

※ 素案については、協議会の承認後の、実際に公表をしたものを掲載しています。

令和 5 年 11 月 14 日
第 9 回介護保険運営協議会
資料 2（議題 2 関係）
（事前配布資料）

第 9 期

（令和 6 年度～令和 8 年度）

東久留米市高齢者福祉計画・ 介護保険事業計画

素案

令和 5 年 11 月

東久留米市

目次

総論	1
第1章 計画の策定にあたって	2
第1節 本計画の趣旨と位置づけ	2
第2節 高齢者・介護保険施策の動向	5
第2章 計画策定の基本事項	8
第1節 計画の策定方法	8
第2節 計画の推進体制の確保	9
第3章 高齢者を取り巻く現況と課題	12
第1節 高齢者に関する実績と推計	12
第2節 要介護認定・給付の実績と推計	17
第3節 高齢者アンケート調査等の実施	19
第4節 「通いの場」の実態調査の実施	21
第4章 基本理念及び施策の展開	26
第1節 基本理念と基本方針	26
第2節 日常生活圏域の設定	33
第3節 基本目標及び施策の体系	36
各論Ⅰ	39
基本目標Ⅰ 介護予防・健康づくり施策のための取組	40
施策Ⅰ 介護予防・フレイル予防の方向性	40
施策Ⅱ 住民主体の「通いの場」の活動支援の方向性	43
施策Ⅲ 介護予防・生活支援サービス（総合事業）の方向性	47
施策Ⅳ リハビリテーションサービス提供体制の方向性	52
基本目標Ⅱ 要介護状態や認知症になっても、自分らしい暮らしを続けるための取組	56
施策Ⅰ 介護保険サービス提供体制の計画的な整備の方向性	56
施策Ⅱ 高齢者の住まいと在宅生活を支えるサービスの方向性	61
施策Ⅲ 家族介護者支援の方向性	65

施策4	認知症施策の方向性	69
施策5	権利擁護の推進・高齢者虐待の防止の方向性	75
基本目標3	共に参加し共に支える、地域ぐるみの体制づくりのための取組	79
施策1	地域包括支援センターの体制整備の方向性	79
施策2	在宅療養および在宅医療と介護の一体的な提供体制の方向性	81
施策3	ひとり暮らし高齢者の「みまもり」体制構築の方向性	84
施策4	地域のつながりづくりと「地域共生社会」に向けた取組の方向性	88
基本目標4	持続可能な介護保険サービス等の提供体制を整備するための取組	90
施策1	介護認定事務の効率化の方向性	90
施策2	サービス向上に資する給付適正化の方向性	92
施策3	介護現場の生産性向上および介護人材確保の方向性	94
施策4	リスクマネジメントに係る体制の整備の方向性	96
各論Ⅱ		99
第1章	介護保険サービスの実績と見込み	100
第1節	介護サービスの見込みの考え方	100
第2節	居宅（介護予防）サービス	101
第3節	地域密着型（介護予防）サービスの見込量	111
第4節	施設サービス	117
第5節	介護予防・生活支援サービスの見込量	119
第2章	介護給付費の見込みと介護保険料	121
第1節	サービス見込み量及び介護保険料の算出フロー	121
第2節	保険給付費等の見込み量	123
第3節	第1号被保険者の介護保険料の検討	124
第4節	介護保険料の基準月額	128

総論

第Ⅰ章 計画の策定にあたって

第Ⅰ節 本計画の趣旨と位置づけ

(Ⅰ) 計画策定の背景

いわゆる「団塊の世代」の方が75歳以上の後期高齢者になる令和7（2025）年が近づく中で、更にその先の我が国の状況を展望すると、「団塊ジュニア世代」が65歳以上の高齢者となる令和22（2040）年に向けて高齢者人口はピークを迎える一方で、少子化の影響もあって、生産年齢人口は今後も減少していくと見込まれています。特に、後期高齢者の人口は令和37（2055）年まで増加傾向となっており、介護ニーズの高い85歳以上人口は75歳以上人口を上回る勢いで令和17（2035）年頃まで増加し、令和42（2060）年頃までは増加傾向が続くと見込まれています。

介護保険制度は、高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大や核家族化などの日本における家族をめぐる状況の変化などにより、従来の老人福祉・老人医療制度による対応では介護に係る諸問題を解決することが困難になってきたことを受け、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして、平成12（2000）年に創設された制度です。しかしながら、この介護保険制度も、発足から20年以上を経過する中で、予防重視型のシステムへの転換、地域包括ケアシステムの構築・推進など、社会情勢の変化に伴い様々なシフトチェンジを繰り返してきました。

「東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」（以下「計画」という。）は、本市の高齢者福祉に関係する施策及び介護保険事業を円滑かつ安定的に推進することを目的として、厚生労働省が制定する市町村介護保険事業計画の基本指針に沿って策定されています。本市ではこれまで、3年を1期として策定される計画に基づき、利用者が真に必要とする介護保険サービスを過不足なく提供する体制を整備しつつ、介護予防、自立支援・重度化防止のための取組み、地域包括ケアシステムの構築、推進、深化のための取組みを進めてきました。

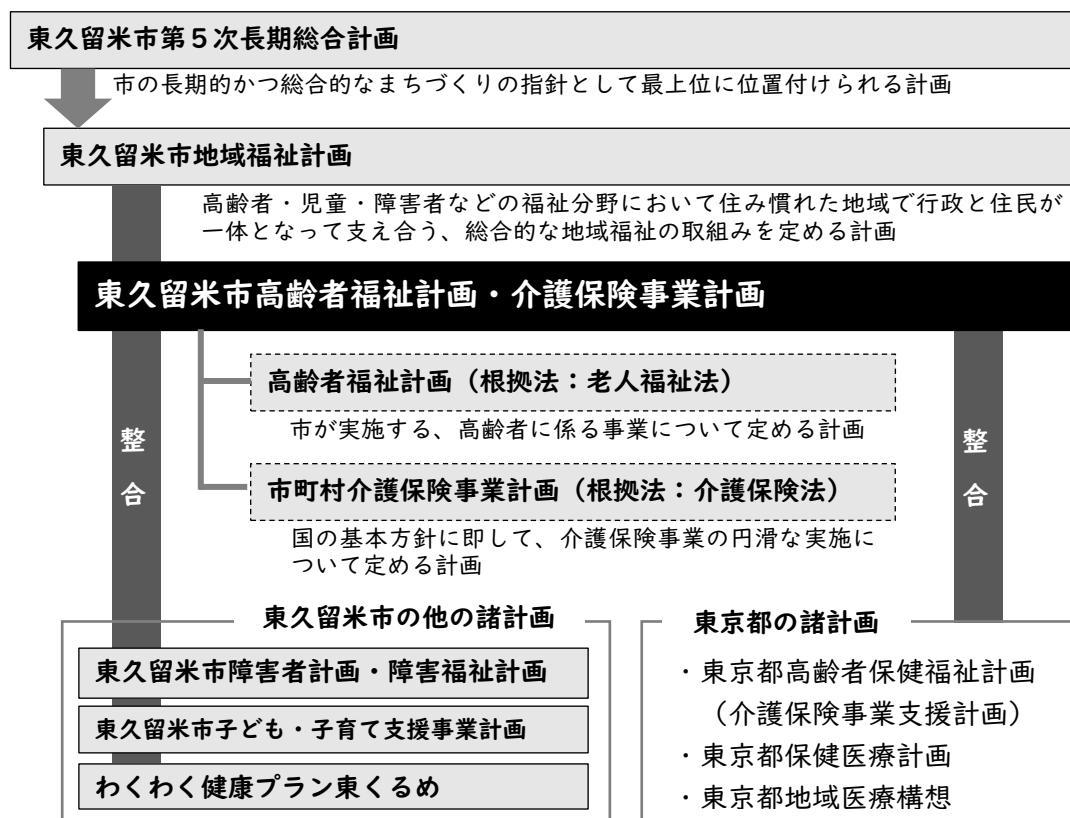
今般、8期計画の計画期間が令和5年度で終了することから、市民向け、介護サービス事業者向けの各種アンケート調査の結果や、介護保険運営協議会での市民委員や関係者、学識経験者の皆様の交えた議論の内容などもふまえつつ、前期（8期）計画の進捗管理において把握された地域の課題についても検討を加えた上で、「高齢者がいきいきと暮らせる地域づくり」のための取組み、地域包括ケアシステムの深化・推進と、地域共生社会の実現に向けた施策の方向性を示すこととし、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度を計画期間とする第9期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（以下、「本計画」という。）を策定します。

(2) 他の計画との関係

本計画は、老人福祉法に基づく「市町村老人福祉計画」及び介護保険法に基づく「市町村介護保険事業計画」として、一体的に策定されています。

また、「東久留米市第5次長期総合計画」を最上位、「東久留米市地域福祉計画」を上位計画とし、関連する市の諸計画、東京都の諸計画とも整合を図っています。

図表1 本計画とその他の行政計画との関係



(3) 本計画の計画期間

本計画の計画期間は、令和6（2024）年から令和8（2026）年の3か年とします。

図表2 本計画の計画期間

年度 計画の名称	平成 30 (2018)	令和元 (2019)	令和 2 (2020)	令和 3 (2021)	令和 4 (2022)	令和 5 (2023)	令和 6 (2024)	令和 7 (2025)	令和 8 (2026)
長期総合計画 上段：基本構想 下段：基本計画	第 4 次（平成 23 年度～）			第 5 次（～令和 12 年度まで）					
	（平成 28 年度～）後期			前期					後期
地域福祉計画	第 3 次（平成 27 年度～）							第4次 （～令和 16 年度）	
高齢者福祉計画 介護保険事業計画	第 7 期 （平成 30～令和 2 年度）			第 8 期 （令和 3～令和 5 年度）			第 9 期 （令和 6～令和 8 年度）		

(4) S D G s との関係

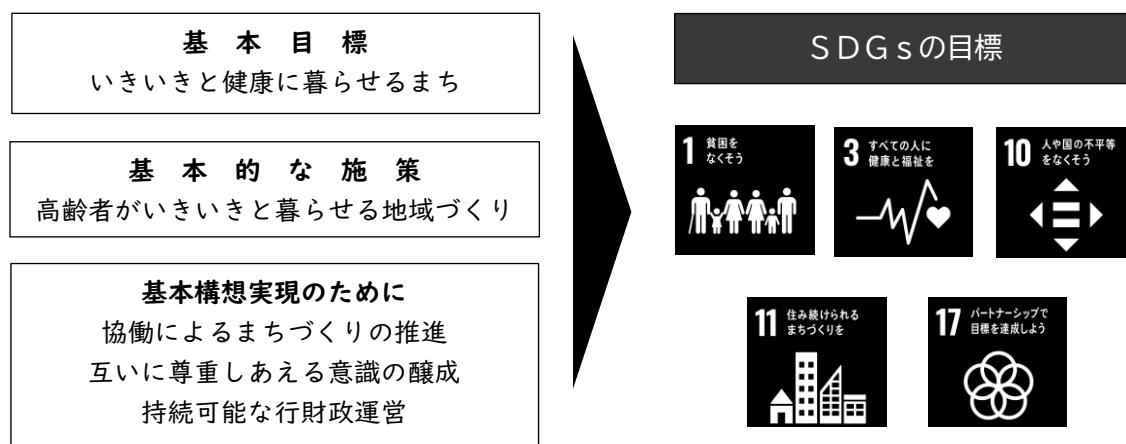
S D G s (持続可能な開発目標=Sustainable Development Goals) は、平成 27 (2015) 年の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」に記載された、令和 12 (2030) 年までに持続可能でよりよい世界を目指すための 17 のゴール(目標)と 169 のターゲットにより構成された国際目標です。これは、先進国と開発途上国が共に取り組むべき国際社会全体の普遍的な目標であり、持続可能な世界を実現するための統合的取り組みです。

国では、S D G s の実施を総合的かつ効果的に推進するため、平成 28 (2016) 年 12 月に「S D G s 実施指針」を決定しました(令和元(2019)年 12 月に一部改定。)。この指針は、日本が 2030 アジェンダを実施し、令和 12 年(2030 年)までに日本の国内外において S D G s を達成するための中・長期的な国家戦略として位置づけられています。また、同指針において、「誰一人取り残さない」社会を実現するためのビジョン及び 8 つの優先課題を掲げています。

S D G s はグローバルな課題の解決に向けた取り組みですが、その達成のためには地方自治体の施策レベルでの取り組みを進めていくことも重要です。本市においても S D G s の達成に向けて全庁的に取り組みを進めていく必要があることから、令和 12(2030)年までを期間として、令和 5 (2023) 年 8 月に「東久留米市 S D G s 推進方針」を策定しました。同推進方針においては、個別の行政計画を策定・改定する際に S D G s の要素を反映させることにより、各事業や業務を通して全庁的な S D G s の推進を図ることとされています。

これをふまえ、本計画においても「誰一人取り残さない」という S D G s の基本理念に則り、様々なステークホルダーと目標を共有することで、多様な主体との連携・協働を進め、地域の課題の解決に向けた効果的な取り組みを推進することによって、高齢者福祉施策・介護保険事業の持続可能性を高めていくことが重要です

図表 3 本計画と S D G s との関係



第2節 高齢者・介護保険施策の動向

(1) 8期までの介護保険制度改正の経緯

介護保険法などの関連法令の改正、介護報酬の改定など、介護保険全般に影響を与える比較的大きな制度改正は、原則として3年ごとに改定される介護保険事業計画の改定年度において行われています。介護保険制度改正には、その時々における我が国の現状が反映されています。

図表4 介護保険制度改正の経緯（制度発足当初から）



（２）近年における介護保険制度改正の概要

諸外国に例を見ないスピードで少子高齢化が進行する中で、６期計画に合わせて施行された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」では、地域包括ケアシステムの構築のため、在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実、全国一律の予防訪問・通所介護の地域支援事業への移行の方針が示されました。

７期計画に合わせて施行された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、６期計画に掲げられた地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、保険者機能の強化による自立支援・重度化防止に向けた取組みの推進、医療と介護の連携の推進などの規定が整備されました。

８期計画に合わせて施行された「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」では、「地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない」こととされ、社会福祉法において「地域共生社会の実現」が位置付けられることとなりました。

これらをふまえ、９期計画に合わせ、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が、令和５年５月１９日に公布されました。これは、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するために、こども・子育て支援、医療、介護などの制度改正をするものであり、介護保険関係では介護情報基盤の整備、介護サービス事業者の財務状況等の「見える」化、介護サービス事業所などにおける生産性の向上に資する取組みに係る努力義務、看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化、地域包括支援センターの体制整備などを主な内容としています。

（３）令和５年度における基本指針の改定

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」は、介護保険法第１１６条の規定により厚生労働大臣が定めるもので、市町村が「介護保険事業計画」を策定する際のガイドライン的役割を果たします。９期の市町村介護保険事業計画改定にあわせて令和５（２０２３）年に改定された基本指針の基本内容は、同計画期間中に「団塊の世代」が７５歳以上となる令和７（２０２５）年を迎えることになること、高齢化の進行には地域差があることから、各保険者が中・長期的な地域の人口動態などをふまえて介護サービス基盤を整備するとともに、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向上を図ることが重要であることをふまえた見直しが行われています。

本計画はこの基本指針に即しつつ、市が取り組むべき施策の方向性を示します。

表 9 期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント（案）

基本的な考え方

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- また、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様々なニーズのあ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。
- さらに、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、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向上を図るための具体的な施策や目標を優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

見直しのポイント

1 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・ 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
- ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・ 中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

② 在宅サービスの充実

- ・ 居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・ 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・ 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

① 地域共生社会の実現

- ・ 地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組みを促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・ 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・ 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

② デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

③ 保険者機能の強化

- ・ 給付適正化事業の取組みの重点化・内容の充実・見える化

3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・ 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組みを総合的に実施
- ・ 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- ・ 介護サービス事業者の財務状況等の「見える」化を推進

厚生労働省の資料をもとに本市作成

第2章 計画策定の基本事項

第1節 計画の策定方法

(1) 計画策定の体制

① 東久留米市介護保険運営協議会による検討

東久留米市介護保険運営協議会は、東久留米市介護保険条例第17条に基づき設置される機関であり、被保険者を代表する委員（市民委員）、保健・福祉・医療を代表する委員、学識経験者、東久留米市役所の関係部署の課長職により構成されます。委員の委嘱（任命）は東久留米市長が行い、事務局は福祉保健部介護福祉課に置かれます。

本協議会の所掌事務に「介護保険事業計画及び老人福祉計画の総合的な策定に関する事項」が含まれていることから、本計画の策定にあたっては協議会に報告を行い、委員による審議、意見聴取などを経た上で、承認を得ることとしています。

② 庁内組織による検討

本計画の策定における事務局は福祉保健部介護福祉課に置き、全体調整及び関係課との施策調整を図り、基本理念・目標の設定、8期計画に掲げた事業の進捗状況の確認・検証などを実施しています。

(2) 市民意見・当事者意見の把握

本計画の策定にあたっては、高齢者アンケート調査などの各種調査（第3章第3節を参照）を実施し、市民・当事者・関係者などの意見や要望を収集し、それらを基礎資料として策定の段階で参考にしています。

また、計画の方向性などを示した「素案」を策定して、パブリックコメント（意見公募手続）を実施するとともに、市民説明会を実施し、市民の方への情報提供や意見の聴取を行います。さらに、事業者を対象にした説明会を実施し、事業者との意見交換も行っています。

第2節 計画の推進体制の確保

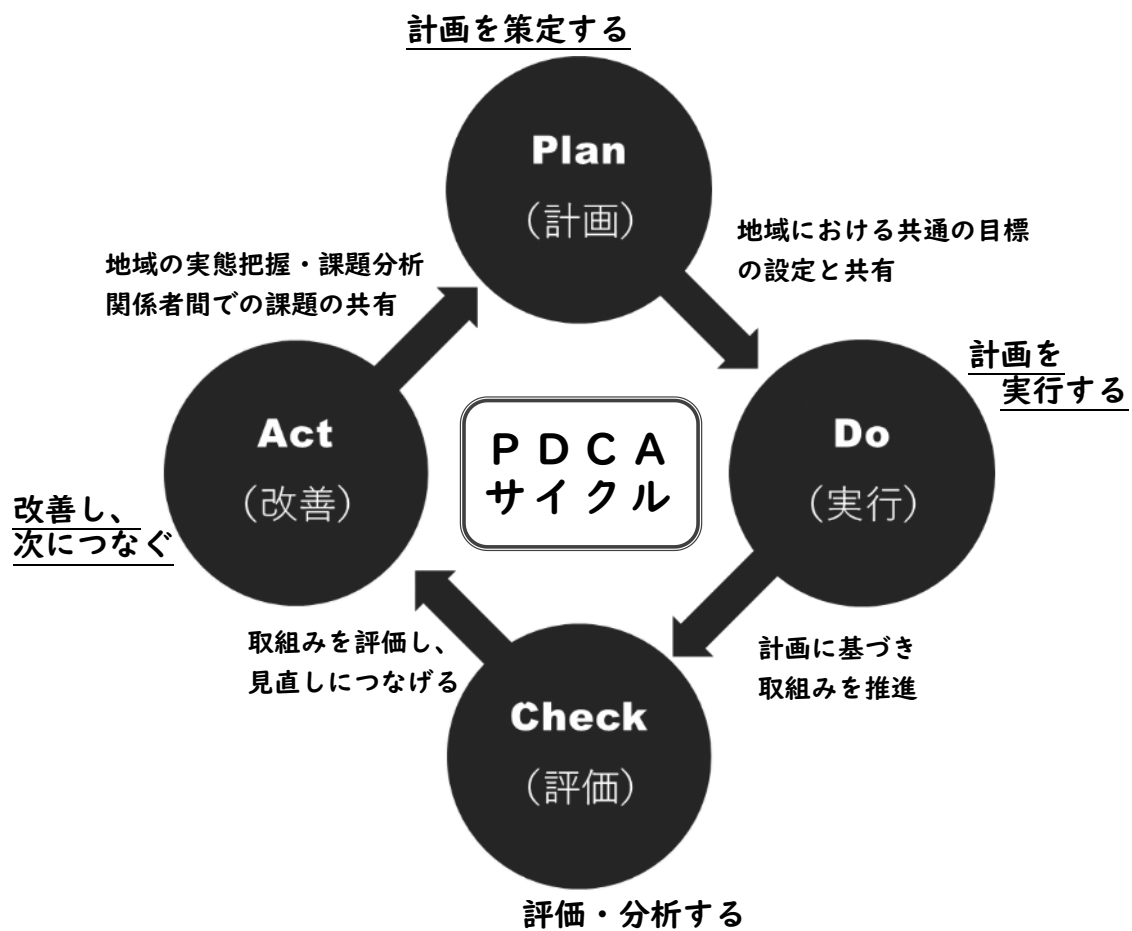
(1) 計画の推進体制の構築

① P D C Aサイクルに沿った計画の推進体制

「P D C Aサイクル」とは、「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）→再度、Plan（計画）に戻る」というサイクルを繰り返すことで、事業を継続的に実施、改善していくという手法です。

厚生労働省の基本指針でも、毎年度、市町村が自らの取組みの進捗をP D C Aサイクルにより確認・検証することが必要とされていることから、本計画においても、計画の立案と実行、進捗管理、評価と原因分析などを効果的に実施することで、計画を推進していく体制を整えていく必要があります。

図表1 P D C Aサイクルの概念図



② 庁内・関係機関との連携体制の構築

本計画は市の高齢者に関係する施策の総合的な計画であることから、計画の推進のためには、庁内における他の福祉部門、保健、医療、防災などの部署との連携が不可欠です。そのため、関係する部署に本計画の趣旨や内容を周知し、連携の強化と協力体制づくりを進めていきます。また、本計画に掲げた施策を全庁的に推進するため、PDCAサイクルに基づき施策の進行管理を行うとともに、必要に応じて施策を見直すなどして、事業を推進します。

さらに、本計画の推進のためには、行政だけでなく民間団体、介護サービス事業者、NPO、市民団体、ボランティアなどの多様な機関との連携も不可欠です。地域の福祉関係者や市民有志からも協力を得つつ、市民の皆様や地域の持つ活力を最大限に生かした上で、計画の推進に努めます。

③ 法定報告の実施と公表

平成 29 (2017) 年の介護保険法改正により、市町村は地域課題を分析し、地域の実情に則して、高齢者の自立支援や重度化防止の取組み、給付適正化の取組みについて、市町村が取り組むべき施策の実施目標を計画に記載するとともに、目標の達成状況についての調査・分析を行い、計画の実績に関する評価を行うこととされました。また、あわせて、市町村はその評価の結果の公表に努めるとともに、都道府県知事に報告すること（以下「法定報告」という。）とされました。

このため市では、東京都に対する法定報告を確実に実施するとともに、報告した内容を介護保険運営協議会において報告することとしています。介護保険運営協議会に報告した内容や提示した資料などについては、毎年、会議録とともに市公式ホームページに掲載し、公開しています。

④ 保険者機能の強化に係る指標の管理

介護保険の保険者（運営主体）である市町村の保険者機能を強化するためには、個々の保険者が自らの地域の現状や課題を積極的に把握し、地域の実情に沿った政策を立案、実施、評価、改善していくことにより、高齢者の自立支援・重度化防止などに係る取組みを主体的に推進することが重要です。9期計画に向けた国の基本指針においても、地域包括ケアシステムを深化・推進するためには、PDCAサイクルを活用して市町村の保険者機能及び都道府県の保険者支援の機能を強化していくことが重要、とされています。

こうした背景もあり国は、個々の保険者の保険者機能を強化する観点から、国が定める評価指標に基づき保険者が行う様々な取組みの評価を行い、その結果に応じてインセンティブ交付金（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）を交付する仕組みを創設しています。当該交付金を活用することで取組みの一層の強化を図ることもできることから、インセンティブ交付金の評価指標に配慮しつつ施策を展開します。

（２）市民への情報提供と計画への参画

① 市民への情報提供

本計画の内容及び市の高齢者施策・介護保険事業に関する情報については、市広報紙やホームページ、その他の媒体を通じて情報提供を行います。介護サービスやサービスを提供する事業者、介護予防事業などに関する情報をわかりやすく掲載したパンフレットの作成及び配布、ホームページへのサービス情報の掲載などを通じて、必要な情報を市民に周知します。サービス利用者が本人の希望や心身の状態にあった適切なサービスの選択ができるよう、職員研修などでスキルアップを図るほか、地域包括支援センターに対しても研修への参加を促します。

また、前述のとおり、協議会の委員として、被保険者を代表する委員（市民委員）を公募により選出（第８期協議会は３名）し、計画の進捗管理に参画いただきます。さらに、高齢者の自立支援・重度化防止や給付適正化のための取組みの実施目標の達成状況に係る評価についての法定報告の内容を、協議会を通じて市民に公表することで、計画の進捗状況について開示します。

② モニタリングの実施と公表

計画を計画的に推進していくためには、定期的なモニタリングを実施することで、介護給付費などの計画値と実績値の乖離状況について把握し、必要に応じてその乖離の要因についての考察を行うことが重要です。モニタリングの実施結果については協議会を通じて市民に公表するとともに、地域の保健・福祉・医療などの関係者・関係機関と共有することで検証を行っていきます。

③ 計画推進への参画

地域包括支援センターをはじめとして、医療、介護、ボランティアなどの地域住民とともに、地域ケア会議や、生活支援、在宅医療・介護連携に関する様々な会議体において地域の課題を明らかにし、施策に反映できるよう広く計画推進への参画を図ります。

（３）各種データの活用

計画を効果的・効率的に推進するためには、高齢者の状況や介護保険に係る各種データを活用することで、地域の現状や課題の洗い出しをする必要があります。本計画においては、各種調査結果やデータを有効に活用するため、厚生労働省が提供する「地域包括ケア『見える化』システム」などの活用を進めることで、地域特性に応じた施策を推進します。

第3章 高齢者を取り巻く現況と課題

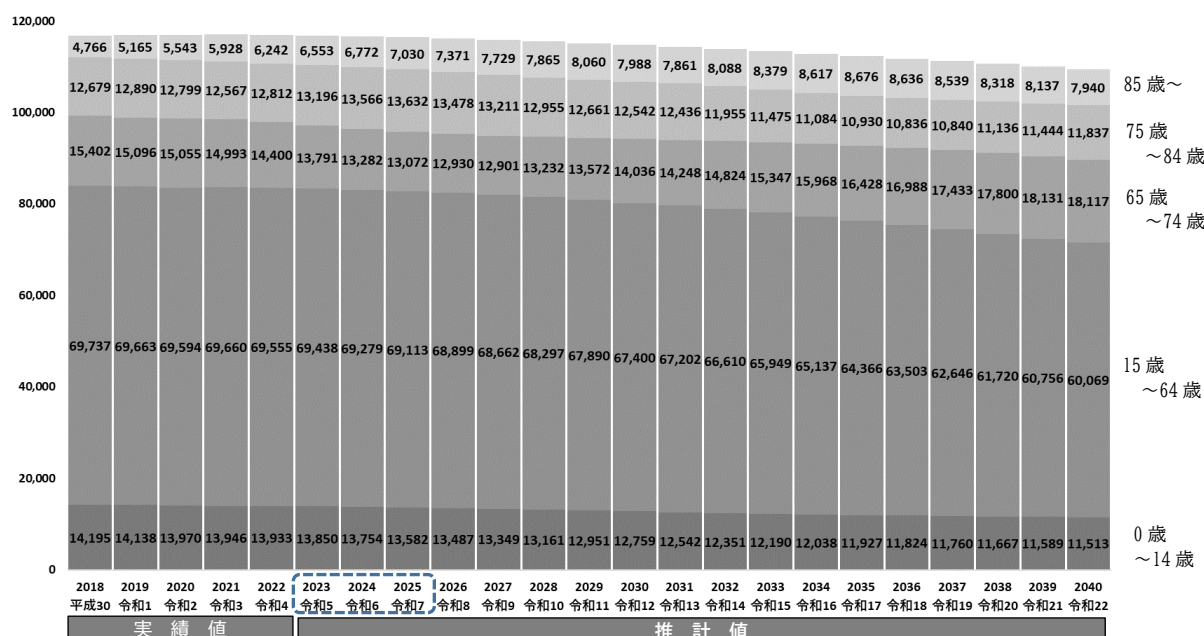
第1節 高齢者に関する実績と推計

(1) 令和22(2040)年までの本市の人口動態

国立社会保障・人口問題研究所の推計による我が国全体の今後の人口動態によると、総人口が減少に転じていく中で、高齢者の占める割合は今後も増加していくとされています。平成27(2015)年から令和7(2025)年までの10年間に、75歳以上の人口、85歳以上の人口ともに急速に増加するとされており、令和22(2040)年には、65歳以上の高齢者人口がピークを迎えるとされています。高齢化の進展状況については、大都市部では総人口はほぼ横ばいで推移しつつ75歳以上人口が急増するとされ、町村部などでは総人口は減少しつつ75歳以上人口の増加は緩やかに増加するなど、その様相については地域によって異なるともいわれています。これらをふまえ、本計画を策定する上で、令和7(2025)年及び令和22(2040)年の高齢者人口の推計を行い、本市の地域の特色を把握する必要があります。

そこで、本市の今後の人口推計について見ると、本市の総人口は、令和3(2021)年以降は、緩やかに減少に転じるものと考えられます。年齢帯別の内訳を見ると、15歳から64歳までの生産年齢人口は一貫して減少し続ける一方で、65歳以上の高齢者人口は増加する見込みであり、令和22(2040)年には高齢化率は34.5%に達することが見込まれています。また、本計画の計画年度である令和6～8(2024～2026)年度においては、75歳～84歳の人口がピークを迎えることとなり、その後は85歳以上の人口の増加が顕著になることにも注目する必要があります。

図表1 本市の人口推計(年齢帯ごと)



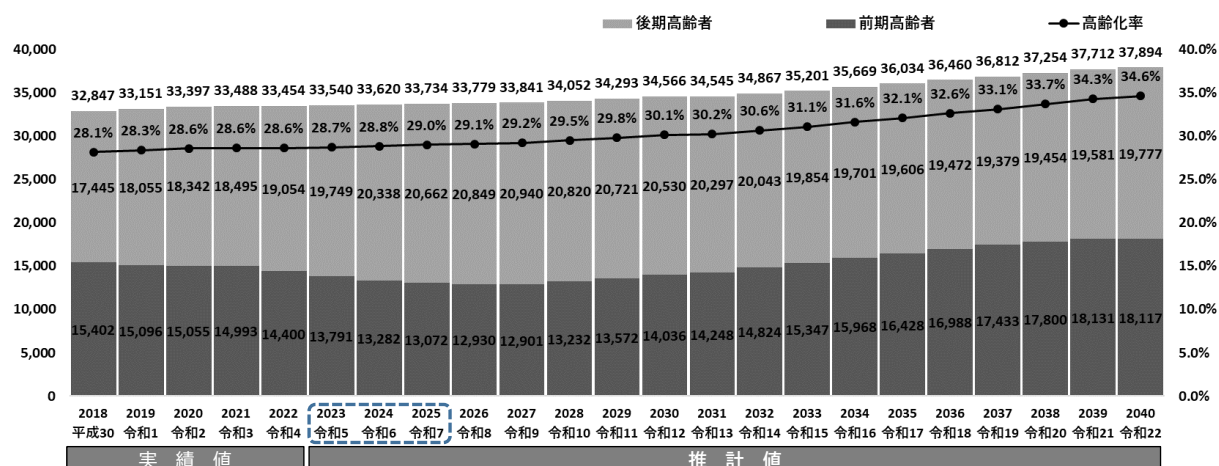
出典：実績：住民基本台帳（各年10月1日）、推計：自然体推計

(2) 高齢者人口と高齢化率

高齢者の人口は増加傾向にある中、令和4（2022）年では33,454人、高齢化率は28.6%となっており、令和7（2025）年には33,734人（29.0%）、令和22（2040）年には37,894人（34.6%）を見込んでいます。

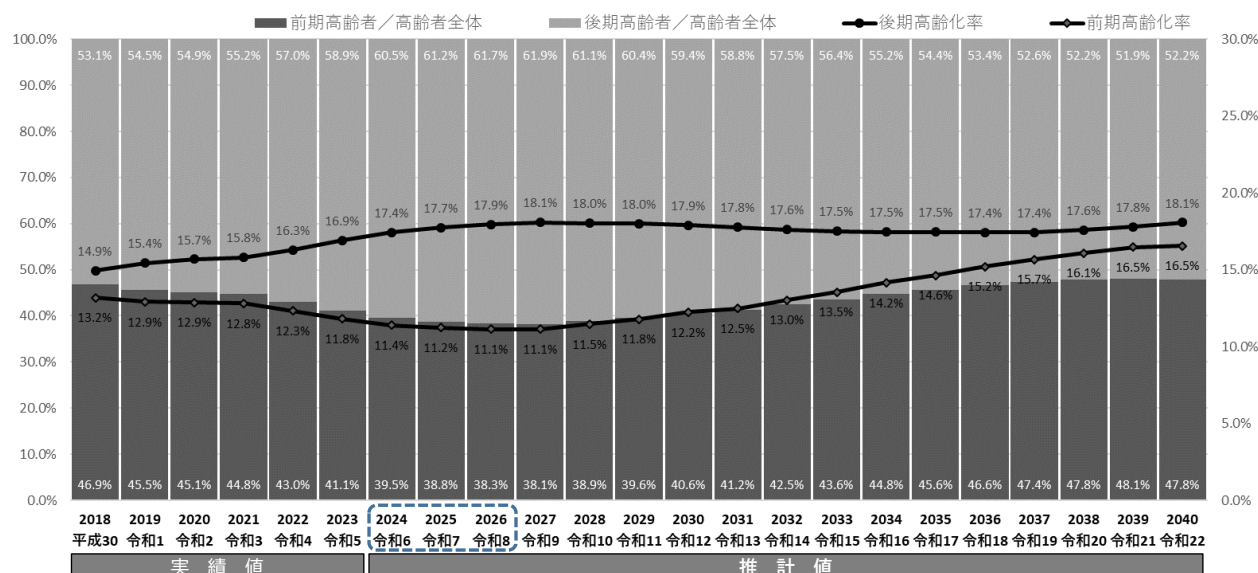
令和3（2021）年から令和5（2023）年までの高齢者数の推移では、高齢者数の増加は52人程度ですが、後期高齢者の増加は1,254人（6.8%の増加）となっており、前期高齢者から後期高齢者への移行が顕著になっています。

図表2 高齢者人口と高齢化率



出典：実績：住民基本台帳（各年10月1日）、推計：自然体推計

図表3 前期・後期高齢者人口の構成割合及び高齢化率の推移



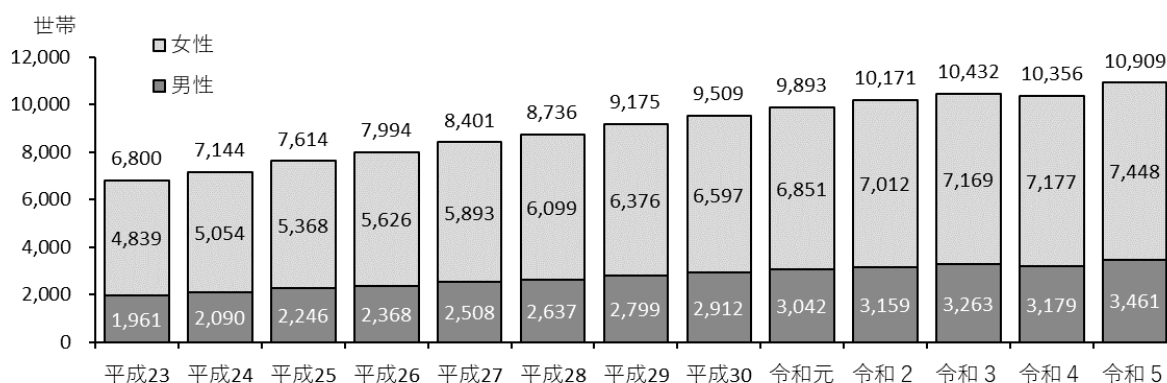
出典：実績：住民基本台帳（各年10月1日）、推計：自然体推計

本計画の計画期間を、前期高齢者が後期高齢者に移行していく期間ととらえ、介護予防・重度化防止の取組みを推進していくことが重要です。

(3) 高齢者世帯の状況

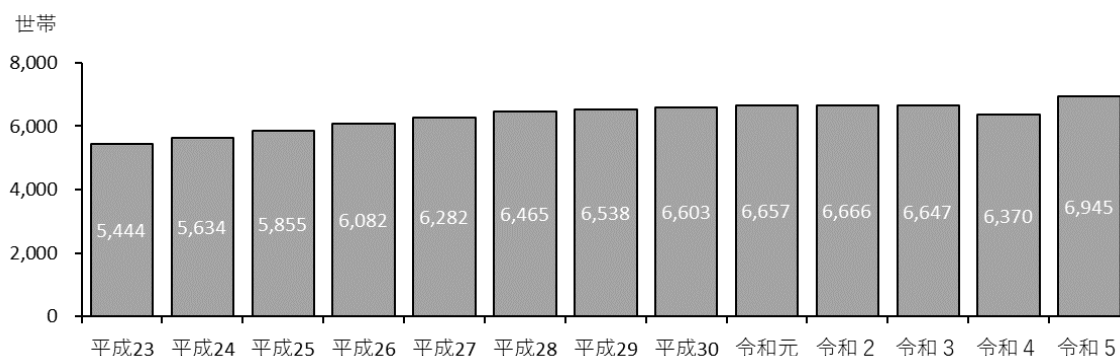
市内の高齢独居世帯数は、平成23年の6,800世帯から、令和5年の10,909世帯へと増加しています。市内の高齢者二人暮らし夫婦世帯数は、平成23年の5,444世帯から、令和5年の6,945世帯へと増加しています。

図表4 高齢者一人暮らし世帯数推移



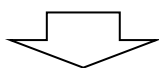
出典：住民基本台帳（各年10月1日）

図表5 高齢者二人暮らし世帯数推移



出典：住民基本台帳（各年10月1日）

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下、「ニーズ調査」という。）で、「あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる方」についての設問に対し「そのような人はいない」と回答した割合は全体では5.2%でしたが、「一人暮らし」の世帯のみでは13.7%に増加します。



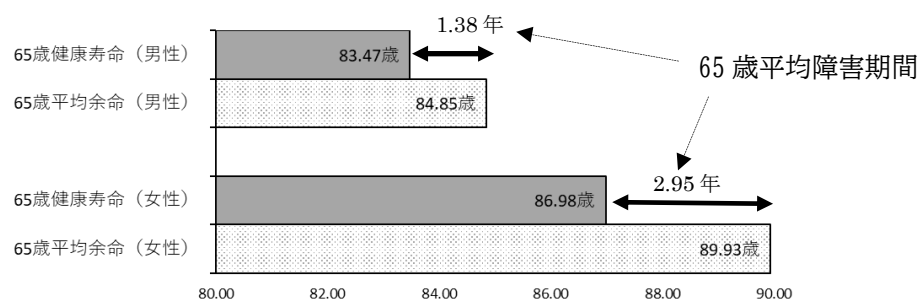
増加する一人暮らし高齢者が孤立することなく、地域の中で人と人とのかかわりを維持しながら自立した生活を送ることができるような取組が必要です。

(4) 65 歳健康寿命

東京都では、65 歳の人が何らかの障害のために要介護・要支援認定を受けるまでの状態を「健康な状態」と考えて、その平均的な年数を基に健康寿命を割り出す「65 歳健康寿命（東京保健所長会方式）」を採用しています。「65 歳健康寿命」は、65 歳になった高齢者が要支援・要介護認定を受けるまでの期間を指標化したものです。

本市における直近（令和 3 年）の 65 歳健康寿命（要介護 2）は、男性が 83.47 歳、女性が 86.98 歳となっています。都の平均は男性が 83.01 歳、女性が 86.19 歳ですので、都内の他市区町村と比較して、本市は「要介護 2」以上の認定を受けるまでの平均自立期間は長い、ということがいえます。また、65 歳平均余命（寿命）と 65 歳健康寿命の差を「病気や障害などで介護を必要とする期間」と位置づけ、「65 歳平均障害期間」と呼びます。この期間が長いと、介護を要する期間や寝たきりの期間や長くなるため医療や介護にかかる費用が増加し、家計への負担も増えることになります。本市の 65 歳平均障害期間は、女性が男性の 2 倍を超える結果となっています。

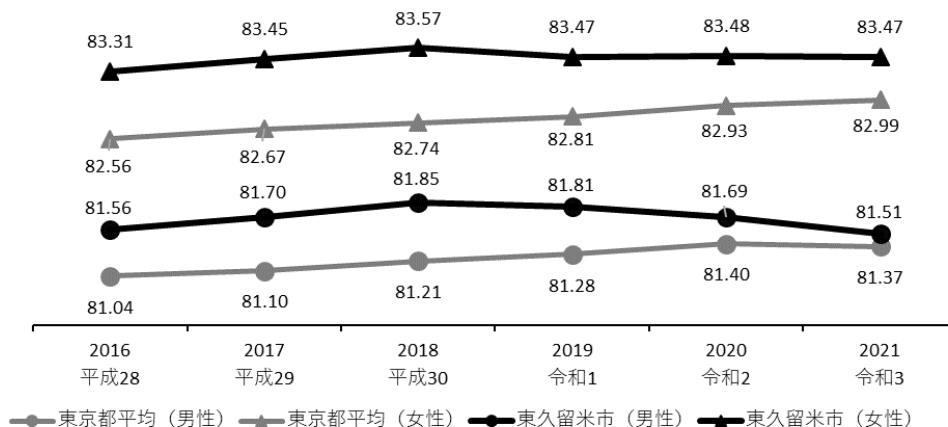
図表 6 令和 3 年の 65 歳健康寿命と 65 歳平均余命の差（要介護 2）



出典：東京都福祉局 都内各区市町村の 65 歳健康寿命

次に、65 歳健康寿命の経年推移について見ると、本市の 65 歳健康寿命（要支援 1）は依然として東京都の平均よりも高いものの、平成 30（2016）年以降は低下しており、特に男性の方が女性よりも低下の幅が大きくなっている傾向があります。

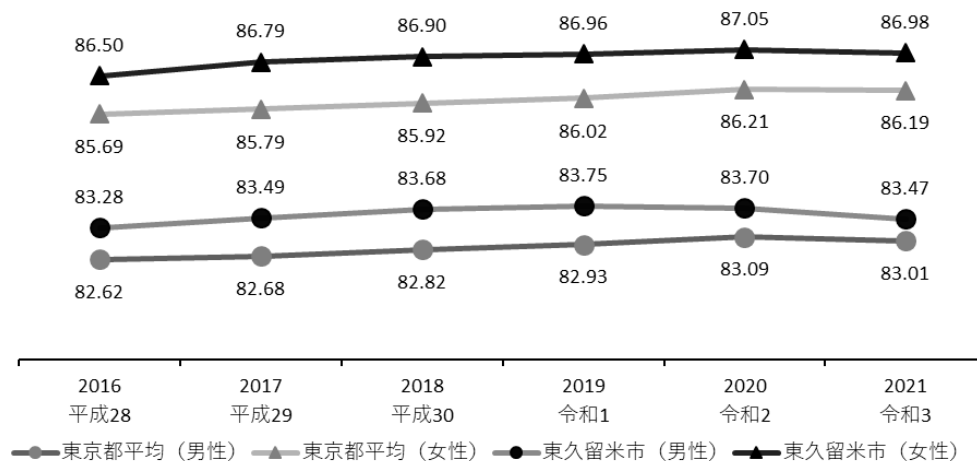
図表 7 65 歳健康寿命（要支援 1）の推移



出典：東京都福祉局 都内各区市町村の 65 歳健康寿命

また、本市の 65 歳健康寿命（要介護 2）について見ると、東京都平均よりも高い傾向は要支援 1 と変わらないものの、女性においてはほぼ横ばいで推移しており、男性においては平成 30（2016）年以降、若干の低下が見られます。

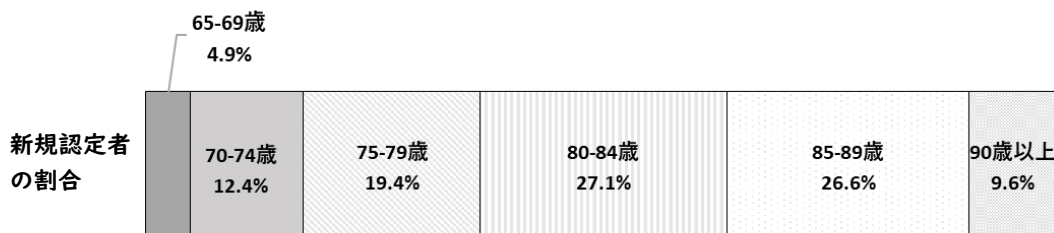
図表 8 65 歳健康寿命（要介護 2）の推移



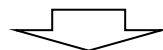
出典：東京都福祉局 都内各区市町村の 65 歳健康寿命

なお、本市において、新規で要支援・要介護認定を受ける方の年齢階級別の分布をみると、80～84 歳の間に認定を受ける方が最も多い（27.1%）ことが分かります。また、65 歳から 74 歳までの間に新規要支援・要介護を受ける方の割合は 17.3%で、6 人に 1 人程度いることが分かります。

図表 9 新規要支援・要介護認定者の年齢階級別分布



出典：厚生労働省「介護保険総合データベース」（令和 3 年 11 月 10 日時点）



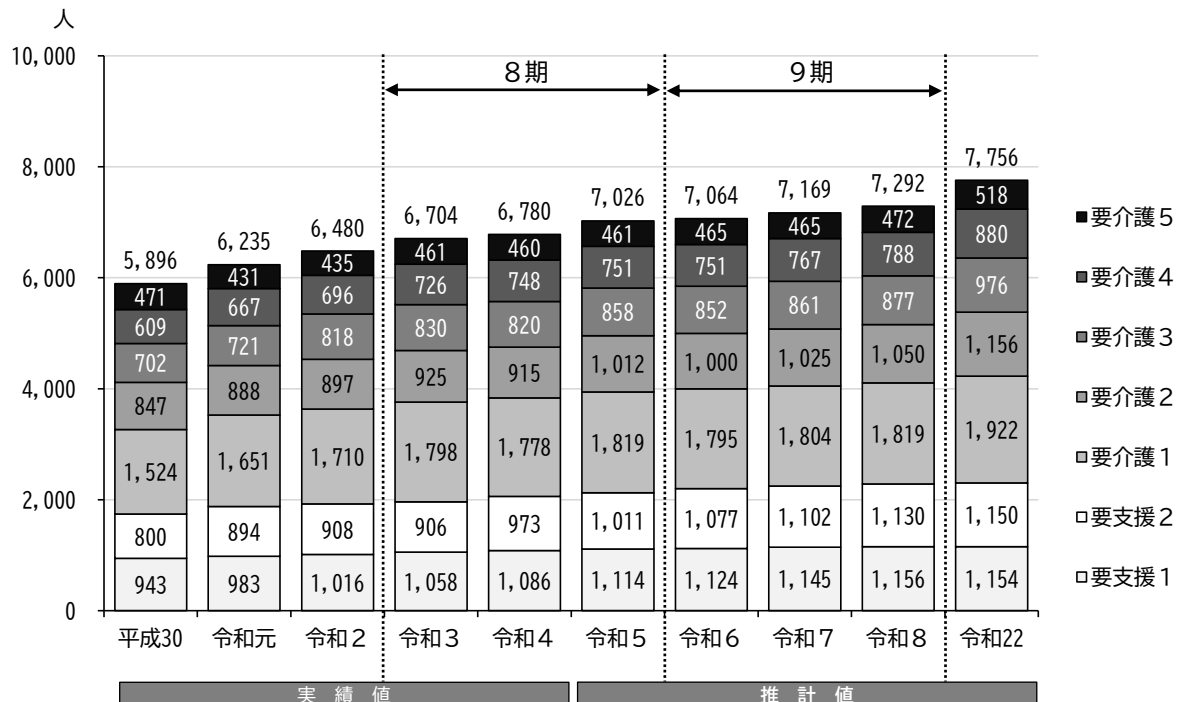
本計画の計画期間が「前期高齢者が後期高齢者に移行していく期間」であることをふまれば、要介護・要支援の状態になる年齢を、出来る限り後ろ倒しにしていくための取組みを進めていくことが重要です。

第2節 要介護認定・給付の実績と推計

(1) 要介護（要支援）認定者数の推移

推計では、要介護（要支援）認定者数は、高齢者人口の増加とともに増加傾向にあり、令和7（2025）年には7,169人、令和22（2040）年には7,756人となる見込みです。

図表10 要介護（要支援）認定者数の推移



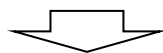
出典：実績：介護保険事業報告（各年9月末現在） 推計：「見える化」システム

また、第1号被保険者の要介護（要支援）認定者に占める前期・後期高齢者の割合は、次のように推移しています。

図表11 要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）に占める前期・後期高齢者割合の推移

	第7期			第8期			第9期			令和22年
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	
認定者数（人）	5,771	6,115	6,367	6,565	6,662	6,900	6,942	7,047	7,170	7,652
前期高齢者割合（%）	11.9	11.0	11.3	11.4	10.6	9.7	9.2	8.8	8.4	11.0
後期高齢者割合（%）	88.1	89.0	88.7	88.6	89.4	90.3	90.8	91.2	91.6	89.0

出典：実績：介護保険事業報告（各年9月末現在） 推計：「見える化」システム

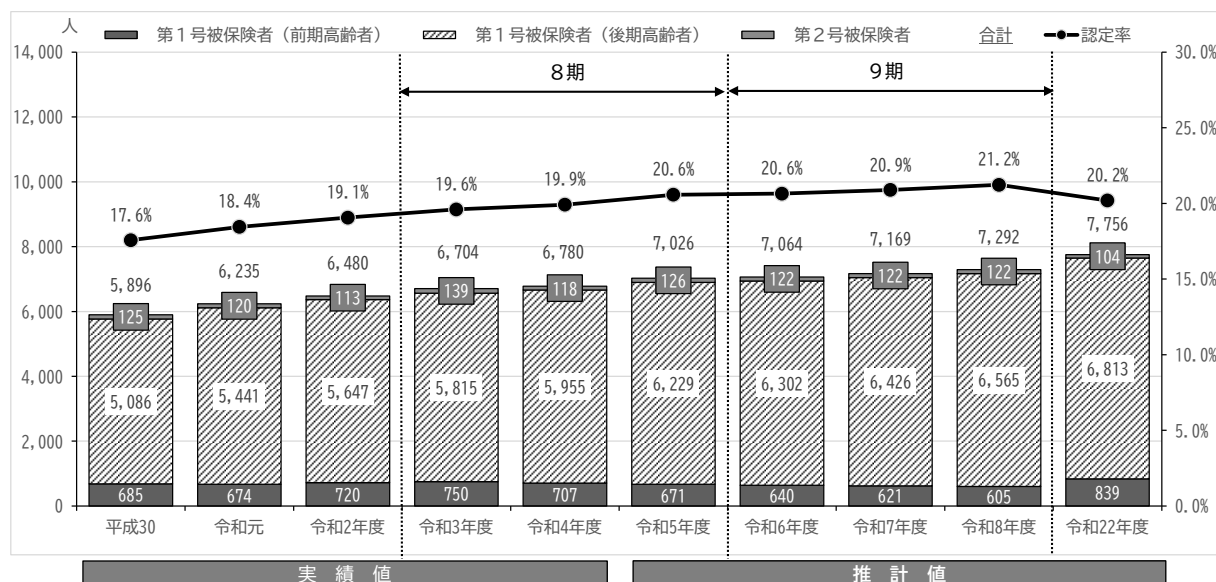


本計画の期間だけでなく令和22（2040）年までを視野に入れ、中・長期的な視点から計画的に介護保険サービス基盤の整備を進めて行くことが重要です。

(2) 要介護（要支援）認定率及び給付費の推移

要介護（要支援）認定者数及び認定率は、高齢化の進行とともに増加しています。

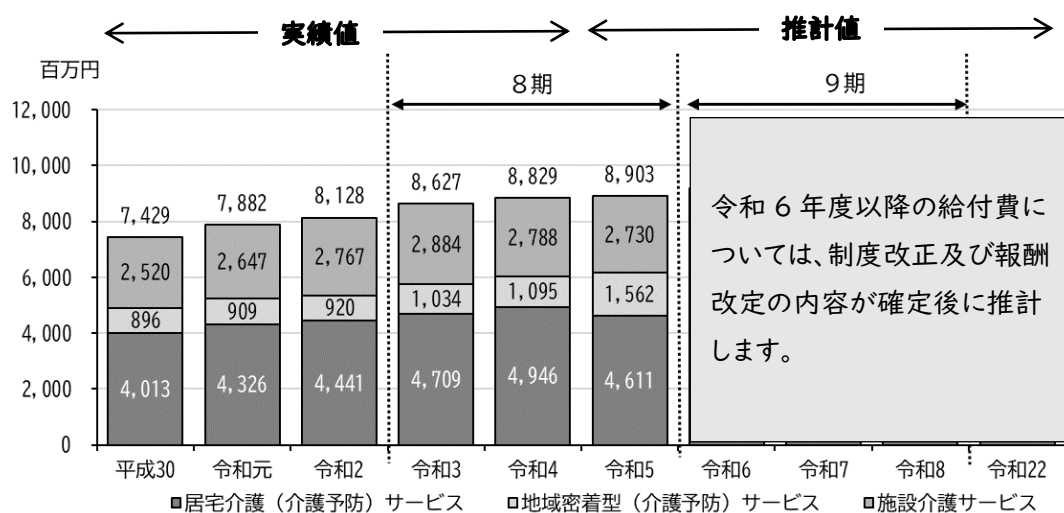
図表 12 要介護（要支援）認定者数及び認定率の推移



出典：実績：介護保険事業報告（各年9月末現在） 推計：「見える化」システム

また、サービス別給付費の推移について見ると、平成30年度以降、給付費は増加しています。介護給付費の増加により、高齢者一人当たりの保険料も上昇することになります（例えば、8期の保険料の基準月額、7期の5,400円から5,900円に上昇しています。）。また、45歳以上65歳未満の第2号被保険者の第2号保険料をはじめとして、現役世代の負担も大きくなる見込みです。

図表 13 サービス別給付費の推移



出典：実績：介護保険事業報告（年報） 推計：「見える化」システム

将来の世代に負担を先送りしないためにも、介護予防やフレイル予防を進めることで、介護給付費の急激な上昇を抑止することが重要です。

第3節 高齢者アンケート調査等の実施

(1) 高齢者アンケート調査の実施

本計画の策定に向けて、在宅で生活している高齢者の方やその家族の方の実態やニーズを把握し、地域分析を実施するにあたっての基礎資料とするため、市では、令和4年12月9日から令和5年1月6日までの期間で、高齢者アンケート調査（以下の①および②の調査）を実施しました。

本アンケート調査の結果は本計画の策定に向けた重要な参考資料として位置づけられるものであり、施策の検討段階においても、その内容をふまえたものとしています。

なお、高齢者アンケート調査の結果は、令和5年3月に「東久留米市高齢者アンケート調査結果報告書」として取りまとめた上で、市の公式ホームページ（下記のURLまたは二次元コード参照）で広く公表しています。

・東久留米市高齢者アンケート調査結果報告書（令和5年3月）

<https://www.city.higashikurume.lg.jp/shisei/sesaku/houkoku/fukushihoken/1022347.html>



① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査の目的	市全域および日常生活圏域ごとに、地域の抱える課題の特定（地域診断）を行うことを目的として実施した。
調査対象者	・一般高齢者（要介護（要支援）認定を受けていない方） ・総合事業の事業対象者の方 ・要支援1・2の認定を受けている方
主な調査項目	調査項目については調査における国の手引きを参考にしつつ、市の独自設問なども加えたものとなっている。具体的には以下のとおり。 ・からだを動かすことについて ・食えることについて ・毎日の生活について ・地域での活動について ・たすけあいについて ・健康について ・在宅医療・介護について ・地域包括支援センターについて ・デジタル機器の使用等について ・新型コロナウイルスの影響について
調査票発送件数	2,000 件
回収数（回収率）	1,392 件（69.6%）

② 在宅介護実態調査

調査の目的	在宅で生活する要介護（要支援）者およびその家族を対象に、要介護者の在宅生活の継続と家族介護者の就労の持続を目指したサービス提供体制の構築などについて検討するために実施した。
調査対象者	・在宅で生活しており、要介護（要支援）認定を受けている方 ・上記の方の家族など、主な介護者の方
主な調査項目	調査項目については調査における国の手引きを参考にしつつ、市の独自設問なども加えたものとなっている。具体的には以下のとおり。 【ご本人についての設問】 ・介護保険サービスなどの利用状況 ・認知症への備えについて ・ACP（人生会議）について 【主な介護者の方への設問】 ・介護者の方が行っている介護 ・地域包括支援センターについて ・介護を主な理由とした離職状況などについて
調査票発送件数	1,200 件
回収数（回収率）	620 件（51.7%）

（２）東久留米市介護保険事業推進に関するアンケート調査

本計画を計画的に推進していくためには、市内で介護サービス事業所などを提供している事業者の実態やニーズを把握し、計画策定に際し参考にすることが重要です。このため市では、令和５年４月から５月までの間で、東久留米市介護保険事業推進に関するアンケート調査を実施しました。

主な調査項目	・提供しているサービスについて ・介護予防・日常生活支援総合事業について ・経営効率化・介護人材確保の取組みについて ・サービスの質の向上に向けた取組みについて ・関係機関との連携について ・今後の事業展開について
--------	--

第４節 「通いの場」の実態調査の実施

（１）「通いの場」の運営に関するアンケート調査の実施

厚生労働省が示している定義によると、「通いの場」とは、地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所のことをいいます。本市においても、多くの地域住民の方が自主的に、自治会・団地の集会所や公共施設、公園や農園など様々な場所に集い、体操や趣味活動など多様な取り組みを通じて、介護予防・フレイル予防や認知症予防、多世代交流を含む人と人とのつながりづくりなどに資する活動を行っています。

こうした活動が介護予防・フレイル予防につながるだけでなく、地域住民の横のつながりを生み出すことで、地域包括ケアシステムの深化・推進のための重要な地域資源として位置づけられることをふまえ、市では、本計画の策定に際し、「通いの場」における活動の実態や課題、運営側のニーズなどを把握し、地域づくりに反映させるため、地域包括支援センターの協力の下、市内で自主グループ（「通いの場」）を運営している方に対しアンケート調査を実施し、67 団体より回答をいただきました。

主な調査項目	・活動の概要について ・新型コロナウイルスの影響について ・地域課題について ・他の機関、組織等との連携について ・活動の推進に向けた取り組みについて
--------	---

(2) 「通いの場」へのヒアリング調査の実施

実際に介護福祉課の担当者が「通いの場」に出向いて実際に活動に参加しながら、活動の運営者や参加者の方から活動の現状や課題、特に工夫していることや力を入れていることなどを直接伺うことで、アンケート調査の実施だけでは見えない「通いの場」の実態を把握し地域づくりに生かしていくことを目的として、市では(1)のアンケート調査に回答をいただいた団体のうちの3団体に対し、ヒアリング調査を実施しました。

注)主な活動については、介護予防・日常生活支援等(地域支援事業)の実施状況に関する調査により分類

① みどりの会（ヒアリング実施日：令和5年9月13日）

《活動の概要》

主な活動	認知症予防
活動年数	2年以上4年未満
活動の頻度	月4回以上
1回当たりの参加者数	8人
運営主体	住民有志
活動の概要	市の「脳の健康教室」卒業生が中心となり、令和2年1月に発足。シルバー人材センターの学習サポートから受け継いだメニューを使って、「脳トレ体操」の活動を行っている。

《ヒアリング結果》

- 活動に参加している一番の理由は、「活動場所が近いから」。
- 活動が続けられる一番の理由は、「楽しいから」。
- 和気あいあいとした雰囲気です活動できている大きな理由は、リーダーがよいこと、たまに集まった人同士気が合ったこと。
- 参加者の中には、この活動以外に、他のグループにも所属している方が複数名いる。
- 一度、市の広報でメンバーを募集したところ、十数名の問い合わせがあったが、活動場所を「南町地区センター」と伝えたと、行けないと言われた。活動を広げていくため、活動場所への移動手段の確保について検討いただきたい。
- コーラスなどの活動はコロナで中止になったが、この活動は続けられた。
- コロナにより南町地区センターが閉館となっている間は、活動ができなかった。
- 市の講座に参加すると、グループへの参加を働きかけられるが、なかなかできない。
- 市の講座に参加中、誰が同じ地域の人かは把握できなかった。この活動は、場所が固定されていて、そこに集まりやすい人だけが、現在も参加している。
- 市の講座終了後、活動を続けたいと思う人は多いが、上に立って引っ張ってくれる人が必要。

- 身近に詐欺被害の話などを耳にするが、集まりの中で様々な情報共有ができています。
- メンバーは固定されており、現在9名ほど。これ以上参加人数が増加するとやりにくいと感じる。
- 麻雀など必要な人数が決まってくる活動は、会場の予約条件（5名以上必要）と合わない場合もあり、続かなかった。
- 現在活動に参加しない人は、活動の存在を知らないのではなく、自分が興味を持てる活動がないからではないかと思う。活動メニューの多様化が必要。

② カフェともしび（ヒアリング実施日：令和5年9月19日）

《活動の概要》

主な活動	茶話会
活動年数	1年以上2年未満
活動の頻度	月4回以上
1回当たりの参加者数	11人
運営主体	住民有志
活動の概要	活動内容は、お茶を飲みながらのおしゃべり、体操、クイズ、脳トレ運動など様々。できる範囲で加わっている。

《ヒアリング結果》

- 参加者が参加するきっかけとしては、「包括のあんしん生活調査を通じて誘われた」、「元々活動のお世話役の側にいたが、自分自身が認知症になって通うようになった」、「隣接する施設の住人だった」、「同じ場所で別の体操に参加していたが、こちらのカフェにも通うようになった」、など様々である。
- （認知症カフェ（※）であり）要支援者や認知症の人にも、個々人に合わせ、参加者に無理なくできる役割を実施してもらっている。
- 参加者の中には、よそで体操やカラオケの活動などに通う人もいる。
- カフェに参加することで、体操など自分の知らないことを教えてもらえて、いいリハビリになっている。
- よその地域の体操の集まりは、8時 30 分から、朝ドラを見てから集まれる時間帯にしているところもある。早朝の6時 15 分からのところもあるが、朝起きるのが大変など、それぞれが知っている情報の交換や、互いが通う活動への誘い合いの場ともなっている。
- 急に具合が悪くなったときの心配などを相談する場面もある。
- 物価高騰の影響で、来月から参加費を上げざるを得なくなった。
- 認知症サポーターを増やすためには、受け皿の確保・整備が重要である。活動を多くの人に知ってもらうことも大事。

※ 認知症カフェ

サロンではなく、相談できる場所（認知症の専門職が構成委員にいる）、認知症の人や家族が、地域の生活者として交流できる場所です。また、カフェともしびは、東久留米市のチームオレンジの活動もしています。

③ ハナミズキの会（ヒアリング実施日：令和5年10月18日）

《活動の概要》

主な活動内容	体操（運動）
活動年数	1年以上2年未満
活動の頻度	月4回以上
1回当たりの参加者数	11人
運営主体	住民有志
活動の概要	「シャキシャキ介護予防教室」の卒業生が中心となり、東部地域包括支援センターの声かけをきっかけに発足した体操教室。

《ヒアリング結果》

- 退職を機に、市の広報を見て、「シャキシャキ介護予防教室」に参加した。一方で、高齢者になると広報もあまり見なくなる人もいる。自分で探そうとすると大変なので、積極的にPRするなどの働きかけがあると良い。
- 「シャキシャキ介護予防教室」の8回目に、グループ名を考えたり、今後の活動に続くきっかけの場がもてた。自分で活動を見つけるのは難しい。
- 活動は、お正月の三が日以外毎日やっている。
- 誰か特定の人に負担がいかないように、なんとなくみんなが協力し合っている。
- メンバーはどこに住んでいるのかは知らないが、年末に忘年会をやったりする。
- 手近な場所が確保できたのが幸い。会費も手頃なので、無理なく続けられている。
- 「シャキシャキ介護予防教室」をコロナの時期でZoomで参加していたから、集まるきっかけがなかった。生活支援コーディネーターがいないと、見ず知らずの人同士で活動を始めるきっかけはなかった。
- Zoomだと、体操の細かい所がわからないので、やはり実際に集まって活動したい、という意見もある。
- 定期的に専門職（理学療法士や生活支援コーディネーター）が関与してくれることが大事。現在、1名（生活支援コーディネーター）が担当してくれているが、2人体制で支援のノウハウを受け継いでいってほしい。支援体制の充実を希望する。
- 男性の参加が少ない。男性は一緒にやりましょう、というのがあまり好きではない傾向があるように思える。誰かから言われて参加することに抵抗があるのかもしれない。

- ここでの体操以外にも、別の活動をしている人もいる。うまくつないでもらえれば、別活動にも広がっていくのではないかな。
- 今後は、ハイキングなどもやってみたい。
- 理学療法士さんに専門的な指導をしてほしい。栄養指導もありがたい。(専門職派遣事業を利用した感想)

第４章 基本理念及び施策の展開

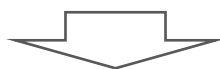
第１節 基本理念と基本方針

（１）基本理念の設定と計画の構成

本計画の「基本理念」は、８期計画から継続して、「高齢者がいきいきと暮らせる地域づくり」とします。また、国の基本指針の改定内容や法・制度の改正の内容を「基本的なポイント」として反映させた上で、基本理念を達成するための「基本目標」を設定し、それぞれの基本目標を達成するための具体的な施策の方向性の検討を行います。その中で重点的な取組みにあたる施策には「数値目標」を設定するなどし、その達成状況を定期的にモニタリングしつつ、PDCAサイクルに沿った進捗管理により計画を推進します。

<基本理念>

「高齢者がいきいきと暮らせる地域づくり」

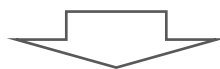


<基本的なポイント>

介護保険法その他関係法令の改正・介護保険制度改正の内容

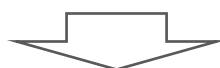
<基本的な考え方>

- ・ 中長期的な人口動態や介護ニーズの見込みをふまえること
- ・ 地域における資源を最大限に活用すること
- ・ 介護保険制度の持続可能性を高めること



<基本目標及び施策の方向性・数値目標の設定>

基本理念を達成するための「基本目標」を設定し、それぞれの基本目標に沿った施策の方向性及び「数値目標」を設定



<給付費の推計・保険料の設定>

計画の方向性をもとに、計画期間における介護給付費及び地域支援事業費の推計を行い、介護保険料の基準月額等を設定

(2) 基本的な考え方

本計画の「基本目標」及び「施策の方向性」を検討するにあたっての基本的な考え方として、以下の点を据えることとします。

① 中・長期的な人口動態や介護ニーズの見込みをふまえること

我が国の人口動態を見ると、本計画期間中の令和7（2025）年には「団塊の世代」の全員が75歳以上になり、その後も75歳以上の人口は増加する見込みです。令和22（2040）年には85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する要介護高齢者も増加していく一方、少子化の影響により、生産年齢人口は減少が見込まれています。75歳以上の高齢者人口は、令和36（2054）年頃にピークを迎えるまで増加を続ける見込みです。本計画の策定にあたっては高齢者の人口動態に注視し、令和7年、令和22年、その後の高齢者人口のピークアウトまでを見据えた、中・長期的な視点に立つことを重視することとします。

② 地域における資源を最大限に活用すること

扶助費を中心とする社会保障関係費などの増加によって、本市の財政状況は厳しい状況にあるものの、「東久留米市財政健全経営に関する基本方針」に基づき、限られた資源を効果的・効率的に活用し、身の丈に合った、持続可能な行政運営を図っています。こうした中で、現在、市内では、様々な事業者が介護保険サービスをはじめとする種々の高齢者向けのサービスを提供しています。NPO、市民団体など多様な主体による支援の実施や、住民主体の自主グループである「通いの場」における活動など、「市民力」「地域力」を発揮した自発的な活動が、高齢者の健康づくりや生活支援の重要な役割を担っています。本計画の策定にあたっては、厳しい財政状況の中で効率的・効果的に自立支援・重度化防止などの施策を進めていくため、こうした地域における多様な主体の活動を地域資源としてとらえ、そうした資源を最大限に活用して地域づくりを進めていくという視点を重視することとします。

③ 介護保険制度の持続可能性を高めること

平成12年の制度発足以降、介護保険制度は都度の制度改正が行われ、現在に至っています。特に、「給付と負担」の議論では、高齢者人口が増加する中で生産年齢人口が急減している状況下において、現役世代の負担の急激な上昇を抑制しつつ、制度の持続可能性を高める、という視点が重視されています。本計画の策定にあたっては介護保険の基本理念である「自立支援」（高齢者が自らの意思に基づき、自らの有する能力を最大限活かして、自立した生活を送ることができるよう支援すること）を念頭に、介護保険制度の安定的かつ継続的な運営に向け、高齢者一人ひとりにとって真に必要な介護サービス・生活な支援サービス等を過不足なく、効率的かつ効果的に提供するための体制づくりを目指す視点を重視することとします。

（３）東久留米市におけるケアの方針

前述のとおり、本計画の「基本理念」は８期計画に引き続き、「高齢者がいきいきと暮らせる地域づくり」としています。今後、この基本理念の実現を目指して計画を推進していく上では、この「いきいきと暮らす」という状態が、地域が目指す理想像として具体的にイメージできており、かつそれが各関係者間で共有されていることが重要です。

そもそも、「いきいき」という言葉は、「生き生き」「活き活き」などの漢字が当てられる言葉であり、「動植物や物事が生命力に満ちているさま」「活気や勢いにあふれているさま」を表す言葉です。

一人ひとりが生命力や活気をもって暮らしている状態を目指すには、単に「健康であること」「長生きすること」を求めるだけでは不十分です。誰の身にも必ず「老い」はやってくる以上、元気なうちはもちろん、要介護状態や認知症になっても、地域で暮らす高齢者の一人ひとりが社会の一員としての自分の役割意識や生きがいを感じ、人と人、人と社会とのつながりを保ちながら、自分らしいと思える生活を人生のさいごまで続けていくことこそが、「いきいきと暮らす」ということであると考えます。

そのためには、高齢者を一方的に、支援を受けるだけの社会的弱者としてとらえて地域社会から分離・隔離するのではなく、地域社会に参画し活躍する、社会の一員としてとらえることが必要です。これらをふまえつつ、本計画では、東久留米市におけるケアの方針を以下のように設定します。

<東久留米市におけるケアの方針>

高齢者を地域社会の一員として位置づけ、本人の意思を尊重しつつ、自分らしいと思える生活を、人生のさいごまで送れるような支援を目指します。

（４）令和２２（２０４０）年に向けた地域包括ケアシステムの展望

地域包括ケアシステムは、その仕組みを「植木鉢」に例えて説明されることがあります。

以下の図中の３枚の【葉】は、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」などの専門職によるサービスの提供を表現しています。

また、【土】の部分は、高齢者の健康を維持し、地域で暮らし続けるための継続的な活動や、すまいにおいて安定的な日常生活を送るための「介護予防・生活支援」が充実していることを表現しています。

また、【鉢】の部分は、生活の基盤として必要な「すまい」が整備され、本人の希望と経済力に合った「すまい方」が確保されていることを示しています。

つまり、この「植木鉢モデル」は、【すまいとすまい方＝植木鉢】があり、十分な養分を含んだ【介護予防・生活支援＝土】があっこそ、専門職による支援＝【葉】が効果的な役割を果たすということを示しており、これらの要素が相互に関係しながら、包括的にサービスが提供されることが求められています。

さらに、すべての基礎として、住民一人ひとりが地域の状況を理解し、「自ら選択」し、「心構え」を持つことの大切さを、【皿】で表現しています。

図 地域包括ケアシステムの「植木鉢モデル」



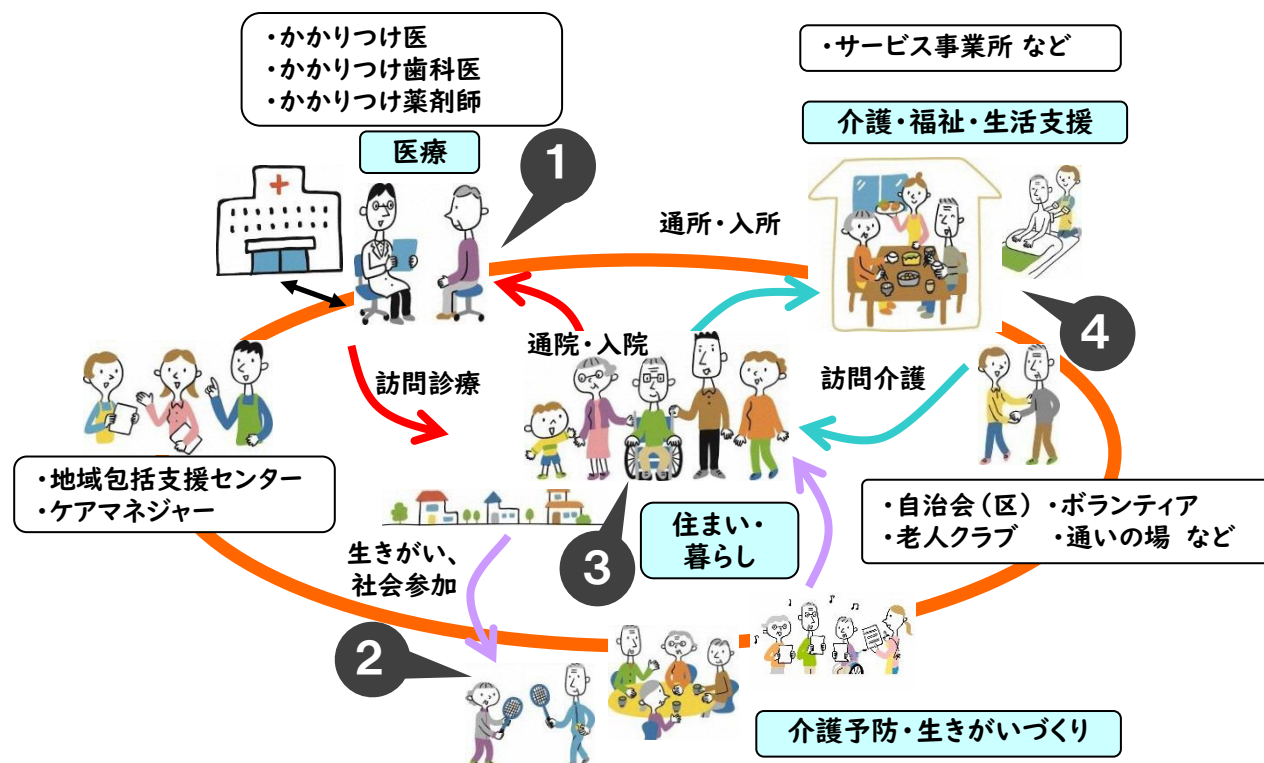
出典：三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016 年

８期計画では、計画の「基本方針」として、「令和 7（2025）年を見据えた東久留米市の地域包括ケアシステムの姿」を設定し、地域医療や高齢者の自主活動等の「地域のつながり」を活かしつつ、地域包括ケアシステム深化・推進を目指してきました。本計画では、この基本方針の中心に「東久留米市におけるケアの方針」を据えつつ、高齢者の方が自身の能力を発揮することにより、住み慣れた地域の中で、在宅での生活を可能な限り継続できるようにすることを目指し、「地域のつながり」を重視した取組みを進めていきます。

また、地域の高齢者の実態把握や課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有することを目指します。そのうえで、目標の達成に向けた

計画を地域の関係者とともに立案し、実施、評価・検証の過程を経て、計画の見直しを行うというPDCAサイクルを確立することで、令和22(2040)年に向けた地域包括ケアシステムを展望していきます。

図 東久留米市の地域包括ケアシステムの姿



1. みんなで支えあう基盤づくり

高齢者が生涯を通じて、地域で安心して暮らし続けるために、地域包括支援センターの機能強化や地域ケア会議の推進をはじめ、関係機関・団体などとの一層の連携を図ります。また、高齢者の地域生活を支えるために、介護と医療の一層の連携を図ります。

2. 心身の健康づくり

高齢者が健康で自立した生活を送ることができるよう、自主的・積極的な介護予防・健康づくりを促進します。また、心の豊かさや生きがいを持った暮らしにつながるように、高齢者の仲間づくりや社会参加の機会・通いの場づくりの参加促進を図ります。

3. 誰もが安心して暮らせるまちづくり

高齢者の人権を尊重し、虐待防止や権利擁護を推進します。認知症高齢者に対しては、地域とともにみまもることが出来る仕組み・体制づくりに努めます。また、高齢者に配慮したまちづくりや多様な住まいの確保に努めます。

4. 介護保険サービス、多様な支援の充実

支援が必要な高齢者が、必要な介護保険サービスや高齢者福祉サービス等の情報を得ることができ、気軽に相談できる体制づくりに努めます。また、地域資源・人材を活用した取組みを進めます。

（５）地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域住民の健康の保持や生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケアシステムの実現に向けた中核的な機関として位置づけられます。

市では、基本方針として「各包括に配置される保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員などの職員が、協働して包括的支援事業を実施することにより、各被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービス、権利擁護のための必要な援助等を利用できるように導き、各被保険者が可能な限り、住み慣れた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にすること」と規定し、高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、包括的及び継続的な支援を行っています。また、高齢者の身近な相談窓口として、困り事などの相談への対応や要支援者の支援、高齢者の権利擁護や「みまもり」の継続、地域のネットワークの構築などの業務を一体的に実施しています。

地域包括ケアシステムの深化・推進において、中核的な機関である地域包括支援センターへの期待や業務は増大しています。地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応や認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実等のためには、地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図ることは欠かせないものとなっています。

（６）地域共生社会

団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年、団塊ジュニア世代が65歳に到達し高齢者人口がピークに達する令和22（2040）年に向け、支援を必要とする高齢者が増加する一方で、高齢者を「支える側」である現役世代の人口は減少し、今後の人口推計では急減が見込まれており、介護にかかわる人材不足も深刻化しています。そうした状況下においては、支援を必要としない元気な高齢者には「支える側」として、積極的に社会に参画していくことが不可欠です。

また、地域社会においては、いわゆる「8050問題」（長年、ひきこもりとなっていた子の親が後期高齢者になり、親の介護や経済的困窮等の問題に直面する）やヤングケアラーなど、複数の問題が複合的に絡み合う困難なケースや、ダブルケア（子育てと親や親族の介護が同時期に発生する状態）、人々の生活スタイルの変化や多様化に伴い発生する新たな課題や改めて認識される課題など、支援者が福祉分野の枠を超えて様々な観点から継続的につながり続けることが求められる問題が出現するようになりました。

こうした時代の変化に対応し、「現役世代＝支える側」「高齢者＝支えられる側」という従来の枠組みや、高齢者施策、介護保険だけでなく、保健や医療、障害福祉、子育て支援、児童福祉、教育、生活困窮者に対する支援などの分野の枠組みを超え、人と人、人と社会が相互につながり合い、一人ひとりが生きがいや社会的な役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことができる包括的な社会（＝地域共生社会）の実現という理念が重視されることとなりました。

地域共生社会とは、支え手・受け手といった従来の関係性や、制度・分野ごとの縦割りを超えて、地域住民や地域の多様な主体が地域の課題解決に向けた取組みに《我が事》として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて《丸ごと》つながることで地域をともに作っていく社会であり、誰一人取り残さない、誰一人孤立させない社会を目指すものです。社会的孤立は自分自身からの疎外や生きる意欲や働く意欲の低下を招き、支援が必要な人が社会的なサポートとつながらないなどの事態を引き起こします。そうなれば、支援を必要とする人が抱える問題は一層深刻化、複雑化することになり、問題の解決に多くの時間を費やすことで自立の妨げになり、社会保障費の増大にもつながることになります。社会的孤立のリスクが社会課題となっていることをふまえ、上位計画である「東久留米市地域福祉計画」との整合を図りながら、地域共生社会の実現に向けた取組みを進めていくことが重要です。また、高齢者福祉・介護分野において構築されてきた地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた取組みにおいても中核的な役割を果たしうるものであることをふまえ、地域包括ケアシステムの一層の推進を図ることが求められています。

第2節 日常生活圏域の設定

(1) 日常生活圏域の基本的な考え方

日常生活圏域は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービスを提供する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、地域の実情に応じ定めるものとされています。

なお、地域密着型サービスの基盤整備においては、各日常生活圏域にサービス提供のための基盤を整備していきます。

(2) 日常生活圏域の設定

地域包括ケアの推進にあたっては、中心的役割を担う地域包括支援センターの役割が重要であることから、その機能が最も効果的、効率的に発揮できる日常生活圏域を設定する必要があります。

本市では、3つの日常生活圏域を設定し、各圏域に地域包括支援センターを設置し、地域の現状や課題を把握するとともに、関係機関との情報共有や地域ネットワークの構築等を行っています。

本計画期中においては、地域包括ケアシステムの構築に向けた体制を整え、各圏域の実情に応じた取組みをより一層推進するため、現在の3つの日常生活圏域の区割りを最大限に活かした上で、圏域の再編を行います。なお、圏域の再編にあたっては、地域での支え合い活動を推進していく上で、既存の地域資源や介護サービスのバランスを図るほか、地域における多様な取組みの継続を図り、これまで同一の圏域内で協働して取組みを行ってきた地域の横連携が、圏域の設定により分断されてしまうことがないように留意する必要があります。

また、地域包括支援センターの今後のあり方と合わせて、地理的要因や社会的要因、介護サービス基盤の整備状況なども考慮しつつ、圏域内の高齢者数の平準化などにも目を向け、高齢者人口がピークを迎えるにあたって目指すべき地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実現のために、引き続き検討を進めます。

(3) 各日常生活圏域の地域特色

各日常生活圏域の地域的特色は次のとおりです。

① 東部圏域

東部圏域は、西は小金井街道を起点として、黒目川左岸に広がる丘陵とそのふもとに位置する地域（上の原、神宝町、金山町、氷川台および小山地区）、西武池袋線東久留米駅の東口近辺に位置する地域（東本町、大門町および新川町地区）、西武池袋線の軌道の北側に位置し、西武池袋線ひばりヶ丘駅とのアクセスを持つ浅間町地区により構成される圏域です。黒目川左岸の丘陵に位置する地区については東部地域包括支援センター本部（氷川台）、その他の地域については東部地域包括支援センター（大門町）とのアクセスがよい地域です。

圏域のうち、東久留米団地を抱える上の原一丁目地区は高齢化率が 51.1%（住民基本台帳（令和 5 年 10 月 1 日現在）より算出。以下、高齢化率について同じ。）と高くなっており、氷川台二丁目、小山一丁目なども比較的、高齢化が進行している地域ですが、圏域全体での要介護（要支援）認定者数については、他の圏域と比較して最も少ない地域です。

高齢者数（高齢化率）	8,045 人（26.2%）
要介護（要支援）認定を受けている人数	1,710 人

出典：高齢者数：住民基本台帳・要介護（要支援）認定者数・介護保険システムから抽出（令和 5 年 10 月 1 日現在）

② 中部圏域

中部圏域は、西は小金井街道、北は黒目川、東は西武池袋線の軌道に囲まれた地域であり、幸町、本町、中央町、南沢、学園町、ひばりが丘団地、南町、前沢一丁目～三丁目の地域で構成される圏域です。中部包括支援センター（幸町）は幸町、本町、中央町などの地区とアクセスがよく、その他の地区については中部地域包括支援センター本部（南沢）とのアクセスがよい地域です。

圏域のうち、都営住宅を抱える幸町一丁目（高齢化率 37.1%）、南町一丁目（39.2%）の高齢化率は高めですが、全体では突出した地区はありません。

高齢者数（高齢化率）	12,105 人（27.6%）
要介護（要支援）認定を受けている人数	2,483 人

出典：高齢者数：住民基本台帳・要介護（要支援）認定者数・介護保険システムから抽出（令和 5 年 10 月 1 日現在）

③ 西部圏域

西部圏域は、小金井街道から西の地区であり、野火止、下里、八幡町、柳窪、滝山、前沢四・五丁目及び弥生で構成される圏域です。高齢化率の高い地区は、滝山団地を抱える滝山二丁目（45.7%）、滝山三丁目（39.3%）、滝山六丁目（51.8%）、久留米西団地を抱える下里四丁目（51.2%）、都営住宅のある下里七丁目（39.8%）、八幡町一丁目（41.6%）などで、特に滝山六丁目と下里四丁目は高齢化率が 50%を超えるなど、突出して高い地区になっています。要介護（要支援）認定者数（介護保険システム（令和 5 年 10 月 1 日現在）から抽出。以下同じ。）も、滝山六丁目（364 人）、下里四丁目（302 人）が特に多く、圏域全体でも 2,503 人と最も多くなっています。滝山団地第 1 街区～第 3 街区（滝山六丁目）及び久留米西団地（下里四丁目）については、1968～70 年頃に竣工された大規模団地であり、住民の高齢化が進行している（高齢化率は 50%超）こと、一世帯当たりの人員は市全域平均が 2.06 人（住民基本台帳（10 月 1 日現在）より算出。以下同じ。）であるのに対し、滝山六丁目は 1.61 人、下里四丁目が 1.45 人と少なく、「高齢者一人暮らし世帯」「高齢者のみ二人暮らし世帯」が多いと推定される地域です。

高齢者数（高齢化率）	13,461 人（32.1%）
要介護（要支援）認定を受けている人数	2,503 人

出典：高齢者数：住民基本台帳・要介護（要支援）認定者数・介護保険システムから抽出（令和 5 年 10 月 1 日現在）



第3節 基本目標及び施策の体系

(1)〈各論Ⅰ〉基本目標の設定

本計画の基本理念「高齢者がいきいきと暮らせる地域づくり」を達成するための基本目標として、介護保険制度改正などに適切に対応するため、以下の4つの基本的な取組みを設定します。8期計画との整合性・連続性を確保するため、8期計画における基本目標を継承したものとなっています。

基本目標1	介護予防・健康づくり施策のための取組
--------------	---------------------------

基本目標2	要介護状態や認知症になっても、自分らしい暮らしを続けるための取組
--------------	---

基本目標3	共に参加し共に支える、地域ぐるみの体制づくりのための取組
--------------	-------------------------------------

基本目標4	持続可能な介護保険サービス等の提供体制を整備するための取組
--------------	--------------------------------------

(2) 基本目標に係る施策の設定

それぞれの基本目標における取組みを具体化するため、各基本目標の下に具体的な施策における現状や課題、本計画期中における具体的な取組みの方向性などを記載しています。また、施策の中で特に重点的に取り組むべき内容については、より具体的な数値目標を設定することで、計画の進捗管理を行っていきます。

(3)〈各論Ⅱ〉介護保険事業の見込量、保険料の設定

〈各論Ⅰ〉で設定した基本目標と施策内容をふまえ、介護保険制度改正や介護報酬改定の内容を反映した上で、本計画期中における介護保険事業の見込量、標準給付費および保険料の額を検討します。

なお、介護保険事業の見込量、標準給付費および保険料の額については、令和5年12月に厚生労働省から示される介護保険制度改正などの内容が確定してからの対応となるため、本素案には記載していません。

〈各論Ⅰ〉本計画の基本目標及び施策の体系



各論 I

基本目標Ⅰ 介護予防・健康づくり施策 のための取組

施策Ⅰ 介護予防・フレイル予防の方向性

高齢者がその有する能力に応じて自分らしい暮らしを続けていくためには、元氣なうちから介護予防・フレイル予防に自主的に取り組むことにより、自立した生活を送ることができる年齢を延ばしていくことが重要です。本市における令和3年の65歳健康寿命（東京保健所長会方式）は、要支援Ⅰ以上で男性81.51歳、女性83.47歳（東京都の平均では男性81.37歳、女性82.99歳）、要介護Ⅱ以上で男性が83.47歳、女性86.98歳（東京都は男性83.01歳、女性86.19歳）であり、いずれも東京都平均を上回る結果となっています。また、要介護Ⅱ以上の健康寿命と要支援Ⅰ以上の健康寿命の差は、本市が男性1.96歳、女性が3.51歳（東京都は男性が1.64歳、女性が3.20歳）であり、要支援Ⅰから要介護Ⅱに重度化するまでの期間も、東京都平均よりも長い（重度化が抑制されている）結果となっています。65歳健康寿命は、住民の健康状況の総合指標であり、介護予防の事業を推進するために設定された指標であることをふまえ、各年の状況を注視しつつ、市内・市内の様々な保健・医療・福祉の部門・機関と連携しながら、健康寿命の延伸を図っていくことが重要です。

フレイル（虚弱）とは、年齢とともに心身の活力（筋力や認知機能など）が低下して、要介護状態となるリスクが高くなっている状態のことです。住み慣れた地域でいつまでもいきいきと暮らすためには、フレイルのサインに早期に気づき、予防するための取組みを進めることが重要です。「体力（動くこと）、栄養（食べること）、社会参加（つながること）」の3つに「口腔（お口の健康）」を加えた「フレイル予防の3プラスⅠ」を日々のライフスタイルとして確立するため、介護予防普及啓発事業における口腔機能向上や低栄養防止などの活動を通して、介護予防・フレイル予防の取組みの重要性を積極的に周知・啓発していく必要があります。高齢者あんしん生活調査によるアウトリーチなどにより、フレイルの悪化により社会から孤立しつつある高齢者の方の早期発見につなげていくことも重要です。

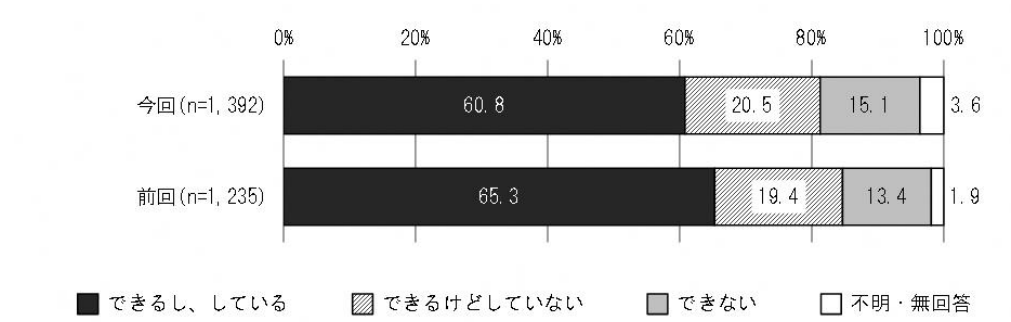
本市における令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下「ニーズ調査」という。）の結果を見ると、「体力（動くこと）」に関する設問項目において、全国値を上回る数値結果を得られています（※1）。中でも、同調査の「15分位続けて歩いていますか。」という設問については、「できるし、している」と答えた方の割合は80.7%（4年度に実施した調査結果）となり、全国値の68.8%（2年度に調査を実施し、結果を「見える」化システムに登録した287の自治体の平均値）を大きく上回る結果となっていることは、本市の地域的特色の一つであると考えられます。同調査の「趣味はありますか。」という設問の自由記載欄に「散

歩・ウォーキング」等を具体的趣味として記入された方が多かったことから、本市の高齢者において「歩くこと」が重要な位置を占めていることが見受けられ、自然豊かな環境の中での散策が可能な公園や遊歩道などの屋外施設が整備されていることなどが、その理由の一つと考えられます。こうした地域性をふまえつつ、引き続き高齢者の体力の維持向上のための取組みを推進していくことが重要です。

市が実施する介護予防教室（シャキシャキ介護予防教室、脳の健康教室、若さを保つ元気食教室等）（※２）や介護予防講演会は、介護予防・フレイル予防に対する意識の高い方を中心に一定の効果を上げていることから、事業の効果検証を継続的に行いつつ本計画期中においても実施していきます。一方で、教室や講演会、地域住民による「通いの場」の活動などに参加しない人たちに対する介護予防・フレイル予防の意識付けについては、今後の課題であると考えられます。性格的に社交的ではない方や引っ込み思案な方であっても、自宅で、一人で、体操や脳トレに楽しみつつ取り組めるような施策も検討する必要があります。ニーズ調査の結果では、前期高齢者（65歳～74歳）のデジタル機器の所有状況として、スマートフォンが86.8%、パソコンが58.5%、タブレット端末が27.8%などとなっており（※３）、インターネットやSNS、動画共有サービスなどの活用も検討する必要があります。

※１ 高齢者アンケート調査結果

（設問：15分位続けて歩いていますか（単数回答））



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和４年度実施）

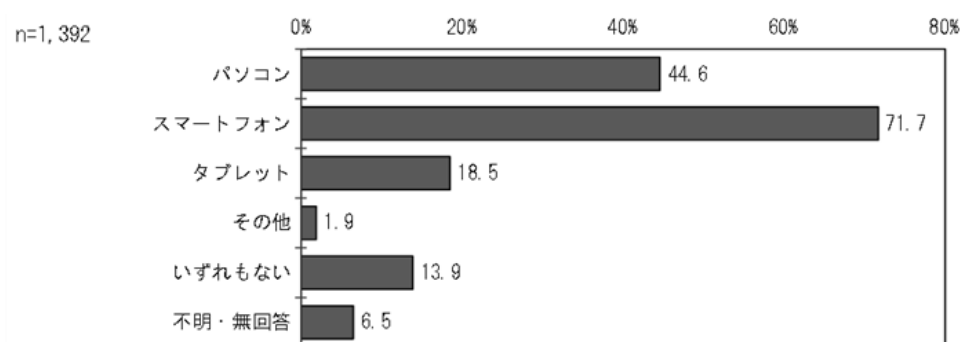
※2 介護予防教室

シャキシャキ介護予防教室 2ヵ月（週1回）（年8回コース）	「運動・栄養・口腔ケア」について知識を深め、実践する教室です。「これならできそう！」と思える習慣を身につけていきましょう。
若さを保つ！ 元気食教室 2日間（年3コース）	まんべんなく食べることが、『元気で長生き』の秘訣です。元気の出る食べ方のコツを栄養士が分かりやすくお伝えします。
脳の健康教室 6ヵ月（週1回）（年3コース）	ドリルを使った簡単な読み書きや計算、軽体操で脳の健康維持と認知症予防に取り組む教室です。学習サポーターや参加者との交流会もあり、社会参加にもつながります。
講演会	●介護予防講演会 ●口腔ケア講演会 ●認知症講演会 ●在宅療養シンポジウム ●リハビリテーション専門職講演会

出典：東久留米市 地域包括ケア特集（令和5年度版）

※3 高齢者アンケート調査結果

（設問：次のデジタル（電子）機器のうち、あなたが所有しているもの（家族で共有している場合を含む）はありますか。（複数回答））



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和4年度実施）

施策２ 住民主体の「通いの場」の活動支援の方向性

「通いの場」とは、地域の住民が主体となって体操や趣味などの活動を企画・運営し、集うことを通して「生きがいづくり」や「仲間づくり」の輪を広げていく場所のことをいいます。地域の中でこうした「通いの場」の活動が拡大すれば、高齢者の外出や運動、趣味の活動などの機会が増えることにつながり、介護予防・フレイル予防の効果が期待されるだけでなく、人と人との交流を通じて地域のコミュニティの再構築が促進される効果も期待されています。こうした「通いの場」のうち、地域包括支援センターが把握している自主グループの数は、令和５年４月１日現在で 136 箇所あります。市ではこれまでも、地域包括支援センターを通じてこれらの「通いの場」の実態把握に努め、「通いの場」と利用者をつなぐ「マッチング」を進めてきました。各地域包括支援センターに配置された生活支援コーディネーターの活動により、「通いの場」の運営側と参加者とのマッチングが成立した事例も多数見られることから、こうした取組みを継続することで、高齢者の方の「通いの場」への参加を促進し、地域住民による活動の広がりを支援していくことが重要です。「通いの場」への高齢者の参加率については、国の基本指針における数値目標（令和７（2025）年までに８％）をふまえて本市における目標を設定し、各年における取組みの達成状況を評価検証していくことも重要です。

市では、「通いの場」の実態を把握しつつその推進に資するため、令和４年度にこれらの自主グループに対するアンケート調査を実施しました。アンケート調査中、「活動を継続していく中で、特に困難を感じていること」を尋ねる設問では、51.5％が「グループの高齢化」を上げています（※１）。また、「地域住民主体の「通いの場」の活動を推進する上で、今後特にどのようなことが必要か」を尋ねる設問では、「活動の担い手（運営メンバー）の育成」との回答が 43.0％を占めるなど、運営メンバーの高齢化が進んでいく中で次の活動の担い手を育成していくことが、今後の課題となっています。ニーズ調査の設問では、地域活動への参加の問いには、「いずれかの活動に参加している方」が 65％、「いずれにも参加していない方」が 35％でした。参加している方がいる一方で、「地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、その活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか。」では、「ぜひ参加したい」という回答は 2.7％と高くなかったものの、「参加してもよい」と回答した方は 31.2％を占めていたことから（※２）、これらの人たちを次の活動の担い手につなげていくための取組み（地域のリーダーの発掘と育成）について、検討していく必要があります。また、令和５年度中に実施した「通いの場」へのヒアリング調査では、実際に「通いの場」を運営している方、参加している方のご意見を伺う機会を持つことができました。市の一般介護予防事業への参加をきっかけにグループを立ち上げたケース、地域包括支援センターのあんしん生活調査を受けて参加に至ったケースなどもあり、今後も市の様々な事業を通じて「通いの場」の立

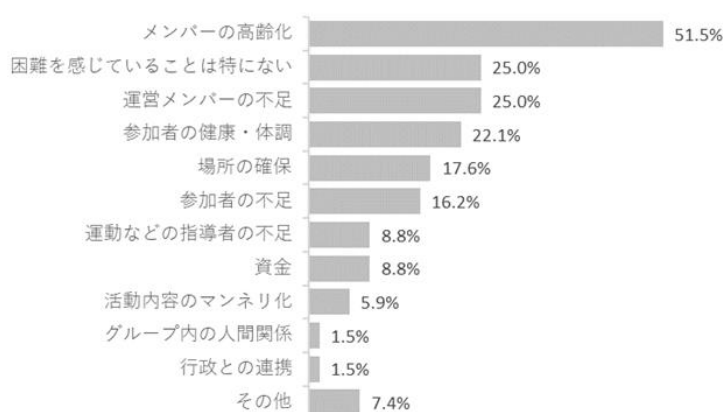
ち上げや参加につなげていくことが重要です。また、個々の高齢者で興味を持つことができる活動の内容が異なることから、「通いの場」の活動メニューを多様化することが重要、との意見もありました。こうした意見をふまえつつ、より多くの人が活動に参加していけるような地域づくりに取り組むことが重要です。

令和2年に発生した新型コロナウイルス感染症の影響は、市で実施する介護予防教室や講演会などの事業だけでなく、「通いの場」の活動継続にも大きな影響を与えました。一方で、先述した「通いの場」へのアンケート調査では、令和4年2月時点では、コロナの影響は「(ほとんど) ない」という回答が多数を占めたことから、関係者の方の意欲と感染症対策などの努力もあって、「通いの場」の活動は、全体としては、コロナ流行以前の状態を取り戻しつつあると考えられます。こうした状況をふまえ、コロナの流行により低下した「通いの場」への参加率を向上させるための取組みを引き続き推進することが重要です。

医療保険者による保健事業と介護予防事業は、これまで別々に実施されていたため、健康状況などの課題に、一体的に対応できないという制度上の課題が指摘されていました。このため、令和2年4月に「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が施行され、国により、市区町村が高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施するための体制が整えられました（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業）（※3）。具体的には、後期高齢者医療広域連合が市区町村に事業実施を委託し、委託を受けた市区町村はKDBシステムを用いた医療専門職による対象者の抽出、健康課題の把握等の企画・調整を行った上で、①高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と、②「通いの場」などへの積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）の双方の取組みを行うこととされています。本事業の実施にあたっては、保健・医療部門の企画・調整の下で、協力して「通いの場」に対する保健医療の視点からの支援を進めていくための体制づくりを検討・実施する必要があります。

※1 「通いの場」の運営に関するアンケート調査

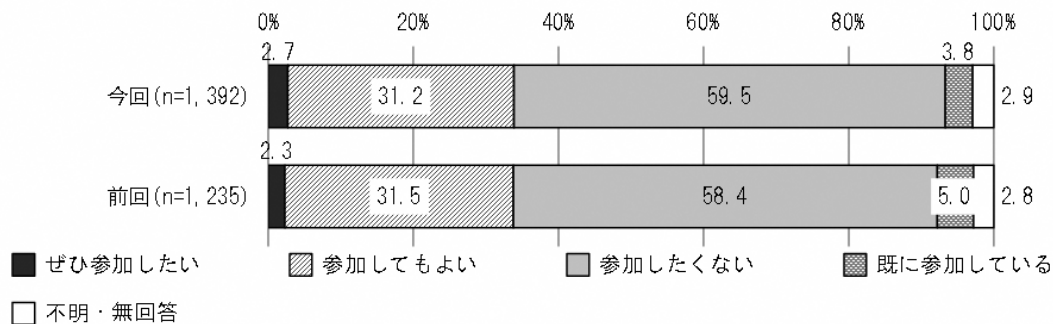
（設問：貴団体が活動を継続していく中で、特に困難を感じていることがあれば、お答えください。（複数選択可））



出典：東久留米市「通いの場」の運営に関するアンケート（令和4年度実施）

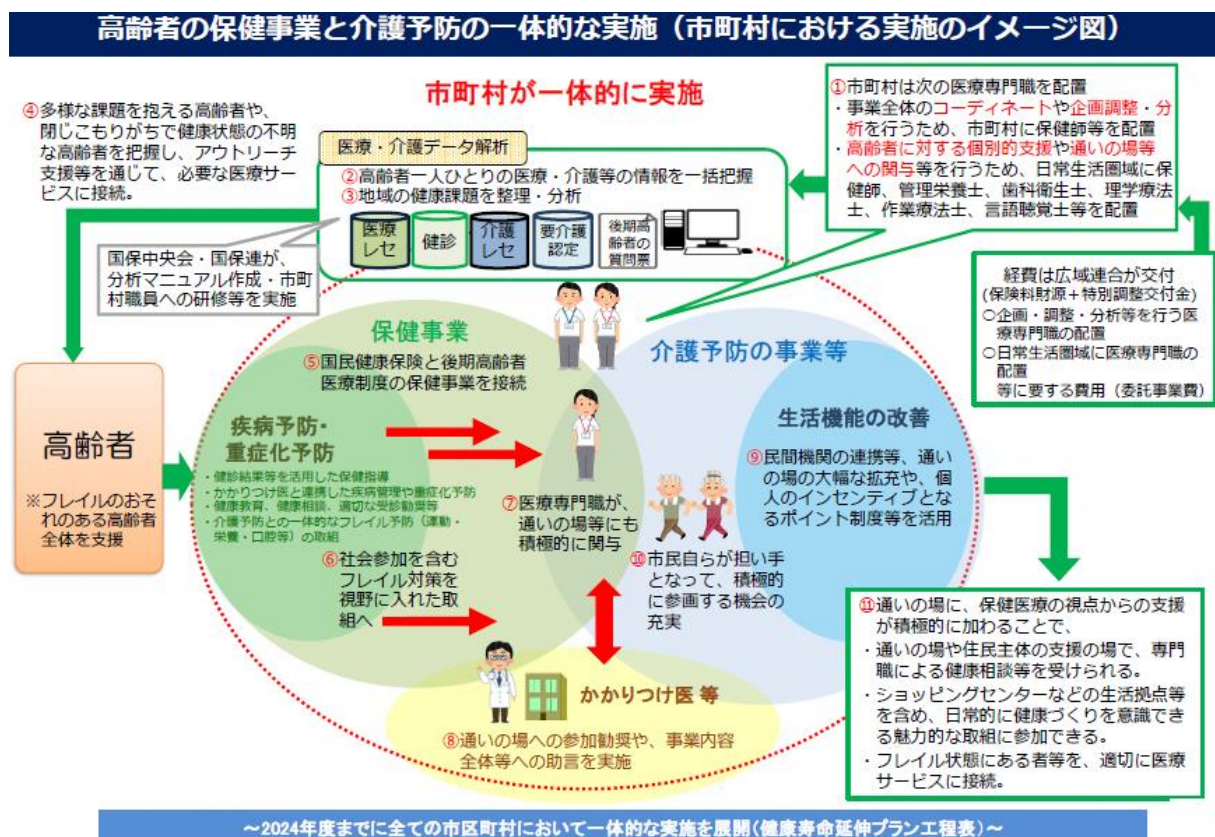
※2 高齢者アンケート調査結果

（設問：地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、その活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか。（単数回答））



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和4年度実施）

※3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のイメージ図



出典：厚生労働省

取組み・施策	方向性	担当課
「通いの場」の普及啓発・立ち上げ支援	・「東久留米市 地域包括ケア特集」などの市の刊行物を通じて、「通いの場」への参加を促します。 ・介護予防ご当地体操「わくわくすこやか体操」のDVDの活用により、個人での介護予防の取り組みや公共施設などでの取り組みの推進が図られました。 ・新しい取り組みとしては、関係機関と連携し、「通いの場」が生まれました。引き続き、地域や地域住民の特性などをふまえた新しい取り組みを支援するとともに、好事例の横展開を進めます。	介護福祉課
「通いの場」の実態把握	・「通いの場」の実態把握のため、「通いの場」に対するアンケート調査を実施しました。また、本計画の策定に際し、「通いの場」の活動に実際に参加しつつ、運営者や参加者からの意見や要望などをお聞きする機会を設けました。 ・地域包括支援センターの生活支援コーディネーターの活動などを通じて、「通いの場」の実態把握に努めます。また、庁内の関係部署と連携して、介護福祉課が把握していない自主グループの把握にも努めます。	介護福祉課
「通いの場」と高齢者のマッチング	・地域包括支援センターのあんしん生活調査や市の様々な事業を通じて「通いの場」参加へのニーズの把握や生活支援コーディネーターの活動などを通じて、引き続きマッチングに努めます。	介護福祉課
地域のリーダーの発掘と育成	・シャキシャキ介護予防教室、脳の健康教室、若さを保つ元気食教室、各種介護予防講演会など、市の事業の参加者に対して、「通いの場」の活動への参加を促していくとともに、自らリーダーとなって活動を立ち上げたいという意欲ある人材を発掘します。	介護福祉課
地域介護予防活動支援事業	・生活支援コーディネーター、自主グループ支援事業等の活用により、自主グループ立ち上げ支援や活動の継続支援を安定的に行い、核となる人材発掘と地域における介護予防の通いの場の推進を図ります。 ・コロナ禍で、自主グループの休止もあり、専門職派遣回数は数値目標（8期中 90 カ所）を下回りました。生活支援コーディネーターの活用により、自主グループ立ち上げ支援や活動の継続支援が安定的に行われ、人材発掘へとつなげます。	介護福祉課
高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）	・慢性腎不全（透析あり）、糖尿病が総点数で高い値を示している方に対し、糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組みます。	保険年金課

施策3 介護予防・生活支援サービス（総合事業）の方向性

高齢者がいきいきと暮らせる地域づくりを進めていくためには、介護予防・フレイル予防の取組みと並行して、要介護（要支援）状態の重度化の防止や軽減、状態の回復などを図ることで自立につなげるための取組みを進めることが重要です。近年、高齢化の進行とともに、「支援する側」と「される側」という画一的な関係性だけでなく、高齢者が地域とのつながりを維持しながら、個々の心身の状態に応じた柔軟な支援を受けていくことで自立意欲の向上につなげていく取組み（介護予防・自立支援の取組み）を、保険者（市町村）が中心となって推進していくことが重視されています。市では、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに対応するため、従来は予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、地域支援事業において実施する総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）へと移行し、従来型のサービス（総合事業型訪問・通所介護）に加え、サービス利用を開始する初期段階でリハビリテーション職が関与し、短期集中型のサービスを提供することで状態改善と自立を目指す支援強化型訪問・通所介護、地域の住民などがサービス提供の担い手として参画する基準緩和型の支え合い訪問・通所介護などのサービスを創設しました。（※1）

こうした総合事業の取組みは、地域の実情に応じて多様なサービスを充実させ、要支援の方などに対する効果的かつ効率的な支援を可能とすることで自立を促し、自立した高齢者にはサービスや「通いの場」の担い手になってもらうことで、地域の支え合い体制づくりを推進するという好循環を目指したものです。支援する側も、従来型の予防給付（総合事業型訪問・通所サービス）をそのまま提供し続けるのではなく、個々の高齢者の心身の状態をふまえてご本人の希望に寄り添いつつ、支援を受ける側が支援を受ける前の元の生活（＝自分らしい生活）を取り戻すことを目指すという目的意識を持った上で、必要なサービスを提供することが重要です。そのためには、本人の代わりに「してあげる」という従来の介護給付の考え方だけでなく、本人の「できる」ことを増やし、要支援状態になる前まではできていたことを「再び・できるようにする」ことを目指すという視点を持つことが重要です。基本チェックリストを活用して提供する「支援強化型訪問・通所サービス」は、状態悪化の早期におけるリハビリテーション職の関与により、本人の「できる」ことを増やすことが期待されるものであることから、本計画期中において利用の拡大のための取組みを推進することが重要です。

身体介護が必要な方および認知症の症状がある方のみが要介護（要支援）認定を受けた上で従来型のサービスを利用し、それ以外の方は原則として基本チェックリストを活用して支援強化型サービスを利用し、短期間での回復を目指すという運用がなされていない理由の一つとして、窓口などでの最初の相談受付において、要介護（要支援）認定に回すべき人と事業対象者とすべき人との「振り分け」が難しいという課題がありました。こうした課題の解決のためには、相談を受けた段階で相

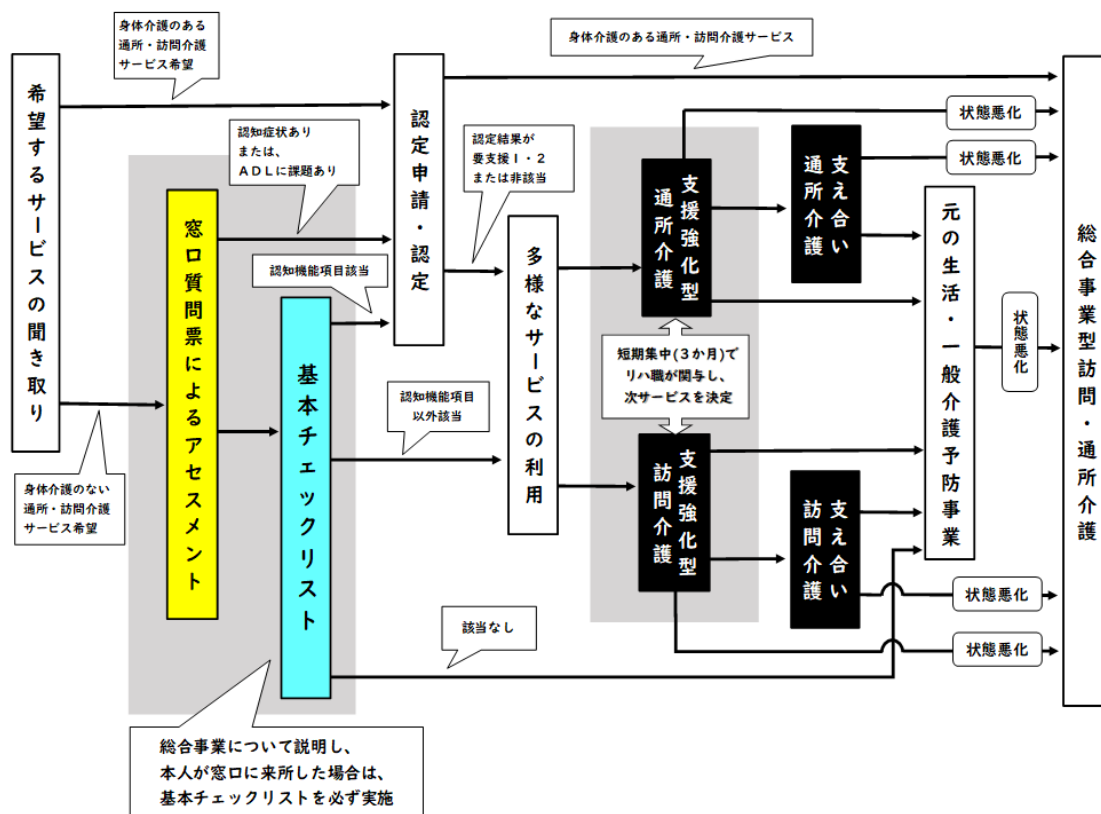
談者の心身の状態を適切に判断するための窓口受付の事務フロー（※２）を確立する必要があります。８期中に実施した介護予防・生活支援サービスの方向性を見直しのための取組みの一つとして、令和４年度から介護福祉課の窓口や地域包括支援センターにおいて本格的運用を開始している「窓口質問票」（※３）は、介護保険サービスが必要な方とそうでない方、支援強化型サービスや一般介護予防事業などの多様なサービスを提供することで状態の改善につながる可能性がある方を支援の入り口の段階で判断し「振り分け」を行うためのツールとして、本計画期中も積極的に活用していくことが重要です。窓口担当者への研修やヒアリングを行うなど、様々な角度からの業務改善のための取組みを推進し、PDCAサイクルを効果的に回すことで、関係者間における目的意識の共有と窓口の業務改善を図ることを検討する必要があります。

また、いったんサービスの利用が開始されると、利用者の中に「引き続き同じサービスを使い続けたい」という「支援される側」の意識が生じてしまい、元の生活を取り戻した際はサービスから卒業するという意識や、卒業した後は自分自身で介護予防に取り組んだり、「通いの場」に参加し、さらに自らが運営する側になって、地域住民を巻き込んだ活動を継続したりするという意識が十分に醸成されていないという課題があります。要介護（要支援）状態からの改善の効果を高めるためには、利用者一人ひとりがサービスからの卒業と自立の意識、元の生活を取り戻すという具体的な状態改善のイメージと目的意識を持てるようにする必要があります。そのためには、サービスの利用により状態が改善し、サービスから卒業できるようになった方に対しインセンティブが働く仕組みの導入も検討する必要があります。また、支援強化型訪問・通所介護の利用が状態改善や自立につながった事例を関係者間で共有し、好事例の横展開を広げていくことも重要です。

※１ 東久留米市の介護予防・生活支援サービスの種類

総合事業型訪問介護 食事や入浴・排せつ等の介助等の身体介護、食事の準備や掃除等の生活援助。以前の介護予防訪問介護と同じ内容のサービス。	支援強化型訪問介護 通常の訪問介護に加え、家庭にリハビリ専門職が月１回訪問し、介護予防に関する助言を行う。３か月集中サービスで、必要に応じて３か月延長も可能。	支え合い訪問介護 買物・調理・掃除等の生活援助で、有資格者と事業所で研修を受けた地域住民等がサービスを提供する。緩和型サービス。
総合事業型通所介護 生活機能向上のための機能訓練、運動、レクリエーション、入浴、食事等。以前の介護予防通所介護と同じ内容のサービス。	支援強化型通所介護 通常の通所介護の中で、リハビリ専門職が月１回日常生活動作や介護予防に関する助言を行う。３か月集中サービスで、必要に応じて３か月延長も可能。	支え合い通所介護 生活機能向上のための機能訓練、運動、レクリエーション、食事等。有資格者と事業所で研修を受けた地域住民等がサービスを提供する。緩和型サービス。

※2 窓口受付フロー図



※3 窓口質問票

介護福祉課・地域包括 R5.4.13Ver

窓口質問票 受付 日 月 年

◆本日はどのような相談(用件)でお越しですか

相談者 本人 ・ 家族() その他()

下記より選択してください

☐ 介護保険の申請を勧められた (親に：主治医・病院・家族・民生委員等)

☐ 困りごとがある ☐ その他

(※訪問看護・住宅改修・福祉用具購入等は、要介護認定申請へ)

氏 名 連絡先 住 所：東久留米市 電話番号：

◆日頃の生活について教えてください ※①～⑤のひとつでも「はい」なら要介護保険申請へ

① 家の中での移動は一人で行えますか ☐ はい ☐ いいえ

② 外出は一人で行えますか ☐ はい ☐ いいえ

③ 身だしなみを整えることはできますか (入浴・着替え・洗面など) ☐ はい ☐ いいえ

④ 食事は一人で行えますか ☐ はい ☐ いいえ

⑤ トイレは一人で行えますか ☐ はい ☐ いいえ

受付日	受付担当者	経理	市連絡
市 / 包括	地域ケア係 / 包括	連絡日：	市連絡 〓 () 地域包括支援センター
		基本チェックリスト (第 1 期)	調 査：
		一歩の歩行・生活実況・生活実況・生活実況	
		みずのり・電灯調度	
		その他 ()	

《窓口質問票を利用した窓口対応例》

- (1) 介護保険申請を要するサービス(訪問看護、住宅改修、福祉用具貸与・購入など)の利用を希望している人、又は日頃の生活に関する質問の①～⑤でひとつでも「いいえ」がある場合は、要介護(要支援)認定申請へ
- (2) 上記以外の人で日頃の生活に関する質問①～⑤がすべて「はい」の方には、総合事業利用のメリット(介護保険申請をしなくても訪問・通所サービスを受けることができる、リハビリ専門職が個別支援するため短期間に元の生活に戻る可能性がある…など)を説明し、利用者の理解を得た上で、基本チェックリストの受診を案内。

取組み・施策	方向性	担当課
市民などに対するサービス内容の普及啓発	・要介護（要支援）認定申請を前提とするのではなく、基本チェックリストを活用したサービス利用につなげるため、8期中において、介護保険の利用案内である「ともにはぐくむ介護保険」のパンフレットの改訂を行うとともに、「東久留米市地域包括ケア特集（タブロイド）」にチェックリストを大きく掲載するなどの工夫をすることで、事業への理解促進に努めてきました。今後も市の刊行物や公式ホームページでの情報提供などに際し、総合事業の主旨について積極的に周知を図っていきます。 ・一時的な入院などにより体力が低下し、フレイル状態となった方への事業の周知が足りていないという現状をふまえて、退院時の案内を行う病院関係者に対して事業周知を図ることで、サービスの利用につなげる取組みを進めていきます。	介護福祉課
窓口業務の改善（窓口質問票）	・窓口での「振り分け」を容易にするためのツールとして、これまで積極的に活用されていなかった「窓口質問票」を改訂し、窓口での対象者の適切な振り分けを可能にするツールとして活用することとしました。 ・今後は「窓口質問票」を活用しつつ、介護福祉課や地域包括支援センターにおいて、事業対象者の適切な振り分けを行います。その際には、要介護（要支援）認定が必要な人を確実に認定申請に案内することにも留意する必要があります。	介護福祉課
窓口業務の改善（職員研修など）	・事業対象者の「振り分け」を適切に行うためには、総合事業に対する理解が不可欠です。介護福祉課では「窓口質問票」の改訂にあわせて、東京都の介護予防推進会議での講演に係る動画の視聴などの職員研修（介護福祉課職員に加え、地域包括支援センターの職員も受講）を実施するなど、総合事業に対する理解を深めるための取組みを進めてきました。9期中においてもこうした職員研修を実施することで、介護福祉課や地域包括支援センターの職員の総合事業に対する一層の理解促進を図ります。	介護福祉課

取組み・施策	方向性	担当課
サービス提供事業所の参入促進	・介護保険事業推進に関するアンケート調査の結果から、総合事業A型（支え合い）サービスを提供しない（できない）理由としては、「現状を維持するだけで精一杯」が 33%、「報酬額が低く、利益が出にくい」が 17%となっており、総合事業C型（支援強化型）サービスを提供しない（できない）理由としては、「現状を維持するだけで精一杯」が 43%などとなっています。 ・支え合い訪問・通所サービス、支援強化型訪問・通所サービスの提供体制を整備するためには、サービス提供事業者の参入を促進することが重要であることから、事業所・地域包括支援センター・介護福祉課の3者で意見交換の場を設け、事業内容の見直しの方向性などを検討します。	介護福祉課
サービス内容の検討	・いったん利用を開始したらそのままサービスを利用し続けるのではなく、サービス利用から自立に至り、最終的にはサービスからの「卒業」に至るという好事例を増やしていく必要があることから、総合事業の主旨をふまえて、要支援者や事業対象者の自立の意欲をより一層高め、介護保険運営協議会に適宜報告を行いつつ、状態の改善に寄与するため、サービス内容の見直しも含めた検討を進めていきます。	介護福祉課

施策４ リハビリテーションサービス提供体制の方向性

要介護者の方がその能力に応じ、自立した日常生活を営めるようにするためには、要介護者に対するリハビリテーションサービスが計画的に提供されるための取組みが重要です。８期計画においては、地域として目指すリハビリテーションサービスの理想像として、「要介護・要支援者が本人の身体の状態に応じて、必要なリハビリテーションサービスを過不足なく受けることができ、住み慣れた地域において自立した生活を送ることができている状態」を設定していました。本計画期中においても引き続き、これを理想像として設定することとします。

リハビリテーションの推進にあたっては、介護保険における保険給付と地域支援事業における取組みの双方の観点から検討することが重要です。保険給付という観点からは、在宅要介護者を支えるため、訪問リハビリテーションや介護老人保健施設による在宅療養支援などが重要です。介護支援専門員（ケアマネジャー）に対し、地域として目指すリハビリテーションサービスの将来像を共有し、自立支援・重度化防止に資する（介護予防）ケアマネジメントへの理解を深めるため、助言・指導を継続して行っていく必要もあります。地域支援事業における取組みとしては、総合事業において、リハビリテーションの理念などをふまえ、より質の高い取組みが推進されるよう、関係団体・関係機関等を含めた協議の場において、医療や介護の専門職の関与などについての検討を行うことが重要です。

リハビリテーション（Rehabilitation）という言葉は、re（再び、戻す）とhabilis（適した、ふさわしい）から成り立っており、「再び、元の状態に戻す」という意味を含んでいます。「元の状態」とは、単に心身の状態だけでなく、個々の人間にとって適した状態、自分らしく生きられている状態を取り戻すということにもつながることから、そのための活動の全てをリハビリテーションの一環としてとらえることができます。この観点に立てば、介護老人保健施設などの医療機関で行われるリハビリテーションも、介護保険サービスとして提供される訪問リハビリテーションも、介護予防・日常生活支援総合事業において「支援強化型訪問・通所サービス」として提供される短期集中型サービスも、行政が提供する介護予防教室などの一般介護予防事業も、住民主体の「通いの場」の活動も、住民個人が自ら目的意識をもって行う体操やウォーキングなどの活動も、リハビリテーション提供体制の一部であるということもできます（※１）。

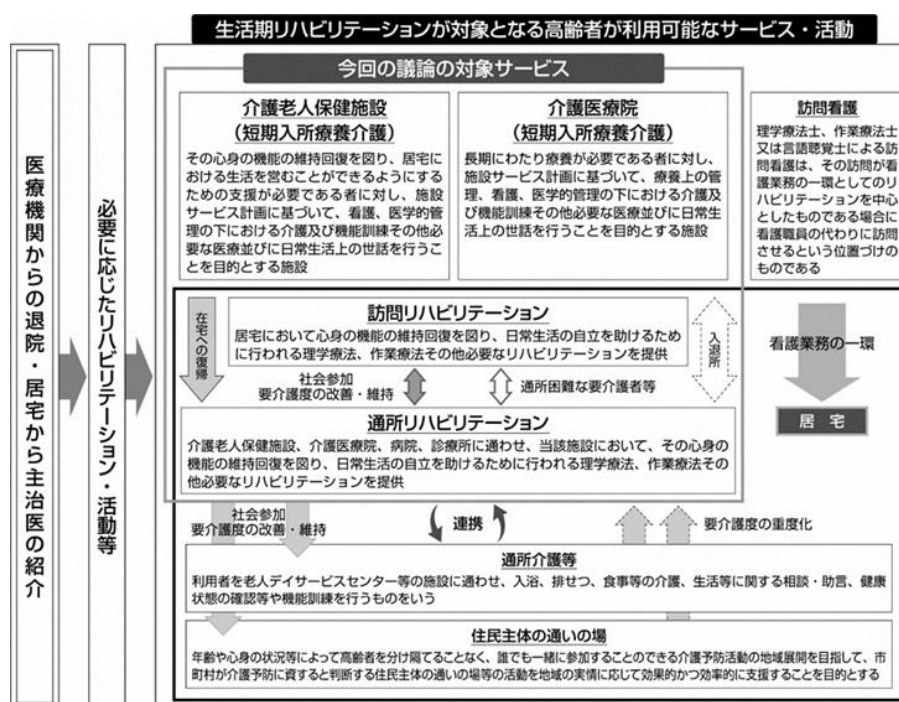
地域リハビリテーションとは、支援が必要な人やとその家族が住み慣れた自宅で、その人らしく、いきいきとした暮らしを送れるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め、生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織が、リハビリテーションの立場から協力し合って行う活動の総体をいいます。地域リハビリテーションは、急性期から維持期にわたる適切なリハビリテーションの提供に加え、在宅ケア、施設ケア、住民参加型の活動なども含めた広い視野に立った概念です。こうした視野に立ち各分野の連携を深めつつ、中核となる施設の指定、保健・医療・福祉関係諸

機関への普及・啓発、患者の会等の自主的な活動の支援を総合的に推進する必要があります。住民主体の「通いの場」の活動などもリハビリテーションの一環としてとらえるなら、そうした活動に理学療法士（PT）や作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）などの専門職が関与することも重要です。

「支援強化型訪問・通所サービス」として提供される短期集中型サービスについては、「基本チェックリスト」を受診して事業対象者となった方は、支援強化型サービスを利用して機能改善を目指す、という原則的な運用を行うことにより、9期中において利用の促進を図ることが重要です。サービス利用者のサービス利用前後の心身の状態などを比較したり、サービス卒業後の「通いの場」の活動などへの参加状況などを追跡したりすることにより、事業の効果の検証を図ることも検討する必要があります。

また、市では介護予防のご当地体操である「わくわくすこやか体操」（※2）の動画を制作し動画配信サイト(YouTube)で配信するとともに、その普及を図るため、広報紙、市公式ホームページ、パンフレットの配布、市公式ツイッターでの周知など、さまざまな媒体を通じて広報活動を行ってきました。加えて、通いの場で同体操を実施している市民の方のご意見などから、「わくわくすこやか体操」のDVDとCDを制作し、図書館や公共施設へ配布しました。体操は東久留米市リハビリテーション協議会が考案したものであり、椅子に座って取り組むことができ、一人で取り組むことも、複数で取り組むこともできる汎用性があることから、本計画期中においても引き続き普及啓発を図っていくことが重要です。普及啓発にあたっては成果を数値化し、評価検証することも検討する必要があります。

※1 リハビリテーションサービスの体系



出典：厚生労働省「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会報告書」

※2 「わくわくすこやか体操」

・「わくわくすこやか体操」冊子表紙



・「わくわくすこやか体操」の動画一部



・「わくわくすこやか体操」のDVDとCD



取組み・施策	方向性	担当課
介護保険サービスにおけるリハビリテーションの推進	・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション、介護老人福祉施設・訪問看護ステーションの看護職員、理学療法士などの訪問・通所介護で実施される機能訓練指導の地域におけるリハビリテーション把握、連携体制の推進を目指します。	介護福祉課
地域支援事業におけるリハビリテーションの推進①（支援強化型訪問・通所サービス）	・介護予防の取組みが必要な高齢者を把握し、基本チェックリストを活用して早期に「支援強化型サービス」につなぐことで自立を推進します。また、自立に向けた効果を高める事業体制やサービス提供内容の見直しを通じて、介護予防の推進を図ります。 ・基本チェックリストを活用した「支援強化型サービス」を利用するケースを増やし、要介護認定に至る状態を予防します。	介護福祉課
地域支援事業におけるリハビリテーションの推進②（地域リハビリテーション活動支援事業）	・リハビリテーション専門職講演会を通じて、自主グループたちあげ支援講座やリーダー養成講座を継続します。介護予防ご当地体操「わくわくすこやか体操」を活用した、自主グループたちあげ支援や核となる人材を発掘、育成します。また、個人で取組みを行う方も支援します。	介護福祉課
地域リハビリテーションの推進	・本人参加型の自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議を地域包括支援センターにおいて開催できるように、地域包括支援センターの主任介護支援専門員で仕組みを検討し、体制の構築を図ります。また、要介護認定に至る前の介護予防の取組みを地域包括支援センターとともに推進します。 ・介護支援専門員（ケアマネジャー）に対し、自立支援・重度化防止に資する（介護予防）ケアマネジメントへの理解を深めるため、助言・指導を継続して行っています。 ・要支援高齢者等が自身の地域ケア個別会議に参加することで、自立に向けた意欲、意識の向上を図ります。	介護福祉課
住民主体の活動などへのリハビリ専門職の関与	介護予防ご当地体操「わくわくすこやか体操」を活用した取組みを推奨します。特に、既存の動画と併せて第 8 期中に作成した DVD と CD について第 9 期においても積極的に活用し、広く介護予防・フレイル予防についての普及啓発を図ります。	介護福祉課



・地域リハビリテーション活動支援事業「お楽しみ基礎体力測定会」の様子

基本目標２ 要介護状態や認知症になっても、自分らしい暮らしを続けるための取組

施策Ⅰ 介護保険サービス提供体制の計画的な整備の方向性

我が国では現在、少子高齢化が進む中で、高齢化に伴う社会保障費の増大、生産年齢人口の急減に伴う労働力の不足、介護負担の増大に伴う介護離職や老々介護の問題など、様々な社会問題に直面しています。「人生 100 年時代」の到来や地域コミュニティの衰退などの社会変化、生活困窮、ヤングケアラーやひきこもりなどの困難な事情を抱える家庭の表面化などもあり、要支援者が抱える問題は一層複雑化・重層化しており、医療・介護・社会保障などの制度的な論点にとどまらず、雇用・就労や働き方、所得の確保、心身の健康や社会的孤立の問題などの論点も複雑に絡み合い、問題解決までに長期を有するケースも増えてきています。また、財政面から見ると、介護給付費の増加は、65 歳以上の高齢者が負担する「第 1 号保険料」だけでなく、40 歳以上 64 歳以下の現役世代が負担する「第 2 号保険料」の負担増にもつながります。法の定めにより、介護給付費の 12.5%には市の一般財源（税収入などを財源とした公費）が充てられることから、給付費の増加は市の一般財源における扶助費の歳出増にもつながり、産業の振興や少子化対策など、市の発展にとって必要な事業にかかる財源の確保に影響を与える可能性もあります。

以上のような状況をふまえれば、本計画期中においても、介護予防や重度化防止の取組みを推進し、中・重度の要介護状態になる時期を遅らせることにより、介護給付の急激な上昇を抑制するような取組みを継続する必要があります。また、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、給付適正化やケアマネジメントの適正化などの取組みを推進することにより、介護を受ける人にとって「真に」必要なサービスを「過不足なく」提供できる体制を構築することが重要です。これは、単に財政面から重要であるというだけでなく、高齢者個人の心身の状況や本人の希望に寄り添うことで、本人にとって本当に必要なケアを提供する体制を整えるということでもあります。

上記の視点をふまえつつ、実際に介護の現場でケアプランの作成に関わっている居宅介護支援事業所の意見をふまえるため、市では令和 5 年度の居宅介護支援事業所への集団指導において、「市内に不足していると感じるサービスはどれですか。」というアンケート調査を実施しました（※1）。結果としては、「訪問介護」（47.9%）「夜間対応型訪問介護」（45.1%）「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（43.7%）がそれぞれ高く、「居宅介護支援」（40.8%）「通所リハビリテーション」（33.8%）、「介護保険サービス以外のサービス」（32.4%）「短期入所生活介護」（31.0%）などがそれに続く一方、「介護老人福祉施設」（14.1%）、認知症対応型共同生活介護

(11.3%)、地域密着型特定施設入所者生活介護(4.2%)、特定施設入所者生活介護(1.4%)などの施設・居住系サービスについては、ある程度充足していると感じられていることが分かりました。また、地域の高齢者が、自身が要介護(要支援)状態になったときに、どのようなケアを希望しているかというニーズをとらえることも重要です。令和4年度に実施したニーズ調査においても、今後介護・介助が必要になった場合に、「自宅で、主に介護サービスなどを利用したい」と回答した割合が最も多く、40.7%を占めています(※2)。また、「あなたは、人生の最期の時期をどこで迎えたいと思いますか。」を尋ねる設問では、「自宅」と回答した人の割合が41.3%に上っています(※3)。

これらを受けて市では、「住み慣れた自宅での生活を継続したいという希望を叶えるために、在宅の限界点を高めるためのサービスを充実させること」を、本計画における介護サービス基盤の整備を検討する上での重要な視点に据えます。国の基本指針にも「更なる普及」が明記されている、居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスについては、今後増加が見込まれる中・重度の要介護高齢者や、認知症高齢者などの在宅での生活の継続を支えるサービスであることから、本計画においてもその整備・普及に重点的に取り組みます。

8期中に整備の目標を設定し、公募の実施により1カ所の整備を実現した「看護小規模多機能型居宅介護」は、訪問看護サービスと小規模多機能型居宅介護サービスを組み合わせ、通い・泊まり・訪問介護・訪問看護を一体的に提供することで医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支えるサービスであり、今後のサービスの利用状況などを注視する必要があります。なお、看護小規模多機能型居宅介護サービスについては、令和6年4月施行の「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」により、同サービスにサービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス(療養上の世話または必要な診療の補助)が含まれることが明確化されています。

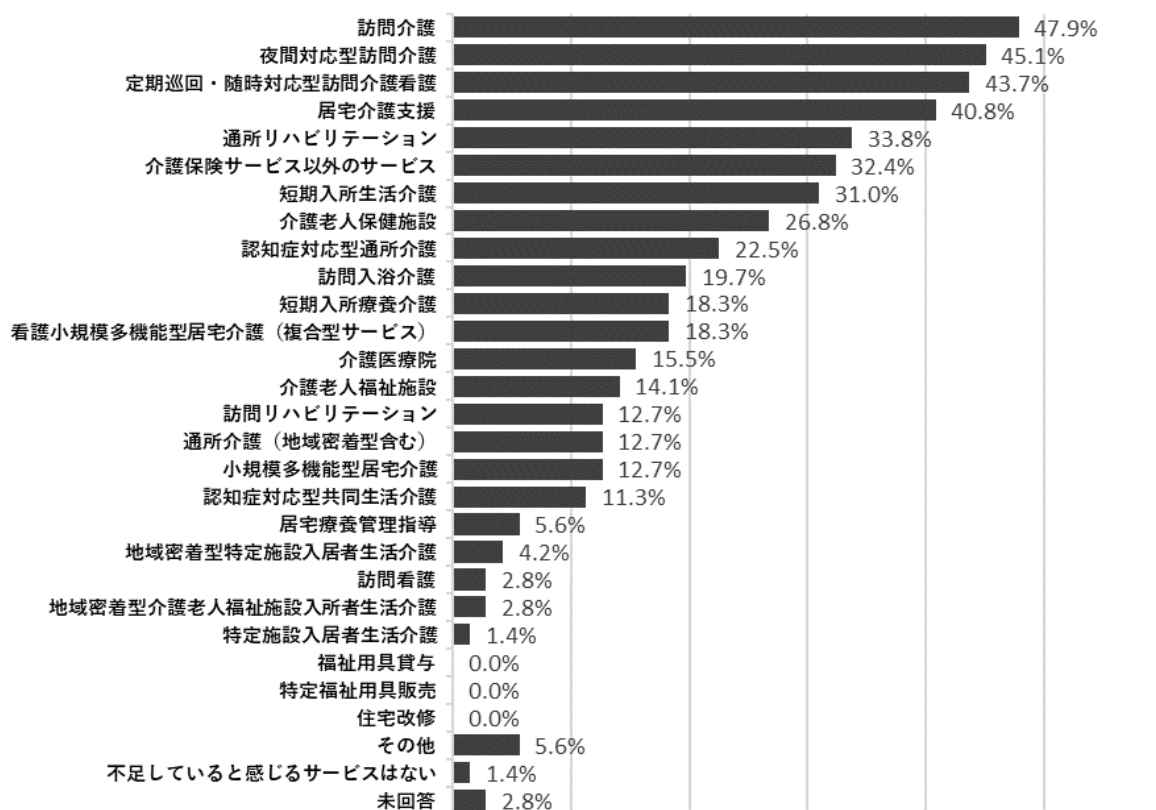
介護老人福祉施設などの介護施設については、そのサービスの性質上、保険者の枠を超えた広域的な整備の状況なども考慮する必要があります。また、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)などの居住系サービス、介護付(混合型)有料老人ホームや住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、居住を前提としたサービスを提供する他の施設の状況なども勘案する必要があります。

東京都の基準では、北多摩地区は8期計画に引き続き充足地域に位置付けられていることから、本計画期中において介護老人福祉施設などの介護施設の新規整備は見込んでおりません。本計画以降については、入所待機者の状況や職員体制を含めた施設の稼働状況などを引き続き注視しつつ、令和22(2040)年、さらにその先の高齢者数のオフピーク後も見据えた中・長期的な視点に立ち、慎重に検討を進める必要があります。また、施設サービスの比重を高めることが保険料の上昇につながる可能性や、高齢者を地域社会から分離するのではなく、地域社会に参画し活躍す

る社会の一員としてとらえるという本市のケアの方針との整合性、大規模な介護施設を経営するために必要な介護人材を確保できるか、施設の数が増えることで施設同士が競合し経営が悪化しないか、といった点も複合して、慎重に考慮する必要があります。また、東久留米市デイサービスセンター条例に基づき設置されている公設デイサービスセンター（市内3カ所）については、公共施設マネジメントとの整合性を図りつつ、今後のあり方を検討していきます。

※Ⅰ 居宅介護支援事業所に対するアンケート結果

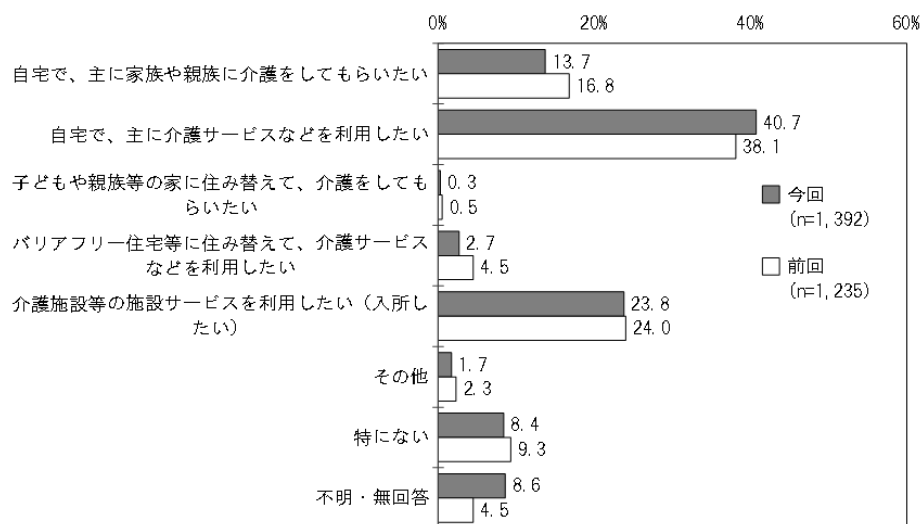
（設問：市内に不足していると感じているサービスはどれですか（複数選択可））



出典：令和5年度 居宅介護支援事業所集団指導におけるアンケート調査

※2 高齢者アンケート調査結果

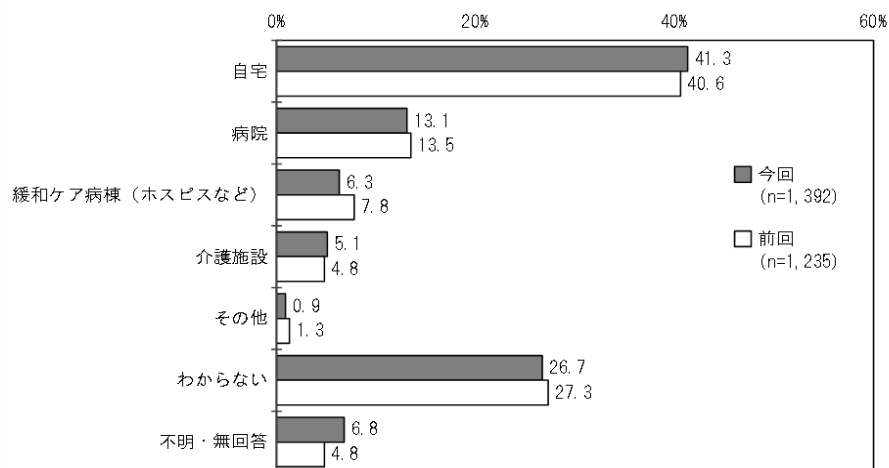
（設問：今後、介護・介助が必要になったとして、あなたはどのような生活を希望しますか。
（単数回答））



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和4年度実施）

※3 高齢者アンケート調査結果

（設問：あなたは、人生の最期の時期をどこで迎えたいと思いますか。（単数回答））



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和4年度実施）

取組み・施策	方向性	担当課
地域密着型サービスの基盤整備の方針	・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については、医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支えることで、在宅の限界点を高めることにつながることを期待されています。このため、サービスの利用状況などを注視し、結果をふまえて9期中における新規の整備について検討する必要があります。 ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）については、認知症になっても住み慣れた地域で家庭的な環境や地域住民との交流、支え合いの下で生活が続けられるよう、待機者数等をふまえて9期中における新規の整備について検討する必要があります。 ・認知症対応型通所介護については、サービス利用につなげるため、利用者、家族介護者、介護支援専門員（ケアマネジャー、地域住民等へのサービス内容の周知・啓発等の取組みにより、サービスの定着に向け支援していきます。	介護福祉課
施設サービスの整備の方向性（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）	・8期中における介護給付費の計画値と実績値との乖離をモニタリング調査したところ、特定施設入所者生活介護（有料老人ホームなど）や介護老人保健施設の入所者数について、実績値が計画値を下回る一方、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者数は、実績値が計画値を上回る結果となりました。8期計画の給付費を推計する段階において、介護老人福祉施設に入所できずに別の施設に入所するであろうと見込んでいた利用者が、実際には介護老人福祉施設に入所できているために、このような乖離が発生したと考えられます。 ・特養待機者数の近年の動向でも、待機者数が有意に上昇している傾向は見られないことや、本計画における「住み慣れた自宅での生活を継続したいという希望を叶えるために、在宅の限界点を高めるためのサービスを充実させること」を重視する視点にかんがみ、9期中における施設サービスの新規整備は見込んでいません。	介護福祉課

施策２ 高齢者の住まいと在宅生活を支えるサービスの方向性

「住まい」は、地域包括ケアシステムの中心に位置しています。国の基本指針においても、今後、一人暮らし高齢者の増加などが見込まれる中にあって、「住まい」の確保は、老齢期を含む生活の維持の観点に加え、地域共生社会の実現の観点からも重要な課題とされています。「住まい」の状況を問うニーズ調査の設問の回答を見ると、「持家（一戸建て）」が 56.5%で最も多く、「公営賃貸住宅」が 16.0%、「持家（集合住宅）」が 15.2%という結果になりました（※１）。個々のニーズに応じた安全な住まいが提供されることは、高齢者が住み慣れた地域でいつまでもいきいきと生活していくための前提になるものです。「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」（住宅セーフティネット法）において、高齢者は、低額所得者、被災者、障害者、子育て世帯などと並び、住宅の確保に特に配慮を必要とする者として位置づけられています。身寄りのない高齢者などは、家主から敬遠されるなどして民間の賃貸住宅への入居が難しいことがあり、かつ入居後もサポートが必要になることが想定されます。地域共生社会の実現に向け、住まいと生活の一体的な支援という観点から、高齢者の住生活の課題について、ソフト面・ハード面の両面で総合的に支援していくことが重要です。

ハード面の支援としては、個々の高齢者一人ひとりの希望や心身の状態、経済的事項などをふまえ、公営住宅、シルバーピア、高齢者向け優良賃貸住宅、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、民間住宅などの各種住宅・施設について、必要な情報提供を継続して行っていくことが重要です。また、国土交通省が運営する住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅（セーフティネット登録住宅）の情報提供システム（<https://www.safetynet-jutaku.jp/guest/index.php>）など、住宅政策を所管する国や都の部局の施策を注視しつつ、必要な情報の周知を行っていくことが重要です。在宅の高齢者が心身の状態悪化により在宅生活の継続に困難を感じている場合は、介護保険における住宅改修サービスや高齢者自立支援住宅改修などのサービス利用により、在宅生活の限界点を高めることができないか検討することも必要です。

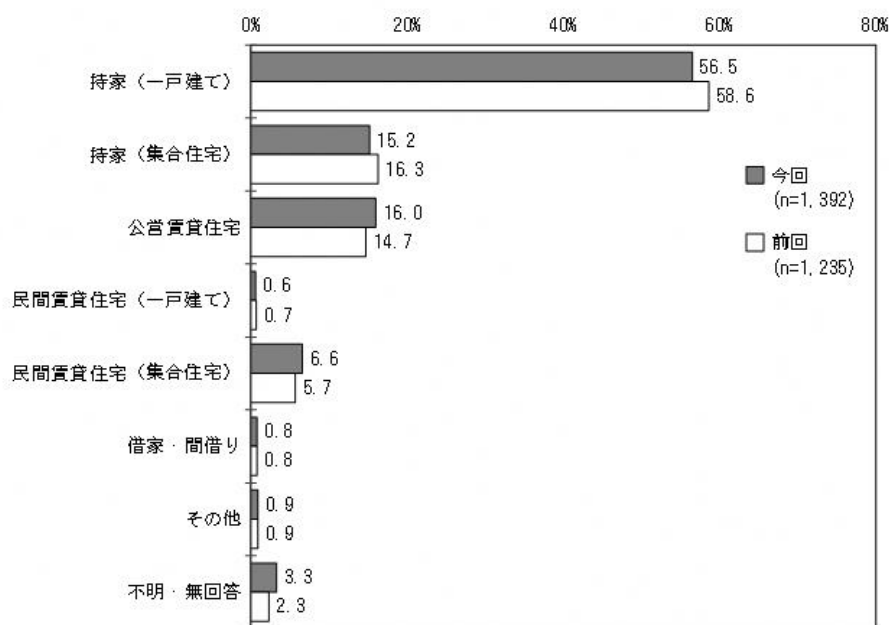
ソフト面の対策としては、個人の状況に応じて、ひとり暮らし高齢者のみまもり体制にかかる各種サービス（配食サービスや緊急通報システム、乳酸飲料配布事業など）やその他の生活支援サービス、介護保険サービスの訪問介護・訪問看護や福祉用具の購入・貸与、地域密着型サービスや総合事業サービスなどの適切な利用により日常の様々な不安を軽減しつつ、在宅での生活を支えることが考えられます。また、高齢者虐待などで高齢者の生命や身体に関わる危険性がある場合には、老人福祉法による措置を検討したり、収入の減少や家賃の滞納など生活困窮の問題を抱えている場合には自立相談支援につなぎ、相談支援員と一緒に問題を整理し解決するための方法を支援したり、住居確保給付金などの制度につなげるなど、福祉部門の中での横の連携が重要になる場面も増えています。

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅など、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設（以下「住宅型施設」といいます。）は、施設サービスである介護老人福祉施設や介護付有料老人ホームなどと同様に、高齢者が人生のさいごまで安心して生活できる住宅としての機能を有するものです。地域住民においては住まい（住宅）を中心にして社会関係が構築されていくのと同様に、住宅型施設の居住者の間で社会関係が構築されていくことがあれば、こうした施設も地域包括ケアシステムにおける「住み慣れた住宅」たりえと考えられます。住宅型施設における高齢者の実態を把握するためにも、こうした施設の数、総定員数、総入居者数を把握する（※2）とともに、自立、軽度要介護者、中・重度要介護者のそれぞれの内訳や退所者の退所理由（死亡、他の住宅型施設への転居、介護施設への入所、病院への入院などといった理由が考えられます。）などの情報を把握しておくことも重要です。また、本計画期中におけるサービスの見込量の推計にあたっては、その精度を高めるため、住宅型施設において提供される在宅サービスの見込量についても考慮する必要があります。

なお、集団指導の際に居宅介護支援事業所向けに実施したアンケート調査によると、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護などの施設・居住系サービスを「市内に不足していると感じているサービス」として挙げている事業所の割合は低いことから、一定程度充足しているといえます。住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅は要介護（要支援）者だけでなく自立者も入居可能で、自立をしているが今後の一人暮らしが心配、という方も対象にしていますが、サービス利用者には市外からの転入者も多く見られます。

※Ⅰ 高齢者アンケート調査結果

（設問：お住まいは一戸建て、又は集合住宅のどちらですか。（単数回答））



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和4年度実施）

※2 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の施設数（市内）

■ 介護付（混合型を含む）有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）

施設数	総定員数	総入居者数	入居者数内訳		
			自 立	軽度要介護者	重度要介護者
7 施設	506 人	409 人	47 人	104 人	258 人

（時点：令和5年4月1日現在）

■ 住宅型有料老人ホーム

施設数	総定員数	総入居者数	入居者数内訳		
			自 立	軽度要介護者	重度要介護者
3 施設	49 人	44 人	1 人	10 人	33 人

（時点：令和5年4月1日現在）

■ サービス付き高齢者向け住宅

施設数	総定員数	総入居者数	入居者数内訳		
			自 立	軽度要介護者	重度要介護者
3 施設	142 人	129 人	5 人	41 人	83 人

（時点：令和5年4月1日現在）

取組み・施策	方向性	担当課
住宅情報の情報提供	・高齢者が「住宅確保要支援者」に位置付けられていることから、住居の問題で困っている高齢者に対しては、個々の高齢者の希望や心身の状態、経済的事情などをふまえ、公営住宅、シルバーピア（高齢者集合住宅）、高齢者向け優良賃貸住宅、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームなどの各種住宅・施設についての情報を、引き続き提供していきます。	福祉総務課 介護福祉課 都市計画課
生活困窮高齢者の住宅対策	・低廉な家賃物件への転居の相談については、生活困窮者自立支援事業などを通じ引き続き市の事業を案内するとともに、東京都の事業などの状況を注視し、相談者への情報提供など、円滑な支援に努めます。 ・ひとりぐらし高齢者住宅手当支給事業については、低所得の独居高齢者に対する経済負担軽減のための施策として、事業の継続的な実施を図ります。	福祉総務課
介護サービスによる在宅支援	・高齢者の生活環境を整備し、在宅生活の継続を支援するためのサービスとして、居宅介護（介護予防）住宅改修、自立支援住宅改修を実施します。住宅改修サービスを利用する際は、利用者に対して複数の業者から見積もりを徴取することを奨励することにより、給付の適正化を図ります。 ・介護保険を利用した福祉用具の利用に際しては、利用者の負担なども考慮して、購入と貸与を適切に選択できるようにするなど、ケアマネジメントの向上を図ります。	介護福祉課
施設・居住系サービス、有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅	・介護付有料老人ホームについては、本市の被保険者の入居が結び付きにくい状況を考慮し、「東京都高齢者保健福祉計画」に基づく北多摩北部圏域における必要利用定員総数と圏域内の整備の動向などについて東京都と情報共有し、必要に応じて協議に対応します。	介護福祉課

施策３ 家族介護者支援の方向性

介護保険制度は高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みであり、家族による過度な介護負担を軽減することも、制度の創設理由の一つとして挙げられます。要介護者を介護している家族は何らかの心理的な負担感や孤立感を感じており、特に認知症の人を介護している家族の場合にはその傾向が強いといわれています。

市では、令和４年度において、在宅で生活する要介護（要支援）者やその主な介護者（家族など）の方を対象に、要介護者などの在宅生活の継続と家族介護者の就労の継続を目指したサービス提供体制の構築などについて検討するための基礎資料とすることを目的としたアンケート調査（在宅介護実態調査）を実施しました。調査結果を経年で比較すると、「主な介護者の年齢」を「70代」以上と回答した方の数は、前回調査（令和元年度実施）で35.1%であったのに対し、今回調査では39.4%（4.3ポイント増加）になるなど、増加傾向が見られます（※１）。いわゆる「老々介護」の問題と並んで、主な介護者の方が入院されたり亡くなられたりした場合に、要介護者を介護する家族・親族がいないなどの理由により、福祉関係者などの支援が必要になるケースも見られます。

また、同調査の「主な介護者が行っている介護」についてみると、全体では「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が72.8%と最も高くなっており、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が63.3%、「通院」が63.0%などと続いています（※２）。「食事の準備（調理等）」（60.6%）、「入浴・洗身」（17.9%）、「衣服の着脱」（21.8%）、食事や着替え、移乗といった、「屋内の移乗・移動」（14.6%）といった、日常生活動作に係る基本的なケアだけでなく、「服薬」（37.9%）、「認知症状への対応」（20.6%）などの、介護を必要とする方が住み慣れた地域で安全に、安心して生活することを支えるための様々な支援を、毎日の生活の中で行っていることが分かります。また、主な介護者が不安に感じる介護等について、全体では「通院」が30.7%、次いで「認知症状への対応」が30.4%となっており、主な介護者は認知機能が低下した方の気持ちや考えを他者にわかりやすく伝える役割を担ったり、老いに対する不安や葛藤、愚痴や悩みを聞く「話し相手」になったりもしています。

同調査の「主な介護者の方が介護を行う上で特に困っていること」についてみると、「特にない」という回答も25.1%と一定の割合で見られる一方、「心身の負担が大きい」（31.0%）、「介護者のリフレッシュのための時間が取れない」（22.1%）、「早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である」（21.8%）などの回答も得られています。要介護の方にとっても主な介護者である家族の方にとっても、介護は連続する毎日の生活の一部であるということをふまえて、家族介護者に対する切れ目のない支援を行っていくことが重要です。家族の介護負担の軽減のために必要な介護サービスの確保を図るとともに、家族の柔軟な働き方の確保、レスパイトケアなども考慮した総合的なケアマネジメントを推進することが重要です。定期巡回・随時対応型訪問介護・看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護などの地

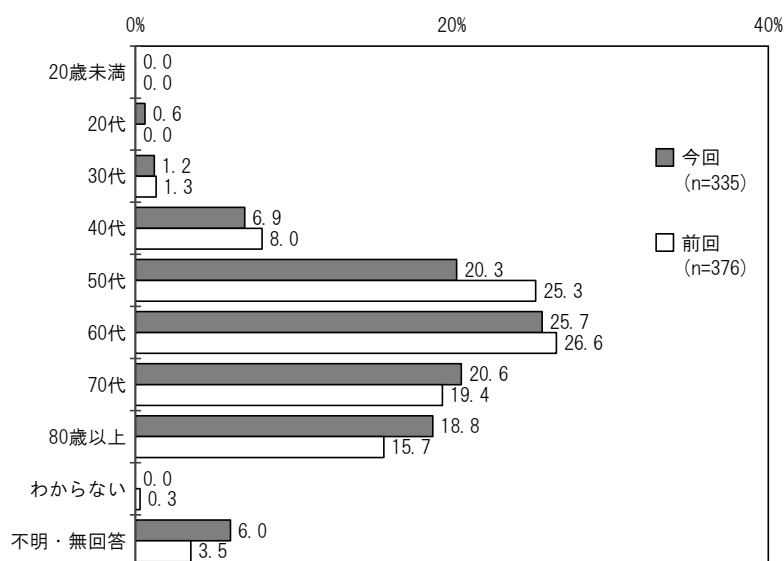
域密着型サービスについては、地域住民へのサービス内容の周知・啓発などを進め、利用しやすい環境を作っていくことが重要です。また、地域包括支援センターによる総合相談支援機能の活用などによる相談・支援の充実を図ることも必要です。

また、「家族や親族の中で、介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた人がいるか」についてみると、「主な介護者が仕事を辞めた（転職を除く）」が6.0%で、前回（令和元年度）調査の8.2%から、若干の減少傾向が見られます（※3）。継続的な介護には費用もかかることから、主な介護者の方の経済的基盤を確保していく必要があります。国は、家族の介護を抱えている労働者が仕事と介護を両立できる社会の実現を目指して、仕事と介護の両立に当たっての課題や企業の両立支援策の状況を把握し、介護休業制度などの周知を行うなどの対策を、総合的に推進しています。国が進める取組みについて、周知をしていく必要があります。

本来であれば大人が担うと想定されている家族介護を日常的に行っていることも、いわゆるヤングケアラーについては、こども家庭センター（令和6年4月開設予定）が集約するなか、教育部門、福祉部門などが協力・連携して取り組むことが求められています。近隣住民や親類からの相談、学校における児童生徒の変容などのサインを見逃すことなくヤングケアラーの存在を早期に発見し、児童福祉、教育、高齢福祉、障害福祉、生活福祉、保健、医療、その他地域の支援機関などの関係機関につなぎ、現に存在している資源を適切に活用しながら、ケースに応じた支援を進めることが求められています。ヤングケアラー支援における高齢福祉機関の役割としては、訪問介護・通所介護の頻度の増加やショートステイの利用などにより、間接的にヤングケアラーの負担をやわらげることなどが考えられます。関係機関からヤングケアラーがつながれてきた場合には、居宅介護事業所や地域包括支援センターと連携し、介護サービスの利用などのケアへつなげていくことが重要です。

※1 高齢者アンケート調査結果

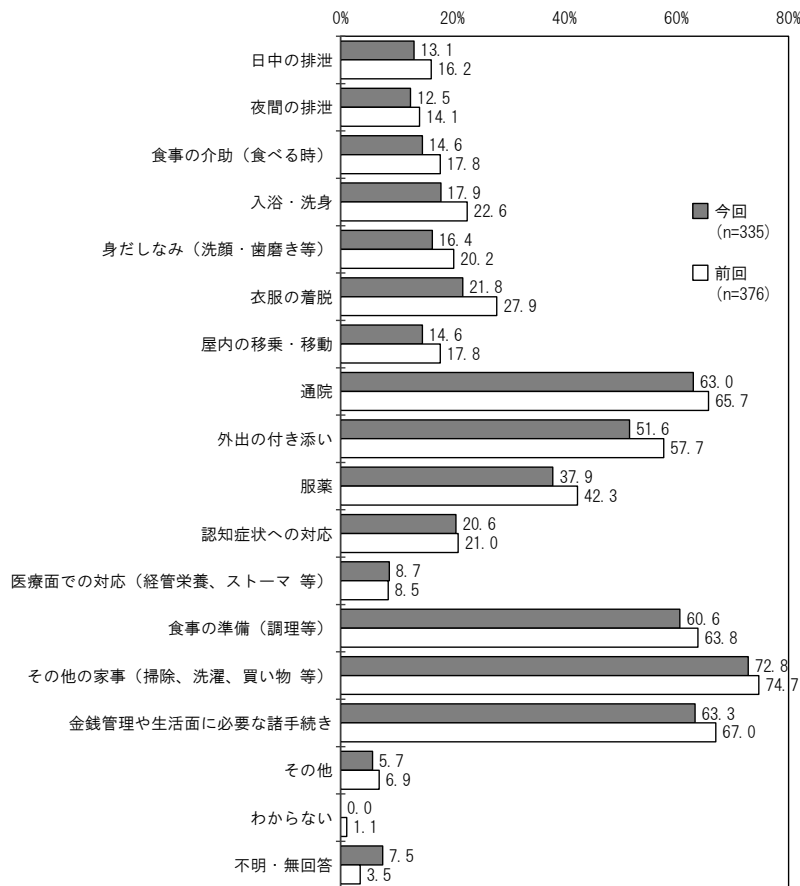
（設問：主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。（単数回答））



出典：在宅介護実態調査（令和4年度実施）

※2 高齢者アンケート調査結果

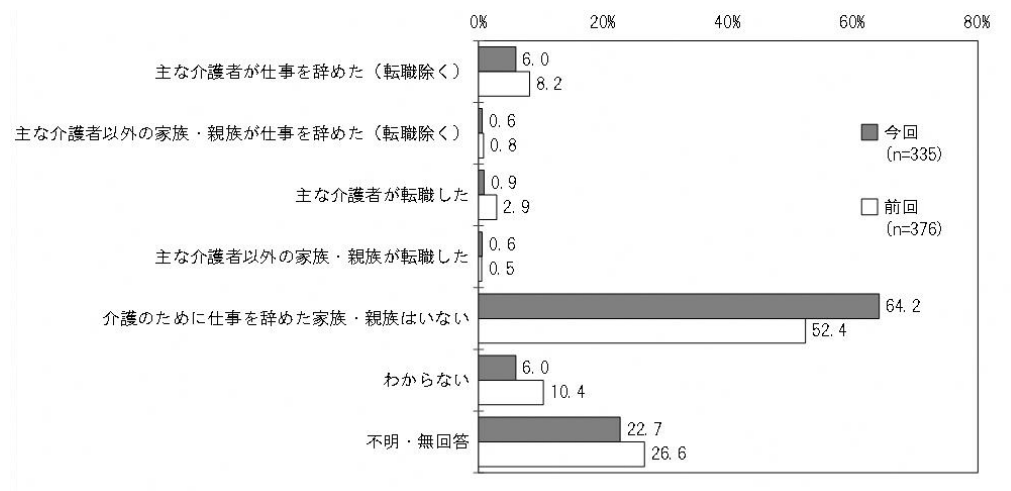
(設問：現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(複数回答))



出典：在宅介護実態調査（令和4年度実施）

※3 高齢者アンケート調査結果

(設問：ご家族やご親族の中で、介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか (複数回答))



出典：在宅介護実態調査（令和4年度実施）

取組み・施策	方向性	担当課
介護者のケアのための総合的なケアマネジメントの推進	・家族介護者の負担を軽減するには、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントによる、高齢者それぞれのニーズに合ったサービス利用が不可欠です。このため、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組みとして、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）向けの質の向上研修、ケアプラン点検、集団指導などを、8期計画に引き続き実施します。	介護福祉課
介護者のケアに資する介護サービスの整備・周知	・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、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護などについて、利用者、家族介護者、介護支援専門員、地域住民へのサービス内容の周知・啓発などを進め、利用しやすい環境を作り、家族介護者の負担軽減に取り組みます。 ・介護保険の利用案内である「ともにはぐくむ介護保険」のパンフレットなどを活用し、家族のレスパイトケアにつながる各種サービスの情報提供を行います。	介護福祉課
家族介護者支援に関する取組みの推進	・認知症介護者家族会を各地域包括支援センターで開催し、介護者の不安や悩みを共有するとともに、専門職へ相談してもらうことで介護者の孤立化防止や介護負担の軽減を図ります。介護離職についても意識した対応を心掛けます。 ・地域住民の気軽な相談場所として認知症カフェの周知に努めます。 ・認知症初期集中支援チーム事業の活用により、認知症に対する、適切な医療や介護サービスへつなぎ、介護負担の軽減を図ります。	介護福祉課
介護離職ゼロに資する情報提供	・介護休業制度など、「介護離職ゼロ」に係る国の取組みについて、厚生労働省の「介護離職ゼロ・ポータルサイト」を紹介するなどして、周知を図ります。	介護福祉課
認知症への理解を深めるための普及啓発事業	・認知症ケアパスの配布、認知症サポーター養成講座の開催により認知症への理解促進を目指します。 ・認知症地域支援推進員の活用により、相談体制の充実を目指します。	介護福祉課

施策４ 認知症施策の方向性

認知症施策にあたっては、認知症を「考えたくないこと」として意識の外に置くのではなく、誰の身にも起こりうることとして向き合い、認知症の人や家族の視点を重視しながら、認知症の発症を遅らせること（予防）と、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会（共生）を車の両輪とした対策を進めていくことが重要です。

また、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年６月１６日公布）（以下「認知症基本法」という。）の内容（※１）をふまえた取組みを進めていく必要があります。認知症基本法は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進するものであり、認知症の人を含めた国民一人一人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）の実現を目指すものとされ、共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念などに基づき国・地方が一体となって認知症施策を講じることとされています。地方公共団体は、認知症基本法の基本理念にのっとり、国との適切な役割分担をふまえて、地域の状況に応じた認知症施策を総合的かつ計画的に推進、実施する責務を有する（第４条）とされており、国民は、共生社会を実現するために必要な認知症に関する正しい知識、認知症の人に関する正しい理解を深めるとともに、共生社会の実現に寄与するよう努めなければならない（第８条）とされています。また、認知症についての国民の関心と理解を深めるため、毎年９月を認知症月間とし、９月２１日を「認知症の日」とすることも定められています（第９条）

認知症基本法の基本的施策としては、以下が挙げられています。

- １ 認知症の人に関する国民の理解の増進等（第１４条）
- ２ 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進（第１５条）
- ３ 認知症の人の社会参加の機会の確保等（第１６条）
- ４ 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護（第１７条）
- ５ 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等（第１８条）
- ６ 相談体制の整備等（第１９条関係）
- ７ 研究等の推進（第２０条）
- ８ 認知症の予防等（第２１条）

市においては、８期中「認知症施策推進大綱」（令和元年６月１８日認知症施策推進関係閣僚会議決定）の内容をふまえ、大綱の内容に沿った取組みを進めてきました。令和４年度のニーズ調査では「認知症に関する相談窓口を知っていますか。」という設問に「はい」と答えた方は１７.８％で、前回より０.７ポイント減少していることから、相談窓口である地域包括支援センターの更なる周知が必要です。また、「認知症に対して備えていることや取り組んでいることがありますか。」という設問の回答についても、「家族と話しあっている」の割合が２２.０％（前回から０.８ポイント減）、

生活習慣病や認知症などの予防に取り組んでいる」が23.7%（0.9ポイント増）、「ＴＶや雑誌、インターネット等のメディアから情報を入手している」が22.6%（5.6ポイント減）など、いずれも前回調査から若干の減少傾向が見られます（※２）。本計画期中における取組みを通じて、認知症に対する知識や関心を向上させていくことが重要です。

また、認知症などの症状により行方不明になるケースも増えています。こうした認知症高齢者などを早期に発見・保護するための事業として、市では「東久留米市認知症高齢者等みまもり事業」（※３）を実施しています。介護者の方にスマートフォンで読み取ることができる二次元コードが印刷されたみまもりシールを交付し、みまもりシールとＩＣＴサービスを用いて、発見者、認知症高齢者（本人）、介護者などが個人情報を開示することなく、伝言板を介してやり取りを行うことで、身元確認や介護者などへの引き渡しを迅速に行うことが期待されています。

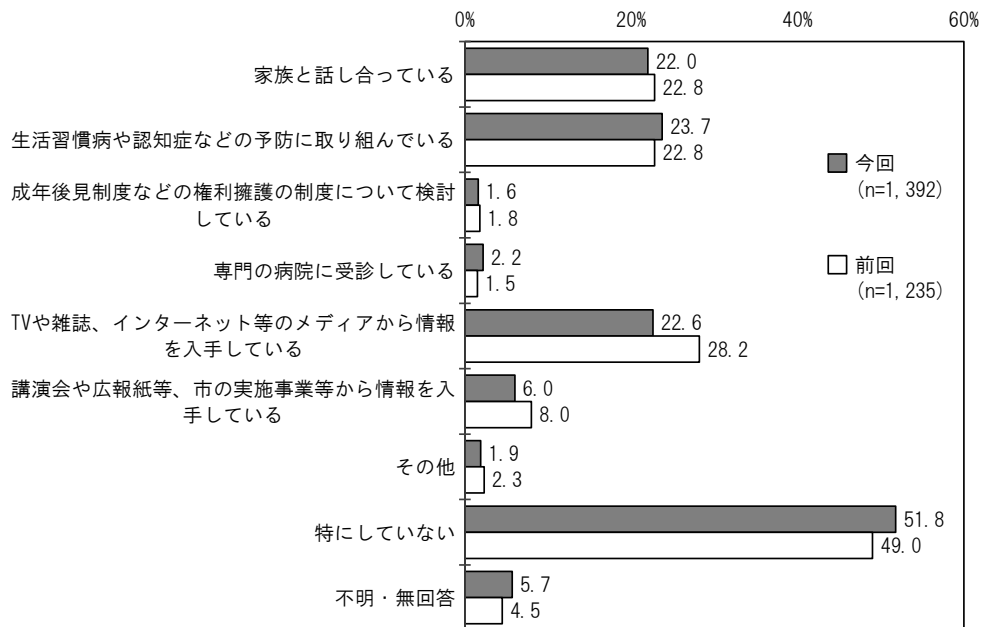
※１ 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の概要

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の概要	
背景	急速な高齢化の進展に伴い、認知症の人が増加している。
目的	認知症の人が尊厳を保持し希望を持って暮らすことができるよう、国、地方公共団体等の責務を明らかにして認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、認知症の人を含めた国民が、相互に人格と個性を尊重し支え合い共生する社会(共生社会)の実現を図る。
概要	基本理念をふまえつつ、国と地方公共団体において認知症施策を総合的かつ計画的に策定・実施する。
7つの基本理念（第3条） ①本人の意向尊重 ②国民の理解による共生社会の実現 ③社会活動参加の機会確保 ④切れ目ない保健医療・福祉サービスの提供 ⑤本人家族等への支援 ⑥予防・リハビリテーション等の研究開発推進 ⑦関連分野の総合的な取組み 基本的施策（第14～25条） ①認知症の人に関する国民の理解の増進等 ②認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進 ③認知症の人の社会参加の機会の確保等 ④認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護 ⑤保健医療サービス及び福祉サービスの提供 ⑥相談体制の整備等 ⑦研究等の推進等 ⑧認知症の予防等 ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力	
認知症施策推進基本計画等（第11～13条） ・ 国の「基本計画」策定義務 ・ 都道府県、市町村の「推進計画」策定努力義務 ※ 認知症の人、家族等の意見を聴く。 ※ 地域福祉計画、介護保険事業計画等との調和を図る。	
公布：令和5年6月16日公布 施行：交付の日から起算して1年を超えない範囲内で施行。 施行後5年を目途とした検討。	

出典：東久留米市作成

※2 高齢者アンケート調査結果

(設問：認知症に対して備えていることや取り組んでいることはありますか。(複数回答))



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和4年度実施）

※3 東久留米市認知症高齢者等みまもり事業

◆事業のながれ（登録から行方不明→保護→帰宅まで）

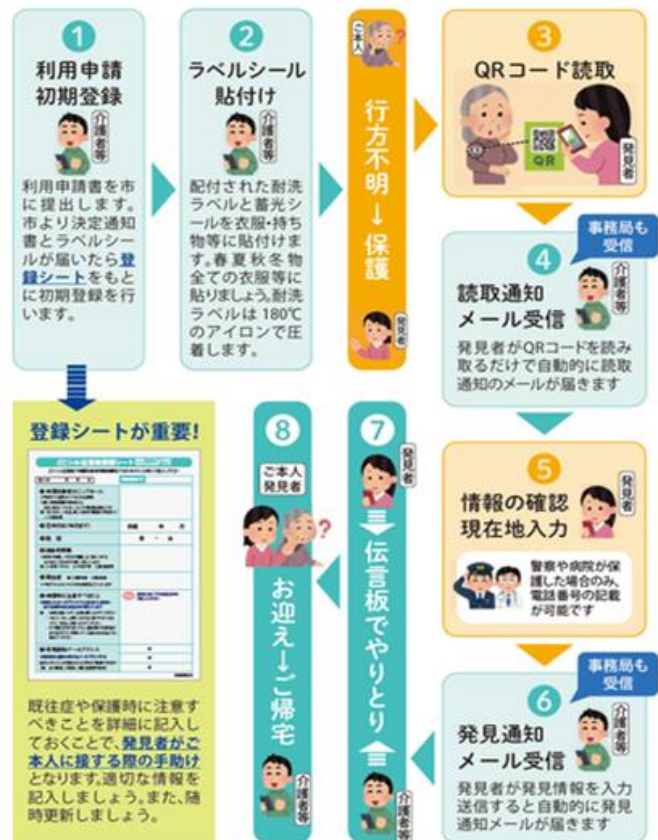
《事業概要》

- ・認知症高齢者の方などが迷い人となり、保護された場合に、発見者が二次元コードを読み取ることで、対象となる方の安否情報をインターネット上で共有することができます。
- ・発見からお迎えまで、チャット形式の伝言板でやり取りを進めます。
24時間365日、夜間も伝言板を通じてやり取りが可能です。
- ・個人情報を開示することなく、発見から保護、引き渡しを安心・安全・迅速に行うことができます。

《対象者》

市内に住民票があり、在宅で生活している、認知症等の症状により迷い人となるおそれのある40歳以上の方。

みまもりシール



※QRコードは、株式会社デンソーウェーブの登録商標です。

取組み・施策	方向性	担当課
認知症（の人）への理解増進（第14条）	・認知症についての関心と理解を深めるため、学校教育や社会教育における教育の推進、認知症の人に関する正しい理解を深めるための運動の展開など、必要な施策を講ずることとされています。 ・認知症についての知識と理解を深めることで、地域で生活している認知症の人やその家族へのみまもりを強化するため、「認知症サポーター養成講座」を開催しています。講座の開催件数については、8期中は新型コロナウイルス感染症の影響もあり減少しましたが、行動制限の解除を受け、9期においては持ち直しが期待されています。教育機関や企業、自治会などへの講座開催を推進します。 ・「東久留米市知って安心認知症ガイドブック（認知症ケアパス）」の配布事業は、随時、記載内容をアップデートしながら継続していきます。 ・認知症地域支援推進員及びキャラバンメイトの活用により、普及啓発を推進します。	介護福祉課
認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進（第15条）	・認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々とともに暮らすことができる安全な地域づくりの推進を図るため、移動のための交通手段の確保、交通の安全の確保、地域において認知症の人を見守るための体制のなどの措置を講ずること、国や都道府県、事業者や民間団体などと連携して、認知症の人にとって利用しやすい製品やサービスの開発及び普及促進などの施策を講ずること、などとされています。 ・東久留米市認知症高齢者等みまもり事業などを実施することにより、民間の事業者と連携して認知症の人のみまもりを推進します。	介護福祉課
認知症の人の社会参加の機会の確保等（第16条）	・認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症の人が自らの認知症に係る体験などを共有することができる機会の確保、若年性認知症の人の意欲や能力に応じた雇用の継続、就職などに資するよう、事業主に対する啓発、知識の普及などに必要な施策を講ずることとされています。 ・地域包括支援センターが立ち上げにかかわり、認知症の人やその家族と、地域住民、医療・介護の専門職などが集うことで認知症の人の本人発信の支援にもつながる認知症カフェの活動については、継続的に運営できるよう後方支援していきます。 ・本人ミーティングの開催について、継続して検討を行います。	介護福祉課

取組み・施策	方向性	担当課
認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護(第17条)	・認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るため、認知症の人の意思決定の適切な支援に関する指針の策定、認知症の人に対する分かりやすい形での情報提供の促進、消費生活における被害を防止するための啓発その他の必要な施策を講ずるものとされています。 ・意思決定の支援として、成年後見制度を推進します(基本目標2・施策5)。 ・「東久留米市知って安心認知症ガイドブック(認知症ケアパス)」などの市の刊行物の作成において、認知症の人への分かりやすい情報提供に努めます。庁内の関係部署と連携をしつつ、消費者被害の防止に努めます。 ・在宅医療・介護連携推進の取組みの中でも、既存の意思決定支援ガイドラインなどの周知強化に努めます。	介護福祉課
保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等(第18条)	・認知症の人がその心身の状況に応じた適切な医療を受けることができるよう、認知症に係る専門的な医療またはその心身の状況に応じた良質かつ適切な医療の提供などを行う医療機関の整備、医療提供体制の整備のための施策、地域包括ケアシステムの構築を通じた保険・医療・福祉の有機的な連携の確保、認知症の人の保健・医療・福祉に関する専門的知識、技術を有する人材の確保、養成及び資質の向上などの措置を講ずることとされています。 ・市内では、医療法人社団山本・前田記念会前田病院が東京都地域連携型認知症疾患医療センターに指定されており、認知症の人とその家族の支援体制の構築のため、医療機関相互の連携、医療と介護の連携を推進しています。 ・認知症初期集中支援チーム事業の活用により、適切な医療や介護サービスへつなぎ介護負担の軽減を図ることで、家族介護者に対する支援をしていきます。 ・既存の在宅医療・介護連携推進の取組みの中でも、引き続き認知症の人とその家族の支援を進めていくことが重要です。	介護福祉課

取組み・施策	方向性	担当課
相談体制の整備等（第 19 条関係）	・官民様々な主体の有機的連携の下で認知症の人やその家族などからの各種の相談に対し、個々の状況に配慮しつつ総合的に応じること、認知症の人やその家族が孤立しないよう、互いに支え合うために交流する活動に対する支援、情報提供や助言などを行うこととされています。 ・認知症地域支援推進員の活用により、相談体制の充実を目指します。 ・市の介護福祉課や地域包括支援センターの職員に対する研修を充実することなどにより、認知症の人やその家族からの相談に対し適切に対応できる体制づくりに引き続き取り組みます。 ・認知症サポーターステップアップ講座受講者の地域活動へのつながりを促進するとともに、チームオレンジの設置を推進します。 ・家族介護者支援に関する取組みを推進します（基本目標 2・施策 3）。	介護福祉課
認知症の予防等（第 21 条）	・認知症予防に関する啓発や知識の普及、地域における活動の推進、予防に係る情報収集などの施策を講ずること、認知症や軽度の認知機能の障害の早期の発見・診断・対応を推進するため、地域包括支援センター、医療機関、民間団体などの連携協力体制の整備、情報提供などの施策を講ずることなどが規定されています。 ・認知症予防に関する講演会や教室を引き続き実施します。	介護福祉課
市町村認知症施策推進計画	・認知症基本法第 13 条において策定が努力義務とされている市町村認知症対策推進計画については、今後、策定される予定の国の認知症施策推進基本計画（同法第 11 条）及び東京都の認知症施策推進計画（同法第 12 条）の内容などを注視しつつ、その策定について検討します。	介護福祉課

施策5 権利擁護の推進・高齢者虐待の防止の方向性

高齢者の権利擁護の取組みとしては、成年後見制度の利用を促進することで、判断能力が不十分な方の財産や権利を保護し、支援する必要があります。高齢者人口の増加に伴い認知症高齢者や身寄りのない高齢者、虐待の被害者になっている高齢者なども増加することが予測されていることから、成年後見制度への需要は今後も増加することが見込まれます。市においては、成年後見中核機関として、成年後見制度の相談、市長申立支援、成年後見広報、社会貢献型後見人（市民後見人）の育成、後見監督業務などを実施しています。また、成年後見の申し立てをできる親族がいない場合などは市長申立を行い、後見人の報酬が払えない低所得者に対しては報酬助成を行い、親族後見人にふさわしい方がいない場合には専門職団体（弁護士会・司法書士会・社会福祉士会など）と連携し、中核機関が後見人候補者のマッチングを行うことで、成年後見制度を利用した高齢者の権利擁護を推進します。また、後見人の担い手不足を解消するため、市では平成27年度より社会貢献型後見人（市民後見人）の養成を行っています。

高齢者虐待の防止に関しては、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）第3条において、各種行政機関と民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めること（第1項）、専門的な人材の確保および研修等による資質の向上に努めること（第2項）、高齢者虐待の通報義務や救済制度などについて広報・啓発活動を行うこと（第3項）が国および地方公共団体の責務とされていることをふまえ、広報・普及啓発、ネットワーク構築、行政機関連携、相談・支援などの体制整備に取り組んでいくことが重要です。

高齢者虐待のケースでは、虐待者側の要因として「障害・疾病」43.9%、「精神状態が安定していない」58.5%（令和4年度調査）などがあり、加害者である養護者の側も社会的孤立の問題、精神疾患、生活困窮などの複合的な問題を抱えていることが多く、高齢者本人を含む世帯全体の状態に寄り添う継続的な支援と、地域住民同士の支え合いや緩やかなみまもりの双方での支援を進めていく必要があります。ネットワークを活用した早期発見、継続的な支援と適切な権利擁護の推進が必要です。

また、高齢者虐待防止法では、高齢者虐待を「養護者による高齢者虐待」と「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とに大別し、後者についても必要な措置をとらなければならないとされており、老人福祉法に規定される老人福祉施設、介護付き有料老人ホーム、介護保険法に規定される介護保険施設のほか、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームなどの施設における虐待についても、対策を講じる必要があるとされています。同法の規定によれば、「養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を

発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない」とされていることふまえ、相談窓口が市町村であることの周知などを適切に行うとともに、通報または被虐待者からの届出を受けた場合は、同法第 22 条の規定に基づき、速やかに東京都への報告を行うことが重要です。

取組み・施策	方向性	担当課
成年後見制度の推進	① 中核機関の設置 成年後見制度の利用の促進に関する法律が平成 28 年 4 月に公布（同年5月施行）されたことに伴い市では、令和 3年度に、現在東久留米市社会福祉協議会に委託している成年後見推進事業を拡大して、社会福祉協議会に「中核機関」を設置しました。中核機関では、相談や権利擁護に関する普及啓発といった既存の事業だけでなく、親族後見人への支援や、成年後見の申立手続きに対する支援も行います。これにより、成年後見制度を利用しやすくするだけでなく、親族後見人などの理解不足・知識不足による不正の発生を未然に防ぐ効果も期待されます。 ② 市長申立・報酬助成・後見人候補者のマッチング 地域包括支援センターなど関係機関と連携して、利用が必要な方を適切に成年後見制度につないでいきます。申立できる親族がいないケースでは市長申立を行い、後見人の報酬が支払えない低所得者などには報酬助成を行い、親族後見人にふさわしい者がいないケースでは 専門職団体（弁護士会・司法書士会・社会福祉士会など）と連携し、中核機関が後見人候補者のマッチングを行うことで、高齢者の権利を守ります。 ③ 社会貢献型後見人の養成・支援 後見人の担い手不足を解消するため、平成 27 年度から社会貢献型後見人（市民後見人）の養成を行っています。9 期中も、中核機関において、社会貢献型後見人（市民 後見人）養成とアドバイス、後見人になった後の支援を継続します。	福祉総務課
高齢者権利擁護事業（高齢者虐待の防止と養護者支援）	・東久留米市高齢者虐待防止マニュアルに則り、関係機関と連携し早期発見・早期対応を目指します。 ・令和 5 年 3 月に改訂された国のマニュアルも活用し、虐待ケースの相談体制の強化を図ります。 ・引き続き関係機関と連携し、円滑に成年後見制度の利用へつなげていきます。 ・高齢者の尊厳を守ると同時に養護者に対して必要な支援を行います。	介護福祉課
みまもりネットワーク事業（認知症高齢者を含む） ※早期発見・みまもりネットワーク	・みまもり協力員、協力機関及び協定機関との連携を推進していきます。みまもりの意義について、市民、介護支援専門員（ケアマネジャー）などの福祉関係者へ継続的に普及啓発を実施していきます。 ・みまもりに関する仕組みの構築や啓発活動の充実を図ります。みまもり関連事業の連携と効果的な活用を推進します。また、個別の事例を通してネットワークの構築に努めていきます。	介護福祉課

取組み・施策	方向性	担当課
各種関係者会議等 ※保健医療福祉 サービスネットワー ク	・支援困難なケースについて、関係者でカンファレンスを行 い問題の解決を目指します。また、個別の事例を通してネッ トワークの構築に努めていきます。	介護福祉課
高齢者虐待等事例 検討会 ※関係専門機関介 入支援ネットワーク	・支援困難なケースの対応方法について専門家より助言・ 指導を受け、問題の解決を目指します。また、個別の事例を 通してネットワークの構築に努めていきます。	介護福祉課
介護施設従事者 などによる高齢者 虐待の防止	・養介護施設従事者などによる虐待対応マニュアル(国・ 都)に基づき、関係機関と連携し早期発見・早期対応を目 指します。 ・提出される事故報告や苦情相談から虐待の可能性につい て検討し、潜在的な虐待案件の未然阻止に努めます。	介護福祉課

基本目標３ 共に参加し共に支える、 地域ぐるみの体制づくりのための取組

施策Ⅰ 地域包括支援センターの体制整備の方向性

地域包括支援センター（以下、この項において「包括」といいます。）は、地域住民の健康の保持や生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする機関であり、地域の関係者とのネットワークの下、総合相談支援などの包括的支援業務や介護予防支援などの支援を行うとともに、こうした取組みを通じて市と一体となって地域課題の把握やその対応策の検討などを行うことが期待されています。

高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるように包括的及び継続的な支援を行う地域包括ケアの推進の土台となる地域包括ケアシステムの深化・推進において、包括は中核的な機関であり、地域共生社会の実現に向けた基盤として包括が機能していくことが期待される中で、包括の業務負担軽減と質の確保、体制整備を図ることは欠かせないものとなっています。

本市では、３つの日常生活圏域ごとに包括を設置し、高齢者の総合相談窓口として、総合的な相談支援、認知症ケアの推進、みまもり支援、権利擁護の推進、地域支援ネットワークの構築、介護支援専門員などへの支援などに取り組んでいます。

しかし、高齢者人口の増加や地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、コロナ禍での高齢者の心身機能の低下や虐待なども含む困難事例の増加など、包括が担う業務がさらに増大しており、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である包括への期待や効果も増大しています。

包括における業務負担の増加が課題となる中で、特に、各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施し、地域包括ケアとしての継続支援の入口となる総合相談支援業務における負担が大きくなっています。包括の根幹業務である総合相談支援業務については、権利擁護業務や包括的・継続的支援業務と連動させることで、地域包括ケアを推進することができ、専門性が高い３職種（社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員）のチームアプローチにより必要な援助などを行いますが、包括が専門性を発揮して取り組むべきものと、地域のネットワークなどを含め、他で対応可能なものの整理が重要です。

９期では、関係機関との連携強化や他分野との連携促進などネットワークの強化により、業務の効果的な運営体制を構築し、計画期中の早期において、ブランチ（包括と連携のもと、住民の利便性を考慮し、地域の住民からの相談を受け付けて、集約した上で包括につなぐための窓口）を設置することで、包括の業務負担の軽減と機能・体制の充実に取り組みます。

あわせて、日常生活圏域の再編も含めた包括のあり方や体制の整備などについての検討を行い、本計画期間終了までに、包括を1か所増設し、地域包括ケアシステムの推進に向けて、包括の質を確保するとともに、機能・体制の平準化を図ります。

生活課題の複合化や一人暮らし高齢者または高齢者のみ世帯の増加などがみられる状況において、多様化・複雑化・複合化したケースに対応できるだけの実践力が包括に求められています。実践力向上のための研修などの実施や参加機会の確保、事例の共有化などにより、包括職員のスキルアップや総合相談支援業務などの質の向上に取り組み、業務改善や人員体制の確保、関係機関との連携強化など、機能の充実を図ることで、対応力の強化を目指します。なお、包括の職員配置については、支援の質を確保しつつ、人材確保が困難である現状を踏まえ、国の法改正など（総合相談支援業務や介護予防支援の委託、職員配置の柔軟化など）に対応した業務運営の効率化・弾力化に向けた取り組みなどの検討を行います。

包括がその機能を発揮するには、身近な相談先として市民に認知されていることが重要です。令和4年度に実施のニーズ調査において、包括を知っていると回答した市民は41.7%となっており、相談先としての包括の認知度を高めるため、周知の強化を図ります。

また、市ではこれまで包括の今後のあり方について、介護保険運営協議会などで検討を行ってきましたが、9期においても、介護保険運営協議会などにおける包括の取組みに関する評価やPDCAの充実等により、継続的な評価・点検（モニタリング）を実施し、包括の効果的かつ効率的な運営についての検討を継続します。

施策２ 在宅療養および在宅医療と介護の一体的な提供体制の方向性

在宅医療・介護連携推進事業については、平成 26 年の介護保険法改正により「8 つの事業項目」が地域支援事業に位置づけられました。しかしながら、この 8 つの事業項目を実施すること自体が目的化しているなどという意見を受け、令和 2 年の介護保険法施行規則の改正により、各保険者が保険者機能を発揮して現状分析や課題把握、企画・立案を行い、PDCA サイクルに沿った取組みを継続的に行う中で、地域の実情に応じた事業選択するなどの柔軟な運用を可能にすること、他の地域支援事業などとの連携、看取りや認知症などの観点をふまえることなどの見直しが行われました。このことをふまえ、現状分析・課題抽出・施策立案、対応策の実施、対応策の評価・改善を行うという PDCA サイクルに沿った取組みを推進していくことにより、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生のさいごまで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進し、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を目指すことが重要です（※１）。医療と介護を一体的に提供するために、高齢者のライフサイクルを意識した上で、医療と介護が主に共通する 4 つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識した、切れ目のない医療と介護の連携体制が求められています。

社会保障審議会医療部会において審議が行われているかかりつけ医師の機能の確保についての検討の内容、およびその検討結果を受け令和 7 年 4 月に予定されている関連法の改正の内容などをふまえつつ、本計画期中においても継続して医療・介護連携の強化についての検討を進めていくことが重要です。ニーズ調査の結果によると、「かかりつけ医師を決めている」と回答した方の割合は全体で 79.5%であり、75 歳以上の後期高齢者の方になると 8 割以上が、かかりつけ医師を決めていると回答しています。かかりつけ医師には、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談などを行う機能があります。健康なときから何でも相談でき、高齢者の身体の状態を身近で把握しているかかりつけ医師を持つことが在宅での生活を継続する上で重要であることをふまえ、関係部署と協働して引き続き普及啓発を進めていくことが重要です。

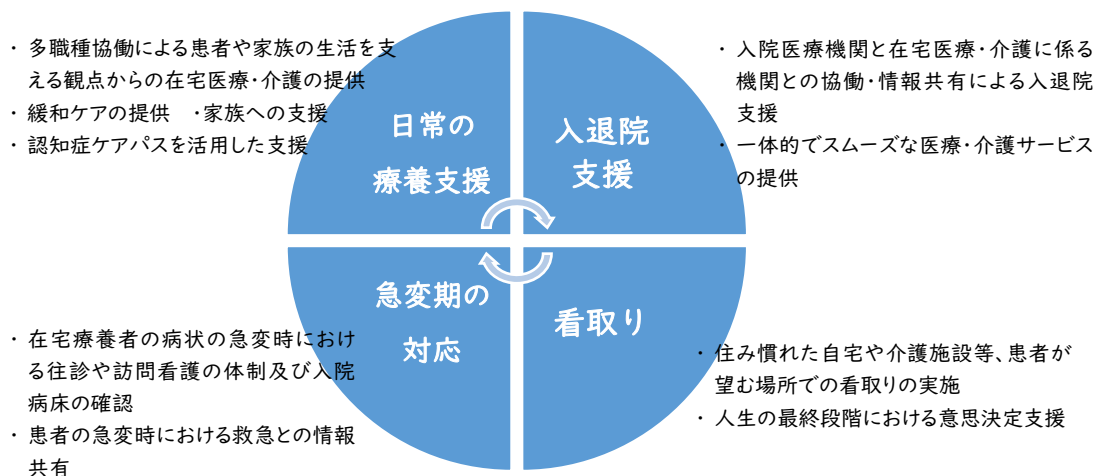
また、基本目標である「要介護状態や認知症になっても、自分らしい暮らしを続けるための取組」における「自分らしい暮らし」を実現するためには、人生のさいごまで、高齢者本人の気持ちや希望が尊重されることが重要です。しかしながら、終末期においては重篤な病気や認知症の進行などにより、高齢者自身が家族や医療・介護関係者に対し、本人が希望する医療やケアの方針を十分に伝えられないことがあります。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）（または「人生会議」ともいいます。）は、終末期を迎えるにあたり、自分自身が望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療・介護関係者などを交えて話し合い、共有する取組みです。こうした取組みは、ケアを受ける側・看取られる側だけでなく、ケアをする側・看

取る側が、本人が亡くなった後になって、本人の意思や望みに寄り添えなかったのではないかと後悔するようなことがないようにするためにも、今後必要になってくる取組みです。

こうした取組みを広げるための施策として、市では８期中、「在宅療養ガイドブック」の付録として「私の覚え書きノート（東久留米市版）」を作成するなどの取組みを行ってきましたが、ＡＣＰについての認知度を問うニーズ調査の設問では、「知っている」が１．９％、「言葉くらいは聞いたことがある」が９．９％などと、まだ広く認知されているとはいえず、継続して普及啓発を図っていくことが重要です。

また、在宅介護実態調査では、ＡＣＰについて備えていることや取り組んでいることはありますかとの問いに「医療・介護関係者（かかりつけ医・ケアマネジャーなど）と話している」が１４．４％、東久留米市在宅医療・介護連携推進事業課題検討アンケートでは、「わたしの覚え書きノートを活用しましたか」の問いに「はい」が１３．３％、「いいえ」が６２．９％、「知らない」が２１．９％と、活用が進んでいない現状があります。一方で「わたしの覚え書きノートを活用した８５％の方が「ＡＣＰについて話し合う際に役に立つ」と回答しており、医療・介護関係者を通じたＡＣＰへの取組みの推進が必要です。

※１ 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の４場面別にみた連携の推進）



出典：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を基に東久留米市作成

取組み・施策	方向性	担当課
地域住民への普及啓発 (在宅療養・ACP (人生会議))	・東久留米市在宅療養ガイドブック作成配布(市公式サイト掲載)、在宅療養シンポジウムなどの実施(毎年開催)、東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会と連携した啓発活動を継続します。 ・市各事業や地域包括支援センターの地区活動を通じての周知を継続します。 ・東久留米市在宅療養ガイドブックの発行については、活用状況も把握しつつ、引き続き、東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会(年3回)での検討を実施していきます。 ・三師会や東久留米市介護サービス事業者協議会などとの連携により、地域の医療・介護資源の把握に努めます。	介護福祉課
切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査、在宅医療・介護連携推進事業課題検討アンケートなどから課題の抽出を行います。 ・在宅医療の4場面別にみた連携の推進について、東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会の議論において検討し、体制の整備を進めます。 ・医療・介護関係者の情報共有部会や24時間診療体制確保部会専門部会を活用しながら課題の把握や対応策の検討・体制整備を目指します。	介護福祉課
医療・介護関係者間の情報共有	・「ケアマネジャーからの入院時連携情報シート」の周知・活用を継続していきます。 ・医療・介護関係者の多職種連携や、患者・家族とのコミュニケーションに資するツールとして、医師会の運営するICT「るるめネットワーク」の活用を促進していきます。 ・対象者の方の「わたしの覚え書きノート」の作成を通じて、多職種協働による患者や家族の支援を推進します。	介護福祉課
在宅医療に関する相談支援	・東久留米市在宅療養相談窓口の周知の継続をしていきます。 ・関係機関と連携した相談支援体制の構築に努めます。	介護福祉課
医療・介護関係者の研修	・東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会の議論を通じて、多職種連携につながるような研修必要を実施します。	介護福祉課
ACP(人生会議)への取組み	・東久留米市在宅療養ガイドブックにACP(人生会議)について掲載することで、普及啓発を図ります。 ・医療・介護関係者を通じた「わたしの覚え書きノート」を活用した、ACPへの取組みの推進が必要です。 ・三師会や東久留米市介護サービス事業者協議会をはじめとした医療・介護関係者との連携体制の構築を図ります。	介護福祉課

施策3 ひとり暮らし高齢者の「みまもり」体制構築の方向性

高齢者の一人暮らし世帯・高齢者二人暮らし世帯の増加及び認知症の人の増加などに対応して、日常生活の継続において何らかの「みまもり」を必要とする高齢者も増加しています。みまもりの方法には、①緩やかなみまもり、②担当によるみまもり、③専門的なみまもりの3類型（※1）があり、支援を必要とする人の身体的・社会的状況をふまえ、本人の希望にも寄り添いつつ、適切な方法でみまもりを継続していくことが重要です。

地域によるみまもりでは、地域住民や民間の事業者などが、自宅の郵便受けに新聞がたまっている、近所で見かけたがいつもと様子が違っていた、といった高齢者の身の回りに起こる小さな変化に気づき、介護福祉課や地域包括支援センターなどの機関に報告をいただくことで、心身の異常の早期発見や支援につながるケースが見られます。また、これまで継続的に「通いの場」の活動に参加していた方が現れなくなった、地域のサロンに来ていた人の顔を見かけなくなった、といったことから、対象者の心身の状態の異変に気付くといったこともあり得ることから、広義のみまもり機能を持つものとして、住民主体の「通いの場」の活動などを引き続き推進していく必要があります。また、「通いの場」の活動などにより住民同士の交流が広がっていくことで、住民同士が相互にみまもり合うという関係が構築されることも期待されます。

みまもりネットワーク事業（※2）は、民生委員やボランティア、自治会の人などで市から委嘱を受けた「みまもり協力員」の方が、地域の高齢者への声掛けなどを通じてみまもりを行う事業です。事業の対象者はおおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者・高齢者のみ世帯の方で、親族の訪問が月1回未満で、介護保険など公的サービスを利用していない方であり、介護保険サービスや地域包括支援センターなどによる専門的なみまもりが必要になる前的高齢者の方を、地域で見守っていくものです。みまもり協力機関として登録され、通常業務を行う中で問題や異変に気が付いた際、速やかに地域包括支援センターに情報提供を行い、早期対応につなげる役割を果たしています。また、市では、早期発見と地域づくりのための取組みとして、民間事業者などと「東久留米市高齢者等みまもりに関する協定書」を締結しています。協定を締結した事業者（※3）は令和5年4月1日現在12者に上っており、今後も普及啓発などにより協力者を増やしていくことを検討します。

定期的な安否確認や外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援を含む日常生活上の支援が必要な高齢者は、今後も増加していくことが予測されています。そうした中で、支援を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくためには、各種介護保険サービスや多様な生活支援サービスの整備だけでなく、民生委員やボランティア、自治会、民間企業や個人商店、認知症サポーターなどの多様な主体の参画や地域包括支援センター、生活支援コーディネーターによる地域資源の発掘や個別の要支援者とのマッチングも重要です。

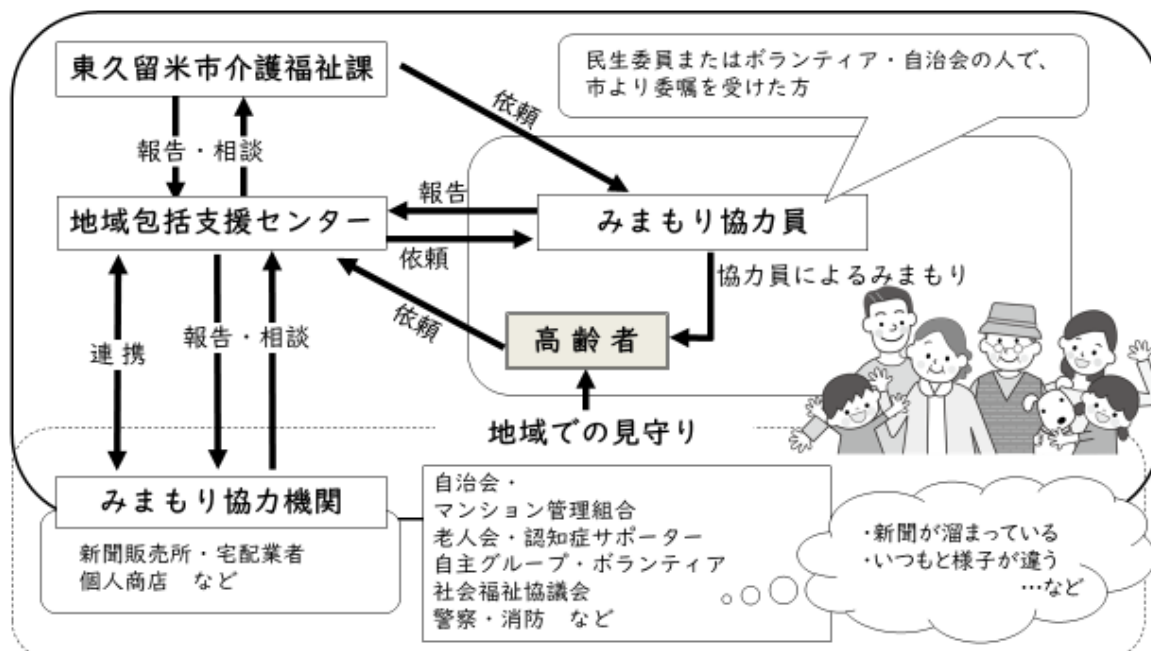
一方で、高齢者自身がみまもりの必要性を感じておらず、緊急連絡先などの把握が困難であり、有事の際に問題となるケースもあります。ケアマネジャーなどの福祉関係者への啓発などを通して高齢者への継続的な働きかけを行っていくことが必要です。また、「東久留米市救急情報シート」の作成を通じて、いざという時に備えて救急隊や医療関係者に知らせるべきことをまとめておいたり、「私のみまもり情報シート」の作成を通じて、自分を見守ってくれている人のことを知っておいたりすることも重要です（※4）。

※1 みまもりの方法の3類型

①緩やかなみまもり	地域住民や民間事業者が日常生活、日常業務の中で、いつもと違う、何かおかしいと感じる人がいたら、専門の相談機関に相談するなど、地域で緩やかに行うみまもり活動。
②担当によるみまもり	定期的な安否確認や声掛けが必要な人に対して、民生・児童委員、老人クラブ、住民ボランティアが訪問するなど、担当を決めて定期的に行うみまもり活動。
③専門的なみまもり	認知症、虐待など対応が困難な高齢者等に対して、地域包括支援センター、高齢者みまもり相談窓口等の専門機関の職員が専門的な知識や技術をもって行うみまもり。

（出典：東京福祉局4版高齢者等の見守りガイドブック）一部改

※2 みまもりネットワーク事業のしくみ



※3 東久留米市高齢者等みまもりに関する協定締結事業者

協定日	事業者名	事業種別
平成 25 年 1 月	多摩新聞販売同業組合東久留米支部(8事業所)	新聞販売所(配達)
平成 27 年 2 月	ヤマト運輸株式会社 武蔵野主管支店	宅配業者(配達)
平成 28 年 2 月	生活協同組合コープみらい	宅配業者(配達)
平成 28 年 2 月	生活協同組合パルシステム東京	宅配業者(配達)
平成 28 年 5 月	アルフレッサ株式会社 小平支店	小売業(医薬品等卸売販売)
平成 28 年 10 月	東都生活協同組合	宅配業者(配達)
平成 30 年 8 月	東京ガス株式会社 東京西支店	ガス
平成 30 年 8 月	東京ガスイズミエナジー株式会社	ガス
令和 3 年 2 月	第一生命保険株式会社 所沢支社	金融業・保険業
令和 3 年 12 月	東京都住宅供給公社	不動産業

地域活性化包括連携協定（東久留米市高齢者等みまもりに関する覚書）締結事業者

協定日	事業者名	事業種別
平成 28 年 11 月	株式会社セブン-イレブン・ジャパン	コンビニエンスストア
平成 28 年 11 月	株式会社イトーヨーカ堂	スーパーマーケット

(上記は令和5年10月1日現在)

※4 東久留米市救急情報シート・私のみまもり情報シート

[illegible]

東久留米市救急情報シート

[illegible]

私のみまもり情報シート

※ さまざまなみまもり事業・サービス

事業・サービスの名称	対象者	事業・サービスの内容	所管課 実施主体
みまもりネットワーク事業	おおむね 65 歳以上のひとり暮らしまたは高齢者のみ世帯で、介護保険などの定期的な公的サービス未利用の方	みまもり協力員が高齢者に声掛けや遠いみまもり（郵便物の確認など）を行います。地域包括支援センターで相談のうえ、個別に計画します。	介護福祉課 地域包括支援センター
配食サービス事業	おおむね 65 歳以上のひとり暮らしまたは高齢者のみ世帯で、日常生活（食の確保）に支障があり、定期的な安否確認を要する方	バランスのとれた食事健康保持を図り、定期的なふれあいで安否確認をします。原則週 2 食（最大週 4 食まで可能）申請に基づき、決定します。	介護福祉課 地域包括支援センター
あんしん生活調査	75 歳以上のひとり暮らし世帯または高齢者のみの（65 歳以上の方を含む）世帯	毎年、高齢者の生活を支える基礎情報を、地域包括支援センター職員が担当地区を決めて直接訪問してお伺いします。	介護福祉課 地域包括支援センター
緊急通報システム事業	65 歳以上のひとり暮らしまたは病弱な高齢者のみの世帯で、心臓疾患などで常時注意を要する方など	直接消防署へ連絡できる機器を貸与します。NTT の電話回線と協力員が 2 人必要（おおむね 500m 以内に居住している方）。所得により負担額が異なります。	福祉総務課
乳酸飲料配布事業	65 歳以上のひとり暮らしで、みまもりネットワーク事業や配食サービスを利用していない方（介護保険サービスなどを未利用の方）	安否確認のため、乳酸飲料を配達します。緊急連絡先として市内または近隣市に住む方 2 人の登録が必要です。無料。	福祉総務課
友愛活動 （東久留米市シニアクラブ連合会）	シニアクラブ連合会に加入している老人クラブの活動区域で、ひとり暮らしをしている高齢者の方や高齢者世帯など	みまもりなどが必要な方に対して、シニアクラブ連合会の会員が声掛けで安否確認を行い、家庭訪問をして話し相手になることで孤立感を解消します。	福祉総務課
ミニデイホーム・子育てサロン活動	主に日中に孤立しがちなひとり暮らし高齢者、障害者、乳幼児を抱える親など	趣味・健康・交流活動などを通して、顔の見える関係を作ります。月 1 ～ 2 回。	東久留米市 社会福祉協議会

出典：介護保険利用パンフレット「ともにくむ介護保険」令和 5 年度版

施策４ 地域のつながりづくりと「地域共生社会」に向けた取組の方向性

支援を必要とする高齢者が増加する一方で、高齢者を支える側である現役世代の人口は減少しています。また、貧困や精神疾患など複数の問題が重なり合うことで、問題の解決が一層困難になっているような事例も顕在化しています。支え手・受け手といった従来の関係性や、制度・分野ごとの縦割りを超えて、地域住民や地域の多様な主体が地域の課題解決に向けた取組みに「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで地域を共に作っていく社会（＝地域共生社会）の実現が求められる中で、様々な主体や地域の住民同士の関係を構築する、「地域のつながりづくり」のための取組みの重要性は一層高まっているといえます。

地域のつながりを強化して地域ぐるみで高齢者の在宅生活を支えていくためには、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人などの多様な主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援していく必要があります。各地域包括支援センターに設置されている「生活支援コーディネーター」は、多様な主体による多様な取組みをコーディネートする機能（資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組みのマッチングなどの機能）を担うことで、一体的な活動を推進しています。また、多様な主体の間で定期的に情報共有を行い、連携・協働により地域づくりの取組みを推進するため、「協議体」を設置しています。協議体には、市全域で、複数の人に普遍的に影響を及ぼす地域の課題を通じた資源開発や政策の形成を行う「第１層協議体」と、日常生活圏域で、地域包括支援センターの活動から抽出された課題を通じた資源開発や政策の形成を行う「第２層協議体」（地域ケア推進会議）があります。８期中の「第１層協議体」の開催経過は※１のとおりです。

「地域ケア会議」は、個別事案における課題の解決や支援の充実と、課題の検討により見えてくる地域課題の発見や検討を通じて、地域包括支援ネットワークの構築を進めていくことで、地域包括ケアシステムの深化・推進を実現するための取組みです。そのため市では地域ケア会議の体系図を整理することで、第１層協議体・第２層協議体、その他の協議体・会議体との連携の仕組みを構築しました。自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議は、生活圏域ごとに、個別の要支援者や総合事業の事業対象者の支援を通じて課題の解決や地域包括支援のネットワークづくり、地域課題の発見などを図ることを目的に実施しています。令和２年度より管理栄養士が参画することになり、介護予防を重視した会議としての深化を図っています。また、その他の地域ケア個別会議は、生活圏域ごとに、困難ケースや複合問題ケースについて、個人や家族単位の生活課題から課題の解決や地域包括支援のネットワークづくり、地域課題の発見などを図ることを目的に、地域包括支援センターが主催する会議です。さらに、地域ケア会議で検討する計画及び検討した個別事例については、地域包括支援センターのセンター長会議の会議体を利用して、その後のモニタリングを実施し、検討する会議体について合議する仕組みを構築しまし

た。地域ケア個別会議や地域ケア推進会議（第2層協議体）から把握した地域課題について、関係機関と連携し、具体的な解決策や資源開発、政策の形成などを図る取組みも進めています。

地域ケア個別会議や地域ケア推進会議（第2層協議体）から把握した地域課題について、具体的な解決策、資源開発等の取組みを関係機関と連携して進めていくことが重要です。いわゆる「8050 問題」やヤングケアラー、主な介護者が精神疾患に罹患しているケースなど、複数の問題が複合的に絡み合う対応困難ケースや、ダブルケア（子育てと親や親族の介護が同時期に発生する状態）の問題など、人々の生活スタイルの変化や多様化に伴い直面している新たな課題に対応するために、福祉の制度や分野の枠を超えた、一層の包括的な支援体制を構築する必要があります。また、地域共生社会の実現が新たな政策課題と位置付けられ、家族や地域の支え合い機能が脆弱化し「社会的孤立」が問題視されている中で、具体的な課題解決を目指すアプローチ（課題解決型支援）だけでなく、「つながり続けること」を目的としたアプローチ（伴走型支援）のあり方についても、今後、検討していく必要があります。

※Ⅰ 第Ⅰ層協議体における8期中の開催経過

年 度	テーマ	成果物等
令和2年度	『高齢者のみまもりについて』 東部地区第2層協議体より、市全体で情報共有の取組みの推進を図りたいと提案があり実施。 1回目：「現在のみまもりの課題と関連活動を知る」ために情報交換。 2回目：新型コロナウイルス感染拡大のため中止	令和3年度地域包括ケア特集「みんなで気づいてみんなでみまもり～東久留米の高齢者のみまもり関連事業～」を作成。市民周知実施
令和3年度	『高齢者のみまもりについて』 1回目：「高齢者の生活の場での緩やかなみまもりを考える」 2回目：「専門的なみまもりを継続していく中での連携のポイントについて」	地域包括ケア特集による、みまもり関連事業の周知を継続実施
令和4年度	『男性の定年後の社会参加について』 1 回目：男性の社会参加の必要性を知る 2回目：他課の取組みを知る、地域の取組みを知る	・地域包括ケア特集による、みまもり関連事業の周知を継続実施
令和5年度	『男性の定年後の社会参加について』 1 回目：「市各部署で把握している通いの場について～何をどのように周知すればよいか検討する～」 2回目：「～市関係部署で把握している「通いの場」の見える化データの活用について～」	・地域包括ケア特集による、みまもり関連事業の周知を継続実施 ・各課共通で利用できる通いの場の媒体 kintone（案）について検討

基本目標４ 持続可能な介護保険サービス等の提供体制を整備するための取組

施策Ⅰ 介護認定事務の効率化の方向性

高齢者、特に要介護（要支援）認定を受ける方の割合が高い 75 歳以上の後期高齢者の増加に伴い、要介護（要支援）認定申請（新規・更新・区分変更）の件数は年々、増加しています。支援を必要とする人に対し早期に介入して、身体状況に応じたサービスを迅速に利用できるようにするためには、認定に係る事務を遅滞なくかつ適正に実施することが重要です。認定申請の受付から主治医意見書の取り寄せ、認定調査、コンピュータによる一次判定、認定審査会による二次判定を経て、申請から 30 日以内に最終的な認定結果を通知することが求められています（主治医への受診がなく意見書の提出が遅れたり、状態不安定などの理由で訪問調査の日程が決まらなかったりした場合など、やむを得ない理由で結果が出るまでに 30 日以上かかる場合もあります。）が、現状では、認定結果の通知までに 30 日以上期間を要するケースも見られることから、今後の高齢者の増加に伴う事務量の増加を見越して、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化といった業務改善のための取組みを進めつつ、その生産性を高めるために必要な体制を計画的に整備していくことが重要です。

市では、令和 4 年 8 月に東久留米市 DX 推進方針を策定し、業務の効率化による行政サービスの質の向上に向けた取組みを進めています。また、令和 5 年 4 月には DX の推進などについて専門的な助言や支援を行う DX 推進アドバイザーを設置するなど、庁内全体で業務改革を推進しています。

介護福祉課では、こうした市全体の取組みと連動して、要介護（要支援）認定の事務を一層効率的に進められるよう、令和 5 年度における都の行政手続等デジタル化推進事業を活用して BPR（業務改革）を進めています。この事業は、東京都が市に対して行政手続に関する BPR からデジタル化への一貫した伴走型支援を行うもので、東京都（委託事業者）、行政経営課とともに介護認定調査業務のデジタル化の取組みを進めています。この取組みを実現するには、担当職員と認定調査員が BPR の趣旨を理解し、適切に研修などを実施しながら進めていくことが重要です。また、デジタル化による業務改善の取組みと並行して、認定事務の効率化や認定審査会の簡素化を進めていくことも重要です。

認定事務の効率化の取組みとしては、平成 29 年 3 月以降、定型的かつ専門性の高い業務のアウトソーシングを実施しています。また、認定調査員の個々の調査スキルの一層の向上を測るため、研修の充実などにより、調査の質の維持・向上を図っていくことも重要です。市では、認定調査員新任研修、現任研修を実施しているほ

か、不定期で認定調査員の事例検討会を開催するなどして、個々の調査員のスキルアップを図っています。

取組み・施策	方向性	担当課
認定調査事務のデジタル化推進	・認定調査において紙ベースでの作業を減らすことで、認定調査員の業務の効率化や、認定申請から結果通知までの期間短縮を目指します。 ・認定調査の質の平準化、公平性を担保するため、AI技術による確認作業の導入を検討します。	介護福祉課
介護認定審査会のペーパーレス・オンライン化	・膨大な審査会資料をペーパーレス化することで、資料印刷などの時間・経費削減や、審査会開催までの期間短縮を目指します。 ・審査会を対面開催からオンライン開催に変更することで、審査会委員（医療・介護などの専門職）の移動時間や待ち時間の削減による負担軽減・効率化を目指します。	介護福祉課

施策２ サービス向上に資する給付適正化の方向性

介護給付の適正化は、適切なケアマネジメントなどにより介護サービスの利用者の心身の状況を見極めた上で、事業者がルールに従ってサービスを適切に提供することを促すために重要な取り組みです。利用者が「真に」必要とするサービスを「過不足なく」受けられるようになることによって、利用者にとっては要介護状態の改善につながる良質なサービスの提供や、不必要なサービスを受けなくなることによる費用負担の軽減などの利益につながります。また、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度全体に対する信頼感を高めることにもつながり、介護給付費や保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度を構築することにもつながります。そのため、保険者機能の一層の強化という観点からも、介護給付適正化の事業について、保険者である市町村が主体的・積極的に取り組むことが重要であるとして、市町村介護保険事業計画には介護給付などに要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めることとされています。このことから、本市では、本計画において介護給付適正化の実施目標を定め、高齢者の自立した日常生活のために必要な質の高いサービスを提供していくとともに、介護保険制度の持続可能性の向上を目指します。

国においては、８期中より、介護保険財政調整交付金の算定に当たって、給付適正化の主要５事業のうちの３事業を行っていることを勘案することにより、給付適正化の実施に一定の財政的インセンティブを付与してきました。こうした仕組みについて、保険者の側からは、例えば「給付費通知」については、通知の作成・発送などにかかる事務負担やコストと比較して、給付適正化の効果が十分に上がっていないのではないかという意見や、「ケアプラン点検」については、効果が見込まれる帳票に重点化するなど、実施方法や体制に一層の工夫が必要ではないかという意見などが挙げられていました。このため、社会保障審議会介護保険部会の議論において、これまでの介護給付適正化「主要５事業」については、保険者（市区町村）の事務負担の軽減を図りつつ、より一層効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取り組みを含めた事業の重点化・内容の充実・「見える」化を行うことが重要との見解が示され、９期の国の基本指針に反映されることとなりました。具体的には、事業の費用対効果が芳しくないという意見が多かった「介護給付費通知」を外して任意事業に位置づけ、「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を、事業の性質的に親和性が高い「ケアプラン点検」に統合することにより、現行の給付適正化の「主要５事業」を、要介護認定の適正化、ケアプラン点検、縦覧点検・医療情報との突合の「主要３事業」に再編することとなりました。また、再編後の３事業については、全国において実施率１００％を目指すこととされ、そのため普通調整交付金の算定に当たって、各保険者における主要３事業の取り組み状況を勘案することとされました。

市においては、こうした国の基本指針の内容を踏まえつつ、「主要３事業」の確実な実施に向けた取組みを進めていくこととします。国において費用対効果を見込みづらいとされて任意事業となった給付費通知の発送は、本市においても、通知の作成にかかる事務負担、通知の印刷・封入封緘・発送にかかるコストに見合った効果が期待できないことから、９期中において見直しを行います。一方、ケアプラン点検や実地指導の実施においては、事業所の負担軽減にも配慮しつつ、引き続き効果的・効率的な実施と実施後の改善状況の確認の方法について検討を進める必要があります。また、縦覧点検・医療情報との突合については、東京都国民健康保険団体連合会への委託業務として、継続して実施していきます。

施策3 介護現場の生産性向上および介護人材確保の方向性

高齢者人口の増加により、介護サービス需要がさらに高まることが見込まれる一方、生産年齢人口の急激な減少が想定される中、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保に向けた対応が必要となっています。

しかし、介護関係職種の有効求人倍率は依然として高い水準にあり、介護現場では慢性的な人材不足となっていることから、介護サービスの質の確保・向上と人材不足に対応することが喫緊の課題となっています。また、将来にわたって安定的な介護サービスの提供体制を確保していく観点から、職員の業務負担軽減、職場環境の改善など介護現場の生産性向上（業務改善）に取り組む必要があります。

9期においては、国や都との連携による介護人材の確保・定着や育成、働きやすい職場環境の整備に向けた支援などを通じて、人材の確保に取り組めます。

市では、介護のすそ野を拡げ、新たな人材を確保するための取組みとして、介護の入門的研修の実施から事業所とのマッチングまでを一体的に行う「介護のしごと入門研修」を実施しています。就業につながった事例や介護分野への関心や参加のきっかけとなっていることから、適宜事業内容などを更新しつつ、研修の継続と周知に取り組めます。また、将来の介護人材の確保に向けた取組みとして、様々な場や媒体を活用した情報発信など、介護の仕事への理解促進や社会的評価の向上を図ります。

介護人材を確保するには、処遇改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止などの取組みを総合的に実施する必要があります。令和5年度に市内で介護サービスを提供している介護サービス事業所向けに行った「東久留米市介護保険事業推進に関するアンケート調査」では、職員の定着についての設問において、13%の事業所が「離職者が多く、不安定である」としており、離職理由については、「心身の不調、高齢」「より条件の良い（合う）事業所に転職」「家族等の介護・看護」が上位を占めています。また、人材の定着のための設問では、「多様な勤務形態の導入」「年次有給休暇等の取得の促進」「意見交換をしやすい職場環境づくり」に取り組んでいる事業所が多く、質の向上についての設問では、「事業所内での検討会」「内部研修の充実」「スタッフの資格取得への支援」に取り組んでいる事業所が多い結果となっています。

介護人材の定着と質の向上につなげるには、労働環境を整備し、研修などにより職員のスキルアップと底上げを図ることで、介護サービスの質が向上し、利用者満足度が上がることで、稼働率・利益率が上昇、結果職員の賃金アップにつながり、利益の一部を労働環境の整備に還元する好循環をつくることが重要です。

また、介護人材が不足する中で、質の高い介護サービスの確保やサービスの質の向上を図るには、介護職員の処遇改善や職場環境の整備、介護現場におけるICTの活用などによる業務負担の軽減、ハラスメント対策の強化など、働きやすい環境づくりが必要です。

国の基本指針において、事業者の負担軽減と業務改善に向けた具体的な取組みとして記載されている文書負担軽減のための標準様式例の使用や「電子申請・届出システム」利用の原則化、財務状況などの「見える」化などについては、必要に応じて情報提供を行ったり、各事業所の進捗状況について調査を実施したりするなどの対応を図る必要があります。

施策４ リスクマネジメントに係る体制の整備の方向性

介護のリスクマネジメントとは、介護の現場において起きる事故の危険性を把握・管理し、ルール化することで事故を未然に防ぐ活動のことです。介護現場には、転倒による怪我や誤嚥・誤飲のリスクなど、様々なリスクが存在しています。リスクマネジメントを推進し、介護現場の安全性を確保するためには、事故が起こった場合だけでなく、いわゆる「ヒヤリハット」の事例も含め、市に対し適切に報告することを、施設や事業所に求めていくことが必要です。また、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援につなげていくための、事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築が必要です。

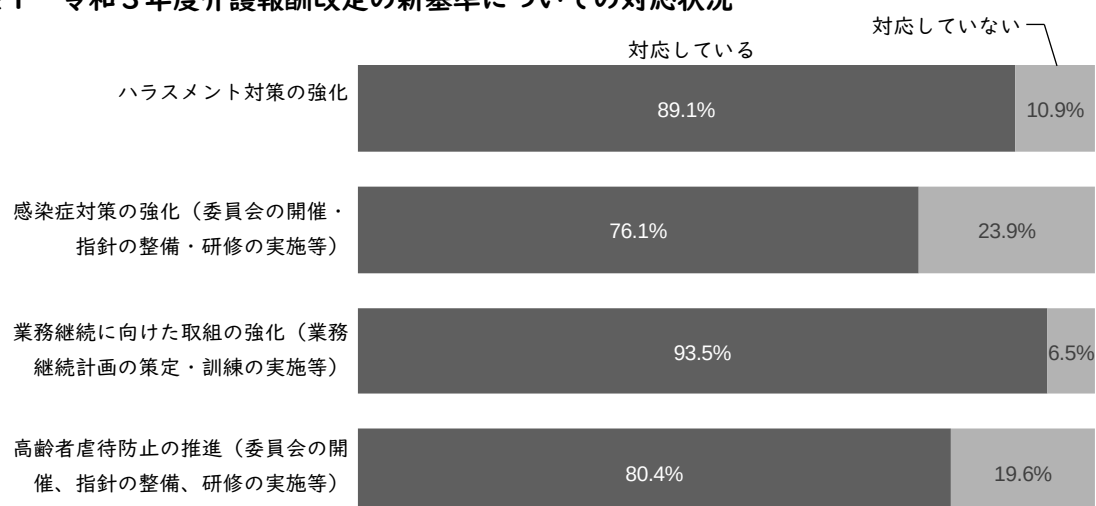
令和３年度の介護報酬・基準改定においてリスクマネジメントの強化が推進され、感染症と災害への対応力強化、安全管理体制未実施減算と安全対策体制加算の新設、介護保険施設などにおける事故の報告様式の統一化などの項目が新たに定められることとなりました。感染症と災害への対応力強化としては、令和２年２月に発生した新型コロナウイルス感染症への対応の振り返りを行うなどして、感染症や災害が発生した場合でもサービスを安定的に提供できる体制を整えることが重要です。業務継続計画（ＢＣＰ）の作成や研修・訓練（シミュレーション）の実施を促していく必要もあります。市では介護保険事業推進に関するアンケート調査（令和５年度実施）において、令和３年度介護報酬改定の新基準についての対応状況を確認したところ、対応している事業所が多数を占めていましたが、未対応の事業者もあります（※１）。

震災や大規模水害が発生した場合には、高齢者はいわゆる「災害弱者」として被害に遭いやすいことについて考慮する必要があります。近年において発生した大きな災害においても高齢者や障害者が犠牲になっている事例は多く、災害における全体の死者のうち、令和元年台風第１９号では約６５％、令和２年７月豪雨では約７９％が６５歳以上の高齢者であったといわれています。こうした経緯もあり、災害対策基本法第４９条の１０は、市町村に対し、発災前の備え、発災時の避難行動、避難後の生活などの各段階において特に配慮を要する方（要配慮者）のうち、災害が発生した（または、そのおそれがある）場合に自ら避難することが困難な方であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るうえで特に支援を要する方を「避難行動要支援者」として定義し、該当する方の名簿の作成を義務付けています。本市では、東久留米市地域防災計画の中で避難行動要支援者の範囲を定めており、高齢者・介護の分野では、「７５歳以上の一人暮らしの方」と「介護認定区分が要介護１～５の方」が避難行動要支援者に設定されています（※２）。

令和３年度の災害対策基本法改正において、新たに避難行動要支援者ごとに「個別避難計画」を作成することが、市町村の努力義務とされています。個別避難計画とは、避難行動要支援者一人ひとりの状況に応じて適切に避難誘導などができるよう、あらかじめ個別に定めておく計画であり、地域における共助の取組みに役立て

るものです。個別避難計画の作成においては、市内の防災・福祉などの関係各課のほか、本人の状況などを把握しており、信頼関係が構築されていることも期待できる福祉専門職などの関係者と連携しながら、取組みを進めることが重要です。

※ 1 令和 3 年度介護報酬改定の新基準についての対応状況



出典：東久留米市介護保険事業推進に関するアンケート調査（令和 5 年度）

※ 2 避難行動要支援者の範囲

高齢者	① 75 歳以上の一人暮らしの者 ② 介護認定区分が要介護 1～5 の者
障害者	① 身体障害者手帳 1～3 級の交付を受けている者、視覚障害 4 級～6 級の身体障害者手帳の交付を受けている者、聴覚障害 4 級～6 級の身体障害者手帳の交付を受けている者 ② 精神障害者保健福祉手帳 1～2 級の交付を受けている者 ③ 愛の手帳 1～3 度の交付を受けている者
その他支援を必要とする者	自ら支援を希望する者等、名簿への掲載を求める者の中で、市長が必要と認める者

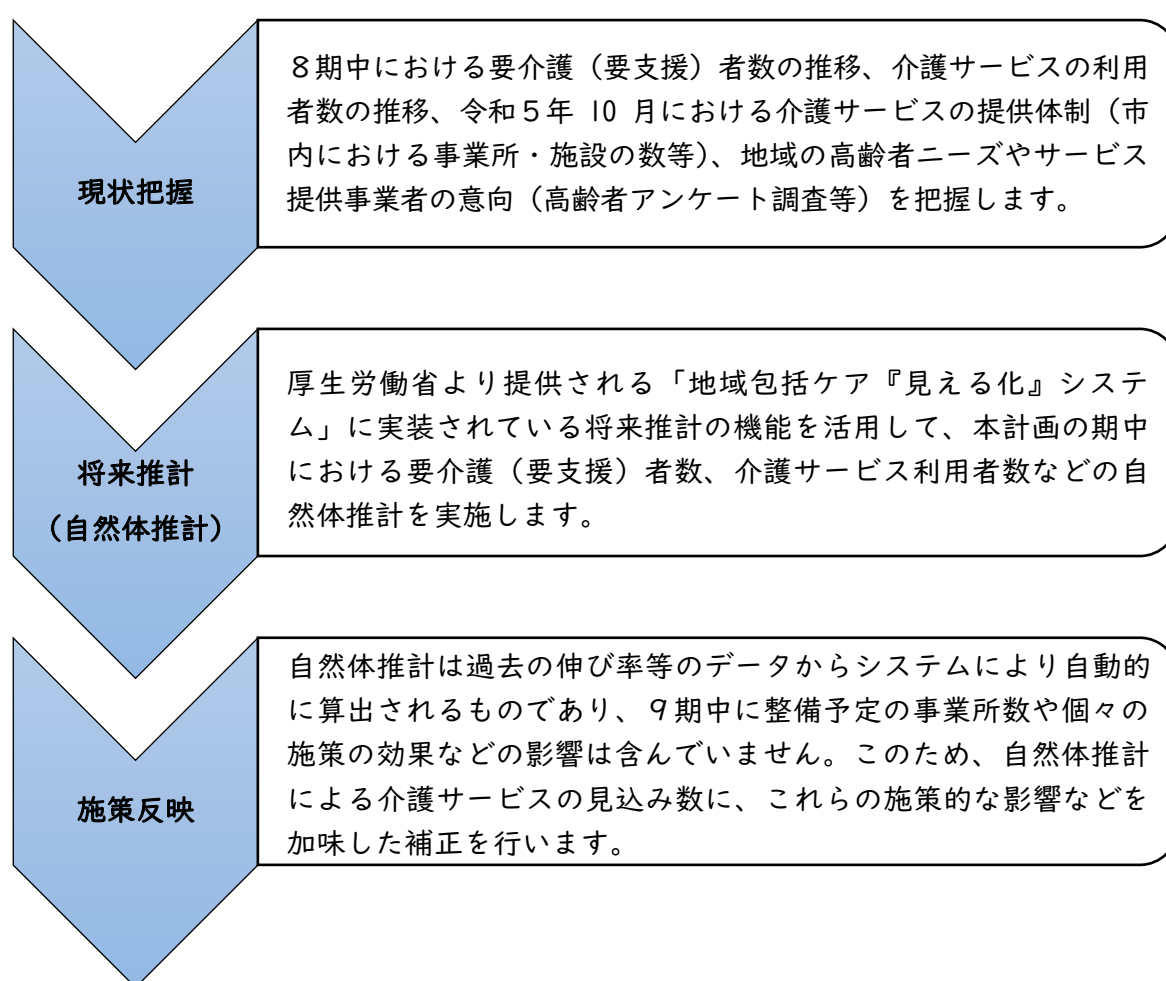
出典：東久留米市地域防災計画

各論Ⅱ

第Ⅰ章 介護保険サービスの実績と見込み

第Ⅰ節 介護サービスの見込みの考え方

本章では、要介護（要支援）者の数、居宅介護（介護予防）サービス、地域密着型（介護予防）サービス、施設サービス、介護予防・生活支援サービスなどに係る８期中における利用者数の動向などを把握し、市民のニーズや今後のサービスの供給体制の整備などをふまえ、本計画期中におけるサービスの需要の見込みを推計します。



※１ 以下、本章に記載する９期中の事業所・施設の開設の予定数は、現時点でのものです。計画期中の介護需要や市況の動向などに応じて変動することがあります。

※２ 令和２年中に発生した新型コロナウイルス感染症の影響により、介護サービス利用者数の実績の減少が見られるため、これらの影響を考慮して自然体推計の補正を行っています。

第2節 居宅（介護予防）サービス

自宅で生活する人を対象とした介護保険の介護（予防）サービス全般のことです。高齢者が可能な限り住み慣れた自宅での生活を継続できるよう、良質なサービスの確保に向けた施策を推進するとともに、充実が必要なサービス事業にあっては事業者の参入を促すことにより、サービスの必要量の確保に努めます。居宅介護支援（介護予防支援）のみが市の指定であり、それ以外の事業所は都が指定します。

（Ⅰ）訪問サービス

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅や入居している施設に介護職員などが訪問し、身体介護・生活援助などのサービスを提供します。

① 訪問介護（ホームヘルプサービス）

訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、入浴・排せつ・食事などの介護（身体介護）、掃除・洗濯・買い物・調理など生活の支援（生活援助）を行います。通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もあります。要介護Ⅰ～要介護Ⅴの方が利用できます。なお、介護予防訪問介護は、平成30年度に、地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業に完全に移行しました。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在で、市内で26事業所が指定を受けています。8期中においては、利用者数は微増となっています。要介護状態になっても可能な限り住み慣れた自宅での生活を継続したいという高齢者のニーズをふまえて、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護サービス（人/月）	1,000	1,015	1,076	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和5年度は見込値。

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

看護職員と介護職員が利用者の自宅を訪問し、持参した浴槽によって入浴の介護を行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在で、市内に事業所はありませんが、市外の事業所によりサービスが提供されています。8期中の利用者数は、ほぼ横ばいで推移しています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	1	1	1	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	75	75	93			

※ 令和5年度は見込値。

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

心身機能の維持や回復のために、看護師や保健師、理学療法士などが自宅を訪問し、主治医の指示に基づく療養上の世話や診療の補助を行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在、市内で12事業所が指定を受けています。8期中の利用者は、ほぼ横ばいで推移しています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	96	96	114	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	828	835	845			

※ 令和5年度は見込値。

④ 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

心身機能の維持や日常生活の自立を高めるために、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などが自宅を訪問し理学療法や作業療法、その他のリハビリテーションを行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在、市内で2事業所が指定を受けています。8期中の利用者は、増加しています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	8	7	10	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	57	68	100			

※ 令和5年度は見込値。

⑤ 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、薬剤師などが自宅を訪問し、薬の飲み方や食事など、療養上の管理と指導を行います。また、ケアマネジャーと連携して、ケアプランの作成に必要な情報提供なども行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

8期中の利用者は、増加しています。在宅での生活の継続を希望する要介護者の増加をふまえ、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	85	95	114	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	1,229	1,329	1,424			

※ 令和5年度は見込値。

(2) 通所サービス

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、施設に通所して個々の状態に応じた機能訓練や生活指導などを提供します。自宅で要介護者を介護する家族などのレスパイトケアの役割も担います。

① 通所介護（デイサービス）

定員 19 人以上の通所介護施設において、日帰りで入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話・機能訓練・相談を行います。平成 28 年度より、定員 18 人以下の小規模な通所介護施設で行われるものは「地域密着型通所介護」に移行しました（地域密着型通所介護については、次節の地域密着型通所介護を参照）。要介護 1～要介護 5の方が利用できます。なお、介護予防通所介護は、平成 30 年度に地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業に完全に移行しました。

■ サービス見込みについての考え方

令和 5 年 10 月 1 日現在で、市内で 20 事業所が指定を受けています。8 期中の利用者は 3 年度から 4 年度の間で微減していますが、これは令和 2 年度に発生した新型コロナウイルス感染症の影響も勘案する必要があります。在宅での生活の継続を希望する要介護者の増加をふまえ、9 期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第 8 期実績			第 9 期計画		
	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度
介護サービス（人/月）	1,000	987	987	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和 5 年度は見込値。

② 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（デイケア）

心身機能の維持回復や自立した日常生活を営めるように、介護老人保健施設や医療機関において、日帰りで理学療法や作業療法などのリハビリテーションを行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在で、市内で1事業所が指定を受けています。8期中の利用者は3年度から4年度の間で減少していますが、これは令和2年度に発生した新型コロナウイルス感染症の影響も勘案する必要があります。在宅での生活の継続を希望する要介護者の増加をふまえ、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	87	72	66	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	261	236	221			

※ 令和5年度は見込値。

（３）短期入所サービス

利用者が可能な限り自宅において個々の能力に応じ自立した生活を営むことができるように、利用者に短期間入所してもらい、入浴・排泄・食事などの介護や日常生活上の世話及び機能訓練を行います。要介護者を介護する家族などのレスパイトケアの役割も担います。

① 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

介護老人福祉施設などに短期間入所して、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話と機能訓練を行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月１日現在で、市内で７事業所が指定を受けています。８期中の利用者数は微増していますが、推計にあたっては、令和２年度に発生した新型コロナウイルス感染症の影響も勘案する必要があります。要介護者だけでなく、レスパイトケアを必要とする家族等介護者のニーズにも対応して、９期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護予防サービス（人/月）	４	４	１０	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	１８８	１９８	２２０			

※ 令和５年度は見込値。

② 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（医療型ショートステイ）

介護老人保健施設などへ短期間入所して、看護、医学的管理のもとに介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の世話やリハビリを行います。家族介護者の負担を軽減する役割も担っています。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在で、市内で1事業所（介護老人保健施設と併設）が指定を受けています。8期中の利用者数は3年度から4年度の間で減少していますが、推計にあたっては、令和2年度に発生した新型コロナウイルス感染症の影響も勘案する必要があります。要介護者だけでなく、レスパイトケアを必要とする家族等介護者のニーズにも対応して、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	0	0	0	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	17	13	14			

※ 令和5年度は見込値。

◆ 短期入所療養介護（病院等）及び短期入所療養介護（介護医療院）については、市内に当該サービスを提供する事業所がないこと、直近のサービス利用実績がないことから、9期中におけるサービスの利用を見込んでいません。

（４）福祉用具・住宅改修サービス

利用者が可能な限り自宅において個々の能力に応じ自立した生活を営むことができるように、福祉用具を貸与し、またはその購入費の一部を支給したり、生活環境を整えるための住宅改修の費用の一部を支給したりします。

① 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

自宅で自立した日常生活を営めるように、車いすや特殊寝台などの福祉用具の貸し出しを行います。要介護（要支援）認定の区分に応じて、利用できる用具の種類が異なります。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月１日現在で、市内で７事業所が指定を受けています。８期中の利用者数は、微増で推移しています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、９期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護予防サービス（人/月）	507	548	592	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	1,746	1,791	1,838			

※ 令和５年度は見込値。

② 特定福祉用具購入・特定介護予防福祉用具購入

自宅で自立した日常生活を営めるように、同一年度１０万円を上限として、入浴や排せつなどに使用する特定福祉用具の購入費の７～９割を支給します。要介護（要支援）認定を受けた方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月１日現在で、市内で９事業所が指定を受けています。８期中の利用者数は、ほぼ横ばいで推移しています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、９期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護予防サービス（人/月）	8	8	12	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	29	30	34			

※ 令和５年度は見込値。

③ 居宅介護住宅改修・介護予防住宅改修

自宅で自立した日常生活を営めるように、被保険者１人当たり 20 万円を上限として、住宅の改修にかかった費用の 7～9 割を支給します。要介護（要支援）認定を受けた方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和 5 年 10 月 1 日現在で、市内で 6 事業所がサービスを提供しています。８期中の利用者数は、ほぼ横ばいで推移しています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、９期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第 8 期実績			第 9 期計画		
	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度
介護予防サービス（人/月）	9	12	16	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	15	15	22			

※ 令和 5 年度は見込値。

(5) その他のサービス

① 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

有料老人ホームなどに入居する要介護者などに対し、特定施設サービス計画に基づいて、入浴・排せつ・食事などの介護やその他の日常生活上の世話・機能訓練・療養上の介助を行います。有料老人ホームなどにおけるサービスは、入居している居室を自宅とみなして提供されることから、施設サービスではなく居宅サービスに分類されます。要介護（要支援）の認定を受けた方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在、市内に7施設があります。8期中は、介護付有料老人ホームが1カ所、令和3年11月に開設された影響もあって、利用者数は増加しています。9期中に開設が予定されている施設は今のところありませんが、サービスの利用者側と提供者側双方のニーズをふまえた上で、他市の施設に入所して住所地特例が適用されて本市の被保険者となるケースなども想定して、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	38	35	36	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	406	457	512			

※ 令和5年度は見込値。

② 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援事業者や地域包括支援センターが、要介護（要支援）者の心身の状況に適したサービスの利用計画（ケアプラン）を作成し、自立支援、重度化防止に向けた適切なサービス提供が受けられるように支援を行います。利用者の自己負担はありません（全額を介護保険で負担します）。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在、市内に25事業所が指定を受けています。8期中の利用者数は、微増となっています。高齢化に伴う要介護（要支援）者の増加をふまえて、9期中のサービスの利用者数を見込みます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	620	655	711	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	2,603	2,641	2,695			

※ 令和5年度は見込値。

第3節 地域密着型（介護予防）サービスの見込量

地域密着型サービスは、高齢者が住み慣れた地域できめ細かく配慮されたサービスの提供を受けることができるよう、平成18年に創設された介護保険のサービスです。地域の実情を反映し、きめ細かく対応できる小規模事業所によりサービスが提供され、利用対象者は原則として事業所が所在する市区町村の被保険者となります。

地域の特性に即したサービスを提供するために、事業者の指定や監督は各市区町村が行います。9期中も、地域の高齢者のニーズとサービスを展開する事業者の意向をふまえつつ、必要なサービスが過不足なく提供される体制を確保するための適切なサービス基盤の整備について、継続的に検討を進めていきます。

（1）在宅（訪問・通所）系サービス

高齢者が可能な限り住み慣れた地域での自立した生活を継続できるよう、訪問・通所サービスを提供します。

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に、それぞれが密接に連携しながら、定期的な巡回訪問と夜間の緊急対応などの随時の対応をあわせてサービスを行います。要介護1～5の認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月1日現在、市内全域を事業区域として、1事業所が指定を受けています。8期中の利用者数は、増加の傾向があります。9期中の地域密着型サービスの利用者数については、サービス利用者側とサービス提供者側の相互のニーズの動向をふまえつつ、公募による整備なども含め検討します。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護サービス（人/月）	24	30	39	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和5年度は見込値。

② 夜間対応型訪問介護

夜間に、定期的に巡回して行う訪問介護と、利用者からの連絡で随時対応する訪問介護を組み合わせたサービスを行います。要介護１～５の認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月現在、市内に事業所はありません。今後、必要に応じて、サービスの検討をしていきます。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護サービス（人/月）	0	0	0	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和５年度は見込値。

③ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）

認知症と診断された高齢者に、専門的な認知症ケアによる生活機能の維持または向上を目指し、日帰り入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能訓練などの支援（デイサービス）を行います。家族介護者の負担を軽減する役割も担っています。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月１日現在、特別養護老人ホームの併設事業所として、市内の３か所（定員３４人）が指定を受けています。８期中の利用者数は、ほぼ横ばいで推移しています。９期中の地域密着型サービスの利用者数については、サービス利用者側とサービス提供者側の相互のニーズの動向をふまえて、公募による整備なども含め検討します。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護予防サービス（人/月）	0	0	0	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	52	48	55			

※ 令和５年度は見込値。

④ 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

小規模な住居型施設への通いを中心に、訪問と宿泊のサービスを柔軟に組み合わせ、入浴・排せつ・食事などの介護、生活や健康などの相談、その他の日常生活上の世話と機能訓練を行います。要介護（要支援）認定を受けている方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内で3事業所（定員79人）が指定を受けています。8期中の利用者数は、ほぼ横ばいで推移しています。9期中の地域密着型サービスの利用者数については、サービス利用者側とサービス提供者側の相互のニーズの動向をふまえつつ、公募による整備なども含め検討します

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	5	5	5	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	47	53	47			

※ 令和5年度は見込値。

⑤ 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

小規模な住居型施設への「通い」のサービスを中心として、訪問介護、訪問看護、リハビリテーションなどの「訪問」のサービス、施設に「泊まる」サービスなどを一体的に提供する柔軟な支援を行います。要介護1～5の認定を受けた方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内に事業所はありませんが、同年12月1日に1事業所（定員29人）が開設予定のため、今後利用者が増加することが見込まれます。9期中の地域密着型サービスの利用者数については、サービス利用者側とサービス提供者側の相互のニーズの動向をふまえつつ、公募による整備なども含め検討します

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護サービス（人/月）	0	0	0	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和5年度は見込値。

⑥ 地域密着型通所介護

利用定員が 18 人以下の小規模な通所介護施設で提供するデイサービスです。以前は定員にかかわらず通所介護サービスとして提供されていましたが、少人数で生活圏域に密着したサービスであり、生活圏域ごとに計画的にサービス基盤の整備を行う必要があることから、平成 28 年 4 月から、利用定員が 18 人以下の事業所で提供されるサービスが、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけられました。

■ サービス見込みについての考え方

令和 5 年 10 月現在、市内で 26 事業所（定員 379 人）が指定を受けています。在宅での生活を希望する要介護者の増加をふまえ、利用者数を見込みます。

	第 8 期実績			第 9 期計画		
	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度
介護サービス（人/月）	486	534	555	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和 5 年度は見込値。

(2) 居住系サービス

① 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（グループホーム）

認知症と診断された高齢者が、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話と機能訓練を受けながら共同生活を送る施設です。要支援2以上の方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内で5か所（定員99人）が指定を受けており、同年12月1日に1事業所（定員27人）が開設予定です。9期中の地域密着型サービスの利用者数については、サービス利用者側とサービス提供者側の相互のニーズの動向をふまえて、公募による整備なども含め検討します

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護予防サービス（人/月）	0	0	0	直近データを踏まえ推計します。		
介護サービス（人/月）	96	95	90			

※ 令和5年度は見込値。

② 地域密着型特定施設入居者生活介護

小規模な介護専用の有料老人ホームなどの入居者に対し、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の援助を行います。要介護1～5の方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内に施設はありません。今後、必要に応じて、サービスの検討をしていきます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護サービス（人/月）	1	0	0	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和5年度は見込値。

③ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

小規模な特別養護老人ホームの入所者に対し、入浴・排せつ・食事などの介護やその他の日常生活上の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の援助を行います。要介護3以上の方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内に施設はありません。今後、必要に応じて、サービスの検討をしていきます。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護サービス（人/月）	0	0	0	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和5年度は見込値。

第4節 施設サービス

施設サービスについては、市外の整備状況も考慮し、要介護者の状態にあった施設サービス量の確保に努めるとともに、サービスの質の向上を図っていきます。

令和5年度末をもって、介護療養型医療施設（介護療養病床）が平成30年度に創設された介護医療院に転換することもふまえて、9期のサービス見込量を推計します。施設サービスの比重を高めることは給付費の上昇に繋がり、保険料の上昇の要因ともなることから、施設サービスと在宅サービスのバランスが取れた利用を促していきます。また、東京都の療養病床の入院患者のうち、「医療区分1」の方の70%を令和7年までに介護サービス及び在宅医療で受け入れることとされたことをふまえ、8期計画に引き続き、医療病床からの移行分として介護施設で受け入れる人数を見込んでいます。

① 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常時介護が必要で、在宅での介護が困難な方に、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の援助と機能訓練、健康管理、療養上の介助を行います。事業所の指定・指導・監査は東京都が行います。要介護3以上の方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内には6つの施設があります。市内の介護老人福祉施設の整備率が他地域に比べて高いこと（★）、東京都の介護保険事業支援計画においても北多摩北部地区は整備充足圏域とされていることなどから、9期における新たな施設整備予定はありませんが、市内施設の利用増や市外施設の利用などを見込んで、9期の利用者数を推計します。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
介護サービス（人/月）	564	557	564	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和5年度は見込値。

★ 東京都の市区町村における介護老人福祉施設の施設数（人口10万対・令和3年）は、本市が6.0施設であるのに対し都の平均が4.1施設、近隣市で5.6施設となっています。（地域包括ケア「見える化」システムの指標 K1-a「サービス提供事業者数（介護老人福祉施設）」より抜粋）

② 介護老人保健施設

安定した病状期にあり看護、医学的管理下での介護や、日常生活上の援助の必要な方が在宅への復帰を目指して、リハビリテーションなどのサービスを行います。要介護１～５の方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月現在、市内には１つの施設があります。９期における新たな施設整備予定はありませんが、市内施設の利用増や市外施設の利用などを見込んで、９期の利用者数を推計します。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護サービス（人/月）	262	237	201	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和５年度は見込値。

③ 介護医療院

介護療養型医療施設が持つ「医療」「介護」「生活支援」に加え「住まい」の機能を持った長期療養を目的とした施設で、日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れや、看取り・ターミナルなどの機能と生活施設としての機能を兼ね備えたサービスを提供します。要介護１～５の方が利用できます。

■ サービス見込みについての考え方

令和５年１０月現在、市内に施設はありません。８期末（令和５年度末）をもって、介護療養型医療施設（療養病棟）からの転換することをふまえて、９期の利用者数を推計します。

	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護サービス（人/月）	7	11	15	直近データを踏まえ推計します。		

※ 令和５年度は見込値。

（参考）介護療養型医療施設	第８期実績			第９期計画		
	３年度	４年度	５年度	６年度	７年度	８年度
介護サービス（人/月）	19	16	16	介護医療院に移行		

※ 令和５年度は見込値。

第5節 介護予防・生活支援サービスの見込量

介護予防・生活支援サービスは、要支援1・2の方及び基本チェックリストにより事業対象者と判定された方が受けることができる、従来の介護予防訪問介護、介護予防通所介護に相当するサービスです。本市においては平成29年度よりサービスの提供が開始され、平成30年度に予防給付から完全移行しました。

介護保険制度の大きな枠組みの中にある事業ではありますが、要介護（要支援）者に対する全国一律の介護保険サービスとは異なり、各市区町村が主体となって行う地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業として行われる事業の一つです。

本計画では、訪問介護・通所介護相当サービスの利用者数について推計を行います。

① 訪問介護相当サービス

訪問介護相当サービスには、総合事業型予防訪問介護（従来の介護予防訪問介護に相当するサービス）、支援強化型訪問介護（通常の訪問介護に加え、リハビリ専門職が月1回訪問し、日常生活動作や助言などを行うサービス）、支え合い訪問介護（有資格者のほか、一定の研修を受けた地域住民などが行うホームヘルプサービス）があります。

■ サービス見込みについての考え方

令和5年10月現在、市内で21事業所（うち、支援強化型訪問介護は14事業所、支え合い訪問介護は11事業所）が指定を受けています。総合事業の見直しによる支援強化型サービス・支え合いサービスの利用促進の影響をふまえつつ、9期の利用者数を推計します。

	第8期実績			第9期計画		
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
総合事業型訪問介護（人/月）	407	409	435	直近データを踏まえ推計します。		
支援強化型訪問介護（人/月）						
支え合い訪問介護（人/月）	0	1	1			

※ 令和5年度は見込値。

② 通所介護相当サービス

通所介護相当サービスには、総合事業型予防通所介護（従来の介護予防通所介護に相当するサービス）、支援強化型通所介護（通常の通所介護に加え、リハビリ専門職が月 1 回訪問し、日常生活動作や介護予防に関する助言を行うサービス）、支え合い通所介護（有資格者のほか、事業所で研修を受けた地域住民などが行うデイサービス）があります。

■ サービス見込みについての考え方

令和 5 年 10 月現在、市内で 32 事業所（うち、支援強化型通所介護は 14 事業所、支え合い通所介護は 7 事業所）が指定を受けています。総合事業の見直しによる支援強化型サービス・支え合いサービスの利用促進の影響をふまえて、9 期の利用者数を推計します。

	第 8 期実績			第 9 期計画		
	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度
総合事業型通所介護（人/月）	525	556	572	直近データを踏まえ推計します。		
支援強化型通所介護（人/月）						
支え合い通所介護（人/月）	0	1	1			

※ 令和 5 年度は見込値。

【参考】東久留米市の介護予防・生活支援サービスの種類（再掲）

総合事業型訪問介護 食事や入浴・排せつ等の介助等の身体介護、食事の準備や掃除等の生活援助。以前の介護予防訪問介護と同じ内容のサービス。	支援強化型訪問介護 通常の訪問介護に加え、家庭にリハビリ専門職が月 1 回訪問し、介護予防に関する助言を行う。3 か月集中サービスで、必要に応じて 3 か月延長も可能。	支え合い訪問介護 買物・調理・掃除等の生活援助で、有資格者と事業所で研修を受けた地域住民等がサービスを提供する。緩和型サービス。
総合事業型通所介護 生活機能向上のための機能訓練、運動、レクリエーション、入浴、食事等。以前の介護予防通所介護と同じ内容のサービス。	支援強化型通所介護 通常の通所介護の中で、リハビリ専門職が月 1 回日常生活動作や介護予防に関する助言を行う。3 か月集中サービスで、必要に応じて 3 か月延長も可能。	支え合い通所介護 生活機能向上のための機能訓練、運動、レクリエーション、食事等。有資格者と事業所で研修を受けた地域住民等がサービスを提供する。緩和型サービス。

第2章 介護給付費の見込みと介護保険料

第1節 サービス見込み量及び介護保険料の算出フロー

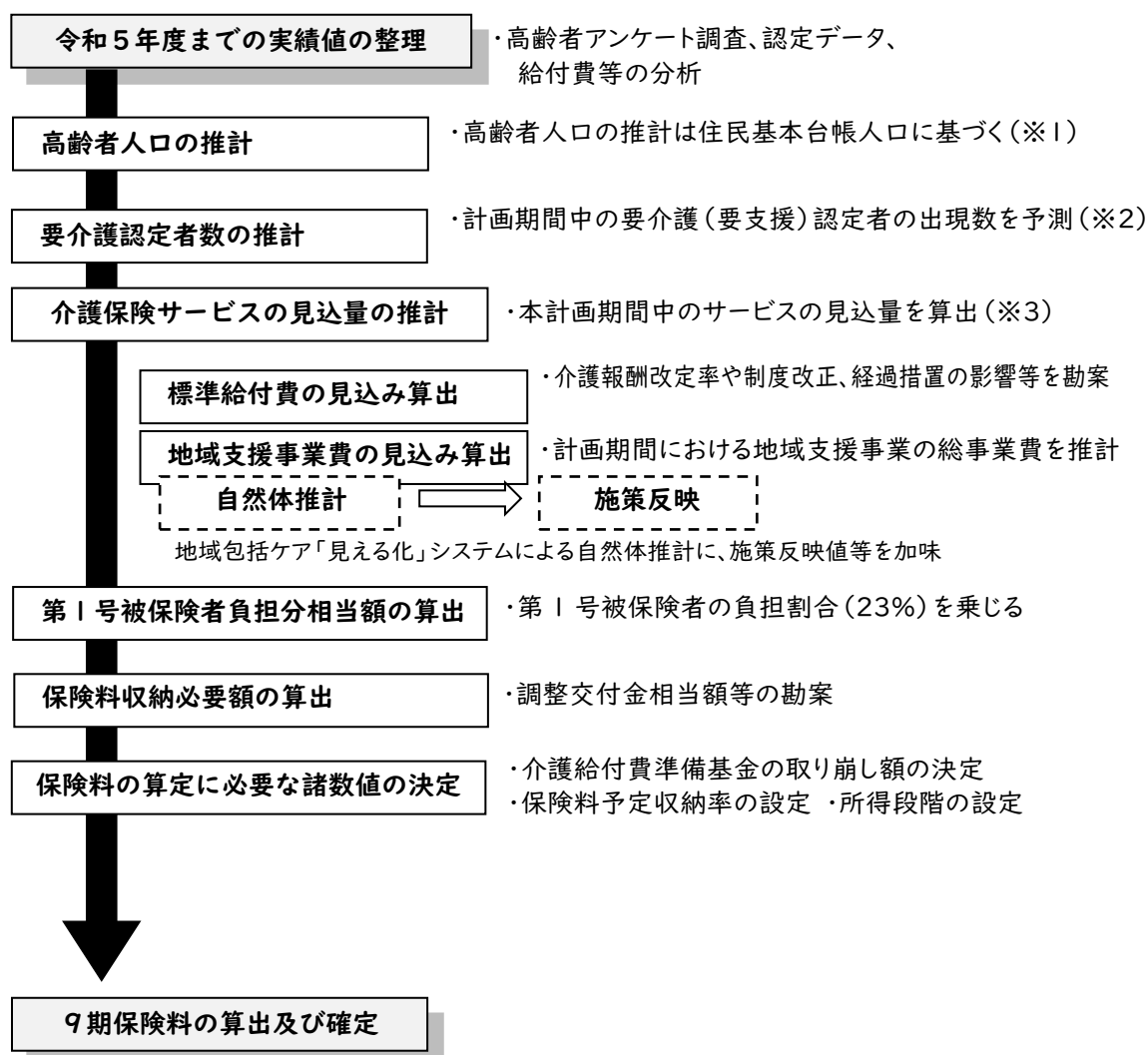
(1) サービス見込み量及び介護保険料の算出フロー

本計画のサービス見込み量及び介護保険料の算出に当たっては、厚生労働省より提供される「地域包括ケア『見える化』システム」の将来推計機能を用います。

算出過程においては8期中の給付実績などの推移を基本とし、高齢者アンケートなどの各種調査結果、市の実情や将来の見込みなどを施策の反映として勘案し、令和5年12月以降に国より示される予定の介護報酬の改定など、介護保険制度改正の影響をふまえて算出します。

保険料算出までのフローは以下のとおりです。

■介護保険料算出までのフロー



※1 人口の推計について

本計画における高齢者人口の推計は、令和4年10月1日現在の住民基本台帳を基にした人口推計を用いています。高齢者に係る計画であることをふまえ、転出入や開発などの社会要因による増減の影響を取り除いた「自然体推計」により推計した独自の推計値を用いているため、市の他の計画などにおける人口推計とは異なる数値となることにご留意ください。

※2 要介護（要支援）認定者数の推計について

要介護（要支援）認定者数の推計値は、令和3～4年度の実績値などを基に算出した変化の傾向をもとに、その傾向が今後も続くものと仮定して推計しています。

※3 サービスの見込量の算出年度について

国の基本指針によると、介護保険事業計画に記載する介護需要及びサービスの種類ごとの量の見込みについては、本計画期間（令和6～8年度）だけでなく、2040（令和22）年度についても、推計が必要とされています。本計画においても、その趣旨に沿って推計値を示しています。なお、本計画の第二年度である2025（令和7）年はいわゆる「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者になる年、2040（令和22）年は「団塊ジュニア世代」が65歳以上になり高齢者人口がピークを迎える年と位置付けられています。

第2節 保険給付費等の見込み量

(1) 介護報酬の改定

介護保険サービス等の見込み量を推計するにあたっては、令和6年4月施行の介護報酬の改定の内容をふまえる必要があります。令和6年度介護報酬の改定は、令和5年12月以降に厚生労働省より公表されます。

(2) 介護サービスの見込み量

9期中における介護サービス給付費の見込み額は、介護保険制度改正、介護報酬改定などの内容をふまえて見込みます。

(3) 介護予防サービスの見込み量

9期中における介護予防サービス給付費の見込み額は、介護保険制度改正、介護報酬改定などの内容をふまえて見込みます。

(4) 標準給付費及び地域支援事業費の見込み

標準給付費とは、総給付費（介護サービス給付費と介護予防サービス給付費の合計額）に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、算定対象審査支払手数料を加えた費用です。

また、地域支援事業費とは、介護予防・日常生活支援総合事業費と、包括的支援事業・任意事業費の合計額です。なお、包括的支援事業には、地域包括支援センターの運営に係る事業と、社会保障充実分に係る事業があります。

9期中における地域支援事業費の見込み額は、介護保険制度改正などの内容をふまえて見込みます。

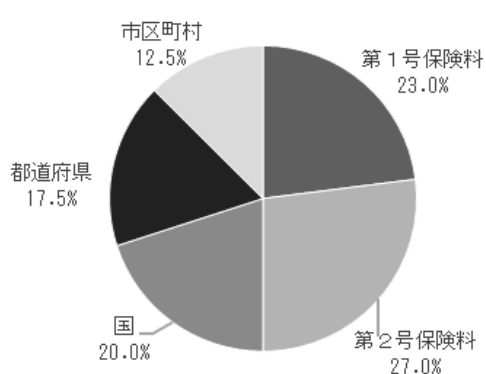
第3節 第1号被保険者の介護保険料の検討

(1) 介護保険事業の財源構成及び第1号保険料の負担割合

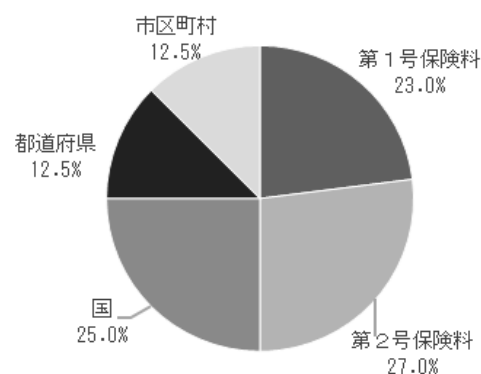
介護給付・予防給付に要する費用と地域支援事業費のうち介護予防・日常生活支援総合事業にかかる費用の財源は、公費（国・都道府県・市区町村）でおよそ50%、第1号被保険者（65歳以上の方）の保険料（第1号保険料）と第2号被保険者（40歳から64歳までの方）の保険料（第2号保険料）とをあわせておよそ50%を、それぞれ負担する仕組みになっています。地域支援事業費のうち、介護予防・日常生活支援総合事業以外の事業（包括的支援事業・任意事業）に係る財源については、第2号保険料の負担はありません。

また、保険料で負担する50%のうち、第1号保険料と第2号保険料の負担割合は、それぞれの人口比率をふまえて政令で定められます。9期では、この割合は、8期と同様に第1号保険料が23.0%、第2号保険料が27.0%となります。

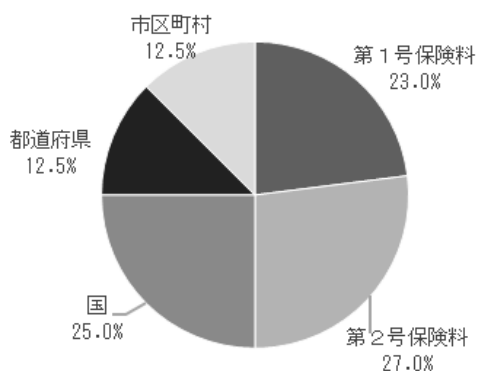
また、介護保険制度は、加入者の保険料により運営される「共助」のシステムであるとともに、公費（国、都道府県、市区町村の税金）を財源として運営される「公助」のシステムの性質も有しています。9期中における保険料と公費のそれぞれの負担割合は以下のとおりです。



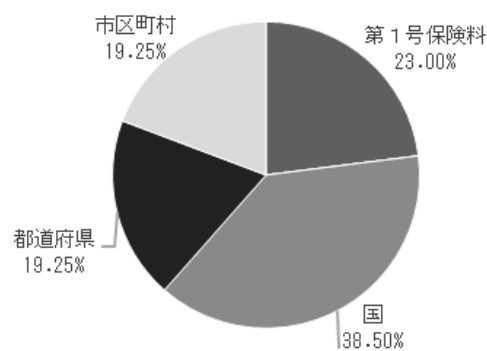
介護給付費（施設等分）



介護給付費（その他分）



介護予防・日常生活支援総合事業



包括的支援事業・任意事業

なお、高齢者の分布や所得の分布等、各市区町村の保険者の努力などによらない事情による地域間の給付費・保険料収入などの偏りを是正するため、介護給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業の財源における国の負担分のうちのおよそ 5.0% に相当する額については、各市区町村の高齢者の人口割合（65～74 歳、75～84 歳、85 歳以上）や各所得段階に区分される高齢者人口の割合などをふまえて調整された額が、「調整交付金」として交付される仕組みになっています。

（２）介護給付費準備基金

介護給付費準備基金は、各計画期間における介護保険財政の均衡を保つために設置されます。各年度において、介護保険特別会計に剰余金が発生した場合には、その剰余金を基金に積み立てておき、財源不足が生じた際に取り崩して充当するほか、介護保険特別会計の現金が一時的に不足する場合などに、歳計現金に繰り替えて運用することもあります。また、基金残高が相当程度以上に積みあがった場合には、次期計画において第Ⅰ号保険料の負担分に充当することにより、保険料の急激な上昇の抑制のために活用することとなります。

なお、介護保険制度はこれまで、３年間の計画期間内においては、目下の経済状況に劇的な変動は起こらないという前提で制度設計がなされてきましたが、昨今においては物価上昇や賃上げなどの動きが顕著になってきており、介護保険財政においてもこれらの動態を考慮した上で、安定的な財政運営を行っていくことが重要になってきています。こうした動きに対応するため、基金残高については、本計画においてすべて取り崩すのではなく、物価・賃金の上昇に備えて一部を留保しておくことも検討しなければなりません。このほか、大規模な災害による保険料収入の減少などの事態に備える必要もふまえて、中・長期的な観点から、計画的に基金を活用します。

（３）介護保険財政安定化基金

介護保険財政安定化基金は、保険料収納不足による歳入の減少や、見込みを上回る給付費の増額等による歳出の増加などの理由により、市区町村の介護保険特別会計に赤字が生じるような場合に、市区町村の一般財源からの財政補填をする必要がないように、市区町村に対し、資金の交付や貸付を行うために設置された基金です。同基金は各都道府県に設置され、その原資は国・都道府県・市区町村（保険料）がそれぞれ 3 分の 1 ずつを負担しています。

具体的には、市区町村の通常の実力によってもなお、保険料の収納率の悪化などにより保険料収入の不足が生じる場合に、不足額の 2 分の 1 を交付するほか、給付費

の見込みを上回る増大等により赤字が生じる場合には、財政不足額の全額を貸付することで財政の安定化を図ります。

財政安定化基金の交付や貸付はやむを得ない場合のみにとどめるべきであり、あらかじめ交付や貸付を見込んで事業計画を策定することはできません。また、貸付を受けた場合には次期の計画期間において償還する必要があるため、次期計画期中における保険料の上昇要因になることにも留意が必要です。

（４）低所得者保険料軽減事業

所得が少ない高齢者の保険料負担を軽減することを目的として、同一世帯内に住民税が課税されている方がいない 65 歳以上の方の保険料を軽減する事業です。軽減分には公費（税金）が充てられており、その負担割合は国が 2 分の 1、都が 4 分の 1、市区町村が 4 分の 1 となっています。なお、本計画期間における軽減率等については、現在、国において議論が行われているところです。

（５）インセンティブ交付金の活用

保険者機能強化推進交付金（以下「強化推進交付金」という。）は、各保険者における自立支援・重度化防止等に関する取組みを支援するため、市町村に対し交付される交付金（平成 30 年度に創設）であり、介護保険保険者努力支援交付金（以下、「努力支援交付金」という。）は、介護保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護予防・健康づくり等に資する取組みについて重点的に評価を実施し、その達成状況をふまえて市町村に交付される交付金（令和 2 年度に創設）です。この 2 つの交付金を、インセンティブ交付金と呼びます。

本市では、強化推進交付金は地域支援事業中の包括的支援事業及び任意事業の各事業に按分して充当し、努力支援交付金は介護予防・日常生活支援総合事業中の介護予防・生活支援サービス事業に係る、第 1 号保険料負担分に充当しています（令和 4 年度決算）。本計画期間においても、これらの交付金を財源として有効に活用します。

（６）保険料歳入確保のための取組

介護保険財政は、65 歳以上の方が負担する第 1 号保険料のほか、公費（税金）による負担、40 歳から 64 歳までの第 2 号被保険者の方が負担する第 2 号保険料によりまかなわれています。介護保険事業の運営にかかる歳入の安定的な確保という観点及び市民負担の公平性の確保という観点から、引き続き保険料の徴収強化を図ります。本計画では、これらの徴収強化の取組みの効果を見込んで、第 1 号保険料の収納率を設定します。

（７）第Ⅰ号被保険者の保険料及び所得段階の設定

介護保険制度の持続可能性を高め、安定的に運営していくという観点から、必要な保険料収入の確実な確保とともに、負担に係る不公平感をなくし、制度に対する市民の理解をより一層高めていく必要があります。共通のリスクを負った人がリスクに対応するために保険料を拠出しあうという保険の本来の意義に照らせば、保険料の負担は受ける利益に応じた「応益負担」であるべきものですが、一方で介護保険制度は医療保険等と同様に強制加入を原則としていることから、所得の低い人も負担できるよう、負担能力（所得等）に応じた「応能負担」の考え方も取り入れ、両者のバランスを図る必要があります。なお、本計画期間における所得段階については、現在、国において行われている議論をふまえて設定する予定です。

なお、介護保険料の算定に係る事項については、行政手続法第 39 条第 4 項第 3 号及び東久留米市パブリックコメント手続要綱第 4 第 4 号に該当するため、パブリックコメントの対象とはなりません。

第4節 介護保険料の基準月額

(1) 第1号被保険者の介護保険料の基準月額

介護保険料の基準額（年額）を12か月で除したもの（1か月当たりの基準額）を、保険料の「基準月額」といいます。

介護保険料の基準月額については、令和5年12月以降に示される予定の介護保険制度改正の内容、介護報酬改定の内容などをふまえて、算定します。

(2) 第1号被保険者の所得段階別介護保険料

本計画期間における第1号被保険者の所得段階別介護保険料については、令和5年12月以降に示される予定の介護保険制度改正などの内容をふまえて、条例により定めます。

なお、介護保険料の算定に係る事項については、行政手続法第39条第4項第3号及び東久留米市パブリックコメント手続要綱第4第4号に該当するため、パブリックコメントの対象とはなりません。

