

資料編

- 1 検討体制
- 2 検討経緯
- 3 各施策の取組目標等
- 4 用語解説(50音順)



1 検討体制

西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会および西東京市介護保険運営協議会名簿

選出区分	氏名	所属等	備考
学識経験者	金子 和夫	ルーテル学院大学	◎
	須加 美明	目白大学	○
保健医療関係	平塚 龍太	西東京市医師会	
	浅野 幸弘	西東京市歯科医師会	
	梅田 茂	西東京市薬剤師会	
	伊藤 章	葵の園・ひばりが丘（介護老人保健施設）	
	内田 美沙子	田無病院（介護療養型医療施設）	
福祉関係	前川 孝子	訪問介護 ひばり（訪問介護事業者）	
	高橋 睦	東京老人ホーム泉寮（軽費老人ホーム）	
	平松 晃	居宅介護支援事業所 すかんぼ（居宅介護支援事業者）	
	江刺家 恵美	西東京市向台町地域包括支援センター	
	海老澤 栄	西東京市民生委員児童委員協議会	
	小平 勝一	西東京市社会福祉協議会	
被保険者	赤司 操	介護保険被保険者（第1号）	
	武田 五郎	介護保険被保険者（第1号）	
	石塚 京子	介護保険被保険者（第2号）	
	松本 栄子	介護保険被保険者（第2号）	

◎は座長（委員長）、○は副座長（副委員長）

※所属等は平成30年3月現在

2 検討経緯

(1) 西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会での検討経緯

回	開催日	議 題
第1回	平成29年 5月11日	1 座長、副座長の選出について 2 西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会の運営について 3 今後の会議日程について 4 西東京市における地域包括ケアシステムの現状について
第2回	平成29年 6月22日	1 前回会議録の確認について 2 高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画との関係について 3 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第6期)の進捗状況について 4 ワークショップおよびグループインタビューについて
第3回	平成29年 7月20日	1 前回会議録の確認について 2 第6期計画における施策の進捗状況について 3 ワークショップ及びグループインタビューの実施状況について
第4回	平成29年 8月17日	1 前回会議録の確認について 2 グループインタビュー及びワークショップ実施結果について 3 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 構成案について 4 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 基本理念について
第5回	平成29年 10月12日	1 前回会議録の確認について 2 基本理念(案)について 3 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 構成案について 4 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 重点施策について 5 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第7期) 骨子(案)
第6回	平成29年 11月16日	1 前回会議録の確認について 2 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第7期) 素案について 3 パブリックコメント・市民説明会について
第7回	平成30年 1月30日	1 前回会議録の確認について 2 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第7期)(最終案)について 3 市民説明会・パブリックコメントについて

(2) 西東京市介護保険運営協議会での検討経緯

回	開催日	議 題
第1回	平成28年 8月12日	1 計画策定に係るアンケート調査について 2 西東京市における地域包括ケアの取組について
第2回	平成28年 10月13日	1 第1回会議録の確認 2 第7期計画策定のためのアンケート調査について
第3回	平成29年 2月9日	1 第2回会議録の確認 2 第7期計画策定のためのアンケート調査結果について 3 第6期計画の進捗状況について 4 計画策定方針にかかる国の動向について
第4回	平成29年 5月11日	1 第3回会議録の確認 2 第7期計画策定のためのアンケート調査結果報告
第5回	平成29年 6月22日	1 前回会議録の確認 2 アンケート調査結果からみえた傾向
第6回	平成29年 7月20日	1 前回会議録の確認 2 西東京市における高齢者を取り巻く現状
第7回	平成29年 10月12日	1 前回会議録の確認 2 第6期計画の実績検証
第8回	平成29年 11月16日	1 前回会議録の確認 2 第7期のサービス基盤の整備 3 計画（素案）の介護部分
第9回	平成29年 12月26日	1 前回会議録の確認 2 介護保険事業の見込み 3 第1号被保険者保険料の算定に向けて
第10回	平成30年 1月30日	1 前回会議録の確認 2 介護保険料について
第11回	平成30年 2月15日	1 前回会議録の確認 2 答申について

(3) 市民説明会の実施

市民説明会は以下の日程で計3回開催し、57人の市民に参加していただきました。

開催日時		会場
平成29年 12月15日(金)	14:00～15:00	田無総合福祉センター3階 第1会議室
	19:00～20:00	田無庁舎5階 502・503会議室
平成29年 12月17日(日)	13:30～15:00	防災センター6階 講座室Ⅱ

(4) パブリックコメントの実施

実施時期	意見数・人数
平成29年12月18日～平成30年1月18日	10件・4人



3 各施策の取組目標等

(1) 施策の方向性・見込み

※計画体系の表示例：「第1章1 施策No 1」の場合「1-1-①」と表示しています。
 ※施策の内容によっては、29年度実績見込および30～32年度見込がないものがあります。

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
1-1-①	情報提供体制の強化		高齢者支援課	充実
	地域住民、関係機関・団体それぞれに向けて必要な情報が、適切に、タイムリーに伝わるしくみを強化します。研修会や講習会などの情報提供方法について、市報や窓口、ホームページなどの様々な情報通信技術を活用していきます。			
1-1-②	出前講座の実施		高齢者支援課 健康課	継続
	自主グループや団体へ出前講座を積極的に実施し、ニーズをきっかけとした効率の良い介護予防や健康づくりなどの支援を行います。			
	高齢者支援課出前講座開催回数 年40回 参加者数 年700人 西東京しゃきしゃき体操出前講座など健康教育 18回	高齢者支援課出前講座開催回数 年30回 参加者数 年300人 西東京しゃきしゃき体操出前講座など健康教育 14回	高齢者支援課出前講座開催回数 年35回 参加者数 年350人 西東京しゃきしゃき体操出前講座など健康教育 14回	高齢者支援課出前講座開催回数 年40回 参加者数 年400人 西東京しゃきしゃき体操出前講座など健康教育 14回
1-1-③	相談体制の充実		高齢者支援課	継続
	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、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の相談に応じ、地域住民や自治会、地域福祉コーディネーター、民生委員、専門職などの多職種と地域包括支援センターや市が連携・協力を深め、総合的な相談体制を構築します。			
1-2-①	日常生活の自立支援と成年後見制度への移行支援		生活福祉課	継続
	高齢者や障害のある方に対して、日常的金銭管理や重要な書類の預かり、適切な福祉サービスの選択の支援など安心して自宅で生活ができるよう支援を行います。また、判断能力に応じて、成年後見制度への移行を支援します。			
	日常生活自立支援事業 新規契約件数 年25件	日常生活自立支援事業 新規契約件数 年24件	日常生活自立支援事業 新規契約件数 年24件	日常生活自立支援事業 新規契約件数 年24件
1-2-②	権利擁護事業の普及啓発		高齢者支援課	継続
	パンフレットの配布やホームページへの掲載により、市民への普及啓発を実施します。また、消費者センターやパリティなど関係機関と連絡会を開催し、情報の共有を行い、意識啓発を進めます。			
	権利擁護担当者連絡会 開催回数 年12回	権利擁護担当者連絡会 開催回数 年12回	権利擁護担当者連絡会 開催回数 年12回	権利擁護担当者連絡会 開催回数 年12回

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込

1-3-①	高齢者虐待防止連絡会での施策の検討		高齢者支援課	継続
	高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心して生活するために、専門家や関係機関で構成する「高齢者虐待防止連絡会」において、虐待防止法に基づく調査結果の分析を行い、高齢者の虐待防止のための施策について検討し、必要な支援に結びつけます。また、関係機関との連携方法を具体化し、即応性、継続性のある支援を進めます。			
	高齢者虐待防止連絡会開催回数 年2回	高齢者虐待防止連絡会開催回数 年2回	高齢者虐待防止連絡会開催回数 年2回	高齢者虐待防止連絡会開催回数 年2回

1-3-②	高齢者虐待防止のための意識啓発		高齢者支援課	継続
	どのような行為が虐待にあたるのか、なぜ起こるのか、どのようにすれば防げるのかなどの基本的事項や、高齢者虐待の相談・通報先が地域包括支援センターであることをリーフレットなどで周知し、虐待についての意識啓発を進めます。また、「虐待防止キャンペーン」と題し、他課と連携して虐待防止の啓発活動を行います。			
	虐待防止キャンペーン開催回数 年1回	虐待防止キャンペーン開催回数 年1回 事業所への虐待防止出前講座については、実施していない事業所に対し重点的に実施を進めていく。	虐待防止キャンペーン開催回数 年1回 事業所への虐待防止出前講座については、実施していない事業所に対し重点的に実施を進めていく。	虐待防止キャンペーン開催回数 年1回 事業所への虐待防止出前講座については、実施していない事業所に対し重点的に実施を進めていく。

1-3-③	高齢者虐待に関する支援計画の評価と見直し		高齢者支援課	継続
	地域包括支援センターの社会福祉士を中心とする虐待対応モニタリング会議を定期的に行い、支援を必要とする高齢者の情報を共有するとともに対応の方向性を確認し、本人および家族への支援計画の評価と見直しを図ります。			
	虐待対応モニタリング会議開催回数 年16回（全包括で各2回ずつ開催）	虐待対応モニタリング会議開催回数 年16回（全包括で各2回ずつ開催）	虐待対応モニタリング会議開催回数 年16回（全包括で各2回ずつ開催）	虐待対応モニタリング会議開催回数 年16回（全包括で各2回ずつ開催）

1-3-④	介護施設従事者等への虐待に関する普及啓発		高齢者支援課	充実
	養介護施設従事者などへ向け、虐待の実態や対処の仕方を学ぶための研修を実施します。短い時間でも繰り返し研修を受けられるようにし、早期発見・対応（通報）の意識を高め、連携を図ります。			

1-4-①	家族会・介護者のつどいの支援		高齢者支援課	継続
	家族介護者が日常の不安などを解消できるように、高齢者を介護している家族同士が集う交流の機会や、情報提供や学びの機会としてサロンの開設など、場・機会の提供に向けて取り組みます。			
	全包括で家族会を年6回以上開催 認知症カフェ 6団体	全包括で家族会を年6回以上開催 認知症カフェ 6団体	全包括で家族会を年6回以上開催 認知症カフェ 8団体	全包括で家族会を年6回以上開催 認知症カフェ 10団体

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
1-4-②	介護講習会の開催		高齢者支援課	見直し
	家族介護者に対して、介護技術の向上や身体的、精神的負担の軽減を図るため、介護方法や介護予防、介護者の健康維持などについての知識や技術を習得できる介護講習会を開催します。			
	参加者数 年 10 人	参加者数 年 15 人	参加者数 年 15 人	参加者数 年 15 人
1-4-③	家族介護者等の専門相談事業の推進		高齢者支援課	見直し
	高齢期の精神症状に悩む家族介護者や支援者が気軽に相談することができ、対応方法を知ることで精神的負担の軽減を図れるよう、専門医による家族介護者などの専門相談事業を実施します。			
1-4-④	家族介護慰労金		高齢者支援課	継続
	過去1年以上住民税非課税世帯に属し、一定の要件を満たしている、市内に住所を有する高齢者を介護する家族に対し、在宅生活の継続および向上のために慰労金を支給します。			
1-4-⑤	在宅療養者の安心できる体制の充実		高齢者支援課	継続
	在宅で療養する高齢者の生活の質の維持向上のため、在宅医療を担う地域の病院と診療所など、医療機関間の連携を進めるとともに、体調悪化時および家族の休養のために入院することができる病床の確保など、安心して療養生活を送るためのしくみづくりを進めます。			
	病床数 5 床	病床数 5 床	病床数 5 床	病床数 5 床
1-4-⑥	家族介護者を支えるためのしくみの検討		高齢者支援課	新規
	家族介護者が継続して介護を行うことができるように、居場所づくりや支援のあり方など、家族介護者を支えるためのしくみを作るための調査・研究などを行います。			
2-1-①	養護老人ホームへの入所		高齢者支援課	継続
	家庭環境や経済的な理由などにより、自宅などでの生活に支障がある高齢者に対して、養護老人ホームにおいて自立した日常生活を送ることができるよう支援します。			
2-1-②	高齢者の住まい方に関する情報提供		高齢者支援課 住宅課	継続
	高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅など）や介護保険の施設系サービスの情報提供などをしていきます。			

計画体系	施策名		担当部署		施策の方向性		
	施策内容						
	29年度実績見込		30年度見込		31年度見込		32年度見込
2-1-③	民間賃貸住宅を活用したセーフティネットの構築		住宅課		継続		
	一人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯などが住み慣れた地域で暮らすことができるように、民間賃貸住宅の入居の妨げになっている要因を解消し、入居後の安心した居住を支えるための重層的なセーフティネットの構築を図ります。						
	申込件数 25件 入居成立件数 9件 保証委託料助成金 支給件数 3件	申込件数 30件 入居成立件数 15件 保証委託料助成金 支給件数 10件 契約時初期費用助成 金支給件数 5件 居住支援協議会設立 に向けた庁内検討	申込件数 30件 入居成立件数 15件 保証委託料助成金 支給件数 10件 契約時初期費用助成 金支給件数 5件 居住支援協議会設立 に向けた検討	居住支援協議会による支援			
2-1-④	シルバーピアの運営		高齢者支援課 住宅課		継続		
	一人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯などのうち、住宅にお困りの方が自立して安全に日常生活が送れるよう、高齢者向けの設備が整い安否確認・緊急時対応などを行う生活援助員などを配置した8ヶ所のシルバーピアを運営します。						
2-2-①	高齢者への外出支援		高齢者支援課		見直し		
	介護認定で要支援・要介護の認定を受け、もしくは事業対象者に該当した高齢者などで一般の公共交通機関などの手段では外出が困難な方を対象に、介護予防、健康づくり、生きがいづくりなどを目的として、介助員を配置したリフト付きの福祉車両などによる外出支援を行います。						
	登録者数 57人 利用延べ回数 年 355回	登録者数 60人 利用延べ回数 年 400回	登録者数 60人 利用延べ回数 年 400回	登録者数 60人 利用延べ回数 年 400回			
2-2-②	安心して歩ける道路の整備の推進		道路建設課		継続		
	高齢者などが安心して歩くことができる通過自動車が少ない生活道路にするため、都市計画道路を整備推進するとともに、つまずき転倒する要因となる老朽化した舗装を補修していきます。						
2-3-①	高齢者緊急通報システム・火災安全システム等の設置		高齢者支援課		継続		
	慢性疾患により日常生活に注意が必要な65歳以上の一人暮らし高齢者などが安心して生活できるよう、家庭内での緊急事態を受信センターへ通報できる機器を設置し、救急・消防による救助などへつなげます。また、心身機能の低下に伴い防火の配慮が必要な65歳以上の一人暮らし高齢者などに住宅用防災機器を給付します。						
	高齢者緊急通報システム 年度末設置数 101件 年間設置数 火災警報機 1件 自動消火装置 2件 電磁調理器 2件 ガス警報機 1件	高齢者緊急通報システム 年度末設置数 110件 年間設置数 火災警報機 1件 自動消火装置 1件 電磁調理器 10件 ガス警報機 1件	高齢者緊急通報システム 年度末設置数 110件 年間設置数 火災警報機 1件 自動消火装置 1件 電磁調理器 10件 ガス警報機 1件	高齢者緊急通報システム 年度末設置数 110件 年間設置数 火災警報機 1件 自動消火装置 1件 電磁調理器 10件 ガス警報機 1件			

計画体系	施策名	担当部署	施策の方向性
	施策内容		
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込
2-3-②	認知症高齢者徘徊位置探索サービス	高齢者支援課	継続
	徘徊位置を早期に発見し、安全を確保することに役立てるとともに、介護者の負担の軽減を図るため、65歳以上で認知症による徘徊行動が著しく、介護認定で要支援・要介護の認定を受け、もしくは事業対象者とされた高齢者を介護する方に、徘徊位置探索サービスを提供します。		
	年度末利用者数 34人	年度末利用者数 36人	年度末利用者数 38人
2-3-③	高齢者緊急短期入所サービス	高齢者支援課	継続
	介護する者の病気、けがその他の緊急事態により適切な介護を受けることができなくなったため、緊急に施設入所による保護が必要な高齢者に対して、高齢者施設などのベッドを確保しています。		
2-3-④	災害時避難行動要支援者の支援体制の整備	危機管理室 高齢者支援課	継続
	災害時の避難に支援が必要な方々の名簿を作成し、警察、消防、地域包括支援センターなどで情報共有を図り、支援体制を整備します。		
2-3-⑤	災害時における支援計画の作成	危機管理室 高齢者支援課	継続
	災害時における高齢者の身体の安全を確保するため、援護を必要とする高齢者（災害時避難行動要支援者）を状況別に把握し、緊急性の高い要支援者から個別避難支援プランをつくり、実効性のある支援計画を作っていきます。ささえあい訪問サービスと連携し、日頃から顔の見える関係で地域で助け合えるような体制づくりを引き続き進めます。		
2-3-⑥	災害時における避難者受け入れ体制整備の検討	高齢者支援課 危機管理室	新規
	災害時における福祉避難施設や福祉施設などへの避難誘導や受け入れ、地域包括支援センターやケアマネジャー、サービス事業者との連携のあり方を検討し、円滑に受け入れを行うための体制整備を検討します。		
2-3-⑦	地域の防犯体制の整備	危機管理室 高齢者支援課	継続
	高齢者の生活と財産を守るため、地域包括支援センターが中心となり関係機関との連携、地域住民の協力、「ささえあいネットワーク」の強化により地域の防犯体制を整備します。また、防犯ステッカー「動く防犯の眼」の配布や防犯活動団体に補助金を交付するなど、地域の防犯体制の強化を図ります。		
2-3-⑧	防犯意識の啓発・情報提供	危機管理室	継続
	防犯意識向上のため、防犯講演会などを実施するとともに、広報、ホームページ、ポスターなど多様な媒体を通じて防犯啓発に努めます。なお、広報などで「振り込め詐欺など」に関する啓発、注意喚起も行います。		
2-3-⑨	消費者保護のしくみづくり	協働コミュニティ課	継続
	消費者センターにおいて、消費生活に関する様々な問題や疑問について、専門の消費生活相談員が相談に応じます。		

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込

3-1-①	ささえあいネットワーク事業		高齢者支援課	充実
	高齢者の見守りネットワークである「ささえあいネットワーク」のしくみについて、自治会・町内会をはじめとした地域の様々な団体および事業者に普及啓発を行い、ささえあい協力団体として登録・活動してもらうことで、きめ細やかなネットワークの構築を目指します。また、民生委員や地域包括支援センターなどと連携し、地域の見守り活動の充実を図ります。			
	ささえあい協力員・ささえあい訪問協力員登録者数 1,700人 ささえあい協力団体 200団体	ささえあい協力員・ささえあい訪問協力員登録者数 1,800人 ささえあい協力団体 210団体	ささえあい協力員・ささえあい訪問協力員登録者数 1,900人 ささえあい協力団体 220団体	ささえあい協力員・ささえあい訪問協力員登録者数 2,000人 ささえあい協力団体 230団体

3-1-②	生活支援体制整備事業		高齢者支援課	継続
	生活支援コーディネーターや協議体による地域の資源や生活支援の担い手の養成、関係者のネットワーク化を行います。また、地域のニーズを把握して、ニーズとサービスのマッチングを行い、不足するサービスや資源については開発を行います。			
	西東京市全域(第1層)協議体 実施回数 年1回	西東京市全域(第1層)協議体 実施回数 年1回	西東京市全域(第1層)協議体 実施回数 年1回	西東京市全域(第1層)協議体 実施回数 年1回

3-1-③	ボランティア活動、NPO 活動への参加促進		生活福祉課 高齢者支援課 協働コミュニティ課	継続
	元気な高齢者が持っている社会貢献意識を活かし、様々なボランティア活動や NPO 活動への参加を促進します。また、ニーズの高い依頼に応えられるよう、社会福祉協議会、関係機関と連携してボランティアのコーディネート機能の充実やボランティア確保のための講座・講習を実施し、高齢者の自己実現と地域での支え合いを進めます。また、市民協働推進センターにおいても、市民活動に関する相談や団体情報等の提供を行っていきます。 なお、地域でのボランティア活動の充実を目指す西東京市シルバー人材センターと地域の支え合い活動の推進に向けて、連携を取り、生きがいづくりや社会参加への支援を図ります。			
	ボランティア講座など 開催 年6回	ボランティア講座など 開催 年6回	ボランティア講座など 開催 年6回	ボランティア講座など 開催 年6回

3-1-④	生きがい推進事業等の実施		高齢者支援課	継続
	高齢者の生きがいを持った暮らしを支援するため、公共施設において市主催の高齢者大学などを開催します。また、高齢者福祉大会を実施するほか、老人福祉センターと福祉会館で実施している各種講座やサークル活動の参加を通じて、地域で生きがいづくりや健康づくりができるような生きがい推進事業を展開します。			

3-1-⑤	高齢者クラブ活動への支援		高齢者支援課	継続
	高齢者の生活を健全で豊かなものにするため、高齢者クラブが行う社会奉仕活動や教養の向上、健康増進への取り組みを支援します。また、高齢者の社会参加を促進するために、高齢者クラブの活性化に向けた取り組みも引き続き行っていきます。			
	団体数 42 団体 会員数 2,335 人	団体数 43 団体 会員数 2,350 人	団体数 44 団体 会員数 2,400 人	団体数 45 団体 会員数 2,450 人

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
3-1-⑥	高齢者の生きがいや交流につながる学習 機会の充実		高齢者支援課 公民館 図書館 社会教育課	継続
	高齢者が教養・文化・スポーツ・レクリエーションなどの多様な活動に参加し、ふれあえる学習機会の充実に向けて取り組んでいきます。 図書館では来館が困難な方、来館されても本を持ち帰れない方などに本を自宅へお届けする宅配サービスに取り組みます。公民館では高齢者のニーズに応じた講座などを開設し、学習と交流の機会を提供します。市関連部署との連携はもとより、民間事業者、NPO、大学などとの連携も検討しながら、高齢者が興味を持ち、参加しやすい学習機会の提供を目指します。			
	本の宅配協力員 8人 公民館講座 年1講座・延べ参加人数 年 63人	本の宅配協力員 15人 公民館講座 年2講座・延べ参加人数 年 200人	本の宅配協力員 22人 公民館講座 年2講座・延べ参加人数 年 200人	本の宅配協力員 30人 公民館講座 年2講座・延べ参加人数 年 200人
3-1-⑦	高齢者の就業を通じた生きがいの推進		生活福祉課 高齢者支援課	継続
	シルバー人材センターの運営を財政的に支援することにより、高齢者が就業を通じてその知識や技術を活かした公共的・公益的な活動を促進し、高齢者の生きがいづくりの機会の提供に努めます。 また、平成 28 年（2016 年）4 月より開始した介護予防・日常生活支援総合事業においては、市の独自の基準による訪問型サービス事業に従事できる「西東京市くらしヘルパー」の養成を推進します。			
	シルバー人材センター就業延べ人員 159,211 人 西東京市くらしヘルパー就業数 19 人	シルバー人材センター就業延べ人員 161,000 人 西東京市くらしヘルパー就業数 31 人	シルバー人材センター就業延べ人員 161,500 人 西東京市くらしヘルパー就業数 43 人	シルバー人材センター就業延べ人員 162,000 人 西東京市くらしヘルパー就業数 55 人
3-1-⑧	人材育成の推進		産業振興課 企画政策課	継続
	高齢者の就業機会の拡大を図るため、健康で働く意欲と能力のある高齢者が、新たな職業に就くために必要な知識や技術を習得する研修・講習や訓練などを公共職業安定所（ハローワーク）と連携し支援します。 「西東京市まち・ひと・しごと創生総合戦略」では、シニア人材が活躍できるまちの検討を事業として位置づけ、平成 29 年度は株式会社セブン・イレブン・ジャパンとの連携協定に基づき、中・高齢者雇用の取り組みを実施しました。引き続きシニア人材の活躍できる場を支援します。			
3-1-⑨	西東京就職情報コーナーの運営		産業振興課	継続
	高齢者が雇用関係を結ぶことを前提とした働き方の選択ができるように、就職相談を行い、職業を紹介する体制を今後も継続していきます。具体的には、公共職業安定所（ハローワーク）と連携し、地域職業相談室「就職情報コーナー」により、就職を支援します。			
3-1-⑩	高齢者いきいきミニデイ事業の実施		高齢者支援課	継続
	高齢者に趣味、レクリエーション、学習等を通じた生きがい・地域との交流の場を提供し、「いきいきミニデイ」を実施する団体・協力者の取り組みを支援します。今後も既存の各団体と連携を取りながら適切に情報提供などを行い、事業を実施していきます。			

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込

3-2-①	介護支援ボランティアポイント制度		高齢者支援課	充実
	高齢者による介護支援ボランティアを通じた地域貢献を奨励、支援することにより、高齢者自身の社会参加を通じた介護予防を推進します。さらに高齢者施設などのボランティアにも対象を拡充します。			
	介護支援ボランティア登録者数 340人	介護支援ボランティア登録者数 360人	介護支援ボランティア登録者数 380人	介護支援ボランティア登録者数 400人

3-2-②	市独自基準の訪問型サービス		高齢者支援課	継続
	市独自の基準による訪問型サービス事業に従事できる「西東京市くらしヘルパー」の利用を推進します。			
	西東京市くらしヘルパー就業数 19人	西東京市くらしヘルパー就業数 31人	西東京市くらしヘルパー就業数 43人	西東京市くらしヘルパー就業数 55人

3-2-③	介護予防普及啓発事業 ※実施主体：市		高齢者支援課	継続
	身近な地域で介護予防に取り組めるよう福祉会館、老人福祉センターの運動器具の一般開放を継続して行います。また、「運動器の機能向上」、「口腔機能の向上」および「栄養改善」「認知症予防」などの通所によるプログラムを実施します。			

3-2-④	街中いきいーなサロン ※実施主体：住民団体等		高齢者支援課	継続
	住民主体のボランティアが運営する、誰でも気軽に参加できるサロン活動です。			
	街中いきいーなサロン登録数 20団体	生活支援コーディネーターを中心に、地域ごとの通いの場について、把握活動を実施	生活支援コーディネーターを中心に、通いの場の不足する地域における開発活動を実施	全町に1つ以上の通いの場を整備

3-2-⑤	住民主体の訪問型サービス ※実施主体：住民団体等		高齢者支援課	継続
	住民主体のボランティアによる無料のサービス（市独自基準の訪問型サービスでは対応できない軽微なお手伝い）を検討します。			

3-2-⑥	短期集中予防サービス ※実施主体：市		高齢者支援課	継続
	閉じこもりなどにより通所型サービスの利用が難しい方などに対し、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士などが訪問して相談・指導を行います。※概ね3～6ヶ月程度			

3-2-⑦	新たなサービスの検討		高齢者支援課	新規
	専門職による短期集中での通所型サービス、介護予防・生活支援サービスと一体的に行う移動支援、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援、リハビリテーション専門職による介護予防の取り組みへの支援（地域リハビリテーション活動支援事業）などの新たなサービスについて検討します。			

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
3-3-①	フレイル予防の推進		高齢者支援課	充実
	<p>介護の一步手前のフレイル（虚弱）の段階から予防することによって、高齢者の健康寿命の延伸を目指します。</p> <p>そのために、自身のフレイル状態を確認できるフレイルチェックなどの開催、フレイルチェックを運営するフレイルサポーターの養成を行います。さらに、地域団体におけるフレイルチェックの自主化にも取り組みます。</p>			
	サポーターの新規養成人数 25人	サポーターの新規養成人数 40人	サポーターの新規養成人数 40人	サポーターの新規養成人数 40人
3-3-②	生きがいづくりの場の整備・充実		高齢者支援課	継続
	<p>身近な地域で誰もが生きがいづくりに取り組めるよう、福祉会館、老人福祉センターを生きがいづくりの場として整備します。具体的には健康体操、トレーニングマシン一般開放の効果検証や施設の有効活用を図ります。</p>			
3-3-③	介護予防に関する意識啓発の促進		高齢者支援課 健康課	継続
	<p>介護予防の必要性や大切さを多様な媒体を通じて広報するとともに、西東京しゃきしゃき体操の一層の普及啓発を図ります。運動機能に関する予防のみではなく、栄養・口腔・精神面からの予防の普及啓発を行います。</p>			
	介護予防講演会開催年1回 西東京しゃきしゃき体操講座（出前講座を含む）開催回数年24回	介護予防講演会開催年1回 西東京しゃきしゃき体操講座（出前講座を含む）開催回数年48回	介護予防講演会開催年1回 西東京しゃきしゃき体操講座（出前講座を含む）開催回数年48回	介護予防講演会開催年1回 西東京しゃきしゃき体操講座（出前講座を含む）開催回数年48回
3-3-④	魅力ある継続性を重視したプログラムの研究		高齢者支援課	充実
	<p>効果的かつ継続しやすく、また楽しくできる講座を提供事業者とともに研究しながら進めます。介護予防講座終了後も継続してセルフトレーニングができるようなプログラムを提供します。</p>			
3-3-⑤	高齢者生活状況調査の実施		高齢者支援課	継続
	<p>住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう見守りの体制を形成するため、民生委員などと協力し、高齢者の生活状況や健康状態などの調査を実施します。調査結果は、緊急時の対応や介護・福祉サービスの検討にも活かします。また、国が示す介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を毎年度実施します。</p>			
3-3-⑥	地域医療福祉拠点モデル事業		高齢者支援課	新規
	<p>UR ひばりが丘団地をモデル地域として、UR 都市機構が行政や地域関係者と連携し推進している地域医療福祉拠点化の取り組みと相まって、社会の変化に対応したまちづくりおよび共生できる環境づくりについて、共同で検討・研究します。</p>			
3-4-①	高齢者配食サービス		高齢者支援課	継続
	<p>65歳以上の一人暮らしの方、65歳以上の高齢者のみの世帯の方、日中高齢者のみで過ごしている方で配食が必要と認められた方へ、バランスの良い食事と見守りのために昼食を配達します。</p>			
	年度末利用者数 1,432人	年度末利用者数 1,452人	年度末利用者数 1,472人	年度末利用者数 1,492人

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込

3-4-②	高齢者入浴券の支給		高齢者支援課	見直し
	自宅に入浴設備のない65歳以上の一人暮らし高齢者と70歳以上の高齢者のみの世帯の方に対し、健康保持と保健衛生の向上を図るため、市内の公衆浴場で利用できる入浴券を支給します。			
	年度末利用者数 121人	年度末利用者数 120人	年度末利用者数 110人	年度末利用者数 100人

3-4-③	認知症およびねたきり高齢者等紙おむつ給付サービス		高齢者支援課	見直し
	ねたきり高齢者などのいる世帯の精神的、経済的負担を軽減するため、在宅で常時おむつを使用する方に紙おむつを給付します。認知症により重度の介護が必要な状態で、常時おむつを使用される方も紙おむつを給付します。			
	年度末利用者数 1,114人	年度末利用者数 1,100人	年度末利用者数 1,100人	年度末利用者数 1,100人

3-4-④	高齢者等紙おむつ助成金交付		高齢者支援課	継続
	医療保険適用の病院に入院し、紙おむつの持ち込みが禁止で、紙おむつ代を病院に支払っている介護認定で要介護1以上の認定を受けた高齢者などに助成金を交付します。			
	年間延べ利用者数 640人	年間延べ利用者数 640人	年間延べ利用者数 645人	年間延べ利用者数 650人

3-4-⑤	ねたきり高齢者等寝具乾燥サービス		高齢者支援課	継続
	65歳以上のねたきり高齢者などの保健衛生の向上と介護負担を軽減するため、寝具乾燥などのサービスを実施します。			
	年度末利用者数 16人	年度末利用者数 20人	年度末利用者数 20人	年度末利用者数 20人

3-4-⑥	ねたきり高齢者理・美容券交付サービス		高齢者支援課	継続
	65歳以上のねたきり高齢者などの保健衛生の向上と介護負担を軽減するため、理・美容師が訪問して調髪・顔そり、またはカット・シャンプーを行うサービス券を交付します。			
	年度末利用者数 208人	年度末利用者数 210人	年度末利用者数 210人	年度末利用者数 210人

3-4-⑦	高齢者入浴サービス		高齢者支援課	継続
	介護認定で要介護3以上の認定を受けた65歳以上の方で介護保険の通所や訪問による入浴が困難な方に、健康保持と保健衛生の向上を図るため、通所による専門施設での入浴サービスを提供します。			
	年度末利用者数 3人	年度末利用者数 3人	年度末利用者数 3人	年度末利用者数 3人

3-4-⑧	高齢者日常生活用具等給付サービス		高齢者支援課	見直し
	介護認定で非該当（自立）となった65歳以上の高齢者に、介護予防や在宅生活の継続を支援するため、日常生活に必要なと認められる歩行補助杖、入浴補助用具、スロープ、歩行器、手すりを給付します。			

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
3-4-⑨	自立支援住宅改修費給付サービス		高齢者支援課	継続
	介護認定で非該当（自立）となった65歳以上の高齢者のいる世帯に、介護予防と転倒予防などのため、手すりの取り付け、段差の解消、床材の変更などの簡易な住宅改修の給付を行います。			
3-4-⑩	高齢者住宅改修費給付サービス		高齢者支援課	継続
	介護認定で要支援・要介護と認定され、もしくは事業対象者とされた65歳以上の高齢者のいる世帯に、転倒予防と介護負担の軽減などを図るため、介護保険サービスで対象外の浴槽や洗面台、流し台を交換する簡易な住宅改修の給付を行います。			
	浴槽改修 年80件 流し・洗面台改修 年4件	浴槽改修 年90件 流し・洗面台改修 年4件	浴槽改修 年90件 流し・洗面台改修 年4件	浴槽改修 年90件 流し・洗面台改修 年4件
4-1-①	多職種の連携による顔の見える関係づくりの構築		高齢者支援課	継続
	医療・介護の連携の促進のため、課題に応じた研修を企画し、顔の見える関係づくりから現場で相談し合える関係づくりをしてチームケアの重要性を理解します。			
	リーダー研修 19人 基礎研修 64人	リーダー研修 10人 基礎研修 64人 病院・在宅研修 50人	リーダー研修 10人 基礎研修 64人 病院・在宅研修 50人	リーダー研修 10人 基礎研修 64人 病院・在宅研修 50人
4-1-②	多職種連携のための情報共有のしくみづくり		高齢者支援課	継続
	多職種が在宅で療養する高齢者の情報を円滑に共有するために、入退院時や在宅療養時の情報共有のルールづくりや、情報共有に関するシステムの在り方について検討し、多職種で共通に活用できるしくみづくりを図ります。			
4-1-③	在宅療養に係る相談体制の充実		高齢者支援課	継続
	在宅療養に関する不安や課題に対応し、適切な医療介護のサービスにつなげるとともに、入退院時の円滑な移行ができるよう連携支援体制を構築します。また、在宅療養を支える医療機関、介護事業者などが円滑にサービスを提供できるようにコーディネート機能を充実させます。			
4-1-④	在宅歯科医療連携の推進		健康課 高齢者支援課	継続
	長期の療養生活を必要とする利用者の口腔状態を把握し、早期の治療を促すとともに、その家族に対しても、定期的な口腔ケアの普及啓発などを行い、歯科医療と多職種との連携を進めます。			
	在宅健診・診療の実施回数 年10件 研修会開催回数 年3回	在宅健診・診療の実施回数 年10件 研修会開催回数 年3回	在宅健診・診療の実施回数 年10件 研修会開催回数 年3回	在宅健診・診療の実施回数 年10件 研修会開催回数 年3回

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
4-2-①	在宅療養、終末期・看取りについての意識啓発		高齢者支援課	継続
	地域包括ケアシステムの根幹となる「本人の選択と本人・家族の心構え」の重要性について理解するために、市民向け講演会などを開催します。			
	講演会などの開催回数 年1回	講演会などの開催回数 年2回	講演会などの開催回数 年2回	講演会などの開催回数 年2回
4-2-②	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の周知		健康課 高齢者支援課	継続
	高齢者が身近な地域で健康診断や生活機能評価、治療が受けられる体制を構築するため、高齢者それぞれの身体特性や生活習慣などをよく理解した、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の重要性を周知します。			
	ホームページ掲載回数 年12回 医療マップ配布数 年97,000部	ホームページ掲載回数 年12回 医療マップ配布数 年98,000部	ホームページ掲載回数 年12回 医療マップ配布数 年98,500部	ホームページ掲載回数 年12回 医療マップ配布数 年99,000部
4-2-③	市民との協働啓発		高齢者支援課	継続
	在宅療養推進協議会の部会の一つである「市民との協働啓発部会」で、市民と専門職、行政が協働で、最期まで西東京市で暮らし続けるため、地域包括ケアシステムの主体となる市民への意識啓発事業を市民目線で検討を行います。			
4-3-①	在宅療養者の安心できる体制の充実(再掲)		高齢者支援課	継続
	在宅で療養する高齢者の生活の質の維持向上のため、在宅医療を担う地域の病院と診療所など、医療機関間の連携を進めるとともに、体調悪化時および家族の休養のために入院することができる病床の確保など、安心して療養生活を送るためのしくみづくりを進めます。			
	病床数 5床	病床数 5床	病床数 5床	病床数 5床
4-3-②	在宅療養を支える人材の育成支援		高齢者支援課	継続
	在宅療養を支える体制の検討を行う「受け皿づくり部会」での検討をはじめ、体制の整備を担う人材を育成するための支援策を検討します。			
4-3-③	在宅療養の機能・体制整備		高齢者支援課	継続
	在宅療養のしくみづくりのための終末期ケアを含めた機能・体制整備について検討します。			
5-1-①	提供事業者の参入誘致の推進		高齢者支援課	継続
	身近なところで介護保険サービスが利用できるよう、日常生活圏域などを勘案し、地域密着型サービスを提供する事業者の参入誘致を推進します。			
	公募なし	事業者公募などの実施(1回)(再掲)	補助協議の実施(1回)(再掲) 定期巡回、随時対応型訪問介護看護サービスの導入(1箇所)(再掲)	小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護サービスいずれか1箇所の導入(再掲) 認知症高齢者グループホーム 1箇所(2ユニット)の導入

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
5-1-②	介護保険連絡協議会の充実		高齢者支援課	継続
	介護保険関係者で組織した介護保険連絡協議会は、居宅介護支援事業者、訪問介護事業者、通所介護・通所リハビリ事業者、住宅改修・福祉用具事業者、介護保険施設事業者など10以上の分科会を設置しています。それぞれの分科会は年間1回～12回程度開催し、行政からの情報提供や講演会の開催などにより事業者のスキルアップを行うとともに、事業者相互間の情報共有および連絡体制の整備を行っています。今後も介護保険連絡協議会の開催を積極的に支援し、また、その内容も事例検討、ワークショップ、活動・研究発表など様々な形式を導入することにより、更なる内容の充実を図ります。			
5-1-③	事業者情報の共有化の推進		高齢者支援課	継続
	サービス選択の機会を広げるため、介護保険連絡協議会を活用して情報交換の場を拡大し、サービス事業者に関する情報の共有化に取り組みます。			
5-1-④	介護保険連絡協議会参加事業者への情報提供の充実および事業者の参加促進		高齢者支援課	継続
	介護保険連絡協議会の参加事業者を掲載した「介護保険事業者ガイドブック」を発行し、市民への配布とホームページへの掲載により、最新の情報を積極的に発信するとともに、新たな介護保険事業者の参加を促進します。			
5-1-⑤	地域リハビリテーションネットワークの強化		健康課 高齢者支援課	継続
	住み慣れた地域で自分らしく生活をするためのリハビリテーションの充実を図ります。急性期から回復期・維持期に至るまで、効果的なリハビリテーションの利用ができるように、病院や施設、在宅に携わる多職種がネットワークの構築を目指し、地域住民も含めた総合的な地域支援体制づくりに取り組みます。			
	意見交換会 参加者数 40人 講演会 参加者数 85人	意見交換会 参加者数 30人 講演会 参加者数 50人	意見交換会 参加者数 30人 講演会 参加者数 50人	意見交換会 参加者数 30人 講演会 参加者数 50人
5-1-⑥	小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の充実		高齢者支援課	継続
	利用者が安心して自宅で生活できるよう、「通い」を中心として、利用者の状態や希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせたサービスを提供する小規模多機能型居宅介護、または「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせるサービスを提供する看護小規模多機能型居宅介護のいずれか一方の充実を図ります。			
	公募なし	事業者公募などの実施（1回）	補助協議の実施（1回）	小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護いずれか1箇所の導入

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
5-1-⑦	定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの導入		高齢者支援課	継続
	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の連携の下で、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時対応などを適宜・適切に組み合わせた新たなサービスの導入を目指します。			
	公募なし	事業者公募などの実施(1回)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの導入(1箇所)	
5-1-⑧	わかりやすい広報活動の充実		高齢者支援課	継続
	介護保険制度や介護保険サービスの周知を図り、制度への理解と適正なサービス利用ができるよう、市報やホームページ、手引きなどの媒体を通じて広報活動を行います。また、出前講座などによる市民への広報を積極的に実施します。			
5-1-⑨	福祉機器等の展示		高齢者支援課	継続
	介護保険連絡協議会と連携して福祉機器などの展示会を開催し、最新機器の紹介や利用にあたっての相談などに応じます。			
5-1-⑩	「介護の日」事業の実施		高齢者支援課	継続
	介護を身近なものとして理解を深めるとともに、地域での支え合いや交流を促進するため、市、社会福祉協議会、介護保険連絡協議会などが連携し、毎年11月11日の「介護の日」事業を継続して実施します。 また、「介護の日」事業の一環とし、永年にわたり介護保険に係る事業に従事し、西東京市民への功績が顕著であると認められる介護・看護職員に対して表彰を行い、感謝の意を表することを目的として「介護・看護永年従事者表彰」を実施します。			
5-1-⑪	サービス事業者の質的向上		高齢者支援課	継続
	サービス事業者の質の向上を支援するため、介護保険連絡協議会などを通じた情報提供とともに、事例検討やワークショップ、活動・研究発表などの形式を取り入れた交流を進め、法令遵守と技術向上を図ります。			
5-2-①	福祉サービス第三者評価の普及・推進		生活福祉課	継続
	多くの事業者が第三者評価を受審し、その評価結果が公表されることにより、利用者の福祉サービスの選択の便を高め、事業者のサービスの質の向上を図れるよう福祉サービス第三者評価の普及に努めます。			
	市の補助を受けて受審した事業所数 30事業所	市の補助を受けて受審した事業所数 33事業所	市の補助を受けて受審した事業所数 34事業所	市の補助を受けて受審した事業所数 35事業所
5-2-②	ケアマネジメントの環境の整備		高齢者支援課	充実
	ケアマネジメントの質の向上、関係機関との連携体制の構築およびケアマネジャー同士のネットワークの構築などを目的として、地域包括支援センター、主任ケアマネジャー、行政の三者が協働で現場の課題を共有・検討し、支援計画を策定します。この計画に基づき、技術的支援やケアマネジャーなどを対象とした研修会の企画と開催支援につなげます。			

計画体系	施策名	担当部署	施策の方向性	
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
5-2-③	講習や研修会の情報提供	高齢者支援課	継続	
	ケアマネジャーや介護保険サービスに携わる職員の資質の向上を図るため、講習や研修会に関する情報提供を行います。			
5-2-④	主任ケアマネジャーに関する質の向上の充実	高齢者支援課	継続	
	主任ケアマネジャー研究協議会の研究活動（「制度・サービス資源」「質の向上」「医療と福祉の連携」「地域リレーションシップ」）を通し、西東京市のケアマネジメントの質の向上を図ります。			
	主任ケアマネジャー研究協議会 4部会を適宜開催 三役会 年6回開催 全体会 年2回開催	主任ケアマネジャー研究協議会 4部会を適宜開催 三役会 年6回開催 全体会 年2回開催	主任ケアマネジャー研究協議会 4部会を適宜開催 三役会 年6回開催 全体会 年2回開催	主任ケアマネジャー研究協議会 4部会を適宜開催 三役会 年6回開催 全体会 年2回開催
5-3-①	介護人材確保の支援策の検討	高齢者支援課	継続	
	中長期的な介護人材の確保に向けて、介護職の面接会、市民の資格取得支援も含めた人材の量的確保を検討するとともに、介護職の専門性の向上を図ります。			
5-3-②	介護従事者に対するワーク・ライフ・バランスの推進の支援	高齢者支援課	継続	
	介護保険連絡協議会などによる講演会や、研修会を通じ、事業所の管理者や介護従事者双方に、個人の生活と仕事の両方を充実し、両立できるような「働き方改革」である「ワーク・ライフ・バランス推進」の普及、啓発に取り組むとともに、環境整備を支援します。			
5-3-③	介護人材の育成・質の向上	高齢者支援課	継続	
	ケアマネジャーの資質の向上、ホームヘルパーの養成・質的向上を図るため、研修会などの実施を通じて福祉サービスの充実を図ります。			
5-3-④	サービス提供事業者に対する人材育成の意識啓発	高齢者支援課	継続	
	ケアマネジャーや介護保険サービスに携わる職員が研修を受ける機会が確保されるよう、事業者に対し、人材育成について意識啓発と積極的な研修参加を促します。			
5-3-⑤	ICTの活用による介護事業所の負担軽減等の支援	高齢者支援課	新規	
	次世代介護機器の技術や介護業務の負担軽減に資するICTの活用事例について、介護事業所などへ情報提供や研修などを行い、介護職員の定着や負担軽減、高齢者の生活の質の向上につながる取り組みを支援します。			
5-4-①	地域密着型サービスの指導検査体制の強化	生活福祉課 高齢者支援課	継続	
	給付の適正化を図るため、近隣市とも情報を共有しながら、指導検査体制を強化していきます。			

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
5-4-②	介護給付の適正化		高齢者支援課	継続
	適正な介護給付を行うため、引き続き認定調査内容の点検、利用者への給付費通知の発行、医療情報との突合・縦覧点検、ケアプラン点検などを実施します。			
	年1回の通知送付 ケアプラン点検実施 なし	給付費通知の実施 年1回 ケアプラン点検を管 内の全事業所で実施 (年20事業所程度)	給付費通知の実施 年1回 ケアプラン点検を管 内の全事業所で実施 (年20事業所程度)	給付費通知の実施 年1回 ケアプラン点検を管 内の全事業所で実施 (年20事業所程度)
5-4-③	低所得者の利用料の軽減		高齢者支援課	継続
	社会福祉法人などによる低所得者への負担軽減を実施し、介護保険サービスの利用などの際に自己負担額の軽減を行います。さらに、市独自の低所得者に対する軽減として、医療的なケアが必要で在宅療養生活を送る高齢者を支援するため、介護保険の訪問看護について自己負担額の軽減を行います。			
	年1回の勧奨通知	年1回の勧奨通知	年1回の勧奨通知	年1回の勧奨通知
5-4-④	保険料収納率向上の取組		高齢者支援課	充実
	保険料を滞納している被保険者に個別に制度の説明を行い、収納推進嘱託員などが訪問徴収するなど、きめ細かい収納率向上の取り組みを強化します。			
5-4-⑤	認定調査員研修の充実		高齢者支援課	継続
	要介護認定の公平性・公正性を確保するため、市が直接行っている新規・変更申請者の認定調査について、認定調査員を確保するとともに、調査員研修などを充実させ、適正な認定調査を行います。			
5-4-⑥	介護認定審査会の充実		高齢者支援課	継続
	介護認定の審査判定の平準化をさらに推進するため、保健・福祉・医療の専門家により構成されている介護認定審査会について、引き続き合議体の長の会議、審査会委員の研修などを実施します。			
6-1-①	健康づくりに取り組む機会の提供 (健康応援団・健康チャレンジ事業)		健康課	継続
	市民の主体的な健康づくりを応援するために設立した健康応援団、さらには、健康づくり活動に取り組むきっかけづくりとして行う健康チャレンジ事業を組み合わせ、市内で健康づくりに気軽に取り組める機会を増やします。			
	健康チャレンジ事業 参加者数 年333人	健康チャレンジ事業 参加者数 年350人	健康チャレンジ事業 参加者数 年400人	健康チャレンジ事業 参加者数 年500人

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
6-1-②	身近な生活エリアで取り組む健康づくりの推進（西東京しゃきしゃき体操、健康講座等の実施）		健康課 みどり公園課	継続
	運動の習慣化・継続化のために、身近な生活エリアにおける健康体操（西東京しゃきしゃき体操）の出張講座など、小グループで気軽に行える健康づくりの場を提供します。また、公園などの身近な生活エリアでの健康づくりに取り組みます。生活に身近で気軽に参加できる健康講座を実施します。			
	健康応援団登録数・自主グループ数 53団体 ウォーキングマップ活用事業など実施・協力回数 年3回	健康応援団登録数・自主グループ数 63団体 ウォーキングマップ活用事業など実施・協力回数 年5回	健康応援団登録数・自主グループ数 65団体 みどりの散策路めぐりなど実施・協力回数 年5回	健康応援団登録数・自主グループ数 67団体 みどりの散策路めぐりなど実施・協力回数 年5回
6-1-③	スポーツ・レクリエーションの推進		スポーツ振興課 高齢者支援課	継続
	高齢者の社会参加と健康維持のため、各種スポーツ大会の開催や無料で参加できる高齢者向け運動・体操プログラムの実施および情報提供を行い、スポーツ活動に参加する機会を提供します。誰でも参加できる市民体力テストを実施し、スポーツを通じた健康・体力づくりを提案し、介護予防を推進します。高齢者に社会参加の機会提供の場として、各種スポーツ大会やスポーツ事業を西東京市体育協会などと連携しながら実施します。			
6-1-④	食の自立と健康的な生活を実践する取り組みの充実		高齢者支援課 健康課	継続
	健康で自立した生活を送るために、栄養バランス・料理技術を学ぶ料理教室や生活習慣病予防および健康づくりのための栄養・食生活相談を実施していきます。高齢者配食サービス、食生活教室、料理教室の実施のほか、口腔ケアの重要性について意識の向上を図ります。また、低栄養の高齢者に対しては訪問相談に取り組みます。			
	支援する自主グループ 団体数 5団体 集団指導 年10回 (参加者数 100人)	支援する自主グループ 団体数 5団体 集団指導 年10回 (参加者数 100人)	支援する自主グループ 団体数 5団体 集団指導 年10回 (参加者数 100人)	支援する自主グループ 団体数 5団体 集団指導 年10回 (参加者数 100人)
6-1-⑤	健康診査等の実施		健康課	継続
	高齢者が自らの健康状態を定期的知り、自覚症状がない生活習慣病などの早期発見・早期治療を行うため、継続した受診を促します。また、がん検診や成人歯科検診などを引き続き実施していきます。			
	64歳～74歳の特定健康診査受診率 48% 後期高齢者医療保険加入者受診率 55%	64歳～74歳の特定健康診査受診率 60% 後期高齢者医療保険加入者受診率 東京都後期高齢者医療広域連合が定める目標値	64歳～74歳の特定健康診査受診率 60% 後期高齢者医療保険加入者受診率 東京都後期高齢者医療広域連合が定める目標値	64歳～74歳の特定健康診査受診率 60% 後期高齢者医療保険加入者受診率 東京都後期高齢者医療広域連合が定める目標値

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込

6-1-⑥	高齢者の感染症に対する予防・啓発		健康課	継続
	高齢者が感染症にかかると、肺炎などにより重篤化する可能性が高まります。感染症に対する知識の啓発や予防接種の勧奨を行います。			
	高齢者インフルエンザ予防接種者 65歳以上17,000人 60歳～65歳未満20人 高齢者肺炎球菌予防接種者人数 [定期接種] 65歳 1,400人 60歳～65歳未満1人 [任意接種]1,150人	高齢者インフルエンザ予防接種者 65歳以上17,000人 60歳～65歳未満20人 高齢者肺炎球菌予防接種者人数 [定期接種] 65歳 1,450人 60歳～65歳未満1人 [任意接種]1,150人	高齢者インフルエンザ予防接種者 65歳以上17,100人 60歳～65歳未満20人 高齢者肺炎球菌予防接種者人数 [定期接種] 65歳 1,500人 60歳～65歳未満1人 [任意接種]1,150人	高齢者インフルエンザ予防接種者 65歳以上17,200人 60歳～65歳未満20人 高齢者肺炎球菌予防接種者人数 [定期接種] 65歳 1,550人 60歳～65歳未満1人 [任意接種]1,150人

6-2-①	認知症サポーターの育成支援		高齢者支援課	継続
	地域の人々が、認知症について正しく理解し、認知症本人やその家族を温かく見守ることができるよう、認知症サポーターの養成を行います。また、養成講座の学びをさらに深めることのできるステップアップ講座を実施し、認知症サポーター・ボランティアの登録を促進し、活動支援を図ります。			
	認知症サポーター2,900人 認知症サポーター・ボランティア登録者40人	(新規登録者) 認知症サポーター1,500人 認知症サポーター・ボランティア登録者30人	(新規登録者) 認知症サポーター1,500人 認知症サポーター・ボランティア登録者30人	(新規登録者) 認知症サポーター1,500人 認知症サポーター・ボランティア登録者30人

6-2-②	認知症初期集中支援チーム事業		高齢者支援課	充実
	多職種で構成された認知症初期集中支援チームが、認知症の人を適切な医療・介護サービスにつなげるなどの支援を集中的に行い、自立生活をサポートします。			
	対象件数 4件	対象件数 7件	対象件数 8件	対象件数 9件

6-2-③	認知症カフェの普及		高齢者支援課	充実
	認知症の人やその家族、地域の人や専門職がお互いに理解し合い、情報共有できる場の普及に取り組みます。			
	実施団体数 3団体	実施団体数 6団体	実施団体数 8団体	実施団体数 10団体

6-2-④	認知症支援コーディネーターの配置		高齢者支援課	継続
	市に認知症支援コーディネーターを配置し、認知症の疑いのある方を把握、訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなぎます。このような取り組みでも解決できない方については、北多摩北部医療圏の認知症疾患医療センターに配置する認知症アウトリーチチームと協働し、認知症の早期発見・早期診断に取り組んでいきます。			
	相談件数 年1件 (うちアウトリーチチームとの連携・訪問回数 年1件)	相談件数 年5件 (うちアウトリーチチームとの連携・訪問回数 年5件)	相談件数 年5件 (うちアウトリーチチームとの連携・訪問回数 年5件)	相談件数 年5件 (うちアウトリーチチームとの連携・訪問回数 年5件)

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
6-2-⑤	認知症に関する意識啓発および講座等の実施		高齢者支援課	継続
	認知症を予防するための知識を幅広く地域住民に普及・啓発し、日常生活の中での生活習慣病を予防する意識の向上を図るとともに、認知症への理解を深めます。			
	認知症講演会 年1回 参加者数 96人	認知症講演会 年1回 参加者数 150人	認知症講演会 年1回 参加者数 150人	認知症講演会 年1回 参加者数 150人
6-2-⑥	若年性認知症施策の推進		高齢者支援課 障害福祉課	継続
	若年性認知症の特性に配慮し、家族の集いや講演会の開催、認知症カフェなどのサポート体制づくりを推進し、本人や関係者が交流できる居場所づくりなどに取り組みます。			
6-2-⑦	標準的な認知症ケアパスの普及		高齢者支援課	継続
	認知症の方を支える取り組みを整理し、疾患の進行に合わせてどのような医療・介護サービスを受けることができるのかを明示した認知症ケアパスを作成しました。今後は広く認知症の普及・啓発を推進するため、認知症ケアパスの配布を行います。			
	3,000部配布	3,000部配布	3,000部配布	3,000部配布
6-2-⑧	「みまもりシール」の配付		高齢者支援課	継続
	認知症で行方不明になったことがある方、または認知症で行方不明になるおそれのある方を対象に、申請者固有の番号が記載された反射シールとアイロンシールを配付し、行方不明時にできるだけ早く身元が判明し自宅に戻ることができるよう取り組みます。			
6-2-⑨	認知症チェックサイトの普及		高齢者支援課	継続
	市民が認知症などの問題に対し、携帯電話やスマートフォン、パソコンで気軽にチェックできる環境を整備し、認知症の早期発見・早期受診を図ります。			
6-2-⑩	認知症地域支援推進員の配置		高齢者支援課	新規
	市・各地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症疾患医療センターを含む医療機関、介護サービス・地域の支援機関の間の連携のための支援、認知症の人や家族を支援する相談業務などを行います。			
6-2-⑪	あんしん声かけ体験		高齢者支援課	新規
	認知症の方の行方不明模擬捜索活動を通じて、認知症の方への声のかけ方や接し方を理解し、安心して生活できる地域づくりなどに取り組みます。			
7-1-①	自主グループの育成、活動支援		高齢者支援課	継続
	地域住民が身近な場所で気軽に介護予防に取り組むことができるように、介護予防のための自主グループの立ち上げを支援します。 また、活動を継続していくなかで生じた問題などについて、相談の対応や必要な支援を行います。			

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
7-1-②	地域での支え合い活動の推進		生活福祉課 高齢者支援課	継続
	地域が抱える様々な問題の解決や、介護保険制度の改正に伴い住民主体の相互の助け合いの必要性が高まるなかで、既存の地域の支え合いに関する事業（「ほっとするまちネットワークシステム」「ふれあいのまちづくり事業」「ささえあいネットワーク」など）間の連携を強化して、支え合い活動の促進・支援・育成に積極的に取り組むとともに、システムの統合や再構築などについても検討を行います。			
	第1層協議体実施回数 年1回	第1層協議体実施回数 年1回	第1層協議体実施回数 年1回	第1層協議体実施回数 年1回
7-1-③	ボランティアの育成・活用		生活福祉課 高齢者支援課	継続
	住民同士が支え、助け合う活動を充実させるため、社会福祉協議会のボランティア・市民活動センターのほか、市の各種事業においてもボランティアの育成・活用の機会の拡充を図ります。また、こうしたボランティアのコーディネートの機能を一層充実させ、施設や特定の活動に限らず、地域の様々なところで活躍してもらえるようしくみづくりに取り組めます。			
	ボランティア講座など 開催回数 年6回	ボランティア講座など 開催回数 年6回	ボランティア講座など 開催回数 年6回	ボランティア講座など 開催回数 年6回
7-1-④	多世代の交流促進		高齢者支援課	継続
	多世代交流を進めるため、様々な年代が参加できる老人福祉センターの事業や地域イベントの開催、幼稚園・保育園・小中学校の子どもたちが高齢者施設の訪問などを実施します。			
7-1-⑤	NPO等の育成・連携		協働コミュニティ課 高齢者支援課	継続
	西東京市のNPOなどの多くは、社会貢献意向に基づいた活動に取り組んでいますが、NPOなどへの様々な支援を行い、新たな活動の担い手の育成や市民活動のより一層の活性化を図ります。			
	ゆめサロン 年2回、講座セミナー年2回、おとばミディサロン 年11回、サロンスペースの提供 随時、機材の貸出・提供 随時、メールボックスの提供 年90回、機関紙の発行 年6回、イベント情報の発行 年12回、ホームページでの情報提供 随時	ゆめサロン 年2回、講座セミナー年2～3回、おとばミディサロン 年12回、サロンスペースの提供 随時、機材の貸出・提供 随時、メールボックスの提供 年90回、機関紙の発行 年6回、イベント情報の発行 年12回、ホームページでの情報提供 随時	ゆめサロン 年2回、講座セミナー年2～3回、おとばミディサロン 年12回、サロンスペースの提供 随時、機材の貸出・提供 随時、メールボックスの提供 年90回、機関紙の発行 年6回、イベント情報の発行 年12回、ホームページでの情報提供 随時	ゆめサロン 年2回、講座セミナー年2～3回、おとばミディサロン 年12回、サロンスペースの提供 随時、機材の貸出・提供 随時、メールボックスの提供 年90回、機関紙の発行 年6回、イベント情報の発行 年12回、ホームページでの情報提供 随時

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込
7-1-⑥	地域活動の拠点の整備 (社会福祉協議会との連携)		生活福祉課 高齢者支援課	継続
	支え合う地域社会の形成の土台として、サロンやいきいきミニデイなどの、地域住民が集い、交流し、生きがい活動を行う場や拠点を増やすことでより多くの住民が集まれるよう支援します。また、地域住民が地域の相談に応じるなど地域課題の解決に取り組み、地域の拠点が地域住民の主体的な活動の場となることのできるよう支援します。			
7-1-⑦	地域の見守り活動の充実		高齢者支援課	継続
	高齢者の見守りネットワークである「ささえあいネットワーク」のしくみについて、自治会・町内会をはじめとした地域の様々な団体および事業者に普及啓発を行い、ささえあい協力団体として登録・活動してもらうことで、きめ細やかなネットワークの構築を目指します。また、民生委員や地域包括支援センター、生活支援コーディネーターなどと連携し、地域の見守り活動の充実を図ります。			
7-1-⑧	フレイル予防の推進（再掲）		高齢者支援課	充実
	介護の一手手前のフレイル（虚弱）の段階から予防することによって、高齢者の健康寿命の延伸を目指します。 そのために、自身のフレイル状態を確認できるフレイルチェックなどの開催、フレイルチェックを運営するフレイルサポーターの養成を行います。			
	サポーターの新規養成 成人数 25人	サポーターの新規養成 成人数 40人	サポーターの新規養成 成人数 40人	サポーターの新規養成 成人数 40人
7-2-①	地域ケア会議の推進		高齢者支援課	継続
	個別ケースの課題分析および高齢者の自立支援に資するケアマネジメント対策を行うことによって地域課題を把握し、地域住民をはじめとする様々な関係機関と連携して、地域づくりや社会資源の開発・充実などの検討を行います。			
	地域ケア会議Ⅰ (包括主催) 年30回 地域ケア会議Ⅱ (包括主催) 年8回 地域ケア会議Ⅲ (市主催) 年1回	地域ケア会議Ⅰ： 平成30年度までに 数値目標を検討 地域ケア会議Ⅱ： 各包括にて年1回実 施 地域ケア会議Ⅲ： 年1～2回実施	地域ケア会議Ⅱ： 各包括にて年1回実 施 地域ケア会議Ⅲ： 年1～2回実施	地域ケア会議Ⅱ： 各包括にて年1回実 施 地域ケア会議Ⅲ： 年1～2回実施
7-2-②	障害者施策から高齢者施策まで 切れ目のない支援		高齢者支援課 障害福祉課	継続
	富士町福祉会館と保谷障害者福祉センターとの合築について、合築施設の機能・規模などの検討を継続します。 また、共生型サービスについて検討をします。			

計画体系	施策名		担当部署	施策の方向性
	施策内容			
	29年度実績見込	30年度見込	31年度見込	32年度見込

7-2-③	地域包括支援センターの機能強化	高齢者支援課	継続
	<p>市内8か所に設置されている地域包括支援センターでは、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務などを行っています。</p> <p>高齢化の進行、それに伴う相談件数の増加などを勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置します。</p> <p>地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図るなかで、それぞれのセンターの役割に応じた運営体制の強化を図り、効率的かつ効果的な運営を目指します。地域包括支援センターがより充実した機能を果たしていくため、運営協議会による評価の取り組みやPDCAの充実など、計画的な評価・点検の取り組みを強化します。</p>		

7-2-④	関連機関との連携強化	高齢者支援課	継続
	<p>介護保険や保健福祉サービスに関する解決困難な苦情・相談に対して、関連機関の連携強化を図ります。</p>		

7-2-⑤	地域共生社会に関する周知啓発	高齢者支援課	継続
	<p>地域共生社会に関する市民や関係者への周知啓発のためのシンポジウムなどを関係部署・関係機関と連携して実施します。</p>		

7-2-⑥	民間活力の活用促進	高齢者支援課	継続
	<p>平成30年度以降、旧泉小学校跡地において、高齢者福祉機能も含め、西東京市における医療・介護など拠点の方向性を定め、民間事業者などによる施設整備に向けた取り組みを進めます。</p>		

(2) 介護給付適正化の取り組み

施策No 1 要介護認定の適正化			
内容	全国一律の基準に基づいた、要介護認定が適切に実施されるため、調査員・主治医・介護認定審査会研修を充実させると共に、事務局機能を強化させる。		
	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
取組目標	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定審査会の適正化に向け、市と「介護認定審査会合議体の長の会議」で討議し、取組方針を策定する。 調査項目の選択率や審査判定の傾向・特徴を把握し、その要因について分析する。 認定調査票、主治医意見書の内容の充実、平準化を図るため研修等を行う。 業務分析データ及び地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、要介護認定に係る客観的状況を把握する。 市調査員の調査票の内容点検を強化し、選択基準や調査の傾向について把握、修正を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 取組方針に沿って、介護認定審査会等を実施するとともに、主治医研修および介護認定審査会委員全体研修を実施する。 調査項目の選択率や審査判定の改善、質の向上を図る。 前年度実施状況、認定状況等のデータの分析等を実施する。 業務分析データ及び地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、要介護認定に係る課題の改善、質の向上を図る。 市調査員の調査票の内容点検を強化、選択基準や調査の傾向について把握、修正を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定審査会の適正化の取り組みによる効果や課題について評価する。 調査項目の選択率や審査判定の改善、質の向上を図る。 前年度実施状況、認定状況等のデータの分析等を実施する。 業務分析データ及び地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、要介護認定に係る課題の改善、質の向上を図る。 市調査員の調査票の内容点検を強化、選択基準や調査の傾向について把握、修正を行う。
施策No 2 ケアプランの点検			
内容	保険者と介護支援専門員が協力してケアプラン点検を適切に実施することで、自立支援に資するケアマネジメントを達成する。		
	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
取組目標	<ul style="list-style-type: none"> 国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」等を活用したケアプラン点検を計画的に実施するとともに、点検後の経過を把握する。 介護支援専門員が集まる分科会や研修会を通じ、点検対象の介護支援専門員以外にも点検結果等の共有を図る。 管内の介護支援専門員と自立支援に資するケアマネジメントの考え方を共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン点検支援マニュアル等を活用したケアプラン点検を計画的に実施するとともに、点検後の経過を把握する。 介護支援専門員が集まる分科会や研修会を通じ、点検対象の介護支援専門員以外にも点検結果等の共有を図る。 管内の介護支援専門員と自立支援に資するケアマネジメントの考え方を共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン点検支援マニュアル等を活用したケアプラン点検を計画的に実施するとともに、点検後の経過を把握する。 介護支援専門員が集まる分科会や研修会を通じ、点検対象の介護支援専門員以外にも点検結果等の共有を図る。 管内の介護支援専門員と自立支援に資するケアマネジメントの考え方を共有する。
施策No 3 住宅改修等の点検			
内容	受給者の実態に即した適切な住宅改修・福祉用具の給付がなされる。		
	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
取組目標	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の身体状況等を踏まえた適切な住宅改修や福祉用具の利用となるよう、事業者に対して普及啓発を図る。 福祉用具の貸与価格等を利用者に周知を図る。 複数の住宅改修事業者からの見積取得等、広報媒体等を活用して利用者に周知する。 	<ul style="list-style-type: none"> 申請内容の精査により、確認を要する案件を選定し、効果的な聞き取り調査、訪問調査となるように検討する。 福祉用具の貸与価格等を利用者に周知を図る。 複数の住宅改修事業者からの見積取得等、広報媒体等を活用して利用者に周知する。 	<ul style="list-style-type: none"> 実施の方法・結果・効果について検証し、改善を行う。 福祉用具の貸与価格等を利用者に周知を図る。 複数の住宅改修事業者からの見積取得等、広報媒体等を活用して利用者に周知する。

施策No.4 縦覧点検・医療情報との突合			
内容	報酬請求に誤りの可能性がある事業所に対して確認等適切な処置を行い、適正な報酬請求を促す。		
取組目標	平成30年度	平成31年度	平成32年度
	・国保連合会から提供されている帳票のうち、未実施のものについて、実施の検討を行う。 ・帳票等を活用し、事業者への指導等を実施する。	・実施方法の検証を行い、効率的・効果的な実施となるように改善する。 ・帳票等を活用し、事業者への指導等を実施する。	・実施の方法・結果・効果について、総合的に検証し、改善を行う。 ・帳票等を活用し、事業者への指導等を実施する。
施策No.5 介護給付費通知			
内容	受給者や事業者に対して適切なサービス利用を普及啓発するとともに、介護給付適正化を進める目的や意義を保険者と共有する。		
取組目標	平成30年度	平成31年度	平成32年度
	・受給者に分かりやすく、効果的な介護給付費通知となるように検討する。また、ケアマネジャーに対し、周知協力を求める。 ・適正化事業全般の周知に対する広報媒体としての活用を検討・実施する。	・受給者に分かりやすく、効果的な介護給付費通知の取組を行う。また、ケアマネジャーに対し、周知協力を求める。 ・広報媒体としての効果を検証し、改善する。	・受給者に分かりやすく、効果的な介護給付費通知の取組を行う。また、ケアマネジャーに対し、周知協力を求める。 ・広報媒体としての効果を検証し、改善する。
施策No.6 給付実績の活用			
内容	給付実績を活用して、適切なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成を図る。		
取組目標	平成30年度	平成31年度	平成32年度
	・見える化システム等を利用し、他自治体との比較・検証とともに給付状況や動向の把握、周知方法の検討を行う。	・見える化システム等を利用し、他自治体との比較・検証とともに給付状況や動向について周知を行う。	・活用方法の検証を行い、効率的・効果的な実施につなげる。 ・給付状況や動向について周知を行う。



「いこいな」
©シンエイ/西東京市



4 用語解説(50音順)

あ 行

■アセスメント

事前評価、初期評価。利用者が直面している生活上の困難を解決するために、必要な情報を収集し、情報の分析、解釈、関連づけを行い、課題を明らかにすることです。

■いきいきミニデイ

ミニデイ協力者の活動により、一人ぐらし高齢者などに趣味・レクリエーション・学習などの生きがいの場を提供し、孤独感の解消や心身機能の維持向上を図るとともに、社会とのつながりを深め、高齢者福祉の増進を図る事業です。

■うつ・うつ予防

うつの症状としては、無気力・無感動・不安感・興奮などがあり、それに伴い不眠・食欲低下などがあります。本計画では、このような抑うつ症状を示している状態全体に対して「うつ」という用語を使用しています。うつ予防としては、人に会う、日中活動して夜間によい睡眠をとる、生活のリズムを整えるなどの生活習慣の改善があります。

■NPO(エヌ・ピー・オー)

ボランティア団体や市民団体など、民間の営利を目的としない団体(Non Profit Organization)の総称。特定非営利活動促進法(通称：NPO法)に基づき、「特定非営利活動法人」という法人格を得て活動しています。

か 行

■介護医療院

介護保険施設の一つ。要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話をを行う施設です。

■介護給付費準備基金

3年間の事業計画期間中の財政運営に伴う財源調整のために基金を設置することになっています。第1号被保険者の介護保険料収入の余剰が生じた場合には、その剰余金を積み立て、保険料収入に不足が生じた場合には、基金から取り崩しを行うことにより、介護保険財政を安定的に運用していく役割があります。また、介護保険事業計画最終年度の残額については、次期の事業計画期間内における保険料収入の一部として取り崩しを行うことにより、保険料の負担軽減を図ることができます。

■介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護保険のサービスを利用したいときに、相談し、各種のサービスを紹介、斡旋する福祉や医療の専門職のことです。介護福祉士や看護師などの資格をもち、一定の実務経験をもつ者が試験を受け、介護支援専門員研修を修了して、登録できます。要介護者・要支援者との契約に基づきケアプランを作成します。また、サービス事業者との連絡調整や、医療機関との連携を図りながら継続的な支援を行っていきます。

■介護支援ボランティアポイント制度

市内在住の60歳以上で、介護支援ボランティア登録を行った方が、指定のボランティア活動を行うとポイントが付与され、ポイント数に応じて換金することができる制度です。高齢者が、介護支援ボランティアを通じて、地域貢献することを奨励、支援し、高齢者自身の社会参加を通じた介護予防を推進し、生き生きとした地域社会をつくることを目的とします。

■介護認定審査会

保健・福祉・医療の学識経験者から構成され、コンピュータ判定の結果と訪問調査の特記事項、主治医の意見をもとに、介護の必要性や程度について審査を行う組織のことです。

■介護保険施設

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設および介護医療院のことを言います。

■介護保険連絡協議会

西東京市の介護保険制度の実施に関し、各関係機関の連絡体制を整備し、介護サービスなどの円滑な提供を図るために設置された協議会です。介護サービスなどの提供基盤の整備に関すること、介護サービスなどの円滑な提供に関すること、介護保険制度を担う人材の育成確保に関すること、介護サービスなど提供事業者に係る情報の提供および交換に関すること、その他介護保険制度に係る連絡調整に関し必要な事項を協議しています。

■介護予防

高齢者が要介護状態などになることの予防や要介護状態などの軽減・悪化の防止を目的として行うもの。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質の向上を目指すものです。

■介護予防ケアマネジメント

予防給付によるサービスの利用がなく、総合事業のみを利用する場合において、介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から必要な援助を行うものです。

■かかりつけ医

家族ぐるみで健康や病気のことを気軽に相談したり、身体に不調があるときにいつでも診察してくれる身近な開業医であり、初期患者の問題を的確に把握し、適切な指示、緊急に必要な処置の実施、他の医師への紹介を行い、個人や家庭での継続的な治療について主治医としての役割を果たす医師です。

■かかりつけ歯科医

患者の心身の特性やニーズを踏まえて歯・あご・口の疾患の治療や口腔ケアなどを行うとともに、全身状態や精神面をも考慮し、計画的に予防を含めた歯科医学的な管理や療養上の支援を行う地域に密着した身近な歯科医です。

■かかりつけ薬局

複数の医療機関から処方される薬やアレルギーなどについて薬歴管理をし、必要に応じて処方した医師と相談の上、有効で、安全な調剤を行ったり、薬全般についての相談に応じたりしてくれる身近な薬局です。

■協議体

生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、市が主体となっていく生活支援コーディネーターやNPO、民間企業などの多様な関係主体間の定期的な情報共有および連携・協働による取り組みやネットワークのことです。

■ケアプラン(介護サービス計画)

要支援、要介護状態にあっても、その人らしい自立した日常生活の実現を目指すための「介護サービス計画」のことです。ケアマネジャーは、アセスメントから導き出された生活課題の解決に向け、その人に合った目標をたてて、適切なサービスや社会資源を組み合わせた「介護サービス計画書」を作成します。

■ケアマネジメント

生活上の困りごとと、サービスなど社会資源を適切に結びつけ、要介護者などの自立した日常生活の実現につなげるための専門的手法のことです。必要な情報収集、生活上の課題分析、サービス調整、ケアプラン作成、サービス担当者会議、サービスの実行、再評価など、一連のプロセスを踏まえてケアプランを作成し、チームケアで継続的支援を行います。

■健康寿命

厚生労働省では、健康寿命を「人の寿命において『健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間』と定義しており、わが国の健康寿命は、平成25年現在男性が71.19年、女性が74.21年で、平均寿命に比べて男性が9.02年、女性が12.40年それぞれ短い状況にあります(厚生労働省『平成28年版厚生労働白書』)。

■権利擁護センター「あんしん西東京」

市内に住む、精神障害者、知的障害者、身体障害者、高齢者などを対象に、福祉サービスの利用援助、成年後見制度の手続き支援を行い、年齢を重ねても、障害があっても、住み慣れた地域で自立した生活が送れるように支援する機関です。

さ 行

■サービス担当者会議

介護保険においては、ケアプランに基づき、要介護者、要支援者および家族と、ケアチームとして位置づけられているサービス事業者、医療機関、その他関係者が一堂に会し、今後のケアの方針などを協議し決定する会議のことをいいます。入院先の医療機関で開催される場合などは、「カンファレンス」と称することもあります。

■ささえあいネットワーク

高齢者が地域の中で安心して暮らせるよう、地域の住民(ささえあい協力員)、事業所(ささえあい協力団体)、民生委員や地域包括支援センターおよび市が相互に連携し高齢者を見守るしくみです。このささえあいネットワークによって、緊急を要する場合の早期発見、連絡、対応をスムーズに行ったり、高齢者や介護者および家族が抱える困りごとや相談に応じたり、あるいは閉じこもりがちな高齢者や要介護状態に陥りそうな高齢者などが必要な支援やサービスが受けられることを目指しています。

■在宅療養

医療機関に通院困難な患者が、自宅や入所中の施設など、病院外の「生活の場」において、訪問診療・看護などの医療だけではなく、介護や各種福祉施策なども合わせた多面的なサービス提供を受けながら行う療養のことです。

■サロン

地域の中で仲間づくりや異世代交流などを目的とした、地域住民が運営するふれあいの場のことです。地域の福祉的な課題の発見や地域活動の組織化、福祉教育の場などへ広がる可能性ももった活動です。

■自助・互助・共助・公助

地方自治における補完性の原則であり、個人の尊厳を最大限に尊重し、住民自身やコミュニティなどの小さな単位でできることはそれらの自助・共助に任せ、自助・共助では解決不可能あるいは非効率なもののみを行政が行う(公助)べきであるという考え方です。平成20年度の「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」では、自助・互助・共助・公助を以下のように定義しています。

自助：自ら働いて、または自らの年金収入などにより、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。

互助：非公式、形式ばらない相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティアなど。

共助：社会保険のような制度化された相互扶助。

公助：自助・互助・共助では対応できない困窮などの状況に対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉など。

■社会貢献型後見人

後見業務を担っている親族や弁護士などの専門家以外に、成年後見制度の趣旨と内容を理解し、後見業務を担っていただく人です。社会貢献型後見人になるには、東京都が実施する基礎講習を受講した後、区市町村の推進機関などに登録し、さまざまな活動を通じて経験を積む必要があります。主な職務内容は、ご本人の財産の把握と管理、福祉サービス利用のための契約、悪質な訪問販売からの保護などです。

■社会福祉協議会

社会福祉法に基づき設置された福祉団体で、各市区町村に常設されている公共性の高い民間福祉団体です。市民や行政、社会福祉事業関係者などの参加と協働により地域の福祉課題の解決に取り組み、誰もが安心して暮らしていける「まち」の実現を目指して活動しています。

■主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）

ケアマネジャーとして5年以上の実務経験があり、市区町村の推薦を受けて都道府県の養成研修を修了した者を「主任ケアマネジャー」と言います。地域包括支援センターや特定事業所加算を算定する居宅介護支援事業所、施設などに配属されています。

■消費者センター

消費生活活動の拠点施設です。併設されている消費生活相談室では、悪質商法に巻き込まれたり、商品やサービスなどの契約に関するトラブル、商品の品質や安全性など、消費生活に関するさまざまな問題や疑問について、専門の消費生活相談員が相談に応じます。

■シルバー人材センター

法律に基づく公益法人で、概ね60歳以上の高齢者を会員とし、健康でかつ働くことにより生きがいを見出しながら、地域社会の一員として貢献するための新しい生活環境を会員とともに作り上げていきます。

■シルバーピア

高齢者が地域で安心して生活できるよう、手すり・段差解消・緊急通報システムなどの設置、安否確認や緊急時の対応を行う生活援助員などの配置、地域包括支援センターとの連携を特徴とする高齢者向けの集合住宅です。ピアとは英語で仲間や友人などを意味し、そこに居住する高齢者が自立しながらも、お互いに助け合って生活することを目指して名付けられました。

■生活支援サービス

在宅の高齢者が介護に頼らずに自立した生活ができるように支援するために、市が行う保健福祉サービスのひとつで、介護保険の円滑な実施を促進するために設けられています。市では一人暮らし・高齢者のみの世帯に対する配食サービス事業や、認知症およびねたきり高齢者などの方への紙おむつ給付事業、介護認定の結果非該当となった方への外出支援サービス事業や住宅改修費給付事業などを実施しております。また、単身世帯が増加し、支援を必要とする軽度の高

高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加しており、ボランティア、NPO、民間企業などの多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要となっています。

■生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制を整備するため、地域における介護予防・生活支援サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす人を言います。生活支援コーディネーターは、日常生活圏域ニーズ調査や地域包括ケア会議などを通して、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況把握に加えて ①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起 ②地縁組織など多様な主体への協力依頼などの働きかけ ③関係者のネットワーク化 ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一 ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発(担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能) ⑥ニーズとサービスのマッチングなどを行います。

■成年後見制度

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な人の自己決定の尊重と本人の保護の調和を図り、権利を守る制度です。「法定後見制度」は、家庭裁判所で選任した成年後見人などがこれらの人の意思を尊重し、その人らしい生活のために、その人に代わって財産管理や身上監護などを行います。その他、判断能力が不十分になった場合に備えて、財産管理や身上監護などを自分の信頼する人に希望どおりに行ってもらえるよう、あらかじめ契約しておくことができる「任意後見制度」もあります。

た 行

■(福祉サービス)第三者評価(システム)

社会福祉法第78条では、事業者の提供するサービスの質を当事者(事業者および利用者)以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価することとしています。個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけるとともに、利用者の適切なサービスの選択に資するための情報として公表します。

■地域共生社会

高齢者や障害者に限らず、地域のあらゆる住民が役割を持ち、ともに支え合いながら、自分らしく暮らすことのできる地域社会のことです。

■地域支援事業

高齢者が要介護状態又は要支援状態になる事を予防するとともに、要介護状態など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ことを目的として、市町村が実施する事業です。地域支援事業には、要支援者などに対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と、第1号被保険者に対して介護予防を行う一般介護予防事業

から構成される「介護予防・日常生活支援総合事業」、地域包括支援センターの設置・運営などを行う「包括的支援事業」、在宅介護教室や認知症高齢者徘徊位置探索サービスなどを行う「任意事業」の3事業があります。

■地域福祉コーディネーター

地域の課題や困りごとを地域の皆さんと一緒に解決する調整役のことで、社会福祉士、精神保健福祉士などの資格をもち、地域福祉活動に従事した経験をもつ専門家が担当しています。西東京市では、地域福祉コーディネーターを日常生活圏域ごとに設置しています。

■地域包括ケアシステム

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される、地域の包括的な支援・サービス提供体制のことをいいます。

■地域ケア会議

高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続することができるよう、保健、医療および福祉サービス、地域資源の活用の検討や自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識を図るために日常生活圏域ごとに設置した検討組織のことです。圏域の地域包括支援センターおよび行政を中心に、地域の医師・歯科医師・薬剤師、ケアマネジャー、サービス事業者など、各分野の専門職で構成されています。

■地域包括支援センター

公正・中立な立場から「総合相談支援事業」「介護予防ケアマネジメント事業」「包括的・継続的マネジメント事業」「高齢者の虐待の防止・早期発見および権利擁護事業」の4つの基本的な機能を持つ総合的マネジメントを担う中核機関として、地域包括支援センターが設置されています。地域包括支援センターには、保健師・経験のある看護師、主任ケアマネジャー、社会福祉士を配置し、専門職の協働による業務を展開します。設置・運営に関しては、中立性の確保、人材確保支援などの観点から「地域包括支援センター運営協議会」が関わることになっています。

■地域密着型サービス

要支援・要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、市町村をさらに細かく分けた日常生活圏域の単位で整備されるサービスをいいます。地域密着型サービスには、小規模介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)、小規模介護専用型特定施設(地域密着型特定施設入居者生活介護)、認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)、認知症高齢者専用デイサービス(認知症対応型通所介護)、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の8種類があり、サービス基盤の整備状況に応じて市町村が事業所の指定および指導・監督を行います。

■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

平成24年4月の介護保険制度の改正で、地域密着型サービスの一類型として重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため(介護予防サービスは規定していません)、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設されました。

な 行

■「にしのわ」(在宅療養連携支援センター)

市民の日々の暮らしを支える医療や介護の職種同士の連携を支援し、在宅療養支援や多職種連携に関する、主に関係者からの相談を受け付ける、専門職向けの窓口です。

■日常生活圏域

市町村が市町村介護保険事業計画を策定する上で設定しなければならない区域のことです。第3期計画から採り入れられた考え方で、この区域に対し、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護などのサービスの必要利用定員総数やその他の地域密着型サービスごとの見込みとその確保策などが計画化されます。圏域の設定は、地域住民が日常生活を営んでいる地域とし、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付などの対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して定められますが、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域とされています。

■日常生活自立支援事業

福祉サービスが契約による利用制度に移行することに伴い、自己決定能力が低下した人のサービス利用を支援するために、成年後見制度の補完として設けられた制度です。社会福祉協議会などに属する専門員が利用者の「自立支援計画」を策定し、生活支援員が利用者との契約に基づいて福祉サービスの利用に際しての情報提供や助言や、申込手続き・利用料支払いの代行、苦情処理の援助などを行います。この他、利用者の状況に応じて日常の金銭管理なども行います。

■認知症

介護保険法によれば、認知症は「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能およびその他の認知機能が低下した状態」と定義されています。

■認知症アウトリーチチーム

認知症アウトリーチチームは、東京都認知症疾患医療センターなどの医療機関(西東京市では薫風会山田病院)に配置し、専門医、保健師・看護師、精神保健福祉士などからなります。認知症の人とその家族が地域で安心して生活できるよう、認知症支援コーディネーターなどからの依頼に応じて認知症の疑いのあ

る人などを訪問し、アセスメントなどを実施することにより早期の診断につながり、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつけるなどの取り組みを行います。

■認知症カフェ

認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う集いの場のことです。

■認知症ケアパス

認知症の方を支える取り組みを整理し、疾患の進行に合わせてどのような医療・介護サービスを受けることができるのかを明示したものです。

■認知症支援コーディネーター

認知症支援コーディネーターは、認知症アウトリーチチームと協働して、認知症の疑いのある人を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつけるなどの取り組みを進めます。

■認知症サポーター

認知症を正しく理解し、地域で生活している認知症の方やその家族を温かく見守り、自分のできる範囲で支援する人です。国の「認知症を知り、地域をつくるキャンペーン」の一環として、キャラバンメイト(認知症サポーター養成講座の講師役)が地域・企業・学校などで認知症サポーター養成講座を実施し、認知症サポーターを養成します。

■認知症サポート医

かかりつけ医への認知症診断などに関する助言や研修をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師。実施主体は都道府県および指定都市であり、国立長寿医療研究センターに委託して実施されています。

■認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは、認知症の鑑別診断、身体合併症への対応、専門的な相談の実施を行うとともに、かかりつけ医などへの研修、地域の保健医療・介護関係者などとの連携を行い、認知症に関わる地域の医療機能の中核機関として機能しています。西東京市には薫風会山田病院がそれにあたります。

■認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームのことです。

は 行

■バリアフリー

バリアフリーとは、バリア(障壁)をフリー(解消)にすることで、高齢者・障害者などの人々が生活しやすい環境に整備しようという考えです。バリアには、段差などの具体的な障壁だけでなく、制度や差別意識など幅広い概念を含みます。

日本の家屋では、玄関や廊下の段差、幅が狭い廊下や階段、和式のトイレや浴槽が高齢者や障害者の生活上のバリアになります。このようなバリアを解消することで、生活の質が向上します。

■PDCA(ピー・ディ・シー・エー)

PDCAとは、Plan(計画)・Do(実行)・Check(点検・評価)・Act(処置・改善)の頭文字の略語です。PDCAを行うことにより、充実した内容にすることができます。

■避難行動要支援者

大地震などの災害発生時に、一人暮らし高齢者や障害者など自分の力で避難することが困難な方のことです。

■フレイル

「高齢者が筋力や活動が低下している状態(いわゆる虚弱)」のことを指す言葉です。「虚弱」を意味する英語の「frailty」を語源に、市民に親しみやすい言葉として、2014年に日本老年医学会から提唱されました。これは元気な状態と介護が必要な状態の中間の状態を言い、年を重ねて心身の活力が低下した状態のことを指しています。

■ふれあいのまちづくり事業

西東京市社会福祉協議会が進めている、小学校通学区域を中心に地域住民が主役となって繰り広げる「住民参加型」のまちづくり活動です。「こころのふれあうまち」「お互いに助け合うまち」「安心して暮らせるまち」を目指し、小学校の通学区域ごとに「住民懇談会」を組織し、地域ごとにさまざまな「まちづくり活動」を行っています。

■ほっとするまちネットワークシステム

市全体で地域福祉を推進するための西東京市独自の取り組みで、市民の誰もが住んでいてほっとできる地域になるよう、市民や地域の活動団体、ほっとネット推進員などさまざまな人やサービス、機関を地域福祉コーディネーターがつなぎ、地域の課題を解決していくためのネットワークのことです。

ま 行

■街中いこいなサロン

住民の方々が運営している“誰でも気軽に参加できる”集いの場(サロン活動)です。サロン活動では、月に1回以上決まった場所で、住民の方々が工夫を凝らしながら、さまざまな活動を提供しています。ご自分で来所・参加できる方であれば、子どもから高齢者まで、誰でも参加できます。

■民生委員

民生委員(民生委員・児童委員)は、民生委員法および児童福祉法に基づき設置された地域住民を支援するボランティアです。地域の相談相手として、暮らしの支援、高齢者・障害者の支援を行います。行政機関と協働し、問題が起こったときは速やかに連絡を取り合うなど、地域のパイプ役として活動しています。

■モニタリング

ケアプランを定期的に見直し、評価検証を行うことです。ケアプランが作成され、サービスなどを利用した結果、心身の状態が改善しているか、日常生活に新たな困りごとが生じていないかなど、ケアマネジャーやサービス事業者の専門的視点から見直しを行います。自立した日常生活の実現により近づけるよう、適切なケアプランにしていくための大切な作業です。

や 行

■夜間対応型訪問介護

夜間の安心を確保する必要がある要介護の利用者を対象に、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護を組み合わせで行います。介護保険における地域密着型サービスの一つとして位置づけられています。

■養護老人ホーム

身体上、精神上、環境上の問題があり、かつ経済的な理由で自宅において生活することが困難な高齢者が入所できる施設です。

■要支援・要介護

介護保険制度では、認定審査会が行う要介護認定の結果、「要支援1～2」または「要介護1～5」と認定された場合に介護保険のサービスを受けることができます。

要支援は、身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事などの日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について、6ヶ月間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、または身体上若しくは精神上の障害があるために6ヶ月間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態を言います。

一方、要介護は、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、6ヶ月間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態を言います。

■予防給付

要支援1・要支援2と認定された方に対するサービスです。対象者の特徴は、廃用症候群(骨関節疾患などを原因とし、徐々に生活機能が低下する状態)の方が多く、早い時期に予防とリハビリテーションを行うことで生活機能を改善できる可能性があります。本人の意欲を高めながら予防のサービスを提供することが必要とされます。

ら 行

■リハビリテーション

本来、リハビリテーションとは機能訓練事業だけでなく障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、地域の人とともに、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活に関わるあらゆる人々、機関、組織が協力し合って行うすべての活動をいいますが、本計画では、リハビリテーションを高齢者の生活機能の維持・改善、介護予防などの直接的支援の部分に限定して定義しています。

わ 行

■ワークショップ

学びや創造、問題解決やトレーニングの手法です。参加者が自発的に作業や発言できる環境が整った場で、ファシリテーターと呼ばれる司会進行役を中心に、参加者全員が意見や考え方を出しながら運営されます。

■ワーク・ライフ・バランス

「ワーク・ライフ・バランス」とは、内閣府男女共同参画会議(2007年7月)において、以下のように定義されています。

「ワーク・ライフ・バランス」とは、老若男女誰もが、仕事、家庭生活、地域生活、個人の自己啓発など、さまざまな活動について、自ら希望するバランスで展開できる状態です。このことは、「仕事の充実」と「仕事以外の生活の充実」の好循環をもたらし、多様性に富んだ活力ある社会を創出する基盤として極めて重要です。

平成19年(2007年)12月に決定された「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」では、ワーク・ライフ・バランスが実現した社会の姿として次の3点があげられています。

- ① 就労による経済的な自立が可能な社会
- ② 健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会
- ③ 多様な働き方、生き方が選択できる社会

西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）
（平成30年度～平成32年度）

平成30年3月

発行 西東京市

編集 西東京市健康福祉部高齢者支援課

☎ 202-8555

東京都西東京市中町一丁目5番1号（保谷庁舎）

☎ 042-464-1311（代表）



