

国立市地域包括ケア計画

(第8期介護保険事業計画及び第6次高齢者保健福祉計画)

(素案)

令和3年1月

国立市健康福祉部高齢者支援課

【目次】

第1章 計画の策定にあたって	1
○計画策定の背景・経過	
1. 計画策定の背景	
（1） 人口の推移と推計	
（2） 国立市における高齢者の状況	
（3） 国立市の地域包括ケアシステム	
2. 計画策定の経過	
○計画の位置づけ	
○計画の期間	
○計画の達成状況の点検・評価	
第2章 基本理念	6
第3章 地域で安心して暮らし続けるための施策展開	9
第1節 地域における様々な支援の効果的連携に向けて	
（1） 地域医療計画に基づく取組	
（2） 在宅医療・介護連携の推進	
（3） 地域ケア会議	
（4） 要支援から要介護までのマネジメントの継続性	
（5） 独居高齢者の包括的支援	
（6） 意思決定支援	
（7） 認知症のための施策	
（8） 地域共生社会の実現	
第2節 介護予防・健康づくりについて	
（1） 介護予防（フレイル予防）の展開	
第3節 住まいと住まい方について	
（1） 住まいの確保に困難を抱える高齢者の支援	
（2） 入所・入居施設等の整備方針	
第4節 多様な生活支援について	
（1） 日常生活支援の体制整備	
（2） 高齢者の居場所づくり	
第5節 その他の施策	
（1） 一般高齢者福祉サービス（高齢者保健福祉計画）について	
（2） 介護人材の確保について	
（3） 災害対策について	
（4） 感染症対策について	
第6節 給付適正化の取り組み	

第4章 介護保険事業に関する見込み（現在作成中）	28
第5章 介護保険料の設定	29
(1) 保険料	
(2) 保険料の減額	

第1章 計画の策定にあたって

○計画策定の背景・経過

1. 計画策定の背景

(1) 人口の推移と推計

国立市の総人口は横ばい、遞減の傾向で、令和5（2023）年度は76,106人、令和7（2025）年度は76,072人、令和22（2040）年は74,469人と推計されます（図1）。人口の年齢別の構成は、2000年頃、年少人口と老年人口はどちらも約1万人で並んでいましたが、図2に示されるように、年少人口は9,000人を下回る水準で横ばいなのに対し、老年人口は1万8,000人を超えて増加傾向にあることが推計されています。

図1 国立市の人口推計

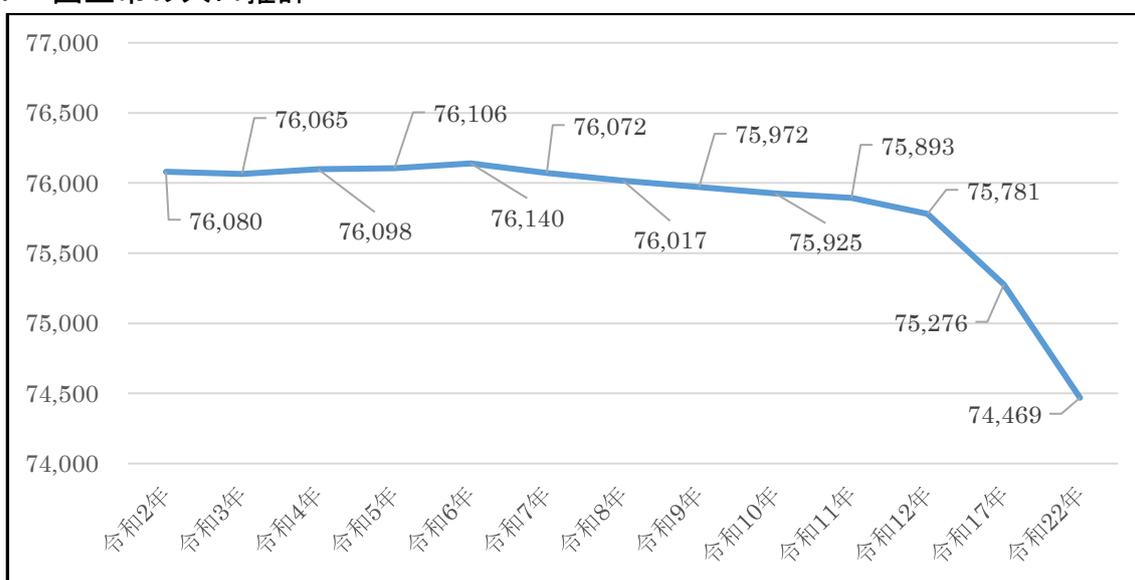
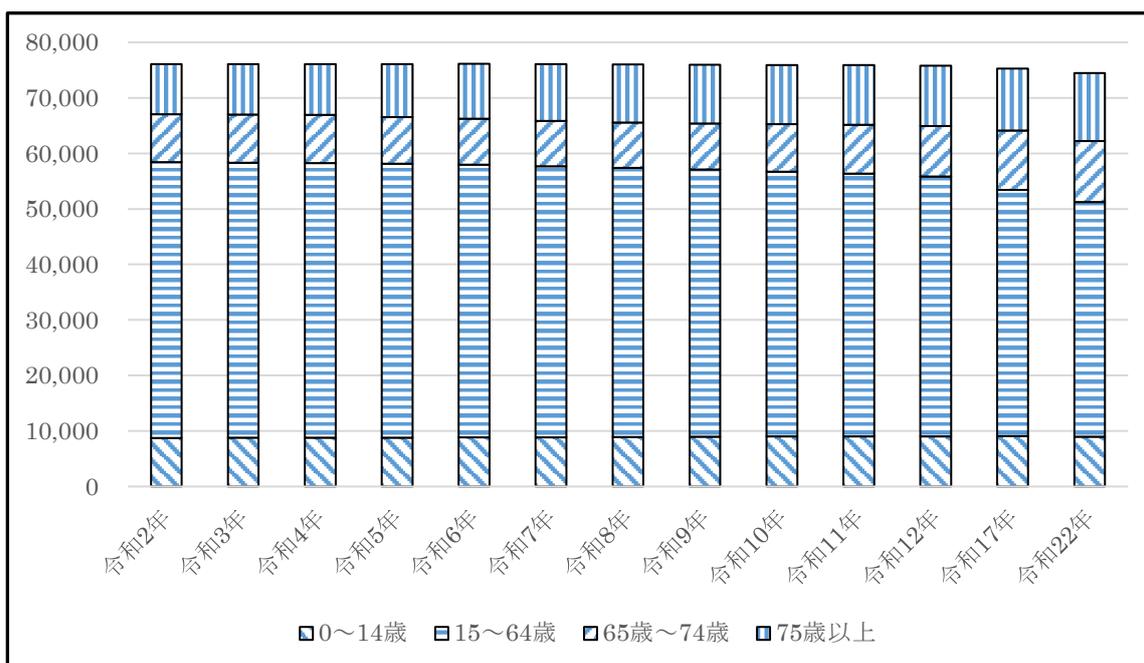


図2 国立市の年少・老年人口推計



(2) 国立市における高齢者の状況

1) 高齢者人口

65歳以上人口 17,756人(高齢化率 23.3%) (令和2(2020)年1月1日人口)

今後の見込みとしては、

令和3(2021)年度 17,938人

令和4(2022)年度 18,135人

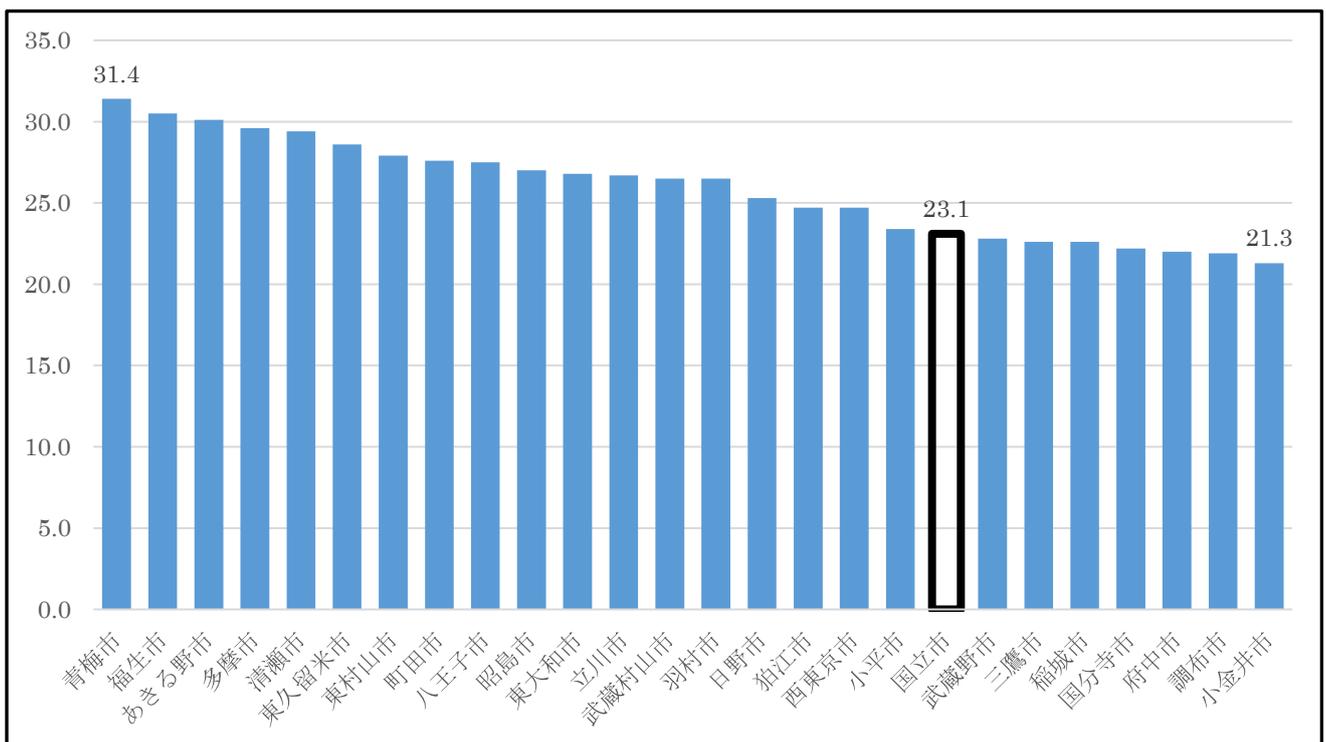
令和5(2023)年度 18,289人

と推計されています。

2) 高齢化率の状況

厚生労働省の「見える化システム」による26市の高齢化率を比較してみると、令和2(2020)年度現在の高齢化率では国立市は全26市中19位と比較的高齢化率は低いと言えます。

図3 多摩26市高齢化率(令和2(2020)年度時点)



しかしながら、同じく「見える化システム」による高齢化率はそれぞれ

令和3(2021)年度 高齢化率23.3%

令和4(2022)年度 高齢化率23.5%

令和5(2023)年度 高齢化率23.7%

と推計されており、高齢化は着実に進んでいくと見られます。

3) 高齢化率の状況

要支援・要介護の認定を受ける被保険者のおよそ8～9割は75歳以上の後期高齢者ですが、後期高齢化率は、

令和3（2021）年度 後期高齢化率11.9%

令和4（2022）年度 後期高齢化率12.1%

令和5（2023）年度 後期高齢化率12.6%

と推計されており、また、前期高齢者と後期高齢者の比率は、

令和3（2021）年度 前期高齢者数：後期高齢者数 ≒ 1：1.047

令和4（2022）年度 前期高齢者数：後期高齢者数 ≒ 1：1.060

令和5（2023）年度 前期高齢者数：後期高齢者数 ≒ 1：1.139

となっており、支援の必要な後期高齢者の方がより多くなっていくことが予想されます。

とりわけ要支援・要介護認定率が高くなる85歳以上の人口は、令和3（2021）年度3,103人、令和4（2022）年度3,227人、令和5（2023）年度3,360人と増加していく見込みです。

4) 要介護認定者について

令和2年（2020年）8月末現在の要支援・要介護認定者数は、758人ですが、「見える化システム」による今後の見込みでは、

令和3（2021）年度 3,825人

令和4（2022）年度 3,910人

令和5（2023）年度 3,993人

と増加する見込みとなっています。

このうち、85歳以上の認定者数は、令和3（2021）年度2,023人、令和4（2022）年度2,105人、令和5（2023）年度2,193人と増加していく見込みです。

(3) 国立市の地域包括ケアシステム

国立市における地域包括ケアシステム実現のための取り組みは第5期介護保険事業計画で開始されました。第5期介護保険事業における地域包括ケア実現のための施策の方向性を確認し、第6期介護保険事業計画にてその課題を検証し実行しました。以下にその過程を示していきます。

第5期事業計画では地域包括ケア体制の方向性が確認され、在宅療養の基盤整備、認知症支援体制の確立のために問題点を明確化し、その問題点の解決のために以下の解決策を示しました。

- 1 総合的な支援体制の強化
- 2 直営型地域包括支援センターの相談機能の強化
- 3 地域包括支援センターの包括的支援事業の強化
- 4 認知症対策の強化

5 在宅療養基盤の整備

総合的な支援体制の強化として、直営型地域包括支援センターの相談機能、包括的支援機能が第5期事業計画にて強化され実行されました。上記1、4、5の解決策は継続的に課題を分析し対応が必要であるとししました。そして、第6期事業計画において今後の地域包括体制の構築に向けて新たな課題を分析し対応策を検討しました。

新たな課題として、

- 1 介護予防の効果
- 2 中重度の要介護認定者の地域でのケア
- 3 認知症の方が地域で可能な限り安心して過ごせる支援体制

の項目が加わり、参加型の介護予防事業を生活支援事業と並行しながら施行しました。そして介護予防事業対象者、中重度要介護者、認知症の方に関しては、第6期の取組ではまだ、十分な効果があると思えないとの結論に至りました。

第6期からは、介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画を一体化した「国立市地域包括ケア計画」として策定し、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の実現のため、4つの規範、3つの目標（第2章に詳述）を掲げ、実現に向けた取り組みを進めてきました。

第7期では、第6期計画の取り組みをさらに推し進めるため、新たな取り組みとして「フレイル予防」事業や「認知症高齢者生活見守り事業」を立ち上げ、国立市地域医療計画の策定にも取り組みました。（第3章にて記述）

本計画は、引き続きこうした第7期までの基本理念を継続して取組を進めていくことが重要との認識のもと策定しました。

また、今般、日本各地で風水害による被害が増えており、介護保険施設においても痛ましい被害が発生する事態となっています。さらには、新型コロナウイルス感染症も依然として終息の兆しが見えず、在宅、施設を問わず介護サービスの提供にも大きな影響が出てきています。こうした事態を踏まえ、今後災害対策や感染症対策についても、事業者、市民、行政が情報を共有し、一体となって取り組みを進めていくことが重要と考えられます。

2. 計画策定の経過

地域包括ケア計画の策定及び評価等の事項についての調査、審議をすることについて、第1号・第2号被保険者各2名の公募市民や学識経験者、居宅介護支援事業者、介護サービス提供事業者で構成する14名からなる委員による国立市介護保険運営協議会（以下「協議会」といいます。）は、令和2（2020）年1月に国立市長から諮問を受けました。

協議会は市長の諮問に応じ、検討部会、全体会（書面開催含む）の審議を経て、令和3年1月に本計画の素案について中間答申を行い、令和3年●月に市長に対して本計画案の答申を行いました。

○計画の位置づけ

本国立市地域包括ケア計画は、介護保険法第117条の規定に基づき国立市が定める市町村介護保険事業計画（第8期国立市介護保険事業計画）と老人福祉法第20条の8の規定に基づき国立市が定める市町村老人福祉計画（第6次国立市高齢者保健福祉計画）を一体のものとして定めるものです。

○計画の期間

介護保険法第117条第1項で「市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。」と規定しています。

そのため、本計画の期間は、令和3（2021）年度から令和5（2023）年度までの3か年とします。

○計画の達成状況の点検・評価

市は計画期間中、定期的に介護サービスの利用実績等から計画の達成状況を点検し、その結果を国立市介護保険運営協議会に説明し、取組目標の達成状況の評価を受けたうえで、運営上の問題点を適宜把握するものとします。

第2章 基本理念

国立市における介護保険事業は、介護保険法第1条、第2条及び第4条をその基本理念、基本原則とします。

介護保険法第1条では、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が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としています。

また、第2条では、介護保険の保険給付について、要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない、と規定しています。このためには適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者や施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮していかなければなりません。

そして保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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に配慮されなければならない、とも規定されています。

国立市の介護保険基本計画もその基本に照らし在宅療養を重点施策して考えてきました。

そして第4条では、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」と規定しています。

国立市における地域包括ケアシステム（別掲参照）が目指すものは、誰しもがその人にとって居心地の良い住まいを確保され、生活上の安心、安全、健康を確保するための福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスを日常生活の場で適切に提供され、要支援、要介護状態になっても、その人の尊厳が守られ、意思決定ができる社会です。

そのうえで医療や介護が多職種連携の中で確保されることを目指します。健康は身体的、精神的、社会的環境など様々な要因が相互に関係してもたらされるものだからです。

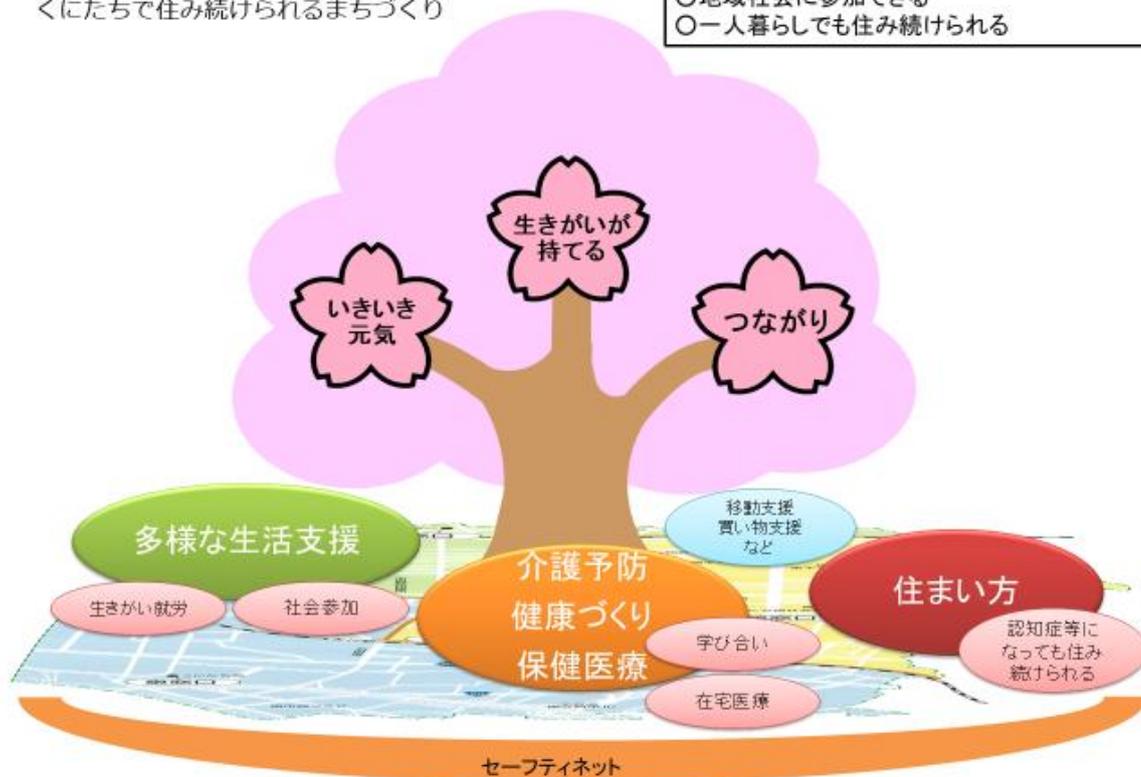
人生100歳社会に突入した今、ひとり暮らしの高齢者が増加する中、居場所づくりは高齢者が孤立しないためだけでなく、虚弱にならないための予防になります。虚弱予防の体制づくりに取り組むことが、高齢者の健康づくりとしてできる限り最後までいきいきと暮らすために重要な取り組みとなります。

この計画を策定する目的は、高齢者から乳幼児までが尊厳を保ちながら、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仕組み、つまり地域包括ケアシステムをつくることです。地域包括ケアシステムの土台は国立の市民や多様な主体の「人と人」、「人と地域」における資源がつながり、住民一人ひとりの暮らしと生きがいをつくり、生活の基盤を支えることです。

このような地域包括ケアを実現するため、市として4つの規範をつくりました。

みんなで支えるまちづくり くにたちで住み続けられるまちづくり

- 安心して生きがいを持ち続けることができる
- 認知症や重度介護でも住み続けられる
- 地域社会に参加できる
- 一人暮らしでも住み続けられる



- ① 安心して生きがいを持ち続けることができる。
- ② 地域社会に参加できる
- ③ 認知症や重度要介護でも住み続けることができる
- ④ 一人暮らしでも住み続けることができる

こうした規範をもとに、「人生の最後まで暮らすことが可能なまち」を目指し、3つの目標を考えました。

- 1 いきいき元気
- 2 生きがいが持てる
- 3 つながり

です。

単身高齢者、高齢者世帯の増加、家族の問題が多問題化する中では、孤立する人をつなぎ、つながりを持つ新たな居場所づくりが必要となります。

現在、市内には居場所（通いの場）ができていますが、歩いて通える範囲でのさらなる居場所が必要です。また、高齢者の支援について、多世代、多分野の連携がない限り、3つの目標である「生きがい」、「つながり」、「いきいき元気」を実現することは明らかであり、3つの目標を実現するには、多世代、多分野、さらには高齢者自身が取り組む必要があります。

また、認知症、重度要介護でも住み続けられるようにするために、多様な選択肢を模索し、在宅サービスである「訪問、通い、泊り」、「定期巡回、通い、施設」、「生活支援、通所、施設」といった小規模の施設、在宅サービスの組み合わせで実現できるよう取り組みます。

中重度要介護者の在宅生活支援に対しては、重度化を予防するためにリハビリテーション的な視点で多職種が取り組みます。その一方、より軽度者に対する介護予防、健康づくりの基本は食べる、動く、社会的参加の3つとなってきます（介護予防）。この介護予防事業は専門職が主体となつて行うものではなく、住民を主体として行われます。本人が生活上の困りごとを把握したうえで具体的な生活を実現するためにしたい、できるようになりたいことを実現する取り組みです。このフレイル予防事業に主体的に参加することで社会参加の場所ができることも期待されています。第8期ではこのフレイル予防事業に更に取り組んでいきます。

また、生活に支援を必要とする高齢者の支援に高齢者自身がボランティアとして参加することも、介護予防につながると期待されています。しかしながら、生きがい就労や社会参加のあり方は様々ですので、参加のあり方は個々人の主体的な取り組みにより決めていくこととなります。

一方で、これまでの日本の社会システムは高度経済成長時の日本社会を前提に作られてきました。しかしながら少子高齢化が進む中、社会資源が豊富に存在していた人口増加時代は過去のものとなってしまっており、高齢者は60代半ばで社会とのつながりが急速に失われてしまいます。そのため、高齢者個人の不安、生きがいの喪失が顕在化しています。65歳以上でも働く意欲のある人は数多くいるにもかかわらず、働く場所もなく、社会的活動もしていないことが多いようです。結果として一人暮らしの人や、仕事がない人の中には、生きがいを感じられない人もいます。社会参加の機会を失うことでその結果として虚弱な状態におちいってしまうのです。高齢者に地域で元気に暮らしていただくために、生きがい就労、社会参加、そして学びあうことが可能な社会を目指していきます。

以上のような取り組み等を通じた地域包括ケアシステムの構築について、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7（2025）年度を目途に、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制の構築を目指します。そのために現在、国立市には介護保険運営協議会、在宅療養推進連絡協議会、生活支援等体制整備協議体などがあり、これらの会議体が包括的に連携することで国立市地域包括ケアシステムの構築に取り組めます。

（*1）地域包括ケアシステム…団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重要な要介護状態に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・生活支援が一体的に提供されるシステム。

第3章 地域で安心して暮らし続けるための施策展開

第1節 地域における様々な支援の効果的連携に向けて

(1) 地域医療計画に基づく取り組み

平成26(2014)年6月に施行された医療介護総合確保推進法が公布され、医療法が改正されました。これにより、都道府県において将来の医療需要推計に基づき、あるべき医療提供体制を示す「地域医療構想」を策定することとなりました。東京都では、平成28年(2016)7月に東京都医療計画に追記する形で策定され、平成30(2018)年3月の東京都保健医療計画で一体化されました。

国立市では、市民が安心して最後まで暮らし続けるまちづくりのために、地域の医療、在宅ケアを支える診療所による在宅医療の提供体制整備が求められています。医療や介護が必要になっても、安心して国立市で住み続けられるまちづくりに資するため、平成30(2018)年度に10年間を期間とした「国立市地域医療計画」を策定しました。

国立市においても、令和12(2030)年度には、75歳以上の後期高齢者が10,847名と推計されており、75歳以上の高齢化率が14%を超えることが見込まれています。そういった超高齢化に対応していくため、医療は「治す」から「治し生活を支える」医療への変革が求められます。

今後外来通院ができなくなる人や、入院後に今まで通りの生活ができなくなる人が、住み慣れた国立市で生活し続けられるためには、介護保険事業計画と一体化して地域の在宅医療提供体制を構築していく必要があります。そのために国立市における在宅医療需要の将来推計、市民のニーズ調査等を行い、引き続き今後の市の地域医療のあるべき姿を検討してきました。地域で生活し続けるという地域医療計画の目標達成のために、市民が直面する具体的事例から課題とその解決方法を検討することで将来への明確な目標を設定することを第7期のあるべき姿とし、さらに市民勉強会を通じてその意見の反映に努めました。市民が医療と関わる場面には、4つの種類があります。第1に日常医療の支援です。地域医療計画では、外来医療、安定期の在宅患者に対してかかりつけ医の定義を明確にしました。医療機関に通院する高齢者には単に医学的問題だけではなく、いわゆる社会的処方(※注1)が必要な方も多くいられます。独居高齢者、高齢世帯等の方が、元気に暮らすために必要な処方(支援策)は、地域包括ケアシステムを構築する中で居場所も含めて考えられねばなりません。

第2に急変時の入院システム、そして第3として退院時におけるスムーズな地域連携システムの構築と退院後の生活を支援するケアプランが必要とされています。虚弱になった、あるいは要介護状態になっても居宅で生活できるための生活支援、医療介護の運用が重要なのです。第4の場面としての看取りに対し、訪問看護、介護、医師による在宅医療・介護の更なる整備が必要です。

(2) 在宅医療、介護連携の推進

国立市も21世紀の半ばまで高齢化が加速していくと見られます。病院や施設から退院・退所した高齢者や、外来通院ができなくなった高齢者など、在宅生活を続ける高齢者が増える中で、在宅ケアの役割がますます重要になってきました。介護はもとより、医療も急性期に対応できる医療だけでなく、在宅で要介護の高齢者を支える在宅医療の役割も増していま

す。このような状況の下、在宅医療と介護との連携の推進が求められています。

国立市は、この取り組みを他市に先駆けて在宅療養推進連絡協議会を中心に進めてきており、第7期でもさらに前進させて来ました。

在宅医療と介護の連携の推進において、まず求められるのは在宅ケアに関わる多職種の「顔の見える関係づくり」です。平成20（2008）年末に、国立市在宅療養推進連絡協議会を東京都の補助金「在宅医療ネットワーク事業」を受けて設立、以来12年間、様々な取り組みを行い、テーマ別の検討部会を設け、多職種による連携を強めてきました。平成24（2012）年度は国の在宅医療拠点事業（復興枠）などの助成を受け、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、地域中核病院の医師、同地域連携室、介護職、行政、介護を抱える家族会の代表、学者等が集まり、住民が住み慣れた地域で安心して療養生活ができるよう、医療機関、訪問看護ステーション、ケア・マネジャーらによる在宅ケアネットワークを作り上げるための取り組み、具体的には

- ① 医療と介護の連携、地域中核病院（多摩総合医療センター、国家公務員共済組合連合会立川病院など）と診療所などとの医療連携パス、ネットワークの構築
- ② 研修会や困難事例検討会などによる多職種連携
- ③ 在宅での一人暮らしの認知症高齢者への対応
- ④ 24時間対応できる仕組み作り
- ⑤ 在宅療養相談窓口の設置
- ⑥ 情報交換ツールのICT化
- ⑦ 在宅療養ハンドブック（Ver.3）の作成
——を進めてきました。

上記取り組みにはまだまだ取り組み不足のものもあります。第8期においても取り組みについて分析をし、継続した運営を行います。

平成28（2016）年度からの動きとして、「国立市在宅療養推進連絡協議会」の下、「国立市認知症啓発（旧認知症の人のための見守り・SOSネットワーク「いいあるきネットinくにたち」実行委員会・旧国立市認知症）実行委員会」、「認知症地域連携部会」「在宅療養／ICT部会」「災害対策委員会」を発足させ、活動を行いました。その中で、在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討、市民勉強会を通してACPや看取りについての普及啓発活動、在宅療養ハンドブック（頼りになるかかりつけ医・在宅支援診療所・訪問歯科・訪問薬局・訪問看護ステーションのリスト化）の作成、在宅医療と介護の連携を進めてきました。引き続き、地域医療計画推進会議で地域医療計画を進めながら、在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討を行い、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、本計画の充実を図ります。

（3） 地域ケア会議

地域包括ケアシステムの実現に向けた多職種による課題解決の手法に、地域ケア会議があります。

この地域ケア会議の場では、利用者（対象者）の「個別性」を尊重し、「自立支援」に向けた最適な方法が多職種で検討され、「医療との連携」を適切に図り、具体的な課題解決策を講じていきます。

地域ケア会議を積み重ねていく過程のなかで、医療・介護・福祉等の専門職に市民や行政も加わり、共同して高齢者やその世帯の個別事例の課題解決を蓄積し、課題の普遍化を推進していきます。そのことにより、サービス資源に関する課題、ケア提供者の質に関する課題、利用者・住民の課題等が発見され、社会資源の整備や「施策」としての地域づくりに取り組んでいきます。

市の地域ケア会議は、平成24（2012）年度の在宅療養ケーススタディから始まり、その後、毎回20～30名の多職種参加によるグループワーク方式に展開し、2か月に1回の頻度で、平成30（2018）年2月までに28回実施してきました。提出される事例は「在宅で医療と介護を利用している一般例」「自宅で暮らす認知症の方の例」等とし、多職種で個別の課題解決策を図り、解決できない内容は積み上げて地域の課題として把握して来しました。

平成30（2018）年度からは地域ケア会議の開催レベルを、予防のマネジメント支援を目的としたレベル（元気アップ会議）、地域で生活する高齢者等の生活のしにくさや困りごとについて地域住民と専門職が一緒になって支援の方法や課題の解決に向けて検討するレベル（小地域ケア会議）、これらの会議で検討された個別課題や地域課題を全市的な範囲で行うレベル（地域ケア会議）の3つに分けて設定しました。地域に暮らす高齢者の生活課題に対して、地域住民を中心として、地域の医療・介護・福祉等の専門職と一緒に課題解決策を講じ、その地域の課題を明確にしていくことが求められています。元気アップ会議はケアマネ、有識者を中心として毎月1回開催され、主に要支援1，2要介護1までの軽度者に対しての幅広い取り組みについて議論され、介護保険におけるサービス体系以外のサービスも検討されました。今後中重度者事例も含みながら更なる課題解決に向けて取り組む必要があります。

「認知症」の課題解決のためには、認知症の人個人への支援体制の充実と地域住民の理解を同時にすすめていくこととなります。認知症の問題に対して、専門職と市民が知恵を出し合い、個別事例を検討する手法としても、地域ケア会議は有効です。

また、明確となった個別事例の解決は、これまでの地域ケア会議のみでは困難です。今後、在宅療養推進連絡協議会や生活支援体制整備協議体、介護保険運営協議会等の専門会議や審議会等により、社会資源整備や施策形成が検討されるよう、さらなる会議体間の連携を図っていくことも重要です。

地域ケア会議のあり方は、高齢者の暮らしぶりや地域課題に対応して変化するものであり、状況に応じたより柔軟な会議の運営方法を上記協議会で検討していきます。

【地域ケア会議】

No.	会議名	開催レベル	目的	目標開催数
①	地域ケア会議 (地域ケア推進会議)	全市（圏域全体）レベル	各レベルにおける検討のとりまとめ・評価。課題解決のための他の会議体等へのつなぎ。	年2回程度
②	小地域ケア会議 (地域ケア個別会議)	地域レベル	各地域における、個別課題解決と地域課題の明確化	地域ごとに 年6回～12回程度

③	元気アップ会議	個別レベル	介護予防に資するケアマネジメント 支援	月1回程度
---	---------	-------	------------------------	-------

(4) 要支援から要介護までのケアマネジメントの継続性

前述の元気アップ会議を通して、以下のことが見えてきました。まず第一に、「要支援1、2の軽度な方の年齢層は80歳以上を超えていること」、第二に「その方々は些細な日常の出来事で容易に要支援から要介護になってしまうこと」、そして第三に「高齢独居の方が多いため単に生活支援サービスを導入する発想ではなく、様々な活動の場が提供され、地域との関係性を保ちつつ、変化する状態像に素早く対応する体制を作ることが必要であること」です。以上のことから、要支援高齢者に対する支援（ケアマネジメント）はその方が要介護状態になっても継続して行われることでより良いものとなっていくことがわかります。

しかしながら、現在要支援高齢者のケアマネジメントは原則地域包括支援センターが担っており、要介護の認定を受けた段階で居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）が引き継ぐこととなっています。

こういった場合に、要支援の認定を受けている段階で居宅介護支援事業所がマネジメントを受託していれば支援の継続性が確保されるのですが、現状の介護保険報酬では居宅介護支援事業所が要支援者のマネジメント業務を受託することは難しいため、委託数は一定程度にとどまっています。

このため市では地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に対するマネジメント業務の委託が進むよう、仕組み作りに取り組んでいきます。

(5) 独居高齢者の包括的支援

第7期事業計画では独居高齢者の生活を支える包括的支援について、高齢者保健福祉計画に位置付けられた個別の施策の議論ではなく、生活状況に合わせた施策の組み合わせで包括的に支援していくべきとの議論がなされ、施策やその運用のあり方について検討することとしました。施策についての検討は、後段（P.18、一般高齢者福祉サービス）にて記述されておりますが、運用の在り方については「生活状況に合わせた施策の組み合わせ」を検討し実際の支援につなげられる主体が必要となります。国立市における独居高齢者は高齢者全体の約25%おり（25.1%、令和元（2019）年度実施 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より）、支援の必要な独居高齢者の把握だけでも必要とされる人員は相当数になることから地域包括支援センター（地域窓口を含む）、社会福祉協議会、民生委員など地域で市民とともに活動する様々な主体が連携する必要があります。その上で今後も増加すると見込まれる独居高齢者の支援をどの様に充実させるか取り組んでいきます。認知症高齢者の独居高齢者も増えています。第8期において、市民の協力も加えて更なる総合的な取り組みをいたします。

(6) 意思決定支援

現代日本の社会では、農村における伝統的な家族制度は崩壊し、近代的な家族制度も解体に向かっており、基本的に子供は親の職業や住みかとは関係なく住む場所があり、親とは同居できていません。

一方で高齢者の生活に関わる意思決定の過程は、従来の家族関係の中で成り立っています。家族は今まで通りの生活を守ろうとし、親への対応について、家族は自分たちの今まで通りの生活を守ることを基本として判断していく傾向にあります。本人の選択を基本とすることが守られるべきだと誰もが理解していながら、そのことができていないのは、家族の立場が優位であるためだと思われます。現実には重度要介護者の意思決定は家族にゆだねられおり、認知症の方の意思決定も本人ではなく家族が行っています。

高齢者の意思決定支援は「本人が意思決定できないから代行する」のではなく、意思決定できるように工夫をし、その判断を尊重しなければなりません。意思決定支援はALP（アドバンスド ライフ プランニング）、日常生活の「私」の思いの決定からACP（アドバンスド、ケア プランニング）介護が必要になった時にも「私」の思いを継続できるような意思決定支援が求められます。国立市では医療計画推進会議が行う市民ワーキングな中でも行ってきましたが、さらに誰もが可能なACPを行ってまいります。日本における認知症施策推進総合戦略は認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すとしています。具体的な方法として、「私」を主体とした意思決定支援の方法があります。

「私」は早期に認知症の診断を受けたが 「私」は認知症について理解し、それにより将来についての意思決定を行う 「私」の認知症ならびに「私」の人生にとって最良の治療と支援を受けることができる。「私」の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられる。私は尊厳と敬意とともに扱われる。「私」は私自身を助ける術と周囲の誰がどのように支援をしてくれるか知らねばならない。「私」は人生を楽しんでいる。「私」は地域の一員ですとを感じる。「私」には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生の在り方があり、それがかなえられる（イングランドにおける認知症国家戦略 2009 年改変）」

以上のような「私」を主体とすることは認知症のみでなく、要介護になっても共通の支援であり、本人、家族及びその支援者がその選択に対して心構えを基本にすることで、地域包括ケアシステムが成り立つことになるのです。国立市では今後「私」を主体とした高齢者の意思決定支援に取り組みます。

（7） 認知症のための施策

国立市の後期高齢者は、9, 376名（令和2（2020）年8月末現在）であり、このうち要支援・要介護認定者は3, 240名（約34.6%）です。さらに認知症の方も増加することが予測されています。認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らしつづけられるためには、認知症の人やその家族に対し、早期から途切れのない支援体制を構築することが必要です。

認知症の方への支援体制は、在宅療養推進連絡協議会にて議論され、市民への普及啓発活動として、毎年度、「国立市認知症の日」のイベント、「いいあるきネット in くにたち（認知症一人歩き探索模擬訓練）」を実施しています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症のため行うことはできませんでした。しかしながら、現在国立市の中で認知症高齢者が独り歩きしている事例があり、市民の協力の下なんとか対応している状況です。今後更なる市民の連携が求められるため、具体的な方法を検討していきます

その一方で平成30（2018）年度には、認知症ケアの流れを示す「認知症ケアパス（*

1)」を作成し、市内医療機関と薬局を中心に配置を行いました。また、地域包括支援センターに認知症地域支援推進員（＊２）と認知症コーディネーター（＊３）を配置し、認知症対応チームと在宅療養相談窓口、地域連携型認知症疾患医療センターが連携して、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を推進しています。

現在有識者と地域包括支援センター、在宅療養相談窓口で認知症の方の月例検討会（スーパーバイズ）が開催されていますが、継続的に第８期も行ってまいります。

令和元（２０１９）年度から認知症高齢者生活見守り事業を開始し、認知症地域支援推進員と認知症コーディネーターのサポートのもと研修を受けた市民「認知症伴奏者（＊４）」が、見守りを希望する認知症高齢者に対して、日常的な相談や見守り、コミュニケーション支援、外出の付き添い等の見守り活動を実施しています。かかりつけ医やご本人、ご家族、関係者等で話し合いを具体的な支援を行います。今後は、認知症高齢者の方への見守り活動を積み重ね、課題の抽出や検討を行い、認知症高齢者を地域ぐるみで支える体制の構築を目指し、取り組んでいきます。

令和２（２０２０）年度には、認知症早期の段階から途切れのない支援を行う体制の構築を目指し、認知症の普及啓発と早期発見・早期支援を目的とした「国立市認知症検診推進事業」を開始しました。この事業では、かかりつけ医・地域包括支援センター・認知症地域支援推進員・認知症支援コーディネーター・認知症対応チーム等が連携して取り組み、支援体制の構築を目指します。

令和元年６月には認知症施策推進関係閣僚会議の認知症施策推進大綱が取りまとめられました。国立市においても今後、この大綱も踏まえながら、引き続き、認知症の普及啓発、認知症高齢者を地域ぐるみで支えていく体制の構築、認知症早期支援体制の構築等の施策をさらに発展させていきます。

（＊１）認知症ケアパス…認知症発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、そのような医療・介護サービスを受ければよいかの流れを示したもの。

（＊２）認知症地域支援推進員…地域の実態に応じた認知症施策を推進する。

（＊３）認知症コーディネーター…認知症疾患センターの認知症医やかかりつけ医等と連携して、認知症の方の早期発見・診断・対応を進める。

（＊４）認知症伴奏者…市の実施する認知症伴奏者研修を受講し、認知症高齢者の伴奏者としてその方々の見守りに携わる

（＊５）地域連携型認知症疾患医療センター…国立市内において、認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理状態（ＢＰＳＤ）と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

（８）地域共生社会の実現

地域包括ケアシステムの構築は第８期における大きな課題です。その構築には地域の支援力が不可欠です。地域の支援力には様々な要因要素があり、地域の支援力があれば高齢者だけでなく全世代にわたり地域での生活に困難を抱える方たちを支援することができるのです。公的制度だけでは対応できない状況も生じており、また既存のシステムも困難事例が多

く存在するため、市民の互助、共助の力を借りながら公助と共存していく仕組みが必要です。そのためには行政の縦割り機能では対応できません。今後行政の縦割りを超えた動きを可能にするための取組をする必要があります。

1) 相談窓口の整備

国立市の高齢者支援部門には市庁舎の中に総合相談窓口、3か所の地域窓口、在宅医療相談窓口があり、相互に連携をしながら活動しています。第8期においても更なる連携機能を果たしながら様々な悩みを抱える市民への窓口として活動します

高齢者を含む、複雑な生活課題を抱えた様々な世帯への総合的な相談支援について、包括的な体制づくりを目指していきます。

第2節 介護予防・健康づくりと地域共生社会の実現について

(1) 介護予防の展開

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

予防事業にとって重要なのは住民一人一人が何を実現するのかという観点です。この観点に基づき、高齢者の尊厳、自立支援を基本理念とした予防やリハビリテーションを実施することで、すべての住民が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように取り組みます。ここでいう自立支援は、単に心身機能の改善ではありません。たとえ寝たきりの状態になっても、今までの生活動作ができなくなっても、本人の意思決定のもとに行われる自分らしい生活を支援する取り組みが自立支援であり、心身機能の向上は、あくまで自分がしたいと思うことを実現するための手段なのです。

国立市では、高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らし、加齢に伴う生活機能の低下がみられても状態像の改善を図ることができるよう、地域ぐるみで取り組む介護予防の仕組みをつくることをねらいとして、介護予防・日常生活支援総合事業を実施しているところです。

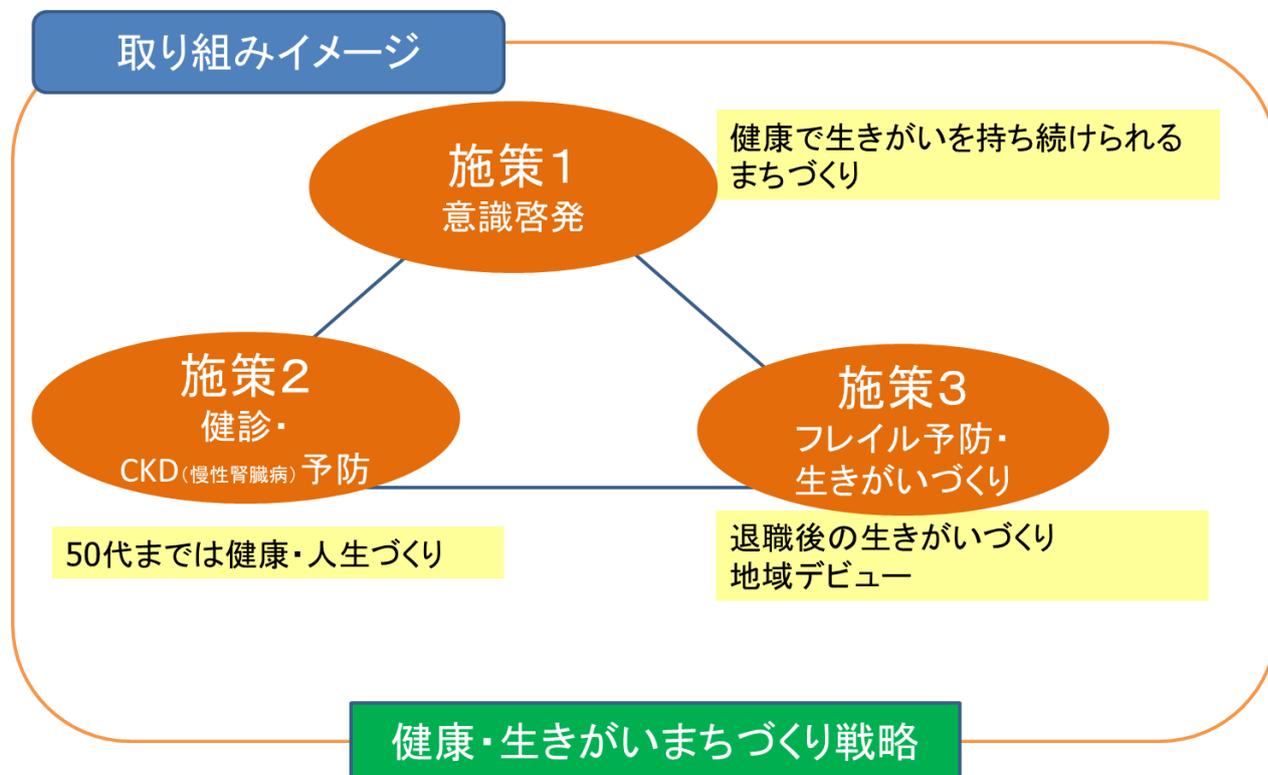
第8期においては、これまでの介護予防事業の取り組みを充実させるとともに、誰もが自分らしい生活を送るための生きがいづくりに焦点をあて、団塊世代のすべての人が75歳以上の後期高齢者になるこの期間に、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を踏まえ、事業間の連携を進めながら、さらに市民とともに、健康・生きがいまちづくり戦略として、住み慣れた地域で介護予防に取り組み、いきいきと生活できる地域づくりを行っていきます。

(図1)

さらに、新型コロナウイルス感染症の拡大により、外出機会や人との交流が減る等の状況の中で、閉じこもりや身体・認知機能の低下など、高齢者の健康への影響が懸念されています。事業の実施に当たっては、感染予防対策を徹底しながら、高齢者の心身の機能低下を予防し、健康の維持を図っていきます。

また、今後の状況変化に対応していくために、事業ごとの進捗状況およびそれにより得られた成果について評価し、評価結果をもとに、継続実施するものと改善の必要性があるものについて整理し、改善の必要性があるものについては、その都度見直しを進めます。

図 1



第3節 住まいと住まい方について

(1) 住まいの確保に困難を抱える高齢者の支援

第7期期間中には認知症高齢者共同生活介護事業所（認知症高齢者グループホーム）入居者についての家賃等補助制度を開始しました。市では今後も住まいの確保に困難を抱える高齢者が地域に住み続けられる為の施策を検討していきます。住まいの課題については従来の手法では解決できないところまで来ています。従来の施策を根本的に見直すことで地域で最後まで暮らすことが可能な住居の対策を考えていきます

(2) 入所・入居施設等の整備方針

国立市では地域密着型サービスについては引き続き計画的な整備を行います。現在、第7期事業計画において整備を位置づけた小規模多機能型居宅介護の整備が行われており、同サービスの今後の整備についてはニーズの動向に注目して検討していきます。また、認知症対応型共同生活介護についても、第8期においてもニーズの動向に注目しながら公募による整備を行うか検討します。なお国立市では、引き続き市域を分けずに市全域を1つの日常生活圏域として設定します。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）については、近郊、隣接市での整備・空床状況

を鑑み、また、建設コストを考慮した場合、その資源は在宅で介護を受ける方の支援に回ることとし、現状を継続維持していくこととします。

第4節 多様な生活支援について

(1) 日常生活支援の体制整備

1) ボランティア育成

今後、認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援（配食・見守り等）を必要とする方の増加が見込まれます。

そのためには、行政サービスのみならず、NPO、ボランティア、民間企業等の多様な事業主体による重層的な支援体制を構築することが求められますが、同時に、高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍するなど、高齢者が社会的役割をもつことで、生きがいや介護予防にもつなげる取り組みが重要です。

平成28（2016）年度から始まった「国立シニアカレッジ」は令和2年度までに65人が修了。地域の居場所づくりやフレイル予防事業のサポーターとして活躍しつつあります。住民による支えあいの輪を広げるようなこうした取り組みを一層充実、発展させていきます。

2) 生活支援の体制

国立市における単身高齢者世帯、高齢者世帯は増加しています。したがって高齢に伴う生活支援を必要とする人が増加していることとなります。高齢化により生活支援は医療介護の必要性よりもさらに増えています。生活支援を整備しない限り介護保険サービスは効果的に機能しません。

基本的な生活支援である買い物、掃除、洗濯等の家事援助、外出支援、食材の配達（例えば住居の近くまで配送されたものを自宅まで届ける）、声掛け、安否確認、コミュニティカフェ、交流サロン、介護者の支援、さらに配食と見守りなどの各人のニーズに合ったサービスを住民、あるいはNPO、民間企業などの主体により提供できるようにする必要があります。

生活支援の施策において、高齢者はサービス提供を受けるだけでなく、様々な社会支援に参加し、就労する主体にもなり得ます。そのことにより結果として予防的効果も得られるのです。こういった予防的効果を持つ生活支援の施策として、現役時代の能力を生かし、興味ある活動に新たにチャレンジする社会参加型サービスの開発が必要になります。

社会参加を考慮するとき、現在社会的な孤立は高齢者のみでなく、若年世代まで広がっています。この原因の一つは家族形態の変化です。社会の基盤である家族形態の変化は、単なる個別のリスクに対するサービスのみでは解決できないところまで来ています。

従来は個別のリスクをカバーすれば再び従来の家族、友人、近隣のつながりで生活のリスクをカバーできる社会がありましたが、これからの社会ではそういった動きは期待できない場合が増えると思われます。したがって生活支援にとどまらないで、さらにはその人が自分以外の人と共に生きる社会への参加を可能とするための工夫をしなければなりません。

国立市においても、新たな社会参加への取り組みを住民が「わが事として」考える仕組みが必要です。また、日本は増加する高齢者を世代間にて支えることで施策が行われてきまし

たが、今後の人口減少社会において、このような施策の在り方は期待薄となり、むしろ高齢者の世代内で支え合うシステムを構築することが必要です。

国立市では平成27（2015）年度から生活支援等サービス体制整備研究会を設置し、計6回の会議及び講演会、ワールドカフェを行いました。平成29（2017）年度からは研究会にて検討、把握した内容を含め、生活支援サービス等の充実と生活支援コーディネーターの組織的補完、サービスの担い手の養成等を通じて生活支援の体制整備を推進する国立市生活支援体制整備協議体を設置しました。

また、生活支援コーディネーターは第1層（地域包括支援センター内に配置され、市内全体のコーディネート機能、地域の困りごとの集約、必要な支援やサービスの検討、創設、働きかけ等、生活支援体制整備協議体で討議されたことを実行。全体的なコーディネート機能は地域包括支援センターが担う。）を市に配置し、第2層（各地域において、地域の中で困ったことを把握し、第1層生活支援コーディネーターと連携する。）は小学校区域を目安に市全体を8地区に分け、順次地域生活支援コーディネーターを配置していく計画を進めてきました。

第7期計画期間中における取り組みでは、第2層コーディネーターと住民主体の生活支援の取り組みは、モデル的な事業の実施にとどまりました。第8期、今後取り組みが事業化に至らなかった要因を分析し、総合事業の対象者の弾力化とあわせて対策を検討していきます。

（2） 高齢者の居場所づくり

介護保険事業として実施されている通所介護サービスは高齢者の居場所づくりに役立っています。また、介護予防・日常生活支援総合事業においては、通所型サービスの中に住民主体による支援として、通所型サービスBが設けられています。このサービスはサロン活動など高齢者の居場所づくりを想定しているものです。ただし、地域のサロン活動自体は、介護保険制度の中に新しい総合事業が発案される以前から各地で行われてきたものであり、介護保険事業に限られるわけではありません。

「居場所・交流」の形態としては、交流サロン、コミュニティカフェ、ミニデイサービス、会食会、個別宅開放サロン、喫茶サロン、趣味活動、地域交流拠点、多世代交流サロン、自主グループ活動、当事者グループ活動（認知症カフェ等を含む）等が考えられます。こうした居場所づくり・交流活動の取り組みは国立市内においてもすでに多数実施されています。しかし、これらの活動を主催する個人やサークルの多くは資金面でも、要員（人手）の面でも十分とは言えず、活動の頻度や時間も限られていることが多いようです。第8期は、さらに、行政と市民の双方で、居場所づくり・交流活動への効果的な支援方策の開発に取り組み、検討したいと考えます。

第5節 その他の施策

（1） 一般高齢者福祉サービス（高齢者保健福祉計画）について

第7期計画では老人福祉法に基づく高齢者保健福祉計画に位置付けられていた一般高齢者福祉サービスについて内容を検討し、介護保険事業計画について国が定める基本指針と国立市の高齢者保健福祉計画に位置付けられた各施策との関連付けを確認したのちに各施策の検討を行いました。

その上で各施策についての方向性を示し、社会の基盤である家族形態の変化に対応できる新たな施策の検討に取り組むこととしました。その後平成31（2019）年度にいくつかの施策について見直しを行い、地域包括ケアシステムの構築に資する形態に変更、あるいは事業の組替を行いました。

今後は事業形態の見直しを実施した施策の点検やまだ見直しを実施できていない施策の具体的な方向性の検討に取り組んでいきます。

（2）介護人材の確保について

今後必要とされる介護サービスは増加していくと推計されていますが、それを支える人材の確保については本計画と調和を保つ地域福祉計画に記載されている福祉人材の確保・育成の取り組みとして、すでに実施されている「介護職員初任者研修受講助成事業」を今後も実施していきます。また、新たな取り組みとして、福祉関連の教育機関や国立市社会福祉協議会と連携し、福祉人材の確保のために実効性のある施策を検討し、実施していきます。

（3）災害対策について

介護保険事業所、特に入居・入所施設にあつては、自力避難困難な方も多く利用されていることから、利用者の安全を確保するため、水害・土砂災害を含む各種災害に備えた十分な対策を講じる必要があります。そのためには既存の入居、入所施設以外の福祉避難所の創設をすすめてきました

これまでも介護保険事業所においては、各通知及び関係法令に基づき、非常災害対策に万全を期するよう努めているところですが、特に、近年、想定外の大規模な災害が発生することも多いことから、過去の経験のみに頼ることなく、利用者の安全を確保するために必要な対応をあらかじめ非常災害対策計画として備えておくとともに、不断の見直しを行っていくことを第8期においても進めてまいります

市では、日頃から介護保険事業所のほか防災等関係機関、他自治体とも通報・連携体制を整備し、介護保険事業所の計画策定や非常時の体制整備の支援を行うとともに、実際の災害発生時には、福祉避難所を設置し、介護保険事業所に対しても、適切な情報発信、情報共有の徹底、高齢者の安全の確保に努めます。

（4）感染症対策について

介護保険にかかる各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に必要なサービスが継続的に提供されることが重要です。このため、介護保険事業所については、感染拡大防止のための留意点について、国の通知等に基づき感染防止対策を行っているところです。

今般、新型コロナウイルス感染症の拡大により、介護保険事業所にあつては、これまでにない対応を余儀なくされています。

高齢者は基礎疾患を有する方も多く、重症化リスクが高い特性があることから、介護保険事業所については、利用者や従業員の感染の疑いについて早期に把握できるようにすることが重要であり、特に入居・入所施設 通所系事業所にあつては、日々の検温、食事等の際における体調の確認を行うこと等により、日頃から入居・入所者、通所者の健康の状態や変化

の有無等に留意することや、日頃から、ケア時の換気、ケア前後の手洗い等の対応を行うことが必要です。

介護保険事業所は、感染者や濃厚接触者が発生した場合等に備え、個室管理や生活空間等の区分けに係るシミュレーションや、人員体制に関する施設内・法人内等の関係者との相談、マスク、消毒剤等の物資の在庫量・使用量・必要量の把握を行うとともに、感染者等が発生した場合の対応方針について、利用者や家族と共有をしておくことなどが求められます。

感染者や濃厚接触者が発生した場合においては、感染拡大防止のため、施設においては個室管理や生活空間等の区分け等を早期に行うことが有効であり、保健所等と協力しながら、施設内・法人間の調整、行政との連絡調整、職員のメンタルケア、終息に向けた行動方針の作成等に努めることが必要です。また、クラスターが発生した場合は、関連する利用者や職員などを速かにPCR等検査を実施して、適切な感染管理を実施できるよう体制を整えておく必要があります。2021年度は2週間に1回会議が開催され情報を共有してきました。感染期においては会議を継続し、対応をしていきます。

市では、保健所等関係機関、他自治体との情報共有、連携を行うとともに、介護保険事業所に対して必要な支援を行い、感染症の予防、拡大防止に努め、利用者に必要なサービスの継続的な提供の確保に努めます。

第6節 給付適正化の取り組み

国立市ではこれまでも介護保険給付の適正化に取り組んできましたが、今後も取り組み内容と目標を本計画に位置付けることとします。

①<事業名>要介護認定の適正化

【事業実施の基本的考え方】全国一律基準に基づいた要介護認定が適切に実施されるようにする。(要介護認定の平準化)

【取組目標と具体的な実施内容・方法】

令和3 (2021) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての認定調査結果をチェックし、調査項目の選択及び傾向並びに特徴を把握し、その情報をすべての調査員に周知して平準化を図る。 ・審査会の合議体間の平準化を図る。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての認定調査結果をチェックして把握した調査項目の選択及び傾向並びに特徴を調査員ミーティングに情報提供し、調査員テキストも活用しながら、より深い理解を得てもらう。 ・すべての調査員にeラーニングを受講してもらう。 ・審査会の全体会において事例の検討を行い、審査会委員テキストも活用しながら、より深い理解を得てもらう。 ・調査項目のばらつき等について改善されているか確認を行い、新たな課題の分析を行う。
令和4 (2022) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての認定調査結果をチェックし、調査項目の選択及び傾向並びに特徴を把握し、その情報をすべての調査員に周知して平準化を図る。 ・審査会の合議体間の平準化を図る。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての認定調査結果をチェックして把握した調査項目の選択及び傾向並びに特徴を調査員ミーティングに情報提供し、調査員テキストも活用しながら、より深い理解を得てもらう。 ・すべての調査員にeラーニングを受講してもらう。 ・審査会の全体会において事例の検討を行い、審査会委員テキストも活用しながら、より深い理解を得てもらう。 ・調査項目のばらつき等について改善されているか確認を行い、新たな課題の分析を行う。
令和5 (2023) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての認定調査結果をチェックし、調査項目の選択及び傾向並びに特徴を把握し、その情報をすべての調査員に周知して平準化を図る。 ・審査会の合議体間の平準化を図る。 ・今期の取組状況と時期に向けた課題を確認する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての認定調査結果をチェックして把握した調査項目の

	<ul style="list-style-type: none"> ・方法 	<p>選択及び傾向並びに特徴を調査員ミーティングに情報提供し、調査員テキストも活用しながら、より深い理解を得てもらう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての調査員にeラーニングを受講してもらう。 ・審査会の全体会において事例の検討を行い、審査会委員テキストも活用しながら、より深い理解を得てもらう。 ・調査項目のばらつき等について改善されているか確認を行い、新たな課題の分析を行う。 ・調査項目のばらつき等について改善されているかの確認を行い、新たな課題の分析を行う。
--	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

②<事業名>ケアプラン点検

【事業実施の基本的考え方】保険者と介護支援専門員が協力してケアプラン点検を適切に実施することで、各利用者の自立支援につながるケアマネジメントを推進する。

【取組目標と具体的な実施内容・方法】

令和3 (2021) 年度	取組目標	「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を活用したケアプラン点検を実施する準備を行い、ケアプラン点検の実施につなげる。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの主任介護支援専門員の協力を得ながら、ケアプラン点検に協力してもらう介護支援専門員を選出する。 ・ケアプラン点検に協力してもらう予定の介護支援専門員に、東京都の「ケアマネジメントの質の向上研修会」を受講してもらう。 ・新たに担当となった職員に、東京都による保険者向けの「ケアプラン点検研修会」を受講してもらう。 ・「ケアマネジメントの質の向上研修会」受講済みの介護支援専門員と共にケアプラン点検を実施する（地域包括支援センターの主任介護支援専門員にも同席を依頼する）。
令和4 (2022) 年度	取組目標	「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を活用したケアプラン点検を実施し、点検で把握した問題点について市内の介護支援専門員と情報共有を行う。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの主任介護支援専門員の協力を得ながら、ケアプラン点検に協力してもらう介護支援専門員を選出する。 ・ケアプラン点検に協力してもらう予定の介護支援専門員に、東京都の「ケアマネジメントの質の向上研修会」を受講してもらう。 ・新たに担当となった職員に、東京都による保険者向けの「ケ

		<p>アプラン点検研修会」を受講してもらう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ケアマネジメントの質の向上研修会」受講済みの介護支援専門員と共にケアプラン点検を実施する（地域包括支援センターの主任介護支援専門員にも同席を依頼する）。 ・介護保険事業者連絡会の居宅介護支援部会に協力を依頼し、ケアプラン点検で把握した問題点の周知を図る。
令和5 (2023) 年度	取組目標	<p>「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を活用したケアプラン点検を実施すると共に、これまでの点検で把握した問題点の改善状況を確認する。</p>
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの主任介護支援専門員の協力を得ながら、ケアプラン点検に協力してもらう介護支援専門員を選出する。 ・ケアプラン点検に協力してもらう予定の介護支援専門員に、東京都の「ケアマネジメントの質の向上研修会」を受講してもらう。 ・新たに担当となった職員に、東京都による保険者向けの「ケアプラン点検研修会」を受講してもらう。 ・「ケアマネジメントの質の向上研修会」受講済みの介護支援専門員と共にケアプラン点検を実施する（地域包括支援センターの主任介護支援専門員にも同席を依頼する）。 ・介護保険事業者連絡会の居宅介護支援部会に協力を依頼し、ケアプラン点検で把握した問題点の改善状況を確認する。

③＜事業名＞住宅改修・福祉用具点検

【事業実施の基本的考え方】受給者の実態にそぐわない不要又は不適切な住宅改修・福祉用具を排除し、必要かつ適切な給付を行う。

【取組目標と具体的な実施内容・方法】

令和3 (2021) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修の事業者に対して、介護保険による住宅改修の趣旨普及及び制度理解を推進する。 ・福祉用具の事業者に対して、給付適正化に特化した実地指導を実施する。 ・申請書類に疑義のある案件について、聴取のみならず現地確認を積極的に実施する。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修の事業者と受領委任に係る合意書を取り交わす際に、介護保険による住宅改修の趣旨を説明し、手続きの流れについて理解を求める。 ・特定福祉用具販売について直近1か月分等、時期を短期間に設定した実地指導を実施し、疑義のあるものについては後日、現地確認を実施する。

		<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修及び特定福祉用具販売の申請書類並びに軽度者に対する福祉用具貸与確認届出書において疑義のある案件について、書類作成に携わった事業者及び介護支援専門員に聴取を行い、なお疑義のあるものについては現地確認を全件実施する。
令和4 (2022) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修の事業者に対して、介護保険による住宅改修の趣旨普及及び制度理解を継続して推進し、事業者の理解が進んでいない点がどこにあるかを分析する。 ・福祉用具の事業者に対して、給付適正化に特化した実地指導を継続して実施し、不要又は不適切な事例の傾向を分析及び把握する。 ・申請書類に疑義のある案件について、聴取のみならず現地確認を積極的に実施する。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修の事業者と受領委任に係る合意書を取り交わす際に、介護保険による住宅改修の趣旨を説明し、手続きの流れについて理解を求める。 ・特定福祉用具販売について直近1か月分等、時期を短期間に設定した実地指導を実施し、疑義のあるものについては後日、現地確認を実施する。 ・住宅改修及び特定福祉用具販売の申請書類並びに軽度者に対する福祉用具貸与確認届出書において疑義のある案件について、書類作成に携わった事業者及び介護支援専門員に聴取を行い、なお疑義のあるものについては現地確認を全件実施する。 ・受領委任に係る合意書を取り交わした事業者を主として、住宅改修の趣旨や制度の理解がされているかを分析する。 ・特定福祉用具販売の実地指導の結果を分析し、不要又は不適切な事例の傾向を把握する。
令和5 (2023) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修の事業者の理解が進んでいない点に重点を置いて、介護保険による住宅改修の趣旨普及及び制度理解を推進する。 ・福祉用具の事業者に対する実地指導を、不要又は不適切な事例の傾向を把握した上で、より効果的に実施する。 ・申請書類に疑義のある案件について、聴取のみならず現地確認を積極的に実施する。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修の事業者と受領委任に係る合意書を取り交わす際に、既に合意書を取り交わした事業者において理解が進んでいない点に重点を置いて、介護保険による住宅改修の趣旨を説明し、手続きの流れについて理解を求める。 ・特定福祉用具販売について、不要又は不適切な事例の傾向を

		把握した上で実地指導を実施し、疑義のあるものについては後日、現地確認を実施する。 ・住宅改修及び特定福祉用具販売の申請書類並びに軽度者に対する福祉用具貸与確認届出書において疑義のある案件について、書類作成に携わった事業者及び介護支援専門員に聴取を行い、なお疑義のあるものについては現地確認を全件実施する。
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

④<事業名>縦覧点検・医療情報との突合

【事業実施の基本的考え方】報酬請求が誤っている可能性の高い事業所に対して、確認作業を行い、請求誤りの是正を求めるとともに、適正な報酬算定・請求を促す。

【取組目標と具体的な実施内容・方法】

令和3 (2021) 年度	取組目標	国保連処理対象外部分の縦覧点検及び医療情報との突合について、未実施の項目を把握し、点検及び突合を開始する。
	実施内容 ・方法	・縦覧点検及び医療情報との突合で未実施の項目を把握する。 ・未実施の項目について、人員体制を考慮しながら試行的な実施を開始する。
令和4 (2022) 年度	取組目標	国保連処理対象外部分の縦覧点検及び医療情報との突合について、引き続き点検及び突合を実施し、継続して実施するための方法等を検討する
	実施内容 ・方法	・前年度に開始した項目について、人員体制を考慮しながら試行的な実施を継続する。 ・継続的な実施とするために、人員体制を含めた処理方法等について検討する。
令和5 (2023) 年度	取組目標	国保連処理対象外部分の縦覧点検及び医療情報との突合について、処理方法等を確立し、継続的な実施を目指す。
	実施内容 ・方法	・人員体制を含めた処理方法等を確立し、試行的な実施から継続的な実施へと移行する。

⑤<事業名>介護給付費通知

【事業実施の基本的考え方】受給者に対して適切なサービス利用の意識付けを行うとともに、給付適正化の趣旨の普及を図る。

【取組目標と具体的な実施内容・方法】

令和3 (2021) 年度	取組目標	受給者及びその家族等にとって分かりやすく、介護保険の趣旨普及及び給付適正化に効果的な通知となるよう検討する。
	実施内容 ・方法	・前期同様、四半期ごとに、在宅サービス利用者全員を対象として通知書を送付する。 ・通知対象者からの反応を集計し、受給者及びその家族にとって分かりにくい部分の分析を行う。

令和4 (2022) 年度	取組目標	前年度の分析を基に、受給者及びその家族等にとってより分かりやすい通知となるよう改善を図る。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・前期同様、四半期ごとに、在宅サービス利用者全員を対象として通知書を送付する。 ・前年度の分析を基に、通知の頻度や対象等について再検討を行う。 ・前年度の分析を基に、通知対象者からの問い合わせに適切に対応できるよう、OJTを実施する。
令和5 (2023) 年度	取組目標	通知の頻度や対象等についての再検討を踏まえた上で、通知書の送付を継続する。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて通知の頻度や対象等を改善した上で、通知書を送付する。 ・通知対象者からの問い合わせに適切に対応できているかどうか、OJTの効果を検証し、改善を図る。

⑥＜事業名＞給付実績の活用

【事業実施の基本的考え方】国保連合会作成の給付適正化情報を活用し、不適切な給付を抽出して、事業者指導につなげる。

【取組目標と具体的な実施内容・方法】

令和3 (2021) 年度	取組目標	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会作成の給付適正化情報から活用すべきものを検討及び選択する。 ・給付適正化情報の活用方法を検討し、順次活用していく。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会による給付適正化関連システム研修会を受講する。 ・給付適正化関連システム研修会の内容を基に、当市において活用すべき給付実績を検討する。 ・給付実績の具体的な活用方法を検討し、試行的な実施を開始する。
令和4 (2022) 年度	取組目標	給付適正化情報の活用方法を検討し、順次活用していく。
	実施内容 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会による給付適正化関連システム研修会を受講し、当市において活用すべき給付実績の検討を継続する。 ・給付実績の具体的な活用について、試行的な実施を継続する。 ・継続的な実施とするために、人員体制を含めた処理方法等について検討する。
令和5 (2023) 年度	取組目標	給付適正化情報の活用方法を確立し、継続的な実施を目指す。
	実施内容	・国保連合会による給付適正化関連システム研修会を受講し、

	<ul style="list-style-type: none">・方法	給付実績の活用方法の改善を図る。 <ul style="list-style-type: none">・人員体制を含めた処理方法等を確立し、試行的な実施から継続的な実施へと移行する。
--	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

第4章 介護保険事業に関する見込み

現在作成中

第5章 介護保険料の設定

1 介護保険料の設定

(1) 保険料

平成30年度から令和2年度までの保険料は、低所得者の負担を軽減するため表1のように14段階の所得段階で計算されています。

表1 平成30年度（2018年度）～令和2年度（2020年度）の所得段階別保険料

段階	対象者	比率	保険料 年額
1	生活保護受給者、市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者および市民税世帯非課税（課税年金収入額 + 合計所得金額が80万円以下）の者	0.35	25,300
		0.275	19,800 円
		0.2	14,400
2	市民税世帯非課税（課税年金収入額 + 合計所得金額が80万円超120万円以下）	0.6	43,300
		0.475	34,300 円
		0.35	25,300
3	市民税世帯非課税（課税年金収入額 + 合計所得金額が120万円超）	0.7	50,600
		0.675	48,800 円
		0.65	46,900
4	市民税世帯課税、本人非課税で課税年金収入額 + 合計所得金額が80万円以下	0.83	60,000 円
5	市民税世帯課税、本人非課税で第4段階に該当しない者	1	72,300 円
6	市民税本人課税（本人合計所得金額125万円未満）	1.1	79,500 円
7	市民税本人課税（本人合計所得金額125万円以上200万円未満）	1.25	90,300 円
8	市民税本人課税（本人合計所得金額200万円以上400万円未満）	1.5	108,400 円
9	市民税本人課税（本人合計所得金額400万円以上600万円未満）	1.75	126,500 円
10	市民税本人課税（本人合計所得金額600万円以上800万円未満）	2	144,600 円
11	市民税本人課税（本人合計所得金額800万円以上1000万円未満）	2.25	162,600 円
12	市民税本人課税（本人合計所得金額1000万円以上1200万円未満）	2.5	180,700 円
13	市民税本人課税（本人合計所得金額1200万円以上1400万円未満）	2.65	191,500 円
14	市民税本人課税（本人合計所得金額1400万円以上）	2.8	202,400 円

第8期 令和3年度（2021年度）から令和5年度（2023年度）の保険料設定にあ

たつては介護給付費と予防給付費、介護予防・日常生活支援総合事業費の推計から費用額の総額を推計した上で、それを賄うことのできる保険料を算出することとしました。保険料増の要因としては、

- ① 要介護認定率の高い後期高齢者の構成比率が高くなること、
- ② 令和3年度介護報酬改定が増額改訂となること、

などがあげられます。

これらを踏まえ、第8期介護保険料については、表2のとおりとします。

表2 令和3年度（2021年度）～令和5年度（2023年度）の所得段階別保険料

段階	対象者	比率	保険料 年額
1	生活保護受給者、市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者および市民税世帯非課税（課税年金収入額 + 合計所得金額が80万円以下）の者	0.2	14,800 円
2	市民税世帯非課税（課税年金収入額 + 合計所得金額が80万円超120万円以下）	0.35	25,900 円
3	市民税世帯非課税（課税年金収入額 + 合計所得金額が120万円超）	0.65	48,200 円
4	市民税世帯課税、本人非課税で課税年金収入額 + 合計所得金額が80万円以下	0.83	61,500 円
5	市民税世帯課税、本人非課税で第4段階に該当しない者	1	74,200 円
6	市民税本人課税（本人合計所得金額125万円未満）	1.1	81,600 円
7	市民税本人課税（本人合計所得金額125万円以上200万円未満）	1.25	92,700 円
8	市民税本人課税（本人合計所得金額200万円以上400万円未満）	1.5	111,300 円
9	市民税本人課税（本人合計所得金額400万円以上600万円未満）	1.75	129,800 円
10	市民税本人課税（本人合計所得金額600万円以上800万円未満）	2	148,400 円
11	市民税本人課税（本人合計所得金額800万円以上1000万円未満）	2.25	166,900 円
12	市民税本人課税（本人合計所得金額1000万円以上1200万円未満）	2.5	185,500 円
13	市民税本人課税（本人合計所得金額1200万円以上1400万円未満）	2.65	196,600 円
14	市民税本人課税（本人合計所得金額1400万円以上）	2.8	207,700 円

この保険料設定にあたり、準備基金の活用については、3億5,000万円を取り崩して保険料基準月額を6,185円（年額74,200円）としました。なお、第1、第2、第

3段階の比率0.2、比率0.35、比率0.65は第7期に引き続き別枠公費の投入による保険料減額が行われた後の比率です。

また、令和7年度（2025年度）の保険料基準年額は、88,100円と推計されています。

（2） 保険料の減額

保険料減額については、現在、収入、預貯金、税等による被扶養の有無、居住用以外の財産の有無などを判断基準とし、その適否を決定しています。

今後も、被保険者にこの制度についての周知を行っていきます。