

第3部

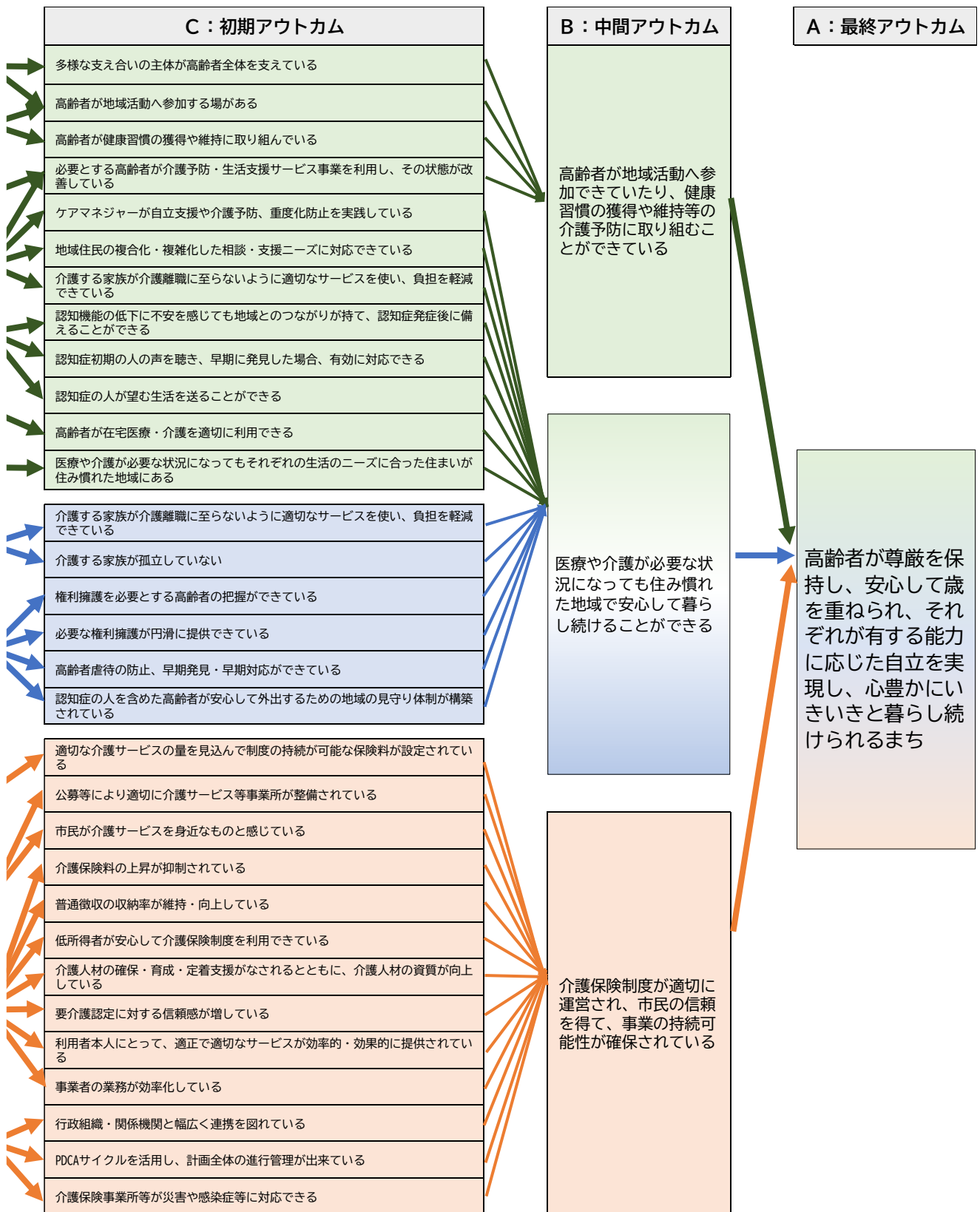
地域包括ケアシステムの 現状・課題と今後の展開

■地域包括ケアシステムの体系（ロジックモデルによる整理）

各施策の項目の冒頭の頁に、施策ごとの詳細なロジックモデルを掲載し、アウトカムの実現のために必要な取組みについて整理しています。

施策の項目		頁数
地域包括 ケアシステムの 深化・推進	地域支援事業の展開	
	支え合う地域づくり（生活支援体制整備事業）	82
	元気な高齢者の健康の維持（一般介護予防事業） ★(P132)	91
	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） ★(P134)	99
	地域包括支援センターの機能強化	107
	総合的な認知症施策の推進（認知症総合支援事業） ★(P135)	113
	在宅医療と介護の連携の推進（在宅医療・介護連携推進事業）	121
	高齢者の居住安定に係る施策との連携（多様な住まいや施策の確保）	128
権利擁護・見守りネットワークの推進	介護に取り組む家族等への支援の充実	136
	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	142
介護保険事業の展開	介護サービスの見込み量と保険料	152
	見込量確保のための方策	191
	介護保険制度の円滑な運営のために（保険者機能の強化）	193
	施策の総合的な推進等	205

※★は、自立支援・介護予防・重度化防止に関する取組みと目標について、地域支援事業の展開の記載項目を再整理した箇所。



【評価指標】
 各施策の項目毎に評価指標を設定し、その評価に基づき適宜施策の見直しを行います。

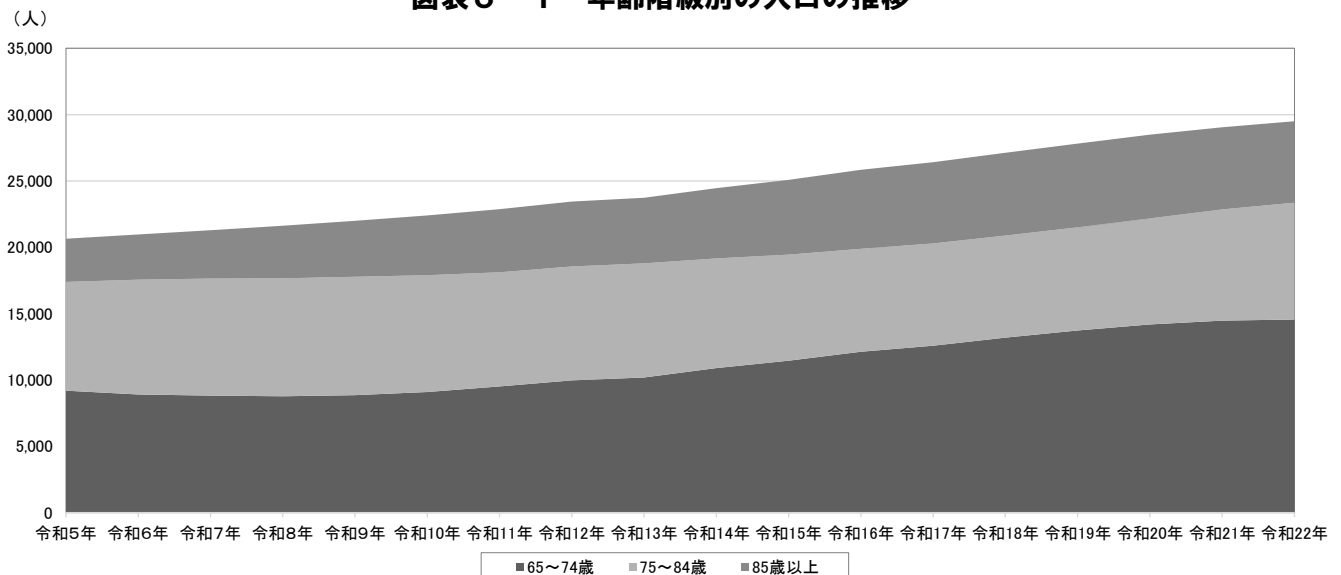
第1章 地域包括ケアシステムの深化・推進

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。

本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(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あ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



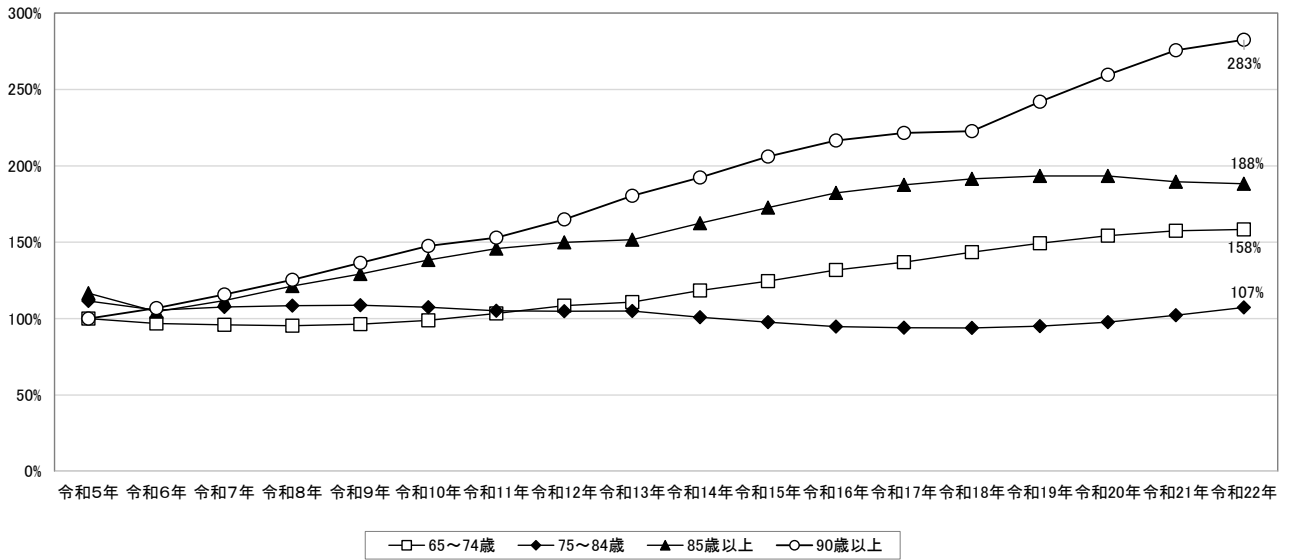
出典：【実績】住民基本台帳人口(各年10月1日時点)【推計】市福祉部による人口推計

高齢者全体の人口は、令和22(2040)年に向けてゆる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5(2023)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歳の前期高齢者については、今後約5年間はゆるやかに減少した後に増加に転じ、その後は一貫して増加傾向で推移し、現在の1.6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歳の高齢者は多少の増減はあるものの令和22年(2040)まで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歳以上の高齢者は令和17(2035)年までに現在の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(2040)年には現在の2.8倍になると見込まれます。

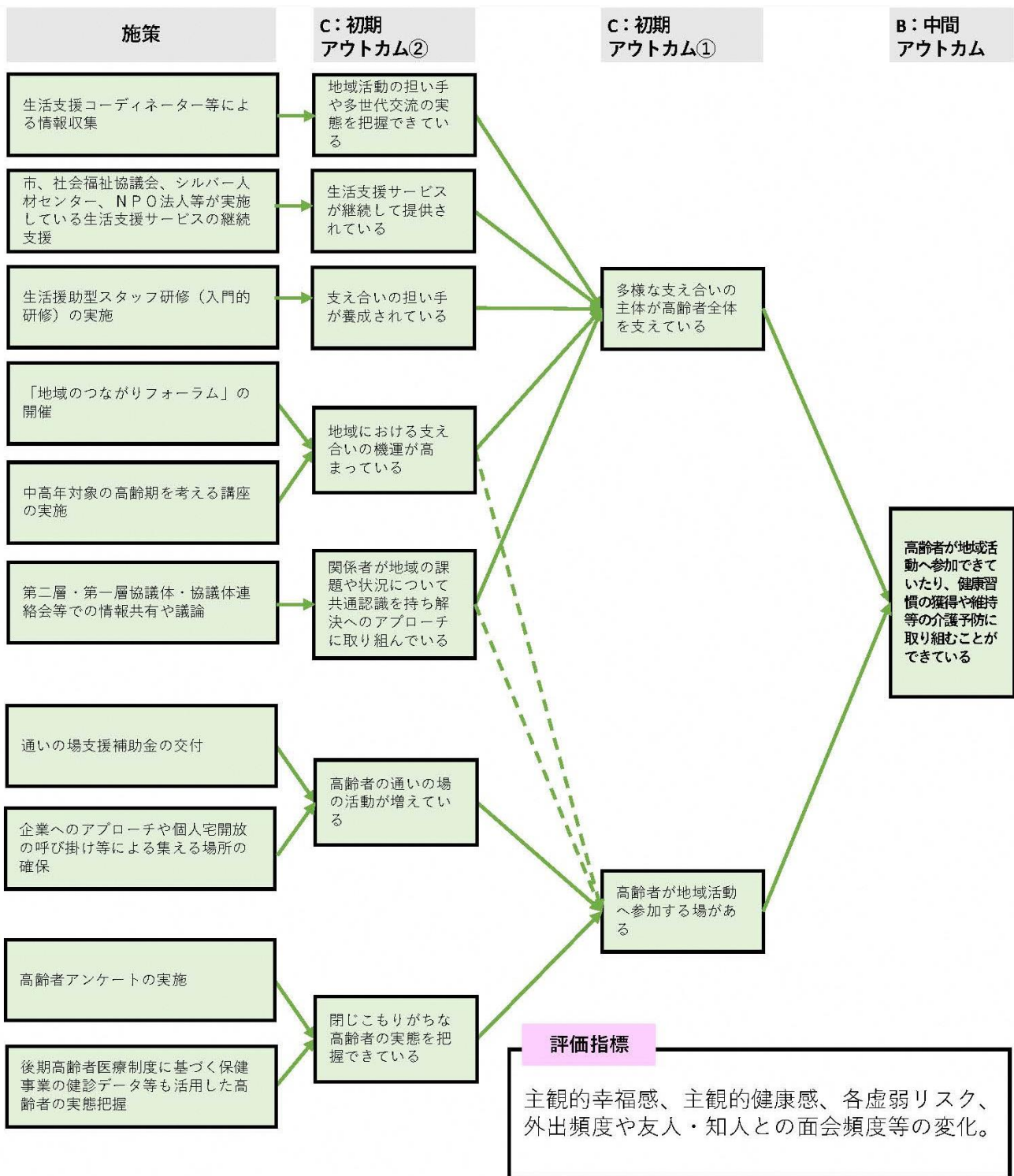
このような人口の変動を見据えて、地域支援事業の展開の見通しについて記載します。

図表 3-2 年齢階級別の人口の伸び率（稲城市）



出典：【実績】住民基本台帳人口（各年 10 月 1 日時点）【推計】市福祉部による人口推計

(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、本市では、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の「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、元気な高齢者を始め、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。

本市では平成27(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(2016)年度から各圏域(地域包括支援センター)(第二層)に1名ずつ配置し、第8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、重層的な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、シルバー人材センター、市民活動サポートセンターいなぎ、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者等事業者等の代表者

※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、保育園や介護サービス事業者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ります。

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ち上げの際に費用がかかりがちであるという課題が浮かび上がったことから、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（2016）年度から通いの場支援補助金を創設しています。

イ. 第8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5（2023）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5年6月19日、令和4年度通いの場支援補助金の報告および令和5年度通いの場支援補助金の検討、第二層協議体の活動報告、第二回「地域のつながりフォーラム」の実施について
- 第2回：令和5年10月25日、第二層協議体の活動報告、第二回「地域のつながりフォーラム」の内容について
- 第3回：令和6年3月27日、第二層協議体の活動報告、通いの場補助金（報告）、第二回「地域のつながりフォーラム」の振り返り

第二層協議体については、地区ごとに開催されており、その頻度も毎月開催している地区もあれば、四半期に一回開催している地区もあり様々です。各地区において、必要に応じた頻度で開催されています。



(イ) 第二回「地域のつながりフォーラム」の開催

生活支援体制整備事業等を通じて広がりを見せている地域での様々な活動について、お互いに知り刺激を与えあい活動をより活性化させていくことやこれまで地域の活動に参加されていなかった方々に活動を知っていただくこと等を目的に、令和6（2024）年1月に地域のつながりフォーラムを開催しました。



地区ごとの様々な活動の紹介や報告に加え、地域活動に興味のない方にも参加いただくきっかけとなるよう、体操や音楽演奏、踊り等の楽しめるプログラムも盛り込んで実施しました。

(ウ) 通いの場支援補助金の交付

平成28（2016）年度に創設した「通いの場支援補助金」を、第8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（2020）年度から追加された感染予防対策費（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）も引き続き助成しました。

(エ) 生活支援サービス拠点の設置

多様な主体が生活支援の担い手として活躍できるよう本市では、JR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か所設置しています。

a 生活支援サービス拠点 東長沼

JR南武線の高架化に伴って生じた高架下の土地を活用し、長年に亘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法人の拠点およ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（2019）年7月に開設しました。

b 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（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、都内初でした。

(オ) 生活援助型スタッフ研修の実施

地域での支え合い活動の担い手を養成し、また介護人材の裾野を広げることを目的に、生活援助の基本的な知識を習得することができる生活援助型スタッフ研修を令和3（2021）年度から実施しています。

(カ) 多世代交流型サロン「ハートハウスサロン」の誕生

若葉台地区において、もみの木保育園若葉台が地域公益事業棟として設置している「リリアンハートハウス」を地域で有効活用して欲しいという保育園の想いと、地域で誰でも立ち寄れる居場所を作りたいという担い手の想いを結び、多世代交流型のサロン活動として「ハートハウスサロン」が令和3（2021）年に誕生しました。

(キ) 民間企業との連携による通いの場の創出

東長沼地区において、スターバックスコーヒー稲城東長沼店の地域に貢献したいという想いと、地域の企業にも生活支援体制整備に関わっていただきたいという生活支援コーディネーターの想いにより、令和5（2023）年に店舗内に通いの場（サロン）が創出されました。店舗の営業時間中に実施することから定員や開催回数に一定の制限がありますが、民間企業との連携の新たな一歩となりました。

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始める75～84歳人口は、推計によれば稲城市介護保険事業計画（第9期）（以下「第9期計画」または「第9期」）では僅かに増加し、稲城市介護保険事業計画（第10期）（以下「第10期計画」または「第10期」）中に減少に転じ令和18（2036）年まで減少傾向が続きますが、令和18（2036）年を境に増加に転じ、令和22（2040）年には現在よりも多くなることが見込まれます。一方で、元気な高齢者が占める割合がさらに高いと考えられる65～74歳人口は現在減少傾向にあ

りますが、第10期には増加に転じて令和22（2040）年には現在の1.5倍程度になる見込みです。また、15歳から64歳までの生産年齢人口は、第10期までは増加傾向にあります。その後は減少に転じることが見込まれます。なお、総人口に占める割合は第9期から減少が続く見込みです。これらのことから、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が求められます。また地域共生社会の実現を見据える中では、年代等に囚われない、インクルーシブな取組みを進める必要もあり、第二層協議体での情報交換によれば現に障害をお持ちの方も参加できる通いの場を行っていたり、子育て世代が子どもから高齢者まで年代に関係なく参加できる取組みを行っている地区もあり、こういった取組みが市全域に広がっていく働きかけや工夫も重要であると考えられます。

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、第8期に引き続き地区ごとに違いがある結果となりました。また、協議体連絡会における生活支援コーディネーターとの意見交換の中からも地区ごとに課題が異なることが浮かび上がりました。このことを踏まえ第一層協議体で話し合った結果、第9期においては地区ごとの課題や必要と考えられる取組みについて、第二層協議体を中心として取り組んでいくことが重要であることが確認されました。

さらに、第一層協議体での議論の中から、閉じこもりがちな高齢者や自ら声を上げることができない高齢者が地域の中におり、このことについては各地区固有の課題ではなく、市全体として取り組むべき課題であるということが確認されました。このことについては、地域のつながりフォーラム等を通じて地域住民同士が声を掛け合う機運を高めることはもちろん、何らかの仕組みづくりにつなげていくことも重要であることから今後も第一層協議体を中心に検討を進める必要があります。

② 第9期の取組み

これらを踏まえ、第9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）

- 多様な支え合いの主体が高齢者全体を支える体制が構築されている。
- 通いの場や地域の活動の充実により、高齢者が地域活動へ参加しやすい環境が整っている。

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、第8期と同様に高齢者アンケートを民生・児童委員の協力のもと実施します。75歳以上の一人暮らしを対象とし、緊急連絡先や虚弱状態を確認しつつ、必要があれば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、回答がない方は、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) 担い手や多世代交流等の実態の把握

市や生活支援コーディネーターは、地域での様々な活動や担い手を把握するよう努めていますが、そのすべてを把握できているわけではありません。そこで、これまでに把握できている活動や担い手をベースとして、その友人や関係者等にリーチすることや生涯学習課や市民協働課等の地域活動をされている方と関わりのある部署と連携すること等でさらなる把握に努めます。

また、第8期に連携することができたスターバックスコーヒー稲城東長沼店のように、事業に協力いただける企業等についても引き続き開拓していくこととします。

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活動が様々な地区で取り組まれていることが生活支援コーディネーターが構築してきたネットワークの中から把握されてきました。こういった多世代交流の実態についても、引き続き各圏域の生活支援コーディネーターを中心に把握します。

こういった活動や担い手等の把握を施策の展開に活かし、多様な主体が地域づくりに関わることで地域共生社会の実現を目指します。

(ウ) 協議体等での議論

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。抽出された課題は地域ケア推進会議等、既存の会議体を活用して議論しながら解決を図っていきます。

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9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時に、自治会館や公民館等が近くになく集える場所（会場）が見つからないということがあり、会場が不足している区域については、これまで地図上で確認する等して生活支援コーディネーターを中心に把握しているところです。

企業へのアプローチを行ったり、個人宅の開放等により新たな通いの場ができた例もあることから、引き続き、集える場所の確保策として企業へのアプローチや個人宅の開放の呼び掛け等について継続していきます。

(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、「地域のつながりフォーラム」を開催します。その際、地域づくりや地域活動に興味のない方にもご参加いただき、情報に触れていただくことを意識し、参加動機につながる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。開催頻度については、第一層協議体での議論等を踏まえ検討します。

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歳代の中老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第8期と同規模に実施していきます。

令和6年度	「地域のつながりフォーラム」の開催に向けた検討もしくは実施
令和7年度	「地域のつながりフォーラム」の開催に向けた検討もしくは実施
令和8年度	「地域のつながりフォーラム」の開催に向けた検討もしくは実施

(エ) 支え合いの担い手の確保、活躍の場の紹介

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）を第8期に引き続き実施します。

基本的な知識や技術を身につけた後には、地域の支え合いの担い手として活躍いただくため、受講者に各地区の支え合いの仕組み等を紹介し、参加を呼び掛けます。

また、介護人材の確保の観点から、東京都と連携して東京都が実施する介護事業所へのインターンシップ等の紹介をすることを検討します。

令和6年度	入門的研修受講者への活躍の場紹介、東京都が実施する事業の紹介等の検討
令和7年度	入門的研修受講者への活躍の場紹介、東京都が実施する事業の紹介等の試行実施
令和8年度	入門的研修受講者への活躍の場紹介、東京都が実施する事業の紹介等の本格実施

(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主なサービス

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およ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（リフト付き自動車）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およ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か月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
見守り電球 サービス	通信機能と一体のLED電球を設置し、電球の点灯・消灯の動きが24時間以上ない場合、事前に設定した家族・知人などの通知先へメールでお知らせし、通知先の方がすぐに動けない場合には依頼に応じてスタッフが訪問して安否確認を行うサービス。対象は、75歳以上の一人暮らしの方。	市
見守りセンサー サービス	睡眠状態を計測するマットセンサーや温湿度センサーを設置し、計測した睡眠状態・生活リズムのデータを専用アプリで提供するサービス。温湿度の異常を検知した場合は、専用アプリで家族などにお知らせする。専用アプリからエアコンの遠隔操作による室温管理も可能。 対象は一人暮らしまたは日中独居の方で、要介護認定または要支援認定を受けている方。	市
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およ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時間態勢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

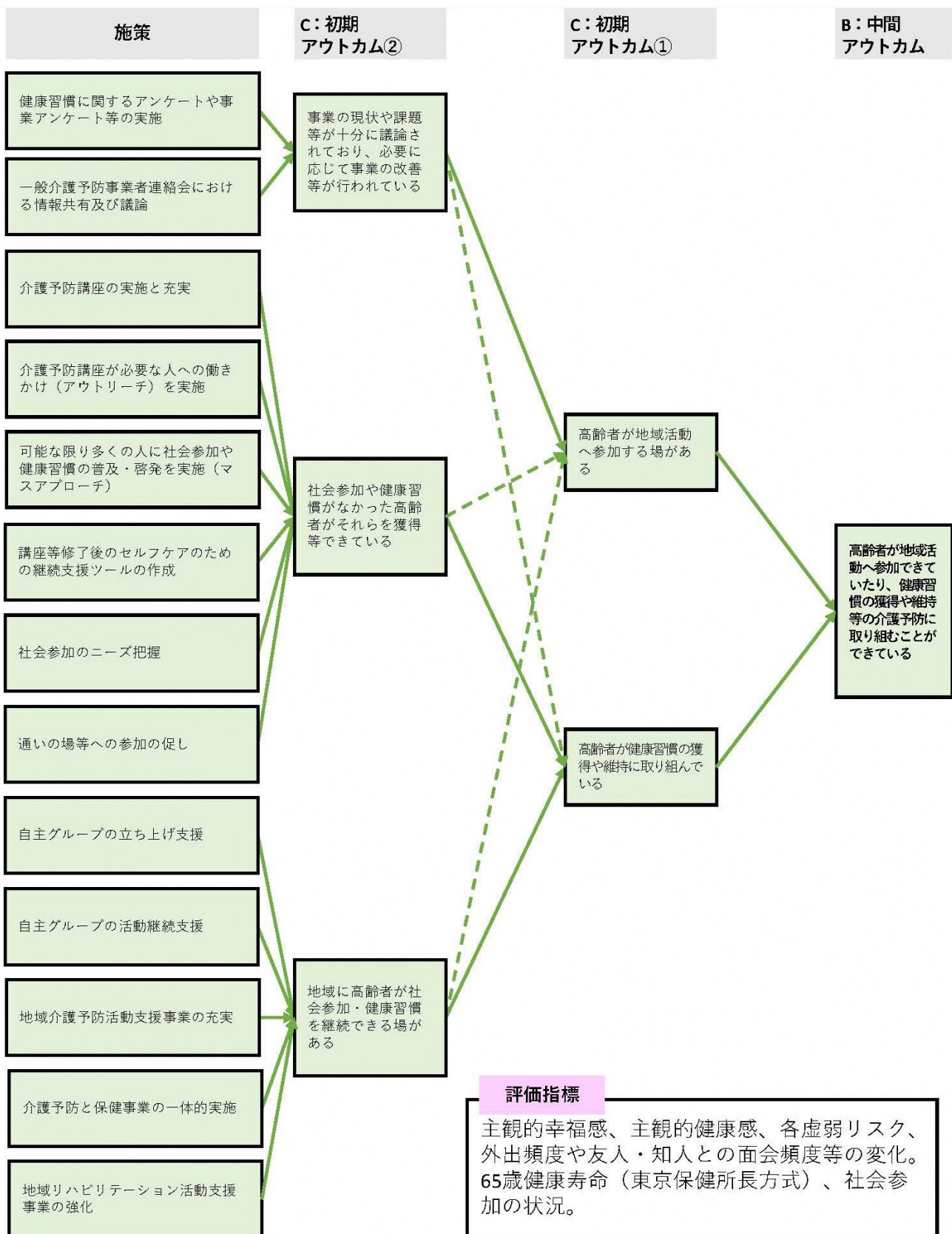
実施した対応策は、第二層・第一層協議体、生活支援コーディネーターらが議論する協議体連絡会で実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かします。

(イ) 指標

本事業の成果等は、令和7(2025)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、本市では、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およ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（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、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。

通いの場については、その機能に応じた類型化が進められています。また、全国的には通所型サービスBとして多様な主体が介護予防プログラムを提供している地域もある他、参加者の心身の改善等の成果に応じた報酬設定（PayForSuccess）を行う事例も増えてきています。

本市では、平成16（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（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（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（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（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

(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(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(2011)年度から大丸憩いの家を、平成24(2012)年度から平尾20クラブを、平成27(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(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つの立ち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(2018)年度、31(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(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認知症予防教室「りぷりんと」を実施し、自主グループ化を支援し、令和3(2021)年度より自主グループとして活動しています。

イ. 第8期の主な取り組み

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9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8期と同規模に実施します。

講座、教室等の名称	第8期の実施規模
「交流の場」の開催 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・長峰火曜会：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6～7か所、10～20人程度
食生活改善事業	1日間×年5か所、10人程度
複合型介護予防教室	隔週1回×4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8期の実施規模
高齢者による自主グループの継続の支援	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：36団体、545,446円（令和4年度実績）
地区体力測定会	90分×年4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	年約50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	自主団体への支援：年4～5グループ程度 地域包括支援センター支援：年4回程度
介護支援ボランティア制度	年10回以上活動する人：200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

ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

令和5（2023）年1月に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果では、コロナ禍の影響は、要支援者よりも元気高齢者に大きな影響が出ていることが分かりました。要支援者は心身機能の低下により外出や交流が制限されるため感染防止による外出制限の影響が大きい一方で、元気高齢者はその影響を受けたと考えられます。詳細に分析すると、元気高齢者全体でみた外出頻度や運動器機能に大きな変化はみられないものの、新型コロナウイルス感染症の影響により、何かしらのフレイルリスクを抱える人では特に外出を控える状況があることがうかがえます。特に閉じこもりリスクのある人の外出を控える割合が前回調査から大きく増加しており、外出自粛が新たな健康被害を生まないように対策を講じる必要があります。このことは一般介護予防事業の各講座・教室等への参加状況をもてもうかがい知ることができます。各講座・教室等に自らお申し込みをいただく件数が一定程度ある一方で、高齢者アンケートの結果等から参加が望ましい方（フレイルリスクのある方）に対するアウトリーチにより参加いただける件数も増加傾向にあります。つまり、フレイルリスクのある方に対して、外出機会の増加を促すような働きかけの手法には検討の余地があると言えます。元気高齢者の日常生活を取り戻すきっかけ等を作ることを念頭に置いた事業実施が求められます。

コロナ禍の影響に関しては他の場面でも表れています。市が委託して開催してきた「交流の場」もコロナ禍の影響を受けた1つです。中には参加者が著しく減り、令和5（2023）年度になっても戻らない場もありました。そこでこれら4つの場のコーディネーター連絡会等を通じて議論したところ、コロナ禍の影響とは別に総じて参加者の自主性が低いこと等も課題であることに気付きました。ただし、その要因は個々の場や圏域で異なるため、個々の改善計画を立てる必要があります。

また、今回の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果から認知機能が低下した元気高齢者は、そうでない高齢者に比べ、外出頻度および社会交流が少なく、主観的健康感や主観的幸福度も低いことが分かりました。改めて、認知機能の低下による悪影響の大きさが確認できました。このことから認知機能の低下を予防するような活動の重要性も示唆され、総合的な認知症施策にも連動していくような予防事業の取組みが必要となります。

これらの見直しの一方で、事業の効果測定に目を向けると、一般的に介護予防効果の測

定は難しいものとされていますが本市では講座・教室等に参加された方に関しては、講座終了後一定期間が経過した頃（3か月後を目安）に健康習慣に関するアンケート※を取ることで、健康習慣の維持・獲得の状況を把握しています（※アンケート作成時には駒沢女子大学等にご協力いただきました）。令和4（2022）年度事業参加者で結果を見てみるとアンケート回収率89.38%で、各教室に紐づいた健康習慣が維持・獲得できていた方の割合は79.02%となっており、健康習慣の維持・獲得ができています方が一定程度いることが確認できました。

しかしながら、毎年のように繰り返し講座・教室等に申し込みをされる方が未だにいらっしゃるのも事実です。繰り返し参加することは必ずしも悪いことではありませんが、限られた資源を有効に活用する観点から事業終了後は自ら運動ジムや通いの場への参加により健康習慣を継続していただくことが望ましく、事業終了後の出口戦略については引き続き検討を重ね、獲得した健康習慣を自ら継続していくための働きかけが必要です。

限られた資源という観点でさらに考えると、事業の対象となりうる高齢者は令和4（2022）年度末で17,272人（高齢者人口20,452人－要支援・要介護認定者3,180人）となっていますが、令和4（2022）年度の一般介護予防事業の参加者は延べ202人であり、既存の講座・教室等だけでは圧倒的に不足していることが分かります。既存の講座・教室等の数を増やすという対策は現実的ではなく、健康に資するアプリの活用等のマニアプローチ的な視点での介護予防事業も併せて検討し、取り組んでいくことが重要と考えられます。

全体を通して、閉じこもりがちであったり、声を上げられない高齢者に対して、講座等に参加いただいたり、セルフケアに取り組んでいただくようなアプローチが必要となります。

②第9期の取組み

これらを踏まえ、第9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）

高齢者が虚弱状態になる前の元気なうちから地域活動へ参加したり健康習慣が持っている。

ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) アンケート調査等による現状把握

一般的に介護予防効果の測定は難しいものとされています。しかしながら、第8期において、本市では前述のように健康習慣に関するアンケートにより健康習慣の維持・獲得の状況を把握しており、今後も継続して健康習慣に関するアンケートを実施し把握を行います。また、他にも教室の前後で事業アンケートを実施しており、教室の感想等を聴取しています。それら複数のアンケート結果をもとに課題を抽出し、市役所と各委託事業所と共有することで講座・教室等の質の向上に努めます。

(イ) 一般介護予防事業者連絡会における議論

年1～2回の頻度で一般介護予防事業の受託事業者を一堂に会し連絡会を開催します。その連絡会の中で事業の目的や方針、課題等を共有し本市と全受託事業者との間で規範的統合を図るとともに、必要に応じてプログラムや告知方法の改善および課題解決の方策等について検討します。

イ. 対応策の実施

(ア) 社会参加や健康習慣がない場合の獲得支援

a 介護予防講座の充実

講座・教室等に関しては一部を除き第8期と同規模に実施します。その際、4圏域すべてにおいてフレイル予防に重要とされる運動・口腔・栄養に関する講座が受講できるように講座の会場を確保し、季節性も考慮して年度ごとに開催時期を変更しながら年間スケジュールを調整します。

b 介護予防講座が必要な人への働きかけ（アウトリーチ）

第8期でも高齢者見守りアンケートの調査結果からフレイルリスクの高い人を抽出し、参加を促すような働きかけをしてきましたが、閉じこもりがちな方や声を上げられない方等へのアウトリーチを含めた新たな手法として医療機関や薬局等と連携した新たなアウトリーチの手法や仕組みの確立を目指します。

c 可能な限り多くの人への普及・啓発（マスアプローチ）

限られた資源を有効に活用する観点から時間や場所、気候等に囚われないアプリケーション等のデジタルデバイスの活用や市民が馴染みやすい稲城市歌などを活用した体操の普及啓発など、より多くの人ができるようなマスアプローチの手法の確立を目指します。

d 講座・教室等修了後の出口戦略

講座・教室等の修了後も自らセルフケアに努められるよう、一般介護予防事業の受託事業者と連携しながら継続支援ツールを作成するなどの検討を進めます。

また、生活支援コーディネーターとも連携することで多様な社会参加のニーズを把握し、必要に応じて通いの場等への参加を促します。

令和6年度	医療機関や薬局等と連携した新たなアウトリーチの手法や仕組みの検討 マスアプローチに関するアプリケーションの活用等の検討 セルフケアのための継続支援ツールの検討
令和7年度	医療機関や薬局等と連携した新たなアウトリーチの手法や仕組みの試行実施 マスアプローチに関するアプリケーションの活用等の試行 セルフケアのための継続支援ツールの試行
令和8年度	医療機関や薬局等と連携した新たなアウトリーチの手法や仕組みの本格実施に向けた検討 マスアプローチに関するアプリケーションの活用等の本格実施に向けた検討 セルフケアのための継続支援ツールの本格実施に向けた検討

(イ) 社会参加や健康習慣がある場合の継続支援

a 自主グループの立ち上げ支援

転倒骨折予防体操教室における自主グループの立ち上げ支援を継続するとともに、第8期中に試行的に実施した他の介護予防事業の参加者に向けた自主グループの立ち上げやセルフケアの支援について、第9期においても可能な限り促進します。

b 自主グループの活動継続支援

第8期と同規模に生活支援体制整備事業や介護予防・生活支援サービス事業などとも連携しながら活動の継続を支援します。

また、認知症予防教室りぷりんとを修了した方たちが立ち上げた自主グループについては市内全域の施設へ読み聞かせる対象を見つけ活躍の場を広げていけるよう支援します。

c 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、市が委託することで直接的に運営している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。

模範的に最初に開始した押立の家は活動も活発で、参加者の自主性も高いのが特徴です。第9期もこれを継続するとともに、地域の祭り等の機会を活用し、高齢者以外も参加できる多世代交流の場へ発展させることを試みます。

その他の3か所は個々の場や地域の課題・実情に応じ、元気高齢者の主体的な活動が生まれるきっかけとしての機能が発揮されるような仕組みになっていくべく調整します。

d 保健事業との一体的実施

在り方等は検討しつつ、第8期と同規模に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、保健師等による保健事業との一体的実施に取り組む予定です。

e 地域リハビリテーション活動支援事業の強化

ケガや病気などで一旦途切れた社会参加や健康習慣が再獲得できるように、市内外の技能団体等との連携を深めることで多職種でのアプローチ体制を確立させます。

ウ. 対応策の評価・改善

(ア) 一般介護予防事業者連絡会等での議論

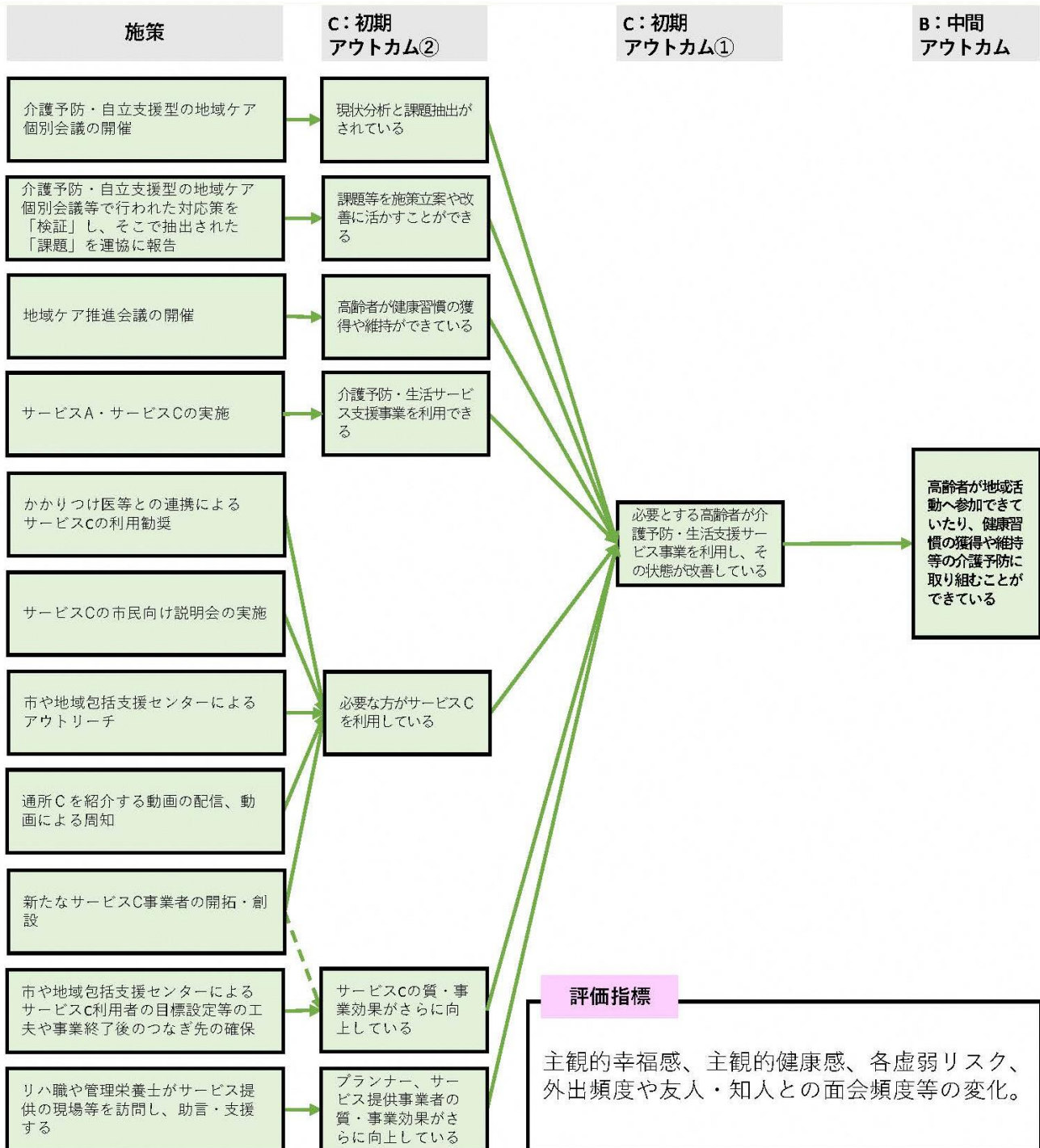
上記のように実施した対応策は、一般介護予防事業者連絡会等で各事業で採取したアンケート結果等をもとに評価し、必要に応じて改善策を検討します。また、議論から明らかになった課題については、その性質により第一層協議体や介護保険運営協議会で報告し、次の施策立案に活用します。

(イ) 指標をもとにした事業成果の評価

本事業の成果等は、令和7年度(2025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。社会参加の状況については、毎年度の高齢者アンケートからも確認します。

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。

(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」「住まい」「予防」「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、本市では、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

当事業は、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（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他、サービスは目的に応じ、A～Dに分類されました。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

当事業では、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、要介護認定がなくても引き続き利用できるよう令和2（2020）年に介護保険法が改正されました。

今後、厚生労働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、これらを活用して当事業を効果的・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、その状態は可変であ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およ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。

本市では、平成27（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当事業の給付相当サービス事業所として「みなし指定」する等によりサービスの提供体制を整えてきましたが、令和元（2019）年度には管理栄養士による訪問型サービスCの事業所2か所を指定しています。現在、訪問型サービスA10か所、訪問型サービスC2か所、通所型サービスA21か所、通所型サービスC7か所となっています。コロナ禍を経て、機能訓練を重視するプログラムを持つ通所Aのニーズが高まる一方で、家族のレスパイト機能を果たす通所Aのニーズが下がりました。また、第8期当初は低調だったサービスCについては、令和元（2019）年度より自己負担を廃止するとともに「サービスC優先の原則」を示してサービスCの活用を推奨したこともあり、令和4（2022）年度の通所Cの利用は令和元（2019）年度の9.5倍に至っています。

イ. 第8期の取組み

(ア) 介護予防・自立支援型の地域ケア個別会議の活用

第7期から刷新した本市が主催する介護予防・自立支援型の地域ケア個別会議は年度ごとに目的や開催方法を見直してきました。

	目的や特徴	頻度
令和3年度	好事例の確認&ワンポイントレッスン	月に2回×3事例
令和4年度	好事例の共有&ワンポイントレッスン	月に2回×3事例
令和5年度	新規事例への対応とモニタリング	月に1回×4事例

令和3（2021）年度では好事例を振り返り、そのポイントを抽出しました。令和4（2022）年度は同ポイントを踏まえながら、関わった事業所とともに好事例をシェアすることに重点を置きました。これらを踏まえ、令和5（2023）年度は相談を受けてから間もない事例について、他の地域包括支援センターや専門職とともに話し合うとともに、その6か月後の様子を確認し、地域の強みや課題を確認するスタイルへとステップアップしてきました。また、令和5（2023）年度より専門職として薬剤師や地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが加わり、疾病管理も視野に入れた介護予防体制を進めました。

(イ) 好事例やそのポイントの整理、共有

地域ケア会議の取組みに加え、令和5（2023）年度には通所Cを利用するとともに、地域リハビリテーション活動支援事業や「通いの場」等の力を活用して受傷前の生活を取り戻した当事者が、地域包括支援センターやケアマネ事業所、専門職が参加する介護予防ケアマネジメント研修に登壇いただく機会を作りました。

また、サービスCやフレイルについて市民に説明する講座を開催し、好事例を市民にも共有しました。

図表3-3 地域ケア会議から抽出された好事例の14のポイント

健康意識の高さ ・サービス利用前から趣味や社会参加、疾病管理等の重要性を認識し、自ら何かしらに取り組んでいる	早期発見 ・家族や地域包括支援センター、地域の友人が異変に気付き、サービスの利用につながっている	主訴を尊重した介入 ・家事援助等の要望に対応して関係性を構築し、機能訓練等を提案している	自宅訪問 ・通所スタッフが自宅での生活動作や生活スタイルを確認し、具体的な改善に向けて介入している
家族の協力 ・できるだけ家族の協力を取り付けられるべく説明し、活躍いただいている	興味関心や性格に基づいた目標設定 ・本人の価値観や生活リズムに沿った目標を設定している	リスク管理 ・医療との連携等による疾病管理も行われている ・口腔機能の低下リスクを踏まえて対応している	生活の再構築 ・機能訓練等による回復とともに、身体機能に応じて生活する工夫等を支援している
ロールモデルの存在 ・身体機能が回復した高齢者が身近にあり、意欲の改善につながっている	運動と同時に栄養 ・機能訓練の効果を上げるために栄養摂取の改善についても支援している	サービス間の役割分担 ・訪問リハで生活動作や自宅環境に基づいた機能訓練、通所で体力全般の向上等、連携し役割分担している	改善を示して意欲喚起 ・体力測定等によりアウトカムを測定し示している ・小さな目標設定と達成を小まめに繰り返している
宿題、自主トレ ・サービス利用日以外に自分でできる体操や食習慣等を身体機能に応じ、支援している	通いの場へのつなぎ ・サービス提供者が通いの場等へ通う意義を本人や家族に説明し、適宜、サービスを終了している		

(ウ) 通所Cを紹介する動画やパンフレットの作成

通所Cの魅力伝えるため、サービス内容に加えて、利用者に出演いただく動画を令和4（2022）年度に作成し、本市のホームページで公開しました。また、訪問Cも含めて、サービスCを説明するパンフレットも作成しました。これらを活用し、地域包括支援センターが利用者にサービスを説明しやすくなりました。

(エ) ワンポイントレッスンの実施

令和3（2021）年度、4（2022）年度は地域ケア会議の開催に合わせ、専門職等が講師になり、地域包括支援センターを対象に介護予防に資する知識等を短時間（30分）で説明するワンポイントレッスンを実施しました。

講師	テーマ
リハ職	日常生活動作の確認票の使い方、通所C事業所の特徴、杖の活用や調整方法、運動を行う前のチェックポイント、食べること（摂食と嚥下）の意義、痛みへの対応、パーキンソン病の予後と介入
管理栄養士 歯科衛生士	栄養・口腔スクリーニング票の活用方法、BMIの考え方、リハビリ効果を高める栄養、食事の選び方、便秘と脱水の予防、栄養アセスメントと健康補助食品の活用方法、口腔ケアの重要性、お口の細菌
高齢福祉課	好事例のポイント、健康習慣に関するアンケート、通いの場、介護予防ケアマネジメント、介護予防マニュアルの活用方法、就労支援の基本、動機付け面接、ナッジの活用

(オ) 高齢者の食と栄養に関する連絡会の開催

令和3（2021）年度より試行的に訪問C2事業者と市との連絡会を開催し、サービスの推進に伴う課題の解決策等を話し合いました。令和5（2023）年度には、当市の高齢者の食生活を先駆的に支えてきたNPO法人みのりも加わり、市の課題を共有するとともに事業者同士が連携する可能性なども話し合いました。

(カ) 稲城市リハビリテーション連絡会への参加

年4回程度開催されてきた稲城市リハビリテーション連絡会に参加し、地域ケア会議での議論状況や市の課題、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果などを共有しました。これらを踏まえ、市内のリハ職が介護予防に協力する方法や可能性を協議しました。

(キ) 保健師ワーキングでの議論

令和3（2021）年度の途中から設置した保健師ワーキングでは、健康習慣の獲得状況の確認方法、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査項目や分析方法、国が示した改訂版の介護予防マニュアルの活用方法、地域診断の方法や結果などを議論しました。

(ク) 介護予防ケアマネジメント研修の実施

介護予防ケアマネジメントは原則的には地域包括支援センターが担いますが、要介護状態と行き来する事例等は、委託されてケアマネジャーが立案することが好ましいことがあります。この委託が進むように、令和5（2023）年度には市主催の介護予防ケアマネジメント研修を開催し、地域包括支援センターだけでなく、ケアマネジャーにも受講いただきました。

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、市内男性が要支援1以上になるのは82.76歳、女性は83.98歳となっており、これらは都内では高水準の値ですが、さらなる健康寿命の延伸が必要です。

サービスCの利用は進んだものの、訪問Cの利用は伸び悩みました。また、通所Cを終了後に、単に通所Aにつながる事例がまだ散見されることから、通所Cの本来の活用に至っていないことが考えられました。このことについて地域包括支援センターで話し合ってみたところ、次のような現状が浮かび上がりました。

(ア) 圏域ごとに課題やニーズが異なること

通所CとAとが併設している事業所とそうでない事業所とでは、通所Cの終了後にAにつながる可能性等も異なります。このように圏域ごとに利用できる通所Cあるいは機能訓練型の通所Aの個所数や定員が異なります。これらから、圏域ごとに課題や対策の優先順位を決めていく必要性が確認できました。

(イ) サービスの入り口の課題

サービスCは可逆性のあるフレイル高齢者に利用いただくことで効果が出ます。一方で、フレイル状態を過ぎてから地域包括支援センターに初めて相談に来る方が多いことも、通所Cが効果的に活用できない一因だと気付きました。

(ウ) サービス利用中の課題

通所Cの利用は6か月が上限だということの意味やその後の生活のイメージ（目標）が事業所、利用者とは共有されていない事例の多さも一因だと気付きました。また、それに向けた的確な評価にも改善の余地があります。

(エ) サービス終了後の課題

通所Cの終了後、通所Aに移行せざるを得ないのは、通所サービスの利用以外の健康習慣が獲得できなかった場合が大半です。「通いの場」や通所施設が提供する自費サービス以外に、獲得できる健康習慣を示し、提案できていないことも大きな要因だと気付かされました。

(オ) 将来のサービス不足に関する課題

市内の通所Cあるいは機能訓練を提供する通所Aは、まだ数は多くなく、フレイル状態の方が通えない場合も多々あるのが現状です。また、要介護者も受ける機能訓練型の通所AやCは、近い将来、要介護高齢者の増加に伴い、要支援者等が利用できなくなることが容易に想像できます。このことから一定期間でサービスを卒業できる支援体制を整えとともに、要介護者を受けていない事業所等が、時には地域の公民館等に出張してサービス提供する仕組みを構築する必要があります。

(カ) 機能訓練をサポートする訪問サービスの必要性

フレイル状態の高齢者の中には、身体の一部が痛み、だからこそ機能訓練等を実施した方が改善するにもかかわらず、サービスを利用できずに要介護状態になる高齢者が少なからずいることが地域ケア会議から分かりました。このことから身体機能を支援する訪問サービスも整える必要があります。

②第9期の取組み

これらを踏まえ、第9期において下記のように当事業に取り組みます。

目標（めざすべき姿）

サービスCの利用が適した高齢者が健康習慣を獲得できるようサービスCの利用について専門職と連携し、勧奨している。また、サービス利用中にも効果が高まるような体制が改善している。

ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 介護予防・自立支援型の地域ケア個別会議

令和5（2023）年度から開始したスタイル、つまり新規事例を専門職らで議論し、その6か月後の様子を確認し、地域の課題を抽出するスタイルを継続します。

また、当地域ケア会議の在り方は、地域包括支援センターを代表する方（主任ケアマネジャー等）と高齢福祉課とが協議しながら改善していくこととします。

(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。抽出された課題は、その内容に応じて別の会議等で引き取り、議論します。

イ. 対応策の実施

(ア) かかりつけ医等との連携

サービスCの利用が適した方の多くは、自分ではまだ大丈夫と感じているが、専門職からみるとサービスを利用すべき段階にある方です。この状態の方に対して、専門職以外が勧奨しても説得力に欠けることから、かかりつけ医や薬局の薬剤師と連携し、フレイル状態の方へ勧奨する体制を整えます。

令和6年度	かかりつけ医等が患者へ説明するチラシや方法等の検討
令和7年度	説明に伴い使用するチラシの作成。説明の試行開始
令和8年度	かかりつけ医等による説明、勧奨の開始

(イ) 市民向け説明会の開催

サービスCを利用いただくためには、市民にもフレイル状態を理解いただくことが大切なことから、市民向け説明会を実施します。ただし、通所Cや機能訓練型の通所Aの利用に関する課題は圏域ごとに異なっていることから、圏域ごとに地域包括支援センターと圏域内の事業所とが連携し、実情に応じた方法で実施することとします。圏域によっては個別相談会を実施する、施設見学会を実施する、サービスの元利用者との交流の機会を持つ、等の工夫を導入します。

(ウ) リハビリテーション専門職や管理栄養士の活用

通所Cや機能訓練型の通所Aの効果を上げるため、管理栄養士の訪問型サービスを利用した身体機能を改善するために有効な食生活を提案します。また、リハビリテーション専門職と連携しサービス終了に向けた身体機能の評価や健康習慣の獲得を支援します。

(エ) 市（高齢福祉課）や地域包括支援センターの活動の工夫

通所Cを紹介する動画の上映場所の確保、検診結果や高齢者アンケート結果等、リスクが生じつつある高齢者の名簿を活用した勧奨などサービスCの紹介に努めます。また、目標設定等を工夫し、6か月で健康習慣を身に着けることを動機付け、支援します。そのために、自主グループ以外に元気な高齢者が持っている健康習慣について情報収集します。場合によっては、本人の趣向にあった場を作り、健康習慣の獲得を支援します。

(オ) 新たなサービスCの開拓・創設

高齢者の増加や機能訓練を求めるニーズに対応できるよう、新たに通所Cを提供してくれるスポーツクラブ等を探すとともに、移動に課題がある高齢者を考慮し、様々な担い手が施設外に出向いてサービスを提供する方法を検討します。また、痛みなどから外出が難しい高齢者のために、機能訓練方法を指導する訪問Cの新設を検討します。

ウ. 対応策の評価・改善

(ア) 介護予防・自立支援型の地域ケア個別会議等での議論

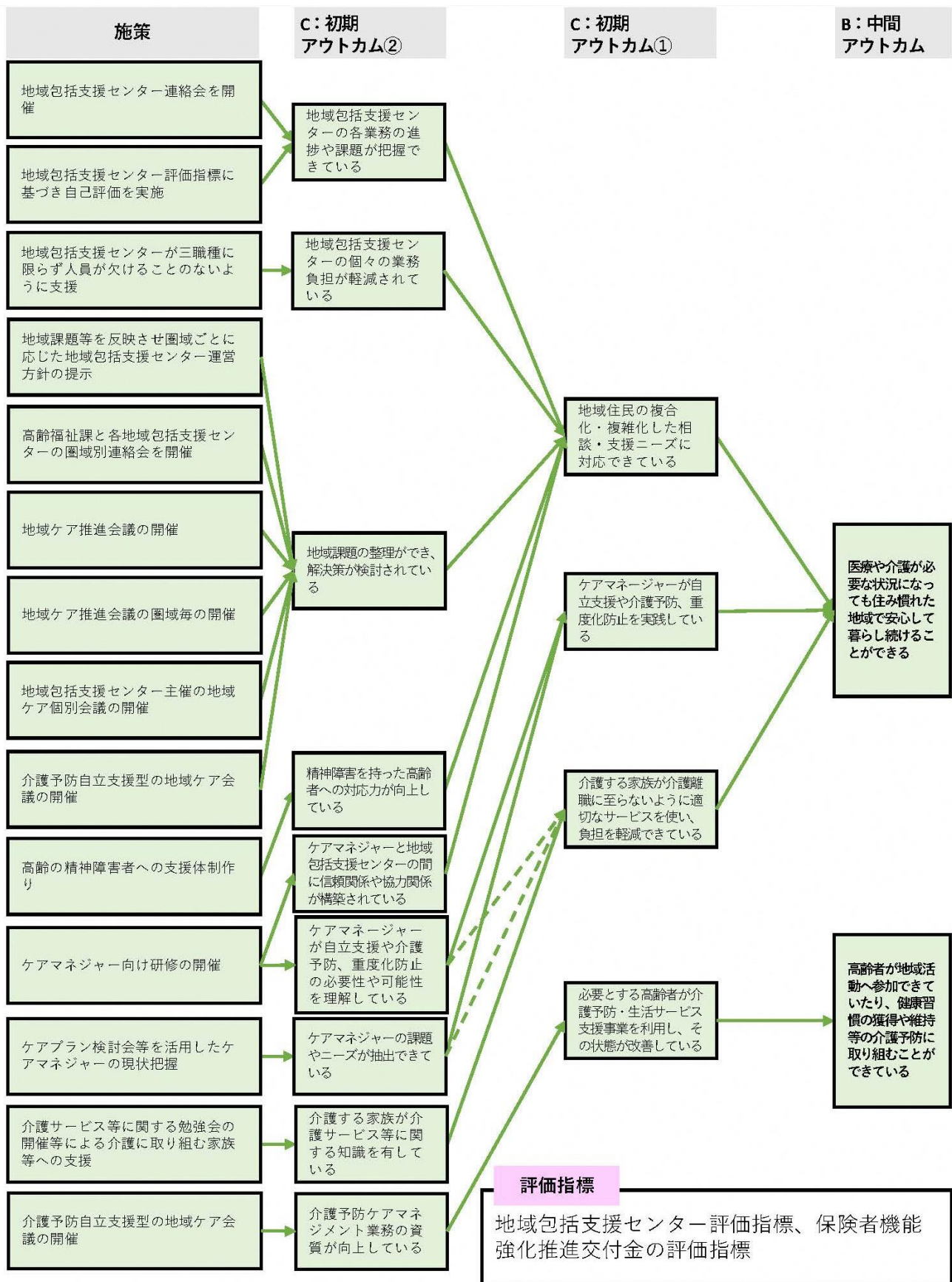
上記のように実施した対応策は、保健師ワーキングや高齢者の食と栄養に関する連絡会、地域包括支援センター連絡会、介護予防・自立支援型の地域ケア会議、地域ケア推進会議で検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

(イ) 指標

本事業の成果等は、3年後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および要支援者の主観的幸福感や主観的健康感、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に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」「住まい」「予防」「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（3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・協働の体制を作り、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など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、本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、厚生労働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で踏まえ、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、3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委託しやすい環境を整えることも提案され、保険者がケアマネ事業所を介護予防支援事業所として指定できることとなります。

本市では、平成18（2006）年度から整備を始め、平成24（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そ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、民生委員やその他の関係者、関係機関および関係団体で構成される地域ケア会議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8期の取組み

(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、本市と情報交換や意見交換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。また、月に1回、開催してきた「包括主任ケアマネジャー連絡会」を継続するとともに、社会福祉士が参加してきた稲城市高齢者虐待防止ワーキングチームを令和4（2022）年度より「社会福祉士ワーキング」に変更することで守備範囲を拡大しました。また、令和3（2021）年度より「保健師ワーキング」を立ち上げ、下記のようなテーマを扱うことで、3職種の専門性を活かした市の課題や解決策を議論しながら、法人を超えて人材を育成する機会を設けています。

包括主任ケアマネジャー連絡会	地域ケア会議、ケアマネ向け研修、困難事例
社会福祉士ワーキング	高齢者虐待、身寄りない高齢者、終活支援
保健師ワーキング	介護予防や健康寿命の延伸、認知症（早期発見）

(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

本市が主催する介護予防・自立支援型の地域ケア会議に参加する他、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会議を開催しました。また、圏域ごとの課題や解決策を議論する地域ケア圏域会議を開催しました。

(エ) 評価指標に基づいた自己評価

毎年度、厚生労働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

「世帯全体を支援する」視点を持つことをテーマに、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年1回実施しました。

令和3年度	ひきこもりと生活困窮者の自立支援
令和4年度	社会福祉協議会の役割を知ろう
令和5年度	8050を意識し、障害サービスを知ろう

(カ) 事務職の配置

地域包括支援センターの業務がひっ迫するため、限られた専門職を有効に活用できるよう、令和4（2022）年度から事務職を配置することとしました。

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の人員配置は圏域内の65歳以上の高齢者の数を踏まえることとなっており、地域包括支援センターエレガントもむらの所管圏域（大丸、東長沼、百村）、こうようだいの所管圏域（向陽台、長峰、若葉台）がほぼ6,000人に達しており、人員配置の増が必要になっています。また、地域包括支援センターこうようだいの事務所は狭く、人員を増やしたくてもスペースの都合から難しくなっています。

第8期から、各地域包括支援センターが年3～5回程度、開催する困難事例を議論する地域ケア個別会議に加えて、圏域ごとの課題を抽出して議論することを目的とした地域ケア圏域会議を年1回実施しました。さらにこれらを共有して市全体の課題を議論する地域ケア推進会議を年1回実施しました。これらを2年間重ねたところ、①高齢の精神障害者に関する課題（精神疾患がありながらも自立した生活を送っている65歳以上の方々が、何らかのきっかけで体調を崩し、地域や地域包括支援センターがSOSをキャッチするものの、十分に対応できず、困難事例に発展してしまうことがしばしばある）、②高齢者が多く住む集合住宅等との連携に関する課題（高齢者が多く住む東京都住宅供給公社（JKK）や独立行政法人都市再生機構（UR）が管理する住宅あるいはサービス付き高齢者住宅では、それぞれの管理者等が住民である高齢者の課題を把握するとともに、住民同士の支え合い等を促進する必要性を感じていることが多い一方で、これら高齢者の課題に地域包括支援センターも対応しているにも関わらず、両方で情報を共有・協働する機会が乏しい）が抽出できました。

同様に「交流の場」の在り方について、圏域ごとに実情や課題が異なることに気付き、圏域ごとに話し合うことで課題の解決策を見出すことができました。このように地域包括支援センターと市との連携や議論は、4圏域のセンター長等が集まり進めることが多かったところですが、具体的に議論を深めていくにつれ、各圏域の実情が大きく異なり、対策や優先順位も異なるため、十分に議論できていないことに気付きました。

また、ケアマネジャー向け研修を開催するなど、ケアマネジャーの活動を支援してきましたが、コロナ禍を経て稲城市内の主任ケアマネジャーの連絡会「ペアの会」の活動が停滞し、ネットワークの構築や地域包括ケアシステムの推進のための活動等、主任ケアマネジャーに期待される役割が果たせていないという課題もみえました。

②第9期の取組み

これらを踏まえ、第9期において下記のように当事業に取り組みます。

目標（めざすべき姿）

- 地域包括支援センターが自圏域や地区の現状や課題を把握し、それに応じて活動することを推進し、住民が高齢になっても住みやすいと感じている。
- 市内の主任ケアマネジャーが地域包括ケアシステムの構築等にあたり、求められている役割を自主的に果たせている。

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。また、圏域ごとに年に1～2回、高齢福祉課と各地域包括支援センターとが圏域の課題や対策を話し合う「圏域別連絡会」を開催し、圏域ごとの実情について議論します。

(イ) 地域ケア推進会議の開催

市主催の介護予防・自立支援型の地域ケア個別会議、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を継続するとともに、毎年度、1回以上の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。また、開催にあたり、ペアの会が派遣した主任ケアマネジャーが参加する等、地域ケア会議を通じた地域包括ケアシステムの推進に一翼を担う機会を創出します。なお、この地域ケア会議の趣旨をケアマネジャー支援に置き、担当するケアマネジャーがいる事例を中心に検討してきましたが、第9期では課題抽出を最優先とし、ケアマネジャーの有無は問わないこととします。

(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の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、市が自己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が欠けることないように支援します。

(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) 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、ペアの会と協働し、ペアの会がケアマネジャーを支援する機会を創出します。

(エ) 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、地域ケア圏域会議を開催します。

(オ) 介護予防・自立支援型の地域ケア会議の開催

市が毎月、1回程度主催する介護予防・自立支援型の地域ケア個別会議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。

(カ) 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踏まえ、市外に住む高齢者の介護に取り組む家族等に対し、介護サービス等に関する勉強会の開催等により支援します。

(キ) 高齢の精神障害者への支援体制作り

「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を進めるべく、困難事例になっていない高齢の精神障害者の事例を地域ケア会議で取り上げ、障害福祉関係者とともに早期警告サイン等の共有を通じて、協働しながら支援する方法を検討します。また、障害がある2号被保険者等の認定申請時を始め、障害福祉関係者や重層的支援体制整備事業の担当者と事例や情報共有する場を設けます。

(ク) 高齢者が多く住む住宅管理団体等との連携

JKKを始めとした高齢者が多く住む住宅管理団体等と地域包括支援センターとが定期的に情報交換する場を設置します。

ウ. 対応策の評価・改善

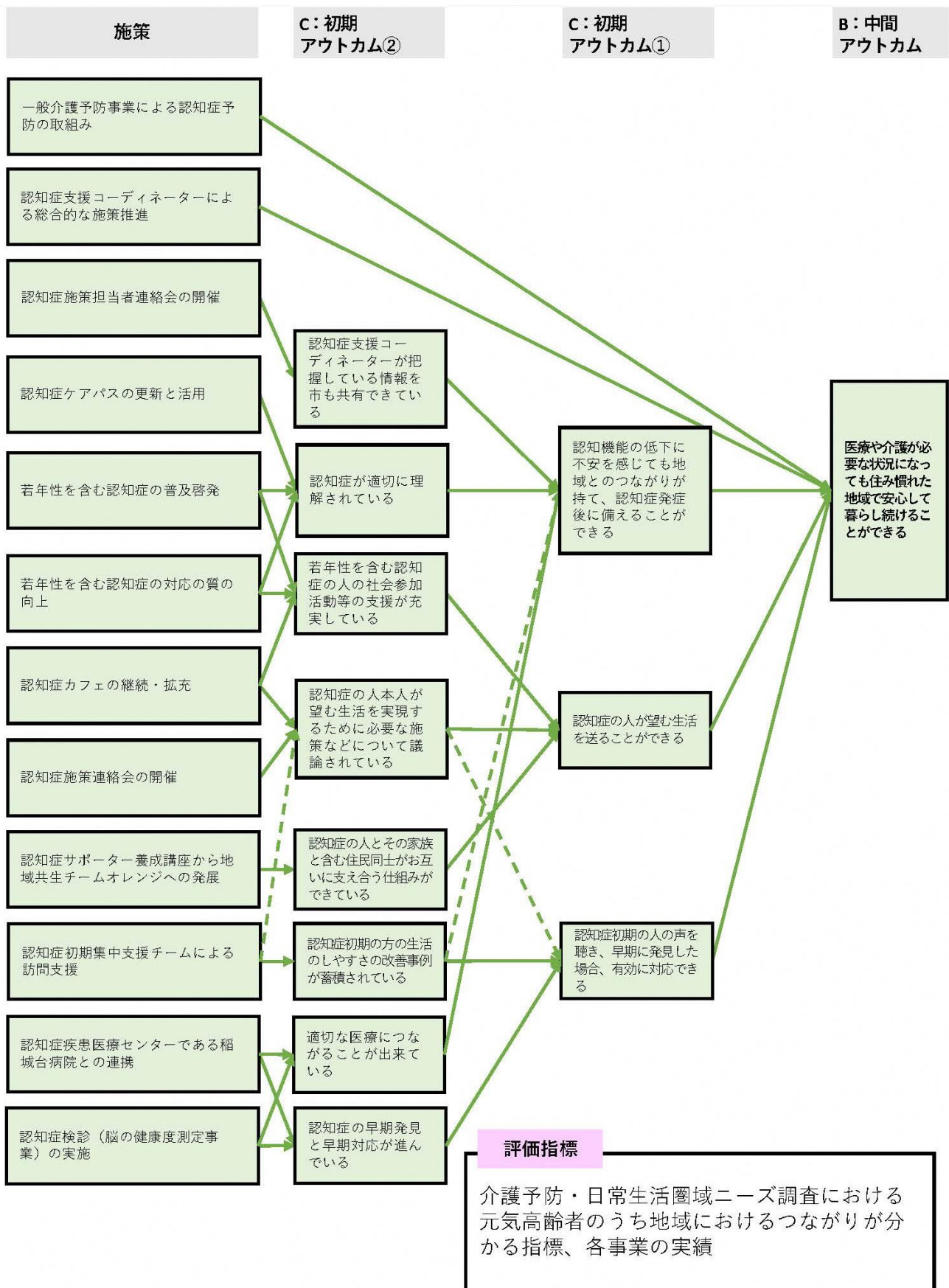
(ア) 地域包括支援センター連絡会等での議論

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

認知症は、誰もがなりうるものであり、国は、「認知症施策推進大綱」（令和元（2019）年6月策定）に基づき、認知症本人と家族の視点を重視ながら、「共生」と「予防」を車の両輪として、施策の推進に取り組んできました。また、令和5（2023）年6月の「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の制定を踏まえ、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう推進していくこととしています。この法律の目的は下記のように示されています。

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進していく。

認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進する。共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく。

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。

本市では、平成27（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（2015）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（2016）年10月には本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（2017）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（2017）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8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8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、認知症は誰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、

認知症になることの予防に関する取組みは「一般介護予防事業」（P91）

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（P151～）

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」（P136）

に掲載します。

(イ) 認知症カフェの検討、開始

本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（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し始めました。近隣市の認知症カフェの見学等を重ねる中で、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（2019）年6月から、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始め、令和2（2020）年度から認知症地域支援推進員を中心に進行、運営しています。また、令和4（2022）年度から市が都民住宅の一室を借り、NPO法人の活動に活用されている「生活支援サービス拠点 向陽台」に毎月、第2・4水曜日、午後2時間を原則に、2か所目となる「オレンジカフェ向陽台」を開設しました。いずれも開設時、認知症疾患医療センターの協力のもと、新設の周知を兼ねて認知症やオレンジカフェの勉強会を開催しました。新型コロナウイルスの感染拡大の防止のため令和2（2020）年度は一時期休止していましたが、その後は感染防止策を講じながら継続しています。

(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。

令和3（2021）年度の対応は12ケース（うち新規6ケース、終結5ケース）、令和4（2022）年度の対応は9ケース（うち新規6ケース、終結6ケース）、令和5（2023）年度（12月末現在）の対応は46ケース（うち新規20ケース、終結16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5（2023）年に第9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として、関係者の横のつながりをつくる機会を開始し、その後も年1回続けています。

(オ) 交流の場やふれあいセンターでの「受け皿作り」

生活に大きな支障が出ていない程度の軽度認知症の人が通う場を増やすべく、認知症疾患医療センターの協力のもと、令和3（2021）年度、市内4か所の交流の場で認知症の勉強会を開催しました。その後も市内の自治会館等で勉強会を開催する他、認知症コーディネーターが、社会福祉協議会が運営するふれあいセンターのコーディネーターに対して認知症の勉強会や意見交換会を開催し、受け皿作りを進めました。

(カ) 軽度認知症の人の生活に役立つ知恵を掲載した認知症ケアパスの更新

令和3（2021）年度、軽度認知症の人の生活に役立つ知恵を保健師ワーキングで収集し、その情報を整理して認知症ケアパスに掲載しました。その他、認知症疾患医療センターのスタッフの顔写真の掲載、認知症に理解がある見守り協定を締結している市内事業所を掲載するなど、認知症の人やその家族に役立つ内容を充実させました。

(キ) 「空白の期間」の実態に関するヒアリング

「早期発見」に取り組む前に、早期発見するに値する早期対応ができる体制作りを進めることが重要と考え、認知症の人の「空白の期間」に対応すべく市内「通いの場」やシルバー人材センター等で、「空白の期間」に該当する軽度認知症の人への対応の実態や課題を取材しました。「空白の期間」とは、認知症の疑いを覚えてから鑑別診断に至るまでの期間、診断からサービス利用に至るまでの期間を合わせたものです。

(ク) 若年性認知症を知るためのイベントの開催

令和4（2022）・5（2023）年度、東京都多摩若年性認知症総合支援センターの協力を得て、若年性認知症の当事者による講演会を実施しました。令和5（2023）年度の講演後、若年性認知症に関する相談が数件、寄せられるに至りました。

ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

令和22(2040)年には要介護高齢者のうち認知症自立度Ⅱ以上の方は、現在の1.3倍(P16)になることが見込まれています。認知症は一定の年齢で必ずしも発症するわけでありませんが、85歳以上の人口は現在の1.4倍になることが見込まれており(P12)、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。

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」と答えた認知機能が低下した人は2,231人(13%)と推計されています。また、これらの方の主観的幸福感、高齢者の平均より1点程度、低いもので、これは3年前と大きく変わりありませんでした。その他、軽度認知症の人で幸福感の高低を比べると、幸福感が低い人は①外出頻度を控えており、他者との関わりが少ない、②健康状態が悪化している、③物事への興味関心が薄れ、活力が低下している、④孤独を感じやすい環境にある、という特徴と重なることが分かりました。

さらに、高齢化率が低いにもかかわらず令和4(2022)年度の後期高齢者の認知症の医療費が国や都、同規模自治体と比して1.3倍となっています。

第8期の対策として「早期発見」に取り組む前に、早期発見するに値する早期対応ができる体制作りを進めることが重要と考え、認知症の人の「空白の期間」に対応すべく勉強会や取材等に取り組んだ結果、体制作りだけを進めるのではなく、早期発見に取り組みながら体制作りにも挑戦することが必要だと意見が出るに至りました。

生活支援体制整備事業や一般介護予防事業のような元気高齢者に対する取組みではカバーできない課題への解決の手段として、各認知症施策は認知機能が低下した高齢者の幸福感の向上に寄与することを意識し、展開することが重要だと認識しました。

特に、正常な認知状態に戻ることがあると言われており、認知症の前段階のMCI(軽度認知障害)の段階では「診断される不安」がない形でMCIの早期発見の仕組みを導入すべきと考えました。そして、認知症になる前でも、なった後でもさらなる認知機能の低下に備えられるように、個人が知識を持つことと地域でつながりを持つような取組みの必要性を認識しました。

② 第9期の取組み

これらを踏まえ、第9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)

- 早期発見・早期対応により認知症発症後に備える体制を整い、認知機能の低下に不安を感じた人が、地域とのつながりを持っている。
- 認知機能の低下の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らせる地域になるよう、認知症を正しく理解している市民が増える。

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、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。毎月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、認知症家族会等と、質の高い認知症ケアの充実や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1回程度、議論する場を設けます。

イ. 対応策の実施

(ア) 認知症検診（脳の健康度測定事業）の実施

認知症の前段階であるMCI（軽度認知障害）の段階では正常な認知状態に戻ることがあることからMCIの早期発見と認知機能の維持の取組みが有効とされる一方で、認知機能検査への抵抗感から受検控えも報告されています。そこで「脳の健康」をテーマに地域の会場にて、ゲームのような機器を活用した認知症検診を実施します。

脳の健康に関心がある人と認知機能が低下した人が身近な場所で検診の機会を得て、受検後もゲームのような機器を活用して認知機能を維持するなど、必要な人がスムーズに支援につながることで、進行の予防や原因疾患によっては治療での改善が図られるよう支援します。また、認知症や介護および社会資源に関する正しい知識が得られ、認知症の予防や早期発見の意識が高まるよう普及啓発を強化します。

令和6年度	検診事業と受診者のフォローの開始
令和7年度	検診事業の継続と対象者の見直し、フォロー方法の検討
令和8年度	検診事業の継続と対象者の見直し、フォロー方法の充実

(イ) 認知症カフェの継続、拡充

オレンジカフェ矢野口、オレンジカフェ向陽台を継続し、認知症の人本人の意見を聴く場、また、本人の希望や必要としていること等を本人同士で語り合い、交流する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の参加を検討し、地域に根差した場所で地域の人と交流を持ち、役割を持って活躍できる場にもなりうるよう目指し、他の地区や圏域でのニーズの発掘に努めます。

また、本人や家族の体験している世界を聴き、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支援者の支援力の向上にも努めます。

併せて、認知症サポーターの地域での活躍の場の1つとして、本人や家族との交流を深

めることを検討します。

さらに、令和7（2025）年度には市内の他の圏域で既存のオレンジカフェのよい特性を活かした認知症カフェが開催できるよう、令和6（2024）年度から検討を開始します。

令和6年度	オレンジカフェ矢野口、向陽台の継続 認知症カフェの運営方法、人員、3か所目、4か所目の場所の 検討
令和7年度	新たな運営方法で認知症カフェ3か所目圏域での運営開始 実施後の振り返りと課題の整理 4か所目の運営検討
令和8年度	次期計画に向けた課題の整理 4か所目の運営開始

（ウ）認知症サポーター養成講座から地域共生チームオレンジへの発展

サポーターとしての活動意欲や意向を確認し、認知症サポーターに留まらず、より活躍をしていきたい方向けにいなぎ版ステップアップ講座を実施します。

ステップアップ講座を受講した方と一緒に地域共生の在り方を考え、認知症の方と地域とのつながり維持するチームオレンジの結成を目指し、認知症の人とその家族を含む住民同士がお互いに支え合う仕組みづくりに取り組みます。

令和6年度	ステップアップ講座の内容検討、実施 チームオレンジの在り方検討
令和7年度	ステップアップ講座の継続 チームオレンジの結成
令和8年度	ステップアップ講座の継続 チームオレンジの活躍の仕組み作り

（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。年2回「初期集中支援事業事例検討会」を実施し関わった事例の対応の整理と課題の整理を行い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、「認知症施策連絡会」で整理した事例の紹介や対応、認知症の理解を深めてもらい、認知症の人や家族が望む生活を実現するために必要な施策等について議論します。

（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。認知症支援コーディネーターと、認知機能が低下した人の早期発見に資する「物忘れ定期相談会」を実施し早期発見を意識した取組みの協働を進めていきます。

(カ) 若年性認知症の普及啓発

引き続きアルツハイマー月間である9月に認知症、若年性認知症を知るためのイベントを開催し、関係機関を巻き込みその内容の充実を図ります。また、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支援者の若年性認知症の対応の質の向上に努めます。

(キ) 認知症ケアパスの更新と活用

認知症検診（脳の健康度測定事業）への取組みや認知症カフェの拡充、かかりつけ医との連携状況等を踏まえ、令和7（2025）年度に認知症ケアパスを更新します。

ウ. 対応策の評価・改善

(ア) 認知症施策連絡会等での議論

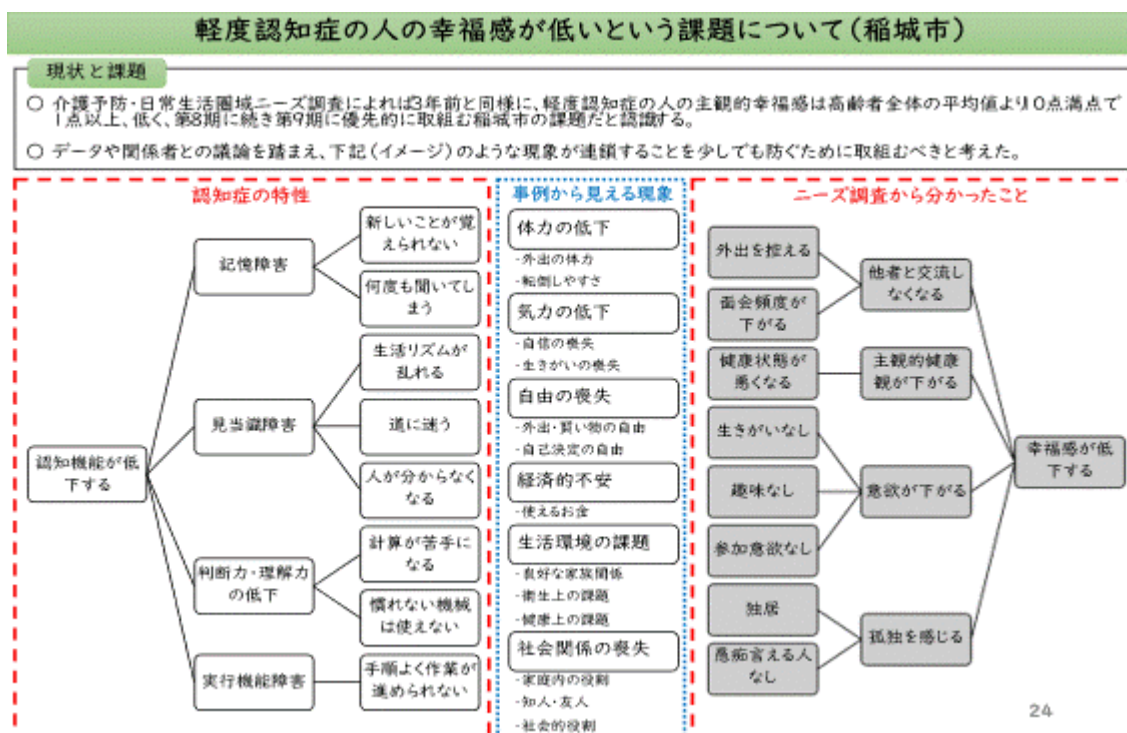
上記のように実施した対応策は、認知症施策担当者連絡会や保健師ワーキングで、各事業の実績や内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、在宅医療・介護連携推進協議会や介護保険運営協議会で報告します。

(イ) 指標

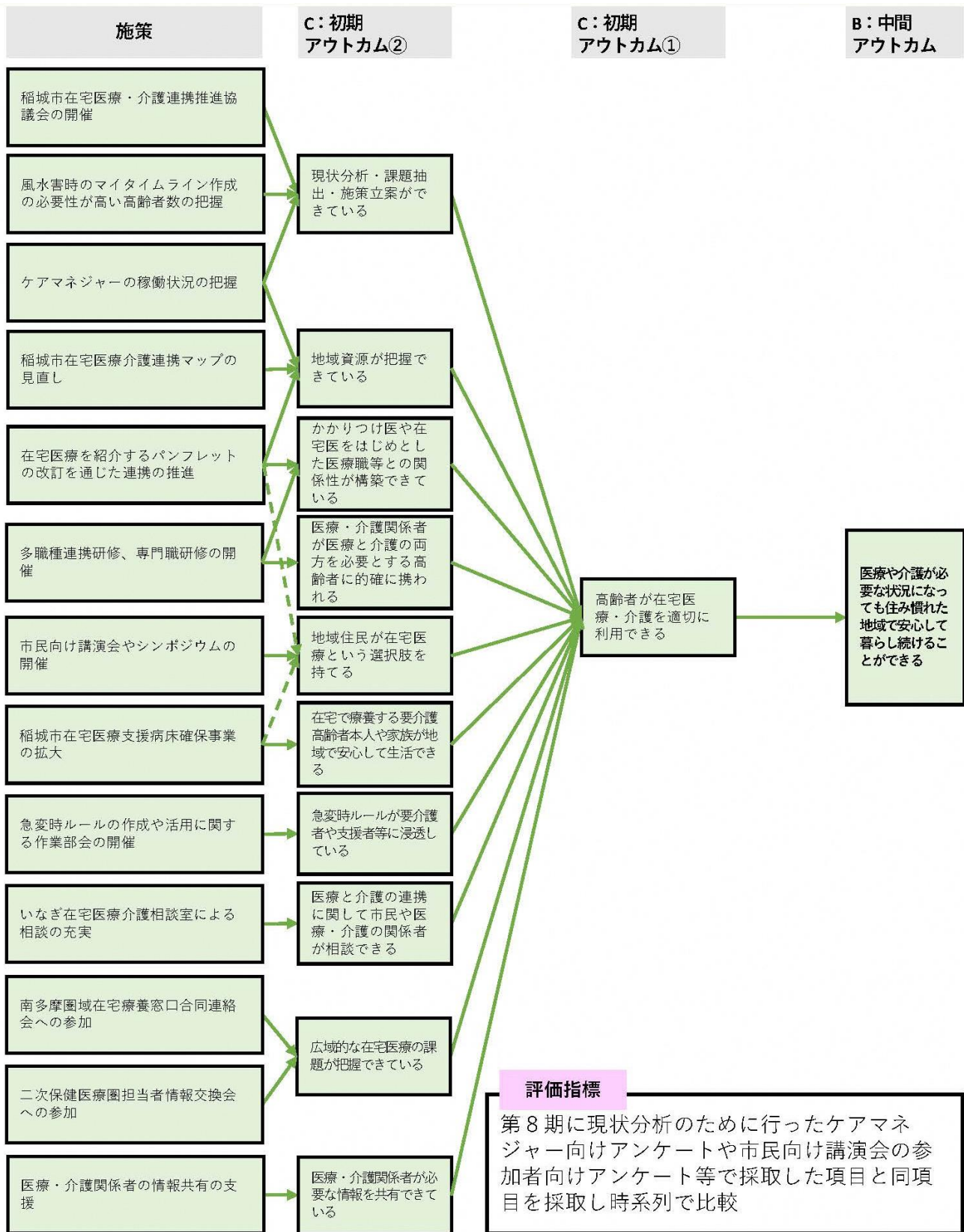
本事業の成果等は、令和7（2025）年度に実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における元気高齢者のうち、「物忘れが多いと感じますか」「今日が何月何日か分からない時がありますか」の両方に「はい」と答えた人の外出頻度や友人・知人との面会頻度の変化など地域におけるつながりが分かる指標で確認します。

また、各年度において認知症検診（脳の健康度測定事業）や認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座、認知症カフェなど各事業の実績をもとに各事業の成果を確認します。

図3-4 第9期の議論やデータに基づいた軽度認知症の人の課題のイメージ



(6) 在宅医療と介護の連携推進



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」「住まい」「予防」「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、本市では、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進しています（在宅医療・介護連携推進事業）。

ア. 事業の概要、経緯

当事業の内容は厚生労働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おり、本市では平成26（2014）年度に当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（2013）～27（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。

第8期計画で意識すべきこととして厚生労働省より、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。また、都道府県医療計画では「在宅医療に必要な連携を行う拠点」を明確にして整備する必要性が謳われることが予定されています。

イ. 第8期の取組み

（ア）稲城市在宅医療介護連携マップの更新

地域の介護・医療の資源の周知・活用のために第6期に作成した稲城市在宅医療介護連携マップを第8期においても毎年、更新するとともに令和4（2022）年度、「稲城市在宅医療・介護連携事業所等一覧」と一体化しました。また、同年度「稲城市民のための訪問診療医ガイド」を発行に向けて、「地域資源の把握」に努めました。

（イ）稲城市在宅医療・介護連携推進協議会等の開催

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8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を開催しましたが、研修検討部会は見送り、事務局で研修を企画・立案をし、協議会に諮り実施しました。また、いなぎ在宅医療介護相談室に寄せられた相談内容を分析しました。そのため、毎月1回、相談室との協議の場（在宅医療施策担当者連絡会）を令和3（2021）年度より開始しました。

（ウ）稲城市在宅医療支援病床確保事業の実施

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進のために、稲城市在宅医療支援病床確保事業を実施しました。

（エ）多職種連携研修の開催

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、ケアマネジャー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。

(オ) いなぎ在宅医療介護相談室の継続

在宅医療・介護連携に関する相談支援として、いなぎ在宅医療介護相談室の開設を継続しました。

(カ) 講演会、シンポジウムの開催および訪問診療医ガイド発行

地域住民への普及啓発として、市民向け講演会やシンポジウムを開催するとともに、令和4（2022）年度「稲城市民のための訪問診療医ガイド」を発行しました。

令和3年度	高齢の親の衰えに備える
令和4年度	医師に自宅に来てもらうという選択肢
令和5年度	在宅医療の中の服薬支援、はじめての在宅医療

(キ) 医療・介護関係者研修の開催

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回の専門職向け研修を開催しました。

	多職種連携研修	専門職向け研修
令和3年度	退院時および震災時における多職種連携の在り方を考える	① 訪問診療におけるACPの取組み ② 稲城市における災害医療体制
令和4年度	心不全の高齢者を多職種で支える	① 始まっている！？かくれ心不全 ② 在宅生活を効率的に支援するための住環境整備
令和5年度	在宅での看取り期の支援	① 在宅医療の実際 ② ハラスメントと困難事例への対応

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との情報交換会等への参加

在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携として、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するとともに、令和4（2022）年度から南多摩圏域在宅療養窓口合同連絡会に参加し始めました。

(ケ) 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会での評価・検証

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

(ア) ケアマネジャーを対象にしたアンケートから

平成27（2015）年度、30（2018）年度、令和元（2019）年度と実施してきたケアマネジャーを対象にアンケートを令和4（2022）年度にも実施し、在宅医療を利用する要介護高齢者の様子を把握したところ、下記のことになりました。

a ケアマネジャーの二極化

市内のケアマネジャーのうち、訪問診療を利用する要介護高齢者の6割以上は訪問診療所または病院に併設するケアマネ事業所が支えていました。また、看取り経験が豊富な13人のケアマネジャーのうち6名は訪問診療所併設の事業所に所属していました。このように在宅医療との連携や看取り経験が豊富なケアマネジャーと、そうでないケアマネジャーは二極化しており、今後は前者が後者を支援するような仕組みや関係性が有効であることがみえました。

b ACPや急変時ルールが進んでいない事例の多さ

訪問診療の利用者の1/3に急変時ルールがなく、同程度ACPについて話し合ったことがないことが分かりました。延命措置等の急変時の意向が確認できていない事例の7割は本人が希望する看取り場所が分からない状態でした。これらのうち急変時の連絡先がない事例は1つに留まったことから、これが理由ではないと考えられます。また、看取り経験等が豊富なケアマネジャーでも同傾向なことから、経験の差が要因でないと考えられます。

(イ) 多職種連携研修でのグループワークやアンケート等から

多職種連携研修で実施したグループワーク等から下記が分かりました。

a 4つの場面ごとの連携の目的

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の要望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿い医療機関につなぎ、本人や家族の希望に添った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

b 場面間の関係や課題

退院時は再発を防ぐために連携しますが、退院前カンファレスや退院後の変化や調整での課題がみえました。また、退院後の日常療養は、医療関係者が中心になって個々の「急変」症状を確認し、介護関係者や家族でも理解できるよう関係者間で共有する必要があります。そして、それが見られた場合の本人の意向（急変時ACP、延命・心肺蘇生の希望）を確認し、急変時対応ルールを策定する必要があることが分かりました。ACPを進めるために、まずは急変時ACPだけでも標準的に確認できる連携が必要だと考えられます。

c 災害への対応の課題

震災が起きた場合の事業継続等を考えるとキーワードは「安否確認の順序」「地域の力」「トリアージ」「安全確保」「災害時の連絡先」「生活を守るための情報連携」「事前の準備が必要」だと分かりました。

(ウ) エンディングに向けた市民意識調査から

将来の備え（終活）の多くは、元気なうちは「今はまだ早い」と感じて取り組めない一方で、いざ要介護状態になると必要性を感じるものの、取り組む余裕がないことが分かりました。風水害時への備えについても同様で、要介護認定がある人の方が備えられていませんでした。特に独居世帯で進んでいませんでした。

(エ) 在宅医療・介護連携推進協議会での議論から

いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられる相談件数は伸び、相談内容も幅が広がっていることが分かりました。そして、これらが支援者や市民の困りごとを直接的に反映していると協議会で認識しました。一方で、開設日が週に3日間のため相談する機関が偏っているとともに、相談室の対応の幅が広げられないことが課題だと気付きました。

②第9期の取組み

これらを踏まえ、第9期において下記のように当事業に取り組みます。

目標（めざすべき姿）

在宅医療を利用する患者の急変時の意向を確認するだけでなく、家族や関係者で共有し、本人の意向に沿って連携できる体制が標準になっている。

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8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、保健所や他市の在宅医療介護連携推進事業の進め方を知る関係者も交え、広域的な視点も踏まえて協議します。

協議会では、下記に示す各事業の進捗や稲城市医療計画の報告を基本に、それらから垣間見られる課題や対策を協議します。また、令和7（2025）年度末にはケアマネジャー向けアンケート等を適宜、実施して議論します。

(イ) 稲城市在宅医療介護連携マップの見直し

令和4（2022）年度、市ホームページにパスワードを設定し、市民向けと関係機関向けという2つの機能を1本化してみたものの、使い勝手はよいとは言えません。地図上に関係機関が表示されることの必要性を含め、情報の共有の目的を検討し直し、新たなツールへ作り変えるべきか検討します。令和6（2024）年度に必要な情報ツールを検討し、令和7（2025）年度に業者を交えて実現方法を検討します。現システムを活用できるのであれば、令和8（2026）年度には、新たな情報ツールの開始を目指します。

(ウ) 急変時ルール検討部会の開催

第7期では稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の専門作業部会として研修検討部会を設置し、多職種研修等の企画を立案してきたが、コロナ禍では開催せずとも、研修を実施できました。したがって研修検討部会は廃止し、第9期は急変時ルールの在り方を考えるため事例検討も実施し、ルールの作成や活用に関する作業部会として開催します。

(エ) いなぎ在宅医療介護相談室による相談の充実

在宅医療・介護連携に関する相談支援として開設している、いなぎ在宅医療介護相談室は現在、月・水・金曜日のみ開設のため、曜日を意識して相談する必要が生じている一方で、相談のニーズはこれに留まっていないと現場から意見が出ています。また、高齢者の急増に伴い、相談の増加が見込まれます。さらに医療計画に基づく「在宅医療に必要な拠点」として、関係機関との調整や市民向け講座の実施など「在宅医療コーディネーター」に期待されることが増えています。これらから、できる限り早く、週5日、開設することを目指します。

(オ) ケアマネジャーの稼働状況の把握

市内のケアマネジャーの稼働状況（空き状況）をいなぎ在宅医療介護相談室が集約して情報を一元化するとともに、事業所の特性等も踏まえながら市の課題や対策を分析します。

(カ) 南多摩圏域在宅療養窓口合同連絡会への参加

「在宅医療・介護連携に関する相談支援」を担う担当者が情報交換する南多摩圏域在宅療養窓口合同連絡会に参加し、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。

(キ) 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改訂を通じた連携の推進

第8期に作成した当ガイドについて、令和6（2024）年度に情報の更新に加え、往診、訪問歯科、訪問薬剤師等を含めて掲載すべき情報を見直します。令和7（2025）年度には掲載機関等を取材し、改定したガイドを発行し、令和8（2026）年度には活用を推進すべく配布しながらネットワークをさらに深めます。

(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携われるよう毎年度、年1回の多職種連携研修、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一堂に会し、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

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、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、圏域ごとの身近な会場で年4回、開催します。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

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) 稲城市在宅医療支援病床確保事業

在宅医療を利用している患者の主治医（訪問診療医）が入院の必要性を判断し、稲城台病院と調整して利用することとしてきた当事業ですが、多くの訪問診療医は、患者の急変時に備え、同機能を果たす病床を確保していることから、同事業の実績が低調です。令和6（2024）年度から対象者を、通院を含めて在宅療養している高齢者へ拡大し、在宅療養体制を推進します。

(カ) 風水害時のマイタイムライン作成の必要性が高い高齢者数の把握

住民意識調査で、介護認定のある人は被災のリスクが高いにも関わらず、ない人よりも備えている割合が低かったことから、タイムラインの作成を目標に、「風水害時に被災リスクある地区に住む要介護高齢者」のうち「自力で避難所に行けない人」さらに「避難支援できる家族等なし」の人数を把握すべくケアマネジャーにアンケート調査を行います。

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

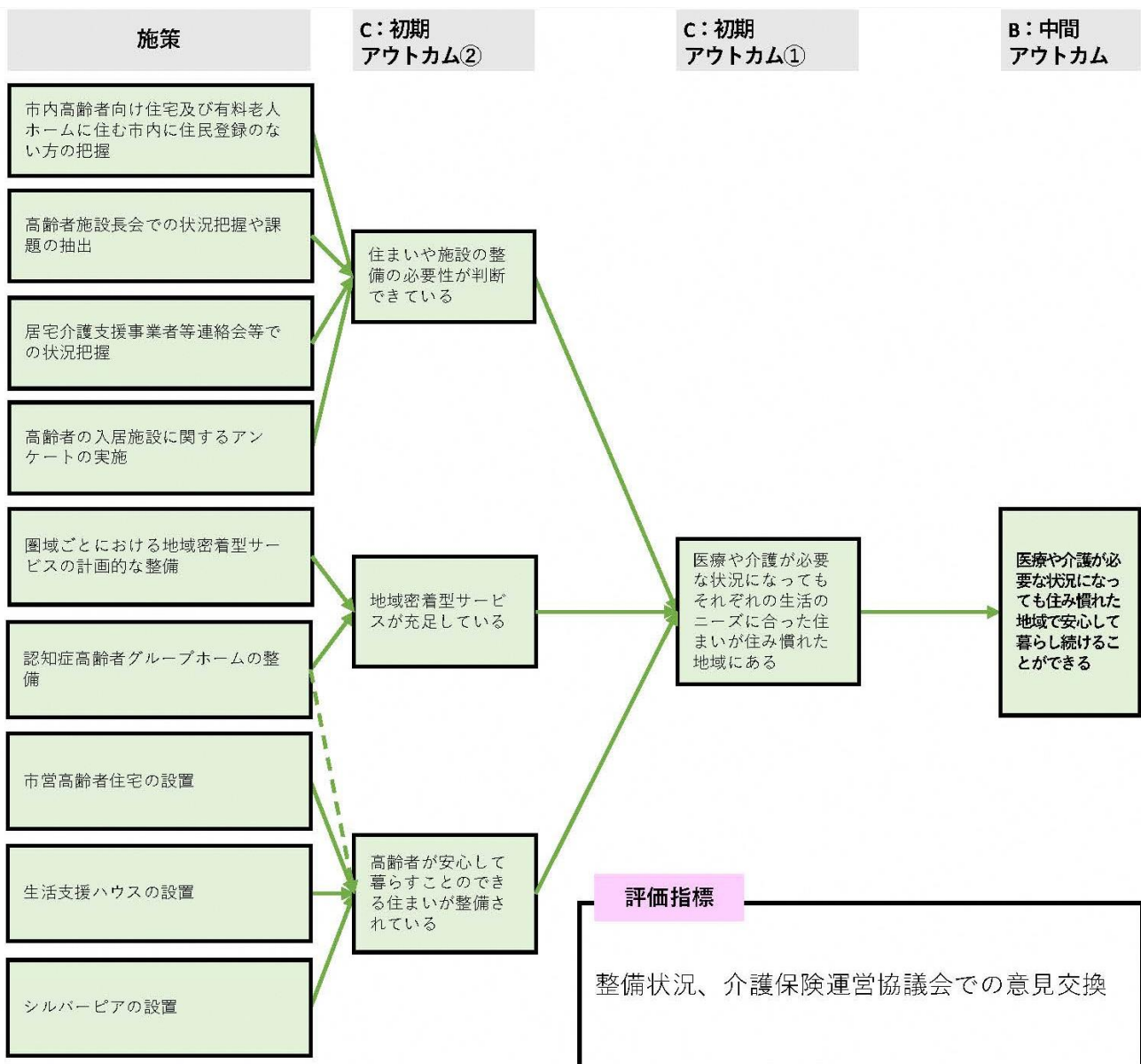
上記のように実施した対応策は、稲城市在宅医療・介護連携推進協議会で実施回数や参加者数、内容等を検証するとともに、課題抽出を図り、次の施策立案や改善に活かして、介護保険運営協議会で報告します。

(イ) 指標

本事業の成果等は、下記のような第8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と同じ項目をアンケート0c調査し、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・日常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
- ケアマネジャーがACPに「できるだけ取り組んでいる」割合
- ケアマネジャーが、本人等が希望する看取り場所は不明とする割合
- ケアマネジャーによる医療機関との連携に関する主観的感覚

(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、本市では、多様な高齢者の住まいの整備を進めています。

図表3-5 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	96人	6	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

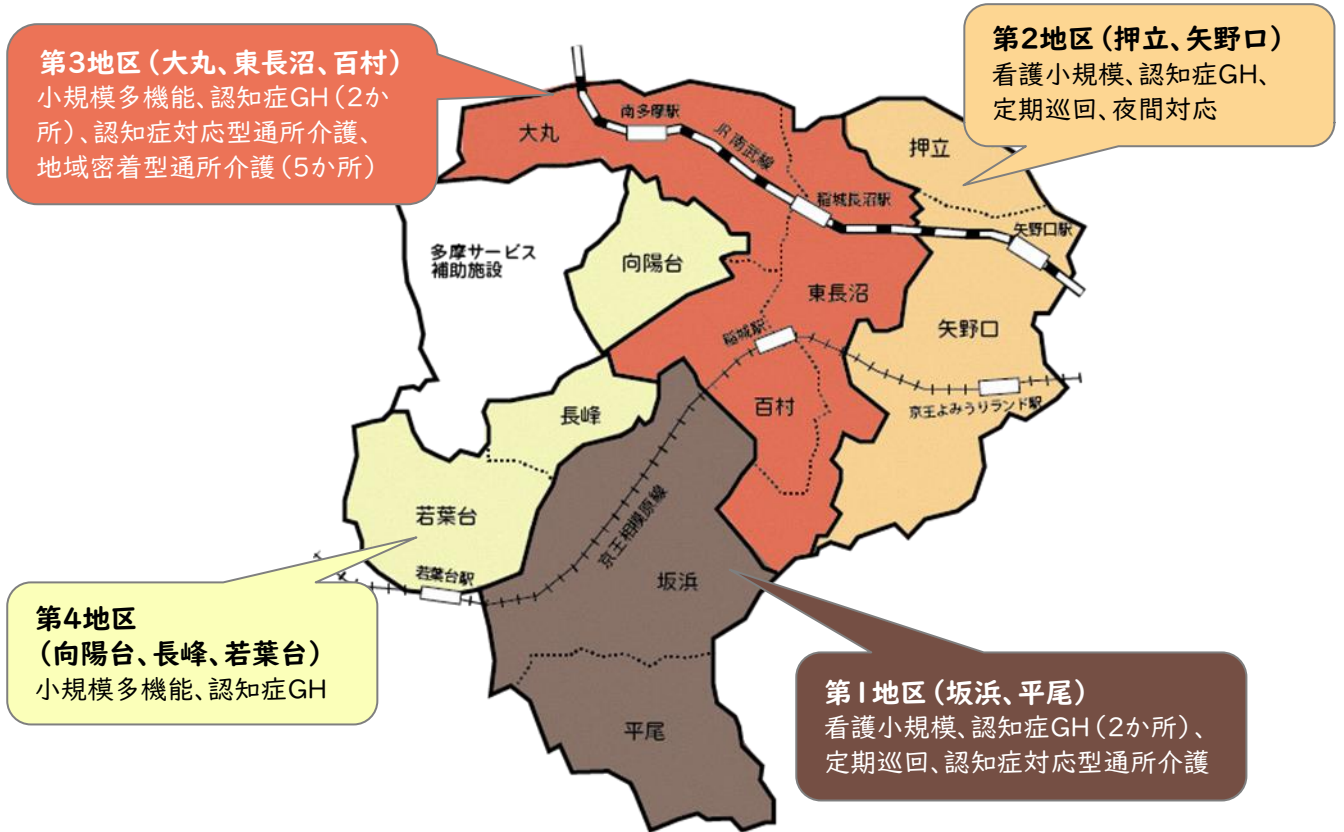
住まいは地域包括ケアシステムの基礎となるものであり、地域においてそれぞれの生活のニーズに合った住まいが提供され、かつ、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されることが、保健、医療、介護等のサービスが提供される前提となります。都市部では高齢者人口の増加に備え、特別養護老人ホーム等従来の介護サービスに加え、特定施設入居者生活介護も含めた効果的な介護基盤整備を行うことが重要です。その際、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等の高齢者向け住まいの設置状況を把握すること等が求められています。さらに、これらの質の確保を図ることが重要であり、居宅サービス等の提供状況の把握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

本市では、在宅サービスの充実を図る観点から、引き続き、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としております。

また、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、すべての日常

生活圏域に（看護）小規模多機能型居宅介護およ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および認知症対応型通所介護を整備してきました。また、地域密着型通所介護および夜間対応型訪問介護についても整備を行ってきました。

図表3-6 日常生活圏域別地域密着型サービス



イ. 第8期の主な取組み

第8期期間中においては、認知症高齢者グループホームについて、計画的な整備により2施設が開設されました。

令和3年度	令和4年度	令和5年度
○認知症高齢者グループホーム整備（令和3年7月サービス提供開始）	—	○認知症高齢者グループホーム整備（令和6年3月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および、有料老人ホーム、ケアハウスなどに実施しましたアンケート、「稲城市高齢者の入居施設に関するアンケート」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ています。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、福祉サービスの案内・提供に問題になるばかりでなく、防犯・防災の観点からも、課題であると考えています。

② 第9期の取組み

これらを踏まえ、第9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ている。

ア. 現状分析・課題抽出・改善・施策立案

(ア) 稲城市高齢者施設長会での現状把握

年2回開催している稲城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。

(イ) 稲城市居宅介護支援事業者等連絡会等での現状把握

稲城市居宅介護支援事業者等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9期においても、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推進していきます。また、圏域ごとにおける「2巡目」の整備について計画し、進めていきます。さらに、認知症高齢者数の増加を見込んで、ニーズの高い認知症高齢者グループホームを整備します。

なお、サービス付き高齢者向け住宅および有料老人ホームにつきましては、第9期の計画期間において充足しているの見込まれているため、新たな整備については推進しません。そのため、事業者が東京都からの補助金を受ける要件の1つである「東京都サービス付き高齢者向け住宅の補助に係る稲城市が事業者に求める基準」については取下げを行います。

【計画目標】

施策等	令和6年度	令和7年度	令和8年度
整備計画	—	—	●認知症高齢者グループホーム 1か所(定員18人)

ウ. 対応策の評価・改善

上記のように実施した対応策は、稲城市高齢者施設長会や稲城市居宅介護支援事業者等連絡会で整備状況等を確認し、稲城市介護保険運営協議会に報告しながら、意見交換により課題抽出を図り、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（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も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。

ここでは本市が第9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、改めて整理して記載します。

（1）フレイルリスクのある方に対する介護予防事業参加への働きかけ（アウトリーチ）

①現状と課題

第8期において、閉じこもりがちな方や声を上げられない方に対して、高齢者見守りアンケートの調査結果からフレイルリスクの高い人を抽出し、参加を促す働きかけを行っています。一定程度の参加はあるものの、アンケートの内容だけでは把握しきれないフレイルリスクの高い人や、アンケートに回答されていないフレイルリスクの高い人については働きかけを行うことができておらず、高齢者全体の中でフレイルリスクの高い人への働きかけを行うタッチポイントを増やす必要があります。

また、潜在的にフレイルリスクを抱えている人が顕在化していないとすれば、高齢者が身近に心身機能について向き合う機会となる医療機関や薬局等をタッチポイントとしたアウトリーチ等も検討する必要があります。

②第9期における具体的な取組み

高齢者見守りアンケートについては、地域をよく知る民生・児童委員の協力をいただき実施していることから、アンケートの実施において把握したフレイルリスクがある方やアンケート対象となっていないが普段の民生・児童委員の活動の中で把握したフレイルリスクがある方について、市に共有できる体制を構築します（市以外のタッチポイントによる情報収集）。また、いただいた情報をもとに市でフレイルリスクを判定し、民生・児童委員にフィードバックを行い、介護予防事業の参加の勧奨（市以外のタッチポイントによるアウトリーチ）を行っていただく仕組みを構築することで、現在市が行っている高齢者見守りアンケートの結果からのアウトリーチの補完を目指します。

かかりつけ医や薬局の薬剤師、リハビリ専門職等が関わりのある高齢者に対して、必要に応じて介護予防事業の参加を勧奨すること（医療従事者等によるアウトリーチ）を依頼し、高齢福祉以外の分野によるタッチポイントを増加させます。

③目標（事業内容、指標等）

市以外のタッチポイントによる情報収集については、令和6（2024）年度中に検討・実施を行い、市以外のタッチポイントによるアウトリーチについては、令和6（2024）年度中に仕組みを検討し、令和7（2025）年度には実施できることを目標とします。

また、医療従事者等によるアウトリーチについては、令和6（2024）年度中に医療従事者等の意見を聴取し具体的な方法の検討を行い、令和7（2025）年度から試行的に実施することを目標とします。

これらを通じて、令和8（2026）年度には市以外のタッチポイントによるアウトリーチや医療従事者等によるアウトリーチからの介護予防事業への参加者がいることを目指します。

④目標の評価方法と時点

各年度において、それぞれの仕組みや体制の構築について市の進捗状況については係内での議論等により立ち位置を確認します。

また、市以外のタッチポイントによるアウトリーチや医療従事者等によるアウトリーチについては、民生・児童委員や医療従事者等に対して毎年度行動変容ステージモデルに関するアンケートを取り、そのステージの変化によって仕組みや体制の構築に関する進捗状況を把握し、評価します。

なお、行動変容ステージモデルとは、人が行動を変える場合は「無関心期」→「関心期」→「準備期」→「実行期」→「維持期」の5つのステージを通ると考え、人がどのステージにいるのかを把握して、行動変容のステージを1つでも先に進めるために、それぞれのステージに合わせた働きかけを行う考え方です。市はこの考え方を活用して、民生・児童委員や医療従事者等の行動変容への働きかけを行っていきます。



状態	行動の変容に無関心	行動を変えることに興味はあるが、実行する意思はない	行動を実行したいと思っている	行動を続ける自信がない	行動を続けられる自信がある
概要	6か月以内に行動を変える気がない時期	6か月以内に行動を変える気がある時期	1か月以内に行動を変える気がある時期	行動を変えて6か月以内の時期	行動を変えて6か月以上の時期
働きかけの例	行動変容によるメリット等を伝える	行動を変える提案をする	行動によって生まれたアウトプット等を伝える	継続によるアウトプットの伝達や継続するインセンティブを設計する	継続し続けることのメリットを伝える

（行動変容ステージモデル）

(2) サービスC利用による健康習慣の獲得の促進

①現状と課題

第8期の取組みにより令和4（2022）年度の通所Cの利用者は、令和元（2019）年度の10倍近くになっています。ただし、通所Cの利用後、通所Aを利用する方も多いという課題が残っています。また、栄養指導を行う訪問Cの利用も進みましたが、極めて少ないところです。その一方で、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果から、これらサービスCの利用が適切だと考えられる虚弱リスクがあると考えられる高齢者は多いと考えられます。

第8期の地域ケア会議で、これらサービスを利用すると改善する事例が多いことから、サービスの内容等に大きな課題はないと考えられます。サービスCは、いわゆる二次予防事業に位置づけられ、サービス利用（介入）の必要性が高い一方で、高齢者本人は「まだ大丈夫」と考える状態像に対する予防事業と言えます。

したがって、①サービスの入り口の課題については、本人が納得するような専門職やデータに基づいた勧奨、②サービス利用中についてはサービス終了時を想定して健康習慣を獲得することを本人や関係者で強く意識すること、③サービスの出口については、継続しやすい健康習慣をフォローする体制作りなどが欠けていることが課題です。

②第9期における具体的な取組み

かかりつけ医や薬局の薬剤師等が高齢のフレイル状態の患者に対して、サービスCの利用を勧奨できる体制を作ります。また、サービスCの終了後、フォーマルな介護サービス等でない健康習慣を身に着けるべく、サービス利用中に評価、提案します。

サービスCの新規利用者が健康習慣を身に着けるべく地域ケア個別会議を開催し、6か月後の様子をモニタリングすることで成功事例はその要因を、そうでない場合は課題を整理して改善方法を検討します。

③目標（事業内容、指標等）

かかりつけ医や薬剤師による勧奨は、令和6（2024）年度から体制作りを検討し、令和8（2026）年度に開始します。これらを通じて第10期計画を検討する令和8（2026）年度の夏には、サービスCの利用者を令和5（2023）年度の1.5倍以上となることを目標とします。また、通所C利用後に通所Aにつながる事例は、令和5（2023）年度の半数になることを目指します。

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数、終了後の健康習慣の獲得状況や方法を把握します。また、第10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第9期計画用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して社会参加できるまちづくり

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付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方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、認知症初期の状態と考えられる方の主観的幸福度は平均値より約1点低いものでした。

認知症の早期発見後に早期対応できる体制作りを進めるべく第8期に取り組みましたが、早期発見の仕組みや認知症初期の状態と考えられる方が早めに支援につながる体制作りが課題です。

②第9期における具体的な取組み

脳の健康に関心がある人と認知機能が低下した人が身近な場所で検診の機会を得られるよう認知症検診（脳の健康度測定事業）を実施します。必要な人がスムーズに支援につながることで、進行の予防や原因疾患によっては治療での改善が図られるよう支援します。また、認知症、介護および社会資源に関する正しい知識が得られ、認知症の予防や早期発見の意識が高まるよう普及啓発を強化します。これらを通じて、認知機能が低下しても何らかの社会参加が実現でき、つながりを感じられる体制を整えていきます。

また、4圏域で認知症カフェが開催できるよう取り組みます。地域の特性を踏まえ、地域で必要とされるような支え合いにつながるよう地域住民や関係者とともに課題を整理しながら進めます。

さらに認知症サポーターからステップアップ講座を受講した方と認知症の方とともに地域共生の在り方を考え、チームオレンジの結成を目指します。ステップアップ講座の内容についても地域共生の理念が共有できるよう充実を図ります。

③目標（事業内容、指標等）

令和6（2024）年度から高齢者40名に対し認知症検診（脳の健康度測定事業）を開始し、成果について検証します。

また、本人ミーティング型の認知症カフェを第9期中に2か所増やすことを目指します。さらに、第9期中にチームオレンジを1つ結成します。

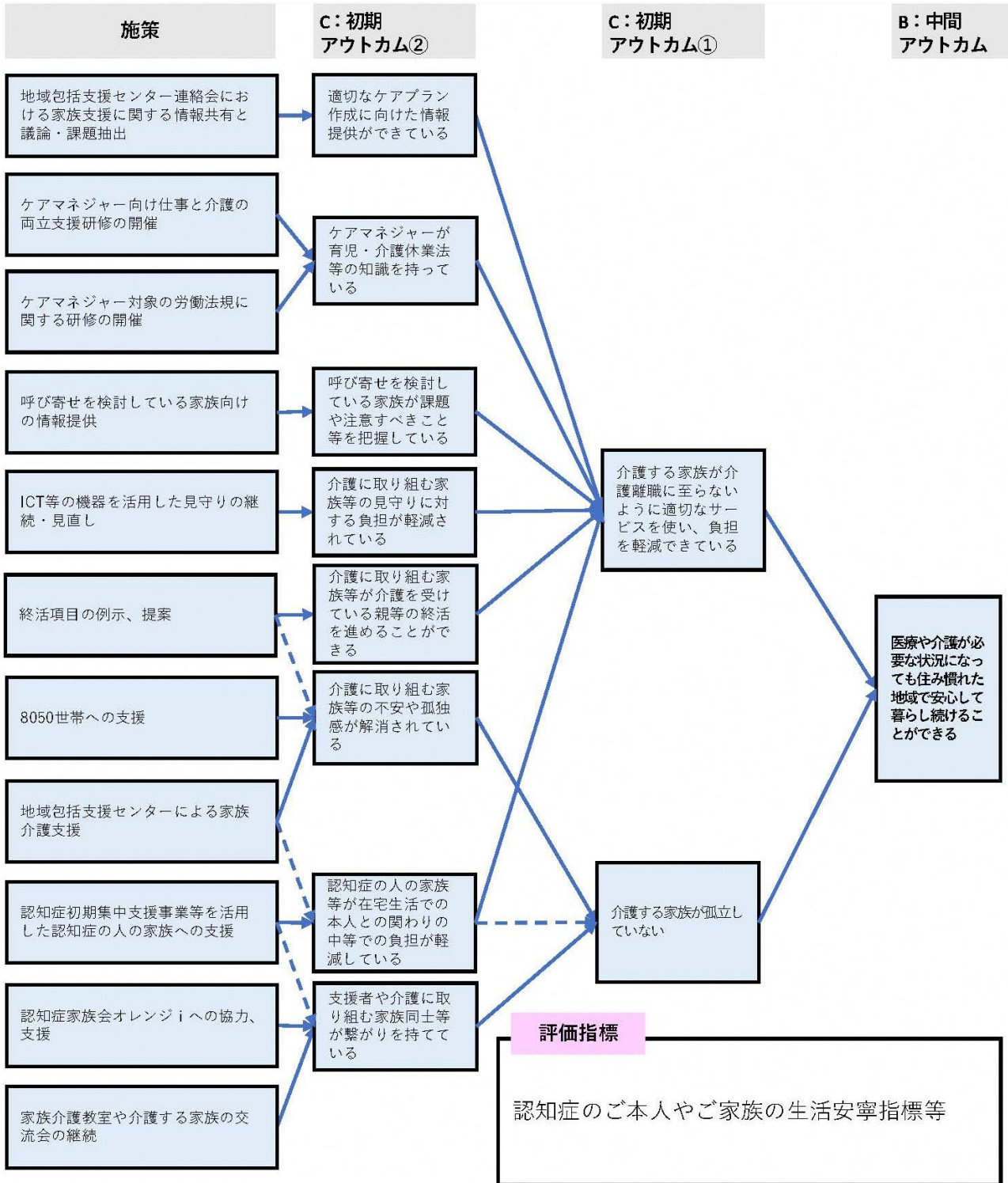
④目標の評価方法と時点

各年度において認知症検診や認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座、認知症カフェなど各事業の実績等をもとに成果を確認します。

また、令和7（2025）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」と答えた人の外出頻度や友人・知人との面会頻度の変化など地域におけるつながりが分かる指標で確認します。

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」「住まい」「予防」「生活支援」のうち、主に現に「介護」を提供する家族等に対し支援するため、本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）。

ア. 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およ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、「養護者の介護疲れ・介護ストレス」、「養護者の障害・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聴き、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毎日複数回の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およ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、認知症の人およ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。

本市では、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。

イ. 第8期の取組み

(ア) 家族介護教室、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。また、地域包括支援センターが圏域ごとに年10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。

(イ) 効率的な家族支援事業の在り方に関する議論

令和3(2021)年度、圏域・地区ごとに多い世帯類型を意識し、地域の実情に合った家族支援事業について地域包括支援センターと議論しました。また、令和4(2022)年度および令和5(2023)年度は研究機関からの取材を機に、世帯類型(老々介護、就労世代、子育て世代(ダブルケア)、ヤングケアラー、8050世帯、「呼び寄せ世帯」)に応じた支援方法、ICTや見守り機器を活用した効率的な家族支援の在り方について議論しました。

(ウ) 認知症家族会オレンジi

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(2008)年度から認知症の家族同士の支え合い活動を実施し、平成25(2013)年頃から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オレンジiと市の施策の在り方について意見交換する等、活動を支援しました。

(エ) 市内中学3年生を対象とした認知症サポーター養成講座

教育委員会からの提案で、市内中学校の協力のもと中学3年生に毎年、認知症サポーター養成講座を実施しています。これを通じ、祖父母等を介護しているヤングケアラーに必要な場合、相談するよう呼び掛けています。

(オ) 高齢者見守りネットワークの協定締結事業所の紹介

オレンジiからの提案により、認知症ケアパスに認知症の人の家族等が安心して利用できる「高齢者に優しい店」として紹介しました。

(カ) ICTを活用した見守り導入による家族支援

本市では心疾患等がある高齢者の急変時に備えた緊急通報システム、行方不明となった高齢者の位置を探索できる徘徊高齢者家族支援サービスを実施してきました。これに加え、令和3(2021)年度から独居高齢者の電球に動きがない場合にメールで家族等に連絡する「見守り電球」、要介護高齢者のベッドマットと室温を遠隔で確認する「見守りセンサー」というICTを活用して見守りネットワークを構築しながら家族を支援することに取り組んでいます。

(キ) 仕事と介護との両立支援研修

令和3(2021)年度、ケアマネジャーを対象とした介護と仕事との両立支援研修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

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、親を同居して介護する家族の割合は減ることも見込まれ、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ことと見込まれます。

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、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、離職する家族は市民とは限らないことに配慮が必要です。

特に市内のニュータウン地区に住む就労世代の家族が、地方に住みながら介護が必要になってきた高齢の親を市内に呼び寄せる事例が多くなっています。この呼び寄せは介護離職を防止する1つの手段ですが、本市に住み慣れていない高齢者の場合、転居を機に外出が減り、認知症が一気に進むなどリスクも伴う手段です。

また、市が令和5（2023）年度に実施した在宅介護実態調査（P44）の結果によれば、認知症状への対応が必要な場合は、訪問系サービスとの組み合わせや訪問サービスの頻回利用が効果的である様子が見えましたが、これはサービスの利用を通し定期的に誰かが話を聴いてくれる状況が心理的負担の軽減につながっているものと推測されます。今後は、特に家族の負担感が強い認知症への対応について、必要な人が必要なサービスを利用できるよう、小規模多機能や定期巡回等の地域密着型サービスの有効活用を図るとともに、訪問診療等の医療との連携促進や相談支援等、総合的な取組みを強化することが重要だと考えられます。また、介護のために何らかの働き方の調整を行っている方の割合は3年前に比べて増加しているものの、就労している介護者の中でも特にパートタイム勤務の方の仕事と介護の両立が、3年前に比べて難しくなっている様子が見えましたが、これは、パートタイム勤務では正社員に比べ福利厚生等の制度が整っていないことにより休暇がそのまま収入減につながる状況や、そもそも休暇や時短等を取りにくいこと等が関係していると考えられます。介護離職の防止に向けては、サービスの利用によって負担を軽減できる体制整備とともに、勤務形態に関わらず介護に関する各種制度を利用できるよう、本人や事業主に向けた周知・啓発の強化が求められます。

一方で地域ケア会議などからは、家族もまた精神疾患やひきこもり経験者、これらに起因する経済的な困窮など支援を要する世帯が増えており、これら家族の効果的・効率的な支援の充実が求められていることも分かりました。

さらにエンディングに向けた住民意識調査からは、元気なうちから高齢者が終活を進めるのは「まだ早い」と感じて進められない一方で、要介護状態になったら自分では進める余裕がなくなることが読み取れました。また、身寄りがない高齢者に関する地域ケア会議や介護保険運営協議会では、高齢者が終活を進めておいてくれると家族の負担が軽減できることなどが示唆されました。

なお、認知症の家族会からは、世間一般の方にも、偏見をなくし正しい知識と創意工夫次第で当事者と家族の幸福感が変わることなどを理解していただくことが重要だなどの意見が寄せられました。

②第9期の取組み

これらを踏まえ、第9期において下記のように当事業に取り組みます。

目標（めざすべき姿）

家族を介護者でなく、一人の人として扱われるよう、介護する家族が孤立せず、地域で過ごせている。特に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支援されている。

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、課題を抽出します。

イ. 対応策の実施

(ア) ケアマネジャー向けの仕事介護との両立支援研修の実施

第8期（令和3（2021）年度）に実施した研修教材を活用し、類似の研修を開催します。

(イ) ケアマネジャー対象の労働法規に関する研修

ケアマネジャーを対象に介護休暇等に関する労働法規に関する勉強会を市が開催します。

(ウ) 呼び寄せを検討している家族向けの情報提供

ニュータウン圏域の地域包括支援センターが行ってきた家族支援講座「呼び寄せるその前に」等の講座について市民全体を対象に開催します。

(エ) ICT等の機器を活用した見守りの継続、見直し

ICT等の機器を活用した見守りを継続しながら、単に機器を設置するのではなく、自助や互助を進める機会とするよう活用します。

(オ) 8050世帯への支援

8050世帯に対しては「子を世話してきた80世代」と「親を介護してきた50世代」両者の意向を尊重しながら、障害福祉や地域福祉部門等、重層的支援体制整備事業と連携し、世帯全体を支援する体制を構築します。

(カ) 終活項目の例示、提案

自分の親の終活を進めやすくするため、終活として具体的に実施すべき項目や具体例を提示します。また、それらを集団講座や個別支援で活用できるよう資料として配布します。

(キ) 初期集中支援事業等を活用した認知症の人の家族への支援

認知症の人の家族の負担が大きい場合、認知症初級中支援チームや認知症疾患医療センターと連携し、在宅生活での関わり方など家族やケアマネジャーに提案し、負担軽減に努めます。

(ク) 家族会への協力、支援

認知症家族会オレンジi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、勉強会の開催を支援します。

(ケ) 家族介護教室や介護する家族の交流会の継続

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、家族介護教室や介護する家族の交流会を実施します。

ウ. 対応策の評価・改善

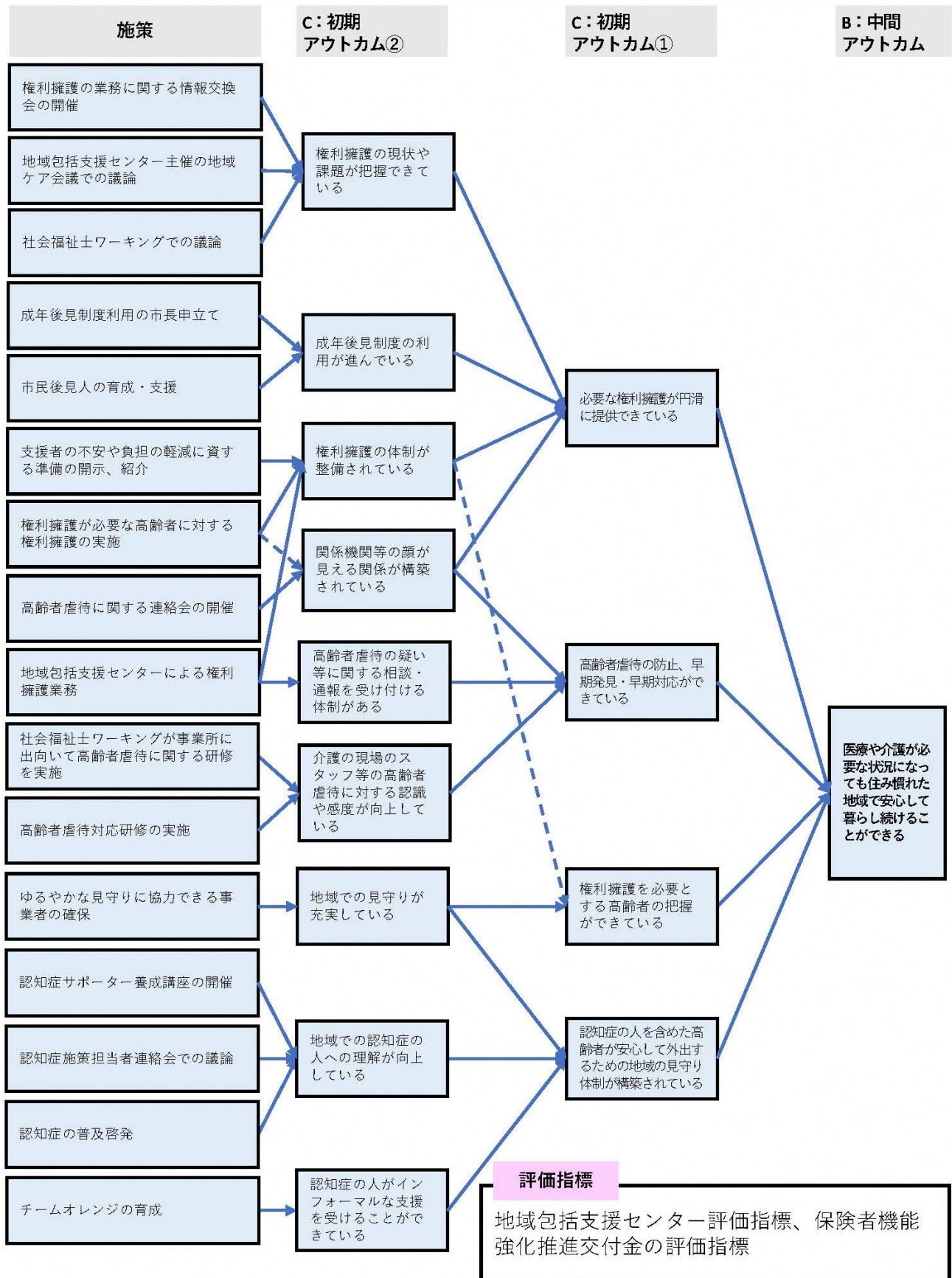
(ア) 地域包括支援センター連絡協議会での議論

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緊急通報システム判定会議の場を活用し、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」をアンケートで採取する、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

認知症の進行等により判断能力が低下した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本市では、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。

ア. 事業の概要、経緯

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(2019)年6月、取りまとめられた認知症施策推進大綱や令和5(2023)年6月に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」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(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他、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。

本市では、平成15(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(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(2006)年度以降に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(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(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などを理解してもらうものですが、平成25(2013)年度からは市内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(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40事業者(令和5(2023)年10月1日現在)には「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きました。なお、認知症等による行方不明高齢者については、本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。

また、令和3年度に社会福祉法の改正により、市町村における包括的な支援体制の構築を進める重層的支援体制整備事業が創設されました。相談者の属性や世代等に関わらず相談を受け止める「包括的相談支援事業」、複雑化・複合化した課題がある相談について課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関の円滑な連携を支援する「多機関協働事業」、長期にわたりひきこもりの状態にある人など、自ら支援につながる事が難しい人への訪問相談等などを行う「アウトリーチ等を通じた継続的支援事業」、参加に向けた支援が必要な人に対して、本人のニーズと地域の居場所の間を調整する「参加支援事業」、世代や属性を超えて住民同士が交流できる多様な場や居場所の整備を進める「地域づくり事業」の5つの事業を一体的に実施するものです。市では、令和6年度より当該事業を開始し、地域における包括的な支援を加速させます。

さらに、令和3（2021）年4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。

イ. 第8期の取組み

(ア) 高齢者見守りネットワーク事業

生活支援コーディネーターや認知症コーディネーターの活動等により、「ゆるやかな見守り」について協力いただく協定を結ぶ事業所を、第8期では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3月頃、卒業を控えた市内の中学3年生を対象に実施しています。第8期では833人を養成するに留まりました。

(ウ) 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。

(エ) 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他、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（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継続しています。契約前の支援が重要なことから、そのための人員配置を充実させました。

また、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や市立病院、南多摩保健所等と、平成28（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顔の見える関係を維持しています。

(オ) 社会福祉士ワーキングの活動

社会福祉士ワーキングでは、毎月、高齢者の権利擁護に資する課題抽出や対策等を議論しました。また、新任ケアマネジャー向け、あるいは市内の介護事業所に出向いて高齢者虐待の防止に関する講習を実施しました。

(カ) 身寄りがない高齢者に関する地域ケア会議の開催

身寄りがない高齢者を支援する介護事業所の不安や負担が大きいという課題が認識し、地域ケア個別会議を4回、地域ケア推進会議を1回、実施して課題を分析しました。

(キ) 成年後見制度の市長申立て等

認知症等で、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、家族がいない等の理由で申立てを行う人がいない場合は、市長が成年後見人の申立てをしますが、この市長申立てについて令和5(2023)年度は3件(見込み)ありました。また、市長申立ての妥当性等を福祉部内で議論する市長申立て検討委員会に参加し、他部署の視点も踏まえて検討しました。

(ク) 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(2018)年度に、サポーター養成講座を修了した20人にステップアップ講座を開催し、令和元(2019)年度には、説明会やフォロー研修を実施しましたが、令和2(2020)年度以降、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。

ウ. 調査や議論から浮かび上がった課題

令和22(2040)年には要介護高齢者のうち認知症自立度Ⅱ以上の方は、現在の1.3倍(P16)、85歳以上の人口は現在の1.4倍になることが見込まれること(P12)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見込まれます。

また、令和4(2022)年度、身寄りがない高齢者の退院後を支える在宅サービスが見つかりづらかった事例から、独居高齢者が増えるとともに親族関係が疎遠になることで、身寄りがないも同然な高齢者が増えており、本人の判断力が低下していなくとも、それを支える事業所の不安や負担が大きくなっているという課題に気付きました。このことから本市では事例検討を含む地域ケア会議を5回実施し、課題や対策を整理しました。すると身寄りがない高齢者(親族はいるものの、相互に疎遠な場合を含む)は増える一方で、「急変時に救急車に同乗させられるのではないか」「延命措置の必要性が分からず治療方針が立たない」等、支援する側の不安や負担が伴うため、身寄りがない高齢者が必要な医療・介護サービスを受けられないリスクが生じていることがみえてきました。支援者の不安や負担を軽減するため、①ケース会議や地域ケア会議を開催しながら複数の機関で支える等の対応策に加え、②支援者の不安や負担の軽減に資する準備を本人が進めることを推奨することが必要だと考え、これは本人が安心して人生の最後の時期を過ごすことにも資すると認識しています。なお、終活は、本人が老後を安心して前向きに生きるために行う人生の振り返りや準備全般であり、支援者の不安や負担の軽減に資する準備は、その一部だと整

理しました。課題の解決に向け、終活全般でなく、支援者の不安や負担の軽減に資する準備を推奨することで「安心して医療や介護サービスが受けられるように」なるため、優先的に取り組むべきと考えました。

本市の高齢者虐待対応の実績を分析すると、虐待事案の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分離等の限られた支援になりがちなため、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。社会福祉士ワーキングでは介護事業者向けに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本市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付き、令和2（2020）年度から事業所に赴いて研修を実施しているところです。

また、令和2（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を設けました。成年後見人を付けるに相応しい人も利用している現状、後見人が付いた後も地域で支援する必要性があること、地域の見守りにより最悪の事態を逃れたことがある事例等を把握し、改善策を議論しました。

さらに、消費者被害にあう高齢者は全国的に増えていることから、詐欺の疑いがある電話や訪問が報告された場合は、メール配信やFAXを活用して情報共有し、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、第8期間中には、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では、認知症による行動が地域の小売業者等の方に悪質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、認知症に関する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本人の話をお聴きする機会を設けたところ、本人のお話を聴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、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認知症本人の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9期の取組み

これらを踏まえ、第9期において下記のように当事業に取り組みます。

目標（めざすべき姿）

自らの判断能力が低下していくことで生じる不安を少なくなるよう、本人が準備すべきことの情報を提供し、それを推奨できる体制になっている。

ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 社会福祉士ワーキングでの議論、作業

毎月、高齢者の権利擁護に関わる現状や課題を共有し、地域として対応力が高まるよう取り組みます。また、高齢者虐待に関わる目標（介護の現場スタッフの認識や感度を上げる）を達成するため、事業所に出向いた研修を実施し、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。

(イ) 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」を開催し、判断能力が低下しつつある高齢者やその支え方に関する現状と課題を把握することに努めます。

(ウ) 地域包括支援センター主催の地域ケア会議での議論

地域包括支援センターが地域ケア会議を開催し、判断能力が低下しつつある高齢者やその支え方に関する現状と課題を把握することに努めます。

(エ) 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や現状や課題を確認し、認知症サポーター養成講座等の実施方法を議論します。

(オ) 高齢者虐待に関する連絡会での議論

多摩中央警察や稲城市立病院、市内の介護事業者等と高齢者虐待の対応の現状を確認するとともに、対応の課題や改善策を議論します。

イ. 対応策の実施

(ア) 支援者の不安や負担の軽減に資する準備の例示、紹介

頼れる身寄りがいなくなったり、判断能力が低下したりしても、安心して医療や介護サービスが受けられるように、本人が準備しておくべきことを具体的に例示します。

令和6年度	「支援者の不安や負担の軽減に資する準備」のリストアップ、推奨・周知方法の検討
令和7年度	関心層への「支援者の不安や負担の軽減に資する準備」の推奨（講座の実施や冊子の配布等）
令和8年度	身寄りがいないが準備の意欲が低い高齢者、元気高齢者等の無関心層への対応や必要性について検討

(イ) 高齢者見守りネットワーク事業者の確保及び事業の充実

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し、ゆるやかな見守りに協力できる事業者を増やします。

また、地域における分野や世代を超えた見守りの体制を構築するため、高齢者のみならず、障害者、子ども、生活困窮者等も対象に含めた全世代型の見守りネットワーク事業への拡大を検討します。

(ウ) 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。

(エ) チームオレンジの育成

いなぎ版ステップアップ講座の修了生らと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、認知症の方本人も一緒にチームの一員となって活動する仕組みづくりに取り組みます。

(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。新たに本市で働くケアマネジャー向けに定期的に研修を実施します。また、9期間内ですべての通所・訪問介護事業所を巡回して研修を実施することを目指します。

(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、身寄りがない場合など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、市長による申立てを行います。

(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。

ウ. 対応策の評価・改善

(ア) 社会福祉士ワーキング等での議論

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会議、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、社会福祉士ワーキング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。

