

## 課題の整理と今後の方向性について（案）

（一般介護予防事業、在宅高齢者支援事業、及び在宅医療・介護推進事業）

### 基本方針 1 健康長寿で生活を送るために

#### （1）元気なうちからの取組みの推進

**健康寿命を延伸し、要介護状態等の予防や悪化の防止を目指します。高齢者の心身機能の維持向上を図るだけでなく、活動的に過ごしながら生きがいや役割を持って生活することができるよう、介護予防の取組みを推進し、健康長寿を目指します。**

##### ① フレイルチェック事業の推進

##### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
新型コロナウイルス感染症の流行を受けた行動や意識の変化では、「外出しなくなった」の割合が35.6%、「人と会わなくなった」の割合が35.4%になっている。	ニーズ（6）問7
どの介護予防や健康づくりの活動に参加したいですかの質問に、「特にない」と答えた方の割合が44.0%だった。	ニーズ（4）問14

##### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>フレイルサポーターは計画値より少ないものの着実に増加し、測定会に参加している（R4年度チェック測定会に延べ252人参加）。</li> <li>フレイルサポーターは連絡会組織を立ち上げ、サポーター自身でよりよい周知啓発方法や測定会の在り方を検討するようになった。</li> <li>チェック測定会は、会場によって参加者の人数にばらつきみられる。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>順調にサポーターを養成できているがまだ人数が少ない。サポーターの高齢化がみられ、活動できない方も出てきている。移動手段が限られているため、活動できる地域に偏りがある。</li> <li>安定的にフレイル予防事業に取り組むには、さらにサポーターを増やすとともに、前期高齢者がサポーターとなるような働きかけが必要である。</li> <li>一度チェック測定会に参加した方へは、半年後の案内を郵送や電話連絡でおこなっているが定期的な参加継続への支援と同時に、新規参加者を増やす取組みも必要である。</li> <li>社会参加の重要性を普及啓発するとともに、既存の活動には興味がない方に対して新しい活動内容を提案していく必要がある。</li> </ul>

**高齢者が自らの健康に関心が持てるよう、身近な場所で気軽にフレイルチェックが受けられる機会を確保し、フレイル予防の啓発に努めるなど元気なうちからの取組みを推進します。東京大学高齢社会総合研究機構と協力・連携しな**

から、フレイルチェック事業を**充実させます**。介護予防への取組みが必要な方に自らの状態を把握していただき、健康に資する活動に早期につなげる仕組みを創っていきます。

● **フレイルサポーターの養成**

市民の中から**フレイルサポーターを養成し、フレイルチェックの測定会の実施やフレイル予防を広める活動を担っていただくことで、フレイル予防のまちづくりを実践します**。

広報誌等での周知のほか、**フレイルチェック測定会や他の事業、地域活動の中で、サポーター活動を周知し勧誘して**いきます。

【図表 フレイルサポーターの養成】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	2回/2回	2回/2回	/2回	2回	2回	2回
サポーター人数	32人/60人	46人/90人	/120人	20人	20人	20人

※8期計画の人数は累計で記載。9期からは単年度で記載。

● **フレイルチェックの取組み**

高齢者自身が、心身が衰えやすい生活についての認識をもち、**予防対策がとれるように周知を図って**いきます。地域で行われる**フレイルチェックの測定会などを通して、フレイルの兆候に気づき、主体的にフレイル状態の改善に向けて取組めるよう支援して**いきます。

広報誌だけでなく、**地域の集い等へ出向くなど周知啓発を工夫して**いきます。

【図表 フレイルチェックの取組み（測定会など）】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	11回 /10回	24回 /19回	回 /23回	20回	20回	20回
チェック参加人数	152人 /185人	287人 /365人	人 /445人	400人	400人	400人

● **フレイル予防の普及啓発**

コロナ禍で外出自粛や交流の機会が減少したことによる**フレイル状態の悪化が懸念されるため、社会参加の重要性を広く普及啓発して**いきます。また、**社会参加をすすめるために、新しい介護予防活動を検討して**いきます。

## ② 集中型介護予防教室「はつらつ教室」の充実

### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
市主催の介護予防教室に参加したことのある方の割合は8.2%、参加したことによる成果や効果は、「気持ちが前向きになった」の割合が33.9%、「仲間が増えた」の割合が32.3%、「家でも体操などをするようになった」の割合が31.1%になっている。	ニーズ（4）問 12
どの介護予防や健康づくりの活動に参加したいかでは、「市主催の介護予防教室」の割合が9.5%になっている。	ニーズ（4）問 14
新型コロナウイルス感染症の流行を受けた行動や意識の変化では、「外出しなくなった」の割合が35.6%、「人と会わなくなった」の割合が35.4%になっている。	ニーズ（6）問 7

### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フレイル予防コースは令和3年度と比べて、令和4年度の参加者数は大幅に増加した。広報を見て問い合わせをしてくる方が多く、「コロナ禍で体力が低下した」、「出かける場所がなくなってしまった」といった相談内容で、教室参加へと結びついた。</li> <li>・教室修了後には、自主グループやパワーアップ体操クラブへの参加をすすめていて、令和4年度の参加率は51.5%だった。また、同時期に通った参加者で新しいグループの立ち上げもできた。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍による外出自粛や交流機会の減少の影響を受けたフレイル状態の悪化を防ぐために、フレイル予防のさらなる周知啓発の必要がある。フレイル状態に陥った方が回復するための受け皿として、継続して実施していくことが求められている。</li> <li>・地域包括支援センターと連携を強化し、要支援者が教室参加を通して、地域活動に参加できるよう支援していく必要がある。</li> </ul>

**体力や身体機能等が低下してきている高齢者が、一定期間集中的に教室に参加し、介護予防のための専用マシン等を使用することで機能の維持向上を目指します。コース開始時と終了時に実施する体力測定結果をフィードバックし、参加者の活動継続への意欲と自信を高めます。教室終了後は、自主グループ等で介護予防活動を継続していけるよう支援していきます。**

#### ● はつらつ教室 フレイル予防コース

健康増進センターにて、通年で実施しています。6ヶ月間（約20回）のコースを週2回開催しており、送迎を行うため市内全域からの参加が可能です。より一層、教室の周知を図りながら充実に努めていきます。

【図表 はつらつ教室 フレイル予防コース】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	67回 /80回	75回 /80回	/80回	75回	75回	75回
延べ人数	645人 /1,200人	1,172人 /1,200人	/1,200人	1,125人	1,125人	1,125人

● はつらつ教室 オーラルフレイル予防コース

口腔機能の低下や、認知機能等に不安のある高齢者が、一定期間集中的に教室に参加して、機能の維持向上を目指します。

【図表 はつらつ教室 オーラルフレイル予防コース】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	10回 /10回	10回 /10回	/10回	10回	10回	10回
延べ人数	139人 /150人	114人 /150人	/150人	150人	150人	150人

③ 介護予防教室の推進

【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
市主催の介護予防教室に参加したことのある方の割合は8.2%、参加したことによる成果や効果は、「気持ちが悪くなった」の割合が33.9%、「仲間が増えた」の割合が32.3%、「家でも体操などをするようになった」の割合が31.1%になっている。	ニーズ(4)問12
どの介護予防や健康づくりの活動に参加したいかでは、「市主催の介護予防教室」の割合が9.5%になっている。また、「屋外でのウォーキング」の割合が19.4%になっている。	ニーズ(4)問14
新型コロナウイルス感染症の流行を受けた行動や意識の変化では、「外出しなくなった」の割合が35.6%、「人と会わなくなった」の割合が35.4%になっている。	ニーズ(6)問7
現在治療中、後遺症のある病気では、「筋骨格の病気」の割合が8.3%になっている。	ニーズ(9)問7

【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>目的別の介護予防教室を実施し、ノルディックウォーキング教室は毎年、令和3年度に尿モレ予防教室、令和4年度に腰痛ひざ痛予防教室を開催した。ノルディックウォーキング教室では、自主グループ活動が継続しやすいように、大きな公園が近くにある公共施設で実施し、新しい自主グループを立ち上げることができた。腰痛ひざ痛予防教室は、申込多数により断った方もいて、その方たちにはフレイル予防コースを案内した。</li> </ul>
----	--

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査結果からも、屋外でのウォーキングに興味がある方が多いので、教室を開催し、運動のきっかけづくりや仲間づくりとなるよう継続して実施していくことが求められている。</li> <li>・関節疾患や腰痛ひざ痛を抱える高齢者は多いことから、定期的に予防教室を開催し、予防方法を普及啓発していく必要がある。</li> </ul>
----	---

**要介護状態へと陥りやすい機能の低下をテーマに設定し、目的別の教室を実施しています。**

● **腰痛・ひざ痛予防コース**

要支援、要介護状態へと直結しやすい要因となる上、セルフケアを継続することが難しい「腰痛・ひざ痛」の予防をテーマに教室を実施します。

【図表 腰痛・ひざ痛予防コース】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	—	10回 /10回	—	10回	10回	10回
延べ人数	—	142人 /150人	—	150人	150人	150人

● **ウォーキング教室**

ノルディックウォーキング教室など、実施種目やプログラムを工夫し元気な方から体力に不安のある方まで幅広く参加していただけるよう、運動のきっかけづくりと仲間づくりを目指して教室を実施します。

【図表 ウォーキング教室】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	5回/5回	5回/5回	/5回	5回	5回	5回
延べ人数	82人 /125人	90人 /125人	/125人	100人	100人	100人

#### ④ 高齢者のための健康相談等の開催

##### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
新型コロナウイルス感染症の流行を受けた行動や意識の変化では、「外出しなくなった」の割合が35.6%、「人と会わなくなった」の割合が35.4%になっている。	ニーズ（6）問7
地域でどんな支援が必要かでは、「サロンなど通いの場のサポート」の割合が5.1%になっている。	ニーズ（8）問9

##### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍の影響で、会場の人数制限や会食等の禁止を経験したことで、高齢者サロン等のプログラムも変更されてきている。令和4年度から高齢者サロン等の活動が再開されてきており、健康相談・健康講座の機会もコロナ前に戻りつつある。しかし、高齢者サロンの1回あたりの参加者数がコロナ前より減少している。</li> <li>・ホッと安心健康相談は、隔月健康増進センターで実施していたが、参加者が少なかった。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出自粛や交流機会の減少によりフレイル状態が悪化することが懸念されるため、フレイル予防の周知啓発をすすめ、社会参加の一つとして継続して参加することの重要性を伝えていく。</li> <li>・サロンサポーターの高齢化により、活動継続への不安がみられるサロンもある。</li> </ul>

**高齢者の健康の維持・向上には、食事や運動・睡眠などの生活習慣の改善や高齢期特有の健康課題に向けた取組みを継続的に実施することが重要です。今後も、身近な場所で気軽に健康相談や健康講座を受けられる機会を確保していきます。**

#### ● 高齢者サロン等での健康相談・健康講座

高齢者サロンや老人クラブ、高齢者学級等から依頼があり、地域に出向いて健康相談や健康講座を実施しています。

【図表 高齢者サロン等での健康相談】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
回数	4回 /13回	11回 /13回	/13回	15回	15回	15回
延べ人数	44人 /140人	146人 /140人	/140人	150人	150人	150人

【図表 高齢者サロン等での健康講座】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
回数	12回 /40回	37回 /40回	/40回	40回	40回	40回
延べ人数	234人 /1,200人	850人 /1,200人	/1,200人	1,000人	1,000人	1,000人

### ● ホッと安心健康相談

介護予防拠点施設である高齢者いきいきふれあいセンター、水谷東ふれあいサロン、鶴瀬公民館いきいき活動室の3カ所で月1回実施しています。

【図表 ホッと安心健康相談】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開催回数	39回 /42回	41回 /42回	/42回	35回	35回	35回
延べ人数	193人 /336人	269人 /336人	/336人	280人	280人	280人

### ⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業などの取組み

#### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和2年度から国保データベース（KDB）システムを活用し、後期高齢者の中で健康状態不明者（健診未受診かつ医療にもかかっていなく、介護も受けていない方）を抽出し訪問等で状況を確認してきた。対象者の中には、訪問されるのを好まない方も多い。</li> <li>健康マイレージ事業は、埼玉県の事業で令和5年度末で終了となる。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の選定を検討し、フレイル予防へとつなげることができる取組みにする必要がある。</li> </ul>

高齢者一人ひとりがいつまでも生きいきと暮らし続けるためには、健康の維持・向上による健康寿命の延伸が重要です。高齢者自身が健康管理について関心を持ち、運動習慣や食生活の改善に積極的に取り組むことができるよう、医療機関や地域包括支援センター等と連携を図りながら進めていきます。

- **後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防の一体的な実施事業**

個人情報 の取扱いに十分配慮しながら、国保データベース（KDB）システム等を活用し、医療、健診、介護等の情報を一元的に把握し、リスクの高い方への保健指導を行っていきます。

【図表 一体的な実施事業における保健指導】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	58人 /60人	77人 /60人	/60人	40人	40人	40人

- **特定健康診査と特定保健指導**

富士見市国民健康保険加入者に対して、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、生活習慣病の発症、重症化を予防することを目的とした特定健康診査及び特定保健指導を実施します。

継続して、特定健康診査未受診者への受診勧奨を実施し、特定健康診査受診率の向上に努めるとともに、特定保健指導未利用者に対し利用勧奨を行い、実施率の向上に努めます。



## (2) 介護予防・重度化防止の推進

高齢者自身が自分自身の状態に応じた介護予防や重度化防止に取り組めるよう、フレイルの早期発見と正しい対処について周知啓発を図り、介護予防を推進します。また、自立支援・重度化防止の取り組みを進めながら、支援が必要な方には必要なサービスを提供し、元気な方には今後も元気でいられるような取り組みを推進していきます。

### ① 介護予防につながる身近な通いの場の充実

#### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
新型コロナウイルス感染症の流行を受けた行動や意識の変化では、「外出しなくなった」の割合が35.6%、「人と会わなくなった」の割合が35.4%になっている。	ニーズ(6)問7

#### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"><li>・パワーアップ体操クラブについては、コロナ禍で会場利用の制限があったことや参加を控える方がいたことなどから、参加人数が減少した。また、放課後児童クラブを借用できなくなったことや代表者の体調不良などによりクラブが解散したところもある。</li><li>・パワーアップ体操クラブや介護予防自主グループの代表者の高齢化がすすんでいる。</li><li>・高齢者いきいきふれあいセンターは、コロナ禍で利用に際して人数制限があったことや参加を控える方がいたことなどから利用人数が減少した。</li></ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"><li>・外出自粛や交流機会の減少によるフレイル状態の悪化が懸念されるため、身近な地域で体操できるクラブを増やしていく必要がある。</li><li>・パワーアップ体操クラブに前期高齢者が参加できるような働きかけが必要である。</li><li>・既存の活動では参加しない層へ向けた新しい内容の通いの場について検討していく必要がある。</li></ul>

高齢者の活動機会の確保を図るため、活動の場や社会参加の機会の拡充を図ります。

誰もが身近なところで介護予防活動に参加できるよう、多様なニーズに対応できる地域の受け皿づくりの充実を図るため、市民の主体的な介護予防活動を支援します。

#### ● ふじみパワーアップ体操クラブの拡充

筋力やバランス力など身体機能の維持向上に効果的な取り組みである「ふじみパワーアップ体操」を身近な場所でできるよう、クラブを増やしていきます。集会所等を活用して新しいクラブができるよう町会等と連携を図ります。

【図表 ふじみパワーアップ体操クラブ】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
クラブ数	51 /60クラブ	52 /62クラブ	/64クラブ	56クラブ	58クラブ	60クラブ
参加人数	968 /1,530人	/1,560人	/1,590人	1,160人	1,200人	1,240人

● **地域自主活動の支援**

各種介護予防教室の修了者が、主体的に活動を継続できるよう自主グループを育成し、支援しています。

【図表 地域自主活動】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
グループ数	30 /33グループ	34 /33グループ	/33グループ	35グループ	35グループ	35グループ
参加人数	299人 /400人	330人 /400人	/400人	350人	350人	350人

● **高齢者いきいきふれあいセンターの運営**

介護予防施設である「高齢者いきいきふれあいセンター」(場所:鶴瀬市街地住宅1階)は、運動と社会参加を継続できる場として活用されています。

【図表 高齢者いきいきふれあいセンター】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
開館日数	242日 /242日	243日 /243日	/243日	243日	242日	241日
利用人数	3,158人 /4,840人	3,377人 /4,860人	/4,860人	3,645人	3,630人	3,615人

## ● 市内介護予防施設での活動の充実

高齢者いきいきふれあいセンターの他に、市内には3カ所の介護予防施設があり、地域の特性を活かした介護予防活動の拠点となっています。

### ・水谷東ふれあいサロン（場所：水谷東公民館）

地域のボランティアが中心になって、歌、気功、健康マージャン、百歳体操など多彩な事業を実施しています。ふれあいサロン運営委員会を組織し、隔月でサロンや地域の状況を報告・連絡しあい、情報の共有を図っています。

### ・いきいき活動室（場所：鶴瀬公民館）

地域のボランティアが中心になって、介護予防サロンを実施しています。様々な事業を通して、健康体操、ゲーム、歌、おしゃべりなどを楽しみながら、健康づくりや仲間づくりをしています。また、介護予防自主グループが活動の拠点としても活用しています。

### ・いきいき元気塾うえるかむ（場所：えぶりわん鶴瀬Nisi内）

介護予防のための運動などの活動に取り組むとともに、高齢者の閉じこもりを防ぐため、気軽に昼食が取れる地域食堂を併設し運営しています。通いの場としての様々な自主グループ活動の利用も増えてきています。

## ② 自立支援・重度化防止に向けた取組み

### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
現在治療中、または後遺症のある病気では、「パーキンソン病」の方の割合が0.5%（一般高齢者0.4%、要支援認定者・事業対象者2.0%）になっている。	ニーズ（9）問7
認定調査対象者が現在抱えている傷病について、「パーキンソン病」の方の割合が2.5%、難病12.2%になっている。	在宅介護実態調査（1）問7

### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーや地域包括支援センター職員からの相談に応じて、家屋調査や福祉用具の選定、個別のリハビリプログラムの提供など、件数は多くないがきめ細やかに対応している。</li> <li>・対象者はパーキンソン病などの難病が多い。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周知が不十分のため件数が少ないことが考えられるので、今後も継続して周知をしていく。</li> </ul>

高齢者が自立した生活を継続するためには、要介護状態にならないための介護予防の取組みとともに、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止として自立支援・重度化防止の取組みが重要となります。関係者・関係機関と連携を図りながら、様々な取組みを進めていきます。

#### ● リハビリ相談

健康増進センターのリハビリテーション職（リハ職）が電話や訪問により対応しています。地域包括支援センターやケアマネジャーと連携を図るとともに、リハビリ相談を行っていることを広く周知していきます。

【図表 リハビリ相談】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
延べ人数	15人 /40人	11人 /40人	/40人	30人	30人	30人

#### ● 要介護者等に対するリハビリテーションサービスの提供体制の構築

要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目の

ないサービス提供体制が求められています。見える化システムの指標を活用しながらより効果的に取組めるよう、関係者・関係機関等とともに提供体制の構築を検討していきます。

## ● リハビリテーション職等による自立支援に向けた取組みの強化

要支援者や事業対象者等が、自立に向けた取組みができるよう、リハ職や栄養士等の専門職、地域包括支援センター、ケアマネジャーで自立支援に向けた考え方の共有を進め、今後も連携を強化していきます。特に介護予防への取組みが必要と考えられる方については、リハ職が訪問等を通じて対象者のアセスメント段階から支援し、機能の維持向上を目指します。

### リハ職等の関係者と連携しながら進める取組み

#### ・地域ケア会議での助言

地域ケア会議において、リハ職等の専門職が、ケアマネジメントを行うケアマネジャーや地域包括支援センターの職員に対し、自立支援・重度化防止に向けた取組みの考え方を助言します。

#### ・通いの場における取組み

住民主体の「ふじみパワーアップ体操クラブ」など、高齢者同士の助け合いや学びを継続できるよう、関係者・関係機関と連携を図りながら、通いの場の充実に努めていきます。

#### ・健康寿命の延伸に向けた取組み

高齢者に向けて介護保険の理念である自立支援の考え方とともに、疾病や老化による機能低下を防ぐことの大切さと取組みの具体的な方策を普及啓発し、健康寿命の延伸を目指します。

## 基本方針 2 住み慣れた地域で安心・安全な生活を続けるために

### (1) 在宅高齢者支援の推進

今後、高齢化社会が進むにつれ、在宅医療・介護の需要が高まっています。これにより、地域医療・介護の資源を把握し、課題を抽出し、医療と介護の関係機関の連携を推進します。また、在宅医療・介護提供体制を構築していきます。

#### ① 在宅生活を支える施策の充実

##### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手は「そのような人はいない」の割合が42.0%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」の割合が25.9%、「市役所・高齢者あんしん相談センター」の割合が18.0%	ニーズ(8)問5
あなたは、「ヤングケアラー」という言葉を「言葉も内容も知っている」の割合が50.1%と最も高く、次いで「知らない(わからない)」の割合が25.0%、「言葉は聞いたことがある」の割合が20.4%	ニーズ(8)問12
認知症に関する相談窓口「はい」の割合が19.3%、「いいえ」の割合が73.3%	ニーズ(11)問5
認知症について正しく理解する方法の一つの「認知症サポーター養成講座」を「知らないし受講したいとは思わない」38.6%と最も高く、次いで「知らなかったが受講したい」が30.5%、「知っているが受講したいとは思わない」が15.2%	ニーズ(11)問6
「高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)」を「知らない」が37.2%と最も高く、次いで「聞いたことがあるが活動内容は知らない」が29.9%、「知っている」が26.5%	ニーズ(12)問1

##### 【現状と課題】

現状	【現状】 ・各サービスの利用申請は全体的に増加しているが、入院や長期のSSなどにより利用停止となる方も少なくない。
課題	・サービスを必要とする方が円滑に利用できるよう市民に周知するとともに、高齢者あんしん相談センターや介護保険事業所等関係者に継続して周知を図る必要がある。

高齢者やその家族、介護する方等に対し、必要な支援を行うことを目的として、様々な事業を行っています。今後もニーズを把握し検証しながら、各事業

の継続・充実を図ります。

● 配食サービス事業

高齢者または身体障がい者のみの世帯で、調理が困難かつ安否確認が必要な方に対し、栄養バランスを考慮して調理された昼食を届けています。病気や体力の低下などの理由から、制度を利用する方が増加傾向にあります。今後も利用者ニーズを把握し、事業内容の見直しを図りながら、必要な方がサービスを利用できるよう周知に努めます。

【図表 配食サービス事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	148人 /132人	150人 /140人	人 /150人	132人	140人	150人
延べ利用食数	19,978食 /21,000食	21,798食 /22,500食	食 /24,500食	21,000食	22,500食	24,500食

● 寝具乾燥サービス事業

居宅において寝具を乾燥させることが困難な高齢者または身体障がい者のみの世帯の方に対し、寝具の乾燥を実施しています。利用者数は増加傾向にあり、今後も高齢者の増加とともに、身体機能の低下により寝具を干すという行為自体が負担となっている方の増加が見込めます。今後も利用者ニーズを把握し、事業のあり方を検討しながら、必要な方がサービスを利用できるよう周知に努めます。

【図表 寝具乾燥サービス事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	91人 /95人	90人 /106人	人 /119人	123人	144人	169人
延べ利用回数	1,491回 /1,522回	1,579回 /1,850回	回 /2,070回	2,179回	2,560回	3,008回

● 緊急時連絡システム事業

一人暮らしの高齢者や高齢者世帯、または障がい者のみ世帯で、心疾患や慢性疾患等により日常生活を営む上で緊急時の対応が困難な方に対し、急病・事故などの緊急時に消防署へ連絡が取れる無線発信器等の機器を貸与しています。利用者の現状は、在宅生活の継続が困難となり施設入所や親族と同居をす

るなどの理由による利用停止者が増え、新規利用者を上回っているため若干の減少傾向となっています。しかし、高齢者の在宅生活を支える上で必要なサービスであるため、必要な方が利用できる体制の維持に努めていきます。

【図表 緊急時連絡システム事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	402人 /397人	378人 /381人	/365人	360人	355人	350人
内 障がい者数	23人 /26人	22人 /26人	/26人	25人	25人	25人

● 日常生活用具給付等事業

電磁調理器の給付や高齢者電話（固定電話）の貸与を行っています。高齢者電話の貸与については、携帯電話の普及に伴い減少傾向ですが、緊急時連絡システムの新規利用に併せて貸与を希望する方が一定数います。心身状態や生活実態に適した生活用具の貸与・給付事業を継続しつつ、利用実績に応じて事業の見直しを検討します。

【図表 日常生活用具給付等事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
電磁調理器 利用件数	1件 /3件	2件 /3件	/3件	3件	3件	3件
高齢者電話 利用実人数	44人 /44人	40人 /44人	/44人	44人	44人	44人

● ふれあい収集事業（環境課と連携）

高齢者や障がい者のみの世帯で、自力で家庭のごみ出しができない世帯に対し、週1回ごみを戸別収集するとともに安否確認を行っています。民間サービスの利用や近隣住民の協力、地域での支えあい活動の中でごみ出しの支援を行っている事例もありますので、多様なサービスによる支援方法も探りながら事業に引き続き取り組みます。

【図表 ふれあい収集事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	156人 /123人	184人 /134人	/146人	195人	200人	205人



● 家族介護用品給付（紙オムツ支給）事業

市民税非課税世帯であり、要介護3以上の認定を受け、紙オムツを使用しながら在宅で生活している高齢者に対し、毎月一定の紙オムツを支給しています。在宅で生活することを希望する方も多く、支給人数は年々増加しており、今後も対象者の更なる増加が見込まれる状況であることから、必要に応じ事業内容を見直しながら継続していきます。

【図表 家族介護用品給付（紙オムツ支給）事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
支給実人数	206人 /212人	234人 /222人	/232人	246人	259人	271人
支給延べ人数	1,741人 /1,895人	1,718人 /2,055人	/2,200人	1,894人	1,989人	2,088人

● 自立支援型ショートステイサービス事業

介護保険法に規定する介護サービス費の支給対象とならない非該当と認定された高齢者に対して行う短期入所サービスです。ここ数年利用がない状況ですが、緊急時の一時保護として利用する場合もあるため、継続していきます。

【図表 自立支援型ショートステイサービス事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	2人/1人	0人/1人	/1人	1人	1人	1人
日数	50日/60日	50日/60日	50日/60日	60日	60日	60日

● 認知症高齢者見守り訪問事業

市内に住所を有する65歳以上の一人暮らし等の方で、近隣から孤立しがちであり、認知症等の疾患があるにもかかわらずサービスや医療等につながない方を対象に、保健師または看護師が定期的に訪問し、身体状況や生活状況を把握しながら支援をしています。今後も、地域包括支援センターと連携しながら、各種福祉・保健・介護・医療サービスについての啓発や利用への支援、安否確認等を行っていきます。

【図表 認知症高齢者見守り訪問事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	15人/25人	13人/25人	/25人	15人	17人	20人
延べ人数	123人 /120人	121人 /120人	/120人	130人	140人	150人

● 救急連絡カードの活用

救急連絡カードは、かかりつけ医や緊急連絡先の記入をしておくことで、緊急時など万一の場合に、救急隊員や関係者がカードを見て速やかに連絡や対応が図れるようにするものです。65歳以上で一人暮らしの方や希望者に配布しており、カードはご自分で記入し、ご自宅内の電話機の近くなどわかりやすい場所にカードを備えておきます。連絡をしたい時にすぐにわかるよう、カードの裏面には担当の地域包括支援センターやケアマネジャーなどの関係者の連絡先も記入できるようになっており、今後もカード活用に向けて周知していきます。

② 介護者等（ケアラー・ヤングケアラー）への支援

高齢者の介護者や援助者に対して、介護の方法や介護予防、介護者の健康づくり等の知識や技術を学べる場として介護者教室の開催を実施しています。

埼玉県において、ケアラー支援条例が制定されたことから、県とも連携し、今後も介護者等（ケアラー・ヤングケアラー）が孤立感や心理的な負担を少しでも軽減しながら介護できるよう、**重層的支援事業担当課（福祉政策課）**や地域包括支援センターと連携して支援していきます。

● 介護者教室の開催

高齢者を介護している方を支援するため、適切な介護知識・技術の習得や介護方法の指導、介護サービス等の適切な利用方法などを内容とした介護者教室の開催を、地域包括支援センターに委託し実施しています。

● 老人介護手当支給事業

保険料の段階が第1～3段階までに区分される市民税非課税世帯で、要介護3以上の認定を受けた65歳以上の高齢者を在宅で介護している\*同一世帯の家

族に対し手当を支給しています。（※在宅で介護する日数の要件があります）

【図表 老人介護手当支給事業】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数	132人 /166人	134人 /176人	/186人	149人	157人	165人
延べ人数	1,060人 /1,338人	1,036人 /1,404人	/1,474人	1,143人	1,201人	1,262人

※計画値と実績値が大きく異なることについて：自宅で高齢者を介護する方を支援することを目的に支給する老人介護手当をより目的に沿った形で支給するため老人介護手当支給条例を改正し、届出に関する規定の見直し等を行った。

### ③ 介護離職ゼロに向けた支援の充実

#### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
介護を主な理由として過去1年間に仕事を辞めた人の割合が9.7%	在宅介護 問22

#### 【現状と課題】

現状	・令和元年度の調査では102名（11%）の方が介護離職をしていたが、令和4年度の調査では80名（9.7%）に減りました。
課題	・雇用保険や介護休業制度などの周知を一層図る。 ・地域包括ケアセンター職員が介護離職ゼロに向けた相談に乗るために必要な知識を得られるような研修の実施

「介護離職ゼロ」とは、家族の介護を理由とした離職の防止等を図る取組みであり、必要な介護サービスの確保と、働く環境改善・家族支援を両輪として取り組んでいます。

令和4年度の在宅介護実態調査によると、本市では80名（9.7%）の方が介護を理由に仕事を辞めたとの結果が出ています。

本計画に記載しているすべての取組みを着実に実施するとともに、以下の取組みを行うことで、介護を理由とした離職が減少するよう努めていきます。

#### ● 介護サービス等の公的支援策の充実

介護離職ゼロの取組みにおける公的支援策の充実として、各自治体において特別養護老人ホームなどの施設整備を効果的に行い、待機者数を減らすことが

必要であるとされています。施設整備を着実に実行するとともに、施設整備以外にも医療計画、地域医療構想との整合性を踏まえた介護サービス基盤の整備に努めていきます。

また、介護サービス基盤の整備に伴って必要となる人材確保策にも併せて取り組み、介護離職ゼロの実現に向けて取り組みを行っていきます。

### ● 相談支援体制の充実

介護離職ゼロに向けては、介護サービスの充実だけでなく、介護する家族の不安や悩みに応える相談機能の強化や支援体制の充実が必要不可欠となります。介護者教室などの普及・啓発を図り、相談時には介護保険制度や介護休業制度の内容や手続きについて適宜情報提供を行います。不安や悩みを解消し、「離職」以外の方法で介護を継続していける方策を、相談支援の中で一緒に考えていきます。

また、必要に応じ労働担当部局と連携し、職場環境の改善につながる取り組みも併せて検討していきます。

## (2) 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域における医療・介護の関係機関・関係者が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが求められています。**切れ目のない在宅医療・介護提供体制を構築するために、医療ニーズの高い居宅要介護者に対しては、看護小規模多機能型居宅介護などを必要に応じて整備を検討しつつ、医療・介護連携の強化を推進していきます。**

### ① 医療・介護に関する相談支援

#### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
「在宅医療」について「知っている」の割合が54.1%と最も高く、次いで「聞いたことはあるが内容は知らない」の割合が33.4%	ニーズ(10)問2
最期まで自宅での療養が実現可能と思う割合は、自身の場合は5.9%、家族の場合は5.6%となっており、あまり差がない	ニーズ(10)問4、6

#### 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 日常の療養支援に向けて、多職種協働による高齢者や家族の生活を支える視点からの在宅医療・介護の提供のため、多職種研修会等の開催を継続。</li><li>・ 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有による入退院支援のため、入退院支援ルールについて検討を重ねた。</li></ul>
----	--

課題	・最期まで自宅での療養が実現可能と思う割合は、5%台と低い。
----	--------------------------------

東入間医師会など地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく一体的に提供されるよう、相談体制の強化に努めます。なお、東入間医師会館内に開設した「地域医療・介護相談室」での相談件数も年々増加しています。**最期まで自宅での療養が実現可能と思う割合は5%台と低い現状があるため**、地域医療・介護の連携支援をするための相談窓口として、さらなる周知を図っていきます。また、**在宅療養生活を送るうえで重要となる人生の最期に関するACP（人生会議）や看取りについて情報提供を行います。**

【図表 地域医療・介護相談室】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談件数	139件 /120件	170件 /120件	/120件	180件	180件	180件
(富士見市分)	53件 /35件	58件 /35件	/35件	60件	60件	60件

## ② 医療関係者と介護関係者との連携

### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
家の近くに安心してかかれる医療機関（かかりつけ医）は、「ある」の割合が77.7%、「ない」の割合が17.2%	ニーズ(10)問1
仮に病気等で治る見込みがなくなり、死期が迫っていると告げられた場合の療養場所の希望は「自宅で療養して、必要になれば、それまでの医療機関に入院したい」の割合が自身で29.8%、家族で28.4%と最も高くなっている	ニーズ(10)問3、5
次いで自身の場合は「自宅で療養して、必要になれば、緩和ケア病棟に入院したい」の割合が27.6%、家族の場合は「なるべく今まで通っていた（または現在入院中の）医療機関に入院してほしい」の割合が27.4%	ニーズ(10)問3、5

### 【現状と課題】

現状	・研修会等の開催を通じ、多職種が事業の理解と多職種相互の理解を深めることができた。
----	---

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる連携強化のためには、数多くの関係者に事業の理解と多職種連携の必要性の理解が必要である。その為には、研修会の開催方法（zoom、会場での開催等）やテーマ等の検討が必要である。</li> <li>・利用者の在宅療養生活を支えるためには、利用者の状態等の変化に応じて医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行える必要がある。</li> </ul>
----	--

東入間医師会管内の二市一町で、医療と介護連携会議や担当者会議、多職種研修会を開催し、顔の見える関係づくりに努めています。医療と介護連携会議は、東入間医師会や歯科医師会、薬剤師会、ケアマネジャー連絡会、二市一町の地域包括支援センター、関係機関等の多職種と二市一町の関係部署が参加し、定期的に開催しています。今後も継続して実施し、相互の業務についての理解・連携を深め、支援体制の強化に努めるとともに、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進していきます。

【図表 医療と介護連携会議】

区分	第8期計画実績値/目標値			第9期計画目標値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療と介護連携会議開催回数	3回/3回	3回/3回	/3回	3回	3回	3回
(参加人数)	100人 /96人	108人 /96人	/96人	100人	100人	100人
多職種研修開催回数	2回 /3回	2回 /3回	/3回	3回	3回	3回
(参加人数)	492人 /300人	340人 /350人	/350人	400人	400人	400人

### ③ 入退院支援の取組み作成

#### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
自身が最期まで自宅での療養ができるか「わからない」の割合が48.3%と最も高く、次いで「困難である」の割合が40.9%	ニーズ(10)問4
自宅療養が困難であると思う理由「介護してくれる家族に負担がかかる」の割合が73.4%と最も高く、次いで「症状が急変した時の対応に不安がある」の割合が44.9%、「症状急変時すぐに入院できるか不安である」の割合が39.6%	ニーズ(10)問4-1
ご家族が最期まで自宅での療養「わからない」の割合が46.5%と最も高く、次いで「困難である」の割合が40.7%	ニーズ(10)問6
自宅療養が困難であると思う理由「介護する家族に負担がかかる」の割合が61.7%と最も高く、次いで「症状が急変した時の対応に不安がある」の割合が54.5%、「症状急変時すぐに入院できるか不安である」の割合が42.7%	ニーズ(10)問6-1

## 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・『入退院連携ガイド』を作成・運用のために医療・介護関係者で検討を重ねた結果、医療機関とケアマネジャーが、入院時に速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有できる体制を整備している。</li> <li>・仮に死期が迫っていると告げられた場合の療養場所の希望は「自宅で療養して、必要になれば、それまでの医療機関に入院したい」の割合が自身及び家族で最も高くなっているが、最期まで自宅で療養ができる「わからない」の割合が48.3%と最も高くなっている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院連携ガイドが活用されるためには、多職種連携の必要性を、多くの関係者に理解してもらい、実際に活用してもらうことが必要となる。</li> <li>・入院時にケアマネジャーと病院との連携のスタートが早ければ、退院も早くなり、退院後の生活を想定した退院計画を作成することができる。患者は退院後、入院前の生活を継続することができる。</li> </ul>

入院加療が必要になっても、退院後は住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前又は入院早期から医療と介護が連携して入退院支援を行うことが重要です。入退院に伴う医療と介護の連携上の課題を整理し明文化することが必要となることから、関係機関と協議を行い、令和4年度に入退院支援のルールを作成しました。今後は切れ目ない入退院時の支援が進むよう、このルールを活用していきます。

### ④ 在宅医療・介護に関する普及啓発の取組み

#### 【ニーズ調査等の結果】

調査項目	設問番号
「在宅医療」について「知っている」の割合が54.1%と最も高く、次いで「聞いたことはあるが内容は知らない」の割合が33.4%	ニーズ(10)問2

## 【現状と課題】

現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者が照会先や協力先を適切に選択できるよう、連携に必要な情報を提供が主に紙媒体のみとなっている。</li> <li>・多職種連携の必要性を多くの関係者に理解してもらい、実際に活用してもらうことが必要となる。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・利用者の在宅療養生活を支えるためには、患者・利用者の状態等の変化に応じて医療・介護関係者間で速やかな情報共有を行う必要がある。</li> <li>・最新の情報管理方法及び住民への情報周知方法について検討が必要。</li> <li>・適切な在宅療養を継続するために、在宅医療・介護の情報とともに住民が人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについて熟知できるよう周知内容等についても検討が必要である。</li> </ul>

医療や介護を必要とする高齢者が、その意向を尊重され適切に医療を利用し、住み慣れた地域で在宅生活を送れるよう、パンフレットやガイドブック等の多様な媒体による周知や、広報・ホームページの掲載等を通じ、地域の医療・介護の資源の情報提供や普及啓発を進めているが、開業や廃止、事業内容の変更などの随時更新ができない。

また、市民向けの在宅医療・介護資源を一元的に情報提供できていないため、二市一町共同で作成している『在宅医療と介護ガイドブック』の改訂のあり方や、市民向けの情報などの提供体制の構築を推進する。

適切な在宅療養を継続するために、在宅医療・介護の情報とともに住民が人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについて必要な情報が得られる情報提供体制の構築を推進する。