

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(2025年)3月

八王子市

市長挨拶
調整中

目次

第 1 章 計画策定にあたって 1

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

第 2 章 高齢者を取り巻く状況等 5

1	2025 年という、大きな転換期	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・財源	9
4	日常生活圏域の状況	11
5	コラム 3つのパラダイムシフト	14

第 3 章 これまでの取組とデータから見る課題 15

1	第 8 期計画の基本理念と体系	16
2	第 8 期計画の事業実績・成果	17
3	第 8 期計画の評価・課題	22
4	各種調査結果の概要	23

第 4 章 本計画の基本的な考え方 31

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

1	本章の構成	.....	41
2	個別ロジックモデル	.....	42
2-01	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
2-02	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	.....	44
2-03	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	.....	46
2-04	災害や感染症への備えができている	.....	48
2-05	高齢者の権利利益が擁護されている	.....	50
2-06	家族の負担が軽減されている	.....	52
2-07	認知症への理解が広がり、認知症の人が尊厳と希望をもって地域とともに暮らしている	.....	54
2-08	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	.....	58
2-09	高齢者や介護者のさまざまな困りごとが、身近な場所で安心して相談されている	.....	62
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	.....	64
2-11	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	.....	66
2-12	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	.....	68
2-13	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	.....	70
2-14	サービスが効率的に提供され、利用者の状態改善や重度化防止につながっている	.....	72
2-15	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	.....	74
2-16	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	.....	76
2-17	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	.....	78

1	本計画期間中の施設整備方針	.....	81
2	施設・居住系サービスの整備方針	.....	82
3	主な在宅サービスの整備方針	.....	84

1	サービス利用量の見込み	.....	90
2	保険給付費の見込み	.....	92
3	保険給付の財源	.....	96

4	第9期介護保険料の所得段階別設定	98
5	第9期介護保険料の基準額	99

第8章	計画の策定過程と進行管理	102
-----	--------------	-----

1	計画の策定過程	103
2	計画の推進体制	105
3	第10期計画に向けた検証	106

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、高齢化が進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、2040年の未来を展望した長期ビジョン「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長期ビジョンを踏まえて、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り組みの一つとして、本計画にて高齢者施策の方針を示します。



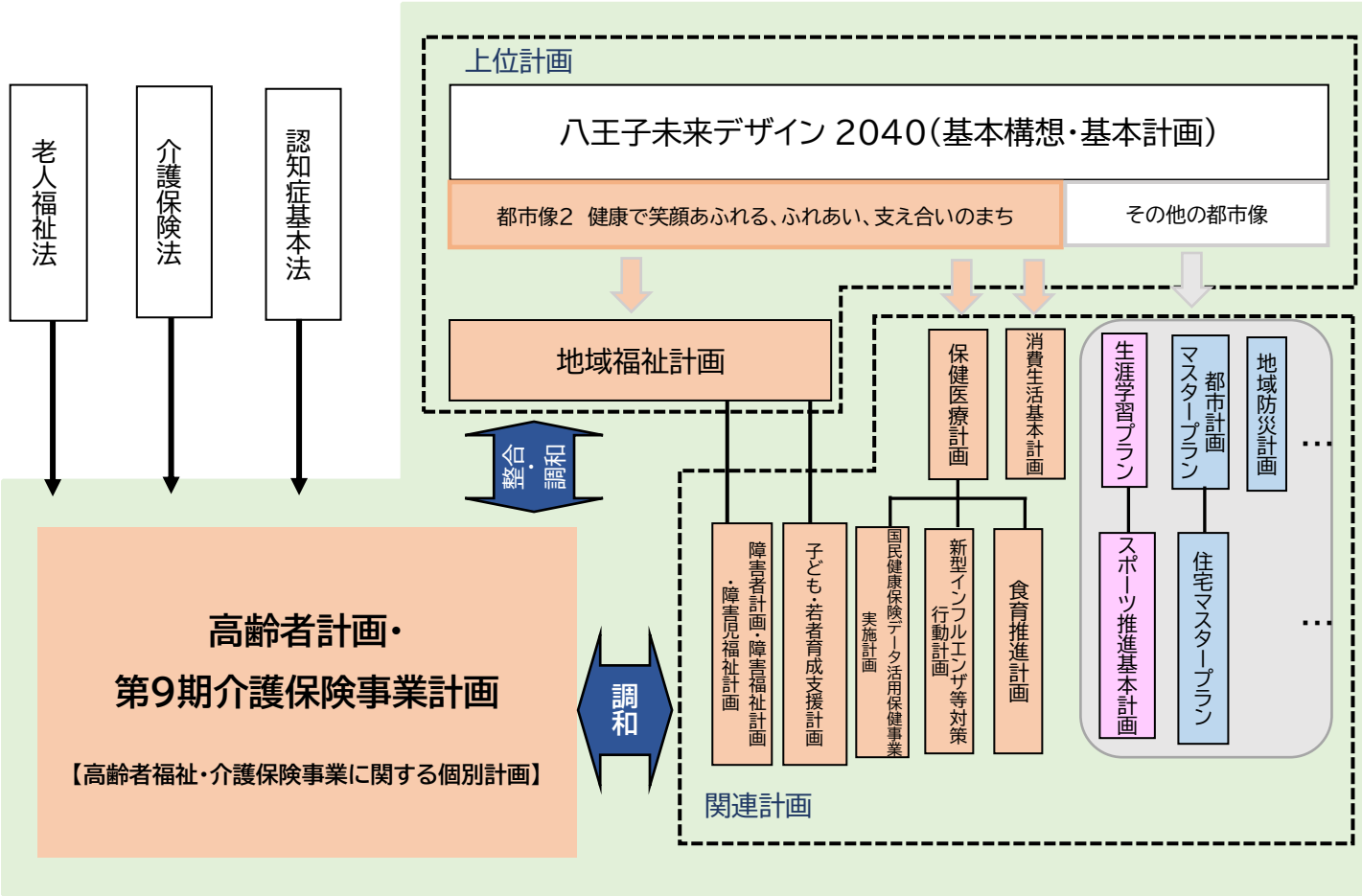
図やグラフ

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、支え合いのまち」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個別計画です。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」に基づく様々な個別計画と理念や施策の調和を保ちます。

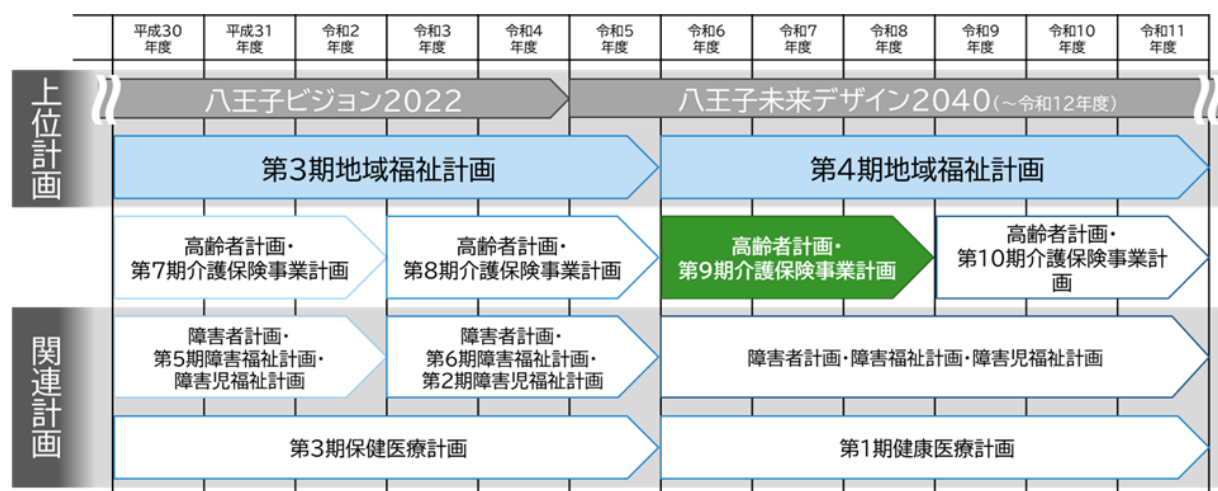
図表1－2 本計画の位置付け



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1-2 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(P●●)をご覧ください。

ア 介護サービス基盤の計画的な整備

- ・ 人口動態や介護ニーズの見込みなどを適切に捉え、中長期的な医療・介護などのサービス基盤のあり方を地域全体で議論していくことの重要性。
- ・ 介護が必要になっても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、地域密着型サービスの更なる普及を図ること。また、複合的な在宅サービスの整備を推進すること。

イ 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- ・ 地域全体で支えあう共生社会の実現に向けた、総合事業の効果的な活用の重要性。
- ・ 地域包括支援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の重要性。

ウ 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

- ・ 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、総合的な取組の重要性。
- ・ 都道府県主導の下で生産性向上に向けた支援を総合的に推進するとともに、事業者の財務状況などの見える化を推進。

(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」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合いながら、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資料編P●●をご覧ください。

第 2 章

高齢者を取り巻く状況等

- 1 2025 年という、大きな転換期
- 2 日常的な見守りや支援はどうなる？
- 3 介護サービスの必要量は？
そのための人材や財源は？
- 4 日常生活圏域の状況
- 5 コラム 3 つのパラダイムシフト

1 2025年という、大きな転換期

(1) 総人口、年齢別人口の推移

本市の総人口は令和2年(2020年)から年々減少しており、年齢3区分別人口で見ると、年少人口(0～14歳)と生産年齢人口(15～64歳)は減少傾向にありますが、老年人口(65歳以上)は増加傾向にあります。

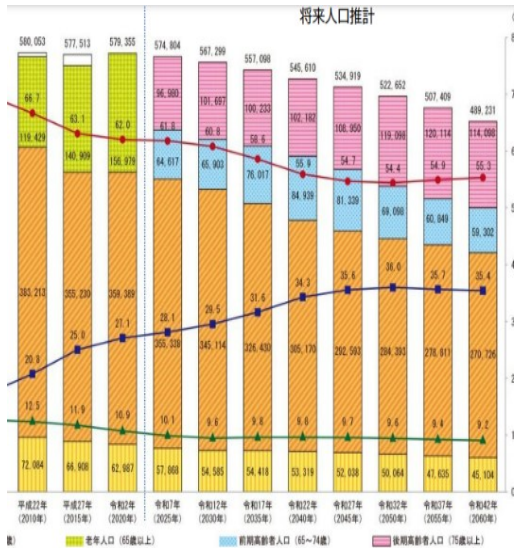
転換期① 2025年 ～後期高齢者が急増～

将来推計を見ると、“団塊世代”が75歳以上の後期高齢者となる令和7年(2025年)に後期高齢者人口が急増することから、介護サービス需要の急増が見込まれています。

転換期② 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歳以上となる令和27年(2045年)には老年人口のピークを迎える見込みです。生産年齢人口の減少による介護人材不足も懸念されることから、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。以降は、全ての年齢区分で人口が減少し、総人口の大幅減少局面に入ると推計されています。

図表2-1 総人口、年齢3区分別人口の推移



	令和2年 (2020年)	現状値	推計値	推計値	推計値
		令和5年 (2023年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和42年 (2060年)
老年人口	156,979	集計中	167,600	187,121	173,400
うち後期高齢者人口(75歳以上)	81,081		101,697	102,182	114,098
うち前期高齢者人口(65～74歳)	75,898		65,903	84,939	59,302
生産年齢人口(15～64歳)	359,389		345,114	305,170	270,726
年少人口(0～14歳)	62,987		54,585	53,319	45,104
総人口	579,355		567,299	545,610	489,231

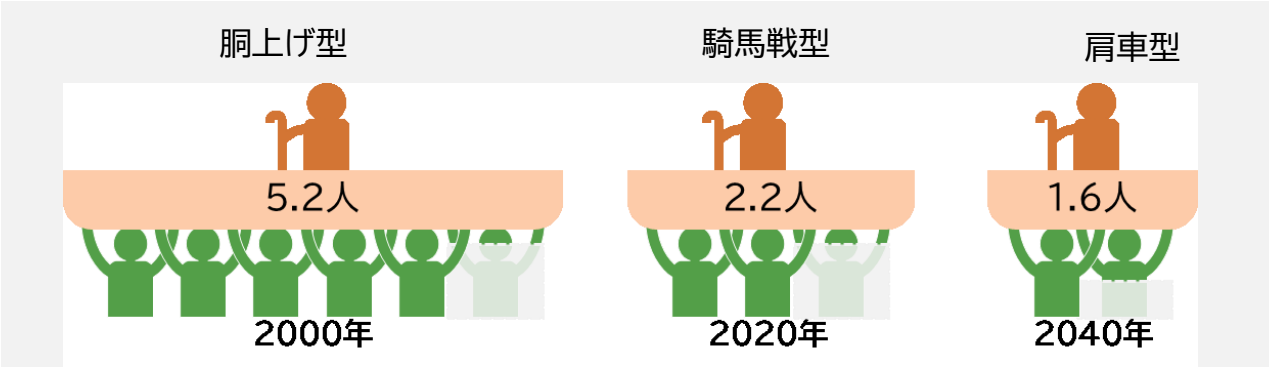
【出典】八王子市人口ビジョン(令和5年(2023年)3月)

(2) 「騎馬戦型」から「肩車型社会」へ

生産年齢人口(15～64歳)の減少と老年人口(65歳以上)の増加が急激に進んでいくことで、現役世代の社会保障負担が大きくなるといわれています。

図2-2は、65歳以上人口1人あたりの生産年齢人口をイラストで示したものです。これをみると、2000年当時とは社会の構造が大きく変わってきており、従来の「64歳以下＝現役＝支える側」「65歳以上＝高齢者＝支えられる側」という考え方のままでは地域社会が持続困難であることがわかんと思います。

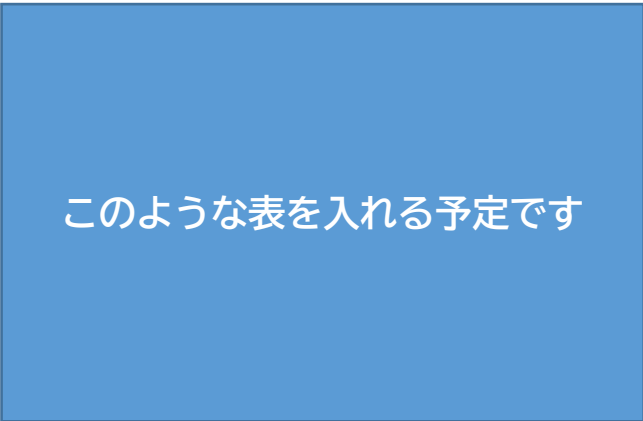
図表2-2 高齢者1人を支える生産年齢人口の人数



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

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●年では、●●人、令和●●年では、○○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	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)
一人暮らし高齢者数	●●	●●	●●	●●	●●

出典：令和5年度…八王子市社会福祉審議会「令和5年度在宅一人暮らし高齢者実態調査」

(2) 認知症高齢者数

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Ⅱa以上）は年々増加しており、令和●年（202●年）では、●●人となっています。令和●年（●●年）までに●●人増加する見込みです。

認知症高齢者の増加が介護者の負担増や介護離職の増加につながらないように、必要なサービスの提供体制整備はもちろん、さまざまな角度から対策を進めていくことが急務となります。

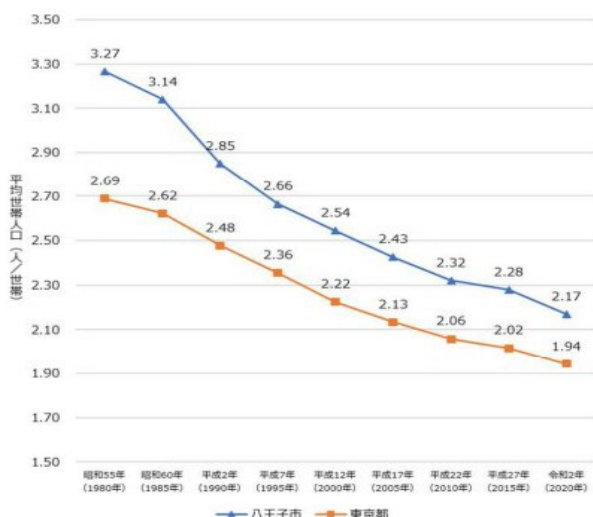
図表2-4 認知症高齢者数

		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)
認知症高齢者数	●●	●●	●●	●●	●●

出典：介護保険課（各年度9月末時点）

(3) 家族の形の変化(世帯構成のトレンド)

図表2-5 世帯平均人口の推移(八王子市、東京都)



【出典】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”が進んでいます。

”世帯の小規模化”は、就労、子育て、介護などの家庭機能を少数の世帯員で担うことにつながるため、仕事や学業との両立(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、様々な課題と関連しています。

“世帯の小規模化”が進んでも地域で安心して暮らしていける多様なサービス・つながりの整備が必要となります。

(4) 地域のつながりに対する価値観も変化

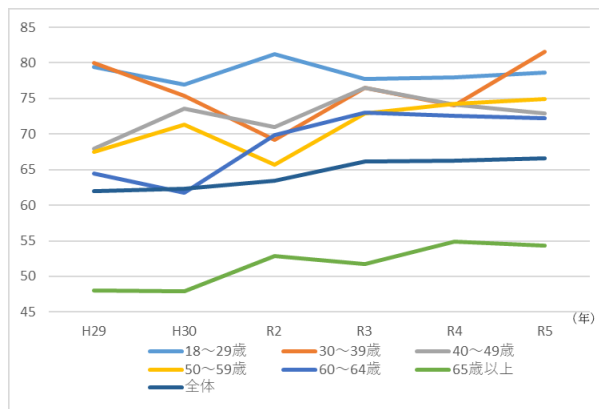
市政世論調査(平成29年度から令和5年度)において、「地域での交流や活動による充実感や生きがいを感じていない人、地域と交流がない」と回答した人の割合のは上昇傾向にあり、その中でも特に60～64歳、65歳以上で上昇傾向が強まっています。

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。

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。

その一方で、時代とともに価値観が変化していくこと自体はさげがたいものであることから、地縁や血縁だけに頼らないつながり・支援のあり方を模索していくことも重要なテーマとなります。

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人、地域と交流がない人の割合(年代別推移)



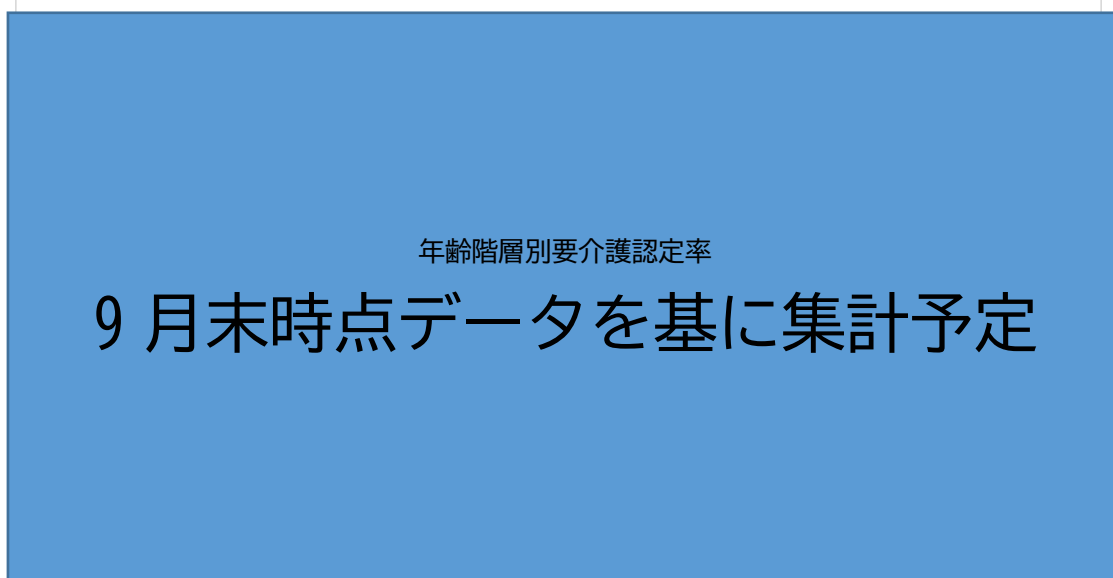
【出典】市政世論調査(平成29年度～令和5年度)

3 サービス提供に必要な人材・財源

(1) 要介護の認定率は、5歳ごとにほぼ倍増する

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●●人となっています。

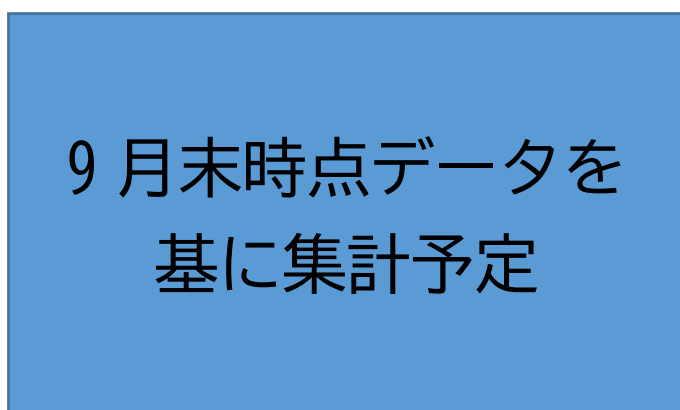
図表2-7 要支援認定者・要介護認定者数



【出典】福祉部介護保険課(令和5年9月時点)

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、更に80歳を超えると急激に認定率が高まるのがわかります。

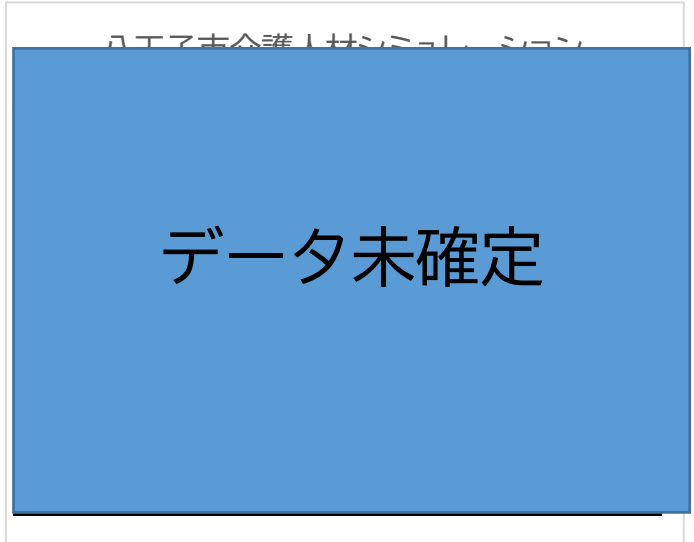
団塊世代が75歳以上になる2025年が目前に迫る中、介護需要の急増は不可避のトレンドになると考えられます

(2) サービスを担う人材はどうなる？

図●●は、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。

採用そのものは少しずつ増えているのですが、介護を必要とする人の増加ペースがそれ以上に速い、というのがわかります。介護人材が足りなければ、サービスは提供できず、高齢者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2-8 八王子市介護人材シミュレーション

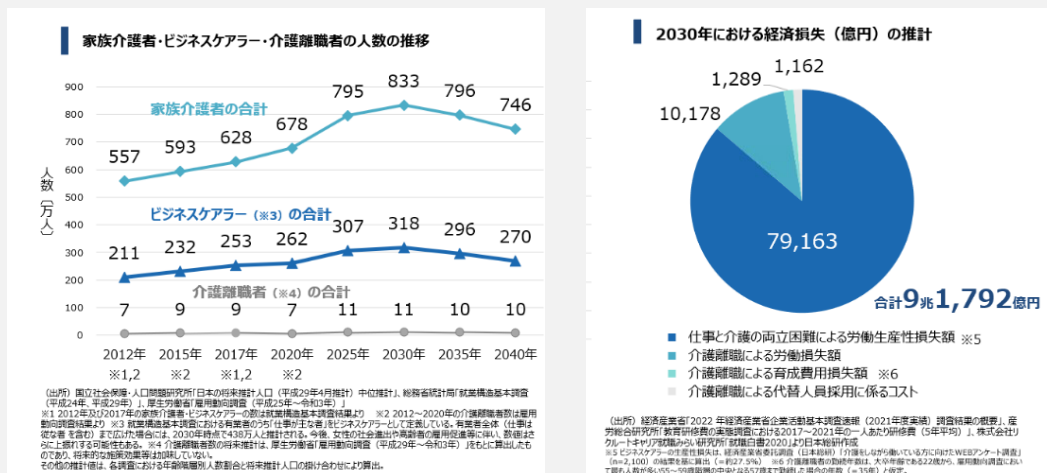


コラム：介護は高齢者やその家族だけの問題？ ～介護離職の経済的損失～

これまで出てきた、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進む中で、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、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。

図表2-8 ●



※ 経済産業省 HP

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関わらず、多くの方を間接的に支えていくことにつながるのです。

4 日常生活圏域の状況

本市では、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P●●へ

その一方で、市では37の中学校区を基礎単位として地域自治※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て地域づくりの取組との連動を強化していきます。

また、将来的な連携強化に向けて、一つの中学校区が複数の日常生活圏域にまたがっている箇所についても、高齢者あんしん相談センターが築いてきた地域との信頼関係にも留意しつつ、今期及び次期計画期間中に整理を行います。

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	中学校区	対応する 民協・ 児童地区	対応する 保健福祉 センター※
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 の原、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	
	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	中 学 校 区	対 応 す る 民 協・ 児 童 地 区	対 応 す る 保 健 福 祉 セ ン タ ー※
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	東浅川
	館	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※1	恩方、川口	第10 地区	
	川口	川口町、上川町、犬目町、櫛原町	川口、櫛原	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	由井	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	南大沢
	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	鑑水、鑑水二丁目、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、鑑水、	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地区は、全て第9地区となります。

※2 対応する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。

表●●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。

圏域ごとのデータや特徴はP●●●へ

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政策形成過程との連動が本計画の鍵になってきます。

日常生活圏域別の高齢者数

		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)		
圏域	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	①旭町									
	②追分									
	③大横		令和5年9月住民基本台帳から算出予定							
	④大和田									
	⑤子安									
	⑥中野									
北部	⑦石川									
	⑧左入									
西南部	⑨高尾									
	⑩寺田									
	⑪長房									
	⑫めじろ台									
西部	⑬恩方									
	⑭川口									
	⑮元八王子									
	⑯もとはち南									
東南部	⑰片倉									
	⑱長沼									
東部	⑲堀之内									
	⑳南大沢									
	㉑由木東									
合計										

作成中

第3章

これまでの取り組みと データから見る課題

- 1 第8期計画の基本理念
- 2 第8期計画の事業実績・成果
- 3 第8期計画の評価・課題
- 4 各種調査結果の概要

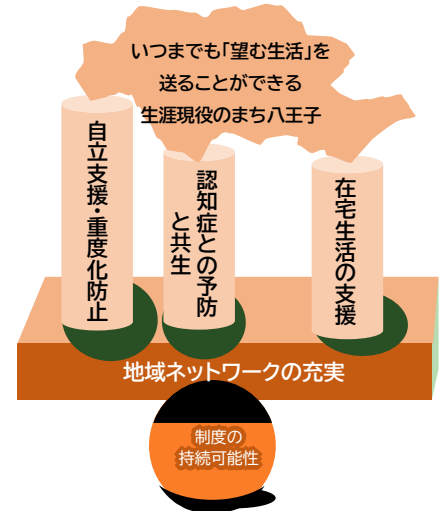
1 第8期計画の基本理念と体系

八王子市高齢者計画・第8期介護保険事業計画(令和2～5年度)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。

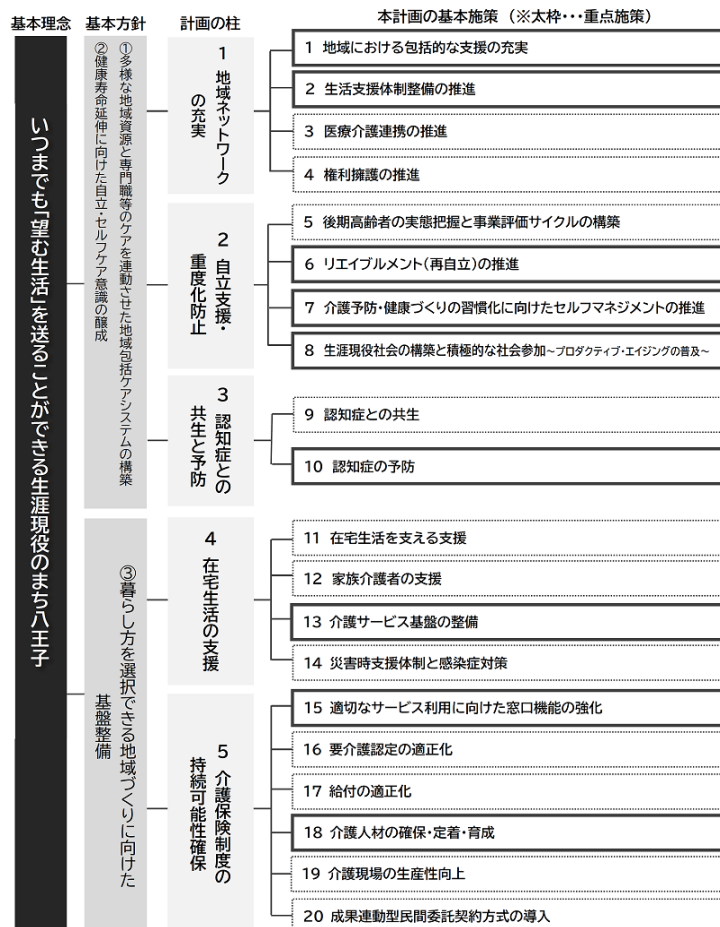
そして、基本理念の実現のために、5つの柱を立てました(図表3-1)。まず、高齢者が安心して地域で暮らしていけるための「**地域ネットワークの充実**」。そして、いつまでも元気で暮らし続けていくための「**自立支援・重度化防止**」。超高齢化社会を意識した「**認知症との共生と予防**」。サービスを必要とする方が住み慣れた場所で暮らし続けていくための「**在宅生活の支援**」。そして、これらの支援を将来にわたって続けていくための「**制度の持続可能性**」です。

特に「**自立支援・重度化防止**」については、以前までの計画から大きく内容を充実させ、「リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)」と「セルフマネジメント(高齢者自身による健康と暮らしの維持)」、そして「プロダクティブ・エイジング(地域で元気に活躍できるための仕組みづくり)」の3つの視点に基づく取組を推進してきました。

図表3-1 基本理念を支える5つの柱



【8期計画の体系図】



2 第8期計画の事業実績・成果

■計画の柱1 地域ネットワークの充実

複雑化・複合化した要因が含まれる相談に制度横断的に対応するため、多職種が連携して課題解決を図る体制を強化することや、医療と介護の連携に向けた取組を推進してきました。

- 就労的活動(有償ボランティア等)の場を提供できる民間企業等と、就労的活動の取組を実施したい事業者等をマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする「**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マッチング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。
- これらの取り組みで高齢者や家族の困りごとに対応する基盤づくりを着実に進めてきましたが、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を推し進めることが重要です。
- また、本市は令和4年度に新たに虐待防止計画を策定し、高齢者の権利擁護を推進してきましたが、「虐待が起こりにくい環境づくり」に向けた計画的な取り組みを加速していく必要があります。

≪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)
地域ケア会議の開催	地域ケア会議 開催回数	70回/年	●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 ●人 第二層 ●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%	●%	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%	●%	利用割合の 上昇

■計画の柱2 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、リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)やセルフマネジメント(自らの健康を自らの力で守る)、プロダクティブ・エイジング(高齢者の社会参加)により、自立支援・重度化防止の取組を推進しました。

- リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)に向けた核となるサービスとしてスタートした短期集中通所型予防サービス(通所型サービスC)については、サービス利用者の●%に状態改善の効果がみられるなど一定の効果を挙げている一方で、まだサービスが十分に活用されていない現状があります。
- 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、介護予防リーダーを主体とした、住民主体による介護予防の取組を推進しました。今後に向けて、サービスを広域で展開するための検討に加え、通所型サービスCや社会参加促進など他事業との連携強化も課題になります。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、通いの場の開催や体操教室など、「集まる」ことを前提にした介護予防の事業がこれまで通りに運営できない状況が続きました。そのようななかで、ひとり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向上や認知機能維持などの効果が見られています。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。

≪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の実施	①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	①－	①●%	①50%以上
	②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	②－	②●%	②90%以上
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	●件	30件

≪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)	●歳 (令和4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

■計画の柱3 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図るため、「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とブック（認知症ケアパス）等を活用し、認知症に関する普及啓発を進めました。幅広い事業について計画の活動指標目標を達成できましたが、市民全般の認知症に関する理解は十分とは言えず、今後はアウトカムを意識した事業展開が必要となります。
- 認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人が、これまでの経験等を活かして社会参加活動を行うための活動拠点を市内に3か所整備しました。その他、認知症に関する普及啓発や本人発信を支援する取組を推進してきました。一方で、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となっています。
- 認知症を確実に防ぐ方法はありませんが、生活習慣病の予防や運動・社会参加の習慣が発症リスクを抑えたり、発症時期を遅らせたりすることにつながるといわれています。本市は、この点で一定の効果を確認されている「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。参加者には●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●などの効果が出ていますが、現状では対象者数の拡大が難しく、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展開が課題になります。

《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)
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	●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	●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	●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)	59.6% (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 することができている	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

■計画の柱4 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。

- 住民団体による移動支援を充実するため、移動支援を行う団体に加算を設けるほか運転ボランティア講習会を開催するなど、移動支援の充実をはかりました。これにより新たに移動支援を行う団体を増やすことができましたが、車両の維持管理や運転手のコーディネートなど団体にとっての負担は大きく、団体の活動量は目標を下回りました。今後は、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。
- 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。しかし、21の日常生活圏域には域内に(看護)小規模多機能型居宅介護事業所がないものもあり、市内全域で要介護者が安心して在宅生活を継続できるサービス提供体制整備が必要です。

《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)
地域主体による 移動支援のコーディネート	①移動支援を行う 住民団体 団体数 ②運転ボランティアの 数(講座の受講者)	①6団体 (住民主体による 訪問型サービス) ②ー	①●団体 ②●人	①団体数の増 ②210人 (10人×21圏域)
(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	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			割合の上昇

■計画の柱5 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、相談から申請までのプロセスの見直しや認定・給付の適正化、介護人材の確保・定着・育成、ICTによる介護現場の革新等、あらゆる側面からアプローチを図っています。

- 介護のための資格を取得した方への補助や人材育成とマッチングを組み合わせた事業の実施、広報特集号による介護の魅力発信、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てきました。
それぞれの事業では概ね活動指標の目標を達成でき、また成果指標の一つである事業所の人材不足感も8期計画策定時より低下するなど、一定の成果を上げたと評価できます。しかしながら、介護人材の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た取り組みを進めていく必要があります。
- 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が、導入希望事業所数は市の想定を下回る結果となりました。生産性向上の前提として、現場の余裕や意欲、業務フローの分解・再構築のスキルなどソフト面の課題解決も必要であると思われることから、これまでの事業所向け研修の内容を大きく組み変えました。
研修と合わせて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「個別経営課題解決支援事業」を開始し、地域における質の高いサービスの安定供給に向けた、介護現場の革新を推進しました。
- 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しました。それぞれの取り組みについて活動指標の目標は達成できたものの、定量的な成果指標がなく、施策全体としての評価・検証は不十分です。

《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)
資格取得支援の実施	資格取得支援者数 ①介護福祉士 ②実務者研修 ③初任者研修	①0人/年 ②46人/年 ③14人/年	①●人/年 ②●人/年 ③●人/年	①70人/年 ②50人/年 ③50人/年
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 ための取り組み状況	認定調査員研修 の実施	質の高い研修の 継続	質の高い研修の 継続

《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
要介護認定が 適正に行われている	-	-	-	-

3 第8期計画の評価・課題

(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●事業で、全体の約●%を占めています。評価が「達成はやや不十分」、「達成できなかった」と評価した●事業については、コロナ禍による事業縮小の影響によるものが●事業となっており、全体としてはおおむね順調と言えます。

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

【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」、「おおむね達成できた」と評価できる指標は全体の約●%となっています。

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

【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

(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、男女ともに順調に伸びています。介護保険サービスの利用満足度は、62.4%から59.4%とやや下がりましたが、おおむね横ばいと言えます。

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)	59.4%(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、新たな施策展開の基盤整備（生活支援コーディネーターの圏域ごとの設置、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）を着実に進めてきました。これらの重要な成果について、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。

認知症対策や認定・給付の適正化など、個々の事業で目標を達成できたものの成果が十分とは言えない施策もありました。本計画では、明確に成果を意識した事業検討や指標・目標の設定が必要となります。

4 各種調査結果の概要

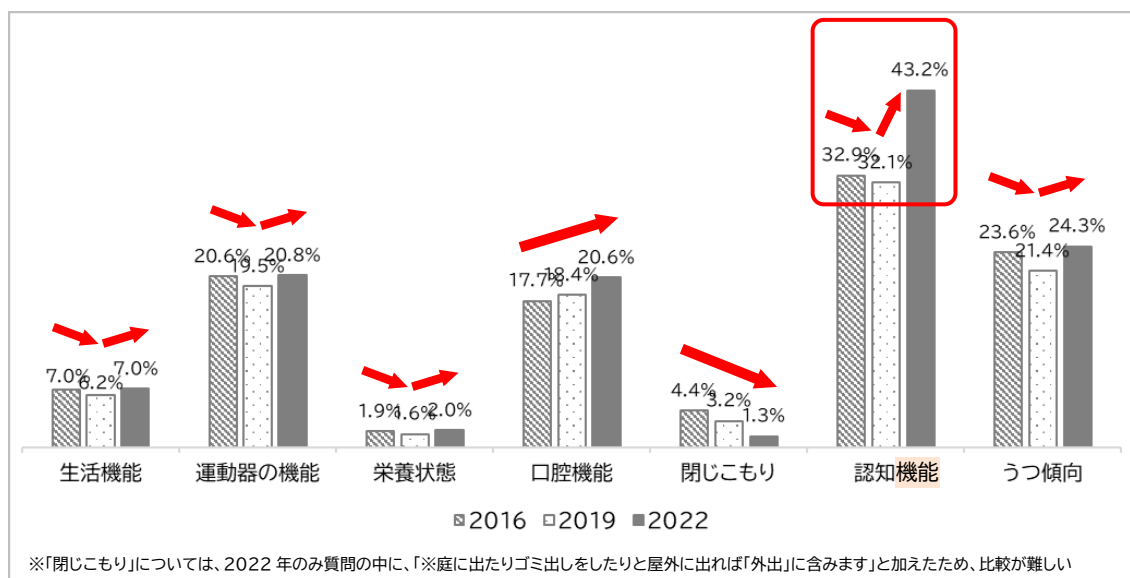
本計画の策定に当たって、下記の7つの調査を実施しました。調査結果の詳細については、「八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画策定に係るアンケート調査報告書」として公表しています。

調査名	対象者	調査概要	調査期間	有効回収数 (回収率)
①介護予防・日常生活圏域二ーズ調査	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%)
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が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%)
③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%)
④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%)
⑤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%)
⑥あんしん相談センター調査	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 (●%)
⑦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

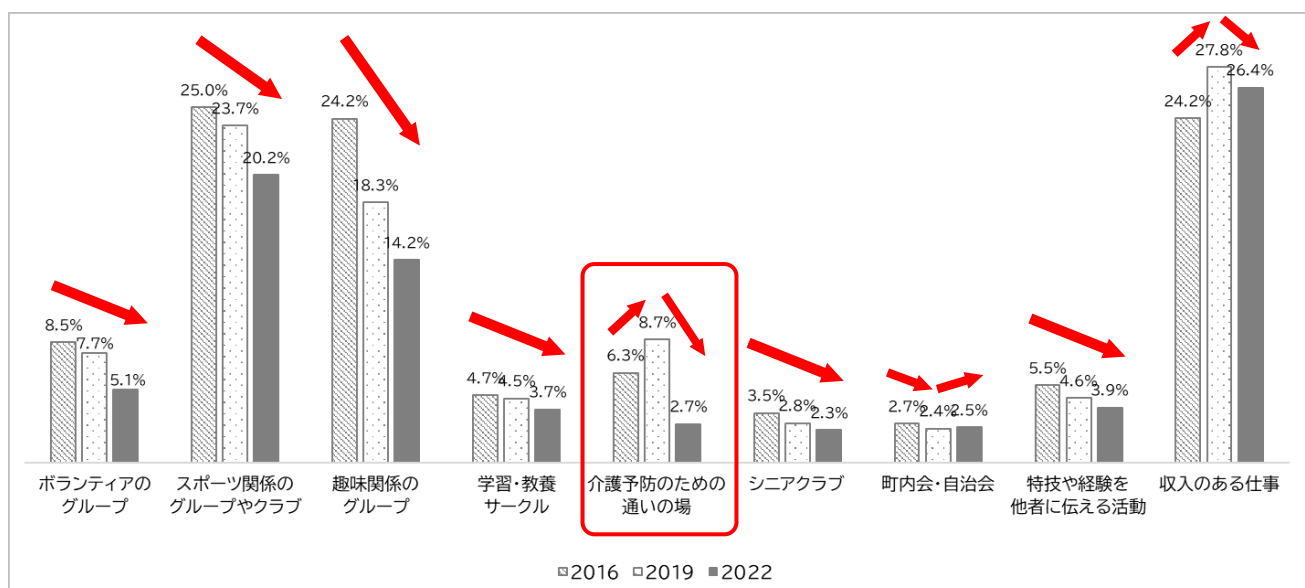
要介護状態につながる7種類のリスクの該当率を集計したところ、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、**2019年の調査時よりも多くのリスクで該当率が上昇しています**。中でも、「認知機能」については10.1ポイント上昇しており、認知機能低下リスクも意識しながら介護予防の取組を積極的に推進していく必要があります(図表3-3参照)。

図表 3-3 リスク者割合



各種活動への参加状況については、ほぼすべての類型で**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みられます。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進めていくことが重要となっています(図表3-4参照)。

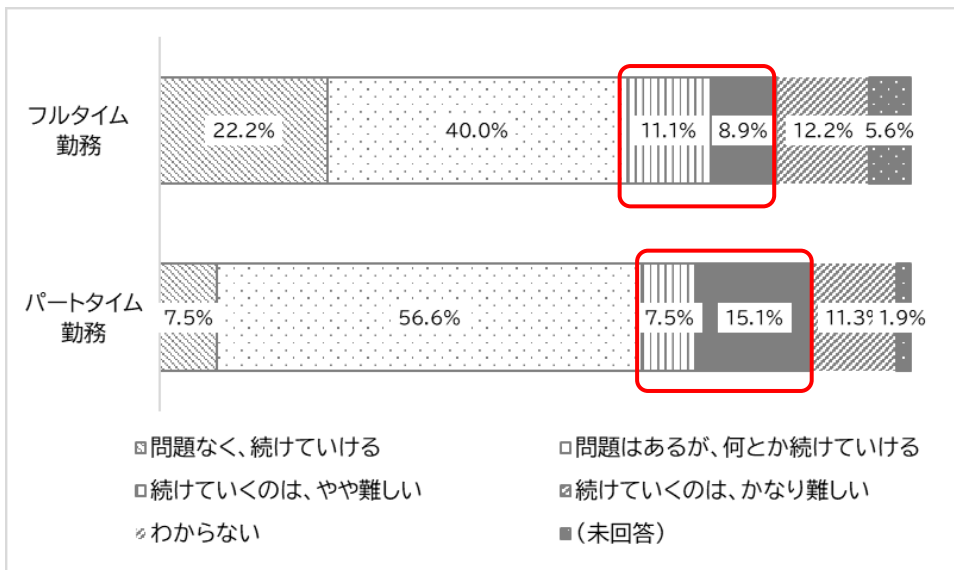
図表 3-4 各種活動に週1回以上参加している人の割合



(2)在宅介護実態調査

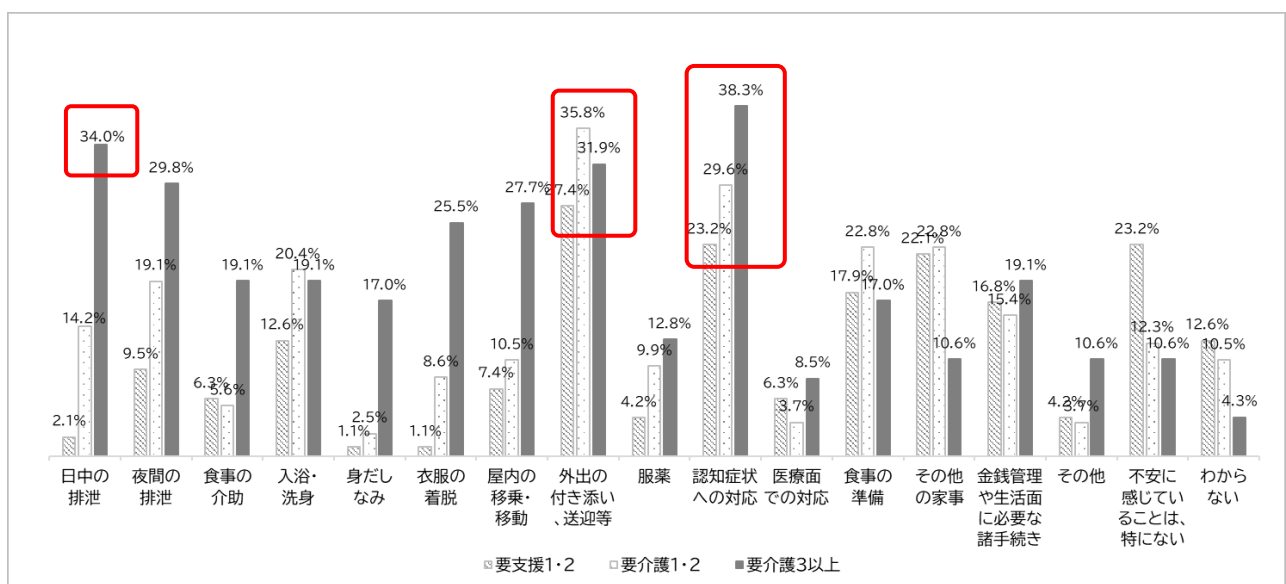
現在就労している家族等介護者について、「問題なく、続けていける」と回答した方は、フルタイム勤務の方が22.2%、パートタイム勤務が7.5%で、「問題はあるが、何とか続けていける」と合わせると、フルタイム・パートタイム共に**約6割の介護者が「就労の継続は可能」と**考えています。しかし、**約2割の介護者は「就労の継続は不可能」と**考えており、在宅生活の継続に向けた介護者への支援が必要となっています(図表3-5参照)。

図表 3-5 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当たり、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3-6参照)。

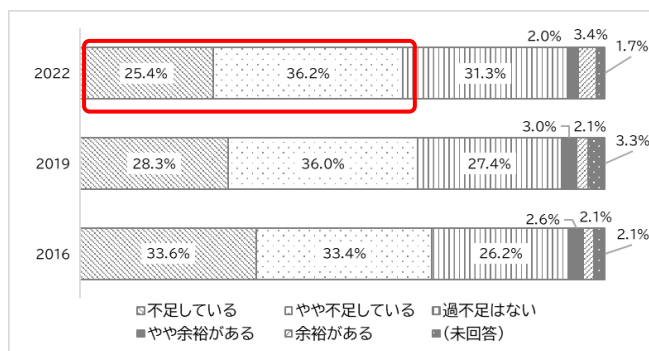
図表 3-6 要介護度別・介護者が不安を感じる介護



(3)介護事業所調査(介護人材実態調査、居所変更実態調査)

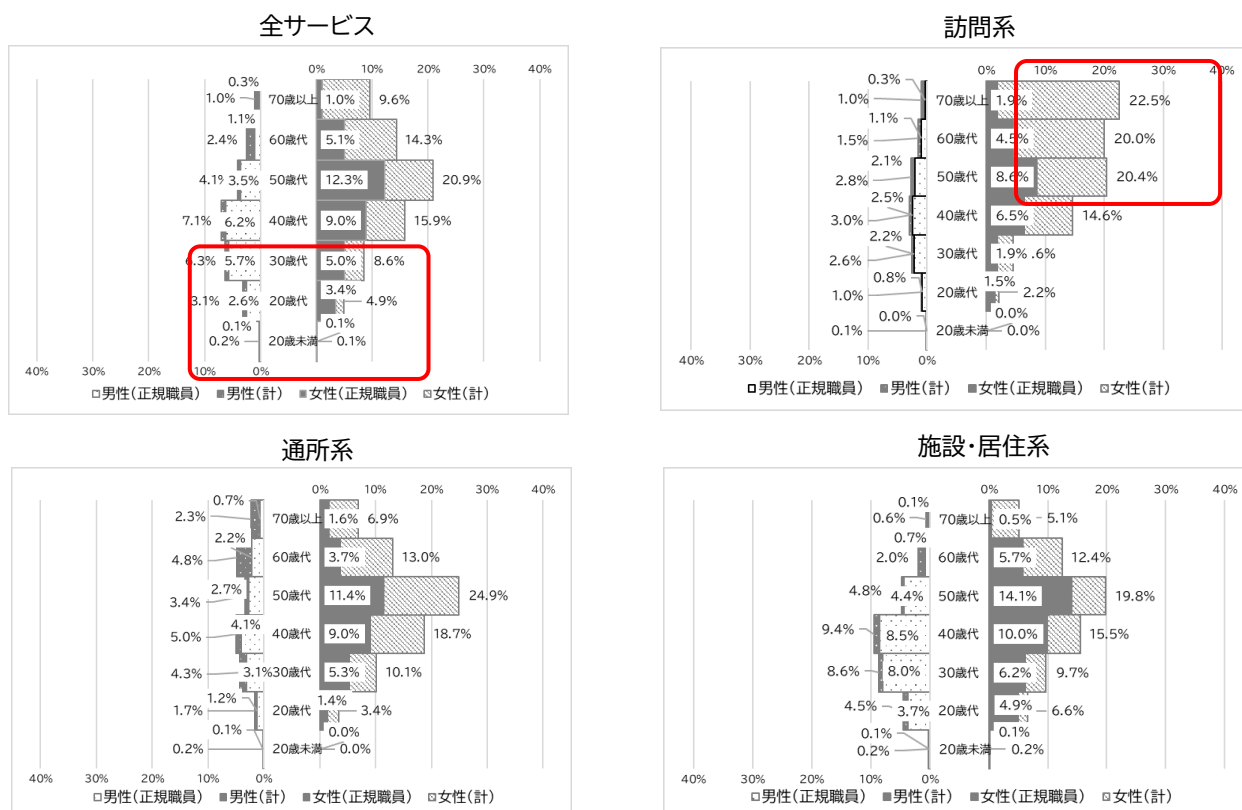
介護人材の過不足状況は、「不足」、「やや不足」をあわせると61.2%となっており、過去の64.3%(2019年)、67.0%(2016年)と比べ、改善傾向にあります。これまでの国・自治体の取組や各事業所の生産性向上に向けた努力が一定の効果を上げたと考えられることもできる一方、コロナ禍による一時的な利用控えなどの要因も考えられます。いずれにしても、介護人材については人口構造の変化による更なる需給ギャップ拡大が予想されており、これまで以上に実効性のある取り組みが必要です。(図表3-7参照)

図表 3-7 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3-8参照)

図表 3-8 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3-9参照)

図表 3-9 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	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%

注目ポイント
看取りまでできているのはどの住まいか？

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3-10参照)

図表 3-10 居所変更した人の要介護度(老健を除外)

サービス種別	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(向上を目指す) ➡ **71.2%**

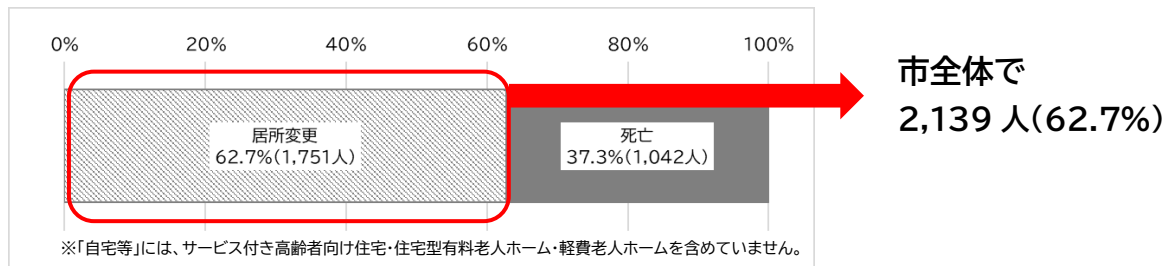
★要介護2以下の居所変更率(低下を目指す) ➡ **9.3%**

(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は、死亡を除くと1,751人、調査票の回収率が81.9%であったことから、**市全体では2,139人(62.7%)と推計されます。**

今後、この数字を経年的にモニタリングしながら、介護が必要になっても最期まで住み慣れた場所で暮らしていけるよう、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3-11参照)。

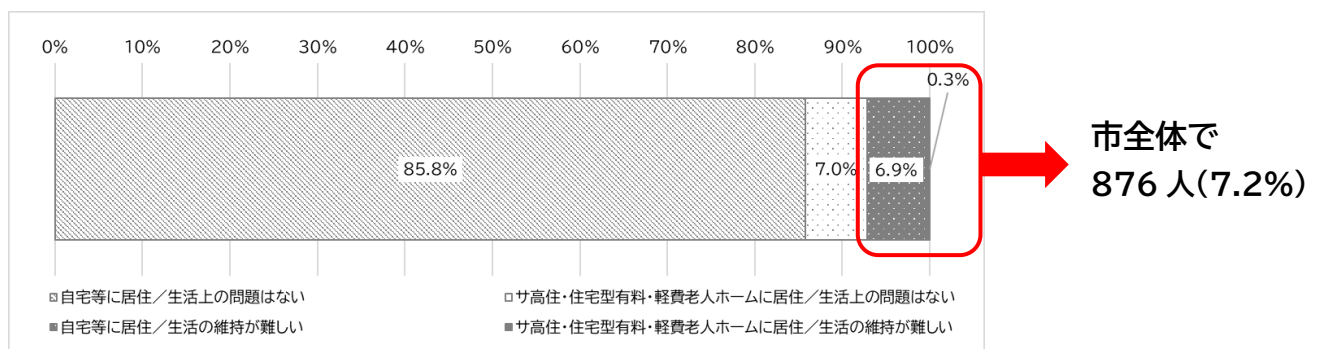
図表 3-11 過去1年間の居所変更と自宅等における死亡の割合



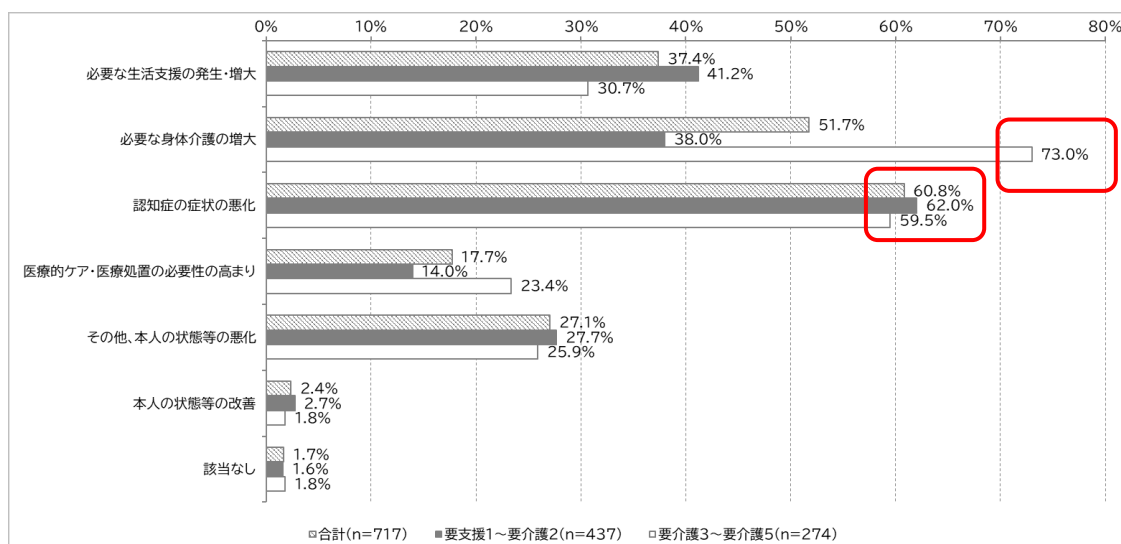
自宅等に居住する利用者のうち、生活の維持が難しくなっている人は712人で、調査票の回収率から**市全体では876人(7.2%)と推計されます。**(図表3-12参照)

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3-13参照)

図表 3-12 現在、在宅での生活の維持が難しくなっている利用者



図表 3-13 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)



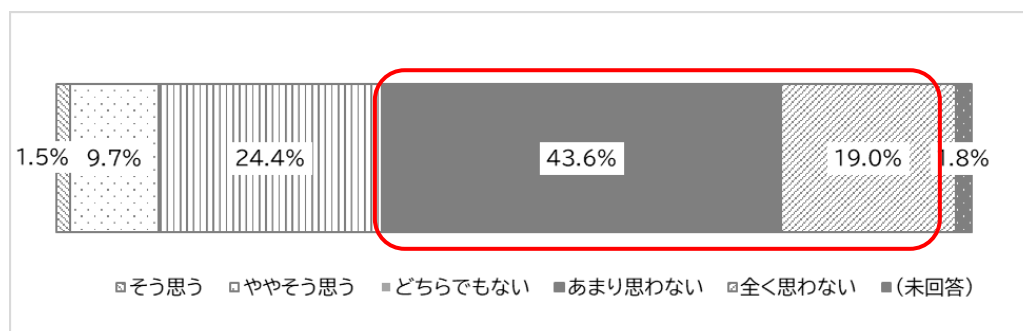
(5)市民意識調査

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。認知症を過度に恐れるのではなく、正しく理解して備えるとともに、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3-14参照)。

また、介護の仕事につ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%**にのぼり、介護職が社会的な尊敬を得ていることがわかります。その一方で、「あなたの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いますか。(単一回答)」という質問には、「あまり勧めたくはない」「絶対に勧めたくない」をあわせて**36.2%**となっており、この割合は30代以下の若年層で特に高くなっています。

介護人材確保に向けては、若い世代に対して、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3-15参照)

図表 3-14 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



図表 3-15 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 全体ロジックモデル
- 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、1～3章で述べた社会の変化や本市の取り組みにおける課題を踏まえて、よりよ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、計画を作る過程では以下の視点を大切にしてきました。

(1) 様々な関係者がビジョン(目指す未来)を共有できる計画であること

高齢者や家族を取りま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、計画策定にあたっては、課題の分析や将来予測など客観的なデータを前提にしつつ、さまざまな立場から、「どんな未来を目指していきたいか」を議論してきました。

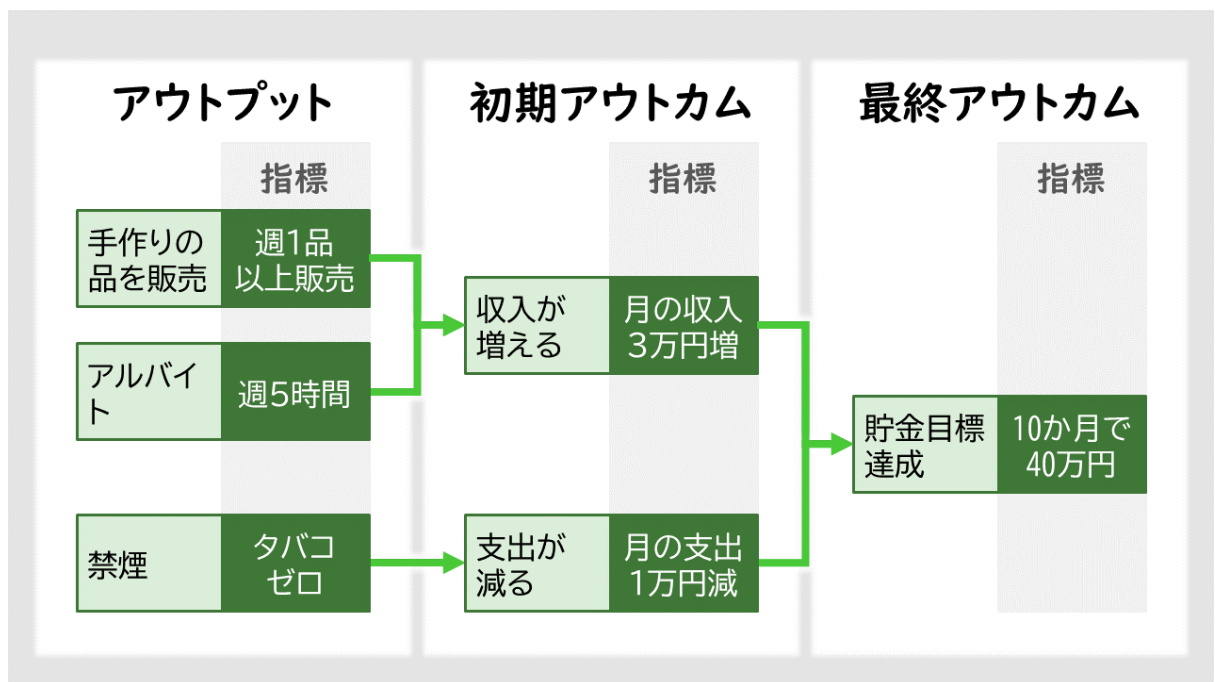
(2) ビジョンを実現するまでのプロセスを「ロジックモデル」で表すこと

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」が見える化しました。

(3) アウトカム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指標だけでなく、狙った効果が出たかを測るアウトカム指標を設定し、「どれだけやるのか」「どうなったら成功なのか」を測定し、素早い見直しに活かします。

【ロジックモデルと指標のイメージ】



(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、ロジックモデルをたたき台にして、様々な関係者とともに「足りていない視点や事業はないか」「事業やアウトカムが上位アウトカム達成に本当に役に立つか(効果達成の阻害要因はないか)」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、これまでの計画で取り上げていなかった問題意識や、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。中には計画策定時点で具体的な解決策が見いだせていない課題もありますが、本計画では、これらについても「検討や分析を経て●年度までに取り組みを具体化する」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

ここまで振り返ってきたとおり、避けられない人口構造の変化に伴う問題として、介護人材不足や社会全体の負担増が顕在化しつつあるなか、いわゆる「8050」問題やヤングケアラーに象徴されるように深刻化・複合化した問題への対処もますます重要になっています。

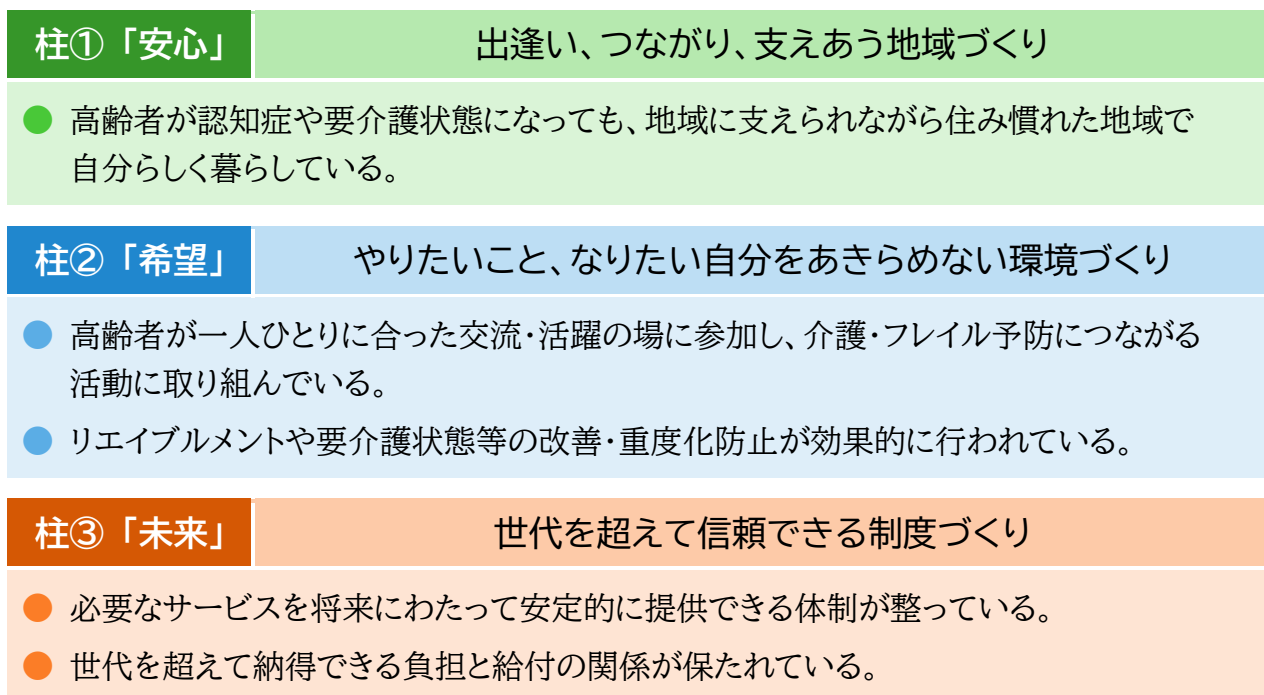
そのようななかで本市が果たすべき責任とは、今の高齢者はもちろん、介護に関わる方や現役世代、さらに子ども・若者などの将来世代まで含めて、高齢化していく人や社会を明るく前向きにとらえていけるまちづくりであると考えています。

そこで、本計画によって実現を目指すまちのビジョン(基本理念)を、
「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」と決めました。

計画の柱でもある3つの大切なキーワード「安心」「希望」「未来」は、計画策定部会で行ったワークショップ(第8章参照)から抽出したものです。これに加えて、「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を表しています。

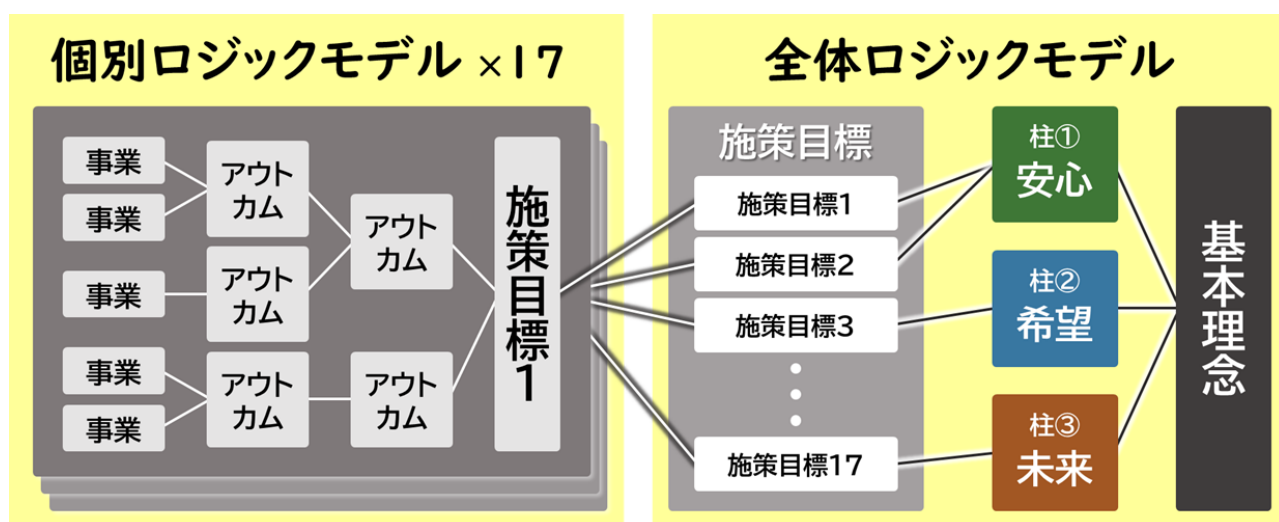
ワークショップの写真等掲載予定

(2) 基本理念を支える3つの柱

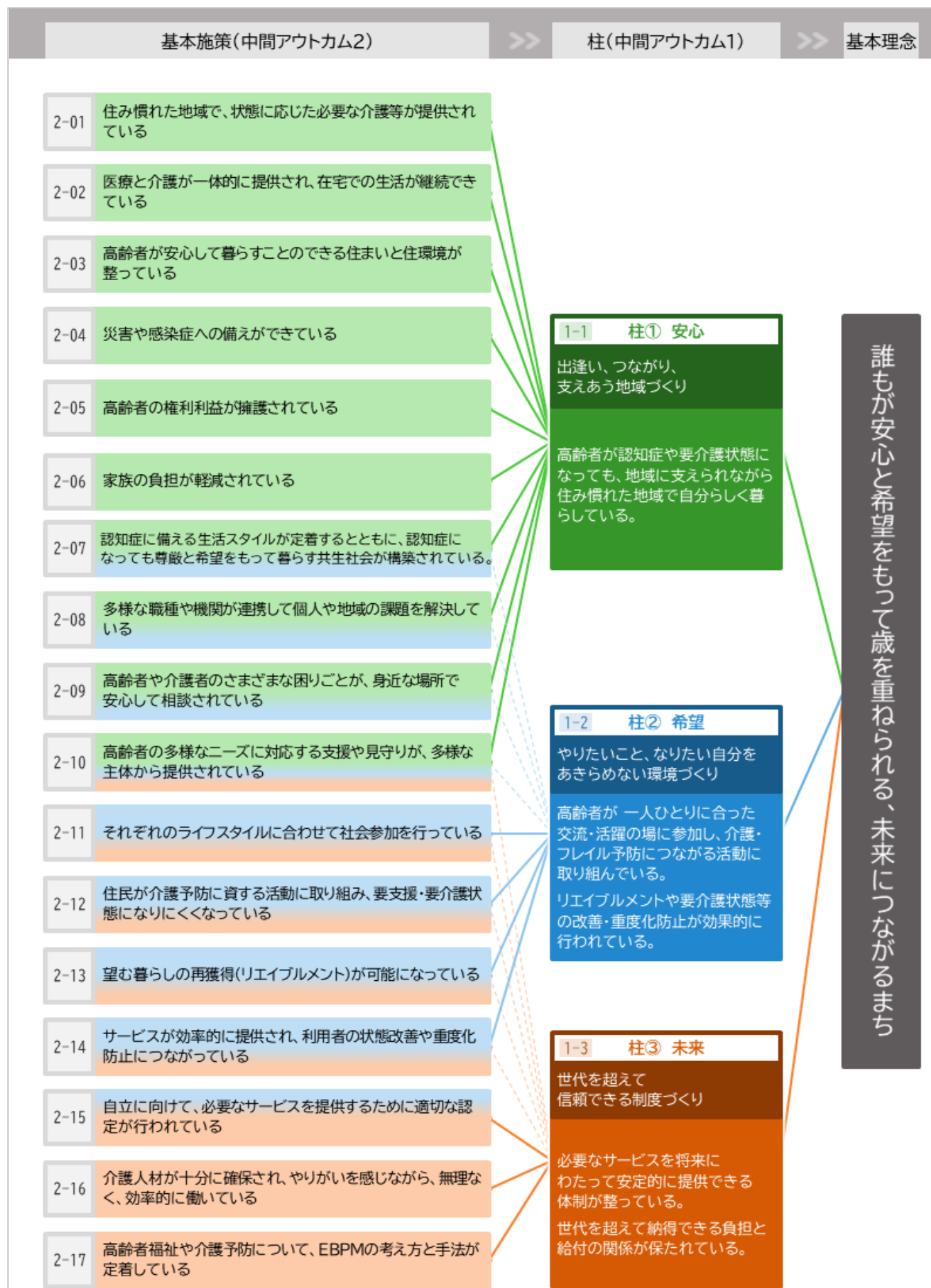


3 計画の構成

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」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」を作成しています。



【全体ロジックモデル】



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。なかでも、以下に該当する課題については前期計画と比べても取り組み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り組みを要するもの

そこで、本計画では以下の7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。テーマおよび関連する取組例は以下のとおりです（下線部はコアになる取組）。

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り組みなど、センターに求められる役割が質・量ともに増加しているなかで、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す。高齢者あんしん相談センターの機能強化と合わせて、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理念共有に向けた検討を進めていきます。

関連取組

- ・ 重層的支援体制整備事業の深化・推進・・・P●●
- ・ 基幹型包括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・・・P●●
- ・ 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り組み・・・P●●
- ・ 医療職との連携強化、意識共有に向けた取り組みの検討・・・P●●
- ・ 高齢者あんしん相談センターへの成果連動報酬の試行導入・・・P●●
- ・ 地域ケア会議等を通じた関係者の連携強化・・・P●●

② 必要とする人に支援が届く発信力とつながりの強化

様々な普及啓発について、発信するだけで終わりにするのではなく、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作ること、地域の方が身近な高齢者を気にかけて、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、さまざまな視点から総合的な取り組みを進めていきます。

関連取組

- ・ 関係者のプロモーションスキル向上に向けた検討・・・P●●
- ・ サロンなど、身近な場所で情報が手に入る環境づくり・・・P●●
- ・ 地域の見守り力強化に向けた普及啓発・・・P●●
- ・ 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・・・P●●

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り組みや健康習慣づくり、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・・・P●●
- ・ 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)・・・P●●
- ・ 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・・・P●●

④ 総合的な介護人材対策

人口構造の変化によって更なる介護人材不足が懸念されるなか、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り組みを進めます。

関連取組

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

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言えます。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作ります。

関連取組

- ・ 元気なうちに認知症に備える普及啓発・・・P●●
- ・ ACP※の普及啓発・・・P●●
- ・ 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・・・P●●

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

認知症の人をはじめ、一人一人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進めます。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進め、認知症ととも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・・・P●●
- ・ 認知症を理解し、受け入れるための普及啓発強化・・・P●●
- ・
- ・

⑦ データやICT、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ICTや民間の力を積極的に使った取り組みを推進します。

関連取組

- ・ EBPM(データ分析など、根拠に基づく施策展開)推進に向けたプラットフォーム構築・・・P●●
- ・ てくぽ(スマートフォンを使った健康習慣応援ポイント)・・・P●●
- ・ 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)・・・P●●

次章「施策の内容」では、個別ロジックモデルを基に本計画に基づく具体的な取り組みについて詳しくご説明していきます。上記の重要テーマに関連する事業やアウトカムには **テーマ①** などのマークを付けてあります。

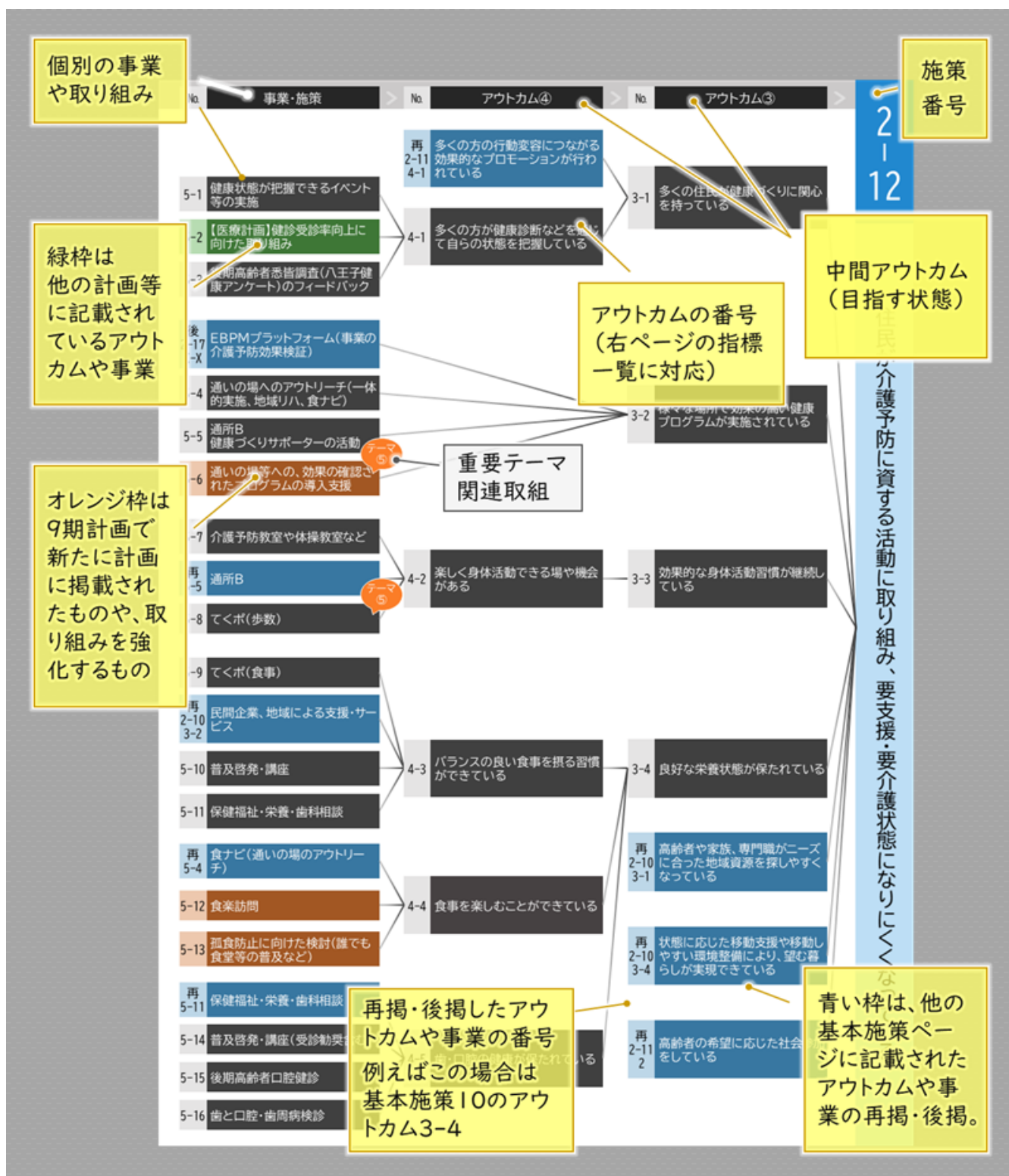
イラスト掲載予定 (計画の全体像)

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。ロジックモデルの見方については以下のイメージをご覧ください。



現状

＜第6章冒頭の総論を参考に2～3行で記載予定＞

方向性

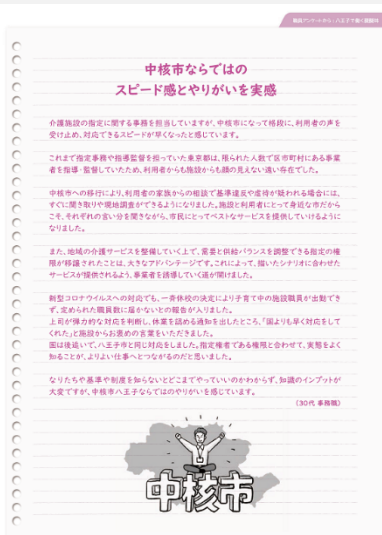
- ★ 中長期的なサービス需要を見越した提供体制整備(3-1)
 - ・ 人口動態や現在のサービス充足状況、稼働率をふまえた施設整備方針を設定しました(第6章)
- ★ 「自立」や「尊厳」につながるサービスの質の確保(3-2)
 - ・ 中核市ならではの権限も効果的に活用しながら、事業所の指定や指導・監査などを適切に行っていきます。
- ★ 高齢者や家族が必要なサービスを利用するための前提整備(3-3)
 - ・ 本市独自のグループホーム利用者負担額軽減など、各種負担軽減の制度によって、経済的な困難を抱えた方を支援します。
 - ・ 介護保険制度や相談窓口など、サービス利用に必要な情報を効果的に周知します。

3-1 長期的な視点に基づくサービス提供体制整備

＜介護需要のピークアウトや多死・多病社会、事業所の数値上のキャパがあっても人がいないとサービスを提供できないことなどについて軽く触れて、需要と供給の両面を意識すべきであること、介護サービス以外の支援も重要であることなどを強調＞

5-2 中核市の権限と事業者指定

＜みちBOOK P12なども参考に作成＞



5-3 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図るため、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図ります。

5-4 第三者評価制度

<簡単な事業説明>

4-5 各種負担軽減制度

<一覧表的なもの>

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。

そして高齢者ご本人や家族も、いつか必ず訪れる人生の最終段階について、受たい医療や望む看取りのかたち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

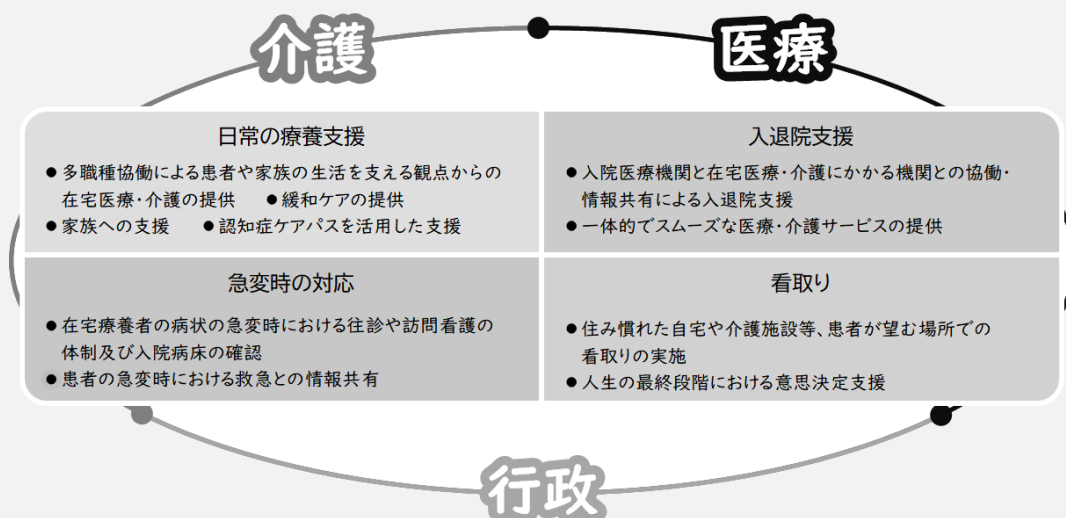
- ★ 医療と介護の両方を必要とする状態の在宅高齢者向けのサービス提供体制整備(3-1)
 - ・ 医師会等と連携しながら、必要な在宅医療サービスが安心して受けられる体制を維持します。
- ★ 終末期まで意識した「生き方」の選択に必要な情報の周知(3-2)
 - ・ 在宅医療相談窓口やACP(人生会議)や看取りに関する情報など、市民向けに周知を図ります。
- ★ 医療・介護それぞれの専門職の目的意識の共有や専門職間の連携強化(3-3、3-4)
 - ・ 医療・介護連携に当たっての課題を共有するため、医療職向け意識調査など、課題解決に向けた検討を行います。
 - ・ 日常的・入退院時・急変時・看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。

在宅医療と介護連携イメージ(※在宅医療・介護連携推進事業の手引きをもとに作成)



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、さまざま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で述べる高齢者あんしん相談センターの機能強化を進めていく中で、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。

図表作成予定

5-6 救急医療情報シートの市民向け周知

高齢者の方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。

写真等

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(P●●参照)では、医療・介護の連携強化に向けて、「自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備し、情報基盤を用いて介護情報等の収集・提供等を行う事業を地域支援事業と位置付けることで、より効率的・効果的な運用を図り、多様な主体が協働して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムの深化・推進に繋げていく」としています。

本市では、医療と介護の情報共有・連携のツールとして、八王子市医師会が運用する、患者の情報を多職種間で共有できる「まごころネット」の取組を支援しています。本市の在宅生活改善調査(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り組みを進めていきます。

参考 ACP(人生会議)とは

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

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進め、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。

施策目標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

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必要があります。

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 住宅改修給費

今まで問題なく暮らしていた家でも、体力が落ちれば、段差でつまずく、入浴やトイレが大変になるなどの困りごとが生じることがあります。このような場合でも住み慣れた自宅で自立した生活が送れるよう、手すりの取り付けや段差の改修などにかかる費用について、介護保険による保険給付のほか、保険外となる改修に対しても給付を行います。

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つめとして「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・住環境の整備を図る」ことが位置付けられています。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)

5-9

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り組みを行う団体です。八王子市では、平成28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関わる課題について、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、様々な取り組み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。

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なか、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進め、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進めていきます。

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さまざま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。

現状

令和3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」の避難支援(安否確認、避難誘導)を行うために、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して、概ね令和7年度までに仕組みづくりを行うこととしています。

令和2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)の策定が義務づけられ、令和6年3月まで経過措置が設けられています。すべての介護事業者は令和6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。

5-6 業務継続計画(BCP)の点検・改定支援

令和6年度より事業所の義務となった業務継続計画(BCP)について、未策定事業所・新規事業所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進めます。

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なか、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、刻一刻とかわる状況のなか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。

①高齢者の実態把握

高齢者世帯実態調査で、高齢者の生活実態を把握し、避難行動要支援者の把握を行います。



②個別避難計画の策定

民生委員・児童委員等や地域の避難支援等関係者と連携して、個別避難計画を策定します。

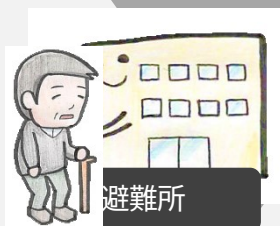
災害発生

③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。

避難

自宅

風水害の
イラスト

④避難所

避難生活に必要な備蓄品を配備します。

コラム掲載予定

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なか、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り組み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)

- ・ (新)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)

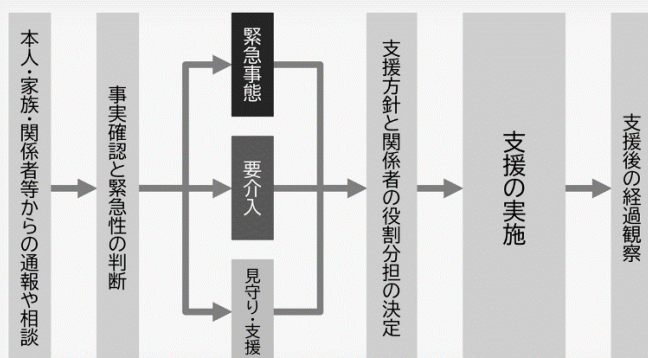
- ・ ご自身での意思表示や財産管理が難しくなった方について、成年後見制度をはじめとした意思決定支援制度が効果的に活用されるよう、支援者や家族への周知を行います。
- ・ (新)元気なうちから「将来認知症などになったときにどうするか」を考えて準備する文化を作っていくための普及啓発を行います。

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。

4-8

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
援助者	成年 後見人	保佐人	補助人	任意後見人	社会福祉協議会の 専門員・生活支援員	
援助 内容	財産管理・身上監護				①福祉サービスの利用援助 ②金銭管理③書類等預かり	

所管調整中

5-17

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、望む医療や介護のかたちなどについて、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点テーマの一つに掲げ、普及啓発や学びの場の整備などを進めていきます。

施策目標06 家族の負担が軽減されている

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いわれています。

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、①必要な介護サービスの確保を図るとともに、②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ことで、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進める観点から、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進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図ります。

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図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、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に担っている子どものことです。本来なら勉強や部活、友人との時間など、「子どもとしての時間」を過ごすことと引き換えに、家事や家族の世話をしていることがあります。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ケースが多く、また、家庭内の問題のため、人に言いづらいと感じ、表面化しづらいことが現状です。

【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。

市では、そういったヤングケアラーの発見と支援に向けて、本計画期間中に、現状調査や本人・保護者向け周知など、学校と連携した支援体制の構築を目指します。

現状

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。また、高齢者人口の増加に伴い、認知症の人は今後ますます増加することが予想されており、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、国では「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が相互に人格と個性を尊重しつつ支え合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進めていきます。また、認知症の人をはじめ、家族や地域住民といった、一人一人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)

- ・ 認知症を確実に防ぐ方法は現時点では存在しません。しかし、さまざまな研究から、生活習慣病の予防や適度な身体活動、人との関わりなど、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合わせてこれらの生活スタイルに関する発信を進めていきます。

★ 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)

- ・ 「認知症になったら終わり」など、認知症について過度に恐れる気持ちを持つ方は少なくありません。このことは、認知症当事者から周囲の方を遠ざけてしまう原因になるだけでなく、早期の相談や診断を妨げる要因になってしまいます。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進めます。

★ 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活かせる社会参加の機会創出を進めます。

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作るとともに本人発信の場の機会拡大を目指します。



認サポ写真

5-4 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図るとともに、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ともに暮らし続けられるまちづくりを目指します。

表 差し込み予定



八王子市認知症まるとガイドブック(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進めます。

5-7 ピアサポート活動(おれんじドアはちおうじ)

～本人による本人のためのもの忘れ相談～

認知症と診断前後で、これからのことを不安に感じている人や家族を対象に、先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。



コラム 八王子ケアラズカフェわたぼうしとは？

お茶を飲みながら、生活上のちょっとした気がかりや介護のこと、認知症のことなどについて思いや体験を語れ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、ぜひご活用ください。

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



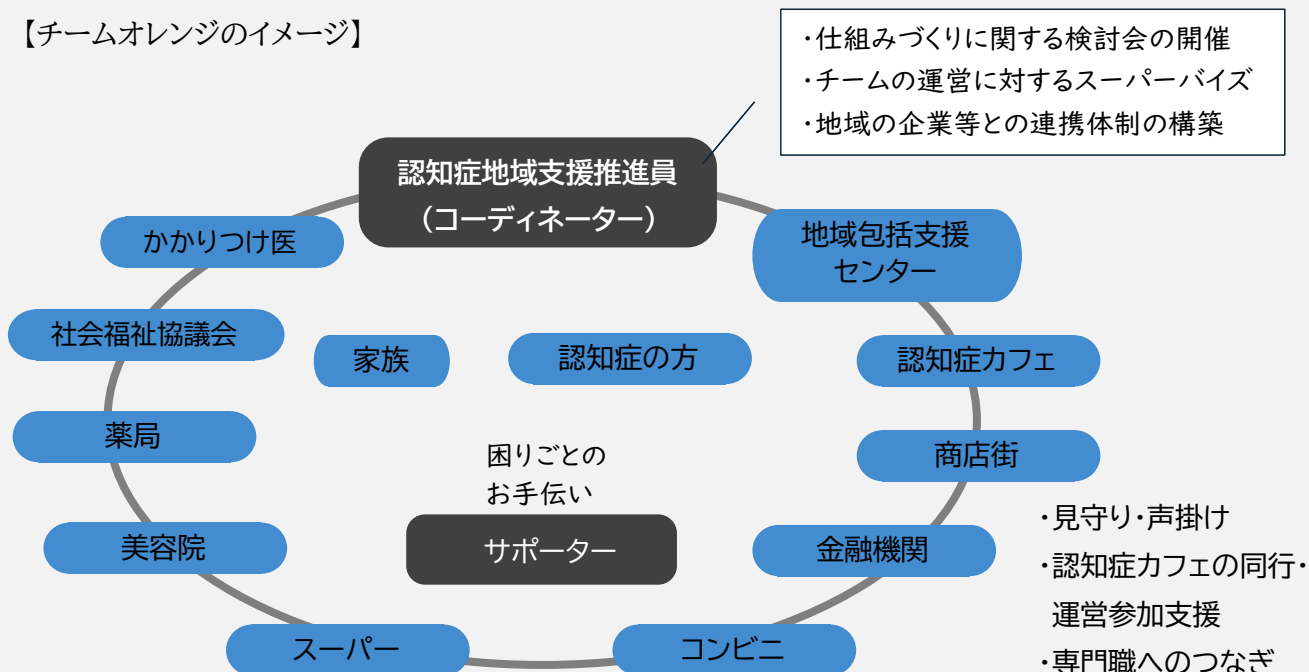
5-6、7 認知症の人の社会参加の機会創出と体制整備の充実

調整中

5-9 チームオレンジ

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作り、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。認知症の方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。9期計画中に21チームを目指し、すべ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】



5-12 BPSD ケアプログラム

介護現場における認知症ケアの質の向上を図るため、日本版BPSDケアプログラムを活用する参加事業所の募集、アドミニストレーター研修、フォローアップ研修等を開催し、ケアプログラムの普及を支援します。

コラム 認知症支援のコンシェルジュ「認知症地域支援推進員」にご相談を♪

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。認知症だから…は、特別なことはありません。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



現状

認知症、8050 問題※、ダブルケア※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(P●●)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図るとともに、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進めます。

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進めるべく、21のセンターを支援する「基幹型高齢者あんしん相談センター」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)
 - ・ 予防プランを委託できるケアマネジャーを確保するなど、高齢者あんしん相談センターの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。

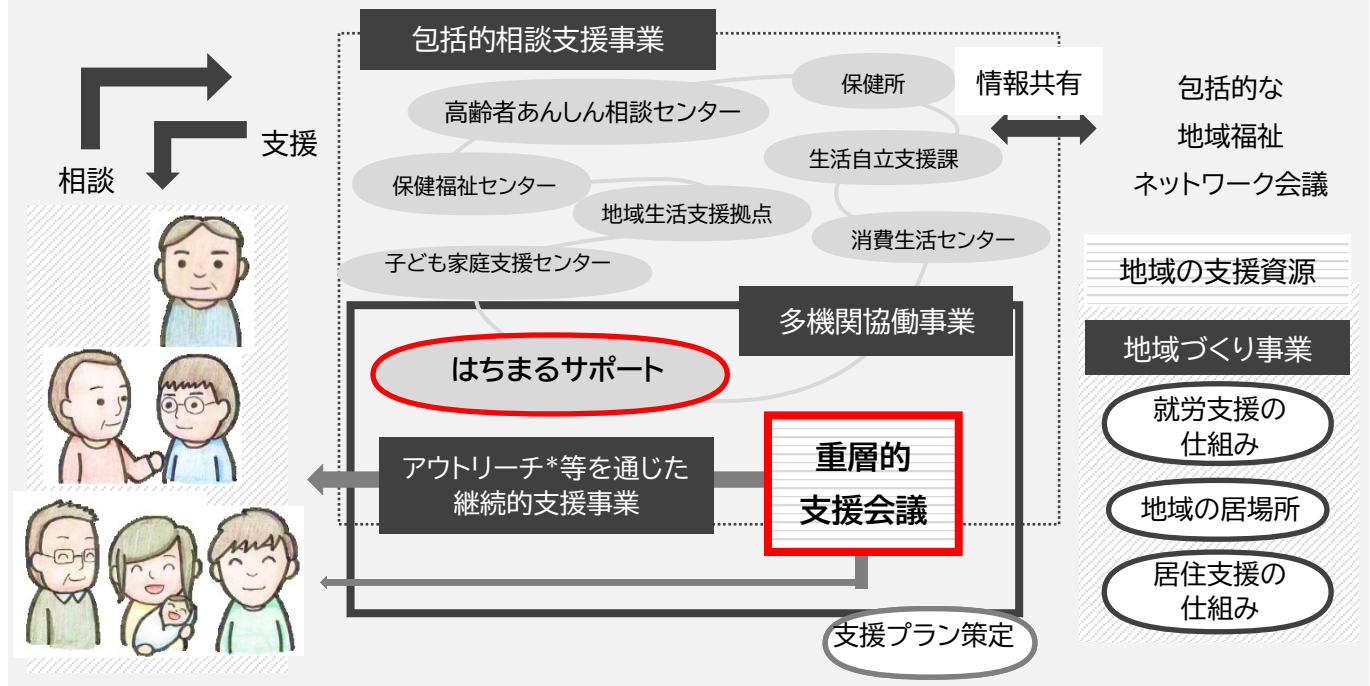
5-5 重層的支援体制整備事業の深化・推進

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窓口で、「包括的相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に提供する「はちまるサポート(八王子まるごとサポートセンター)」の機能を充実します。

また、分野を横断した包括的な支援体制を整備するため、多様な関係機関との連携を強化する「多機関協働事業」やコミュニティ・ソーシャルワーカーによるアウトリーチ支援(問題を抱えている方に福祉サービス

をつなげる、福祉の情報を地域に届ける等)など、福祉関係基幹機だけでなく、地域住民や事業者など、多様な主体で地域を支えていく体制を「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】



4-6、7 高齢者あんしん相談センターの体制充実と負荷軽減

● 高齢者人口等に応じた相談対応体制の強化

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、その圏域の「広さ」や「特性」などに応じて、センターへのランチ機能の追加などセンターの機能強化を図るとともに、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んでまいります。

● 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及び認知症地域支援推進員については、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。

● 成果連動報酬の9期中の試行導入

高齢者あんしん相談センターの取組と、それによって変化する圏域の状況など、課題解決に対応した成果指標を設定し、指標値の改善状況に連動して委託費を支払う成果連動型報酬を本計画期間中に試行導入します。役割の明確化と必要なコストへの地域包括ケアシステム構築の中核を担う高齢者あんしん相談センターの職員が十分に力を発揮できるようにすることを目指します。

● 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、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※の量も増大しており、その他業務を圧迫しています。介護予防ケアプランの作成を委託することができる居宅介護支

援事業所のケアマネジャーも、要介護1～5と認定された方に対するケアプラン作成対応に追われてしまい、高齢者あんしん相談センターがなかなか事業所に委託をできない状況となっています。

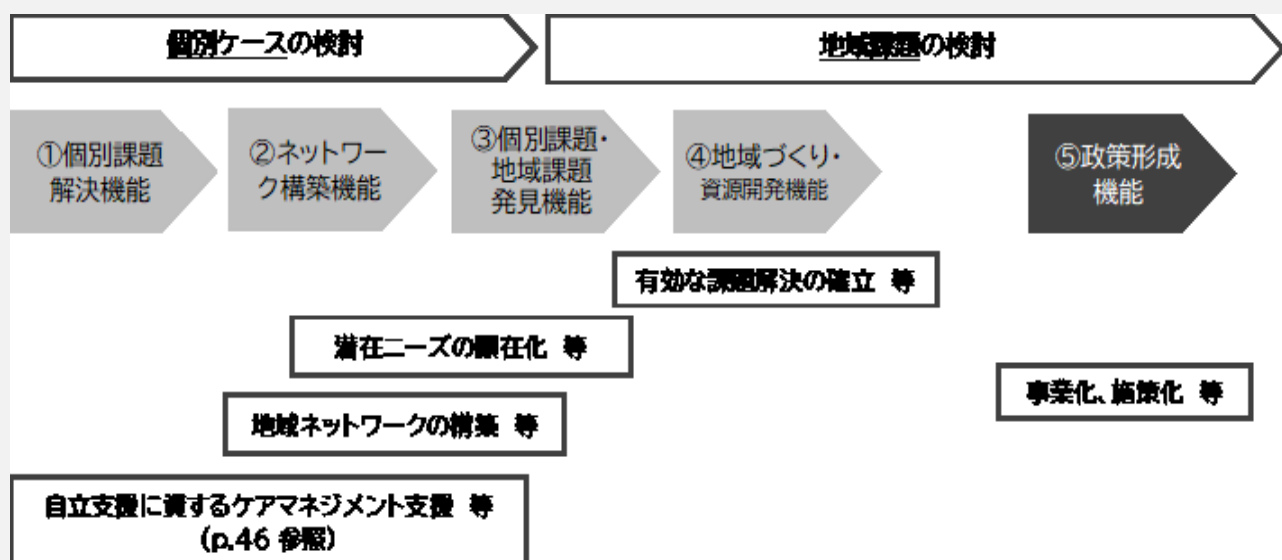
そのため、介護予防ケアプランを作成するための事業所指定や、ケアマネジャーの確保に向けた取組を実施することで、高齢者あんしん相談センター職員の業務量削減に取り組んでまいります。

5-3 地域ケア会議・地域ケア推進会議

地域ケア会議とは、高齢者の抱えるさまざま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

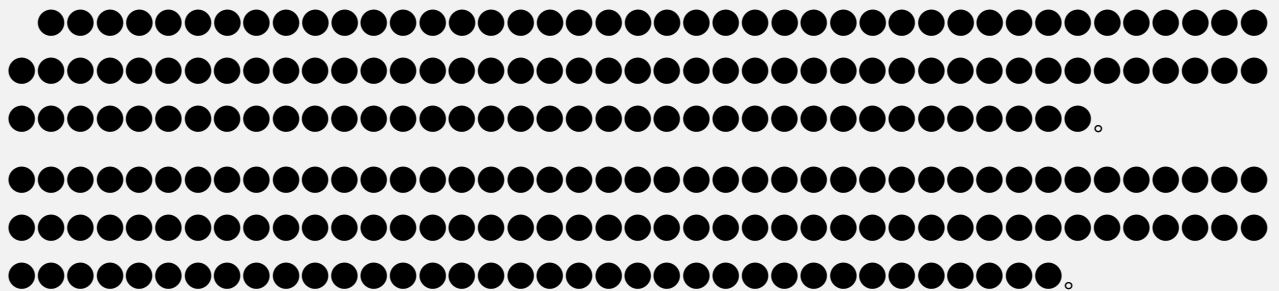


● 庁内業務体制の強化

地域包括ケア深化を強力に進めるため、重層的支援関連部署が連携する、(仮称)「地域ケア会議庁内連携会議」を設置し庁内の連携を強化していきます。

現在の組織体系と連携イメージのイラスト

● 基幹型地域包括支援センターの機能強化



高齢者虐待や支援困難高齢者への対応を、速やかに進めていくとともに、(仮称)「地域ケア会議庁内連携会議」を主導し地域包括ケア深化を強力に進めるため、体制強化を目指します。

基幹型包括による包括の支援や庁内の合議体との関連図

● 高齢者あんしん相談センターへのDX導入

●●●●●●●●、●●●●●●●●といった業務のDXについて検討を進め、センターの機能強化と負担軽減を目指します。

現状

高齢者や介護者の状況や望むことは一人ひとり異なっており、その困りごとにも介護・虐待・社会参加など多岐にわたります。

本市では、こうした困りごとの解決のため高齢者あんしん相談センターやはちまるサポート、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。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、相談窓口の場所・機能の一層の周知や、相談窓口への物理的・心理的な障壁を減らすことが必要です。

また、相談窓口が分からない高齢者が依然として多く存在するなかで、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、相談先で迷わないよう、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理解し、気軽な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図ります。
- ★ 地域全体で身近な高齢者を見守り、適切な支援先に繋ぐための体制の構築(3-3)
 - ・ 地域の見守りに関して、住民の理解増進を図り、“つなぎ手”を増やします。
 - ・ 困りごとの早期発見や適切な支援へのつながり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、場所や機能をより分かりやすく周知し、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) ●%

名称など	業務内容
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	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。
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	どこに相談したらよいか分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。
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)	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付けとして相談対応や見守りを行っています。
在宅医療相談窓口 運営：市(委託)	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。
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)	要介護や障害、認知症などにより、日常での判断能力が不十分な方への福祉サービスの利用、金銭管理の支援を行っています。また、成年後見制度における地域連携ネットワークの中核機関としての役割を担っています。

5-6 シルバーふらっと相談室等の相談窓口の設置

シルバーふらっと相談室は、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。

しかし、施策目標8で述べたように高齢者あんしん相談センターの機能強化・負担軽減が重要な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進めます。

5-9 地域の見守りに関する住民向け普及啓発

高齢者の見守りに対して地域の方々の理解の増進を図り、必要な高齢者が適切な支援先に繋がるよう、地域の見守りに関する住民向けの普及啓発を図ります。

また、第4期地域福祉計画で位置付ける“つなぎ手”にも働きかけ、より多くの地域住民が高齢者の異変に気づき、相談窓口につなぐことができる環境づくりを進めます。

現状

望む暮らしは人それぞれ異なり、抱える課題も千差万別です。そのため、望む暮らしと課題(実態)のギャップを埋めるための「支援」のあり方も、定型的な介護保険サービスの枠だけで全てカバーすることは困難です。健康づくり、買い物支援、外出支援、見守り・安否確認など、民間企業や地域住民など多様な主体と連携しながら、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くなっていることが重要です。

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。高齢者の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提供体制の整備・構築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 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(P●●)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関わりやすい体制を作ります。
- ・ 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進めています。

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、さまざま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」を活かせる地域を作っていくのが生活支援体制整備事業です。

そのため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。

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いく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、引き続き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、ケアマネジャーによって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】

写真掲載予定

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既存の市場サービスの「見える化」を目的とした「はちおうじ人生 100 年サポート企業登録制度」を実施し、高齢者が市場サービスを自ら選択し、利用できる環境を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

- 高齢者の運動をサポートする企業

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

- 高齢者の良好な栄養状態を保つことをサポートする企業

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

- 高齢者の社会参加を応援する企業

高齢者向け教室・セミナーの開催、会場提供など

- 高齢者の生活を支援する企業

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

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、2022年度のニーズ調査の結果(P.●参照)をみると、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、ほぼすべての活動類型について参加率が低下しています。

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※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めざします。

★ 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。

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。

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。



5-10

ICTを活用したジョブ・ボラマッチングに関する研究事業

本人の興味や能力、そしてライフスタイルに合わせて、仕事やボランティアなど役割のある活動(「ジョブ・ボラ」)をICTでマッチングする仕組みづくりに向けた実証実験をてくぽ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なか、地縁だけに頼らない新しい担い手づくりの手法としても期待されています。

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高齢者で働いています。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。



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、社会参加として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かたち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か
- ・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
「繋ぐ」
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
あわせた選択肢につなぐ
(多様な活動や参加)

コラム掲載予定

現状

令和3年(2013年)における八王子市の65歳平均障害期間(支援や介護を必要とするなど、健康上の問題で日常生活に制限のある期間)が、男性では1.4年、女性では3.05年。長い人生、いつまでも元気に過ごすためには「健康寿命」を延ばす必要があります。

「健康寿命」をのばすには、「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わかっています。本市では、楽しく、活動的になりつつ、自分の健康を自らの力で守れる力を身に着ける取り組み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り組みを行い、健康づくりに関心を高めます。(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り組みを実施します。

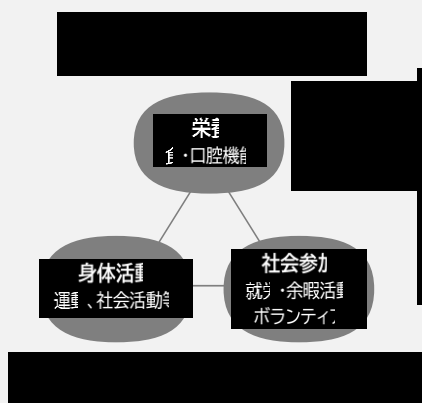
★ 効果の高い取り組みの実施と、フレイルを予防する生活習慣の獲得を目指します。(3-2～3-4)

- ・ 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り組みの実施

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、社会的つながりも薄くなる状態のことをフレイルといいます。フレイルは社会とのつながりを失うことが最初の入り口となることが多く、ドミノ倒しのように生活範囲、ところ、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にないように、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着け、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 1 月から開始しました。

健康づくりサポーター(介護予防に資する知識を有する市民ボランティア)が開催する、体操や運動、趣味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 てくポ(はちおうじてくてくポイント)

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。

八王子市では「無理なく」「楽しく」「いつまでも」を合言葉に、令和 3 年 10 月にてくポをスタートし、市民の皆様の健康づくりを応援しています。



5-8 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進めています。

獲得した広告収入はてくポのポイント原資に充てることで持続可能な事業実施につなげていきます。



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、心身の状態が躓きかけたときに、早期に把握し、早期に適切な支援を行う“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の実施と高リスク者へのアウトリーチを行い、早期把握・支援を行います。
 - ・ アセスメント※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自身の意思決定に基づき、“元気だったときの生活”や“望む暮らし”の再獲得を目指します。
 - ・ 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、社会参加に繋がるきっかけづくりや、自身の暮らしや健康の管理ができるようなサービスの提供を行います。

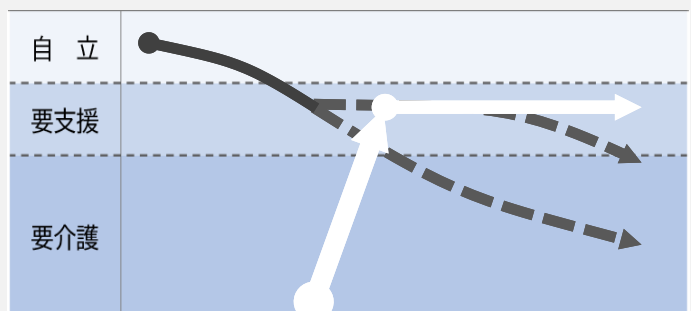
コラム

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は珍しいことではありません。しかし、このようなときに「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くと、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なおし行動すると、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年度から本格的なこの考え方を基にリエイブルメントサービス支援を実施しています。



4-4、5 入口の支援 ～対象者の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～

○ 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繋げるほか、中・低リスク者には、介護予防や社会参加に繋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。

4-7、8 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～

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)

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。



○ 食楽訪問

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、食事を楽しく・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。

一人一人の暮らしは、家族や友人を始め、地域の方々、民間企業等も含めて、多様な人や機関が関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。

写真またはイラスト

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繋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図ります。

★ 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、自立支援・重度化防止に向けた介護保険外サービスが適切に選択されるようにします。

コラム

本市が目指す「自立」とは

コラム掲載予定

3-2 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、ますます高齢化が進む中、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進めていきます。

- ・ 介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援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、主任介護支援専門員との協働による「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図ります。
- ・ 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、給付の適正化を図ります。

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進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、川崎市では平成26年度(2014年度)から、高齢者の要介護度の改善・維持などに対し報奨金や表彰等でインセンティブを付与する「かわさき健幸福寿プロジェクト」を実施しています。このプロジェクトにより、多くの参加事業所の職員のモチベーション向上や、利用者・家族の要介護度の改善・維持に対する意欲を向上させ、利用者の日常生活動作(ADL)に改善に繋げることができました。

[illegible]

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・内容に係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

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。

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。

この認定が適切に行われないと、その方に合った必要なサービスが利用できなくなってしまうます。例えば「要支援」の認定が出るべき方に「要介護」の認定が出てしまうと、施策目標 13(P●●)で取り上げた短期集中予防サービスが利用できず、もとの暮らしを取り戻す機会を失うことになりかねません。

要介護・要支援の認定は介護保険法と厚生労働省令にもとづき全国一律の基準で行われるべきものですが、本市には他自治体と比較して「①要支援1～要介護2の軽度者の割合が高い」「②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」「③二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」「④認定を受けてもサービスを利用しない方が多い」という状況が続いています。

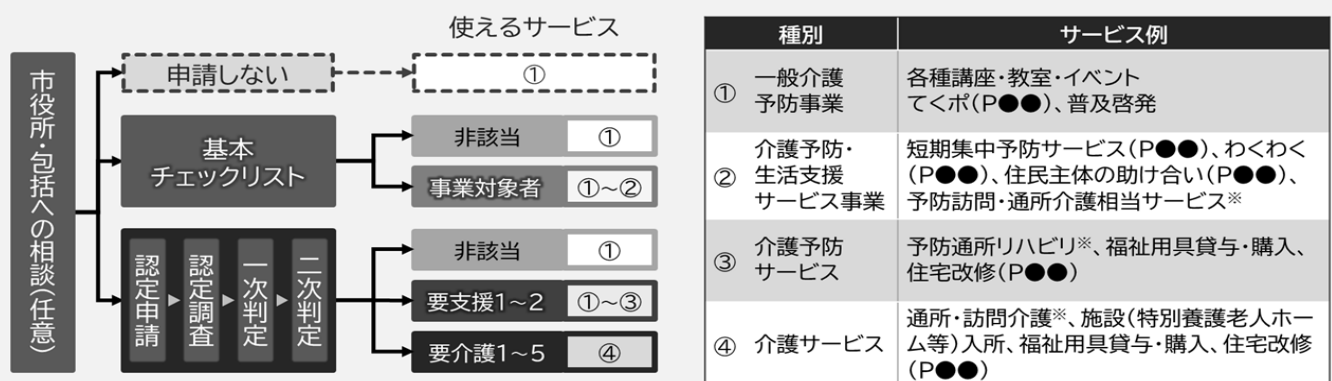
また、申請から判定までの期間はおよそ 30 日以内が目安とされていますが、申請件数が年々増加していることもあり、令和●年●月時点で、平均●●日を要している現状があります。

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※認定を積極的に活用していきます。
- ★ 認定の適正化
 - ・ 法令にもとづき、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・公開などの手段を講じます。
- ★ 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。

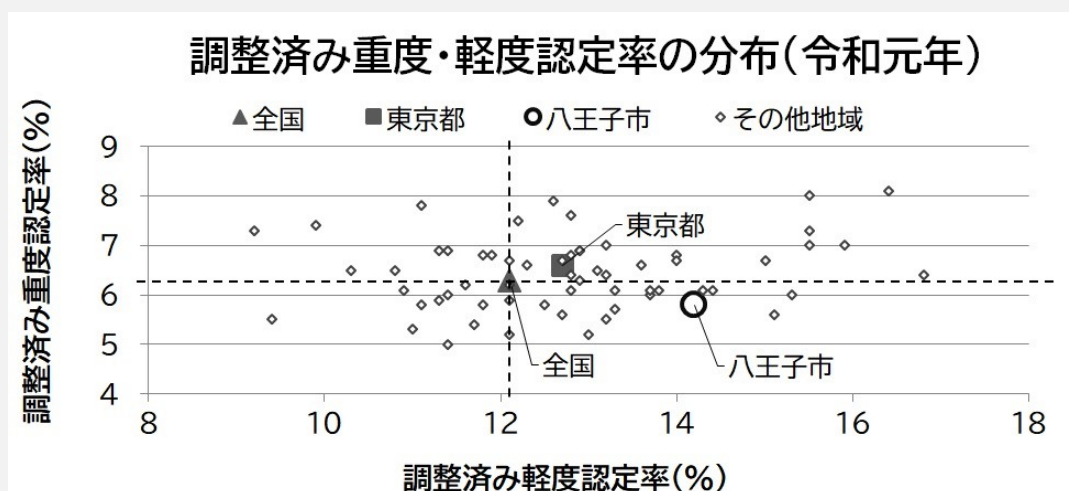
参考

認定の流れと使えるサービス



①要支援1～要介護2の軽度者の割合が高い

下の図は、全国の中核市について、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、全国の中核市や東京都平均と比べても「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わかります。

②「非該当」となる方が極端に少ない・③二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%	－
区・市平均	1.51%	－	13.8%	－	0.9%	－
八王子市	0.06%	49/49	29.9%	1/49	0.1%	43/49

④認定を受けてもサービスを利用しない方が多い

8期と同様、実利用率などのデータを掲載予定

現状

本市の独自推計では、今のままでは2040年には介護人材が2,222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、訪問系については、介護事業所調査の結果(P.●参照)にもあるとおり、10年、20年後まで働き続けるの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図るためには、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、センサー類や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図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

★ 介護に関わる労働力の確保(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進めます。
- ・ ICT化による業務の革新を進めます。

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の皆様に周知するほか、広報はちおうじ特集号で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。



広報はちおうじ特集号(R5.10.1)

参考：2022年度「はちおうじ市民意識調査結果」

作成中

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、介護人材の確保を図ります。



5-3、12 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図ります。

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、14、18 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図ります。

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

参考 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会取りまとめ概要

参考：社会保障審議会介護保険部会(第107回)【参考資料1-2】介護保険制度の見直しに関する参考資料

取りまとめで示された主な負担軽減策の方向性

① 指定申請・報酬請求・実地指導関連文書の国が定める標準様式例について

- 国が示している標準様式の使用が、地方公共団体にどの程度浸透しているのか確認のために調査を行うべきである。
- 指定申請等に係る文書の簡素化・標準化の取組を整理し、地方公共団体向けのガイドラインの作成を行うべきである。
- 標準様式例の使用を基本原則化するための取組として、介護保険法施行規則と告示に、標準様式について明記すること等の所要の法令上の措置を行うべきである。(施行時期：令和6年度)

② 簡素化や利便性向上に係る要望を提出できる専用の窓口について

- 専用窓口で受け付けた要望について、内容等を整理し、本専門委員会に報告を行い公表を行うべきである。
- 要望内容については、精査の上、必要に応じて本専門委員会での議論等を行うことや地方公共団体への助言等を行うべきである。
- 受付フォーマットや運営方法については、今後も随時検討を行うべきである。

③ 「電子申請・届出システム」について

- 手引きや操作手順書の作成等、円滑なシステムの運用開始へ向けた支援を行うべきである。
- 早期利用開始の地方公共団体に伴走支援を行い、好事例の横展開等により早期利用開始を促すべきである。
- 利用開始時期の意向調査の実施と調査結果の公表を行うべきである。
- 機能は地方公共団体等の意見等も踏まえて検討を行うべきである。
- システムの使用を基本原則化し、令和7年度までに全ての地方公共団体で利用開始するために、介護保険法施行規則にシステムについて明記する等の所要の法令上の措置を行うべきである。

④ 地域による独自ルールについて

- 地方公共団体における独自ルールの有無、内容を整理し公表を行うべきである。
- 専用の窓口に提出のあった要望の中で、独自ルールに関する要望を整理し公表を行うべきである。

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進めていく必要性は、ますます高まっています。

方向性

- ★ EBPM推進の前提として、データ活用基盤を確立するとともに、市の職員や関係者の意識と知識を高めていきます。
- ・ 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」を構築・活用します。
- ・ 職員のEBPMへの理解を深め、アウトカムを意識したコストパフォーマンス検証や、検証にもとづく事業の廃止や再構築、外部化を随時行うスタイルを定着させます。
- ★ データを基に市の進むべき方向性や施策の優先順位を柔軟・迅速に判断していきます。
- ・ 本計画で設定した指標を随時チェックしながら、計画で想定したロジックは正しかったか、漏れていた視点がないかを分析していきます。
- ・ 計画期間中でも、想定外の社会変化があった場合、データからロジックモデル・指標等を修正する必要性が確認できた場合などは、高齢者福祉専門分科会に諮ったうえで柔軟に対応します。
- ★ 個々の事業において、データを活用しながら費用対効果を高め、15万人の高齢者に対して「焼け石に水」にならない展開を目指します。
- ・ 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・予算でより高い効果を上げるための工夫を進めます。
- ・ 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。そのうえで、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外部化を検討します。
- ・ 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」

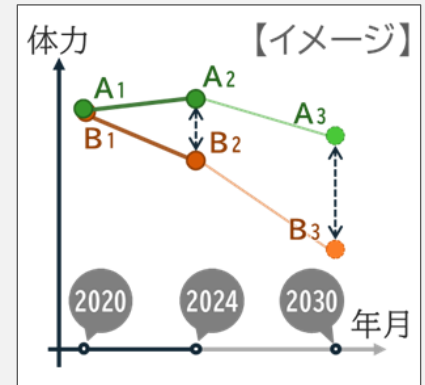
例えばある体操教室を2020年～2024年まで実施した場合、その介護予防効果を計測するためには、単に「(A)体操に通っている人」と「(B)高齢者全体」の体力を比べるだけでは不十分です。

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。

- ① 2020年の医療・介護データから、「体操に通っている人(A₁)」と「教室に通っておらず、年齢や体力がA₁と同じぐらいの人(B₁)」を抽出。
- ② 両グループの2024年現在のデータ(A₂・B₂)で体力等の変化を比較。
- ③ A₂・B₂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(A₃・B₃)を予測し、要介護率を推計。

令和6～7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、てくぽとの連動(P●●●)など、さまざま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

- 中長期的な介護・医療・リハビリ等の提供体制 【01-5-1】
- 医療・介護の連携・意識共有に向けた課題 【02-5-8】
- 在宅で介護を受ける方の入退院時の医療・介護連携における課題 【02-5-11】
- 在宅で介護を受ける方の急変時の医療・介護連携における課題 【02-5-12】
- 介護予防と住まいを連動させた市民向け情報発信における課題 【03-5-6】
- 政策間連携の強化(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など) 【03-5-8】
- 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 【05-5-8、5-12】
- 養護者による虐待があった際の養護者支援 【05-5-9】
- 介護事業所と地域のつながり強化 【05-5-14】
- 介護者の新たな交流手法や交流にあたっての課題 【06-5-6】
- 新たな認知症健診・相談イベントなどの検討 【07-5-6】
- 地域ケア会議・地域ケア推進会議の運営手法再構築 【08-5-6】
- 地域包括ケア深化を強力に進めるための体制整備 【08-5-8】
- 予防プラン事業所指定や総合相談委託 【08-5-12】
- 住民や民生委員等と地域の高齢者のつながり強化 【09-5-3】
- 通いの場における情報発信力強化 【09-5-5】
- 地域ケア会議における支援・サービスの検討、または抽出された課題を基にした地域資源づくり 【10-5-10】
- 介護施設等による地域貢献の促進に向けた検討 【10-5-12】
- 行政や包括のプロモーション力向上に向けた検討 【11-5-1】
- 孤食防止に向けた検討(誰でも食堂等の普及など) 【12-5-13】
- アウトカムに基づく新たな加算等の検討 【14-5-4】
- 効果分析・優良事業所の公表などに向けた検討 【14-5-5】
- 認定が条件となる補助制度についての検証 【15-5-1】
- ケアマネジャー確保に向けた検討 【16-5-5】
- 介護職員の負担軽減に向けた検討 【16-5-9】

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進み、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 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 介護保険外	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、新規整備は見込みません。

■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進み、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、新規整備は見込みません。

■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は見込みません。

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 年度見込み）

地域	日常生活圏域	広域型					地域密着型			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	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）※サテライト含む	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）		
		多従	ユニッ								
中央	旭町	1					1			2	2
	追分					1	1				1
	大横					1	1				1
	大和田					1	1				1
	子安						1			1	
	中野			2		2	1			1	1
	石川					3	2			5	1
	加住	3			1	3	2		1	1	2
部 西南	高尾		1				1			1	4
	館	1		1	1		2			1	3
	長房		1				2			1	1
	めじろ					1	2				
西部	恩方	4	3	2	1		1			1	2
	川口	2	2	1		2	1			2	2
	元八王子	1		1		1	2			1	3
	もとはち南	1				1	1			4	1
	由井		2			1	2		1	3	1
	長沼					1	2 (整備中含む)				2
部 東	堀之内	2				2	2			1	1
	南大沢	1		1		1	2		1	2	
	由木東					4	1				1
(現 合計)	施設数	16	9	8	3	25	31 (整備中含む)	0	3	27	30
		25									
	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

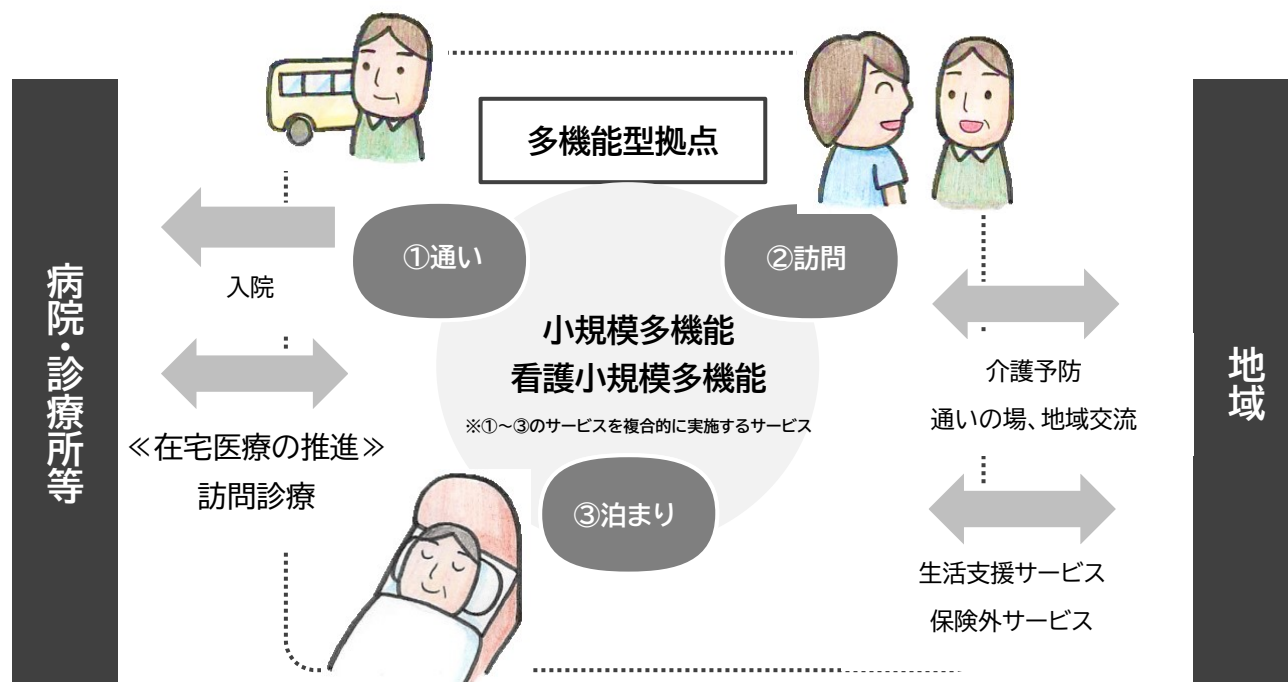
(1)小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を地域包括ケアの核に

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

厚生労働省の社会保障審議会において、介護保険制度の見直し案とし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)を組み合わせた、新しい複合型サービスの類型を設けることが検討されています。

このような複合型サービスについては、今後の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 年度見込み）

地域	日常生活圏域	訪問型		通所型		複合的サービス	
		※介護サテライト含む 定期巡回・随時対応型訪問看護	夜間対応型訪問介護	ス （認知症対応型通所介護）	を 含 む ※総合事業のみの実施事業所 （地域密着型デイサービス）	※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	
	石川	1			4	1	
	加住	1	1	1	4	1	1
部 西南	高尾	1			3	1	
	館			1	4	2	
	長房			1	3	1	
	めじろ	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	
	由井			1	6	2	
	長沼	1		3	5		1 (整備中)
部 東	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 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
		※訪問介護 サテライト含む	訪問入浴介護	※訪問看護 サテライト含む	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
	石川	4		1			5				2
	加住	1		2			2	1	5	1	2
部 西南	高尾	5	1	2			1		1		4
	館	12		2			4	1	2	2	8
	長房	6		1			3		1		5
	めじろ	8					3				6
部 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
	由井	12	1	5			4		2		4
	長沼	8	1	3			7				9
部 東	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 介護保険外サービス

施設数（令和 5 年度見込み）

地域	日常生活圏域	養護老人ホーム	軽費老人ホーム 及び生活支援ハウス	老人福祉センター (本市：保健福祉センター)	在宅介護支援センター
中央	旭町				
	追分				
	大横			(1)※	
	大和田				
	子安				
	中野				
	石川				
	加住				
部 西南	高尾	1		1	
	館				
	長房				
	めじろ				
西部	恩方	1			
	川口	3			
	元八王子				
	もとはち南				
	由井				
	長沼				
部 東	堀之内				
	南大沢			1	
	由木東				
合計(現状)		5	0	2 (3)	0
第 9 期整備目標 (公募予定数)		—	—	—	—

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

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の設定



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もとに、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

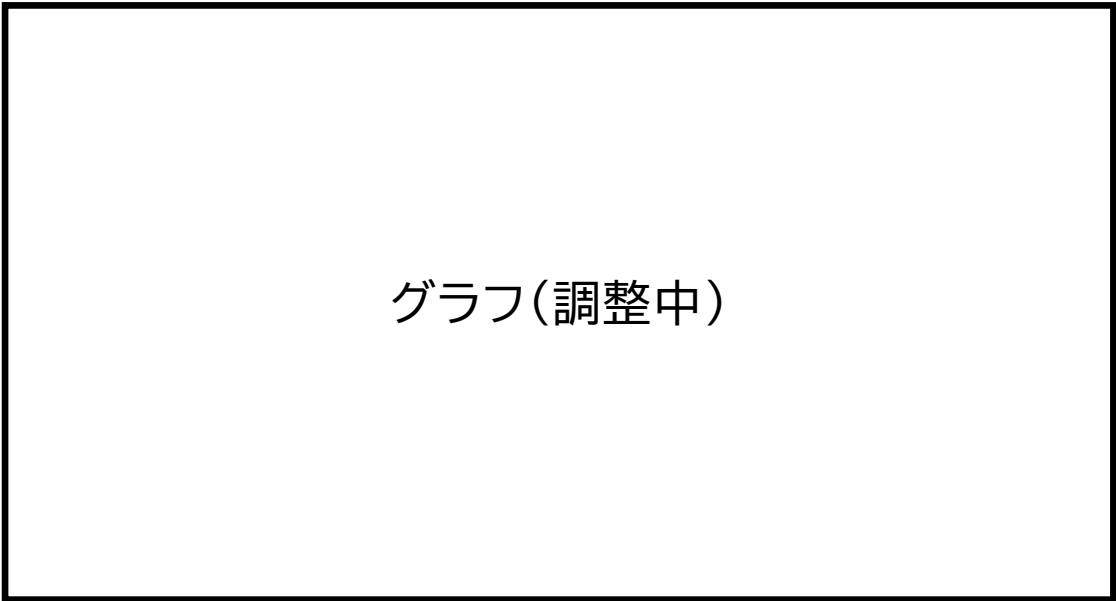
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス	調整中		
訪問介護			
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
住宅改修			
特定施設入居者生活介護			
居宅サービス計(小計)			
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活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

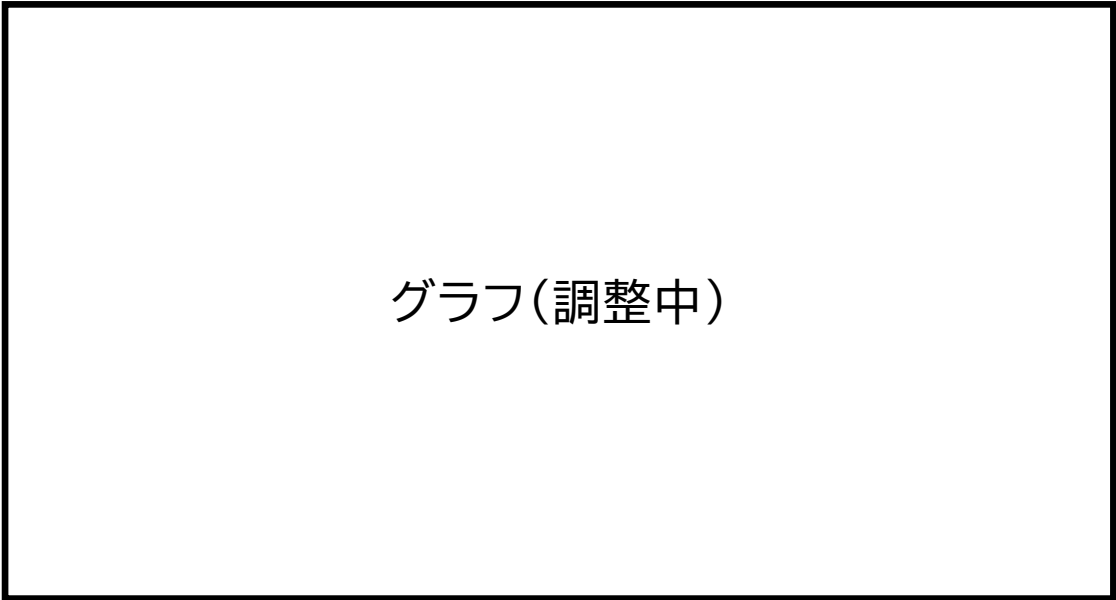


(2) 標準給付費*の見込み

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。

グラフ(調整中)

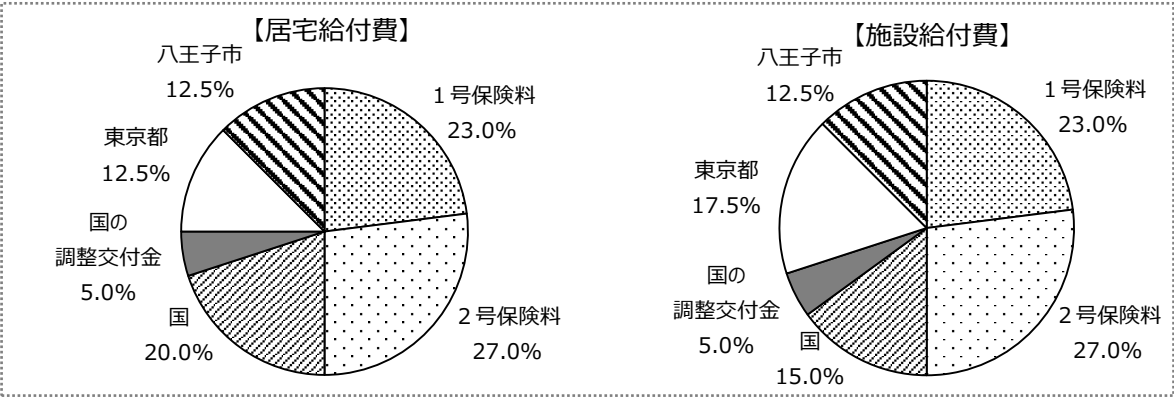
3

保険給付の財源

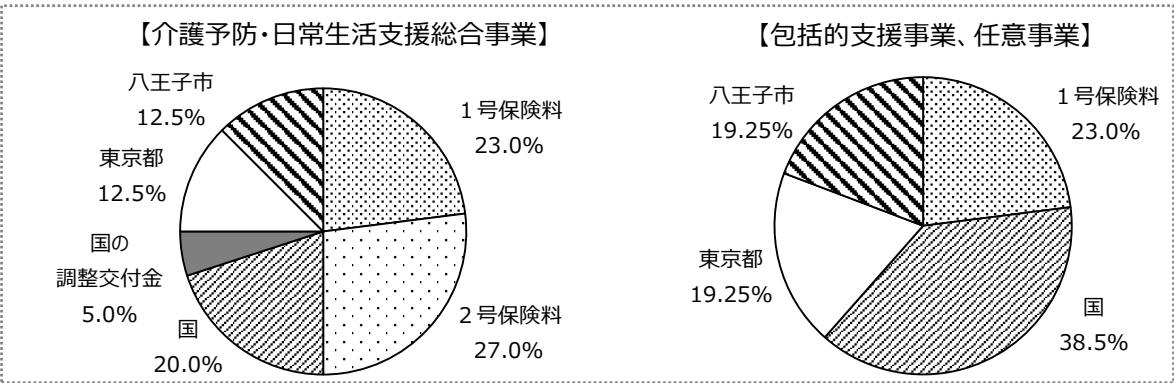
(1) 保険料負担割合

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5-1 介護費用の負担区分



図表5-2 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使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5-3 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を生じないよう、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(年額)
(●円)

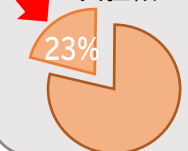
=

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5－4 第1号被保険者の所得段階別保険

調整中

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進めました。

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

(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

- ① 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。
- ② 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

- ① 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箇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。
- ② 第2次ヒアリング(令和5年(2023年)6月)
2・3箇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、ロジックモデルの見直しを行いました。

(4) パブリックコメント

本計画の素案を公表し、市民の皆様から幅広く意見を募りました。寄せられた意見や要望は、本計画策定の参考とさせていただきます。

実施期間：令和5年(2023年)12月15日～令和6年(2024年)1月15日

閲覧場所：市役所本庁舎や市民部事務所、市民センター等の窓口、ホームページ等

意見件数：●人から●件

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。特に、

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 として明確に位置付け、取り組み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もとに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、きめ細かい議論にもと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当たり、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」の策定に当たり、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ものと考えています。

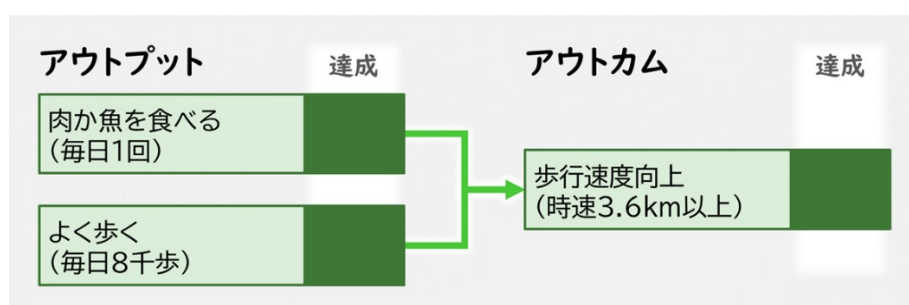
しかしながら、計画期間である3年の間「記載した取組を着実に実行する」だけでは不十分です。

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疑い、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① ～データに基づいて計画の論理構造も検証する～

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

【ロジックモデルのイメージ】

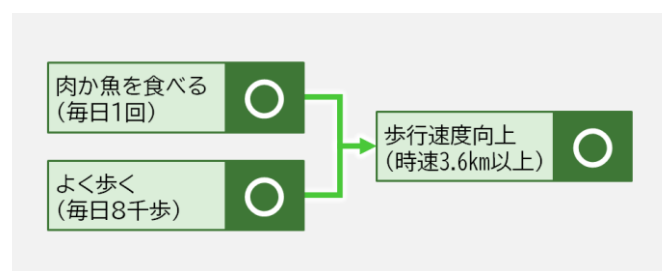


例えば、上の図のようにロジックモデルと指標・目標を設定し取り組みをすすめていくと、目標の達成状況は4つの組み合わせにパターン分けできます。

- ・ 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
- ・ アウトプット未達成 ・ アウトカム未達成

今後は、この組み合わせごとに、概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①・・・アウトプット目標もアウトカム目標も全て達成】



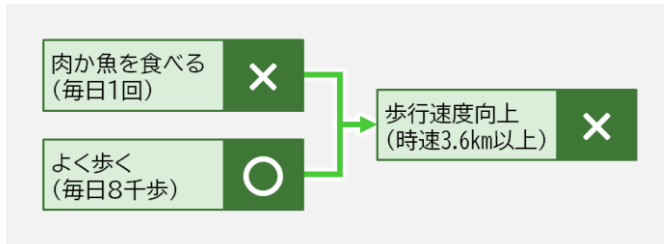
計画は順調に達成されたと評価できます。

次期計画では、目的の性質により

- ・ 達成による事業終了
- ・ 取り組みの継続
- ・ 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。

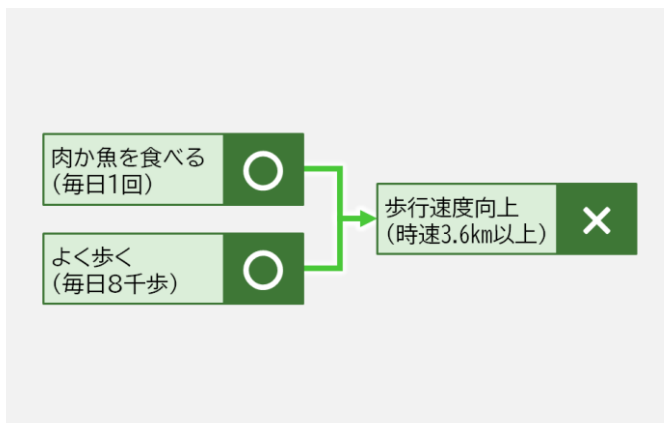
【パターン②…アウトプット目標が未達成で、アウトカム目標も未達成】



アウトプット目標を達成できなかったため、アウトカム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。

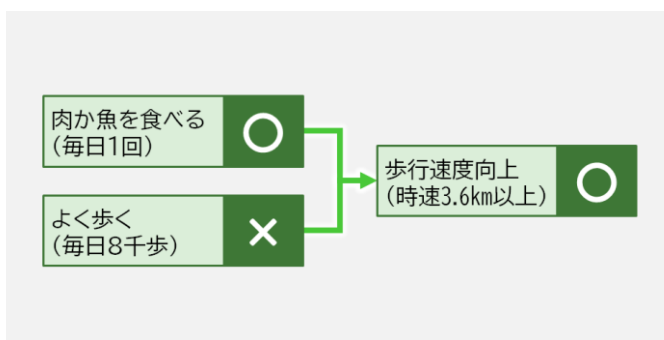
上記の2つのパターンは、いずれも「アウトプット目標を達成すればアウトカム目標が達成される」という想定と矛盾しないものです。しかし、現実には以下のように、計画の想定した因果関係と矛盾する結果が出る可能性もあります。

【パターン③…アウトプット目標を全て達成したのにアウトカム指標が達成されていない】



このような場合、そもそも計画に記載した取り組みが「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ません。
次期計画では、これらの検証にもとづくロジックモデルの修正が必要になります。

【パターン④…アウトプット目標を達成していないのにアウトカム指標が達成された】



このような場合、そもそも「よく歩く」とこと「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り組み(早歩きの実施や筋トレなど)がロジックモデルから漏れていたという可能性もあります。
次期計画では、これらの検証にもとづくロジックモデル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② ～素早い検証と見直しを重視～

市では、本計画にもとづき、計画に記載した取り組みを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且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さまざま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③ ～様々なデータからアウトカム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。