディネーター

＜実施内容＞

- ア 自立支援（要介護状態の改善又は悪化防止）に資するケアマネジメントの実践
- イ ケアマネジャーの資質向上
- ウ 支援者間における支援方法の共有
- エ 支援者・多職種間のネットワークの形成
- オ 地域課題の抽出・把握

<現状と課題>

支援認定者を対象とした、「自立支援型ケア会議」と要介護認定者を対象とした「困難事例検討会」に分け、隔月で事例検討会を実施しています。多職種での検討をとおして、鳩山町における地域課題の抽出・把握を行い、高齢者を支える資源を開発することを目的としています。ケア会議で抽出された地域課題解決に向けた政策形成への提言が課題となっています。

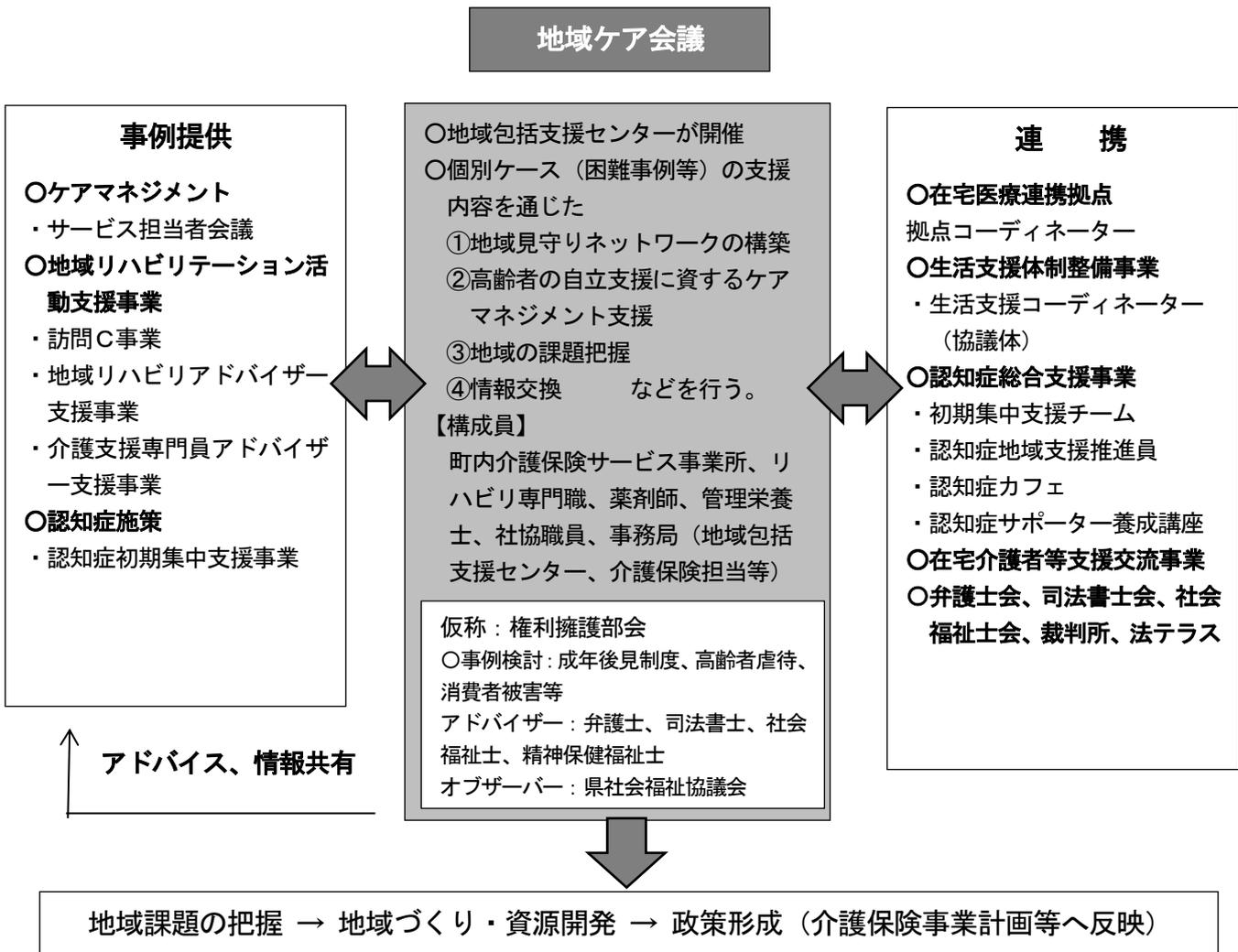
<今後の取り組み>

高齢者個人が抱える問題を、関係する各専門職が、ともに把握し共有して連携していく多職種連携が求められています。このため、保険者機能を高め、地域ケア会議において、多職種で多様な生活課題の解決に向け検討します。

また、医療及び福祉関係者が一堂に集まれるように、ICTを活用したWEB会議の実施を図り、参加者が気軽に参加できるように、業務のオンライン化を進めていきます。

鳩山町の地域ケア会議のイメージ図

鳩山町は、「地域ケア会議」個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど実効性のあるものとして、定着・普及します。



(5) 認知症総合支援事業

鳩山町の令和元年度（上半期）の要介護（要支援）認定者に占める認知症の方（日常生活自立度Ⅱa以上）の割合は、全体の63.3%となっています。

鳩山町は、緩やかに高齢化が進み、令和7年の75歳以上の後期高齢者の割合は、高齢者数の62%になると推計され、高齢者の3人に2人が75歳以上の後期高齢者になると予想されることから、認知症高齢者の増加も予想されます。

認知症の最大のリスクである加齢を考えると、認知症有病率推定値は15%ですが、これを上回る20%程度と推定され、認知症高齢者は1,000人を超えると考えられます。

そこで、平成26年度に、認知症の初期の段階から中度・重度と進行の段階に応じて、いつ、どこで、どのようなサービスを利用すればよいかを分かりやすく示す「認知症ケアパス」を作成し、在宅での継続した生活を支援しています。

また、認知症検診事業も平成28年度より行っています。

今後も、初期の段階で医療と介護との連携の下に、認知症の人や家族に対して次の事業を行い、認知症施策の推進を図ります。

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内で上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

①認知症初期集中支援推進事業

認知症専門医と看護師、認知症地域支援推進員、社会福祉士が訪問し、認知症の予後予測や専門病院への受診勧奨を行い、あわせて認知症予防の啓発活動を行いました。

また、平成28年度より軽度認知障害の人を早期発見するための認知症検診事業を行い、県内2位の受診率（令和元年度 120人/634人=18.9%）となっています。軽度認知症の方の通いの場への誘い出しなどの手段が課題となっています。

<対象者>

- ・在宅生活で40歳以上の方
- ・認知症が疑われる、または医療・福祉サービスを受けていない方
- ・認知症の行動・心理症状が顕著で家族が対応に苦慮している方

<実施内容>

- ア 認知症初期集中支援チームに関する普及啓発（地域住民、ケアマネジャー、民生委員等、関係機関への広報活動）
- イ 対象者、またはその家族との個別面談
- ウ 問題解決に向けた支援と関係機関への連携
- エ 初期集中支援事業検討委員会の開催（課題の検討等）

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
ア	計画	12回	12回	12回
イ		随時	随時	随時
ウ		随時	随時	随時
エ		2回	2回	2回
ア	実績	11回	12回	回
イ		11回	10回	5回
ウ		随時	随時	随時
エ		1回	0回	—

※令和2年度の実績数は見込み

<今後の取り組み>

今後も、地域・関係機関に対し、認知症の普及啓発活動に努め、早期発見・早期治療を目指します。また、困難事例に対する危機介入支援を行い、入院先調整と在宅支援を行って切れ目ない連携を図ります。

<目標・見込み>

実施内容	令和3年度	令和4年度	令和5年度
普及啓発事業	随時	随時	随時
医師面接・チーム会議開催	12回	12回	12回
関係機関連携	随時	随時	随時
初期集中支援チーム検討委員会	1回	1回	1回

②認知症地域支援推進員等設置事業

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療・介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の方への効果的な支援を行うことが重要です。

認知症地域支援推進員を2名体制で行い、認知症予防に関する支援体制の構築を図っています。

<実施内容>

- ア 関係機関との連携
- イ 認知症に関する住民への正しい知識と理解の普及（研修会の実施）
- ウ 認知症初期集中支援チームのチーム員として、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う
- エ 認知症地域支援推進員の養成

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
ア	計画	随時	随時	随時
イ		12回	12回	12回
ウ		随時	随時	随時
エ		1回	1回	1回
ア	実績	随時	随時	随時
イ		32回	20回	42回
ウ		12回	12回	12回
エ		0人	0人	0人

【実績の評価・課題】

超高齢社会に伴い、認知症の相談は増加傾向にあり、問題内容が複雑になっています。初期集中支援チーム員会議に認知症地域支援推進員が出席することで、連携してケース対応する体制が整いました。

また、平成30年からは精神科訪問診療先の確保ができたことで、継続的な診察が可能となり、解決に導くことが多くなっています。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症対応力向上の事業	3回	3回	3回
地域住民への普及啓発研修	6回	6回	6回
認知症地域支援推進員育成	3名	3名	3名
認知症相談窓口	2か所	2か所	2か所

<今後の取り組み>

認知症高齢者やその家族が安心して地域で暮らし、社会生活が営めるよう認知症施策推進大綱及び「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」に沿った認知症への理解を深めるための普及・啓発を進め、各サービス事業所における認知症対応力の向上を推進します。

<実施内容>

- ア 認知症対応力向上の事業
- イ 地域住民への普及啓発事業
- ウ 認知症地域支援推進員の育成
- エ 認知症相談窓口の開設

③認知症ケア向上推進事業

「認知症施策推進5か年計画」を推進するために「認知症ケア向上推進事業」として「認知症カフェ（はーとんカフェ今宿）」を開所し、認知症の方を支える取り組みやつながりを支援します。

<現状と課題>

「はーとんカフェ」の開設後は、季節ごとのイベントを開設するなど、一日平均20名の方が利用されていましたが、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の感染予防対策のため、定員数を見直し、あわせて空気清浄機を設置するなど、利用者の安心感の醸成を図っています。

また、在宅で認知症介護されている家族介護者に対して、介護技術のノウハウに関する相談を身近な場所で行える体制の整備を実施するため、令和2年8月から、鳩山松寿園東館に「認知症ケア相談室」を設置しています。

<実施内容>

- ア 地域の高齢者が気軽に立ち寄れる場所の提供
- イ 来所者等からの様々な相談に対応
- ウ 小地域のネットワークによる身近な高齢者の見守り
- エ 専門医による認知症等の相談

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度～
開設	計画	はーとんカフェ今宿	亀井地区開設に向けた協議・検討
開設	実績	はーとんカフェ今宿	亀井地区で民設民営1箇所開所。

<今後の取り組み>

今後は、介護予防等の観点から、住民主体の身近なところで地域の高齢者が気軽に立ち寄れて参加できる「通いの場」（サロン）の管理形態等について、検討していきます。

④若年性認知症や高次脳機能障害のある方への支援

若年性認知症や脳卒中の後遺症による高次脳機能障害を含む認知障害への理解が深まるように啓発活動に取り組むとともに、予防・早期発見・早期対応のための総合的な支援に取り組めます。

また、若年性認知症や脳卒中の後遺症による高次脳機能障害を含む第2号被保険者への支援では、県や関係機関、認知症の人と家族の会等との連携を強め、器質性精神障害としての適切な診断につなげるなど切れ目のない支援に取り組めます。

(6) 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、在宅医療を担う医療機関と介護サービス事業者等との一体的な連携とサービス提供の推進を図ります。

<現状と課題>

鳩山町を含む比企地区9市町村において、下記事項について、広域的に連携して取り進めて行くために、「比企地区在宅医療・介護連携推進協議会」を発足させ、比企医師会及び県の協力を得ながら体制整備や事業等について推進してきました。

	事業項目等	これまでの取り組み内容等
1	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・協議会における協議、課題への対応策に係る検討等
2	地域の医療・介護の資源の把握	・比企地区在宅医療・介護連携ガイドブックの作成・配布及び最新情報の更新
3	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・在宅療養支援ベッドの確保 ・往診医の登録、患者情報の共有 ・入院、退院時等に切れ目のない連携を図れるよう、「埼玉県比企地区版連携シート」を作成
4	医療・介護関係者の情報共有の支援	・ICTを活用した情報共有について、共通ツール機器等の導入・活用のための協議、研修会開催等
5	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・在宅医療連携拠点における専門職配置による相談・支援
6	医療・介護関係者の研修	・比企地区多職種連携研修会の開催
7	地域住民への普及啓発	・普及啓発リーフレット「いつまでも」の作成と配布 ・比企地区在宅医療・介護連携推進講演会の開催
8	在宅医療介護連携に関する関係市町村の連携	・比企地区在宅医療・介護連携推進事業連絡会議、担当者会議の開催による協議及び情報交換等

【実績の評価・課題】

比企地区在宅医療・介護連携推進協議会において、広域的に在宅医療・介護連携推進事業を進めています。今後の課題としては、比企地区在宅医療・介護連携推進事業連絡会議などでの協議内容を、地域ケア会議や介護保険事業者連絡会で報告し、事業内容を広めていながら、事業の推進を図っていく必要があります。

<今後の取り組み>

比企医師会等の協力を得ながら、退院支援、急変時の対応、看取りなど様々な局面における体制整備等については、協議会等で協議し、比企地区における広域的な在宅医療・介護連携を推進するとともに、その取り組み等について引き続き住民の方への周知を図っていきます。

また、地域包括ケアセンターにおける在宅医療相談室と連携して医療・在宅療養相談に

対応しながら、退院支援等をしていきます。※MCSシステムに加入し、医師との連携をスムーズにし、在宅医療とのより密接な連携を図ります。

※MCSシステム：メディカル・ケア・ステーションの略。高いセキュリティ機能がある医療連携情報のインターネットシステム。患者、医療関係者がお互いに医療状況を報告しあえ、多忙な医師とも連携を取りやすくできるシステム。比企医師会では、300人の医療、介護福祉関係者がシステムに加入しています。

(7) 生活支援体制整備事業

①生活支援コーディネーター配置事業

生活支援及び介護予防サービスのコーディネーター等や、地域におけるサービス提供主体等の関係者のネットワークの構築を担う生活支援コーディネーターを配置しています。今後は、重層的体制整備事業へ移行し進めていきます。

<現状と課題>

高齢化の進行に伴い、認知症高齢者や単身高齢者世帯の増加が見込まれ、医療や介護サービスだけでなく、高齢者が日常生活を継続するための生活支援サービス(買い物、配食、見守り等)を必要とする方の増加が予想されているため、生活支援コーディネーターを配置して、その取り組みを進めています。

<今後の取り組み>

地域全般でNPO、ボランティア、社会福祉法人、民間企業などの多様な事業主体による多層的な支援体制の構築が求められており、高齢者の社会参加をより推進し、元気な高齢者による生活支援の担い手の確保に努めます。

また、高齢者の社会参加による生きがいづくりと介護予防にもつなげる取り組みを進める生活支援コーディネーターを配置して、関係団体等との連携を図りながら、生活支援サービス(移送・買い物、配食、見守り等)の事業展開についても、検討をしていきます。

②鳩山町生活支援・介護予防サービス推進協議会の運営

町内の関係団体・関係機関からなる生活支援・介護予防サービス推進協議会を設置し、地域ニーズや既存の地域資源の把握を進め、地域の資源開発、地域に不足するサービス等の創出及び元気な高齢者等の担い手として活動する場の検討等を行います。

<現状と課題>

地域ニーズの把握等のために、行政職員・関係団体・NPO法人などの職員が参加し、情報共有等を進めていますが、生活支援に関する地域資源は、多用な主体が地域で多岐に渡って展開されている一方で、その情報の集約と団体相互の協働体制の構築が課題となっています。

<今後の取り組み>

生活支援サービス及び介護予防サービスの体制整備に向けて、多様な主体間における情報の共有、連携及び協働による資源開発等を推進するため、情報の共有及び連携の強化の場である生活支援・介護予防サービス推進協議会の定期的な開催を図ります。

③「はとやままるごとマップ（通称：はとまるマップ）」の作成更新

多様な関係者による多様な視点から、地域の見直しを行い、「高齢者が参加・活躍する活動」「高齢者が利用できるサービス」「サービスの実施主体」「つどいの場・拠点」等を分類し、鳩山町にある地域資源情報を取りまとめた「はとやままるごとマップ」を作成します。

<現状と課題>

公的機関が実施している活動だけでなく、民間企業やNPO法人が実施するサービスや住民が担い手として参加する住民主体の活動等の地域資源の整理と把握ができるよう、関係機関と連携し、情報の収集を行っています。

<今後の取り組み>

今後も、定期的に「はとやままるごとマップ」の内容を更新して、情報の充実を図り続けていきます。

④「通いの場」の整備及び住民主体の支援活動等の推進

生活支援や介護予防の担い手となるボランティア等が、要支援者等に対して適切な生活支援や介護予防を提供するとともに、必要な時に必要な機関に連絡することができるようにするため、担い手に対して介護保険制度や高齢者の特徴、緊急対応やサロン運営方法などについて研修ができる機会を提供します。

<現状と課題>

高齢化の進行に伴い、身近な歩いていけるところで介護予防や談話などができる「通いの場」が、求められています。身近なところに住む住民同士が、顔見知りとなる地域での新しいつながりの形成と、住民相互の支援体制の構築が、課題となっています。

<今後の取り組み>

元気な高齢者をはじめとした、地域の高齢者の社会参加の場、活躍の場を創出していけるよう、関係機関と連携しながら、地域貢献、就労、仲間づくりなどの多様な学習の機会を確保し、地域の自主活動や生活支援の担い手となるボランティア活動などにつなぐ人材育成を進めていきます。

また、あわせて、住民主体の支援活動の推進とその活動拠点となる「通いの場」の整備を推進します。

⑤地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表

地域包括ケアシステム構築に向けて、地域資源の把握、情報の共有及びその集約が課題となっていることから、地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報などの所在地、事業内容、サービス内容、人員体制等を、広報紙やホームページなどを利用し、広く公表して、積極的な情報発信を進めていきます。

(8) 保健事業と介護予防との一体的な取り組みの実施

KDB データ等を活用して地域診断を行い、課題を整理します。

若い世代からの健康づくりの取り組みの継続が介護予防につながるため、保健部門等関係課、関係機関等と連携し、効果的な健康づくりと介護予防の取り組みについて検討し、推進していきます。

5 任意事業の充実

任意事業については、介護保険事業の運営の安定化を図るための介護給付の適正化や介護者等に対し「在宅介護者のつどい」を実施するなど、地域の実情に応じたさまざまな事業を実施しています。

(1) 介護給付費適正化事業の推進

介護給付の適正化の基本は、介護給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、受給者が真に必要とするサービスを、事業者がルールに従って適切に提供するように促すことです。

保険者が介護給付の適正化を図ることは、利用者に対する適切な介護サービスが確保されるとともに、不適切な給付が削減され、介護保険制度の信頼感を高めることに繋がります。

今後の介護給付適正化の取り組みをより効果的かつ円滑に進めていくため、引き続き介護給付の適正化の推進を図ります。また、計画の進行管理等については、鳩山町介護保険運営委員会において円滑な運用が図られているかを点検・評価します。

また、介護保険法改正により、市町村が策定する介護保険事業計画において、介護給付適正化に関し、取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めること等が、法定化されました。これに伴い、鳩山町においても、介護給付適正化に関する取り組みを以下のとおり推進していきます。

【主な取り組み内容】

①認定調査状況チェック

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について、さらなる平準化に努めていくため、市町村職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

②ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅介護（予防）サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め、又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

③住宅改修等の点検

保険者が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施工状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を排除します。

④医療情報との突合・縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

⑤介護給付費通知

保険者から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果をあげます。

⑥国保連合会介護給付適正化システム

国保連合会介護給付適正化システムは、被保険者や事業所ごとの給付実績を通して把握できる範囲で、各種指標の偏りをもとに不適正・不正な可能性のある事業所を抽出するものです。このシステムを活用し事業所への指導監督・給付適正化に取り組みます。

(2) 家族介護支援事業の充実

①紙おむつの給付

在宅の寝たきり高齢者で、排せつなどの介護を常時必要とする方を対象に紙おむつを給付する事業で、平成22年度から対象者の範囲を拡大し、月額3,500円相当分までの紙おむつを支給しています。

利用人数は、施設入所や長期入院などで減少していますが、今後、高齢化の進行に比例し給付希望件数の増加が予想されています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
利用実人数	計画	90人	92人	94人
利用枚数		58,300枚	54,600枚	55,400枚
利用実人数	実績	81人	76人	56人
利用枚数		48,133枚	53,661枚	25,218枚

※令和2年度は令和2年10月末現在

<今後の取り組み>

今後、高齢化の進展によっては、紙おむつの給付希望も増えることが予想されます。

埼玉県ケアラー支援条例も施行されて、在宅介護者に対しては、より大きな支援が求められており、町の在宅福祉事業を担う家族介護者の支援を継続していくため、保険者機能強化推進交付金を充当して、特別給付による支給を検討します。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用実人数	90人	92人	94人
利用枚数	53,800枚	54,600枚	55,410枚

②在宅介護者等支援・交流事業

<現状と課題>

在宅で高齢者の介護をされている方の身体的・精神的負担の軽減を図るとともに、介護者同士の交流を目的とした「在宅介護者のつどい」事業を年4回実施し、相談、情報交換、

情報提供の場を提供しています。その中で施設見学、町外研修、介護実習等を行ない、介護している人が一人で悩まないような交流の機会を提供しています。

また、介護者の定期的な情報交換及び仲間づくりと交流の場として、平成29年5月より町内の介護保険施設のスペースを借りて、月2回介護者の自主運営サロン「介護者交流サロン」を開催しています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
開催回数	計画	4回	4回	4回
利用延人数		90人	90人	90人
開催回数	実績	2回	2回	0回
利用延人数		29人	33人	0人

※令和2年度は見込値

【実績の評価・課題】

介護者自身の高齢化、多様化により、在宅介護者の抱える問題も多様化しています。男性介護者の増加、遠距離介護、若年の介護者の増加等、それぞれの介護者が抱える個別的な課題を解決できるような事業が必要な状況となっています。

在宅介護者のつどい参加者の有志が立ち上げた「介護者交流サロン」は、町内の特別養護老人ホームの交流スペースを活用し、仲間づくりと交流の場として、継続して開催されています。

<今後の取り組み>

介護から一時的に解放し、介護者相互の交流会や町外研修等に参加することによって、介護者の孤立を防ぎ、介護者の身体的・精神的疲労の回復を図る目的で実施されています。より多くの介護者が参加できるよう、積極的に情報提供を行うとともに、仲間との交流を図り情報交換の場となるよう、町内協力機関と実施方法や具体的な内容について検討します。

(3) その他の事業の推進

①認知症サポーター養成講座の開催

<現状と課題>

急速な高齢化により、認知症に関する相談事例が年々増加しています。認知症を正しく理解し、偏見を持たず、認知症の方や家族を温かい目で見守ることができる認知症サポーターを1人でも増やし、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる町づくりを推進するため、平成20年度より認知症サポーター養成講座を開催しています。

なお、認知症への理解は、若い世代から培うことが大切なことから、対象者の幅を小学生まで広げて実施しており、町内の認知症サポーターの登録者数は、2,210人と県内1位（令和2年3月現在）となっています。

現在、登録者のフォローアップと活躍の場の確保が課題となっています。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
サポーター数	計画	300人	300人	300人

	実績	265人	265人	200人
--	----	------	------	------

※令和2年度は見込値

【実績の評価・課題】

認知症における正しい理解を深めていくために、量的だけではなく質の向上を目指した講座の実施を図っています。

また、養成講座を受講した方の活躍できる場として、地域で認知症の人へ支援するサポーターが活躍できるよう、スキルアップ研修会の開催や受け入れ態勢が課題になっています。

＜今後の取り組み＞

認知症施策の推進は重要となるため、包括的支援事業の認知症施策の推進とともに、今後も一般町民や小・中学生・大学生等も対象に、継続的に認知症サポーター養成講座を開催します。

また、すでに認知症サポーター養成講座を受けた方を対象に「はーとんカフェ今宿」や「ニュータウンふくしプラザ」等でボランティアとして地域の活動に関わっていただけるように、社会福祉協議会と共催でスキルアップ研修会の開催や、認知症サポーターの方々と徘徊のある高齢者を地域ぐるみで見守り、保護する「徘徊模擬訓練」を計画していきます。

＜目標・見込み＞

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
サポーター数	300人	300人	300人
スキルアップ研修会の開催	2回	2回	2回

②徘徊高齢者の早期発見・保護施策

＜現状と課題＞

現在のところ、町内での認知症による徘徊行方不明者の事例は多くはありませんが、今後は単身高齢者、日中独居世帯の増加に伴う、徘徊行方不明者の増加が考えられるため、新たに、はーとん見守りシール交付事業を実施しました。

＜実績＞

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
登録者数	実績	3人	8人	4人

※令和2年度は令和2年10月末現在

＜今後の取り組み＞

警察署、近隣市町村と連携し、認知症による徘徊等で行方不明になるリスクの高い高齢者の早期発見・保護を目的としたはーとん見守りシール交付事業の普及促進を図っていきます。



③住宅改修理由書作成費支援事業

＜現状と課題＞

居宅介護（予防）サービス計画給付費の算定がない居宅要介護（要支援）者に対して、住宅改修を行う際に住宅改修の理由書を作成した居宅介護支援事業所に支払う報酬（1件あたり2,160円）です。

<計画・実績>

	区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度
支給実人数	計画	8人	8人	8人
	実績	7人	5人	8人

※令和2年度の実績数は見込み

<今後の取り組み>

今後も引き続き事業を実施します。

<目標・見込み>

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
支給実人数	8人	8人	8人

④地域見守り支援ネットワーク（見守りはとネット）

<現状と課題>

支援を要する高齢者や障がい者等が住み慣れた地域で、安心して自立した生活を継続できるよう、町と関係機関（警察、消防、社会福祉協議会、民生委員、郵便局、新聞店、電気・ガス・水道検針員等）が相互に連携して、地域全体で見守る体制づくりに努めており、多くの支援等を行ってきました。

しかし、支援等の内容は多岐にわたっていることから、より充実した支援体制の構築が求められています。

<今後の取り組み>

今後も、複数の職種で連携して、日常的な高齢者の見守りを実施していきます。

また、ケースに応じて専門職と連携を図りながらより充実した支援に努めていきます。

⑤単身高齢者等の緊急時の連絡体制（はーとん緊急安心キット）

<現状と課題>

単身高齢者の方が体調不良等にて緊急通報をした際、救助対象高齢者の方の意識がない場合等は、その方の情報把握に時間を要します。普段から近所の方と交流がある方でもプライベートな事項は、伝えていないこともあります。

救急隊等に正確な情報を適切に提供できることは、その後の迅速な対応にもつながります。鳩山町では、75歳の誕生日を迎えられる方すべてに緊急の事態に備え、救急隊等に情報が提供できるような「はーとん緊急安心キット(以下「キット」という。)」を配布しています。

キットは筒状の容器の中に本人氏名、生年月日、血液型、緊急連絡先、病歴、通院状況等を記載したシートを入れ、冷蔵庫の中に保管して置きます。冷蔵庫の扉にはキットの保管を意味するシールを貼ります。原則的には75歳以上の高齢者の方に配布しているキットですが、民生委員等から日常生活に不安のある対象年齢以下の方へ配布要請があれば提供します。

また、キット内に記載した情報についても更新してもらうよう周知します。