
第3章

基本理念と基本目標

1 基本理念

年齢を重ねても幸せな笑顔で過ごせる町、また、地域での支え合いを大切にす
ぬくもりのある町とするため、「お互いに支え合い、いきいきと健康に過ごせるま
ち はやま」を基本理念として事業を遂行していきます。

お互いに支え合い、いきいきと健康に過ごせるまち はやま

2 基本目標

基本理念に基づき、次の4つの目標を掲げ、施策の整理、検討、実施を図るもの
とします。

基本目標1：元気で健康な状態を維持する

基本目標2：地域でお互い助け合いながら暮らしていく

基本目標3：認知症になっても安心して暮らせるまちをつくる

**基本目標4：年齢を重ね介護が必要な状態となっても、
可能な限り、葉山町で暮らしていけるまちとする**

基本目標 1 : 元気で健康な状態を維持する

本町の特徴として、高齢化率は高いものの、要介護認定率は県内平均に比べ低く、また、町民アンケートの結果を見ても比較的元気で健康な高齢者が多いことが挙げられます。

これからも元気で健康な状態を維持できるよう、介護予防事業の充実、在宅医療・介護連携を推進してまいります。

また、比較的健康的な方の割合が多い本町の特徴を生かし、公共交通機関での外出に対する支援を行ってまいります。

さらに、日常生活圏域を2圏域とし、高齢者の身近な相談機関としての地域包括支援センターを2か所とすることで高齢者の健康支援を充実してまいります。

2017年（平成29年）1月1日時点の葉山町の高齢化率は31.8%（神奈川県全体の平均高齢化率は24.5%）、1号被保険者に対する要介護認定率は15.7%（神奈川県全体の平均16.4%）となっております。

基本目標 2 : 地域でお互い助け合いながら暮らしていく

本町内では、住民主体の集いの場として町内会・自治会館や個人宅などを会場にミニデイサービスやサロン活動が45か所（2016年（平成28年）11月現在 社会福祉協議会把握）で開催されており、引き続き、老人クラブやシルバー人材センター、貯筋運動、ミニデイサービス、ふれあいいきいきサロンなどの住民主体の活動支援を行ってまいります。

しかしながら、ミニデイサービスやサロン活動の参加者は元気な高齢者が多く、日頃の交流が希薄化・孤立化する住民の参加が少ない状況もあります。

そこで、社会福祉協議会と連携し、第1層・第2層生活支援コーディネーターを中心に協議体を開催することで地域課題を把握し地域のつながりを創出していくとともに、地域ケア会議の開催により孤立する住民への支援を行ってまいります。

基本目標 3：認知症になっても安心して暮らせるまちをつくる

本町の特徴として、2017年（平成29年）10月1日時点の65歳以上高齢者に占める「認知症日常生活自立度」以上の方の割合は9.4%となっており、全国的な数値と比較すると認知症の方々の割合が低い状況にあります。

しかしながら、町民アンケートの結果を見ると、要介護認定が必要となる最も大きな原因は認知症（アルツハイマー病等）となっていることから、認知症を正しく理解し、早期発見、早期治療へつなげられる体制づくりを行う必要があります。

そこで、かかりつけ医・かかりつけ歯科医を持つことの重要性を周知するとともに、町福祉課と地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員を中心に早期段階で認知症専門医につなげることができるよう、医療・介護等の連携強化による地域における認知症支援体制の構築を図るとともに、認知症初期集中支援チームによる認知症の早期発見、早期対応を行ってまいります。

「認知症日常生活自立度」とは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態をいいます。厚生労働省の発表では、全国の65歳以上高齢者に対する認知症日常生活自立度以上の方の割合は、2010年（平成22年）で9.5%、2025年（平成37年）で12.8%と推計されております。

基本目標 4：年齢を重ね介護が必要な状態となっても、可能な限り、葉山町で暮らしていけるまちとする

町民アンケートによると「人生の最期を過ごしたい場所」として、「最期まで自宅で過ごしたい」、「自宅で療養し、必要になれば医療機関に入院したい」が併せておよそ6割と最も多くなっており、高齢者の多くが可能な限り自宅で過ごしたいと希望していることが分かります。

年齢を重ね介護が必要な状態となっても可能な限り住み慣れた自宅で過ごしていけるよう小規模多機能型居宅介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所等の在宅介護サービスのみならず緊急通報システム、配食サービス、徘徊高齢者SOSネットワーク等の見守り活動の更なる普及、推進を図り、可能な限り自宅で住み続けられる環境整備を行ってまいります。

また、行政・地域包括支援センター・介護保険事業所が協働して自立支援に資するケアマネジメントを推進することで、軽度な介護状態の維持向上を目指してまいります。

さらに、在宅での看取りが可能となるよう、2017年度（平成29年度）に新たに設置した逗葉地域在宅医療・介護連携相談室を中心とした医療・介護の連携推進を行うとともに、家族介護の軽減を目的とした短期入所生活介護における看取り介護の支援を行ってまいります。

3 第6期計画期間中の実施状況及び第7期の目標

基本目標1：元気で健康な状態を維持する

【第6期の実施状況】

認知症予防教室、介護予防教室、水中歩行教室等、各種介護予防事業を開催し、町民の健康の維持向上を促進してまいりました。

在宅医療・介護の連携推進を行うため、介護保険事業所参加のもと医師・歯科医師を講師に在宅医療介護連携推進事業を開催してまいりました。

さらに2016年度（平成28年度）国モデル事業（ケアマネジメント適正化推進事業）に着手し、行政からの一方的な指導ではなく、行政・地域包括支援センター・介護保険事業所が企画・立案から研修、事業評価まで協働して自立支援に資するケアマネジメント推進を行いました。

【第7期の目標】

町民アンケートによると、要支援・要介護認定者のうちその原因は「高齢による衰弱」が24.8%、「骨折・転倒」が22.3%となっており、元気で健康な状態を維持するためにも介護予防への取組みが重要であり、引き続き各種介護予防事業を実施するとともに、行政・地域包括支援センター・介護保険事業所が企画・立案から研修、事業評価まで協働する自立支援に資するケアマネジメント推進を行います。

在宅医療・介護の連携推進のため、逗葉地域在宅医療・介護連携相談室を中心に地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力・連携してまいります。

比較的健康な方の割合が多い本町の特徴を生かし、公共交通機関での外出に対する支援を行ってまいります。

さらに、地域に身近な地域包括支援センターとするため、その広報周知を図るとともに、1箇所増設することできめ細やかな高齢者支援体制を築いてまいります。

基本目標 2：地域でお互い助け合いながら暮らしていく

【第 6 期の実施状況】

地域での支え合いを推進するため、老人クラブやシルバー人材センター、ミニデイサービス、ふれあいいきいきサロンなどの住民主体の活動に対し支援を行ってまいりました。

また、2016 年度（平成 28 年度）は国モデル事業（地域づくりによる介護予防推進支援事業）に着手し、地域住民が主体となって自ら通いの場を創設し貯筋運動による介護予防事業を町内 9 か所で開設させました。（2017 年（平成 29 年）10 月時点）

生活支援コーディネーター、協議体については、第 1 層を 2016 年度（平成 28 年度）に設置し、各地域における地域支え合いの課題を抽出しました。

地域ケア会議については、解決困難な個別事例について関係者による検討を行いました。

介護予防通所介護、訪問介護サービスについては、2017 年（平成 29 年）4 月に新総合事業に移行させました。

【第 7 期の目標】

地域での支え合いを推進するため、老人クラブやシルバー人材センター、ミニデイサービス、ふれあいいきいきサロンなどの住民主体の活動に対し支援を行ってまいります。

地域住民が主体となって自ら通いの場を創設し貯筋運動を実施する介護予防事業を町内全域で普及推進していきます。

また、生活支援コーディネーター、協議体について第 2 層を設置し、地域と連携してまいります。

地域ケア会議については、引き続き解決困難な個別事例を取り上げ、孤立する住民への支援を行ってまいります。

さらに総合事業においては、基準緩和の A 型、住民主体の B 型等、多様なサービス提供の創設に努めてまいります。

基本目標 3：認知症になっても安心して暮らせるまちをつくる

【第 6 期の実施状況】

認知症になる前から認知症について知り、早期発見・早期治療につなげていくことが重要な課題であるため、認知症施策の推進に努め、認知症サポーター養成講座や認知症講演会、認知症予防教室の充実を図りました。

認知症の早期発見を目指し、ホームページ上で簡単に診断できる認知症チェックサイトを立ち上げるとともに、認知症サポーター養成講座では、小学生向けの講座を開催し、幅広い世代での認知症に対する普及啓発を行いました。

また、認知症普及啓発パンフレット、認知症ケアパスを作成し、認知症の理解促進を図ってまいりました。

さらに、地域包括支援センターに職員を 1 名増員し体制を充実させた上で認知症地域支援推進員を配置するとともに認知症初期集中支援チームも発足させ、認知症初期段階での早期発見、対応できる体制づくりを行いました。

【第 7 期の目標】

町民アンケートによると、75 歳以上の後期高齢者の介護・介助が必要になった主な要因で最も高い割合を示しているのが認知症（アルツハイマー病等）となっており、介護・介助が必要になる前の認知症対策が重要になっております。

そのため、認知症サポーター養成講座や認知症講演会、認知症予防教室の充実を図るとともに、ホームページ上で簡単に診断できる認知症チェックサイトの普及推進を図ります。

また、認知症地域支援推進員を中心に認知症普及啓発パンフレット、認知症ケアパスを活用して、広く町民に対し認知症の理解促進を図ってまいります。

更に、認知症の初期の段階で医師を中心としたチームで対応する認知症初期集中支援チームによる認知症の早期発見、早期対応を行ってまいります。

基本目標 4 : 年齢を重ね介護が必要な状態となっても、可能な限り、 葉山町で暮らしていけるまちとする

【第 6 期の実施状況】

夜間対応型訪問介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設については、事業者の撤退等により開設にはいたりませんでした。

しかしながら、小規模多機能型居宅介護事業所を 1 事業所新たに整備することで、在宅介護支援体制を充実し、地域包括ケアシステムの構築に努めてまいりました。

また、在宅での看取りを支援するため、短期入所生活介護事業所への看取り介護加算を創設しました。

さらに、緊急通報システムは自動感知器及び緊急時の駆けつけサービスを追加し充実したサービスにするとともに、配食サービス、徘徊高齢者 SOS ネットワーク、在宅高齢者への介護用品支給事業を通じて在宅介護の支援を行いました。

【第 7 期の目標】

小規模多機能型居宅介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の普及・推進を図るなど、介護サービスの充実を図るとともに、自立支援に向けたケアマネジメントを確立し、在宅介護の充実を行ってまいります。

また、緊急通報システム、配食サービス、徘徊高齢者 SOS ネットワークの普及促進に努めることで、高齢者が安心して住み慣れた自宅で暮らし続ける事ができるよう支援してまいります。

第 6 期計画期間中、2017 年度（平成 28 年度）国モデル事業（ケアマネジメント適正化推進事業）、2018 年度（平成 29 年度）国モデル事業（介護予防活動普及展開事業）の取組みを通し行政・地域包括支援センター・介護保険事業所が企画・立案から研修、事業評価まで協働する自立支援型ケアマネジメントを促進しており、第 7 期計画においても重点課題として取り組むことで要支援認定者・要介護認定者の状態改善を目指していきます。

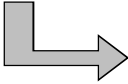
さらに、在宅での看取りが可能となるよう、2017 年度（平成 29 年度）に新たに設置した逗葉地域在宅医療・介護連携相談室を中心とした医療・介護の連携推進を行うとともに、家族介護の軽減を目的とした短期入所生活介護における看取り介護の支援を行ってまいります。

4 施策の体系

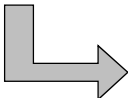
【基本理念】

お互いに支え合い、いきいきと健康に過ごせるまち はやま

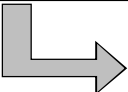
基本目標 1：元気で健康な状態を維持する

- 
- 1 医療と介護の連携
 - 2 介護予防事業
 - 3 介護予防ケアマネジメント事業
 - 4 包括的・継続的マネジメント事業
 - 5 外出支援事業

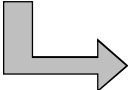
基本目標 2：地域でお互い助け合いながら暮らしていく

- 
- 1 地域福祉活動への支援
 - 2 生活支援協議体・コーディネーターの設置
 - 3 地域ケア会議の開催
 - 4 生きがいミニデイサービス事業
 - 5 貯筋運動（地域づくりによる介護予防推進支援事業）
 - 6 総合事業における多様なサービスの創出
 - 7 高齢者虐待防止への取り組み
 - 8 災害時における対策
 - 9 社会参加の促進
 - 10 就業の支援

基本目標 3：認知症になっても安心して暮らせるまちをつくる

- 
- 1 認知症について理解する
 - 2 認知症ケアパスの作成、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員
 - 3 認知症予防事業の実施

基本目標 4：年齢を重ね介護が必要な状態となっても、可能な限り、葉山町で暮らしていけるまちとする

- 
- 1 ひとり暮らし高齢者等への支援体制
 - 2 要介護高齢者の把握
 - 3 日常的な見守り活動や助け合い活動の推進
 - 4 介護給付等費用適正化事業
 - 5 予防給付サービスの推進
 - 6 介護給付サービスの推進
 - 7 地域密着型サービスの推進
 - 8 その他サービスの推進