

概要版

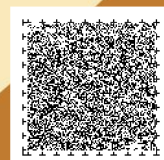
調布市高齢者総合計画

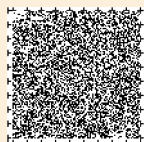
第8期（令和3（2021）年度～令和5（2023）年度）

みんなが 自分らしく 安心して
つながりをもって 暮らし続けられるまち
— 支え合い 認め合い とともに暮らす —

令和3年3月

調 布 市





はじめに



調布市では、これまで、団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年、そして、団塊ジュニア世代が高齢期を迎える2040年を見据えた地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参りました。

令和2年に入ってから以降、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、市民生活や地域経済は非常に大きな影響を受けました。しかしながら、コロナ禍においても、人とのふれあいが基本となる福祉の分野では、途切れないつながりの構築や地域での支え合いが求められています。

このような状況を踏まえ、令和3年4月からは、複雑かつ多様化する問題に対し、複数の分野にまたがった横断的な対応ができるよう、地域福祉計画・障害者総合計画・高齢者総合計画の福祉3計画において、専門職等の担当エリアを整理・再編した新たな圏域での活動がスタートします。

「第8期調布市高齢者総合計画」では、市民に「地域包括ケア」とは何かをわかりやすく伝えるため、調布市版「地域包括ケアシステム」のイメージ図をお示ししました。年齢を重ねても、生きがいをもって自分らしく元気にいきいきと暮らせるよう、介護・予防・医療・生活支援・住まいの各分野を結び付けることにより、どのような状況においても切れ目のないサービス提供を行える体制を整えていくとともに、「支えられる人」と「支える人」に分けることなく、互いに「支え合う」仕組みづくりに取り組んで参ります。

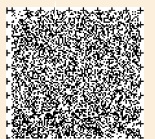
調布市が地域包括ケアの目標として掲げる「一人ひとりに必要な支援が届くこと」、そして、「誰もが誰かとつながること」の実現に向け、地域の皆様をはじめ、関係団体や専門機関とともに各施策を進めて参りたいと考えておりますので、御理解と御協力をお願いいたします。

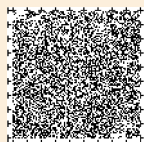
結びに、本計画の策定に当たりまして、御尽力いただきました調布市高齢者福祉推進協議会の皆様、また、アンケート調査やパブリック・コメント等で多くの貴重な御意見を賜りました市民の皆様その他すべての関係者の方々に、心より感謝申し上げます。

令和3年3月

調布市長

長友貴樹





目次

トピックス

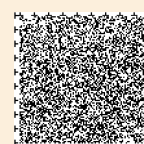
第7期計画（平成30年度～令和2年度）で取り組んだこと	1
-----------------------------------	---

I 総論

計画の策定に当たって	4
計画の基本的な考え方	7

II 各論

地域包括ケアシステムの深化・推進	10
介護予防の取組と生活支援の展開	14
安心して暮らすための環境づくり	16
感染症等が流行しても途切れないつながりの構築	22
介護保険事業の円滑な運営	23
計画の実現に向けて	29



トピックス

第7期計画（平成30年度～令和2年度）で取り組んだこと

調布市では、第7期高齢者総合計画で挙げた重点施策等について、次の通り取り組みました。

1 介護予防の取組

高齢者の社会参加を促進するため、「10の筋力トレーニング」を中心に住民主体の取組を推進しています。また、「地域包括支援センター」や「地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）※1」と連携し、地域でこれから活動を始めようとする個人・団体を支援して「通いの場」づくりに取り組んでいます。市内の自主グループ数は、令和3年3月時点で38グループになりました。

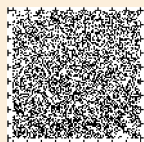


2 医療と介護の連携強化

「ちょうふ在宅医療相談室※2」の周知と利用促進を図りました。「摂食嚥下ガイドブック」の作成や多職種連携促進に向けた研修を実施しました。また、各地域包括支援センターに「在宅医療・介護連携推進担当」を配置し、利用者やケアマネジャーからの相談への対応や、医師会等の関係機関との連携強化を図りました。

※1 高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制を構築することを目的として設置される。サービス提供体制の構築に当たっては、地域の様々な関係者と情報交換することで地域高齢者の福祉ニーズを把握し、そのサービスの開発や生活支援の担い手の育成などを行う。

※2 病院医療から在宅医療への円滑な移行を目的として、訪問医の紹介と在宅医療に関する相談を行う窓口。平成22年度から医師会が運営している。



3 認知症高齢者等への支援の充実

認知症の早期発見・早期対応の体制整備として、認知症疾患医療センター※³に「認知症初期集中支援チーム※⁴」を設置しました。また、認知症サポーター養成講座※⁵を小・中学生の若年層に対しても実施し、これからの地域社会を担っていく世代に対して認知症への理解促進に努めました。

市の認知症施策については、認知症連携会議の中で検討しています。

4 ケアラー（介護者）支援

介護者講座の開催、医師や臨床心理士との面談を通して、ケアラーの負担軽減に資する取組を実施しました。

また、くらしの案内（シルバー編）やケアラー支援マップの見直し、社会福祉協議会や調布ゆうあい福祉公社によるひだまりサロン、家族会等の運営支援、BPSDケアプログラム事業の試行実施を進めるなど、ケアラーの負担軽減を目指して取り組んでいます。

5 住環境の整備

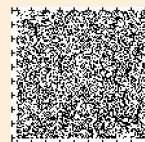
令和元年9月に180床の特別養護老人ホーム「仙川くぬぎ園」が開設されました。また、市内11か所目となる認知症高齢者グループホーム「きらら調布」も開設されました。さらに、高齢者をはじめとした住宅確保要配慮者に対し、住まいぬくもり相談室※⁶（居住支援協議会）を通じて、関係団体・関係部署と連携しながら住宅・入居・生活全般にわたる総合的な相談・支援を実施しています。

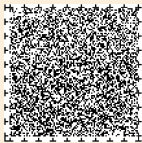
※3 地域における認知症医療の中心的役割を担う専門的医療機関。都道府県及び指定都市が指定するもので、東京都が整備を進めている。認知症に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に関する急性期治療及び地域の医療介護との連携、相談などを実施する。調布市では青木病院が指定されている。

※4 複数の専門家が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（概ね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと。

※5 認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする「認知症サポーター」を養成するための講座。受講者には認知症の方を支援する目印として、認知症サポーターカードを配付する。

※6 自力で住宅を確保することが困難な方を包括的に支援するための相談窓口。民間賃貸住宅の情報や福祉サービス、行政支援などを提供する。





6 介護給付の適正化と質の向上に向けた取組

第7期東京都高齢者保健福祉計画を踏まえ、介護給付適正化主要5事業に取り組みました。「ケアプラン※7の点検」については、主任介護支援専門員と共に手法を検討し、実施しました。

また、居宅介護支援事業所の指定権限が市区町村に移譲されたことに伴い、介護支援専門員※8の更なる質の向上と適切なケアマネジメント※9を推進するため、介護支援専門員に対する研修を実施しました。

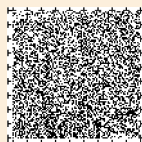
7 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策

新型コロナウイルス感染症拡大防止のための「新しい生活様式」を意識した社会とのつながりの場の提供、集まらずに行える健康づくり事業等に試行錯誤しながら取り組みました。

また、市の取組として、医師会の協力のもと「調布市PCRセンター」を開設し、ドライブスルー方式のPCR検査を実施しました。さらに、福祉施設等で新型コロナウイルスが発生した場合の検査体制の整備も進めました。



- ※7 要支援、要介護に認定された本人や家族の希望に添った介護サービスを適切に利用できるように、本人や家族の心身の状況や生活の環境などに配慮し、利用する介護サービスの種類や内容を定めた利用計画のこと。要介護についてのケアプランの作成は居宅介護支援事業者が行い、要支援についてのケアプランの作成は地域包括支援センターが行う。
- ※8 要介護（要支援）認定者からの介護サービスの利用に関する相談や適切な居宅サービス・施設サービスを利用するための、ケアプランの作成やサービス事業者等との連絡調整を行う専門職。利用者が必要とする全てのサービスの調整を図る（ケアマネジメント）重要な役割を担う。「ケアマネジャー」とも呼ぶ。
- ※9 介護サービスを利用する本人の要介護状態や生活状況を把握したうえで、本人が望む生活を送れるよう、様々な介護サービスを組み合わせてケアプランを作成し、そのプランに従って、利用者に適切で効果的なサービスを提供すること。



I 総論

計画の策定に当たって

1 計画策定の目的

調布市では、まちの将来像やまちづくりの基本理念、基本目標を掲げた「調布市基本構想」と基本構想を具現化するための施策や主要事業等を一体的に示した「調布市基本計画」に基づき、計画的なまちづくりを進めています。

調布市高齢者総合計画（以下、「高齢者総合計画」という。）は、調布市基本構想・基本計画の理念を実現するために、高齢者分野の目標と施策体系を示した計画であり、調布市では第6期と第7期の高齢者総合計画を、令和7年（2025年）度を見据えた地域包括ケアシステム※¹⁰を構築するための準備期間と位置づけ、施策の展開を図ってきました。

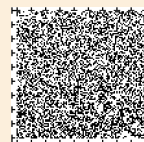
団塊の世代※¹¹が全て高齢期を迎えた現在、調布市の高齢化率は令和2年10月1日現在で21.6%となり、国全体の28.4%（令和元年10月1日現在、出典：令和2年版高齢社会白書）よりは低いものの、75歳以上の後期高齢者の割合が半数以上を占める都市部特有の特徴を示しています。こうした中で、今後の後期高齢者人口の急増に向け、医療・介護サービスの質と量の確保と同時に、高齢者が生きがいをもって自分らしく元気にいきいきと暮らせる仕組みや地域づくりがますます重要になると考えています。

第8期高齢者総合計画は、団塊の世代の全てが後期高齢者となる2025年、そして、団塊ジュニア世代が高齢期を迎える2040年を見据え、調布市版地域包括ケアシステム（5ページ掲載）の深化・推進及び地域共生社会※¹²の実現、介護保険制度の持続可能性の確保に向けた取組を具体化するために策定するものです。

※10 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みのこと。国では、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる令和7年（2025年）を目途に構築することを国及び各地方自治体の責務として掲げている。

※11 第二次世界大戦後、昭和22年～24年に生まれた世代のこと。

※12 制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」・「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すもの。





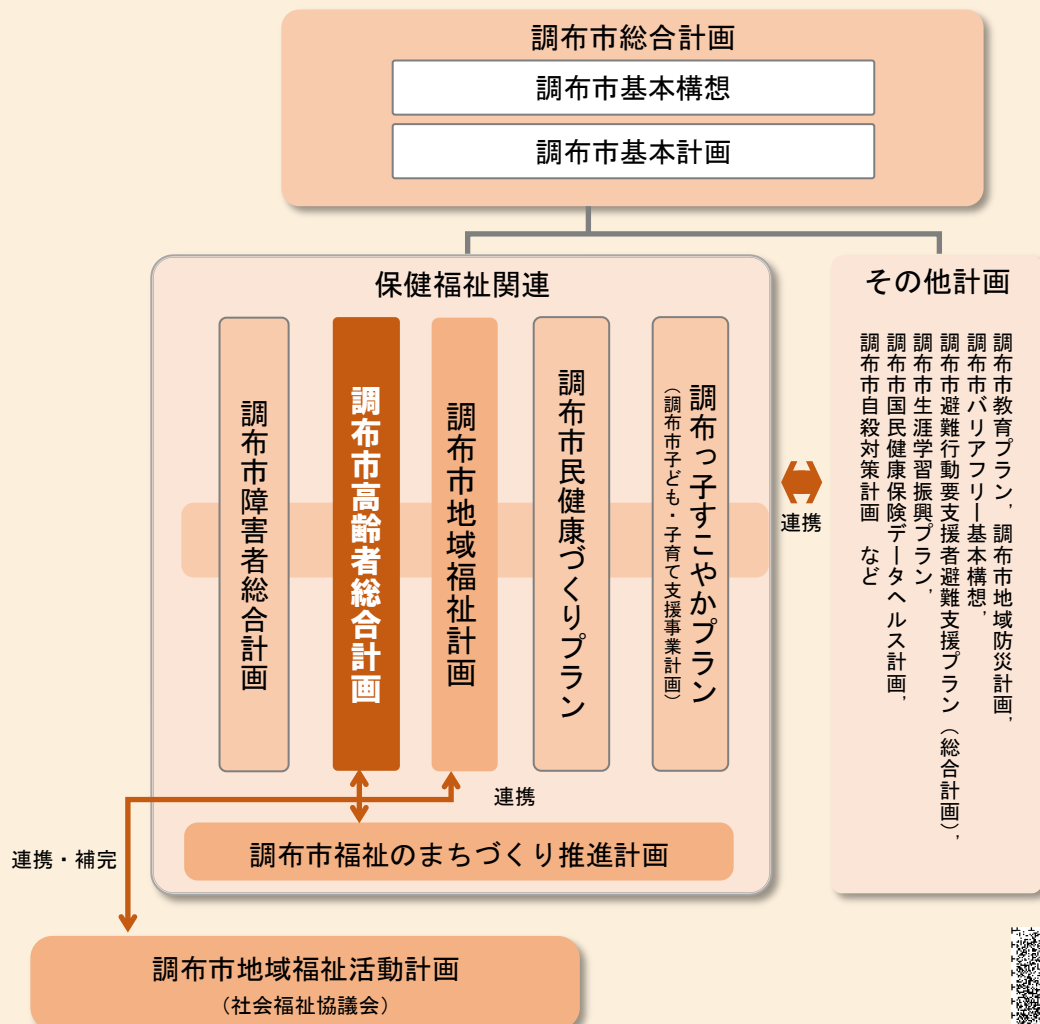
2 計画の概要

高齢者総合計画は、高齢者に関する福祉サービスや施策全般について定めた「老人福祉計画」と介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施等について定めた「介護保険事業計画」の2つの計画を総称したものです。

第8期高齢者総合計画は、令和3年（2021年）度から令和5年（2023年）度までの3か年を計画期間としていますが、今後も増加が見込まれる高齢者人口や社会状況の動向などを見据え、中長期的な展望を持って策定しました。

高齢者総合計画は、「みんなが笑顔でつながる・ぬくもりと輝きのまち調布」を目指すべきまちの将来像として掲げる「調布市基本構想」と、それを具現化するための基本的な施策等を示した「調布市基本計画」に即して、高齢者福祉を推進するために策定するものです。また、その他の保健福祉関連計画とも整合を図っています。

計画の策定に当たっては、高齢者福祉・介護保険制度を推進するために設置している、市民、事業者、各分野の専門家からなる「調布市高齢者福祉推進協議会」において議論を重ねたほか、パブリック・コメントや各種調査を実施し、高齢者以外の分野別の計画とも整合を図りながら策定しました。



計画の基本的な考え方

1 調布市の福祉の共通事項

「調布市地域福祉計画」、「調布市障害者総合計画」、「調布市高齢者総合計画」の「福祉3計画」において、各分野の切れ目のない一体となった福祉の推進を図るため、共通の将来像、基本理念及び福祉圏域（日常生活圏域）を設定しました。

(1) 福祉3計画の将来像

みんなが 自分らしく 安心して
つながりをもって 暮らし続けられるまち
－ 支え合い 認め合い ともに暮らす －

(2) 福祉3計画の基本理念

(理念1) 一人ひとりが生涯にわたって、その人らしく生活していける地域社会

(理念2) 誰もが社会の一員として互いに認め合い、尊重し合う地域社会

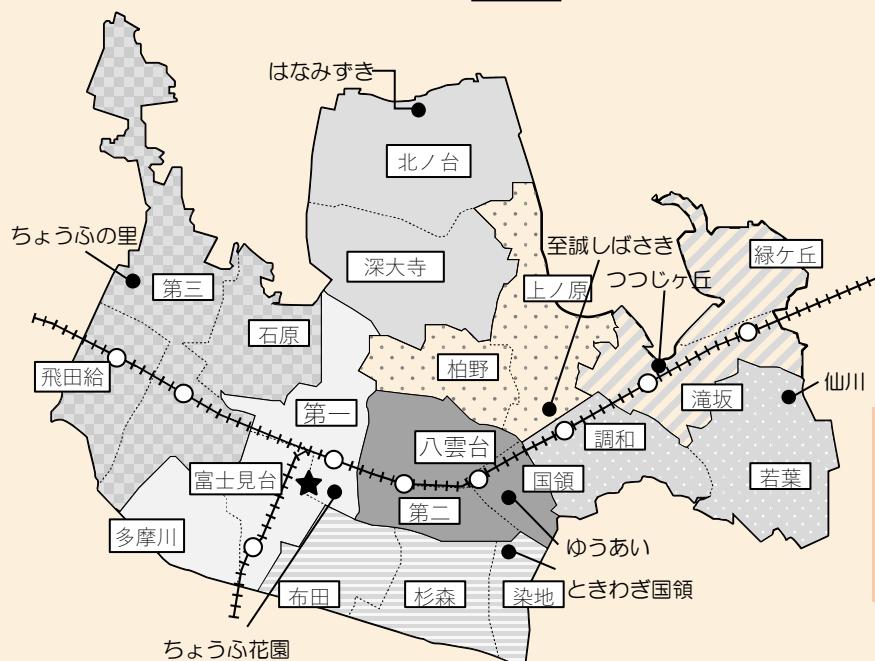
(理念3) 住民全体で支え合う地域社会

(理念4) 様々な課題を受け止め、包括的に支援する体制

(調布市地域福祉計画より抜粋)

(3) 福祉圏域（日常生活圏域）

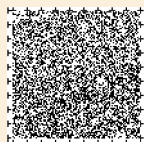
■福祉圏域の地域区分 下記 内の記載は小学校区の名称です。



★ 調布市役所

● 地域包括支援センター

※「ちょうふの里」と「ゆうあい」はサブセンターを設置しています。



2 高齢者施策の基本理念・考え方

「福祉3計画」の基本理念を踏まえ、その一つひとつを高齢者福祉において具現化していくために、以下の基本理念・基本的な考え方のもと高齢者施策を推進します。

基本理念

- ア 個の確立と尊重
- イ 参加と協働による支え合いの地域づくり
- ウ 住み続けたいと思う福祉のまちづくり
- エ 福祉と保健・医療との連携

基本的な考え方（推進方針）

- ア 地域包括ケアシステムの深化・推進
- イ 自助・互助・共助・公助のバランスのとれた地域づくりの推進

3 重点施策

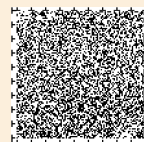
（1）介護予防の取組

高齢者がそれぞれの地域の中で、自発的に介護予防・フレイル※¹³予防に取り組むことができるグループの立ち上げや活動の継続に対する支援を行うために、各事業を連動させていきます。

（2）医療と介護の連携強化

地域での療養生活を支援するために、医療・福祉と在宅療養者をつなぐ相談・コーディネート機能の充実を図ります。また、医師会、歯科医師会、薬剤師会等、関係機関と連携して要介護状態になる前から包括的・継続的な取組を推進します。

※13 加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態のこと。一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能であり、予防のためには栄養と運動に社会参加を加え、三位一体として取り組むことが大切になる。



(3) 認知症高齢者等への支援の充実

認知症施策推進大綱^{※14}の基本的考え方にある「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会」の実現に向け、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として各施策を展開します。

(4) ケアラー（介護者）支援

介護を受けている本人だけでなく、ケアラー個人が尊重され、介護と同時にケアラー自身の多様な活動・社会参加の維持・確保等が継続できるよう、ケアラーの身体的・精神的負担を緩和するための支援の充実を図ります。

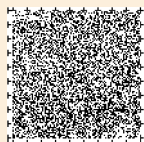
(5) 住環境の整備

特別養護老人ホームの待機者数や実態の把握に努めるとともに、ひとりぐらし高齢者や後期高齢者^{※15}の増加を考慮しながら適切な施設整備を検討します。また、庁内住宅部局とも連携し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことのできる住まいの確保に努めます。

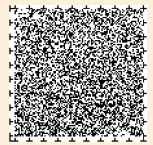


※14 認知症の人や家族の視点を踏まえ「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指す。①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱に沿って施策を推進する。

※15 高齢者のうち、75歳以上の人のこと。



Ⅱ 各論



地域包括ケアシステムの深化・推進

1 地域包括支援センターの機能強化

介護サービス需要に応える基盤整備を着実に進め、高齢者が地域とのつながりを保ちながら生活を継続できる基盤づくりについて検討し、健康寿命延伸のための介護予防ケアマネジメントや介護予防事業の取組を強化します。

各種事業については、新しい生活様式に即した内容や実施方法を検討し、会議等は、ICT※¹⁶を活用するなど業務のオンライン化を推進していきます。これらを踏まえ、地域の実情にあった地域包括ケアシステムを構築するための機能強化を図ります。

第8期計画の取組

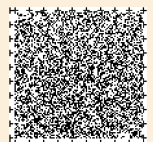
- 「地域包括支援センター運営等協議会」において、地域包括支援センターの運営状況を把握しながら活動方針等について審議し、体制・機能強化に努めます。
- 事業運営の評価を行い、改善が必要な点について市と共有し、業務実態に基づく適切な人員配置、業務改善等を図ります。
- 地域の身近な総合相談窓口として地域包括支援センターが住民に活用されるよう、広報協力員※¹⁷等と協力し、周知活動を継続します。
- 認知症地域支援推進員※¹⁸を中心として、認知症の本人・家族等を支援できる体制を整備します。
- 健康寿命延伸のため、第7期計画期間中に推進してきた自立支援・重度化防止の視点での介護予防ケアマネジメントと、運動機能の向上・社会参加のための「通いの場」の支援を継続します。
- 在宅医療と介護の連携を推進していくため、ACP※¹⁹の観点を持ちながら、中・重度の医療ニーズの高い方や看取り期にある方などに対しても適時適切なサービスが受けられるように、「ちょうふ在宅医療相談室」や介護関係者との連携を図ります。

※16 「Information and Communication Technology」の略。情報伝達技術のこと。

※17 地域包括支援センターの周知活動を住民に近い立場で行うボランティア。地域に出向いて地域包括支援センターのPR活動をしたり、地域の中で見つけた課題を地域包括支援センターにつなぎ、地域のネットワーク活性化の一員として活動する。

※18 地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務などを行う者。市内の各地域包括支援センターに配置されている。

※19 「アドバンス・ケア・プランニング、人生会議」将来の変化に備え医療・介護のケア・看取り等について、本人・関係者が話し合い、本人の意思決定を支援する。

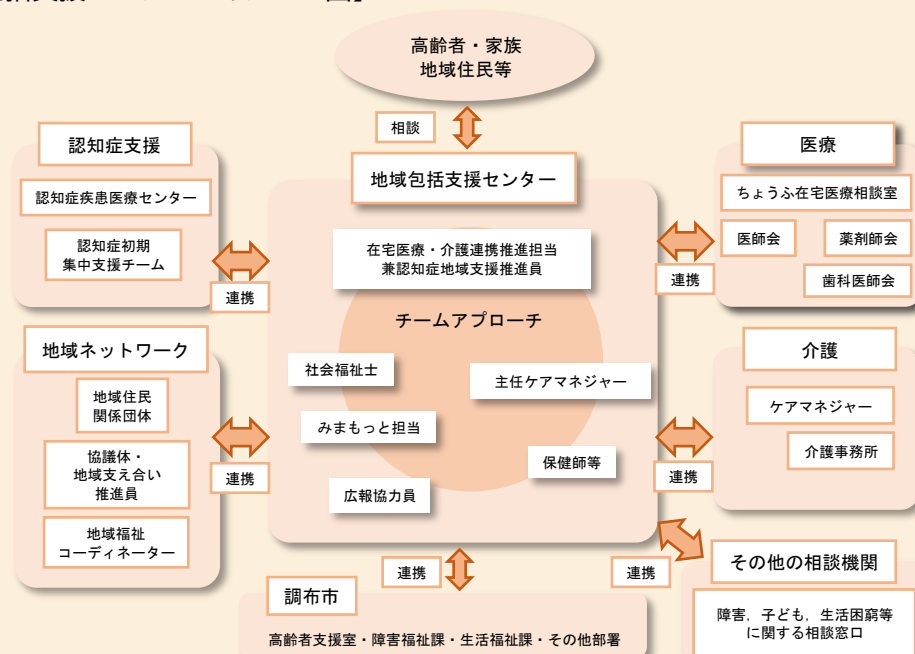


- 自立支援・重度化防止に資する適切なアセスメント・介護予防ケアマネジメントが実施できるよう、リハビリテーション専門職等の多職種参加による個別の地域ケア会議（関係者会議）を実施します。また、ケアマネジャー同士の連携や勉強の機会としてのケアマネット※²⁰、民生委員・児童委員との情報交換会、地域福祉コーディネーター※²¹や地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）との協力によるネットワーク会議などを実施し、連携を深めていきます。さらに、高齢者福祉だけにとどまらず、保健・医療、障害者福祉、児童福祉の諸機関・関係部署との幅広い連携に努め、福祉圏域ごとの地域特性を踏まえたネットワーク構築に向けて、ネットワーク会議等を主体的に実施していきます。

【地域包括支援センターの7つの機能】

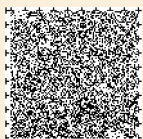
- ① 介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援
- ② 虐待の防止・早期発見等の権利擁護
- ③ 地域の多様な社会資源を活用した包括的・継続的なマネジメント
- ④ 介護予防事業、介護予防給付を効果的かつ効率的に提供するための介護予防ケアマネジメント
- ⑤ 地域包括ケアのネットワーク構築
- ⑥ 在宅医療・介護連携の推進
- ⑦ 認知症施策の推進

【地域包括支援センターのイメージ図】



※20 ケアマネジャー支援の一環として行う調布市独自の勉強会で、地域包括支援センターが主催している。市内を3地域に分け、地域のケアマネジャーの交流や事例検討会などを年に数回実施している。

※21 制度の狭間で苦しんでいる方、既存の公的な福祉サービスだけでは十分な対応ができない方等に対し、地域福祉を育むことにより、生活課題の解決に向けた取組を行う。地域の生活課題やニーズを発見し、受けとめ、地域組織や関係機関と協力しながら、地域における支え合いの仕組みづくりや地域での生活を支えるネットワークづくりを行う。



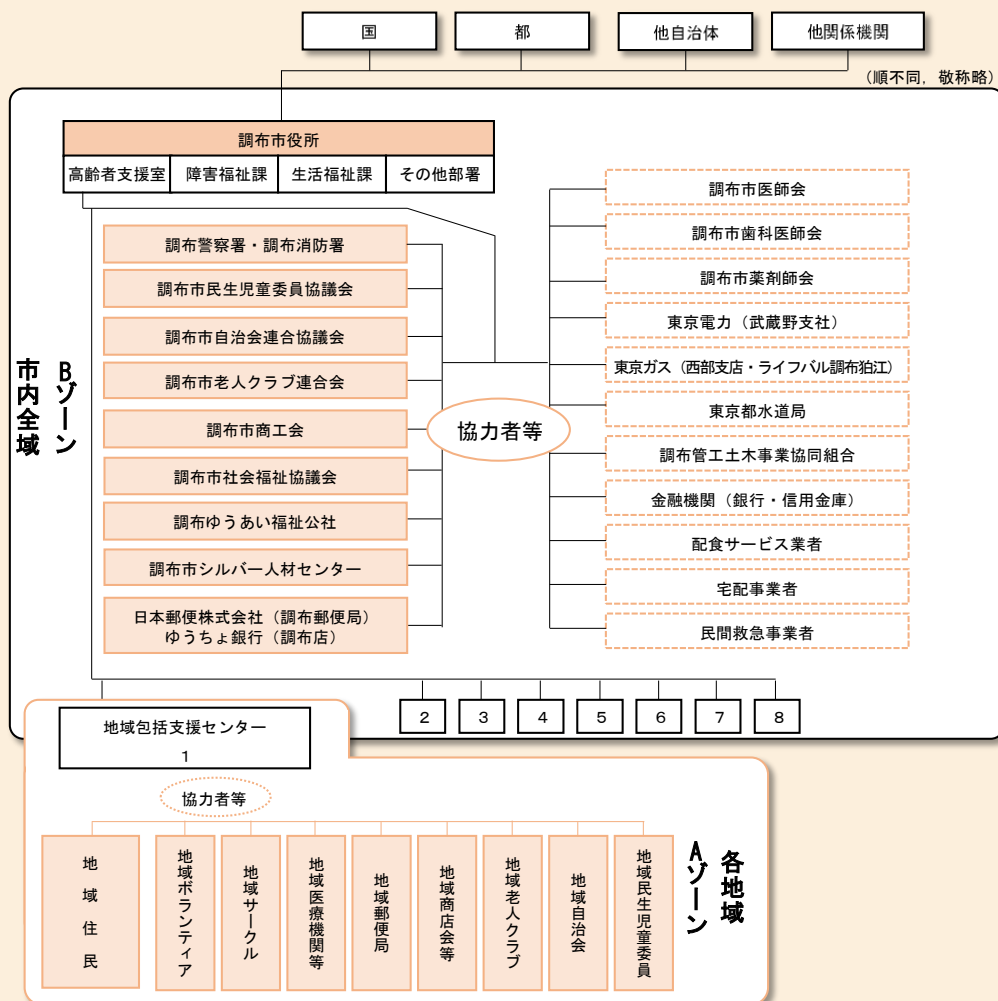
2 地域の見守り体制の充実

第8期計画においても継続して「みまもっと」を広報し、地域の社会資源（自治会、老人クラブ、民生委員・児童委員、商店会、医療機関等）の協力を得ながら、高齢者が地域の中で安心して暮らし続けられる体制をつくります。

第8期計画の取組

- 地域のネットワーク（Aゾーン）の充実に向け、若い世代を含めた幅広い年齢層の市民に「みまもっと」を知ってもらうため、PR方法等を工夫し、地域住民や地域の関係機関・関係団体の協力の輪を広げて、更なる周知を図ります。
- 協力団体とのネットワーク（Bゾーン）の充実に向け、「みまもっと」の役割を理解してもらえるよう働きかけ、協力団体を増やすとともに、継続的な情報提供により、連携を深めていきます。
- 見守りの必要性や見守るポイントがわかる市民を増やすため、「見守りサポーター養成講座」を実施し、支援が必要であるにもかかわらず支援を拒否している人や支援につながっていない高齢者等が、市や地域包括支援センターなどの相談窓口につながるよう、見守り体制の充実を図ります。

【「みまもっと」の協力体制図】

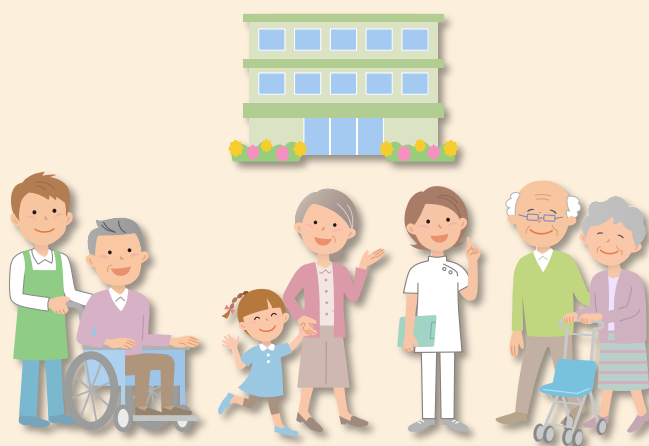


3 医療と介護の連携強化

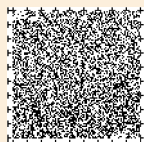
地域での療養生活を支援するために、医療・福祉と在宅療養者をつなぐ相談・コーディネート機能の充実を図ります。また、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係機関と連携して、要介護状態になる前から包括的・継続的な取組を推進します。

第8期計画の取組

- ケアマネジャーや介護職員が、医療との連携を取りやすくなるように、医療情報（医療処置や医療用語）や連携方法などについて学ぶ機会を提供します。また、医療職と介護職の連携がよりスムーズにできるよう、合同での研修会などを実施し、顔の見える関係の構築を支援します。さらに、MCS^{※22}の活用を広めるための研修会等を実施します。
- 「ちょうふ在宅医療相談室」の周知を図り利用を促進するとともに、在宅医療に関する情報を適切に提供していきます。
- 療養者が住み慣れた地域で安心して主体的な生活を送ることができるよう、また、家族の身体的・精神的負担が軽減できるよう、在宅療養に関するニーズの把握と情報提供に努めます。さらに、健康な時から終末期のあり方を考えることの大切さについて、ACPの説明や「じぶんノート（調布市版エンディングノート）」の活用を周知しながら啓発します。
- 市内医療機関等の情報提供を継続して行うとともに、健診の機会が、かかりつけ医を持つきっかけとなるように関係部署と連携して取り組みます。
- 在宅医療・介護連携推進事業については、医師会及びちょうふ在宅医療相談室と連携しながら、相談・支援や連携体制づくりを行います。



※22 「メディカルケアステーション」、医療介護専用の完全非公開型コミュニケーションツール。多職種連携をサポートし、患者、家族との連絡も安全に行える。



介護予防の取組と生活支援の展開

1 介護予防の取組

高齢者がそれぞれの地域の中で、自発的に介護予防・フレイル予防に取り組むことができるグループの立ち上げや活動の継続に対する支援を行うために、各事業を連動させていきます。

第8期計画の取組

- 住民主体を基本とした、「通いの場」の立ち上げを地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）と連携し、支援していきます。また、自立支援に資する取組を推進するため、自主活動の場へリハビリテーション専門職の派遣や、グループの継続・再開への支援、新規グループの立ち上げ支援を実施していきます。さらに、セカンドライフ応援キャンペーンに登録している協賛企業・団体等の介護予防活動支援を活用し、自主グループの活動のマンネリ化について、モチベーションの向上や参加意欲の増進を図ります。
- 介護予防は孤立予防にもなるため、心のつながりも大事にし、共に関わっているということが伝わるような手立ての検討を行います。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、KDBシステム※23等を活用した課題の抽出を行い、事業内容について検討します。
- 要支援・要介護状態にある高齢者の自立支援・重度化防止の推進に当たっては、効果的なリハビリテーションサービスの提供に向け、ケアプランを作成するケアマネジャーとの連携を図るほか、要支援・要介護認定者への啓発に努めます。

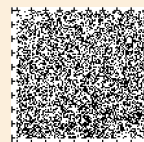
2 生活支援の展開

地域社会における高齢者の社会参加と生きがいづくり、健康づくりの場の確保や地域支え合い推進員の活動を支援していきます。

第8期計画の取組

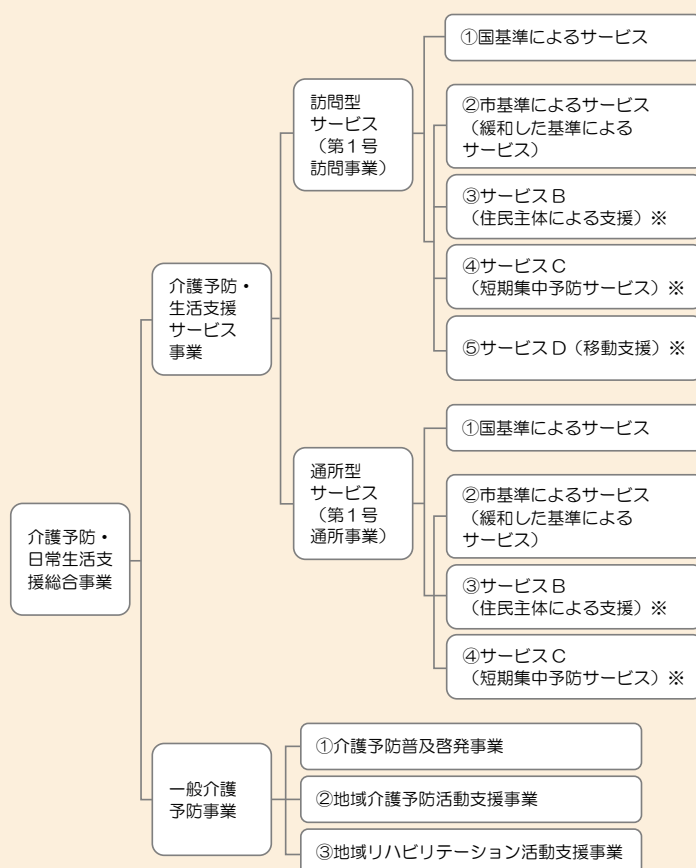
- 第1層（市全域）・第2層（福祉圏域）において、既存の活動や新たな住民主体の活動設立を伴走支援し、支え合いの地域づくりを推進します。また、地域福祉コーディネーター（CSW）や地域包括支援センター、庁内関係部署と連携し、空き家等の利活用も視野に入れ、地域に「通いの場」の創出を進めていきます。

※23 国保データベース（KDB）システムは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。



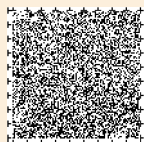
- 第1層協議体のセカンドライフ応援キャンペーン運営検討会や第2層協議体を、多様な主体による地域課題の解決を目指す場所にしていきます。また、リモートやインターネットを活用した新しい形での運用を試みます。
- 世帯状況調査を活用し、回答がない方については、民生委員・児童委員や広報協力員等と連携し、つながりを持つ体制づくりを検討します。また、セカンドライフ応援キャンペーンを活用して、支え合いの地域づくりを推進するとともに、ボランティアポイントや地域ポイント事業等の導入・活用に向けた調査・検討を進めていきます。さらに、高齢者の活躍、生きがいの場の一つとして、就労的側面にも注目して、関係団体の連携を促進させていきます。
- 総合事業について、現在提供している国基準・市基準（緩和型）の訪問型・通所型サービスについて、質の向上を図ります。また、引き続き、総合事業を適切に利用できるよう、高齢者の相談支援の充実や基本チェックリスト※²⁴を活用したスクリーニングを実施します。併せて、総合事業対象者とされた高齢者の心身の状態に応じた適切な介護予防・生活支援サービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、介護予防ケアマネジメントの充実を図ります。

【調布市介護予防・日常生活支援総合事業の構成】

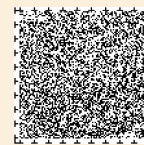


※は現在検討中のため未実施です。

※24 介護予防の必要性や利用すべきサービス区分（一般介護予防事業・サービス事業及び給付）の振り分けを行うためのツールで、運動機能の低下、低栄養、口腔機能の低下などの項目から構成される。総合事業の利用の際には、必ず基本チェックリストにて本人の状況を確認することになっている。



安心して暮らすための環境づくり



1 認知症支援の充実

認知症施策を推進していくに当たっては、医療・介護の従事者の認知症対応力向上を図るとともに、認知症施策推進大綱の基本的な考え方である「認知症の人の意思が尊重されることができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる社会」の実現に向け、各施策を展開します。

第8期計画の取組

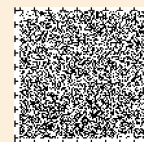
- 認知症の人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援者をつなぎ、必要な支援、社会参加支援を行う仕組み「チームオレンジ」を構築します。これは、認知症施策推進大綱で2025年までに全ての市町村で取り組むことが目標とされました。
地域で支え合う新たな取組として、調布市の現状に合った調布市版チームオレンジを設置します。
- 認知症地域支援推進員を中心に、早期から認知症と共に暮らすための相談・サポート体制、情報提供の充実を図ります。
- 認知機能の低下の有無にかかわらず、地域の慣れ親しんだ友人や仲間と集える場の確保、充実を支援するとともに、認知症になっても変わらず交流し、支え合えるよう、認知症に関する啓発・周知活動を行います。
- 認知機能の低下、MC I※25のある人の早期発見・早期対応を促すための検診導入に向けた検討及び体制整備を行います。
- 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員が連携し、認知症が疑われるにもかかわらず、医療やサービスにつながらない人及びその家族を訪問し、医療機関への受診や介護サービス利用の支援などを包括的・集中的に行います。また、認知症疾患医療センターと連携し、認知症の早期発見・早期診断・早期治療に努めます。
- 認知症ケアプログラムの効果検証を行い、介護従事者及び家族介護者の対応力向上を目指して、他プログラムを含めた研修を実施します。

2 認知症への理解促進

認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう、地域住民や企業等へ、認知症に関する周知・啓発を行い、認知症への理解と協力を得ることができるよう取組を進めます。

※25 「Mild Cognitive Impairment」の略で、軽度認知機能障害。

認知機能（記憶・決定・理由付け・実行等）のうち1つの機能に問題が生じているが、日常生活に支障のない状態のこと。そのままにしておくと半数の人が認知症へ進んでいくと言われている。



第8期計画の取組

- 認知症サポーター養成講座を通して、認知症に対する正しい理解を得られるよう、幅広い年代、団体に普及啓発していきます。また、認知症サポーター養成講座を既に受講した方に対しては、フォローアップ講座を実施し、より深い理解と協力者の育成に努めます。また、小・中学校、企業や商店会と協力し、養成講座の開催場所を広げ、第8期計画期間中に累計13,000人の認知症サポーターの養成を目指します。
- 認知症の方や高齢者にやさしい地域づくりを目指し、声掛け訓練やまちづくり会議など、まちづくりを共に考える機会を設けていきます。
- 認知症ガイドブックなど認知症に関する資料を、医療機関や薬局等に配架するとともに、市ホームページなどにも掲載し、より多くの方の目に留まるよう努めます。
- 一般介護予防事業として、認知症をテーマとした介護予防講演会を開催し、認知症予防に関する普及啓発に努めます。
- 地域包括支援センターが開催する介護教室のテーマに認知症を取り上げ、認知症についての知識普及に努めます。
- 若年性認知症への支援については、東京都に2か所ある若年性認知症総合支援センターと連携し、実態把握や相談支援に当たります。

3 情報提供と相談体制の充実

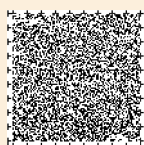
情報誌の内容を分かりやすく工夫することで、より多くの市民が、サービスに関する情報を正しく理解し、適切なサービスを選択・活用することができるよう、情報発信の充実に取り組みます。

また、福祉圏域の整理・再編に伴う地域包括支援センターの新たな担当地域を市民に周知し、改めて地域における身近な総合相談、専門相談等の窓口として機能の充実を図っていきます。

第8期計画の取組

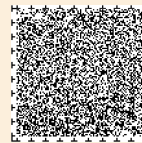
(1) 情報提供

- 広報紙「市報ちょうふ」や市ホームページのほか、SNS、ケーブルテレビ、コミュニティFM「調布エフエム放送」など様々な媒体を活用し、定期的に新しい情報を発信します。また、ICTを活用した情報発信を推進するとともに、「くらしの案内（シルバー編）」や在宅医療、認知症、摂食嚥下の各種ガイドブックについては、配架場所の増設に努めます。さらに、元気なうちから将来の生活をイメージし、いざという時の相談窓口や支援制度を分かりやすくまとめた「高齢者版ケアパス（ガイドブック）」の作成を検討します。



(2) 相談体制

- 地域包括支援センターが、身近な地域で気軽に相談や情報提供を受けられる総合相談窓口として、一層の普及啓発を行うとともに、相談内容からニーズの把握や課題整理につなげていきます。窓口まで出向くことが難しい方に対しては、引き続き、電話や訪問による対応を行います。
- 専門的な相談の対応としては、「ちょうふ地域福祉権利擁護センター※²⁶」、「ちょうふ在宅医療相談室」、「高齢者のこころの相談室」、「住まいぬくもり相談室」との連携により対応します。総合相談と専門相談の両輪による相談体制の充実を図ります。



4 在宅生活を支えるサービスの充実

在宅で生活する高齢者が安心して生活を続けられるよう、個別の利用状況や高齢者のニーズに合致しているかを把握し、支援を必要としている方に必要なサービスが適切に提供されることを目指します。

第8期計画の取組

- 市が実施する在宅生活を支えるサービスについて、市の独自サービスを掲載した「くらしの案内(シルバー編)」をより多くの市民に知っていただけるよう、周知方法を検討します。また、高齢者の見守りの充実のため、見守りネットワーク「みまもっと」の周知や「地域ケア会議」など多様な主体が集まる機会を通じて情報共有に努めます。
- 市民ニーズに応じたサービスを提供するため、常に必要な見直しを検討していきます。
- 感染症禍における、「新しい生活様式」を意識したサービス提供について検討します。
- 高齢者の在宅生活を支える事業を行う、社会福祉協議会や調布ゆうあい福祉公社、調布市シルバー人材センターを引き続き支援します。また、関連団体間の連携を深め、多様なサービスが一体的に提供できるよう調整を図ります。

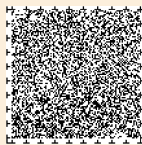
5 虐待防止・権利擁護の推進

高齢者の尊厳ある生活を保障していくためには、虐待を未然に防ぐこと、虐待が発見された場合には、進行しないように迅速・的確に対応すること、再発を防止することが大切です。そのため、市民、関係団体、介護専門職等との連携を強化し、虐待の防止や早期発見ができる体制を整えます。その他、成年後見制度※²⁷の利用促進など権利擁護を推進します。

※26 調布市社会福祉協議会が事務局となり、高齢者や障害のある方に対して、福祉サービス利用の援助、預貯金の出し入れや支払いのお手伝い、年金証書や通帳など大切な書類の預かりサービスを行う。

※27 認知症や知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分でない方が不利益を被らないように、その方を援助する人を選任する制度。家庭裁判所に申立てをすることにより援助者が選ばれる法定後見制度と、将来判断能力が不十分になった場合に備え、あらかじめ誰に何を援助してもらうかを契約しておく任意後見制度の2つがある。

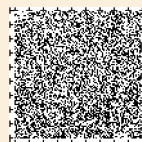




第8期計画の取組

- 高齢者の虐待防止に関する広報を行い、広く市民に対する啓発を行うとともに、見守りネットワーク「みまもっと」や見守りサポーターを活用することで、地域の中での声かけや見守りの大切さを啓発します。また、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者、健診機関等の医療関係者に対する啓発を行い、早期に適切な支援へとつながる体制を整えます。
- 家族介護者への支援として、相談体制を充実させ、家族介護者の身体的・精神的な負担を和らげることで、高齢者虐待につながる要因を早い段階からなくしていけるよう努めます。
- 虐待が疑われるケースについては、介護や医療、福祉の関係機関と協力し、早い段階から本人・家族等に対する支援につなげるとともに、必要に応じて、警察や弁護士等の専門機関と協力し、問題の解決に当たります。
- 虐待の状況により保護が必要となる場合に備えて、短期入所施設など緊急に受け入れることができる体制を整えます。
- 認知症などで判断能力が十分でない方や日常生活に不安を持つ方などが、安心して生活を続けていけるように、権利擁護に関する普及啓発を行うとともに、必要に応じて、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの支援につなげていきます。
- 多摩南部成年後見センターを活用し、引き続き、社会貢献型後見人（市民後見人）※²⁸の養成・支援を行います。
- ひとりぐらしや日中独居の高齢者を狙った悪質商法（訪問販売、電話販売、オレオレ詐欺など）を未然に防ぐために、消費者被害防止についての情報発信に努めます。特に、高齢者に接する機会の多いケアマネジャー等に対し、各種研修を通して、消費者被害の特徴などを理解してもらい、消費者被害が疑われる場合の対応、万一、消費者被害に遭遇した場合の通報、クーリングオフの利用などについて消費生活センターとも連携し、迅速な対応が取れるようサポートします。
- 市内の自殺者の傾向を踏まえ、調布市自殺対策計画の重点施策には「高齢者の支援」が挙げられています。高齢者が自殺に至る要因は様々考えられますが、健康づくり事業や介護予防事業、ケアラー支援、地域での役割や生きがいを創出する生活支援体制整備事業等を市内全域へ着実に広げ、高齢者の自殺リスクの軽減が図れるよう努めます。

※28 弁護士などの専門職や親族以外で、市区町村等が実施する研修や実習を受けて養成され、成年後見制度の趣旨と内容を理解し、社会貢献的な精神で後見業務を担う人のこと。





6 ケアラー（介護者）支援

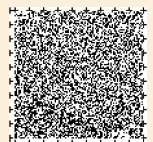
介護を受けている本人だけでなく、ケアラー個人が尊重され、ケアと同時にケアラー自身の多様な活動、社会参加が維持・確保できるよう、ケアラーの身体的・精神的負担を緩和するための支援を充実させます。

第8期計画の取組

- 介護される人（サービス利用者）・ケアラーの多様な選択肢を確保するため、不足する介護保険サービス等について整備・検討するとともに、各種相談窓口での相談事業、ショートステイ等の利用促進を図ります。また、ケアラーを支えるため、ニーズに沿った介護者講座・介護教室の開催、介護休暇等の制度や相談窓口の周知、関係機関との連携に取り組みます。
- 元気な高齢者は、介護より医療との接点が多いため、市内医療機関やちょうふ在宅医療相談室と連携を図り、より効果的な情報共有・情報提供を推進します。また、誰もがケアラーの相談相手となり得ることから、地域包括支援センターや社会福祉協議会をはじめとした様々な団体、イベント等の機会を通じ、広く市民を対象に積極的な情報提供に努めます。さらに、介護支援専門員と連携し、介護者視点を盛り込んだケアプランの作成やケアラーに対する支援、情報提供、相談窓口等の周知を推進するとともに、見守りネットワーク協力団体との連携による情報共有や介護者視点の支援を検討します。
- 市内で活動するケアラー団体と連携し、情報共有や団体のニーズ把握に努めるとともに、継続して活動するための支援を実施します。また、認知症カフェ※²⁹など認知症当事者、ケアラー、地域住民が参加できる場の継続開催の支援、福祉圏域に1か所以上の参加できる場の拡充、地域支え合い推進員や地域福祉コーディネーターによる活動支援を推進するとともに、地域福祉コーディネーターが中心となって、重層的な支援が必要な問題に取り組む「相談支援包括化推進会議」との情報共有を図ります。
- 感染症禍においても介護保険サービスを維持するため、平時からサービス事業所との情報共有・連携体制や衛生用品等の提供等に関する支援スキームを整備・検討します。

ケアラーのための相談窓口の周知や、地域包括支援センター、介護支援専門員等と連携した見守り体制の検討及び感染症禍でも有効な介護者支援策の情報収集と検証を行います。

※29 認知症の人やその家族が、地域の人や医療・介護職や認知症サポーターなどの専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場。介護者の負担軽減や認知症についての正しい知識の普及などを通して、認知症の人や家族を支える地域のつながりを深めることが期待されている。



7 住環境の整備

特別養護老人ホームの待機者数や実態の把握に努めるとともに、ひとりぐらし高齢者や後期高齢者の増加を考慮しながら、適切な施設整備を検討します。

また、市内住宅部局とも連携し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことのできる住まいの確保に努めます。

第8期計画の取組

(1) <ハード>

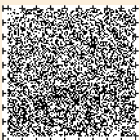
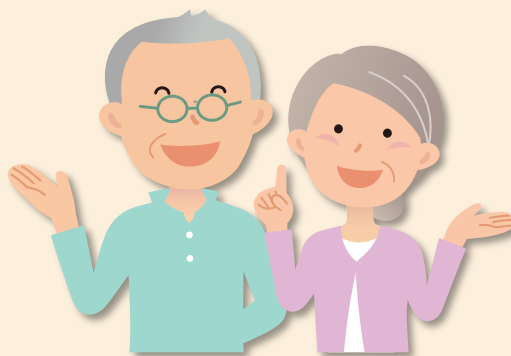
- 令和元年9月に開設した「仙川くぬぎ園（180床）」の特養待機者数に与える影響を見極めたうえで、第8期・第9期計画期間を一連の整備準備期間として定めて整備量を検討します。

また、老朽化する施設の改修・建て替えや、入所者の一時的な受け皿確保等の支援も検討します。

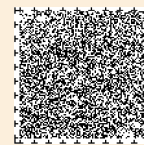
- 市場経済に基づく整備を注視しながら、引き続き、所管である東京都との連携を強化し、市の意向（医療介護連携の充実、低廉な賃料、サービスの質の確保）を反映させた整備・誘導に努めます。
- 軽費老人ホーム（ケアハウス）等について、生活困窮者の受け皿や多様な選択肢の一つとして、整備の必要性を検討し、先行自治体・事業者等への調査を行います。また、医療ニーズの高い方に適した住まいの確保・環境整備の必要性についても検討します。

(2) <ソフト>

- 住まいぬくもり相談室に寄せられる相談等を整理・分析し、早期のアウトリーチへの活用を検討するとともに、施策への反映に活用します。
- 居住支援協議会に参画・連携し、情報・課題の収集、高齢者への理解促進、生活全般にわたる総合的な支援を実施します。



感染症等が流行しても途切れないつながりの構築

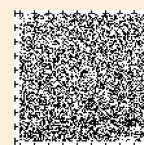


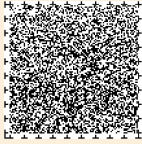
1 感染症等が流行しても途切れないつながりの構築

丁寧な実態把握と専門職等の適切な関わりにより、地域活動の継続支援や安否確認等の見守り体制の強化に取り組むとともに、関係機関と連携し、途切れない体制構築と「元気なうちから地域包括支援センターとつながる関係づくり」に取り組めます。

第8期計画の取組

- 自立支援・重度化防止のための取組として、平時から介護予防・フレイル予防、リハビリテーションの重要性について普及啓発に取り組めます。また、「10の筋力トレーニング」や「健康づくり事業」など、集まらずに取り組める仕組みを検討します。
- 高齢者の生きがいづくりや地域との交流機会、介護予防事業等を実施する多様な主体（社会福祉法人、民間事業者、NPO法人、大学）の掘り起こしを行うとともに、協力体制を構築します。
- 感染症の拡大や人との交流が減り、不安を感じている高齢者や介護する家族が電話等で相談できる窓口について周知を図ります。
- 感染症禍において積極的な訪問活動ができない中、自粛中の高齢者に関わった人（医師、看護師、ケアマネジャー、民生委員・児童委員、ヘルパー、市職員等）が情報を共有し、連携して支える仕組みづくりを進めます。
- 介護職員の在宅ワークや通所型サービスから訪問型サービスへの柔軟な転換等、マンパワーが不足する状況において、仕事の効率化も視野に入れたICTの導入等について検討します。また、今まで研修等に参加できていなかった小規模事業所のために、オンライン配信等の仕組みづくりを検討します。
- 医療と並び「人の命を預かる、止めてはならない業務」である介護サービスを感染症禍や災害時においても途切れさせないように、引き続き、介護施設・事業所等の声を聴きながら、業務継続に向けた計画等の策定や研修の実施など、平時からの備えに対する支援や災害発生時の必要な物資の確保など、効果的で実効性のある取組・対策を講じていきます。





介護保険事業の円滑な運営

1 保険給付費等の見込み

【総人口・高齢者人口の推計】

(単位：人)

	実績値			推計値				
	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和7年 (2025)	令和22年 (2040)
総人口	234,867	236,880	237,636	238,405	239,512	240,361	241,472	235,974
高齢者人口	50,262	50,772	51,229	51,686	52,101	52,417	53,451	73,420
高齢化率	21.4%	21.4%	21.6%	21.7%	21.8%	21.8%	22.1%	31.1%
前期高齢者	24,036	23,726	23,906	24,035	23,337	22,580	21,886	36,141
前期高齢化率	10.2%	10.0%	10.1%	10.1%	9.7%	9.4%	9.1%	15.3%
後期高齢者	26,226	27,046	27,323	27,651	28,764	29,837	31,565	37,279
後期高齢化率	11.2%	11.4%	11.5%	11.6%	12.0%	12.4%	13.1%	15.8%

※各年10月1日時点

【被保険者数の推計】

(単位：人)

	実績値			推計値				
	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和7年 (2025)	令和22年 (2040)
第1号被保険者	50,555	51,007	51,468	52,035	52,452	52,768	53,801	73,769
前期高齢者	24,075	23,762	23,954	24,055	23,379	22,623	21,929	36,184
後期高齢者	26,480	27,245	27,514	27,980	29,073	30,145	31,872	37,585
第2号被保険者	82,865	84,443	85,713	86,212	87,145	88,067	89,277	79,202
被保険者数合計	133,420	135,450	137,181	138,247	139,597	140,835	143,078	152,971

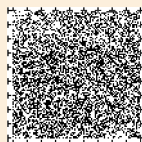
※各年10月1日時点

【要支援・要介護認定者数の推計】

(単位：人)

	実績値			推計値				
	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和7年 (2025)	令和22年 (2040)
要支援1	1,993	1,916	1,948	1,894	1,908	1,951	2,021	2,477
要支援2	1,597	1,664	1,672	1,750	1,809	1,861	1,928	2,416
要介護1	1,826	1,919	1,899	2,000	2,049	2,111	2,211	2,840
要介護2	1,600	1,648	1,670	1,732	1,796	1,861	1,953	2,575
要介護3	1,142	1,164	1,187	1,212	1,232	1,263	1,330	1,771
要介護4	1,177	1,187	1,247	1,261	1,268	1,314	1,388	1,840
要介護5	950	945	875	893	925	955	1,006	1,348
合計	10,285	10,443	10,498	10,742	10,987	11,316	11,837	15,267
認定率	19.9%	20.1%	20.0%	20.3%	20.6%	21.1%	21.6%	20.4%

※各年10月1日時点



介護給付費等の見込みについては、第7期計画の実績を踏まえたうえで、介護給付・予防給付等の各サービスの特性を考慮するとともに、基盤整備の計画を勘案して推計し、第8期計画の3年間に必要な在宅サービスや施設サービス等の各サービスに係る費用「総給付費」を推計しました。

総給付費（介護給付費及び予防給付費）に、特定入所者介護サービス費（補足給付）や高額介護サービス費などを合計した額が標準給付費となり、さらに、地域支援事業費を合計した介護保険総費用は、約524.7億円となります。

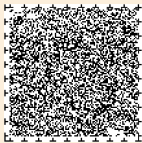
【介護保険総費用の推計】

（単位：千円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	第8期計
■標準給付費見込額	15,660,792	16,449,125	17,245,483	49,355,400
総給付費	14,945,974	15,751,339	16,527,456	47,224,769
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	283,128	262,526	270,120	815,774
特定入所者介護サービス費等給付額	339,079	348,885	358,975	1,046,938
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	55,951	86,358	88,854	231,164
高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	382,865	385,050	396,186	1,164,102
高額介護サービス費等給付額	400,138	411,709	423,616	1,235,464
高額介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	17,273	26,659	27,430	71,362
高額医療合算介護サービス費等給付額	33,205	34,146	35,174	102,525
算定対象審査支払手数料	15,621	16,063	16,547	48,230
■地域支援事業費	1,005,697	1,039,000	1,069,884	3,114,581
介護予防・日常生活支援総合事業費	617,993	637,197	653,982	1,909,172
包括的支援事業及び任意事業費	387,704	401,803	415,902	1,205,409
■介護保険総費用	16,666,489	17,488,125	18,315,367	52,469,981

※単位未満四捨五入のため、数値が一致しない場合があります。





2 サービスの基盤整備

第8期計画の取組は、未整備の福祉圏域を優先に、他の圏域と比較して整備率が低い地域などの状況を踏まえ、公募する圏域を設定します。

なお、認知症対応型通所介護については、様々な状況を踏まえつつ、必要に応じて検討します。

現在の整備状況及び第8期計画期間における地域密着型サービスの整備予定は、次のとおりです（整備年度については、状況に応じて変更する場合あり）。

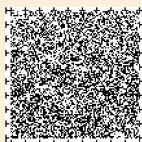
【地域密着型サービスの基盤整備状況】

		緑ヶ丘 滝坂 小学校 地域	若葉 調和 小学校 地域	上ノ原 柏野 小学校 地域	北ノ台 深大寺 小学校 地域	第二 八雲台 国領 小学校 地域	染地 杉森 布田 小学校 地域	第一 富士見台 多摩川 小学校 地域	第三 石原 飛田給 小学校 地域	合計
①	認知症対応型 通所介護		2 か所 (24 人)			2 か所 (24 人)			1 か所 (12 人)	5 か所 (60 人)
②	認知症対応型 共同生活介護	1 か所 (18 人)	1 か所 (18 人)	2 か所 (36 人)	2 か所 (27 人)	1 か所 (18 人)	2 か所 (36 人)	1 か所 (18 人)	1 か所 (18 人)	11 か所 (189 人)
③	小規模多機能型 居宅介護		1 か所 (29 人)							1 か所 (29 人)
④	夜間対応型 訪問介護									0 か所
⑤	地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護				1 か所 (29 人)					1 か所 (29 人)
⑥	地域密着型特定施設 入居者生活介護									0 か所
⑦	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護			1 か所 (20 人)						1 か所 (20 人)
⑧	看護小規模多機能型 居宅介護	1 か所 (29 人)								1 か所 (29 人)
⑨	地域密着型 通所介護	3 か所 (35 人)	2 か所 (28 人)	1 か所 (14 人)	3 か所 (29 人)	1 か所 (10 人)	4 か所 (50 人)	2 か所 (25 人)	3 か所 (46 人)	19 か所 (237 人)

※ 令和3年3月1日現在

【第8期における整備予定】

【調布市全体】	第7期終了時点 (令和2年度末) (A)	第8期計画値 (B)			第8期終了時点 (令和5年度末) (A+B)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	
認知症対応型 共同生活介護	11 か所 (189 人)			1 か所 (18 人)	12 か所 (207 人)
小規模多機能型 居宅介護	1 か所 (29 人)		1 か所 (29 人)		2 か所 (58 人)
看護小規模多機能型 居宅介護	1 か所 (29 人)	1 か所 (29 人)			2 か所 (58 人)
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1 か所 (20 人)		1 か所 (20 人)		2 か所 (40 人)



3 持続可能な介護保険制度の運営

(1) 給付の適正化と質の向上に向けた取組

介護給付の適正化とは、介護サービスを必要とする方を適正に認定し、適切なケアマネジメントを実施し、事業者が適正にサービスを提供するよう促すことです。

適正なサービス提供の確保と、その結果としての費用の効率化を通じた介護給付の適正化を図ることが、介護保険制度の信頼性を高め、持続可能な制度の構築に資することになります。

給付の適正化に向けた取組と目標については、地域の実情やこれまでの取組を踏まえ、「第8期東京都高齢者保健福祉計画」と整合を図ります。

① 要介護認定の適正化

基本的考え方	取組目標
全国一律の基準に基づいた要介護認定が適切に実施される。(要介護認定の平準化)	○要介護認定の調査項目の選択率や審査判定の傾向・特徴を把握する。

② ケアプランの点検

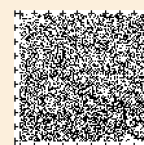
基本的考え方	取組目標
保険者と介護支援専門員が協力してケアプラン点検を適切に実施することで、自立支援に資するケアマネジメントを達成する。	○「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を参考に、主任介護支援専門員を中心にケアプラン点検を実施する。

③ 住宅改修・福祉用具の点検

基本的考え方	取組目標
受給者の実態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修・福祉用具の利用を排除し、利用者の身体状況等を踏まえた適切な住宅改修・福祉用具の利用を進める。	○事業者に対して、制度の趣旨・手続きなどについての研修会の開催も検討しながら、普及啓発を図る。 ○改修工事を行おうとする利用者や福祉用具の利用者に対する訪問調査について、多職種と連携しながら、適切な利用の促進を図る。

④ 縦覧点検・医療情報との突合

基本的考え方	取組目標
報酬請求が誤っている可能性の高い事業所に対して確認等適切な処置を行い、適正な報酬請求を促す。	○介護サービス事業者等に支払われた介護報酬について、複数月にまたがる支払状況の確認や医療保険と介護保険との給付情報の突合を行い、提供されたサービスの整合性等について、点検を行う。 ○縦覧点検の拡充を図るためには、事業者の理解が不可欠であることを踏まえ、事業所へ向けた縦覧点検事業の理解に向けた取組を検討する。



⑤ 介護給付費通知

基本的考え方	取組目標
受給者や事業者に対して適切なサービス利用を普及啓発するとともに、介護給付適正化を進める目的や意義を共有する。	○わかりやすく、かつ効果的な介護給付費通知となるよう実施する。

(2)サービスの質の向上と保険給付の円滑化

① サービスの質の向上に対する取組

利用者が安心してサービスを受けることができるよう、介護支援専門員調布連絡協議会や介護保険サービス事業者調布連絡協議会と、引き続き連携を図ります。また、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・育成のほか、介護職員の負担軽減やハラスメント対策などに取り組みます。

併せて、適切かつ効果的なサービスの提供を推進するため、介護支援専門員からの要望等を踏まえた研修の実施に向けて連携を図るとともに、各種研修の受講の促進に取り組みます。

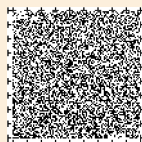
② 利用者への情報提供・支援

介護保険制度の改正をはじめとする各種情報を的確に把握し、市報やホームページ、調布エフエム放送などの各種媒体を活用した、わかりやすい情報提供に努めます。また、介護サービスの苦情については、引き続き、東京都及び東京都国民健康保険団体連合会と連携しながら、相談・要望などへの対応を行います。

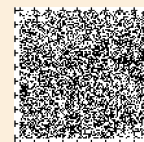
③ 介護保険サービス利用料の負担軽減

低所得者への負担軽減（特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給）や、負担額が一定の上限額を超えた方に対する「高額介護（介護予防）サービス費」、「高額医療合算介護（介護予防）サービス費」の支給を、引き続き実施するとともに、生計困難者に対しては、介護サービス提供事業者による軽減を実施します。

なお、これらの制度については、制度変更が予定されていることから、市報や市ホームページなどによる利用者への周知を行うほか、各種会議等を通じた事業者への周知を行い、円滑な制度運営に努めます。



4 介護保険料

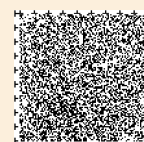


第8期計画における第1号被保険者の介護保険料基準額は、月額5,900円とし、負担能力に応じたきめ細やかな保険料設定を行うため、引き続き、14段階を設定します。

なお、所得段階第1段階から第3段階の基準額に対する割合については、公費の投入による保険料軽減を実施するほか、一定の要件に該当する方を対象とした市独自の減免措置を継続します。

【所得段階別の介護保険料】

所得段階	対 象 者	基準額に 対する割合	月額保険料 年間保険料
第1段階	生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者及び世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者、世帯全員が市町村民税非課税で、前年度の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が80万円以下の方	0.3	1,770 円 21,240 円
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で、所得段階が第1段階以外の方で、前年中の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が120万円以下の方	0.5	2,950 円 35,400 円
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で、所得段階が第1段階及び第2段階以外の方	0.7	4,130 円 49,560 円
第4段階	本人は市町村民税非課税であるが、同じ世帯の中に市町村民税課税者がいる方のうち、本人の前年中の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が80万円以下の方	0.8	4,720 円 56,640 円
第5段階	本人は市町村民税非課税であるが、同じ世帯の中に市町村民税課税者がいる方のうち、第4段階以外の方	1	5,900 円 70,800 円
第6段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が120万円未満の方	1.1	6,490 円 77,880 円
第7段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方	1.25	7,375 円 88,500 円
第8段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	1.5	8,850 円 106,200 円
第9段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が320万円以上400万円未満の方	1.7	10,030 円 120,360 円
第10段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が400万円以上600万円未満の方	1.9	11,210 円 134,520 円
第11段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が600万円以上1,000万円未満の方	2.2	12,980 円 155,760 円
第12段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が1,000万円以上1,500万円未満の方	2.4	14,160 円 169,920 円
第13段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が1,500万円以上3,000万円未満の方	2.65	15,635 円 187,620 円
第14段階	本人が市町村民税課税者で、前年中の合計所得金額が3,000万円以上の方	2.9	17,110 円 205,320 円



計画の実現に向けて

1 計画の推進体制

高齢者総合計画の実現に向け、高齢者福祉推進協議会及び地域包括支援センター運営等協議会において、計画が適正に進行するよう検討していきます。また、専門職や事業者による協議会の活動を支援し、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の職能団体及び国・東京都と連携しながら計画を推進していきます。

2 地域づくりの推進体制の充実

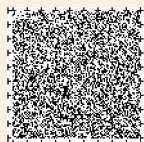
今後も、地域包括ケア「見える化」システム^{※30}や各種調査の実施を通して、地域マネジメントを実施します。また、今後さらに、自立支援・重度化防止に関する取組を強化するため、関係者会議、地域ケア会議（課題解決地域ケア会議）を充実させていきます。

社会福祉協議会が中心となり、令和元年度に8つの福祉圏域全てに地域福祉コーディネーター（CSW）が配置されました。この地域福祉コーディネーターが「相談支援包括化推進員」を兼ね、高齢、障害、子どもなど制度の枠にとらわれず、横断的、包括的な支援体制や地域住民による支え合いの仕組みづくりに取り組んでいます。

3 他計画との整合性

高齢者総合計画は、調布市基本計画内で高齢者福祉を総合的に推進するための計画であり、計画の推進に当たっては、上位計画である「調布市総合計画」や「調布市地域福祉計画」と整合を図りながら進行します。また、「調布市障害者総合計画」、「調布市民健康づくりプラン」、「調布っ子すこやかプラン（調布市子ども・子育て支援事業計画）」など、他の保健福祉に関する計画や保健医療福祉分野以外の計画とも整合を図り、一層の高齢者福祉の推進に努めます。加えて、東京都が策定する高齢福祉に関する計画を把握し、整合性をとった計画を推進します。

※30 介護保険や医療に関連する情報が地図やグラフを用いて「見える化」され、都道府県や保険者間で比較分析できるシステムのこと。介護保険に関連する情報の一例として、厚生労働省が実施する公的統計調査のデータや自治体ごとの要支援・介護認定データなどがあげられる。地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するには、各地方自治体がそれぞれの特徴や課題を客観的に把握することが求められているため、厚生労働省では介護・医療関連情報の「見える化」を推進している。



調布市高齢者総合計画【概要版】

第8期（令和3（2021）年度～令和5（2023）年度）

発行日 令和3年3月

刊行物番号

発行 調布市

2020-264

編集 調布市福祉健康部 高齢者支援室

〒182-8511 調布市小島町 2-35-1

（電 話）042-481-7149（直通）

（ファクス）042-481-4288

（U R L）<http://www.city.chofu.tokyo.jp/>

