

| 件名 | 足立区地域包括ケアシステムのビジョンについて | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|---------|----------|--------|-----------------------|-----|-------|-------|-------------|-----------------|-------------|----|----------------------|----|--------|------|
| 所管部課 | 福祉部地域包括ケア計画担当課、地域包括ケア推進課 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内容 | <p>これまでの、足立区地域包括ケアシステム推進会議において議論・整理している、足立区地域包括ケアシステムビジョン（案）【資料3 別冊】について、現状を報告する。</p> <p>1 足立区地域包括ケアシステムの体系化</p> <p>(1) 身体状態による整理 高齢者の理想とする将来像を、身体状態等（「自立期」「要支援・軽度期」「中重度・終末期」）に区分した。その区分ごとに、地域包括ケアシステムの構成要素である、「予防・生活支援」「医療・介護」「住まい」を位置づけた。</p> <p>(2) 取り組みの柱を設定 各構成要素（「予防・生活支援」「医療・介護」「住まい」）に柱を設定した。</p> <p>(3) 各柱に基づく主な取り組みを紐付け 各柱に、「区民・地域」「専門機関」「区」ごとの主な取り組みを位置づけた。</p> <p>2 足立区地域包括ケアシステムビジョンの構成と主な内容</p> <p>(1) 第1章 地域包括ケアシステムの定義や導入の背景。</p> <p>(2) 第2章 地域包括ケアシステム構築に向け、高齢者実態調査等から見えてきた区内高齢者の実情と、理想の暮らしを実現するための整理や課題。</p> <p>(3) 第3章 足立区が目指す2025年の将来像を実現するため、区民・地域、専門機関、区が行う主な取り組みを例示。</p> <p>3 今後の予定</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>日にち(予定)</th> <th>会議・審議内容等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11月16日</td> <td>地域包括ケアシステム推進会議（区への答申）</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>厚生委員会</td> </tr> <tr> <td>12月下旬</td> <td>地域保健福祉推進協議会</td> </tr> <tr> <td>12月～ 平成31年1月</td> <td>パブリックコメント実施</td> </tr> <tr> <td>2月</td> <td>厚生委員会、介護保険・障がい福祉専門部会</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>ビジョン完成</td> </tr> <tr> <td>3月下旬</td> <td>地域保健福祉推進協議会 地域包括ケアシステム推進会議</td> </tr> </tbody> </table> | 日にち(予定) | 会議・審議内容等 | 11月16日 | 地域包括ケアシステム推進会議（区への答申） | 12月 | 厚生委員会 | 12月下旬 | 地域保健福祉推進協議会 | 12月～ 平成31年1月 | パブリックコメント実施 | 2月 | 厚生委員会、介護保険・障がい福祉専門部会 | 3月 | ビジョン完成 | 3月下旬 |
| 日にち(予定) | 会議・審議内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11月16日 | 地域包括ケアシステム推進会議（区への答申） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12月 | 厚生委員会 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12月下旬 | 地域保健福祉推進協議会 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12月～ 平成31年1月 | パブリックコメント実施 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2月 | 厚生委員会、介護保険・障がい福祉専門部会 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3月 | ビジョン完成 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3月下旬 | 地域保健福祉推進協議会 地域包括ケアシステム推進会議 | | | | | | | | | | | | | | | | |

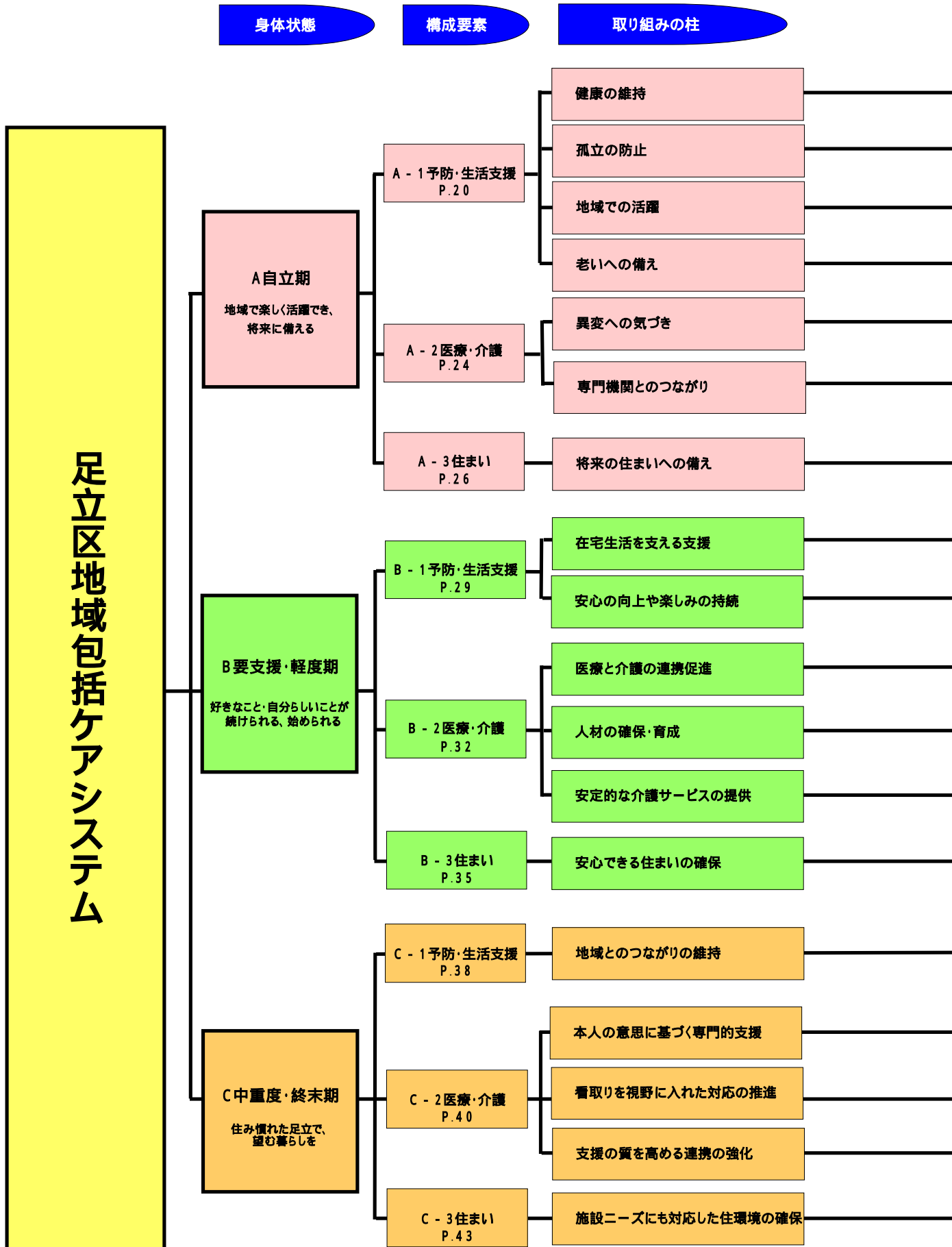
足立区地域包括ケアシステムビジョン (案)

足立区地域包括ケアシステム

足立区地域包括ケアシステムビジョンの
イメージ図を掲載予定

足立区の地域包括ケアシステムビジョンの
イメージ図を掲載予定

足立区地域包括ケアシステム体系図



自立期：介護の必要がない時期

要支援：軽度期：介護認定がおおよそ「要支援1」～「要介護2」程度の身体・認知の状態の時期

中重度：終末期：介護認定がおおよそ「要介護3」～「要介護5」程度の身体・認知の状態の時期

上記の区分とした経緯について（P.11 参照）

主な取り組み

計画・事業

| | |
|---|------------------------------------|
| 介護予防事業の実施(パークで筋トレ、はつらつ教室、口腔ケア) 生活習慣病対策の実施(あだちベジタベライフ) 等 | 保健衛生計画 糖尿病アクションプラン データヘルス計画等 |
| 居場所の充実(サロンの創設・支援、悠々館・住区de団らん)、地域活動の推進(町会・自治会、老人クラブ等への活動支援)、 高齢者の孤立防止(孤立ゼロプロジェクト・絆のあんしんネットワーク) 等 | 高齢者保健福祉計画 孤立ゼロプロジェクト |
| 幅広い地域活動へのつなぎ支援((仮称)シニアコンシェルジュによるマッチング) 活動の場の確保支援と人材配置(生活支援コーディネーターの配置) 地域貢献活動の支援(元気応援ポイント事業)等 | 高齢者保健福祉計画 |
| 身寄りのない高齢者等への支援(社会福祉協議会のあんしん生活支援事業) 老いに向けた準備の啓発、学習する場の提供(老い支度支援事業) 等 | 高齢者保健福祉計画 |
| 健康診査の実施・啓発、 認知症の理解促進(認知症サポーター養成講座、認知症なび・あだち) 等 | 高齢者保健福祉計画 |
| かかりつけ医・歯科医・薬局による健康相談等の体制づくり、地域包括支援センターの窓口・活動周知 地域の気づきを受け止める相談体制づくり(地域包括支援センター、生活支援コーディネーター) 等 | 高齢者保健福祉計画 |
| 高齢者の住まいに関する相談窓口の充実、住宅改修等の住まいに関する公的支援 住まいに関わる事業者とのネットワークづくり 等 | 住生活基本計画 介護保険事業計画 |
| 身体機能回復に向けた医療・介護職とリハビリ職の連携 介護予防・日常生活支援総合事業の「多様なサービス」の実施、介護者家族支援 等 | 高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画 |
| 認知症高齢者の支援、若年性認知症の就労支援、権利擁護の推進 災害時要援護者の避難支援の充実、高齢者の孤立防止(孤立ゼロプロジェクト) 等 | 孤立ゼロプロジェクト 高齢者保健福祉計画 総合交通計画 |
| 医療・介護とリハビリ職等の専門職との連携の促進、病診連携の促進(大規模な病院と地域の医療機関との連携促進) 医療・介護等多職種連携支援、(仮称)医療・介護等連携研修センターの設置 等 | 高齢者保健福祉計画 保健衛生計画 |
| 人材の確保及び育成の支援、 (仮称)医療・介護等連携研修センターの設置 等 | 高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画 保健衛生計画 |
| 地域密着型サービスなど介護サービス提供事業者の確保 介護サービスの情報発信促進(リーフレット作成、講演会・出前講座) 等 | 高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画 |
| 家屋の需給促進、バリアフリー等、住宅改修の支援 安心・安全な住まいの提供(シルバーピア・軽費老人ホーム運営、支援) 等 | 住生活基本計画 高齢者保健福祉計画 |
| 地域による本人・介護家族の孤立防止支援、地域のちからを活かした本人・家族の尊厳支援 介護施設等による地域交流の促進、介護者家族同士の精神的なケア(介護者家族教室の実施) 等 | 高齢者保健福祉計画 |
| 医療機関による終末期医療の相談対応(アドバンスケアプランニング)の実施 状況変化に対応したケアプラン作成、意思表示機会の支援、成年後見制度の活用促進 等 | 高齢者保健福祉計画 |
| 医療・介護人材の育成(在宅医療対応可能な医師等の育成 看取り段階のケアに対応できる介護職の育成)、ICTの活用促進 等 | 高齢者保健福祉計画 |
| 医療と介護の連携モデル事業実施 介護保険サービスの堅持、地域包括支援センターの機能強化 等 | 高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画 |
| 病院や施設等の療養先の環境を情報提供、住まいの選択肢の情報提供 居住系介護施設のサービスの質の確保、介護施設の計画的整備(特別養護老人ホーム等の整備) 等 | 介護保険事業計画 住生活基本計画 |

目次

| | |
|--|-----------|
| 第1章 地域包括ケアシステムで暮らしを支える | 1 |
| 1 地域包括ケアシステムとは | 1 |
| 2 地域包括ケアシステム導入の背景 | 3 |
| 第2章 足立区地域包括ケアシステム構築に向けて | 5 |
| 1 人口ビジョンから見る高齢化 | 5 |
| 2 高齢者の調査結果から見えてくる実情 | 7 |
| (1) 住み慣れた自宅・地域で生活を送る際の課題 | 7 |
| (2) 健康状態や幸福度に対するプラス要因 | 8 |
| 3 「現場」の意見から見えてきた理想の将来像 | 11 |
| 第3章 足立区地域包括ケアシステムとは | 13 |
| 1 足立区が目指す2025年の姿 | 13 |
| 2 足立区における構成要素と推進力 | 14 |
| (1) 構成要素と身体状態 | 14 |
| (2) システムを支える推進力 | 15 |
| 3 サービスの提供圏域と地域包括支援センター | 16 |
| 4 地域包括ケアシステムの「将来像」と「取り組み」 | 19 |
| A 自立期の将来像と取り組み | 19 |
| 将来像「地域で楽しく活躍でき、将来に備える」 | 19 |
| B 要支援・軽度期の将来像と取り組み | 28 |
| 将来像「好きなこと・自分らしいことが続けられる、始められる」 | 28 |
| C 中重度・終末期の将来像と取り組み | 37 |
| 将来像「住み慣れた足立で、望む暮らしを」 | 37 |

第1章 地域包括ケアシステムで暮らしを支える

1 地域包括ケアシステムとは

住み慣れた自宅・地域で生活できる

介護保険制度創設当初の2000年（平成12年）約149万人だったサービス利用者数は、2017年（平成29年）には約633万人と、増加の一途をたどっています。更に団塊の世代約630万人全てが、75歳以上の高齢者となる2025年以降は、医療や介護の需要は一層高まるものと見込まれます。

そこで国は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域での生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制」である「地域包括ケアシステム」の構築に乗り出しました。

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスをも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できる地域での体制」と定義されています。

「住まい」「生活支援」「介護」「医療」「予防」を、地域包括ケアシステムの5つの構成要素とし、これらにかかわる施策を総合的に推進するに当たっては、「自助」「互助」「共助」「公助」を活用するという方向性が示されています。

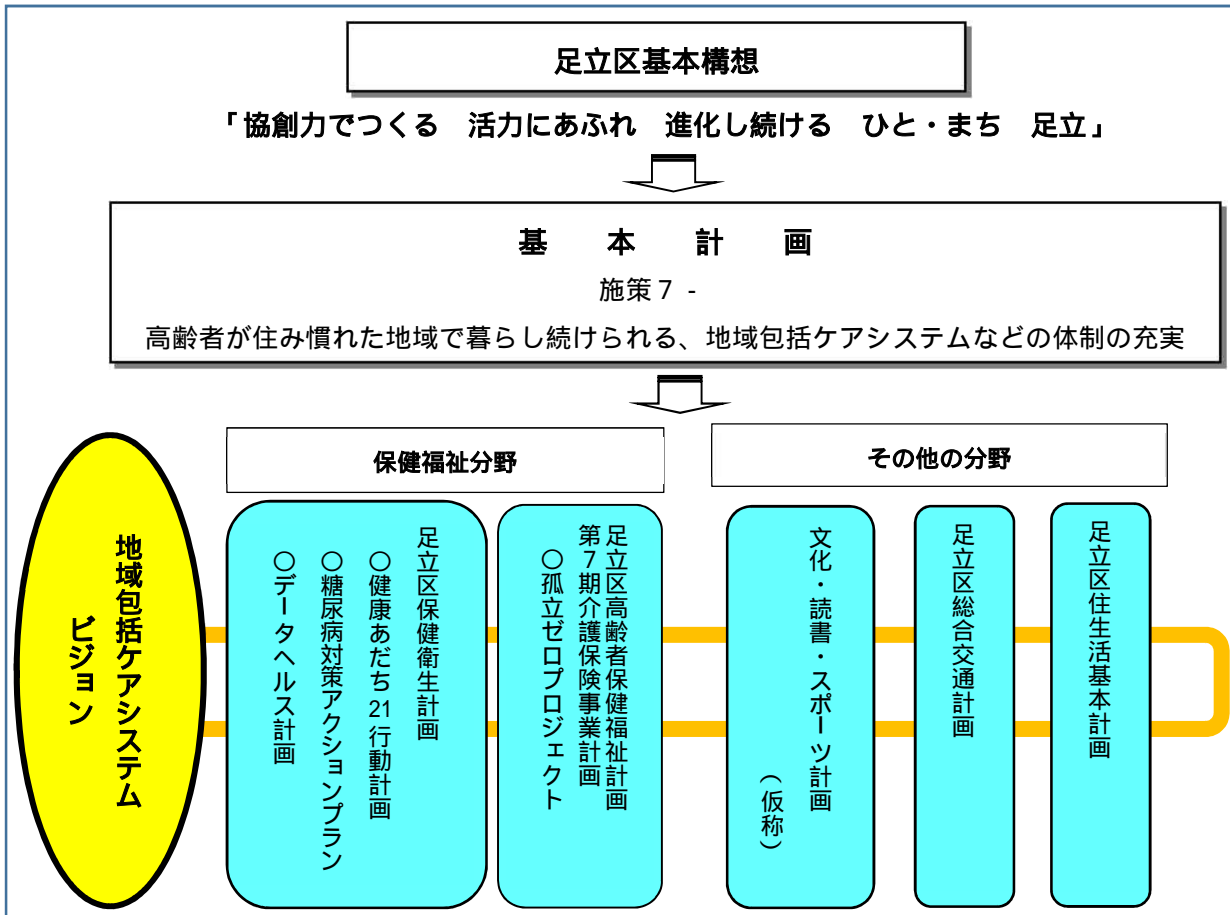
このような地域包括ケアシステムの概念そのものは全国共通ですが、その具体的な内容は、自治体の実情や地域が有する様々な社会資源に応じて自ずと異なります。

つまり、区が画一的な仕組みを押し付けるのではなく、区民や各種団体の皆様、事業者すべてが、地域包括ケアシステムの欠くべからざる担い手であるという当事者意識を持って、地域の特性を生かした、独自の仕組みをともに作り上げていくことが、何より重要な視点となります。

高齢化が急速に進む足立区においても、地域包括ケアシステムの早期構築は急務です。区では「新基本構想」に合わせて2017年（平成29年）2月に策定した「足立区基本計画」の中で、「高齢者が住み慣れた自宅・地域で暮らし続けられる、地域包括ケアシステムなどの体制の充実」を掲げました。

1 地域包括ケアシステムとは

本ビジョンは、「足立区基本計画」を踏まえ、区民が理想とする将来像の実現に向け、「足立区地域包括ケアシステム」の基本的考え方・方向性を示す、いわば「羅針盤」の役割を果たします。区における本ビジョンの位置づけは下記のとおりです。



地域包括ケアシステムのイメージ



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

地域包括ケアシステムの根底には、まず「本人が望む生き方・支援を選択する」という考えがあります。その上で、くらしの拠点となる「すまい」の確保や、これらを土台とした「介護予防・生活支援」の提供があります。そして、それぞれの高齢者にとって必要な範囲で「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」といった要素を生活の中に加えていきます。

(足立区高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画)

2 地域包括ケアシステム導入の背景

～ 高齢化の進展と2025年問題～

65歳以上の高齢者人口と

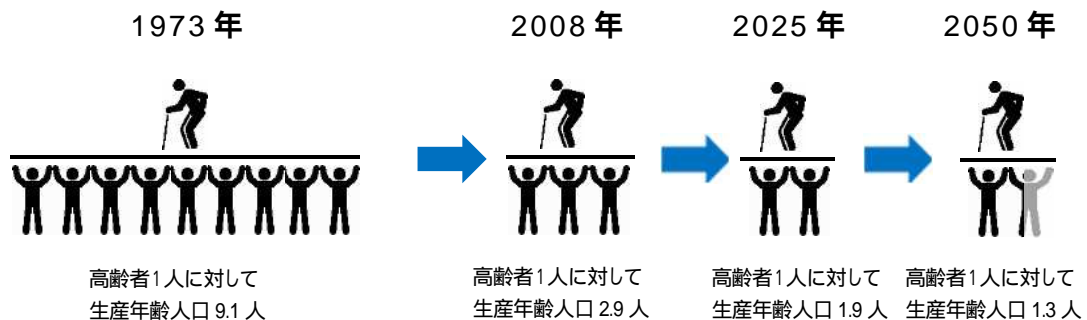
15歳から64歳の生産年齢人口が等しくなる時代へ

高齢化の進展に伴い、医療や介護の需要が増加する一方で、生産年齢人口（15歳～64歳）の減少が続いています。図表1-1は、我が国の高齢者（65歳以上）に対する生産年齢人口の比率を表したものです。

1973（昭和48年）には高齢者1人に対する生産年齢人口は9.1人でしたが、2008年（平成20年）には2.9人となり、さらに2050年には1.3人へと減少することが見込まれています。

また、2025年にはいわゆる団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者となるため、増大する介護や医療のニーズにいかに対応していくか（2025年問題）が、非常に大きな課題となっています。

図表1-1 高齢者人口と生産年齢人口の比率の推移



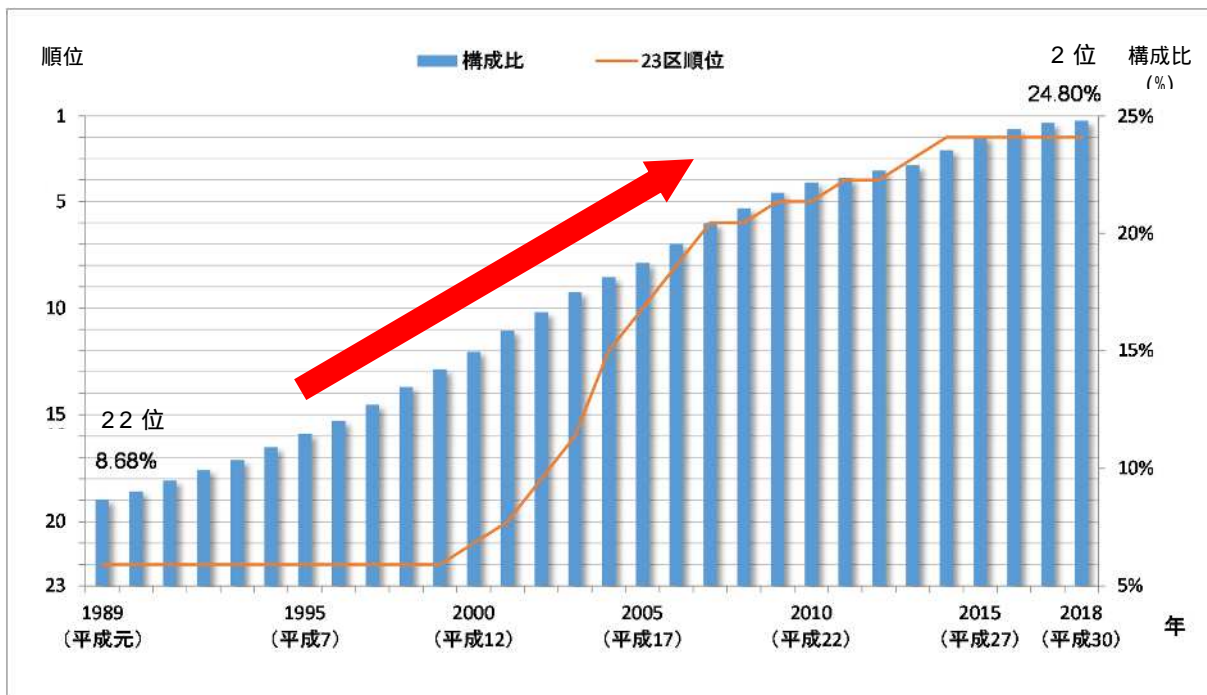
出典：内閣府発行 平成27年版 少子化社会対策白書 我が国の人口構造の推移と見通しを引用

23区の中でも

高齢化の進行が速い足立区

当区の高齢化率は、1989年（平成元年）から1999年（平成11年）まで、23区中22位で推移しました。しかし、2000年（平成12年）以降、当区の高齢化率の伸びは23区で最も高く、2014年（平成26年）からの当区の高齢化率は23区中2位の状態が続いています（P.4 図表1-2参照）。高齢化率は今後も上昇することが見込まれるため、医療・介護給付費などの伸びを考慮しつつ、的確な財政運営を行ない、将来にわたり安定したサービスを提供していかなければなりません。

図表 1-2 足立区の高齢化率の推移



出典：各年1月1日現在の住民基本台帳及び外国人登録の合計を引用。平成25年からは住民基本台帳(外国人含む)

求められる 医療と介護の連携

増加する高齢者の医療や介護を入院・入所などの施設サービスだけで支えようとするれば、例えば介護保険料のさらなる上昇をまねき、高齢者の家計を圧迫することにもつながります。また、施設入所を望む高齢者がいる一方、介護が必要になっても自宅で暮らし続けたいという高齢者も多くいます。

区や専門機関は、このような高齢者の異なるニーズに的確に応えるため、施設介護・在宅介護両面の整備を進めなければなりません。

特に、地域での生活を継続していくには、疾病等の治療に加え、暮らしや生活の質を保つことも大切です。つまり、「治す」ばかりでなく「支える」視点が重要であり、従来にも増して医療と介護の密接な連携が必要となります。

しかしながら、現在のところ在宅生活を支える医療や介護サービスの絶対量の不足が懸念されるため、基盤強化において区が果たすべき責任は重大です。

第2章 足立区地域包括ケアシステム構築に向けて

1 人口ビジョンから見る高齢化

「足立区人口ビジョン」によると、2030年までの総人口は68万人台と、概ね横ばいで推移しますが、その後は、減少に転じ、2060年には、現在より10万人以上減少すると想定しています。

一方、65歳以上の高齢者数は増加し続け、現在の約17万人から、2050年には最多の約21万人に達し、その後2060年までは、20万人程度で推移すると見込んでいます。徐々に人口減少が始まる2030年頃でも、高齢者数は増加を続け、2045年頃には当区でも約3人に1人が65歳以上となると推計されます（図表2-1参照）。

図表2-1 人口ビジョンによる区総人口及び高齢者数の推計

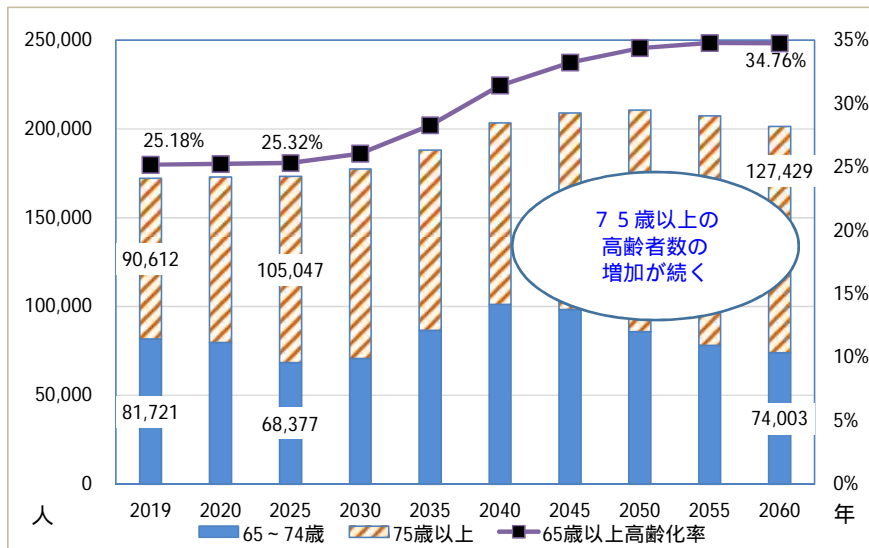


出典：足立区人口ビジョン・総合戦略（平成29年2月）（各年1月1日時点）

1 人口ビジョンから見る高齢化

とりわけ75歳以上の高齢者数は伸びが続き、2025年には65～74歳の高齢者数の1.54倍となる見込みです。2040年には65～74歳と75歳以上高齢者の数はほぼ同数となりますが、その後再び75歳以上の高齢者数の伸びがみられ、2060年には75歳以上の高齢者数は65～74歳の高齢者数の1.72倍となる見込みです（図表2-2参照）。

図表2-2 65～74歳と75歳以上の高齢者人口及び高齢化率の推計

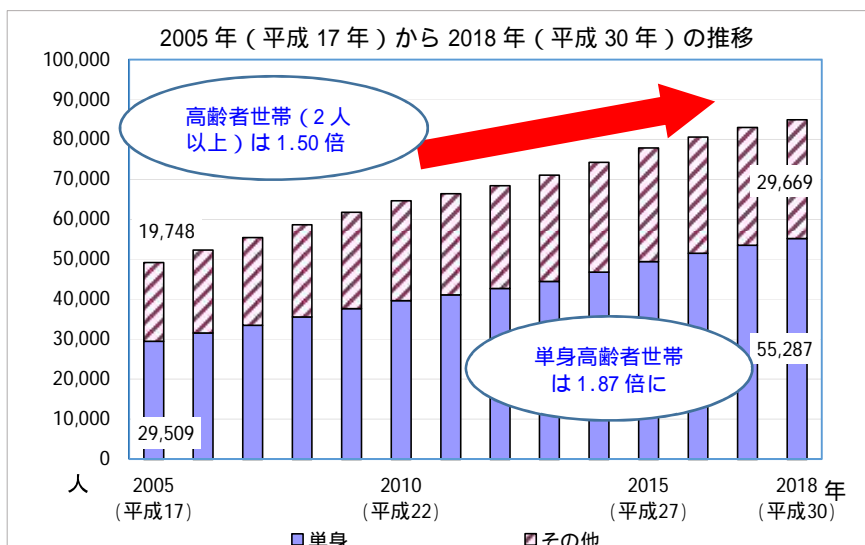


出典：足立区人口ビジョン・総合戦略（平成29年2月）（各年1月1日時点）

また、75歳以上の高齢者の増に加え、高齢者のみ世帯（単身高齢者を含む）の割合が年々高くなっており（図表2-3参照）この傾向は今後も続くことが想定されます。

「地域包括ケアシステム」の整備にあたっては、以上のような人口動態を充分織り込んで取り組む必要があります。

図表2-3 高齢者のみ世帯（単身高齢者世帯含む）の推移



出典：各年1月1日現在の住民基本台帳及び外国人登録の合計を引用。平成25年からは住民基本台帳(外国人含む)

2 高齢者の調査結果から見てくる実情

足立区では、「高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者の現状等を把握するため、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を行いました（対象6,000人、有効回収3,389票）。その調査結果に基づき、区内高齢者の実情や課題を整理しました。

（1）住み慣れた自宅・地域で生活を送る際の課題

介護予防の「予備群」が多く潜在する

介護認定を受けていない高齢者でも4人に1人は、何らかの介護予防が必要

特に以下の機能低下が顕著

- ・ 口腔機能（嚙む力の低下、口の渇き等）
- ・ 足腰の運動機能（転倒、階段の昇降等）

他者や社会との接点・きっかけづくりが必要

介護度が「要支援」の高齢者の閉じこもり傾向は、介護認定を受けていない高齢者の約3倍

介護認定を受けていない高齢者の4割に、何かあったときの相談相手が「いない」

地域活動への参加意向を示している高齢者は5割

町会・自治会や趣味のグループ等の活動に参加している高齢者は約2割

健康状態や収入状況に不安を抱える

高齢者の半数が今後「不安」を感じている。

【不安の原因】

- ・ 自身や配偶者の健康
- ・ 要介護状態になること
- ・ 生活費など収入のこと など

住まい方のニーズは多様

約6割の高齢者が要介護状態になったら「介護サービスを利用しながら、自宅で生活したい」と希望している。

約2割の高齢者が「特別養護老人ホームなどの介護保険施設等」や「サービス付き¹高齢者向け住宅」など、自宅以外の場所での介護を希望している。

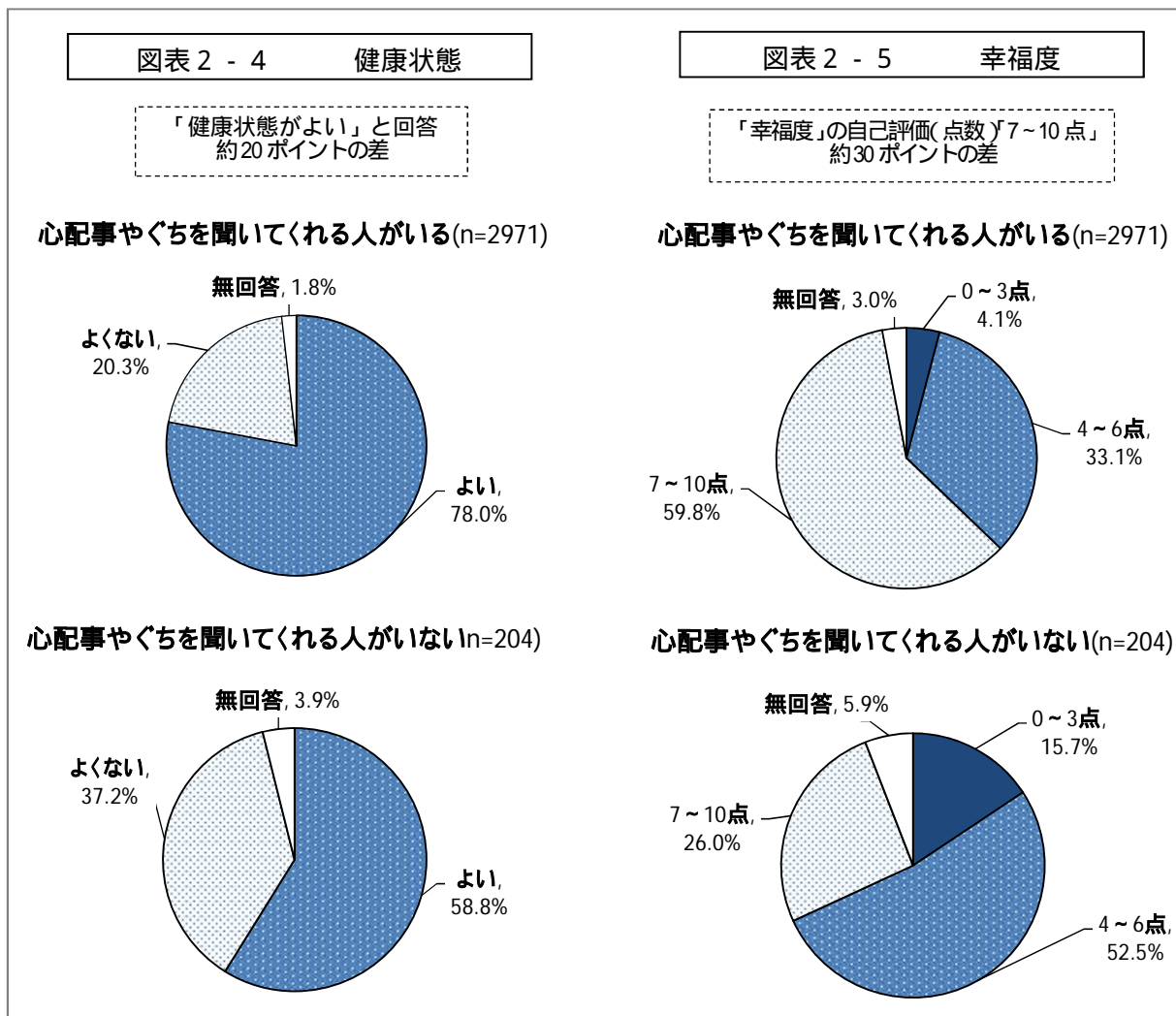
¹高齢者住まい法第5条に規定され、安否確認サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅です。利用対象は、次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯です。「60歳以上の方」、「要介護/要支援認定を受けている60歳未満の方」

(2) 健康状態や幸福度に対するプラス要因

高齢者にとって大きな存在となる身近な支え手

調査の中で「心配事やぐちを聞いてくれる人はいますか?」という問いに対し、「いる」と回答した高齢者は、「いない」と回答した高齢者に比べて健康状態が約20ポイント高いことがわかりました(図表2-4参照)。

幸福度についても同様の傾向が出ており、「身近な支え手の存在」は体と心の健康に良い影響を与えると考えられます。こうした傾向は、単身高齢者も同様でした(図表2-5参照)。



「心配事やぐちを聞いてくれる人がいる/いない」は、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」問9(1)「心配事やぐちを聞いてくれる人はいますか」について、「1.配偶者」「2.同居の子ども」「3.別居の子ども」「4.兄弟姉妹・親戚・親・孫」「5.近隣」「6.友人」「7.その他」までのいずれか回答した方を「心配事やぐちを聞いてくれる人がいる」とし、「8.そのようなひとはいない」と回答した方を「心配事やぐちを聞いてくれる人がいない」として集計しています。

「幸福度」は、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」問10(2)「あなたは、現在どの程度幸せですか」について、「0点(とても不幸)~「10点(とても幸せ)」までのうちあてはまる点数について回答されたものを集計しています。

社会参加も健康状態や幸福度を高める要因に

「学習・教養サークル」に「年に数回～週4回以上」参加している人は、「参加していない」人に比べ、健康状態が約15ポイント高くなっています（図表2-6参照）。

また、幸福度についても、「7～10点」と回答した人の中で、「参加している」人は「参加していない」人に比べ、22ポイント高くなっています（図表2-7参照）。

「趣味関係のグループ」でも同様に（P.10 図表2-8、2-9参照）参加している高齢者の方が健康状態はよく幸福度は高い傾向でした。

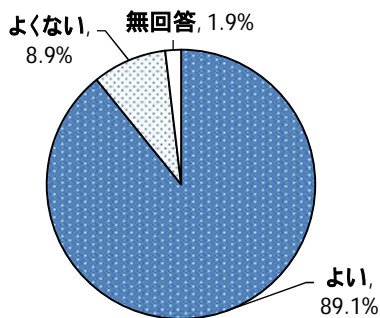
社会参加と生活の質には、密接な関わりがあると考えられます。

（学習・教養サークル）

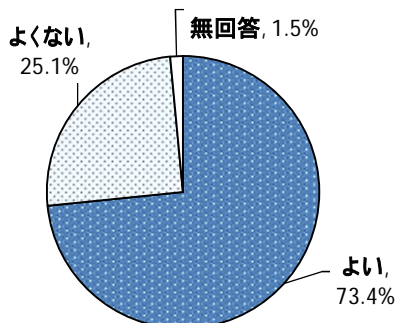
図表2-6 健康状態

「健康状態がよい」と回答
約15ポイントの差

参加している(n=257)



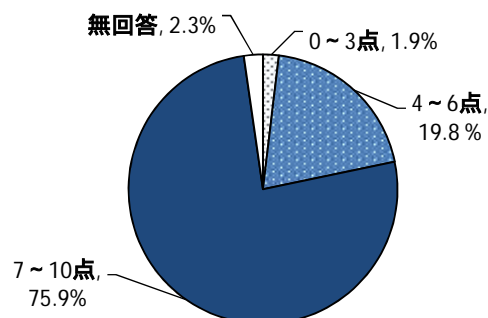
参加していない(n=1730)



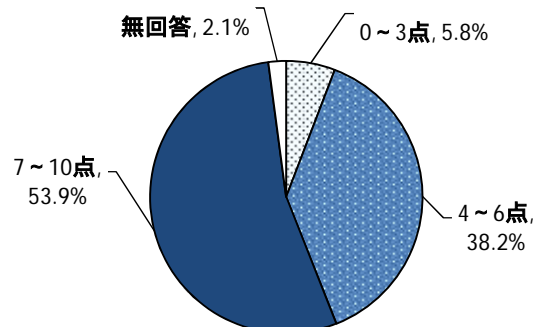
図表2-7 幸福度

「幸福度」の自己評価(点数)「7～10点」
22ポイントの差

参加している(n=257)



参加していない(n=1730)

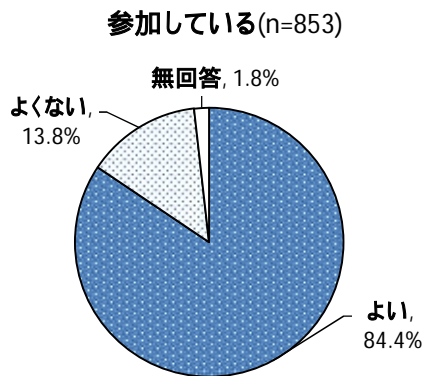


2 高齢者の調査結果から見てくる実情

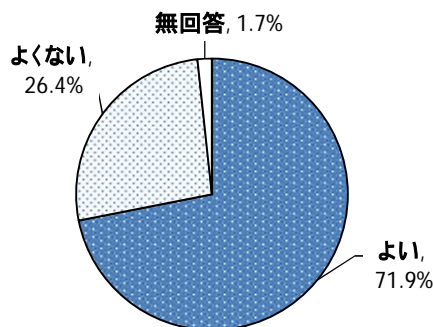
(趣味関係のグループ)

図表 2 - 8 健康状態

「健康状態がよい」と回答
約10ポイントの差

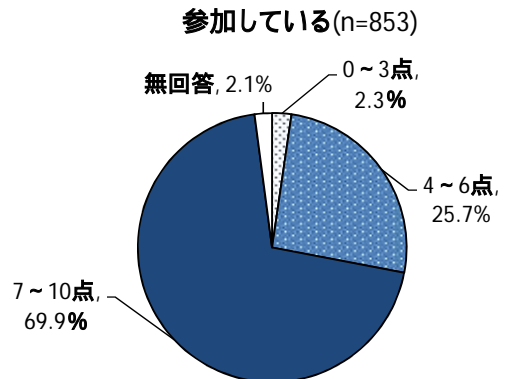


参加していない(n=1434)

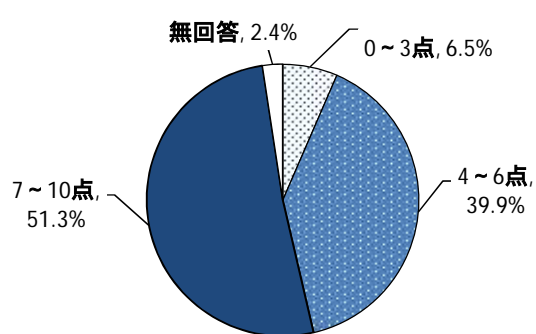


図表 2 - 9 幸福度

「幸福度」の自己評価(点数)7~10点
約18ポイントの差



参加していない(n=1434)



参考研究

～趣味や社会活動を通じた他者とのかかわりが重要～

高齢者にとって身近な支え手や社会参加が大切であることは、JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクトによる調査でも、明らかになっています。

その調査では、近隣・友人のサポートがある高齢者は要介護リスクが10%を超えて減少し、「年齢や健康状態、家族構成を考慮しても、家族以外との社会的サポートのやり取りは、男女とも、10年間の追跡期間中、要介護状態になるリスクが有意に低かった」という結果が出ています。

趣味や社会活動等を通じた他者とのかかわりが、高齢者の健康状態や幸福度に良い影響を与えることは区の調査でも顕著であり、施策を進めていく上で、重要なポイントと言えます。

<引用・参考文献>

村田 千代栄(国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター)

「近隣・友人のサポートある高齢者要介護リスク10%超減」(2017年9月)

JAGES Press Release NO: 121-17-14

3 「現場」の意見から見えてきた理想の将来像

地域包括ケアシステムを構築するには、地域活動の担い手や医療・介護等の専門職員が、日頃高齢者と接する中で感じる思いや気づきを、実際の取り組みに生かしていくことも大切です。

そこで、2025年の理想の暮らし（将来像）や、その実現にあたって、それぞれが取り組んでいくこと、課題等について、「地域包括ケアシステム推進会議」²の中でワークショップ³形式で話し合いました。

出された意見を集約し、整理すると以下ようになります。

理想とする将来像は、高齢者の身体の状態（自立期、要支援・軽度期、中重度・終末期）ごとに異なる。
理想の将来像を実現するための課題は、「人（担い手）」「場（実践の場や機会）」「情報」の3つに整理でき、それぞれを結びつけながら解決していくことが大切である。

整理した内容は、以下のように本ビジョンに取り込んでいくことといたします。

将来像とその実現のための取り組みは、身体状態に応じた 自立期 要支援・軽度期 中重度・終末期の3段階に分けて整理する。

区は、「人」「場」「情報」を結びつけるコーディネート機能を担い、課題解決に効果的に取り組む。

なお、それぞれの選出団体の立場から、推進会議委員が理想とする将来像を話し合い、関係者が連携して高齢者を支えていくことも必要だという共通認識を得ることができました。

ワークショップで話し合われた、様子や意見交換の主な内容は、次ページのとおりです。

²地域包括ケアシステムの構築を推進するため設置された区長の附属機関。学識経験者、専門機関の代表、地域の代表などで構成。

³学びや創造、問題解決等の手法。参加者が自発的に作業や発言をおこなえる環境が整った場において、ファシリテーターと呼ばれる司会進行役を中心に、参加者全員が体験するものとして運営される形態が多い。

【ワークショップにおける主な意見】

高齢者も元気なうちは、高齢者を支える側として活躍できるといいですね。活動がきっかけで地域のこともわかるようになるし、ご近所さんと交流が生まれてくると思う。

活動を支えるコーディネーターや活動のきっかけづくりが足りないという問題はありますね。

ボランティアだけではなく、地域に役立つ仕事をして、小遣い程度でも、お金がもらえたら、うれしいのでは。

そのような様々な種類の活動ができる場所について、情報をまとめて伝えていく必要がありますね。

理想は、いつまでも楽しく食事ができて、お酒が飲めること。そのためなら、メタボにも気をつけるようになります。

高齢者自身が心と身体の健康を意識することが第一です。ね。

自立できているうちに、将来に備えておけるといいですね。将来の暮らし方を自分で選べるようになってほしいですね。

何を準備したらよいか分からない人は多く、こうした情報の提供も課題ですね。



認知症の理解が進んで、住民同士の支えあいで生活が維持できるといいですね

認知症のことが周りによく知られないまま、地域で孤立することもあります。認知症になっても住み続けられる環境が必要です。

体調に変化があったときや、介護が必要になったときに、気軽に相談できる場所が身近にあるということは重要です。

医療・介護のサービス提供だけでなく、利用の一手手前の方々にも届くような情報提供や相談支援が課題ですね。

最期をどこで迎え、どんなサービスを受けて、どこまでの治療をするのか、自分自身で決めたいよね。

そう望む人は多いけれど、自分の意思をどういう形で伝えておくべきなのか、そういう情報はどこで手に入るのかわからないという声は多いです。

最期のときまで、ずっと自宅で過ごすことが理想です。

私は、施設の方が安心できます。望んだ暮らしができるように、多様な選択ができるといいですね。

第3章 足立区の地域包括ケアシステムとは

1 足立区が目指す2025年の姿

足立区の 地域包括ケアシステム

足立区の実地包括ケアシステム構築のため、本ビジョンが目指す姿は下図のとおりです。

「地域全体で、見守り、寄り添いながら、ゆるやかなつながりを保ち、今後の生活を送るにあたって必要な情報が容易に得られ、要介護状態になっても自分が望むサービスや住まいを自己決定できる+。

そのような、まちを目指してまいります」(ここは最終的に決まったキャッチフレーズを入れます。)

足立区の実地包括ケアシステムビジョンの

イメージ図を掲載予定

2 足立区における構成要素と推進力

(1) 構成要素と身体状態

連携の取れた システム構築のために

国は、地域包括ケアシステムの構成要素として「住まい」「生活支援」「介護」「医療」「予防」の5つを挙げています。それらは、それぞれ独立しているわけではなく、相互に影響・関連し合っているため、構成要素の連携を図ることで、高齢者を支える力をより一層高めることができます。

足立区では、構成要素を「予防と生活支援」「医療と介護」「住まい」の3つに整理するとともに、必要な取り組みを「自立期」「要支援・軽度期」「中重度・終末期」という高齢者の身体状態に応じて検討していきます。

【身体状態と構成要素の相関】

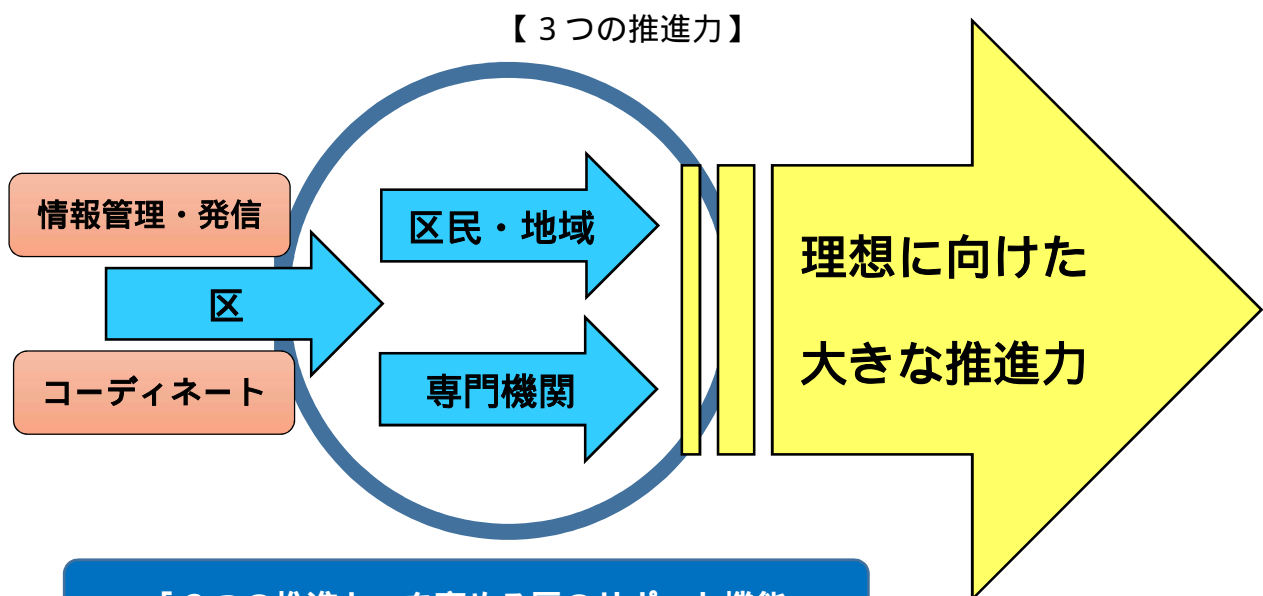
| 構成要素 身体状態 | 予防・生活支援 | 医療・介護 | 住まい |
|--|---------------|-------------------|-----------------|
| 自立期 (地域で楽しく活躍でき、将来に備える) | 元気な今を維持するために | 早期発見・早期治療のために | 将来の暮らしに備えるために |
| 要支援・軽度期 (好きなこと・自分らしいことが、続けられる、始められる) | 変化に対応するために | 連携によるケアで重症化を防ぐために | 安心できる住まいのために |
| 中重度・終末期 (住み慣れた足立で、望む暮らしを) | 地域とつながり続けるために | 本人の意思を尊重するために | 望んだ場所で暮らし続けるために |

(2) システムを支える推進力

地域包括ケアシステムの 推進力は“オール足立”

地域包括ケアシステムを「オール足立」で進めていくことを明確にするため、担い手となる「区民・地域⁴」「専門機関⁵」「区」を「3つの推進力」と位置づけます。

さらに、区は【情報管理・発信】と【コーディネート】の役割を担い、「3つの推進力」がより力強く機能するようサポートしていきます。



「3つの推進力」を高める区のサポート機能

情報管理・発信

担い手に対し、取り組みに必要な情報を分かりやすく提供するとともに、関係者が保有・共有する個人情報などを厳格に守るためのルールや環境を整備します。

コーディネート

担い手同士の連携が円滑に進むよう、調整の場を設けるなど橋渡し役を務めます。

⁴民生委員、町会・自治会、老人クラブなど地縁団体的なもの。

⁵病院・診療所、薬局、介護サービス事業所・介護施設、社会福祉協議会、地域包括支援センター、NPO、不動産関係事業者、金融機関など、高齢者の暮らしに関わってプロフェッショナル・サービスを提供する専門的な機関。

3 サービスの提供圏域と地域包括支援センター

サービス圏域は5つの日常生活圏域と 25の地域包括支援センターで

地域包括ケアシステムでは、高齢者を支援する様々なサービスが提供されます。提供圏域はサービス内容によって異なります。

介護保険法では、サービスを「日常生活圏域」で提供することとしており、足立区ではその圏域を、主要幹線道路である国道4号、東京都道318号（環状七号線）と荒川で区分した、千住地区、南西地区、南東地区、北西地区、北東地区の5地区としています（P.17 図表3 参照）。

高齢者に関するサービスは、日常生活圏域以外にも住区センターや保健センター単位で提供しているものや、民生・児童委員のように担当エリアを細分化しているものもありますが、地域包括支援センターが高齢者の対応や相談の中核的な役割を担うため、足立区では地域包括支援センター単位を基本に考えます。

サービスや事業により、提供圏域を概ね以下のとおり整理します。

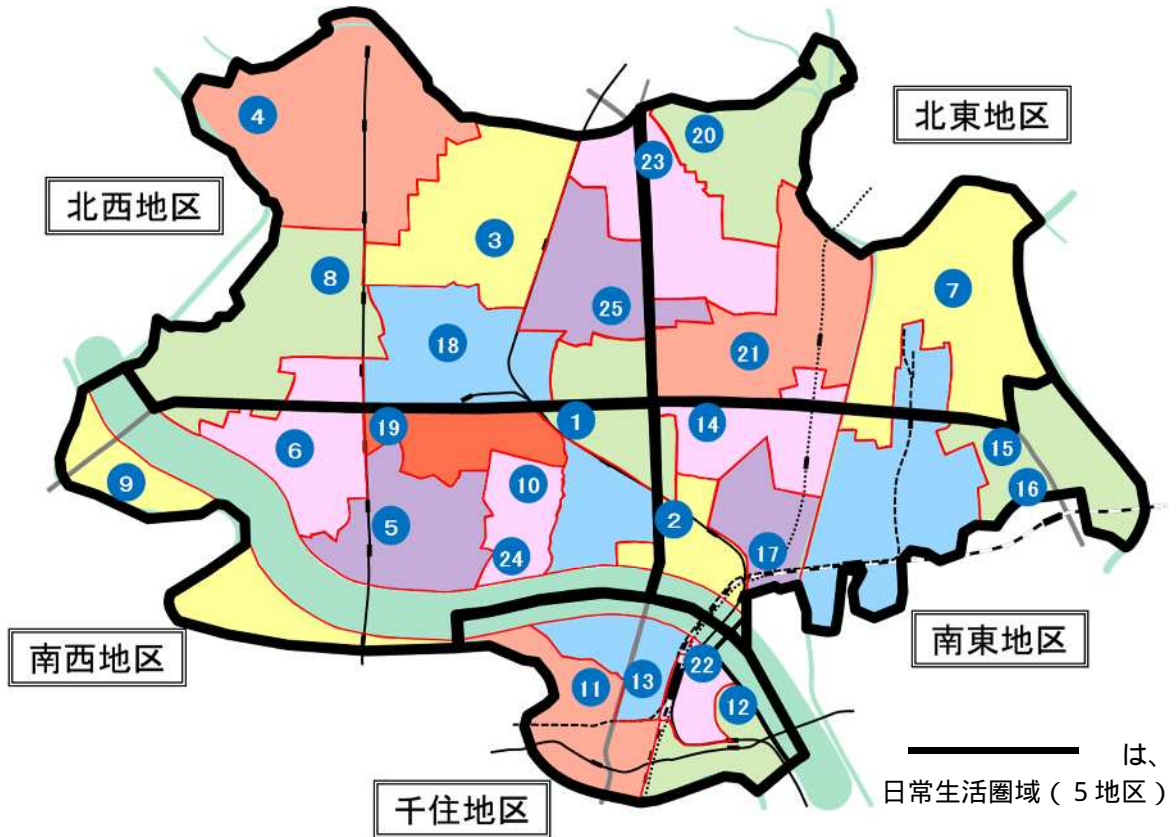
日常生活圏域（5地区）で考えるもの

- ・特別養護老人ホームなど高齢者施設の整備
- ・地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護、認知症グループホーム等）の整備 など

地域包括支援センター（25か所）単位で考えるもの

- ・サロンや介護予防教室などの地域活動の場の創設
- ・「孤立ゼロプロジェクト推進活動」「絆のあんしんネットワーク」など高齢者の見守り活動 など

図表3 足立区地域包括支援センター配置図
(平成30年4月1日現在)



第3章 足立区の地域包括ケアシステムとは

| No. | 名称 | 住所 | No. | 名称 | 住所 |
|-----|------|-------------|-----|-------|---------------|
| ① | 基幹 | 梅島 3-28-8 | ⑭ | 中央本町 | 中央本町 4-14-20 |
| ② | あだち | 足立 4-13-22 | ⑮ | 東和 | 東和 4-7-23 |
| ③ | 伊興 | 伊興 3-7-4 | ⑯ | 中川 | 中川 4-2-14 |
| ④ | 入谷 | 入谷 9-15-18 | ⑰ | 西綾瀬 | 西綾瀬 3-2-1 |
| ⑤ | 扇 | 扇 1-52-23 | ⑱ | 西新井 | 西新井 2-5-5 |
| ⑥ | 江北 | 江北 3-14-1 | ⑲ | 西新井本町 | 西新井本町 2-23-1 |
| ⑦ | さの | 佐野 2-30-12 | ⑳ | はなはた | 花畑 4-39-11 |
| ⑧ | 鹿浜 | 皿沼 2-8-9 | ㉑ | 一ツ家 | 一ツ家 4-5-11 |
| ⑨ | 新田 | 新田 3-4-10 | ㉒ | 日の出 | 日ノ出町 27-4-112 |
| ⑩ | 関原 | 関原 2-10-10 | ㉓ | 保木間 | 保木間 5-23-20 |
| ⑪ | 千住西 | 千住中居町 10-10 | ㉔ | 本木関原 | 本木 1-4-10 |
| ⑫ | 千寿の郷 | 柳原 1-25-15 | ㉕ | 六月 | 六月 1-6-1 |
| ⑬ | 千住本町 | 千住 3-7-101 | | | |

(~㉕は50音順)

地域包括支援センターの 機能強化

地域包括支援センターは、日常的な生活相談だけでなく、介護予防などにも積極的に対応し、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う重要な組織です。

【地域包括支援センターの主な役割】

高齢者の暮らしを支えるための地域の総合相談窓口

- ・ 介護保険の制度をはじめとする総合的な高齢者の相談
- ・ 認知症高齢者への支援
- ・ 介護予防のための活動
- ・ 高齢者への虐待防止、権利擁護
- ・ 地域の高齢者の交流・活動拠点

また、近年、相談内容の複雑化や求められる役割も多様化しているため、地域や関係者と連携を深め、さらに体制や機能強化を図っていく必要があります。

そのため区は、各地域包括支援センターが実施している事業や運営状態を評価し、必要があれば改善を促すことで、区民サービスの向上を図っていかねければなりません。地域包括支援センターごとに地域事情が異なる状況を踏まえ、今後、以下のような検討を進めていきます。

【今後を見据えた地域包括支援センターの課題】

- ・ 地域包括支援センターの担当エリアや設置数の検証
- ・ 適正な事業評価体制の確立
- ・ 適正な人員を確保し、高齢者支援体制を強化する
- ・ 実効性のある医療と介護連携をサポート

4 地域包括ケアシステムの「将来像」と「取り組み」

A 自立期の将来像と取り組み

【自立期の目指したい姿】

地域で楽しく活躍でき、将来に備える

イラスト掲載予定

将来は…

自分自身の身体と将来に関心を持ち、地域・趣味活動等を通じた「つながり」も持ちながら、「老い」に備えています。

バランスのとれた食生活をこころがけ、適度な運動を楽しむことが習慣となっています。身体の不調があれば、かかりつけ医や薬局など相談できる先があり、その他、豊富な支援が暮らしを支える安心となっています。

「つながり」の機会や場所は友人宅や老人クラブ、就労などさまざまです。ボランティア活動等、自らが介護の担い手として参加することもでき、地域で何らかの役割を担うこと、活躍できることが生きがいにつながっています。

また、将来に備えて成年後見人制度など各種制度や支援サービスについての情報を得ることができ、一人ひとりの判断を支える仕組みが整っています。

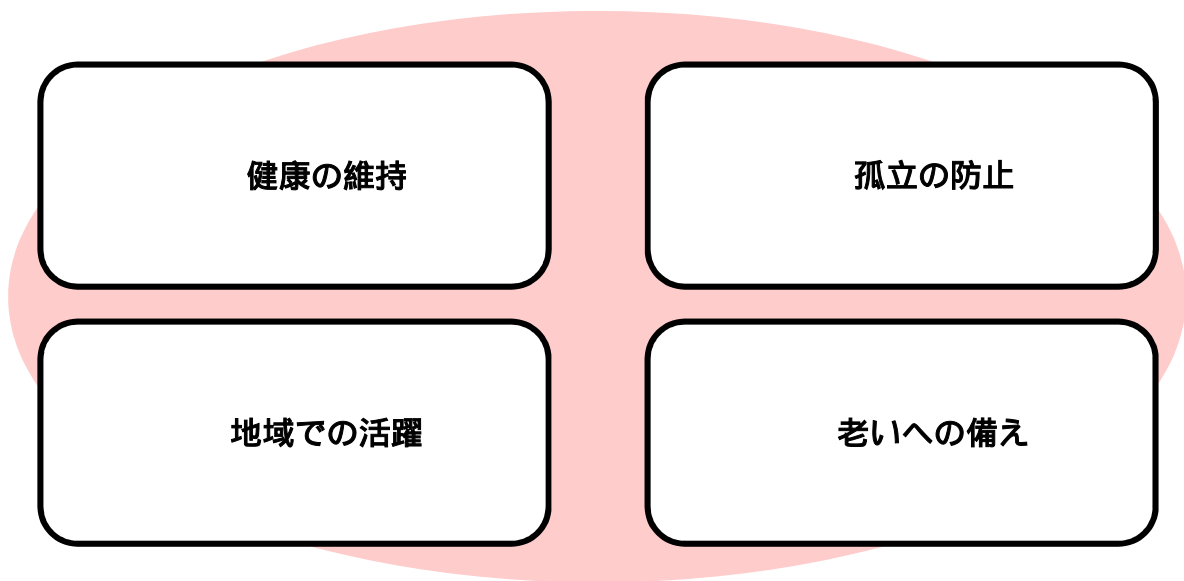
以降、本ビジョンで示す取り組みの柱は、「区民・地域」「専門機関」「区」のオール足立で進めていきます。

A - 1 元気な今を維持するために (自立期の予防・生活支援)

自立期は身体が動き、気力も保たれており、地域での活動や趣味、健康づくりなど、活発な活動を楽しめる時期です。この自立期をできる限り長く保つことが重要です。

そのためには、高齢者本人が「バランスのとれた食生活と、適度な運動を心がける」「地域活動を通じて、社会との関わりを持ち、『健康状態』や『幸福度』を高める」「将来に備えて医療や介護保険制度などの情報を得るとともに、具体的な今後の生活設計を行なう」よう促す取り組みが必要となります。

【「自立期の予防・生活支援」の取り組みの柱】



健康の維持

自立した生活を少しでも長く続けるためには、健康を維持することが何よりも大切です。そのため、高齢者自身は、各種講座や運動・体操プログラムなどに参加して、介護予防に努めます。また、区や専門機関は、高齢者が適度な運動とバランスのとれた食生活で、規則正しい生活が送れるよう啓発をしていきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|--|
| 区民・地域 | <ul style="list-style-type: none"> ○バランスのとれた食生活や生活習慣の確立 ○適度な運動（ロコモティブシンドローム・フレイル予防） ○体操・トレーニング教室の自主的な運営 |
| 専門機関 | <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防に効果のある体操の紹介・指南や啓発活動 ○栄養相談や介護・健康相談の場の設置・提供 |
| 区 | <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防事業の実施（パークで筋トレ、はつらつ教室、口腔ケア 等） ○生活習慣病対策の実施（あだちベジタベライフ 等） ○区民や専門機関への栄養相談・健康づくりに関する情報提供 |

取り組んでいます！！



保木間公園での取り組みの様子
どの会場も、会話が弾み参加者の笑顔で溢れています。

パークで筋トレ

概ね 65 歳以上の高齢者を対象に、公園や広場などを利用して、楽しみながら健康体力づくりができる事業です。

各会場とも指導員が的確なアドバイスを行なうので「長続きする」と評判です。

区内 28 箇所で実施しています。

実施会場、日時等は下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】
スポーツ振興課振興係
電話番号：03-3880-5826

孤立の防止

退職や家族構成の変化を迎える高齢期は、職場や家庭、地域における人間関係が希薄になりがちです。住み慣れた自宅・地域で長く暮らしていくために、ゆるやかに社会とつながりを持てる地域ネットワークを作っていきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|---|
| 区民・地域 | <ul style="list-style-type: none"> ○サロン等、地域の居場所への参加・誘い合い ○地域活動への参加（町会・自治会、老人クラブへの加入 等） ○地域での見守り・声かけ活動（絆のあんしん協力員への登録、わがまちの孤立ゼロプロジェクトへの参加 等） |
| 専門機関 | <ul style="list-style-type: none"> ○地域の見守り活動（絆のあんしん協力機関への登録 等） ○地域活動の場の提供（介護施設の空きスペース提供 等） |
| 区 | <ul style="list-style-type: none"> ○居場所の充実（サロンの創設・支援、悠々館・住区 de 団らん 等） ○地域活動の推進（町会・自治会、老人クラブ等への活動支援 等） ○高齢者の孤立防止（孤立ゼロプロジェクト・絆のあんしんネットワーク） |

地域での活躍

人生100年時代を迎える今後、高齢者が地域でいきいきと活動・活躍でき、楽しさや生きがいを感じられるまちにしていきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|---|
| 区民・地域 | <ul style="list-style-type: none"> ○ボランティア活動への参加 ○地域貢献につながる就労（シルバー人材センターへの登録やゴミ出し・家事援助等の簡易な生活支援の担い手として参加 等） ○地域サロンやサークルの自主運営 |
| 専門機関 | <ul style="list-style-type: none"> ○幅広い地域活動へのつなぎ支援（「（仮称）シニア・コンシェルジュ」による個人・関係団体等とのマッチング 等） ○住民主体の介護予防活動の担い手育成・支援（介護予防教室やサロン運営のリーダー、自主グループの育成 等） ○活動の場の確保支援と人材配置（生活支援コーディネーターによる生活支援体制整備事業の推進 等） |
| 区 | <ul style="list-style-type: none"> ○地域貢献活動の支援（元気応援ポイント事業 等） ○活動の場の創出・調整（生活支援コーディネーター配置 等） ○活動支援の情報集約・周知 |

老いへの備え

高齢者本人が、自立期のうちから権利擁護や介護保険制度を学び、「老い」に向けた準備ができるよう、区は場や機会の提供などの支援に取り組んでいきます。また、長く続けられる楽しみを見出すことも、豊かな老いを迎えるための備えになります。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|---|
| 区民・地域 | <ul style="list-style-type: none"> ○生きがいの発見（趣味や生涯学習 等） ○今後の暮らしを家族や専門家等と話し合い・検討開始 ○医療や介護等の情報を学ぶ・収集する |
| 専門機関 | <ul style="list-style-type: none"> ○ライフプランニングの支援（家計診断や住まい相談 等） 意思表明機会の支援（エンディングノートの作成支援 等） ○医療や介護相談の場の提供（商業施設での出前相談 等） ○身寄りのない高齢者等への支援 （社会福祉協議会のあんしん生活支援事業や、生活支援員による支援 等） |
| 区 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療保険や介護保険、権利擁護事業等の情報提供 （医療保険・介護保険の案内、成年後見制度⁶の相談受付 等） ○老いに向けた準備の啓発、学習する場の提供（老い支度支援事業） |

⁶認知症や障がいなどにより、物事を判断する能力が十分ではない方の意思決定を助け、生活や財産などの権利を守る制度。選ばれた成年後見人等が、その方を法律的に支援する。法定後見制度と任意後見制度の2種類ある。

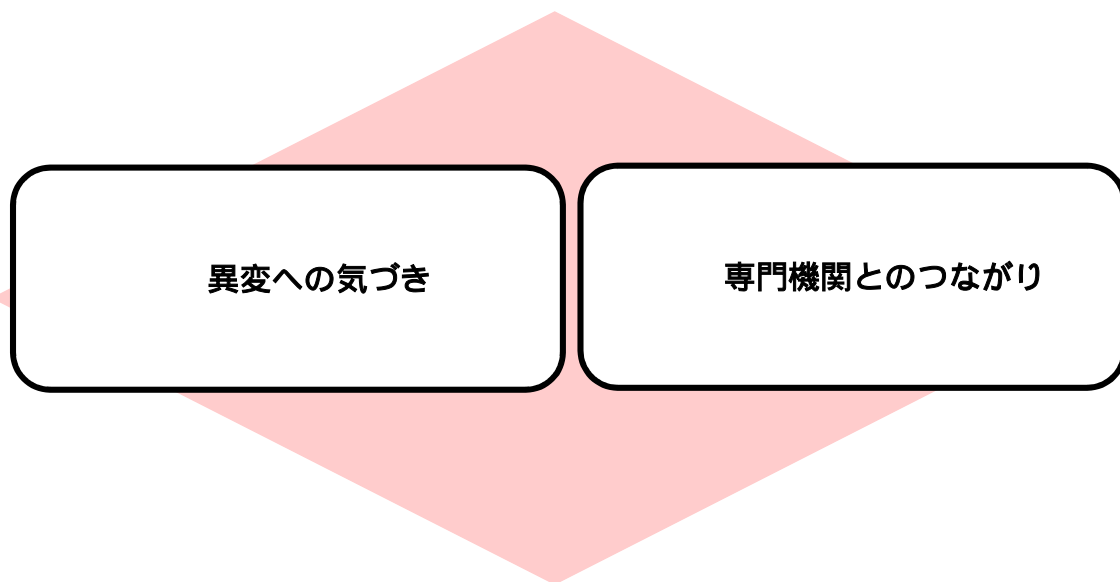
A - 2 早期発見・早期治療のために (自立期の医療・介護)

まだ介護を必要としない高齢者であっても、歳を重ねるごとに身体の状態は徐々に変化していきます。

病気の中には自覚症状があらわれにくいものや、認知症のように、周囲が先に異変に気づく場合もあります。そのため、高齢者自身は「定期的な健（検）診の受診で身体の変化を把握する」「周囲は日頃から高齢者の生活に気を配り、変化の兆しを見逃さない」ことが大切です。

また、病気は早期発見・早期治療が重要ですが、治療の必要性や治療方針の決定には専門機関の判断が必要です。気軽に相談できる専門家として、「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局を持つ」ことは、疾病の早期発見ばかりでなく、万一に備えた安心感にもつながります。

【「自立期の医療・介護」の取り組みの柱】



異変への気づき

まず、高齢者は自身の変化に気づけるよう定期的に健康診査を受診し、区や専門機関は受診啓発に努めることが大切です。また、周囲の人が高齢者の異変に気付いた場合は、声を掛けたり関係機関へつなぐなどして、病気の早期発見・早期治療につながるまちづくりを進めます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|--|
| 区民・地域 | <ul style="list-style-type: none"> ○定期的な健康診査の受診。受診の誘い合い ○周囲の高齢者の変化に対する気配り (認知症高齢者への声かけ、民生・児童委員による見守り活動 等) |
| 専門機関 | <ul style="list-style-type: none"> ○定期受診や健診結果の本人理解の支援 ○認知症の正しい理解の推進(認知症講演会 等) |
| 区 | <ul style="list-style-type: none"> ○健康診査の実施・啓発(各種健(検)診事業の実施 等) ○認知症の理解促進(認知症サポーター養成講座、「認知症なび・あだち」など啓発ツールの開発 等) |

専門機関とのつながり

かかりつけ医・歯科医・薬局など、健康状態を把握してくれる専門家や、日常生活を支援する介護事業者、地域包括支援センターが、早期に高齢者とつながる体制を作ることで、高齢者の自立度と安心感を高めていきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|---|
| 区民・地域 | ○かかりつけ医・歯科医への定期受診、かかりつけ薬局への相談 |
| 専門機関 | <ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医・歯科医・薬局による健康相談等の体制づくり ○介護に関する学びの場づくりと周知(介護講座、健康講演会 等) ○速やかな治療・介護につなげる専門職同士の関係づくり 地域の気づきを受け止める相談体制づくり(地域包括支援センターでの相談受付 等) |
| 区 | <ul style="list-style-type: none"> ○専門機関の啓発活動等の支援(かかりつけ医・歯科医・薬局、介護事業に関する区民への啓発支援 等) 医療・介護に関する総合的な情報提供(制度の解説や周知 等) 地域包括支援センターの窓口・活動周知 |

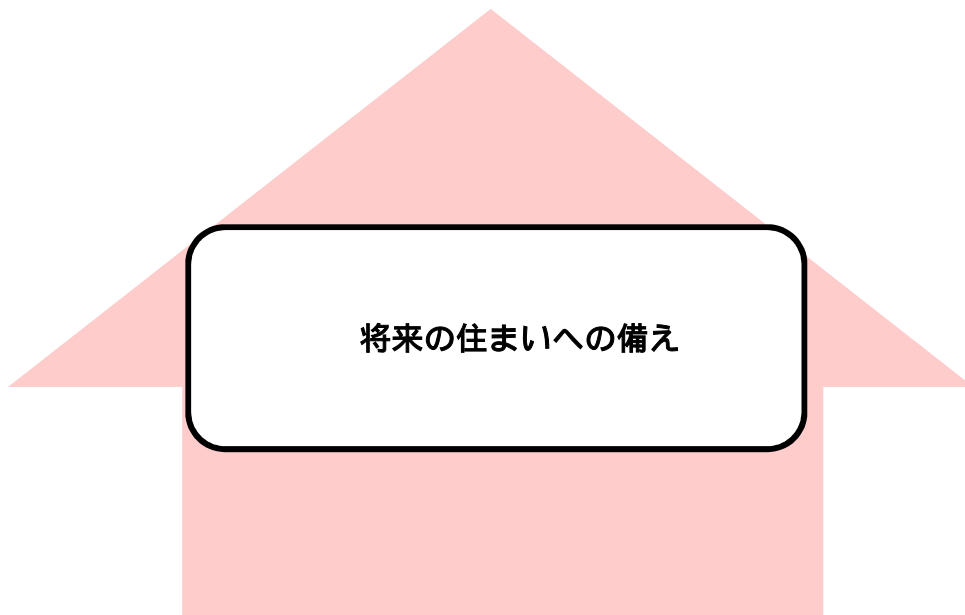
A - 3 将来の暮らしに備えるために

(自立期の住まい)

高齢者が住み慣れた自宅・地域で出来る限り長く暮らしていくことは、地域包括システムの根源にある考え方です。

そこで、身体が衰えたときに備えて「専門機関へ相談し住宅改修や住み替えの情報を収集しておく」「介護が必要になったときの住まいについて、自分自身の望みを家族や親しい人に伝えておく」ことは、住み慣れた自宅・場所で出来る限り長く暮らしていくことの一助となります。

【「自立期の住まい」の取り組みの柱】



将来の住まいへの備え

関連する事業者・専門機関は、高齢者の住まいの悩みに適切に対応できる人材を育成するとともに相談窓口を設けます。区は、高齢者が必要とする住まいに関する情報を、確実に得ることができるよう支援します。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|--|
| 区民・地域 | ○住まいについての情報収集（住宅改修・住み替え等に関する情報の収集、入院・入所などで空き家にならないための相談 等） |
| 専門機関 | ○高齢者の住まいに関する相談窓口の充実（不動産相談会、住まいに関する多様な情報発信 等） ○高齢者の住まい支援に関する人材の確保・育成（住まい支援相談員の育成、生活支援を行うNPOとの連携 等） |
| 区 | ○住宅に関する相談の機会の提供（住宅総合相談会の実施 等） ○住宅改修等の住まいに関する公的支援、情報の発信（緊急通報システム、家賃債務保証制度、住宅あっせん事業等の実施・啓発 等） ○住まいに関わる事業者とのネットワークづくり |

取り組んでいます！！

住まいに関する情報や相談の取り組み



住まいるインフォメーション

その他にも、東京シニア円滑入居賃貸住宅情報登録・閲覧制度（高齢者の入居を拒まない賃貸住宅を登録してもらい高齢者に紹介）や、高齢者向け返済特例制度（部分的バリアフリー工事・耐震工事）なども案内しています。

バリアフリー工事助成制度や公営住宅の住まい探し、住まいの相談窓口、住まいに関する税金などを紹介。



住まいに関し建築士等が相談員となり、改築・リフォームなど、住まいに関する相談を無料で毎月定期的に行っています。

【問い合わせ先】
建築室住宅課住宅計画係
電話番号：03-3880-5963

B 要支援・軽度期の将来像と取り組み

【要支援・軽度期の目指したい姿】

好きなこと・自分らしいことが続けられる、始められる

イラスト掲載予定

将来は・・・

「老い」を少しずつ感じ始めながらも、外出等の今までできていた楽しみは変わらずに続けられています。

身体に変化が生じて、かかりつけ医から適切な医療管理を受け、無理のない程度に身体を動かす機会が日常生活の中にあります。

住民主体の活動や地域密着型サービス等によって在宅生活を続ける環境が整備され、必要なとき必要な専門機関につながる仕組みも充実。その中で、他者からの支援を通じ、新たな出会いやつながり、発見があります。

住まいに問題が生じた際には、状態に応じた住宅改修や住み替えが行われ、認知症になっても地域には理解し対応できる人がいて、成年後見人等の専門職の支援により、金銭管理を含めた日常生活が支えられています。

また、介護の支援が必要になっても主治医やケアマネジャー、訪問看護、ヘルパーなどが上手に連携し、地域密着型サービス等の利用によって、在宅での生活が維持できています。多様なサービスの中から適切なサービスを選択できる「支えられ上手」になっていて、家族等の介護者もリフレッシュをする時間を十分に確保。地域には支え合いの関係が築かれています。

B - 1 変化に対応するために

(要支援・軽度期の予防・生活支援)

この時期の高齢者は些細なきっかけにより、疾病や介護度の重度化を招くことがあります。たとえそうであっても、早い段階から適切なケアやリハビリ等に取り組むことで悪化を防ぎ、在宅生活を続けられる場合があります。

介護などの支援を受け入れることは、本人を支える人が増えることを意味します。身近な親族や友人に協力を仰いだり、地域包括支援センターやケアマネジャーへ相談したりするなど、「上手に周囲の支えを受け入れる」ことも大切です。

また、「自立期に描いたライフプランを、身体や生活の変化に合わせて見直す」ことも必要です。区や専門機関は、高齢者が安心して在宅生活を続けられるよう、本人に適したサービスの提供を行っていきます。

【要支援・軽度期（予防・生活支援）の取り組みの柱】

在宅生活を支える支援

安心の向上や楽しみの持続

在宅生活を支える支援

介護の重度化を防ぐには、介護事業者等が、高齢者自らができることを最大限尊重しながら、早期に適切な支援を行っていくことが重要です。区も生活支援サービスのメニューを増やし、高齢者の自立生活維持をサポートできる体制を整えます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|---|
| 区民・地域 | <p>介護予防の取り組みの継続</p> <p>早期・適切な医療や介護サービスの利用</p> |
| 専門機関 | <p>高齢者の自立度向上支援（身体機能回復に向けた医療・介護職とリハビリ職の連携、リハビリの重要性の啓発、住民主体の介護予防支援 等）</p> <p>自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの強化</p> |
| 区 | <p>介護予防事業の実施（機能回復を主眼とした介護予防の取り組みを挙げるリハビリ教室、介護予防実施場所のさらなる周知 等）</p> <p>○介護予防・日常生活支援総合事業の「多様なサービス」の実施（生活援助ヘルパーによるサービス提供、サービス担い手確保のための養成研修の実施）</p> <p>介護者家族支援（介護の悩み相談の場の提供、専門機関と連携した介護技術を学習する場の提供、介護者家族のワークライフバランスの支援等）</p> |

取り組んでいます！！

住民主体の体操サロン

住民主体の介護予防に繋げるため、社会福祉協議会の地域支え合い推進員が2会場で「体操サロン」を実施しています（梅田地区、谷在家地区）。

体操経験者の指導員や理学療法士の協力で、介護予防に効果のある体操を週1回、約3カ月にわたり実施し、参加者の脚筋力、開眼片足立ち等各項目の測定で効果が認められました。

この2会場では、住民代表の方々を中心に活動を続けています。他の地区でもこうした住民が主体となった体操サロンの取り組みを進めていきます。

体操サロンでの片足立ちの様子



脚筋力が2kg以上アップ！



【問い合わせ先】
社会福祉協議会
地域福祉課
電話 03-6807-2460

安心の向上や楽しみの持続

この時期の高齢者には、身体の衰えや認知症の症状が出始める方もいますが、多くの場合、周囲の支えにより在宅生活を継続できます。区や専門機関は高齢者の孤立を防ぎ、安心感や生活上の楽しみを持ち続けられるように、在宅生活を支えます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|---|
| 区民・地域 | <p>趣味や地域活動などの継続</p> <p>○身体や生活状況に合わせたライフプランの見直し</p> <p>地域による高齢者や介護者家族の見守り支援（絆のあんしん協力員の登録 等）</p> |
| 専門機関 | <p>○認知症高齢者の支援（地域包括支援センターや介護施設等での認知症カフェ開催、家族相談会の実施 等）</p> <p>○若年性認知症の支援（若年性認知症の就労支援 等）</p> <p>ライフプランの見直し支援（地域包括支援センターやケアマネジャー等による専門的な視点からの助言 等）</p> |
| 区 | <p>○認知症高齢者の支援（専門員による高齢者戸別訪問、認知症初期集中支援事業等医師会との連携、認知症サポーターステップアップ研修等）</p> <p>高齢者の日常生活支援の充実（買い物・外出手段の支援 等）</p> <p>権利擁護の推進（成年後見制度の中核機関及び地域連携ネットワークの構築、消費者センター等による悪徳商法被害支援 等）</p> <p>災害時要援護者の避難支援の充実（避難行動要支援者情報の共有と災害時安否確認申出書の活用）</p> <p>高齢者の孤立防止（高齢者虐待の早期発見・本人及び養護者支援強化、孤立ゼロプロジェクト 等）</p> |

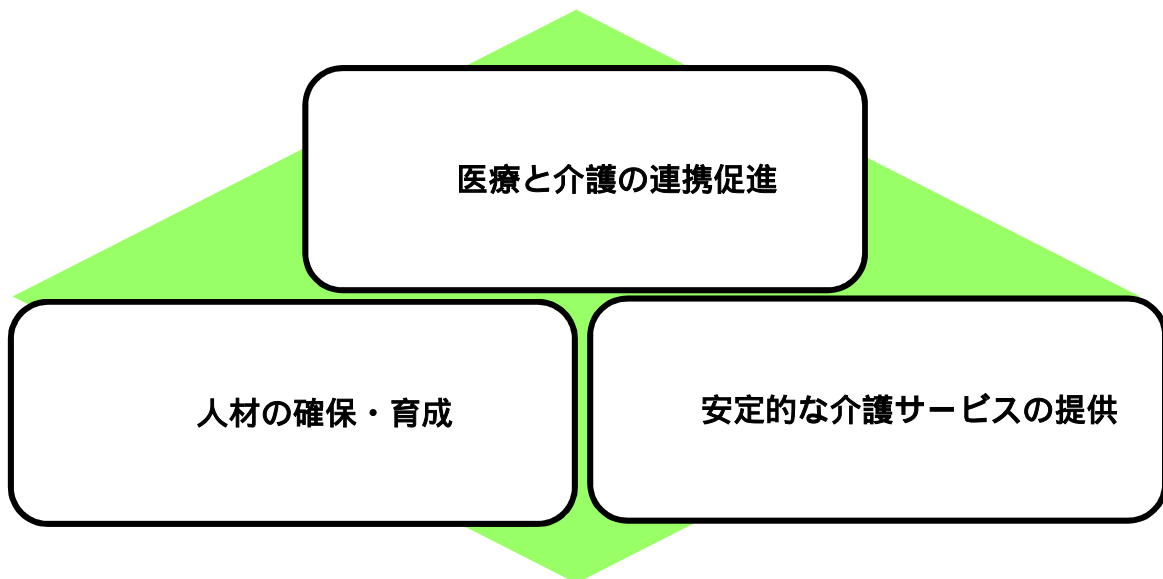
B - 2 連携によるケアで重症化を防ぐために

(要支援・軽度期の医療・介護)

高齢者が重介護に陥らず、在宅生活を維持していく鍵は、診断から必要なサービスへと素早くつなぎ、「高齢者一人ひとりに的確で質の高いケアを提供していく」ことです。

区はその担い手となる人材の確保や育成を支援し、安定的に介護サービスを提供できるよう努めます。

【要支援・軽度期（医療・介護）の取り組みの柱】



医療と介護の連携促進

診断から適切な医療・介護サービスの提供、機能回復訓練へとつなげるためには、医療と介護に加え、理学療法士や作業療法士等のリハビリ職、柔道整復師といった、多様な職種との連携も重要です。また、医療機関相互においても、大規模な病院と地域の診療所とのいわゆる「病診連携」を強め、より効果的・効率的に医療が提供される体制を推進します。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------------|--|
| <p>専門機関</p> | <p>医療と介護の連携、ネットワーク強化（地域包括支援センター単位での多職種参加の地域ケア会議を実施 等）</p> <p>医療・介護とリハビリ職等の専門職との連携促進</p> <p>病診連携の促進（大規模な病院と地域の医療機関との連携促進 等）</p> |
| <p>区</p> | <p>医療・介護等多職種の連携支援（在宅医療・介護連携相談窓口の設置、エリアを細分化した多職種連携研修の実施、退院後に在宅生活を送る準備の支援 等）</p> <p>医療・介護資源情報の集約と発信（医療・介護情報提供システムの運用 等）</p> <p>（仮称）医療・介護等連携研修センターの設置</p> |

取り組んでいます！！

区のホームページから、医療・介護関係者、区民に向けて、区内の医療機関や介護事業所等の地図情報や、医療機関の診療科目、介護事業所のサービス内容などの情報を紹介しています。

【問い合わせ先】

地域包括ケア推進課

医療・介護連携推進担当

電話番号：03-3880-5643

医療・介護情報提供システム



人材の確保・育成

認知症や介護の重度化防止支援に対するニーズが高まる中、高齢者一人ひとりの身体状態に応じた質の高いケアを提供するために、区は介護人材の確保と育成を行い、区民が望むサービスを安定して提供できるよう努めます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------------|--|
| 専門機関 | 職員定着に向けた取り組みの促進 （職員のメンタルヘルス支援や家族介護支援等の処遇改善、同業他社介護職員との交流の場の促進 等） ○現場職員の負担軽減支援 （ICTの利活用による事務の軽減 等） |
| 区 | 人材の確保及び育成の支援 （介護・看護就職面接会、介護資格取得費用助成、介護職員宿舍借上支援費用助成、主任ケアマネジャーなど現場職員への研修、区内大学との介護人材確保の連携 等） （仮称）医療・介護等連携研修センターの設置 |

安定的な介護サービスの提供

在宅での生活ニーズにきめ細かく応えられるよう、区は介護保険における地域密着型サービス⁷の普及に努めるとともに、高齢者にも分かりやすくサービスの内容等を伝えていきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------------|--|
| 専門機関 | 提供サービス内容の利用者周知を充実 （広報の拡充、利用者への説明力向上） サービスの安定的・継続的提供 （制度改正等への柔軟な対応） ○多様なニーズに対応できるケアマネジメント技術の向上支援 （主任ケアマネジャー研修等の受講勧奨 等） |
| 区 | 地域密着型サービスなど、介護サービス提供事業者の確保 （地域密着型サービスの単価独自加算など事業者参入支援の実施 等） 介護サービスの情報発信促進 （リーフレット作成、講演会・出前講座 等） |

⁷ 住み慣れた地域を離れずに生活を続けられるように、地域の特性に応じた柔軟な体制で提供されるサービス。小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護などがある。

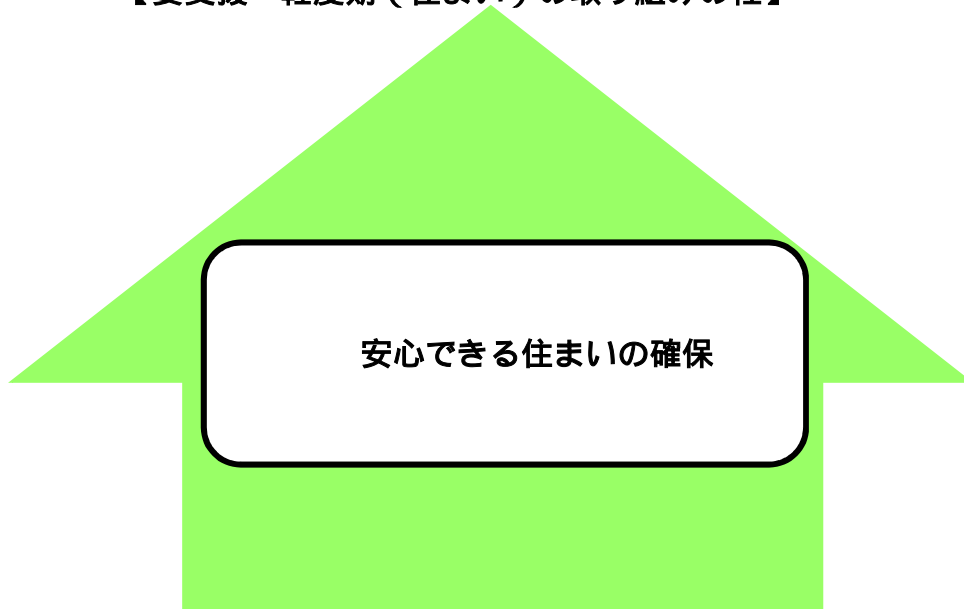
B - 3 安心できる住まいのために (要支援・軽度期の住まい)

転倒による骨折がきっかけとなって家に閉じこもりがちとなり、社会とのつながりが少なくなることで、その後、認知症が進行することは少なくありません。安心して在宅生活を継続するためには、転倒リスクに備え、「早めに必要な住まいの改修を行っておく」ことは重要です。

不動産等の関係団体や医療・介護事業者は、高齢者の住まいに関する「相談の場で、重度化しても住み続けられる具体的な改修内容を伝え、サポートしていく」ことが求められます。

一方、認知症型グループホームや有料老人ホーム⁸などを住まいとして選択する高齢者もいます。そうした施設でのサービスが適切に提供されるよう、区は「運営体制のチェックやサービスの質の確保」に取り組みます。

【要支援・軽度期（住まい）の取り組みの柱】



⁸高齢者のための民営運営の老人ホームで、3種類（「介護付有料老人ホーム」は医療体制が充実し、食事、入浴・排泄など介護全般が受けられる施設。「住居型有料老人ホーム」は自立可能な高齢者が対象で、介護サービスが必要となった場合は在宅介護保険サービスの利用が可能。「健康型有料老人ホーム」は自立生活が可能な高齢者向けの施設。）がある。

安心できる住まいの確保

高齢者の身体の状態が変化しても、区や専門機関は、住宅改修費の助成や住み替えにおける家主とのマッチング等により、住み慣れた自宅・地域で暮らし続けられるよう支援します。また、区は有料老人ホームなどの居住系サービスの質の確保等に取り組んでいきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| 区民・地域 | 住宅改修・住み替えの検討・実施 |
|-------|--|
| 専門機関 | <p>家屋の需給促進（不動産事業者による、家主と住宅確保困難な高齢者のマッチング 等）</p> <p>安心できる住まいの環境づくりのサポート（ケアマネジャー等による本人に適した改修プランの提供 等）</p> |
| 区 | <p>バリアフリー等、住宅改修の支援（高齢者住宅改修給付、住宅改良助成事業 等）</p> <p>安心・安全な住まいの提供（シルバーピア・軽費老人ホーム運営、支援 等）</p> <p>○見守り・生活相談等一体の住まい方支援の検討</p> <p>○家主等への住宅確保要配慮者の理解促進</p> <p>認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）、有料老人ホーム等のサービスの質の確保（第三者評価の利用促進）</p> |

C 中重度・終末期の将来像と取り組み

【中重度・終末期の目指したい姿】

住み慣れた足立で、望む暮らしを

イラスト掲載予定

将来は…

中重度・終末期であったとしても、医療機関や介護事業者等の支援を受けて、地域の方との交流を継続し、不安や孤独のない穏やかな日々を送ることができています。

本人の意思で終末期の医療や介護、最期を迎える場所等を選択することができ、医療と介護のチームケアによって希望に沿ったサービスを受けています。

また、選択した住まいが自宅であっても施設であっても、孤立することはありません。近所の顔なじみと接する機会があり、地域の人や専門職による役割に応じたケアによって、充実した日々を送ることができます。

また、介護者にもリフレッシュ先や相談先があり、支える側の不安も受け止める体制ができています。

C - 1 地域とつながり続けるために

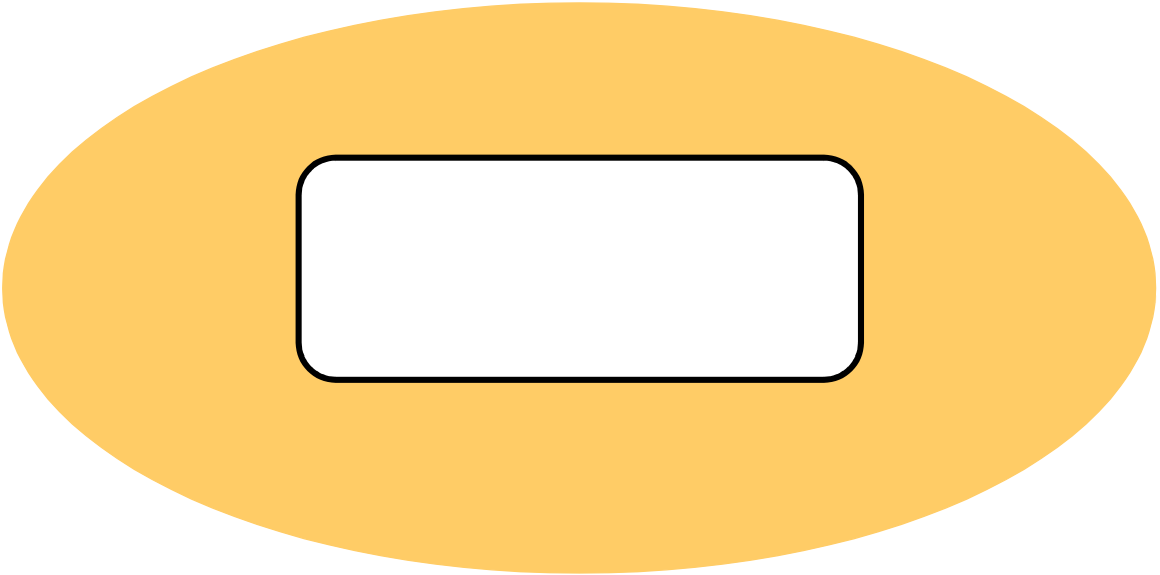
(中重度・終末期の予防・生活支援)

中重度・終末期においても、地域とのつながりは大切です。

それまで関わりのあったつながりが途絶えることで、高齢者は心の不安や孤独感を抱き、身体状態へ影響を与えることがあるからです。

また、家族も介護に直面し、様々な不安を抱きがちです。医療・介護などの専門機関からの支援のみならず、「地域の方々による本人や家族への声掛け」などは、孤独や不安を和らげ、心の支えになります。

【中重度・終末期（予防・生活支援）の取り組みの柱】



地域とのつながりの維持

地域とのつながりの維持

中重度・終末期では医療や介護などの専門機関による支援が中心ですが、地域の方々が本人や家族を気に掛け、つながりを保つことも大切なサポートです。区も高齢者やその家族を孤立させないための支援に取り組んでいきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|--|
| 区民・地域 | 地域による本人・介護家族の孤立防止支援（近隣者等による訪問・声かけ、介護・看取り体験談の共有による不安の軽減 等） |
| 専門機関 | 介護施設等による地域交流の促進（施設のスペースを活用した地域住民との交流会の実施 等） |
| 区 | 地域のちからを活かした本人・家族の尊厳支援（あだち区民後見人の養成・親族後見人の支援 等） ○介護者家族同士の精神的なケア（介護者家族教室の実施 等） |

取り組んでいます！！

区では、弁護士、司法書士等の専門職以外の区民の方で、後見活動を行っていただく「あだち区民後見人」の養成に取り組んでいます。

「あだち区民後見人」が活動する際には、足立区社会福祉協議会が後見監督人となり、活動状況を監督し、安心して活動できるよう支援しています。

【問い合わせ先】

高齢福祉課権利擁護推進係

電話番号：03-3880-5982

あだち区民後見人募集チラシ

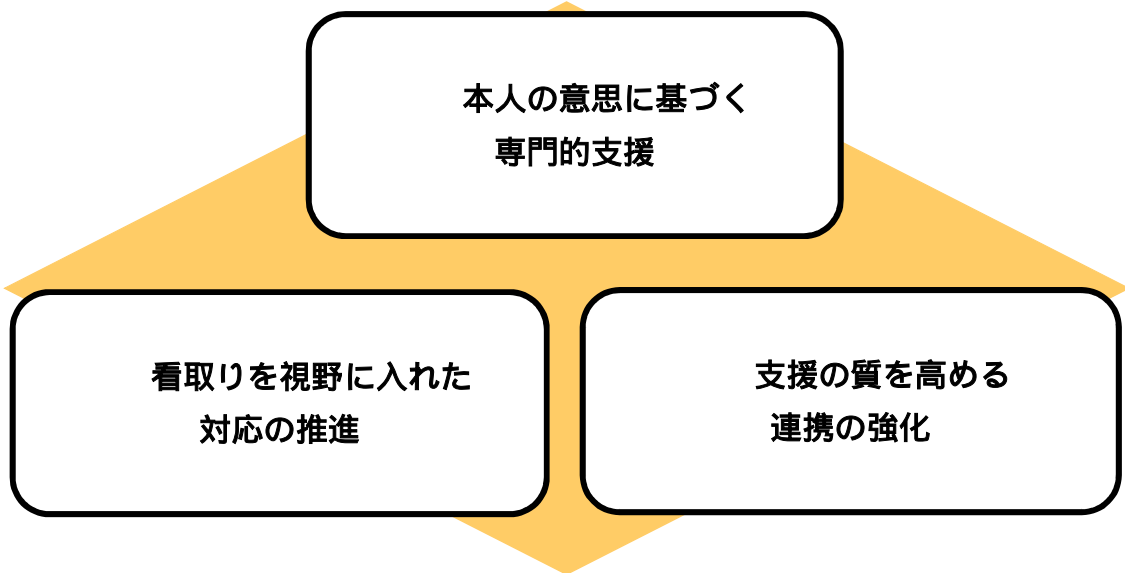
C - 2 本人の意思を尊重するために

(中重度・終末期の医療・介護)

病気や要介護度・認知症の進行度、家族状況等により、この時期に必要な医療や適切な介護サービスは多様ですが、「本人の意思が尊重され、尊厳が保たれるとともに、家族等の意向も把握した支援」が大切です。

また、高齢者本人は「必要な情報を集めるとともに、家族や関係機関に自らの希望を何らかの形で伝えておく」ことは重要です。家族や周囲の親しい人が、「あらかじめ本人の意向を汲み取っておくよう努める」ことも大切になります。「本人の選択を周囲が共有しておく」ことが、穏やかな日々を支えます。

【中重度・終末期（医療・介護）の取り組みの柱】



本人の意思に基づく専門的支援

中重度・終末期の高齢者の医療・介護ニーズは刻々と変化します。医療機関や介護事業者は、本人や介護家族等と意思疎通を密にし、本人等の意向を最大限尊重した治療や介護を行っていく必要があります。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|-------|--|
| 区民・地域 | 自らの意思・意向の表明、記録（エンディングノートの完成） 家族・周囲による本人意向の把握 |
| 専門機関 | 医療機関による終末期医療の相談対応（アドバンスケアプランニング ⁹ ）の実施 状況変化に対応した介護のケアプラン作成 |
| 区 | ○介護家族の支援（レスパイトケアの啓発・情報提供等） ○成年後見制度の活用促進 |

看取りを視野に入れた対応の推進

専門機関は、在宅療養に対応できる医師、看護師や、医療ニーズの高い高齢者の介護、看取り段階のケアを適切にできる医療・介護人材を育成するとともに、区は専門機関同士の連携を促進することや、看取りに取り組む体制の支援を行なっていきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|------|---|
| 専門機関 | 在宅での看取りを迎えるためのチームケアの促進 医療・介護人材の育成（在宅医療対応可能な医師等の育成・充足、看取り段階のケアに対応できる介護職の育成・充足 等） ICT ¹⁰ の活用促進 |
| 区 | 専門機関が行なう看取りの取り組みの支援 |

⁹将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い、本人の意思決定を支援するプロセスのこと。

¹⁰「Information and Communication Technology（インフォメーション アンド コミュニケーション テクノロジー）」の略語。情報通信技術をさす。

支援の質を高める連携の強化

この時期の高齢者を支える中心は、医療や介護の専門機関です。区も専門機関と協力し、在宅療養や介護サービスの連携を強めるモデル事業を実施するとともに、サービスの根幹である介護保険制度の安定的な運営を堅持していきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

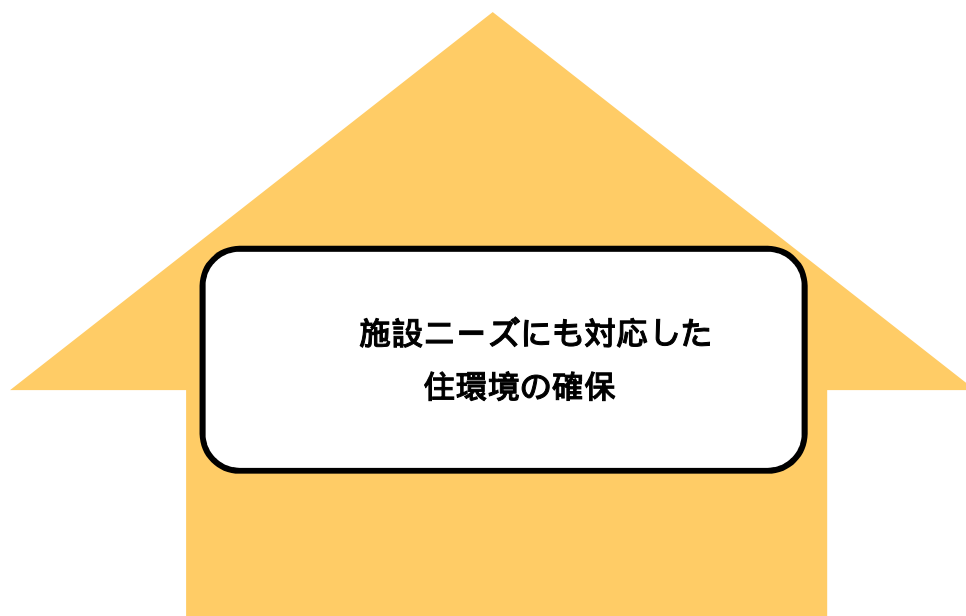
| | |
|---|--|
| 区 | 医療と介護の連携モデル事業実施 介護保険サービスの堅持 （事業者連絡会等を通じた基盤強化、介護保険の安定的運営 等） 地域包括支援センターの機能強化 （センター評価の実施（P.18 参照） 等） |
|---|--|

C - 3 望んだ場所で暮らし続けるために

(中重度・終末期の住まい)

高齢者自らが望むくらしを選択し、その選択を介護者家族が可能な限り実現するためには、区や専門機関が「十分な情報提供や相談窓口の設置など、サポート体制を整える」ことが必要です。

【中重度・終末期（住まい）の取り組みの柱】



施設ニーズにも対応した住環境の確保

人生の最期を迎えるにあたっては、本人や介護者家族等、誰もが不安を抱えることとなります。区は、住み続けられる家や安心できる質の高い介護施設を提供することで、住まいに関する不安や焦り・負担感を軽減し、最後まで穏やかな日々を過ごせるよう取り組んでいきます。

主な取り組み（カッコ内は取り組み例）

| | |
|------|--|
| 専門機関 | 病院や施設等の療養先の環境を情報提供 |
| 区 | 住まいの選択肢の情報提供 施設入所の適正化 （特別養護老人ホーム入所検討委員会の運営 等） 居住系介護施設のサービスの質の確保（介護事業者指導事務） 介護施設の計画的整備（特別養護老人ホーム等の整備 等） |

取り組んでいます！！

介護施設等の計画的な整備も区の役割



特別養護老人ホーム(仮称)レスパート千住建設の様子

【施設所在地】

・足立区千住桜木二丁目

【施設の概要】

- ・特別養護老人ホーム 120 名
- ・ショートステイ 12 名
- ・都市型軽費老人ホーム 10 名

【問い合わせ先】

介護保険課

介護事業者支援係

電話番号：03-3880-5727

施設整備計画目標数値（第7期介護保険事業計画）

| 施設 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| 特別養護老人ホーム | 2,811人(26箇所) | 2,901人(27箇所) | 2,901人(27箇所) |
| 介護老人保健施設 | 1,717人(14箇所) | 1,717人(14箇所) | 1,717人(14箇所) |
| 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 650人(36箇所) | 668人(37箇所) | 686人(38箇所) |