

第6期
(平成27年度～29年度)
東久留米市高齢者福祉計画
・介護保険事業計画

平成27年3月
東久留米市

はじめに

第6期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画は、第5期計画をふまえ、平成27年度から29年度までの3年間の市の高齢者に関する諸施策の方向性を示しています。また、団塊の世代の方が75歳以上となる平成37年（2025年）、市の総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合が約3割と予測される超高齢社会を念頭に中長期的な視点をも示すものとして策定しています。

本計画の策定に際しましては、東久留米市介護保険運営協議会において、平成25年12月から計6回の審議を重ねてまいりました。この間、65歳以上の高齢者の皆様を対象としたアンケート調査や本計画書素案のパブリックコメントを実施しています。また、市民と事業者の皆様に本計画と制度改正についての説明会を計5回開催し、頂戴しましたご意見をふまえて、本年1月26日の介護保険運営協議会で本計画の策定に向けた協議を行っています。

介護保険運営協議会委員の皆様をはじめ、本計画の策定過程で多くの市民・事業者・関係者の皆様にご協力をいただきましたことに、厚くお礼を申し上げます。

平成27年度の介護保険制度の改正は、平成12年度の制度開始以来、最大の改正内容となります。主な改正点としましては、制度の持続可能性を高め、費用負担の公平化を図るために、世帯非課税低所得者の保険料軽減が拡充され、一定以上の所得のある方の利用者負担などが引き上げられます。また、予防給付のうち訪問介護と通所介護を平成29年4月から新しい総合事業に移行することなどです。

本計画では、安心して高齢期を過ごすことができる「地域包括ケアシステム」の構築を理念として掲げています。施策の大きな柱としては、高齢者の皆様が住み慣れた家庭や地域の中で、安心していきいきと暮らせますよう、それぞれの日常生活圏域における地域包括支援センターを地域包括ケアの連携拠点として、介護予防と生活支援サービス事業に重点を置き、「地域の支え合い」づくりを進めます。また、在宅で療養される皆様を支援できますよう、「医療と介護の連携」や「認知症施策の推進」などに取り組んでいきます。

このように、本計画を実のあるものとするためには、「地域での支え合い」をはじめとして、行政とともに、ボランティア、NPOや自主グループなどの団体、医療機関や介護事業所の関係者の皆様方が連携・協働してつながることが、これまで以上に大切になるものと考えています。ぜひ、今後とも皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

平成27年3月

東久留米市長

並木克巳



【目次】

	ページ
第1章 計画の概要	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画期間と評価	3
4 高齢化の現状と将来推計	5
第2章 計画の基本目標	10
1 介護予防・健康づくりの推進	10
2 地域包括ケアの充実	20
3 介護保険施設整備等の充実	35
4 介護サービスを補足する福祉サービス ～生活支援サービス～	40
5 認知症高齢者の支援の推進	41
6 要介護者の家族への支援	44
7 高齢者の権利擁護の推進	46
第3章 サービス量の推計・介護保険料	48
1 介護保険サービス見込み量の算出フロー	48
2 介護保険サービス見込み量	49
3 介護保険料	53
資料編	
1 東久留米市介護保険運営協議会の運営概要	55
2 東久留米市介護保険運営協議会委員名簿	56
3 審議経過	57
4 市民説明会等の経過	58
5 東久留米市高齢者アンケート調査の概要	59
6 用語解説	60

第 1 章 計画の概要

1 計画策定の趣旨

国の高齢者人口は、平成 26 年 9 月 15 日現在で 3,296 万人となり、高齢化率は 25.9% に達しています。今後は総人口の減少、高齢者数・高齢化率の増加傾向が続くことが予想され、団塊の世代が 75 歳に到達する 2025 年(平成 37 年)には、地域社会のあり方、社会保障制度のあり方など、生活全体に大きな変革をもたらそうとしています。

こうした状況に対応するために、市では高齢者のニーズに対応した認知症施策、在宅の介護と医療との連携、高齢者の居住の施策との連携、生活支援サービスなど、市民が安心して高齢期を過ごすことができる地域包括ケアシステムを実現するための体制づくりを進めています。

今後も、高齢者が寝たきりなどの要介護状態にならずに、住み慣れた地域でいきいきとした生活を営めるようにする必要があります。そのためには、健康の保持・増進、介護予防、生活環境の支援、社会参加の促進など、高齢者施策の更なる充実を図っていきます。

－ 介護保険制度改正（平成 27 年度） －

平成 12 年 4 月からスタートした介護保険制度により、介護を必要とする高齢者が選択に基づいた保健・医療・福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できるよう基盤整備を進めてきました。

平成 27 年度の制度改正では、「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等に関する法律」（「以下、医療介護総合確保推進法」という）に基づき、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実するなど、「**地域包括ケアシステムの構築**」として、以下の 3 点が挙げられます。

- ① 地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化）
- ② 予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し多様化
- ③ 特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護 3 以上に限定
保険料の上昇を可能な限り抑えつつ制度の持続可能性を高めるため、世帯非課税低所得者の保険料軽減の拡充や所得や資産のある人の利用者負担を見直すなど、「費用負担の公平化」として、以下の主な改正に取り組みます。
 - ① 住民税非課税世帯の低所得者の保険料軽減割合の拡大
 - ② 一定以上の所得のある第 1 号被保険者の利用者負担の引き上げ（1 割を 2 割に）
 - ③ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補助する「補足給付」の要件に資産基準等を追加

以上のような視点から、「第 6 期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（平成 27 年度～29 年度）」は、平成 24 年 3 月に策定した「第 5 期計画（平成 24 年度～26 年度）」の見直しを行い、本市の高齢者に関する諸施策の方向を示すものとして策定します。

2 計画の位置づけ

(1) 計画の一体性

第6期の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、地域で暮らす全ての高齢者を対象とした一体性のある計画として策定し、市の高齢者施策の総合的な推進を図るものです。

(2) 東久留米市基本構想と地域福祉計画等との整合性

第6期の計画は、東久留米市基本構想・東久留米市長期総合計画のもとに位置づけられ、市の高齢者施策の方向性を示すものです。

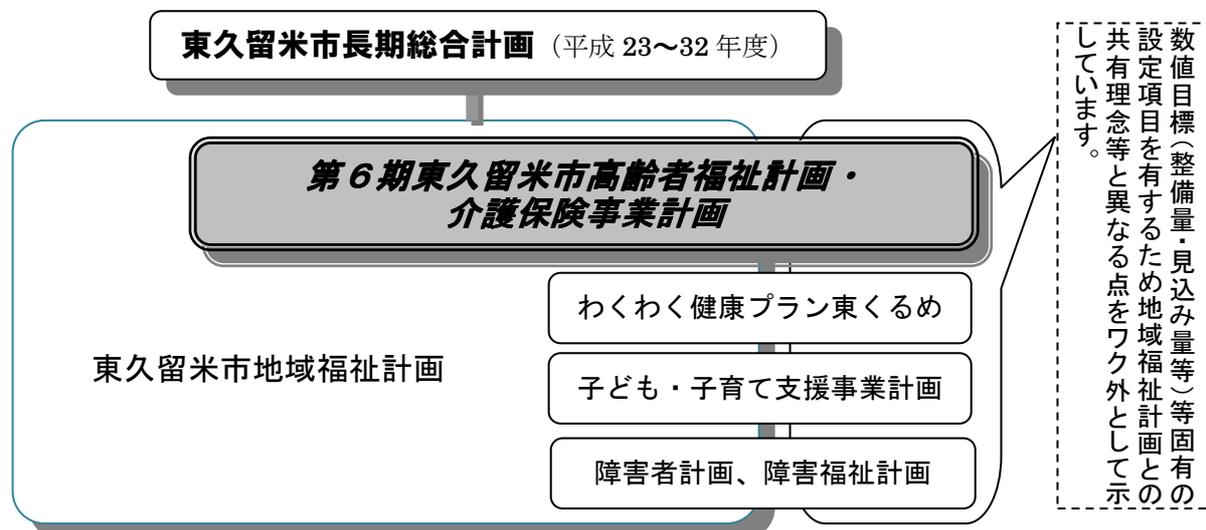
この計画は、第5期に引き続き、介護給付等対象サービス（予防給付、介護給付）および新たな総合事業として再編される地域支援事業などの高齢者福祉サービスと地域における社会資源から供給されるサービスを重層的に組み合わせることにより、介護を要する高齢者等の生活全般の課題を解決することを目指します。

また、東久留米市地域福祉計画と整合性を図りながら、地域の住民活動をはじめとする提供主体によるサービスとの連携・協働を目指し、更なるネットワークづくりに努めます。特に、それぞれの日常生活圏域における地域包括支援センターを核とした地域包括ケア体制の充実を目指します。このため公的サービスと地域団体、ボランティア、NPOなどによる地域福祉活動相互の結びつきを深め、地域の高齢者を始めとする市民一人ひとりが参画できるよう、地域のネットワークづくり、地域での支え合いの体制づくりを進めます。

さらに、本計画は、健康づくり施策である「わくわく健康プラン東くるめ」との整合性を図り、高齢者の健康寿命の延伸に向けて、要介護状態等の予防や悪化の防止を図る取り組みを進めます。

これら市における保健福祉の諸計画との整合性や調和のもとに、持続可能とする介護保険制度の安定的運営、地域福祉の推進のための協働による取り組みなど、多面的な視点に基づく計画を目指すこととなっています。

このため本計画の推進にあたっては、行政内部や関係機関との連携、市民生活に密接な関わりのある施策等との整合性を図る必要があります。また、市民・団体・事業者等との連携・協働がますます重要になることから、計画の進捗状況・評価についてもきめ細かく把握するとともに、これらの情報の公開・提供に努めていきます。



3 計画期間と評価

(1) 計画期間

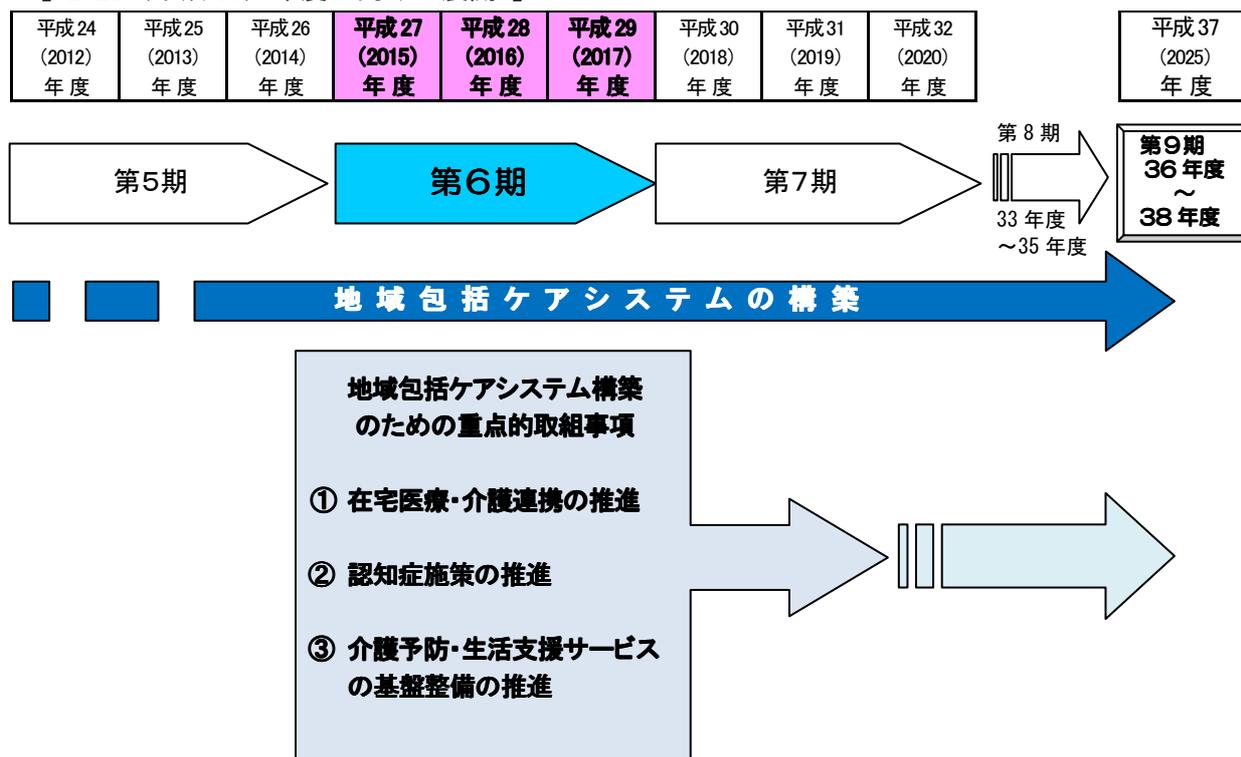
第6期の計画期間は、平成27年度から29年度までの3か年とします。

今期計画は、今後の市の高齢化の動向をふまえ、団塊の世代の方が75歳以上となる2025年（平成37年）の超高齢社会を念頭においた中長期的な視点を示すものとして策定するものです。

【 計画期間 】

年度	平成12 2000	13 2001	14 2002	15 2003	16 2004	17 2005	18 2006	19 2007	20 2008	21 2009	22 2010	23 2011	24 2012	25 2013	26 2014	27 2015	28 2016	29 2017	
計 画 期 間	第1期計画 (平成12年度～16年度)																		
	見直し			第2期計画 (平成15年度～19年度)															
						見直し		第3期計画 (平成18年度～20年度)											
									見直し		第4期計画 (平成21年度～23年度)								
												見直し		第5期計画 (平成24年度～26年度)					
																見直し		第6期計画 (平成27年度～29年度)	

【 2025（平成37）年度に向けた展開 】



(2) 介護保険制度の評価

市では、本計画の見直しにあたり、平成 25 年 12 月に、高齢者アンケート調査「高齢者一般調査」と「在宅サービス利用者調査」を、それぞれ 65 歳以上の方 1,000 人を対象に実施し、本事業計画の策定の参考にしております（資料編 p. 59 参照）。

介護保険制度は、平成 12 年度に始まって以来約 14 年が経過しています。在宅サービスの利用者の皆さんが介護保険制度をどのように評価しているかみてみます。

「在宅サービス利用者調査」（H25、問 26）では以下のとおりです。

- 介護保険制度は「よいと思う」（H22、36.5%⇒H25 40.6%）、「まあよいと思う」（H22、36.0%⇒H25、31.3%）を合わせた割合が 71.9%（H22、72.5%）となっているのに対し、「あまりよくないと思う」（H22、4.8%⇒H25、4.2%）「よくないと思う」（H22、2.0%⇒H25 1.6%）を合わせた割合は 5.8%（H22、6.8%）となっています。

- 介護保険制度の良い点（H25、問 27）は、「介護をする家族の負担が軽い（平成 22 年度は「軽くなった」）」が 47.5%（H22、53.1%）で、その割合が最も高く、次いで「1 割負担で受けたいサービスを受けられる（平成 22 年度は「受けられるようになった」）」が 44.2%（H22、43.5%）、「自分でサービスや事業者を選べる（平成 22 年度は「選べるようになった」）」が 23.2%（H22、21.3%）の順となっています。

4 高齢化の現状と将来推計

(1) 高齢化の状況

○ 市の総人口は、平成 26 年の 116,453 人から第 6 期計画目標年度である平成 29 年には 115,347 人と 1,106 人 (1.0%) の減少が見込まれます。65 歳以上の高齢者人口は、平成 21 年の 26,239 人 (高齢化率 22.8%) から平成 26 年には 30,388 人 (高齢化率 26.1%) へと 4,149 人 (高齢化率 3.3 ポイント) 増加しています。

平成 29 年には 32,026 人 (高齢化率 27.8%) へと 5,787 人 (22.1%) の増加が見込まれます。さらに、団塊世代が 75 歳以上となる平成 37 年には 32,805 人 (高齢化率 29.5%) へと、全人口の約 3 割が 65 歳以上となることが予測されています。

○ 75 歳以上の後期高齢者数は、平成 21 年の 10,832 人から平成 26 年の 14,330 人へと 3,498 人 (32.3%) 増加しています。平成 29 年には 16,371 人へと 5,539 人 (51.1%) の増加が見込まれます。後期高齢者の高齢化率は、平成 21 年の 9.4% が平成 29 年には 14.2% へと 4.8 ポイントの大幅な増加が見込まれています。

図表 1 市の人口の推移

各年 10 月 1 日現在 単位：人、%

年 度	平成 21	平成 22	平成 23	平成 24	平成 25	平成 26	平成 27	平成 28	平成 29
総人口	114,848	115,013	114,413	115,822	116,272	116,453	116,115	115,731	115,347
40歳未満	50,167	49,281	47,899	47,742	47,063	46,154	45,199	44,554	43,911
40～64歳	38,442	38,896	39,279	39,792	39,840	39,911	39,450	39,431	39,410
65歳以上	26,239	26,836	27,235	28,288	29,369	30,388	31,466	31,746	32,026
平成 21 年を 100 とした 指数	100.0	102.3	103.8	107.8	111.9	115.8	119.9	121.0	122.1
再掲(75歳 以上) 平成 21 年 を 100 とし た指数	100.0	106.9	112.5	120.7	126.9	132.3	140.1	145.6	151.1
高齢化率 (65歳以上)	22.8%	23.3%	23.8%	24.4%	25.3%	26.1%	27.1%	27.4%	27.8%
高齢化率 (75歳以上)	9.4%	10.1%	10.7%	11.3%	11.8%	12.3%	13.1%	13.6%	14.2%
年 度	平成 32	平成 37							
総人口	114,195	111,055							
40歳未満	41,979	39,423							
40～64歳	39,350	38,827							
65歳以上	32,866	32,805							
平成 21 年を 100 とした 指数	125.3	125.0							
再掲(75歳 以上) 平成 21 年 を 100 とし た指数	167.7	188.5							
高齢化率 (65歳以上)	28.8%	29.5%							
高齢化率 (75歳以上)	15.9%	18.4%							

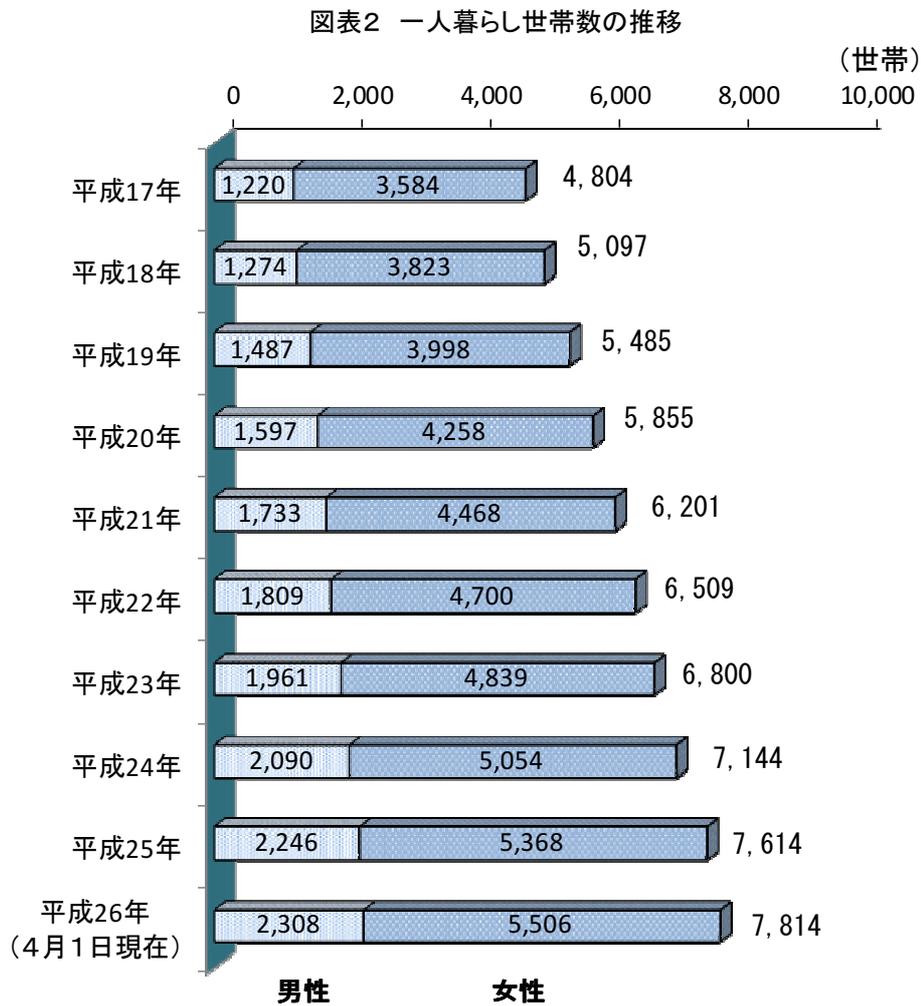
- 平成 21 年度から平成 25 年度までは確定値 (平成 26 年度は 6 月 1 日現在)
- 平成 27 年度以降は推計値 (国立社会保障・人口問題研究所 「日本の地域別将来人口推計 (平成 25 年 3 月)」)

(2) 高齢者世帯の状況

① 一人暮らし世帯

○ 市内の65歳以上の高齢者世帯のうち、一人暮らし世帯数は、6,201世帯(平成21年)から7,814世帯(平成26年)へと1,613世帯(26.0%)増加し、平成26年時点では女性の一人暮らしの高齢者世帯数は5,506世帯と全体の70.5%を占めています。

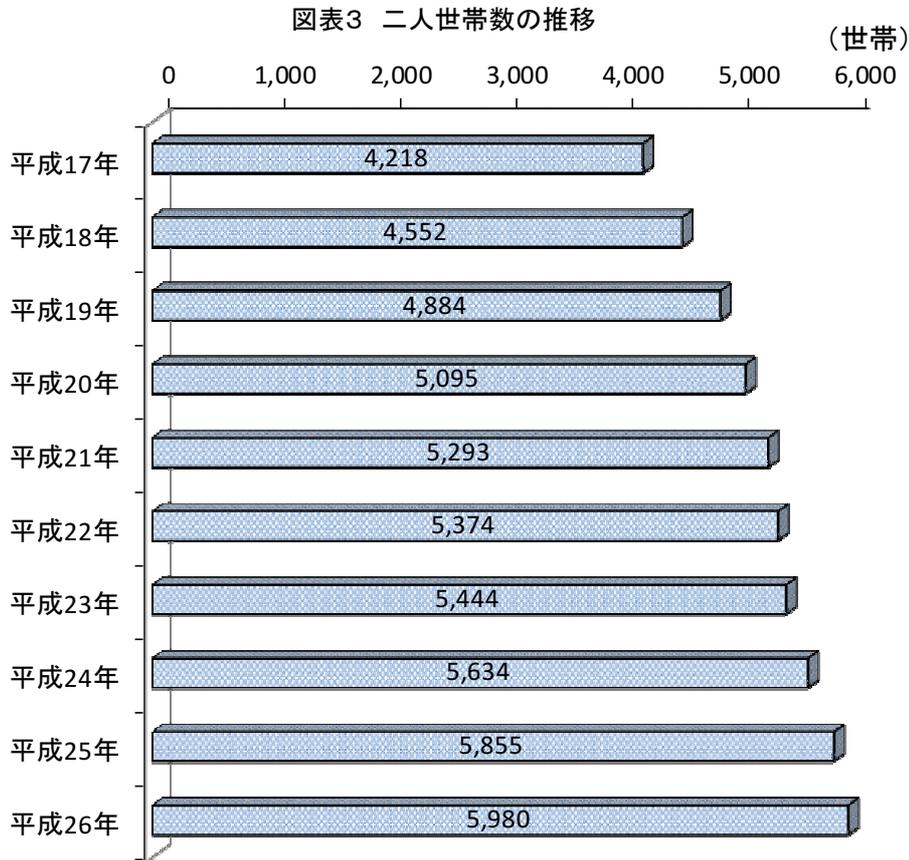
市内の全世帯数は、51,959世帯(平成26年)であり、一人暮らしの高齢者世帯の占める割合は、12.4%(平成21年)から15.0%(平成26年)へと増えています。



② 二人世帯

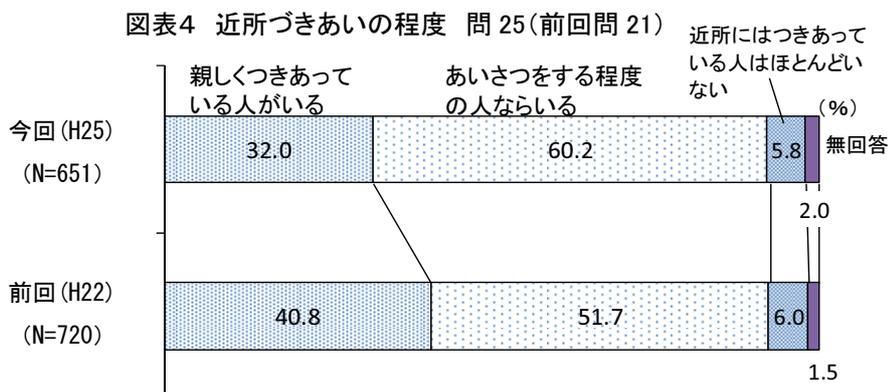
○ 市内の65歳以上の高齢者世帯のうち、二人世帯数は5,293世帯（平成21年）から5,980世帯（平成26年）へと687世帯（13.0%）増加しています。

市内の全世帯数は、51,959世帯（平成26年）であり、高齢者の二人世帯の占める割合は、10.6%（平成21年）から11.5%（平成26年）へと増えています。



高齢者の孤立・孤独の状況について、「高齢者一般調査」（H25、問25）から近所づきあいの程度をみると、「あいさつをする程度の人ならいる」が60.2%と割合が最も高く、「親しくつきあっている人がいる」は32.0%の順となっています。

地域社会全体の高齢化が急速に進むとともに、介護を必要とする高齢者の増加が見込まれる中、地域の高齢者の孤立・孤独化しないように支援していくことが課題となっています。

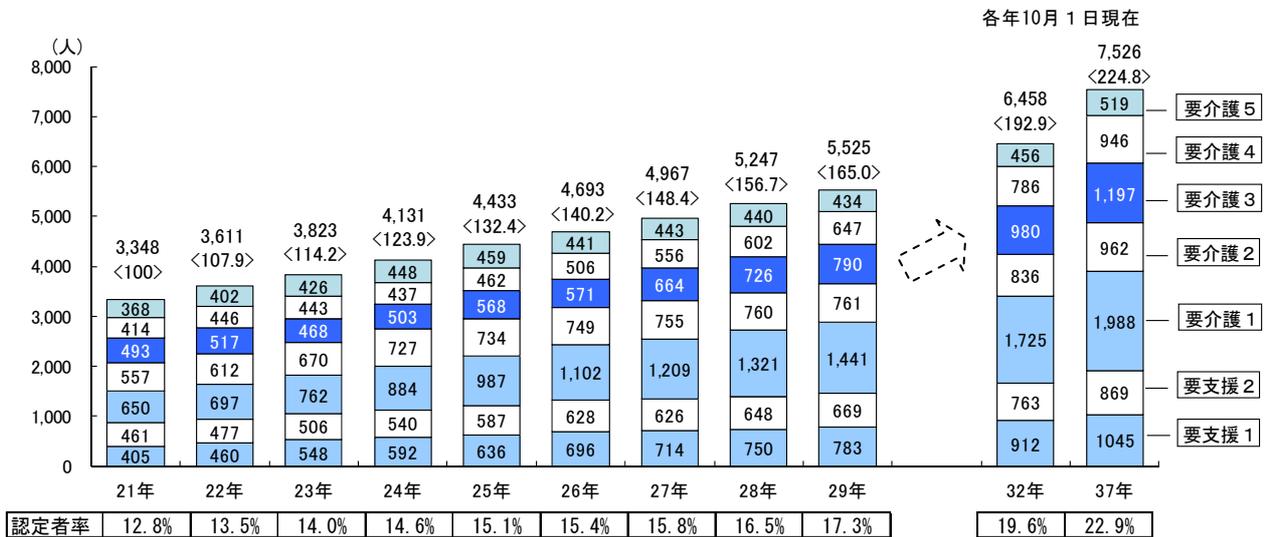


(3) 要介護認定者の状況

○ 第1号被保険者の要介護認定者数の推移をみると、平成21年の3,348人から平成26年には4,693人へと1,345人(40.2%)増加し、平成29年には5,525人へと2,177人(65.0%)の増加が見込まれます。

認定者率(高齢者人口に対する認定者数の割合)は、平成21年の12.8%から平成26年の15.4%へと増え、今後は平成29年には17.3%へと4.5ポイントの上昇が見込まれます。

図表5 要介護認定者数の推移(27年以降は推計) 各年10月1日現在



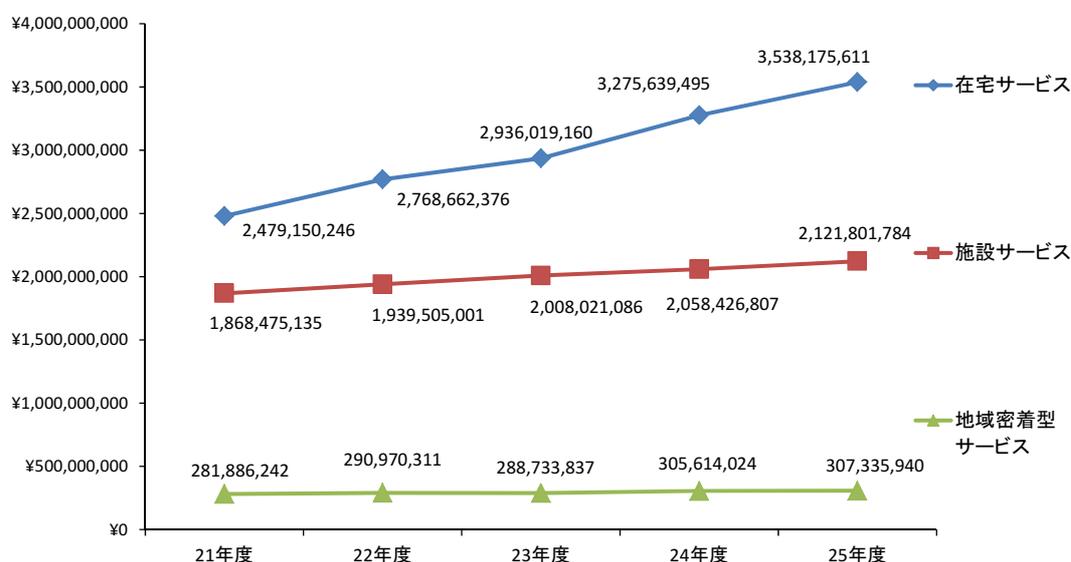
< >内の数字は、21年を100とした指数

(4) 介護保険給付費の推移

○ 第5期計画期間の介護保険サービス給付費の推移をみると、「在宅サービス給付費」は、平成21年度の24億7,900万円が、25年度には35億3,800万円へと42.7%（10億5,900万円）増加しています。また、「施設サービス給付費」は、平成21年度の18億6,800万円が、25年度には21億2,200万円へと13.6%（2億5,400万円）増加となっています。「地域密着型サービス給付費」は、平成21年度の2億8,200万円が、25年度には3億700万円へと8.9%（2,500万円）増加となっています。第5期では第4期に続き、「在宅サービス給付費」の伸びが「施設サービス給付費」の伸びを大きく上回っています。

なお、第6期計画期間以降における介護保険サービス給付費の推移としては、平成37年度に107億9,632万円、介護保険料基準月額が8,000円に達するものと見込まれます。

図表6 保険給付費の推移(平成21年度～25年度)



図表7 介護サービスの内訳

在宅サービス (予防を含む)	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護(デイサービス)、通所リハビリテーション、短期入所生活介護(福祉系)、短期入所療養介護(医療系)、特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等)、福祉用具貸与、特定福祉用具購入、居宅介護住宅改修
施設サービス	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
地域密着型サービス (予防を含む)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

第2章 計画の基本目標

1 介護予防・健康づくりの推進

(1) 介護予防の推進

① 平均より低い要介護出現率

- 市の要介護・要支援認定者数は、介護保険制度が施行された際には1,560人（平成12年3月末現在）でした。そのときから14年が経過した平成26年度では4,693人（平成26年10月1日現在）へと3,133人（3.0倍）増加しています。

認定者率は、平成12年当時は9.8%でしたが現在は15.4%（平成26年10月1日現在）と5.6ポイントの増加となっています。

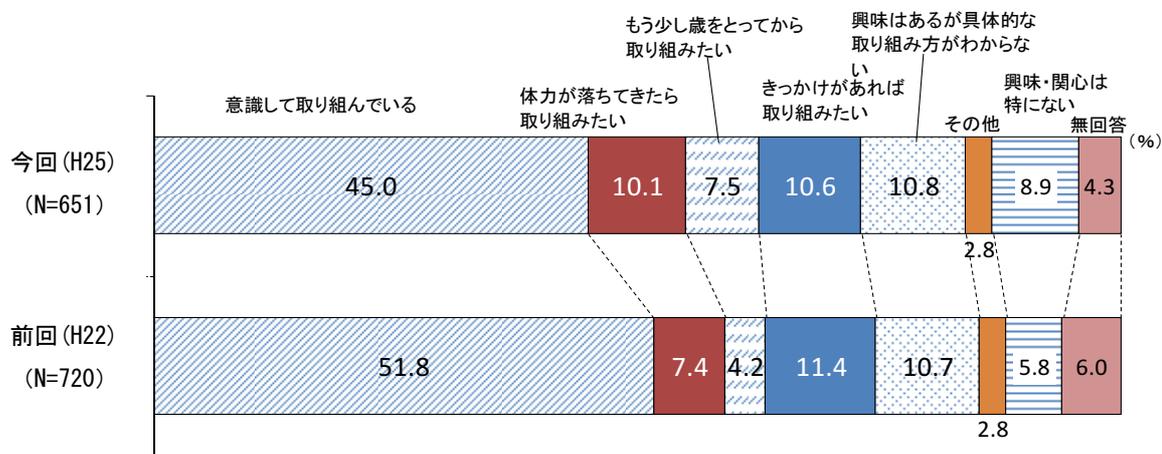
第1号被保険者の認定率は、東京都平均が17.8%（平成26年3月末現在）である点と比較すると、本市の認定率は15.1%と2.7ポイント低い状況にあります。

② 介護予防等を推進する背景

- 市では、介護保険制度創設時から、介護を必要とする高齢者を少なくする施策に継続して取り組んできました。このような中、介護予防への取り組みに関する「高齢者一般調査」（H25、問14）をみると、「意識して取り組んでいる」が45.0%とその割合が最も高く、「興味があるが具体的な取り組み方がわからない」が10.8%、「きっかけがあれば取り組みたい」が10.6%の順となっています。

標記のアンケート結果をふまえ、要介護と認定されていない元気な高齢者がますます増えていくよう、第6期計画では前回（第5期計画）に引き続き、健康づくりや介護予防事業への参加が増えるよう取り組んでいきます。

図表8 介護予防への取り組み 問14(前回問14)



- 介護予防を効果的に行うには、要支援などになるおそれのある方（介護予防対象者）を早期に把握することが大切です。把握した対象者のうち、要支援などになるおそれが高い介護予防対象者に対しては、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行い、介護予防事業への参加を促しています。
- 要介護状態になることをできるだけ防ぐとともに、要介護状態になってもそれ以上悪化しないようにする必要があります。そのために、介護予防事業の効果測定を行っています。
- 要支援1・2の方には、自立した能力を維持・向上できる支援が必要です。従来のサービス提供に加え、メニューや提供時間などに配慮したサービス提供で支援することが求められます。
- 団塊の世代の方が75歳以上となる2025年（平成37年）には、認定者数が7,526人と最も多くなる状況が見込まれるため、第6期計画では中長期的な計画の推進が重要となります。
このため、「活力ある高齢社会」が実現できるよう、市が主体となって、第5期に引き続き一貫性・連続性のある「総合的な介護予防システム」の充実を目指します。

(2) 介護予防マネジメントの推進

- 平成 18 年度の介護保険制度改正で予防給付が創設され、要支援 1・2 と認定された高齢者には介護予防給付が提供されています。要支援となった高齢者は、要介護状態になることを予防するために、地域包括支援センターがボランティア活動などの地域のサービスも活用しながら介護予防に取り組んでいます。
- 介護予防を推進するためには、介護が必要になった主な原因を明らかにする必要があります。「在宅サービス利用者調査」(H25、問 8) では、「骨折・転倒」が 24.9%、「高齢による衰弱」が 20.8%、「脳卒中(脳出血、脳梗塞等)」が 18.8%、「認知症(アルツハイマー病等)」が 15.4% となっています。
- 市では、平成 25 年度に、市内に居住する第 1 号被保険者のうち、要支援・要介護認定者を除いた方を対象に高齢者元気度アンケート(生活機能評価対象者 23,518 人のうち、回答者 16,417 人)を実施し、約 4,500 人の二次予防事業対象者を把握することができました。
二次予防事業対象者(要介護・要支援状態になるおそれの高い方)に対しては、それぞれ生活機能の低下している分野に合わせた介護予防プログラムを案内しています。
- 今後は、予防を必要とする高齢者の増加に備え、対象者への動機づけに力を入れるとともに、筋力向上トレーニングなどへの参加者が増加するよう多様なプログラムの充実に努めます。
また、元気な高齢者に対しては介護予防に関する知識の普及啓発を充実させ、予防事業への参加者の増加に努めます。
- 市では、「高齢者いきいきプログラム」などの修了者を対象として、新たに自主グループ化に取り組んだ結果、地域の体操教室など新たな「通いの場」が設けられています。第 6 期計画では、自主グループ化の取り組みを推進します。

図表9 介護予防事業実施状況 (参考)

事業名		平成24年度	平成25年度
生活機能評価		17,594 人	16,417 人
二次予防事業 (要介護・要支援状態になるおそれのある方)	筋力向上プログラム (高齢者いきいきプログラム)	37 人	37 人
	口腔機能の向上プログラム(健口はつらつ教室)	74 人	44 人
	低栄養予防プログラム (元気もりもり栄養プログラム)	2 人	1 人
一次予防事業 (元気な高齢者の方)	筋力向上プログラム(足腰らくらく体操教室)	35 人	35 人
	機能回復訓練事業(平成 23 年度まで)	—	—
	脳の健康教室	26 人	29 人
	低栄養予防プログラム(元気食教室)	15 人	53 人
各種講演会		152 人/2 回	277 人/4 回

(3) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の推進

- 介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）は、高齢者に対する介護予防・日常生活支援や互助・インフォーマルな支援を推進するため、平成 27 年度の制度改正により、全ての市町村で実施が義務づけられた事業であり、地域支援事業に位置づけられています。

総合事業は、要支援者の能力を最大限に生かしつつ、多様なニーズに応えるサービスを提供するしくみです。事業の内容は、生活支援サービス、高齢者の社会参加・支え合いの体制づくり、介護予防の推進、関係者の意識共有と自立支援に向けたサービスの推進からなる施策の実施が求められています。

また、総合事業は、多様なマンパワーや社会資源の活用を図り、要支援者に向けた介護予防サービスと、従前の二次予防事業対象者などに向けた生活支援サービス（見守りや配食など）を総合的に提供する内容となっています。

これらの取り組みを通じて、住民主体のボランティアによるサービス提供を増やし、元気な高齢者を増やしていき重度化の予防を図ることが費用の効率化につながります。

- 総合事業は、住民等の多様な主体が参画し「地域の支え合いづくり」を推進する事業であり、以下の 2 つの体系から成り立っています。

① 介護予防・生活支援サービス事業

- ・訪問型サービス、通所型サービス（要支援者等に対する掃除、洗濯等の支援）
- ・その他生活支援サービス（要支援者等に対する見守り等）

② 一般介護予防事業（従前の一次・二次予防を区別せず、介護予防として一本化）

(総合事業の開始時期)

- 住民が主体となった支え合いのしくみを整備するために、総合事業は平成 27・28 年度に準備を行い、平成 29 年 4 月から実施します。

(総合事業の準備期間と主な取り組み)

- 準備期間では、介護予防・生活支援サービスの体制を整備するために、住民主体の活動の担い手となる元気な高齢者、社会福祉法人、NPO、社会福祉協議会、シルバー人材センター、民間企業などと連携して、多様なサービスの提供体制づくりを推進します。

- 主な内容は、以下の 3 つです。

1) 生活支援サービスコーディネーターの配置

サービスの提供体制づくりのため、ネットワーク構築の機能のほか高齢者の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングさせる役割を果たす「生活支援サービスコーディネーター」（以下、「コーディネーター」という。）の適切な配置を推進します（詳細は p. 31 参照）。

2)「協議体」の配置

サービスの提供体制を推進させるため「協議体」を適切に設け、コーディネーターとサービスの提供主体が参加し、情報交換や連携を行う役割を推進します。協議体の構成は、地域包括支援センターやコーディネーターのほか地域の多様な関係者とします。

協議体を設置する目的は、定期的な情報共有と連携を強化する場であり、地域ニーズの把握や情報交換を通じてサービスの提供体制を推進するものです。協議体の設置数は、日常生活圏域ごとに適切な数を設置することを検討していきます

3) 多様なサービス提供主体への働きかけなど

提供体制を推進させるため、地域の支え合いなどの目指す地域の姿を多様なサービス提供主体が共通認識できるよう努めます。

生活支援サービスのサポーター養成などのしくみの検討を平成 27 年度に実施し、平成 28 年度からサポーター養成研修などに取り組む必要があります。また、多様なサービス提供主体やボランティアの活動状況を平成 27 年度に把握するとともに、これらの団体へ地域の支え合いへの協力・参加を働きかけていきます。

◆ **介護予防の総合的な推進**

＜第5期計画の振り返り＞

平成18年度より実施している介護予防事業は、要支援状態となるおそれのある高齢者(二次予防事業対象者)と元気な高齢者(一次予防事業対象者)に分類してサービスを提供しています。

第5期の課題としては、地域包括支援センターが担当する介護予防プラン作成の負担が大きいこと、二次予防事業プログラムへの参加者が少ないことなどがあげられます。

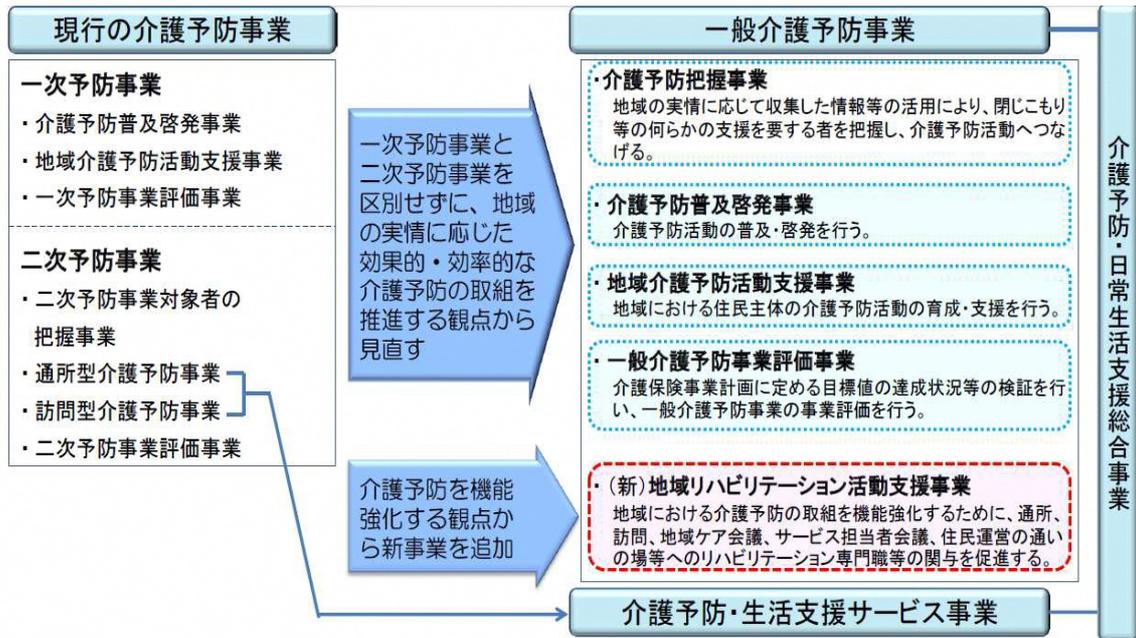
【第6期の方向性】

○ 第6期計画期間では、従来の「予防給付」、「介護予防事業」を再編し、要支援者等の高齢者の多様な生活ニーズに地域全体で応えていくため、予防給付の「訪問介護」「通所介護」について、地域の実情に応じた効果的なサービスとして実施するよう、体制整備を図ります。総合事業の実施時期は、平成29年4月とし、平成27・28年度は準備期間とします。

○ 介護予防給付(要支援1～2) (現行) (見直し後)
 訪問看護、福祉用具等 → 現行と同様
 訪問介護、通所介護 → 新しい総合事業

なお、一般介護予防事業は、全ての高齢者を対象とした住民運営の通いの場で、以下の通りです。

図表10 新しい総合事業の構成(厚労省資料より)

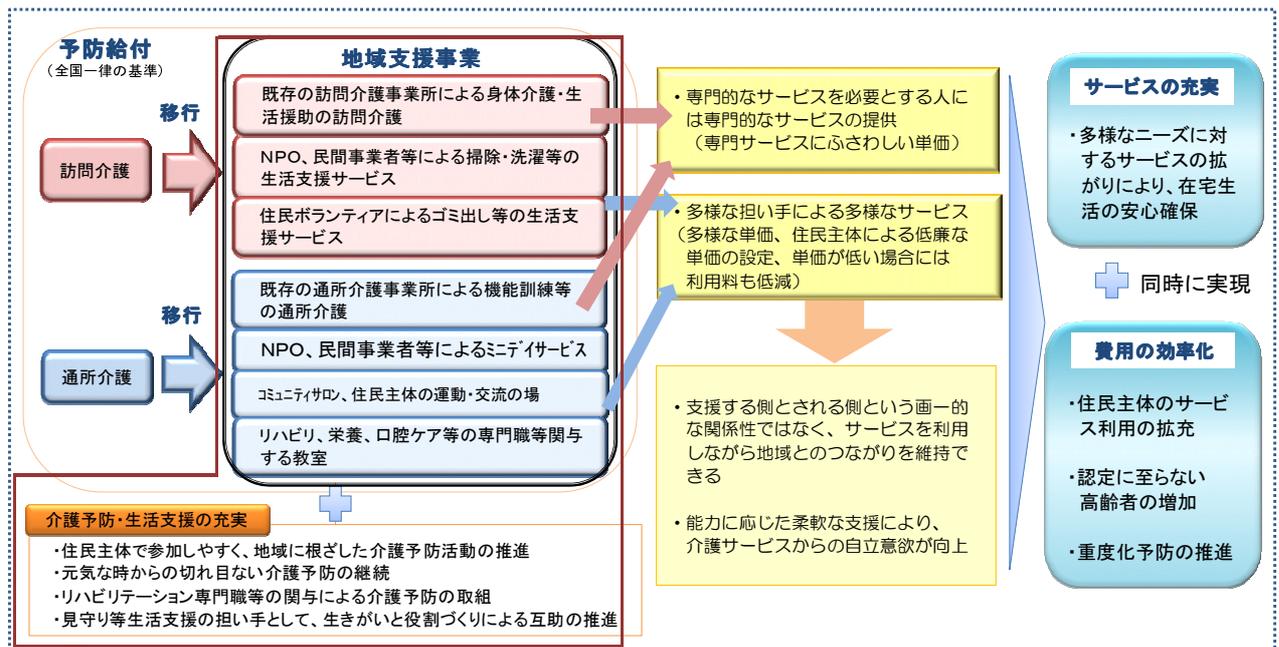


※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

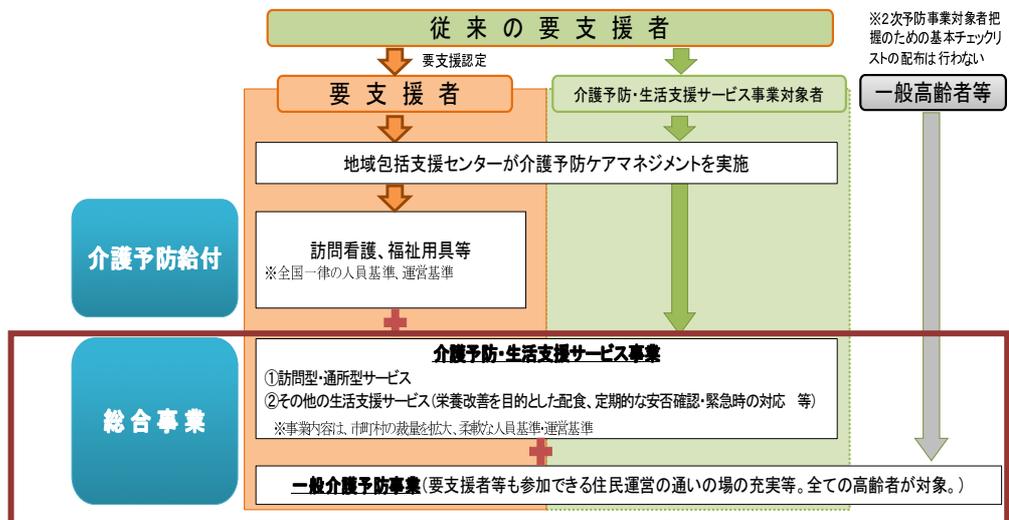
(予防給付の見直しと生活支援サービスの充実)

- 予防給付のうち、「訪問介護」と「通所介護」は、平成 29 年 4 月から「総合事業に移行」し、要支援者の多様なニーズに対応したサービス提供を図るとともに、生活支援の観点からのサービスについては、住民主体による互助的活動の基盤を整備していきます。

図表 11 予防給付の見直しと生活支援サービスの充実 (厚労省資料より)



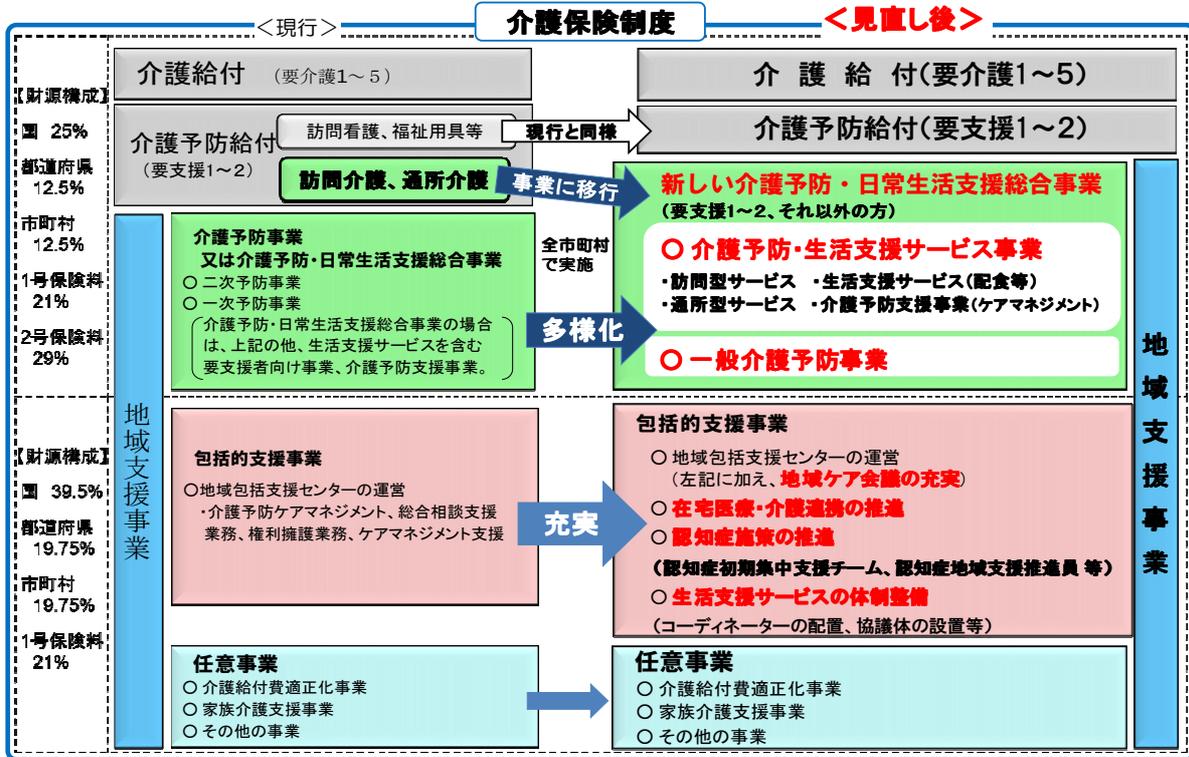
総合事業は、要支援者、介護予防・生活支援サービス事業対象者、一般高齢者等が利用可能です。なお、一般介護予防事業では、同様に全ての高齢者がサービスを利用できます。



(総合事業を含む見直し後の介護保険制度)

介護保険制度は、第6期計画期間において、予防給付のうちの2事業（訪問介護、通所介護）の総合事業への移行を踏まえ、次のような構成により推進を図ります。

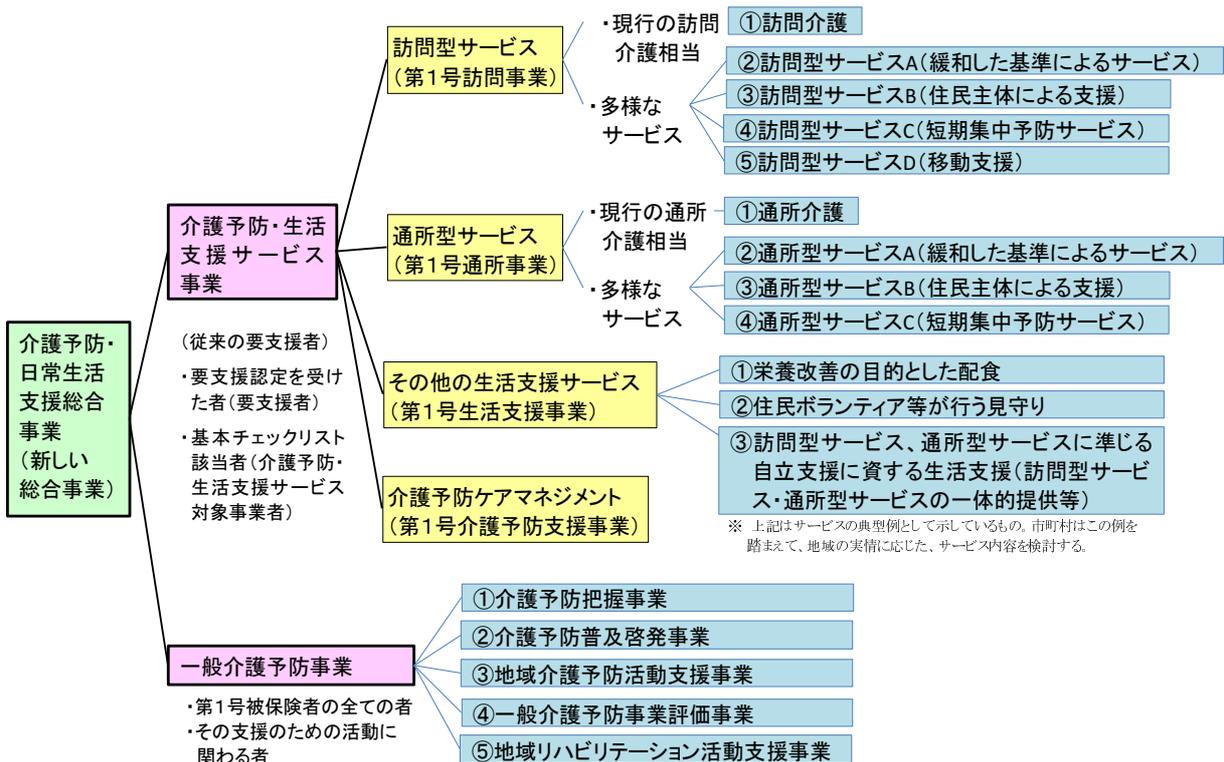
図表 12 介護保険制度（見直し前・後）（厚労省資料より）



(総合事業の種類)

○ 下記事業例をもとに、地域に合った事業内容の検討・実施を図ります。

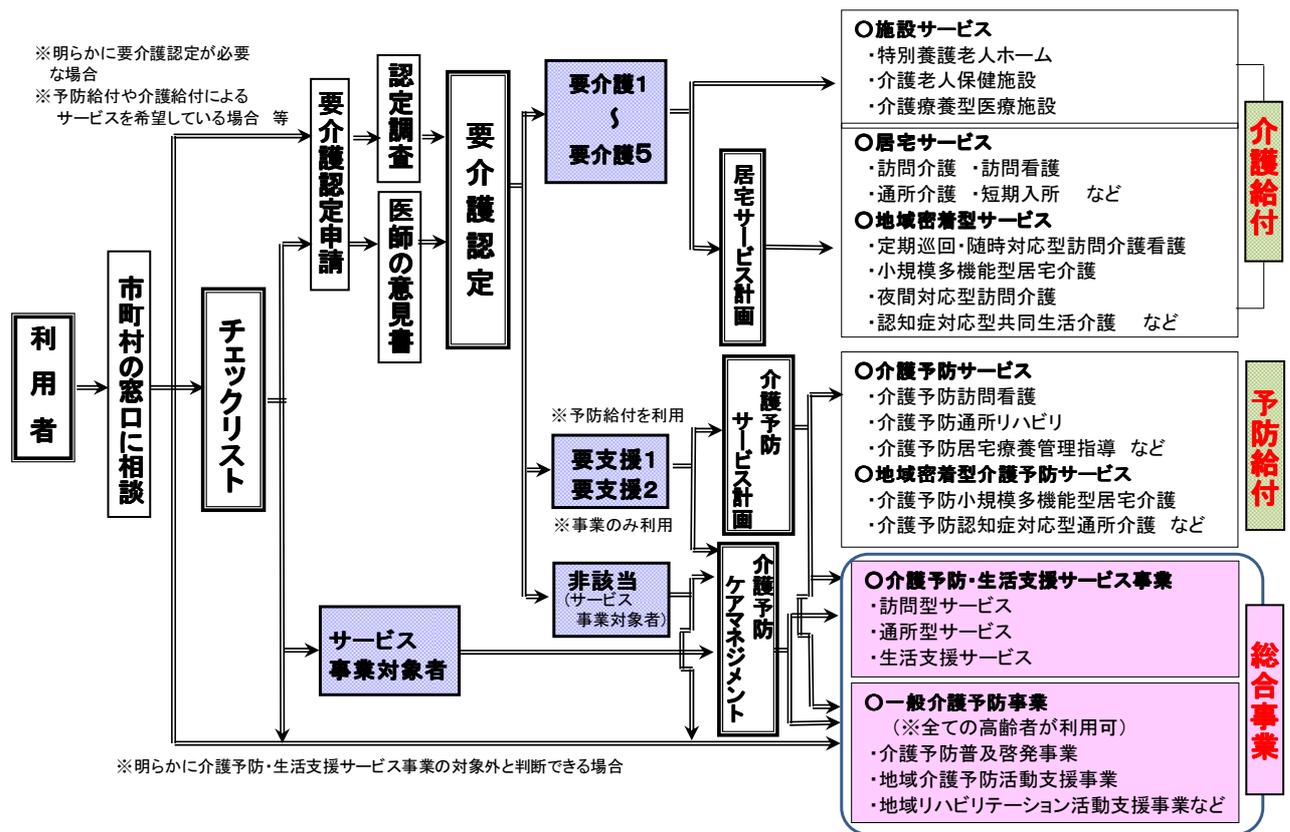
図表 13 総合事業の種類(事業例)（厚労省資料より）



(総合事業実施後の利用手続き)

- 総合事業を利用する手続きは、基本チェックリストをはじめ、要介護認定申請を基本的な流れとして運用することとなります。

図表 14 総合事業の実施後の利用手続き (厚労省資料より)



(4) 健康づくりの推進

- 高齢者の現在の健康状態をみてみます。「高齢者一般調査」(H25、問9)では「病気等あるが日常生活も外出もほぼ一人で行える」が35.5%と割合が最も高く、次いで「大した病気等もなく日常生活は自分で行える」が32.7%、「健康である」が29.0%の順となり、これらを合わせると日常生活でなんらかの手助けが必要ない方が97.2%でとても多いことがわかります。

次に、健康づくりの推進の観点から高齢者の死亡原因をみてみます。死亡原因では、「悪性新生物(がん)」が30.1%と最も高く、次いで「心疾患」が15.4%、「脳血管疾患」が9.3%、「肺炎」9.1%の順となっています(東京都「人口動態統計年報」H24)。これらの背景には、食習慣や運動習慣など生活習慣病によるものが多いという指摘がされています。また、要介護になった主な原因は、国全体では「脳血管疾患(脳卒中)」18.5%、「認知症」15.8%、「高齢による衰弱」13.4%となっています(厚生労働省「国民生活基礎調査」H25)。

- 高齢期に自立した生活を送るためには、中高年期からの健康づくり(一次予防)が大切です。健康増進、生活習慣病予防を中心に、自主的な健康づくりが取り組める環境の充実に図ります。

<第6期計画の方向性>

- 健康で生きがいをもって社会活動ができるよう、健康づくりと介護予防を切れ目なく取り組み、活動内容の充実に図ります。

市健康増進計画「わくわくプラン東くるめ」では、健康づくりを生活習慣の改善と捉え、「7つの生活習慣(食事、運動、休養、社会参加、たばこ・酒、口腔ケア、健康管理)」ごとに改善のきっかけとなる様々な活動を、健康づくり推進員(市民)、地域、行政の協働で行っています。

平成28年度からの健康増進計画(第二次)に向けて、評価を行いながら、健康増進事業の更なる充実に図っていきます。

「わくわく健康プラン東くるめ」とは

東久留米市健康増進計画で、市民・地域・行政の協働の取り組みです。市民一人ひとりが病気や寝たきりにならないよう健康づくりを実践し、健康で明るく活気に満ちた地域を目指し活動しています。



「健康づくり推進員」とは

公募市民や各自治会・関係組織から推進された市民の方々が、東久留米市長から委嘱され、健康づくり推進員として活動しています。毎月の部会で話し合いをしながら、健康づくりの活動を市内各所で行っています。



2 地域包括ケアの充実

(1) 日常生活圏域の設定

- 「日常生活圏域」は、地理的条件や面積や人口、地域の特性、介護給付等の対象サービスの施設整備の状況などを総合的に勘案し、事業計画に設定しています。

市の日常生活圏域は、介護保険施設等の設置状況、地域の広さや鉄道、幹線道路等を勘案し、3つの圏域（東部圏域、中部圏域、西部圏域）としています。

- 3つの日常生活圏域は、以下のとおりです（p.21「図表15 日常生活圏域の状況」参照）。

1) 東部圏域

【範囲】 上の原、金山町、神宝町、氷川台、大門町、小山、東本町、新川町、浅間町

【特徴】 高齢者人口は、約7千5百人と3つの圏域の中で最も少ない状況

2) 中部圏域

【範囲】 本町、幸町、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

【特徴】 高齢者人口は、約1万人と3つの圏域の中で2番目に多い状況で、サービスの基盤としては介護保険施設や居宅サービスの事業所数が最も多い地域

3) 西部圏域

【範囲】 前沢四・五丁目、滝山、野火止、八幡町、柳窪、弥生、下里

【特徴】 高齢者人口は、約1万2千人と3つの圏域の中で最も多い地域で、サービスの基盤としては、特別養護老人ホームなどの介護保険施設が充実した地域

- 地域密着型サービスは、日常生活圏域ごとに必要な数量を計画的に定めることができます。このため日常生活圏域の設定により、地域密着型サービスの計画的な整備を図りやすいなどの利点があります。

図表 15 日常生活圏域の状況

※人口 上段：平成 23 年 1 月 下段：平成 26 年 1 月 (外国人登録人口を除く)

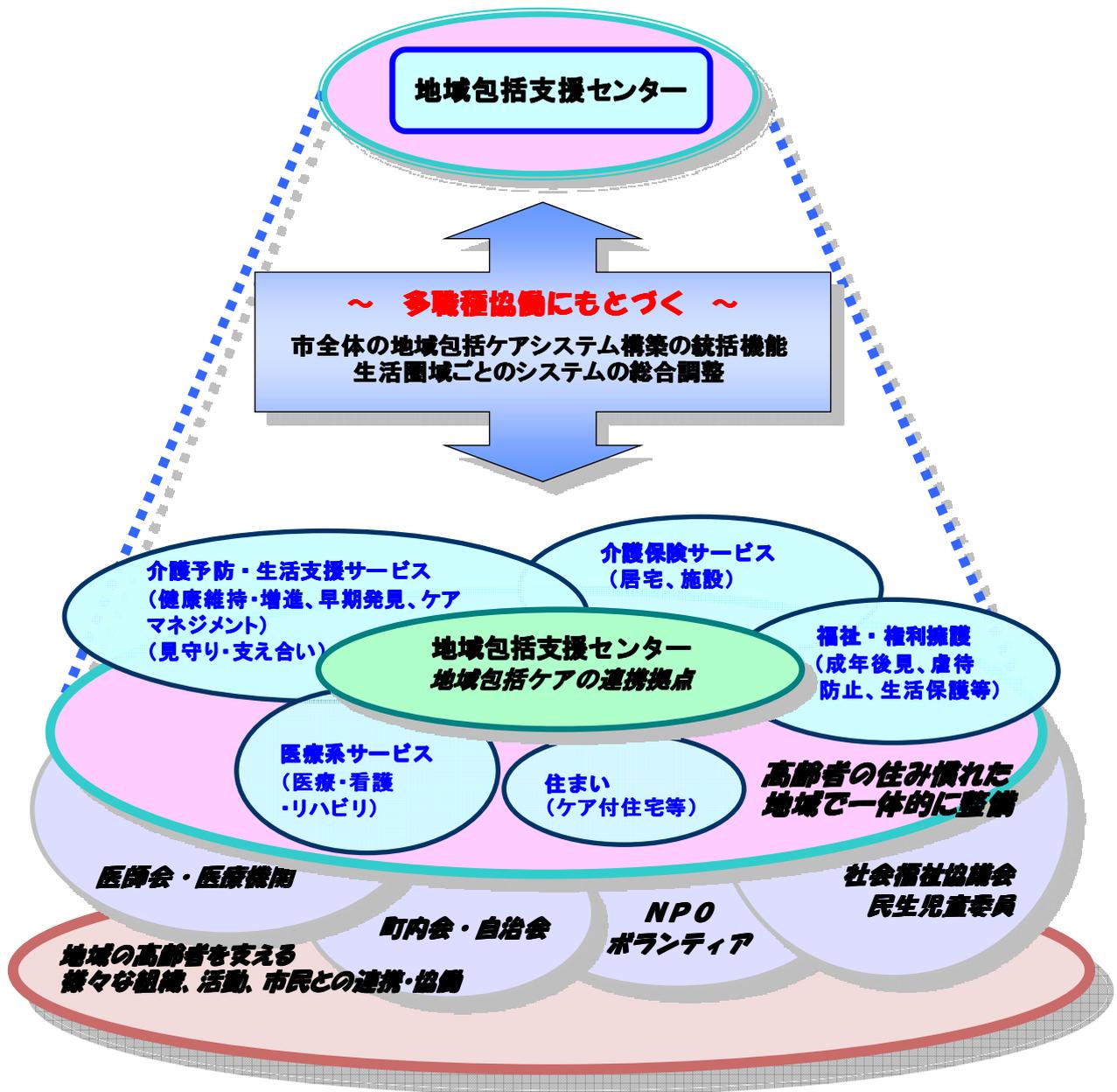
区分	単位	東部圏域	中部圏域	西部圏域
人口 (上段は平成 23 年、下段は平成 26 年)	人	30,730	40,788	43,254
		31,113	42,162	43,142
高齢者人口 (同上)	人	7,014	9,314	10,582
		7,489	10,207	11,919
前期高齢者人口 (同上)	人	3,713	5,045	6,358
		3,654	5,293	6,784
後期高齢者人口 (同上)	人	3,301	4,269	4,224
		3,835	4,914	5,135
高齢化率 (同上)	%	22.8%	22.9%	24.5%
		24.1%	24.2%	27.6%
前期高齢化率 (同上)	%	12.1%	12.4%	14.7%
		11.7%	12.6%	15.7%
後期高齢化率 (同上)	%	10.7%	10.5%	9.8%
		12.3%	11.7%	11.9%
介護老人福祉施設 (H26.10.1 現在)	設置数	1	1	2
	定員(人)	80	82	207
介護老人保健施設 (同上)	設置数		1	
	定員(人)		150	
認知症対応型共同生活介護 (同上)	設置数	2	2	2
	定員(人)	27	45	18
認知症対応型通所介護 (同上)	設置数	1		1
	定員(人)	12		12
特定施設 (有料老人ホーム等、同上)	設置数	1	2	2
	定員(人)	30	204	87
通所介護 (H26.10.1 現在)	設置数	6	16	13
通所リハビリテーション (同上)	設置数	1	1	
短期入所生活介護 (同上)	設置数	1	1	4
訪問介護 (介護予防含む、同上)	設置数	4	10	6
訪問看護 (介護予防含む、同上)	設置数	2	2	3
居宅介護支援 (H26.10.1 現在)	設置数	5	16	7

(2) 地域包括支援センター事業の充実

地域包括支援センターでは、日常生活圏域で生活する高齢者の一人暮らしによる不安や、認知症高齢者の増加、高齢者の虐待などの課題に対する総合相談窓口的な役割など、多様なニーズに応じた業務を充実させていきます。また、介護予防の機能を重視してサービスの普及・定着を図ることが求められています。そのためには、センターを核として公的なサービスのほか、地域のボランティアなどによるサービスを組み合わせて地域を支えていく必要があります。

- 地域包括支援センターは、高齢者のワンストップサービスの拠点として様々な相談を受け付け、適切な機関や制度、サービスにつなげられるよう継続的に支援を行っていきます。
また、本人や家族からの相談はもとより、地域からの連絡、高齢者世帯の実態把握（高齢者あんしん生活調査）等を通して課題に対応していきます。
- 地域包括支援センターは、市内3つの日常生活圏域（東部圏域、中部圏域、西部圏域）ごとに1か所設置され、その名称は、それぞれ東部、中部、西部地域包括支援センターです。
東部が東部地域センター内に、中部が幸町都営5号棟1階に、西部が特別養護老人ホーム「けんちの里」内に設置されています。東部と中部のセンターは、職員の増加と利用者の利便性などの観点から、今後は事務所を適切な場所に移転することを検討します。
- 在宅介護支援センターは、現在、1か所開設され、老人保健施設「ケア東久留米」（幸町）に設置しています。機能は、地域包括支援センターと同じですが、職員数は少人数体制を基本としています。地域包括支援センターと連携し、相談業務などの機能の推進に取り組んでいます。

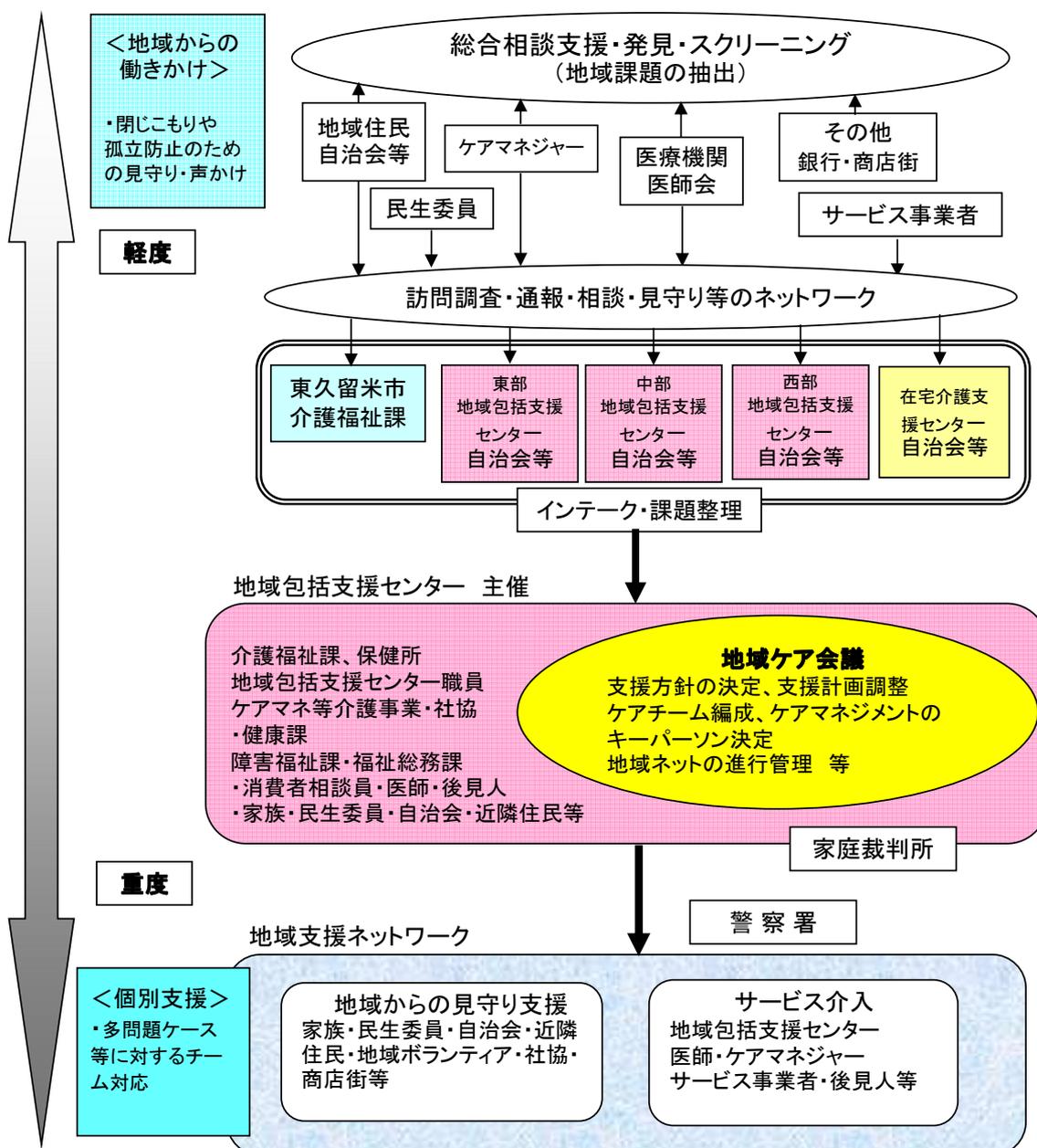
図表 16 「地域包括ケアの連携拠点となる地域包括支援センター」ネットワークの概念図



(3) 地域ケア会議の充実

介護に関する地域の課題を把握・整理するとともに、高齢者虐待の発見や認知症高齢者の見守り、在宅療養の支援などに関する機能の充実が求められています。そのためには、医療機関や警察署、家庭裁判所、地域住民、自治会、民生委員、社会福祉協議会などの様々な機関と地域ケア会議を開催するなどの連携を充実します。

図表 17 機能するネットワークと地域ケア会議等の効果的運用



(4) 地域包括ケアの推進

東久留米市の高齢者一人ひとりが、介護を必要とする状態になっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けることができるよう、適切なケアマネジメントを行うなど介護の質を一層高めていく必要があります。

- 市では、福祉的援助の必要な方を地域社会で支えていく地域社会づくりを進めています。
このため身近な場所で地域の特性に応じた多様な介護サービス等の提供を可能とする地域包括ケアの充実に努めていきます。
- 第6期計画期間では、第5期計画期間の取り組みをふまえつつ、団塊の世代の方が75歳以上となる2025年（平成37年）を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築を目指した取り組みを進めていきます。

<第5期計画の振り返り>

- 地域包括支援センターは、「高齢者あんしん生活調査（高齢者実態把握事業）」を通して、75歳以上の一人暮らしの方と高齢者世帯を対象に戸別訪問を町丁別に年平均300世帯程度行っています。各地域包括支援センターは、担当地域の特性を診断し、商店や銀行等の関係機関とのネットワークづくりを通して、地域の支援・相談体制の充実に努めてきました。
- 地域包括支援センターは、ケアマネジャーと医療機関との連絡会を開催しています。
- 各地域包括支援センターと在宅介護支援センターが連携を図りながら、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援を実施することができました。

<課題>

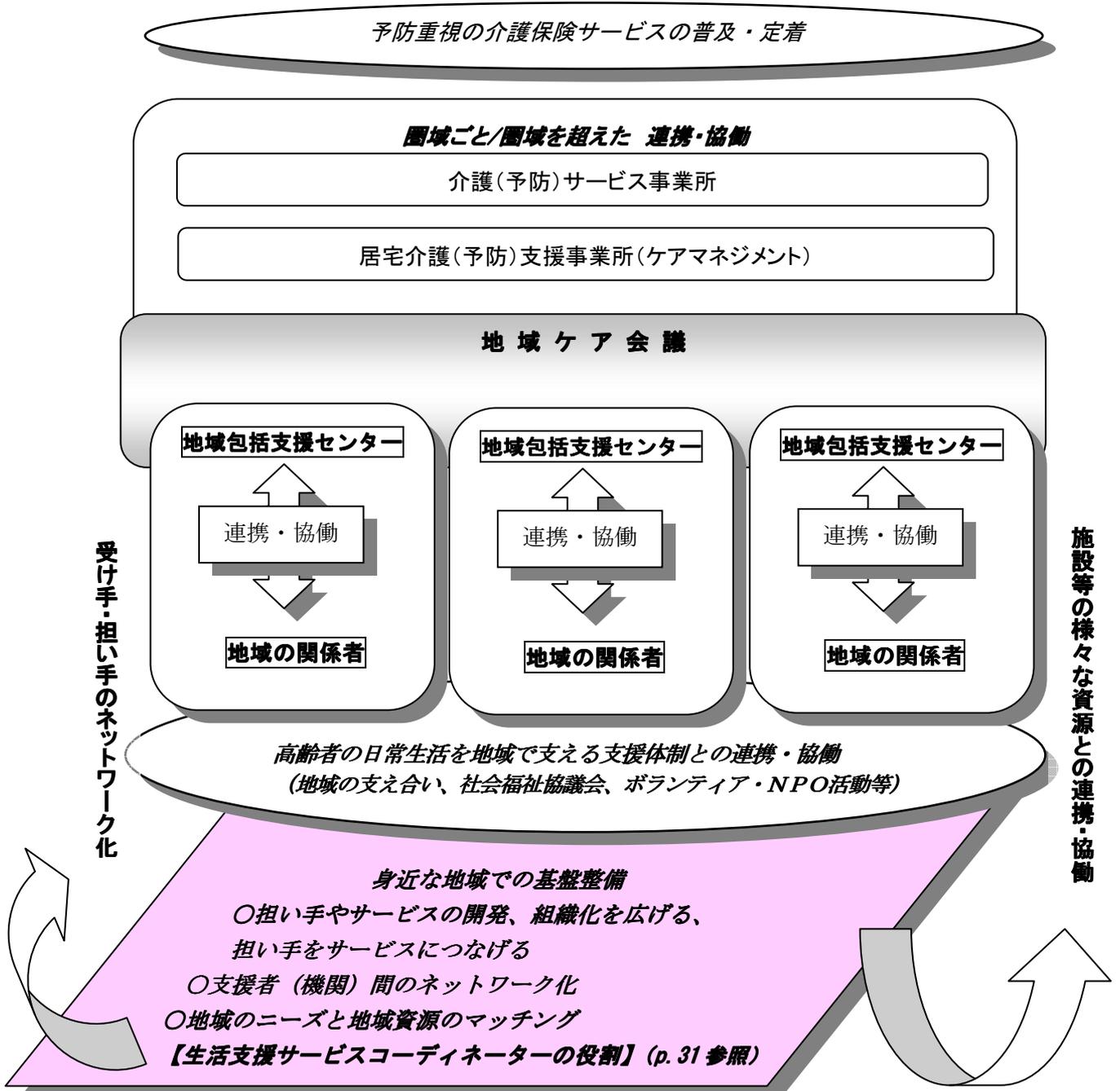
- 地域包括支援センターは要支援の方に対するケアプランの作成等の業務量の増加により、介護予防事業や包括的支援事業等に十分取り組むことができていません。



【第6期計画の方向性】

- 地域包括支援センターの体制を整え、今後も地域のインフォーマルサービスを巻き込んだケア体制の充実に努めます。
- 機能強化の方向性（地域包括支援センター機能強化を含む）
 - ① 地域ケア会議の充実（p. 24 参照）
 - ② 在宅医療と介護の連携・推進（p. 27 参照）
 - ③ 生活支援サービスの推進（p. 40 参照）
 - ④ 認知症高齢者の支援の推進（p. 41 参照）

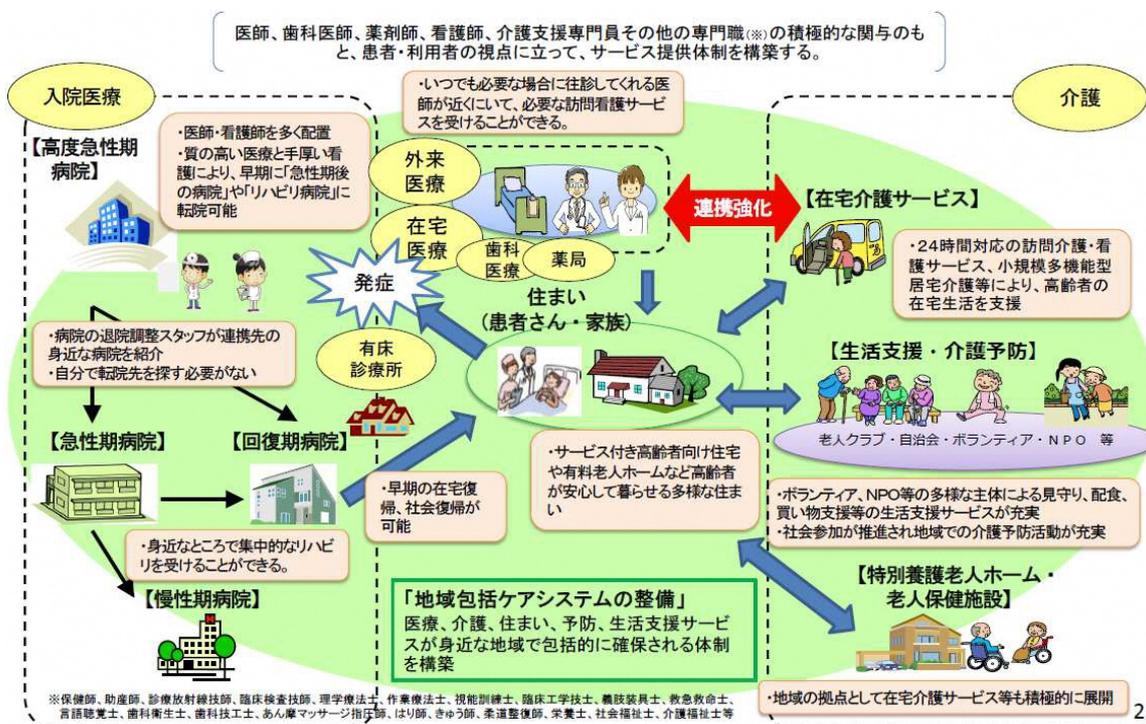
図表 18 フォーマル・インフォーマルなネットワークの概念図



(5) 在宅医療と介護の連携・推進

- 75歳以上の後期高齢者は、複数の疾患を有する 경우가多く、複数の医療機関を受診するとともに重複した薬や検査を受けている場合があります。また、後期高齢者は、日常生活動作能力の低下が生じやすいなどの特性があります。このような点をふまえると、今後は、在宅医療と介護が必要な在宅療養の高齢者がますます増加することが予想されます。
- 要介護等と認定されていない高齢者のうち、慢性疾患等で医療サービスを受診している高齢者のほか、認知症やうつ病、精神疾患などを有する高齢者に対しては、医療機関と地域包括支援センター等が連携し対象者の把握に努めます。
- 現在、市内の在宅医療サービスについては、在宅療養支援診療所が9か所、同歯科診療所が2か所、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う調剤薬局が29か所あります。また、市内の在宅介護サービスについては、居宅療養管理指導を行う診療所が36か所、同歯科診療所が37か所、訪問看護ステーションが7か所あります。
- 医療介護総合確保推進法により、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業として、新たに「在宅医療・介護連携推進事業」が創設されています。本事業の目的は、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で人生の最後まで暮らし続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するため、関係者の連携を推進することです。

図表 19 地域の医療・介護サービスの提供体制、制度改正後の姿



(厚労省:「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等に関する法律案について(資料)」(平成 26 年2月))

一 在宅医療・介護連携推進事業 一

24時間切れ目なく医療と介護が提供されるには、医療など専門的なサービスを提供する機関と地域ケアを担う介護の連携を重視した取り組みが必要です。

そのためには、訪問診療や訪問看護・介護等の情報を提供できる相談機能を充実させる必要があります。また、医師や看護師、ケアマネジャー、介護福祉士などの多職種が協働のもと、在宅療養連携会議や地域ケア会議等を通して支援方針の決定のために情報の共有化を推進する必要があります。

さらには、在宅医療と介護の連携を推進するための体制づくり（「人材の確保」「人材の育成」）が必要となり、喫緊の課題となります。

このような観点から市では、平成27年度に「連携担当」による検討を開始し、平成28年度から事業の実施に取り組みます。

○ 新たに取り組む8つの施策は、次のとおりです。

1) 地域の医療・介護サービス資源の把握

市では、地域の医療機関や介護サービスなどの情報を把握し、リスト等を作成し市民に公表します。

2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

市医師会では、平成25年度から「在宅療養連携会議」を開催し、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するための諸課題を検討しています。市は、連携会議の開催を独自の取り組みとして平成28年度から推進します。

3) 在宅療養の相談窓口の充実

国は、在宅療養の相談窓口の充実を図り、医療と介護の連携が進むよう「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）」の設置を提言しています。市では、市医師会が「在宅療養相談窓口」を平成27年1月に開設しています。今後において市は、地域包括支援センターと市医師会の連携が進むよう努めるとともに「在宅療養相談窓口」の充実に努めます。

4) 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援

在宅で療養生活を継続するためには、療養者本人とその家族のほか地域の医療機関や介護関係者が、ICT（情報通信技術）などを活用して療養者の情報を共有化し、療養の支援を適切に行える体制の整備が求められています。

5) 在宅医療・介護関係者の研修

医療関係者と介護関係者に対する事例検討会や講演会を通じて、在宅療養や看取りなどに関する専門的な研修の開催を推進します。

6) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

緊急時の連絡体制が円滑に行えるよう24時間365日の在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進します。

7) 地域住民への普及啓発

「在宅療養の講演会」を開催し、在宅療養を希望する方がどのように在宅生活を送ることができるのかなど、在宅療養の理解・促進に努めます。

8) 二次医療圏域内・関係市との連携

二次医療圏域内の医療機関と介護サービス事業者などの関係者が情報を共有するとともに、圏域内の関係市が連携できるよう推進体制を構築します。

なお、市では、平成 25 年度から市医師会等と連携し、「医療・介護サービスの資源の把握」「在宅療養相談窓口」の設置などの支援に取り組んでいます。今後は、在宅で療養する高齢者の増加が予想されるため、関係者の一層の連携を推進します。

○ 救急情報シートの普及

救急情報シートとは、居宅で一人暮らしをする高齢者が、緊急時に、救急隊員や医療関係者に医療・介護・緊急連絡先などの情報を容易に提供できるよう、これらの情報をあらかじめ記載して、冷蔵庫の扉など目立つ場所に貼っておく用紙のことです。市では、多くの方に利用してもらえるよう普及に努めます。

○ 高齢の長期入院精神障害者の地域での生活支援

1年以上の長期にわたり入院している精神障害者（「長期入院精神障害者」という。）のうち、65歳以上の高齢者の割合が全国的に増えています。市におきましても、長期入院精神障害者が退院して、地域で生活していけるよう居住の場やサービスの確保の推進が求められています。

(6) 住民の活動を支援する地域ケア体制づくり

(社会参加の現状と課題)

- 高齢者が地域活動やボランティアに1年間でどの程度参加しているかをみてみます。

「高齢者一般調査」(H25、問 27)では、「地域活動に参加していない」が 55.5%と、割合が最も高く、次いで「体操などの健康・スポーツ活動」が 14.0%、「俳句などの趣味活動」が 9.2%、「祭りなどの地域行事」が 5.8%、「環境美化・緑化活動」「交通安全・防犯・防災等の活動」がともに 5.7%、「その他」が 4.1%の順となっています。一方、「家事援助・移送などの高齢者の支援活動」などは 1.5%にとどまっています。

「地域活動に参加していない」高齢者を減らすために、「高齢者の支援活動」「子育ての支援活動」に参加できるよう地域づくりを進めていくことが重要となっています。

図表 20 地域活動の参加状況(複数回答) 問 27(前回問 23)

	TOTAL	俳句・詩吟・陶芸等の趣味の活動	体操・歩みっ会・ゲートボール等の健康・スポーツ活動	学習会・子供会の活動・郷土芸能の伝承等の活動	環境美化・緑化推進・まちづくり等の活動	交通安全・防犯・防災等の活動	家事援助・移送等の高齢者の支援活動	保育の手伝い等の子育て支援活動	祭りなど地域の催し物の世話役等の地域行事	老人クラブの活動	その他	地域活動などには参加していない	無回答
今回(H25)	651	9.2	14.0	2.6	5.7	5.7	1.5	0.5	5.8	3.1	4.1	55.5	10.1
前回(H22)	720	7.9	15.8	4.0	7.2	4.7	1.9	1.5	6.1	5.7	6.8	47.6	14.6

(高齢者の経験と知識を活かす活動の推進)

- 介護サービスを利用できるのは介護が必要と認められた一部の高齢者であり、元気な高齢者はその状態を維持し続けることが大切です。今後、団塊の世代の方たちが高齢者の仲間入りを始めようとする中で、高齢者の豊かな社会経験や知識を活かした社会活動が期待されています。このため高齢者が地域の支え合いに参加できる仕組みを推進します。

(高齢者のボランティア活動などへの参加促進)

- 高齢者の生きがい活動と社会参加を促進させられるよう老人クラブ(連合会と単位クラブ 27 団体)や高齢者とともにすすめる生きがい健康づくり市民会議などの活動を支援します。また、いきいき長寿大会の実施や老人福祉センターの運営、高齢者の就労を支援するシルバー人材センターの運営を支援します。
- ボランティアは、主体性(自分の意思から始まる活動)、社会性(誰かのためになること)、無償性(見返りを求めない)、創造性(よりよい社会を作る)を原則としています。ボランティアを続けるためには、楽しく無理なく活動できることが大切であり、また、同時に相手の立場や考え方を尊重して行うことがボランティアの心構えとして望まれています。市では、地域の支え合いのしくみを推進するため、新たにボランティア活動に参加される方の支援・養成に取り組めます。

－ 「生活支援サービスコーディネーター」の配置 －

○ 生活支援の担い手の養成

今後は、高齢者をサービスの受け手としてばかりでなく、その担い手として位置づけていくことが必要です。ボランティア活動などへ高齢者の参加促進や具体的な行動へ結びつけていく環境づくりに努めることが重要です。

○ 関係者のネットワーク化

保健・医療・福祉、生涯学習などの分野で、地域資源を幅広く活用する一方、高齢者自身も担い手として参画するなど、幅広い地域住民の主体的な活動を支援する地域ケア体制づくりを進める必要があります。

○ ニーズとサービスの結合

生活支援サービスの提供では、高齢者自身が必要なサービスを選択するとともに、サービスを提供する側のボランティア、NPO等の団体と意向を結び合わせる必要があります。

また、高齢者の一人暮らしや二世帯を中心に、日常生活支援の必要性が高まってきていることから、地域の中でニーズの掘り起こしを行うとともに、必要な支援を提供できる市民や団体などの地域資源を発掘・育成するしくみが必要となってきます。

○ コーディネーターの役割

「生活支援サービスコーディネーター」（以下、「コーディネーター」という。）の役割には、以下のとおり3つあります。第6期計画では、コーディネーターと協議体（多様な関係主体間による情報共有、連携・協働）の連携による取り組みを推進するとともに、コーディネーターの適切な配置が求められています。

図表 21 生活支援サービスコーディネーターの3つの役割

サービスの開発、生活支援の担い手の養成	○地域に不足するサービスの創出 ○サービスの担い手の養成 ○元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保、など
関係者のネットワーク化	○関係者間の情報共有 ○サービス提供主体間の連携の体制づくり、など
ニーズとサービスの結合	○地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動を結び合わせる、など

（厚労省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」を基に作成）

○ コーディネーターの適切な配置

コーディネーターの配置は、市全域（第1層）、中学校区域（第2層）、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体（第3層）を基本に、地域の実情を考慮して配置することができます。市では、平成27年度に「介護予防機能強化推進員」を設置して、コーディネーターの配置方法を検討します。平成28年度には、日常生活圏域ごとに配置されたコーディネーターが協議体などと連携して生活支援・介護予防サービスの調整などが実施できるよう取り組みます。

◆ 身近な地域社会での活動への参加と健康づくり

<第5期計画の振り返り>

地域包括支援センターは、自治会やミニデイホーム、老人クラブなどに出向いて介護予防の普及啓発を行っています。また、高齢者が地域社会での活動に参加できるよう、地域ケア会議などを通じて、市民や地域の組織団体（自治会、老人クラブ、民生委員、社会福祉協議会等）と地域の課題やネットワークづくりなどを検討しました。

また、市健康増進計画「わくわく健康プラン東くるめ」（p.19 参照）に基づき、高齢者の健康づくりとして、市民や地域のさまざまな組織、団体と連携し、身近な地域での社会参加を促す活動を行っています。

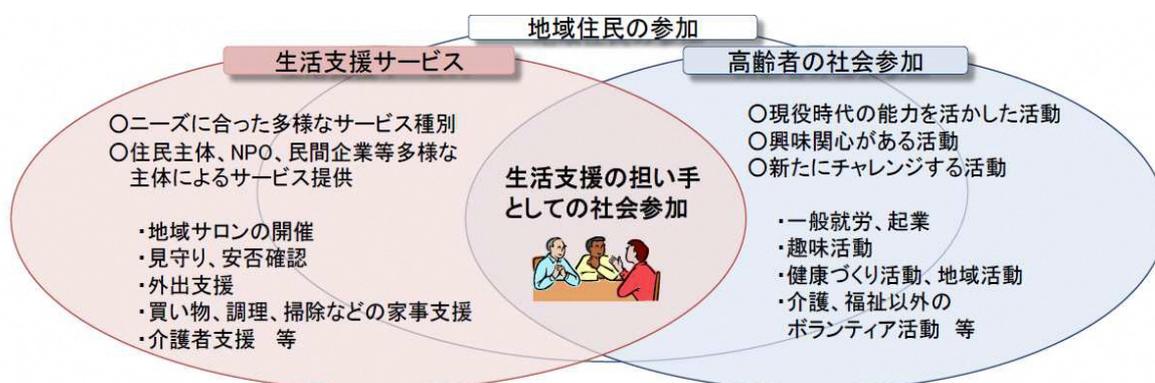
<課題>

地域における社会参加活動やスポーツ活動等の充実を通じて、生涯を通じた健康・生きがいづくりを推進するためには、行政と住民との連携が不可欠ですが十分とはいえません。高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取り組みを推進する必要があります。

【第6期計画の方向性】

- 地域のネットワークづくりや高齢者のニーズとサービスの調整などを図りながら高齢者自身が地域に貢献できるなどのように担い手づくりを推進します。
- 身近な地域での活動への参加を通じた、健康・生きがいづくりを充実します。
- 総合事業（生活支援サービス）において、担い手として高齢者の社会参加を促進するため、生活支援サービスコーディネーターの配置を視野に新たな社会参加の仕組みづくりを推進します。

図表 22 地域支援事業における生活支援サービスの充実と社会参加



【ミニデイホーム】

- 日中ひとりになりがちな高齢者や障害者などを対象に、趣味・健康・仲間づくりを目的とした地域住民の手による定期的な「集まり」を行っています。
- スタッフ・参加者相互の安否確認、生きがいや孤立化予防、介護予防などにも取り組んでいます。
- 活動内容は、月1～2回程度の定期的な集まりの中で、いろいろな活動（おしゃべりや手芸、歌や健康相談、食事提供など）を実施しています。
- 社会福祉協議会が新規立ち上げと運営のサポートを行っています。
22団体に市社会福祉協議会と市が助成（平成25年度現在）

【第6期計画の方向性】

- ミニデイホームの利用者が増加するよう、市と地域包括支援センターはミニデイを運営する方や社会福祉協議会等と連携し、介護予防を推進する観点から活動内容の支援を推進します。また、ミニデイホームを運営するボランティアの方たちと連携し、活動を支えるボランティアの方などの支え手が増えるよう支援に努めます。

【老人クラブ】

- 概ね60歳以上の高齢者が30人以上で構成するクラブです。
- 平成25年度末時点で、連合会と単位クラブ27団体が活動しています。
- 仲間づくりや社会奉仕活動、学習活動など様々な地域活動が行われています。

【第6期計画の方向性】

- 地域に根付いた活動を積み上げてきている実績をふまえ、今後は多様な価値観、社会経験を経た高齢者を活動に巻き込むよう、地域での活動やPRを支援します。
- 会員同士の見守り活動である「友愛訪問活動」は、把握した要支援者等の対応について地域包括支援センターと効率的に連携を図るよう働きかけていきます。

(7) 災害時の避難・支援体制、防犯対策の充実

○ 災害時要援護者に対する地域の協力体制

震災時において、寝たきり高齢者や高齢者のみ世帯等の災害時要援護者の安全の確保に努めるため、民生委員・児童委員、介護事業者、ボランティア、防災市民組織等と連携し、近隣住民の協力体制づくりを推進します。

大規模災害において高齢者等の要援護者に対する効果的な救援活動を実現するため、市社会福祉協議会、東京都、ボランティア、NPO等との連携を図れるよう支援・協力体制の推進に努めます。

以上のような災害に強い地域社会を構築するためには、平常時から相互に連携・協力し合うネットワークを形成し、寝たきりの高齢者等へのプライバシーに配慮しながら、災害時要援護者の所在等の状況を把握できるしくみづくりの検討のほか、安否確認や救出、救護などの支援体制を整える対策の推進に努めます。

○ 災害時における高齢者などの要援護者の避難については、「東久留米市災害時要援護者避難支援計画」をふまえ、避難・支援体制づくりに努めていきます。

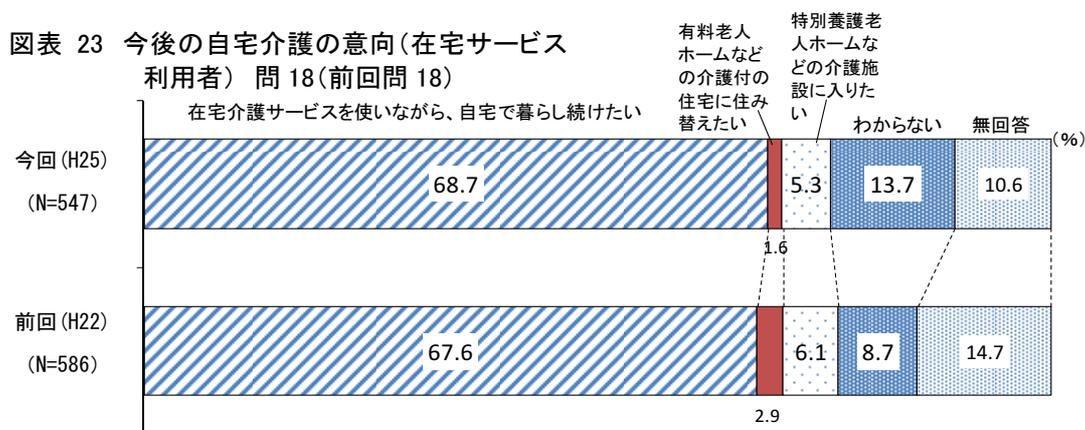
○ 高齢者が地域で安心して生活できるよう、地域の防犯体制の強化に努めます。振り込め詐欺等に関する啓発や消費者被害の未然防止の意識啓発の推進に努めます。

3 介護保険施設整備等の充実

(1) 施設サービスの充実

- 今後も自宅での介護を希望されるかに関する要望をみてみます。「在宅サービス利用者調査」(H25、問 18) では「在宅介護サービスを使いながら自宅で暮らし続けたい」が 68.7%と割合が最も高く、次いで「特別養護老人ホームなどの介護施設に入りたい」が 5.3%、「有料老人ホームなどの介護付きの住宅に住み替えたい」が 1.6%の順となっています。

「同調査」(問 18-2) で、高齢者本人が施設等での介護を希望する最も大きな理由は、「自宅で介護を受けたいが先々の心配があるため」が 28.9%、次いで「介護をしている家族の負担が大きい」が 26.3%、「専門的な介護が受けられ安心できる」が 21.1%の順となっています。



- 介護保険施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設の3つがあります。これらの施設を利用できるのは、在宅生活の継続が困難な要介護者（原則要介護3以上）であり、要支援者は利用できません。

3つの施設の特徴は、特別養護老人ホームが日常生活上の介護を提供する施設であり、老人保健施設は機能回復訓練などにより動作能力の向上を図る施設、介護療養型医療施設は、医学的な管理のもとで長期療養を行う施設です。

- 介護保険施設の入所者数は、平成26年4月1日現在、660人です。その内訳は特別養護老人ホームが346人、老人保健施設が241人、介護療養型医療施設が73人となっています。上記の介護保険施設の入所者数の内、要介護3～5の入所者数は558人であり、その割合は84.5%となっています。要介護3～5（中・重度者）の割合は、今後次第に高くなることが予想されます。

- 特別養護老人ホームに入所を申込み、順番を待っている高齢者数（待機者数）は、平成26年10月1日現在、市内4か所の特別養護老人ホームで434人と前年同期より22人（5.3%）増加しています。待機者数のうち、要介護3～5の人数は300人（69.1%）、要介護1・2の人数は130人（30.0%）となっています。

待機者解消のため、上の原一丁目に特別養護老人ホーム144床（ユニット型108床、従来型36床）を平成28年4月に、ひばりが丘団地49番に特別養護老人ホーム100床（ユニット型）を平成29年4月に開設できるよう取り組んでいます。

(2) 在宅サービスの充実

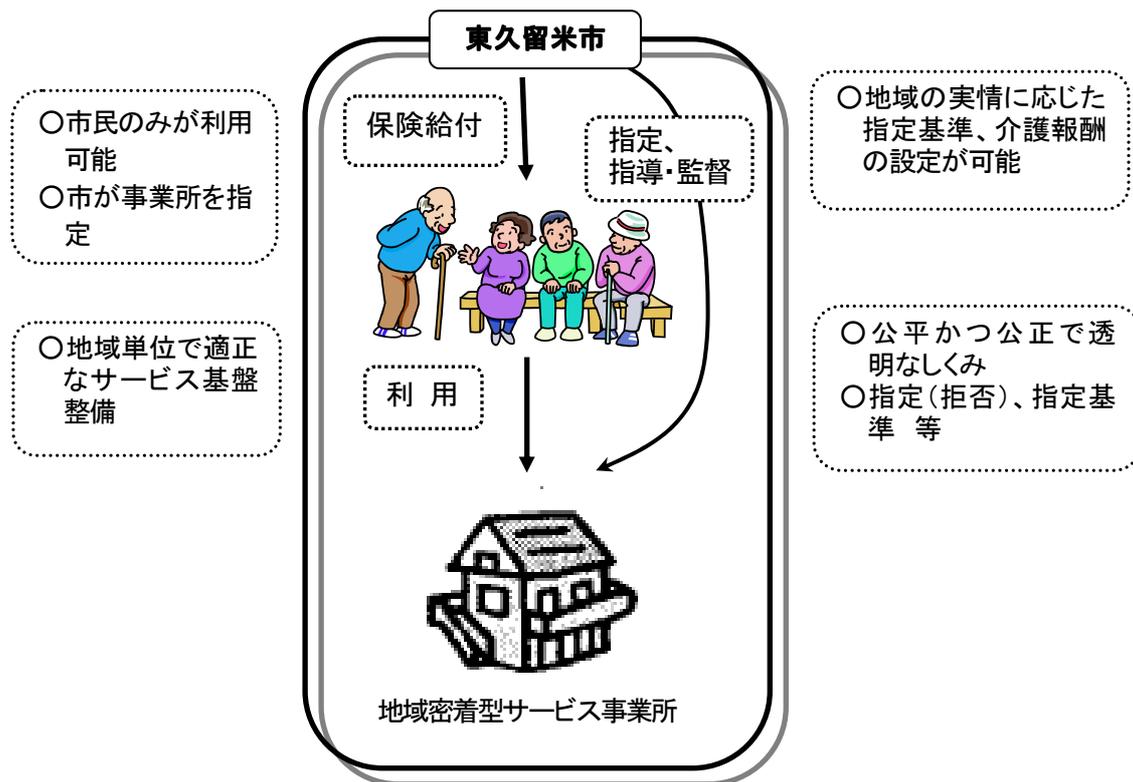
- 安心して在宅で生活をするために必要なサービスの「在宅サービス利用者調査」(H25、問18-1)では「緊急時のショートステイ(短期入所生活介護)のベッドが利用できること」が38.3%と割合が最も多く、次いで「ふだん通っている介護拠点などで泊まれること」が22.1%、「夜間にも自宅でホームヘルプを受けられること」が21.5%の順となっています。
- 在宅サービスの種類には、訪問系サービスとして訪問介護(ホームヘルプ)、訪問入浴介護があります。現在、訪問介護員(介護福祉士やホームヘルパー)の人材の確保・定着や訪問介護員の資質の向上が課題となっています。このため今後は、訪問介護員に関する研修体制の充実などに努めるとともに訪問介護員の人材の定着をいかに図るかを検討していきます。
- 通所系サービスとして通所介護(デイサービス)、通所リハビリテーション(デイケア)があります。今後、施設に併設したデイサービスの充実を図るため、平成28年4月に上の原一丁目に一般デイ(定員40名)を、平成29年4月にひばりが丘団地に定員約10名を誘導できるよう取り組んでいます。
- 短期入所系サービスとして短期入所生活介護(ショートステイ)、短期入所療養介護があります。短期入所生活介護は、新たに20床が平成26年7月に滝山七丁目に開設されております。今後も施設に併設したショートステイの充実を図るため、平成28年4月に上の原一丁目に20床、平成29年4月にひばりが丘団地に20床を誘導できるよう取り組んでいます。
- 医療系サービスとして、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導があります。これらの介護サービスは、主治医や他の介護サービス事業所との連携を一層進め、中・重度の要介護者を支えていく役割が求められています。
- その他に特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、福祉用具購入、住宅改修、居宅介護支援(ケアマネジメント)があります。今後もニーズに応じて、適切なサービスの充実に努めていきます。

(3) 地域密着型サービスの充実

○ 地域密着型サービスは、住み慣れた地域での生活を 24 時間体制で支えるという観点から、日常生活圏域ごとにサービス提供の拠点を確保するという点に特徴があります。

このため地域密着型サービスは、日常生活圏域ごとに居宅と施設サービスをバランスよく配置し、在宅での生活を可能な限り継続できるよう支援を図ることが求められています。

図表 24 地域密着型サービスのしくみ



○ 現在、市内で整備されている地域密着型サービスは、①認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）②認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）③小規模多機能型居宅介護の 3 種類です。

認知症高齢者グループホームは 6 か所あり、日常生活圏域別にみると、東部に 2 か所、中部に 2 か所、西部に 2 か所整備され、全体で 10 ユニット（定員 90 人）となっています。今後も認知症高齢者の増加が見込まれるため、計画的な整備を推進します。

認知症デイサービスは 2 か所あり、東部に 1 か所、西部に 1 か所整備しています。認知症デイサービスの充実を図るため、平成 28 年 4 月に上の原一丁目に 1 か所（定員 10 名）を誘導・開設できるよう取り組んでいます。

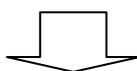
小規模多機能型居宅介護事業所は 2 か所あり、東部に 1 か所、西部に 1 か所整備しています。このサービスは「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ提供することで、在宅での生活を支援します。現状では、事業の採算が取りにくいなどの課題がありますが、今後も計画的な誘導を図っていきます。

- 前記のほか、地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能型居宅介護と訪問看護サービスを一体的に提供するもので、旧名称は複合型サービス）、地域密着型特定施設入居者生活介護（定員 30 人未満の介護専用有料老人ホーム）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（定員 30 人未満の特別養護老人ホーム）があります。しかし、現在のところ市内には整備されていません。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、介護職員と看護師が密接に連携し、定期的な訪問、利用者の通報や電話などに対して随時対応するサービスで、家族介護者の負担の軽減や在宅療養者の支援を図る観点から、第 6 期計画では、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の事業所の誘導に取り組みます。

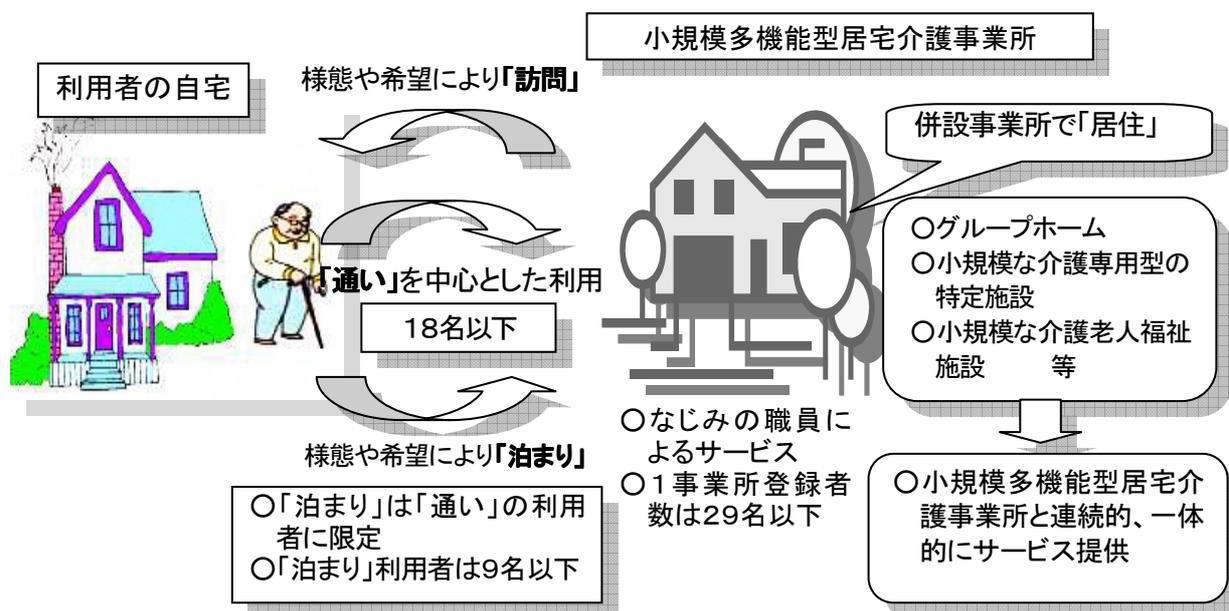
- 平成 27 年度の介護保険制度改正で、利用定員 18 人以下の小規模な通所介護（デイサービス）を地域密着型サービスに移行し、「地域密着型通所介護」が創設されました。施行は、平成 28 年 4 月となっています。市では事業所の開設を希望する事業者の把握に努めるとともに、利用ニーズに応じた事業所数を適切に配置できるよう検討していきます。

<p><第 5 期計画の振り返り></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 東部地域に認知症高齢者グループホームの事業者を誘導し、平成 26 年 8 月に 1 か所を開設（定員 18 人）しました。 ○ 東部地域に小規模多機能型居宅介護の事業者を誘導し、平成 26 年 8 月に 1 か所を開設（登録定員 25 人）しました。
--



<p>【第 6 期計画の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の市内への誘導に向けた取り組みを推進します。 ○ 認知症高齢者グループホームの計画的な整備を推進します。 ○ 小規模多機能型居宅介護の計画的な整備を推進します。 ○ 地域密着型通所介護の適切な配置を検討します。

図表 25 小規模多機能型居宅介護サービス



(4) 住まい・高齢者の住居の状況

- 介護が必要になった時の介護サービスの利用意向と住まいについてみてみます。

「高齢者一般調査」(H25、問 24)では、「介護サービスを利用しながら自宅で暮らしたい」が56.1%と割合が最も高く、次いで「介護サービスを利用せずに自宅で暮らしたい」が11.4%、「特別養護老人ホームなどの介護施設に入りたい」が9.2%、「高齢者向け住宅に住み替えサービスを受け暮らしたい」が3.7%、「将来介護を受けられる老人ホームに入所したい」が2.9%の順となっています。

図表 26 介護サービスの利用動向と住まい 問 24(前回問 20)

高齢者一般調査	TOTAL	介護サービスを利用せずに自宅で暮らしたい	自宅で暮らしたい	介護サービスを利用しながら	特別養護老人ホームなどの介護施設に入りたい	高齢者向け住宅に住み替えサービスを受け暮らしたい	将来介護を受けられる老人ホームなどに入所したい	わからない	その他	無回答
		11.4	56.1	9.2	3.7	2.9	12.7	2.3	1.7	
今回(H25)	651	11.4	56.1	9.2	3.7	2.9	12.7	2.3	1.7	
前回(H22)	720	9.7	59.6	7.8	5.3	2.8	10.6	1.7	2.6	

- 現在、市内には都営住宅のシルバーピア（高齢者世話付き住宅）6棟と市型の高齢者向け優良賃貸住宅が2棟あります。

シルバーピアには緊急時の対応や安否確認等を行う生活協力員が配置されています。6棟の内訳は、まえさわ（16戸）、柳窪（18戸）、大門（64戸）、幸（44戸）、中央すみれ（21戸）、中央さくら（27戸）の合計190戸です。高齢者向け優良賃貸住宅は、東京都の認定を受けた高齢者向けの民間住宅であり、入居者には収入に応じた家賃補助があり、緊急対応の設備も備え付けられています。

都営住宅の建替え計画に伴い、シルバーピア40戸（南町一丁目）が平成28年度に整備される予定です。

- サービス付き高齢者向け住宅は、市内に1か所目（45室）が滝山七丁目に平成26年7月に開設されています。ここでは、ショートステイが20床併設されています。また、2か所目は、30室が新川一丁目に平成26年11月に開設されています。

サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正によって、平成23年10月から導入され、都道府県知事の登録制度として創設されています。サービスは、少なくとも安否確認と生活相談を提供することが基準となっています。サービス付き高齢者向け住宅は、外部からのケアの提供によって、施設に入所しなくても地域での生活が可能になるという「居住とケアの分離」を目指しています。

今後は、地域のニーズに応じて整備することが望まれています。

4 介護サービスを補足する福祉サービス～生活支援サービス～

(1) 生活支援サービスの主な内容

- 生活支援サービスの主な内容は、以下のとおりです。

自立支援ホームヘルプサービスは、要介護認定で非該当となった高齢者へ家事援助サービスを提供しています。また、配食サービスは、非該当又は要介護等認定者のうち、配食による支援が必要な高齢者を対象としています。

自立支援福祉用具購入は、非該当の高齢者の腰掛便座や入浴補助用具、歩行支援用具などの購入費を助成しています。自立支援住宅改修では、非該当の高齢者の手すりの取り付けや段差の解消などの改修費を助成することを目的としています。

居宅で要介護4・5と認定された紙おむつ利用者には、紙おむつの助成を行っています。

そのほか緊急通報システム、乳酸飲料の配布、訪問理美容、シルバーピア（高齢者世話付き住宅）の運営などがあります。

<第5期計画の振り返り>

地域において自立した生活を継続できるよう、地域包括支援センターが生活支援サービスの利用者に対して定期的にモニタリングを行い、利用者の状態の確認を行っています。状態が悪化した方には、介護保険サービスへの利用に移行するよう支援しています。



【第6期計画の方向性】

- 地域支援事業の一環として実施される総合事業との整合性を図る必要があります。

1) 総合事業

事業の対象者は、制度改正前の要支援者（①要支援認定を受けた方②基本チェックリスト該当者）です。「その他生活支援サービス」の種類は、栄養改善を目的とした配食、住民ボランティアが行う見守り、訪問型・通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（一体的提供等）となっています。今後、地域の実情に応じて実施することに努めます。

(2) 生活支援サービスの推進

- 介護予防を推進するためには、介護サービスの拡充を進めることが必要です。また、生活支援の観点から実施している生活支援サービスは、高齢者自身の意向や家族環境等に配慮して、適切に利用されるように支援する必要があります。

生活支援サービスは、今後も介護予防事業と重複しないよう図るとともに、介護予防の視点を取り込んだサービスに見直しを行っていきます。

- 高齢者が住み慣れた地域で、在宅での生活を24時間安心して暮らしていくには、介護保険制度のサービスだけでは十分ではありません。そのため、生活支援の観点から生活支援サービスの推進を図ります。

5 認知症高齢者の支援の推進

(1) 認知症高齢者の増加

- 今後、後期高齢者の増加とともに、認知症高齢者が増えていくことが予測されます。
認定審査会では、認知症に関する項目として、日常生活自立度の判定を行っています。認知症の状態が「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」（日常生活自立度Ⅱ）以上の方は、2,514人（平成26年10月1日現在）となっています。要介護認定者のうち、日常生活自立度Ⅱ以上の認知症の高齢者数は、65歳以上の人口の8.6%を占めています（平成25年度「要介護認定適正化事業・業務分析データ」参照）。これらの方に対しては、地域での見守りの支援や介護サービスの利用が必要となっています。

<第5期計画の振り返り>

- 「認知症や認知症予防に関する正しい知識の普及啓発」については、キャラバンメイト36名を中心に地域における認知症サポーター養成講座を年14回程度開催し、延べ2,744人を超えるサポーターが誕生しています。（平成25年度実績）
また、認知症予防については、講演会や「脳の健康教室」（読み書き計算等の学習会）を開催しています。
- 相談支援体制としては、医療との連携はもとより、地域包括支援センターによるケアマネジャー支援、東京都多摩総合精神保健福祉センターの高齢者訪問医療相談班による訪問診察やスーパーバイズ、関係者間の事例検討会、家族会の開催等の推進強化を図ってきました。



【第6期計画の方向性】

- 複数の専門職が家族の訴え等により、認知症が疑われる方、認知症の方やその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム（認知症初期集中支援チーム）の設置が求められています。
- 認知症の方ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、状態に応じた適切なサービス提供の流れ（認知症ケアパス）の作成と普及が求められています。
- 認知症地域支援推進員の設置や認知症ケアの向上を推進します。

(2) 認知症高齢者のケア体制の充実

- 認知症の本人と家族に対して、発症の早い段階から介護サービスや医療の利用などの支援が大切となっています。

認知症の支援に係る居宅の介護サービスには、訪問介護、訪問看護、通所介護などがあります。また、地域密着型サービスには、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）、認知症対応型通所介護（介護予防を含む）、小規模多機能型居宅介護などがあります。

また、認知症に関する医療サービスには、重度認知症のデイケアなどがあります。

- 認知症に関しては早期の発見と対応が重要であることから、本人や家族からの相談に適切に対応するために、地域包括支援センターが中心となって相談に対応しています。

また、家族の認知症に関する正しい理解を支援していくために、認知症の方を介護する家族が交流できるよう「認知症介護者家族会」を地域包括支援センターが開催しています。

そのほか、住民参加による支え合いのネットワークを活用した早期の対応が重要となっているため、市では「見守りネットワーク事業」（利用者 20 人、協力員 89 人、平成 25 年度実績）を行い、一人暮らしや二人世帯の高齢者に対して安否確認や声かけを行っています。

徘徊行方不明の高齢者が発生した場合には、搜索依頼情報を東京都や各市の地域包括支援センターなどの関係機関に周知して対応しています。

- 認知症に関する知識の普及・啓発や相談・情報提供体制の充実が引き続き必要な状況です。

認知症の情報源について「高齢者一般調査」（H25、問 38）では、「テレビ・ラジオ」が 82.6%と最も高く、次いで「新聞・雑誌」が 74.0%となっています。これに対し「市役所や社会福祉協議会」が 3.7%、「地域包括支援センター」が 1.8%と低い割合であるため、市と地域包括支援センターでは、認知症知識の普及・啓発や相談・情報提供体制の充実に取り組んでいきます。

図表 27 認知症の情報源（複数回答） 問 38(前回問 33)

調査 高齢者一般	TOTAL	新聞・雑誌	テレビ・ラジオ	書籍や パンフレット	かかりつけ医などの 医療機関	市役所や市社会福祉協議会	地域包括支援センター	NPO(非営利)団体やボランティア	インターネット	家族・親族	友人・知人	その他	特に意識したことはない	無回答
今回 (H25)	651	74.0	82.6	19.0	10.6	3.7	1.8	0.5	9.7	28.1	28.0	1.1	4.8	3.1
前回 (H22)	720	72.5	80.8	22.9	10.6	4.7	1.8	1.5	3.9	31.5	35.6	2.5	3.2	5.0

認知症の認識・イメージについて「高齢者一般調査」(H25、問 39)では、「認知症の兆候を早期に発見できるしくみがあるとよい」が64.4%で最も高く、次いで「認知症介護は地域社会等の支援・協力が不可欠」が59.0%の順となっています。

この結果から、認知症の早期発見と予防への取り組み、認知症高齢者を地域で支えるという市民意識の醸成をより一層進めつつ、認知症高齢者へのケア体制の充実に取り組みます。

図表 28 認知症のイメージ(複数回答) 問 39(前回問 34)

高齢者一般調査	TOTAL	ふだんの心がけで予防・症状改善が可能である	認知症になっても残存能力で自立した生活は可能	認知症が重度化すると普通の生活を送れなくなる	認知症の兆候を早期に発見できるしくみがあるとよい	身体的・精神的な状況が異なるので予防や治療は難しい	高齢者でなくても認知症になる場合が増えている	認知症介護は地域社会等の支援・協力も不可欠	その他	無回答
今回(H25)	651	47.6	20.7	44.7	64.4	17.2	36.6	59.0	2.2	5.8
前回(H22)	720	43.5	23.1	49.3	66.9	20.6	43.3	68.5	3.1	7.2

- 今後は、認知症の予防のほか、認知症の早期発見や早期対応への取り組みを含めた総合的な対策が大きな課題となっています。

介護予防サービスに関する利用意向について「高齢者一般調査」(H25、問 16)では、「健康で自立できるプランの作成」が33.0%と割合が最も高く、次いで、「筋力トレーニング等の教室」が32.7%、「認知症予防の教室」(22.9%)の順となっています。

今後も、認知症予防に関するプログラム内容について様々な工夫に努めます。

- 「認知症の施策を推進させる5か年計画(オレンジプラン)」は、平成25年度から29年度までの計画と位置づけられています。認知症高齢者やその疑いのある高齢者に対する総合的な支援を行うため、以下の3つの事業に取り組みます。

- 1) **認知症の地域支援推進員の設置** (認知症の総合的な施策を検討する推進員の配置など。)
- 2) **認知症の初期集中支援の推進** (支援チーム員を配置。認知症の症状の悪化を防止など。)
- 3) **認知症のケアの向上の推進** (認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れの推進など。)

市では、現在、認知症ケア地域ネットワーク検討委員会を開催しています。

平成27年度には、新たに、「認知症の地域支援推進員」を配置して、認知症の総合的な施策の推進の検討に取り組み、平成28年度に認知症のケアの向上などの事業を行います。

6 要介護者の家族への支援

(1) 家族介護者の負担の増大

○ 在宅介護の困り事や負担感について「在宅サービス利用者調査」(H25、問 15)では、「精神的なストレスがたまる」が51.1%と割合が最も高く、次いで「身体的につらい(腰痛や肩こりなど)」が36.5%の順になっています。また、介護期間について「在宅サービス利用者調査」(H25、問 14-3)では、「1～3年未満」が25.3%と割合が最も高く、次いで「3～5年未満」が19.1%、「10年以上」が15.4%の順となっています。なお、介護期間が「5年以上」の場合は、38.7%と約4割に達しています。介護期間が長期間になることは、介護者の心身の負担への影響が大きく、介護されている高齢者との人間関係も難しくなることが生じやすくなっています。

また、一日当たりの介護時間について「在宅サービス利用者調査」(H25、問 14-4)では、「必要なときに手を貸す程度」が60.1%と割合が最も高く、次いで「ほとんど終日」が17.1%となっています。介護度別にみると、要介護度4・5では「ほとんど終日」がそれぞれ45.8%、59.1%と多くなっています。

図表 29 介護の期間(家族から介護を受けている人のみ) 問 14-3(前回問 14-3)

在宅サービス利用者調査	TOTAL	半年未満	半年～1年未満	1～3年未満	3～5年未満	5～7年未満	7～10年未満	10年以上	無回答
今回(H25)	356	4.2	9.3	25.3	19.1	13.2	10.1	15.4	3.4
前回(H22)	372	3.0	9.1	25.3	20.4	13.4	12.4	14.2	2.2

<第5期計画の振り返り>

- 「認知症介護者家族会」を市内3カ所で23回(平成25年度実績)開催しました。介護者同士の情報交換の場の提供や気持ちの分かち合いの場になっているのと同時に高齢者虐待予防のモニタリングの場にもなっています。
- 介護技術の情報提供を目的に「家族介護者教室」を開催しました。
- ケアマネジャー向けには、ケアプランに関して介護者の負担軽減等について留意するよう助言指導を行っています。



【第6期計画の方向性】

- 認知症の高齢者の増加とともに、介護者自身の高齢化や重度者への介護期間の長期化等が進行していることから、介護者の心身の負担を軽減する取り組みを充実します。このため、今後も、「認知症介護者家族会」や「家族介護者教室」の開催するとともに、「認知症サポーター養成講座」の充実と「脳の健康教室」の開催を推進します。
- 介護予防の推進、生活支援サービスの推進、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の事業所の誘導に取り組みます。

(2) 家族介護者の支援の推進

- 以上のことから市では、高齢者ができる限り住み慣れた地域や家庭で、自立した生活を継続できるよう支援するためには、在宅サービスの整備と併せて、実際に介護を行なっている家族をサポートすることも重要であると考えています。

家族の方々が気軽に情報を収集し相談できる体制として、「認知症介護者家族会」や「家族介護者教室」の開催を推進します。また、介護の負担を軽減するため「認知症サポーター養成講座」の充実と「脳の健康教室」(読み書き計算等の学習会)の開催、介護予防の推進、生活支援サービスの推進、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の事業所の誘導に取り組みます。

7 高齢者の権利擁護の推進

(1) 成年後見制度等の利用支援

- 高齢者の意思や判断能力が低下して日常生活に支障をきたすようになっても、不利益をこうむることなく、住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、福祉サービスの利用支援や財産の保全を行うしくみづくりが大切となっています。

<第5期計画の振り返り>

- 社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）との連携を図ることと連動して、成年後見制度へとつないでいくなどの支援を実施しました。身寄りのない高齢者が成年後見制度を利用できるよう市が支援する（市長申し立て）が増加しています。
- 特に支援が必要な高齢者や家族等については地域包括支援センターと成年後見推進機関の連携強化を図っています。
- 高齢者虐待については、地域包括支援センターと市で対応方法を協議し、ケアマネジャー向けの研修や市民向けに講演会を開催し、関係機関向けの「高齢者虐待防止マニュアル」や市民向けパンフレットを作成しました。被虐待被害者の一次保護施設として、一定の居室を確保しています。



【第6期計画の方向性】

- 今後とも日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度の普及・利用促進を図ります。また、日常生活自立支援から成年後見制度への移行時においても連携するなど、高齢者への安心・安全のしくみの充実に努めます。
- 今後も、成年後見制度を利用する方が増加することが予測されます。このため市民後见人（社会貢献型後见人）の育成と活動支援を推進します。あわせて社会福祉協議会と法人後見監督の受任について検討します。
- 地域包括支援センターと成年後見制度推進機関等の関係機関との連携強化を図ります。
- 高齢者虐待を防止するためには、市民、事業者、市との間の連携をさらに強化に努めます。また、地域での見守りや早期発見、通報等が不可欠であることから、養護者の支援を含めた関係者の対応力の向上を図ります。

- 成年後見制度の認知状況について「在宅サービス利用者調査」(H25、問 31)では、「言葉は知っているがしくみはよくわからない」が43.5%と割合が最も高い一方、次いで「言葉・仕組みともに知っている」が24.1%、「まったく知らない」が23.8%と、前回(H22)に比べて認知度がやや高まってきているものと思われます。

図表 30 成年後見制度の認知状況 問 31

在宅サービス利用者調査	TOTAL	言葉・仕組みともに知っている	言葉は知っているが仕組みはよくわからない	まったく知らない	無回答
今回(H25)	547	24.1	43.5	23.8	8.6
前回(H22)	586	17.7	42.3	28.5	11.4

金銭管理の状況について「在宅サービス利用者調査」(H25、問 32)では、「自分で管理している」が46.4%と割合が最も高く、「配偶者が管理している」が30.2%、「配偶者以外の家族が管理している」が23.0%の順と、前回(H22)に比べて配偶者による管理がやや増えています。

図表 31 金銭管理の状況(複数回答) 問 32

在宅サービス利用者調査	TOTAL	自分で管理している	配偶者が管理している	配偶者以外の家族が管理している	家族以外の第三者に任せている	無回答
今回(H25)	547	46.4	30.2	23.0	0.5	4.4
前回(H22)	586	40.6	27.0	29.4	1.0	6.7

現在、成年後見制度等に係る相談・支援機関としては、東久留米市社会福祉協議会に成年後見推進機関業務を委託し、同制度の推進機関として、市民への普及啓発、成年後見制度の利用に関する相談や司法書士等による専門相談を実施しています。今後は市民後見人(社会貢献型後見人)の育成・支援と社会福祉協議会の法人後見監督の受任について検討していきます。

- 地域包括支援センターにおける権利擁護事業(成年後見制度の活用、虐待への対応、困難事例への対応等)をはじめとして、社会福祉協議会で実施している地域福祉権利擁護事業(福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理サービス等)の普及・活用を図ります。

また、成年後見制度推進機関と関係機関との連携強化に努め、推進機関においては市民への成年後見制度の普及啓発を推進し、市は成年後見制度の利用助成の推進を図っていきます。

- 消費者被害の防止のために消費者センターによる出前講座や消費者相談等の担当部署との連携を推進します。

(2) 高齢者虐待防止の推進

- 高齢者虐待防止については、平成18年4月に「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」が施行されました。虐待防止の連携強化と高齢者保護については、速やかな対応が求められます。これに伴い介護にともなう虐待などの発生を未然に防ぎ、安心して介護が受けられる環境を整備する必要があります。

第3章 サービス量の推計・介護保険料

1 介護保険サービス見込み量の算出フロー

第6期（平成27年度～29年度）東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画期間における介護保険サービス見込み量、介護保険料は、次のようなステップを経て算出し、多面的な検討を加え確定させました。

【被保険者数の予測】

市の将来人口推計を用いて、第1号被保険者数を予測しました。



【要支援・要介護認定者数の予測】

平成24年度～26年度における要支援・要介護認定者の発生状況等を勘案し、平成27年度～29年度の対象者出現数を予測しました。



【サービス利用状況の分析】

平成24年度～26年度におけるサービス給付分析を行い、利用回数や利用人数等のデータから、今後の需要動向を検討しました。



【サービス見込み量の算出】

将来人口推計値、要支援・要介護認定者数、施設サービスの基盤整備の見込み等により、平成27年度～29年度のサービス見込み量を算出しました。



【保険料の算定】

被保険者数、要支援・要介護認定者数（推計値）、及びサービス見込み量等をもとに、第1号被保険者保険料を算出しました。

※ 「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」については、6期計画期間中に「予防給付サービス」から「地域支援事業」に移行します。

2 介護保険サービス見込み量

(1) 予防給付サービス

①介護予防サービス給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		366,755	395,533	135,960
介護予防訪問介護 ※6期計画期間中に予防給付サービスから「地域支援事業」に移行	給付費(千円)	102,146	104,707	0
	延人数(人)	5,295	5,427	0
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	0	0	0
	延回数(回)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費(千円)	18,388	20,526	22,835
	延回数(回)	2,148	2,398	2,667
	延人数(人)	557	622	692
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	723	709	699
	延回数(回)	224	220	217
	延人数(人)	30	29	29
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	5,487	6,010	6,613
	延人数(人)	706	773	850
介護予防通所介護 ※6期計画期間中に予防給付サービスから「地域支援事業」に移行	給付費(千円)	145,439	162,983	0
	延人数(人)	3,862	4,327	0
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	33,983	33,307	31,017
	延人数(人)	753	738	688
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	892	992	1,091
	延日数(日)	124	138	152
	延人数(人)	33	37	40
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	90	99	109
	延日数(日)	11	12	13
	延人数(人)	1	1	1
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0
	延日数(日)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	14,461	16,678	19,278
	延人数(人)	2,593	2,990	3,456
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	3,198	3,379	3,560
	延人数(人)	127	134	141
介護予防住宅改修	給付費(千円)	16,519	18,171	19,988
	延人数(人)	172	189	208
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	25,429	27,972	30,770
	延人数(人)	316	347	382
②地域密着型介護予防サービス給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		1,419	1,490	1,553
介護予防認知症対応型通所介護	給付費(千円)	0	0	0
	延回数(回)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	1,419	1,490	1,553
	延人数(人)	24	25	26
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
介護予防地域密着型通所介護(仮称)	給付費(千円)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
③介護予防支援給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		44,729	46,350	28,841
		9,905	10,264	6,387

(2) 介護給付サービス

①居宅サービス給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		3,514,566	3,065,549	3,340,072
訪問介護	給付費(千円)	654,706	736,216	753,231
	延回数(回)	186,309	209,505	214,347
	延人数(人)	10,158	11,423	11,687
訪問入浴介護	給付費(千円)	58,333	58,916	59,505
	延回数(回)	4,487	4,532	4,577
	延人数(人)	1,072	1,083	1,094
訪問看護	給付費(千円)	268,321	304,062	347,568
	延回数(回)	31,847	36,090	41,253
	延人数(人)	5,840	6,618	7,565
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	12,333	13,397	14,461
	延回数(回)	3,625	3,938	4,250
	延人数(人)	420	456	492
居宅療養管理指導	給付費(千円)	94,859	96,102	99,072
	延人数(人)	11,835	11,991	12,361
通所介護	給付費(千円)	1,181,192	468,241	508,142
	延回数(回)	132,772	52,633	57,118
	延人数(人)	13,179	5,224	5,670
通所リハビリテーション	給付費(千円)	220,993	238,673	257,767
	延回数(回)	23,317	25,183	27,197
	延人数(人)	3,371	3,641	3,932
短期入所生活介護	給付費(千円)	215,901	269,876	337,453
	延日数(日)	23,030	28,788	35,996
	延人数(人)	3,260	4,076	5,096
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	25,841	32,301	40,376
	延日数(日)	2,387	2,984	3,730
	延人数(人)	312	390	488
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	2,121	2,383	2,601
	延日数(日)	196	220	240
	延人数(人)	26	29	31
福祉用具貸与	給付費(千円)	209,946	214,729	222,703
	延人数(人)	12,602	12,889	13,368
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	10,947	11,212	11,616
	延人数(人)	361	370	383
住宅改修費	給付費(千円)	18,427	22,113	26,535
	延人数(人)	182	219	263
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	540,646	597,328	659,042
	延人数(人)	2,480	2,740	3,023

②地域密着型サービス給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		398,474	1,207,372	1,289,636
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費(千円)	3,924	5,886	6,474
	延人数(人)	120	180	192
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	69,908	72,005	74,666
	延回数(回)	6,469	6,663	6,909
	延人数(人)	654	674	699
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	61,830	64,921	68,167
	延人数(人)	458	481	505
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	262,812	270,696	278,817
	延人数(人)	937	965	994
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費(千円)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	給付費(千円)	0	0	0
	延人数(人)	0	0	0
地域密着型通所介護(仮称)	給付費(千円)		793,864	861,512
	延回数(回)		89,234	96,838
	延人数(人)		8,858	9,612
③介護保険施設サービス給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		2,231,195	2,404,206	2,583,257
介護老人福祉施設	給付費(千円)	1,178,616	1,330,172	1,485,878
	延人数(人)	4,197	4,737	5,292
介護老人保健施設	給付費(千円)	823,155	856,081	890,324
	延人数(人)	2,840	2,954	3,072
介護療養型医療施設	給付費(千円)	229,424	217,953	207,055
	延人数(人)	605	575	546
④居宅介護支援給付費(千円)		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
		339,411	364,853	382,004
		23,787	25,570	26,772

(3) 給付費総額等

①介護給付サービス、予防給付サービス

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護給付費 (計)	6,483,646 千円	7,041,980 千円	7,594,969 千円
予防給付費 (計)	412,903 千円	443,373 千円	166,354 千円
総 計	6,896,549 千円	7,485,353 千円	7,761,323 千円

②地域支援事業

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護予防事業(A)※	79,173 千円	85,506 千円	478,823 千円
包括的支援事業・任意事業(B)	130,200 千円	140,375 千円	147,039 千円
地域支援事業合計(A+B)	209,373 千円	225,881 千円	625,862 千円

※ 介護予防事業費は、第6期からの介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業で構成されます。「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」については、第6期事業計画期間中に「予防給付費」から「介護予防・生活支援サービス事業費」に移行されます。(p.17 参照)

③特定入所者介護サービス等給付額

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定入所者介護サービス等給付額	203,392 千円	204,479 千円	220,366 千円

※ 介護保険施設等サービス利用時の食費・居住費相当 (減額分)

④高額介護サービス費等給付額

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
高額介護サービス費等給付額	155,066 千円	169,022 千円	184,234 千円

※ 介護サービス利用額の利用者負担上限額超過分相当額。介護保険と医療保険の負担額の総額が限度額を超えた場合は「高額医療合算介護サービス費」。

3 介護保険料

第6期事業計画期間における保険料については、高齢者数の自然増、認定者数の自然増、地域区分の単価の変更等の理由により、保険料が大幅に上昇することを勘案して、所得段階別の新たな保険料率を設定することとなります。

(1) 保険料算定の基礎数値

①保険給付費の推計

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	3力年の合計
標準給付費見込額	7,239,618,101 円	7,815,775,199 円	8,124,118,747 円	23,179,512,047 円

②地域支援事業費の算定

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	3力年の合計
地域支援事業費	209,373,000 円	225,881,000 円	625,862,000 円	1,061,116,000 円

③介護保険料の算定

区 分	平成 27 年～29 年度
標準給付費と地域支援事業費の合計	24,240,628,047 円
第1号被保険者保険料負担額	5,332,938,170 円
調整交付金見込額	997,059,000 円
補正 第1号被保険者数	92,256 人
介護給付費準備基金取崩額	205,935,696 円
保険料 収納必要額	5,312,860,227 円
予定 保険料収納率	98.00%
保険料 基準月額	≒4,900 円

(2) 所得段階別保険料

第6期事業計画期間における所得段階別の保険料（第1号被保険者の年額保険料）は次のとおりです。

区分	対象者	保険料率	保険料(年額)	増減率	前期との年額差
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で住民税非課税世帯の方、住民税非課税世帯で「合計所得金額+課税年金収入額」が80万円以下の方	0.40	23,500円	3.98%	900円
第2段階	住民税非課税世帯で「合計所得金額+課税年金収入額」が80万円超、120万円以下の方	0.60	35,200円	16.56%	5,000円
第3段階	住民税非課税世帯で「合計所得金額+課税年金収入額」が120万円超の方	0.70	41,100円	16.76%	5,900円
第4段階	住民税課税世帯で本人が住民税非課税、かつ「合計所得金額+課税年金収入額」が80万円以下の方	0.80	47,000円	16.63%	6,700円
第5段階	住民税課税世帯で本人が住民税非課税、かつ「合計所得金額+課税年金収入額」が80万円超の方	1.00	58,800円	21.74%	10,500円
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の方	1.08	63,500円	21.18%	11,100円
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上、190万円未満の方	1.26	74,000円	22.52%	13,600円
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が190万円以上、290万円未満の方	1.29	75,800円	22.46%	13,900円
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が290万円以上、350万円未満の方	1.55	91,100円	22.28%	16,600円
第10段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が350万円以上、500万円未満の方	1.60	94,000円	23.52%	17,900円
第11段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が500万円以上、700万円未満の方	1.85	108,700円	23.24%	20,500円
第12段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が700万円以上	1.95	114,600円	26.35%	23,900円

※第6期における介護保険制度改正で、世帯非課税低所得の方の保険料について軽減割合を拡大します。

資料編

- 1 東久留米市介護保険運営協議会の運営概要
- 2 東久留米市介護保険運営協議会委員名簿
- 3 審議経過
- 4 市民説明会等の経過
- 5 東久留米市高齢者アンケート調査の概要
- 6 用語解説

1. 東久留米市介護保険運営協議会の運営概要

【東久留米市介護保険条例】

(介護保険運営協議会の設置)

第 17 条 市は、介護サービスの実施状況その他の介護保険に関する適正な運営を確保するため、東久留米市介護保険運営協議会(以下「運営協議会」という。)を設置する。

【東久留米市介護保険条例施行規則】

(介護保険運営協議会の所掌事務)

第 45 条 条例第 17 条の規定による東久留米市介護保険運営協議会(以下「運営協議会」という。)は、次に掲げる事項について調査審議する。

- (1) 市の介護サービス等の実施及び運営に関する事項
- (2) 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
- (3) 介護サービス等の相談及び苦情への対応その他解決方法に関する事項
- (4) 地域包括支援センターの設置に関する事項
- (5) 地域包括支援センターの公正、中立性の確保に関する事項
- (6) その他介護保険の事業を円滑に実施するために必要な事項

(委員数等)

第 46 条 運営協議会の委員数は、15 人以内とし、次に定めるところにより、市長が委嘱又は任命する。

- (1) 被保険者を代表する委員 4人以内
- (2) 保健・福祉・医療を代表する委員 8人以内
- (3) 学識経験者 1人
- (4) 市職員 2人以内

(委員の任期)

第 47 条 委員の任期は、3年とする。委員が任期の途中で交代する場合の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長の選任等)

第 48 条 運営協議会には、委員の互選により会長及び副会長を各1名置くものとする。

- 2 会長は、運営協議会を代表し、会務を総理する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第 49 条 運営協議会の招集は、会長が行うものとする。

- 2 運営協議会の開催は、委員の過半数の出席がなければ開くことはできない。
- 3 運営協議会の審議は、原則として公開するものとする。ただし、公開しないことにつき合理的な理由がある場合については、審議を公開しないことができる。
- 4 運営協議会の議事は、出席者の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 5 この規則に定めるもののほか運営協議会に関し必要な事項は、市長が別に定める。

2. 東久留米市介護保険運営協議会委員名簿

東久留米市介護保険運営協議会委員名簿

委員氏名		選出分野
	萱間 三鈴	被保険者代表
	多田 順平	被保険者代表
	當真 隆則	被保険者代表
○	石橋 幸滋	保健・福祉・医療代表
	小玉 剛	保健・福祉・医療代表
	園田 光子	保健・福祉・医療代表
	鈴木 祐子	保健・福祉・医療代表
	奥住 章子	保健・福祉・医療代表(平成26年4月まで)
	鈴木 しげ子	保健・福祉・医療代表(平成26年5月から)
	鈴木 久佐子	保健・福祉・医療代表
	高原 敏夫	保健・福祉・医療代表(平成26年8月まで)
	我謝 悟	保健・福祉・医療代表(平成26年9月から)
	渡邊 文江	保健・福祉・医療代表
◎	奥山 正司	学識経験者
	宮崎 守通	市職員(福祉総務課長)
	田中 百合子	市職員(健康課長)(平成25年3月まで)
	原田 祐子	市職員(健康課長)(平成25年4月から)

◎ 会長

○ 副会長

3. 審議経過

開催回数	開催年月日	主 内 容
第3回	平成25年12月5日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東久留米市高齢者アンケート調査の実施について 2. 東久留米団地高齢者福祉施設街区土地賃借事業者の経過報告について 3. ひばりが丘団地高齢者福祉施設の誘導について 4. その他
第4回	平成26年5月27日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東久留米市高齢者アンケート調査結果報告書について 2. 平成27年度介護保険制度改正（平成26年度法改正予定）の概要 3. ひばりが丘団地B1街区土地賃借事業者募集について 4. 地域密着型サービス（市外事業所）の指定決定（新規）について 5. その他
第5回	平成26年9月30日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域密着型サービスの指定決定（新規）について 2. 東久留米団地及びひばりが丘団地高齢者福祉施設の誘導について 3. 平成27年度介護保険制度改正について 4. その他
第6回	平成26年11月4日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 平成27年度介護保険制度改正について <ul style="list-style-type: none"> ・新しい総合事業の推進／介護保険制度改正 2. その他
第7回	平成26年12月3日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第6期高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）について <ul style="list-style-type: none"> ・内容説明／策定までのスケジュール／制度改正及び総合事業移行に向けた主なスケジュール 2. 新しい総合事業について <ul style="list-style-type: none"> ・実施時期と内容／住民主体の支え合いの仕組み／事業の財源／介護保険料 3. その他
第8回	平成27年1月26日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第6期高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）について 2. 東久留米市地域包括支援センターの職員に係る基準等を定める条例（案）について 3. 東久留米市指定介護予防支援の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（案） 3. パブリックコメントについて 4. その他

4. 市民説明会等の経過

開催年月日	内 容 (※1)
平成 26 年 11 月 25 日	・ 庁内関係課説明会 (※2)
平成 26 年 12 月 15 日 ～平成 27 年 1 月 9 日	・ 第 6 期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画素案へのパブリックコメントの募集
平成 27 年 1 月 13 日	・ 「デイサービス・デイケア部会」説明会 (※3)
平成 27 年 1 月 14 日	・ 「ホームヘルパー部会」説明会 (※3)
平成 27 年 1 月 17 日	・ 市民説明会
平成 27 年 1 月 20 日	・ 事業者説明会 (東久留米市介護サービス事業者協議会ほか)
平成 27 年 1 月 22 日	・ 「ケアマネ連絡部会」説明会 (※3)

《備考》

※1 各回説明会の主な内容

「第 6 期高齢者福祉計画・介護保険事業計画（素案）について～制度改正と新しい総合事業に向けた取り組み」に関する説明と質疑応答

※2 庁内関係課

企画経営室 企画調整課、市民部 産業振興課・生活文化課・防災防犯課、福祉保健部・福祉総務課・障害福祉課・健康課・保険年金課、教育部 生涯学習課

※3 東久留米市介護サービス事業者協議会

5. 東久留米市高齢者アンケート調査の概要

【調査概要】

1. 調査対象

- ① 高齢者一般 平成 25 年 10 月末現在で 65 歳以上の方 1,000 人
- ② 在宅サービス利用者 平成 25 年 10 月末現在で 65 歳以上の方、かつ、平成 25 年 9 月に介護保険サービスを利用された方 1,000 人

2. 調査方法と回収状況

調査は、自記入式郵送調査として実施。

調査種	対象者数	回収数	有効回収数	有効回収率
①高齢者一般調査	1,000	659	651	65.1%
②在宅サービス利用者調査	1,000	565	547	54.7%

3. 調査期間

平成 25 年 12 月 11 日（水）～平成 25 年 12 月 25 日（水）

6. 用語解説 (本計画掲載用語、関連用語を含む)

ア行

○ICT (Information and Communication Technology)

情報通信技術のこと。

○アセスメント (Assessment)

事前評価。ソーシャル・ワークにおける、クライアントに関する情報収集をいう語。

○一次予防

第1号被保険者のうち、元気な高齢者を対象に生活機能の維持・向上を図ること。

なお、第6期からの介護予防施策（「介護予防・日常生活支援総合事業」）では、従来からの一次予防、二次予防を区別せず、一本化して実施することとなる。

○インテーク (intake)

受け入れの意。援助を求めて相談に訪れた介護人や家族からの事情を聞き、問題点や要望を明確化し援助につなげること。

○インフォーマル

近隣や地域社会、民間やボランティアなどの非公式な援助活動。非営利で有償のたすけあいサービスをしているグループやNPOがある。高齢者だけでなく子育て中の人や障害者も利用でき、サービス内容も多様で融通がききやすく便利と言われている。

○NPO (Non Profit Organization)

民間非営利団体などと訳され、非営利（利潤追求や利益配分を行わない）で、自主的に公共的な活動を行う民間（政府機関の一部でもない）の組織、団体のこと。

カ行

○介護給付費準備基金

介護保険の給付費等の変動に対処するため、自治体が被保険者から徴収する保険料の剰余金を積み立てておく基金のこと。

○介護報酬

介護保険事業所が介護サービスを提供し、その対価として得る報酬のこと。

○介護予防

どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防や重症化の予防、軽減を図ることにより、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること。

○介護予防ケアプラン

利用者に関する基本情報（日常生活自立度や認定に関する情報、日常生活の状況、現病歴、既往症）、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画表から構成されている計画のこと。

○看護小規模多機能型居宅介護（＝旧複合型サービス）

小規模多機能型居宅介護サービスのうち「複合型サービス」について、第6期より、医療ニーズのある中重度の要介護者が地域での療養生活を継続できるよう、「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」を組み合わせることで、利用者や家族への支援の充実を図るという方針が具体的にイメージでき、サービスの普及につながる名称「看護小規模多機能型居宅介護」に変更される。（介護保険給付費分科会より）

○基本チェックリスト

介護予防ケアプランを構成する一部であり、25項目からなる（「バスや電車で1人で外出していますか、日用品の買物をしていますか、預貯金の出し入れをしていますか、友人の家を訪ねていますか」等）リストのこと。

○キーパーソン

鍵を握る人物といった意味の言葉。社会福祉サービスの提供過程では、介護福祉士、看護師、理学療法士、ボランティア、近隣の人々などでケアカンファレンスを行う場合に、利用者本人ともっとも信頼関係を築くことのできている人物を指す。キーパーソンが前面に出る形でチームケアを運営していくと成功することがある。

○居宅介護支援事業所

居宅の要介護者の心身の状況や置かれている環境、また本人や家族の希望を勘案して、居宅サービス計画を作成し、その計画に基づき指定居宅サービス事業者との連絡・調整などの支援を行う事業所のこと。

○キャラバンメイト

認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める人。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。

○協議体（介護予防・日常生活支援サービスにおける）

各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、情報共有および連携強化の場として、中核となるネットワーク。

○筋力向上トレーニング

要介護状態になるおそれのある高齢者等に対し筋力トレーニングを行い、身体機能を高める。介護予防効果を高めることを目的とし、トレーニングは受講者自身の健康状態に合わせたサポートを健康運動指導士や保健師等から受ける。高齢者向けトレーニング機器を使用し、一人ひとりに合わせた個別プログラムで無理なく身体機能の改善を図る。

○QOL(Quality-Of-Life)

「生活の質」「人生の質」「生命の質」などと訳される。一般的には、生活者の満足感、安定感、幸福感を規定している諸要因の質のこと。

○グループホーム

地域社会の中にある住宅（アパート、マンション、一戸建て等）において、数人の認知症高齢者等が一定の経済的負担を負って共同で生活する形態。認知症高齢者、知的障害者、及び精神障害者について制度化されている。

○ケアハウス

老人福祉法に規定する軽費老人ホームの一種。60歳以上の方または60歳以上の配偶者を有する方で、身体機能の低下または高齢等のため独立して生活するには不安がある方が、自立した生活を継続できるよう構造や設備の面で工夫された施設。全室個室化されていること、車椅子の利用が可能であることなど、プライバシーや自立した生活を尊重した構造となっている。

○ケアプラン

介護サービス計画のこと。一般的には、要介護者などが介護サービスを適切に利用できるよう、その心身の状況、生活環境、要介護者およびその家族の希望などを勘案し、利用する介護サービスの種類、内容などを定めた計画のこと。計画にともなうサービスの連絡・調整と管理も含まれる。

○ケアマネジメント

要介護者やその家族などへの情報提供や様々な相談に応じるとともに、個々のニーズを的確に把握し、総合的、効果的なサービス提供が継続的に受けられるようにする活動のこと。

○ケアマネジャー

介護のすべての過程において、利用者と社会資源の結びつけや関係機関・施設との連携など、生活困難な利用者が必要とする保健・医療・福祉サービスの調整を図る（ケアマネジメント）役割をもつ援助者をいう。介護保険制度では、ケアマネジャーは「介護支援専門員」という。

○健康寿命

ある人の余命の中で、心身ともに健康でいられる期間を表した数のこと。

○健康日本 21

「21世紀における国民健康づくり運動」のこと。すべての国民が健やかで心豊かに生活できるように、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」に重点を置いた健康づくりを推進するためのプランのこと。

○権利擁護

自己の権利や援助のニーズを表現することが困難な高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うこと。

○高齢化社会、高齢社会、超高齢社会

国や地域など一定の社会の人口動態上、老年人口が相対的に増加する社会を人口の高齢化という。国連人口部では、65歳以上を高齢者とし、かつそれ以上の年齢層を老年人口としたうえ、高齢化率が7%に達した場合、その国は高齢化社会を迎えたとしている。なお、高齢化率7%の2倍に相当する14%に到達した時点の状態を高齢社会、21%を超えた時点の状態を超高齢社会という。

○高齢者虐待（防止法）

65歳以上の高齢者に対する身体への暴行や、食事を与えないなどの長時間の放置、暴言などで心理的外傷を与える行為、高齢者の財産を家族らが勝手に処分するなどの行為。高齢者虐待防止法により、虐待を発見した家族や施設職員らに市町村への通報義務および市町村長権限による自宅、入所施設への立ち入り調査、地元警察署長への援助を求めることができるほか、市町村長や施設長が、虐待をした家族などの養護者と、虐待を受けた高齢者の面会を制限できることとなった。（平成18年4月施行）

○高齢者向け優良賃貸住宅

高齢単身者および夫婦世帯等の居住の安定を図るため、高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づいた民間事業者が経営する賃貸住宅で、規定に基づく家賃補助やバリアフリー構造の完備及び緊急通報システム等のサービスを提供している。

○高額介護サービス費

世帯の1か月の在宅サービスや施設サービスにかかる1割の利用者負担額の合計が所得区分に応じた上限額を超えた場合は、超えた金額を高額介護（介護予防）サービス費として介護保険から支給。入所・入院（ショートステイ）の食費・居住費（滞在費）、差額ベッド代、日常生活費等の費用、住宅改修及び福祉用具購入の自己負担分は高額（介護予防）介護サービス費の支給対象にならない。なお、同一世帯にサービスを利用する要介護（支援）者が二人以上いる場合、それぞれの利用者負担を合計した金額が一定額を超えた場合、高額介護（介護予防）サービス費が支給される。

○国民健康保険団体連合会

介護保険、国民健康保険の診療や介護報酬の請求に関して審査し、相当額の診療や介護報酬を支払う機関のこと。介護保険制度上は、苦情処理機関として事業者等に対する調査・指導・助言の権限を有する。

○コミュニティ

地域社会で居住地域を同じくしている共同体のこと。町内会、自治会等。

サ行

○サービス付き高齢者向け住宅

高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供するもの。床面積（原則 25 m²以上）、便所・洗面設備等の設置、バリアフリーであること、少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供すること、契約においては、高齢者の居住の安定が図られた契約であること、前払家賃等の返還ルール及び保全措置が講じられていることとされている。事業者の義務として、入居契約に係る措置（提供するサービス等の登録事項の情報開示、入居者に対する契約前の説明）、誇大広告の禁止が求められている。住宅管理やサービスに関する行政の指導監督（報告徴収・立入検査・指示等）が実施される。

○財政安定化基金

介護保険財政の安定化に必要な費用を充てるために都道府県が設置する基金のこと。財源は国、都道府県、区市町村から3分の1ずつ拠出し、一定の事由により区市町村の介護保険財政に不足が生じた場合に資金の交付又は貸付を行う。

○在宅介護支援センター

在宅の暮らしや介護について不安や悩みをもつ高齢者や家族に対し、在宅介護等に関する総合的な相談に応じ、ニーズに対応した各種の保健・医療・福祉サービスが総合的に受けられるよう調整する機関。

○在宅療養支援診療所

24時間体制で往診や訪問看護を実施する診療所のこと。平成18年の医療法改正で新設され、自宅でのターミナルケア（終末期ケア）や慢性疾患の療養等への対応が期待されている。

○作業療法士

OT（Occupational Therapist）ともいう。身体障害者や知的障害者、精神障害者などを対象に、医師の指示のもとに各種作業を行い、心身の機能や社会復帰に不可欠な適応能力の回復をはかる専門職のこと。

○支給限度基準額

介護保険における居宅サービスなどを利用するにあたり、1割負担で利用できる限度額のこと。

○社会福祉協議会

社会福祉法に規定された地域福祉の推進を図ることを目的とする団体。社会福祉を目的とする事業者や活動を行う者が参加している幅広い組織であり、福祉にかかる情報提供や相談活動、福祉学習、市民の自主的な福祉活動の支援、地域生活を支援するサービスなど幅広い活動を展開している。

○市民後见人

後見業務を担っている親族や弁護士等の専門家以外に成年後見制度を理解し社会貢献的な精神で後見業務を担う人。

○シルバーピア

東京都と区市町村および住宅供給公社が一体となり、住宅施策と福祉施策を連携して、高齢者の特性に配慮した公的集合住宅（対象者は、都内に3年以上在住の65歳以上の単身および夫婦世帯）を整備し、区市町村が主体なり管理人等を配置して運営することで、在宅高齢者の福祉増進を図っている事業のこと。

○自立支援

「あくまで利用者の主体性を重んじつつ、サービス提供者はその自立支援の側にまわる」との社会福祉サービス全体の考え方のこと。自立支援のほか、自己実現、自己管理等の尊重を行うことを含めての考え方である。

○生活機能評価

運動や栄養・口腔機能などの生活機能の低下のおそれのある方を、早期に発見するための健康診断。介護予防の必要性や介護予防プログラムへの参加の可否についての判定が行われ、健康状態を確認する良い機会となる。対象者は市内在住の65歳以上の方。すでに介護保険の認定（要支援・要介護）を受けられている方は対象外。

○生活習慣病

食生活、運動、休養のとり方、喫煙、アルコール、歯みがきなどの毎日の生活習慣が病気の発症や進行に大きな影響を及ぼす疾病のこと。がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧、高脂血症、骨粗しょう症などがある。

○スクリーニング（screening）

ふるいにかけて条件に合うものを選び出すこと。医学的・化学的な検査・実験による場合のほか、人の適性や能力を審査する場合にも用いられる。前者の場合は「選別」「選別検査」、後者の場合は「選抜」などと言い換えることもできる。地域ケアのしくみのなかで総合相談受付等における選定、審査過程を示す。

○スーパーバイズ

監督する。社会福祉領域、臨床心理領域での専門用語。スーパービジョンとは、ソーシャルワークの実践家が、責任のあるもう一人の実践家に、能力の最高まで行うことができるように援助する過程。

○生活支援サービスコーディネーター

第6期計画より創設されたしくみで、高齢者の居住する地域において必要な生活支援のためのサービスの発掘（人材やサービス等）、担い手の養成、高齢者の生活支援のための様々な関係者のネットワークづくり、地域で必要とされる支援ニーズと、サービス提供主体のマッチング（引き合わせ、提供に向けた調整など）を主な役割とする。

なお、生活支援サービスコーディネーターの配置については、市全域、中学校区域、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体の3つの層を基本に、地域の実情を考慮して配置することができる、とされている。

○成年後見制度

判断（意思）能力が著しく低下した認知症高齢者や知的障害者などの方のために、財産管理や契約等の利益を守るために、意思に即するよう法定後見人等を立てるほか、判断能力が十分でなくなったときに備えて任意後見人を指定することもできる制度のこと。

タ行

○第1号被保険者、第2号被保険者

区市町村の住民のうち、65歳以上のすべてが介護保険の第1号被保険者であり、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している住民が第2号被保険者である。介護サービスを利用できる条件や、介護保険料の支払い方法が異なる。

○第三者評価（福祉サービスにおける）

福祉サービスの第三者評価事業は、平成9年、厚生省（現在は厚生労働省）において検討が始まった社会福祉基礎構造改革において、その理念を具体化する仕組みの一つとして位置づけられた。社会福祉法人等の提供するサービスの質を事業者と利用者以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から行った評価であるとされている。

○団塊(の)世代

第二次大戦後、数年間のベビーブーム世代（おおむね、昭和 22（1947）年～24（1949）年）に生まれた年齢層で、全国で約 700 万人程度いる。

○地域ケア

高齢者の方が介護などの支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるようにするため、高齢者保健福祉の施策や介護保険サービスにはない、日常のちょっとした手助けや、一人暮らしの高齢者の方の見守りなどを、地域住民や保健・医療・福祉の関係機関、町内会・自治会、民生委員、NPOなどが協働して高齢者を支援していくこと。

○地域区分

介護従事者の給与の地域差を勘案して、地域間の介護保険費用の配分方法を調整するしくみ。地域別・人件費割合別（サービス別）に 1 単位当たりの単価を割増するなどの調整を行っている。

○地域支援事業

要支援・要介護認定を受けていないがその状態になるおそれのある高齢者（65 歳以上）の方を対象として、サービスを必要とする方の確実な把握のもとに本人の意欲の向上、具体的な目標の明確化に重点をおいた介護予防サービスを提供する事業のこと。（二次予防事業対象者、一次予防事業対象者など）

○地域福祉権利擁護事業

認知症高齢者・精神障害者・知的障害者の方など、判断能力が不十分な方が地域において自立した生活を送れるよう、福祉サービスの利用に関する情報提供、助言、手続の援助、利用料の支払等、福祉サービスの適切な利用のための援助を行う事業のこと。

○地域福祉コミュニティ

市民の生活する身近な地域社会で生じる福祉課題を、地域住民の支え合いや関係機関、事業者の連携支援などによって解決を図っていくしくみをもつ地域社会（集団）のこと。

○地域包括ケア

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにすることを目指すしくみのこと。実現のためには、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に推進するとともに、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される包括的かつ継続的なサービス体制を確立する必要がある。

○地域包括支援センター

地域包括支援センターでは、次のような事業（包括的支援事業）を実施する。

①総合相談・支援

市民の方からの様々な相談を受けて状況を把握し、相談内容に即したサービスや制度に関する情報提供や関係機関の紹介等を行う。

②権利擁護

成年後見制度の相談、PR、親族申立の支援や虐待防止・早期発見・虐待への対応を行うほか、困難事例の対応や消費者被害防止を図る。

③介護予防マネジメント

住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、自分自身ができることはできる限り自分で行うことを基本にしつつ、利用者とともに、利用者の主体的活動と参加意欲を高めることを目指す。

④包括的・継続的マネジメント

地域における医療機関など様々な社会資源との連携・協力関係を行い包括的で継続的なケア体制を図ること。地域のケアマネジャーに対する支援として、個別相談窓口の設置、ケアプラン作成技術の指導、支援困難事例への指導・助言、事例検討会や研修、制度・施策に関する情報提供やケアマネジャーのネットワークづくりを行う。

○地域密着型サービス

要介護や要支援状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするためのサービス。平成 18 年度に創設された。

○地域密着型通所介護

利用定員が 18 人以下の通所介護サービス。少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性の確保が必要であり、また市町村が地域包括ケアシステムの構築を図る観点から整合性のあるサービス基盤備を行う必要がある。このため、27 年度の改正法では市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけられた。

○低栄養

健康的に生きるために必要な量の栄養素が摂れていない状態。特にたんぱく質とエネルギーが十分に摂れていない状態。高齢になると食事の量が少なくなり、あっさりしたものを好むようになるため、食事に偏りが生じやすくなる。また、果物や生野菜、肉類をあまり食べず、野菜類もよく煮たものしか口にできなくなると、ビタミンやミネラル類も不足しがちとなる。固いものや繊維質の多いものを食べるのが難しくなるため、食物繊維が足りなくなることもある。

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

在宅生活を包括的かつ継続的に支える観点から、介護・看護双方の知見に基づく継続的アセスメントを行い、介護と看護の職員が相互に情報を共有しながら、一体的にサービスを提供する。在宅の高齢者の方からの随時のコールに適切・迅速に対応するためには、定期訪問で把握し蓄積した日々のアセスメント情報に基づいて、通話対応、訪問、他の専門機関等に連絡する等の方策を適宜活用する。一日複数回の訪問によるサービス提供を行う。利用が集中する特定の時間帯に対応するため、常勤職員に加えて短時間勤務職員も組み合わせたシフトが必要である。

○特定施設入居者

介護特定施設とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅を言う。当該施設に入居している要介護者の方に対して、介護サービス計画に基き、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上ならびに療養上のお世話、機能訓練をすること。要支援者の方に対するものは「介護予防特定施設入居者生活介護」と呼ぶ。法改正により、特定施設の対象拡大等の理由によって「特定施設入所者生活介護」から「特定施設入居者生活介護」に改められた。

ナ行

○二次予防

介護予防における予防段階を「一次予防」「二次予防」「三次予防」と段階を分けている。元気な高齢者の方は「一次予防」、要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者の方は「二次予防」、要支援・要介護状態にある高齢者の方は「三次予防」。このうち地域支援事業は、「一次予防」と「二次予防」を行う。元気な高齢者（一次予防）の方は、全高齢者を対象として介護予防に関する情報の提供、活動支援、環境整備を目的。二次予防は、要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者の方が介護予防プログラムに参加する事業を行う。

なお、第6期からの介護予防施策（「介護予防・日常生活支援総合事業」）では、従来からの一次予防、二次予防を区別せず、一本化して実施することとなる）

○日常生活圏域

「地域の様々なサービス資源を高齢者の生活圏域単位に整備し、その中で必要なサービスが切れ目なく提供できる体制を実現していくことを目指した考え方のこと。

○障害高齢者の日常生活自立度（「寝たきり度」）

毎日の生活を営むうえで必要な基本動作（食事、排せつ、入浴、着替え等）について、どれくらい介護が必要な状態かを判定するための基準のこと。生活自立の「ランク」何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する」から寝たきり「ランクC 1日中ベッドで過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する」までの8段階に区分される。

○認知症

成人に起こる認知（知能）障害のこと。記憶、判断、言語、感情などの精神機能が減退し、その減退が一過性でなく慢性に持続することによって日常生活に支障をきたした状態をいう。代表的なものとしては、脳の血管が詰まったり出血したりして認知症になる「血管性」と、アルツハイマー病という脳が萎縮する病気で認知症になる「アルツハイマー型」がある。

○認知症高齢者の日常生活自立度

高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すもの。ランク I「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している」からランク M「著しい精神症状や問題行動（周辺症状）あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする」までの9段階に区分される。

○認知症サポーター

認知症について理解し、認知症の方や家族を見守る方。90分間の養成講座を受ければ誰でもサポーターになれる。オレンジ色のリストバンドがサポーターの印で、厚生労働省は2005（平成17）年度から始めた「認知症を知り地域をつくる10カ年」キャンペーンでは、全国で100万人のサポーター養成が目標とされたが、平成26年12月31日時点で580万人に達している。

○認知症対応型通所介護

認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話と機能訓練を行う。利用者の方の社会的孤立感の解消と心身の機能の維持や利用者の方の家族の方の身体的・精神的な負担の軽減を図るもの。

○認知症対応型グループホーム

認知症の要介護者の方などに対して、共同生活を行う住居（施設）内において行う入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練。9人以下（1ユニット）の完全個室制の共同生活の住居。平成18年4月以降は新たに創設された地域密着型サービス事業に位置づけられている。

○ノーマライゼーション

高齢者も若者も、障害者もそうでない方も、すべて人間として普通の生活を送れるように、共に暮らし、共に生きる社会こそが普通であるという考え方のこと。

ハ行

○バリアフリー

バリアフリーとは、高齢者や障害者等を含むすべての方にとって日常生活や社会生活を営むうえで存在するあらゆる分野の障壁や障害物（バリア）を除去することをいう。例えば、道路や建築物の利用のさまたげとなる段差の解消や手すりなどの物理的なバリアフリー、点字や手話通訳等による文化・情報面でのバリアフリー、障害者の方に対する無知や無関心からくる偏見や差別などをなくす意識上のバリアフリーなどがある。

マ行

○マンパワー

人的資源、労働力。

○ミニデイホーム

市民が主体となり、日中孤立しがちな一人暮らし高齢者や障害者の方、乳幼児を抱える父母の方などを対象に、趣味・健康・交流活動を通じて顔の見える関係を創っている。お互いの思いやりが循環する地域に開かれた集いの場。

○民生委員

民生委員は、厚生労働大臣から委嘱された民間の奉仕者であり、児童福祉法による児童委員も兼ねている。高齢者や児童の皆さん方などの生活状態の適切な把握、相談や助言、その他の援助を行うこと、福祉サービスの情報提供などの活動を行い、行政とのパイプ役にもなっている。

○モニタリング

各種サービスなどが円滑に提供されているか、要援護者自身の日常生活動作能力や家族サービス提供状況の変化によってニーズが変化していないかなどを継続的にチェックすること。

ヤ行

○夜間対応型訪問介護

通報に応じて介護福祉士などに来てもらい夜間の定期的な巡回訪問を受けることのできる介護サービス。利用するには、あらかじめ登録が必要となる。介護福祉士などが訪問した際に行う業務は、入浴・排せつ・食事の介護など日常生活上のお世話。事業所は、オペレーションセンターや携帯電話などで介護利用者の方からの呼び出しに 24 時間対応している。

○ユニバーサルデザイン

あらゆる使い手に快適で使いやすい環境や物を提供することを目指す、社会的な意識や態度のこと。バリアフリーは、障害のある方の生活に及ぼす障壁を取り除くことを目指すのに対し、ユニバーサルデザインは、障害のある方を特別に対象とするのではなく、すべての方々を対象とする。だれもが住みやすいまちや公園、だれもが使いやすい食器や遊具などがある。

○ユニット

入所者の自立的生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共有スペースを備えている。複数の個室と共有スペースからなる単位を1ユニットとし、1施設で数ユニットを持つ。以前は小規模生活単位型と言われたが、法改正によりユニット型と改称。

○予防給付（サービス）

要支援1・2と判定された高齢者の方等に給付される介護サービスで、本人の意欲の向上、具体的な目標の明確化、対象者に応じた適切なケアマネジメントのもとに実施される。介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションなどがある。

○要介護認定

被保険者が介護を要する状態であることを保険者である市町村が認定するもの。介護保険は被保険者証を持っているだけでは保険給付を受けることはできず、要介護認定を受けなければならない。日常生活において介護を必要とする状態を意味する要介護認定と日常生活に見守りや支援を必要とする状態を意味する要支援認定の2種類の認定がある。

○予防重視型システム

介護保険制度改革の一環として位置づけられた取り組み。介護保険制度創設後、要支援、要介護1といった軽度者が大幅に増加しており、これらの軽度者においては、廃用（使わないこと、生活の不活発、安静）により徐々に全身の心身機能が低下してしまう、いわゆる「廃用症候群（生活不活発病）」への対応が求められているが、従来の介護保険サービスは十分な介護予防効果を上げていないとの指摘がなされた。

社会保障審議会介護保険部会が平成16年7月に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」では、制度全体を「予防重視型システム」へと構造的に転換していくことが重要であるとし、統一的な介護予防マネジメントの確立、「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」といった市町村事業の見直し、「新予防給付」の創設等を提言している。

ラ行

○理学療法士

PT（Physical Therapist）ともいう。身体障害者を対象に、医師の指示のもとでリハビリテーションを行い、日常生活を送るうえで必要な基本的な動作能力の回復をはかる専門職のこと。

ワ行

○ワンストップサービス

ワンストップとは「一カ所、一度に」という意味。必要な調達やサービス、手続きなどを1つの事業者などが提供するもの。

第6期（平成27年度～29年度） 東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

平成27年3月

発 行：東久留米市

編 集：東久留米市福祉保健部介護福祉課

住 所：〒203-8555

東京都東久留米市本町三丁目3番1号

電 話：042-470-7777（代表）

E-mail：kaigofukushi@city.higashikurume.lg.jp