

第8期あきる野市

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

(素案)

令和3（2021）年度～令和5（2023）年度

令和3（2021）年 月

あきる野市



総 論	1
第1章 計画の策定に当たって	3
第1節 策定の背景・目的.....	3
第2節 計画の法的位置付け.....	4
第3節 市の各計画との関連.....	4
第4節 計画の期間.....	5
第5節 計画の策定体制.....	5
第6節 計画の将来目標と基本理念.....	7
第7節 計画の基本目標.....	10
第8節 施策の体系.....	11
第2章 高齢者を取り巻く状況	13
第1節 高齢者を取り巻く現状と推移.....	13
第2節 地域包括ケア「見える化」システムによる分析.....	20
各 論	27
第1章 健康づくりと介護予防・フレイル予防の推進	29
第1節 健康づくりへの支援.....	30
第2節 介護予防・フレイル予防の推進.....	32
第2章 多様な社会参加・生きがいづくりの促進	38
第1節 就業への支援.....	38
第2節 社会参加への支援.....	39
第3節 生きがいづくりの推進.....	39
第3章 住み慣れた地域で高齢者が自立的に暮らすことのできる支援	40
第1節 介護保険サービスの充実.....	41
第2節 在宅生活への支援.....	46
第4章 高齢者や介護者を地域ぐるみで支える仕組みづくり	50
第1節 支え合いの仕組みづくり.....	51

第2節 総合的な相談・支援体制の充実.....	57
第3節 生活環境の整備と支援.....	61
第5章 介護保険事業の基盤.....	62
第1節 日常生活圏域.....	63
第2節 地域包括支援センター.....	64
第3節 介護基盤の整備.....	65



森っこサンちゃん

第1章 計画の策定に当たって

第1節 策定の背景・目的

高齢者の介護を社会全体で担い、質の高い介護サービスを提供することを目的として、平成 12（2000）年度から始まった介護保険制度は、この 20 年間で、社会に不可欠な仕組みとして定着しました。

今後も高齢化が進行する中で、一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加とともに、要介護認定者の重度化、介護者の高齢化や負担の増大は大きな問題となっていきます。このような情勢の中で、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域が連携して高齢者を支えるとともに、必要に応じて、高齢者福祉サービスや介護サービスなどを効果的に活用できるような社会を築くことが重要です。

今後、団塊の世代^{※1}が全て 75 歳以上となる令和 7（2025）年に向けて、医療、介護、予防、住まい、生活支援など、地域の多様なサービスを有機的に連携させ、地域全体で高齢者をサポートする、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を図ることが不可欠であるとともに、団塊ジュニア世代^{※2}が 65 歳となる令和 22（2040）年を見据え、介護サービス需要の更なる増加・多様化や地域の特性に応じた取組が必要となります。

また、健康づくりや生きがいづくりの充実など、いかに心身の健康を維持するかといった予防的支援や地域共生社会^{※3}の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービスの提供体制を整備することが重要となっています。

市では、平成 30（2018）年 3 月に「第 7 期あきる野市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定し、地域包括ケアシステム^{※4}の構築に向けた取組や、予防を重視した高齢者保健福祉施策の推進を図ってきました。

今後も、こうした高齢者を取り巻く状況の変化や高齢社会における諸課題に対応するため、市における高齢者施策の基本的な考え方や目指すべき取組を総合的かつ体系的に整え、高齢者福祉及び介護保険事業の方向性を示すことを目的として、令和 3（2021）年度から令和 5（2023）年度までの施策を明らかにし、「第 8 期あきる野市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定しました。

第 8 期事業計画では、高齢者の自立支援と介護予防・重度化防止に取り組むとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮しつつ、地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、令和 7（2025）年と令和 22（2040）年を見据えたサービス基盤の整備と介護を支える人的基盤の確保に取り組めます。

また、支援を必要とする方が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者、関係機関との連携等により解決が図られるよう、地域共生社会の実現を目指していきます。

※1：第二次大戦後、数年間のベビーブームに生まれた世代のこと。昭和 22 年から昭和 24 年（1947 年～1949 年）頃までに生まれた人々のこと。

※2：第二次ベビーブームに生まれた世代のこと。昭和 46 年から昭和 49 年（1971 年～1974 年）頃までに生まれた人々のこと。

※3：子ども・高齢者・障害者など全ての人々が生き生きと暮らすため、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みのこと。

※4：高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが、切れ目なく提供されるシステムのこと。第 7 期計画では、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組が重要視されている。

第2節 計画の法的位置付け

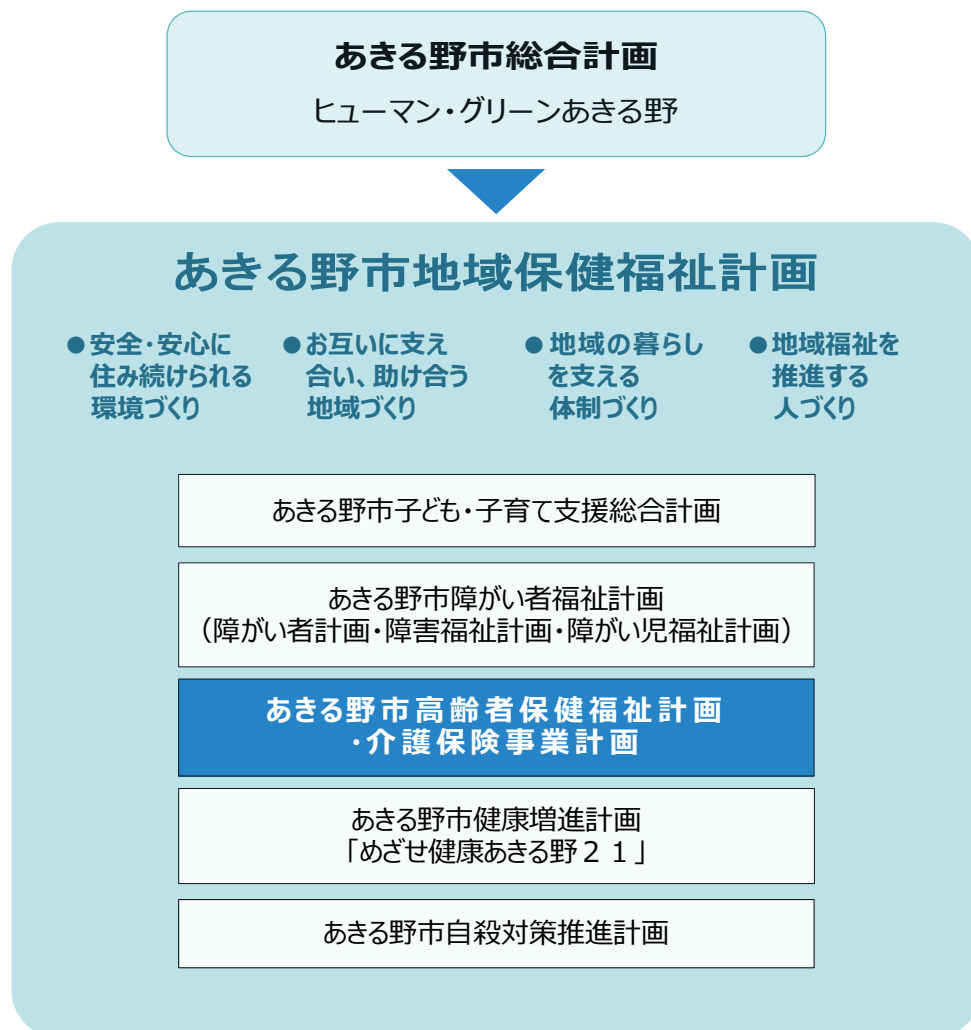
本計画は、老人福祉法第20条の8（市町村老人福祉計画）の規定に基づき、高齢者施策に関する基本的な目標を設定し、取り組むべき施策全般を定めるものです。また、介護保険法第117条（市町村介護保険事業計画）の規定に基づき、要支援・要介護認定者や介護保険サービス量、介護保険事業量等の見込み等を定めるものです。

市では、高齢者施策を総合的に推進するため、両計画を一体的な計画として策定します。

第3節 市の各計画との関連

本計画は、国・都の関連計画を考慮するとともに、「あきる野市総合計画 ヒューマン・グリーンあきる野」を基盤として、市の地域保健福祉に関連する計画やその他関連計画との整合を図りつつ策定しています。

◆各計画との関連図



第4節 計画の期間

本計画の期間は、令和3（2021）年度から令和5（2023）年度までの3か年とします。なお、計画の進捗状況や社会情勢の変化等に応じて、必要な見直しを行っていくものとします。

◆計画の期間

年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
期間	第7期											
	見直し改定											
	見直し改定											
				第8期計画 (本計画)			2025年度までの 見通し 第9期			2040年度までの 見通し		
				見直し改定			見直し改定			第10期		

第5節 計画の策定体制

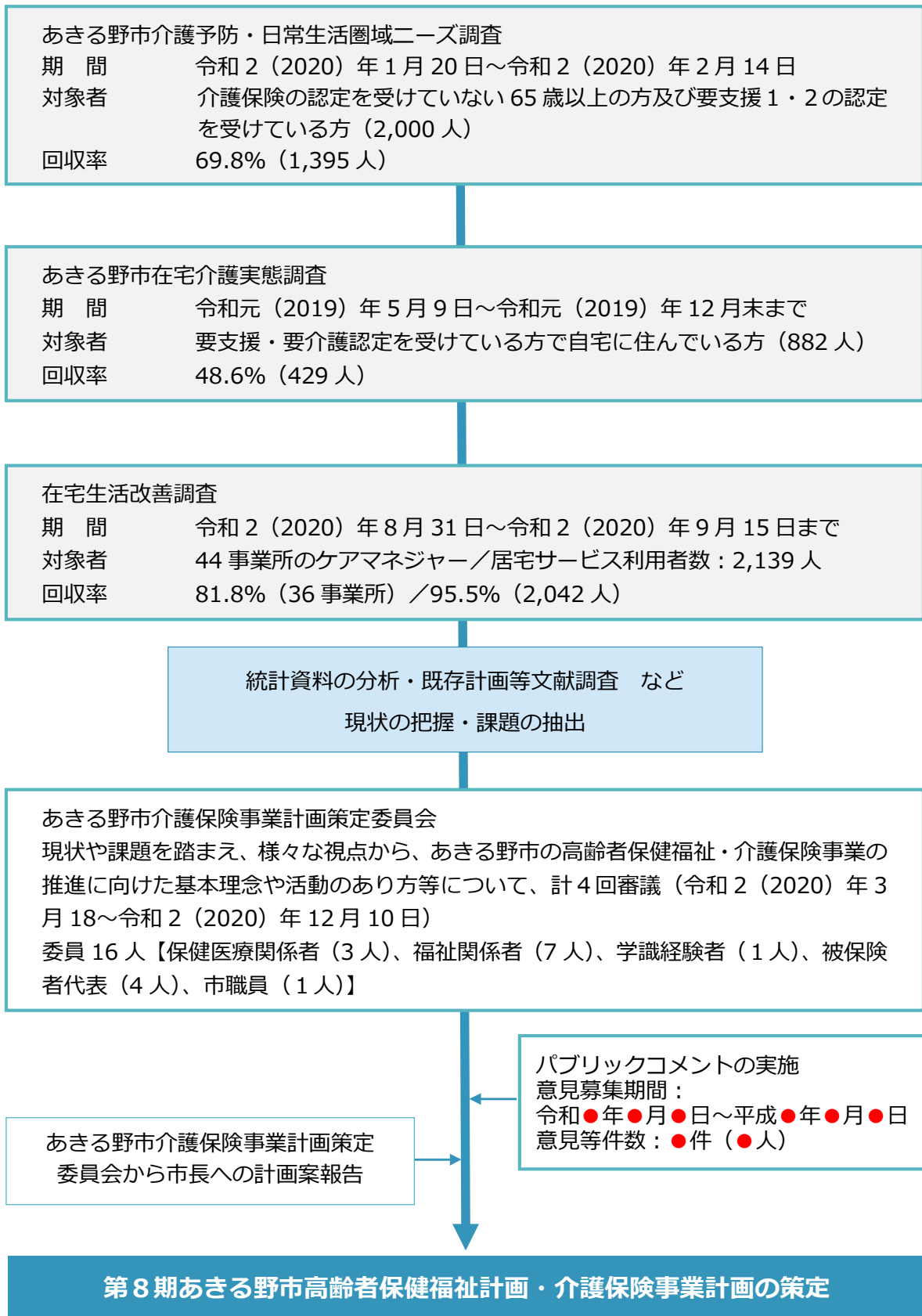
本計画は、保健医療関係者、福祉関係者、学識経験者、被保険者代表及び市職員から構成された「あきる野市介護保険事業計画策定委員会」が中心となり、検討を経て策定しました。

また、策定に当たっては、介護保険の認定を受けていない65歳以上の方及び要支援1・2の認定を受けている方2,000人を対象に実施した「あきる野市介護予防・日常生活圏域^{※5}ニーズ調査」と要支援・要介護認定を受けている方で自宅に住んでいる方882人を対象に実施した「あきる野市在宅介護実態調査」、パブリックコメント^{※6}の実施等を通じ、ニーズの把握、意見の収集に努めました。

※5：高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活ができるように、地理的条件、人口、交通事業その他の社会的条件、介護給付費等対象サービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案し、地域の特性に応じて市町村内を区分した圏域のこと。

※6：行政が政策や制度等を定める際に、市民の意見を聞き、それらを考慮して最終決定を行う行政手続、あるいはその意見のこと。

◆計画の策定過程



第6節 計画の将来目標と基本理念

1 将来目標

高齢化の急速な進展等、社会状況の大きな変化が見込まれる中、今後も身近な地域の中で高齢者とその家族が安心して生活できる社会、つまり地域包括ケアシステムの深化・推進が求められています。また、地域包括ケアシステムの推進や地域づくりなどに一体的に取り組んでいくことで、地域共生社会の実現を図っていくことが重要です。さらに、高齢者一人ひとりが生きがいをもって暮らしていけるとともに、高齢者がもつ豊かな経験や知識が次代へとつながる、高齢者が輝ける社会の実現が期待されています。

令和5（2023）年度を目標とする第8期計画では、上記の課題や、第7期までの計画との関連性・連続性を踏まえて、将来目標を次のとおりとします。

《 将来目標 》

笑顔あふれる 安心して暮らせる
保健福祉都市をめざして
～地域包括ケアシステムの深化・推進及び地域づくり
による地域共生社会の実現に向けて～



2 基本理念

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、利用者本人の主体的な選択に基づき、本人・家族の心構えを持って、個々の状況に応じた自立した日常生活を営み最期を迎えられよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの推進や地域づくりなどに一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を目指し、本計画では次の4つの基本理念を掲げます。

理念1 介護給付等対象サービスの充実、強化及びサービスの質の向上

高齢者が要介護状態等となっても、自分の意思で自分らしい生活を営むことを可能とする「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」が重要となります。このことから、住み慣れた地域の中で継続して日常生活を営むことができるよう、在宅サービスと施設サービスのバランスを保ち、連携しながら地域における継続的な支援体制の充実を目指します。さらに、給付の適正化を図りながら、介護人材の確保やICTの活用、人材育成など、介護で働く人の確保・定着・育成を図ることで、サービスの質の向上を目指します。

理念2 在宅医療と介護の連携による継続的な支援体制の構築

医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち在宅生活を送る高齢者の増加を背景に、引き続き、住み慣れた地域で最期まで生活を継続できるよう、また、一人ひとりのニーズに応じた適切な支援が行えるよう、「医療」「介護」「介護予防」など様々な局面で連携を図ることのできる体制づくりを進めます。

理念3 保健福祉サービス体制の整備による予防と自立支援・重度化防止

高齢者が「支えられる世代」ではなく「支え合う世代」として、自らの意思に基づいた自立的な生活を送り、地域社会に参加するためには、介護予防と健康の維持が重要です。そこで、効果的な予防と自立支援・重度化防止に十分対応できる保健福祉サービス体制の整備を目指します。

理念4 日常生活を支援する体制の整備

高齢者が年齢に関わりなく輝き続け、積極的に社会参加していくためには、自らの努力だけでなく、日常の様々な場面で、他人事ではなく我が事として住民等が主体的に地域づくりへ参加し、縦割りではなく、分野をまたがった支援が行われる「我が事・丸ごと^{※7}」の地域福祉推進の理念に基づく地域社会の連携、見守りと支援が必要となります。地域社会全体で包括的な支援体制を築くに当たって、地域住民、町内会・自治会、民生・児童委員^{※8}、ふれあい福祉委員^{※9}、ボランティア、医療、介護、福祉関係者、事業所等といった地域のあらゆる主体が、分野の垣根を超えて共に連携し、支え合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現に向けた取組を推進していきます。

※7：地域でおきている様々な問題を他人事ではなく、我が事として住民等が主体的に地域づくりに取り組み、縦割りではなく、分野をまたがった丸ごとの総合相談支援が行われること。

※8：厚生労働大臣から委嘱され、地域で福祉の相談助言活動に従事する方のこと。地域住民から社会福祉に関わる相談を受けるとともに、高齢者の相談や見守り、児童虐待の防止・早期発見等、新しい社会的問題に取り組んでいる。それぞれの地域で活動する民生・児童委員は、民生委員法に基づき委嘱されると同時に児童福祉法における「児童委員」とされる。

※9：あきる野市社会福祉協議会で組織する町内会・自治会単位での地域福祉の充実を図ることを目的とした組織のこと。声かけ、見守り運動の展開や福祉制度及び福祉意識の啓発活動を行っている。

第7節 計画の基本目標

基本理念に沿った高齢者保健福祉の実現に向けて、本計画では次の4つの基本目標に沿って高齢者保健福祉施策を推進します。

目標1 健康づくりと介護予防・フレイル予防の推進

健康づくりと、介護を必要としない自立した生活の維持に向けて、特定健康診査^{※10}や各種がん検診等を効果的に活用するとともに、一人ひとりの健康管理を支援する相談・教育事業を推進します。

また、効果的な予防と自立の支援に向けて、人と人のつながりを通じて介護予防・フレイル予防が図れる地域づくりを推進するとともに、心身の状況に合った各種介護予防事業を推進します。

目標2 多様な社会参加・生きがいづくりの促進

活力に満ちた高齢社会を確立するためには、高齢者自身が生きがいをもち、地域社会の中で自らの経験と知識を生かし、積極的な役割を果たせる地域づくりが重要です。

このことから、スポーツ・レクリエーション、生涯学習、就労、高齢者の支え手、世代間交流など、様々な分野での社会参加・生きがいづくりを促進するとともに、気軽に外出できる環境整備など、高齢者が地域で生き生きと暮らせるよう支援します。

目標3 住み慣れた地域で高齢者が自立的に暮らすことのできる支援

介護を要する状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう適切な介護保険サービスを提供します。

また、安心して在宅での生活を継続していくためには、介護保険サービスのほか、住環境を始めとする様々な生活支援に関する福祉サービスや介護者への支援等も必要とされるため、高齢者の生活実態や生活環境に基づいた効果的な福祉サービスを提供します。

目標4 高齢者や介護者を地域ぐるみで支える仕組みづくり

認知症や身体機能の低下がみられる高齢者の増加を踏まえ、地域の方の見守りや手助けが一層重要となり、日常の様々な場面で、住民等が主体的に地域づくりへ参加し、縦割りではなく、分野をまたがった支援が行われる地域づくり、包括的な支援体制づくりが求められます。また、終末期であっても、意思決定に基づき、それぞれが望む場所で生活し、最期を迎えられるよう支援していくことが重要です。

このことから、高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活できるよう、高齢者や介護者（ケアラー）を地域全体で切れ目なく支えていくため、地域の住民、医療、介護、福祉関連の機関・団体等の分野を超えた連携により、地域ぐるみで支える仕組みづくりを進めます。

※10：心臓病や脳卒中、糖尿病などの生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の予防、解消のために実施する健康診査のこと。

第8節 施策の体系

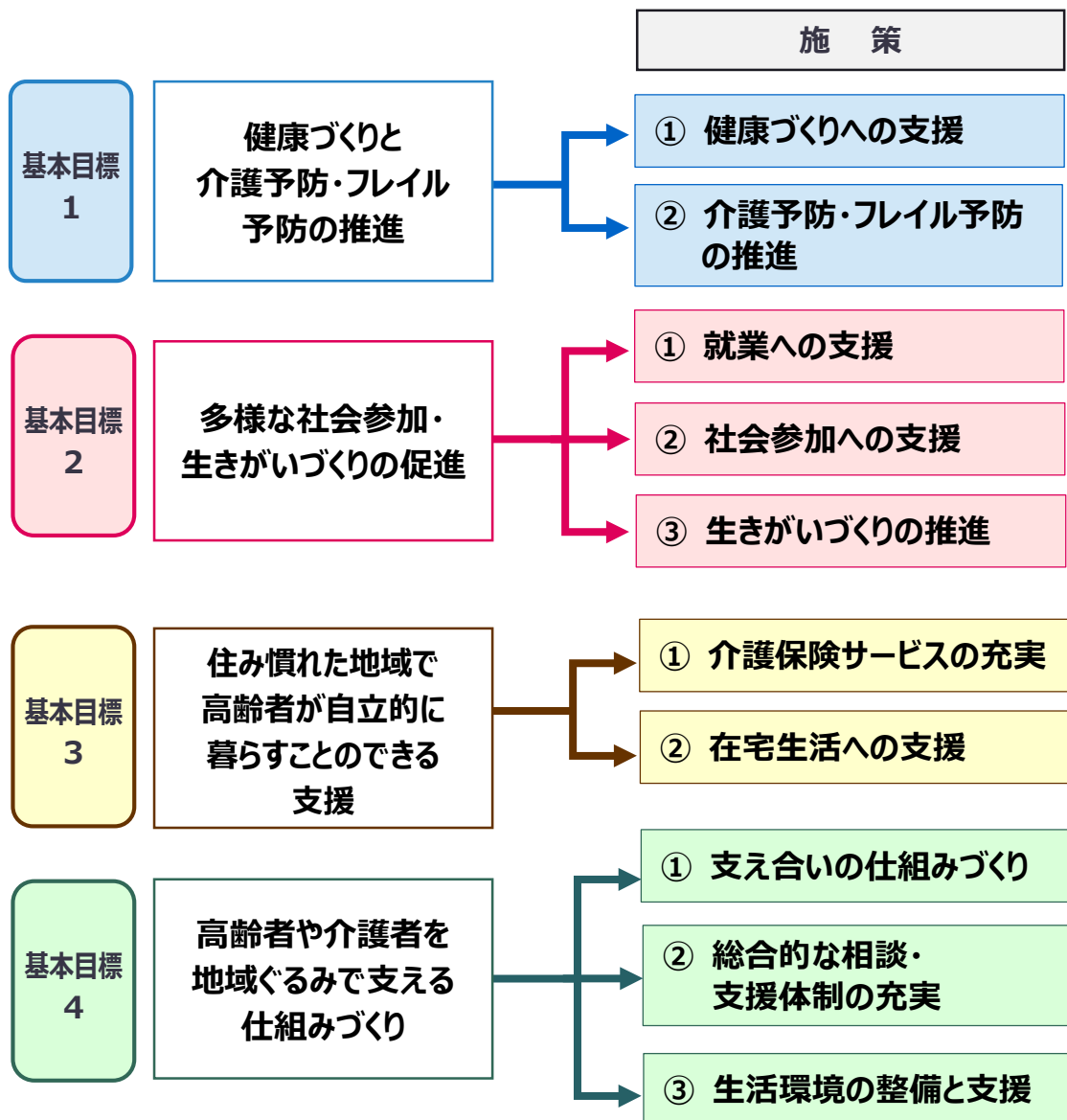
本計画は、次の体系で構成しています。

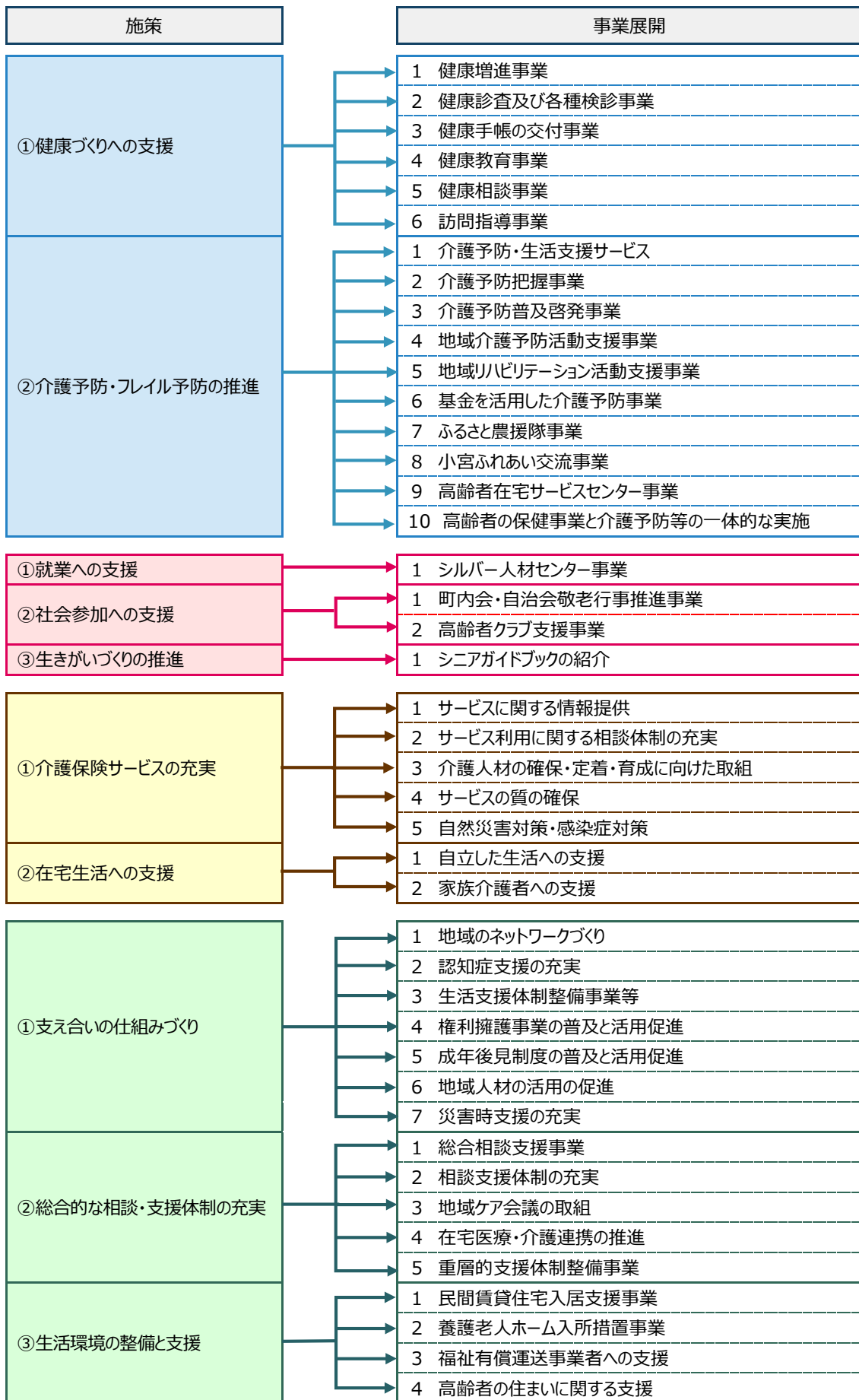
将来
目標

笑顔あふれる 安心して暮らせる保健福祉都市をめざして
～地域包括ケアシステムの深化・推進及び地域づくりによる
地域共生社会の実現に向けて～

基本
理念

- 理念1 介護給付等対象サービスの充実、強化及びサービスの質の向上
- 理念2 在宅医療と介護の連携による継続的な支援体制の構築
- 理念3 保健福祉サービス体制の整備による予防と自立支援・重度化防止
- 理念4 日常生活を支援する体制の整備





第2章 高齢者を取り巻く状況

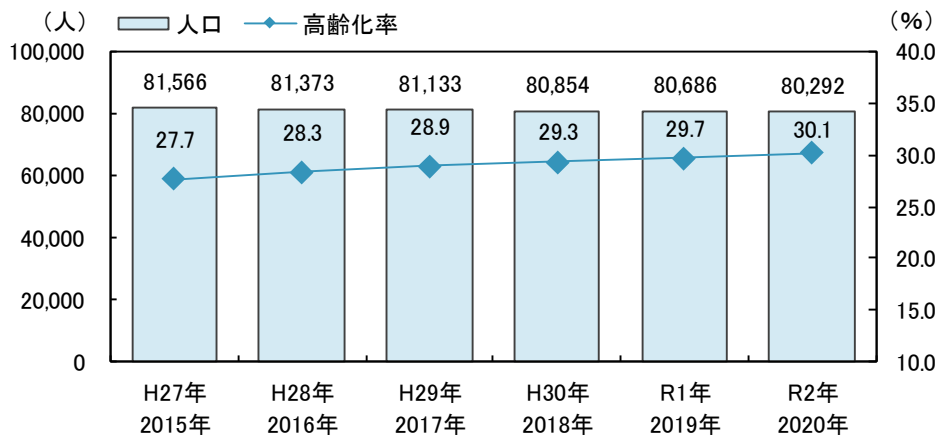
第1節 高齢者を取り巻く現状と推移

1 人口の推移・推計

(1) あきる野市の総人口と高齢化率の推移・推計

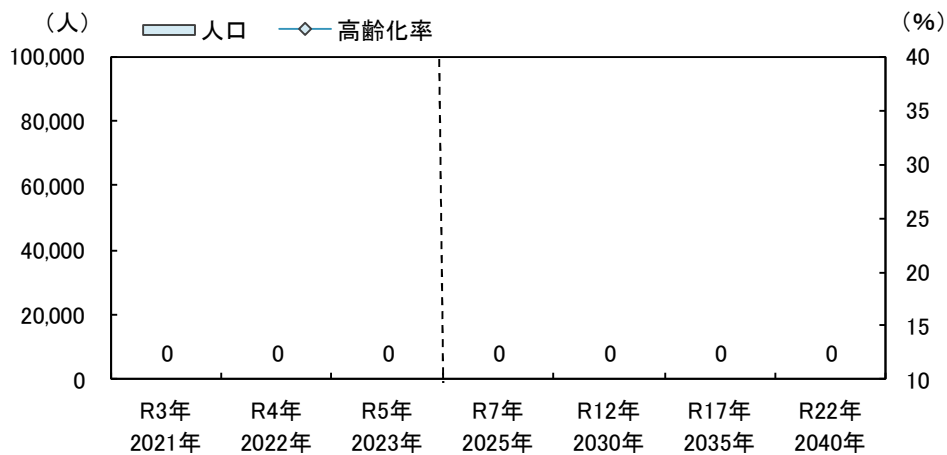
市の人口は、コメントはデータが確定したら更新間の65歳以上の高齢化率は、4.2%
 平成30年推計人口は、80,854人、高齢化率は、1.4%
 ポイントの増加が

◆総人口・高齢化率の推移



※：住民基本台帳（外国人含む）（各年10月1日現在）

◆総人口・高齢化率の推計



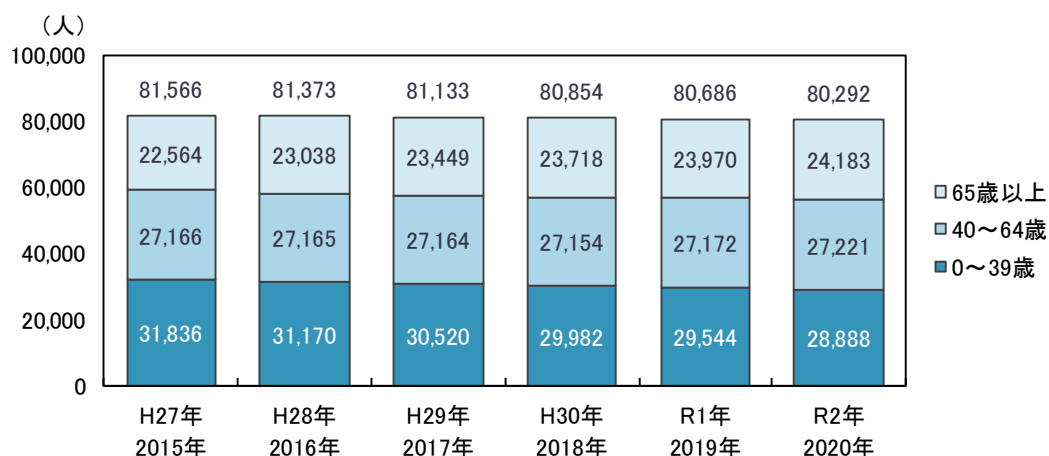
※：市の推計による

(2) 年齢層別人口構成の推移・推計

年齢層別の人口構成の推移は、平成 24 年から平成 29 年にかけて、65 歳以上の人口は 3,168 人増加しています。一方、40～64 歳の人口は 2015 年から 2017 年までは増加、2018 年から 2020 年までは減少しています。また、40～64 歳の人口は平成 30 年から平成 32 年まで横ばいの後に減少、0～39 歳は引き続き減少していくことが見込まれます。

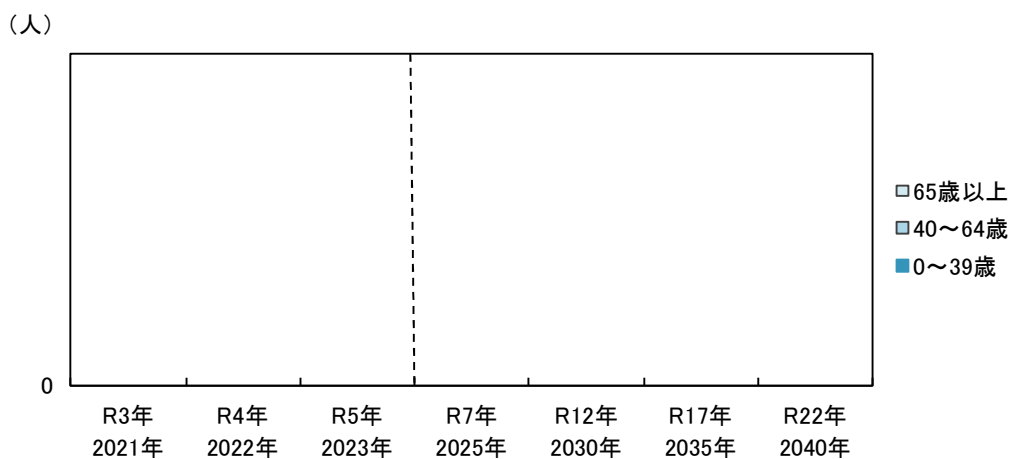
コメントはデータが確定したら更新

◆年齢層別人口構成の推移



※：住民基本台帳（外国人含む）（各年 10 月 1 日現在）

◆年齢層別人口構成の推計



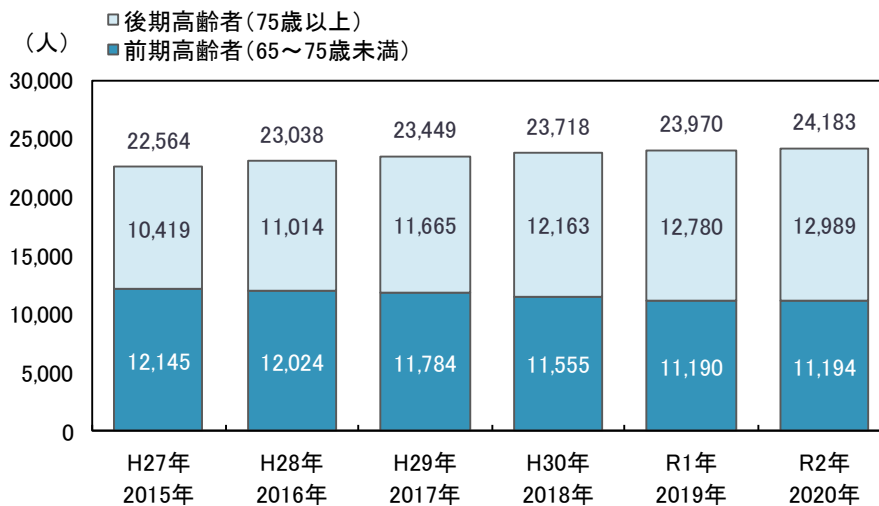
※：市の推計による

(3) 高齢者人口の推移・推計

高齢者人口の推移は、平成27年から平成30年については合計で2,481人増加しており、そのうち前期高齢者は572人、平成30年から平成31年については合計で2,345人の減少が見られますが、前期高齢

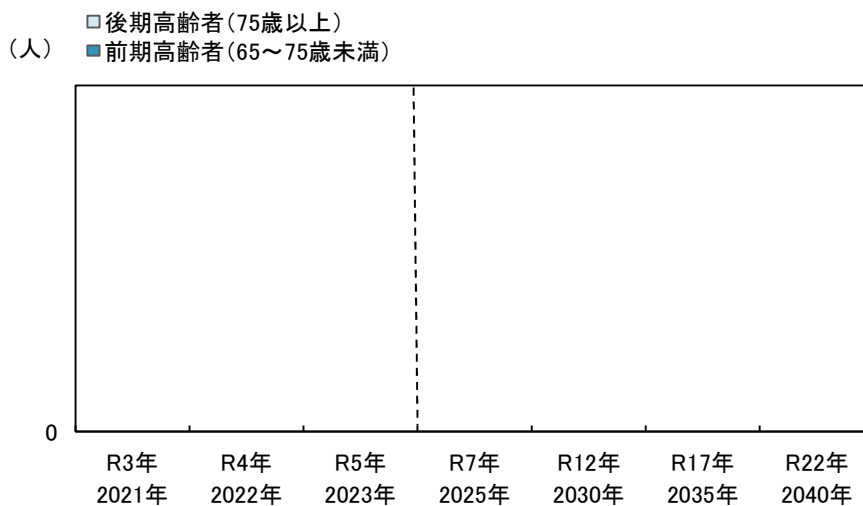
コメントはデータが確定したら更新

◆高齢者人口の推移



※：住民基本台帳（外国人含む）（各年10月1日現在）

◆高齢者人口の推計



※：市の推計による

2 要介護（要支援）認定者の状況

（1）認定者数の推移・推計

認定者数は、平成 20 年以降、増加傾向にあります。また、認定者の総数は、平成 30 年から平成 31 年にかけて増加傾向となっています。

※11 ともに増加して
 コメントはデータが確定したら更新
 険者ともに増加傾向

◆第 1 号・第 2 号被保険者の認定者数の推移

	H27 年 2015 年	H28 年 2016 年	H29 年 2017 年	H30 年 2018 年	R1 年 2019 年	R2 年 2020 年
第 1 号被保険者	2,969	3,059	3,240	3,385	3,570	
65～74 歳	420	396	409	425	405	
75 歳以上	2,549	2,663	2,831	2,960	3,165	
第 2 号被保険者	94	92	87	79	82	
合 計	3,063	3,151	3,327	3,464	3,652	

※：介護保険事業状況報告（各年 10 月 1 日現在）

◆第 1 号・第 2 号被保険者の認定者数の推計

	R3 年 2021 年	R4 年 2022 年	R5 年 2023 年	R7 年 2025 年	R12 年 2030 年	R17 年 2035 年	R22 年 2040 年
第 1 号被保険者							
65～74 歳							
75 歳以上							
第 2 号被保険者							
合 計							

※：市の推計による

※11：第 1 号被保険者は、区市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の方のこと。第 2 号被保険者は、40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者のこと。

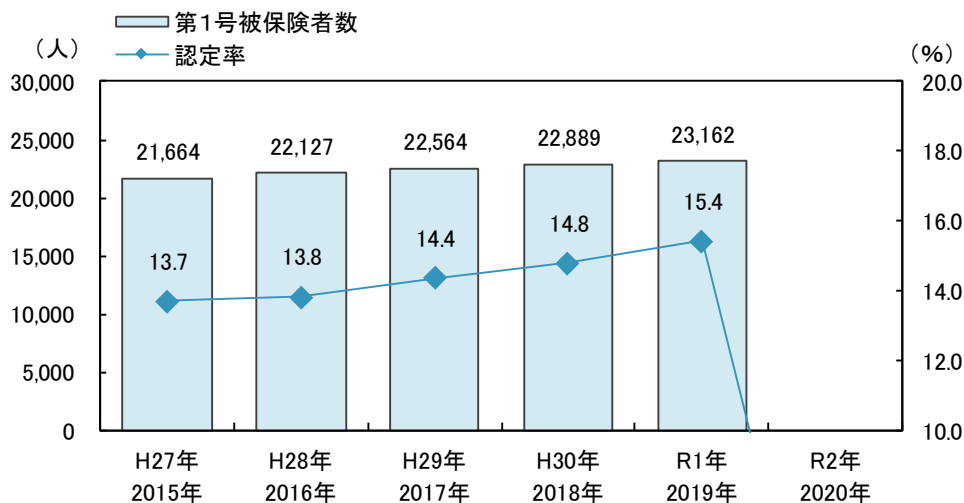
(2) 第1号被保険者数と認定率の推移・推計

第1号被保険者数に対する認定者の割合（認定率）は、平成24年から平成29年にかけて、2.4ポイント上昇しています。

平成30年から平成31年には17.6%になることが見込まれます。

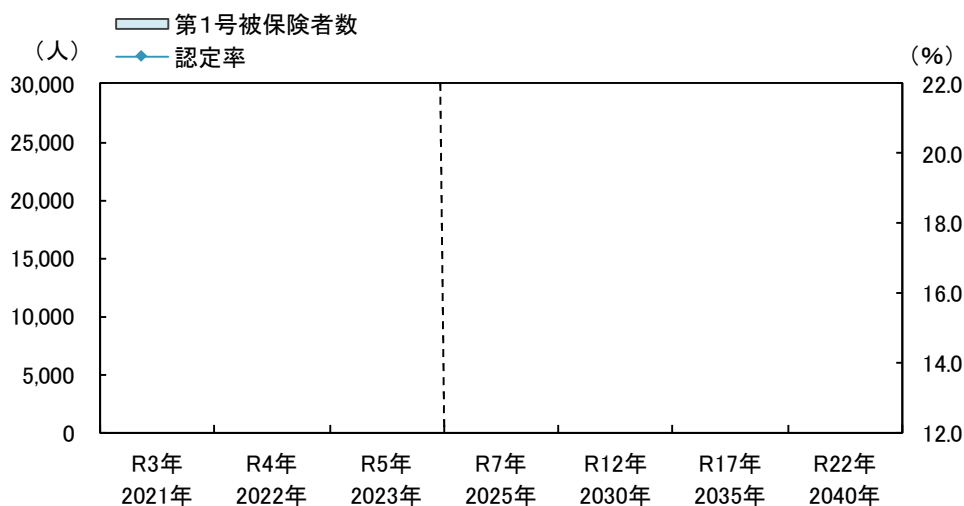
コメントはデータが確定したら更新

◆第1号被保険者数と認定率の推移



※：第1号被保険者数に対する認定者の割合
 ※：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

◆第1号被保険者数と認定率の推計

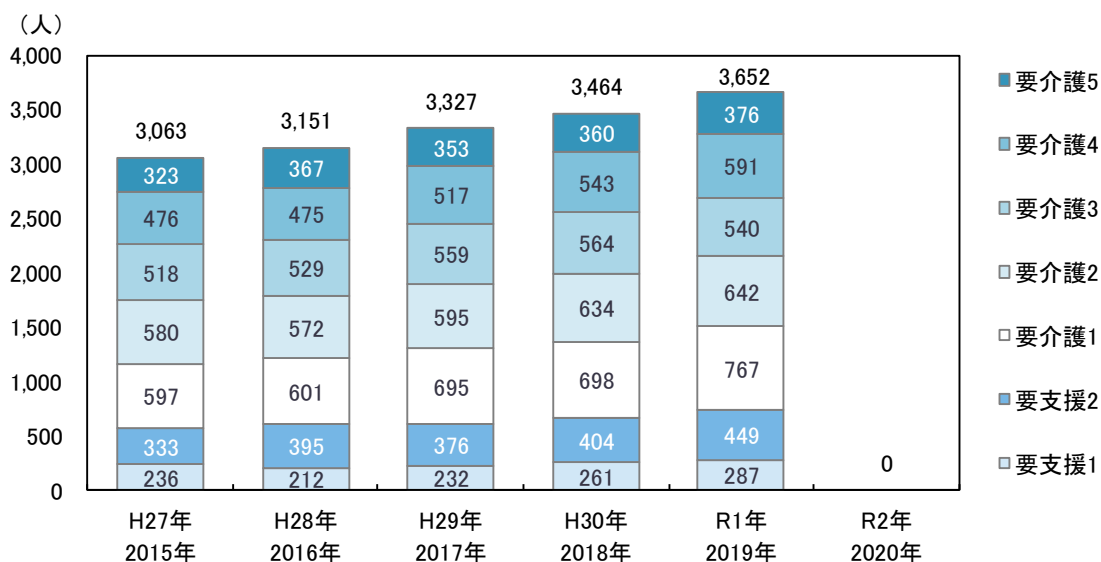


※：第1号被保険者数に対する認定者の割合
 ※：市の推計による

(3) 要介護度別認定者数の推移・推計

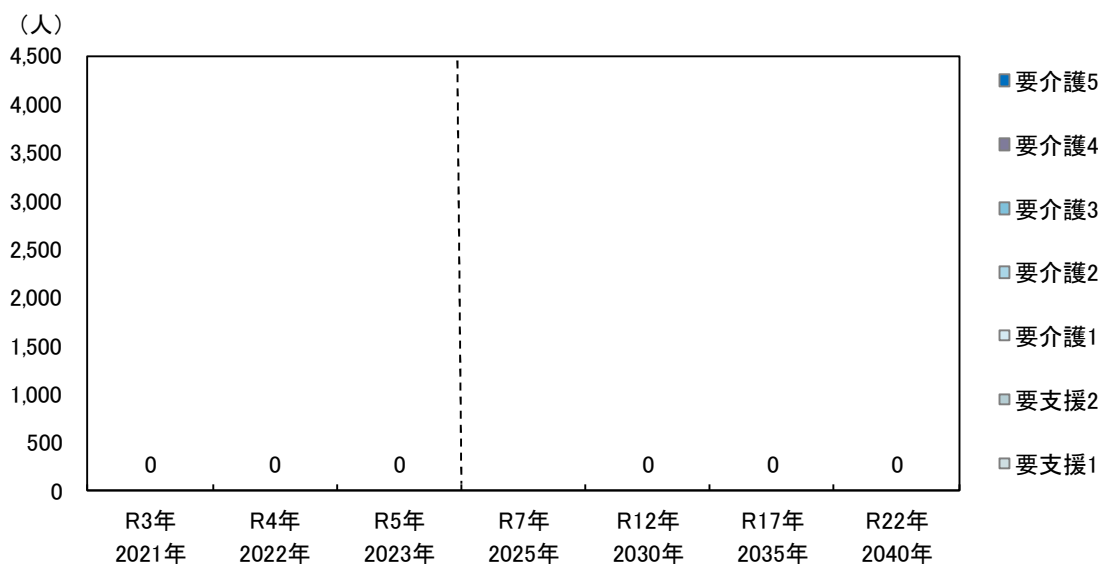
要介護度別の認定者数（第1号、第2号被保険者の合算）は次のとおりとなっています。

◆要介護度別認定者数の推移



※：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

◆要介護度別認定者数の推計



※：市の推計による

3 認知症の高齢者の推移・推計

(1) 令和2（2020）年・令和7（2025）年における認知症高齢者数の推計

認知症の高齢者数は、厚生労働省の係数等を活用し、推計した結果は、次のとおりとなっています。

◆令和2（2020）年・令和7（2025）年における認知症高齢者数の推計

仮定	R2年 2020年	R7年 2025年
認知症有病率が平成24（2012）年以降一定と仮定した場合	3,983人	4,437人
認知症有病率が平成24（2012）年以降も上昇すると仮定した場合	4,174人	4,796人

(2) 推計方法

①基礎人口について

平成27（2015）年10月1日の住民基本台帳人口を基準人口として、平成30（2018）年3月30日に国立社会保障・人口問題研究所が公表している「生残率※」「純移動率※」「将来の子ども女性比※」及び「0～4歳性比※」を用いて、コーホート要因法※により推計する。このため、新たな仮定値を用いて人口推計を行ったことなどから、事業計画において示している人口推計の結果とは異なる。

◆用語解説

用語	解説
生残率	コーホートが次の期までに生き残る自然動態の確率のこと。
純移動率	コーホートがある期において転出・転入する社会動態の確率のこと。
将来の子ども女性比	0～4歳女性人口に対する0～4歳男性人口の割合のこと。
0～4歳性比	母親年齢（15歳～49歳）の女性人口に対する0～4歳の人口の割合のこと。
コーホート要因法	コーホートとは、一定期間に生まれた人のまとまり、集団のことであり、ある年の男女・年齢別人口を基準として、コーホートごとの移動率などの仮定値を当てはめて人口を推計する方法のこと。

②令和7（2025）年における認知症高齢者数

①の推計結果を基に、厚生労働省科学研究費補助金「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」報告書の表3、表4「認知症患者数と有病率の将来推計」に掲載されている「認知症患者推定有病率（厚生労働省補正後）」を参考に推計する。

第2節 地域包括ケア「見える化」システムによる分析

地域包括ケア「見える化」システムは、厚生労働省が運営する、都道府県・区市町村における介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。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本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されています。

第8期事業計画は、地域包括ケア「見える化」システムを用いて作成しました。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果を踏まえ、地域分析を行い、介護サービス見込量の推計から必要な保険料を算定し、計画に反映させています。

この見える化システムはインターネット環境があれば、誰でもIDとパスワードを取得し、全国の状況を閲覧することができます。

介護保険給付や地域支援事業の実績把握や分析において、地域包括ケア「見える化」システムをはじめとする各種調査報告や分析システムを活用するにあたり、個人情報取り扱いにも配慮しつつ関連データの活用促進を図るための環境整備を進めていきます。

- 地域包括ケア「見える化」システム <https://mieruka.mhlw.go.jp/>

1 居宅サービスと施設サービスの他市比較

(1) 受給率

①在宅サービス

本市は、全国平均及び東京都と比較して、低い水準で推移しています。

また、西多摩市部の傾向も同様で、全国平均及び東京都と比較して、低い水準です。

※ 在宅サービスに含まれるもの

訪問介護、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、居宅介護支援

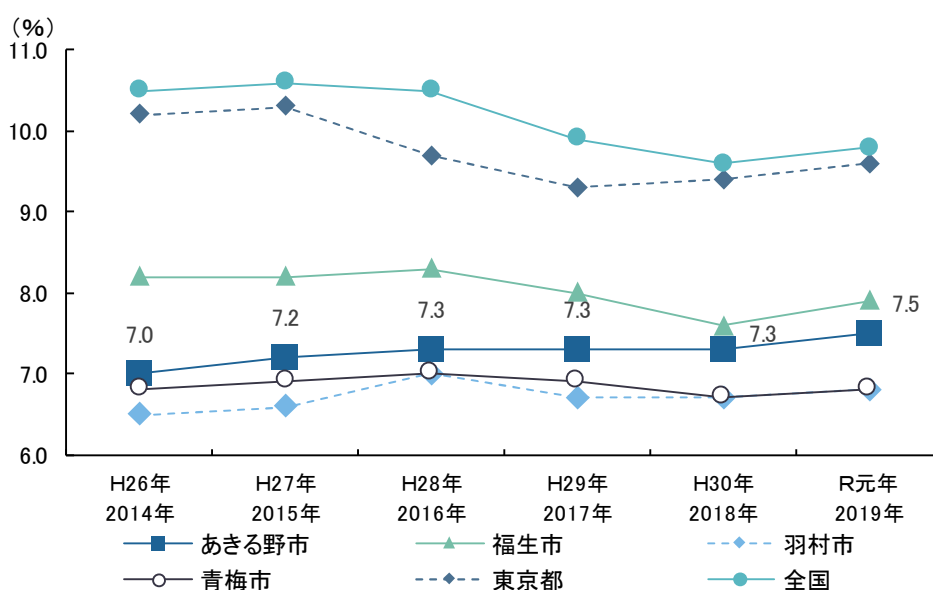
(単位は%)

	H26年 2014年	H27年 2015年	H28年 2016年	H29年 2017年	H30年 2018年	R1年 2019年
あきる野市	7.0	7.2	7.3	7.3	7.3	7.5
福生市	8.2	8.2	8.3	8.0	7.6	7.9
羽村市	6.5	6.6	7.0	6.7	6.7	6.8
青梅市	6.8	6.9	7.0	6.9	6.7	6.8
東京都	10.2	10.3	9.7	9.3	9.4	9.6
全国	10.5	10.6	10.5	9.9	9.6	9.8

※ (出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

(平成 30 年、令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

※平成 30 年度は平成 31 年 2 月サービス提供分まで、令和元年度は令和元年 11 月サービス提供分までの受給率とする。



②居住系サービス

全国平均よりも東京都の受給率が高い中でありますが、本市は、比較対象としたいずれの自治体よりも低い水準で推移しています。

また、西多摩市部の傾向も同様で、全国平均及び東京都と比較して、低い水準です。

※ 居住系サービスに含まれるもの

特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

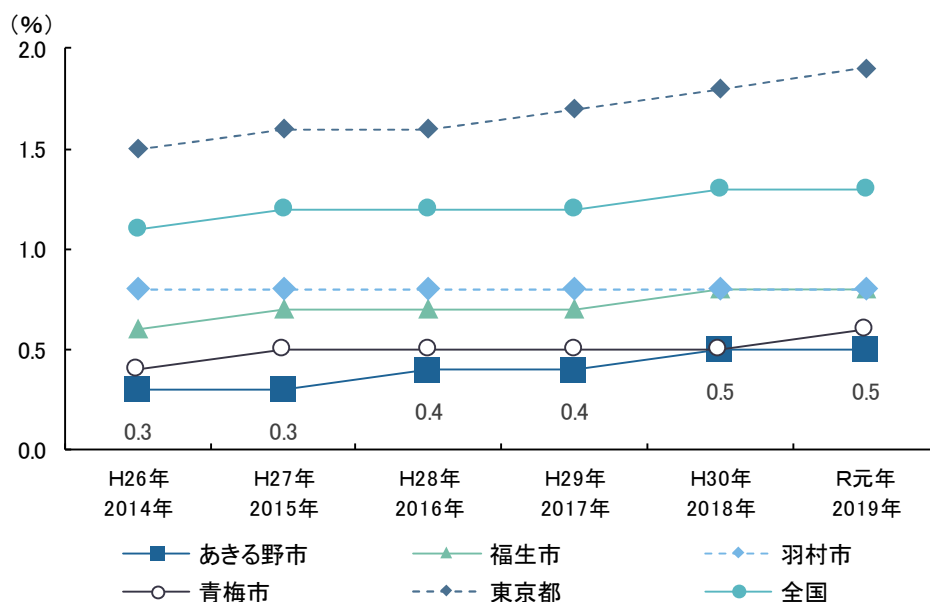
(単位は%)

	H26年 2014年	H27年 2015年	H28年 2016年	H29年 2017年	H30年 2018年	R1年 2019年
あきる野市	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5
福生市	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
羽村市	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
青梅市	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6
東京都	1.5	1.6	1.6	1.7	1.8	1.9
全国	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3

※ (出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

(平成30年、令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

※平成30年度は平成31年は2月サービス提供分まで、令和元年度は令和元年11月サービス提供分までの受給率とする。



③施設サービス

全国平均よりも東京都の水準が下回っている中で、特に本市は、施設サービスの受給率が高い傾向にあります。

また、近隣の福生市及び青梅市も同じ傾向を示しています。

※ 施設サービスに含まれるもの

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

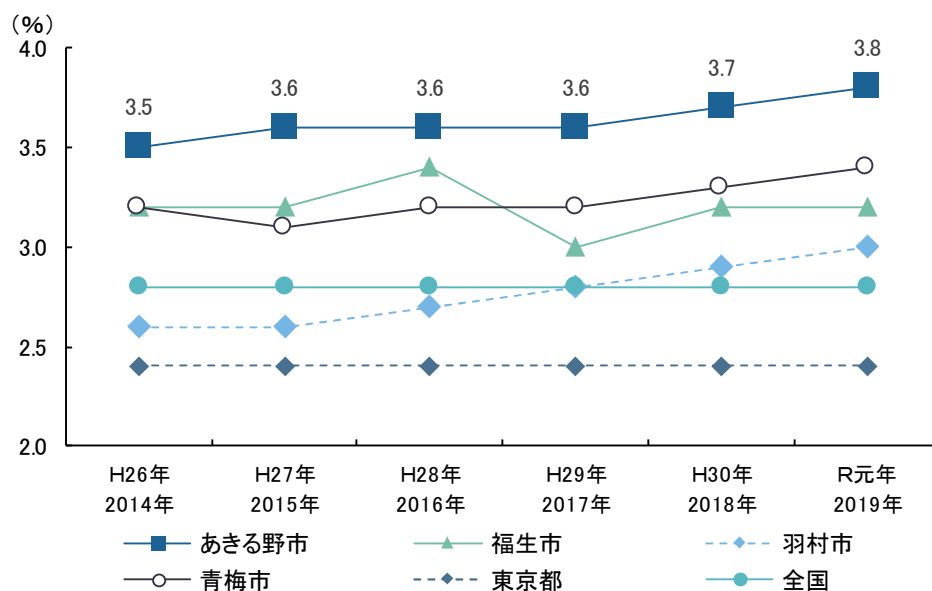
(単位は%)

	H26年 2014年	H27年 2015年	H28年 2016年	H29年 2017年	H30年 2018年	R1年 2019年
あきる野市	3.5	3.6	3.6	3.6	3.7	3.8
福生市	3.2	3.2	3.4	3.0	3.2	3.2
羽村市	2.6	2.6	2.7	2.8	2.9	3.0
青梅市	3.2	3.1	3.2	3.2	3.3	3.4
東京都	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
全国	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8

※ (出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

(平成 30 年、令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

※平成 30 年度は平成 31 年 2 月サービス提供分まで、令和元年度は令和元年 11 月サービス提供分までの受給率とする。



(2) 第1号被保険者1人あたり給付月額（調整済み）

① 在宅サービス

全国平均及び東京都が10,000円を超える水準で推移する中で、本市は、7,000円前後の低い水準で推移しています。

また、近隣の羽村市及び青梅市でも同じ傾向を示しています。

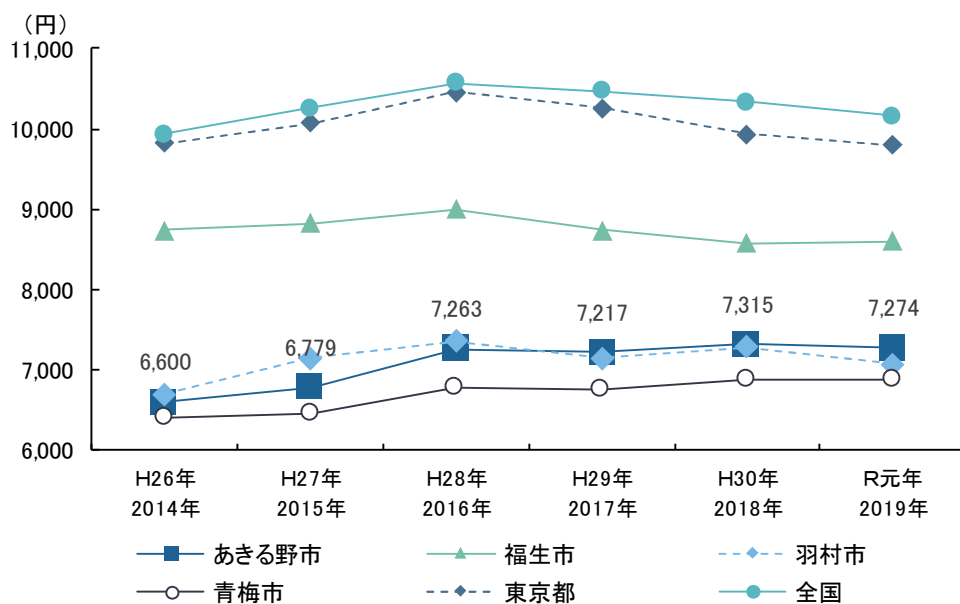
※ 給付費（第1号被保険者1人当たりの給付月額）に関する調整済み指標は、給付費の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」と「地域区分別単価」の2つの影響を除外した給付費（第1号被保険者1人当たりの給付月額）を意味する。

一般的に、後期高齢者1人当たりの給付費は、前期高齢者のそれよりも高くなるがわかっていて、第1号被保険者の性・年齢別人口構成の調整に加えて、さらに単位数に一律10円を乗じることにより、それ以外の要素の給付費への影響について、地域間で比較がしやすくなる。

（単位は円）

	H24年 2012年	H25年 2013年	H26年 2014年	H27年 2015年	H28年 2016年	H29年 2017年
あきる野市	6,600	6,779	7,263	7,217	7,315	7,274
福生市	8,741	8,832	9,004	8,733	8,573	8,596
羽村市	6,693	7,151	7,358	7,150	7,281	7,067
青梅市	6,400	6,456	6,768	6,751	6,879	6,868
東京都	9,817	10,065	10,455	10,261	9,932	9,794
全国	9,939	10,263	10,566	10,464	10,331	10,158

※（出典）「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」



②施設・居住系サービス

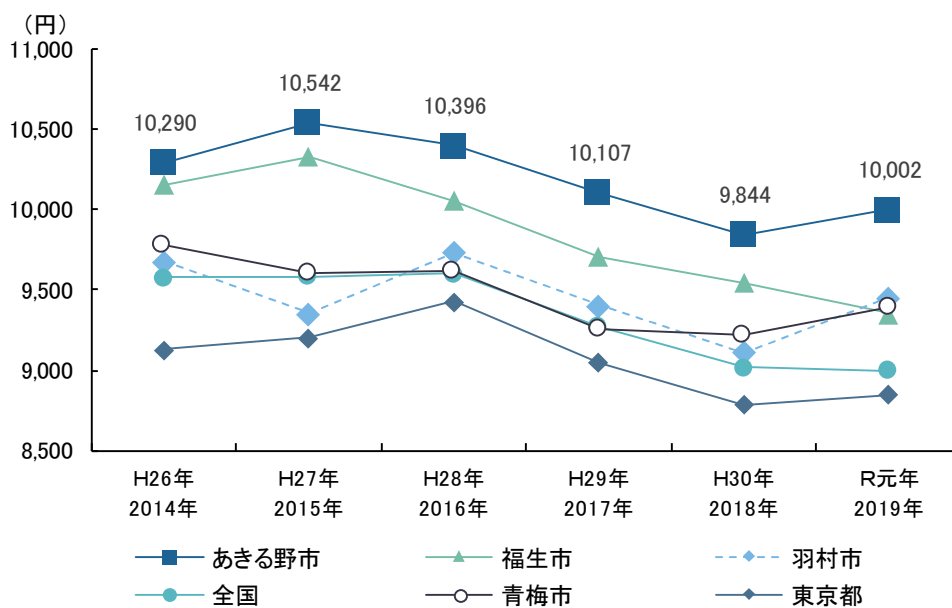
全国平均及び東京都が9,000円前後で推移する中で、本市は10,000円前後の高い水準で推移しています。

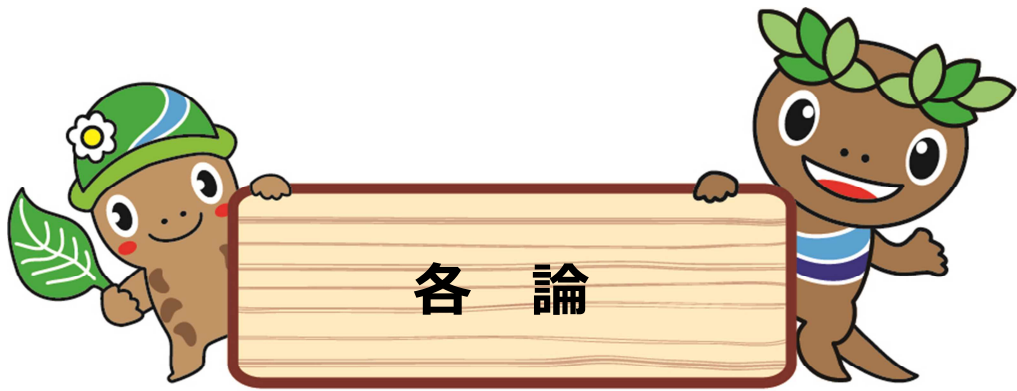
また、近隣の福生市では平成26（2014）年度まで、本市と同じ傾向を示しています。

（単位は円）

	H24年 2012年	H25年 2013年	H26年 2014年	H27年 2015年	H28年 2016年	H29年 2017年
あきる野市	10,290	10,542	10,396	10,107	9,844	10,002
福生市	10,157	10,332	10,055	9,706	9,543	9,352
羽村市	9,673	9,352	9,735	9,399	9,110	9,453
青梅市	9,783	9,604	9,612	9,252	9,221	9,394
東京都	9,130	9,202	9,427	9,050	8,783	8,845
全国	9,578	9,584	9,602	9,272	9,013	8,995

※（出典）「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」





森っこサンちゃん

第1章 健康づくりと介護予防・フレイル予防の推進

現状と課題

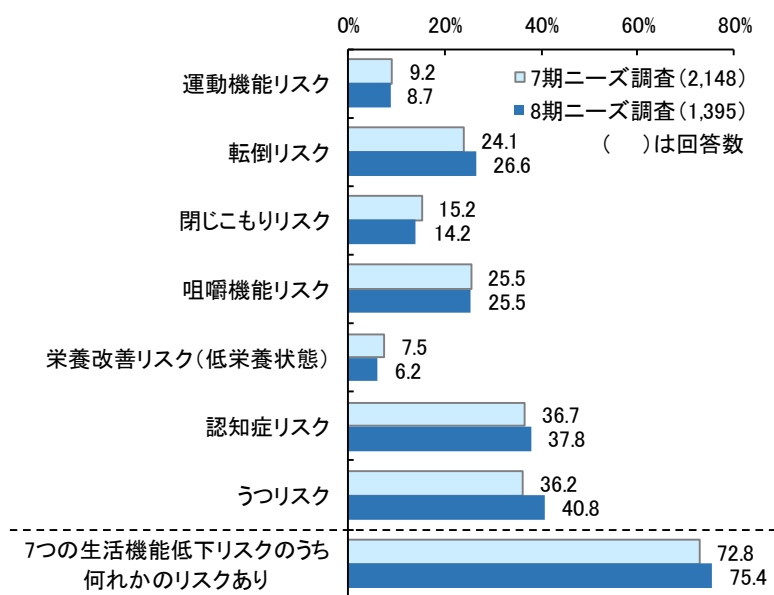
市の高齢化率は全国平均、東京都と比較して高い水準で推移していますが、65歳健康寿命（要支援1以上）は、平成30（2018）年において女性84.26歳、男性82.17歳であり、どちらも東京都を上回っています。今後、さらに市民一人ひとりが、自分に健康状態に応じて、主体的に健康づくりができる環境づくりが求められています。

市の高齢化率は一貫して上昇傾向にある中、令和元（2019）年度「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（以下、「ニーズ調査」という。）の結果において、「7つの生活機能低下リスクのうち、いずれかのリスクあり」と判定された人は、75.4%で、第7期調査と比較すると2.6ポイント増加しています。効果的な健康づくり、介護予防のためには、医療職やリハビリテーション職との連携を強化することや、保険医療データの活用が重要です。

ニーズ調査で第7期と第8期を比較すると、閉じこもりリスクは1.0ポイント減少しているものの、うつリスクは4.6ポイント上昇しています。今後さらに、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う外出の自粛により、心身の活力が低下し、フレイルリスクが高くなる懸念があります。

自主グループによる介護予防活動としては、介護予防リーダーによる活動が市内に3カ所あります（活動予定を含む）。平成29（2017）年度から介護予防リーダー育成講座を実施し、令和元（2019）年度までに延60人が受講されていますが、自主グループの数が増えないことが課題となっています。

◆7つの生活機能低下リスクのある方の割合



※：(出典)「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」(第8期：令和元(2019)年、第7期：平成28(2016)年度)

第1節 健康づくりへの支援

1 健康増進事業

本市の健康増進計画「めざせ健康あきる野 21（第二次）」において、すべての市民が「ふれあい いきがい 元気なまち」を目指す姿として、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を示す、健康寿命の延伸を目標に掲げています。

心身ともに健康の維持・増進を図るためには、一人ひとりが自分の健康寿命を延伸するという意識を持ち、日々の生活の中で栄養・食生活、身体活動・運動、休養、口腔などついて、健康管理を続けるとともに活動の範囲を広げ、人との関わりを積極的にもつことが重要です。そして、家族や地域が健康づくりをサポートする地域ぐるみの健康づくり活動を推進していきます。

2 健康診査及び各種検診事業

糖尿病等の生活習慣病^{※12}を早期発見し、治療につなげることや健康について考える機会とするため、40歳から74歳までの国民健康保険被保険者を対象とした「特定健康診査」と75歳以上の「後期高齢者医療健康診査」を市内医療機関において実施しています。

また、がんの早期発見のため、性別・年齢に応じて、胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診・乳がん検診・子宮がん検診・前立腺がん検診を実施しています。

そのほかに肝炎ウイルス検診、結核検診、骨粗しょう症検診、歯周病検診、口腔がん検診を対象となる市民に受診を勧め、病気の早期発見と治療につながるようになっています。

検診の種類によっては、検診期間の延長や休日等の実施をしています。さらに特定健康診査・後期高齢者医療健康診査と同時に受診可能ながん検診などを設定し、市民が受診しやすい環境の整備をしています。

引き続き、受診環境を向上させるため、周知や受診勧奨を実施していきます。

3 健康手帳の交付事業

特定健康診査や保健指導等の記録、その他健康に関する情報を記載し、自己の健康管理と適切な医療に活用できるよう、40歳以上の希望者に健康手帳を交付しています。各種健康診査や血圧等の記録を行うことによって、健康に関わる相談を適切に行うことができ、毎年2,500冊程度交付しています。

引き続き、正しい利用の案内と積極的な活用を進め、健康相談や医療等の適切な実施につなげていきます。

※12：食事、運動、飲酒、喫煙等の生活習慣の積み重ねによって、起因する病気の総称のこと（高血圧、糖尿病、心臓病、骨粗しょう症など）。

4 健康教育事業

知識・経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を講師として、講座等を開催し、高齢期を迎える前から生活習慣病や各種疾病の予防等についての正しい知識の普及を目指しています。

また、地域イキイキ元気づくり事業、健康づくり市民推進委員^{※13}による町内会・自治会での活動や高齢者クラブ等の団体活動など、各地域（団体）に出向いて健康教育を実施しています。

今後は、開催時間の検討や、内容をより深く理解できるように体組成計や骨密度測定器等を利用し、市民の健康状態を確認しながら健康教育を進めていきます。また、健康教育のテーマについては、市民の健康づくりに関連し、関心の高いものを選定し、広く参加者の増加を図っています。

5 健康相談事業

生活習慣病予防やこころの健康づくりに関して理解を深め、生活習慣の見直しや取組が継続できるよう、定期的に市施設などで気軽に立ち寄ることができる健康相談を実施しています。また、相談日を予約する個別相談、随時の電話相談なども実施しています。

毎月の「広報あきる野」での開催日の掲載や、各種事業の際に案内チラシを配布して周知しています。また、測定や展示物など相談コーナーの内容を工夫し、利用を勧めています。

引き続き、相談件数の増加につながる勧奨方法の検討や、相談内容を充実させるため相談票の工夫、健康手帳の活用促進などにより、健康相談事業の充実を図ります。

6 訪問指導事業

生活習慣病や閉じこもり、認知症の予防に向けて訪問し、必要な保健指導を行い、心身の機能の低下防止と健康の保持増進を図っています。

※13：地域における健康づくり事業を総合的に推進し、市民の健康づくりを図るため、町内会・自治会から推薦された委員で構成された組織のこと。

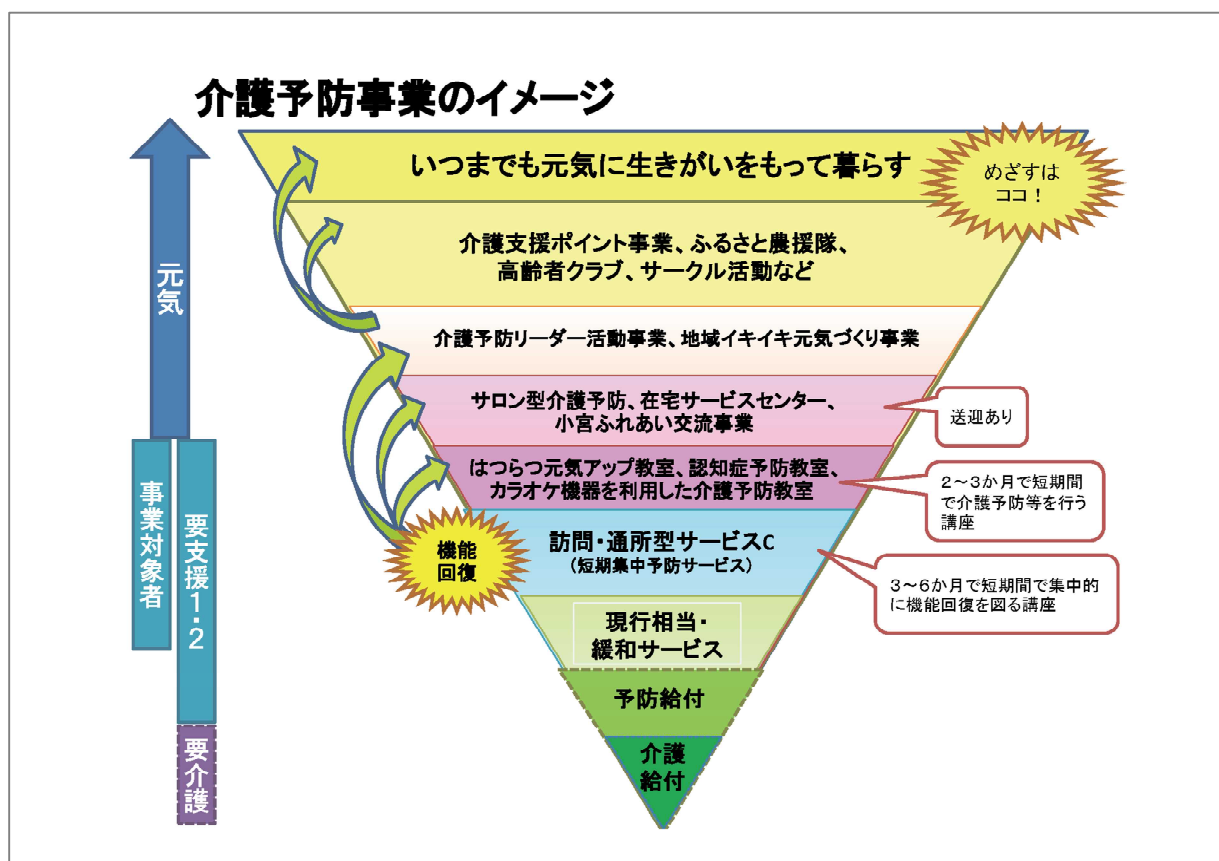
第2節 介護予防・フレイル予防の推進

1 介護予防・生活支援サービス

介護予防・生活支援サービスは、要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防や日常生活の支援などを実施することにより、生きがいのある生活や人生を送ることができるように支援することを目的とするサービスです。

本市では、自立した生活が営めるよう、平成 29（2017）年 4 月から訪問型サービス A（生活援助サービス）を実施しております。令和 3（2021）年度から生活機能を改善し、生活行為の自立を図るため、新たに通所型サービス C を試行実施します。

◆介護予防事業のイメージ



(1) 訪問介護相当サービス

専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防訪問介護に相当するサービス（訪問介護員等によるサービス）を実施します。

(2) 訪問型サービス A

身体介護（入浴の介助等）を必要としない要支援者等に対して、市が実施する指定研修修了者等が自宅へ訪問し、買い物、調理、掃除、洗濯等の生活援助を行います。

(3) 通所介護相当サービス

専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防通所介護に相当するサービス（通所介護事業者によるサービス）を実施します。

(4) 通所型サービス C

運動機能の低下により居宅や地域での生活行為に課題がある要支援者等に対して、生活機能の改善等を図るため、理学療法士等がおおむね 3 か月間の運動機能の向上や栄養改善等のプログラムを令和 3（2021）年度から令和 5（2023）年度まで試行実施します。また、サービス終了後も運動機能を維持できるよう、一般介護予防事業等を紹介し、支援します。

2 介護予防把握事業

本市においては、生活機能が低下している高齢者や閉じこもり等、何らかの支援を要する高齢者について、関連部署、関係機関等と連携し情報収集するとともに、要支援・要介護状態にならないよう生活機能の向上を目指します。

3 介護予防普及啓発事業

(1) はつらつ元気アップ教室

65 歳以上の高齢者を対象に、加齢に伴う身体機能低下の予防と向上を目的として、通所介護予防教室（はつらつ元気アップ教室）を開催し、運動機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等のための複合プログラムを実施しています。

今後も、周知を図り、引き続き実施していきます。

(2) 頭シャキッと教室

65歳以上の高齢者を対象に、認知症をはじめとした要介護状態等になることを予防するため、認知症予防教室（頭シャキッと教室）を開催し、有酸素運動であるウォーキング、頭と体を使う機能向上トレーニングなどを実施しています。

今後も、周知を図り、引き続き実施していきます。

(3) サロン型介護予防事業

65歳以上の高齢者を対象に、介護老人福祉施設を介護予防の拠点とし、高齢者の生きがいを高め、孤立感や引きこもりの解消につなげるとともに、心身機能低下を予防するため、サロン型介護予防事業を実施しています。

今後も、周知を図り、引き続き実施していきます。

(4) 運動機能向上トレーニング事業

運動機能向上を必要とする高齢者に対して、市内の接骨院・整骨院において運動機能の向上につながるトレーニングを実施します。

今後も、利用者の増加が見込まれることから、受け入れ体制等の強化を図り、引き続き実施していきます。

(5) 保健師による訪問事業

閉じこもり、認知症、うつ等のため、通所による事業への参加が困難な方を対象に、月1回程度の訪問を3か月間実施しています。個々の状況を把握し、状態に応じた生活機能に関する問題を総合的に把握・評価を行い、必要な相談や助言を行っていますが、訪問型介護予防事業の利用者は少ない状況です。

今後は、事業を周知し、利用を希望される方が事業を活用できるよう、地域包括支援センター等の関係機関と情報共有を密に取っていきます。

(6) 介護予防講座

高齢者の口腔・運動機能の維持・向上を目的に、歯科医師と理学療法士等による口腔機能と体操の二本立て講座を実施します。

今後も、市民ニーズを把握し、効果的な講座を引き続き実施します。

4 地域介護予防活動支援事業

(1) 地域イキイキ元気づくり事業

身近な地域で介護予防、健康づくりを推進していくことを目的に、市が委嘱している健康づくり市民推進委員を中心として、町内会・自治会、民生・児童委員、ふれあい福祉委員等の協力の下、地区会館等を利用して、月1回程度、市内50か所の地区会館等を利用し実施しています。また、実施ごとに、血圧測定や健康状態の相談を行い、心身の健康の向上のために体操やレクリエーションなど楽しい集まりを実施し、閉じこもり予防や体力の保持増進となるよう取り組んでいます。

引き続き、閉じこもり防止や介護予防、世代を超えた方の参加ができるよう事業内容を工夫していきます。

(2) 介護支援ポイント事業

高齢者が介護保険施設等でのボランティア活動を通して、高齢者自身の介護予防を図り、高齢者が地域で元気に活躍し暮らすことができるように介護支援ポイント事業を実施しています。

今後は、事業への参加者を増加させるため、事業の周知等を図るとともに、登録状況や活動状況などを精査し、対象となる活動や事業所等の範囲の拡大等について、検討していきます。

(3) 介護予防リーダー育成事業

住民主体の集いの場を充実し、人と人とのつながりを通じた介護予防を推進するため、介護予防リーダーを育成し、地域での住民主体の集いの場の創出を図ります。

また、介護予防リーダーが地域において介護予防を目的として実施する集いの場を支援し、介護予防リーダーとともに地域での介護予防の取組を推進していきます。

(4) 介護予防リーダー支援事業

地域で活動する介護予防リーダーが集いの場を主体的に継続できるよう、補助を行っています。

また、介護予防リーダー同士が情報共有する場を設け、介護予防リーダーが不安なく活動できるよう支援していくとともに、介護予防や地域資源等に関する情報提供を行っています。

(5) 地域ぐるみの支え合い活動支援事業

生活支援コーディネーター及びあきる野市地域ぐるみの支え合い推進協議体との連携強化を図り、高齢者の引きこもりの解消、介護予防を目的とした地域の高齢者の集いの場の創出を推進するとともに、活動を行う団体等に対し、補助を行っています。また、通いの場における感染症対策の情報提供を行うなど、通いの場が継続できるよう支援していきます。

今後は、感染症対策を踏まえた活動を推進するため、リモートによる通いの場についても検討していきます。

5 地域リハビリテーション活動支援事業

通いの場、各種介護予防教室等において、高齢者の心身の状態や生活実態を把握するとともに、要介護状態の防止に向けた取組メニューや運営方法の提案、介護予防活動の担い手育成に係る講話等を行い、介護予防に効果的な活動が継続できるよう地域の実情に応じて必要な助言を行います。また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所からの求めに応じて、理学療法士等が専門的知見から高齢者の心身の状態及び生活環境の評価を行い、介護予防ケアマネジメントにおける目標設定や介護予防サービス等の適切な導入に向けた支援を提供していきます。

6 基金を活用した介護予防事業

(1) 音楽を利用した介護予防事業（基金活用事業）

65歳以上の高齢者を対象に、認知症をはじめとした要介護状態等になることを予防するため、介護予防プログラムが導入されたカラオケ機器を活用した介護予防教室を実施します。インストラクターの指導の下、脳の活性化、認知機能や運動機能の向上を図るとともに、仲間づくりや高齢者の閉じこもり防止等を推進していきます。

(2) 介護予防水中運動教室（基金活用事業）

65歳以上の高齢者を対象に、水中運動や介護予防体操の提供により、身体の機能維持・向上を図ることを目的とした介護予防水中運動教室を実施します。

教室終了後も運動習慣を維持できるよう、介護予防の必要性や重要性の普及・啓発を目指します。

7 ふるさと農援隊事業

農業を通じて、身体を動かし、他の農援隊会員との交流を通して、生きがいを感じることで市民の健康増進を図っています。令和2（2020）年4月1日現在、湊上地区、引田地区及び五日市下田地区の農地71区画を貸し出しています。

8 小宮ふれあい交流事業

小宮地区の高齢者がいつまでも元気に生活し続けられるように、趣味活動や介護予防の体操、健康に関する相談等を行っています。

今後は、事業の周知方法や内容等を検証し、地域の高齢者がいつまでも元気に生活し続けられるよう、実施していきます。

交流事業 参加者数 (人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	721	535	410	550	550	550

9 高齢者在宅サービスセンター※14事業

市内3か所の高齢者在宅サービスセンター（萩野センター、開戸センター、五日市センター）では、高齢者の心身機能の維持向上や自立生活の援助等を目的に、自立して活動できる高齢者等に対して、指定管理者※15による生きがい趣味活動（食事サービスや送迎サービスを含む）や自主事業（げんき応援事業）を実施しています。

今後も、閉じこもり・うつ等の解消、自立生活の助長、要介護状態への進行を予防するため、指定管理者のノウハウを活用し事業を継続していきます。また、男性の参加者の利用促進を目指します。

10 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

高齢者の心身の多様な課題に対し、きめ細やかな支援を実施するため、高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて、後期・国保部門、健康部門、介護・高齢者部門で検討を行います。

※14：趣味や生きがいづくり活動を中心とした65歳以上の方のためのデイサービスの施設のこと。原則として、現在介護を必要としない方が対象で、市内を3つのサービスセンターで担当している。

※15：地方自治体はその公の施設の管理運営を任せた事業者のこと。

第2章 多様な社会参加・生きがいつくりの促進

現状と課題

令和元（2019）年度時点では、市内の高齢者クラブは46クラブ、登録者数は3,169人で、近年減少傾向にあります。町内会・自治会数は、令和2（2020）年度時点で84、加入世帯数は16,720世帯となっており、近年、町内会・自治会数に大きな増減はありませんが、加入世帯数は減少が続いています。

令和元（2019）年度のニーズ調査によると、健康づくりや趣味等のグループ活動へ『参加意向がある』割合は61.7%となっています。今後、高齢者人口の増加が見込まれる中、地域の中で、生きがいをもって安心して暮らしていけるよう、持続的に活動ができるように支援していく必要があります。

また、経験や知識を活かして地域で活躍できるよう、シルバー人材センターによる就労機会提供の支援も不可欠です。

第1節 就業への支援

1 シルバー人材センター※16事業

定年退職者等のライフスタイルに合わせた軽易な就業による、生きがいのある生活の実現や高齢者の能力を生かした地域社会づくりに貢献していくため、シルバー人材センターに対して補助金を交付し、センターの育成と円滑な事業運営を支援していきます。

就業実人員数（人）	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	586	577	450	470	490	510

※16：高齢者が働くことを通じて生きがいを得るとともに、地域社会の活性化に貢献することを目指して活動する組織のこと。原則、市区町村単位に置かれ、それぞれが独立した運営を行う公益社団法人。

第2節 社会参加への支援

1 町内会・自治会敬老行事推進事業

長寿を祝うとともに、高齢者が地域と関わりをもつ機会を提供するため、75歳以上の高齢者を対象とした町内会・自治会が実施する敬老行事に要する経費の一部を補助しています。

今後も、町内会・自治会と連携を図り、敬老行事等の活動を支援していきます。

事業対象者数(人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	11,478	11,785	—	12,700	13,400	14,000

※：令和2（2020）年度は、新型コロナウイルス感染症のため、町内会・自治会での敬老行事は実施せず、市が一括して対象者の方にお祝い文書等を送付した。

2 高齢者クラブ支援事業

東京都の「老人クラブ運営要綱」に基づく高齢者クラブに対し、その事業費の一部を補助し、高齢者福祉の充実を図っています。高齢者クラブ活動は、高齢者の交流の場となるだけでなく、社会貢献にもつながっています。

今後は、会員数の維持に向けた対策や高齢者クラブの活性化に向けて支援していきます。

高齢者クラブ会員数(人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	3,310	3,169	3,131	3,210	3,280	3,350

第3節 生きがいの推進

1 シニアガイドブックの紹介

趣味の時間を楽しむことや生涯学習で自分を磨くこと、豊かな経験や特技を生かした活動に取り組むことは、生きがいを感じる大きな要素であり、健康づくりにもつながります。

高齢者が各種活動に積極的に参加し、生きがいをもって自分らしく元気にいきいきと暮らすことができるように、各種事業をホームページ上で掲載するとともに、生活支援コーディネーターが作成した様々な活動を掲載している「シニアガイドブック」を各種窓口等で配布するなど、社会参加の場の情報を提供していきます。

第3章 住み慣れた地域で高齢者が自立的に暮らすことのできる支援

現状と課題

市では、地域包括支援センター（はつらつセンター）を3か所設置し、関係機関と連携し、地域のネットワークも活用しながら、日常生活に不安を抱える高齢者とその家族への支援を行っています。

今後も高齢化が進行する中で、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加は大きな問題となっています。高齢者が可能な限り安心して暮らし続けられるよう、福祉サービスや介護保険サービス等の情報を適切に提供していくとともに、複合的な課題にも対応できる相談支援体制の充実を図っていく必要があります。

東京都内における介護職員数は、令和7（2025）年度には、中位推計で約3万5千人の不足が見込まれ、平成28（2016）年の介護関係職種の離職率は14.9%となっています（出典：第7期東京都高齢者福祉計画）。地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保や定着の支援は、喫緊の課題となっており、市においても介護人材の確保・定着・育成に向けた多様な取組が強く求められています。

近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、事前の備えを充実と、緊急時の対応力の強化が求められています。

令和元（2019）年度「あきる野市在宅介護実態調査」（以下、「在宅介護実態調査」という。）結果において、主な介護者の年齢は、40代～50代が42.4%、60代以上が54.4%となっており、働きながらの介護をする介護者への支援と年齢層が高い介護者への支援の両方が必要となっています。

第1節 介護保険サービスの充実

1 サービスに関する情報提供

(1) 利用者への情報の提供

高齢者保健福祉事業や介護保険制度に関するパンフレットの配布等により、利用者が主体的にサービスを利用できるように努めています。

また、インターネットや福祉・保健・医療情報ネットワークシステム（ワムネット^{※17}）などを活用し、事業者からの情報収集に努め、「広報あきる野」や市、あきる野市医療・介護地域連携支援センターのホームページ等を通じて、必要な情報提供に努めています。

今後も利用者へ必要な情報提供に努めます。

- あきる野市ホームページ <http://www.city.akiruno.tokyo.jp/>
- あきる野市医療・介護地域連携支援センターホームページ <http://all-sc.net/>
- 介護サービス情報公表システムホームページ <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>
- 福祉・保健・医療情報ネットワークシステム（ワムネット）ホームページ
<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

(2) 地域への制度の周知

地域包括支援センターや町内会・自治会、高齢者クラブ等が実施する説明会・学習会等に、パンフレット等を提供し、制度の周知に努めています。

今後も、高齢者保健福祉事業及び介護保険制度の概要について、必要に応じて、出前講座や説明会等の開催によって、制度の周知が図れるよう各関係機関と連携していきます。

2 サービス利用に関する相談体制の充実

(1) 地域包括支援センターでの相談体制

地域包括支援センターでは、介護保険サービスの利用に関する疑問や悩み等について、窓口、電話及び訪問等により、本人、家族、住民、地域のネットワーク等からの様々な相談を受けて、的確な状況把握を行い、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行っています。

専門的、継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合は、当事者への訪問、関係者からより詳細な情報収集を行い、課題を明確にした上で適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や関係機関から定期的な情報収集と状況把握に努め、支援しています。

今後も、窓口や電話での相談に対して、的確な状況把握を行い、解決に向けた支援を行うとともに、相談機関としての地域包括支援センターの周知や社会資源の情報収集に努めます。

^{※17} : W A M N E T (Welfare And Medical Service NETwork System) のこと。福祉・保健・医療サービスを利用したいときや、制度について知りたいときに、最新の情報を提供している独立行政法人福祉医療機構が運営する情報提供サイトのこと。

相談件数 (件)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	6,643	6,908	6,400	6,600	6,800	7,000

(2) 東京都介護保険審査会での相談体制

介護保険制度では、保険者が行った行政処分に対する不服の申立ての審理・裁決を行う第三者機関として、都道府県に介護保険審査会が設置されています。このことについて、各種決定通知書、納入通知書等の下部や裏面に、東京都介護保険審査会事務局の連絡先等を記載するとともに「広報あきる野」や市のホームページ等で周知を図ります。

- 東京都介護保険審査会事務局 03-5320-4293
(東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課 審査請求担当)

(3) 東京都国民健康保険団体連合会、東京都社会福祉協議会^{※18}での相談体制

東京都国民健康保険団体連合会では、介護保険サービスの質の向上に関する調査及び指定事業者への指導・助言等を行っています。

また、指定事業者から提供されたサービスで、原則として次の3つの場合について、苦情の対象として受け付けています。

- ① サービス事業者、居宅介護支援事業者、保険者（区市町村）等において取り扱うことが困難な場合
- ② 事業者所在地と利用者居住地の区市町村が異なり、広域に影響が及ぶ可能性がある場合
- ③ 申立人が、東京都国民健康保険団体連合会での処理を特に希望される場合

さらに、東京都社会福祉協議会に運営適正化委員会があり、事業利用者の苦情解決のための第三者機関としての機能を担っています。

引き続き、東京都国民健康保険団体連合会苦情相談窓口専用電話のパンフレットを窓口に置くなど、制度の周知を図ります。

- 東京都国民健康保険団体連合会苦情相談窓口専用電話
03-6238-0177（午前9時から午後5時まで（土・日・祝日を除く））

※18：地域福祉活動の推進を目的とした、営利を目的としない民間組織のこと。全国組織として、全国、都道府県、市区町村単位で様々な活動を行っている。

3 介護人材の確保・定着・育成に向けた取組

(1) 入門的研修の実施等（一部基金活用事業）

市では、これまで介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスAの従事者研修に取り組んできましたが、令和2（2020）年度からは、今後の介護人材としてのステップアップを図っていけるよう「入門的研修」を実施し、同研修修了者に対して訪問型サービスAの従事者の資格を付与することとしました。

今後も、引き続き、介護人材の確保に向けた取組として、「入門的研修」に取り組むとともに、市内事業者と研修修了者を結ぶ就労促進の取組を進めます。

また、地域では、豊富な経験や技能をもった多くの市民が暮らしており、定年退職などで職業生活の一線を退いた方を対象に、新たな担い手として介護サービス事業所等で働いていただくなど、地域人材の活用等についても検討していきます。

(2) 外国人材の確保等（基金活用事業）

新たな担い手の確保として、技能実習生などの外国人材の確保に向けて取り組む介護施設等に対して、経費の一部を補助します。

また、外国人材があきる野市に住む上で、必要な受入れ環境について検討していきます。

(3) 介護現場のイメージの向上や介護職等への就職意欲の創出

介護人材として働く意欲ややりがいを持ち、継続して働くことができるよう、市内で働く介護職員に対し、市として称賛するといった取組について、第8期の計画期間において、検討・実施していきます。

また、介護の仕事に対する魅力発信等について検討するとともに、「介護の日」の取組などの機会を捉えて、介護に対する理解の普及啓発に取り組めます。

(4) 介護人材の定着支援（基金活用事業）

市内の介護施設等の人材の定着を図るため、養成学校新卒者や介護現場に復帰される方などに対して、介護施設等が負担する就職準備金等の支給の一部を補助します。

(5) 介護人材の育成支援（一部基金活用事業）

介護福祉士等の資格の取得に際し、その経費の一部を補助します。

また、都が進める介護人材確保事業についても、広く周知するなど、国、東京都、市、事業者、それぞれの役割の中で連携し、引き続き、介護人材の育成に取り組んでいきます。

(6) 事業者への研修の実施、情報の提供（一部基金活用事業）

介護サービス事業者に対して、サービスの質の向上を目的として、東京都や外部講師による集団指導・研修を行っています。

市では、平成 27（2015）年度から、医療・介護地域連携支援センターにおいて、事例検討会や研究会などを実施しています。また、平成 29（2017）年度からは、主任介護支援専門員、介護支援専門員を対象とした研修を実施しています。さらに、西多摩地域の他市町村が実施する研修も受講可能とするなど、市町村間の連携も図っています。

今後も、定期的な研修の実施や集団指導・講習会等の情報の周知により、サービスの質の向上を促進します。また、東京都や関係機関のホームページ等を活用した情報の提供を実施します。

4 サービスの質の確保

（1）介護給付適正化事業

介護保険制度の信頼性を確保し、公平公正な介護保険事業運営を行っていくため、今後も、「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「住宅改修等の点検」「医療情報との突合・縦覧点検」及び「介護給付費通知」の主要 5 事業に加え、指導検査等において給付実績を活用することで、給付の適正化を図ります。

（2）指導検査体制の確保・充実

令和 2 年 4 月に設置した福祉総務課指導検査係と高齢者支援課介護保険係が連携し、介護サービス事業者に対し、法令等に基づく適正な運営を確保するため、実地による指導検査や改善指導を行います。

また、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が介護ニーズの受け皿として役割を果たせるよう、未届け有料老人ホームを確認した際には、東京都へ情報提供するなど、東京都と連携してその質の確保を図ります。

（3）サービス提供体制の充実及びサービス提供事業者との連携

より良い介護サービスが効果的に提供されるためには、事業実績分析や各種実態調査等により、利用状況や意向を把握し、サービス提供事業者等の協力を得ながら、適正なサービスが提供されるとともに、各サービス事業者自身によるサービスの質の向上に向けた取組が求められます。

今後も、ニーズを把握するため、給付分析や各種実態調査等を実施するとともに、介護事業者連絡協議会※19などと定期的な意見交換の場を設けるなどの連携を図りながら、事業者の自主的な取組を支援します。

（4）業務の効率化（文書の簡素化・ICT化）の取組

介護ニーズが増す中で、少しでも介護現場の文書に係る負担軽減が図られるよう、国の方針に基づき、申請書類等の簡素化や標準化、ICT化などに取り組めます。

また、介護現場における ICT や介護ロボットの導入について、地域医療介護総合確保基金等の補助制度の周知などにより支援します。

※19：平成 21（2009）年 10 月に「指定居宅介護支援事業者連絡協議会」と「指定居宅サービス事業者連絡協議会」が統合し、発足した協議会のこと。介護の質の向上のために、情報収集や研修を一体化して取り組む。

（５）福祉サービス第三者評価※²⁰システムの活用促進

介護サービスが必要となったときに、利用者が自分に合った質の高いサービスを受けるためには、事業者の特徴やサービスの質など、選択のための分かりやすい情報が求められています。

東京都では、利用者でも事業者でもない第三者による「福祉サービス第三者評価システム」を実施しているため、今後もこの制度の活用を促進します。

５ 自然災害対策・感染症対策

地震、風水害、感染症など、地域や施設での生活環境へのリスクの高まりに対して、事前の備えを充実させるとともに、緊急時の対応力の強化を図ります。

（１）災害対策の取組

災害対策として、感染症発生時の応援体制を基本とした災害時の相互応援体制について検討を進めます。また、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と締結した「災害時における二次避難所施設利用に関する協定書」に基づき、被災した介護を要する高齢者等の受入れ体制を整備します。

さらに、実地指導などの際に、事業所における具体的な災害に対する計画の内容や訓練の実施の状況などについて定期的に確認します。

（２）感染症対策の取組

市では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を背景に、市、あきる野市介護福祉施設連絡協議会、あきる野市介護事業者連絡協議会、地域包括支援センター及びあきる野市医療・介護連携支援センターで組織する「あきる野市介護サービス事業所における感染症検討会」を発足し、感染症に対する検討を行い公立阿伎留医療センターと連携した平時における感染症研修に加え、介護施設等で感染症が発生した際の相互応援体制の整備や在宅要介護者への対応の検討、必要な衛生用品等の備蓄などに取り組んでいます。

引き続き、これらの取組を進めるとともに、インフルエンザを含む全ての感染症対策として、西多摩保健所や公立阿伎留医療センターなどと連携しながら、更なる充実を図っていきます。

さらに、実地指導などの際に、具体的な感染症に対する計画の有無などについて定期的に確認していきます。

※²⁰：事業者や利用者以外の公正・中立な第三者評価機関が、専門的かつ客観的な立場からサービスの質の評価を行い、事業者の福祉サービスの質の向上を図るとともに、利用者による福祉サービスの選択に役立つ情報を提供していくこと。

第2節 在宅生活への支援

1 自立した生活への支援

(1) 高齢者福祉電話事業

65歳以上の一人暮らし世帯や、世帯全員が65歳以上で生計中心者の所得税が一定額以下の、近隣に親族が居住していない世帯に対して、定期的に安否確認を行うことを目的に電話の貸与と、維持費（基本料金等）の助成を行っています。

今後も、窓口等の福祉サービスの相談内容に応じて、周知を図ります。

電話貸与 世帯数 (世帯)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	9	10	13	14	15	16

維持費助成 世帯数 (世帯)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	106	102	105	108	111	114

(2) 水道料助成事業

65歳以上の一人暮らし世帯や世帯全員が65歳以上で住民税非課税の世帯に対して、水道料の基本料金を助成し、経済的負担の軽減と生活の安定及び福祉の向上を図っています。

今後も、窓口等の福祉サービスの相談内容に応じて、周知を図ります。

助成世帯数 (世帯)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	204	212	222	230	240	250

(3) 高齢者配食サービス事業

65歳以上の一人暮らし世帯や世帯全員が65歳以上の世帯等で、食事の調理が困難な高齢者に対して、昼食時に見守りを兼ねた配食サービスを実施しています。

調理の困難な高齢者に栄養バランスのとれた食事を提供することで、健康の維持・増進に寄与しています。

今後も、引き続き事業の周知を図ります。

提供食数 (食)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	18,054	17,384	20,500	21,500	22,500	23,500

(4) 高齢者緊急通報システム事業

おおむね65歳以上の一人暮らし等の高齢者で、慢性疾患等のため常時注意が必要な方に対して、緊急通報機器を貸与して、緊急通報を24時間体制で受信しています。

今後も、引き続き事業の周知を図ります。



(高齢者緊急通報システム)

緊急通報機 器設置 世帯数 (世帯)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	113	113	118	122	126	130

(5) 高齢者自立支援日常生活用具給付事業

日常生活用具が必要と認められる高齢者に対し、日常生活用具を給付することにより、自立した生活の確保や日常生活の便宜を図っています。なお、要介護（支援）認定者は、介護保険の日常生活用具給付の制度を優先的に利用することになります。

今後も、制度の周知を図り、必要な方に対して給付に努めます。

(6) 高齢者自立支援住宅改修給付事業

住宅改修が必要な高齢者に対し、居住する住宅の改修費を給付することにより、高齢者の在宅生活における日常動作の容易性、行動範囲の拡大の確保、転倒予防及び介護負担の軽減等を図っています。なお、要介護（支援）認定者は、介護保険の住宅改修の制度を優先的に利用することになります。

今後も、制度の周知を図り、必要な方に対して給付に努めます。

2 家族介護者への支援

(1) 高齢者おむつ等給付事業

おむつの現物給付を実施し、家族の負担軽減を図っています。

今後も引き続き事業を継続して実施してまいります。段階的に給付対象者の要件の見直しを行っていくとともに、おむつの使い方に関する啓発を進めてまいります。

高齢者おむつ等給付事業給付実績 (人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	7,327	7,586	8,100	5,450	5,200	4,750

(2) 家族介護慰労金支給事業

介護認定を受けた日から1年間介護保険サービス等を受けず、在宅で過ごしていた重度の要介護高齢者（要介護4・5）を介護している同居の家族に対して、慰労金を支給することにより、身体的、精神的及び経済的な負担の軽減を図っています。

今後も、家族介護継続支援事業として、引き続き実施し、窓口等の福祉サービスの相談内容に応じて、周知を図ります。

(3) 介護教室

地域包括支援センターが中心となり、在宅で高齢者を介護している家族や介護に関心のある方などを対象に、家庭で高齢者を介護していく上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を学ぶ介護教室を開催しています。

今後も、家族介護者等を支援するため、介護教室を引き続き実施します。

実施回数 (回)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	9	9	6	9	9	9

参加者数 (人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	193	152	60	135	180	180

(4) 介護離職相談窓口等の情報提供

介護と仕事の両立に不安や悩みを抱えている方に、相談窓口を紹介するとともに、「東京都介護と仕事の両立サイト」を活用し、介護離職防止に向けた東京都の取組や企業の事例など必要な情報の提供に努めています。また、認知症サポーター養成講座等の各種講座においても、介護離職防止のための情報提供を行っています。

さらに、在宅介護実態調査や在宅生活改善調査などの結果からは、認知症症状や排泄の世話に対する不安から、働きながらの介護に対する不安や負担を感じている方の割合が高くなっています。

このことから、介護離職防止に向けて、市役所労働行政担当部署と連携して、市内の商工業者への職場環境の改善に関する普及啓発などに取り組みます。

- とうきょう介護と仕事の両立応援デスク 電話：0570-00-8915
- 東京都介護と仕事の両立サイト <http://www.kaigo-ryouritsu.metro.tokyo.jp/>

第4章 高齢者や介護者を地域ぐるみで支える仕組みづくり

現状と課題

ニーズ調査の結果において、7つの生活機能低下リスクのうち、閉じこもりリスクは14.2%で前回の調査より1.0ポイント減少しているものの、うつリスクがある人の割合が40.8%と最も高く、前回の調査より4.6ポイント上昇し、現在治療中、又は後遺症のある『病気がある』割合は77.5%となっています。新型コロナウイルス感染症の影響で、高齢者の心身の機能低下やコミュニティでのつながりの希薄化が予想される中、高齢者を支える地域の見守りのネットワークは重要な取組となっています。

認知症機能の低下リスクありと判定された人は、前回調査では36.7%、今回調査では37.8%と微増している中、認知症の相談窓口の認知度は28.0%という状況です。また、厚生労働省の係数等を活用した推計によると、認知症の方は、増加する見込みとなっています。認知症は、だれもがかかる可能性のある身近な病気であることを理解するとともに、令和元（2019）年6月に「認知症施策推進大綱」で示された「共生」と「予防」の取組が求められています。

さらに、今後高齢者人口の増加が見込まれ、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症の方が増加すると予想される中、コミュニケーションが困難な状態や、判断能力が低下した場合、高齢者の人権や財産等の権利を守ることは重要な課題です。

市では、「地域包括ケアシステムの深化・推進」を将来目標に掲げています。後期高齢者人口の増加を背景に、この目標の実現に向けては、在宅医療・介護連携の推進は欠かすことができません。在宅介護実態調査からは、要介護3以上で主な介護者が「在宅生活の継続が困難」と判断するポイントは、「認知症への対応」と「夜間の排泄」「日中の排泄」と推測されています。地域包括ケアシステムの推進にあたっては、関係者間での連携強化、人材確保とともに、認知症の方への対応力の強化が求められています。さらに感染症や災害時においても継続的なサービス提供の維持が課題となっています。

高齢者を取り巻く課題は複合化しており、地域包括支援センターの一機関では対応できないことがあることから、分野を横断した包括的な相談体制の整備が重要です。さらに、令和2（2020）年6月の「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」においては、包括的な支援体制を構築するため、「重層的支援体制整備事業」が創設され、検討が必要となっています。

高齢者人口の増加とともに、要介護（要支援）認定者数も増加傾向にあり、介護が必要になっても自宅で住み続けることができるよう生活環境の整備支援が不可欠となっています。

第1節 支え合いの仕組みづくり

1 地域のネットワークづくり

(1) 高齢者地域見守り事業

65歳以上の一人暮らし世帯等に対して、新聞配達時、郵便配達時、ゴミ収集時、乳酸菌飲料配達時に見守りを実施し、世帯に異変があった場合には地域包括支援センターへ連絡してもらおう取組を広げています。また、防災・安心地域委員会^{※21}の協力により、地域から選出された見守り協力員が月2回程度高齢者世帯を訪問し、安否確認などの地域見守り事業を実施しています。今後も、引き続き事業の周知を図ります。

利用世帯数 (世帯)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	179	163	150	170	180	190

(2) 地域の事業者等との協定による緩やかな見守り事業

高齢者を地域全体で支える仕組みとして、地域の事業者等との協定により、業務の範囲内において、何らかの異変に気付いた場合には、市や地域包括支援センターへ連絡いただき、適切な支援につなげる緩やかな見守り事業を実施しています。

令和2(2020)年10月1日現在で32事業所と協定を締結しています。

今後も、事業者の拡大に向け、引き続き事業の周知を図ります。

(3) 高齢者配食サービス事業(再掲)

65歳以上の一人暮らし世帯や世帯全員が65歳以上の世帯等で、食事の調理が困難な高齢者に対して、昼食時に見守りを兼ねた配食サービスを実施しています。

調理の困難な高齢者に栄養バランスのとれた食事を提供することで、健康の維持・増進に寄与しています。

今後も、引き続き事業の周知を図ります。

提供食数 (食)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	18,054	17,384	20,500	21,500	22,500	23,500

※21：自主防災組織である町内会・自治会が主体となって、旧町村を単位とする7つの防災・安心地域委員会から成る組織のこと。町内会・自治会のほか、消防団、消防団OB、交通安全協会、防犯協会、民生・児童委員協議会、ふれあい福祉委員会、青少年健全育成地区委員会、PTAなどで構成される。

(4) 高齢者緊急通報システム事業（再掲）

おおむね 65 歳以上の一人暮らし等の高齢者で、慢性疾患等のため常時注意が必要な方に対して、緊急通報機器を貸与して、緊急通報を 24 時間体制で受信しています。

今後も、引き続き事業の周知を図ります。

緊急通報機器設置世帯数 (世帯)	第 7 期			第 8 期		
	実績		見込み	推計		
	H30 年度 2018 年度	R1 年度 2019 年度	R2 年度 2020 年度	R3 年度 2021 年度	R4 年度 2022 年度	R5 年度 2023 年度
	113	113	118	122	126	130

(5) ICTを活用した見守り事業

65 歳以上の一人暮らし世帯等に対して、安心して居住できるよう ICT を活用した SIM 内蔵型 LED 電球を設置し、24 時間点灯等の痕跡がない場合、親族等に連絡が届く仕組みで見守りを行います。

見守り事業の人手不足の解消、非接触型見守りによる感染症対策等を図ります。

2 認知症支援の充実

(1) 認知症についての理解促進（認知症サポーター^{※22}の養成）

市では、地域における認知症の理解を促進するため、認知症の方やその家族を見守る認知症サポーターの養成に取り組んでいます。市民や企業、団体からの申出等による出張講座や、小・中学生等に対する講座を実施しています。また、認知症サポーター養成講座を受講した方が地域で活躍できるように、認知症サポーターステップアップ講座を実施しています。

今後も、高齢者の増加に伴い、認知症の方の増加も想定され、様々な地域の方に認知症への理解を深めってもらうため、認知症サポーター養成講座等についての周知を図り、実施していきます。

また、認知症の方やその家族が地域で生活していく中での困りごとを把握し、認知症サポーター等が、困りごとのお手伝いができるよう支援するチームオレンジについても検討していきます。

受講者数 (人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
養成講座	1,127	1,403	560	1,500	1,500	1,500
ステップアップ講座	29	21	20	30	30	30

(2) 認知症に関する普及啓発及び相談支援

認知症の方や家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、相談窓口や医療機関等の情報を掲載した認知症ガイドブック（認知症ケアパス）を作成し、窓口や関係機関で配布するとともに、認知症の情報を周知していきます。また、認知症の方やその家族を支援するため、認知症地域支援推進員を設置しています。

今後は、認知症初期集中支援チームや認知症疾患医療センター等の関係機関と連携し、認知症当事者を支援するネットワークの強化を図ります。また、認知症について相談しやすい地域にするため、認知症ガイドブック（認知症ケアパス）等を活用し、認知症関連情報の発信に努めます。

若年性認知症の方については、東京都の若年性認知症支援コーディネーター等と連携し支援するとともに、若年性認知症の理解を進めるため、地域に向けた普及啓発に取り組みます。

^{※22}：認知症について正しく理解し、認知症の方やその家族を、日常生活の中で温かく見守ることができる方のこと。養成講座を受けることで、サポーターとなることができる。

(3) 認知症当事者発信の取組

認知症の方同士が話し合い、思いを共有する場の創出について検討するとともに、認知症の方の思いを地域住民向けに発信する場所を設け、認知症の方が孤立せず、安心して生活できる地域を目指します。

また、認知症の方を介護している家族同士が話し合える場所・機会を増やし、介護負担の軽減を図るとともに、家族の視点を取り入れた認知症施策の推進に努めます。

(4) 認知症カフェへの支援

認知症の方やその家族が住み慣れた地域で暮らしていくために、認知症の方とその家族等が交流、情報交換等を行うほか、認知症についての地域住民の理解を深めることを目的として実施する「認知症カフェ」の運営を支援しています。

今後も、認知症の方やその家族が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、「認知症カフェ」の運営を支援します。

(5) 徘徊行動のある認知症高齢者等への支援

GPS機能のついた機器を貸与し、認知症高齢者等の行方がわからなくなってしまったときに位置情報を提供するサービスを実施するとともに、外出時の事故等により保護された場合においても、速やかに身元等がわかるように高齢者等見守りキーホルダー及びお守りアイロンシール登録事業を実施しています。

今後も、認知症の方が増えると考えられ、引き続き事業の周知を図るとともに、ニーズに合わせた事業内容の拡充を図っていきます。

※機器は充電式です。



〔認知症高齢者等位置情報探索機：GPS機能〕

位置情報探索サービス利用者 (人)	第7期			第8期		
	実績		見込み	推計		
	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
	19	16	20	25	30	35

(6) 認知症予防に向けた取組

運動の習慣化、バランスの取れた食事の摂取、歯磨き等による口腔機能の維持、趣味や生きがい活動等を通じた人との交流等により、認知症を予防できる可能性が示唆されています。

そのため、各種介護予防事業や介護予防リーダーによる運動習慣の定着や、栄養、口腔についての情報発信に加えて、生活支援コーディネーターが支援する通いの場での人との交流等、地域における住民主体の活動がより活発化するよう支援していきます。

また、運動不足の改善や生活習慣病の予防等は成人期からの取組も重要であることから、関係機関等と連携した取組を推進していきます。

(7) 認知症の早期診断・早期対応及び集中的な支援体制の構築

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられるために、認知症の方やその家族に対し、集中的な支援・対応を図るため、認知症初期集中支援チームを設置しています。

また、認知症の方が適切な医療・介護サービス等を利用し、認知症の早期診断・早期対応につながり症状の進行を緩やかにできるよう、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム等の関係機関と連携し、相談窓口の周知及び支援体制の充実を図ります。

また、今後も引き続き、関係機関等への周知を図るとともに、チームに所属する医療職と介護職双方の視点を活かした当事者支援を目指します。

(8) 認知症疾患医療センターとの連携

東京都では、認知症の方やその家族を取り巻く課題を解決するため、認知症に関する相談の受付や地域の保健医療・介護関係者等との連携等を推進することから、「認知症疾患医療センター」を整備しています。

今後は、認知症初期集中支援チームとの連携に加え、認知症カフェへの支援等、認知症の方やその家族への支援の充実を図るため、認知症疾患医療センターとの連携を強化していきます。

3 生活支援体制整備事業等

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を継続できるように、地域における多様な担い手による通いの場や介護予防・生活支援サービスを提供するため、生活支援コーディネーターを配置しています。地域に不足する通いの場やサービスの創出などを行うとともに、地域の資源・ニーズの把握や生活支援コーディネーターを組織的に補完する『あきる野市地域ぐるみの支え合い推進協議体』との連携により、介護予防・生活支援サービスの体制整備を推進します。

また、就労的活動の場を提供できる民間企業や団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等をマッチングし、役割がある形で高齢者の社会参加等を促進する就労的活動支援コーディネーターについて、地域の実情も踏まえながら、配置の必要性を検討していきます。

4 権利擁護事業^{※23}の普及と活用促進

地域包括支援センターでは、高齢者に対する虐待の防止や早期発見、消費者被害の防止等を目的とした権利擁護事業を行っています。また、地域における関係機関相互の情報交換や連携、高齢者虐待防止の普及啓発などを行うため、高齢者虐待防止ネットワーク会議を実施し、高齢者虐待への対応等について検討を行い、日々の相談に対し対応を進めています。

今後も、高齢者虐待に関する相談窓口について普及啓発を進め、日々の相談について迅速かつ的確な対応に努めます。

また、消費者被害の防止についても、関係機関と連携し情報共有を図るとともに、普及啓発に努めます。

5 成年後見制度の普及と活用促進

認知症の症状があるなど判断能力が十分でない高齢者などの権利を守り、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には、本人の意思決定を支援し、必要なサービスを利用できるようにするとともに、適切に財産を管理することが必要です。

このため、必要な人が適切に成年後見制度を利用でき、また利用者がメリットを実感できる制度とするため、国の成年後見制度利用促進基本計画に基づく、地域連携ネットワークのコーディネートを担う「中核機関」を社会福祉協議会に設置し、成年後見制度の周知・啓発及び利用相談や申立ての支援を行います。また、地域で連携して支える体制を構築するため「チーム」や「協議会」の体制づくりを進めるとともに、後見人等が受任後も安心して後見業務を行えるよう支援します。

身寄りがないなどの理由で申立てができない場合の市長申立てや申立て費用、報酬費用の助成についても必要に応じて対応していきます。

成年後見制度を利用する方が多様な選択を行えるよう、法人後見の実施や市民後見人の活用に向けて検討・協議を進めます。

^{※23}：地域支援事業の包括的支援事業として、高齢者虐待への対応と権利擁護の対応、支援を行う事業のこと（成年後見制度の活用推進・消費者被害の防止等）。

6 地域人材の活用の促進

地域では、豊富な経験や技能をもった多くの市民が暮らしており、地域における活躍が期待されています。

今後は、団塊の世代を始め、定年退職などで職業生活の一線を退いた市民の力を積極的に生かせるように、高齢者のニーズに対応した社会参加の機会や情報の提供に努めます。

7 災害時支援の充実

災害時において、避難行動や避難所生活に配慮を要する高齢者への支援は重要な課題となっています。

市では、地域防災計画に基づき、避難行動要支援者名簿の作成や要配慮者利用施設の把握、二次避難所の確保に取り組むとともに、地域の民生・児童委員や自主防災組織などの連携の更なる強化を推進し、高齢者を始めとする災害時に配慮を要する方の支援体制整備に努めます。

第2節 総合的な相談・支援体制の充実

1 総合相談支援事業

地域包括支援センターでは、窓口、電話及び訪問などにより、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援を行っています。

今後も、地域包括支援センターの周知に努めるとともに、窓口や電話での相談に対して、的確な状況把握を行い、解決に向けて支援をしていきます。また、地域の社会資源の情報収集に努めます。

2 相談支援体制の充実

地域包括支援センター等において、高齢者に関わる幅広い相談を十分に受け止め、問題解決やサービス向上につながる体制を整備しています。

また、月1回連絡会を実施し、連絡・調整を行っています。

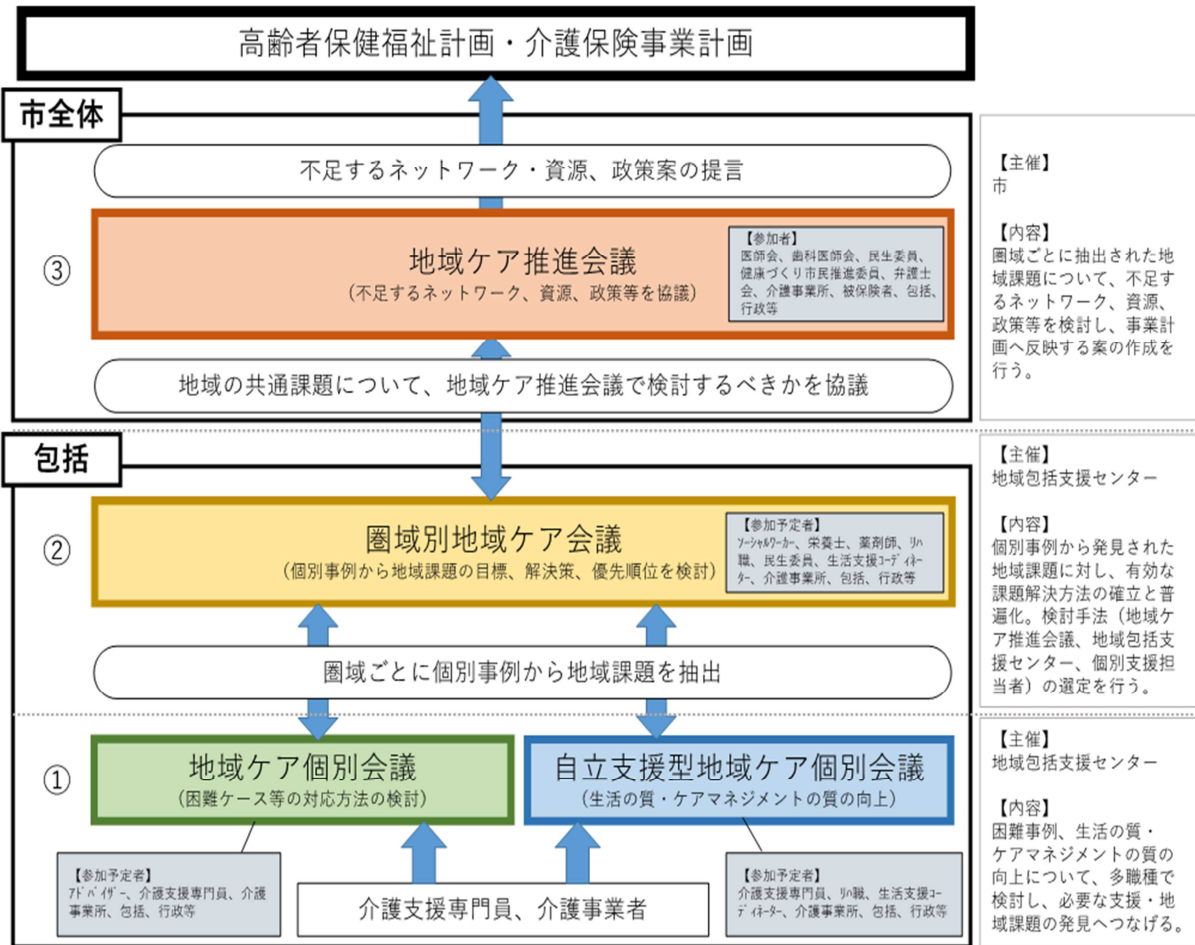
令和元（2019）年度からは、日常生活圏域に1か所ずつ地域包括支援センターを設置しており、担当圏域内との連携を更に密に取っていきます。また、今後は地域の方の相談に迅速に対応できるよう、相談支援窓口としての周知を図ります。

3 地域ケア会議の取組

地域ケア会議は、地域住民が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう、どのような支援が必要とされているかを地域の関係機関と共に協議していく会議です。

個別課題の解決や地域課題の発見、政策形成機能等があり、介護保険推進委員会等へ提言、事業計画へ反映を目指します。

◆地域ケア会議のイメージ



4 在宅医療・介護連携の推進

住み慣れた地域で可能な限り自立した尊厳のある生活を続けられるよう、医療関係者、介護関係者等が連携し、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組を進めます。

本市においては、居宅における医療を提供する医療機関、介護サービス事業者、その他の関係者の連携を推進する拠点（あきる野市医療・介護地域連携支援センター）を医師会への委託により設置し、在宅医療と介護の連携を推進しています。

◆医療・介護地域連携シート

医療・介護連携情報シート（初回）

患者ID： 患者氏名： 生年月日：
 入院日： 病 種： 担当医：

院内評価（記載日：西暦 年 月 日）（担当看護師： ）（退院支援看護師： ）

情報提供先	事業所： 介護支援専門員名：
介護認定の状況	事業対象者 要支援（1、2） 要介護（1、2、3、4、5） 申請中（区分変更） 申請日：西暦 年 月 日
病 名	
治療方針	
情報内容	
情報交換日	
入院予定期間	
退院までに調整が予測される内容	訪問診療 訪問介護 訪問看護 訪問リハ 訪問入浴 通所介護 通所リハ 福祉用具貸与 住宅改修 移送・介護タクシー 配食サービス 福祉用具購入 その他（ ）

事業者評価（記載日：西暦 年 月 日） 本人氏名（ ） 事業者名（ ）
 （担当ケアマネ： ） 連絡先（ ）

心 身 的 状 況	要介護度	要介護（1・2・3・4・5）										障害者等	身体（ ）級、療育（ ）度 精神（ ）級												
	障害高齢者自立支援認定	自立 1	自立 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	認知症高齢者自立支援認定	自立	I a	II a	III a	III b	IV	M								
排 泄	排便	□自立 □杖 □歩行器 □おむす										意思伝達	□可能 □時々可能 □不可能												
	排泄	□トイレ □Pトイレ □おむす										視 力	□正常 □異常（ ）												
	食 事	□自立 □一部介助 □全介助										聴 力	□正常 □異常（ ）												
	更 衣	□自立 □一部介助 □全介助										服薬管理	□可能 □不可能（ ）												
用器点検経過																									
生 活 環 境	家族構成	単身 同居家族（ ）名																							
	主な介護者	同居 別居：氏名（ ） 続柄（ ） 年齢（ ）																							
	連絡先	氏 名		続柄		電 話 番 号		携 帯 番 号																	
□外来受診（月 回程度） 医療機関名： 主治医																									
□訪問診療（月 回程度） 医療機関名： 主治医																									
□訪問介護（月 回程度）																									
□訪問看護（月 回程度） □訪問入浴（月 回程度） □訪問リハ（月 回程度）																									
□通所介護（月 回程度） □通所リハ（月 回程度） □福祉用具貸与（ ）																									
□その他（ ）																									
患者・家族の希望：																									
備考																									

この様式は、あきる野市の医療・介護地域連携のためのシートです。【あきる野市医療・介護地域連携支援センター 作成 2019年6月】

（1）地域の医療・介護の資源の把握

あきる野市内における医療・介護に関する相談窓口の一覧を作成し、医療・介護関係者及び地域住民への周知しています。また、市内の医療機関や介護事業者について情報をまとめ、あきる野市医療・介護地域連携支援センターのホームページに掲載しています。

今後は、医療機関や介護事業者に関する情報の随時見直しを行い、関係者間での情報共有に活用していきます。

（２）医療・介護関係者の情報共有の支援

担当の介護支援専門員や地域包括支援センター職員などから、医療機関や施設へ情報を伝達する場合や、退院・退所時に介護支援専門員や地域包括支援センター職員などが必要な情報を把握する場合などに活用する医療・介護地域連携シート※²⁴を作成し、情報共有を図っています。随時見直しを行っていくとともに、医療・介護地域連携シートの周知をより図っていきます。今後は、ICTを使用した連携についても検討していきます。

また、新型コロナウイルス感染症などの感染症への対応においても、医療・介護関係者間の連携を強化していきます。

（３）医療・介護関係者の研修

医療・介護関係者間の顔の見える関係性の構築を目指して、医療・介護関係者の研修を行っています。

今後は、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）など、医療・介護の双方に関係するテーマで研修を実施し、多職種協働による在宅医療を目指していきます。

（４）在宅医療・介護に関する相談支援

あきる野市医療・介護地域連携支援センターに在宅医療・介護に関する相談窓口を設置し、医療・介護関係者や地域住民からの相談に対応しています。今後は相談窓口について、より周知を図り、関係者間の連携の促進や、地域住民への理解促進を目指します。

（５）地域住民への普及啓発

在宅医療・介護についての市民公開講座等を開催し、地域住民の在宅医療・介護に対する理解を促進するとともに、在宅医療・介護の普及・啓発を目指します。

また、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について、医療・介護分野における必要性が高まっており、エンディングノートの活用等も含め、地域住民への情報発信に努めます。

5 重層的支援体制整備事業

地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施できるよう、包括的支援体制の整備を推進します。

また、体制整備に向け、関連部署や各関係機関と協議するとともに、支援を行う事業や補助等について検討していきます。

※²⁴：在宅や施設から入院・入所される方について、担当の介護支援専門員や地域包括支援センター職員などから、医療機関や施設へ情報を伝達する場合や、退院・退所時に介護支援専門員や地域包括支援センター職員などが必要な情報を把握する場合等に活用するシートのこと。

第3節 生活環境の整備と支援

1 民間賃貸住宅入居支援事業

本市に引き続き居住することを希望しながらも、住宅の確保が困難な高齢者世帯に対して、初回保証委託料の2分の1に相当する額（2万円を限度）を助成し、民間住宅の入居支援を行っています。

今後も、制度利用希望者に対応するため、引き続き事業の継続実施を図ります。

2 養護老人ホーム入所措置事業

環境上の理由や経済的理由により、在宅での生活が困難な65歳以上の方を対象に、養護老人ホームにおいて、居住、食事等の日常生活に必要なサービスを提供しています。

令和2（2020）年10月1日現在で措置者数は6人となっています。

今後も、老人福祉法に基づく事業として、引き続き事業の継続実施を図ります。

3 福祉有償運送事業者^{※25}への支援

福祉有償運送事業者は、市内に1事業者あり、3年ごとに多摩地域福祉有償運送運営協議会^{※26}で内容を審議し、了承された団体が国土交通省へ申請し、許可を得ています。

今後も、地域における福祉有償運送の必要性や安全の確保、旅客の利便に係る方策を協議するなど、福祉有償運送事業者への支援を行います。

4 高齢者の住まいに関する支援

高齢者が安心・安全で快適に自宅で暮らし続けられるよう、住宅の改修等の支援を行うとともに、住宅・福祉の両面から高齢者の住まい対策を総合的に進めていきます。

また、高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）により、高齢者向け住宅が規定されています。市内の高齢者人口の現状や将来の見通しを勘案しつつ、地域の高齢者のニーズ等を把握し、適正な整備に努めます。

今後は、民間の空き家等を活用し、住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の供給を促進することを目的とした「住宅セーフティネット制度」を推進するために、住宅部門及び福祉部門により居住支援協議会の設置について、検討していきます。

※25：道路運送法に基づき、NPO法人等が要介護者や身体障害者等の会員に対して、実費の範囲内でドア・ツー・ドアの個別輸送を行う事業。

※26：道路運送法の「福祉有償運送」として、平成18（2006）年10月より営利を目的としない事業者が、高齢者などの移動困難な方を対象に、有償で運送事業を行う登録をしている多摩地域の21市4町村で設置した協議会のこと。新規事業参入するNPO法人などの登録申請、必要性、安全性の確保などを協議する。

第5章 介護保険事業の基盤

現状と課題

介護保険サービスの受給率をみると、在宅サービス、居住系サービス、施設サービスともに増加しています。全国、東京都と比較すると、在宅サービス、居住系サービスは全国平均及び東京都と比較して低い水準で推移していますが、施設サービスは全国平均及び東京都、近隣市より高い水準で推移している状況にあります。

在宅介護実態調査からは、中重度になっても「在宅で生活を継続できる」と考えている人は、訪問系サービスの利用回数が多いと考えられ、さらに同居の家族のいる世帯では、「訪問系」だけではなく、レスパイト機能をもつ「通所系」や「短期系」を含む利用が多くなっていると推測されています。

市の高齢者独居割合は全国平均及び東京都と比較して低い水準で推移しており、夫婦のみの世帯、その他の世帯の在宅療養生活を支えるためには、「通いを中心とした包括的サービス拠点」として「（看護）小規模多機能型居宅介護」などのサービスについて検討することが考えられます。

令和2（2020）年に居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象に実施した「在宅生活改善調査」結果からは、在宅サービスを利用している高齢者のうち、在宅での生活が難しいとケアマネジャーが判断した利用者は、105人で、そのうち50人は、生活の改善に必要なサービスとして「より適切な住まい・施設等」が必要であると回答しています。施設サービスとしては、「特別養護老人ホーム」と「認知症グループホーム」の割合が高く、「在宅サービス」では「通所系」「小規模多機能型居宅介護」「ショートステイ」の割合が高くなっており、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの住まいへの需要は低くなっています。

地域包括ケアシステムの実現に向け、在宅生活の継続に必要なサービスを整備するとともに、安心して暮らせる保健福祉都市をめざして「より適切な住まい・施設等」の整備も検討していきます。

第1節 日常生活圏域

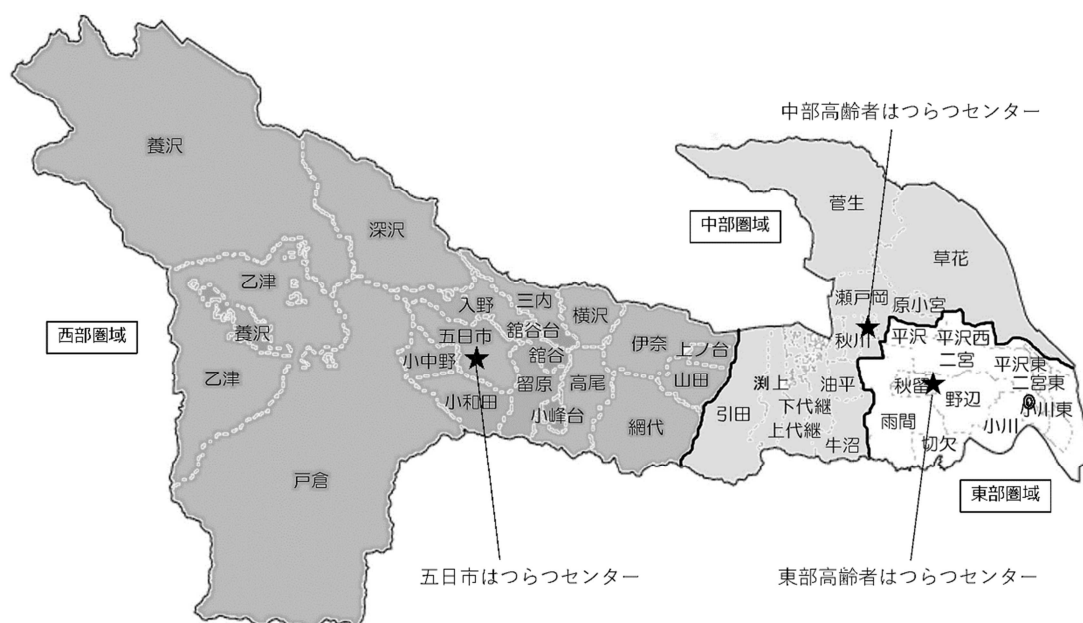
1 日常生活圏域の設定

第8期計画における日常生活圏域については、本市の現状と地域性を考慮し、旧町村である7つの地域を基準とし、充実した地域包括ケアシステムが構築できるよう、3つの日常生活圏域を設定しています。

	西部地域	中部地域	東部地域	合計
地域包括支援センター	五日市 はつらつセンター	中部高齢者 はつらつセンター	東部高齢者 はつらつセンター	
住所	五日市 411 五日市出張所 1階 電話：569-8108	秋川 5丁目 1番地 8 あきる台在宅医療福祉センター 2階 電話：550-6101	秋留 1-1-10 あきる野クリニック タウンA号 1階 電話：559-1320	
担当地区	増戸地区、五日市地区、戸倉地区及び小宮地区	多西地区、西秋留地区及び秋川駅とその周辺地区	東秋留地区	
人口	20,819人	33,378人	26,095人	80,292人
高齢者人口	7,049人	9,592人	7,542人	24,183人
高齢化率	33.9%	28.7%	28.9%	30.1%
認定者数	1,045人	1,447人	1,007人	3,697人

※：認定者数に住所地特例者は含みません。（令和2（2020）年10月1日現在）

◆日常生活圏域



第2節 地域包括支援センター

1 地域包括支援センターの充実

(1) 地域包括支援センターの機能の充実

地域包括支援センターは「必要な支援を包括的に確保する」という理念のもと、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立つ地域包括ケアシステムにおける中核的な機関です。このため、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要です。今後、地域の実情に合わせ、地域包括ケアシステムを効果的に機能させるため、以下の業務について包括的に取組を推進し、機能の充実を図ります。

◆地域包括支援センターの主な役割

①	②	③	④	⑤
介護予防 ケアマネジメント	総合相談支援業務	権利擁護業務	ケアマネジメント ^{※27} 支援業務	地域ケア会議の 開催

(2) 地域包括支援センターの運営

本市では現在「東部高齢者はつらつセンター」（平成31（2019）年4月新設）「中部高齢者はつらつセンター」「五日市はつらつセンター」の3つの地域包括支援センターが運営されています。

現在、市内3つの地域包括支援センターでは、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続していくことができるよう、個々の状況や変化に応じて、介護保険サービスのみならず、医療機関を始め、地域資源を活用したサービスの切れ目のない提供を目指して取り組んでいます。

日常生活圏域ごとに地域包括支援センターを設置することで、地域包括ケアシステムの機能強化に向けて、圏域ごとに介護サービス事業者、医療機関、民生・児童委員、ボランティア、その他の関係者との連携に努め、利用者の地域性や利便性を考慮しながら、取り組んでいきます。

(3) 介護予防ケアマネジメントの充実

地域包括支援センター等は、要支援者及び総合事業対象者から依頼を受けて、介護予防及び日常生活を支援するため、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、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など、要支援者等の状態等にあった適切なサービスが、包括的かつ効率的に提供されるよう介護予防ケアプランを作成しています。

今後も引き続き、介護予防と自立支援の視点を踏まえながら、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、介護予防ケアプランを作成していきます。

※27：援助を必要としている方に対して、地域の様々な社会資源を活用し、サービス等を提供することにより、ニーズを満たすようにする援助の手法のこと。

第3節 介護基盤の整備

1 介護サービスの種類

介護サービスの種類には、以下のサービスがあります。

介護給付サービス	予防給付サービス
居宅サービス	介護予防居宅サービス
訪問介護	
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	
通所リハビリテーション	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
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
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
居宅介護支援	介護予防支援
地域密着型サービス	地域密着型介護予防サービス
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
地域密着型通所介護	
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
地域密着型特定施設入居者生活介護	
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	
施設サービス	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護療養型医療施設	
介護医療院	

2 地域密着型サービス

(1) 地域密着型サービスの整備及び利用者数

要介護状態になってもできるだけ住み慣れた地域で生活を継続するためには、地域密着型サービスの果たす役割は重要であり、地域包括ケアシステムを構築するためにも、地域の実情に応じた整備が必要となります。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においては、次のとおりとします。

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に、又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うものですが、市内には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所はありません。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においても、原則、整備は行わないこととします。

② 夜間対応型訪問介護

事前登録をした利用者に、夜間を含めた定期巡回と通報による随時のサービスを提供するものですが、市内には、夜間対応型訪問介護の事業所はありません。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においても、原則、整備は行わないこととします。

③ 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護については、平成28(2016)年4月に定員18人以下の小規模な通所介護の事業所が地域密着型通所介護の事業所に移行し、市内に11か所あります。

本市の日常生活圏域により、通所介護事業所数に偏りがあることから、需要の動向や参入事業者の動向を注視していきます。参入事業者の相談があった場合には、地域包括支援センター運営協議会に諮り、整備の必要性について検討していきます。

④ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

市内には、認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）事業所が1か所あります。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

⑤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

市内には、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の事業所が1か所あります。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においては、西部地域の方が利用しやすい立地において、1か所の整備を目指します。

⑥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

市内には、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（認知症高齢者グループホーム）が、3事業所・45床あります。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

⑦地域密着型特定施設入居者生活介護（小規模有料老人ホーム）

市内には、特定施設入居者生活介護（通常の有料老人ホーム）が3施設・102床あります。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模特別養護老人ホーム）

市内には、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模特別養護老人ホーム）事業所が1か所あります。

第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

⑨看護小規模多機能型居宅介護

要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を一体的に提供するものですが、市内には、看護小規模多機能型居宅介護の事業所はありません。

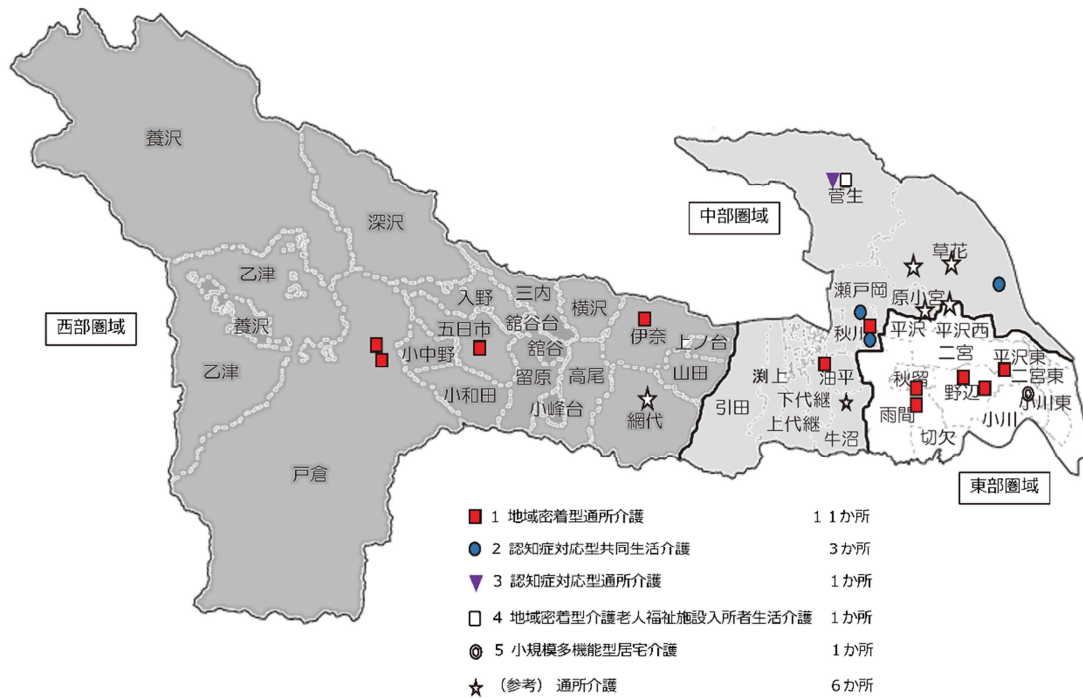
第7期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第8期介護保険事業計画期間中においては、需要の動向や参入事業者の動向を踏まえ、引き続き、整備の必要性を検討していきます。

◆地域密着型サービスの整備一覧

		R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
①	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	か所数	—	—
②	夜間対応型訪問介護	か所数	—	—
③	地域密着型通所介護	か所数	11	11
		定員数	141	141
④	認知症対応型通所介護 ・介護予防認知症対応型通所介護	か所数	1	1
		定員数	12	12
⑤	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	か所数	1	2
		定員数	18	36
⑥	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	か所数	3	3
		定員数	45	45
⑦	地域密着型特定施設入居者生活介護 (小規模有料老人ホーム)	か所数	—	—
		定員数	—	—
⑧	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (小規模特別養護老人ホーム)	か所数	1	1
		定員数	29	29
⑨	看護小規模多機能型居宅介護	か所数	—	—
		定員数	—	—

(2) 地域密着型サービスの整備状況

◆地域密着型サービスの整備マップ



3 施設サービス

施設サービスについては、既存施設のほか、近隣市町村に複数の新たな施設が開設されるなど、利用者の選択肢は拡大している状況です。

①介護老人福祉施設

市内には、定員 100 人前後の介護老人福祉施設（大規模特別養護老人ホーム）が 13 施設・1,320 床あります。

第 7 期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第 8 期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

②介護老人保健施設

市内には、介護老人保健施設が、3 施設・301 床あります。

第 7 期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第 8 期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

③介護療養型医療施設・介護医療院

介護療養型医療施設及び介護医療院については、現在、整備がされていません。また、介護療養型医療施設は、医療・介護の提供体制の一体的な整備等の方針のもと、設置期限が令和 5（2023）年度末までとなっており、介護療養病床の受け皿である介護医療院等へ転換等していくこととされています。

第 8 期介護保険事業計画期間中においては、介護療養型医療施設及び介護医療院のいずれについても、原則、新たな整備は行わないこととします。（※療養病床から介護医療院への転換は除く。）

④特定施設等

市内には、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（介護付き有料老人ホーム）が 3 施設・102 床、軽費老人ホーム（ケアハウス）が 2 施設・98 床、住宅型有料老人ホームが 1 施設・17 床、サービス付き高齢者向け住宅が 2 施設・56 床あります。

第 7 期介護保険事業計画を踏まえ検討した結果、第 8 期介護保険事業計画期間中においても、原則、新たな整備は行わないこととします。

◆施設サービスの整備一覧

			R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度
①	介護老人福祉施設 (大規模特別養護老人ホーム)	か所数	13	13	13
		定員数	1,320	1,320	1,320
②	介護老人保健施設	か所数	3	3	3
		定員数	301	301	301
③	介護療養型医療施設	か所数	－	－	－
		定員数	－	－	－
	介護医療院	か所数	－	－	－
		定員数	－	－	－
④	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 (介護付き有料老人ホーム)	か所数	3	3	3
		定員数	102	102	102
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	か所数	2	2	2
		定員数	98	98	98
	住宅型有料老人ホーム	か所数	1	1	1
		定員数	17	17	17
	サービス付き高齢者向け住宅	か所数	2	2	2
		定員数	56	56	56