

1 高齢者支援課
Senior Citizens Support Section

資料編

1階

1 高齢者支援課

高齢者福祉

1~3

- ・高齢者サービス係
- ・地域支援係
- ・在宅療養支援係
- ・在宅療養連携支援センター
(にしのみ)

- ・手技治療割引券支給サービス
- ・紙おむつ給付・助成金サービス
- ・高齢者配食サービス

- ・老人クラブ
- ・介護支援ボランティアポイント制度
- ・いきいきミニデイ
- ・老人福祉センター・福祉会館

- ・フレイルチェック

等

介護保険

4~6

- ・相談受付係
- ・介護認定係
- ・介護保険料係
- ・介護指導給付係

- ・介護保険要介護・要支援認定申請
- ・介護保険資格(転入・転出・転居等)
- ・介護保険料
- ・介護保険給付(高額介護サービス費等)
- ・相談

等

①

②

③

④

開示請求窓口

⑤

出入口

2地域共生課

高齢者支援課 介護受付係

高齢者支援課 介護受付係

高齢者支援課執務室

1 検討体制と検討経緯

(1) 検討体制

西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会及び西東京市介護保険運営協議会
委員名簿

(敬称略)

選出区分	氏名	所属等
学識経験者	◎ 渡邊 浩文	武蔵野大学
	○ 須加 美明	目白大学
保健医療関係者	平塚 龍太	西東京市医師会
	浅野 幸弘	西東京市歯科医師会
	伊集院 一成	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)
	丸山 道生	田無病院 (介護医療院)
福祉関係者	酒井 克子	望星田無クリニック (訪問介護事業所)
	尾林 和子	フローラ田無 (介護老人福祉施設)
	小柳 学	パートナー西東京店 (居宅介護支援事業所)
	市村 夏美	西東京市田無町地域包括支援センター
	篠宮 武男	西東京市民生委員児童委員協議会
	妻屋 良男	西東京市社会福祉協議会
市内に住所 を有する 被保険者 (市民公募)	石坂 正雄	第1号被保険者
	石井 龍兒	第1号被保険者
	松本 栄子	第2号被保険者
	松岡 裕子	第2号被保険者

◎座長(委員長)、○副座長(副委員長)

注 所属等は令和3年(2021年)1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	令和 2 年(2020 年) 6 月 25 日	(1) 令和元年度の取組状況について (2) 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第 8 期）について (3) 地域包括支援センター別ヒアリング及びグループインタビューについて
第 2 回	8 月 20 日	(1) 第 1 回会議録の確認について (2) 第 7 期計画における施策等の現状と課題 (3) 地域包括支援センター別ヒアリング及びグループインタビュー実施結果について (4) 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第 8 期）の方向性について
第 3 回	10 月 8 日	(1) 第 2 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 8 期）の骨子（案）について
第 4 回	11 月 12 日	(1) 第 3 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 8 期）の素案について
第 5 回	12 月 17 日	(1) 第 4 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 8 期）の素案について
第 6 回	令和 3 年(2021 年) 1 月 28 日	(1) 第 5 回会議録の確認について (2) パブリックコメントについて (3) 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第 8 期）の最終案について



会議の様子

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	令和元年(2019年) 7月29日	(1) 第7期計画の概要及び第5期～第7期の取組について (2) 計画策定に係るアンケート調査について
第2回	10月24日	(1) 第1回会議録の確認 (2) 平成30年度の取組状況について (3) 第8期計画策定のためのアンケート調査について
第3回	令和2年(2020年) 1月30日	(1) 第2回会議録の確認 (2) 第8期計画策定のためのアンケート調査結果(速報)について (3) 計画策定方針にかかる国の動向について
第4回	6月25日	(1) 第3回会議録の確認 (2) 計画策定方針にかかる国の動向について (3) 第8期計画策定のためのアンケート調査結果報告について
第5回	8月20日	(1) 第4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と課題 (3) 第8期計画策定における国の基本指針について
第6回	10月8日	(1) 第5回会議録の確認 (2) 第7期計画の実績検証 (3) 第8期の地域密着型サービスの整備
第7回	11月12日	(1) 第6回会議録の確認 (2) 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第8期)の素案について
第8回	12月17日	(1) 第7回会議録の確認 (2) 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第8期)の素案について (3) 介護保険事業の見込み
第9回	令和3年(2021年) 1月28日	(1) 第8回会議録の確認 (2) 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第8期)の最終案について (3) 介護保険事業の見込み

③パブリックコメントの実施

計画の策定に当たっては、パブリックコメント(市民意見提出手続制度)を実施しました。実施時期と提出された意見数は、以下のとおりです。

実施時期	意見数・人数
令和2年(2020年)12月15日～ 令和3年(2021年)1月15日	11件・2人

お寄せいただいた意見は、計画の策定及び今後の計画推進に向けて参考とさせていただきます。

なお、同時期に予定されていた市民説明会については、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため中止とし、市民説明会に代えて、市ホームページに計画素案の概要の動画を掲載しました。

2 施策の取組目標等

「第2部 基本理念の実現に向けた施策の展開」及び「第3部 介護保険事業の見込み」における各施策の取組目標は以下のとおりです。令和2年度（2020年度）は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のために実施を取りやめた事業や規模を縮小して実施した事業があります。指標を定めていない施策は、施策名と担当部署のみを掲載しています。

(1) 施策の取組目標

第1章 生きがい活動とフレイル予防の推進

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1 フレイル予防の推進					
1-1-1 重点	フレイル予防の自分事化の啓発	高齢者支援課			
	フレイルという言葉も内容も知っている一般高齢者の割合（高齢者一般調査）	30.8% (令和元年度)	—	40%	—
1-1-2	介護予防を実践する機会の提供	高齢者支援課・健康課			
	フレイル予防のためのミニ講座	6回	16回	24回	32回
	介護予防講演会	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回
	西東京しゃきしゃき体操講座など健康教育	8回	12回	12回	12回
1-1-3	地域医療福祉拠点モデル事業	高齢者支援課			
1-1-4	新たなサービス・支援の検討	高齢者支援課			
1-1-5	介護予防に関する意識啓発の促進	高齢者支援課			
2 生きがいづくり、地域参加の推進					
1-2-1	生きがいづくりの場の提供	高齢者支援課			
1-2-2	生きがい推進事業等の実施	高齢者支援課			
	生きがいづくり事業への延べ参加人数	4,400人	11,000人	11,000人	11,000人
1-2-3	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			
	公民館事業	10事業	5事業	6事業	6事業
	図書の延べ宅配回数	200回	240回	240回	280回
1-2-4	高齢者の就業を通じた生きがいの推進	高齢者支援課・地域共生課			
	シルバー人材センター就業人員	137,674人	158,000人	158,000人	158,000人

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1-2-5	就労機会の提供	企画政策課・産業振興課			
1-2-6	ボランティア活動、NPO、市民活動団体等による地域活動への参加促進	高齢者支援課・地域共生課・協働コミュニティ課			
	機関紙の発行	4回	4回	4回	4回
	イベント情報紙の発行	12回	12回	12回	12回
	ホームページ等での情報提供	随時	随時		
1-2-7	住民同士の支え合い活動の充実	高齢者支援課			
	介護支援ボランティアポイント登録者数	560人	580人	600人	620人
1-2-8	高齢者の通いの場の充実	高齢者支援課			
	住民主体の通いの場の箇所数	65箇所	68箇所	71箇所	74箇所
	通いの場の情報発信	検討	実施		
1-2-9	高齢者クラブ活動への支援	高齢者支援課			
	高齢者クラブ新規登録会員数	132人 (令和元年度)	150人	150人	150人
3 健康づくりの推進					
1-3-1	健康づくりに取り組む機会の提供	健康課			
	健康チャレンジ事業参加者数	400人	400人	400人	400人
1-3-2	身近な生活エリアで取り組む健康づくりの推進	健康課・みどり公園課			
	西東京しゃきしゃき体操講座など健康教育	8回	12回	12回	12回
	みどりの散策路めぐりの開催	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回
1-3-3	スポーツ・レクリエーションの推進	スポーツ振興課			
	だれでもスポーツに親しめる環境づくり	実施	実施		
1-3-4	食の自立と健康的な生活を実践する取組の充実	高齢者支援課・健康課			
	栄養・食生活相談開催回数	8回	12回	12回	12回
	栄養・食生活相談参加者数	30人	36人	42人	42人
	自主グループ数	5団体	5団体	5団体	5団体
1-3-5	健康診査等の実施	健康課・保険年金課			
	特定健康診査受診率	54%	56%	58%	60%
	後期高齢者医療保険加入者受診率	55%	55%	55%	55%

第2章 生活支援体制の充実

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1 情報提供、相談支援体制の充実					
2-1-1	情報提供体制の強化	高齢者支援課			
2-1-2	出前講座の実施	高齢者支援課・健康課			
	西東京しゃきしゃき体操講座など出前講座	10回	15回	15回	15回
2-1-3	相談体制の充実	高齢者支援課・地域共生課			
2-1-4	重層的な支援体制の実現	地域共生課			
2-1-5	関係機関との連携強化	高齢者支援課			
2-1-6	地域包括支援センターの機能強化	高齢者支援課			
	地域包括支援センターの認知度（高齢者一般調査）	50.7% (令和元年度)	—	58.4%	—
2-1-7	高齢者生活状況調査の実施	高齢者支援課			
	高齢者の生活状況や健康状態などの調査	—	実施	—	—
2 家族介護者への支援					
2-2-1	家族会・介護者のつどいの支援	高齢者支援課			
	家族介護者の集いの場の開催（全地域包括支援センター）	6回以上	6回以上	6回以上	6回以上
2-2-2	介護講習会の開催	高齢者支援課			
	介護講習会の開催日数	3日間	3日間	3日間	3日間
2-2-3	家族介護慰労金	高齢者支援課			
	家族介護慰労金の支給	実施	実施		
2-2-4	家族介護者を支えるための仕組みの検討	高齢者支援課			
3 地域ぐるみで支え合う仕組みづくり					
2-3-1	生活支援体制整備事業	高齢者支援課			
	第1層協議体開催回数	3回 (目標1回)	1回以上	1回以上	1回以上
2-3-2	地域ケア会議の推進	高齢者支援課			
	地域ケア会議Ⅰ（包括主催）の開催	2回	30回	30回	30回
	地域ケア会議Ⅱ（包括主催）の開催	新型コロナのため 未実施	8回	8回	8回
地域ケア会議Ⅲ（市主催）の開催	1回		1回	1回	

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
2-3-3	ささえあいネットワークの充実	高齢者支援課			
	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	1,900人	2,100人	2,300人
	ささえあい協力団体数	240団体	250団体	260団体	270団体
2-3-4	地域での支え合い活動の推進	高齢者支援課・地域共生課			
2-3-5	ボランティアの育成・活用	地域共生課			
	ボランティア講座など開催回数	6回	6回	6回	6回
2-3-6	NPO、市民活動団体等の育成・連携	協働コミュニティ課			
	講座・セミナー等の開催	5回	7回	7回	7回
	活動スペース・機材等の提供	随時	随時		
	ホームページ等での情報提供	随時	随時		
2-3-7	身近な地域における地域活動の場の充実	高齢者支援課・地域共生課			
2-3-8	障害者施策から高齢者施策まで切れ目のない支援	障害福祉課			
2-3-9	地域共生社会に関する周知啓発	高齢者支援課・地域共生課			
2-3-10	公民連携の推進	高齢者支援課			
	公民連携事業の実施件数	実施	実施		
4 高齢者福祉サービスの充実					
2-4-1	高齢者配食サービス	高齢者支援課			
	サービスの提供	実施	実施		
2-4-2	認知症及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			
	サービスの提供	実施	実施		
2-4-3	高齢者等紙おむつ助成金交付	高齢者支援課			
	サービスの提供	実施	実施		
2-4-4	高齢者住宅改造費給付サービス	高齢者支援課			
	サービスの提供	実施	実施		
2-4-5	高齢者福祉サービスの実施	高齢者支援課			

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
5 権利擁護と虐待防止の推進					
2-5-1	日常生活の自立支援と成年後見制度への移行支援	地域共生課			
	日常生活自立支援事業 新規契約者	26件	26件	26件	27件
2-5-2	権利擁護事業の普及啓発	高齢者支援課			
	権利擁護担当者連絡会 開催回数	12回	12回	12回	12回
2-5-3	高齢者虐待防止連絡会での施策の検討	高齢者支援課			
	高齢者虐待防止連絡会 開催回数	2回	2回	2回	2回
2-5-4	高齢者虐待防止のための意識啓発	高齢者支援課			
	虐待防止キャンペーン 開催回数	1回	1回	1回	1回
2-5-5	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			
	虐待対応モニタリング会議 開催回数	16回 (全包括において各2回開催)	16回 (全包括において各2回開催)	16回 (全包括において各2回開催)	16回 (全包括において各2回開催)
2-5-6	養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			
	施設合同分科会、認知症対応型共同生活介護事業者分科会等	新型コロナのため未実施	実施		

第3章 認知症施策の推進

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1 認知症の方などへの支援					
3-1-1	認知症に関する意識啓発及び講座等の実施	高齢者支援課			
	認知症講演会	新型コロナのため未実施	年1回 参加者数 150人	年1回 参加者数 150人	年1回 参加者数 150人
3-1-2	若年性認知症施策の推進	高齢者支援課・障害福祉課			
	若年性認知症家族会・当事者会の開催	2回	4回	4回	4回
3-1-3 重点	認知症の普及・啓発	高齢者支援課			
	認知症ケアパスの配布	3,000部	3,000部	3,000部	3,000部
3-1-4	みまもりシールの配付、あんしん声かけ体験	高齢者支援課			
	行方不明模擬捜索活動の実施	新型コロナのため未実施	年1回	年1回	年1回
3-1-5	認知症高齢者徘徊位置探索サービス	高齢者支援課			
	サービスの提供	実施	実施		
2 認知症の方を地域で支える仕組みづくり					
3-2-1 重点	認知症サポーターの育成支援	高齢者支援課			
	認知症サポーターの新規登録者数	580人	1,500人	1,500人	1,500人
	認知症サポーター・ボランティアの新規登録者数	5人	30人	30人	30人
3-2-2	認知症カフェの普及	高齢者支援課			
	認知症カフェ実施団体数	11団体	17団体	17団体	17団体
3-2-3	認知症支援コーディネーターの配置	高齢者支援課			
	相談件数	150件	200件	200件	200件
3-2-4 重点	早期診断・早期対応のための体制整備	高齢者支援課			
	認知症初期集中支援チーム事業対象件数	7件	15件	17件	19件
	認知症健診推進事業の実施	普及啓発	普及啓発・検診		

第4章 在宅療養体制の充実

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1 市民への理解促進					
4-1-1	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			
	今後の希望について家族等へ意向を伝えている一般高齢者の割合（高齢者一般調査）	49% (令和元年度)	—	60%	—
4-1-2	医療機関等の情報提供（西東京市健康事業ガイド等）	健康課			
	ホームページ掲載	12回	12回	12回	12回
	西東京市健康事業ガイド配布数	113,000部	113,000部	113,000部	113,000部
2 在宅療養の体制整備					
4-2-1	在宅療養者が安心できる体制の充実	高齢者支援課			
	在宅療養後方支援病床利用延べ人数	34人	36人	38人	40人
4-2-2	多職種連携を強化する関係づくりの構築	高齢者支援課			
	リーダー研修参加者数	新型コロナのため未実施	10人	10人	10人
	基礎研修参加者数	64人	64人	64人	64人
	病院・在宅研修参加者数	新型コロナのため未実施	50人	50人	50人
4-2-3	多職種連携のための情報共有の仕組みづくり	高齢者支援課			
	ICTの活用・システムについての検討	実施	実施		
4-2-4	在宅療養に係る相談体制の充実	高齢者支援課			
	在宅療養連携支援センターの認知度（医療機関調査）	20.5% (令和元年度)	—	30%	—
4-2-5	在宅歯科医療連携の推進	健康課			
	在宅健診・診療の実施回数	5件	10件	10件	10件
4-2-6	介護施設等における看取りの推進	高齢者支援課			
	介護職向けの看取りに係る研修開催	2回	2回	2回	2回
4-2-7	泉小学校跡地の活用	高齢者支援課			
	在宅療養推進施設の整備	整備		開設	

第5章 安心して暮らせる環境づくり

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1 多様な住まい方の実現					
5-1-1	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			
	高齢者世帯50件申込に対する契約決定件数	25件以上	25件以上	25件以上	25件以上
5-1-2	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			
	住まい方に関する情報提供	実施	実施		
5-1-3	シルバーピアの運営	高齢者支援課			
	シルバーピア8箇所への生活協力員の配置	実施	実施		
5-1-4	養護老人ホームへの入所	高齢者支援課			
2 人にやさしいまちづくりの推進					
5-2-1	高齢者への外出支援	高齢者支援課			
	外出支援サービスの提供	実施	実施		
5-2-2	安心して歩ける道路の整備の推進	道路建設課			
	市道の舗装補修の実施	実施	実施		
	私道の舗装補修の実施	実施	実施		
3 いざというときの仕組みづくり					
5-3-1	高齢者救急代理通報システム等の設置	高齢者支援課			
	サービスの提供	実施	実施		
5-3-2	高齢者緊急短期入所サービス	高齢者支援課			
5-3-3	災害時要援護者及び避難行動要支援者の支援体制の整備	高齢者支援課・危機管理課			
5-3-4	災害時等における支援計画の作成	高齢者支援課・危機管理課			
	個別計画の作成件数	150件	150件	150件	150件
5-3-5	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・危機管理課			
5-3-6	地域の防犯体制の整備	危機管理課			
	防犯活動団体の補助金受付	4回	4回	4回	4回

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
5-3-7	防犯意識の啓発・情報提供	危機管理課			
	防犯講演会の開催	新型コロナ のため 未実施	1回	1回	1回
	防犯啓発に関する記事の広報への掲載	20回	24回	24回	24回
	いーなメールによる情報発信	12回	12回	12回	12回
5-3-8	消費者保護の仕組みづくり	協働コミュニティ課			
5-3-9	高齢者の感染症等に対する予防・啓発	健康課			
	高齢者インフルエンザ予防接種者数（65歳以上）	27,000人	25,500人	17,400人	17,400人
	高齢者インフルエンザ予防接種者数（60歳～65歳未満）	50人	50人	50人	50人
	高齢者肺炎球菌予防接種者数（65歳以上）	1,500人	2,200人	1,500人	1,500人
高齢者肺炎球菌予防接種者数（60歳～65歳未満）	5人	5人	5人	5人	

第6章 介護保険サービス等の充実

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1 サービスの質の向上					
6-1-1 重点	ケアマネジメントの環境の整備	高齢者支援課			
6-1-2	主任ケアマネジャーの活動を通じたケアマネジメントの質の向上	高齢者支援課			
6-1-3	サービス事業者の質の向上	高齢者支援課			
6-1-4	講習や研修会の情報提供	高齢者支援課			
	居宅介護支援事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施 (情報等資料配布11回)	11回	11回	11回
	訪問介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	6回	6回	6回
	通所介護・通所リハビリ事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回
	福祉用具貸与・販売・住宅改修事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	3回	3回	3回
	施設合同分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回
	認知症対応型共同生活介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回
	訪問看護・訪問入浴介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回
6-1-5	福祉サービス第三者評価の普及・推進	地域共生課			
	福祉サービス第三者評価受審事業所数(市補助利用)	25事業所	30事業所	30事業所	30事業所

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
2 介護人材の確保・介護現場の革新への支援					
6-2-1	西東京市くらしヘルパーの育成・活用	高齢者支援課			
	西東京市くらしヘルパー就業数	25人	30人	35人	40人
6-2-2 重点	介護人材確保の支援策の検討	高齢者支援課			
6-2-3 重点	介護人材の育成・質の向上	高齢者支援課			
	介護職員初任者研修受講料助成対象者数	6人	10人	10人	10人
	居宅介護支援事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施 (情報等資料配布11回)	11回	11回	11回
	訪問介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	6回	6回	6回
	通所介護・通所リハビリ事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回
	福祉用具貸与・販売・住宅改修事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	3回	3回	3回
	施設合同分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回
	認知症対応型共同生活介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回
	訪問看護・訪問入浴介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回
6-2-4 重点	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			

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
3 介護保険サービス提供体制の充実					
6-3-1	介護保険連絡協議会の充実	高齢者支援課			
	居宅介護支援事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施 (情報等資料配布11回)	11回	11回	11回
	訪問介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	6回	6回	6回
	通所介護・通所リハビリ事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回
	福祉用具貸与・販売・住宅改修事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	3回	3回	3回
	施設合同分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回
	認知症対応型共同生活介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回
	訪問看護・訪問入浴介護事業者分科会 開催回数	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回
6-3-2	地域密着型サービスの充実・効果的な活用	高齢者支援課			
	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の整備	看護小規模多機能型居宅介護1箇所	—	1箇所	—
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備	1箇所 (令和元年度)	—	2箇所	—
	地域密着型介護老人福祉施設の整備	—	—	—	1箇所

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
6-3-3	介護サービス事業者の情報の積極的な発信	高齢者支援課			
	「介護保険事業者ガイドブック」の発行	2,800部	2,800部	2,800部	2,800部
	ホームページへの掲載	1回	1回	1回	1回
6-3-4	地域リハビリテーションネットワークの強化	健康課			
	講演会	1回	1回	1回	1回
	意見交換会	1回	1回	1回	1回
6-3-5	「介護の日」事業の実施	高齢者支援課			
6-3-6	分かりやすい広報活動の充実	高齢者支援課			
	「介護保険と高齢者福祉の手引き」の発行	7,200部	107,400部	7,200部	7,200部

第11回 西東京市「介護の日」イベント

2025年までにわたしたちができること、わたしたちがするべきこと Part3
～ みんなでつながろう 共生の輪 ～

令和元年 **11月14日(木)**
11:00~16:30
アスタセンターコート
(田無駅北口アスタビル2階)

11:00~ オープニング
11:15~ 西東京しゅきしゅき体操
(西東京しゅきしゅき体操推進リーダー)
11:30~ 体力測定をして自分の体力を知ろう!
転ばぬ先の杖、歩行器手すりを使って
外出しよう!
(東京都理学療法士協会・西東京市介護保険連絡協議会)

12:30~ ながら運動でフレイル予防
(西東京市東遊整復協会)

13:00~ 見つけよう! 地域のいいね!
(主任ケアマネジャー・地域リレーションシップ研究部会)

14:00~ サロン活動の紹介 (西東京市社会福祉協議会)

15:00~ オールフレイル予防講座 (西東京市歯科医師会)

15:30~ 地域包括支援センターの紹介
(地域包括支援センター)

16:00~ フィナーレ
ハンドヘルサンプリング「クリスタル」
【常時展示】★おくすり相談 (西東京市薬剤師会)
★福祉コーナー (西東京市歯科医師会)
★福祉用具展示 ★介護川柳 ★フレイル予防
★社会福祉協議会PRコーナー

【2025年問題とは...】
2025年までにいわゆる団塊の世代が75歳以上となり、医療と介護の両方を必要とする高齢者の増大が予想されています。そのため、全国で地域のすべての人が地域ぐるみで支えあうしくみづくり＝地域包括ケアシステムの構築が急がれています。

【介護の日とは...】
11月11日(11/11の日)は、「介護について理解と認識を深め、高齢者や障害者等に対する介護に関し、国民への啓発を重点的に実施するための日」として、平成20年に国により「介護の日」と制定されました。

主催：西東京市 共催：社会福祉法人西東京市社会福祉協議会
協力：西東京市医師会 西東京市歯科医師会 西東京市薬剤師会 西東京市東遊整復協会
東京都理学療法士協会 西東京市介護保険連絡協議会
問合せ：西東京市 健康福祉部 高齢者支援課「介護の日」担当 電話 042-438-4032

“今年も!”
介護川柳 大募集!!

11月14日(木) アスタ・センターコートに掲示します

第11回 西東京市「介護の日」イベントでは、開催日当日に掲示する『介護川柳』を募集いたします。日ごろの介護に関する出来事や楽しいもの、なごむもの、深〜いもの、介護をする方への応援メッセージなど、さまざまな川柳をお待ちしています。

令和元年
応募〆切 10月15日(火)
※消印有効、FAX 受信有効

++記入事項++
自作の川柳、詩書(日頃の介護の様子や、川柳に込められた思い、大切な人との出来事など) 100字程度、公表する名前(ニックネーム、匿名可)

はがきで応募の場合は、宮製はがきに記入事項をお書きの上、投函ください。
<宛先>
〒202-8555 西東京市中町1-5-1
西東京市 高齢者支援課「介護の日」担当宛

FAXで応募の場合は、このチラシの裏面にある応募用紙に記入事項をお書きの上、送ってください。
<FAX>042-438-2024

応募用紙は裏面です!

※応募いただいた川柳は「介護の日」イベント当日以降も、市のホームページ等で掲載させていただく場合がございます。なお、返却はできませんのでご了承ください。
※イベント当日の掲示をもって、採用の発表とさせていただきます。

【問い合わせ先】 西東京市 高齢者支援課 「介護の日」担当
☎ : 042-438-4032

「介護の日」ポスター等

施策体系・施策等		担当部署			
		令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
4 保険者機能の強化					
6-4-1 重点	介護給付適正化の取組の推進		高齢者支援課		
6-4-2	地域密着型サービス・居宅介護支援事業者の指導検査体制の強化		高齢者支援課・地域共生課		
6-4-3	保険料収納率向上の取組		高齢者支援課		



「介護保険事業者ガイドブック」
「介護保険と高齢者福祉の手引き」

(2) 介護給付適正化の取組目標

施策（１）要介護認定の適正化

内容	認定調査員、主治医、介護認定審査会委員の資質向上のための研修の充実を図ります。要介護認定を通じて得られる様々な介護状態の把握・分析を行い、自立支援・重度化防止等の取組に活用します。		
取組目標	令和３年度（2021年度）	令和４年度（2022年度）	令和５年度（2023年度）
	<ul style="list-style-type: none"> ・制度改正による要介護認定の見直し、簡素化等への対応を行う。 ・取組方針に沿った介護認定審査会等を実施する。 ・内容の充実・平準化を図るための主治医・審査会委員・認定調査員研修等を実施する。 ・業務分析データ及び地域包括ケア「見える化」システム等の活用を図る。 ・指定居宅介護支援事業所等への委託調査票の内容点検を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・取組方針に沿った介護認定審査会等を実施する。 ・内容の充実・平準化を図るための主治医・審査会委員・認定調査員研修等を実施する。 ・業務分析データ及び地域包括ケア「見える化」システム等の活用を図る。 ・指定居宅介護支援事業所等への委託調査票の内容点検を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定審査会の適正化の取組による効果や課題の整理、評価を行う。 ・取組方針に沿った介護認定審査会等を実施する。 ・内容の充実・平準化を図るための主治医・審査会委員・認定調査員研修等を実施する。 ・業務分析データ及び地域包括ケア「見える化」システム等の活用を図る。 ・指定居宅介護支援事業所等への委託調査票の内容点検を実施する。

施策（２）ケアプランの点検

内容	自立支援・重度化防止に資するケアプランが作成できるよう、「ケアプラン点検支援ハンドブック」を活用し、市内各居宅介護支援事業所に助言型のケアプラン点検を行い、「自立支援に資するケアマネジメント」を図るための支援を行います。		
取組目標	令和３年度（2021年度）	令和４年度（2022年度）	令和５年度（2023年度）
	<p><各年度共通の取組目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ケアプラン点検支援ハンドブック」を活用しケアプラン点検を実施するとともに、点検後の経過を把握する。 ・点検対象以外のケアマネジャーにも点検結果等の共有を図る。 ・管内のケアマネジャーと自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの考え方を共有する。 		

施策（３）住宅改修等の点検

内容	利用者の身体状況を踏まえた適切な住宅改修などとなるよう、利用者や住宅改修等を行う事業者への普及啓発とともに、適切なサービスが提供されるよう、必要に応じて聞き取りや訪問調査を実施し、助言等を行います。		
取組目標	令和３年度（2021年度）	令和４年度（2022年度）	令和５年度（2023年度）
	<p><各年度共通の取組目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者に対して利用者の身体状況等を踏まえた適切な住宅改修及び福祉用具の利用となるよう普及啓発をする。 ・住宅改修の施工前点検を行うほか、必要に応じ訪問調査を行い、適切な改修がなされているか点検する。 ・福祉用具利用者等へ調査等を行い、必要性や利用状況を点検し、効果の実態を把握する。 		

施策（４）縦覧点検・医療情報との突合			
内容	東京都国民健康保険団体連合会から提供される疑義のある介護給付の請求情報や、医療給付と介護給付との突合情報を基に、請求内容を点検し、サービス提供事業者が適切に介護報酬の算定を行うことができるよう、指導・助言を行います。		
取組目標	令和３年度（２０２１年度）	令和４年度（２０２２年度）	令和５年度（２０２３年度）
	<各年度共通の取組目標> ・重複請求縦覧チェック、算定期間回数制限チェック、居宅介護支援請求におけるサービス実施状況など、有効性が高いとされる帳票を活用し、点検を実施するとともに、事業者への指導等を実施する。		
施策（５）介護給付費通知			
内容	年１回、介護保険サービスの利用者に、サービス利用状況の確認と適切なサービス利用を普及啓発するため、利用したサービス事業所やサービスの種類、利用者の負担額などとともに、適正化の取組状況やサービスに関する情報提供などを併せて行います。		
取組目標	令和３年度（２０２１年度）	令和４年度（２０２２年度）	令和５年度（２０２３年度）
	<各年度共通の取組目標> ・年１回、介護給付費通知を利用者へ通知し、サービス利用状況の把握、確認ができる機会を提供する。 ・介護給付費通知の趣旨等について、ケアマネジャーへ周知協力を求める。 ・サービス利用者への広報媒体として併せて活用する。		
施策（６）給付実績の活用			
内容	適切なサービス提供や介護費用の効率化、事業者の指導育成を図るため、東京都国民健康保険団体連合会から提供されている給付実績データを活用し、介護給付適正化の取組や実地指導などを行います。また、地域包括ケア「見える化」システムなどを活用し、他自治体との比較、サービス種類ごとの利用状況の把握等を行い、各施策の評価・分析に生かします。		
取組目標	令和３年度（２０２１年度）	令和４年度（２０２２年度）	令和５年度（２０２３年度）
	<各年度共通の取組目標> ・国保連合会介護給付適正化システムにより提供される帳票により、不適切な給付や事業者を把握し、指導等を行う。 ・地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、他自治体との比較、検証、分析を行い、事業運営の基礎データとして活用する。		
施策（７）介護給付適正化計画のPDCA			
内容	毎年度、介護保険運営協議会を開催し、学識者等の専門職による事業運営状況や各施策の実施状況の把握、分析、評価等を行います。また、庁内の企画財政部門と連携した庁内検討組織により、適切な事業運営に努めます。		
取組目標	令和３年度（２０２１年度）	令和４年度（２０２２年度）	令和５年度（２０２３年度）
	<各年度共通の取組目標> ・介護保険運営協議会を開催し、事業運営状況、各施策の実施状況の把握、分析、評価等を行う。 ・庁内検討組織により、課題の把握、分析、施策の方向性の検討等を行う。		

3 各種調査結果

(1) 高齢者の生活状況(アンケート調査結果から)

グラフ中の【 】は、4ページに記載のアンケート調査の調査種別の略称を指します。

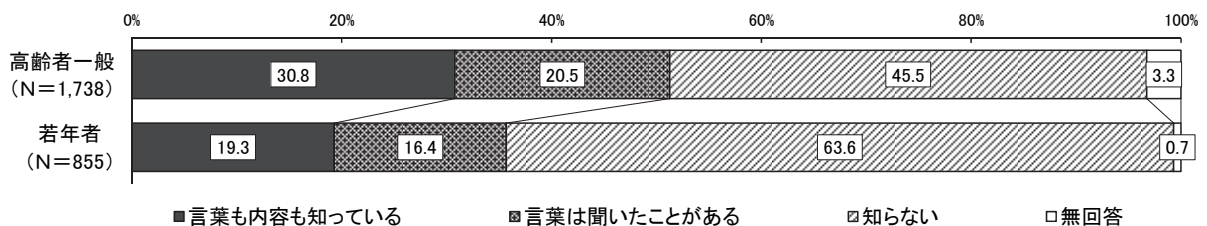
①フレイル予防や地域での活動、生きがいについて

■フレイルの認知度について

・フレイルについて「言葉も内容も知っている」人は、高齢者一般調査で約3割、若年者調査では約2割である。

【高齢者一般】 フレイルの認知度 (問 19・単一回答)

【若年者】 フレイルの認知度 (問 14・単一回答)

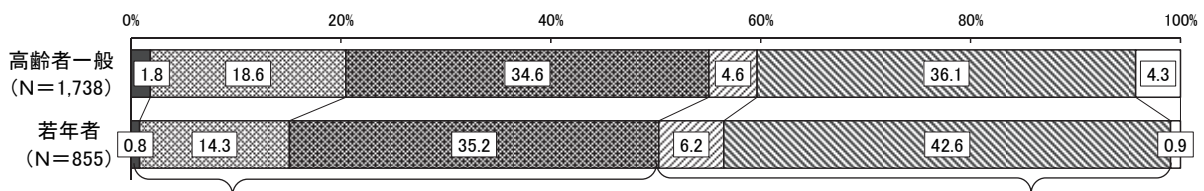


■地域の行事や活動への参加状況

・地域の行事や活動へは「まったく参加しない」が多く、次いで「頼まれれば参加・協力する」である。
 ・参加の理由は「この地域に住んでいる」や「地域との関わりを持ちたい」、参加しない理由は「興味の持てる行事や活動がない」や「友人や知人がいない」が多い。

【高齢者一般】 地域の行事や活動への参加状況 (問 13・単一回答)

【若年者】 地域の行事や活動への参加状況 (問 9・単一回答)



参加している理由

- ・【高齢者一般】 「この地域に住んでいるから」 (63.1%)、「地域との関わりを持ちたいから」 (30.5%)
- ・【若年者】 「この地域に住んでいるから」 (66.0%)、「地域との関わりを持ちたいから」 (27.7%)

- どの行事にも積極的に参加・協力する
- 関心があるものについては積極的に参加・協力する
- 頼まれれば参加・協力する
- 頼まれてもあまり参加・協力しない
- まったく参加しない
- 無回答

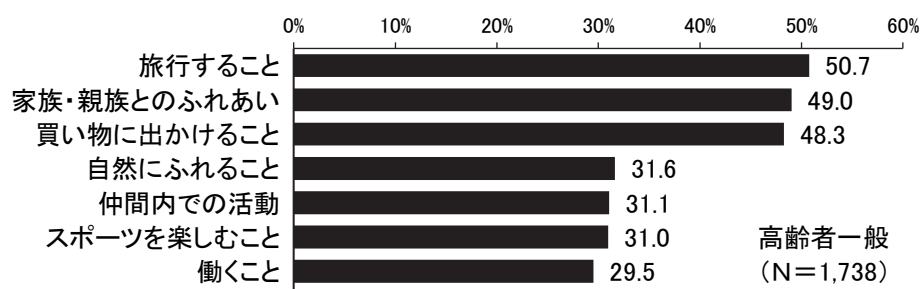
参加しない理由

- ・【高齢者一般】 「興味の持てる行事や活動がないから」 (39.6%)、「友人や知人がいないから」 (21.9%)
- ・【若年者】 「興味の持てる行事や活動がないから」 (31.7%)、「友人や知人がいないから」 (22.5%)

■生きがいのある活動について

・続けていること、今後行いたい活動は「旅行すること」、「家族・親族とのふれあい」、「買い物に出かけること」が多い。

【高齢者一般】 続けていること、今後行いたい活動（問27・複数回答）※上位7つまで抜粋



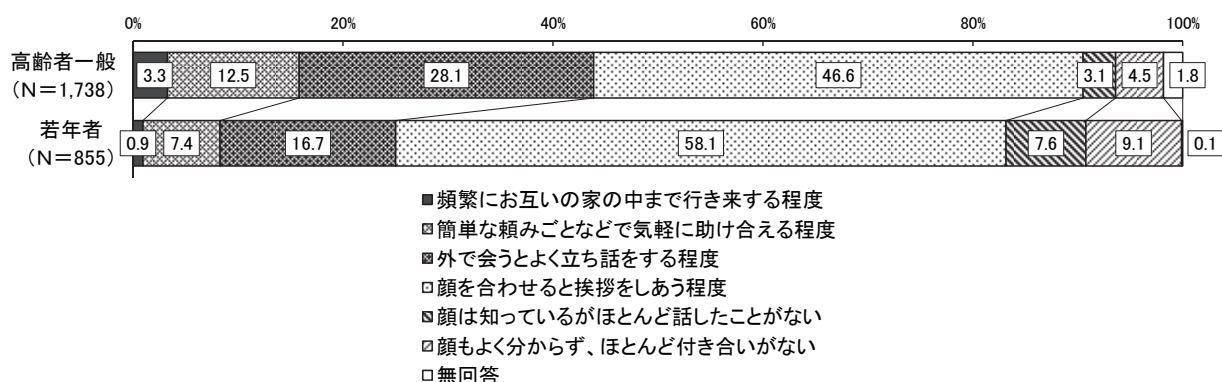
②日頃の生活について

■隣近所との付き合いについて

・近所付き合いは「顔を合わせると挨拶をしあう程度」が多い。
 ・近所付き合いのない理由は「普段から付き合い合う機会がない」ほかに、若年者調査では「仕事や家事が忙しい」こと、高齢者一般調査では「あまり関わりたくない」という理由も挙がっている。

【高齢者一般】 隣近所との付き合い（問12・単一回答）

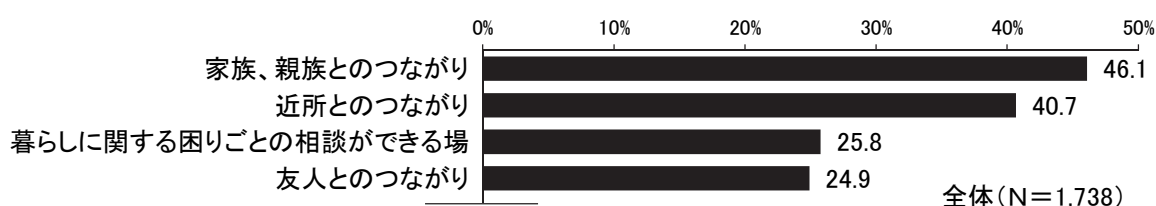
【若年者】 隣近所との付き合い（問8・単一回答）



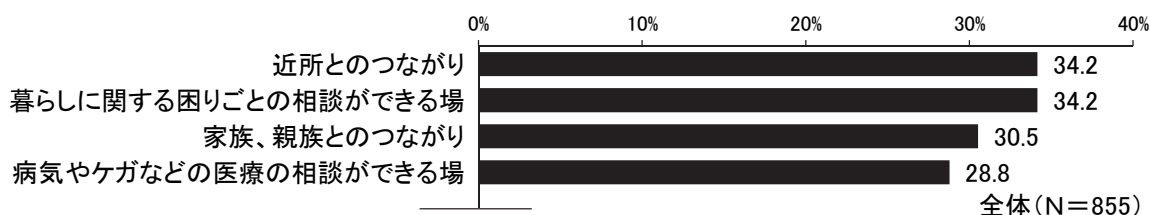
■今後地域で暮らしていくために必要だと思うこと

・今後地域で暮らしていくために必要だと思うことは、「家族・親族とのつながり」、「近所とのつながり」、「暮らしに関する困りごとの相談ができる場」が多い。
 ・高齢者一般調査では4番目に「友人とのつながり」が多く、若年者調査では「病気やケガなどの医療の相談ができる場」が多くなっている。

【高齢者一般】 今後地域で暮らしていくために必要だと思うこと（問37・複数回答（3つまで））
 ※上位4つまで抜粋



【若年者】 今後地域で暮らしていくために必要だと思うこと（問 33・複数回答（3つまで））
※上位4つまで抜粋

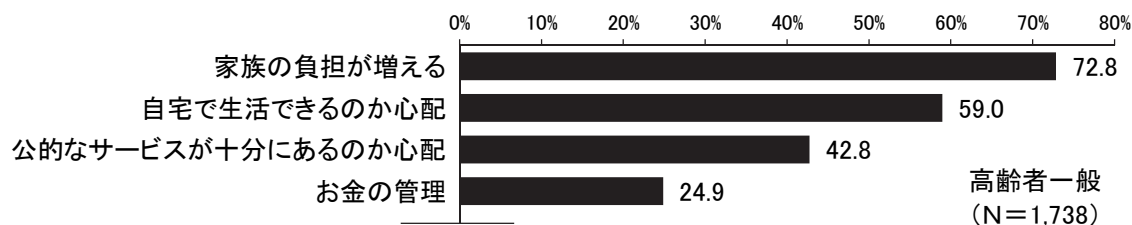


③認知症について

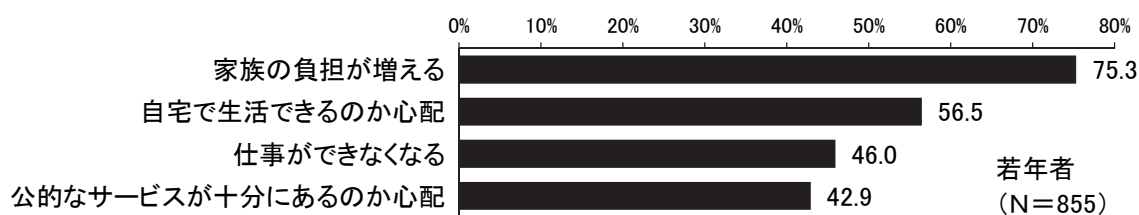
■認知症で心配なことについて

・認知症で心配なことは「家族の負担が増える」や「自宅で生活できるのか心配」が多い。

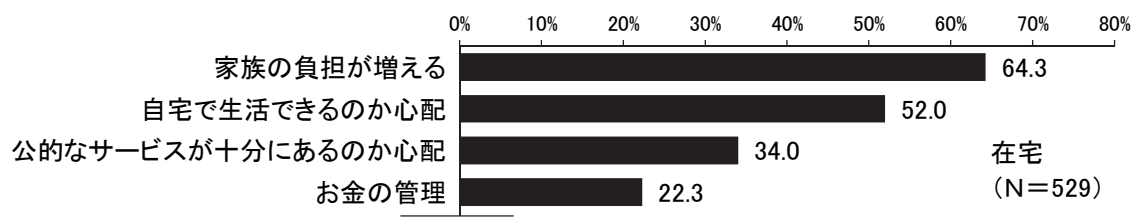
【高齢者一般】 認知症で心配なこと（問 29・複数回答） ※上位4つまで抜粋



【若年者】 若年性認知症で心配なこと（問 24・複数回答） ※上位4つまで抜粋



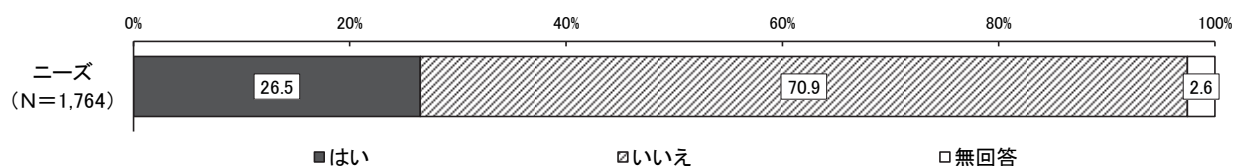
【在宅】 認知症で心配なこと（問 27・複数回答） ※上位4つまで抜粋



■認知症に関する相談窓口を知っているか

・認知症に関する窓口を「知っている（「はい」と回答した）」人は26.5%となっている。

【ニーズ】 認知症に関する相談窓口を知っているか（問 66・単一回答）



④在宅療養、医療・介護の連携について

■今後の希望（人生の最期の居場所）について

・人生の最期に希望する居場所は「自宅」が最も多い。

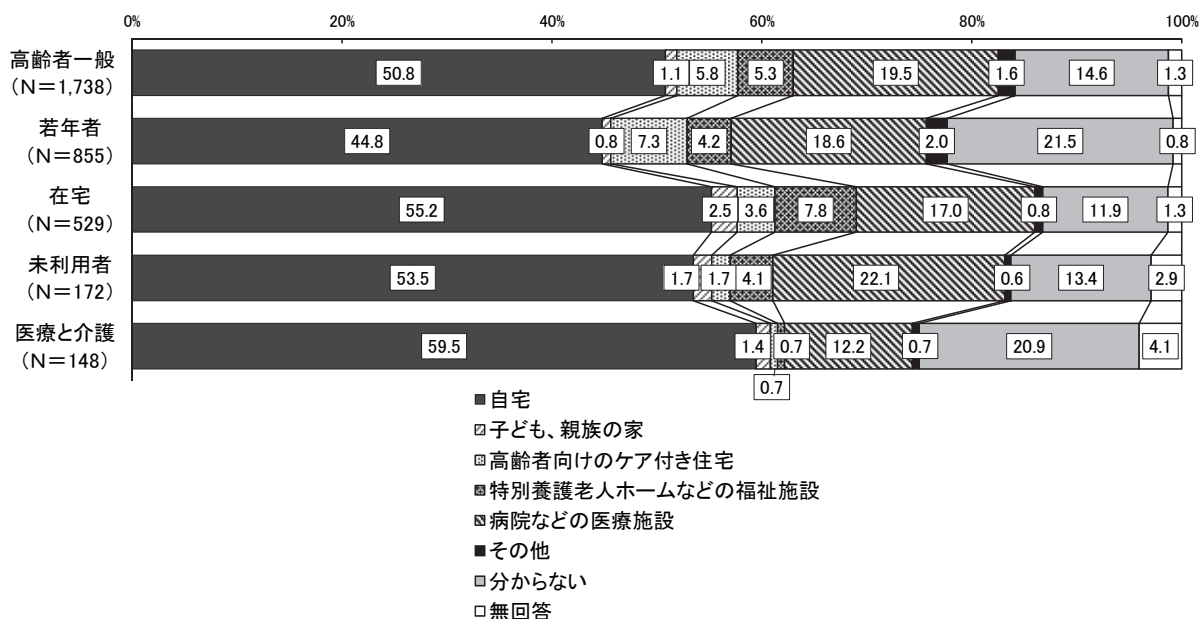
【高齢者一般】 今後の希望（人生の最期の居場所）について（問 24・単一回答）

【若年者】 今後の希望（人生の最期の居場所）について（問 19・単一回答）

【在宅】 今後の希望（人生の最期の居場所）について（問 12・単一回答）

【未利用者】 今後の希望（人生の最期の居場所）について（問 14・単一回答）

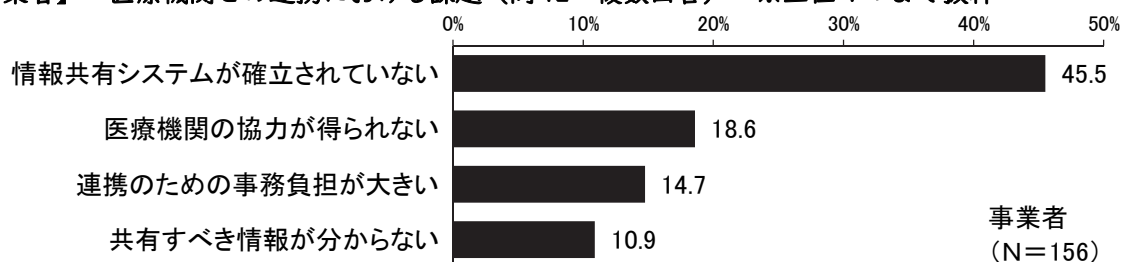
【医療と介護】 今後の希望（人生の最期の居場所）について（問 26・単一回答）



■医療と介護の連携の課題について

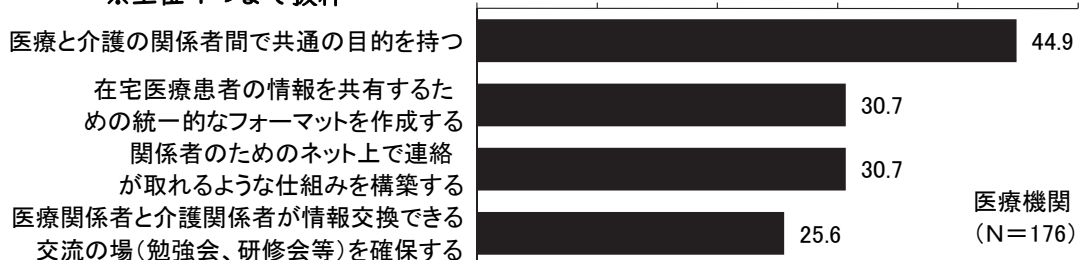
・医療と介護の連携における課題として、介護サービス事業者からは「情報共有システムが確立されていない」、医療機関からは「（医療側と介護側が）共通の目的を持つ」が挙げられている。

【事業者】 医療機関との連携における課題（問 12・複数回答） ※上位4つまで抜粋



【医療機関】 医療職と介護職の連携のために充実すべきこと（問 16・複数回答）

※上位4つまで抜粋

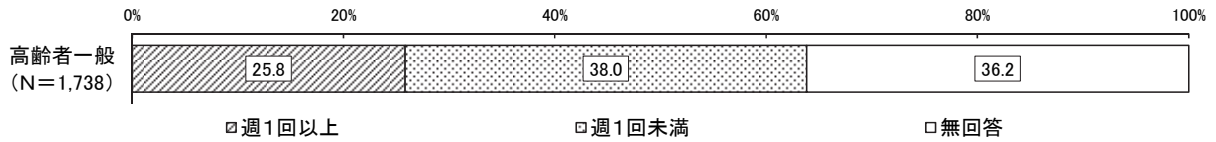


⑤外出や移動について

■外出の頻度

・高齢者一般調査では、買物及び通院やリハビリ以外での外出については、4人に1人が「週1回以上」外出している。

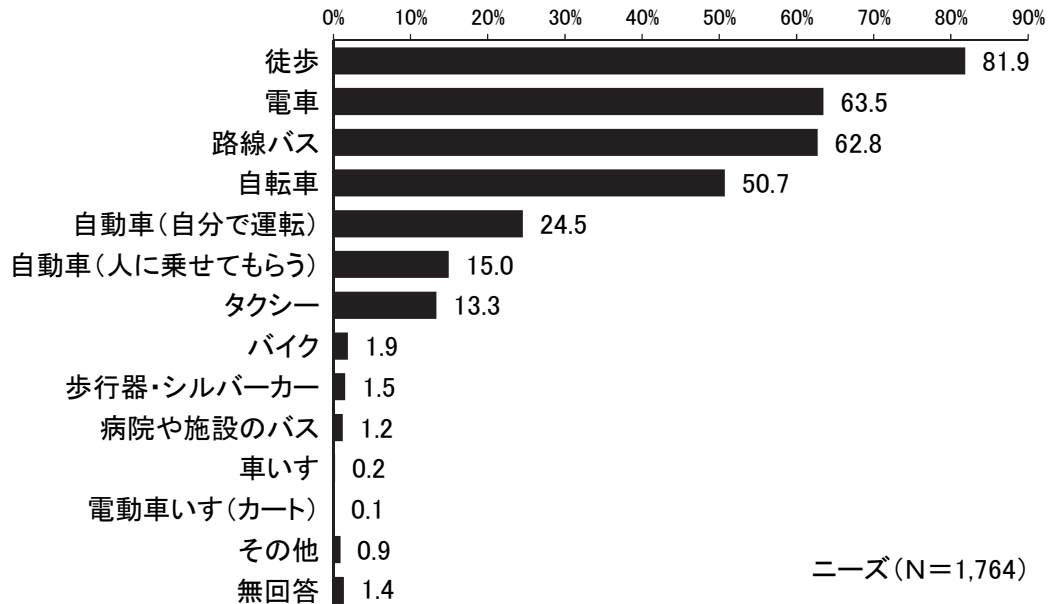
【高齢者一般】 買物及び通院やリハビリ以外での外出の頻度（問8・単一回答）



■外出する際の移動手段

・外出する際の移動手段は、「徒歩」が最も多く、次いで「電車」や「路線バス」など公共交通機関の利用が多い。

【ニーズ】 外出する際の移動手段（問19・複数回答）

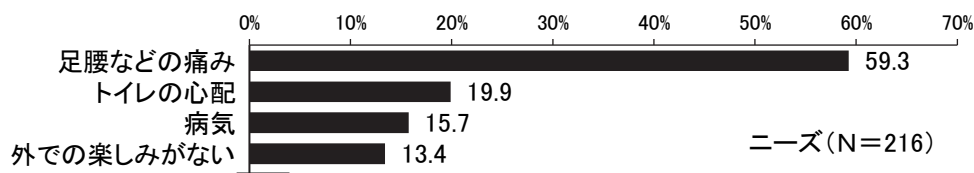


■外出を控えている理由

・外出を控えている人の理由は、「足腰などの痛み」、「トイレの心配」、「病気」に続いて、「外での楽しみが少ない」となっている。

【ニーズ】 【外出を控えている人のみ】 外出を控えている理由（問18付問・複数回答）

※上位4つまで抜粋



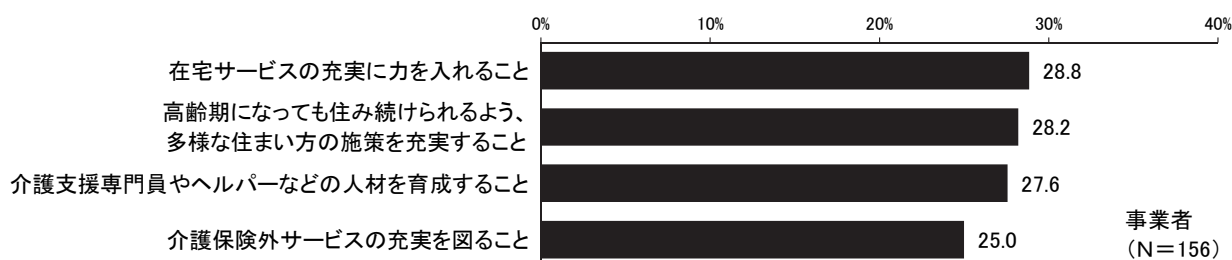
⑥介護保険サービスについて

■介護保険制度全体のための重点事項

- ・介護保険サービス事業者からは、市が力をいれるべきこととして、「在宅サービスの充実」、「多様な住まい方の施策の充実」、「人材育成」が挙がっており、介護支援専門員からは「多様な住まい方の施策の充実」のほか、「介護保険外サービスの充実」や「市民への啓発・PR」が挙がっている。

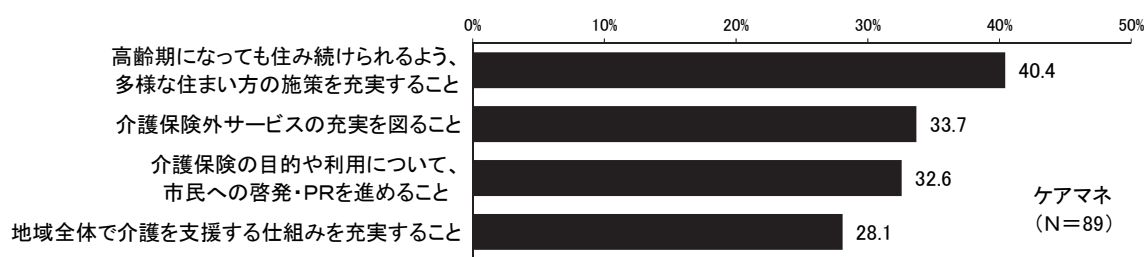
【事業者】 介護保険制度全体をよくするために市が力をいれるべきこと（問29・複数回答）

※上位4つまで抜粋



【ケアマネ】 介護保険制度全体をよくするために市が力をいれるべきこと（問22・複数回答）

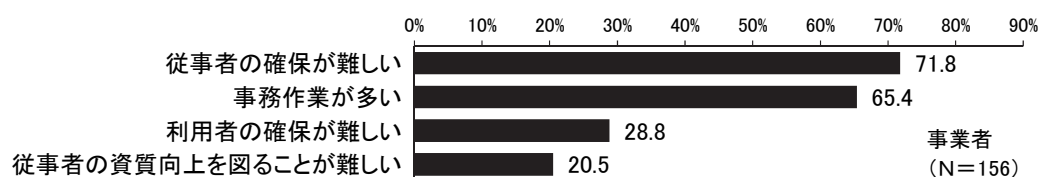
※上位4つまで抜粋



■事業の運営や実施における課題について

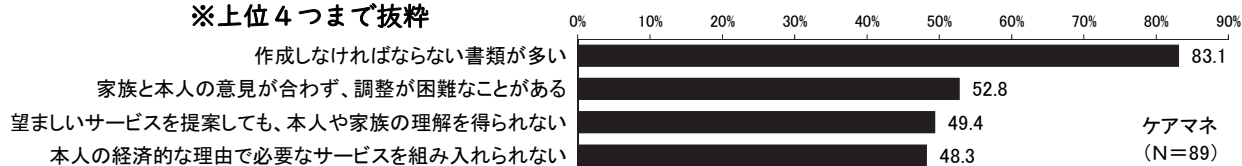
- ・事業の運営や実施における課題は「人材の確保」、「事務作業の複雑さ」、「利用者ニーズへの対応」などが挙がっている。

【事業者】 事業運営上で困難に感じていること（問4・複数回答） ※上位4つまで抜粋



【ケアマネ】 ケアマネジメントする上で困難を感じていること（問8・複数回答）

※上位4つまで抜粋



(2) 地域包括支援センター別ヒアリング結果

① コロナ禍におけるフレイル予防

フレイル予防については、これまで各地域でフレイルサポーターによる活動が展開されていましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための外出自粛が高齢者のADL低下に影響を与えているため、高齢者が自宅のできるフレイル予防の取組などを市との連携で情報発信できるとよいなどの意見が寄せられました。

② 分かりやすい情報提供、情報発信

高齢者が必要となった時に利用できる制度やサービスは多種多様であり、今後も支援が必要な人などに対して市や関係機関などからの分かりやすい情報提供や発信が求められるとともに、新たな情報発信の手法について検討すべきとの意見がありました。

③ 認知症に対する地域での包括的な支援

認知症については、家族会や認知症カフェの充実が求められています。当事者や家族だけでなく、隣近所や地域の住民の理解や協力、見守りが不可欠なことから、認知症サポーターの養成が引き続き重要であるとの意見も多く見られました。

④ 多職種による更なる連携強化

多職種連携について、多様化・複雑化するニーズに対しそれぞれの専門性を生かした支援を行うために、更なる連携強化が必要との意見が多く寄せられています。特に、生活支援コーディネーターと、地域包括支援センターの行う業務は関連する業務も多く、より密接な連携が必要との意見がありました。

⑤ 在宅生活を支援するサービスのコーディネート

希望する在宅生活を継続していくために、予防的観点から、切迫した状況になる前からの支援や、状態の変化を見逃さない関わりが必要との指摘が出されており、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などの利用促進が求められています。また、短期の入院やお泊りデイなどを利用しながら、在宅でも施設入所と同程度の支援を受けられるような体制づくりが必要との意見も見られました。

(3) グループインタビュー結果

①健康づくりやフレイル予防の推進による健康寿命の延伸

市内では介護予防教室をはじめ、市民の自発的な体操サークルなどで、様々な活動が実施されています。より早い段階から継続的に健康づくりやフレイル予防に取り組むことの重要性を広め、積極的に参加してもらえらるための声かけも行っています。参加者一人ひとりが、健康づくりの意義を理解し、モチベーションを高め、継続していくことに尽力している状況が見られます。

一方で、体操のメニューが増えたことで対象や目的が分かりにくいという声があるほか、講座終了後にも継続して取り組むことができるような環境が必要との指摘もありました。

②認知症の方とその家族との共生や認知症予防の推進

認知症の方やその家族にとって、家族会や認知症カフェは、情報交換や悩みの相談など認知症と共に生きる中で大きな支えとなっている状況が見られます。

一方で、こうした支援につながっていない家庭も依然として存在している可能性もあるため、広く市民に対し認知症への正しい知識の普及や活動の周知を行うとともに、身近な場所での相談や居場所づくりが求められています。

③在宅療養体制の更なる充実

希望する在宅生活を継続していくために、介護や医療のサービスはもとより、支え合いや見守りなどの地域での活動も組み合わせ、高齢者やその家族の生活を支援していく必要があるとの指摘がありました。

介護以外の家事全般の援助や見守りなどの支援については、ボランティア等地域の人材を活用すべきとの意見も寄せられました。

④高齢者の多様な住まいや住まい方への支援

身体状況等に応じた住宅改修や高齢者の賃貸住宅入居に見守りサービスを付与する取組などが行われており、高齢者向けの住宅やサービス付きの施設など多様な住まいも供給されています。

今後もそれぞれの希望する住まいやサービスを選択し利用しながら、住み慣れた環境で安心して暮らすことができるよう支援することが求められています。

⑤外出支援に関する取組の実施

市内には移動支援を行うNPOや介護に精通したタクシー会社もあり、通院や買い物のほか、家族での外出や小旅行などの多様な利用目的に対しても柔軟に対応しています。

また、認知症サポーター養成講座を従業員で受講するなど、高齢者が多く利用する施設としての体制づくりを積極的に行っている事業者もあります。

4 第7期計画の取組と評価

第7期計画における施策ごとの取組と評価については以下のとおりです。

なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大とそれに伴う外出自粛等により、高齢者の健康状態の悪化等が危惧されています。また、多くの事業が中止や延期といった影響を受けました。

基本方針I 自分らしく過ごせるまちの実現

I-1 情報提供の充実

様々な媒体による情報提供体制の強化、介護予防や健康づくりなどの出前講座の実施、地域包括支援センターを中心とした関係機関による相談体制の充実を図っています。

地域包括支援センターのヒアリングからは、高齢者が必要となったときに利用できる制度やサービスは多種多様あり、今後も分かりやすい情報提供、発信が求められています。

出前講座等の各種講座や研修等は、新型コロナウイルス感染症対策として、新しい開催手法を検討する必要があります。また、地域共生社会の実現に向けて、地域生活課題を重層的に支援する体制について、取組を進めていく必要があります。

I-2 権利擁護の取組の充実

日常生活自立支援事業や成年後見制度など、権利擁護に向けた取組を進めるとともに、関係機関による連絡会を開催し、情報の共有と普及啓発を進めています。

今後は、認知症高齢者が増加し、高齢者個人の意思や権利を守る仕組みが重要になることから、引き続き権利擁護体制の充実を図っていくとともに、成年後見制度などの権利擁護に関する取組の普及・啓発や利用の促進を図っていく必要があります。

I-3 高齢者の虐待防止

高齢者の虐待防止に向けて、専門家や関係機関による連絡会を定期的で開催するとともに、介護施設事業者向けの研修や虐待対応のモニタリング、虐待防止キャンペーン、息子・娘介護者の会の開催などに取り組んでいます。一方で、アンケート調査の高齢者一般調査では、高齢者虐待の通報先を「知らない」と回答した人の割合が76.6%となっています。

今後も引き続き、専門家や関係機関で構成する「高齢者虐待防止連絡会」等における検討に基づき即応性、継続性のある対応を進めるほか、関係機関との連携のもと、虐待の未然防止や早期発見・早期対応に向けた体制づくり、市民に対する高齢者虐待防止の啓発活動を進めていく必要があります。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により外出を自粛する高齢者が増加することによる課題の潜在化や、介護者の負担が大きくなることによる虐待の発生についても注視していく必要があります。

あります。

1-4 家族介護者への支援

家族介護者への支援として、講習会や専門相談、慰労金支給などの直接的な支援のほか、家族会や介護者相互の集いの場やレスパイトにも利用できる病床の確保など家族介護者への支援体制づくりを進めています。

アンケート調査の結果からは、介護する上で困っていることとして、「精神的に疲れ、ストレスがたまる」、「肉体的に疲れる」、「自分の自由な時間がない」、「介護がいつまで続くのか分からない」との回答が上位に挙げられています。周囲から孤立して問題を抱えている家庭もあると見込まれることから、家族介護者の負担を軽減するための各種機会の提供など、家族介護者を支えるための支援を充実させていく必要があります。

基本方針2 安心・安全なまちの実現

2-1 多様な住まい方の実現

高齢者の多様な住まい方についての情報提供を行うとともに、シルバーピア事業の実施や民間賃貸住宅への入居支援などにより、本人の暮らし方に合った住まいの選択を支援しています。

民間賃貸住宅を活用したセーフティネットの構築では、引き続き庁内各課や民間事業者と連携し、入居のあっせんや入居後の見守りサービスなど、住まいと生活の支援を一体的に行っていく必要があります。

2-2 外出しやすい環境の整備

一般の公共交通機関などの手段では外出が困難な高齢者に対し、通院等を目的とした外出支援サービスを提供しているほか、複数の民間団体が移動サービスを提供しています。

今後は、これら現状等を踏まえ、必要な外出支援サービスを提供していく必要があります。

2-3 いざというときのしくみづくり

災害時要援護者及び避難行動要支援者について、社会福祉協議会や民生委員、地域包括支援センター等に対象者名簿を配付し、情報共有を図っています。いざという時に身を守る仕組みとして、救急代理通報システムや火災安全システム、徘徊位置探索サービス、ささえあいネットワーク事業の強化などの取組を行っているほか、高齢者の防犯意識の向上を目的として防犯講話の実施、振り込め詐欺等の防止のための自動通話録音機の給付を行っています。

地域で安全・安心な生活を送るために、災害への備え、防犯体制の整備、消費者保護の仕組みづくり、一人暮らしや心身機能の低下に不安がある方が安心して暮らせるための仕組みづくりのほか、新型コロナウイルス感染症対策を含め、幅広い観点から高齢者の暮らしを支える仕組みづくりを進めていく必要があります。

基本方針3 地域での生活を支えるしくみづくり

3-1 地域参加の促進

様々なボランティア活動等への参加促進や、就労意欲のある高齢者に就業機会を提供する取組を行ったほか、高齢者の生きがいつくりを支援・促進するよう、教養・文化・スポーツ等の学習機会を提供しています。

今後ますます「生涯現役で活躍したい」と希望する高齢者は増加すると予想されるため、引き続き地域参加の場や学習機会など、生きがいつくりの場の提供が必要となっています。新型コロナウイルス感染症対策により活動が制限され、高齢者の生きがいつくりの場も制限されることが想定されるため、対応を検討する必要があります。

3-2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

事業対象者、要支援者に対し、市独自基準の訪問型・通所型サービスを提供しています。また、身近な地域で介護予防に取り組めるよう、様々な一般介護予防講座を実施しているほか、住民主体による訪問型の「ちょっとしたお手伝い」のサービスが8拠点において提供されています。さらに、地域とつながるための「街中いこいなサロン」が各地に展開されています。

高齢者の知識や経験を生かし、生きがいをもって地域の担い手として活躍できるよう参加を支援するほか、介護サービス事業所やリハビリテーション専門職等と連携し、新たなサービスや支援の検討を進める必要があります。

3-3 介護予防の促進

健康な状態と介護が必要な状態の中間地点のいわゆる虚弱の状態であるフレイルについては、早期に対策を行うことで、健康寿命の延伸が期待できることから、フレイルチェックを多数実施したほか、フレイルチェックを支えるフレイルサポーターの養成にも取り組んでいます。

また、フレイル予防実践講座やいきいき百歳体操等、自身で介護予防・フレイル予防に取り組むきっかけとなる事業を実施し、自主グループ化する等継続への支援等も行っています。

アンケート調査の高齢者一般調査の結果によれば、フレイルの認知度について、「言葉も内容も知っている」人が30.8%となっています。今後も引き続きフレイル予防等の普及啓発を行い、身近な場所でフレイルチェックを実施し、継続したフレイル予防の取組へつながるような体制づくりを進める必要があります。

3-4 生活支援サービス等の充実

介護保険外の市の独自サービスとして、配食サービス、認知症や寝たきりの人への紙おむつ給付サービス、理・美容券交付サービスなどを行い、高齢者の在宅生活を支援しています。

一部のサービスについては、民間事業者等による提供も行われているところです。必要とされ

る方に必要な支援が届くよう、現状等を踏まえ内容や対象を検討しながら、市が担うべきサービスを実施していく必要があります。

基本方針4 在宅療養体制の充実

4-1 多職種が連携する体制づくり

多様な関係機関の専門職が在宅で療養する高齢者の情報を共有する仕組みづくりを継続して検討しています。

互いの専門性を尊重し合いチームで効果的に力を発揮してもらうことを目標にリーダー研修、基礎研修、病院・在宅研修の3つの研修を体系化しており、病院・在宅研修の参加者は当初見込みを大きく上回っています。

今後も在宅療養の需要は増加が予想されるため、引き続き在宅療養連携支援センター「にしのみ」を中心に、在宅療養者やその家族をチームで支える体制づくりに重点的に取り組む必要があります。

4-2 市民への理解の促進

かかりつけ医や、かかりつけ歯科医などの重要性を周知し、高齢者が身近な地域で健康管理ができるよう支援しています。また、医療・介護のことや最期の迎え方などを考え始めるきっかけとなるよう、市報での周知、講演会の開催、出前講座、「西東京市版人生ノート」の作成に向けた取組を行っています。

在宅で療養する高齢者だけでなく、広く一般にも市の取組を周知し、理解を深めてもらうよう、引き続き働きかけを行っていく必要があります。また、「人生の最終段階における医療」に関する多様な考え方を普及させていく必要があります。

4-3 在宅療養の体制整備

在宅療養を支える人材の育成を目的とした専門職向け学習会を開催するとともに、地域包括ケアシステム推進協議会において終末期ケアを含めた機能・体制整備の検討を行っています。

アンケート調査の高齢者一般調査では、長期療養が必要になった場合の居場所に自宅を希望している人、在宅での療養が可能だと思ふ人の割合は、3年前の調査に比べそれぞれ1割程度増えています。

今後も在宅療養の需要は増えることが予想されるため、医療を提供する医療機関等との連携を強化し、人材の育成も含めた在宅療養の継続的な体制づくりに取り組んでいく必要があります。

基本方針5 介護保険サービスの充実

5-1 介護保険サービス提供体制の充実

市民が必要とする介護保険サービスを確保するため、サービスを提供する事業者への情報提供やネットワークの構築などを行っています。

介護保険連絡協議会等を通じて、介護事業者の質の向上と情報共有を図るとともに、「介護保険事業者ガイドブック」の発行や、「介護の日」などのイベントにより、介護保険制度を分かりやすく周知しています。

また、公募により地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護（1事業者）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（1事業者）、看護小規模多機能型居宅介護（1事業者）の運営事業者を決定しました。

今後も、住み慣れた地域で在宅生活を継続するための、地域で安心して利用することのできるサービス提供体制の充実が求められています。

5-2 サービスの質の向上

介護保険連絡協議会の分科会等により、提供する介護サービスの質の向上への支援を行っています。

複雑化・多様化する高齢者のニーズに対応するため、更なるサービスの質の向上を図る取組が必要です。事業者ごとのサービスの質の向上とともに、利用者とサービスの橋渡し役であるケアマネジャーの知識や技術なども非常に重要なことから、今後も技術向上の支援や連携強化の取組に力を入れていく必要があります。また、ケアプランの質の向上を図るため、継続してケアプラン点検を実施する必要があります。

5-3 介護人材の確保

介護保険サービスを安定して提供していくために、各事業者が必要とする介護人材の確保支援や介護職で働く人のワーク・ライフ・バランスの推進、書類削減などによる負担軽減支援などに取り組んでいます。

人口減少社会にあっても高齢化は進行し、介護人材の需要はますます高まることから、ロボット・ICTの活用、介護職員初任者研修受講料助成制度の継続的な実施など、介護従事者が働きやすい環境づくりを引き続き支援していく必要があります。

5-4 保険者機能の充実

介護保険制度を今後も安定して運営していくために、介護認定や介護給付が適正に行われるよう保険者として介護給付適正化に取り組んでいます。

今後も適正な介護給付を行うため、保険者として要介護認定の適正化、住宅改修等の点検、縦覧点検・医療情報との突合、利用者への介護給付費通知などを実施するとともに、市内の居宅介

護支援事業所に対してケアプラン点検を行うことで、自立支援はもとより、重度化予防・防止のためのケアマネジメントの質の向上を支援します。

基本方針6 誰もが健やかに暮らすしくみづくり

6-1 健康づくりの促進

高齢者になっても、いつまでも元気で健康的に暮らせるよう、身近な場所での健康づくりやスポーツ・レクリエーションの推進、食事面の支援、健康診査などを行っており、アンケート調査では、体調を維持するために「栄養のバランスなどに気を付け、食べている」、「規則正しい生活をするように心がけている」、「かかりつけの医師・歯科医師に健康チェックをしてもらうようにしている」との回答が半数を超えています。

自主的な健康維持・増進を促し、支援することで健康寿命の延伸を促し、将来的に増大が予想される医療費や介護保険料の抑制にもつながることから、今後も様々な取組を講じていく必要があります。

6-2 認知症の方などへの支援

認知症の方やその家族が地域で安心して生活できるよう、認知症の方を支援し、見守りのある地域づくりを推進するための取組を行っています。

認知症コーディネーターの配置や認知症初期集中支援チーム事業等を実施し、認知症の早期発見・診断など適切な支援につなげるための対応を進めています。

また、認知症サポーターの養成や認知症カフェへの活動支援などを行い、認知症の方やその家族を地域で見守り、支える取組も進めています。

認知症サポーターの養成や認知症カフェなどの実績は着実に増えていますが、グループインタビューでは家族支援や認知症カフェなどの支援につなげていない家庭も依然として存在する可能性があるとの意見が出ています。

令和7年(2025年)には高齢者の5人に1人は認知症になる推計がある中、地域住民や関係機関の更なる連携・体制強化が必要です。また新型コロナウイルス感染症による外出自粛で、更に認知症のリスクが高まる可能性があり、対策を講じる必要があります。

基本方針7 地域の力を引き出すしくみづくり

7-1 地域ぐるみで支え合うしくみづくり

既存の地域の支え合いに関する事業と連携しつつ、市民の自主的な地域での活動を支援する仕組みとして、ボランティア等の地域活動の担い手の育成や活動拠点の整備に向けた支援を行っています。アンケート調査において、高齢者一般調査及び若年者調査では、ともに3割以上が地域の行事や活動への参加状況は「頼まれれば参加・協力する」と回答しています。

このため、今後は地域の支え合いに関する事業について市民にわかりやすく周知するとともに、活動に参加しやすい環境づくりや活動促進のための必要な支援を行っていく必要があります。

7-2 地域共生社会の促進

第4期地域福祉計画（平成31年（2019年）3月）において、西東京市版地域共生社会が示されており、年齢や性別、国籍、障害の有無にかかわらず、全ての人が地域に暮らし地域を支える一員であるという地域共生社会を築いていくために、庁内複数部署で横断的にシンポジウムを開催し、地域住民への理解を進めるきっかけづくりに取り組みました。また、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の役割やセンター間の連携の強化、職員の専門性の向上などに取り組みました。

地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するため、相談支援機関と連携し、地域課題に対応した社会資源の開発や充実などに取り組み、重層的な支援を行える体制づくりを進めていく必要があります。

5 用語解説

【数字・英文字】

ADL

人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことであり、具体的には、①身の回り動作（食事、更衣、整容、トイレ、入浴の各動作）、②移動動作、③その他の生活関連動作（家事動作、交通機関の利用等）があります。通常、ADLという場合は①及び②を指し、③はIADL、APDLといわれています。

ICT

Information and Communication Technologyの略で、情報通信技術のことを指します。従来からコンピュータやネットワークに関わる全ての技術を総称する言葉として使われていたITに替わって、通信ネットワークによって情報が流通することの重要性を意識して使用される言葉です。

NPO

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）の総称で、特定非営利活動促進法に基づき、「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。

PDCA

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。

【あ行】

いきいきミニデイ

ミニデイ協力者の活動により、一人暮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。

【か行】

介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護保険制度で、利用者の生活や介護に関する相談に応じるとともに、ケアマネジメントという手法を用い、利用者がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市町村、サービスを提供する事業所、施設などとの連絡調整を行う人のことです。「介護支援専門員」はケアマネジャーの仕事に必要な資格の名称です。

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、いきい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、主治医の意見を基に、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及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て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です。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組を支援して、生活の質の向上を目指すものです。

介護予防・生活支援サービス

介護予防・日常生活支援総合事業により提供されるサービスで、要支援者等に対して日常生活上の支援を行うものです。掃除、洗濯等の支援を行う「訪問型サービス」や、機能訓練や集いの場等の支援を行う「通所型サービス」、それらのサービス等が適切に提供できるよう支援を行う「介護予防ケアマネジメント」等があります。

介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険制度上の地域支援事業の一つで、市町村が中心となって、地域の实情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、効果的かつ効率的な支援等を可能にすることを旨とするものです。要支援者等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体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業からなります。

介護予防ケアマネジメント

介護予防・日常生活支援総合事業により提供されるサービス等を利用する場合（予防給付によるサービスの利用がない場合に限り）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たりする身近な医師を指します。患者の問題を的確に把握し、適切な指示、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します。

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、薬全般についてや日常生活の悩みも含めて相談に応じたりしてくれる身近な薬局です。

看護小規模多機能型居宅介護

利用者の居宅への訪問、又は利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴、排せつ、食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送る上で必要となるサービスなどや機能訓練をいいます。看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか軽費老人ホームや有料老人ホームなどの居室も含みます。）で生活を送る、要介護と認定された人です。

救急医療情報キット

「かかりつけ医や持病などの医療情報」、「薬剤情報」、「緊急連絡先」、「健康保険証（コピー）」等を保管容器に入れ、万一の救急時に備えるものです。この救急医療情報キットを持つことで、万が一、意志が伝えられない時でも、スムーズに救急搬送・治療が行えます。

居宅介護支援事業所

ケアマネジャーが、心身の状況や生活環境、本人や家族の希望等に沿って、ケアプランを作成します。ケアプランに位置付けたサービスを提供する事業所や施設などとの連絡・調整を行うほか、本人や家族の代わりに、要介護認定の申請手続や更新認定の申請手続を行います。

ケアプラン

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（解決すべき課題を把握すること）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立てて、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。

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28年（2016年）現在男性が72.14年、女性が74.79年で、平成13年（2001年）から平成28年（2016年）にかけての15年間で男女とも延ばしています（厚生労働省「令和2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、認知症高齢者などを対象に、福祉サービスの利用援助、成年後見制度の手续支援を行い、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。

高齢者クラブ

高齢者が自らの生きがいを高め、健康づくりを進める各種活動とボランティア活動をはじめとした幅広い社会参加活動を通じ、地域社会を豊かにするため、市内在住の60歳以上の方がおおむね30人以上でつくられた会員組織の団体です。

高齢者大学

生きがい推進事業の中で、自らの教養を高め、学び続けたいと希望する市内在住の60歳以上の方を対象に、総合課程（継続）・単科講座を開催しています。

【さ行】

災害時要援護者

避難行動要支援者には該当しない方で、大地震などの災害発生時又は災害が発生するおそれがある場合に、一人暮らしの高齢者や障害者など自分の力で避難することが困難又は時間を要する方のことです。

在宅療養支援診療所

在宅で療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療にあたる診療所のことであり、地方厚生（支）局長に届出て認可される病院・医院の施設基準のひとつです。患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持することなど、要件が定められています。

在宅療養連携支援センター「にしのわ」

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して、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。

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及び市が相互に連携し高齢者を見守る仕組みです。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、高齢者や介護者及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。

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。

事業対象者

介護予防・生活支援サービス事業を利用希望の方で、基本チェックリスト（厚生労働省老健局長通知に規定があります。）の結果、生活機能の低下が見られ、市から事業対象者である旨の確認を受けた方をいいます。

市民協働推進センターゆめこらぼ

市では、地域の多様な主体による地域の課題解決に向けて、NPOや市民活動団体の活動を支援するとともに、行政との協働の取組を積極的に進めることとしています。市民協働推進センターゆめこらぼ事業は、市民の多様な活動とまちづくりの拠点として、ハードとソフトの両面から市民活動を支え、市民同士、市民と企業、市民と行政など、地域における様々な主体の組み合わせによる協働を推進していくことを目的に運営しています。

社会福祉協議会

社会福祉法に基づき設置された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。

若年性認知症

65歳未満で発症する認知症のことです。

終末期医療（ターミナルケア）

終末期であると判断された方への治療やケアを指します。日本医師会では、終末期は「治療方針を決める際に、患者はそう遠くない時期に死に至るであろうことに配慮する」時期であり、その時期に行われる医療・ケアであると定義しています。

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、基礎自治体の推薦を受けて都道府県の養成研修を修了した者を指します。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。

小規模多機能型居宅介護

利用者の居宅で、又は利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴、排せつ、食事などの介護、そのほかの日常生活を送る上で必要となるサービスなどや機能訓練をいいます。小規模多機能型居宅介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか軽費老人ホームや有料老人ホームなどの居室も含まれます。）で生活を送る、要支援又は要介護と認定された人です。

消費者センター

悪質商法に巻き込まれてしまった時や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。

自立支援・重度化防止

要介護状態となった状況においても主体的に自分らしく、身体的にも精神的にも自立した日常生活の支援や、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のことをいいます。

シルバー人材センター

法律に基づく公益法人で、おおむね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いだしながら、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。

人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）

もしもの時のために、自分の望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組のことを指します。西東京市では、人生の最終段階を大切な人と話し合えるツールとして、人生ノートを作成しています。

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）を果たす人をいいます。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。

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支援するために、市が行うサービスです。

生産年齢人口

人口統計で、生産活動の中心となる15歳以上65歳未満の人口のことをいいます。生産年齢人口以外の人口は従属人口といえます。

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保護などを行います。その他、判断能力が不十分になった場合に備えて、財産管理や身上保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】

第1号被保険者・第2号被保険者

介護保険の被保険者は、65歳以上の方（第1号被保険者）と、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられます。第1号被保険者は、原因を問わずに要介護認定又は要支援認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。また、第2号被保険者は、加齢に伴う疾病（特定疾病）が原因で要介護（要支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。

第三者評価

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（事業者及び利用者）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、医療及び福祉サービス、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及び行政を中心に、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。

地域支援事業

高齢者が要介護状態又は要支援状態になること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、介護予防・生活支援サービス事業と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・運営や地域ケア会議、医療介護連携や認知症施策の推進、生活支援体制の整備などを行う「包括的支援事業」、家族介護支援などを行う「任意事業」の3事業があります。

地域の縁側プロジェクト

住民が、地域福祉コーディネーターと連携しながら、子どもから高齢者まで誰でも気軽に立ち寄れる居場所を運営する活動のことです。

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持ち、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2人設置しています。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らすことができるよう、地域とつながりながら、医療・介護・介護予防・住まい・日常生活の支援が包括的に提供される体制をいいます。

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・早期発見及び権利擁護事業」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。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設に入所している利用者を対象として、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する職員などを定めた計画（地域密着型施設サービス計画）に基づいて行われる入浴、排せつ、食事などの介護、そのほかの日常生活を送る上で必要となるサービスなどや機能訓練、療養上

のサービスをいいます。なお、ここで、「地域密着型介護老人福祉施設」とは、入所定員が29人以下の特別養護老人ホームであって、「地域密着型施設サービス計画」に基づいてサービスを提供する施設をいいます。

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、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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、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)、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の9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及び指導・監督を行います。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回や利用者からの連絡によって、利用者の居宅を訪問して行われる入浴、排せつ、食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送る上で必要となるサービスなどをいいます。利用できるのは、居宅(ここでいう「居宅」には、自宅のほか軽費老人ホームや有料老人ホームなどの居室も含まれます。)で生活を送る、要介護と認定された人です。

【な行】

西東京市くらしヘルパー

介護予防・日常生活支援総合事業の市独自基準の訪問型サービスにおいて、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者のほか、西東京市が定める研修を修了した方についてもサービス提供を行うことを可能としています。この研修修了者のことを、「西東京市くらしヘルパー」と呼んでいます。

西東京しゃきしゃき体操

西東京しゃきしゃき体操は、足の筋力や全身の柔軟性、バランス能力の向上を目的に、市の歌「大好きです、西東京」に合わせて行う市のオリジナル健康体操です。

西東京ボランティア・市民活動センター

西東京市社会福祉協議会内にあり、ボランティア

や市民活動を始めたい人への相談や活動の場の紹介、各種講座などを行っています。

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期計画から取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

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者のうち、判断能力が不十分な人が、適切な福祉サービスを選択したり、円滑に利用したりするための手続や支払の支援、苦情処理の援助を行います。さらに、利用者の状況に応じて日常的な金銭管理や書類の預かりを行うことで安心して地域で生活することの援助も行います。西東京市では、社会福祉協議会内の権利擁護センター「あんしん西東京」において事業を行っています。

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及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。認知症の方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(解決すべき課題を把握すること)などを実施することにより早期の診断につなげ、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組を行います。

認知症カフェ

認知症の方やその家族が、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組を整理し、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紹介したガイドブックです。

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組を進めます。

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。西東京市では薫風会山田病院がそれに当たります。

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方や認知症の方及びその家族を訪問し、アセスメント（解決すべき課題を把握すること）、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。

認定調査

介護保険制度において、要介護認定・要支援認定のために行われる調査をいいます。調査は、自治体職員や委託を受けた事業者の職員等が被保険者宅の自宅や入所・入院先などを訪問し、受けているサービスの状況、置かれている環境、心身の状況、その

他の事項について、全国共通の74項目からなる認定調査票を用いて公正に行われます。認定調査を行う者のことを認定調査員といいます。

【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。

避難行動要支援者

大地震などの災害発生時又は災害が発生するおそれがある場合に、自ら避難することが困難で、特に支援の必要な方のことです。過去の大災害で、多くの高齢者や障害者が犠牲になったことを今後の教訓に生かすため、災害対策基本法が改正され災害時の避難支援や安否確認などの基礎となる名簿の作成が市町村に義務付けられています。

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、地域ごとに様々な「まちづくり活動」を行っています。

フレイル

フレイルとは「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、平成26年（2014年）に日本老年医学会から提唱されました。元気な状態と介護が必要な状態の中間の状態をいい、年齢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。

包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者等が住み慣れた地域で暮らし続けることを目的として地域包括支援センターが実施する、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を指します。

ホームヘルパー（訪問介護員）

介護保険制度において、訪問介護や夜間対応型訪問介護などのサービスを提供する者をいいます。ホームヘルパーとも呼ばれます。介護福祉士の資格をもつ者や、都道府県知事又は都道府県知事の指定する者の行う研修（介護職員初任者研修など）を受け、研修を修了した証明書の交付を受けた者が従事します。

ホームホスピス

ホームホスピスは、病や障害があっても最期まで個人の尊厳をもって暮らせる「家」です。一般に日本のホスピス（緩和ケア）病棟は、がんやエイズの末期にある人を対象とし、これ以上治癒の可能性がなくなった人が最期を過ごす場所として捉えられています。ホームホスピスは、がんに限らずあらゆる病や障害をもって困難に直面している人とその家族がケアの対象であり、その地域の保健・医療・福祉とつながって、住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる仕組みです。

ほっとするまちネットワーク

市全体で地域福祉を推進するための西東京市独自の取組で、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様々な人やサービス、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】

街中いきいきなサロン

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、住民の方々が工夫を凝らしながら、様々な活動を提供しています。御自身で来所・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。

看取り

看取りとはもともとは、「病人のそばにいて世話をする」、「死期まで見守る」、「看病する」という、患者を介護する行為そのものを表す言葉でしたが、最近では人生の最期（臨死期）における看取りをもって、単に「看取り」と表すことが多くなっています。

民生委員

民生委員（民生委員・児童委員）は、民生委員法及び児童福祉法に基づき設置された地域における相談・支援のボランティアです。地域の相談相手として、暮らしの支援、高齢者・障害者などの支援を行います。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】

要介護

要介護は、身体上又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又は一部について、6 か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いいます。

養介護施設

高齢者虐待防止法において施設従事者による虐待防止の対象となる施設で、老人福祉法に基づく老人福祉施設、有料老人ホーム、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、地域包括支援センターをいいます。

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 か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、又は身体上若しくは精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいいます。

【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及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、福祉及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全ての活動をいいますが、第8期計画では、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。

レスパイト

「一時休止」、「息抜き」、「休息」という意味で、レスパイト入院とは要介護や障害や難病をお持ちの方で、介護者の事情により一時的に在宅介護が困難となった場合に短期間の入院を利用することです。

西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第8期）
（令和3年度（2021年度）～令和5年度（2023年度））

令和3年（2021年）3月発行

西東京市健康福祉部高齢者支援課
〒188-8666
東京都西東京市南町五丁目6番13号
☎042-464-1311（代表）



古紙パルプ配合率70%再生紙を使用



