

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)



『誰もが安心と希望をもって歳を重ねられる、未来につながるまち』の実現に向けて

広い市域と多くの高齢者人口を抱える本市において、高齢者一人ひとりの望む生活を支えていくためには、行政や地域、そして高齢者自身が自らの力を十分に発揮できるための基盤づくりが重要となります。このため本市では、前期計画期間中、高齢者あんしん相談センターの移転複合化等による窓口の一元化や生活支援コーディネーターの全日常生活圏域への配置、スマートフォンを活用したポイント制度「てくポ」の始動や、望む暮らしの再獲得（リエイブルメント）に向けたサービスの本格開始など、様々な取組を推進してきました。

これらの取組が成果を上げる一方で、高齢者福祉に関わる課題は、依然として山積しています。特に、本計画の計画期間に含まれる令和7年（2025年）は、“団塊の世代”が後期高齢者になる年であり、介護や支援を要する方はますます増えていくと見込まれています。

必要なケアを必要とする人に確実に提供し続けていくためには、介護人材確保策の加速はもちろん、介護予防や民間・地域の力による支援体制の整備が欠かせません。そして、一人暮らし家庭や複合的な課題を抱えた家庭など、困っている方を孤立させないために、オール八王子のネットワークづくりも急務です。

こうした課題認識に基づき、本計画では、『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』を基本理念として掲げ、高齢者あんしん相談センターの機能強化と負担軽減、介護人材対策など8つの重要テーマについて、特に優先的な課題解決を目指します。これら幅広い課題に戦略的に立ち向かうため、計画の論理構造を徹底的に可視化した点も、本計画の大きな特徴です。一つ一つの取組が、基本理念とどのようにつながっているのかについて、「ロジックモデル（論理体系図）」として描くことで、データに基づく施策の検証と素早い軌道修正を可能にしていきます。

課題の解決にあたっては、行政として健康、医療、住宅等の様々な部門の力を結集していくことはもちろん、市民や専門職、企業など多様な主体が相互につながり、協力していくことが不可欠です。本計画が、本市の高齢者福祉に関わる様々な人々の拠り所となっていくことを期待します。

結びに、計画の策定にあたりまして、貴重な御意見をいただきました策定部会の皆様をはじめ、アンケート調査に御協力いただいた皆様、そして、パブリックコメントで御意見をお寄せいただいた多くの皆様に心より感謝申し上げます。

令和6年(2024年)3月

八王子市長 ^{しやけ}初宿 和夫



目次

第 1 章	計画の策定にあたって	1
1	計画策定の趣旨	2
2	計画の位置付け	2
3	計画期間	3
4	国の動向	4
5	計画と SDGs の関係	4
第 2 章	高齢者を取り巻く状況等	5
1	転換期を迎える本市の人口構造	6
2	増大が見込まれる見守り・支援のニーズ	7
3	サービス提供に必要な人材	9
4	日常生活圏域の状況	11
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 期計画の事業の成果と課題	17
3	第 8 期計画の指標の達成状況	22
4	各種調査結果の概要	23
第 4 章	計画の基本的な考え方	31
1	計画策定の方針	32
2	計画の基本理念と 3 つの柱	33
3	計画の構成	34
4	施策をまたぐ重要テーマ	37
第 5 章	施策の内容	41
本章の構成		41
施策目標ごとのロジックモデルと事業説明		
01	住み慣れた地域で、状態に応じた必要な介護サービス等が提供されている	42
02	医療と介護が一体的に提供され、在宅での生活が継続できている	46
03	高齢者が安心して暮らすことのできる住まいと住環境が整っている	50
04	高齢者の権利利益が擁護されている	54
05	認知症への理解と備えが広がり、認知症の人と共に尊厳と希望をもって暮らしている	58
06	家族の負担が軽減されている	64
07	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	68
08	高齢者や介護者の様々な困りごとが、身近な場所で安心して相談されている	74

09	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	78
10	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	82
11	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	86
12	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	90
13	サービスが効果的に提供され、利用者の状態改善や重度化防止につながっている	96
14	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	100
15	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	104
16	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	108

第 6 章	施設整備方針	112
1	計画期間中の施設整備方針	113
2	施設・居住系サービスの整備方針	114
3	主な在宅サービスの整備方針	116

第 7 章	介護保険事業の見込みと保険料	121
1	サービス利用量の見込み	122
2	保険給付費の見込み	124
3	保険給付の財源	128
4	第 9 期介護保険料の所得段階別設定	130
5	第 9 期介護保険料の基準額	131

第 8 章	計画の策定過程と推進体制	134
1	計画の策定過程	135
2	計画の推進体制	139
3	計画期間中の評価	140
4	第 10 期計画に向けた検証	141

資料編		144
1	日常生活圏域ごとの特徴と課題	145
2	第 8 期計画の成果指標の結果	156
3	地域福祉計画との連動	166
4	国の基本指針における「記載を充実すべき事項」	168
5	用語解説	170

第1章

計画の策定にあたって

-
- 1 計画策定の趣旨
 - 2 計画の位置付け
 - 3 計画期間
 - 4 国の動向
 - 5 計画とSDGsの関係
-

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歳を迎える年であり、高齢化がすすむ日本にとって一つのターニングポイントといわれています。また、令和22年(2040年)には、わが国の高齢者人口がピークに達し、生産年齢人口が急減すると推計されています。

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

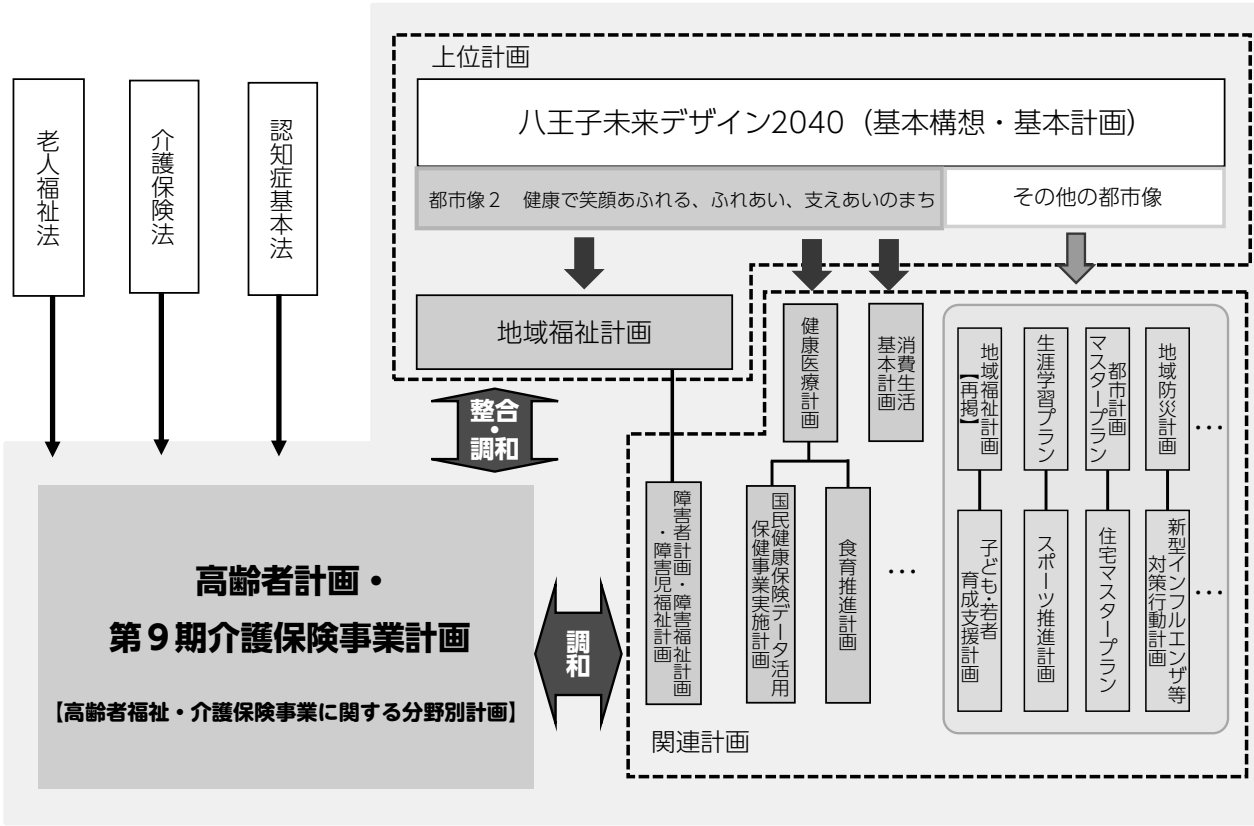


2 計画の位置付け

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」及び共生社会の実現を推進するための認知症基本法(P4)に規定される「市町村認知症施策推進計画」を一体的に策定したものです。

また、本計画は、「八王子未来デザイン2040」における都市像2「健康で笑顔あふれる、ふれあい、支えあいのまち」の実現に向けて策定した高齢者福祉・介護保険事業に関する分野別計画です。上位計画となる「第4期八王子市地域福祉計画」のほか、「八王子未来デザイン2040」に基づく様々な分野別計画と理念や施策の調和を保ちます。

図表1-1 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

	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	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9 年度	令和10 年度	令和11 年度
上位計画	八王子ビジョン2022					八王子未来デザイン2040（～令和12年度）						
	第3期地域福祉計画					第4期地域福祉計画						
	高齢者計画・ 第7期介護保険事業計画		高齢者計画・ 第8期介護保険事業計画			高齢者計画・ 第9期介護保険事業計画		高齢者計画・ 第10期介護保険事業計画				
	障害者計画・ 第5期障害福祉計画・ 障害児福祉計画		障害者計画・ 第6期障害福祉計画・ 第2期障害児福祉計画			障害者計画・第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画						
関連計画	第3期保健医療計画					健康医療計画						

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「4 国の基本指針における『記載を充実すべき事項』」(P168～169)をご覧ください。

- ・介護や医療を必要とする方が住み慣れた自宅で暮らし続ける選択が可能になるように、中長期的な視野でサービス提供基盤を整備すること。
- ・地域全体で支えあう共生社会の実現に向けて、介護予防・日常生活支援総合事業(P172)を効果的に活用すること。
- ・地域包括支援センター（高齢者あんしん相談センター）の負担軽減と質の確保をはかるとともに、属性や世代を問わない支援を検討すること。
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めること。
- ・処遇改善、人材育成支援、職場環境改善、外国人材の受入環境整備など、総合的な人材対策を実施すること。

(2)認知症基本法の成立

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

(3)孤独・孤立対策推進法の成立

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

5 計画とSDGsの関係

本計画は、SDGs(持続可能な開発目標)の17のゴールのうち特に関連が深い「1 貧困をなくそう」、「3 すべての人に健康と福祉を」、「8 働きがいも経済成長も」、「11 住み続けられるまちづくりを」、「17 パートナリーシップで目標を達成しよう」の達成に貢献するものです。

第2章 高齢者を取り巻く状況等

1 転換期を迎える本市の人口構造

2 増大が見込まれる見守り・支援のニーズ

3 サービス提供に必要な人材

4 日常生活圏域の状況

1 転換期を迎える本市の人口構造

(1)総人口、年齢別人口の推移

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

さらに、年齢別に見た人口についても、近いうちに2つの転換期が訪れることになります。

転換期① 2025年 ～後期高齢者が増加～

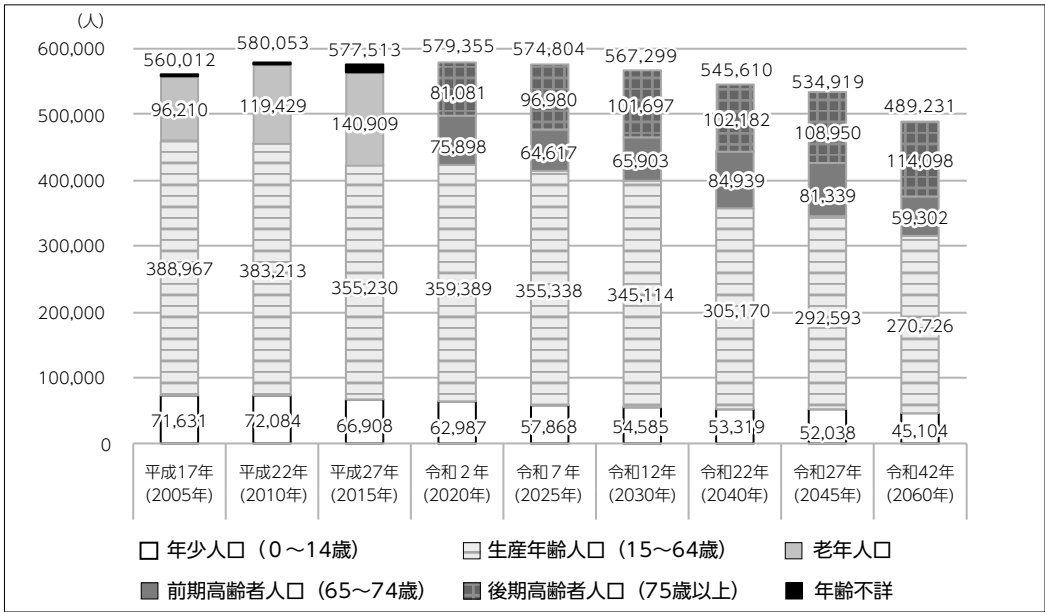
“団塊の世代”が75歳以上の後期高齢者となり、介護サービス需要の急増が見込まれています。

転換期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歳以上となり、老年人口のピークを迎える見込みです。

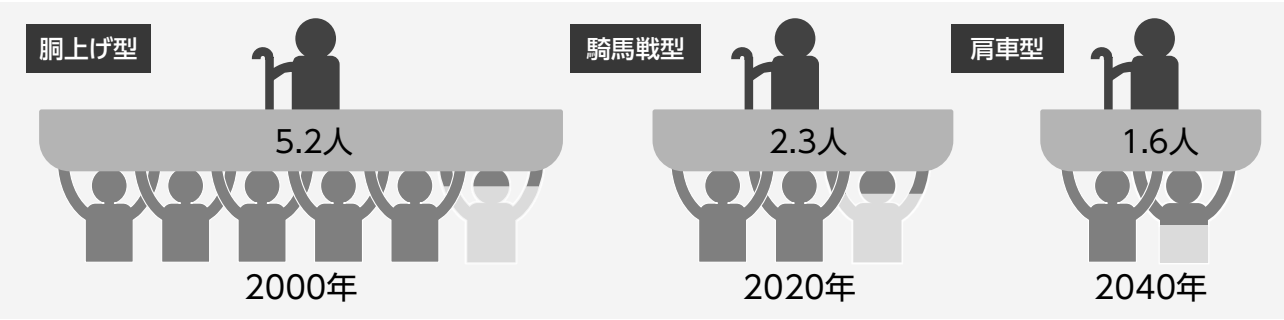
生産年齢人口が年々減少する中、この2つの転換期を乗り越え、介護サービスの提供体制をいかに維持するかが問題となります。

図表 2-1 総人口の推移・推計



【資料】八王子市人口ビジョン(令和5年(2023年)3月)

図表 2-2 高齢者1人あたりの生産年齢人口



2 増大が見込まれる見守り・支援のニーズ

(1)一人暮らし高齢者数の増加

一人暮らし高齢者数(75歳以上)は年々増加しており、令和12年(2030年)では、12,501人、令和32年(2050年)では、14,527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共に、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。

図表 2-3 一人暮らし後期高齢者数

	現状値	推計値	推計値	推計値
	令和4年度 (2022年度)	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)	令和32年度 (2050年度)
一人暮らし後期高齢者数	9,786	12,501	12,506	14,527

〔単位：人〕

【資料】 令和4年度は八王子市社会福祉協議会「令和4年度ひとりぐらし高齢者実態調査」による実績値。推計値は、八王子市人口ビジョンにおける75歳以上単独世帯の数をもとに以下のとおり推計しています。

- ・令和2年(2020年)の75歳以上単独世帯数と一人暮らし後期高齢者数から、単独世帯に占める一人暮らしの割合①を算出。
- ・各年の75歳以上単独世帯数に①を乗じて一人暮らし後期高齢者数を推計。

なお、人口ビジョンにおける「単独世帯」には、世帯(生計)が別の同居者がいる場合も含んでいるため、見守り等のニーズが特に高い「一人暮らし」とは分けて考えます。

(2)認知症高齢者数の増加

認知症高齢者数(要支援認定・要介護認定を受けた第1号被保険者のうち、日常生活自立度Ⅱa以上)は年々増加しており、令和5年(2023年)では、15,199人となっています。令和22年(2040年)に20,278人まで増加する見込みです。

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

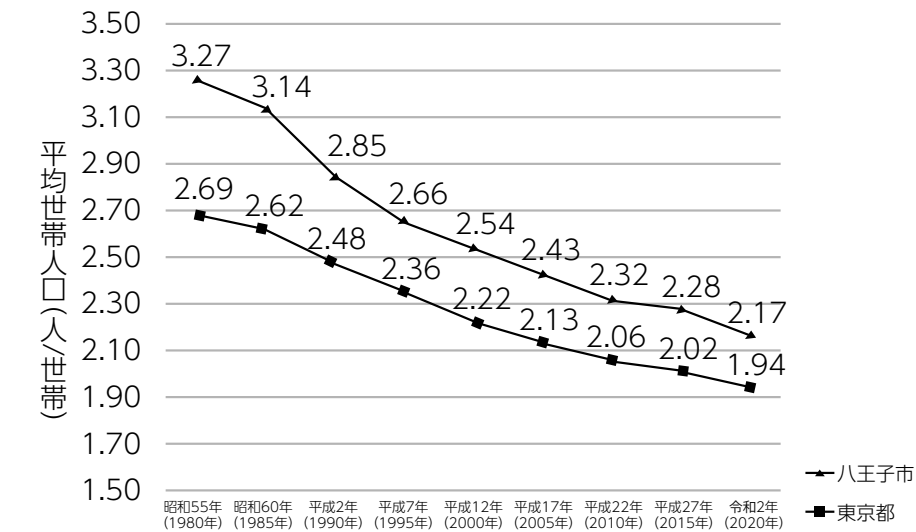
図表 2-4 認知症高齢者数

	現状値	推計値	推計値	推計値
	令和2年度 (2020年度)	令和5年度 (2023年度)	令和12年度 (2030年度)	令和22年度 (2040年度)
認知症高齢者数	14,445	15,199	17,115	20,278

【資料】福祉部介護保険課(各年度9月末時点)〔単位：人〕

(3) 家族の形の变化(世帯構成の傾向)

図表 2-5 世帯平均人口の推移(八王子市、東京都)



【資料】八王子市人口ビジョン(令和5年(2023年)3月)

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

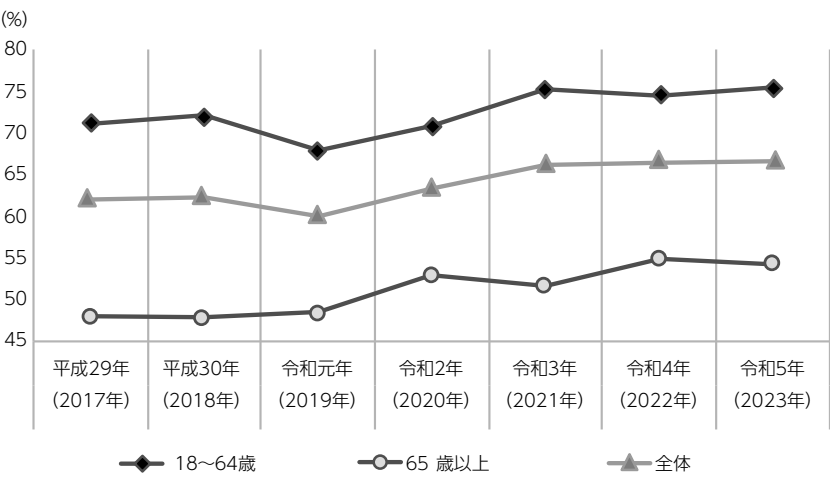
就労、子育て、介護などを少数で担うことは、介護離職やヤングケアラー、老々介護、8050問題、地域社会からの孤立など、様々な問題と関連します。

(4) 地域のつながりの変化

市政世論調査(平成29年～令和5年)において、「地域での交流・活動による充実感や生きがいを感じていない」または「地域と交流がない」と回答した人の割合は増加傾向にあります。

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

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



【資料】市政世論調査(平成29年～令和5年)

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

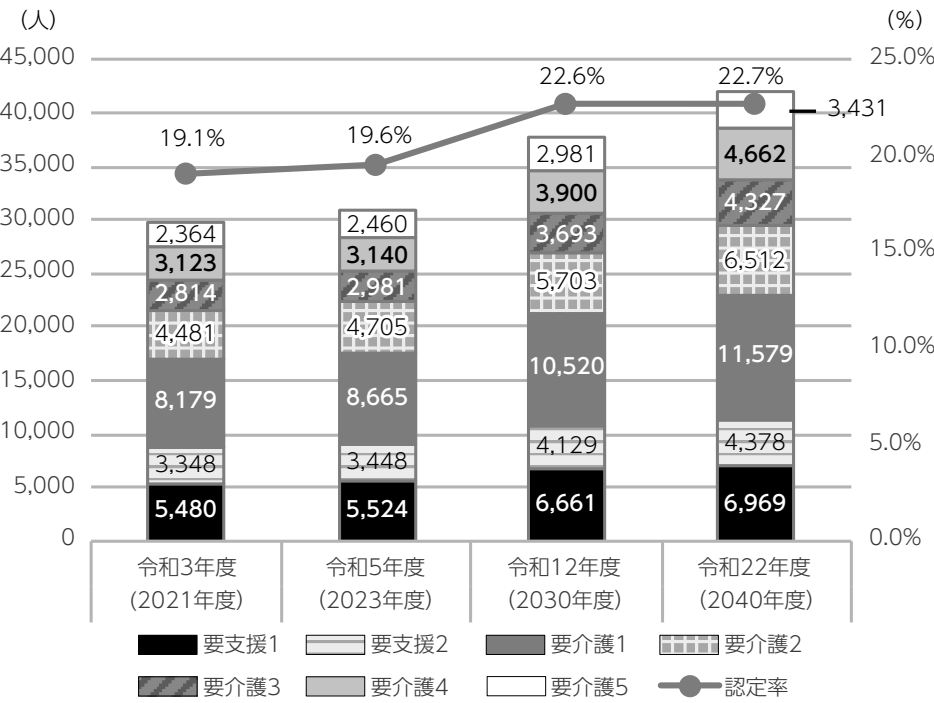
また、家族の形やつながりへの意識が今後ますます多様になる中、誰もが地域で安心して暮らしていける多様なサービスや、緩やかなつながりのあり方を検討していく必要があります。

3 サービス提供に必要な人材

(1) 介護需要の増加

本市の介護保険において、要支援認定または要介護認定を受けた方の数は年々増加しており、令和5年度(2023年度)では、30,923人となっています。

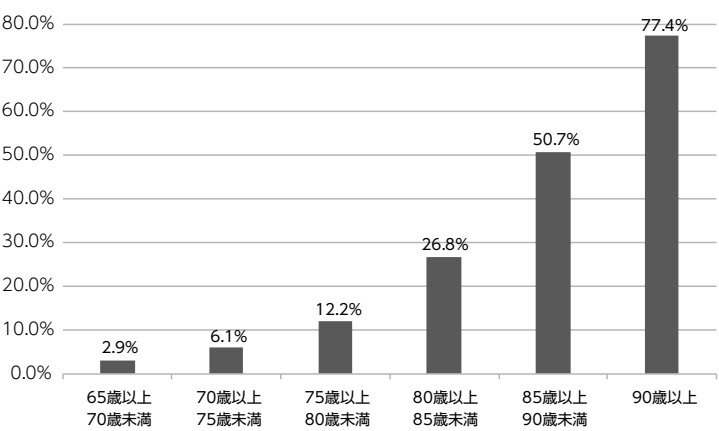
図表 2-7 要支援認定者・要介護認定者数



【資料】福祉部介護保険課(令和5年12月時点推計)

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」と呼んでいますが、例えば65歳と75歳では平均的な体力や要介護認定率は異なります。

図表 2-8 年齢階層別要介護認定率



【資料】福祉部介護保険課(令和5年9月末時点)

図表 2-8 は、年齢(5歳区分)ごとの要介護認定率をグラフにしたもので、このグラフから年齢を重ねるごとに要介護認定率が高まることが分かります。

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

図表 2－9 八王子市介護人材シミュレーション

(2)介護人材の不足

図表 2－9 は、令和 4 年（2022 年）の八王子市の事業所種別ごとの従業員数をもとに推計した八王子市での介護人材の需要と供給のシミュレーションです。

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

	2022	2030	2040
需要	6,695	9,856	11,162
供給	6,695	8,239	9,162
ギャップ	0	1,617	2,001

〔単位：人〕

【資料】福祉部高齢者いきいき課

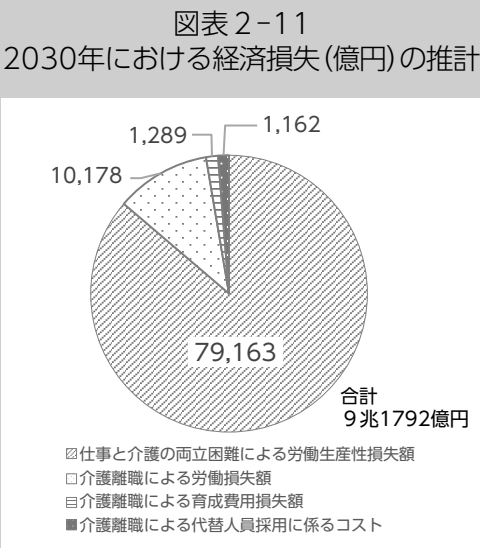
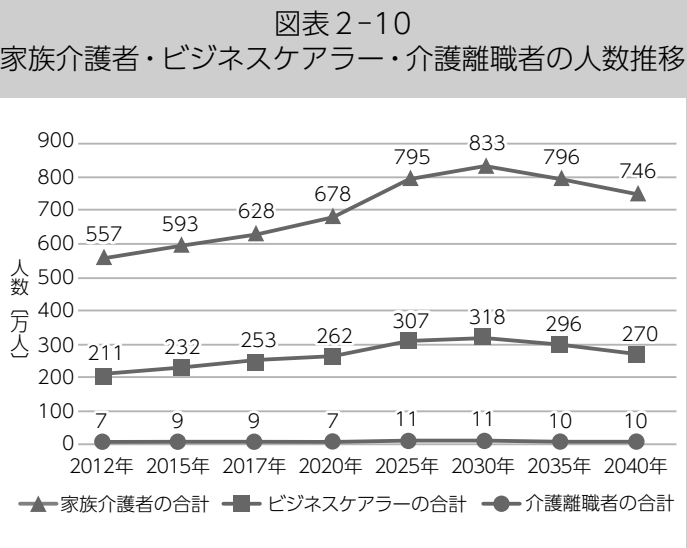
※本計画のサービス需要見込みと 1 年間の採用・離職数をもとに、採用・離職数がそれぞれ生産年齢人口に比例して変動すると仮定。

コラム：介護は高齢者やその家族だけの問題？ ～介護離職の経済的損失～

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

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

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



【出典】経済産業省ホームページ
(https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kaigo/kaigo.html)

4 日常生活圏域の状況

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

高齢者あんしん相談センターの役割などについての詳細は P 76 へ

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

図表 2－12 日常生活圏域の構成

6 地域区分	日常生活圏域	担当する地域	対応する中学校区※ 2	対応する民協・児童地区※ 2	対応する保健福祉センター※ 2
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	第五、第六、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	第四	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	第四、第六、第七	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、第一	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、第六	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	第二、ひよどり山、甲ノ原、檜原	第 5 地区	
北部	石川	高倉町、石川町、宇津木町、平町、小宮町、久保山町一丁目～二丁目、大谷町（一部を除く）、丸山町	第一、石川	第 7 地区	第 8 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、甲ノ原	第 8 地区	

6 地域 区分	日 常 生 活 圏 域	担 当 す る 地 域	対 応 す る 中 学 校 区※ ²	対 応 す る 民 協・ 児 童 地 区※ ²	対 応 す る 保 健 福 祉 セ ン タ ー※ ²
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
	寺田	櫛田町、館町、寺田町、大船町	館、櫛田	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、第四、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	第七、横山、櫛田	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	片倉	小比企町、片倉町、西片倉一丁目～三丁目、宇津貫町、みなみ野一丁目～六丁目、兵衛一丁目～二丁目、七国一丁目～六丁目、打越町の一部	由井、みなみ野、七国、中山	第16地区	
	長沼	北野町、打越町（一部を除く）、北野台一丁目～五丁目、長沼町、絹ヶ丘一丁目～三丁目	打越、中山	第17地区	
東部	堀之内	下柚木、下柚木二丁目～三丁目、上柚木、上柚木二丁目～三丁目、中山、越野、南陽台一丁目～三丁目、堀之内、堀之内二丁目～三丁目	由木、上柚木、別所、宮上、中山	第18地区	南大沢
	南大沢	鑓水、鑓水二丁目、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、鑓水	第20地区	
	由木東	東中野、大塚、鹿島、松が谷	由木、松が谷	第19地区	

※1 美山町に対応する民協・児童地区は、全て第9地区となります。

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

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

図表2-13 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 総人口	圏域内 高齢者	高齢者 割合（%）	圏域内 総人口	圏域内 高齢者	高齢者 割合（%）	圏域内 総人口	圏域内 高齢者	高齢者 割合（%）
中央	旭町	28,128	5,918	21.0%	29,557	6,209	21.0%	33,035	6,821	20.6%
	追分	15,049	4,021	26.7%	14,727	3,932	26.7%	14,869	3,906	26.3%
	大横	15,813	3,999	25.3%	17,387	4,283	24.6%	20,732	4,847	23.4%
	大和田	17,721	4,372	24.7%	17,599	4,770	27.1%	18,146	5,541	30.5%
	子安	26,867	6,623	24.7%	26,839	6,844	25.5%	27,904	7,359	26.4%
	中野	24,739	7,690	31.1%	23,684	7,373	31.1%	23,174	7,122	30.7%
北部	石川	32,612	8,746	26.8%	31,264	9,318	29.8%	30,650	10,464	34.1%
	左入	13,478	4,121	30.6%	12,742	3,921	30.8%	12,246	3,746	30.6%
西南部	高尾	26,842	7,850	29.2%	25,536	7,958	31.2%	24,761	8,326	33.6%
	寺田	28,020	8,521	30.4%	26,443	8,803	33.3%	25,348	9,461	37.3%
	長房	18,280	6,515	35.6%	17,312	6,336	36.6%	16,679	6,246	37.4%
	めじろ台	24,859	7,905	31.8%	24,770	7,810	31.5%	25,662	7,875	30.7%
西部	恩方	15,727	5,880	37.4%	14,137	5,674	40.1%	12,641	5,532	43.8%
	川口	28,747	9,148	31.8%	27,805	8,909	32.0%	27,607	8,799	31.9%
	元八王子	23,134	7,560	32.7%	21,984	7,490	34.1%	21,283	7,583	35.6%
東南部	もとはち南	27,158	8,978	33.1%	26,049	9,224	35.4%	25,556	9,834	38.5%
	片倉	45,162	9,100	20.1%	45,412	10,034	22.1%	47,660	11,836	24.8%
東部	長沼	37,129	11,652	31.4%	35,319	11,256	31.9%	34,243	10,990	32.1%
	堀之内	36,264	7,791	21.5%	36,161	9,230	25.5%	37,501	12,062	32.2%
東部	南大沢	54,280	13,473	24.8%	52,425	17,818	34.0%	51,944	27,250	52.5%
	由木東	20,904	5,691	27.2%	23,026	5,977	26.0%	27,527	6,577	23.9%
合計		560,913	155,554	27.7%	550,180	163,170	29.7%	529,145	182,175	34.4%

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

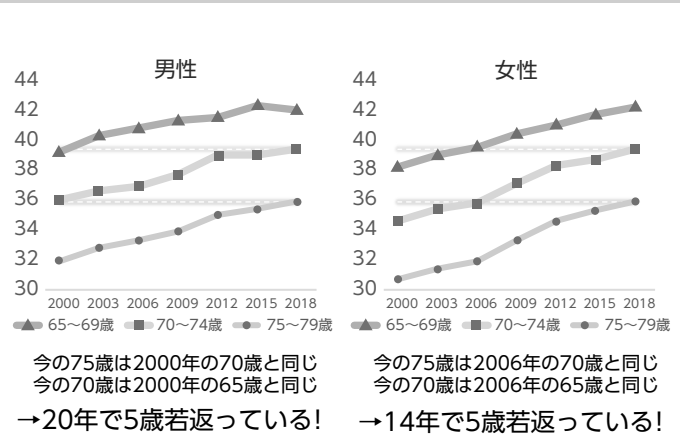
※ 令和12年・22年の圏域内人口及び高齢者人口は、令和2年9月の住民基本台帳人口に、人口ビジョンにおける令和2年から令和12・22年の伸び率を乗じて推計

※ 高齢者割合の網かけは、40%以上の圏域を示しています。

コラム：高齢者像のアップデート

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

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

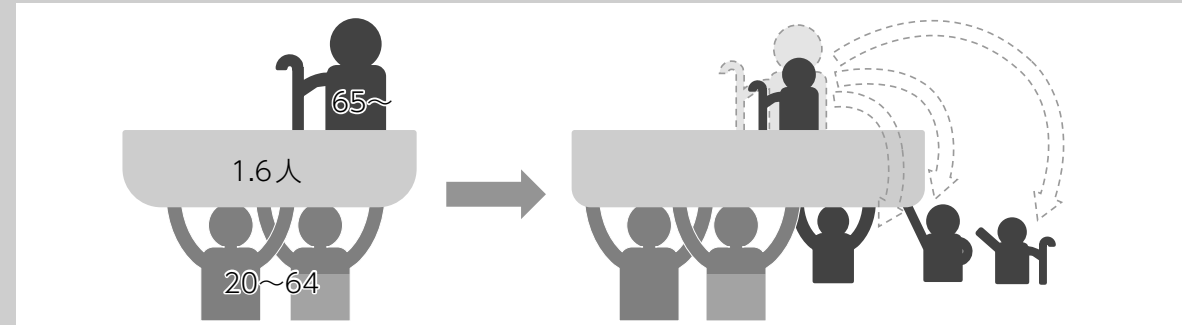


本計画では、古い常識にとらわれず、新たな高齢者像を前提に、新しい高齢社会をつくっていくことを目指します。

アップデート①

- × 高齢者は、社会に支えられる存在
- 高齢者こそ、これからの社会を支える主役！！

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



本計画でも、みなさんが楽しく・無理なく周囲の方や自分自身を支えていけるよう、様々な取組をすすめていきます。 ➡(参考)P82～89(施策目標10、11)

アップデート②

- × 加齢に伴う体力の低下は、元に戻らない一方通行
- 自信をもって取り組むことで元気は取り戻せる！！

本市では、「リエイブルメント」をキーワードにした介護予防の取組を推進しています。面談を中心とした気持ちや活動を後押しするプログラムによって、多くの方が自分らしい望む暮らしを取り戻しています。 ➡(参考)P90～95(施策目標12)

第3章

これまでの取組とデータから見る課題

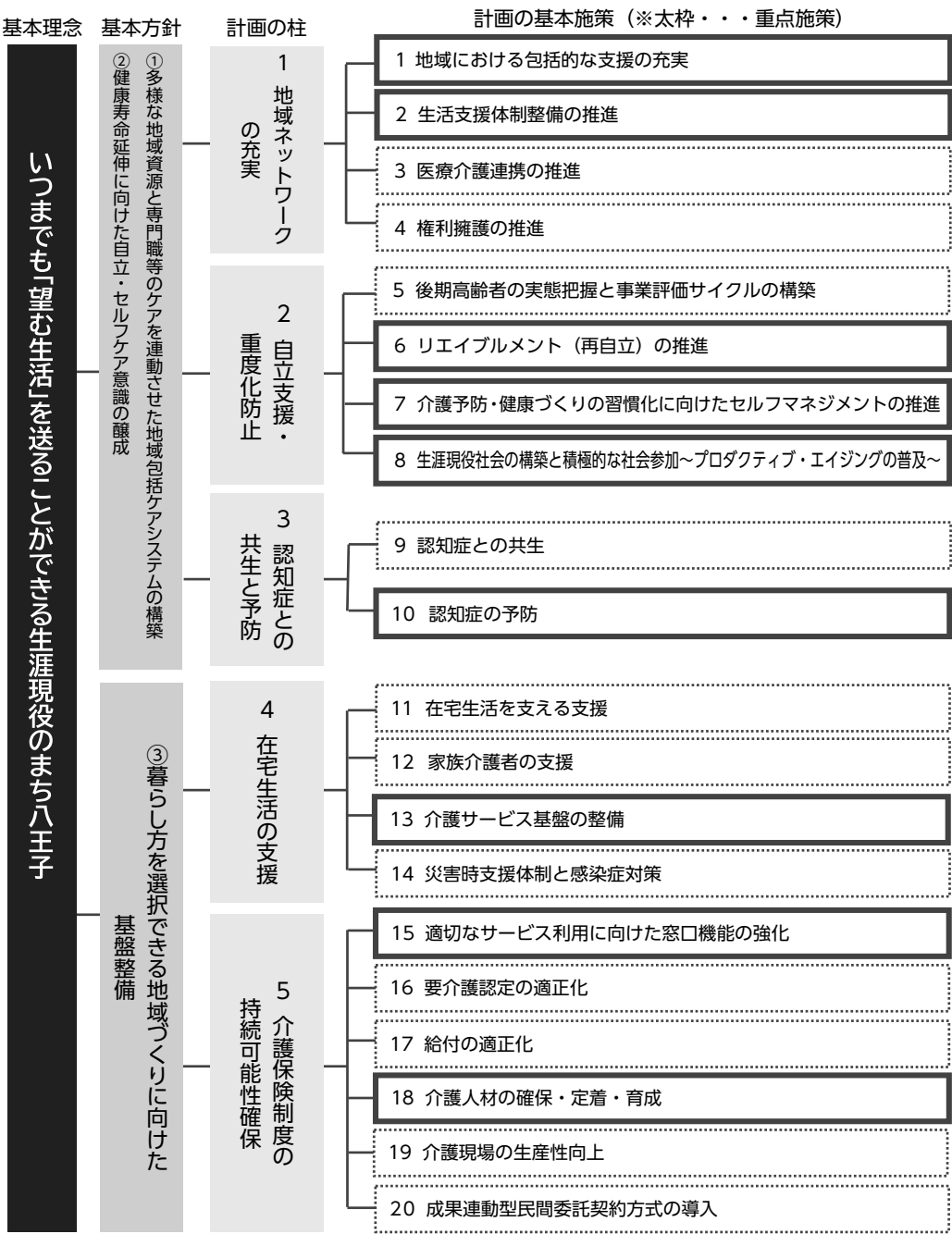
- 1 第8期計画の基本理念と体系
- 2 第8期計画の事業の成果と課題
- 3 第8期計画の指標の達成状況
- 4 各種調査結果の概要

1 第8期計画の基本理念と体系

第8期計画では、後期高齢者が急増する令和7年（2025年）と生産年齢人口が急減する令和22年（2040年）の双方を念頭に、目指すまちのビジョン（基本理念）として、「いつまでも『望む生活』を送ることができる生涯現役のまち八王子」を掲げました。

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

【第8期計画の施策の体系図】



2 第8期計画の事業の成果と課題

■地域ネットワークの充実

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

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

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

《主な活動指標（事業をどれだけ実施できたか）》

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

《主な成果指標（狙った効果をどれだけ達成できたか）》

目指す姿	評価指標	第8期現状値	第8期実績	目標値 (令和5年度)
包括的・継続的ケアマネジメントが実施されている (地域における連携・協働の体制づくり)	高齢者あんしん相談 センターの認知度	36.2%	36.8%	50.0%
医療職と介護職との連携が 円滑になり、在宅での生活 が継続できている	要介護認定者のうち 在宅介護を利用して いる人の割合	63.4%	64.3%	利用割合の 上昇

今後に向けて

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

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

■自立支援・重度化防止

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

- リエイブルメントに向けた核となる通所型短期集中予防サービス（通所型サービスC）を開始し、サービス利用者の56.7％に状態改善の効果が見られました。
- 通所型サービスBの提供の場として、新たに「八王子リエイブルメントセンター」を開設し、住民ボランティアを主体とした介護予防の取組を推進しました。
- コロナ禍において一人でも続けられる健康習慣づくりを応援するため、令和3年度（2021年度）からスマートフォンアプリを使ったポイント制度「てくポ」を開始しました。利用者数は令和5年（2023年）10月時点で約6,000人まで伸びており、利用者には歩行速度や認知機能の維持・向上が見られています。

≪主な活動指標（事業をどれだけ実施できたか）≫

主な事業	評価指標	第8期現状値 （令和2年度）	第8期実績 （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	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－	①6.8%	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－	②10.4%	②90%以上
てくポ	ICTを活用したセルフマネジメントツールの利用率	－	4%	10%

≪主な成果指標（狙った効果をどれだけ達成できたか）≫

目指す姿	評価指標	第8期現状値	第8期実績	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	81.0歳	平均年齢の上昇
多様な社会参加の場から高齢者が自らの選択に基づいて選べる環境が整っている	社会参加をしている高齢者の割合	67.0%	61.0%	割合の上昇

今後に向けて

- 通所型サービスCをはじめとしたリエイブルメントに向けたサービスの活用をさらに推しすすめるとともに、通所型サービスBや社会参加促進など、事業間の連携による相乗効果を出していく必要があります。
- てくポが市内約15万人の高齢者に対して十分といえる成果を出すためには、さらなる規模拡大やデータに基づく効果検証、民間企業との連携によるポイント原資獲得の仕組みづくりが求められます。
- コロナ禍による交流の減少からの回復をいち早くすすめる必要があります。

■認知症との共生と予防

- 認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進しました。
- 認知症に対する正しい知識と理解の促進をはかるため、「認知症サポーター養成講座」を実施したほか、八王子市認知症まるごとガイドブック（認知症ケアパス）等を活用し、認知症に関する普及啓発をすすめました。
- 認知症の人が社会参加を行う拠点を市内に3か所整備したほか、本人発信の支援を推進しました。
- 認知症の発症リスク軽減効果が確認されている「絵本の読み聞かせ」に注目し、読み聞かせ教室事業を開始しました。

≪主な活動指標（事業をどれだけ実施できたか）≫

主な事業	評価指標	第8期現状値 （令和2年度）	第8期実績 （令和5年度見込み）	目標値 （令和5年度）
認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成講座の受講者数	42,000人	49,500人	45,000人
認知症の介護者への支援	認知症家族会運営支援数	21団体	23団体	24団体
認知症高齢者等社会参加活動体制整備事業の実施	認知症高齢者等社会参加活動体制整備事業活動箇所数	0か所	3か所	3か所

≪主な成果指標（狙った効果をどれだけ達成できたか）≫

目指す姿	評価指標	第8期現状値	第8期実績	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%	【一般高齢者】59.6% 【要支援・要介護認定者】66.1%	割合の上昇
認知症を予防したり、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%	43.2%	割合の低下

今後に向けて

- 認知症の人が発症前から参加していた場に引き続き参加するためには、本人の希望を話し合える場や地域住民の認知症に対する正しい理解、サポーターの存在などが必要であり、「これまでどおりの自分らしい暮らし」を継続できる環境づくりが課題になっています。
- 認知症予防の観点では、限られた資源で多くの高齢者のリスク軽減につなげていく事業が必要になります。

■在宅生活の支援

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

- 移動支援を行う団体への補助や運転ボランティア講習により、新たに移動支援を行う団体を増やしました。
- 家族介護者の負担軽減に向け、認知症家族会の開催を支援したほか、「仕事と介護の両立のための相談会」を開催し、家族介護者の負担・不安解消に資する機会を創出しました。
- 在宅生活を支える介護保険サービスの核として、(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の整備を促進し、新たに4事業所を整備しました。

《主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)》

主な事業	評価指標	第8期現状値 (令和2年度)	第8期実績 (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 (住民主体による訪問型サービス) ②運転ボランティアの数(講座の受講者)	①6団体 ②ー	①23団体 ②23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 ※整備見込み含む	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	第8期現状値	第8期実績	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%	【一般高齢者】13.8% 【要支援・要介護認定者】61.1%	【一般高齢者】割合の低下 【要支援・要介護認定者】割合の低下
在宅介護を支えるサービスが充足し、在宅介護を受ける人が増えている	地域密着型サービス受給者割合	16.0%	14.9%	割合の上昇

今後に向けて

- 住民団体による移動支援のさらなる拡大のほか、民間企業など新たな主体による移動支援など、多面的な検討が必要です。
- 市内全域で要介護者が安心して在宅生活を継続できるよう、先を見据えながら、さらなるサービス提供体制整備に努めていく必要があります。

■介護保険制度の持続可能性確保

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

- 認定・給付の適正化に向けて、認定資料やサービス報酬にかかる請求関連資料の点検を実施するとともに、住宅改修、福祉用具の貸与・購入について、申請内容の審査を適切に行いました。
- また、ケアマネジャーの職能団体である八王子介護支援専門員連絡協議会(八介連)と連携し、地域のケアマネジャーのレベルアップに向けた研修を行いました。
- ケアプラン点検の実施にあたり主任ケアマネジャーと協働したほか、市独自の「ケアマネジャーガイドライン」を作成・配布するなど、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの普及を促進しました。
- 介護の資格を取得した方への補助や、人材育成・マッチング事業の実施、広報特集号による介護の仕事の魅力発信、外国人向けの介護のための日本語教室など、様々な事業を実施しました。
- 生産性向上に向けて、事業所によるデジタル機器導入への独自の補助制度を創設しました。
- 令和5年度(2023年度)から、生産性の向上や離職防止、収支改善など介護事業所の経営にかかわる課題解決を伴走支援する「経営課題解決支援事業」を開始しました。

《主な活動指標(事業をどれだけ実施できたか)》

主な事業	評価指標	第8期現状値 (令和2年度)	第8期実績 (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 ※応募多数により抽選のうえ支援者を決定	①55人/年 ②58人/年 ③34人/年	①70人/年 ②50人/年 ③50人/年
ケアマネジャー研修の実施	研修受講者数	延1,800人/年	延2,000人/年	延2,000人/年

《主な成果指標(狙った効果をどれだけ達成できたか)》

目指す姿	評価指標	第8期現状値	第8期実績	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%	61.5%	割合の低下
ケアマネジメントが適切に行われている	-	-	-	-

今後に向けて

- 認定・給付の適正化については、定量的な成果指標の設定により、効果検証や事業のさらなるレベルアップをはかっていくことが重要です。
- 介護人材の不足感については一定の改善が見られたものの、人口構造の変化を考えれば需給ギャップは今後ますます深刻化すると予想されており、さらに実効性を高めて取組をすすめていく必要があります。

3 第8期計画の指標の達成状況

(1)活動指標の達成状況

評価が「達成できた」、「おおむね達成できた」と評価した取組が79事業と全体の約87%を占めており、全体としてはおおむね順調だといえます。

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

計画の柱	◎	○	△	×
1. 地域ネットワークの充実	15	5	2	0
2. 自立支援・重度化防止	2	14	3	0
3. 認知症との共生と予防	5	4	0	0
4. 在宅生活の支援	8	12	1	0
5. 介護保険制度の持続可能性確保	5	9	6	0
合計	35	44	12	0

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

(2)成果指標の達成状況

目標を「達成できた」と評価できる指標は全体の約41.0%となっています。

計画の柱	達成	未達成	目標値なし
1. 地域ネットワークの充実	1	4	11
2. 自立支援・重度化防止	3	8	0
3. 認知症との共生と予防	3	4	3
4. 在宅生活の支援	6	4	4
5. 介護保険制度の持続可能性確保	3	3	4
合計	16	23	22

(3)最終成果

健康寿命は、男性が81.55歳から81.76歳、女性が82.46歳から82.76歳と、男女共に伸びています。介護保険サービスの利用満足度は、81.2%から94.8%と上昇しています。

目指す姿	評価指標	第8期現状値	第8期実績	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	【男性】81.76 歳 【女性】82.76 歳	設定なし
	介護保険サービスの利用満足度	81.2% (※)	94.8%	

※第8期計画では、現状値を「62.4%」としていましたが、これは調査対象者(在宅要介護・要支援者)全体の中でサービスに満足と答えた方の割合を算出したもので、サービス利用率の増減によって変動してしまうため、サービス利用者を分母に、満足と答えた方を分子にして再算出しています。(巻末資料編も同様)

(4)総合的な評価

第8期計画では、令和7年(2025年)や令和22年(2040年)を意識し、生活支援コーディネーターの圏域ごとの設置や、はちまるサポートの開設、リエイブルメントに向けた一連のサービス開始などを着実にすすめました。これらの成果について、取組の中で見えてきた課題を解決しながらさらに発展させていくことが求められます。

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

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

4 各種調査結果の概要

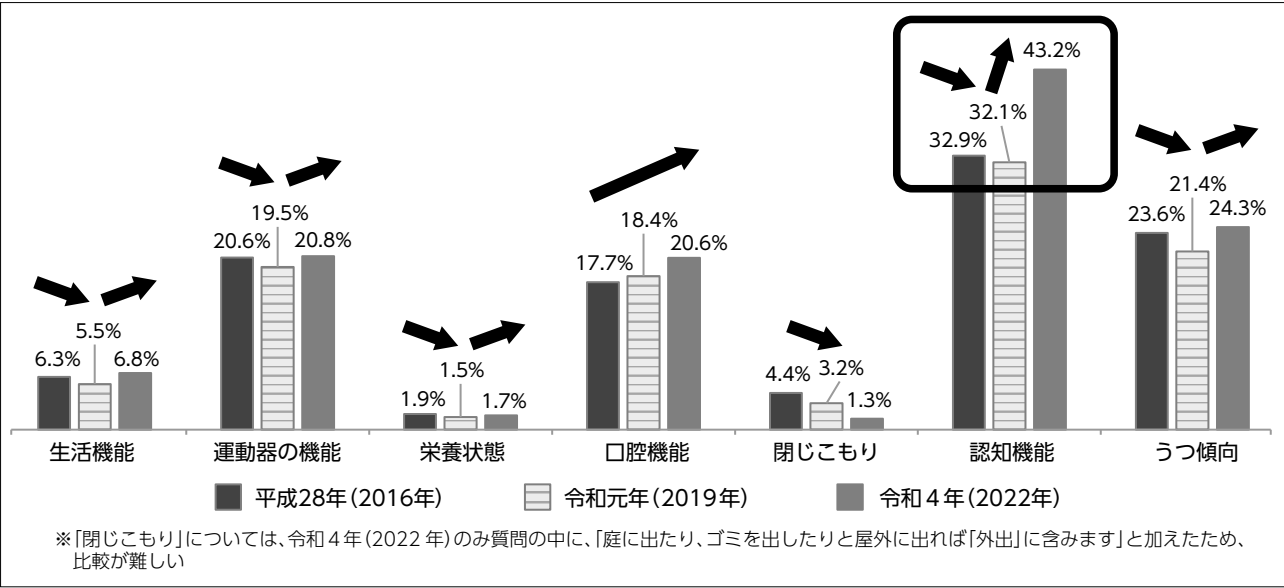
本計画の策定にあたって、下記の7つの調査を実施しました。

調査名	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を調査	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を続けるためのサービスのあり方を考えるため、生活の状況や課題を調査	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調査	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を調査 ・利用者が住み慣れた場所で暮らし続けるための課題を調査	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を調査	令和5年 7月	663人 (33.2%)
⑥高齢者あんしん相談センター職員調査	高齢者あんしん相談センターの職員198人	高齢者あんしん相談センター職員の意識等を調査	令和5年 10～11月	135人 (68.2%)
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うち日常生活自立度IIa以上の方360人	認知症高齢者の幸福感・安心感等を調査	令和5年 8～10月	121人 (33.6%)

(1)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

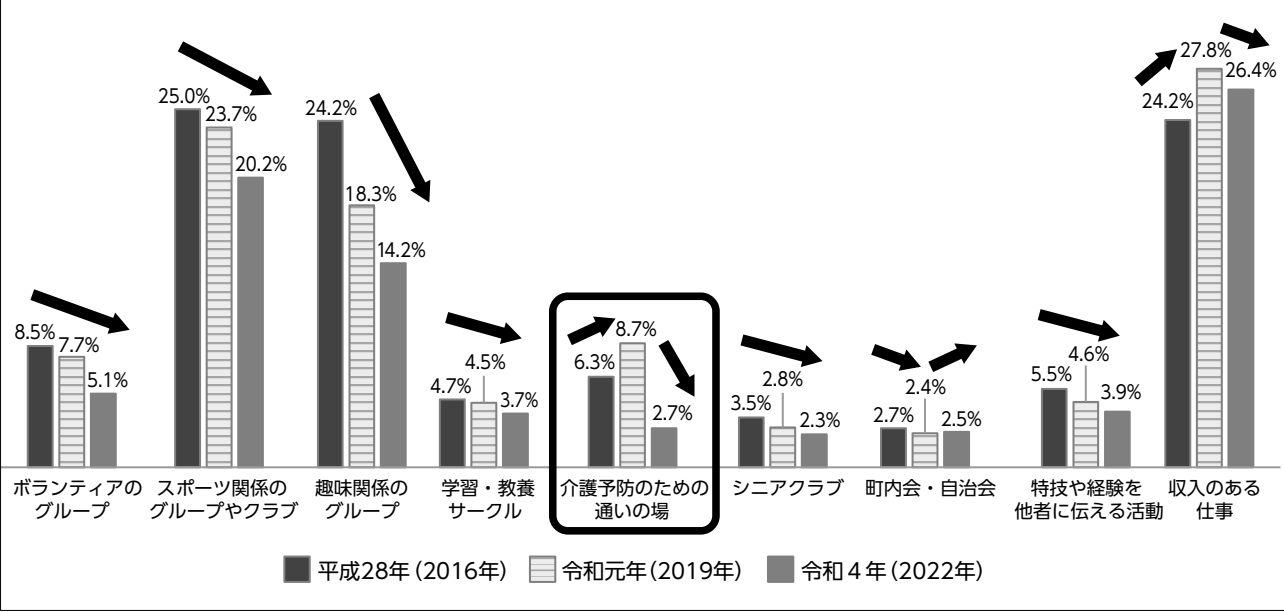
要介護状態につながる7種類のリスクの該当率を集計したところ、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和元年(2019年)の調査時よりも多くのリスクで該当率が上昇しています。中でも、「認知機能」については11.1ポイント上昇しており、認知機能低下リスクも意識しながら介護予防の取組を積極的に推進していく必要があります。(図表3-1 参照)

図表3-1 リスク者割合



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

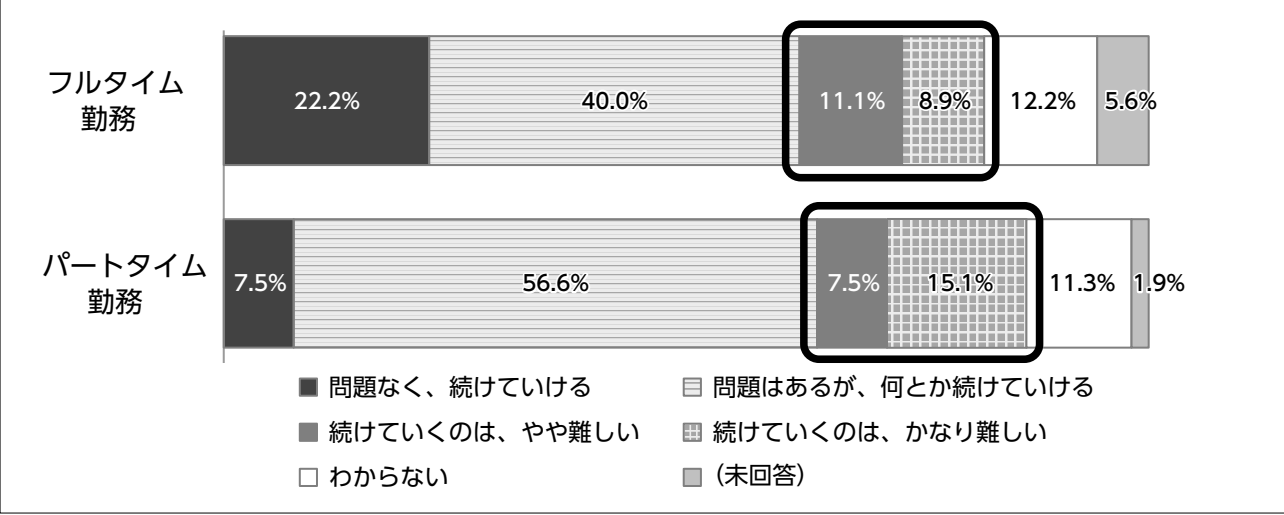
図表3-2 各種活動に週1回以上参加している人の割合



(2)在宅介護実態調査

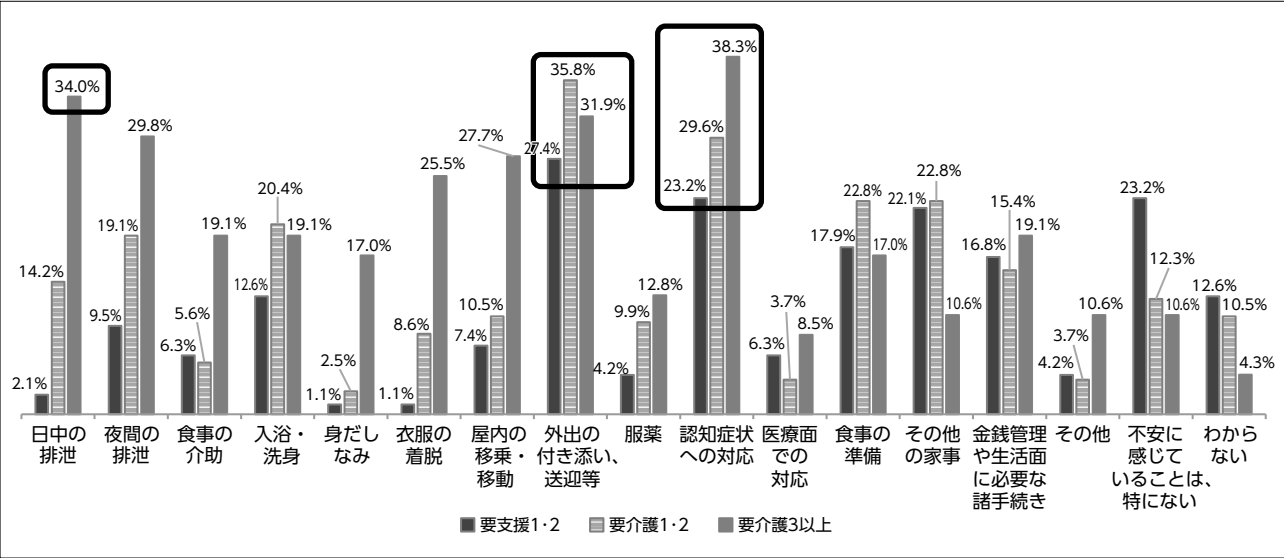
現在就労している家族等介護者への調査で、「問題なく、続けていける」と回答した方は、フルタイム勤務の方が22.2%、パートタイム勤務が7.5%で、「問題はあるが、何とか続けていける」と合わせると、フルタイム・パートタイム共に約6割の介護者が「就労の継続は可能」と考えています。しかし、約2割の介護者は「就労の継続は難しい」と考えており、在宅生活の継続に向けた介護者への支援が必要となっています。(図表3-3 参照)

図表3-3 就労継続の意向(フルタイム、パートタイム別)



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

図表3-4 要介護度別・介護者が不安を感じる介護

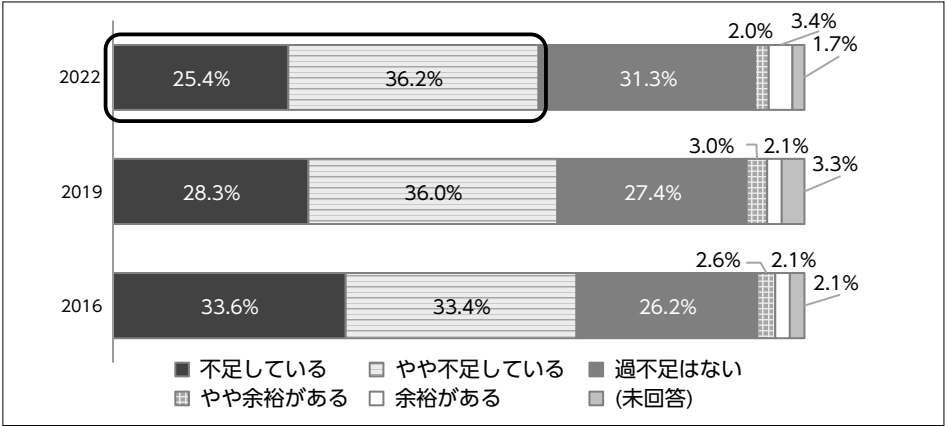


(3) 介護事業所調査（介護人材実態調査、居所変更実態調査）

介護人材の過不足状況は、「不足」、「やや不足」を合わせると61.6%となっており、過去の64.3%(2019年)、67.0%(2016年)と比べ、改善傾向にあります。これまでの国・自治体の取組や各事業所の生産性向上に向けた努力が一定の効果を上げたと考えられる一方で、コロナ禍による一時的な利用控えなどの要因も考えられます。

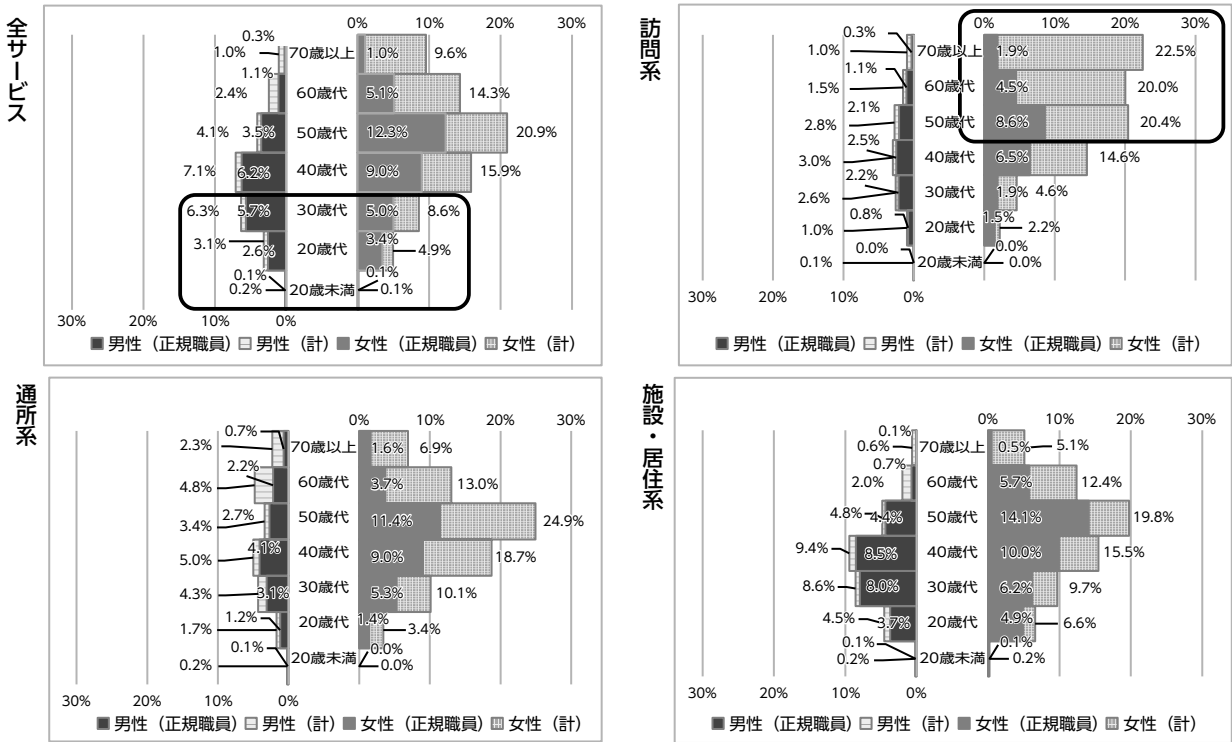
いずれにしても、介護人材については人口構造の変化によるさらなる需給ギャップ拡大が予想されており、これまで以上に実効性のある取組が必要です。(図表3－5 参照)

図表3－5 人材の過不足状況



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

図表3－6 性別・年齢別の雇用形態の構成比



過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合を見ると、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向け住宅」では、退去者のうち死亡は5割前後であり、今後はより多くの看取りを担う役割が求められます。(図表3－7 参照)

図表3－7 過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

サービス種別 (n= 回答数)	居所変更	死亡	合計
住宅型有料老人ホーム (n=4)	8人 44.4%	10人 55.6%	18人 100%
サービス付き高齢者向け住宅 (n=11)	44人 55.7%	35人 44.3%	79人 100%
グループホーム (n=18)	35人 49.3%	36人 50.7%	71人 100%
特定施設 (n=17)	138人 45.5%	165人 54.5%	303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)	861人 44.9%	1,056人 55.1%	1,917人 100%

居所変更した人の要介護度を見ると、要介護2以下の居所変更率が8.0%となっています。この割合は要介護状態の方が住み慣れた場所での暮らしを継続できているかを測る参考になるため、引き続きこの推移に着目していきます。(図表3－8 参照)

図表3－8 居所変更した人の要介護度(老健を除外)

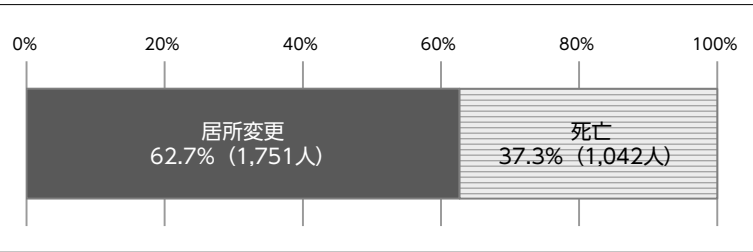
サービス種別 (n= 回答数)	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=4)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	2人 7.1%	3人 10.7%	5人 17.9%	5人 17.9%	3人 10.7%	10人 35.7%	0人 0%	28人 100%
サ高住 (n=11)	8人 7.8%	1人 1.0%	4人 3.9%	20人 19.4%	11人 10.7%	6人 5.8%	14人 13.6%	4人 3.9%	35人 34.0%	0人 0%	103人 100%
GH (n=18)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	4人 4.4%	8人 8.9%	15人 16.7%	10人 11.1%	17人 18.9%	36人 40.0%	0人 0%	90人 100%
特定 (n=17)	7人 2.0%	4人 1.2%	4人 1.2%	27人 7.8%	24人 7.0%	29人 8.4%	40人 11.6%	44人 12.8%	165人 48.0%	0人 0%	344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%	4人 0.7%	12人 2.1%	36人 6.4%	82人 14.6%	122人 21.7%	294人 52.4%	11人 2.0%	561人 100%
特養 (n=18)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	3人 0.4%	9人 1.1%	66人 8.3%	145人 18.1%	164人 20.5%	412人 51.6%	0人 0%	799人 100%
地密特養 (n=1)	0人 0%	0人 0%	0人 0%	0人 0%	1人 5.6%	0人 0%	5人 27.8%	3人 16.7%	9人 50.0%	0人 0%	18人 100%
合計 (老健除外) (n=71)	15人 0.8%	5人 0.3%	8人 0.4%	60人 3.1%	68人 3.5%	157人 8.1%	301人 15.5%	357人 18.4%	961人 49.5%	11人 0.6%	1,943人 100%

★施設等における死亡率 ➡ 49.5%
★要介護2以下の居所変更率 ➡ 8.0%

(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方と自宅で亡くなった方の比率は、おおむね6：4となっています。この比率は、「最期まで住み慣れた場所で暮らしていける環境が整っているか」を測るうえで参考になるものです。

図表3-9 過去1年間の居所変更と自宅等における死亡の割合



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

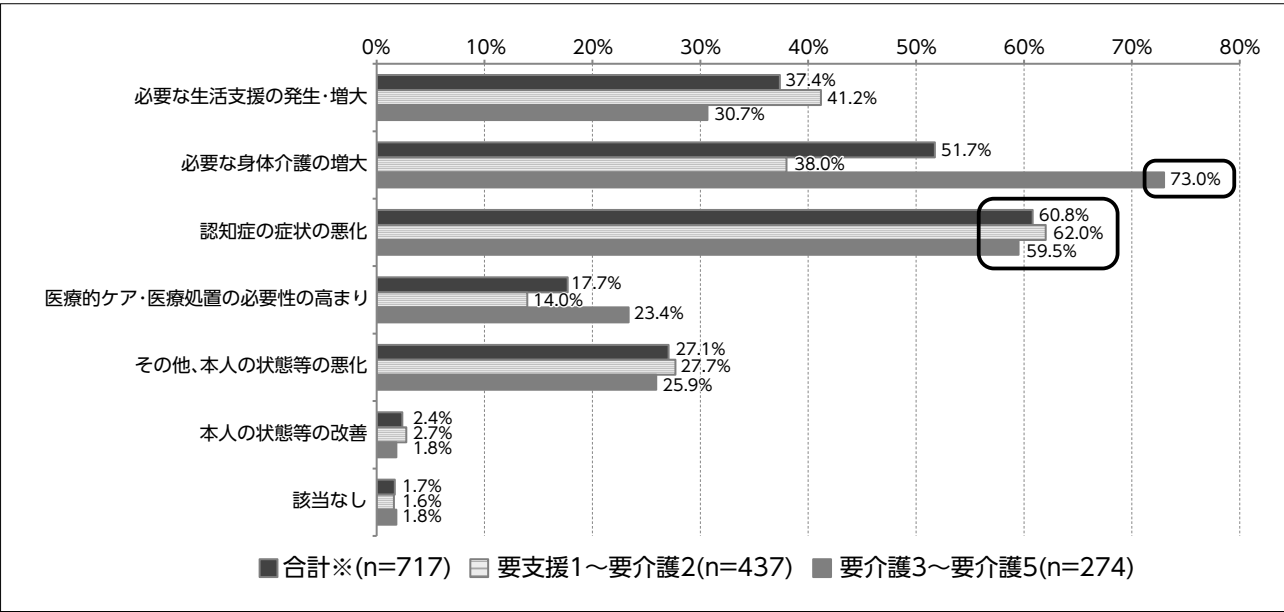
なお、人口規模30万人以上の自治体（6市町村）の集計データ（※）を見ると、居所変更が64.9%、自宅での死亡が35.1%となっており、比率はおおむね6：4と同様の結果となっていました。医療や介護を必要とする方が望む暮らしを継続できるよう、引き続きサービスや支援体制を整備していく必要があります。（図表3-9参照）

※三菱UFJリサーチ&コンサルティング：在宅生活改善調査集計結果

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

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

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

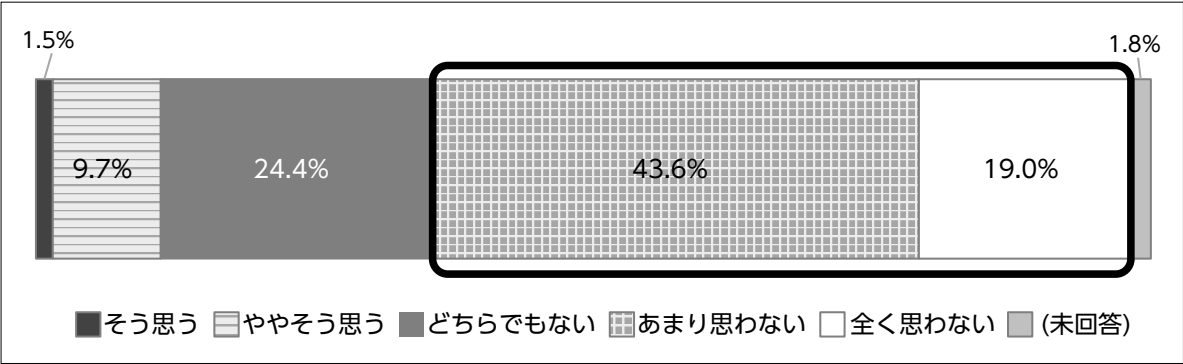


※新規申請中または未回答者を含む

(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」を合わせると62.6%となっています。認知症を正しく理解して備える文化を醸成していくとともに、認知症を受け入れる環境を整備することが必要となっています。（図表3-11参照）

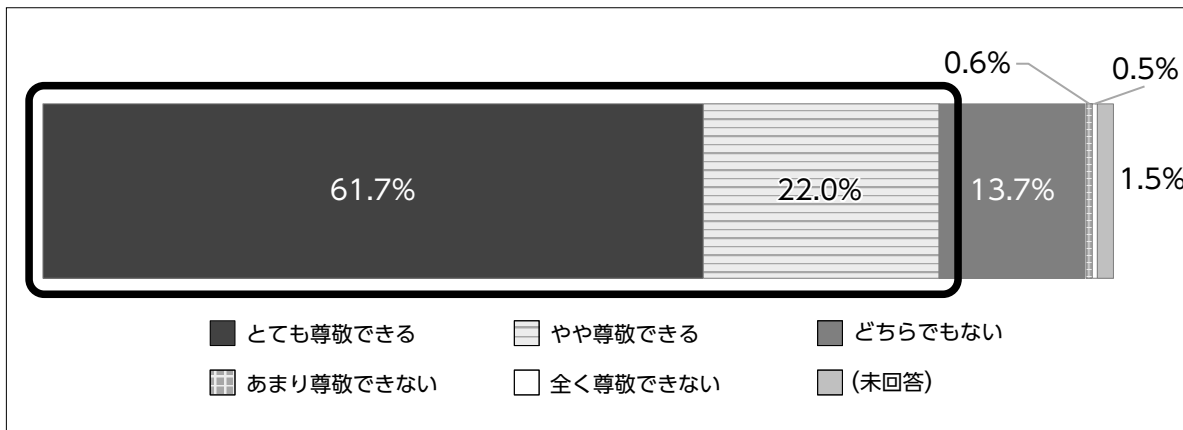
図表3-11 認知症になっても、地域で幸せに自分らしく暮らせると思う市民の割合



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

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

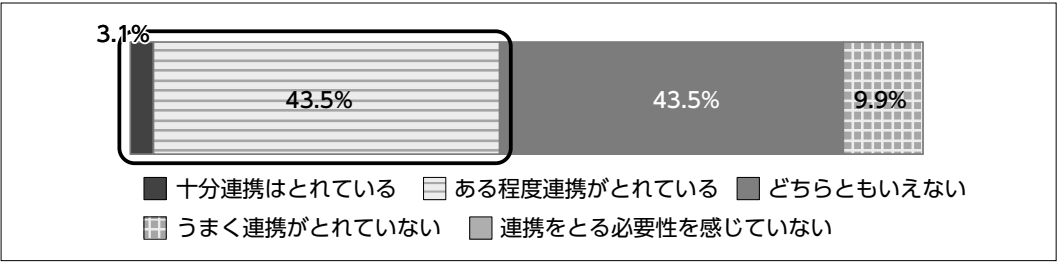
図表3-12 介護の仕事に就いている人を尊敬できると考える市民の割合



(6)高齢者あんしん相談センター職員調査

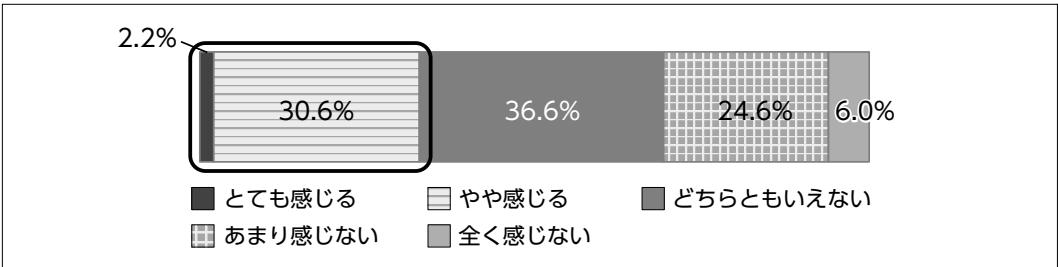
複合的な課題を抱えた高齢者やその家族の支援にあたって、様々な関係者との連携が効果的に行えていると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合は、「十分連携はとれている」「ある程度連携がとれている」を合わせると46.6%となっています。多様な分野の専門職や機関が連携しやすい体制をつくる必要があります。(図表3-13参照)

図表3-13 様々な関係者との連携が効果的に行えていると感じる
高齢者あんしん相談センター職員の割合



また、市のビジョンに基づいて、果たすべき役割(リエイブルメントや地域づくりの推進など)を果たすために必要な体制が確保できていると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合は、「とても感じる」「やや感じる」を合わせても32.8%となっており、高齢者あんしん相談センターの体制強化や、業務の見直し等が急務となっています。(図表3-14参照)

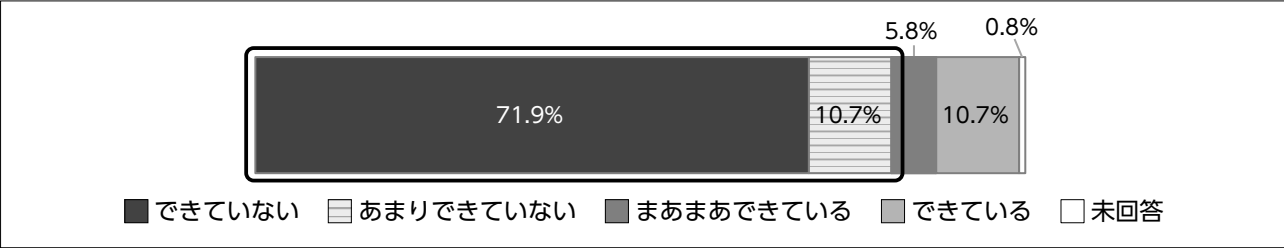
図表3-14 市のビジョンに基づいて、果たすべき役割を果たすために必要な体制が
確保できていると感じる高齢者あんしん相談センター職員の割合



(7)生活安寧指標調査

地域の一員として社会参加(地域の掃除など、地域の活動へスタッフとして参加しているなど)できている認知症高齢者の割合は、「まあまあできている」「できている」を合わせても16.5%と低い**ため**、認知症高齢者や若年性認知症の方が社会参加活動ができるよう、機会の創出や体制整備を強化するほか、社会参加の壁を低くするための新たな支援を検討する必要があります。(図表3-15参照)

図表3-15 地域の一員として社会参加できている認知症高齢者の割合



第4章 計画の基本的な考え方

- 1 計画策定の方針
- 2 計画の基本理念と3つの柱
- 3 計画の構成
- 4 施策をまたぐ重要テーマ

1 計画策定の方針

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

(1) 様々な関係者が目指す未来（ビジョン）を共有できる計画であること

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

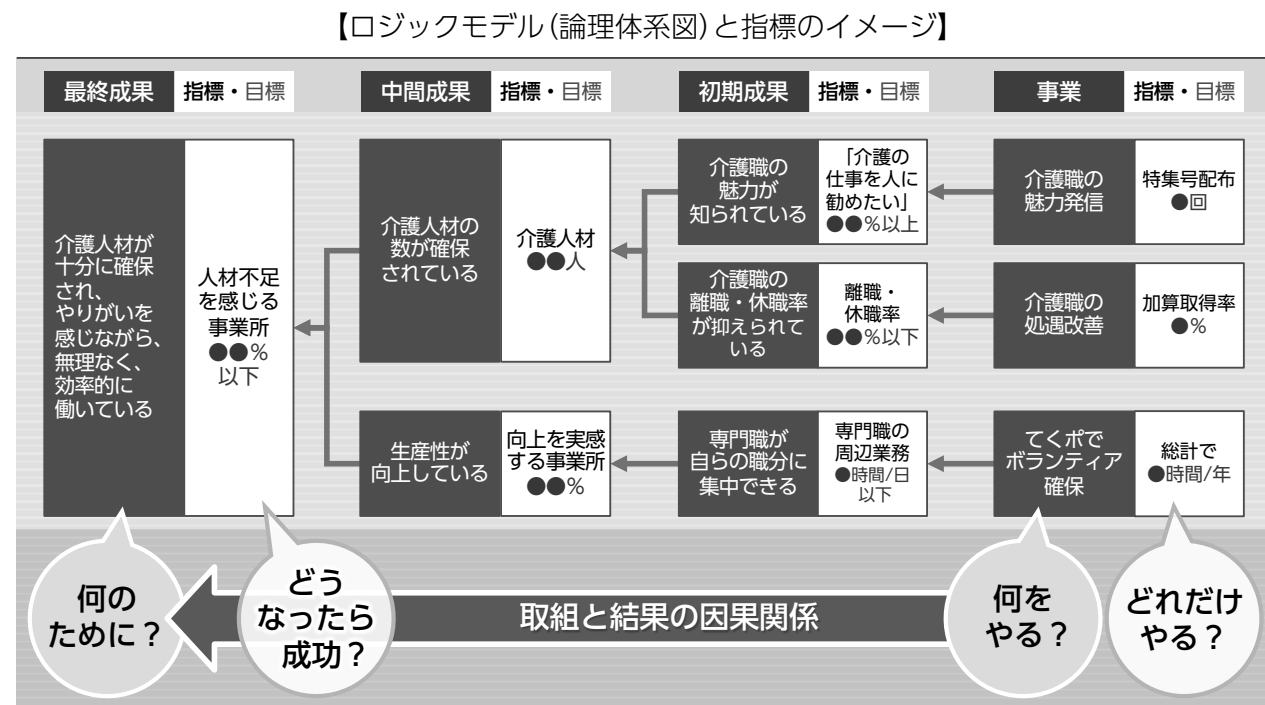
そのため、計画策定の段階から、課題の分析や将来予測など客観的なデータを前提にしながら、様々な立場から、「どんな未来を目指していきたいか」を議論してきました。

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

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

(3) アウトカム（成果）にも定量的な指標を設けること

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



(4) 課題や未検討事項を徹底的に見える化すること

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

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

2 計画の基本理念と3つの柱

(1) 基本理念

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

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

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

(2) 基本理念の実現に向けた施策の柱

柱①「安心」	出逢い、つながり、支えあう地域づくり
●誰もが、認知症や要介護状態になっても、地域に支えられながら住み慣れた地域で自分らしく暮らしている。	
柱②「希望」	やりたいこと、なりたい自分をあきらめない環境づくり
●高齢者が一人ひとりに合った交流・活躍の場に参加し、社会と緩やかにつながりながら介護・フレイル予防につながる活動に取り組んでいる。	
●リエイブルメントや要介護状態等の改善・重度化防止が効果的に行われている。	
柱③「未来」	世代を超えて信頼できる制度づくり
●必要なサービスを将来にわたって安定的に提供できる体制が整っている。	
●世代を超えて納得できる負担と給付の関係が保たれている。	

(3) 基本理念及び柱の指標と目標値

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

3 計画の構成

本計画では、基本理念の実現に向けて、16の施策目標を設定しています。施策目標は、第8期計画の施策体系（P16）や「介護保険基本ロジックモデル」※を参考にしながら、各柱の実現につながる一連の取組を再整理して設定しています。

※ 介護保険基本ロジックモデル

保険者のデータに基づくPDCAサイクル推進を支援するため、介護保険の全体像を表したロジックモデルで、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構が作成しています。本計画の施策目標は、基本ロジックモデル上の初期アウトカム（C1～C14）を参考にしつつ、以下の変更を加えています。

- 3つの柱との関連性を重視して、順番を一部入れ替え。
- C4（災害・感染症対策）について、必要なサービスを安定的に供給する取組の一環であることから、施策目標01（サービス基盤の整備）の中に組み込む。
- 基本ロジックモデル上ではC6（介護サービスの提供）に包含されている介護人材対策について、施策目標15として独自のロジックモデルを設定。
- C12（介護予防・健康づくり）について、元気高齢者を対象にした健康習慣づくりを施策目標11に、望む暮らしを再獲得する支援を施策目標12に分けて記載。
- C13（給付適正）について、施策目標14（認定適正化）と施策目標13（給付適正と自立に資するサービス選択）に整理

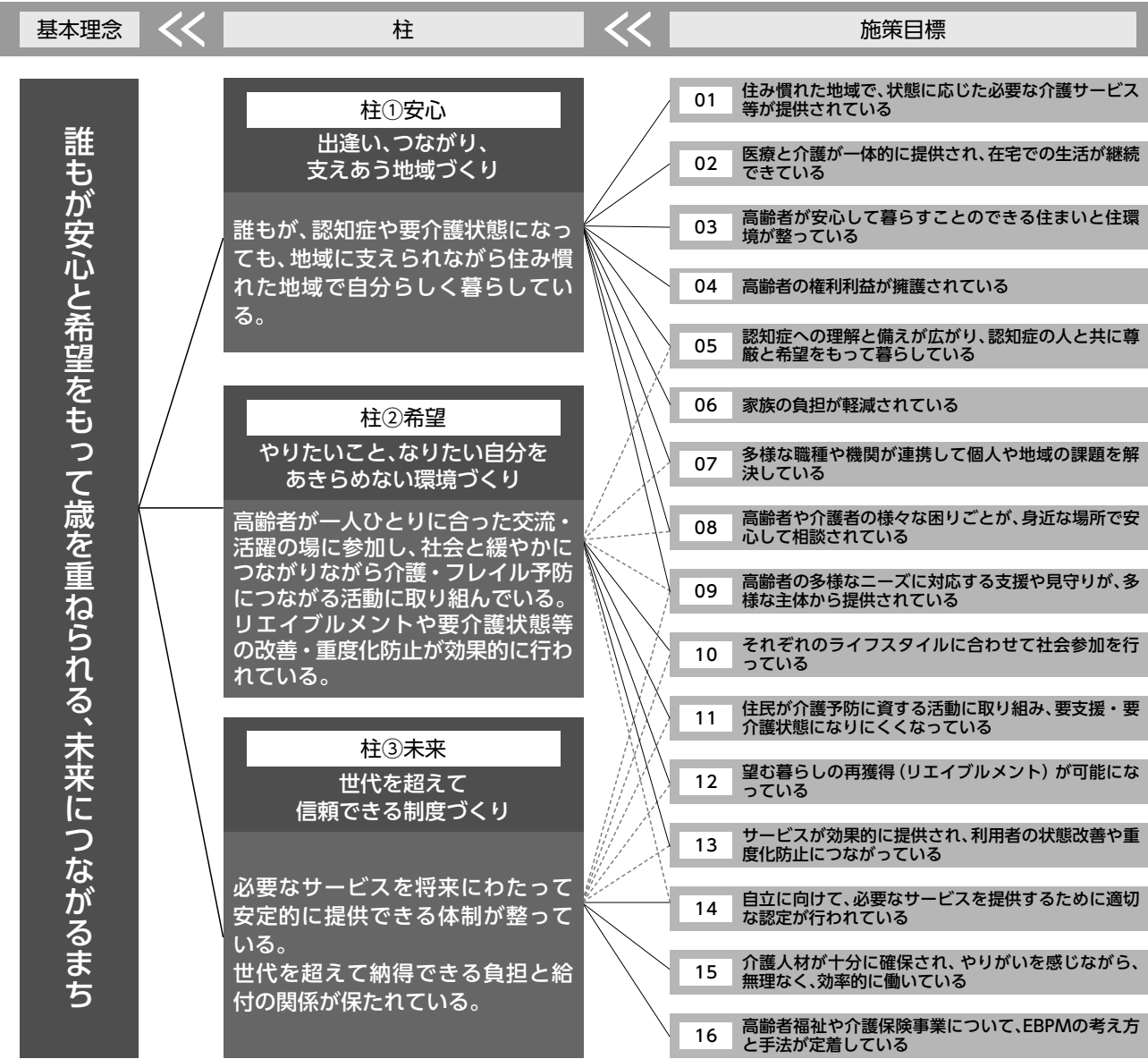
基本ロジックモデルの詳細はこちら → <https://hokenja-sheet.jp/utilize/>

【施策目標一覧】

施策目標		目標達成に向けた取組例
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	・サービス需要推計をもとにした提供体制の整備 ・災害・感染症への備えや利用者負担軽減に向けた取組
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	・医療・介護分野の連携強化に向けた検討 ・いわゆる「終活」の普及啓発
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	・バリアフリー化が必要な方や住宅確保が困難な方への支援 ・年齢や体力に合った住まいを考えてもらうための普及啓発
04	高齢者の権利利益が擁護されている	・速やかな虐待対応と虐待が起きにくい環境づくり ・成年後見制度など、意思決定・表明が困難な方への支援
05	認知症への理解と備えが広がり、認知症の人と共に尊厳と希望をもって暮らしている	・認知症基本法を意識した、本人発信機会のさらなる強化 ・認知症への正しい理解を広め、共生社会をつくる普及啓発
06	家族の負担が軽減されている	・ケアラー手帳の配布など、介護者向けの情報支援の実施 ・介護者同士がつながる場の整備
07	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	・高齢者あんしん相談センターの機能強化・負担軽減 ・高齢者や家族を支える専門職・支援機関の連携強化
08	高齢者や介護者の様々な困りごとが、身近な場所で安心して相談されている	・身近な場所で気軽に相談できる体制の整備 ・地域の見守りに向けた普及啓発
09	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	・高齢者を支える団体の支援や、助け合いに関する普及啓発 ・高齢者を支える企業を増やしていくための産官連携推進
10	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	・参加できる場の見える化や社会参加促進に向けた情報発信 ・高齢者が仕事やボランティアを探しやすい環境づくり
11	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	・身体を動かす習慣や、歯・口腔の健康維持につながる習慣の定着に向けた普及啓発
12	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	・自分らしい暮らしを取り戻すためのサービス提供 ・早い段階で支援が必要な方を把握するための調査
13	サービスが効果的に提供され、利用者の状態改善や重度化防止につながっている	・給付の適正化（ケアプランの質の向上に向けた取組など） ・状態改善に向けた事業所の努力を評価する仕組みの検討
14	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	・認定の適正化（比較データの公表や関係者への研修など） ・基本チェックリストの活用などによる審査期間の短縮
15	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	・人材の確保・定着・育成に向けた取組 ・事業所の生産性向上などに向けた支援
16	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	・データ連携・分析のためのシステム基盤構築 ・費用対効果分析に基づく事業の改善

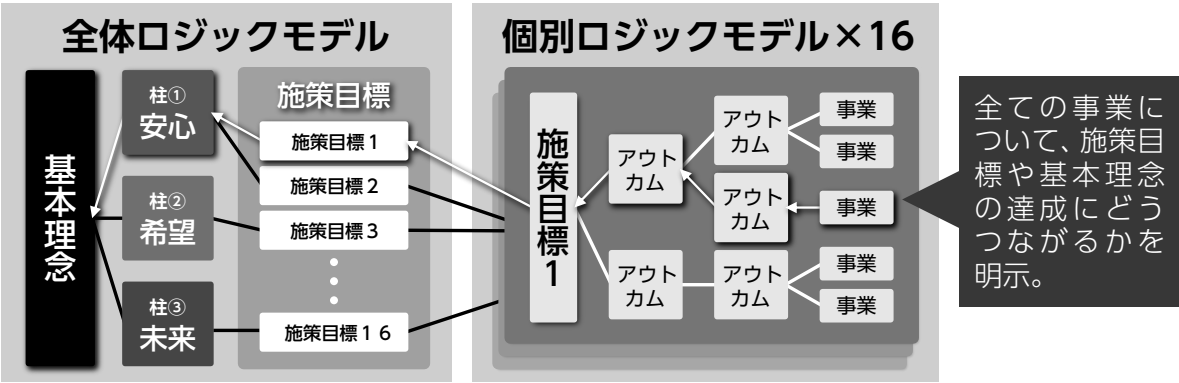
これらの16の施策目標について、基本理念や3つの柱とのつながりを示したものが、下記の全体ロジックモデルです。

【全体ロジックモデル(論理体系図)】



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、16の「個別ロジックモデル(論理体系図)」を作成しています。

【計画の構成】



4 施策をまたぐ重要テーマ

計画策定にあたっては、高齢者あんしん相談センターへのヒアリングや計画策定部会でのワークショップ、事業所管ヒアリング等を通じて様々な課題を抽出しました。中でも、以下に該当する課題については第8期計画と比べても取組を強化していく必要があります。

共通ボトルネック	施策の実効性を高めるうえでの壁として様々な分野に共通しているもの
社会の変化に伴う課題	高齢化の進行やコロナ禍の影響などにより、特に対応を強化すべきもの
前期からの継続課題	第8期計画からさらに実効性を高めた取組を要するもの

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

1 高齢者あんしん相談センターの機能強化・負担軽減及び関係者の連携強化

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

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

関連取組
・重層的支援体制整備事業 ^{※1} の深化・推進・・・施策 07、08 など
・基幹型地域包括支援センター ^{※2} の機能強化を含めた庁内及び市とセンターの連携体制づくり・・・施策 07 など
・サテライト機能をもった拠点の増設など、センターの負担軽減の取組・・・施策 07、08 など
・医療職との連携強化、意識共有に向けた取組の検討・・・施策 02、05、07 など
・地域ケア会議 ^{※3} 等を通じた関係者の連携強化・・・施策 07 など

※1：P 71 ※2：P 72 ※3：P 70

2 必要とする人に支援が届く体制とつながりの強化

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

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

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

関連取組
・ <u>地域の見守り力強化に向けた普及啓発</u> ・・・施策 08 など
・ <u>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</u> ・・・施策 06、07、08 など
・ サロンなど、身近な場所で情報が手に入る環境づくり・・・施策 08、09 など
・ 関係者のプロモーションスキル向上に向けた検討・・・施策 08、10、11 など

3 高齢者自身が主役の介護予防と活躍促進

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

関連取組
・ <u>リエイブルメント・セルフマネジメントの推進</u> ・・・施策 11、12、13 など
・ 地域の担い手育成（訪問型サービス B※ ¹ 、チームオレンジ※ ² など）・・・施策 05、09 など
・ デジタル技術による仕事やボランティアのマッチングに向けた実証事業・・・施策 10 など

※1：P 81 ※2：P 63

4 総合的な介護人材対策

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

関連取組
・ <u>経営課題解決への伴走支援を含む介護事業所研修</u> ・・・施策 15 など
・ 介護の仕事の魅力発信・・・施策 15 など
・ 資格取得支援や研修・マッチングなど・・・施策 15 など
・ 中長期的な人材ニーズを見据えた介護人材不足対策の検討・・・施策 15 など

5 「老い」に備える文化づくり

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

関連取組
・ <u>元気なうちに認知症に備える普及啓発</u> ・・・施策 04、05 など
・ A C P（人生の最終段階の迎え方について事前に周囲と話し合うこと）の普及啓発・・・施策 02 など
・ 住まいの終活（年齢に合わせた住み替えや住まいの継承に早めに備えること）の普及啓発・・・施策 03 など
・ 65 歳未満の中高年を対象にした、社会参加や健康づくりの普及啓発・・・施策 10、11 など

6 認知症の人とその家族の想いを中心に置いた、認知症と共に生きる社会づくり

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

関連取組
・ <u>本人発信機会の充実</u> ・・・施策 05 など
・ <u>認知症を理解し、備えるための普及啓発強化</u> ・・・施策 04、05 など
・ 認知症の人の社会参加の機会創出・・・施策 05、10 など
・ 認知症の人やその家族のニーズに合った支援づくり・・・施策 05、06 など

7 データ活用やD X、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、E B P Mに加えてデジタル技術や民間の力を積極的に活用した取組を推進します。

関連取組
・ <u>EBPM（データ分析など、根拠に基づく施策展開）推進</u> ・・・施策 11、16 など
・ <u>てくポ（スマートフォンを使った健康習慣応援ポイント）</u> ・・・施策 09、10、11 など
・ 産官連携の推進（100年サポート企業※、てくポでの市場サービス連携）・・・施策 09、10、11 など

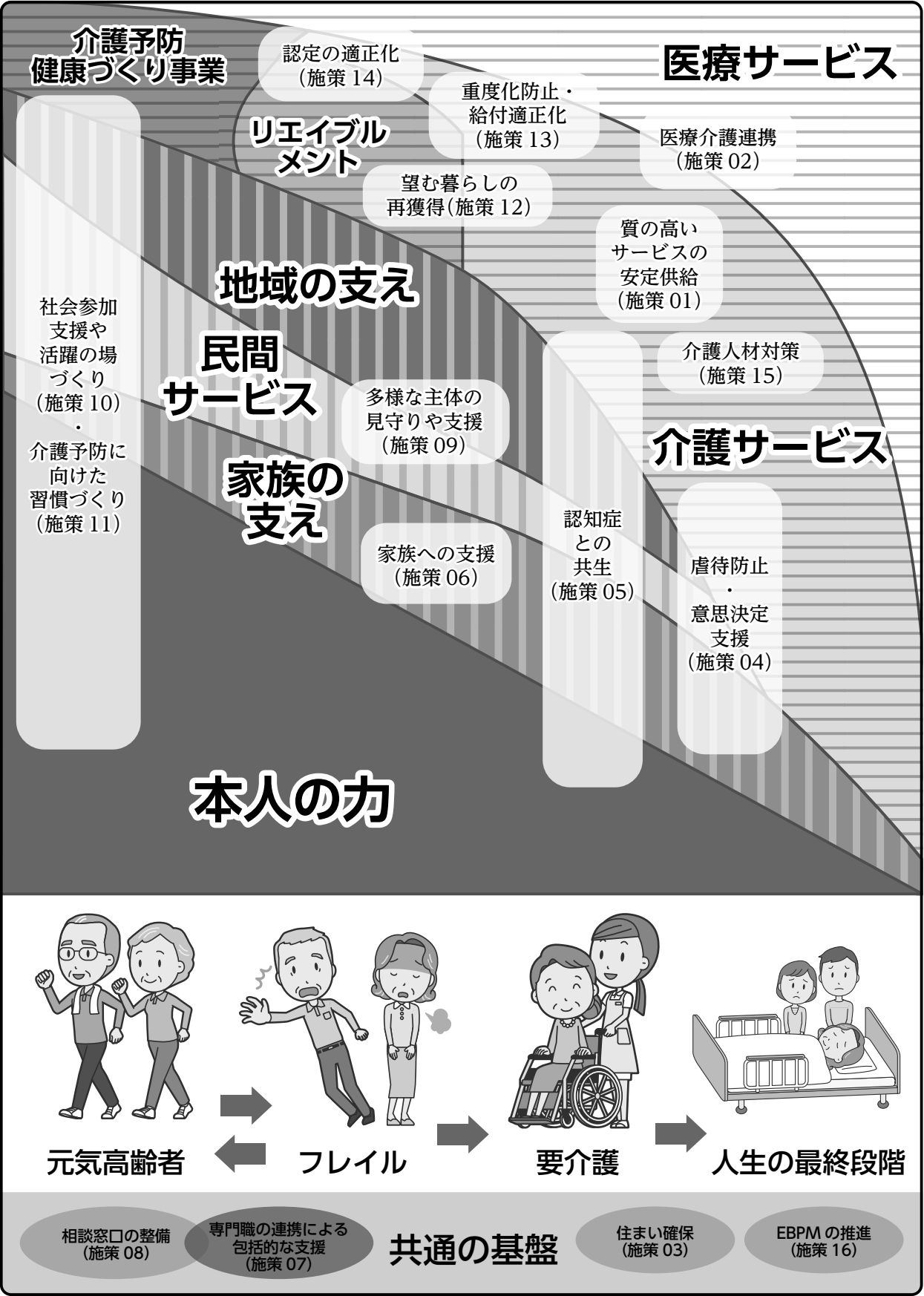
※：P 81

8 行政と現場が一体となった「介護D X」の推進

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

関連取組
・ <u>高齢者あんしん相談センター業務のD X</u> ・・・施策 07 など
・ <u>認定審査プロセスのD X</u> ・・・施策 14 など
・ <u>介護事業所のD X</u> ・・・施策 15 など

【図 ライフステージ別にみる、高齢者の暮らしと幸せを支える「力」】



第5章

施策の内容

本章の構成

この章では、全体ロジックモデル（P 36）に掲載された16の施策目標ごとの課題や取組を説明しています。各施策目標に関するロジックモデル（論理体系図）と指標を見開きで掲載し、続いて具体的な事業や関連データを2～4ページで掲載しています。

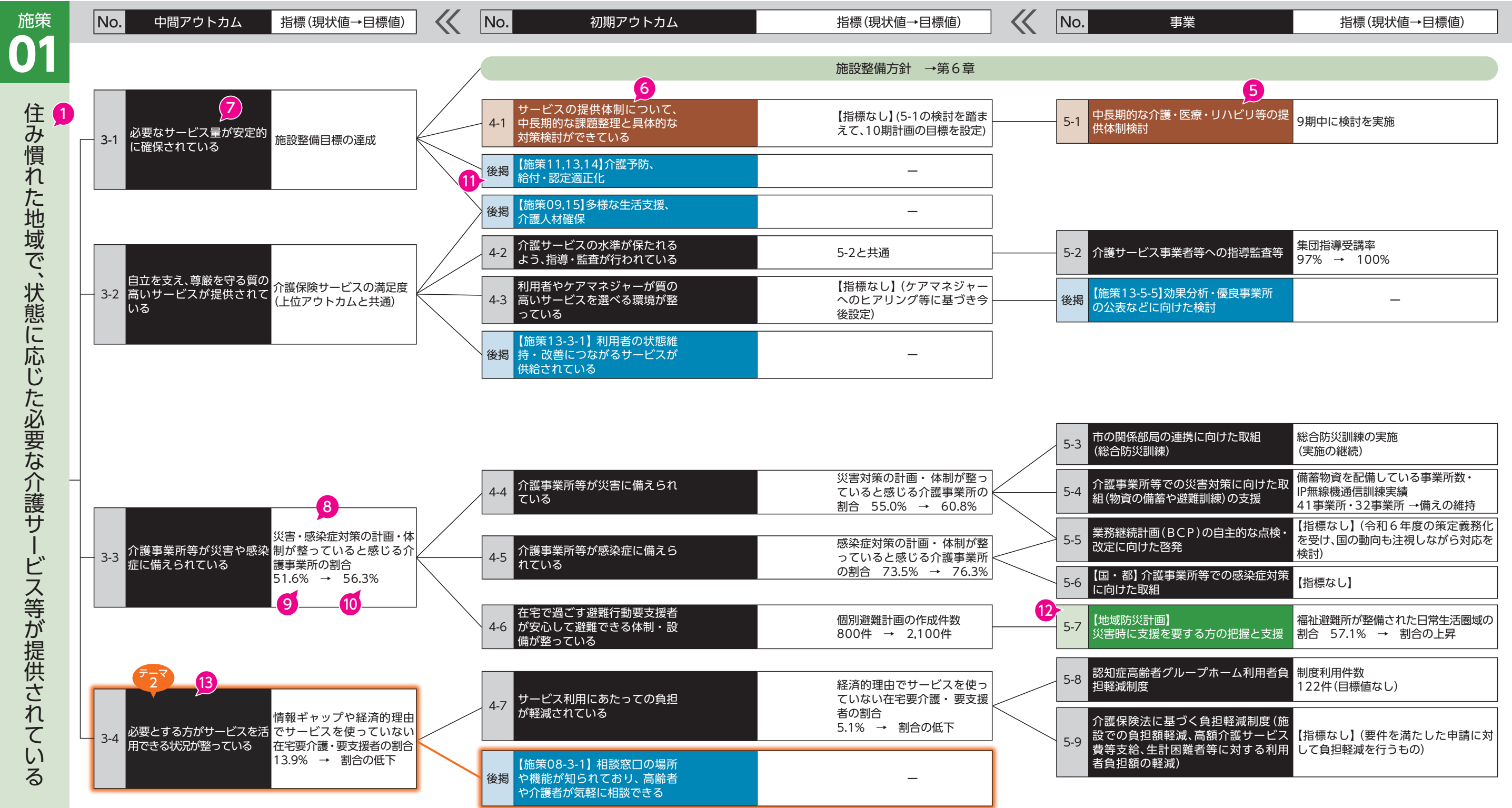
ロジックモデルページ

具体的な取組を右側に記載し、達成したい成果をその左に記載。

施策説明ページ

施策目標の背景や関連データ、具体的な実施事項等を掲載

各ページの見方については42～45ページをご覧ください。



このページの見方

- 見開きの左：施策目標(1)と、施策目標の達成度を測る指標(2)と現状値(3)・目標値(4)
- 見開き全体：施策目標達成への道のりを、右から具体的な取組(5)、取組による初期の成果(6)、中間的な成果(7)の順に白字で記載。それぞれの達成度を測る指標(8)と現状値(9)・目標値(10)を黒字で記載。
- 指標・目標値は基本的に数字で表せる(定量的な)ものとしていますが、「特定のイベントを実施する」「計画期間中に検討し、具体的な取組を開始する」など、数値化できない(定性的な)指標も含まれます。

- 現状値は、令和5年(2023年)9月末時点での令和5年度末の見込み値となっているものがあります。
- 色について：青い枠(11)などは、他の施策目標ページに掲載されているアウトカムや取組です。例えば施策目標13のアウトカム3-1に後掲する場合は、番号欄に「後掲」と記載し、アウトカム・取組内容(白字部分)の先頭に【施策13-3-1】と記載しています。茶色(6)などは本計画で新たに掲載するもの、緑(12)などは他の計画・制度で達成を目指すものです。
- 8つの重要テーマ(P37～39)に関連するアウトカム等は、13のようにオレンジの枠で強調しています。

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

施策目標01

住み慣れた地域で、状態に応じた必要な介護サービス等が提供されている

現状

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

方向性

💡ロジックモデルの中間アウトカムの番号に対応しています。

★ 中長期的なサービス需要を見越した提供体制整備（3-1）

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

★ 「自立」や「尊厳」につながるサービスの質の確保（3-2）

・中核市の権限も効果的に活用し、事業所の指定や指導・監査などを適切に行います。

★ 災害や感染症への備え（3-3）

・災害・感染症等の発生時にも必要なサービスが供給されるよう、BCP（P183）の啓発等をすすめます。

・自力避難が困難な方の安否確認や避難誘導の仕組みづくりを行います。

★ 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（3-4）

・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。

💡本編に解説を掲載できない場合は、巻末の用語集で解説。

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

5-1

中長期的な介護・医療・リハビリ等の提供体制検討

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

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

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

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

－ 44 －

第5章 施策の内容

💡施策に関連する情報を、「参考」「コラム」として紹介していきます。

参考

中核市の権限と事業者指定

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

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

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

5-2

介護サービス事業者等への指導監査等

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

5-7

災害時に支援を要する方の把握と支援

令和3年（2021年）5月の「災害対策基本法等の一部を改正する法律」の施行を受け、本市では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の避難が困難な「避難行動要支援者」の把握や、一人ひとりの「個別避難計画」の策定をすすめています。

対象者の把握にあたっては、民生委員・児童委員と連携して行う「高齢者世帯実態調査」等を活用し、ハザードエリアに居住する方から優先的に順次個別避難計画を策定していきます。

5-8

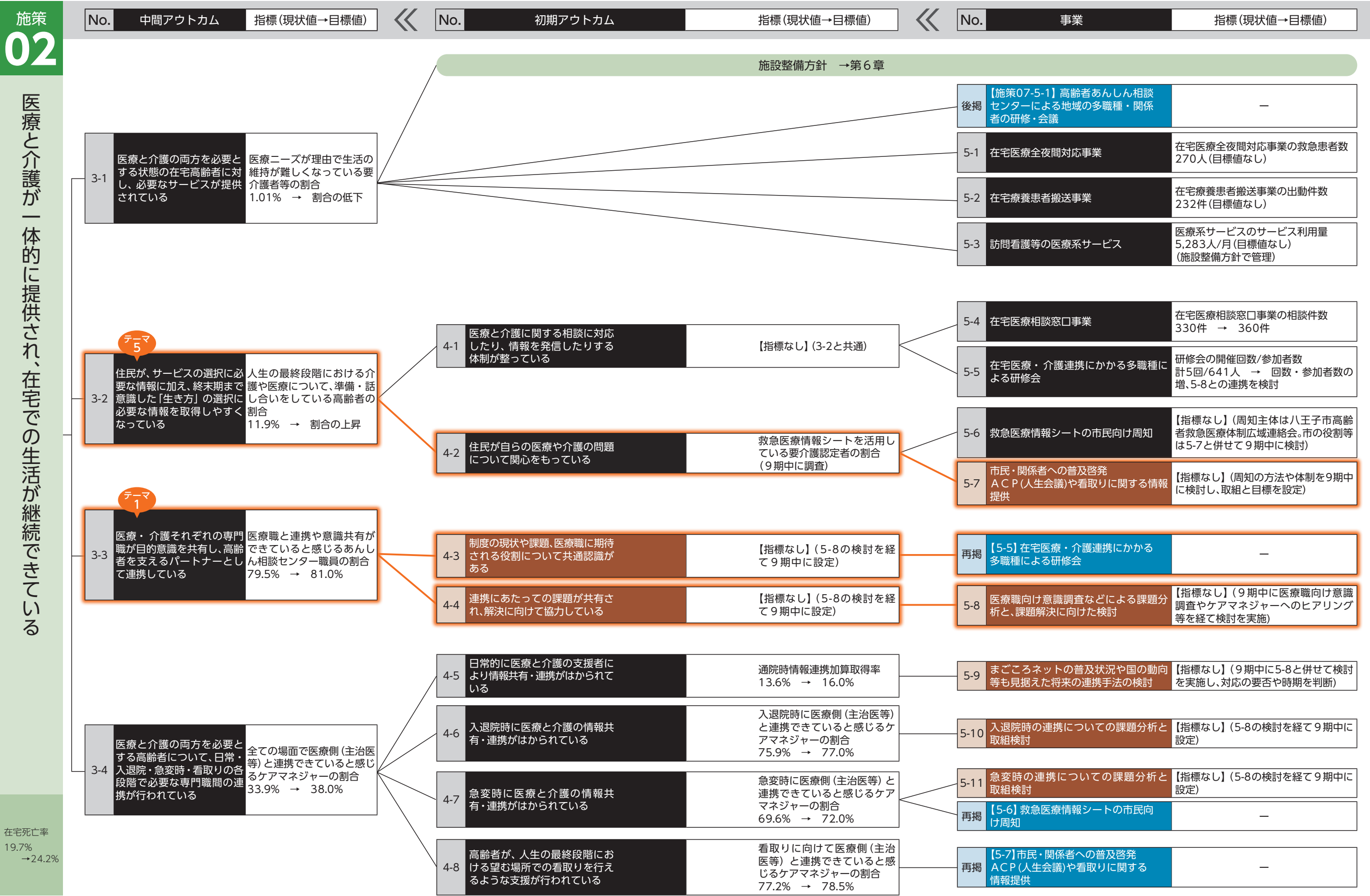
認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減制度

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

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

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

－ 45 －



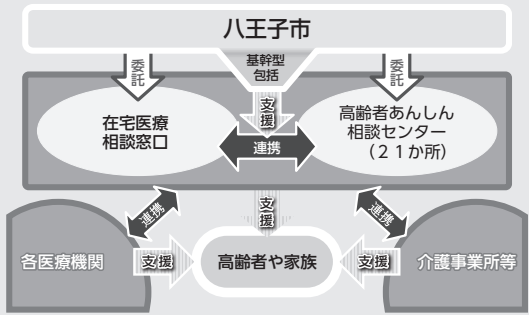
施策目標02	医療と介護が一体的に提供され、在宅での生活が継続できている
現状	
医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた場所で最期まで自分らしく穏やかに暮らし続けることは、多くの方に共通の願いです。そのためには、必要な医療や介護が在宅で受けられることはもちろん、医療・介護それぞれの関係者が本人の意思に寄り添って連携していく仕組みづくりも欠かせません。	
そして高齢者本人や家族も、いつか必ず訪れる人生の最終段階について、受きたい医療や望む看取りの形などを事前に考えて話し合う機会をもつことが望ましいと考えられます。	
方向性	
★ 医療と介護の両方を必要とする在宅高齢者向けのサービス提供体制整備(3-1)	
・医師会等と連携しながら、必要な在宅医療サービスが安心して受けられる体制を維持します。	
★ 終末期まで意識した「生き方」の選択に必要な情報の周知(3-2)	
・在宅医療相談窓口やACP(人生会議・P49)、看取りに関する情報など、市民向けに周知をはかります。	
★ 医療・介護それぞれの専門職の目的意識の共有や専門職間の連携強化(3-3、3-4)	
・医療・介護連携にあたっての課題を共有するため、医療職向け意識調査など、課題解決に向けた検討を行います。	
・日常的・入退院時・急変時・看取りに向けての各段階で必要な専門職間の連携を強化します。	

参考	在宅医療と介護連携イメージ(在宅医療の4場面別にみた連携の推進)
在宅医療の場面を活かしつつ、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、在宅療養者のライフサイクルにおける4つの場面を意識して取り組む必要があります。	
【4つの場面と望ましい連携のあり方】	
日常の療養支援	●多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供 ●緩和ケアの提供 ●家族への支援 ●認知症ケアパスを活用した支援
入退院支援	●入院医療機関と在宅医療・介護にかかる機関との協働・情報共有による入退院支援 ●一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供
急変時の対応	●在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認 ●患者の急変時における救急との情報共有
看取り	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施 ●人生の最終段階における意思決定支援

5-6	救急医療情報シートの市民向け周知
高齢者が救急車を要請した際に、搬送先の決定や、搬送先で適切な治療ができるよう、あらかじめ必要な状況を記入する「救急医療情報シート」の重要性を普及啓発し、迅速かつ的確な救急搬送を目指します。	

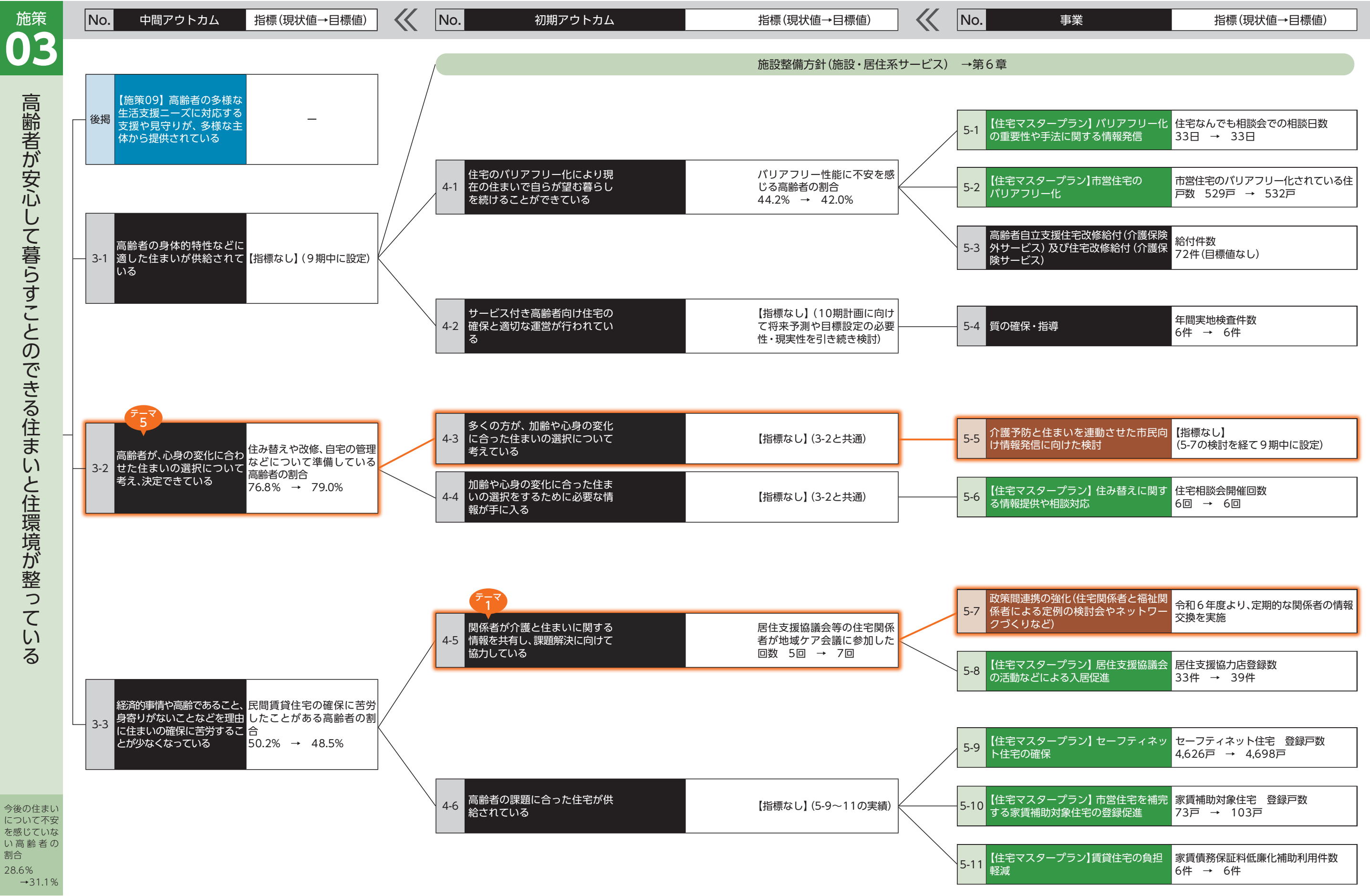
コラム	高齢者とくすり
高齢になると、肝臓や腎臓の働きが弱くなり、くすりを分解したり、体の外に排泄したりするのに時間がかかるようになります。また、くすりの数が増えると、くすり同士が相互に影響し合うこともあります。そのため、くすりが効きすぎてしまったり、効かなかったり、副作用が出やすくなったりすることがあります。	
気になる症状があっても、勝手にくすりをやめたり、減らしたりするのはよくありません。くすりによっては、急にやめると病状の悪化や思わぬ副作用につながる場合があります。必ず、医師や薬剤師に相談しましょう。	
日頃から、かかりつけの医師や薬剤師をもって、処方されているくすりの情報を一元的に把握してもらっておくのが安心です。また、相談しやすいようにお薬手帳を1冊にまとめて活用しましょう。	

5-4	在宅医療相談窓口
本市では、八王子市医師会への委託により八王子市在宅医療相談窓口を設置し、様々な相談への対応ができる体制を整えています。	
今後、施策目標07(P68～73)で述べる高齢者あんしん相談センターの機能強化をすすめていく中で、在宅医療相談窓口と高齢者あんしん相談センターが連携を深め、個別の課題解決や関係機関の連携支援を行いやすい体制を構築していきます。	



5-9	医療と介護の情報共有・連携ツールの活用促進
国の基本指針(P168～169)では、医療・介護の連携強化に向けた情報基盤整備の重要性について触れています。本市においては、患者の情報を多職種間で共有できる「まごころネット」を八王子市医師会が運用しており、市がこの取組を支援しています。一方で、在宅生活改善調査(ケアマネジャー調査)によると、「日常的に使用している(24.7%)」、「週に1回以上(6.6%)」と、約7割のケアマネジャー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、まごころネットをはじめとした多職種連携システムの活用促進や課題検討など、医療・介護関係者が連携した取組をすすめていきます。	

参考	ACP(人生会議)とは
アドバンス・ケア・プランニングの略称で、愛称は「人生会議」です。自らが望む人生の最期における医療やケアについて、前もって元気なうちに家族や医療・介護関係者等と繰り返し話し合いをし、共有をしておく取組です。	
本市では、広報誌での市民向け周知や、八王子市在宅医療相談窓口でのケアマネジャー向けの情報発信など、5-4で述べた連携体制構築と合わせて検討をすすめ、本計画期間中(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、身寄りがないことなどの理由により、高齢者が住まいの確保に苦勞することがあります。 本市では『八王子市住宅マスタープラン』を策定しています。同計画の記載内容も含めて、住宅政策の所管部署とも連携して取組を推進していくことが必要です。 方向性 ★ 高齢者の身体的特性などに適した住まいの供給 (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。 ★ 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。 ★ 高齢者の住まい確保への支援 (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 歳以上の方または 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。

※介護保険サービスとして位置付けられる住まい・施設の種別についてはP113の図表参照

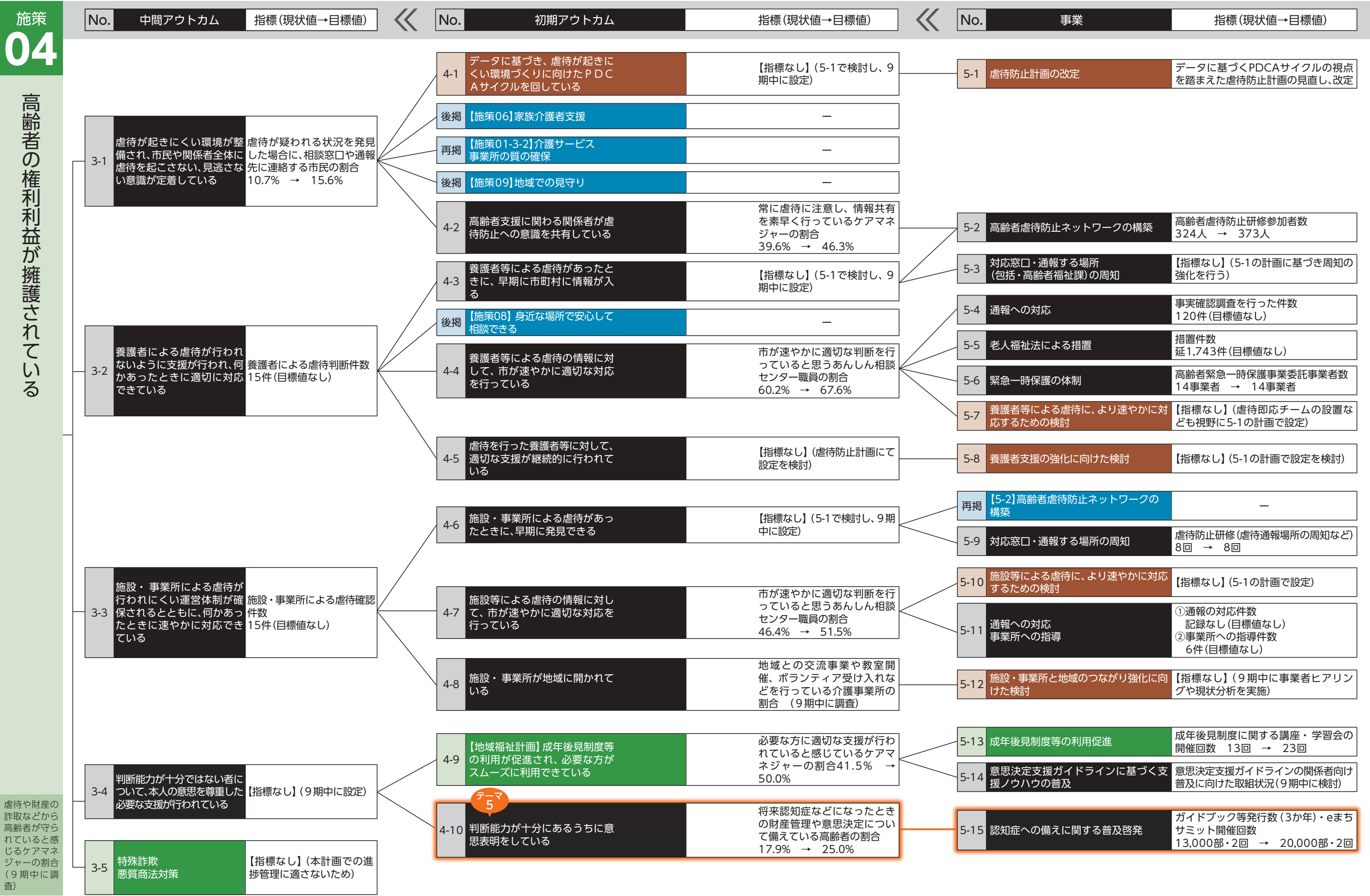
5-3	住宅の改修
体力の減少などで、家の中で段差につまずく、お風呂やトイレに入りにくくなるなどの困りごとが生じても、手すりの取り付けや段差の解消などにより、自宅でご自身が望む生活を続けられる場合があります。できる限り住み慣れた家で、安心して生活を送ることができるよう、住宅の改修について、支援を行います。	

参考	第4次八王子市住宅マスタープラン
本市の住宅施策全般を対象として、課題や施策の方向性を示した計画です。 8つの基本方針の2つ目として「高齢者や障害者等が安心して快適に暮らすことのできる住宅・住環境の整備を図る」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)	

5-7	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に支援することは、生活支援の第一歩になります。 高齢者の住宅確保支援のニーズが増加していくことが想定される中、居住支援協議会や高齢者あんしん相談センターなど、住宅関係者と福祉関係者による定例の検討会やネットワークづくりをすすめ、政策間連携を強化します。また、こうした連携の中で、住まいの管理や継承等といった住宅にかかる諸課題についても、効果的な支援策等の検討をすすめていきます。	

5-8	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額所得者、高齢者、障害者、子どもを育成する家庭などの民間賃貸住宅への入居を支援する取組を行う団体です。本市では、平成28年（2016年）2月に、不動産関係団体、居住支援団体及び本市が共同で規約を定め、八王子市居住支援協議会が設立されました。 行政だけでは解決できなかった住宅にかかわる課題について、居住支援協議会の活動により、不動産関係団体、居住支援団体、市が連携し、情報交換や協議を行い、様々な取組を実施していくことで、住まい探しにお困りの方と賃貸人の双方に対して支援を行います。	

コラム	賃貸住宅における遺品整理の問題
身寄りのない高齢者が賃貸住宅で亡くなるケースでは、住宅内に残された遺品の処理が全国的な課題となっています。法的には遺品は相続人の所有物となるため、相続人が分かるまで安易に処分することができず、次の入居者を入れることも難しくなります。こういったリスクも、高齢者の入居に消極的なオーナーがいる原因の一つとなっている可能性があります。 高齢者の住まいの確保にあたっては、経済的な問題や心身機能の低下に限らない様々な課題を明らかにし、関係者が連携していくことが重要です。	



施策目標04

高齢者の権利利益が擁護されている

現状

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

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

方向性

★ 虐待が起きにくい環境づくりと、速やかに適切な対応ができる連携体制構築(3-1～3-3)

・介護者の孤立防止や施設と地域のつながりづくりなど、虐待が起きにくい環境づくりを意識し、データに基づくPDCAサイクルの視点を取り入れて虐待防止計画を改定します。

・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したい意思決定支援と、「もしも」に備える文化づくり(3-4、3-5)

・ご自身での意思表示や財産管理が難しくなった方について、成年後見制度をはじめとした意思決定支援制度が効果的に活用されるよう、支援者や家族への周知を行います。

・元気なうちから「将来認知症などになったときにどうするか」を考え、準備する意識を醸成する普及啓発を行います。

5-1

虐待防止計画の改定

本市では、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

虐待者側の要因	%	被虐待者の状況	%
介護疲れ・介護ストレス	54.2	認知症の症状	56.6
理解力の不足や低下	47.9	身体的自立度の低さ	44.9
知識や情報の不足	47.7	障害・疾病	35.8
精神状態が安定していない	47.0	精神障害（疑いを含む）、高次脳機能障害、知的障害、認知機能の低下	31.1
被虐待者との虐待発生までの人間関係	46.5	排泄介助の困難さ	30.9
虐待者の介護力の低下や不足	45.8	外部サービス利用に抵抗感がある	16.1

[出典] 令和4年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果(厚生労働省)

【虐待防止計画で重点的に取り組むべき事項】

①未然防止……………虐待防止等の権利擁護に関する意識の醸成、関係者による自主的取組の促進

②早期発見・速やかに適切な対応…虐待に至る前に相談につなげ、関係部署、関係機関との連携対応体制を強化し、高齢者の生命・身体・財産等の安全を確保する。

③再発防止……………高齢者や養護者を支援し、虐待の再発を防ぐ。

(一般財団法人 日本総合研究所「自治体による高齢者虐待防止に資する計画策定と評価等に関する経年的調査研究事業報告書」より)

参考

養護者等による虐待への対応の流れ(4-3関連)

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

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

5-13～15

意思決定支援の制度

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

	成年後見制度				地域福祉 権利擁護事業	財産保全・ 管理サービス 事業		
	法定後見制度			任意後見制度				
	後見制度	保佐制度	補助制度					
範囲	日常生活の範囲を超え、重要な法律行為を援助				日常生活の範囲内で援助			
対象者	判断能力が常に欠けている方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方	判断能力がある方(本人が契約)	認知症の方、知的・精神障害のある方	要支援・要介護認定者、身体障害のある方		
運営主体	家庭裁判所（申立に基づき後見人を選定）			当事者間契約	東京都 社会福祉協議会	八王子市 社会福祉協議会		
援助者	成年後見人	保佐人	補助人	任意後見人	社会福祉協議会の 専門員・生活支援員			
援助内容	財産管理・身上監護				①福祉サービスの利用援助 ②金銭管理③書類等預かり			

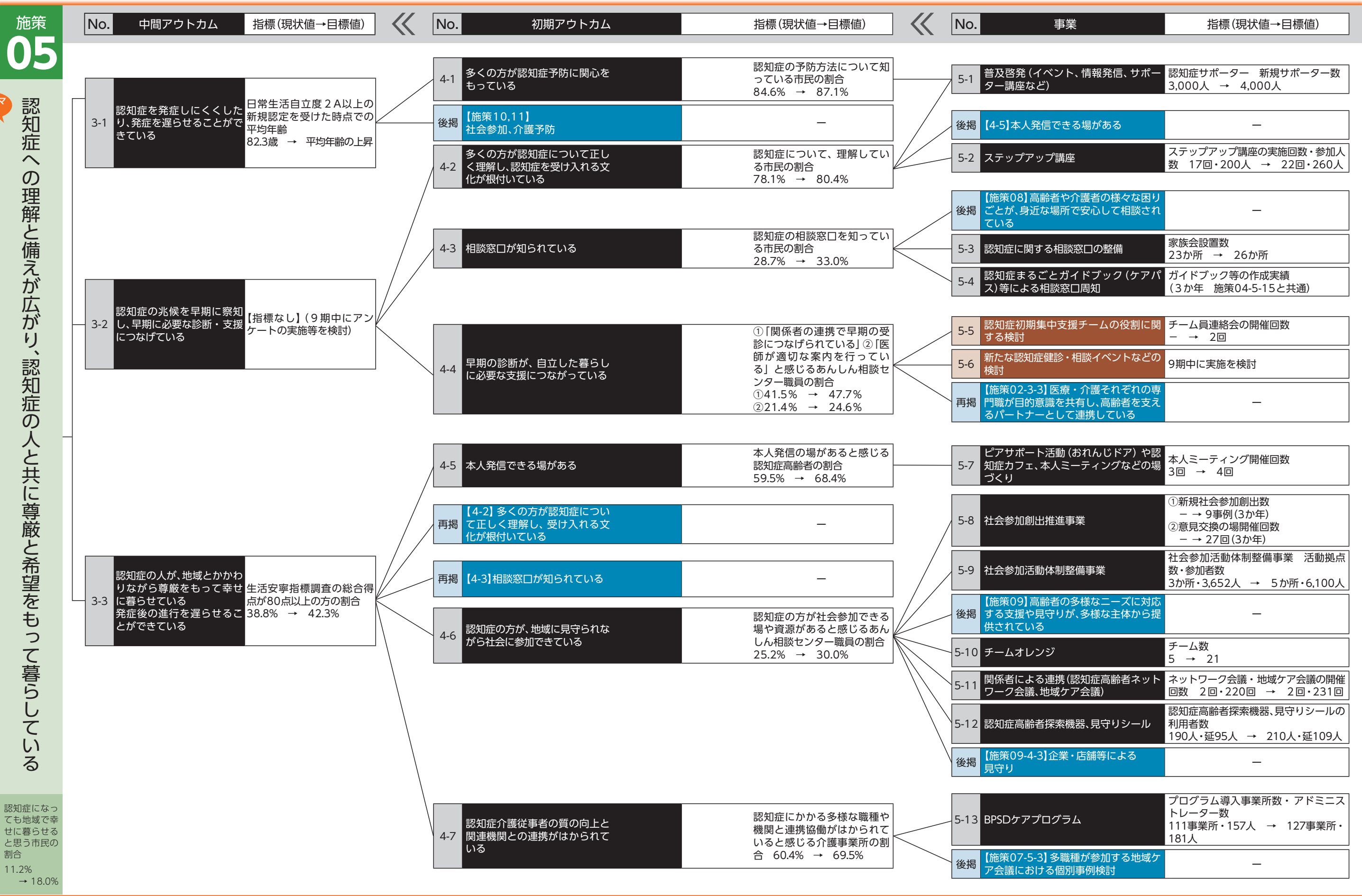
これらの制度を必要な方が安心して利用できるように、本市では八王子市社会福祉協議会への委託により、「成年後見・あんしんサポートセンター八王子」を設置し、制度の周知と利用促進をはかっています。一方で、当該センターや制度が十分に知られていないことが大きな課題となっているため、いざというときに備えるためにも、普及啓発を充実します。

5-15

認知症への備えに関する普及啓発

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

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



施策目標05 認知症への理解と備えが広がり、認知症の人と共に尊厳と希望をもって暮らしている

現状

認知症は誰もがなりうるものであり、多くの人にとって身近なものとなっています。また、高齢者人口の増加に伴い、認知症の人は今後ますます増加することが予想されており、令和7年(2025年)には高齢者の5人に1人が認知症になるといわれています。その中で、令和5年(2023年)に「認知症基本法」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あいながら共生する活力ある社会の実現を推進しているところです。

本市では、国の「認知症基本法」や「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症への備えとしての普及啓発や取組をすすめていきます。また、認知症高齢者や若年性認知症の人をはじめ、家族や地域住民といった、一人ひとりが住み慣れた地域で尊厳が守られ、希望をも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)
- ・様々な研究から、生活習慣病の予防や適度な身体活動、人とかかわりなど、認知症を発症しにくくする生活スタイルが分かってきています。本市では、通常の介護予防に関する普及啓発と併せて、これらの生活スタイルに関する発信をすすめていきます。
- ★ 認知症に対する正しい知識と理解の促進、認知症に関する相談先の周知の強化(3-1、3-2)
- ・認知症をよく知らないまま過度に恐れてしまうことは、早期の相談や早期の診断を妨げる要因にもなってしまいます。そこで、子どもから大人まで幅広い世代に向けて認知症サポーター養成講座や認知症普及啓発イベントを実施することにより、認知症に対する正しい知識と理解を深めることを目指します。また、認知症まるとガイドブック(ケアパス)等を活用し、認知症に関する基礎的な情報の提供と相談窓口の周知をすすめます。
- ★ 認知症の人の本人発信と社会参加機会の創出(3-3)
- ・普及啓発イベントやピアサポート活動(P62)をはじめとした認知症に関する施策において、本人発信の機会を充実させ、社会に参画する機会を確保するとともに、認知症高齢者や若年性認知症の人をはじめ、多様な主体と話し合う場を設け、認知症の人が強みを活かせる社会参加の機会創出をすすめます。

参考 認知症基本法に定める市町村認知症施策推進計画と本計画の位置付けについて

本計画は、認知症基本法に定める「市町村認知症施策推進計画」を取り込んだ計画として位置付けています。認知症施策は、介護や福祉など関連分野と連携した取組が重要です。そのため、認知症に特化した計画とせず、本計画を大きな柱として施策を総合的かつ計画的に推進していきます。また、認知症基本法の基本理念に基づき、認知症施策の各事業については、認知症の人や家族の意見を丁寧に聴きながらすすめていきます。

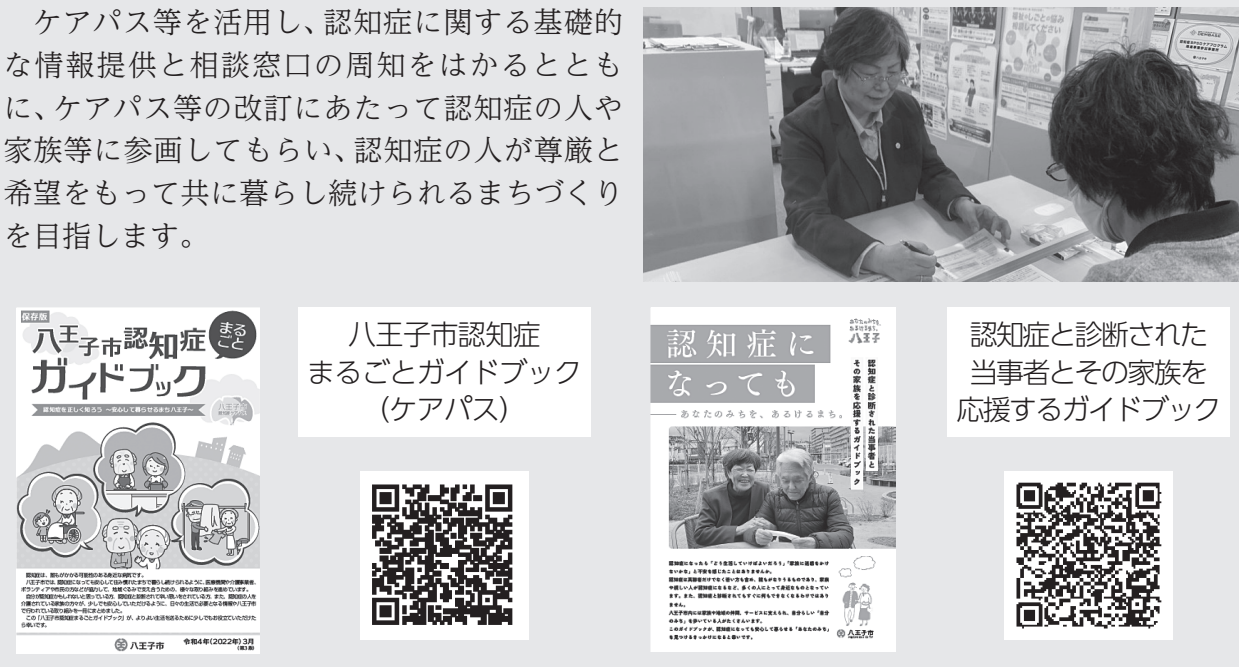
5-1 普及啓発(イベント、情報発信、サポーター養成講座など)

認知症は誰もがなりうるものであることから、子どもから大人まで幅広い世代に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共に普及啓発イベントを実施し、認知症に対する偏見を見直す機会をつくるほか、本人発信の機会拡大を目指します。



5-4 認知症まるとガイドブック(ケアパス)等による相談窓口の周知

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



5-6 新たな認知症検診・相談イベントなどの検討

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

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～

ピアサポートとは、同じ立場の方同士の支えあいや分かちあいを意味します。

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

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なことや介護のこと、認知症のことなどについて思いや体験を語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、ぜひご利用ください。

開所日時：火～土曜日 10:00～16:00
(祝日・年末年始を除く)

開所場所：八王子市子安町4丁目10-9 西村ビル2階

参加費：100円 問い合わせ：042-686-2779

5-8,9

認知症の人の社会参加の機会創出と体制整備の充実

●認知症高齢者等社会参加活動体制整備事業

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

5-10

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つくり、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みです。認知症の人がチームの一員として参加しているのも大きな特徴です。本計画期間中に21チームを目指し、全ての日常生活圏域での活動を目指します。

【チームオレンジのイメージ】

5-13

BPSDケアプログラムの普及促進

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

本市では、平成30年(2018年)から本プログラムを他市に先駆けて実施し、活用する事業所の募集を行うほか、関係者向け各種研修等を開催することで、介護現場における認知症ケアの質の向上を推進しています。

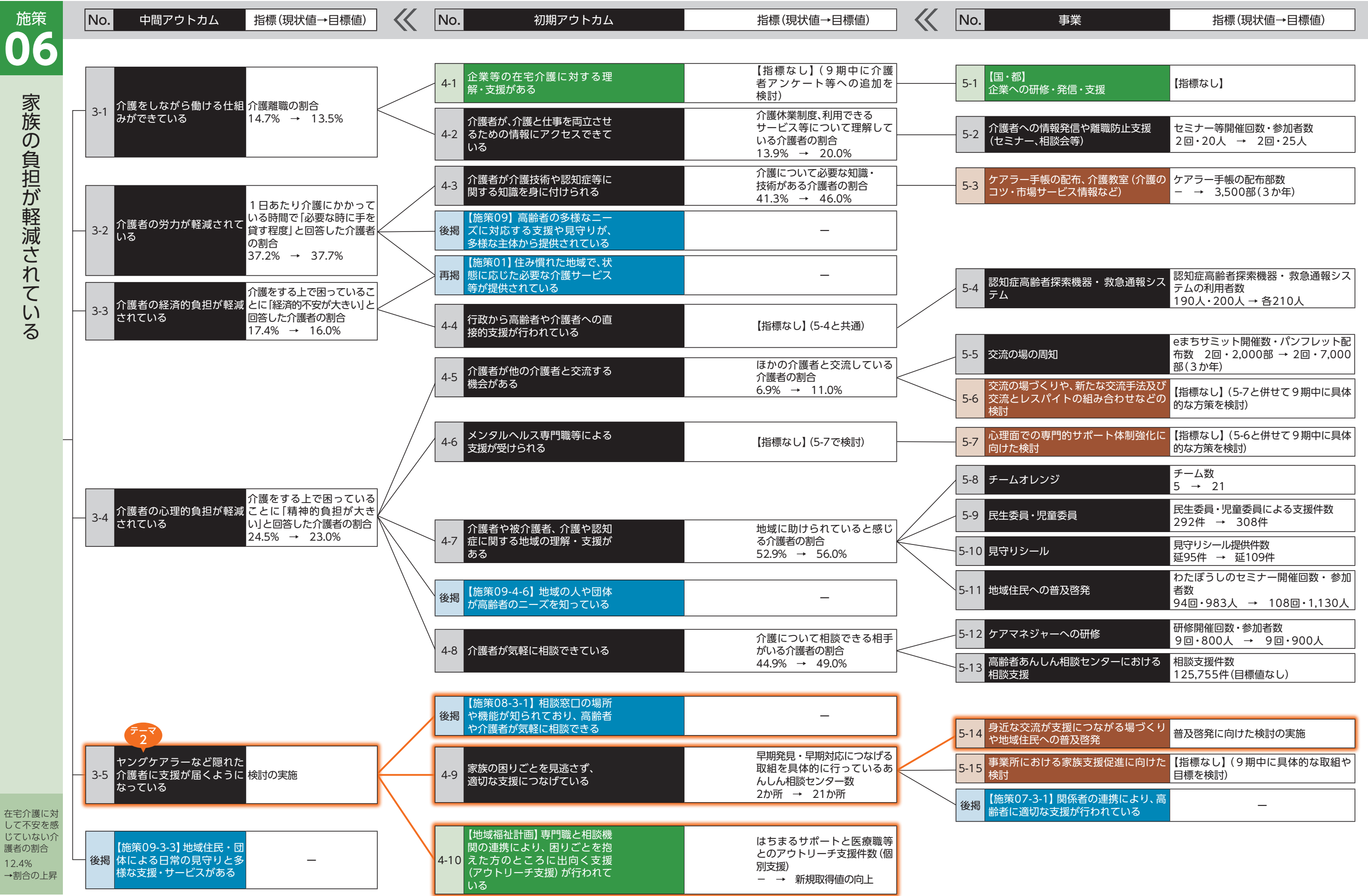
コラム

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」、「認知症の人やその家族の相談支援」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…」一人で考え込んでいませんか。認知症は特別なことではありません。あなたが不安や心配なとき、いつでも差し伸べられる手でありたいと思っています。お気軽にお声掛けください。



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、必要な介護サービスの確保をはかるとともに、家族の柔軟な働き方の確保、働く家族等に対する相談・支援の充実をはかることで、希望する方が働き続けられる社会の実現を目指すことが重要です。 さらに、全世代型社会保障の構築をすすめる観点から、ヤングケアラーも含めた家庭における介護の負担軽減のための取組をすすめることが重要です。 方向性 ★ 家族介護者の労力、経済的・心理的負担を減らし、介護をしながら働ける仕組みづくり(3-1～3-4) ・家族介護者教室や介護者同士がつながる場の整備など、これまでの取組を継続して実施するほか、介護者へのメンタルヘルスケア専門職等による支援について検討します。 ★ ヤングケアラーなど、隠れた介護者を支援につなげるネットワークづくり(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の気づきを促す取組をするほか、施策07(P71)において、家族の課題発見から支援までの流れを強化していきます。	

5-2	介護者への情報発信や離職防止支援(セミナー、相談会等)
市・高齢者あんしん相談センターで実施している「仕事と介護の両立のためのセミナー・相談会」や、国や都で実施している離職防止支援等、家族介護者に必要な情報発信を行い、介護をしながら働けるよう支援します。	

5-3	ケアラー手帳、家族介護者教室
悩みを抱える家族介護者に向けて、相談窓口や家族介護の経験談等を掲載したケアラー手帳を作成・配布することで、家族介護者の負担軽減に向けた取組を強化します。また、高齢者あんしん相談センターが主体となり、家庭で高齢者を介護していくうえで役に立つ介護や病気の知識、介護保険や福祉サービスの利用の仕方などについて学べる教室を実施することで、介護者の労力軽減をはかります。	

5-4	認知症高齢者探索機器・救急通報システム
認知症高齢者探索機器は、在宅で介護を行っている親族の方に、行方不明になった認知症高齢者等の早期発見と事故の未然防止のために貸し出すGPS端末です。 救急通報システムは、緊急性のある身体上の慢性疾患があり常時注意を要する方に、緊急事態に簡易に通報できる通信機器の設置・貸し出しと救助のための支援を行うものです。	

コラム	「認知症家族会」や「認知症カフェ」をご存じですか？
●認知症家族会 認知症の家族を介護している人どうしが集まり、お互いに介護体験などを語り合うことで、「介護に対する不安や心配は自分だけではない」と気持ちが軽くなり、悩みを前向きにとらえなおすことができる場となっています。 ●認知症カフェ 認知症のご本人だけでなく、家族、支援者、地域の人など色々な人が集まり、お茶を飲みながらおしゃべりをしたり、イベントを楽しんだり、思い思いに過ごすことができる場です。	
   	
家族会・カフェリスト一覧 (市ホームページより)	

コラム	ヤングケアラーとは？
「ヤングケアラー」とは、家事や家族の世話などを日常的に担う子ども・若者のことで、学業・友人関係に影響が出る、望む将来や進路の選択肢が狭まってしまうなどの問題が指摘されています。家族の手伝い・手助けをすることは「普通のこと」と思い、自身がケアラーと認識していないことが多く、また、家庭内の問題のため、人に言いづらいつ感じ、表面化しにくいことが課題です。 【市内の子どもの介護実態】 本市では、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。	

施策
07

テーマ
1

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

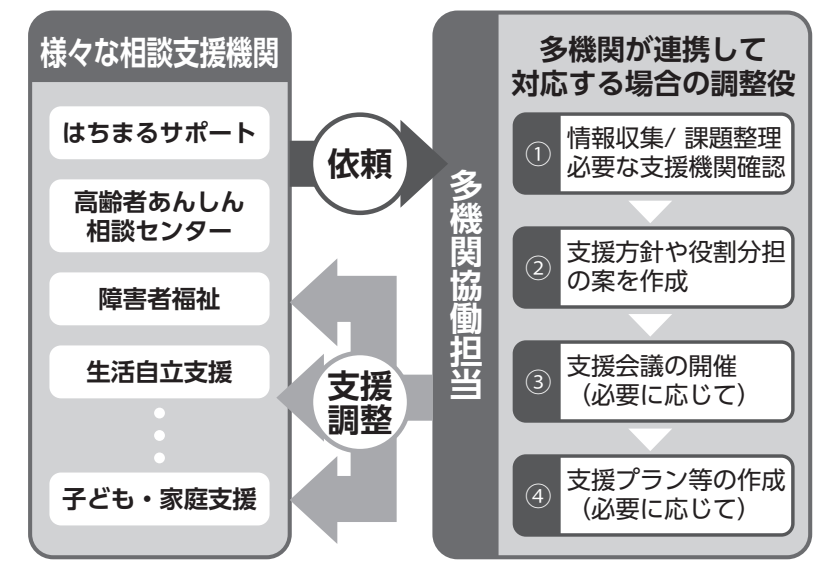
「(仮称) 地域
包括ケアアク
ションプラン
」の策定(令
和6年度中)

No.	中間アウトカム	指標(現状値→目標値)	←	No.	初期アウトカム	指標(現状値→目標値)	←	No.	事業	指標(現状値→目標値)
後掲	【施策08-3-3】地域全体で身近な高齢者を見守り、困りごとをもつ高齢者を適切な支援先につなげることができる	—		再掲	【施策02-3-3】医療・介護それぞれの専門職が目的意識を共有し、高齢者を支えるパートナーとして連携している	—		5-1	高齢者あんしん相談センターによる地域の多職種・関係者の研修・会議	研修開催回数 114回 → 130回
後掲	【施策09】多様なニーズに対応する支援や見守り	—		再掲	【施策05-4-7】認知症介護従事者の質の向上と関連機関との連携がはかられている	—		5-2	企業、店舗等の地域ケア会議参加に向けた検討	企業、店舗等の地域ケア会議への参加者数 26人 → 30人
3-1	関係者の連携により、高齢者に適切な支援が行われている	効果的に連携できていると思うあんしん相談センター職員の割合 46.6% → 59.0%		4-1	【地域福祉計画】高齢者や家族を支える専門職や機関が、顔の見える関係性を築いている	(専門機関向け)はちまるサポートの事業内容と役割の認知度 83.8% → 95.0%		5-3	多職種が参加する地域ケア会議における個別事例検討	個別事例検討件数 84件 → 97件
								5-4	【地域福祉計画】重層的支援体制整備(顔の見える関係性づくり)	多機関合同研修の実施回数 延13回(自立支援、精神障害、ひきこもり支援) → 20回
				4-2	【地域福祉計画】連携して課題解決する枠組みが機能している	他機関と連携する仕組みや体制があると感じる支援機関職員の割合 70.5% → 80.0%		後掲	【3-3】市のビジョンに基づく地域包括ケアシステム構築の拠点としてセンターが力を発揮できている	—
								5-5	【地域福祉計画】重層的支援体制整備(課題解決の枠組み)	多機関支援マニュアルなどを活用した支援会議の実施 — → どの窓口にも複合的な相談が来ても対応ができるスキームの構築
3-2	個別のケースから抽出した共通の課題に対して、政策的な対応が行われている	提言した課題が政策につながっていると感じるあんしん相談センター職員の割合 9.2% → 17.0%		4-3	地域ケア会議で地域課題が抽出されている	【指標なし】 (5-6の検討を経て設定)		再掲	【5-3】多職種が参加する地域ケア会議における個別事例検討	—
				4-4	地域ケア推進会議において、地域課題を解決するための政策を提言している	①政策提言数 2件 → 2件 ②5-6の検討に基づき設定		5-6	地域ケア会議・地域ケア推進会議の運営手法再構築	地域ケア会議のマニュアル作成及び地域ケア推進会議の新体制の構築 (令和6年度中)
				4-5	個別の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がある	「(仮称) 地域包括ケアアクションプラン」の策定 (令和6年度中)		5-7	地域ケア推進会議の実施	地域ケア推進会議の開催回数 4回 → 4回
3-3	市のビジョンに基づく地域包括ケアシステム構築の拠点として高齢者あんしん相談センターが力を発揮できている	【指標なし】(5-6や5-8における検討や包括運営部会での検討を経て9期中に設定)		4-6	高齢者あんしん相談センターの機能強化に向けた課題が明確になり、市として解決を目指している	【指標なし】(5-6や5-8における検討や包括運営部会での検討を経て9期中に設定)		5-8	地域包括ケアの深化を強力にすすめるための検討と体制整備	所管横断での検討実施 — → 令和6年度検討開始
				4-7	各高齢者あんしん相談センターが、自らの役割に注力できている	必要な体制が確保できていると感じるあんしん相談センター職員の割合 32.8% → 43.0%		5-9	高齢者あんしん相談センターの役割の明確化	成果連動型委託契約の導入 (令和6年度中)
								5-10	高齢者あんしん相談センターの体制充実と負荷軽減	【指標なし】(5-8の検討を踏まえて9期中に具体的な検討を行い、取組や目標を設定)
								後掲	【施策08-5-6】シルバーふらっと相談室等の相談窓口の設置	—
								5-11	予防プランを委託できるケアマネジャーの確保	委託件数 27,552件 → 5-8の検討を踏まえて設定
								5-12	予防プラン事業所指定や総合相談委託に向けた検討	【指標なし】(5-8の検討を踏まえて9期中に具体的な検討を行い、取組や目標を設定)

施策目標07	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
現状 認知症、8050問題（P179）、ダブルケア（P176）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、高齢者に関する第一の窓口として、リエイブルメント（P92）や地域づくりなど、本計画の基本理念達成のための鍵になる役割を担うことが求められます。このため、センターのサテライト拠点（支所）となるシルバー見守り・ふらっと相談室の充実や一部業務の外部化などによる負担軽減をはかるとともに、体制充実や多機関連携による課題解決力の強化を重点的にすすめます。 さらに、現場で得られた気づきを政策に結びつけるため、センターで実施する地域ケア会議や市が実施する地域ケア推進会議、そして日常的な両者の問題意識共有について見直しと仕組み化を行います。 そして、これらの変革を確実にすすめるべく、21のセンターを支援する「基幹型地域包括支援センター」の機能強化を含めた抜本的な庁内体制の整備を最優先で実施します。 方向性 ★ 高齢者・家族を支える専門職や機関が、顔の見える関係性を築ける仕組みづくりの検討（3-1） ・重層的支援体制整備事業（P71）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、地域ケア会議及び地域ケア推進会議の運営手法の見直しをします。 ・個別ケースから抽出した共通の課題に対して、政策的な検討を行う仕組みづくりを検討します。 ★ 高齢者あんしん相談センターが力を発揮できる仕組みの検討（3-3） ・高齢者あんしん相談センターの体制を強化するとともに、職員が本来の業務に注力できるように業務分担を見直すなど、多角的に負担軽減をはかります。 ・現在4か所あるシルバーふらっとなど、高齢者あんしん相談センターのサテライト機能をもった拠点を充実し、機能強化をはかります。	

5-3.7	地域ケア会議・地域ケア推進会議
地域ケア会議とは、高齢者の抱える様々な困りごとについて、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、医療従事者、介護従事者、リハビリ専門職、民生委員・児童委員、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・児童委員、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、市の施策につなげます。

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に対応する「はちまるサポート（八王子まるごとサポートセンター）」の機能を充実させます。 また、問題解決に向けて複数の分野の専門職が連携しやすい体制をつくる「多機関協働事業」や、積極的な訪問などにより問題を抱えている方をサービスにつなげる「コミュニティ・ソーシャルワーカー（CSW）によるアウトリーチ支援」などを推進します。 さらに、はちまるサポートと高齢者あんしん相談センターが連携しながら、地域住民や事業者など、多様な主体で地域を支えていく「顔の見える関係性づくり」を強化します。 【多機関連携による支援】 	

具体的なケースでのイメージ
💡 ケアマネジャーが、担当する高齢者にひきこもりの子がいることに<u>気づく</u>。 ▼ 単独で世帯全体の支援は困難なため、高齢者あんしん相談センターを通じて多機関協働担当に<u>相談</u>。 ▼ 多機関協働担当が生活自立支援課や障害者福祉課に<u>状況を確認</u>したところ、高齢者が借金のことで相談していたことや、その支援の途中で連絡が途絶えていたこと、ひきこもりの子が過去に精神保健福祉手帳を取得していたが、更新手続きをしていないこと等が判明。 ▼ 多機関協働担当が、<u>仮の対応方針や関係機関の役割を設定</u>し、ケアマネジャー、高齢者あんしん相談センター、生活自立支援及び障害者福祉の担当を集めた「<u>支援会議</u>」を開催。 ▼ 支援会議の中で、ケアマネジャーが主体となり介護保険サービスの導入をすすめることと併せ、関係機関が同行訪問し、家計相談や子の障害福祉サービスの導入もすすめる等、<u>支援目標とそれぞれの役割を議論</u>し、包括的な「<u>支援プラン</u>」を作成。（関係機関の合意形成をはかる。） ◎ 良好な関係を築いていたケアマネジャーを通じて高齢者に<u>支援の同意</u>を得た後、円滑に<u>包括的な支援</u>が提供されたことで、子の今後を心配していた高齢者も安心して生活自立支援担当の家計相談を受け入れ、ひきこもりの子に対する精神保健福祉手帳の再取得手続きと障害福祉サービスの導入もスムーズに行うことができた。

5-8 地域包括ケアの深化を強力にすすめるための検討と体制整備

●基幹型地域包括支援センターの現状

本市では、21の高齢者あんしん相談センターが圏域ごとの課題やニーズを踏まえた効果的・効率的な運営を行えるよう、高齢者福祉課内に「基幹型地域包括支援センター」を設置し、センター一間の総合調整や後方支援を行っています。

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

そこで、現状の基幹型地域包括支援センターについて、より一層の専門職の人材育成・資質向上をはかるとともに、庁内関連所管が連携して高齢者あんしん相談センターを支えていく体制づくりを推進します。

●「(仮称)地域包括ケア庁内連携会議」による検討

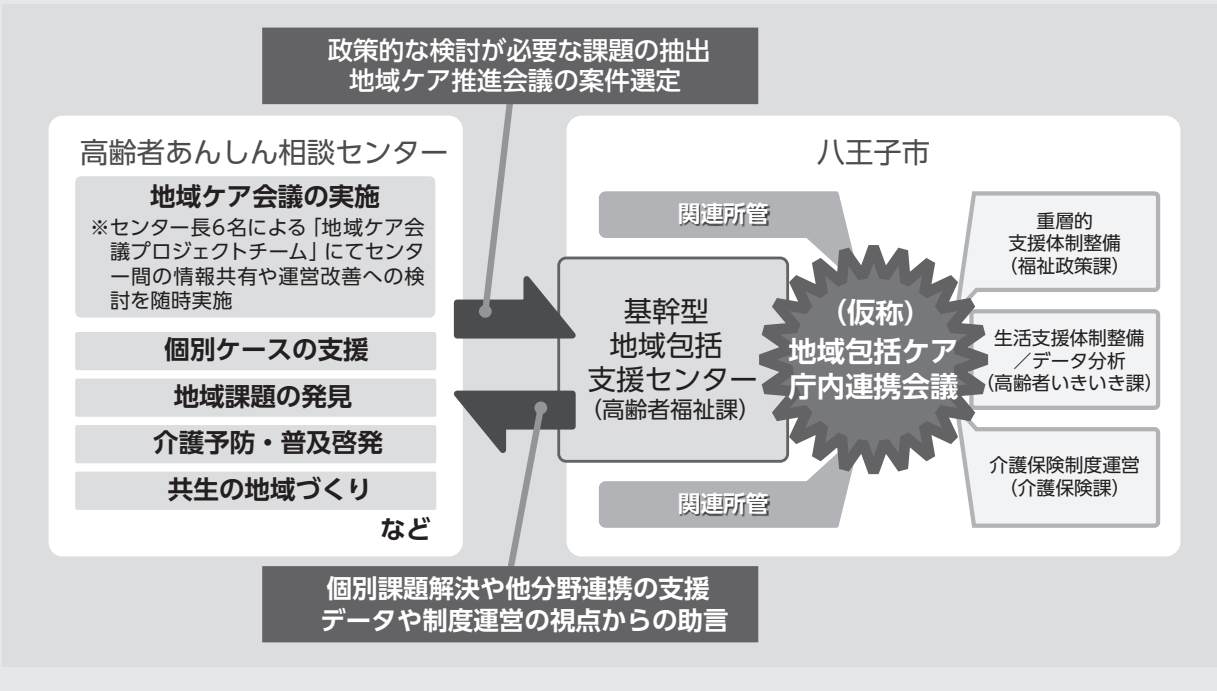
□第1段階(令和6年度)

まずは関係所管が随時情報を共有しながら、「基幹型地域包括支援センターのあり方」「庁内の連携」「高齢者あんしん相談センターの体制強化」「重層的支援体制整備との連動」「政策形成につながる課題抽出や地域資源づくりとの連携を見据えた地域ケア会議の運用」「地域ケア推進会議のあり方」等について議論する「(仮称)地域包括ケア庁内連携会議」を設置します。そのうえで、令和6年度(2024年度)中に課題解決に向けたロードマップである「(仮称)地域包括ケアアクションプラン」を策定します。

□第2段階(令和7・8年度)

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

【(仮称)地域包括ケア庁内連携会議イメージ】



5-10 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

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

●生活支援コーディネーター(S C)・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(P 80)及び認知症地域支援推進員(P 63)については、現在日常生活圏域ごとに非常勤職員を配置していますが、今後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。

●高齢者あんしん相談センター機能と人員体制の強化

支援困難ケースや相談件数の増加が見込まれる中、センターの人員体制の確保や全圏域で同等水準以上の取組を行うなど機能の強化が求められます。このため、本計画期間中の高齢者あんしん相談センターへの業務委託契約においては、「地域ケア会議」の最低開催数や「地域の実態把握」など新たな取組について仕様書に組み込むとともに、センターの人員体制の強化を目指します。

●成果連動型委託契約の本計画期間中の試行導入

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

●介護予防支援事業所指定に向けた検討

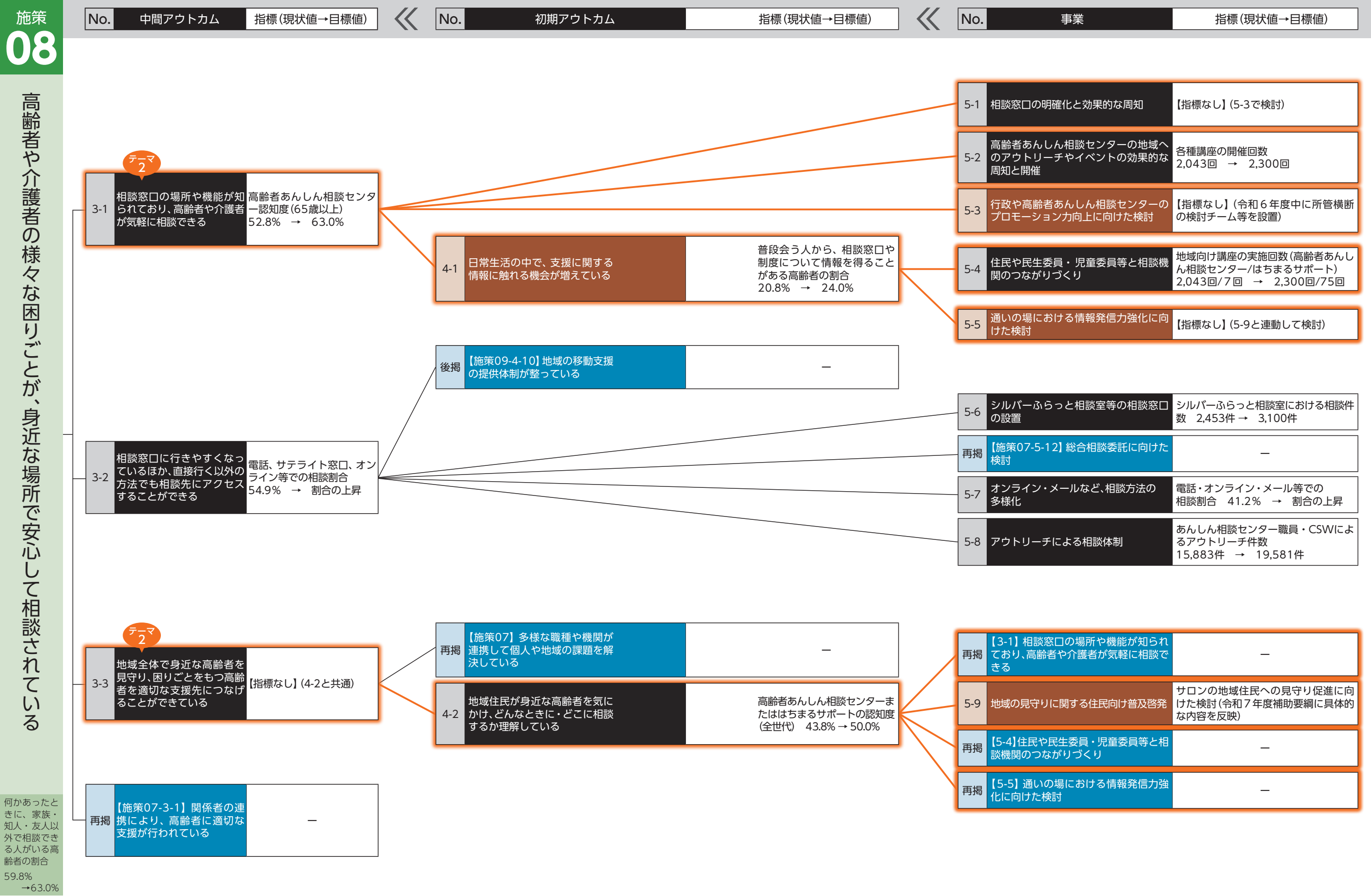
高齢者の増加に伴い、全国的に地域包括支援センター職員が作成する介護予防ケアプランの量も増大しています。そのような中、令和5年(2023年)5月の介護保険法改正で、居宅介護支援事業所(ケアマネジャー事業所)も市町村からの指定を受けて介護予防ケアプランの作成が可能となりました。

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

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

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

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



施策目標08	高齢者や介護者の様々な困りごとが、身近な場所で安心して相談されている
現状 本市では、高齢者や介護者が抱える様々な困りごとの解決のため、高齢者あんしん相談センターやはちまるサポート、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。高齢者や介護者が気軽に相談できるよう、相談窓口の一層の周知や、窓口への物理的・心理的な障壁を減らすことが必要です。 また、相談窓口が分からない高齢者が依然として多く存在する中で、身近な方々による相談機関への「つなぎ」も重要なポイントとなります。地域の方々が日ごろから身近な高齢者のことを気にかける関係性や文化を後押しするとともに、相談先に迷わないよう、どの相談機関でも地域の気づきを受け止める仕組みや体制づくりが重要です。 方向性 ★ 高齢者や介護者が相談窓口の場所や機能を知り、気軽に相談できる環境づくり(3-1) ・高齢者あんしん相談センターの地域へのアウトリーチやイベントを効果的に周知し、開催します。 ・高齢者の日常生活の中で支援に関する情報に触れる機会を増やします。 ★ 相談窓口への行きやすさの向上とアクセス方法の多様化(3-2) ・相談窓口の増設や相談方法の多様化をはかります。 ★ 地域全体で身近な高齢者を見守り、適切な支援先につなぐための体制の構築(3-3) ・地域の見守りに関して、住民の理解増進をはかります。 ・困りごとの早期発見や適切な支援へのつながりが円滑にできる多機関の連携体制を強化します。	

参考	本市の主な相談窓口機能
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もつ相談員が、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。
※令和6年(2024年)3月時点	

5-3

行政や高齢者あんしん相談センターのプロモーション力向上に向けた検討

相談窓口や支援制度を必要とする方に確実に活用していただくためには、単に情報を発信するだけでなく、対象となる方がどのような情報に触れるのか、関心をもっているのかを理解し、「自分にとって必要な情報だ」と思ってもらえるような工夫が必要です。また、社会参加の促進(施策10)や健康習慣づくり(施策11)などの取組においても、対象者の意識・行動の変化に効果的につながる発信が重要です。

福祉や健康づくりの関係者がこれらの取組に共通して求められるスキルを高めていくため、勉強会や事例共有、発信媒体の自己点検など、所管横断的かつ継続的な枠組みを立ち上げます。

5-6

シルバーふらっと相談室等の相談窓口の設置

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

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

5-9

地域の見守りに関する住民向け普及啓発

高齢者を見守りについて地域の方々の理解の増進をはかり、高齢者が適切な支援先につながるよう、地域の見守りに関する住民向けの普及啓発をはかります。また、第4期八王子市地域福祉計画に基づいてすすめていく「つなぎ手」の充実と連動し、より多くの地域住民が高齢者の異変に気づき、相談窓口につなぐことができる環境づくりをすすめます。

【「つなぎ手」のイメージ】

福祉と“つながる”
(行動する)

“自分のライフスタイル”で
“つなぐ”行動をしてみる!

気になることを“つなぐ”

情報と“つながる”
(知る・学ぶ)

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

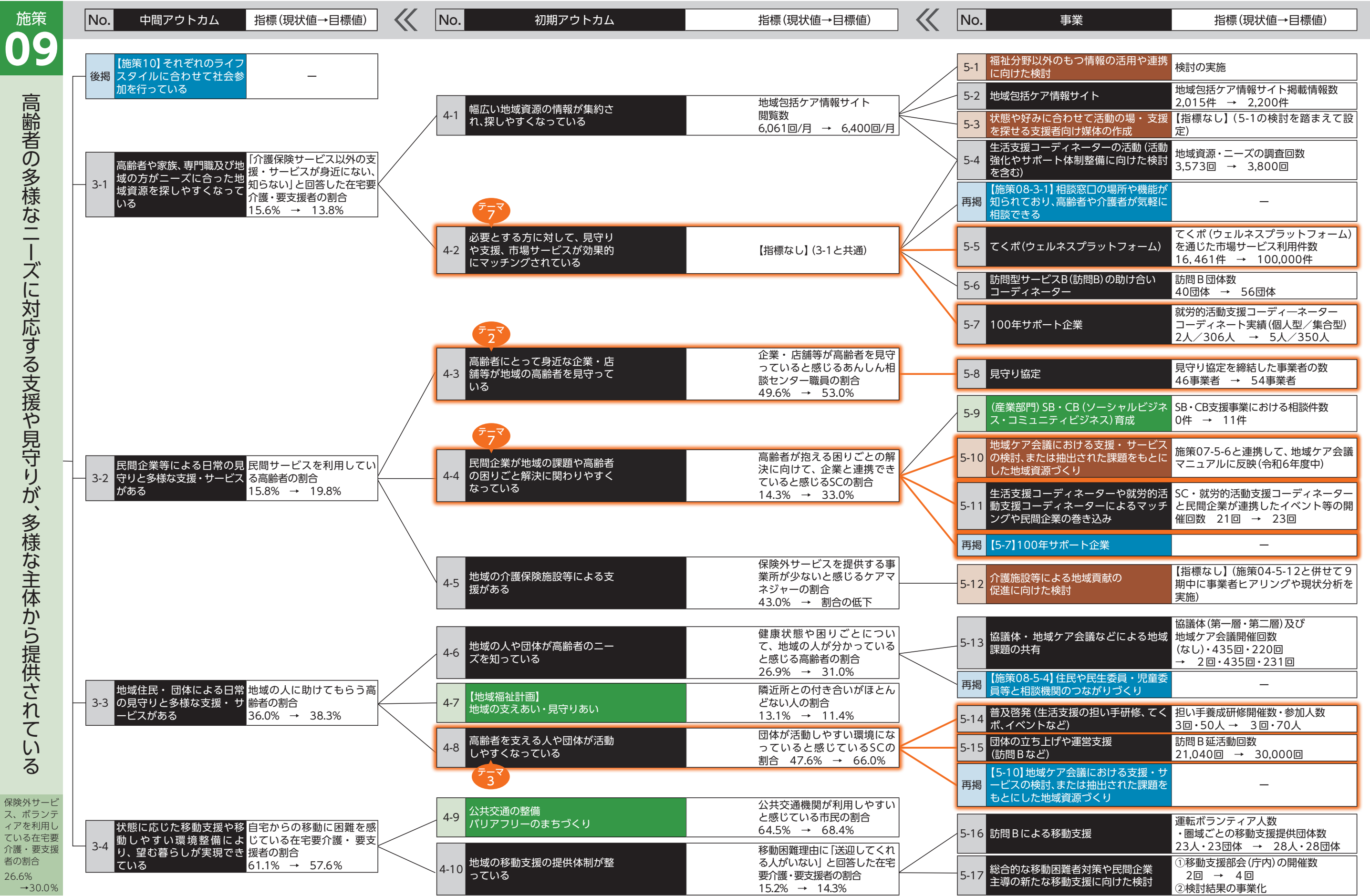
福祉の情報を得る

人や地域と“つながる”
(周りに関心を持つ)

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

機会がない・時間がない・気づかない

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



保険外サービス、ボランティアを利用している在宅要介護・要支援者の割合
26.6% → 30.0%

施策目標09 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

現状

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

また、高齢者の生活支援にあたっては、幅広い地域資源（民間企業、ボランティア団体、医療機関等のほかに、生活を支えるサービスや制度、技術など、有形無形を問わない生活支援に活用可能な資源全般を指します。）に関する情報を探しやす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。望む暮らしを実現するため、地域に合わせた公共交通機関の整備や、多様な主体による移動支援が求められています。

方向性

- ★ 高齢者や家族、専門職等が地域資源を探しやすくなる仕組みづくり(3-1)
 - ・生活支援コーディネーターの活動などを通じて多様な地域資源の情報を集約し、「地域包括ケア情報サイト」などを活用した発信を引き続き行っていきます。
 - ・支援を必要としている方と市場サービスのマッチングをより効率的にするため、生活支援コーディネーターの活動強化や、はちおうじ人生100年サポート企業の情報発信等を行います。
- ★ 民間企業や地域住民による支援サービス多様化に向けた取組の推進(3-2、3-3)
 - ・地域ケア会議（P 70）で地域に必要な支援・サービスを検討できる仕組みづくりを行うとともに、民間企業が地域の困りごとの解決にかかわりやすい体制をつくります。
 - ・地域住民や民生委員・児童委員と、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。

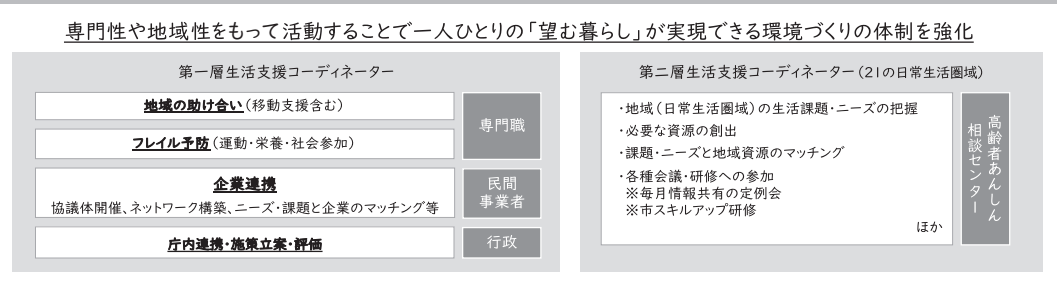
参考 生活支援体制整備事業と生活支援コーディネーター

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

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

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

各地域で高齢者を支える場や人の発掘・育成やネットワーク構築を行う第2層SCを各高齢者あんしん相談センター（21か所）に配置しているほか、専門性をもって第2層SCを支援し、全市的な課題分析や広域的な連携を行う第1層SCを10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行う買い物やごみ捨ての手伝いといった生活支援サービスなど、高齢者が地域で安心して生活するために必要な情報を瞬時に探せるよう、幅広い地域資源の情報を一元化して掲載しているサイトです。

高齢者やご家族だけでなく、ケアマネジャーにも広く活用されています。

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



5-6、16 訪問型サービスB

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

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



訪問B団体の活動の様子

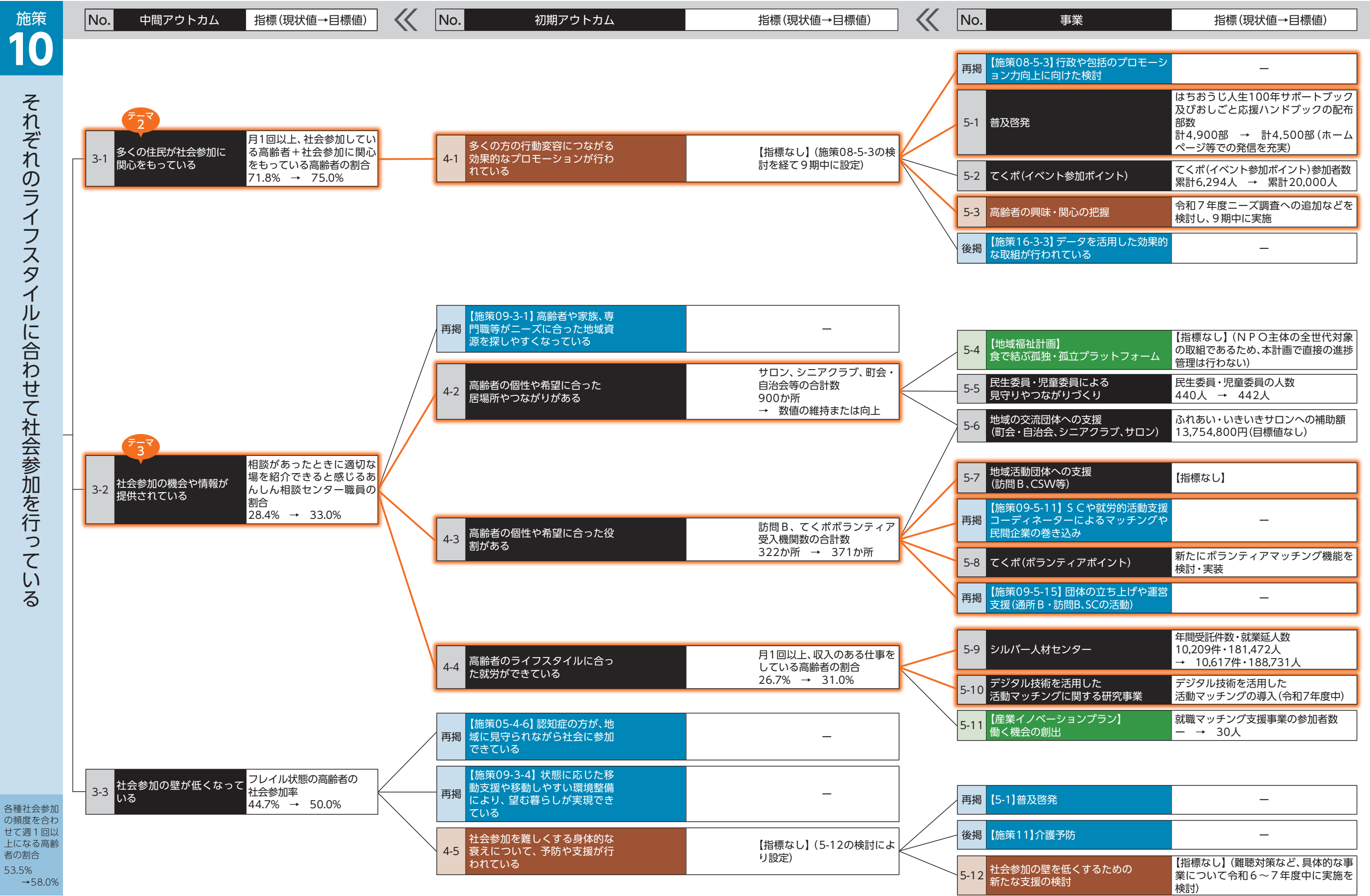
5-7 はちおうじ人生100年サポート企業

介護予防や生活支援に資する民間企業サービスの「見える化」を目的とした「はちおうじ人生100年サポート企業登録制度」を実施し、高齢者が市場サービスを自ら選択し、利用できる環境を引き続き整備していきます。

【登録企業はこんなサービスを提供しています！】令和6年3月末時点

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





施策目標10 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

現状

高齢者が社会と接点をもつことは、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、本市でも「週に1回以上何らかの活動に参加している人は、そうでない人よりも福祉のサービスや窓口について知っている」という傾向が出ています※。その一方で、新型コロナウイルス感染症による自粛生活の影響もあり、ほぼ全ての活動類型について参加率が低下しています※。

※いずれも令和4年度(2022年度)のニーズ調査(P23)の結果より

近年では、シニアクラブやサロンといったいわゆる「通いの場」や趣味の活動だけでなく、ボランティア活動や就労などの「役割」をも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です。

方向性

★ 社会参加への関心度の向上(3-1)

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

★ 社会参加の機会創出や情報提供の強化(3-2)

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

★ 社会参加の「壁」を低くするための多様な支援(3-3)

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

5-1 普及啓発

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

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



5-6 地域の交流団体への支援(サロン)

地域での見守りや介護予防に大切な役割を果たしている団体の一つに高齢者サロンがあります。本計画期間中には、登録団体数の増加や見守り・介護予防などの機能充実に意識した補助制度の見直しを実施し、様々な取組と連動させながら支援を強化していきます。

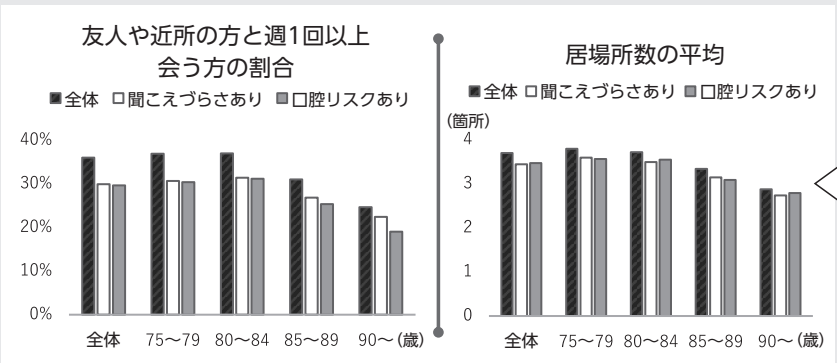
5-10 デジタル技術を活用した活動マッチングに関する研究事業

社会参加をDXの観点から支援するため、本人の興味や能力に合わせて仕事やボランティアなどをマッチングする仕組みづくりに向けた実証実験をてく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中、地縁だけに頼らない新しい担い手づくりの手法を模索していきます。

5-12 社会参加の壁を低くするための新たな支援の検討

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



居場所：安らぐことができる、安心していただける、生きがいが、楽しみ、自己実現などを感じられる場所・活動

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

参考 高齢者の多様な働き方

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

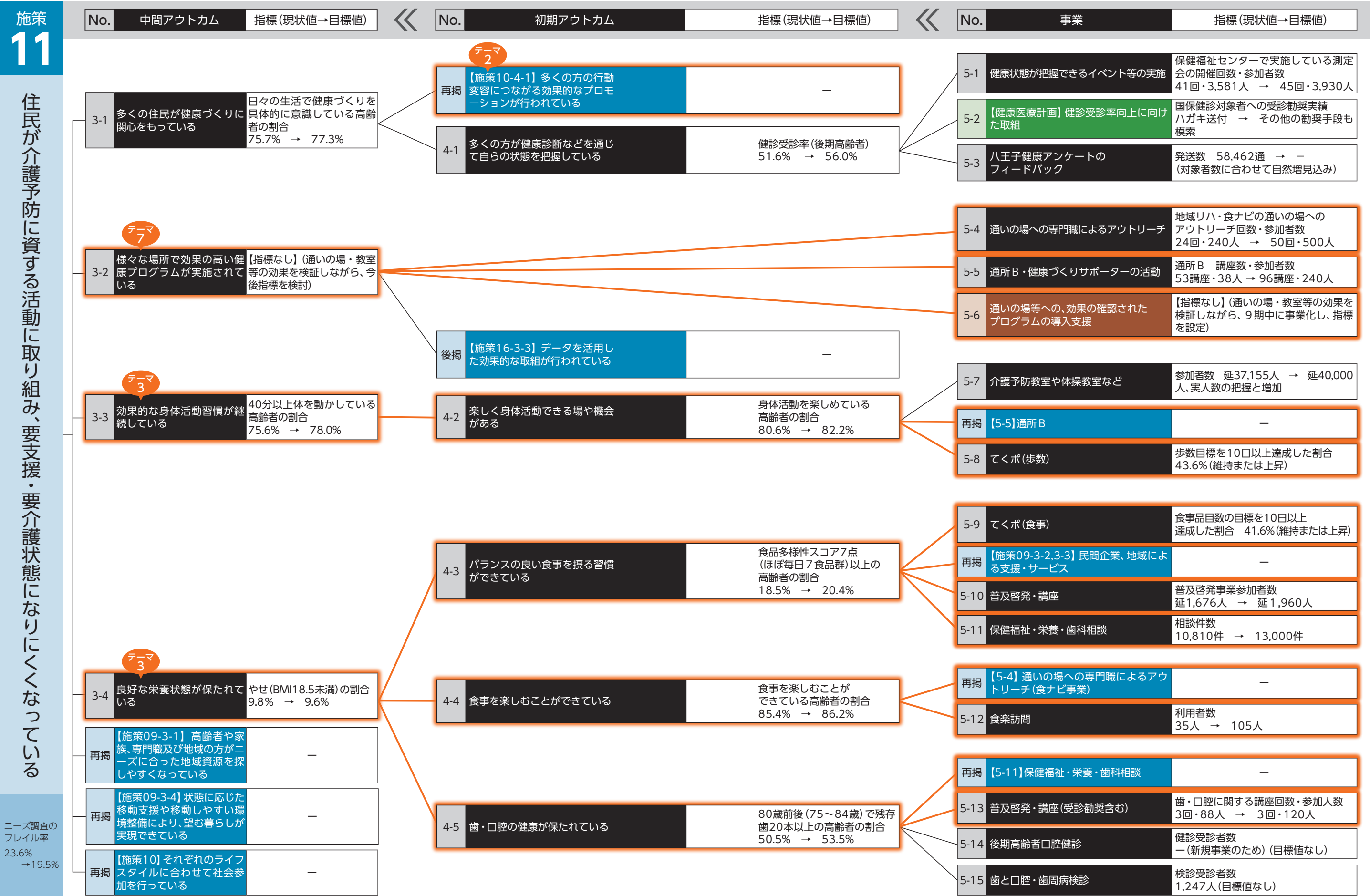
そこで、本市では、ハローワークやシルバー人材センター等の関係機関との連携を通し、実際に働いている方のインタビューや就労プラン、待遇の目安等を示す「みんなのおしごと応援ハンドブック」を配布し、高齢者の多様な働き方を支援します。



参考 生活支援コーディネーター(SC)が高齢者の社会参加をサポート

P80で紹介した生活支援コーディネーター(SC)の役割には、地域ごとの様々な「場」を把握し、交流や活動に興味のある高齢者となつなげていくことも含まれています。

「何か始めてみたいけど、何が自分に合っているか分からない」「この近くで囲碁ができる場所はないかな」など、今後の生活に向けたきっかけを探している方はぜひ高齢者あんしん相談センターへご相談ください。



施策目標11 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

現状

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

方向性

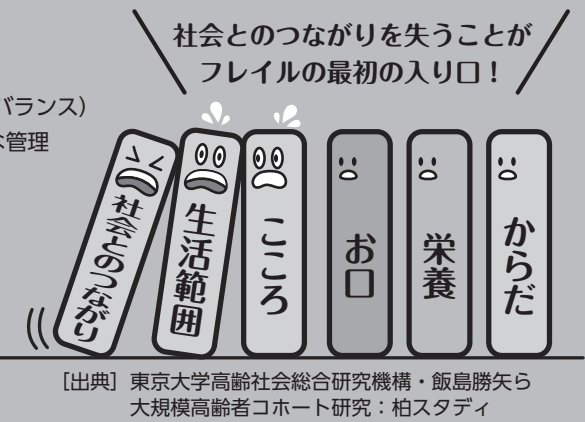
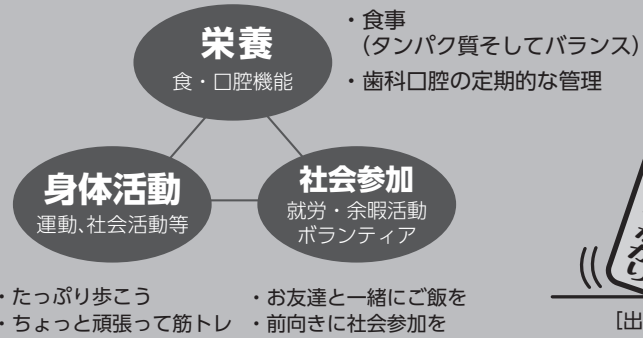
- ★ 暮らしと健康の自己管理を支える取組による、健康づくりへの関心の向上(3-1)
 - ・健康づくりへの関心を高める効果的なプロモーションや自らの状態を把握できる取組を実施します。
- ★ 効果的な取組の実施と、健康維持につながる生活習慣の普及(3-2～3-4)
 - ・より効果の高いプログラム提供ができるように事業の効果測定や評価を行います。
 - ・フレイル予防(栄養・身体活動・社会参加)を重点に、自身の力で健康を維持できる取組を実施します。

コラム フレイル・ドミノについて

「最近何を食べても美味しく感じない」「疲れやすくてなにもする気が起きない」「体重が減ってきた」など、身体や気持ちが低下し、社会とのつながりも薄くなる状態のことをフレイルといいます。また、ドミノ倒しのように生活範囲、こころ、お口、栄養、からだ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・ドミノの入り口は様々ですので、それぞれの予防に努めることが重要です。

健康寿命延伸に向けて重要なのは、三位一体の取組



5-5 通所型サービスB(わくわく)

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

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

現在は、介護予防の拠点である「八王子リエイブルメントセンター」を中心に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の増設をすすめていきます。



5-8、9 てくポ

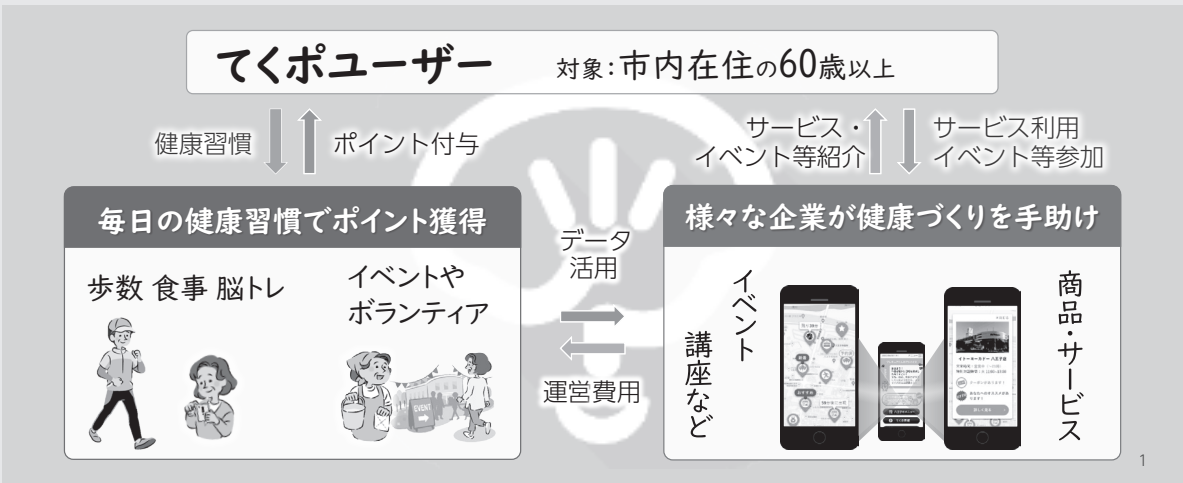
てくポ(八王子てくてくポイント)とは

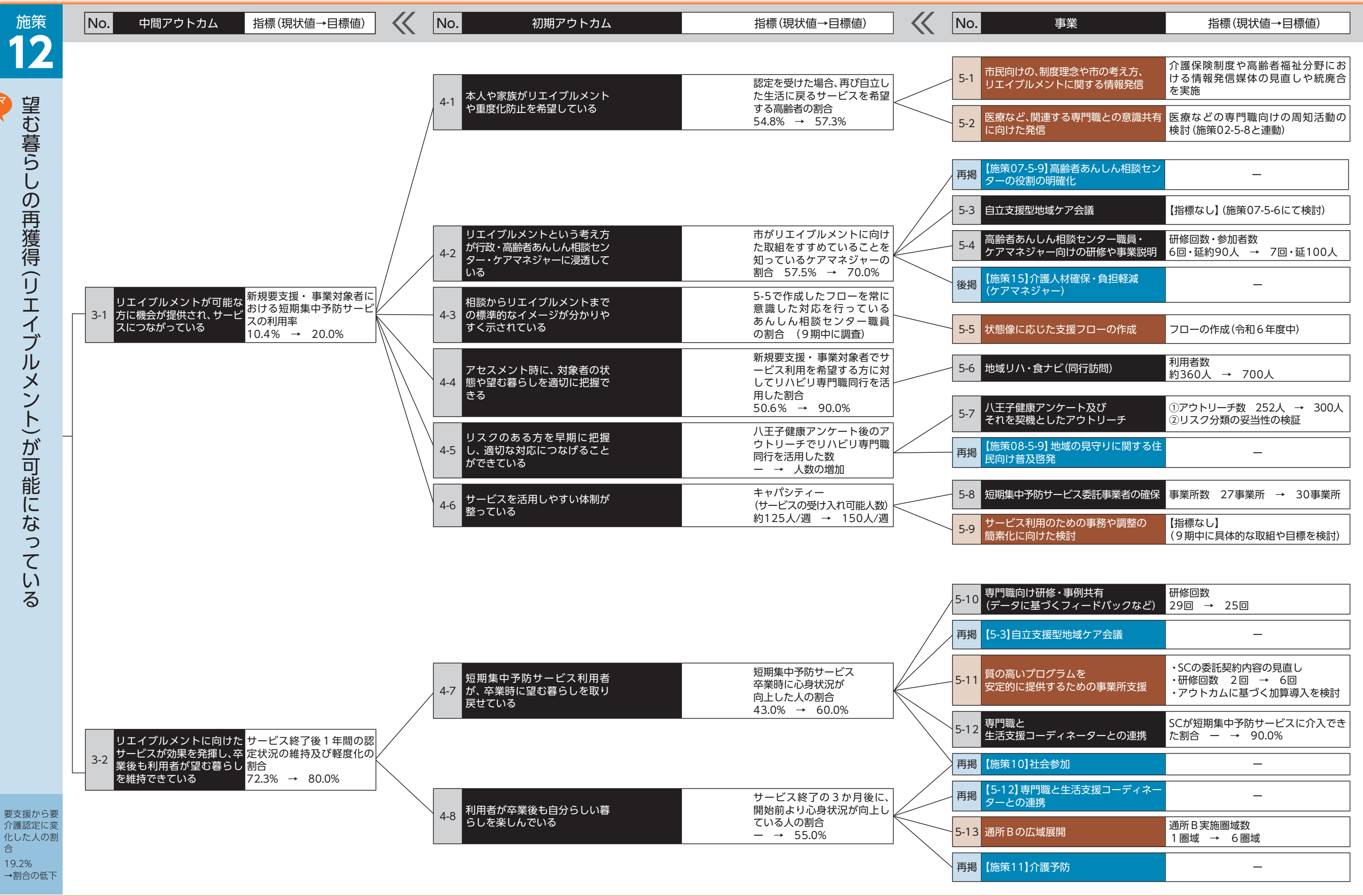
スマートフォンアプリを活用し、「歩く」、「食べる」、「脳トレ」、ボランティアやイベント参加による「社会参加」など、高齢者の介護予防に寄与する活動を記録し、ポイントを付与することで高齢者のセルフマネジメントを推進します。

産官連携基盤「ウェルネスプラットフォーム」

てくポ登録者に対して、歩行速度や脳トレスコア、本人が入力した健康情報(体重や血圧)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、広告収入を得るためのプラットフォームの構築をすすめています。

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





施策目標12 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

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

方向性

★ 見つける・つなぐ支援

～リスクを早期に把握し、その人の望む暮らしを目指せるサービスへつなげる～(3-1)

- ・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する～(3-2)

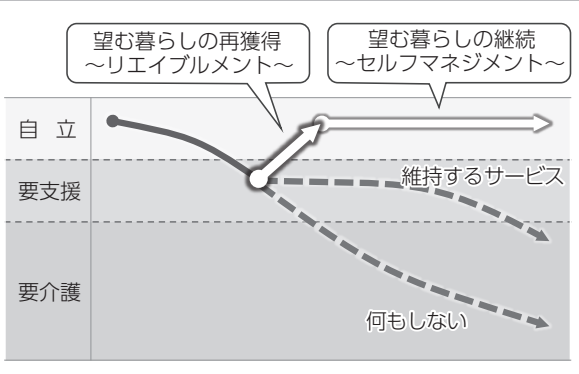
- ・心身状態が低下しても“元気だったときの生活”や“望む暮らし”の再獲得ができるよう、本人の目標達成に向けた自己決定や行動を後押しする支援を行います。
- ・利用者が卒業後も自分らしい暮らしを楽しめるよう、生活支援コーディネーターや社会参加を促進する事業等と連動し、社会参加につながるきっかけづくりや、自身の暮らし・健康を管理する力(セルフマネジメント力)の向上を目指します。

コラム 諦めるのはまだ早い！ ～リエイブルメントの考え方～

年齢を重ねるにつれて、やりたいことや今までできていたことができなくなることもあります。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いたりすると、自身の能力はどんどん低下し、「できない」ことが一層増えていきます。

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

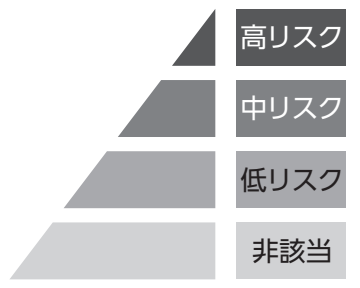
「リエイブルメント」は低下した状態の「維持」ではなく、やりたいことができる暮らしの「再獲得」を目指していくという考え方で、本市では令和3年度(2021年度)からリエイブルメント支援を本格的に実施しています。



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

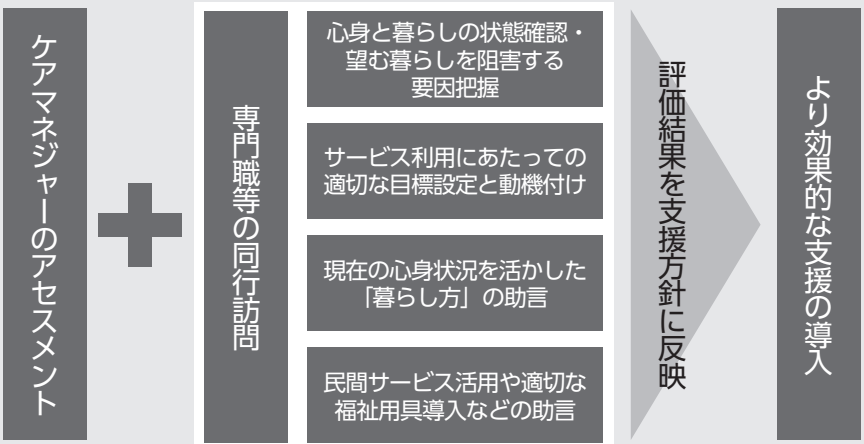
○ 八王子健康アンケート

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



○ 地域リハビリテーション活動支援事業(地域リハ・食ナビ訪問による同行訪問)

リハビリテーション専門職や栄養・口腔に関する専門職が、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への助言を行うことで、より適切かつ効果的な支援やサービスの活用を後押しします。



5-8～12 リエイブルメント支援 ～短期集中予防サービス～

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

○ ハッピーチャレンジプログラム(通所型サービスC)

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



○ 食楽訪問(訪問型サービスC)

管理栄養士が自宅を訪問し、面談により「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)を把握するとともに、課題解決に向けたコーチングを行い、食事を楽しく・楽に続けられる習慣を身に付ける支援をします。

コラム

キーワードは『リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)』『セルフマネジメント(望む暮らしの継続)』『活動的な暮らしの実現』

『リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)』とは？

リエイブルメントの最終目標は「望む暮らしの再獲得」です。

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

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

このほか、多様な社会参加のニーズや課題に対応できるよう、一人ひとりの状態に応じて、施策目標10、11(社会参加・介護予防)の事業にもつなげていきます。

これから
暮らしの活発化

・多様な社会参加支援（就労、ボランティア、趣味等）
・生活支援コーディネーターの活動

活動的な暮らしの実現

活動的な日常生活を目指した多様な社会参加促進と地域資源の充実

元気な暮らし
の維持

・てくポの実施
・介護予防活動への参加意識向上・習慣化の研究
・通所B「わくわく」

望む暮らしの継続
～セルフマネジメント～

暮らしと健康の自己管理を支える仕組みの構築・定着

自らの力を
引き出す支援

・対象者の把握と分析
・新たな施策の検討
・地域リハビリテーション活動支援事業
・介護予防・生活支援サービスの充実
・短期集中予防サービスの提供
・事業評価・効果検証

望む暮らしの再獲得
～リエイブルメント～

自らの力で「望む生活」を再獲得するための専門職による伴走支援

3つの視点が連動し、循環する仕組みの構築



[民間企業と連携してつくる社会参加の場の様子]

コラム

私のリエイブルメントストーリー

ハッピーチャレンジプログラム(通称：ハチプロ)(P93)を利用して、『望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)』を実現し、自分らしい暮らしを楽しんでいる方を紹介します。

『作品を展示できる!』その喜びにより活動量が増加!



Yさん

50代後半から介護の仕事に就いており、仕事の傍ら布切り絵を製作し始め、60代後半まで個展や教室を行っていた。10年ほど前にはある情報誌の全国川柳コンクールで大賞を受賞するなど多彩な才能をもち、かつ何事にも積極的に行動する性格の持ち主。

①相談・サービス内容の検討

Yさんは、病気を患い体調を崩したあと、デイサービスの利用を考えて、高齢者あんしん相談センターに相談。

相談を受けたケアマネジャーがYさんに「望む暮らしの再獲得」の可能性を感じ、『ハチプロ』の利用を提案。そして、ハチプロの期間に達成する目標として、『作品の展示』『活動量を増やす』を掲げました。

②ハチプロの開始

活動量を増やすため地域で開催している健康体操等を紹介しても、Yさんは不参加。その一方、『作品の展示』に向けて、生活支援コーディネーター(P80)のサポートや薬局の協力により、作品の展示・販売場所が決まりました。

③創作活動に没頭

作品の展示・販売場所が決まり、作品づくりに集中することで、外出しなくなり、活動量が減るのではないかと心配もありましたが、逆にYさんは材料を仕入れるために八王子駅にバスで向かう等、活動量が増えていきました。



▲人気のアクリルたわしや芳香剤を入れるドレスなど、Yさんが手がけた作品たち

④ハチプロ修了後の様子

「ハチプロに参加して本当によかった。まだね、体の痛みはあるけれど、気持ちも開けたし、外に出る機会も増えた。外に出ると多少化粧もするし、洋服を選んだりするし」とYさん。薬局で眼鏡ケースがほしいという声を聞けば翌日にとって持っていく、セットの方が売れるのではないかと考えたりと、行動力やアイデアは止まらない。「結構ね、忙しいのよ」というYさんがキラキラと輝いていました。

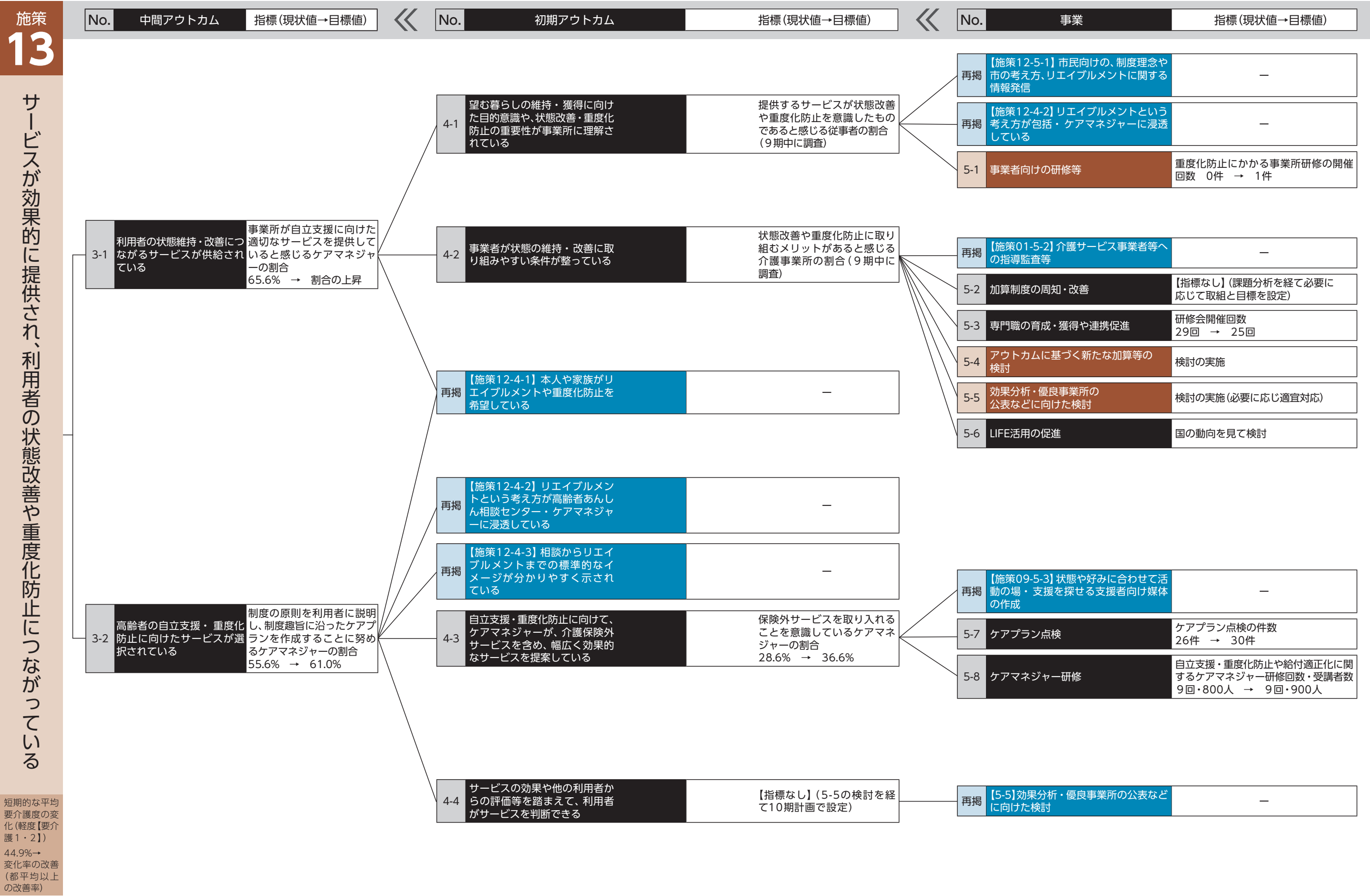
最初にお会いした時は、活動性や気持ちの低下があり、何かに取り組むということが難しい状態でした。ハチプロの面談を通じて聴き取りをしていく中で、作品づくりをまた楽しむようになり、バスに乗って出かけられるようになりました。

@担当リハビリ専門職

薬局さんとは前からつながりがありました。店内の棚が空いていて、地域の方の作品を展示、販売したいという話がありまして、Yさんの作品を展示するように動きました。お話ししたときのYさんのうれしそうな顔が忘れられません。

@担当生活支援コーディネーター

－ 95 －



施策目標13	サービスが効果的に提供され、利用者の状態改善や重度化防止につながっている
現状 介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行うもの」とされており、また国民の努力義務として、要介護状態になった場合も「有する能力の維持向上」に努めるものとされています。本市においても、全国民がリスクに備えて支えあうという基本的な理念を市民や関係者に改めて伝えていくとともに、利用者の状態改善や重度化防止につながるサービスが提供・選択されるようケアマネジャー、事業所を支援していきます。 方向性 ★ 利用者の状態維持・改善につながるサービスの供給の支援(3-1) ・事業所向けの研修や加算制度の周知により、望む暮らしの維持・獲得に向けた目的意識や状態改善・重度化防止の重要性に対する事業所の理解の向上をはかります。 ★ 高齢者の自立支援・重度化防止に向けたサービスの選択の支援(3-2) ・ケアマネジャー研修やケアプラン点検などにより、ケアマネジャーが自立支援・重度化防止に向けて、幅広く効果的なサービスを提案できるよう支援します。	

コラム	本市が目指す「自立」とは
「生きたいように生きる」。つまり、「自立して生きる」ということは、誰もが願う、当たり前の幸せです。 本市の自立支援では、いつまでも「生きたいように生きる」ことができるように、一人ひとりの暮らし方(生き方や考え方)を尊重し、自らの望む暮らしを自ら実現できる力(セルフマネジメント)を促進することを最も重視しています。 日常生活や心身に課題が生じた方であっても、「できる部分」に着目し、自信と力を取り戻しながら、その方なりの望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)を目指します。 また、公的サービスだけでなく、民間企業のサービスや地域の活動など、多様な資源や力を積極的に活用し、一人ひとり異なる望む暮らしの実現を支援していきます。	

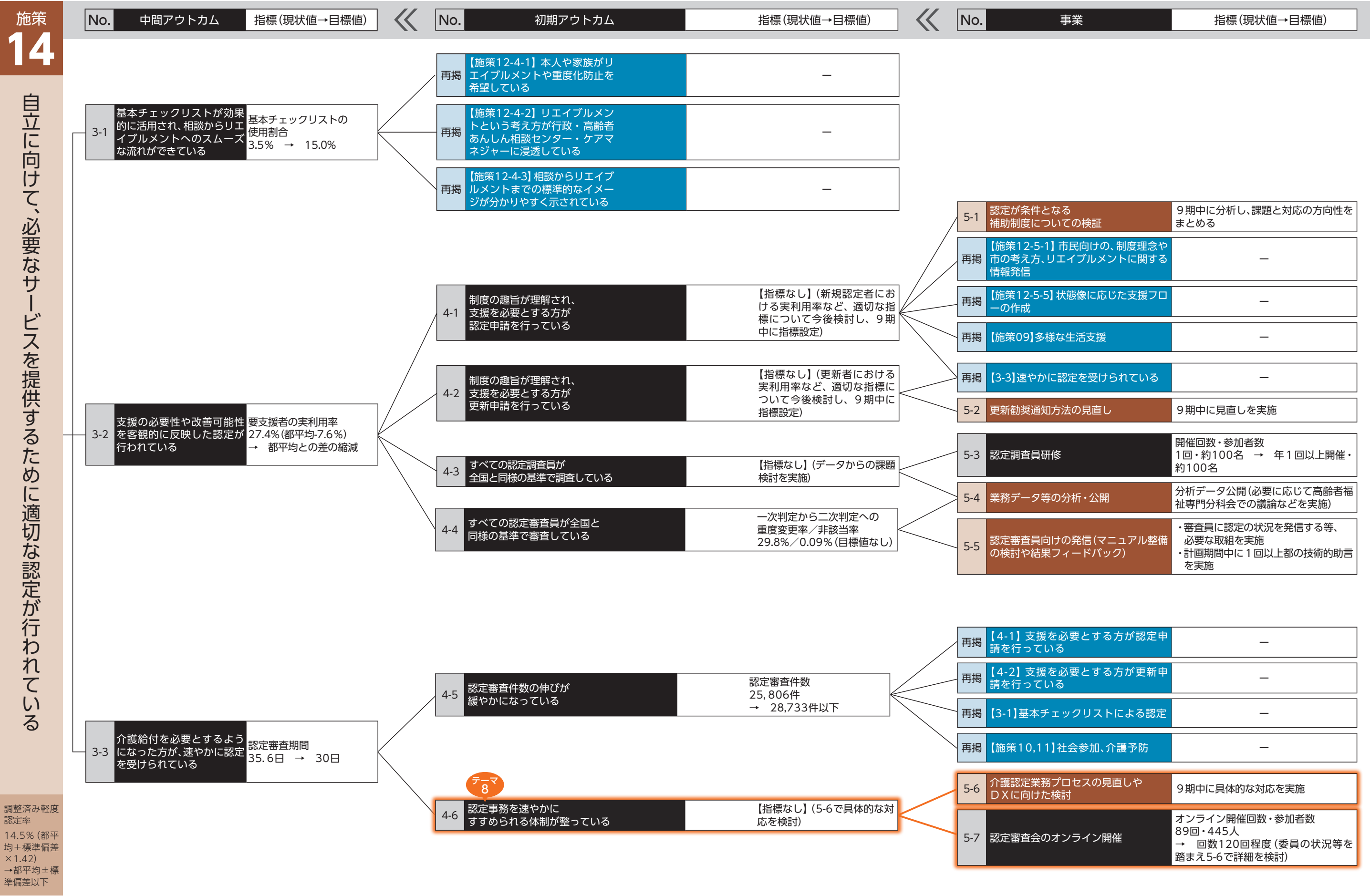
5-1	事業所向けの研修等
現場で高齢者を支える事業所向けの研修等を実施し、重度化防止に関する市の基本的な考え方を伝えるとともに、状態維持・改善に関連する加算制度(生活機能向上連携加算、L I F E加算(P99)など)についての情報提供を行います。	

5-4,5	アウトカムに基づく新たな加算、効果分析・優良事業所の公表などに向けた検討
事業所における重度化防止をすすめるにあたっての難点の一つとして、利用者の重度化防止が必ずしも事業所の収益につながらないという制度構造があげられます。 この点について、東京都では、令和5年度(2023年度)から利用者のADL(日常生活動作)及び要介護度の維持・改善に資する取組を行った事業所に対し、独自に20～40万円の報奨金を支給する取組を開始しました。インセンティブを付与することで、事業所の要介護高齢者の自立支援及び重度化防止の取組を促進しています。 本市でもこうした事例を参考にしながら、重度化防止に向けた事業所の取組の後押しに向けて検討をすすめていきます。	

5-7,8	給付適正化について
本市では、利用者にとって適切な介護サービスを確保し、介護保険制度を安定的に運営していくために、介護給付の適正化に取り組んでいます。今後、ますます高齢化がすすむ中、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送ることができるよう、必要なサービスの確保に向けた取組を適正化計画に基づいてすすめていきます。 ・ケアマネジャー、高齢者あんしん相談センター職員に対して、ケアマネジメント業務に必要な知識・技術を習得することができるよう研修を実施するとともに、主任ケアマネジャーとの協働による「ケアプラン点検」の実施、「自立支援に資するケアマネジメント」の普及啓発などにより、ケアプランの質の向上をはかります。 ・住宅改修、福祉用具の貸与・購入の適正化のため、申請内容の審査を適切に行うとともに、事業者などに助言・指導を行い、利用者が安心して過ごすことができるよう支援します。 ・介護給付の情報を活用することで、事業所による介護保険請求の誤りをチェックし、給付の適正化をはかります。	



参考	科学的介護情報システム(LIFE)
科学的介護情報システム(LIFE)とは、全国の介護サービス利用者の状態やケアの計画・内容についてのデータを蓄積する厚生労働省の情報システムです。 介護事業所では、利用者へのケアの提供にあたり、利用者の状態や実施するケアの計画・内容について、定期的に評価・記録を行っています。これらの情報をLIFEに提出することで、全国の利用者の状態や、ケアの計画・内容にかかるデータが蓄積していきます。 LIFEは、蓄積したデータに基づいて、事業所へフィードバック情報を提供します。これにより、事業所は全国の事業所と比べた強み・弱みや特徴を確認したり、利用者の状態の変化を確認したりすることができます。 このようなフィードバックを、事業所のも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。	



施策目標14 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

現状

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。介護保険法と厚生労働省令に基づく判断基準に合致し、かつその方に合った適切な認定が求められます。

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

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(P173)を積極的に活用していきます。
- ★ 認定の適正化(3-2)
 - ・支援の必要性や改善の可能性を客観的に反映した認定が行われるよう、認定調査員及び認定審査員向けの研修を行うとともに、データの分析・公開など情報共有をはかっていきます。
- ★ 申請から判定までの期間の短縮(3-3)
 - ・基本チェックリストの活用等により件数の伸びを抑えるとともに、事務の効率化や体制強化によって認定までの期間短縮を目指します。

5-6 介護認定業務プロセスの見直しやDXに向けた検討

高齢者数が増えていく中、数多くの申請に対して素早く適切な認定を行っていくため、調査から認定までの業務プロセス全体について検証と改善が必須になります。

認定審査会については、既にコロナ禍を期に一部をオンラインで開催し、ペーパーレス化と効率化に着手しています。今後は、所管横断的なプロジェクトチームを設置し、業務フローの最適化や外部委託・デジタル化など、さらなる効率化・適正化をはかっていきます。

参考

認定の流れと使えるサービス

市役所・包括への相談（任意）

申請しない

基本チェックリスト

認定申請

認定調査

一次判定

二次判定

使えるサービス

①

非該当 ①

事業対象者 ①～②

非該当 ①

要支援1～2 ①～③

要介護1～5 ④

種別

サービス例

① 一般介護予防事業

各種講座・教室・イベント、普及啓発、てくぽ（P89）

② 介護予防・生活支援サービス事業

わくわく（P89）、訪問型サービスB（P81）※
※非該当者も利用可能
短期集中予防サービス（P93）、
予防訪問・通所介護相当サービス

③ 介護予防サービス

予防通所リハビリ、福祉用具貸与・購入、
住宅改修（P52）

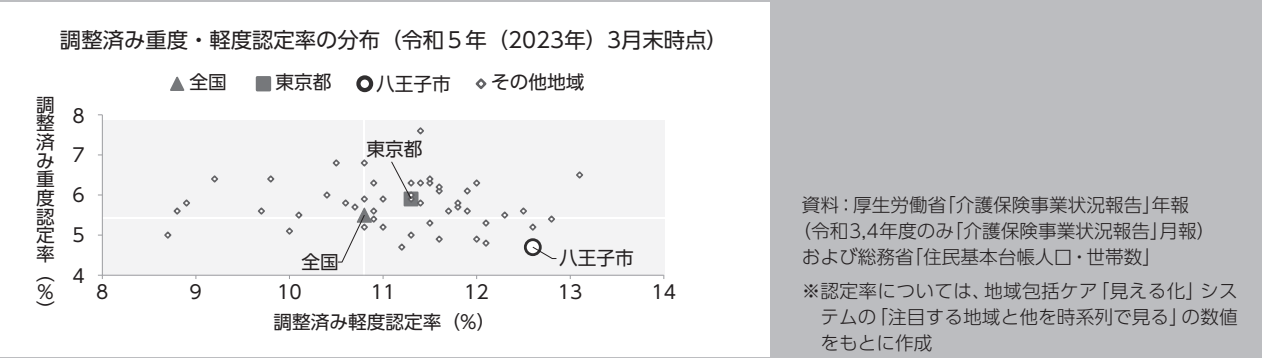
④ 介護サービス

通所・訪問介護、施設（特別養護老人ホーム等）
入所、福祉用具貸与・購入、住宅改修

参考 データから見る本市の認定状況

①要支援1～要介護2の軽度者の割合が高い

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



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	0.95%	-	8.1%	-	0.67%	-
東京都	1.15%	-	13.9%	-	0.60%	-
市区平均	1.20%	-	13.4%	-	0.62%	-
八王子市	0.09%	49/49	29.8%	1/49	0.09%	40/49

（出典）東京都「令和5年度介護保険業務技術的助言関係資料（数値等資料編）」の数値から作成

④認定を受けてもサービスを利用しない方が多い

介護サービス実利用率

		平成30年 (2018年)	令和2年 (2020年)	令和5年 (2023年)
八王子市	要支援認定者	22.9%	25.3%	27.4%
	要介護認定者	82.7%	86.1%	83.1%
東京都	要支援認定者	30.8%	34.3%	35.0%
	要介護認定者	86.0%	86.1%	86.6%
全国	要支援認定者	37.4%	40.4%	42.4%
	要介護認定者	86.6%	86.5%	86.8%

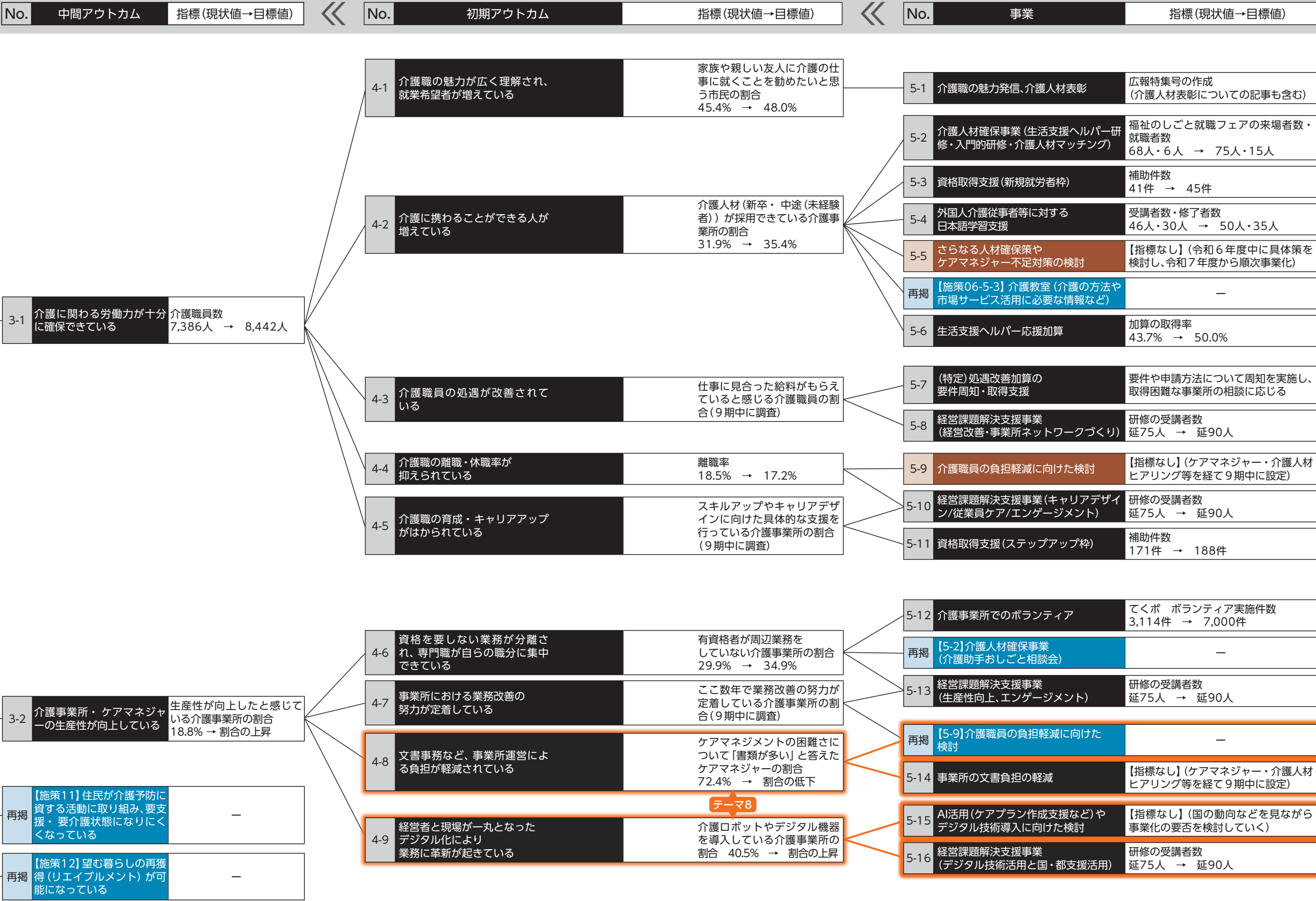
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」から算出

施策
15

テーマ
4

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

介護人材の不足を感じている介護事業所の割合
61.5%
→割合の低下



テーマ8

施策目標15 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

現状

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

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

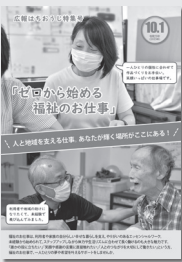
方向性

- ★ 介護にかかわる労働力の確保(3-1)
 - ・介護人材の確保・定着・育成に向けた取組を推進します。
 - ・介護職員の負担軽減に向けた取組を検討し、離職・求職率を抑制するための取組を推進します。
- ★ 介護事業所・ケアマネジャーの生産性向上(3-2)
 - ・介護事業所の業務改善に向けた取組をすすめます。
 - ・デジタル技術を活用した業務の革新(DX)をすすめます。

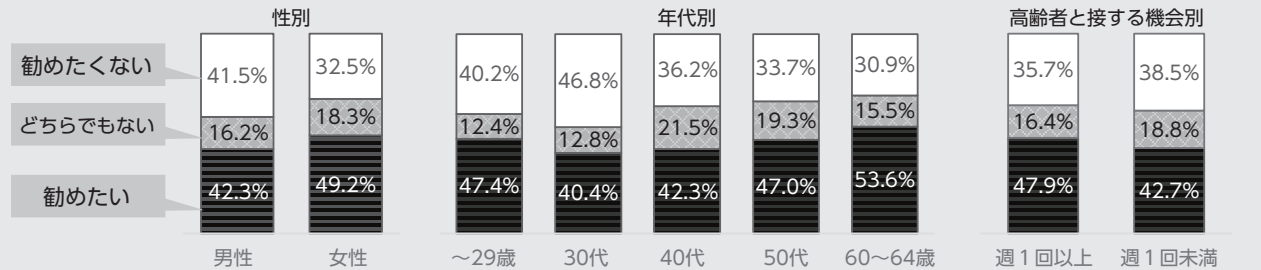
5-1 介護職の魅力発信、介護人材表彰制度

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

また、介護事業所に多年にわたり勤務し、専門的知識及び技術をもってその役割を担った人材に対して、市民表彰条例により表彰を行います。



【参考】令和5年度(2023年度)八王子市市民意識調査結果から
「家族や親しい友人に介護の仕事に就くことを勧めたい(または本人が希望したら勧めたい)」と答えた方の割合は、性別・年代・高齢者と接する機会によって異なることが分かりました。
より若い層への効果的な発信を意識する必要があるほか、日常で高齢者と若者が接する機会をつくっていくことも重要であると考えられます。



5-2 介護人材確保事業

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



福祉のしごと就職フェアの様子

5-3、11 資格取得支援事業

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

5-4 外国人介護従事者等に対する日本語学習支援

介護事業所に就労している在日外国人等に対し、介護業務に必要な日本語能力を習得する研修を実施することにより、介護現場での外国人従事者の活躍を支援します。

5-8、10、13、16 介護事業所経営課題解決支援(介護事業所研修)

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

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

5-5 さらに人材確保策やケアマネジャー不足対策の検討

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

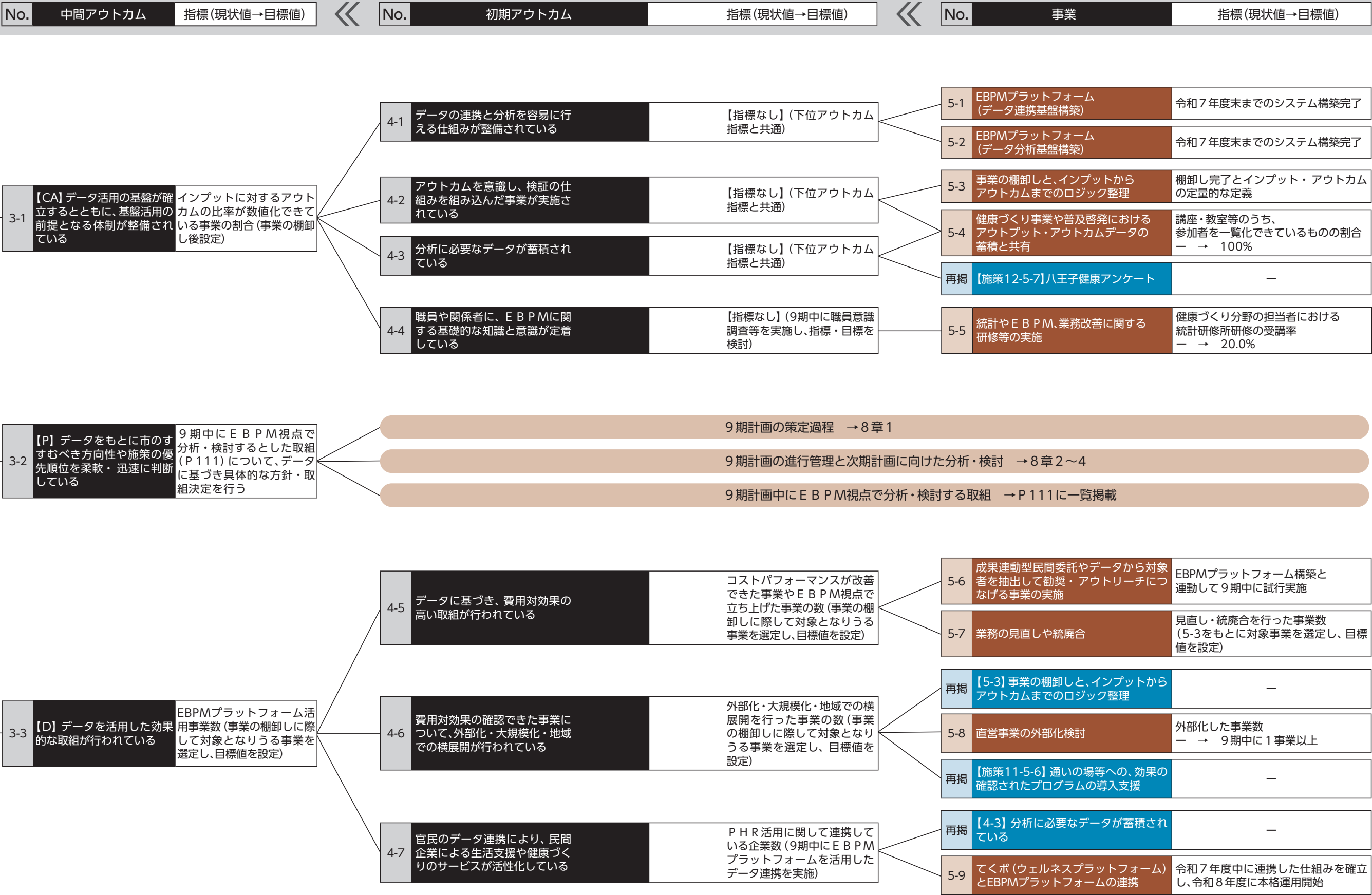
そのため、本計画に記載した取組を着実にすすめていくほか、ケアマネジャーを含めた介護人材について、より実効性の高い取組が求められます。令和6年度(2024年度)以降、新たに団体ヒアリングや介護人材向け意識調査を行うとともに、介護人材養成校設置を含めた他自治体の事例研究などを行い、実効性のある対策について検討し、本計画期間中の着手を目指します。

施策
16

テーマ

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

5-3で棚卸した事業全体のインプットに対するアウトカムの比率（事業の棚卸し後設定）



施策目標16 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

現状

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

方向性

★ データ活用基盤の確立と職員や関係者のスキルアップによるEBPM（根拠に基づく政策立案）推進の前提条件整備（3-1）

・医療・介護などの市が保有するデータや、介護予防事業を通じて収集できた健康関連データを安全に連携して分析する「EBPMプラットフォーム（根拠に基づく政策立案をするための基盤）」を構築・活用します。

・職員のEBPMへの理解を深め、アウトカム（成果）を意識したコストパフォーマンス（費用対効果）検証や、検証に基づく事業の廃止や再構築、外部化を随時行う体制を定着させます。

★ 市のすすむべき方向性や施策の優先順位の柔軟・迅速な判断（3-2）

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

★ データ活用による事業の費用対効果向上（3-3）

・データから高リスク者を探すアプローチや、成果連動型委託などにより、限られた人員・予算で15万人の高齢者に対して十分な効果を上げるための工夫をすすめます。

・限られた人員で多くの高齢者の行動変容を実現するため、市の直営事業の棚卸しと費用対効果検証を実施します。そのうえで、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大規模化を検討します。

・行政が持つ豊富なデータを、個人情報を除くなど匿名性を保った形で民間企業と共有し、行政が費用を負担しない民間企業主導の生活支援・健康づくりを促進します。

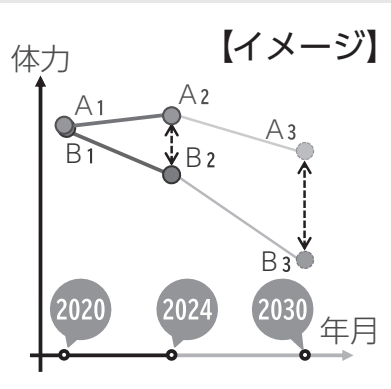
5-1 など データに基づくPDCAサイクルの基盤となる「EBPMプラットフォーム」

例えば、ある体操教室を令和2年（2020年）～令和6年（2024年）まで実施した場合、その介護予防効果を計測するためには、単に「（A）体操教室に通っている人」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、「体操教室に通っているから元気」なのではなく、「元気だから体操教室に通えている」のかもしれません。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、本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 令和2年（2020年）の医療・介護データから、「体操教室に通っている人（A1）」と「体操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 両グループの令和6年（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（2024～2025年度）に必要なシステム構築を行い、ハイリスク者抽出型の予防事業や成果連動型委託への活用、てくぽとの連動（P89）など、様々な事業に活用していきます。



本計画中に分析・検討するもの

各施策の中で「9期中に検討」とした取組のうち、EBPMの視点を活かしていくべきものは以下のとおりです。中でも、重要テーマ（P37～39）に関連するものについては所管・施策横断的に分析と検討をすすめていきます。

○【施策01-5-1】

中長期的な介護・医療・リハビリ等の提供体制

○【施策02-5-8】

医療・介護の連携・意識共有に向けた課題（テーマ①）

○【施策04-5-1】

より迅速な虐待対応を行いやすくするための制度や運用（テーマ①②）

○【施策08-5-5】

通いの場における情報発信力強化（テーマ②）

○【施策08-5-3】

行政や高齢者あんしん相談センターのプロモーション力向上に向けた検討（テーマ②⑤）

○【施策11-5-6】

通いの場への、介護予防に効果的なプログラム導入（テーマ⑦）

○【施策12-5-7】

八王子健康アンケート及び八王子健康アンケートを契機としたアウトリーチ（テーマ③）

○【施策12-5-10】

リエイブルメントサービス効果の分析と現場へのフィードバック（テーマ③）

○【施策14-5-4】

認定調査・認定審査にかかるデータの分析

○【施策15-5-5】

介護人材確保策やケアマネジャー不足対策の検討（テーマ④）

第6章 施設整備方針

- 1 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 計画期間中の施設整備方針

(1) 総論

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

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

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

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

図表6－1 本市における高齢者の住まい・施設の入所者状況とサービス・機能イメージ

(令和5年(2023年)7月31日時点)

		平均要介護度	入居者に占める要介護3以上の割合(%)	提供するサービス・機能							
				住まい	見守り	食事	介護	医療			看取り
								看護	リハビリ	治療	
サービス外 介護保険	サービス付き 高齢者向け住宅	1.8	29.1	○	○	外部利用	外部利用				
	住宅型 有料老人ホーム	2.8	57.2	○	○	△	外部利用				
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以上で居所が在宅または病院の方は609人でした。

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

このことから、入所希望者のうち比較的先度の高い方は1年以内に入所可能であると考えられ、本計画期間中の特別養護老人ホームの新規整備は見込みません。また、改築や大規模改修時にはユニット化することを基本としますが、入居者のプライバシーの確保などを条件として、多床室の扱いについては個別に対応します。

■介護老人保健施設

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

■介護医療院

第8期計画期間中に介護療養型医療施設から介護医療院への転換がすすみ、定員数は621人となっています。新規整備は見込みませんが、医療療養病床から介護医療院への転換は個別に対応します。

■特定施設入居者生活介護

令和4年度(2022年度)調査における稼働率は78.1%であり、入居申込者は空床数の範囲内であることから、新規整備を見込みません。

■住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

届出制・登録申請のため、設置数を市で総量規制することができません。住宅の質の確保が継続できるように、利用者保護と共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ため、本計画期間中では3施設の新規整備を見込みます。

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

■地域密着型介護老人福祉施設及び地域密着型特定施設入居者生活介護

介護老人福祉施設及び特定施設入居者生活介護と同様に新規整備を見込みません。

図表6-2 施設・居住系サービス提供体制の配置 施設数 (令和5年度(2023年度)見込み)

地域	日常生活圏域	広域型					地域密着型			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) ※サテライト型含む	特定施設入居者生活介護	介護老人福祉施設入所者生活介護 (特別養護老人ホーム)		住宅型有料老人ホーム
		従来型 多床室	ユニット型								
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
北部	石川					3	2			5	1
	左入	3			1	3	2		1	1	2
西南部	高尾		1				1			1	4
	寺田	1		1	1		2			1	3
	長房		1				2			1	1
	めじろ台					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
東南部	片倉		2			1	2		1	3	1
	長沼					1	2 (整備中含む)				2
東部	堀之内	2				2	2			1	1
	南大沢	1		1		1	2		1	2	
	由木東					4	1				1
合計 (現状)	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	2,385	566 (整備中含む)	0	87	961	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。

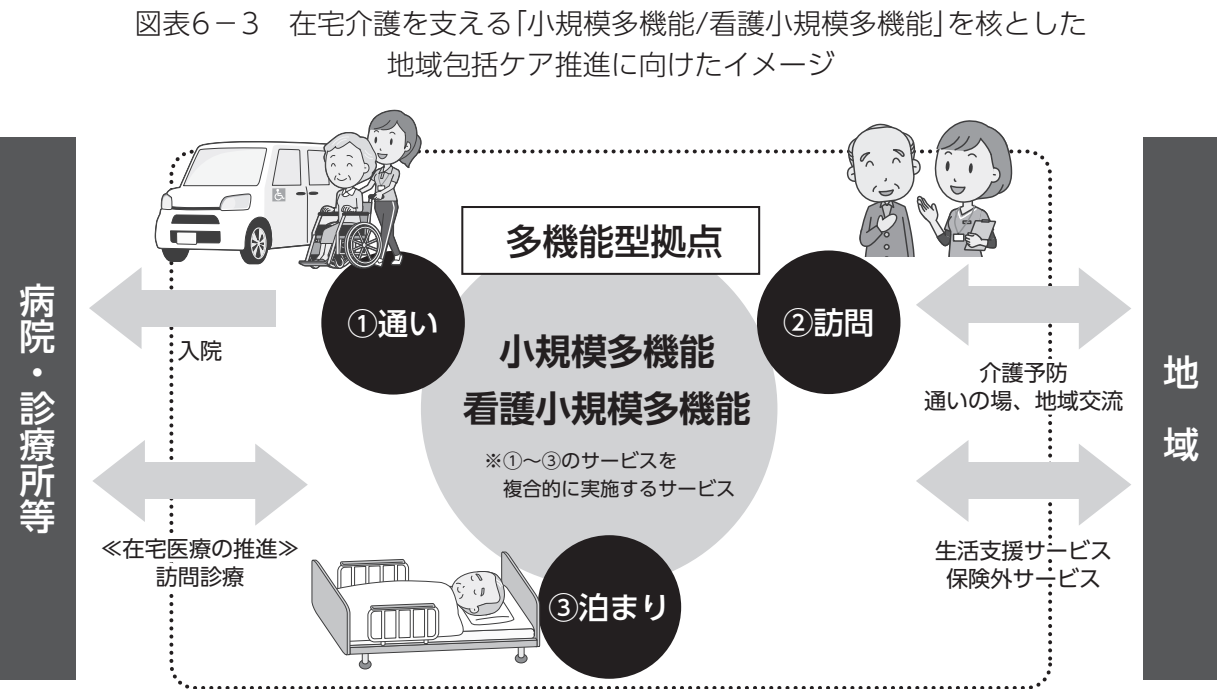
3 主な在宅サービスの整備方針

(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に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。



(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。

図表6－4 在宅サービス提供体制（地域密着型）

事業所数（令和5年度(2023年度)見込み）							
地域	日常生活圏域	訪問型		通所型		複合的サービス	
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ※サテライト含む	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護 （認知症対応型デイサービス） ※総合事業のみの事業所を含む	地域密着型通所介護 （地域密着型デイサービス） ※総合事業のみの事業所を含む	小規模多機能型居宅介護 ※サテライト型含む	看護小規模多機能型居宅介護
中央	旭町				5	1	
	追分				4		
	大横				5	1	
	大和田				4		
	子安				7		
	中野				4	1	
北部	石川	1			4	1	
	左入	1	1	1	4	1	1
西南部	高尾	1			3	1	
	寺田			1	4	2	
	長房			1	3	1	
	めじろ台	1	1	2	5	1	
西部	恩方			1	1	1	
	川口				4	2	
	元八王子	1			4		1
	もとはち南	1	1	1	1	2	
東南部	片倉			1	6	2	
	長沼	1		3	5		1 （整備中）
東部	堀之内				8	1	
	南大沢			2	4	1	1 （整備中）
	由木東				4	1	
合計（現状）		7	3	13	89	20	4 （整備中含む）
第9期整備目標 （公募予定数）		若干数 （空白地域優先）	—	—	総量規制	4事業所 （小多機・看多機含む）	

— ： 公募も規制もせず、個別対応とします。

図表6－5 在宅サービス提供体制（広域型）

事業所数（令和5年度(2023年度)見込み）※みなし指定の数除く											
地域	日常生活圏域	訪問型					通所型		短期入所		居宅介護支援
		※サテライト・総合事業のみの事業所含む 訪問介護	訪問入浴介護	※サテライト含む 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（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	15		9			2		1		11
	追分	5	1	2			3				2
	大横	6		4			1				6
	大和田	4		4			1				7
	子安	7	1	4			2				4
	中野	7		1	1		4	2		2	11
北部	石川	3		1			5				2
	左入	1		2			2	1	5	1	2
西南部	高尾	5	1	2			1		1		5
	寺田	12		2			4	1	2	2	8
	長房	7		1			3		1		5
	めじろ台	8					3				6
西部	恩方	4		2	1		4	2	6	3	10
	川口	5			1		8	1	4	1	7
	元八王子	6		4			4	1	1	1	7
	もとはち南	5	1	2			10		2		6
東南部	片倉	11	1	5			4		2		4
	長沼	9	1	3			7				9
東部	堀之内	8		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）		138	8	54	3	0	77	9	30	11	132
第9期整備目標 （公募予定数）		—	—	—	—	—	総量 規制	—	—	—	—

— ： 公募も規制もせず、個別対応とします。

図表6－6 介護保険制度以外の公的サービス

施設数 （令和5年度(2023年度)見込み）

地域	日常生活圏域	養護老人ホーム	軽費老人ホーム 及び生活支援ハウス	老人福祉センター (本市…保健福祉センター)	在宅介護支援センター
中央	旭町				
	追分				
	大横			(1) ※	
	大和田				
	子安				
	中野				
北部	石川				
	左入				
西南部	高尾	1		1	
	寺田				
	長房				
	めじろ台				
西部	恩方	1			
	川口	3			
	元八王子				
	もとはち南				
東南部	片倉				
	長沼				
東部	堀之内				
	南大沢			1	
	由木東				
合計（現状）		5	0	2 (3)	0
第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 サービス利用量の見込み
- 2 保険給付費の見込み
- 3 保険給付の財源
- 4 第9期介護保険料の所得段階別設定
- 5 第9期介護保険料の基準額

1 サービス利用量の見込み

サービス利用量については、最近の利用実績や類似するサービスの利用状況などをもとに、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	4,452	4,599	4,705	4,877	5,185	5,587	6,003	6,803	7,078
訪問入浴介護	357	360	400	418	445	474	479	554	569
介護予防訪問入浴介護	2	1	1	1	1	1	1	1	1
訪問看護	2,636	2,791	3,138	3,256	3,460	3,728	3,978	4,531	4,703
介護予防訪問看護	268	243	280	289	308	334	365	385	414
訪問リハビリテーション	355	354	381	390	415	447	472	542	558
介護予防訪問リハビリテーション	32	27	27	27	29	31	34	36	38
居宅療養管理指導	4,270	4,656	5,208	5,404	5,749	6,182	6,546	7,493	7,755
介護予防居宅療養管理指導	268	268	297	308	327	355	390	411	441
通所介護（デイサービス）	4,313	4,408	4,670	4,832	5,136	5,542	5,988	6,768	7,051
通所リハビリテーション（デイケア）	1,171	1,197	1,252	1,300	1,382	1,488	1,605	1,818	1,890
介護予防通所リハビリテーション	324	286	261	271	289	313	342	361	388
短期入所生活介護	593	626	694	721	767	826	873	1,005	1,039
介護予防短期入所生活介護	5	3	5	4	4	4	4	4	5
短期入所療養介護	118	108	138	142	151	161	168	190	196
介護予防短期入所療養介護	1	1	0	1	1	1	1	1	1
福祉用具貸与	7,692	7,987	8,355	8,663	9,210	9,922	10,629	12,098	12,561
介護予防福祉用具貸与	1,775	1,867	1,932	1,999	2,127	2,305	2,523	2,661	2,862
特定福祉用具*販売	148	140	150	153	163	176	187	211	219
特定介護予防福祉用具販売	38	36	39	42	44	48	52	55	58
住宅改修	92	85	90	97	103	110	119	134	138
介護予防住宅改修	50	51	61	64	68	74	80	84	90
特定施設入居者生活介護	1,247	1,326	1,444	1,499	1,598	1,738	1,925	2,203	2,281
介護予防特定施設入居者生活介護	171	151	136	141	151	162	177	186	200

※本章で「*」のマークのある用語は、巻末の資料編「5用語解説」で解説しています。

(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	82	79	113	113	121	129	136	154	159
夜間対応型訪問介護	149	152	139	145	155	166	175	198	204
認知症対応型通所介護	239	233	213	221	238	255	271	308	317
介護予防認知症対応型通所介護	2	1	0	1	1	1	1	1	1
小規模多機能型居宅介護	329	350	364	420	447	476	509	580	601
介護予防小規模多機能型居宅介護	13	15	14	16	18	18	21	22	22
認知症対応型共同生活介護	399	417	435	546	615	642	708	811	840
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	87	85	84	84	84	84	103	119	122
看護小規模多機能型居宅介護	48	45	47	54	134	134	139	156	159
地域密着型通所介護	2,178	2,265	2,329	2,410	2,561	2,765	3,008	3,378	3,528

(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	11,537	11,771	12,176	12,611	13,404	14,453	15,589	17,622	18,356
介護予防支援	2,184	2,235	2,298	2,382	2,537	2,748	3,008	3,171	3,411

(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	2,273	2,312	2,500	2,547	2,619	2,718	3,316	3,873	3,954
介護老人保健施設	1,013	1,003	988	1,008	1,039	1,080	1,326	1,537	1,581
介護医療院	319	374	401	418	429	446	545	635	651
介護療養型医療施設	103	29	9						

※介護療養型医療施設は令和6年(2024年)3月31日をもって廃止。

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			
訪問介護	3,951,442	4,207,816	4,517,931
訪問入浴介護	355,843	379,349	403,784
訪問看護	1,513,699	1,610,721	1,733,881
訪問リハビリテーション	145,695	155,273	167,265
居宅療養管理指導	927,225	987,707	1,061,879
通所介護	4,331,259	4,609,835	4,968,882
通所リハビリテーション	958,865	1,021,171	1,098,149
短期入所生活介護	835,243	889,771	957,027
短期入所療養介護	152,922	162,975	173,484
福祉用具貸与	1,569,017	1,668,522	1,793,964
特定福祉用具販売	63,369	67,474	72,843
住宅改修	101,622	107,899	115,221
特定施設入居者生活介護	3,699,330	3,949,096	4,295,835
居宅サービス計（小計）	18,605,531	19,817,609	21,360,145
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	216,074	230,486	248,805
夜間対応型訪問介護	36,061	38,591	41,318
認知症対応型通所介護	332,845	359,130	385,268
小規模多機能型居宅介護	1,093,167	1,166,217	1,240,059
認知症対応型共同生活介護	1,824,568	2,057,849	2,147,947
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	309,192	309,583	309,583
看護小規模多機能型居宅介護	179,930	444,173	444,173
地域密着型通所介護	1,830,496	1,947,573	2,100,058
地域密着型サービス計（小計）	5,822,333	6,553,602	6,917,211
施設サービス			
介護老人福祉施設	8,323,980	8,572,391	8,899,500
介護老人保健施設	3,857,259	3,981,407	4,138,567
介護医療院	2,124,742	2,184,197	2,271,636
介護療養型医療施設			
施設サービス計（小計）	14,305,981	14,737,995	15,309,703
居宅介護支援	2,412,062	2,567,222	2,766,877
介護給付費計（計）	41,145,907	43,676,428	46,353,936

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			
介護予防訪問入浴介護	458	459	459
介護予防訪問看護	79,226	84,554	91,703
介護予防訪問リハビリテーション	7,664	8,254	8,807
介護予防居宅療養管理指導	41,620	44,243	48,032
介護予防通所リハビリテーション	122,468	130,639	141,500
介護予防短期入所生活介護	1,471	1,473	1,473
介護予防短期入所療養介護	432	433	433
介護予防福祉用具貸与	148,397	157,884	171,095
特定介護予防福祉用具販売	14,762	15,460	16,856
介護予防住宅改修	82,198	87,407	95,157
介護予防特定施設入居者生活介護	135,512	145,357	155,794
介護予防サービス計（小計）	634,208	676,163	731,309
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	465	466	466
介護予防小規模多機能型居宅介護	13,406	15,100	15,100
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
地域密着型介護予防サービス計（小計）	13,871	15,566	15,566
介護予防支援	145,894	155,584	168,523
予防給付費計（計）	793,973	847,313	915,398

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	41,145,907	43,676,428	46,353,936
予防給付費計	793,973	847,313	915,398
総給付費	41,939,880	44,523,741	47,269,334
第9期計画期間中の合計			133,732,955

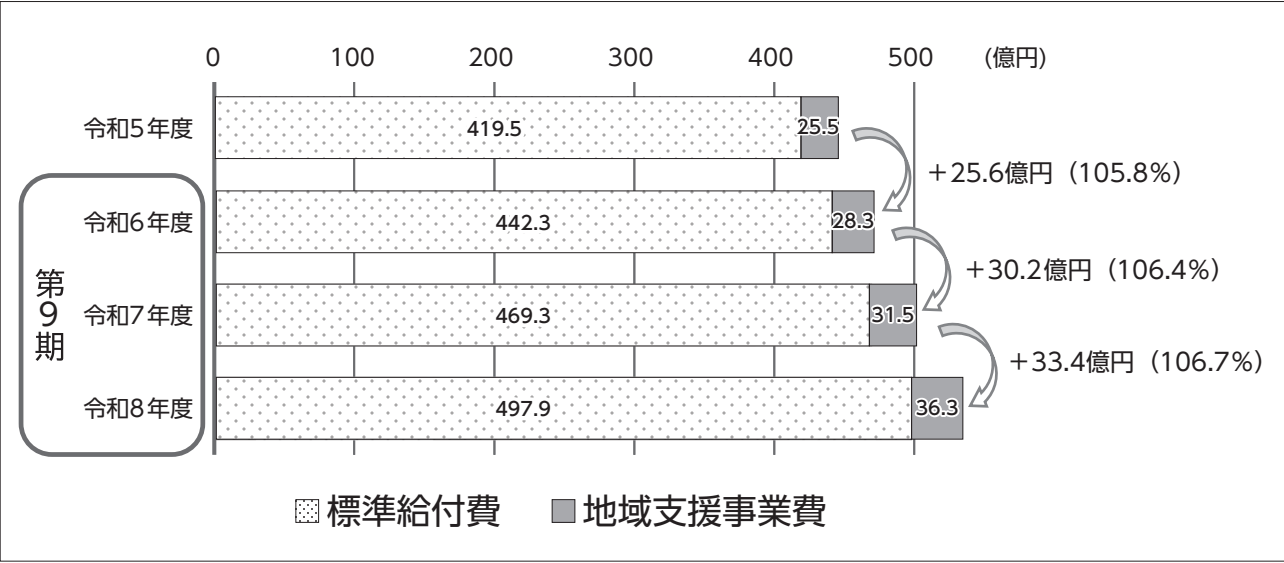
(2) 標準給付費*の見込み

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			
総給付費	41,939,880	44,523,741	47,269,334
特定入所者介護サービス費*等給付額	800,535	841,626	883,707
高額介護サービス費*等給付額	1,267,427	1,332,712	1,399,348
高額医療合算介護サービス費*等給付額	173,086	181,740	190,827
算定対象審査支払手数料	45,506	47,037	48,284
標準給付費計（小計）	44,226,434	46,926,856	49,791,500
地域支援事業費	2,831,027	3,150,191	3,632,685
合計	47,057,461	50,077,047	53,424,185

図表7－1 標準給付費及び地域支援事業費の推移



※令和5年度(2023年度)は令和5年(2023年)11月末時点の見込額

(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			
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	1,608,067	1,923,157	2,357,582
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	2,831,027	3,150,191	3,632,685

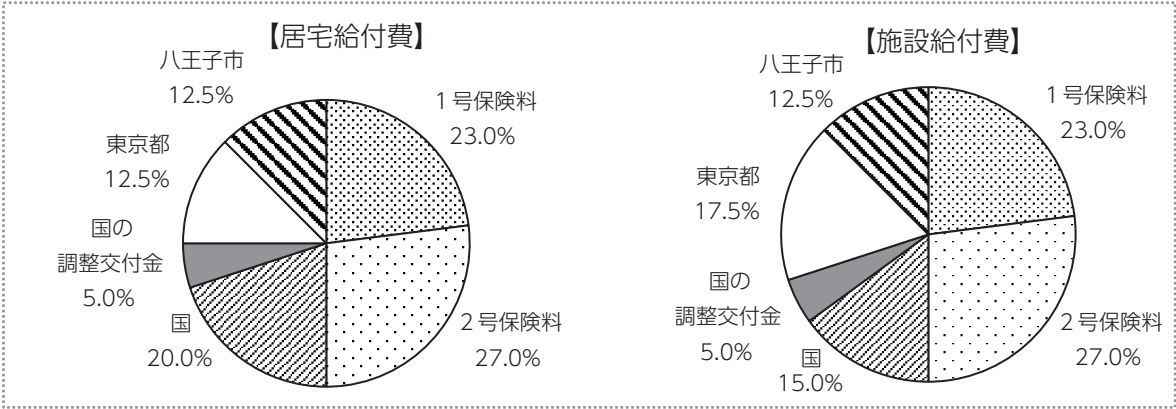
※重層的支援体制整備事業として実施する事業を含む

3 保険給付の財源

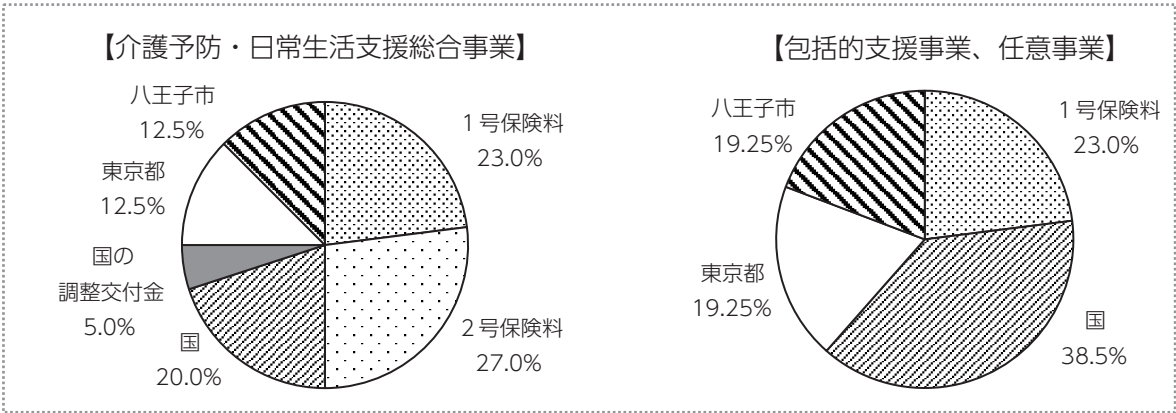
(1) 保険料負担割合

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

図表7-2 介護費用の負担区分



図表7-3 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低い場合は、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3.04%(3か年平均)と推計しており、5%との差である1.96%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に発生す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50億2千万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33億2千万円を取り崩し、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。

4 第9期介護保険料の所得段階別設定

介護保険料は一律ではなく、市民税の課税状況や収入・所得の状況により段階別に振り分けを行ったうえで保険料を定めています。

本計画では、第1段階から第3段階の保険料率を低く設定したほか、第8期計画で16段階に設定した所得段階を17段階に増やして、より細かい負担能力に応じた介護保険料設定にしました。

図表7－4 保険料の所得段階別設定(第8期と第9期の比較)

第9期（令和6～8年度）			第8期（令和3～5年度）		
所得段階	対 象 者	保険料率	所得段階	対 象 者	保険料率
1	生活保護受給者・市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者 市民税非課税世帯で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が80万円以下	0.285	1	生活保護受給者・市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者 市民税非課税世帯で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が80万円以下	0.30
2	市民税非課税世帯で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が80万円超120万円以下	0.485	2	市民税非課税世帯で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が80万円超120万円以下	0.50
3	世帯全員が市民税非課税で、上記以外	0.685	3	世帯全員が市民税非課税で、上記以外	0.70
4	本人が市民税非課税で、世帯に市民税課税の方がいて、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が80万円以下	0.90	4	本人が市民税非課税で、世帯に市民税課税の方がいて、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が80万円以下	0.90
5	本人が市民税非課税で、上記以外	1.00	5	本人が市民税非課税で、上記以外	1.00
6	本人が市民税課税で合計所得金額が120万円未満	1.15	6	本人が市民税課税で合計所得金額が120万円未満	1.15
7	本人が市民税課税で合計所得金額が120万円以上210万円未満	1.30	7	本人が市民税課税で合計所得金額が120万円以上210万円未満	1.30
8	本人が市民税課税で合計所得金額が210万円以上320万円未満	1.45	8	本人が市民税課税で合計所得金額が210万円以上320万円未満	1.45
9	本人が市民税課税で合計所得金額が320万円以上420万円未満	1.60	9	本人が市民税課税で合計所得金額が320万円以上400万円未満	1.60
10	本人が市民税課税で合計所得金額が420万円以上520万円未満	1.75	10	本人が市民税課税で合計所得金額が400万円以上500万円未満	1.75
11	本人が市民税課税で合計所得金額が520万円以上620万円未満	1.90	11	本人が市民税課税で合計所得金額が500万円以上600万円未満	1.90
12	本人が市民税課税で合計所得金額が620万円以上720万円未満	2.05	12	本人が市民税課税で合計所得金額が600万円以上800万円未満	2.05
13	本人が市民税課税で合計所得金額が720万円以上850万円未満	2.10	13	本人が市民税課税で合計所得金額が800万円以上1,000万円未満	2.20
14	本人が市民税課税で合計所得金額が850万円以上1,000万円未満	2.20			
15	本人が市民税課税で合計所得金額が1,000万円以上1,500万円未満	2.45	14	本人が市民税課税で合計所得金額が1,000万円以上1,500万円未満	2.45
16	本人が市民税課税で合計所得金額が1,500万円以上2,000万円未満	2.70	15	本人が市民税課税で合計所得金額が1,500万円以上2,000万円未満	2.70
17	本人が市民税課税で合計所得金額が2,000万円以上	2.90	16	本人が市民税課税で合計所得金額が2,000万円以上	2.90

5 第9期介護保険料の基準額

(1) 保険料基準額*の算定方法

第9期保険料基準額の算定は以下のとおりです。

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

図表7－5 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)	150,558,693
第1号被保険者負担分相当額 (B) = (A) × 23%	34,628,499
調整交付金相当額 (C)	7,341,680
調整交付金見込額 (D)	4,470,579
財政安定化基金償還金 (E) ※ 1	0
介護給付費準備基金取崩額 (F)	3,320,000
保険料収納必要額 (G) = (B) + (C) - (D) + (E) - (F)	34,179,600

項 目	数 値
保険料収納必要額 (G)	34,179,600 千円
予定保険料収納率 (H)	98.5%
所得段階別加入割合補正後被保険者数 (I) ※ 2	485,983
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	5,950 円

※ 1 本市は財政安定化基金からの借り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に、所得段階ごとに人数と保険料率を乗じた数の合計(＝所得段階別加入割合補正後被保険者数)を被保険者数とみなして基準額を算定します。なお、数値は3年間の合計値です。

今後3年間の必要な給付費から単純算出した基準額(月額)は6,528円となりますが、介護給付費準備基金を取崩し(活用)することで基準額(月額)を578円下げ、5,950円(月額)に設定しています。

第9期保険料基準額（月額）

単純算出した基準額（月額）6,528 円
準備基金取崩し ▲ 578 円
保険料基準額（月額）5,950 円

※参考 第8期保険料基準額(月額) 5,750円

第 1 号被保険者の所得段階別保険料は、次のとおりです。

図表 7－6 第 1 号被保険者の所得段階別保険料

第 9 期（令和 6 ～ 8 年度）				
所得 段階	対象者	保険 料率	保険料（円）	
			年額	（月額）
1	生活保護受給者・市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者 市民税非課税世帯で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の 合算額が 80 万円以下	0.285	20,300	1,692
2	市民税非課税世帯で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の 合算額が 80 万円超 120 万円以下	0.485	34,600	2,883
3	世帯全員が市民税非課税で、上記以外	0.685	48,900	4,075
4	本人が市民税非課税で、世帯に市民税課税の方がいて、 本人の課税年金収入額と合計所得金額の合算額が 80 万円以下	0.90	64,300	5,358
5	本人が市民税非課税で、上記以外	1.00	71,400	5,950
6	本人が市民税課税で合計所得金額が 120 万円未満	1.15	82,100	6,842
7	本人が市民税課税で合計所得金額が 120 万円以上 210 万円未満	1.30	92,800	7,733
8	本人が市民税課税で合計所得金額が 210 万円以上 320 万円未満	1.45	103,500	8,625
9	本人が市民税課税で合計所得金額が 320 万円以上 420 万円未満	1.60	114,200	9,517
10	本人が市民税課税で合計所得金額が 420 万円以上 520 万円未満	1.75	125,000	10,417
11	本人が市民税課税で合計所得金額が 520 万円以上 620 万円未満	1.90	135,700	11,308
12	本人が市民税課税で合計所得金額が 620 万円以上 720 万円未満	2.05	146,400	12,200
13	本人が市民税課税で合計所得金額が 720 万円以上 850 万円未満	2.10	149,900	12,492
14	本人が市民税課税で合計所得金額が 850 万円以上 1,000 万円未満	2.20	157,100	13,092
15	本人が市民税課税で合計所得金額が 1,000 万円以上 1,500 万円未満	2.45	174,900	14,575
16	本人が市民税課税で合計所得金額が 1,500 万円以上 2,000 万円未満	2.70	192,800	16,067
17	本人が市民税課税で合計所得金額が 2,000 万円以上	2.90	207,100	17,258

介護保険における課税年金収入額と合計所得金額

○課税年金収入額
課税対象となる公的年金等(国民年金、厚生年金など)の収入額のことです。遺族年金・障害年金などの非課税となる年金は含まれません。

○合計所得金額
収入金額から、必要経費に相当する金額を控除した金額のことで、所得控除(扶養控除や医療費控除など)や損失の繰越控除をする前の金額です。ただし、介護保険料の算定には下記を差し引いた金額になります。

- ・土地建物などの譲渡にかかる特別控除がある場合は、特別控除額
- ・本人が市民税非課税の場合は、公的年金等にかかる雑所得

令和 6 年度より市民税非課税者の介護保険料の算定に際して、給与所得が合計所得金額に含まれている場合は、その給与所得から 10 万円を控除した金額を使用して合計所得金額とする場合があります。

(2) 介護保険料の減免・徴収猶予

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

第8章

計画の策定過程と 推進体制

- 1 計画の策定過程
- 2 計画の推進体制
- 3 計画期間中の評価
- 4 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てヒアリングを行い、現状の把握や課題の抽出を行うことから策定業務を開始しました。

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

(2) 計画策定部会の開催

本計画を策定するため、八王子市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会に「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、介護保険サービス事業者、地域関係者の皆様に加え、市民委員の方にも参加していただき、計7回の審議を行いました。

部会構成にあたっては、世代を超えて信頼できる制度のあり方を議論していくことを意識し、第8期計画策定時にはなかった39歳以下の公募市民枠を新たに追加しました。

計画策定部会委員名簿 任期：令和5年(2023年)2月1日～令和6年(2024年)3月31日

区分	氏名	役職 ※部会設置時点
学識経験者(会長)	杉原 陽子	東京都公立大学法人 東京都立大学 都市環境学部 教授
学識経験者(副会長)	村山 洋史	東京都健康長寿医療センター研究所 研究副部長
福祉関係者	島崎 誠	八王子市民生委員児童委員協議会 代表副会長 第1地区会長
福祉関係者	大井 みゆき	八王子市地域包括支援センター長会 代表
福祉関係者	大島 和彦	社会福祉法人 八王子市社会福祉協議会 支えあい推進課長
福祉関係者	野島 啓子	認知症家族介護者の集い 代表
保健医療関係者	新井 隆男	一般社団法人 八王子市医師会
保健医療関係者	竹内 将人	公益社団法人 東京都八南歯科医師会 理事(八王子支部長)
保健医療関係者	大竹 毅	一般社団法人 八王子薬剤師会 理事
介護保険サービス事業者	井上 顕	特定非営利活動法人 八王子介護保険サービス事業者連絡協議会 総務委員
介護保険サービス事業者	村上 正人	八王子施設長会 会長
介護保険サービス事業者	八木 広行	一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会 会長
地域関係者	田中 泰慶	八王子市町会自治会連合会 事務局次長
地域関係者	鈴木 長一	八王子市シニアクラブ連合会 会長
公募市民	香川 正幸	—
公募市民	土井 俊彦	—
公募市民	牧野 友香	—

高齢者計画・介護保険事業計画策定部会の様子

第1回
2023/2/15

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8期計画における課題

特に以下2つの課題について、より実
課題1:介護予防・重症化防止
・高齢者あんしん相談センターをはじめとした関係者と、窓口機能の強化と専門職と連携したアセスメントの携
・地域と連携した、継続的な予防につながるサービス
課題2:制度の持続可能性確保に向けて
・介護人材の確保・キャリアアップ及び介護職としての財政負担
・施設型サービス(介護予防・重症化防止)に加え、地域
・居宅型サービス(人材確保、生産性向上等)
・の両面から長期的な戦略と目標を設定する必要がある
・介護給付費等の予測や基金整備、国の方針も踏まえ
※ その他部会意見に関連する内容
地域社会をつくり変えるサービス

大事にしたい3つの視点
◎ビジョンに基づくゴール共有
・「このままだとどうなるか」「どんな未来をつくり
・市民や様々な専門職が、ともにめざす未来を
◎ロジックに基づくルート設定
・「どうやってビジョンを実現するか」「うまくいっ
みんながイメージできるように「ロジックモデル
◎エビデンスに基づく進捗管理
・「予定通りやる」ことが目的ではないので、
「狙った効果が出ているか」をデータを見ながら
例)計画とおイベントを関係し、本当に高齢者
・想定外の社会変化や想定していたロジックの誤
3年の計画期間内であっても迅速かつ柔軟に対
◎楽しく
「正しいことを言わなきゃ」と身構えず、
「自分はこう感じる」「身運でこんなことがあった」という
皆さまご自身の声を聞かせてください。
◎熱く
無理に空気を読まず、人と違う意見こそ積極的にご発言を!
いろんな立場からの想いをぶつけ合うことが目的です。
◎未来志向で
今の高齢者だけでなく、現役世代や未来の市民まで含めた
「みんな」の幸せを目指しましょう。
語り合いましょ!

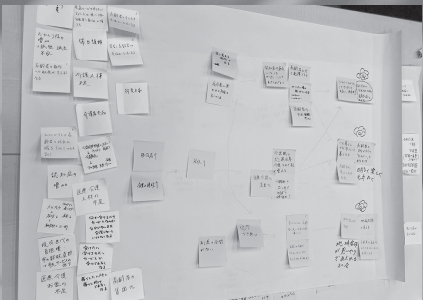
第8期計画における課題
と社会背景、それらを踏
まえて計画策定にあたっ
て大事にしたい視点につ
いてお話ししました。

第2回
2023/4/26

① 各種調査の結果について
② ワーク「計画で目指す未来」

様々な調査結果について事務局から報告した後で、3グル
ープに分かれて、「目指す未来のハ王子」を議論し、全体で
共有しました。

基本理念「誰もが安心と希望をもって歳を重ねられる、
未来につながるまち (P33)」は、この議論で出てきたキ
ーワードをちりばめたものです。



第3回
2023/7/12

第4回
2023/8/9

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 (論理体系図)」







施策ごとのロジックモデル案を叩き台に、それぞれの専門性
や市民感覚・現場感覚を活かしながら議論を深めました。

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。

第5回
2023/9/26

① 国の基本指針と計画での対応方針
② 評価指標
③ 施策をまたぐ重要テーマ
④ 施設整備方針

国の基本指針(P168~169)について、本市の現状や計画での対応方針について議論しました。
また、重要テーマ(P37~39)の案についてもこのときに議論し、いただいたご意見をもとに現
在の8つのテーマを設定しました。

第6回
2023/11/7

① 介護サービス見込み量等の試算結果
② 計画の素案

介護サービスの見込み量のほか、素案について、高齢者あんしん相談センター体制整備部分
のより具体的な内容の記載など、記載内容が十分でない部分のご意見をいただき、計画に反
映させました。

第7回
2024/2/27

① パブリックコメントの結果
② 素案からの計画の変更点
③ 第9期介護保険料
④ 各委員の第9期計画への思い

パブリックコメントの結果や、それに対する市の考え、介護保険料について報告を行いました。
その後は、各委員から「第9期計画への思い」をお話いただきました。



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

【ヒアリング参加所管】

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

■高齢者あんしん相談センターへのヒアリング

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か所の高齢者あんしん相談センターにヒアリングを実施しました。

②第2次ヒアリング(令和5年(2023年)6月)

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

(4) パブリックコメント

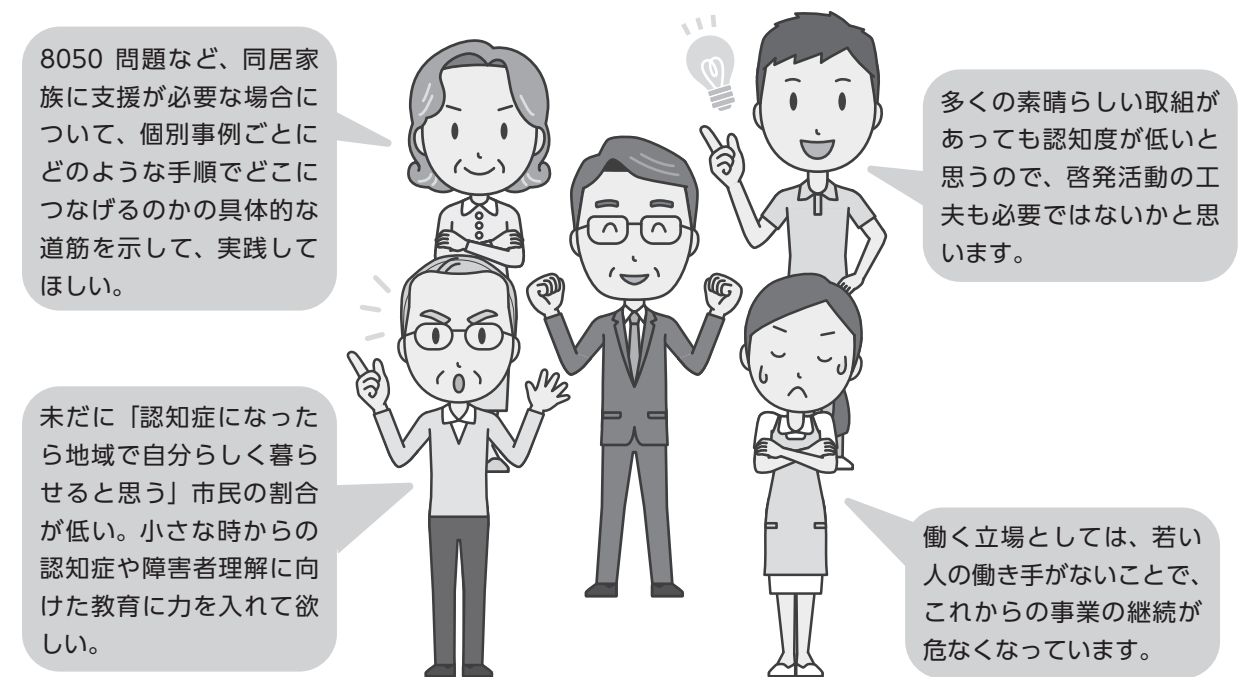
本計画の素案を公表し、市民の皆様から幅広く意見を募りました。

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各事務所、市民センター等の窓口、ホームページ等

意見件数：31人から106件

＼ 主にこのようなご意見をいただきました ／



2 計画の推進体制

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) EBPM の推進

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

このためにはデータ活用に向けた基盤整備や職員・関係者のスキルアップも必要になってくることから、これらを施策目標16として明確に位置付け、取組を加速していきます。

(3) 多様な専門家や市民の視点を反映した進行管理

本市が条例で設置する「八王子市社会福祉審議会」の「高齢者福祉専門分科会」において、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、きめ細かい議論に基づく進行管理や次期計画の策定に向けた検討を行います。

高齢者福祉専門分科会

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

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

高齢者あんしん相談センター運営部会

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

高齢者施設整備審査部会

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

高齢者計画・介護保険事業計画策定部会

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

3 計画期間中の評価

(1) 事業レベルの評価

事業レベルの指標については、基本的に毎年度計測が可能なものを設定していますので、進捗状況や課題について毎年度評価を行い、高齢者福祉専門分科会にて報告します。この際、進捗が遅れている事業や目標達成が難しそうな事業については、その原因や対応方針についても併せて報告します。

こうして、必要に応じて随時検証と改善を繰り返しながら、最終的には計画期間終了時に目標値の達成度で評価を行います。

また、本計画にて、「9期中に着手」等としたものについては、「着手すれば達成」ということではなく、取組のスタートと合わせて進捗評価のための指標や目標値を設定することを原則とします。

同じく、本計画にて「9期中に検討」としたものについては、検討の経過や結論について本計画期間中に報告することや、必要があれば具体的な取組を第10期計画に反映することを原則とします。

(2) 施策・柱・基本理念レベルの評価

基本理念、柱及び16の施策目標には、それぞれ指標と目標を設定していますが、多くの項目はアンケート調査(P24～30)で把握する必要があるものです。要介護度の変化など随時確認可能な指標もありますが、これらは取組の実施(アウトプット)から成果(アウトカム)が出るまで時間を要するという性質があります。

そのため、施策レベルでの評価は3年間の計画期間終了時に行い、次期計画に評価結果を反映することを基本とします。

ただし、施策目標に関連する事業の多くについて進捗が遅れていたり、大きな社会情勢の変化があったりした場合は、高齢者福祉専門分科会等で議論したうえで、取組の変更や個別ロジックモデルの組み換えなどの対応を行います。

4 第10期計画に向けた検証

(1) 前提

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

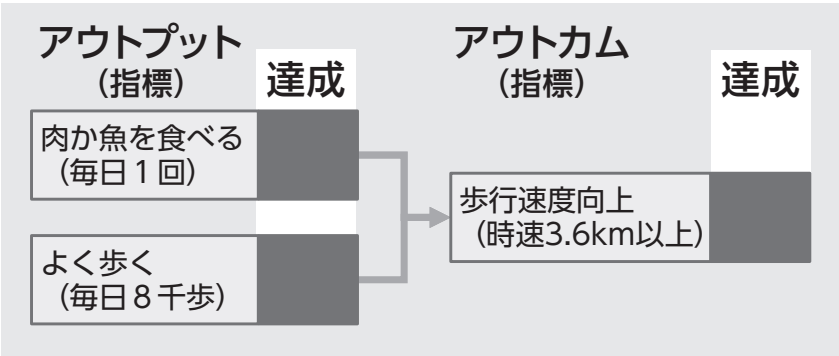
しかしながら、計画期間である3年の間、「記載した取組を着実に実行する」だけでは不十分です。

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

(2) 検証のポイント① ～データに基づいて計画の論理構造も検証する～

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

【ロジックモデル(論理体系図)のイメージ】



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

- パターン① アウトプット達成 ————— アウトカム達成
- パターン② アウトプット未達成 ————— アウトカム未達成
- パターン③ アウトプット達成 ————— アウトカム未達成
- パターン④ アウトプット未達成 ————— アウトカム達成

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

パターン①：アウトプット（結果）目標もアウトカム（成果）目標も全て達成

肉か魚を食べる
(毎日1回)

○

よく歩く
(毎日8千歩)

○

歩行速度向上
(時速3.6km以上)

○

計画は順調に達成されたと評価できます。

次期計画では、目的の性質により

- ・達成による事業終了
- ・取組の継続
- ・さらに高い目標を設定する

といった選択肢を検討することになります。

パターン②：アウトプット（結果）目標が未達成で、アウトカム（成果）目標も未達成

肉か魚を食べる
(毎日1回)

×

よく歩く
(毎日8千歩)

○

歩行速度向上
(時速3.6km以上)

×

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

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

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

パターン③：アウトプット（結果）目標を達成したのにアウトカム（成果）指標が未達成

肉か魚を食べる
(毎日1回)

○

よく歩く
(毎日8千歩)

○

歩行速度向上
(時速3.6km以上)

×

このような場合、そもそも計画に記載した取組が「歩行速度向上」という目的達成につながらないものであった可能性があります。また、指標・目標の設定に問題があった（例：肉か魚を毎日1回では足りない）、歩行速度向上の妨げになる阻害要因（例：ひざ関節痛）を見落としていたといった原因も考えられます。

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

パターン④：アウトプット（結果）目標が未達成なのにアウトカム（成果）指標が達成された

肉か魚を食べる
(毎日1回)

○

よく歩く
(毎日8千歩)

×

歩行速度向上
(時速3.6km以上)

○

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組（早歩きの実施や筋トレなど）がロジックモデル（論理体系図）から漏れていたという可能性もあります。

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

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

（3）検証のポイント② ～素早い見直しを重視～

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

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

（4）検証のポイント③ ～様々なデータからアウトカム（成果）につながる指標を精査～

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

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16で記載したEBPMプラットフォームなども活用しながら、指標間の連動を時点間や地域間で比較していきます。

【連動比較のイメージ】

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

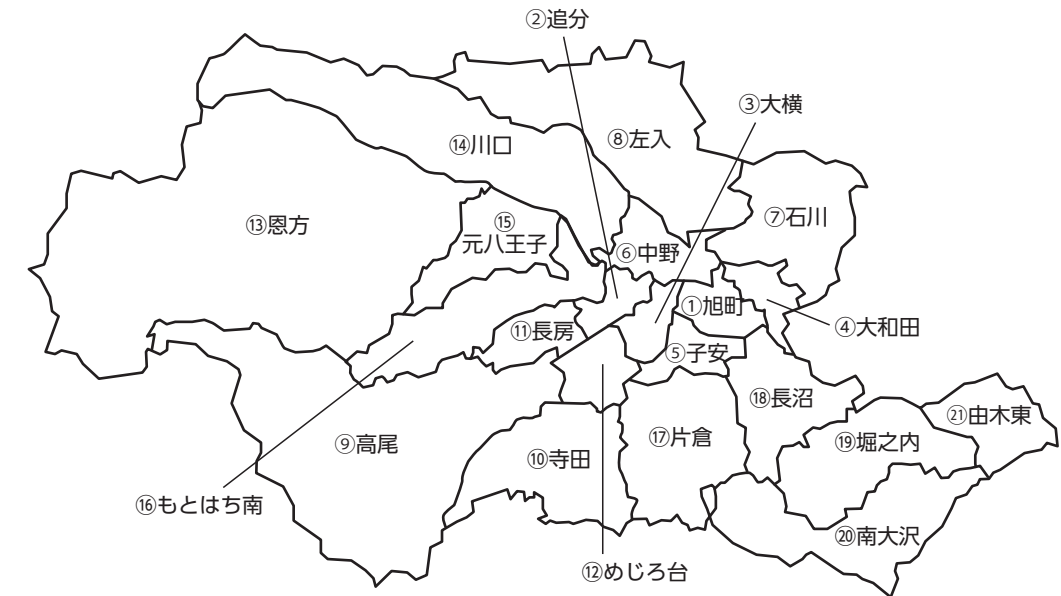
このような比較によってアウトカム（成果）とのつながりが薄い指標を整理しながら、次期計画までに指標やロジックモデル（論理体系図）を簡素化し、合理的に進捗管理ができる状態を目指します。

資料編

- 1 日常生活圏域ごとの特徴と課題
- 2 第8期計画の成果指標の結果
- 3 地域福祉計画との連動
- 4 国の基本指針における「記載を充実すべき事項」
- 5 用語解説

1 日常生活圏域ごとの特徴と課題

現在、本市では、日常生活圏域を21圏域設定しています。
圏域ごとに地域の特徴や課題が異なりますので、他の圏域との比較をしてみましょう。



(1) 旭町



※令和6年(2024年)8月に保健所内に移転予定

《令和5年(2023年)9月末現在》

高齢者人口 (65歳以上)	75歳以上	要支援 認定者	要介護 認定者
5,918人	3,125人	341人	786人

地域の特徴

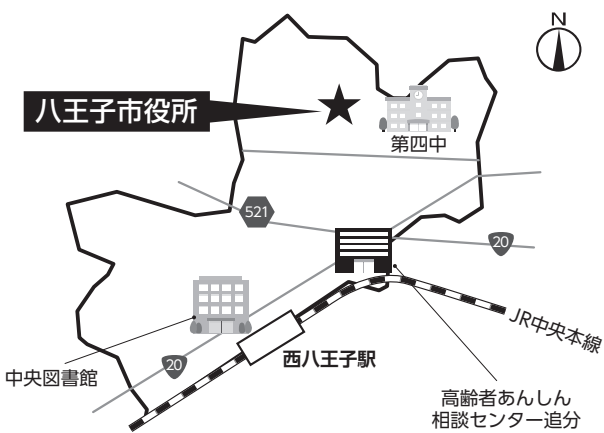
- 交通機関が充実し、マンションが多数ある。
- J R八王子駅・京王八王子駅周辺では、特に商業施設が多く、イベントもよく開催されている。

状況と課題

- 民間企業と高齢者あんしん相談センターの連携による「認知症（だれでも）カフェ」の運営など、地域特性を活かした官民連携の横断的なネットワークが構築されつつある。
- 戸建て住宅街と比べ、近年増加しているマンション等における住民同士のネットワークの構築が課題。また、マンション等は構造上アウトリーチが難しく、支援対象者の発見や見守り継続に課題がある。
- 商業施設等が多いが、市民センターなど低価格で気軽に集まれる場所が限られている。

(2) 追分

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口 (65 歳以上)	75 歳以上	要支援 認定者	要介護 認定者
4,021 人	2,182 人	224 人	560 人

地域の特徴

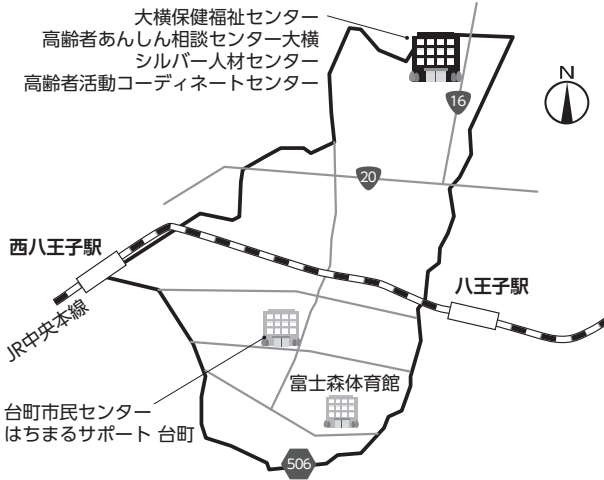
- 西八王子駅前では買い物施設や公共機関が充実している。
- 土地が比較的平坦である。

状況と課題

- 自治会加入率低下、シニアクラブ、子ども会の解消等、住民同士のネットワークが希薄化しつつあることが課題ではあるものの、大規模なお祭りを通して地域の一体感が醸成されつつある。
- 介護予防を目的とした活動団体やサロン・シニアクラブ、自主グループ活動が盛んに行われている。

(3) 大横

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口 (65 歳以上)	75 歳以上	要支援 認定者	要介護 認定者
3,999 人	2,191 人	289 人	591 人

地域の特徴

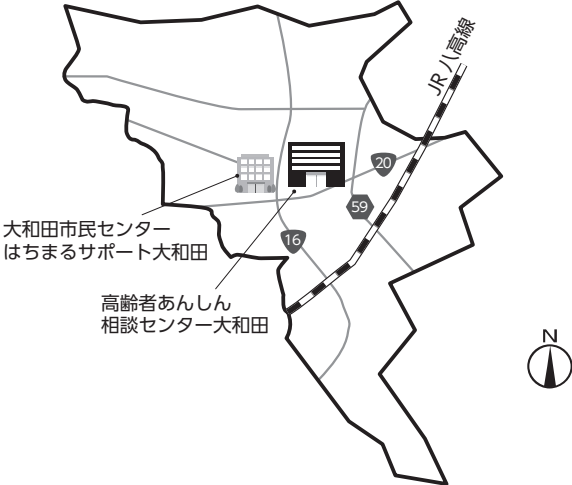
- 大横保健福祉センターや富士森体育館、富士森公園など、活動や交流の場となる施設が豊富。
- 北部（本郷町・大横町など）と南部（台町）で地形や高齢化率の差が大きい。

状況と課題

- 各所で町会のクラブ活動、シニアクラブ、高齢者サロンの活動が活発である。
- 地域住民による緩やかな見守りや介護予防活動、地域課題への取組が行われており、インフォーマルの社会資源を含めた連携で地域を支えている。
- 一方で、地域の担い手の高齢化がすすんでおり、世代交代や新たな担い手確保が課題となっている。

(4) 大和田

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口 (65 歳以上)	75 歳以上	要支援 認定者	要介護 認定者
4,372 人	2,440 人	305 人	659 人

地域の特徴

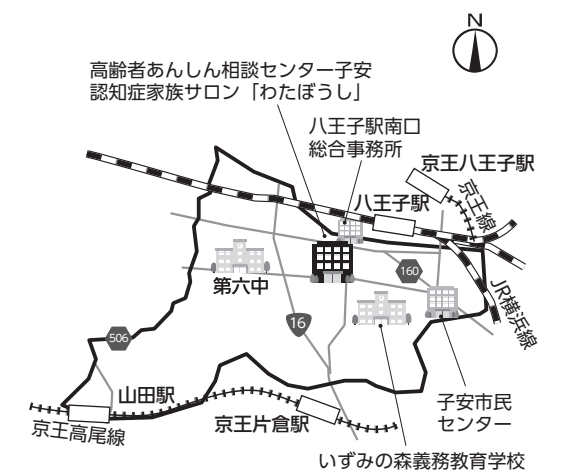
- 主要道路が交差していて、大通りではバスの本数が多い。
- 圏域内に団地が 7 か所ある。

状況と課題

- 町会、町会壮年部、シニアクラブでは交流が盛んにあり、文化祭やお祭りなどが活発に行われている。
- 浅川沿いの区域は水害の危険性が高い場所もあるほか、道が狭く緊急車両が通りにくい箇所もある。自助・互助による災害の備えが重要になる。
- 病院や公園と連携した「あおぞら体操」、地域のお店と連携した認知症カフェなど、様々な主体が高齢者の健康や暮らしを支えている。

(5) 子安

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口 (65 歳以上)	75 歳以上	要支援 認定者	要介護 認定者
6,623 人	3,567 人	400 人	851 人

地域の特徴

- J R 八王子駅付近は市街地としての特色が強い。駅を離れると坂をまたいで住宅街が広く続いている。
- 急こう配の坂道や狭い路地がある。

状況と課題

- 町会、シニアクラブ共に担い手不足が課題となっている。数多く活動してきたシニアクラブが減少する中、多様な参加・活動の場が必要とされている。
- 急こう配、細路地など交通の便や買い物に不便な地域が存在し、災害時の対策も必要。
- 「八王子ケアラズカフェわたぼうし」と共に、家族介護者や認知症当事者の視点の普及啓発や健康なときからのつながりづくりを後押ししている。
- 医療機関や住民団体、専門職等と協働して、高齢者等の健康増進や介護予防に関する取組を行っている。

(6) 中野

中野市民センター

甲ノ原中

ひよどり山中

第二中

高齢者あんしん相談センター中野

シルバー見守り相談室中野

高年齢人口 (65 歳以上)

75 歳以上

7,690 人	4,696 人	要支援認定者	533 人	要介護認定者	1,141 人
---------	---------	--------	-------	--------	---------

地域の特徴

- 市内で 2 番目に戸数の多い公営団地がある。
- 一人暮らし世帯の割合が高い。
- 駅までの距離はあるが、商業施設・公共交通機関は比較的充実。

状況と課題

- 一人暮らし世帯や身寄りがいない人への支援に向けて、関係機関との連携が不可欠。
- サロンやお助け隊など、住民主体の活動が活発で、住民同士のつながりが強い。
- 高齢化率 50%を超える圏域内の公営団地には相談室があり、見守りが強化されている。
- 比較的平坦な場所が多いが、北東の暁町は坂があるうえに公共交通機関や商業施設が少ないため、移動や買い物の支援が特に重要になる。

(7) 石川

石川中

小宮駅

石川事務所
高齢者あんしん相談センター石川
はちまるサポート石川
地域子ども家庭支援センター石川

八王子IC

石川市民センター
第一中

北八王子駅

高年齢人口 (65 歳以上)

75 歳以上

8,746 人	4,696 人	要支援認定者	398 人	要介護認定者	990 人
---------	---------	--------	-------	--------	-------

地域の特徴

- 起伏の多い地域で、大通り沿い以外では車がないと移動・買い物が不便。
- 地縁血縁が強い地域と新興住宅地、公営住宅などが混在している。

状況と課題

- 住民同士の支えあい・見守り活動について関心が高く、活動団体も増えている。活動継続にあたり、安定した担い手の確保が課題。介護事業所が少ないため、今後も生活サポート団体の充実が必要。
- 地域ケア会議「石川まちづくり会議」において圏域内の住民、金融機関、小売店、介護事業所、医療機関など多機関と住みやすいまちづくりに向けて意見交換を続けている。

(8) 左入

加住小中

加住市民センター

加住事務所
高齢者あんしん相談センター加住

中央自動車道

高年齢人口 (65 歳以上)

75 歳以上

4,121 人	2,503 人	要支援認定者	210 人	要介護認定者	646 人
---------	---------	--------	-------	--------	-------

地域の特徴

- 緑が多く、昔からの農村部が残っている。特に北部には都内最大の田園が広がる。
- 三世代で暮らしている家が多く、独居者が少ない。
- 医療機関や介護施設の連携組織もある。

状況と課題

- お祭りなど地域住民が主体的に企画、参加するなど、民生委員・児童委員や町会・自治会の結束力が高い。
- コンビニエンスストア以外の店舗が少なく、自家用車がないと食料品や日用品の買い出しに苦労する。住民主体の活動により自家用車を用いた移送支援が行われるなど、住民同士で助け合いが行われている。
- 国史跡である滝山城跡に関連する活動も地域住民により活発に取り組まれている。

(9) 高尾

浅川事務所
浅川市民センター
はちまるサポート浅川

地域子ども家庭支援センター東浅川
東浅川保健福祉センター
高齢者あんしん相談センター高尾

高尾山 IC

高尾山口駅

浅川中

狭間駅

高尾駅

陵南中

高年齢人口 (65 歳以上)

75 歳以上

7,850 人	4,435 人	要支援認定者	502 人	要介護認定者	1,021 人
---------	---------	--------	-------	--------	---------

地域の特徴

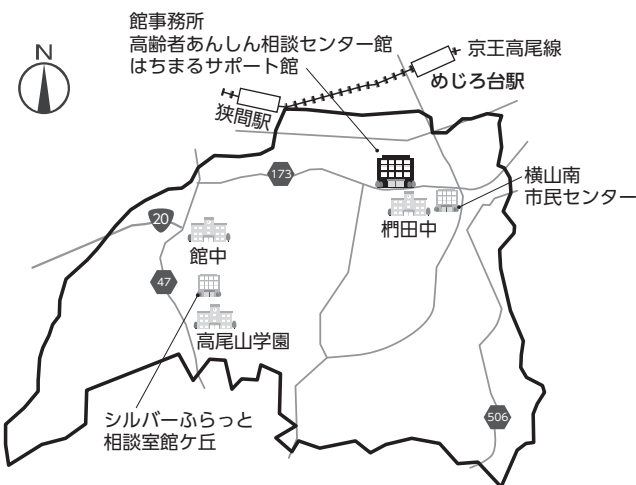
- 高尾駅から東側は公共交通機関が比較的充実している。
- 高尾から西側では、高尾山等自然が豊か。

状況と課題

- 地縁が強く、住民同士の支えあいや見守り活動、介護予防活動がなされているが、全体的に高齢化がすすんでいるため、支えあいの継続が課題。
- 駅前マンションや自治体組織がない地域における顔の見える関係性や、情報伝達の仕組みの構築が課題。
- 山間地域では自助・互助による防災の意識が高い。

(10) 寺田

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口	(65 歳以上)	要支援 認定者	要介護 認定者
	75 歳以上		
8,521 人	4,765 人	365 人	971 人

地域の特徴

- 公共交通はバスのみであり、バス停まで遠い地域は車がないと移動・買い物が不便。
- 近隣の大学や住民と連携した学生ボランティアによる活動が盛ん。

状況と課題

- 館ヶ丘団地では、自治会を中心に高齢者あんしん相談センターやシルバーふらっと相談室、NPO 団体や大学、介護医療関係サービスなどとの連携で住みやすい地域をつくる活動に熱心に取り組んでいる。
- 緑が丘小学校の授業では、認知症になっても暮らし続けられる地域づくりの取組を、住民と共にやっている。
- 新たに宅地開発された地域では、若年世帯の増加もあるが、自治組織への加入は低下しており、地域の顔の見える関係性の構築や地域ネットワークの構築が課題である。

(11) 長房

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口	(65 歳以上)	要支援 認定者	要介護 認定者
	75 歳以上		
6,515 人	4,062 人	515 人	1,017 人

地域の特徴

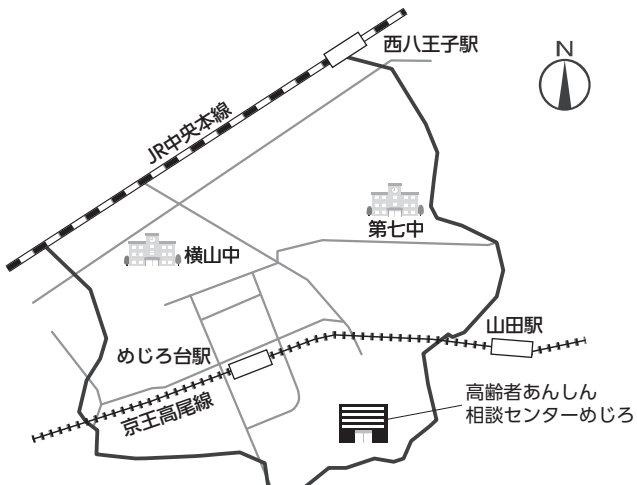
- 新たなまちづくりプロジェクトにより、充実した賑わい・集いの拠点ができた。
- 八王子市内最大の団地があり、圏域の 7 割の方が居住。
- 高齢化率・単身世帯数は市内でトップレベル。

状況と課題

- 支えあいネットワークが構築され、緩やかな見守り活動で孤独死防止の対策を行っている。
- 民生委員・児童委員、町会・自治会と連携しており、サロン・シニアクラブの活動やボランティア活動が盛んである。また、住民・商業・大学・高齢者あんしん相談センター・学校・市など様々な主体が連携し、多世代交流イベントや介護予防教室などを開催している。

(12) めじろ台

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口	(65 歳以上)	要支援 認定者	要介護 認定者
	75 歳以上		
7,905 人	4,654 人	630 人	1,209 人

地域の特徴

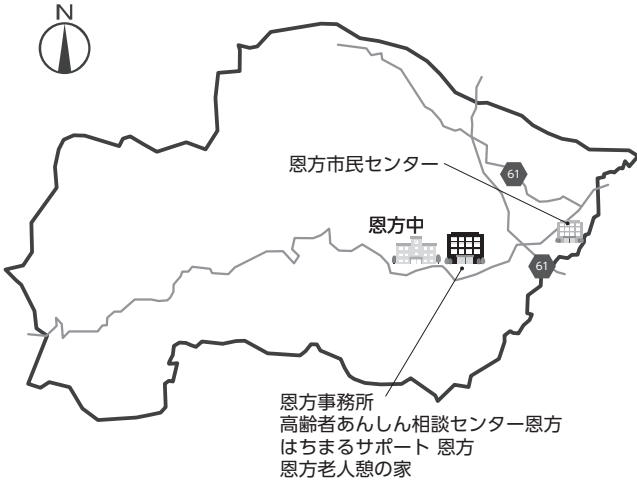
- 全体的に坂が多い地形。
- 丘陵上にめじろ台団地や朝日ヶ丘団地などが造成されている。
- 山田町地区において店舗や医療機関等の社会資源がやや少ない。

状況と課題

- 民生委員・児童委員や訪問ふれあい員と高齢者あんしん相談センターの連携がはかれており、医療機関や居宅介護事業所等とも連携しながら地域活動を行っている。
- めじろ台地区はまちづくり協議会による地域づくりが活発。山田町地区は町会活動・サロン活動が盛んで、子ども会も活発に行われている。散田町地区は、町会活動が盛んで地域のお祭りなどを通して地域住民同士のつながりがある一方、地域住民主体の活動団体がないため、地域での支えあいの仕組みづくりが課題。

(13) 恩方

《令和 5 年（2023 年）9 月末現在》



高齢者人口	(65 歳以上)	要支援 認定者	要介護 認定者
	75 歳以上		
5,880 人	3,448 人	258 人	969 人

地域の特徴

- 西部地域に自然豊かな山間部が広がり、市内で最も人口密度が低い圏域。
- 高齢化率は市内で最も高いが、高齢者単身世帯は比較的少ない。

状況と課題

- 住民主体の活動が活発。地域の中で役割をもって生活している高齢者が多く、昔ながらの地域のつながりが強いいため、見守り体制ができている。
- 地域の小・中学校、高校で福祉体験を行う取組がされている。
- ハザードエリアが多いこともあり、地域の防災意識が高い。地域住民と関係者、機関が連携し、災害対策について取り組んでいる。
- 地理的な特徴から、移動手段の確保が困難、訪問・通所サービスの選択肢が少ないなどの課題がある。

(14) 川口

上川農村環境改善センター

川口市民センター
川口図書館
生涯学習センター川口分館

川口中

川口事務所
高齢者あんしん相談センター川口
はちまるサポート 川口

榑原中

高年齢者人口 (65 歳以上)
75 歳以上

9,148 人	5,455 人	521 人	1,207 人
---------	---------	-------	---------

地域の特徴

- 2 つの丘陵の間を流れる川口川に沿った東西に長い地区。
- 秋川街道を離れると自家用車なしでの移動が不便になる。
- 圏域西部は商業施設等が少ない。

状況と課題

- 町会・自治会、シニアクラブ、住民協議会などの活動が活発である。また、近隣住民との交流が多く、見守りや助け合い、介護予防の活動など自主的な住民主体の活動が盛ん。
- 一方、圏域西部の上川町を中心に、新しい住民の流入が少なく、高齢化がすすんでいるため、地域活動の継続支援が課題となっている。

(15) 元八王子

元八王子市民センター

元八王子事務所
高齢者あんしん相談センター元八王子
はちまるサポート 元八王子

四谷中

城山中

元八王子中

高年齢者人口 (65 歳以上)
75 歳以上

7,560 人	4,454 人	429 人	1,083 人
---------	---------	-------	---------

地域の特徴

- 圏域の大部分が平地（緩やかな傾斜）だが、川町・式分方町の一部は丘陵地となっている。
- 電車は通っておらず、四谷で交差する陣馬・高尾街道を中心に路線バスが走っている。
- 陣馬街道は歩道が狭く段差が多いため、車いす等での移動が困難。

状況と課題

- 古くから住んでいる住民が多く、歴史ある祭りやイベントを通じてつながりが継続している一方で、新しい住民の取込に課題がある。
- 地域活動主体が高齢化しており、世代間交流や若い世代への引継ぎを課題としている団体が多い。
- 子ども食堂や農福連携、飲食店との連携など、食を通じた活動が活発となる下地があるうえ、子ども食堂やサロン活動団体の立ち上げに前向きである。

(16) もとはち南

高年齢者人口 (65 歳以上)
75 歳以上

8,978 人	5,351 人	594 人	1,175 人
---------	---------	-------	---------

地域の特徴

- 自然が豊かで、散歩できる遊歩道の整備などが整いつつある。
- 公営団地や丘陵地に造成された大規模な新興住宅地がある。

状況と課題

- 自治体加入率が高く、住民同士のつながりが強い。また、若い世代の転入が盛んな地域がありつつも、地域活動の担い手は高齢化している。若い世代の取込や活動の継承が課題。
- 食を通じた住民同士の交流の場や企業による福祉的活動の参画も多い。
- 路線バスの廃止や経路変更に伴い、丘陵地に造成された地域を中心に移動に関する課題が顕在化している。

(17) 片倉

由井事務所
高齢者あんしん相談センター由井
はちまるサポート 由井

京王高尾線

山田駅

京王片倉駅

由井市民センター

片倉駅

みなみ野中

八王子みなみ野駅

JR総武線

由井市民センター
みなみ野分館

七国中

高年齢者人口 (65 歳以上)
75 歳以上

9,100 人	4,972 人	429 人	1,133 人
---------	---------	-------	---------

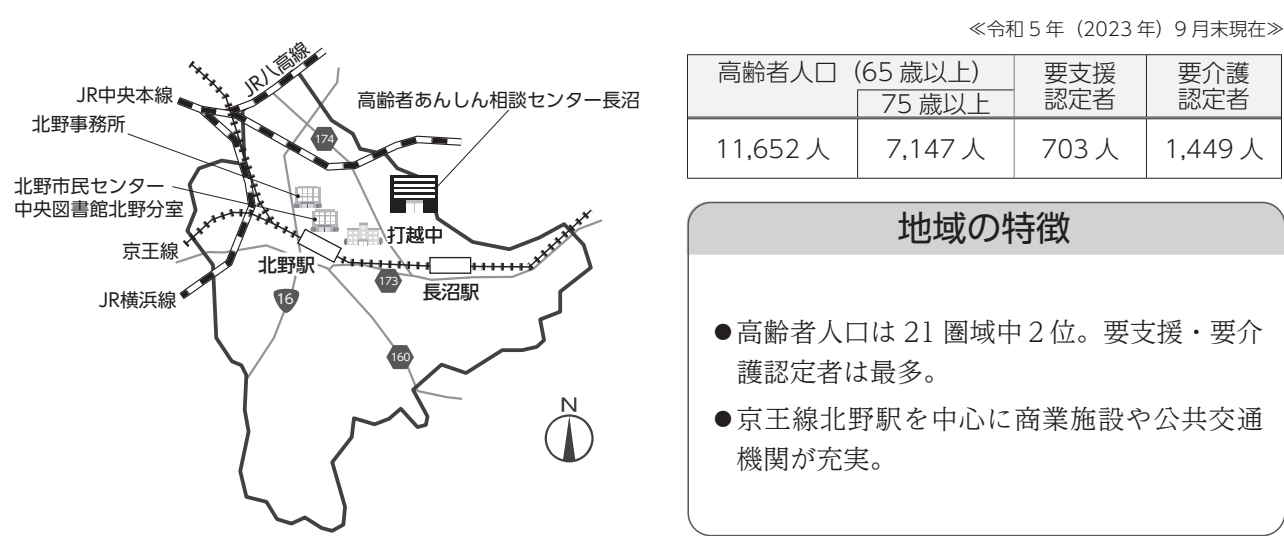
地域の特徴

- 牧場や農地など田園風景が広がる地域と、緑が豊かで環境のよい住宅街地域がある。
- 新興住宅地や公営団地、造成地などが混在。高齢化率は市内で最も低く、子育て世代が多い。

状況と課題

- 新しいまちであるため、地縁が少なく、コミュニティが希薄な傾向にある地域もあるが、圏域内にてコミュニティカフェの開業が増えてきている。
- 認知症になっても住みやすい地域づくりの一環として、おたがいさまの家プロジェクト（住民によるゆるやかな見守りの仕組み）や畑作り（オレンジガーデニングプロジェクト）を実施している。
- 年少人口率は市内で最も高く、保育園や大学も巻き込んだ世代間交流の取組をすすめている。

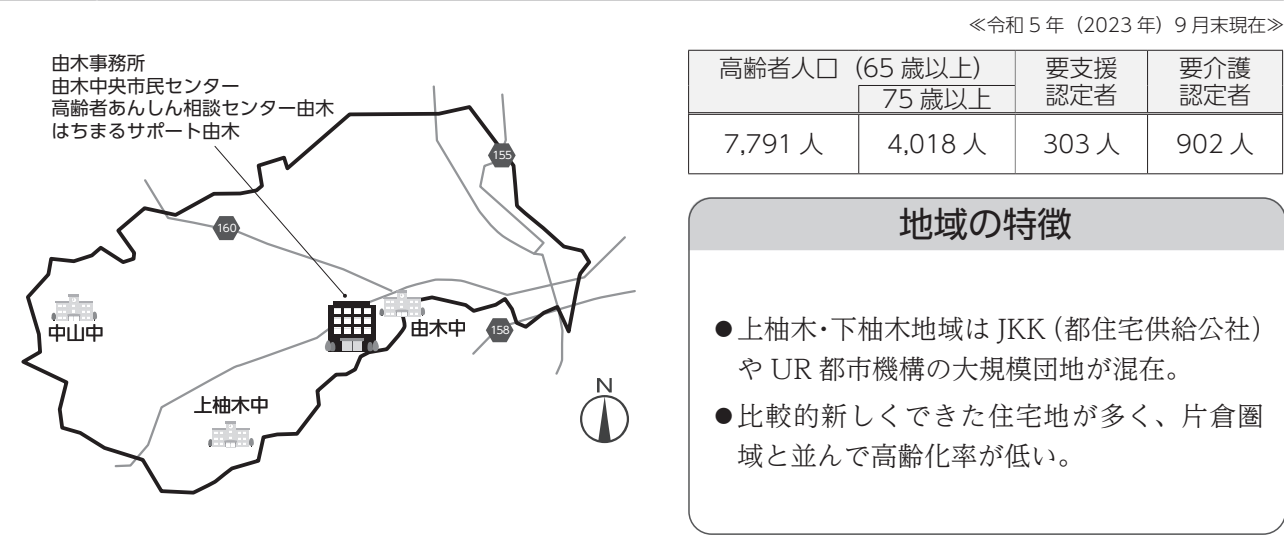
(18) 長沼



状況と課題

- 住民の自主的な活動が盛んな地域であり、閉じこもり、うつ傾向などの要介護リスクは他圏域より低い傾向にある。引き続きさらなる顔の見える関係づくりをすすめていく必要がある。
- 北野街道より南側に属する丘陵地帯の住宅地では高齢化が顕著であり、公共交通機関を利用するにも苦勞することが多く、総合的な相談支援ニーズが高まっている。
- 緊急車両が通行に困難するほどの住宅密集地域が多く存在しており、介護支援専門員・訪問介護員等が訪問する際に駐車場所の確保に苦慮している。

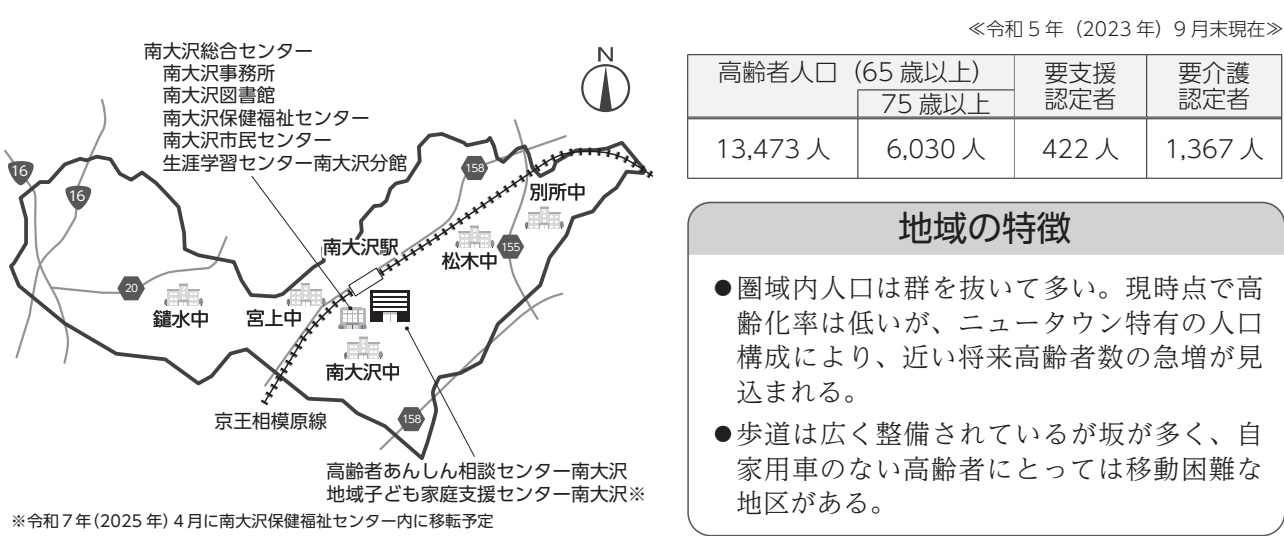
(19) 堀之内



状況と課題

- 高齢化率が高い南陽台では、自治会活動が活発。また、その他の地域でも健康意識は高く、高齢者あんしん相談センターのイベントへの参加率が高い。また、地域高齢者が自主的に体操教室を定期的実施しているほか、集合住宅のコミュニティでサロン活動も積極的に開催されているなど、高齢者の介護予防の場が多い。
- 地域の薬局主催で認知症家族会も開催しており、高齢者あんしん相談センター主催の認知症家族会と共に多職種で対応している。

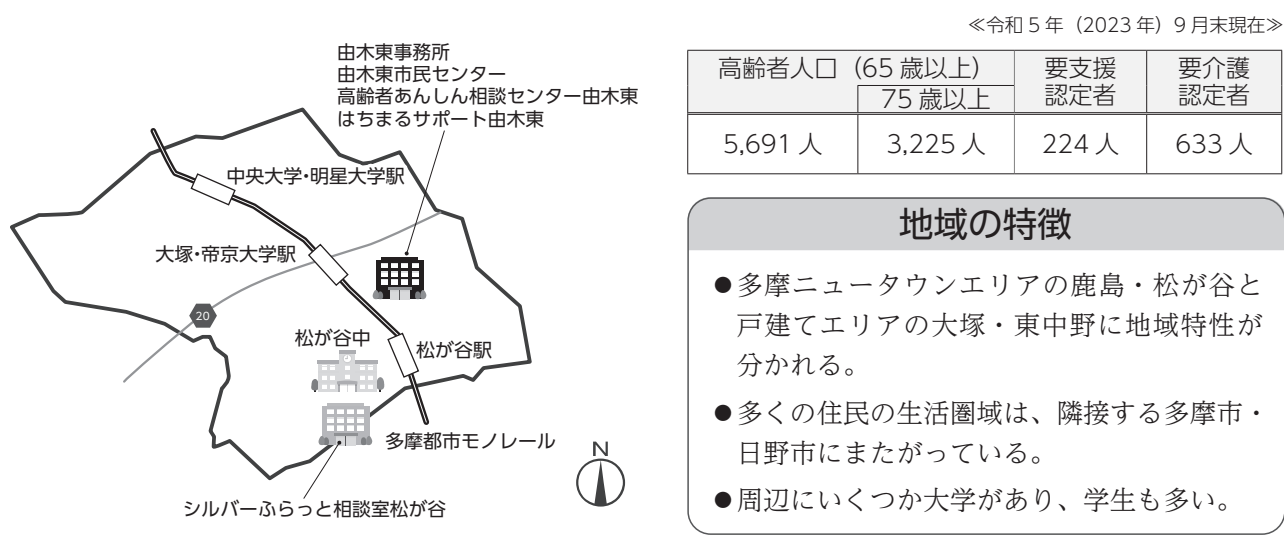
(20) 南大沢



状況と課題

- 自治会をもたない、自治会があってもあまり活動が行われていない集合住宅も多い。
- 中学校の空き教室等を活用した介護予防の取組など、住民主体の活動（サロン等）が増えている。一方で、住民同士のつながりが弱い地域においては、情報共有できるネットワークづくりが必要。
- UR や JKK の団地には、市外からの転入者も多い。転入者が孤立しないためのつながりづくりが重要。

(21) 由木東



状況と課題

- 松が谷商店街にはシルバーふらっと相談室があり、高齢者の憩いの場となっている。また、新たにできた地域共生型交流拠点では、多世代の交流や地域づくり、自治会、サロン、シニアクラブ等の様々な活動が行われている。
- 圏域内にスーパーマーケットが少なく、日常の買い物に苦勞する方が多い。
- 独居、高齢者世帯、8050 問題等の課題を抱えている世帯が多く、地域づくりや関係機関の連携が必須である。

第 8 期計画の成果指標の結果

1 地域ネットワークの充実

計画の柱	方向性	主な事業	評価指標	アウトプット(活動目標)		
				第8期現状値	第8期実績 (見込み)	目標値(KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【施策1】 地域における 包括的な支援 の充実【重点】	地域課題解決 能力の強化	地域ケア会議の開催	地域ケア会議 開催回数	70回/年	220回/年	200回/年
		地域ケア推進会議の開催	地域ケア推進会議 開催回数	1回/年	4回/年	4回/年
		高齢者あんしん相談 センター等の窓口機能強化	高齢者あんしん相談センター (21か所)の職員総配置数 ※認知症地域支援推進員と SC除く	107人 (国基準:83人)	115人	維持または高齢者 人口増に伴い増員
		相談窓口の一元化	高齢者あんしん相談センター の市民部事務所等への移転複 合化の箇所数	7か所	12か所	11か所
		重層的支援体制整備 事業の実施	CSW(コミュニティソーシャル ワーカー)配置人数	9人	26人	日常生活圏域 (21か所)に順次配置
【施策2】 生活支援体制 整備の推進 【重点】	生活支援コー ディネーター の強化	生活支援 コーディネーターの配置	生活支援コーディネーター 配置人数	第一層 7人 第二層 12人	第一層 10人 第二層 21人	第一層 8人 第二層 21人
	多様な主体 による生活支援 体制の構築	協議体の開催	協議体 開催回数	21回/年	21回/年	日常生活圏域(21か 所)で年1回の開催及 び地域で開催される 協議体への参加
		NPOやボランティア等の 住民主体で行う活動の 支援	住民主体の生活支援団体 登録団体数	31団体	40団体	50団体
		就労的活動支援コーデ ィネーターの配置による 就労的活動の支援	就労的活動 マッチング数	—	106人/年	100人/年 (5人程度×21圏域)
		プロボノ支援	プロボノ マッチング数	—	0件/年	10件/年
【施策3】 医療介護連携 の推進	高齢者の保健 事業と介護予 防の一体的な 実施	KDBシステムを活用した 専門職のアウトリーチに よる個別的支持	リハビリテーション専門職に よる通いの場へのアウトリー チ支援数 分析結果の施策への反映	—	・23件/年 ・高齢者の保健事業 と介護予防の一体的 実施事業ポピュレー ションアプローチの 参加者 12,600件	100件/年 (5件程度×21圏域) 新規事業や事業の 見直しの実施
	在宅医療・介護 の普及促進	切れ目のない医療介護連 携の構築	多職種による研修会 開催回数	新型コロナウイルス 感染症感染拡大防止 のため中止	3回/年	2回/年
		在宅医療相談窓口事業の 実施	在宅医療相談窓口事業 取組状況	在宅医療相談窓口 相談件数 290件	在宅医療相談窓口 相談件数 348件	事業認知度の上昇
		在宅医療全夜間対応事業 の実施	在宅医療全夜間対応事業 取組状況	在宅療養救急患者数 487件	在宅療養救急患者数 270件	事業認知度の上昇
		在宅療養患者搬送事業の 実施	在宅療養患者搬送事業 取組状況	出動件数 130件	出動件数 232件	事業認知度の上昇
		まごころネット(在宅医療 支援システム)の普及	まごころネット(在宅医療支援 システム)登録事業所数	146か所	245か所	170か所
		ACP(人生会議)や看取り に関する情報提供	ACP(人生会議)や 看取りに関する情報提供 取組状況	・広報による周知 1回/年 ・救急医療情報シー ト配布件数(カウン トなし)	・広報による周知 1回/年 ・救急医療情報 シート配布件数 7,600部	・広報による周知 1回/年 ・救急医療情報シー ト配布件数(「医療 機関ガイド」とじ 込み分+窓口配布) 10,000部
	多職種連携に向けた研修 の実施	多職種連携の研修 開催回数	1回/年	5回/年	多所管連携し、多職 種研修を定期的に開 催	
【施策4】 権利擁護の 推進	権利擁護における 総合相談・支援機能の充実	権利擁護における 総合相談・支援機能の充実	権利擁護に係る相談対応 取組状況	・緊急保護の実施 ・通報等に基づく 施設等への立入調 査の実施	・要介護施設従事者 による高齢者虐待 調査10施設	・緊急保護の実施 ・通報等に基づく施 設等への立入調査 の実施
		成年後見制度の普及啓発	成年後見制度の普及啓発 取組状況	講演会 3回/年 学習会 7回/年	講演会 2回/年 学習会 11回/年	講演会 4回/年 学習会 9回/年
	権利擁護に係 る横断的な課 題解決に向け た取組の推進	相談機関における速やか かつ適切なサービス利用	サービス必要量の確保に向け た取組状況	—	成年後見・あんしん サポートセンターハ 王子運営委員会の開 催 4回 福祉・医療職向け学 習会 1回 3包括主催ケアマネ 学習会への講師参加 1回 自立支援課職員研修 1回 地域ケア会議等への 参加 2回 地域福祉権利擁護事 業、財産保全管理サー ビスの待機者を解消 し、早期に適切なサー ビスにつなげることが できた	成年後見・あんしん サポートセンター との調整及び適切 なサービス利用へ の周知等
		高齢者虐待 防止の強化	高齢者虐待防止研修の 実施	高齢者虐待防止研修 (介護施設職員や介護従事者に 対する研修) 開催回数	8回/年	8回/年 受講者数 1,000人

目指す姿	アウトカム (活動成果)				【最終成果】アウトカム
	評価指標	第8期現状値	第8期実績	目標値 (KPI)	
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)	
包括的・継続的ケアマ ネジメントが実施され ている(地域における 連携・協働の体制づく り)。	地域ケア推進会議にお ける地域課題に対する 方針決定数	—	1件/年	4件以上/年	【指標①】健康寿命 第8期計画始期 (平成30年) 男性:81.55歳 女性:82.46歳 第9期計画始期 (令和3年度) 男性:81.76歳 女性:82.76歳
	高齢者あんしん相談セ ンターの認知度・利用 満足度	【認知度】 36.2% 【利用満足度】 —	【認知度】 36.8% 【利用満足度】 70.7%	【認知度】 50.0% 【利用満足度】 ※新規調査のため 未設定	
関係者間で課題が共有 され、課題解決がはか られている。	住民主体の生活支援サー ビスの認知度・利用率	—	【一般高齢者】 認知度 45.5% 利用率 2.9% 【要支援・要介護認定者】 認知度 26.1% 利用率 1.3%	※新規調査のため 未設定	【指標②】助け合い・ソ ーシャルキャピタル得 点(地域の人々と助け 合いができる社会とな っている) 第8期計画始期 (令和元年度):194.3 第9期計画始期 (令和4年度):190.6
地域での生活支援体制 が整備されている。					
医療職と介護職との連 携が円滑になり、在宅 での生活が継続できて いる。	要介護認定者のうち在 宅介護を利用している 人の割合	63.4%	64.3%	利用割合の上昇	【指標③】連帯感・ソー シャルキャピタル得点 (地域に愛着を持ち、地 域の人々を信頼できる 社会になっている) 第8期計画始期 (令和元年度):157.6 第9期計画始期 (令和4年度):159.4
	入院時情報連携加算 取得率	11.9%	9.0%	取得率の上昇	
	退院・退所加算 取得率	10.8%	9.8%	取得率の上昇	
成年後見制度や権利擁 護事業が市民に認知さ れ、円滑に利用できる 体制が整っている。	成年後見制度・権利擁 護事業の認知度	—	【一般高齢者】 成年後見制度 38.0% 地域福祉権利擁護 5.0% 【要支援・要介護認定者】 成年後見制度 39.3% 地域福祉権利擁護 10.4%	※新規調査のため 未設定	【指標④】社会参加・ソ ーシャルキャピタル得 点(地域のボランティア や趣味のグループ等 に参加できる社会とな っている) 第8期計画始期 (令和元年度):75.5 第9期計画始期 (令和4年度):57.5
	成年後見制度・権利擁 護事業のサービス量が 確保できていると思う 割合	—	・成年後見制度:41.5% ・権利擁護事業サービス: 44.4%	※新規調査のため 未設定	
					【指標⑤】趣味活動や地 域活動など自分のやり たいことができている 人の割合 第8期計画始期:— 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者:59.8% 要支援・要介護 認定者:32.4%
					【指標⑥】生きがいを感じている 人の割合 第8期計画始期:— 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者:62.4% 要支援・要介護 認定者:63.7%
					【指標⑦】介護保険サービスの利 用満足度 第8期計画始期: 81.2% 第9期計画始期 (令和4年度):94.8%
					【指標⑧】保険料必要額 第8期計画:5,750円 第9期計画:5,950円

※本計画の指標として第5章に掲載している指標もありますが、計測・算出方法の変更により第8期実績値と第9期現状値が一致しない場合があります。

2 自立支援・重度化防止

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット（活動目標）			
			評価指標	第8期現状値	第8期実績 （見込み）	目標値 (KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【施策5】 後期高齢者の 実態把握と事 業評価サイク ルの構築	後期高齢者実 態把握事業の 実施	後期高齢者実態把握事業 の実施	後期高齢者実態把握調査 実態把握率 ※要介護認定者等を除く	80% （郵送回収率 80%）	50%（郵送回収率）	90%以上 （未返送者の把握を 含め 90% 以上）
	介護予防事業 の事業評価	介護予防事業の事業評価	PDCA サイクルの運用を取り 入れた事業数	2 事業 （通所型短期集中予防 サービス、地域リハ ビリテーション活動 支援事業）	4 事業 （通所型短期集中予 防サービス、訪問型 短期集中予防サービ ス、住民主体の通所 型サービス、地域リ ハビリテーション活 動支援事業）	介護予防・日常生活 支援総合事業全て
【施策6】 リエイブルメ ント（再自立） の推進【重点】	短期集中予防 サービスを中 心とした総合 事業の充実	通所型・訪問型サービス Cの実施及び通所型サー ビスC等への移動支援の 提供	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 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 ③3か月後のリスク改善率（ 当初リスク判定された項目の 改善率） ④介護予防活動の定着度	—	①6.8% ②10.4% ③約57% ④運動習慣の定着： 約82% 食事習慣の定着： 約86% 社会参加定着度： 約47%	①50%以上 ②90%以上 ③80%以上 ④利用開始6か月後 の要介護認定状況ま たはリスクの変化（ 状態の向上または維 持）
		住民主体による通所型サ ービスBの実施	通所型サービスBで養成され た介護予防リーダー（仮称） の人数	—	80人	延210人 （10人×21圏域）
	リハビリテー ション提供体 制の構築	地域リハビリテーション 活動支援事業の実施	①新規要支援認定者でサー ビス利用を希望される方の うち、地域リハビリテーショ ン活動支援事業の利用者割合 ②リハビリテーション専門職 による通いの場等へのアウト リーチ件数	①5%未満 ②60件/年 （9月～3月）	①55.3% ②40件/年	①50% ②100件/年 （5件程度×21圏域）
		リハビリテーションサー ビス提供体制の構築	①生活機能向上連携加算の取 得率 ②独自加算Ⅰの取得率	①1.2% ②0%	①4.5% ②11.1%	①取得率の上昇 ②取得率の上昇
		自立支援型地域ケア会議 の開催	自立支援型地域ケア会議 開催（運用）回数	—	66件	全ての日常生活圏域 （21か所）で実施
		ICTの活用やリハビリテ ーション専門職の介入に よる健康づくりの習慣化 の構築及び口腔リスク該 当者への歯科医師による 口腔機能評価の実施	①ICTを活用したセルフマネ ジメントツールの利用率 ②口腔リスク者割合	①— ②20.8%	①65歳以上：4% 60歳以上：4% ②21.4%	①10% （65歳以上高齢者） ②口腔リスク者割合 の低下
【施策7】 介護予防・健 康づくりの習 慣化に向けた セルフマネジ メントの推進 【重点】	セルフマネジ メントの定着 支援	ICTの活用やリハビリテ ーション専門職の介入に よる健康づくりの習慣化 の構築及び口腔リスク該 当者への歯科医師による 口腔機能評価の実施	①ICTを活用したセルフマネ ジメントツールの利用率 ②口腔リスク者割合	①— ②20.8%	①65歳以上：4% 60歳以上：4% ②21.4%	①10% （65歳以上高齢者） ②口腔リスク者割合 の低下
	介護予防普及 啓発事業・地 域介護予防活 動支援事業の 推進	介護予防普及啓発事業の 実施	①リスク該当者の介護予防教 室等参加率 ②介護予防教室 参加者数	①— ②高齢者いきいき課 1,283人 高齢者あんしん相談 センター5,000人 保健福祉センター 2,072人※新型コロナ ウイルス感染症感 染拡大防止のため縮 小して実施	①— ②高齢者いきいき課 10,084人 高齢者あんしん相談 センター22,000人 保健福祉センター 6,000人	①80.0% ②高齢者いきいき課 10,000人 高齢者あんしん相談 センター25,000人 保健福祉センター 6,000人
		地域介護予防活動支援事 業の実施	健康づくりサポーター 登録者数	146人	147人	150人
【施策8】 生涯現役社会 の構築と積極 的な社会参加 ～ブロダクテ ィブ・エイジ ングの普及～ 【重点】	多様な社会参 加の促進	高齢者のニーズに即した 多様な通いの場の「見え る化」と参加促進	地域資源（通いの場等）の把 握数	376件	624件	600件
		高齢者活動コーディネ ートセンターの運営	コーディネート 契約件数	85件/年 ※新型コロナウイルス 感染症感染拡大防 止のため縮小して実 施	600件/年	500件/年
		市民活動支援センター 運営	市民活動支援センター 取組状況	—	市民活動団体等へ、 オンライン対応やS NS等による情報発 信力を上げるため、 支援を行った。	市民活動に 参加する方の増
		地域デビューパーティ（旧 名称 お父さんお帰りな さいパーティ）の開催支援	地域デビューパーティ （旧名称 お父さんお帰りな さいパーティ）参加者数	66人/年 ※完全オンライン実 施	400人/年	500人/年
		生涯学習コーディネータ ーの養成	生涯学習コーディネーター養 成講座 受講者数	新型コロナウイルス 感染症感染拡大防止 のため中止	11人/年	15人/年
		はちおうじ人生100年サ ポート企業登録事業の実 施	はちおうじ人生100年サポ ート企業登録サービス数	16件	34件	30件
	就労支援の 強化	就労ハンドブック（仮称） の発行	就労ハンドブック（仮称） 配布部数	—	延15,000部	延15,000部
		ジョブマッチングの支援	ジョブマッチングアプリ ①登録企業数 ②登録者数	—	ジョブマッチングの 試行実施を行った。	①延100社 ②延3,000人
		シルバー人材センターの 強化	シルバー人材センターの公共 事業における派遣事業 ①受注件数 ②就業人数	①4件/年 ②224人/年	①16件/年 ②50人/年	①12件/年 ②就業人数の増

目指す姿	アウトカム（活動成果）				【最終成果】アウトカム
	評価指標	第8期現状値	第8期実績	目標値 (KPI)	成果指標（KPI）
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)	
高齢者の実態を早期 に把握し、適切な支 援につなげられてい る。	新規要支援・要介護認 定者の平均年齢	80.1 歳	81.0 歳	平均年齢の上昇	【指標①】健康寿命 第8期計画始期 （平成30年） 男性：81.55 歳 女性：82.46 歳 第9期計画始期 （令和3年度） 男性：81.76 歳 女性：82.76 歳
	調整済み新規要支援・ 要介護認定者の平均要 介護度	要介護 1.3	要介護 1.4	平均要介護度の低下	
要支援認定者がリエ イブルメントにより、 もとの暮らしに戻り、 生きがいのある生活 を送っている。また、 適切な支援やリハビ リを受け、重度化が 防止できている。	調整済み認定率	20% （都平均：19.3%）	20.1% （都平均：19.9%）	都平均よりも低い値	【指標②】助け合い・ソ ーシャルキャピタル得 点（地域の人々と助け 合いができる社会とな っている） 第8期計画始期 （令和元年度）：194.3 第9期計画始期 （令和4年度）：190.6
	調整済み重度認定率	5.8%（都平均：6.6%）	5.6% （都平均：7.0%）	都平均よりも低い値	
	調整済み軽度認定率	14.2% （都平均：12.7%）	14.5% （都平均：13.0%）	都平均よりも低い値	
	フレイルあり割合	19.5%	23.6%	割合の低下	【指標③】連帯感・ソー シャルキャピタル得点 （地域に愛着を持ち、地 域の人々を信頼できる 社会になっている） 第8期計画始期 （令和元年度）：157.6 第9期計画始期 （令和4年度）：159.4
	運動機能低下者割合	8.1%	10.1%	割合の低下	
	口腔機能低下者割合	18.4%	20.6%	割合の低下	【指標④】社会参加・ソー シャルキャピタル得点 （地域のボランティア や趣味のグループ等 に参加できる社会とな っている） 第8期計画始期 （令和元年度）：75.5 第9期計画始期 （令和4年度）：57.5
セルフマネジメント の定着により、自立 した日常生活が継続 できている。	【再掲】新規要支援・要 介護認定者の平均年齢	80.1 歳	81.0 歳	平均年齢の上昇	【指標⑤】趣味活動や地 域活動など自分のやり たいことができている 人の割合 第8期計画始期：— 第9期計画始期 （令和4年度） 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護 認定者：32.4%
多様な社会参加の場 から、高齢者が自 らの選択に基づいて選 べる環境が整ってい る。	社会参加をしている高 齢者の割合	67.0%	61.0%	割合の上昇	【指標⑥】 生きがいを感じている 人の割合 第8期計画始期：— 第9期計画始期 （令和4年度） 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護 認定者：63.7%
					【指標⑦】 介護保険サービスの利 用満足度 第8期計画始期： 81.2% 第9期計画始期 （令和4年度）：94.8%
就労を希望している 高齢者が、自身の能 力に合った就労がで きている。	就労している高齢者の 割合	28.5%	26.7%	割合の上昇	【指標⑧】 保険料必要額 第8期計画：5,750 円 第9期計画：5,950 円

3 認知症との共生と予防

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット（活動目標）			
			評価指標	第8期現状値	第8期実績 （見込み）	目標値 (KPI)
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【施策9】 認知症との共生	認知症に関する普及啓発・本人発信支援	認知症に関する普及啓発	認知症ケアパス発行部数	延 80,000 部	認知症ケアパス別冊を改定(3,000 部)	改訂版の発行
		認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成講座受講者数	42,000 人	49,500 人	45,000 人
		認知症本人ミーティングの普及	認知症本人ミーティング開催回数	1 回 / 年	4 回 / 年	3 回 / 年
	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	認知症の早期発見・早期対応	認知症初期集中支援チーム支援件数	10 件 / 年	8 件 / 年	13 件 / 年
		認知症介護従事者研修の推進	認知症介護従事者研修受講者数	48 人 / 年	180 人 / 年	全員受講 (無資格の介護職員)
		BPSD ケアプログラム推進事業の実施	BPSD ケアプログラム導入事業所数	82 事業所	111 事業所	100 事業所
		認知症の介護者への支援	認知症家族会運営支援数	21 団体	23 団体	24 団体
	認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援	認知症高齢者等社会参加活動体制事業の実施	認知症高齢者等社会参加活動体制事業活動箇所数	0 か所	3 か所	3 か所
	【施策10】 認知症の予防	認知症の早期発見や予防にかかる効果測定と連動した事業の実施	認知症の早期発見や予防を目的とした支援やサービスの利用者割合	—	0.1%以下	利用者割合の上昇

目指す姿	アウトカム（活動成果）				【最終成果】アウトカム
	評価指標	第8期現状値	第8期実績	目標値 (KPI)	成果指標（KPI）
		R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)	
認知症を発症しても、尊厳のある生活を送ることができている。	認知症の人に実施する生活満足度調査結果	—	83 点	60 点	【指標①】健康寿命 第8期計画始期(平成30年) 男性:81.55 歳 女性:82.46 歳 第9期計画始期(令和3年度) 男性:81.76 歳 女性:82.76 歳 【指標②】助け合い・ソーシャルキャピタル得点(地域の人々と助け合いができる社会となっている) 第8期計画始期(令和元年度):194.3 第9期計画始期(令和4年度):190.6
認知症の兆候を早期に察知し、適切な支援が行われる体制が整っている。	認知症に関する相談窓口の認知度	【一般高齢者】 — 【要支援・要介護認定者】 —	【一般高齢者】 27.4% 【要支援・要介護認定者】 19.6%	※新規調査のため未設定	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点(地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている) 第8期計画始期(令和元年度):157.6 第9期計画始期(令和4年度):159.4
認知症の人やその家族が孤立せず、在宅でいつまでも生活できる環境が整っている。	認知症になっても在宅生活を続けたいと思う人の割合	54.7%	【一般高齢者】 59.6% 【要支援・要介護認定者】 66.1%	割合の上昇	【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点(地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている) 第8期計画始期(令和元年度):75.5 第9期計画始期(令和4年度):57.5
	認知症高齢者(要介護認定を受けた第1号被保険者のうち、日常生活自立度Ⅱa以上)の在宅率 ※全体から施設サービス利用者を除く	60.1%	60.1%	在宅率の上昇	【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができていない人の割合 第8期計画始期:— 第9期計画始期(令和4年度) 一般高齢者:59.8% 要支援・要介護認定者:32.4%
認知症の人も地域で見守られながら活動できる環境が整っている。	認知症の人も地域活動に役割を持って参加した方が良いと思う人の割合	【一般高齢者】 49.9% 【要支援・要介護認定者】 —	【一般高齢者】 49.7% 【要支援・要介護認定者】 44.5%	【一般高齢者】 割合の上昇 【要支援・要介護認定者】 ※新規調査のため未設定	【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期:— 第9期計画始期(令和4年度) 一般高齢者:62.4% 要支援・要介護認定者:63.7%
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%	43.2%	割合の低下	【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期:81.2% 第9期計画始期(令和4年度):94.8%
	日常生活自立度Ⅱa以上の新規認定を受けた時点の平均年齢	82.7 歳	82.3 歳	平均年齢の上昇	【指標⑧】保険料必要額 第8期計画:5,750 円 第9期計画:5,950 円

4 在宅生活の支援

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット（活動目標）			
			評価指標	第8期現状値	第8期実績 （見込み）	目標値（KPI）
				R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)
【施策11】 在宅生活を 支える支援	多様な主体による「移動支援」の充実	制度横断的な移動手段の確保の検討	庁内検討会開催回数	2回／年	2回／年	2回／年
		地域主体による移動支援のコーディネート	①移動支援を行う住民団体団体数（住民主体による訪問型サービスにて） ②運転ボランティアの数（講座の受講者）	①6団体 ②－	①23団体 ②23人	①団体数の増 ②210人 (10人×21圏域)
		福祉有償運送の登録等支援	登録支援の取組状況	登録支援数 12団体	登録支援数 12団体	円滑な手続き支援の継続
	ゆるやかな 「見守り体制」 と生活支援の 充実	民生委員・児童委員による相談活動の充実	民生委員の充足率 (民生委員の数／民生委員の必要数)	97.8%	96.3%	98.0%
		見守り協定事業の実施	見守り協定協定締結事業者数	38事業所	46事業所	45事業所
		高齢者見守り相談窓口の運営	シルバーふらっと相談室設置数	2か所	3か所	4か所
		救急通報システム事業	救急通報システム利用者数	186人／年	200人／年	200人／年
		出前講座・高齢者見守り講座の開催	講座受講者数	150人／年	・出前講座 240人 ・高齢者見守り講座 25人	200人／年
		ふれあい収集事業の実施	ふれあい収集取組状況	417件／年	760件	戸別回収時に声掛け等の継続
	「住まいの支援」の充実	居住支援協議会による住宅確保要配慮者の入居支援	居住支援協力店登録数	30件	33件	居住支援協力店の増
		セーフティネット住宅に関する情報提供	セーフティネット住宅に関する情報提供	セーフティネット住宅 登録件数 300戸	セーフティネット住宅 登録件数 4626戸	制度の認知度増及び登録の促進
		高齢者自立支援住宅改修給付	高齢者自立支援住宅改修給付取組状況	支援件数 90件	予防給付1件 浴槽76件 流し洗面台5件 洋式便器2件	円滑な手続き支援の継続
		サービス付き高齢者向け住宅の質の確保・指導	実地検査取組状況	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため未実施	6件	検査等の実施により、住宅の質の確保
【施策12】 家族介護者の支援	家族介護者の介護負担軽減	介護離職ゼロに向けた情報発信	認知症家族会開催回数	40回／年	・認知症家族会開催件数 140回 ・仕事と介護の両立のためのセミナー・相談会 2回	60回／年
【施策13】 介護サービス 基盤の整備	在宅介護を支える地域密着型サービスの整備促進	（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の整備	（看護）小規模多機能型居宅介護事業所整備数	19事業所	24事業所 ※整備見込み含む	24事業所
		認知症高齢者グループホームの整備	認知症高齢者グループホーム ①整備数 ②入所待機者数	①25施設(440床) ②77人	①31事業所(566床) ※整備見込み含む ②56人	①31施設 ②入所待機者数の減少
		通所介護事業所（デイサービス）の総量規制	通所介護事業所（サテライト含む）及び地域密着型通所介護事業所 ①事業所数 ②稼働率	①172事業所 ②59.4%	①163事業所 ②64.1%	①事業所数の維持または減少 ②稼働率の維持または上昇
【施策14】 災害時支援体制と感染症対策	災害時支援体制の構築	福祉避難所の充実	福祉避難所整備数	32施設	41施設	40施設
		災害時における要配慮者の安否確認	安否確認とその体制づくりの取組状況	災害時の安否確認等の支援体制の構築	災対福祉部マニュアルの改訂	災害時の安否確認等の支援体制の構築
	感染症対策の充実	感染症対策の充実	感染症対策にかかる事業の検討・実施状況	オンラインやアプリの活用等の検討・実施	てくボ参加者数7,887人（うち65歳以上：6,468人）	オンラインやアプリの活用等の実施
		事業継続力（BCP）の強化	高齢者施設等での事業継続計画（BCP）策定に向けた取組状況	BCPの策定に向けた情報提供等の支援	市内事業者に向け、3回BCP策定研修を実施。また、民間企業と連携して、個別支援も実施。	BCPの策定されている事業者数の拡大

目指す姿		アウトカム（活動成果）				【最終成果】アウトカム
		評価指標	第8期現状値	第8期実績	目標値（KPI）	成果指標（KPI）
			R2(2020)	R5(2023)	R5(2023)	
多様な主体による移動サービスが充実し、移動に困難を感じる人の割合が少なくなっている。	日常的な移動に困難を感じている人の割合	【一般高齢者】 11.3%	【一般高齢者】 13.8%	【一般高齢者】 割合の低下	【一般高齢者】 割合の低下	【指標①】健康寿命 第8期計画始期 (平成30年) 男性:81.55歳 女性:82.46歳 第9期計画始期 (令和3年度) 男性:81.76歳 女性:82.76歳 【指標②】助け合い・ソーシャルキャピタル得点（地域の人々と助け合いができる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：194.3 第9期計画始期 (令和4年度)：190.6 【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		【要支援・要介護認定者】 63.6%	【要支援・要介護認定者】 61.1%	【要支援・要介護認定者】 割合の低下	【要支援・要介護認定者】 割合の低下	
在宅での暮らしを支える見守りサービスが充実し、安心・安全な日常生活が送れている。	在宅サービスの利用満足度	－	85.0%	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		－	85.0%	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	
住まいに不安を感じている人が少なくなっている。	今後の住まいに不安を感じている人の割合	【一般高齢者】 －	【一般高齢者】 57.2%	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		【要支援・要介護認定者】 －	【要支援・要介護認定者】 50.1%	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	
認知症家族会の支援が充実し、介護のために仕事を辞める選択をしなくても良い状態になっている。	在宅介護に対して不安を感じていない人の割合 就労継続が可能な介護者の割合	8.5%	12.4%	割合の上昇	割合の上昇	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		75.6%	62.9%	割合の上昇	割合の上昇	
在宅介護を支えるサービスが充足し、在宅介護を受ける人が増えている。	地域密着型サービスを使いたいと思う人の割合 居宅サービスの受給者割合 地域密着型サービス受給者割合	小規模多機能型居宅介護サービス 48.6% 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 47.4% 夜間対応型訪問介護サービス 38.3%	小規模多機能型居宅介護サービス 57.2% 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 50.8% 夜間対応型訪問介護サービス 40.0%	割合の上昇	割合の上昇	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		67.4%	69.4%	割合の上昇	割合の上昇	
		16.0%	14.9%	割合の上昇	割合の上昇	
災害時に要配慮者が安心して避難できる体制が整っている。	福祉避難所の各圏域の整備率	57.1%	57.1%	整備率の上昇	整備率の上昇	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		－	－	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	
高齢者が災害で被災感染症に罹患しないための対策が充実し、事業所でも感染症対策の体制が整っている。	災害対策や感染症対策の計画・体制が整っていると感じる事業所の割合	－	－	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点（地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：157.6 第9期計画始期 (令和4年度)：159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点（地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている） 第8期計画始期 (令和元年度)：75.5 第9期計画始期 (令和4年度)：57.5 【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：59.8% 要支援・要介護認定者：32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期：－ 第9期計画始期 (令和4年度) 一般高齢者：62.4% 要支援・要介護認定者：63.7% 【指標⑦】介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期：81.2% 第9期計画始期 (令和4年度)：94.8% 【指標⑧】保険料必要額 第8期計画：5,750円 第9期計画：5,950円
		－	－	※新規調査のため未設定	※新規調査のため未設定	

5 介護保険制度の持続可能性確保

計画の柱	方向性	主な事業	アウトプット(活動目標)			
			評価指標	第8期現状値 R2(2020)	第8期実績(見込み) R5(2023)	目標値(KPI) R5(2023)
【施策15】 適切なサービス利用に向けた窓口機能の強化	窓口におけるコーディネート機能強化	適切なアセスメント(状態評価)による効果的な支援の提供	ケアパス作成・配付への取組状況	—	集積したデータを基に、ケアパス作成に向けた方向性を検討した。	ケアパス作成・配付に向けた検討
			高リスク者向けの取組状況(ハイリスクアプローチ) ※ 後期高齢者実態把握調査でリスク判定を行う	高リスク者で包括が個別支援が必要だと判断した方へのアプローチ	高リスク者で包括が個別支援が必要だと判断した方へのアプローチ	高リスク者で包括が個別支援が必要だと判断した方へのアプローチの継続
			中リスク者向けの取組状況(ポリューションアプローチ) ※ 後期高齢者実態把握調査でリスク判定を行う	口から始める健康づくり講座 20人 ココロとカラダ元氣アップ講座 189人	リスク別に民間サービスや市のイベント等を紹介した冊子を作成して送付した。	中リスク者向けアプローチの確立
【施策16】 要介護認定の適正化	認定調査員の育成及び資料点検の実施	認定調査員研修の実施	調査基準・判断の差異及び不整合が生じないための取組状況	認定調査員研修の実施	市調査員研修5回 調査員全体研修1回	質の高い研修の継続
		認定調査票・介護認定審査会資料の点検の実施	認定調査票・認定審査会資料点検率	100%	100%	100%
【施策17】 給付の適正化	介護保険制度の信頼性維持・向上	介護支援専門員(ケアマネジャー)研修の実施	介護支援専門員(ケアマネジャー)研修 受講者数	延1,800人/年	延2,000人/年	延2,000人/年
		ケアプラン点検の質の向上	ケアプラン点検点検数	24件/年	29件/年	24件/年
		住宅改修及び福祉用具貸与・購入の適正化	有資格専門職による審査	全件審査	全件審査を実施	全件審査
		縦覧点検・医療情報の突合	縦覧点検・医療情報の突合	点検・突合継続	縦覧点検: 60件 医療情報の突合: 120件 軽度者に対する福祉用具貸与の申請有無の調査: 4,000件	点検・突合継続
	介護保険サービスの効果検証	介護給付費通知	介護給付費通知 回数	1回/年	1回/年(15,814件)	1回/年
		介護保険サービスの効果検証	介護保険サービスの効果検証	住宅改修サービス利用者に対する効果検証	—	事業効果を明らかにする
【施策18】 介護人材の確保・定着・育成	介護人材の確保・定着・育成の強化	介護事業所に対する実地検査及び監査の実施	介護保険サービス事業所の実地検査数	19事業所 ※新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のための実地検査休止期間あり	91事業所/1078事業所(8.4%)	事業所数のおおむね3分の1
		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 ※応募多数により抽選のうえ支援者を決定	①55人/年 ②58人/年 ③34人/年	①70人/年 ②50人/年 ③50人/年
		入門的研修及び生活支援ヘルパー研修の実施	①修了者数 ②マッチング数	①175人/年 ②30人/年 (令和元年度実績)	①85人/年 ②11人/年	①200人/年 ②30人/年
		介護のしごと日本語教室の実施	介護のしごと日本語教室修了者数	22人/年	38人/年	50人/年
		介護職員の表彰	①表彰者数 ②表彰に関する情報発信	①3人 ②実施なし	①21人 ②実施なし	①表彰者数の増 ②広報等での情報発信
		介護事業所研修の実施	介護事業所研修研修満足度	87.9% (令和元年度実績)	89%	90%
【施策19】 介護現場の生産性の向上	介護現場の生産性向上に向けた取組の推進	成果連動型ICT活用促進事業の実施	介護事業所における職員定着率	79.9%	なし	従業員50人以上: 86%以上 従業員50人未満: 82%以上
		ケア倶楽部の活用	「ケア倶楽部」登録率	95.4%	96.7%	100%
		指定申請に係る文書の負担軽減(文書量の削減)	文書量の削減に向けた取組状況	法令に提出が義務付けられていない、権利関係の確認書類等を提出不要とした	厚生労働省が示した例に基づき、届出が必要とする項目を削減した。	書類への押印を不要とし、メールでの受付や電子申請へと移行することで、再提出や郵送の手間を省く
		介護助手就職相談会の開催	介護助手就職相談会マッチング数	47人/年 (令和元年度実績)	10人/年	50人/年
【施策20】 成果連動型民間委託契約方式(PFS)の導入	成果連動型民間委託契約方式(PFS)の導入	成果連動型民間委託契約方式(PFS)の導入	成果連動型民間委託契約方式(PFS)契約件数	—	0件/年	5件/年

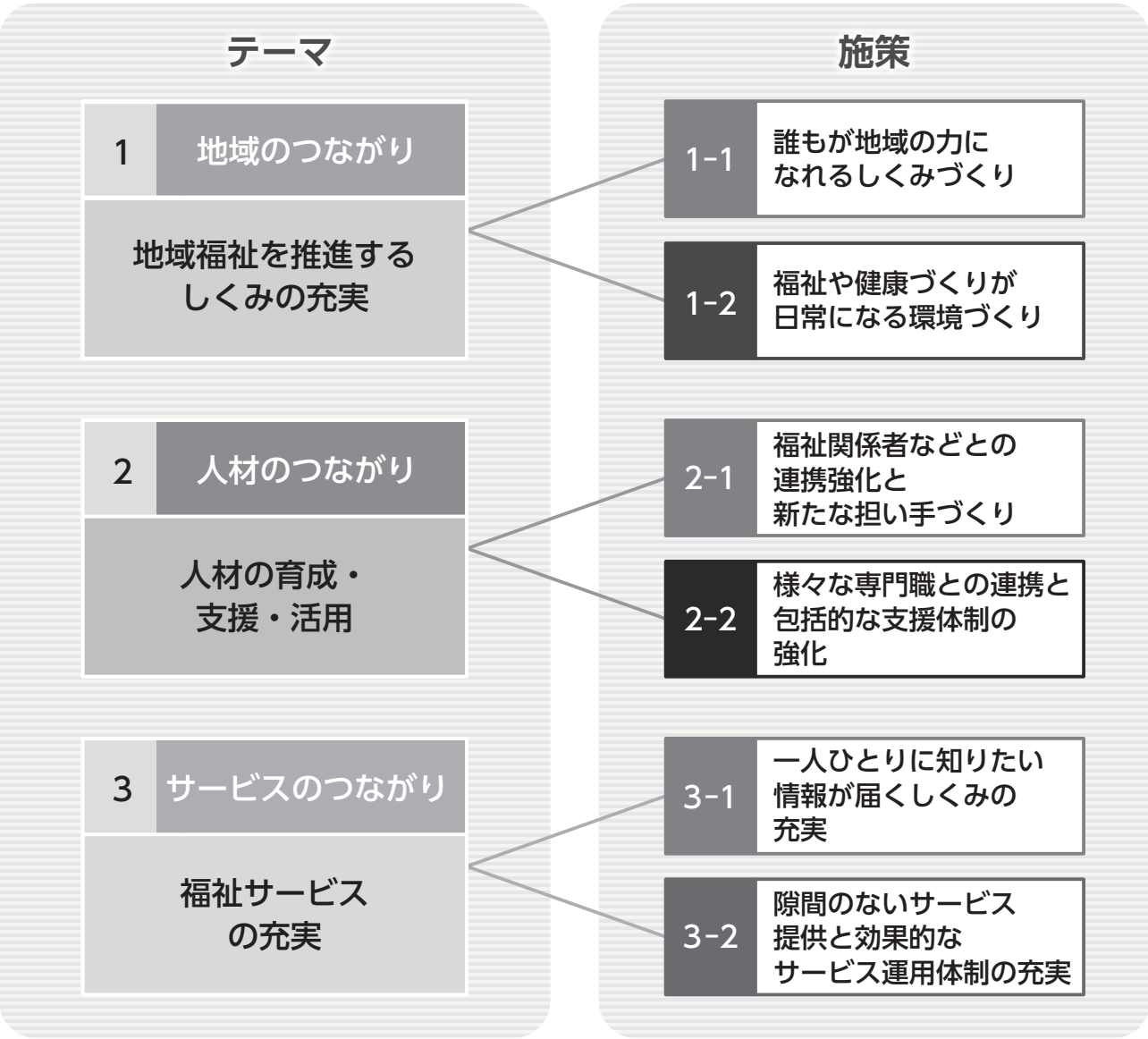
目指す姿	アウトカム (活動成果)				【最終成果】アウトカム
	評価指標	第8期現状値 R2(2020)	第8期実績 R5(2023)	目標値(KPI) R5(2023)	成果指標 (KPI)
軽度認定者に係る要介護認定申請が適切に行われている。	要支援認定者の介護保険サービスの実利用率	25.9%	27.4%	実利用率の上昇	【指標①】健康寿命 第8期計画始期(平成30年) 男性:81.55歳 女性:82.46歳 第9期計画始期(令和3年度) 男性:81.76歳 女性:82.76歳 【指標②】助け合い・ソーシャルキャピタル得点(地域の人々と助け合いができる社会となっている) 第8期計画始期(令和元年度): 194.3 第9期計画始期(令和4年度): 190.6
要介護認定が適正に行われている。	—	—	—	—	【指標③】連帯感・ソーシャルキャピタル得点(地域に愛着を持ち、地域の人々を信頼できる社会になっている) 第8期計画始期(令和元年度): 157.6 第9期計画始期(令和4年度): 159.4 【指標④】社会参加・ソーシャルキャピタル得点(地域のボランティアや趣味のグループ等に参加できる社会となっている) 第8期計画始期(令和元年度): 75.5 第9期計画始期(令和4年度): 57.5
ケアマネジメントが適切に行われている。	—	—	—	—	【指標⑤】趣味活動や地域活動など自分のやりたいことができていない人の割合 第8期計画始期: — 第9期計画始期(令和4年度) 一般高齢者: 59.8% 要支援・要介護認定者: 32.4% 【指標⑥】生きがいを感じている人の割合 第8期計画始期: — 第9期計画始期(令和4年度) 一般高齢者: 62.4% 要支援・要介護認定者: 63.7%
	介護人材の不足を感じる事業者割合	64.3%	61.5%	割合の低下	【指標⑦】 介護保険サービスの利用満足度 第8期計画始期: 81.2% 第9期計画始期(令和4年度): 94.8% 【指標⑧】 保険料必要額 第8期計画: 5,750円 第9期計画: 5,950円
	介護人材の新卒が採用できている割合	4.5%	6.0%	割合の上昇	
	介護人材の中途(経験者)が採用できている割合	33.9%	33.9%	割合の上昇	
	介護人材の中途(未経験者)が採用できている割合	31.8%	25.9%	割合の上昇	
	介護事業所における1年間の離職率10%以上の事業者割合	35.7%	39.3%	割合の低下	
介護現場の革新が進み、介護職員の生産性が向上している。	介護現場の生産性向上がはかると感じる事業所割合	—	18.8%	※新規調査のため未設定	
—	—	—	—	—	

3 地域福祉計画との連動

【上位計画とのつながり】

本計画の上位計画となる「第4期地域福祉計画」は、「地域のつながり」「人材のつながり」「サービスのつながり」の3つのテーマを設定し、様々な活動や人材、サービスなどをつなぎながら、八王子市らしい地域共生社会を目指していくものです。

次のページでは、地域福祉計画の施策や推進視点と、本計画における関連する重要テーマ(P37～39)や取組の例を示しています。



「第4期地域福祉計画」は右記二次元コードからご覧ください。



対象者別計画の取組			
八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画		八王子市障害者計画・第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画	
1-1	施策09 多様な主体による支援や見守り(担い手育成)	柱4-① 障害理解、差別解消、虐待防止、権利擁護の更なる推進	
	施策10 社会参加促進	柱4-② 地域で支えあえる生活環境の推進	
1-2	施策11 健康習慣づくり	柱1-② 保健・医療サービスの充実	
	施策12 望む暮らしの再獲得	柱2-② 障害児のサービス提供体制の構築	
2-1	施策07 支援体制の強化(多機関連携の推進)	柱1-① 相談体制の強化	
	施策09 多様な主体による支援や見守り(担い手育成)	柱5-② 福祉サービスの質の向上	
2-2	施策02 医療介護連携	柱1-② 保健・医療サービスの充実	
	施策07 支援体制の強化(高齢者あんしん相談センター)	柱2-③ 地域で生活するための体制整備	
3-1	施策08 相談窓口の周知	柱1-① 相談体制の強化	
	施策09 多様な主体による支援や見守り(地域の見守り力強化)	柱3-① 障害者就労のさらなる促進	
3-2	施策09 多様な主体による支援や見守り(産官連携)	柱1-② 保健・医療サービスの充実	
	施策16 EBPMの推進	柱2-② 障害児のサービス提供体制の構築	
※このほか、子ども・若者育成支援計画も地域福祉計画に基づく分野別計画として、令和6年度(2024年度)に改定します。			

4 国の基本指針における「記載を充実すべき事項」

国の基本指針では、市町村の第9期介護保険事業計画において特に記載を充実すべき事項として、

I 介護サービス基盤の計画的な整備

II 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

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

を掲げています。

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

I 介護サービス基盤の計画的な整備		
No.	内容	本計画での関連部分
1	長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性	施策 01 施設整備方針
2	医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化	重要テーマ1 施策 02
3	サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性	施策 01 施設整備方針
4	居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性	
5	居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及	
6	居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実	

II 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組		
No.	内容	本計画での関連項目
1	総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性	重点テーマ1、3 施策 09、11、12
2	地域リハビリテーション支援体制の構築の推進	施策 11、12
3	認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組	重要テーマ2、6 施策 05、06
4	地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等	重要テーマ1 施策 07
5	重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進	重要テーマ1、2 施策 07

No.	内容	本計画での関連項目
6	認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進 【参考：基本指針で示された検討の方向性】 1 普及啓発・本人発信支援 2 予防 3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援 5 研究開発・産業促進・国際展開	重要テーマ6 施策 05
7	高齢者虐待防止の一層の推進	施策 04
8	介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進	重要テーマ4 施策 15
9	地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性	施策 03
10	介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備	施策 02
11	地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映国の支援として点検ツールを提供	計画策定プロセス全般 施策 16
12	保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実	
13	給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進	施策 13、14

III 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進		
No.	内容	本計画での関連項目
1	ケアマネジメントの質の向上及び人材確保	重要テーマ4 施策 13、15
2	ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進	重要テーマ4、8 施策 15
3	外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備	
4	介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性	
5	介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用	
6	文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）	
7	財務状況等の見える化	重要テーマ8 施策 14
8	介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進	

5 用語解説

あ行	
用語	解説
アウトリーチ	行政や支援機関などの支援が必要であるにもかかわらず届いていない人に対して、訪問等により積極的に働きかけて情報・支援を届けること。
アセスメント	介護福祉分野においては、支援者が利用者を支援するにあたり、サービス等の必要な見通しを立てるために事前に評価や分析を行うこと。
いりよう かいごれんけい 医療・介護連携	地域の医療・介護関係者が、会議の開催や研修等、またはデジタル技術により情報共有し、在宅医療と介護サービスを一体的に提供すること。

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

用語	解説
かいごふくしし 介護福祉士	昭和 62 年（1987 年）制定の「社会福祉士及び介護福祉士法」によって定められた国家資格。 介護福祉士は専門知識と技術を活かし、利用者に対する「身体介助」「生活援助」「レクリエーション」、利用者のご家族に対する「相談・助言」、介護スタッフに対する「マネジメント」を担う。
かいごりょうようがたいりょうしせつ 介護療養型医療施設	療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理や看護、医学的管理のもとにおける介護、その他の世話及び機能訓練、その他必要な医療を行うことを目的とする施設。 ※令和 6 年（2024 年） 3 月 31 日をもって廃止
かいごろうじんふくししせつ 介護老人福祉施設 （とくべつようごろうじん 特別養護老人ホーム）	原則 65 歳以上の要介護 3 から要介護 5 の認定者が対象となる、常に介護が必要で自宅での介護が困難な方のための施設。要介護 1 または要介護 2 の方は、居宅において日常生活を営むことが困難など、やむを得ない事由がある場合に特例で利用可能。食事・入浴・排せつなどの日常生活の介護が中心。
かいごろうじんほけんしせつ 介護老人保健施設	要介護 1 から要介護 5 の認定者が対象となる、家庭への復帰を目指すための施設。施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理のもとにおける介護及びリハビリテーション、その他必要な医療を受けながら、原則 3 か月での在宅復帰を目指す。

用語	解説
かいごよほう にちじょうせいかつ 介護予防・日常生活 し え ん そ う ご う じ ゃ う 支援総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業には「A 一般介護予防事業」と「B 介護予防・生活支援サービス事業」の2つがある。これまで全国一律に提供されていた「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が、市町村ごとに地域の実情にあわせて、独自に多様な支援ができる仕組みに変わり、きめ細かいサービス提供ができるようになった。本市では、平成28年（2016年）3月より開始。 「A 一般介護予防事業」は、65歳以上の方が利用でき、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業の5つの事業がある。 「B 介護予防・生活支援サービス事業」は、要支援認定を受けた方と基本チェックリストの該当者が利用できる事業で、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防支援事業（ケアマネジメント）の4つの事業がある。
	【訪問型サービス】 ①訪問介護（従前の訪問介護相当）：訪問介護員による身体介護、生活援助を行う。 ②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）：生活援助等を行う。 ③訪問型サービスB（住民主体による支援）：住民主体の自主活動として生活援助等を行う。 ④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）：短期間に集中的に、保健師等による居宅での相談指導等を行う。 ⑤訪問型サービスD（移動支援）：移動前後の生活支援を行う。 【通所型サービス】 ①通所介護：通所介護と同様のサービス、生活機能の向上のための機能訓練 ②通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）：ミニデイサービス、運動・レクリエーション等 ③通所型サービスB（住民主体による支援）：体操、運動等の活動など、自主的な通いの場 ④通所型サービスC（短期集中予防サービス）：短期間に集中的に、生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム

用語	解説
かよ ば 通いの場	住民主体の地域交流活動、文化・スポーツ活動、ボランティア、就労的活動、民間サービスの利用など、高齢者が定期的に社会参加することができる機会や場所のこと。社会参加を通じて高齢者の健康寿命の延伸や介護予防の効果が期待される。
かんごしょうきほたきのうがた 看護小規模多機能型 きょたくかいご 居宅介護	医療ニーズの高い要介護者の在宅生活を支援する地域密着型介護保険サービス。利用者の状態や選択に応じて、通所を中心に、訪問（介護・看護）、宿泊を組み合わせたサービスが提供される。
きかんがたちいきほうかつしえん 基幹型地域包括支援 センター	地域包括支援センター間の総合調整や介護予防にかかるケアマネジメント、地域ケア会議等の後方支援を実施するなど、センター間での基幹的な機能を持った地域包括支援センター。
きほん 基本チェックリスト	要介護リスクの判断を行うための25問からなる質問票。 総合事業開始により導入され、65歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、相談窓口において、認定を受けなくても必要なサービスを事業で利用できるよう確認するためのツール。 高齢者あんしん相談センターで基本チェックリストによる判定を行った結果、生活機能の低下ありと判断されれば、「事業対象者」として介護予防・生活支援サービス事業の対象となる。 介護予防・生活支援サービス事業についてはP172参照。
きょうぎたい 協議体	市町村が主体となり、各地域における生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワーク。
きょたくかいごしえんじぎょうしょ 居宅介護支援事業所	介護支援専門員（ケアマネジャー）が在籍し、介護保険法による利用者の要介護度や心身の状態等に適切な介護サービスを調整し、立案（含費用の計算）・実施・評価を総合的に行う事業所。
きょたくりょうようかんりしどう 居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などが自宅を訪問し、療養上の管理や指導、居宅サービスを利用するうえでの留意点、介護方法等についての助言などを行う。

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

さ行	
用語	解説
サービス付き こうれいしゃ む じゅうたく 高齢者向け住宅	介護を必要としない自立した高齢者が様々な生活支援サービスを受けて居住する施設。掃除や買い物の代行といった生活支援サービスに加え、安否確認や生活相談が可能。バリアフリー対応の賃貸住宅となっている。
じつむしゃけんしゅう 実務者研修	基本的な介護提供能力の修得を目的とした資格で、かつてのホームヘルパー1級のこと。介護福祉士の国家資格受験には修了が必須条件となる。 「文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校または厚生労働大臣の指定した養成施設において介護福祉士として必要な知識及び技能を修得」するための研修。

用語	解説
シニアクラブ	おおむね 60 歳以上の方が、町会単位ほどの範囲の中で自主的に組織している団体。スポーツや趣味、文化・学習活動など、様々な活動を通して、地域貢献や生きがい・健康づくりに取り組んでいる。
じゃくねんせいになちしょう 若年性認知症	65 歳未満で発症した認知症の総称。65 歳以上で発症する認知症と病理学的な違いはなく、社会的役割が大きい世代であり、社会的・経済的な支援が必要。 早期に診断を受けることで、自身や家族が病態を理解し、将来の見通しを立てることにつながるほか、治療可能な疾患を発見できる可能性がある。 若年性認知症と診断されると「精神障害者保健福祉手帳」を取得でき、血管性認知症やレビー小体型認知症など身体症状がある場合は、「身体障害者手帳」に該当する場合もある。
しょうにんしゃけんしゅう 初任者研修	基本的な介護技術を学べる介護の入門資格。平成 25 年（2013 年）以前に存在していたホームヘルパー 2 級や介護職員基礎研修といった資格の代わりとなる研修であり、厚生労働省認定の公的資格。
シルバー人材センター	企業や家庭、公共団体などから高齢者にふさわしい仕事を引き受け、会員に仕事（生きがい、就労）を提供する公益社団法人。
せいかつきのうこうじょう 生活機能向上 れんけいかさん 連携加算	通所介護の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携してアセスメントを行い、計画書を作成することで算定できる介護報酬の加算のこと。令和 3 年（2021 年）の介護報酬改定では、通所系・短期入所系・居住系・施設の各サービスにおいて、訪問系・多機能系サービスと同様に、ICT の活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について、評価する区分が新たに設けられた。
せいかつしえん 生活支援ヘルパー	身体の介護を必要としない方に生活援助（身体介護を除く調理、買い物、清掃等）を行う者。 本市で独自に行う「生活支援ヘルパー研修」を修了することで、市内の事業所に所属後、従事できる。
せいかれんどうがたみんかんいたく 成果運動型民間委託 けいやくほうしき 契約方式（PFS）	「Pay For Success」の略で、国や自治体が事業の成果目標を設定して事業を民間へ委託し、その達成度に応じて報酬を支払う契約方式。
せいさんねんれいじんこう 生産年齢人口	生産活動の中心にいる人口層のことで、国内統計では一般的に「15 ～ 64 歳の人口」を指す。

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

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

な行	
用語	解説
にちじょうせいかつげんいき 日常生活圏域	市民が住み慣れた地域で、適切なサービスを受けながら生活の質を維持して暮らし続けることができるように、地理的条件・人口・交通事情、その他の社会的条件、介護サービスを提供する施設の整備状況などを勘案し、市域を区分したもの。本市では、21 の圏域が設定されている。
にちじょうせいかつじりつど 日常生活自立度	認知機能の低下が見られる高齢者が、どれだけ自力で日々の生活を送ることができるのか、その程度をレベル分けした基準値。 Ⅰ：何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 Ⅱ：日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 Ⅱ a：家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等の症状、行動がある。 Ⅱ b：家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。服薬管理や電話の応対、訪問者との対応など一人で留守番ができない等の症状・行動がある。 Ⅲ：日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 Ⅲ a：日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる、やたらに物を口に入れる、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等の症状、行動がある。 Ⅲ b：夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 ランクⅢ aに同じ症状、行動が見られる。 Ⅳ：日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。ランクⅢに同じ症状や行動が見られる。 M：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等の症状、行動がある。
にんいじぎょう 任意事業	高齢者や介護者に対し地域の実情に応じた支援を行うため、家族介護者への支援事業や介護相談員の派遣事業などを実施するもの。

用語	解説
にんちしょう 認知症ケアパス	認知症の人やその家族が、認知症の容態に応じ、「いつ」、「どこで」、「どのような」医療・介護サービスを受けることができるのかを示したもの。
にんちしょうし さくすいしんたいこう 認知症施策推進大綱	認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や、その家族の視点を重視しながら「共生」の基盤のもと、「予防」の取組を推進していくためのプラン。 令和元年(2019年)6月に、国の認知症施策推進関係閣僚会議で策定された。具体的な取組として、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開が挙げられる。

は行	
用語	解説
ハイリスクアプローチ	疾患を発症しやすいリスクを特定し、高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処する取組。
はちおうじみらい 八王子未来デザイン 2040	八王子市がどのような姿を目指して、何を行っていくのかをまとめた本市の最上位計画。「基本構想」と「基本計画」で構成されており、2040 年を展望した「基本計画」の計画期間は、令和 5 年度（2023 年度）から令和 12 年度（2030 年度）までの 8 か年となっている。
はちまるごーまるもんだい 8050問題	80 歳代の高齢の親と、50 歳代の子どもの組み合わせによる、社会的孤立等の問題。背景に、家族や本人の病気、親の介護、離職（リストラ）、経済的困窮、人間関係の孤立など複合的課題を抱えている。
ひょうじゅんきゅうふひ 標準給付費	介護給付費と予防給付費をあわせた総給付費に、その他の経費である特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額及び算定対象審査支払手数料を加えた費用のこと。
ふくしひなんじょ 福祉避難所	災害時、一般的な避難所では避難生活が非常に困難な要配慮者及びその家族や介護者等のための避難所。
ふくしょうぐたいよ 福祉用具貸与	介護保険の給付対象となる在宅サービスの一つで、日常生活の自立を助けるための福祉用具を借りることができる。福祉用具専門相談員が専門的な助言を行い貸与する。
プロダクティブ・エイジング	高齢者が増えると社会の負担が増すという悲観的な考え方から、高齢者の能力を社会的に活用しようという積極的な考え方へと発想の転換を促した、アメリカの老年学の権威であるロバート・バトラーらが提唱した概念。高齢者が活躍できる場を増やすことは社会にとって望ましいだけでなく、高齢者自身にとっても望ましい効果をもたらす可能性があるため、プロダクティブ・エイジングの推進は、少子高齢社会における重要な対応策の一つとして期待されている。

用語	解説
ほうかつてきしえんじぎょう 包括的支援事業	高齢者が地域で安心して生活を継続することができるよう、高齢者あんしん相談センターを運営するほか、在宅医療・介護連携を推進するための事業や高齢者の支援体制充実、社会参加を推進するための事業などを実施するもの。
ほうもんかいご 訪問介護	訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事、入浴、排せつなどの「身体介護」や、調理、掃除などの「生活援助」を行う。
ほうもんかんご 訪問看護	訪問看護ステーションや医療機関の看護師などが自宅を訪問し、主治医の指示書に基づき療養上の世話を行う。
ほうもんにゆうよくかいご 訪問入浴介護	自宅に浴槽がない場合や、身体状況などにより自宅の浴槽での入浴が困難な場合などに、看護師、介護職員が訪問し、入浴設備や簡易浴槽を備えた移動入浴車による入浴の介助を行う。
ほうもん 訪問リハビリ テーション	通所が困難な利用者に対して、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などが自宅を訪問し、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行う。
ほけんじやきのう 保険者機能 きょうかすいしんこうふきん 強化推進交付金	介護保険法等の改正により、平成 30 年度（2018 年度）から、国が自立支援・重度化防止等に向け、各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組に対し、定められた評価指標の達成状況に応じて国が交付する支援金。
ほけんりょうきじゅんがく 保険料基準額	第 1 号被保険者の所得段階ごとの介護保険料を決定する際に基準となる、1 人当たりの平均的な保険料額。所得段階ごとの介護保険料（年額）は、保険料基準額（年額）に所得段階に応じた保険料率を乗じた額となる。
ボランティア センター	「ボランティアの活動がしたい人」と「ボランティアの力を借りたい人」の架け橋となり、活動拠点としての役割を担うなど、ボランティア活動の推進をはかることを目的とした団体。

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

や行・ら行・わ行	
用語	解説
ゆうりょうろうじん 有 料老人ホーム	高齢者が暮らしやすいように配慮された住まいで、食事サービス、介護サービス（入浴、排泄、食事など）、洗濯・掃除などの家事援助、健康管理のいずれかが受けられる。介護サービスの利用方法の違いにより、「介護付」「住宅型」「健康型」の3つのタイプに分かれる。
リエイブルメント さいじりつ (再自立)	「Re-Ablement（再び自分でできるようにすること）」とは、自立した在宅生活の継続に向けて能力の回復・改善・維持をはかる支援。詳細は施策 12（92 ページ）参照。
さい けんこうじゅみょう 65 歳 健康寿命	現在 65 歳の人が、介護を必要とせず、健康で日常生活を支障なく送ることができる期間のこと。要支援 1 または要介護 2 以上の認定を受けるまでの平均自立期間で算出している（東京保健所長会方式）。 なお、第 8 期計画では要支援 1 以上の認定を受けるまでの期間を計画の指標としていたが、本計画では、八王子未来デザイン 2040 に合わせて、要介護 2 以上の認定を受けるまでの期間を指標としている。

アルファベット	
用語	解説
BCP (事業継続計画)	Business Continuity Plan の略で、大地震等の自然災害や感染症のまん延など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。 介護施設には、令和 3 年（2021 年）の介護報酬改定において令和 6 年（2024 年）4 月までの策定が義務づけられた。
EBPM	Evidence Based Policy Making（根拠に基づく政策立案）の略。政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化したうえで合理的根拠（エビデンス）に基づくものとする。
KDB こくほ (国保データベース)	「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするデータベース。健診・医療・介護の突合、地区単位での集計・分析や比較、適正受診・服薬取組（重複服薬対策）の把握ができる。

八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画
令和6年(2024年)3月

発行：八王子市

〒192-8501 東京都八王子市元本郷町三丁目24番1号

編集：福祉部高齢者いきいき課

TEL 042-620-7243(直通) FAX 042-623-6120

E-mail b440300@city.hachioji.tokyo.jp

福祉部介護保険課

TEL 042-620-7416(直通) FAX 042-620-7418

E-mail b440500@city.hachioji.tokyo.jp