

# 八王子市高齢者計画・ 第9期介護保険事業計画

令和6～8年度(2024～2026年度)

素案

令和6年(2024年)3月

八王子市



市長挨拶  
調整中

# 目次

<b>第 1 章</b>	<b>計画の策定にあたって</b>	<b>1</b>
1	計画策定の趣旨	2
2	計画の位置づけ	3
3	計画期間	3
4	国の動向	4
<b>第 2 章</b>	<b>高齢者を取り巻く状況等</b>	<b>5</b>
1	転換期を迎える本市の人口構造	6
2	日常的な見守りや支援のニーズは増大	7
3	サービス提供に必要な人材	9
4	日常生活圏域の状況	11
<b>第 3 章</b>	<b>これまでの取組とデータから見る課題</b>	<b>15</b>
1	第 8 期計画の基本理念と体系	16
2	第 8 期計画の事業の成果と課題	17
3	第 8 期計画の指標の達成状況	22
4	各種調査結果の概要	23
<b>第 4 章</b>	<b>本計画の基本的な考え方</b>	<b>31</b>
1	計画策定の方針	32
2	計画の基本理念	33
3	計画の構成	34
4	施策分野をまたぐ重要テーマ	36

本章の構成	……………	41
施策目標ごとのロジックモデルと事業説明		
01	住み慣れた地域で、状態に応じた必要な介護サービス等が提供されている	… 42
02	医療と介護が一体的に提供され、在宅での生活が継続できている	… 46
03	高齢者が安心して暮らすことのできる住まいと住環境が整っている	… 50
04	災害や感染症への備えができている	… 54
05	高齢者の権利利益が擁護されている	… 58
06	家族の負担が軽減されている	… 62
07	認知症への理解と備えが広がり、認知症の人と共に尊厳と希望をもって暮らしている	… 66
08	多様な職種や機関が連携して個人や地域の課題を解決している	… 72
09	高齢者や介護者の様々な困りごとが、身近な場所で安心して相談されている	… 78
10	高齢者の多様なニーズに対応する支援や見守りが、多様な主体から提供されている	… 82
11	それぞれのライフスタイルに合わせて社会参加を行っている	… 86
12	住民が介護予防に資する活動に取り組み、要支援・要介護状態になりにくくなっている	… 90
13	望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)が可能になっている	… 94
14	サービスが効果的に提供され、利用者の状態改善や重度化防止につながっている	… 98
15	自立に向けて、必要なサービスを提供するために適切な認定が行われている	… 102
16	介護人材が十分に確保され、やりがいを感じながら、無理なく、効率的に働いている	… 106
17	高齢者福祉や介護保険事業について、EBPM の考え方と手法が定着している	… 110

1	本計画期間中の施設整備方針	……………	115
2	施設・居住系サービスの整備方針	……………	116
3	主な在宅サービスの整備方針	……………	118

**第 7 章****介護保険事業の見込みと保険料**

123

---

1	サービス利用量の見込み	124
2	保険給付費の見込み	126
3	保険給付の財源	130
4	第 9 期介護保険料の所得段階別設定	132
5	第 9 期介護保険料の基準額	133

**第 8 章****計画の策定過程と推進体制**

136

---

1	計画の策定過程	137
2	計画の推進体制	140
3	計画の評価と第 10 期計画に向けた検証	141

**資料編**

145

---

1	第 8 期計画の成果指標の結果	146
2	地域福祉計画との連動	156
3	国の基本指針における「記載を充実すべき事項」	158
4	用語解説	160

# 第1章

## 計画の策定にあたって

- 1 計画策定の趣旨
- 2 計画の位置づけ
- 3 計画期間
- 4 国の動向

# 1 計画策定の趣旨

本市では、令和3年(2021年)3月に策定した「高齢者計画・第8期介護保険事業計画(以下「第8期計画」という。)」に代わり、社会の変化や最新の人口推計等を踏まえ、新たに「高齢者計画・第9期介護保険事業計画(以下「本計画」という。)」を策定しました。本計画は、3年ごとに見直す法定計画であり、令和6年度(2024年度)～令和8年度(2026年度)の3か年を計画期間としています。

本計画期間に含まれる令和7年(2025年)は、世代別人口の最も多い「団塊の世代」が75歳を迎えることにより、高齢化がすすむ日本にとって一つのターニングポイントといわれています。また、令和22年(2040年)は、わが国の高齢者人口がピークに達し、生産年齢人口が急減すると推計されています。

本市では、令和5年度(2023年度)に、令和22年(2040年)の未来を展望した新たな基本構想・基本計画「八王子未来デザイン2040」がスタートを切りました。新たな時代に対応するための「八王子未来デザイン2040」を踏まえて、人口構造が変わっても持続可能な地域の姿をデザインしていく取組の一つとして、本計画にて高齢者施策の方針を示します。



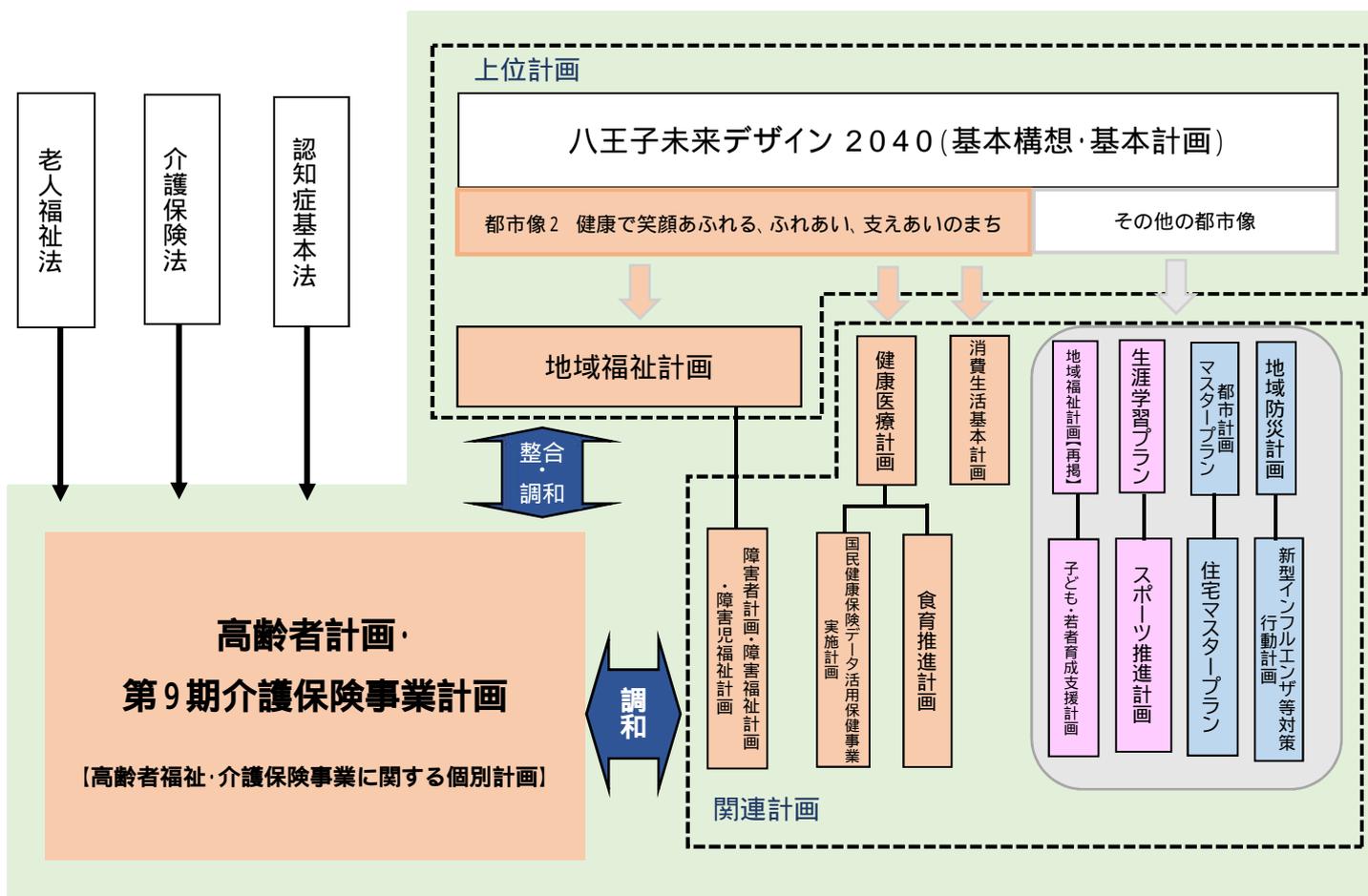
イラスト掲載予定

## 2 計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法に規定される「市町村老人福祉計画」、介護保険法に規定される「市町村介護保険事業計画」、及び認知症基本法(4(2)参照)に規定される「市町村認知症施策推進計画」を一体的に策定したものです。

また本計画は、「八王子未来デザイン2040」における都市像2「健康で笑顔あふれる、ふれあい、支えあいのまち」の実現に向けて策定した高齢者福祉・介護保険事業に関する分野別計画です。上位計画となる「第4期地域福祉計画」のほか、「八王子未来デザイン2040」に基づく様々な分野別計画と理念や施策の調和を保ちます。

図表1 - 2 本計画の位置づけ



## 3 計画期間

計画期間は、令和6年度(2024年度)から令和8年度(2026年度)までの3か年とします。

図表1 - 3 上位計画・本計画・関連計画の計画期間



## 4 国の動向

### (1) 介護保険制度の方向性

第9期介護保険事業計画の作成に向けた検討を踏まえ、国は主に次のとおり見直しのポイントを示しています。

各ポイントの詳細と本計画の対応箇所については資料編(P158～159)をご覧ください。

- ・ 介護や医療を必要とする方が住み慣れた自宅で暮らし続ける選択が可能になるように、中長期的な視野でサービス提供基盤を整備すること。
- ・ 地域全体で支えあう共生社会の実現に向けて、総合事業(P62)を効果的に活用すること。
- ・ 地域包括支援センター(高齢者あんしん相談センター)の負担軽減と質の確保を図るとともに、属性や世代を問わない支援を検討すること。
- ・ 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めること。
- ・ 処遇改善、人材育成支援、職場環境改善、外国人材の受入環境整備など、総合的な人材対策を実施すること。

### (2) 認知症基本法の成立

令和5年(2023年)6月、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法(以下、「認知症基本法」という)」が国会で成立しました。法では、認知症の人も認知症でない人もお互いに支えあいながら、それぞれの個性や能力を発揮できる活力ある社会の実現を目的としています。

認知症基本法の詳細はP68をご覧ください。

### (3) 孤独・孤立対策推進法の成立

令和5年(2023年)5月、「孤立・孤独対策推進法」が国会で成立しました。法では、孤独や孤立を「社会全体の課題」と明記し、孤独・孤立の状態から脱却して社会生活を円滑に営むことができるようにすることを目標としています。

# 第 2 章

## 高齢者を取り巻く状況等

- 1 転換期を迎える本市の人口構造
- 2 日常的な見守りや支援のニーズは増大
- 3 サービス提供に必要な人材
- 4 日常生活圏域の状況

# 1 転換期を迎える本市の人口構造

## (1) 総人口、年齢別人口の推移

本市の総人口は、平成22年(2010年)まで一貫して増加を続けてきましたが、平成27年(2015年)から横ばい状態が続いています。令和7年(2025年)以降は総人口の減少局面に突入すると推計されており、本計画期間が大きな転換期になるといえます。

そして人口を年齢別にみても、近いうちにさらに2つの転換期が訪れることとなります。

**転換期 2025年 ~ 後期高齢者が増加~**

'団塊世代'が75歳以上の後期高齢者となり、介護サービス需要の急増が見込まれています。

**転換期 2045年 ~ 老年人口のピークから人口急減へ~**

'団塊ジュニア世代'が65歳以上となり、老年人口のピークを迎える見込みです。

生産年齢人口が年々減少する中、この2つの転換期を乗り越え、介護サービスの提供体制をいかに維持するかが問題となります。



	8期計画始期	現状値	推計値	推計値	推計値
	令和2年 (2020年)	令和5年 (2023年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和42年 (2060年)
老年人口	152,830	155,554	167,600	187,121	173,400
うち後期高齢者人口(75歳以上)	78,422	87,416	101,697	102,182	114,098
うち前期高齢者人口(65~74歳)	74,408	68,138	65,903	84,939	59,302
生産年齢人口(15~64歳)	344,870	345,944	345,114	305,170	270,726
年少人口(0~14歳)	64,172	59,415	54,585	53,319	45,104
総人口	561,872	560,913	567,299	545,610	489,231

資料: 令和2年及び令和5年……住民基本台帳(各年9月末時点)(単位:人)

令和12年、22年、42年……八王子市人口ビジョン(令和5年(2023年)3月)(単位:人)

図表2-2 高齢者1人あたりの生産年齢人口



## 2 日常的な見守りや支援のニーズは増大

### (1) 一人暮らし高齢者数の増加

図表2-3 一人暮らし高齢者数



一人暮らし高齢者数(75歳以上)は年々増加しており、令和7年(2025年)では、15,713人、令和22年(2040年)では、25,121人まで増加する見込みです。

一人暮らし高齢者の増加に伴い、移動や見守り、住まいなど様々な支援のニーズが増えていくとともに、孤独死や消費者トラブルを未然に防ぐ備えがますます重要になります。

			現状値	推計値	推計値
	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和4年度 (2022年度)	令和7年度 (2025年度)	令和22年度 (2040年度)
一人暮らし高齢者数	10,558	11,376	11,222	15,713	25,121

資料：令和4年度...八王子市社会福祉協議会 令和4年度在宅ひとり暮らし高齢者実態調査

平成30年度、令和元年度、令和7年度、令和22年度...八王子市高齢者計画・第8期介護保険事業計画

### (2) 認知症高齢者数の増加

認知症高齢者数(要支援認定・要介護認定を受けた第1号被保険者のうち、日常生活自立度a以上)は年々増加しており、令和2年(2020年)では、14,445人となっています。令和22年(2040年)に21,460人まで増加する見込みです。

認知症の人が安心して希望をもって暮らすことができるよう、必要なサービスの提供体制整備はもちろん、幅広い世代への理解促進や地域のつながり醸成など、様々な主体と共に共生社会をつくっていくことが急務となります。

図表2-4 認知症高齢者数

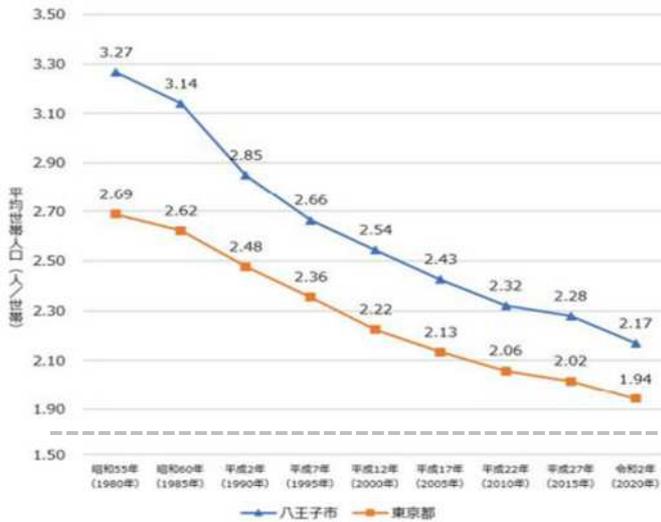
			推計値		推計値
	平成27年度 (2015年度)	平成30年度 (2018年度)	令和2年度 (2020年度)	令和7年度 (2025年度)	令和22年度 (2040年度)
認知症高齢者数	12,080	13,565	14,445	17,306	21,460

資料：介護保険課(各年度9月末時点)[単位：人]

八王子市高齢者計画・第8期介護保険事業計画

### (3) 家族の形の変化(世帯構成の傾向)

図表2 - 5 世帯平均人口の推移(八王子市、東京都)



【資料】八王子市人口ビジョン(令和5年(2023年)3月)

本市の世帯平均人口は、東京都平均より高いものの減少傾向にあり、「世帯の小規模化」がすすんでいます。

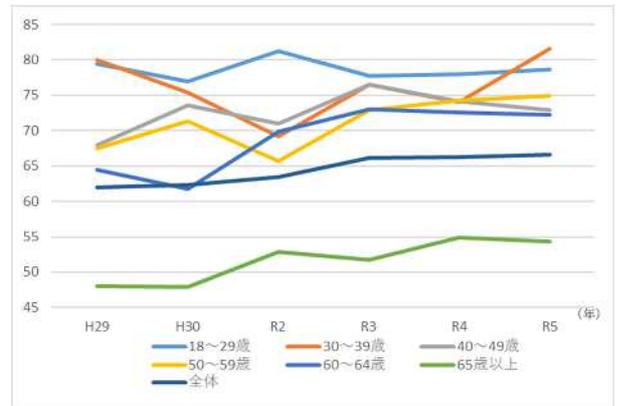
就労、子育て、介護などを少数で担うことは、介護離職やヤングケアラー、老々介護、8050問題、地域社会からの孤立など、様々な問題と関連します。

### (4) 地域のつながりの変化

市政世論調査(平成29年度～令和5年度)において、「地域での交流や活動による充実感や生きがいを感じていない」または「地域と交流がない」と回答した人の割合は増加傾向にあり、特に60～64歳、65歳以上でその傾向が強まっています。

また、新型コロナウイルスの感染拡大の影響もあり、3年に1度高齢者向けに行っている調査では、スポーツや趣味、地域活動など、多くの活動について参加率が低下しています。

図表2 - 6 地域での交流や活動による充実感や生きがいを感じていない、地域と交流がない人の割合(年代別推移)



【資料】市政世論調査(平成29年度～令和5年度)

3年以上に及ぶ新型コロナウイルスの影響のほか、消費者トラブル、孤独死、8050問題、ヤングケアラー問題など、困りごとの発生や深刻化の背景に孤立が存在するケースも多いことから、困っている人を孤立させず、支援につないでいく地域づくりが必要となってきます。

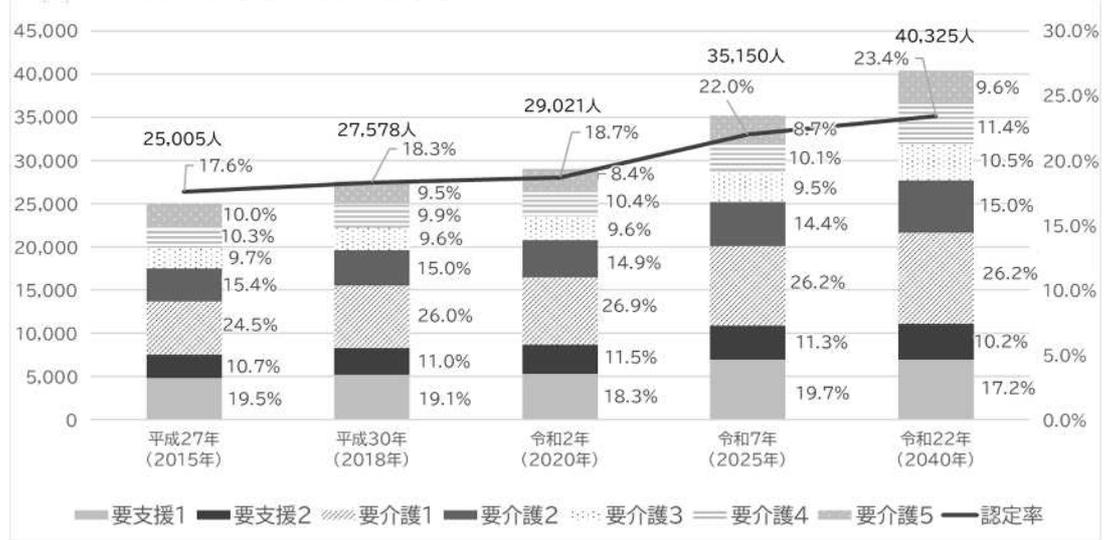
また、家族の形やつながりへの意識が今後ますます多様となる中、誰もが地域で安心して暮らしていける多様なサービスや、緩やかなつながりのあり方を検討していく必要があります。

# 3 サービス提供に必要な人材

## (1) 介護需要の増加

本市の介護保険において要介護認定を受けた方(要支援認定者・要介護認定者)の数は年々増加しており、令和5年(2023年)では30,180人(令和5年8月時点)となっています。

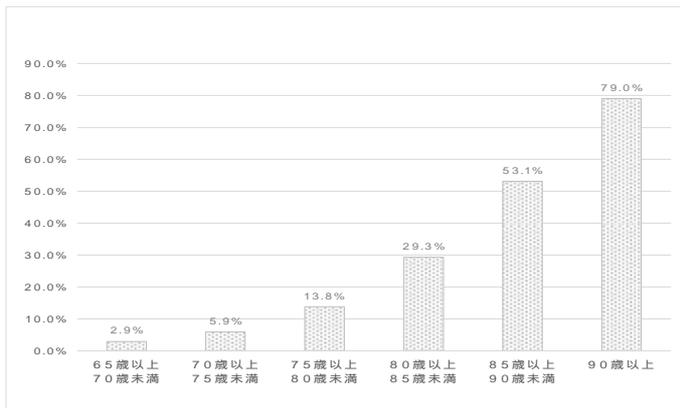
図表2-7 要支援認定者・要介護認定者数



【資料】福祉部介護保険課 八王子市高齢者計画・第8期介護保険事業計画

その原因の一つが、「高齢者の高齢化」といわれる現象です。一般的に65歳以上を一律に「高齢者」と呼んではいますが、例えば65歳と85歳では平均的な体力や要介護認定率は大きく異なります。

図表2-8 年齢階層別要介護認定率



図表2-8は、年齢(5歳区分)ごとの要介護認定率をグラフにしたものですが、75歳を超えると要介護認定率が増加していき、さらに80歳を超えると急激に認定率が高まることがわかります。

団塊世代が75歳以上になる令和7年(2025年)が目前に迫る中、介護需要の急増は不可避であると考えられます。

## (2) 介護人材の不足

図表2-9は、令和2年(2020年)の八王子市の事業所種別ごとの従業員数を基に推計した八王子市での介護人材の需要と供給のシミュレーションです。

介護人材の採用は少しずつ増えていますが、介護を必要とする人の増加ペースがそれ以上に速いということがわかります。介護人材が足りなければ、サービスは提供できず、家族などの介護をするために介護離職なども増える恐れがあります。

図表2-9 八王子市介護人材シミュレーション

	2020	2025	2040
需要	5,986	7,126	8,648
供給	5,986	6,249	6,953
ギャップ	0	876	1,694

(単位:人)

(出典)本市独自推計

第8期計画のサービス需要見込みと1年間の採用・離職数を基に、採用・離職数がそれぞれ生産年齢人口に比例して変動すると仮定。

### コラム:介護は高齢者やその家族だけの問題? ~介護離職の経済的損失~

生産年齢人口の減少、“高齢者の高齢化”の現象、世帯の小規模化、介護人材の不足等がすすむ中で、ビジネスケアラー(仕事をしながら家族等の介護に従事する者)の数は増加しています。経済産業省の推計では、令和12年(2030年)に最もビジネスケアラーが増え、ビジネスケアラーの離職や労働生産性の低下、介護離職による人材採用や育成に関する損失やコストを合わせて、経済損失額は約9兆円とされています。

介護離職の増加は、企業にとって人材流出となるだけでなく、労働力不足の問題を一層深刻化させ、経済の減速につながることも懸念されています。

高齢者や介護者を社会全体で支えることは、身近に高齢者がいるかどうかにかかわらず、多くの方を間接的に支えていくことにつながるのです。



【資料】経済産業省ホームページ

## 4 日常生活圏域の状況

本計画では、第8期計画に引き続き、市内を21の「日常生活圏域」に分け、圏域ごとに設置する「高齢者あんしん相談センター」を拠点に、高齢者や家族を地域全体で支える「地域包括ケアシステム」を構築していきます。

高齢者あんしん相談センターの役割などについての詳細はP81へ

なお、本市では37の中学校区を基礎単位とした地域づくりを推進しています。この点について、本計画では以下のとおり各中学校区と日常生活圏域の対応関係を設定し、地域づくりの取組との連動を強化していきます。

図表2-12 日常生活圏域の構成

6 地域 区分	日 常 生 活 圏 域	担 当 す る 地 域	対 応 す る 中 学 校 区 <sup>2</sup>	対 応 す る 民 協 ・ 児 童 地 区 <sup>2</sup>	対 応 す る 保 健 福 祉 セ ン タ ー <sup>2</sup>
中央	旭町	横山町、八日町、本町、元横山町一丁目～三丁目、田町、新町、明神町一丁目～四丁目、東町、旭町、三崎町、中町、南町	第5、第6、いずみの森	第4地区	大横
	追分	追分町、千人町一丁目～四丁目、日吉町、元本郷町一丁目～四丁目	第4	第1地区	
	大横	八幡町、八木町、平岡町、本郷町、大横町、小門町、台町二丁目～四丁目	第4、第6、第7	第2地区	
	大和田	大和田町一丁目～七丁目、富士見町、大谷町の一部	ひよどり山、第1	第6地区	
	子安	子安町一丁目～四丁目、寺町、万町、上野町、天神町、南新町、台町一丁目、緑町	いずみの森、第6	第3地区	
	中野	中野町、暁町一丁目～三丁目、中野山王一丁目～三丁目(二丁目8番を除く)、中野上町一丁目～五丁目、清川町	第2、ひよどり山、甲ノ原、檜原	第5地区	
北部	石川	高倉町、石川町、宇津木町、平町、小宮町、久保山町一丁目～二丁目、大谷町(一部を除く)、丸山町	第1、石川	第7地区	大横
	左入	中野山王二丁目(8番)、尾崎町、左入町、滝山町一丁目～二丁目、梅坪町、谷野町、みつい台一丁目～二丁目、丹木町一丁目～三丁目、加住町一丁目～二丁目、宮下町、戸吹町、高月町	加住、ひよどり山、甲の原	第8地区	

6 地域 区分	日常 生活 圏域	担当する地域	対応する 中学校区 <sup>2</sup>	対応する 民協・ 児童地区 <sup>2</sup>	対応する 保健福祉 センター <sup>2</sup>
西南部	高尾	東浅川町、初沢町、高尾町、南浅川町、西浅川町、 裏高尾町、廿里町、狭間町	浅川、 陵南	第14 地区	
	寺田	梶田町、館町、寺田町、大船町	館、梶田	第15 地区	
	長房	並木町、長房町(一部を除く)、城山手一丁目～二丁目	長房、 第4、 陵南、横山	第12 地区	
	めじろ台	散田町一丁目～五丁目、山田町、めじろ台一丁目～ 四丁目	第7、横山、 梶田	第13 地区	
西部	恩方	下恩方町、上恩方町、西寺方町、小津町、美山町 <sup>1</sup>	恩方、川口	第10 地区	東浅川
	川口	川口町、上川町、犬目町、榎原町	川口、榎原	第9 地区	
	元八王子	大楽寺町(一部を除く)、上壱分方町、諏訪町、四谷町 (一部を除く)、式分方町(一部を除く)、 川町(一部を除く)	元八王子、 四谷、城山	第11 地区	
	もとはち 南	長房町の一部、大楽寺町の一部、四谷町の一部、叶谷 町、泉町、横川町、式分方町の一部、川町の一部、元八 王子町一丁目～三丁目	横川、元八 王子、 四谷、城山	第11 地区	
東南部	片倉	小比企町、片倉町、西片倉一丁目～三丁目、宇津貫町、 みなみ野一丁目～六丁目、兵衛一丁目～二丁目、 七国一丁目～六丁目、打越町の一部	由井、 みなみ野、 七国、中山	第16 地区	
	長沼	北野町、打越町(一部を除く)、北野台一丁目～五丁目、 長沼町、絹ヶ丘一丁目～三丁目	打越、中山	第17 地区	
東部	堀之内	下柚木、下柚木二丁目～三丁目、上柚木、上柚木二丁 目～三丁目、中山、越野、南陽台一丁目～三丁目、 堀之内、堀之内二丁目～三丁目	由木、上由 木、別所、 宮上、中山	第18 地区	南大沢
	南大沢	鍮水、鍮水二丁目、南大沢一丁目～五丁目、松木、 別所一丁目～二丁目	由木、別 所、松木、 南大沢、宮 上、鍮水、	第20 地区	
	由木東	東中野、大塚、鹿島、松が谷	由木、松が 谷	第19 地区	

1 美山町に対応する民協・児童地区は、全て第9地区となります。

2 対応する中学校区や民協・児童地区、保健福祉センターの担当地域は、日常生活圏域の担当地域と細部が異なるため、おおむねの目安としてください。

図表2-13のとおり、高齢者人口の現状や伸び率の予測は圏域ごとに異なっており、地域の特徴も様々です。地域特性にあわせたきめ細かい支援や課題解決を行っていくためにも、各圏域の拠点となる高齢者あんしん相談センターの機能強化や、圏域ごとの課題を全市的な政策につなげていく仕組みづくりが本計画の鍵になってきます。

図表 2-13 日常生活圏域別の高齢者数

圏域		現状値			推計値			推計値		
		令和5年(2023年)			令和12年(2030年)			令和22年(2040年)		
人口		圏域内	圏域内 高齢者	高齢者 割合 (%)	圏域内	圏域内 高齢者	高齢者 割合 (%)	圏域内	圏域内 高齢者	高齢者 割合 (%)
中央	旭町	27,341	5,799	21.2	31,940	6,118	19.2	49,613	7,300	14.7
	追分	15,081	4,061	26.9	15,321	4,056	26.5	14,387	4,106	28.5
	大横	15,075	3,884	25.8	15,151	3,771	24.9	13,958	3,507	25.1
	大和田	17,647	4,213	23.9	17,436	4,118	23.6	15,303	3,908	25.5
	子安	26,688	6,532	24.5	26,711	6,395	23.9	24,719	6,096	24.7
	中野	25,026	7,832	31.3	24,200	7,671	31.7	19,692	7,321	37.2
北部	石川	32,971	8,514	25.8	32,595	8,862	27.2	28,587	10,151	35.5
	左入	13,708	4,211	30.7	13,663	4,133	30.2	11,002	3,970	36.1
西南部	高尾	27,227	7,806	28.7	27,256	7,833	28.7	24,847	8,041	32.4
	寺田	28,520	8,405	29.5	27,757	8,464	30.5	23,059	8,780	38.1
	長房	18,578	6,595	35.5	17,931	6,396	35.7	14,774	5,929	40.1
	めじろ台	24,720	7,948	32.2	23,628	7,846	33.2	19,295	7,667	39.7
西部	恩方	16,345	5,972	36.5	15,707	5,880	37.4	12,644	5,700	45.1
	川口	28,953	9,255	32.0	29,199	9,225	31.6	27,021	9,281	34.3
	元八王子	23,477	7,592	32.3	22,915	7,614	33.2	19,207	7,803	40.6
	もとはち南	27,451	8,877	32.3	26,814	8,726	32.5	22,505	8,420	37.4
東南部	片倉	44,735	8,729	19.5	45,667	9,143	20.0	45,041	10,671	23.7
	長沼	37,663	11,829	31.4	37,204	11,346	30.5	32,846	10,170	31.0
東部	堀之内	36,050	7,247	20.1	36,353	7,950	21.9	34,416	10,659	31.0
	南大沢	54,703	11,955	21.9	53,910	13,974	25.9	46,430	22,671	48.8
	由木東	19,913	5,574	28.0	20,189	5,675	28.1	20,017	6,085	30.4
合計		561,872	152,830	27.2	561,547	155,196	27.6	519,363	168,236	32.4

資料:令和5年…住民基本台帳(9月末時点)、令和12年及び令和22年…福祉部高齢者いきいき課(単位:人)

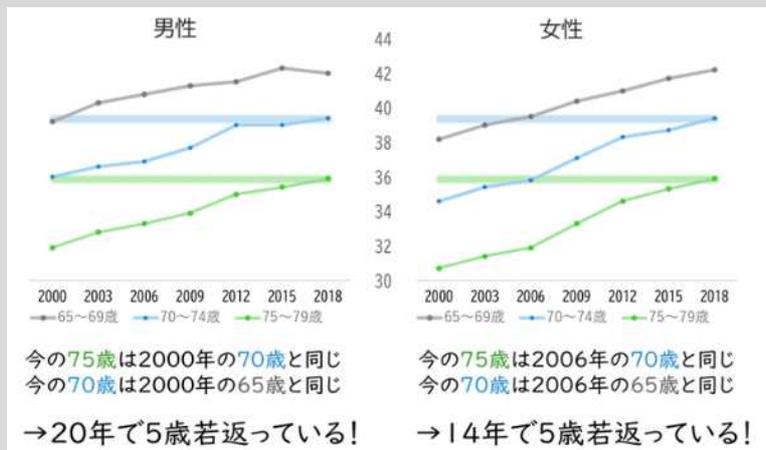
八王子市高齢者計画・第8期介護保険事業計画

高齢者割合の網かけは、40%以上の圏域を示しています。

## コラム：高齢者像のアップデート

栄養状態の改善、医学の進歩などにより、平均寿命や健康寿命が年々延び、現在の日本は人生100年時代といわれるまでになりました。

右の図は文部科学省が行っている「新体力テスト」の年齢別平均点をグラフにしたものです。体力面で見れば、同じ75歳でも今と昔では大きく違うことがわかります。

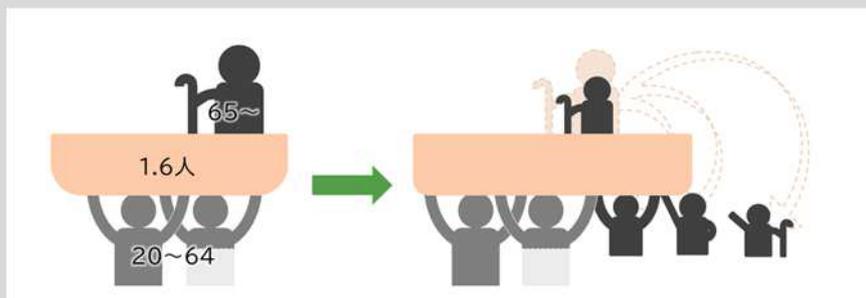


本計画では、このような新しい高齢者像を前提に、古い常識にとらわれず、新しい高齢社会をつくっていくことを目指します。

### × 高齢者は、社会に支えられる存在

高齢者こそ、これからの社会を支える主役!!

6 ページの図は、「65 歳以上 = 支えられる側」と描いたことで、現役世代に重い負担がのしかかる未来予想図になっています。しかし、現実には65歳を過ぎて仕事で活躍している方もいれば、地域活動という形で周囲の方を支えている方もいます。



この計画でも、みなさんが楽しく・無理なく周りの人や自分自身を支えていけるよう、様々な取組をすすめていきます。 (参考) P86~93 (施策目標11、12)

### × 加齢に伴う体力の低下は、元に戻らない一方通行

自信をもって取り組むことで元気は取り戻せる!!

八王子市では、「リエイブルメント」をキーワードにした介護予防の取組を推進しています。面談を中心にした勇気づけ、習慣づくりを大切にしたプログラムによって、多くの方が自分らしい望む暮らしを取り戻しています。 (参考) P94~97 (施策目標13)

# 第3章

## これまでの取組と データから見る課題

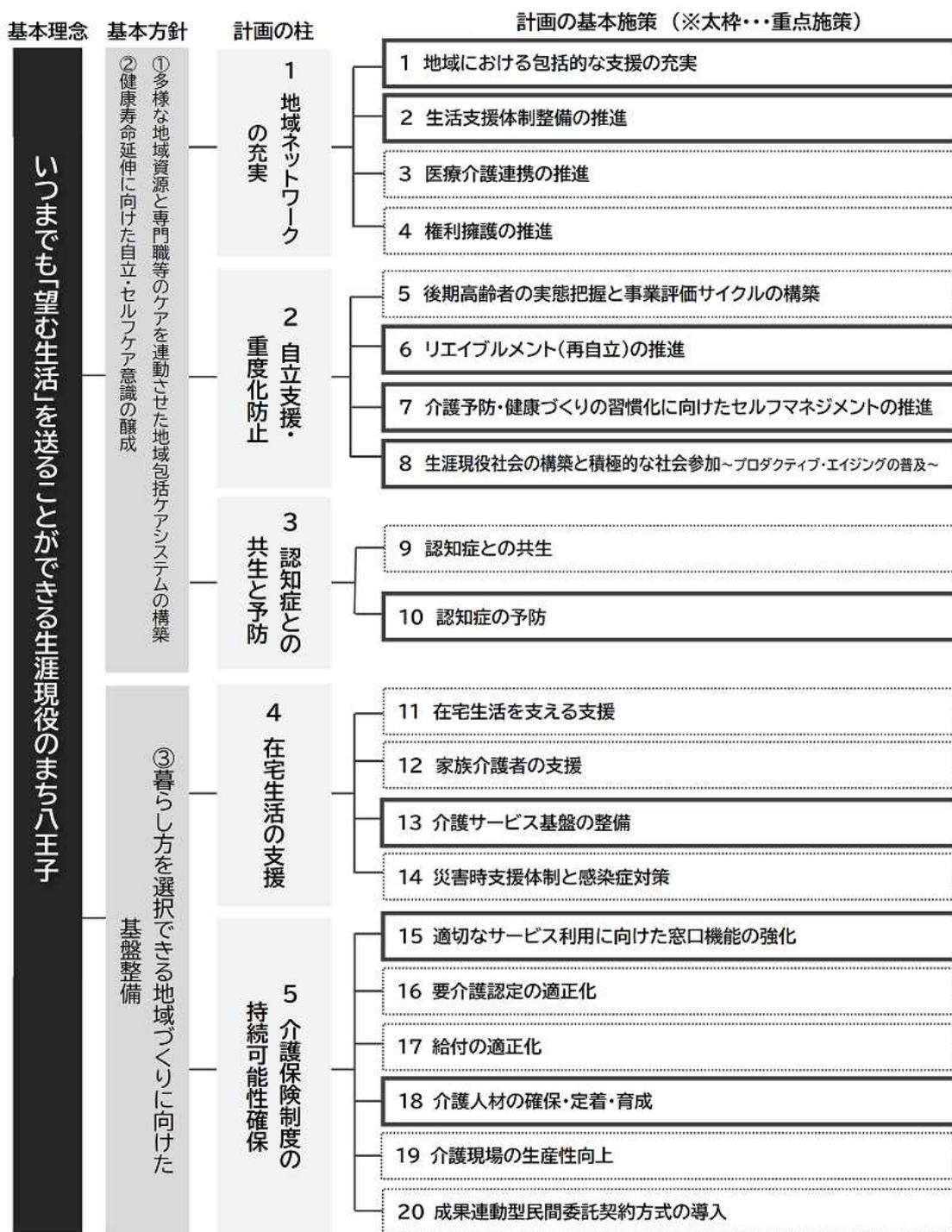
- 1 第8期計画の基本理念と体系
- 2 第8期計画の事業の成果と課題
- 3 第8期計画の指標の達成状況
- 4 各種調査結果の概要

# 1 第8期計画の基本理念と体系

第8期計画では、後期高齢者が急増する令和7年(2025年)と生産年齢人口が急減する令和22年(2040年)の双方を念頭に、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」を掲げました。

そして、基本理念の実現のために、「地域ネットワークの充実」「自立支援・重度化防止」「認知症との共生と予防」「在宅生活の支援」「介護保険制度の持続可能性確保」の5つの柱を立て、20の基本施策を設定しています。

【8期計画の体系図】



## 2 第8期計画の事業の成果と課題

### 地域ネットワークの充実

多職種連携強化による課題解決力の強化や、医療と介護の連携に向けた取組を推進してきました。

有償ボランティア等の場を提供できる民間企業等と、就労的活動を行いたい高齢者をマッチングする「就労的活動支援コーディネート事業」を開始し、就労的活動の創出や高齢者個人の特性や希望に合った活動のコーディネート体制を構築しました。

多様な地域課題へ対応するため、高齢者あんしん相談センターの公共施設内移転やはちまるサポートとの併設による相談窓口の一元化をはかり、新たに4か所の移転複合化を行いました。

#### 主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)

主な事業	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
地域ケア会議の開催	地域ケア会議 開催回数	70回/年	220回/年	200回/年
生活支援コーディネーター (SC)の配置	生活支援コーディネーター(SC)の配置人数	第一層 7人 第二層 12人	第一層 10人 第二層 21人	第一層 8人 第二層 21人

#### 主な成果指標(狙った効果をどれだけ達成できたか)

目指す姿	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
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)	高齢者あんしん相談センターの認知度	36.2%	36.8%	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	63.4%	64.3%	利用割合の上昇

#### 今後に向けて

第8期計画期間中に高齢者や家族の困りごとに対応する基盤づくりをすすめてきましたが、課題の複雑化・多様化に対応していくためには、さらなる体制の強化や医療職を含めた専門職間の連携強化が重要です。

虐待防止対策において、「虐待が起こりにくい環境」にも目を向けた計画的な取組を加速していく必要があります。

## 自立支援・重度化防止

専門職による早期のアセスメントを通じて、望む暮らしの実現に向けた「リエイブルメント」や自らの健康を自らの力で守る「セルフマネジメント」、地域での活躍の場づくり「プロダクティブ・エイジング」を推進しました。

リエイブルメントに向けた核となる**通所型短期集中予防サービス(通所型サービスC)**を開始し、サービス利用者の56.7%に状態改善の効果が見られました。

通所型サービスBの提供の場として、新たに「**リエイブルメントセンター**」を開設し、住民ボランティアを主体とした介護予防の取組を推進しました。

コロナ禍において一人でも続けられる健康習慣づくりを応援するため、令和3年度(2021年度)から**スマートフォンアプリを使ったポイント制度「てくポ」**を開始しました。利用者数は令和5年(2023年)10月時点で約6,000人まで伸びており、利用者には歩行速度や認知機能の維持・向上が見られています。

### 主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)

主な事業	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
通所型・訪問型 サービスC	要支援認定者等のうち、 通所型・訪問型サービスC 利用者割合	-	6.8%	50%以上
	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	-	10.4%	90%以上
てくポ	ICTを活用したセルフマネジ メントツールの利用率	-	4%	10%

### 主な成果指標(狙った効果をどれだけ達成できたか)

目指す姿	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
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 (令和元年度)	80.6歳 (令和3年度)	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	67.0% (令和元年度)	61.0% (令和4年度)	割合の上昇

### 今後に向けて

通所型サービスCをはじめとしたリエイブルメントに向けたサービスの活用をさらに推しすすめるとともに、通所型サービスBや社会参加促進など、事業間の連携による相乗効果を出していく必要があります。

てくポが市内約15万人の高齢者に対して十分といえる成果を出すためには、さらなる規模拡大やデータに基づく効果向上、民間企業との連携によるポイント原資獲得の仕組みづくりが求められます。

コロナ禍による交流の減少からの回復をいち早くすすめる必要があります。

## 認知症との共生と予防

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ました。

認知症に対する正しい知識と理解の促進をはかるため、「認知症サポーター養成講座」を実施したほか、八王子市認知症まるごとガイドブック(認知症ケアパス)等を活用し、認知症に関する普及啓発をすすめました。

認知症の人が社会参加を行う拠点を市内に3か所整備したほか、本人発信の支援を推進してきました。

認知症の発症リスク軽減効果が確認されている「絵本の読み聞かせ」に注目し、第8期から読み聞かせ教室事業を開始しました。

### 主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)

主な事業	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成講座の受講者数	42,000人	49,500人	45,000人
認知症の介護者への支援	認知症家族会運営支援数	21団体	23団体	24団体
認知症高齢者等社会参加活動体制事業の実施	認知症高齢者等社会参加活動体制事業活動箇所数	0か所	3か所	3か所

### 主な成果指標(狙った効果をどれだけ達成できたか)

目指す姿	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
認知症の人やその家族が孤立せず、在宅でいつまでも生活できる環境が整っている	認知症になっても在宅生活を続けたいと思う人の割合	54.7% (令和元年度)	【一般高齢者】 59.6% 【要支援・要介護認定者】 66.1% (令和4年度)	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	認知機能低下者割合	32.0% (令和元年度)	43.2% (令和4年度)	割合の低下

### 今後に向けて

認知症の人が発症前から参加していた場に引き続き参加するためには、本人の希望を話し合える場や地域住民の認知症に対する正しい理解、サポーターの存在などが必要であり、「これまでどおりの自分らしい暮らし」を継続できる環境づくりが課題になっています。

認知症予防の観点では、限られた資源で多くの高齢者のリスク軽減につなげていく事業が必要になります。

## 在宅生活の支援

介護が必要になっても安心して在宅生活が継続できるよう、住まいや移動に関する支援、地域での見守り、家族介護者の負担軽減の取組を充実しました。

移動支援を行う団体への補助や運転ボランティア講習により、新たに移動支援を行う団体を増やしました。

家族介護者の負担軽減に向け、認知症家族会の開催を支援したほか、「仕事と介護の両立のための相談会」を開催し、家族介護者の負担・不安解消に資する機会を創出しました。

在宅生活を支える介護保険サービスの核として、**(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の整備**を促進し、新たに**4事業所を整備**しました。

### 主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)

主な事業	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
地域主体による 移動支援のコーディネート	移動支援を行う 住民団体 団体数 運転ボランティアの 数(講座の受講者)	6団体 (住民主体による 訪問型サービス) -	23団体 23人	団体数の増 210人 (10人×21圏域)
<b>(看護)小規模多機能型 居宅介護事業所の整備</b>	(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	24事業所

### 主な成果指標(狙った効果をどれだけ達成できたか)

目指す姿	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
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% (令和元年度)	【一般高齢者】 13.8% 【要支援・要介護 認定者】 61.1% (令和4年度)	【一般高齢者】 割合の低下 【要支援・要介護 認定者】 割合の低下
在宅介護を支えるサービ スが充足し、在宅介護を受 ける人が増えている。	地域密着型サービス 受給者割合	16.0% (令和元年度)	14.9% (令和4年度)	割合の上昇

### 今後に向けて

住民団体による移動支援のさらなる拡大のほか、民間企業など新たな主体による移動支援など、多面的な検討が必要です。

市内全域で要介護者が安心して在宅生活を継続できるよう、先を見据えながらさらなるサービス提供体制整備に努めていく必要があります。

## 介護保険制度の持続可能性確保

制度の持続可能性を高めるため、認定・給付の適正化、介護人材の確保・定着・育成、ICTによる生産性向上支援等、多面的なアプローチをはかりました。

認定・給付の適正化に向けて、認定資料やサービス報酬にかかる請求関連資料の点検を実施するとともに、住宅改修、福祉用具の貸与・購入につき、申請内容の審査を適切に行いました。

また、ケアマネジャーの職能団体である八王子介護支援専門員連絡協議会(八介連)と連携し、地域のケアマネジャーのレベルアップに向けた研修を行いました。

ケアプラン点検の実施にあたり主任ケアマネジャーと協働したほか、市独自の「ケアマネジャーガイドライン」を作成・配布するなど、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの普及を促進しました。

介護の資格を取得した方への補助や、人材育成・マッチング事業の実施、広報特集号による介護の仕事の魅力発信、外国人向けの介護のための日本語教室など、様々な事業を実施しました。

生産性向上に向けて、事業所によるICT機器導入への独自の補助制度を創設しました。

令和5年度(2023年度)から、生産性の向上や離職防止、収支改善など経営にかかわる課題解決を伴走支援する「**経営課題解決支援事業**」を開始しました。

### 主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)

主な事業	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
資格取得支援の実施	資格取得支援者数 介護福祉士 実務者研修 初任者研修	0人/年 46人/年 14人/年	55人/年 58人/年 34人/年	70人/年 50人/年 50人/年
ケアマネジャー研修の実施	研修受講者数	延1,800人/年	延2,000人/年	延2,000人/年

### 主な成果指標(狙った効果をどれだけ達成できたか)

目指す姿	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
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% (令和元年度)	61.5% (令和4年度)	割合の低下
ケアマネジメントが 適切に行われている	-	-	-	-

### 今後に向けて

認定・給付の適正化については、定量的な成果指標の設定により、効果検証や事業のさらなるレベルアップをはかっていくことが重要です。

介護人材の不足感については一定の改善が見られたものの、人口構造の変化を考えれば需給ギャップは今後ますます深刻化すると予想されており、さらに実効性を高めて取組をすすめていく必要があります。

### 3 第8期計画の指標の達成状況

#### (1) 活動指標の達成状況

評価が「達成できた」、「おおむね達成できた」と評価した取組が79事業と全体の約86%を占めており、全体としてはおおむね順調だといえます。

しかし、自立支援・重度化防止の取組においてサービスの活用状況が想定を下回ったこと、介護人材確保事業においてイベント来場者やマッチング実績が目標を下回ったことなどにより、「達成はやや不十分」と評価した取組が12事業ありました。

計画の柱				×
1. 地域ネットワークの充実	15	5	2	0
2. 自立支援・重度化防止	2	15	4	0
3. 認知症との共生と予防	5	4	0	0
4. 在宅生活の支援	8	12	1	0
5. 介護保険制度の持続可能性確保	5	9	6	0
合計	35	44	12	0

【評価基準】 ○ : 達成できた    ◐ : おおむね達成できた    △ : 達成はやや不十分    × : 達成できなかった

#### (2) 成果指標の達成状況

目標を「達成できた」と評価できる指標は全体の約54.3%となっています。

計画の柱	達成	未達成	目標値なし
1. 地域ネットワークの充実	2	3	6
2. 自立支援・重度化防止	4	7	0
3. 認知症との共生と予防	4	3	3
4. 在宅生活の支援	5	1	1
5. 介護保険制度の持続可能性確保	4	2	4
合計	19	16	14

令和5年7月暫定値も含む

#### (3) 最終成果

健康寿命は、男性が81.55歳から83.76歳、女性が82.46歳から86.63歳と、男女ともに伸びています。介護保険サービスの利用満足度は、62.4%から93.0%と上昇しています。

目指す姿	評価指標	現状値 (令和2年度)	令和5年度 見込み	目標値 (令和5年度)
【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	健康寿命 (東京保健所長会方式)	【男性】81.55歳 【女性】82.46歳 (平成30年)	【男性】83.76歳 【女性】86.63歳 (令和3年)	設定なし
	介護保険サービスの 利用満足度	62.4%(令和元年度)	93.0%(令和4年度)	

#### (4) 総合的な評価

第8期計画では、2025年や2040年を意識し、生活支援コーディネーターの圏域ごとの設置やはちまるサポートの開設、リエイブルメントに向けた一連のサービス開始などを着実にすすめてきました。これらの成果について、取組の中で見えてきた課題を解決しながらさらに発展させていくことが求められます。

活動指標が未達成だった事業が多い「自立支援・重度化防止」及び「介護保険制度の持続可能性確保」の柱については、本計画においてさらに実効性を高め、取組を強化していく必要があります。

また、個々の事業で活動指標を達成できたものの成果指標が十分とはいえない施策もありました。本計画では、これまで以上に成果を意識した事業検討や指標・目標の設定を行いながら、効果的なPDCAサイクルを回していく必要があります。

## 4 各種調査結果の概要

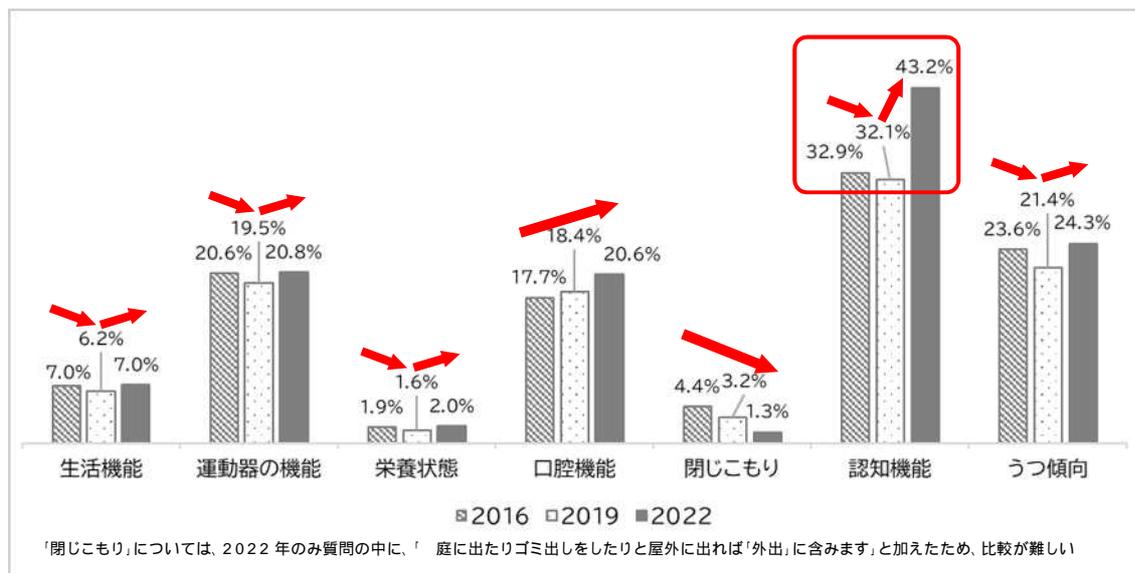
本計画の策定にあたって、下記の7つの調査を実施しました。調査結果の詳細については、「八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画策定に係るアンケート調査報告書」として公表しています。

調査名	対象者	調査概要	調査期間	有効回収数 (回収率)
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	市内在住の65歳以上で要介護認定を受けていない方(要支援認定者は対象者に含む) 10,500人	要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況の把握	令和4年10～11月	8,390人 (80.2%)
在宅介護実態調査	市内在住の65歳以上で在宅生活をしている要支援・要介護認定を受けている方のうち、申請・区分変更申請に伴う認定調査を受ける(受けた)方 800人	本人・家族が無理なく在宅生活を続けるためのサービスのあり方を考えるため、生活の状況や課題を把握する	令和4年12月～令和5年2月	463人 (57.9%)
介護事業所調査	市内介護保険サービス事業所、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 618事業所	サービスの安定供給や人材確保における課題を把握	令和4年12月～令和5年1月	351事業所 (56.8%)
在宅生活改善調査	市内居宅介護支援事業所、(看護)小規模多機能型居宅介護事業所 149事業所、ケアマネジャー467人	・ケアマネジャーの意識や困りごとの把握 ・利用者が住み慣れた場所で暮らし続けるための課題を把握	令和5年3月	122事業所 (81.9%) 381人 (81.6%)
市民意識調査	市内在住の18～64歳の方 2,000人	介護や認知症等に関する市民全般の意識調査	令和5年7月	663人 (33.1%)
高齢者あんしん相談センター職員調査	高齢者あんしん相談センターの職員 人	主に計画の指標把握のため職員の意識等を調査	令和5年10～11月	人 (%)
生活安寧指標調査	市内在住の65歳以上で、要支援・要介護認定を受けている認知症高齢者の日常生活自立度IIa以上の方360人	主に計画の指標把握のため本人の幸福感・安心感等を調査	令和5年8～10月	人 (%)

## (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

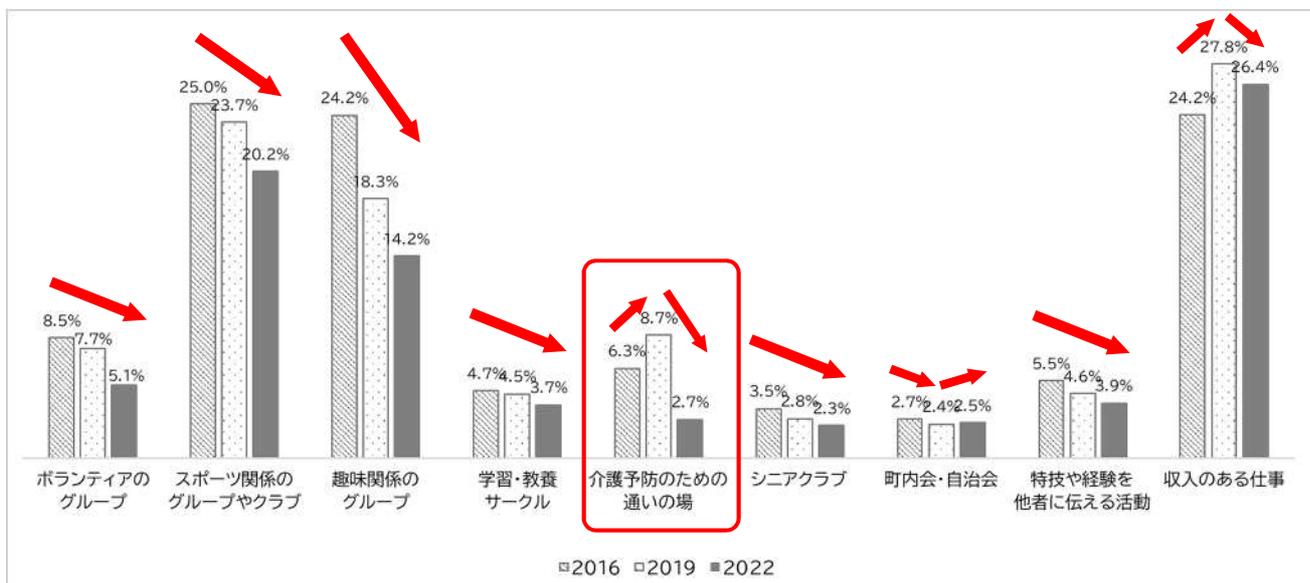
要介護状態につながる7種類のリスクの該当率を集計したところ、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和元年(2019年)の調査時よりも多くのリスクで該当率が上昇しています。中でも、「認知機能」については10.1ポイント上昇しており、認知機能低下リスクも意識しながら介護予防の取組を積極的に推進していく必要があります。(図表3-1参照)

図表3-1 リスク者割合



各種活動への参加状況については、ほぼ全ての類型で参加率が低下しています。特に「介護予防のための通いの場」では、参加率が大幅に低下しており、活動自粛や開催場所の閉鎖等の影響が大きかったものと見られます。本計画期間中では、感染防止にも配慮しつつ様々な活動や交流の再活性化をすすめていくことが重要となっています。(図表3-2参照)

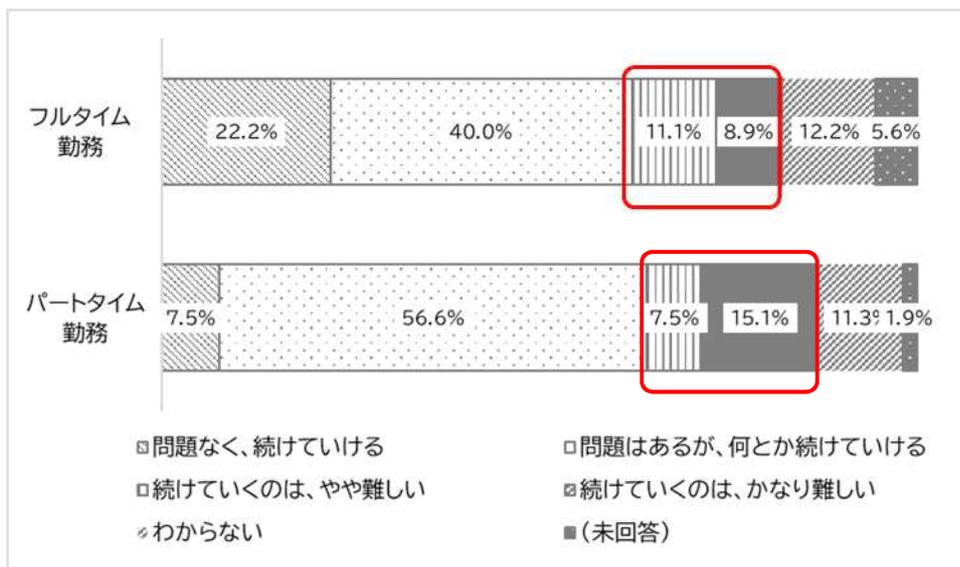
図表3-2 各種活動に週1回以上参加している人の割合



## (2)在宅介護実態調査

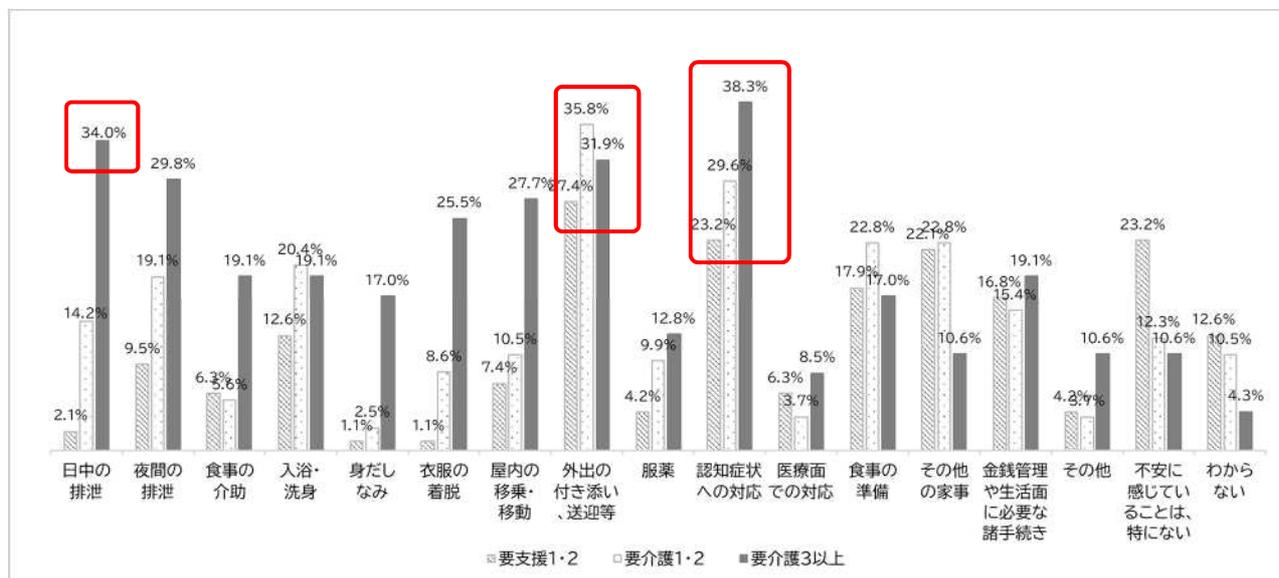
現在就労している家族等介護者への調査で、「問題なく、続けていける」と回答した方は、フルタイム勤務の方が22.2%、パートタイム勤務が7.5%で、「問題はあるが、何とか続けていける」と合わせると、フルタイム・パートタイム共に約6割の介護者が「就労の継続は可能」と考えています。しかし、約2割の介護者は「就労の継続は不可能」と考えており、在宅生活の継続に向けた介護者への支援が必要となっています。(図表3 - 3参照)

図表 3 - 3 就労継続の意向(フルタイム、パートタイム別)



在宅生活を続けるにあたり、介護者が不安を感じる介護については、**要支援1・2と要介護1・2では、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」、要介護3以上では、「認知症状への対応」、「日中の排泄」**が上位となっています。いずれも「認知症状への対応」が上位を占めており、就労継続に向けた介護者への支援も含め、認知症状への対応が急務となっています。(図表3 - 4参照)

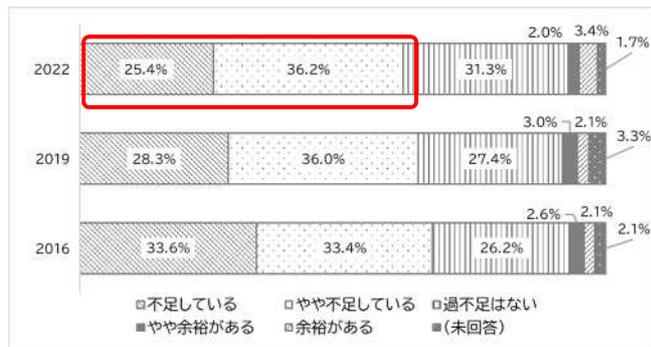
図表 3 - 4 要介護度別・介護者が不安を感じる介護



### (3)介護事業所調査(介護人材実態調査、居所変更実態調査)

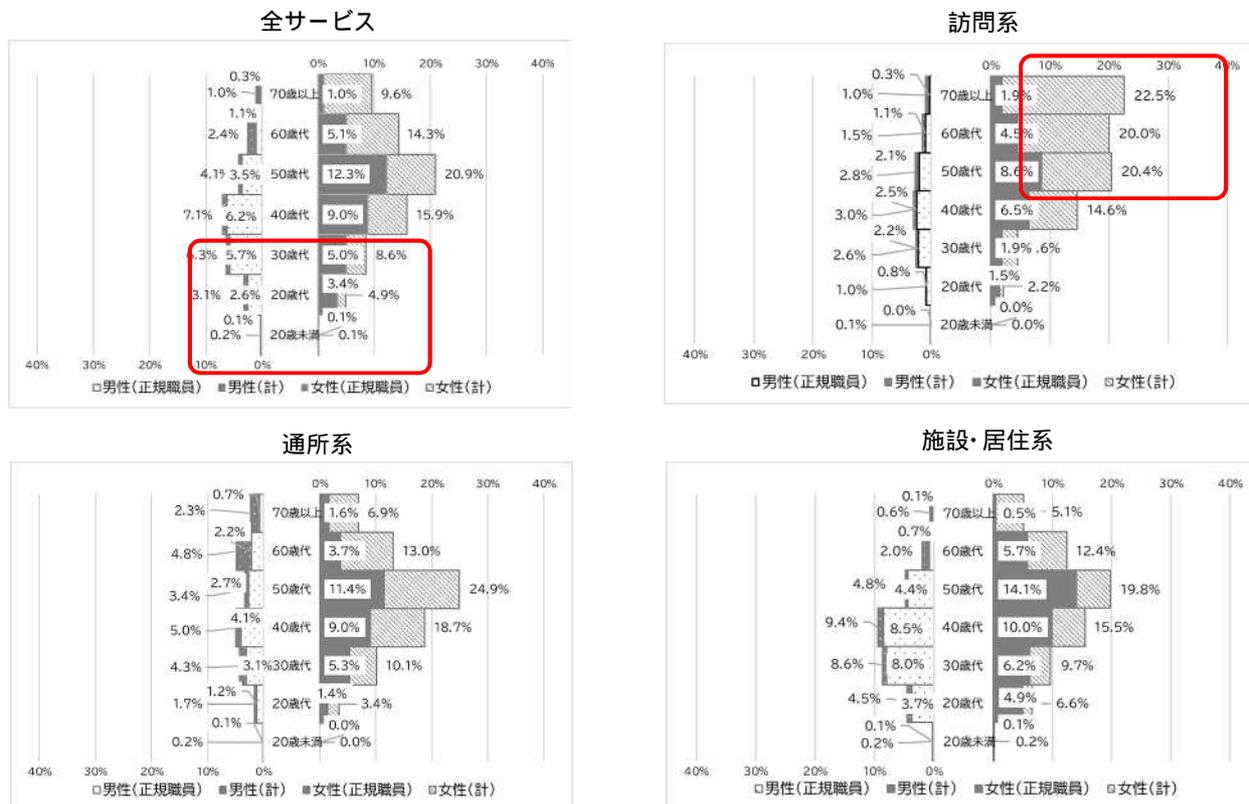
介護人材の過不足状況は、「不足」、「やや不足」をあわせると61.6%となっており、過去の64.3%(2019年)、67.0%(2016年)と比べ、改善傾向にあります。これまでの国・自治体の取組や各事業所の生産性向上に向けた努力が一定の効果を上げたと考えることもできる一方、コロナ禍による一時的な利用控えなどの要因も考えられます。いずれにしても、介護人材については人口構造の変化によるさらなる需給ギャップ拡大が予想されており、これまで以上に実効性のある取組が必要です。(図表3-5参照)

図表3-5 人材の過不足状況



性・年齢別の雇用形態をみると、訪問系サービスの高齢化が特に著しいとともに、正規職員の占める割合が低いため、訪問介護員の確保・育成については、優先的な支援が必要です。また、全サービスを通して、若年層の割合が低いため、地域の介護需要のピーク時を踏まえた、中長期的な介護人材の確保に向けた取組が必要です。(図表3-6参照)

図表3-6 性別・年齢別の雇用形態の構成比



過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合をみると、居住系サービスの「住宅型有料老人ホーム」、「サービス付き高齢者住宅」では、退去者のうち死亡は5割前後であり、今後はより多くの看取りを担う役割が求められます。(図表3 - 7参照)

図表 3 - 7 過去 1 年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

サービス種別 (n=回答数)	居所変更	死亡	合計
住宅型有料老人ホーム (n=4)	8人 44.4%	10人 55.6%	18人 100%
サービス付き高齢者向け住宅 (n=11)	44人 55.7%	35人 44.3%	79人 100%
グループホーム (n=18)	35人 49.3%	36人 50.7%	71人 100%
特定施設 (n=17)	129人 43.9%	165人 56.1%	294人 100%
地域密着型特定施設 (n=0)	0人 0%	0人 0%	0人 0%
介護老人保健施設 (n=6)	464人 83.0%	95人 17.0%	559人 100%
介護医療院 (n=2)	58人 16.5%	294人 83.5%	352人 100%
特別養護老人ホーム (n=18)	114人 21.7%	412人 78.3%	526人 100%
地域密着型特別養護老人ホーム (n=1)	0人 0%	9人 100%	9人 100%
合計 (n=77)	852人 44.7%	1,056人 55.3%	1,908人 100%

居所変更した人の要介護度をみると、要介護2以下の居所変更率が9.3%となっています。要介護者が住み慣れた住まいで暮らし続けるために、この割合を減らしていく必要があります。(図表3 - 8参照)

図表 3 - 8 居所変更した人の要介護度(老健を除外)

サービス種別 (n=回答数)	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=4)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	1人 5.6%	1人 5.6%	3人 16.7%	2人 11.1%	1人 5.6%	10人 55.6%	0人 0%	18人 100%
サ高住 (n=11)	8人 10.1%	1人 1.3%	3人 3.8%	17人 21.5%	7人 8.9%	3人 3.8%	5人 6.3%	0人 0%	35人 44.3%	0人 0%	79人 100%
GH (n=18)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	4人 5.6%	7人 9.9%	12人 16.9%	5人 7.0%	7人 9.9%	36人 50.7%	0人 0%	71人 100%
特定 (n=17)	7人 2.4%	4人 1.4%	2人 0.7%	24人 8.2%	19人 6.5%	21人 7.1%	23人 7.8%	29人 9.9%	165人 56.1%	0人 0%	294人 100%
地密特定 (n=0)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
介護医療院 (n=2)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	3人 0.9%	6人 1.7%	5人 1.4%	17人 4.8%	16人 4.5%	294人 83.5%	11人 3.1%	352人 100%
特養 (n=18)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	3人 0.6%	9人 1.7%	25人 4.8%	32人 6.1%	45人 8.6%	412人 78.3%	0人 0%	526人 100%
地密特養 (n=1)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	9人 100%	0人 0%	9人 100%
合計(老健除外) (n=71)	15人 1.1%	5人 0.4%	5人 0.4%	52人 3.9%	49人 3.6%	69人 5.1%	84人 6.2%	98人 7.3%	961人 71.2%	11人 0.8%	1,349人 100%

施設等における死亡率 71.2%

要介護2以下の居所変更率 9.3%

#### (4) 在宅生活改善調査 (ケアマネジャー調査)

過去1年間で、自宅等から居所を変更した人と自宅で亡くなった方の比率は、おおむね5:3となっています。この比率は、「最期まで住み慣れた場所で暮らしていける環境が整っているか」を測るうえで参考になるものです。

図表 3 - 9 過去1年間の居所変更と自宅等における死亡の割合



「自宅等」には、サービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームを含めていません。

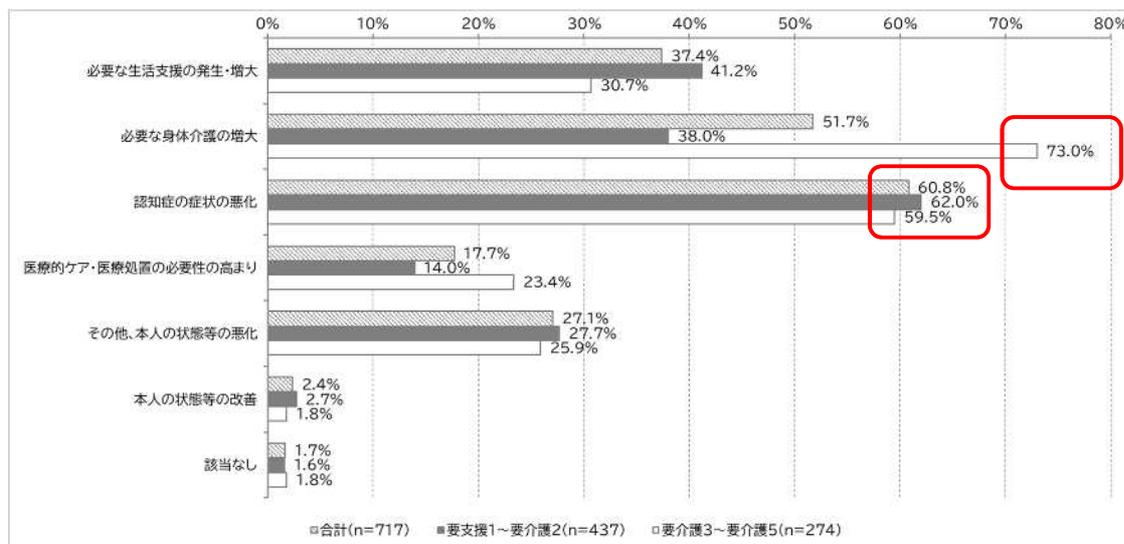
< 他自治体との比較等を掲載予定 >

医療や介護を必要とする方が望む暮らしを継続できるよう、引き続きサービスや支援体制を整備していく必要があります。(図表3 - 9参照)。

調査に回答したケアマネジャーが担当する要支援・要介護者のうち自宅等に居住する方は9,219人ですが、このうち「現在のサービス利用では生活の維持が難しくなっている利用者」が683人(7.4%)となっています。

生活の維持が難しくなっている理由としては、要介護2以下では「認知症の症状の悪化」、要介護3以上では「必要な身体介護の増大」が高い割合を占めています。(図表3 - 10参照)

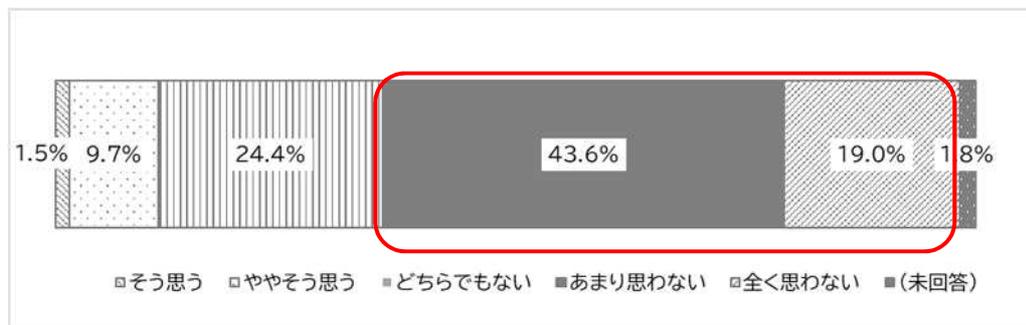
図表 3 - 10 生活の維持が難しくなっている理由(本人の状態に属する理由)(複数回答)



## (5) 市民意識調査

認知症になっても、地域で幸せに自分らしく暮らせると思う市民の割合について、「あまり思わない」「全く思わない」をあわせると62.6%となっています。認知症を正しく理解して備える文化を醸成していくとともに、認知症を受け入れる環境を整備することが必要となっています。(図表3 - 11参照)。

図表 3 - 11 認知症になっても、地域で幸せに自分らしく暮らせると思う市民の割合



また、介護の仕事に就いている人について、「とても尊敬できる」「やや尊敬できる」をあわせると83.7%にのびます。

介護職が高い社会的な尊敬を得ている一方で事業所にとっての人材不足感が依然として高いことから、介護人材確保に向けては、社会的な意義だけでなく就職先としての魅力を発信していくことが課題となります。(図表3 - 12参照)

図表 3 - 12 介護の仕事についている人を尊敬できると考える市民の割合



## (6) 高齢者あんしん相談センター職員調査

集計中

集計中

(7)生活安寧指標調査

集計中

# 第4章

## 本計画の基本的な考え方

- 1 計画策定の方針
- 2 計画の基本理念
- 3 計画の構成
- 4 施策分野をまたぐ重要テーマ

# 1 計画策定の方針

本計画は、第1～3章で述べた社会の変化や本市の取組における課題を踏まえて、より良い未来を実現するための道筋を示すものです。そのために、計画をつくる過程では以下の視点を大切にしました。

## (1) 様々な関係者が目指す未来(ビジョン)を共有できる計画であること

高齢者や家族を取り巻く幅広い課題に対処していくためには、行政だけでなく、市民や専門職、企業など多様な主体が同じ方向を目指して力を合わせる必要があります。

そのため、計画策定の段階から、課題の分析や将来予測など客観的なデータを前提にしながら、様々な立場から、「どんな未来を目指していきたいか」を議論してきました。

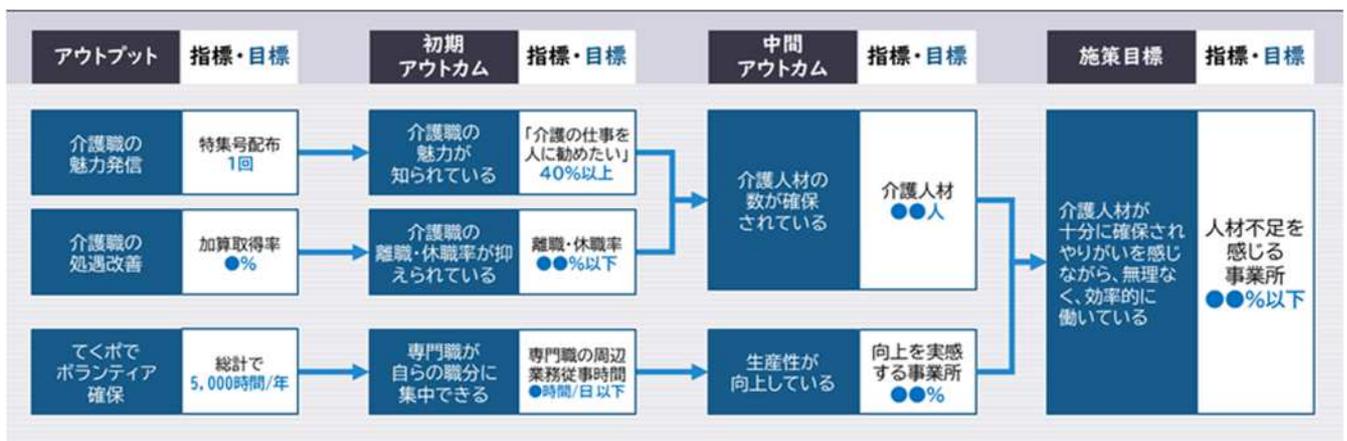
## (2) ビジョン実現までの道のりを「ロジックモデル(論理体系図)」で表すこと

ビジョンを実現するまでのプロセスを「ロジックモデル」で表すことで、「何のために」「何をするのか」をわかりやすく示しながら議論をすすめてきました。

## (3) アウトカム(成果)にも定量的な指標を設けること

事業をどれだけ実施したかを測るアウトプット(結果)の指標だけでなく、狙った効果が出たかを測るアウトカム(成果)の指標を設定しています。これにより、「どれだけやるのか」「どうなったら成功なのか」を測定し、素早い見直しができるようにします。

【ロジックモデル(論理体系図)と指標のイメージ】



## (4) 課題や未検討事項を徹底的に見える化すること

計画策定にあたっては、ロジックモデル(論理体系図)をたたき台にして、様々な関係者と共に「目的達成のために足りない視点や事業はないか」「事業やアウトカム(成果)が目的達成に本当に役に立つか」「目的達成を妨げる要因を見落としていないか」といったワークショップ形式の議論を重ねてきました。

その中で、現場感覚・市民感覚に基づく新たな問題意識や、事業が効果を発揮するための重要な前提条件など多くの気づきを得ることができました。中には中長期的に解決策を模索していくべき課題もありますが、本計画では、これらについても「検討や分析を経て 年度までに取組を具体化する」などといった形で掲載することとしました。

# 2 計画の基本理念

## (1) 基本理念

誰もが**安心**と**希望**をもって歳を重ねられる、**未来**につながるまち

高齢化していく人や社会を誰もが明るく前向きに捉えていけるよう、市民や専門職、企業など様々な主体が協力し合うための「合言葉」としてこの基本理念を定めました。

3つの大切なキーワード「安心」「希望」「未来」に加えて、「誰もが」という言葉で、全ての世代にとっての安心と希望をずっと守っていきたいという思いが込められています。

## (2) 基本理念を支える3つの柱

### 柱 「安心」

### 出逢い、つながり、支えあう地域づくり

誰もが、認知症や要介護状態になっても、地域に支えられながら住み慣れた地域で自分らしく暮らしている。

### 柱 「希望」

### やりたいこと、なりたい自分をあきらめない環境づくり

高齢者が一人ひとりに合った交流・活躍の場に参加し、社会と緩やかにつながりながら介護・フレイル予防につながる活動に取り組んでいる。

リエイブルメントや要介護状態等の改善・重度化防止が効果的に行われている。

### 柱 「未来」

### 世代を超えて信頼できる制度づくり

必要なサービスを将来にわたって安定的に提供できる体制が整っている。

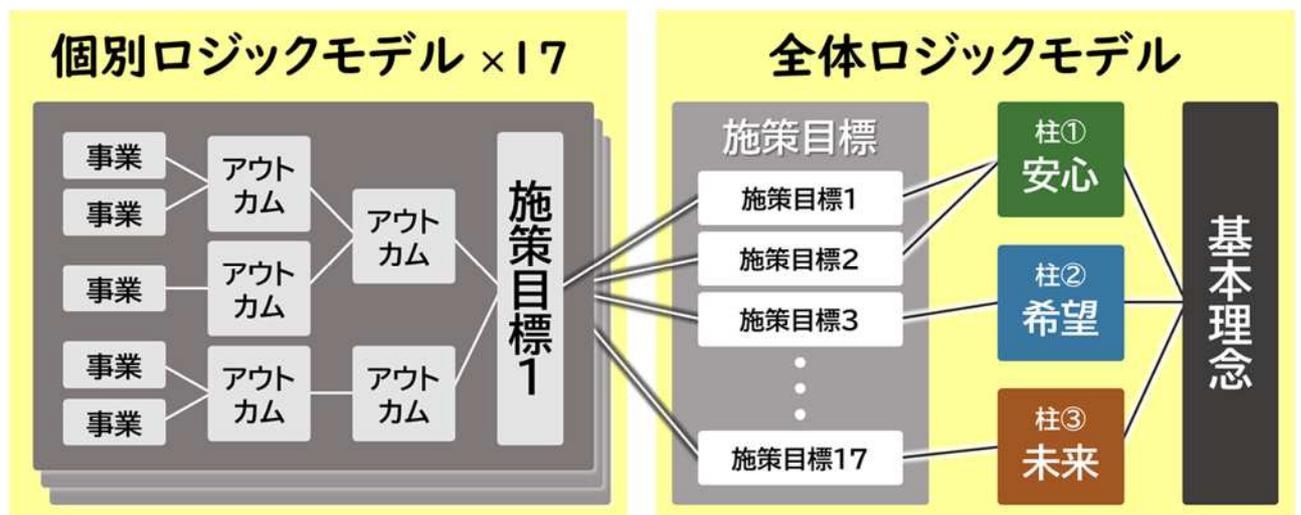
世代を超えて納得できる負担と給付の関係が保たれている。

### (3) 基本理念及び柱の指標と目標値

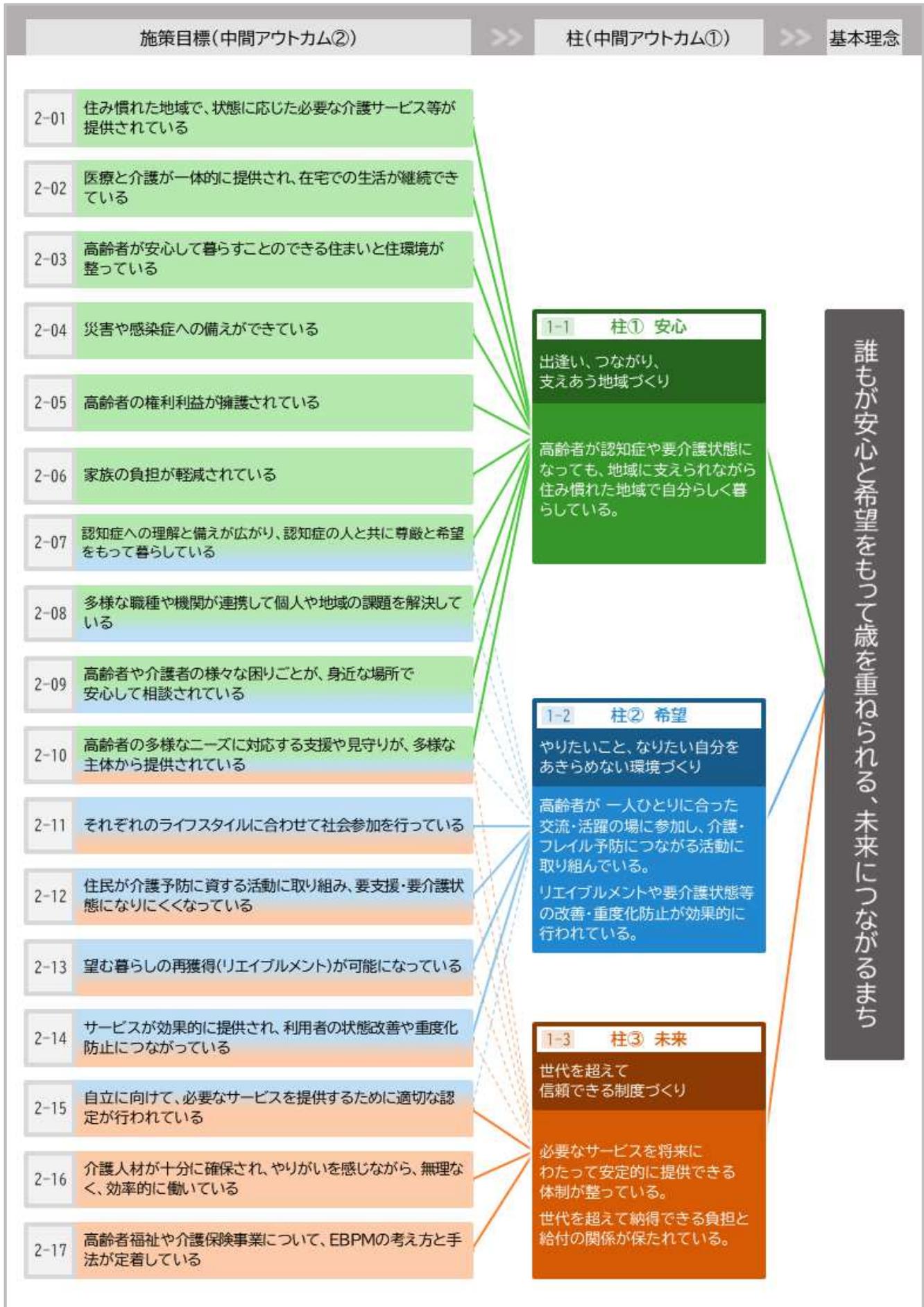
指標	現状値	目標値	目標値の考え方
<b>基本理念「誰もが安心と希望をもって歳を重ねられる、未来につながるまち」</b>			
総合的に「暮らしやすい」と感じる60歳以上の割合	54.1%	割合の上昇 (全世代平均以上の伸び)	上位計画である地域福祉計画の成果指標(総合的な暮らしやすさ)との整合をはかりながら、本計画固有の効果を測ります。
<b>柱1「安心 ～出逢い、つながり、支えあう地域づくり～」</b>			
<b>柱2「希望 ～やりたいこと、なりたい自分をあきらめない環境づくり～」</b>			
<b>柱3「未来 ～世代を超えて信頼できる制度づくり～」</b>			
65歳以上(在宅要介護者)の主観的幸福感	40.8%	割合の上昇	
65歳以上(要介護の方を除く)の主観的幸福感	48.7%	割合の上昇	
65歳健康寿命	男性:81.76歳 女性:82.76歳	都平均以上の伸び	自然増が想定されるため、相対的な目標を設定します。
介護保険制度への信頼度	25.8%	割合の上昇と世代間の差の縮小	世代を超えて信頼される制度を目指す必要があるため、世代ごとの差を縮小することも目標とします。

## 3 計画の構成

本計画では、まず基本理念実現のための柱や17の施策目標による「全体ロジックモデル(論理体系図)」を作成しました。さらに、施策目標を実現するための論理構造を事業レベルまで分解した17の「個別ロジックモデル(論理体系図)」を作成しています。



【全体ロジックモデル(論理体系図)】



## 4 施策分野をまたぐ重要テーマ

計画策定にあたっては、高齢者あんしん相談センターへのヒアリングや計画策定部会でのワークショップ、事業所管ヒアリング等を通じて様々な課題を抽出しました。中でも、以下に該当する課題については前期計画と比べても取組を強化していく必要があります。

共通ボトルネック	施策の実効性を高めるうえでの壁として様々な分野に共通しているもの
社会の変化に伴う課題	高齢化の進行やコロナ禍の影響などにより、特に対応を強化すべきもの
前期からの継続課題	前期計画からさらに実効性を高めた取組を要するもの

そこで、本計画では以下の8つの重点テーマを設定し、特に優先的に課題解決を目指します。テーマ及び関連する取組例は以下のとおりです(下線部は核となる取組)。

### 1 高齢者あんしん相談センターの機能強化・負担軽減及び関係者の連携強化

高齢者人口の増加、複雑化・多様化していく課題への対応、市のビジョンに基づく新たな取組など、センターに求められる役割が質・量ともに増加している中で、地域包括ケアの拠点として十分に力を発揮できるような体制整備を優先的にを行います。

また、高齢者を支える様々な専門職が共通認識のもとで連携していくことは、計画で目指す未来を実現するために不可欠な要素であることから、行政の内部における組織横断的な体制づくりや医療関係者との意識共有に向けた検討をすすめていきます。

#### 関連取組

- ・ 重層的支援体制整備事業<sup>1</sup>の深化・推進・・・施策08、09など
- ・ 基幹型包括<sup>2</sup>の機能強化を含めた庁内及び市とセンターの連携体制づくり・・・施策08など
- ・ サテライト機能を持った拠点の増設など、センターの負担軽減の取組・・・施策08、09など
- ・ 医療職との連携強化、意識共有に向けた取組の検討・・・施策02、07、08など
- ・ 地域ケア会議<sup>3</sup>等を通じた関係者の連携強化・・・施策08など

1:P75    2:P76    P74

### 2 必要とする人に支援が届く体制とつながりの強化

様々な普及啓発について、発信するだけでなく、実際に対象とする方の行動につながったかを分析しながら、より効果的な発信の方法を模索していきます。

支援制度や窓口があっても、困っている方に必要な情報が届かなければ目的は果たせません。また、課題を抱えている方の中には、助けを求めることをためらってしまう方、自分の状況を「当たり前」とってしまう方も少なくありません。

制度や窓口の周知を強化することはもちろんですが、身近な場所で必要な情報が手に入る環境をつくること、地域の方が身近な高齢者を気にかける、必要なときに相談先につながられるよう地域の「見守り力」を高めることなど、様々な視点から総合的な取組をすすめていきます。

#### 関連取組

- ・ 地域の見守り力強化に向けた普及啓発・・・施策09など
- ・ 本人や家族の困りごとを見逃さず適切な支援につなぐための多機関連携の強化・・・施策06、09など
- ・ サロンなど、身近な場所で情報が手に入る環境づくり・・・施策09、10など
- ・ 関係者のプロモーションスキル向上に向けた検討・・・施策11、12など

### 3 高齢者自身が主役の介護予防と活躍促進

誰もが自分らしく暮らし、地域の中で生きがいや役割を持てるように、「リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)」を軸にした自立支援の取組や健康習慣づくり、活躍の場の創出・マッチングを推進します。

#### 関連取組

- ・ リエイブルメントの推進・・・施策13、14など
- ・ 地域の担い手育成(訪問型サービスB<sup>1</sup>、チームオレンジ<sup>2</sup>など)・・・施策07、10など
- ・ ICTによる仕事やボランティアのマッチングに向けた実証事業・・・施策11など

1:P85 2:P71

### 4 総合的な介護人材対策

人口構造の変化によってさらなる介護人材不足が懸念される中、人材獲得と生産性向上を両輪にしつつ、介護予防や認定・給付適正化を含めた総合的な取組をすすめます。

#### 関連取組

- ・ 経営課題解決への伴走支援を含む事業者研修・・・施策16など
- ・ 介護の仕事の魅力発信・・・施策16など
- ・ 資格取得支援や研修・マッチングなど・・・施策16など
- ・ 中長期的な人材ニーズを見据えた介護人材不足対策の検討・・・施策16など

### 5 「老い」に備える文化づくり

体力の衰えや認知症、社会との接点の減少などは、年を重ねるとともに多くの方に訪れる、自然な変化の一つといえます。元気なうちからそのことを意識し、住まいの選択や財産の管理・処分、人生の最終段階のあり方などについて話し合える文化を醸成していきます。

#### 関連取組

- ・ 元気なうちに認知症に備える普及啓発・・・施策05、07など
- ・ ACP(人生の最終段階の迎え方について事前に周囲と話し合うこと)の普及啓発・・・施策02、03など
- ・ 65歳未満の中高年を対象にした、社会参加や健康づくりの普及啓発・・・施策11、12など

## 6 認知症の人とその家族の想いを中心に置いた、認知症と共に生きる社会づくり

認知症の人をはじめ、一人ひとりが住み慣れた地域の中で、尊厳が守られ、希望を持って暮らし続けられるよう、認知症の人が希望を語れる話し合いの場を設置し、本人発信や社会参加の機会を充実させることをすすめます。認知症に関する正しい理解を深めるとともに、認知症の家族にも寄り添った支援をすすめ、認知症と共に生きる社会の実現を目指します。

#### 関連取組

- ・ 本人発信機会の充実・・・施策07など
- ・ 認知症を理解し、備えるための普及啓発強化・・・施策05、07など
- ・ 認知症の人の社会参加の機会創出・・・施策07、11など
- ・ 認知症の人やその家族のニーズに合った支援づくり・・・施策06、07など

## 7 データ活用やDX、産官連携による、持続可能で実効性のある事業展開

限られた人員・予算で多くの方の暮らしや健康を支えていくため、EBPMに加えてデジタル技術や民間の力を積極的に活用した取組を推進します。

#### 関連取組

- ・ EBPM(データ分析など、根拠に基づく施策展開)推進・・・施策12、17など
- ・ てくポ(スマートフォンを使った健康習慣応援ポイント)・・・施策10、11、12など
- ・ 産官連携の推進(100年サポート企業、てくポでの市場サービス連携)・・・施策10、11、12など

: P85

## 8 行政と現場が一体となった「介護DX」の推進

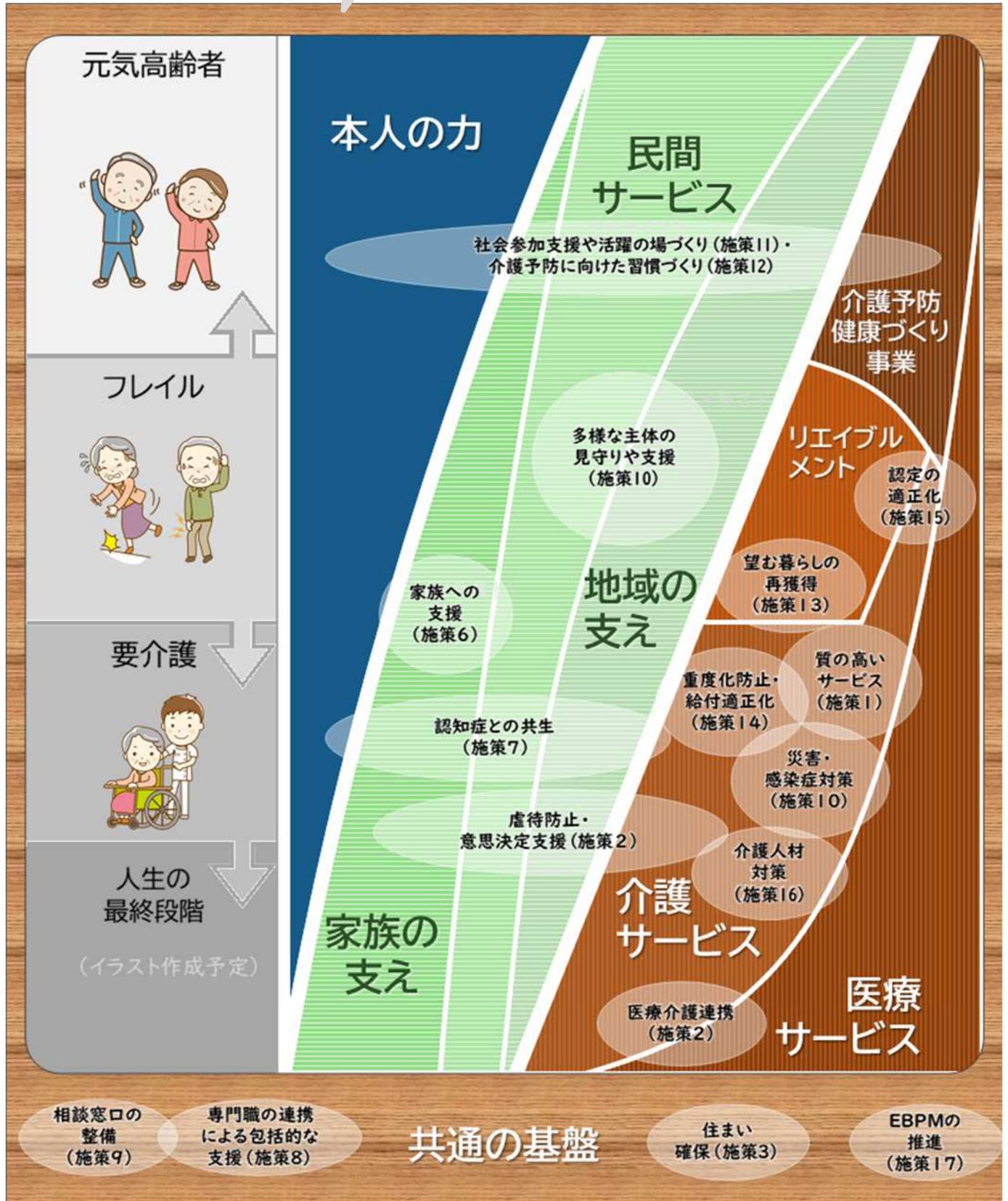
「高齢者あんしん相談センター」「要介護認定」「介護事業所」のDX(デジタル・トランスフォーメーション)を推進するプロジェクトチームを設置します。サービスの利用者や現場で働く専門職の負担を減らすとともに、効果的な情報連携により一人ひとりに合った質の高いケアが行える環境を整備します。

#### 関連取組

- ・ 高齢者あんしん相談センター業務のDX・・・施策8など
- ・ 認定審査プロセスのDX・・・施策15など
- ・ 介護事業所のDX・・・施策2、16など

【図 ライフステージ別にみる、高齢者の暮らしと幸せを支える「力」】

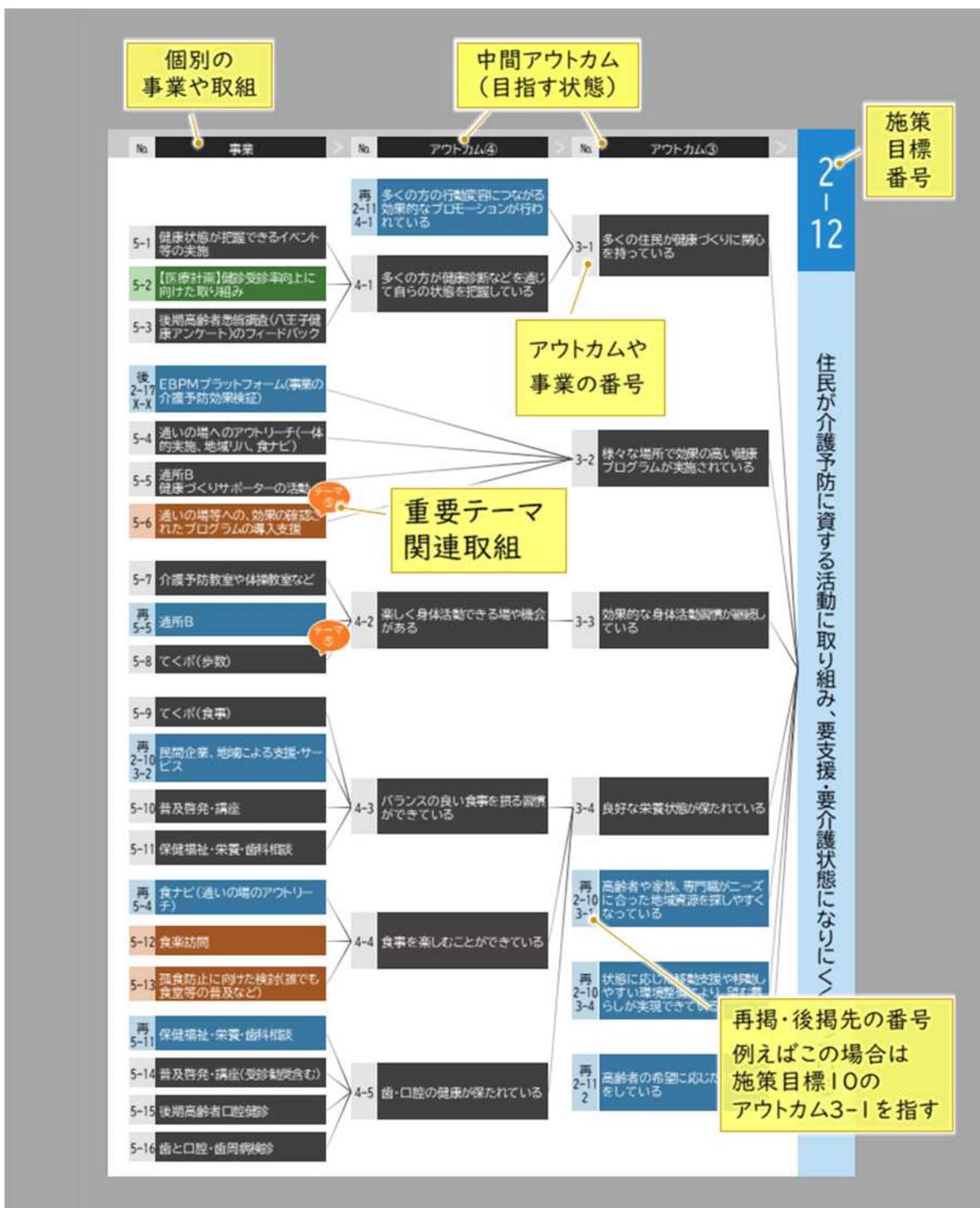
元気なときから人生の最終段階まで、高齢者が地域の中で様々なつながりを持ちながら自分らしく暮らしていけるよう、17の施策を連動させていきます。



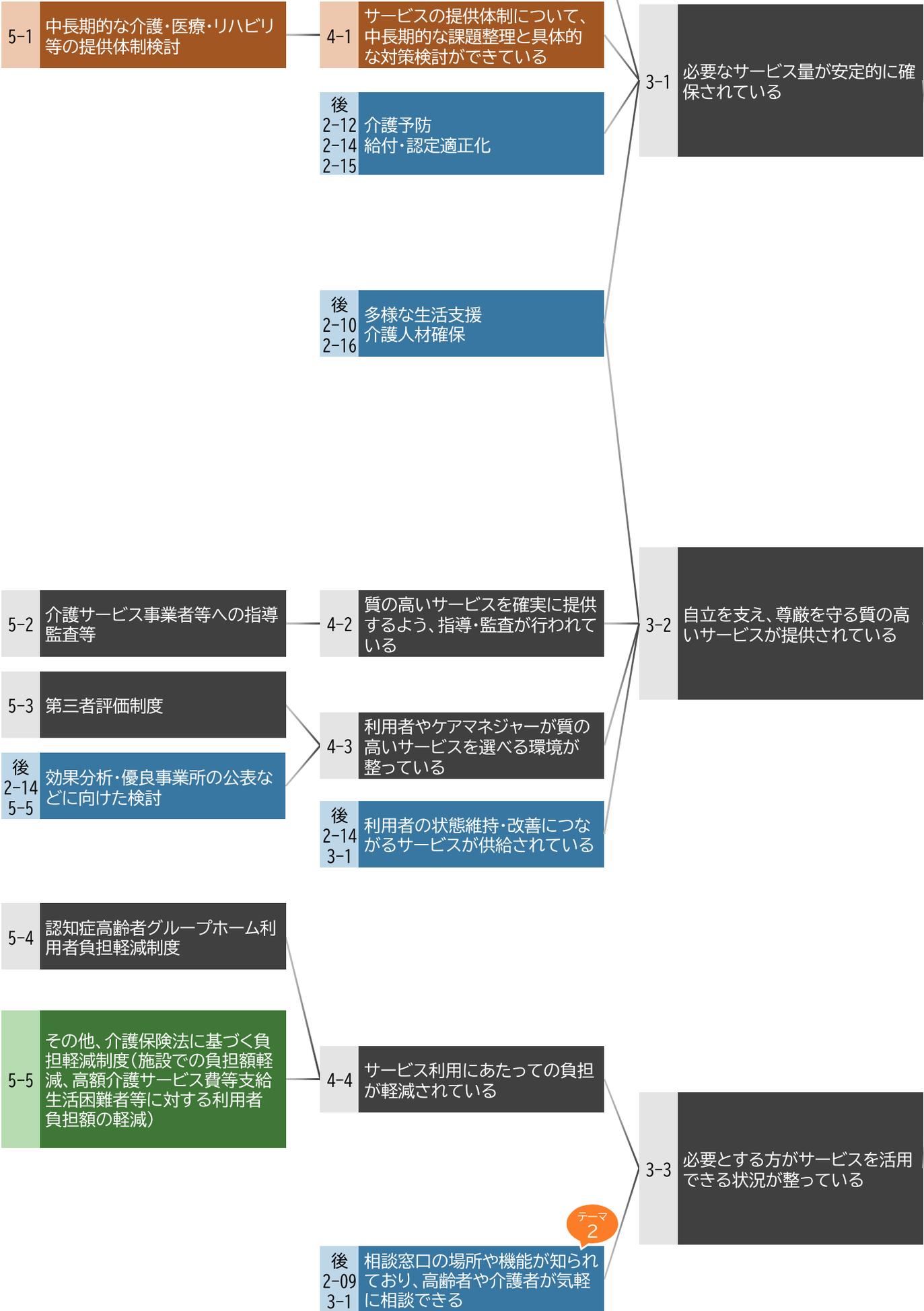
# 第5章 施策の内容

# 本章の構成

この章では、17の施策目標それぞれについて、まずロジックモデル(論理体系図)と指標を見開きで掲載し、続いて具体的な事業や関連データを2～4ページで掲載しています。ロジックモデル(論理体系図)の見方については以下のイメージをご覧ください。



○ 施設整備方針 → 第6章



# このページの見方

見開きの右側のページでは、左ページのロジックモデル(論理体系図)に掲載したアウトカム(成果)とアウトプット(結果)についての指標と現状値・目標値を掲載しています。

- 表の左側の番号はロジックモデル上の番号に対応しています。

**例**

表の下から2行目 **5-4 制度利用件数** は、左ページの **5-4 認知症高齢者グループホーム利用者負担額軽減制度** という事業が計画通りに実施されたかを測るための指標です。

- 指標番号が「2」となっているもの(例: **2 介護保険サービスの満足度**)は、施策目標全体の指標です。

- 指標・目標値は基本的に数字で表せる(定量的な)ものとしていますが、「特定のイベントを実施する」「計画期間中に検討し、具体的な取組を開始する」など、数値化できない(定性的な)指標も含まれます。

**例**

表の上から2行目 **3-1 施設整備目標の達成** は、左ページの **3-1 必要なサービス量が安定的に確保されている** というアウトカムの指標で、整備目標(第6章)の達成をもって達成と評価します。

- 現状値は、令和5年(2023年)9月末時点での令和5年度末の見込み値となっているものがあります。

## 施策目標01

## 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	介護保険サービスの満足度	93.0%	割合の上昇
各アウトカム・アウトプットの指標		現状値	目標値
3-1	施設整備目標の達成	-	調整中
3-3	情報ギャップや経済的理由でサービスを使っていない高齢者の割合	13.9%	
4-1	5-1の検討を踏まえて、第10期計画における整備目標を設定	-	
4-3	【指標なし】(令和6年度中にケアマネジャーへの課題ヒアリング等を行い、具体的な取組や指標を設定)	-	
4-4	経済的理由でサービスを使っていない高齢者の割合	5.1%	
5-1	第9期計画中に検討を実施	-	
5-4	制度利用件数	122件	
5-5	指標・目標値なし(介護保険法に基づき要件を満たした申請に対して負担軽減を行うものであるため)	-	

下段には、用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載します。

※ ただし、事業説明ページ(次の見開き)で説明のある用語については解説を省略しています。

「現状」では、施策目標設定の背景になった本市の状況や問題意識を概説しています。「方向性」では、ロジックモデルに示した、目標達成への考え方を説明しています。

## 施策目標01 住み慣れた地域で、状態に応じた必要な介護サービス等が提供されている

### 現状

医療や介護を必要とする高齢者が安心して望む暮らしを続けられるよう、人口推計(第2章)やサービス提供の現状(第3章)を踏まえたサービス提供体制の整備が必要です。

### 方向性

ロジックモデルの事業番号に対応する番号

#### 中長期的なサービス需要を見越した提供体制整備(3-1)

- ・ 人口動態や現在のサービス充足状況、稼働率を踏まえて施設整備方針を推進します(第6章)。

#### 「自立」や「尊厳」につながるサービスの質の確保(3-2)

- ・ 中核市ならではの権限も効果的に活用しながら、事業所の指定や指導・監査などを適切に行っていきます。

#### 高齢者や家族が必要なサービスを利用するための前提整備(3-3)

- ・ 本市独自のグループホーム利用者負担額軽減など、各種負担軽減の制度によって、経済的な困難を抱えた方を支援します。
- ・ 介護保険制度や相談窓口など、サービス利用に必要な情報を効果的に周知します。

ここでは、施策目標達成のための具体的な取組について説明しています。冒頭の番号は、ロジックモデルの事業番号に対応しています。

## 5-1 長期的な視点に基づくサービス提供体制整備

本市では令和27年(2045年)に老年人口のピークを迎える見込みとなっており、当面は介護サービスの需要が全般的に増加することが見込まれる一方、長期的には老年人口の減少に伴い介護サービスの需要がピークアウトすると考えられます。

サービス提供体制の整備にあたっては、こうした中長期的な地域の人口動態も意識する必要があります。一般的に、大規模な施設になるほど最初にかけたコストを回収するために長い時間がかかることなども考慮しながら、施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランスよく組み合わせる整備することが重要です。

また、85歳以上の高齢者も増加する中で、慢性疾患を抱える高齢者数の増加に加えて、死亡者数も増加することも見込まれています。看取りを含めた複合的なニーズに対応するため、医療と介護を両輪として将来のあり方を検討していく必要があります。

ほかにも、柔軟な支援が可能な保険外のサービスのあり方検討など、多角的な検討を基に具体的な課題設定をすすめ、次期計画に反映していきます。

## 参考 中核市の権限と事業者指定

一般的には、地域密着型といわれる事業所や居宅介護支援事業所（ケアマネジャー事業所）を除き、介護サービス事業所などの指定や指導・監督業務は都道府県が担っています。しかし本市は、平成27年（2015年）以降、中核市移行に伴う権限移譲により介護サービス事業所などの指定や指導・監督業務を一元的に行っています。

これにより、地域の実情や市民の声を踏まえながら、本計画の目指す「誰もが安心と希望をもって歳を重ねられる、未来につながるまち」の実現に必要な施設のあり方を独自に設定し、計画的に整備していくことが可能になります。また、指定や指導・監督業務を通じて市民の声や本市の考え方などを事業者へ直接伝える機会が多い点も、質の高いサービス提供に向けた利点となっています。

八王子市は、これからも都内唯一の中核市としての強みを生かし、市民に寄り添ったサービス提供体制を整備していきます。

## 5-2 介護サービス事業者等への指導監査等

市は、介護サービス事業者等に対し、サービスの質の確保及び保険給付の適正化をはかるため、集団指導及び実地検査を実施します。また、著しい基準違反、介護報酬の不正請求及び不正の手段による指定申請等が疑われる事業所に対しては監査を実施し、すみやかに事実確認を行い、公正かつ適正な措置を採ることにより、介護保険制度への信頼維持及び利用者保護をはかります。

## 5-3 第三者評価制度

福祉サービス第三者評価は、中立的な第三者である評価機関が、事業所のサービスの内容や組織のマネジメント力等の評価を行い、その結果を公表する仕組みです。利用者に対する情報提供を行うとともに、サービスの質の向上に向けた事業者の取組を促すことで、利用者本位の福祉の実現を目指すものです。

本市では、第三者評価の受審が義務付けられている介護サービス事業者に対し、受審費の補助を行っています。

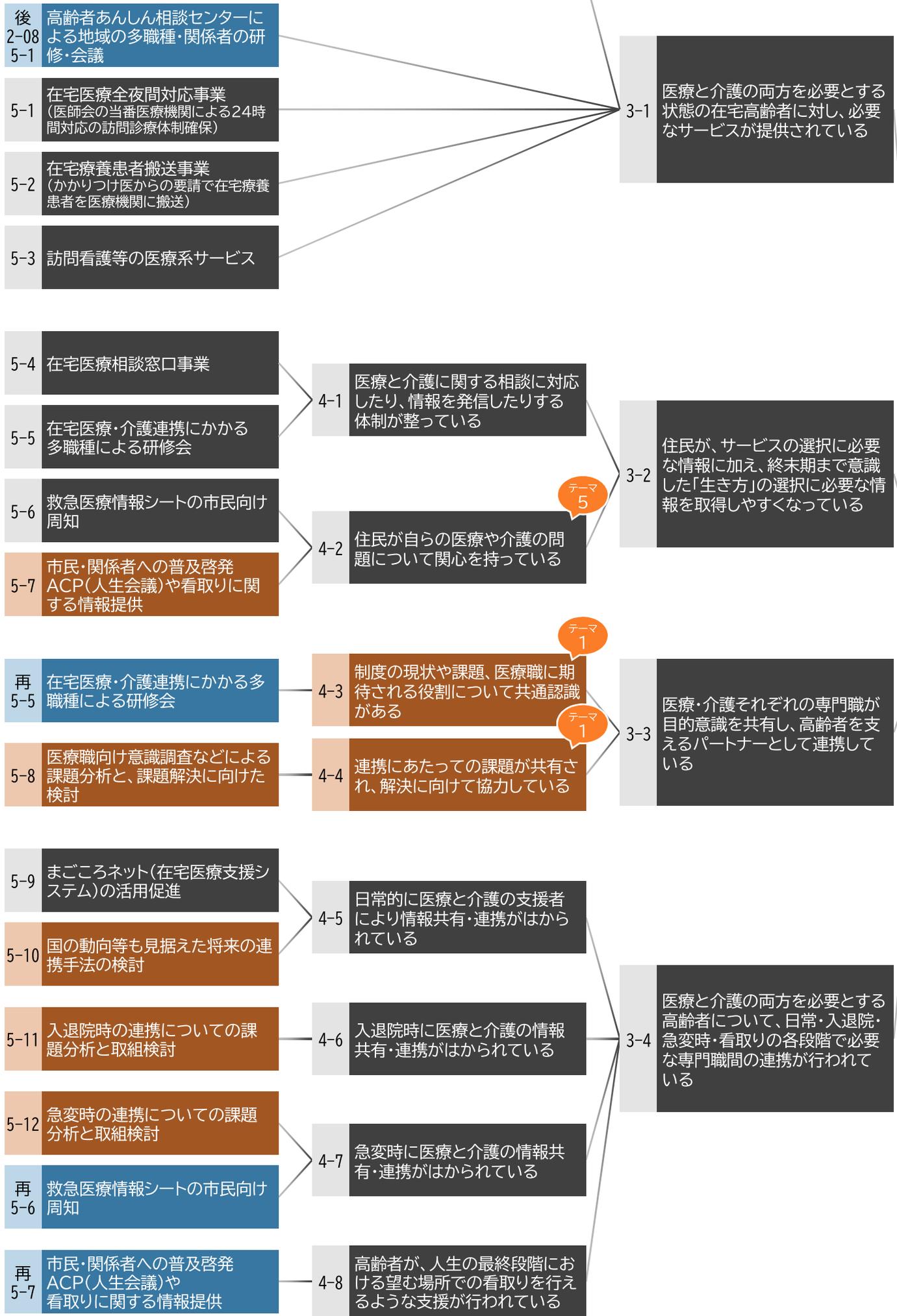
## 5-4 認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減制度

介護保険制度では、特養などの介護保険施設への入所にかかる食費・居住費について、市民税が非課税かつ預貯金等が一定要件以下の方が軽減を受けられる「負担限度額認定制度」がありますが、「認知症高齢者グループホーム」は対象外施設となっています。

これを踏まえ、市では、市独自の軽減制度として「認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減制度」を実施しています。

この制度は、「負担限度額認定制度」の対象となる方がグループホームに入居した場合、市が家賃・食料費の補助を行うというもので、費用面によらない、利用者の状態に応じた最適な施設選択につなげることを目的としたものです。

○ 施設整備方針 → 第6章



医療と介護が一体的に提供され、在宅での生活が継続できている

# 施策目標02

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	要介護1以上の方で医療を必要とする人の在宅生活継続率	集計中	現状値をふまえて設定

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	医療的ケア・医療処置の必要性が高まったことで生活の維持が難しくなっている要介護者等の割合	1.01%	調整中
3-2	人生の最終段階における介護や医療について、具体的に準備したり、継続的に周りの人と話し合ったりしている高齢者の割合	集計中	
3-3	「地域の高齢者のくらしをともに支えるパートナーとして、医療職と連携や意識共有ができています」と答える高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
3-4	全ての場面(日常的・入退院時・急変時・看取り)で、医療側と情報・意識共有がスムーズに行われていると感じるケアマネジャーの割合	33.9%	
4-1	【指標なし】(3-2と共通)	集計中	
4-2	「救急医療情報シートに必要事項を記入し、わかりやすい場所に掲示している」と回答した要介護認定者の割合	第9期中に調査	
4-3	【指標なし】(5-8の検討を経て第9期計画中に設定)	-	
4-4	【指標なし】(5-8の検討を経て第9期計画中に設定)	-	
4-5	まごころネットを週1回以上利用しているケアマネジャーの割合	31.2%	
	通院時情報連携加算取得率	13.6%	
4-6	入院時情報連携加算取得率	2020年9月 11.9% 2021年3月 7.2%	
	退院退所加算の取得率	2020年9月 10.8% 2021年3月 9.7%	
4-7	急変時に医療側(主治医等)と情報・意識共有がスムーズに行われていると感じるケアマネジャーの割合	69.6%	
4-8	看取りに向けて医療側(主治医等)と情報・意識共有がスムーズに行われていると感じるケアマネジャーの割合	77.2%	
5-1	在宅医療全夜間対応事業の救急患者数	270人	
5-2	在宅療養患者搬送事業の出動件数	232件	
5-3	医療系サービス(訪問看護、訪問リハ、通所リハ、短期入所療養介護)の利用量	計5,283人/月	
5-4	在宅医療相談窓口事業の相談件数	348件	
5-5	在宅医療・介護連携にかかる多職種による研修会の開催回数・参加者数	集計中	
5-6	【指標なし】(市が果たすべき役割や実施体制について5-7とあわせて第9期計画中に検討し、取組と目標を設定)	-	
5-7	【指標なし】(周知の方法や体制を第9期計画中に検討し、取組と目標を設定)	-	
5-8	【指標なし】(第9期計画中に医療職・ケアマネジャーへのアンケート・ヒアリング等を経て検討)	-	
5-10	【指標なし】(第9期計画中に検討を実施し、対応の要否や時期を判断)	-	
5-11	【指標なし】(5-8の検討を経て第9期計画中に設定)	-	
5-12	【指標なし】(5-8の検討を経て第9期計画中に設定)	-	

**現状**

医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた場所で最期まで自分らしく穏やかに暮らし続けることは、多くの方に共通の願いです。そのためには、在宅で必要な医療や介護が受けられることはもちろん、医療・介護それぞれの関係者が本人の意思に寄り添って連携していく仕組みづくりも欠かせません。

そして高齢者本人や家族も、いつか必ず訪れる人生の最終段階について、受けたい医療や望む看取りの形などを事前に考えて話し合う機会をもつことが望ましいと考えられます。

**方向性**

医療と介護の両方を必要とする状態の在宅高齢者向けのサービス提供体制整備(3-1)

- ・ 医師会等と連携しながら、必要な在宅医療サービスが安心して受けられる体制を維持します。

終末期まで意識した「生き方」の選択に必要な情報の周知(3-2)

- ・ 在宅医療相談窓口やACP(人生会議)(P49・173参照)や看取りに関する情報など、市民向けに周知をはかります。

医療・介護それぞれの専門職の目的意識の共有や専門職間の連携強化(3-3、3-4)

- ・ 医療・介護連携にあたっての課題を共有するため、医療職向け意識調査など、課題解決に向けた検討を行います。
- ・ 日常的・入退院時・急変時・看取りに向けての各段階で必要な専門職間の連携を強化します。

**参考**

在宅医療と介護連携イメージ(在宅医療の4場面別にみた連携の推進)

在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護が主に共通する4つの場面を意識して取り組む必要があります。

【4つの場面と望ましい連携のあり方】

日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>●多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供</li> <li>●緩和ケアの提供 ●家族への支援 ●認知症ケアパスを活用した支援</li> </ul>
入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院医療機関と在宅医療・介護にかかる機関との協働・情報共有による入退院支援</li> <li>●一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供</li> </ul>
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認</li> <li>●患者の急変時における救急との情報共有</li> </ul>
看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施</li> <li>●人生の最終段階における意思決定支援</li> </ul>

**5-6**

救急医療情報シートの市民向け周知

高齢者が救急車を要請した際に、搬送先の決定や、搬送先で適切な治療ができるよう、あらかじめ必要な状況を記入する「救急医療情報シート」の重要性を普及啓発し、迅速かつ的確な救急搬送を目指します。

## コラム 高齢者とくすり

高齢になると、肝臓や腎臓の働きが弱くなり、くすりを分解したり、体の外に排泄したりするのに時間がかかるようになります。また、くすりの数が増えると、くすり同士が相互に影響し合うこともあります。そのため、くすりが効きすぎてしまったり、効かなかったり、副作用が出やすくなったりすることがあります。

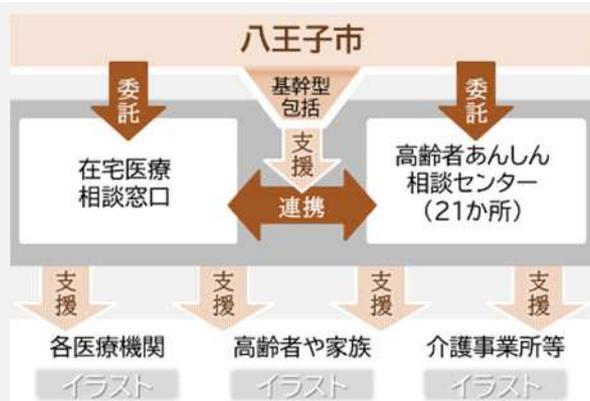
気になる症状があっても、勝手にくすりをやめたり、減らしたりするのはよくありません。くすりによっては、急にやめると病状の悪化や思わぬ副作用につながる可能性があります。必ず、医師や薬剤師に相談しましょう。

日頃から、かかりつけの医師や薬剤師を持って、処方されている薬の情報を一元的に把握してもらっておくのが安心です。また相談しやすいようにお薬手帳を1冊にまとめて活用しましょう。

## 5-4 在宅医療相談窓口

市は、八王子市医師会への委託により八王子市在宅医療相談窓口を設置し、様々な相談への対応ができる体制を整えています。

今後、施策目標8(P72～77)で述べる高齢者あんしん相談センターの機能強化をすすめていく中で、在宅医療相談窓口と高齢者あんしん相談センターが連携を深め、個別の課題解決や関係機関の連携支援を行いやすい体制を構築していきます。



## 5-9 医療と介護の情報共通・連携ツールの活用促進

国の基本指針(P158～159参照)では、医療・介護の連携強化に向けた情報基盤整備の重要性について触れられています。本市においては、患者の情報を多職種間で共有できる「まごころネット」を八王子市医師会が運用しており、市がこの取組を支援しています。一方で、在宅生活改善調査(ケアマネジャー調査)によると、「日常的に使用している(24.7%)」、「週に1回以上(6.6%)」と、約7割のケアマネがほとんど使用していない実態があります。

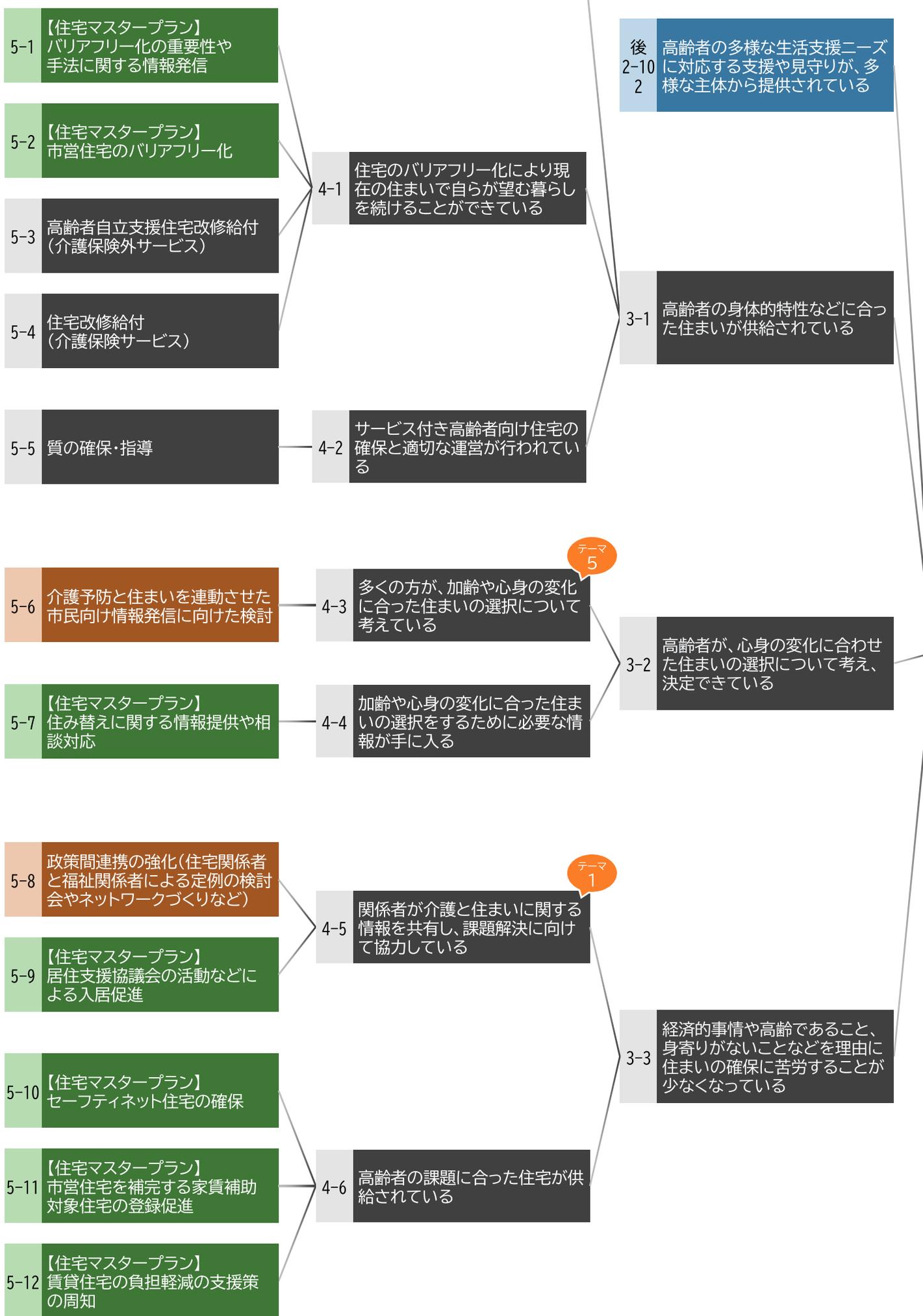
今後、情報基盤の整備の流れが全国的に加速していくことを踏まえ、まごころネットの活用促進や課題検討など、医療・介護関係者が連携した取組をすすめていきます。

## 参考 ACP(人生会議)とは

アドバンスド・ケア・プランニングの略称で、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。

本市では、広報誌での市民向け周知や、八王子市在宅医療相談窓口でのケアマネジャー向けの情報発信など、5-4で述べた連携体制構築と合わせて検討をすすめ、第9期計画中(令和7年度を想定)に具体的な事業化を行います。

○ 施設整備方針（施設・居住系サービス） → 第6章



# 施策目標03

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	「今後の住まいについて不安を感じていない」と回答した高齢者の割合	28.6%	31.1%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	住宅のバリアフリー状況が現状の生活を続けられない理由となっている要介護者等の割合(第10期計画に向けた次回調査で検討)	第9期中に調査	調整中
3-2	将来要介護状態などになったときに備えて、住み替えや改修、自宅の管理などについて考えて準備している高齢者の割合	第9期中に調査	
3-3	民間賃貸住宅を必要とする人のうち、民間賃貸住宅を確保するのに苦労したことがある(している)高齢者の割合	29.3%	
4-1	今後の住まいに不安を感じている理由として「バリアフリー性能が十分でない」と回答した高齢者の割合	44.2%	
4-2	【指標なし】(質の確保については5-5と共通。供給量の目標については第9期計画では設定しない。今後、第10期計画に向けて将来予測や目標設定の必要性・現実性を引き続き検討)	-	
4-3	【指標なし】(3-2と共通)	-	
4-4	【指標なし】(3-2と共通)	-	
4-5	居住支援協議会等の住宅関係者が地域ケア会議に参加した回数	5回	
4-6	【指標なし】(5-10~12の実績)	-	
5-1	バリアフリー化の重要性や手法に関する情報発信に向けた取組状況	改修への補助制度について広報掲載 住宅なんでも相談会を実施 実施日数:33日 相談件数:60件	
5-2	市営住宅のバリアフリー化されている住戸数	521戸	
5-5	実地検査件数	6件	
5-6	【指標なし】(5-8の検討を経て第9期計画中に設定)	-	
5-7	住宅政策課窓口の入居相談件数	106件	
5-8	令和6年度に関係者の検討会を実施	-	
5-9	居住支援協議会の入居相談件数 (住宅相談会の相談件数、居住支援協力店への案内件数)	住宅相談会 相談件数 36件 居住支援協力店 案内件数 66件	
5-10	セーフティネット住宅 登録戸数	4,602戸	
5-11	家賃補助対象住宅 登録戸数	76戸	
5-12	賃貸住宅の負担軽減の支援策の周知の取組状況	募集案内や入居相談時(16件) 不動産関係者へのセミナー等(1回)	

**現状**

加齢に伴う心身の機能低下は、住まいや住環境において様々な不都合をもたらします。また、住まいがその方に合っているかどうかは、在宅生活が続けられるかどうかを左右する場合があります。

今後、独居の困窮者・高齢者等の増加が見込まれる中、住まいと住環境の整備は、老齢期の生活の維持や個人の尊厳の観点から重要な課題です。また、経済的事情や高齢であること、身寄りがいないことなどの理由により、高齢者が住まいの確保に苦勞することがあります。

本市では『八王子市住宅マスタープラン』を策定しています。同計画の記載内容も含めて、住宅政策の所管部署とも連携して取組を推進していくことが必要です。

**方向性**

高齢者の身体的特性などに合った住まいの供給(3-1)

- ・ 現在の住まいでの暮らしを望む高齢者が、今後も暮らし続けられるよう支援します。

高齢者が心身の変化に合わせた住まいの選択について考え、決定できる環境づくり(3-2)

- ・ 介護予防と住まいを連動させた市民向け情報発信に向けた検討を行います。

高齢者固有の事情により住まいの確保に苦勞する事態の低減(3-3)

- ・ 住宅分野・福祉分野の関係者が定例の検討会などを通じて連携を強化し、介護と住まいに関する情報を共有しながら課題を解決していく体制を構築します。

参考

主な高齢者向け住宅について

名称	対象者	特徴
サービス付き 高齢者向け住宅	60歳以上の方 又は 要介護認定を受けた 60歳未満の方	安否確認と生活相談サービスなどが提供される バリアフリー仕様の賃貸住宅。
住宅型 有料老人ホーム	主に60歳以上の方	生活支援、健康管理、食事などのサービスが提供される居住施設。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、介護サービスを利用しながら居室での生活を継続することが可能。

5-3,4

住宅の改修

体力の減少などで、家の中で段差につまずく、お風呂やトイレに入りにくくなるなどの困りごとが生じてても、手すりの取り付けや段差の解消などにより、自宅でご自身が望む生活を続けられる場合があります。できる限り住み慣れた家で、安心して生活を送ることができるよう、住宅の改修について、支援を行います。

## 参考 第4次八王子市住宅マスタープラン

本市の住宅施策全般を対象として、課題や施策の方向性を示した計画です。

8つの基本方針の2つ目として「高齢者や障害者等が安心して快適に暮らすことのできる住宅・住環境の整備をはかる」ことが位置づけられています。この基本方針に基づき、高齢者や障害者等が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、ニーズ等に適した住まいを選択するという「住宅」の視点と、地域での支えあいも含めた「住環境」の視点から、住宅分野と福祉分野が連携した施策展開が定められています。

基本理念：誰もが誇りと愛着を持って地域で住み続けることができる、住まいづくり・まちづくり

計画期間：令和3年度(2021年度)～令和12年度(2030年度)

## 5-8 政策間連携の強化

「住まい」は物理的にも心理的にも生活の大切な拠点であり、経済面や心身機能などに困難のある方でも自分に合った安心できる住まいを確保できるよう支援することは、生活支援の第一歩になります。

高齢者の住宅確保支援のニーズが増加していくことが想定される中、居住支援協議会や高齢者あんしん相談センターなど、住宅関係者と福祉関係者による定例の検討会やネットワークづくりをすすめ、政策間連携を強化します。また、こうした連携の中で、住まいの管理や継承等といった住宅に係る諸課題についても、効果的な支援策等の検討をすすめていきます。

## 5-9 居住支援協議会の活動などによる入居促進

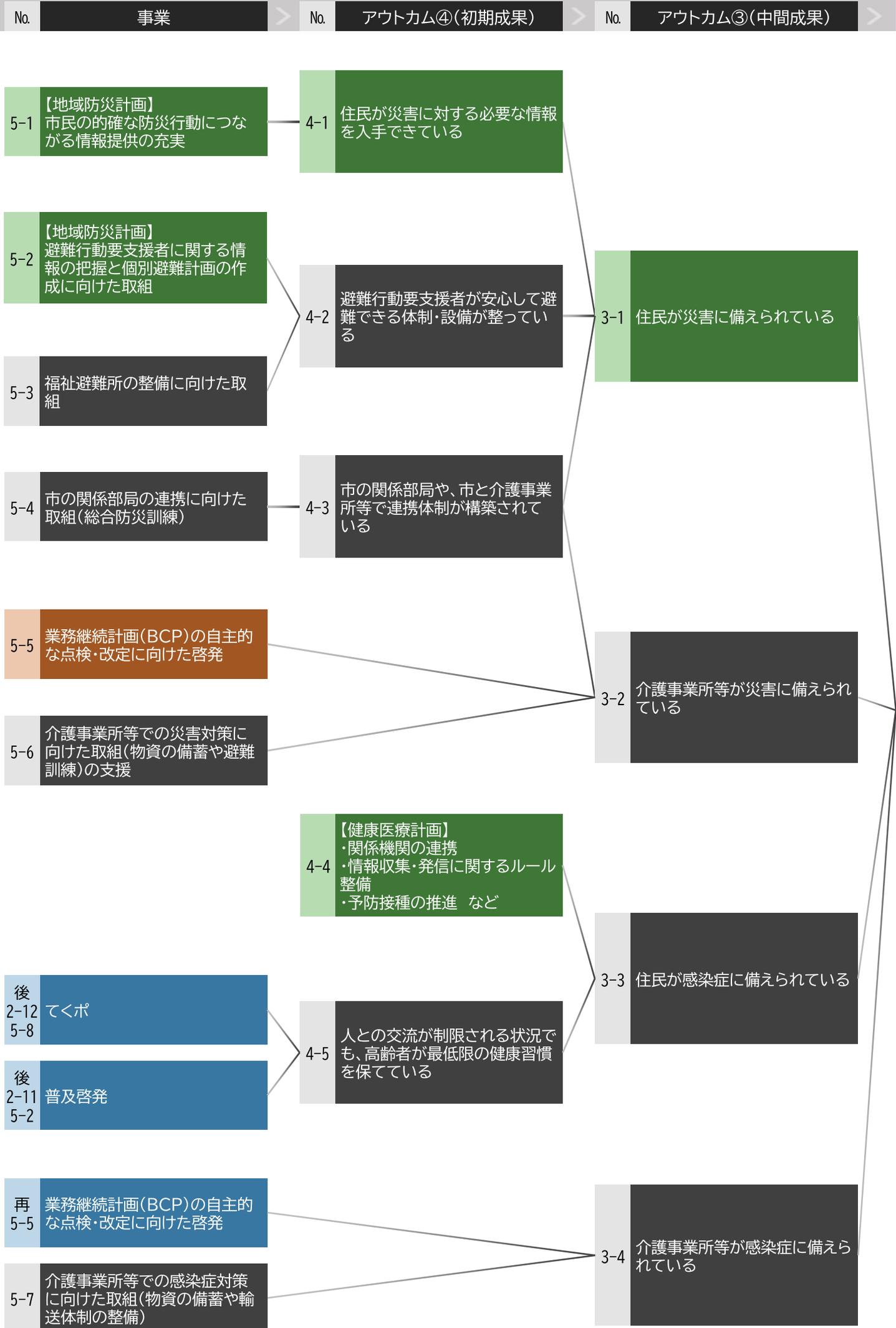
居住支援協議会とは、住まい探しにお困りの低所得者、高齢者、障害者、子どもを育成する家庭などの民間賃貸住宅への入居を支援する取組を行う団体です。八王子市では、平成28年(2016年)2月に、不動産関係団体、居住支援団体及び八王子市が共同で規約を定め、八王子市居住支援協議会が設立されました。

行政だけでは解決できなかった住宅にかかわる課題について、居住支援協議会の活動により、不動産関係団体、居住支援団体、八王子市が連携し、情報交換や協議を行い、様々な取組を実施していくことで、住まい探しにお困りの方と賃貸人の双方に対して支援を行います。

## コラム 賃貸住宅における遺品整理の問題

身寄りのない高齢者が賃貸住宅で亡くなるケースでは、住宅内に残された遺品の処理が全国的な課題となっています。法的には遺品は相続人の所有物となるため、相続人がわかるまで安易に処分することができず、次の入居者を入れることも難しくなります。こういったリスクも、高齢者の入居に消極的なオーナーがいる原因の一つとなっている可能性があります。

高齢者の住まいの確保にあたっては、経済的な問題や心身機能の低下に限らない様々な課題を明らかにし、関係者が連携していくことが重要です。



# 施策目標04

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	災害に強いまちと感じている市民の割合	37.5% (令和4年度)	51.3%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	災害に備えている市民の割合(食料・飲料水の3日分以上の備蓄、避難場所や安否確認方法の共有を全て行っている方)	集計中	
3-2	災害対策の計画・体制が整っていると感じる事業所の割合	55%	
3-3	【指標なし】(健康医療計画で進捗管理)	-	
3-4	感染症対策の計画・体制が整っていると感じる事業所の割合	73.5%	
4-1	複数の手法で防災情報を入手できる市民の割合	75.2%(令和4年度)	
4-2	個別避難計画の作成件数	137件(令和4年度末)	
4-3	【指標なし】(健康医療計画で進捗管理)	-	
4-4	【指標なし】	-	
4-5	【指標なし】	-	
5-1	市民の的確な防災行動に繋がる情報提供の充実に向けた取組状況	防災情報メール 43,813人(10/17) コスモキャスト 4,191人(8月末)	調整中
5-2	避難行動要支援者把握のための調査(P57参照)によって把握した75歳以上の高齢者数	23,663人	
5-3	福祉避難所の整備率	57.1%	
5-4	市の関係部局の連携に向けた取組状況	-	
5-5	業務継続計画(BCP)の点検・改定に関する情報発信状況 ※令和6年度から策定が義務化されるため策定支援研修は令和5年度までとし、その後は国の動向を注視し、対応を検討していく。	支援研修3回及び個別支援実施	
5-6	介護事業所等での災害対策に向けた取組状況	備蓄物資の配備実績:41事業所 IP無線機を利用した通信訓練実績:32事業所	
5-7	介護事業所等での感染症対策に向けた取組状況	備蓄物資の配備実績:41事業所	

## 現状

令和3年(2021年)5月に「災害対策基本法等の一部を改正する法律」が施行されました。このことを受け、本市では令和4年度(2022年度)より、高齢者や障害者など、災害が発生した際やその恐れがある際に自力で避難が困難な「避難行動要支援者」を支援するために、福祉関係者や地域の民生委員・児童委員、避難支援等関係者等と連携の連携を強化しています。おおむね令和7年度(2025年度)までに避難支援(安否確認、避難誘導)の仕組みづくりを行うこととしています。

令和2年(2020年)3月に本市で新型コロナウイルス感染症が確認されてから、公共施設の休館や外出制限など、これまでに経験したことのない状況に直面しました。本市では、介護従事者への優先的なワクチン接種や、介護事業所へのマスク・アルコール消毒液等の配布など、介護事業所への支援を行いました。

令和3年(2021年)の介護報酬改定において、自然災害や感染症などの発生時にもサービス提供を続けるようにするためのBCP(事業継続計画)の策定が義務付けられ、令和6年(2024年)3月までの経過措置が設けられています。全ての介護事業者は令和6年(2024年)4月までにBCPを策定しなければいけないこととなっています。

## 方向性

### 住民及び介護事業所の災害への備え(3-1、3-2)

- ・ 避難行動要支援者が安心して避難できる体制・設備を整備します。
- ・ 市の関係部局や、市と介護事業所等の連携体制を強化します。

### 住民及び介護事業所の感染症への備え(3-3、3-4)

- ・ 市や都、保健所、協力医療機関等と介護事業所等の連携体制を強化します。
- ・ 介護事業所等で感染症対策に必要な体制・設備を整備します。

## 5-5 業務継続計画(BCP)の点検・改定支援

令和6年度(2024年度)より事業所に義務付けられた業務継続計画(BCP)について、新規事業所等が確実に策定するよう周知を行うとともに、市内事業所全体に向けて必須となる研修及び訓練等の周知をすすめます。

また、各事業所のBCPが時代に合った実効性のあるものとなるよう、事業所によるBCP点検・改定に向けた支援についても、国の動向等を見ながら必要性を検討します。

## 参考 コロナ禍でのサロン

多くのサロンが長期間休止を余儀なくされ、孤立や閉じこもりによる参加者の心身の状態悪化が心配される中、参加者のご自宅に伺って安否確認をしたり、積極的な声掛けをしたりすることで地域のつながりを保とうと努力する団体が多く見受けられました。市も、刻一刻と変わる状況の中で随時様々な情報を発信し、サロン活動を安全・安心に継続できるよう支援してきました。

今期計画では、活動休止による影響評価を行いながら、つながりと活動の再構築を積極的に支援していくことが市の役割になります。

**対象者の把握**

福祉情報や高齢者世帯実態調査等により、避難行動要支援者の把握を行うとともに、対象者から個別避難計画作成の同意をいただきます。

**避難支援等の実施**

災害時には策定した個別避難計画に基づき家族や避難支援等関係者と連携し、安否確認や避難誘導等の避難支援を実施します。



災害発生

避難

**個別避難計画の策定**

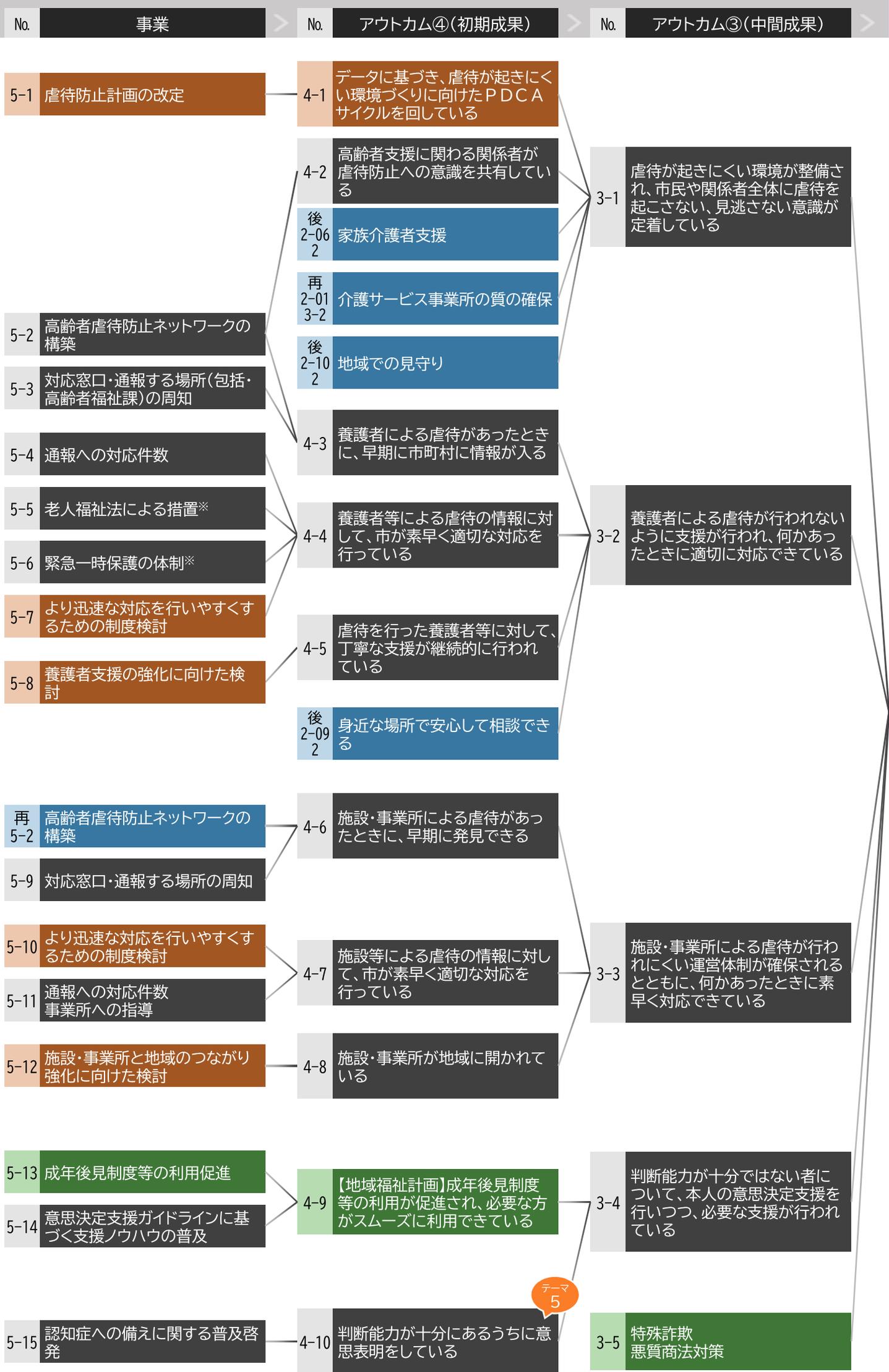
福祉の専門職や民生委員・児童委員等が家族や地域の避難支援等関係者(町会・自治会、自主防災組織等)と連携して、個別避難計画を策定します。

風水害の  
イラスト

自宅

**難を避ける**

避難とは「難」を「避」けることです。避難の実施にあたっては、市が開設する避難所だけではなく、在宅避難や、安全な親戚・知人宅に避難することなど最適な方法を確認しておきます。



テーマ  
5

# 施策目標05

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	虐待や財産の詐取などから高齢者が守られていると感じる人の割合	第9期中に調査	調査結果を踏まえて設定

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	介護を受けている高齢者への虐待が疑われる状況を発見した場合に、相談窓口や通報先に連絡する人の割合	90.9%	
3-2	養護者による虐待の判断件数(モニタリング指標)	15件/年	なし
3-3	施設・事業所による虐待の通報件数(モニタリング指標)	15件/年	なし
3-4	「成年後見制度などにより、意思決定や意思表示が難しい方に必要な支援が行われている」と感じるケアマネジャーの割合	第9期中に調査	
4-1	【指標なし】(5-1で検討し、第9期計画中に設定)	-	
4-4	【指標なし】(5-1の検討において、素早く適切な対応をするためのボトルネックを特定し、それに合わせて取組と指標・目標を設定する。)	-	
4-5	虐待判断の終結の件数	集計中	
4-6	施設・事業者への虐待疑い通報件数	集計中	
4-7	【指標なし】(5-1の検討において、素早く適切な対応をするためのボトルネックを特定し、それに合わせて取組と指標・目標を設定する。)	-	
4-8	地域との交流事業や教室開催、ボランティア受け入れなどを行っている事業所の割合	第9期中に調査	
4-9	成年後見制度、権利擁護事業について、必要な方に適切な支援が行われていると感じているケアマネジャーの割合	成年後見:41.5% 権利擁護:44.4%	
4-10	将来認知症などになったときの財産管理や意思決定について備えている高齢者の割合	集計中	
5-1	データに基づくPDCAサイクルの視点を踏まえた虐待防止計画の見直し、改訂	-	調整中
5-2	高齢者虐待防止研修※参加者数	230人	
5-3	市民向けの周知の検討及び実施数	検討中	
5-4	対応件数	集計中	
5-5	措置者数	集計中	
5-6	高齢者緊急一時保護事業委託事業者数、保護人数	14法人 10人/年	
5-7	【指標なし】(虐待即応チームの設置なども視野に5-1の計画で設定)	-	
5-8	【指標なし】(5-1の計画で設定)	-	
5-9	虐待通報場所の周知、公益通報者保護法の周知	虐待防止研修 8回/年 参加者1,000人	
5-10	【指標なし】(5-1の計画で設定)	-	
5-11	事業所への指導件数、通報の対応件数	-	
5-12	【指標なし】(第9期計画中に事業者ヒアリングや現状分析を実施)	-	
5-13	成年後見制度に関する講座・学習会の開催回数	-	
5-15	認知症への備えに関する普及啓発の実施状況 ※ 認知症まるごとガイドブック(ケアパス)や認知症と診断された当事者と家族を応援するガイドブック配布、イベント実施等	・ケアパス 3千部 ・ガイドブック 1万部 ・イベント 2回	

老人福祉法による措置	介護保険サービスが必要であるにもかかわらず、虐待・認知症等のやむを得ない理由でサービスの利用契約やその前提となる要介護認定の申請ができない場合に、市が職権で必要な介護保険サービスを提供するもの。
緊急一時保護の体制	在宅での生活が一時的に困難となった高齢者または虐待等により保護を要する高齢者を、養護老人ホームにおいて一時保護すること。
高齢者虐待防止研修	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行う研修。

現状

厚生労働省が毎年実施している調査では、養護者・介護施設従事者等による高齢者虐待の通報件数は増加傾向となっています。高齢者虐待は様々な要因が複雑に絡み合っていることが多く、その解決のためには市だけではなく、各関係機関と連携した対応が不可欠となっています。また、高齢者や介護者を孤立させず、地域全体で見守り・支えていくことなどにより、虐待が起きにくい環境を整備していくことも重要です。

一人暮らしや認知症の高齢者が増加する中、意思表示や財産の管理が難しい方の支援や、犯罪・悪質商法から高齢者を守る取組についても重要度が増しています。

方向性

虐待が起きにくい環境づくりと、素早く適切な対応ができる連携構築(3-1～3-3)

- ・ 介護者の孤立防止や施設と地域のつながりづくりなど、虐待が起きにくい環境づくりを意識し、データに基づくPDCAサイクルの視点を取り入れた新たな虐待防止計画を策定します。
- ・ 虐待防止に向けて、相談窓口の周知や地域のネットワークづくりを推進します。

本人の望みを大切に意思決定支援と、「もしも」に備える文化づくり(3-4、3-5)

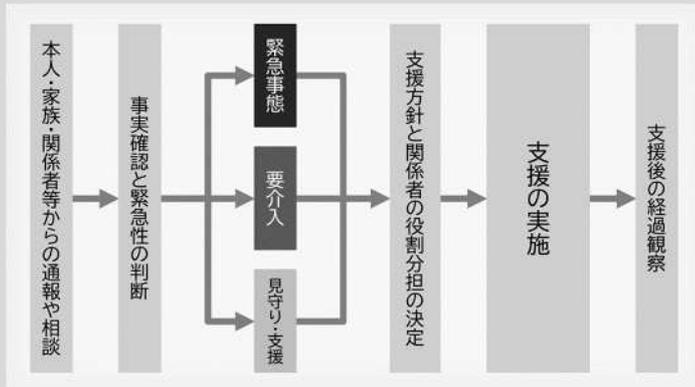
- ・ ご自身での意思表示や財産管理が難しくなった方について、成年後見制度をはじめとした意思決定支援制度が効果的に活用されるよう、支援者や家族への周知を行います。
- ・ 元気なうちから「将来認知症などになったときにどうするか」を考えて準備する意識を醸成する普及啓発を行います。

5-1 虐待防止計画の改定

市は、各関係機関との連携による虐待対応体制づくりに向け、八王子市高齢者虐待防止計画を定めています。これについて、「虐待が起きにくい環境づくり」を明確に意識し、データに基づくPDCAサイクルの視点をもった計画にレベルアップします。

参考: 虐待発生原因に関する調査結果

虐待者の要因	%	被虐待者の状況	%
性格や人格 (に基づく言動)	57.9	認知症の症状	52.9
介護疲れ・ 介護ストレス	50.0	身体的自立度の低さ	39.9
被虐待者との虐待 発生までの人間関係	46.5	性格や人格 (に基づく言動)	30.9
精神状態が 安定していない	46.1	精神障害(疑い含む)、高次脳機能 障害、知的障害、認知機能の低下	30.6
理解力の不足や低下	43.1	排泄介助の困難さ	26.6
知識や情報の不足	42.6	外部サービス利用に抵抗感がある	14.0



虐待に関する通報や相談があった際には、早急な事実確認を行ったうえで虐待の有無や緊急性を判断します。判断にあたっては継続的な見守りが必要なケースも多く、スピードだけでなく慎重さや関係者との信頼関係も求められます。

様々なケースについて「判断は適切だったか」「判断をより早めることはできなかったか」「深刻化の防止や再発防止につながったか」などを検証しながら、虐待防止計画に反映していきます。

5-13 ~ 15

意思決定支援の制度

意思決定などが難しい方への支援には、状態や必要な援助の範囲などに応じて以下の制度があります。

	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			
範囲	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
運営主体	家庭裁判所(申立に基づき後見人を選定)			当事者間契約	東京都 社会福祉協議会	八王子市 社会福祉協議会
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				福祉サービスの利用援助 金銭管理 書類等預かり	

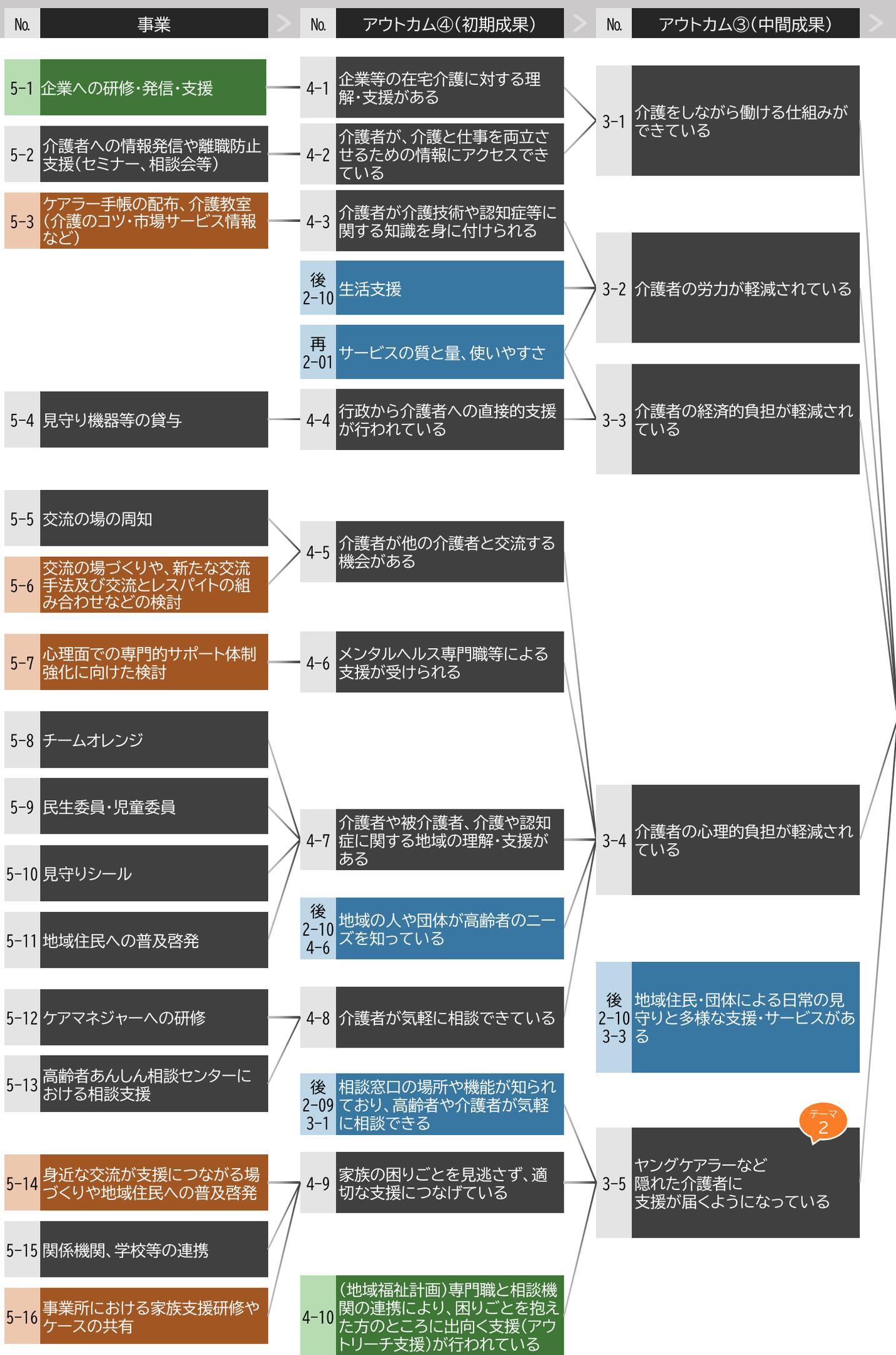
これらの制度を必要な方が安心して利用できるように、本市では八王子市社会福祉協議会への委託により、「成年後見・あんしんサポートセンター八王子」を設置し、制度の周知と利用促進をはかっています。一方で、当該センターや制度が十分に知られていないことが大きな課題となっているため、いざという時に備えるためにも、普及啓発を充実します。

5-15

認知症への備えに関する普及啓発

認知症は誰もがなりうるものであり、現時点では確実に防ぐ方法や正確に発症を予測する方法は存在しません。いざそうなったときに自分や家族が戸惑わないよう、財産の管理や引継ぎ、望む医療や介護の形などについて、事前に考え、話し合っておくことは非常に重要です。

本計画では、認知症を含めた「老い」に備える文化づくりを重要テーマの一つに掲げ、普及啓発や学びの場の整備などをすすめていきます。



テーマ  
2

# 施策目標06

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	在宅介護に対して不安を感じていない介護者の割合	12.4%	15%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	介護休業を取得したり、仕事の仕方を調整したりしている介護者の割合	55.2%	調整中
3-2	1日あたり介護にかかっている時間で「必要な時に手を貸す程度」と回答した介護者の割合	37.2%	
3-3	介護をする上で困っていることに「経済的不安が大きい」と回答した介護者の割合	17.4%	
3-4	介護をする上で困っていることに「精神的負担が大きい」と回答した介護者の割合	24.5%	
3-5	【指標なし】(第9期計画中に具体的な指標を検討)	-	
4-2	介護休業制度、利用できるサービス等について理解している介護者の割合	28.9%	
4-3	介護について必要な知識・技術がある介護者の割合	41.3%	
4-5	ほかの介護者と交流している介護者の割合	6.9%	
4-7	地域に助けられていると思う介護者の割合	52.9%	
4-8	介護について相談できると回答した介護者の割合	83.5%	
4-9	困りごとがあると想定される家族について、家族(当事者)以外から高齢者あんしん相談センターへの相談件数	集計中	
5-1	市内中小企業の多様な働き方の導入促進に向けた検討	-	
5-2	セミナー等開催回数・参加者数	2回・20人	
5-3	ケアラー手帳の配布数	-	
5-4	救急通報システム利用者数	192人(9月末現在)	
	認知症高齢者探索機器の貸与件数	180人(9月末現在)	
5-5	セミナー開催数・パンフレット作成部数・イベント開催数	2回・2,000部 啓発イベント2回	
5-6	家族会開催回数・参加者数	集計中	
	【指標なし】(5-7とあわせて第9期計画中に具体的な方策を検討)	-	
5-7	【指標なし】(5-6とあわせて第9期計画中に具体的な方策を検討)	-	
5-8	チーム数	5チーム	
5-9	民生委員・児童委員による支援件数	292件 (令和4年度実績)	
5-10	見守りシール利用者数	延95人	
5-11	セミナー開催回数・参加者数	2回・20人	
5-12	研修開催回数・参加者数	9回・800人	
5-13	相談支援件数	集計中	
5-14	令和7年度までに、広報はちおうじでの周知など、身近なケアラーに気づいてさりげなく支えるための普及啓発を開始	-	
5-15	【指標なし】(地域福祉計画3-2-2「複雑化・複合化した支援ニーズに対応する共通支援スキームの構築」や令和7年度からの次期八王子市子ども・若者育成支援計画と連動しながら、第9期中に高齢者福祉部門における取組と目標を設定)	-	
5-16	家族の支援について研修等を行っている事業所の割合	第9期中に調査	

レスパイト	介護者が一時的な息抜きや介護以外の用事を行う時間が持てるよう、民間・公的サービスが一時的に介護等を担うこと
見守りシール	認知症の方などの衣服や持ち物等に貼り付けるシールで、行方不明になった際に発見者にわかるよう、連絡先が記載されている。発見者も家族等もお互いに個人情報を出さずに直接やり取りすることが可能で、早期保護につなげることができる。

## 現状

介護保険制度の創設から20年以上が経ち、その後の介護サービスの充実に伴って、「介護は家族がするもの」という考え方から、「介護は社会全体で支えるもの」という考え方に少しずつ変わってきています。

しかし、介護サービスを利用している場合でも、多くの家族は何らかの心理的な負担感や孤立感を有しており、特に、認知症の人を介護している家族の場合にこの傾向が強いと言われています。

また、家族介護者の離職防止については、一億総活躍社会の実現の観点から、必要な介護サービスの確保をはかるとともに、家族の柔軟な働き方の確保、働く家族等に対する相談・支援の充実をはかるとして、希望する方が働き続けられる社会の実現を目指すこととされています。

さらに、全世代型社会保障の構築をすすめる観点から、ヤングケアラーも含めた家庭における介護の負担軽減のための取組をすすめることが重要です。

## 方向性

家族介護者の労力、経済的・心理的負担を減らし、介護をしながら働ける仕組みづくり(3-1～3-4)

- ・ 家族介護者教室や介護者同士がつながる場の整備など、これまでの取組を継続して実施するほか、介護者へのメンタルヘルスケア専門職等による支援について検討します。

ヤングケアラーなど、隠れた介護者への支援体制の構築(3-5)

- ・ 家族の介護をしている子どもなど、自身をケアラーと認識していない方に対して、ケアラーである気づきを促す取組をするほか、学校などと連携した支援体制を構築します。

### 5-2 介護者への情報発信や離職防止支援(セミナー、相談会等)

市・高齢者あんしん相談センターで実施している「仕事と介護の両立のためのセミナー・相談会」や、国や都で実施している離職防止支援等、家族介護者に必要な情報発信を行い、介護をしながら働けるよう支援します。

### 5-3 ケアラー手帳、家族介護者教室

悩みを抱える家族介護者に向けて、相談窓口や家族介護の経験談等を掲載したケアラー手帳を作成・配布することで、家族介護者の負担軽減に向けた取組を強化します。また、高齢者あんしん相談センターが主体となり、家庭で高齢者を介護していくうえで役に立つ介護や病気の知識、介護保険や福祉サービスの利用の仕方などについて学べる教室を実施することで、介護者の労力軽減をはかります。

認知症により道に迷うことがある方を在宅で介護している親族の方に、GPS 端末を利用した探索機器を貸し出すことで、事故の未然防止と、早期発見と事故の未然防止をはかり親族の方の負担を軽減します。

## コラム

## ヤングケアラーとは？

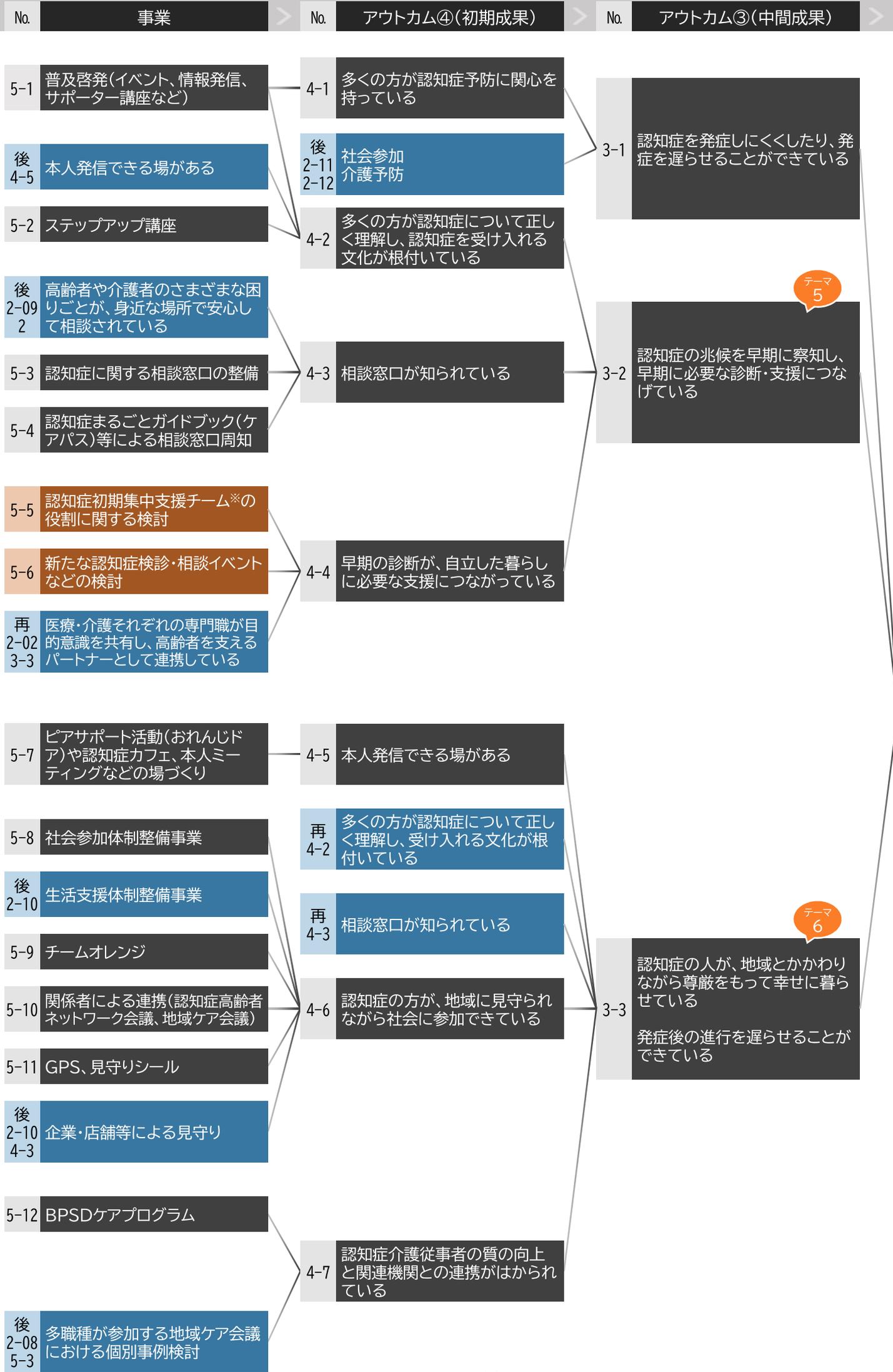
「ヤングケアラー」とは、家事や家族の世話などを日常的に担うことで、学業・友人関係に影響が出てしまい、望む将来や進路の選択肢が狭まってしまう子ども・若者のことを言います。家族の手伝い・手助けをすることは「普通のこと」と思い、自身がケアラーと認識していないことが多く、また、家庭内の問題のため、人に言いづらいつらいと感じ、表面化しにくいことが課題です。

## 【市内の子どもの介護実態】

市は、令和4年度に「子どもの生活実態調査」の中で、家事負担（洗濯、掃除、料理、片付けなど）にかかる時間を調査しました。

対象：八王子市立小学校5年生（義務教育学校5年生を含む）、市立中学校2年生（義務教育学校8年生を含む）及びその保護者。

結果：小学5年生は回答者3,485名のうち115名（3.3%）、中学2年生は回答者3,126名のうち36名（1.2%）が、「1日に2時間以上自分が世話や介護をしなければいけない家族がいる」と回答。



テーマ  
5

テーマ  
6

# 施策目標07

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	認知症になっても地域で幸せに暮らせると思う方の割合	11.2%	18%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	日常生活自立度2A以上の新規認定を受けた時点での平均年齢	データ抽出方法の検討中	
3-2	認知症診断数に占めるMCI診断数の割合	データ抽出方法の検討中	
3-3	認知症安寧調査(P23)総合得点	82.9点(中間報告値)	
	診断後の状態変化率	データ抽出方法の検討中	
4-1	認知症の予防方法について知っている人の割合	62.4%	
4-2	認知症について、正しく理解している人の割合	78.1%	
4-3	認知症の相談窓口を知っている人の割合	28.7%	
4-4	①関係者の連携により、認知症が疑われる方を早期に医療受診につなげられていると思う高齢者あんしん相談センター職員の割合 ②医師が診断とあわせて適切な支援の案内を行っていると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
4-5	本人発信の場があると感じる認知症高齢者の割合	59.5%	
4-6	認知症の方が社会参加できる場や資源があると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
4-7	認知症にかかる多様な職種や機関と連携協働がはかられていると感じる事業所の割合	60.4%	調整中
5-1	認知症サポーター※ 新規サポーター数	3,000人	
5-2	ステップアップ講座の実施回数・参加人数	17回・200人	
5-3	家族会 設置数	23か所	
5-4	認知症まるごとガイドブック(ケアパス)や、認知症と診断された当事者・家族向けガイドブックの作成実績・改訂の検討	・ケアパス3千部 ・ガイドブック1万部 ・ケアパス別冊 改訂検討中	
5-6	第9期計画中に実施	-	
5-7	本人ミーティング活動実績(回数)	3回	
5-8	社会参加体制整備事業 活動実績	3か所	
5-9	チーム数	5チーム	
5-10	認知症高齢者ネットワーク会議、地域ケア会議の開催回数	ネットワーク会議 2回 地域ケア会議 220回	
5-11	見守りシール利用者数	延95人	
5-12	事業所数・アドミニストレーター(ケアプログラムの実践にあたって中心となる役割を担う者)の数	111事業所・157人	

認知症  
初期集中支援チーム

認知症の専門スタッフが、診断に結びついていない方の自宅を訪問し、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い、住み慣れたまちで暮らし続けることができるようにサポートする。チームは市内の指定医療機関に設置している。

認知症サポーター

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする者。各高齢者あんしん相談センターで認知症サポーター養成講座を随時開催している。

## 現状

認知症は誰もがなりうるものであり、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おり、令和7年(2025年)には高齢者の5人に1人が認知症になると言われています。その中で、令和5年(2023年)に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法(以下、「認知症基本法」という。)」が成立し、認知症の人を含めた全ての人々が相互に人格と個性を尊重しつつ支えあいながら共生する活力ある社会の実現を推進しているところです。

本市では、国の「認知症基本法」や「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症への備えとしての普及啓発や取組をすすめていきます。また、認知症高齢者や若年性認知症の人をはじめ、家族や地域住民といった、一人ひとりが住み慣れた地域で尊厳が守られ、希望を持って暮らし続けることができる共生社会の実現を目指します。

## 方向性

認知症を発症しにくくしたり、発症を遅らせたりすることにつながる生活習慣の普及啓発(3-1、3-2)

- ・ 様々な研究から、生活習慣病の予防や適度な身体活動、人とのかかわりなど、認知症を発症しにくくする生活スタイルがわかってきています。市では、通常の介護予防に関する普及啓発とあわせてこれらの生活スタイルに関する発信をすすめていきます。

認知症に対する正しい知識と理解の促進と認知症に関する相談先の周知の強化(3-1、3-2)

- ・ 認知症をよく知らないまま過度に恐れてしまうことは、早期の相談や早期の診断を妨げる要因にもなってしまいます。そこで、認知症サポーター養成講座や認知症普及啓発イベントの実施により、認知症に対する正しい知識と理解を深めるとともに、認知症まるごとガイドブック(ケアパス)等を活用し、認知症に関する基礎的な情報の提供と相談窓口の周知をすすめます。

認知症の人の本人発信と社会参加機会の創出(3-3)

- ・ 普及啓発イベントやピアサポート活動(P70参照)をはじめとした認知症に関する施策において、本人発信の機会を充実させ、社会に参画する機会を確保するとともに、認知症高齢者や若年性認知症の人をはじめ、多様な主体と話し合う場を設け、認知症の人が強みを生かせる社会参加の機会創出をすすめます。

## 参考

認知症基本法に定める市町村認知症施策推進計画と本計画の位置づけについて

本計画は、認知症基本法に定める「市町村認知症施策推進計画」を取り込んだ計画として位置づけています。認知症施策は、介護や福祉など関連分野と連携した取組が重要です。そのため、認知症に特化した計画とせず、本計画を大きな柱として施策を総合的かつ計画的に推進していきます。

5-1

普及啓発(イベント、情報発信、サポーター養成講座など)

認知症サポーター養成講座やステップアップ講座を実施し、認知症に対する正しい知識と理解を深めることを推進します。また、認知症の人や家族とともに普及啓発イベントを実施し、認知症に対する偏見を見直す機会をつくとともに本人発信の機会拡大を目指します。



5-4

認知症まるごとガイドブック(ケアパス)等による相談窓口の周知

ケアパス等を活用し、認知症に関する基礎的な情報提供と相談窓口の周知をはかるとともに、ケアパス等の改訂にあたって認知症の人や家族等に参画してもらい、認知症の人が尊厳と希望を持って共に暮らし続けられるまちづくりを目指します。



八王子市認知症まるごとガイドブック(ケアパス)



認知症と診断された当事者とその家族を応援するガイドブック



5-6

新たな認知症検診・相談イベントなどの検討

認知症への備えの一つとして、認知症の早期発見、早期診断及び早期対応につながる検診や相談イベントの機会を検討するとともに、認知症の人の意向が十分に尊重され、適切なサービスにつながる環境の整備をすすめます。

～本人による本人のためのもの忘れ相談～

ピアサポートとは、同じ立場の方同士の支えあいや分かちあいを意味します。

おれんじドアはちおうじでは、認知症の診断前後でこれからのことを不安に感じている人や家族を対象に、認知症と診断を受け、不安を乗り越えてきた認知症当事者(ピアサポーター)が相談員となり、自分自身の経験等の視点をもとに支援する場と機会を創出します。

写真掲載予定

お茶を飲みながら、生活上のちょっとした気かりなことや介護のこと、認知症のことなどについて思いや体験を語る常設の認知症家族サロンです。

誰もが気軽に参加できる場で、介護の経験者や専門職ともつながることができますので、ぜひご利用ください。

開所日時:火～土曜日 10:00～16:00

(祝日・年末年始を除く)

開所場所:八王子市子安町4丁目10-9 西村ビル2階

参加費:100円 問い合わせ:042-686-2279

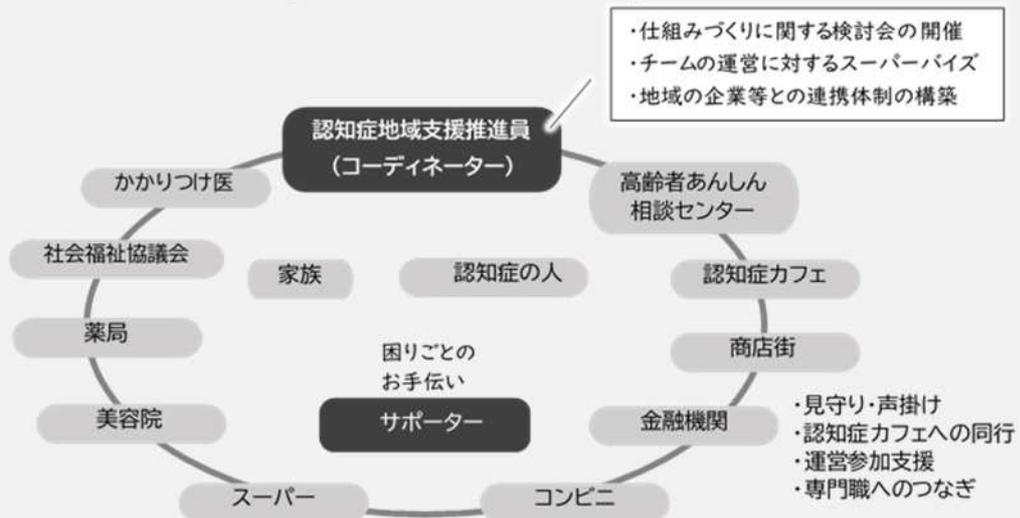


#### 認知症高齢者等社会参加体制整備事業

認知症高齢者や若年性認知症の人が、これまでの経験や能力を生かして社会参加活動を行うための体制を充実させるために、市内の活動拠点を3か所から5か所に増やすことを目指します。

ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームをつくり、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みです。認知症の人がチームの一員として参加しているのも大きな特徴です。第9期計画中に21チームを目指し、全ての日常生活圏域での活動を目指します。

### 【チームオレンジのイメージ】



一般に「認知症の症状」といわれるものは、記憶障害などの中核症状と、それに起因して行動や心理面に現れる症状(BPSD)に分けられます。BPSDケアプログラムは、この行動・心理症状の見える化・共有することで関係者が本人の自尊心を傷つけず、一貫したケアを提供するためのものです。

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、活用する事業所の募集、関係者向け各種研修等を開催し、介護現場における認知症ケアの質の向上を推進しています。

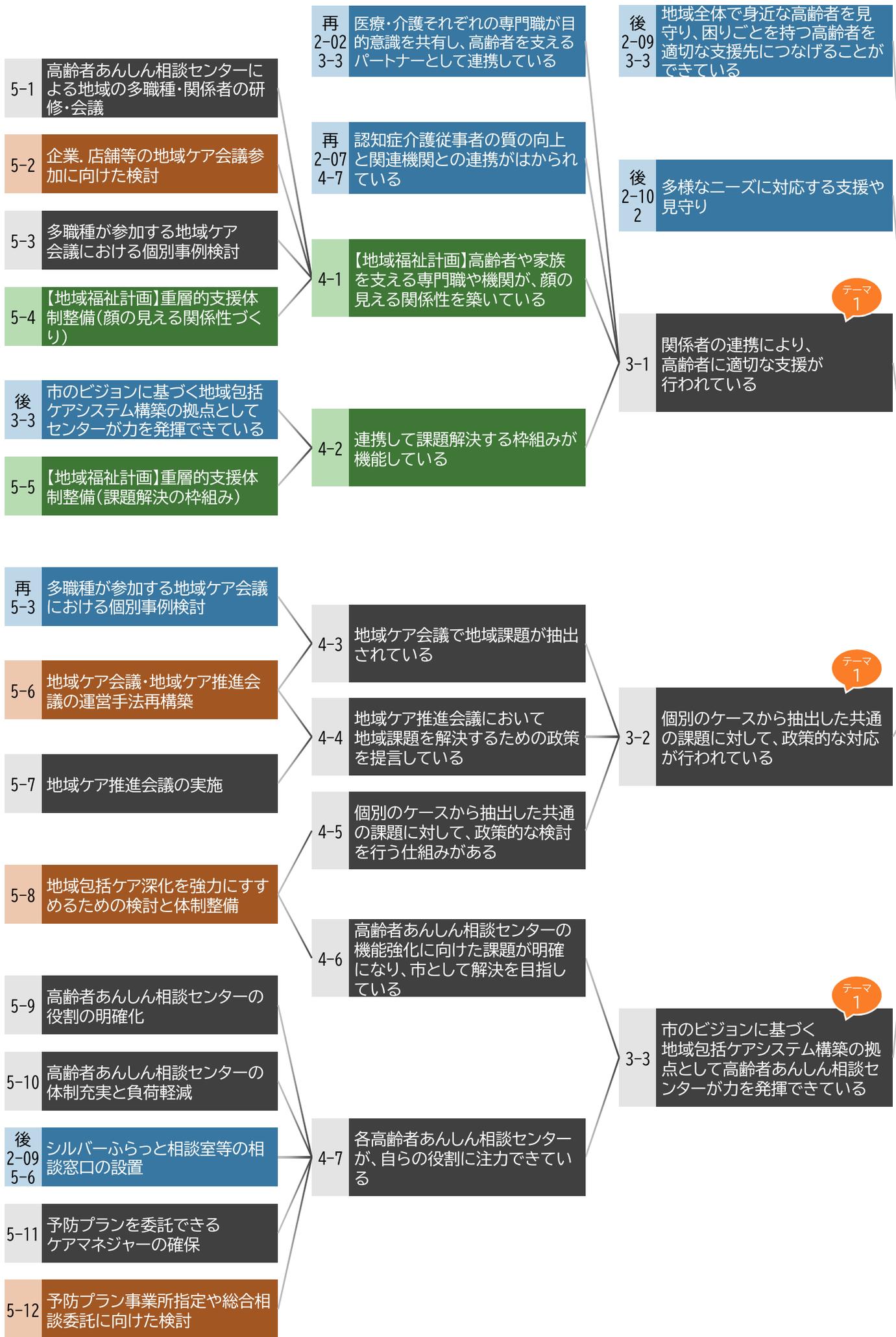
認知症地域支援推進員(以下、「推進員」という。)は、医療や介護などの関係機関とのネットワークづくり、地域の支援機関等の連携支援や認知症の人やその家族の相談や支援する体制づくりなどを行う、いわば、認知症支援のコンシェルジュです。本市では21圏域の各高齢者あんしん相談センターに配置されています。

#### ～推進員からのメッセージ～

「もの忘れかな？認知症と診断された...認知症の家族を介護している...ひとりで考え込んでいませんか。認知症は特別なことではありません。あなたが不安や心配なとき、いつでも差し伸べられる手でありたいと思っています。お気軽にお声がけください。」

#### 写真イメージ





多様な職種や機関が連携して個人や地域の課題を解決している

# 施策目標08

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	「(仮称)地域包括ケアアクションプラン」の策定	-	令和6年度中

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	関係者の連携により高齢者に適切な支援ができていると思う高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
3-2	提言した課題が政策につながっていると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
3-3	【指標なし】(5-8や5-12における検討や高齢者あんしん相談センター運営部会での検討を経て第9期計画中に設定)	-	
4-1	(専門機関向け)はちまるサポートの事業内容と役割の認知度	(R6～新規取得)	
4-2	重層的支援会議を活用した多機関連携による個別支援	支援会議の開催件数 令和4年度 7件 (令和5年度10月末 現在 2件)	
4-3	(5-6において、地域ケア会議で抽出された課題に政策として対応するための具体的な流れを設定し、それに合わせた指標を第9期計画中に設定)	-	
4-4	①地域ケア推進会議での市への政策の提言数 ②(5-6において、地域ケア推進会議の提言を政策化するための具体的な流れを設定し、それに合わせた指標を第9期計画中に設定)	①2件 ②-	
4-6	【指標なし】(5-8や5-12における検討や高齢者あんしん相談センター運営部会での検討を経て第9期計画中に設定)	-	
4-7	「市から任された役割がわかっている」「必要な人員の質と量が確保できている」と回答した高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
5-1	研修開催回数	114回	調整中
5-2	企業、店舗等の地域ケア会議への参加者数	26人	
5-3	個別事例検討件数	84件	
5-4	多機関合同研修の実施回数	延13回	
5-5	重層的支援体制整備事業の機能強化(多機関支援マニュアルの作成・周知、支援会議の開催回数)	マニュアル作成済み、 はちまると他所管との 合同研修延12回、 支援会議2回実施	
5-6	多職種による連携や地域課題の抽出、市の政策形成や地域資源づくりとの連携を見据えた地域ケア会議のマニュアル作成及び地域ケア推進会議の新体制の構築	-	
5-7	地域ケア推進会議の開催回数	4回	
5-8	以下について令和6年度中に所管横断で検討し、方策をまとめる。 ・高齢者あんしん相談センターの機能強化 ・高齢者あんしん相談センターの負担軽減 ・予防プラン作成支援 ・個別ケース対応と政策検討をつなげる仕組みづくり ・基幹型地域包括支援センターのあり方検討	-	
5-9	成果連動型委託契約の第9期計画中の導入	-	
5-11	委託数	27,552件	
5-12	【指標なし】(5-8の検討を踏まえて第9期計画中に具体的な検討を行い、取組や目標を設定)	-	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

## 現状

認知症、8050問題(P170)、ダブルケア(P167)など、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、分野横断的に対応するためにも多職種・多機関が連携し、一体となって課題解決をはかる体制を強化する必要があります。

地域の拠点である高齢者あんしん相談センターでは、日々増大していく業務に対応しながら、介護に関する第一の窓口として、リエイブルメント(P96)や地域づくりなど、計画の基本理念達成のための鍵になる役割を担うことが求められます。このため、センターのサテライト拠点(支所)となるシルバー見守り・ふらっと相談室の増設や一部業務の外部化などによる負担軽減をはかるとともに、体制充実や他機関連携による課題解決力の強化を重点的にすすめます。

さらに、現場で得られた気づきを政策に結びつけるため、センターで実施する地域ケア会議や市が実施する地域ケア推進会議、そして日常的な両者の問題意識共有について見直しと仕組み化を行います。

そして、これらの変革を確実にすすめるべく、21のセンターを支援する「基幹型地域包括支援センター」の機能強化を含めた抜本的な庁内体制の整備を最優先で実施します。

## 方向性

高齢者・家族を支える専門職や機関が、顔の見える関係性を築ける仕組みづくりの検討(3-1)

- ・ 重層的支援体制整備事業(P75参照)における「多機関協働事業」を強化し、様々な支援機関が分野の垣根を越えて連携できる「包括的な支援体制」を構築します。
- ・ 地域ケア会議に企業や店舗の方も参加する仕組みづくりを検討します。

全市的な課題に対応した政策が実行できる体制の再構築(3-2)

- ・ 地域ケア推進会議において、地域課題への対応方針をより効率的に決定できるよう、地域ケア会議を含め、地域ケア推進会議の運営手法の見直しをします。
- ・ 個別ケースから抽出した共通の課題に対して、政策的な検討を行う仕組みづくりを検討します。

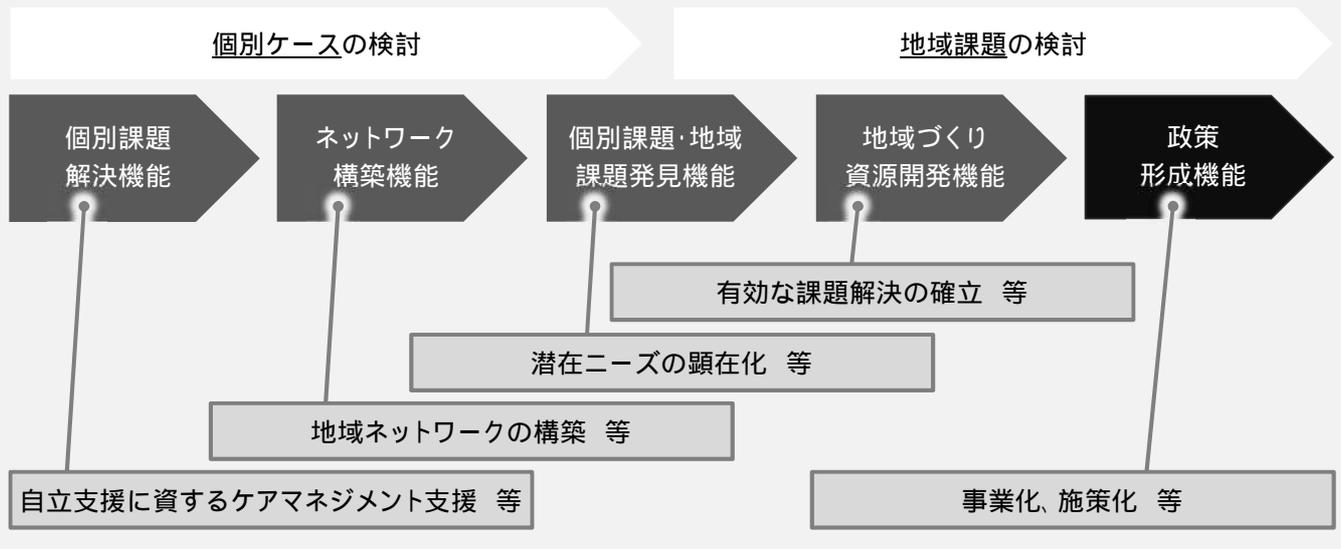
高齢者あんしん相談センターが力を発揮できる仕組みの検討(3-3)

- ・ 高齢者あんしん相談センターの体制を強化するとともに職員が本来の業務に注力できるように業務分担を見直すなど、多角的に負担軽減をはかります。
- ・ 現在4か所あるシルバーふらっとなど、高齢者あんしん相談センターのサテライト機能を持った拠点を増設し、機能強化をはかります。

地域ケア会議とは、高齢者の抱える様々な困りごとについて、生活支援コーディネーター・認知症地域支援推進員・医療従事者・介護従事者・リハビリ専門職・民生委員・家族介護者・市民・市職員等、多くの主体が参加し、多角的な検討をすることで、個別事例の課題解決をはかるための会議です。

地域ケア推進会議では、地域ケア会議で把握した市全体の地域課題について、学識経験者・医療従事者・介護従事者・リハビリ専門職・民生委員・町会・自治会・シニアクラブ・市民・市職員等、多様な主体が参加し、課題の共有や課題解決に向けた議論を通して、市の施策へつなげます。

参考：地域ケア会議の5つの機能



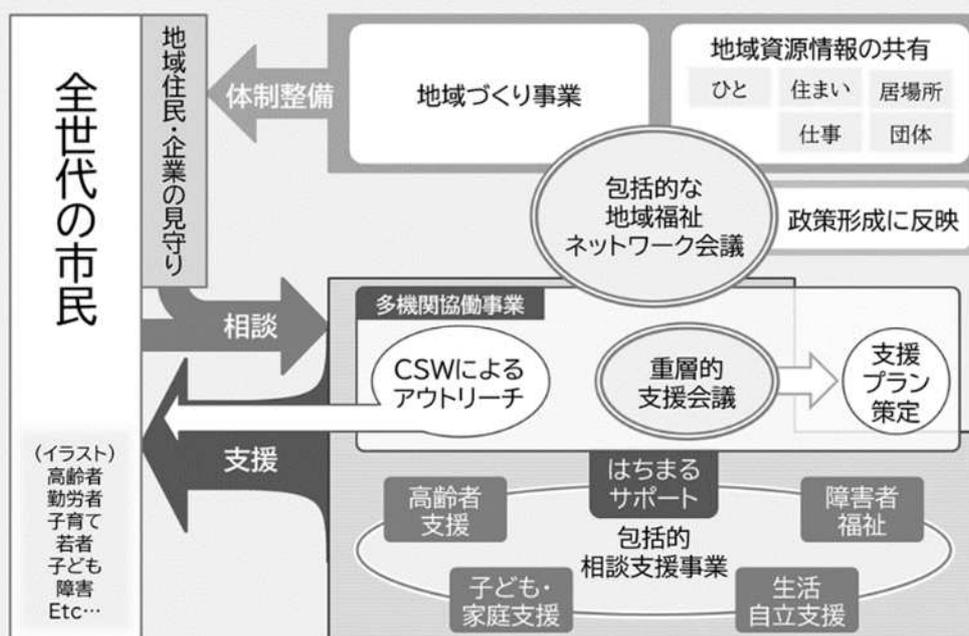
### 5-5 重層的支援体制整備事業の深化・推進

複雑化・複合化した支援ニーズに対応できるよう、分野や対象を問わない身近な相談に対応する「はちまるサポート(八王子まるごとサポートセンター)」の機能を充実させます。

また、問題解決に向けて複数の分野の専門職が連携しやすい体制を作る「多機関協働事業」や、積極的な訪問などにより問題を抱えている方をサービスにつなげる「コミュニティ・ソーシャルワーカー(CSW)によるアウトリーチ支援」などを推進します。

さらに、はちまるサポートと高齢者あんしん相談センターが連携しながら、地域住民や事業者など、多様な主体で地域を支えていく「顔の見える関係性づくり」を強化します。

【重層的支援体制のイメージ図】



### 基幹型地域包括支援センターの現状

市では、21の高齢者あんしん相談センターが圏域ごとの課題やニーズを踏まえた効果・効率的な運営を行えるよう、高齢者福祉課内に「基幹型地域包括支援センター」を設置し、センター間の総合調整や後方支援を行っています。

しかしながら、支援困難ケースの増加が見込まれる中、ともに支援にあたる他の専門職との連絡・調整事務がさらに増加していくと予想されます。また、地域ケア会議や個別事例の支援からの気づきを全市的な政策形成につなげていくためには、制度運営やデータ分析を担う所管がより積極的にセンターとかわかっていく仕組みが求められます。

そこで、現状の基幹型包括支援センターについて一層の専門職の人材育成・資質向上をはかるとともに、庁内関連所管が連携して包括を支えていく体制づくりを推進します。

#### 「(仮称)地域ケア会議庁内連携会議」による検討

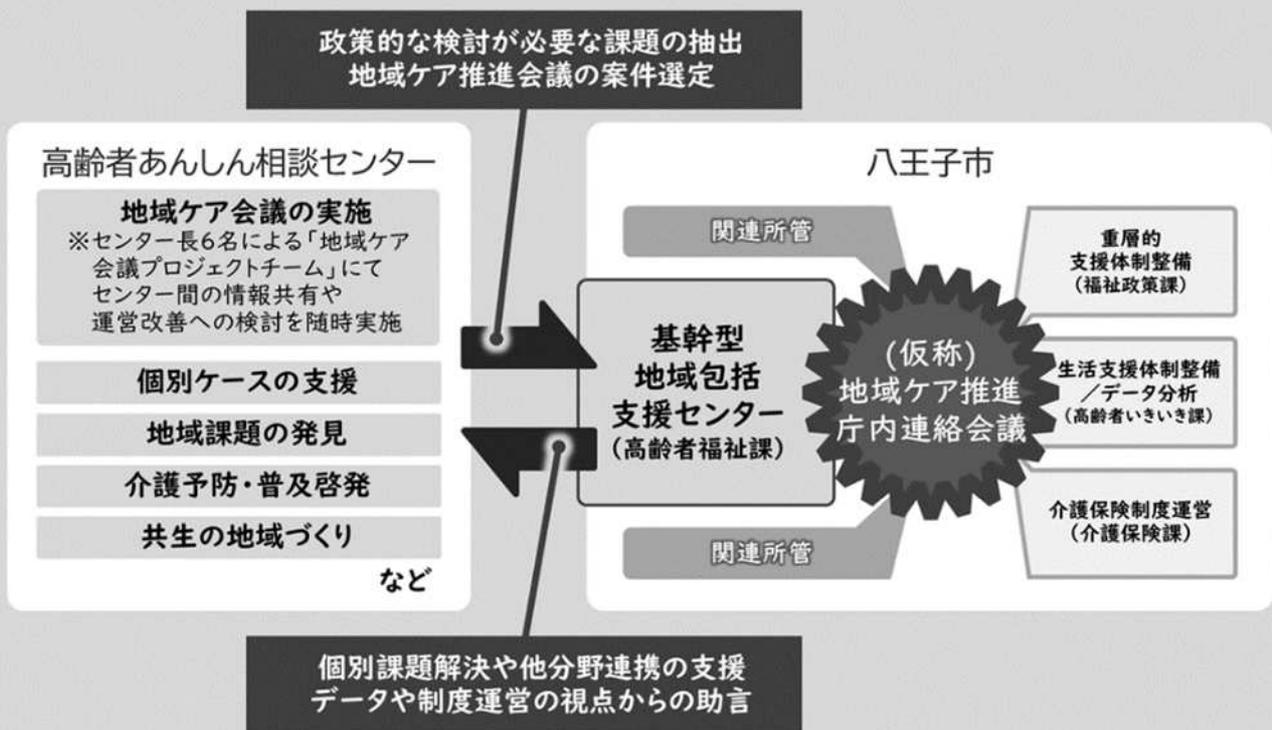
##### 第1段階(令和6年度)

まずは関係所管が随時情報を共有しながら、「基幹型包括のあり方」「庁内の連携」「包括の体制強化」「重層支援体制整備との連動」等について議論する「(仮称)地域ケア会議庁内連携会議」を設置します。そのうえで、令和6年度(2024年度)中に課題解決に向けたロードマップである「(仮称)地域包括ケアアクションプラン」を策定します。

##### 第2段階(令和7・8年度)

「(仮称)地域包括ケアアクションプラン」に基づき、基幹型包括の機能強化と庁内連携の強化を推進します。また、中長期的な対策が必要な課題については、引き続き抜本的な取組を検討し、第10期計画などに反映していきます。

#### 【(仮称)地域ケア会議庁内連携会議イメージ】



### 高齢者人口等に応じた相談対応体制の強化

現在、21の日常生活圏域ごとに高齢者あんしん相談センターを設置していますが、支援が必要な高齢者のさらなる増加が見込まれる中、その圏域の「広さ」や「特性」などに応じて、支所的な機能を持つ拠点の整備などセンターの機能強化をはかるとともに、これまでの仕組みにとらわれることなく、センターが役割をしっかりと担える体制づくりに取り組めます。

### 生活支援コーディネーター（SC）・認知症地域支援推進員の体制強化

生活支援コーディネーター（P84）及び認知症地域支援推進員（P71）については、日常生活圏域ごとに、非常勤職員で事業展開しておりますが、今後、高齢者人口や認知機能が低下した高齢者の増加も見込まれる中、常勤職員体制とするなど地域の支援体制の強化を目指します。

### 成果連動型委託契約の第9期計画期間中の試行導入

高齢者あんしん相談センターの取組による成果（圏域の高齢者の状態や地域資源の状況など）に応じて委託費を支払う成果連動型委託契約を試行導入します。市がセンターに期待する役割を明確にするとともに、成果を出すために必要なコストを負担することで、地域包括ケアシステム構築の中核を担うセンターが力を発揮しやすくなるような契約とします。

### 介護予防支援事業所指定に向けた検討

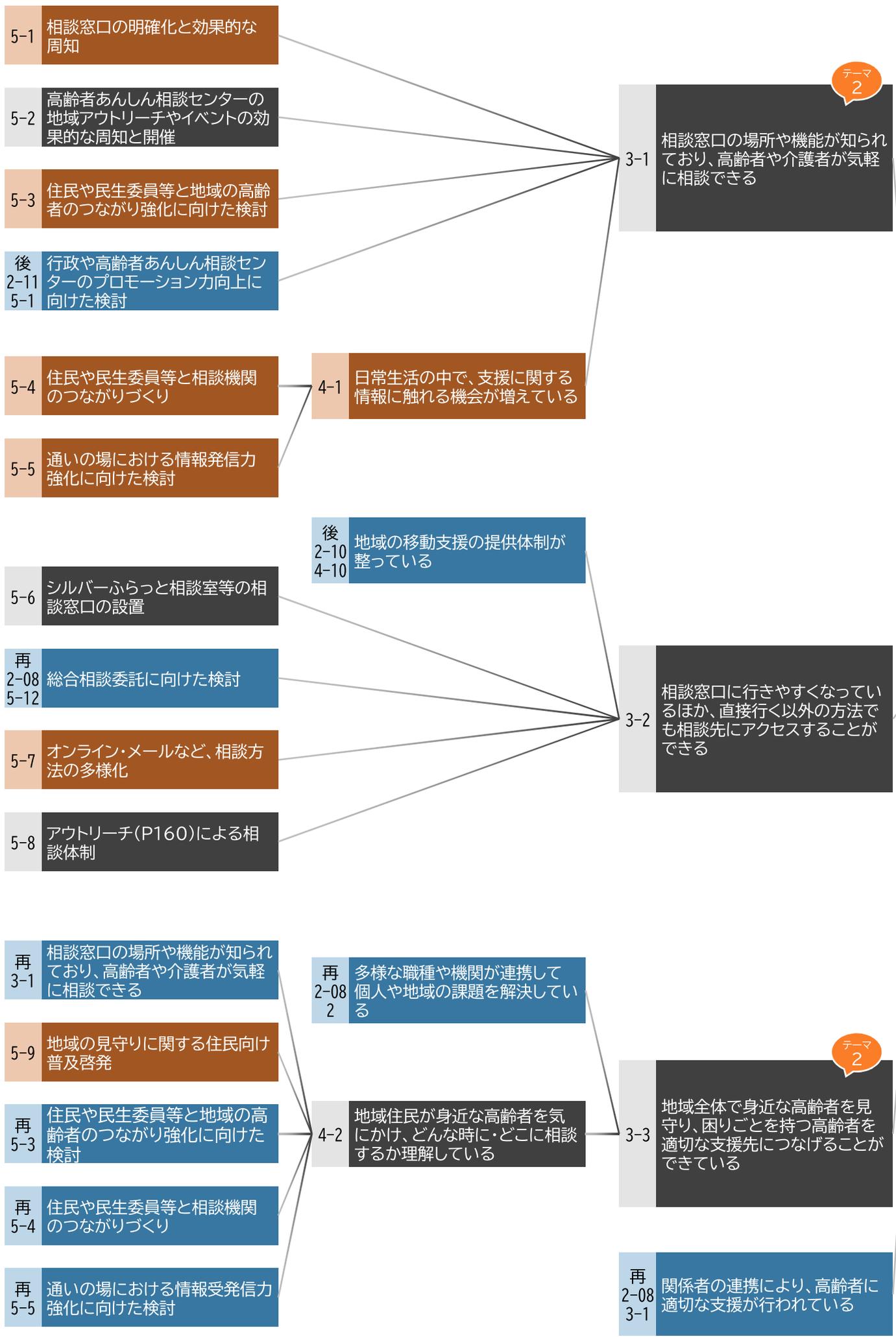
高齢者の増加に伴い、全国的に高齢者あんしん相談センター職員が作成する介護予防ケアプランの量も増大しています。そのような中、令和5年（2023年）5月の介護保険法改正で、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー事業所）も市町村からの指定を受けて介護予防ケアプランの作成が可能となりました。

市では、このような動向も見据えながら、高齢者あんしん相談センター職員の介護予防ケアプラン作成による負担を軽減するための検討をすすめていきます。

### 高齢者あんしん相談センター業務のDX（デジタル・トランスフォーメーション）

高齢者あんしん相談センターでは、相談内容や支援対象者に関する情報をシステムで記録・共有し、チームによる支援を行っています。しかし、紙ベースで取った記録を改めてシステムに入力する必要があるなど、情報の記録・管理も業務負荷の一因となっています。

今後、相談件数の増加等業務増加が見込まれる中、高齢者あんしん相談センターの業務へDXを導入することで、職員の負担軽減と素早い情報共有による支援の質の向上を両立させることを目指していきます。



# 施策目標09

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	何かあったときに、家族・知人・友人以外で相談できる人がいる高齢者の割合	59.8%	63%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	身近な相談窓口相談したいと思う高齢者の割合	集計中	調整中
3-2	電話、サテライト窓口、オンライン等での相談件数	集計中	
3-3	住民や民間企業など、支援機関を除く地域住民等からはちまるサポートへの個別支援の相談件数	437件	
4-1	普段会う人から、相談窓口や制度について情報を得ることがあると答えた高齢者の割合	集計中	
4-2	高齢者あんしん相談センター認知度(全世代)	37.9%	
	はちまるサポートの認知度(全世代)	11.4%	
5-2	事業実績	各種講座の開催合計1,940回	
5-3	【指標なし】(第9期計画中に設定)	-	
5-4	高齢者あんしん相談センター・はちまるサポートによる地域向け講座の実施回数	集計中	
5-5	【指標なし】(第9期計画中に設定)	-	
5-6	シルバーふらっと相談室における総相談件数	2,453件	
	シルバーふらっと相談室等設置数	4か所	
5-7	電話・オンライン・メール等での相談受付実績	集計中	
5-8	はちまるサポートのCSW(コミュニティーソーシャルワーカー)によるアウトリーチ件数	1,723件 (令和4年度実績)	
	高齢者あんしん相談センター職員によるアウトリーチ件数	集計中	
5-9	サロンの地域住民への見守り促進に向けた検討(見守りに関する研修受講やガイドライン活用を「見守り加算」の交付要件にするなど、令和7年度補助要綱に具体的な内容を反映)	-	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

## 現状

本市では、高齢者や介護者が抱える様々な困りごとの解決のため、高齢者あんしん相談センターやちまるサポート、シルバー見守り・ふらっと相談室などの相談窓口を設置しています。高齢者や介護者が気軽に相談できるよう、相談窓口の一層の周知や、窓口への物理的・心理的な障壁を減らすことが必要です。

また、相談窓口がわからない高齢者が依然として多く存在する中で、身近な方々による相談機関への「つなぎ」も重要なポイントとなります。地域の方々が日ごろから身近な高齢者のことを気にかける関係性や文化を後押しするとともに、相談先に迷わないよう、どの相談機関でも地域の気づきを受け止める仕組みや体制づくりが重要です。

## 方向性

高齢者や介護者が相談窓口の場所や機能を知り、気軽に相談できる環境づくり(3-1)

- ・ 高齢者あんしん相談センターの地域アウトリーチやイベントを効果的に周知し開催します。
- ・ 高齢者の日常生活の中で支援に関する情報に触れる機会を増やします。

相談窓口への行きやすさの向上とアクセス方法の多様化(3-2)

- ・ 相談窓口の増設や相談方法の多様化をはかります。

地域全体で身近な高齢者を見守り、適切な支援先につなぐための体制の構築(3-3)

- ・ 地域の見守りに関して、住民の理解増進をはかります。
- ・ 困りごとの早期発見や適切な支援へのつなぎが円滑にできる多機関の連携体制を強化します。

### 5-1 相談窓口の明確化と効果的な周知

高齢者あんしん相談センターをはじめとした相談窓口について、場所や機能をよりわかりやすく周知し、困りごとを抱えた高齢者や介護者が気軽に相談できるようにします。

<参考> 高齢者あんしん相談センターの認知度

令和5年度(2023年度) 37.9%

### 5-6 シルバーふらっと相談室等の相談窓口の設置

当初は団地での高齢者の孤立死・孤独死の防止に向けた見守り拠点という意味合いが強い機関でしたが、高齢者あんしん相談センターの機能強化・負担軽減が課題となっていること、そして可能な限り身近な場所で様々な相談ができる体制を整える必要があったことから、21か所ある高齢者あんしん相談センターの「サテライト拠点(支所)」としての役割を担っています。

現在シルバーふらっと相談室等は4か所設置していますが、本計画期間中に高齢者あんしん相談センターを補完する新たな仕組みづくりをすすめます。

<p>高齢者あんしん相談センター 運営：市(委託) 場所：市内 21 か所</p>	<p>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。</p>
<p>はちまるサポート (八王子まるごとサポートセンター) 運営：市(委託) 場所：市内 13 か所</p>	<p>どこに相談したらよいかわからない暮らしの問題を、分野や対象を問わずに受け付ける、福祉の相談窓口です。コミュニティ・ソーシャルワーカーを配置し、問題が生じている原因を整理しつつ、適切な支援機関につなぎます。</p>
<p>シルバー見守り・ふらっと相談室 運営：市(委託) 場所：4か所(団地内)</p>	<p>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位置づけとして相談対応や見守りを行っています。</p>
<p>在宅医療相談窓口 運営：市(委託)</p>	<p>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ときなどに、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。</p>
<p>成年後見・ あんしんサポートセンター八王子 運営：八王子市社会福祉協議会 (一部市委託)</p>	<p>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。</p>

5-9

地域の見守りに関する住民向け普及啓発

高齢者を見守りに関する地域の方々の理解の増進をはかり、必要な高齢者が適切な支援先につながるよう、地域の見守りに関する住民向けの普及啓発をはかります。また、第4期地域福祉計画に基づいてすすめていく「つなぎ手」の充実と連動し、より多くの地域住民が高齢者の異変に気付き、相談窓口につなぐことができる環境づくりをすすめます。

【「つなぎ手」のイメージ】

**福祉と“つながる”  
(行動する)**

“自分のライフスタイル”で  
“つなぐ”行動をしてみる！

気になることを“つなぐ”

**情報と“つながる”  
(知る・学ぶ)**

“地域の課題ってなに？”  
“自分にできることは何かな？”  
“どこに相談すればいい？”

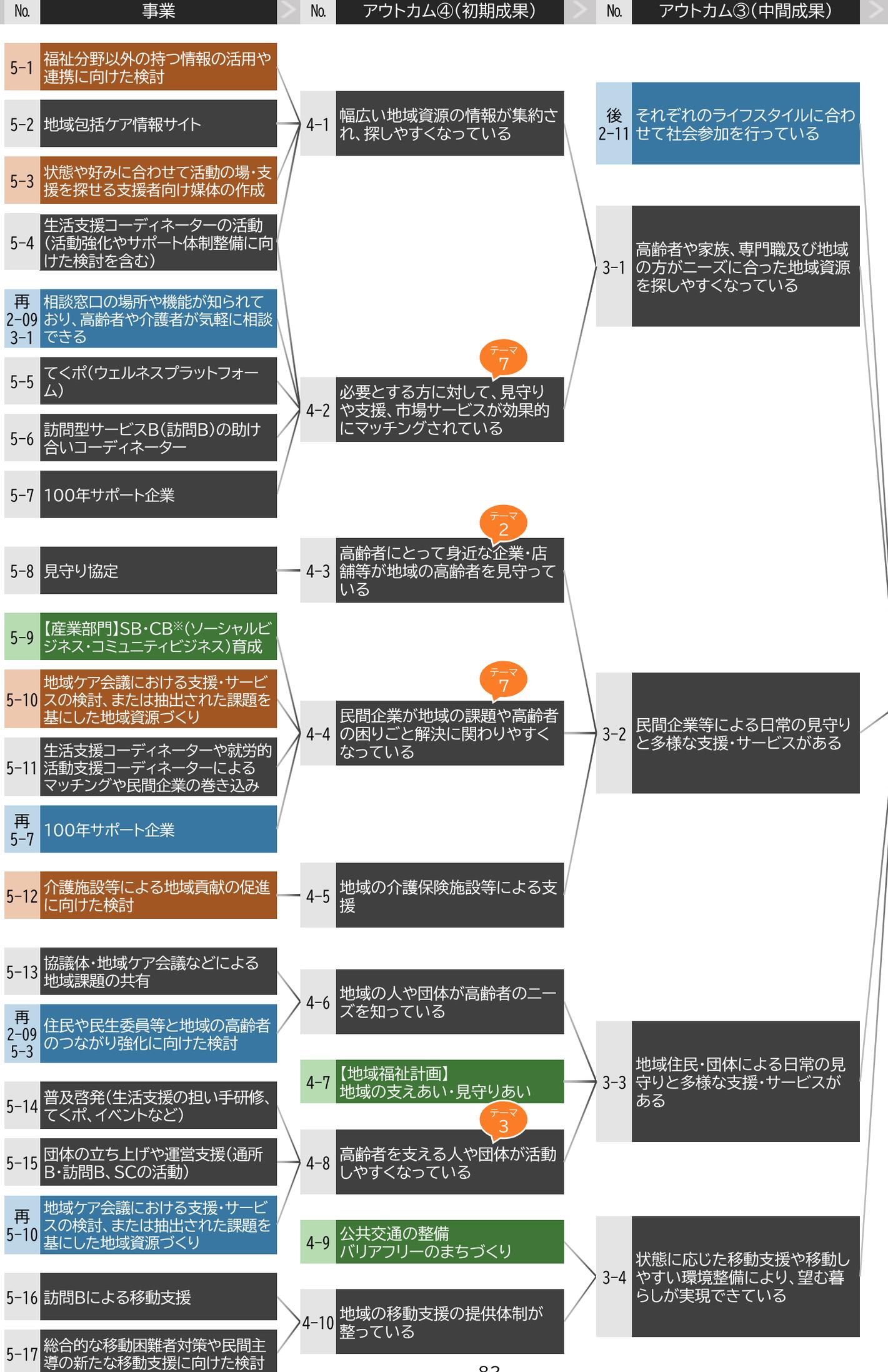
福祉の情報を得る

**人や地域と“つながる”  
(周りに関心を持つ)**

“ご近所で挨拶しよう”  
“地域の集まりに参加してみよう”  
“つながる機会や範囲を広げてみよう”

機会がない・時間がない・気づかない

“つながる”意識をもち、知る・学ぶ機会を通じて福祉に“つなぐ”「つなぎ手」の充実



2-10  
高齢者の多様なニーズに対応する支援や見守りが、多様な主体から提供されている

# 施策目標10

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	保険外サービス、ボランティアを利用している高齢者の割合	26.6%	30%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	介護保険外サービスをよく把握しているケアマネジャーの割合	3.1%	調整中
	「介護保険サービス以外」の支援・サービスが身近でない、知らない高齢者の割合	22.6%	
3-2	民間サービスを利用している高齢者の割合	3.2%	
3-3	地域の人に助けを求めらう高齢者の割合	11.0%	
3-4	自宅からの移動に困難を感じている高齢者の割合 (元気高齢者～要支援者／在宅の要支援・要介護者)	13.8%／61.1%	
4-1	地域包括ケア情報サイト 閲覧数	6,061回/月	
4-3	企業・店舗等が地域の高齢者を見守っていると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
4-4	高齢者が抱える困りごとの解決に向けて、企業と連携できていると感じる生活支援コーディネーターの割合	集計中	
4-5	「保険外サービスを提供する事業所が少ないと感じる」ケアマネジャーの割合	43.0%	
4-6	自分の健康状態や生活上の困りごとについて、地域の人がわかっていると答えた高齢者の割合	26.9%	
4-7	隣近所との付き合いがほとんどない人の割合	13.1%	
4-8	団体が活動しやすい環境になっていると回答した生活支援コーディネーターの割合	集計中	
4-9	公共交通機関が利用しやすいと感じている市民の割合	34.3%	
4-10	移動困難理由に「送迎してくれる人がいない」と回答した高齢者の割合	15.2%	
5-1	【指標なし】(地域包括ケア情報サイト以外の情報集約ツール等を棚卸して一元化の可能性を検討したうえで取組や指標を検討)	-	
5-2	地域包括サイト掲載情報件数	2,015件	
5-4	生活支援コーディネーター向け研修会及び定例会の実施回数	研修2回、定例会11回	
	地域資源・ニーズの調査回数	3,573回	
5-5	てくポ(ウェルネスプラットフォーム)を通じた市場サービス利用件数	12,011件	
5-6	訪問B団体数	43団体	
5-7	就労の支援コーディネーター※ コーディネート実績(個別型/集合型)	2人/延306人	
5-8	協定に基づく通報・連絡件数	連絡件数:8件	
5-9	SB・CB(ソーシャルビジネス・コミュニティビジネス)支援事業の参加者数	0件	
5-10	施策08-5-6と連携して、地域ケア会議マニュアルに反映	-	
5-11	コーディネーターと民間企業が連携したイベント等の開催数	21回	
5-12	施策08-5-13とあわせて第9期計画中に事業者ヒアリングや現状分析を実施	-	
5-13	協議体開催回数・地域ケア会議開催回数	21回／220回	
5-14	担い手養成研修開催数・参加人数	3回・50人	
	てくポ(ジョブ・ボラマッチング)によるマッチングの開始	-	
5-15	訪問B延活動回数	19,974回	
5-16	運転ボランティア人数・圏域ごとの移動支援提供団体数	23人・23団体	
5-17	移動支援部会(庁内)の開催数	2回	

就労の支援  
コーディネーター

就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、役割がある形で高齢者の社会参加等を促進するためのコーディネートを行う者。

SB・CB

地域社会の課題解決に、ビジネスとして(またはビジネスの手法を活用して)取り組むこと。

## 現状

人それぞれ異なる「望む暮らし」と実態のギャップを、定型的な介護保険サービスだけで埋めることは困難です。民間企業や地域住民などの多様な主体と連携しながら、健康づくり、買い物支援、外出支援、見守り・安否確認など、地域に寄り添った柔軟なサービスを展開することが求められています。

また、高齢者の生活支援にあたっては、幅広い地域資源(民間企業・ボランティア団体、医療機関等のほかに、生活を支えるサービスや制度、技術など、有形無形を問わない生活支援に活用可能な資源全般を指します)に関する情報を探しやすいことが重要です。

さらに、本市は市域が広く、地域により公共交通機関の利便性や地形が大きく異なります。望む暮らしを実現するため、地域に合わせた公共交通機関の整備や、多様な主体による移動支援が求められています。

## 方向性

高齢者や家族、専門職等が地域資源を探しやすくなる仕組みづくり(3-1)

- ・ 生活支援コーディネーターの活動などを通じて多様な地域資源の情報を集約し、「地域包括ケア情報サイト」などを活用した発信を引き続き行っていきます。
- ・ 支援を必要としている方と市場サービスのマッチングをより効率的にするため、生活支援コーディネーターの活動強化や、はちおうじ人生100年サポート企業の情報発信等を行います。

民間企業や地域住民による支援サービス多様化に向けた取組の推進(3-2、3-3)

- ・ 地域ケア会議(P74参照)で地域に必要な支援・サービスを検討できる仕組みづくりを行うとともに、民間企業が地域の困りごとの解決にかかわりやすい体制をつくりまします。
- ・ 地域住民や民生委員と、地域の高齢者のつながり強化に向けた取組を検討します。

移動支援の多様化と環境整備に向けた取組の推進(3-4)

- ・ 移動困難者への総合的な対策や民間主導の新たな移動支援に向けて検討します。

## 参考

### 生活支援体制整備事業と生活支援コーディネーター

市では、高齢者が自身の「望む暮らし」・「馴染みの暮らし」を送れるよう、地域住民、団体、学校、民間企業など、様々な立場の人々が自らの地域で暮らしを支える主体となり、地域全体で「互助」の力を高めながら、高齢者の生活を支える体制づくりをすすめています。

例えば、「自分で食材を選んで買い物をしたいけど、荷物を家まで持って帰るのは不安」という方に対して、「代わりに買い物をしてあげる」という支援方法よりも、住民ボランティアによる送迎や荷物の持ち運びなどのサポート、あるいは買ったものを自宅に送れる宅配サービスを利用できれば、より本人の望む暮らしに近づけることができます。このように、様々な地域資源を見つけ、つくり、つなげていくことで、介護保険サービスだけでは対応できない柔軟な支援を可能とし、本人の「できる」・「やりたい」を生かせる地域をつくっていくのが生活支援体制整備事業です。

生活支援体制整備の中心的な役割を果たしているのが「生活支援コーディネーター（SC）」です。

各地域で高齢者を支える場や人の発掘・育成やネットワーク構築を行う第2層SCを各高齢者あんしん相談センター（21か所）に配置しているほか、専門性をもって第2層SCを支援し、全市的な課題分析や広域的な連携を行う第1層SCを9名配置しています。

1層・2層SCのイメージイラスト掲載予定

## 5-2 地域包括ケア情報サイト

高齢者の相談窓口や、地域交流サークルの情報、地域住民が主体となって行う買い物やごみ捨ての手伝いといった生活支援サービスなど、高齢者が地域で安心して生活するために必要な情報を瞬時に探せるよう、幅広い地域資源の情報を一元化して掲載しているサイトです。

高齢者やご家族だけでなく、ケアマネジャーにも広く活用されています。

URL: <https://chiiki-kaigo.casio.jp/hachioji>



## 5-6、16 訪問型サービス B

NPO 法人やボランティア団体等が支援を必要とする高齢者の自宅を訪問し、掃除や買い物、庭の草取りなど、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サービスです。各団体には、主に市や高齢者あんしん相談センター等の関連機関との連絡調整を行う「助け合いコーディネーター」が配置されています。

市では団体の登録制度や活動経費の補助を実施し、団体が活動しやすいよう支援していきます。

【訪問 B 団体の活動の様子】



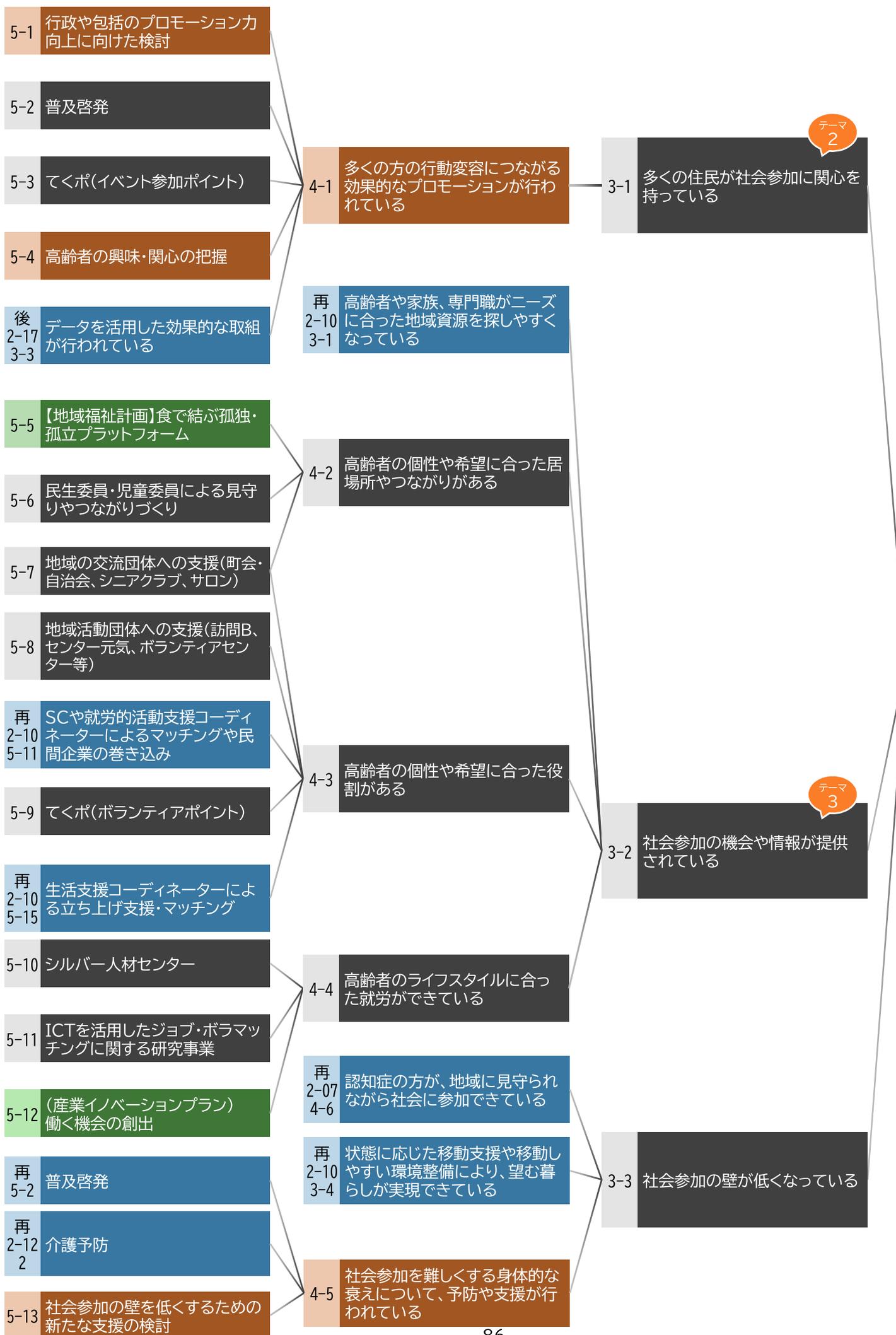
## 5-7 はちおうじ人生 100 年サポート企業

介護予防や生活支援に資する民間企業サービスの「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、利用できる環境を引き続き整備していきます。



【登録企業はこんなサービスを提供しています！】令和5年9月末時点

- 運動・・・高齢者向け低強度の運動プログラム、パーソナルトレーニングなど
- 栄養・・・刻み食などに対応した弁当宅配、食事制限に対応したメニュー提供など
- 社会参加・・・高齢者向け教室・セミナーの開催、会場提供など
- 生活支援・・・外出サポート、家事手伝い、訪問美容、民間救急、移動支援など



それぞれのライフスタイルに合わせて社会参加を行っている

# 施策目標11

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	各種社会参加の頻度を合わせて週1回以上になる高齢者の割合	53.5%	58%

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	月1回以上、社会参加している高齢者＋社会参加に関心を持っている高齢者の割合	71.8%	
3-2	社会参加の機会が十分にあり、相談があったときに適切な場を紹介できると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
3-3	フレイル状態の高齢者の社会参加率	集計中	
4-1	【指標なし】(5-1の検討を経て第9期計画中に設定)	-	
4-2	サロン、シニアクラブ、町会・自治会等の合計数	900か所	
4-3	訪問B、てくポボランティア受入機関数の合計数	訪問B 43団体 てくポボランティア 受入機関 281	
4-4	月1回以上、収入のある仕事をしている高齢者の割合	26.7%	
5-1	第9期計画中に検討し、具体的な事業内容を決定	-	
5-2	普及啓発に向けた取組状況 (はちおうじ人生100年サポートブック等)	集計中	
5-3	てくポ(イベント参加ポイント)参加者数	累計4,866人	
5-4	令和7年度ニーズ調査への追加などを検討し、第9期計画中に実施	-	調整中
5-5	【指標なし】(NPO主体の全世代対象の取組であるため、本計画で直接の進捗管理は行わない) ※地域福祉計画P60	-	
5-6	民生委員・児童委員の数	439人 (R5.4.1現在)	
	調査によって把握した75歳以上の高齢者の数	23,663人	
5-7	ふれあい・いきいきサロンへの補助額	13,754,800円	
5-8	【指標なし】(訪問Bについて、活動量の推移分析や活性化へのボトルネック特定などを行ったうえで取組や目標を検討)	-	
5-9	てくポ(ボランティアポイント)ボランティア受入機関増に向けた取組状況	職員ポータル及び ケア倶楽部での周知を実施	
5-10	シルバー人材センターの年間受託件数・就業延人数	10,209件・ 181,472人	
5-11	ジョブ・ボラマッチング導入に向けた取組状況	検討中	
5-12	就職マッチング支援事業の参加者数	令和6年度から 開始	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

現状

高齢者が社会と接点を持つことは、心身の健康維持や認知症予防だけでなく、支援制度などの情報を得やすくなることにもつながります。長生きには運動や食事制限よりも社会参加の方が効果的という研究結果も出ているほか、八王子市でも「週に1回以上何らかの活動に参加している人は、そうでない人よりも福祉のサービスや窓口について知っている」という傾向が出ています※。その一方で、新型コロナウイルス感染症による自粛生活の影響もあり、ほぼ全ての活動類型について参加率が低下しています※。

※ いずれも令和4年度(2022年度)のニーズ調査の結果(P24 参照)より

近年では、シニアクラブやサロンといったいわゆる「通いの場」や趣味の活動だけでなく、ボランティア活動や就労などの「役割」を持った活動を望む方も増えてきています。社会参加の多様なニーズを前提に、一人ひとりが自分に合った「交流」や「活躍」の場を見つけられるような支援が重要になっています。

方向性

★ 社会参加への関心度の向上(3-1)

- ・ 市の職員や関係者のプロモーションスキル向上やナッジ(無意識の選択を誘導する理論)の活用、データを効果的に使った情報発信などにより、多くの方の行動変容を目指します。

★ 社会参加の機会創出や情報提供の強化(3-2)

- ・ 高齢者の個性や希望に合った居場所やつながり、役割を創出・見える化します。
- ・ 就労機会の創出やマッチングを強化します。

★ 社会参加の「壁」を低くするための多様な支援(3-3)

- ・ 聞こえづらさや転倒への不安など、社会参加へのハードルとなりうる様々な要素について、予防に向けた普及啓発や、困難があっても参加しやすい環境整備を行います。

5-2

普及啓発

ボランティア活動や講座・イベントなど、地域の様々な活動を掲載した「はちおうじ人生 100 年サポートブック」を配布し、高齢者の社会参加を支援します。

また、できる限り在宅で自立した生活を送り、自己実現を可能とするよう支援する「元気はつらつトレーニング教室」や、フレイル予防・社会参加の促進・ボランティア養成を目指す「認知症予防のための絵本読み聞かせ講座」等を実施しています。



5-11

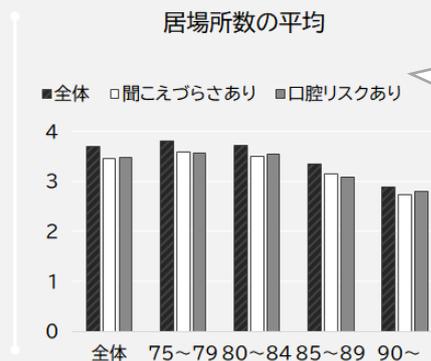
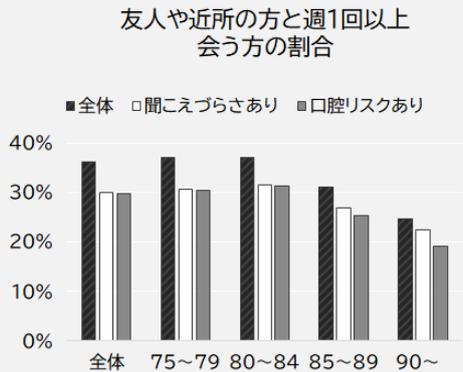
ICT を活用したジョブ・ボラマッチングに関する研究事業

社会参加をDXの観点で支援するため、本人の興味や能力に合わせて仕事やボランティアなど(「ジョブ・ボラ」)をマッチングする仕組みづくりに向けた実証実験をてくポと連動させて実施します。

社会の変化に伴い地域の担い手不足が懸念される中、地縁だけに頼らない新しい担い手づくりの手法を模索していきます。

## 5-13 社会参加の壁を低くするための新たな支援の検討

本市が令和4年(2022年)に後期高齢者を対象に行った調査では、聞こえづらさを感じている方や  
お口の機能低下がある方は、他の人よりも社会とのかかわりが少ないことを示唆する結果が出ています。



居場所:安らぐことができ  
る、安心してられる、生き  
がいが、楽しみ、自己実現な  
どを感じられる場所・活動

市では、これらの機能低下がその後の要介護状態につながるリスクについて分析をすすめるとともに、  
困難を抱える方の社会参加支援について検討していきます。

### 参考 高齢者の多様な働き方

現在の高齢者の就労状況について、本市の調査結果から高齢者の4人に1人  
が週1回以上働いていると回答し、「65~69歳」に限ってみると半数以上の人  
が働いています。しかし、一口に「働く」と言っても、お金のため、生きがいのため、健康  
のためなど、その目的や形態は様々で、働き方も多様化しています。

そこで、本市では、ハローワークやシルバー人材センター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「み  
んなのおしごと応援ハンドブック」を配布し、高齢者の多様な働き方を支援します。



### 参考 生活支援コーディネーター(SC)が高齢者の社会参加をサポート

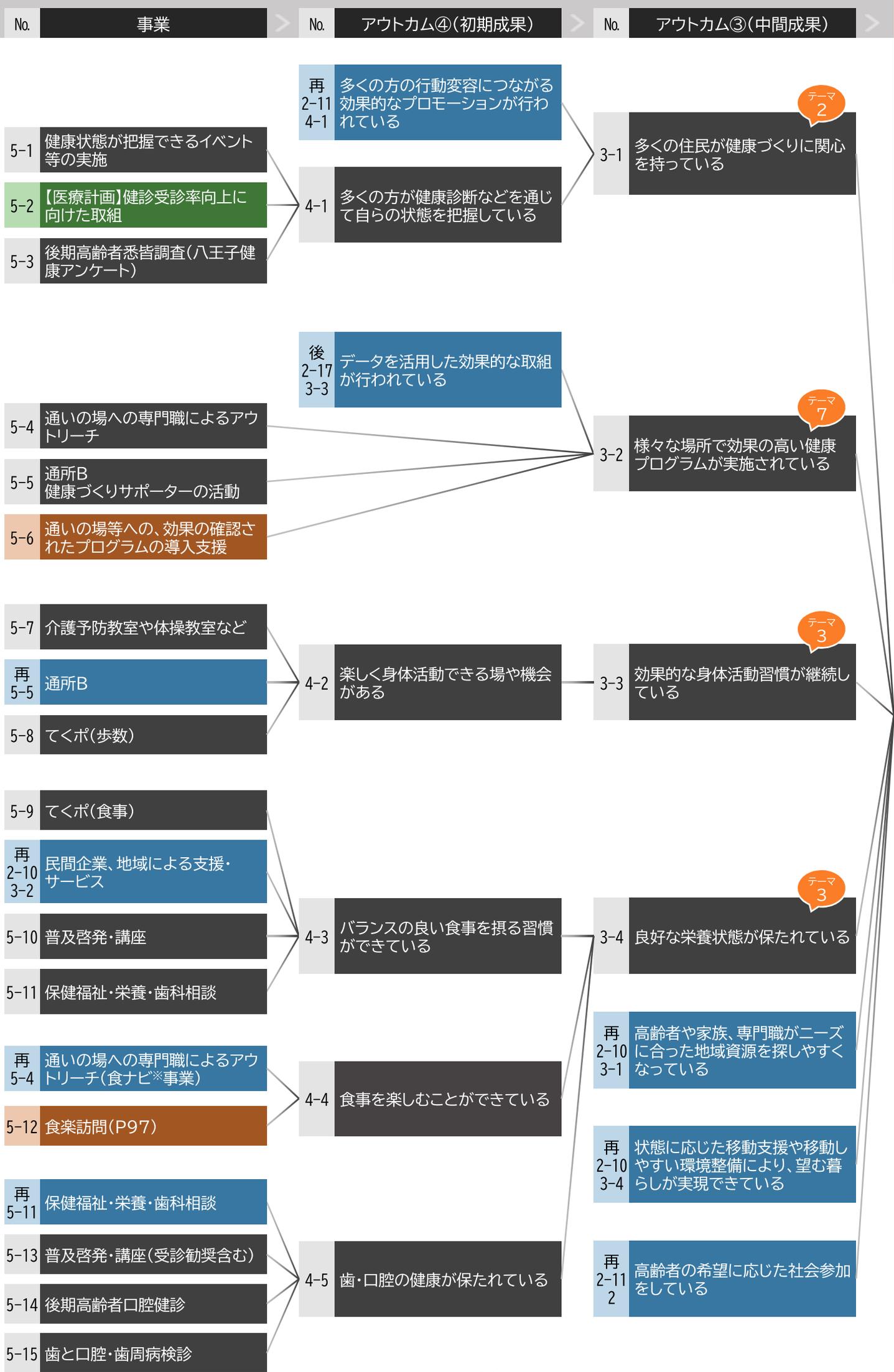
ボランティアや仕事、地域の集まりに参加することだけが社会参加ではありません。「毎週スポーツクラブ  
で汗を流す」、「孫のお迎えを任されている」など、これらも立派な社会参加です。誰かしら人との接触がある  
場合は、社会参加による健康維持等の効果が期待できます。生活支援コーディネーター(SC)が自分なり  
の、無理のない、続けられる社会参加の形を見つけられるよう、全力でサポートしています。

・何かしないといけないけど、  
何をどう探せばいいの  
・昔好きだったことをもう一回  
始めたいけど、どこでできるのか

SCが 望みと資源を  
「つなぐ」  
地域に資源がなければ  
「創出する」

趣味を再開したい … 趣味サークル  
交流したい … サロン、サークル活動  
料理がしたい … 地域の料理教室  
山に登りたい … 登りやすい山を紹介  
友人に会う … 移動支援の紹介 など

本人の希望と生活環境に  
あわせて選択肢につなぐ  
(多様な活動や参加)



# 施策目標12

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	新規認定時の平均年齢	80.6歳 (令和3年度)	都平均以上の上昇

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	自身の健康維持に何が必要か理解し、日々の生活で具体的に意識している高齢者の割合	集計中	調整中
3-2	【指標なし】(通いの場・教室等の効果を検証しながら、今後指標を検討)	-	
3-3	40分以上体を動かしている高齢者の割合	75.6%	
3-4	やせ(BMI18.5未満)の高齢者の割合	集計中	
4-1	健診受診率	65～74歳：56.0% 75歳以上：51.6%	
	後期高齢者悉皆調査 回答率	60.0%	
4-2	身体活動を楽しんでいる人の割合	集計中	
4-3	食品多様性スコア7点以上の割合(ほぼ毎日を1点)	集計中	
4-4	食事を楽しむことができている人の割合	集計中	
4-5	①口腔機能低下者割合 ②残存歯20本以上の人の割合	①20.6% ②53.1%	
5-1	保健福祉センターで実施している測定会 参加者数	3,581人	
5-3	八王子健康アンケート発送数及び回答率向上に向けた検討状況	58,462通 / R5の内容を踏まえて今後の実施手法について検討	
5-4	通いの場へのアウトリーチ回数・参加者数 (P164「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」及び本ページ下段「食ナビ訪問」参照)	24回・240人	
5-5	講座数・参加者数	53講座・38人	
	健康づくりサポーター養成者数	176人	
5-6	【指標なし】(通いの場・教室等の効果を検証しながら、第9期計画中に事業化し、指標を設定)	-	
5-7	参加者数	延35,655人	
5-8	てくぽ(歩数目標達成率)	43.6%	
5-9	てくぽ(食食品目数達成率)	41.6%	
5-10	普及啓発事業実績	元気はつらつトレーニング教室 延1,232人 認知症予防のための読み聞かせ講座 延444人	
5-11	相談件数	10,810件	
5-12	利用者数	35人	
5-13	①歯・口腔に関する講座回数・参加人数 ②受診勧奨等の啓発事業実施実績	集計中	
5-14	健診受診者数	令和6年度から実施	
5-15	検診受診者数	1,247人	

現状

「健康寿命」を延ばすには、「日頃から健康を意識して、毎日楽しく、活動的に過ごすこと」が必要であると科学的に分かっています。本市では、高齢者が「無理なく」「楽しく」自分の健康を自らの力で守れる力を身に着ける取組を推進していきます。

方向性

暮らしと健康の自己管理を支える取組による、健康づくりへの関心の向上(3-1)

- ・ 健康づくりへの関心を高める効果的なプロモーションや自らの状態を把握できる取組を実施します。

効果的な取組の実施と、健康維持につながる生活習慣の普及(3-2～3-4)

- ・ より効果の高いプログラム提供ができるように事業の効果測定や評価を行います。
- ・ フレイル予防(栄養・身体活動・社会参加)を重点に、自身の力で健康を維持できる取組を実施します。

コラム フレイルドミノについて

「最近何を食べても美味しく感じない」「疲れやすくてなにもする気が起きない」「体重が減ってきた」など、身体や気持ちが低下し、社会的なつながりも薄くなる状態のことをフレイルといいます。ドミノ倒しのように生活範囲、こころ、お口、栄養、身体と衰えていくことをフレイルドミノといいます。

フレイル予防は栄養・身体活動・社会参加の三位一体です。フレイルドミノは社会とのつながりを失うことが最初の入り口になることが多いと言われますが、フレイルドミノの入り口は様々です。フレイルドミノのように衰えていかなないように、それぞれの予防に努めることが重要です。



【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

## 5-5 通所型サービス B(わくわく)

自分の健康を維持する力と社会に参加していく力を身に付け、活動的な日常生活を送る土台を築くことを目指す通いの場として、「通所型サービス B わくわく」が令和4年(2022年)1月から開始しました。

介護予防に資する知識を有する市民ボランティア(健康づくりサポーター等)が開催する、体操や趣味、レクリエーションなどといった多様な講座や利用者同士の交流を通じて、セルフマネジメント力の向上と社会参加のきっかけづくりを支援しています。

現在は、介護予防の拠点である「八王子リエイブルメントセンター」にて実施をしていますが、より広域で本事業を展開できるようにサテライト会場での実施等を検討しています。



## 5-8、9 てくポ

てくポ(はちおうじてくてくポイント)とは

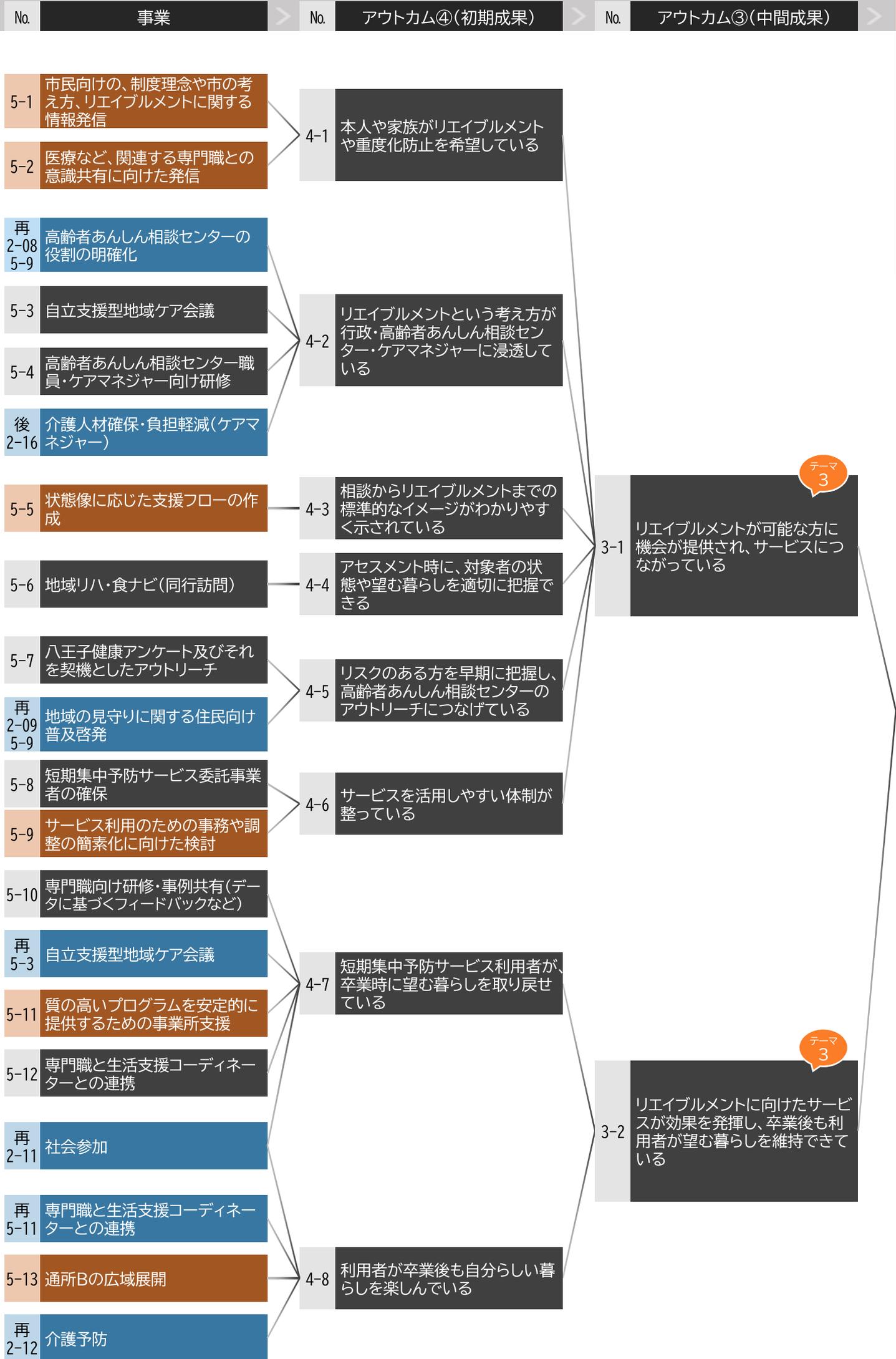
スマートフォンアプリを活用し、「歩く」、「食べる」、「脳トレ」、ボランティアやイベント参加による「社会参加」など、高齢者の介護予防に寄与する活動を記録し、ポイントを付与することで高齢者のセルフマネジメントを推進します。

産官連携基盤「ウェルネスプラットフォーム」

てくポ登録者に対して、歩行速度や脳トレスコア、本人が入力した健康情報(体重や血糖値当)などの活動データを活用し、一人ひとりの健康づくりにつながる民間イベントや商品・サービスを紹介し、広告収入を得るためのプラットフォームの構築をすすめています。

高齢者が健康づくりに役立つサービスを効果的に選択しやすい環境をつくるとともに、広告収入をてくポのポイント原資に充てることで、対象者数と事業コストが比例しない持続可能な事業を目指しています。





# 施策目標13

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	要支援者から要介護認定に変化した人の割合	19.2%	割合の低下
	要支援・事業対象者の重度化率	集計中	割合の低下

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	新規要支援・事業対象者における短期集中予防サービスの利用率	約10%	調整中
3-2	短期集中予防サービス終了後1年間の認定の変化	集計中	
4-1	要介護などの認定を受けた場合、再び自立した生活にもどるためのサービスの利用を希望する人の割合	54.8%	
4-2	市がリエイブルメントを目指した介護予防サービスの提供をすすめていることを知っているケアマネジャーの割合	57.5%	
4-3	5-5で作成したフローを常に意識した対応を行っている高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
4-4	新規要支援・事業対象者でサービス利用を希望する方のうちの地域リハ利用率	約50%	
4-5	悉皆調査の結果を受けて行う高齢者あんしん相談センターのアウトリーチから短期集中予防サービスにつながった人数	集計中	
4-6	キャパシティ(サービスの受け入れ可能人数)	約125人/週	
4-6	短期集中予防サービス等について、他のサービスと比べて手続きが煩雑と答えた高齢者あんしん相談センター職員の割合	集計中	
4-7	短期集中予防サービス卒業時の心身状況	集計中	
4-8	短期集中予防サービス卒業3か月後の心身状況	集計中	
5-1	市民向け情報発信においてリエイブルメントを大切にする姿勢を一貫させるための、各種媒体の見直しや統合に向けた検討を実施	-	
5-2	医療などの専門職向けの周知活動の検討(2-02-5-8や2-07-5-5と連動)	-	
5-3	【指標なし】(08-5-8にて検討)	-	
5-4	研修回数・参加者数	約6回・延90人	
5-5	令和6年度中に作成し、令和7年度から運用開始	-	
5-6	利用者数	約360人	
5-7	①アウトリーチ数 ②リスク分類の妥当性の検証	①800人 ②-	
5-8	事業所数	27事業所	
5-9	【指標なし】第9期計画中に具体的な取組や目標を検討	-	
5-10	研修回数	計29回	
5-11	・生活支援コーディネーターの委託契約内容の見直し ・研修回数 ・アウトカムに基づく加算導入を検討	研修回数:約6回	
5-12	生活支援コーディネーターが短期集中予防サービスに介入できた割合	-	
5-13	通所B実施圏域数	1 圏域	

現状

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、自身の望む暮らしを継続していくことが困難に感じることがあります。年齢を重ねるにつれて、一度心身の状態が低下すると、取り戻すために多くの時間が必要となりますが、一方で早くから適切な支援を受けることで、自身の望む暮らしに戻ることができる可能性が高まります。

本市では、心身の状態がつかずきかけたときに、早期に把握し、早期に適切な支援を行う“見つける・つなぐ支援”、望む暮らしを再獲得するための力や気持ちを引き上げ、地域で元気に活躍するための“リエイブルメント支援”により、望む暮らしを再獲得(リエイブルメント)する仕組みを推進します。

方向性

見つける・つなぐ支援～リスクを早期に把握し、その人の望む暮らしを目指せるサービスへつなげる～

- ・ 八王子健康アンケート(P97)の実施と高リスク者へのアウトリーチ(P160)を行い、早期把握・支援を行います。
- ・ アセスメント(P160)時に対象者の状態や望む暮らしを適切に把握できるよう、リハビリテーション専門職等による同行訪問を実施します。

リエイブルメント支援～暮らしの力や気持ちを引き上げ、卒業後も望む暮らしを維持できるよう支援～

- ・ 心身状態が低下しても“元気だったときの生活”や“望む暮らし”の再獲得ができるよう、本人の目標達成に向けた意思決定や行動を後押しする支援を行います。
- ・ 利用者が卒業後も自分らしい暮らしを楽しめるよう、生活支援コーディネーターや社会参加を促進する事業等と連動し、社会参加につながるきっかけづくりや、自身の暮らし・健康を管理する力(セルフマネジメント力)の向上を目指します。

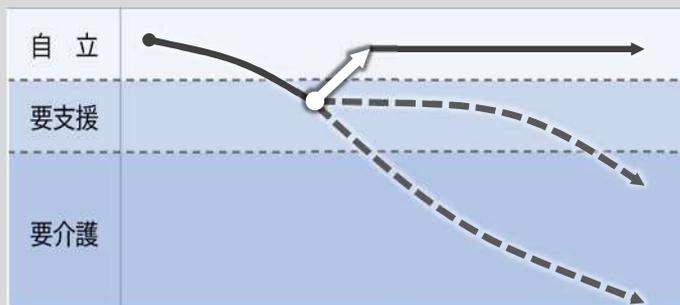
コラム

諦めるのはまだ早い！ ～リエイブルメントの考え方～

年齢を重ねるにつれて、やりたいことや今までできていたことが難しくなることもあります。しかし、このようにときに「歳だから仕方ない」と諦めてしまったり、できないことを代わりにやってもらう状態が続いたりすると、自身の能力はどんどん低下し、「できない」ことが一層増えていきます。

気力や体力が落ちてきたと感じたら、なるべく早い段階で、専門的な助言・支援の下で暮らし方を見つめ直し行動すると、やりたいことが「再びできる」暮らしを取り戻せる可能性があります。

「リエイブルメント」は低下した状態の「維持」ではなく、やりたいことができる暮らしの「再獲得」を目指していくという考え方で、八王子市では令和3年度(2021年度)からリエイブルメント支援を本格的に実施しています。



## 5-6、7 見つける・つなく支援 ～対象者のリスクを早期に把握し、望む暮らしを目指すサービスへ～

### 八王子健康アンケート

75歳以上の後期高齢者(事業対象者、要支援・要介護者を除く)を対象に、心身の状態や生活環境に関するアンケート調査を行い、調査の結果、高リスク者には高齢者あんしん相談センターの職員が訪問し、早期に適切な支援につなげるほか、中・低リスク者には、介護予防や社会参加につながる講座やイベントの情報提供を行います。



### 食ナビ訪問・地域リハビリテーション活動支援事業(同行訪問)

食や口腔に関する専門職やリハビリテーション専門職が、ケアマネジャーが行うアセスメント訪問に同行し、利用者の状態の評価と利用者の望む暮らしの実現に向けた支援方針等の助言を行います。

## 5-8～12 リエイブルメント支援 ～短期集中予防サービス～

短期集中予防サービスとは、リエイブルメントを目的とした3か月間のサービスで、通所型の「ハッピーチャレンジプログラム」と訪問型の「食楽訪問」があります。「元気だったときの生活」や「望む暮らし」の再獲得を目指しており、社会参加も視野に入れた支援を提供します。

### ハッピーチャレンジプログラム(通称:ハチプロ、通所型サービスC)

リハビリテーション専門職が、面談により心身状態や日常生活における課題を把握し、課題解決に向けた本人の取組の確認・助言・振り返りを通じて、気持ちや活動を向上させ、望む暮らしの再獲得に必要なことを自身で意思決定し、行動できる力を高める支援をします。

写真

### 食楽訪問(訪問型サービスC)

管理栄養士が自宅を訪問し、「食生活」に関する困りごとや課題(痩せている、食欲がない、偏った食事をしている、食事の用意(料理、食材選び)がうまくできないなど)に対して助言を行い、食事を楽しむ・楽に続けられる習慣を身につける支援をします。

## コラム 望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)に向けて

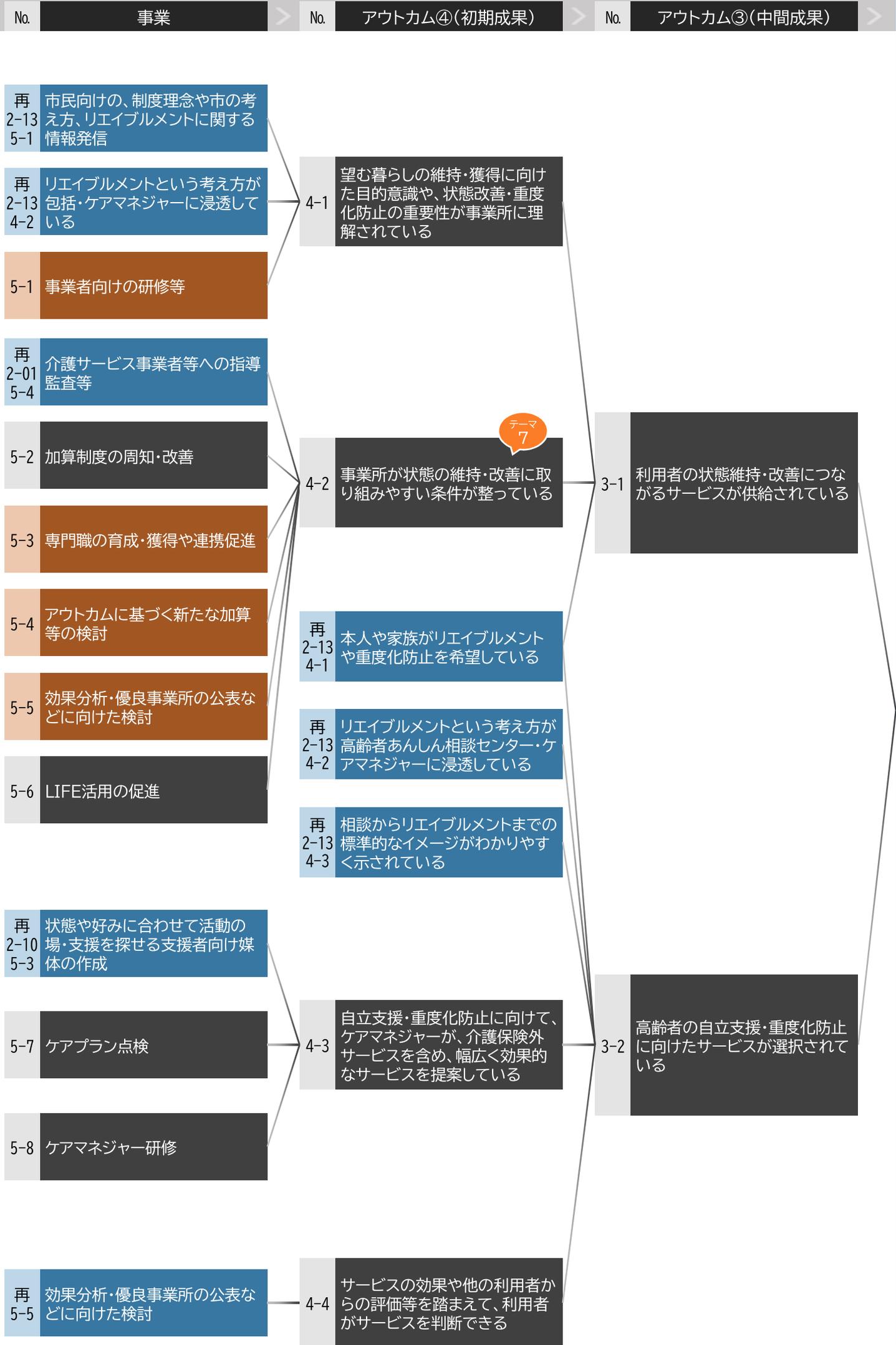
リエイブルメントの最終目標は「望む暮らしの再獲得」です。

一人ひとりの暮らしは、家族や友人をはじめ、地域の方々、民間企業等も含めて、多様な人や機関がかかわりながら成り立っています。

望む暮らしの再獲得に向けて、短期集中予防サービスの専門職と生活支援コーディネーターが連携して必要な情報提供を行い、適切な資源がなければ創出することも検討しながら支援を行います。

写真

このほか、多様な社会参加のニーズや課題に対応できるよう、一人ひとりの状態に応じて、施策目標11、12(社会参加・介護予防)の事業にもつなげていきます。



テーマ  
7

# 施策目標14

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	短期的な平均要介護度の変化(軽度【要介護1・2】)	51.2%	変化率の改善(都平均以上の改善率)
	短期的な平均要介護度の変化(中重度【要介護3～5】)	4.1%	

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	介護サービス事業所において、本人の状態に応じて、自立支援に向けた適切なサービスが提供されていると感じるケアマネジャーの割合	65.6%	
3-2	「自分でできることは自分でやる。可能な限り能力の維持向上に努める」という原則を説明し、制度趣旨に沿ったケアプランを作成するケアマネジャーの割合	55.6%	
4-1	自分たちの提供するサービスが、法の趣旨にのっとり状態改善や重度化防止を意識したものであると感じる事業所従事者の割合	第9期中に調査	
4-2	LIFE加算の届出率	33.2%	
	状態改善や重度化防止に取り組むメリットがあると感じる事業所の割合	第9期中に調査	
4-2	状態改善や重度化防止に取り組むノウハウがあると感じる事業所の割合	第9期中に調査	
	高齢者の自立支援に向けてケアマネジメントを行うときに、民間企業等が提供する保険外サービスを取り入れることを意識しているケアマネジャーの割合	28.6%	
4-4	【指標なし】(5-5の検討を経て第10期計画で設定)	-	調整中
5-1	重度化防止に係る事業所研修の開催回数	0件	
5-2	【指標なし】(事業所ヒアリング等による詳細な課題分析を経て、制度や事務に関する改善点があるか検証し、必要に応じて取組と目標を設定)	-	
5-3	研修会開催回数	計29回	
5-4	先進市の事例や事業所調査・ヒアリングの結果などを参考に第9期計画中に検討をすすめ、第10期計画当初からの導入を目指す	-	
5-5	先進市の事例や事業所調査・ヒアリングの結果などを参考に第9期計画中に検討をすすめ、第10期計画当初からの導入を目指す	-	
5-5	東京都が令和5年度中に開始する状態維持・改善に向けた事業所インセンティブについて、成果を上げた事業所の公表などを令和6年度に検討	-	
5-7	ケアプラン点検の件数	29件	
5-8	自立支援・重度化防止や給付適正化に関するケアマネジャー研修の回数・受講者数	9回・800人	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

**現状**

介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう」行うものとされており、また国民の努力義務として、要介護状態になった場合も「有する能力の維持向上」に努めるものとされています。本市においても、全国民がリスクに備えて支えあうという基本的な理念を市民や関係者に改めて伝えていくとともに、利用者の状態改善や重度化防止につながるサービスが提供・選択されるようケアマネジャー、事業所を支援していきます。

**方向性**

利用者の状態維持・改善につながるサービスの供給の支援(3-1)

- ・ 事業所向けの研修や加算制度の周知により、望む暮らしの維持・獲得に向けた目的意識や状態改善・重度化防止の重要性に対する事業所の理解の向上をはかります。

高齢者の自立支援・重度化防止に向けたサービスの選択の支援(3-2)

- ・ ケアマネジャー研修やケアプラン点検などにより、ケアマネジャーが自立支援・重度化防止に向けて、幅広く効果的なサービスを提案できるよう支援します。

**コラム**

本市が目指す「自立」とは

「自分が生きたいように生きる」。つまり、「自立して生きる」ということは、誰もが願う、ふつうの幸せです。

本市の自立支援では、いつまでも「自分が生きたいように生きる」ことができるように、一人ひとりの暮らし方(生き方や考え方)を尊重し、自らの望む暮らしを自らの力で実現することができる力(セルフマネジメント)を促進することを最も重視しています。

日常生活や心身に課題が生じた方であっても、「できる部分」に着目し、自信と力を取り戻しながら、その方なりの望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)を目指します。

また、公的サービスだけでなく、民間企業のサービスや地域の活動など、多様な資源や力を積極的に活用し、一人ひとり異なる望む暮らしの実現を支援していきます。

**5-1**

事業所向けの研修等

現場で高齢者を支える事業所向けの研修等を実施し、重度化防止に関する市の基本的な考え方を伝えるとともに、状態維持・改善に関連する加算制度(生活機能向上連携加算、LIFE加算など)についての情報提供を行います。

**5-4、5**

アウトカムに基づく新たな加算、効果分析・優良事業所の公表などに向けた検討

事業所における重度化防止をすすめるにあたっての難点の一つとして、利用者の重度化防止が必ずしも事業所の収益につながらないという制度構造があげられます。

この点について、東京都では、令和5年度から利用者のADL(日常生活動作)及び要介護度の維持・改善に資する取組を行った事業所に対し、独自に20～40万円の報奨金を支給する取組を開始しました。インセンティブを付与することで、事業者の要介護高齢者の自立支援及び重度化防止の取組を促進しています。

本市でもこうした事例を参考にしながら、重度化防止に向けた事業者の取組の後押しに向けて検討をすすめていきます。

## 5-7、8 関連 給付適正化について

市では、利用者にとって適切な介護サービスを確保し、介護保険制度を安定的に運営していくために、介護給付の適正化に取り組んでいます。今後、ますます高齢化がすすむ中、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送ることができるよう、必要なサービスの確保に向けた取組を適正化計画に基づいてすすめていきます。

- ・ ケアマネジャー、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に必要な知識・技術を習得することができるよう研修を実施するとともに、主任ケアマネジャーとの協働による「ケアプラン点検」の実施、「自立支援に資するケアマネジメント」の普及啓発などにより、ケアプランの質の向上をはかります。
- ・ 住宅改修、福祉用具の貸与・購入の適正化のため、申請内容の審査を適切に行うとともに、事業者などに助言・指導を行い、利用者が安心して過ごすことができるよう支援します。
- ・ 介護給付の情報を活用することで、事業所による介護保険請求の誤りをチェックし、給付の適正化をはかります。

ガイドラインの写真  
または抜粋など

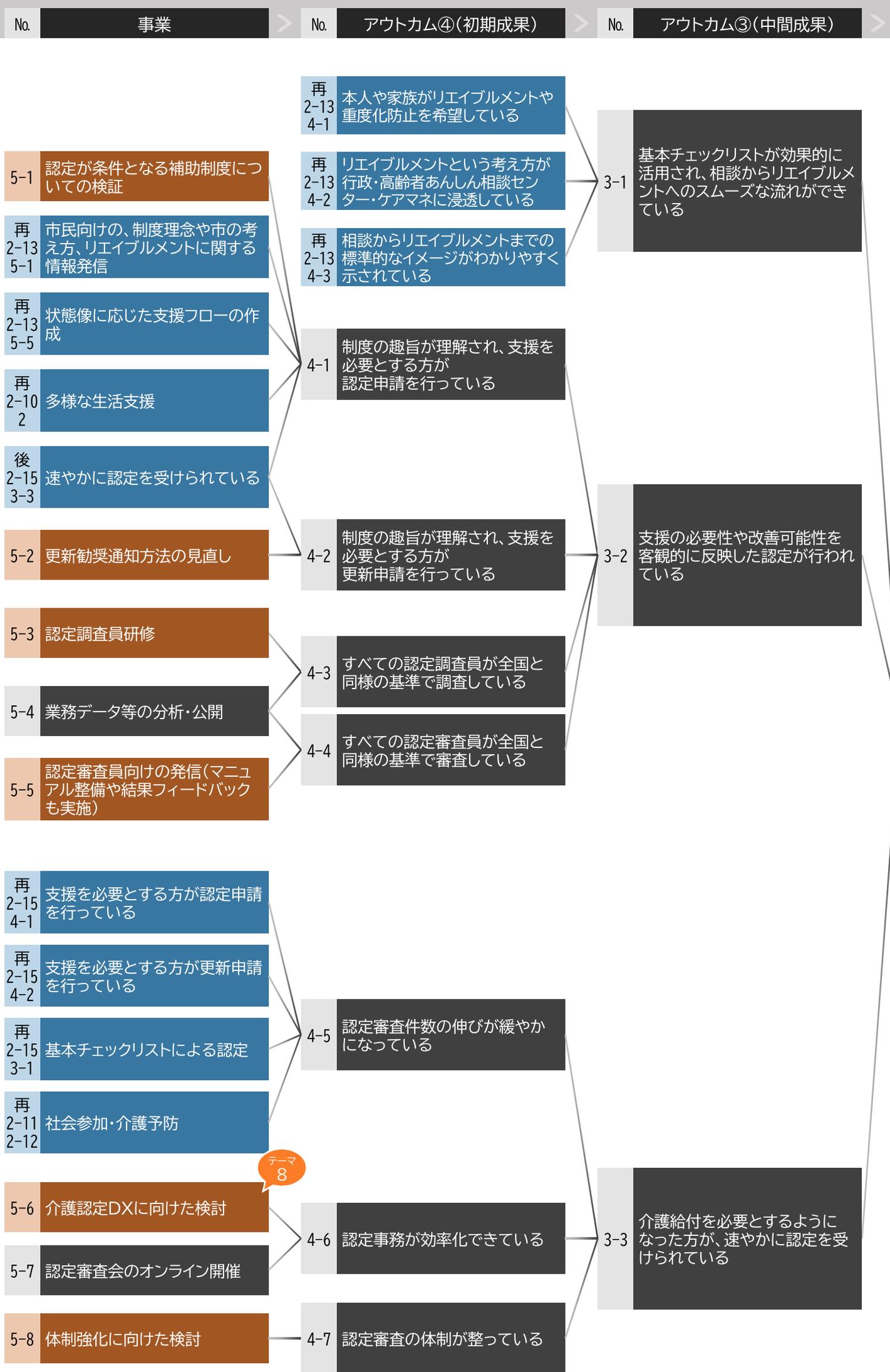
## 参考 科学的介護情報システム(LIFE)

科学的介護情報システム(LIFE)とは、全国の介護サービス利用者の状態やケアの計画・内容についてのデータを蓄積する厚生労働省の情報システムです。

介護事業所では、利用者へのケアの提供にあたり、利用者の状態や実施するケアの計画・内容について、定期的に評価・記録を行っています。これらの情報をLIFEに提出することで、全国の利用者の状態や、ケアの計画・内容にかかるデータが蓄積していきます。

LIFEは、蓄積したデータに基づいて、事業所へフィードバック情報を提供します。これにより、事業所は全国の事業所と比べた強み・弱みや特徴を確認したり、利用者の状態の変化を確認したりすることができます。

このようなフィードバックを、事業所の持つその他の情報と組み合わせることで、利用者ごとのケアの改善や施設・事業所全体のケアの改善に活用できる可能性があります。



テーマ 8

# 施策目標15

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	軽度認定率(他自治体と比較した場合の偏り)	軽度14.5% (都平均+標準偏差×1.42)	都内自治体における平均±標準偏差以内

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	基本チェックリストの使用割合	集計中	調整中
3-2	実利用率(総合)	集計中	
3-3	認定審査期間	35.6日 (R5年7月平均)	
4-1	介護保険サービス実利用率(新規)	集計中	
4-2	介護保険サービス実利用率(更新)	集計中	
4-3	一次判定結果	数値を算出できるか調査中	
4-4	重度・軽度変更率(一次判定から二次判定への変更)・非該当率	数値を算出できるか調査中	
4-5	認定審査件数の伸び率が後期高齢者人口の伸び率以下	数値を算出できるか調査中	
4-6	【指標なし】令和6～8年度中に業務プロセスの細分化や改善余地の検討を行い、具体的な取組と指標を設定	-	
4-7	月あたりの審査件数	2,150件/月(R4年度平均)	
5-1	第9期計画の中に、制度利用者の他サービス利用状況や状態変化等について分析を実施	-	調整中
5-2	第9期計画の中に具体的な対応を実施	実施可能か検討中	
5-3	開催回数・参加者数	1回・約100人	
5-4	分析データ公開 必要に応じて高齢者福祉専門分科会での議論などを実施	-	
5-5	フィードバック実施	-	
5-6	【指標なし】第9期計画の中にDXプロジェクトチームによる検討を経て具体的な取組と目標を設定	-	
5-7	オンライン開催回数・参加者数	43回(R5.4～R5.9)・2つの合議体の委員11名が参加	
5-8	検討会の実施	-	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

現状

施設への入所やヘルパーの利用など、介護保険サービスの多くは、利用時に要介護・要支援の認定が必要になります。要介護認定にあたっては、「認定調査(認定のための訪問調査)」の結果や主治医の意見書をもとに、「一次判定(コンピュータによる判定)」「二次判定(専門家の合議による審査)」を行っています。

その方に合った必要なサービスを提供しながら、望む暮らしを実現していくためには、適切な認定を行うことが大切です。要介護・要支援の認定は介護保険法と厚生労働省令に基づき全国一律の基準で行われていますが、地域差があり、本市には他自治体と比較して「要支援1～要介護2の軽度者の割合が高い」「審査の結果、要支援にも要介護にも該当しない『非該当』となる方が極端に少ない」「二次判定で一次判定の結果より重い介護度になる割合が高い」「認定を受けてもサービスを利用しない方が多い」という傾向にあります。

また、申請から判定までの期間はおよそ 30 日以内が目安とされていますが、申請件数が年々増加していることもあり、令和5年(2023年)7月時点で、平均 35.6 日を要している現状があります。

今後ますます、申請件数の増加が見込まれる中、本市のこうした傾向を分析し、関係者と情報共有をはかりながら認定の適正化を推進していくことが求められています。

方向性

基本チェックリストの効果的な活用による、相談からリエイブルメントへのスムーズな流れづくり(3-1)

- ・ 望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)が可能な方に素早く・確実に機会を提供するため、基本チェックリストによる事業対象者認定(P163)を積極的に活用していきます。

認定の適正化(3-2)

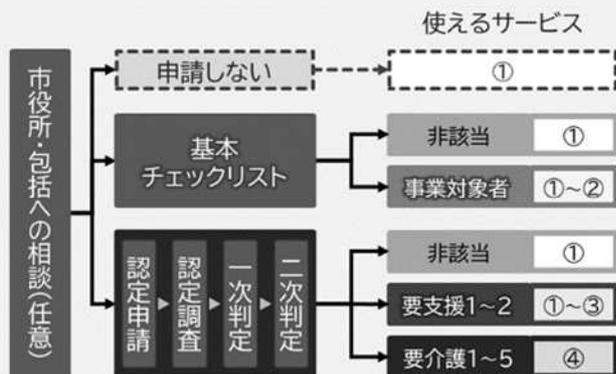
- ・ 法令に基づき、支援の必要性や改善可能性を客観的に反映した認定が行われるよう、認定調査員及び認定審査員向けの研修を行うとともに、データの分析・公開など情報共有をはかっていきます。

申請から判定までの期間の短縮(3-3)

- ・ 基本チェックリストの活用等により件数の伸びを抑えるとともに、事務の効率化や体制強化によって認定までの期間短縮を目指します。

参考

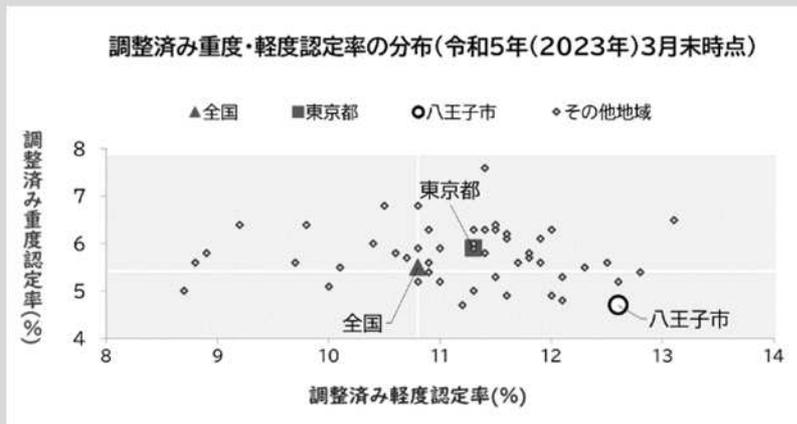
認定の流れと使えるサービス



種別	サービス例
① 一般介護 予防事業	各種講座・教室・イベント、普及啓発、 てくぽ(P93)
② 介護予防・ 生活支援 サービス事業	わくわく(P93)、訪問型サービスB(P85) ※ 非該当者も利用可能 短期集中予防サービス(P97)、 予防訪問・通所介護相当サービス
③ 介護予防 サービス	予防通所リハビリ、福祉用具貸与・購入、 住宅改修(P52)
④ 介護サービス	通所・訪問介護、施設(特別養護老人ホーム等)入所、福祉用具貸与・購入、住宅改修

要支援1～要介護2の軽度者の割合が高い

下の図は、都内の市・区について、年齢の影響を除いて算出した軽度認定率(要支援1～要介護2)を横軸に、同様に算出した重度認定率(要介護3～5)を縦軸においた散布図です(中心点が全国平均)。本市は、「軽度認定率が高く、重度認定率が低い」という特性があることが分かります。



資料:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和3,4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」  
認定率については、地域包括ケア「見える化」システムの「注目する地域と他を時系列で見る」の数値をもとに作成

「非該当」となる方が極端に少ない・二次判定で一次判定の結果より重い介護度になる割合が高い

下の表は、都内の23区と26市について、最終的な判定結果が「非該当」になった割合と、一次判定の結果を二次判定で変更した割合を表しています。「重度変更」とは、例えば一次判定結果が要支援1だった方について二次判定で要介護1に変更するような場合を意味します。

	非該当		重度変更		軽度変更	
	割合	順位	割合	順位	割合	順位
全国	1.10%	-	8.7%	-	0.9%	-
東京都	1.42%	-	14.1%	-	0.9%	-
市区平均	1.51%	-	13.8%	-	0.9%	-
八王子市	0.06%	49/49	29.9%	1/49	0.1%	43/49

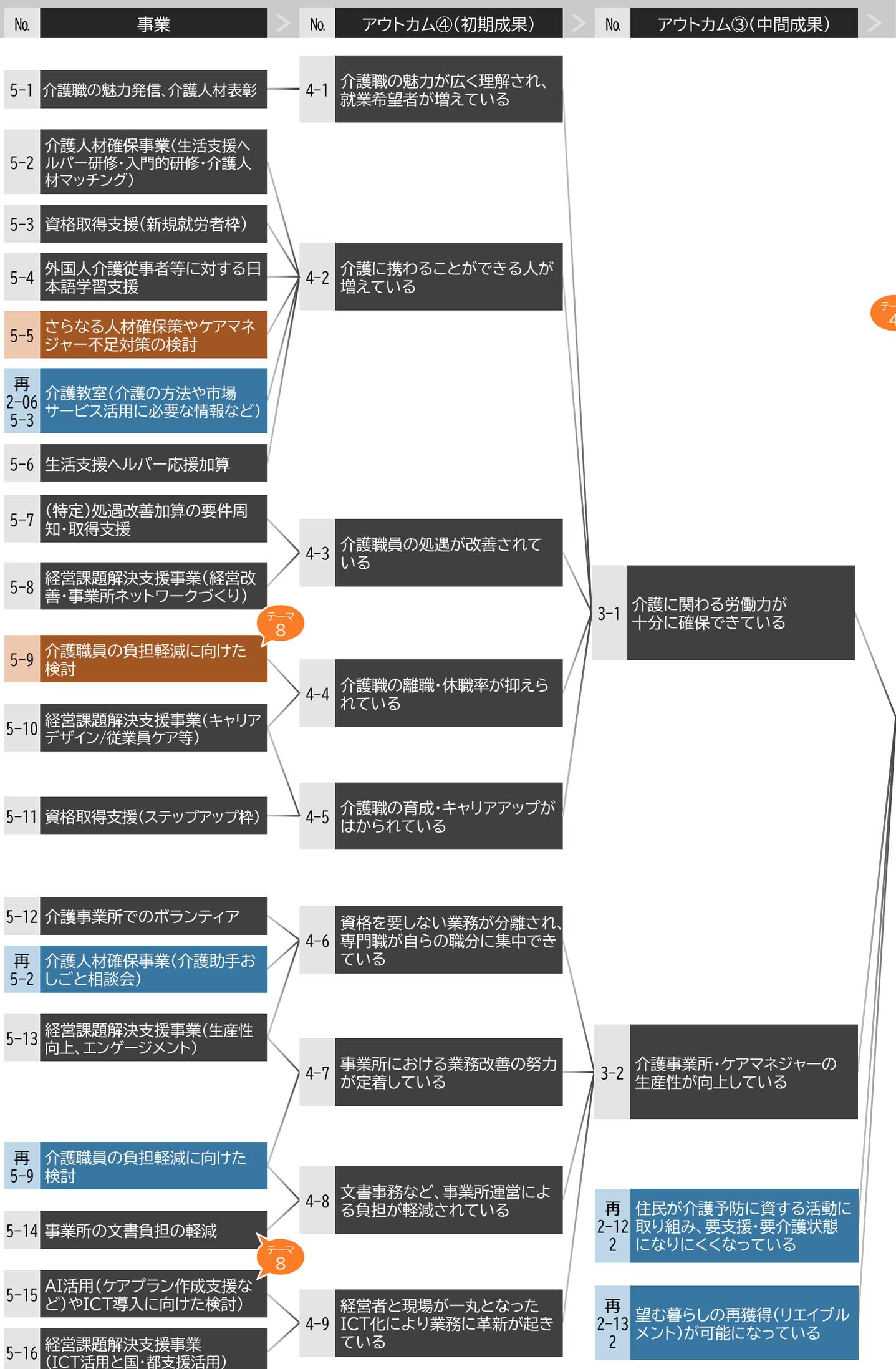
(出典)東京都「令和3年度介護保険業務技術的助言関係資料(数値等資料編)」の数値から作成

認定を受けてもサービスを利用しない方が多い

### 介護サービス実利用率

		7期計画始期	8期計画始期	現状値
		平成30年(2018年)	令和2年(2020年)	令和5年(2023年)
八王子市	要支援認定者	22.9%	25.3%	【集計中】
	要介護認定者	82.7%	86.1%	
東京都	要支援認定者	30.8%	34.3%	【集計中】
	要介護認定者	86.0%	86.1%	
全国	要支援認定者	37.4%	40.4%	【集計中】
	要介護認定者	86.6%	86.5%	

(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告月報(暫定版)」から算出



テーマ  
8

テーマ  
8

# 施策目標16

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	介護人材の不足を感じている事業所の割合	61.5%	割合の低下

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	介護職員数	7,386人	
3-2	生産性が向上したと感じている事業所の割合	18.8%	
	生産性が向上したと感じているケアマネジャーの割合	第9期中に調査	
4-1	家族や親しい友人に介護の仕事に就くことを勧めたいと思う人の割合	45.4%	
4-2	介護人材が採用できている割合	新卒：6.0% 中途(経験者)33.9% 中途(未経験)25.9%	
4-3	仕事に見合った給料がもらえていると感じる介護職員の割合	第9期中に調査	
	(特定)処遇改善加算の取得率	処遇改善:93% 特定:73%	
4-4	離職率	18.5%	
4-5	スキルアップの機会が十分にあると感じる介護職員の割合	第9期中に調査	
	スキルアップやキャリアデザインに向けた具体的な支援を行っている事業所の割合	第9期中に調査	
4-6	有資格者(初任者研修、実務者研修、介護福祉士)が周辺業務をしていない事業所の割合	14.0%	
4-7	ここ数年で業務改善の努力が定着している事業所の割合	第9期中に調査	
4-8	ケアマネジメントの困難さについて「書類が多い」と答えたケアマネジャーの割合	72.4%	
4-9	介護ロボットやICT機器を導入している事業所の割合	40.5%	
5-1	介護職の魅力ややりがい、表彰などについての情報発信の取組状況	広報特集号を作成	調整中
5-2	福祉のしごと就職フェアの来場者数・就職者数	来場者数:68人 就職者数:10人	
5-3	資格取得支援者数(新規就労者枠)	41件	
5-4	外国人介護従事者等に対する日本語学習支援事業の受講者数・修了者数	受講者数:46人 修了者数:34人	
5-5	【指標なし】令和6年度中に具体策を検討し、令和7年度から順次事業化	-	
5-6	生活支援ヘルパー応援加算の取得率	-	
5-7	(特定)処遇改善加算の要件や申請方法について周知を実施し、取得困難な事業所の相談に応じる	-	
5-8	介護事業所研修の受講者数(経営改善・ネットワーク)	延200人	
5-9	【指標なし】(ケアマネジャー・介護人材ヒアリング等を経て第9期計画中に設定)	-	
5-10	介護事業所研修の受講者数(キャリアデザイン/従業員ケア/エンゲージメント)	延150人	
5-11	資格取得支援者数(ステップアップ枠)	171件	
5-12	てくポ(ボランティアポイント)参加者数 ※介護事業所でボランティアした方	延3,114人	
5-13	介護事業所研修の受講者数	延300人	
5-14	【指標なし】(ケアマネジャー・介護人材ヒアリング等を経て第9期計画中に設定)	-	
5-15	【指標なし】(国の動向などを見ながら事業化の要否を検討していく)	-	
5-16	介護事業所研修の受講者数(ICT活用と国・都支援活用)	延150人	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

現状

本市の独自推計では、今のままでは令和22年(2040年)には介護人材が約2千人不足するという結果が出ています。特に全国で生産年齢人口の減少が進むことで、介護事業所間だけでなく、他業種との人材獲得競争も激化していく見込みです。中でも、訪問系サービスについては、介護事業所調査の結果(P26参照)にもあるとおり、10年、20年後まで働き続けることが難しい年齢の方が多くを占めています。在宅における支援・サービス提供の機能強化をはかるためには、訪問系職員の確保が重要な課題であるといえます。

また、限られた人員の中で、十分なサービスを提供するには、介護事業所の生産性向上も重要です。国でも、入居者の起床や転倒を察知するセンサー類や職員間の情報共有ツールの導入促進に加え、介護事業所の文書に係る負担軽減をはかるための審議がされていますが、市としても介護職の機能分化やシステムの運用開始に向けた支援を行っていく必要があります。

方向性

介護にかかわる労働力の確保(3-1)

- ・ 介護人材の確保・定着・育成に向けた取組を推進します。
- ・ 介護職員の負担軽減に向けた取組を検討し、離職・求職率を抑制するための取組を推進します。

介護事業所・ケアマネの生産性向上(3-2)

- ・ 介護事業所の業務改善に向けた取組をすすめます。
- ・ ICT化による業務の革新をすすめます。

5-1 介護職の魅力発信、介護人材表彰制度

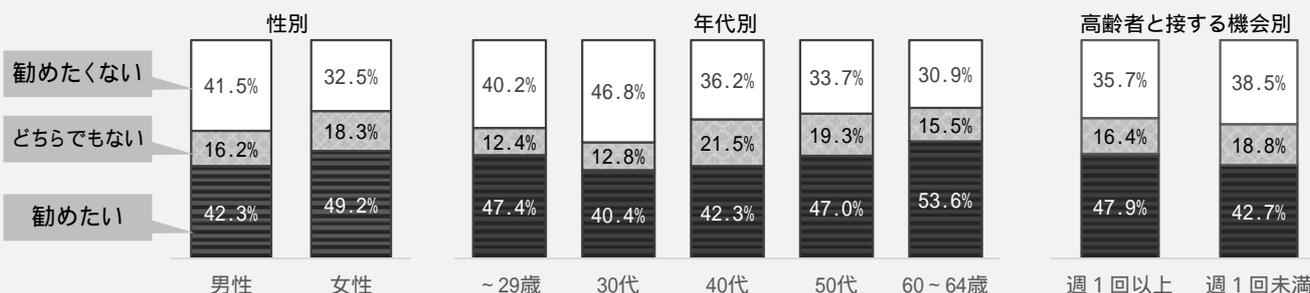
介護職の魅力発信については、国や都が様々な事業を展開しており、本市でも国や都の事業を市民に周知するほか、広報はちおうじ特集号などにより介護職の魅力を発信していきます。

また、介護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。



参考:令和5年度(2023年度) 八王子市市民意識調査結果から

「家族や親しい友人に介護の仕事に就くことを勧めたい(または本人が希望したら進めたい)」と答えた方の割合は、性別・年代・高齢者と接する機会によって異なることがわかりました。より若い層への効果的な発信を意識する必要があるほか、日常で高齢者と若者が接する機会をつくっていくことも重要であると考えられます。



## 5-2 介護人材確保事業

介護未経験者を対象に、就職相談会と連動させた「入門的研修」及び「生活支援ヘルパー研修」や、介護現場で主に周辺業務に従事したい方を対象とした「介護助手おしごと相談会」、市内介護事業所や障害福祉事業所で働きたい方を対象とした「福祉のしごと就職フェア」を開催し、介護人材の確保をはかります。



## 5-3、11 資格取得支援事業

市内の介護従事者やこれから就労する方を対象に、「初任者研修」、「実務者研修」、「介護福祉士」の資格取得の費用補助をすることで、介護人材の確保と定着をはかります。

## 5-4 外国人介護従事者等に対する日本語学習支援

介護事業所に就労してい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を実施することにより、介護現場での外国人従事者の活躍を支援します。

## 5-8、10、13、16 介護事業所経営課題解決支援(介護事業所研修)

市内介護事業所を対象に、生産性の向上や離職防止、収支改善など経営にかかわる課題解決のため、介護事業所との伴走支援を行い、地域における質の高いサービスの安定供給をはかります。

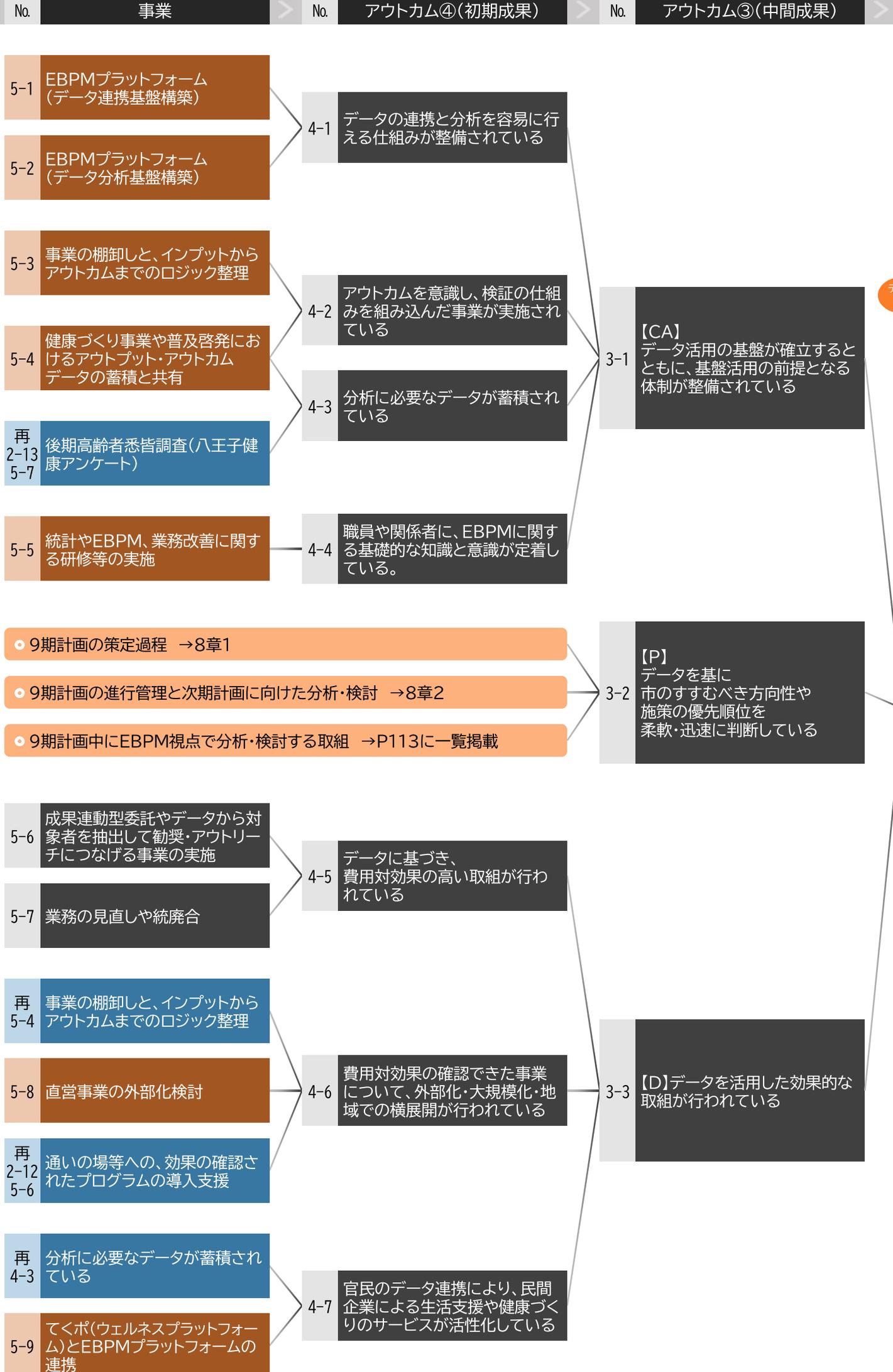
また、市内介護事業所に勤めている方を対象に、人材戦略や介護技術・知識、業務の見直しに向けた研修を実施し、介護人材の定着をはかります。

## 5-5 さらなる人材確保策やケアマネジャー不足対策の検討

本市では、介護現場の人材確保や生産性向上に向けて、ここまでに掲げた様々な取組を推進してきました。しかしながら、「2040年までに約2千人」という大幅な需給ギャップを埋める道筋はまだ立っておらず、計画策定に向けた議論や調査では、ケアマネジャーの不足や高齢化に関する実態も浮かび上がってきています。

そのため、計画に記載した取組を着実にすすめていくほか、ケアマネジャーを含めた介護人材について、より実効性の高い取組が求められます。令和6年度(2024年度)以降、新たに団体ヒアリングや介護人材向け意識調査を行うとともに、介護人材養成校設置を含めた他自治体の事例研究などを行い、実効性のある対策について検討し、第9期計画期間中の着手を目指します。

テーマ  
7



# 施策目標17

# 代表的な指標と現状値・目標値

	指標	現状値	目標値
2	5-3で棚卸した事業全体のインプットに対するアウトカムの比率	-	事業の棚卸し後、現状値を把握したうえで設定

	各アウトカム・アウトプットの指標	現状値	目標値
3-1	インプットに対するアウトカムの比率が数値化できている事業の割合	-	調整中
3-2	第9期計画中にEBPM視点で分析・検討するとした取組(P113)のうち、データに基づき具体的な方針・取組決定を行ったものの数	-	
3-3	EBPMプラットフォーム活用事業数	-	
4-1	【指標なし】(下位アウトカム指標と共通)	-	
4-2	【指標なし】(下位アウトカム指標と共通)	-	
4-3	【指標なし】(下位アウトカム指標と共通)	-	
4-4	【検討中】(職員意識調査等を検討)	-	
4-5	第9期計画中にコストパフォーマンスが改善できた事業やEBPM視点で立ち上げた事業の数(コストパフォーマンスの評価方法は5-3で検討)	-	
4-6	第9期計画中にEBPM視点で外部化・大規模化・地域での横展開を行った事業の数	-	
4-7	PHR(個人の健康に関するデータ)活用に関して連携している企業数	-	
5-1	令和7年度末までのシステム構築完了	-	
5-2	令和7年度末までのシステム構築完了	-	
5-3	市が実施する介護予防関連事業全体についての棚卸しを行い、コストパフォーマンス評価のためのロジック整理を行う また、予防分野以外の普及啓発事業についても可能な範囲で整理を行う	-	
5-4	5-3における整理に基づき、アウトプットやアウトカムを定量的に測定できていない業務の実施方法を見直す	-	
5-5	健康づくり分野の担当者における統計研修所研修の受講率	-	
5-6	EBPMプラットフォーム構築と連動して第9期計画中に試行実施	-	
5-7	5-3の整理やEBPMプラットフォームによるアウトカムの定量評価を基に対象事業を選定し、第9期計画中に具体的な見直し・統廃合を実施	-	
5-8	5-3の整理やEBPMプラットフォームによるアウトカムの定量評価を基に対象事業を選定し、第9期計画中に1事業以上の外部化を実施	-	
5-9	令和7年度中に連携した仕組みを確立 令和8年度本格運用開始	-	

<必要に応じて用語解説や事業のイメージイラスト・写真などを掲載>

## 現状

本市の高齢者人口は今後さらに増加していく予測ですが、生産年齢人口の減少などにより、行政が活用可能な人員や予算には限界があります。そのため、費用対効果を意識しながら事業・施策の統廃合や改善をスピーディーにすすめていく必要性は、ますます高まっています。

## 方向性

データ活用基盤の確立と職員や関係者のスキルアップによるEBPM(根拠に基づく政策立案)推進の前提条件整備

- ・ 医療・介護などの市が保有するデータや、介護予防事業を通じて収集できた健康関連データを安全に連携して分析する「EBPMプラットフォーム(根拠に基づく政策立案をするための基盤)」を構築・活用します。
- ・ 職員のEBPMへの理解を深め、アウトカム(成果)を意識したコストパフォーマンス(費用対効果)検証や、検証に基づく事業の廃止や再構築、外部化を随時行う体制を定着させます。

市の進むべき方向性や施策の優先順位の柔軟・迅速な判断

- ・ 本計画で設定した指標を随時確認しながら、計画で想定した論理は正しかったか、漏れていた視点がないかを分析していきます。

データ活用による事業の費用対効果向上

- ・ データから高リスク者を探すアプローチや、成果連動型委託などにより、限られた人員・予算で15万人の高齢者に対して十分な効果を上げるための工夫をすすめます。
- ・ 限られた人員で多くの高齢者の行動変容を実現するため、市の直営事業の棚卸しと費用対効果検証を実施します。その上で、かけた費用以上の医療・介護費削減効果が確認できた事業については積極的な外部委託や大規模化を検討します。
- ・ 行政がもつ豊富なデータを、個人情報を除くなど匿名性を保った形で民間と共有し、行政が費用を負担しない民間主導の生活支援・健康づくりを促進します。

## 5-1 など データに基づくPDCAサイクルの基盤となる「EBPMプラットフォーム」

例えばある体操教室を令和2年(2020年)～令和6年(2024年)まで実施した場合、その介護予防効果を計測するためには、単に「(A)体操に通っている人」と「(B)高齢者全体」の体力を比べるだけでは不十分です。

そもそも体操教室が元気な人をターゲットにしているなら、「教室に通っているから元気」なのではなく、「元気だから教室に通えている」のかもしれませんが、また、現在の差から将来の要介護認定率の差を予測するのも容易ではありません。

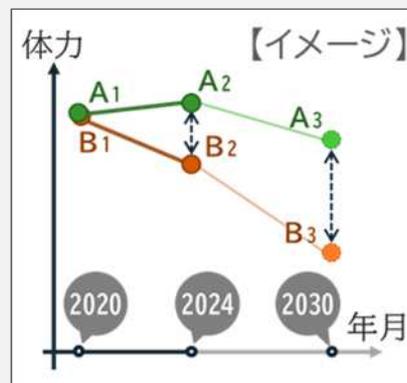
こういった悩みを解決するため、市はデータの連携と分析を組み合わせた「EBPMプラットフォーム」を構築し、以下のような分析ができる環境を整えます。

令和2年(2020年)の医療・介護データから、「体操に通っている人(A<sub>1</sub>)」と「教室に通っておらず、年齢や体力がA<sub>1</sub>と同じぐらいの人(B<sub>1</sub>)」を抽出。

両グループの令和6年(2024年)現在のデータ(A<sub>2</sub>・B<sub>2</sub>)で体力等の変化を比較。

A<sub>2</sub>・B<sub>2</sub>のデータやビッグデータ分析に基づき、両グループの将来の状態(A<sub>3</sub>・B<sub>3</sub>)を予測し、要介護率を推計。

令和6～7年度(2024～2025年度)に必要なシステム構築を行い、ハイリスク者抽出型の予防事業や成果連動型委託への活用、てくポとの連動(P93参照)など、様々な事業に活用していきます。



### 9期計画中に分析・検討するもの

各施策の中で「9期中に検討」とした取組のうち、EBPMの視点を活かしていくべきものは以下のとおりです。中でも、重要テーマ(P36～38)に関連するものについては所管・施策横断的に分析と検討を進めていきます。

- 【施策01-5-1】 中長期的な介護・医療・リハビリ等の提供体制
- 【施策02-5-8】 医療・介護の連携・意識共有に向けた課題（テーマ ）
- 【施策05-5-1】 より迅速な虐待対応を行いやすくするための制度や運用（テーマ ）
- 【施策08-5-8】 地域包括ケア深化を強力に進めるための体制（テーマ ）
- 【施策09-5-5】 通いの場における情報発信力強化（テーマ ）
- 【施策11-5-1】 行政や包括のプロモーション力向上に向けた検討（テーマ ）
- 【施策12-5-6】 通いの場への、介護予防に効果的なプログラム導入（テーマ ）
- 【施策13-5-7】 悉皆調査及び悉皆調査を契機としたアウトリーチ（テーマ ）
- 【施策13-5-10】 リエイブルメントサービス効果の分析と現場へのフィードバック（テーマ ）
- 【施策14-5-4,5】 自立支援・重度化防止の成果を出した事業所へのインセンティブ
- 【施策15-5-4】 認定調査・認定審査に係るデータの分析
- 【施策16-5-5】 介護人材確保策やケアマネジャー不足対策の検討（テーマ ）

# 第 6 章

## 施設整備方針

- 1 本計画期間中の施設整備方針
- 2 施設・居住系サービスの整備方針
- 3 主な在宅サービスの整備方針

# 1 本計画期間中の施設整備方針

## (1) 総論

本市の高齢者人口のピークは令和 27 年(2045 年)となっており、今後、高齢者の増加が見込まれる中において、高齢者の住まいの確保や看取りのあり方は、老齢期を含む生活の維持、地域共生社会の実現の観点からも非常に重要な課題となっています。

要介護状態となった高齢者の主な入所先として、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)が挙げられますが、介護医療院や有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の整備がすすみ、高齢者の住まいの選択肢は増えています。

その一方で、介護人材の不足が問題となっており、入所施設や居住系サービスにおいても、介護人材の確保に苦慮している現状があります。

こうした背景を踏まえ、本市では、限られた人的資源を有効活用するとともに、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して生活を送ることができるよう、在宅介護を支える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地域密着型サービスの整備を、第 8 期計画に引き続き重点的にすすめていきます。

図表 6 - 1 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 5 年(2023 年)7 月 31 日時点)

		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	1.8	29.1	○	○	外部 利用	外部 利用				
	住宅型 有料老人ホーム	2.8	57.2	○	○	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)		1.8	33.5	○	○	○	○				○
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)		2.4	39.4	○	○	○	○				○
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		3.9	94.1	○	○	○	○	○			○
介護老人保健施設		3.0	63.0	○	○	○	○	○	○		○
介護医療院		4.3	95.1	○	○	○	○	○	○	○	○

## 2 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4年度(2022年度)の入所希望者数は1,268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の方は609人でした。

一方で、令和4年度(2022年度)の退所者数は686人であり、加えて特別養護老人ホーム入所希望者のうち要介護4以上の方の受け入れ先と考えられる、介護医療院(退所者は470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。

#### 介護医療院

第8期計画期間中に介護療養型医療施設から介護医療院への転換がすすみ、定員数は621人となっています。新規整備は見込みませんが、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4年度(2022年度)調査における稼働率は78.1%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6年(2024年)3月末時点で31施設(566床)が整備済み及び整備中ですが、平均入居率が96.8%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3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。

#### 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 6 - 2 施設・居住系サービス提供体制の配置

施設数 (令和5年度(2023年度)見込み)

地域	日常生活圏域	広域型		地域密着型		特定施設入居者生活介護 (認知症高齢者グループホーム) サテライト型含む	特定施設入居者生活介護	介護老人福祉施設入居者生活介護 (特別養護老人ホーム)	住宅型有料老人ホーム	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	介護医療院	特定施設入居者生活介護						地域密着型	
											多床型	ユニット型
中央	旭町	1							2	2		
	追分					1				1		
	大横					1				1		
	大和田					1				1		
	子安								1			
	中野			2		2	1		1	1		
北部	石川					3			5	1		
	左入	3			1	3		1	1	2		
西南部	高尾		1						1	4		
	寺田	1		1	1				1	3		
	長房		1						1	1		
	めじろ台					1						
西部	恩方	4	3	2	1				1	2		
	川口	2	2	1		2			2	2		
	元八王子	1		1		1			1	3		
	もとはち南	1				1			4	1		
東南部	片倉		2			1		1	3	1		
	長沼					1	2 (整備中含む)			2		
東部	堀之内	2				2			1	1		
	南大沢	1		1		1		1	2			
	由木東					4				1		
合計(現状)	施設数	16	9									
		25		8	3	25		31 (整備中含む)	0	3	27	30
	定員数(床)	2,497		935	621	2,403		566 (整備中含む)	0	87	938	930
第9期整備目標(公募予定数)								3施設				

： 公募も規制もせず、個別対応とします。

： 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。

### 3 主な在宅サービスの整備方針

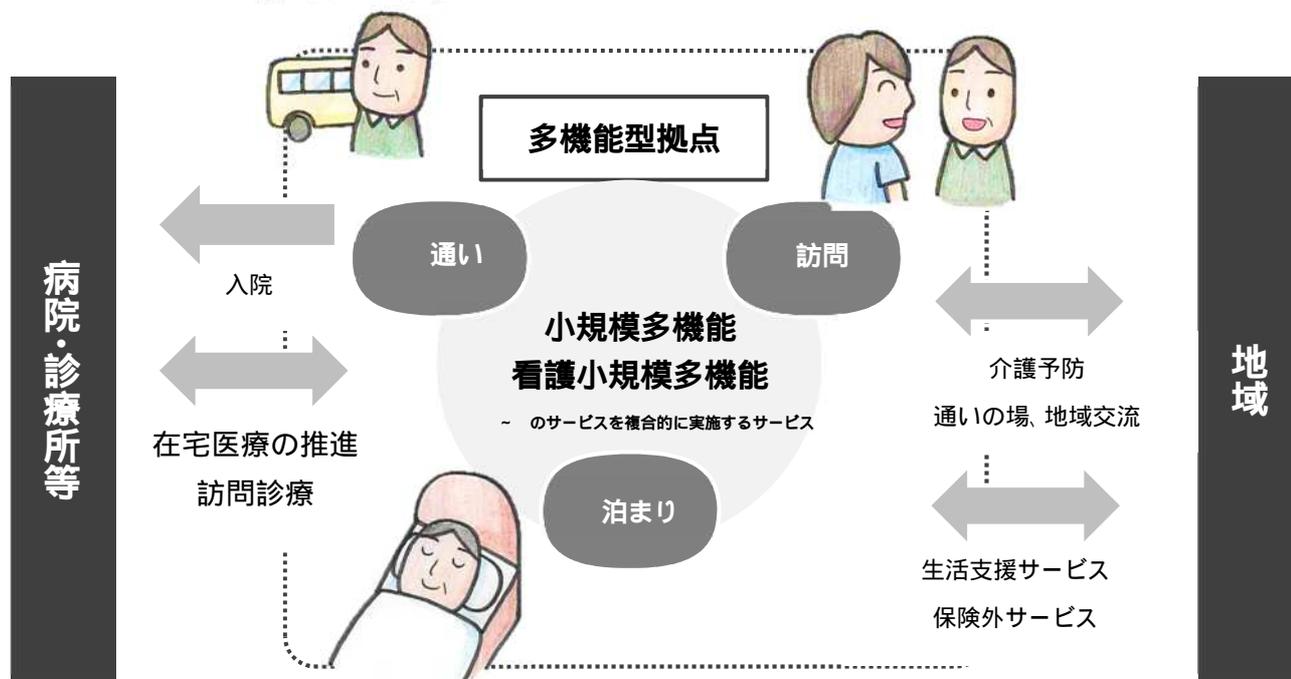
(1) 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を地域包括ケアの核に

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促進していきます。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、介護予防や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、整備をすすめていきます。

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、引き続き有効性を評価しながら、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。

図表6-3 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) 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通報による居宅訪問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すすめますが、現状は日常生活圏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(サテライト含む)を行います。

### (3) 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

現在、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、供給が需要を上回る状態にあります。

また、本計画では、望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)を目的とした短期集中予防サービスを中心とする介護予防施策を重点としています。加えて、地域包括ケアの核として、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としており、さらなる普及の促進を目標としています。

以上のことから、「通い」の機能が重複する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、公設民営の高齢者在宅サービスセンター(デイサービス)についても、令和9年(2027年)以降、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。

### (4) 夜間対応型訪問介護及び認知症対応型通所介護について

夜間対応型訪問介護及び認知症対応型通所介護については、一定のニーズが存在するものの、既存の事業者によるサービス提供で対応可能であると考え、目標を設定しての整備は行わず、事業者から整備に関する相談があった場合は、個別に対応します。

### (5) 新たな複合型サービスについて

居宅要介護者の様々な介護ニーズに対し柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス(訪問や通所系サービスなど)を組み合わせ、新しい複合型サービスの類型を設けることが国から示されています。

このような複合型サービスについては、国の動向を注視しながら整備について柔軟に対応します。

図表 6 - 4 在宅サービス提供体制（地域密着型）

事業所数（令和 5 年度（2023 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	
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護 サテライト含む	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）	地域密着型通所介護 （地域密着型デイサービス） 総合事業の実施事業所を含む	小規模多機能型居宅介護 サテライト型含む	看護小規模多機能型居宅介護
中央	旭町				5	1	
	追分				4		
	大横				6	1	
	大和田				4		
	子安				8		
	中野				4	1	
北部	石川	1			4	1	
	左入	1	1	1	4	1	1
西南部	高尾	1			3	1	
	寺田			1	4	2	
	長房			1	3	1	
	めじろ台	1	1	2	5	1	
西部	恩方			1	1	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	6	2	
	長沼	1		3	5		1 (整備中)
東部	堀之内				8	1	
	南大沢			2	4	1	1 (整備中)
	由木東				4	1	
合計(現状)		7	3	13	91	20	4 (整備中含む)
第 9 期整備目標 (公募予定数)		若干数 (空白地域優先)			総量規制	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 6 - 5 在宅サービス提供体制（広域型）

事業所数（令和 5 年度(2023 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	
		訪問サテライト介護含む	訪問入浴介護	訪問サテライト看護含む	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	14		9			2		1		11
	追分	5	1	3			3				2
	大横	6		3			1				7
	大和田	4		3			1				7
	子安	7	1	4			2				4
	中野	7		1	1		4	2		2	11
北部	石川	4		1			5				2
	左入	1		2			2	1	5	1	2
西南部	高尾	5	1	2			1		1		4
	寺田	12		2			4	1	2	2	8
	長房	6		1			3		1		5
	めじろ台	8					3				6
西部	恩方	4		2	1		4	2	6	3	10
	川口	5			1		8	1	4	1	7
	元八王子	6		2			4	1	1	1	7
	もとはち南	5	1	2			10		2		6
東南部	片倉	12	1	5			4		2		4
	長沼	8	1	3			7				9
東部	堀之内	7		3			4		2		7
	南大沢	5	2	2			3	1	2	1	8
	由木東	5		1			2		1		5
合計(現状)		136	8	51	3	0	77	9	30	11	132
第 9 期整備目標 (公募予定数)							総量 規制				

： 公募も規制もせず、個別対応とします。

図表 6 - 6 介護保険制度以外の公的サービス

施設数 (令和 5 年度(2023 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	調整中 (今後、国から示される「目標を定めるに当たって 参酌すべき標準」を踏まえて記載します。)							
	追分								
	大横								
	大和田								
	子安								
	中野								
北部	石川								
	左入								
西南部	高尾								
	寺田								
	長房								
	めじろ台								
西部	恩方								
	川口								
	元八王子								
	もとはち南								
東南部	片倉								
	長沼								
東部	堀之内								
	南大沢								
	由木東								
合計(現状)									
第 9 期整備目標 (公募予定数)									

# 第 7 章

## 介護保険事業の見込みと保険料

- 1 サービス利用料の見込み
- 2 保険給付費の見込み
- 3 保険給付の財源
- 4 第 9 期介護保険料の所得段階別設定
- 5 第 9 期介護保険料の基準額

# 1 サービス利用量の見込み

サービス利用量については、最近の利用実績や類似するサービスの利用状況などを基に、利用者数の増減を勘案して推計しました。

## (1) 居宅介護サービス・介護予防サービス

利用者数(人/月)

	第8期実績 (令和5年度は見込み)			第9期計画			将来推計		
	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	令和12年度	令和22年度	令和32年度
訪問介護	調整中								
訪問入浴介護									
介護予防訪問入浴介護									
訪問看護									
介護予防訪問看護									
訪問リハビリテーション									
介護予防 訪問リハビリテーション									
居宅療養管理指導									
介護予防 居宅療養管理指導									
通所介護(デイサービス)									
通所リハビリテーション (デイケア)									
介護予防 通所リハビリテーション									
短期入所生活介護									
介護予防 短期入所生活介護									
短期入所療養介護									
介護予防 短期入所療養介護									
福祉用具貸与									
介護予防福祉用具貸与									
特定福祉用具*販売									
特定介護予防 福祉用具販売									
住宅改修									
介護予防住宅改修									
特定施設入居者 生活介護									
介護予防 特定施設入居者 生活介護									

## (2) 地域密着型介護サービス・介護予防サービス

利用者数(人/月)

	第8期実績 (令和5年度は見込み)			第9期計画			将来推計		
	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	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	調整中								
夜間対応型訪問介護									
認知症対応型通所介護									
介護予防 認知症対応型通所介護									
小規模多機能型 居宅介護									
介護予防小規模多機能型 居宅介護									
認知症対応型 共同生活介護									
介護予防認知症対応型 共同生活介護									
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護									
看護小規模多機能型 居宅介護									
地域密着型通所介護									

## (3) 居宅介護支援・介護予防支援

利用者数(人/月)

	第8期実績 (令和5年度は見込み)			第9期計画			将来推計		
	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	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
居宅介護支援	調整中								
介護予防支援									

## (4) 施設サービス

利用者数(人/月)

	第8期実績 (令和5年度は見込み)			第9期計画			将来推計		
	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	令和 12年度	令和 22年度	令和 32年度
介護老人福祉施設	調整中								
介護老人保健施設									
介護医療院									
介護療養型医療施設									

# 2 保険給付費の見込み

## (1) 総給付費

計画期間における利用量の動向を踏まえた各サービス別保険給付費の見込みは、次表のとおりです。

### ① 介護給付費

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
<b>居宅サービス</b>			
訪問介護	調整中		
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
住宅改修			
特定施設入居者生活介護			
居宅サービス計(小計)			
<b>地域密着型サービス</b>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	調整中		
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
地域密着型通所介護			
複合型サービス			
地域密着型サービス計(小計)			
<b>施設サービス</b>			
介護老人福祉施設	調整中		
介護老人保健施設			
介護医療院			
介護療養型医療施設			
施設サービス計(小計)			
<b>居宅介護支援</b>			
介護給付費計(計)			

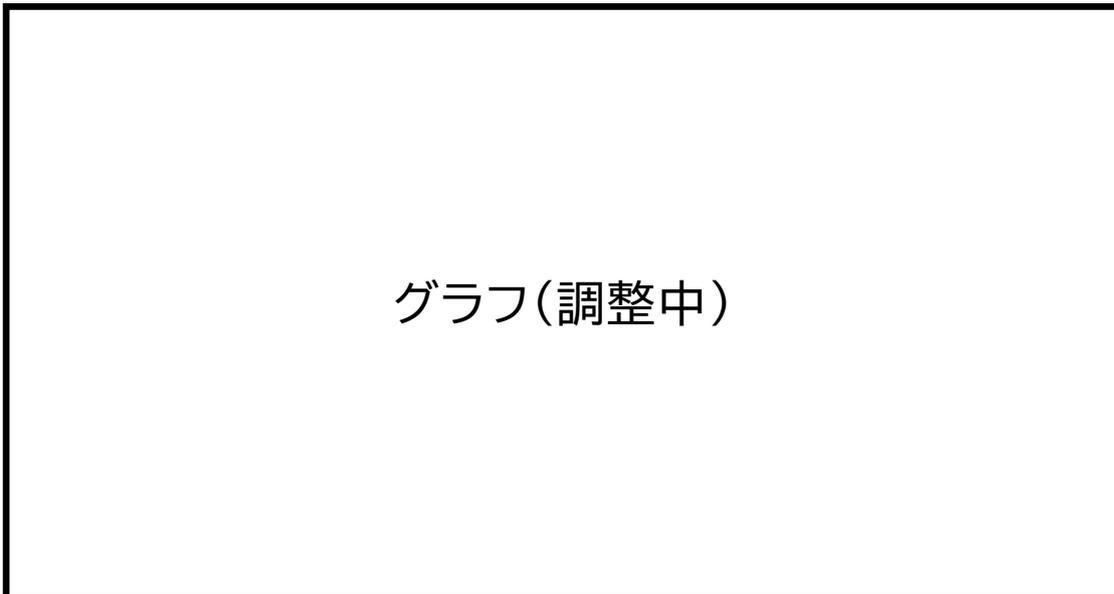
② 予防給付費 単位:千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス	調整中		
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
介護予防住宅改修			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防サービス計(小計)			
地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
地域密着型介護予防サービス計(小計)			
介護予防支援			
予防給付費計(計)			

③ 総給付費

単位:千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付費計	調整中		
予防給付費計			
総給付費			
第9期計画期間中の合計			



## (2) 標準給付費\*の見込み

総給付費(介護給付費及び予防給付費)を含めた標準給付費の見込みは、次のとおりです。

単位:千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額	調整中		
総給付費			
特定入所者介護サービス費*等給付額			
高額介護サービス費*等給付額			
高額医療合算介護サービス費*等給付額			
算定対象審査支払手数料			
標準給付費見込額計(小計)			
地域支援事業費			
合計			



### (3) 地域支援事業費の見込み

介護予防・日常生活支援総合事業を含む地域支援事業に関する見込みは、次のとおりです。

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業	調整中		
訪問型サービス			
通所型サービス			
その他生活支援サービス			
介護予防ケアマネジメント			
審査支払手数料			
高額介護予防サービス費相当事業等			
一般介護予防事業			
包括的支援事業*及び任意事業*			
包括的支援事業			
高齢者あんしん相談センター運営			
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			
任意事業			
介護給付費適正化事業			
家族介護支援事業			
その他の事業			
合計			

※重層的支援体制整備事業として実施する事業を含む。

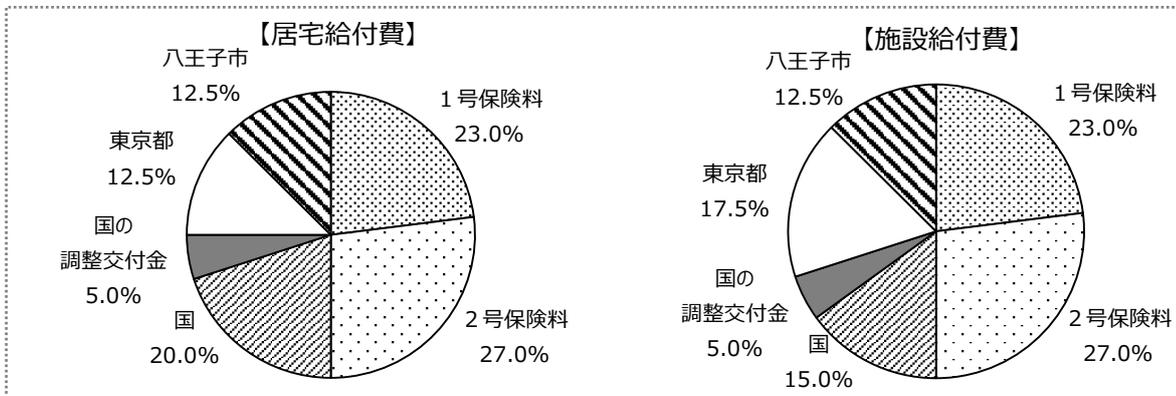


# 3 保険給付の財源

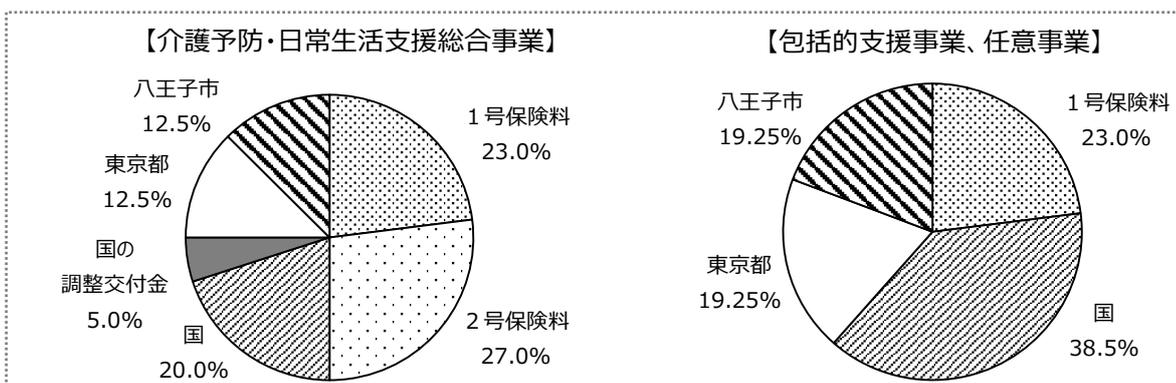
## (1) 保険料負担割合

保険給付を行うための財源は、下図のとおり公費(国・都・本市の支出金)と保険加入者の保険料で賄われています。保険給付の費用は原則として2分の1を公費で、残る2分の1を第1号被保険者(65歳以上の方)、第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方々から徴収する保険料で賄うこととなっています。なお、地域支援事業のうち包括的支援事業等については第2号被保険者の負担はなく、その分が公費で補填されます。第1号被保険者の負担割合は変わりません。

図表7-1 介護費用の負担区分



図表7-2 地域支援事業の負担区分



第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担割合は、全国の第1号被保険者と第2号被保険者の人口割合により3年ごとに決定されます。本計画期間における負担割合は、第1号被保険者が23%、第2号被保険者が27%となっています。

従って、本計画においては今後3年間の保険給付総額の23%を賄うよう、第1号被保険者の保険料水準を定めなければなりません(調整交付金の減額分を除く)。

## (2) 調整交付金

標準給付費における国の負担割合のうち5%(全国平均)は調整交付金として支出されます。調整交付金は全国の保険者の財政格差を調整する目的で設けられており、第1号被保険者における年齢区分別(65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上)加入割合や所得段階別人数割合によって国からの調整交付金が増減します。

年齢の高い区分の高齢者の加入割合が全国平均よりも高い場合は、より多く保険給付を見込む必要があり保険料の増加につながるため、これを軽減する目的で調整交付金が多く交付されます。また、所得段階別の人数割合を全国平均と比較し、所得段階が高い方の割合が高ければ保険料の負担能力も高いと考えられるため、調整交付金は少なくなります。

本市では全国平均と比較して年齢の高い区分の高齢者加入割合が全国平均よりも低く、所得の高い方の割合が高いため、交付割合は5%を下回っています。

本計画においては、本市の調整交付金の交付割合を●%(3か年平均)と推計しており、5%との差である●%分は第1号被保険者の負担割合(23%)に加算して負担することになります。

## (3) 介護給付費準備基金

介護給付費準備基金を設けて本計画期間の初年度に発生が見込まれる余剰金を積み立てる一方、給付費の不足が生じた場合には取り崩しを行うなど、被保険者に安定して保険給付を提供するよう努めています。

基金は保険財政の安定をはかるために大切な役割を果たしていますが、必要以上の基金残高を保有することは、保険給付のために徴収した保険料の用途として適切ではありません。そこで、本計画期間においては、基金残高約●円のうち安定的な保険運営のために必要な残額水準を除いた●円を取り崩し、保険料負担の軽減をはかります。

## (4) 財政安定化基金

保険給付費が計画を上回る場合や社会状況の変化による保険料収入の低下により、保険者が資金不足に陥った場合に備え、国・都・保険者が3分の1ずつ拠出して、都道府県に財政安定化基金が設けられています。都道府県は拠出金を原資に基金へ積み立て、保険者が資金不足に陥った場合、保険給付に必要な資金を基金から貸し付けます。貸し付けを受けた保険者は次の事業計画期間に、返済に必要な額を加算して保険料を定め、基金に借入金を返済することになります。

本市では適切に保険給付費を見込み安定的な介護保険制度運営をはかっており、第8期計画期間において資金不足は生じていないことから、借入は行っていません。



# 5 第9期介護保険料の基準額

## (1) 保険料基準額の算定方法

第9期保険料基準額の算定は以下のとおりです。

まず今後3年間の標準給付費、地域支援事業費見込額の合計(A)に第1号被保険者負担割合(23%)を掛けて第1号被保険者負担分相当額(B)を求めます。次に本来の交付割合(5%)による調整交付金相当額と実際に交付が見込まれる調整交付金見込額の差(C-D)、都の財政安定化基金への償還金(E)を足し、基金取崩の額(F)を引きます。この保険料収納必要額を予定保険料収納率と被保険者数、月数で割ったものが第1号被保険者の基準額(月額)となります。

図表7-3 保険料基準額の算定方法

項目	金額(千円)
標準給付費+地域支援事業費計(A)	調整中
第1号被保険者負担分相当額(B) = (A) × 23%	
調整交付金相当額(C)	
調整交付金見込額(D)	
財政安定化基金償還金(E)※1	
介護給付費準備基金取崩額(F)	
保険料収納必要額(G) = (B) + (C) - (D) + (E) - (F)	

項目	数値
保険料収納必要額(G)	調整中
予定保険料収納率(H)	
所得段階別加入割合補正後被保険者数(I)※2	
第9期の第1号被保険者の介護保険料の基準額 保険料(J)(月額) (J) = (G) ÷ (H) ÷ (I) ÷ 12 か月	

※1 本市は財政安定化基金からの借入れを行っていないため、償還金(基金への返済)はありません。

※2 第1号被保険者保険料に不足が生じないように、所得段階ごとに人数と保険料率を乗じた数の合計(=所得段階別加入割合補正後被保険者数)を被保険者数とみなして基準額を算定します。なお、数値は3年間の合計値です。

### 基準額計算の考え方

基準額(月額)  
(●円)

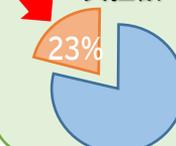
=

八王子市に必要な  
介護サービスの総費用



×

65歳以上の  
負担額



÷

八王子市に住む  
65歳以上の方の人数



第1号被保険者の所得段階別保険料は、次のとおりです。

図表7-4 第1号被保険者の所得段階別保険料

調整中

## 介護保険における課税年金収入額と合計所得金額

○ 課税年金収入額



○ 合計所得金額

**(2) 保険料基準額の内訳**

保険料基準額●, ●●●●円の内訳は、次のとおりです。

図表7-5 保険料基準額の内訳

区分	第8期 (令和3～5年度)		第9期 (令和6～8年度)	
	負担割合	保険料 /月(円)	負担割合	保険料 /月(円)
介護給付費	23.0%	5,774	<b>調整中</b>	
地域支援事業費	23.0%	359		
保険料必要額 計		6,133		
介護給付費準備基金取り崩し		▲383		
保険料基準額(月額)		5,750		

**(3) 介護保険料の減免・徴収猶予**

世帯の主たる生計維持者の長期入院や解雇、失業等で収入が著しく減少した場合や、自宅が火災や風水害等によって被害を受けた等で、保険料を納めることが難しい場合、申請に基づき保険料の減免や徴収猶予を行う制度を設けています。

# 第 8 章

## 計画の策定過程と推進体制

- 1 計画の策定過程
- 2 計画の推進体制
- 3 計画の評価と第 10 期計画に向けた検証

# 1 計画の策定過程

## (1) 総論

本計画の策定に向けて、関連所管及び地域の実情を把握している高齢者あんしん相談センターに対しヒアリングを行い、現状の把握や課題の抽出を行うことから策定業務を開始しました。

計画策定の過程では、本市の目指す姿を多様な関係機関と共有すること、また、市民の皆様が共感できるものにすることを重視しながらすすめました。

## (2) 計画策定部会の開催

本計画を策定するため、「八王子市高齢者計画・介護保険事業計画策定部会」を設置し、学識経験者、福祉・保健医療関係者、介護サービス事業者、地域関係者などの皆様に加え、市民委員の方にも参加していただき、計画についての審議を計7回行いました。

グループ別のワークショップ形式の議論では、様々な立場からの活発な意見交換やアイデア出しが行われました。

開催回	日時	概要
第1回	令和5年(2023年) 2月15日	高齢者施策のこれまでとこれから 第9期計画の方向性について
第2回	令和5年(2023年) 4月26日	各種調査の結果について ワーク「計画で目指す未来」
第3回	令和5年(2023年) 7月12日	第2回計画策定部会ワーク結果と基本理念・柱案 ワーク「個別ロジックモデル(論理体系図)」
第4回	令和5年(2023年) 8月9日	ワーク「個別ロジックモデル(論理体系図)」
第5回	令和5年(2023年) 9月26日	国の基本指針と計画での対応方針 第9期計画の評価指標 第9期計画における施策横断の重要テーマ 第9期計画における施設整備方針
第6回	令和5年(2023年) 11月7日	介護サービス見込量等の試算結果について 八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画の素案について
第7回 (予定)	令和6年(2024年) 2月27日	第9期計画(素案)のパブリックコメントの結果について 個別意見の概要と市の考え方 第9期介護保険料について 八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画 最終案

# 写真

部会での議論の様子など

### (3) ヒアリング

本市の目指す未来とそれを実現するための方針や事業・施策を検討するため、一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構とともに、関係所管及び高齢者あんしん相談センターへのヒアリングを実施しました。

#### 関連所管へのヒアリング

##### 第1次ヒアリング(令和4年(2022年)6月)

第8期計画における進捗状況や所管としての課題認識についてヒアリングを行いました。

##### 第2次ヒアリング(令和5年(2023年)2月)

個別ロジックモデル(論理体系図)に基づき、ワークショップ形式で議論を行い、ロジックモデル(論理体系図)と指標を具体的に検討しました。

#### 【ヒアリング参加所管】

部	課
福祉部	福祉政策課、指導監査課、高齢者いきいき課、高齢者福祉課、介護保険課
健康医療部	健康医療政策課
まちなみ整備部	住宅政策課

#### 高齢者あんしん相談センターへのヒアリング

##### 第1次ヒアリング(令和5年(2023年)1~2月)

本市は地域により地域資源や高齢者の状況、課題が大きく異なります。データで見えにくい地域の特性や課題について把握するため、21か所の高齢者あんしん相談センターにヒアリングを実施しました。

##### 第2次ヒアリング(令和5年(2023年)6月)

2、3か所の高齢者あんしん相談センターごとに、3つの個別ロジックモデル(論理体系図)について、ヒアリングを実施し、本市の目指す姿の共有をするとともに、ロジックモデル(論理体系図)の見直しを行いました。

### (4) パブリックコメント

パブリックコメント後に作成

## 2 計画の推進体制

### (1) 基本的な考え方

本計画は、高齢者に関する総合的な計画であり、対象となる事業も広範囲にわたるため、行政のみならず民間団体や福祉、保健、医療、介護、防災など、各機関との連携が欠かせません。

そのため、関係機関や市民、地域団体に計画の趣旨や内容の周知を行い、連携の強化、協力体制づくりをすすめていきます。

### (2) EBPMの推進

計画の推進にあたっては、計画期間中にも随時進捗状況の確認や課題分析を行います。また、各種調査結果や厚生労働省の提供する「地域包括ケア『見える化』システム」などを活用し、費用対効果の高い事業や地域特性に応じた施策展開につなげていきます。

このためにはデータ活用に向けた基盤整備や職員・関係者のスキルアップも必要になってくることから、これらを施策目標 17 として明確に位置づけ、取組を加速していきます。

### (3) 多様な専門家や市民の視点を反映した進行管理

本市が条例で設置する「社会福祉審議会」に「高齢者福祉専門分科会」を設け、本計画の進行管理を行います。

この高齢者福祉専門分科会の下に3つの部会を設置し、「現場目線・市民目線」と「客観的なデータ」を組み合わせて、きめ細かい議論に基づく進行管理や次期計画の策定に向けた検討を行います。

#### 高齢者福祉専門分科会

各分野の有識者に加え、市民から公募した被保険者の代表から構成される機関で、要介護認定の状況や介護保険サービスの需給状況などを踏まえ、本市の高齢者福祉に関する事項の審議や介護保険財政の健全運営をはかります。

また、本計画の進行状況の確認・評価や、制度改正などに伴う検討事項について協議を行うとともに、地域包括ケアシステムを推進するための議論についても総合的な見地からすすめていきます。

#### 高齢者あんしん相談センター運営部会

学識経験者や福祉・保健医療関係者、介護保険サービス事業者などにより構成され、高齢者あんしん相談センターの公正・中立性の確保及び適切な運営をはかるための審議を行います。

#### 高齢者施設整備審査部会

学識経験者や福祉・保健医療関係者、介護保険サービス事業者などにより構成され、社会福祉法人等による介護保険施設等の整備に対して補助金を交付するにあたり、交付対象法人としての適格性や整備計画の妥当性の審査を行います。

#### 高齢者計画・介護保険事業計画策定部会

学識経験者や福祉・保健医療関係者、介護保険サービス事業者、市民委員などにより構成され、「高齢者計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、計画の基本となる重要事項等の審議を行います。

### 3 計画の評価と第10期計画に向けた検証

#### (1) 前提

本計画の策定過程では、様々なデータ分析やこれまでの事業や計画の検証を前提に、ロジックモデル(論理体系図)によって論理構造を分解・可視化しました。そして、ロジックモデル(論理体系図)を土台に様々な関係者・専門職との議論を重ねてきたことで、これまで以上に実効性を高めた計画になると考えています。

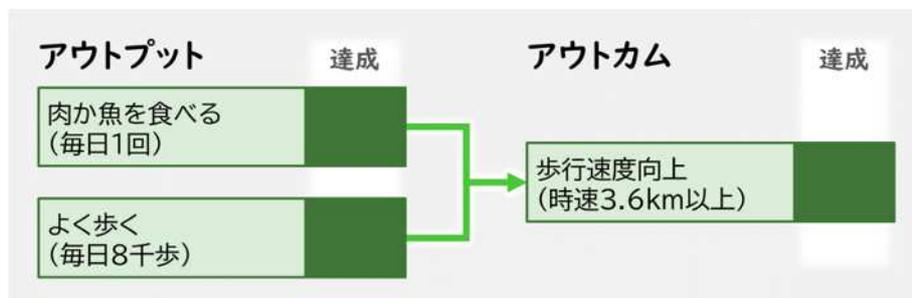
しかしながら、計画期間である3年の間「記載した取組を着実に実行する」だけでは不十分です。

多くの政策分野に共通することですが、高齢者を取り巻く複雑な問題に明確な「正解」はありません。また、仮に「正解」が見つかったとしても、社会や技術は常に変化し続けており、ある時点の正解がその後も通用する保証はありません。そのため、本計画では、計画期間中にも常に計画そのものを検証し、改善することを重視していきます。

#### (2) 検証のポイント ~ データに基づいて計画の論理構造も検証する ~

第4章で述べたとおり、本計画では、事業をどれだけ実施したかを測る「アウトプット(結果)指標」と、狙った効果が出たかを測る「アウトカム(成果)指標」を設定し、それぞれに目標値を設定しています。

【ロジックモデル(論理体系図)のイメージ】

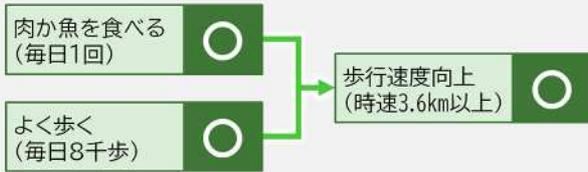


例えば、上の図のようにロジックモデル(論理体系図)と指標・目標を設定し取組をすすめていくと、目標の達成状況は4つの組み合わせにパターン分けできます。

- ・ アウトプット達成      ・ アウトカム達成
- ・ アウトプット未達成      ・ アウトカム未達成
- ・ アウトプット達成      ・ アウトカム未達成
- ・ アウトプット未達成      ・ アウトカム達成

今後は、この組み合わせごとに、おおむね以下のような検証を行っていくことが基本となります。

### パターン : アウトプット(結果)目標もアウトカム(成果)目標も全て達成

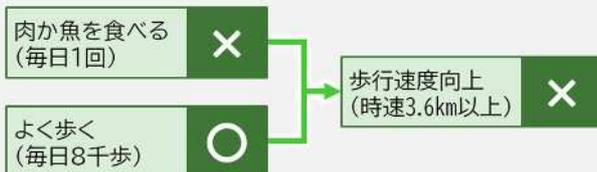


計画は順調に達成されたと評価できます。次期計画では、目的の性質により

- ・達成による事業終了
- ・取組の継続
- ・さらに高い目標を設定する

といった選択肢を検討することになります。

### パターン : アウトプット(結果)目標が未達成で、アウトカム(成果)目標も未達成

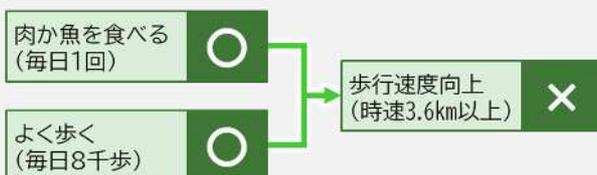


アウトプット(結果)目標を達成できなかったため、アウトカム(成果)目標も達成できなかったパターンです。

この場合は、目標未達成の理由を分析して事業の手法や予算・人員を見直すことが一般的な対応となります。

上記の2つのパターンは、いずれも「アウトプット(結果)目標を達成すればアウトカム(成果)目標が達成される」という想定と矛盾しないものです。しかし、現実には以下のように、計画の想定した因果関係と矛盾する結果が出る可能性もあります。

### パターン : アウトプット(結果)目標を達成したのにアウトカム(成果)指標が未達成



このような場合、そもそも計画に記載した取組が「歩行速度向上」という目的達成につながらないものであった可能性があります。

また、アウトプット(結果)目標が低すぎる(例:肉か魚を毎日1回では足りない)など、指標・目標の設定に問題があったことも考えられます。

さらに、歩行速度向上の妨げになる阻害要因(例:ひざ関節痛)を見落としていたのかもしれない。

次期計画では、これらの検証に基づくロジックモデル(論理体系図)の修正が必要になります。

パターン : アウトプット(結果)目標が未達成なのにアウトカム(成果)指標が達成された



このような場合、そもそも「よく歩く」と「歩行速度向上」がつながっていないか、「8千歩」という目標が適切でなかった可能性があります。

また、歩数以上に歩行速度につながる他の取組(早歩きの実施や筋トレなど)がロジックモデル(論理体系図)から漏れていたという可能性もあります。

次期計画では、これらの検証に基づくロジックモデル(論理体系図)の修正が必要になります。

このように、「計画に書いてあることは正しい」という前提にこだわらず、ロジックモデル(論理体系図)と指標、そしてデータを効果的に活用しながら計画そのものを検証していきます。

### (3) 検証のポイント ~ 素早い見直しを重視 ~

市では、本計画に基づき、計画に記載した取組を3年間で着実に実施していきます。しかし、(2)のようにデータから修正すべき点が見えてきた場合や、コロナ禍のような予測困難かつ重大な社会変化があった場合などは、3年の計画期間内であっても素早い修正を行っていきます。

このようなときは、修正内容の重要性や緊急性に応じて、2(3)で述べた高齢者福祉専門分科会などの場で様々な関係者や市民の意見を伺うこととします。

### (4) 検証のポイント ~ 様々なデータからアウトカム(成果)につながる指標を精査 ~

本計画では数多くの指標を新たに設定しており、さらにサービス見込み量等の計画値と実績値の比較や保険者機能強化推進交付金に関する評価指標も活用しながら計画の評価や検証を行っていきます。

一方で、指標の数が多ければ、それだけ進捗管理に必要なコスト・マンパワーは増加することになります。そこで、今後は基本施策17で記載したEBPMプラットフォームなども活用しながら、指標間の連動を時点間や地域間で比較していきます。

#### 【連動比較のイメージ】

時点間比較 (タテの比較)	教室の参加者数の増減がどれだけ市民意識調査の結果に影響するか 口腔機能の低下と強い因果関係があるのはどんな要素か
地域間比較 (ヨコの比較)	体操教室の実施数の違いが自治体の要介護認定率に影響するか 市内21圏域で幸福感が高いところにはどのような社会資源が多いか

このような比較によってアウトカム(成果)とのつながりが薄い指標を整理しながら、次期計画までに指標やロジックモデル(論理体系図)を簡素化し、合理的に進捗管理ができる状態を目指します。



# 資料編

- 1 第8期計画の成果指標の結果
- 2 地域福祉計画との連動
- 3 国の基本指針における「記載を充実すべき事項」
- 4 用語解説

# 1 第8期計画の成果指標の結果

## 1 地域ネットワークの充実

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット(活動目標)			
			評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【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	地域ケア会議の開催	地域ケア会議 開催回数	70回/年	220件/年	200回/年
		地域ケア推進会議の開催	地域ケア推進会議 開催回数	1回/年	4回/年	4回/年
		高齢者あんしん相談センター等の窓口機能強化	高齢者あんしん相談センターの職員総配置数 認知症地域支援推進員とSC除く	107人 (国基準:83人)	115人	維持または高齢者人口増に伴い増員
		相談窓口の一元化	高齢者あんしん相談センターの市民部事務所等への移転複合化の箇所数	7か所	12か所	11か所
		重層的支援体制整備事業の実施	CSW(コミュニティソーシャルワーカー)配置人数	9人	26人	日常生活圏域(21か所)に順次配置
【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	生活支援コーディネーターの配置	生活支援コーディネーター配置人数	第一層 7人 第二層 12人	第一層 10人 第二層 21人	第一層 8人 第二層 21人
	多様な主体による生活支援体制の構築	協議体の開催	協議体開催回数	21回/年	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
		NPO やボランティア等の住民主体で行う活動の支援	住民主体の生活支援団体登録団体数	31団体	40団体	50団体
		就労的活動支援コーディネーターの配置による就労的活動の支援	就労的活動マッチング数		106人/年	100人/年 (5人程度×21圏域)
		プロボノ支援	プロボノ マッチング数		0人/年	10件/年
【施策3】 医療介護連携の推進	在宅医療・介護の普及促進	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	KDBシステムを活用した専門職のアウトリーチによる個別的支持	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 分析結果の施策への反映	・23件/年 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業がビュレーションアプローチの参加者(集計中)	100件/年 (5件程度×21圏域) 新規事業や事業の見直しの実施
		切れ目のない医療介護連携の構築	多職種による研修会開催回数	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため中止	5回/年	2回/年
		在宅医療相談窓口事業の実施	在宅医療相談窓口事業取組状況	在宅医療相談窓口相談件数 290件	在宅医療相談窓口相談件数 348件	事業認知度の上昇
		在宅医療全夜間対応事業の実施	在宅医療全夜間対応事業取組状況	在宅療養救急患者数 487件	在宅療養救急患者数 270件	事業認知度の上昇
		在宅療養患者搬送事業の実施	在宅療養患者搬送事業取組状況	出動件数 130件	出動件数 232件	事業認知度の上昇
		まごころネット(在宅医療支援システム)の普及	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	245か所	170か所
		ACP(人生会議)や看取りに関する情報提供	ACP(人生会議)や看取りに関する情報提供取組状況	・広報による周知 1回/年 ・救急医療情報シート配布件数(カウントなし)	・広報による周知 1回/年 ・救急医療情報シート配布件数 7,600部	・広報による周知 1回/年 ・救急医療情報シート配布件数(「医療機関ガイド」とし込み分+窓口配布) 10,000部
多職種連携に向けた研修の実施	多職種連携の研修開催回数	在宅医療相談窓口事業における多職種研修 1回/年	在宅医療相談窓口事業における多職種研修 4回/年	多所管連携し、多職種研修を定期的で開催		
【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	権利擁護における総合相談・支援機能の充実	権利擁護に係る相談対応取組状況	・緊急保護の実施・通報等に基づく施設等への立入調査の実施	・要介護施設従事者による高齢者虐待調査 10施設	・緊急保護の実施・通報等に基づく施設等への立入調査の実施
		成年後見制度の普及啓発	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 2回/年 学習会 11回/年	講演会 4回/年 学習会 9回/年
	相談機関における速やかかつ適切なサービス利用	サービス必要量の確保に向けた取組状況		・成年後見・あんしんサポートセンター八王子運営委員会の開催 4回 ・福祉・医療職向け学習会 1回 ・3包括主催ケアマネ学習会への講師参加 1回 ・自立支援課職員研修 1回 ・地域ケア会議等への参加 2回 ・地域福祉権利擁護事業、財産保全管理サービスの待機者を解消	成年後見・あんしんサポートセンターとの調整及び適切なサービス利用への周知等	
高齢者虐待防止の強化	高齢者虐待防止研修の実施	高齢者虐待防止研修(介護施設職員や介護従事者に対する研修)開催回数	8回/年	8回/年 受講者数 1000人	8回/年	

目指す姿	アウトカム(活動成果)			
	評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
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		1回/年	4回以上/年
	高齢者あんしん相談センターの認知度・利用満足度	【認知度】 36.2% 【利用満足度】	【認知度】 36.8% 【利用満足度】 70.7%	【認知度】 50.0% 【利用満足度】 新規調査のため未設定
関係者間で課題が共有され、課題解決がはかられている	住民主体の生活支援サービスの認知度・利用率		【一般高齢者】 認知度 45.5% 利用率 2.9% 【要支援・要介護認定者】 認知度 26.1% 利用率 1.3%	新規調査のため未設定
地域での生活支援体制が整備されている				
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	63.4%	64.3% (暫定値:令和5年7月時点)	利用割合の上昇
	入院時情報連携加算取得率	11.9%	12.3% (暫定値:令和5年7月時点)	取得率の上昇
	退院・退所加算取得率	10.8%	8.2% (暫定値:令和5年7月時点)	取得率の上昇
成年後見制度や権利擁護事業が市民に認知され、円滑に利用できる体制が整っている	成年後見制度・権利擁護事業の認知度		【一般高齢者】 成年後見制度 38.0% 地域福祉権利擁護 5.0% 【要支援・要介護認定者】 成年後見制度 39.3% 地域福祉権利擁護 10.4%	新規調査のため未設定
	成年後見制度・権利擁護事業のサービス量が確保できていると思う割合		・成年後見制度:41.5% ・権利擁護事業サービス:44.4%	新規調査のため未設定

2 自立支援・重度化防止

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット(活動目標)			
			評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【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	地域課題解決能力の強化	後期高齢者実態把握事業の実施	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%)	50%	90%以上 (未返送者の把握を含め90%以上)
	介護予防事業の事業評価	介護予防事業の事業評価	PDCAサイクルの運用を取り入れた事業数	2事業 (通所型短期集中予防サービス、地域リハビリテーション活動支援事業)	4事業 (通所型短期集中予防サービス、訪問型短期集中予防サービス、住民主体の通所型サービス、地域リハビリテーション活動支援事業)	介護予防・日常生活支援総合事業全て
【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	通所型・訪問型サービスCの実施及び通所型サービスC等への移動支援の提供	要支援認定者等のうち、通所型・訪問型サービスC利用者割合 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 3か月後のリスク改善率(当初リスク判定された項目の改善率) 介護予防活動の定着度	-	6.8% 10.4% 約57% 運動習慣の定着: 約82% 食事習慣の定着:約86% 社会参加定着度:約47%	50%以上 90%以上 80%以上 利用開始6か月後の要介護認定状況またはリスクの変化(状態の向上または維持)
		住民主体による通所型サービスBの実施	通所型サービスBで養成された介護予防リーダー(仮称)の人数	-	80人	延210人 (10人×21圏域)
	リハビリテーション提供体制の構築	地域リハビリテーション活動支援事業の実施	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 リハビリテーション専門職による通いの場等へのアウトリーチ件数	5%未満 60件/年 (9月~3月)	55.3% 40件/年	50% 100件/年 (5件程度×21圏域)
		○リハビリテーションサービス提供体制の構築	生活機能向上連携加算の取得率 独自加算の取得率	1.2% 0%	4.49% 11.1%	取得率の上昇 取得率の上昇
		自立支援型地域ケア会議の開催	自立支援型地域ケア会議開催(運用)回数	-	66件	全ての日常生活圏域(21か所)で実施
【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定着支援	セルフマネジメントの定着支援	ICTの活用やリハビリテーション専門職の介入による健康づくりの習慣化の構築及び口腔リスク該当者への歯科医師による口腔機能評価の実施	ICTを活用したセルフマネジメントツールの利用率 口腔リスク者割合	- 20.8%	65歳以上:4% 60歳以上:4% 21.4%	10% (65歳以上高齢者) 口腔リスク者割合の低下
	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	○介護予防普及啓発事業の実施	リスク該当者の介護予防教室等参加率 介護予防教室参加者数	- 高齢者いきいき課1,283人 高齢者あんしん相談センター5,000人 保健福祉センター2,072人 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため縮小して実施	- 高齢者いきいき課10,084人 高齢者あんしん相談センター22,000人 保健福祉センター調整中	80.0% 高齢者いきいき課10,000人 高齢者あんしん相談センター25,000人 保健福祉センター6,000人
	○地域介護予防活動支援事業の実施	健康づくりサポーター登録者数	146人	147人	150人	
【施策8】 生涯現役社会の構築と積極的な社会参加～ブロダクティブ・エイジングの普及～【重点】	多様な社会参加の促進	○高齢者のニーズに即した多様な通いの場の「見える化」と参加促進	地域資源(通いの場等)の把握数	376件	624件	600件
		○高齢者活動コーディネートセンターの運営	コーディネート契約件数	85件/年 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため縮小して実施	600件/年	500件/年
		○市民活動支援センター運営	市民活動支援センター取組状況	-	市民活動団体等へ、オンライン対応やSNS等による情報発信力上げるため支援を行った。	市民活動に参加する方の増
		○地域デビューパーティ(旧名称 お父さんお帰りのなさいパーティ)の開催支援	地域デビューパーティ(旧名称 お父さんお帰りのなさいパーティ)参加者数	66人/年 完全オンライン実施	400人/年	500人/年
		○生涯学習コーディネーターの養成	生涯学習コーディネーター養成講座受講者数	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため中止	11人/年	15人/年
	○はちおうじ人生100年サポート企業登録事業の実施	はちおうじ人生100年サポート企業登録サービス数	16件	34件	30件	
	就労支援の強化	就労ハンドブック(仮称)の発行	就労ハンドブック(仮称)配布部数	-	延15,000部	延15,000部
ジョブマッチングの支援		ジョブマッチングアプリ登録企業数 登録者数	-	ジョブマッチングの試行実施を行った。	延100社 延3,000人	
○シルバー人材センターの強化		シルバー人材センターの公共事業における派遣事業受注件数 就業人数	4件/年 224人/年	16件/年 50人/年	12件/年 就業人数の増	

目指す姿	アウトカム(活動成果)			
	評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
高齢者の実態を早期に把握し、適切な支援につなげられている。	新規要支援・要介護認定者の平均年齢	80.1歳 (令和元年度)	80.6歳 (令和3年度)	平均年齢の上昇
	調整済み新規要支援・要介護認定者の平均要介護度	要介護 1.3 (令和元年度)	要介護 1.4 (令和3年度)	平均要介護度の低下
要支援認定者がリエイブルメントにより、もとの暮らしに戻り、生きがいのある生活を送っている。また、適切な支援やりハビリを受け、重度化が防止できている。	調整済み認定率	20% (都平均:19.3%) (令和元年度)	20.1% (都平均:19.9%) (令和4年度)	都平均よりも低い値
	調整済み重度認定率	5.8%(都平均:6.6%) (令和元年度)	5.6% (都平均:7.0%) (令和4年度)	都平均よりも低い値
	調整済み軽度認定率	14.2% (都平均:12.7%) (令和元年度)	14.5% (都平均:13.0%) (令和4年度)	都平均よりも低い値
	フレイルあり割合	19.5%	23.6%	割合の低下
	運動機能低下者割合	8.1%	10.1%	割合の低下
摂食嚥下障害等の口腔機能について、健全な経口摂取(口から食べ物を摂取すること)を保ち、かつ栄養状態が向上している。	口腔機能低下者割合	18.4%	20.6%	割合の低下
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。	[再掲]新規要支援・要介護認定者の平均年齢	80.1歳 (令和元年度)	80.6歳 (令和3年度)	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	67.0%	61.0%	割合の上昇
就労を希望している高齢者が、自身の能力に合った就労ができている。	就労している高齢者の割合	26.7%	26.7%	割合の上昇

### 3 認知症との共生と予防

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット(活動目標)			
			評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【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	○認知症に関する普及啓発	認知症ケアパス発行部数	延 80,000 部	認知症ケアパス 別冊を改定(3,000 部)	改訂版の発行
		○認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成講座受講者数	42,000 人	49,500 人	45,000 人
		○認知症本人ミーティングの普及	認知症本人ミーティング開催回数	1 回/年	4 回/年	3 回/年
	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	○認知症の早期発見・早期対応	認知症初期集中支援チーム支援件数	10 件/年	8 件/年	13 件/年
		○認知症介護従事者研修の推進	認知症介護従事者研修受講者数	48 人/年	180 人/年	全員受講(無資格の介護職員)
		○BPSD ケアプログラム推進事業の実施	BPSD ケアプログラム導入事業所数	82 事業所	111 事業所	全員受講(無資格の介護職員)
		○認知症の介護者への支援	認知症家族会運営支援数	21 団体	23 団体	24 団体
認知症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	認知症高齢者等社会参加活動体制事業の実施	認知症高齢者等社会参加活動体制事業活動箇所数	0 か所	3 か所	3 か所	
【施策10】 認知症の予防	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	○認知症の早期発見や予防にかかる効果測定と運動した事業の実施	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	-	0.1%以下	利用者割合の上昇

目指す姿	アウトカム(活動成果)			
	評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
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		83点	60点
認知症の兆候を早期に察知し、適切な支援が行われる体制が整っている。	認知症に関する相談窓口の認知度	【一般高齢者】 【要支援・要介護認定者】	【一般高齢者】 27.4% 【要支援・要介護認定者】 19.6%	新規調査のため未設定
認知症の人やその家族が孤立せず、在宅でいつまでも生活できる環境が整っている。	認知症になっても在宅生活を続けたいと思う人の割合	54.7%	【一般高齢者】 59.6% 【要支援・要介護認定者】 66.1%	割合の上昇
	認知症高齢者(要介護認定を受けた第1号被保険者のうち、日常生活自立度 a 以上)の在宅率 <small>全体から施設サービス利用者を除く</small>	60.1%	60.4% (暫定値:令和5年7月時点)	在宅率の上昇
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良いと思う人の割合	【一般高齢者】 49.9% 【要支援・要介護認定者】	【一般高齢者】 49.7% 【要支援・要介護認定者】 44.5%	【一般高齢者】 割合の上昇 【要支援・要介護認定者】 新規調査のため未設定
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ている。	認知機能低下者割合	32%	43.2%	割合の低下
	日常生活自立度 a 以上の新規認定を受けた時点の平均年齢	82.7歳	82.3歳 (暫定値:令和5年7月時点)	平均年齢の上昇

4 在宅生活の支援

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット(活動目標)			
			評価指標	現状・現状値 R2(2020)	実績・実績値(見込み) R5(2023)	目標値(KPI) R5(2023)
【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	○制度横断的な移動手段の確保の検討	庁内検討会開催回数	2回/年	2回/年	2回/年
		○地域主体による移動支援のコーディネート	移動支援を行う住民団体 団体数 運転ボランティアの数(講座の受講者)	6団体 (住民主体による訪問型サービスにて) -	23団体 23人	団体数の増 210人 (10人×21圏域)
		○福祉有償運送の登録等支援	登録支援の取組状況	登録支援数 12団体	登録支援数 12団体	円滑な手続き支援の継続
	ゆるやかな「見守り体制」と生活支援の充実	○民生委員・児童委員による相談活動の充実	民生委員の充足率(民生委員の数/民生委員の必要数)	97.8%	96.3%	98%
		○見守り協定事業の実施	見守り協定協定締結事業者数	38事業所	46事業所	45事業所
		○高齢者見守り相談窓口の運営	シルバーふらっと相談室設置数	2か所	3か所	4か所
		○救急通報システム事業	救急通報システム利用者数	186人/年	200人/年	200人/年
		○出前講座・高齢者見守り講座の開催	講座受講者数	150人/年	・出前講座 240人 ・高齢者見守り講座 25人	200人/年
		○ふれあい収集事業の実施	ふれあい収集取組状況	400件/年	760件	戸別回収時に声掛け等の継続
	「住まいの支援」の充実	○居住支援協議会による住宅確保要配慮者の入居支援	居住支援協力店登録数	30件	33件	居住支援協力店の増
		○セーフティネット住宅に関する情報提供	セーフティネット住宅に関する情報提供	セーフティネット住宅登録件数 300戸	セーフティネット住宅登録件数 4611戸	制度の認知度増及び登録の促進
		○高齢者自立支援住宅改修給付	高齢者自立支援住宅改修給付取組状況	支援件数 90件	予防給付 1件 浴槽 76件 流し洗面台 5件 洋式便器 2件	円滑な手続き支援の継続
○サービス付き高齢者向け住宅の質の確保・指導		実地検査取組状況	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため未実施	6件	検査等の実施により、住宅の質の確保	
【施策12】 家族介護者の 支援	家族介護者の介護負担軽減	○介護離職ゼロに向けた情報発信	認知症家族会開催回数	40回/年	・認知症家族会開催件数 140回 ・仕事と介護の両立のためのセミナー・相談会 2回	60回/年
【施策13】 介護サービス 基盤の整備	在宅介護を支える地域密着型サービスの整備促進	○(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の整備	(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 整備見込み含む	24事業所
		○認知症高齢者グループホームの整備	認知症高齢者グループホーム整備数 入所待機者数	25施設(440床) 77人	31事業所(566床) 整備見込み含む 56人	31施設 入所待機者数の減少
		○通所介護事業所(デイサービス)の総量規制	通所介護事業所(サテライト含む)及び地域密着型通所介護事業所事業所数 稼働率	172事業所 59.4%	163事業所 64.1%	事業所数の維持または減少 稼働率の維持または上昇
【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	○福祉避難所の充実	福祉避難所整備数	32施設	41施設	40施設
		○災害時における要配慮者の安否確認	安否確認とその体制づくりの取組状況	災害時の安否確認等の支援体制の構築	災害時の安否確認等の支援体制の構築	災害時の安否確認等の支援体制の構築
	感染症対策の充実	○感染症対策の充実	感染症対策にかかるとの事業の検討・実施状況	オンラインやアプリの活用等の検討・実施	てくぽ参加者数 7,887人(うち65歳以上:6,468人)	オンラインやアプリの活用等の実施
		○事業継続力(BCP)の強化	高齢者施設等での事業継続計画(BCP)策定に向けた取組状況	BCPの策定に向けた情報提供等の支援	市内事業者に向け、3回BCP策定研修を実施。また、民間企業と連携して、個別支援も実施。	BCPの策定されている事業者数の拡大

目指す姿	アウトカム(活動成果)			
	評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
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】 13.8% 【要支援・要介護認定者】 61.1%	【一般高齢者】 割合の低下 【要支援・要介護認定者】 割合の低下
在宅での暮らしを支える見守りサービスが充実し、安心・安全な日常生活が送れている。	在宅サービスの利用満足度		85.0%	新規調査のため未設定
住まいに不安を感じている人が少なくなっている。	今後の住まいに不安を感じている人の割合	【一般高齢者】 【要支援・要介護認定者】	【一般高齢者】 57.2% 【要支援・要介護認定者】 50.1%	新規調査のため未設定
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。	在宅介護に対して不安を感じていない人の割合	8.5%	12.7%	割合の上昇
	就労継続が可能な介護者の割合	75.6%	65.0%	割合の上昇
在宅介護を支えるサービスが充足し、在宅介護を受ける人が増えている。	地域密着型サービスを使いたいと思う人の割合	小規模多機能型居宅介護サービス 48.6% 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 47.4% 夜間対応型訪問介護サービス 38.3%	小規模多機能型居宅介護サービス 57.2% 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 50.8% 夜間対応型訪問介護サービス 40.0%	割合の上昇
	居宅サービスの受給者割合	67.4% (令和元年度)	69.4% (令和4年度)	割合の上昇
	地域密着型サービス受給者割合	16.0% (令和元年度)	14.9% (令和4年度)	割合の上昇
災害時に要配慮者が安心して避難できる体制が整っている。	福祉避難所の各圏域の整備率	57.1%	57.1%	整備率の上昇
高齢者が災害で被災感染症に罹患しないための対策が充実し、事業所でも感染症対策の体制が整っている。	災害対策や感染症対策の計画・体制が整っていると感じる事業所の割合		災害対策の計画・体制が整っていると感じる事業所の割合 55.0% 感染症対策の計画・体制が整っていると感じる事業所の割合 73.5%	新規調査のため未設定

5 介護保険制度の持続可能性確保

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット(活動目標)			
			評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【施策15】 適切なサービス利用に向けた窓口機能の強化	窓口におけるコーディネート機能強化	適切なアセスメント(状態評価)による効果的な支援の提供	ケアバス作成・配付への取組状況	-	集積したデータを基に、ケアバス作成に向けた検討した。	ケアバス作成・配付に向けた検討
			高リスク者向けの取組状況(ハイリスクアプローチ) 後期高齢者実態把握調査でリスク判定を行う	高リスク者で包括が個別支援が必要だと判断した方へのアプローチ	高リスク者で包括が個別支援が必要だと判断した方へのアプローチ	高リスク者で包括が個別支援が必要だと判断した方へのアプローチの継続
			中リスク者向けの取組状況(ポピュレーションアプローチ) 後期高齢者実態把握調査でリスク判定を行う	口から始める健康づくり講座 20人 ココロとカラダ元気アップ講座 189人	リスク別に民間サービスや市のイベント等を紹介した冊子を作成して送付した。	中リスク者向けアプローチの確立
【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	○認定調査員研修の実施	調査基準・判断の差異及び不整合が生じないための取組状況	認定調査員研修の実施	市調査員研修 5回 調査員全体研修 1回	質の高い研修の継続
		○認定調査票・介護認定審査会資料の点検の実施	認定調査票・認定審査会資料 点検率	100%	100%	100%
【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)研修の実施	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	延 2,000 人/年
		○ケアプラン点検の質の向上	ケアプラン点検 点検数	24 件/年	29 件/年	24 件/年
		○住宅改修及び福祉用具貸与・購入の適正化	有資格専門職による審査	全件審査	全件審査を実施	全件審査
		○縦覧点検・医療情報の突合	縦覧点検・医療情報の突合	点検・突合継続	縦覧点検:60件 医療情報の突合:120件 軽度者に対する福祉用具貸与の申請有無の調査:4,000件	点検・突合継続
		○介護給付費通知	介護給付費通知 回数	1 回/年	1 回/年(15,814 件)	1 回/年
	介護保険サービスの効果検証	介護保険サービスの効果検証	住宅改修サービス利用者に対する効果検証		住宅改修実施者は非実施者に比べ、要介護度の悪化割合が低く、介護予防を促し、在宅生活の継続に有効である可能性が示唆された。	事業効果を明らかにする
介護保険サービス事業所の適正運営に向けた指導監督の強化	○介護事業所に対する実地検査及び監査の実施	介護保険サービス事業所の実地検査数	19 事業所 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のための実地検査休止期間あり	91 事業所/1078 事業所(8.4%)	事業所数のおおむね 3分の1	
【施策18】 介護人材の確保・定着・育成	介護人材の確保・定着・育成の強化	○資格取得支援の実施	資格取得支援者数 介護福祉士 実務者研修 初任者研修	0 人/年 46 人/年 14 人/年 応募多数により抽選のうえ支援者を決定	55 人/年 58 人/年 34 人/年	70 人/年 50 人/年 50 人/年
		○入門的研修及び生活支援ヘルパー研修の実施	修了者数 マッチング数	175 人/年 30 人/年 (令和元年度実績)	85 人/年 11 人/年	200 人/年 30 人/年
		○介護のしごと日本語教室の実施	介護のしごと日本語教室 修了者数	22 人/年	38 人/年	50 人/年
		○介護職員の表彰	表彰者数 表彰に関する情報発信	3 人 実施なし	21 人 実施なし	表彰者数の増 広報等での情報発信
		○介護事業所研修の実施	介護事業所研修 研修満足度	87.9% (令和元年度実績)	89%	90%
【施策19】 介護現場の生産性の向上	介護現場の生産性向上に向けた取組の推進	○成果連動型 ICT 活用促進事業の実施	介護事業所における職員 定着率	79.9%	なし	従業員 50 人以上: 86%以上 従業員 50 人未満: 82%以上
		○ケア倶楽部の活用	「ケア倶楽部」登録率	95.4%	96.7%	100%
		○指定申請に係る文書の負担軽減(文書量の削減)	文書量の削減に向けた取組状況	法令に提出が義務付けられていない、権利関係の確認書類等を提出不要とした	厚生労働省が示した例に基づき、届出が必要とする項目を削減した。	書類への押印を不要とし、メールでの受付や電子申請へと移行することで、再提出や郵送の手間を省く
		○介護助手就職相談会の開催	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)	10 人/年	50 人/年
【施策20】 成果連動型民間委託契約方式(PFS)の導入	成果連動型民間委託契約方式(PFS)の導入	成果連動型民間委託契約方式(PFS)の導入		0 件/年	5 件/年	

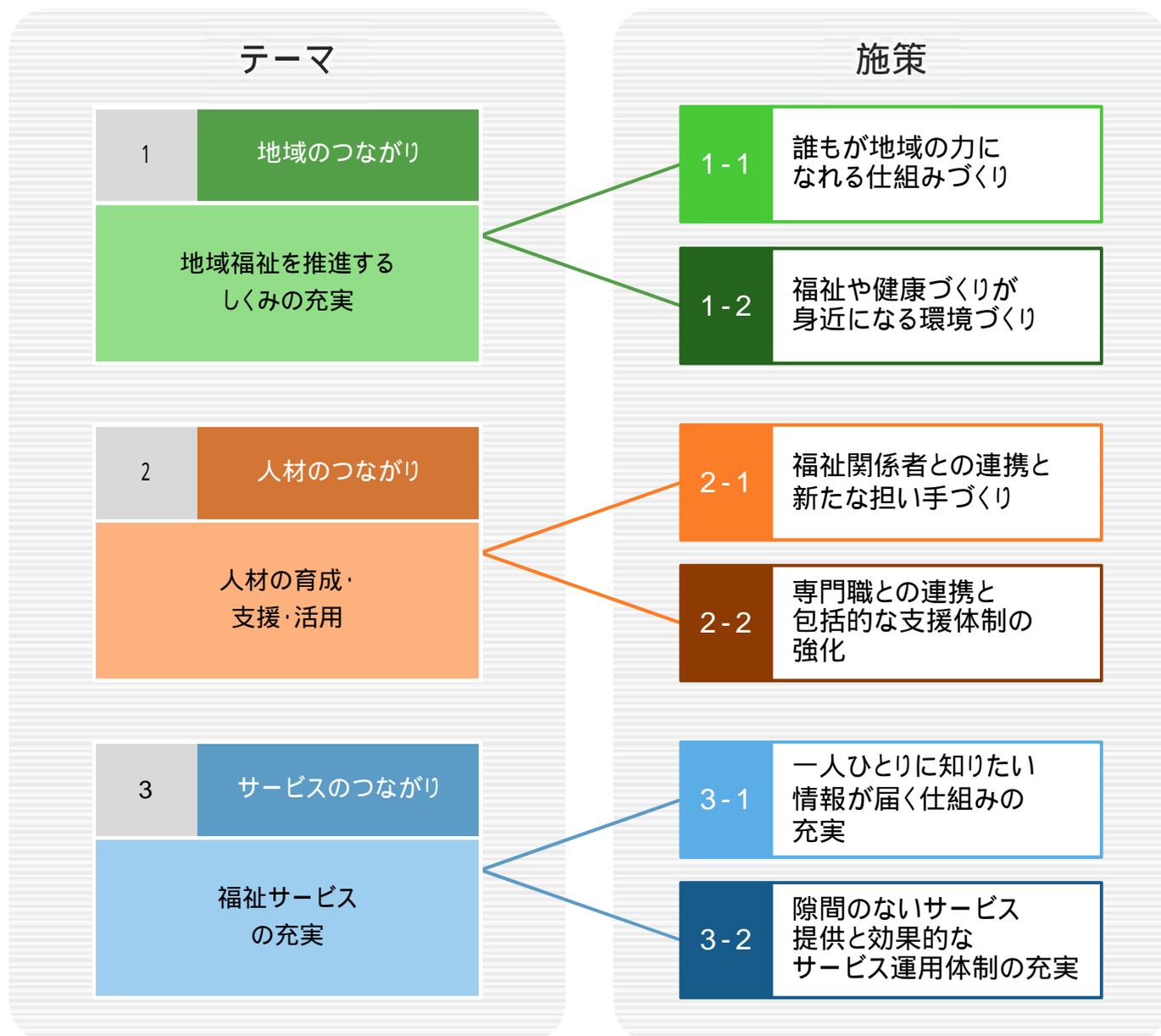
目指す姿	アウトカム(活動成果)			
	評価指標	現状・現状値	実績・実績値(見込み)	目標値(KPI)
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
軽度認定者に係る要介護認定申請が適切に行われている。	要支援認定者の介護保険サービスの実利用率	25.9%	27.8%	実利用率の上昇
要介護認定が適正に行われている	-	-	-	-
ケアマネジメントが適切に行われている。	-	-	-	-
介護人材の確保・定着・育成が強化され、安定的なサービス提供体制が整っている。	介護人材の不足を感じる事業者割合	64.3%	61.5%	割合の低下
	介護人材の新卒が採用できている割合	4.5%	6.0%	割合の上昇
	介護人材の中途(経験者)が採用できている割合	33.9%	33.9%	割合の上昇
	介護人材の中途(未経験者)が採用できている割合	31.8%	25.9%	割合の上昇
	介護事業所における1年間の離職率10%以上の事業者割合	35.7%	38.3%	割合の低下
介護現場の革新が進み、介護職員の生産性が向上している。	介護現場の生産性向上がはかることができていると感じる事業所割合		18.8%	新規調査のため未設定
			-	

## 2 地域福祉計画との連動

### 【上位計画とのつながり】

本計画の上位計画となる「第4期地域福祉計画」では、「地域のつながり」「人材のつながり」「サービスのつながり」の3つのテーマを設定し、それぞれのテーマと実現に向けた施策を「ジグソーパズル」に見立てて記載しています。様々な活動や人材、サービスなどの多様な「ピース」をつなぎながら、八王子市らしい地域共生社会を目指していくことをイメージしたものです。

本計画にもとづく取組も、地域共生社会づくりに向けた「ピース」を構成しています。次のページでは、地域福祉計画の施策や推進視点と、本計画における関連する重要テーマ（P36～38）や取組の例を示しています。



## 1.地域のつながり

推進視点

一人ひとりの暮らしを支える  
身近な助け合いの充実  
暮らしやすい地域をみんなで  
支える体制づくり

---

関連する本計画の重要テーマ  
高齢者自身が主役の介護予防と  
活躍促進

関連する取組例

- ・地域の担い手育成(住民主体の  
介護予防・生活支援サービス、  
チームオレンジなど)
- ・ICTによる仕事やボランティアの  
マッチングに向けた実証事業

【1-1】  
誰もが地域の  
力になれる  
仕組みづくり

【1-2】  
福祉や  
健康づくりが  
身近になる  
環境づくり

推進視点

元気に生き活きと暮らす、  
生きがい・やりがいの創出  
日常に溶け込む“つながり”の醸成

---

関連する本計画の重要テーマ  
高齢者自身が主役の介護予防と  
活躍促進

関連する取組例

- ・リエイブルメントの推進
- ・地域の担い手育成(住民主体の  
介護予防・生活支援サービス、  
チームオレンジなど)
- ・てくぽ

## 2.人材のつながり

推進視点

福祉関係者との連携強化

---

関連する本計画の重要テーマ  
必要とする人に支援が届く  
体制とつながりの強化

関連する取組例

- ・地域の見守り力強化に向けた  
普及啓発
- ・本人や家族の困りごとを見逃さず  
適切な支援につなぐための  
多機関連携の強化

【2-1】  
福祉関係者との  
連携と新たな  
担い手づくり

【2-2】  
専門職との  
連携と包括的な  
支援体制の強化

推進視点

多様な地域生活課題に取り組む  
専門職の確保と活用  
相談対応力の強化

---

関連する本計画の重要テーマ  
高齢者あんしん相談センターの  
機能強化・負担軽減及び  
関係者の連携強化

関連する取組例

- ・重層的支援体制整備事業の  
深化・推進
- ・医療職との連携強化、意識共有に  
向けた取組の検討

## 3.サービスのつながり

推進視点

必要なサービス情報を効果的に  
届ける計画的な情報共有

---

関連する本計画の重要テーマ  
必要とする人に支援が届く  
体制とつながりの強化

関連する取組例

- ・関係者のプロモーションスキル  
向上に向けた検討
- ・サロンなど、身近な場所で情報が  
手に入る環境づくり

【3-1】  
一人ひとりに  
知りたい情報が  
届く仕組みの  
充実

【3-2】  
隙間のない  
サービス提供と  
効果的なサービ  
ス運用体制の  
充実

推進視点

事業者による多様なサービスの充実  
人材と財源を有効活用する  
効果的なサービス運用

---

関連する本計画の重要テーマ  
データ活用やDX、産官連携による、  
持続可能で実効性のある事業展開

関連する取組例

- ・EBPM推進に向けたプラット  
フォーム構築
- ・てくぽ
- ・産官連携の推進(100年サポート  
企業、てくぽでの市場サービス連携)

### 3 国の基本指針における「記載を充実すべき事項」

国の基本指針では、市町村の第9期介護保険事業計画において特に記載を充実すべき事項として、  
 介護サービス基盤の計画的な整備  
 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組  
 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進  
 を掲げています。

本計画の策定にあたっては、これらの事項や背景となった問題意識についても施策や取組に反映させてきました。各項目の内容と、本計画における関連部分は以下のとおりです。

I 介護サービス基盤の計画的な整備		
	内容	本計画での関連部分
1	長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性	施策1 施設整備方針
2	医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化	重点 施策2
3	サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性	施策1 施設整備方針
4	居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性	
5	居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及	
6	居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実	

II 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組		
	内容	本計画での関連項目
1	総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性	重点 施策10、12、13
2	地域リハビリテーション支援体制の構築の推進	施策12、13
3	認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組	重点 施策6、7
4	地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等	重点 施策8
5	重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進	重点 施策8

	内容	本計画での関連項目
6	認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進 【参考：基本指針で示された検討の方向性】 1 普及啓発・本人発信支援 2 予防 3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 4 認知症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 5 研究開発・産業促進・国際展開	重点 施策 7
7	高齢者虐待防止の一層の推進	施策 5
8	介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進	重点 施策 16
9	地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性	施策 3
10	介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備	施策 2
11	地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映 国の支援として点検ツールを提供	計画策定プロセス全般
12	保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実	施策 17
13	給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進	施策 14、15

### Ⅲ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

	項目	本計画での関連項目
1	ケアマネジメントの質の向上及び人材確保	重点 施策 14、16
2	ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進	重点 施策 16
3	外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備	
4	介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性	
5	介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用	
6	文書負担軽減に向けた具体的な取組(標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化)	
7	財務状況等の見える化	施策 15
8	介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進	

## 4 用語解説

あ行	
用語	解説
アウトリーチ	行政や支援機関などの支援が必要であるにもかかわらず届いていない人に対して、訪問等により積極的に働きかけて情報・支援を届けること。
アセスメント	介護福祉分野においては、支援者が利用者を支援するにあたり、サービス等の必要な見通しを立てるために事前に評価や分析を行うこと。
いりょう かいごれんけい 医療・介護連携	地域の医療・介護関係者が、会議の開催や研修等、またはデジタル技術により情報共有し、在宅医療と介護サービスを一体的に提供すること。  高齢者になると、病気にかかる割合が高くなることから、医療機関を受診する人や介護サービスを必要とする方が増える傾向がある。また、在宅での療養や人生の最期を自宅で迎えたいと望んでいる人は多く、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるようにするため、連携を推進する必要がある。

か行	
用語	解説
かいごいりょういん 介護医療院	要介護者であって、長期にわたり療養が必要な方に対し、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。
かいごしえんせんもんいん 介護支援専門員 (ケアマネジャー)	要介護認定・要支援認定等を受けた方が自立した日常生活を営むために必要な援助に関する専門的知識・技術を有する者。要介護認定・要支援認定等を受け、介護サービス等を希望する方や、その家族からの相談に応じ、本人の意向や心身の状態を考慮して、在宅や施設で適切なサービスが受けられるようにケアプランの立案、市・サービス事業者・施設等との連絡調整を行い、利用者の介護サービス全体のマネジメントを行う。
かいごじょしゅ 介護助手	介護保険施設・事業所等において、介護職員をサポートする職種で、食事の配膳下膳や掃除洗濯、施設への送迎、レクリエーション等、身体介助以外の補助的な業務を担う。

用語	解説
かいごふくしし 介護福祉士	<p>1987年制定の「社会福祉士及び介護福祉士法」によって定められた国家資格。</p> <p>介護福祉士は専門知識と技術を活かし、利用者に対する「身体介助」「生活援助」「レクリエーション」、利用者のご家族に対する「相談・助言」、介護スタッフに対する「マネジメント」を担う。</p>
かいごりょうようがたいりょうしせつ 介護療養型医療施設	<p>療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理や看護、医学的管理のもとにおける介護、その他の世話及び機能訓練、その他必要な医療を行うことを目的とする施設。 令和6年(2024年)3月31日をもって廃止</p>
かいごろうじんふくししせつ 介護老人福祉施設 <small>とくべつようごろうじん</small> (特別養護老人ホーム)	<p>原則65歳以上の要介護3から要介護5の認定者が対象となる、常に介護が必要で自宅での介護が困難な方のための施設。要介護1または要介護2の方は、居宅において日常生活を営むことが困難など、やむを得ない事由がある場合に特例で利用可能。食事・入浴・排せつなどの日常生活の介護が中心。</p>
かいごろうじんほけんしせつ 介護老人保健施設	<p>要介護1から要介護5の認定者が対象となる、家庭への復帰を目指すための施設。施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理のもとにおける介護及びリハビリテーション、その他必要な医療を受けながら、原則3か月での在宅復帰を目指す。</p>

用語	解説
<p>かいごよぼう にちじょうせいかつ 介護予防・日常生活 しえん そうごうじぎょう 支援総合事業</p>	<p>介護予防・日常生活支援総合事業には「A 一般介護予防事業」と「B 介護予防・生活支援サービス事業」の2つがある。これまで全国一律に提供されていた「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が、区市町村ごとに地域の実情にあわせて、独自に多様な支援ができる仕組みに変わり、きめ細かいサービス提供ができるようになった。本市は、平成28年(2016年)3月より実施。</p> <p>「A 一般介護予防事業」は、65歳以上の方が利用でき、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業の5つの事業がある。</p> <p>「B 介護予防・生活支援サービス事業」は、要支援認定を受けた方と基本チェックリストの該当者が利用できる事業で、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防支援事業(ケアマネジメント)の4つの事業がある。</p> <p><b>【訪問型サービス】</b></p> <p>訪問介護(従前の訪問介護相当):訪問介護員による身体介護、生活援助を行う。</p> <p>訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス):生活援助等を行う。</p> <p>訪問型サービスB(住民主体による支援):住民主体の自主活動として生活援助等を行う。</p> <p>訪問型サービスC(短期集中予防サービス):短期間に集中的に、保健師等による居宅での相談指導等を行う。</p> <p>訪問型サービスD(移動支援):移動前後の生活支援を行う。</p> <p><b>【通所型サービス】</b></p> <p>通所介護:通所介護と同様のサービス、生活機能の向上のための機能訓練</p> <p>通所型サービスA(緩和した基準によるサービス):ミニデイサービス、運動・レクリエーション等</p> <p>通所型サービスB(住民主体による支援):体操、運動等の活動など、自主的な通いの場</p> <p>通所型サービスC(短期集中予防サービス):短期間に集中的に、生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム</p>

用語	解説
<p>かよ ば 通いの場</p>	<p>住民主体の地域交流活動、文化・スポーツ活動、ボランティア、就労的活動、民間サービスの利用など、高齢者が定期的に社会参加することができる機会や場所のこと。社会参加を通じて高齢者の健康寿命の延伸や介護予防の効果が期待される。</p>
<p>かんごしょうきばたきのうがた 看護小規模多機能型 きょたくかいご 居宅介護</p>	<p>医療ニーズの高い要介護者の在宅生活を支援する地域密着型介護保険サービス。利用者の状態や選択に応じて、通所を中心に、訪問(介護・看護)、宿泊を組み合わせたサービスが提供される。</p>
<p>きかんだちいきほうかつしえん 基幹型地域包括支援 センター</p>	<p>地域包括支援センター間の総合調整や介護予防に係るケアマネジメント、地域ケア会議等の後方支援を実施するなど、センター間での基幹的な機能を持った地域包括支援センター。</p>
<p>きほん 基本チェックリスト</p>	<p>要介護リスクの判断を行うための25問からなる質問票。 総合事業開始により導入され、65歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、相談窓口において、認定を受けなくても必要なサービスを事業で利用できるよう確認するためのツール。 高齢者あんしん相談センターで基本チェックリストによる判定を行った結果、生活機能の低下ありと判断されれば、「事業対象者」として介護予防・生活支援サービス事業の対象となる。 介護予防・生活支援サービス事業についてはP162 参照。</p>
<p>きょうぎたい 協議体</p>	<p>区市町村が主体となり、各地域における生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワーク。</p>
<p>きょたくかいごしえんじぎょうしょ 居宅介護支援事業所</p>	<p>介護支援専門員(ケアマネジャー)が在籍し、介護保険法による利用者の要介護度や心身の状態等に適切な介護サービスを調整し、立案(含費用の計算)・実施・評価を総合的に行う事業所。</p>
<p>きょたくりょうようかんりしどう 居宅療養管理指導</p>	<p>医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などが自宅を訪問し、療養上の管理や指導、居宅サービスを利用するうえでの留意点、介護方法等についての助言などを行う。</p>

用語	解説
ケアプラン	利用者の心身の状況、置かれている環境、利用者本人や家族の希望等をもとに、サービス担当者会議での専門家の協議で作成される、利用者のニーズと生活上の課題解決のための具体的なサービス計画。介護保険制度では、利用者のニーズに合ったサービスを効率的かつ計画的に提供する観点から、健康上及び生活上の問題点や解決すべき課題、目標とその達成時期、利用するサービスの種類や内容等が記載されたケアプランを作成してサービスを提供することを給付の基本としている。
<small>こういきがた</small> 広域型サービス	居住地にかかわらず受けられる介護保険サービス。
<small>こうがくいりょうがっさんかいご</small> 高額医療合算介護 <small>ひ</small> サービス費	医療保険と介護保険両方の自己負担額が高額となった場合、限度額を超えた分が後から支給されるもの。
<small>こうがくかいご</small> 高額介護サービス費	介護サービスの利用者負担合計額が高額となった場合、利用者負担上限額を超えた分が後から支給されるもの。
<small>こうれいしゃかつどう</small> 高齢者活動 コーディネートセンター <small>げんき</small> (センター元気)	特技・技能・知識を有する高齢者とそれを必要とする団体等をつなぐ仲介や相談業務を主に行う。運営は、市が委託により実施している。
<small>こうれいしゃ ほけんじぎょう</small> 高齢者の保健事業と <small>かいごよぼう いったいてき</small> 介護予防の一体的な <small>じっし</small> 実施	<p>医療保険側の保健事業と介護保険側の介護予防事業、かかりつけ医等による医療を組み合わせ、フレイルのおそれのある高齢者を包括的に支援していく仕組みのこと。</p> <p>国保データベース(KDB)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う。</p> <p>市町村は広域連合が保有する医療レセプト情報の提供を受けられることができ、介護レセプト情報等と一体化して高齢者像を把握することが可能となった。</p>

## さ行

用語	解説
<small>つ こうれいしゃ</small> サービス付き高齢者 <small>む じゅうたく</small> 向け住宅	介護を必要としない自立した高齢者が様々な生活支援サービスを受けて居住する施設。掃除や買い物の代行といった生活支援サービスに加え、安否確認や生活相談が可能。バリアフリー対応の賃貸住宅となっている。

用語	解説
じつむしやけんしゅう 実務者研修	<p>基本的な介護提供能力の修得を目的とした資格で、かつてのホームヘルパー1級のこと。介護福祉士の国家資格受験には修了が必須条件となる。</p> <p>「文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校または厚生労働大臣の指定した養成施設において介護福祉士として必要な知識及び技能を修得」するための研修。</p>
シニアクラブ	<p>おおむね60歳以上の方が、町会単位ほどの範囲の中で自主的に組織している団体。スポーツや趣味、文化・学習活動など、様々な活動を通して、地域貢献や生きがい・健康づくりに取り組んでいる。</p>
しゃかいふくしし 社会福祉士	<p>昭和62年(1987年)「社会福祉士及び介護福祉士法」で位置付けられた、社会福祉業務に携わる人の国家資格。</p> <p>高齢者や障害者など、福祉の現場において支援を必要とする人の相談援助を担う。利用できるサービスを紹介するなどして、相談者が安心して日常生活を送れるようにアドバイスを行う。</p>
じゃくねんせいになちしょう 若年性認知症	<p>65歳未満で発症した認知症の総称。65歳以上で発症する認知症と病理学的な違いはなく、社会的役割が大きい世代であり、社会的・経済的な支援が必要。</p> <p>早期に診断を受けることで、自身や家族が病態を理解し、将来の見通しを立てることにつながるほか、治療可能な疾患を発見できる可能性がある。</p> <p>若年性認知症と診断されると「精神障害者保健福祉手帳」を取得でき、血管性認知症やレビー小体型認知症など身体症状がある場合は、「身体障害者手帳」に該当する場合もある。</p>
しょにんしゃけんしゅう 初任者研修	<p>基本的な介護技術を学べる介護の入門資格。平成25年(2013年)以前に存在していたホームヘルパー2級や介護職員基礎研修といった資格の代わりとなる研修であり、厚生労働省認定の公的資格。</p>

用語	解説
じんざい シルバー人材センター	企業や家庭、公共団体などから高齢者にふさわしい仕事を引き受け、会員に仕事(生きがい、就労)を提供する公益社団法人。
せいかつきのうこうじょう 生活機能向上 れんけいかさん 連携加算	通所介護の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携してアセスメントを行い、計画書を作成することで算定できる介護報酬の加算のこと。令和3年(2021年)の介護報酬改定では、通所系・短期入所系・居住系・施設の各サービスにおいて、訪問系・多機能系サービスと同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について、評価する区分が新たに設けられる。
せいかつしえん 生活支援ヘルパー	身体介護を必要としない方に生活援助(身体介護を除く調理、買い物、清掃等)を行う者。 本市で独自に行う「生活支援ヘルパー研修」を修了することで、市内の事業所に所属後、従事できる。
せいかれんどうがたみんかんいたく 成果運動型民間委託 けいやくほうしき 契約方式(PFS)	「Pay For Success」の略で、国や自治体が事業の成果目標を設定して事業を民間へ委託し、その達成度に応じて報酬を支払う契約方式。
せいさんねんれいじんこう 生産年齢人口	生産活動の中心にいる人口層のことで、国内統計では一般的に「15～65歳の人口」を指す。

た行	
用語	解説
だい き ちいきふくしけいかく 第4期地域福祉計画	八王子市が、社会福祉法第 107 条に基づく「市町村地域福祉計画」として策定した社会福祉に関する分野別計画。
ダブルケア	育児と介護が同時期に発生する状態のこと。近年、晩婚化や出産年齢の高齢化を背景に、ダブルケア問題が表面化している。
たんきにゆうしよせいかつかいご 短期入所生活介護	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などに短期間入所して、食事・入浴などの介護や機能訓練が受けられる。
たんきにゆうしりょうようかいご 短期入所療養介護	介護老人保健施設や療養病床施設を有する病院・診療所などに短期間入所して、医療や介護、機能訓練が受けられる。
ちいき かいぎ 地域ケア会議	高齢者あんしん相談センターが開催する会議で、生活支援コーディネーターを含む多職種連携により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時にすすめることで、地域包括ケアシステムの実現を目指す。
ちいきしえんじぎょう 地域支援事業	介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業のこと。介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業の3つがある。
ちいきふくしけんりょうごじぎょう 地域福祉権利擁護事業	認知症や物忘れのある高齢の方、知的障害、精神障害等のある方で、在宅で生活している方を対象に、住み慣れた地域で安心して生活が送れるようにすることを目的としている事業。 福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理サービス、書類等の預かりサービスがある。
ちいきほうかつ 地域包括ケアシステム	可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい、健康づくり、予防、見守り、介護、生活支援、医療が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供体制。

用語	解説
<p>ちいきほうかつ 地域包括ケア 「見える化」システム</p>	<p>厚生労働省が提供する、都道府県・区市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化されており、他自治体との比較等ができる。一部の機能を除き、インターネットから、どなたでも閲覧可能。</p>
<p>ちいきみっちやくがた 地域密着型サービス</p>	<p>高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするため、身近な市町村で提供されるのが適当として創設されたサービス類型。サービス事業者の指定は市町村が行う。</p>
<p>つうしょかいご 通所介護(デイサービス)</p>	<p>日帰りで通所介護施設に通い、他の利用者と一緒に食事・入浴などの介護やレクリエーション、機能訓練などが受けられる。</p>
<p>つうしょ 通所リハビリテーション</p>	<p>日帰りで介護老人保健施設や医療機関に通い、食事・入浴などの日常生活上の支援や理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションが受けられる。</p>
<p>どくじかさん 独自加算</p>	<p>週に1回2時間以上、専ら機能訓練にあたる職員(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)の配置または連携により、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成及びこれに基づいたサービスを行うことで算定される本市独自に設定した介護報酬の加算。</p>
<p>とくていしせつにゆうきよしゃ 特定施設入居者 生活介護 かいご(介護付き有料老人ホーム)</p>	<p>有料老人ホーム(サービス付き高齢者向け住宅で該当するもの)、養護老人ホームなどで食事や入浴などの介護や機能訓練を受けられる。</p>
<p>とくていにゆうしよしゃかいご 特定入所者介護 サービス費</p>	<p>介護保険施設、短期入所サービスを利用する際の食費と居住費について、基準に該当する所得の低い方の自己負担額を限度額までとするもの。超えた分は保険給付の対象とする。</p>

用語	解説
とくていふくしょうぐ 特定福祉用具	入浴や排せつなどに使用する貸与になじまない福祉用具。福祉用具専門相談員が専門的な助言を行い販売しており、購入した場合は保険給付の対象となる。

な行	
用語	解説
にちじょうせいかつけんいき 日常生活圏域	市民が住み慣れた地域で、適切なサービスを受けながら生活の質を維持して暮らし続けることができるように、地理的条件・人口・交通事情、その他の社会的条件、介護サービスを提供する施設の整備状況などを勘案し、市域を区分したもの。本市では、21の圏域が設定されている。
にちじょうせいかつじりつど 日常生活自立度	<p>認知機能の低下が見られる高齢者が、どれだけ自力で日々の生活を送ることができるのか、その程度をレベル分けした基準値。</p> <p>: 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。</p> <p>: 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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>a: 家庭外で上記 の状態が見られる。たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等の症状、行動がある。</p> <p>b: 家庭内でも上記 の状態が見られる。服薬管理や電話の対応、訪問者との対応など一人で留守番ができない等の症状・行動がある。</p> </div> <p>: 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見られ、介護を必要とする。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>a: 日中を中心として上記 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、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等の症状、行動がある。</p> <p>b: 夜間を中心として上記 の状態が見られる。ランク aに同じ症状、行動が見られる。</p> </div>

	<p>: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頻繁に見られ、常に介護を必要とする。ランク に同じ症状や行動が見られる。</p> <p>: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の症状、行動がある。</p>
にんいじぎょう 任意事業	高齢者や介護者に対し地域の実情に応じた支援を行うため、家族介護者への支援事業や介護相談員の派遣事業などを実施するもの。
にんちしょう 認知症ケアパス	認知症の人やその家族が、認知症の容態に応じ、「いつ」、「どこで」、「どのような」医療・介護サービスを受けることができるのかを示したもの。
にんちしょうし さくすいしんたいこう 認知症施策推進大綱	<p>認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や、その家族の視点を重視しながら「共生」の基盤のもと、「予防の取組を推進していくためのプラン。</p> <p>令和元年(2019年)6月に、国の認知症施策推進関係閣僚会議で策定された。具体的な取組として、普及啓発・本人発信支援、 予防、 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、認知症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、 研究開発・産業促進・国際展開が挙げられる。</p>

は行	
用語	解説
ハイリスクアプローチ	疾患を発症しやすいリスクを特定し、高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処する取組。
はちおうじみらい 八王子未来デザイン 2040	八王子市がどのような姿を目指して、何を行っていくのかをまとめた本市の最上位計画。「基本構想」と「基本計画」で構成されており、2040 年を展望した「基本計画」の計画期間は、令和 5 年度(2023 年度)から令和 12 年度(2030 年度)までの 8 か年となっている。
はちまるごーまるもんだい 8050問題	80歳代の高齢の親と、50歳代の子どもの組合せによる、社会的孤立等の問題。背景に、家族や本人の病気、親の介護、離職(リストラ)、経済的困窮、人間関係の孤立など複合的課題を抱えている。

用語	解説
ひょうじゆんきゆうふひ <b>標準給付費</b>	介護給付費と予防給付費をあわせた総給付費に、その他の経費である特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額及び算定対象審査支払手数料を加えた費用のこと。
ふくしひなんじよ <b>福祉避難所</b>	災害時、一般的な避難所では、避難生活が非常に困難な要配慮者及びその家族や介護者等のための避難所。
ふくしやうぐたいよ <b>福祉用具貸与</b>	介護保険の給付対象となる在宅サービスのひとつで、日常生活の自立を助けるための福祉用具を借りることができる。福祉用具専門相談員が専門的な助言を行い貸与する。
<b>プロダクティブ・エイジング</b>	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。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る。
ほうかつてきしえんじぎやう <b>包括的支援事業</b>	高齢者が地域で安心して生活を継続することができるよう、高齢者あんしん相談センターを運営するほか、在宅医療・介護連携を推進するための事業や高齢者の支援体制充実、社会参加を推進するための事業などを実施するもの。
ほうもんかいご <b>訪問介護</b>	訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事、入浴、排せつなどの「身体介護」や、調理、掃除などの「生活援助」を行う。
ほうもんかんご <b>訪問看護</b>	訪問看護ステーションや医療機関の看護師などが自宅を訪問し、主治医の指示書に基づき療養上の世話を行う。
ほうもんにゆうよくかいご <b>訪問入浴介護</b>	自宅に浴槽がない場合や、身体状況などにより自宅の浴槽での入浴が困難な場合などに、看護師、介護職員が訪問し、入浴設備や簡易浴槽を備えた移動入浴車による入浴の介助を行う。
ほうもん <b>訪問リハビリテーション</b>	通所が困難な利用者に対して、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などが自宅を訪問し、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行う。

用語	解説
ほけんじゃきのうきょうかすいしん <b>保険者機能強化推進            交付金</b>	介護保険法等の改正により、平成30年度(2018年度)から、国が自立支援・重度化防止等に向け、各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組に対し、定められた評価指標の達成状況に応じて国が交付する支援金。
ほけんりょうきじゅんがく <b>保険料基準額</b>	第1号被保険者の所得段階ごとの介護保険料を決定する際に基準となる、1人当たりの平均的な保険料額。所得段階ごとの介護保険料(年額)は、保険料基準額(年額)に所得段階に応じた保険料率を乗じた額となる。
<b>ボランティアセンター</b>	「ボランティアの活動がしたい人」と「ボランティアの力を借りたい人」の架け橋となり、活動拠点としての役割を担うなど、ボランティア活動の推進をはかることを目的とした団体。

## ま行

用語	解説
まごころネット <small>ざいたくいりようしえん</small> <b>(在宅医療支援システム)</b>	医療・介護従事者及び患者を対象とし、医療・介護に携わる多職種の従事者が、患者情報の共有並びにコミュニケーションをとりあうためのシステム。地域における在宅医療・介護の連携をサポートし、患者・家族が安心・安全に在宅療養を送ることを目的としている。
みなし <sup>してい</sup> 指定	健康保険法の保険医療機関・保険薬局に指定された医療機関・薬局は、介護保険法による医療系サービスの事業者として、指定をされたものとみなされること。 <b>【保険医療機関のみなし指定となるサービス】</b> (介護予防)訪問看護 (介護予防)居宅療養管理指導 1 (介護予防)短期入所療養介護 2 (介護予防)訪問リハビリテーション (介護予防)通所リハビリテーション <b>【保険薬局のみなし指定となるサービス】</b> (介護予防)居宅療養管理指導  1 歯科が行う場合の実施可能なサービスは、(介護予防)居宅療養管理指導のみ 2 療養病床を有する病院または診療所に限る。なお、療養病床を有しない診療所で短期入所療養介護(介護予防含む)を行う場合は、指定申請を行う必要がある。

## や行・ら行・わ行

用語	解説
<small>ゆうりやうろうじん</small> 有料老人ホーム	高齢者が暮らしやすいように配慮された住まいで、食事サービス、介護サービス(入浴、排泄、食事など)、洗濯・掃除などの家事援助、健康管理のいずれかが受けられる。介護サービスの利用方法の違いにより、「介護付」「住宅型」「健康型」の3つのタイプに分かれる。
リエイブルメント <small>さいじりつ</small> (再自立)	「Re-Ablement(再び自分でできるようにすること)」とは、高齢者が自立した在宅生活を継続するために能力の回復・改善・維持をはかる支援。

## アルファベット

用語	解説
ACP (人生会議)	アドバンスド・ケア・プランニングの略。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、共有しておく取組。厚生労働省では、より馴染みやすい言葉となるよう「人生会議」の愛称を定めた。
EBPM	「エビデンス・ベースト・ポリシー・メイキング(根拠に基づく政策立案)」の略。政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化したうえで合理的根拠(エビデンス)に基づくものとする。
KDB <small>こくほ</small> (国保データベース)	「特定健診・特定保健指導」「医療(後期高齢者医療含む)」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするデータベース。健診・医療・介護の突合、地区単位での集計・分析や比較、適正受診・服薬取組(重複服薬対策)の把握ができる。