

板橋区
介護保険事業計画

平成12年2月

目 次

第1部 基本的な考え方

第1章 介護保険事業計画の意義

- 1 計画の背景
- 2 計画の目的
- 3 計画の基本理念

第2章 介護保険事業計画の位置づけ

- 1 計画の役割
- 2 計画の性格
- 3 計画の期間
- 4 計画の作成

第2部 介護保険事業計画の内容

第1章 現状と推移

- 1 人口の構造
- 2 被保険者の数
- 3 要介護者の数
- 4 高齢者実態調査の概要

第2章 計画の基本方針

- 1 計画策定にあたっての基本的な考え方
 - (1) 在宅生活支援の重視
 - (2) 支援体制の地域化の推進
 - (3) 地域の実情をふまえた利用者ごとのサービス提供プラン（参酌標準）
 - (4) 実効ある計画達成状況の点検と評価システム
- 2 介護給付対象サービスの種類
 - (1) 居宅サービス
 - (2) 居宅介護支援
 - (3) 居宅介護（支援）福祉用具購入費
 - (4) 居宅介護（支援）住宅改修費
 - (5) 施設サービス

3 介護給付対象サービスの現状と方向性

- (1) 居宅サービス
- (2) 居宅介護支援
- (3) 居宅介護（支援）福祉用具購入費
- (4) 居宅介護（支援）住宅改修費
- (5) 施設サービス

4 計画策定にあたっての留意事項

- (1) 市町村特別給付、保健福祉事業等の方向性
- (2) サービス受給者で要介護（支援）認定から外れた人への対応
- (3) 障害者施策との調整
- (4) 低所得者への配慮

第3部 事業計画

第1章 介護給付対象者数の算出方法

- 1 介護給付対象者数
- 2 施設介護サービス
- 3 居宅介護サービス

第2章 居宅介護サービスの供給見込量

- 1 算出方法
- 2 供給見込量
- 3 確保のための方策

第3章 施設介護サービスの供給見込量

- 1 算出方法
- 2 供給見込量
- 3 確保のための方策

第4章 事業費の見込み

第4部 介護保険事業の推進に向けて

第1章 介護サービス提供体制の充実

- 1 介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保・資質の向上
- 2 地域で支える介護への意識啓発・人材の育成
- 3 区におけるケアマネジメント調整機能の充実
- 4 情報提供の仕組みづくり
- 5 事業者の確保と連携の推進
- 6 サービス提供の適正確保の仕組みづくり
- 7 保健・医療・福祉の連携と介護予防の推進

第2章 計画の推進体制

- 1 区における計画の点検・推進体制の整備
- 2 計画の評価体制
- 3 都・他区市町村との連携の強化
- 4 国・都へのはたらきかけ

【資料編】

第1部 基本的な考え方

第1章 介護保険事業計画の意義

1 計画の背景

わが国では、急速な少子・高齢化の進行、ねたきりや痴呆の高齢者の増加、家族の介護機能の変化などにより、高齢者介護は社会的な問題となっている。複雑化、多様化するサービスニーズに対して、総合的・計画的に取り組む必要性が増してきている。

国は、平成元年12月に高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）を策定したが、平成6年には新ゴールドプランとして策定し直し、高齢者施策を積極的に押し進めてきている。

東京都においては、平成3年1月に地域福祉推進計画を策定し、都における21世紀初頭に向けた福祉をはじめとする関連施策の総合的な推進を図ってきたが、平成9年4月に同計画を改訂し、少子高齢社会への積極的な対応を一層明確にした。

板橋区は、平成5年に地域福祉計画を策定し、高齢者に対するトータルケアを全国に先がけて実践してきたところであるが、21世紀を目前に、保健福祉に係る区民ニーズに、よりの確に対応し、地域に根ざした保健福祉施策の推進を図るため、板橋区保健福祉問題懇談会の答申を受けて、平成11年3月に「板橋区地域保健福祉計画」を策定したところである。

こうしたなか、平成9年12月に成立した介護保険法は、国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で介護を支える仕組みを創設し、負担と給付の関係が明確な社会保険方式により、保健・医療・福祉にわたる介護サービスが、利用者の選択によって、総合的に利用できることを目的としたものである。

板橋区においても、介護保険の円滑な実施に向けて、介護サービス基盤の計画的な整備を図るため、介護保険法の基本指針に即しかつ本区の実情に応じた介護保険事業計画を策定する必要がある。

2 計画の目的

本計画は、介護保険法第117条の規定に基づき、板橋区における要介護者等の人数、要介護者等の介護サービスの利用意向等を勘案し、必要なサービスの量を見込み、介護サービスを提供する体制を確保するなど、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に資することを目的とする。

3 計画の基本理念

板橋区は、国が定める介護保険法並びに、板橋区基本構想及び板橋区地域保健福祉計画の理念をふまえ、区民の介護問題の解決を図るため、以下のことを介護保険事業計画の基本理念とする。

1 高齢者の尊厳と幸福追求の保障

介護や支援が必要な人、また介護をする人のだれもが、個性ある人間として尊重され、自由でかつ健康で安全な生活を営み、幸福を追求する基本的権利が、将来にわたり保障されなければならない。

2 利用者の選択によるサービスの適切な提供

介護や支援を必要とする人が、それぞれの心身の状況に応じて、自らの自由な意思と選択に基づき、いつでも、どこでも、保健・医療・福祉にわたる良質なサービスを総合的かつ一体的に享受できる体制づくりを進める。

3 個人の能力を活かし、生きがいある生活の実現

だれもが健康的な生活習慣を実践するとともに、介護や支援が必要になっても、可能なかぎり自助努力によって、自らの能力を活かし、生きがいやゆとりを持った生活が営めるよう、最大限の支援を行う。

4 住みなれた地域で、安心して生活ができる介護システムの構築

在宅サービスの充実を図り、介護や支援が必要になっても、だれもが住みなれた家庭や地域で安心して生活できるよう、相互の助けあいと人間的なふれあいを大切にしながら、地域社会全体で介護を支えるシステムづくりを進める。

第2章 介護保険事業計画の位置づけ

1 計画の役割

板橋区における介護保険事業を計画的に実施し、円滑に推進するため、要介護者等に対する保健医療及び福祉に係る施策を総合的、一体的かつ効率的に提供する役割を担うものである。

2 計画の性格

本計画は、「板橋区基本計画」（平成8年度～17年度）と調和し、かつ地域保健福祉の総合計画である「板橋区地域保健福祉計画」（平成11年度～17年度）との整合性を保ち、介護サービスの需給調整を図りながら、計画的にサービスを提供する体制を整備するものである。

また、被保険者である区民一人ひとりが望む介護サービスの将来像を確立するため、区民と行政が一体となって策定し、推進する計画である。

3 計画の期間

本計画は、平成12年度を初年度とし平成16年度を目標年度とする、5年を1期とする計画であり、3年ごとに見直しを行う。

4 計画の作成

計画の作成に当たっては、学識経験者、保健医療関係者、社会福祉関係者、区民代表、費用負担関係者及び行政代表からなる「板橋区介護保険事業計画作成委員会」を発足させ、審議を重ねてきた。さらに、区民と一体となって計画を作成するために、介護保険制度のPR活動はもとより、「介護保険のつどい」の開催や介護保険事業計画「中間のまとめ」を公表したうえで開催した地域単位での住民説明会などの機会を通して得た区民の意見を計画に反映させている。

また、庁内においては「板橋区介護保険制度対策本部」を設け、介護保険制度導入に向けて、効率的な運営及び円滑な事務執行体制の整備を図ってきた。

第2部 介護保険事業計画の内容

第1章 現状と推移

1 人口の構造

実態調査実施時点（平成10年7月1日）の本区の人口は約509,700人で、うち65歳以上の人口（高齢者人口）は約72,700人、高齢化率は約14.3%である。

コーホート要因法に基づく人口推計によれば、本区の人口は介護保険事業計画の目標年度である平成16年には、約508,400人、総数にしておよそ1,300人程度減少が見込まれる。一方、高齢者人口は約88,900人と平成10年に比べて約16,200人増加する。高齢化率も約17.5%と3ポイント程度増加する。

さらに75歳以上の高齢者（後期高齢者）数の伸びをみると、平成10年には約27,200人だが、平成16年には約36,300人と約9,100人の増加が見込まれる。これにより、今後本区の高齢者数は、主に後期高齢者層を中心に増加することが推測される。

2 被保険者の数

介護保険施行初年度である平成12年における、第1号被保険者数（65歳以上人口）は、約78,600人、第2号被保険者数（40～64歳人口）は約173,200人と推計される。計画目標年度である平成16年には、第1号被保険者数は約88,900人と10,300人程度増加するのに対し、第2号被保険者数は約171,200人と2,000人程度減少するものと推計される。被保険者総数に対する第1号被保険者数の割合は、約31%から34%と3ポイント程度増加する。

3 要援護者の数

平成10年時点における在宅と施設をあわせた給付対象者数（以下「要援護高齢者数」とする。）は、高齢者数の約12.0%、約8,700人と推測される。

今後の高齢化の伸びと同程度で推移した場合、介護保険制度施行の平成12年には、在宅の要援護高齢者数は約400人、施設入所の要援護高齢者数は約250人増加すると想定される。

また、介護保険事業計画の第一期の目標年度である平成16年には、在宅の要援護高齢者数は約8,200人と1,400人程度増加が見込まれる。一方、施設入所の要援護高齢者数は約2,700人と800人程度の増加が見込まれる。

次表参照

要援護高齢者等の推移

単位：人（％）

区 分	平成 10 年 (1998)	平成 12 年 (2000)	平成 13 年 (2001)	平成 14 年 (2002)	平成 15 年 (2003)	平成 16 年 (2004)	
総人口	509,688	510,661	510,536	510,142	509,439	508,432	
40～64 歳 総人口比(%)	175,329 (34.40)	173,245 (33.93)	172,064 (33.70)	171,262 (33.57)	170,900 (33.55)	171,239 (33.68)	
65 歳以上 高齢化率(%)	72,660 (14.26)	78,595 (15.39)	81,838 (16.03)	84,609 (16.59)	87,230 (17.12)	88,945 (17.49)	
65～74 歳 総人口比(%)	45,495 (8.93)	48,725 (9.54)	50,343 (9.86)	51,532 (10.10)	52,608 (10.33)	52,653 (10.36)	
75 歳以上 総人口比(%)	27,165 (5.33)	29,871 (5.85)	31,495 (6.17)	33,076 (6.48)	34,622 (6.80)	36,292 (7.14)	
在 宅 要 援 護 高 齢 者 等	要支援	1,293 (1.78)	1,560 (1.98)	1,650 (2.02)	1,735 (2.05)	1,819 (2.09)	1,883 (2.12)
	要介護 1	2,238 (3.08)	2,489 (3.17)	2,610 (3.19)	2,724 (3.22)	2,833 (3.25)	2,937 (3.30)
	要介護 2	1,063 (1.46)	1,190 (1.51)	1,249 (1.53)	1,304 (1.54)	1,357 (1.56)	1,408 (1.58)
	要介護 3	840 (1.16)	919 (1.17)	918 (1.12)	927 (1.10)	932 (1.07)	926 (1.04)
	要介護 4	584 (0.80)	639 (0.81)	628 (0.77)	627 (0.74)	622 (0.71)	607 (0.68)
	要介護 5	379 (0.52)	414 (0.53)	412 (0.50)	415 (0.49)	416 (0.48)	412 (0.46)
	計	6,397 (8.80)	7,210 (9.17)	7,467 (9.12)	7,732 (9.14)	7,979 (9.15)	8,173 (9.19)
	特養待機者 400(0.55)						
要支援と認めら れない虚弱高齢 者（自立）	663 (0.91)	723 (0.92)	755 (0.92)	781 (0.92)	807 (0.93)	823 (0.93)	
施 設 入 所 要 援 護 高 齢 者	介護老人 福祉施設	754 (1.04)	918 (1.17)	998 (1.22)	1,014 (1.20)	1,103 (1.26)	1,193 (1.34)
	介護老人 保健施設	317 (0.44)	544 (0.69)	624 (0.76)	724 (0.86)	744 (0.85)	764 (0.86)
	介護療養型 医療施設	824 (1.13)	680 (0.87)	700 (0.86)	720 (0.85)	750 (0.86)	774 (0.87)
	計	1,895 (2.61)	2,142 (2.73)	2,322 (2.84)	2,458 (2.91)	2,597 (2.98)	2,731 (3.07)

- ・総人口及び高齢者人口は、外国人登録者数を含む。
- ・カッコ内の％は、高齢者人口に占める割合（出現率）。
- ・介護老人福祉施設入所者には経過措置対象者を含む。

推計人数については、小数点以下を四捨五入し整数表示している。

4 高齢者実態調査の概要

本計画策定の基礎資料とするため、高齢者の生活状況、保健福祉サービスに対する意識や利用意向等の実態を把握することを目的として、平成10年7月から10月にかけて調査を実施した。

(1) 調査の概要

区 分	対 象	調査方法	回収状況・回収率
1) 高齢者 一般調査	65歳以上の区民から10,000人を無作為抽出(区で把握する要援護高齢者を除く)	郵送配布 郵送回収	有効回収数 : 7,286票 有効回収率 : 72.9%
2) 要援護高齢者 個別調査 (在宅要援護者調査)	区が個別把握済の要援護高齢者3,002名のうちの1,151名を抽出 一般高齢者調査より要援護潜在層と分類された者528名のうち384名を抽出 計1,535名	訪問面接 聴取(区職員及び在宅介護支援センター職員による訪問面接聴取)	有効回収数 : 1,071票 有効回収率 : 69.8%
3) 要援護高齢者 個別調査 (施設入所者調査)	特別養護老人ホーム入所者758名(区外措置者231名を含む)	施設職員による面接聴取	有効回収数 : 712票 有効回収率 : 93.9%

(2) 調査結果

日常生活自立度の分布

在宅の要援護高齢者、特別養護老人ホーム入所待機者（在宅）及び特別養護老人ホーム入所者それぞれの日常生活自立度をみると、在宅の要援護高齢者では半数（55.76％，3,937人）は痴呆症状がなく屋内ではほぼ自立した生活を送れる状況にある。また、いわゆるねたきり状態にあるランクB・Cの高齢者は約3割（26.82％，1,893人）みられる。そのうちの約8％にあたる552人は、中度以上（ランク以上）の痴呆症状がみられ、日常生活に支障をきたす状況である。

特別養護老人ホーム入所待機者（在宅）の場合、3割強（35.06％，140人）は痴呆症状がなく屋内ではほぼ自立した生活を送れる状況にある。一方ねたきり状態（ランクB・C）は3割（31.95％，128人）みられる。また、ランクの中度痴呆で半ねたきり状態（ランクA）にある高齢者が約9％（8.75％，35人）みられるなど、待機状態にない在宅高齢者よりも介護状態の重度な者の割合が高い。

特別養護老人ホーム入所者では、ねたきり状態（ランクB・C）は、半数（55.04％，415人）を超えている。また、そのうち中度以上（ランク以上）の痴呆でかつねたきり状態も約4割（39.93％，301人）みられるなど、在宅の要援護高齢者の自立度分布と大きな違いがみられる。

次表参照

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準】

ランクJ：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる。

A：屋内での生活は概ね自立しているが、介助があれば外出できる。

B：屋内での生活は何らかの介助を必要とし、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保てる。

C：一日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替えにおいて介助を必要とする。

【痴呆性老人の日常生活自立度判定基準】

ランク：何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志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。

在宅要援護高齢者

障害老人の日常生活自立度（ねたきり度）判定基準

(人)

痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

	J	A	B	C	計
痴呆なし	2,049 29.02	1,888 26.74	782 11.07	225 3.19	4,944 70.03
	239 3.39	242 3.42	81 1.15	68 0.96	630 8.92
	192 2.73	389 5.51	153 2.16	34 0.48	767 10.87
	16 0.22	92 1.31	187 2.65	111 1.58	407 5.76
	3 0.04	56 0.79	86 1.21	154 2.18	298 4.22
M	1 0.02	0 0.00	3 0.04	10 0.14	14 0.20
計	2,501 35.42	2,667 37.77	1,291 18.29	602 8.53	7,060 100.00

特別養護老人ホーム待機者（在宅）

(人)

	J	A	B	C	計
痴呆なし	22 5.48	118 29.58	29 7.33	12 2.89	181 45.28
	28 6.89	12 2.94	0 0.00	0 0.00	39 9.83
	21 5.23	25 6.31	12 2.94	0 0.00	58 14.47
	2 0.57	35 8.75	32 7.90	2 0.57	71 17.80
	2 0.57	5 1.15	18 4.59	21 5.16	46 11.47
M	2 0.57	0 0.00	0 0.00	2 0.57	5 1.15
計	77 19.33	195 48.72	91 22.75	37 9.20	400 100.00

特別養護老人ホーム

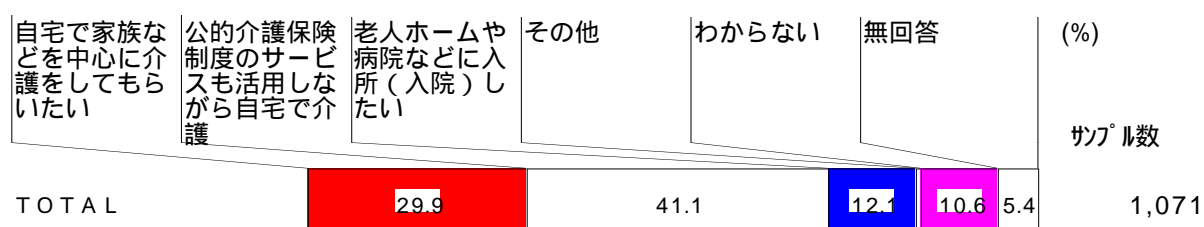
(人)

	J	A	B	C	計
痴呆なし	20 2.68	93 12.28	24 3.25	14 1.83	151 20.04
	7 0.98	34 4.52	10 1.27	2 0.28	53 7.05
	3 0.41	109 14.39	54 7.20	10 1.27	176 23.27
	2 0.27	37 4.94	83 11.01	33 4.37	155 20.59
	0 0.00	24 3.25	69 9.17	96 12.70	190 25.12
M	2 0.27	7 0.99	7 0.99	13 1.69	30 3.93
計	35 4.61	304 40.36	248 32.88	167 22.16	754 100.00

推計人数については、小数点以下を四捨五入し整数表示している。

今後の希望介護形態 ~ 7割が在宅での介護を希望している。

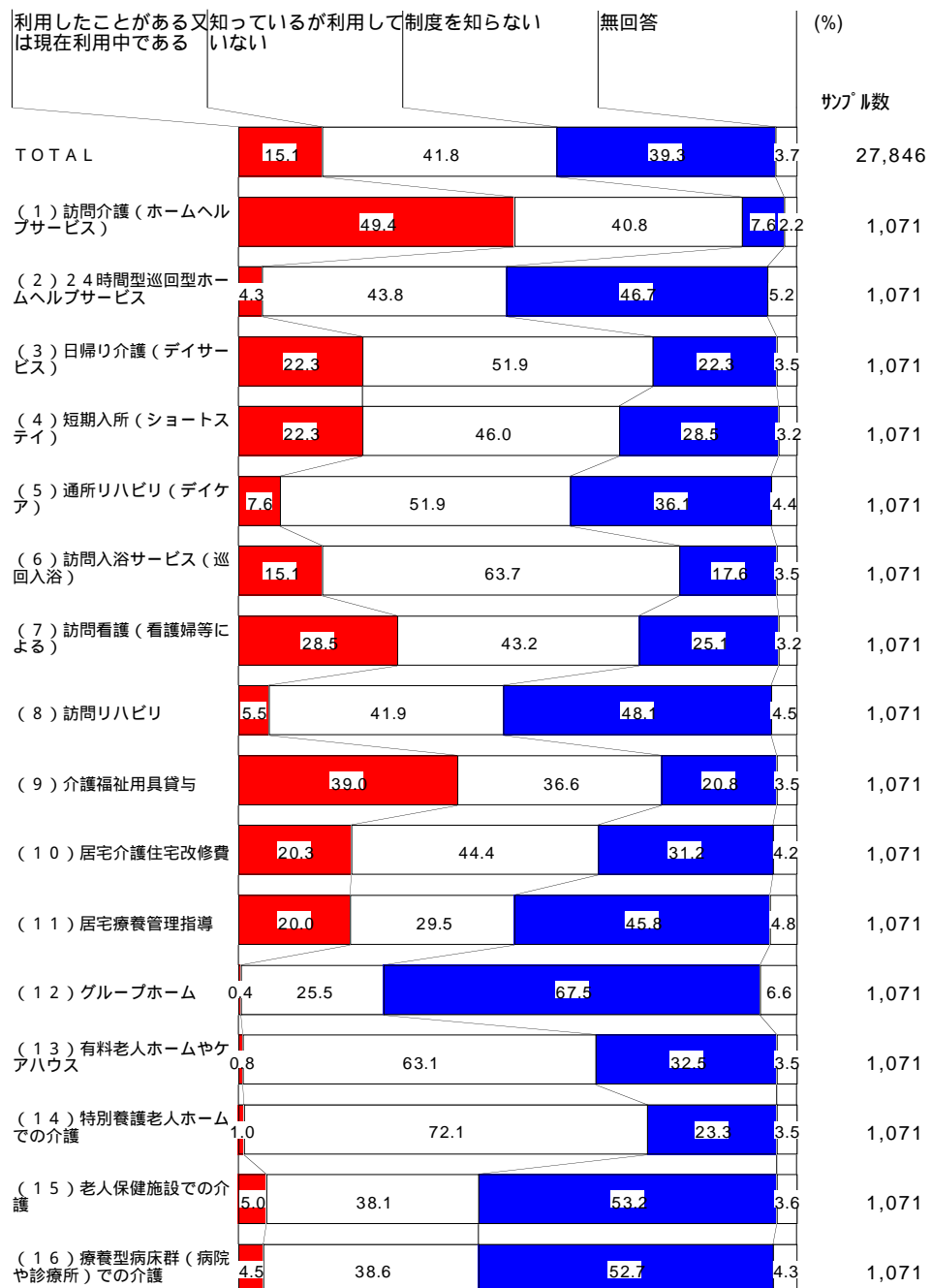
今後の介護希望をみると、「公的介護保険制度のサービスも活用しながら、自宅で介護してほしい」が41.1%で最も高い。次いで「自宅で家族を中心に介護してもらいたい」が約3割(29.9%)みられる。



保健福祉サービスの認知・利用状況 ～ 訪問介護は約半数が利用している。

介護保険の保健福祉サービスで、最も利用されているのは「訪問介護（ホームヘルプサービス）」で、約半数（49.4%）が利用している。以下、利用率が高かったサービスは、「福祉用具貸与」（39.0%）、「訪問看護（看護婦などによる）」（28.5%）と続いている。

一方、「制度を知らない」という非認知の比率が高いサービスは、「グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）」（67.5%）、「老人保健施設での介護」（53.2%）、「療養型病床群（病院や診療所）での介護」（52.7%）などで、施設での介護サービスの認知率が低いことがわかる。



第2章 計画の基本方針

1 計画策定にあたっての基本的な考え方

(1) 在宅生活支援の重視

高齢者の多くが、できるかぎり住みなれた家庭や地域で、老後の生活を送ることを願っている。先に実施した板橋区高齢者実態調査においても、約7割の高齢者が「自宅で介護をして欲しい」との意向を表している。

板橋区においては、おとしより保健福祉センターが中心となって、保健・医療・福祉の連携による総合的な要援護高齢者の在宅での生活支援を実践してきた経緯があり、このことが広く区民に共感と安心感を与えてきたものと言える。

今後とも、これまでの実践の成果をもとに在宅生活支援策を重視し、高齢者の期待に応える。

(2) 支援体制の地域化の推進

従前より、在宅での生活支援を総合的かつ一体的に提供してきたところであるが、高齢化の急激な進展は、要援護高齢者の絶対数の増加をもたらすものと言える。このような状況に対して、高齢者の介護ニーズに的確に応え、きめ細かな支援を行うためには、適切な範囲の保健福祉エリアを設定し、より地域に密着したサービス提供体制を築く必要がある。

介護保険制度導入に伴い、各健康福祉センターが認定申請の受付機能や訪問調査活動の拠点となることから、このエリアを基本におとしより保健福祉センターが指導機能を果たしつつ、各地域ごとに在宅介護支援センターと連携を深め、在宅ケアの更なる地域化を図る。

また、各地域別に展開される、ふれあい館健康事業や地域住民参加型の高齢者支援グループ活動等との連携を取りながら、介護予防に向けての取組みを推進する。

(3) 地域の実情をふまえた利用者ごとのサービス提供プラン（参酌標準）

介護サービスは、利用者自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し決定することが原則となっている。利用者のサービスごとの利用意向を把握し、それに基づき介護サービス量を確保する必要がある。しかし、“保険あって、介護なし”という不安を一扫するためには、利用者の心身及び生活の状態像に応じた現実的で具体的に可能なサービス提供プランを示す必要がある。

区においては、要援護高齢者に対して、訪問型、通所型サービスの効果的な組み合わせによる総合的なケアを提供してきた実績がある。これまでの経験を活かした区独自のサービス提供プランを基礎に整備計画を立てる。

参酌標準

参酌標準とは、各要介護度や類型における各種の居宅サービスの組合せ例を、週単位のサービス提供を基本として、提示したものである。

板橋区は、介護保険サービスが地域の実情に応じたものとなるように参酌標準を独自に作成した。

(4) 実効ある計画達成状況の点検と評価システム

介護保険制度では、それぞれの自治体の各サービス提供量に応じて保険料が設定される仕組みになっている。従って、各年度ごとに各サービスの利用実態や事業計画の達成状況等を、詳細に点検・分析し評価することが大切である。その際、各サービスの量的な達成状況にとどまらず、質的な部分についてもあわせて点検・分析を行い、生活の質の向上をめざした取組みをする必要がある。さらに、その結果を次期の事業計画に的確に反映するために、点検体制の整備や点検・分析結果に対して幅広い層から意見を聴くなど、実効ある評価体制を整備する。

2 介護給付対象サービスの種類

板橋区が介護給付の対象とするサービスは、次のとおりとする。

(1) 居宅サービス

サービスの種類	サービスの内容
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	訪問介護員(ホームヘルパー)が要介護者等の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話を行う。
訪問入浴介護	要介護者等の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行う。
訪問看護	病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等に対し、看護婦(士)、保健婦(士)、准看護婦(士)、理学療法士、作業療法士が居宅を訪問し、療養上の世話、または必要な診療の補助を行う。
訪問リハビリテーション	病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等に対し、理学療法士、作業療法士が居宅を訪問し、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法などの必要なリハビリテーションを行う。
居宅療養管理指導	病院・診療所・薬局の医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が要介護者等の居宅を訪問し、療養上の管理と指導を行う。
通所介護 (デイサービス)	要介護者等が、デイサービスセンター等に通り、入浴、食事の提供、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。
通所リハビリテーション (デイケア)	病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等が介護老人保健施設、病院、診療所に通り、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法、その他必要なリハビリテーションを受ける。

サービスの種類	サービスの内容
短期入所生活介護 (ショートステイ)	要介護者等が、介護老人福祉施設及び老人短期入所施設等に短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。
短期入所療養介護 (ショートステイ)	病状が安定期にある要介護者等が、介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療、及び日常生活上の世話を受ける。
痴呆対応型共同生活介護 (痴呆性高齢者のグループホーム)	比較的安定した痴呆の状態にある要介護者が、共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。
特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム等)	有料老人ホームやケアハウス等に入所している要介護者等が、当該施設のサービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を受ける。
福祉用具貸与	要介護者等の日常生活の自立を助けるための福祉用具(厚生大臣が定める)を貸与する。

(2) 居宅介護支援

サービスの種類	サービスの内容
居宅介護支援	要介護者等が、指定居宅サービス等を適切に利用できるように、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、置かれている環境、本人及び家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類、内容、担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成する。また、そのサービスの提供が確保されるよう、居宅サービス事業者との連絡調整や便宜の提供を行うとともに、介護保険施設への入所を要する場合には、施設への紹介やその他の便宜の提供を行う。

(3) 居宅介護（支援）福祉用具購入費

サービスの種類	サービスの内容
居宅介護（支援）福祉用具購入費	福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつ等のための特定福祉用具（厚生大臣が定める）を要介護者等が購入したとき、区が必要と認めた場合に、費用の9割相当額を支給する。

(4) 居宅介護（支援）住宅改修費

サービスの種類	サービスの内容
居宅介護（支援）住宅改修費	手すりの取付け等小規模な住宅改修（厚生大臣が定める）を要介護者等が行ったとき、区が必要と認めた場合に、費用の9割相当額を支給する。

(5) 施設サービス

サービスの種類	サービスの内容
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、及び療養上の世話を行う。
介護老人保健施設（老人保健施設）	介護老人保健施設に入所する病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療、並びに日常生活上の世話を行う。
介護療養型医療施設（療養型病床群等）	介護療養型医療施設に入院する病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、その他の世話、及び機能訓練、その他必要な医療を行う。

3 介護給付対象サービスの現状と方向性

(1) 居宅サービス

訪問介護（ホームヘルプサービス）

訪問介護員（ホームヘルパー）が要介護者等の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話をを行う。

【現 状】

老衰、心身の障害及び疾病等により、日常生活を営むのに支障がある高齢者のいる世帯で、本人またはその家族が介護サービスを必要とする場合に、ホームヘルパーを派遣し、家事・介護・相談・助言等の支援を行っている。

平成 10 年度実績は、区内在住の 2,410 名の高齢者を対象に、24 時間巡回型 46,919 回、家事・介護型 430,608 時間となっている。区では必要に応じて、昼間及び早朝・夜間において、サービスを提供している。

【今後の方向性】

在宅での生活を支えるための基盤となる訪問介護は、その質・量とも、充実していかなければならない。訪問介護を利用する高齢者の価値観、生活のスタイルは一人ひとり異なり、生活している利用者の考え方を尊重したサービスの提供が求められる。この多様化する利用者のニーズに応えるには、家事型・介護型・巡回型の特性を十分に活用し、総合的に展開することが重要である。また、その需要は増大することが予想され、サービス提供事業者の参入を積極的に促す。

訪問入浴介護

要介護者等の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行う。

【現 状】

ねたきり等で自力で入浴することが困難な高齢者に、巡回入浴車を派遣し、居宅内で入浴等を行い、高齢者の保健衛生の保持と健康増進を図っている。現在、平均 1 人当たり月 2 回（6 月～9 月は、月 3 回）のサービス提供を行っている。平成 10 年度実績は、5,789 回である。

【今後の方向性】

ねたきりや身体が不自由になった高齢者の入浴は、生活上の楽しみであると同時に、清潔の保持や皮膚疾患、じょく瘡予防の面からも重要である。しかし、日常生活動作の程度によって入浴は介護者の負担が大きく、介護サービスとしての需要はさらに伸

びると思われる。入浴回数の増加にも応えられるよう、民間活力を積極的に導入し、サービスの充実を図る。

一方、道路に車が進入及び停車ができない、また高層住宅に居住するなど巡回入浴車でのサービス提供が困難な利用者の増加も予想され、通所介護（入浴を含むデイサービス）との効果的な組合せを考慮するなど、柔軟に対応する。

訪問看護

病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等に対し、看護婦（士）、保健婦（士）、准看護婦（士）、理学療法士、作業療法士が居宅を訪問し、療養上の世話、または必要な診療の補助を行う。

【現 状】

医学的な管理の必要な高齢者が、安定した療養生活を送ることができるよう、心身機能の低下防止と健康の保持増進を図ることを目的に、医師の指示に基づいて、訪問看護ステーションの看護婦等が家庭を訪問し、在宅における看護の実践及び看護方法を指導している。

区内には、17 か所の訪問看護ステーションが設置され、病状の観察、じょく瘡の処置、リハビリテーション、清拭、ターミナルケア、体位変換などの看護サービスを提供している。平成10年度実績は、43,688回の訪問回数となっている。

【今後の方向性】

できるかぎり住みなれた地域で生活をするには、在宅生活における医療的ケアの重要性が高まることが予想される。在宅での療養生活を支援する訪問看護は、主治医はもとより生活支援的なサービスである訪問介護員と密接な連携を図ることが求められる。

今後、施設療養から在宅療養へと移行する医療依存度の高い高齢者が増えることが想定され、今まで以上に医療機関との連携を深め、サービスの充実を図る。

訪問リハビリテーション

病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等に対し、理学療法士、作業療法士が居宅を訪問し、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法などの必要なリハビリテーションを行う。

【現 状】

現在、医療機関による訪問リハビリテーションは、ほとんど実施されていないが、訪問看護ステーションの看護婦等が、医師の指示に基づき、訪問看護の業務のひとつとして、訪問によるリハビリテーションを行っている。

【今後の方向性】

リハビリテーションを行うことは、利用者の心身機能の維持回復を図り、また自立を促すことに大きな役割を担っている。さらに、日常生活を支える福祉用具貸与・購入、住宅改修などのサービスが、リハビリテーション効果を高められるよう的確に機能するには、利用者の心身の状況を把握し、特に居宅を訪問して生活環境を熟知している理学療法士や作業療法士の助言が大切である。訪問リハビリテーションとしてのサービス提供体制を確立するために、積極的に医療機関にはたらきかけ、人材の確保や有効な活用に努める。

居宅療養管理指導

病院・診療所・薬局の医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が要介護者等の居宅を訪問し、療養上の管理と指導を行う。

【現 状】

介護保険制度の導入により、新たに開始されるサービスである。

【今後の方向性】

在宅での療養生活の質を上げていくには、計画的かつ継続的な療養上の管理・指導が重要であり、居宅サービス計画の作成や訪問看護、訪問リハビリテーションなどの他の居宅サービスを適切に提供するためには、医師の助言が必要不可欠である。

また、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を促すうえで、医師の指示に基づき、薬剤師、歯科衛生士または管理栄養士が行う居宅療養管理指導は大切である。

在宅療養の拡充という観点から、医療機関などの関係機関との連携を深め、ニーズにあわせたサービスを提供できるようにはたらきかける。

通所介護（デイサービス）

要介護者等が、デイサービスセンター等に通り、入浴、食事の提供、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。

【現 状】

14 か所の高齢者在宅サービスセンターが、要介護状態の軽減や日常生活の活性化など利用者本人に対する心身機能の維持・向上を図るとともに、介護にあたっている家族の身体的・心理的負担を取り除くことを目的として、入浴や食事などのサービスを提供している。

13 か所の高齢者在宅サービスセンターにおいて、虚弱または家庭に閉じこもりがち

な高齢者を対象に実施している「いきいき教室」は創作趣味活動と軽い体操やレクリエーション活動を行っており、平成10年度は延44,332人が利用している。入浴は9か所で延14,751人、老人保健法における機能訓練は7か所で延12,861人が利用している。

さらに、比較的安定した状態の痴呆の高齢者を対象に、7か所の高齢者在宅サービスセンターで、軽い運動やゲームなどを行い、生活リズムの安定を図っており、平成10年度は延14,924人が利用している。

現在の高齢者在宅サービスセンターの1日あたりの定員は396人となっている。

【今後の方向性】

在宅での生活を支援し、自立を促すためには、外出することにより、外部環境への対応力を高め、対人関係の維持を図ることが重要な要素となってくる。利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持回復、また、介護者の負担を軽減する通所介護は、利用者の状況を把握し、相談援助等の生活指導、機能訓練など必要なサービスを利用者の希望にそって、適切に提供する必要がある。さらに、痴呆の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じて、その特性に対応したサービスを工夫していかなければならない。

地域の在宅サービスの拠点であり、具体的なサービスの提供を通して、在宅生活の支援に幅広い役割を持っているデイサービスセンター機能の充実を図り、既存施設を有効活用するなど、施設の基盤整備を促進する。

通所リハビリテーション（デイケア）

病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等が、介護老人保健施設、病院、診療所に通い、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法、その他必要なりハビリテーションを受ける。

【現 状】

入院治療をすることはないが、医療ケアを必要とする高齢者を対象に、区内の3か所の老人保健施設と3か所の医療機関においてデイケアを行っている。

1日あたりの利用定員は、老人保健施設で100人、医療機関で33人となっている。

【今後の方向性】

訪問リハビリテーションと同様に、在宅における療養生活を営むためのサービスとして、医学的な観点からニーズが高まることが予想されるため、それに対応したサービス提供を確保できるように、介護老人保健施設などの関係機関へ積極的にはたらきかける。

短期入所生活介護（ショートステイ）

要介護者等が、介護老人福祉施設及び老人短期入所施設等に短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。

【現 状】

介護者が、一時的に介護ができなくなった場合、一定期間（ショートステイは1週間、ミドルステイは2週間～4週間）介護者に代わり、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話と機能訓練を行っている。現在、在宅サービスセンター事業として特別養護老人ホームに53床分を確保している。平成10年度は、延12,978人が利用している。

【今後の方向性】

定期的に施設に入所することにより、利用者の心身機能の維持、並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものであり、今後、核家族化、介護者の高齢化は避けられないことから、その必要性はますます高まるものと思われる。ベッドの空き状況の把握に努め、柔軟なサービス提供体制を整備し、施設の効率的な活用を図る必要がある。介護老人福祉施設など関係機関との連携を深め、速やかにサービスが提供できるようにはたらきかける。

短期入所療養介護（ショートステイ）

病状が安定期にある要介護者等が、介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療、及び日常生活上の世話を受ける。

【現 状】

医療的配慮を必要とする高齢者の介護者が、一時的に介護ができなくなった場合、介護者に代わり、必要な医療や日常生活上の世話を行う。現在、介護老人保健施設において70床、おとしより地域医療センターで6床分、確保している。

【今後の方向性】

医学的管理のもとに定期的に入所することにより、利用者の療養生活の質を高め、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものであり、今後、医療を必要とする状態で在宅生活を送る利用者が増えることが想定されることから、介護老人保健施設などの関係機関にはたらきかける。

痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者のグループホーム）

比較的安定した痴呆の状態にある要介護者が、共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。

【現 状】

区内には、グループホームは設置されていない。

【今後の方向性】

グループホームは、少人数の家庭的な環境のもとで、介護等を受けながら共同生活を営むことによって、痴呆の進行を緩やかにする効果があり、在宅生活の継続を可能にするサービスとして重要である。

今後、痴呆性高齢者の増加が見込まれ、サービス基盤の整備に向けて、早急に検討することが求められる。小規模な施設での事業展開もできることから、医療法人や社会福祉法人など関係機関との連携を深め、参入を促す。

特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム等）

有料老人ホームやケアハウス等に入所している要介護者等が、当該施設のサービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練、及び療養上の世話を受ける。

【現 状】

区内に、有料老人ホームが1か所（72人定員）ある。介護保険制度の導入により、新たに指定されるサービスである。

【今後の方向性】

高齢者が自ら選択し、費用を負担した住居である有料老人ホームやケアハウス等の施設で行われる特定施設入所者生活介護は、利用者のニーズにあった当該施設のサービス計画にそって、適切に提供されなければならない。また、利用者にとって、介護保険給付と施設の利用料等との費用負担の関係が不明確にならないように、サービス提供事業者を指導する。

福祉用具貸与

要介護者等の日常生活の自立を助けるための福祉用具のうち、厚生大臣が定める用具（車いす・車いす付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・じょく瘡予防用具・体位変換器・手すり・スロープ・歩行器・歩行補助つえ・痴呆性高齢者徘徊感知機器・つり具の部分を除いた移動用リフト）を貸与する。

【現 状】

在宅のねたきり高齢者等を対象に、日常生活用具として、特殊寝台・入浴担架・介護用リフト・歩行器・車いすを貸与している。ただし、世帯の生計中心者の所得に応じて費用の一部負担がある。また、痴呆性高齢者徘徊感知機器を無料で貸与している。

【今後の方向性】

利用者の心身の状況や希望、置かれている生活環境に応じた福祉用具が、日常生活の自立を援助する目的にそって貸与されるよう、適切な助言や指導ができる体制を整える。

(2) 居宅介護支援

要介護者等が、指定居宅サービス等を適切に利用できるように、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、置かれている環境、本人及び家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類、内容、これを担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成する。また、そのサービスの提供が確保されるよう、居宅サービス事業者との連絡調整や便宜の提供を行うとともに、介護保険施設への入所を要する場合には、施設への紹介やその他の便宜の提供を行う。

【現 状】

介護保険制度の導入により、新たに開始されるサービスである。

【今後の方向性】

居宅サービス計画の作成は、介護支援専門員（ケアマネジャー）が行うことになるため、その人材確保が急務となる。利用者にとって、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるようにマネジメントを行うには、専門的な視野と公平性が求められ、人材を確保するとともに、資質の向上を図る。

(3) 居宅介護（支援）福祉用具購入費

福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつ等のための厚生大臣が定める特定福祉用具（腰掛便座・特殊尿器・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトのつり具の部分）を要介護者等が購入したとき、区が必要と認めた場合に、費用の9割相当額を支給する。

【現 状】

在宅のねたきり高齢者等を対象に、日常生活用具（特殊寝台・マットレス・エアーパット・腰掛便座（便器）・特殊尿器・体位変換器・介護用リフト・入浴補助用具・移動用バー・スロープ・簡易手すり等歩行支援用具・入浴担架・難燃性寝具・洗髪器・空気清浄器・ベッド用テーブル・車いす・歩行器・シルバーカー・安全杖・電磁調理器）を給付している。ただし、世帯の生計中心者の所得に応じて費用の一部負担がある。

【今後の方向性】

利用者の心身の状況や希望、置かれている生活環境に応じた福祉用具が、日常生活の自立を援助する目的にそって活用されるよう、適切な助言や指導ができる体制を整える。

(4) 居宅介護（支援）住宅改修費

手すりの取付け等、厚生大臣が定める種類の住宅改修（手すりの取付け・床段差の解消・床材の変更・扉の取替え・便器の取替え・これらに付帯する住宅改修）を要介護者等が行ったとき、区が必要と認めた場合に、費用の9割相当額を支給する。

【現 状】

住宅の改造が必要と認められる高齢者を対象に、改造費（浴室改造・トイレ改造・玄関改造・台所改造・居室改造・階段昇降機の設置）を助成している。ただし、世帯の生計中心者の所得に応じて費用の一部負担がある。

【今後の方向性】

在宅で、自立した生活を続けていくうえで、住環境の整備は必要である。改修にあたっては、その環境やニーズを十分に把握し、適切な助言や指導ができる体制を整える。

(5) 施設サービス

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、及び療養上の世話を行う。

【現 状】

心身に障害があり、常に重度の介護を必要とするなど、自宅で介護を受けることが困難な状態にある高齢者が入所し、養護を受けている。区内には、7か所の特別養護老人ホームがあり1,124床のベッドがある。

【今後の方向性】

東京都介護保険事業支援計画と調整を図り、必要な基盤を整備していくとともに、今までの措置制度から契約による利用へと、大きな変革となるため、十分なPRを行っていく。

また、在宅で待機している高齢者に対して、要介護度に応じた適切な居宅サービスを提供し、入所までの間、心身機能の維持を図る取組みが大切である。

さらに、旧措置入所者で自立・要支援と判定された場合は、5年間は引き続き入所できるが、退所後の受け皿として、施設から在宅への円滑な移行が図られるよう、区立高齢者住宅「けやき苑」の活用などを視野に入れ、検討する。

介護老人保健施設（老人保健施設）

介護老人保健施設に入所する病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療、並びに日常生活上の世話を行う。

【現 状】

看護や医学的管理下における介護、機能訓練等を行いながら、在宅生活への復帰に向けて、日常生活上の世話を行っている。入所期間は3か月を目安にしている。区内には、3か所の老人保健施設があり、320床のベッドがある。

【今後の方向性】

入所を希望する要介護者が速やかに入所できるよう、東京都介護保険事業支援計画と調整を図り、必要な基盤を整備していく。また、入所者に対して、在宅への復帰に向けての適切なケアマネジメントが行われるように努める。

介護療養型医療施設（療養型病床群等）

介護療養型医療施設に入院する病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、その他の世話、及び機能訓練、その他必要な医療を行う。

【現 状】

区内に、療養型病床群は4病院で238床、介護力強化病院は8病院で1,264床のベッドがある。

【今後の方向性】

主として、長期にわたり療養を必要とする人が入院する病床である。東京都介護保険事業支援計画と調整を図り、必要な基盤が整備できるよう医療機関にはたらきかける。

4 計画策定にあたっての留意事項

介護保険制度は、高齢者介護が福祉と医療に分かれている現行制度を再構築し、利用者本位の新たな制度として創設されたものである。

「社会連帯による介護費用の確保」と「高齢者自身によるサービスの選択制」の考えは、負担と給付の対応関係が明確であり、介護の社会化が一層促進されるとともにサービス需要量も増大することが予想される。

これらの状況をふまえ、これまでの高齢者施策を総合的に検討し、次の点に留意しながらサービス基盤の整備を計画的に推進するとともに、区民の理解を得てスムーズに新制度移行に備える必要がある。

(1) 市町村特別給付、保健福祉事業等の方向性

介護保険制度では、必要なサービスを全国を通じて確保する一方、地域ごとの介護ニーズやサービス水準の状況をふまえ、地域の特性を配慮したサービス提供策の構築も可能である。

法定サービスの外に独自の給付としての「市町村特別給付」、介護予防等に必要な諸事業としての「保健福祉事業」、サービスの法定限度額を超えて支給する上乘せサービスである。これらの事業に要する財源はそれぞれの自治体の第1号被保険者の保険料に転嫁されることとなるため、制度開始時には板橋区の保険給付事業として位置づけることは、区民の理解を得るうえで難しい状況である。当面、法定サービスとの調和を取りながら一般施策として行い、サービス水準の維持を図り、向上に努めていく。

しかし、特別給付事業や保健福祉事業等を実施することは、介護予防の充実とともに、様々なサービスが充実、拡大され、高齢者自身によるサービスの選択の幅が広がることで、被保険者にとっても意義のあることである。従って、次期の介護保険事業計画の作成に向けての検討課題とする。

(2) サービス受給者で要介護（支援）認定から外れた人への対応

現在、何らかのサービスを受けている人で「自立」と判定される人への対応は、現状においては、介護保険給付との整合性を図りながら、一定の基準のもとに区の一般高齢者施策として、介護予防の視点から自立支援型の家事援助サービスや生きがい対応型のデイサービス事業などを実施していく。

保健福祉事業としての対応も視野に入れながら、市町村特別給付の方向性と同様、今後の検討課題とする。

(3) 障害者施策との調整

障害者についても、40歳以上の人は、原則として介護保険の被保険者となる。

65歳以上の高齢障害者及び40歳から64歳で15種類の特定疾病（脳血管障害など老化に伴う疾病）に該当する障害者が、要介護または要支援となった場合には、「介護保険優先」となり、介護保険と障害者施策とで共通する在宅介護サービスについては、介護保険からサービスを提供され、これと重複する障害者施策からのサービスは提供されない。

全身性障害者や聴覚・視覚・知的障害者へのホームヘルプサービスの追加給付や、文化的・創造的活動や社会適応訓練などのデイサービスの継続利用等、例外として引き続き障害者施策のサービスを利用できる場合もあるが、上記の障害者が在宅介護サービスを利用する際は、介護保険の要介護（支援）認定を行うよう周知することが必要である。

要介護（支援）認定後、居宅サービス計画を立てるが、この際、個々の障害の状況により対応が必要な介護保険サービスと重複しない障害者施策のサービスについては、付け加えることができる。障害者が介護保険サービスを受けつつ、必要な障害者サービスを適切に受けられるように、障害者施策について、居宅介護支援事業者へ情報を提供し、研修を行うなど、介護保険担当部署と障害者施策担当部署の緊密な連携を図る。

(4) 低所得者への配慮

第1号被保険者の保険料は、負担能力に応じた所得段階別保険料のため、低所得者の負担は軽減される。また、災害等の特別な事情により負担が困難と認められる場合は、条例に定めることにより保険料の減免あるいは徴収を猶予することができるとともに、サービスの利用料については、1割の定率負担を減免することができる。

さらに、低所得者の場合には、一般的な水準よりも低い水準で高額介護（支援）サービス費の支給を開始することや食費の標準負担額を低く設定するなどして、低所得者の負担軽減を図るべく対策が講じられている。とくに、介護保険施行前にホームヘルプサービスを利用している低所得の高齢者には、当面3年間、低所得の障害者には5年間、ホームヘルプサービスの自己負担を3%にするなど、国から新たな対応策も示された。

これらの結果をふまえ、介護保険制度における低所得者への配慮策について、積極的に周知し、区民の理解が得られるように努める。

第3部 事業計画

高齢者実態調査の結果等に基づき、平成12年度から平成16年度まで介護給付対象サービスの種類ごとの必要量をふまえ、これらのサービスが確実に提供されるよう、サービス基盤の整備を計画的に促進し、介護保険サービスの円滑な給付を確保していく。

また、平成12年度から平成14年度までのサービスの供給見込量に基づき、介護保険事業に係る費用の見込みを定める。

第1章 介護給付対象者数の算出方法

1 介護給付対象者数

高齢者実態調査結果に基づく在宅の要援護高齢者数と施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等）入所者数を合算し、各年度の人口推計値（コーホート要因法）に基づき各年度の第1号被保険者の介護給付対象者数を推計する。

2 施設介護サービス

東京都介護保険事業支援計画と調整を図り、各年度の施設介護サービスの供給見込量を算定し、施設介護サービスの対象者数を推計する。

3 居宅介護サービス

介護保険給付対象者数から施設介護サービス対象者数を差し引き、各年度の居宅介護サービス対象者数を推計する。

第2章 居宅介護サービスの供給見込量

1 算出方法

- (1) 高齢者実態調査結果をもとに、居宅介護サービスの種類ごとにサービス必要量を推計する。

【参酌標準で標準サービス量を定めているサービス】

[訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護]

サービスの種類ごとに利用希望率（板橋区の参酌標準に基づく標準サービス量に対する、実態調査の結果に基づくサービスの利用希望量の比率）を算定し、利用希望率に参酌標準に基づく標準サービス量を乗じ、必要量を算出する。

【参酌標準で標準サービス量を定めていないサービス】

[居宅療養管理指導・痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護・福祉用具貸与・居宅介護支援・居宅介護（支援）福祉用具購入費・居宅介護（支援）住宅改修費]

サービスの種類ごとに利用意向割合（利用意向ありの割合）を算定し、必要な分析を加え、サービスの必要量を算出する。

- (2) 介護保険サービス提供事業者調査結果に基づき、供給可能量の見込みを算出する。
- (3) サービスごとに必要量と供給可能量を分析する。
- (4) 居宅介護サービスの種類ごとの供給見込量を算出する。

2 供給見込量

種類		年度	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6
訪問介護	巡回型 (回/週)		3,671	4,088	4,566	5,021	5,407
	家事型 (回/週)		2,412	2,829	3,273	3,736	4,200
	介護型 (回/週)		10,640	12,251	14,000	15,782	17,522
訪問入浴介護 (回/週)			756	779	813	843	862
訪問看護 (回/週)			2,515	2,742	2,997	3,249	3,484
訪問ハビリテーション (回/週)			64	72	82	90	98
居宅療養管理指導 (回/週)			286	320	361	402	440
通所介護 (回/週)			3,962	4,837	5,776	6,756	7,752
通所リハビリテーション (回/週)							
短期入所生活介護 (週/6月)			4,804	5,209	5,665	6,116	6,531
短期入所療養介護 (週/6月)							
痴呆対応型共同生活介 (人)			0	14	14	14	14
特定施設入所者生活介護 (人)			62	62	62	62	62
福祉用具貸与 (人)			3,355	3,662	3,993	4,328	4,647
居宅介護支援 (人)			6,484	6,714	6,953	7,175	7,349
居宅介護(支援)福祉用具購入費 (人)			839	916	998	1,082	1,162
居宅介護(支援)住宅改修費 (人)			678	678	678	70	56

3 確保のための方策

種 類	確保の方策
訪 問 介 護	事業者調査の結果では、必要量を充足するため、参入意向を示している事業者に必要な情報提供を行うなど、事業者指定の早期申請を促していく。
訪 問 入 浴 介 護	同 上
訪 問 看 護	訪問看護ステーションとの連携を図り、必要量に見合う供給体制を確保していく。あわせて、新規参入の促進を図るため、参入を検討している事業者に必要な情報提供を行う。
訪問リハビリテーション	事業者調査の結果では、必要量を充足するため、参入意向を示している事業者に必要な情報提供を行うなど、事業者指定の早期申請を促していく。
居宅療養管理指導	同 上
通 所 介 護	参酌標準では通所リハビリテーションと示していても、身体の状態によっては通所介護の利用も想定されるため、両サービスは合計必要量に応じて確保していく。
通所リハビリテーション	具体的には、参入意向を示している事業者に必要な情報提供を行うなど、事業者指定の早期申請を促していくとともに、学校の余裕教室など既存施設の転用を図っていく。 また、新たに建設される介護老人福祉施設や介護老人保健施設に通所施設の併設を積極的に要請する。
短期入所生活介護	事業者調査の結果では、必要量を充足するため、参入意向を示している事業者に必要な情報提供を行うなど、事業者指定の早期申請を促していく。
短期入所療養介護	
痴呆対応型共同生活介護	参入意向を示している事業者の動向を把握し、実態に則した数値で計画化を図る。
特定施設入所者生活介護	同 上

種 類	確保の方策
福祉用具貸与	必要量は供給されると見込んでいる。
居宅介護支援	事業者調査の結果では、必要量を充足するため、参入意向を示している事業者に必要な情報提供を行うなど、事業者指定の早期申請を促していく。
居宅介護（支援）福祉用具購入費	必要量は供給されると見込んでいる。
居宅介護（支援）住宅改修費	同 上

事業者調査：平成 11 年 9 月に実施した介護保険サービス提供事業者調査

第3章 施設介護サービスの供給見込量

板橋区における施設介護サービスの供給見込量は東京都介護保険事業支援計画の考え方に基づき、地域の実情と基盤整備の現状を勘案し、平成16年度（第一期事業計画目標年度）の施設必要率を東京都が示した施設必要率と調整し、平成19年度（第二期事業計画目標年度）をめどとして、国の参酌標準による平成16年度の施設必要率及び東京都の示した平成16年度の施設構成比をめざした目標とする。

板橋区における施設必要率

		単位：%						
年度	12	13	14	15	16	17	18	19
必要率	2.73	2.84	2.91	2.98	3.07	3.13	3.20	3.26

国の示している施設必要率の3.4%は、板橋区の後期高齢者補正係数により3.26%に補正される。

1 算出方法

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設における供給見込量の算出は、従来の措置制度で入所してきた実績数に、今後、板橋区において具体化されている介護老人福祉施設建設計画の床数を加えた、実現可能な供給量を基礎として見込む。

また、特別養護老人ホームの入所実績数は確実に伸びを示しており、区外、都外の入所実績を勘案し、増加要素を各年度の数値に反映させるとともに、平成15年度及び平成16年度に介護老人福祉施設の基盤整備を図り、施設必要数（率）を算出する。

(2) 介護老人保健施設（老人保健施設）

介護老人保健施設における供給見込量の算出は、該当する医療機関からの診療報酬請求件数をもとに、平成12年度に具体的な計画のある介護老人保健施設の床数を見込むとともに、平成13年度及び平成14年度に基盤整備を図り、実現可能な供給量を算出する。

また、平成11年度の老人保健施設における診療報酬請求件数は、平成10年度に比べて高い伸びを示しているため、これらの増加要素もふまえて各年度ごとの施設必要数（率）を算出する。

(3) 介護療養型医療施設（療養型病床群等）

介護療養型医療施設における供給見込量の算出は対象となる医療機関からの診療報酬請求件数をもとに、東京都が示した介護療養型医療施設における介護型と医療型の比率（7：3）に基づき、各年度ごとの施設必要数（率）を算出する。

2 供給見込量

単位：人（床）

種類 \ 年度	12	13	14	15	16
介護老人福祉施設 (施設必要率)	918 (1.17%)	998 (1.22%)	1,014 (1.20%)	1,103 (1.26%)	1,193 (1.34%)
介護老人保健施設 (施設必要率)	544 (0.69%)	624 (0.76%)	724 (0.86%)	744 (0.85%)	764 (0.86%)
介護療養型医療施設 (施設必要率)	680 (0.87%)	700 (0.86%)	720 (0.85%)	750 (0.86%)	774 (0.87%)
合計 (施設必要率)	2,142 (2.73%)	2,322 (2.84%)	2,458 (2.91%)	2,597 (2.98%)	2,731 (3.07%)

3 確保のための方策

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

平成12年度及び平成13年度には、それぞれ70床の施設建設計画があり、施設確保のための基盤として見込む。

また、平成15年度及び平成16年度には、それぞれ70床の基盤整備を計画する。

(2) 介護老人保健施設（老人保健施設）

平成12年度には130床の施設建設計画があり、施設確保のための基盤として見込む。

また、平成13年度に80床、平成14年度には100床の基盤整備を計画する。


(3) 介護療養型医療施設（療養型病床群等）

板橋区内の療養型病床群等の床数は、東京都衛生局の調査によると二次医療圏の中でも突出して多く、当該サービスを必要とする区民の施設利用が円滑に進むよう、医師会や医療機関へ協力を要請する。

【基盤整備計画】

単位：床

種類 \ 年度	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6
介護老人福祉施設	7 0	7 0		7 0	7 0
介護老人保健施設	1 3 0	8 0	1 0 0		

 部分は板橋区地域保健福祉計画に基づく整備計画

第4章 事業費の見込み

介護保険事業にかかる費用の見込みを算定すると、下表のとおりになる。

単位：千円

区 分	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
施設サービス	7,899,891	9,302,953	9,849,318	10,378,395	10,881,140
居宅サービス	6,664,737	8,334,793	9,453,981	10,588,546	11,686,055
小 計 (標準給付費見込額)	14,564,628	17,637,746	19,303,299	20,966,941	22,567,195
財政安定化 基金拠出金	85,843	85,843	85,843		
合 計	14,650,471	17,723,589	19,389,142		

平成 12 年度の標準給付費見込額は 11 か月分となる。
事業費は、国が示している計算方法に基づいて算定している。

第4部 介護保険事業の推進に向けて

第1章 介護サービス提供体制の充実

区は、今後ますます増大する介護サービスの需要に対応するため、介護を支える人材を質・量ともに育成し、確保していく。また、質の高いサービスを事業者が地域において提供できるよう、事業者間の連携を支援するなど、総合的な介護サービス提供体制の整備を図る。

1 介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保・資質の向上

介護支援専門員が、要介護高齢者及びその介護者に対するケアマネジメントを適正に行うためには、個々の高齢者の状態を的確に把握し、適切な居宅サービス計画（ケアプラン）を作成することが重要である。あわせて、介護支援専門員は、高齢者に過不足なくサービスを提供できるよう、区内外のサービス資源に関する情報を十分に把握したうえで、居宅サービス計画に反映させることが求められる。

こうした観点から、区は、介護支援専門員（ケアマネジャー）を確保し、研修などを活用しながら、サービスの計画的な提供に係る技術面など資質の向上を図る。

2 地域で支える介護への意識啓発・人材の育成 介護実習普及センター（仮称）

地域で支える介護は、サービス事業者による専門的なスタッフにとどまらず、介護者や近隣で見守る区民一人ひとりの理解と参画があって、はじめてその基盤が形成されるものである。

区は、おとしより保健福祉センター内に「介護実習普及センター（仮称）」を設置し、介護を地域で支える啓発を行い、幅広い人材育成に取り組むとともに、区民、事業者、関係機関に対し、介護知識・技術習得のための講座、技術的支援等の事業を実施する。また、介護の軽減や自立支援の鍵となる福祉機器に関する情報提供及び総合相談事業を行い、介護福祉機器の普及・啓発を図る。

3 区におけるケアマネジメント調整機能の充実

区は、保険者として、高齢者及びその介護者等が適切なケアマネジメントに基づき、必要とするサービスを過不足なく利用しているかを常に注視し、区内におけるケアマネジメント体制を指導・調整する必要がある。

おとしより保健福祉センターが基幹型在宅介護支援センターとして、区内の各在宅介護支援センターとの連携を強化し、区におけるケアマネジメントの調整機能を十分に果たす必要がある。また、介護保険サービスをはじめとした保健・医療・福祉の諸サービスが、いつでも受けられるよう、総合相談窓口体制の強化・充実を図る。

4 情報提供の仕組みづくり

介護保険制度は、従来の行政の措置制度に基づくサービス提供と異なり、負担と給付の関係が明確な社会保険方式で運営される制度であることから、その健全かつ円滑な運営を図るためには、区民の理解と協力を得ることが不可欠である。

特に、制度利用の申請からサービスの利用、負担に至るまでの仕組みが、区民に充分理解され、気軽に利用できる制度として定着化を図っていく必要がある。

このためには、高齢者及びその介護者等に仕組みや利用方法等をわかりやすく解説したパンフレットや、インターネット等を活用した情報提供の仕組みをより一層充実し、介護保険サービスに関する様々な情報をきめ細かく提供していく。

また、区内の保健福祉機関における相談窓口はもとより、区民に身近な施設等においても、制度のPRを行うよう、積極的な情報提供に努める。

5 事業者の確保と連携の推進

区は、高齢者介護に係るサービス需要に対応し、かつ質の高いサービスを提供する事業者の誘導・支援に努める。また、介護支援事業者とサービス提供事業者との連携を密にし、高齢者本人の状態や意向をふまえて、サービスが提供されるよう、事業者間の連携を図る必要がある。

このため、連絡会の開催やインターネットによるサービス事業者利用可能状況等の情報提供システムを活用するなどして、事業者相互が情報を共有し、有効に利用できるよう支援する。

6 サービス提供の適正確保の仕組みづくり 介護保険苦情・相談室

区民が支援や介護を必要となったとき、被保険者の権利として、自由に選択した質の高い介護保険の仕組みやサービスを安心して活用できるように、区が支援することが必要である。

このため、介護保険サービスを利用する際の疑問や相談、苦情を確実に受け止め、解決へと導き、利用者の保護を図ることなどを目的として、おとしより保健福祉センター内に「介護保険苦情・相談室」を設け、保険制度の利用に関する相談や、利用者サービス事業者との間での必要な調整を行うなど、相談・苦情対応機能の整備を図る。

また、区内の相談窓口機関と連携し、区民から寄せられた苦情や相談情報を蓄積・分析し、必要に応じて、「介護サービス関係機関連絡協議会（仮称）」で改善を促し、事業者対象の研修会を実施するなど、介護関係サービス全般の質の向上を図る。あわせて、区民に向けて、選択に役立つ情報として提供する。

7 保健・医療・福祉の連携と介護予防の推進

誰もが加齢にともなう心身機能の低下を避けることができない。日頃から身近なところで、健康や在宅介護の相談にのってくれる「かかりつけ医」を持つことにより、その指導のもとで健康的な生活習慣を身につけるとともに、かかりつけ医やケアマネジャーを交えて、自分に適した在宅介護のプランづくりを行うことが大切である。

また、“ねたきりにさせない、閉じこもりにさせない”という介護予防の取組みを、保健・医療・福祉の連携のもとに進めていくことが極めて重要である。

高齢者の身近な場所で予防活動を展開するため、潜在的な閉じこもりになりがちな高齢者に対して、生きがい対応型のデイサービス事業を実施するなど、参加の機会を設けていく。あわせて、日常生活において援護が必要な人を見守り、支援する仕組みづくりを通じて、住みなれた地域で、いきいきと暮らせる生活を支えていくことが重要である。

このため、小地域単位で区民が気軽に参加できるよう、健康・福祉にとどまらず、地域住民の自主的活動も取り込み、区民のニーズに幅広く対応しながら、地域における介護予防の基盤づくりを進める。

第2章 計画の推進体制

本区において、計画の円滑な推進を図るため、各年度ごとの事業の達成状況等を点検し、必要な施策を講じるよう、事業計画の点検・評価体制を整備する。

さらに、介護保険事業の円滑な運営に向け、国や都及び他の自治体との連携も視野に入れながら、計画を推進する。

1 区における計画の点検・推進体制の整備

区は「板橋区介護保険制度推進本部（仮称）」を設け、事業計画の達成状況を定期的に点検・把握し、保険者として介護保険制度の円滑な運用と充実を図っていく。あわせて一定時期に、被保険者の理解と協力を得ながら、研究機関との連携を図りつつ、サービスの受給と提供の両側面から、サービスの質的部分についても、その実態を点検し、把握する。

また、庁内の保健・福祉関係部署はもとより、企画、教育、地域振興担当部署等と密接な連携を図る。

2 計画の評価体制

計画の点検結果をふまえ、学識経験者、保健医療関係者、社会福祉関係者、区民代表及び行政代表からなる介護保険事業の評価体制を設け、本区における介護保険事業計画の達成状況について、需要と供給の動向等を把握・分析しながら、必要な意見具申を行えるような仕組みづくりが必要である。

在宅ケアの総合調整機能を果たしてきた「おとしより保健福祉センター運営協議会」を、その役割を担う機関として活用する。

3 都・他区市町村との連携の強化

介護保険制度の円滑な運営を図るためには、居宅、施設の各サービスが安定的に供給されることが、極めて重要である。なかでも、施設サービスの提供の方向性は、区内の関係施設の整備・拡充にとどまらず、広域的な整備状況によっても大きく左右されることから、都や他区市町村との広域的な連携を強化する。

4 国・都へのはたらきかけ

本計画が、高齢者の介護問題の解決に資するためには、区が計画の積極的な推進を図るほか、国や都に対しても本計画が円滑に推進できるよう、必要な要請や支援及び協力をはたらきかける。