

第3章

基本理念と基本施策



- 1 基本理念と基本方針
- 2 基本施策

1 基本理念と基本方針

本市の基本構想・基本計画である「八王子ビジョン2022」では、「健康で笑顔あふれる、ふれあい、支えあいのまち」を保健・医療・福祉分野の都市像として実現を目指しています。

本計画では、その理念を実現するため、目指すまちのビジョン(基本理念)として「いつまでも『望む生活』を送ることができる生涯現役のまち八王子」と決めました。「いつまでも自身の力で望む生活を送ることは、誰もが望む「ふつうの幸せ」です。高齢者がいつまでも元気に活躍できるまちでありたいという想いが込められています。

本市が目指す「生涯現役」とは

年齢を重ねても意欲を失わず、その人らしい生き活きとした生活が送れることであり、何歳になっても一人ひとは尊いという視点に立った考え方です。

このビジョンを達成するため、3つの基本方針と5つの柱を掲げ、連動して施策を展開していきます。次ページの図表3-1は、目指すまちのイメージ(体系図)です。

～目指すまちのビジョン(基本理念)～

いつまでも「望む生活」を送ることができる生涯現役のまち八王子

基本方針① 多様な地域資源と専門職等のケアを連動させた地域包括ケアシステムの構築

- 地域の様々な主体と連携し、多職種による制度横断的な地域のネットワークの充実をはかり、地域の課題解決能力を高めていきます。
- 認知症になっても、本人や家族が安心して生活を送れるよう、本人や家族介護者への支援や様々な相談、情報提供、サポート体制を充実させます。

基本方針② 健康寿命延伸に向けた自立・セルフケア意識の醸成

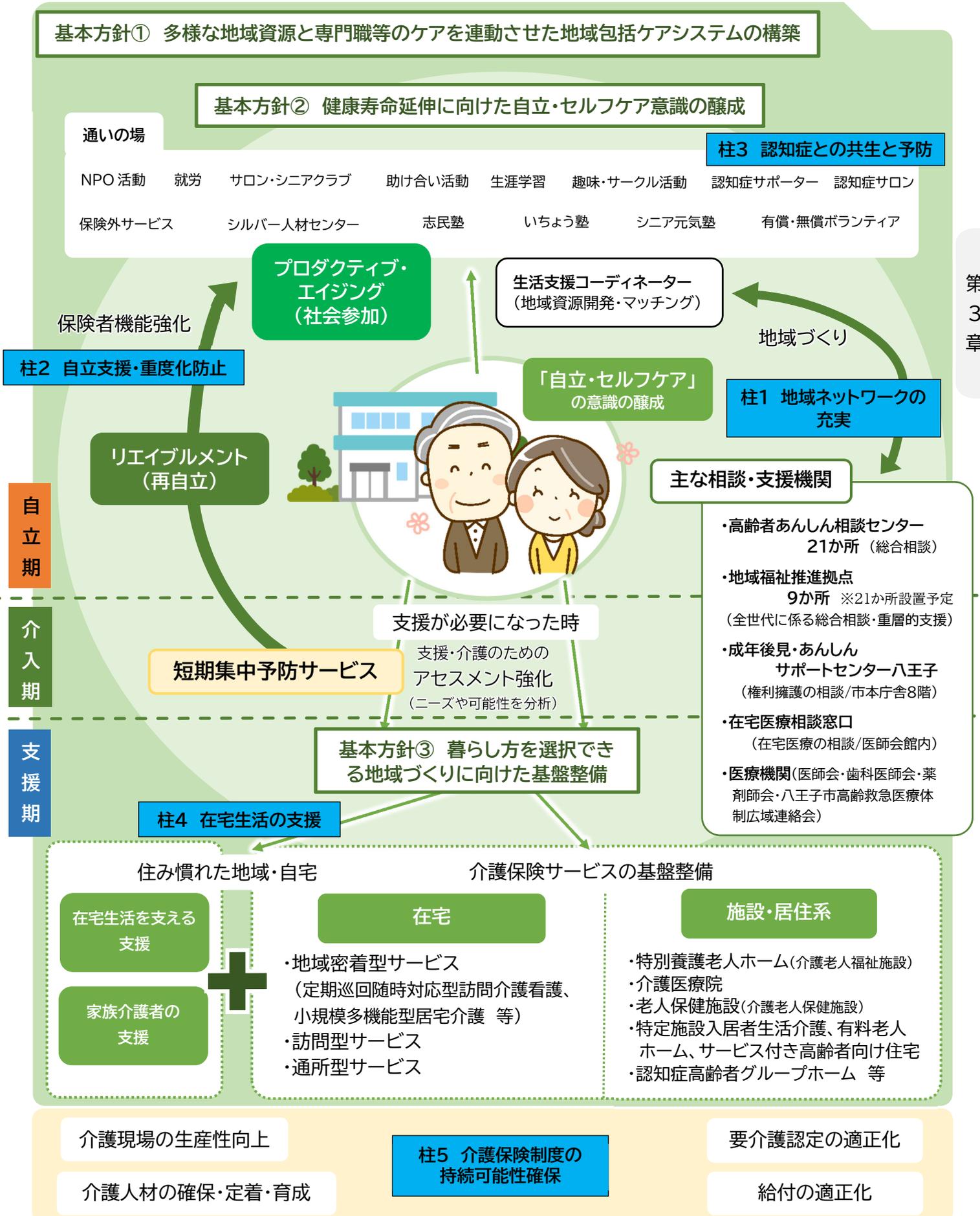
- 専門的支援を早期に行うことにより、これまでの自立した日常生活を再獲得するための介護予防サービスを充実させます。
- 科学的根拠に基づいたセルフマネジメントによる健康づくりの習慣化を支援し、介護予防や健康づくりに対する意識を醸成します。

基本方針③ 暮らし方を選択できる地域づくりに向けた基盤整備

- いつまでも住み慣れた地域で過ごせるように、地域密着型サービスの整備や在宅サービス等の必要なサービスを充実し、本人や家族介護者の支援について充実をはかります。
- 介護人材の確保、介護現場の生産性向上等をはかり、介護サービスの基盤を整備し、介護保険制度の持続可能性を確保します。

図表3-1 目指すまちのイメージ(体系図)

「いつまでも『望む生活』を送ることができる生涯現役のまち八王子」



施策の体系

基本理念

いつまでも「望む生活」を送ることができる生涯現役のまち八王子

基本方針

①多様な地域資源と専門職等のケアを連動させた地域包括ケアシステムの構築
②健康寿命延伸に向けた自立・セルフケア意識の醸成

③暮らし方を選択できる地域づくりに向けた
基盤整備

計画の柱

1 地域ネットワークの充実

2 自立支援・重度化防止

3 認知症との共生と予防

4 在宅生活の支援

5 介護保険制度の持続可能性確保

本計画の基本施策（※太枠・・・重点施策）

1 地域における包括的な支援の充実

2 生活支援体制整備の推進

3 医療介護連携の推進

4 権利擁護の推進

5 後期高齢者の実態把握と事業評価サイクルの構築

6 リエイブルメント(再自立)の推進

7 介護予防・健康づくりの習慣化に向けたセルフマネジメントの推進

8 生涯現役社会の構築と積極的な社会参加～プロダクティブ・エイジングの普及～

9 認知症との共生

10 認知症の予防

11 在宅生活を支える支援

12 家族介護者の支援

13 介護サービス基盤の整備

14 災害時支援体制と感染症対策

15 適切なサービス利用に向けた窓口機能の強化

16 要介護認定の適正化

17 給付の適正化

18 介護人材の確保・定着・育成

19 介護現場の生産性向上

20 成果連動型民間委託契約方式の導入

2 基本施策

柱1 地域ネットワークの充実

相談窓口に寄せられる内容は、介護・医療（認知症、8050問題、ヤングケアラー、ダブルケア、虐待等）や生活支援（買い物や移動支援）、権利擁護（判断能力の低下による金銭管理等）、社会参加（就労や地域活動等）等多様化しています。本市では、これまでも高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）21か所の整備や、補完する役割として位置付けるシルバー見守り相談室の運営により、相談機能の強化をはかってきました。

さらに、複雑化・複合化した要因が含まれる相談への対応が増加していることから、制度横断的に対応するために多職種が連携し、課題解決をはかる体制を強化していきます。

《主な成果指標》 ※詳細は p.126～p.127 参照

目指す姿	評価指標	現状値	目標値(KPI)
		第7期計画	第8期計画
包括的・継続的ケアマネジメントが実施されている（地域における連携・協働の体制づくり）。	地域ケア推進会議における地域課題に対する方針決定数	—	4件以上/年
	高齢者あんしん相談センターの認知度	36.2%	50.0%
医療職と介護職との連携が円滑になり、在宅での生活が継続できている。	要介護認定者のうち在宅介護を利用している人の割合	70.4%	利用割合の上昇

【施策の標記について】☆：新規事業または掲載新規 ○：充実・既存事業

施策1 地域における包括的な支援の充実

重点

地域課題解決能力の強化

- 高齢者あんしん相談センターが開催する地域ケア会議を通して、多職種連携を推進するとともに意識の共有をはかり、地域課題の解決能力を強化します。
- 高齢者福祉に関する事項や介護保険制度の円滑な運営等について審議する社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会を「地域ケア推進会議」として位置付け、地域ケア会議で把握した全市的な課題の共有や課題解決に向けた議論を通して、市の施策へつなげる仕組みを構築します。（p.33 図表3-4参照）
- 高齢者あんしん相談センターを補完する役割として位置付けているシルバー見守り相談室に加え、高齢者あんしん相談センター職員の人員を国の基準より多く配置することで機能強化をはかります。
- 高齢者やその家族を取り巻く様々な相談や潜在的ニーズ、多様な地域課題へ対応するため、公共施設内移転や地域福祉推進拠点との併設を推進し、相談窓口の一元化をはかります。
- ☆高齢・障害・子ども等各分野の既存の相談支援等の取組を活かしつつ、複雑化・複合化した支援ニーズ（8050問題等）に対応する包括的な支援体制を整備します。（重層的支援体制整備事業）（p.34 図表3-6参照）

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
地域ケア会議 開催回数	70回/年	200回/年
地域ケア推進会議 開催回数	1回/年	4回/年

高齢者あんしん相談センターについて

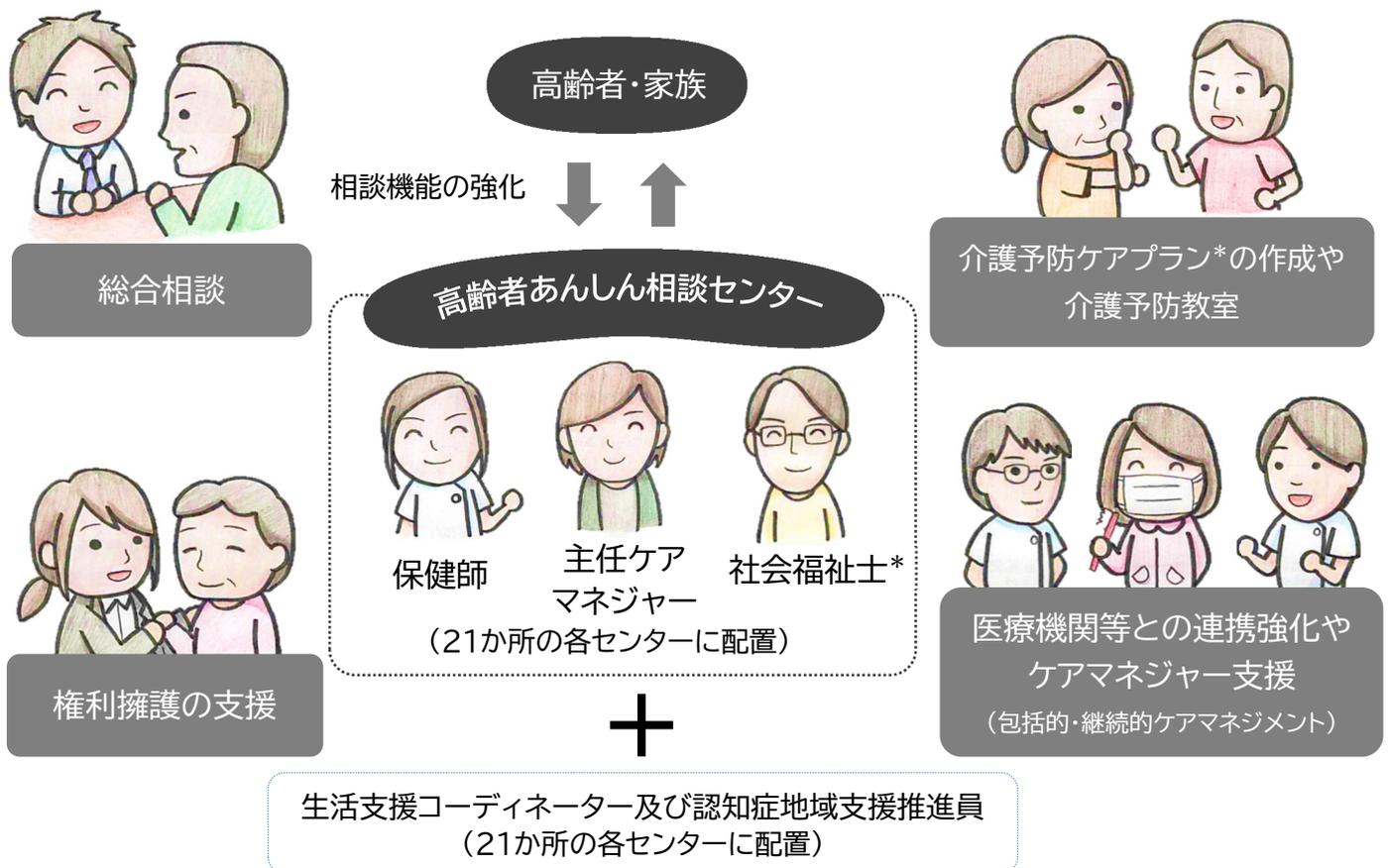
《本計画期間の基本方針》

市内に21か所設置している高齢者あんしん相談センターは、各圏域内の高齢者やその家族が抱える多様な生活課題に対し、専門的な支援や地域資源を組みあわせながら問題解決をはかる機関です。本計画期間では、相談者の状態把握を強化し、適切なサービスや支援につなげられるように、窓口のコーディネート機能を強化していきます。(p.65 参照)

また、多職種連携による地域ケア会議等を通して、地域の課題解決や自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント支援を行い、地域全体のケアの質の向上をはかります。

第3章

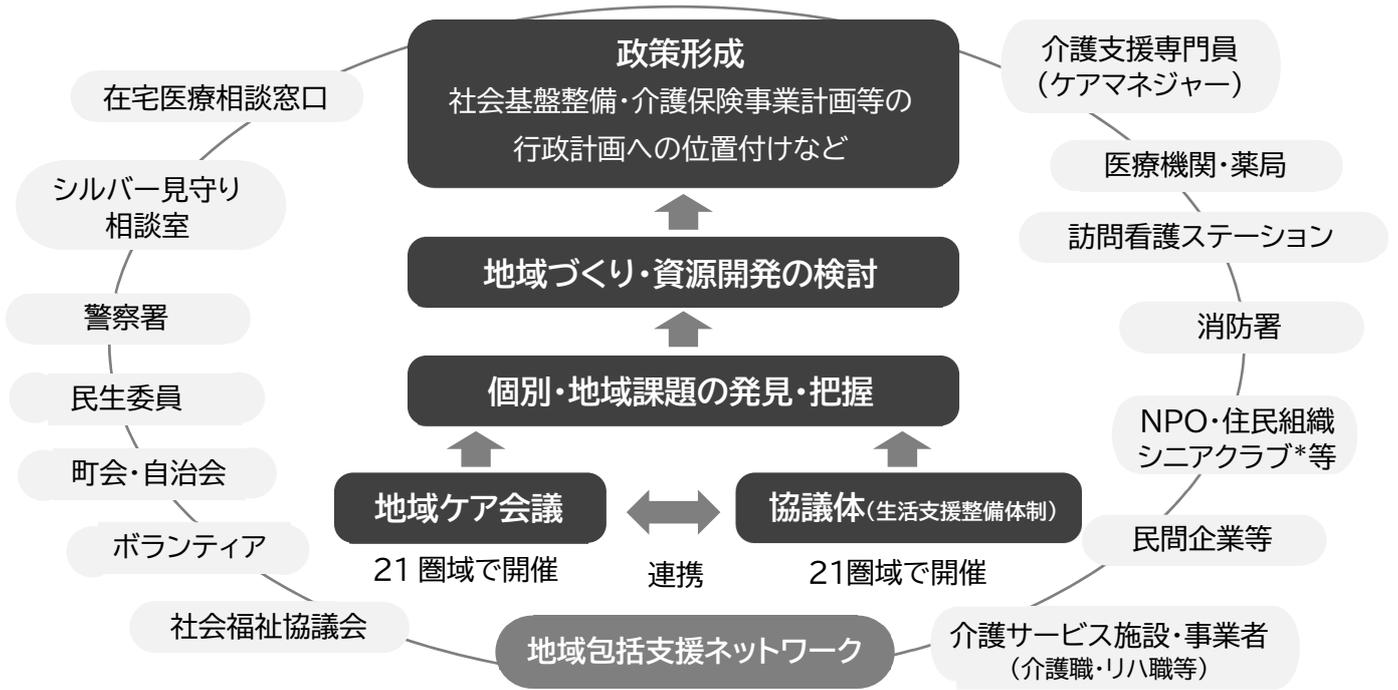
図表3-2 高齢者あんしん相談センターの機能



※各高齢者あんしん相談センターの担当区域は、p.102～p.103参照

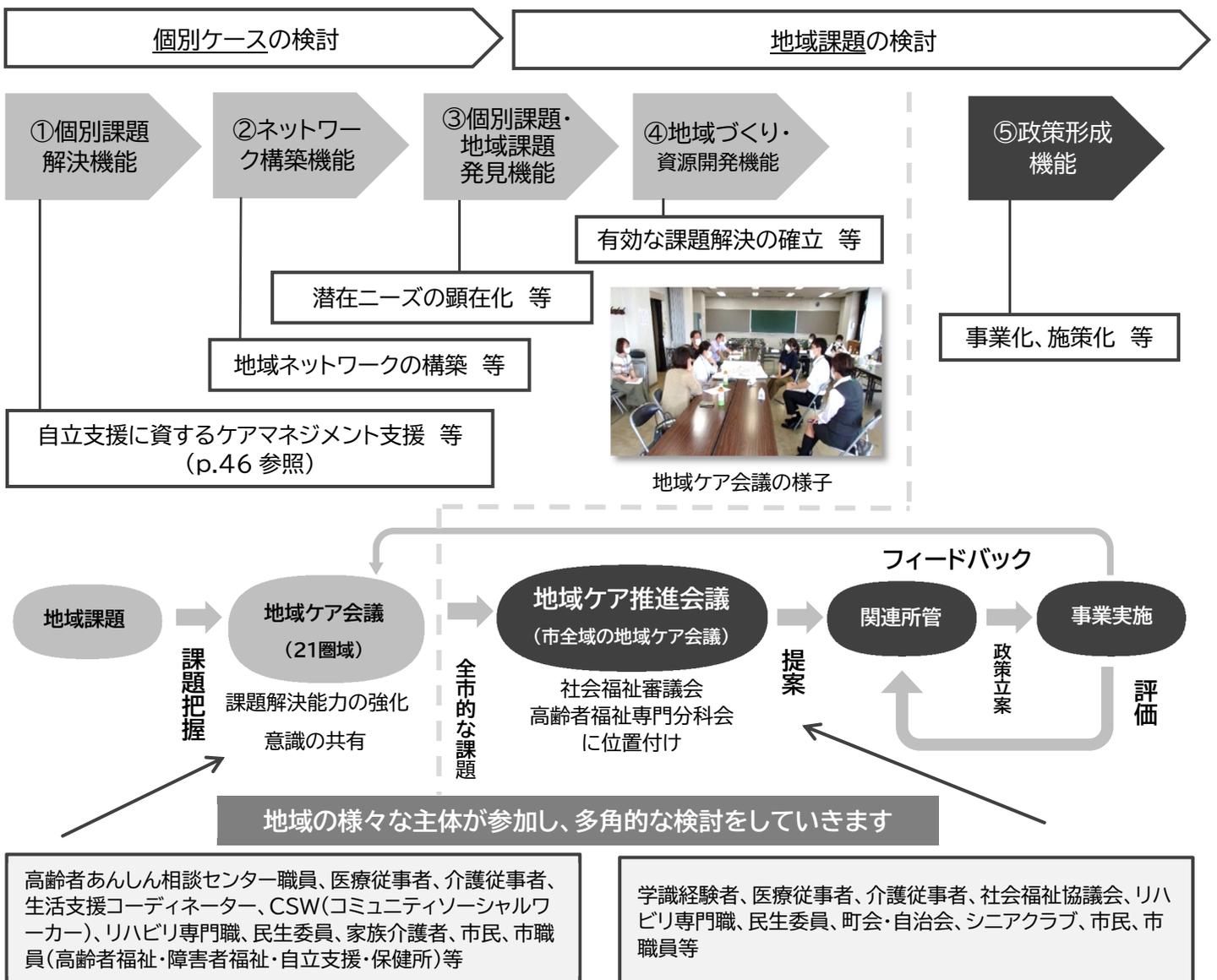
*ケアプラン p.139 参照 *社会福祉士 p.140参照

図表3-3 地域ケア会議の位置付け



第3章

図表3-4 地域ケア会議の5つの機能と地域課題に対する政策立案・実行フローのイメージ



*シニアクラブ p.140 参照

図表3-5 本市の主な相談窓口の機能

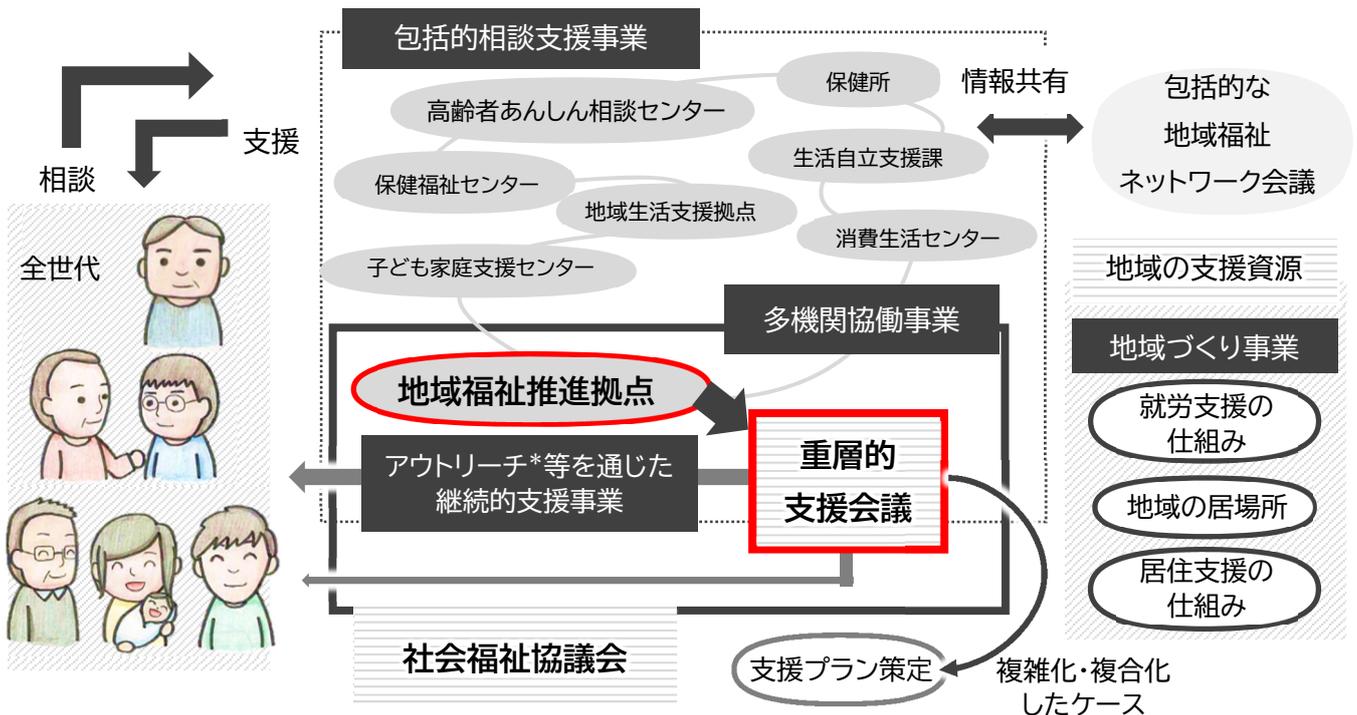
	運営主体	箇所数・場所	業務内容
1 高齢者あんしん相談センター	市(委託)	21か所 (日常生活圏域に1か所)	介護・保健・医療・福祉に関する高齢者の総合相談窓口で、権利擁護・地域のネットワークづくり・介護予防のケアプラン作成等を行っています。保健師(または看護師)や主任ケアマネジャー、社会福祉士、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員を配置しています。
2 シルバー見守り・ふらっと相談室	市(委託)	4か所 (都営団地内ほか)	高齢者の孤立防止を目的に、高齢者あんしん相談センターを補完する役割として位置付け、高齢者の相談や見守りを行っています。
3 在宅医療相談窓口	市(委託)	1か所 (八王子市医師会館内)	在宅医療を受けられるよう、病院から自宅に退院するときや療養生活に調整が必要などときに、医療や介護の知識を持つ相談員が、在宅医療を希望する方やご家族からの相談を受けています。
4 成年後見・あんしんサポートセンター八王子	社会福祉協議会 (一部市委託)	1か所 (市役所本庁舎8階)	要介護や障害、認知症などにより、日常での判断能力が不十分な方への福祉サービスの利用、金銭管理の支援を行っています。また、成年後見制度における地域連携ネットワークの中核機関としての役割を担っています。
5 地域福祉推進拠点	市(委託)	9か所 ※21か所設置予定 (市民センターや地域事務所内)	全世代を対象に、重層的な地域課題・生活課題について相談を受け付けています。内容に応じて公的機関やサービスへの紹介、地域活動団体や地域資源とのコーディネートを行っています。

第3章

コラム 重層的支援体制整備事業

令和3年(2021年)4月に改正社会福祉法が施行され、新たな事業として地域生活課題の解決に資する支援を包括的に行う「重層的支援体制整備事業」が始まります。この事業は「相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施することで、分野を横断した包括的な支援体制の構築を目指すものです。

図表3-6 本市が行う重層的支援体制のイメージ



*アウトリーチ p.136参照

施策2 | 生活支援体制整備の推進

重点

生活支援コーディネーターの強化

- 市全域で社会資源の掘り起こしや多世代と連携した高齢者の社会参加支援、生活課題やニーズを把握するための地域分析等を行い、多様な主体による生活支援体制の強化をはかるため、生活支援コーディネーター(第2層)を増員し、各高齢者あんしん相談センター(21か所)に配置します。
- 生活支援コーディネーターの強化をはかるため、生活支援コーディネーターに対する研修を実施します。

多様な主体による生活支援体制の構築

- 多様な主体が参加し情報共有・連携強化をする場である協議体(p.33 図表 3-3 参照)を充実させ、包括的な生活支援体制を構築します。
- NPO法人やボランティア団体等が自宅を訪問し、掃除や買い物、庭の草取りなどの日常生活の困りごとへの支援を行う住民主体による生活支援団体への支援を推進します。(p.36 参照)
- ☆就労的活動のコーディネート機能を構築し、就労的活動(有償ボランティア等)の創出やマッチング体制を構築することで、高齢者の多様な社会参加を推進します。
- ☆プロボノ活動(職業上のスキルや専門知識を活かした現役勤労者のボランティア)を推進し、市内で活動するNPO法人や地域活動団体とのマッチングをはかります。

第3章

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
協議体 開催回数	21回/年	日常生活圏域(21か所)で年1回の開催及び地域で開催される協議体への参加
住民主体の生活支援団体 登録団体数	31団体	50団体
就労的活動 マッチング数	—	100人/年
プロボノ マッチング数	—	10件/年

コラム

地域のキーパーソン

「生活支援コーディネーター」

各高齢者あんしん相談センターに1名配置(計21名)します。高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を目的とし、地域において、生活支援及び介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート業務(主に資源開発やネットワークの構築)を行います。



「CSW(コミュニティソーシャルワーカー)」

地域福祉推進拠点等に配置されています。全世代を対象として、地域で援助を必要とする人に対する見守りや必要なサービス・専門機関へのつなぎ、住民の地域活動支援、関係機関・団体への働きかけなどをしています。



連携

コラム

地域に広がる助け合いの輪

ごみ出し、電球交換、庭の手入れ・・・
本市では、日常生活のちょっとした困りごとを
支援する地域活動が広がっています。

地域の助け合い活動(生活支援)とは

NPO やボランティア団体、町会・自治会、地域の有志団体等、
地域住民が主体となって、「助け合いで地域を元気にしたい」
「安心して暮らせる地域にしたい」「活動できる範囲で」等の
想いのもと、活動されています。

活動する団体をご自宅へ訪問し、掃除や買い物(送迎含む)、
庭の草取り等の日常生活のちょっとした困りごとへの支援を
行う無償または有償のボランティア活動になります。

支援内容や利用料金は、それぞれの団体によって異なります。

団体の支援制度

運営に必要な経費の一部
を補助する制度や活動を支
援するための登録制度等も
あります。

住民主体による介護予防・生活支援サービス事業
(訪問型サービスB) 令和元年度(2019年度) 実績

住民主体による活動団体 27 団体
活動回数 延 6,606 回/年



地域助け合い活動のシンボルマーク

各団体の活動紹介は
こちらから！

各団体の活動紹介
動画 QR コード



庭木の剪定



買い物の付き添い



障子の張替え

施策3 | 医療介護連携の推進

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

☆KDB(国保データベース)システムの情報等を活用し、個別の健康課題がある高齢者に対し、アウトリーチ(訪問支援等)による生活習慣病重症化予防等の個別的支援と通いの場等への積極的な支援を行います。(p.38 図表3-7 参照)

在宅医療・介護の普及促進

- 地域の目指すべき姿を示し、多職種連携を深めて切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するとともに、PDCAサイクルに沿って事業効果の評価・分析を行います。
- 在宅医療に関する八王子市在宅医療相談窓口での相談体制を充実させます。
- 訪問診療を必要とする方で、夜間にかかりつけ医が対応できない場合に、医師会の当番医療機関が診療を実施する在宅医療全夜間対応事業の推進により、24時間診療体制を確保します。
- かかりつけ医からの要請で医療機関に搬送する在宅療養患者搬送事業を推進します。
- 医師会が運用する在宅医療支援システム「まごころネット*」を活用し、在宅療養患者にかかわる多職種連携をはかります。
- 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。
- 【再掲】高齢者あんしん相談センターで開催する地域ケア会議を通して、多職種連携を推進するとともに意識の共有をはかり、地域課題の解決能力を強化します。
- 医療関係者(医療ソーシャルワーカー等)や高齢者あんしん相談センター職員、介護支援専門員(ケアマネジャー)等、多職種が参加する研修や介護支援専門員研修を実施し、専門職同士の連携強化をはかり、円滑な入退院支援を目指します。(p.38 図表3-8参照)

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
リハビリテーション専門職による通いの場へのアウトリーチ支援数	—	100件/年
まごころネット(在宅医療支援システム) 登録事業所数	146 か所	170 か所

コラム

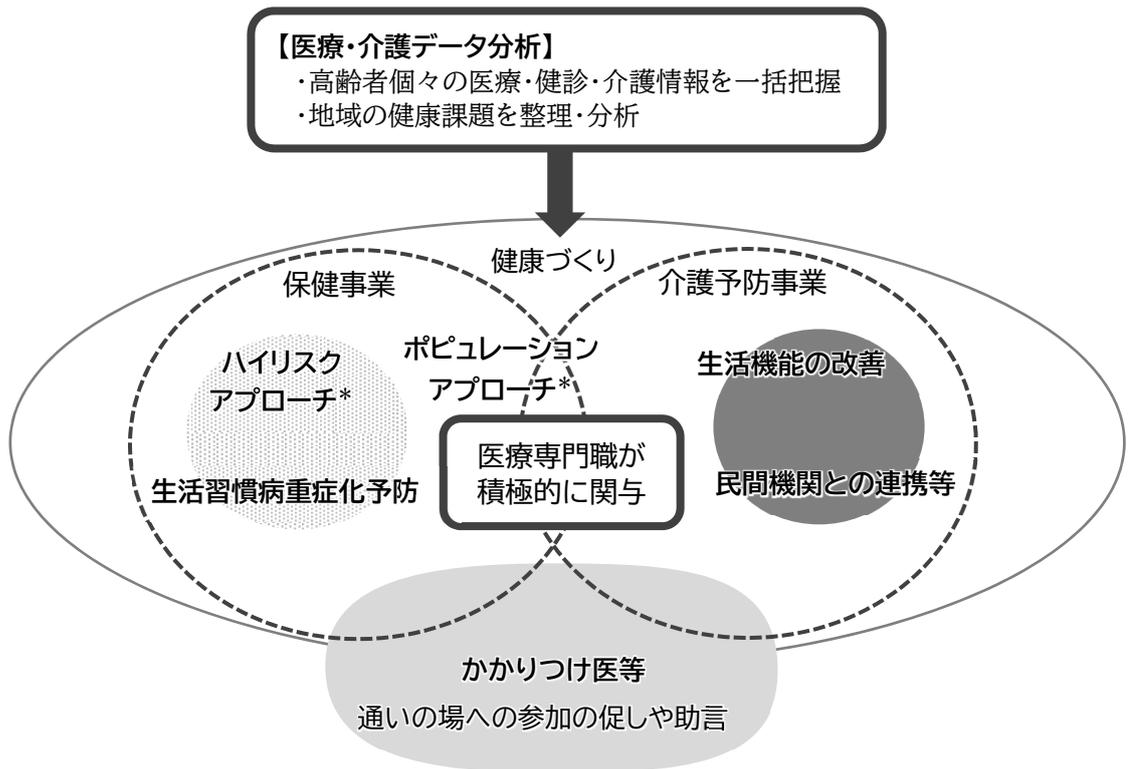
ACP(人生会議)とは？

アドバンスド・ケア・プランニング(ACP)と言われ、愛称は「人生会議」です。自らが望む人生の最期における医療やケアについて、前もって元気なうちに家族や医療・介護関係者等と繰り返し話し合いをし、共有をしておく取組です。



*まごころネット(在宅医療支援システム) p.148参照

図表3-7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 イメージ



第3章

図表3-8 切れ目のない医療・介護連携のイメージ



*ハイリスクアプローチ p.146 参照 *ポピュレーションアプローチ p.147 参照

施策4 権利擁護の推進

権利擁護に係る横断的な課題解決に向けた取組の推進

- 高齢者あんしん相談センターにおいて、総合相談と支援を行います。
- 成年後見制度について、学習会等を通じ普及啓発を推進します。
- 社会福祉協議会が実施する地域福祉権利擁護事業*や財産保全・管理サービス事業等、各制度の役割や適切なサービス利用の周知等を行うとともに、必要なサービス量の確保に向けた検討を行います。

高齢者虐待防止の強化

- 虐待防止に向けた啓発や早期発見・早期対応の推進をはかるため、養護者の支援に当たる介護支援専門員(ケアマネジャー)や介護従事者等に対して研修を行います。

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
成年後見制度の普及啓発 取組状況	講演会 3回/年 学習会 7回/年	講演会 4回/年 学習会 9回/年
高齢者虐待防止研修 開催回数	8回/年	8回/年

図表3-9 成年後見制度等の各制度の違い

	成年後見制度				地域福祉権利擁護事業	財産保全・管理サービス事業
	法定後見制度			任意後見制度		
	後見制度	保佐制度	補助制度			
主な違い	日常生活の範囲を超え、重要な法律行為を援助				日常生活の範囲内で援助	
対象者	判断能力が常に欠けている方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方	判断能力がある方(本人が契約)	認知症の方、知的・精神障害のある方	要支援・要介護認定者、身体障害のある方
援助者	成年後見人	保佐人	補助人	任意後見人	社会福祉協議会の専門員・生活支援員	
援助内容	財産管理・身上監護				①福祉サービスの利用援助 ②金銭管理③書類等預かり	



高齢者の権利・財産を守るために

判断能力が不十分なために日常生活に困っている方が地域で安心して生活できるよう、本市では社会福祉協議会内に設置された「成年後見・あんしんサポートセンター八王子」を中核機関として、成年後見制度の周知、利用促進をはかっています。

*地域福祉権利擁護事業 p.142 参照

柱2 自立支援・重度化防止

人生100年時代とも言われる今日、本市において100歳以上の市民の方は274名となっています。(令和2年9月末時点)

健康で長生きをし、自らの望む生活を送るためには、日頃からのセルフマネジメント(自らの健康を自らの力で守ることができるよう管理すること)が非常に重要です。本市では、このセルフマネジメントの力を高めるため、介護予防サービスの充実や社会参加の場の拡充をはかるとともに、専門職による早期のアセスメント(生活課題や可能性の分析)や支援の提供を通じて、健康寿命の延伸を目指します。

《主な成果指標》 ※詳細は p.128～p.129参照

目指す姿	評価指標	現状値	目標値(KPI)
		第7期計画	第8期計画
セルフマネジメントの定着により、自立した日常生活が継続できている。	新規要支援・要介護認定者の平均年齢	80.1歳	平均年齢の上昇
多様な社会参加の場から、高齢者が自らの選択に基づいて選べる環境が整っている。	社会参加をしている高齢者の割合	29.2%	割合の上昇

【施策の標記について】☆:新規事業または掲載新規 ○:充実・既存事業

施策5 後期高齢者の実態把握と事業評価サイクルの構築

後期高齢者実態把握事業の実施

☆75歳以上の後期高齢者(要介護認定者等を除く)を対象に心身状態や生活環境に関するアンケート調査を行い、適切な早期支援へのつなぎや介護予防に関する情報提供を行います。(p.41 図表3-10参照)

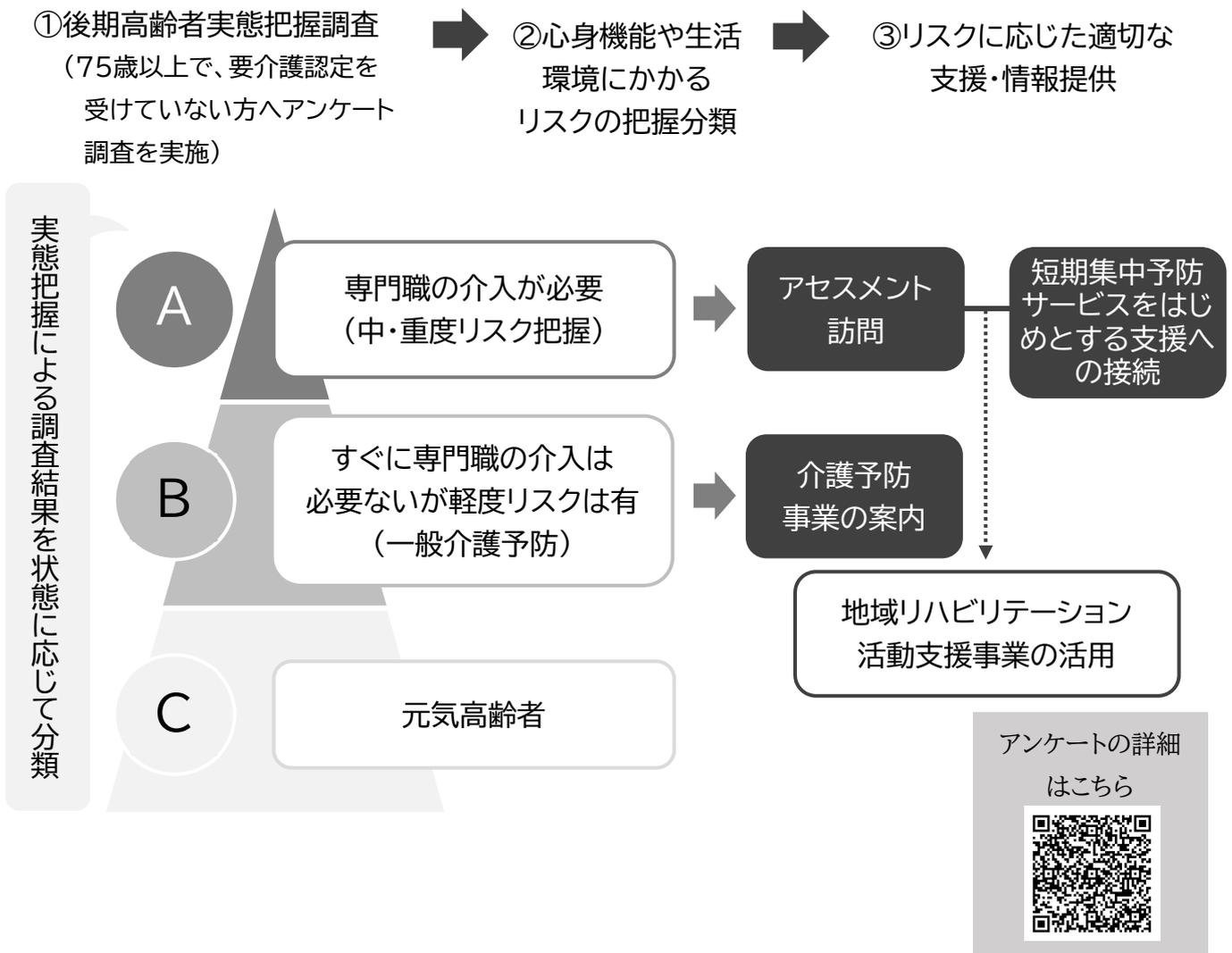
介護予防事業の事業評価

☆介護予防事業の評価を行い、要介護認定率の他自治体との比較や本市の特徴の把握・分析を行うことで、施策の評価や自立支援・重度化防止の取組の充実に活かします。

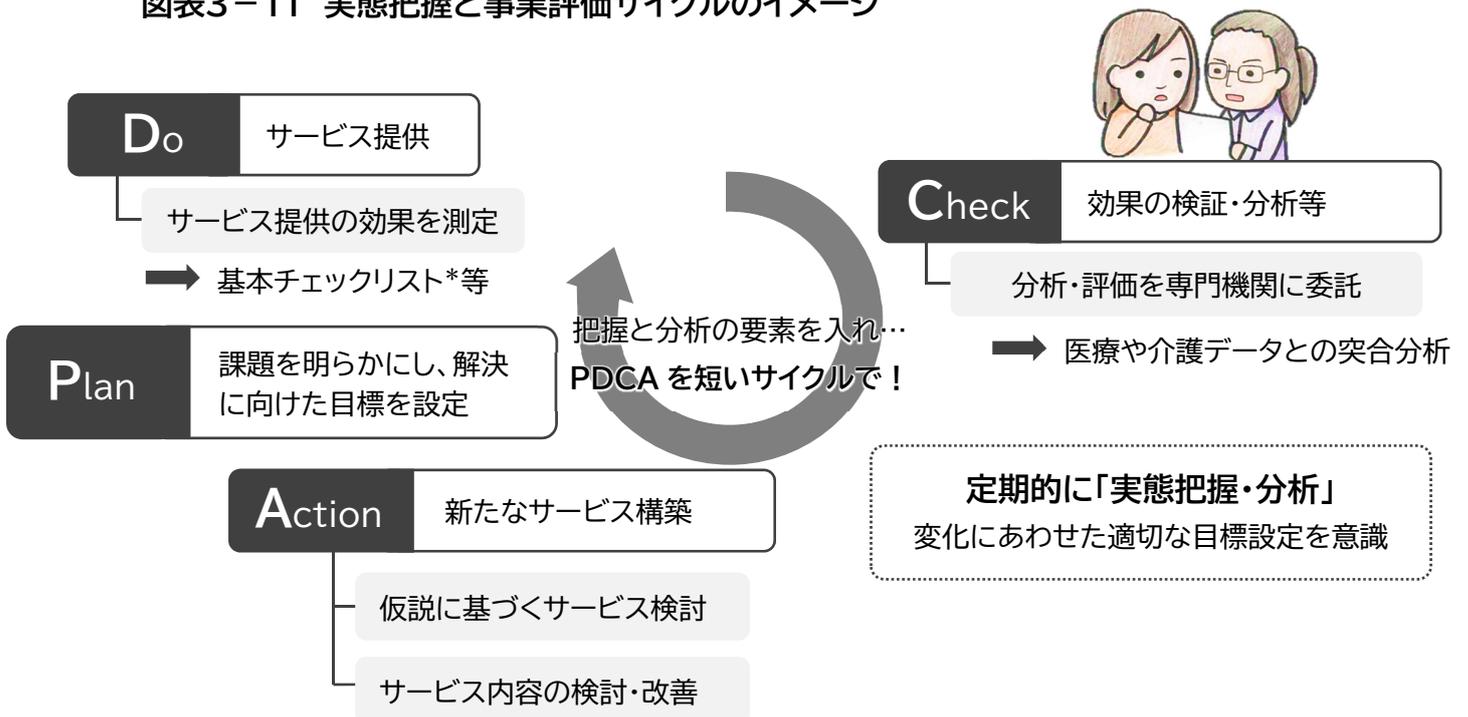
《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
後期高齢者実態把握調査 実態把握率 ※要介護認定者等を除く	80% (郵送回収率80%)	90%以上 (未返送者の把握を含む)

図表3-10 後期高齢者の実態把握事業の流れ



図表3-11 実態把握と事業評価サイクルのイメージ



*基本チェックリスト p.139 参照

特集

自立支援・重度化防止

本市が目指す「自立」とは

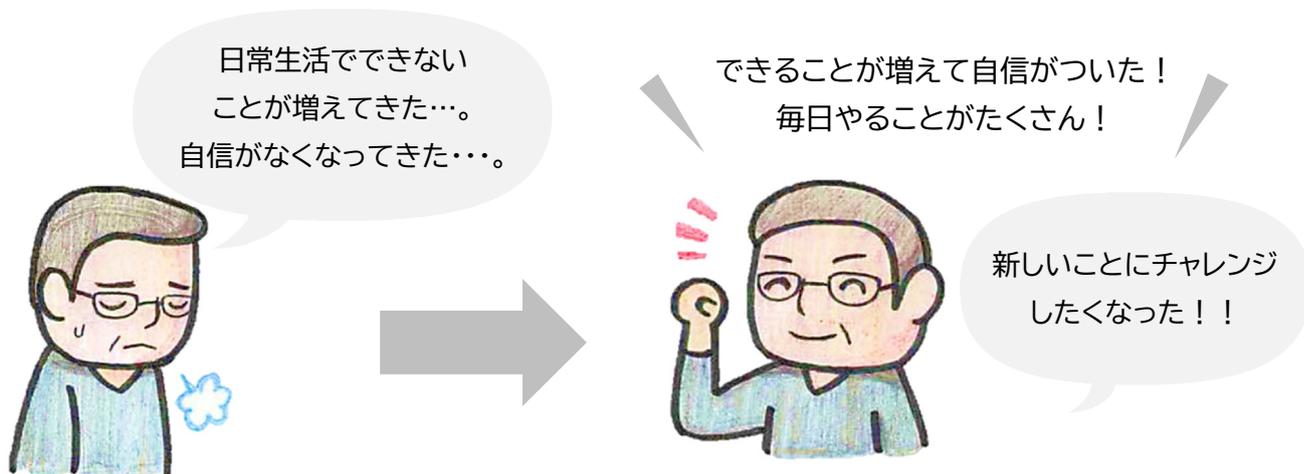
加齢に伴い高齢者の心身機能は低下していきますが、「日ごろから健康を意識し、毎日楽しく活動的に過ごすことで、心も身体も健康である時間を長くすることができる」ということが科学的に分かっています。

本市の自立支援では、一人ひとりの暮らし方(生き方や考え方)を尊重し、自らの健康を自らの力で守ることができる力(セルフマネジメント)を身につけるための取組を強化するとともに、日常生活をさらに楽しく活動的にするための柔軟な取組を推進します。

また、日常生活に課題が生じた場合でも、専門的支援を早期に行うことにより、自信を取り戻しながら、もとの日常生活へ再自立(リエイブルメント*)するための介護予防サービスについても充実をはかります。

自立支援とは

「望む生活」を自分の力で守るための支援



自分のできる・できないを正しく理解し、できる範囲で日常生活をもっと活動的にしましょう



自らの健康を自分の力で守っていくために、日ごろから健康を意識した行動を心がけましょう(運動や生活習慣)

*リエイブルメント p.149 参照

「自立支援・重度化防止」をすすめる3つの視点

加齢に伴う心身状態の低下や、それを要因とする生活課題により、自分の力だけでは日常生活を継続することが困難に感じることがあります。

特に高齢者は、一度低下した身体機能を取り戻すために、多くの時間を要することとなりますが、一方で、早くから適切な支援を受けることで、もとの自立した日常生活に戻ることができる可能性が高まります。

本市では、次の3つの視点を軸に高齢者の自立支援・重度化防止の取組を推進し、活動的な日常生活を再獲得していただくとともに、自らの力で健康を維持し、さらに地域で元気に活躍できるための仕組みづくりを推進します。

図表3-12 これまでとは異なる介護予防

キーワードは、「リエイブルメント(再自立)」「セルフマネジメント」
「プロダクティブ・エイジング(高齢者の社会参加)」



施策6 | リエイブルメント（再自立）の推進

重点

短期集中予防サービスを中心とした総合事業の充実

- ☆短期集中予防サービス(通所型・訪問型)を実施し、リハビリテーション専門職を中心とした短期間(3~6か月)の専門的支援を提供します。リエイブルメント(再自立)を目的に、セルフマネジメントの定着をはかり、地域での自立した日常生活の継続を支援します。(p.45 図表3-13参照)
- ☆介護予防に資する通いの場を運営する住民主体の団体(または個人)に対し、場の運営に必要な支援を行うとともに、介護予防の効果について評価します。

リハビリテーションサービス提供体制の構築

- ☆リハビリテーション専門職が、介護専門職や地域活動団体に対して、リエイブルメント(再自立)を目的とした技術的助言や、介護予防の効果について評価し、適切な支援につなげる地域リハビリテーション活動支援事業を実施します。
- 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の切れ目のないサービス提供体制を構築するため、通所介護事業所に対し生活機能向上連携加算*の取得を奨励し、リハビリテーション提供体制の充実をはかります。

【再掲】高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

p.37 参照

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
新規要支援認定者等のうち、短期集中予防サービスを利用した方の割合	—	90%以上
新規要支援認定者でサービス利用を希望される方のうち、地域リハビリテーション活動支援事業の利用者割合	5%未満	50%
生活機能向上連携加算の取得率	1.2%	取得率の上昇
独自加算I*の取得率	0%	取得率の上昇

コラム

リエイブルメントにおける リハビリテーションの重要性

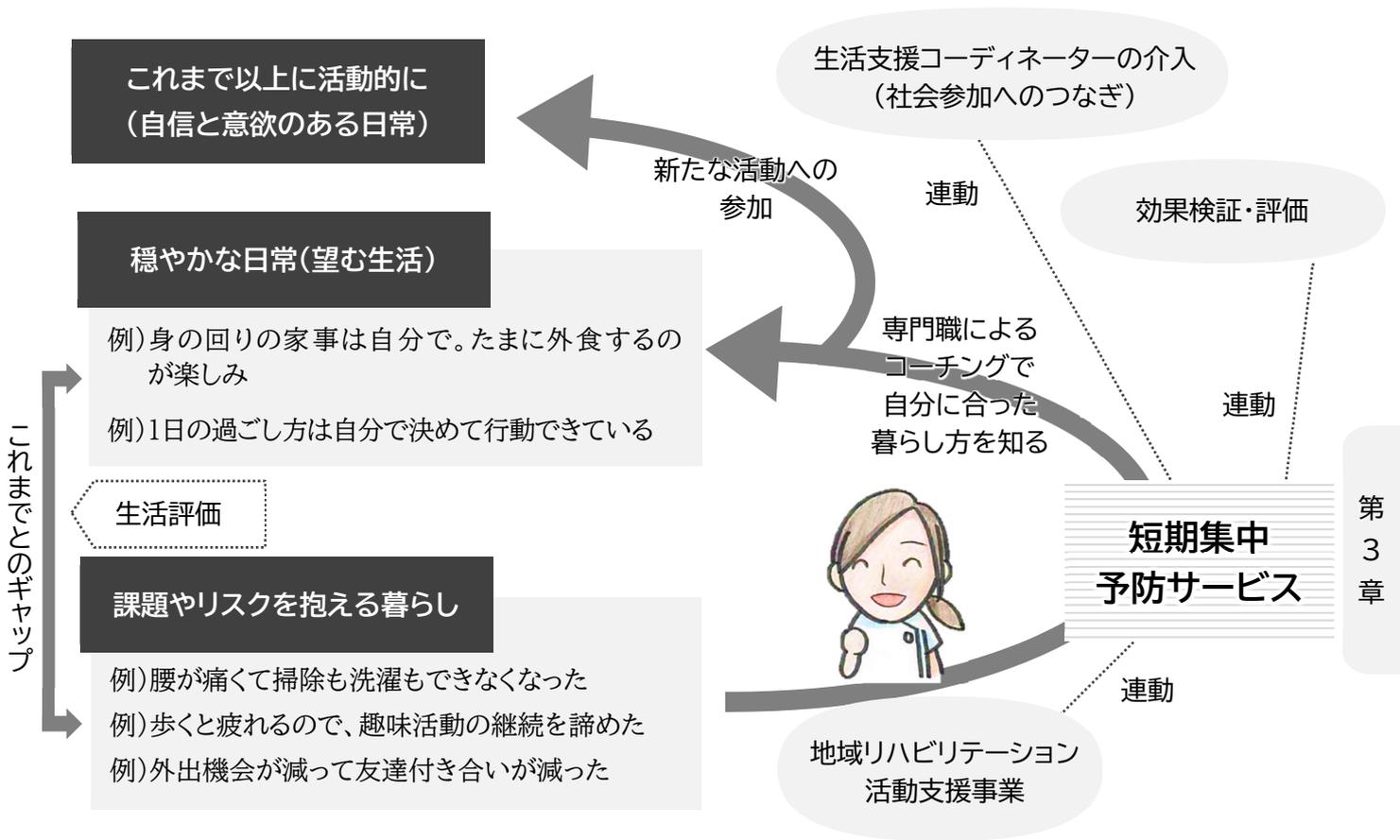
リハビリテーションは、心身に障害がある方々の単なる心身機能向上のための機能回復訓練のみではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、社会参加を可能にし、その自立を促すものです。

生活期のリハビリテーションにおいては、高齢者が社会の中でどう尊厳を持って暮らしていくかということが重要です。利用者の自立支援に向けて個々の利用者に適したリハビリテーションサービスの質の向上をはかっていきます。



*生活機能向上連携加算 p.141ページ参照 *独自加算I p.143参照

図表3-13 短期集中予防サービスを利用した「リエイブルメント」のイメージ



本市の短期集中予防サービス(通所型サービス C)とは？

リエイブルメントを実現する専門支援として、高齢者の心身状況や生活環境の課題に対し、自らの持てる力を最大限発揮できるよう支援しながら、生活範囲や社会とのつながりを元の自立した状態(これまでと変わらない日常生活)に戻していく支援です。

(3~6 か月のプログラムです。)

リハビリテーション専門職が中心となり、面談を通じて生活課題の改善や健康維持に必要な助言等を提供し、自信と意欲を向上させながら「再び自分でできる」よう支援します。

市では、この通所型サービス C を「ハッピーチャレンジプログラム」と呼称し、重度化防止に向けた早期支援を推進していきます。



本市の短期集中予防サービス(訪問型サービス C)とは？

言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士などの専門職がご自宅を訪問し、「食べること」に関する困りごとや、偏った食事をしているなどの「栄養」に関する心配ごとに対して助言を行うサービスです。

(原則、提供期間は3か月)

飲み込む機能の低下予防、正しい歯のみがき方の指導、入れ歯の清掃方法、お口周りの筋力アップ、栄養や食事に関する助言を行います。



「リエイブルメント」を支える地域ケア会議

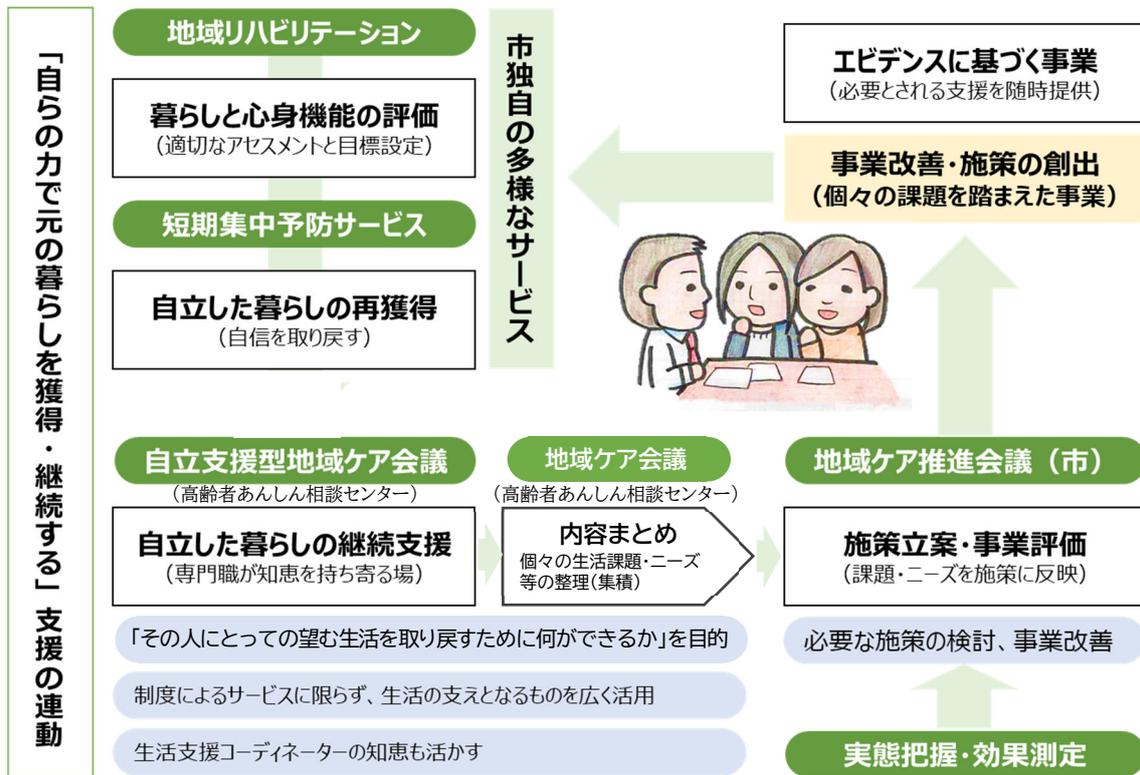
リエイブルメントに向けた取組を効果的に機能させるため、多職種で高齢者の元気な日常生活を支えるための「自立支援型地域ケア会議」を充実させます。

地域ケア会議は専門職が知恵を持ち寄る場です。会議を通じて介護予防ケアマネジメントの質の向上をはかるとともに、多職種間での技術移転をすすめ、リエイブルメントの実現に向けた意識の共有とそれぞれの支援技術の向上をはかることができる環境を整えていきます。

また、市が開催する地域ケア推進会議(p.31 参照)とも連動し、自立支援型地域ケア会議で把握された課題やニーズから、自立した日常生活の継続に必要な施策の検討につなげます。

図表3-14 リエイブルメントの実現に向けたプロセス

第3章



「自立支援型地域ケア会議」は、一人ひとり異なる高齢者の望む暮らしを踏まえ、高齢者あんしん相談センターが開催します。(p.33 図表3-4参照)

できる限り、自らの力で心身状態と暮らしを自己管理できる状態(自立状態)を継続していくことを目的に、多様な職種でその実現に向けた意見交換を行います。また、生活課題やニーズ、希望する社会参加等については、生活支援コーディネーターの知恵も活かしつつ情報を集約・整理し、生活支援体制整備を始めとする他の地域支援事業*との連動を意識しながら、新たな施策の検討や事業改善につなげていきます。

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
自立支援型地域ケア会議 開催(運用)回数	—	全ての日常生活圏域(21か所)で実施

*地域支援事業 p.142参照

施策7

介護予防・健康づくりの習慣化に向けた
セルフマネジメントの推進

重点

セルフマネジメントの定着支援

☆介護予防の取組が継続できるように、ICT を活用した新たな仕組みを構築していきます。

介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業の推進

- 保健師・管理栄養士・歯科衛生士による自分の健康を守るためのフレイル予防教室等を保健福祉センターや高齢者あんしん相談センターを中心に推進します。
- 健康づくりに関する活動を推進する「健康づくりサポーター」の養成や活動支援により、地域での介護予防活動を推進します。

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
ICT を活用したセルフマネジメントツールの利用率	—	10% (65歳以上高齢者)
口腔リスク者割合	21.2%	口腔リスク者割合 の低下

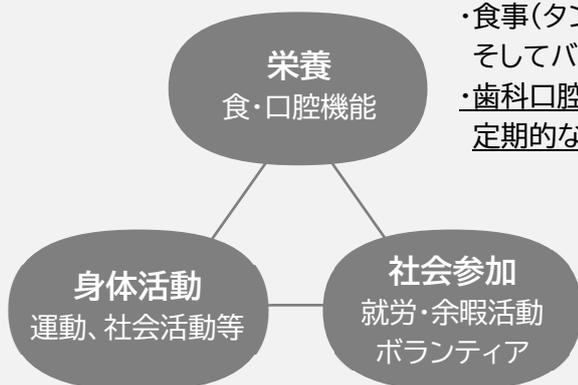
コラム

「フレイル・ドミノ」とは

東京大学高齢社会総合研究機構の飯島勝矢教授らの研究によると、「定年退職した」、「骨折して家から出なくなった」、「家族や友人との死別」といったことをきっかけにして生活範囲や行動範囲が狭まり、精神・心理状態が落ち込むと同時に口腔機能や栄養状態も悪くなっていきます。このようにドミノ倒しのように衰えが進んでいく現象を「フレイル・ドミノ」と呼んでいます。

そして、「高齢者が気をつけるべきは『メタボ』より『フレイル』」、「肉からタンパク質をとる人は年をとっても元気」、「口腔機能の低下は要介護リスク、死亡リスクにつながる」と警鐘を鳴らしています。

健康寿命延伸に向けて重要なのは、
三位一体の取組

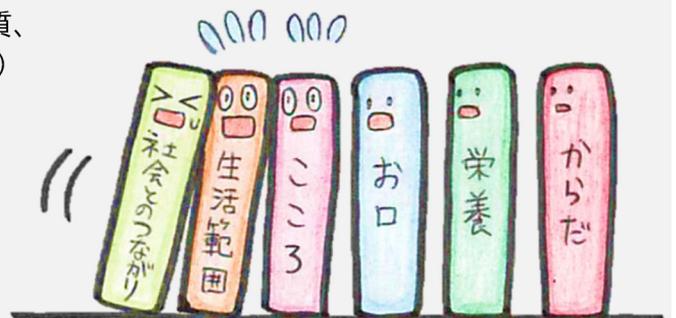


- ・食事(タンパク質、そしてバランス)
- ・歯科口腔の定期的な管理

- ・たっぷり歩こう
- ・ちょっと頑張って筋トレ

- ・お友達と一緒にご飯を
- ・前向きに社会参加を

社会とのつながりを失うことが
フレイルの最初の入り口!



【出典】東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢ら
大規模高齢者コホート研究: 柏スタディ

コラム

口から始める健康づくり
「オーラルフレイル」対策と
要注意な「誤嚥性肺炎」

「食べる」「味わう」「話す」等の口腔機能は生活の質に大きく影響し、特に高齢者における口腔機能の低下は、健康寿命の短縮につながります。

フレイル(虚弱)の初期症状であると考えられるオーラルフレイル(軽微な口腔機能の低下)の時期をそのままにすると、口腔の筋力低下につながり、飲み込んだものが食道ではなく、気管に入りやすくなります。また、時に食べ物と一緒に唾液に含まれた口腔内細菌も気管から肺に入ることによって、肺炎を引き起こすことがあります。これが、「誤嚥性肺炎」(ごえんせいはいえん)です。

この「誤嚥性肺炎」により、インフルエンザの10倍以上の、年間約38,000人もの方が命を落とすとされています(2018年厚生労働省統計)。それだけ危険な症状と言えます。

このように口腔機能低下による負のスパイラルを断ち切るためには、お口の体操が重要であると言われています。

また、市では歯科検診事業を実施し、高齢者の虫歯や歯周疾患を早期に発見・予防するとともに、在宅要介護の方を対象に、身近な地域で適切な歯科医療を受けられる歯科診療所を紹介しています。また、寝たきりなどで歯科診療所への通院が困難な方を対象に、訪問診療を行う歯科医を紹介しています。

日頃より、セルフケアの意識を持つことや、かかりつけ歯科医で定期的な歯科検診を受診する等して、口腔内の異常に早期に気付いて対応することがとても重要です。

「お口の体操で「オーラルフレイル」対策」

「誤嚥性肺炎のメカニズム」



施策8

生涯現役社会の構築と積極的な社会参加
～プロダクティブ・エイジングの普及～

重点

多様な社会参加の促進

- 市の生涯学習部門や市民活動推進部門等と連携し、サークル、ボランティア、高齢者サロン、シニアクラブ、NPO法人及び就労等の地域資源情報を集約し、冊子やインターネットを通じて多様な「通いの場(社会参加の機会)」(p.29 図表3-1上段参照)の“見える化”を行い、参加促進をはかります。
- ☆上記の一方で、感染症の流行により地域活動や生涯学習活動が自粛・縮小される傾向にあります。各種講座やボランティア、プロボノ活動等による支援により、スマートフォンの操作や情報リテラシーの向上をはかり、アプリやオンライン会議システム等を活用した、新しい生活様式に則した活動を支援します。
- 介護予防や生活支援に資する既存の市場サービスの“見える化”を目的とした「はちおうじ人生100年サポート企業登録制度」を実施し、高齢者が市場サービスを自ら選択し利用できる環境を整備します。



就労支援の強化

- ☆人生100年時代において定年退職後の就労の需要に応えるために、ハローワーク、シルバー人材センター*、産業部局、生活福祉及び自立支援部局等の関係機関との連携を通し、実際に働いている方のインタビューや就労プラン、待遇の目安等を示す「就労支援ハンドブック(仮称)」を作成する等、就労を推進・支援します。
- ☆高齢者の就労機会の拡大をはかるため、就労希望者に対し、高齢者の特性(スキル・時間・住まいの場所)にあわせてジョブマッチングを行う仕組みをICT活用し構築します。
- 高い技術・経験(ハイスキル)を有している高齢者の活躍機会について増大をはかるため、シルバー人材センターの民間事業や公共事業における派遣就労等について、就労機会を拡大します。
- ☆【再掲】就労的活動支援コーディネーターを配置し、就労的活動(有償ボランティア等)の創出やマッチング体制を構築することで、高齢者の多様な社会参加を推進します。

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
地域資源(通いの場等)の把握数	376件	600件
シルバー人材センター公共事業における派遣事業		
①受注件数	①4件/年	①12件/年
②就業人数	②1,594人/年	②就業人数の増

*シルバー人材センター p.141 参照

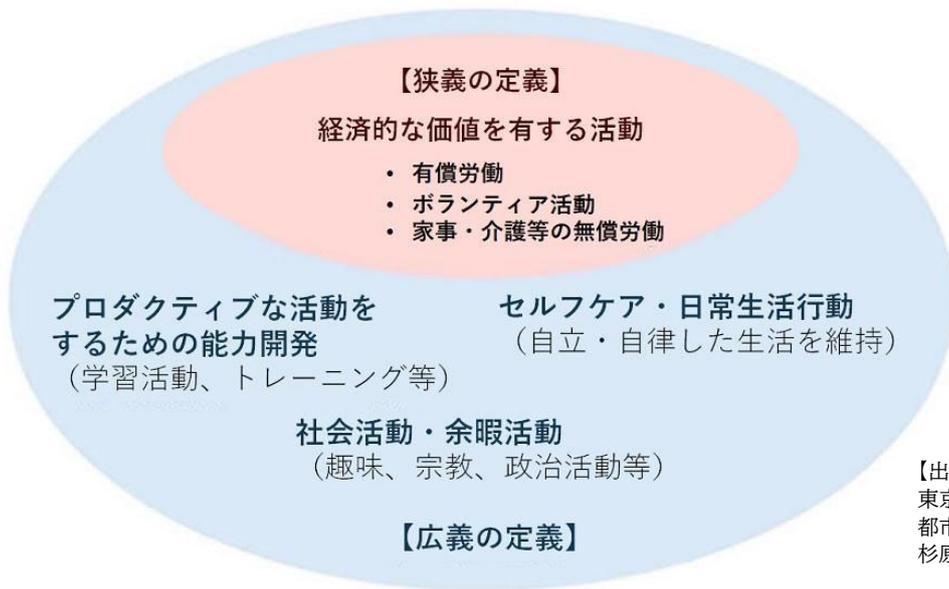
コラム

「プロダクティブ・エイジング」とは？

高齢者が増えると社会の負担が増すという悲観的な考え方から、高齢者の能力を社会的に活用しようという積極的な考え方へと発想の転換を促した、アメリカの老年学の権威であるロバート・バトラーらが提唱した概念です。高齢者が活躍できる場を増やすことは社会にとって望ましいだけでなく、高齢者自身にとっても望ましい効果をもたらす可能性があるため、プロダクティブ・エイジングの推進は、少子高齢社会における重要な対応策の1つとして期待されています。

本市では、この「プロダクティブ・エイジング」の考えを普及啓発していきます。

図表3-15 プロダクティブな活動の定義



【出典】健康長寿ネット
東京都立大学都市環境学部
都市政策科学科准教授
杉原 陽子

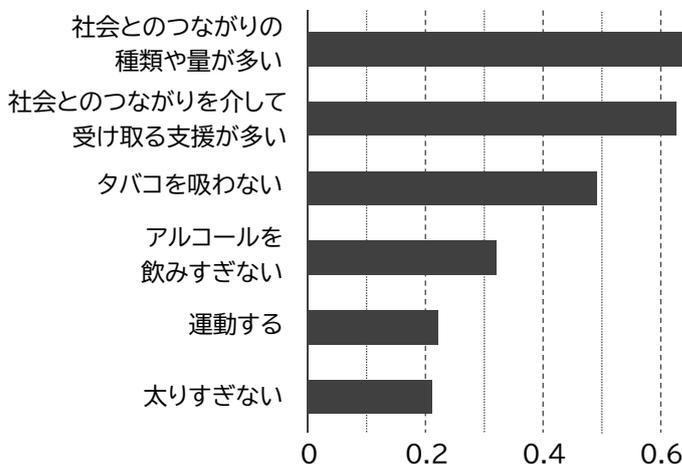
コラム

運動やダイエットの3倍の効果！ ほどほどの付き合いが、健康長寿を伸ばす

右記のグラフでは、棒線が長いほど長寿に強い関連を持っていることを意味します。

タバコを吸わない・アルコールを飲み過ぎない・太り過ぎない等が健康や長寿に良いことは誰にでも知られています。

しかし、それ以上に「社会とのつながりを持つこと」が、長寿に影響するライフスタイルであるとの研究結果が報告されています。



※グラフの数字は死亡率の低さに与える影響の大きさを表す。ゼロの場合、影響がないことを意味する。

【出典】著書「つながりと健康格差」
東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長 村山 洋史



本市の地域資源の状況

本市では、市民による多様な取組が展開されています。こうした地域資源・社会資源を活かし、「プロダクティブ・エイジング」やほどほどの社会との付き合い等を実践できるように市もバックアップをはかっていきます。

図表3-16 本市の主な地域資源の状況

		6期計画始期	7期計画始期	現状値
		平成27年度 (2015年度)	平成30年度 (2018年度)	令和2年度 (2020年度)
①民生委員・児童委員		445	449	443
②町会・自治会	団体	572	579	576
	加入世帯	155,709	153,014	150,783
③NPO法人		289	270	276
④ボランティアセンター*へのボランティア登録	団体登録	234	293	123
	個人登録	471	455	278
⑤高齢者ボランティア・ポイント制度登録		2,206	2,781	2,785
⑥高齢者サロン		113	169	188
⑦シニアクラブ	クラブ	209	203	188
	会員	14,522	14,008	12,829
⑧住民主体による介護予防・生活支援サービス事業における訪問型サービス(訪問B)		—	18	31
⑨高齢者活動コーディネートセンター* (八王子センター元気)	コーディネーター	166	192	197
	ボランティア	633	702	657
⑩シルバー人材センター	会員	2,366	2,513	2,581
	年間受託件数	12,103	11,677	4,740
	延就業人数	163,244	175,814	14,405
⑪地域包括ケア情報サイト	掲載団体 ※①~③、 ⑥~⑨含む	—	2,237 (8月開設時)	2,902

資料:

- ①福祉部福祉政策課(各年度4月1日時点)[単位:人]
- ②市民活動推進部協働推進課(各年度6月1日時点)[単位:団体、世帯]
- ③市民活動推進部協働推進課(各年度3月末時点、令和2年度は9月末時点)[単位:団体]
- ④社会福祉協議会ボランティアセンター(各年度3月末時点、令和2年度は12月末時点)[単位:団体、人]
- ⑤福祉部高齢者いきいき課(各年度4月1日時点、令和2年度は10月1日時点)[単位:人]
- ⑥福祉部高齢者いきいき課(各年度3月末時点、令和2年度は10月末時点)[単位:か所]
- ⑦福祉部高齢者いきいき課(各年度3月末時点、令和2年度は9月末時点)[単位:クラブ、人]
- ⑧福祉部高齢者福祉課(各年度3月末時点、令和2年度は9月末時点)[単位:団体]
- ⑨福祉部高齢者いきいき課(各年度3月末時点、令和2年度は9月末時点)[単位:人]
- ⑩福祉部高齢者いきいき課(各年度3月末時点、令和2年度は9月末時点)[単位:人、件、人]
- ⑪福祉部高齢者福祉課(各年度3月末時点、令和2年度は9月末時点)[単位:団体]

柱3 認知症との共生と予防

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や親しい人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっています。また、高齢者人口の増加に伴い、認知症の人は今後ますます増加することが予想されています。

本市では、国の「認知症施策推進大綱」に基づき、生活上の困難が生じた場合でも、社会参加や介護予防により重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力のもと、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指します。そのため、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を両輪として施策を推進していきます。

《主な成果指標》 ※詳細は p.130～p.131参照

目指す姿	評価指標	現状値	目標値(KPI)
		第7期計画	第8期計画
認知症を発症しても、尊厳のある生活を送ることができている。	認知症の人に実施する生活満足度調査結果	—	60点
認知症の人でも地域で見守られながら活動できる環境が整っている。	認知症の人でも地域活動に役割を持って参加した方が多いと思う人の割合	49.9%	割合の上昇
認知症を予防したり、認知症の発症を遅らせたりすることができる。	日常生活自立度Ⅱa以上の新規認定を受けた時点の平均年齢	82.0歳 (令和元年度)	平均年齢の上昇

【施策の標記について】☆:新規事業または掲載新規 ○:充実・既存事業

施策9 | 認知症との共生

認知症に関する普及啓発・本人発信支援

- 認知症の人を包括的に支援するため、八王子市認知症まるごとガイドブック(認知症ケアパス*)を活用し、認知症に関する普及啓発をすすめます。
- 「認知症サポーター養成講座」や「行方不明高齢者捜索模擬訓練」を開催し、認知症に対する正しい知識と理解の促進をはかります。
- 認知症の人自身が、自身の希望や必要としていること等を本人同士で語り合う「本人ミーティング」の取組を普及し、本人ミーティングの場を通じて本人の意見を把握することで、認知症の人自身の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映するよう努めます。



八王子市認知症まるごとガイドブック



*認知症ケアパス p.145 参照

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- 各高齢者あんしん相談センターに認知症地域支援推進員(p.57 参照)を配置し、認知症の相談業務のほか、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関が連携をはかるための支援を行います。
- 認知症の医療、介護及び生活支援等の情報に精通した者を認知症支援コーディネーター(p.57 参照)として市役所に1名(保健師)配置し、地域の認知症対応力の向上をはかるため、個別支援ケースのバックアップや、認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応を推進します。(p.54 図表3-17参照)
- 認知症の専門スタッフが、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族の自宅を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を集中的に行う「認知症初期集中支援」を実施し、軽度認知障害(MCI)の早期発見と認知症予防事業へつなげる取組を強化します。(p.54 図表3-17参照)
- 認知症ケアの質の向上をはかるため、認知症介護に従事する方を対象とした研修を実施します。また、日本版BPSDケアプログラム(p.55 参照)の普及をはかるため、参加事業所の募集、アドミニストレーター研修、フォローアップ研修の開催等の支援を行います。
- 認知症の人と家族、地域住民、誰もが気軽に交流や相談のできる場所として設置した「八王子ケアラズカフェわたぼうし」の運営支援・周知を行います。また、認知症の人及び家族が集うことのできる家族会のほか認知症カフェについても、立ち上げ・運営支援及び周知を行います。(p.55 参照)

認知症のバリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援、社会参加支援

- ☆認知症高齢者や若年性認知症(p.55 参照)の人が地域において役割を担い、「生きがい」を持った生活を送れるよう、本人の希望に応じ、これまでの経験や残された能力を活かして社会参加活動を行うための認知症高齢者等社会参加活動体制を整備します。

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
認知症サポーター養成講座 受講者数	42,000人	45,000人
認知症本人ミーティング 開催回数	1回/年	3回/年
認知症初期集中支援チーム 支援件数	10件/年	13件/年
認知症介護従事者研修 受講者数	48人/年	全員受講 (無資格の介護職員)
BPSDケアプログラム 導入事業所数	83事業所	100事業所
認知症家族会 運営支援数	21団体	24団体
認知症高齢者等社会参加活動体制事業 活動箇所数	1か所	3か所

図表3-17 認知症の早期発見・早期対応の流れ

全体調整・把握
市の施策検討

認知症支援コーディネーター
(市役所に1名配置)

認知症かも…?

相談・受診

相談

本人・家族

かかりつけ医

連携

訪問

連携

認知症初期集中支援チーム

高齢者あんしん相談センター
(認知症地域支援推進員を配置)p.57 参照
21 か所

医療介護
専門職
+

専門医

- 手順
- ①訪問(アセスメント)
 - ②チーム員会議
(受診の必要性の判断等)
 - ③訪問(受診勧奨)
 - ④訪問(初期集中支援)

チーム員会議

連携

連携

連携
バックアップ

病院

認知症疾患医療センター

※東京都指定病院
市内1か所

確定診断

確定診断

連携

かかりつけ医

連携

日常診療
(医療受診等)

日常支援
(介護サービス等)

介護支援
専門員等

認知症予防事業
(p.56 参照)

第3章

コラム

「ケアラズカフェ わたぼうし」をご存じですか！？

「八王子ケアラズカフェ わたぼうし」は、全国でもまだ数少ない常設型の認知症カフェ（認知症家族サロン）です。人の集まる八王子駅南口に認知症カフェを設置するという八王子市の介護者支援施策の一環として、平成27年（2015年）2月にオープンしました。「認知症のことを知りたい」「これからどうなるのか不安」という時のために、認知症に関するお話を聞いたり、不安な気持ちを話すことができる場所です。困ったときはお互い様、専門職、家族、地域の人たちがつくる、誰でも参加できる場となっています。

開催日時：火曜から土曜10時から16時まで（日祝、月、年末年始休）
開催場所：八王子市市安町4丁目10-9 西村ビル2階
参加費：100円 問い合わせ：042-686-2779



「認知症家族会」

介護家族同士が落ち着ける空間でつどい、お互いの介護体験を認め合うことで気持ちが軽くなるなど、今を見つめなおすことができます。体験を語ることにより、悩みを前向きにとらえなおすことが期待される場です。現在、市内21か所で運営されています。

コラム

認知症関連の用語解説

BPSD(行動・心理症状)

「認知症の行動・心理症状」と日本語では訳されます。記憶障害等の中核症状に対し、不安・抑うつ等の精神症状、暴言・暴力等の行動症状がこの行動・心理症状として分けられています。

対応のポイントとしては、本人の自尊心を傷つけないよう心がけることが大切です。

BPSDケアプログラム

介護保険事業所や地域において、認知症ケアの質の向上のための取組を推進する人材を養成するとともに、BPSDの症状を「見える化」するオンラインシステムを活用し、ケアにかかわる担当者の情報共有や一貫したケアの提供をサポートするプログラムです。

東京都が公益財団法人東京都医学総合研究所と協働して、スウェーデンのケアプログラムをもとに、日本版BPSDケアプログラムを開発しました。

本市では、平成30年（2018年）から、本プログラムを他市に先駆けて実施しています。



認知症サポーターキャラバン

【出典】
認知症サポーター
キャラバンホームページ

認知症疾患医療センター

認知症に関する詳しい診断や、BPSD及び身体合併症への対応、専門医療相談などを行う医療機関です。かかりつけ医や介護・福祉施設、地方自治体とも連携し、地域の中で認知症の人やその家族に、適切な専門医療を提供する役割を担っています。

認知症サポーター

認知症を正しく理解してもらい、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。養成講座を受講すれば、誰でもなることができます。オレンジリングが目印です。

本市には、令和2年度（2020年度）見込みで42,000人の認知症サポーターがいます。

若年性認知症

65歳未満で発症した認知症の総称です。65歳以上で発症する認知症と病理学的な違いはありませんが、発症者は社会的役割が大きい世代であるため、社会的・経済的な支援が必要となります。

平成29年度（2017年度）から令和元年度（2019年度）に行われた調査では、全国の若年性認知症の有病者数は35,700人と推計されています。

施策 10 | 認知症の予防

重点

認知症予防に効果的な活動の習慣化に向けた事業の実施

- 予防に関する科学的根拠の収集とともに、認知症予防活動推進・評価事業として、運動不足の改善や社会参加の促進を目的とした「通いの場」の充実をはかり、認知症の早期発見や予防にかかる効果測定と連動した事業等を実施します。

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
認知症の早期発見や予防を目的とした支援やサービスの利用者割合	—	利用者割合の上昇

第3章

コラム

軽度認知障害(MCI)について

●軽度認知障害(MCI)とは？

物忘れのような記憶障害が出るものの、まだ症状が軽い段階の認知症のことです。

●こんな症状はありませんか？

- ・些細なことで怒りっぽくなってきた
- ・物の置き忘れやしまい忘れが増えてきた

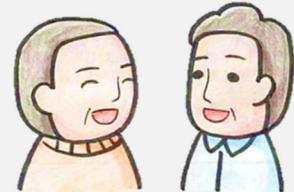
●認知症かな？と不安に感じたら

「ひょっとして認知症かな？」と気になり始めたら、早めにかかりつけ医や医療機関に相談しましょう。

MCIの段階で早期発見と対策が進行予防や改善につながったり、今後の人生の準備をしたりすることができます。

●どのような対策をすればいいの？

- ✓ 食生活に気をつけよう！
- ✓ 趣味など、生活を楽しまう！
- ✓ 適度な運動をしよう！
- ✓ 人と積極的に交流しよう！



特集

認知症との共生と予防

本市が目指す「共生」とは

「認知症の人自身が、現在の住まいの地域で望む生活状態を実現すること」であると考えています。

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる社会を実現するためには、地域住民が認知症という病気を正しく理解し、地域で認知症の人と家族介護者を支えていくという視点がとても重要です。地域社会への啓発という点では、「認知症サポーター養成講座」を広げる必要があります。各高齢者あんしん相談センターに配置している「認知症地域支援推進員」や市役所に配置している「認知症支援コーディネーター」を中心に、地域住民への啓発に重点を置くとともに、医療・介護の連携、民間企業の協力を連動させ、地域づくりを行います。

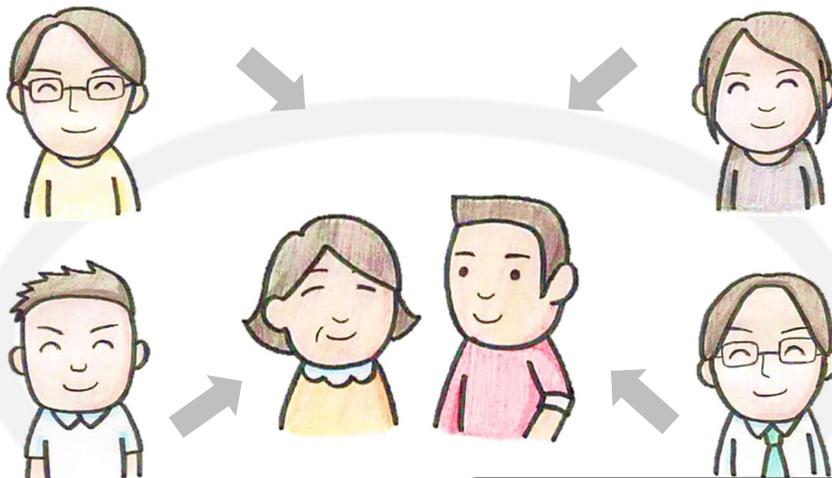
図表3-18 共生に向けた地域づくりのキーパーソン

認知症地域支援推進員

各高齢者あんしん相談センターへ1名配置し、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関との連携をはかるほか、認知症に関する相談業務や、認知症の当事者同士や家族同士、認知症サポーター同士をつなげるパイプ役としての役割も担い、認知症になっても地域で安心して暮らしていけるための地域づくりを目指します。

認知症支援コーディネーター

認知症の医療・介護・生活支援等の情報に精通した者を認知症支援コーディネーターとして市役所に1名(保健師)配置し、地域の認知症対応力の向上をはかるため、個別支援ケースのバックアップや、認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応を推進します。



生活支援コーディネーター(p.35 参照)

CSW(コミュニティソーシャルワーカー p.35 参照)

家族介護者の支援

認知症の人の半数は在宅で生活していると言われており、在宅で生活する認知症の人は基本的に家族によって介護されているため、家族介護者に対するケアも重要な課題となっています。

認知症のケアにおいては、認知症の人への身体的なケアが大変になるだけではなく、例えば認知症の人は何度も同じことを尋ねるため、何回も同じことを言わなければならないなど、家族介護者にとってコミュニケーションの難しさによるストレスが起こってくるものです。また、認知症の人の身体機能が比較的自立している場合には、身の周りのお世話だけでなく、目が離せないなどの問題も起こります。さらに家族が高齢の場合には、自分自身に対する健康不安も生じてきます。

本市では、こうした認知症の介護に当たる家族の介護負担を軽減させるため、以下の3つの視点から支援を行います。

介護負担の軽減	心理的なサポート	家族介護者への情報提供
1 介護保険サービスの利用 通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護*、訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与や住宅改修等	1 専門職によるサポート 高齢者あんしん相談センターやケアマネジャー、認知症疾患医療センター、臨床心理士等による支援	1 認知症に関する情報提供 病気の理解、介護技術に関する情報提供、排泄介助、入浴介助などの知識や技術等
2 保険外サービス(ボランティア等含む)の活用 家事援助・移動サービス等	2 家族会や地域住民等によるピアサポート ※ピアサポートとは同じ立場の人によるサポートのことです。	2 介護者への支援に関する情報提供 介護者の健康維持、補助介護者の確保、相談場所や相談できる人の確保、サービスの効果的利用

本市が目指す「予防」とは

認知症は誰でもかかる可能性のある身近な病気です。ただし、生活習慣病の予防等を行うことで、認知症を発症せずに過ごせたり、認知症になる時期を遅らせたりできる可能性が高まることが分かっています。

本市では、早期発見・早期対応を基本とし、早期からの啓発と各種介護予防事業の実施のほか、認知症予防に効果的な活動の習慣化に向けた事業に重点を置いて実施していきます。



*短期入所生活介護 p.142 参照

柱4 在宅生活の支援

国では、人口の多い団塊世代が後期高齢者(75歳以上)になる令和7年(2025年)を目途に、在宅介護・在宅医療の推進をはかっています。そうした背景をもとに、各自治体においては、地域の実情に応じた生活支援体制の整備が求められています。

そこで本市では、在宅生活を送る上で必要な支援(住まいや移動、見守り等)の充実や、地域密着型サービスを整備していきます。また、安心して生活が継続できるように在宅介護・在宅医療をすすめるために、家族介護者の負担を軽減するための取組を充実させます。

《主な成果指標》 ※詳細は p.132～p.133参照

目指す姿	評価指標	現状値	目標値(KPI)
		第7期計画	第8期計画
多様な主体による移動サービスが充実し、移動に困難を感じる人の割合が少なくなっている。	日常的な移動に困難を感じている人の割合	【一般高齢者】 11.3% 【要支援・要介護認定者】 63.6%	【一般高齢者】 割合の低下 【要支援・要介護認定者】 割合の低下
認知症家族会の支援が充実し、介護のために仕事を辞める選択をしなくても良い状態になっている。	就労継続が可能な家族介護者の割合	75.6%	割合の上昇

【施策の標記について】☆:新規事業または掲載新規 ○:充実・既存事業

施策11 在宅生活を支える支援

多様な主体による「移動支援」の充実

- 交通部局・福祉部局の垣根を越えて、制度横断的に調整・連携し、高齢者の日常生活に必要な移動手段の確保について検討していきます。
- ☆高齢化に伴う移動困難者の外出を地域主体で支援するため、市と地域をつなぐ中間支援体制を構築し、移動支援の充実をはかります。(p.60 図表3-19参照)
- 要支援・要介護認定者や障害者手帳をお持ちの方で、単独で公共交通機関による移動が困難な方が対象となる福祉有償運送*について、情報提供や団体の登録支援を行います。

ゆるやかな「見守り体制」と生活支援の充実

- 高齢者の身近な相談相手である民生委員・児童委員や地域の関係機関に対して各種講座を通して情報提供を行い、訪問相談活動による見守りを推進します。
- 配達や訪問業務を行う事業者と協定を締結し、高齢者の異変に気付いた場合に市の見守り専用電話へ連絡を行うゆるやかな見守り体制の充実をはかります。
- 高齢者あんしん相談センターと連携して、高齢者の生活実態の把握や、高齢者に対する見守りを行う「シルバー見守り相談室」を運営し、高齢者の孤立防止をはかります。
- 安全・安心な消費生活を確保するために、消費生活講座の内容を充実させ、消費者被害の防止をはかります。

*福祉有償運送 p.146 参照

- 家庭内で病気などにより緊急事態になったとき、通報機器等を用いて民間の受信センターを介して東京消防庁などに通報し、速やかに救助を行う救急通報システムを利用した見守りサービスを実施します。
- ごみを排出することが困難な高齢者世帯等を対象に、ごみ・資源物を戸別に収集する「ふれあい収集」を行い、希望者には声掛けも実施します。

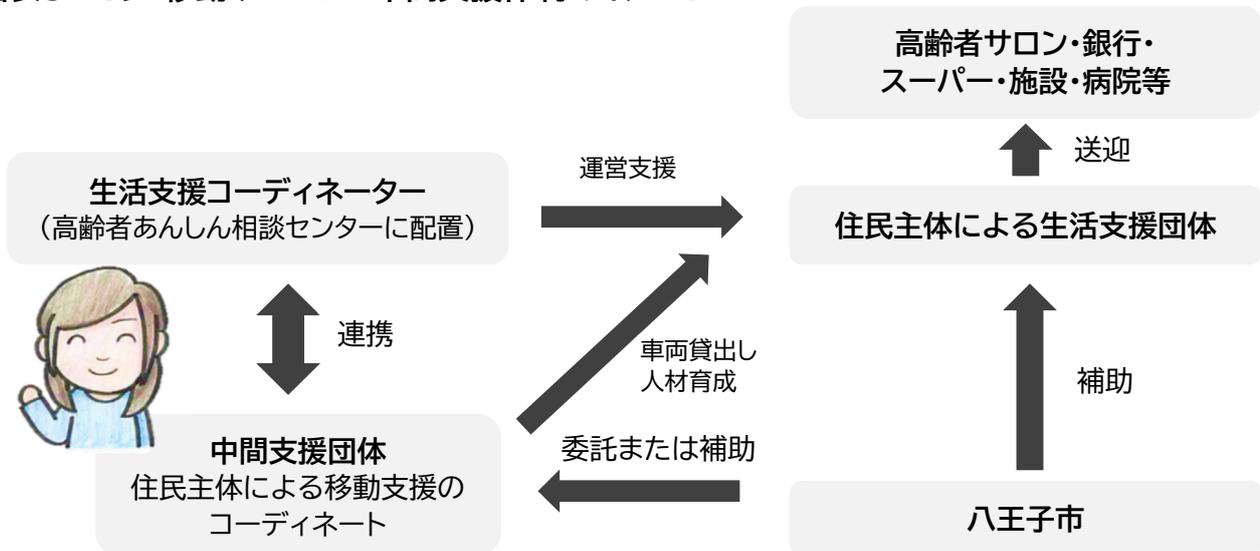
「住まいの支援」の充実

- 住宅確保要配慮者(低所得者や高齢者等)の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進をはかるため、地方公共団体、不動産関係団体及び居住支援団体が連携し、居住支援協議会を通じて、住宅確保要配慮者及び民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し情報提供等の支援を実施します。
- 住宅確保要配慮者向け賃貸住宅の登録制度において、住宅確保要配慮者の入居を拒まない住宅として登録された民間の空き家・空き室を活用した「セーフティネット住宅」について情報提供を行います。
- 日常生活の動作に困難のある高齢者に対し、在宅生活での自立を支援するために必要な住宅改修費の一部を支給します。
- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等に対し、指導検査を行い住宅の質を確保します。

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
移動支援を行う住民団体 団体数	6 団体	団体数の増
見守り協定 協定締結事業者数	38 事業所	45 事業所
シルバーふらっと相談室 設置数	2 か所	4 か所
居住支援協力店 登録数	30 件	居住支援協力店の増

図表3-19 移動サービス 中間支援体制のイメージ



施策 12 | 家族介護者の支援

家族介護者の介護負担軽減

- 高齢者あんしん相談センターの総合相談等を通し、介護保険サービスの利用、保険外サービスの活用等について相談支援を行い、家族介護者の負担の軽減をはかります。
- 【再掲】認知症の人と家族、地域住民、誰もが気軽に交流や相談のできる場所として設置した「八王子ケアラズカフェわたぼうし」について、運営支援・周知を行います。また、認知症の人及び家族が集うことのできる家族会のほか認知症カフェについても、立ち上げ・運営支援・普及・周知を行います。
- 家族介護者の負担軽減に向けて介護基盤整備を推進するとともに、ご家族が介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域でいつまでも望む生活を送ることができるよう、地域密着型サービスの整備促進を行います。(p.71～p.78 参照)
- 介護離職ゼロに向けて、高齢者あんしん相談センター等において、家族介護者に対して情報発信を行うほか、産業部局と連携し、家族介護者の就労継続のための支援を一層強化します。

《主な活動指標》

下記、施策13と同じ

施策 13 | 介護サービス基盤の整備

重点

在宅介護を支える地域密着型サービスの整備促進

p.71～p.78 参照

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所 整備数	19 事業所	24 事業所
認知症高齢者グループホーム ①整備数 ②入所待機者数	①25施設 (440床) ②77人	①31施設 ②入所待機者数の減少
通所介護事業所及び地域密着型通所介護事業所 ①事業所数 ②稼働率	①172事業所 ②59.4%	①事業所数の維持または減少 ②稼働率の維持または上昇

コラム

在宅介護を支える「地域密着型サービス」とは!?

平成18年(2006年)4月に介護保険法が改正され、「地域密着型サービス」が新たに介護保険のサービスとして新設されました。地域密着型サービスは、介護が必要になっても住み慣れた地域で生活が継続できるように、地域ぐるみで支援する仕組みであり、背景として、独居高齢者や認知症高齢者の増加などがあります。地域密着型サービスは、原則としてその市に住民票のある人しか利用できません。また、施設の立地も地域住民と交流の持てるような場所と定められています。

以下のとおり、8種類のサービスがあります。



《通所》

■地域密着型通所介護(地域密着型デイサービス)

利用定員18人以下の小規模なデイサービスセンターです。

■認知症対応型通所介護(認知症デイサービス)

認知症の方に限定した小規模なデイサービスセンターです。

《訪問》

■夜間対応型訪問介護

中重度の要介護状態となっても24時間安心して在宅生活が継続できるよう、18時から翌朝8時の夜間に定期的に各自宅を巡回し、排泄の介助や安否の確認をする「定期巡回」を行うサービスです。

■定期巡回・随時対応型訪問介護看護(24時間地域巡回型訪問サービス)

介護福祉士等と看護師が連携し、定期的な巡回または随時通報により、利用者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応などの援助を行うサービスです。要介護状態となった場合においても利用者が尊厳を保持し、可能な限り利用者の居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援し心身の機能の維持・回復を目指します。

《多機能》 ※通所・訪問・泊り

■小規模多機能型居宅介護/看護小規模多機能型居宅介護

中重度の要介護者となっても在宅での生活が継続できるように支援する、小規模な複合型サービスの施設です。デイサービスを中心に利用者の状態や希望に応じて、訪問介護やショートステイを組み合わせ、在宅での生活の継続を支援します。なお、看護小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い利用者に対応するため、小規模多機能型居宅介護に加えて必要に応じて看護を提供するサービスです。

《入所》

■認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)

認知症のある要介護者が共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、介護スタッフによる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が持っている能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにする目的で提供されるサービスです。

■地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・養護老人ホーム等)

入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行い、利用者が持っている能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする目的で提供されるサービスです。入居定員が29人以下の有料老人ホームや養護老人ホームが対象になります。

■地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)

家庭的な雰囲気と地域や家庭との結び付きを重視した運営が求められている、入所定員が29人以下の特別養護老人ホームです。

施策 14 | 災害時支援体制と感染症対策

災害時支援体制の構築

- 災害が発生した際に、通常の避難所では生活が困難となる避難行動要支援者(要介護認定者、障害者等)に対し、専門的な支援や援護を一時的に行うため、市内の特別養護老人ホーム等との協定に基づき、「福祉避難所」として必要な備蓄品を配備します。
- 町会・自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員等との連携のもと、地域支援組織の結成等により災害時に避難行動要支援者を支援する体制を構築するとともに、高齢者あんしん相談センターや居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)等とも連携し、安否確認の体制づくりを行います。

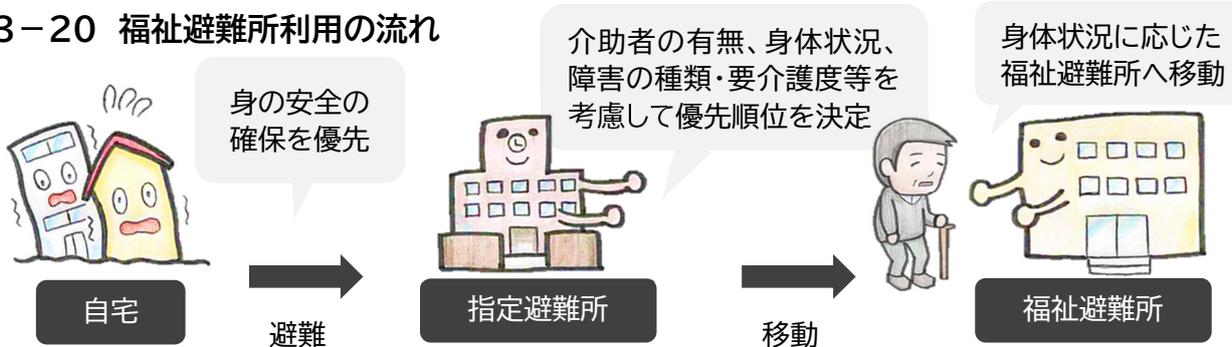
感染症対策の充実

- 新型コロナウイルスを含めた感染症に配慮しつつ、健康を維持していくための各種事業においてオンラインによる実施やアプリの活用等の検討をすすめます。
- 介護保険サービス事業所に対し、感染症が発生した場合であっても、業務継続に向けた計画(BCP)の策定等、対策の強化について情報提供を行います。

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
福祉避難所 整備数	32施設	40施設

図表3-20 福祉避難所利用の流れ



コラム

令和元年東日本台風

令和元年(2019年)10月に発生した令和元年東日本台風では、本市においても浅川の支流が氾濫し、西部地域を中心に、床上浸水や橋・道路が陥落する等、甚大な被害を受けました。

近年、毎年のように起こる災害。自身やご家族の避難場所について、日頃より確かめておくことが大切です。



●事前にできることは？

- ✓防災グッズや水、食料、懐中電灯などを用意しておく。
- ✓避難場所を確認しておく。



コ ラ ム 感染症予防と健康づくり

外出自粛による高齢者の健康リスクを調査

新型コロナウイルス感染症の拡大により、自粛生活が長引く中、高齢者の健康状態の悪化が懸念されています。そこで本市は、令和2年(2020年)9月に、75歳以上の後期高齢者(要介護認定者等は、ケアマネジャーがついているため除く)を対象に心身状態や生活環境に関するアンケート調査を行いました。(回答者41,865名、回収率:80.0%)

本調査では、アンケート回答者の心身状態を把握し、生活機能、運動器、口腔機能、認知機能などの状態に応じてリスク分類を行い、適切な支援へのつなぎや介護予防に関する情報提供を行いました。



また、長期にわたる自粛生活の影響について調査を行ったところ、「横になる、座っている時間が増えた」が約5割、「歩く速さが遅くなった」が約4割と活動量が大幅に低下していることが明らかになりました。今後は、“新しい生活様式”を実践しながら、感染症予防と健康づくりを両立していくことが大切です。

自粛生活前と後の変化	割合
あなた、もしくはあなたの家族で生活に介護(介助)が必要になった	3.8%
運動(1日10分以上)をしなくなった	18.7%
週に1回以上笑わなくなった	5.3%
寝つきが悪くなった	17.4%
歩く速さが遅くなった	40.9%
横になる、座っている時間が増えた	49.6%
体の痛みでできないことが増えた	12.6%
(上記いずれにも該当せず)	26.2%

通いの場開催の8つの工夫

健康を維持するためには社会とのつながりを保つことが大切です。でも、どんなことに気を付けながら活動を継続したら良いのか不安というご意見も多く寄せられています。

国立長寿医療研究センターでは、「通いの場開催の8の工夫」というリーフレットを公表しています。今こそ、基本的な感染症対策を行い、「新しい生活様式」を取り入れながら、仲間とのつながりを保ちましょう。

発行:国立長寿医療研究センター

柱5 介護保険制度の持続可能性確保

介護保険制度の持続可能性を確保するうえで、地域包括ケアシステムの深化・推進に引き続き取り組むとともに、令和22年(2040年)以降の生産年齢人口の急減という新たな重要課題に対応する必要があります。本市では、科学的根拠に基づく効果の高い介護予防事業等に力を入れることはもとより、相談から申請までのプロセスの見直しや要介護認定・給付の適正化、介護人材の確保・定着・育成、ICTによる介護現場の革新等、あらゆる側面からアプローチをはかり、制度の持続可能性を高めていきます。

《主な成果指標》 ※詳細は p.134～p.135参照

目指す姿	評価指標	現状値	目標値(KPI)
		第7期計画	第8期計画
軽度認定者に係る要介護認定申請が適切に行われている。	要支援認定者の介護保険サービスの実利用率	25.3%	実利用率の上昇
介護人材の確保・定着・育成が強化され、安定的なサービス提供体制が整っている。	介護人材の不足を感じる事業者割合	64.3%	割合の低下

【施策の標記について】☆:新規事業または掲載新規 ○:充実・既存事業

施策15 適切なサービス利用に向けた窓口機能の強化

重点

窓口におけるコーディネート機能強化

☆窓口(主に高齢者あんしん相談センター)での相談のほか、後期高齢者実態把握事業(p.40参照)や基本チェックリストなどを通じて相談者の状態を把握し、軽度なリスクが生じている早期段階から重度化防止に向けた適切なサービスや介護予防の取組につなげるためのコーディネート機能を強化します。

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
リスク該当者のうち、個別支援(専門支援や介護予防事業)につなげた割合	—	90%以上

施策 16 | 要介護認定の適正化

認定調査員の育成及び資料点検の実施

- 認定調査員の質の向上をはかるため定期的に研修を実施するとともに、独自に認定調査員テキストの補足版を作成し活用することで、調査基準・判断の差異及び不整合が生じないように努めます。
- 要介護認定を適正に行うため公平・公正な認定調査を実施するとともに、認定調査票及び介護認定審査会資料の点検を実施します。

施策 17 | 給付の適正化

介護保険制度の信頼性維持・向上

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)、主任介護支援専門員及び高齢者あんしん相談センター職員に対して、ケアマネジメント業務を行ううえで必要な知識と技術を基礎から専門的な内容まで段階的に受講できるよう研修体系を構築し、継続的な受講機会を提供し、ケアプランの質の向上をはかります。
- 「自立支援に資するケアマネジメント」の普及啓発を目的とした介護支援専門員研修の実施や、主任介護支援専門員と協働によるケアプラン点検の結果についての振り返りを通し、ケアプランの質の向上をはかります。
- 住宅改修及び福祉用具貸与・購入の適正化のため、申請内容の審査を綿密に行うとともに、申請者(本人・家族・工事業者等)に助言・指導を行い、利用者の状態に合った支援を目指します。
- 事業所による介護保険請求の誤りをチェックするため、縦覧点検・医療情報の突合を行い、報酬の返還を求める等、給付の適正化をはかります。
- 介護給付費を介護サービス利用者へ通知し、サービス内容や回数・自己負担額等に間違いがないか確認してもらうことで、適正な保険給付へつなげます。



介護保険サービスの効果検証

- ☆住宅改修サービスについて、研究機関へ委託し、利用者の実態調査(状態像・改修内容等)、サービス申請にかかわった専門職の実態調査及び効果検証(改修実施5年後の要介護度等)を実施し、適正なサービス提供につなげていきます。

介護保険サービス事業所の適正運営に向けた指導検査の強化

- 指定介護保険サービス事業所に対して、法令等に基づき、指定基準の遵守及び保険給付請求等の適正化をはかるべく実地で検査を行い、必要な助言及び指導または是正の措置を講じつつ、著しい基準違反や不正な報酬請求等が認められた場合は、速やかに監査に変更する等の機動的な対応に努めます。

《主な活動指標》

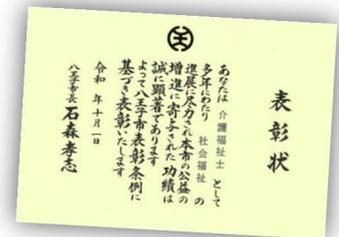
評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
介護支援専門員(ケアマネジャー)研修 受講者数	延1,800人/年	延2,000人/年
ケアプラン点検 点検数	24件/年	24件/年

施策 18 | 介護人材の確保・定着・育成

重点

介護人材の確保・定着・育成の強化

- 「初任者研修*」「実務者研修*」の資格取得の費用補助をすることで、今まで介護職場での勤務経験がない方へ裾野を拡げるとともに、「介護福祉士」の資格取得の費用補助もあわせて行うことで、介護従事者のスキルアップやキャリアアップ、モチベーションの向上をはかります。
- 生活支援ヘルパー研修・入門的研修と就職相談会を一体的に実施します。
- 介護保険サービス事業所に就労、または就労する意欲のある在日外国人等に対し、介護業務に必要な日本語能力を習得する研修及び就労を支援することで、介護現場での外国人従事者の活躍を支援します。
- 介護保険サービス事業所の経営者や管理者、人事担当職員、実務の中核を担う介護職員等を対象に、人材育成体制の構築を支援するため、キャリアパスやマネジメントスキルの向上等に関する研修を実施します。
- 介護職の社会的地位向上や勤労意欲を高め、定着率の向上をはかるため、介護保険サービス事業所に多年にわたり勤務し、専門的知識及び技術を持ってその役割を担った人材に対して、市民表彰条例により表彰を行います。



《主な活動指標》

評価指標		現状値	目標値(KPI)
		令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
資格取得支援者数	①介護福祉士 ②実務者研修 ③初任者研修	①0人/年 ②46人/年 ③14人/年 ※応募多数により抽選のうえ、支援者を決定	①70人/年 ②50人/年 ③50人/年
入門的研修及び生活支援ヘルパー研修	①修了者 ②マッチング数	①175人/年 ②30人/年 (令和元年度実績)	①200人/年 ②30人/年

*初任者研修 p.141 参照 *実務者研修 p.140 参照

コラム

本市で活躍する外国人介護従事者の
方にインタビュー

現在市内の介護老人保健施設で、介護職として従事している3人の方に
お聞きしました。(質問は①来日理由②仕事のやりがいや大変な事③市主催
の「介護のしごと 外国人日本語教室」の感想。以下の回答は写真左から順)



本市の介護事業所調査によると、外国人を採用している事業所は約15%。
また、半数以上の事業所が「今後採用予定」や「検討中」と回答しています。

今後、現在開講している「介護のしごと 外国人日本語教室」のほか、外国人介護従事者への支援
を推進し、外国人の方が働きやすい環境を整備していきます。

トウオンさん(ベトナム人)

- ①介護の仕事をしたかったからです。
- ②利用者さんのお手伝いをすると幸せです。
- ③先生も優しく、言葉の勉強になりました。

マリクリスさん(フィリピン人)

- ①外国で働きたかったからです。
- ②仕事で難しいことも職員の方から丁寧に教わりました。

クアンさん(ベトナム人)

- ①介護の仕事をするためです。日本に来てみて楽しいです。
- ②日本の文化に慣れておらず、利用者さんとのコミュニケーションが大変な時があります。
- ③雰囲気がよく楽しかったです。

施策 19 | 介護現場の生産性向上

介護現場の生産性向上に向けた取組の推進

- 介護職員の負担軽減及び介護現場の生産性向上をはかるため、ICT を活用した見守り支援機器等を整備する市内入所施設に対し、成果と連動した形で支援を行います。
- 市と介護保険サービス事業所との情報共有サイトである「ケア倶楽部」を有効に活用し、情報共有を行います。
- 介護保険サービス事業所の指定申請に係る業務の負担軽減(文書量の削減)をはかります。
- 介護助手等の多様な人材の参入を促し、介護職等機能分化・多職種連携による介護業務の効率化をはかります。



「介護職等機能分化 就職フェア」チラシ

≪主な活動指標≫

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
ケア倶楽部 登録率	95.4%	100.0%
介護助手就職相談会 マッチング数	47人/年 (令和元年度実績)	50人/年

コラム

介護現場へICTを先駆的に導入した法人にインタビュー



Q ICTを導入した施設は？	認知症高齢者グループホーム(18床)
Q どのような機能がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・職員が出勤して専用のスマホでログインすると、利用者の方が転倒するなどアクシデントが起こった際にのみ、その1分前～1分後の映像をスマホで見ることができます。そのため、プライバシーも確保することができます。 ・訪室しなければ分からない状況を映像で把握でき、優先順位をつけて対応の緊急性・必要性を判断することができます。
Q どのような効果がありましたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒後の対応が早くなりました。また、体を打った箇所などを正確にドクターに伝えることができるようになりました ・転倒原因が分かるようになったことで、部屋のレイアウトを変える等、転倒を未然に防ぐ対策を取ることができるようになりました。 ・夜間は映像を見て本当に必要な方にだけ巡回することで、利用者の方の安眠や安全を確保するとともに、職員の体力的・精神的な負担軽減につながっています。

コラム

「介護職等機能分化」って、どういうこと??

生産年齢人口の減少が本格化していく中、限られた人材で多様化・複雑化する介護ニーズに対応するためには、介護職員のキャリア・専門性に応じた機能分化(仕事の切り分け)や多様な人材によるチームケアの実践が求められています。

このため国は、身体介護等の専門的な業務は有資格の介護職員が行い、洗濯、掃除、利用者の送迎、配膳、利用者の傾聴等は、介護職員をサポートする介護助手として高齢者等地域の方が担う「機能分化」を推奨しています。

本市では、中核市として令和元年度(2019年度)に国のモデル事業(介護職機能分化等推進事業)に市内7法人が参加し、介護助手の取組を推進しています。

また、介護助手を独自に”介護サポーター-HACHIOJI”と命名し、就職フェアを開催するなど、特に地域の高齢者や子育て中の方、障害者、短時間就労希望者、介護の仕事の未経験者の雇用促進をはかっています。



「介護サポーター-HACHIOJI 就職フェア」希望者が多く面接まで待ちが出るほどの盛況

図表3-21 介護人材 確保・定着・育成 主な事業展開のイメージ



第3章

施策 20 | 成果連動型民間委託契約方式の導入

成果連動型民間委託契約方式(PFS)*の導入

☆介護予防・重度化防止等の各事業をより効果的に実施するため、その事業により解決を目指す「行政課題」に対応した「成果指標」を設定し、成果に連動させて民間事業者へ委託料等を支払う「成果連動型民間委託契約方式」を導入します。

(例: 介護人材確保のための就職フェアにおけるマッチング数や率に応じた委託料の支払い等)

《主な活動指標》

評価指標	現状値	目標値(KPI)
	令和2年度(2020年度)	令和5年度(2023年度)
成果連動型民間委託契約方式(PFS) 契約件数	—	5件/年

*成果連動型民間委託契約方式(PFS) p.141 参照

本計画期間中の施設整備方針

総論

令和22年(2040年)に向けて高齢者人口が増加していく中において、高齢者の住まいや看取りのあり方が問われています。

これまで、要介護状態となった高齢者の入所先は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)が中心でした。しかし、昨今は、介護医療院の創設や有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の増加により、介護保険施設や高齢者の住まいの選択肢は多様化がすすんでいます。その一方で、入所先の施設や居住系サービスにおいて、介護人材不足が顕在化してきている現状があります。

こうした背景を踏まえ、本市では、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも「望む生活」を送ることができるように、限られた人的資源を有効活用するとともに、在宅介護を支える地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護や認知症高齢者グループホーム等)の整備を重点的にすすめていきます。

図表3-22 本市における高齢者の住まい・施設の入所者状況とサービス・機能イメージ

(令和2年9月末時点)

		平均要介護度	入居者に占める要介護3以上の割合(%)	提供するサービス・機能							
				住まい	見守り	食事	介護	医療			看取り
								看護	リハビリ	治療	
サービス外 介護保険	サービス付き 高齢者向け住宅	1.7	24.9	○	○	外部 利用	外部 利用				
	住宅型 有料老人ホーム	2.7	53.7	○	○	外部 利用	外部 利用				
特定施設入居者生活介護* (介護付き有料老人ホーム)		1.7	30.6	○	○	○	○				○
認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホーム)		2.7	49.2	○	○	○	○				○
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		3.9	92.7	○	○	○	○	○			○
介護老人保健施設		3.1	64.7	○	○	○	○	○	○		○
介護療養型医療施設		4.4	97.0	○	○	○	○	○	○	○	○
介護医療院		4.4	96.2	○	○	○	○	○	○	○	○

*特定施設入居者生活介護 p.143参照

Ⅰ 主な施設・居住系サービスの整備方針

(1) 広域型サービス*

■介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

令和元年度(2019年度)における入所希望者数は1,604人で、そのうち要介護3以上の方で居所が在宅または病院である方は733人でした。一方で、令和元年度(2019年度)の特別養護老人ホームの退所者数は688人であり、加えて特別養護老人ホーム入所希望者の要介護度4、5の人の受け入れ先と考えられる介護医療院(本市では令和2年度(2020年度)以降、順次介護療養型医療施設から転換。退所者は570人。)が整備されています。このことから、入所希望者のうち比較的優先度の高い方は1年以内に入所可能であると考えられ、本計画期間中の特別養護老人ホームの新規整備は見込みません。また改築や大規模改修時にはユニット化することを基本としますが、入居者のプライバシーの確保などを条件として、多床室の扱いについては個別に対応します。

■介護老人保健施設

現状の稼働実績や給付実績から、充足していると判断し、新規整備を見込みません。

■介護療養型医療施設*

令和6年(2024年)3月末で廃止することから、順次介護医療院等への転換を支援します。

■介護医療院

令和3年(2021年)3月末時点で2施設が転換済みとなり、定員数は489人となっています。新規整備は見込みませんが、介護療養病床(令和6年3月末までの移行期間が設けられている)または医療療養病床から介護医療院への転換は個別に対応します。

■特定施設入居者生活介護

令和元年度(2019年度)調査における稼働率は82.4%であり、入所申込者は空き床数の範囲内であることから、新規整備を見込みません。

■住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

届出制・登録申請のため、設置数を市で総量規制することができません。住宅の質の確保が継続できるように、利用者保護とともに高齢者の入居支援を行います。

(2) 地域密着型サービス

■認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)

令和3年(2021年)3月末時点で25施設(440床)が整備済み及び整備中ですが、平均入居率が98.5%とほぼ満床の状態です。今後の認知症高齢者の伸び率を踏まえ、需要がより高まることが予想されることから、本計画期間中では6施設の新規整備を見込みます。

なお、本体施設と密接な関係を保つことを前提に別の場所で運営されるサテライト型認知症対応型共同生活介護については、新規整備とは別枠とし、整備意向に柔軟に対応します。

*広域型サービス p.139参照 *介護療養型医療施設 p.137参照

■地域密着型介護老人福祉施設及び地域密着型特定施設入居者生活介護

介護老人福祉施設及び特定施設入居者生活介護と同様に新規整備を見込みません。

図表3-23 施設・居住系サービス提供体制の配置

施設数 (令和2年度見込み)

地域	日常生活圏域	広域型					地域密着型				サービス付き 高齢者向け住宅	
		介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		介護老人保健施設	介護療養型医療施設	介護医療院	特定施設入居者 生活介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症高齢者 グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 特別入		住宅型有料 老人ホーム
		従来型 多居室	ユニット									
中央	旭町	1					1			1	2	
	追分					1	1				1	
	大横					1	1				1	
	大和田					1	1				1	
	子安						1					
	中野			2			2					1
北部	石川					3	2			4	1	
	左入	3		1	1	3	1		1	1	2	
西南部	高尾	1					1			1	3	
	寺田	1		1	1		2				1	
	長房		1				2			1	1	
	めじろ台					1	1				1	
西部	恩方	4	3	2		1	1			1	2	
	川口	2	2	1		2	1			2	2	
	元八王子	1		1		1	1			1	2	
	もとはち南	1			1	1	1			4	1	
東南部	片倉		2			1	1		1	3		
	長沼					1	1				2	
東部	堀之内	2				2	2※整備中				1	
	南大沢	1		1		1	2		1	1		
	由木東					4	1				1	
合計(現状)	施設数	17	8	8	3	2	25	25 (整備中含む)	0	3	20	26 (登録済)
	定員数(床)	2,497		927	167	489	2,403	440 (整備中含む)	0	87	699	790 (登録済)
第8期整備目標 (公募予定数)		—	—	—	—	—	—	6施設	—	—	※	※

※：届出制及び登録申請のため、設置数を市で総量規制することができません。

—：公募も規制もせず、個別対応とします。

2 主な在宅サービスの整備方針

(1) 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を地域包括ケアの核に

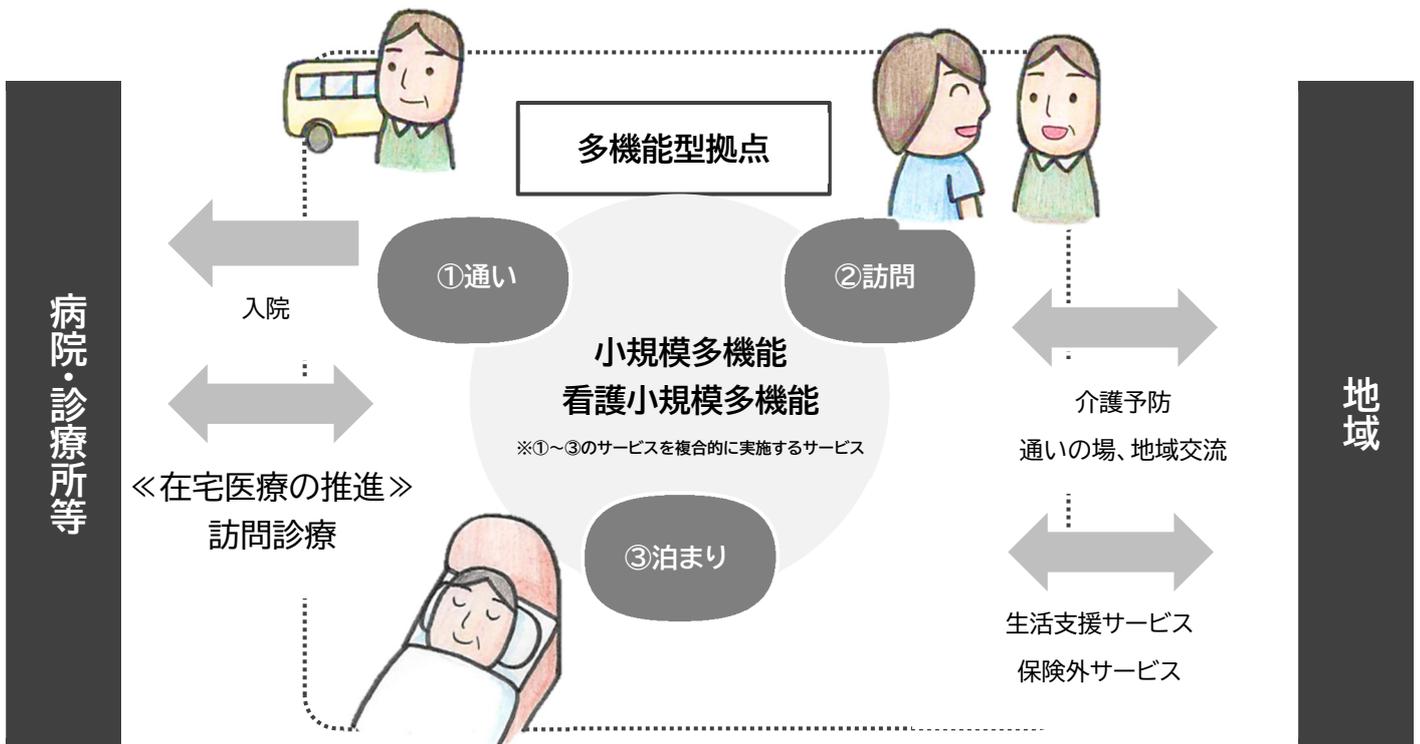
複合的なサービスの小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護は、本計画期間中に4か所を目標に整備を行います。特に小規模多機能型居宅介護については、サービスを提供するだけでなく、地域コミュニティの拠点として、介護予防、相談支援などの役割を果たすことが期待されており、在宅介護を支えるための中心的なサービスと位置付け、整備促進をはかります。

令和2年度(2020年度)から設定している独自報酬(加算)については、有効性を評価しながら、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所の経営の安定化につながるよう適宜見直しを行います。

なお、本体施設と密接な関係を保つことを前提に別の場所で運営されるサテライト型小規模多機能型居宅介護については、新規整備とは別枠とし、整備意向に柔軟に対応します。

第3章

図表3-24 在宅介護を支える「小規模多機能/看護小規模多機能」を核とした地域包括ケア推進に向けたイメージ



(2) 通所介護及び地域密着型通所介護（デイサービス）の総量規制

通所介護及び地域密着型通所介護（デイサービス）の定員に対する稼働率は、前者が58.1%、後者が61.9%（令和2年9月末時点）となっており、供給過多の飽和状態にあります。

また、本計画において、支援・予防が必要な方に対して、通所型短期集中予防サービス（通所型サービスC）を中心に介護予防・リエイブルメント（再自立）を重点施策として示しています。加えて、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の整備をすすめることにより、「通い」の機能が重複することで、さらなる供給過多の状態がすすむことが予想されます。

以上のことから、既存事業所によるサービス提供で充足していると判断し、通所介護及び地域密着型通所介護（デイサービス）については、本計画期間中は原則として新規の指定を行いません。

また、この方針にあわせ、公設民営の高齢者在宅サービスセンター（公設民営のデイサービス）についても、令和9年（2027年）以降、中心的な提供サービスを通所介護から小規模多機能型居宅介護へ順次転換していきます。

(3) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の空白地域への整備誘導

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、要介護認定者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて定期巡回訪問と随時対応を行うサービスです。地域包括ケアを支える重要なサービスとして本計画期間中も整備を促進します。ただし、現状は6地域の中で整備状況に偏りがあるため、空白地域を優先して整備誘導（サテライト型含む）を行います。

一方で、夜間対応型訪問介護のサービスは、この定期巡回・随時対応型訪問介護看護と重複する部分が多いサービスであるため、目標を設定しての積極的整備は行わず、事業者から整備に関する相談があった場合は、個別に対応することとします。

(4) 通所サービスの認知症対応について

今後の認知症高齢者の増加が予想される中、国は今後3年間の経過措置期間を設けた上で、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症基礎研修を受講させるため、必要な措置を講じることを義務付けることを決めました。このことから、既存の通所介護事業所や地域密着型通所介護事業所でも、認知症対応力の向上とサービス提供が見込まれます。

そのため、認知症対応型通所介護のサービスは、目標を設定しての積極的整備は行わず、事業者から整備に関する相談があった場合は、個別に対応することとします。

図表3-25 在宅サービス提供体制 1 (地域密着型)

事業所数 (令和2年度見込み)

地域	日常生活圏域	訪問型		通所型		複合的サービス	
		※サテライト型含む 訪問介護看護 定期巡回・随時対応型	夜間対応型訪問介護	(認知症対応型通所介護 認知症対応型デイサービス)	※総合事業のみの実施事業所を含む (地域密着型デイサービス)	※サテライト型含む 小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
中央	旭町	1	1		4	1	
	追分				5		
	大横				4	1	
	大和田				4		
	子安				9		
	中野			1	3		
北部	石川			1	4	1	
	左入	1	1	1	4		1
西南部	高尾				3	1	
	寺田			1	4	2	
	長房			2	2	1	
	めじろ台	1	1	3	5	1	
西部	恩方			1	2	1	
	川口				4	2	
	元八王子	1			4		1
	もとはち南	1	1	1	1	2	
東南部	片倉			1	7	2	
	長沼			3	6		
東部	堀之内				8	1※整備中	
	南大沢			2	4	1	
	由木東				5	1	
合計(現状)		5	4	17	92	18 (整備中含む)	2
第8期整備目標 (公募予定数)		若干数 (空白地域 優先)	—	—	総量規制 (事業所数の 維持または 減少)	4事業所 (小多機・看多機含む)	

— : 公募も規制もせず、個別対応とします。

図表3-26 在宅サービス提供体制 2 (広域型)

事業所数 (令和2年度見込み) ※みなし指定*の数除く

地域	日常生活圏域	訪問型					通所型		短期入所		居宅介護支援 ※居宅ケアマネジャーの人数
		訪問介護	訪問入浴介護*	訪問看護* ※サテライト型含む	訪問リハビリテーション*	居宅療養管理指導*	通所介護(デイサービス) ※サテライト型含む	通所リハビリテーション (デイケア)	短期入所生活介護	短期入所療養介護*	
中央	旭町	12		7			2		1		50
	追分	4	2	2			2				5
	大横	6		3			2				31
	大和田	2		2			1		1		15
	子安	6	2	2			3				17
	中野	7		2	1		4	2		2	36
北部	石川	2					6				12
	左入	2		2			2		5	1	19
西南部	高尾	4	1	2			2		1		14
	寺田	9	1	1			4	1	2	2	26
	長房	6					5		1		25
	めじろ台	8					3				42
西部	恩方	5		1	1		3	2	6	3	24
	川口	7					8	1	4	1	34
	元八王子	7		1			5	1	1	1	31
	もとはち南	5		3			8		2	1	26
東南部	片倉	10		3			4		2		17
	長沼	7		3			9				60
東部	堀之内	6		1			4		2		24
	南大沢	5	2	1			3	1	2	1	35
	由木東	5		1			2		1		17
合計(現状)		125	8	37	2	0	82	8	31	12	560
第8期整備目標 (公募予定数)		—	—	—	—	—	総量 規制 (事業所数 の維持ま たは減少)	—	—	—	—

— : 公募も規制もせず、個別対応とします。

*みなし指定 p.148 参照 *訪問入浴介護 p.147 参照 *訪問看護 p.147参照

*訪問リハビリテーション p.147参照 *居宅療養管理指導 p.139参照 *短期入所療養介護 p.142 参照

図表3-27 介護保険外サービス

施設数（令和2年度見込み）

地域	日常生活圏域	養護老人ホーム	軽費老人ホーム及び生活支援ハウス	老人福祉センター (本市・保健福祉センター)	在宅介護支援センター
中央	旭町				
	追分				
	大横			(1)※	
	大和田				
	子安				
	中野				
北部	石川				
	左入				
西南部	高尾	1		1	
	寺田				
	長房				
	めじろ台				
西部	恩方	1			
	川口	3			
	元八王子				
	もとはち南				
東南部	片倉				
	長沼				
東部	堀之内				
	南大沢			1	
	由木東				
合計（現状）		5	0	2(3)	0
第8期整備目標 （公募予定数）		—	—	—	—

※大横保健福祉センターは基準を満たさないため、老人福祉センターに規定されません。