

西東京市
高齢者保健福祉計画・
介護保険事業計画(第9期)

令和6(2024)年度～令和8(2026)年度

令和6(2024)年3月
西東京市

高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画(第9期)の 策定に当たって

西東京市長 池澤 隆史



我が国は、世界的にも類を見ない早さで高齢化が進行しています。

高齢化率は令和4(2022)年現在で29.0%、令和32(2050)年には37.7%に達すると見込まれています。併せて、総人口についても、長期にわたる人口減少過程に入っているところです。

本市は、「人」と「まち」の健康を目指し、「健康になること、健康でいること」をみんなで応援できるまち、『健康』応援都市の実現を目指すとともに、団塊の世代の方々が75歳以上となる令和7(2025)年を見据え、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「西東京市版地域包括ケアシステム」の構築に取り組んできました。

今後、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える令和22(2040)年頃を見通しますと、多くの高齢者の方が介護が必要となりやすい年齢層に達し、介護ニーズも急増することが見込まれます。一方で、15歳から64歳までの生産年齢人口が急減することから、介護人材の確保も厳しい状況となることを見込まれています。

そのため、介護が必要となった高齢者の方が、できる限り住み慣れた地域でそれまでの日常に近い環境で暮らし続けることができるよう、介護や介護予防、医療のほか、住まい、生活支援、そして社会参加までもが包括的に確保される地域づくりを進めていくことが重要であり、西東京市版地域包括ケアシステムをさらに深化・推進させていく必要があります。

このたび策定した第9期計画では、「ともに支え合い、いつまでも楽しく、自分らしく暮らせるまち西東京」を基本理念として掲げ、西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた様々な施策・取組を位置付けております。

本市では、基本理念の実現に向けて施策・取組を着実に推進するとともに、『健康』応援都市と、地域住民の方々が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する「地域共生社会」の実現に取り組んでまいります。

結びに、本計画策定にご尽力いただきました西東京市介護保険運営協議会の委員の皆様をはじめ、計画の策定過程において貴重なご意見を賜りました多くの市民の皆様、関係機関、団体・事業者等の皆様に心より感謝申し上げます。

令和6(2024)年3月

目次

第1章 計画策定の背景と趣旨.....	1
1 計画策定の背景と趣旨.....	1
2 計画の位置付け.....	2
3 計画期間.....	3
4 日常生活圏域の設定.....	4
5 西東京市の現状.....	5
6 第8期計画の振り返り.....	11
第2章 計画の基本的考え方.....	14
1 西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて.....	14
2 基本理念.....	16
3 基本目標.....	17
4 施策の方向性(体系).....	18
第3章 基本目標達成に向けた施策の展開.....	19
基本目標1 人と地域とつながり、いきいきと暮らす.....	19
1-1 住み慣れた地域で安心できる暮らし.....	19
1-2 認知症の人と家族が安心できる暮らし.....	30
1-3 住み慣れた地域でいつまでも楽しく元気でいられる暮らし.....	34
基本目標2 なじみの環境の中で、必要なサービスを受けながら暮らす.....	42
2-1 住み慣れた地域で適切な介護サービスを受けられる暮らし.....	42
2-2 いつまでも安心して介護サービスを受けられる暮らし.....	45
第4章 介護保険事業の持続的な運営.....	51
1 地域支援事業の充実.....	51
2 地域密着型サービスの整備.....	51
3 介護給付の適正化の取組(第6期介護給付適正化計画).....	53
4 介護保険事業の実績と見込み.....	54
5 第9期介護保険財政と第1号被保険者の介護保険料.....	59
第5章 計画の推進体制.....	66
1 各主体の役割.....	66
2 計画の推進体制.....	68
資料編.....	71

第1章 計画策定の背景と趣旨

1 計画策定の背景と趣旨

介護保険制度は、平成12(2000)年の創設から24年間、高齢者の地域生活になくなくてはならない制度として、定着・発展してきました。

西東京市(以下「本市」という。)においては、平成13(2001)年の新市誕生以来、介護保険制度の運営を通じて、「西東京市版地域包括ケアシステム」の構築を進めるとともに、近年、コロナ禍での高齢者のフレイルの進行や人とのつながりの希薄化が懸念される中で、フレイル予防・介護予防活動及び介護サービス基盤の整備を進めてきました。

本市の高齢化は確実に進行しており、令和22(2040)年頃には、高齢者人口がピークを迎えるとともに、現役世代が急減する超高齢社会を迎えます。また、本市は、多摩26市において、医療・介護双方のニーズを有する85歳以上人口の割合が高い水準にあることから、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加までもが包括的に確保される地域を構築し、維持していくために、引き続き地域共生社会と「健康」応援都市を実現するためのプラットフォームとしての「西東京市版地域包括ケアシステム」を深化・推進させていく必要があります。

加えて、認知症の人や要介護高齢者、単身・夫婦のみの高齢者世帯の増加が進む中、当事者への支援だけでなく、その家族等が抱える負担や複雑化した課題への対応も重要です。

以上のことから、今後は、本市の実情を踏まえた、新たな時代にふさわしい高齢者支援策を講じながら、地域資源とネットワークを生かしたまちづくりを進めていきます。

国の第9期介護保険事業(支援)計画の基本指針では、「高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など複合的ニーズを有する要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。(中略)これまで以上に各地域の中長期的な介護のニーズ等に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の推進等が重要」とされています。

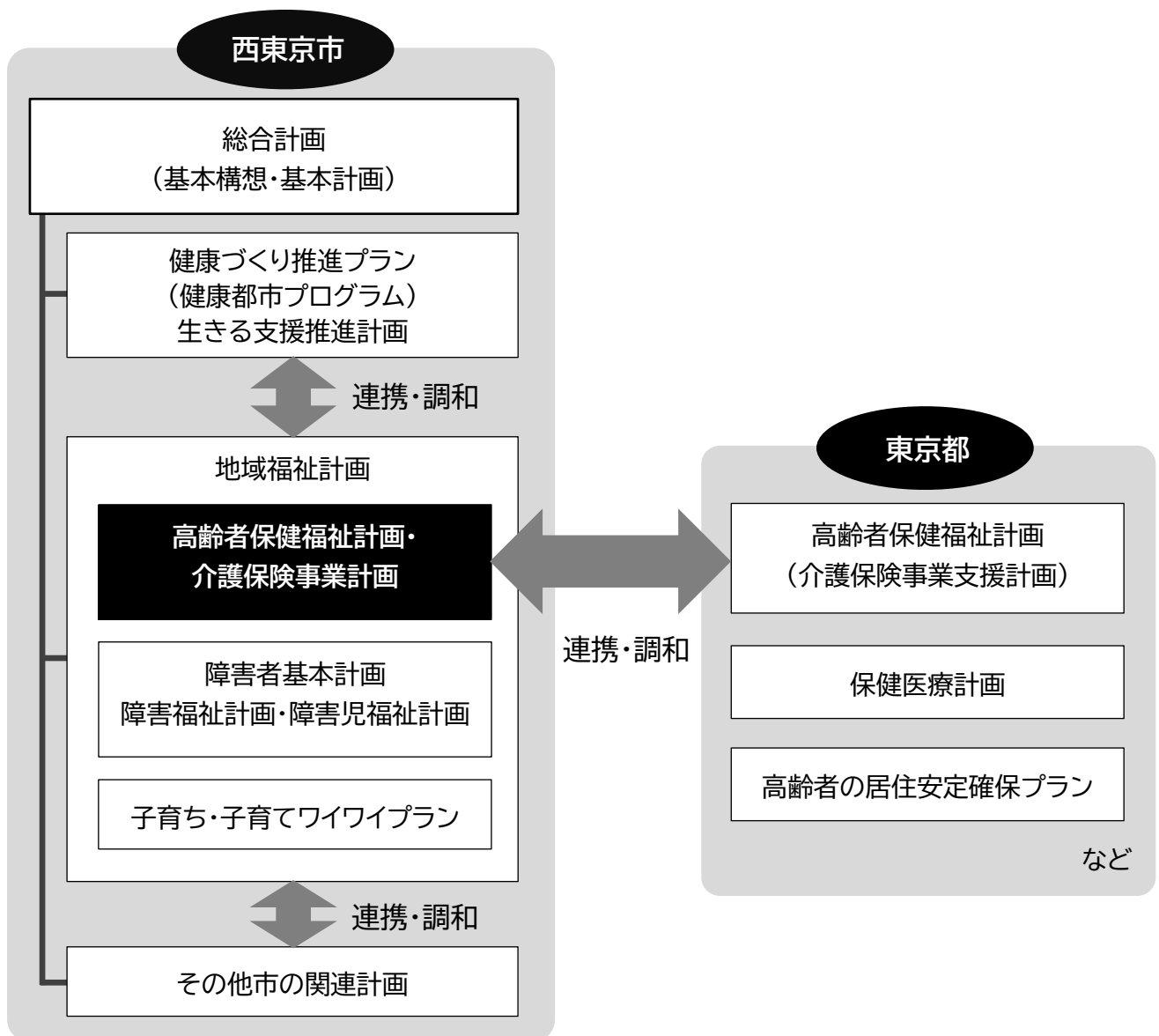
本計画は、これまでの取組の成果と課題の検証とともに、今後の国の制度改革の方向性及び基本指針の内容を踏まえ、新たに「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)」として策定するものです。

2 計画の位置付け

本計画は、高齢者施策を総合的に推進するため、老人福祉法第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第117条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的な計画として策定するものです。

また、本計画は、総合計画(基本構想・基本計画)及び地域福祉計画を上位計画とした高齢者施策に関する個別計画として位置付けるとともに、健康づくり推進プラン、障害者基本計画、子育て・子育てワイワイプランその他市の関連計画及び東京都の関連計画と連携・調和しながら、高齢者施策を推進する役割を担っています。

図表 計画の位置付け



3 計画期間

本計画の計画期間は、令和6(2024)年度を初年度として、令和8(2026)年度を最終年度とする3か年です。

令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
			第3次総合計画(基本構想・基本計画) (~令和15(2033)年度)					
			高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画(第9期)			高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画(第10期)		

4 日常生活圏域の設定

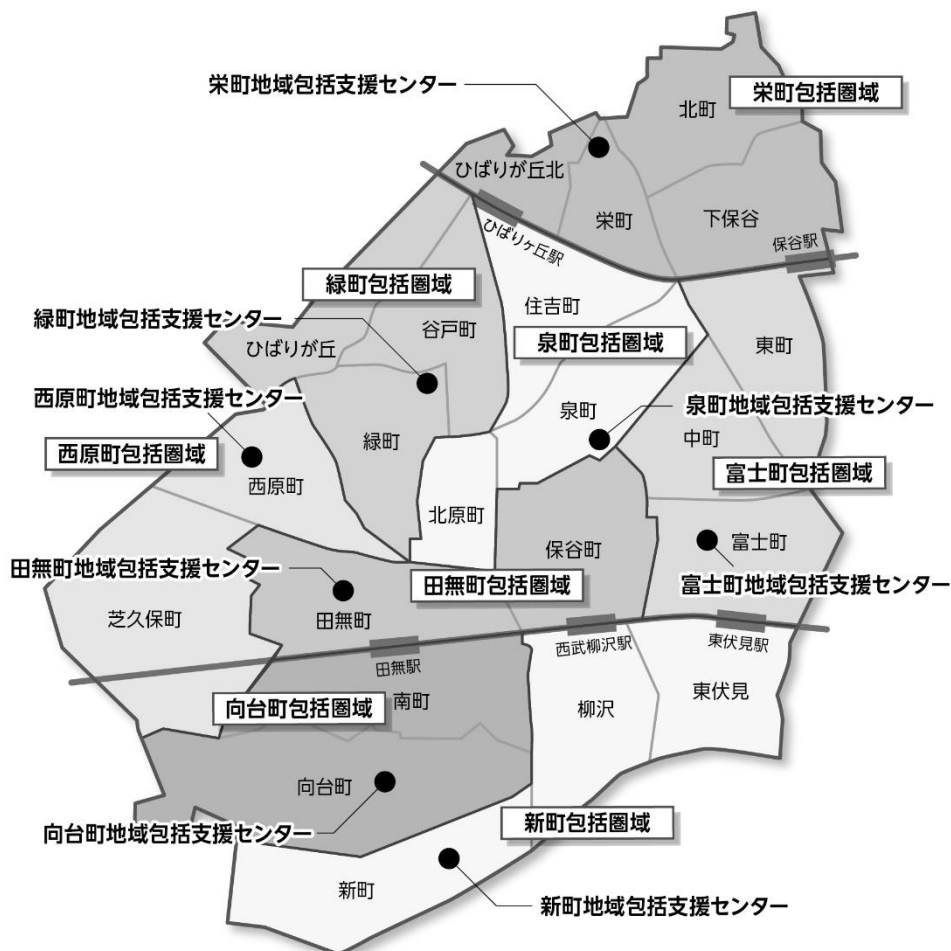
日常生活圏域とは、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けながら、多様なサービスが受けられるよう、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービスの整備状況等を総合的に勘案して、介護保険法により定める区域を指します。

本市では、第3期計画から第8期計画までにかけて、日常生活圏域として、一定規模を有する4地区(北東部、中部、西部、南部)を設定してきました。しかしながら、この間、要介護高齢者の増加や単身・夫婦のみの高齢者世帯の増加など、市内の高齢者を取り巻く環境が大きく変化し、要介護高齢者への支援だけでなく、その家族等の介護者が抱える負担や、複雑化した課題への対応が急務となっており、西東京市版地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの役割の重要性が高まっています。

このため、第9期計画における日常生活圏域を、地域包括支援センター地区の8地区に設定することとします。

なお、日常生活圏域については、総合計画において、「学校を核としたまちづくり」を進め、中学校区において、身近な相談窓口の設置による「相談機能の強化」を展開していくとの方向性が示されたことから、圏域単位の人口動態やサービス基盤の整備状況等を検証しながら、引き続き今後のあり方を検討します。

図表 日常生活圏域



5 西東京市の現状

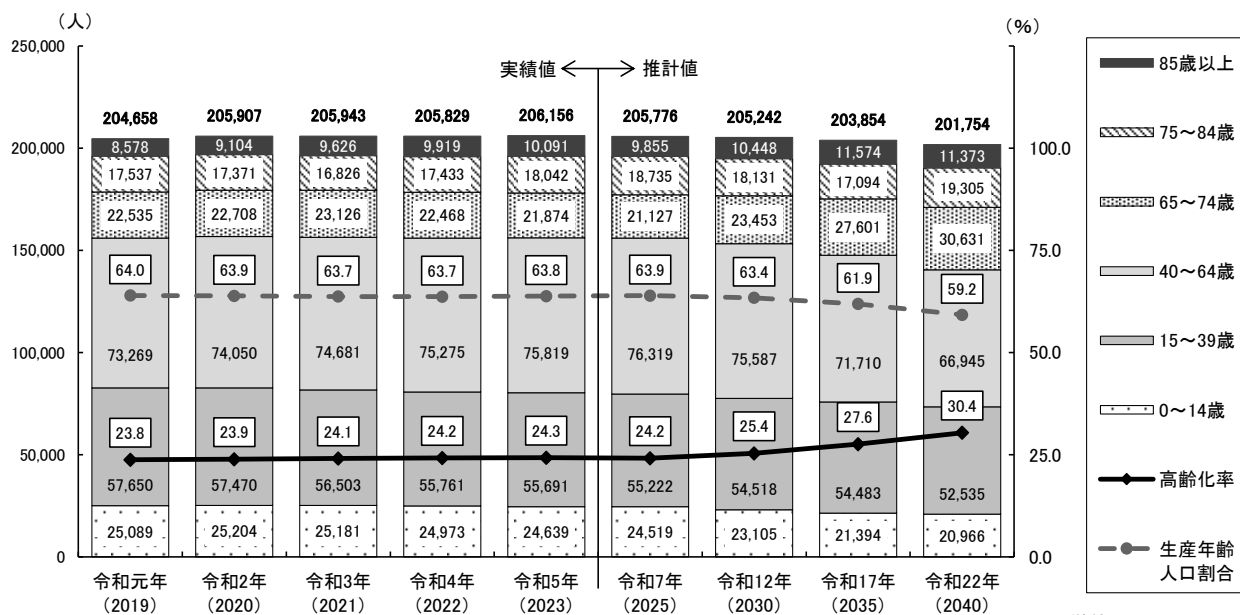
(1) 高齢化の将来予測

本市の令和5(2023)年の総人口は、206,156人、このうち65歳以上の高齢者人口は50,007人で、高齢化率は、24.3%となっています。

令和4(2022)年11月の「西東京市人口推計調査報告書」によれば、本市の高齢者人口は令和22(2040)年には、61,309人まで増加し、高齢化率は30.4%まで上昇する見込みとなっています。特に、75歳以上の後期高齢者人口は、令和22(2040)年まで増加し続け、そのうち85歳以上人口は、令和17(2035)年に11,574人まで増加する見込みです。

一方、生産年齢人口の割合は、令和7(2025)年以降減少し、令和22(2040)年には、59.2%まで低下する見込みです。

図表 高齢者人口等の推移・推計



区分	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)
総人口	204,658	205,907	205,943	205,829	206,156	205,776	205,242	203,854	201,754
0~39歳	82,739	82,674	81,684	80,734	80,330	79,741	77,623	75,877	73,500
40~64歳	73,269	74,050	74,681	75,275	75,819	76,319	75,587	71,710	66,945
65歳以上	48,650	49,183	49,578	49,820	50,007	49,716	52,033	56,268	61,309
65~74歳	22,535	22,708	23,126	22,468	21,874	21,127	23,453	27,601	30,631
75~84歳	17,537	17,371	16,826	17,433	18,042	18,735	18,131	17,094	19,305
85歳以上	8,578	9,104	9,626	9,919	10,091	9,855	10,448	11,574	11,373
高齢化率	23.8%	23.9%	24.1%	24.2%	24.3%	24.2%	25.4%	27.6%	30.4%
高齢者のうち、75歳以上の割合	53.7%	53.8%	53.4%	54.9%	56.3%	57.5%	54.9%	50.9%	50.0%
高齢者のうち、85歳以上の割合	17.6%	18.5%	19.4%	19.9%	20.2%	19.8%	20.1%	20.6%	18.6%

注: 令和5(2023)年まで10月1日現在、令和7(2025)年以降は4月1日時点

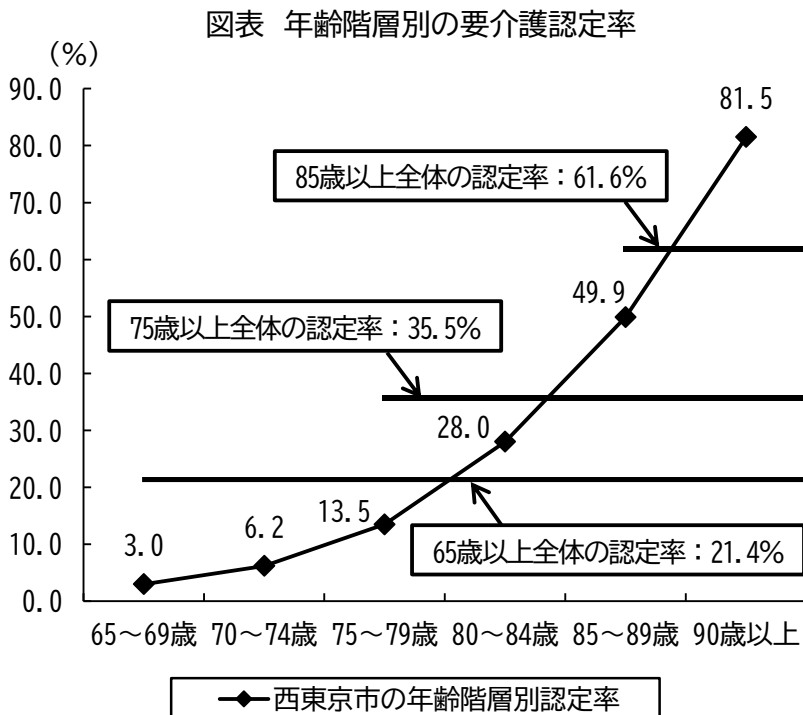
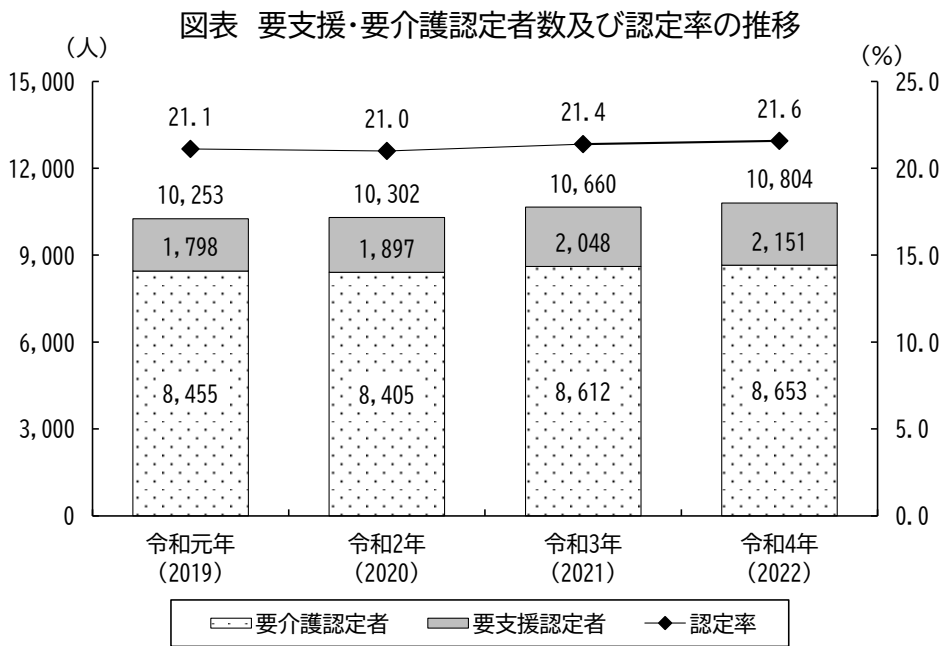
資料: 住民基本台帳(令和5(2023)年まで)、西東京市人口推計調査(令和7(2025)年以降)

(2) 要支援・要介護認定の状況

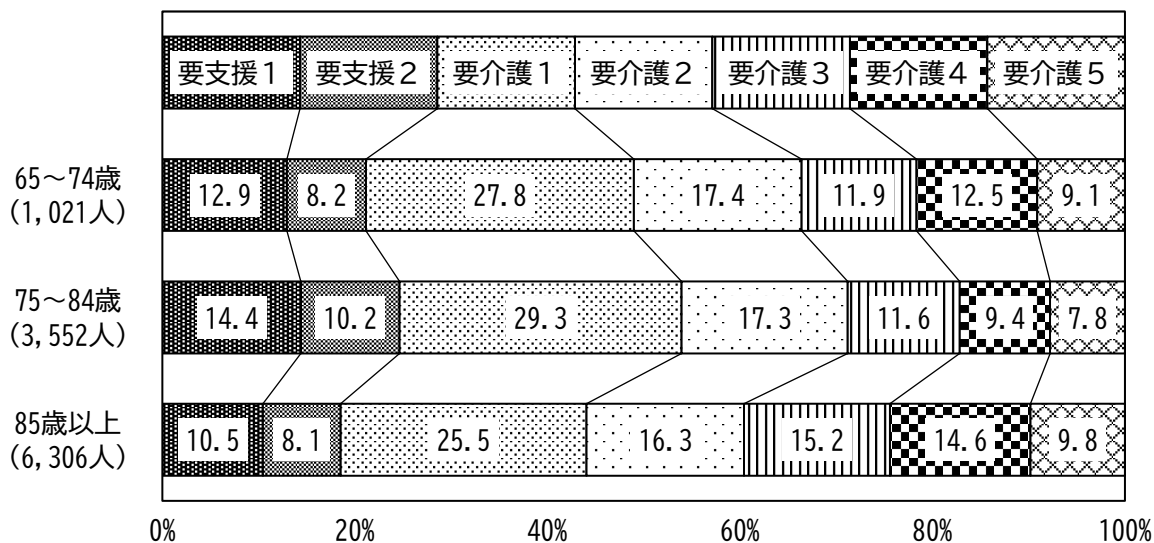
高齢化の進行により、本市の要支援・要介護認定者数は、毎年度増加傾向にあります。令和元(2019)年から令和4(2022)年までの認定率は、ほぼ横ばいの状況です。

また、認定率は、年齢が上がるごとに上昇し、85歳を超えると、約6割となっています。

年齢階層別の要介護度は、どの年代でも要介護1が多くなっていますが、85歳を超えると、要介護3から要介護5までの認定率が上昇する傾向にあり、第1号被保険者1人当たり給付費の増加要因の一つとなっています。



図表 年齢階層別要介護度の割合

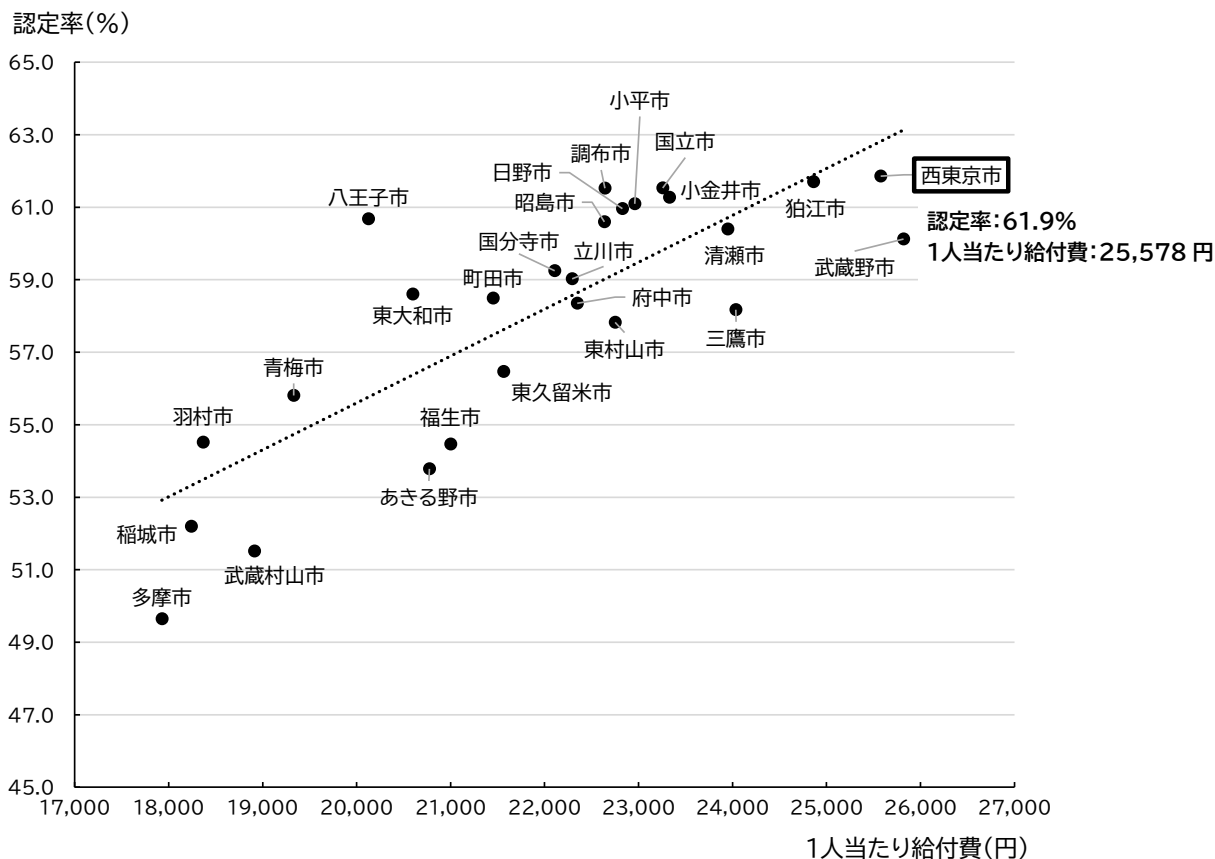


資料:介護保険事業状況報告(令和5(2023)年9月)

(3) 85歳以上の要介護認定率と被保険者1人当たり給付費の関係

本市は、多摩26市中、高齢者に占める85歳以上人口の割合が4位(令和2年国勢調査)と高くなっており、85歳以上の認定率と関連のある第1号被保険者1人当たりの給付費も高い水準にあります。(85歳以上認定率:1位、1人当たり給付費:2位)

図表 85歳以上の認定率と1人当たり給付費(多摩26市)



資料:1人当たり給付費は、地域包括ケア「見える化」システム(令和4(2022)年11月)
85歳以上の認定率は、同時期の介護保険事業状況報告

(4) 介護サービス費の特徴

① 第1号被保険者1人当たり給付月額

本市の調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額は、「施設サービス」では、北多摩北部圏域・全国よりも低くなっています。「居住サービス」では、東京都とほぼ同額であるものの、北多摩北部圏域・全国よりも高く、「居住サービス+施設サービス」では、北多摩北部圏域、東京都、全国よりも高くなっています。

在宅サービスでは、「訪問介護」、「通所介護」、「福祉用具貸与」、「地域密着型通所介護」が北多摩北部圏域、東京都、全国よりも高く、「通所リハビリテーション」と「短期入所生活介護」が北多摩北部圏域・全国よりも低くなっています。

図表 調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額(令和2(2020)年)

(円)

	西東京市	北多摩北部圏域	東京都	全国
施設サービス+居住サービス	10,159	9,756	9,705	9,765
施設サービス	6,589	6,836	6,172	7,188
介護老人福祉施設	4,098	4,228	3,879	3,808
介護老人保健施設	1,897	2,077	1,854	2,643
介護療養型医療施設	594	478	373	289
地域密着型介護老人福祉施設	0	53	66	448
居住サービス	3,570	2,920	3,533	2,577
特定施設入居者生活介護	2,747	2,118	2,701	1,165
認知症対応型共同生活介護	823	802	832	1,412
訪問介護	2,147	1,649	2,066	1,772
訪問看護	872	782	894	570
通所介護	2,570	2,305	2,182	2,551
通所リハビリテーション	531	595	510	951
短期入所生活介護	576	597	496	863
福祉用具貸与	902	784	797	696
地域密着型通所介護	1,215	864	852	810

※北多摩北部圏域は、5市(小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市)の平均

資料:地域包括ケア「見える化」システム

② 第1号被保険者1人当たり給付月額(要介護度別)

本市の第1号被保険者1人当たり給付月額を要介護度別に見ると、要支援1と要支援2は、北多摩北部圏域、東京都、全国より低い金額となっています。一方で、要介護1は、全国・東京都より高く、要介護2は、北多摩北部圏域と同程度となっています。

しかし、要介護3以上は、北多摩北部圏域、東京都、全国より高くなっており、特に要介護3と要介護4は、大幅に高くなっています。

今後は、地域包括支援センターとの連携・協力による介護予防・日常生活支援総合事業の推進とともに、介護給付の適正化に積極的に取り組む必要があります。

図表 第1号被保険者1人当たり給付月額(要介護度別)(令和2(2020)年)

(円)

	西東京市	北多摩北部圏域	東京都	全国
要支援1	149	219	222	205
要支援2	178	383	376	418
要介護1	3,891	4,068	3,447	3,449
要介護2	3,997	3,997	4,119	4,123
要介護3	5,817	5,021	5,073	4,992
要介護4	6,422	5,477	5,838	5,526
要介護5	4,890	4,009	4,622	4,151

※北多摩北部圏域は、5市(小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市)の平均

資料:地域包括ケア「見える化」システム

③ 要支援・要介護認定者の疾患受診状況(令和4(2022)年)

本市の年代別の疾患受診状況を見ると、高血圧症と認知症については、75歳を超えると受診割合が高くなっています。

また、要介護度別の疾患受診状況を見ると、要支援では、筋・骨格疾患の受診割合が高く、要介護では、脳梗塞や認知症の受診割合が高くなっています。

今後は、高齢者の健康づくりに向けて、関係部署と連携・協力し、早期の健康診査・検診への受診勧奨や、各種健康講座、地域の介護予防活動などへの参加勧奨に取り組む必要があります。

図表 年代別・要介護度別の疾患受診状況

◆年代別の状況

		計	糖尿病	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症	糖尿病性腎症	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	脳出血	脳梗塞	虚血性心疾患	腎不全	人工透析	筋・骨格疾患	認知症	歯科	計
西東京市	計	9,733	25.2	1.0	1.4	1.8	55.5	35.6	9.8	2.1	17.2	17.2	7.8	1.3	55.9	23.8	19.0	100.0
	~74歳	910	24.7	1.5	2.6	3.0	44.3	30.9	7.5	7.0	14.3	11.2	8.2	3.1	43.6	10.8	16.4	100.0
	75~84歳	3,071	28.2	1.4	2.0	2.3	54.3	38.6	10.6	2.4	17.4	16.6	7.5	1.7	55.8	20.7	19.9	100.0
	85~89歳	2,907	26.4	1.0	1.4	1.8	56.9	38.3	10.1	1.3	18.5	18.2	8.0	1.1	57.8	24.4	18.6	100.0
	90歳~	2,845	20.9	0.6	0.6	0.9	58.9	31.1	9.2	1.0	16.5	18.7	7.8	0.5	58.1	30.7	19.2	100.0

◆要介護度別の状況

		計	糖尿病	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症	糖尿病性腎症	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	脳出血	脳梗塞	虚血性心疾患	腎不全	人工透析	筋・骨格疾患	認知症	歯科	計
西東京市	計	9,733	25.2	1.0	1.4	1.5	55.5	35.6	9.8	2.1	17.2	17.2	7.8	1.3	55.9	23.8	19.0	100.0
	要支援1	1,192	26.0	0.8	1.8	2.1	57.7	45.5	10.7	0.7	13.1	18.0	6.3	0.1	62.8	4.4	19.0	100.0
	要支援2	772	26.9	1.3	1.9	2.1	59.5	46.4	10.4	1.3	12.3	20.9	8.5	1.4	67.4	4.1	15.9	100.0
	要介護1	2,671	26.5	1.2	1.6	2.0	57.1	39.9	11.1	1.1	16.7	18.8	8.2	1.1	56.2	21.0	14.8	100.0
	要介護2	1,581	26.5	1.6	1.5	1.6	55.4	36.7	10.4	1.6	18.7	17.4	9.0	2.2	54.8	23.2	15.9	100.0
	要介護3	1,407	24.2	1.0	1.3	1.4	55.4	29.6	9.2	3.1	19.0	16.1	6.8	1.4	52.1	35.5	22.8	100.0
	要介護4	1,248	23.2	0.6	1.0	1.8	53.5	26.1	8.2	3.0	18.9	14.3	8.0	1.7	53.4	34.3	25.5	100.0
要介護5	862	20.8	0.5	0.7	1.4	47.2	20.3	5.8	5.8	20.2	13.6	7.3	1.0	47.3	43.4	24.8	100.0	

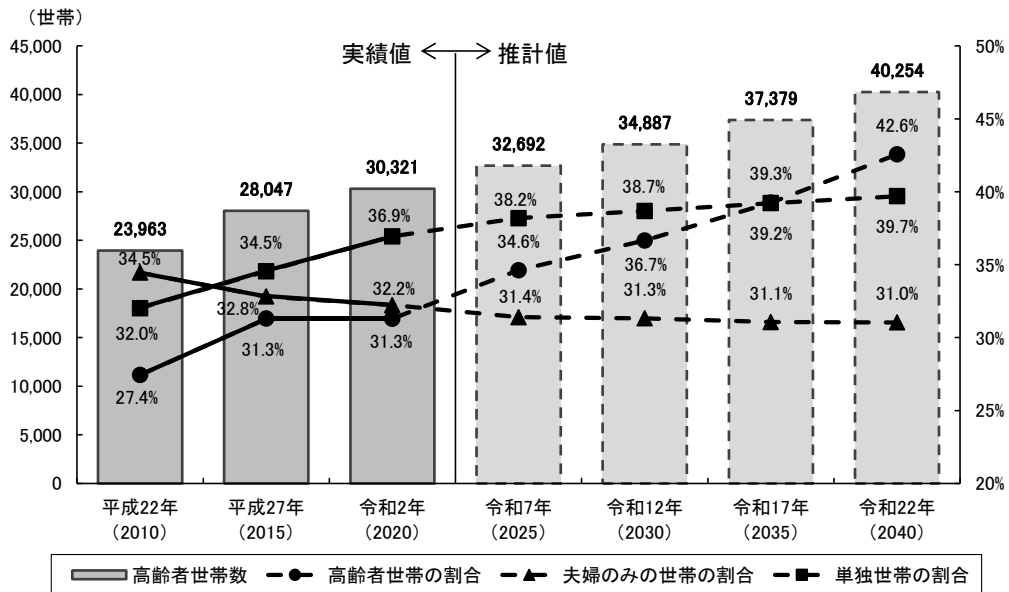
資料:国保データベース(KDB)システム 要介護(支援)者突合状況(令和4(2022)年)

(5) 高齢者世帯数・認知症高齢者数の現状

本市の高齢者世帯は、令和7(2025)年以降も増加し、令和22(2040)年には4万世帯を超える見込みです。

また、認知症高齢者(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)は、増加傾向にあり、令和3(2021)年度末では、6,447人となっています。

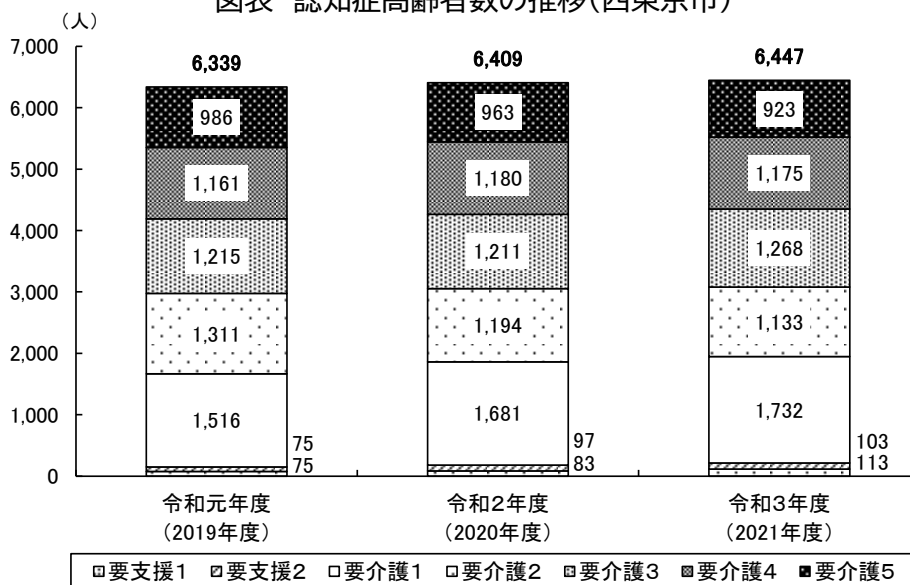
図表 高齢者世帯数(割合)の推移・推計(西東京市)



注:世帯の割合については、「高齢者世帯」は「総世帯数」(一般世帯)に占める割合、「夫婦のみの世帯」、「単独世帯」は、「高齢者世帯」に占める割合

資料:総務省「国勢調査結果」(令和2(2020)年以前)、東京都「東京都世帯数の予測」(平成31年3月)(令和7(2025)年以降)

図表 認知症高齢者数の推移(西東京市)



注:介護認定データに基づく認知症自立度Ⅱ以上の要介護・要支援認定者数(各年度末)

6 第8期計画の振り返り

第8期計画期間中の高齢者の生活は、長引くコロナ禍の影響により、大きな変化を余儀なくされましたが、本市では、様々な工夫を講じながら各種支援策を進めてきました。

ここでは、第8期計画期間における取組の柱について、これまでの実績を振り返り、明らかになった課題及びその解決に必要な取組を整理しました。

施策の方向性1 生きがい活動とフレイル予防の推進

取組の柱	これまでに明らかになった課題等	課題の解決に必要な取組
1 フレイル予防の推進	フレイルチェック参加者の分析では、本市のフレイルチェックの参加者は、全国と比較して「社会性に課題がある方が多い傾向」が示された。高齢者の社会参加につながる取組が必要である。	高齢者の社会参加につながる取組が必要であり、社会参加へのきっかけづくりと、参加する場や機会の提供と周知に取り組む。 また、フレイルチェックと各種介護予防・フレイル予防事業と連携して実施することにより効果的な事業実施を図る。
2 生きがいづくり、地域参加の推進	街中いきいーなサロンの団体数は増えているが、活動場所の確保等の課題がある。	生涯現役応援窓口は、今後、社会参加、ボランティア、趣味活動へのつながりを中心として実施する。 活動場所の確保については、民間施設等のオープンスペースを紹介するなど情報提供に努める。
3 健康づくりの推進	介護予防・フレイル予防事業等を実施している。コロナ禍で、出張講座の回数が減少した。	健康チャレンジ事業や、健康ポイントアプリ「あるこ」の周知及び各種事業との連携による活用により、効果的な健康づくりの推進を図る。

市内各所でのフレイルチェック



施策の方向性2 生活支援体制の充実

取組の柱	これまでに明らかになった課題等	課題の解決に必要な取組
1 情報提供、相談支援体制の充実	高齢者の福祉情報の入手先である市報では、紙面の都合上、全ての情報を掲載することができない。 相談支援体制は、重層的支援体制の整備において、関係機関との連携が求められているが、地域包括支援センターでは、多様化・複雑化する対応ケースの中での業務過多が課題である。	高齢者の集まるサロン等の場などを活用し、効率的・効果的な情報提供を図るとともに、DXを活用した情報提供を検討する。 また、地域包括支援センターでの相談支援体制の維持・改善や、今後の需要増への対応のため、センター体制のあり方を検討する。
2 家族介護者への支援	高齢者を介護している方の交流会などを実施しており、介護者のレスパイトとしての役割を担っているが、介護者同士の交流や情報提供、学びの機会の提供としては、課題がある。	今後、介護者の増加が見込まれる中、介護者が孤立しない、相談先が明確でアクセスしやすい環境等、家族介護者支援を検討する。
3 地域ぐるみで支え合う仕組みづくり	地域における様々な活動が、コロナ禍の影響により中断した。担い手の高齢化や不足も課題となっている。	住民や団体の活動把握に引き続き取り組むとともに、担い手の育成や支援の充実により、地域づくりを推進する。
4 高齢者福祉サービスの充実	必要な人に必要なサービスを提供するという視点で検証を行い、サービスを提供する必要がある。	各種サービスの利用実態等を踏まえ、他自治体の取組等を調査・研究し、サービスのあり方を検討する。
5 権利擁護と虐待防止の推進	高齢者虐待事案は、家族関係等の様々な事情により、慎重な対応が求められる。権利擁護の理解が難しいケースもある。	対象事案には、引き続き丁寧に対応する。 また、権利擁護と虐待防止の周知啓発を進め、意識啓発・理解の促進を図る。

施策の方向性3 認知症施策の推進

取組の柱	これまでに明らかになった課題等	課題の解決に必要な取組
1 認知症の方などへの支援	認知症に関する講座や見守り体験等がコロナ禍の影響を受けた。 正しい理解の促進と意識啓発に向け、各種事業を行ってきたが、個々の事業の効果的な連携が課題である。	認知症の方や家族の支援のため、当事者の声を丁寧に聴取し、有効な対応方策を検討する。 また、若年性認知症についても、さらなる周知や支援を検討する。
2 認知症の方を地域で支える仕組みづくり	認知症サポーター養成講座は毎年度実施し、サポーターは増えているが、コロナ禍の影響もあり、サポーター・ボランティアの活動場所や活動の機会が限られていた。	認知症の方を地域で支える体制の構築等、当事者の声や視点を重視しながら、認知症地域支援推進員が中心となって、施策の推進を図る。 また、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を実施し、サポーター・ボランティアのほか、チームオレンジの取組を推進する。

施策の方向性4 在宅療養体制の充実

取組の柱	これまでに明らかになった課題等	課題の解決に必要な取組
1 市民への理解促進	「私の人生ノート」を作成し、専門職への周知を行った。専門職に活用されてきたが、アンケート調査の「今後の希望(長期療養時や最期の居場所、延命治療の可否など)について家族等への意向を伝えている」割合が、前回と比較して下がっている。	在宅療養に関する市民周知を図るとともに、「私の人生ノート」を含めた「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」の活用について、市民や専門職に対し、より一層の周知啓発を図る。
2 在宅療養の体制整備	これまでに構築してきた多職種の「顔の見える関係」づくりが、コロナ禍の影響で停滞、後退した。	在宅療養を支える地域資源は増加しており、より一層、多職種連携の体制づくりを加速して進める。

施策の方向性5 安心して暮らせる環境づくり

取組の柱	これまでに明らかになった課題等	課題の解決に必要な取組
1 多様な住まい方の実現	住宅セーフティネット(入居・居住継続支援制度)について、令和3年度の契約成立が18件(成約率:33%)、令和4年度の契約成立が39件(成約率:48%)と利用が増加傾向にある。	高齢者の居住安定確保に向け、引き続き住宅関係部署と連携・協力し、制度及び有料老人ホームを含めた高齢者住宅の周知を図る。
2 人にやさしいまちづくりの推進	高齢者の外出支援について、利用回数の増加等に伴い、高齢者等外出支援サービスの事業費は、拡大傾向にある。	サービスの利用実績の検証とともに、高齢者のニーズや民間事業者の動向等の把握に取り組む。
3 いざというときの仕組みづくり	災害時要援護者の名簿及び個別避難計画作成について検討を行った。また、災害発生時における高齢者等の支援については、関係部署で連携して対応した。	関係部署及び関係機関と協議・連携し、避難行動要支援者・災害時要援護者の名簿や個別避難計画の作成とともに、避難支援等関係者との情報共有を図る。

施策の方向性6 介護保険サービス等の充実

取組の柱	これまでに明らかになった課題等	課題の解決に必要な取組
1 サービスの質の向上	事業所分科会の開催は、コロナ禍の影響により予定回数を下回り、事業所との情報連携不足が課題となった。 また、主任ケアマネジャーの活動を通じた地域のケアマネジメントの質の向上に向け、より効果的な研修等を実施していく必要がある。	地域のケアマネジメントの質の向上に向け、主任ケアマネジャーの活動を支援するとともに、事業所分科会を通じた事業者への情報提供、事業者間の情報共有などに取り組む。
2 介護人材の確保・介護現場の革新への支援	事業所の介護人材の確保や介護現場への支援ニーズの把握に課題がある。	介護人材不足の解消に向け、事業所への情報提供や情報共有、介護イベントなどでの介護職の魅力発信のほか、介護現場への支援に関するニーズ把握に取り組む。
3 介護保険サービス提供体制の充実	計画では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所2か所、(看護)小規模多機能型居宅介護事業所と地域密着型介護老人福祉施設1か所の整備目標を掲げたが、目標に到達していない。	地域の居宅サービスニーズに応えるため、民間事業者の参入のしやすさに配慮し、引き続き地域密着型サービスの整備を促進する。 また、事業者と連携・協力し、居宅介護支援事業者分科会等を通じ、サービスの利用増を図る。

第2章 計画の基本的考え方

1 西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて

基本理念

ともに支え合い、いつまでも楽しむ
～西東京市版地域包括ケアシステム～

基本目標 **1** 人と地域とつながり、いきいきと暮らす

介護予防・生活支援

生きがい推進・社会参加

- 生きがい推進事業
- 老人クラブ
- 街中いこいなサロン
- いきいきミニデイ
- 社会参加マッチング事業

フレイル予防の推進

- フレイル予防の啓発
- フレイルチェックの実施
- フレイルサポーターの養成
- フレイル予防事業の実施

リエイブルメント(再自立)の推進

- リハビリテーション専門職の訪問アセスメント
- 短期集中予防サービス
- 地域資源の活用・社会参加へのつなぎ
- みんなのい～な会議

関係機関

民生委員・児童委員

地域住民

地域包括支援センター

フレイルサポーター

通院・入院

在宅療養連携支援センターにしのわ

- 自宅
- サービス

医療

入院医療

- 急性期 ● 回復期 ● 慢性期

外来、在宅

- かかりつけ医 ● 診療所・病院
- 歯科診療所 ● 薬局
- 認知症疾患医療センター

在宅医療

- 在宅療養連携
- 医療介護連携
- 在宅療養後方

健康寿命の延伸を目指し、高齢者の方が、住み慣れた地域で、いきいきと元気に暮らしていける環境を整備するとともに、医療・介護の連携強化や、介護サービス基盤の整備促進などにより、安心して在宅生活を送ることができる環境・仕組みづくりを進めます。

く、自分らしく暮らせるまち西東京

包括ケアシステムの深化・推進～

介護予防・日常生活支援総合事業

- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業

その他の取組

- 地域ぐるみの見守り・支え合い
- 家族介護者（ケアラー）支援
- 保健事業と介護予防の一体的実施

基本目標 **2** なじみの環境の中で、必要なサービスを受けながら暮らす

様々な生活支援の充実

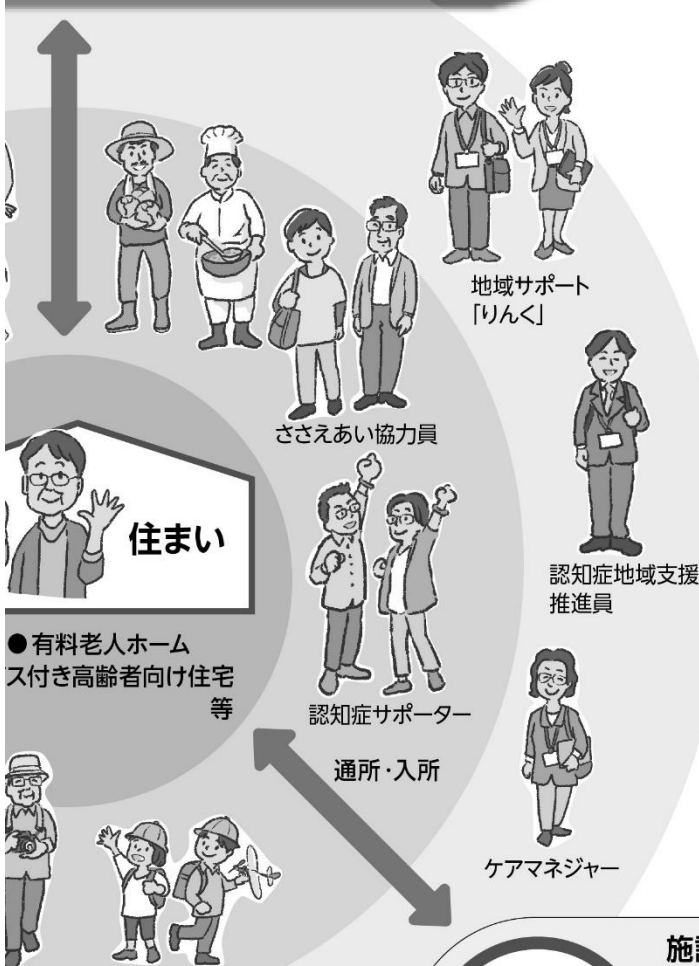
- ささえあいネットワーク
- 西東京市暮らしヘルパー
- 家族会・介護者のつどい

認知症施策

- もの忘れ予防検診
- 認知症初期集中支援チーム
- 認知症カフェ
- 認知症サポーターの養成
- チームオレンジ

介護保険サービスの充実

- 介護サービス基盤の整備（看護小規模多機能型居宅介護等）
- 介護人材の確保・育成・定着支援
- 給付の適正化、ケアマネジメントの質の向上
- 事業者への支援



医療介護連携

支援センターにしのわ
支援病床確保事業

介護

施設・居住系

- 特別養護老人ホーム
- 認知症グループホーム
- 特定施設入居者生活介護 等

在宅系

- 訪問介護
- 訪問看護
- 通所介護
- 短期入所生活介護 等



2 基本理念

ともに支え合い、いつまでも楽しく、 自分らしく暮らせるまち西東京 ～西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進～

本市では、第8期計画において、「いつまでもいきいきと安心して暮らせるまち西東京市～みんなで支え合うまちづくり～」を基本理念に、「地域とつながり、楽しく暮らし、共に生きる」、「支援が必要となっても、なじみの環境の中で自分らしく暮らす」を基本目標に掲げ、「生きがい活動とフレイル予防の推進」、「生活支援体制の充実」、「認知症施策の推進」、「在宅療養体制の充実」、「安心して暮らせる環境づくり」、「介護保険サービス等の充実」の6つを施策の方向性として位置付け、各種取組を推進してきました。

しかしながら、長期化するコロナ禍において、高齢者の外出控えや人が集うイベント等の開催自粛等が、活動量の減少に伴う心身機能の低下や社会参加の意欲の減退を招くなどの弊害を生じさせたことから、それらへの対応が喫緊の課題となっています。

また、本市では、令和22(2040)年頃までの間、高齢化の進行と同時に生産年齢人口の減少も見込まれることから、これまで以上に医療・介護ニーズへの対応と人材確保・育成の取組が必要です。

第3次基本構想では、基本目標の一つである「笑顔で自分らしく暮らせるまち」において、「誰もが住み慣れた地域において健康で元気に暮らすためには、年齢や障害の有無等にかかわらず、一人ひとりが生きがいを感じながら、自分らしく過ごせることが大切であり、子どもから高齢者までの多様な世代が地域の中でつながり、それぞれが抱える生活課題の解決に向けて取り組むことが重要」としており、地域共生社会と「健康」応援都市の実現を掲げています。

医療・介護・住まい・生活支援・社会参加の支援が必要な人は、高齢者に限りません。経済的困窮者、単身・独居者、障害者、ひとり親家庭や、これらの要素が複合したケースに適切に対応するため、本市における重層的支援体制整備事業などにより、制度・分野の枠や「支える側」、「支えられる側」という関係を超えた取組を通じて、全ての人が地域、暮らし、生きがいとともに創り、高め合う地域共生社会の実現とともに、まちそのものが健康になれる「健康」応援都市を目指します。

このため、第9期計画では、「ともに支え合い、いつまでも楽しく、自分らしく暮らせるまち西東京」を基本理念とし、市民や関係機関、行政が地域一体となって福祉や医療・介護などの支援・サービスを提供する「西東京市版地域包括ケアシステム」のさらなる深化・推進に努めます。

3 基本目標

1 人と地域とつながり、いきいきと暮らす

2 なじみの環境の中で、必要なサービスを受けながら暮らす

第9期計画の基本理念「ともに支え合い、いつまでも楽しく、自分らしく暮らせるまち西東京」を実現するために、目指すべき方向性を明らかにする2つの基本目標を定めます。

まず、高齢者が「人と地域とつながり、いきいきと暮らす」ために、生活習慣病予防などの健康づくりと介護予防を連携して展開することにより、高齢者の健康寿命を延ばし、生活の質を高めていくとともに、高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる活動の場が身近にあり、地域の人とのつながりを通して活動の場が広がるような地域づくりを目指します。

また、高齢者が「なじみの環境の中で、必要なサービスを受けながら暮らす」ことができるように、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現するとともに、利用者の状態や家族等の周囲の状況、暮らし方などの変化や、本人の希望に柔軟に対応できるよう、必要なサービス提供体制の整備に努めます。

本市では、基本理念のもとに、2つの基本目標を掲げ、高齢者とその家族の願いに応える仕組みづくりを進めます。

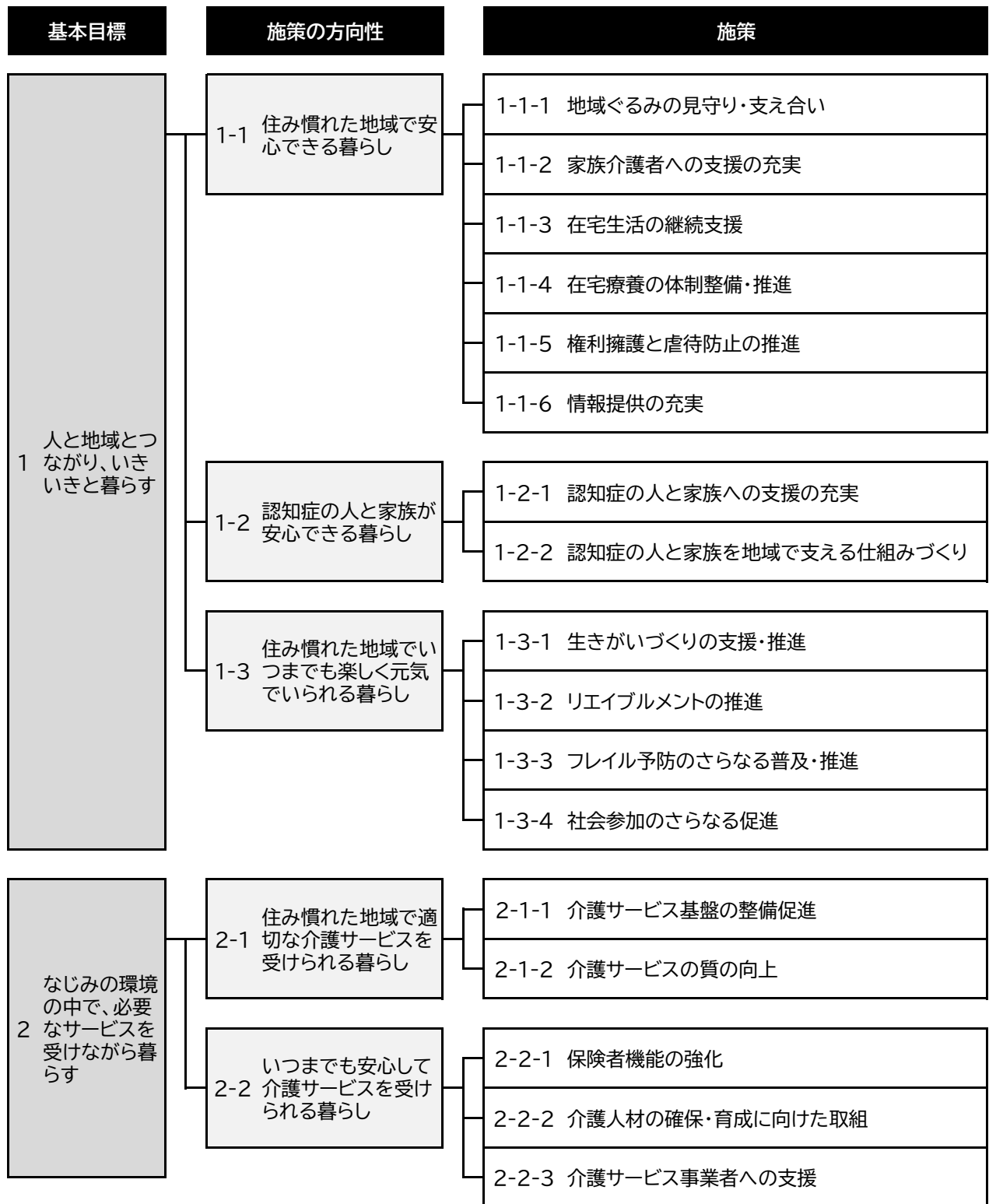
Column 1

なじみの環境とは

なじみの環境とは、長く住んでいる地域で培ってきた人間関係……家族や友人、近所の人、よく買い物をする商店など、知っている人たちとの「なじみの関係」がある環境のことをいいます。日常生活の中にある、たくさんのなじみの関係には、多種多様な人とのつながりが含まれており、こうしたなじみの環境が途切れることなく続き、その人が、最期まで自分らしく生活できる居心地の良い環境となるようにすることが大切です。

地域包括ケアシステムが目指しているものは、なじみの環境をできるだけ大切にし、人生の最終段階まで、「自分らしい生活」を楽しむことができるようにすることだと考えられています。

4 施策の方向性(体系)



第3章 基本目標達成に向けた施策の展開

基本目標1 人と地域とつながり、いきいきと暮らす

1-1 住み慣れた地域で安心できる暮らし

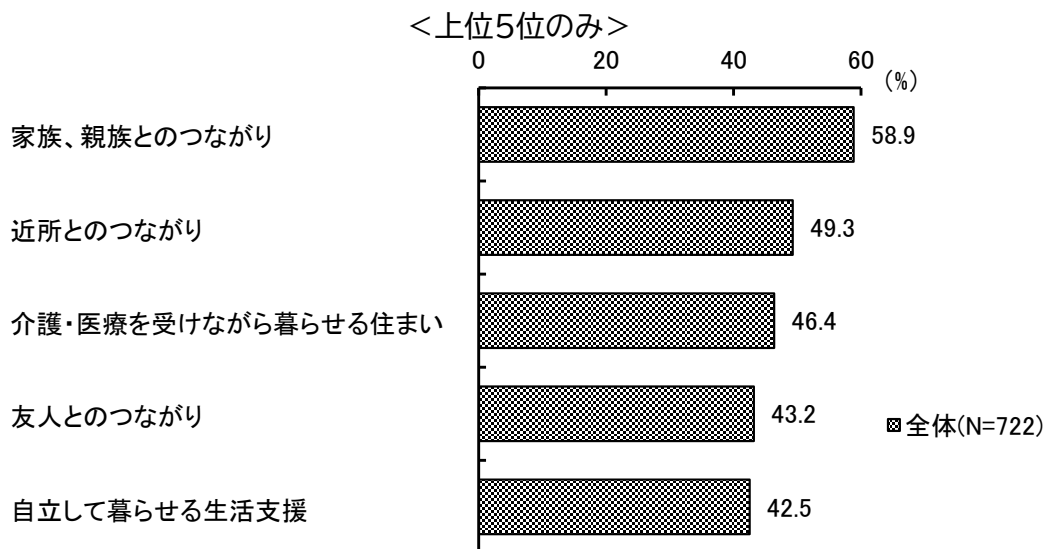
高齢者一般調査では、「今後地域で暮らしていくために必要だと思うこと」として、「家族、親族とのつながり」との回答が約6割、「近所とのつながり」との回答が約5割となっており、住み慣れた地域で、家族・親族や近所とのつながりを持ちながら生活することが必要と考えている方が多いことがわかりました。

一方で、介護保険サービス事業者調査では、「利用者支援の側からみた地域課題」として、「単身で身寄りのない高齢者が増えてきている」、「老老介護、8050問題など、支援が難しいケースが増えている」との回答が約6割となっており、地域において多様化・複雑化した課題が顕著となっています。

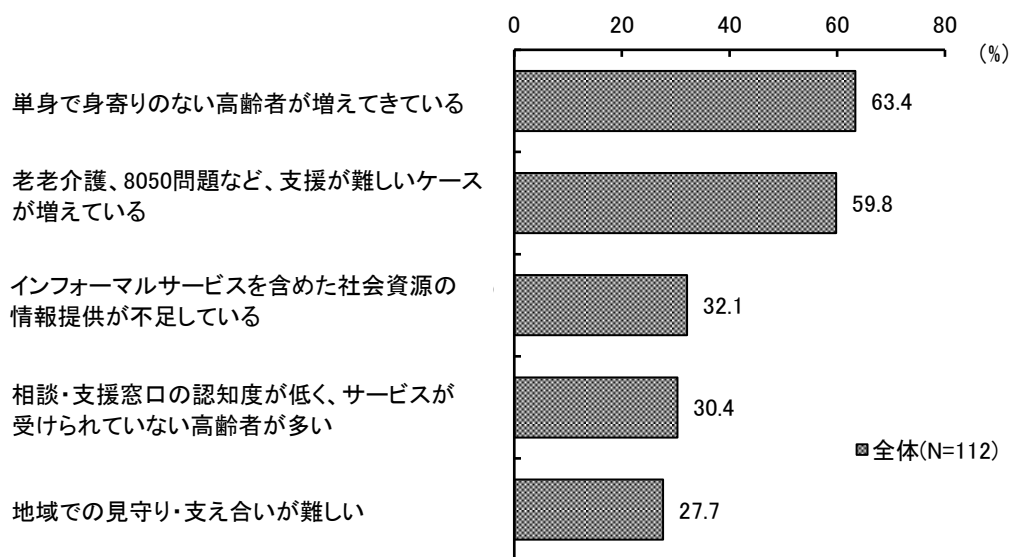
以上のことから、地域ぐるみでの見守り・支え合いとして、近隣の住民同士の見守りや支え合い活動、地域包括支援センターを中核とした日常生活の支援や生活支援コーディネーターによる生活支援体制の充実などを進めるとともに、家族介護者への支援や医療・介護の連携による在宅療養支援などを進め、高齢者が住み慣れた地域で安心できる暮らしの実現を図ります。

また、支援を必要とする人に、必要な支援が確実に届けられるよう、有効な周知・広報に努めます。

図表 今後地域で暮らしていくために必要だと思うこと(高齢者一般調査:複数回答)



図表 利用者支援の側から見た地域課題(介護保険サービス事業者調査:複数回答)
 <上位5位のみ>



1-1-1 地域ぐるみの見守り・支え合い

一人暮らし高齢者や高齢者世帯が安心して暮らし続けるためには、公的な支援やサービスだけでなく、地域ぐるみの見守りや支え合いが必要です。生活支援体制整備事業において設置した地域サポート「りんく」(生活支援コーディネーターが配置されている機関)が中心となり、住民同士の助け合いやサロン活動、団体・企業を含めた生活支援や見守りサービスなど、地域の中にあるあらゆる資源を活用して、高齢者の生活がより安心して充実したものとなるような地域づくりを進めるとともに、地域包括支援センターによる相談支援体制の充実を図ります。

具体的な取組	地域サポート「りんく」の体制整備による取組の充実
取組内容	<p>高齢者がいつまでもなじみの環境の中で自分らしく安心して暮らせるよう、地域サポート「りんく」が中心となり、通いの場等の住民互助の活動や、地域団体等による生活支援サービス等の地域資源の充実、担い手の育成、多様な主体のネットワーク化等に取り組めます。</p> <p>また、協議体の開催や地域ケア会議への参加、短期集中予防サービスにおける関係者との連携等を通じて、地域のニーズを把握するとともに、地域包括支援センターやケアマネジャー、市民等が地域資源を活用できるよう、情報提供や情報発信を行います。</p> <p>さらに、高齢者自身が地域の担い手となれる新たな機会の創出・拡充を目指し、高齢者個人の特性や希望に合った就労的活動(有償又は無償のボランティア活動)による社会参加の拡大のため地域サポート「りんく」の体制整備を行い、取組の充実を図ります。</p>

具体的な取組	ささえあいネットワークの充実
取組内容	ささえあい訪問協力員による定期的な見守りや、ささえあい協力員・協力団体による地域での見守りのほか、民生委員・児童委員、地域包括支援センター及び地域サポート「りんく」をはじめとした関係機関の連携による見守り、その他民間企業や団体が提供する様々な見守りのサービスや仕組みも含め、高齢者やその家族が個々の状況や希望に合った多様な見守りを選択し、利用できるよう、担い手の養成や関係者との連携・協力体制を強化するなど、ささえあいネットワークの一層の充実を図ります。
具体的な取組	介護支援ボランティアポイント等による支え合い活動の推進
取組内容	地域サポート「りんく」と連携・協力して「介護支援ボランティアポイント制度」を実施するとともに、住民ボランティア等が高齢者のちょっとした困りごとのお手伝いを行う「住民主体のサービス」に対して補助を行うなど、多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組の活性化を図り、住民同士の支え合い活動を推進します。
具体的な取組	地域包括支援センターの体制強化による相談機能の充実
取組内容	増大するニーズに地域包括支援センターがしっかりと対応し、適切にその役割を果たすために、センターの運営体制や市のバックアップ体制の強化を図ります。 総合相談支援機能の活用により、高齢者だけでなく、家族介護者の支援に取り組むとともに、地域ケア会議や重層的支援体制整備事業の活用等により多職種や多分野との連携を強化し、地域包括支援センターの相談機能の充実を図ります。
具体的な取組	高齢者生活状況調査の実施
取組内容	民生委員・児童委員等の協力を得て高齢者の生活状況や健康状態等の調査を実施し、調査結果を緊急時対応や地域包括支援センターにおける個別支援等に活用します。

<施策に対する指標>

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	ささえあい協力員・ささえあい訪問協力員登録者数	1,830人	1,870人	1,910人	1,950人
	ささえあい協力団体数	305団体	315団体	325団体	335団体
	介護支援ボランティアポイント登録者数	480人	520人	560人	600人
	地域包括支援センターの認知度(高齢者一般調査)	57.6% (令和4年度)	—	60%	—

1-1-2 家族介護者への支援の充実

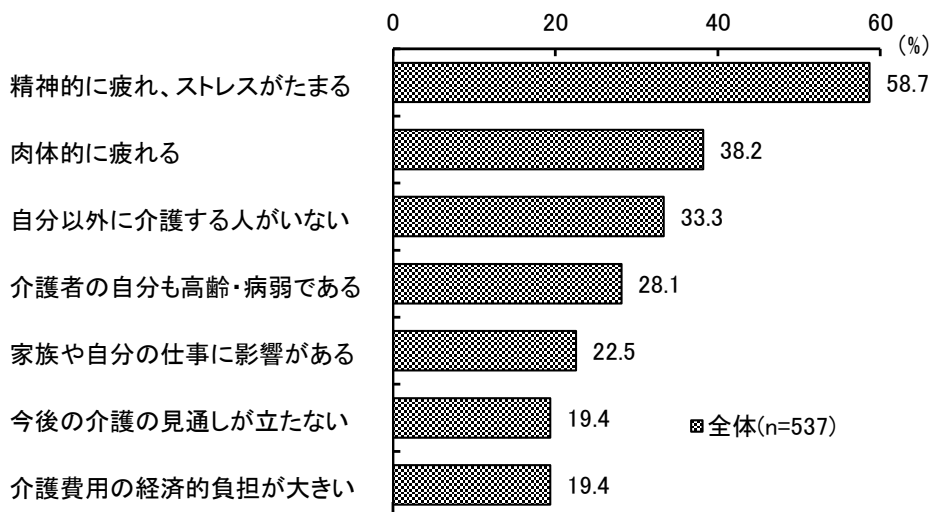
認知症介護、老老介護、ダブルケア、ヤングケアラーなど、家族介護者(ケアラー)を取り巻く状況が多様化・複雑化し、様々な課題が顕在化していることに伴い、家族介護者への支援策がさらに求められています。

要介護・要支援認定者調査において、介護者への「介護する上で大変なことや困っていること」の問いに対し、「精神的に疲れ、ストレスがたまる」と回答した人が約6割と最も多く、家族介護者の負担軽減を図る支援策が重要となっています。

引き続き、地域包括支援センターの総合相談支援機能の活用による家族介護者への相談・支援に取り組むとともに、家族介護者の身体的、精神的負担の軽減につながる取組を検討・実施します。

図表 介護する上で大変なことや困っていること

(要介護・要支援認定者調査(介護している人がいる人):複数回答)<上位7位のみ>



具体的な取組	家族会・介護者の集いの支援
取組内容	<p>高齢者を介護している家族同士が同じ立場で語り合い、介護に伴う苦労や悩み、日常の不安等を解消できるような交流の機会や、情報共有、学びの機会を提供できるよう、市や地域包括支援センターにおいて、家族会・介護者の集いの開催に取り組めます。</p> <p>また、認知症カフェ等の運営について補助を行い、住民や地域団体等の多様な主体による当事者・介護者の集いの場に係る活動を支援します。</p>
具体的な取組	市民介護講習会の開催
取組内容	<p>高齢者を介護している家族等を対象に、市内の特別養護老人ホームにおいて、介護に必要な知識や技術の習得等に関する講習会を開催し、家族介護者等の身体的・精神的負担の軽減を図ります。</p>

具体的な取組	ケアラーズスクールの開催
取組内容	家族介護の不安や悩みを持つ家族介護者等を対象に、市内でケアラーズスクールを民間事業者と共催し、介護に関する学びや参加者間の交流を通じて、家族介護者等を支援します。

具体的な取組	家族介護者を支える仕組みづくり
取組内容	一定の要件を満たす家族介護者に対し、家族介護慰労金を支給します。 また、家族介護者が介護を継続できるよう、家族介護者を支えるための仕組みづくりを検討します。

< 施策に対する指標 >

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	息子介護者の会・娘介護者の会の開催	4回	4回	4回	4回
	ケアラーズスクールの開催(民間事業者との共催)	1回	4回	令和6年度の実績を踏まえ 検討	令和7年度の実績を踏まえ 検討

ケアラーズスクールの様子



市民介護講習会の様子



1-1-3 在宅生活の継続支援

地域包括ケアシステムを構成する5つの要素(医療、介護、介護予防、住まい、生活支援)の中でも、高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために基本となるのが「住まい」とされています。

本市は、西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、住宅施策と福祉施策との間で連携を図るとともに、防犯・防災対策とあわせて、高齢者の在宅生活の支援に取り組んでいきます。

具体的な取組	高齢化の進行を踏まえた在宅サービスの実施
取組内容	市独自で行っている高齢者福祉サービス(高齢者見守り配食サービス、認知症及びねたきり高齢者等紙おむつ給付サービス、高齢者等紙おむつ助成金交付サービス等)により、日常生活の支援のために必要なサービスを提供するとともに、高齢化の進行を踏まえたサービスのあり方を検討します。
具体的な取組	高齢者の住まいに関する支援
取組内容	手すりや緊急通報システム装置といった高齢者向けの設備がある市内8か所のシルバーピアに、安否確認・緊急時対応などを行う生活協力員を配置し、入居者が自立した安全かつ快適な日常生活を送れるよう、支援を行います。 また、家庭環境や経済的な理由により、居宅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。
具体的な取組	高齢者の住まいの確保等に向けた対応
取組内容	高齢者が賃貸住宅へ円滑に入居でき、安心して暮らし続けられるように、関係部署と連携・協力し、住宅セーフティネット制度などの周知のほか、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームに関する情報提供を行います。 また、介護保険制度や自立支援住宅改修費助成サービス、高齢者住宅改造費給付サービスの活用による住宅のバリアフリー化の支援を行います。
具体的な取組	避難行動要支援者への対応
取組内容	災害時の避難に当たって、支援が必要となる人を特定するため、関係部署と連携・協力し、避難行動要支援者名簿情報の収集・提供とともに、市内事業所の協力により、個別避難計画の作成を進めます。
具体的な取組	防犯意識の啓発・情報提供
取組内容	振り込め詐欺等の被害を未然に防ぐため、注意喚起のためのポスターの掲出やチラシの配布のほか、介護保険料納入通知書等の封筒に注意喚起文を記載するなど、防犯意識の啓発及び情報提供を行います。

介護者(ケアラー)とその支援策を考える

介護の社会化を目指す介護保険制度がスタートして24年。少子・高齢化が進む中で、介護を担ってきた家族介護者を取り巻く状況は一層多様化しています。近年、介護者は「ケアラー」とも呼ばれ、ケアラーへの社会的な支援は、介護を受ける人だけでなく、介護をする側の健康的な生活、生きる権利、そして豊かな人生のために重要であると考えられるようになりました。

しかしながら、近年では、次のようなケアラーの存在と新たな課題が指摘されています。

○ビジネスケアラー

ビジネスケアラーは、働きながら親の介護をする人たちのことをいいます。これまでも介護離職が大きな課題となっていますが、将来、より少ない人数で親世代のケアを負担することになるビジネスケアラー予備軍への支援が、社会や企業にも必要と言われるようになりました。改めて、介護や認知症に対する正しい知識や相談支援が必要になると考えられます。

○ダブルケアラー

ダブルケアは、近年、平均初婚年齢・平均初産年齢の上昇が進み、新たな社会的リスクとして注目されています。狭義では、育児と介護が同時期に発生する状態を指し、広義では、家族や親族等との密接な関係における複合的な課題を指すと定義されています。少子化と高齢化が同時進行する我が国において、ダブルケア及びそれに直面するダブルケアラーは、今後大きな社会問題、政策課題になると考えられています。

○ヤングケアラー

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行う18歳未満の子どもを指します。ヤングケアラーは、本人や家族にも自覚がないという理由から表面化しにくく、実態の把握が困難とされています。

あなたは、家族のどなたかのケアをしていますか？ あなたの周りにはどのようなケアラーがいらっしゃいますか？ ケアを終えたあなたは、何か役に立ちたいと思ったことがありますか？

第9期計画では、関係機関等とも連携しながら、多様なケアラーの支援策を、市民の皆さんと一緒に考えていきます。



1-1-4 在宅療養の体制整備・推進

在宅医療と介護の連携強化・推進のための相談や多職種連携の充実を図るとともに、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及により、本人が家族や関係者とも連携し、安心して人生の最終段階を迎えることができ、在宅・施設等でのよりよい看取りが推進される施策を進めます。

具体的な取組	在宅医療と介護の連携強化・推進
取組内容	<p>高齢者の在宅での療養生活を支援するため、在宅医療を担う地域の病院と診療所、訪問診療医療機関など、医療機関同士の連携を進めます。加えて、体調悪化時及び家族の休養のために入院することができる環境の整備など、安心して療養生活を送るための仕組みづくりを進めます。</p> <p>医療と介護の連携の促進のため、研修などを通じ、現場で相談し合える関係づくりを強化するとともに、在宅で療養する高齢者の状況を円滑に共有するために、ICTを活用した情報共有システムを活用します。</p> <p>また、在宅療養連携支援センター「にしのわ」では、在宅療養に関する不安や課題に対応し、適切な医療や介護サービスにつながり、在宅療養生活を継続できるよう支援します。</p>

具体的な取組	アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及啓発
取組内容	<p>アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は「人生会議」とも呼ばれ、もしもの時のために、自分が大切にしていることや、望む医療やケアについて、家族や医療・ケアのチームと繰り返し話し合う取組です。</p> <p>本市が独自に作成している「私の人生ノート」の活用を促し、人生の最期まで自分らしい暮らしが送れるよう支援をしていきます。</p>

<施策に対する指標>

指標	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	医療と介護は連携していると思う割合(医療機関調査)	40.7% (令和4年度)	—	55%	—
	在宅療養連携支援センターの認知度(医療機関調査)	26.3% (令和4年度)	—	35%	—
	今後の希望について家族等に意向を伝えている一般高齢者の割合(高齢者一般調査)	42.4% (令和4年度)	—	60%	—

1-1-5 権利擁護と虐待防止の推進

権利擁護センターなどと連携し、成年後見制度をはじめとする高齢者等の権利擁護事業の普及啓発・支援を充実します。

また、高齢者虐待を防ぐための意識啓発・研修とあわせ、高齢者虐待防止連絡会、高齢者虐待に関する支援計画の評価・見直し等により、取組を推進します。

具体的な取組	権利擁護事業の普及啓発・支援の実施
取組内容	<p>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、成年後見制度の利用促進のため、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。</p> <p>福祉サービスを利用している、又はこれから利用する予定の方で、判断能力が低下した高齢者、知的障害者、精神障害者の方々が安心して自宅での生活ができるよう、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を行う日常生活自立支援事業の活用を支援します。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。</p>

具体的な取組	高齢者虐待防止のための取組の推進
取組内容	<p>高齢者虐待にあたる行為と発生の要因、虐待防止に関する基本的事項や、高齢者虐待の相談・通報先等についてリーフレットなどで周知したり、関係部署と連携して「虐待防止キャンペーン」を行うなど、虐待防止の啓発活動を行うとともに、養介護施設従事者等へ向けて、高齢者虐待の実態や対処の仕方について研修を実施し、早期発見・対応(通報)の意識を高め、連携を図ります。</p> <p>また、専門家や関係機関で構成する「高齢者虐待防止連絡会」を開催し、虐待防止のための施策の検討や情報共有、関係機関との連携体制の強化等に取り組めます。</p>

< 施策に対する指標 >

指標	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	虐待防止キャンペーンの実施	1回	1回	1回	1回
	虐待防止に関する出前講座の開催	15回	15回	15回	15回

1-1-6 情報提供の充実

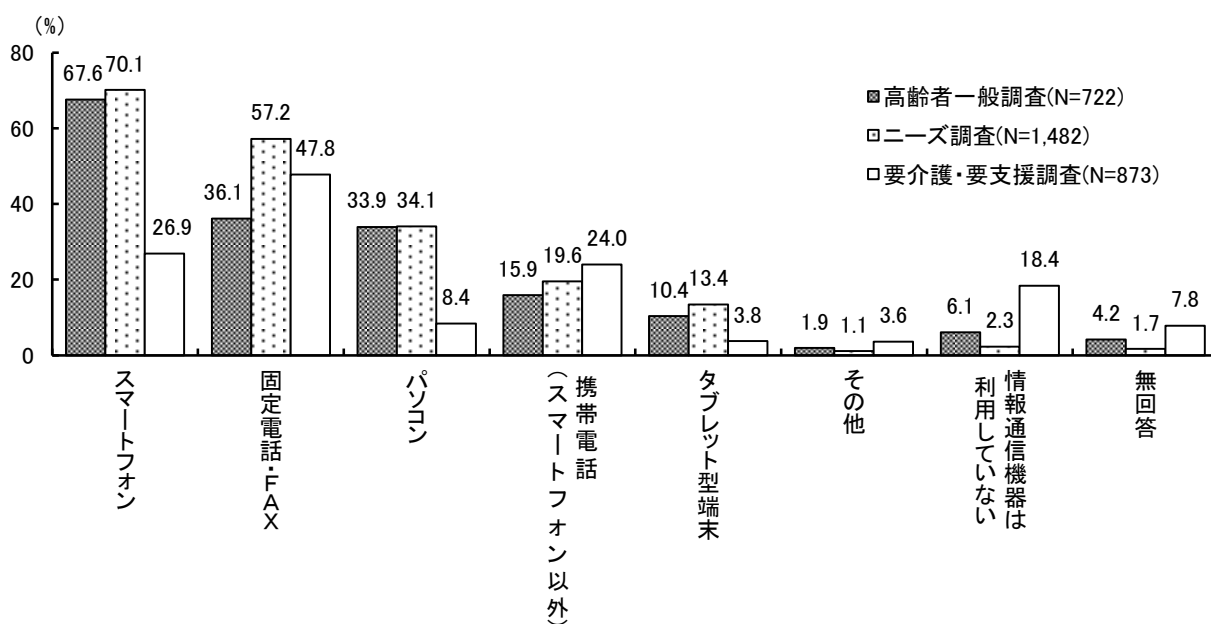
様々な媒体を通して、高齢者サービスや介護保険制度の各種サービス、また、地域の通いの場や社会参加などに関する情報提供を行い、必要な人に必要な情報が届くように努めます。また、高齢者のデジタルデバインド対策として、スマートフォン講座などを開催します。

具体的な取組	必要な人に届く情報提供
取組内容	<p>高齢者サービスや、介護保険制度・サービスの周知を図り、制度への理解と適切なサービス利用が進むよう、市報やホームページ、「介護保険と高齢者福祉の手引き」等の媒体を通じて伝わりやすい広報活動を行います。</p> <p>また、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ことを目的に開催している「介護の日」イベントを活用し、社会福祉協議会や介護保険連絡協議会などと連携した情報提供を行います。</p>

具体的な取組	スマートフォン講座などのデジタルデバインド対策
取組内容	<p>社会全体がDX推進を進めていく中で、高齢者を取り巻くICT環境に変化が生じています。誰もがデジタル化の恩恵を受けられるよう、スマートフォン講座の開催などデジタルデバインドを解消するための取組を進めます。</p>

図表 使用している情報通信機器

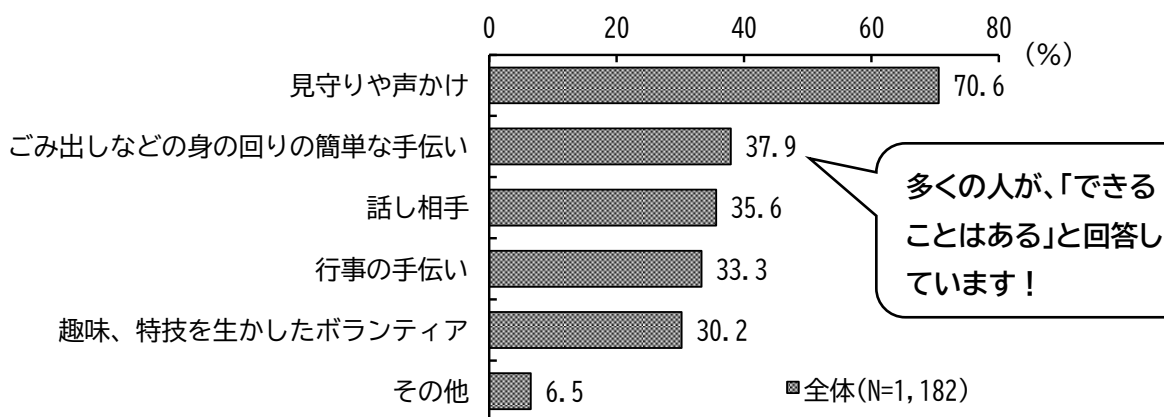
(高齢者一般調査、ニーズ調査、要介護・要支援認定者調査:複数回答)



多世代のメッセージを反映します(市公式LINEアンケートの活用)

本計画の策定に当たり、地域共生社会の実現を目指し、世代を超えたつながりづくりのため、多世代の市民に意見を聴いています。ここでは、西東京市公式 LINE を活用した「高齢者福祉に関するアンケート」の結果の一部を紹介します。【令和5(2023)年10月末回答件数:1,182件】

◆地域活動でできることは何ですか。



◆高齢者が生き生きと暮らすために必要なことは何だと思いますか？(20~40歳代)

【20歳代の回答】(抜粋)

- 若者世代との交流の場の提供
- 高齢者が得意なことを若い世代に教える会を開く。
- 孤立しないこと。ポストに大量のチラシが投函されていたり、おかしいなど気づいた時には声かけができるまちづくり。
- 学童クラブや地域で過ごしている子どもたちの居場所と高齢者が同じ空間で過ごすことのできる場をつくる。

【30歳代の回答】(抜粋)

- 高齢者が趣味やおしゃべり等で集まれる場所を作ったり、働きたい高齢者向けに働ける場所を提供する。
- 予防と生きがい・やりがいを持つこと。高齢者が健康を維持する気持ちやそれをサポートする場所を提供する。
- 移動手段の確保。
- 一人で外出した時に、地域の人が手を差し伸べ、助けてくれる環境を整えること。

【40歳代の回答】(抜粋)

- 社会とのつながりの中で、自分の役割があること。尊厳につながる。
- 必要とされる仕事、ボランティア活動を増やして、生きている実感のある環境をつくる。
- 普段から参加できる憩いの場があること。また、そこで栄養バランスのとれた食事を複数人で食べることができること。
- なにか困った時に、すぐ相談できる人が近くにいること。

1-2 認知症の人と家族が安心できる暮らし

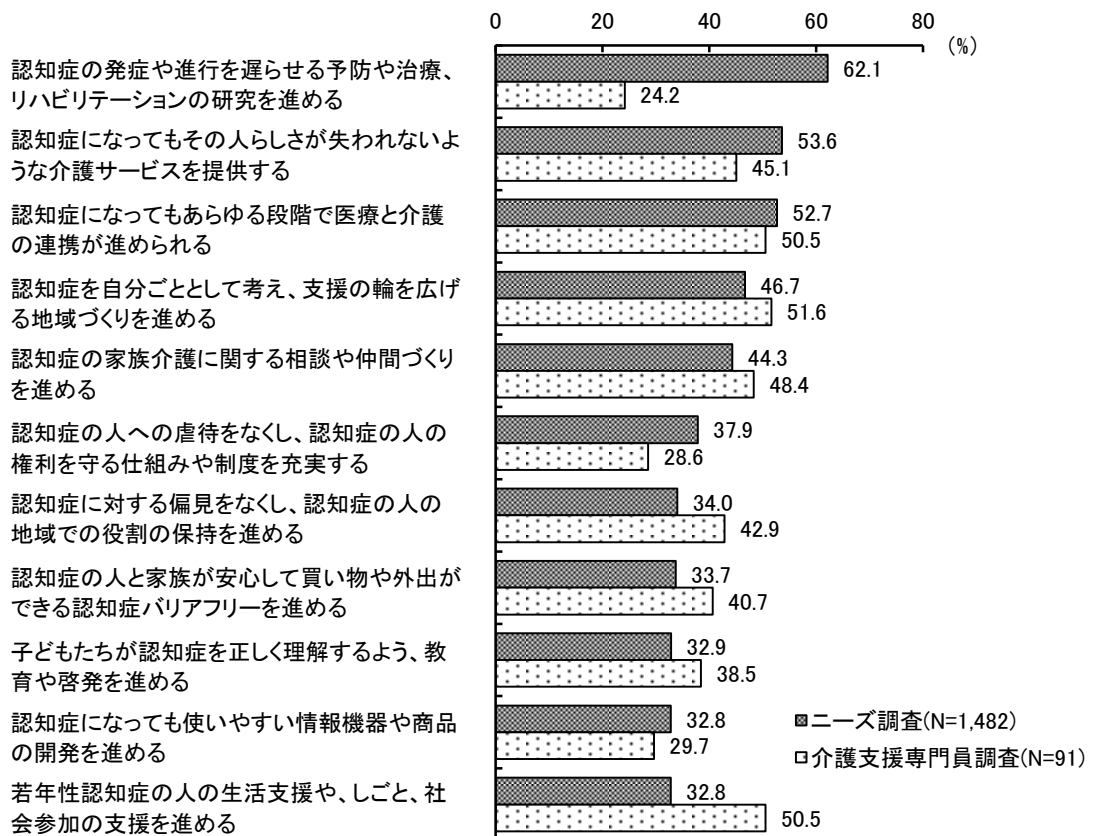
認知症は、誰もがなりうるものであり、家族や地域の人々が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。認知症施策については、第8期計画の重点施策として、「認知症と共に生きるまちづくり」を掲げ、様々な取組を進めてきました。

令和5(2023)年6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ、支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現の推進に向けて、国、地方公共団体、介護サービス事業者、国民等がそれぞれの責務のもと、認知症施策を総合的かつ計画的に進めることになりました。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、「認知症施策として進める必要があること」として、「認知症の発症や進行を遅らせる予防や治療、リハビリテーションの研究を進める」との回答が最も多く、介護支援専門員調査では、「認知症を自分ごととして考え、支援の輪を広げる地域づくりを進める」との回答が最も多かったところです。

以上のことを踏まえ、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地域づくりを目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として、施策を推進していきます。

図表 認知症施策として進める必要があること(ニーズ調査、介護支援専門員調査:複数回答)
<「その他」、「分からない」、「無回答」を除く>



1-2-1 認知症の人と家族への支援の充実

認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるよう、市民や地域の事業者等に対して認知症の正しい知識・理解の普及啓発を図るとともに、認知症の早期発見・早期対応につなげる取組を進めます。

また、認知症の人と家族の視点を重視しながら、必要な支援や取組を検討・実施します。

具体的な取組	もの忘れ予防検診の実施
取組内容	<p>認知症に関する正しい知識の普及啓発を進めるとともに、早期に認知症の診断・対応が行われるよう、もの忘れ予防検診を実施します。</p> <p>実施に当たっては、医療機関や地域包括支援センター等と連携し、より多くの方が受診につながるよう努めるとともに、検診実施後は、それぞれの結果に応じて適切な支援につなげる仕組みの構築や体制の整備を進めます。</p>
具体的な取組	認知症の人と家族のニーズを踏まえた支援の実施
取組内容	<p>認知症の人と家族、関係機関等からの相談を受け、適切な医療・介護サービスにつながるよう、市に認知症支援コーディネーターを配置します。また、認知症になっても、本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるよう、多職種で構成された認知症初期集中支援チーム事業を拡充し、地域の支援体制の充実を図ります。</p> <p>若年性認知症については、その特性に配慮し、本人や家族のニーズを踏まえた居場所づくりや、家族の集いや当事者の集いなどのサポート体制づくりに取り組みます。さらに、みまもりシールの配布・活用促進や、徘徊位置探索サービスの提供など、みまもり支援と行方不明者対応のための体制づくりに取り組みむほか、認知症の人と家族のニーズを踏まえて必要な支援について検討を行います。</p>
具体的な取組	認知症の効果的な普及啓発・理解促進
取組内容	<p>認知症の人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、認知症についての正しい理解を市民に広めるために、国が定める認知症月間に合わせて毎年9月を認知症キャンペーン月間と位置付け、様々な活動を展開します。</p> <p>また、認知症に関する基本的な知識や、認知症の人を支える様々な制度やサービス等を整理して、認知症の状態に合わせてどのような医療・介護サービス等を受けられるのかを明示した認知症ケアパスを作成し、広く認知症の普及・啓発を推進するため配布を行います。</p>

<施策に対する指標>

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	もの忘れ予防検診 受診者数	1,200人	1,500人	1,500人	1,500人
	家族会の実施数	4回	4回	4回	4回
	認知症キャンペーン の実施	1回	1回	1回	1回

1-2-2 認知症の人と家族を地域で支える仕組みづくり

認知症の人が地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるためには、周囲の人の理解、地域における居場所・支援体制の整備などが必要です。

そのため、認知症サポーターの養成を進めるとともに、市内8つの地域包括支援センターに配置された認知症地域支援推進員が中心となって、認知症サポーターや地域の住民、生活関連企業、団体、医療・介護関係者等とのつながりを強化し、認知症の人と家族を地域で支える体制の構築を進めます。

具体的な取組	認知症サポーターの養成
取組内容	<p>地域の人が認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、サポートできるよう、認知症サポーターの養成を行います。また、認知症サポーターが認知症の人や家族への支援につながるよう、より実践的な内容を学ぶステップアップ講座を開催し、認知症サポーター・ボランティアの登録促進及び活動支援を図ります。</p> <p>さらに、認知症サポーター養成講座の企画・立案及び実施を行うキャラバン・メイトの養成にも取り組みます。</p>

具体的な取組	地域におけるチームオレンジ等の推進
取組内容	<p>認知症の人が、できる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症サポーター同士や、認知症サポーターと認知症の人・家族を結び付け、早期発見・支援につなげるチームオレンジの整備に取り組みます。</p> <p>また、認知症の人や家族、地域の人や専門職が自由に集い、情報共有しながら、認知症の症状の悪化予防、家族の介護負担の軽減等を図っていくことを目的とした認知症カフェの普及にも取り組みます。</p>

<施策に対する指標>

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	認知症サポーター の新規登録者数	1,000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	30人	40人	40人	40人
	チームオレンジ団体 数	2チーム	4チーム	6チーム	8チーム

Column 4

認知症があっても希望を失わない社会へ

高齢者の5人に1人が認知症となる時代。認知症になるのは、特別なことではなくなりつつあります。私たちは認知症への恐れや偏見をなくし、認知症があっても、尊厳や希望を失うことがなく、なじみの地域で安心して暮らせる社会をつくるのが大切です。

「認知症サポーター養成講座」のテキストでは、当事者からのメッセージとして、「認知症とともに生きる希望宣言」が紹介されています。

みんなで、認知症を我が事として考え、認知症サポーター養成講座を修了した方も、これからの方も、一緒にできることをしてみませんか？

「認知症とともに生きる希望宣言」

ひと足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを、一緒につくっていきます。

出典：認知症サポーター養成講座テキストブック

(一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 2018年に発表)

1-3 住み慣れた地域でいつまでも楽しく元気でいられる暮らし

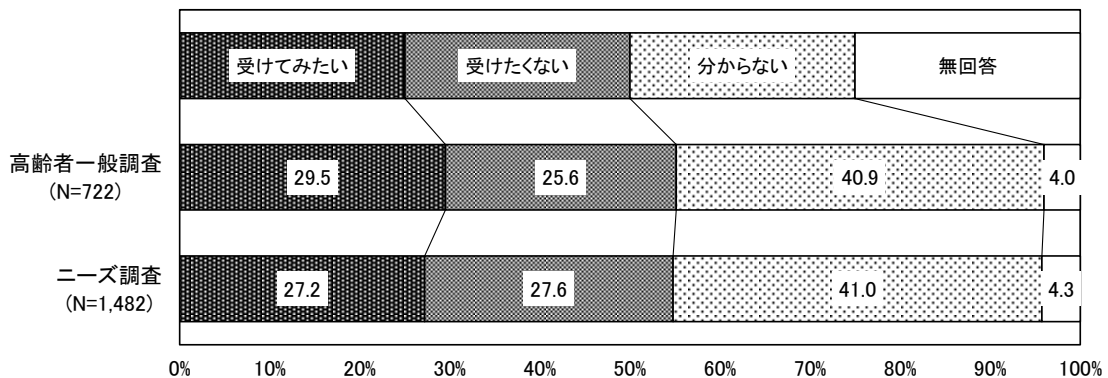
住み慣れた地域で、楽しく元気で暮らし続けるためには、まずは、医療や介護が必要のない自立期間を延ばしていくことが必要です。本市では、これまでもフレイル予防の取組を進めてきました。高齢者一般調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、フレイルチェックの利用意向を尋ねたところ、フレイルチェックを「受けてみたい」と回答した高齢者は、いずれの調査においても約3割に上っています。

一方、本市では、今後も後期高齢者人口の増加に伴い、要介護高齢者の増加が見込まれます。

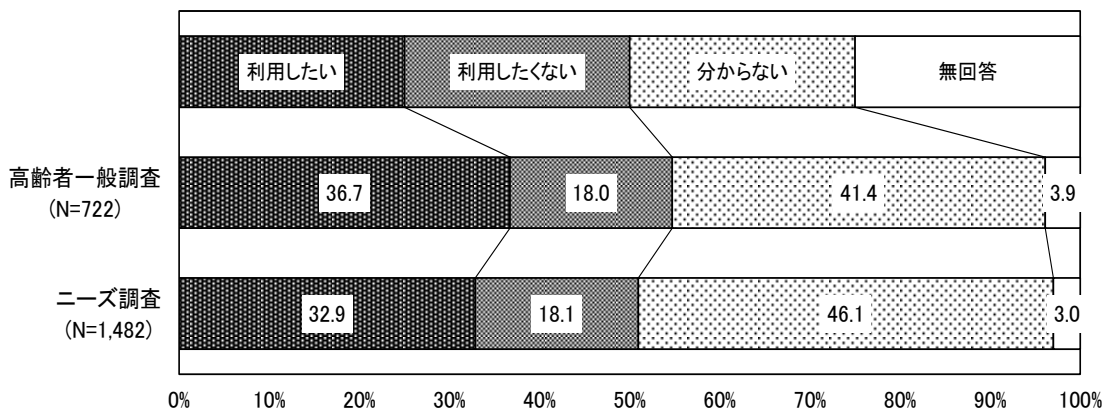
こうしたことから、元気高齢者を増やしていくことや、一旦機能が低下しても、「リエイブルメント(再びできるようになる=再自立)」を目指す短期集中予防サービスにより、心身の状態の改善とセルフマネジメント力を身につける取組を行うとともに、社会参加と生きがいづくりを進めることが必要です。この短期集中予防サービスを「利用したい」と回答した高齢者の割合は、高齢者一般調査で約4割、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で約3割に上っています。

また、保健事業と介護予防の一体的実施も始まっており、「健康」応援都市の実現に向け、様々な取組を含めた健康づくり・介護予防を進めます。

図表 フレイルチェック利用意向(高齢者一般調査、ニーズ調査)



図表 短期集中予防サービスの利用意向(高齢者一般調査、ニーズ調査)



1-3-1 生きがいつくりの支援・推進

高齢者が年齢にかかわらず、社会とのつながりを持ち、いきいきとした生活を送れるよう、高齢者の生きがいつくりを支援します。

また、高齢者が地域の資源を活用して、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、触れ合える機会の充実に向けて取り組んでいきます。

具体的な取組	生きがいつくりの支援
取組内容	<p>社会とのつながりを持ち、いきいきとした生活を送れるよう、高齢者の生きがいつくりの支援をします。</p> <p>また、高齢者クラブが行う社会奉仕活動や教養の向上、健康増進への取組を支援するとともに、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組も引き続き行います。</p>

具体的な取組	高齢者福祉施設を活用した生きがいつくりの場の提供
取組内容	<p>新町福祉会館、富士町福祉会館、ひばりが丘福祉会館、老人福祉センター、住吉老人福祉センター、下保谷福祉会館、老人憩いの家の7か所で、60歳以上の方を対象に、健康相談、健康体操、高齢者大学や各種講座、サークル活動への参加等を通じて、生きがいつくりや健康づくりができる場を提供します。</p> <p>さらに、高齢者福祉施設を高齢者のeスポーツの取組などのフレイル予防や健康づくり、生きがいつくりの拠点として活用していくため、老朽化施設の改修・設備の更新など計画的な対策を進めます。</p>

具体的な取組	地域資源を活用した活動の場の確保
取組内容	<p>「街中いこいなサロン」や「地域の縁側プロジェクト」などの地域の活動の場を増やしていくため、介護サービス事業者との連携など活動の場の確保に努めます。</p>

具体的な取組	保健事業と介護予防の一体的実施
取組内容	<p>高齢者の通いの場等において、専門職が健康講座や参加者からの相談に応じ、一人ひとりの健康づくりと介護予防を支援します。</p>

< 施策に対する指標 >

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	生きがい推進事業への延べ参加人数	11,000人	11,000人	11,000人	11,000人
	高齢者クラブ新規登録会員数	150人	150人	150人	150人

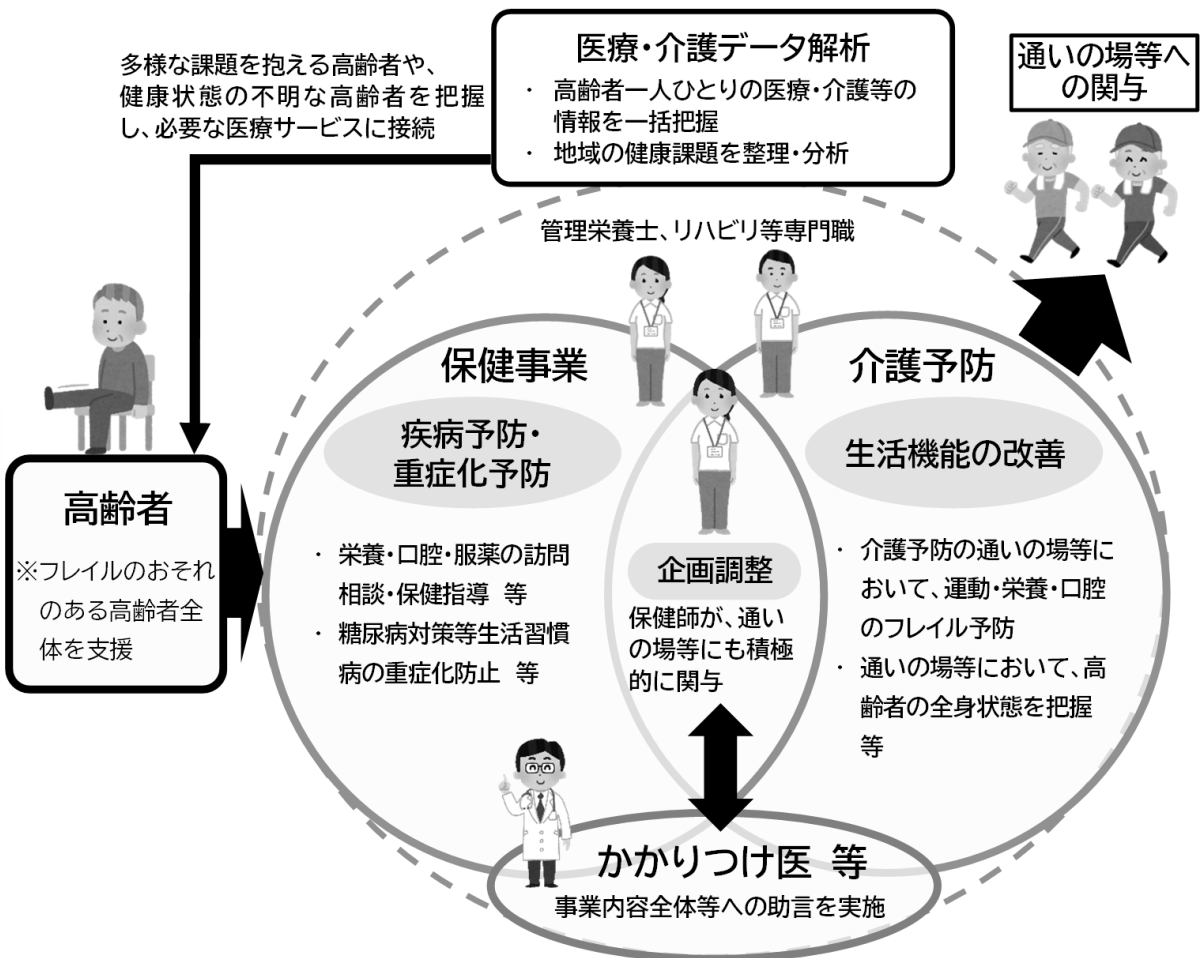
～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施～

●高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が始まりました

健康づくりをさらに進めるため、後期高齢者の保健事業(健康づくり)を国民健康保険の保健事業、介護保険の地域支援事業と一体的に実施する体制が整えられました。

この事業は、医療・健診・介護のレセプトなどのデータを活用し、保健師等が希望者を訪問して生活習慣を把握し、運動・活動プログラムを提案することで、高齢者の健康状態に合わせたきめ細かな支援を行っていくものです。さらには、高齢者の通いの場に出向き、健康相談を行うなどの事業も実施していきます。長期的に、市の健診結果や医療費、介護認定者数、健康寿命の変化も確認し、健康なまちづくりに取り組んでいきます。

■西東京市の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のイメージ■



(厚生労働省資料より作成)

1-3-2 リエイブルメントの推進

リエイブルメントとは、文字通り「再びできるようになる」という意味で、近年欧米で大きく注目されている考え方です。本市では、リエイブルメントの考え方を取り入れた短期集中予防サービスの推進により、一旦日常生活に困難を覚える状態になった高齢者が「もう一度元の暮らしを取り戻す」ための支援を行っています。

リハビリテーション専門職等の関与の促進や市民への意識啓発に取り組むとともに、自立支援型地域ケア会議(みんなのい～な会議)等を活用し、関係者間の意識共有を図りながら、高齢者が自らの力で望む暮らしを実現・継続できるよう、リエイブルメントの取組を推進します。

具体的な取組	短期集中予防サービスの推進
取組内容	<p>要支援状態になった方については、もう一度元の暮らしへ戻ることを目指し、リハビリテーション専門職による面談を中心とした約3か月の短期集中予防サービスを実施します。短期集中予防サービスの実施に当たっては、事前にリハビリテーション専門職と地域包括支援センターの職員が利用者の自宅を訪問し、生活機能の課題の把握や、適切な目標設定などを行い、短期集中予防サービスの効果の向上を図ります。</p> <p>また、短期集中予防サービスの終了後も自信を持っていきいきと地域で活動しながら生活していけるよう、地域サポート「りんく」とも連携しながら、様々な地域資源の活用や社会参加へつなぐことにも取り組んでいきます。</p>

<施策に対する指標>

指標	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	短期集中予防サービス利用者数	160人	192人	224人	256人
指標	自立した生活(※)に戻れた割合	60%	60%	60%	60%

※自立した生活=介護専門職による訪問・通所サービスに頼らずに自分らしい生活が送れる状態

～短期集中予防サービスで進める「リエイブルメント」～

●「リエイブルメント(再自立)」という言葉、知ってますか？

リエイブルメント(re-ablement)は、「再びできるようになる」こと。＜自立支援＞の考え方として欧米で登場し、日本でも取り入れられるようになりました。この、リエイブルメントで、元気な自分を取り戻し、元の暮らしに戻る取組が全国の自治体で広まりつつあります。

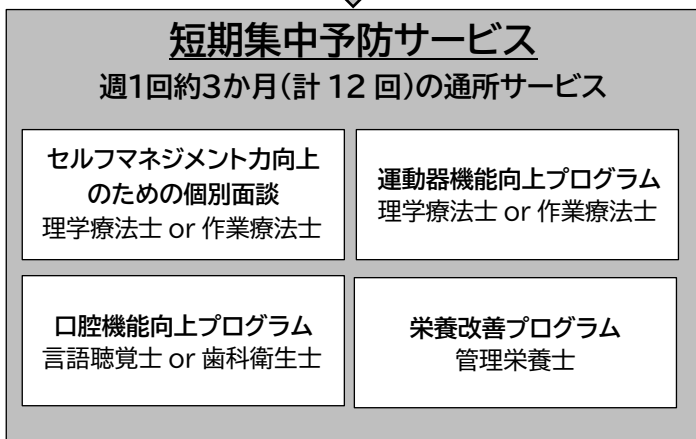
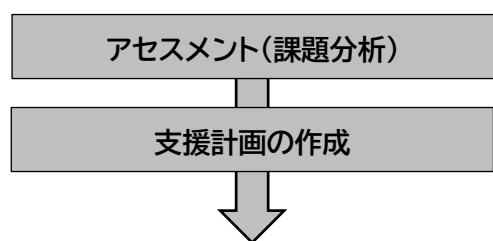
先進的に取り組んでいる自治体では、利用した方の6割以上が元気を取り戻し、介護専門職による訪問・通所サービスに頼らずに、「通いの場」などの地域資源を活用しながら自分らしい暮らしが送れるようになったというデータもあり、西東京市においても同様の効果が確認されています。

●本市の「短期集中予防サービス」とは？

本市の「短期集中予防サービス」は、令和4(2022)年度に介護予防・日常生活支援総合事業の「通所型サービス C」の試行事業として実施し、その効果が確認されました。令和5(2023)年度からは事業を拡大実施し、本市の介護予防の軸となるサービスとして展開を図っています。

本サービスでは、要支援状態となった方がもう一度「元の暮らし」を取り戻せるよう、本人と一緒に目標設定をして地域包括支援センターが支援計画を作成し、約3か月の間、週1回リハビリテーション専門職による個別面談等を通じて課題解決に向けた支援を行います。

目標を細かく分け、小さな目標の達成を積み重ねることで、「できた」「もっとやりたい」という気持ちを引き出しながら、自己管理できる力(セルフマネジメント力)を高め、サービス終了後も家庭や地域での役割や趣味活動を通じて自分らしい暮らしを継続していけるよう、多職種協働による支援を行います。



<利用者の声>
 ○気持ちが明るくなった
 ○バスを利用して買い物に出かけられた
 <支援者の声>
 ○利用者に行動変容が起きたのに驚いた
 ○セルフマネジメントの重要性を実感
 ○利用者がガラリと変わった



社会参加の促進による介護予防
 地域とのつながりと生きがいのある健康的で自分らしい生活

第3章 基本目標達成に向けた施策の展開
 基本目標1 人と地域とつながり、いきいきと暮らす

1-3-3 フレイル予防のさらなる普及・推進

本市では、これまで東京大学高齢社会総合研究機構と連携して、フレイル予防に取り組んできました。フレイルチェックでは、本人のフレイルの状態を自分事化することで、自ら主体的にフレイル予防に取り組むことを促してきました。

今後は、市や地域で実施される予防講座や通いの場などとの連携を密にすることで「フレイルチェックから予防へ」という効果的な連携が図られるよう取り組むとともに、身近な場所で自主的に予防の取組を行うため、体操の自主グループの立ち上げ支援などを行います。

また、フレイルチェックの運営はフレイルサポーターが担っており、元気高齢者の活躍の場となっていることを踏まえ、より多くのフレイルサポーターの養成に努めます。

具体的な取組	フレイル予防の推進
取組内容	<p>フレイル予防の必要性を多様な媒体を通じて広報し、普及啓発を図ります。</p> <p>高齢者自身が主体的にフレイル予防に取り組めるよう、フレイルチェックを実施するとともに、運営するフレイルサポーターを養成します。</p> <p>また、栄養(食・口腔)、運動、社会参加の視点をもった予防事業を実施し、フレイルチェックと連携し、効果的に実施します。併せて、高齢者自らの自主的な予防活動を支援するために、いきいき百歳体操、西東京しゃきしゃき体操をはじめとする自主グループの立ち上げ支援を行います。</p>

具体的な取組	高齢者の通いの場の充実
取組内容	<p>「街中いきいきなサロン」や「地域の縁側プロジェクト」など高齢者を含めた地域の通いの場の充実を図るとともに、高齢者が参加しやすくなるよう、「街中いきいきなサロン」や「いきいきミニデイ」、「地域の縁側プロジェクト」に登録している団体のほか、高齢者の通いの場の情報を広く収集し、発信していきます。</p> <p>また、新しい人を通いの場への参加につなげたり、従来の通いの場のにぎわいを促すため、身近な場所でのシニア向けeスポーツなどの取組を拡充・実施します。</p>

<施策に対する指標>

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	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	44.2% (令和4年度)	—	50%	—
	フレイル予防のためのミニ講座	16回	16回	16回	16回
	eスポーツ講座の開催回数	60回	60回	60回	60回

Column 7

協働と市民参加でつくる西東京市の豊かな高齢社会 ～住民主体のフレイルチェック～

本市では、東京大学高齢社会総合研究機構 (IOG) との協定により、住民主体のフレイルチェックを実施してきました。

●フレイルサポーターを主体としたフレイルチェックの実施

フレイル予防の三本柱は、栄養・運動・社会参加の3領域です。

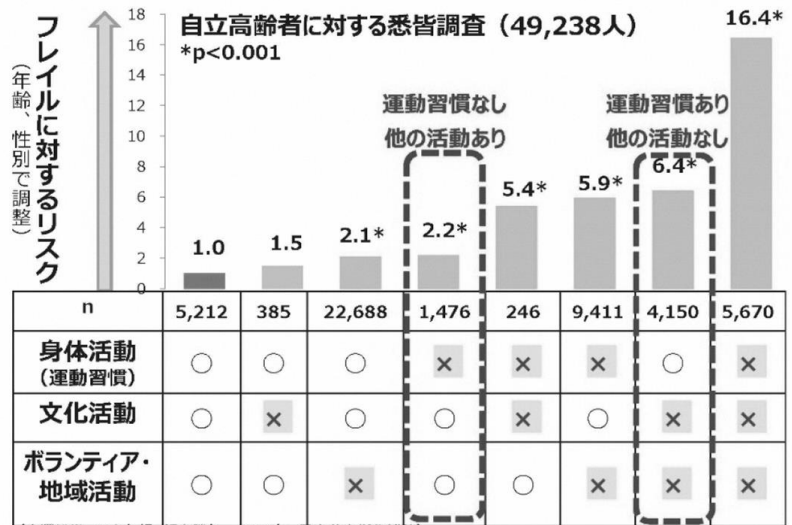
フレイルチェックは、研修を受けた市民の「フレイルサポーター」が、参加者の計測と質問表でのチェックなどをお手伝いします。

フレイルチェックの結果は、赤シール、青シールで、本人にもわかりやすく示され、チェックを受けることにより、自分のフレイルの状態が、自分事化できるのが特徴です。



●フレイル予防のきっかけは、「社会性の低下」!

フレイル予防の三本柱はどれ一つとして欠けてはならず、3つの視点で継続的に取り組むことが重要です。また、社会とのつながりを失うことが、フレイルの最初のきっかけになることが分かっています。



(出典:東京大学高齢社会総合研究機構)

1-3-4 社会参加のさらなる促進

日常生活における活動量の低下や社会的なつながりの低下が、フレイル状態へ陥るきっかけとなることから、高齢者の社会参加を進めることが重要です。本市ではこれまでも社会参加の促進に力を入れてきましたが、今後は関係機関との連携を一層強化するとともに、生涯現役応援サイト・窓口「meets」の活用や地域サポート「りんく」による取組の充実を図り、社会参加のさらなる促進に取り組みます。

具体的な取組	生涯現役応援サイト・窓口「meets」を活用した社会参加マッチング
取組内容	<p>生涯現役応援サイト・窓口「meets」を通じて、活動を希望する高齢者と活動の担い手を求める団体等をマッチングすることで、ボランティア活動・地域活動などへの参加を通じて、高齢者の社会参加を促進します。</p> <p>また、生涯現役応援サイト・窓口「meets」は、シルバー人材センターや、市民協働推進センターゆめこらぼ、西東京ボランティア・市民活動センターなど関係機関との連携により、掲載情報の充実を図り、社会参加を促進していきます。</p>

具体的な取組	地域サポート「りんく」による社会参加の促進
取組内容	<p>地域サポート「りんく」の体制強化による取組の充実を通じて、多様な社会参加の機会の確保を一層進めるとともに、市民や関係者等への情報提供や意識の醸成を図り、社会参加を促進します。</p> <p>また、取組により把握した情報について生涯現役応援サイト「meets」へ掲載するなど、効果的な発信に取り組みます。</p>

< 施策に対する指標 >

指標	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	「meets」登録活動数(年度末)	30	40	50	60

基本目標2 なじみの環境の中で、

必要なサービスを受けながら暮らす

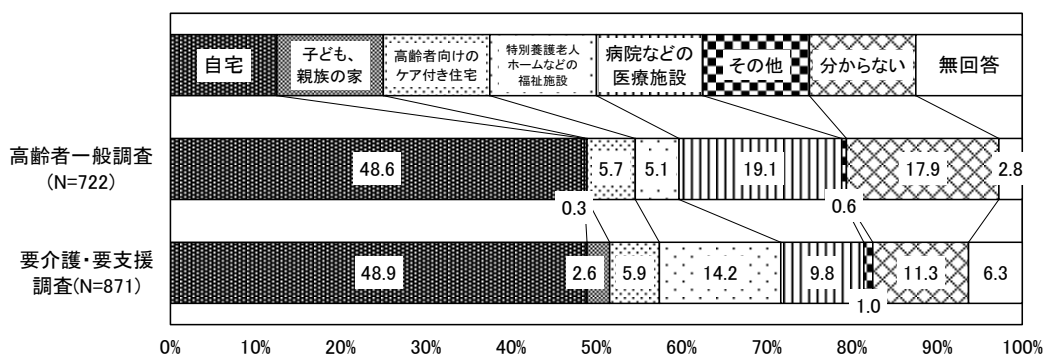
2-1 住み慣れた地域で適切な介護サービスを受けられる暮らし

高齢者一般調査と要介護・要支援認定者調査では、「人生の最期を迎えたい場所」として、いずれも「自宅」と回答された方が約5割と最も多く、長期の療養が必要となった場合でも、在宅生活の継続を希望するニーズが高くなっています。

住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けるために、居宅要介護者と家族の様々な介護ニーズに対応できるよう、在宅系サービス及び施設・居住系サービスの基盤を確保するとともに、地域のケアマネジメントの質の向上に取り組み、ケアマネジャーが十分に力を発揮できる環境の整備を進めます。

図表 人生の最期を迎えたい場所(高齢者一般調査)

長期療養が必要になった場合に、人生の最期を迎えたい場所(要介護・要支援認定者調査)



2-1-1 介護サービス基盤の整備促進

今後、85歳以上人口が急増し、介護サービスに対するニーズが増大することが見込まれることから、単身・独居や高齢者のみの世帯の増加による介護ニーズの見通しを踏まえ、在宅系サービス及び施設・居住系サービスについて、バランスの良い基盤整備を推進します。

第8期計画期間では、地域密着型サービスの基盤として、令和4(2022)年度に定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を1か所、令和5(2023)年度に夜間対応型訪問介護事業所を1か所整備しました。

引き続き、居宅要介護者と家族の様々な介護ニーズに柔軟に対応しつつ、家族の負担軽減に資するよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や(看護)小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスの整備・普及を進めます。

具体的な取組	介護サービス基盤の整備促進
取組内容	今後、認知症高齢者や医療・介護双方のニーズを有する高齢者の大幅な増加が見込まれることから、長期的な介護ニーズ等の見通しを踏まえ、在宅系サービス及び施設・居住系サービスの基盤整備を進めます。

具体的な取組	地域密着型サービスの整備・普及
取組内容	居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応するため、民間事業者からの幅広い事業提案が可能となるよう配慮し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や(看護)小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスの整備・普及を進めます。

具体的な取組	共生型サービスの整備・普及
取組内容	多様化・複雑化する福祉ニーズに臨機応変に対応するため、「介護」や「障害」といった枠組みに捉われず、サービス利用者の意向や事業者との協議・調整を踏まえ、共生型サービスの整備・普及を検討します。

<施策に対する指標>

	指標	第8期計画期間	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備	1か所	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整備	0か所	看護小規模多機能型居宅介護又は小規模多機能居宅介護		
	夜間対応型訪問介護の整備	1か所	夜間対応型訪問介護		
			いずれかの種別を1か所以上整備		

Column 8

SOMPOケア株式会社と「西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進に関する協定」を締結しました

高齢者がいつまでも住み慣れた地域で、健康で生きがいを持って生活できるよう、令和5(2023)年11月に、SOMPOケア株式会社と「西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進に関する協定」を締結しました。

本協定を踏まえ、同社とのさらなる連携・協力の下、引き続き高齢者の介護予防や家族介護者への支援に資する取組を推進していきます。



2-1-2 介護サービスの質の向上

介護サービスは、利用者の状態や家族などの周囲の状況、暮らし方などに変化があっても、ケアマネジャーのアセスメントや専門職の専門的知見に基づいて、利用者一人ひとりの自立した日常生活の実現に資するよう、提供されることが重要です。

このため、適切なサービスが、多様な事業者又は施設から総合的かつ効率的に提供されるよう、必要なサービス提供体制の整備を進めます。

また、福祉サービス第三者評価の普及・推進のために、市内事業者への受審勧奨を行います。

具体的な取組	ケアマネジメントの質の向上
取組内容	<p>地域包括支援センター及び主任ケアマネジャーと現場の課題を共有・検討し、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。</p> <p>また、主任ケアマネジャー研究協議会の研究活動(「制度研究部会」、「介護支援専門員の質の向上研究部会」、「医療と福祉の連携研究部会」、「地域リレーションシップ研究部会」、「事業者連携研究部会」)を通じて、本市のケアマネジメントの質の向上を図ります。</p>
具体的な取組	介護サービスの質の向上
取組内容	<p>介護サービス事業者への適切な情報提供とともに、介護保険連絡協議会等の開催を通じ、事例検討やワークショップ、活動・研究発表等による事業者間の横のつながりづくりを進め、市全体の介護サービスの質の向上を図ります。</p>
具体的な取組	福祉サービス第三者評価の普及・推進
取組内容	<p>利用者の福祉サービスの選択に資するため、多くの事業者が第三者による評価を受審し、その評価結果が公表されることにより、サービスの質の向上が図られるよう、福祉サービス第三者評価の普及を進めます。</p>

主任ケアマネジャーによる研修会の様子



2-2 いつまでも安心して介護サービスを受けられる暮らし

介護保険制度の運営は、人口動態や介護サービスを利用する高齢者の心身の状況に大きく影響されます。

特に、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える令和22(2040)年頃を見通すと、75歳以上の後期高齢者人口の急増が見込まれています。要介護認定率は、年齢が上がるごとに上昇し、特に85歳以上で上昇する傾向にあることなどを勘案すれば、こうした人口動態が、今後の介護保険事業にサービス需要や給付費の増加という形で大きなインパクトを与えることが推測されます。

また、今後は、15歳から64歳までの生産年齢人口の急減が見込まれています。

今後のサービス需要において、介護人材の必要数は増えることが見込まれている一方で、既にケアマネジャー等の人材不足が指摘されており、介護現場の人材確保に向けた取組を一層推進するなど、早急な対応が必要となっています。

こうした今後の見通しを踏まえ、持続的かつ安定的に本市の介護保険事業を運営していくために、保険者機能の強化と併せて、介護人材の確保・育成や、事業所の負担軽減に向けた取組を一体的に進めます。

2-2-1 保険者機能の強化

要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ。)を受ける高齢者の増加は、給付費の増加を招き、結果として介護保険料の上昇につながります。介護保険制度を持続可能なものとして運営していくためには、要介護認定や介護給付が適切、かつ適正に行われるよう促すという保険者としての基礎的な機能を果たす必要があります。保険者機能を強化することで、介護給付の適正化を進め、結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高められるよう取り組んでいきます。

具体的な取組	介護認定調査の効率化
取組内容	認定調査の質の向上や情報共有を図るため、定期的に介護認定調査員研修を開催します。また、認定調査の優先順位付けなどにより、迅速かつ効率的な調査を行います。
具体的な取組	介護認定審査会における審査の効率化
取組内容	業務の効率化や事務負担軽減の観点から、委員の意見を踏まえ、ICT等を活用した審査会の開催を検討します。

具体的な取組	ケアプラン点検等の推進
取組内容	<p>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、市内居宅介護支援事業所に助言型のケアプラン点検を行います。また、各事業所の自己点検を促し、取組状況を把握するとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」を実現するための支援を行います。</p> <p>住宅改修及び福祉用具購入・貸与については、必要に応じ、理学療法士や作業療法士等のリハビリテーション専門職等の協力を得て、利用者の自立支援につながるかといった観点からの点検方法を検討します。</p> <p>必要に応じて聞き取りや訪問調査を実施し、必要性や利用状況等について点検することにより、利用者の身体の状態に適した利用を進めます。</p>

<施策に対する指標>

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	介護認定申請から認定までに要する平均日数	39日	令和5年度実績以下	令和6年度実績以下	令和7年度実績以下

Column 9

福祉サービス第三者評価をご存じですか？

福祉サービス第三者評価とは、事業者でもない、利用者でもない、第三者の評価機関が事業者と契約し、専門的かつ客観的な立場からサービスの内容や質、事業者の経営や組織マネジメントの力等を評価する仕組みです。

利用者は、サービスを選択する情報として評価結果を活用できます。事業者は、サービスの質の向上に向けた取組を進めることができ、事業の透明性を確保することにもつながります。市では、評価の受審を促進するため、費用の全部又は一部を補助しています。

※東京都福祉サービス第三者評価については、
とうきょう福祉ナビゲーション(通称:福ナビ)をご覧ください。
福ナビホームページ(<https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/>)→



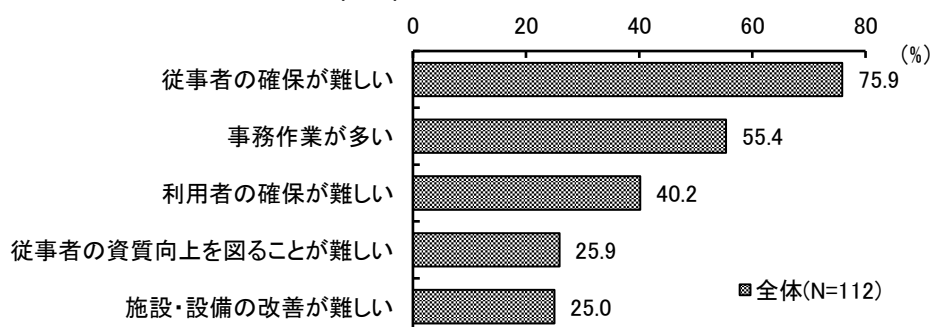
2-2-2 介護人材の確保・育成に向けた取組

介護保険サービス事業者調査において、「事業運営上で困難に感じていること」として、「従業員の確保が難しい」「事務作業が多い」との回答が多くなっています。

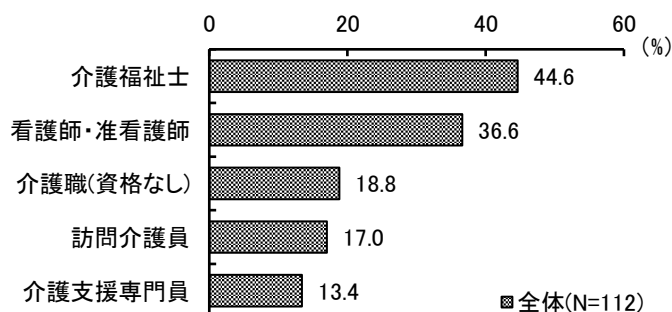
また、「特に確保が困難な職種」として、「介護福祉士」が最も多かったところです。

今後は、介護サービスの需要がさらに増加する一方で、生産年齢人口の急速な減少が見込まれることから、介護人材の確保・育成に向けた取組を検討し、推進します。

図表 事業運営上で困難に感じていること(介護保険サービス事業者調査:複数回答)
<上位5位のみ>



図表 特に確保が困難な職種(介護保険サービス事業者調査:複数回答)
<上位5位のみ>



具体的な取組	西東京市暮らしヘルパーの養成・活用促進
取組内容	市独自基準による訪問型サービス事業に従事可能な「西東京市暮らしヘルパー」の養成を進めるとともに、雇入れ意向のある事業所とのマッチングを図るなど、活用促進に向けた取組を進めます。
具体的な取組	介護人材の確保・育成に向けた取組
取組内容	西東京市版地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保・育成を図るため、現行の「介護職員初任者研修受講料助成事業」を見直し、介護福祉士資格取得のための実務者研修等に要する経費補助を含め、助成対象を拡充します。 また、介護保険連絡協議会等の開催を通じ、事業者間の横のつながりづくりと併せて、事業者の意見・要望を踏まえた支援策を検討・実施します。

具体的な取組	事業者との連携・協力による介護人材の確保
取組内容	事業者と連携・協力し、市内在住の介護職経験者を対象とする復職支援研修や、合同就職相談会の開催を検討します。

<施策に対する指標>

	指標	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指標	くらしヘルパー養成研修受講者の事業所への就職人数	25人	30人	35人	40人
	研修受講料助成対象者の市内事業所での定着率	60%	80%	80%	80%

Column 10

あなたも、「西東京市くらしヘルパー」になってみませんか？

本市では、調理や掃除、洗濯、買い物など高齢者の生活支援の担い手を確保するため、「西東京市くらしヘルパー」を養成しています。研修を受講し、市が指定した訪問型サービス事業所と雇用契約をした方が、「西東京市くらしヘルパー」として働くことができます。
(「西東京市くらしヘルパー養成研修」は、介護予防・日常生活支援総合事業における西東京市独自の資格です。)

■くらしヘルパーの仕事内容

高齢者のご自宅を訪問し、調理や掃除、洗濯、買い物などの生活援助(家事援助)を中心とした仕事を行います。※身体介護は行えません。

■研修内容

介護保険制度、高齢者とのコミュニケーション、家事援助の方法等について、計8時間から12時間程度で学びます。※研修時間は目安です。

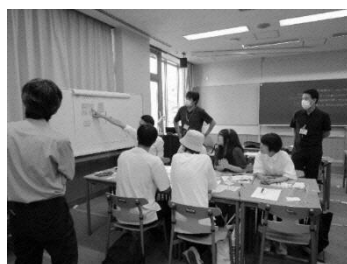
■受講対象

市が指定した訪問型サービス事業所で就労することができる18歳以上の方(高校生を除きます。)



高齢者サービス・介護保険に関する大学生ヒアリング ～大学生が考える、あったらいいこと・やってみたいこと～

本計画策定に当たり、地域共生社会の実現を目指し、世代を超えたつながりを作るため、高齢者以外の年代の市民の意見を聴きました。ここでは、武蔵野大学人間科学部社会福祉学科の熊田ゼミの学生の皆さんに話し合っていたいただいた結果を紹介します。3グループそれぞれに、4つのテーマのうち、グループごとに2つのテーマについて話し合っていました。



1 在宅介護についての考え

- ◆アウトリーチを積極的に行う
- ◆介護保険制度の啓発
- ◆孤立化を防ぎ、交流を促す
(介護者同士の話し合いの場をつくる、ヤングケアラーに対する対策等)
- ◆尊厳を大切にする
(本人・家族の意向尊重等)
- ◆福祉用具(多様な人による共同開発等)
- ◆生活と仕事、相談相手・相談先、情報・知識の問題、8050 問題
- ◆必要な支援
(介護者も含めた在宅介護への支援、気軽に相談できる機関等)
- ◆地域包括支援センターの知名度を上げる
(SNS の活用、YouTube、電車モニター、バスのアナウンス、学校で教える等)

2 高齢者にとって、まちにあるとよいもの

- ◆こんな場所がほしい
(気軽な居場所、多世代が入れるカフェ等)
- ◆こんなイベントがほしい
(交流イベント、お祭り、フリマ、マルシェ等)
- ◆こんなサービスがほしい
(高齢者向け SNS、配達サービス等)
- ◆まちのハード面
(ウォーキングロード、高齢者専用レーン等)
- ◆周知のための市のイベント
- ◆世代間交流・居場所
(異世代が自由に交流できるサロン、福祉・地域情報を受け取れる場所・表示等)
- ◆フレイル予防(施設、公園、運動場所等)
- ◆移動支援
(乗り降りしやすい移動支援、道の整備等)
- ◆生活支援(買い物の荷物を運ぶサービス等)

3 地域の高齢者と一緒にできること

- ◆レクリエーション等の交流
(一緒にボードゲーム、eスポーツを活用した多世代でのゲーム大会)
- ◆運動、介護予防・フレイル予防
- ◆支え合い
(ごみ拾い、祭り・イベント、買い物支援等)
- ◆子どもの見守り、学習支援等
- ◆防災活動(防災訓練、避難所運営等)

4 どのような福祉専門職に就きたいか、福祉専門職の魅力伝えるために必要なこと

- ◆自身が求めている「やりがい」を達成できる専門職、地域に貢献できる専門職
- ◆多くの人に福祉を考えてもらう
(人生において「福祉」を意識する場を作る等)
- ◆職の深さ・意義を知ってもらう
(実際の仕事内容を理解してもらう等)
- ◆福祉の仕事を知ってもらう

2-2-3 介護サービス事業者への支援

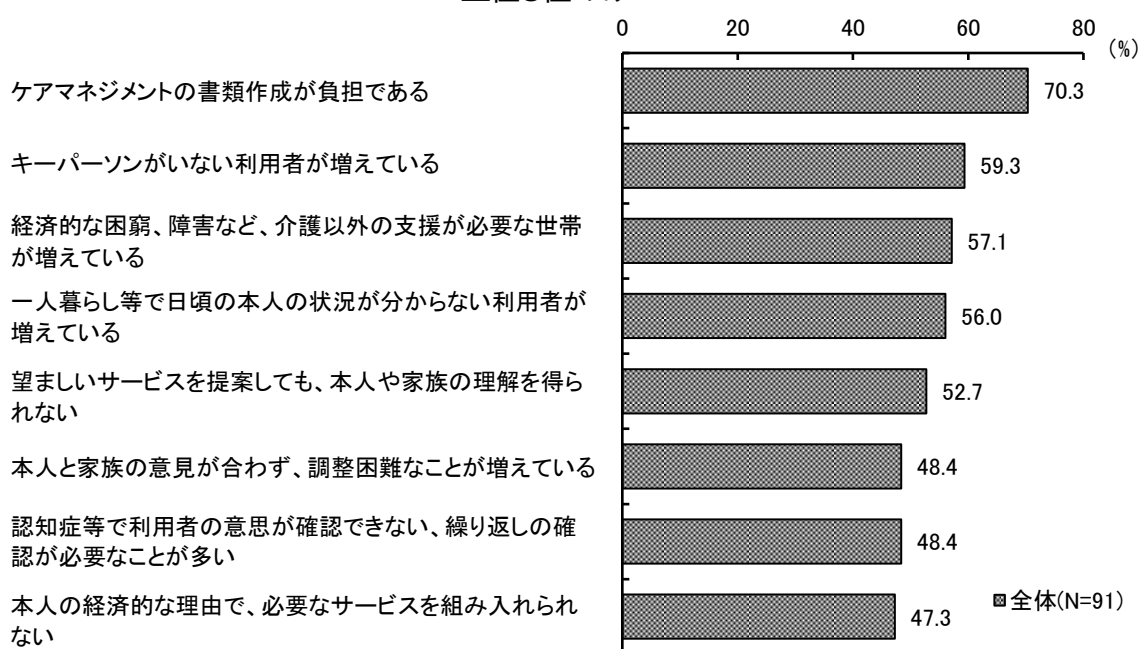
介護支援専門員調査において、「ケアマネジメントする上で困難を感じる」として、「ケアマネジメントの書類作成が負担である」との回答が7割を超えています。

今後は、介護職員の業務負担軽減や、介護サービスの質の確保の観点から、ICTの活用による文書負担の軽減を含め、事業所の意見・要望を踏まえた支援策を検討し、推進します。

また、感染症や自然災害が発生した場合であっても、介護サービスが安定的・継続的に提供されることが重要であることから、市内の事業所における業務継続計画(Business Continuity Plan)の作成及び研修・訓練(シミュレーション)の実施を支援します。

図表 ケアマネジメントする上で困難を感じる事(介護支援専門員調査)

<上位8位のみ>



具体的な取組	業務負担の軽減に向けた取組の推進
取組内容	電子申請・届出システムの利用とともに、ケアプランデータ連携システムの導入・活用や、ICTの活用による次世代介護機器の導入など、事業所の業務負担軽減及び生産性の向上に資する取組を支援します。
具体的な取組	事業所情報の効果的な発信
取組内容	「介護保険と高齢者福祉の手引き」のほか、市のホームページの活用などにより、介護サービス事業所に係る情報の効果的な発信を進めます。
具体的な取組	業務継続計画(BCP)の作成及び研修・訓練の実施支援
取組内容	令和6(2024)年度より、介護施設・事業所における業務継続計画(BCP)の作成等が義務付けられることにより、市内の事業所に対し、情報提供などによる支援を行います。

第4章 介護保険事業の持続的な運営

国の第9期介護保険事業(支援)計画の基本指針では、第9期計画では、第8期計画に続き、地域支援事業の充実や地域密着型サービスの整備、給付の適正化の取組による「保険者機能の強化」を進めていくことが求められています。

今後は、国の基本指針や法改正等を踏まえ、令和22(2040)年を見据えて、西東京市版地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進を図るため、保険者機能の強化に取り組んでいきます。

1 地域支援事業の充実

本市では、介護保険制度における地域支援事業を充実させることにより、西東京市版地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。

今後も、高齢者が要介護・要支援状態になることなく、社会参加による自立した日常生活が続けられるよう支援するために、さらなる地域支援事業の充実が重要となっています。

そこで、第9期計画期間では、短期集中予防サービスの拡充など、介護予防・日常生活支援総合事業の充実のほか、従来からの住民主体のフレイル予防の推進や高齢者の通いの場の充実を進めます。

さらに健康づくり・介護予防の新たな取組として、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施などもスタートしており、これらをきっかけとした一人ひとりにあった健康づくり・介護予防と、地域における支え合いの仕組みづくりの一層の推進を図ります。

また、第8期に引き続き、市民ニーズを踏まえながら、地域の社会資源や関係機関と連携・協力し、在宅医療・介護連携の強化や在宅療養・認知症施策の推進などに取り組んでいきます。

2 地域密着型サービスの整備

地域密着型サービスについては、第9期計画期間において、西東京市版地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、新たな日常生活圏域ごとに、地域のニーズに応じた整備を検討していきます。

第8期の実績としては、定期巡回・随時対応型訪問介護を1か所、夜間対応型訪問介護を1か所整備しました。

第9期計画では、居宅要介護者と家族の様々な介護ニーズに応え、家族の負担軽減に資するよう、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又は小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護のうち、いずれかの種別を1か所以上整備することとします。

図表 地域密着型サービスの整備状況

圏域	区分	夜間対応型 訪問介護	認知症 対応型 通所介護	小規模 多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	地域密着型 通所介護	看護小規模 多機能型 居宅介護	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護		
柴町 包括圏域	事業所数	市内全域 で2か所	-	-	1	4	-	市内全域 で2か所		
	定員(人)		-	-	18	38	-			
富士町 包括圏域	事業所数		1	2	3	6	-			
	定員(人)		12	54	54	57	-			
泉町 包括圏域	事業所数		1	-	1	3	-			
	定員(人)		11	-	18	38	-			
田無町 包括圏域	事業所数		1	-	1	5	-			
	定員(人)		12	-	9	61	-			
緑町 包括圏域	事業所数		-	1	2	3	-			
	定員(人)		-	29	27	30	-			
西原町 包括圏域	事業所数		1	-	1	7	-			
	定員(人)		12	-	17	78	-			
向台町 包括圏域	事業所数		-	-	3	2	1			
	定員(人)		-	-	54	20	29			
新町 包括圏域	事業所数		1	-	-	6	-			
	定員(人)		24	-	-	75	-			
合計	事業所数		2	5	3	12	36		1	2
	定員(人)		-	71	83	197	397		29	-

注:令和6(2024)年3月末時点の見込みで作成

【第9期計画の整備目標】

次のサービスのいずれかの種別を1か所以上整備する。

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・看護小規模多機能型居宅介護
- ・小規模多機能型居宅介護

3 介護給付の適正化の取組(第6期介護給付適正化計画)

介護保険制度への信頼を高め、持続可能な制度として運営していくためには、介護を必要とする人を適正かつ公正に認定し、介護サービスの利用者が真に必要とする過不足のないサービスを事業者が適正に提供できるように支援を行っていくことが重要です。

第5期介護給付適正化計画では、要介護認定の適正化やケアプランの点検等を中心に、介護給付の適正化に取り組んできました。

第6期介護給付適正化計画では、引き続き現状把握と分析を行い、課題を整理した上で、さらなる取組を推進していきます。また、PDCAサイクルによる定期的な評価・見直しを行います。

(1) 要介護認定の適正化

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。

また、要介護認定の変更認定、又は更新認定に係る認定調査の内容について、職員が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

(2) ケアプラン等の点検

これまで、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、市内の居宅介護支援事業所に助言型のケアプラン点検を行ってきました。

引き続き、各事業所の自己点検を促し、取組状況を把握するとともに、「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。

また、住宅改修及び福祉用具の購入・貸与については、これらが、利用者の身体状況を踏まえた適切なものとなるよう、利用者や事業者への普及啓発を行うとともに、必要に応じて聞き取りや訪問調査を、リハビリテーション専門職等の知見を活用するなどして実施し、助言等を行います。

(3) 医療情報との突合・縦覧点検

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・助言等を行います。

(4) 介護給付適正化の取組の分析、評価等

適正化の取組結果は、毎年度介護保険運営協議会に報告し、委員の意見を踏まえて適宜内容を見直し、次年度の取組の方向性を定めます。

4 介護保険事業の実績と見込み

(1) 要支援・要介護認定者数

第1号被保険者のうち、要支援・要介護認定者数は、令和8(2026)年度には11,530人となり、認定率(第1号被保険者に占める認定者の割合)は23.0%になると見込みます。

図表 要支援・要介護認定者数の実績と見込み

(単位:人)

区分		第8期実績			第9期計画		
		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
認定者数	計画値	10,350	10,413	10,504	11,072	11,303	11,530
	実績値	10,660	10,804	10,879			
	計画比	103.0%	103.8%	103.6%			
要支援1	計画値	1,131	1,154	1,171	1,336	1,350	1,369
	実績値	1,253	1,288	1,302			
	計画比	110.8%	111.6%	111.2%			
要支援2	計画値	809	826	835	996	1,013	1,030
	実績値	795	863	957			
	計画比	98.3%	104.5%	114.6%			
(要支援者計)	計画値	1,940	1,980	2,006	2,332	2,363	2,399
	実績値	2,048	2,151	2,259			
	計画比	105.6%	108.6%	112.6%			
要介護1	計画値	2,773	2,765	2,759	2,945	3,015	3,093
	実績値	2,916	2,932	2,936			
	計画比	105.2%	106.0%	106.4%			
要介護2	計画値	1,804	1,807	1,838	1,802	1,830	1,867
	実績値	1,762	1,735	1,822			
	計画比	97.7%	96.0%	99.1%			
要介護3	計画値	1,487	1,494	1,504	1,584	1,658	1,697
	実績値	1,509	1,578	1,492			
	計画比	101.5%	105.6%	99.2%			
要介護4	計画値	1,346	1,340	1,349	1,451	1,477	1,504
	実績値	1,432	1,460	1,382			
	計画比	106.4%	109.0%	102.5%			
要介護5	計画値	1,000	1,027	1,048	958	960	970
	実績値	993	948	988			
	計画比	99.3%	92.3%	94.3%			
(要介護者計)	計画値	8,410	8,433	8,498	8,740	8,940	9,131
	実績値	8,612	8,653	8,620			
	計画比	102.4%	102.6%	101.4%			

注:各年10月1日現在

(2) 介護保険サービスの給付費

居宅サービスのうち、訪問看護や居宅療養管理指導などの医療系サービスの利用が大幅に増加しています。高齢化の進行により、医療・介護両方のニーズを有する要介護者が増加していることが要因と考えられるため、今後も医療と介護の連携強化が重要となっていきます。

【サービス類型別給付費(介護給付)(要介護1～5)の見込み】

区分	第8期実績			第9期計画			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
(1)居宅サービス							
訪問介護	給付費(千円)	1,652,982	1,672,103	1,763,747	1,787,038	1,808,569	1,836,792
	利用者数(人)	2,217	2,214	2,217	2,221	2,239	2,265
訪問入浴介護	給付費(千円)	93,932	88,221	89,945	90,669	92,181	95,258
	利用者数(人)	128	125	125	121	123	127
訪問看護	給付費(千円)	754,818	789,523	824,573	848,353	867,374	894,475
	利用者数(人)	1,336	1,417	1,489	1,506	1,541	1,595
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	54,834	46,471	44,768	48,763	49,855	50,387
	利用者数(人)	128	107	97	97	99	100
居宅療養管理指導	給付費(千円)	366,320	393,784	422,878	440,552	453,758	464,540
	利用者数(人)	2,164	2,288	2,402	2,453	2,523	2,583
通所介護	給付費(千円)	1,602,490	1,594,106	1,655,091	1,629,698	1,651,886	1,656,235
	利用者数(人)	1,785	1,818	1,842	1,866	1,890	1,912
通所リハビリテーション	給付費(千円)	363,784	320,915	332,031	348,152	356,204	362,901
	利用者数(人)	464	434	432	439	448	456
短期入所生活介護	給付費(千円)	385,021	396,178	420,615	459,132	467,454	475,826
	利用者数(人)	347	365	412	423	433	438
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	34,948	31,009	33,967	34,794	34,707	34,444
	利用者数(人)	34	34	37	37	37	37
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	利用者数(人)	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	101	0	0	0	0	0
	利用者数(人)	1	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費(千円)	603,716	622,460	633,766	640,917	652,003	660,890
	利用者数(人)	3,505	3,561	3,641	3,668	3,723	3,779
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	19,245	20,911	20,866	20,705	21,874	22,247
	利用者数(人)	54	58	53	52	55	56
住宅改修	給付費(千円)	35,904	34,989	38,450	49,505	52,600	53,532
	利用者数(人)	39	36	41	50	53	54
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	1,892,212	1,962,758	2,128,718	2,192,492	2,216,877	2,244,372
	利用者数(人)	775	797	857	867	876	887

※表示単位未満については、四捨五入しているため、内訳の計が総数と一致しない。

地域密着型サービスのうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用が大幅に増加しており、今後もニーズの高さが見込まれます。

施設サービスの給付費は、介護老人保健施設と介護医療院が増加傾向にあります。

居宅介護支援は、要介護者の増加に伴い、利用も増加傾向にあります。

区分	第8期実績			第9期計画			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
(2)地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	給付費(千円)	24,250	42,698	73,502	88,448	90,836	90,836
	利用者数(人)	11	18	29	37	38	38
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	5,776	5,835	6,072	5,900	5,907	6,083
	利用者数(人)	29	21	20	22	22	23
地域密着型通所介護	給付費(千円)	722,790	735,863	698,558	697,330	732,869	740,798
	利用者数(人)	920	959	969	979	1,018	1,030
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	131,092	124,542	113,365	119,652	116,917	116,917
	利用者数(人)	88	87	88	87	85	85
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	69,817	74,350	86,069	90,074	84,279	89,081
	利用者数(人)	32	31	35	36	34	36
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	602,262	615,174	618,568	631,185	631,984	631,984
	利用者数(人)	185	189	187	188	188	188
地域密着型特定施設入居者 生活介護	給付費(千円)	—	—	—	0	0	0
	利用者数(人)	—	—	—	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施 設入所者生活介護	給付費(千円)	—	—	—	0	0	0
	利用者数(人)	—	—	—	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介 護	給付費(千円)	23,175	26,774	19,971	24,476	24,507	24,507
	利用者数(人)	7	8	5	7	7	7
(3)施設サービス							
介護老人福祉施設	給付費(千円)	2,953,663	2,923,389	2,898,574	3,061,155	3,066,713	3,087,667
	利用者数(人)	902	880	871	901	902	908
介護老人保健施設	給付費(千円)	1,293,320	1,312,169	1,418,813	1,488,024	1,500,917	1,521,169
	利用者数(人)	353	359	381	392	395	400
介護医療院	給付費(千円)	189,654	207,118	234,421	215,366	220,117	220,117
	利用者数(人)	42	44	51	45	46	46
介護療養型医療施設	給付費(千円)	146,423	81,488	47,063			
	利用者数(人)	36	20	12			
(4)居宅介護支援	給付費(千円)	978,768	999,489	1,014,579	1,053,853	1,085,895	1,113,012
	利用者数(人)	5,149	5,225	5,311	5,422	5,574	5,712
介護給付費計	給付費(千円)	15,001,297	15,122,317	15,638,969	16,066,233	16,286,283	16,494,070

※表示単位未満については、四捨五入しているため、内訳の計が総数と一致しない。

介護予防サービスは、要支援者を対象とするサービスであり、主に介護予防訪問看護や介護予防居宅療養管理指導などの医療系サービスや、介護予防通所リハビリテーションの利用が増加しています。

【サービス類型別給付費(予防給付)(要支援1・2)の見込み】

区分	第8期実績			第9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)介護予防サービス						
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	利用者数(人)	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費(千円)	24,778	25,318	22,319	24,040	26,669
	利用者数(人)	74	78	78	82	91
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	2,881	3,148	2,628	2,934	2,938
	利用者数(人)	9	9	8	8	8
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	13,906	15,163	15,581	16,746	16,930
	利用者数(人)	94	100	106	110	111
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	18,780	21,602	25,507	27,964	28,532
	利用者数(人)	46	54	63	66	67
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	451	980	0	586	880
	利用者数(人)	1	2	0	2	3
介護予防短期入所療養介護 (老健)	給付費(千円)	191	305	0	0	0
	利用者数(人)	1	1	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	利用者数(人)	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	利用者数(人)	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	29,628	31,426	31,639	32,886	33,404
	利用者数(人)	472	493	501	523	531
特定介護予防福祉用具購入 費	給付費(千円)	2,315	2,856	4,366	7,474	7,813
	利用者数(人)	7	9	13	22	23
介護予防住宅改修	給付費(千円)	18,055	14,619	20,113	30,221	30,221
	利用者数(人)	16	14	18	29	29
介護予防特定施設入居者生活 介護	給付費(千円)	49,296	51,602	45,086	46,353	46,094
	利用者数(人)	56	58	51	51	50
(2)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	給付費(千円)	0	306	0	0	0
	利用者数(人)	0	1	0	0	0
介護予防小規模多機能型居 宅介護	給付費(千円)	2,433	2,262	1,583	3,006	3,010
	利用者数(人)	3	3	2	4	4
介護予防認知症対応型共同 生活介護	給付費(千円)	0	0	0	0	0
	利用者数(人)	0	0	0	0	0
(3)介護予防支援	給付費(千円)	34,157	35,527	35,626	37,959	38,502
	利用者数(人)	558	583	589	615	623
予防給付費計	給付費(千円)	196,871	205,114	204,448	230,169	234,993
						237,810

※表示単位未満については、四捨五入しているため、内訳の計が総数と一致しない。

介護予防・日常生活支援総合事業の給付費は、近年はおおむね横ばい傾向で推移しています。

今後も要支援者や事業対象者の増加が見込まれることなどから、給付費は一定程度増加することが予想されますが、短期集中予防サービスの利用を促進し、リエイブルメントに取り組むことで、総額の伸びの抑制を図ります。

【サービス類型別給付費(介護予防・日常生活支援総合事業)の見込み】

区分		第8期実績			第9期計画		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問型サービス	給付費(千円)	64,590	62,667	60,768	66,120	65,234	64,349
	利用者数(人)	372	357	345	374	369	364
通所型サービス	給付費(千円)	171,267	168,143	163,248	177,625	175,247	172,868
	利用者数(人)	647	644	627	671	662	653
短期集中予防サービス	給付費(千円)	0	3,520	14,807	19,584	22,848	26,112
	利用者数(人)	0	38	40	48	56	64
介護予防ケアマネジメント	給付費(千円)	40,903	39,996	40,334	46,096	46,096	46,096
	利用者数(人)	679	676	685	768	768	768
事業給付費計	給付費(千円)	276,760	274,326	279,157	309,425	309,425	309,425

5 第9期介護保険財政と第1号被保険者の介護保険料

(1) 介護保険財政

① 標準給付費

標準給付費とは、総給付費、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、算定対象審査支払手数料を合計したものです。

令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間の標準給付費は、約523億2百万円となる見込みです。

(単位:千円)

区分	第9期計画			合計 (3年間)
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
総給付費	16,296,402	16,521,276	16,731,880	49,549,558
介護給付費	16,066,233	16,286,283	16,494,070	48,846,586
予防給付費	230,169	234,993	237,810	702,972
特定入所者介護サービス費等給付額	305,208	311,392	314,856	931,456
高額介護サービス費等給付額	502,083	513,221	523,274	1,538,578
高額医療合算介護サービス費等給付額	73,088	74,600	76,060	223,748
算定対象審査支払手数料	19,356	19,748	20,127	59,231
標準給付費見込額	17,196,137	17,440,237	17,666,197	52,302,571

② 地域支援事業費

令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間の地域支援事業費は、約23億7千万円となる見込みです。

(単位:千円)

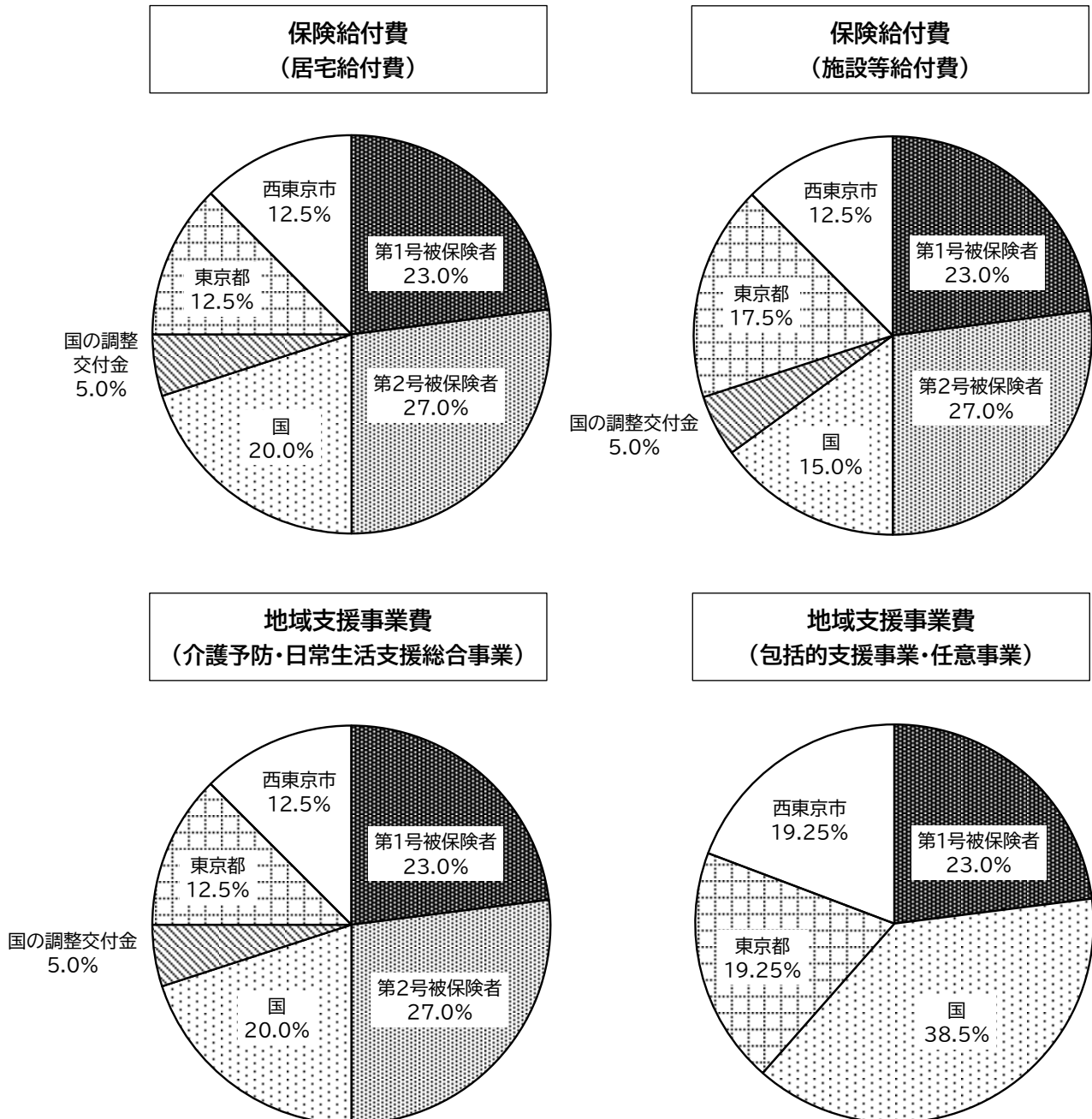
区分	第9期計画			合計 (3年間)
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
介護予防・日常生活支援総合事業費	374,364	375,964	395,917	1,146,245
包括的支援事業費・任意事業費	402,482	415,051	410,482	1,228,015
地域支援事業費見込額	776,846	791,015	806,399	2,374,260

③ 財源構成

事業費の財源は、第1号被保険者(65歳以上)の保険料のほか、第2号被保険者(40～64歳)の保険料、国・都・西東京市の負担金等により構成されます。

費用ごとの負担割合は、次のとおりです。

図表 介護給付費の財源構成(第9期)



(2) 第1号被保険者保険料

① 第1号被保険者保険料設定の基本的考え方

本市の保険料の設定に当たっては、次の考え方に基づき検討し、設定します。

ア. 保険料段階について

保険料段階については、第9期計画から、13段階を超える設定を行う場合、各段階における割合について、市町村の裁量で決定することが可能となります。

本市では、第9期計画の所得段階別保険料について、第8期計画と同様の17段階を設定します。

イ. 保険料収納率について

第9期計画の予定保険料収納率については、直近の収納実績を考慮し、99.3%とします。

ウ. 調整交付金について

調整交付金は、市町村間の「後期高齢者比率が高いことによる給付増」と「被保険者の所得水準が低いことによる収入減」を財政調整するもので、市町村間の財政力の差を解消します。

財源構成としては給付費の5%とされておりますが、本市の第9期計画における調整交付金(見込額)の割合は、3年間の平均で4.72%程度を見込みます。

エ. 保険者機能強化推進交付金・保険者努力支援交付金の活用

自立支援・重度化防止等に資する各種施策・事業の推進の取組評価により交付される「保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金(インセンティブ交付金)」を、財源として活用します。

これまでの実績を考慮し、3年間で1億2,000万円の交付を見込みます。

オ. 介護給付費準備基金の取り崩し

第1号被保険者の保険料は、おおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならぬとされており、本市では中期的に安定した財源確保を可能とする観点から、「西東京市介護給付費準備基金条例」を制定し、各年度の剰余金の範囲内で積み立てを実施しています。

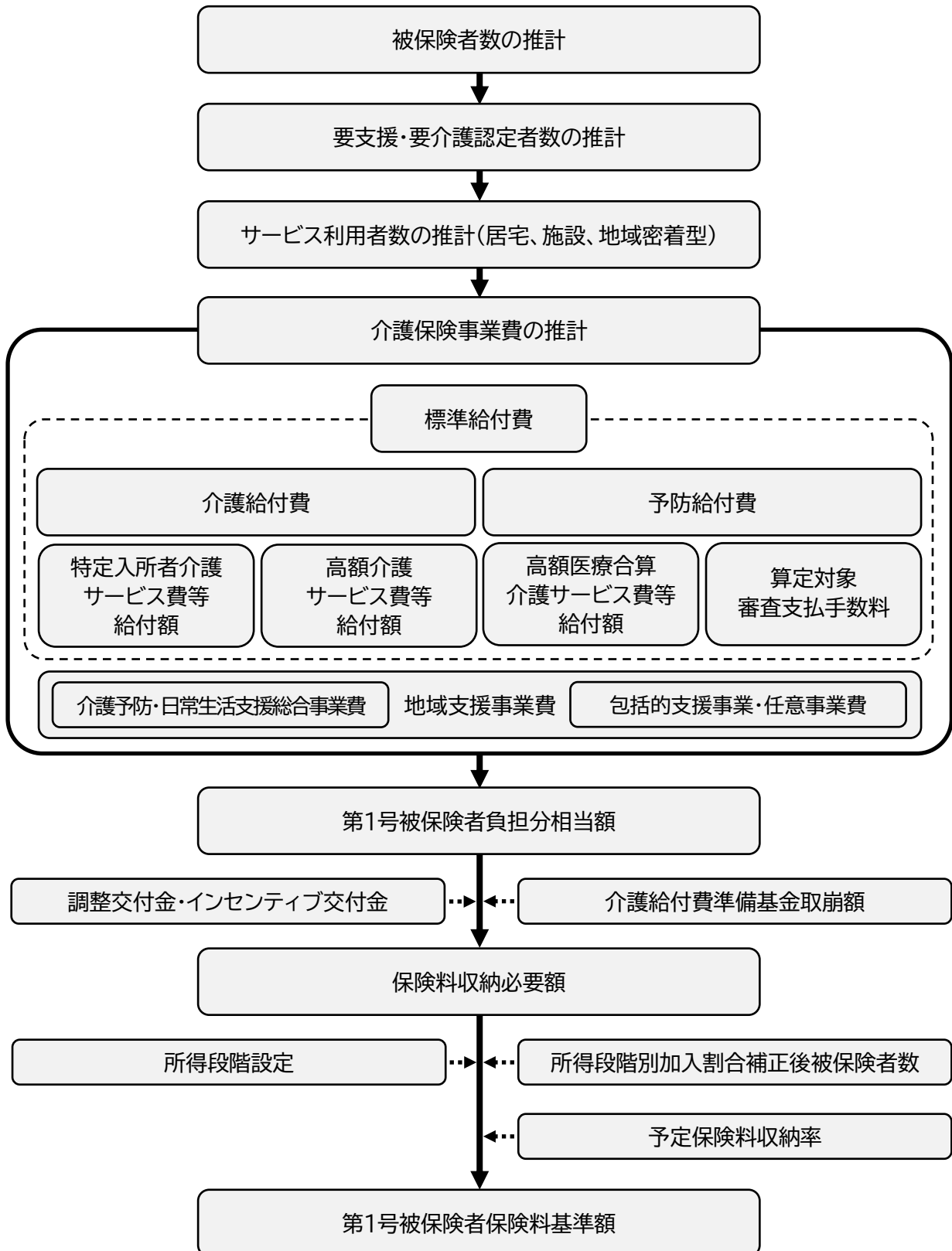
第8期計画期間の保険料設定に当たっては、介護給付費準備基金を活用して保険料の上昇を抑制しました。

第9期計画期間における基金の活用については、第8期計画期間の積立状況と、令和6(2024)年度の介護報酬改定等を勘案し、9億2,500万円を取り崩して、第1号被保険者の保険料上昇の抑制を図ります。

② 保険料算定の流れ

算定に当たっては、国の推計の手順などの考え方に従って行います。

図表 第1号被保険者保険料算定の流れ



③ 第1号被保険者保険料のあらまし

ア. 保険料の算定結果

第9期計画期間の第1号被保険者保険料基準額(月額)の算定結果は、次のとおりです。

図表 第1号被保険者保険料の算定

項目		算出方法	第9期
A	標準給付費		52,302,571,000円
B	地域支援事業費		2,374,260,000円
b1	介護予防・日常生活支援総合事業費		1,146,245,000円
b2	包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)・任意事業費		932,820,000円
b3	包括的支援事業(社会保障充実分)		295,195,000円
C	第1号被保険者負担分相当額	$= (A+B) \times 23\%$	12,575,671,000円
D	調整交付金相当額	$= (A+b1) \times 5\%$	2,672,441,000円
E	調整交付金見込額	$= (A+b2) \times \text{見込割合}^*$	2,522,378,000円
F	財政安定化基金拠出金見込額		0円
G	財政安定化基金償還金		0円
H	介護給付費準備基金取崩額		925,000,000円
I	保険者機能強化推進交付金等 交付見込額		120,000,000円
J	保険料収納必要額	$= C + (D - E + F + G - H - I)$	11,680,734,000円
K	予定保険料収納率		99.3%
L	所得段階別加入割合補正後被保険者数		154,436人
M	保険料基準額(月額)	$= J \div K \div 12\text{か月}$	6,347円

※ 調整交付金の見込割合は、令和6(2024)年度が5.18%、令和7(2025)年度が4.70%、令和8(2026)年度が4.29%として算出

イ. 月額保険料のイメージ

第9期の標準給付費と地域支援事業費を合わせた実質保険料は6,786円となり、第8期から334円の増加となりました。この実質保険料から、介護給付費準備基金を取り崩したことにより439円引き下げたものが、保険料基準額(月額)です。

第9期の保険料基準額は6,347円となり、第8期と比較して289円の増加となっています。

区分	第8期 (令和3～5年度)	第9期 (令和6～8年度)	増減
標準給付費(a)	6,171円	6,491円	320円
地域支援事業費(b)	281円	295円	14円
実質保険料(月額) (c) = (a) + (b)	6,452円	6,786円	334円
介護給付費準備基金 の活用(d) (調整交付金等含む)	△ 394円	△ 439円	-
保険料基準額(月額) (c) + (d)	6,058円	6,347円	289円

※(a)及び(b)はそれぞれ「図表 第1号被保険者保険料の算定」中の「A 標準給付費」及び「B 地域支援事業費」の23%を「L 所得段階別加入割合補正後被保険者数」で除して算出した保険料月額。

ウ. 保険料の推移

本市の第1期からの保険料の推移をみると、第4期と第8期を除き上昇傾向となっており、第1期計画と比べ、第9期計画では約2倍となっています。今後も給付費の伸びに伴い、保険料は上昇するものと見込まれますが、本市では自立支援・重度化防止の取組とともに、保険者機能の強化を図り、給付費の増加を抑えるための取組を推進します。

図表 西東京市の保険料の推移

区分	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期
基準月額	2,921円	3,281円	3,958円	3,958円	5,115円	5,691円	6,373円	6,058円	6,347円
増減額	—	+360円	+670円	+0円	+1,157円	+576円	+682円	-315円	+289円
増減割合	—	+12.3%	+20.6%	+0.0%	+29.2%	+11.3%	+12.0%	-4.9%	+4.8%

エ. 多段階化と低所得層への対応

第9期計画における第1号被保険者の保険料の見直しについて、国は「介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、今後の介護給付費の増加を見据え、1号被保険者間での所得再分配機能を強化することで、低所得者の保険料上昇の抑制を図る」としています。

本市では、第9期計画において、国の方針を踏まえ、第1段階から第4段階までの保険料の上昇を抑制するとともに、介護保険事業に必要な額を確保できるよう、その他の所得段階の保険料を見直しました。

図表 西東京市の第9期介護保険料所得段階別保険料

(上段は年額、下段は月額)

段階	対象者	基準額に対する割合	第9期 保険料額	第8期 保険料額	
第1段階	世帯全員 が住民税 非課税	生活保護の受給者の方 老齢福祉年金の受給者の方	0.455→ 0.285 (軽減後)	21,700円 (1,809円)	20,300円 (1,697円)
		本人の①前年の課税年金収入額と②当 該年金に係る所得を除いた合計所得金 額の合計が80万円以下の方			
第2段階	世帯全員 が住民税 非課税	本人の①前年の課税年金収入額と②当 該年金に係る所得を除いた合計所得金 額の合計が80万円を超え120万円以下 の方	0.595→ 0.395 (軽減後)	30,000円 (2,507円)	28,300円 (2,363円)
第3段階		本人の①前年の課税年金収入額と②当 該年金に係る所得を除いた合計所得金 額の合計が120万円を超える方	0.630→ 0.625 (軽減後)	47,600円 (3,967円)	45,000円 (3,756円)
第4段階		本人が 住民税 非課税で	本人の①前年の課税年金収入額と②当 該年金に係る所得を除いた合計所得金 額の合計が80万円以下の方	0.875	66,600円 (5,554円)
第5段階	同一世帯 員は住民 税課税	本人の①前年の課税年金収入額と②当 該年金に係る所得を除いた合計所得金 額の合計が80万円を超える方	1.000	76,100円 (6,347円)	72,600円 (6,058円)
第6段階	本人が住 民税課税	前年の合計所得金額が120万円未満の 方	1.150	87,500円 (7,299円)	83,600円 (6,967円)
第7段階		前年の合計所得金額が120万円以上 210万円未満の方	1.250	95,200円 (7,934円)	90,800円 (7,573円)
第8段階		前年の合計所得金額が210万円以上 320万円未満の方	1.500	114,200円 (9,521円)	109,000円 (9,087円)
第9段階		前年の合計所得金額が320万円以上 400万円未満の方	1.675	127,500円 (10,631円)	119,900円 (9,996円)
第10段階		前年の合計所得金額が400万円以上 500万円未満の方	1.780	135,500円 (11,298円)	127,200円 (10,602円)
第11段階		前年の合計所得金額が500万円以上 600万円未満の方	1.845	140,500円 (11,710円)	130,800円 (10,905円)
第12段階		前年の合計所得金額が600万円以上 700万円未満の方	1.950	148,500円 (12,377円)	134,400円 (11,208円)
第13段階		前年の合計所得金額が700万円以上 800万円未満の方	2.195	167,100円 (13,932円)	138,100円 (11,511円)
第14段階		前年の合計所得金額が800万円以上 900万円未満の方	2.400	182,700円 (15,233円)	141,700円 (11,814円)
第15段階		前年の合計所得金額が900万円以上 1,000万円未満の方	2.600	198,000円 (16,502円)	145,300円 (12,116円)
第16段階		前年の合計所得金額が1,000万円以上 2,000万円未満の方	2.800	213,200円 (17,772円)	159,900円 (13,328円)
第17段階	前年の合計所得金額が2,000万円以上 の方	3.005	228,800円 (19,073円)	167,200円 (13,934円)	

第5章 計画の推進体制

1 各主体の役割

計画の基本理念を実現するためには、市民、地域社会、地域活動団体、医療・介護関係者、行政がそれぞれの役割を果たしながら力を合わせ、一体となって取り組むことが必要です。

(1) 市民

市民一人ひとりが趣味や学習、社会参加などの活動を通じて自己実現を図り、日常生活の中で自ら健康づくり・介護予防に取り組みながら、いきいきと最期まで自分らしい人生を送るために行動することが望まれます。そして、人と人とのつながり、社会とのつながりを広げ、地域の活動に積極的に参加することなどによって、それぞれの経験や技能などを社会に還元し、自身の生きがいなどにつながる活動を行うことも重要です。

また、病気や障害等により介護を必要とする状態になっても、適切なサービスなどを利用しながら、自分らしい暮らしを営み続けることが望まれます。

(2) 地域社会

地域社会は、日常生活を送る基盤であり、隣近所や自治会・町内会、地域の商店など、それぞれの営みの中で個人、団体とのつながりや関わりを持ちながらともに暮らしています。

今後、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加するとともに認知症の人が増えていく中で、市民一人ひとりが、地域の人々や福祉活動に関心を持ち、それぞれができる活動に参加することにより、支援が必要な人に対して自然に手を差し延べることができるような地域コミュニティを形成することが期待されています。

(3) 地域活動団体

社会福祉協議会は、地域福祉推進の中心的な役割を果たす団体として、地域における福祉関係者や関係機関などと連携し、地域の連帯と支援の輪を広げるとともに、市民や地域団体が主体となって活動する場や環境づくりに向けてこれまで以上に取り組むことが求められています。

高齢者クラブやシルバー人材センターなどの高齢者関係団体は、会員全体の福祉向上を目指し、魅力的な活動を実施することにより、活動の活性化や会員の増加を図るなど、高齢化の進行を踏まえた取組を強化することが求められます。

NPO法人やボランティア団体は、支援を必要としている人へのサービス提供など、地域福祉の向上を目指し、それぞれの団体の特性や資源を生かしながら、積極的に地域と関わり、連携することが望まれます。

(4) 医療・介護関係者

医師会・歯科医師会・薬剤師会・理学療法士会・柔道整復師会などの医療関係者は、日頃から診療や訪問診療等での関わりを通して、市民が適切な支援を受けながら、安心して在宅療養生活を送ることができるよう、予防と備えの視点からの啓発や、医療と介護の連携を充実させていくことが期待されます。

介護サービス事業者などは、高齢者が安定した生活を営み、安心してサービスを利用するために、地域に根差し、健全に発展していくことが不可欠です。そのためには、必要な介護人材を確保・育成し、サービスの質の向上を図りながら、引き続き良質なサービスを提供することが求められています。

また、要介護認定者数が年々増加している現状を踏まえると、要介護認定者一人ひとりのできることを増やして自立の促進や重度化の防止を図ることができるよう、先進事例も参考にしながらサービス提供の方法を改善することが必要です。

さらに、市民の介護サービスへの信頼を確立するというサービス提供主体としての役割を果たし、サービス事業者自らが地域社会の構成員であるという自覚のもとに、地域に貢献することも期待されます。

(5) 行政

市の役割は、市民の福祉の向上を目指して、市民ニーズなどの現状把握や施策・事業の進捗管理などを通して、第9期計画に位置付けられた施策・事業を総合的・一体的に推進することです。

高齢者福祉分野において、これまで構築してきた西東京市版地域包括ケアシステムを深化・推進させていくとともに、医療・介護関係者との連携の強化を図ったり、市内外の企業と力を合わせたりすることによって、市民や関係団体による主体的な支え合いの活動を支援し、互いに支え合いながら活躍できる「地域共生社会」の実現を目指します。

そのため、市民に対しては、様々な状況に応じた多様なニーズを把握し、本人やその家族などへの必要な情報、日常における生活支援サービスを提供するとともに、予防の視点も踏まえた高齢者の地域活動の場を確保し、地域につながり続ける支援を行います。

また、地域社会や地域活動団体に対しては、地域活動の拠点の整備や多世代間での交流を促進するとともに、既存の介護予防事業をはじめとする取組や地域の団体活動を側面的に支援することで地域における支え合いの仕組みづくりを促進していきます。

さらに、医療ニーズがあり、介護度が高い高齢者でも、地域の中で安心して暮らしていくため、医療と介護が連携した多職種によるチームケアの提供を目指し、医療・介護関係者の各専門分野の境界を越えた関係づくりを推進します。

2 計画の推進体制

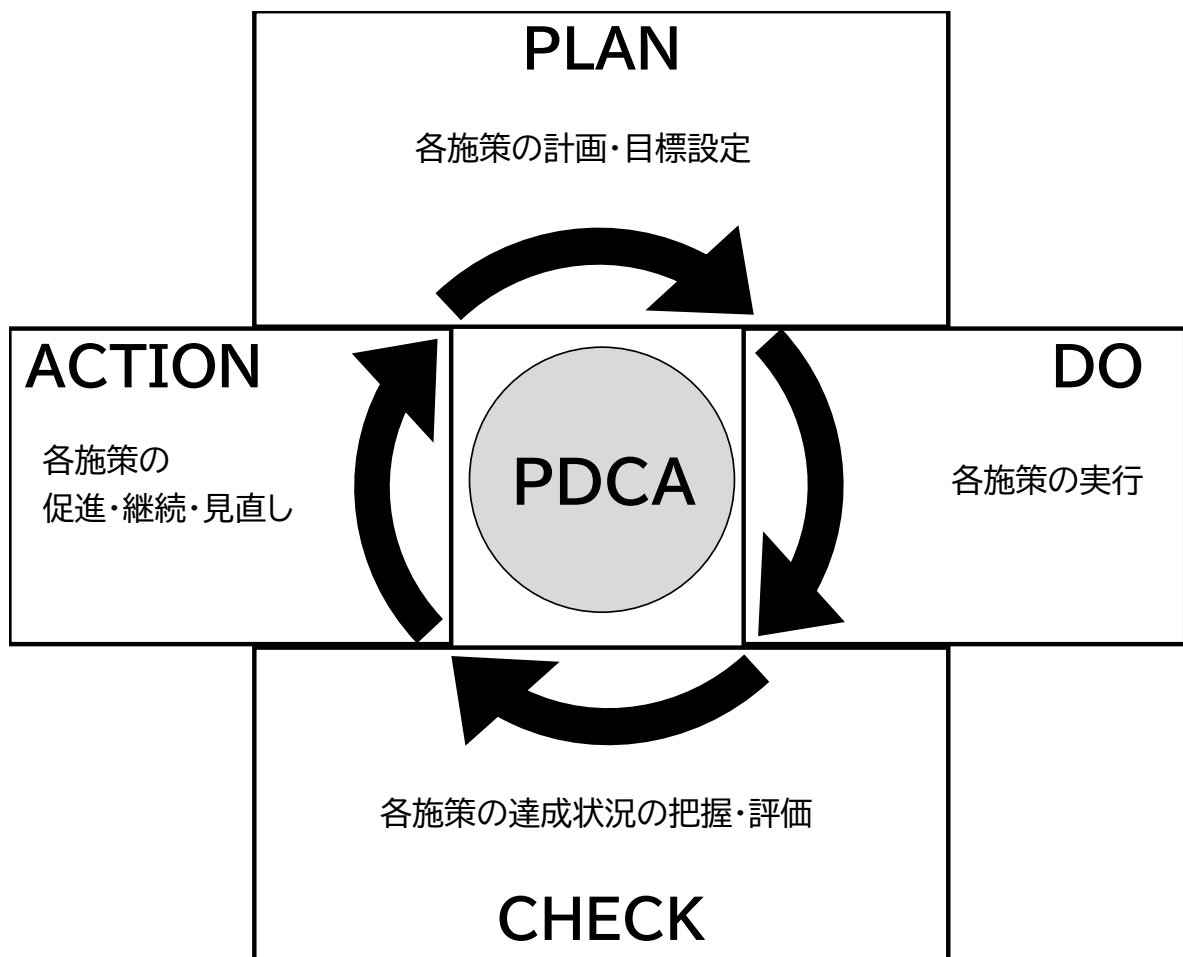
(1) 計画の進行管理

計画の推進に当たっては、年度ごとに取組状況の検証・評価結果を介護保険運営協議会に報告し、協議会での委員意見を踏まえ、次年度の方向性を定めます。

また、計画を着実に進めていくために、各施策を計画・実行・評価・改善のPDCAサイクルにより管理していきます。

計画の進捗状況や社会状況の変化等に合わせ、柔軟に対応していきます。

図表 PDCAサイクル



(2) 関係協議会・各種専門機関・団体との連携

① 地域包括支援センター運営協議会

学識経験者、サービス利用者、被保険者、地域活動団体、サービス事業者の代表などで構成される「西東京市地域包括支援センター運営協議会」を設置し、地域包括支援センターの事業を中立・公正な立場から評価・検討します。運営のあり方や、地域における医療機関、福祉施設その他関係機関とのネットワーク形成に対する評価・指導・助言を行い、地域包括支援センターのより円滑かつ適正な運営を図ります。

② 地域包括ケアシステム推進協議会

「地域包括ケアシステム推進協議会」は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、理学療法士会、柔道整復師会をはじめとする各専門職団体の代表者、市民、行政による横断的組織、地域包括ケアシステムについての課題の把握、協議等を行います。これまで、地域包括ケアシステム推進協議会では5つの部会において市の様々な課題を検討し、具体的な方向性などを話し合ってきました。今後も地域包括ケアシステムの推進に向けた協議を進めるとともに、団体間の情報共有、周知等も行っていきます。

③ 地域ケア会議

「地域ケア会議」では、地域包括支援センター地区(8地区)における個別課題の解決を目指し地域課題を検討するとともに、自立支援・介護予防・重度化防止を目指したケアマネジメントへの支援を強化していきます。

④ 各種専門機関・団体

権利擁護センター「あんしん西東京」、社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会や地域包括支援センターなどの福祉・介護に関連する機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、理学療法士会、柔道整復師会などの医療関係団体との連携を進めます。

また、地域住民(ささえあい協力員・訪問協力員)や団体(ささえあい協力団体)などによる地域での支え合いの仕組みである「ささえあいネットワーク」、市民や団体などが連携して地域の課題の解決を目指す「ほっとするまちネットワークシステム」、地域住民が主体の「ふれあいのまちづくり」など、地域における様々なネットワークとの連携・協働を強化するとともに、地域で暮らす高齢者を見守り、必要に応じて公的支援につなぐ仕組みの拡充を図ります。

(3) 介護保険の円滑な運営

① 保険者機能・庁内推進体制の充実

本市の介護保険事業を円滑に運営するために、保険者としてのマネジメント機能の強化、公平公正な介護認定、給付の適正化とサービスの質の向上、介護予防の効果の検証及び地域づくりや資源の開発・開拓、介護人材の確保・育成・定着支援等に関する保険者機能の充実を図ります。

健康福祉部高齢者支援課を中心に、庁内各課と連携しながら、介護保険事業計画を推進します。

② 介護保険運営協議会

「西東京市介護保険運営協議会」は、学識経験者、社会福祉協議会、被保険者代表、介護保険関連施設職員、医師会、歯科医師会、薬剤師会などを構成員として審議を行います。

介護保険事業計画の実施から進行管理、評価、見直しの過程において、行政、関係機関や関係団体、市民と協働しながら、介護保険事業の円滑な運営に努めます。

③ 介護保険連絡協議会との連携

介護保険サービス事業者間における情報共有や事業者相互の交流の促進を目的とする「西東京市介護保険連絡協議会」と連携し、介護サービスの質の向上を図ります。

1 検討体制と検討経緯

(1) 検討体制

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
	○梶川 義人	桜美林大学
保健医療関係者	中山 浩二	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
	渡邊 勝利	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(介護医療院)
福祉関係者	横山 紀穂	田無南口クリニック(訪問介護事業所)
	尾林 和子	フローラ田無(特別養護老人ホーム)
	小柳 学	パートナー西東京店(居宅介護支援事業所)
	瀬ノ田 直美	西東京市泉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
	小口 浩司	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)	新井 洋子	第1号被保険者
	内田 孝子	第1号被保険者
	齋藤 健二	第2号被保険者
	富樫 京子	第2号被保険者

◎委員長、○副委員長

注:所属等は、令和6(2024)年1月現在

(2) 検討経緯

回	開催日	議題
令和3年度 第1回	令和3年 11月12日	(1)第7期計画までの取組について (2)第8期計画の概要
令和3年度 第2回	令和4年 1月27日	(1)令和3年度の取組について
令和4年度 第1回	8月2日	(1)西東京市の高齢者・介護保険の現状 (2)西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)の策定 (3)地域密着型サービスの整備状況について
令和4年度 第2回	10月14日	(1)西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)策定のためのアンケート調査について (2)令和3年度西東京市介護保険特別会計決算について
令和4年度 第3回	令和5年 1月30日	(1)西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)アンケート調査について (2)国保データベース(KDB)システムのデータ分析の中間報告について (3)短期集中予防サービスについて
令和5年度 第1回	5月25日	(1)西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)アンケート調査報告について (2)令和4年度地域密着型サービスの整備について (3)西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)について
令和5年度 第2回	7月27日	(1)第9期計画策定に向けた調査概要について (2)西東京市版地域包括ケアシステムのイメージ(案)について
令和5年度 第3回	11月2日	(1)第9期計画策定に向けた各種調査等報告について (2)給付費分析について (3)第9期計画書の素案について
令和5年度 第4回	令和6年 1月 (書面開催)	(1)パブリックコメント及び市民説明会の結果について (2)西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)案について

2 アンケート調査・各種調査の概要

(1) 令和4(2022)年度アンケート調査概要

① 調査目的

要介護・要支援認定を受けていない一般高齢者や総合事業対象者、要介護・要支援認定者等の生活実態、介護保険サービスを提供している事業者、ケアプランを作成している介護支援専門員、在宅療養を支える医療機関の実態等を把握し、西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)の策定に向けたデータを得ることを目的として実施しました。

② 調査対象

調査名	調査対象	有効回収数 (有効回収率)
<調査1> 高齢者一般調査	介護保険第1号被保険者(介護予防事業参加者、要介護・要支援認定者を除く。) 1,000人	722 (72.2%)
<調査2> 介護予防・日常生活圏 域ニーズ調査	他調査の対象となっていない市内在住の65歳以上の方(要介護1~5の方を除く。) 2,000人	1,482 (74.1%)
<調査3> 要介護・要支援認定者 調査	要介護・要支援認定を受けている被保険者 1,900人(在宅サービス利用者 800人、施設等入 所者 500人、サービス未利用者 300人、訪問看 護利用者 300人)	871 (45.8%)
<調査4> 在宅介護実態調査	在宅で生活している要介護・要支援認定者のうち、 調査期間中に更新申請又は区分変更申請に伴う認 定調査を受けた者 730人	381 (52.2%)
<調査5> 介護保険サービス事業 者調査	西東京市介護保険連絡協議会会員及び市内地域包 括支援センター 208事業所	112 (53.8%)
<調査6> 介護支援専門員調査	西東京市介護保険連絡協議会会員の介護支援専門 員 120人	91 (75.8%)
<調査7> 医療機関調査	市内医療機関等 349機関	194 (55.6%)
	計	3,853 (61.1%)

③ 調査方法

郵送による配布・回収 (礼状兼督促:1回)

④ 調査期間

令和4(2022)年11月24日~12月12日

(2) 令和5(2023)年度各種調査概要

① 関係機関、事業者・団体からの意見聴取

ア. 地域包括支援センターへのヒアリング

目的	市の高齢者福祉・介護保険の特徴・課題等を踏まえ、主として、現在求められる介護予防、包括的・継続的ケアマネジメントの充実に向けた取組と、地域課題の解決に向けた取組について、地域包括支援センターにヒアリングを行う。また、本計画の策定に向けて必要なことや市への希望について伺い、反映する。
調査方法	オンラインによるヒアリング
調査対象	①北東部・中部圏域 栄町地域包括支援センター、富士町地域包括支援センター、泉町地域包括支援センター、田無町地域包括支援センター ②西部・南部圏域 緑町地域包括支援センター、西原町地域包括支援センター、向台町地域包括支援センター、新町地域包括支援センター
日にち	令和5(2023)年7月18日
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・日ごろの業務で感じている市の介護保険の現状及び課題について ・介護予防等ケアマネジメントの充実のために必要だと考えること ・高齢者をとりまく地域生活課題の解決のために必要なこと ・上記を踏まえ、第9期計画の策定に向けて必要なことや取り組むこと

イ. 事業者・団体へのグループインタビュー

目的	市内で活動する事業者・団体の活動状況や福祉ニーズを把握することで、計画策定に向けた課題・支援策を検討する。調査テーマは、本計画の高齢者支援策として重要になると考えられた、介護者支援、生活支援、地域における活動・支援の3つのテーマとする。
調査方法	テーマごとに、グループインタビュー形式
調査対象	①介護者支援 西東京ゆとりの会、いずみオレンジカフェ、西東京・ワーカーズまちの縁側「木・々」、オレンジカフェみどりの樹、SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問介護、そんぼの家ひばりが丘 ②生活支援 ふれあい碧、ささえあい訪問協力員、NPO法人サポートハウス年輪、権利擁護センター「あんしん西東京」、シルバー人材センター ③地域における活動・支援 おうちサロンひなた、百歳体操グループ、西東京市高齢者クラブ連合会 如水会、フレイルサポーター、西東京市地域サポート「りんく」
日にち	令和5(2023)年6月29日、7月3日、7月5日
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍を経て、西東京市の高齢者・介護者・地域の変化 ・西東京市で今後必要になると考えること ・事業者として、今後力を入れていきたいと考えていること ・市と協働で進めたいこと

② 多様な世代からの意見聴取

ア. 大学生へのヒアリング

目的	<p>今後、西東京市では、85歳以上人口が急増し、要介護認定者が増加するとともに、生産年齢人口の減少が見込まれている。</p> <p>一方で、平均寿命が伸び続ける中で、高齢者自身の健康水準が向上し、支えることができる高齢者も増えている。</p> <p>こうした状況を踏まえ、人と人、人と地域資源が世代や分野を超えてつながる地域共生社会の実現が求められている。</p> <p>高齢者福祉に関して、多世代の意見を聴き、施策に反映させることは、世代を超えたつながりを作るきっかけとなることから、新たなアプローチによる意見聴取を実施する。</p>
調査方法	<p>3グループに分かれ、2テーマずつグループワーク形式で実施</p> <p>意見や話し合いはKJ法(ポストイットを使った取りまとめ法)によりまとめ、最後にグループごとに話し合いの結果を発表</p>
調査対象	武蔵野大学人間科学部社会福祉学科 熊田ゼミの学生(3年生・4年生)17人
日にち	令和5(2023)年7月28日
話し合ったテーマ	<p>①地域の高齢者と一緒に行えること(多世代交流など)</p> <p>②在宅介護についての考え(8050、ダブルケア、家族介護者への支援について)</p> <p>③どのような福祉専門職に就きたいか、福祉専門職の魅力を伝えるために必要なことは</p> <p>④高齢者にとって、まちにあるとよいもの(まちづくり、ユニバーサルデザインなど)</p>

イ. 西東京市公式LINEアンケート

目的	<p>人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながる地域共生社会の実現が求められている中、高齢者福祉に関して高齢者以外の年代の市民の意見を聞き、施策に反映させることは、そうした世代や分野を超えたつながりを作るひとつのきっかけとなる。</p> <p>市民に広く利用されている西東京市公式LINEを活用し、市民の自発的な協力で高齢者福祉に関するアンケートを実施し、本計画策定の参考とする。</p>
調査方法	LINEアンケート
調査対象	西東京市公式LINEに登録している市民等
調査期間	令和5(2023)年7月5日～10月31日
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・基本属性(性別、年齢、住まい(市内・市外)) ・介護や育児をしている家族や親せきについて ・地域活動でできるもの(選択肢から選択) ・今後地域でやってみたいこと(選択肢から選択) ・高齢者が生き生き暮らすために必要なこと(自由記述)
回答数	1,182件

3 第8期計画の取組

第8期計画の各施策の取組は、次のとおりです。

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るため、計画値と実績値に乖離がある事業があります。また、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。

(※以下の表に記載する章、施策体系等の名称は、第8期計画のものです。)

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		指標	計画・実績	担当部署			
				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
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)		計画 実績	30.8% (令和元年度) 30.8%	— —	40% 44%	— —
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		計画 実績	6回 8回	16回 13回	24回 14回	32回 16回
	介護予防講演会		計画 実績	新型コロナのため未実施 0回	1回 0回	1回 0回	1回 0回
	西東京しゃきしゃき体操講座など健康教育		計画 実績	8回 8回	12回 10回	12回 10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		計画 実績	4,400人 19,089人	11,000人 23,811人	11,000人 27,940人	11,000人 23,613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		計画 実績	10事業 7事業	5事業 12事業	6事業 16事業	6事業 23事業
	図書の本宅宅配回数		計画 実績	200回 256回	240回 334回	240回 411回	280回 450回
	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			
1-2-4	シルバー人材センター就業人員		計画 実績	137,674人 150,090人	158,000人 148,929人	158,000人 147,281人	158,000人 145,736人
	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		計画 実績	4回 4回	4回 4回	4回 4回	4回 4回
	イベント情報紙の発行		計画 実績	12回 12回	12回 12回	12回 12回	12回 12回
	ホームページ等での情報提供		計画 実績	随時 随時	随時 随時	随時 随時	随時 随時
1-2-7 重点	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		計画 実績	560人 550人	580人 559人	600人 576人	620人 480人
1-2-8 重点	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		計画 実績	65箇所 68箇所	68箇所 69箇所	71箇所 71箇所	74箇所 78箇所
	通いの場の情報発信		計画 実績	検討 検討	実施 実施	実施 実施	実施 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		計画 実績	132人 (令和元年度) 132人	150人 110人	150人 125人	150人 138人

施策体系・施策等		担当部署				
指標		計画・実績	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
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	計画 実績	400人 464人	400人 437人	400人 146人	400人 200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	計画 実績	8回 8回	12回 10回	12回 10回	12回 12回
	みどりの散策路めぐりの開催	計画	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回
		実績	新型コロナのため未実施	2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	計画 実績	実施 実施	実施	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	計画 実績	8回 9回	12回 10回	12回 15回	12回 12回
	栄養・食生活相談参加者数	計画 実績	30人 19人	36人 21人	42人 31人	42人 26人
	自主グループ数	計画 実績	5団体 5団体	5団体 5団体	5団体 5団体	5団体 4団体
	健康診査等の実施		健康課・保険年金課			
1-3-5	特定健康診査受診率	計画 実績	54% 44.8%	56% 47.7%	58% 48%	60% 47%
	後期高齢者医療保険加入者受診率	計画 実績	55% 50.6%	55% 51.8%	55% 51.5%	55% 51.3%

第2章 生活支援体制の充実

施策体系・施策等		指標	計画・実績	担当部署			
				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込み)
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 西東京市しゃきしゃき体操講座など出前講座			高齢者支援課・健康課			
		計画 実績	10回 6回	15回 4回	15回 8回	15回 10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 地域包括支援センターの認知度(高齢者一般調査)	計画	50.7% (令和元年度)	—	58.4%	—	
		実績	50.7% (令和元年度)	—	57.6%	—	
2-1-7	高齢者生活状況調査の実施 高齢者の生活状況や健康状態などの調査			高齢者支援課			
		計画 実績	— —	実施 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 家族介護者の集いの場の開催(全地域包括支援センター)	計画	6回以上	6回以上	6回以上	6回以上	
		実績	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 介護講習会の開催日数	計画	3日間	3日間	3日間	3日間	
		実績	3日間	3日間	3日間	2日間	
2-2-3	家族介護慰労金 家族介護慰労金の支給	計画	実施	—	実施	—	
		実績	実施	実施	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 第1層協議体開催回数	計画	3回 (目標1回)	1回以上	1回以上	1回以上	
		実績	4回	未実施	1回	2回	
2-3-2	地域ケア会議の推進			高齢者支援課			
		計画	2回	30回	30回	30回	
		実績	9回	16回	22回	21回	
		計画	新型コロナのため未実施	8回	8回	8回	
		実績	未実施	1回	8回	2回	
		計画	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回	
実績	未実施	未実施	未実施	未実施			
2-3-3	ささえあいネットワークの充実 ささえあい協力員・ささえあい訪問協力員登録者数 ささえあい協力団体数	計画	1,800人	1,900人	2,100人	2,300人	
		実績	1,796人	1,812人	1,813人	1,830人	
		計画	240団体	250団体	260団体	270団体	
		実績	251団体	279団体	285団体	305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 ボランティア講座など開催回数	計画	6回	6回	6回	6回	
		実績	5回	5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			
		計画	5回	7回	7回	7回	
		実績	5回	5回	4回	4回	
		計画	随時	随時	随時	随時	
		実績	随時	随時	随時	随時	
		計画	随時	随時	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 公民連携事業の実施件数	計画	実施	—	実施	—	
		実績	実施	実施	実施	実施	

施策体系・施策等		担当部署				
指標		計画・実績	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
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	計画 実績	実施 実施		実施 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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 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			
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	計画 実績	26件 25件	26件 16件	26件 23件	27件 24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	計画 実績	12回 10回	12回 12回	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	計画 実績	2回 2回	2回 2回	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	計画 実績	1回 1回	1回 1回	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	計画 実績	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			
	施設行動分科会、認知症対応型共同生活介護事業者分科会等	計画 実績	新型コロナのため未実施 未実施		実施 実施	実施

第3章 認知症施策の推進

施策体系・施策等		指標	計画・実績	担当部署			
				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
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	認知症講演会	計画	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
			実績	新型コロナのため未実施	新型コロナのため未実施	年1回 参加者数 123名	年1回 参加者数 140名
3-1-2	若年性認知症施策の推進	若年性認知症家族会・当事者会の開催	計画	2回	4回	4回	4回
			実績	3回	2回	4回	4回
3-1-3 重点	認知症の普及・啓発	認知症ケアバスの配布	計画	3,000部	3,000部	3,000部	3,000部
			実績	24,000部	5,120部	5,000部	7,450部
3-1-4	みまもりシールの配布、あんしん声かけ体験	行方不明模擬捜索活動の実施	計画	新型コロナのため未実施	年1回	年1回	年1回
			実績	新型コロナのため未実施	新型コロナのため未実施	新型コロナのため未実施	1回
3-1-5	認知症高齢者徘徊位置探索サービス	サービスの提供	計画	実施	実施	実施	実施
			実績	実施	実施	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	認知症サポーターの新規登録者数	計画	580人	1,500人	1,500人	1,500人
			実績	893人	701人	1,227人	1,000人
			計画	5人	30人	30人	30人
			実績	3人	12人	11人	30人
3-2-2	認知症カフェの普及	認知症カフェ実施団体数	計画	11団体	17団体	17団体	17団体
			実績	13団体	14団体	15団体	12団体
3-2-3	認知症支援コーディネーターの配置	相談件数	計画	150件	200件	200件	200件
			実績	180件	267件	291件	150件
3-2-4 重点	早期診断・早期対応のための体制整備	認知症初期集中支援チーム事業対象件数	計画	7件	15件	17件	19件
			実績	6件	4件	8件	12件
			計画	普及啓発	普及啓発・検診		
			実績	普及啓発	普及啓発・検診	普及啓発・検診	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		指標	計画・実績	担当部署			
				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
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 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)	計画	49% (令和元年度)	—	60%	—	—
		実績	49%	—	42%	—	—
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) ホームページ掲載 西東京市健康事業ガイド配布数	計画	12回	12回	12回	12回	12回
		実績	12回	12回	12回	12回	12回
		計画	113,000部	113,000部	113,000部	113,000部	113,000部
		実績	100,368部	101,260部	101,807部	104,000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 在宅療養後方支援病床利用延べ人数	計画	34人	36人	38人	40人	—
		実績	15人	37人	33人	35人	—
4-2-2	多職種連携を強化する関係づくりの構築 リーダー研修参加者数 基礎研修参加者数 病院・在宅研修参加者数	計画	新型コロナのため未実施	10人	10人	10人	—
		実績	0人	0人	0人	0人	—
		計画	64人	64人	64人	64人	—
		実績	308人	319人	0人	60人	—
4-2-3	多職種連携のための情報共有の仕組みづくり ICTの活用・システムについての検討	計画	実施	実施	実施	実施	—
		実績	実施	実施	実施	実施	—
4-2-4	在宅療養に係る相談体制の充実 在宅療養連携支援センターの認知度(医療機関調査)	計画	20.5% (令和元年度)	—	30%	—	—
		実績	20.5%	—	26%	—	—
4-2-5	在宅歯科医療連携の推進 在宅健診・診療の実施回数	計画	5件	10件	10件	10件	—
		実績	2件	2件	7件	3件	—
4-2-6	介護施設等における看取りの推進 介護職向けの看取りに関する研修開催	計画	2回	2回	2回	2回	—
		実績	0回	0回	0回	2回	—
4-2-7	泉小学校跡地の活用 在宅療養推進施設の整備	計画	整備	整備	開設	開設	—
		実績	整備	整備	開設	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		指標	計画・実績	担当部署			
				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込み)
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	計画 実績	25件以上 25.6件	25件以上 17.82件	25件以上 24.05件	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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 実施	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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 実施	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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 実施	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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 実施	実施 実施
		私道の舗装補修の実施	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 実施	実施 実施
			計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 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	計画 実績	実施 実施	実施 実施	実施 実施	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	計画 実績	150件 357件	150件 195件	150件 180件	150件 75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	計画 実績	4回 4回	4回 3回	4回 4回	4回 4回
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	計画 実績	新型コロナのため未実施 新型コロナのため未実施	1回 新型コロナのため未実施	1回 新型コロナのため未実施	1回 1回
		防犯啓発に関する記事の広報への掲載	計画 実績	20回 21回	24回 22回	24回 18回	24回 13回
		いーなメールによる情報発信	計画 実績	12回 11回	12回 13回	12回 13回	12回 15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)	計画 実績	27,000人 29,244人	25,500人 22,593人	17,400人 27,727人	17,400人 25,550人
		高齢者インフルエンザ予防接種者数(60 歳～65 歳未満)	計画 実績	50人 24人	50人 20人	50人 27人	50人 24人
		高齢者肺炎球菌予防接種者数(65歳以上)	計画 実績	1,500人 1,748人	2,200人 1,690人	1,500人 1,846人	1,500人 2,650人
		高齢者肺炎球菌予防接種者数(60 歳～65 歳未満)	計画 実績	5人 0人	5人 2人	5人 1人	5人 1人

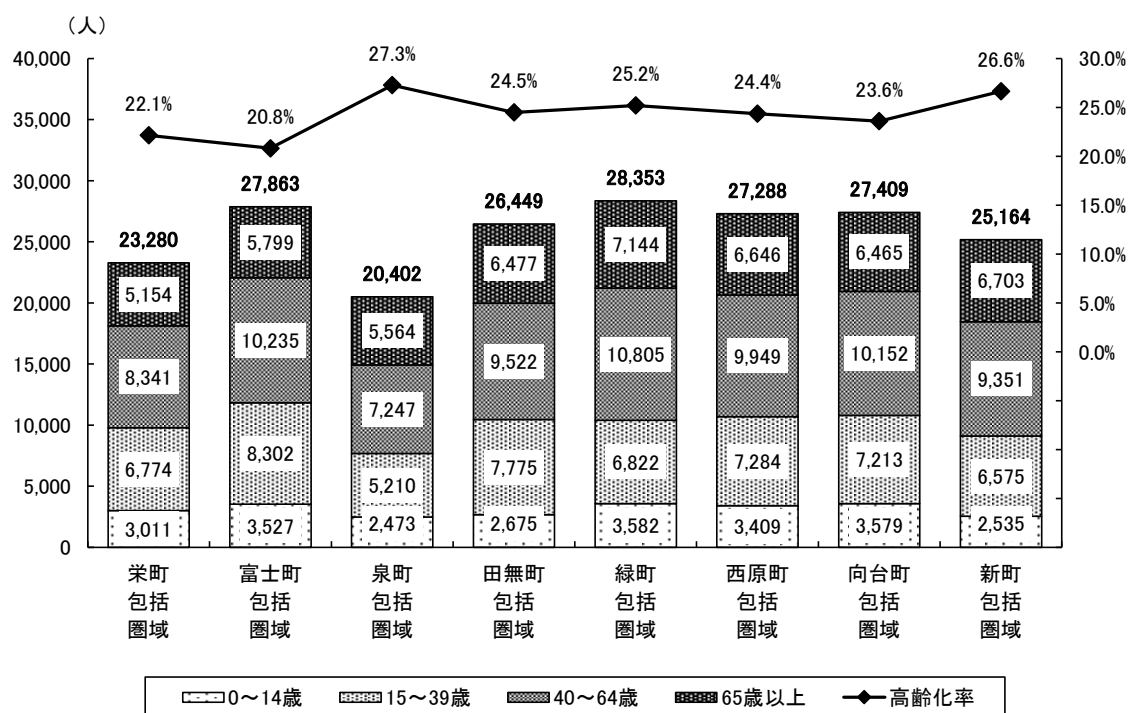
第6章 介護保険サービス等の充実

施策体系・施策等		担当部署					
指標		計画・実績	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込み)	
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 講習や研修会の情報提供		高齢者支援課 高齢者支援課				
6-1-4	居宅介護支援事業者分科会 開催回数	計画	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	
		実績	0回	2回	3回	4回	
	訪問介護事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	6回	6回	6回	
		実績	0回	0回	3回	3回	
	通所介護・通所リハビリ事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回	
		実績	0回	0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	計画	新型コロナのため未実施	3回	3回	3回	
		実績	0回	0回	1回	1回	
	施設合同分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回	
		実績	0回	1回	1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	計画	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回	
		実績	1回	2回	3回	4回	
	訪問看護・訪問入浴介護事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回	
		実績	0回	1回	2回	2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)	計画	25事業所	30事業所	30事業所	30事業所	
		実績	15事業所	15事業所	17事業所	17事業所	
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	計画	25人	30人	35人	40人	
		実績	22人	24人	17人	25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	介護職員初任者研修受講料助成対象者数	計画	6人	10人	10人	10人
			実績	7人	16人	10人	14人
	居宅介護支援事業者分科会 開催回数	計画	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	
		実績	0回	2回	3回	4回	
	訪問介護事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	6回	6回	6回	
		実績	0回	0回	3回	3回	
	通所介護・通所リハビリ事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回	
		実績	0回	0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	計画	新型コロナのため未実施	3回	3回	3回	
		実績	0回	0回	1回	1回	
	施設合同分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回	
		実績	0回	1回	1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	計画	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回	
		実績	1回	2回	3回	4回	
訪問看護・訪問入浴介護事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回		
	実績	0回	1回	2回	2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		指標	計画・実績	担当部署			
				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込み)
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	計画	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	
		実績	0回	2回	3回	4回	
	訪問介護事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	6回	6回	6回	
		実績	0回	0回	3回	3回	
	通所介護・通所リハビリ事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回	
		実績	0回	0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	計画	新型コロナのため未実施	3回	3回	3回	
		実績	0回	0回	1回	1回	
	施設合同分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	2回	2回	2回	
		実績	0回	1回	1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	計画	新型コロナのため未実施	4回	4回	4回	
		実績	0回	2回	3回	4回	
	訪問看護・訪問入浴介護事業者分科会 開催回数	計画	新型コロナのため未実施	1回	1回	1回	
実績		0回	0回	2回	2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	計画	看護小規模多機能型居宅介護1箇所	—	1箇所	—	
		実績	1箇所	—	0箇所	—	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備	計画	1箇所(令和元年度)	—	2箇所	—	
		実績	0箇所	—	1箇所	—	
	地域密着型介護老人福祉施設の整備	計画	—	—	—	1箇所	
実績		—	—	—	0箇所		
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	計画	2,800部	2,800部	2,800部	2,800部	
		実績	2,800部	1,200部	2,700部	2,700部	
	ホームページへの掲載	計画	1回	1回	1回	1回	
実績		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	計画	1回	1回	1回	1回	
		実績	1回	1回	1回	1回	
	意見交換会	計画	1回	1回	1回	1回	
実績		1回	0回	0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	計画	7,200部	107,400部	7,200部	7,200部	
実績		7,200部	107,400部	6,000部	6,000部		
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			

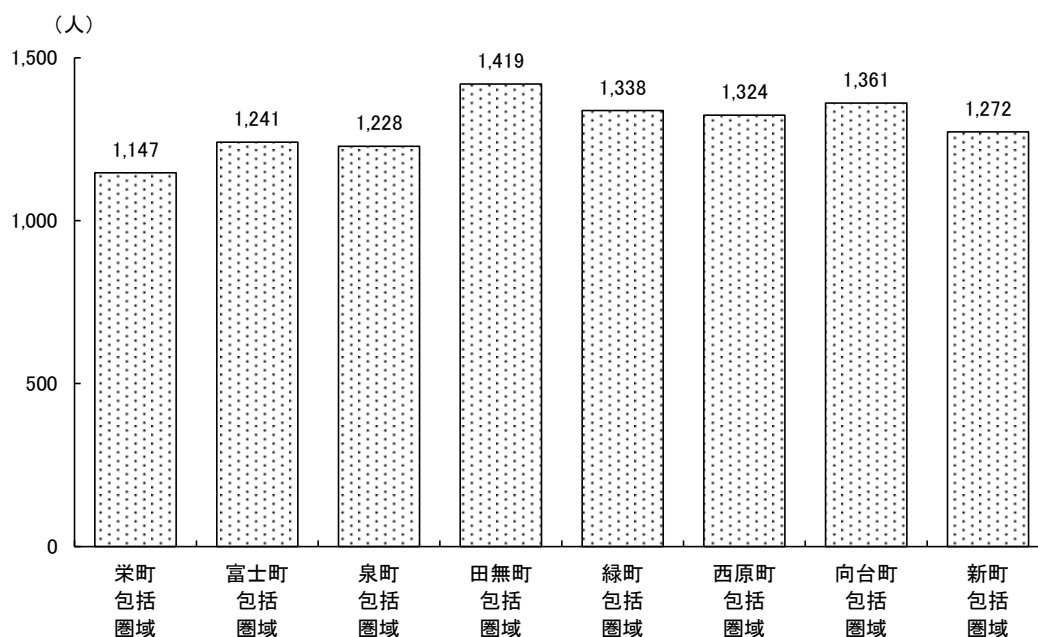
4 日常生活圏域別のデータ

(1) 人口、高齢化率



出典:住民基本台帳人口(令和5(2023)年4月末)

(2) 要支援・要介護認定者数



出典:介護保険事業状況報告月報(令和5(2023)年4月末)

5 介護保険サービス一覧

(1) 居宅サービス・介護予防サービス

訪問介護
ホームヘルパーが訪問し、食事、入浴、排せつなどの介助を行う身体介護や、住居の掃除や洗濯、買い物などの生活援助を行います。
訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
訪問入浴介護は、介護士と看護師が移動入浴車などで訪問し、浴槽を提供して入浴介護を行います。
訪問看護・介護予防訪問看護
看護師が訪問し、主治医の指示に基づき、床ずれの手当てや点滴の管理などを行います。
訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士などの機能回復訓練(リハビリテーション)の専門家が訪問し、専門的な機能回復訓練を行うサービスです。
居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士などが訪問し、薬の飲み方、食事などに関する療養上の管理や指導を行います。
通所介護
デイサービスセンターで、食事・入浴・排せつ等の日常生活上の介助や機能訓練が受けられます。
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
老人保健施設や病院で、理学療法士や作業療法士などのリハビリテーションの専門家による機能回復訓練が日帰りで受けられます。
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
介護老人福祉施設等に短期間入所して、食事、入浴などの介助や機能訓練が受けられます。
短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
介護老人保健施設や介護医療院などに短期間入所して、食事、入浴などの介助のほか、医療や機能訓練が受けられます。
福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
日常生活の自立を助けるために必要な福祉用具を貸し出しするサービスです。
特定福祉用具購入・介護予防福祉用具購入
日常生活の自立を助けるために必要な福祉用具を販売するサービスで、購入費の支給があります。
住宅改修・介護予防住宅改修
在宅生活での安全確保及び自立を目的として、その身体機能の状態に合わせて、住んでいる住宅への手すりの取り付け、段差解消等の改修にかかる費用を支給するサービスです。
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
指定を受けた有料老人ホームやケアハウス等で食事、入浴、排せつ等の日常生活上の介助や機能訓練が受けられます。

(2) 地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
要介護者を対象としたサービスで、介護職員と看護師が一体又は密に連携し、定期的に訪問します。また、利用者からの電話などに応じて随時対応します。
夜間対応型訪問介護
要介護者を対象としたサービスで、夜間の定期的な巡回訪問又は通報によりヘルパーが居宅を訪問し、排せつ介助、日常生活上の緊急時の対応などの介護が受けられます。
地域密着型通所介護
要介護者を対象としたサービスで、利用定員 18 人以下の小規模なデイサービスセンターにおいて、食事や入浴などの介助や、機能訓練を日帰りで受けられます。
認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
デイサービスセンターで、認知症のある高齢者が、食事・入浴・排せつなどの介助や支援、機能訓練を日帰りで受けられます。
小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
小規模な居住型の施設への「通い」を中心に、自宅へ来てもらう「訪問」、施設での「宿泊」するサービスを柔軟に受けられます。
認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
認知症のある高齢者が少人数で共同生活をする場で、専門スタッフによる介護を受けられます。
看護小規模多機能型居宅介護
要介護者を対象に、利用者の状況に応じて、小規模な居住型の施設への「通い」、自宅へ来てもらう「訪問」(介護と看護)、施設での「宿泊」するサービスを柔軟に受けられます。

(3) 施設サービス

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
常に介護が必要で、自宅では介護ができない方が対象の施設です。食事や入浴など日常生活の介護や健康管理を受けられます。
介護老人保健施設
病状が安定し、機能訓練(リハビリテーション)に重点をおいた介護が必要な方が対象の施設です。医療的な管理のもとで介護や看護、機能訓練を受けられます。
介護医療院
主に長期にわたり療養が必要な方が対象の施設です。医療と日常生活上の介助が一体的に受けられます。

(4) 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援
ケアマネジャーがケアプランを作成するほか、利用者が安心して介護サービスを利用できるように支援します。
介護予防支援
地域包括支援センターの職員などが、介護予防ケアプランを作成するほか、利用者が安心して介護予防サービスを利用できるように支援します。

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス
国の基準による訪問型サービス(従前の介護予防訪問介護)と、市の独自基準による訪問型サービス等を提供しています。
通所型サービス
国の基準による通所型サービス(従前の介護予防通所介護)と、市の独自基準による通所型サービス等を提供しています。
短期集中予防サービス
要支援状態になった方がもう一度元の暮らしへ戻れるよう、リハビリテーション専門職等による面談を中心とした、約3か月間の短期集中予防サービスを提供しています。
介護予防ケアマネジメント
要支援者や事業対象者の自立支援を目的として、その心身の状況や置かれている環境などに応じ、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、短期集中予防サービスのほか、一般介護予防事業や市の独自施策、民間企業による生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行っています。

6 用語集

【数字・英文字】

8050問題

「80歳代の親と50歳代のひきこもりの子どもが同居している」といった高齢の親とその子ども世帯が、収入が途絶えたり、病気や介護が必要な状態になるなど複合的な課題を抱えることで、孤立・困窮してしまうという問題です。

DX

Digital Transformationのことを指し、データとデジタル技術を活用し、社会のニーズにもとづき、サービスや業務の効率化、さらには文化・風土を変革をめざす言葉として用いられています。

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法人

民間の営利を目的としない団体(Non-Profit Organization)のことを指し、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)の頭文字を取った言葉です。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】

アウトリーチ

手を伸ばすこと、の意味で、医療、福祉、看護などの専門家が、クライアントのところへ直接的に出向き、ケアとともに必要とされる支援に取り組むことを指します。

アセスメント

ケアマネジメントにおけるアセスメントは、ケアプランを作成したりモニタリングを行うために、情報を収集して分析し、課題整理を行うことです。収集する情報には、本人心身の状況から生活歴、社会生活、健康状況、本人の目標とする生活まで幅広い内容が含まれます。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取組のことで、厚生労働省により、「人生会議」という愛称で呼ばれています。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の認知度の向上を図るため、毎年11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日と定められています。

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、

介護保険連絡協議会

本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、地域の実情に応じて、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。

キャラバン・メイト

認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」の企画・立案を担い、講師役を務めていただく方です。

協議体

生活支援体制整備事業において、高齢者が「住み慣れた場所で」「馴染みの人間関係の中で」生活するために、生活支援コーディネーターとともに、重要な役割を果たす場です。

地域のことを良く知り、地域の中で活動している人たちが集まり、地域の中にある課題を出し合い、地域資源の情報を生活支援コーディネーターと共有しながら、地域にある課題を住民同士で解決する方法を考えたり、実践したりしています。

共生型サービス

高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに位置付けられたものです。これにより、介護保険又は障害福祉のいずれかの指定を受けている事業所が、もう一方の制度における指定も受けやすくなります。

業務継続計画(BCP)

業務継続計画は、BCP(Business Continuity Plan)とも呼ばれており、大規模な感染症や自然災害が発生すると、事業を通常通りに実施することが困難になることから、業務を中断させないよう準備をするとともに、中断した場合でも優先業務を実施するため、あらかじめ検討した方針、体制、手順等を示した計画のことです。

この業務継続計画は、相次ぐ自然災害や新型コロナウイルス感染症の流行などを踏まえ、令和6(2024)年3月までに介護事業所等での策定が義務付けられています。

居宅介護支援

在宅サービスなどを適切に受けられるように、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。

ケアマネジャー(介護支援専門員)

要介護者等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。

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

健康寿命とは、「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』と定義され、東京都では、65歳の人が、何らかの障害のために要介護認定を受けるまでの状態を健康と考え、その障害のために認定を受ける年齢を平均的に表す「65歳健康寿命」が用いられています。令和3(2021)年の65歳健康寿命(要支援1以上になるまで)の東京都平均年齢は、男性が81.37歳、女性が82.99歳であり、西東京市平均は、男性が81.55歳、女性が82.99歳でした(東京都ホームページ)。

権利擁護センター「あんしん西東京」

認知症や障害のある方の福祉サービスの選択や利用・支援を行うとともに、判断能力の低下により、財産管理や日常生活を営むことが困難になった方の成年後見制度の利用支援などを行うことで、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。

【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)、事業者(ささえあい協力団体)、民生委員・児童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。

重層的支援体制整備事業

市町村全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「包括的相談支援事業」、「参加支援事業」、「地域づくり事業」のほか、アウトリーチ等を通じた継続的な支援や多機関協働事業などの事業を一体的に実施するものです。

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。

生涯現役応援サイト・窓口「meets」

西東京市にお住まいのシニア・プレシニアの人と地域の活動をつなげるマッチングサイトです。西東京市社会参加マッチング事業として、シニア・プレシニアの人がいつまでも生きがいを持って、生き生きと活動し、多様な社会参加を進めることで、フレイル予防を推進することを目的としています。

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協力員の配置、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。

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。協議体や地域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)⑤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、市や民間企業等が行うサービスです。

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。

総合相談支援

地域包括支援センターの業務の1つで、地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援などを幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行います。

【た行】

地域共生社会

地域共生社会とは、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」であり、本市では、この考えに加え、「市に住み・活動する全ての人が支え手側・受け手側と分かれることなく、市民主導のネットワーク活動を基盤に、互いに支え合いながら活躍できる社会」を提唱しています。

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、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、介護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。

地域サポート「りんく」

生活支援コーディネーターが配置され、主に高齢者の生活を支援する担い手になる市民に協力を依頼したり、高齢者が地域で活動をするための支援をしています。また、地域に新たなサービスや仕組みが必要になる場合は、市民や地域で活動している団体・NPO法人、医療や福祉の関係機関と一緒に考え、協力し合いながら作り出すことにも取り組んでいます。

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「総合相談支援業務」、「介護予防ケアマネジメント業務」、「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」、「高齢者の虐待の防止・早期発見及び権利擁護業務」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、社会福祉士などを配置し、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。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。現在、西東京市の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)、看護小規模多機能型居宅介護の7種類があります。

チームオレンジ

認知症の人や家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぎ、認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくりの具体的活動のことです。

調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額

第1号被保険者1人当たり給付月額の算定にあたり、給付費の多寡に影響を及ぼす性・年齢構成と地域区分別単価の影響を除いた金額であり、地域間の比較を行う際に用いられることが多くなっています。

デジタルデバインド

インターネットやパソコン等の情報通信技術(ICT)を利用できる方とそうでない方との間に生じる格差を指し、身体的、社会的、年齢等の条件でのICTの利用格差を解消するための取組が必要となっています。

【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。

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、精神障害者など、判断能力が十分ではない方を対象に、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。本市では、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。本市では、薫風会山田病院が該当します。

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】

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。

福祉サービス第三者評価

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。

ふれあいのまちづくり

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。

またフレイルは、その中間の状態にあることから、単に加齢に伴い老い衰えていく不可逆的なものではなく、しかるべき介入(予防)によって、再び健全な状態に戻ることのできる、「可逆性」を包含するもの、といわれ、フレイル予防がきわめて重要とされています。

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて国から交付金が交付されます。

各保険者は交付金を活用し、地域支援事業や市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めることとしています。

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本市独自の取組で、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】

街中いきいーなサロン

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。

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・児童委員

民生委員・児童委員は、民生委員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。児童福祉法により、民生委員は児童委員を兼ねることとされています。

【や行】

要介護

日常生活上の基本的動作について、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態をいいます。

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

日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、要介護状態となることの予防に資するよう何らかの支援を要する状態をいいます。

【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9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

レスパイトは、「一時休止」、「息抜き」、「休息」という意味をさします。レスパイトケアは、在宅介護を支える家族に対して、介護から離れる時間を提供することで、心身を休め、リフレッシュしてもらうことを目的に実施する、家族介護者支援策の一つです。

【わ行】

私の人生ノート

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、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)といいます。本市では、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行うためのツールとして、「私の人生ノート」を作成しています。

西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第9期)

令和6(2024)年度～令和8(2026)年度

令和6(2024)年3月発行

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