第 10 期

小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画

／認知症施策推進計画（素案）

目次

第１章　計画策定の背景と目的 1

１　計画の目的 1

２　踏まえるべき背景や動向など 2

（１）地域包括ケアシステムの深化・推進 2
（２）介護人材の確保と育成 2
（３）認知症施策推進計画の策定 3

３　計画の位置付け 4

（１）根拠法令等 4
（２）関連計画との関係 4

４　計画の期間 5

５　国における第 10 期介護保険事業（支援）計画の基本指針の考え方 6

（１）基本指針の検討に当たって考慮すべきと考えられる要素 6
（２）2040 年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方 7

６　計画策定体制 8

（１）介護保険運営協議会等による検討 8
（２）アンケート調査 8
（３）パブリックコメント・市民説明会の実施 9

第２章　高齢者を取り巻く現状と課題 11

１　人口・世帯 11

（１）年齢３区分人口の推移 11
（２）年齢３区分高齢者人口の推移 12
（３）高齢化率の推移 12
（４）高齢者単身世帯及び高齢夫婦世帯の推移 13
（５）65 歳健康寿命の推移 14

２　要介護認定の現状 15

（１）要介護（要支援）認定者数・率の推移 15
（２）要介護度別構成比 16
（３）認知症高齢者 17

３　圏域の特徴 18

（１）圏域の設定について 18
（２）圏域別年齢階層別人口 19

４　圏域別アンケート調査結果と地域課題 20

５　前期計画の評価 22
基本目標１　生きがいのある充実した生活の支援 23
基本目標２　地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり 29
基本目標３　地域共生社会の実現に向けた仕組みづくりと人材育成..... 39

第３章　計画の基本理念と体系.....47

１　基本理念 47

２　基本目標 48
（１）生きがいのある充実した生活の支援 48
（２）地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり 48
（３）支え合う地域社会づくり 48

３　施策の展開にあたって重視する視点 49
（１）地域包括ケアシステムの深化・推進 49
（２）地域共生社会の実現 49
（３）頼れる身寄りのいない高齢者への支援 49
（４）介護保険制度の健全な運営 50

４　ロジックモデルの導入 51

５　高齢者保健福祉総合事業計画のロジックモデル 52

６　高齢者保健福祉総合事業計画の施策体系図 54

第４章　施策の展開.....57

基本目標１　生きがいのある充実した生活の支援 57
1-1　健康づくり・介護予防の一体的推進 58
1-2　社会参加の推進 60
1-3　高齢者の就労支援 62

基本目標２　地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり 63
2-1　在宅生活支援の充実 64
2-2　認知症施策の総合的な推進 67
2-3　在宅医療と介護の連携推進 68
2-4　ケアラー（介護者）への支援の促進 70

基本目標３　支え合う地域社会づくり 72
3-1　地域づくりの推進 73
3-2　高齢者の見守り施策の推進 75
3-3　権利擁護の推進 77
3-4　介護人材の確保及び育成・定着支援 79

第５章　認知症施策推進計画 81

１　計画の基本理念と体系 81
（１）基本理念 81
（２）認知症施策推進計画のロジックモデル 82

２　施策の展開 84
施策の方向性１　認知症のある人に関する市民の理解の増進等 84
施策の方向性２　認知症のある人の意思決定の支援及び権利利益の保護 86
施策の方向性３　共生社会の実現（バリアフリー化と社会参加の推進） 88
施策の方向性４　早期相談と健康づくりの推進 91

第６章　介護保険事業の推進 93

１　介護保険事業の基本的な考え方 93
（１）介護保険制度と地域包括ケアシステムの深化・推進 93
（２）自立支援・介護予防・重度化防止と介護給付適正化 93
（３）日常生活圏域の設定 93

２　介護保険事業の現状分析 94
（１）給付分析 94
（２）第９期事業計画の自立支援・介護予防・重度化防止に関する取り組み及び目標設定に対する評価 100
（３）第９期事業計画の介護給付等に要する費用の適正化への取り組み及び目標設定に対する評価 103

３　自立支援・介護予防・重度化防止に関する取り組み及び目標設定 105
（１）評価指標 105
（２）重点的取り組み・個別目標 106
（３）成果の検証 108

４　介護給付適正化に関する取り組み及び目標設定 109
（１）要介護認定の適正化 109
（２）ケアプラン等の点検 109
（３）医療情報との突合・縦覧点検 110
（４）その他事業　給付実績の活用等 110

５　サービス見込量の推計 111
（１）介護予防サービス見込量 111
（２）介護サービス見込量 113

６　施設整備に関する推計と高齢者の住まいについて 116

７　地域支援事業の推計 118
（１）介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型・通所型サービス） 119

８　第１号被保険者の介護保険料 120

（１）介護保険料設定の考え方 120
（２）財源構成 120
（３）介護報酬の改定 121
（４）市町村特別給付等 121
（５）介護給付費準備基金の活用 121
（６）保険料算定の流れ 122
（７）保険料の段階設定 123
（８）今後の展望 124

９　介護保険制度を円滑に運営するための方策 125
（１）介護事業者の指導 125
（２）介護保険利用支援の充実 125
（３）保険料・利用料の負担軽減に向けた配慮 125
（４）介護人材の確保・育成及び介護現場の生産性の向上 127
（５）適切な事業所指定 127
（６）保険者機能強化推進交付金等の活用 127
（７）要介護認定の簡素化と迅速化 128
（８）文書の削減 128

第７章　計画の推進 130

１　計画の推進体制 130
（１）介護保険運営協議会の開催 130
（２）医師会等の関係機関との連携 130
（３）広域的な連携と国・東京都への働きかけ 130

２　計画の評価方法 131

第１章　計画策定の背景と目的

１　計画の目的

我が国の高齢者人口（65 歳以上の人口）は近年一貫して増加を続けており、令和７年の国勢調査では高齢化率は 29.4%となっています。また、令和７年にはいわゆる団塊世代が 75 歳以上となり、国民の６人に１人（17.2%）が後期高齢者という超高齢化社会を迎えています。全国でみれば、65 歳以上人口は令和 22 年（2040 年）を超えるまで、75 歳以上人口は令和 37 年（2055 年）まで増加傾向が続きます。そして要介護認定率や介護給付費が急増する 85 歳以上人口は令和 17 年（2035 年）まで 75 歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和 42 年（2060 年）頃まで増加傾向が続くことが見込まれます。

本市においても、令和７年の国勢調査の高齢化率は 22.1%と全国の調査結果と比べると低いものの、国と同様に、令和 37 年（2055 年）まで高齢者人口の増加傾向が続き、令和 32 年（2050 年）には高齢化率が約３割になることが見込まれます。

一方で、全国的に生産年齢人口は減少していくことが見込まれ、今後、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や介護ニーズ等の動向は地域ごとに異なります。こうした地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取り組み内容や目標を、優先順位を検討した上で、介護保険事業計画に定めることが重要です。

本市では、令和６年３月に策定した「第９期小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画（小金井市地域包括ケア推進計画）（以下「前期計画」という。）」において、基本理念である「①人間性の尊重（個人の尊厳）」「②自立の確保（自立に向けた総合的支援）」「③支え合う地域社会づくり」の実現に向け、高齢者が自らの能力と活力を十分に発揮し、住み慣れた地域で自立した生活を送ることができる地域社会の構築を目指してきました。

このたび計画期間が満了することから、国の第 10 期介護保険事業（支援）計画の基本指針等に基づき、令和９年度から令和 11 年度までの３年間を計画期間とする「第 10 期小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画／認知症施策推進計画（以下「本計画」という。）」を策定します。

２　踏まえるべき背景や動向など

本計画の策定に当たっては、これからの社会保障や地域包括ケアシステムの深化・推進、認知症施策の推進、災害・感染症対策等、近年の社会潮流を踏まえ、本市の現状と課題を整理しながら検討します。踏まえるべき背景や動向には次のようなものがあります。

（１）地域包括ケアシステムの深化・推進

市区町村の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの深化・推進が求められています。

団塊ジュニア世代が全て 65 歳以上の高齢者となり、生産年齢人口の急激な減少や介護人材の不足、社会保障費の更なる増大が懸念される令和 22（2040）年を見据えながら地域包括ケアシステムの深化に取り組んでいくことが必要となります。国は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進するとしています。

今後も単身高齢者や要介護認定率や介護給付費が急増する85歳以上人口の増加が見込まれる中、将来にわたって必要な介護サービスを安心して受けられるよう、介護人材の確保を図っていくことは引き続き重要な課題ですが、全体の労働人口が減少し、人材の確保が既に多くの分野で共通の課題となっている以上、「介護職の人数を増やしていく」施策のみでこの状況を乗り切るのは困難です。

地域の多様な資源の活用や地域の支え合いにより、孤立・孤独、頼れる身寄りのいない高齢者や認知症のある方とともに生きる「地域包括ケアシステムの深化」が求められます。

（２）介護人材の確保と育成

令和 22（2040）年には第二次ベビーブームに生まれた「団塊ジュニア世代」が 65～70 歳になり、全国の 65 歳以上の高齢者人口はピークを迎えます。さらに、経済を支える現役世代が急減し、労働力不足は深刻となり、社会保障財源はひっ迫すると予想されています。

令和７年度の有効求人倍率は、全国全職業の 1.20 倍、東京都全職業の 1.53 倍に対して、全国介護サービス職業従事者は 3.84 倍、東京都介護サービス職業従事者は 9.07 倍となっており、都内介護職の不足はいっそう深刻化しています。

将来、高齢となった人たちが安心して暮らせるように、国は総合的な介護人材確保対策を打ち出しており、都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進していくことが求められています。

（３）認知症施策推進計画の策定

認知症の人の数は、全国において令和４年でおよそ 443 万人（65 歳以上高齢者の 12.3%）、ＭＣＩ（軽度認知障害）の人の数は 559 万人（同 15.5%）と推計されており、認知症及びＭＣＩ（軽度認知障害）の人は、65 歳以上高齢者の約４人に１人に達しています。国は、認知症高齢者数の増加に応じた医療・介護の対応・支援体制を強化するべく、平成 24 年９月に「認知症施策推進５か年計画」（オレンジプラン）、平成 27 年１月に「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）を策定しました。さらに、令和元年６月には認知症になっても希望を持って暮らせる「共生」と、発症を遅らせる「予防」を両輪とする「認知症施策推進大綱」が策定され、取組が進められてきました。

本市では、平成 27 年度～平成 28 年度の２年間で、認知症ケアパス検討委員会を設置し、検討を経て、認知症ケアパスを完成させました。さらに、平成 30 年度以降は認知症施策事業推進委員会と名称変更して認知症施策を総合的に検討してきました。また、平成 18 年度から「認知症サポーター養成講座」を開催しており、令和７年３月末には累計１万人を超えました。多くの方が認知症サポーターになることで支援の輪を広げ、認知症の人やその家族の意向を大切にすることや、認知症への理解促進、普及・啓発、早期発見への取組等を推進してきました。認知症サポーターについてはさらなる拡充、普及啓発を目指しています。

こうした取組を推進する中、令和５年６月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下「認知症基本法」という。）が成立しました。認知症基本法では、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある共生社会の実現を推進することを目的に、認知症の人やその家族の意向を十分に尊重しながら、共生社会の実現に向けて認知症施策を国・地方が一体となって講じていくことが掲げられました。

本市の認知症施策推進計画については、これまでの市での取組を踏まえ、今後、増加が見込まれる認知症高齢者が、住み慣れた地域で個性と能力を発揮し、自分らしく暮らし続けられるよう、認知症に係る医療と福祉・介護の連携強化を図るとともに、認知症についての正しい知識の普及を進めていくなど、地域で認知症高齢者を支援する体制を充実していくため、また、国の認知症施策推進大綱と認知症基本法の趣旨に基づき、認知症施策を総合的かつ計画的に推進していくため、小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画と一体的に策定します。

３　計画の位置付け

（１）根拠法令等

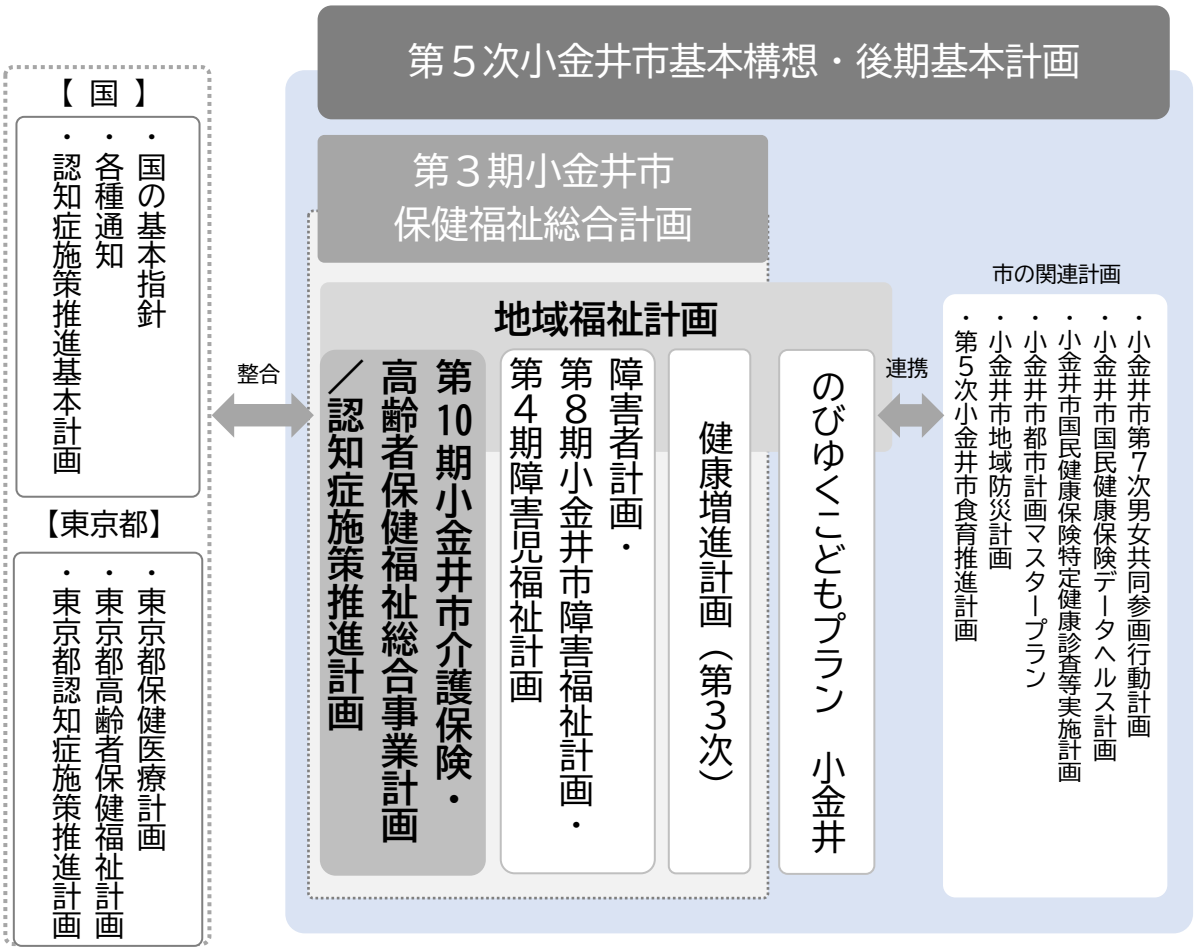
本計画は、介護保険法第 117 条に基づく市町村介護保険事業計画及び老人福祉法第 20 条の８に基づく市町村老人福祉計画です。なお、両計画は、密接な関連性を持つことから一体のものとして定めることとされています。

また、本計画は、認知症基本法第 13 条に基づく市町村認知症施策推進計画を内包しており、両計画と一体のものとして策定します。

（２）関連計画との関係

本計画は「第５次小金井市基本構想・後期基本計画」の理念を実現するため、「第３期小金井市保健福祉総合計画」及び本市の保健福祉の基本的な視点や理念を示す「地域福祉計画」の分野計画として位置づけられます。

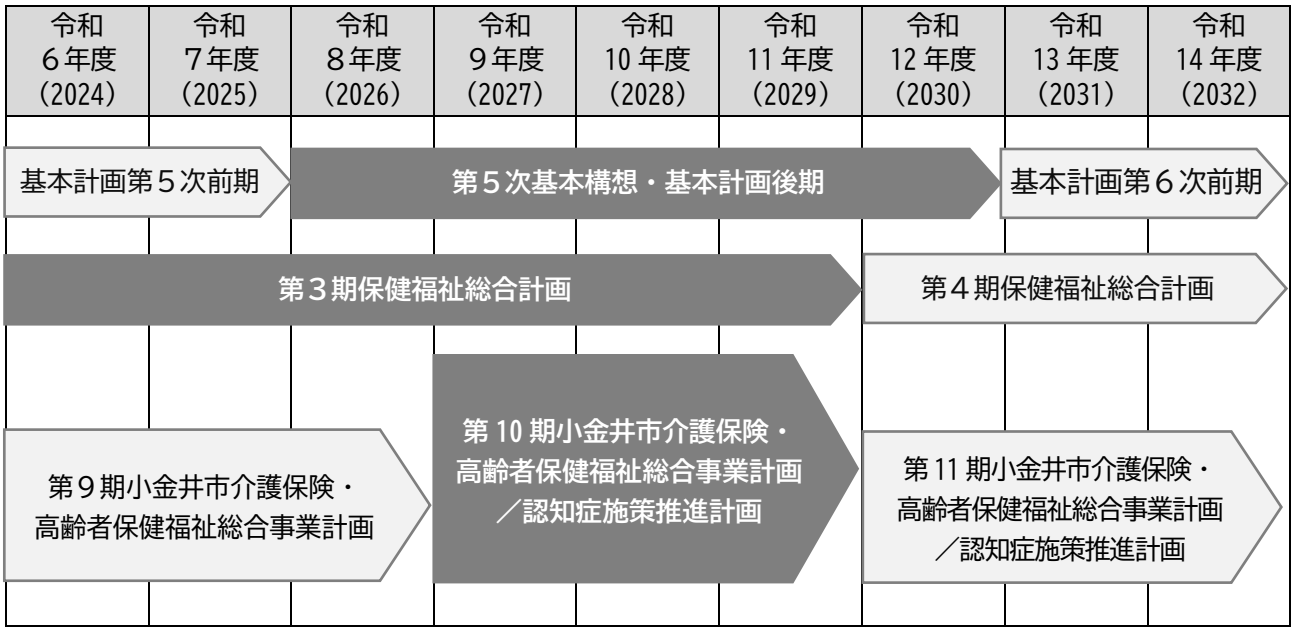
これらの計画及び「障害者計画・第８期障害福祉計画・第４期障害児福祉計画」、「健康増進計画（第３次）」等、本市が策定する他の計画との整合を図り、策定しています。



４　計画の期間

本計画の期間は、令和９年度から令和 11 年度までの３年間です。なお、認知症施策推進計画については、国が定める計画期間は５年ですが、本市では介護保険事業計画と一体的に策定するため同様に３年間の計画とします。

現役世代が急減する令和 22 年(2040 年)を見据えた中長期的な視点を持つものであるとともに、法制度の改正や社会情勢等の状況に応じて見直し・改善を図ります。



5　国における第 10 期介護保険事業（支援）計画の基本指針の考え方

（1）基本指針の検討に当たって考慮すべきと考えられる要素

介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和７年 12 月 25 日）関係

【人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築】

- 中山間・人口減少地域における柔軟な対応等

【地域包括ケアシステムの深化】

- 医療・介護連携の推進
- 有料老人ホームの事業運営の透明性確保、高齢者への住まい支援
- 介護予防の推進、総合事業の在り方
- 相談支援等の在り方
- 認知症施策の推進等

【介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援】

- 総合的な介護人材確保対策
- 介護現場の職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援、協働化等の推進

【多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保】

- ・2040 年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方等

福祉部会「社会保障審議会福祉部会報告書」（令和７年 12 月 18 日）関係

- 介護人材の確保・育成・定着等

「医療法等の一部を改正する法律」（令和７年法律第 87 号）関係

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- 介護保険事業（支援）計画におけるロジックモデルの活用（医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和７年 12 月４日参議院厚生労働委員会））
- 本指針を定めるに当たり、即するものとされている医療情報化推進方針の策定（改正後の介護保険法第 116 条）等

（２）2040 年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方

「基本指針について」社会保障審議会介護保険部会（第 134 回）令和８年３月９日

- 2040 年にかけて地域のサービス需要が変化していく中で、第 10 期介護保険事業（支援）計画から、都道府県が積極的に関与しながら、2040 年等の中長期の介護サービス見込量を見据えて策定していくことが更に重要となる。

【地域包括ケアシステムの深化】

- 総合事業の多様なサービス・活動の充実に向け、多様な主体とのつながりづくり等の更なる支援や質の向上を図るための分析・評価等を推進。
- 頼れる身寄りがいない高齢者等の生活ニーズを地域課題として解決するため、関係者を含めて地域全体で対応を協議し、切れ目のない支援が提供される地域づくりを推進。
- 認知症基本法及び認知症施策推進基本計画を踏まえた取組の推進。

6　計画策定体制

（1）介護保険運営協議会等による検討

高齢者福祉事業・介護保険事業の運営には、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとすることが求められるため、学識経験者及び医療・福祉・保健関係者、第１号・第２号被保険者・介護サービス利用者等の公募市民等によって構成する「小金井市介護保険運営協議会」を設置しています。

本計画の策定に当たって、「小金井市介護保険運営協議会」に「介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画策定に関する専門委員会」を設置し、各種施策等の計画内容を協議・検討し、意見や要望の集約を図りました。また、認知症施策推進計画の策定に当たっては、「小金井市認知症施策事業推進委員会」において認知症施策等の計画内容を協議・検討し、意見や要望の集約を図りました。

（2）アンケート調査

本計画の策定に当たって、市民や事業者の実態や意向を踏まえた計画としていくために、市民や事業所を対象にアンケート調査を実施しました。

【調査期間】

令和７年 10 月 31 日（金）～令和７年 11 月 21 日（金）

【調査方法】

・配布：　郵送
・回収：　郵送・ＷＥＢ　※在宅介護実態調査の一部は聞き取りにて実施

【回収状況】

単位：人

調査の種類	調査対象	配布数	有効回答数	有効回答率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	自立・要支援認定者	1,800	1,231	68.4%
在宅介護実態調査	要支援・要介護認定の更新申請・区分変更申請者	1,109（うち聞き取り調査 109）	695	58.6%（郵送・ＷＥＢ分のみ）
介護保険サービス利用意向調査	要介護認定者	1,000	476	47.6%
介護施設等サービス利用者調査	介護保険施設サービスを利用する第１号被保険者	300	133	44.3%
介護保険サービス提供事業者調査	居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、居宅介護・介護予防事業所、施設サービス事業所	160	116	72.5%
ケアマネジャー調査	居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所に在籍するケアマネジャー	100	77	77.0%

（３）パブリックコメント・市民説明会の実施

より多くの市民の意見を反映させるため、令和８年１１月１６日から同年１２月１５日までパブリックコメントを実施しました。また、市民説明会を２回（令和８年１１月２５日及び同年１１月２８日）実施しました。

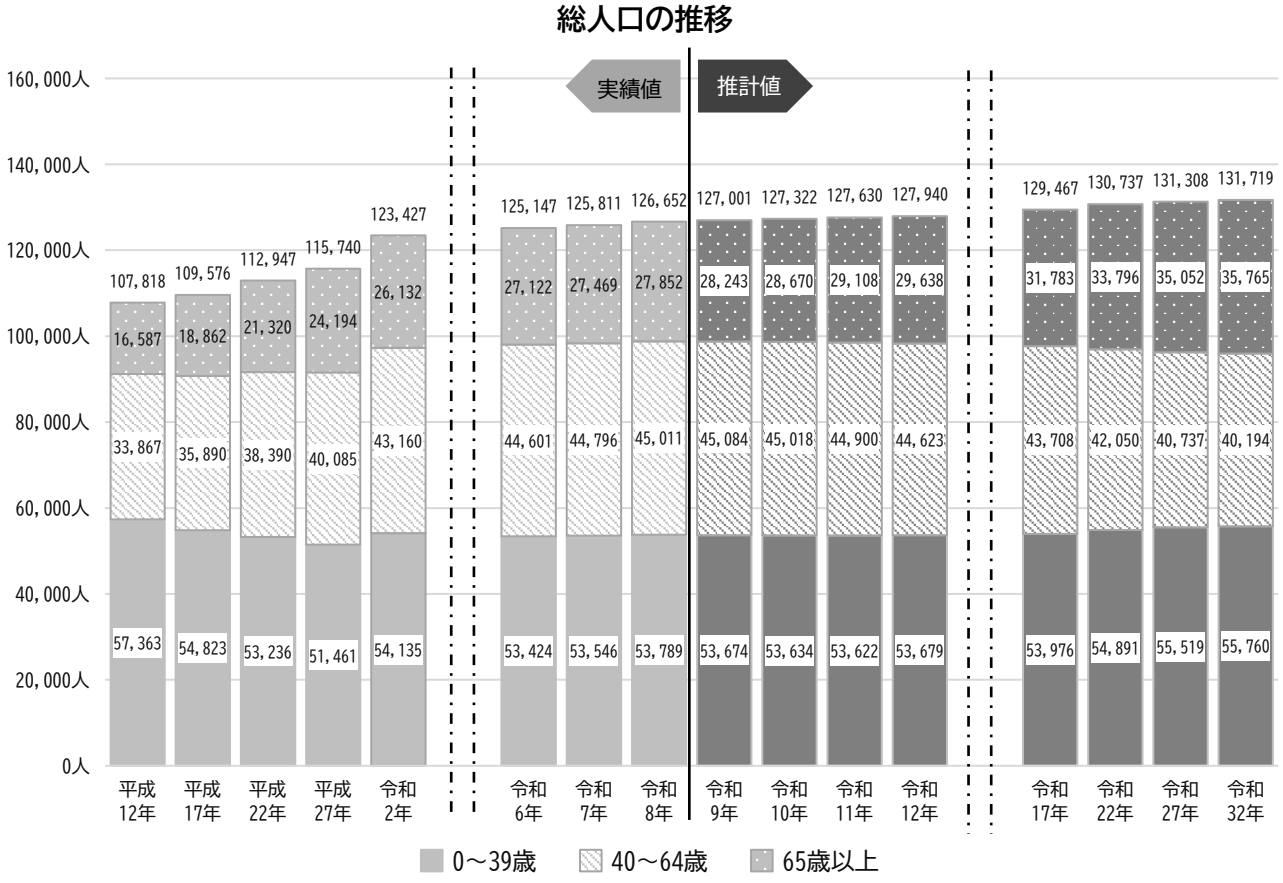
第２章　高齢者を取り巻く現状と課題

１　人口・世帯

（１）年齢３区分人口の推移

小金井市の人口は近年増加傾向が続いており、令和８年 10 月１日現在 126,652 人、うち 65 歳以上の高齢者人口は 27,852 人となっています。

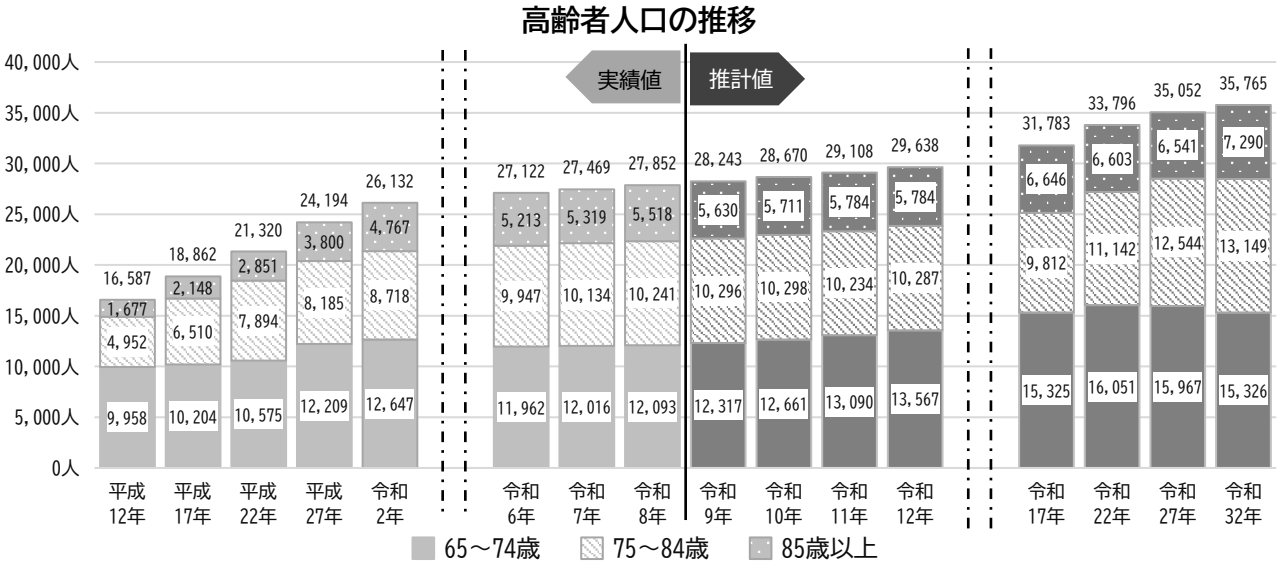
推計をみると、０～39 歳人口はほぼ横ばい、40～64 歳人口は減少傾向と見込まれている一方、65 歳以上の高齢者人口は増加し続ける見込みとなっています。



資料：
【平成 12 年～令和８年】　小金井市住民基本台帳等による人口（各年 10 月１日現在）、ただし、平成 12 年は平成 13 年１月１日
【令和９年～令和 32 年】　厚生労働省が運営する地域包括ケア「見える化」システムを使用し、令和３年から令和８年の住民基本台帳人口に基づくコホート変化率法（過去の世代別人口の増減をもとに、将来の人口を予測する方法）により市が推計

（２）年齢３区分高齢者人口の推移

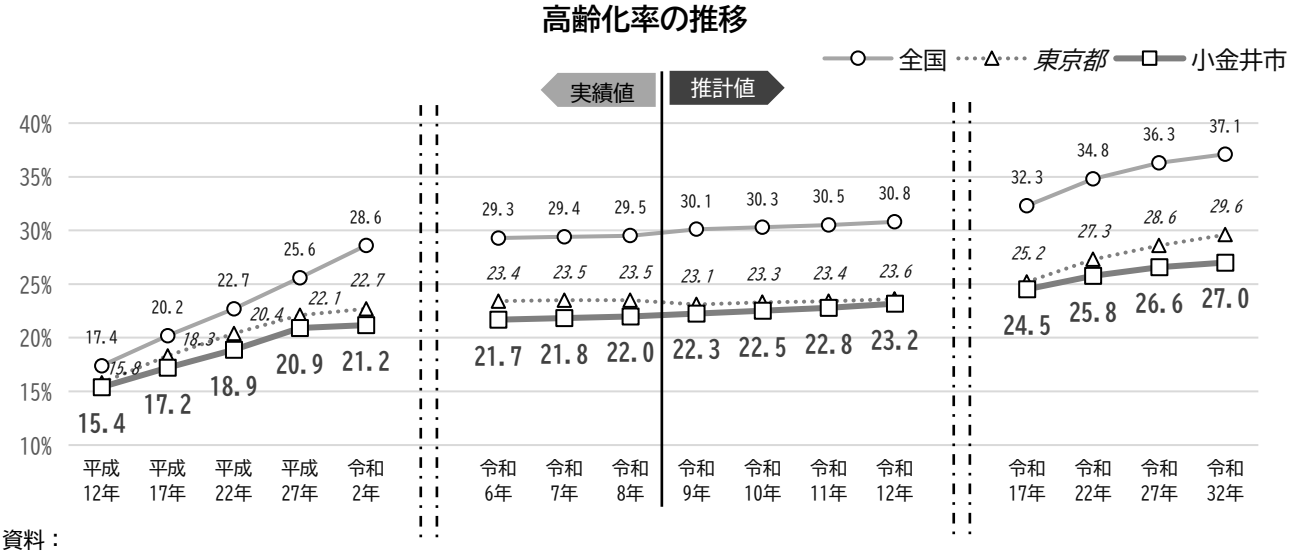
小金井市の高齢者人口（65 歳以上）は増加し続けており、令和８年 10 月１日現在 27,852 人となっています。推計をみると、65～74 歳人口は令和 22 年をピークに減少が見込まれる一方、75 歳以上人口は増加し続け、特に 85 歳以上人口が顕著に増加する見込みとなっています。



資料：
【平成 12 年～令和８年】　小金井市住民基本台帳等による人口（各年 10 月１日現在）、ただし、平成 12 年は平成 13 年１月１日
【令和９年～令和 32 年】　コホート変化率法による市の推計

（３）高齢化率の推移

小金井市の全人口に対する 65 歳以上の割合を示す高齢化率は、令和８年 10 月１日現在で 22.0%と増加傾向となっています。全国と東京都の高齢化率は上昇し続けており、令和８年 10 月１日現在で全国 29.5%、東京都 23.5%となっています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、令和 32 年には全国の高齢化率は 37.1%、東京都の高齢化率は 29.6%になると見込まれています。



資料：
【平成 12 年～令和２年の国・都】国勢調査、【平成 12 年～令和８年の市】住民基本台帳に基づく人口（各年 10 月１日現在）、ただし、平成 12 年の市は平成 13 年１月１日、【令和６年～令和８年の国】総務省統計局「人口推計」（各年 10 月概算値）、【令和６年～令和８年の都】「敬老の日にちなんだ東京都の高齢者人口（推計）」（各年９月 15 日現在）、【令和８年～令和 32 年の国・都】国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和 5 年推計）」※見える化システム、【令和８年～令和 32 年の市】　コホート変化率法による市の推計

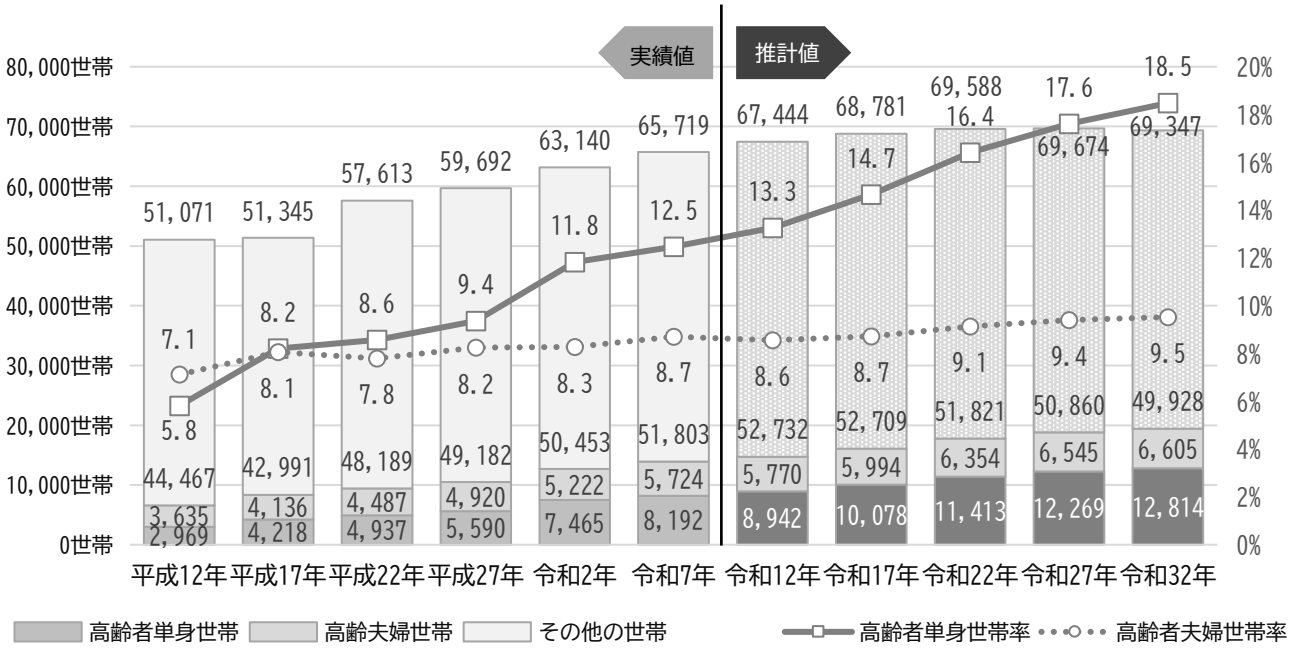
（４）高齢者単身世帯及び高齢夫婦世帯の推移

65 歳以上の一人暮らしの「高齢者単身世帯」と、男性が 65 歳以上、女性が 60 歳以上のみの「高齢夫婦世帯」の一般世帯に占める世帯数の割合は、徐々に増加しており、令和７年に高齢者単身世帯は 12.5%、高齢者夫婦世帯は 8.7%となりました。特に、高齢者単身世帯の増加傾向が顕著であり、平成 12 年時点で、2,969 世帯だった世帯数は、25 年後の令和７年時点では、３倍近い 8,192 世帯まで増えています。

令和７年における全世帯に占める高齢者単身世帯の割合は、全国 14.3%、東京都 13.0%に対し小金井市は 12.5%と低くなっています。

今後も高齢者単身世帯の増加傾向が見込まれ、令和 32（2050）年には５世帯に１世帯が高齢者単身世帯になると推計されることから、地域の支え合いによる地域共生社会の構築が更に求められます。

高齢者世帯及び高齢夫婦世帯の推移



資料：
【平成 12 年～令和７年】国勢調査、令和２年及び令和７年：不詳補完値
【令和 12 年～令和 32 年】社会保障・人口問題研究所による東京都世帯推計の伸び率を用いて推計

高齢者世帯の地域比較（令和７年）

単位：世帯

	小金井市		東京都		全国	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
一般世帯	65,719		7,577,227		57,181,619	
うち高齢者夫婦世帯	5,724	8.7%	570,146	7.5%	6,666,174	11.7%
うち高齢者単身世帯	8,192	12.5%	988,238	13.0%	8,152,593	14.3%

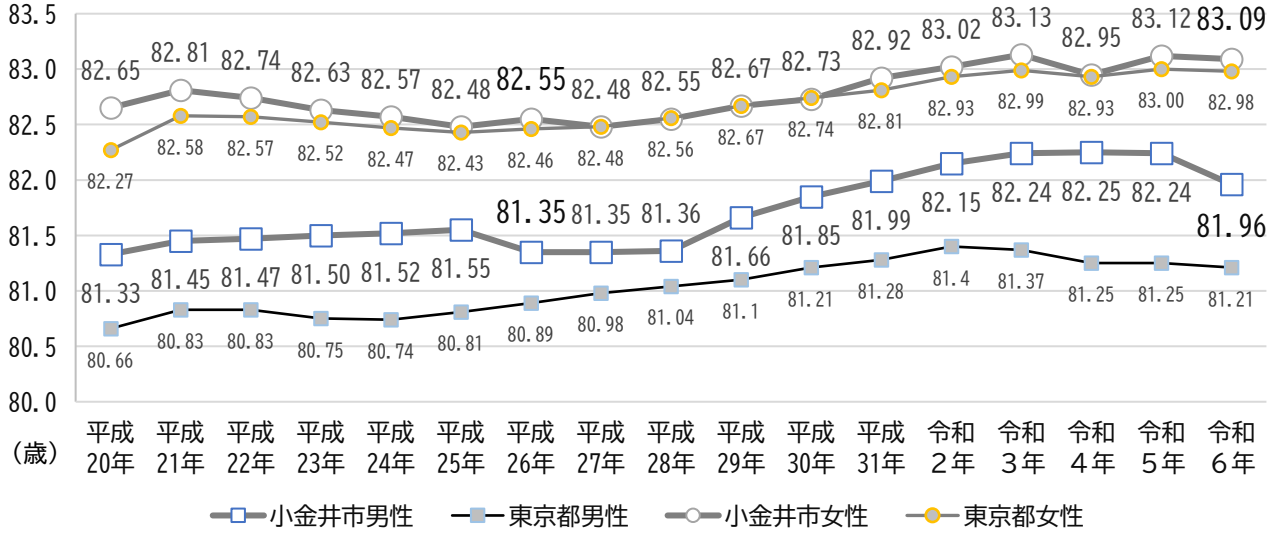
資料：国勢調査（令和７年 10 月１日現在）、不詳補完値

（５）65 歳健康寿命の推移

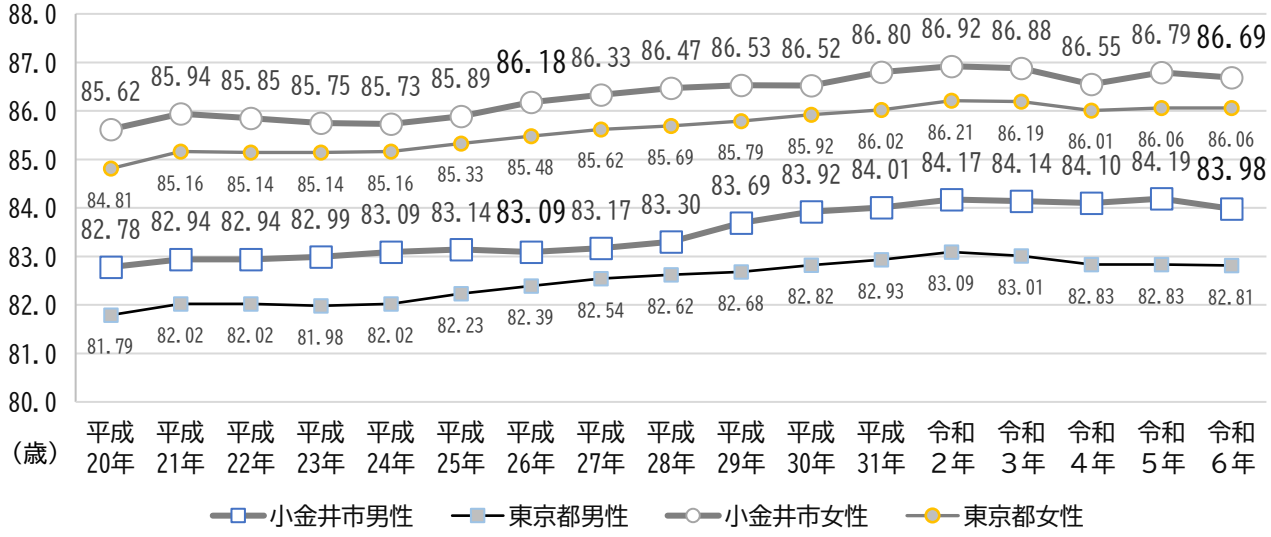
本市の 65 歳健康寿命（65 歳の人が健康上の問題によって日常生活が制限されることなく、自立して暮らせると期待される期間）は男女ともに延伸しており、平成 26 年から令和６年までの 10 年間で要支援１では、男性 0.61 年、女性 0.54 年、また、要介護２基準では男性 0.89 年、女性で 0.51 年長くなっています。

ただし、令和２年までは年々ほぼ順調に延伸してきたものの、要介護２基準でみると令和３年には短縮がみられ、その後、令和６年は令和２年の水準まで回復していません。その要因としては、令和３年以降の要介護認定率の伸びや、新型コロナウイルス感染防止のための外出自粛などの結果、コロナフレイルが長期にわたっている高齢者への健康面の影響が考えられ、外出や社会参加等の対策が求められます。

65 歳健康寿命（要支援１基準）の推移



65 歳健康寿命（要介護２基準）の推移



資料：東京都健康ステーション

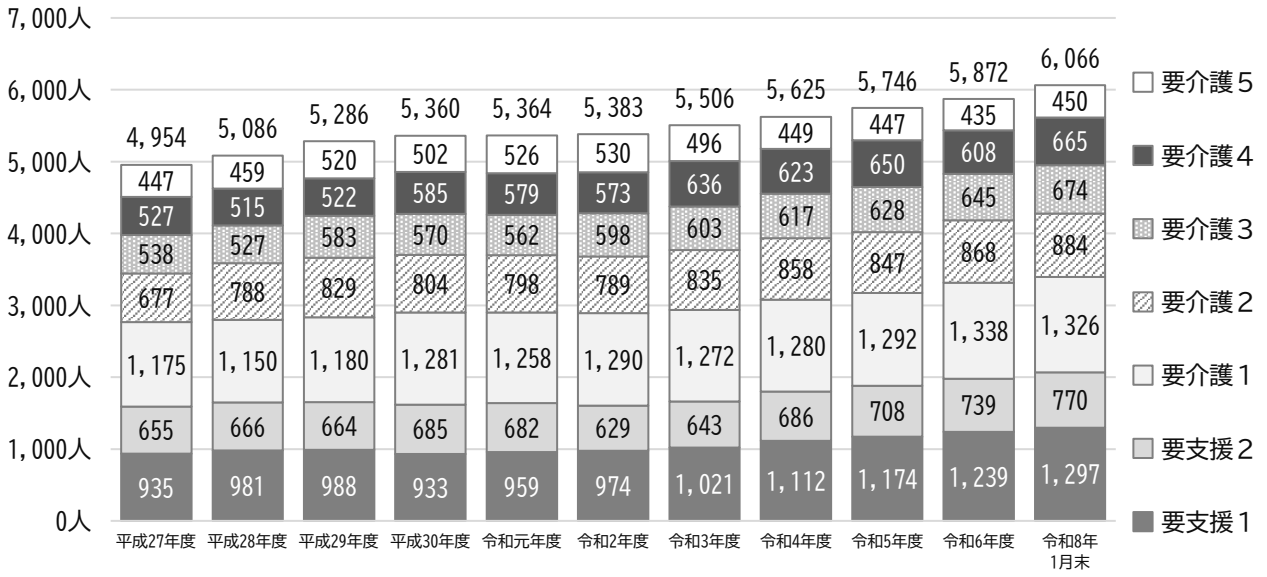
2　要介護認定の現状

（1）要介護（要支援）認定者数・率の推移

要介護（要支援）認定者数及び認定率の推移をみると、認定者数及び認定率ともに年々増加で推移し、令和６年度末時点で 5,872 人（認定率 20.9%）となっています。

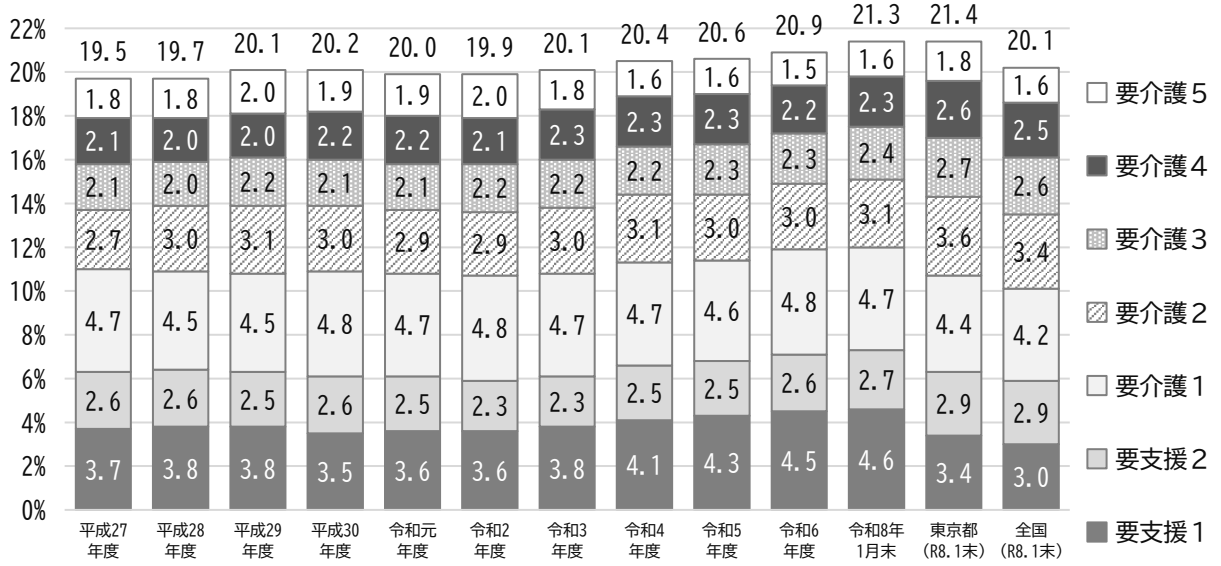
要介護（要支援）認定者率は、令和６年度末時点で全国を上回り、東京都並みとなっています。

要介護（要支援）認定者数の推移



※第２号被保険者を含む

要介護（要支援）認定者率の推移



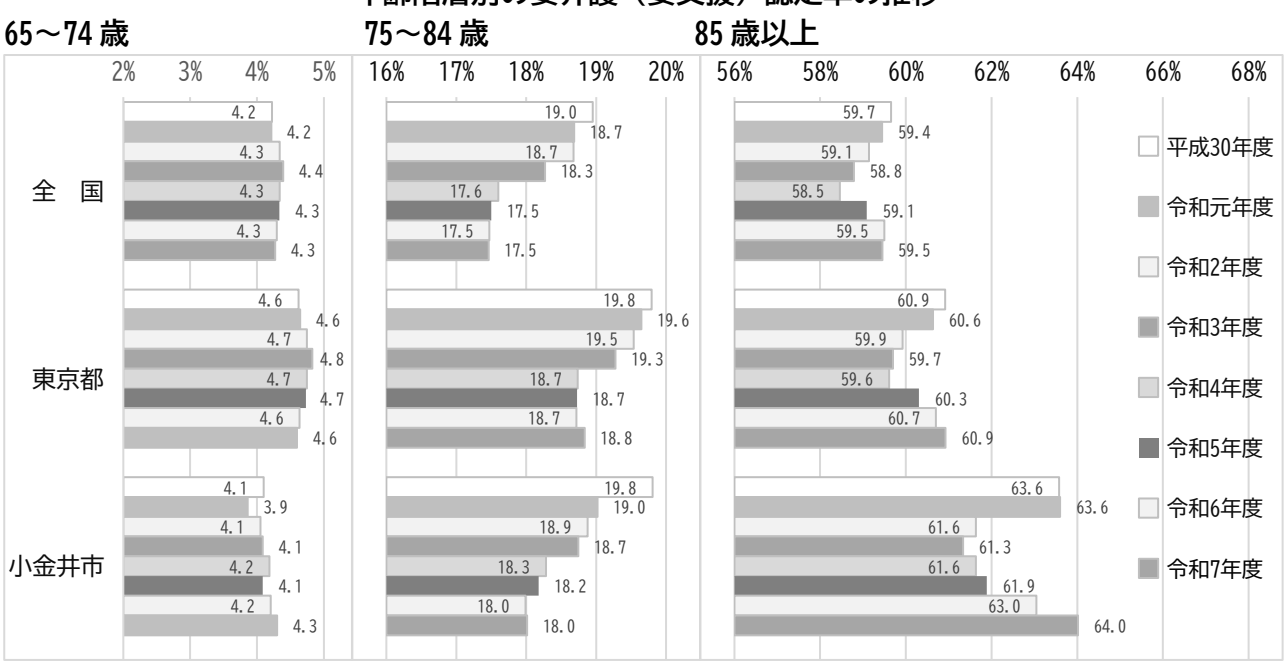
※第２号被保険者を含まない
資料：介護保険事業状況報告（各年度 3 月 31 日現在）

（２）要介護度別構成比

75～84 歳の要介護（要支援）認定率の推移をみると、健康寿命の延伸に伴い全国・東京都とともに減少しています。85 歳以上の認定率が全国・東京都より高く推移しています。

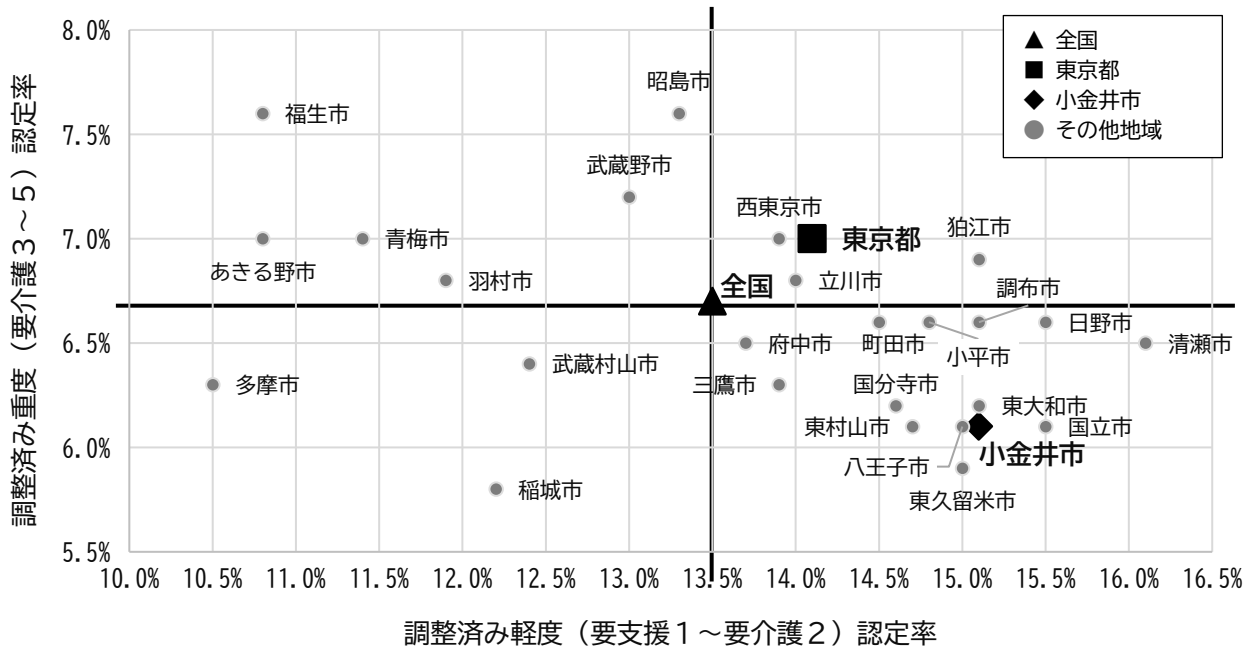
調整済み要介護認定率を全国、東京都、都内の他市と比較すると軽度認定率が高く、重度認定率が低くなっています。

年齢階層別の要介護（要支援）認定率の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度 3 月 31 日現在）

調整済み要介護認定率



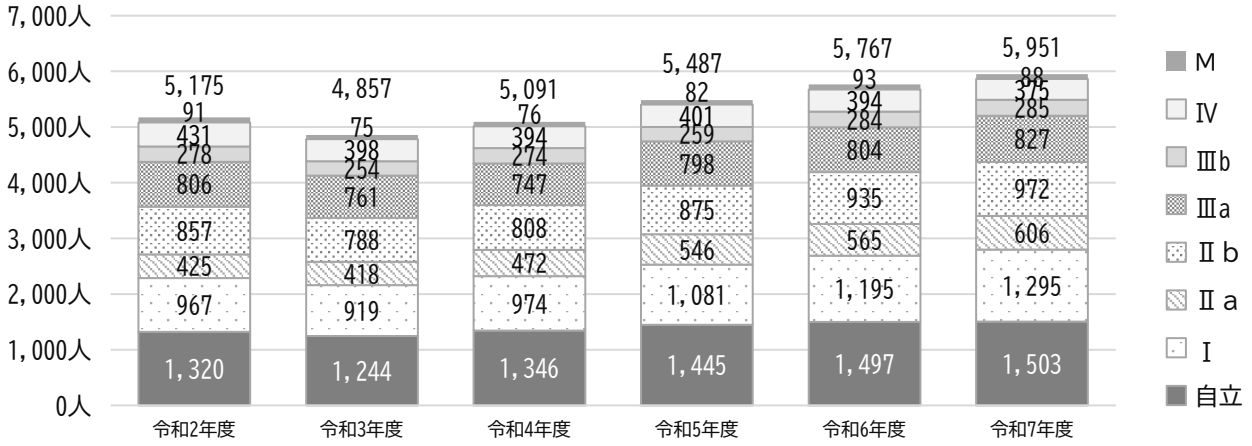
※ 調整済み認定率とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす「第１号被保険者の性別・年齢構成」の影響を除外した認定率である。
ここでは令和８年３月 31 日時点の全国平均の性別・年齢構成を標準的な人口構成として調整を行っている。
資料：介護保険事業状況報告（令和８年３月 31 日現在）及び総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

（３）認知症高齢者

令和７年 10 月末現在の要介護認定者の「認知症高齢者の日常生活自立度」をみると、「自立」と判定された方が 1,503 人、「Ⅰ」（ほぼ自立）と判定された方が 1,295 人のほか、「Ⅱ」（誰かが注意していれば自立）と判定された方が 1,578 人、「Ⅲ」（意思疎通等の困難さが見られ介護が必要）と判定された方が 1,112 人、「Ⅳ」（常に介護が必要）と判定された方が 375 人、「M」（専門医療が必要）と判定された方が 88 人となっています。自立度別割合では、「Ⅱ以上」の中重度者の割合が 53.0%となっており、東京都 61.7%や全国 61.6%と比べて重度者の割合が低くなっています。

「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅠ以上の方は令和７年 10 月末現在で４，４８８人となっています。東京都が報告している「令和７年度認知症高齢者数の分布調査」に掲載されている認知症出現率を参考に、市の認知症高齢者数を推計すると、令和１２年の認知症高齢者は５，３０５人、令和２２年の認知症高齢者は５，４７５人と見込まれます。

要介護（要支援）認定者認知症高齢者の日常生活自立度別人数



※各年度 10 月末現在の要介護等認定者における認定状況により集計している。ただし、コロナ禍の特例により認定審査をせず、認定期間を延長したものを除く。

要介護（要支援）認定者認知症高齢者の日常生活自立度別割合

単位：%

	自立	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M	Ⅱ以上
小金井市	25.3	21.8	26.5	18.7	6.3	1.5	53.0
東京都	16.4	21.9	32.7	21.6	6.6	0.8	61.7
全国	16.8	21.6	35.1	20.5	5.5	0.4	61.6

※【市】令和７年度 10 月末現在の要介護等認定者における認定状況により集計している。
※【国・都】令和７年度 10 月末現在の要介護等認定者における認定状況により集計している。なお、令和７年４月末日および 10 月末日の二時点で要介護認定を受けていた要支援・要介護認定者を集計対象としている。
資料：市介護福祉課、介護保険総合データベース

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（参考）

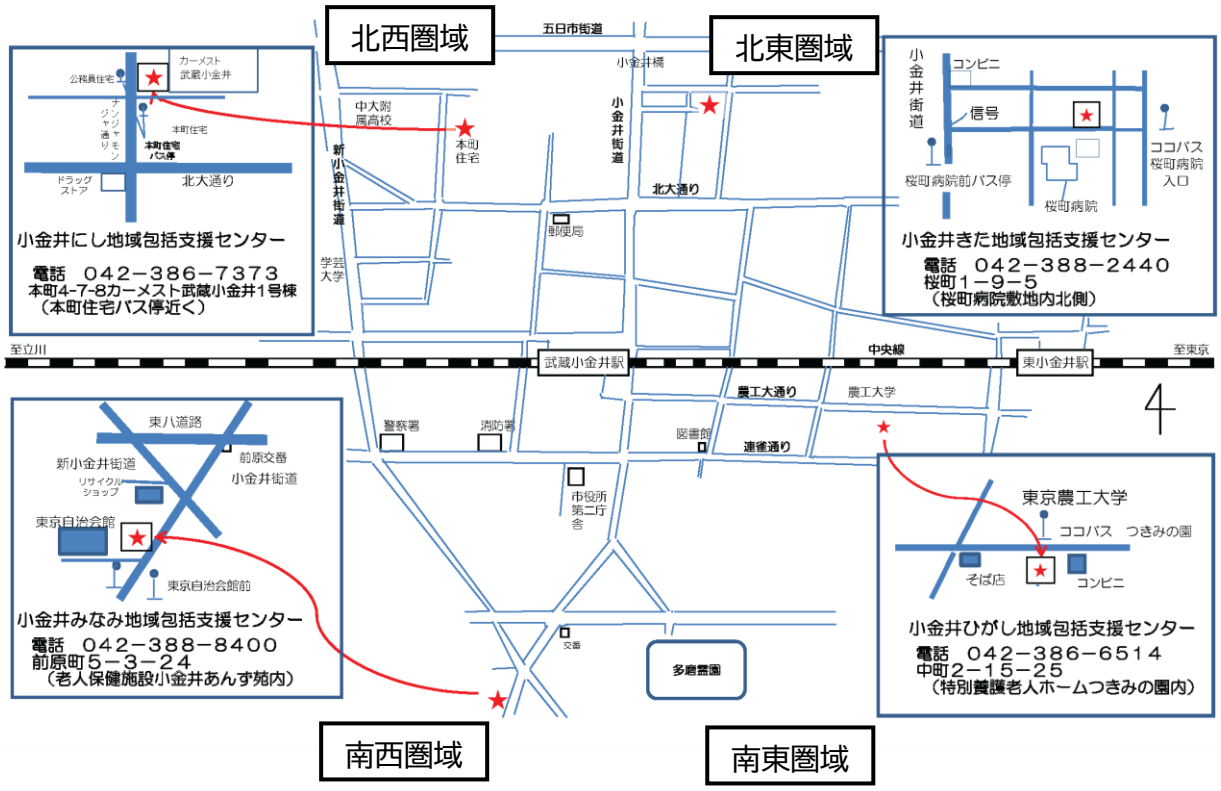
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

3　圏域の特徴

（1）圏域の設定について

本計画の日常生活圏域については、前期計画と同様に４圏域（北東・南西・南東・北西）を設定します。

小金井市の日常生活圏域

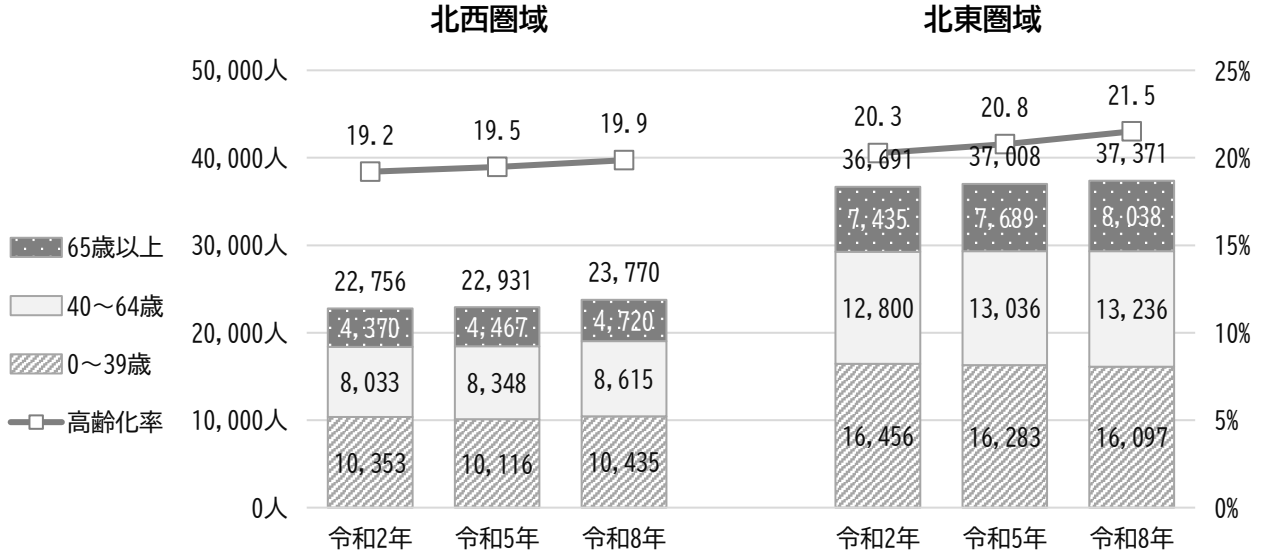


各圏域の構成地区（参考）

圏域	包括名・住所・ＴＥＬ	担当地域
北東圏域 **（きた）**	小金井きた地域包括支援センター 桜町１-９-５　ＴＥＬ：042-388-2440	梶野町、関野町、緑町、本町２丁目、本町３丁目、桜町１丁目、桜町３丁目
南西圏域 **（みなみ）**	小金井みなみ地域包括支援センター 前原町５-３-24　ＴＥＬ：042-388-8400	前原町、本町６丁目、貫井南町
南東圏域 **（ひがし）**	小金井ひがし地域包括支援センター 中町２-15-25　ＴＥＬ：042-386-6514	東町、中町、本町１丁目
北西圏域 **（にし）**	小金井にし地域包括支援センター 本町４-７-８　ＴＥＬ：042-386-7373	本町４丁目、本町５丁目、桜町２丁目、貫井北町

（２）圏域別年齢階層別人口

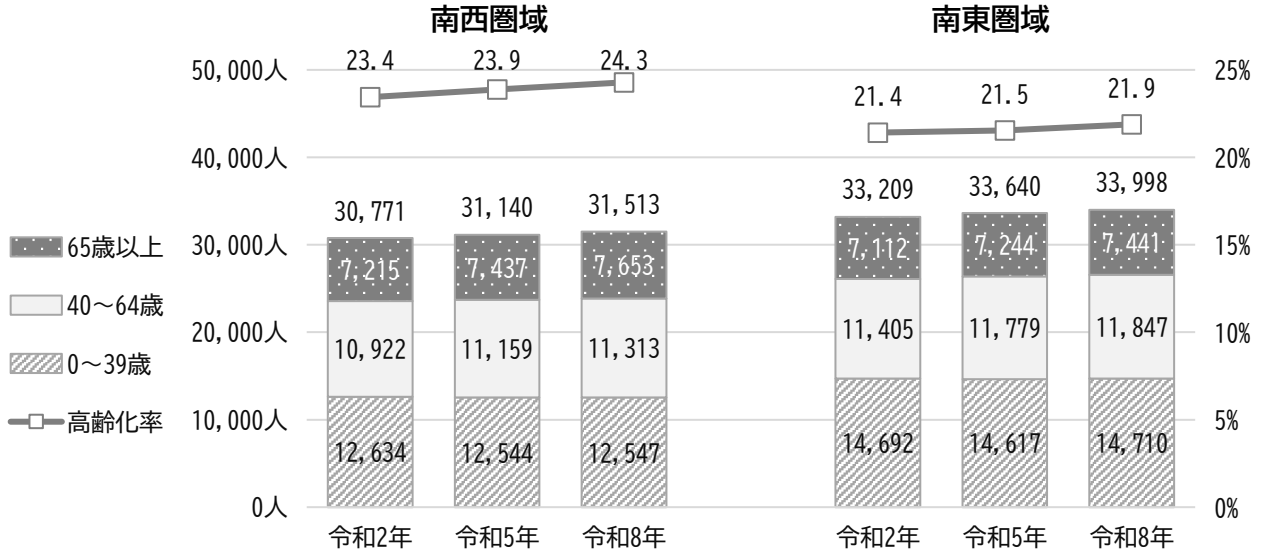
令和８年 10 月１日現在の圏域別の人口をみると、総数及び高齢者数（65 歳以上）は、北東圏域が最も多く、高齢化率については、南西圏域が最も高くなっています。



単位：人

高齢者区分	令和 2 年	令和 5 年	令和 8 年
65～74 歳	2,025	1,959	2,035
75～84 歳	1,467	1,554	1,674
85 歳以上	878	954	1,011
高齢者	4,370	4,467	4,720
85 歳以上率	20.1%	21.4%	21.4%

令和 2 年	令和 5 年	令和 8 年
3,654	3,551	3,580
2,436	2,696	2,939
1,345	1,442	1,519
7,435	7,689	8,038
18.1%	18.8%	18.9%



単位：人

高齢者区分	令和 2 年	令和 5 年	令和 8 年
65～74 歳	3,541	3,421	3,290
75～84 歳	2,375	2,619	2,877
85 歳以上	1,299	1,397	1,486
高齢者	7,215	7,437	7,653
85 歳以上率	18.0%	18.8%	19.4%

令和 2 年	令和 5 年	令和 8 年
3,427	3,186	3,188
2,440	2,665	2,751
1,245	1,393	1,502
7,112	7,244	7,441
17.5%	19.2%	20.2%

資料：住民基本台帳（各年 10 月１日）

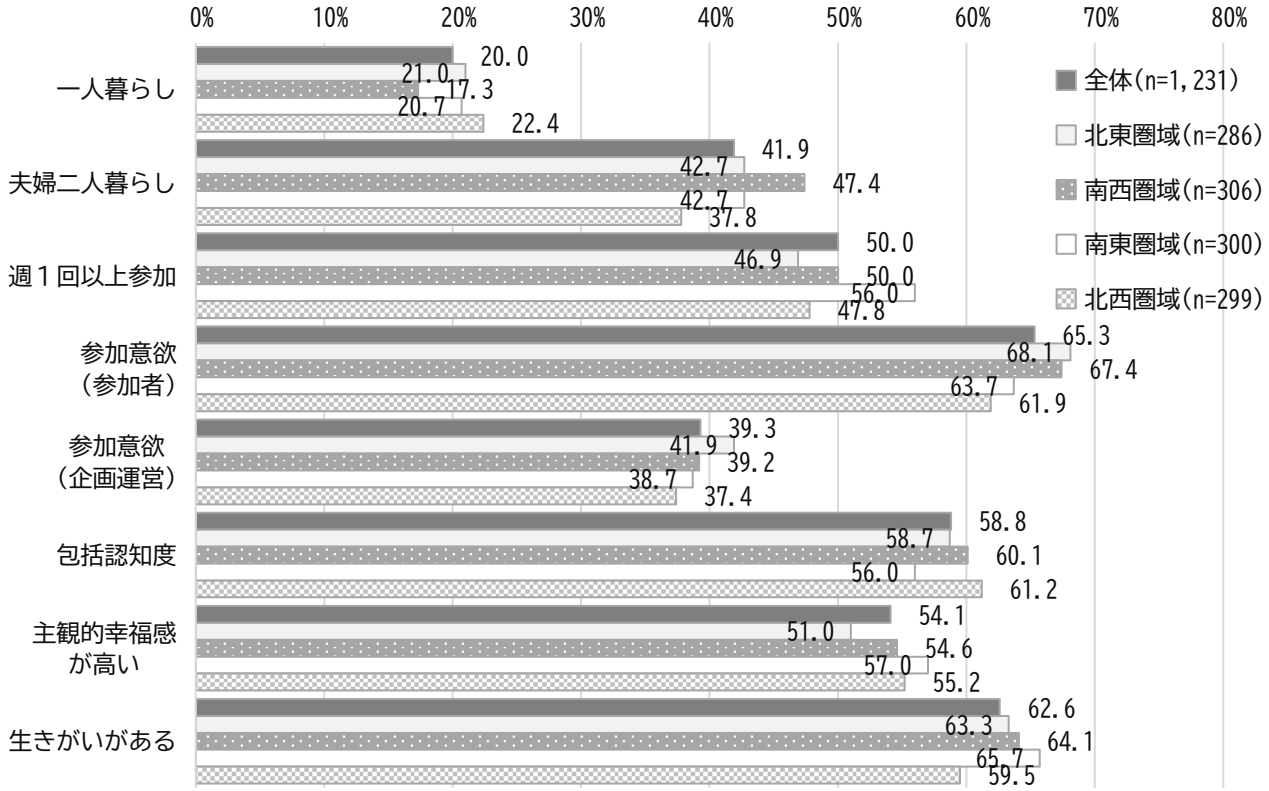
4　圏域別アンケート調査結果と地域課題

日常生活圏域ごとに以下のような特徴があり、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築が必要です。

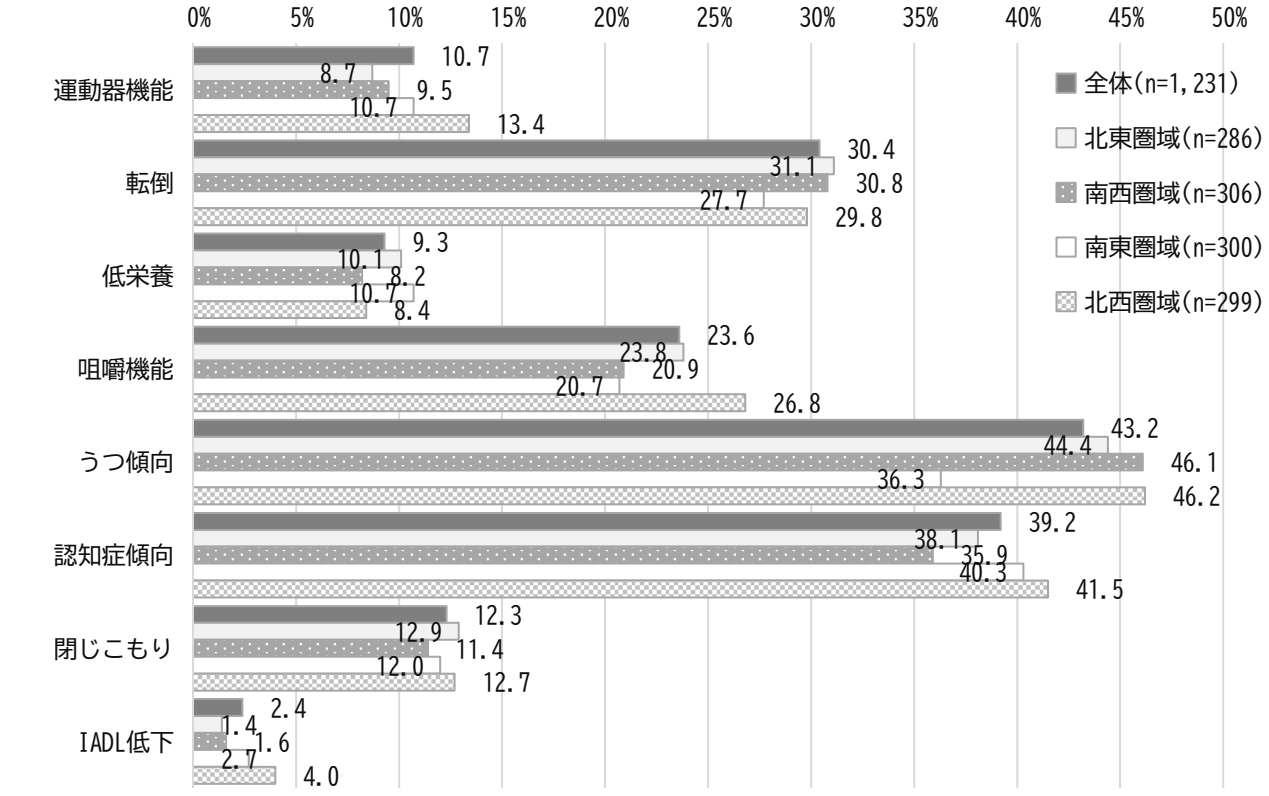
	北西圏域（にし）	北東圏域（きた）
生活や社会参加の状況・要介護リスク	高齢化率は 19.9%と最も低いものの、高齢者に占める 85 歳以上人口が 21.4%と最も高くなっています。 一人暮らしが 22.4%と最も高く、生きがいがあるが 59.5%と最も低くなっています。 うつ傾向が 46.2%、認知症傾向が 41.5%、運動器機能リスクが 13.4%と最も高くなっています。	高齢者に占める 85 歳以上人口が 18.9%と最も低くなっています。 地域活動への参加意向が参加者 68.1%、企画運営 41.9%と最も高いものの週１回以上社会参加が 46.9%と最も低く、主観的幸福感の高い割合が 51.0%と最も低くなっています。 転倒リスクありが 31.1%、閉じこもりが 12.9%と最も高くなっています。
地域課題に対する取組の方向性	単身高齢者率や 85 歳以上が最も高く、要介護リスクも軒並み高くなっていることから、かかる課題を地域全体で共有するとともに、地域の支え合いや地域活動への参加を促し、身体活動等のフレイル予防と、うつや認知症予防により精力的に取り組むべき地域と考えられます。	週１回以上の社会参加が低く、閉じこもりリスクが高いことが地域課題です。 参加者としての参加意欲、企画・運営者としての参加意向が高いため、参加意欲のある高齢者を地域資源につなげていくためにも、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターの役割が重要になります。

	南西圏域（みなみ）	南東圏域（ひがし）
生活や社会参加の状況・要介護リスク	高齢化率は 24.3%と最も高くなっていますが、高齢者に占める 85 歳以上率は 19.4%と比較的低くなっています。 一人暮らしが 17.3%と低く、夫婦二人暮らしが 47.4%と高くなっています。 認知症傾向が 35.9%、閉じこもりが 11.4%、低栄養が 8.2%と各リスクが最も低くなっています。	週１回以上の社会参加が 56.0%と最も高く、生きがいがある割合は 65.7%、主観的幸福感の高い割合は 57.0%と最も高くなっています。 うつ傾向が 36.3%、転倒リスクありが 27.7%と最も低いことから心身ともに良好な状況がうかがえます。
地域課題に対する取組の方向性	高齢化率が最も高い地域であるものの、単身高齢者が少なく、要介護リスクも比較的低い地域となっています。 今後、単身高齢者の増加が見込まれることから、元気なうちに地域住民の支え合いや生きがいのある地域づくりが重要となります。	地域包括支援センターの認知度が最も低いことから、今後に備えて認知度を高めて日頃からの支援体制を構築しておくべきとみられます。 心身ともに良好であるものの、低栄養状態が高くなっているため、栄養改善や身体活動等のフレイル予防の取り組みに注力をすべき地域と考えられます。

生活や社会参加の状況



要介護リスク該当率



資料：第 10 期小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画／認知症施策推進計画策定に関する調査報告書

5　前期計画の評価

前期計画の取組と実施状況を次のＡ～Ｄの４段階で評価しました。

９割以上の取組が、Ａ又はＢの評価であったものの、基本目標２でＣ・Ｄの取組が１事業ありました。

評価基準

A	ほぼ事業内容を達成した
B	改善、検討を要する点はあるが、事業内容をある程度達成した
C	事業内容を達成したとは言えず、現状について大きな課題がある
D	未実施

前期計画の実施状況

基本目標・基本施策	評価			A割合
	A	B	C・D	
基本目標１　生きがいのある充実した生活の支援	20	3	0	87.0%
基本施策⑴　健康づくり・介護予防の一体的推進	10	2	0	
基本施策⑵　社会参加の促進	8	1	0	
基本施策⑶　高齢者の就労支援	2	0	0	
基本目標２　地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり	18	12	1	58.1%
基本施策⑴　在宅生活支援の充実	11	2	1	
基本施策⑵　認知症施策の更なる推進	3	5	0	
基本施策⑶　在宅医療と介護の連携の推進	0	5	0	
基本施策⑷　生活支援体制整備の推進	2	0	0	
基本施策⑸　ケアラー（介護者）への支援の推進	2	0	0	
基本目標３　地域共生社会の実現に向けた仕組みづくりと人材育成	14	4	0	77.8%
基本施策⑴　地域づくりの推進	0	0	0	
基本施策⑵　高齢者の見守り支援の充実	4	3	0	
基本施策⑶　権利擁護の推進	5	0	0	
基本施策⑷　人材育成・確保の推進	5	1	0	

※再掲事業は計上していない

基本目標１　生きがいのある充実した生活の支援

１-１　健康づくり・介護予防の一体的推進

○　健康寿命の延伸もあって主観的健康観は改善しています。事業評価からも身体的な状況の改善に注力し、フレイル予防に取り組めていることがうかがえます。

○　一方で、要介護リスク該当率を見ると、うつリスク・認知症リスクの該当率が高く、からだの健康にとどまらず、心の健康に取り組む必要があります。

○　引き続き、フレイル予防に取り組むとともに、心の健康に着目した取組の検討が必要です。

事業評価より

【さくら体操の推進】

- 延べ参加者数の目標を達成することができたが、開催会場数及びリーダー養成目標数の目標は達成できなかった。

【介護予防講座・教室等の実施】

- 自分に適した方法で主体的に介護予防・フレイル予防に取り組めるよう、講座や教室を開催した。教室の定員を増加して事業を実施できた。

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

- 後期高齢者を中心とした健康課題をもつ人に対して、医療専門職やリハ職が関与し、保健事業と介護予防の一体的な実施を行った。特に低栄養防止、身体的フレイル予防、健康教育・健康相談を重視した。

データから分かること

- 主観的健康観は、改善している（1-1-1）。
- 年齢階層別の主観的健康観を見ると、年齢が上がるごとに健康状態が「とてもよい」「まあよい」と思う割合は低くなっていく（1-1-2）。
- 要介護リスク該当率を見ると、うつ・認知症リスク該当率が高い（1-1-3）。
- 趣味・生きがい有無別の要介護リスク該当率を見ると、趣味がある場合・生きがいがある場合の方が、そうでない場合に比べてリスク該当率が低い傾向にある（1-1-4）。

地域課題

課題１：うつ・認知症リスク該当率の高さ

うつ・認知症リスク該当は、運動器機能・低栄養リスク該当率を上回っており、身体面だけでなく認知・心理面の介護予防対策の必要性がうかがえる。

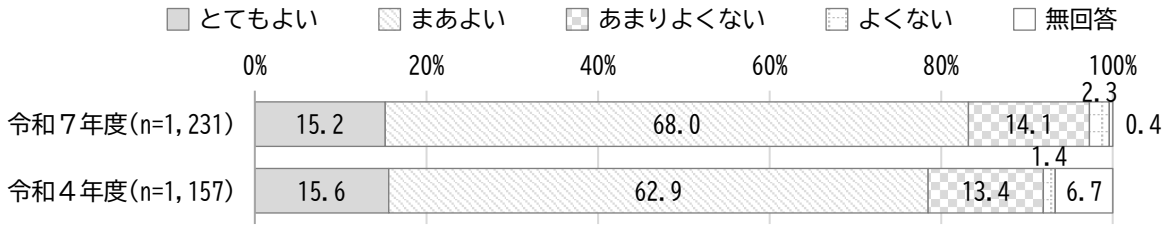
課題２：85 歳以上の主観的健康観の低下及び運動器機能・認知症リスク該当率の上昇

85～89 歳では特に、主観的健康観の下がり幅が大きく、運動器機能・認知症リスク該当率が高い。後期高齢期に入る前段階からの継続的予防が必要である。

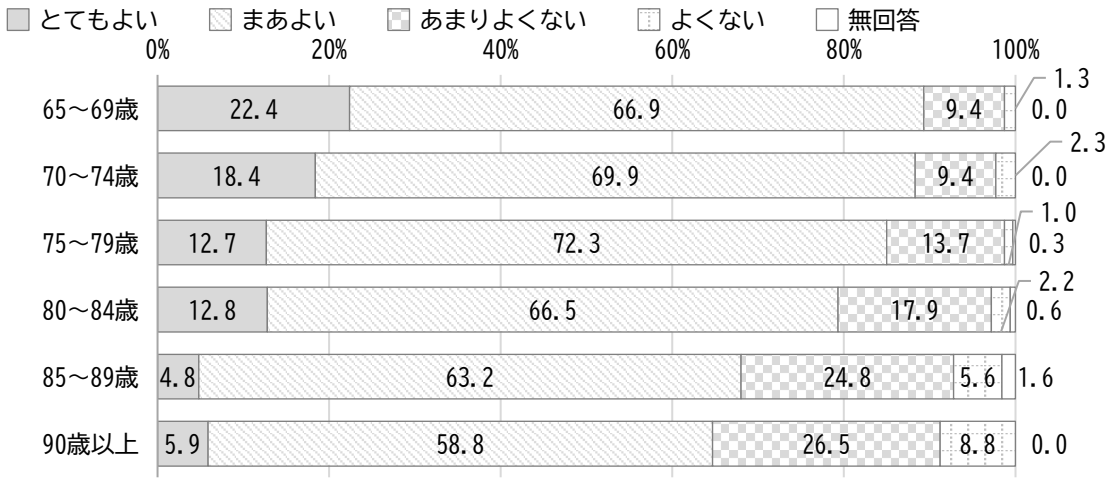
課題３：趣味・生きがい有無によるリスク差

趣味がある場合や生きがいがある場合は、そうでない場合に比べて明確に運動器機能・うつリスク該当率が低い。趣味や生きがいの有無がフレイル進行に影響している可能性が示唆される。

1-1-1 主観的健康観（高齢一般 問7）



1-1-2 年齢階層別の主観的健康観（高齢一般 問7）



1-1-3 年齢階層別の要介護リスク該当率（高齢一般 問2 問3 問4 問7）

単位：%

	人数	運動器機能	低栄養	咀嚼機能	うつ	認知症	閉じこもり	IADL
全体	1,231	10.7	9.3	23.6	43.2	39.2	12.3	2.4
65～69 歳	299	4.0	6.4	15.7	41.5	33.4	5.7	0.7
70～74 歳	266	6.8	6.8	17.7	42.5	35.7	10.2	1.5
75～79 歳	292	7.9	12.0	24.3	44.2	37.3	11.3	0.7
80～84 歳	179	11.7	10.6	27.4	38.5	42.5	15.1	2.8
85～89 歳	125	28.8	12.8	36.8	50.4	54.4	20.8	6.4
90 歳以上	45	40.0	11.1	53.3	53.3	55.6	40.0	17.7

1-1-4 趣味・生きがい有無別の要介護リスク該当率（高齢一般 問2 問3 問4 問7）

単位：%

	人数	運動器機能	低栄養	咀嚼機能	うつ	認知症	閉じこもり	IADL
全体	1,231	10.7	9.3	23.6	43.2	39.2	12.3	2.4
趣味あり	979	9.5	9.3	20.8	39.9	37.8	10.3	1.7
思いつかない	234	16.2	7.7	34.2	56.8	44.9	21.4	5.6
生きがいあり	770	9.2	8.8	20.6	38.4	36.1	8.6	1.6
思いつかない	415	13.0	9.2	28.4	52.0	44.8	18.1	4.3

1-2　社会参加の推進

○　地域活動に参加している割合は増加しました。地域活動への支援状況を見ると、おおむね順調に事業を実施できているとみられます。

○　地域活動や就労を含む社会参加の状況と、主観的健康観・主観的幸福感には関係があると考えられ、より一層の社会参加の推進が期待されます。

事業評価より

【健康・スポーツ活動の支援の継続】

- 高齢者がスポーツに親しむ機会として、複数の大会を開催した。開催数・参加者数の目標は達成できなかった。

【地域の居場所に対する支援の推進】

- 居場所の立ち上げや活動継続について、生活支援コーディネーターを中心に関係機関等と連携し、情報提供や周知の協力等を通して支援した。
- おおむね予定通り事業を実施し、市内の居場所情報をまとめた冊子に、目標を超えて居場所を掲載することができた。

【文化学習事業の継続】

- 各公民館において高齢者学級、各種講座、認知症座談会等を実施するとともに、自主グループの支援を行った。
- 施設の臨時休館等により、見込みよりも開催数・参加人数が減少した事業もあるものの、十分に事業を実施できた。

データから分かること

- 就労を含む地域活動に参加している割合は増加している（1-2-1）。
- 地域活動に参加している場合の方が、参加していない場合よりも主観的健康観がよい（1-2-2）。
- 地域活動に参加している場合の方が、参加していない場合よりも主観的幸福感が高い（1-2-3）。
- 地域活動に参加している場合の方が、参加していない場合よりも趣味がある割合が高い（1-2-4）。
- 地域活動に参加している場合の方が、参加していない場合よりも生きがいがある割合が高い（1-2-4）。

地域課題

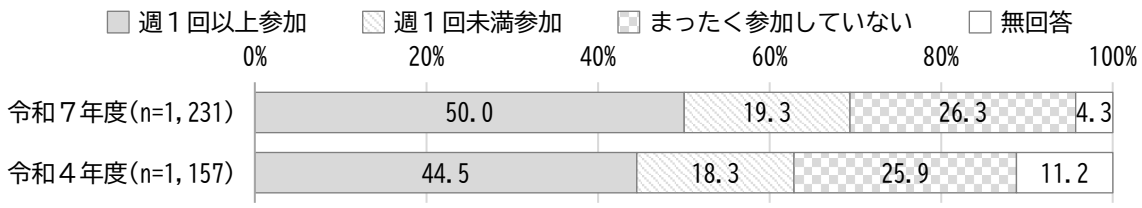
課題１：地域活動参加の有無による主観的健康観・主観的幸福感の差

地域活動に参加している場合の方が、参加していない場合よりも、主観的健康観がよく、主観的幸福感が高い（1-2-2、1-2-3）。社会参加の有無が心身の状態と強く関連していると考えられ、不参加層への働きかけが課題である。

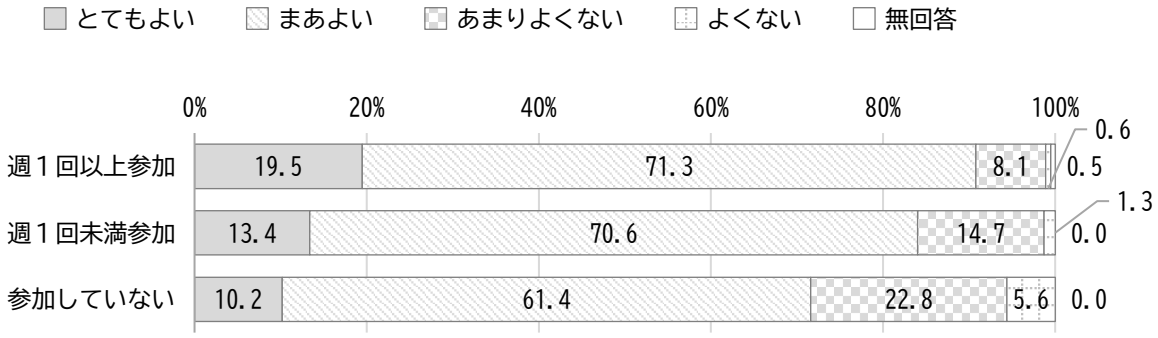
課題２：地域活動参加の有無による趣味・生きがいの有無の差

地域活動に参加している場合の方が、参加していない場合よりも、趣味や生きがいがある割合が高い（1-2-4）。地域活動参加の有無と趣味・生きがいの有無は強く関連していると考えられ、両輪の取組が期待される。

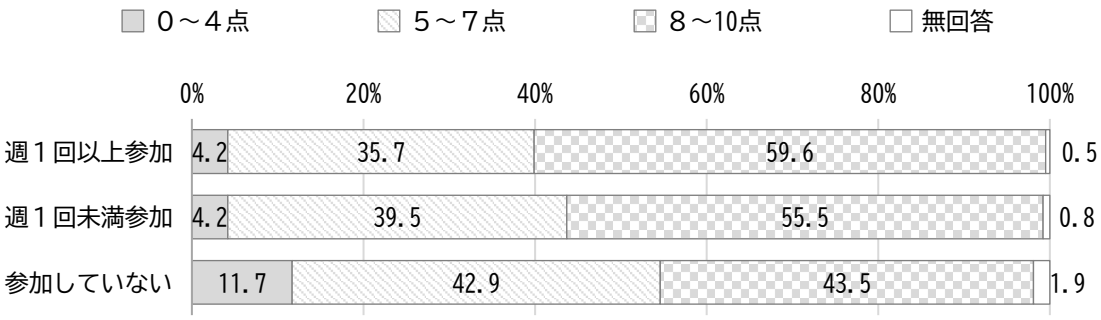
1-2-1 就労を含む地域活動への参加状況（高齢一般 問５）



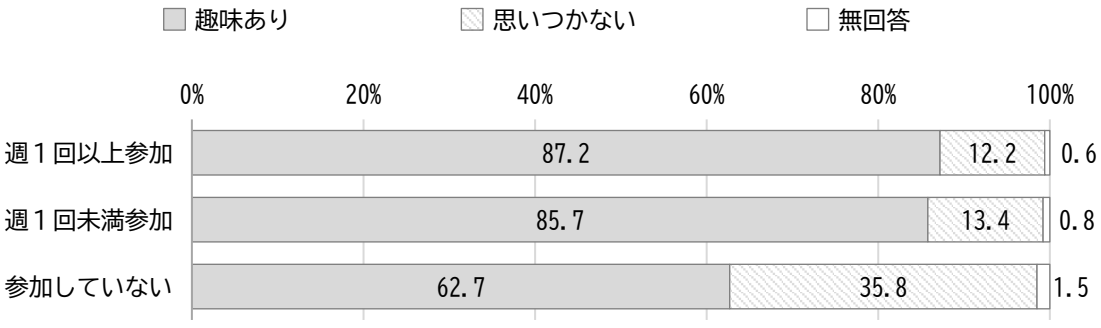
1-2-2 地域活動への参加頻度別の主観的健康観（高齢一般 問７）

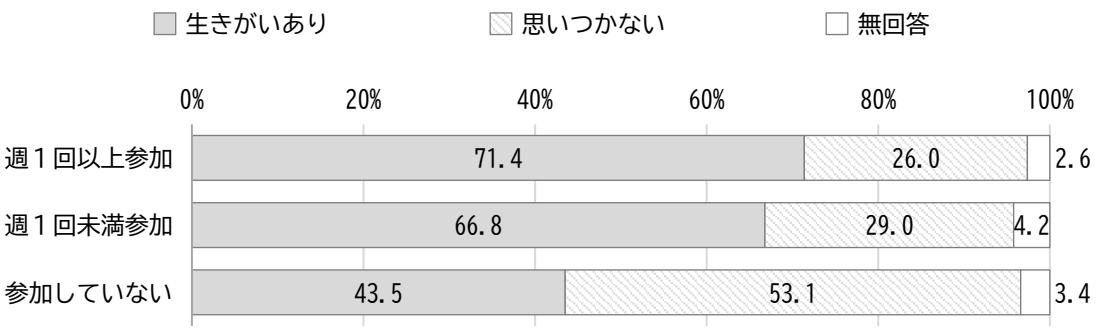


1-2-3 地域活動への参加頻度別の主観的幸福感（高齢一般 問７）



1-2-4 地域活動への参加頻度別の趣味・生きがいの有無（高齢一般 問４）





1-3　高齢者の就労支援

○　事業評価からは、予定通り事業を継続できていることがうかがえます。

○　一方で、アンケート調査結果からは、「仕事をしたいが、仕事がないので働いていない」場合にうつリスク該当率が高いことから、仕事をしたい高齢者が就労につながるためのサポートが必要であることが分かります。

事業評価より

【シルバー人材センターへの支援の継続】

- 補助金の交付を行うことで、当該法人が安定して事業を運営できる環境を支援し、結果として、高齢者の就労の場確保と事業の拡充支援を図ることができた。

【「こがねい仕事ネット」における就労支援の継続】

- 就労支援サイト「こがねい仕事ネット」に各種セミナー、イベントの情報を掲載し、継続して高齢者向けの就労支援情報を周知することができた。

データから分かること

- 仕事をしている割合、仕事をしたいが働いていない割合及び仕事をする意思がなく働いていない割合は、前回調査とほぼ変わらない。(1-3-1)。
- 就労状況別のうつリスク該当率を見ると、働いていない場合、特に、「仕事をしたいが、からだの具合が悪いので働いていない」「仕事をしたいが、仕事がないので働いていない」を合わせた、仕事をしたいが働いていない場合に該当率が高い（1-3-2)。
- 就労につながるために受けたいサポートとして、「高齢者向け求人情報の提供」「自宅や近所でできる仕事の紹介」が上位に挙がっている（1-3-3)。

地域課題

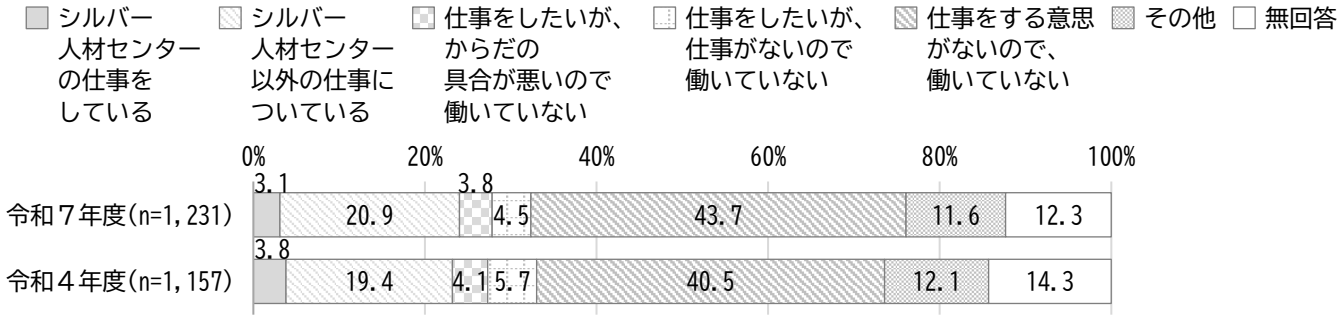
課題１：仕事をしたいが、働いていない場合のうつリスク該当率の高さ

仕事をしたいが働いていない場合のうつリスク該当率が高く（1-3-2)、仕事をしたい高齢者が就労につながるためのサポートが必要であると考えられる。

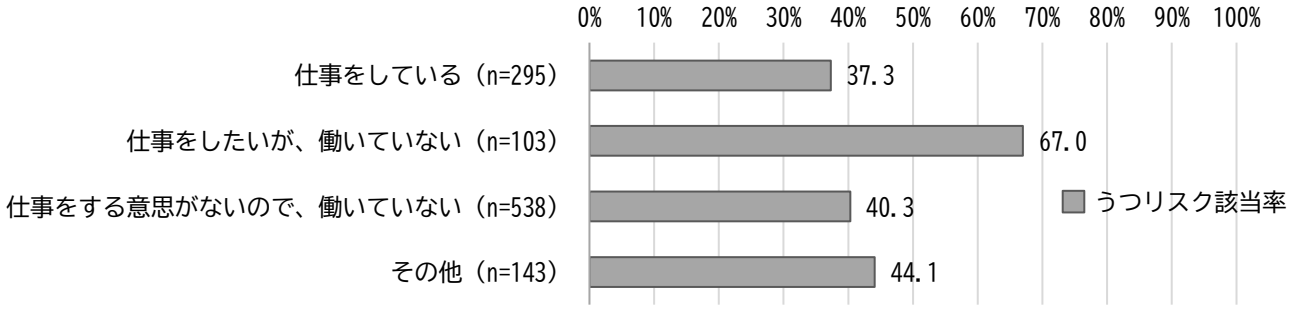
課題２：高齢期の多様な就労機会の確保

「高齢者向け求人情報の提供」や「自宅や近所でできる仕事の紹介」が求められていること（1-3-3）から、仕事をしたい高齢者がシルバー人材センターや高齢者向けの就労支援に関する情報を得られるよう一層の周知が必要であると考えられる。

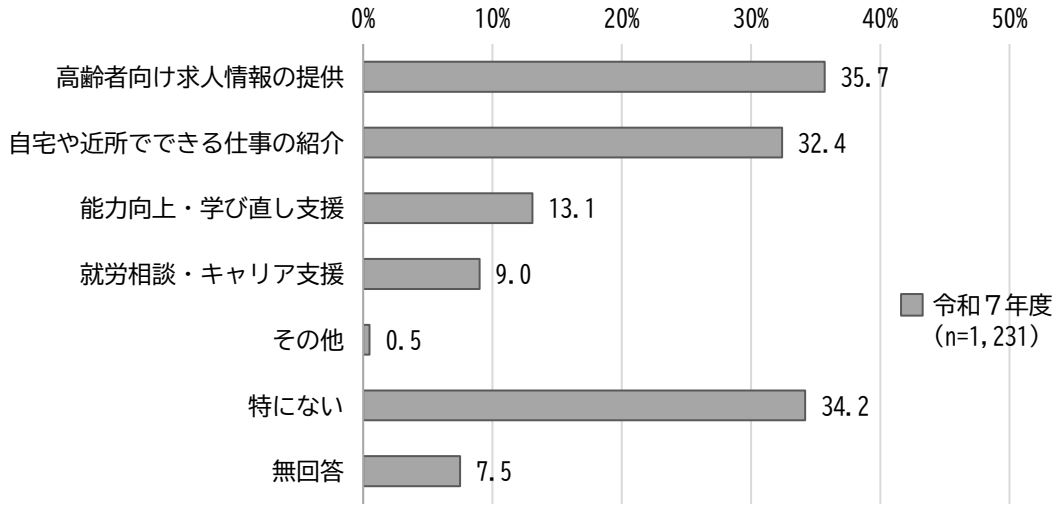
1-3-1 就労状況（高齢一般 問13）



1-3-2 就労状況とうつリスク該当率（高齢一般 問13）



1-3-3 就労につながるために受けたいサポート（高齢一般 問13）



基本目標２　地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり

２-１　在宅生活支援の充実

○　事業評価からは、既存の事業を着実に実施しつつ、新事業についても準備を進めることができていることがうかがえます。

○　在宅生活を希望する人が希望する生活を送ることができると思うには、利用できる生活支援サービスや地域包括支援センターについてより一層の周知が求められると考えられます。

事業評価より

【生活支援に資する高齢者福祉サービスの継続】

- おむつ給付、寝具乾燥、配食及び日常生活用具の給付並びに大掃除等の生活援助の各種生活支援に関する事業を実施した。
- 既存の配食サービスに加えて、民間配食事業者への委託を試験的に実施し、新サービスへの移行準備を行った。

【地域包括支援センターの機能強化（充実）】

- 市と地域包括支援センター管理者が定期的に打合せを行い、課題となっていることのすり合わせや情報共有により業務調整を図り、センターの業務負担軽減となるよう努めた。
- 介護福祉課で開催する事業等様々な機会を通じて地域包括支援センターの周知を行った。

データから分かること

- 介護実態調査では、施設等への「入所・入居は検討していない」割合は、前回調査とほぼ変わっておらず、介護の必要性が高まるにつれて下がっている（2-1-1）。
- 在宅意向調査では、今後も現在の自宅に住みたい割合が約６割となっており、要介護度が上がるにつれて下がっている（2-1-2）。
- 要介護認定者を含む世帯における困りごととして、「介護の負担」「医療費や介護費用など経済的なこと」の割合が高くなっている（2-1-3）。
- 地域包括支援センターを知っている割合は、高齢一般調査では前回調査とほぼ変わっていない（2-1-4）のに対し、在宅意向調査では前回調査から減少している（2-1-5）。

地域課題

課題１：介護の必要性が高まっても在宅生活を続けられる環境づくり

介護の必要性が高まるにつれて、在宅生活の継続を希望する割合は下がっている。要介護度が上がる等して、介護の必要性が高まっても、安心して在宅生活を続けられる環境づくりが期待される。

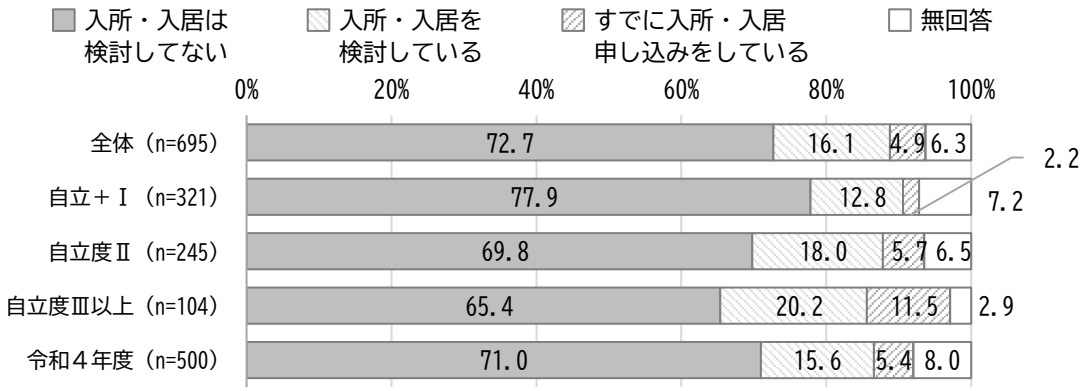
課題２：介護保険外サービスなども併用した介護負担の軽減

介護保険外サービスや地域資源の周知、レスパイト機能の充実などを進め、介護負担を軽減することで、在宅生活の継続につながると考えられる。

課題３：地域包括支援センターの認知度の低さ

高齢一般調査において、男女年齢階層別の認知度を見ると、男性 65～74 歳の「知らない」割合が高い。地域包括支援センターの認知度向上を図り、早期相談につながる体制を強化することが期待される。

2-1-1 施設等への入所・入居の検討状況（介護実態 問 10）

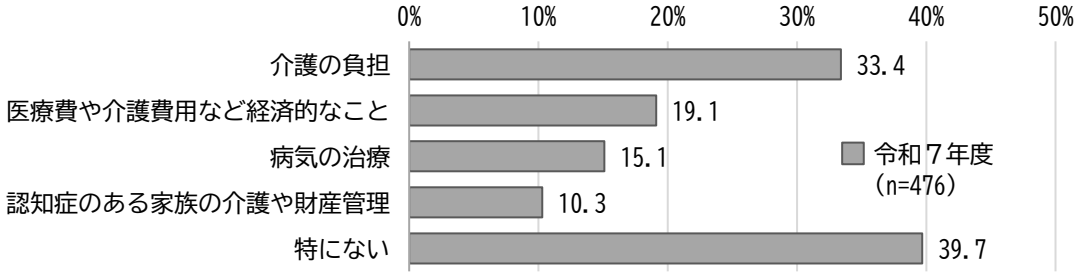


2-1-2 今後、暮らす場所として希望している住まい（在宅意向 問 19）

単位：%

	人数	介護サービスを利用しながら、現在の自宅に住みたい	介護サービスを利用しながら、家族の家に住みたい	特別養護老人ホームに住みたい	グループホームに住みたい	サービス付き高齢者向け住宅に住みたい	有料老人ホームに住みたい	すぐに入居できる施設等に移りたい	無回答
全体	476	61.6	4.8	9.7	1.9	2.7	5.5	1.7	12.2
要介護１	160	73.8	5.0	5.6	0.0	3.1	4.4	0.6	7.5
要介護２	111	61.3	6.3	8.1	4.5	3.6	3.6	2.7	9.9
要介護３以上	186	50.0	4.3	15.1	2.2	2.2	7.5	2.2	16.7

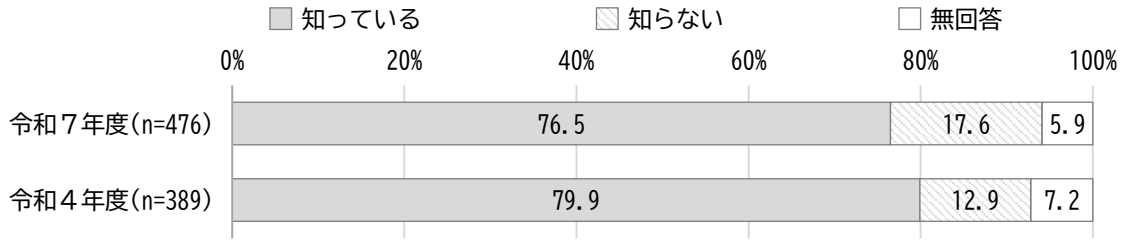
2-1-3 介護や子育てによる負担、生活困窮などの困りごと（抜粋）（在宅意向 問 17）



2-1-4 地域包括支援センターの認知度（高齢一般 問 10）

	人数	知っている	知らない	無回答
全体	1,231	58.8	38.7	2.4
令和４年度	1,157	58.0	38.2	3.8
男性 65～74 歳	284	38.0	60.9	1.1
男性 75～84 歳	222	57.2	40.5	2.3
男性 85 歳以上	63	63.5	30.2	6.3
女性 65～74 歳	281	65.1	34.5	0.4
女性 75～84 歳	249	72.3	23.3	4.4
女性 85 歳以上	107	68.2	27.1	4.7

2-1-5 地域包括支援センターの認知度（在宅意向 問 22）



2-2　認知症施策の総合的な推進

○　認知症に関する相談窓口の認知度は高まっています。事業評価からは、おおむね順調に事業が実施できていることがうかがえます。

○　状況は改善しつつあるものの、依然として認知症に対する拒否感は強く、新しい認知症観を軸とした、更なる理解促進が必要です。

事業評価より

【認知症の理解促進（推進）】

- 認知症サポーター養成講座等を通して、小中学生を含むあらゆる年齢層の人に対して認知症に関する知識の普及啓発を行った。認知症サポーターの累計養成者数の目標を達成できた。

【チームオレンジの整備（実施）】

- 認知症サポーター等の支援者と認知症の人やその家族も参加し、生活面の早期からの支援を行う「チームオレンジ」を市内の 4 圏域すべてに設置した。

【地域の居場所づくり（認知症カフェ等）の充実】

- 地域包括支援センターが主体となって認知症カフェを運営し、市でも周知を行った。

データから分かること

- 認知症に関する相談窓口の認知度は、前回調査より増加した（2-2-1）。
- 近所付き合いをしている場合のほうが、していない場合よりも認知症に関する相談窓口の認知度が高くなっている（2-2-2）。
- 認知症の人の状況で実際に大変だったこととして、本人の「サービスへの拒否がある」や「家族が認知症であることを受け入れること」が上位に挙がっている（2-2-3）。
- 新しい認知症観の認知度について、一般の人の認知度は低く、介護事業関係者には広まりつつあるが、十分ではない状況がうかがえる（2-2-4）。

地域課題

課題１：認知症に関する相談窓口の認知度の低さ

認知症に関する相談窓口の更なる普及が必要であると考えられる。また、近所付き合いをしているほど認知度が高く（2-2-2）、口コミなどで広まっていると考えられるため、正確な情報や分かりやすくシェアしやすい形式での発信が求められる。

課題２：本人や家族の認知症に対する拒否感

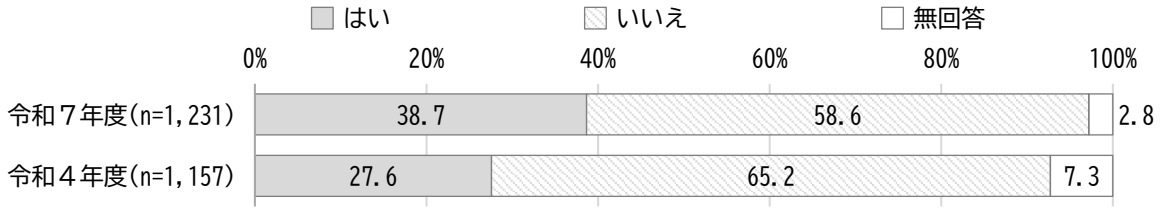
認知症に対する理解の広まりが十分ではなく、自分や身近な人が認知症になったときの備えが不足していると考えられる。

課題３：認知症に対する理解の不足

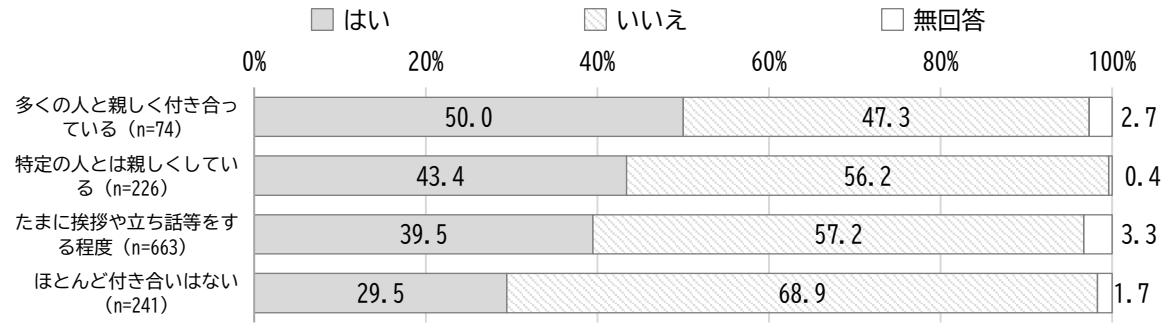
課題２と関連して、新しい認知症観などを通して、認知症に対する正しい理解を広め、本人と周囲が安心して暮らせる環境を整えていく必要があると考えられる。

※新しい認知症観：認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできることややりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間などとつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方。

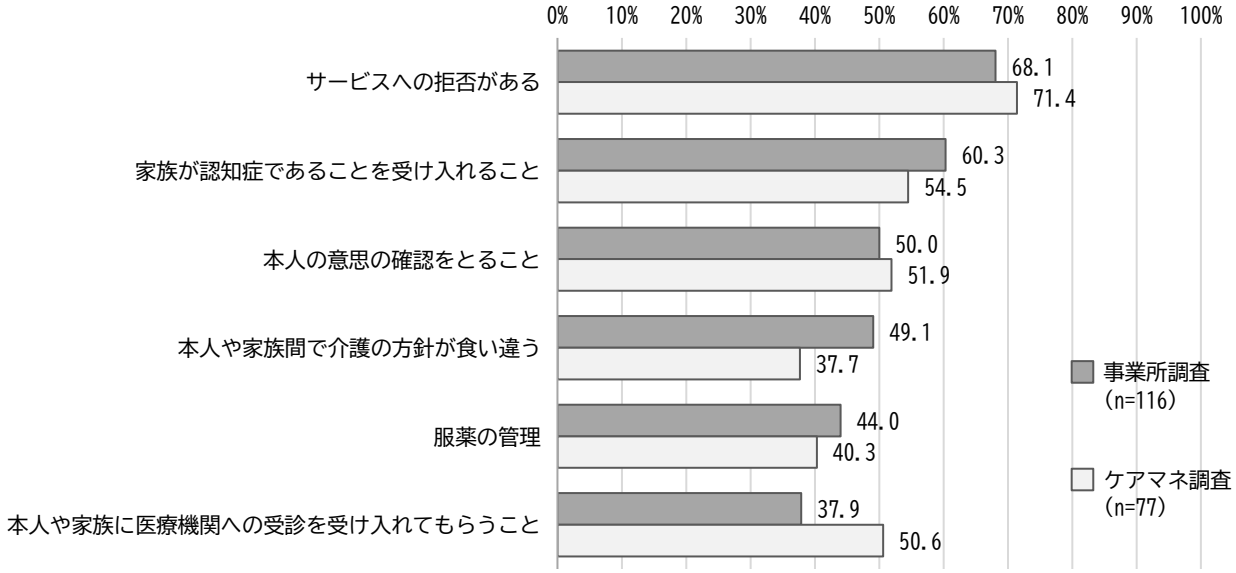
2-2-1 認知症に関する相談窓口の認知度（高齢一般 問８）



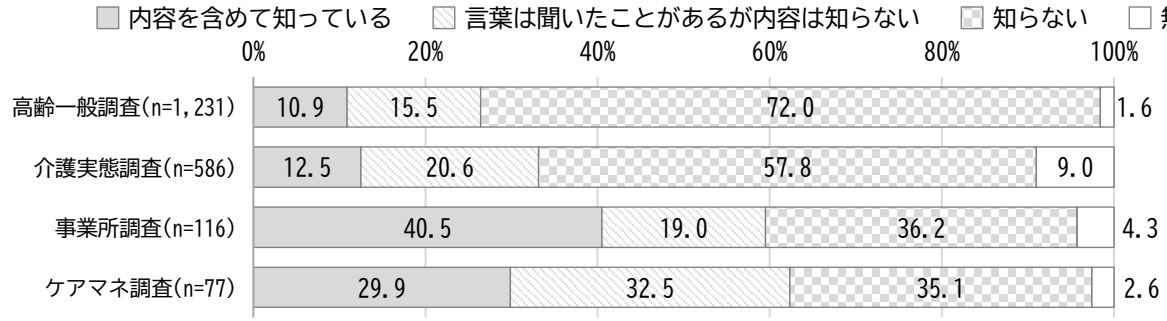
2-2-2 認知症に関する相談窓口の認知度（近所付き合いの程度別）（高齢一般 問８）



2-2-3 認知症の人の状況で大変だったこと（事業所調査の上位抜粋）（事業所 問 21 ケアマネ 問 27）



2-2-4 新しい認知症観の認知度（高齢一般 問８ 介護実態 問 15 事業所 問 25 ケアマネ 問 31）



2-3　在宅医療と介護の連携推進

○　事業評価からは、おおむね予定通り実施できているものの、課題解決に向けて踏み込んだ取組を行うことが難しかったことがうかがえます。

○　ＡＣＰ（人生会議）の普及啓発や研修会等の取組の引き続きの実施、医療・介護の円滑な連携のための仕組みづくりが必要とされています。

事業評価より

【ＡＣＰ（人生会議）等の普及啓発の充実】

- 医療・介護従事者向けの研修会を開催した。
- 看取りに関するパンフレットを各医療機関、関係機関、市窓口等にて配布し普及啓発を行った。

【在宅医療・介護連携推進に関する検討の実施】

- 在宅医療・介護連携推進会議、課題別各部会を実施し、医療・介護の連携の課題について、解決に向けて検討した。

データから分かること

- ＡＣＰについて、「知っていて話し合ったことがある」割合は低くとどまっている（2-3-1）。
- ＡＣＰの認知度について、在宅意向調査において要介護度別に見ると、要介護度が上がるにつれて「知らない」割合が高くなっている（2-3-2）。
- ある程度以上に医療・介護が連携していると思う割合は８割前後となっている一方で、十分連携していると思う割合は低くとどまっている（2-3-3）。
- 在宅医療と介護の連携を円滑にするための仕組みづくりに必要なこととして「他職種との顔の見える関係づくり、交流を進める」、「ＩＣＴの利活用を推進する」、「入退院時に関する医療と介護の連携方法を明確にする」が上位に挙がっている（2-3-4）。

地域課題

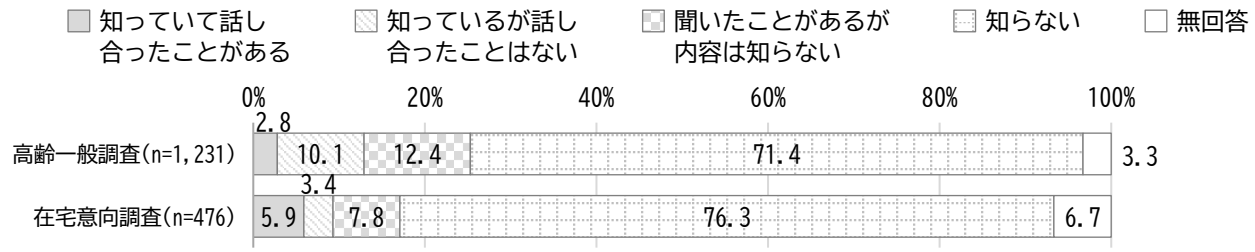
課題１：ＡＣＰ実施率の低さ

ＡＣＰの認知度や実施率は低くとどまっており、必要性が認知されていない状況と考えられる。ＡＣＰの周知により、早期から人生の最終段階で受けたい医療やケアについて話し合う必要性について理解を得るとともに、気軽に実施できるような環境づくりが必要であると考えられる。

課題２：医療・介護の連携が十分ではないこと

在宅療養者への医療・介護が十分連携していると思う割合は、低くとどまっている（2-3-3）。円滑な医療介護の連携のため、在宅医療・介護連携支援室を設置し運営を行っているが介護、看護等の多職種への支援室の周知が不十分なため、仕組みはあるものの、必要な情報共有がされにくい実態もある。引き続き在宅医療・介護連携支援室を適切に機能させるため、多職種が連携しやすい体制、連携方法のルール化をするなど容易に連携のできる仕組みの運用が望まれる。

2-3-1 ＡＣＰの認知度（高齢一般 問 12 在宅意向 問 12）

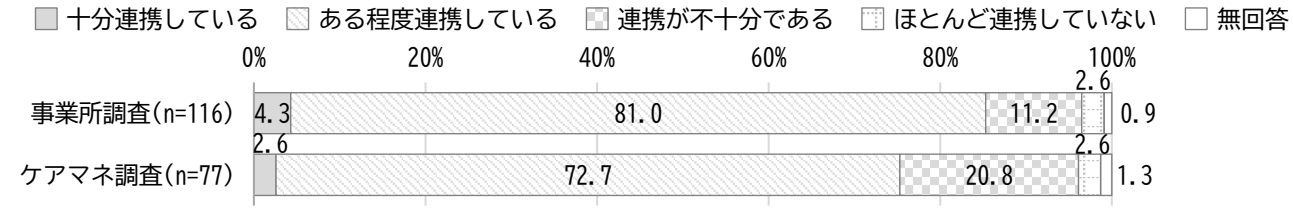


2-3-2 ＡＣＰの認知度（要介護度別）（在宅意向 問 12）

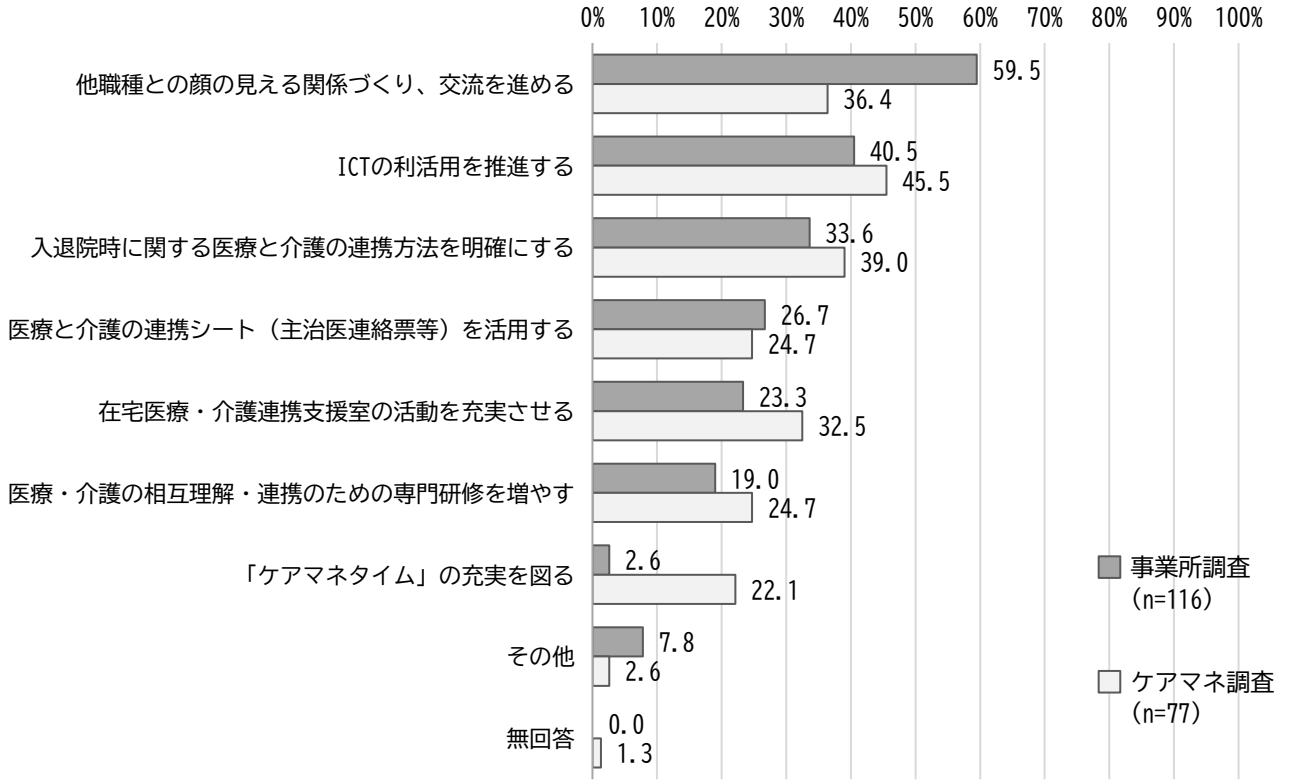
単位：%

	人数	知っていて話し合ったことがある	知っているが話し合ったことはない	聞いたことがあるが内容は知らない	知らない	無回答
全体	476	5.9	3.4	7.8	76.3	6.7
要介護１	160	5.0	6.3	8.1	74.4	6.3
要介護２	111	5.4	3.6	9.9	77.5	3.6
要介護３以上	186	7.0	1.1	5.4	79.0	7.5

2-3-3 在宅療養者への医療・介護は連携していると思うか（事業所 問 18 ケアマネ 問 25）



2-3-4 在宅医療と介護の円滑な連携の仕組みづくりに必要なこと（事業所 問 17 ケアマネ 問 26）



2-4　生活支援体制整備の推進

○　事業評価からは、おおむね予定通り事業を実施できていることがうかがえます。

○　データからは、自宅以外の居場所がない人のうつ・認知症・閉じこもりリスク該当率が高く、居場所づくりによる予防が期待されます。

○　生活支援コーディネーターを中心とした、地域資源の見える化やネットワーク化、ニーズと地域資源のマッチングなどの取組が、より一層必要とされています。

事業評価より

【地域課題検討の協議の充実】

- 圏域で生じている課題に対して、関係する地域住民や介護事業所、商店会等の地域の社会資源と生活支援コーディネーターを中心とした第２層生活支援協議体での検討を行い、第１層協議体で、市全体で取り組むべき課題の整理等を図った。

【地域の居場所に対する支援の推進】※再掲

- 居場所の立ち上げや活動継続について、生活支援コーディネーターを中心に関係機関等と連携し、情報提供や周知の協力等を通して支援した。
- おおむね予定通り事業を実施し、市内の居場所情報をまとめた冊子に、目標を超えて居場所を掲載することができた。

データから分かること

- 定期的に顔を出したり、仲間たちで集まる、自宅以外の居場所が「ある」割合は約３割～３割を超える程度となっている（2-4-1）。
- 自宅以外の居場所が「ない」場合のうつ・認知症・閉じこもりリスク該当率は、「ある」場合よりも 10 ポイント以上高い（2-4-2）。
- さくら体操やサロン等の通いの場に「参加している」割合は低い（2-4-3）。
- 利用したい居場所として「日中の好きな時間に気兼ねなく集まれる居場所」、「健康づくりやレクリエーションなどのプログラムが用意してある居場所」が上位に挙がった（2-4-4）

地域課題

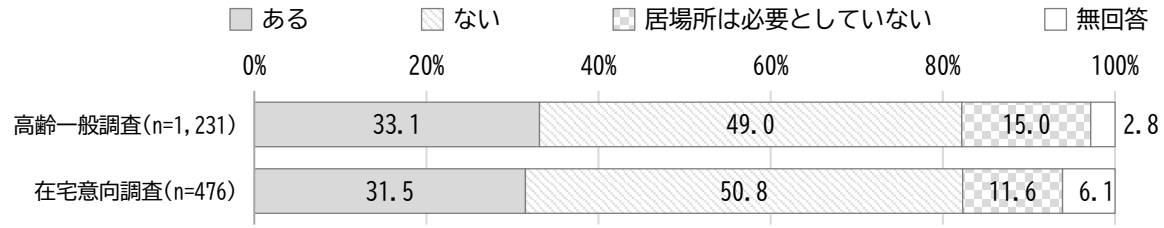
課題１：自宅以外に居場所がない場合のうつ・認知症・閉じこもりリスク該当率の高さ

自宅以外の居場所がない場合のうつ・認知症・閉じこもりリスク該当率が高く、自宅以外の居場所を求めている人が、自宅以外の居場所につながれるような支援が必要であると考えられる。

課題２： 集まりやすく、目的をもった居場所の整備

通いの場に参加している割合は低く、通いの場などへの参加の促しとともに、参加したくなるような居場所の整備が求められていると考えられる。どのような居場所があれば利用したいと思うか、という設問の回答から、日時や場所にとらわれず、自由に参加できるような集まりやすい居場所、また、ただ集まるのではなく、目的をもって集まれるような居場所が求められていると考えられる。

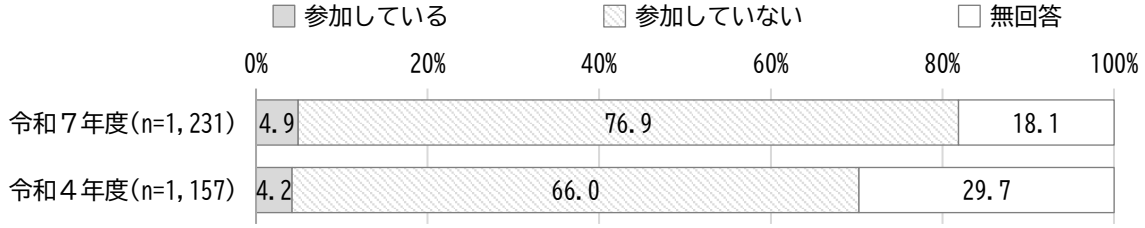
2-4-1 自宅以外の居場所（高齢一般 問 12 在宅意向 問 10）



2-4-2 自宅以外の居場所の有無別の要介護リスク該当率（高齢一般 問2 問3 問4 問7）

	人数	運動器機能	低栄養	咀嚼機能	うつ	認知症	閉じこもり	IADL
全体	1,231	10.7	9.3	23.6	43.2	39.2	12.3	2.4
ある	408	7.4	9.6	20.3	38.0	34.6	5.4	1.0
ない	603	14.3	9.3	27.4	50.2	45.1	16.1	3.3
居場所は必要としていない	185	5.9	9.2	18.9	30.3	29.2	13.5	3.2

2-4-3 さくら体操やサロン等の通いの場への参加（高齢一般 問5）



2-4-4 自宅以外の居場所の有無別の、どのような居場所があれば利用したいと思うか（抜粋）

（高齢一般 問 12）

	人数	町会・自治会単位で集まれる居場所	住んでいる地域に関係なく、市内の好きなところに顔を出せる居場所	決まった曜日や時間に集まれる居場所	日中の好きな時間に気兼ねなく集まれる居場所	健康づくりやレクリエーションなどのプログラムが用意してある居場所	本、パソコンや将棋用具等の娯楽用具が置いてある居場所	世代間の交流ができる居場所
全体	1,231	5.8	19.9	8.9	33.6	33.6	17.5	12.8
ある	408	10.5	28.2	18.1	39.2	40.9	20.8	16.9
ない	603	4.1	17.7	5.0	36.7	34.8	18.2	12.4
居場所は必要としていない	185	2.2	9.2	2.2	14.1	17.8	10.8	4.9

2-5　ケアラー（介護者）への支援の促進

○　事業評価からは、おおむね予定通り事業を実施できていることがうかがえます。

○　特に、認知症の人の介護者が悩みを相談できる場所の整備が進んでいます。

○　助けが必要なケアラーに、必要とする資源が届くよう、更なる相談体制の構築が必要です。

事業評価より

【庁内の横断的な連携体制の構築（実施）】

- ヤングケアラーや多世代・経済的な問題を抱える介護者への支援等、複合的な課題を抱える介護者支援のため、福祉総合相談窓口と地域包括支援センターの連携強化等、円滑な支援のための体制整備に努める。

【チームオレンジの整備（実施）】※再掲

- 認知症サポーター等の支援者と認知症の人やその家族も参加し、生活面の早期からの支援を行う「チームオレンジ」を市内の 4 圏域すべてに設置した。

【介護者の負担軽減の推進】

- 認知症のある人や介護する家族の方を対象に家族介護教室、家族介護継続支援事業を実施し、交流の機会の確保、介護による精神的負担の軽減を図った。

データから分かること

- 働いている主な介護者の割合は、前回調査よりも増加した（2-5-1）。
- 働いている主な介護者のうち、今後も問題なく働きながら介護を続けていける割合は前回調査よりも減少した（2-5-2）。
- 主な介護者のうち、介護に関する相談先がある割合は約４人に３人であり、ビジネスケアラーが多い 40 代・50 代で孤立している割合が高かった（2-5-3）。
- 主な介護者にあるとよい支援として、「医療関係者の定期的な家庭訪問」、「家族介護者のための相談事業・精神的サポート」、「介護保険以外の福祉サービスの紹介」などが上位に挙がった（2-5-4）。

地域課題

課題１：主な介護者の負担と孤立

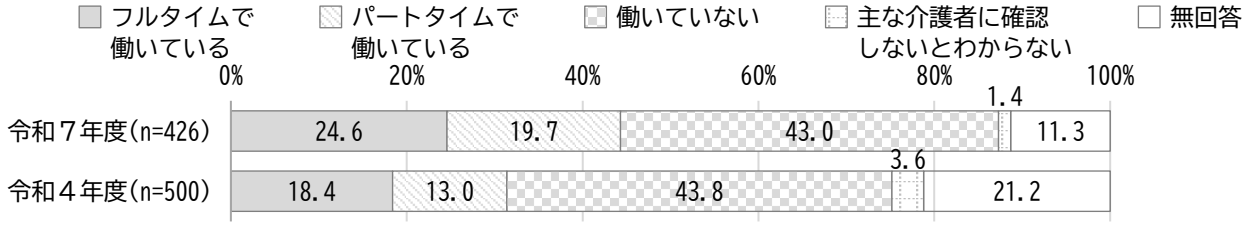
働いている介護者のうち、今後も問題なく働きながら介護を続けていける割合は約２割にとどまっている（2-5-2）。主な介護者の負担は依然として大きいと考えられ、働いている主な介護者については、多くが問題を感じながら働いており介護離職に至るリスクを内包していると考えられる。

介護に関する相談先がある割合は、約４人に３人にとどまっている（2-5-3）。負担と孤立による負の循環に陥りやすいケアラーには早期の気づき・支援が必要であり、そのための情報提供・発信、普及啓発が特に重要である。

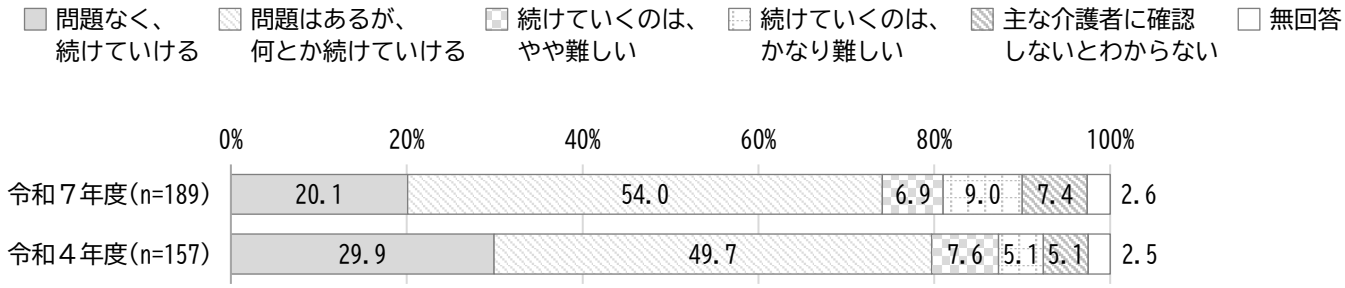
課題２：本人や主な介護者の状況に応じた支援

主な介護者にあるとよい支援を、本人の自立度、家族構成、主な介護者の就労状況別に見ると、状況によって、求められている支援の様相が異なることがうかがえる。広く求められる支援の体制を整備するとともに、本人や主な介護者の状況に応じた支援を届ける必要があると考えられる。

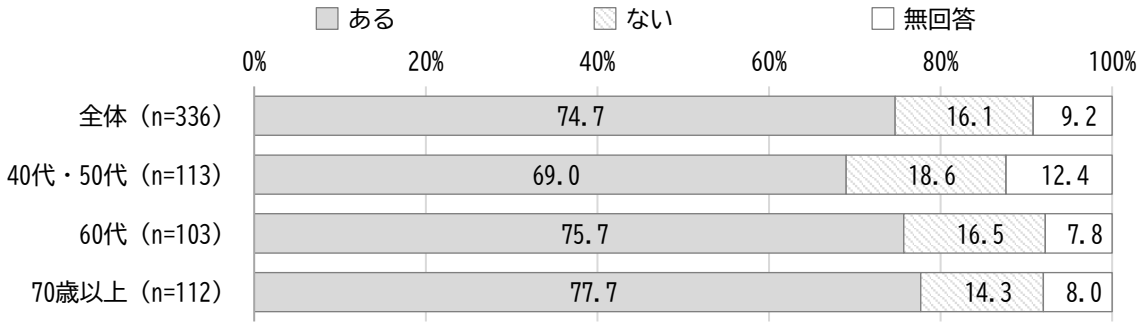
2-5-1 主な介護者の勤務形態（介護実態 問17）



2-5-2 主な介護者の仕事と介護の両立の可能性（介護実態 問19）



2-5-3 主な介護者の介護に関する相談先の有無（介護実態 問22）



2-5-4 主な介護者にあるとよい支援（介護実態 問20）

単位：%

	人数	医療関係者の定期的な家庭訪問	家族介護の知識・技術の支援	認知症の知識や介護技術の支援	食事の指導や歯科・口腔ケアの支援	家族介護者のための相談事業・精神的サポート	家族介護者の交流会・レクリエーション	介護事業者やケアマネジャーの紹介	介護保険以外の福祉サービスの紹介	その他	無回答
全体	336	32.7	25.9	23.5	17.9	31.3	4.8	11.0	31.0	7.7	23.2
自立＋Ⅰ	122	32.8	25.4	13.1	13.9	20.5	4.1	13.1	32.8	7.4	33.6
自立度Ⅱ	143	31.5	21.0	25.9	18.9	35.0	6.3	9.1	30.1	9.1	19.6
自立度Ⅲ以上	62	37.1	40.3	38.7	25.8	41.9	3.2	11.3	29.0	4.8	8.1
単身世帯	120	40.0	22.5	20.0	20.8	25.0	5.8	12.5	33.3	7.5	26.7
夫婦のみ世帯	91	29.7	28.6	25.3	17.6	34.1	4.4	12.1	27.5	7.7	19.8
その他	122	27.9	27.9	26.2	15.6	36.1	4.1	8.2	32.0	8.2	21.3
フルタイム	75	44.0	22.7	21.3	25.3	26.7	6.7	18.7	34.7	8.0	16.0
パートタイム	61	34.4	21.3	24.6	9.8	29.5	1.6	9.8	41.0	4.9	18.0
働いていない	147	29.9	32.7	29.3	20.4	40.1	6.1	10.9	30.6	10.9	16.3

基本目標３　地域共生社会の実現に向けた仕組みづくりと人材育成

３-１　地域づくりの推進

○　事業評価からは、おおむね予定通り事業を実施できていることがうかがえます。

○　一方で、世代を超えた身近な関係づくりには踏み込めていないとみられます。

○　地域住民との関係づくりの促しやきっかけづくりなど、取組を検討する必要があります。

事業評価より

【地域課題検討の協議の充実】※再掲

- 圏域で生じている課題に対して、関係する地域住民や介護事業所、商店会等の地域の社会資源と生活支援コーディネーターを中心とした第２層生活支援協議体での検討を行い、第１層協議体で、市全体で取り組むべき課題の整理等を図った。

【地域の居場所に対する支援の推進】※再掲

- 居場所の立ち上げや活動継続について、生活支援コーディネーターを中心に関係機関等と連携し、情報提供や周知の協力等を通して支援した。
- おおむね予定通り事業を実施し、市内の居場所情報をまとめた冊子に、目標を超えて居場所を掲載することができた。

データから分かること

- 隣近所の人と親しくしている割合は前回調査よりも増加した一方、ほとんど付き合いはない割合も増加している（3-1-1）。
- 65 歳以上の全ての年代において、男性の「ほとんど付き合いはない」割合は女性よりも高く、若いほど付き合いがない割合が高い（3-1-1）。
- 一人暮らしの場合、近所付き合いがほとんどない割合が高い（3-1-1）。
- 近所付き合いをしているほど幸福感が高い（3-1-3、3-1-4）。

地域課題

課題１：男性や一人暮らしにおけるほとんど近所付き合いがない割合の高さ

男性や一人暮らしの場合、近所付き合いがほとんどない割合が高い（3-1-1）。若いうちからの継続的な近所付き合いが必要であると考えられ、男性や一人暮らしの人への積極的な声かけの推進等が必要であると考えられる。

課題２：ほとんど近所付き合いがない場合の主観的幸福感の低さ

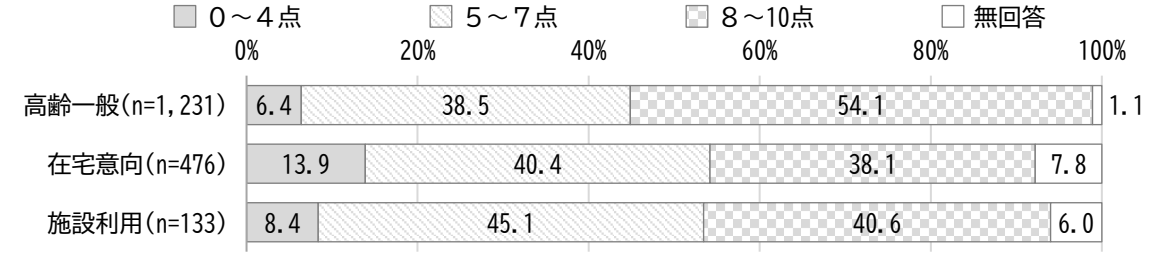
近所付き合いと主観的幸福感には関係があると考えられ、たまに挨拶等をする程度でも近所付き合いがある場合は、近所付き合いのない場合と比べて主観的幸福感は高い（3-1-3、3-1-4）。特にケアを受けながら在宅で暮らす高齢者に対する声かけの推進等の取組が必要であると考えられる。

3-1-1 隣近所の人との近所付き合いの程度（高齢一般 問 12）

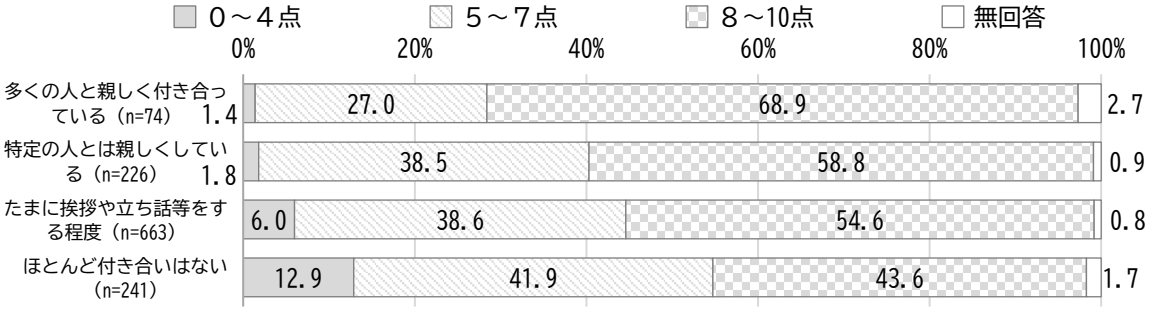
単位：%

	人数	多くの人と親しく付き合いっている	特定の人とは親しくしている	たまに挨拶や立ち話等をする程度	ほとんど付き合いはない	無回答
全体	1,231	6.0	18.4	53.9	19.6	2.2
令和４年度	1,157	6.5	17.0	55.1	17.0	4.3
男性 65～74 歳	284	1.8	12.7	54.2	30.6	0.7
男性 75～84 歳	222	6.8	18.5	49.5	22.5	2.7
男性 85 歳以上	63	9.5	14.3	50.8	17.5	7.9
女性 65～74 歳	281	6.8	19.2	55.5	17.1	1.4
女性 75～84 歳	249	7.2	21.3	59.4	10.4	1.6
女性 85 歳以上	107	8.4	25.2	44.9	16.8	4.7
一人暮らし	246	5.3	17.1	47.2	27.6	2.8
夫婦二人暮らし	578	5.9	19.9	53.3	19.2	1.7
息子・娘との二世帯	157	6.4	15.9	60.5	14.0	3.2
その他	181	6.1	16.6	53.6	21.5	2.2

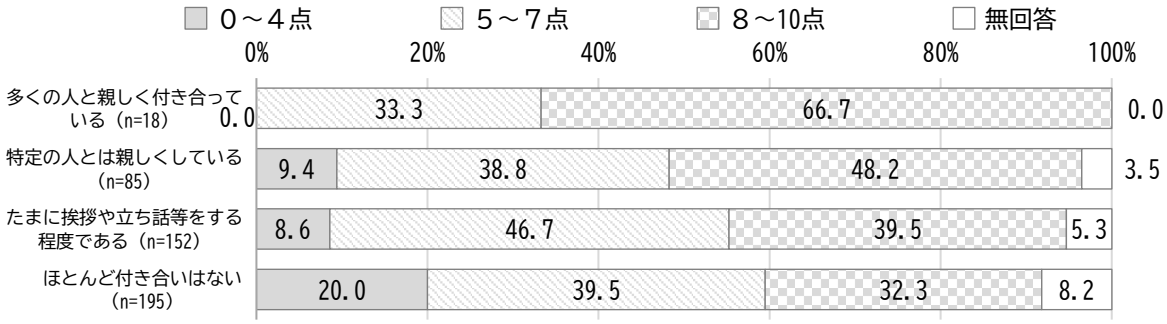
3-1-2 主観的幸福感（高齢一般 問７ 在宅意向 問２ 施設利用 問９）



3-1-3 近所付き合いの程度別の主観的幸福感（高齢一般 問７）



3-1-4 近所付き合いの程度別の主観的幸福感（在宅意向 問２）



3-2　高齢者の見守り施策の推進

○　事業評価からは、一人暮らし高齢者を重点として、高齢者の見守り体制を強化していることがうかがえます。

○　地域での見守りについても、事業者との連携が進んでいます。

○　手段的支援者がいない等、社会的に孤立している層も存在します。ボランティアによる訪問支援や住民相互の見守りや声掛けがいっそう期待されます。

事業評価より

【高齢者見守り支援事業の推進】

- 一人暮らし高齢者等の安否確認を行った。ＩＣＴを活用した見守り事業の検討を行った。

【事業者との連携による見守りの推進】

- 介護関連だけでなく、ライフラインや市内の商店等の民間事業者と協定締結を行い、民間事業者の協力による緩やかな見守り体制の構築を推進した。
- 協定締結事業者を増やすことができた。

データから分かること

- 心配事や悩みを聞いてくれるなどの情緒的な支援をしてくれる人として、男性では「配偶者」女性では「友人」や「別居の子ども」が多く挙がった（3-2-1）。
- 一人暮らしの場合、情緒的な支援をしてくれる人がいない割合が、他の家族構成の場合と比べて高い（3-2-1）。
- 看病や世話をしてくれるなどの手段的な支援をしてくれる人として、男女ともに「配偶者」の割合が高い（※女性 85 歳以上を除く）（3-2-2）。
- 一人暮らしの場合、手段的な支援をしてくれる人がいない割合が、他の家族構成の場合と比べて突出して高い（3-2-2）。
- 男性では 65～74 歳の場合、女性では 85 歳以上の場合に手段的な支援をしてくれる人がいない割合が高い（3-2-2）。

地域課題

課題１：一人暮らしの場合の孤立

一人暮らしの場合、情緒的・手段的な支援をしてくれる人がいない割合が高い（3-2-1、3-2-2）。特に、手段的な支援をしてくれる人がいない割合は約３割と、深刻な状態であると考えられる。一人暮らしの高齢者に向けて積極的な支援が必要であると考えられる。

課題２：家族・親戚以外の手段的な支援者の少なさ

手段的な支援をしてくれる人を見ると、配偶者や子ども、親戚が多く、情緒的な支援をしてくれる人に比べて、「近隣」や「友人」の割合が低い（3-2-1、3-2-2）。家族や親戚のみに頼るのではなく、手段的な支援についても身近な近隣住人や友人などで支え合うことができるような地域づくり・仕組みづくりが求められていると考えられる。

3-2-1 情緒的支援者（高齢一般 問6）

単位：%

	人数	配偶者	同居の子ども	別居の子ども	兄弟姉妹・親戚・親・孫	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答
全体	1,231	54.2	16.4	32.7	28.4	5.3	45.6	2.3	6.1	0.6
男性 65～74 歳	284	66.9	8.5	18.0	15.8	1.4	38.0	4.6	10.6	0.0
男性 75～84 歳	222	69.8	8.6	24.8	23.0	1.8	33.8	1.4	8.1	0.9
男性 85 歳以上	63	68.3	15.9	33.3	19.0	3.2	11.1	0.0	3.2	0.0
女性 65～74 歳	281	54.4	19.6	47.3	38.1	8.9	69.0	2.8	1.8	0.4
女性 75～84 歳	249	37.8	23.3	38.2	37.3	8.0	52.6	1.2	4.4	0.8
女性 85 歳以上	107	18.7	30.8	39.3	33.6	9.3	35.5	0.9	6.5	0.9
一人暮らし	246	2.4	0.4	35.8	34.1	10.2	48.8	2.4	16.7	1.2
夫婦二人暮らし	578	81.7	1.4	37.0	27.2	4.5	45.7	1.9	3.3	0.0
息子・娘との二世帯	157	46.5	51.0	20.4	29.3	3.8	44.6	1.3	3.8	1.3
その他	181	47.5	47.0	27.6	27.1	3.9	46.4	4.4	3.3	0.0

3-2-2 手段的支援者（高齢一般 問6）

単位：%

	人数	配偶者	同居の子ども	別居の子ども	兄弟姉妹・親戚・親・孫	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答
全体	1,231	61.1	21.4	26.5	11.8	1.0	3.7	1.5	8.9	1.1
男性 65～74 歳	284	74.6	10.2	11.3	7.7	0.4	1.8	2.1	12.3	0.7
男性 75～84 歳	222	77.9	14.9	20.3	9.0	0.5	1.8	0.9	5.4	0.5
男性 85 歳以上	63	66.7	22.2	25.4	14.3	0.0	0.0	1.6	6.3	0.0
女性 65～74 歳	281	63.7	24.2	31.0	11.4	1.4	6.8	1.4	8.9	0.7
女性 75～84 歳	249	45.0	30.1	36.1	18.9	2.0	5.2	1.6	7.6	1.6
女性 85 歳以上	107	18.7	38.3	46.7	12.1	0.9	1.9	0.9	11.2	2.8
一人暮らし	246	2.8	0.4	37.4	24.0	2.8	8.5	2.8	31.7	3.3
夫婦二人暮らし	578	92.4	2.2	27.5	8.1	0.5	2.8	0.5	2.9	0.2
息子・娘との二世帯	157	51.6	75.2	17.8	6.4	0.0	0.6	0.6	0.6	1.3
その他	181	51.9	54.1	18.8	13.3	1.1	2.2	3.3	5.5	0.6

3-3　権利擁護の推進

○　事業評価から、おおむね予定通り事業を実施できていることがうかがえます。

○　一方で、高齢者を取り巻く幅広い市民の高齢者虐待に関する理解という観点では、更なる取組が期待されます。

○　他事業との連携など、幅広い観点から、虐待の起こらない環境づくりに取り組む必要があります。

事業評価より

【消費者被害の未然防止の推進】

- 高齢者及び高齢者の周囲の方（見守り協力者）向けに消費者講座を開催したり、関係機関が協力体制を構築し、高齢者の消費者被害防止を図ったりした。
- LINE やライブ配信等を活用し、多くの人に情報を届けることができた。

【高齢者虐待防止対策の継続】

- 高齢者虐待について適切な対応ができるよう事例検討会を行った。また、高齢者虐待についての啓発や虐待対応窓口の周知を行った。

データから分かること

- 成年後見制度を「内容までよく知っている」割合はどの調査においても 1 割前後であり、低い割合にとどまっている（3-3-1）
- 暮らしの問題や福祉について困りごとがあったときに相談する場所は、公的な窓口に限定すると、高齢一般調査では「市の相談窓口」、在宅意向調査及び施設利用調査では「地域包括支援センター」の割合が最も高くなっている（3-3-2）。
- ケアマネ調査では、高齢者虐待を未然に防ぐために必要なこととして、「家族介護者等の負担軽減に向けた支援」、「家族介護者等の相談対応」、「虐待に対する知識の普及啓発」が上位に挙がっている（3-3-3）。

地域課題

課題１：成年後見制度の認知度の低さ

成年後見制度では制度の特性上、制度が必要となる前から本人や周囲が制度についてよく知っていることが重要であると考えられる。更なる周知が期待される。

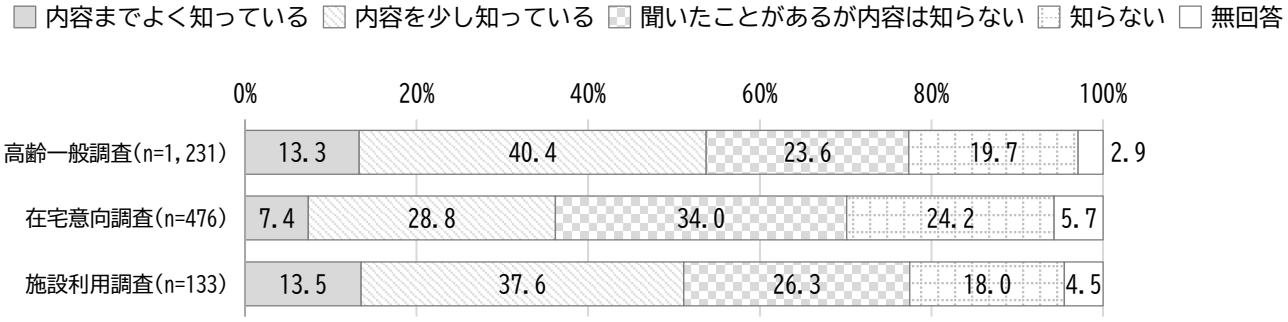
課題２：公的な窓口への相談割合の低さ

調査によってどこに相談するか傾向が異なるが、暮らしの問題や福祉について困りごとがあったときに、公的な窓口に相談できるよう、更なる周知が期待される。

課題３：家族介護者等への支援

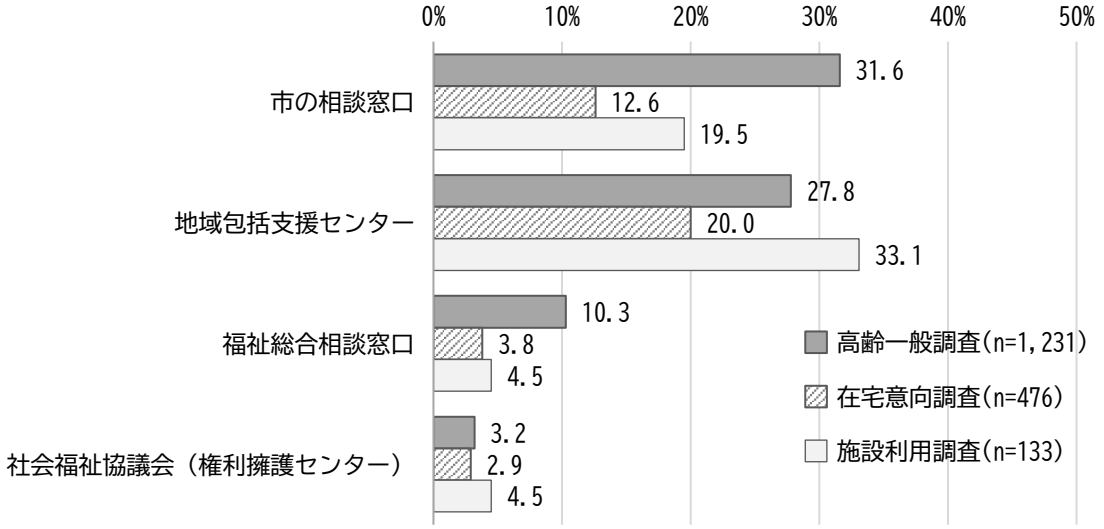
虐待に対する知識の普及啓発などを通して、虐待の早期発見の体制を強化するとともに、家族介護者等へのレスパイト支援や相談支援など、虐待の起こらない環境づくりを進めることが期待される。

3-3-1 成年後見制度の認知度（高齢一般 問 12 在宅意向 問 14 施設利用 問 14）

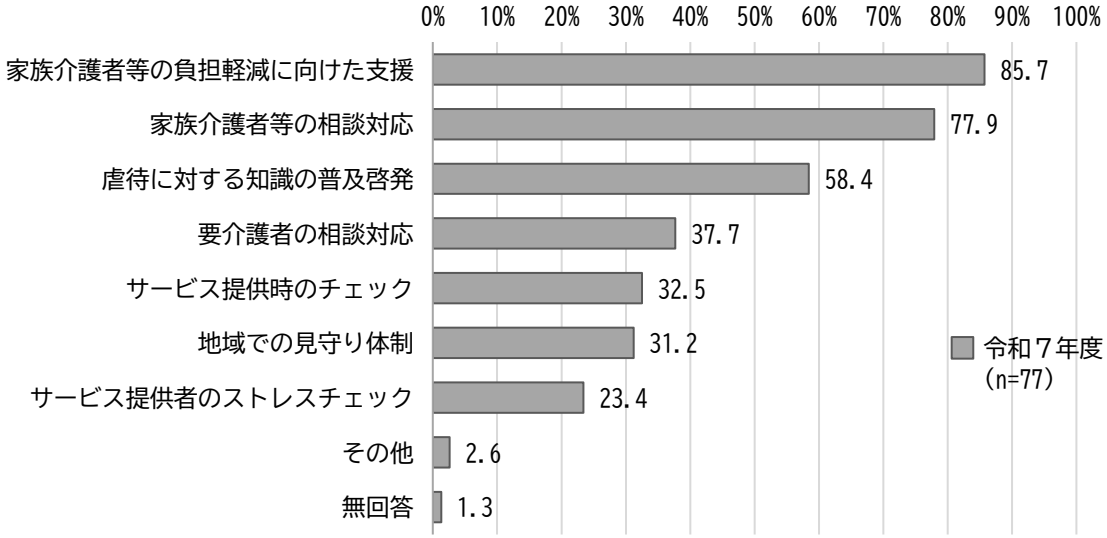


3-3-2 暮らしの問題や福祉について困りごとの相談場所（抜粋）

（高齢一般 問 12 在宅意向 問 18 施設利用 問 13）



3-3-3 高齢者虐待を未然に防ぐために必要なこと（ケアマネ 問 39）



3-4　介護人材の確保及び育成・定着支援

○　市は多角的な視点から、介護人材・事業所の支援に取り組んでいます。

○　調査結果からは、職場内のコミュニケーションや適切な人員配置など、職場環境の維持向上が、人材確保のためには重要とみられます。

○　また、業務効率化や人材育成等の取組を進めることが、生産性向上や経営基盤の強化につながるとみられます。

事業評価より

【介護支援ボランティアポイント事業の推進】

- 事業所においてボランティアを行った高齢者に、ポイントを付する事業を推進した。
- 登録者数・活動者数・受入れ事業所数の増加を目指し、意見交換会の開催や周知を行ったが、登録者数の増加には至らなかった。

【介護分野への就労支援の継続】

- ハローワークとの共催による就職面接会や、介護職員初任者研修の実施・受講料の助成等を行った。

【ケアマネジャーへの支援の実施】

- ケアプラン点検や研修を通した「受給者が真に必要とするサービスの確保を図るための資質の向上」、ＩＣＴの導入・活用に関する情報の周知等を通した「事務量の削減」、地域包括支援センターとの連携等による「支援体制の構築」を中心に実施した。

データから分かること

- サービスや生産性向上の取組において、人材が確保できている事業所はできていない事業所に比べて「適切な人員配置」「業務効率化」「職員の処遇改善」「事業所内での検討会」「事業者間の交流」等で差が大きかった（3-4-1、3-4-2）。
- サービスや生産性向上の取組において、直前の決算年度の採算が黒字の事業所は赤字の事業所に比べて「人材育成」「外部研修会への出席」「事業者連絡会への出席」「業務効率化」等で差が大きかった（3-4-1、3-4-2）。
- ケアマネジャーを続けていくに当たり、改善が必要だと思うこととして、「報酬の低さ」「事務処理の煩雑さ」「人手不足」が上位に挙がっている（3-4-3）。

地域課題

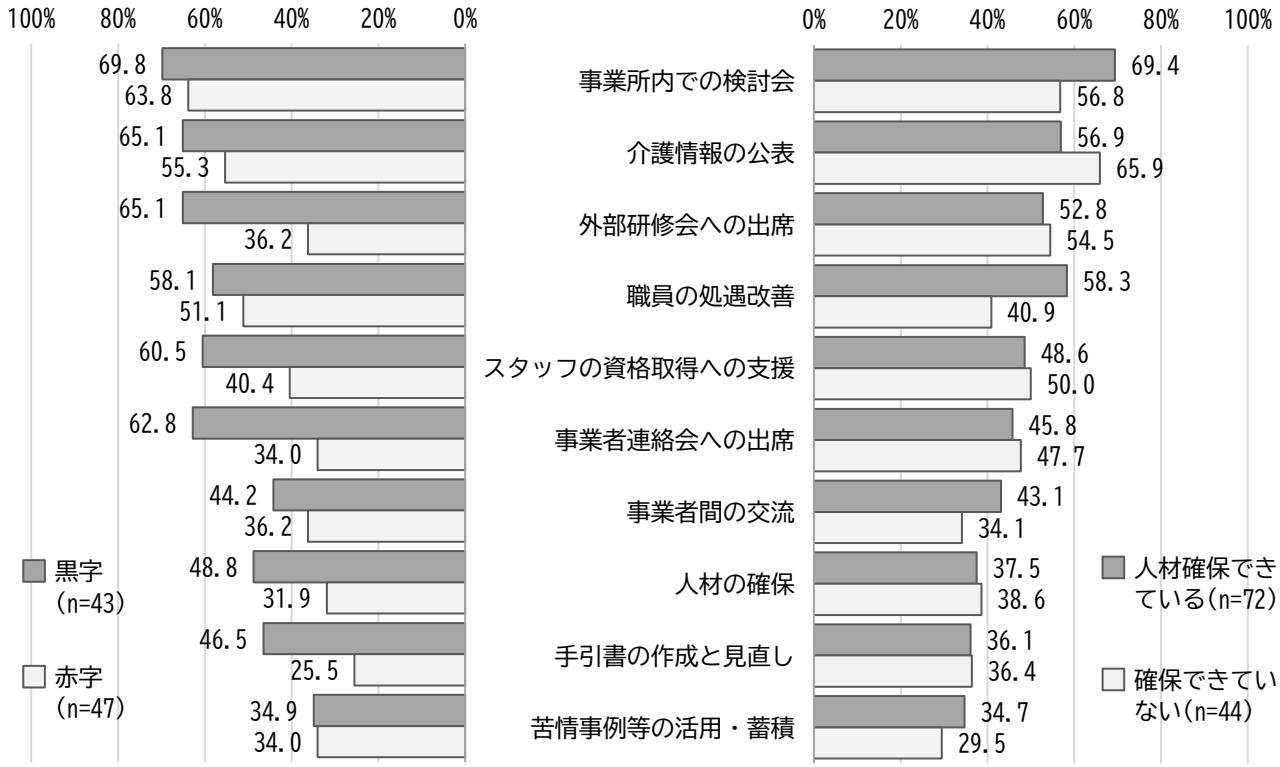
課題１：人材確保のための職場環境整備

人材が確保できている事業所とできていない事業所の取組は、適切な人員配置や処遇改善に加えて、業務効率化、職場内検討会や事業所間の交流で差が大きくなっており、人材確保のためには、職場環境の維持向上が重要な課題とみられる。

課題２：生産性向上、経営基盤の強化

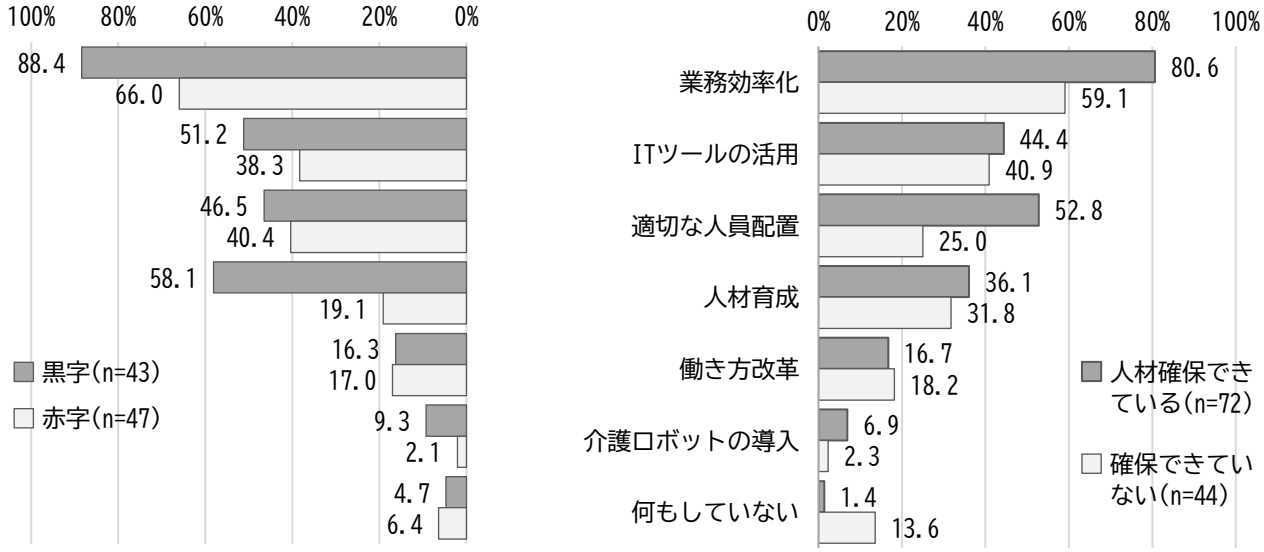
直前の決算年度の採算が黒字の事業所と赤字の事業所の取組は、検討会・連絡会等のコミュニケーションに加えて、業務効率化・業務プロセス改善や人材育成等で差が大きくなっており、これらの取組を進めることが生産性向上や経営基盤の強化につながるとみられる。

3-4-1 サービス向上のために取り組んでいること（採算別・人材確保状況別）（事業所 問５）



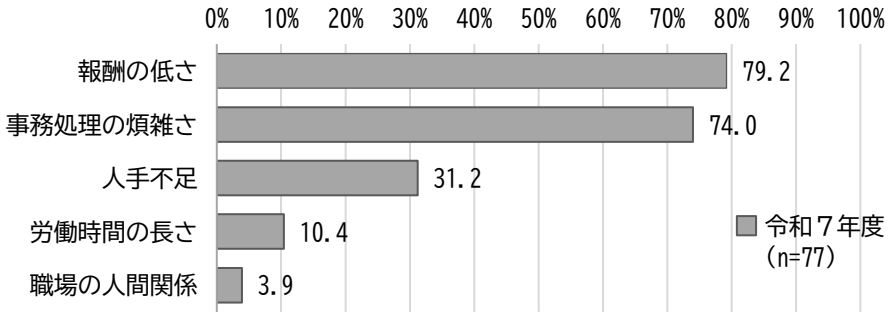
※上記 10 項目

3-4-2 生産性向上のために取り組んでいること（採算別・人材確保状況別）（事業所 問 10）



※その他、無回答は除く

3-4-3 ケアマネジャーを続けていくに当たり改善が必要なこと（ケアマネ 問５）



※その他、無回答は除く

第3章　計画の基本理念と体系

1　基本理念

本市の最上位計画である「第 5 次小金井市基本構想・後期基本計画」では「いかそうみどり 増やそう笑顔 つなごう人の輪 小金井市」を将来像に掲げ、まちづくりの基本姿勢として「みんなの暮らしを大切にするまちづくり（市民生活の優先）」、「みんなで進めるまちづくり（参加と協働）」、「未来につなげるまちづくり（持続可能なまち）」を目指しています。

福祉と健康分野では、保健・医療・福祉の体制を充実させ、高齢者や障がい者はもとより、あらゆる個人が尊重され、お互いに支え合い、助け合う仕組みづくりを推進し、支援策を充実させ、いつまでも健康で自分らしく暮らすことのできる地域福祉の実現を目指しており、本計画の基本理念については、第 5 次小金井市基本構想・後期基本計画における福祉と健康分野の取組方針から「誰もがいきいきと暮らすことのできるまち」を掲げるものとします。

この基本理念に基づき、「人間性の尊重（個人の尊厳）」、「自立の確保（自立に向けた総合的支援）」、「支え合う地域社会づくり」を目指します。

計画の基本理念

誰もがいきいきと暮らすことのできるまち

２　基本目標

（１）生きがいのある充実した生活の支援

高齢者が生涯にわたり、地域を支える一員として活躍ができる社会をつくります。また、個人が大切にしてきた生活を継続し、地域活動に参加して、生きがいを持って、自己実現に向かって活躍ができるよう支援します。

（２）地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり

高齢者一人ひとりの心身の状態に応じて、生活の質が確保された状態を維持していくために、「自立・自助」を支える取組を、行政の支援による「公助」、介護保険サービス等の「共助」、地域で支え合う「互助」を通じて支援します。

また、個人の尊厳が守られ人間性が尊重されるような社会をつくります。高齢者が自分の意思に基づき、その能力に応じて、可能な限り地域で自立した生活を営むことができるよう、生活支援や医療介護、予防等の包括的な支援の仕組みを充実します。

（３）支え合う地域社会づくり

市民、自治会・町会、民生委員・児童委員、商工会、商店会、ボランティアグループ、社会福祉法人、ＮＰＯ、医療関係者、介護事業者、民間企業、教育機関、社会福祉協議会、行政等が連携し、地域の資源とネットワークをいかして、豊かな高齢社会に向け、支え合う地域社会づくりを進めます。

３　施策の展開にあたって重視する視点

（１）地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進してきました。

本計画に基づき、事業評価を行い、ＰＤＣＡサイクルを適切に活用することにより、本市の実情に応じた地域包括ケアシステムの更なる推進に努めます。

（２）地域共生社会の実現

高齢者人口と生産年齢人口のバランスの変化を踏まえて、現役世代が高齢世代を支える構造から、「全世代で地域社会を支え、また、地域社会は全世代を支える」との考え方に転換し、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らせる包摂的な社会の実現が必要となっています。今後も活躍したいという希望を持つ高齢者が生き生きと暮らせるコミュニティ、地域を目指します。

また、新型コロナウイルスの感染拡大によって人々の交流が希薄化したほか、デジタル化の加速や非対面型の消費行動が進むなど、日常生活が大きく変化している中で、すべて高齢者が取り残されることのないよう、地域全体で見守り、支援していく地域づくりを目指します。

８０５０問題やヤングケアラーへの対応、生活困窮や就職氷河期の方の貧困等の複雑化・複合化する地域課題に対応するため重層的支援体制を実施し、伴走支援による孤立の防止に努めます。

本市においては、地域包括支援センター、社会福祉協議会の福祉総合相談窓口を中心とした相談支援機関の連携を図るとともに、地域の健康づくりや介護予防の場を実施することで、複合的な課題の相談に対応できる体制を構築しています。

（３）頼れる身寄りのいない高齢者への支援

小金井市では、高齢化の進展や単身世帯の増加、地域におけるつながりの希薄化を背景として、頼れる身寄りのいない高齢者や、親族がいても十分な支援を受けることが難しい高齢者の増加が見込まれます。多くの高齢者が住み慣れた地域での生活継続を望む一方で、身近に相談できる人や緊急時に対応できる人がいない場合、日常生活上の不安が大きくなりやすい状況があります。こうした高齢者が抱える課題は、安否確認や見守りにとどまらず、財産管理、入退院時の手続き、介護施設への入所、住まいの確保、退院後の生活調整、さらには葬儀や家財処分などの死後対応にまで及び、生活の転機において複雑化・深刻化しやすい特徴があります。

国においては、社会保障審議会等における議論を通じて、身寄りのない高齢者や判断・意思決定に配慮が必要な高齢者への支援について、必要な支援の整理や制度的な位置づけを検討する動きが

進められています。また、東京都においても、同様に自治体の役割について検討が進められています。

今後、小金井市においては、市が果たすべき役割を明確にし、本人の意思を尊重した意思決定支援を確保しながら、日常生活支援、入院・入所時の対応、退院後の地域生活への移行支援などを切れ目なくつなぐ仕組みを整えることが重要です。あわせて、将来を見据えた相談ができる体制を整備し、一人ひとりの状況や意向に応じて必要な支援につなげることで、身寄りの有無にかかわらず、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる環境づくりを進めていく必要があります。

（４）介護保険制度の健全な運営

市の介護保険は、これまでの制度改正等に沿って、適正な運営を続けてきました。今後は、後期高齢者が増加していくなか、要介護・要支援認定者数も増加することが見込まれており、介護保険サービスの需要が大きくなります。そのほか、ひとり暮らしの方や高齢者のみの世帯が増加することで、これまで以上に生活支援に関するサービスの需要も高まります。

また、今後も介護保険制度を巡る環境が刻々と変化することが予想されることから、制度への理解を深め、健全な運営を進めるとともに、ケアマネジメントの質の向上や給付の適正化を進め、サービスを必要とする高齢者に必要なサービスが提供され、持続可能性のある提供体制の確保と制度運営を目指します。

さらに、高齢者人口の増加に伴い、介護職員の不足が見込まれる中で、介護人材の確保や、介護分野の生産性向上に資する様々な支援・施策の情報を介護事業者に提供し、いつまでも地域で安心して暮らせる体制を構築していきます。

4　ロジックモデルの導入

本計画においては、本市の目指すまちの実現に向かって着実に計画を推進するため、ロジックモデルを導入しました。ロジックモデルを活用することで、基本理念と施策の論理的な結びつきを分かりやすく示し、施策によって社会的な変化が起きているか検証することが容易になります。

また、本市のロジックモデルでは、アウトプット・アウトカムを指標で表記しました。ロジックモデルに沿って指標値を評価することで、データに基づく政策立案（ＥＢＰＭ）を実施します。

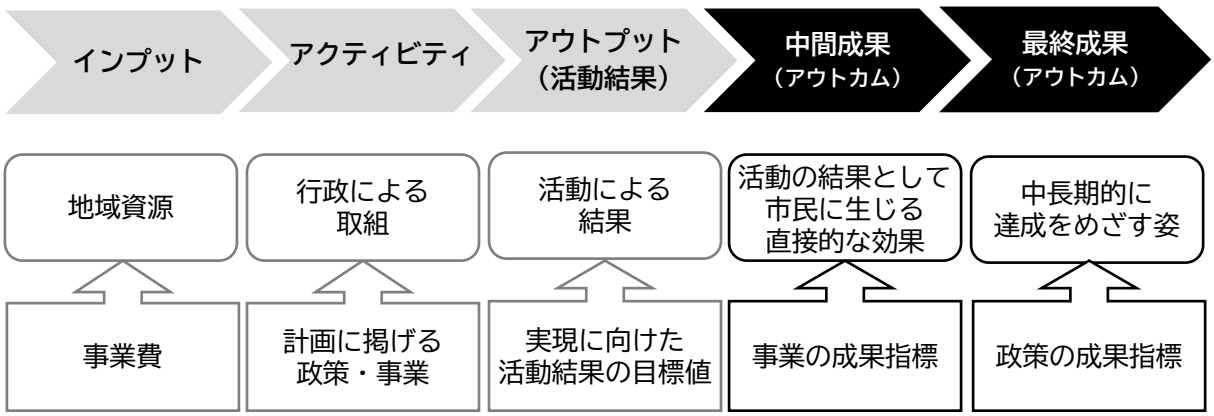
コラム

ＥＢＰＭとロジックモデル

ＥＢＰＭとは、経験や直感だけに頼るのではなく、データや合理的な根拠に基づいて施策を立案・実行する考え方です。施策を進めるにあたっては、まず政策目的を明確にし、その目的を達成するためにどのような手段が有効なのかを、根拠に基づいて整理することが重要です。更に、ロジックモデルを活用すると、政策目的と政策手段の論理的なつながりを確認し、「何のために、何を行い、どのような成果を目指すのか」を明らかにできます。

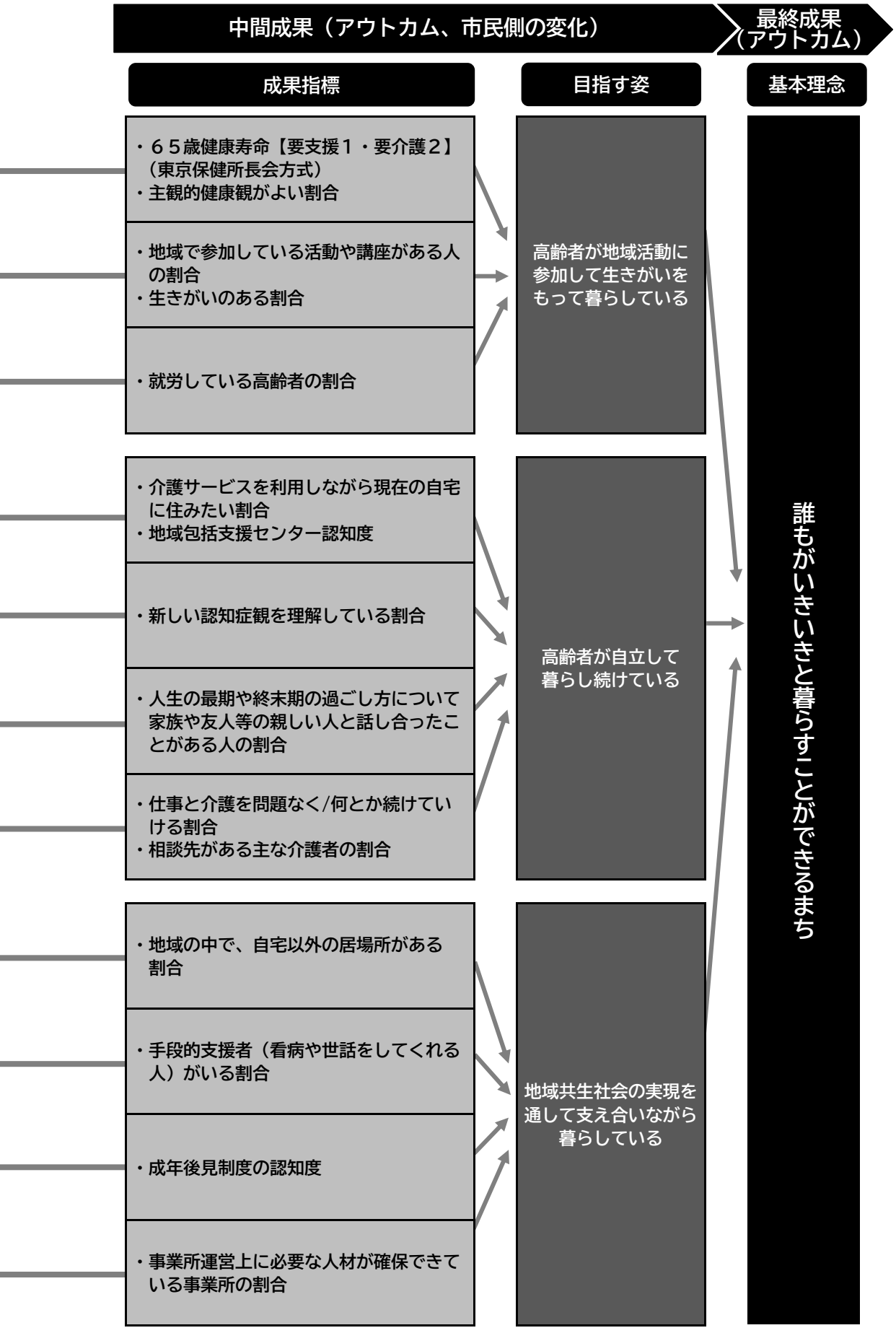
ＥＢＰＭとロジックモデルを組み合わせることで、地域課題や地域特性に関するデータや合理的根拠に基づいて、目的達成までの道筋を整理し、より実現性が高く、効果的な施策立案につなげることが可能です。

投入・活動・結果・成果の論理構造図（ロジックモデル）

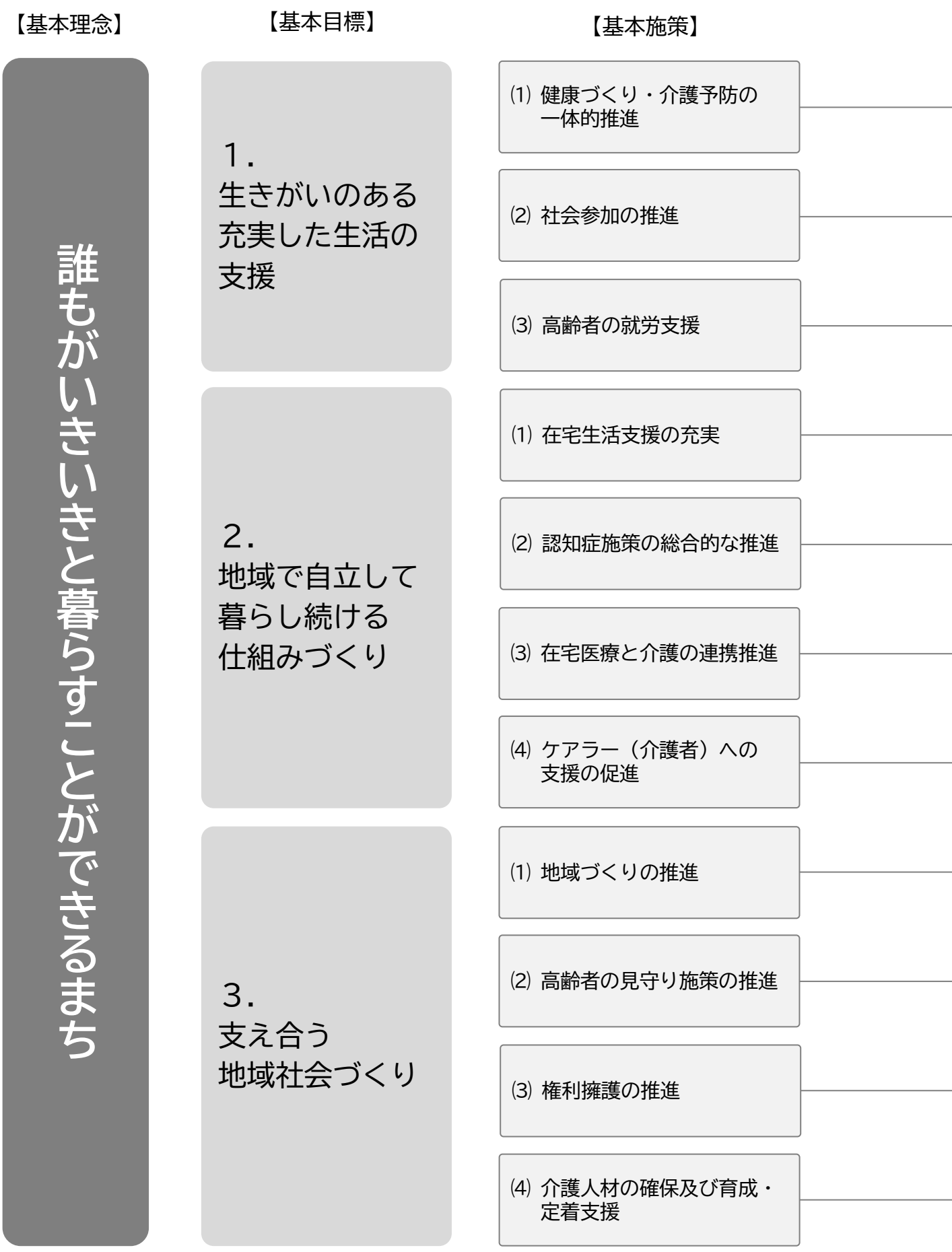


5　高齢者保健福祉総合事業計画のロジックモデル

活動（アクティビティ、行政側の取組）			結果（アウトプット）
基本目標	基本施策	重点取組事業	活動指標
1. 生きがいのある充実した生活の支援	1-1 健康づくり・介護予防の一体的推進	①さくら体操の推進 ②介護予防講座・教室	①さくら体操延べ参加者数 ②シニア運動教室参加者数
	1-2 社会参加の推進	①健康・スポーツ活動の支援 ②介護支援ボランティアポイント事業	①各種大会参加者数 ②介護支援ボランティア登録者数
	1-3 高齢者の就労支援	①シルバー人材センター支援	①シルバー人材センター会員数
2. 地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり	2-1 在宅生活支援の充実	①高齢者福祉サービス ②地域包括支援センター強化	①配食サービス実利用者数 ②地域包括支援センター相談件数
	2-2 認知症施策の総合的な推進	①認知症理解、認知症観の転換 ②本人発信・社会参加の推進	①認知症サポーター養成講座受講者数 ②本人ミーティングの実施回数
	2-3 在宅医療と介護の連携推進	①在宅医療・介護連携推進に関する検討 ②ＡＣＰ（人生会議）等の普及啓発	①医療・介護に関する多職種連携研修会の参加者数 ②ＡＣＰ（人生会議）講演会参加者数
	2-4 ケアラー（介護者）への支援の促進	①介護教室の開催 ②やすらぎ支援	①介護教室の参加者数 ②やすらぎ支援実施回数
3. 支え合う地域社会づくり	3-1 地域づくりの推進	①地域課題検討の協議 ②地域の居場所に対する支援	①生活支援協議体の回数 ②冊子への掲載居場所数
	3-2 高齢者の見守り施策の推進	①高齢者見守り支援事業 ②事業者との連携見守り推進	①高齢者見守り台帳の登録者数 ②高齢者見守り協定事業者数
	3-3 権利擁護の推進	①高齢者虐待防止対策 ②成年後見事業	①高齢者虐待研修参加者数 ②成年後見制度の助成件数
	3-4 介護人材の確保及び育成・定着支援	①介護分野への就労支援 ②サブスタッフ養成講座	①介護職員資格取得費の助成件数 ②サブスタッフ受講修了者数


中間成果（アウトカム、市民側の変化）
最終成果（アウトカム）
成果指標
目指す姿
基本理念
・６５歳健康寿命【要支援１・要介護２】（東京保健所長会方式）
・主観的健康観がよい割合
・地域で参加している活動や講座がある人の割合
・生きがいのある割合
・就労している高齢者の割合
高齢者が地域活動に参加して生きがいをもって暮らしている
・介護サービスを利用しながら現在の自宅に住みたい割合
・地域包括支援センター認知度
・新しい認知症観を理解している割合
・人生の最期や終末期の過ごし方について家族や友人等の親しい人と話し合ったことがある人の割合
・仕事と介護を問題なく/何とか続けていける割合
・相談先がある主な介護者の割合
高齢者が自立して暮らし続けている
・地域の中で、自宅以外の居場所がある割合
・手段的支援者（看病や世話をしてくれる人）がいる割合
・成年後見制度の認知度
・事業所運営上に必要な人材が確保できている事業所の割合
地域共生社会の実現を通して支え合いながら暮らしている
誰もがいきいきと暮らすことができるまち

6　高齢者保健福祉総合事業計画の施策体系図



【施策の展開】

さくら体操/介護予防講座・教室/健康相談・指導/健康診査等/感染症の予防/健康講演会/歯と口腔の健康づくり/介護予防・日常生活支援総合事業/高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施/いきいき健康教室

包括連携協定締結校等との連携による活動支援/健康・スポーツ活動の支援/文化学習事業/敬老行事等/高齢者いきいき活動事業/老人クラブ活動支援と活動場所の支援/高齢者（いきいき）農園/地域参加講座/スマホサポーター養成講座/介護支援ボランティアポイント事業

シルバー人材センターへの支援/「こがねい仕事ネット」における就労支援

介護保険サービスの利用支援/生活支援に資する高齢者福祉サービス/CoCo バス運行事業/高齢者等の移動・移送手段の確保/地域包括支援センターの機能強化/お元気サミット介護みらいフェス/自立支援住宅改修給付及び相談事業/家具転倒防止器具等取付/補聴器購入費助成事業/高齢者訪問理容・美容事業/高齢者住宅の管理・運営及び公営住宅等の情報提供/高齢者の新たな住まいと住まい方/高齢者の熱中症対策

事業につきましては、第５章 認知症施策推進計画をご覧ください。

医療資源マップ/在宅医療・介護連携支援室/在宅医療・介護連携推進に関する検討/在宅医療・介護連携に関する普及啓発/在宅医療強化推進事業/デジタル技術を活用した医療ＤＸ推進事業/ＡＣＰ（人生会議）等の普及啓発

包括的な支援体制の整備/レスパイト支援等の情報提供/多機能型サービス等の周知/家族介護教室の開催/家族介護交流会の開催/緊急ショート(レスパイト)支援/やすらぎ支援（認知症高齢者家族支援活動）/介護保険外サービスの情報提供/ケアラー支援を行う人材の育成

地域課題検討の協議/生活支援コーディネーターの配置による体制整備/地域の居場所に対する支援/頼れる身寄りのいない高齢者の支援

救急通報システム機器の貸与/高齢者見守り支援事業（旧地域福祉ネットワーク事業）/高齢者見守り支援事業/避難行動要支援者支援体制/事業者との連携による見守り/災害時に備えた介護サービス事業者との連携

消費者被害の未然防止/福祉サービス苦情調整委員制度/権利擁護センター利用/高齢者虐待防止対策/在宅高齢者ハイリスクアプローチ事業/成年後見事業

ボランティアセンターでの活動支援/介護職員宿舎借上支援事業/介護分野への就労支援/生産性向上への取組支援/介護サービス事業者振興事業等/福祉サービス第三者評価の受審の勧奨/介護サービス事業所の職員に対するカスタマーハラスメントの防止/ケアマネジャーへの支援/サブスタッフ養成講座

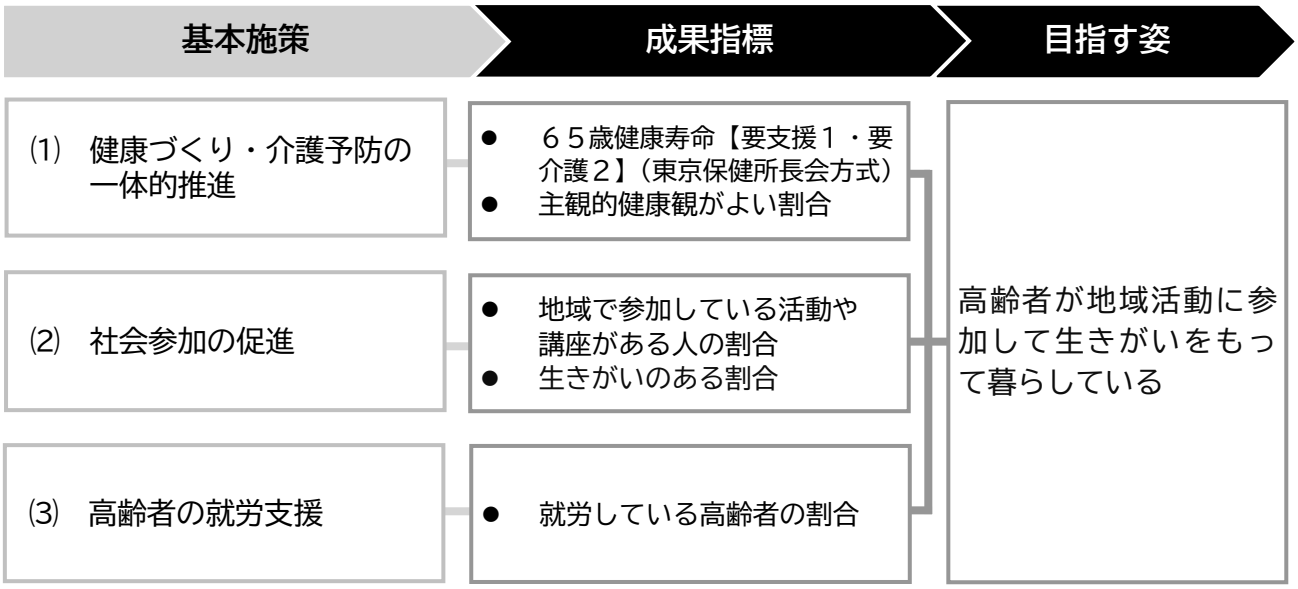
第4章　施策の展開

基本目標１　生きがいのある充実した生活の支援

高齢者人口、とりわけ 75 歳以上・85 歳以上の人口が今後も増加する中、高齢者一人ひとりが年齢や心身の状態にかかわらず、個人として尊重され、希望する暮らしを続けられる環境づくりが重要です。今回の調査では、主観的健康感は全体として改善している一方、年齢が上がるほど低下し、うつや認知症のリスクも高まっています。また、趣味や生きがい、地域活動への参加がある人ほど、心身の健康状態や幸福感が良好な傾向がみられることから、健康づくりだけでなく、生きがいや役割、社会とのつながりを持てる機会を充実させる必要があります。

本計画では、健康づくりと介護予防を一体的に推進するとともに、就労、学習、文化・スポーツ、地域活動など、多様な選択肢を整え、自分らしい暮らしと社会参加を続けられるよう取り組みます。

基本目標１の体系



1-1　健康づくり・介護予防の一体的推進

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、元気なうちから健康づくりや介護予防に取り組むことが重要です。身体機能の維持・向上に加え、うつや認知症、低栄養、閉じこもりなどのリスクにも着目し、保健事業と介護予防を一体的に推進します。また、一人ひとりの心身の状態や生活状況に応じた支援を行い、身近な地域で継続してフレイル予防に取り組める環境を整えます。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①さくら体操	さくら体操延べ参加者数		65 歳健康寿命【要支援１・要介護２】（東京保健所長会方式）	
	6,612 人	7,500 人	（男性 R6） 【要支援１】 81.96 歳 【要介護２】 83.98 歳	延伸
			（女性 R6） 【要支援１】 83.09 歳 【要介護２】 86.69 歳	延伸
②介護予防講座・教室	シニア運動教室参加者数		主観的健康観がよい割合	
	115 人	240 人	83.2%	88%

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
①	●	充実	さくら体操	医療・福祉の専門職が管理会場の管理運営を行い、グループ支援や参加者評価等を通して、参加者の介護予防や自立支援を図ります。完全自主会場については地域包括支援センターの職員が立ち上げ・継続支援を行うとともに、市内のリハビリテーション専門職が会場を巡回し、助言・指導を行い、参加者の介護予防を図ります。 介護予防の取り組みが多様化しているため、民間事業者を含む他の介護予防施策やサービスと連動させながら介護予防を推進していきます。	介護福祉課

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
②	●	充実	介護予防講座・教室	高齢者がフレイル予防・介護予防のための正しい知識を得て、自分に適した方法で主体的に予防に取り組めるよう介護予防講座やシニア運動教室等を開催し多様な方法でフレイル予防・介護予防を推進していきます。	介護福祉課
③			健康相談・指導 ※他計画再掲	健康保持･増進と疾病予防のために健康や栄養、歯と口腔に関する相談を実施し、高齢者を含めた健康相談及び指導の充実を図ります。	健康課
④			健康診査等 ※他計画再掲	フレイル予防のために高齢者の健診の活用やかかりつけ医との連携を行います。また、寝たきり等へつながる生活習慣病の早期発見のために引き続き特定健康診査受診率の向上に努めます。	保険年金課
				特定健康診査及び後期高齢者医療健康診査の受診者、40 歳以上の集団健康診査の受診者等を対象に、フォロー健診として検査項目を上乗せして実施します。	健康課
⑤		充実	感染症の予防	高齢者の方の健康を保持するため予防接種法に基づくワクチン接種体制を確保します。	健康課
⑥			健康講演会 ※他計画再掲	疾病予防･普及啓発を目的とし、高齢者も含めた健康づくりの充実を図ります。	健康課
⑦		充実	歯と口腔の健康づくり ※他計画再掲	高齢者の方の「8020 運動」等を推進し、20 歳から 85 歳の５歳刻みの市民を対象に成人歯科健康診査を実施するとともに、70 歳・75 歳・80 歳・85 歳を対象とした高齢者口腔機能診査を実施することで、高齢者の口腔内の健康増進を図ります。また、かかりつけ歯科医の紹介を継続します。	健康課
⑧		充実	介護予防・日常生活支援総合事業	高齢者の自立支援促進に向け、医療専門職が中心に関わり短期集中で実施するサービス（サービスＣ）の実施と同サービスを通して多様な主体とのつながりを推進します。 また、地域包括支援センターと連携し、介護保険サービス外の資源等も積極的に活用した自立支援・重度化防止につながるケアマネジメントを推進します。	介護福祉課
⑨		充実	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	後期高齢者を中心とした医療保険や介護保険のデータ等に基づき市の健康課題を分析し、健康課題を有する高齢者に対し医療専門職が関与する保健事業を実施します。	保険年金課
				通いの場（地域の居場所）等において健康課題に応じた内容の活動を理学療法士等の専門職を通じて行うことにより、保健事業と介護予防の一体的な実施を図ります。	介護福祉課
⑩			いきいき健康教室	高齢者向けの健康教育の啓発として、６５歳以上を対象に「いきいき健康教室」を実施します。	健康課

1-2　社会参加の推進

地域活動への参加や人との交流は、心身の健康を保つとともに、日々の楽しみや生きがい、地域とのつながりを育む上で重要です。高齢者の価値観や生活状況が多様化する中、文化・学習、スポーツ、趣味、ボランティア、地域活動など、多様な参加の機会を充実します。また、参加意欲がある人もない人も含め活動につながっていない人に情報が届くよう、身近な居場所の周知や活動との橋渡しを進め、誰もが無理なく社会とのつながりを持てる地域づくりを推進します。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①健康・スポーツ活動の支援	各種大会参加者数		地域で参加している活動や講座がある人の割合	
	489 人	600 人	69.3%	76%
②介護支援ボランティアポイント事業	介護支援ボランティア登録者数		生きがいのある割合	
	209 人	240 人	62.6%	70%

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑪			包括連携協定締結校等との連携による活動支援	包括連携協定を締結している学校・企業と地域課題等に対し連携が可能な事業等を実施していきます。	介護福祉課
⑫	●		健康・スポーツ活動の支援	高齢者の健康増進及び生涯スポーツの推進に資することを目的として、高齢者がスポーツに親しむ機会を提供し、高齢者の親睦や社会参加、スポーツの普及・啓発を図ります。	生涯学習課
⑬			文化学習事業	各公民館において高齢者学級や各種講座を実施するとともに、自主グループの支援を行います。	公民館
⑭			敬老行事等	老人福祉法の基本理念に沿うよう、高齢者の長寿をお祝いすると共に、楽しいひと時を過ごしていただくための、敬老行事を実施します。 また、100 歳の方に対する高齢者記念品の贈呈を行います。	介護福祉課
⑮			高齢者いきいき活動事業	高齢者いきいき活動推進員が中心となり、趣味、体操等、健康増進活動及びその他生きがい活動の講座を開催します。 また、利用促進に向け、広報等の充実を図ります。	介護福祉課

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑯			老人クラブ活動支援と活動場所の支援	高齢者の生活を健全で豊かなものにし、高齢者の福祉の増進に資することを目的に、老人クラブ及び老人クラブ連合会に対して補助金を交付し、活動を支援します。 また、老人クラブや高齢者グループ等の定期的な地域活動及び健康増進を目的とする活動の会場として「高齢者いこいの部屋」の利用を支援します。	介護福祉課
⑰			高齢者（いきいき）農園	農地所有者の協力を得て、60 歳以上で耕作地を持たない高齢者に対し、高齢者（いきいき）農園事業を継続しながら、野菜や草花等の栽培・収穫を通じて高齢者の健康促進と仲間づくりを図ります。	経済課
⑱			地域参加講座	社会参加・地域参加のきっかけとなるような講演会・シンポジウムを開催します。	介護福祉課
⑲			スマホサポーター養成講座	講座においてスマートフォンに関する必要な知識等を学んだ後、サポーターとして地域で高齢者の身近な相談者として活動します。	介護福祉課
⑳	●	充実	介護支援ボランティアポイント事業	４０歳以上の市民を対象に市内介護事業所等でのボランティア活動を通じて、自身の健康増進、介護予防及び社会参加活動を推進します。	介護福祉課

1-3　高齢者の就労支援

就労は、収入の確保にとどまらず、知識や経験を生かし、社会とのつながりや生きがいを持って暮らすための大切な機会です。働く意欲がありながら、希望に合う仕事や必要な情報が得られず、就労につながっていない高齢者もみられます。このため、シルバー人材センターや関係機関と連携し、高齢者向け求人情報や自宅・身近な地域でできる仕事の紹介、相談支援を充実させ、一人ひとりの希望や体力、経験に応じた多様で柔軟な働き方を支援します。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①シルバー人材センター支援	シルバー人材センター会員数		就労している高齢者の割合	
	1,101 人	1,170 人	24.0%	25%

事業一覧

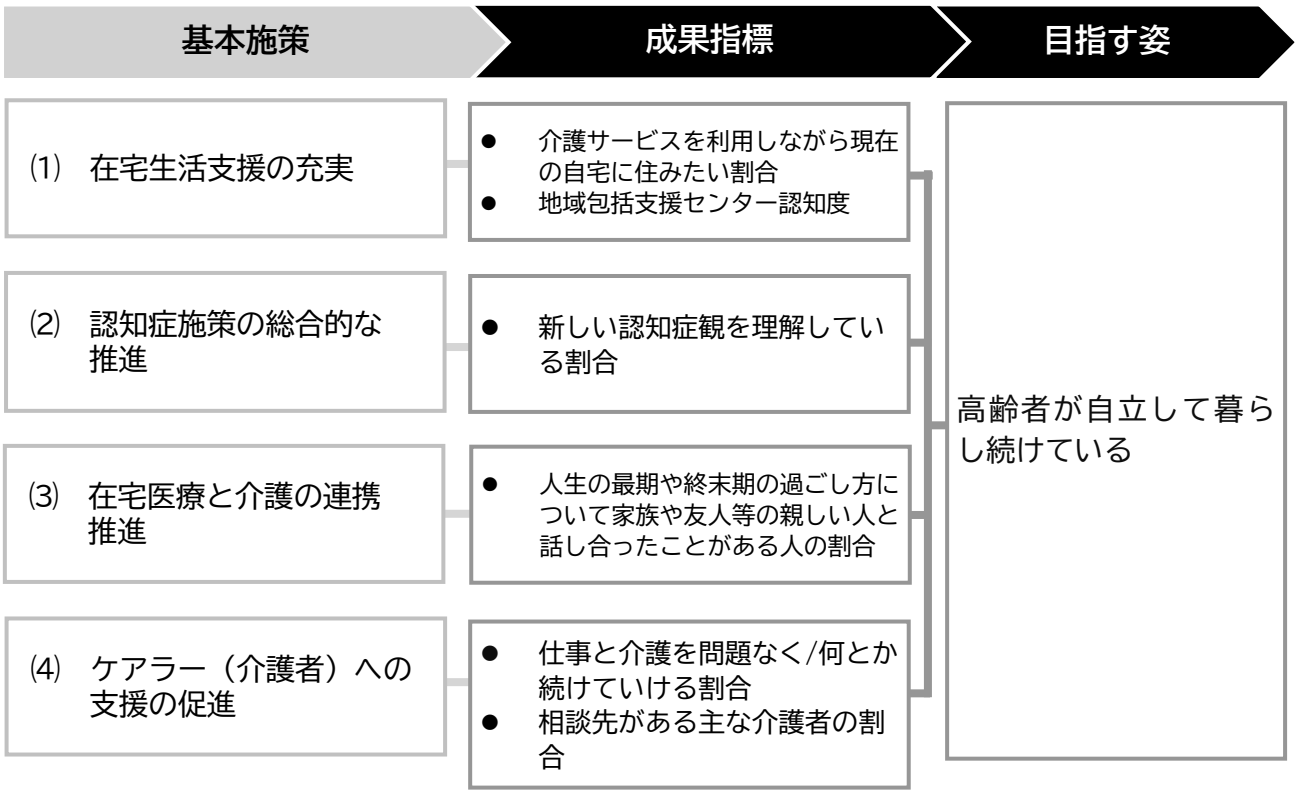
番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
㉑	●		シルバー人材センターへの支援	高齢者の就業の場の提供や、社会参加等を提供するシルバー人材センターに対し、設立目的が達成されるよう、補助金の交付を行います。 また、各種事業に係る広報を支援し、会員に対する就業の場を提供できるよう支援を行います。	介護福祉課
㉒			「こがねい仕事ネット」における就労支援	市が運営する就労支援サイト「こがねい仕事ネット」において、就労等に関する情報提供やセミナー等の情報提供を積極的に行い、高齢者の方を含めた就労支援を行います。	経済課

基本目標２　地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり

本市では、要介護・要支援認定者数と認定率が増加しており、令和６年度末の認定者数は 5,872 人、認定率は 20.9%となっています。また、今後は 85 歳以上人口や高齢者単身世帯の増加が見込まれ、医療、介護、生活支援など複数の支援を必要とする人の増加が想定されます。一方、在宅での生活を希望していても、利用できるサービスや相談窓口に関する情報が十分に届いていないことや、要介護度が高くなるほど在宅生活の継続が難しくなることが課題です。

本計画では、高齢者本人が持つ力を生かし、可能な限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう、介護予防、生活支援、住まい、医療、介護を切れ目なく提供する体制を充実します。地域包括支援センターを中心とした相談支援や関係機関の連携を強化するとともに、家族介護者への支援、在宅医療・介護連携、必要な介護サービス基盤の確保を進め、自助・互助・共助・公助を組み合わせた総合的な支援を推進します。

基本目標２の体系



2-1　在宅生活支援の充実

高齢者が心身の状態や世帯状況にかかわらず、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けるためには、日常生活を支える多様なサービスと相談体制の充実が必要です。配食や家事援助、見守りなどの生活支援を着実に実施するとともに、地域包括支援センターの周知と機能強化を進めます。また、本人の希望や生活課題を丁寧に把握し、必要な制度やサービスへ早期につなぐことで、在宅生活の継続を総合的に支援します。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①高齢者福祉サービス	配食サービス実利用者数		介護サービスを利用しながら現在の自宅に住みたい割合	
	316 人	370 人	61.6%	67%
②地域包括支援センター強化	地域包括支援センター相談件数		地域包括支援センター認知度	
	16,065 件	16,700 件	58.8%	65%

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
①			介護保険サービスの利用支援	介護サービスを必要とする方が、必要なサービスを利用できるよう、本人やその家族の方に対する情報提供・相談支援を充実します。引き続き、制度改正に則した介護保険パンフレットの配布やホームページでの周知等を行い、制度の理解を深めるための情報提供に努めます。また、利用者及び介護者のみならず、広く市民に対しても、介護保険制度を正しく理解していただくような情報提供に努めるとともに、地域において高齢者やその家族の方に対する総合的な相談・支援を行う窓口である地域包括支援センターの周知を図ります。	介護福祉課
②	●		生活支援に資する高齢者福祉サービス	おむつ給付、寝具乾燥、配食、日常生活用具の給付及び大掃除等の生活援助の各種生活支援に関する事業を実施します。	介護福祉課
③			CoCoバス運行事業	主に鉄道駅及び路線バスのバス停から一定距離がある公共交通不便地域において CoCo バスを運行し、高齢者等の通院等の外出にかかる移動を支援します。	交通対策課
④			高齢者等の移動・移送手段の確保	福祉有償運送等の移送サービスを実施しているＮＰＯ法人等の支援をします。	自立生活支援課

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑤	●	充実	地域包括支援センターの機能強化	地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援を包括的に提供できる体制の構築のため関係機関と連携して関連事業を推進します。 高齢者が住み慣れた地域で安心した生活を送ることができるよう、現在の体力維持のための介護予防、地域の情報の提供、介護ボランティア活動の拠点など、生活に関する身近な相談先として地域包括支援センターの更なる周知を行います。 地域包括支援センター管理者と定期的に打ち合わせを行い、全体の機能強化が図れるよう情報共有と課題の擦り合わせを行います。 また、地域包括支援センター職員の負担軽減のため、ＤＸの推進等を行います。 高齢者虐待、8050 問題、ひきこもり、ダブルケアラー、ヤングケアラーなど、複雑化・複合化している世帯の課題に対応するべく、地域包括支援センターの機能を強化して、属性や世代を問わない相談など重層的支援体制整備を図ります。	介護福祉課
⑥			お元気サミット介護みらいフェス	住み慣れた地域で自分らしく暮らせるまちや仕組みを構築するための取り組みの展示・講演等を行います。	介護福祉課
⑦			自立支援住宅改修給付及び相談事業	住宅改修について、介護保険の住宅改修事業と自立支援住宅改修給付事業（介護保険外）の連携を図り、在宅高齢者の住宅環境の整備を支援します。 住宅改修を実施する者及び事業者に対する情報提供を行い、また、適切な住宅改修ができるよう、一級建築士等が訪問や面接等により、住宅改修の相談・助言を行います。	介護福祉課
⑧			家具転倒防止器具等取付	65 歳以上のひとり暮らし高齢者の方または高齢者の方のみの世帯の家屋に、家具転倒防止器具を取り付け、災害時の防災・減災対策を支援します。	介護福祉課
⑨			補聴器購入費助成事業	耳が聞こえにくくなると人とのつながりが減り、認知症やうつなどの原因になることがあるため、聴力機能の低下に伴い、周囲と円滑なコミュニケーションを図ることが難しい高齢者に対して補聴器購入費用の一部を助成することにより、高齢者の積極的な社会参加及び地域交流を促すことを支援します。	介護福祉課
⑩			高齢者訪問理容・美容事業	身体的状況により、自身で理容店・美容店に出向くことが難しい高齢者に対して、自宅で調髪を行う費用の一部を助成します。	介護福祉課
⑪			高齢者住宅の管理・運営及び公営住宅等の情報提供 ※他計画再掲	現在、借り上げを行っている高齢者住宅については、引き続き適切な管理・運営を行うとともに、借り上げ期間が満了する高齢者住宅については、入居者が困窮しないよう住宅の確保に努めます。また、都営住宅等の情報を適切に提供していきます。	まちづくり推進課

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑫		充実	高齢者の新たな住まいと住まい方	引き続き小金井市居住支援ガイドブックを活用するとともに、高齢者を含む住宅確保要配慮者の支援相談窓口を周知し、入居希望者、事業者等から相談があった際には、情報提供を継続して行っていきます。	まちづくり推進課
				介護保険を適用できる居住系・宿泊系サービスのうち、地域密着型サービスについて、制度の概要説明や空き状況を毎月更新するなどの情報提供を継続します。 また、多様なニーズを抱え、要介護度が高くなった高齢者が、住まい方の多様な選択において、希望と状態像に応じて自己決定ができるよう、市内の入所系・居住系施設、民間施設に関する情報提供を行います。	介護福祉課
⑬			高齢者の熱中症対策	高齢者の熱中症対策として、市内の涼みどころや熱中症予防について、民生委員による高齢者見守り支援事業の際のチラシの配布、市ＨＰ、地域包括支援センターのＬＩＮＥ等を通じて周知を行います。	介護福祉課

2-2　認知症施策の総合的な推進

認知症になっても、一人ひとりが尊厳と希望を持ち、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる社会を目指します。認知症に関する正しい知識と「新しい認知症観」の普及を進めるとともに、本人や家族の声を施策に反映し、社会参加や本人発信を支援します。また、早期相談・早期対応、医療・介護・福祉の連携、家族への支援、地域の見守りなどを一体的に進め、認知症の人と家族を地域全体で支える体制を充実します。

本市では、本計画の第５章で認知症施策推進計画を策定しています。事業につきましては、第５章をご覧ください。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①認知症理解、認知症観の転換	認知症サポーター養成講座受講者数		新しい認知症観を理解している割合	
	10,966 人	11,800 人	10.9%	20%
②本人発信・社会参加の推進	本人ミーティングの実施回数			
	―	11 回		

2-3　在宅医療と介護の連携推進

医療と介護の双方を必要とする高齢者が増加する中、本人の希望に沿って在宅での療養生活を続けるためには、関係職種が切れ目なく連携することが重要です。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護職などの情報共有と相互理解を深め、入退院時から日常の療養、急変時、看取りまで継続した支援を行います。また、在宅医療や人生の最終段階における医療・ケアについて、市民への普及啓発と相談支援を進めます。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①在宅医療・介護連携推進に関する検討	医療・介護に関する多職種連携研修会の参加者数		人生の最期や終末期の過ごし方について家族や友人等の親しい人と話し合ったことがある人の割合	
	82 人	100 人	2.8%	8%
②ＡＣＰ（人生会議）等の普及啓発	ＡＣＰ（人生会議）講演会参加者数			
	79 人	100 人		

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑭		充実	医療資源マップ	医療資源を調査し、医療資源マップとしてまとめ、市民、関係機関等へ配布します。	介護福祉課
⑮			在宅医療・介護連携支援室	医療・介護関係者を対象とした在宅医療・介護連携に関する相談窓口を設置・運営するとともに、多職種が参加する研修等を実施することにより、連携の促進を図ります。	介護福祉課
⑯	●		在宅医療・介護連携推進に関する検討	在宅医療・介護連携推進会議や、同会議に設置された４部会において、部会に応じた課題の検討や、多職種連携研修等の企画・実施等を通じて、在宅医療・介護連携を推進します。	介護福祉課
⑰			在宅医療・介護連携に関する普及啓発	在宅医療・介護連携に関する講演会、在宅療養に関するリーフレットの改定、配布等を実施し、市民に対する普及啓発を行います。	介護福祉課
⑱			在宅医療強化推進事業	２４時間診療体制推進会議の設置及び運営、医療連携・在宅医療サポートセンターの設置及び運営、夜間・緊急時対応体制の構築により在宅医療を強化推進します。	介護福祉課
⑲			デジタル技術を活用した医療ＤＸ推進事業	デジタル技術を活用した医療機器の整備、管理及び運用、デジタル技術を活用した医療機器の取り扱い方等の研修の企画及び実施により医療ＤＸを推進します。	介護福祉課
⑳	●	充実	ＡＣＰ（人生会議）等の普及啓発	在宅医療・介護連携においてＡＣＰに係る研修等を実施し、関係機関の取組（※）が推進されるよう理解促進に努めます。また、市民向けにも既存の催し等を活用した普及啓発を図ります。 ※医療・介護関係者：医療・介護現場での普及啓発、日常のケアを通じた本人や家族への寄り添い、多職種間での意思情報の共有 地域包括支援センター：住民からの相談対応	介護福祉課

2-4　ケアラー（介護者）への支援の促進

家族などを介護するケアラーが、過度な心身の負担や孤立を抱えることなく、自らの生活や健康を大切にしながら介護を続けられるよう支援します。相談窓口や介護保険サービス、レスパイト支援等に関する情報を分かりやすく提供し、負担や困りごとの早期把握に努めます。また、医療・介護・福祉・地域の関係者が連携して、介護者の状況にも目を向けた支援を行い、仕事や家庭生活との両立、介護離職の防止につなげます。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①介護教室の開催	介護教室の参加者数		仕事と介護を問題なく/何とか続けていける割合	
	40 人	50 人	74.1%	80%
②やすらぎ支援	やすらぎ支援実施回数		相談先がある主な介護者の割合	
	49 回	60 回	74.7%	80%

コラム

気付き、つなぎ、ケアラーを孤立させない

家族や身近な人の介護や世話を担うケアラーは、日々の介護に追われる中で、自分自身の疲れや困りごとを後回しにしてしまいがちです。介護の負担が大きいほど、相談窓口を調べたり、支援制度の情報を探したりする時間や心の余裕を失い、必要な情報があっても受け取れない状況に置かれることがあります。「困ったら相談してください」と情報を届けるだけでは、支援につながらない人がいることを意識する必要があります。



負担と孤立による負の循環に陥らないよう、深刻化・重度化する前の段階で周囲が変化に気付き、声を掛け、必要な支援へつなぐことが重要です。誰かが助けを求めるのを待つのではなく、地域や関係機関が早い段階から気付き、つながり続けることが、ケアラーとその家族を孤立させないために大切です。小金井市では、地域包括支援センターによる世帯まるごとの相談、介護教室や交流会、認知症家族会、「やすらぎ支援」などを通じて介護者の負担軽減を図るとともに、福祉総合相談窓口との連携など、複合的な課題を抱える世帯を必要な支援につなぐ取組を進めていきます。

事業一覧

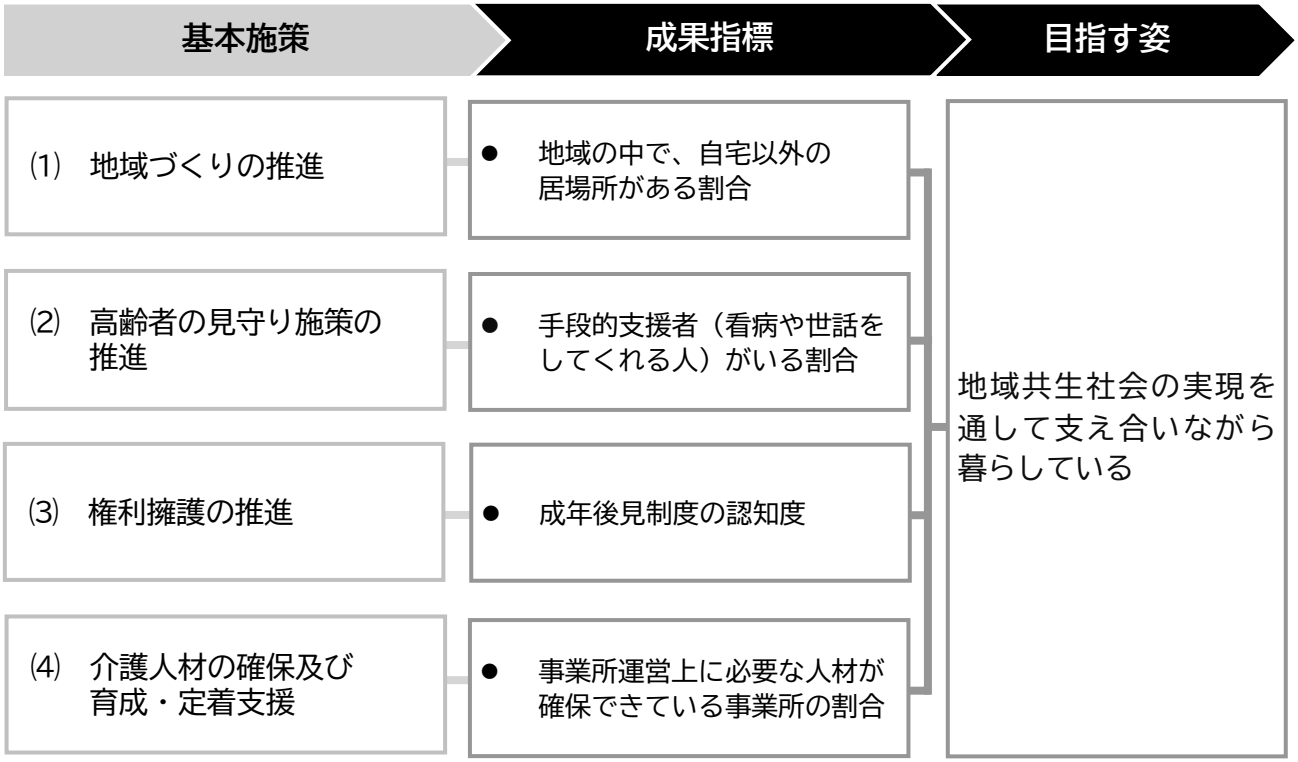
番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
㉑			包括的な支援体制の整備	ダブルケアラーやヤングケアラーなど多世代・経済的な問題を抱える介護者への支援等、老々介護の負担や虐待のリスクなど複合的な課題を抱える介護者支援のため、福祉総合相談窓口と地域包括支援センターの連携強化等、円滑な支援のための体制整備を図ります。	介護福祉課
				複雑化・複合化した課題を抱える世帯への支援のため、重層的支援体制整備支援事業による分野を横断した連携を推進します。	地域福祉課
㉒		新規	レスパイト支援等の情報提供	介護を行う家族が一時的に介護から離れ、休息やリフレッシュをするための支援として、入所施設のショートステイやデイサービス、訪問介護等の情報を提供します。	介護福祉課
㉓		新規	多機能型サービス等の周知	ケアラーの多様な選択肢を確保しつつ、住み慣れた自宅・地域で生活を継続できるように、ひとつの事業所で「通い」「訪問」「泊まり」などを組み合わせて利用できる小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護や、柔軟・複数回のサービス提供が可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護を周知します。	介護福祉課
㉔	●	充実	家族介護教室の開催	高齢者や認知症の方を介護する家族を対象にした介護教室の機会を通して、正しい介護の知識や実技の習得、相談により、負担を減らして安心して在宅介護を続けられるようにすることで、介護による身体的・精神的負担の軽減を図ります。	介護福祉課
㉕			家族介護交流会の開催	高齢者や認知症の方を介護する家族を対象にした交流会の機会を通して、介護負担の軽減と精神的な孤立を防ぎ、リフレッシュを図ります。性別・年代を問わず参加できるようなテーマ設定を図るなど、幅広く参加を促せるよう努めます。	介護福祉課
㉖			緊急ショート（レスパイト）支援	緊急を要する理由で介護者が介護できない時に、介護が必要な方を一時的に施設で介護することで、介護負担の軽減と精神的な孤立を防ぎ、リフレッシュを図ります。	介護福祉課
㉗	●	充実	やすらぎ支援（認知症高齢者家族支援活動）	軽度の認知症状が見られるおおむね65歳以上の方等に対し、認知症についての研修を受けたボランティアが自宅を訪問し、話し相手となり、見守りを行うとともに、家族の方の介護負担の軽減を図ります。	介護福祉課
㉘			介護保険外サービスの情報提供	仕事と介護を両立する家族の負担軽減や生活の質の改善のため、介護保険外サービスを効果的に利用できるよう情報を提供します。	介護福祉課
㉙		新規	ケアラー支援を行う人材の育成	ケアラーの役割を終えた方が集まり、経験や知識を語ることで、ケアラー支援につながるような機会を創出できるよう検討します。	介護福祉課

基本目標３　支え合う地域社会づくり

高齢者単身世帯は増加を続けており、令和 32 年には５世帯に１世帯が高齢者単身世帯になると推計されています。頼れる家族や身寄りがいない高齢者、認知症のある人、社会とのつながりが希薄な人など、従来の制度や家族による支援だけでは対応が難しい課題も増えています。また、地域活動への参加意欲がありながら実際の参加につながっていない地域や、閉じこもり、うつ、認知症等のリスクが高い地域もあり、圏域ごとの実情に応じた働きかけが必要です。

本計画では、市民、自治会・町会、民生委員、社会福祉協議会、医療・介護事業者、ＮＰＯ、民間企業、教育機関、行政等が連携し、地域の多様な資源を生かした支え合いを推進します。身近な居場所や交流・参加の機会を広げるとともに、見守り、相談、権利擁護を充実し、支援を必要とする人を早期に把握して適切な支援につなげます。あわせて、介護人材の確保・育成・定着を進め、地域全体で高齢者の暮らしを支える持続可能な体制を整えます。

基本目標３の体系



3-1　地域づくりの推進

高齢者単身世帯や頼れる身寄りのいない高齢者の増加や生活課題の複雑化に対応するためには、公的サービスだけでなく、地域の多様な主体による支え合いを広げることが必要です。生活支援コーディネーターや生活支援協議体を中心に、地域のニーズと既存の活動・資源を把握し、住民団体、事業者、社会福祉協議会、関係機関等の連携を促進します。買物、見守り、交流などの身近な支援や居場所を充実させ、支援する人と必要とする人をつなぐ地域づくりを進めます。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①地域課題検討の協議	生活支援協議体の回数		地域の中で、自宅以外の居場所がある割合	
	21 回	25 回	33.1%	36%
②地域の居場所に対する支援	冊子への掲載居場所数			
	190 か所	225 か所		

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
①	●	充実	地域課題検討の協議	圏域レベルの地域ケア会議を兼ねる第２層協議体で、圏域で生じている課題に対して、関係する地域住民や介護事業所、商店会等の地域の社会資源と第２層生活支援コーディネーターを中心とした検討を行います。 第１層協議体では、第２層協議体での検討内容等を整理し、市全体で取り組むべき課題の整理等を図ります。	介護福祉課
②			生活支援コーディネーターの配置による体制整備	市及び各地域包括支援センターに配置されている生活支援コーディネーターが、個別相談や地域巡回等を通じ、生活支援に関係する担い手や居場所の不足などのニーズ、人材や活動可能場所などの地域資源の把握に努め、ニーズと地域資源のマッチングやネットワーク化を図ります。	介護福祉課
③	●	充実	地域の居場所に対する支援	生活支援コーディネーターを中心に、地域包括支援センターや社会福祉協議会などの関係機関と連携し、居場所の立ち上げや活動継続に対して支援します。立ち上げに対しては活用可能な場所や類似の居場所に関する情報提供等を、活動継続に対しては市内の居場所の情報をまとめた冊子と圏域ごとに情報を地図に落とし込んだマップを交互に作成するとともに、情報を市ホームページにも掲載し、また、市民向け事業等あらゆる機会を通じて地域の居場所の周知の充実に取り組みます。高齢者や関係者に周知を行うとともに居場所間の交流活動への活用を図ります。	介護福祉課
④		新規	頼れる身寄りのいない高齢者の支援	家族や親族がいない、または家族や親族がいても必要な支援を受けることができない高齢者が、日常生活を送る上で、将来発生する可能性がある医療や福祉に関する諸問題について、安心して生活できるよう、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の案内をはじめとする必要な情報提供や相談支援を行います。そのための体制を整備します。	地域福祉課
				頼れる身寄りのない高齢者が、住み慣れた地域で、本人の希望に基づき安心して暮らしていけるよう、地域課題の整理を行い、相談支援体制の強化を検討します。	介護福祉課

3-2　高齢者の見守り施策の推進

高齢者単身世帯や高齢者のみの世帯が増加する中、孤立や生活上の異変を早期に把握し、必要な支援につなぐ見守り体制の充実が求められます。民生委員・児童委員、自治会・町会、地域住民、事業者、関係機関等の連携を強化し、日常生活の中で無理なく見守る仕組みを広げます。また、見守られる人の尊厳やプライバシーに配慮しながら、異変を把握した際に相談機関へ速やかにつなげる、重層的なネットワークづくりを進めます。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①高齢者見守り支援事業	高齢者見守り台帳の登録者数		手段的支援者（看病や世話をしてくれる人）がいる割合	
	414 人	500 人		
②事業者との連携見守り推進	高齢者見守り協定事業者数			
	82 団体	88 団体	90.0%	維持

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑤			救急通報システム機器の貸与	【救急代理通報事業】 65 歳以上のひとり暮らし、65 歳以上高齢者のみ世帯の慢性疾患等で常時注意が必要な方に、ペンダント型の無線発報器を貸与し、緊急時における早期の安否確認、及び救急要請する事業を実施します。 【住宅火災直接通報事業】 在宅の認知症高齢者に対して、火災を検知した際に直接消防署に通報するシステムを貸与し、早期の消火及び救助を行う事業を実施します。	介護福祉課
⑥			高齢者見守り支援事業（旧地域福祉ネットワーク事業）	地域の相談役として市民の方と行政、関係機関との橋渡しの役割を担う民生委員が活動を継続できるよう必要な情報提供等の支援を行います。	地域福祉課
				75 歳・80 歳・85 歳の方に民生委員が高齢福祉の情報提供をするとともに、対象者の実態把握を行い、必要に応じて関係機関等へ情報提供を行い、地域での見守り活動を継続します。	介護福祉課
⑦	●		高齢者見守り支援事業	ひと声訪問、友愛活動、高齢者福祉電話の貸与、ＩＣＴ見守り事業等により、ひとり暮らし高齢者等の安否確認を実施します。また、より良い見守り支援について検討を進めます。	介護福祉課

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑧		充実	避難行動要支援者支援体制	災害時等に自力で避難することが困難で、家族の方等の支援を受けられない高齢者の方等を「避難行動要支援者」として、避難行動要支援者名簿を作成し、災害に備えた地域の協力体制づくりのために必要な情報として、市の関係部署、消防署、民生委員等関係機関と共有します。 また、個別避難計画の作成推進に向け、協力事業者への働きかけや、新たな作成方法の検討を行います。 福祉避難所については、施設ごとの管理運営体制の整備を図ります。	地域福祉課
⑨	●	充実	事業者との連携による見守り	地域から孤立しがちな高齢者が、安心して暮らせる地域社会の構築のために、民間事業者等と連携し、見守りが必要な高齢者の発見や安否確認に努めます。市内の商店等に協力を依頼し、見守り協定をより地域性の高いものにします。 また、既存の協定締結事業者への情報提供及び事業者間の情報交換等を目的に定期的に連絡会を開催します。 【主な締結事業者】 介護関連、金融機関、生協、ライフライン、小売、清掃、交通・運輸、配食、商店会、新聞販売同業組合、水道局、郵便局、浴場組合、社協、シルバー人材センター、老人クラブ連合会、その他自営等	介護福祉課
⑩			災害時に備えた介護サービス事業者との連携	災害時協定等に基づいて利用者の安否確認等が円滑に行われるよう、連携に必要な体制整備を図ります。	介護福祉課

3-3　権利擁護の推進

認知症や判断能力の低下、頼れる身寄りがいないことなどにより、本人の意思が十分に尊重されにくい高齢者への支援が重要となっています。高齢者虐待や消費者被害を防止し、早期発見・早期対応を図るとともに、権利擁護に関する相談窓口や成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等の周知と利用支援を進めます。本人の意思決定を基本として、関係機関が連携し、一人ひとりの尊厳と権利、財産、暮らしを守る支援体制を充実します。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①高齢者虐待防止対策	高齢者虐待研修参加者数		成年後見制度の認知度	
	55 人	70 人		
②成年後見事業	成年後見制度の助成件数			
	8 件	15 件	53.7%	70%

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑪		充実	消費者被害の未然防止	消費生活相談室や警察署と連携し市の介護予防事業等実施の際に悪質商法の最新手口や対処法についての周知や注意喚起を行います。また、地域包括支援センターの公式 LINE も活用し、情報提供や注意喚起を行い高齢者の消費者被害防止を図ります。	介護福祉課
				高齢者及び高齢者の周囲の方（見守り協力者）向けに消費者講座を開催し、悪質商法の最新手口や対処法についての周知や注意喚起を行います。また、地域包括支援センター、介護サービス事業所、市介護福祉課及び消費生活相談室等の関係機関が協力体制を構築し、高齢者の消費者被害の未然防止を図ります。	経済課
⑫			福祉サービス苦情調整委員制度	福祉サービスに対する市民の方からの苦情に公平かつ適正に対応し、信頼性と福祉の向上をめざすことを目的として設置された福祉オンブズマン制度について周知を図ります。	地域福祉課
⑬			権利擁護センター利用	権利や財産を守ること等を目的とし、認知症高齢者の方や要介護高齢者の方等で判断能力に不安のある方に対し、成年後見制度推進事業や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）を行っている権利擁護センターの利用の推進を図ります。	地域福祉課
⑭	●	充実	高齢者虐待防止対策	市民や民生委員に対して、高齢者虐待についての啓発や虐待対応窓口の周知を図ります。介護サービス事業者に対しては、虐待防止の研修を行います。 また、高齢者虐待事例について「小金井市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき適切に対応できるよう、市や地域包括支援センターで虐待対応に関する理解を深めるとともに、関係機関等と連携し高齢者、特に介護負担が大きいと思われる要介護３以上の在宅介護をしている老々介護世帯に対する支援体制を整備します。	介護福祉課
⑮		充実	在宅高齢者ハイリスクアプローチ事業	介護負担が大きいと思われる要介護３以上の在宅介護をしている老々介護世帯に対して地域包括支援センターが介護や生活に関する困りごと等を把握、支援することで、養護者・高齢者の権利擁護を図ります。	介護福祉課
⑯	●		成年後見事業	認知症の高齢者や障がいのある方、その家族が地域で自分らしく生活できるよう、成年後見制度に関する支援と理解の促進に取り組みます。本事業は、小金井市成年後見制度利用促進基本計画に基づき、総合的かつ計画的に進めます。（※他計画再掲）	地域福祉課
				判断能力が不十分であり、かつ親族による支援が期待できない身寄りのない人などの権利や財産を保護するため首長申立を行うとともに、関係者に成年後見首長申立ての普及啓発を行い、必要とする方が事業を利用できるよう支援します。	介護福祉課

3-4　介護人材の確保及び育成・定着支援

介護ニーズの増加と生産年齢人口の減少が見込まれる中、必要な介護サービスを安定して提供するためには、介護人材の確保・育成・定着が不可欠です。介護の仕事の魅力や専門性を幅広く発信し、就職相談や資格取得、研修等を通じて、多様な人材の参入とキャリア形成を支援します。また、介護事業者や関係機関と連携し、職場環境の改善、業務の効率化、職員の負担軽減を促進することで、介護職員がやりがいを持って安心して働き続けられる環境づくりを進めます。

活動・成果指標

重点取組事業	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
①介護分野への就労支援	介護職員資格取得費の助成件数		事業所運営上に必要な人材が確保できている事業所の割合	
	3 件	10 件	62.0%	65%
②サブスタッフ養成講座	サブスタッフ養成講座 受講修了者数			
	11 人	15 人		

事業一覧

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
⑰			ボランティアセンターでの活動支援	社会福祉協議会に設置されているボランティアセンターに関する情報提供、活動支援を行います。	地域福祉課
⑱			介護職員宿舎借上支援事業	介護職員等の人材確保及び定着の支援や、災害時における対応力の強化のため、市内の地域密着型サービス事業所等に対して、介護職員の宿舎借り上げに要する費用の補助を行います。	介護福祉課
⑲	●		介護分野への就労支援	引き続き、介護人材確保のため、ハローワークとの共催による求人者と求職者のマッチング促進を図ります。 また、介護資格取得費補助について、引き続き介護支援専門員、介護支援専門員再研修受講も対象とし、さらなる人材確保を目指します。	介護福祉課
⑳		新規	生産性向上への取組支援	ケアプランデータ連携システムの利用による事業所の事務負担の軽減、介護情報基盤の介護保険資格確認等 WEB サービス活用によるサービス提供の効率化や質の向上に寄与する情報や、制度の周知を進めます。	介護福祉課

番号	重点	種別	事業名	事業概要	担当課
㉑		充実	介護サービス事業者振興事業等	令和９年度の報酬改定に伴う、運営基準の周知を図りつつ、基準の遵守とサービス提供の質の向上の２つの視点から指導検査を行い、運営に関する助言等を行います。 また、事業所連絡会の活動支援や、介護事業所向け支援を実施し、質の高いサービス提供への支援を行います。	介護福祉課
㉒			福祉サービス第三者評価の受審の勧奨	公正・中立な第三者機関が、専門的な立場から福祉サービスの質を評価・公表する福祉サービス第三者評価の受審の勧奨を行い、費用の一部を補助します。	地域福祉課
㉓		新規	介護サービス事業所の職員に対するカスタマーハラスメントの防止	介護の仕事に従事する職員が安心して働ける環境の確保のため、東京都と協力しながら、カスタマーハラスメントの防止及び相談窓口について周知を行います。 事業者に対して、従事者の就労環境の悪化防止に対する安全配慮義務、事業所方針の明確化と具体的な措置の実施の必要性を周知します。 介護サービスの利用者や家族とのトラブルが発生した際は、過度な要求や暴言、威圧的な言動につながらないよう、介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントについて、予防の視点を持って、東京都や地域包括支援センター等と連携して事業所を支援します。	介護福祉課
㉔			ケアマネジャーへの支援	ケアマネジャーへの支援については、①受給者が真に必要とするサービスの確保を図るための資質の向上②事務量の削減③支援体制の構築を中心に継続して実施します。 ①はケアプラン点検やケアマネジメントに関する研修の実施、②は指定申請等に関する電子化の推進、ＩＣＴの導入・活用に関する情報の周知徹底等、③は法定外業務への対応、処遇困難ケースへの助言、高齢者虐待対応研修及び地域包括支援センターとの定例的な連絡会を通じて支援を行います。	介護福祉課
㉕	●	充実	サブスタッフ養成講座	デイサービス職員の援助を受けながら介護サービス利用者の支援を担う補助スタッフとして活躍する小金井市独自認定のサブスタッフを養成します。 デイサービスで活躍した後は、そこでの知識や経験を生かしたボランティアなどで地域のサロンや通いの場で活躍していただくことを目指します。	介護福祉課

第5章　認知症施策推進計画

1　計画の基本理念と体系

（1）基本理念

認知症とともに暮らす人が増える中で、認知症を特別なものとして捉えるのではなく、日々の暮らしや地域のつながりの中で考えていくことが求められています。また、認知症になってからも、本人の意思や希望を尊重し、地域の中で役割やつながりを持ちながら暮らし続けることができるよう、認知症に対する理解のあり方を改めて見直していく必要があります。

小金井市では、これまでも認知症に関する正しい理解の普及、早期発見・早期対応、相談支援体制の整備、見守りや家族支援などに取り組み、認知症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環境づくりを進めてきました。今後は、認知症を「できないことが増える状態」としてのみ捉えるのではなく、本人の意思や思い、これまでの暮らしや役割を大切にしながら、地域の中でともに暮らし、支え合うという「新しい認知症観」を市民全体で共有していくことが重要です。

本計画では、小金井市の将来像である「いかそうみどり 増やそう笑顔 つなごう人の輪 小金井市」や、福祉と健康分野でめざす「誰もがいきいきと暮らすことのできるまち」の考え方を踏まえ、認知症の人を含めた市民一人一人が、その個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力あるまちの実現を基本理念として掲げます。

計画の基本理念

認知症の人を含めた市民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力あるまち



コラム

「新しい認知症観」とは

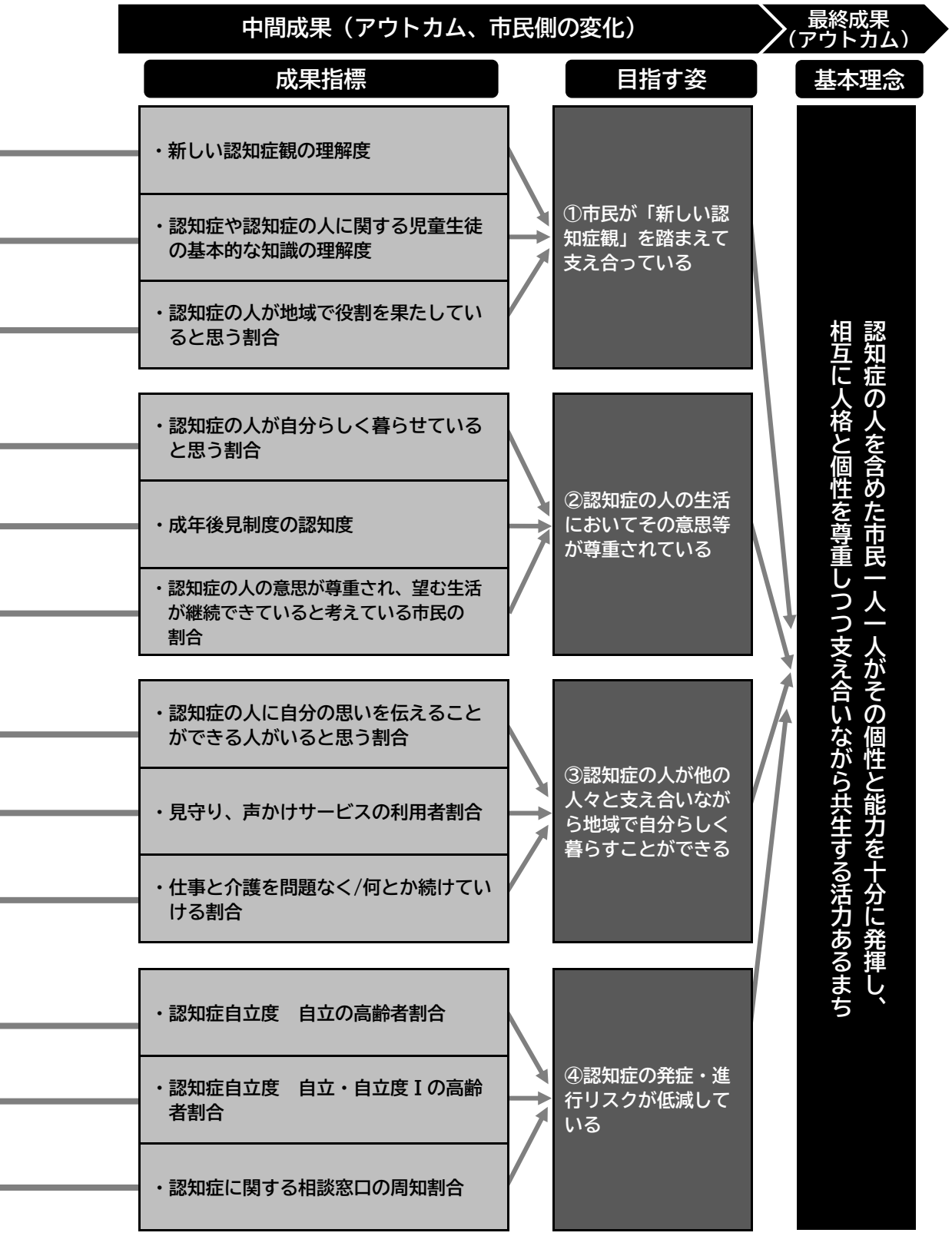
認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人ひとりが個人としてできることややりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間などとつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方です。

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らせる社会の実現を目指す「認知症基本法」の基本計画の中で示されました。

（2）認知症施策推進計画のロジックモデル

本計画では、市の取組結果を把握する「活動指標」と、市民や地域の変化を把握する「成果指標」を設定します。活動指標により各事業の実施状況を確認するとともに、成果指標により、認知症のある人や家族を取り巻く地域の理解、支援、参加の状況がどのように変化しているかを把握し、必要に応じて取組の見直しを行います。

活動（アクティビティ、行政側の取組）			結果（アウトプット）
施策の方向性	施策分類	取組事業	活動指標
1.認知症のある人に関する市民の理解の増進等	1-1 認知症に関する正しい知識・理解の普及	認知症サポーター養成講座	・サポーター養成講座受講者数
	1-2 学校教育における認知症への理解促進	キッズ認サポ	・キッズ認サポ参加者数
	1-3 認知症のある人の本人発信支援	地域での本人ミーティングの実施	・本人ミーティングの実施回数
2.認知症のある人の意思決定の支援及び権利利益の保護	2-1 相談・個別支援	認知症ケアパス（小金井認知症安心ガイドブック） 認知症地域支援推進員	・認知症ケアパス（認知症安心ガイドブック）配布累計数 ・地域包括支援センターでの認知症相談件数
	2-2 権利擁護センター利用	成年後見制度の普及啓発 地域福祉権利擁護事業	・成年後見制度等に関する講演会実施回数
	2-3 高齢者の虐待防止	虐待防止のための事例検討会	・虐待防止のための事例検討数
3.共生社会の実現（バリアフリー化と社会参加の推進）	3-1 地域社会全体で支える環境の整備	認知症カフェ チームオレンジ 認知症ボランティア養成講座 認知症のある人の社会参加事業	・認知症カフェの延べ参加数 ・チームオレンジの活動数 ・認知症ボランティア養成数
	3-2 見守り体制の強化・推進	やすらぎ支援事業 認知症見守りシール 認知症高齢者の探索事業	・軽度認知症者宅への訪問回数 ・認知症見守りシール交付数 ・捜索訓練実施数
	3-3 家族の負担軽減	家族介護継続支援事業 緊急ショートステイ	・家族交流会、研修会の回数
4.早期相談と健康づくりの推進	4-1 早期診断・早期支援のための取組	認知症検診 認知症チェックシステム	・認知症検診の受診人数 ・認知症チェック延実施者数
	4-2 早期発見・早期対応に繋がる体制づくり	認知症初期集中支援チーム	・認知症初期集中支援チーム員連絡会の回数
	4-3 認知症の相談・支援体制の充実	認知症連携会議	・認知症連携会議の事例検討数


中間成果（アウトカム、市民側の変化）
最終成果（アウトカム）
成果指標
目指す姿
基本理念
・新しい認知症観の理解度
・認知症や認知症の人に関する児童生徒の基本的な知識の理解度
・認知症の人が地域で役割を果たしていると思う割合
①市民が「新しい認知症観」を踏まえて支え合っている
・認知症の人が自分らしく暮らせていると思う割合
・成年後見制度の認知度
・認知症の人の意思が尊重され、望む生活が継続できていると考えている市民の割合
②認知症の人の生活においてその意思等が尊重されている
・認知症の人に自分の思いを伝えることができる人がいると思う割合
・見守り、声かけサービスの利用者割合
・仕事と介護を問題なく/何とか続けていける割合
③認知症の人が他の人々と支え合いながら地域で自分らしく暮らすことができる
・認知症自立度　自立の高齢者割合
・認知症自立度　自立・自立度Ⅰの高齢者割合
・認知症に関する相談窓口の周知割合
④認知症の発症・進行リスクが低減している
認知症の人を含めた市民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力あるまち

2　施策の展開

施策の方向性１　認知症のある人に関する市民の理解の増進等

認知症になってからも、本人がこれまで大切にしてきた暮らしや役割、人とのつながりを保ちながら、地域の中で自分らしく生活し続けるためには、市民一人一人が認知症について正しく理解することが重要です。認知症に対する誤解や偏見をなくし、できないことだけに目を向けるのではなく、本人の思いや力、希望に目を向ける「新しい認知症観」を地域に広げていく必要があります。

本市では、認知症サポーター養成講座やキッズ認サポ、本人ミーティング等を通じて、幅広い世代に認知症への理解を促進するとともに、認知症のある人本人の声や経験を地域に発信する取組を進めます。これにより、認知症のある人を特別な存在としてではなく、ともに地域をつくる一員として受け止め、互いに支え合う意識の醸成を図ります。

目指す姿

市民が「新しい認知症観」を踏まえて支え合っている

活動・成果指標

施策分類 ＞ 活動指標 ＞ 成果指標

	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
1-1 認知症に関する正しい知識・理解の普及	サポーター養成講座受講者数		新しい認知症観の理解度	
	10,966 人	11,800 人	10.9%	20%
1-2 学校教育における認知症への理解促進	キッズ認サポ参加者数		認知症や認知症の人に関する児童生徒の基本的な知識の理解度	
	639 人	750 人	―	80%
1-3 認知症のある人の本人発信支援	本人ミーティングの実施回数		認知症の人が地域で役割を果たしていると思う割合	
	―	11 回	6.4%	10%

事業一覧

施策	事業名	事業概要	担当課
1-1 認知症に関する正しい知識・理解の普及	認知症サポーター養成講座	認知症の方ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、市民向けの認知症講座の実施等を通じて多世代へ認知症に関する普及啓発を図ります。 また、既存の催し等を活用した、認知症の理解促進に係る講演会等による普及啓発も行います。 併せて、若年性認知症の方やその家族の方を支援するため、理解促進に努めるとともに、相談窓口等の広報を実施します。	介護福祉課
1-2 学校教育における認知症への理解促進	キッズ認サポ	認知症の方ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、小中学生への認知症サポーター養成講座である「キッズ認サポ」等を通じて多世代へ認知症に関する普及啓発を図ります。	介護福祉課
1-3 認知症のある人の本人発信支援	地域での本人ミーティングの実施	認知症と診断されたご本人が主役となって集い、自らの体験や思いを自由に語り合う集いの場です。同じ悩みを持つ仲間と交流し、前向きに生きるためのヒントを得ることや、自分たちが暮らしやすい地域のあり方について話し合うことを目的としています。 本人ミーティングや認知症カフェ、家族交流会等で把握した本人・家族の声については、関係機関と共有し、事業の改善や次年度以降の取組の検討に生かします。	介護福祉課

コラム

認知症のある人やその家族等の声

日々の楽しみ
- 花を見るのが楽しい。
- スーパーに歩いて買い物に行けるのが気分転換になって楽しい。色々見て回るのが楽しい。
- 歌を歌うのが楽しい。
- 山登りに行くと楽しい。おいしいものが食べられる。

要望など
- 一人で散歩に行きたい。
- 買い物や交通機関の利用がうまくいかないことがある。
- スポーツがしたい。
- 子どもと一緒に散歩したい。



認知症のある人の声からは、一人一人にやりたいことや好きなことがあることが分かります。市は、認知症のある人やその家族の声を聞き、どんな人も自分らしく暮らせるまちに向けて取り組みます。

施策の方向性２　認知症のある人の意思決定の支援及び権利利益の保護

認知症になってからも、本人の意思や希望が尊重され、住み慣れた地域で望む生活を続けていくためには、本人が必要な情報を得ながら、自らの思いを表明し、生活やサービス利用について選択できるよう支援することが重要です。認知症の進行により判断や意思表示に支援が必要となる場合でも、本人のこれまでの暮らしや価値観を踏まえ、家族や支援者、関係機関が連携して意思決定を支えていく必要があります。

本市では、認知症ケアパスや認知症地域支援推進員による相談・個別支援、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の普及・活用、高齢者虐待防止の取組を通じて、認知症のある人の権利と利益を守り、本人らしい生活の継続を支援します。

目指す姿

認知症の人の生活においてその意思等が尊重されている

活動・成果指標

施策 ＞ 活動指標 ＞ 成果指標

	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
2-1 相談・個別支援	認知症ケアパス（認知症安心ガイドブック）配布累計数		認知症の人が自分らしく暮らせていると思う割合	
	309 件	350 件		
	地域包括支援センターでの認知症相談件数			
	107 件	150 件	27.1%	40%
2-2 権利擁護センター利用	成年後見制度に関する講演会実施回数		成年後見制度の認知度	
	2 回	2 回	53.7%	70%
2-3 高齢者の虐待防止	虐待防止のための事例検討数		認知症の人の意思が尊重され、望む生活が継続できていると考えている市民の割合	
	4 回	4 回	23.1%	35%

事業一覧

施策	事業名	事業概要	担当課
2-1 相談・個別支援	認知症ケアパス（小金井認知症安心ガイドブック）	認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の様態に応じたサービス提供の流れ（ケアパス）を分かりやすくまとめたガイドブックにまとめ、配布することで、本人や家族等への周知と活用を図ります。	介護福祉課
	認知症地域支援推進員	医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援、認知症の方やその家族の方を支援する相談業務、社会参加活動のための体制整備等を行うため、認知症地域支援推進員を配置し、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ります。	介護福祉課
2-2 権利擁護センター利用	成年後見制度の普及啓発	権利擁護に関する相談を中心に、市民後見人の養成や成年後見人を取り巻く環境の改善のためのネットワークの構築、市民に広く成年後見制度等を知っていただくための講演会などを企画実施します。	地域福祉課
	地域福祉権利擁護事業	判断能力が不十分な方に権利や財産を守ること等を目的として地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）や成年後見制度を継続実施し、その方々の意思決定等を支援します。	地域福祉課
2-3 高齢者の虐待防止	虐待防止のための事例検討会	高齢者虐待事例について「小金井市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき適切に対応できるよう、市や地域包括支援センターで虐待対応に関する理解を深めるとともに、関係機関等と連携し高齢者に対する支援体制を整備します。また、市民や介護サービス事業者等に対しても、高齢者虐待についての啓発や虐待対応窓口の周知を図ります。	介護福祉課

施策の方向性３　共生社会の実現（バリアフリー化と社会参加の推進）

認知症のある人が地域で自分らしく暮らし続けるためには、必要な支援を受けるだけでなく、本人が地域の一員として人とつながり、役割や生きがいを持ちながら生活できる環境づくりが重要です。そのためには、認知症への理解を地域全体に広げるとともに、外出や交流、社会参加を妨げる心理的・物理的な障壁を取り除き、本人と家族を孤立させない支え合いの仕組みを整えていく必要があります。

本市では、認知症カフェやチームオレンジ、認知症ボランティア養成講座等を通じて、地域で支える環境づくりを進めるとともに、やすらぎ支援事業、認知症見守りシール、認知症高齢者の探索事業、家族介護継続支援事業等により、見守り体制の強化と家族の負担軽減を図ります。

目指す姿

認知症の人が他の人々と支え合いながら地域で自分らしく暮らすことができる

活動・成果指標

施策 ＞ 活動指標 ＞ 成果指標

施策	活動指標		成果指標	
	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
3-1 地域社会全体で支える環境の整備	認知症カフェの延べ参加数		認知症の人が自分の思いを伝えることができる人がいると思う割合	
	898 人	1,000 人		
	チームオレンジの活動数			
	39 回	50 回		
	認知症ボランティア養成数			
	10 人	20 人	22.9%	35%
3-2 見守り体制の強化・推進	軽度認知症者宅への訪問回数		見守り、声かけサービスの利用者割合	
	50 回	50 回		
	認知症見守りシール交付数			
	9 枚（新規）	20 枚(新規)		
	捜索訓練実施数			
	3 回	3 回	3.4%	5%
3-3 家族の負担軽減	家族交流会、研修会の回数		仕事と介護を問題なく/何とか続けていける割合	
	36 回	36 回	74.1%	80%

事業一覧

施策	事業名	事業概要	担当課
3-1 地域社会全体で支える環境の整備	認知症カフェ	市内関係機関と連携を図り、認知症カフェ等の新設の検討や継続支援等を通じて、認知症の方と家族の方の居場所づくりを行い、本人同士や地域住民との交流を通じて、社会参加や役割づくりにつながる場として充実を図ります。	介護福祉課
	チームオレンジ	市内４圏域に設置した「チームオレンジ」において認知症カフェやイベント等の実施を通じて、認知症サポーター等の支援者と認知症の人やその家族も参加し、生活面の早期からの支援を行います。	介護福祉課
	認知症ボランティア養成講座	認知症当事者と家族介護者について理解を深め、認知症カフェやチームオレンジで活動するボランティアを養成する講座を実施します。	介護福祉課
	認知症のある人の社会参加事業	認知症基本法にうたわれる新しい認知症観に基づき認知症になってもできる限り地域での生活を持続できるようにするため、認知症のある人が地域で生活するための課題を抽出し、実際に認知症のある人と地域を歩き、認知症のある人の地域での生活に有用な冊子等を作成します。その他認知症のある人の社会参加につながるような事業を企画運営します。	介護福祉課
3-2 見守り体制の強化・推進	やすらぎ支援（認知症高齢者家族支援活動）事業	軽度の認知症状が見られるおおむね 65 歳以上の方等に対し、認知症についての研修を受けたボランティア（やすらぎ支援員）が自宅を訪問し、話し相手となり、見守りを行うとともに、家族の方の介護負担の軽減を図ります。	介護福祉課
	認知症見守りシール	高齢者等の衣服や持ち物にシールを貼り付けることにより、行方不明になった際に発見者がシールに書かれた連絡先に電話することで、発見者も家族等もお互いに個人情報を出さずに直接やり取りをすることが可能になります。	介護福祉課
	認知症高齢者の探索事業	認知症の方の身元不明等の事故を防止するとともに、その家族等の精神的負担の軽減を図るため、位置情報が検知できる発信機の貸与等を実施します。 また、靴にＧＰＳ発信機を入れて利用できる専用の靴も引き続き対応します。 さらに、市内商店会と連携し、行方不明高齢者捜索協力支援アプリの普及啓発等に努め、地域における捜索協力体制の強化を図ります。	介護福祉課

施策	事業名	事業概要	担当課
3-3 家族の負担軽減	家族介護継続支援事業	高齢者や認知症の方を介護する家族の方を対象に、相談、介護教室、交流会等の機会を通して、介護による身体的・精神的負担の軽減を図ります。交流会等については、性別・年代を問わず参加できるようなテーマ設定を図るなど、幅広く参加を促せるよう努めます。	介護福祉課
	緊急ショートステイ	緊急を要する理由で介護者が介護できないとき介護が必要な方を一時的に施設で介護します。	介護福祉課

施策の方向性４　早期相談と健康づくりの推進

認知症になってからも、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症に関する不安や変化に早い段階で気づき、適切な相談や支援につながることが重要です。また、日頃から健康づくりや介護予防に取り組み、地域の通いの場や身近な相談先を活用することで、認知症の発症や進行のリスクを低減し、本人と家族の生活を支えることにつながります。

本市では、認知症検診や認知症チェックシステム、認知症予防通いの場等を通じて、早期発見・早期対応と健康づくりを推進します。あわせて、認知症初期集中支援チームや認知症連携会議により、医療・介護・地域の関係機関が連携し、状態に応じた切れ目のない相談・支援体制の充実を図ります。

目指す姿

認知症の発症・進行リスクが低減している

活動・成果指標

施策 ＞ 活動指標 ＞ 成果指標

	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値	令和７年度 実績値	令和 10 年度 目標値
4-1 早期診断・早期支援のための取組	認知症検診の受診人数		認知症自立度　自立の高齢者割合	
	36 人	60 人		
	認知症チェック延実施者数			
	（累計）8,535 人	（累計）9,000 人	78.3%　R6.10	80%
4-2 早期発見・早期対応に繋がる体制づくり	認知症初期集中支援チーム員連絡会の回数		認知症自立度　自立・自立度Ⅰの高齢者割合	
	1 回	3 回	83.3%　R6.10	85%
4-3 認知症の相談・支援体制の充実	認知症連携会議の事例検討数		認知症に関する相談窓口の周知割合	
	1 回	3 回	38.7%	50%

※R6.10 末時点　自立度Ⅰ以上 4,270 人、自立度Ⅱ以上 3,075 人（介護総合 DB）、第 1 号被保険者 27,466 人（月報）

※認知症自立度自立Ⅰ：何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している状態（P15 参照）

事業一覧

施策	事業名	事業概要	担当課
4-1 早期診断・早期支援のための取組	認知症検診	50 歳以上の市民に認知症に関する正しい知識の普及啓発を進めるとともに、早期発見・早期対応を図ります。	介護福祉課
	認知症チェックシステム	本人や家族等が気軽に早期発見等につなげられるように、パソコン等から簡単に認知症のチェックを行える「認知症チェックサイト」の普及啓発を図ります。	介護福祉課
4-2 早期発見・早期対応に繋がる体制づくり	認知症初期集中支援チーム	認知症が疑われるものの、医療・介護等の安定的な支援を受けていない方に対し、認知症サポート医が含まれることを特徴としたチームで訪問を行う認知症初期集中支援事業を実施します。	介護福祉課
4-3 認知症の相談・支援体制の充実	認知症連携会議	医療・介護関係者による事例検討、研修等の機会を設け、認知症ケアの向上を図ります。	介護福祉課

第６章　介護保険事業の推進

１　介護保険事業の基本的な考え方

（１）介護保険制度と地域包括ケアシステムの深化・推進

第 10 期事業計画の国の基本指針は、地域包括ケアシステムの深化・推進が目標とされ、いわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年（2040 年）を見据えたサービス基盤の整備が求められています。介護保険制度は、平成 12 年４月からスタートし、第５期事業計画では、地域包括ケアシステムの構築が求められるようになり、第７期事業計画からは、地域包括ケアシステムは深化・推進に局面が変わっています。第 10 期事業計画では、引き続き介護保険制度の持続可能性を意識しつつ、介護保険制度の改正を踏まえ、介護給付・予防給付及び地域支援事業のサービス量の中長期的な見込み、本計画期間中の施設整備について設定します。

（２）自立支援・介護予防・重度化防止と介護給付適正化

高齢者が、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援し、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止を図るための具体的な取り組みを行います。また、介護保険制度の持続性確保に向け、介護給付の適正化に関する取り組みや介護保険制度を円滑に運営するための方策を行います。

（３）日常生活圏域の設定

第９期事業計画と同様に、北東地区、南西地区、南東地区、北西地区の４つの圏域を日常生活圏域に設定します（第２章参照）。引き続き小地域ケア会議（第２層協議体）におけるエリアとして位置付け、介護が必要になっても地域で住み続けられるように情報提供や相談体制、見守り支援の充実に努めていきます。

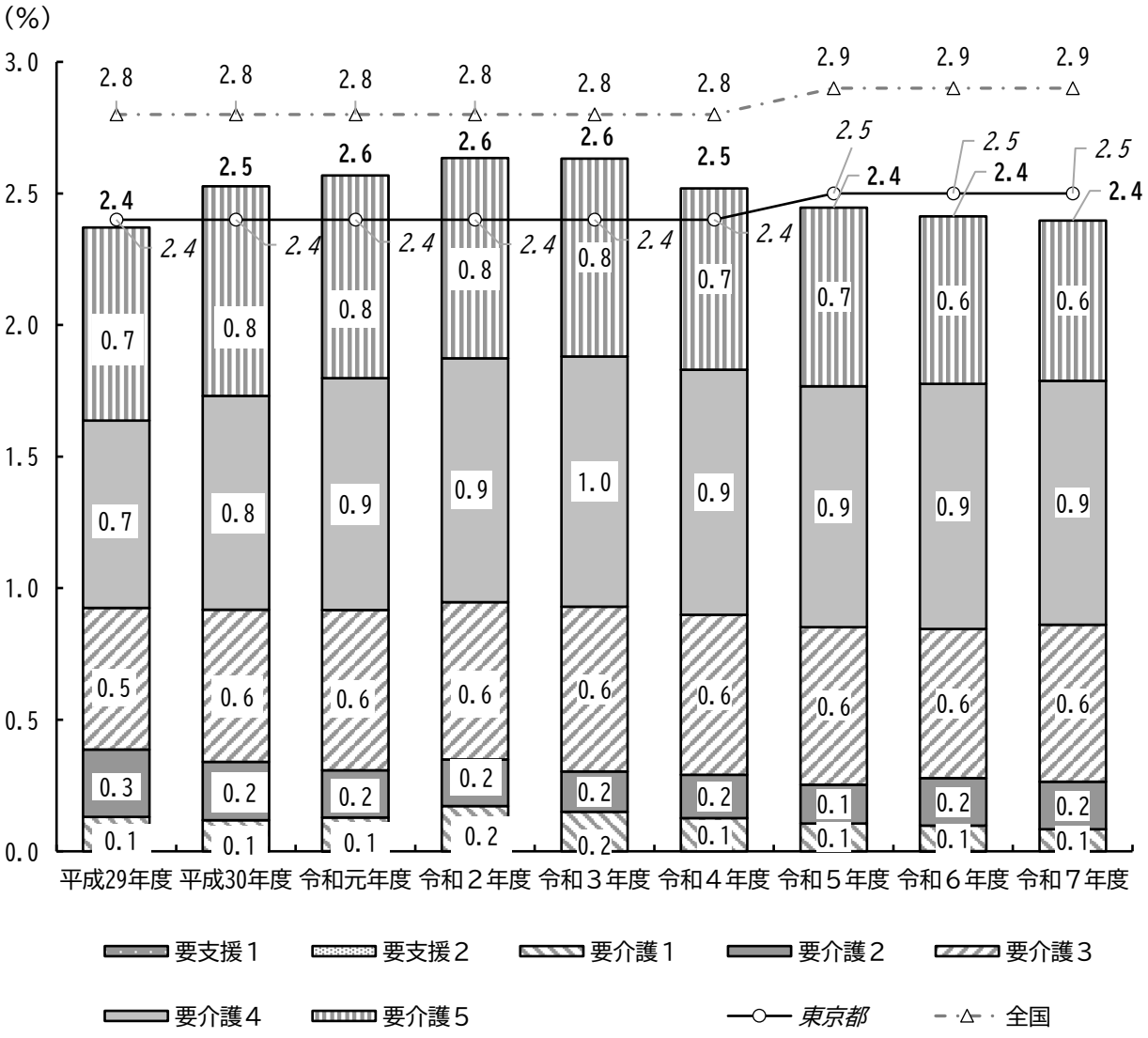
2　介護保険事業の現状分析

（1）給付分析

① サービス系列別受給率

第１号被保険者数に対するサービスの利用者数の割合を示す受給率をサービス系列別に見ると、小金井市の施設サービスの受給率は、令和４年度以降、減少しており、令和５年度以降、全国・東京都よりも低くなっています。

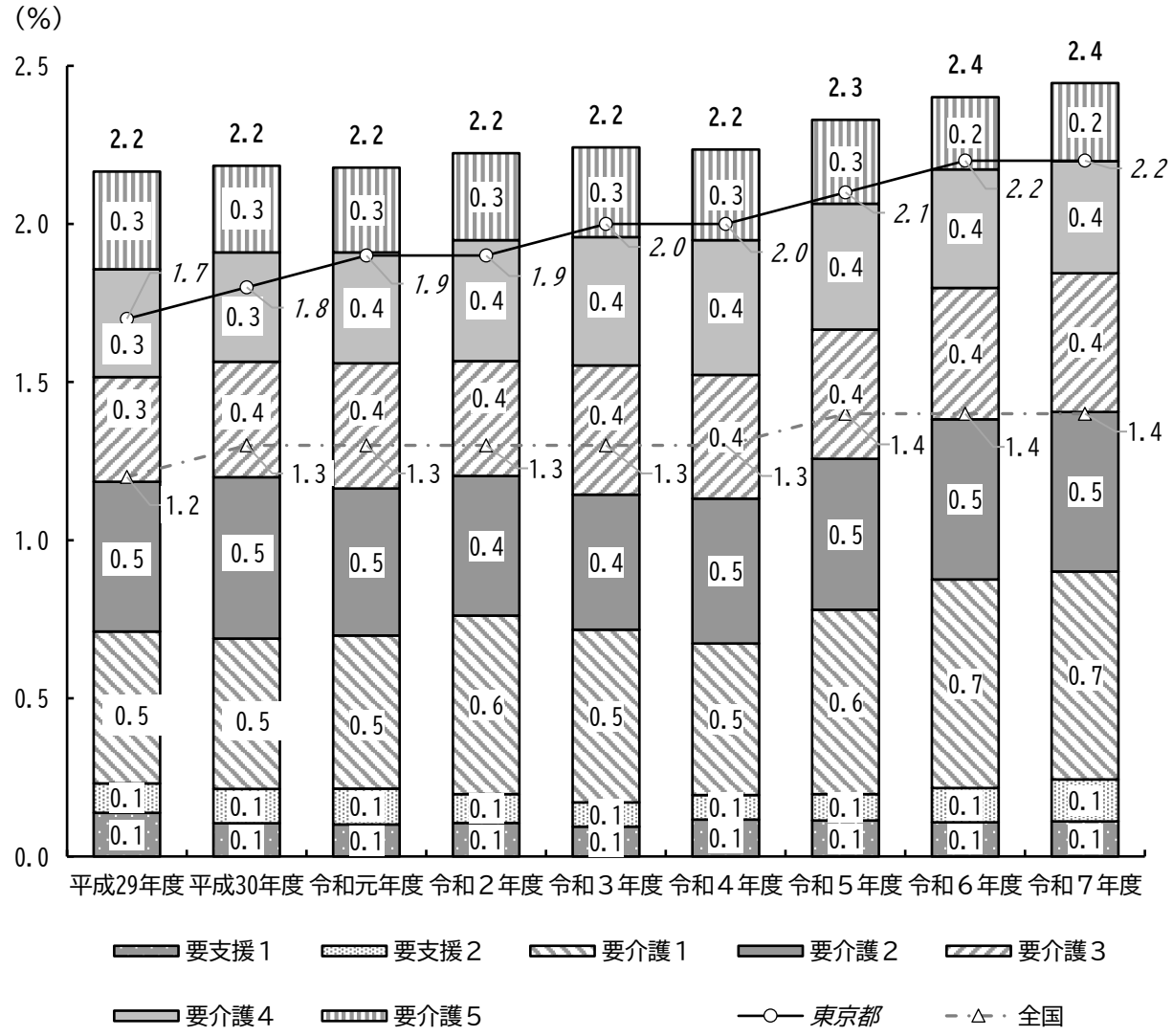
施設サービス受給率の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度３月 31 日現在）

居住系サービス受給率は、令和５年度以降、増加しており、全国・東京都よりも高くなっています。

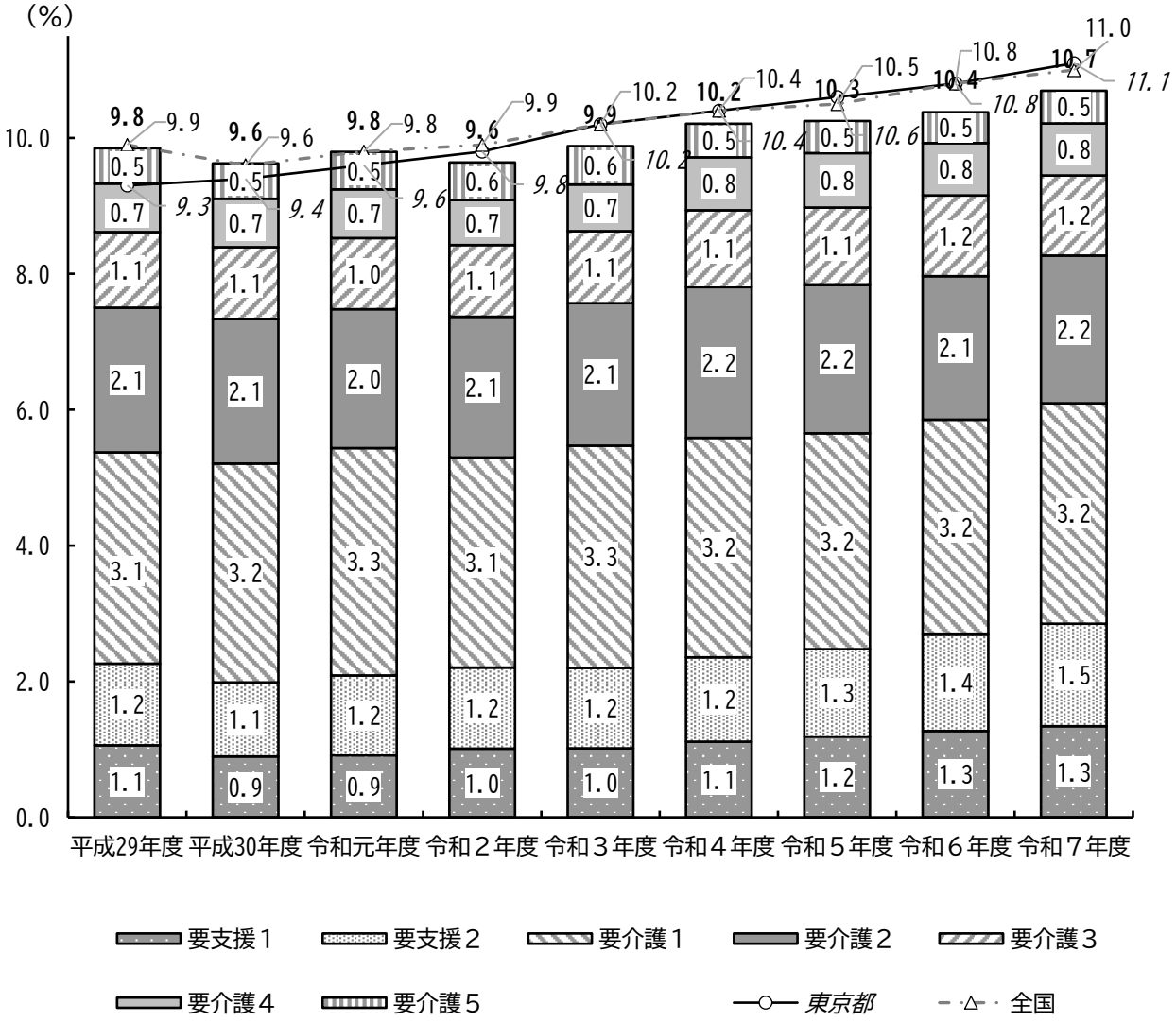
居住系サービス受給率の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度３月 31 日現在）

在宅サービス受給率は、令和２年度以降、全国・東京都よりも低くなっていますが、令和３年度以降、増加しています。

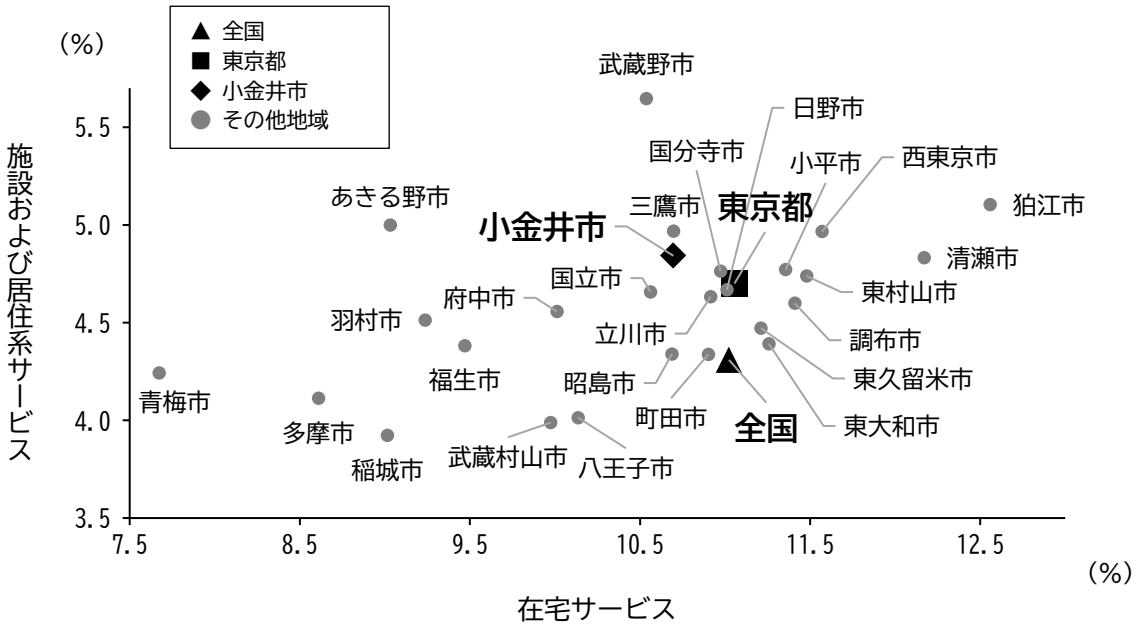
在宅サービス受給率の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度３月 31 日現在）

受給率を都内の他市と比較すると、在宅サービスでは 26 市のうち 13 番目、施設および居住系サービスでは６番目に受給率が高くなっています。

サービス系列別受給率

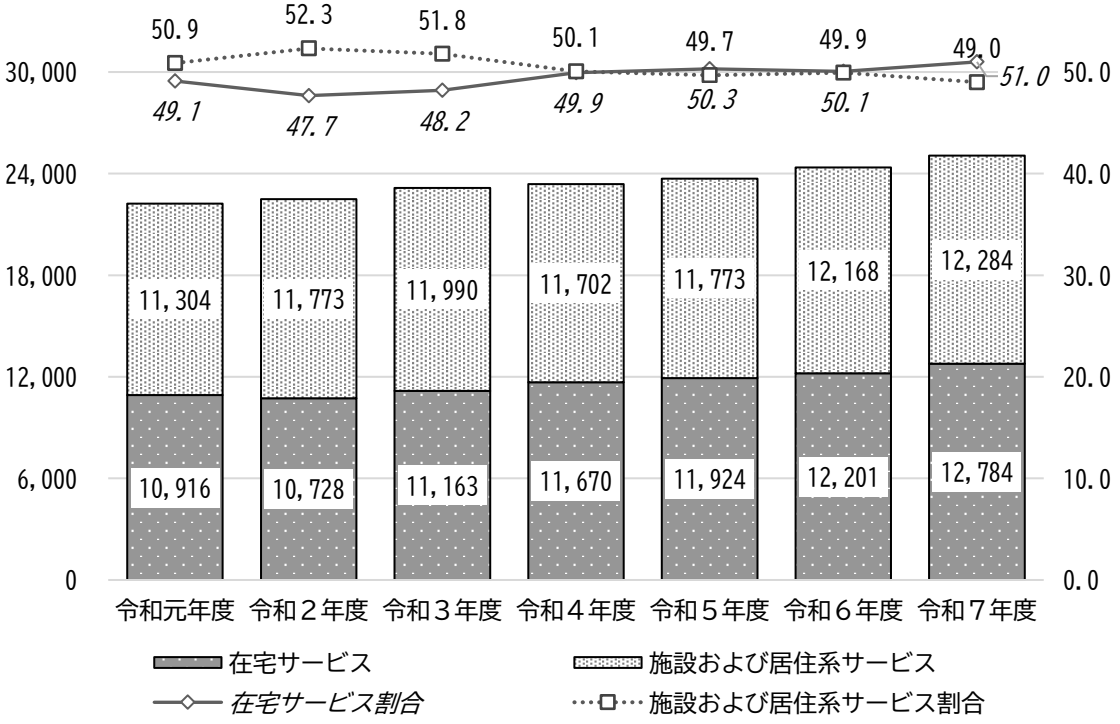


資料：介護保険事業状況報告（令和７年度３月 31 日現在）

② サービス系列別給付月額

在宅サービスに係る給付月額および在宅サービスが給付月額を占める割合は、令和３年度以降、増加し続けています。また、施設及び居住系サービスに係る給付月額は増加しています。

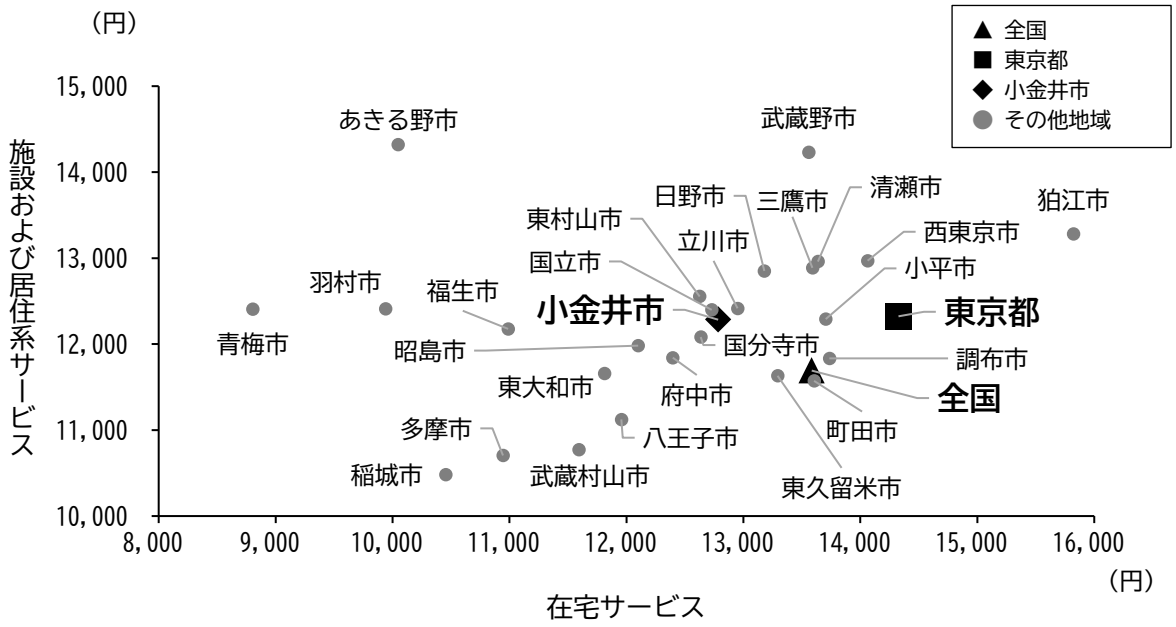
サービス系列別第１号被保険者１人あたり給付月額の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度３月 31 日現在）

給付月額を都内の他市と比較すると、在宅サービスでは 26 市のうち 12 番目、施設および居住系サービスでは 14 番目に給付月額が多くなっています。

サービス系列別第１号被保険者１人当たり給付月額



資料：介護保険事業状況報告（令和７年度３月 31 日現在）

③ 介護給付費の地域差

人口構成を全国と同じと仮定した出現期待値に関する全国（＝100）との乖離であるＳＣＲ（標準化給付費出現比）をみると、介護サービスの給付は、訪問系・居住系が多く、サービスの提供がしやすい人口密集地の特性が顕著に現れています。

人口密集地の特性、介護の訪問系の活用により、高齢者や独居・高齢夫婦世帯の在宅生活を支えるとともに、医療の在宅系サービスの充実・利用促進等を通じて、在宅生活を継続しやすい環境が求められます。

介護ＳＣＲ（2023 年、利用者所在地ベース）

	東京都	小金井市
訪問系	158.5	155.0
通所系	94.4	92.0
居住系	149.4	164.5
介護老人福祉施設	106.4	102.0
介護老人保健施設	71.3	80.5
介護医療院	59.8	50.7

④ まとめ

施設および居住系サービスの受給率は全国・東京都よりも高くなっていますが、給付月額は東京都と同程度となっています。在宅サービスの受給率および給付月額は、全国・東京都よりも低くなっています。

施設サービスおよび在宅サービスの受給率は、全国・東京都よりも低い状態で推移している一方で、第１号被保険者１人当たり給付月額は増加傾向にあります。引き続き、介護予防・要介護状態の重度化予防に取り組むことで総給付費を抑制していく必要があります。

（２）第９期事業計画の自立支援・介護予防・重度化防止に関する取り組み及び目標設定に対する評価

① 評価指標

社会参加の促進及び健康寿命の延伸は、目標を達成できませんでした。健康寿命の延伸傾向を持続させるためには、要介護認定率の上昇やコロナ禍以降の活動量低下等との関連を詳細に分析し、フレイルの早期把握・予防・改善につなげる取組を強化することが重要です。特に、外出や社会参加の機会が減少した高齢者に対して、孤立防止と健康の維持向上を一体的に支える仕組みが求められます。高齢者が、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化防止に関する取組がいっそう期待されます。

（ア）社会参加の促進

自宅以外に居場所がある割合は 2.4 ポイント下がり、目標には届きませんでしたが、第７期から第８期では7.9ポイント下がっていたことを考慮すると、下がり幅は小さくなっています。

成果目標	第８期（実績） （第９期計画策定調査）	第９期（実績） （第10期計画策定調査）	第９期（目標） （第10期計画策定調査）
「居場所がある」の回答者割合	35.5%	33.1%	45.0%

（イ）要介護度の維持・改善

要支援１・２の方のうち、介護認定の更新の結果、前回の介護度よりも現状維持又は改善が図られた方の割合の傾向を捉え、その数値を維持することで、介護予防・重度化防止の成果とします。

成果目標	第８期（実績） （令和５年度）	第９期（実績） （令和８年度）	第９期（目標） （令和８年度）
要支援１・２の維持・改善割合	90.39%	90.48%	９０%以上

各１０月１日現在

（ウ）健康寿命の延伸

令和６年の健康寿命（要支援１基準）は、男性が 81.96 歳で東京都平均を 0.75 歳上回り、多摩 26 市比較では６位でした。女性は 83.09 歳で東京都平均を 0.11 歳上回り、多摩 26 市比較では 17 位となっています。男性・女性いずれも健康寿命が令和３年より短縮しており、目標を達成できませんでした。

成果目標	第８期（実績） （令和３年）	第９期（実績） （令和６年）	第９期（目標）
健康寿命【要支援１】(男性)	82.24 歳（６位）	81.96 歳（６位）	延伸
健康寿命【要支援１】(女性)	83.13 歳（14 位）	83.09 歳（17 位）	

② 重点的取組・個別目標

（ア）さくら体操等介護予防の推進

成果目標	第９期実績		第９期目標
	令和７年度実績	令和８年度見込	
さくら体操の会場数（か所）	３０	４０	55
さくら体操の延参加者数（人）	６，６１２	６，７３０	6,600
介護予防講座延参加者数（人）	１４７	１４０	210

【取り組み状況】

管理会場では、医療・福祉の専門職が管理運営を行い、グループ支援や参加者評価等を通して、参加者の介護予防や自立支援を図ります。完全自主会場については、身近な所で少人数実施できる体制を推進していきます。地域包括支援センターの職員が立ち上げ・継続支援を行うとともに、市内のリハビリテーション専門職が会場を巡回し、助言・指導を行い、参加者の介護予防を図ります。

【課題・対応策】

さくら体操の延参加者数は目標達成見込みですが、介護予防の取り組みが多様化しているため、他の介護予防施策（介護予防講座・シニア運動教室等）と連動させながら介護予防を推進していきます。

（イ）地域の居場所に対する支援の推進

成果目標	第９期実績		第９期目標
	令和７年度実績	令和８年度見込	
市内の居場所の情報をまとめた冊子への掲載居場所数（か所）	１９０	１９８	185
リハビリテーション専門職の巡回数（回）	９６	９６	96

【取り組み状況】

生活支援コーディネーターを中心に、地域包括支援センターや社会福祉協議会などの関係機関と連携し、また、認知症カフェについては認知症地域支援推進員と協力しながら、居場所の立ち上げや活動継続に対して支援します。

立ち上げに対しては活用可能な場所や類似の居場所に関する情報提供等を、活動継続に対しては市内の居場所の情報をまとめた冊子と圏域ごとに情報を地図に落とし込んだマップを交互に作成するとともに、情報を市ホームページにも掲載し、高齢者や関係者に周知を行うとともに居場所間の交流活動への活用を図ります。

また、リハビリテーション専門職が地域包括支援センターと連携し地域の居場所を巡回し、介護予防の普及啓発や健康相談等の支援を行います。

【課題・対応策】

地域の居場所の担い手の高齢化等により、居場所の活動が停滞している居場所があるため、活動継続に向けた支援が必要です。

居場所の担い手等の交流の機会等を提供し、居場所の継続支援を行うとともに、居場所の情報をまとめた冊子を作成する等様々な方法で居場所の周知を行っていきます。

（ウ）短期集中予防サービス（通所型・訪問型）の実施

【取り組み状況】

介護認定要支援者等の軽度者に対し、リハビリテーション専門職が利用者の現状をアセスメントし、３か月短期集中の訪問型と通所型のサービスを提供し、生活機能の維持・改善を図ります。サービス前後には自立支援型個別地域ケア会議を開催し、多職種で利用者の自立支援に向け検討・提案を行います。

【課題・対応策】

事業利用による効果等を関係機関とも共有し、利用者の増加を目指します。

（エ）リハビリテーションのサービス提供への支援等

【取り組み状況】

市の介護保険制度におけるリハビリテーションのサービス提供体制は、訪問の利用率が2.65%と全国平均（2.07%）、東京都平均（1.65%）と比較して高く、また、通所の利用率が5.02%と全国平均（8.29%）よりは低いものの、東京都平均（4.55%）と比較して高く、一定程度充足していると考えられますが、引き続き、サービス利用率の維持・向上を図るとともに、必要な方が必要な時にサービスを利用できるよう、介護保険制度のパンフレットや市ホームページ掲載などにより制度の周知を継続していきます。

また、事業所に対して介護保険制度に関する研修や必要に応じての指導を実施することにより、提供体制を支援していきます。

【課題・対応策】

今後もリハビリテーションの提供体制の充実を図り、必要な方が必要な時にサービスを利用できるよう、制度周知や事業所への支援を継続していきます。

（３）第９期事業計画の介護給付等に要する費用の適正化への取り組み及び目標設定に対する評価

① 要介護認定の適正化

【取り組み状況】

適切かつ公平な要介護認定の確保を図るため、要介護認定の変更申請または更新認定に係る認定調査の内容について、点検を実施しています。また、認定調査員への研修の実施及びｅラーニングの受講を促進するとともに、認定審査会の審査判定状況について、連絡会等を通じて審査会委員に情報共有し、さらに審査会委員研修では、判断が難しいケース等について事例検討会を実施するなど、要介護認定の平準化へ向けた取り組みを進めています。

【課題・対応策】

要介護認定の平準化のため、今後も継続して調査票の点検、研修等を実施していく必要があります。

業務分析データ等を活用し、調査項目の選択率や審査判定の傾向・特徴を把握し、その要因の分析を行い、認定調査員及び審査会委員との情報共有に努めるとともに、今後も継続して調査票の点検、研修等を実施し、要介護認定の平準化を図ります。

② ケアプラン等の点検

【取り組み状況】

利用者が真に必要とするサービスを確保することを目的に、市内の居宅介護支援事業所等に対してケアプラン点検を実施しています。実施に当たっては、点検の効率化と事業所の負担軽減の観点から、事業所の実地指導を行う際にあわせて実施しています。

また、主任介護支援専門員と連携した点検について、被点検者の負担が減るよう点検ツールを一部修正するなど、効果的な点検となるよう工夫を行いました。

成果目標	第９期実績		第９期目標
	令和７年度実績	令和８年度見込	
ケアプラン点検実施件数	１９４件	７８件	45 件

【課題・対応策】

利用者の自立支援に資するケアプランとなるよう、引き続き効果的な点検手法について研究しつつ、主任介護支援専門員と連携しながら実施していきます。

③ 医療情報との突合・縦覧点検

【取り組み状況】

医療情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行いました。国民健康保険団体連合会から提供される帳票を整理し、効果が高いと見込まれる帳票を重点的に審査しました。

成果目標	第９期実績		第９期目標
	令和７年度実績	令和８年度見込	
医療情報との突合審査件数	１０８件	７４件	70 件
縦覧点検審査件数	２，６５６件	２，７１８件	1,000 件

【課題・対応策】

引き続き効率的効果的な審査を行うため、情報収集を行いつつ、国保連の帳票を活用できる体制を整えます。

④ その他事業　給付実績の活用等

【取り組み状況】

国民健康保険団体連合会で実施する審査支払いの結果から提供される帳票を確認し、疑義のある請求について事業者に照会を行っています。給付実績から分析できる事業所の傾向を、複数の帳票を用いて確認し、事業所に対する効果的な指導を行っています。また、利用者の制度理解の促進や請求内容の再確認のため、給付費通知を利用者へ発送しています。

【課題・対応策】

引き続き、東京都や国民健康保険団体連合会主催の研修会を受講して知識を得るとともに、他自治体の取り組み状況を参考とするなど、確認できる確認帳票を増やし、事業者指導・支援につなげます。

3　自立支援・介護予防・重度化防止に関する取り組み及び目標設定

第１０期事業計画では、高齢者が、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化防止といった介護保険制度の理念を踏まえ、様々な取り組みを進めます。

（1）評価指標

次の指標により、取り組みの成果を検証します。

① 社会参加の促進

事業計画策定時におけるアンケート調査において、自宅以外の居場所の有無を捉え、「居場所がある」とされた方の割合が高くなることで、自立支援・介護予防の成果とします。

成果目標	第８期（実績） （第９期計画策定調査）	第９期（実績） （第10期計画策定調査）	第10期（目標） （第11期計画策定調査）
「居場所がある」の回答者割合	35.5%	33.1%	36.0%

② 要介護度の維持・改善

要支援１・２の方のうち、介護認定の更新の結果、前回の介護度よりも現状維持又は改善が図られた方の割合の傾向を捉え、その数値を維持することで、介護予防・重度化防止の成果とします。

成果目標	第８期（実績） （令和５年度）	第９期（実績） （令和８年度）	第10期（目標） （令和11年度）
要支援１・２の維持・改善割合	90.39%	90.48%	90%以上

各10月１日現在

③ 健康寿命の延伸

65 歳の方が、何歳まで健康に生活できるかをあらわす「65 歳健康寿命（東京保健所長会方式）」において、市の 65 歳健康寿命（基準以上の要介護認定を受けるまでの平均自立期間で算出した場合）の傾向を捉え、延伸することで、自立支援・介護予防の成果とします。

成果目標		第８期（実績） （令和３年）	第９期（実績） （令和６年）	第10期（目標）
要支援１	健康寿命（男性）	82.24 歳（６位）	81.96 歳（６位）	延伸
	健康寿命（女性）	83.13 歳（14 位）	83.09 歳（17 位）	
要介護２	健康寿命（男性）	84.14歳（３位）	83.98 歳（２位）	
	健康寿命（女性）	86.88歳（２位）	86.69 歳（５位）	

（2）重点的取り組み・個別目標

具体的・重点的な取り組み内容と個別目標は、次のとおりです。

① さくら体操等介護予防の推進

さくら体操の管理会場については、医療・福祉の専門職が管理運営を行い、グループ支援や参加者評価等を通して、参加者の介護予防や自立支援を図ります。完全自主会場については、身近な所で少人数実施できる体制を推進していきます。地域包括支援センターの職員が立ち上げ・継続支援を行うとともに、市内のリハビリテーション専門職が会場を巡回し、助言・指導を行い、参加者の介護予防を図ります。

介護予防の取り組みが多様化しているため、他の介護予防施策（介護予防講座・シニア運動教室等）と連動させながら介護予防を推進していきます。

成果目標	第10期目標
さくら体操の会場数（か所）	４５
さくら体操の延参加者数（人）	７，５００
介護予防講座延参加者数（人）	１８０

② 地域の居場所に対する支援の推進

生活支援コーディネーターを中心に、地域包括支援センターや社会福祉協議会などの関係機関と連携し、また、認知症カフェについては認知症地域支援推進員と協力しながら、居場所の立ち上げや活動継続に対して支援します。

立ち上げに対しては活用可能な場所や類似の居場所に関する情報提供等を、活動継続に対しては市内の居場所の情報をまとめた冊子と圏域ごとに情報を地図に落とし込んだマップを交互に作成するとともに、情報を市ホームページにも掲載し、高齢者や関係者に周知を行うとともに居場所間の交流活動への活用を図ります。

また、リハビリテーション専門職が地域包括支援センターと連携し地域の居場所を巡回し、介護予防の普及啓発や健康相談等の支援を行います。

成果目標	第10期目標
市内の居場所の情報をまとめた冊子への掲載居場所数（か所）	２２５
リハビリテーション専門職の巡回数（回）	９６

③ 短期集中予防サービス（通所型・訪問型）の実施

介護認定要支援者等の軽度者に対し、リハビリテーション専門職が利用者の現状をアセスメントし、３か月間短期集中のサービス（訪問型と通所型を合わせて提供）を提供し、生活機能の維持・改善を目指します。サービス前後には自立支援型個別地域ケア会議を開催し、多職種で利用者の自立支援に向け検討・提案を行います。

④　リハビリテーションのサービス提供への支援等

市の介護保険制度におけるリハビリテーションのサービス提供体制は一定程度充足していると考えられますが、引き続き、サービス利用率の維持・向上を図るとともに、必要な方が必要な時にサービスを利用できるよう、介護保険制度のパンフレットや市ホームページ掲載などにより制度の周知を継続していきます。

また、事業所に対して介護保険制度に関する研修や必要に応じての指導を実施することにより、提供体制を支援していきます。

（３）成果の検証

上記の評価指標も踏まえながら、介護保険運営協議会において、毎年度、実施状況の把握・評価について協議を行い、ＰＤＣＡサイクルの確立を図り、次期事業計画に反映していきます。

また、これらの取り組みと目標についての自己評価結果等を東京都に報告するとともに、自己評価結果の公表に努めます。

高齢者の心身の状況等の変化については、次期事業計画策定に関する各種調査や地域包括ケア「見える化」システムでのデータ分析等により検証を行います。

４　介護給付適正化に関する取り組み及び目標設定

介護保険制度の持続性確保に向けて、介護給付の適正化に努め、給付適正化主要３事業等を着実に実施します。本事業を通じて、被保険者の適切なサービス利用につなげるとともに、介護サービス事業所の支援・指導に活用していきます。

（１）要介護認定の適正化

【趣旨】

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について、市町村職員等が訪問又は書面等の審査により点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

【取り組みと目標】

要介護認定の平準化へ向け、調査項目の選択率や審査判定の傾向・特徴を把握し、その要因の分析を行い、適切かつ公平な要介護認定となるように努めます。また、今後も継続して調査票の点検、研修の実施及びｅラーニングシステムの周知を行い、要介護認定の平準化を図ります。

（２）ケアプラン等の点検

【趣旨】

介護支援専門員が作成したケアプランについて、市町村職員等の第三者がその内容の点検・指導を行い、利用者の身体状況に合ったサービスとなっているかを確認します。

また、ケアプランに住宅改修や福祉用具の利用が含まれているものについては、その種別に応じて図面や見積書、医師の所見等を確認するなど、適正なサービスとなっているかを確認します。

【取り組みと目標】

点検するケアプランの選定にあたっては、国民健康保険団体連合会提供の帳票を活用し、さらに効果的な点検が実施できるよう取り組んでいきます。

特に、登録有料老人ホームに居住する受給者の給付実績を抽出した帳票を活用したケアプラン点検の実施について取り組んでいきます

成果目標	第 10 期目標
ケアプラン点検実施件数	８０件

（３）医療情報との突合・縦覧点検

【趣旨】

介護保険と医療保険の重複請求や、介護保険内での重複請求等の審査を行い、請求の整合性を確認します。審査において、疑義のある点については事業所へ照会・指導を行い、適正な請求処理を進めます。

【取り組みと目標】

点検する確認項目が多く、効率的に実施するために国民健康保険団体連合会に点検を一部委託し、市では効果が高いと見込まれる帳票を重点的に審査していきます。

成果目標	第 10 期目標
医療情報との突合審査件数	７５件
縦覧点検審査件数	２，８００件

（４）その他事業　給付実績の活用等

【趣旨】

国民健康保険団体連合会で実施する審査支払いの結果から提供される帳票を確認し、疑義のある請求について事業者に照会を行います。

【取り組みと目標】

引き続き、東京都や国民健康保険団体連合会主催の研修会を受講して知識を得るとともに、他自治体の取り組み状況を参考とするなど、確認できる帳票を増やし、事業者指導・支援につなげます。

特に、管内の高齢者住まいにおいて過剰なサービス提供がなされていないか、給付実績の確認について取組を進めます。

5　サービス見込量の推計

サービス見込量の推計にあたっては、国の地域包括ケア「見える化」システムに基づき、これまでの検討結果を踏まえ、過去の実績や制度改正の影響を考慮し介護給付・予防給付のサービス量及び地域支援事業のサービス量の推計を行いました。

また、推計に当たっては、医療と介護の連携による居宅サービスの追加的需要の反映、並びに介護離職ゼロのための追加的な見込みも勘案して推計を行いました。

（1）介護予防サービス見込量

① 介護予防サービス

単位：各項目の（）内

区分		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防サービス										
介護予防訪問入浴介護	給付費（千円）	770	0	0						
	回数（回）	78	0	0						
介護予防訪問看護	給付費（千円）	63,983	76,919	87,427						
	回数（回）	14,675	17,917	20,817						
介護予防訪問リハビリテーション	給付費（千円）	12,381	15,693	17,812						
	回数（回）	4,428	5,629	6,475						
介護予防居宅療養管理指導	給付費（千円）	18,142	22,638	26,586						
	人数（人）	1,508	1,810	2,005						
介護予防通所リハビリテーション	給付費（千円）	27,815	29,494	28,656						
	人数（人）	821	846	815						
介護予防短期入所生活介護	給付費（千円）	2,233	1,591	2,845						
	日数（日）	299	232	387						
介護予防短期入所療養介護（老健）	給付費（千円）	44	750	229						
	日数（日）	4	83	24						
介護予防福祉用具貸与	給付費（千円）	50,874	56,529	59,752						
	人数（人）	7,145	7,547	7,883						
特定介護予防福祉用具販売	給付費（千円）	5,217	5,213	5,377						
	人数（人）	154	175	180						
介護予防住宅改修	給付費（千円）	12,384	13,752	14,495						
	人数（人）	147	159	157						
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費（千円）	56,119	66,283	69,981						
	人数（人）	721	829	834						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

※ 令和６年、７年度は、市決算に基づく実績値、令和８年度は見込み値、令和９年度以降は、厚生労働省『地域包括ケア「見える化」システム』による推計値

② 地域密着型介護予防サービス

単位：各項目の（）内

地域密着型介護予防サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防認知症対応型通所介護	給付費（千円）	0	0	0						
	回数（回）	0	0	0						
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）	0	241	1,078						
	人数（人）	0	6	24						
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）	1,751	535	0						
	人数（人）	7	2	0						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

③ 介護予防支援

単位：各項目の（）内

介護予防支援		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防支援	給付費（千円）	45,487	48,606	50,506						
	人数（人）	9,035	9,671	9,930						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

介護予防サービス給付費合計（①から③）

単位：各項目の（）内

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防サービス給付費合計（千円）	297,199	338,245	313,160						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

（2）介護サービス見込量

① 居宅サービス

単位：各項目の（）内

居宅サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
訪問介護	給付費（千円）	765,305	812,160	920,351						
	回数（回）	238,936	248,938	280,944						
訪問入浴介護	給付費（千円）	45,171	48,945	56,448						
	回数（回）	3,369	3,612	4,134						
訪問看護	給付費（千円）	429,612	462,747	517,242						
	回数（回）	87,241	96,853	108,915						
訪問リハビリテーション	給付費（千円）	50,010	56,363	58,607						
	回数（回）	16,487	18,217	18,632						
居宅療養管理指導	給付費（千円）	243,859	266,418	292,714						
	人数（人）	16,512	17,654	18,945						
通所介護	給付費（千円）	540,282	571,125	654,999						
	回数（回）	72,043	75,559	84,862						
通所リハビリテーション	給付費（千円）	184,580	176,044	201,019						
	回数（回）	20,920	19,350	21,347						
短期入所生活介護	給付費（千円）	187,698	194,928	203,816						
	日数（日）	19,567	19,931	20,362						
短期入所療養介護（老健）	給付費（千円）	36,789	24,930	31,301						
	日数（日）	3,330	2,231	2,632						
福祉用具貸与	給付費（千円）	288,517	305,662	320,491						
	人数（人）	18,412	19,308	19,632						
特定福祉用具販売	給付費（千円）	12,669	11,811	13,825						
	人数（人）	382	325	258						
住宅改修費	給付費（千円）	17,397	14,532	17,941						
	人数（人）	224	197	246						
特定施設入居者生活介護	給付費（千円）	1,233,837	1,266,886	1,412,666						
	人数（人）	6,088	6,214	6,764						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

② 地域密着型サービス

単位：各項目の（）内

地域密着型サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費(千円)	22,613	39,703	48,323						
	人数(人)	163	304	366						
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	1,765	1,701	630						
	人数(人)	72	67	24						
地域密着型通所介護	給付費(千円)	349,360	385,928	383,730						
	回数(回)	41,638	46,181	45,948						
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	119,680	107,776	129,173						
	回数(回)	9,369	8,383	9,683						
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	43,418	48,434	61,675						
	人数(人)	231	254	310						
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	338,457	356,566	382,258						
	人数(人)	1,219	1,281	1,335						
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	0	0	0						
	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						
	人数(人)	0	0	0						
看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	54,772	75,309	87,426						
	人数(人)	238	308	347						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

③ 施設サービス

施設サービス		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護老人福祉施設	給付費(千円)	1,576,834	1,594,803	1,731,092						
	人数(人)	5,463	5,507	5,753						
介護老人保健施設	給付費(千円)	723,667	728,126	765,893						
	人数(人)	2,360	2,367	2,420						
介護医療院	給付費(千円)	78,911	93,560	128,113						
	人数(人)	217	251	332						

④ 居宅介護支援

単位：各項目の（）内

居宅介護支援		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
居宅介護支援	給付費（千円）	394,844	405,003	422,030						
	人数（人）	25,554	26,307	26,924						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

介護サービス給付費合計（①から④）

単位：各項目の（）内

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護サービス給付費合計（千円）	7,740,136	8,049,459	8,850,469						

給付費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

６　施設整備に関する推計と高齢者の住まいについて

高齢者の住まいをいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持の観点に加え、地域共生社会の実現の観点からも重要な課題となっています。

市では、認知症高齢者グループホームを１か所整備したほか、令和６年度に定期巡回・随時対応型訪問介護看護を整備し、夜間の介護サービスを含む２４時間３６５日の在宅生活の支援を充実しました。

施設・居住系サービスの整備については、東京都及び住宅政策を所管する部局と連携し、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の設置状況、特定施設入居者生活介護の指定の有無、入居定員等を把握します。特に、特定施設の指定を受けていない住まいについては、可能な範囲で要介護者等の入居状況や在宅サービスの利用状況を確認し、施設等の空き状況や入所希望の状況と併せて、サービス見込量及び必要な整備量の検討に反映します。

在宅サービスの充実を図る観点から、地域密着型サービスについて地理的配置バランスを勘案した整備を検討しつつ、様々な介護ニーズ・医療ニーズの変化へ柔軟に対応できるようにしていきます。

本計画期間中の施設整備計画

サービス種別				第９期現状値	第10期計画値		
					令和９年度	令和10年度	令和11年度
広域型施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		施設数	4	－	－	－
			定員	461	－	－	－
	介護老人保健施設		施設数	2	－	－	－
			定員	197	－	－	－
	特定施設入居者生活介護	介護付き有料老人ホーム	施設数	8	－	－	－
			定員	287	－	－	－
		サービス付き高齢者向け住宅	施設数	1			
			戸数	54			
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		施設数	1	－	－	－
	認知症対応型通所介護		施設数	4	－	－	－
			定員	60	－	－	－
		南東圏域（定員）		0	－	－	－
		北東圏域（定員）		36	－	－	－
		北西圏域（定員）		0	－	－	－
		南西圏域（定員）		24	－	－	－
	小規模多機能型居宅介護		施設数	2	－	－	－
			定員	42	－	－	－
		南東圏域（定員）		24	－	－	－
		北東圏域（定員）		0	－	－	－
		北西圏域（定員）		18	－	－	－
		南西圏域（定員）		0	－	－	－
	認知症対応型共同生活介護		施設数	7	－	－	－
			定員	111	－	－	－
		南東圏域（定員）		36	－	－	－
		北東圏域（定員）		18	－	－	－
		北西圏域（定員）		51	－	－	－
		南西圏域（定員）		6	－	－	－
	地域密着型老人福祉施設入所者生活介護		施設数	0	－	－	－
			定員	0	－	－	－
	地域密着型特定施設入居者生活介護		施設数	0	－	－	－
			定員	0	－	－	－
	看護小規模多機能型居宅介護		施設数	1	－	－	－
			定員	29	－	－	－
		南東圏域（定員）		0	－	－	－
		北東圏域（定員）		0	－	－	－
		北西圏域（定員）		29	－	－	－
		南西圏域（定員）		0	－	－	－
住宅型有料老人ホーム			施設数	3	－	－	－
			定員	128	－	－	－
サービス付き高齢者向け住宅（特定施設以外）			施設数	2	－	－	－
			戸数	85	－	－	－

7　地域支援事業の推計

地域支援事業については、要支援者や総合事業対象者に介護予防や生活支援サービスなどを提供する「介護予防・日常生活支援総合事業」、認知症への支援や地域包括支援センターの運営などを実施する「包括的支援事業」、上記に含まれない様々な支援や事業を行う「任意事業」の３つに大別され、被保険者の介護予防や生活支援を実施しています。

これまで、介護予防・日常生活支援総合事業に関しては、訪問型サービスや通所型サービスを中心に行ってきましたが、今後さらに介護予防を進めていく必要があるため、さくら体操をはじめ地域の多様な介護予防に資する資源等も活用し取り組みを推進していきます。

単位：千円

区分	第９期実績（見込）			第 10 期推計		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
介護予防・日常生活支援総合事業	285,988	314,520				
包括的支援事業	164,802	17,041				
任意事業	4,251	5,506				
地域支援事業　合計	455,041	337,067				

地域支援事業費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

区分	令和 12 年度推計	令和 17 年度推計	令和 22 年度推計
介護予防・日常生活支援総合事業			
包括的支援事業			
任意事業			
地域支援事業　合計			

地域支援事業費の推計値については、介護報酬等の改定を踏まえ計算します。

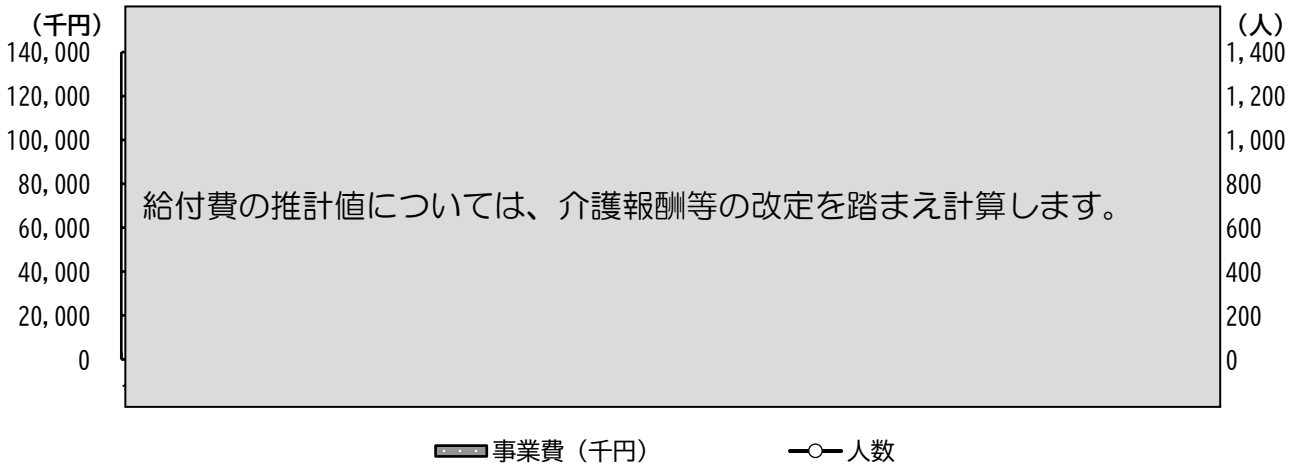
※ 令和６年、７年度は、市決算に基づく実績値、令和８年度は見込み値、令和９年度以降は、厚生労働省『地域包括ケア「見える化」システム』による推計値

（１）介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型・通所型サービス）

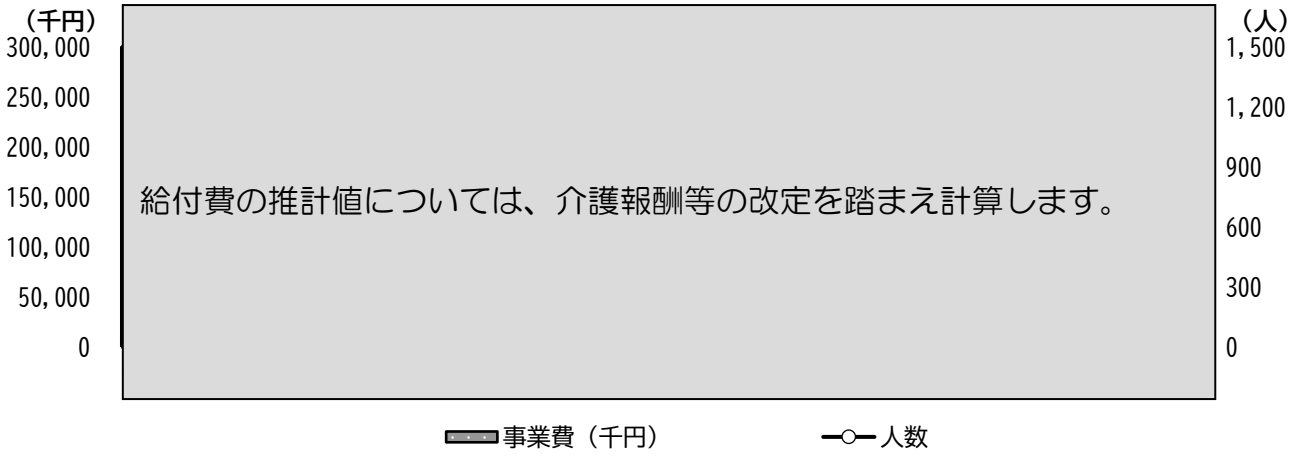
訪問型サービスは、令和７年度には事業費が９３，５８７千円、人数が６３６人となっています。また、通所型サービスは、令和７年度には事業費が１８５，５８３千円、人数が９７４人となっています。

今後の傾向としては、要支援認定者数や事業対象者の増加を背景に訪問型・通所型サービスともに、事業費、人数ともに増加し続ける見込みです。

訪問型サービス



通所型サービス



※ 令和６年、７年度は、市決算に基づく実績値、令和８年度は見込み値、令和９年度以降は、厚生労働省『地域包括ケア「見える化」システム』による推計値

8　第１号被保険者の介護保険料

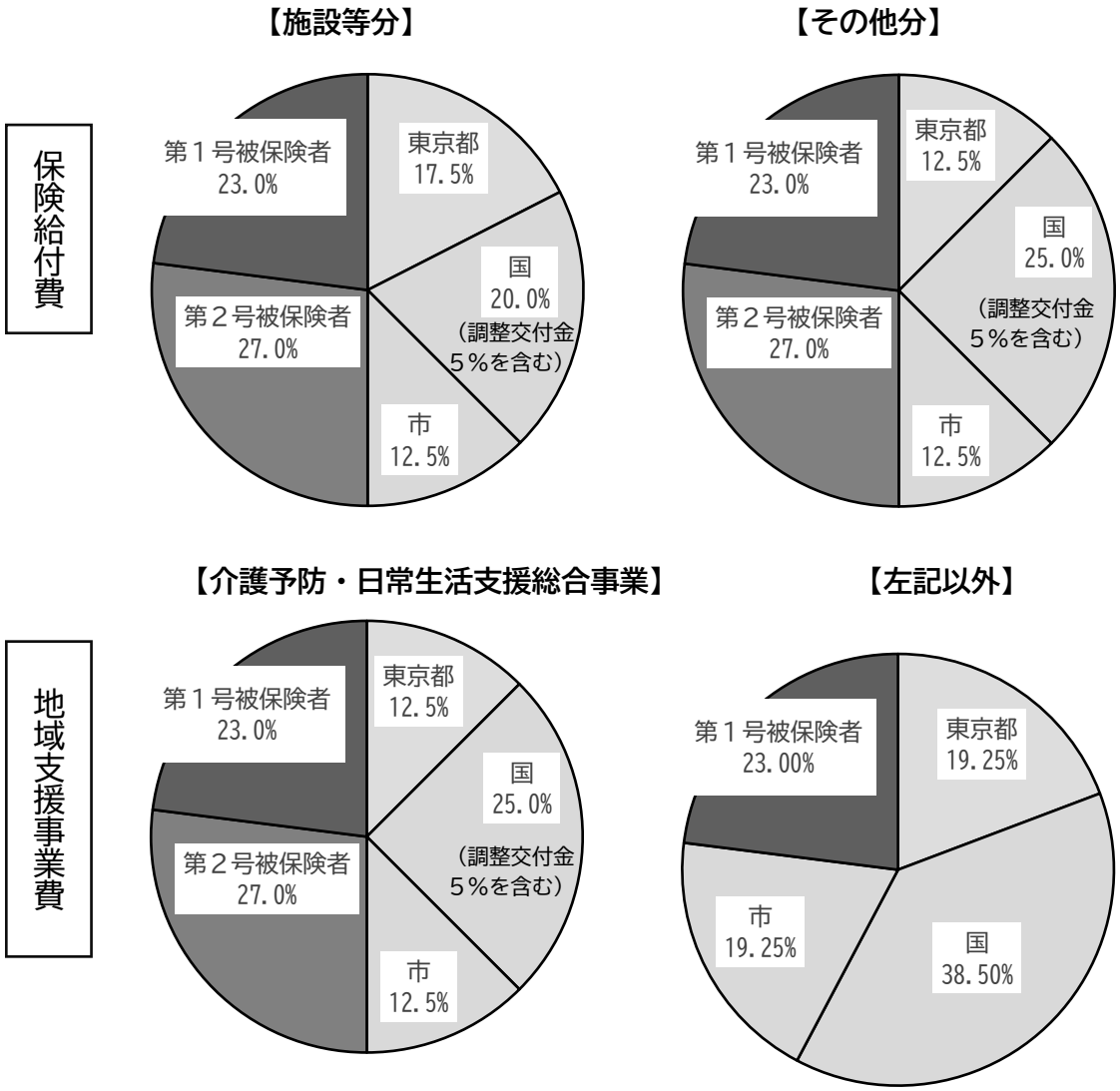
（１）介護保険料設定の考え方

介護保険料の設定に当たっては、第 10 期事業計画期間中のサービス見込量と第１号被保険者数に応じたものになります。

（２）財源構成

第 10 期事業計画期間の第１号被保険者負担割合は、第９期事業計画期間と同様の 23%で設定されます。

第 10 期事業計画の財源構成



※ 第１被保険者は 65 歳以上の方

※ 第２号被保険者は 40 歳以上 65 歳未満の方

（３）介護報酬の改定

令和９年度からの介護報酬改定を考慮の上、保険料を設定します。

（４）市町村特別給付等

市町村特別給付はいわゆる上乗せ・横出しにあたる事業ですが、保険料が上昇することから、市町村特別給付は見込まないこととします。

（５）介護給付費準備基金の活用

介護給付費準備基金は、介護保険給付費の財源として計画期間中及び計画期間をまたいで過不足を調整するための基金です。第９期事業計画終了時の基金残高は、●●●●円と見込んでおり、第10期事業計画期間中に●●●●円の基金を取り崩し保険料上昇の抑制を図ります。

（６）保険料算定の流れ

① 高齢者人口（第１号被保険者数）の推計

高齢者人口
令和９年度　●●,●●●人　令和 10 年度　●●,●●●人
令和 11 年度　●●,●●●人

② 要介護・要支援認定者数を推計

要介護・要支援認定者数
令和９年度　●,●●●人　令和 10 年度　●,●●●人
令和 11 年度　●,●●●人

③ 介護保険給付に必要な費用の合計（総事業費）を推計
標準給付費見込額＝総給付費＋その他費用
総事業費＝標準給付費見込額＋地域支援事業費

総事業費
令和９年度　●●億円　令和 10 年度　●●億円　令和 11 年度　●●億円

④ ３年間の総事業費の合計の第１号被保険者負担分（23%）から、準備基金取崩額等を引いた費用に対して、保険料収納率を勘案して弾力化した第１号被保険者（３年間）の合計人数で除算し、介護保険料基準額を算出

$$\text{介護保険料基準額} = \left(\left(\text{３年間の総事業費} \times \text{第１号被保険者負担分（\%）} \right) - \text{準備基金取崩額等} \right) \div \text{保険料収納率（\%）} \div \text{弾力化第１号被保険者延人数（３年間）} \div 12$$

・介護給付費の増加に伴い、第 10 期保険料基準額は●,●●●円と見込まれましたが、準備基金（約〇億〇千万円）を取り崩し、介護保険料基準額の上昇抑制を図ります。
第９期保険料基準額 6,400 円 ⇒ **第 10 期保険料基準額　●,●●●円**

（７）保険料の段階設定

第９期事業計画では、保険料段階を１８段階に設定していましたが、第 10 期事業計画については、国が保険料段階の多段階化・軽減強化を行うことになっていることから、小金井市でもそれらの動きに合わせた見直しを行い、　　段階に設定します。

第 10 期所得段階別保険料

所得段階	対象となる方	保険料率	月額（円）	年額（円）
第１段階	世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給している方及び生活保護受給者 世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入金額の合計額が 80 万円以下の方	基準額×0.285		
第２段階	世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入金額の合計額が 80 万円を超えて 120 万円以下の方	基準額×0.385		
第３段階	世帯全員が市民税非課税で、第１段階または第２段階に該当しない方	基準額×0.685		
第４段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが、本人は市民税非課税の方のうち、前年の合計所得金額と課税年金収入金額の合計額が 80 万円以下の方	基準額×0.875		
第５段階（基準額）	世帯の誰かに市民税が課税されているが、本人は市民税非課税の方で、第４段階に該当しない方	基準額×1.00		
第６段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 120 万円未満の方	基準額×1.175		
第７段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 120 万円以上 210 万円未満の方	基準額×1.275		
第８段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 210 万円以上 320 万円未満の方	基準額×1.40		
第９段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 320 万円以上 350 万円未満の方	基準額×1.45		
第 10 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 350 万円以上 420 万円未満の方	基準額×1.55		
第 11 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 420 万円以上 520 万円未満の方	基準額×1.65		
第 12 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 520 万円以上 620 万円未満の方	基準額×1.75		
第 13 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 620 万円以上 720 万円未満の方	基準額×1.85		
第 14 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 720 万円以上 820 万円未満の方	基準額×1.95		
第 15 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 820 万円以上 1,000 万円未満の方	基準額×2.10		
第 16 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 1,000 万円以上 1,500 万円未満の方	基準額×2.32		
第 17 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 1,500 万円以上 2,000 万円未満の方	基準額×2.54		
第 18 段階	本人が市民税課税で前年の合計所得金額が 2,000 万円以上の方	基準額×2.76		

（８）今後の展望

高齢者人口の増加に伴う要介護・要支援認定者の増加により、給付費は今後も増加することが予想されます。第 10 期事業計画策定時点で保険料基準額は、令和 12 年度は●●●●円、令和 17 年度は●●●●円、令和 22 年度は●●●●円、令和 27 年度は●●●●円、令和 32 年度は●●●●円と推計されています。

そのため、第 10 期事業計画において計画している施策を推進し、今後の保険料基準額の上昇を抑えることを目指します。

9　介護保険制度を円滑に運営するための方策

（1）介護事業者の指導

市では、介護サービス利用者が適切なサービスを受けられるように、介護サービス事業者に対して、運営基準の遵守やサービスの安全性の確認等を指導します。特に、地域密着型サービスや居宅介護支援事業所の指定更新時には実地指導を行い、サービスの質の確保を図ります。

確認や指導を行う際は運営基準と照らし合わせて行いますが、特に制度改正のあった項目について重点的に確認するとともに、事業所として課題となっている部分を把握します。

（2）介護保険利用支援の充実

利用者が円滑に介護サービスを利用できるよう介護保険パンフレットの配布や介護保険サービス利用Ｑ＆Ａの作成、ホームページの充実等を行い、介護保険制度の理解を深めるための情報提供を行うとともに、総合的な相談窓口である地域包括支援センターの更なる周知に努めます。

（3）保険料・利用料の負担軽減に向けた配慮

① 保険料での配慮

（ア）多段階化の推進

国標準保険料段階は１３段階ですが、前期計画の１８段階に、課税層の方の保険料段階区分の細分化を行い、●●段階に設定します。

（イ）介護保険料の減免制度

災害により住居等に損害を受けた場合、生計中心者の収入が急激に減少した場合、生計困難な場合等に介護保険料の減免を行います。

（ウ）介護保険料の軽減制度

公費を投入しての世帯非課税（第１段階から第３段階まで）の保険料負担軽減を行う仕組みについては、第 10 期計画では第１段階の保険料率を０．２８５から●●●●に、第２段階の保険料率を０．３８５から●●●●に、第３段階の保険料率を０．６８５から●●●●に軽減強化を行いました。

② 利用料での配慮

（ア）介護保険訪問介護等利用者負担助成

訪問介護等の利用者（住民税非課税世帯の方）に対して、市独自の取り組みとして自己負担額の一部を助成し、負担を軽減します。

（イ）生計困難者に対する利用料の負担軽減制度

一定の要件によって生計が困難であると認められた方に対して、介護保険サービス提供事業者（本制度により軽減を行うことを届け出ている事業者のみ）のサービスを利用する場合の自己負担額を軽減します。

（ウ）特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給

低所得の利用者が、施設サービスや短期入所サービスを利用した際に負担する食費・居住費の金額が過大とならないよう、負担限度額を設け、その限度額と基準費用額の上限との差額を特定入所者介護 （介護予防）サービス費として支給します。

（エ）高額介護（介護予防）サービス費等の支給

介護保険サービス利用料の自己負担分が１か月の利用者負担額が規定の限度額を超えた場合には、超えた分について高額介護（介護予防）サービス費等として支給し、自己負担額の軽減を図ります。

（オ）高額医療合算介護（介護予防）サービス費等の支給

医療保険制度に加入している世帯に介護保険サービスの利用者で、医療・介護保険の自己負担額を合算した年間の合計額が年間の限度額を超えた場合には、超えた分について高額医療合算介護（介護予防）サービス費等として支給し、自己負担額の軽減を図ります。

（４）介護人材の確保・育成及び介護現場の生産性の向上

介護ニーズに的確に対応し、サービスを安定的に供給するとともに、質の高いサービスを提供するため、介護人材の確保・育成に取り組みます。

市で行った推計によると、2040 年時点で●人の介護人材が不足すると考えられます。

小金井市介護人材シミュレーション

	2030	2035	2040
需要		集計作業中	
供給			
ギャップ			

資料：厚生労働省が提供する「介護人材需給推計ワークシート」を活用し独自に推計

引き続き、市デイサービス認定サブスタッフの養成講座等を通じて、高齢者を支える担い手を養成し、人材確保・育成を図ります。

また、介護サービス事業所等に就労している又は就労しようとする方に対し、介護資格を取得するために必要となる研修受講費その他費用を補助することにより、市内事業所における介護人材の確保、資質の向上及び職場への定着を促進し、市内における安定的な介護サービス等の提供を図ります。

ケアプラン点検やケアマネジメントに関する研修の実施によるケアマネジャーの質の向上の取り組み、介護現場の業務の効率化にも引き続き取り組んでいきます。

そのほか、国（ハローワーク）と連携し、介護人材募集の周知に努めるとともに、東京都と連携し、介護職員等の育成に関する講座等や介護人材確保に関する事業及び介護現場の効率化や介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取り組み等の周知を図ることで、介護人材の確保及び生産性の向上を図ります。

（５）適切な事業所指定

各介護保険サービスの事業所の充足状況を勘案しながら、適切に地域密着型サービスの指定を行うとともに、東京都が指定を行うサービスについても、必要に応じ意見を提出していきます。

（６）保険者機能強化推進交付金等の活用

平成３０年度に、自治体への財政的インセンティブである保険者機能強化推進交付金が創設され、市町村や都道府県の様々な取り組みの達成状況を毎年度ごとに評価できるよう客観的な指標が設定されました。また、令和２年度には、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取り組みを推進するため、新たに介護保険保険者努力支援交付金が創設されました。

本市においては、後期高齢者と給付費の伸び率比較、ケアプラン点検の実施状況などについて改善を検討することを含め、保険者機能強化推進交付金等の評価指標を活用しながら、高齢者の自立支援及び重度化防止に向けた取組を進めていきます。

（７）要介護認定の簡素化と迅速化

国の制度改正により、申請から認定までの期間短縮、保険者及び認定審査会委員の負担軽減を目的として、認定審査会の簡素化を実施しています。引き続き適用することにより、今後の高齢者人口の増に伴う第１号被保険者からの申請件数の増加に対応し、要介護認定の適正化の推進を図ります。また、介護情報基盤の活用やＤＸの推進により、認定事務の迅速化を図ります。

（８）文書の削減

介護分野の人的制約が強まる中、専門人材が利用者のケアに集中し、ケアの質を確保するためには、介護現場の業務効率化が必要で、その一環として文書に係る負担軽減が求められています。市では、介護情報基盤の整備による情報の一元化やケアプランデータ連携システムの活用促進を図るほか、介護事業所の指定申請関係の文書の簡略化や、介護事業所の実地指導に際し提出する文書の簡略化等を行い、介護事業所の文書作成に係る負担の削減を行います。

第7章　計画の推進

1　計画の推進体制

介護保険・高齢者保健福祉事業は、保健・医療・福祉にとどまらず、地域づくり、防災、公共交通など広範囲にわたって関連しており、その理念を具体化して、施策を効果的かつ効率的、計画的に推進していくためには、関係者、関係機関が緊密に連携して取り組むことが必要です。

関係者、関係機関として、特に市民、行政、地域の各種団体、介護事業者、医療機関、教育機関等が連携することが重要であり、それぞれの立場、役割を明確にして協働する必要があります。

（1）介護保険運営協議会の開催

介護保険運営協議会は、公募市民、事業者、関係機関、学識経験者等から構成されています。運営協議会の活動を通して計画の推進状況を毎年度、検討・確認します。

また、地域包括支援センターの運営全般、関係団体との調整、内容の評価を行う地域包括支援センターの運営に関する専門委員会や地域密着型サービスの運営に関する専門委員会等を開催しています。

（2）医師会等の関係機関との連携

計画の推進に当たっては、関係機関との緊密な連携をもとに推進していきますが、特に医師会や歯科医師会、薬剤師会等の関係機関と連携し、協力を得ることがますます重要になっており、引き続き情報の共有を図ります。

（3）広域的な連携と国・東京都への働きかけ

計画の推進に当たっては、法・制度の見直しや新規事業者の指定、介護人材の確保・育成等について、必要に応じて東京都と連携して対応するとともに、国や東京都に対して要望していきます。

２　計画の評価方法

市では、地域包括ケア「見える化」システムや、各種調査の結果を活用し、自立支援・介護予防・重度化防止に関する取り組みと目標の進捗状況を検証します。また、本計画で掲げている施策の事業評価等を行い、改善を行うＰＤＣＡサイクルを確立します。

