

## **第3部**

# **地域包括ケアシステムの 現況・課題と今後の展開**



## ■地域包括ケアシステムの体系

第1章 地域包括ケアシステムの深化・推進		
1 地域支援事業の展開		<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 支え合う地域づくり (生活支援体制整備事業)</li> <li>(2) 元気な高齢者の健康の維持 (一般介護予防事業)</li> <li>(3) 支援が必要になってきた高齢者の自立支援 (介護予防・生活支援サービス事業)</li> <li>(4) 地域包括支援センターの機能強化</li> <li>(5) 総合的な認知症施策の推進 (認知症総合支援事業)</li> <li>(6) 在宅医療と介護との連携の推進 (在宅医療・介護連携推進事業)</li> <li>(7) 高齢者の居住安定に係る施策との連携 (多様な住まいや施設の確保)</li> </ul>
	2 自立支援・介護予防・重度化防止に関する取組みと目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 閉じこもりがちな高齢者の把握と支援</li> <li>(2) 要支援高齢者の状態の改善</li> <li>(3) 認知症になっても安心できるまちづくり</li> </ul>
第2章 権利擁護・見守りネットワークの推進		
1 介護に取り組む家族等への支援の充実		
	2 高齢者の権利を守るためのネットワークの構築・高齢者虐待の防止	

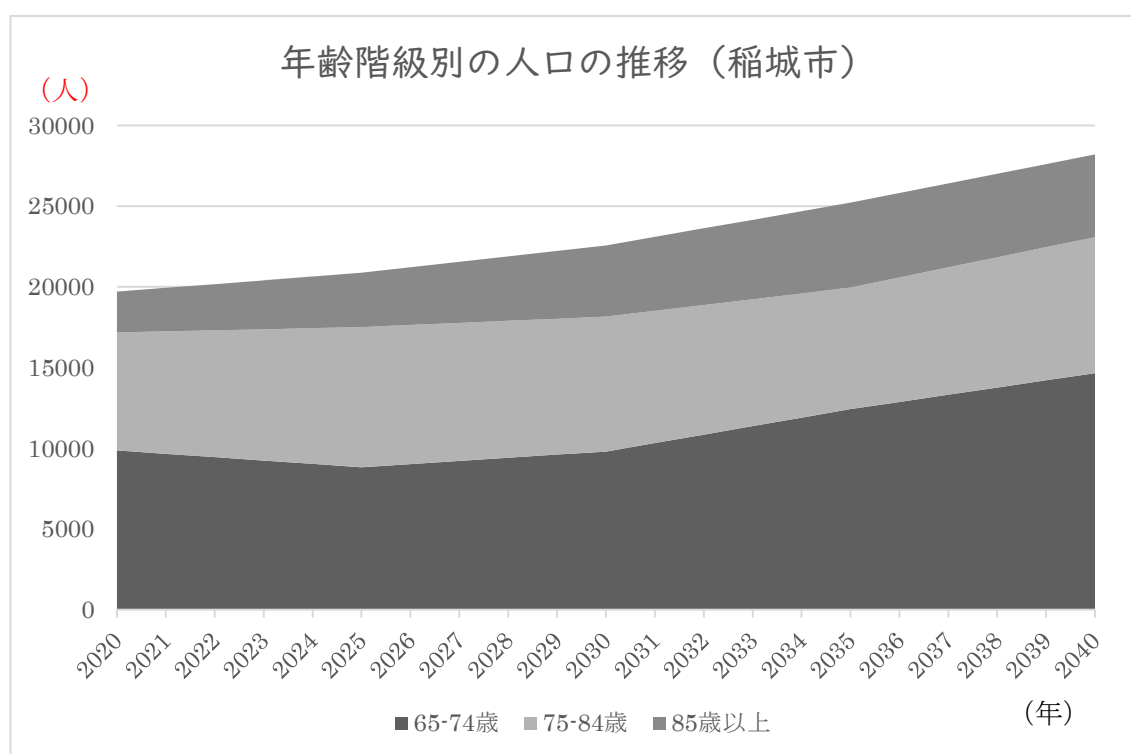
# 第1章 地域包括ケアシステムの深化・推進

## 1 地域支援事業の展開

地域包括ケアシステムの構築、深化・推進のためには介護給付等のサービスを提供する体制の確保と地域支援事業の実施が必要ですが、ここでは地域支援事業の展開の在り方について記載します。

市における地域支援事業の在り方を考えるにあたり、65歳以上の高齢者人口の推移を踏まえる必要があります。特に団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者になる令和22年(2040年)までを見据えて、事業の展開の在り方を検討する必要があります。また、年齢が高くとも健康でいることもできますが、85歳以上になると医療と介護の両方を必要とする割合が高まることが指摘されており、一般的には年齢が高くなると要介護状態になりやすい傾向があるため、年齢階級別に人口推計を把握する必要があります。

図表3-1 年齢階級別の人口の推移(稲城市)



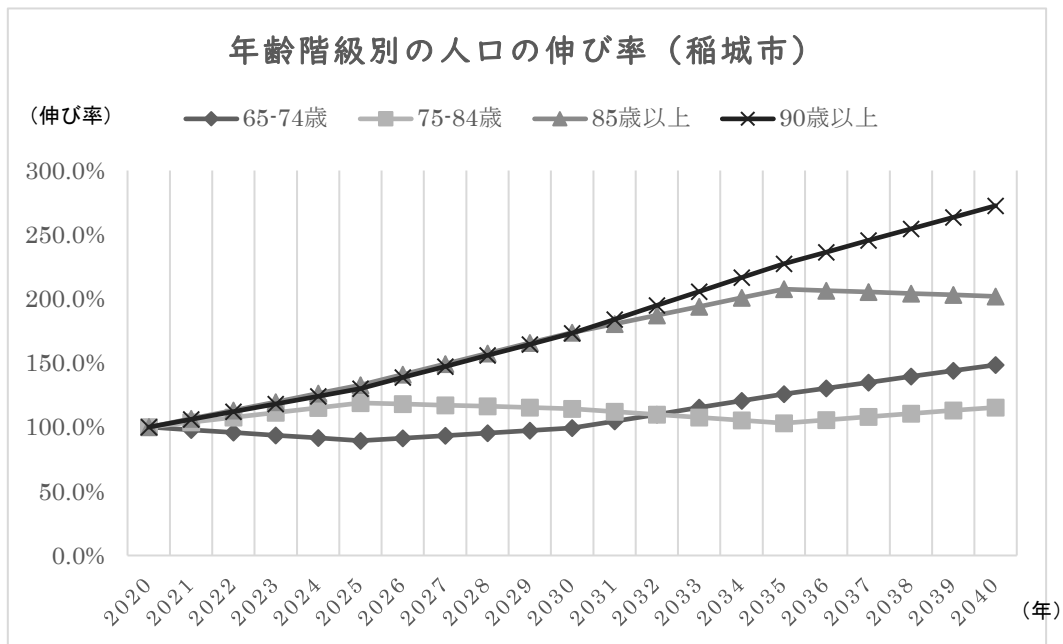
高齢者全体の人口は、令和22年(2040年)に向けて緩やかに伸びていくことが見込まれています。その半分は、健康な割合が高いと言える65~74歳の前期高齢者となります。

令和2年(2020年)時点の人口を起点に年齢階級別に人口の増減を見通すと、65~74歳の前期高齢者は10年後まではほぼ横ばいとなりますが、その後10年かけて増加し、

現在の1.5倍程度になると見込まれています。また、虚弱状態になり始めると言える75～84歳の高齢者は20年後もほぼ横ばいの状態が続くと見込まれています。これに対し、要介護状態になる割合が高いと言える85歳以上の高齢者は15年後までに現在の2倍にまで急増し、以後は横ばいになると見込まれます。ただし、15年後以降も90歳以上の人口は増え続け、令和22年（2040年）には現在の2.7倍になると見込まれます。

このような人口の変動を見据えて、地域支援事業の展開の見通しについて記載します。

図表3-2 年齢階級別の人口の伸び率(稲城市)



## (1) 支え合う地域づくり(生活支援体制整備事業)

### ① 現状と課題

地域包括ケアシステムの5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」のうち、主に「予防」と「生活支援」の体制整備を一体的に進めるため、市では、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進しています（生活支援体制整備事業）。高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、サービス提供者と利用者とは「支える側」「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることがないように高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民がともに支え合う地域づくりを進めていくものです。

今後、高齢化が一層進む中、高齢者の生活を地域で支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤であり、特に多様な主体で支え合う地域をつくる生活支援体制整備事業は、その中心的な取組みの1つです。

## ア. 事業の概要、経緯

単身または夫婦のみの高齢者世帯等の支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援といった生活支援の必要性が増加しているため、市が中心となり、元気な高齢者をはじめ、住民が生活支援の担い手として参加する住民主体の活動やNPO法人や自治会、民生・児童委員児童委員等の地域の多様な主体による多様なサービス(支援)の提供体制を構築する事業です。

本事業では、社会参加意欲の高い団塊の世代が高齢化していくことから、ボランティア活動や就労的活動といった高齢者の社会参加を通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍する機会を創出することも期待されています。

市では平成27年度(2015年度)から生活支援コーディネーターを市(第一層)に1名、平成28年度(2016年度)から各圏域(地域包括支援センター)(第二層)に1名配置し、第7期においても引き続き本事業を推進しているところです。

また本事業を進めるために、重層的に議論の場である生活支援・介護予防サービス協議体(協議体)を設けて、現状分析や課題抽出、施策立案を行っています。市全体を対象とする第一層の協議体として下記のような構成員により、年3回程度、会議を開催し、各圏域や地区を対象とする第二層の協議体での議論を集約しています。

### 第一層協議体の構成員

生活支援コーディネーター、地域包括支援センター、市社会福祉協議会(コミュニティソーシャルワーカー)、自治会、みどりクラブ、居宅介護支援事業者等、シルバ一人材センター、市民活動サポートセンタへいなぎ、NPO法人(配食サービス事業者・ホームヘルプサービス事業者)、民生・児童委員児童委員(高齢者部会)、介護予防自主グループ、その他生活支援サービス提供事業者等の代表者

第二層協議体での議論の状況を第一層協議体で共有し、市全体の課題の1つとして高齢者の自主的な通いの場の立上げの際に費用がかかりがちなことが分かりました。そこで、地域の社会資源の活用や連携を図るとともに、課題解決のために取り組む新たな居場所の運営や自主的な活動を側面から支援することを目的に、平成28年度(2016年度)から通いの場支援補助金を創設しています。

## イ. 第7期の主な取組み

### (ア)生活支援・介護予防サービス協議体の開催

令和元年度(2019年度)の第一層協議体では下記のようなことを議論しました。

第1回：令和元年(2019年)6月19日、第二層協議体の活動報告、令和元年度(2019年度)「地域のつながりフォーラム」内容  
 第2回：令和元年(2019年)9月25日、第二層協議体の活動報告、通いの場補助金、「地域のつながりフォーラム」について  
 第3回：令和2年(2020年)2月6日、第二層協議体の活動報告、通いの場補助金(報告)、「地域のつながりフォーラム」の振り返り

第二層協議体の構成員は、第一層協議体の構成団体やふれあいセンター、駐在所等地域で活動されている人たちであり、圏域や地区により異なっています。



#### (イ)「地域のつながりフォーラム」の開催

市が、生活支援体制整備事業等を通じて描く将来像のイメージを共有するとともに、地域の支え合いの現状の確認を通じて事業の進捗を確認することを目的に、令和元年（2019年）11月に地域のつながりフォーラムを開催しました。



圏域ごとに各地区の第二層協議体から支え合いに関する取組みの現状報告に加え、支え合いの発展を促すために、地区を超えて参加者同士が交流・情報交換するグループワークを実施しました。

#### (ウ)通いの場支援補助金の交付

平成28年度（2016年度）に創設した「通いの場支援補助金」を、第7期においても継続しました。新型コロナウイルス感染症の感染が広がった令和2年度（2020年度）には感染予防対策費として、アルコール消毒液等の購入費や密を避けるために必要となった会場使用料等も助成しました。

#### (エ)生活支援サービス拠点の整備

多様な主体が生活支援の担い手として活躍できるよう市では、J R 東日本や東京都等と協議し、生活支援サービス拠点として2か所を整備しました。

#### (オ)生活支援サービス拠点 東長沼

J R 南武線の高架化に伴って生じた高架下の土地を活用し、長年に渡り市内高齢者等を対象に配食サービス等を提供しているNPO法人の拠点及び高齢者の介護予防事業等を行う集会スペースを令和元年（2019年）7月に開設しました。

#### (カ)生活支援サービス拠点 向陽台

急激な高齢化が見込まれるにもかかわらず、団地を中心としたニュータウン住宅街として整備されたため、介護サービス等を提供する事業所の用地の確保が困難な向陽台地区において、都民住宅の空き室を東京都から借り上げ、高齢者・障害者・子育て等多世代を対象としたヘルパーステーション等や通所サービスA等の生活支援サービスを提供する拠点を令和元年（2019年）11月に開設しました。

都民住宅の空き室を住宅以外の用途として活用する試みは、都内初となります。

**(キ)介護人材・生活援助従事者育成研修の実施**

介護を担う人材不足の解消に資するよう、多様な担い手による生活援助中心型の訪問ヘルパーを養成するための国が定めた研修(59時間)を実施しました。修了者は4名で、1名が高齢者施設での担い手として就業しました。

**(ク)ちょっとした困りごとの支え合い活動「すまいるネット」の発足**

これから急激な高齢化を迎える向陽台地区では第二層協議体による地域の課題解決の取組みとして、「カーテンや電球の交換」「留守時の庭木の水やり」等を住民同士が有償で試行的に行う助け合い活動(すまいるネット)が平成31年(2019年)11月に発足しました。

**ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題**

健康寿命の延伸により、元気な高齢者が多いものの虚弱になりはじめる75~84歳人口は、第8期、第9期では僅かに増加し、その後は平行線を辿りながら僅かに減少して、令和22年(2040年)には現在と同程度になると見込まれます。一方で、さらに元気な高齢者を占める割合が著しく高いと思われる65~74歳人口は、第8期、第9期において僅かに減少しますが、その後は増加に転じて令和22年(2040年)には現在の1.5倍程度になる見込みです。一方で15歳から64歳までの生産年齢人口は、令和12年(2030年)までは微増する見込みですが、それ以降は減少に転じ、総人口に占める割合も減る見込みです。このため65歳以上の高齢者に地域の担い手として、活躍の場を創出する仕組みを整える必要があります。

本書の第2部の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果のうち、要介護・要支援認定等を受けていない元気高齢者の様子を地区別に比較しました。サンプル数の少なさや高齢化の違いがあるため、単純に比較できないものの、主観的幸福感や主観的健康観、虚弱リスクの有無等について、地区ごとに違いがあることに気づきました。

これら調査結果を踏まえ第二層協議体で意見交換したところ、地区ごとの特徴は第二層協議体における認識と一致するものもありましたが、異なるものもありました。課題は地区ごとに異なりますが総じて、第二層協議体の参加者やその周辺の方は、高齢であっても地域活動に積極的に参加して元気であるが、そこに参加しない(できない)高齢者の様子は確認できておらず、その中には虚弱リスクがある方が多いことに気づかされました。つまり、第二層協議体の参加者だけの支え合いが進んでも地域全体は改善せず、健康や生活の質の格差が広がる一方であることが分かりました。さらに地区ごとに議論を深め、例えば閉じこもりがち高齢者が生じやすい下記のようなパターンを想定した取組みを進めようとしています。

- 退職後、出不精になることが多い。
- エレベーターがない団地の高層階は閉じこもりがち。
- 運転免許の返納後、閉じこもりがちになる。
- 転入/地方の親を呼び寄せたものの、閉じこもりがちになる。
- 地域活動を一度抜けると戻りづらい。
- 配偶者に先立たれ、一人暮らしになった場合。
- 急な坂道や里山の散歩が身体的に困難になり、散歩できる平地が周囲にない場合。



また、地域包括支援センター主催の地域ケア個別会議（困難ケース解決型）では、ケアマネジャー支援を主たる目的としているため、支援者が困難を感じている要介護高齢者に関する地域課題が上がっています。いわゆる8050問題における50つまり引きこもりがちで収入がない息子等の支援に関する課題、脳梗塞後の高次脳機能障害がある高齢者の支援に関する課題、アルコール依存症がある高齢者への支援の課題等の障害福祉分野との連携に関する地域課題、家族や店舗等を含めた地域の人が認知症の症状に適切に対応できないために高齢者が苦しむ場合の地域課題等が挙げられています。しかし、各圏域で抽出された地域課題等を第一層協議体で共有したり、第二層協議体で議論したりする等、地域住民が地域の課題として認識する機会をつくっていません。

さらに、令和2年度（2020年度）は新型コロナウイルスの感染の拡大防止のため、外出の自粛が求められ、重症化リスクの高い高齢者の多くは慎重に対応しました。その結果、廃用が進んだ高齢者は多いと推測され、市では特に令和2年（2020年）9月頃から認知症が進んだ人の緊急対応が急激に増えました。このような高齢者の異変に最初に気づくのは近隣住民であるため、地域の支え合いを進める本事業の重要性があらためて明らかになりました。

なお、第一層協議体では通いの場支援補助金の効果についてアンケート結果に基づき、議論しました。自主グループの多くは参加者の数や体操等の質を確保して活動を継続すること希望しており、補助金は立上げや維持・継続に役立っているとともに、参加者や活動内容の質の確保に役立っている様子が伺えました。補助金がなくなったら活動が縮小する団体も多い一方で、すぐさま影響するわけではない様子もうかがえたため、参加者や質の確保の課題をさらに分析し、補助金以外での支援も検討することにより、補助金の用途を見直してさらに有効に活用できることを目指すこととしました。また、「地域のふれあいフォーラム」の継続、向陽台地区以外への拡がりも期待される「すまいるネット」のような生活支援の助け合い活動の支援を継続すべきだと意見が出されました。

## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

**閉じこもりがちな高齢者も含め、高齢者全体を支える地域の支え合いの体制づくりを推進します。**

**さらに、支え合いの主体の多様化を進め、地域共生社会の実現に努めます。**

#### ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

##### (ア) 閉じこもりがちな高齢者の実態把握

地域活動に参加せず、虚弱リスクがある高齢者の実態を把握します。そのために、新型コロナウイルスの感染防止のため令和2年度（2020年度）は休止した高齢者アン

ケートを民生・児童委員の協力のもと、感染防止の工夫をしながら、実施します。75歳以上のひとり暮らし等高齢者世帯を対象とし、緊急連絡先や虚弱状態を確認しつつ、年度により項目の一部を変えて元気な高齢者の健康習慣に関する意向や生活課題等を把握します。また、回答がない世帯は、地域包括支援センターが巡回して訪問し、安否を確認しながら実態の把握に努めます。

また、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、後期高齢者医療制度に基づく保健事業の健診データ等も活用し、高齢者の実態把握に努めます。

#### (イ) 高齢者の生活に関わる企業等や多世代交流の実態の把握

閉じこもりがちな高齢者だけでなく、第二層協議体に参加していない地域の企業（福祉サービス事業所を含む）、地域で活動している団体や人等は、地域課題の解決のパートナーになる可能性があります。企業等の課題を把握することが、高齢者の就労的活動の場の発掘につながるかもしれません。企業等がその活動の延長として、生活支援の担い手になってくれるかもしれません。こうした可能性を見据えながら、各圏域の生活支援コーディネーターを中心に、各圏域の企業等の困りごと等を把握し、生活支援を担う主体の多様化を図ることで、地域共生社会の実現を進めます。

さらに高齢者と児童・幼児や子育て世帯等とが交流する多世代交流の実態を、子ども家庭支援センター等の協力を得ながら、各圏域の生活支援コーディネーターを中心に把握して、地域共生社会の実現を進めます。

#### (ウ) 協議体等での議論

上記のように把握した現状は、第二層・第一層協議体、生活支援コーディネーターらが議論する協議体連絡会で情報共有するとともに、課題抽出を図ります。その際、地域包括支援センター主催による地域ケア個別会議（困難ケース解決型）で抽出された複雑化・複合化した地域課題も含めて共有し、地域住民が地域の課題だと認識する機会とするとともに、解決に向けて議論します。

### イ. 対応策の実施

#### (ア) 通いの場支援補助金の交付

高齢者の通いの場は、さらに充実させる必要があるため、通いの場補助金は第8期においても継続します。

その際、通いの場等の実態や課題、補助金の効果等を適宜、確認しながら用途や対象を検討します。

#### (イ) 集える場所の確保

高齢者の通いの場を増やそうとするときに、集える場所（会場）が不足しているという声が上がります。このことについて、不足している区域を地図上で確認し、企業等や個人宅を開放いただくことも含めて、区域内の現状を把握します。

また、市が整備した生活支援サービス拠点の積極的活用を検討するとともに、都営住宅の集会室を活用できるよう東京都やJ K K（東京都住宅供給公社）と協議します。

令和3年度	不足している区域の確認、生活支援サービス拠点の活用の検討 都営住宅の集会室の活用の協議
令和4年度	不足している区域の企業等や個人宅の開放の可能性の把握 都営住宅の活用の開始
令和5年度	企業等や個人宅の開放の協議

#### (ウ) イベントを通じた支え合い活動の活性化

地域の支え合いに関して機運を高めるとともに、地区を超えて情報交換する場として、令和元年度（2019年度）に実施した「地域のつながりフォーラム」の開催について検討します。その際、地域共生社会の実現を意識し、市内の企業等や多世代交流等の実態を共有することを目指します。

また、退職後、孤立することが多いことから、高齢者になる前、特に子育てが一段落してから退職が近づく50歳代の中高年世代を対象に高齢期の生き方について考え、主体的に地域とのつながりを構築できるような取組みを令和3年度（2021年度）から試行的に実施していきます。さらに、自宅開放の意義や面白さに加えて、具体的な手順等を学ぶイベントを令和4年度（2022年度）に開催し、自宅開放の不安の解消等に努めます。

ただし、これらイベントの開催方法は、新型コロナウイルスの感染拡大状況を見ながら柔軟に検討する必要があると考えます。

令和3年度	中高年対象の高齢期を考える講座の試行的実施 自宅開放を学ぶイベントの検討
令和4年度	中高年対象の高齢期を考える講座の本格実施 自宅開放を学ぶイベントの実施
令和5年度	中高年対象の高齢期を考える講座の拡充（各地区での開催等）、自宅開放を学ぶイベントの実施

#### (エ) 支え合いの担い手の確保、活躍の場の発掘

生活支援の担い手を確保するため、これまで介護に関わったことのない人たちが、介護の基本的な知識や技術を身につけるための生活援助型スタッフ研修（入門的研修）を各圏域で実施します。

また、市内の企業等、特に障害福祉事業所の多様な業務やプログラムを実施するための人材不足等の課題を把握することを通じて、高齢者が活躍する場の発掘に努めるとともに、地域共生社会の実現につなげます。

令和3年度	入門的研修の試行的実施、企業等の課題把握
令和4年度	入門的研修の本格実施、企業等の課題把握・課題を解決する高齢者の担い手との試行的なマッチング
令和5年度	入門的研修の継続、企業等の課題探し・困りごとを解決する高齢者の担い手とのマッチング

## (オ)生活支援サービスの継続

市、社会福祉協議会、シルバー人材センター、NPO法人等が生活支援のために実施しているサービスを継続支援します。

図表3-3 稲城市の生活支援のためのサービス

サービス名	サービス内容	実施主体
生活支援ホームヘルプサービス	生活に支障がある高齢者にヘルパーを派遣し、家事援助や軽度の生活支援を週2時間まで行う。 対象は、おおむね65歳以上の一人暮らしや高齢者のみ世帯で、要介護認定を受けていない高齢者。	市
有償家事援助「いなぎほっとサービス」	住民同士の助け合いの精神に基づき、会員制により有償で家事等のサービスの提供を行う。 対象は、高齢や障害、病気等の事情により、生活していく上で援助を必要とする人で社会福祉協議会及びほっとサービス事業の会員。	稲城市社会福祉協議会
家事援助サービス	家事援助を必要とする人を事前に訪問し、あらかじめ作業内容を決めた上で、家事援助サービスの提供を行う。 対象は、家事援助が必要な人。	シルバー人材センター
ハンディキャブ（福祉有償運送）	通院や外出に積極的な社会参加を支援するため、ハンディキャブ(リフト付自動車)を運行する。 車イス利用者、介助の必要な人は、家族またはヘルパーの同乗が必要。 対象は、身体の障害や高齢等により歩行が困難で、単独でタクシー等の公共交通機関の利用が困難な人で社会福祉協議会及びハンディキャブ事業の会員。	稲城市社会福祉協議会
配食サービス	食事づくりが困難な家庭へ、月曜から金曜まで、週5日間、夕食を届けるサービスを行う。配食時在宅確認・見守りを行っている。 対象は、高齢者、病後・産後等で食事づくりが困難な人で本会の会員。	NPO法人 支え合う会みのり
ふれあいセンター	「ずっと稲城で暮らしたい・・・」ふれあいセンターは、このような願いを地域で支えることを目的として設置された、地域の人たちが運営する「小地域福祉活動」の拠点。 対象は、地域に住む子どもから高齢者まで。	稲城市社会福祉協議会
会食交流会	市内の公共施設等で、ボランティアが用意した昼食を皆で食べ、レクリエーションや介護予防について等の情報提供を行う。 対象は、70歳以上の高齢者。	NPO法人 支え合う会みのり
寝具乾燥サービス	寝具を月1回、消毒・乾燥するサービス。 対象は、65歳以上の在宅で一人暮らしまたは寝たきりの状態で、住環境が寝具を干すのに適していない高齢者。	市
紙おむつの支給	紙おむつを現物支給するサービス。 ※収入等により、負担金がある。また、支給限度額(1ヶ月5,000円)を超えた場合は、その差額は全額負担となる。 対象は、①市内在住、在宅の65歳以上で、臥床等の状態にあるため、常時おむつを必要としている要介護認定1～5の高齢者、または障害者手帳をお持ちの人。②市内在住、在宅の64歳以下で、常時おむつの必要な状態にある障害者手帳をお持ちの人。	稲城市社会福祉協議会
緊急通報システム	家庭の電話回線を利用した緊急通報端末機器を設置し、利用者が、機器のボタンを押すことで委託業者のコールセンターにつながり、必要に応じて委託業者・救急隊が利用者のもとへ出動する。 対象者は、身体上慢性疾患(特に心疾患)があり、日常生活において常時注意を要する状態にあるおおむね65歳以上の一人暮らしの高齢者及び高齢者のみ世帯高齢者。	市
徘徊高齢者家族支援サービス	携帯型端末機器を貸与し、行方不明となった時には24時間体制の受信センターと家族との連携で居場所を探索し、事故等を未然に防ぐことにより家族が安心して介護できるよう、支援するサービス。 対象者は、おおむね65歳以上の著しい徘徊行動の見られる高齢者。	市

## ウ. 対応策の評価・改善

### (ア) 協議体等での議論

上記のように実施した対応策は、第二層・第一層協議体、生活支援コーディネーターらが議論する協議体連絡会で実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かします。

### (イ) 指標

本事業の成果等は、令和4年度(2022年度)に実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における元気高齢者の「主観的幸福感」や「主観的健康観」、各「虚弱リスク」、「外出頻度や友人・知人との面会頻度」等の変化で確認します。

また、各年度において、各事業の参加者等に同様の項目をアンケートで採取し、各事業の成果を確認します。

## (2) 元気な高齢者の健康の維持(一般介護予防事業)

### ① 現状と課題

地域包括ケアシステムの5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」のうち、主に「予防」の体制整備を進めるため、市では、高齢者であれば誰でも参加できる介護予防講座の開催や自主的なグループ活動を支援しています(一般介護予防事業)。

#### ア. 事業の概要、経緯

一般介護予防事業の推進にあたっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要です。つまり、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチだけでなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことができる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれた支援が重要です。

また、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく、参加することができる住民運営の通いの場が充実していくような地域づくりが重要だとされています。その際、人と人とのつながりに加えて、地域における幅広い専門職(保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等)の関与が重要だと指摘されています。認知症予防や早期発見の観点から、医師会等と連携しながら保健師等が通いの場で健康相談を実施することも求められています。さらに、サービスC(短期集中型の介護予防サービス)や地域ケア個別会議(自立支援型)、生活支援体制整備事業と連携させて進めることも重要だと指摘されています。こうして令和7年(2025年)までに高齢者の8%が通いの場に参加するような地域づくりが求められています。

さらに、今後、厚労省から提供されるようになる地域支援事業にかかるデータやアウトカム指標を踏まえてPDCAサイクル等を意識した事業運営が求められています。同様に今後、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、後期高齢者医療制度に

基づく保健事業の健診データ等から地域の健康課題を把握した保健師による助言や指導を活かすことが求められています。通いの場では、多様な主体が介護予防プログラムを提供することが求められるとともに、参加者の心身の改善等の成果に応じた報酬設定も求められています。

市では、平成16年度（2004年度）から3年間、東京都介護予防推進モデル地区として、「地域展開型転倒骨折予防教室」を開始し、稲城総合型地域スポーツクラブ（iクラブ）とともに受講生らが自主グループとして活動できるよう支援してきました。平成28年度（2016年度）から、これらグループを支援する介護予防サポーターを養成する等の取組みと通いの場支援補助金を開始しています。その他、平成30年度（2018年度）から市内民間スポーツクラブ等を活用し、高齢者向けプログラムを提供する介護予防体操教室を実施してきました。

また、平成19年度（2007年度）より登録した高齢者が市内介護施設等でボランティア活動して社会参加することを促す介護支援ボランティア制度を開始し、継続しています。

さらに健康長寿には栄養（食・口腔機能）・運動・社会参加という3つの柱が大切だという観点から、市内の大学やNPO法人とともに、平成14年度（2002年度）から一般高齢者や高血圧症等の方を対象に低栄養を防ぐ食事の講義や調理実習を行う食生活改善事業、平成29年度（2017年度）から歯科衛生士が口腔機能向上に、管理栄養士が低栄養予防に関する講義や実習を提供する口腔機能向上教室、さらには口腔、栄養、運動のプログラムを組み合わせた高齢者向けプログラムを提供する複合型介護予防教室を実施してきました。

なお、平成21年度（2009年度）から開始した地域交流・介護予防の拠点である押立の家を地域の空き家等を活用し、高齢者自らが運営の主体となり居場所づくりやボランティアの育成を進めるものとして市内各圏域に広げようと、平成23年度（2011年度）から大丸憩いの家を、平成24年度（2012年度）から平尾20クラブを、平成27年度（2015年度）から長峰木曜会を実施しています（地域介護予防活動支援事業）。

これに加えて、平成17年度（2005年度）から講演会と認知機能等の検査（ファイブコグテスト）により、認知症予防に取り組んできました。認知症予防の自主グループ3つの立上げや交流会等により活動の継続を支援してきました。平成30年度（2018年度）、31年度（2019年度）には有酸素運動を基本とした認知症予防教室を実施し、令和2年度（2020年度）から絵本読み聞かせ方を学び、幼児等へ読み聞かせて異世代交流を実施しながら、参加者自らの認知症の予防になる自主グループになることを支援する認知症予防教室「りぷりんと」に取り組んでいます。

#### イ. 第7期の主な取組み

上記のように一般介護予防事業は、講座・教室等の開催によるもの、住民主体の自主的な活動を支援するものに分けられます。後述するように第8期において、これら個々の事業の目的を明確にしますが、一部を除き第7期と同規模に実施します。

講座、教室等の名称	第7期の実施規模
地域介護予防活動支援事業	押立の家:週4回 大丸憩いの家・平尾20クラブ・長峰木曜会:週1回
転倒骨折予防教室	週1回×10週×年8回、10人程度
認知症予防教室りぷりんと	週1回×17週×年1回、20人程度
介護予防体操教室	週1回×12週×年6か所、10人程度
食生活改善事業	2日間×年1か所、1日間×年1か所、10人程度
複合型介護予防教室	週1回×8週×年2か所、20人程度
口腔機能向上教室	2日間×年2か所、20人程度

これらのうち、特に転倒骨折予防教室と認知症予防教室りぷりんととの修了生が自主グループになることを支援するとともに、下記のように自主グループの1つとして支援し続けています。

自主的な活動の支援	第7期の実施規模
高齢者による自主グループの継続の支援	計99グループ、2,077人(令和2年(2020年)12月現在) 生活支援コーディネーター等による支援 通いの場支援補助金の交付:30団体、計40万円程度
地区体力測定会	90分×年6か所、10～20人程度
転倒骨折予防教室を修了した自主グループのフォロー	年40グループ×2回、代表者の連絡会:年2回 体操動画の作成、配布
地域リハビリテーション活動支援事業	地域ケア会議:3人×年24回 地域ケア会議事前訪問:年10人 介護予防サポーター養成研修:1人×2回
介護支援ボランティア制度	年10回以上活動する人:360人程度
介護予防普及啓発事業	2時間×年3回×4圏域、10～20人程度

ただし、これらの多くは令和2年度(2020年度)においては、新型コロナウイルスの感染が拡大して外出を自粛する必要が生じたため、自宅でできる体操等に関する動画や情報を市のホームページに掲載し、市民に案内しました。また、緊急事態宣言が明けた6月には「休止していた高齢者の交流の場、活動の場の再開に向けた手引き」を作成して自主グループ等に配布するとともに、生活支援コーディネーターとともに再開を個別に支援しました。また、講座、教室等については開催方法等を工夫して実施しました。

#### ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

65～74歳の世代は虚弱リスクが少なく、一般介護予防事業の主たる対象は75～84歳あるいはそれ以上と考えるべきかもしれません。75～84歳人口は、第8期、第9期では僅かに増加し、その後は平行線を辿りながら僅かに減少して、令和22年(2040年)

には現在と同程度になると見込まれます。また、85歳以上の人口は15年後の令和17年（2035年）に現在の2倍になることが見込まれており、今後は85歳以上の高齢者でも利用できる一般介護予防事業とする必要があります。

東京都が要介護認定データをもとに算出した市区町村別の健康寿命によれば、要介護2以上の男女および要支援1以上の男性が都内2位、要支援1以上の女性が都内4位と高水準を維持しています。また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のうち、一般介護予防事業に参加経験がある元気高齢者の状況を平均値と比較したところ、転倒の不安がある方が多く、主観的健康観は低かったものの、昨年と比べた外出回数が減っていない方の割合は高く、事業に一定の成果があることが伺えました。また、各講座・教室等において独自の効果測定を行っており、講座・教室等の参加期間における成果は確認できているところです。

その一方で、これら講座・教室等の参加により、講座終了後も学んだことを継続する等により健康習慣を取り入れるようになったかどうかは十分に確認できていないところです。介護予防体操教室や複合型介護予防教室の参加者には、毎年度、連続して参加いただく方も多くなっています。また、地区体力測定会の参加者の主観的幸福感が平均値より1点前後、高かったこと、食生活改善事業の参加者の過半数は食の重要性を意識していることが伺えたことから、一般介護予防事業の参加者の多くは健康意識が高く、すでに一定の健康習慣を持っている高齢者が多いことが推測できました。

今後は、生活支援体制整備事業等で閉じこもりがちな高齢者を把握した場合は、積極的に一般介護予防事業を利用いただけるよう取り組む必要性が分かりました。また、既存の一般介護予防事業を好まない場合には、高齢者の興味や意欲も踏まえた一般介護予防事業を検討していくことも重要です。さらに、一般介護予防事業に専門職等が関与し、虚弱リスクがある高齢者には積極的に短期集中型の介護予防・生活支援サービスCの活用を促す必要があることも分かりました。

なお、全国的な調査<sup>1</sup>結果からは令和2年度（新型コロナウイルス感染症影響下）は、令和元年度（新型コロナウイルス感染症影響前）と比べ、外出の機会が20%減少し、認知機能低下やうつに関する項目の該当者が約5%増加した等の傾向がみられています。このことから一般介護予防事業の重要性は、さらに増しています。

## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において一部を除き第7期と同規模に、感染の拡大状況を踏まえながら、下記のように本事業に取り組めます。

### 目標（めざすべき姿）

閉じこもりがちな高齢者に介護予防の重要性や必要性を紹介します。また、地域活動への参加や健康習慣を持つことを提案し、これらが無い場合は一般介護予防事業を活用できるように、これらがある場合は健康習慣等を維持できるよう支援します。

<sup>1</sup> 令和2年度老人保健健康増進等事業「新型コロナウイルス感染症影響下における通いの場をはじめとする介護予防の取組に関する調査研究事業（日本能率協会総合研究所）」



## ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

### (ア) 協議体連絡会における議論

一般介護予防事業の主たる目的は、虚弱リスクはないものの健康習慣がない高齢者に健康習慣を持つことを支援するものです。この趣旨に照らし、一般介護予防事業の参加者の追跡調査や実施主体との意見交換により、参加者の状態像や健康習慣を取り入れた程度等を確認します。

参加者に虚弱リスクがある人がいる場合、サービスC（短期集中型の介護予防サービス）の利用の有無等を確認し、適切に利用できるよう支援できているか等の課題を分析し、対応策を検討します。健康習慣をすでに持っている人の参加が多い場合、そのような人を好事例として分析して事業展開の参考にするとともに、健康習慣のない人が参加しやすいよう内容や告知方法の改善を検討します。健康習慣がない人が参加しているものの、健康習慣を持つに至っていない場合、プログラムの内容等の改善を検討します。

### (イ) 健診結果等を踏まえた地域課題の抽出

後期高齢者医療制度に基づく保健事業の健診データ等を活用して、地域の健康課題を抽出するとともに、当該課題を踏まえた効果的な事業づくりについて議論・検討する関係者会議に第一層の生活支援コーディネーター等が参加し、一般介護予防事業や介護予防・生活支援サービスの在り方の検討に活かします。

## イ. 対応策の実施

### (ア) 各一般介護予防事業に適した対象者像に沿った案内

一般介護予防事業の講座・教室を開催する場合、生活支援体制整備事業で把握する閉じこもりがちな高齢者等の情報をもとに、虚弱リスクはないが健康習慣もない高齢者に、個別に程度等をもとに参加を呼びかけます。同様に、住所や状態像を参考に適した自主グループを案内し、参加者の確保も支援します。さらに、庁内とも連携して、介護予防を目的としない講座等についても適宜、案内することを開始します。

また、自主グループや講座等の参加者の虚弱リスクの有無を確認し、リスクがある方にサービスCを案内する他、リハビリ専門職等がグループや講座を訪問してサービスCの利用を提案する取組み（地域リハビリテーション活動支援事業）も開始します。

さらに、いなぎ在宅医療介護相談室が市内医師会員の医療機関向けに発行する通信等に一般介護予防事業やサービスCを紹介する等関係機関への周知を進めていきます。

### (イ) 地域介護予防活動支援事業の充実

市内の「通いの場」の中でも、市が委託し、運営している4か所の場（押立の家、平尾20クラブ、大丸憩いの家、長峰木曜会）には、事業の目的を達成するためにコーディネーターを配置しており、高齢者が自主的に運営する「通いの場」とは異なる機能が期待されます。

4か所の場において令和3年度（2021年度）にはもの忘れミニ講座等を試行的に実

施し、生活に大きな支障が出ていない程度の早期の認知症の方が通う場になるよう取り組みます。令和4年度（2022年度）以降も早期の認知症の方の「通いの場」となるよう取り組み、認知症の人の早期発見、早期対応が実現できるよう努めます。また、保健師でもある認知症支援コーディネーターが認知症予防の観点で健康相談に乗ります。

また、都営住宅の集会室を利用している大丸憩いの家と長峰木曜会については活動回数を増やすことについて検討し、会場の確保に関して東京都やJ K Kと協議します。

令和3年度	もの忘れミニ相談会等の試行的実施
令和4年度	もの忘れミニ相談会等の定期的実施
令和5年度	大丸憩いの家・長峰木曜会の活動回数の増の検討

#### (ウ)介護予防講座の継続・拡充

令和2年度（2020年度）に実施した一般介護予防事業の講座・教室等については、効果測定や事業内容の改善を重ねながら、原則として第8期においても同規模で実施します。また、参加者10名以上の確保の見込みが立たないため、実施できないことがあった転倒骨折予防教室については、会場の確保しやすさや新型コロナウイルスの感染防止の観点から10名以下の参加者しか見込めない場合であっても柔軟に実施し、自主グループの立上げを進めていきます。

また、生活支援体制整備事業で把握した、閉じこもりがちな高齢者の趣味・嗜好に沿った事業を検討します。

令和3年度	高齢者の趣味・嗜好の確認、趣味・嗜好に沿った講座の検討
令和4年度	趣味・嗜好に沿った講座のスケジュールや講師の検討
令和5年度	趣味・嗜好に沿った講座の試行

#### (エ)自主グループの支援

第7期において実施した自主グループの支援は、原則として第8期においても同規模で実施します。ただし、上記の通り、自主グループや講座等の参加者のリスクに応じてリハビリ専門職等が地域包括支援センターのプランナーとともにグループや講座を訪問し、短期集中型の介護予防・生活支援サービスCの利用を提案する取組み（地域リハビリテーション活動支援事業）も開始します。これら専門職の関与の効果も把握します。

#### (オ)保健事業との一体的実施

後期高齢者医療制度に基づく保健事業の健診データ等を活用し、保健師等がポピュレーションアプローチとして各自主グループの参加者のリスク等を勘案しながら、自主グループを巡回して、助言、指導する機会をつくります。さらに、同保健師がハイリスクな高齢者を指導するにあたり、リスクに応じて一般介護予防事業を利用できるよう案内します。

また、同様に国民健康保険制度の健診結果を活用した生活習慣病対策において介護予防の取組みと一体的に進めることを検討します。

**(カ)元気な高齢者が集う機会を活かした働きかけ**

転倒骨折予防教室や「りぷりんと」は修了後に自主化するよう働きかけていますが、これに限らず他の一般介護予防事業で実施する講座・教室等の修了時に、今後も自主的に集うことを参加者らに呼びかけます。

また、生涯学習課等の庁内関係部署と連携して、生涯学習講座等の何かしらのきっかけで集った高齢者らが継続して地域活動できるよう働きかけます。

**ウ. 対応策の評価・改善****(ア)協議体連絡会等での議論**

上記のように実施した対応策は、協議体連絡会で実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、第一層協議体や介護保険運営協議会で報告します。

**(イ)指標**

本事業の成果等は、令和4年度(2022年度)に実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における元気高齢者の主観的幸福感や主観的健康観、各虚弱リスク、外出頻度や友人・知人との面会頻度等の変化で確認します。さらに65歳健康寿命(東京保健所長方式)を確認し続けます。

また、各年度において、各事業の参加者等に同様の項目をアンケートで採取し、各事業の成果を確認します。

**(3) 支援が必要になってきた高齢者の自立支援****(介護予防・生活支援サービス事業)****① 現状と課題**

地域包括ケアシステムの5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」のうち、主に「予防」と「生活支援」の体制整備を一体的に進めるため、市では、要支援者や基本チェックリストに該当する高齢者(事業対象者)に訪問サービスや通所サービスを提供しています(生活支援・介護予防サービス事業)。

**ア. 事業の概要、経緯**

本事業は、全国一律で提供されていた要支援者に対する介護予防サービスのうち、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が平成27年度(2015年度)から市町村事業(地域支援事業)に移行されたものです。移行に伴い、従来の二次予防(一定のリスクがある高齢者に対する介護予防事業)と一体的になったため、事業対象者に事業対象者が加わるほか、サービスは目的に応じ、A～Dに分類されています。また、事業所の指定の要件等が市町村の判断により、柔軟に対応できるようになりました。

サービスA	従来の介護予防訪問介護や介護予防通所介護の指定要件を緩和し、地域の実情により提供しやすくしたもの
サービスB	ボランティア等の住民主体の支援によるもの
サービスC	リハビリテーション専門職等が短期集中的に提供するもの
サービスD	通所型サービスBとともに提供される移動支援と移送前後の生活支援

本事業では、生活支援体制整備事業で明らかになった生活支援の課題を解決する担い手の確保（サービスBの創出）、それに付随するサービスDのような移動手段を検討するための交通部門と連携等も一体的に実施することが求められます。これらサービスBやDは、要介護認定が出ても引き続き利用できるよう令和3年度（2020年度）から弾力化されます。

今後、厚労省から提供される介護レセプトや要介護認定情報のデータに高齢者の状態や提供される具体的な介護サービスの内容が加えられるため、これらを活用して本事業を効果的・効率的に推進することが求められています。また、要支援者に対しては、福祉用具貸与や訪問/通所リハビリサービス等が提供されるため、これら介護予防サービスと一体的になったケアマネジメントが求められるとともに、リハビリテーションサービスの提供体制や効果を確認することも求められています。

高齢者の心身の状態は自立、フレイル、要支援、要介護と連続的であるとともに、その状態は改善できるという考えに立って介護予防を進めることが重要です。また、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチだけでなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことができる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要です。そのため、地域における保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職や生活支援コーディネーター、認知症支援コーディネーター等の関与を得ながら、本事業を推進することが求められています。

市では、平成27年（2015年）4月に従来の介護予防訪問介護と介護予防通所介護を本事業の給付相当サービス事業所として「みなし指定」する他、第6期末には訪問型サービスA4か所、通所型サービスA9か所、通所型サービスC3か所を指定し、本事業を実施しています。ただし、市の人口規模に照らして、短期間で集中的に機能訓練ができる通所型サービスCの利用が低調なことが課題でした。

## イ. 第7期の主な取組み

### (ア)事業所の指定

平成29年度（2017年度）末で給付相当サービスのみなし指定期間が終了したため、平成30年（2018年）4月に指定しました。令和元年度（2019年度）には通所型サービスCが3か所加わるとともに、管理栄養士による訪問型サービスCの事業所を2か所加わり、サービスの多様化が進みました。また、令和2年度（2020年度）には通所型サービスAが2か所加わり現在、訪問型サービスA12か所、訪問型サービスC2か所、通所型サービスA24か所、通所型サービスC4か所となっています。

#### (イ)サービスCの積極的活用

通所型サービスCの利用が低調だったことに加え、管理栄養士による栄養指導を行う訪問型サービスCが提供できることとなったため、市では令和元年（2019年）9月に「サービスC優先の原則」を提示し、サービスAを効果的に提供する方法を見立てるためにも、まずサービスCの導入を提案するよう地域包括支援センターのプランナーらに求めました。それに伴い、サービスCの自己負担は廃止し、利用しやすいものとなりました。

#### (ウ)地域ケア個別会議(自立支援型)の刷新

市が主催する地域ケア個別会議（自立支援型）の在り方を見直すため、令和元年（2019年）6月、7月に秦野市（神奈川県）の地域ケア個別会議を視察し、サービスC優先の原則の導入に合わせて10月から毎月、1回、すべての新規プランを対象にする形式に刷新しました。専門職には市の保健師、理学療法士、歯科衛生士、生活支援コーディネーターが参加するとともに、訪問型サービスCを提供する管理栄養士にも参加いただき、地域の要支援高齢者等が置かれている状況等を概観しました。そして、令和2年（2020年）3月には刷新した地域ケア個別会議（自立支援型）から浮かび上がった課題や改善策を議論する地域ケア推進会議を開催しました。

ここで、管理栄養士による訪問型サービスCの必要性をプランナーだけで判断するのが難しいとされたため令和2年度（2020年度）からは、地域リハビリテーション活動支援事業で管理栄養士を派遣し、高齢者等に支援の必要性を説明できるようにするとともに、プランナーらがこの事業を活用すべきかを簡易に判断するための高齢者栄養スクリーニング調査票を作成しました。

なお、令和2年度（2020年度）は新型コロナウイルスの感染拡大を防止するため、地域ケア個別会議（自立支援型）の開催を4月から6月までは見送りましたが、7月から専門職らだけで新規プランの全件を概観して課題を抽出する地域ケア個別会議（自立支援型）を月に1回、プランナーが一部のケースについて専門職らに助言を求めるために開催する地域ケア個別会議（自立支援型）を月に1回、開催しています。

#### (エ)感染症対策加算等の創設

令和2年（2020年）3月頃から急速に新型コロナウイルス感染症が拡大して本事業の通所型サービスは利用の自粛が続き、高齢者の虚弱の進行が懸念されました。また、限られたスペースで密を避けるために、利用定員を制限する必要性も生じました。そこで市では、9月から通所型サービスAに、一定の感染防止策を講じた事業所に対して、利用者負担がない感染症対策加算を設けるとともに、通所型サービスが利用を自粛する高齢者に対して、通所に代わり電話により自宅等のできる介護予防体操等を指導した場合に算定できる安否確認サービスを創設して、通所型サービス事業所による高齢者の支援をバックアップしています。

## ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

東京都が要介護認定データをもとに算出した市区町村別の健康寿命によれば、平成30年の市内男性が要支援1以上になるのは82.52歳、女性は83.77歳となっており、これらは都内では高水準の値です。したがって、本事業の主たる対象者は今後も増減が少ない75～84歳とも考えられますが、今後、さらに健康寿命が延伸することを見込むと、令和17年（2035年）に現在の2倍になる85歳以上が滞りなく利用できる体制をつくる必要があります。

サービスC優先の原則を導入したものの、令和2年（2020年）3月に開催した地域ケア推進会議の時点で訪問型、通所型ともにサービスCが利用されることはあまりありませんでした。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から事業対象者に該当する方は、地域にたくさんいるにもかかわらず利用につながらないことについて、地域ケア推進会議や地域包括支援センター連絡会、地域ケア個別会議（自立支援型）で議論したところ、次のような現状が浮かび上がりました。

### （ア）サービスCに適していると認識する高齢者の少なさ

地域包括支援センターには、個人でできる色々な工夫をしたけれども心身機能が落ちてきたため、家事援助やデイサービスを頼りたいという高齢者の相談が多い。あるいは要介護状態から懸命のリハビリを経て、要支援にまで改善してきたケースを担当することも多いこと。こういった高齢者に対して、サービスCによる機能訓練を提案しても興味を示さないことが多いこと。

### （イ）公的サービスを利用することに対する抵抗感

機能訓練に適している高齢者が相談に来た場合でも、今まで介護保険のような公的サービスを使わずに頑張ってきたため、生活支援・介護予防サービス事業という公的サービスを利用することで、要介護状態の世界に入るようで怖いと感じる方が多いこと。

### （ウ）栄養や食事、口腔ケアの視点の難しさ

虚弱になっている高齢者に身体機能を確認することは自然とできるが、具体的な食事内容や量、義歯の利用状況や口腔ケアの実施程度を確認することは、プランナーからすると高齢者の私的領域に踏み込むようで聴き取りづらいこと。現に、栄養や口腔ケアの視点でのアセスメントが弱いプランが多いこと。

### （エ）生活課題を踏まえた目標設定の重要性

高齢者が本事業により実現したい生活が具体的に描けている場合は、状態の改善に結びつきやすいこと。ただし、そのようなプランは一部に留まること。

### （オ）要支援の方に提供される介護予防サービスも含めて検討する必要性

サービスCを利用しない場合であっても、通所リハビリ、あるいは訪問リハビリ、訪問看護によるリハビリ等が提供されている事例も多いこと。また、福祉用具の貸与

のみ利用し、散歩の継続等、自助努力のみにより介護予防に努めている要支援者も多いこと。

#### (カ) サービスCの効果を検証する必要性

サービスCの利用について、令和元年度（2019年度）は進まず、令和2年度（2020年度）に入っても新型コロナウイルスの感染拡大の影響を受け上半期は利用が低調でしたが、9月頃より利用される事例が増えてきたものの、サービス利用の開始や継続、効果等について点検し、課題を抽出する必要があること。

## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

閉じこもりがちな高齢者や支援が必要な高齢者をより把握し、介護予防・生活サービス支援事業を必要とする高齢者が利用できることを目指します。また、健康習慣の獲得を支援し、サービスの介護予防の効果がさらに高まることを目指します。

#### ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

##### (ア) 地域ケア個別会議(自立支援型)

令和元年度（2019年度）から積極的に開催してきた地域ケア個別会議（自立支援型）を月に2回開催しながら適宜、目的に沿って内容を変更し、現状分析と課題抽出を続けます。

令和3年度（2021年度）はサービスCの利用事例とともに訪問/通所リハビリサービスの利用率や受給率を確認しつつ利用した事例を確認します。課題の抽出や分析も進めますが、成功事例と要因を分析することを進めます。また、参加者に通所型サービスCや訪問/通所リハビリサービスの提供事業者の専門職を含めることも検討します。

##### (イ) 地域ケア推進会議の開催

上記の地域ケア個別会議（自立支援型）から抽出された課題を明確にするとともに、解決策を議論する地域ケア推進会議を年1回以上、開催します。

#### イ. 対応策の実施

##### (ア) プランナー・サービス提供事業者向け

令和3年度（2021年度）、地域リハビリテーション活動支援事業（一般介護予防事業）を活用し、地域ケア個別会議（自立支援型）を踏まえ専門職らが、プランナーらが知っておくべきだと考えた知識や具体的な対応について勉強会を開催します。さらに、介護予防の効果を高められるよう必要に応じて専門職がサービス提供の現場を訪問し、生活課題を踏まえた目標設定の方法、栄養や口腔の視点も含めたアセスメント

の方法、自助努力のみにより介護予防に努めている要支援者に対する助言について支援できるよう検討します。必要に応じて、これらは令和4年度（2022年度）以降も継続します。

また、令和3年度（2021年度）中に地域ケア個別会議（自立支援型）を通じてサービスC等の成功事例を見出し、令和4年度（2022年度）にはプランナーとサービス提供事業所に成功の要因等を報告いただく機会を設けます。この際、プランナーやサービス事業者に加えて、改善した高齢者本人からも報告いただくことを検討します。

令和3年度	専門職によるプランナー向け勉強会 サービス提供の現場への訪問による支援
令和4年度	サービスCの成功事例の共有（本人や事業所による報告会等）
令和5年度	サービスCの成功事例の共有（本人や事業所による報告会等）

#### （イ）市民向け

閉じこもりがちな高齢者も含め、介護予防・生活サービス支援事業を必要とする高齢者全体に利用できるよう、生活支援体制整備事業や一般介護予防事業等で把握した情報をもとに、リスクに応じて本事業を案内します。

その際、公的サービスを利用することに対する抵抗感を軽減するため、利用する高齢者の視点に立ったサービス名称を付与し、これを掲載したパンフレットを作成して、活用します。

令和4年度（2022年度）には改善事例を取めた動画を作成してホームページに掲載し、高齢者の心身の状態は自立、フレイル、要支援、要介護と連続的であるとともに、その状態は改善できることを説明するためのツールを充実させます。さらに令和5年度（2023年度）には、改善した本人や事業所による市民向け説明会を試行的に開催し、サービスCの利用を広げます。

さらに、いなぎ在宅医療介護相談室が市内の医師会員の医療機関向けに発行する通信等に一般介護予防事業やサービスCを紹介します。

令和3年度	サービスCを紹介するパンフレットの作成、配布
令和4年度	成功事例の動画等作成
令和5年度	改善した本人や事業所による市民向け説明会

#### ウ. 対応策の評価・改善

##### （ア）地域ケア個別会議（自立支援型）等での議論

上記のように実施した対応策は、地域包括支援センター連絡会、地域ケア個別会議（自立支援型）、地域ケア推進会議で検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

##### （イ）指標

本事業の成果等は、令和4年度（2022年度）に実施する介護予防・日常生活圏域ニ一



ズ調査における元気高齢者及び要支援者の主観的幸福感や主観的健康観、各虚弱リスク、外出頻度や友人・知人との面会頻度等の変化で確認します。

また、各年度において、各サービスの利用者と同様の項目をアンケートで採取し、各サービスの成果を確認します。

## (4) 地域包括支援センターの機能強化

### ① 現状と課題

5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」からなる地域包括システムを有効に機能させるため、各圏域に専門職を配置した地域包括支援センターを設置しています（包括的支援事業（地域包括支援事業の運営））。

保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士（三職種）等の専門職の知識を活かしながら常に情報を共有し、互いに業務の理念、基本的な骨格を理解した上で、連携・協働の体制をつくり、チームとして地域包括ケアシステムを推進する機関です。

地域での各種サービス、保健・医療・福祉の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動等インフォーマルな活動を含め、地域における様々な社会資源の有効活用を図り、ネットワークを構築していく役割があります。

#### ア. 事業の概要、経緯

地域包括支援センターの業務は、①介護予防・生活支援サービスの介護予防ケアマネジメント業務、②地域の高齢者とネットワークを構築するとともに、高齢者の心身や生活の状況を把握して相談を受け、必要なサービスにつなげる総合相談支援業務、③地域住民やサービスだけでは十分に問題が解決できない高齢者等が尊厳ある生活が送れるよう権利擁護のために必要な支援を行う権利擁護業務、④高齢者の状況や変化に応じて包括的かつ継続的に関係機関や職種が関われるよう、地域における連携・協働の体制づくりや個々のケアマネジャーに対して支援する包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、からなります。

介護保険法により、市は地域包括支援センターに対して運営方針を明示することになっています。また、厚労省から示された地域包括支援センター評価指標に基づき自己評価し、PDCAサイクルを活用した事業運営が求められています。また、居宅介護支援事業所等との連携による相談支援機能の強化、特に介護離職の防止の観点を踏まえ、介護に取り組む家族等を支援すること等も求められています。

業務量に応じた人員配置が求められていますが、今後の急激な高齢化を見据え、三職種以外の専門職や事務職の配置を含め、必要な体制を確保することが求められています。同様の観点から、要支援者等に対する介護予防ケアマネジメント業務を外部委託しやすい環境を整えることも提案されています。

また、地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、「相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つを一体的に実施する包括的な支援体制を構築することが求められています。

市では、平成18年度（2006年度）から整備をはじめ、平成24年（2012年）10月に4つの日常生活圏域に1か所ずつ整備されました。また、生活支援体制整備事業における生活支援コーディネーターの配置、一般介護予防事業における地域介護予防活動支援事業や介護予防普及啓発事業、認知症総合支援事業における認知症支援コーディネーターの配置、任意事業における家族介護支援事業を地域包括支援センターやセンターの運営法人に委託し、本事業を円滑に行う体制を推進しています。

また、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施のために、保健医療福祉に関する専門職とともに市が主催する地域ケア会議に参加し、介護予防や自立支援に資するサービスを提供するために必要な方策を検討するプロセスに積極的に参画しています。さらに、介護支援専門員、保健医療福祉に関する専門職、民生・児童委員やその他の関係者、関係機関及び関係団体で構成される地域ケア個別会議（困難ケース解決型）を主催して個別ケースの対応策を検討するとともに、抽出された地域課題を共有し、地域づくりや政策形成へと結びつくよう取り組んでいます。

## イ. 第7期の主な取組み

### （ア）地域包括支援センター連絡会の開催

4つの地域包括支援センターのセンター長または全職員が一堂に会し、各圏域の高齢者の実状や支援方法に関する課題、他市での好事例等について市と情報交換や意見交換して認識を共有する地域包括支援センター連絡会を毎月、1回、開催しました。

### （イ）巡回相談

担当圏域における高齢者宅を巡回し、高齢者の心身の状況、家族の状況等の実態を把握し、支援が必要な高齢者を発掘しました。

### （ウ）地域ケア会議への参加あるいは開催

市が主催する地域ケア個別会議（自立支援型）や地域ケア推進会議に参加する他、ケアマネジャー等が困難を感じている事例等について地域ケア個別会議（困難ケース解決型）を開催しました。

### （エ）評価指標に基づいた自己評価

毎年度、厚労省から示された地域包括支援センター評価指標に基づいて自己評価を実施するとともに、市による評価と照らし合わせ、認識の相違を客観的に把握しました。

### （オ）ケアマネジャー向け研修

令和元年度（2019年度）、令和2年度（2020年度）は地域包括支援センター主催によるケアマネジャー向け研修を実施しました。令和元年度（2019年度）はインフォーマルサービスをテーマに計2回、令和2年度（2020年度）はリ・アセスメントシートの活用をテーマに計1回開催しました。

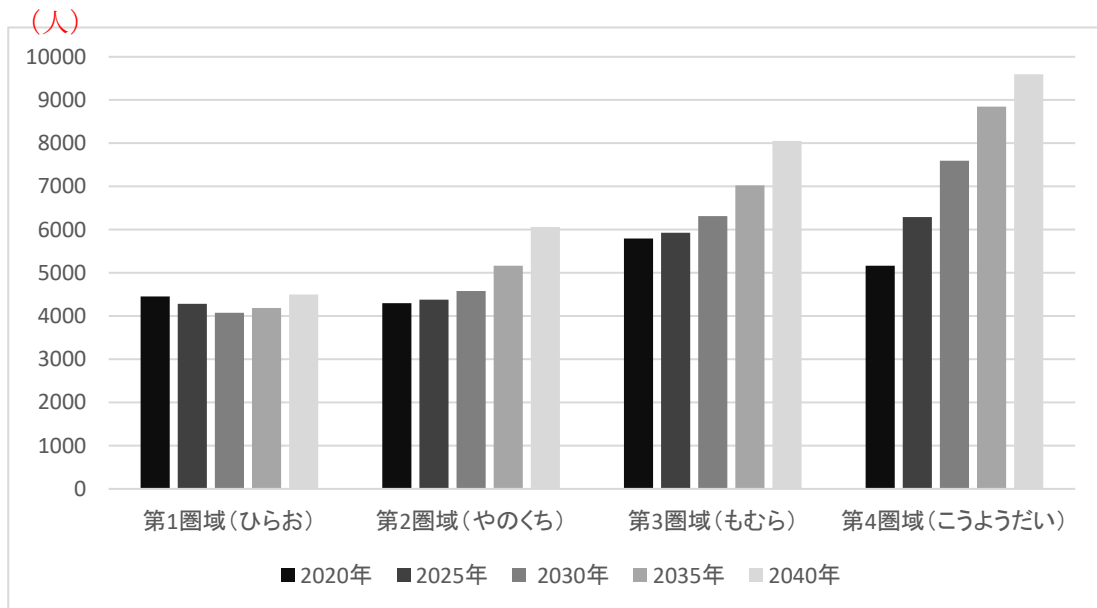
### (カ)エレガントもむらにサテライト開設

市内の大丸、東長沼、百村地区を担当し、特別養護老人ホームいなぎ苑内に事務所を構える地域包括支援センターエレガントもむらが、効率的に身近なところで相談できる体制を作るために、令和元年（2019年）12月、南武線稲城長沼駅前にサテライト（出張所）の相談室を開設し、週3日間の相談受付をはじめました。

### ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

地域包括支援センターが担当する各圏域の高齢者人口は下図やP16～18の通り異なっており、それに応じて課題や対応策が異なっています。

図表3-4 圏域ごとの65歳以上の高齢者人口の推移(推計)



また、85歳以上の高齢化率は、市内では平尾地区が突出しており、それは15年後に向けて増加し続けますが、15年後は向陽台が追い付き、令和22年（2040年）には同じニュータウン地区である長峰地区や若葉台地区も同水準になることが見込まれています。

また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果のうち要介護・要支援認定等を受けていない元気高齢者の様子を分析すると、地域活動等に参加しない（できない）高齢者の様子は、いずれの圏域においても十分に確認できておらず、その中には虚弱リスクがある方が多いことに気付かされました。その一方で、地区により「子どもらに呼び寄せられて転入する高齢者が多い」「宅地開発に伴い市外から転入する世帯が多い」等の傾向や特徴が異なることが考えられることから、実情に応じて対応することも求められます。

地域包括支援センター評価指標に基づいた自己評価からは、市内の地域包括支援センターについて総合相談業務や権利擁護業務は充実しているが、介護予防ケアマネジメント業務や包括的・継続的ケアマネジメント業務、地域ケア会議の実施や活用について改善の余地があることが分かりました。さらに高齢化や制度改正により業務量が

増える一方で、配置が必須とされている三職種（特に保健師）を含めて、人材を確保しづらい状況にあることが分かりました。

介護予防ケアマネジメント業務については、市主催の地域ケア個別会議（自立支援型）を通じて改善が図れること、地域ケア会議の実施や活用については地域包括支援センター主催の地域ケア個別会議（困難ケース解決型）以外に年に1回、地域課題等を振り返る地域ケア推進会議を開催することで改善が図れることを議論しました。包括的・継続的ケアマネジメント業務を改善するため、ケアマネジャーが抱える困難事例に関する地域ケア個別会議（困難ケース解決型）の開催に取り組んできましたが、圏域内の高齢者のケアマネジメントは居宅介護支援事業所が担っており、ケアマネジャーと事例を必ずしも共有するとは限らないため、ケアマネジャーを支援しづらい関係性にあることが分かりました。そのため令和元年度（2019年度）からケアマネジャー向け研修を開催しながら、ケアマネジャーの困りごと等を把握することとしました。

## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

閉じこもりがちの高齢者の把握に努めます。また、市内の医療・介護の関係機関以外との連携をさらに進めます。ケアマネジャーに自立支援や介護予防、重度化防止の視点の必要性や可能性を示します。

#### ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

##### (ア) 地域包括支援センター連絡会による議論

毎月、地域包括支援センター連絡会を開催し、各業務の進捗や課題を把握します。

##### (イ) 地域ケア推進会議の開催

市主催の地域ケア個別会議（自立支援型）、地域ケア推進会議に地域包括支援センター職員が参加し、介護予防ケアマネジメント業務の改善を図ります。

また、地域包括支援センターが主催してきた地域ケア個別会議（困難ケース解決型）を継続するとともに、毎年度、地域ケア推進会議を圏域ごとに開催し、地域課題の整理や解決に向けて議論します。

##### (ウ) ケアプラン検討会等を活用したケアマネジャーの現状把握

毎年度、市が主催するケアプラン検討会の内容や事業者連絡会ケアマネ部会での議論等を分析してケアマネジャーが抱える課題やニーズを抽出し、地域包括支援センターと共有します。

##### (エ) 評価指標に基づく自己評価

毎年度、地域包括支援センター評価指標に基づき、自己評価するとともに、市が自

已評価した結果と照らし合わせ、課題等を抽出します。

## イ. 対応策の実施

### (ア) 人員配置の充実

地域包括支援センターが三職種に限らず人員を充実できるよう支援します。

### (イ) 地域包括支援センターごとの運営方針の提示

毎年度、市が地域包括支援センターに示す運営方針は、地域課題等を反映させ、圏域ごとに応じたものとします。

### (ウ) 「断らない相談」の継続

8050 問題等の地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応するため、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める相談支援を行います。また、障害福祉関係機関や子育て支援機関さらに地域福祉担当と連携し、参加支援や地域づくりに向けた支援を一体的に提供できるよう努めます。

### (エ) ケアマネジャー向け研修の開催

毎年度、ケアマネジャー向け研修を実施します。開催にあたっては、ケアプラン検討会等で把握したケアマネジャーの課題等を踏まえる他、研修時の質疑応答や研修後に採取するアンケートを通じて、包括的・継続的ケアマネジメントを推進するにあたった課題を抽出するとともに、ケアマネジャーと地域包括支援センターとの顔の見える関係の構築を推進します。

### (オ) 地域ケア推進会議の開催

地域包括支援センターが主催する地域ケア個別会議（困難ケース解決型）から抽出される地域課題や解決策等を整理するため、圏域ごとに毎年度、1回以上、地域ケア推進会議を開催します。

### (カ) 地域ケア個別会議（自立支援型）の開催

市が毎月、2回程度主催する地域ケア個別会議（自立支援型）に地域包括支援センター職員も参加し、介護予防ケアマネジメント業務の資質の向上に努めます。

### (キ) 介護に取り組む家族等への支援

介護離職の防止の観点をつまえ、地域の実状を勘案しながら、同居する高齢者を介護する場合だけでなく別居の高齢者の介護に取り組む家族等も想定し、家族等の介護者に対して介護サービス等に関する相談会等により支援します。

## ウ. 対応策の評価・改善

### (ア) 地域包括支援センター連絡会等での議論

上記のように実施した対応策は、地域包括支援センター連絡会で実施回数や参加者

数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

#### (イ) 指標

本事業の成果等は、毎年度、実施する地域包括支援センター評価指標や保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づき確認します。

## (5) 総合的な認知症施策の推進（認知症総合支援事業）

### ① 現状と課題

地域包括ケアシステムは5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」が一体的に提供されるものですが、認知症は進行する疾患であることに鑑み、認知症施策は総合的に進めています。

#### ア. 事業の概要、経緯

認知症施策については、これまで「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づき推進されてきましたが、今後、認知症の人の数が増加することが見込まれることから、さらに強力な施策を推進していくため、令和元年（2019年）6月、国の認知症施策推進関係閣僚会議において認知症施策推進大綱がとりまとめられました。大綱では、普及啓発等において認知症の人本人からの発信支援の重要性が示されるとともに、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくことが示されました。ここでいう「共生」とは、認知症の人が尊厳と希望をもって認知症とともに生きるという意味、認知症であってもなくても同じ社会でともに生きるという意味の2つを兼ねていることが示されました。また「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味であることが強調されました。

認知症や認知機能の低下がある人を支援する医療・ケア・介護サービスが本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援できるよう「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を踏まえた研修等を実施し質の向上や連携の強化を推進すること、家族等の介護者の負担を軽減する取組みを推進することも求められています。

また、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組みを推進することも求められました。同様に、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ等）の構築、成年後見制度の利用促進等の地域における支援体制を整備することも求められています。

さらには、若年性認知症の人への支援を推進すること、世界アルツハイマーデー（9月21日）や月間（9月）に合わせた普及啓発イベントの開催等も求められています。

市では、平成27年度（2015年度）に市内2つの地域包括支援センターに配置した認知症支援コーディネーターを中心に、認知症に関する総合的な相談・支援体制の充実や総合的な認知症施策の推進を図っています。また、平成27年には東京都が稲城台病院を地域連携型認知症疾患医療センターに指定しました。平成28年10月には稲城市で最初の認知症ケアパスを作成し、以後も定期的に改定を進めています。これとともに認知症初期集中チームのマニュアルの作成を進め、平成29年度から認知症疾患医療センターである稲城台病院に委託して、チームの活動をスタートさせています。さらに平成29年度からは市のホームページに認知症の簡易チェックサイト「これって認知症？」「わたしも認知症？」を掲載し、認知症の普及啓発や早期発見に努めているところです。

なお、要介護状態になった認知症の人の在宅生活を支えるために適したサービスの1つである小規模多機能型居宅介護支援事業所または看護小規模多機能型居宅介護支援事業所を4圏域に1か所ずつ整備するとともに、認知症対応型共同生活介護事業所（いわゆるグループホーム）も4圏域に1か所ずつ整備しています。

## イ. 第7期の主な取組み

### (ア) 認知症支援コーディネーターによる総合的な施策推進

第7期においても、地域包括支援センター「やのくち」「こうようだい」に配置した認知症支援コーディネーターを中心に、総合的に認知症施策を推進してきました。コーディネーターを配置しない圏域においても、認知症の取組みが停滞しないよう、「やのくち」のコーディネーターは「エレガントもむら」圏域を、「こうようだい」は「ひらお」圏域を支援しています。

認知症施策は総合的に推進することがある一方で、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になること等を含め、多くの人に身近なものとなっていることを踏まえ本計画書では、

- ・ 認知症の人の権利擁護、市民に認知症の理解を広げる認知症サポーター養成事業、ステップアップ講座の開催は「高齢者の権利を守るためのネットワークの構築・高齢者虐待の防止」（P153）
- ・ 認知症になることの予防に関する取組みは「一般介護予防事業」（P111）
- ・ 要介護状態になった認知症の人が利用する介護保険サービスは第4部
- ・ 認知症の人の介護者の支援は「介護に取り組む家族等への支援の充実」（P149）に掲載します。

### (イ) 認知症カフェの検討、開始

市では認知症の人の家族（介護者）の声を聴く機会（家族会）や居場所（デイサービス等）はあるものの、本人の声を聴く機会が不足していることを認識しながら、平成30年度（2018年度）より認知症支援コーディネーターとともに認知症カフェの開催について検討ははじめました。近隣市の認知症カフェの見学等を重ねるなかで、本人の声を聴く機会の重要性を再認識したため、市が実施する認知症カフェは「本人のピアサポートを主たる目的としたタイプ」にすることとし、認知症の人本人が、自身

の希望や必要としていること等を本人同士で語り合う場にするにとしました。

令和元年（2019年）6月から、同様の認知症カフェを運営しているNPO法人ひまわりの会「まちの保健室」（町田市）の支援を受けながら、毎月、第1・3木曜日の午後の2時間を原則に「ふらっとcaféやのくち」（矢野口）にて、オレンジカフェ矢野口を開催しています。また、カフェの開始を周知するため、5月に地域連携型認知症疾患医療センターの医師による講演を含むオープニングイベントを開催しました。新型コロナウイルスの感染拡大の防止のため令和2年度（2020年度）3月～7月は休止していましたが、感染防止策を講じながら認知症カフェは継続しています。

#### （ウ）認知症初期集中支援チームによる訪問支援

本事業は、認知症、またはその疑いのある医療・介護サービスを受けていないまたは中断している高齢者等の自宅を訪問し、認知症についての困りごとや心配なこと等の相談を受け、状況に応じて受診や各種サービス利用調整等、家族の介護負担軽減等も含め認知症に関する初期支援を集中的に提供するものです。チームは、認知症専門医、医療・福祉・介護の専門職（看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）等で構成され、状況に応じてチームの一部が訪問します。

平成30年度（2018年度）の対応は4ケース（うち新規3ケース、終結1ケース）、令和元年度（2019年度）の対応は6ケース（うち新規3ケース、終結3ケース）、令和2年度（2020年度）（12月末現在）の対応は10ケース（うち新規9ケース、終結1ケース）となっています。

#### （エ）認知症の人を支援する医療・介護関係者への支援

令和2年（2020年）9月に第8期の認知症施策を議論することを目的に認知症施策連絡会を開催し、関係者の横のつながりをつくる機会としました。また11月には、在宅医療・介護連携事業の一環として市内の医療・介護関係者に対して、認知症疾患医療センターの医師等を講師に迎え、認知症の医学的な理解や対応方法等に関する研修や市の認知症施策の報告をオンラインで実施しました。

### ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

要介護認定を受けた人のうち、認知症自立度Ⅱ以上の高齢者は令和22年（2040年）には現在の1.7倍近くになることが見込まれています（P14）。認知症は一定の年齢で必ずしも発症するわけではありませんが、85歳以上の人口は15年後の令和17年（2035年）に現在の2倍になることが見込まれており、要介護認定を受ける前の認知症の人も合わせると急増することが見込まれます。

認知症の本人が望む具体的な生活について、厚労省の研究事業で「認知症のご本人やご家族の生活安寧指標」として示されたため、令和2年（2020年）9月に認知症施策連絡会を開催し、関係する事業者や認知症支援コーディネーター、保健師に加えて認知症初期集中支援チーム員（兼認知症疾患医療センター職員）、認知症家族会オレンジiと、認知症の人本人が望む生活を実現するために必要な施策等について意見交換し、次のことが指摘されました。

- ・ 認知症高齢者グループホーム入居者は、生活の基本的な安心感ともいえる「13項



目」の得点は高くなるが、買い物等の社会参加の程度ともいえる「11項目」の得点は低くなる。一方で、在宅サービスを利用している認知症高齢者は「11項目」は得点を得やすいが、「13項目」に課題が出やすい。総得点は、在宅サービス利用者よりグループホーム入居者の方が高くなる傾向がある。

- ・したがって中度以上については、在宅サービス利用者については13項目を、認知症高齢者グループホーム等の居住系サービスの入居者については11項目を担保できるように取り組むことが必要だと考えられる。
- ・サービスを利用していない方、あるいはインフォーマルなサービスについても注意を向けることも重要である。大半がサービスの利用に至る前に発症に気づいており、早期に何らかの対応ができていたら、生活の質を落とさずに済んだと考えられる。

図表3-5 認知症のご本人やご家族の生活安寧指標

参考 認知症のご本人やご家族の生活安寧指標（ご本人・ご家族用）

令和元年度の厚生労働省老健事業「認知症施策のアウトカム指標実用化を推進するための調査研究事業」では、信頼性と妥当性が確認された指標として下記が提示された。

認知症のご本人の生活状態（1～24項目）について、「（ご自身でなくても）現在、介護保険サービスやご家族等の支援を受けながら実現できている程度」を右の「1～4」から一つ選択してください。		できていない	あまりできていない	まあまあできています	できています
13項目	1 家の中に落ち着ける場所がある	1	2	3	4
	2 家族や親戚、親しい人たちのつながりが保たれている	1	2	3	4
	3 部屋になじみのものが置いてある	1	2	3	4
	4 心地よい部屋で過ごす 例) 色彩、音、装飾、温度、湿度、匂いなど	1	2	3	4
	5 テレビを見たり新聞を読んだり（聞いたり）する	1	2	3	4
	6 夜ぐっすり眠れる	1	2	3	4
	7 話を聞いてくれる人がいる	1	2	3	4
	8 食事がおいしい	1	2	3	4
	9 お風呂に入る	1	2	3	4
	10 身だしなみを整える	1	2	3	4
	11 日中は適切に清潔な服に着替える	1	2	3	4
	12 健康的な食事ができる	1	2	3	4
	13 トイレに行く	1	2	3	4
小計Ⅰ（1～13の合計点）					点

認知症のご本人の生活状態（1～24項目）について、「（ご自身でなくても）現在、介護保険サービスやご家族等の支援を受けながら実現できている程度」を右の「1～4」から一つ選択してください。		できていない	あまりできていない	まあまあできています	できています
11項目	14 買い物をする機会がある	1	2	3	4
	15 自分で使えるお金を持っている	1	2	3	4
	16 趣味やレクリエーションなど楽しい活動をする 例) 読書、音楽鑑賞、旅行など	1	2	3	4
	17 いろいろな行事を楽しむ 例) 誕生日、正月、花見、七夕、月見、クリスマスなど	1	2	3	4
	18 家の外になじみの場所がある	1	2	3	4
	19 家の周りが片付いている	1	2	3	4
	20 地域の一員として社会参加する 例) 地域の清掃など	1	2	3	4
	21 選挙に行くなどの政治活動を行う	1	2	3	4
	22 家族や周りの人の役に立つことをしている	1	2	3	4
	23 安全に外出し、帰宅できる	1	2	3	4
	24 軽い運動をする（散歩を含む）	1	2	3	4
小計Ⅱ（14～24の合計点）					点

総合計（小計Ⅰ+小計Ⅱ） 1～13項目 点 + 14～24項目 点 = 総合計 /96点

また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果のうち、要介護・要支援認定等を受けていない元気高齢者について、「物忘れが多いと感じますか」「今日が何月何日か分からない時がありますか」の両方に「はい」と答えた方を軽度認知症の人と見なし分析したところ、軽度認知症の人の主観的幸福感、元気高齢者の平均値に比べ1点近く低く、これは3年前と同じ傾向であることが分かりました。また、軽度認知症の人のうち外出頻度や友人・知人との面会頻度が多い高齢者は、頻度が低い高齢者に比べ、主観的幸福感が1点近く高いことが分かりました。なお、軽度認知症の人の知人との面会頻度や相談相手の有無は、地区により異なることも分かりました。

認知症初期集中支援チームと認知症支援コーディネーターや市とが令和元年度（2019年度）にチームの運用状況を振り返ったところ、「医療や介護サービスに繋がらない本人を訪問」と例示して対象事例を募っていたため、チームが効果的に活用できないことに気づきました。そこで医療や介護サービスに繋がっていても十分にそれらが活用できていない事例に広げて訪問支援したところ、令和2年度（2020年度）には

作業療法士等の支援により生活のしやすさが改善した事例等が見られ、早期に対応する価値をチームで共有しました。なお、外出の自粛等で急激に認知症が進み、著しく生活に支障が出ている高齢者のみの世帯の対応に追われることが以前より増えたため、今後はチームの果たす役割が大きくなると見込まれます。また、認知症疾患医療センターとの議論からは、かかりつけ医等からの相談が少ないことが分かるとともに、早期に発見しても地域に対応できる場や支援が少ないことが課題に挙げられ、これは認知症支援コーディネーターが地域包括支援センター職員向けに実施したアンケート結果とも一致した認識でした。

オレンジカフェ矢野口では、認知症の人らにより様々な意見や心情が交わされ、早期に受診し、感じていた違和感が認知症によるものであることを確認した方がよいという意見や体験談を聞くことがある一方で、認知症だと診断されると差別される心配が増えるといった声、認知症カフェのような場があつてよかったという意見が聞こえました。

## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

認知症の人が望む生活状態が送れる地域づくりを目指します。特に認知症初期の人の声を聴き、早期に発見した場合に有効に対応できる体制を整えます。

#### ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

##### (ア) 認知症施策担当者連絡会

月に1回程度、認知症支援コーディネーターと市が議論する場（認知症施策担当者連絡会）を開催します。不定期に開催される認知症初期集中支援チーム員連絡会での議論、オレンジカフェ矢野口で認知症の人から出された意見、認知症サポーター養成講座の実施や高齢者見守りネットワークの協定力事業者の巡回等を含めて、認知症支援コーディネーターの総合的な施策推進に伴い把握した情報等を吸い上げて、課題分析します。

##### (イ) 認知症施策連絡会

関係する事業者や認知症支援コーディネーター、保健師に加えて認知症初期集中支援チーム員（兼地域連携型認知症疾患医療センター）、地域拠点型認知症疾患医療センター認知症家族会と、認知症の人本人が望む生活を実現するために必要な施策等について、年に2回程度、議論する場を設けます。

#### イ. 対応策の実施

##### (ア) 軽度認知症の人の生活に役立つ知恵に関する冊子の作成

認知症を早期に発見しても、対応策が分からないため、早期に発見する意味につい

て課題として抽出されました。

そこで、例えば、もの忘れが多くなった後に馴染んだ家電製品が壊れ買い替えが必要な際は、最新式の多機能のものでなく、馴染んだ様式に近い物を選ぶことで、家電製品を使い続けられるようになる可能性が高まります。このように、認知症が疑われてから、介護サービスの利用に至るくらい生活に支障が出るまでの「空白の期間」に役立つ知恵を先行事例や体験談等から整理し、冊子にまとめ活用していきます。

また、作成した冊子を活用、ミニ講座等を開催し、認知症の適切な理解に努めます。

令和3年度	軽度認知症の人の生活に役立つ知恵の収集、冊子案の作成
令和4年度	冊子の印刷製本、冊子を活用した普及啓発
令和5年度	冊子を活用した普及啓発

#### (イ)認知症カフェの継続、拡充

オレンジカフェ矢野口を継続し、認知症の人本人の意見を聴く場の確保に努めます。会場から遠いために参加が難しい認知症の人への移動支援についても検討し、他の地区や圏域でのニーズの発掘に努めます。

また、本人の意見やアイデアを活かした認知症の普及啓発の方法を実現できるよう努めます。その際、本人から発信できる機会を確保できるよう努めます。

さらに、令和5年度（2023年度）には市内の他の圏域でオレンジカフェ矢野口同様に認知症カフェが開催できるよう、令和4年度（2022年度）から検討を開始します。

令和3年度	オレンジカフェ矢野口の継続
令和4年度	2か所目の認知症カフェ開設の検討
令和5年度	2か所目の圏域での認知症カフェの開始

#### (ウ)地域介護予防活動支援事業の充実

市内の4か所の通いの場（押立の家、平尾20クラブ、大丸憩いの家、長峰木曜会）において令和3年度（2021年度）にはもの忘れミニ講座等を試行的に実施し、生活に大きな支障が出ていない程度の軽度認知症の方が通う場になるよう取り組みます。令和4年度（2022年度）以降も軽度の認知症の方の「通いの場」となるよう取り組み、認知症の人の早期発見、早期対応が実現できるよう努めます。また、医療職でもある認知症支援コーディネーターが認知症予防の観点で健康相談に乗ります。

また、都営住宅の集会室を利用している大丸憩いの家と長峰木曜会については活動回数を増やすことについて検討し、会場の確保に関して東京都やJ K K（住宅供給公社）と協議します。

令和3年度	もの忘れミニ相談会等の試行的実施
令和4年度	もの忘れミニ相談会等の定期的実施
令和5年度	大丸憩いの家・長峰木曜会の活動回数増の検討

#### (エ)認知症初期集中支援チームによる訪問支援

認知症初期集中支援チームによる訪問支援を継続します。特に軽度認知症の人の生活に役立つ知恵が、認知症の人の現状に沿ったものであることを確認すべく、訪問支援により生活のしやすさの改善事例を増やすことを目標とします。また、改善事例は速やかに関係者と共有し、チームの有効な活用につながる事例の発掘につなげます。

#### (オ)認知症疾患医療センターとの連携

地域介護予防活動支援事業の充実等の認知症施策にあたっては、東京都が指定した地域連携型認知症疾患医療センターである稲城台病院の協力を得ながら、連携を図ります。連携を進めながら、かかりつけ医に認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームの活動を周知することを支援し、かかりつけ医が地域連携型の認知症疾患医療センターと連携して、早期発見と早期対応が進むことを目指します。

#### (カ)認知症ケアパスの更新と活用

認知症の早期に対応できる場や冊子等の社会資源の充実を反映させ、令和4年度(2022年度)に認知症ケアパスを更新し活用していきます。

#### (キ)若年性認知症の人の支援

若年性認知症の人の数は多くないものの、働き盛りに発症することから、要介護高齢者を対象とした認知症施策では支援が行き届かないことが指摘されています。第8期においては、令和4年度(2022年度)からアルツハイマー月間である9月に若年性認知症を知るためのイベントを開催します。また、そのイベントでは若年性認知症の参加者から、希望や困りごと等の相談の機会を設けます。その中から少ない事例であっても、事例を通じて社会参加活動等を支援し、東京都多摩若年性認知症総合支援センターと連携しながら必要な社会資源の充実を図ります。

### ウ. 対応策の評価・改善

#### (ア)認知症施策連絡会等での議論

上記のように実施した対応策は、認知症施策担当者連絡会やグループホーム・看多機・小多機認知症施策連絡会で実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、在宅医療・介護連携推進協議会や介護保険運営協議会で報告します。認知症初期集中支援事業については、認知症初期集中支援検討委員会にて、支援チームの活動状況を報告し検討します。

#### (イ)指標

本事業の成果等は、令和4年度(2022年度)に実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における元気高齢者のうち、「物忘れが多いと感じますか」「今日が何月何日か分からない時がありますか」の両方に「はい」と答えた人の主観的幸福感、外出頻度や友人・知人との面会頻度の変化で確認します。

また、各年度において、各事業の参加者や利用者等に同様の項目や「認知症のご本人やご家族の生活安寧指標」をアンケートで採取し、各事業の成果を確認します。

## (6) 在宅医療と介護との連携の推進（在宅医療・介護連携推進事業）

### ① 現状と課題

地域包括ケアシステムの5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」のうち、主に「医療」と「介護」を一体的に提供できる体制を整えるため、市では、医療機関と介護サービス事業者等の関係者の連携を推進しています。

#### ア. 事業の概要、経緯

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市は地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図ることが重要であり、これは入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において求められています。

本事業の内容は厚労省から下記のように（ア）～（ク）として8種の具体的な事業が例示されていました。また、第8期計画で意識すべきこととして①4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識した体制整備、②（ア）～（ク）の実施を目的とせず、地域の目指す姿を明確にしてPDCAを意識した進捗管理、③看取りや認知症への対応の強化、が示されました。

市では平成26年度（2014年度）に本事業について議論するための稲城市在宅医療・介護連携推進協議会を設置し、平成25年度（2013年度）～平成27年度（2015年度）に実施した摂食・嚥下機能支援推進事業も引き継いでいるところです。

#### イ. 第7期の主な取組み

##### ◆現状分析・課題抽出・施策

- (1) 「ア. 地域の医療・介護の資源の把握」のために第6期に作成した稲城市在宅医療介護連携マップ(日常生活圏域ごとの医療や介護サービスの社会資源に関する情報をまとめたものをインターネット上に公表したもの)を第7期においても毎年、更新するとともに地域資源の把握に努めてきました。
- (2) 「イ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」のために、第7期において毎年、3回程度、稲城市在宅医療・介護連携推進協議会および研修検討部会を開催しました。また、いなぎ在宅医療介護相談室に寄せられた相談内容やケアマネジャー向けアンケート結果等を分析しました。

稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の構成員（選出母体）  
 稲城市医師会、東京都八南歯科医師会稲城支部、稲城市薬剤師会、稲城市立病院、東京都南多摩保健所、認知症初期集中支援チーム、稲城市居宅介護支援事業者等連絡会、稲城市地域包括支援センター

- (3) 「ウ. 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」のために、在宅で療養する要介護高齢者や家族、医療や介護等の関係者が安心できるよ

う、病状の変化時に入院治療を受けるための病床を確保する稲城市在宅医療支援病床確保事業を実施しました。

◆対応策の実施

- (4) 「エ. 医療・介護関係者の情報共有の支援」として、多職種連携研修を開催するとともに、ケアマネ向けアンケートから分かった現状や課題、ノウハウについて情報提供しました。
- (5) 「オ. 在宅医療・介護連携に関する相談支援」として、稲城市在宅医療・介護連携支援センター事業として実施している「いなぎ在宅医療介護相談室」を継続しました。相談件数は平成30年度36件、令和元年度63件、令和2年度64件（2月末現在）となっています。
- (6) 「カ. 医療・介護関係者の研修」として、毎年度、年1回の多職種研修、2回の専門研修（内容は下記の通り）を開催しました。

平成30年度	薬局薬剤師と在宅医療の関わり 入れ歯と口腔ケアに関するワンポイント
令和元年度	ゆたかな人生を支えるエンドオブライフ・ケアとACP 摂食・嚥下と栄養
令和2年度	認知症の人が話せる地域社会 認知症を受け止められないご本人・ご家族へのアプローチ

- (7) 「キ. 地域住民への普及啓発」として、市民向け講演会（内容は下記の通り）やシンポジウムを開催するとともに、パンフレットを作成しました。

平成30年度	認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために
令和元年度	介護が必要になっても住み慣れたわが家で療養しながら暮らす方法
令和2年度	認知症になっても自分らしく生きるために

- (8) 「ク. 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」として、東京都が開催する二次保健医療圏担当者情報交換会に参加し、その内容を稲城市在宅医療・介護連携推進協議会で共有しました。

◆対応策の評価・改善

毎年度、実施した事業の実施結果やアンケート結果を稲城市在宅医療・介護連携推進協議会で振り返り、評価するとともに改善点等を検討しました。

ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

医療と介護の両方が必要になる割合は85歳以上になると一般的に急激に上昇しますが、市の85歳以上の人口を推計したところ、15年後頃には現在の2倍になることが見込まれることが分かりました（P103）。そのため、在宅医療と介護との両方を提供する体制を、15年で2倍にする必要があります。なお、これは要介護3以上の高齢者の伸び率を上回るものです。

また、85歳以上の人口は15年後以降には横ばいとなりますが、その後も高齢化は進むとともに死亡者数は増え続けるため、15年後以降も病院や自宅、施設等とあらゆる

場所での看取りの体制を充実させる必要があります。

#### (ア) ケアマネを対象にしたアンケートから

平成27年度（2015年度）、30年度（2018年度）、31年度（2019年度）にケアマネジャーを対象にアンケートを実施し、在宅医療を利用する要介護高齢者の実態を把握したところ、下記のことが分かりました。

##### ◆在宅医療の導入に果たすケアマネジャーの役割について

在宅医療を開始する理由の多くは「身体機能の低下」による「介護者の負担増大」であり、利用の開始の多くはケアマネジャーがきっかけとなっているとともに、実際に在宅医療を利用するために必要な情報収集もケアマネジャーが行っていることが分かりました。したがって在宅医療の適切な利用にはケアマネジャーが在宅医療の特徴をよく理解していることが重要であることが分かりました。

##### ◆看取りに関する意思表示と人生会議(ACP)との関係について

平成30年度（2018年度）の調査では、在宅での看取りを希望していた人の7割、在宅以外での看取りを希望していた人の9割が、希望の看取りを実現していました。その一方で、看取り場所の希望が分からなかった人の9割は病院で看取られていました。

令和元年度（2019年度）の調査では、看取りの場所として在宅医療を利用する要介護高齢者本人の4割、家族の3割が自宅を希望し、本人・家族ともに自宅を希望しているのは3割以下でした。ただし、人生会議の実施状況とクロスしたところ、受けたいあるいは受けたくない医療・療養について詳しく話し合っているほど、自宅を希望する割合が高く、本人と家族との希望が一致する割合が高くなっていました。

##### ◆医療と介護との連携と人生会議(ACP)との関係について

ケアマネジャーの人生会議への取組み状況を調査したところ、「してほしい/してほしくない治療やケア」については難しくないものの、特に「信頼する家族等と本人との考えが異なる場合の対応」に苦労していることが分かりました。ただし、医療機関と連携できていないと感じている場合は、すべてについて難しく感じていました。なお、自由記載から、在宅医療を利用している場合は、医療機関と連携できていると感じることが伺われました。

したがって、人生会議の実施を推奨するためには、ケアマネジャーが在宅医療以外の医療機関と連携できるよう支援することが重要なことが分かりました。

#### (イ) 医療計画見直しのためのアンケート等から

市では独自に医療計画を作成しており、その見直しのために市内の医療機関を対象にアンケートを実施しました。また、在宅医療を提供する医療機関にヒアリングしたところ、下記のことが分かりました。

**◆在宅医療を開始する予定の医療機関はない**

アンケートにて「患者本人の病状の悪化や介護者負担の増加等により、外来通院できていた患者が通院できなくなった場合の対応」について確認したところ、現在「自ら訪問診療・往診を行う」とした9機関は、今後も同様にしたいと考えていました。さらに、現在は自ら訪問診療・往診を行っていない機関で、今後は自ら訪問診療・往診を行うとした医療機関はありませんでした。また、現在「在宅医を紹介する」とした10機関は、今後も同様にしたいと考えているとのことでした。したがって、現在、自ら訪問診療・往診を行っている機関を支援すること、現在、在宅医を紹介している機関が在宅医療を紹介しやすいよう支援することが重要なことが分かりました。

**◆在宅医療の負担軽減策について**

ヒアリングから、患者が増えても当面は対応できることが伺えた一方で、皮膚科や耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科等の専門科医が往診してくれると助かると感じる在宅医が多いことが分かりました。これを裏付けるようにアンケートでは、眼科や耳鼻科、皮膚科等の専門科を標榜する診療所の多くは今も今後も外来通院が難しくなった場合は「家族に対応を依頼する」と回答していました。さらにこれら診療所に電話でヒアリングしたところ、検査器具がないと見立てられないから一度は外来受診する必要があるが、その後は在宅医と連携して患者の負担を軽減したいと考えている。また、現在「在宅医を紹介する」とした医療機関は自ら訪問診療できないからこそ、しっかり在宅医療につなぎたいと考えていることも分かりました。

したがって今後は、市内の医療機関が円滑に在宅医を紹介できるよう支援することが効果的かつ効率的だと考えられます。なお、在宅医療の負担軽減に資するかもしれない在宅医と介護事業所等との情報共有の仕組みについては、新たな電子ツール等が導入されることはかえって負担を増やす旨の意見が聞かれました。

**(ウ)在宅医療・介護連携推進協議会での議論から**

連携における課題やテーマについて議論したところ、令和元年度はACPや人生の最終段階、令和2年度は認知症がある人の支援をテーマに研修等を企画することとしました。また、4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を意識した体制整備を進めることについて議論したところ、4つの場面いずれにおいても課題が多く、同時に検証することは難しいため、まずは日常の療養支援について点検しながら4つの場面を意識することとしました。



## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

在宅医療が必要な状態になった場合に、ケアマネジャーやかかりつけ医が円滑に在宅医を紹介できることを目指し、支援します。

#### ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

##### (ア) 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催

第7期で行った現状分析・課題抽出・施策立案を継続させるため、毎年、3回程度、稲城市在宅医療・介護連携推進協議会を開催します。協議会には医療計画や消防（救急）の担当部署に加えて、地域包括ケアシステムの構築推進に関する連携協定を結び、本事業について情報提供いただけることとなっている製薬会社や保健所も交え、広域的な視点も踏まえて協議します。

協議会での議論に沿い、7期で行ったケアマネジャー向けアンケート等を適宜、実施し、把握した現状に基づき、下記のようなことについて議論します。

- ・ 日常の療養支援における課題と対応策
- ・ その他、3つの場面における課題と対応策（特に在宅での看取りや入退院時における医療・介護関係者間の情報共有ツールについて）
- ・ 認知症の人の医療と介護の連携における課題と対応策
- ・ ケアマネジャーが在宅医療以外の医療機関と連携できるよう支援する方策
- ・ 在宅医療を提供する機関の負担の軽減策

##### (イ) 稲城市在宅医療介護連携マップの更新

第8期においても毎年、更新することを通じて、地域資源を把握します。また、同様に稲城市在宅医療・介護連携事業所等一覧を更新しながら、現状の把握に努めます。

##### (ウ) 研修検討部会の開催

医療と介護の専門職に対する研修の企画・立案にあたり研修検討部会を開催し、医療と介護の現状を分析する機会とします。また、研修後のアンケートを部会で分析することで、課題抽出や施策立案の機会とします。

##### (エ) いなぎ在宅医療介護相談室による相談対応

在宅医療・介護連携に関する相談支援として市内外の医療・介護関係者を対象とし、市医師会に開設している、いなぎ在宅医療介護相談室を継続し、医療と介護の連携に関して相談できる場を設けることで、医療介護関係者への支援及び現状把握や課題抽出の機会とします。

## (オ)二次保健医療圏担当者情報交換会への参加

東京都が開催する当会議に参加し、在宅医療・介護連携に関する関係市区町村と連携するとともに、その内容を稲城市在宅医療・介護連携推進協議会で共有して広域的な在宅医療の提供体制の現状や課題を把握します。

## イ. 対応策の実施

## (ア)在宅医療を紹介するパンフレットの作成を通じた連携の推進

患者本人の病状の悪化や介護者負担の増加等により、外来通院できていた患者が通院できなくなった場合に、かかりつけ医やケアマネジャーが円滑に訪問診療を提供する在宅医を紹介できるよう、市内で診療する在宅医等を紹介するパンフレットを作成します。

作成したパンフレットは市内の医療機関やケアマネジャー等に配布し、在宅医療が必要になってきた高齢者に円滑に提案しやすい環境を整えます。また、パンフレットの作成や配布を通じて、眼科や耳鼻科、皮膚科等の専門科目を掲げる診療所を取材し、検査等を除き、通院せずに在宅医との連携により提供できる医療の例を確認しながら、在宅医との連携により提供できる関係性の構築に努めます。

令和3年度	パンフレット作成に向けた訪問診療を提供する診療所の取材
令和4年度	訪問診療を提供する医療機関のパンフレット印刷製本 専門科を掲げる診療所の取材
令和5年度	専門科を掲げる診療所の取材内容を在宅医と共有

## (イ)多職種連携研修、専門職研修

医療・介護関係者が医療と介護の両方を必要な状態になった高齢者に的確に支援できるように毎年度、年1回の多職種研修、2回の専門研修を開催します。特に多職種連携研修では、医療と介護の関係者がグループワーク等でチームを構成する機会を創出します。

## (ウ)市民向け講演会やシンポジウム

地域住民が在宅医療という選択肢を持てるよう普及啓発のために講演会等を市医師会との共催で開催します。特に在宅医療の必要性を感じてきた高齢者の身体機能を考慮し、身近な会場でも複数回、開催することを目指します。

## (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

市在宅医療・介護連携推進協議会で議論するために実施するケアマネジャー向けアンケート等から分かった現状や課題、ノウハウについて、医療・介護関係者にも提供し、情報共有の機会にします。

## (オ)市在宅医療支援病床確保事業

在宅医療を受けている要介護高齢者が、病状の変化時に入院治療を受けるための病床を確保し、在宅で療養する要介護高齢者本人やその家族が地域で安心して生活でき、

また、医療や介護等の関係者が不安なく在宅医療に携わることができる環境を整備します。利用が多くないことから、利用状況や使い勝手を確認し、事業内容の見直しを検討します。

## ウ. 対応策の評価・改善

### (ア) 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会での議論

上記のように実施した対応策は、稲城市在宅医療・介護連携推進協議会で実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

### (イ) 指標

本事業の成果等は、下記のような第7期に現状分析のために行ったケアマネジャー向けアンケートや市民向け講演会の参加者向けアンケート等で採取した項目と同じものを採取し、時系列で比較することで確認します。

- ・ 市民向け講演会にて「いざというとき、利用/検討しようと思う」人の数
- ・ 在宅医療を利用する世帯におけるACP「詳しく話し合っている」の割合
- ・ 在宅医療を利用する世帯における本人と家族との希望する看取り場所の一致率
- ・ 介護予防・日時用生活圏域ニーズ調査における最期を迎えたい場所が「自宅」の割合
- ・ 訪問診療を提供する診療所数
- ・ 在宅医療を利用する人の数
- ・ ケアマネが人生会議に「できるだけ取り組んでいる」割合
- ・ ケアマネが、本人等が希望する看取り場所は不明とする割合
- ・ ケアマネによる医療機関との連携に関する主観的感觉

## (7) 高齢者の居住安定に係る施策との連携(多様な住まいや施設の確保)

### ① 現状と課題

地域包括ケアシステムの5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」のうち、「住まい」を提供できる体制を整えるため、市では、多様な高齢者の住まいの整備を進めています。

図表3-6 市内の高齢者の住まい等

(単位:人、施設)

項目	市内整備 定員数等	市内整備 施設数	入居者の介護度	市民要件
市営高齢者住宅	12人	1	自立	有
シルバーピア(都営住宅)	34人	1	自立	地元割当のみ有
生活支援ハウス	10人	1	自立～軽度	有
軽費老人ホーム	30人	1	自立～軽度	無
サービス付き 高齢者向け住宅	163戸	3	自立～要介護	無
有料老人ホーム	209人	4	主に要支援～要介護	無
認知症グループホーム	60人	4	認知症で 要支援2～要介護5	有
介護老人保健施設	192人	1	要介護1～5	無
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	334人	3	要介護3～5	無

### ア. 事業の概要、経緯

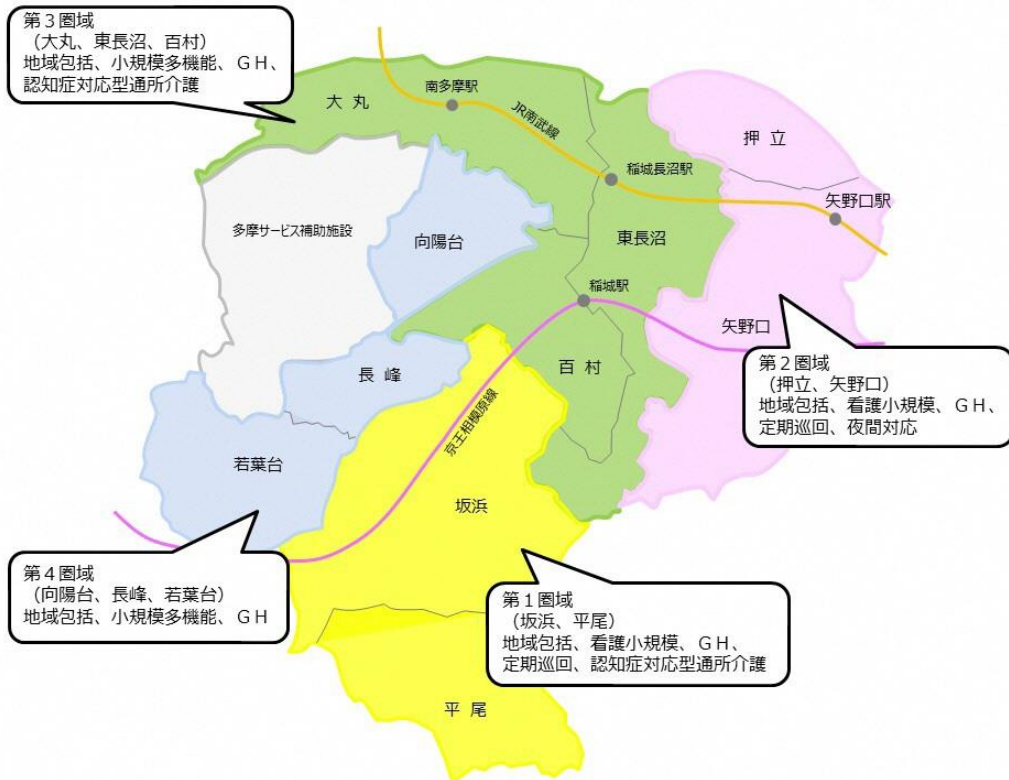
住まいは地域包括ケアシステムの基礎となるものであり、地域においてそれぞれの生活のニーズに合った住まいが提供され、かつ、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されることが、保健、医療、介護等のサービスが提供される前提となります。都市部では高齢者人口の増加に備え、特別養護老人ホーム等従来からの介護サービスに加え、特定施設入居者生活介護も含めた効果的な介護基盤整備を行うことが重要です。その際、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等の高齢者向け住まいの設置状況を把握すること等が求められています。さらに、これらの質の確保を図ることが重要であり、居宅サービス等の提供状況の把握や要介護認定の過程等で未届けの有料老人ホームを確認した場合は、積極的に都道府県に情報提供するとともに、介護サービス相談員を積極的に活用することも求められています。

また、在宅サービスの充実を図る観点から、例えば在宅生活における必要なサービスに柔軟に対応しやすい地域密着型サービスの地理的配置バランスも勘案した整備等

も考慮しながら、必要なサービスの種類ごとの量の見込みを定めることも求められています。

市では、これまで地域包括ケアシステムの基礎となるエリアである日常生活圏域ごとに地域密着型サービスの運営事業者を公募等により計画的に整備してきており、全日常生活圏域に（看護）小規模多機能型居宅介護及び認知症高齢者グループホームを、南北の2日常生活圏域にそれぞれ定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び認知症対応型通所介護を整備しました。

図表3-7 日常生活圏域別地域密着型サービス



イ. 第7期の主な取組み

第7期期間中においては、認知症高齢者グループホームの定員の少ない第1圏域内に1施設の整備を計画し、令和3年月上旬の開設を予定しています。

平成30年度	令和元年度	令和2年度
—	—	○認知症高齢者グループホーム整備中 令和3年月上旬サービス提供開始予定

ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

市内のサービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームに実施しました、「市内の高齢者の住まいのアンケート調査」の結果から、市内に住民登録がない居住者が多数暮らしていることが判明しました。誰が入居しているのか居住実態が把握できていないという点で、防犯・防災の観点からも、市では課題であると考えています。

## ② 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

**目標（めざすべき姿）**

**医療や介護が必要な状態になっても、それぞれの生活のニーズに合った住まいが住み慣れた地域にできることを目指します。**

## ア. 現状分析・課題抽出・改善・施策立案

- ・市高齢者施設長会での現状把握

年2回開催している市高齢者施設長会で、市内施設の入所状況や申込状況等を確認し、現状把握や課題を抽出します。

- ・事業者連絡会等での現状把握

事業者連絡会に参加するケアマネジャー等に市内のサービスの充足程度等を確認します。

## イ. 対応策の実施

第8期においては、引き続き医療や介護が必要に状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域密着型サービスの整備を引き続き推進していきます。第三次保健福祉総合計画のサービス基盤の整備計画に基づき当事業に取り組みます。認知症高齢者の増加を見込んで、ニーズの高い認知症高齢者グループホームを引き続き整備し、また在宅の要介護者を支える24時間365日のサービスである（看護）小規模多機能型居宅介護の整備を計画します。

## 【計画目標】

施策等	令和3年度	令和4年度	令和5年度
整備計画	—	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症高齢者グループホーム 1か所(定員 18人)</li> <li>● (看護)小規模多機能型居宅介護 1か所(定員 25~29人)</li> </ul>
整備予定	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症高齢者グループホーム 1か所</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症高齢者グループホーム 1か所</li> <li>● (看護)小規模多機能型居宅介護 1か所</li> </ul>

## ウ. 対応策の評価・改善

上記のように実施した対応策は、市高齢者施設施設長会や事業者連絡会で整備状況等を確認し、市介護保険運営協議会や第三次稲城市保健福祉推進委員会に報告しながら、意見交換して課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かします。

## 2 自立支援・介護予防・重度化防止に関する取組みと目標

介護保険制度の理念を踏まえ、平成29年（2017年）の介護保険法改正において、介護保険事業計画に、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に関し、市が取り組むべき施策と目標を記載することになりました。

ここでは市が第8期において優先的に取り組むべきだと考える3つの施策について、あらためて整理して記載します。

### （1）閉じこもりがちな高齢者の把握と支援

#### ① 現状と課題

高齢者の自主グループや第二層協議体等の地域活動に参加する高齢者の多くには健康習慣があり、虚弱リスクがある人も少ない一方で、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査からは、介護予防サービスを利用しない高齢者の中にも、何らかの虚弱リスクがある高齢者が多いことが分かりました。

地域活動に参加せず、何らかの虚弱リスクがある高齢者（閉じこもりがちな高齢者）にこそ介護予防事業が必要ですが、こういった高齢者は地域活動に参加しないことも多く、情報が届きにくい上に、ニーズを把握できず、支援につながりづらいことが課題です。

#### ② 第8期における具体的な取組み

75歳以上の単身世帯等に対し、民生・児童委員がアンケートを配布し、虚弱リスクや健康習慣の有無、生活課題等を把握します。また、アンケートの回答がない世帯を地域包括支援センターが訪問します。さらに、後期高齢者医療制度の保健事業の健診データ等を活用し、高齢者の健康状態を把握し、必要な支援に努めます。

把握した情報を活用し、必要な支援につなぎます。また、把握した情報を整理し、地区別やリスク別に分析して地域課題を抽出します。

#### ③ 目標（事業内容、指標等）

アンケートは令和3年度（2021年度）に実施し、回収率80%を目指します。また、未回収世帯については巡回訪問で補い、対象とした全世帯の把握を目指します。リスクや健康習慣の有無に応じて適切な介護予防サービスや一般介護予防事業の講座・教室を案内する等、必要な支援につなげることを目指します。さらに、これらサービスや講座等への参加状況を把握します。また、令和3年度（2021年度）中にデータを整理し、虚弱リスクがある高齢者の割合や人数を算出します。

また、令和4年度（2022年度）以降も民生・児童委員との協力を進め、閉じこもりがちな高齢者の実態把握や支援ができるよう努めます。

#### ④ 目標の評価方法と時点

定期的に、リスク等を把握した高齢者の数、サービスや講座等を案内した割合、さらにサービスや講座等の利用に結び付いた高齢者の数を確認します。

また、毎年度、算出される健康寿命に加え、介護保険事業計画（第9期）の作成に向けて令和4年度（2022年度）に実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果を集計した際に、元気高齢者の「虚弱リスクの割合」、「外出頻度」、「友人・知人との面会頻度」、「健康習慣」や「健康意識の有無」が令和元年度（2019年度）に実施したものに比べ改善しているかを点検します。

## （2）要支援高齢者の状態の改善

### ① 現状と課題

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果から虚弱リスクがあると考えられる高齢者の数に照らし、平成27年度（2015年度）に指定した短期集中型で機能訓練を提供する通所型サービスCの利用は第6期において著しく低調でした。第7期に入っても低調だったため、令和元年度（2019年度）に市主催の地域ケア個別会議（自立支援型）を開催するとともに自己負担を廃して、令和元年度（2019年度）に指定した管理栄養士による訪問サービスCとともに活用を促進し、僅かに利用が進みました。

地域活動に参加せず、何らかの虚弱リスクがある高齢者（閉じこもりがちな高齢者）のように、虚弱リスクが生じはじめ、サービスC等の利用により状態が改善しやすい高齢者からの相談がほとんどないことが分かりました。また、利用が少ないため、利用した高齢者の状態が改善する事例を生んで成功事例を共有して広げることが進まないことが分かりました。

### ② 第8期における具体的な取組み

サービスCの利用者が状態を改善するための地域ケア個別会議（自立支援型）を開催し、介護予防の効果が高まるよう取り組み、成功事例を把握して成功要因を分析します。成功事例は報告会等を開催して地域包括支援センターやサービス提供者等の関係者と共有するとともに、動画等を作成して市民にも紹介できるようにします。



### ③ 目標（事業内容、指標等）

令和3年度（2021年度）に地域ケア個別会議（自立支援型）を開催し、成功事例を複数、見い出します。令和4年度（2022年度）には成功事例を共有する報告会を開催するとともに、成功事例を収めた動画等を作成します。令和5年度（2023年度）には、市民に対する報告会を開催するとともに、動画等をホームページに掲載する等により、誰でもいつでも閲覧できるようにします。

### ④ 目標の評価方法と時点

毎年度末、サービスCを利用した高齢者の虚弱リスクの改善を確認し、サービスCの利用人数、サービス提供機関とプラン作成者、利用期間、サービス提供前後の虚弱リスクを把握します。

また、毎年度、算出される健康寿命に加え、第9期介護保険事業計画の作成に向けて実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果を集計した際に、元気高齢者および要支援者の「虚弱リスクの割合」、「外出頻度」、「友人・知人との面会頻度」、「健康習慣」や「健康意識の有無」が令和元年度（2019年度）に実施したものに比べ改善しているかを点検します。

## （3）認知症になっても安心できるまちづくり

### ① 現状と課題

認知症の普及啓発事業等により認知症の発症に気づく人は増えつつありますが、在宅介護サービス事業者からは、気付いても生活に大きな支障が出る前まで有効な関わりがなく、著しく生活の質が落ちている高齢者が多いと報告されました。また、これを裏付けるように介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から、早期認知症の状態と考えられる方の主観的幸福感は平均値より約1点低いものでした。

認知症の早期発見をさらに進めたとしても、相談できる場所や通う場あるいは発症に気づいた場合に行うべく術が乏しいことが分かりました。

### ② 第8期における具体的な取組み

認知症が疑われてから、介護サービスの利用に至るほどの生活に支障が出るまでの支援が行われるまでの「空白の期間」に役立つ知恵を先行事例や体験談等から整理し、冊子にまとめ、活用していきます。

また、作成した冊子を活用し、ミニ講座等を開催し、認知症に関する適切な理解に努めます。

早期の認知症の人が相談する場、通える場を充実させます。地域介護予防活動支援事業として実施する市内の4か所の通いの場（押立の家、平尾20クラブ、大丸憩いの家、長峰木曜会）を軽度の認知症の人が通いやすい場にします。また、市内に認知症カフェをもう1か所、増やします。

### ③ 目標（事業内容、指標等）

令和3年度（2021年度）に、軽度認知症の人の生活に役立つ知恵を収集し、冊子案を作成します。また、市内の4か所の通いの場で、冊子案を活用し、もの忘れミニ講座等を試行的に実施し、生活に大きな支障が出ていない程度の軽度の認知症の方が通う場になるよう取り組みます。また、都営住宅の集会室を利用している大丸憩いの家と長峰木曜会が、次年度以降、活動回数を増やすことについて検討します。

令和4年度（2022年度）には、冊子を印刷製本し、配布します。また、市内の4か所の通いの場で、各2回程度、もの忘れミニ講座等を開催します。さらに、令和4年度（2022年度）以降、認知症カフェを開設する地区や会場について検討を進めます。

令和5年度（2023年度）には、新たに認知症カフェを1か所、設置します。

### ④ 目標の評価方法と時点

毎年度末、地域介護予防活動支援事業の4か所の通いの場等で受けたもの忘れ等の認知症に関する相談件数や内容、人数等を確認し、把握します。

また、第9期介護保険事業計画の作成に向けて実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果を集計した際に、元気高齢者のうち軽度認知症だと考えられる人の「主観的幸福感」や「虚弱リスクの有無」、「外出頻度」、「友人・知人との面会頻度」が令和元年度（2019年度）に実施したものに比べ改善しているかを点検します。

## 第2章 権利擁護・見守りネットワークの推進

### 1 介護に取り組む家族等への支援の充実

#### (1) 現状と課題

地域包括ケアシステムの5つの要素「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」のうち、主に介護に取り組む家族等に対し支援をするため、市では様々な事業を実施しています（家族介護支援事業、認知症総合支援事業による家族支援、地域包括支援センターによる総合相談事業等）。

##### ① 事業の概要、経緯

介護保険は、従来は家族ばかりが担いがちだった介護を社会全体で担う目的で導入され、介護保険サービスの提供体制を整えることで本人及び家族等の介護者を支援しています。しかし、介護保険サービスの提供だけでは不十分な家族支援について、地域支援事業として実施しています。

養護者による高齢者虐待の主な発生要因については、「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者の障害・疾病」となっており、主たる養護者である家族の不安や悩みを聞き、助言等を行う相談機能の強化・支援体制の充実が求められています。

また、働く人が家族の介護のために離職せざるを得ない状況（介護離職）を防ぎ、一億総活躍社会を実現するという観点から、働きながら要介護者等を在宅で介護している家族等の就労継続や負担軽減に資する、高齢者の日常生活全般を24時間365日柔軟なサービス提供により支えることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護等の必要な介護サービスの確保を図ることが求められています。

さらに、従来の家族介護支援事業に加え、家族の柔軟な働き方の確保、働く家族等に対する相談・支援の充実を図ることが求められています。また、認知症施策推進大綱では、認知症の人の介護者の負担軽減や生活と介護の両立が図られるよう、認知症の人及びその介護者が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組みを推進することも求められています。

市では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を2か所整備するとともに小規模多機能型居宅介護事業所または看護小規模多機能型居宅介護事業所を各生活圏域に1か所ずつ整備しています。また、地域包括支援センターによる総合相談業務、権利擁護業務として実施する高齢者虐待対応を通じて家族の負担軽減等のための支援、家族介護教室や家族交流会等の家族介護支援事業を通じて家族等を支援してきました。

## ② 第7期の取組み

### ア. 家族介護教室

地域包括支援センターが圏域ごとに年2回程度、介護保険サービスの利用方法や具体的な介護技術等に講座を開催し、家族を支援しました。

### イ. 家族交流会や介護者の集い

地域包括支援センターが圏域ごとに年3回から12回程度、介護する家族同士が集い、情報交換等を通じて交流する場を設け、家族を支援しました。

### ウ. 認知症家族会への支援

地域包括支援センターエレガントもむらの家族会から発足し、平成20年度（2008年度）から認知症の家族同士の支え合い活動や会員以外も参加できる講演会等を自主的に開催している認知症家族会と認知症支援コーディネーターとの定期的な情報交換や家族会が開催する勉強会を支援しました。

## ③ 調査や議論から浮かび上がった課題

世帯構成や高齢者世帯の推計から、親と子どもの世帯の割合は減少し、高齢者単独世帯が増えることから、親と同居して介護する家族の割合は減ることも見込まれる一方で、要介護認定を受けた人のうち認知症自立度Ⅱ以上の方は令和22年（2040年）には令和2年度（2020年度）の1.7倍近くになることが見込まれる（P14）とともに、85歳以上の人口は15年後の令和17年（2035年）に現在の2倍になることが見込まれており、さらには高齢者夫婦のみの世帯が増えることから、配偶者を介護する家族、別居の親を介護する家族が増える見込まれます。

総務省が把握する都内の介護離職者を、要介護者数をもとに按分すると、市内で年間33名分の介護離職者に対応すべく市内のサービス等で支えることが必要だと考えられます。ただし、離職する家族は遠距離介護をしていることも考えられることから市民とは限らないことに配慮が必要です。

市が令和元年度（2019年度）に実施した在宅介護実態調査（P58）の結果によれば、介護する家族の負担のうち介護度が増すとともに大きくなるものは、排泄の介助、認知症への対応でした。したがって効果的・効率的に介護離職の防止に備えるには、排泄の介助や認知症への対応に関する家族の負担を軽減する方法を考えるとよいと考えられます。また、通所介護や短期入所のみを利用する家族の介護負担は、訪問系サービスを利用する家族より大きい傾向がありました。この傾向について「訪問系サービスを利用すると介護負担が軽減される」と解釈できるかと地域包括支援センターやケアマネジャーと議論したところ、「必ずしもそうでなく、介護負担が大きい家族が、限られた単位数の中で通所介護や短期入所を活用して要介護高齢者と距離を置き、1人の時間を作ってストレス解消を図っていることが現れたのではないかと」意見が出されました。

また、市内で介護離職した（あるいは介護離職が危ぶまれた）事例からは、介護のため離職するというより、介護負担のためにうつ病等を発症して離職につながる可能性が指摘されました。さらに、労働基準法に定められた介護休暇の取得等に関する知識がケアマネジャー等にあると、これら家族を支援しやすいことも指摘されました。なお、市内の団地やマンション等には、地方から市内に住む子供らから呼び寄せられた人もおり、市内には地方に住む親を介護するサラリーマンがいることに気付かされました。高齢者虐待対応ワーキングでは、なるべくサービスを使わずに家族で介護しようと親を市内に呼び寄せたものの、適切な介護が出来ずに高齢者の生活に支障が出ている事例等が報告され、市外の高齢者を介護する市民を支援する必要性に気付かされました。

また、認知症の家族会からは、通所介護等のフォーマルなサービス以外に、要介護高齢者とともに出かけられる場所があると助かること、家族同士の相談機能を向上させるために定期的に医療や福祉の専門家を迎えた勉強会を開催したいこと等の意見が寄せられました。

## （２）第８期の取組み

これらを踏まえ、第８期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

介護する家族が介護離職に至らないように、適切なサービスを使い、負担を軽減できるように支援します。また、介護する家族が、孤立しないよう支援します。

### ① 現状分析・課題抽出・施策立案

#### ア. 地域包括支援センター連絡会での議論

毎月、開催している地域包括支援センター連絡会において適宜、家族支援に関する現状を情報共有する他、年に１回、各地域包括支援センターで実施している家族介護支援事業について議論し、課題抽出します。

#### イ. 認知症施策連絡会での議論

毎年度２回程度、開催することとしたグループホーム・看多機・小多機認知症施策連絡会には、認知症家族会にも参加いただき、意見交換会します。

### ② 対応策の実施

#### ア. 介護離職を防ぐための家族向け相談会の実施

介護離職の防止の観点も踏まえ、地域の実状を勘案しながら、同居する高齢者を介護する場合だけでなく、別居の高齢者の介護に取り組む家族等も想定し、家族等の介護者に対して介護サービス等に関する相談会等の開催により支援します。

#### イ. 高齢者見守りネットワークの協定締結事業所の紹介

高齢者見守りネットワークの協定を締結した事業所の多くは、見守りに関する講座を受講しています。また、市内には認知症サポーター養成講座を受講したスタッフがいる事業所も複数あります。これらの事業所の意向を確認した上で、認知症の人の家族等が安心して利用できる市内の事業所として認知症ケアパスに掲載します。

令和3年度	高齢者見守りネットワークの協定締結事業所や過去に認知症サポーター養成講座を受講した事業所の現状や意向の確認
令和4年度	認知症ケアパスに上記事業所を掲載

#### ウ. ケアマネジャー対象の仕事と介護の両立支援に関する研修

ケアマネジャーを対象に育児・介護休業法等、仕事と介護・育児の両立支援に関する制度の勉強会を市が開催します。

#### エ. 家族会への協力、支援

認知症家族会と認知症支援コーディネーターが定期的に情報交換するとともに、家族会が開催する認知症に関する市民向け勉強会に必要な会場や講師等の調整に協力し、家族会の活動を支援します。

#### オ. 家族交流会、介護者の集いの継続

地域包括支援センターに委託して実施している家族介護支援事業を継続し、認知症支援コーディネーターも交えながら家族交流会や介護者の集い等を実施します。

### ③ 対応策の評価・改善

#### ア. 認知症施策連絡会等での議論

上記のように実施した対応策は、地域包括支援センター連絡会や認知症施策担当者連絡会や認知症施策連絡会で各事業の実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

#### イ. 指標

本事業の成果等は、各年度において、各事業の参加者や利用者等に「認知症のご本人やご家族の生活安寧指標」をアンケートで確認する、あるいはこれを参考にしながら状況を客観的に整理し、確認します。

## 2 高齢者の権利を守るためのネットワークの構築・高齢者虐待の防止

### (1) 現状と課題

高齢者が地域において尊厳ある生活を送れるよう地域包括ケアシステムの構築を推進しているとともに市では、老人福祉法や高齢者虐待防止法、成年後見制度利用促進法等に基づき、高齢者の権利擁護に取り組んでいます。

ここでは、これらの取組みを一体的に取り上げます。

#### ① 事業の概要、経緯

高齢者は心身機能が衰えるため、権利擁護の必要性が生じます。特に今後、認知症の人の数が増加することが見込まれることから、さらに強力な施策を推進していくため、令和元年（2020年）6月、国でとりまとめられた認知症施策推進大綱では、認知症の普及啓発の重要性が謳われ、認知症サポーターの養成等を通じた認知症に関する理解促進や相談先の周知、認知症の人の意思決定支援等が求められています。また、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく取組み（認知症バリアフリー）の推進が謳われました。さらに、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ等）の構築、成年後見制度の利用促進等の地域における支援体制を整備することが求められています。

高齢者の権利が侵害された状態となる高齢者虐待防止については、平成17年（2005年）に定められた高齢者虐待防止法に基づき、高齢者の身体の安全を優先する必要がある際には老人福祉法に基づいた措置を講じる等の対応のほか、市独自の対応マニュアルの整備等の広報・普及啓発活動、早期発見・見守りや介入支援のためのネットワーク構築、成年後見制度の市長申立てや警察署長に対する援助要請等といった関係行政機関との連携、虐待を行った養護者に対する相談・支援が求められています。

市では、平成15年度（2003年度）から、福祉的な配慮に基づく成年後見事務の提供を主業務とする多摩南部成年後見センターを調布市、日野市、狛江市、多摩市と共同で設置し、運営してきました。また、稲城市社会福祉協議会が平成16年（2004年）に福祉権利擁護センターあんしん・いなぎを開設して地域福祉権利擁護事業等で高齢者の権利擁護にあたってきました。さらに、平成18年度（2006年度）から設置した地域包括支援センターによる権利擁護業務を実施しています。さらに、高齢者虐待についてはネットワーク構築のために、各地域包括支援センターに配置された社会福祉士とともに平成25年度（2013年度）から市高齢者虐待対応ワーキングチームを設置し、マニュアルの作成や活用、研修の企画等の普及啓発活動を実施してきました。

平成20年度（2008年度）から開始した「認知症サポーター養成講座」は、地域住民に認知症高齢者への接し方等を理解してもらうものですが、平成25年度（2013年度）

からは市立の中学生向けにも開催し、若年層への普及にも努めているところです。

平成27年度（2015年度）には、それまで実施していた高齢者見守りネットワーク事業を見直し、市内で業務を行っている44の協力事業者（令和2年（2020年）10月1日現在）と「ゆるやかな見守り」に協力いただく協定を締結するとともに、認知症サポーター養成講座等の見守りに関する講座を受講していただいています。なお、認知症等による行方不明高齢者については、市のメール配信サービスや東京都の行方不明情報共有サイトを活用し、早期発見に努めています。

さらに、令和3年（2021年）3月に、市の成年後見制度利用促進計画を定め、権利擁護の体制整備に努めているところです。

## ② 第7期の取組み

### ア. 高齢者見守りネットワーク事業の推進

生活支援コーディネーターや認知症支援コーディネーターの活動等により、「ゆるやかな見守り」に協力いただく事業所を、平成30年度（2018年度）は3か所、令和元年度（2019年度）は2か所増やしました。

### イ. 認知症サポーター養成講座の開催

認知症サポーター養成講座は、毎年度、定期的を実施するとともに市内の企業等からの要望に応じて実施しています。また、毎年、市内の中学3年生を対象に実施しています。平成30年度（2018年度）は21回開催して954人を養成しましたが、令和元年度（2019年度）は新型コロナウイルスの感染拡大から中学3年生を対象に実施できなかったため、11回開催して195人を養成するにとどまりました。

### ウ. 認知症ステップアップ講座の開催等によるチームづくり

平成30年度（2018年度）に、サポーター養成講座を修了した20人に対し、養成講座で学んだことを復習するとともに、より実際の活動につなげるためのステップアップ講座を開催しました。さらに令和元年度（2019年度）には、講座受講者が認知症カフェの運営を支援するための説明会やフォロー研修を開催するとともに、認知症カフェの運営に参加いただきました。ただし、令和2年度（2020年度）は新型コロナウイルスの感染拡大のため、これらの活動を休止しています。

### エ. 地域包括支援センターによる権利擁護業務

地域包括支援センターは日々の相談の中で権利擁護業務を行っています。また、高齢者虐待の疑い等に関する相談・通報を受けた市や地域包括支援センターは、原則として48時間以内に通報等内容の事実確認・高齢者の安否安全確認を行います。その後の対応は事例ごとに異なりますが、虐待が終わるまで支援や介入を継続しています。

### オ. 権利擁護や高齢者虐待に係る関係機関との連携

地域包括支援センターと日常的に連携するほか、地域福祉権利擁護事業を実施する



あんしん・いなぎと令和2年度（2020年度）から月に1度、「権利擁護の業務に関する情報交換会」を実施し、高齢者の権利擁護に関する進行管理や支援体制等に関する課題抽出を行っています。

また、平成30年度（2018年度）に、認知症高齢者が行方不明となる場合や暴力が伴う高齢者虐待が発生した場合に連携することがある多摩中央警察署等と、平成28年度（2016年度）以降、年に1回開催している高齢者虐待に関する連絡会で意見交換をしました。

#### カ. 市高齢者虐待対応ワーキングチームの活動

稲城市高齢者虐待対応ワーキングチームでは、毎月、高齢者虐待のネットワーク構築等のための課題抽出等を行うとともに、研修を企画・実施しています。平成30年度（2018年度）、令和元年度（2019年度）は年1回ずつ、市内の介護事業所向けに事例検討を行うグループワークを実施しました。また、令和2年度（2020年度）は市内の訪問介護事業所や通所介護事業所5か所を巡回し、高齢者に接する介護職員に向けた研修を実施しました。

#### キ. 成年後見制度の市長申立て等

認知症等により、判断能力が不十分で介護サービス等の利用の契約が難しく、成年後見人等の支援が必要な高齢者で、家族がない等の理由で申し立てを行う人がいない場合は、市長が必要に応じて成年後見人の申し立てをします。この市長申し立てについて平成30年度（2018年度）は4件、令和元年度（2019年度）は1件、令和2年度（2020年度）は5件（見込み）ありました。また、平成30年度（2018年度）に1回、成年後見制度に関する説明会を開催しました。なお、市民後見人の育成や支援は、多摩南部成年後見センターにて実施しています。

### ② 調査や議論から浮かび上がった課題

要介護高齢者のうち、認知症自立度Ⅱ以上の方の令和22年（2040年）には令和2年（2020年）の1.7倍近くになることが見込まれること（P14）、85歳以上の人口は15年後の令和17年（2035年）に現在の2倍になることが見込まれることから、意思決定の支援や権利擁護を必要とする高齢者は増えると見込まれます。

市の養護者による高齢者虐待対応の実績を分析すると、被害者の7割は認知症の人に関するものでした。虐待が深刻化した後にできる対応は加害者からの分離等の限られた支援になりがちのため、介護する家族等の負担感が大きくなっていると考えられる兆候を支援者がキャッチして家族等を支援できる体制づくりを進めています。市高齢者虐待対応ワーキングチームでは介護事業者向けに虐待防止に関する研修を実施してきましたが、そこに参加する事業所の管理者等との連携体制は構築が進んだと感じられる一方で、さらに対応のスピード感を上げるためには、通所介護や訪問介護の最前線で高齢者や家族と接する支援者あるいは市内で初めて仕事するケアマネジャーと虐待対応に関する認識を共有し、連携体制を構築する必要があると気づき、令和

2年度（2020年度）には各事業所に赴いて研修を実施する等高齢者虐待を未然に防ぐ取り組みを行っているところです。

また、令和2年度（2020年度）より、あんしん・いなぎによる地域権利擁護事業で対応する高齢者について、定期的に情報共有する場（権利擁護に関する情報交換会）を設けました。成年後見制度を利用すべきか、後見人がついた後の地域での支援について、地域の見守りによる事例等を把握し、高齢者支援に係る改善策を議論しました。

さらに、消費者被害や特殊詐欺等にあう高齢者は全国的に増加していることから、詐欺等の疑いがある電話や訪問が報告された場合は、メール配信等を活用して市民や関係機関と情報共有し、防止に努めています。夏は熱中症になり命を落とす高齢者が出ることも心配されることに加え、令和2年度（2020年度）には、新型コロナウイルスの感染拡大に伴う外出の自粛により、急激に認知症が進む等によりセルフネグレクト状態のため対応を余儀なくされた事例が見られるようになり、地域でいち早く異変に気付く体制を整える必要性は高まっています。

地域包括支援センター主催の地域ケア個別会議（困難ケース解決型）では、認知症による行動が地域の小売業者等の方に迷惑な行為だと認識され、認知症の人が生活しづらくなってしまった事例等が複数報告され、認知症の理解を地域に広げる必要性を議論しました。

認知症サポーター養成講座の進め方について認知症支援コーディネーターらと議論した際には、実施を依頼された企業の従業員や中学生を対象にした場合には理解が広がると感じる一方で、参加者を公募して実施する場合の参加者には、自分や家族の物忘れの相談したい人、認知症については既によく知っていてボランティア活動したい人等がいることが分かりました。参加者を公募する場合は既定のプログラムにこだわらず目的を明確にした上で、適宜、質疑応答の時間に充てる形式に変えることが提案されました。

また、ステップアップ講座において認知症の人本人の話を聞く機会を設けたところ、本人の話を聞くことの重要性が分かりました。さらに認知症カフェの運営に協力したいとフォロー研修等を受講した人の動機は「困った人を世話したい」「自分の認知症の予防のため」等、様々であることが分かったことから、稲城市版のチームオレンジの結成に向けては、これら受講者の動機や特技等を活かした活動とすることを認知症支援コーディネーターらと議論しました。

## (2) 第8期の取組み

これらを踏まえ、第8期において下記のように本事業に取り組みます。

### 目標（めざすべき姿）

権利擁護を必要とする高齢者の把握に努めるとともに、必要な権利擁護が円滑に提供できる体制づくりを目指します。特に認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制づくりに努めます。また、高齢者虐待の早期発見・早期対応に努めます。

#### ① 現状分析・課題抽出・施策立案

##### ア. 地域包括支援センター主催の地域ケア個別会議(困難ケース解決型)での議論

地域包括支援センターが地域ケア個別会議（困難ケース解決型）を開催し、特に認知症の人の権利擁護が必要な人の現状や課題を分析し、地域での見守り体制の充実について議論します。

##### イ. 認知症施策担当者連絡会での議論

認知症支援コーディネーターらと認知症の理解の広がり現状や課題を確認し、認知症サポーター養成講座等の効果的な実施方法に関する検討をします。同じくステップアップ講座や稲城市版チームオレンジの結成に向けて議論します。

##### ウ. 権利擁護の業務に関する情報交換会での議論

毎月、「権利擁護の業務に関する情報交換会」を開催するにあたり、あんしん・いなぎと市担当部署以外に多摩南部成年後見センターや地域で権利擁護業務に携わる関係者等の参加も視野に入れ、現状と課題を把握することに努めます。

##### エ. 稲城市高齢者虐待対応ワーキングチームの開催

毎月、高齢者虐待の現状と課題を共有し、地域として対応力が高まるよう取り組みます。実施する研修において受講者から出された質問、各圏域の対応事例の共有により課題を整理し、対応策を検討します。

##### オ. 高齢者虐待に関する連絡会での議論

多摩中央警察や市立病院、市内の介護事業者等と高齢者虐待の関する情報交換をするとともに、対応の課題や改善策を議論します。

#### ② 対応策の実施

##### ア. 高齢者見守りネットワーク事業の推進

生活支援コーディネーターが各圏域の企業等の困りごと等を把握するプロセスや認知症支援コーディネーターが認知症の普及啓発を図る過程を通じ、高齢者見守りネットワークの協定に締結する事業者を増やし、高齢者の地域での見守りネットワークを構築していきます。

### イ. 認知症の普及啓発

認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制をつくるため、認知症の普及啓発に努めます。その際、認知症サポーター養成講座の開催以外に、認知症の人本人による発信の可能性を検討し、普及啓発すべき対象や目的に適切な内容となるよう工夫します。

### ウ. チームオレンジの育成

認知症施策を進めるにあたり、第7期に実施した認知症ステップアップ講座の修了生らとともに活動する機会を設け、チーム化を図ります。また、修了生らの興味や特技を把握し、インフォーマルな支援が必要な認知症の人とのマッチングを図り、認知症の人を支援するとともに修了生らの活躍の場を設けます。

令和3年度	修了生の興味や特技の把握、支援の試行的提供
令和4年度	修了生による支援の提供の継続
令和5年度	認知症カフェの充実に修了生らが参加

### エ. 成年後見制度に関する説明会

成年後見制度が必要な高齢者が利用できるよう、情報提供に努めます。高齢者本人のみでなく介護する家族にも伝わるよう、また当制度周知を広めることを念頭に、家族介護講座や介護予防講座等と合わせて情報を提供します。

### オ. 権利擁護が必要な高齢者に対する支援

権利擁護が必要な高齢者の権利を守れるよう、市内の関係機関と連携して当該高齢者の発見に努めます。また、市内外の関係機関と連携し、必要に応じて支援します。さらに、より円滑に支援できる体制づくりを進めます。

### カ. 高齢者虐待対応研修

高齢者虐待の早期発見・早期対応できる体制の充実に努め、介護する家族を支援できるよう努めます。そのため、令和3年度（2021年度）、令和4年度（2022年度）で市内のすべての介護事業所に対して研修を実施することを目指します。さらに毎年度、新たに市内で働くケアマネジャー向けに研修を実施します。

### キ. 成年後見制度利用の市長申立て

判断能力が不十分な認知症高齢者等のうち、身寄りがない場合等当事者による成年後見制度申立が期待できない状況にあるものについて、その福祉を図るため特に必要と認めるとき、市長による申立を行います。

### ク. 市民後見人の育成・支援

市民後見人の育成や支援等について、多摩南部成年後見センターにて実施します。

### ③ 対応策の評価・改善

#### ア. 稲城市高齢者虐待対応ワーキングチーム等での議論

上記のように実施した対応策は、地域包括支援センター主催の地域ケア個別会議（困難ケース解決型）、認知症施策担当者連絡会、権利擁護の業務に関する情報交換会、市高齢者虐待対応ワーキングチームのいずれかで実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

#### イ. 指標

本事業の成果等のうち権利擁護業務に関することは、毎年度、実施する地域包括支援センター評価指標に基づき、また認知症の普及啓発やチームオレンジの形成に関することは保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づき確認します。

