

資料編

- 1 検討体制
- 2 検討経緯
- 3 アンケート調査の概要
- 4 用語解説(50音順)

1 検討体制

西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会及び 西東京市介護保険運営協議会名簿

選出区分	氏名	所属等	備考
学識経験者	市川 一 宏	ルーテル学院大学	◎
	須加 美 明	目白大学	○
保健医療関係	指田 純	西東京市医師会	
	吉岡 重保	西東京市歯科医師会	
	梅田 茂	西東京市薬剤師会	
	向山 晴子	多摩小平保健所	
	伊藤 章	葵の園・ひばりが丘（老人保健施設）	
	高岡 里佳	田無病院（介護療養型医療施設）	
福祉関係	清水 徹也	健光園ヘルパーステーション（訪問介護事業所）	
	高橋 睦	東京老人ホーム（特別養護老人ホーム）	
	安倍 妙子	ポピー介護サービス（居宅介護支援事業所）	
	石井 孝行	西東京市緑町地域包括支援センター	
	海老澤 栄	西東京市民生委員児童委員協議会	
	丸木 敦	西東京市社会福祉協議会	
被保険者	小林 みどり	介護保険被保険者（第1号）	
	北澤 実夫	介護保険被保険者（第1号）	
	梶島 三枝子	介護保険被保険者（第2号）	
	荒井 信子	介護保険被保険者（第2号）	

◎は座長（委員長）、○は副座長（副委員長）

2 検討経緯

(1) 西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会での検討経緯

回	開催日	議 題
第1回	平成26年 4月24日	1 西東京市高齢者保健福祉計画検討委員会の運営について 2 座長、副座長の選出について 3 今後の会議日程について 4 会議録の取り扱いについて
第2回	平成26年 5月22日	1 第1回会議録の確認について 2 西東京市の高齢者を取り巻く現状と現計画の進捗状況について 3 計画の位置づけと計画の期間について
第3回	平成26年 7月17日	1 第2回会議録の確認について 2 現計画の進捗状況について 3 生活支援サービスの充実、見守りの充実、社会参加の促進について
第4回	平成26年 8月21日	1 第3回会議録の確認について 2 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて 3 西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）の課題整理 4 高齢者保健福祉計画の施策体系について
第5回	平成26年 10月16日	1 第4回会議録の確認について 2 介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業）について 3 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）の骨子（案）について 4 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）の重点施策（案）について
第6回	平成26年 12月4日	1 第5回会議録の確認について 2 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）素案について 3 介護予防・日常生活支援総合事業の実施について
第7回	平成27年 1月30日	1 第6回会議録の確認について 2 市民説明会及びパブリックコメントの実施結果について 3 高齢者保健福祉計画（案）について
第8回	平成27年 2月5日	1 第7回会議録の確認について 2 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）（素案）資料編について 3 第4部 計画の推進体制（案）について

(2) 西東京市介護保険運営協議会での検討経緯

回	開催日	議題
第1回	平成25年 8月1日	1 介護保険料の延滞金の見直しについて 2 その他
第2回	平成25年 10月3日	1 諮問に対する答申 2 第6期計画策定に向けた国の動向等 3 第5期介護保険事業計画の中間報告 4 その他
第3回	平成26年 1月16日	1 第2回会議録の確認について 2 前回会議の確認事項について 3 第6期計画策定に向けた国の動向と市の対応等について 4 アンケート調査について 5 その他
第4回	平成26年 4月24日	1 第3回会議録の確認 2 アンケート調査結果報告 3 その他
第5回	平成26年 5月22日	1 第4回会議録の確認 2 アンケート調査から見えた課題と方向 3 地域包括ケアシステムの推進「医療と介護の連携」
第6回	平成26年 7月17日	1 第5回会議録の確認 2 「医療と介護の連携」のまとめ 3 地域包括支援センターの支援体制の充実について
第7回	平成26年 8月21日	1 第6回会議録の確認 2 「介護サービスと住まい」について 3 「認知症施策の推進」について
第8回	平成26年 10月16日	1 第7回会議録の確認 2 介護人材の育成と確保について 3 第5期計画の実績検証について
第9回	平成26年 12月4日	1 第8回会議録の確認 2 前回会議の質問に対する回答について 3 計画（素案）の介護部分について
第10回	平成27年 1月30日	1 第9回会議録の確認 2 介護保険料について
第11回	平成27年 2月5日	1 第10回会議録の確認 2 答申案（最終のまとめ）について

(3) 市民説明会の実施

市民説明会は以下の日程で計3回開催し、51人の市民に参加していただきました。

開催日時		会場
平成26年 12月12日(金)	14:00～15:30	イングビル3階 第3会議室
	19:00～20:30	田無総合福祉センター3階 第1会議室
平成26年 12月14日(日)	13:30～15:00	西東京市役所保谷庁舎4階 研修室

(4) パブリックコメントの実施

実施時期	意見数・人数
平成26年12月9日～平成27年1月8日	0件・0人

3 アンケート調査の概要

(1) 調査の目的

高齢者の生活実態や保健福祉サービスの利用状況と今後の利用意向、要支援・要介護認定者の介護保険サービスの利用状況と利用意向、未利用の理由等についての意識や要望を把握し、平成 26 年度に策定する「西東京市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画(第 6 期)」策定の基礎資料とすることを目的として 10 種類の調査を実施しました。

(2) 調査の種類と対象者

調査種別	対象者	対象者数	有効回収数 (有効回収率)
①高齢者一般調査	市内の介護保険第 1 号被保険者（二次予防事業対象者、要支援・要介護認定者を除く）	3,000 人	2,039 (68.0%)
②若年者一般調査	市内在住の 55 歳～ 64 歳の人（要支援・要介護認定者を除く）	1,500 人	775 (51.7%)
③二次予防事業対象者調査	市内在住の第 1 号被保険者で二次予防事業対象者の人	200 人	140 (70.0%)
④介護保険居宅サービス利用者調査	市の要支援・要介護認定を受けている人のうち、居宅サービスを利用している人	1,500 人	933 (62.2%)
⑤介護保険施設サービス利用者調査	市の要支援・要介護認定を受けている人のうち、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）、有料老人ホーム等に入所されている人	500 人	227 (45.4%)
⑥介護保険サービス未利用者調査	市の要支援・要介護認定を受けている人のうち、介護保険サービスを利用していない人	500 人	260 (52.0%)
⑦介護保険サービス事業者調査	西東京市介護保険連絡協議会参加事業者および市内地域包括支援センター	150 事業所	90 (60.0%)
⑧介護支援専門員調査	西東京市介護保険連絡協議会参加事業者の介護支援専門員	120 人	73 (60.8%)
⑨在宅医療と介護に関する調査	市の要介護認定を受けている人のうち、平成 25 年 11 月に介護保険の訪問看護を利用していた 40 歳以上の市内在住者	300 人	171 (57.0%)
⑩日常生活圏域ニーズ調査	市内在住の 65 歳以上の人	1,200 人	848 (70.7%)
合 計		8,970 人・事業所	5,556 (61.9%)

(3) 調査方法

郵送配付・郵送回収（督促礼状1回送付）

(4) 調査時期

平成26年2月10日～2月24日

(5) 調査項目

調査種別	調査項目
①高齢者一般調査	基本属性、住まい方、生きがい、認知症についての意識、健康管理、医療の状況と介護予防、介護の経験と高齢者虐待、介護保険制度、市への要望
②若年者一般調査	基本属性、地域とのかかわり、住まい方、生きがい、健康管理、介護の経験や介護予防、保険福祉サービス、介護保険制度、市への要望
③二次予防事業対象者調査	基本属性、日ごろの悩みや困ったこと、生きがい、健康管理、介護予防事業の利用、評価、意向、市の介護保険・保健福祉サービス、介護保険制度、市への要望
④介護保険居宅サービス利用者調査	基本属性、医療の状況、介護保険の利用、介護保険サービスの利用、サービスの要望や苦情、介護保険制度、権利擁護、今後の過ごし方、市への要望、介護者の状況
⑤介護保険施設サービス利用者調査	基本属性、施設サービスの利用、サービスの要望や苦情、今後の過ごし方、市への要望
⑥介護保険サービス未利用者調査	基本属性、要介護認定と介護保険サービス、日常生活の困りごと、医療の状況、介護保険、市の介護保険・保健福祉サービス、今後の過ごし方、市への要望、介護者の状況
⑦介護保険サービス事業者調査	基本属性、収支の状況、事業運営、苦情の内容、サービスの質の向上、今後の運営方針、地域包括支援センター、市への要望
⑧介護支援専門員調査	基本属性、所属事業所、ケアマネジメントと介護保険サービス、介護保険外サービス、スキルアップ、医療と介護の連携、保険者に対する意見と期待
⑨在宅医療と介護に関する調査	基本属性、主な介護者の状況、調査対象者の在宅療養生活、退院支援、訪問診療（往診）医療機関、医療と介護の連携、今後の療養生活、介護の負担感、市への要望
⑩日常生活圏域ニーズ調査	基本属性、家族や生活状況、運動・閉じこもり、転倒予防、口腔・栄養、物忘れ、日常生活、社会参加、健康状態、要望

4 用語解説(50音順)

あ 行

■いきいきミニデイ

ミニデイ協力者の活動により、一人ぐらし高齢者等に趣味・レクリエーション・学習等の生きがいの場を提供し、孤独感の解消や心身機能の維持向上を図るとともに、社会とのつながりを深め、高齢者福祉の増進を図る事業です。

■うつ・うつ予防

うつの症状としては、無気力・無感動・不安感・興奮等があり、それに伴い不眠・食欲低下等があります。本計画では、このような抑うつ症状を示している状態全体に対して「うつ」という用語を使用しています。うつ予防としては、人に会う、日中活動して夜間によい睡眠をとる、生活のリズムを整えるなどの生活習慣の改善があります。

■NPO(エヌ・ピー・オー)

ボランティア団体や市民団体等、民間の営利を目的としない団体(Non Profit Organization)の総称。特定非営利活動促進法(通称：NPO法)に基づき、「特定非営利活動法人」という法人格を得て活動しています。

か 行

■介護給付費準備基金

3年間の事業計画期間中の財政運営に伴う財源調整のために基金を設置することになっています。第1号被保険者の介護保険料収入の余剰が生じた場合には、その余剰金を積み立て、保険料収入に不足が生じた場合には、基金から取り崩しを行うことにより、介護保険財政を安定的に運用していく役割があります。また、介護保険事業計画最終年度の残額については、次期の事業計画期間内における保険料収入の一部として取り崩しを行うことにより、保険料の負担軽減を図ることができます。

■介護支援専門員(ケアマネジャー)

介護保険のサービスを利用したいときに、相談し、各種のサービスを紹介、斡旋する福祉や医療の専門職のことです。介護福祉士や看護師などの資格をもち、一定の実務経験をもつ者が試験を受け、介護支援専門員研修を修了して、登録できます。要介護者・要支援者との契約に基づきケアプランを作成します。また、サービス事業者との連絡調整や、医療機関との連携を図りながら継続的な支援を行っていきます。

■介護認定審査会

保健・福祉・医療の学識経験者から構成され、コンピュータ判定の結果と訪問調査の特記事項、主治医の意見をもとに、介護の必要性や程度について審査を行う組織のことです。

■介護保険施設

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設のことを言います。

■介護保険連絡協議会

西東京市の介護保険制度の実施に関し、各関係機関の連絡体制を整備し、介護サービス等の円滑な提供を図るために設置された協議会です。介護サービス等の提供基盤の整備に関すること、介護サービス等の円滑な提供に関すること、介護保険制度を担う人材の育成確保に関すること、介護サービス等提供事業者に係る情報の提供及び交換に関すること、その他介護保険制度に係る連絡調整に関し必要な事項を協議しています。

■かかりつけ医

家族ぐるみで健康や病気のことを気軽に相談したり、身体に不調があるときにいつでも診察してくれる身近な開業医であり、初期患者の問題を的確に把握し、適切な指示、緊急に必要な処置の実施、他の医師への紹介を行い、個人や家庭での継続的な治療について主治医としての役割を果たす医師です。

■かかりつけ歯科医

患者の心身の特性やニーズを踏まえて歯・あご・口の疾患の治療や口腔ケアなどを行うとともに、全身状態や精神面をも考慮し、計画的に予防を含めた歯科医学的な管理や療養上の支援を行う地域に密着した身近な歯科医です。

■かかりつけ薬局

複数の医療機関から処方される薬やアレルギーなどについて薬歴管理をし、必要に応じて処方した医師と相談の上、有効で、安全な調剤を行ったり、薬全般についての相談に応じたりしてくれる身近な薬局です。

■ケアプラン(介護サービス計画)

要支援、要介護状態にあっても、その人らしい自立した日常生活の実現を目指すための「介護サービス計画」のことです。ケアマネジャーは、アセスメントから導き出された生活課題の解決に向け、その人に合った目標をたてて、適切なサービスや社会資源を組み合わせた「介護サービス計画書」を作成します。

■ケアマネジメント

生活上の困りごとと、サービス等社会資源を適切に結びつけ、要介護者等の自立した日常生活の実現につなげるための専門的手法のことです。必要な情報収集、生活上の課題分析、サービス調整、ケアプラン作成、サービス担当者会議、サービスの実行、再評価等、一連のプロセスを踏まえてケアプランを作成し、チームケアで継続的支援を行います。

■健康寿命

厚生労働省では、健康寿命を「人の寿命において『健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間』」と定義しており、わが国の健康寿命は、平成22年現在男性が70.42年、女性が73.62年で、平均寿命に比べて男性が9.13年、女性が12.68年それぞれ短い状況にあります(厚生労働省『平成26年版厚生労働白書』)。

■権利擁護センター「あんしん西東京」

市内に住む、精神障害者、知的障害者、身体障害者、高齢者等を対象に、福祉サービスの利用援助、成年後見制度の手続き支援を行い、年齢を重ねても、障害があっても、住み慣れた地域で自立した生活が送れるように支援する機関です。

さ 行

■サービス担当者会議

介護保険においては、ケアプランに基づき、要介護者、要支援者及び家族と、ケアチームとして位置づけられているサービス事業者、医療機関、その他関係者が一堂に会し、今後のケアの方針等を協議し決定する会議のことをいいます。入院先の医療機関で開催される場合などは、「カンファレンス」と称することもあります。

■ささえあいネットワーク

高齢者が地域の中で安心して暮らせるよう、地域の住民(ささえあい協力員)、事業所(ささえあい協力団体)、民生委員や地域包括支援センターおよび市が相互に連携し高齢者を見守るしくみです。このささえあいネットワークによって、緊急を要する場合の早期発見、連絡、対応をスムーズに行ったり、高齢者や介護者および家族が抱える困りごとや相談に応じたり、あるいは閉じこもりがちな高齢者や要介護状態に陥りそうな高齢者などが必要な支援やサービスが受けられることを目指しています。

■在宅療養

医療機関に通院困難な患者が、自宅や入所中の施設など、病院外の「生活の場」において、訪問診療・看護等の医療だけではなく、介護や各種福祉施策等も合わせた多面的なサービス提供を受けながら行う療養のことです。

■サロン

地域の中で仲間づくりや異世代交流等を目的とした、地域住民が運営するふれあいの場のことです。地域の福祉的な課題の発見や地域活動の組織化、福祉教育の場等へ広がる可能性ももった活動です。

■自助・互助・共助・公助

地方自治における補完性の原則であり、個人の尊厳を最大限に尊重し、住民自身やコミュニティなどの小さな単位でできることはそれらの自助・共助に任せ、自助・共助では解決不可能あるいは非効率なもののみを行政が行う(公助)べきであるという考え方です。平成20年度の「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」では、自助・互助・共助・公助を以下のように定義しています。

自助：自ら働いて、または自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。

互助：非公式、形式ばらない相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。

共助：社会保険のような制度化された相互扶助。

公助：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

■社会貢献型後見人

後見業務を担っている親族や弁護士等の専門家以外に、成年後見制度の趣旨と内容を理解し、後見業務を担っていただく人です。社会貢献型後見人になるには、東京都が実施する基礎講習を受講した後、区市町村の推進機関等に登録し、さまざまな活動を通じて経験を積む必要があります。主な職務内容は、ご本人の財産の把握と管理、福祉サービス利用のための契約、悪質な訪問販売等からの保護等です。

■社会福祉協議会

社会福祉法に基づき設置された福祉団体で、各市区町村に常設されている公共性の高い民間福祉団体です。市民や行政、社会福祉事業関係者などの参加と協働により地域の福祉課題の解決に取り組み、誰もが安心して暮らしていける「まち」の実現を目指して活動しています。

■主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）

ケアマネジャーとして5年以上の実務経験があり、市区町村の推薦を受けて都道府県の養成研修を修了した者を「主任ケアマネジャー」と言います。地域包括支援センターや特定事業所加算を算定する居宅介護支援事業所、施設等に配属されています。

■消費者センター

消費生活活動の拠点施設です。併設されている消費生活相談室では、悪質商法に巻き込まれたり、商品やサービスなどの契約に関するトラブル、商品の品質や安全性など、消費生活に関するさまざまな問題や疑問について、専門の消費生活相談員が相談に応じます。

■シルバー人材センター

法律に基づく公益法人で、概ね60歳以上の高齢者を会員とし、健康でかつ働くことにより生きがいを見出しながら、地域社会の一員として貢献するための新しい生活環境を会員とともに作り上げていきます。

■シルバーピア

高齢者が地域で安心して生活できるよう、手すり・段差解消・緊急通報システム等の設置、安否確認や緊急時の対応を行う生活援助員等の配置、地域包括支援センターとの連携を特徴とする高齢者向けの集合住宅です。ピアとは英語で仲間や友人などを意味し、そこに居住する高齢者が自立しながらも、お互いに助け合って生活することを目指して名付けられました。

■生活支援サービス

在宅の高齢者が介護に頼らずに自立した生活ができるように支援するために、市が行う保健福祉サービスのひとつで、介護保険の円滑な実施を促進するために設けられています。市では一人暮らし・高齢者のみの世帯に対する配食サービス事業や、認知症及びねたきり高齢者等の方への紙おむつ給付事業、介護認定

の結果非該当となった方への外出支援サービス事業や住宅改修費給付事業等を実施しております。また、単身世帯が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加しており、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要となっています。

■生活支援コーディネーター

要支援1・2の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行するのに伴い、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制を整備するため、地域における介護予防・生活支援サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす人を言います。生活支援コーディネーターは、日常生活圏域ニーズ調査や地域包括ケア会議等を通して、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況把握に加えて、①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起、②地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、③関係者のネットワーク化、④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一、⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発(担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能)⑥ニーズとサービスのマッチングなどを行います。

■成年後見制度

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な人の自己決定の尊重と本人の保護の調和を図り、権利を守る制度です。「法定後見制度」は、家庭裁判所で選任した成年後見人などがこれらの人の意思を尊重し、その人らしい生活のために、その人に代わって財産管理や身上監護などを行います。その他、判断能力が不十分になった場合に備えて、財産管理や身上監護等を自分の信頼する人に希望どおりに行ってもらえるよう、あらかじめ契約しておくことができる「任意後見制度」もあります。

た 行

■(福祉サービス)第三者評価(システム)

社会福祉法第78条では、事業者の提供するサービスの質を当事者(事業者及び利用者)以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価することとしています。個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけるとともに、利用者の適切なサービスの選択に資するための情報として公表します。

■地域支援事業

高齢者が要介護状態又は要支援状態になる事を予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、市町村が実施する事業です。地域支援事業には、要介護状態になるおそれがある高齢者の把握及び介護予防のための教室等を実施する「介護予防事業」、地域包括支援センターの設置・運営等を行う「包括的支援事業」、在宅介護教室や認知症高齢者徘徊位置探索サービス

等を行う「任意事業」の3事業があります。

■地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）

福祉サービスが契約による利用制度に移行することに伴い、自己決定能力が低下した人のサービス利用を支援するために、成年後見制度の補完として設けられた制度です。社会福祉協議会等に属する専門員が利用者の「自立支援計画」を策定し、生活支援員が利用者との契約に基づいて福祉サービスの利用に際しての情報提供や助言や、申込手続き・利用料支払いの代行、苦情処理の援助などを行います。この他、利用者の状況に応じて日常の金銭管理等も行います。

■地域福祉コーディネーター

地域の課題や困りごとを地域の皆さんと一緒に解決する調整役のことで、社会福祉士、精神保健福祉士等の資格をもち、地域福祉活動に従事した経験をもつ専門家が担当している。西東京市では、地域福祉コーディネーターを日常生活圏域ごとに設置しており、平成22年度から中部圏域、平成24年度から北東部圏域、さらに平成25年度から西部圏域及び南部圏域に地域福祉コーディネーターを各1人配置してきました。

■地域包括ケア会議

高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続することができるよう、保健、医療及び福祉サービス、地域資源の活用の検討や総合調整等を行うために地域包括支援センター地区(8地区)ごとに設置した検討組織のことで、圏域の地域包括支援センター及び行政を中心に、地域の医師・歯科医師・薬剤師、ケアマネジャー、サービス事業者等、各分野の専門職で構成されています。

■地域包括支援センター

公正・中立な立場から「総合相談支援事業」「介護予防ケアマネジメント事業」「包括的・継続的マネジメント事業」「高齢者の虐待の防止・早期発見及び権利擁護事業」の4つの基本的な機能を持つ総合的マネジメントを担う中核機関として、地域包括支援センターが設置されています。地域包括支援センターには、保健師・経験のある看護師、主任ケアマネジャー、社会福祉士を配置し、専門職の協働による業務を展開します。設置・運営に関しては、中立性の確保、人材確保支援等の観点から「地域包括支援センター運営協議会」が関わることになっています。

■地域密着型サービス

要支援・要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、市町村をさらに細かく分けた日常生活圏域の単位で整備されるサービスをいいます。地域密着型サービスには、小規模介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)、小規模介護専用型特定施設(地域密着型特定施設入居者生活介護)、認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)、認知症高齢者専用デイサービス(認知症対応型通所介護)、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の8種類があり、サービス基盤の整備状況に応じて市町村が事業所の指定及び指導・監督を行います。

■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

平成 24年 4月の介護保険制度の改正で、地域密着型サービスの一類型として重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため(介護予防サービスは規定していません)、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設されました。

な 行

■二次予防事業対象者

高齢者元気度アンケート(日常生活の状況に関する 25項目からなる「基本チェックリスト」)の結果により、要介護状態等になるおそれの高い状態にあると認められた方です。二次予防事業対象者の方に対して、通所型介護予防事業(運動・口腔・栄養・認知症予防等の講座)や訪問型介護予防事業(通いの講座が難しい方)を実施します。

■日常生活圏域

市町村が市町村介護保険事業計画を策定する上で設定しなければならない区域のことです。第3期計画から採り入れられた考え方で、この区域に対し、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護などのサービスの必要利用定員総数やその他の地域密着型サービスごとの見込みとその確保策などが計画化されます。圏域の設定は、地域住民が日常生活を営んでいる地域とし、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して定められますが、おおむね 30分以内に必要なサービスが提供される圏域とされています。

■認知症

介護保険法によれば、認知症は「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」と定義されています。

■認知症アウトリーチチーム

認知症アウトリーチチームは、東京都認知症疾患医療センター等の医療機関(西東京市では薫風会山田病院)に配置し、専門医、保健師、看護師、精神保健福祉士等からなります。認知症アウトリーチチームの主な業務内容は、①認知症支援コーディネーター等からの依頼により、同行して対象者を訪問、②アセスメントを実施し、精神的、身体的状況等を確認、③訪問支援対象者にかかりつけ医がいる場合は、情報共有、④認知症の症状を有すると判断される場合は、医療機関の受診を促し、鑑別診断につながるまで支援、⑤訪問後は、個別ケース会議に出席し、医療的見地から助言、⑥かかりつけ医がいない場合等に、主治医意見書や、成年後見制度の申立に必要な診断書等の作成などです。

■認知症支援コーディネーター

東京都では、地域において認知症の人とその家族を支援するため、平成25年8月から「認知症早期発見・早期診断推進事業」を開始しました。認知症早期発見・早期診断推進事業は、市区町村が配置する認知症支援コーディネーターと、認知症疾患医療センター等(西東京市では薫風会山田病院)の医療機関に配置する認知症アウトリーチチームが協働して、認知症の疑いのある人を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつける等の取組を進めるものです。認知症支援コーディネーターの主な業務は、①認知症の疑いのある人の早期把握の推進、②地域包括支援センター、介護事業者等から認知症に関する相談の受付、③認知症の疑いのある人を訪問して、認知症の症状を把握、④認知症が疑われる場合は、かかりつけ医や介護事業者と連携しながら、医療機関の受診を促進、⑤受診を促しても、受診に至らない場合は、認知症アウトリーチチームに訪問を依頼して、同行訪問、⑥訪問後の個別ケース会議の開催、⑦適切な医療・介護サービス等の導入による支援などです。

■認知症サポーター

認知症を正しく理解し、地域で生活している認知症の方やその家族を温かく見守り、自分のできる範囲で支援する人です。国の「認知症を知り、地域をつくるキャンペーン」の一環として、キャラバンメイト(認知症サポーター養成講座の講師役)が地域・企業・学校などで認知症サポーター養成講座を実施し、認知症サポーターを養成します。

は 行

■バリアフリー

バリアフリーとは、バリア(障壁)をフリー(解消)にすることで、高齢者・障害者などの人々が生活しやすい環境に整備しようという考えです。バリアには、段差などの具体的な障壁だけでなく、制度や差別意識など幅広い概念を含みます。日本の家屋では、玄関や廊下の段差、幅が狭い廊下や階段、和式のトイレや浴槽が高齢者や障害者の生活上のバリアになります。このようなバリアを解消することで、生活の質が向上します。

■PDCA(ピー・ディ・シー・エー)

PDCAとは、Plan(計画)・Do(実行)・Check(点検・評価)・Act(処置・改善)の頭文字の略語です。PDCAを行うことにより、充実した内容にすることができます。

■ふれあいのまちづくり事業

西東京市社会福祉協議会が進めている、小学校通学区域を中心に地域住民が主役となって繰り広げる「住民参加型」のまちづくり活動です。「こころのふれあうまち」「お互いに助け合うまち」「安心して暮らせるまち」を目指し、小学校の通学区域ごとに「住民懇談会」を組織し、地域ごとにさまざまな「まちづくり活動」を行っています。

■ほっとするまちネットワークシステム

市全体で地域福祉を推進するための西東京市独自の取組で、市民の誰もが住んでいてほっとできる地域になるよう、市民や地域の活動団体、ほっとネット推進員などさまざまな人やサービス、機関を地域福祉コーディネーターがつなぎ、地域の課題を解決していくためのネットワークのことです。

ま 行

■民生委員

民生委員(民生委員・児童委員)は、民生委員法及び児童福祉法に基づき設置された地域住民を支援するボランティアです。地域の相談相手として、暮らしの支援、高齢者・障害者の支援を行います。行政機関と協働し、問題が起こったときは速やかに連絡を取り合うなど、地域のパイプ役として活動しています。

■モニタリング

ケアプランを定期的に見直し、評価検証を行うことです。ケアプランが作成され、サービス等を利用した結果、心身の状態が改善しているか、日常生活に新たな困りごとが生じていないか等、ケアマネジャーやサービス事業者の専門的視点から見直しを行います。自立した日常生活の実現により近づけるよう、適切なケアプランにしていくための大切な作業です。

や 行

■夜間対応型訪問介護

夜間の安心を確保する必要がある要介護の利用者を対象に、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護を組み合わせで行います。介護保険における地域密着型サービスの一つとして位置づけられています。

■養護老人ホーム

養護老人ホームは、身体上、精神上、環境上の問題があり、かつ経済的な理由で自宅において生活することが困難な高齢者が入所できる施設です。

■要支援・要介護

介護保険制度では、認定審査会が行う要介護認定の結果、「要支援1～2」または「要介護1～5」と認定された場合に介護保険のサービスを受けることができます。

要支援は、身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について、6月間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、または身体上若しくは精神上の障害があるために6月間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態を言います。

一方、要介護は、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食

事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、6月間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態を言います。

■予防給付

要支援1・要支援2と認定された方に対するサービスです。対象者の特徴は、廃用症候群(骨関節疾患等を原因とし、徐々に生活機能が低下する状態)の方が多く、早い時期に予防とリハビリテーションを行うことで生活機能を改善できる可能性があります。本人の意欲を高めながら予防のサービスを提供することが必要とされます。

ら 行

■リハビリテーション

本来、リハビリテーションとは機能訓練事業だけでなく障害のある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、地域の人とともに、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関わるあらゆる人々、機関、組織が協力し合って行うすべての活動をいいますが、本計画では、リハビリテーションを高齢者の生活機能の維持・改善、介護予防などの直接的支援の部分に限定して定義しています。

わ 行

■ワークショップ

学びや創造、問題解決やトレーニングの手法です。参加者が自発的に作業や発言できる環境が整った場で、ファシリテーターと呼ばれる司会進行役を中心に、参加者全員が意見や考え方を出しながら運営されます。

■ワーク・ライフ・バランス

「ワーク・ライフ・バランス」とは、平成19年(2007年)7月、内閣府男女共同参画会議において以下のように定義されています。

「ワーク・ライフ・バランス」とは、老若男女誰もが、仕事、家庭生活、地域生活、個人の自己啓発など、さまざまな活動について、自ら希望するバランスで展開できる状態です。このことは、「仕事の充実」と「仕事以外の生活の充実」の好循環をもたらし、多様性に富んだ活力ある社会を創出する基盤として極めて重要です。

平成19年12月に決定された「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」では、ワーク・ライフ・バランスが実現した社会の姿として次の3点があげられています。

- ① 就労による経済的な自立が可能な社会
- ② 健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会
- ③ 多様な働き方、生き方が選択できる社会

西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）
（平成27年度～平成29年度）

平成27年3月

発行 西東京市

編集 西東京市福祉部高齢者支援課

☎ 202-8555

東京都西東京市中町一丁目5番1号（保谷庁舎）

☎ 042-464-1311（代表）



「いこいーな」
©シンエイ/西東京市



