

平成30年度第2回 足立区地域包括ケアシステム推進会議 次第

日 時 平成30年8月28日(火)
午後2時00分～4時00分
会 場 足立区役所 8階 特別会議室

1 新委員紹介

2 新委員委嘱状交付

【審議事項】

1 足立区地域包括ケアシステムビジョン(案)について【資料3】

①ビジョン(案)に対する意見について

②足立区地域包括ケアシステムビジョン及びホームページ等へのワークショップ風景掲載にあたっての「写真使用への同意書」の提出について

【報告事項】

1 地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援窓口の開設について【資料4】

【その他】

1 今後の予定

地域包括ケアシステム推進会議 平成30年11月16日(金) 午前11時～正午(予定)
足立区役所8階 特別会議室 ※答申(予定)

2 その他

【配布資料一覧】

資料 1 : 平成 3 0 年度第 2 回 足立区地域包括ケアシステム推進会議 次第

資料 2 : 配布資料一覧（裏面：委員名簿）

資料 3 : 足立区地域包括ケアシステムビジョン（案）について

資料 4 : 地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援窓口の開設について

足立区地域包括ケアシステム推進会議 委員名簿

「医・介」 = 医療・介護連携推進部会
 「総合」 = 介護予防・日常生活支援総合事業推進部会
 「認知」 = 認知症ケア推進部会

「長」=部会長 「副」=副部会長 「○」=部会員

※ 敬称略、順不同

番号	役職	氏名	フリガナ	選出団体名	所属における役職等	部会		
						医・介	総合	認知
1	会長	諏訪 徹	スワ トオル	学識経験者	日本大学 教授	副		副
2	副会長	太田 貞司	オタ テイジ	学識経験者	京都女子大学 教授	長		
3	副会長	酒井 雅男	カイ マサオ	学識経験者	弁護士	副	長	
4	副会長	山中 崇	ヤマナカ タカシ	学識経験者	東京大学 特任准教授	副	副	
5	副会長	永田 久美子	ナガタ クミコ	学識経験者	認知症介護研究・研修東京センター 研究部長			長
6	委員	高田 潤	タカダ ジュン	足立区医師会	会長	○		
7	委員	太田 重久	オタ シゲヒサ	足立区医師会	理事		○	
8	委員	久松 正美	ヒサマツ マサミ	足立区医師会	理事			○
9	委員	花田 豊實	ハナダ トヨミ	足立区歯科医師会	理事	○		
10	委員	鈴木 優	スズキ マサル	足立区薬剤師会	副会長	○		
11	委員	小川 勉	オガワ ツトム	足立区介護サービス事業者 連絡協議会	会長（訪問介護部会長）		○	○
12	委員	鶴沢 隆	ツル沢 リュウ	足立区介護サービス事業者 連絡協議会	居宅介護支援部会長	○	○	
13	委員	浅野 麻由美	アサノ マユミ	足立区介護サービス事業者 連絡協議会	訪問看護部会長	○		○
14	委員	倉澤 知子	クラサワ トモコ	足立区介護サービス事業者 連絡協議会	通所介護部会長		○	○
15	委員	伊藤 俊浩	イトウ トシヒロ	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム扇 施設長	○		○
16	委員	田島 多美子	タジマ タミコ	介護老人保健施設	足立老人ケアセンター 事務部長	○		○
17	委員	茂木 繁	モトギ ｼﾝﾀﾞﾙ	東京都宅地建物取引業協会 足立区支部	副支部長			
18	委員	風祭 富夫	カザマツリ トミオ	全日本不動産協会東京都本部 城東第一支部	支部長			
19	委員	松井 敏史	マツイ トシフミ	認知症疾患医療センター	センター長	○		○
20	委員	大竹 吉男	オオタケ ヨシオ	足立区ボランティア連合会	会長		○	○
21	委員	中島 毅	ナカジマ ツヨシ	足立区シルバー人材センター	理事		○	○
22	委員	村上 光夫	ムラカミ ミツオ	足立区老人クラブ連合会	会長	○	○	
23	委員	茂出木 直美	モデギキ ナオミ	足立区民生・児童委員協議会	第五合同江新地区会長		○	○
24	委員	足立 義夫	アダチ ヨシオ	足立区町会・自治会連合会	綾瀬地区町会自治会連合会会長			○
25	委員	大高 秀明	オオタカ ヒデアキ	足立区社会福祉協議会	事務局長	○	○	
26	委員	結城 宣博	ユキ ノブヒロ	足立区社会福祉協議会 基幹地域包括支援センター	地域支え合い推進員			
27	委員	秋生 修一郎	アキウ シュウイチロウ	区職員	地域のちから推進部長	○	○	○
28	委員	中村 明慶	ナカムラ アキヨシ	区職員	福祉部長	○	○	○
29	委員	今井 伸幸	イマイ ノブユキ	区職員	衛生部長	○	○	○
30	委員	服部 仁	ハツリ ヒトシ	区職員	建築室長			
31	委員	須藤 純二	スドウ ジュンニ	区職員	都市建設部交通対策課長			

【資料3】



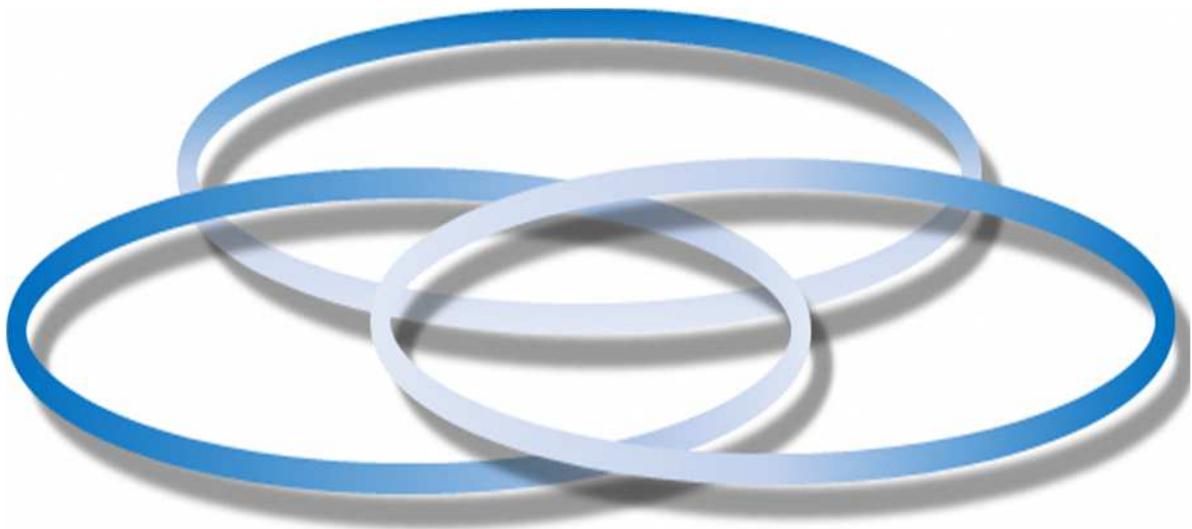
ビジョン(案) Ver0.78

(仮) いつまでも

地域で安心して

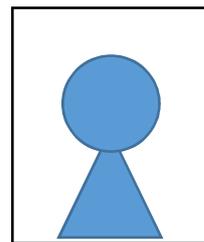
暮らせる

“まち” 足立



足立区地域包括ケアシステムビジョン

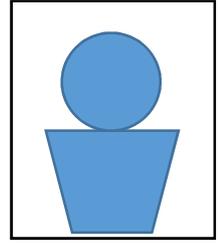
2019年度～2025年度



区長あいさつ

1 ページを想定

会長あいさつ



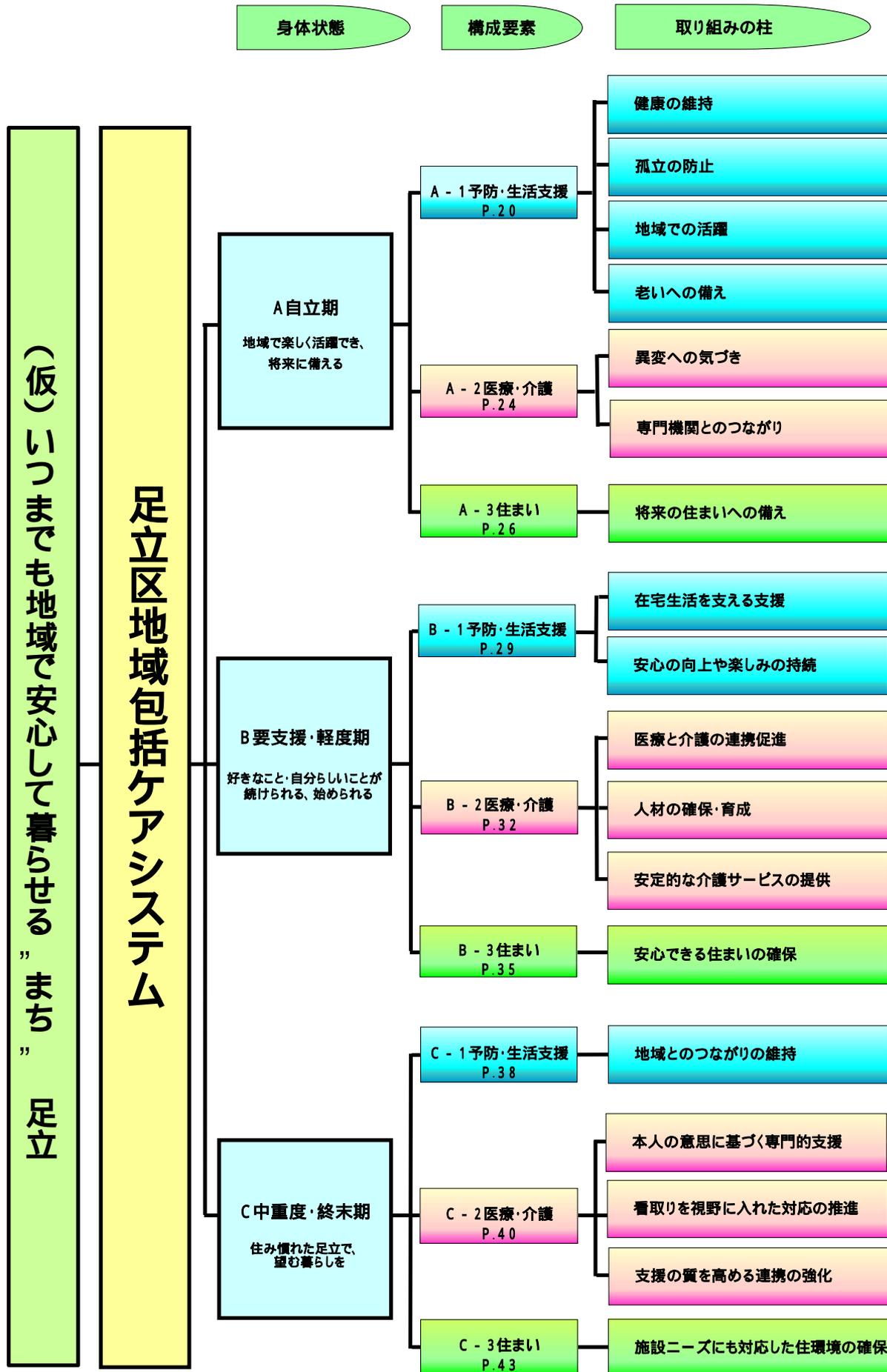
1 ページを想定

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
イメージ図を見開きで掲載する予定です。

~ (仮)いつまでも地域で安心して暮らせる“まち” 足立 ~

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「要支援1」～「要介護2」程度の身体状態の時期

中重度：終末期：介護認定が「要介護3」～「要介護5」程度の身体状態の時期

主な取り組み	計画・事業
--------	-------

<p>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</p>	<p>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</p>
<p>居場所の充実(サロンの創設・支援、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</p>	<p>高齢者保健福祉計画 孤立ゼロプロジェクト</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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、認知症ケアバス) 等</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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</p>	<p>住生活基本計画 介護保険事業計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画 保健衛生計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画 保健衛生計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画</p>
<p>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</p>	<p>住生活基本計画 高齢者保健福祉計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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、意思表明機会の支援、成年後見制度の活用促進 等</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画</p>
<p>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</p>	<p>高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画</p>
<p>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</p>	<p>介護保険事業計画 住生活基本計画</p>

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

資料編・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

- 1 基礎データ
- 2 介護保険法改正と区の対応
- 3 足立区地域包括ケアシステム推進会議条例
- 4 足立区地域包括ケアシステム推進会議条例施行規則
- 5 足立区地域包括ケアシステム推進会議 委員名簿
- 6 足立区地域包括ケアシステムビジョン審議経過

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。

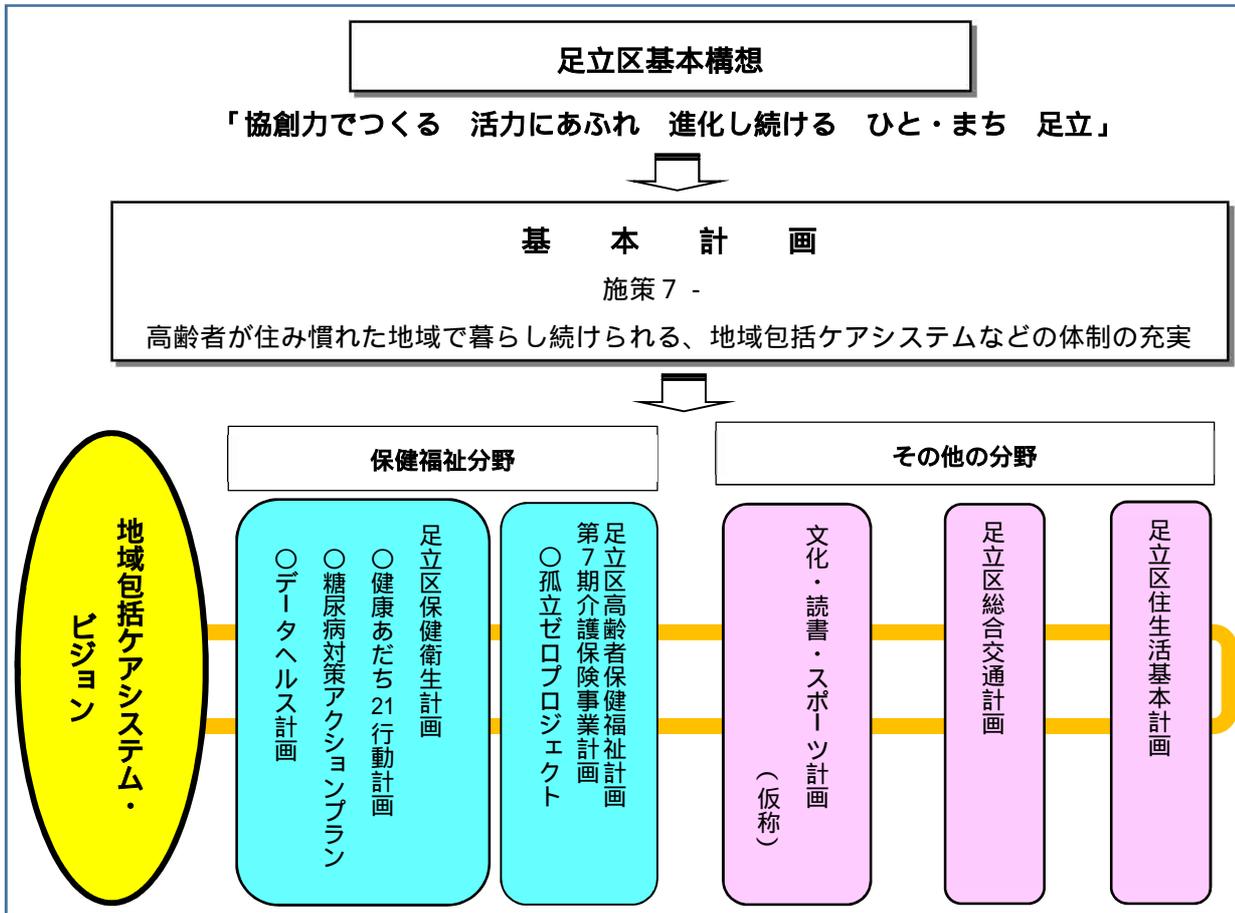
このような地域包括ケアシステムの概念そのものは全国共通ですが、その具体的な内容は、自治体の実情や地域が有する様々な社会資源に応じて自ずと異なります。

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がすべて75歳以上の後期高齢者になるため、増大する介護や医療のニーズにいかに対応していくかという非常に大きな課題（2025年問題）もあります。

図表1-1 高齢者人口と生産年齢人口の比率の推移



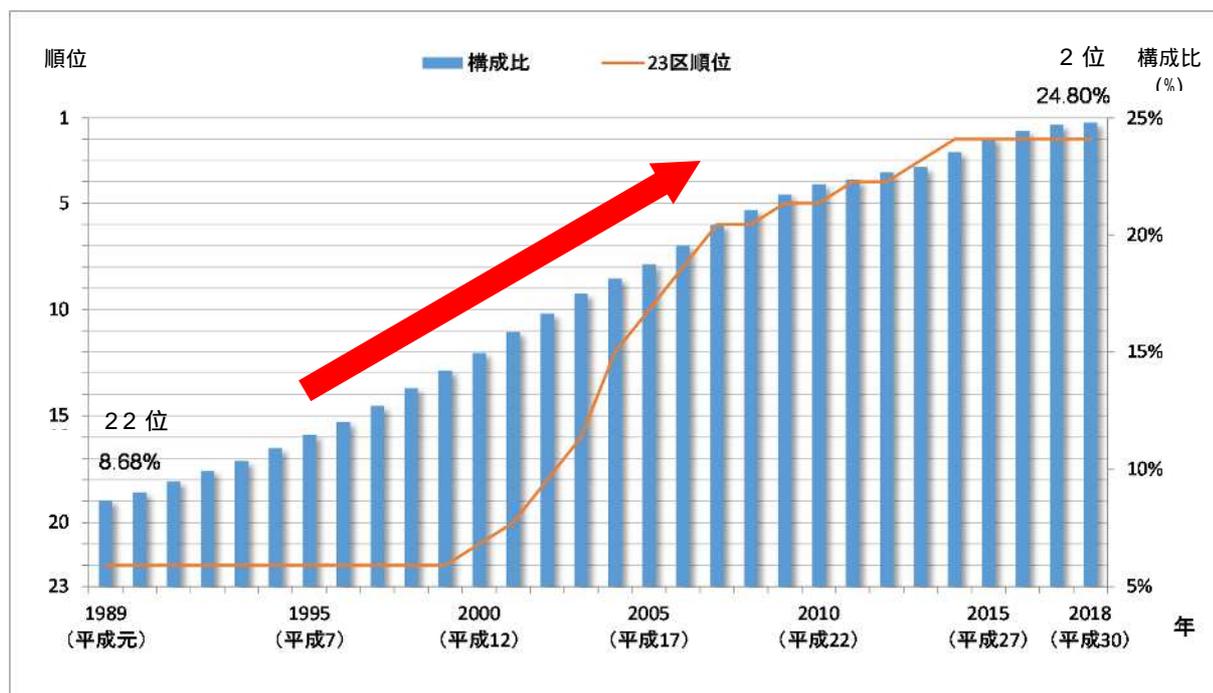
出典：内閣府発行 平成27年版 少子化社会対策白書 我が国の人口構造の推移と見通しを引用

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）から急激に順位が上昇し、2014年（平成26年）以降は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

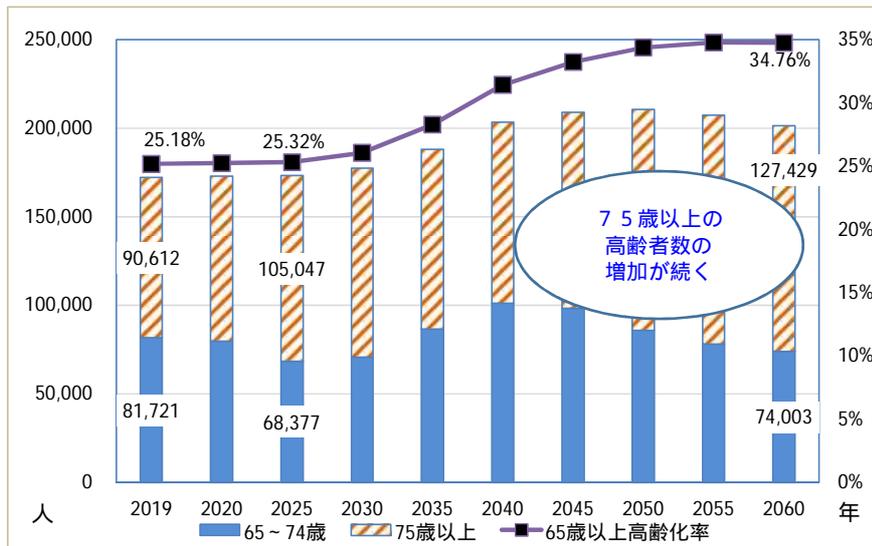


出典：足立区人口ビジョン・総合戦略（平成29年2月）（各年1月1日時点）

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

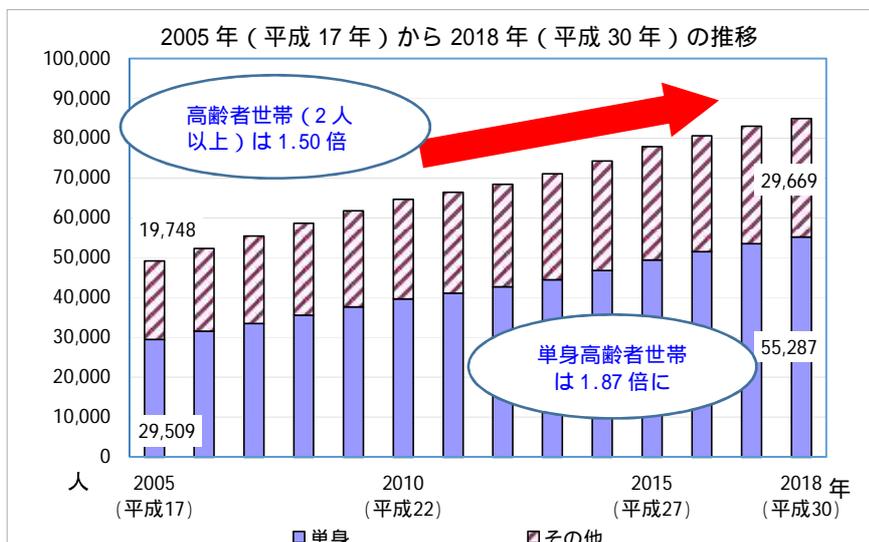


出典：足立区人口ビジョン・総合戦略（平成29年2月）（各年1月1日時点）

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（P.46 図表3、4 参照）

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（P.47 図表5、6、P.48 図表7 P.49 図表8 参照）

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（P.49 図表9 P.50 図表10 参照）

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（P.52 図表12 参照）

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

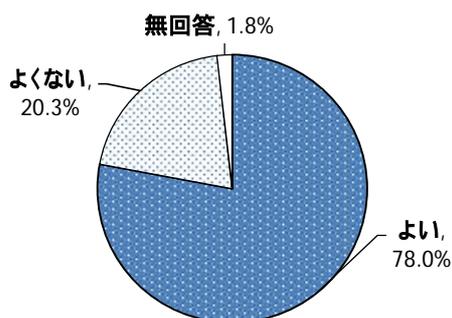
調査の中で「心配事やぐちを聞いてくれる人はいますか?」という問いに対し、「いる」と回答した高齢者は、「いない」と回答した高齢者に比べて健康状態が約20ポイント高いことがわかりました(図表2-4参照)。

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)。

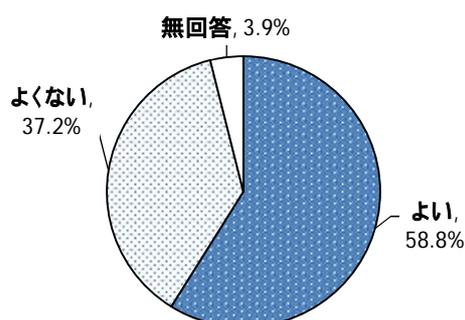
図表2-4 健康状態

「健康状態がよい」と回答
約20ポイントの差

心配事やぐちを聞いてくれる人がいる(n=2971)



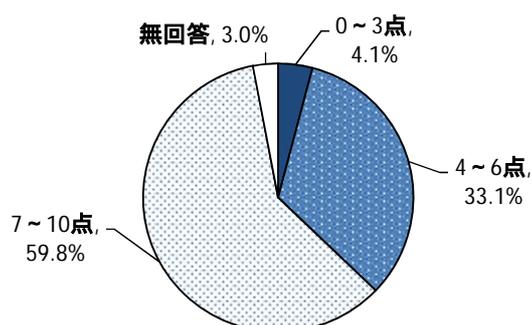
心配事やぐちを聞いてくれる人がいない(n=204)



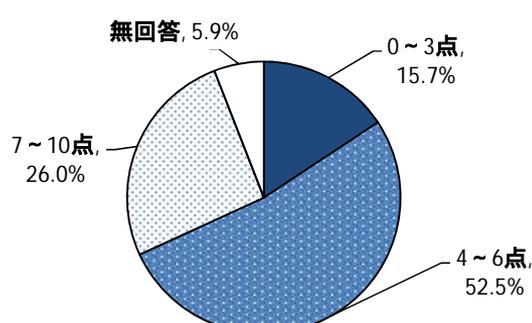
図表2-5 幸福度

「幸福度」の自己評価(点数)7~10点
約30ポイントの差

心配事やぐちを聞いてくれる人がいる(n=2971)



心配事やぐちを聞いてくれる人がいない(n=204)



「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。

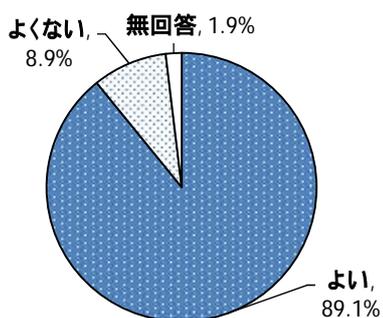
社会参加と生活の質には、密接な関わりがあると考えられます。

（学習・教養サークル）

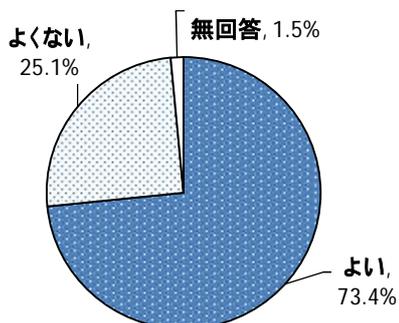
図表2-6 健康状態

「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)



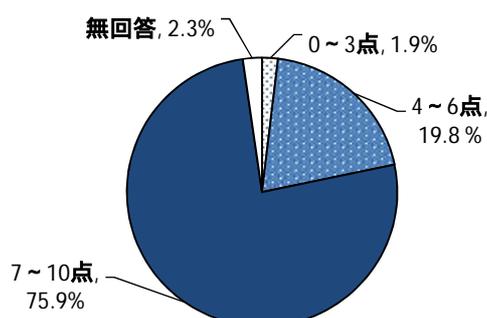
参加していない(n=1730)



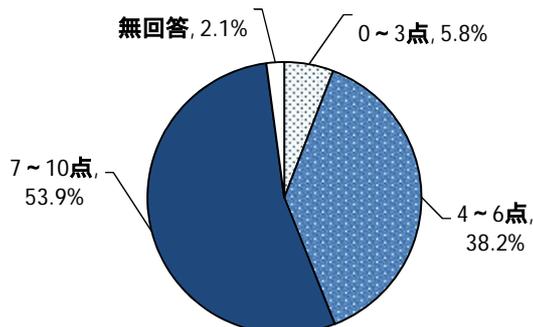
図表2-7 幸福度

「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)



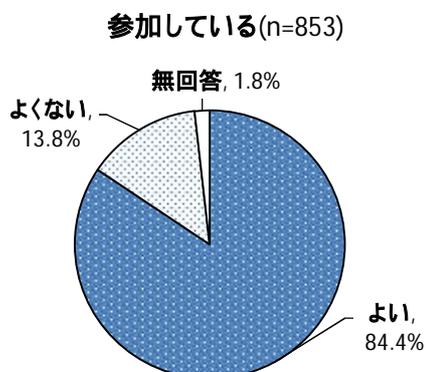
参加していない(n=1730)



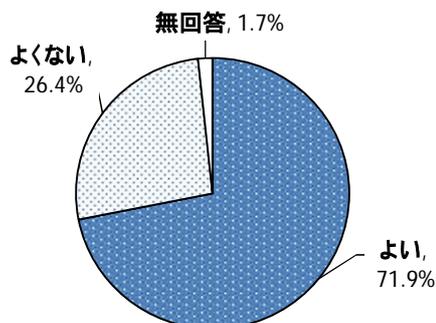
(趣味関係のグループ)

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

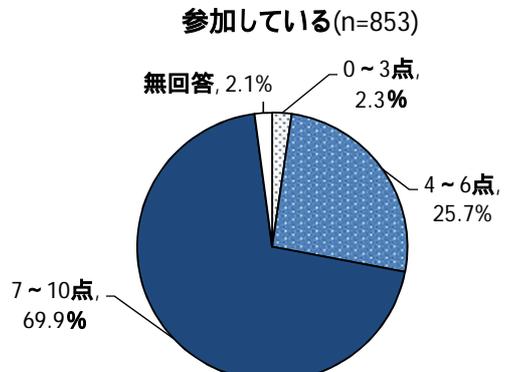


参加していない(n=1434)

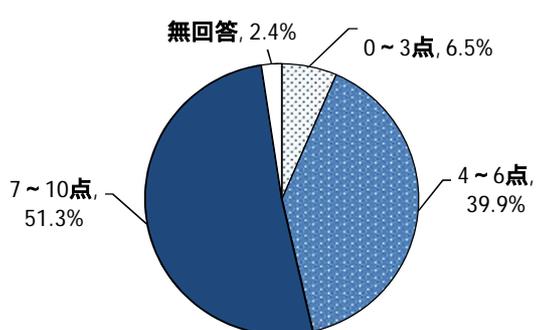


図表 2 - 9 幸福度

「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。

「近隣・友人のサポートがある高齢者は要介護リスクが10%超の減」という結果が出ており、「一人暮らしであっても、他者や地域などとの関わりがある方の状態は良い」と指摘されています。

趣味や社会活動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。

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がありますね。

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いきたいですね。

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

イメージ図を掲載する予定です。

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】

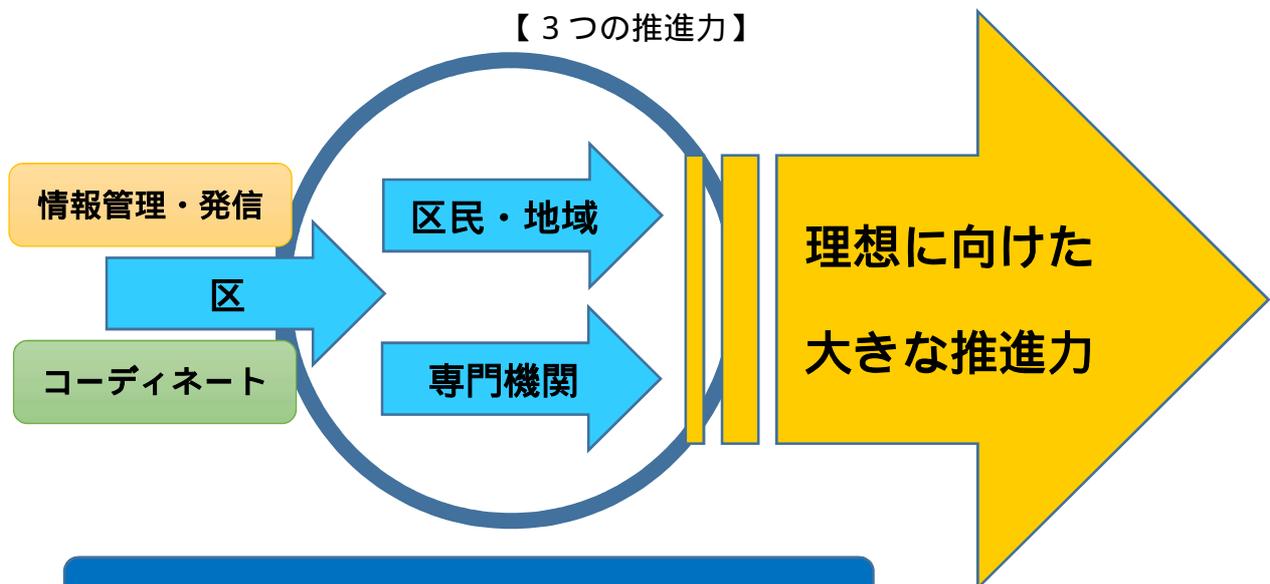
構成要素 身体状態	予防・生活支援	医療・介護	住まい
自立期 (地域で楽しく活躍でき、将来に備える)	元気な今を維持するために	早期発見・早期治療のために	将来の暮らしに備えるために
要支援・軽度期 (好きなこと・自分らしいことが、続けられる、始められる)	変化に対応するために	重症化を防ぐために	安心できる住まいのために
中重度・終末期 (住み慣れた足立で、望む暮らしを)	地域とつながり続けるために	本人の意思を尊重するために	望んだ場所で暮らし続けるために

(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”

足立区においては、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

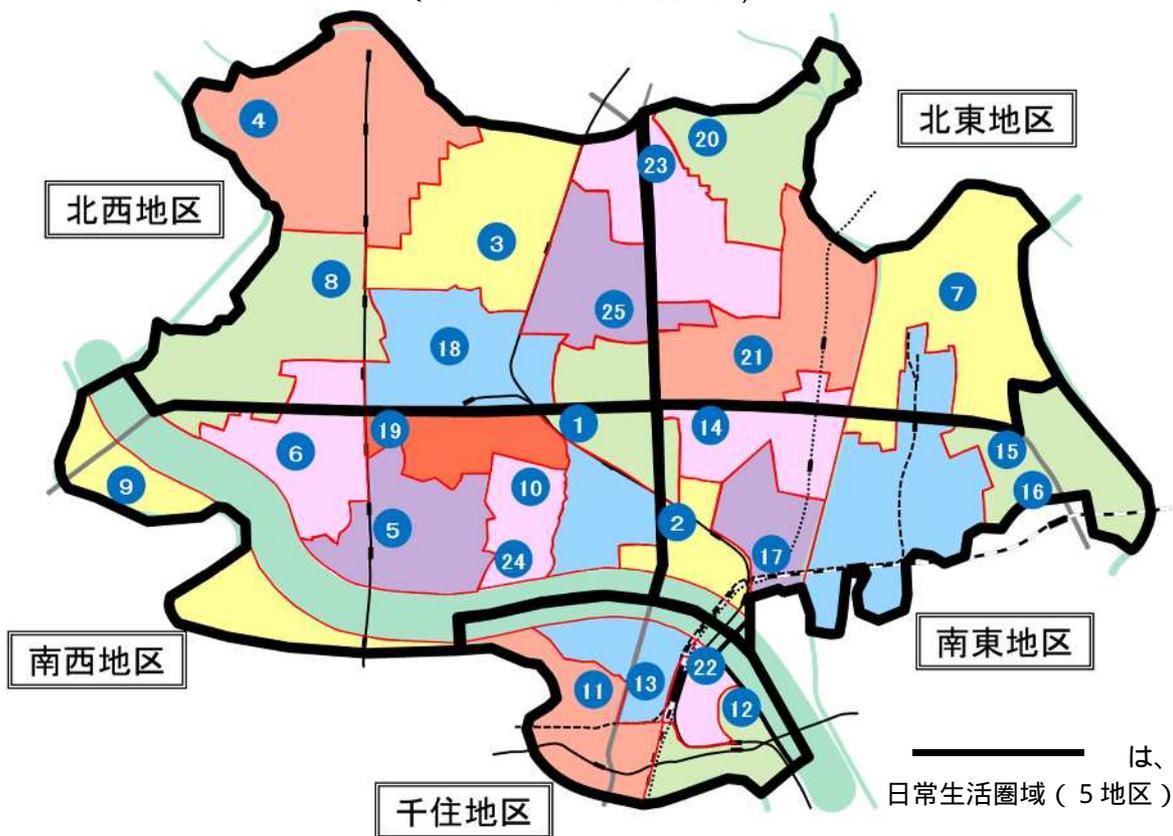
- ・特別養護老人ホームなど高齢者施設の整備
- ・地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護、認知症グループホーム等）の整備 など

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

3 サービスの提供圏域と地域包括支援センター

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が目指す姿

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			

(~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く必要があります。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

**イラスト等は現在作成中。
下記の将来像をイメージする
イラストを掲載します。**

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。

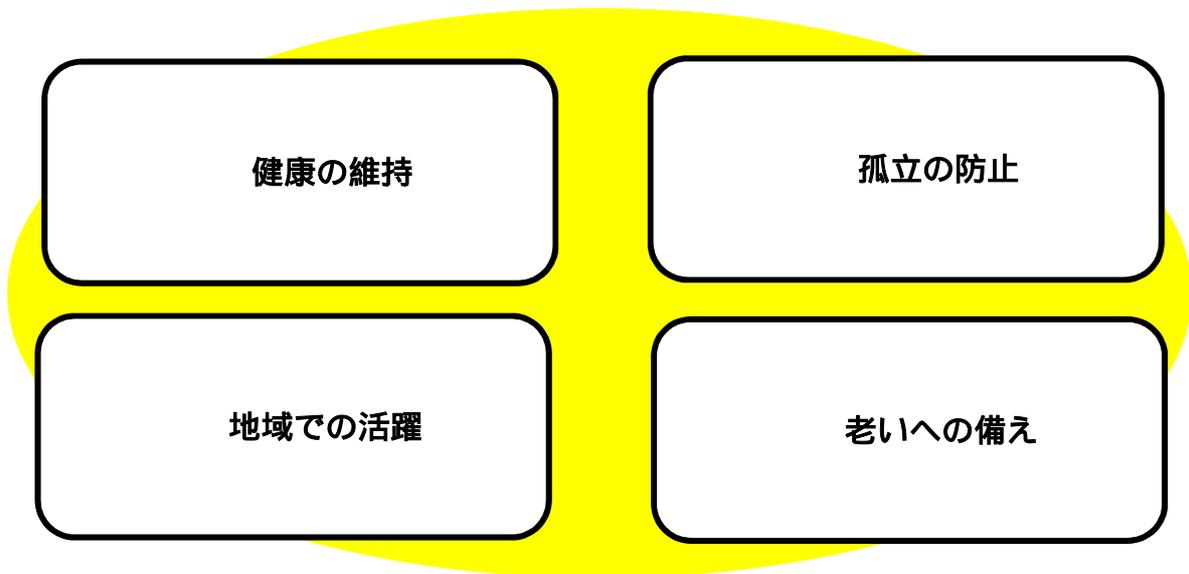
以降、本ビジョンで示す取り組みの柱は、「区民・地域」「専門機関」「区」のオール足立で進めていきます。

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」などの行動を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、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 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

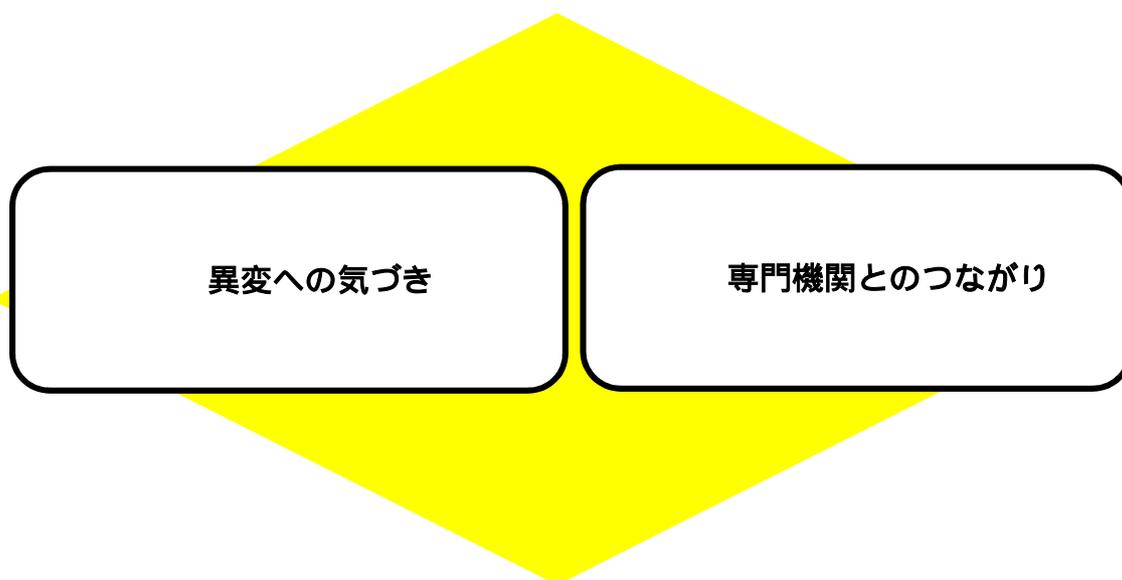
(自立期の医療・介護)

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な健康診査の受診に努め、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、早期に高齢者に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	<ul style="list-style-type: none"> ○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（不動産無料相談会、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！！

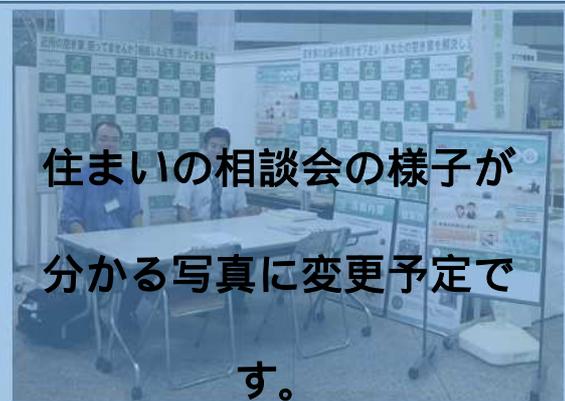
住まいに関する情報や相談の取り組み



住み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

イラスト等は現在作成中。
下記の将来像をイメージする
イラストを掲載します

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

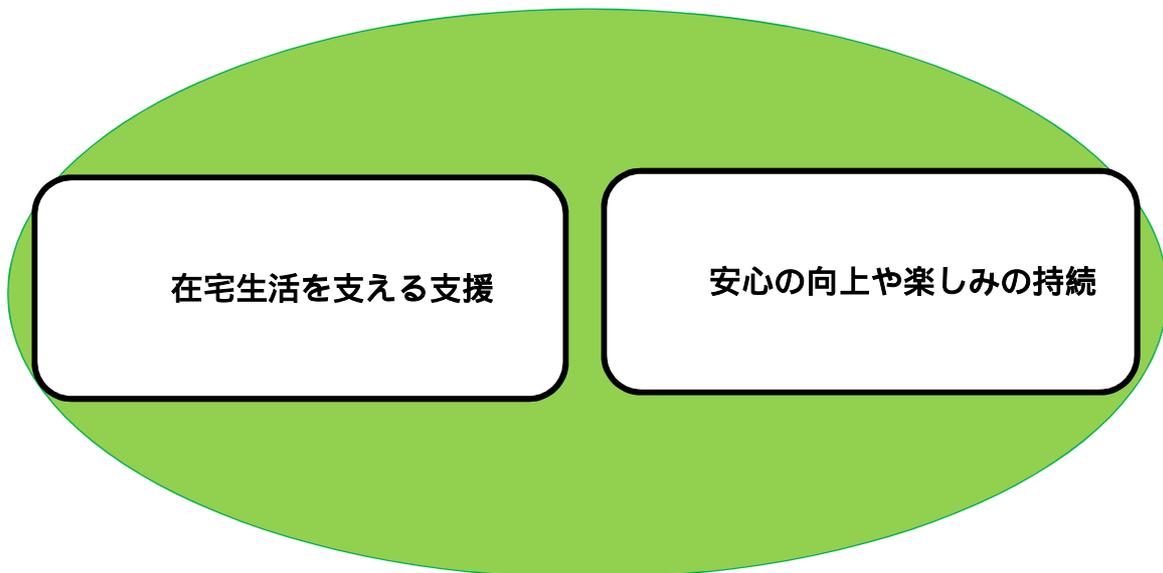
(要支援・軽度期の予防・生活支援)

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

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>

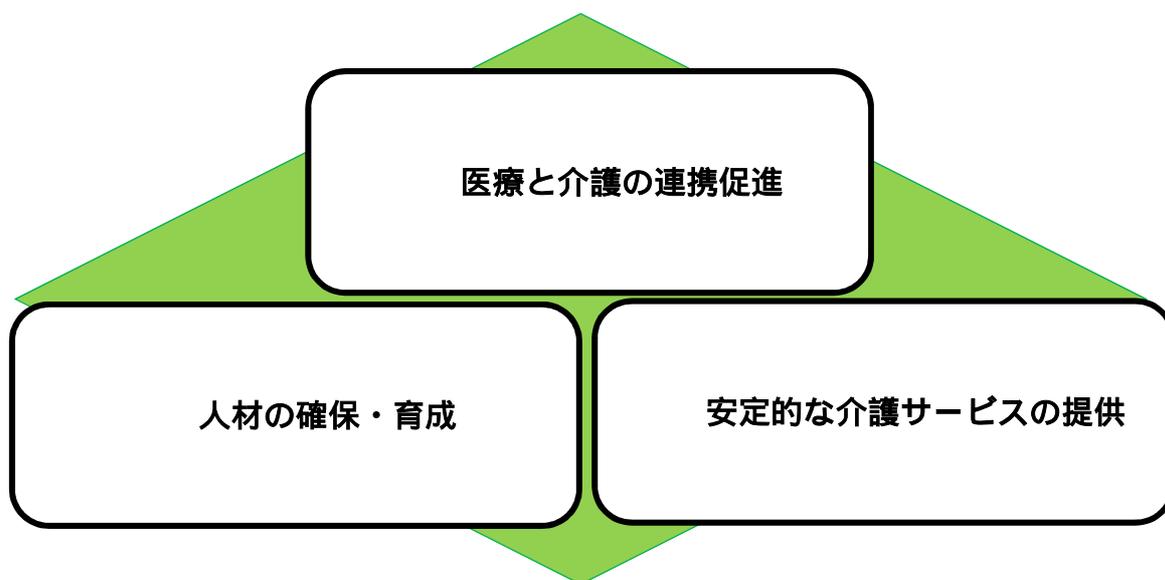
B - 2 連携によるケアで重症化を防ぐ

(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）

<p>専門機関</p>	<p>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）</p>
<p>区</p>	<p>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</p>

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）

<p>専門機関</p>	<p>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）</p>
<p>区</p>	<p>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）</p>

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おられます。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」は自立生活が可能で高齢者向けの施設。）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</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

イラスト等は現在作成中。
下記の将来像をイメージする
イラストを掲載します

将来は・・・

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。

中重度・終末期であったとしても、重症化や合併症の予防によって苦痛を軽減し、自ら望んだ暮らしができること、本人の尊厳が重要なので、本人が望みを考える段階からサポートする体制が確立。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ています。

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

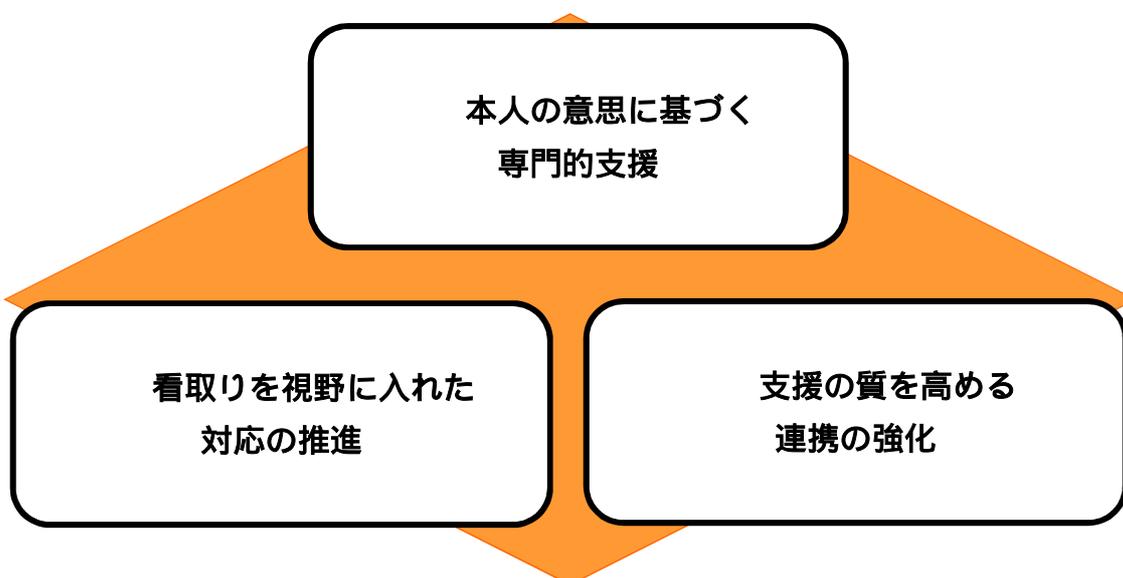
C - 2 本人の意思を尊重するために

(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し、緊急時に対応できる体制を構築していきます。

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	専門機関と連携した緊急時対応の体制づくり

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	<p>医療と介護の連携モデル事業実施</p> <p>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）</p> <p>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）</p>
---	---

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)レスパイト千住建設の様子

【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)

資料編

1 基礎データ

(1) 高齢者の調査結果からみえてくる実情

1 基礎データ

(1) 高齢者の調査結果からみえてくる実情

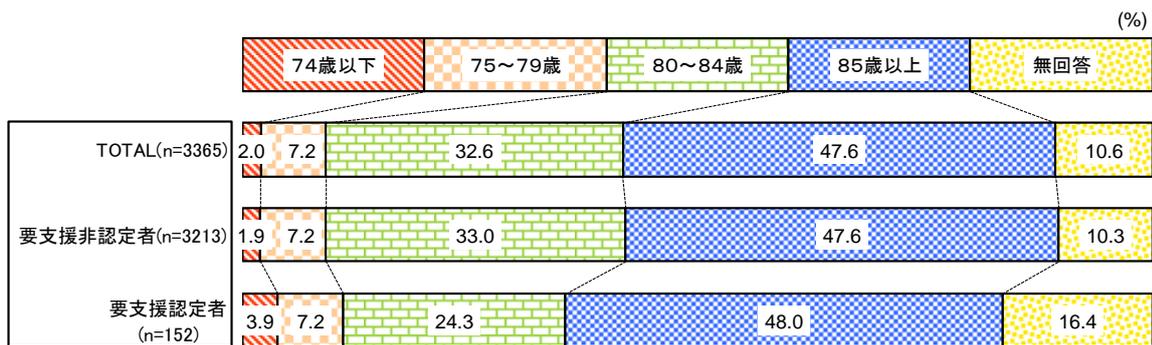
「第2章 足立区地域包括ケアシステム構築に向けて」(P.7)で紹介している高齢者の現状等を把握するために実施した、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」(対象6,000人、有効回収3,389票)の詳細について掲載します。

●希望する健康寿命

問 あなたは、いくつまで健康(介護を受けない状態)に過ごしたいですか。

希望する健康寿命(介護を受けないで健康に過ごしたいと思う年齢)については、「85歳以上」が47.6%となっています。要支援認定者、要支援非認定者とも健康寿命の希望に大きな差は見られませんでした。

図表3 希望する健康寿命：要支援認定者/要支援非認定者別



●介護予防分布

下の図表は、回答の組み合わせから介護予防の必要性を集計した結果です。要支援非認定者でも約4人に1人は何らかの介護予防の取り組みが必要な状態です。また、「口腔」(21.0%)や足腰などの「運動器」(10.9%)に対する介護予防の必要性が高くなっています。

図表4 介護予防必要者区分(複数回答)：要支援認定者/要支援非認定者別

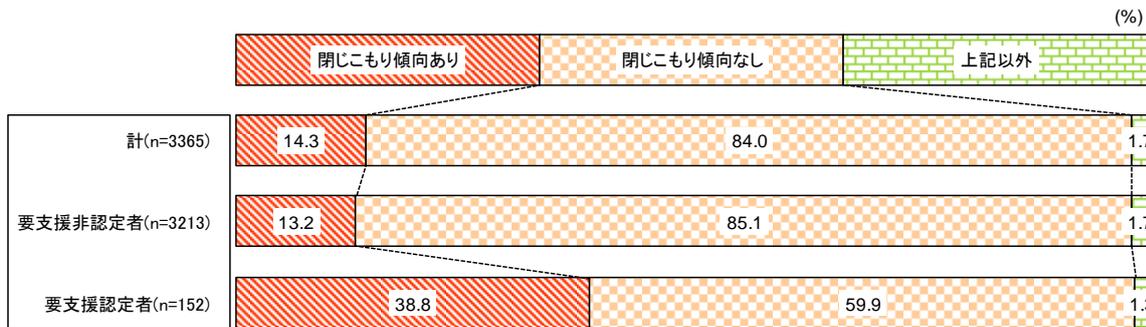
	全体	要支援非認定者	要支援認定者
n=	3365	3213	152
介護予防必要者計	28.9	26.8	73.0
運動器	13.0	10.9	57.2
栄養	0.7	0.5	4.6
口腔	22.2	21.0	47.4
全体(暮らしぶり含む)	6.2	4.9	34.9
介護予防必要者以外	71.1	73.2	27.0

●閉じこもり傾向

問 週に1回以上は外出していますか。(〇は1つ)

「閉じこもり傾向あり」の人は、要支援非認定者が13.2%であるの比べ、要支援認定者では38.8%と高くなっています。

図表5 閉じこもり傾向：要支援認定者/要支援非認定者別



●何かあった時の相談相手（家族・友人・知人以外）

問 家族や友人知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。(〇はいくつでも)

何かあった時の相談相手については、「そのような人はいない」(41.2%)が最も高くなっています。相談相手のなかでは、「医師・歯科医師・看護師」(26.4%)が最も多く、次いで「地域包括支援センター・役所」(14.2%)となっています。要支援非認定者の約4割の人は、相談相手がいないと回答しています。

図表6 何かあった時の相談相手（家族・友人・知人以外）（複数回答）：
 要支援認定者/要支援非認定者別

	全体	要支援非認定者	要支援認定者
n=	3365	3213	152
医師・歯科医師・看護師	26.4	26.4	26.3
地域包括支援センター・役所	14.2	13.5	28.9
自治会・町内会・老人クラブ	9.7	10.0	4.6
ケアマネジャー	4.9	3.5	34.9
社会福祉協議会・民生委員	3.8	3.9	3.3
その他	3.5	3.4	4.6
そのような人はいない	41.2	41.9	25.7
無回答	11.3	11.4	8.6

1 基礎データ

(1) 高齢者の調査結果からみえてくる実情

●地域活動参加頻度

問 地域で以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。それぞれに回答してください。（それぞれ〇は1つ）

高齢者の地域活動の頻度をみると、「週4回以上」から「年に数回」まで、何らかの地域活動に参加している人の割合は、「趣味関係のグループ」（25.3%）が最も高く、次いで「収入のある仕事」（21.2%）、「町内会・自治会」（19.7%）、「スポーツ関係のグループやクラブ」（18.6%）となっています。また、「参加していない」は4割から5割程度となっています。

図表7 地域活動参加頻度

1 段目 回答数 2 段目 (%)

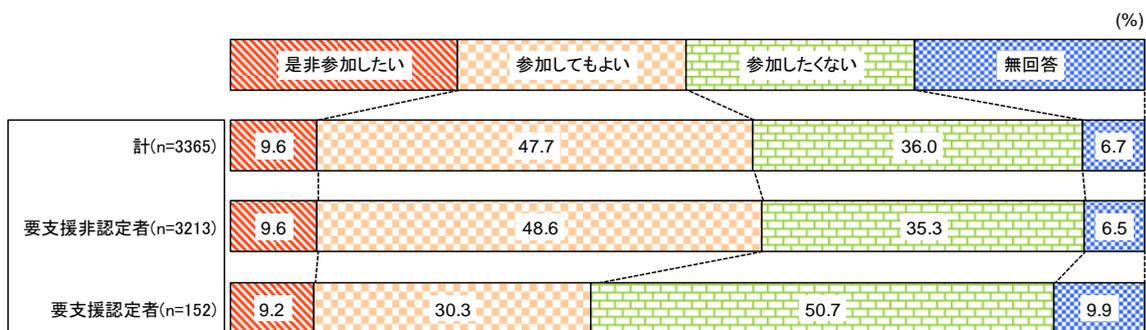
		n=	週4回以上	週2~3回	週1回	月1~3回	年に数回	参加して いない	無回答
地域活動	ボランティアのグループ	3365 100	35 1.0	37 1.1	44 1.3	104 3.1	91 2.7	1,749 52.0	1,305 38.8
	スポーツ関係のグループ やクラブ	3365 100	116 3.4	190 5.6	131 3.9	132 3.9	62 1.8	1,560 46.4	1,174 34.9
	趣味関係のグループ	3365 100	73 2.2	166 4.9	153 4.5	329 9.8	132 3.9	1,434 42.6	1,078 32.0
	学習・教養サークル	3365 100	14 0.4	29 0.9	56 1.7	97 2.9	61 1.8	1,730 51.4	1,378 41.0
	老人クラブ	3365 100	23 0.7	26 0.8	18 0.5	70 2.1	68 2.0	1,811 53.8	1,349 40.1
	町内会・自治会	3365 100	32 1.0	39 1.2	48 1.4	198 5.9	343 10.2	1,498 44.5	1,207 35.9
	収入のある仕事	3365 100	446 13.3	155 4.6	30 0.9	42 1.2	42 1.2	1,441 42.8	1,209 35.9

●地域づくり活動への参加意向：参加者

問 地域住民有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。(〇は1つ)

地域づくり活動については、「是非参加したい」(9.6%)、「参加してもよい」(47.7%)で、参加意向を有する人は57.3%となっています。なお、要支援認定者は「参加したくない」がほぼ半数で50.7%となっています。

図表8 地域活動参加頻度地域づくり活動への参加意向：参加者
 要支援認定者/要支援非認定者別

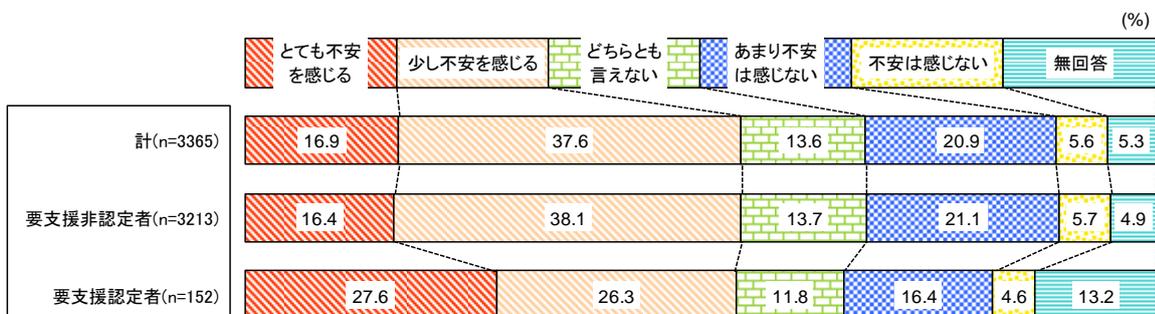


●今後の生活への不安

問 あなたは、今後の生活についてどのように感じていますか。(〇は1つ)

今後の生活については、「とても不安を感じる」(16.9%)、「少し不安を感じる」(37.6%)で、これらを合わせ54.5%と半数以上は不安を感じています。「とても不安を感じる」は、要支援認定者で27.6%と高くなっています。

図表9 今後の生活への不安：要支援認定者/要支援非認定者別



1 基礎データ

(1) 高齢者の調査結果からみえてくる実情

●不安を感じる内容

問 今後の生活について、「とても不安を感じる」または、「少し不安を感じる」と回答された方にお聞きします。不安を感じるのはどのようなことですか。(〇はいくつでも)

不安を感じる内容については、「自分や配偶者の健康のこと」(60.7%)、「自分や配偶者が、介護が必要な状態になること」(60.3%)が同程度となっており、次いで「生活費など収入のこと」(56.5%)が続いています。要支援認定者では、要支援非認定者に比べ、「頼れる人や面倒をみてくれる人のこと」(40.2%)、「相談相手や話し相手のこと」(17.1%)、「金銭管理や財産保全に関すること」(23.2%)などの不安が高くなっています。

図表10 不安を感じる内容(複数回答)【ベース:今後の生活に不安あり】

n=	全体	要支援非認定者	要支援認定者	(%)
	3365	3213	152	
自分や配偶者の健康のこと	60.7	61.1	51.2	
自分や配偶者が、介護が必要な状態になること	60.3	60.4	56.1	
生活費など収入のこと	56.5	57.1	42.7	
頼れる人や面倒をみてくれる人のこと	30.4	29.9	40.2	
住まいのこと	15.6	15.6	15.9	
相談相手や話し相手のこと	11.1	10.8	17.1	
金銭管理や財産保全に関すること	10.4	9.8	23.2	
その他	1.5	1.3	4.9	
無回答	1.1	1.1	2.4	

● 高齢者施策に関する区への要望

問 あなたは、足立区の高齢者施策についてどのように感じていますか。
 (○は1つ)

高齢者施策に関する区への要望については、「ひとり暮らし高齢者に対する援助」(38.9%)が最も高く、次いで「在宅生活を続けるための支援」(36.6%)、「家族等の介護者に対する援助」(33.6%)となっています。要支援認定者と要支援非認定者別にみると、要支援認定者では、「ひとり暮らし高齢者に対する援助」(48.0%)が高くなっています。

図表 1 1 高齢者施策に関する区への要望 (複数回答) : 要支援認定者/要支援非認定者別

	全体	要支援非認定者	要支援認定者
n=	3365	3213	152
ひとり暮らし高齢者に対する援助	38.9	38.4	48.0
在宅生活を続けるための支援	36.6	36.5	39.5
家族等の介護者に対する援助	33.6	34.1	21.7
介護保険サービスの充実	29.0	28.8	34.9
高齢者向け住宅の整備	24.8	24.8	25.0
健康づくり施策の充実	24.5	24.7	19.7
高齢者が気軽に集まることのできる場の提供	24.1	23.8	28.9
認知症予防施策の充実	19.9	19.9	19.7
福祉や生活にかかわる相談体制の整備	19.8	19.8	19.1
生涯学習・スポーツなどの生きがい施策の充実	19.2	19.6	11.2
介護保険施設等の新設	18.1	18.1	18.4
介護予防施策の充実	17.9	17.8	21.1
仕事の紹介等の施策の充実	14.7	15.0	7.2
介護保険外サービスの充実	12.3	12.1	16.4
ボランティア・地域活動等の社会活動の支援	10.7	10.9	6.6
高齢者虐待防止対策の充実	7.5	7.5	9.2
その他	2.3	2.1	4.6
無回答	19.4	19.5	19.1

1 基礎データ

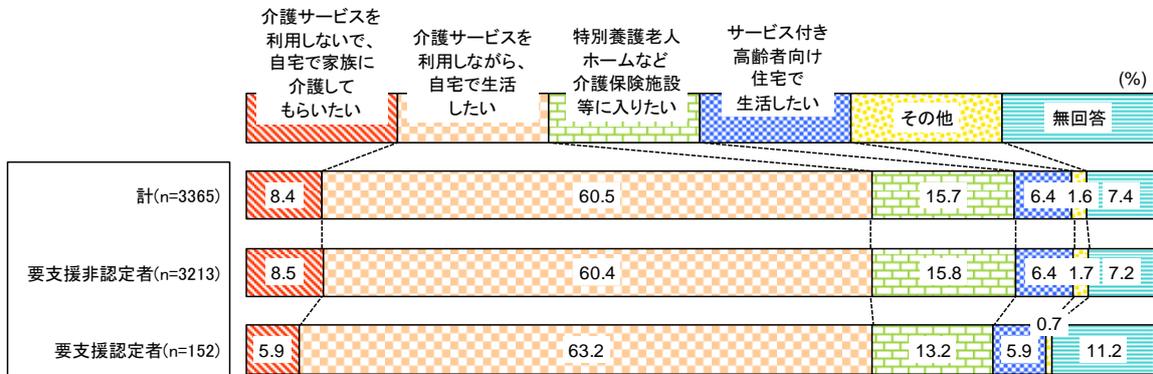
(1) 高齢者の調査結果からみえてくる実情

●介護が必要になったとき、どのような介護を希望するか

問 あなたは、介護が必要になったとき、どのような介護を希望しますか。
(○は1つ)

「介護サービスを利用しながら、自宅で生活したい」が60.5%を占めています。一方、「特別養護老人ホームなど介護保険施設等に入りたい」が15.7%、「サービス付き高齢者向け住宅で生活したい」が6.4%となっており、約2割の人が自宅以外の場を希望しています。

図表12 介護が必要になったとき、どのような介護を希望するか：
要支援認定者/要支援非認定者別



(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

地域包括ケアシステム推進会議において実施したワークショップ¹や推進会議内において出された意見等を集約し、以下の区分で整理しました。

- 将来像
- 取り組みの方向性（自立期、要支援・軽度期、中重度・終末期）
- 取り組み（自立期、要支援・軽度期、中重度・終末期）

将来像

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
自立期	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防するように努めている。 ・健診を受けて定期的に自分の身体の状態をチェックできている。身体に変化が感じられた時、身近に相談できるかかりつけ医などの専門家がいる。 ・高齢期に必要な栄養バランス等に配慮した食生活や適度な運動週間など、規則正しい生活を送っている。 ・地域に外出先、役割があり、友人がいて、社会に参加している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度を理解し、自らの健康状態に応じ、将来に備えて制度を活用する準備ができている。 ・判断する能力が低下したときに備えた準備ができている。 ・自分で財産を守ることが困難な高齢者への声かけを行うことなど、生活上の不安解消の助けとなっている。 ・民間企業等が提供する生活支援のためのサービスが豊富にあり、またその情報が住民にいきわたっている。 ・住民たち自分の地域の将来の課題について話し合い、協力してできることに取り組んでいる。 ・ボランティア活動で生活支援の担い手となっている。 ・高齢者の生活上不安となる事柄について理解できるように取り組んでいる。 ・外出困難な高齢者等のごみ出しを手伝うなど、地域において日常生活上のささやかな支援に取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者自身が介護の担い手として、ボランティア活動等を行っている。 ・介護が必要になった時のことについて、イメージができている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関する知識があり、在宅で医療が必要になった時のイメージができている。 ・認知症とともに住み慣れた地域で在宅生活を継続していくイメージができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自ら選択した住居で自分の状態にあった暮らしをしている。 ・ひとり暮らし、高齢夫婦世帯の人が認知症になっても住み続けられる家と支援が整っている。

¹2017年11月30日、2018年2月6日に開催。

参加者 学識経験者、専門機関の代表、地域の代表等。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

将来像

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
要支援・軽度期	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活の中で無理なく身体を動かす機会があり、身体機能が維持できている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能が衰えてきても、自分の好きな場所に出かけることができている。 ・住民主体の活動が充実し、制度のすき間や潜在する課題をすくいあげ、専門機関によるアプローチへとつなげる仕組みができている。 ・認知機能が低下していても、補助、保佐してくれる人がいるので、日常的な金銭管理や福祉サービスの決定に困らない。 ・認知症の人等にも対応できる力をもった住民が通いの場等において、状態が低下しても支えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者自身も介護の合間などにリフレッシュ支援を受けている。 ・地域密着型サービスが整備される等、在宅生活を継続するための環境が整っている。 ・介護事業者やかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局があり、困った時に相談している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医や訪問看護、ヘルパー・地域密着型サービスを利用することで、自宅で療養生活をする目途がついている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況に応じた住宅改修(手すり・浴槽改修等)が行われており、住み続けられる環境が整備されている。 ・(保証人がいなくても)身体状態に応じた住み替えの希望に対応できている。
中重度・終末期	<ul style="list-style-type: none"> ・重症化や合併症の予防に努め、苦痛の軽減を図ることができる。 ・身体機能や判断の力が低下していても、介護事業者等の支援により、日常生活を穏やかに送れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度などの権利擁護支援が充実し、必要な場合、自分を護ってくれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者自身も、介護の合間などにリフレッシュ支援を受けている。 ・自らが最期を迎える場所や終末期の医療や介護を本人の意思で選択できている。 ・医療や介護に関する本人の意向を周囲も理解し、その意向に沿ったサービスが提供されている。 ・医療と介護機関間のケア体制が確立しており、サービス供給量も十分に確保できている。 		

取り組みの方向性(自立期)

3 区 分	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者自身の健康への意識を高める。 ・リハビリ専門職等との連携により介護予防の取り組みを始める場所と機会を地域に広げていく。 ・介護予防の取り組みを支援する地域のリーダー ・担い手を増やしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的な交流や居場所など、高齢者の外出機会の確保を図り、地域での孤立化を防ぐとともに一人ひとりが地域で役割を担える参加型の地域づくりをめざす。 ・地域活動者に権利擁護の視点を落とし込んでいく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や介護者が適切なサービス利用等につながるよう、地域包括支援センター職員などの専門家等の相談相手が身近にいる環境をつくる。 ・地域完結型医療の実現をめざし、医療・介護関連団体間で、医療連携および医療と介護事業者の連携構築を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を支える人材を育成する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住み続けるための工夫やアドバイスを受けられる相談窓口を創設し、対応できる人材を育成する。 ・身体状態に応じた住まい・住まい方に関し、気軽に相談できる友人を持つ。 ・住み替え、住宅改修等に要する経費の概算を把握する。
自立期 場	<ul style="list-style-type: none"> ・身近に自身の身体の状態を相談できる場を持つ。 ・地域での主体的な活動に対し、施設のスペースを開放してくれる事業者等を増やす。 ・老いに向けた準備ができるよう、専門家により相談体制を構築する。 		<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者自身が支える側として活躍できる体制を構築する。 ・住民主体の介護予防につながる場の創設への支援をする。 ・自分自身の身体状態を知り、相談できる場を増やす。 ・医療と介護がより連携していくために必要な研修等を行う場を創設する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関などからかかりつけ医・歯科医・薬局を持つ働きかけや仕掛けづくりを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住み続けられるための工夫やアドバイスを受けられる相談窓口が整備されている。
情報	<ul style="list-style-type: none"> ・既にある居場所や相談先となる場を周知する。 ・地域での活動や人材の情報が集約され、必要な人への情報提供を図る。 ・介護予防の取り組み効果を積極的に周知する。 ・介護が必要になった時に第三者評価等の事業者を選択するための情報を周知する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活のなかで、必要な情報に触れられるよう情報を発信する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談できる介護事業者、かかりつけ医・歯科医・薬局を持つメリットを分かりやすく伝える。 ・医療機関や介護施設などの情報を周知する。 		<ul style="list-style-type: none"> ・住まいに関する情報が集約・更新され定期的に情報を発信する。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組みの方向性(要支援・軽度期)

3 区 分	予防	生活支援	介護	医療	住まい
要 支 援 ・ 軽 度 期	人	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者自身の健康への意識を高める。 ・適切な介護サービスや住民主体によるサロン活動や介護予防の活動により、重度化防止を図る。 ・介護者家族への支援が地域包括支援センターを中心に地域ぐるみで取り組む。 ・地域で孤立化を防ぐとともに、一人ひとりが地域で役割を担える関係づくりを目指す。 		<ul style="list-style-type: none"> ・適切な医療・介護サービスが提供されるために必要な人材を確保・育成する。 ・医療・介護の連携ができており、自宅や施設での介護を見据えたリハビリや治療等の支援が行われている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援・軽度期における住宅や住み替え支援などに対し、適切にアドバイスができる人材を育成し、体制を構築する(宅建、不動産協会内に福祉の視点を持つ人材を育成する)。
	場	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な介護サービスや住民主体によりサロンでの活動、リハビリ職により専門的な指導、介護予防事業等により、重度化防止を図る。 ・介護者家族が気軽に相談できる場や高齢者自身がリハビリ訓練により機能の回復を図ることができる場を創設する。 ・高齢者が歩いて行ける場所に交流の場を整備する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で認知症高齢者の見守り、支えあいを行うことができる場を増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症についての正しい知識と理解を深める啓発活動を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住み続けられるための工夫やアドバイスが受けられる相談窓口が整備されている。
	情報	<ul style="list-style-type: none"> ・機能を回復するために、近隣で行われている介護予防教室やリハビリなどを行っている情報が容易に入手できる。 		<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関間の情報の共有・連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援・軽度期における住まいとはどのような環境が整っているのか、わかりやすく情報提供がされている。 ・身寄りや保証人がいなくても住み替えができる住宅の情報が得られる。

取り組みの方向性(中重度・終末期)

3 区 分	予防	生活支援	介護	医療	住まい	
中 重 度 ・ 終 末 期	人	<ul style="list-style-type: none"> 適切な治療を受けながら、こころとからだ全般にわたる予防的ケアを提供する。 介護者の心と身体の負担軽減ができる人材を確保する。 自らの意思を周囲に伝えられるうちに、自らが望む介護や最期の迎え方(リビングウィル)を決められる区民を増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や介護者が適切できめの細かい支援を受けられるよう人材を育成し、関係機関の連携・つながりを強化する。 			<ul style="list-style-type: none"> 在宅、施設を問わず快適で安心した居住、生活環境を提供するための人材確保・育成を図る。
	場	<ul style="list-style-type: none"> 本人や介護者同士の交流が図られる機会づくりや場を設置し、日常生活における孤立化・重度化を防ぐ。 家族や近親者も含め、介護や終末期の迎え方について話し合う場・機会を設ける。 家族介護者の精神的なサポートの場を設ける。悩みや現状を打ち明け、共有できる場づくりを促進する。 企業等は、働く家族介護者の業務支援や介護休暇取得促進などの働き方改革を進め、介護離職防止を図る。 レスパイトケア等を通じた介護者家族支援を促進する。 本人に相応しい介護・終末期のあり方を、本人や家族が相談、学べる場を設ける。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や介護者のニーズを把握するため、自宅での介護サービス時や医療機関、地域の交流機会などを活用する。 区民の相談窓口になる地域包括支援センターの機能を強化する。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅介護の中心となる地域密着型サービスの供給を促進する。 他職種間で連携したケア体制を確立する研修・連携の場を設ける。 本人の状態に合わせ、在宅・施設・医療相互間の移動と連携を円滑化していく。 在宅生活が困難となった高齢者受け入れのため、特養等施設を計画的に設置する(介護・住まい)。 		<ul style="list-style-type: none"> 可能な限り、本人の望む場での暮らしを実現するため、関係機関の連携により、安心できる住まいの環境整備を図る。
	情報	<ul style="list-style-type: none"> 症状・苦痛の緩和が図られ、本人や家族の望む暮らしが実現し、生きがいつくりを支えとともに、安心して終末期を迎えられるよう、専門機関、地域団体、ボランティア団体等の多様な情報を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> リビングウィルを決定するために必要な医療や介護等に関する情報収集を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種間の情報連携促進のため、専門職による自発的な地域ケア会議を促進する。 認知症や終末期における在宅医療や介護の理解促進を図り、啓発を行う。 医療と介護機関間において、在宅介護や入退院時など本人の状態に即した形でのスムーズな情報共有の形を確立する。 		<ul style="list-style-type: none"> 本人の望む場での暮らしを実現するため、関係機関の連携により多様な情報を提供する。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(自立期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい生活や栄養管理を行う。 ・要介護状態にならないよう介護予防の取り組みに参加するなど、身体機能を維持する。 ・絆のあんしん協力員などのボランティア活動を行う。 ・町会・自治会活動に参加する(行事参加、清掃活動、体操など)。 ・定期的に健診受診や適切な栄養管理を行い、自らの身体について自己管理を行う。 ・自ら認知症を予防する事業に参加する。 ・QOD に向けて望まない死にならないよう、エンディングノート等を活用して、本人の意思の確認や家族の話し合いを行っておく。 ・可能な範囲で働き続ける。 ・趣味の活動やボランティアを行う。 ・近隣のラジオ体操等の場へ参加する。 ・早寝早起きの習慣を身に着け、近隣への散歩を行う。 ・近くの友人や知人と地域活動へ参加する。 ・興味のある趣味活動に参加する。 ・出前講座等の学習の機会に参加する。 ・認知症の早期発見、予防に努める。 ・認知症サポーター養成講座を受講し、認知症の人に理解のある人を増やす。 ・町会・自治会活動に参加する。 ・老人クラブ、サークルに参加し、趣味活動を広げる。 ・近隣のサロンへ参加し、仲間を増やす。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平常時・緊急時などに相談できる機関(地域包括支援センター)を把握しておく。 ・困り事を相談できる人を探して(見つけて)おく。 ・絆のあんしん協力員として、地域包括支援センターとの関係を構築しておく。 ・ちょっとしたごみ捨て等のお手伝いを行う。 ・町会・自治会、老人クラブで実施しているお手伝いに参加する。 ・NPO 団体が実施している生活支援サービスなどに参加、お手伝いする。 ・人生 100 年時代に備え、残された人生設計の見直しを立てる。 ・日常のささいな手伝いや声かけなどの付き合いの中で実践できることを増やし、継続する。 ・相談したいときに相談できるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、権利擁護の専門家を持つ。 ・地域のささえ合いの担い手がいる。 ・サロンなどの住民活動において、ちょっとしたお手伝いを実施する。 ・自身があいあいサポートの協力員として登録し、生活支援サービスを提供する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護状態にならないための身体活動を行う。 ・低栄養予防のための栄養管理 ・元気高齢者としてボランティアを登録する。 ・元気な高齢者自身が介護活動の担い手として活動している。また要介護者の話し相手など「役割」を担っている。 ・要介護になったときにどうするか、家族と話し合う。 ・地域包括支援センターなど、身近な相談窓口に、いざという時に連絡がとれる関係をつくる。 ・町内会など住まいの近くで、介護に関する情報を共有し、要介護者を支える仕組みづくりに努める。 ・総合事業を補完する通いの場などの世話人となり活動する。 ・総合事業の訪問介護を補完するような緩和型の介護員となり活動する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病気になった時の過ごし方、QOD (Quality of Death) を健康なうちから意識している。 ・かかりつけ医を持ち、適切な医療受診や相談ができています。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バリアフリー化や、いざという時の避難場所・方法を調べるなど、住み続けられる環境づくりの知識を高め、改修等にかかる経費を積み立てている。 ・将来を見据えた住宅改修経費への備えをする。

取り組み(自立期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防教室開催のリーダーとなるなど、高齢者自身が担い手となる取り組みに参加する。 ・介護予防教室に近所で参加しあう声かけが行われている。 ・町会・自治会活動での役割を持たせる。 ・町会・自治会が介護予防体操などを開催する。 ・サロン開催リーダー等の育成をする。 ・町会・自治会、老人クラブ等に介護予防リーダーの育成をする。 ・高齢者自身が地域の担い手。 ・リーダーの養成。 ・共に参加を呼びかけ合う。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーターを増やす。 ・地域での介護予防リーダーを育成する。 ・絆のあんしん協力を増やす。 ・町会・自治会への加入を促進する。 ・元気応援ポイントの活用を促進する。 ・可能な範囲で働き続けることができる仕組みをつくる。 ・ボランティア活動の支援。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・隣近所や友人・知人によるふだんからのコミュニケーションで地域課題を解決する。 ・経済・病気・介護・大切な人との別れなど不安を相談できる人がいる。 ・互いを気にかける人間関係を作る。 ・町会・自治会が、自主的な見守り活動(声かけ・訪問など)を行う(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・小学校区などの身近な地域で、住民主体の支え合い活動を推進する住民のコーディネーターが活躍している/これを生活支援コーディネーターが支援する。 ・様々な生活支援の専門家による相談ができるネットワークがある。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あいあいサポート事業 ・老人クラブゆうあい事業 ・配食サービス ・NPO や地域住民が実施できる生活支援サービスができるよう支援する。 ・生活支援サービスの担い手を養成する仕組みづくり ・あいあいサポートの協力員制度を推進する。 ・孤立を防ぐ。 ・絆のあんしん協力の活動を支援する。 ・町会・自治会の自主的な見守り活動(声かけ・訪問など)を支援する(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・元気応援ポイントの活動を支援する。 ・生活支援をささえる人材を育成する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合事業における住民参加型サービスなど、高齢者自身が担い手となる取り組みに参加する。 <p>・地域完結型医療の実現をめざし、医療・介護関連団体間で、医療連携および医療と介護事業者の連携構築を図る。</p>	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な医療情報の選択、判断ができる、医療機関などとの関係づくりを行う。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関する情報の発信と啓発を行う。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が入居しやすい賃貸物件について相談できる不動産に関する専門家、業者がいる。 ・高齢者の住環境に関する相談支援に対応できる人材育成を図る。 ・不動産関係団体との連携強化により居住支援の充実を図る。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安心居住制度 ・高齢者向け民間賃貸住宅のあっせん ・バリアフリー(住宅改修)の公的支援がある。 ・高齢者の住環境に関する相談支援の情報を周知する。 ・住まいの改修、住み替えなどの相談窓口・コーディネーター等を整備。 ・高齢者の居宅確保と支援について相談できる人を育成する。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(自立期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
場	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅を活用し、居場所を主催する。 ・居場所に参加する。 ・かかりつけ医を持ち、適切な医療受診や相談ができている。 ・定期的に立ち寄れる居場所がある。 ・自宅で栄養管理や運動に努める。 ・サロンを自宅で開催する。 ・地域活動できる場を探す。 ・活動場所の紹介、提供をうける。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅を活用し、居場所を主催する。 ・居場所に参加する。 ・近隣住民や商店との「ご近所つきあい」とおして「顔の見える関係」を構築する。 ・サロンを自宅で開催し、生活支援の場とする。 ・生活支援を集約できる場を探す。 ・生活支援の活動場紹介、提供をうける。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃から健康的な生活をこころがけ、病氣罹患や筋力低下を予防する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に通院しながら適切な治療を継続する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・暮らしやすく、また転倒を防止するため、居住空間の整理整頓を行う。
	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・近所のコンビニやスーパーのスペースを活用した介護予防教室を開催する。・町会・自治会会館などを居場所として活用する(脳トレ、カラオケ、お茶飲み、グラウンドゴルフなど)。 ・住区センターで生活機能を維持し、介護予防を図るための教室を開催する。 ・施設等の管理栄養士により地域住民への栄養指導を行う。 ・初期の認知症の人が働ける場、参加できる地域活動が豊富にある。 ・社会福祉施設などをサロン、体操できる場として活用する。 ・高齢者がスポーツ活動や趣味・文化活動を長く続けられる支援や仕組みをつくる。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域での催しや活動などから派生してつながりが進むよう、地域の諸活動と関係機関の連携強化を図る。 ・町会・自治会会館などを居場所として活用する(脳トレ、カラオケ、お茶飲み、グラウンドゴルフなど)。 ・住民主体による通いの場、見守り活動自治会単位につくられ、地域の情報が集約。 ・サロンや居場所できちんとした助け合える場を創出する。 ・あいあいサポート事業 ・社会福祉法人、介護事業所、商店等が地域の生活支援、介護予防のための拠点を地域に提供。 ・住民の通いの場等に専門職がアウトリーチし、支援が必要な人を早期に支援につなぐ。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設等でのボランティア活動を行う。 ・地域や趣味の活動をおして、役割や生きがいを見出していく。 ・地域で認知症高齢者の見守り、支えあいを行うことができる場を増やす。 ・介護者支援の場が身近な圏域(日常生活圏域)で行われている。 ・医療・介護情報連携研修センターを設置する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老いに向けた準備(ライフプランナーによる相談会の実施)を開催する。 ・24時間対応、救急受入など、緊急医療体制を強化する。 ・医療・介護情報連携研修センターを設置し、連携体制の強化を図る。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住まいのバリアフリー化や住み替えなどを考える際に、身近なところで相談に応じられる窓口や専門機関を充実する。 ・身体状況に応じた住みかえ支援・相談を行う。 ・住宅の総合相談体制の充実 ・地域ケア会議等と連動した居住支援協議会などの検討の場を設置する。

取り組み(自立期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
場	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェの開催・参加 ・会食できる場を作る。 ・ボランティア活動する場を確保する。 ・定期的な健診機会など自分の身体状態を知ることができる場を提供する。 ・町会・自治会の居場所活動を増やす。 ・ふれあいサロン(社会福祉協議会)を増やす。 ・区民ホールなどで疾患予防、介護予防に関する講演会を開催する。 ・住民主体の通いの場づくりのための立ち上げ助成、運営費助成を行う。 ・体操の場、通いの場を作る。 ・高齢者がスポーツ活動や趣味・文化活動を長く続けられる支援や仕組みをつくる。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・絆のあんしん協力員やご近所づきあいの中で、声かけや見守りを行う。 ・町会・自治会の居場所活動を支援(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・ふれあいサロン(社会福祉協議会)を支援する。 ・住民主体の拠点づくりのための立ち上げ助成等を行う。 ・サロンや居場所でちょっとした助け合える場を支援する仕組みづくり。(事務室の探しの支援など) ・生活支援の相談コーナーを作る。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護情報連携研修センターを設置する。 ・担い手養成の機会増を図る。 ・元気応援ボランティア受入機関の増を図る。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護情報連携研修センターを設置し、連携体制の強化を図る。 ・老い支度講座による区民への啓発活動を行う。 ・認知症についての正しい知識と理解を深める啓発活動を行う。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居住支援に関する関係者のネットワークができ、すまいを必要とする人と住居とのマッチングを行う。 ・中重度になっても住み慣れた環境で生活できるよう、高齢者向け住環境施策を充実する。 ・住民主体の居場所づくりの支援を行う。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(自立期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族が介護予防教室などの情報を収集する。 ・絆のあんしん協力員として、絆のあんしん連絡会に参加し、介護予防等の情報を把握する。 ・町会・自治会活動に参加し、介護予防等の情報を把握する。 ・健康維持や認知症、フレイルに関する知識、介護予防に関する情報入手する。 ・地域の社会参加の場、活動の情報が入手できる／そうした情報が地域ごとに発信されている。 ・区民大学(ここあだちカレッジ)のような学習機会を得る。 ・出前講座などで地域活動、介護予防できる情報を収集する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・絆のあんしん協力員として、絆のあんしん連絡会に参加し、介護予防等の情報を把握する。 ・町会・自治会活動に参加し、介護予防等の情報を把握する。 ・区民大学(ここあだちカレッジ)のような学習機会を得て、情報を収集する。 ・出前講座などで地域活動、介護予防できる情報を収集する。 ・あいあいサポート事業の情報を収集する。 ・緊急時の連絡先や自分の対処の仕方について正しく把握し、他者に伝わりやすい工夫をする。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用や事業者評価の情報を把握する。 ・介護保険制度を理解し、必要な時に利用できるような知識を得る。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医などをもち、医療に関する相談ができています。 ・適切な治療方法、療養方法を知る。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ住み慣れた住まいで生活し続けることができるための知識を得る。
	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・町会・自治会の役員会、掲示板、回覧板等を活用し、介護予防等の情報を提供する。 ・町内会などで予防に関する情報を共有する。 ・認知症の人も地域づくりに参加し、政策提言等ができる。 ・町会・自治会、老人クラブで実施する学習の機関を活用し、住民参加を呼び掛ける。 ・サロンでの学習や体操等の機関を活用し、住民参加を呼び掛ける。 ・介護予防に関する学習の機会や活動の機会を参加した方からの口コミによる呼びかけ。 ・対象者への個別のアプローチを行う。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターなどの拠点で、担い手・受け手の情報のマッチング機能を充実する。 ・家族、友人などとの間で、緊急の連絡先を共有している。 ・町会・自治会の役員会、掲示板、回覧板等を活用し、介護予防等の情報を提供する。 ・地域の専門家、専門機関が権利擁護の情報を発信し、研修会を開く。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身近な圏域内のサービス情報をわかりやすく提供する。 ・町会・自治会、病院施設等を通じた介護予防や地域活動の情報提供。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が安心して住まいの選択ができる情報提供方法やPRについての取り組みを進める。 	

取り組み(自立期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者への個別のアプローチを行う。 ・インターネット等を通じた地域包括支援センター圏域での介護予防やサロン情報を提供する。 ・孤立ゼロプロジェクトでの町会・自治会との会合の際に、介護予防等の情報を提供する。 ・認知症、疾病予防、介護予防に関する講演会を開催する。 ・ときめき、社協広報を活用し、介護予防の情報提供する。 ・上記にとどまらず、予防に繋がる一般生活情報の充実。 ・ボランティア活動を支援する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・町会・自治会、老人クラブで実施する学習の機関を活用し、生活支援の住民参加及び周知を呼び掛ける。 ・サロンでの学習や体操等の機関を活用し、生活支援の住民参加及び周知を呼び掛ける。 ・介護予防に関する学習の機会や活動の機会を参加した方及び利用者からの口コミによる呼びかけ。 ・あいあいサポート事業の周知を行う。 ・ボランティア活動や総合事業において高齢者自身の参画の必要性を積極的にPRする。 ・絆のあんしん連絡会において、関係機関のネットワークを構築する。 ・町会・自治会の自主的な見守り活動をPRする(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・ときめき、社協広報、ホームページを活用し、周知を図る。 ・あいあいサポート事業の事業説明会を実施する。(回数増、開催場所の検討)。 ・高齢者の生活支援関連の情報を提供する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広報等による入門的な情報を提供する。 ・元気応援ポイント事業の周知 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護関連情報等を区民に発信し、医療機関と介護サービスの種類と利用のしかた、主な疾患の治療方法に関する情報を提供する。 ・在宅医療に関する情報の発信と啓発を行う。 ・医療・介護連携推進事業 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修費の助成やマッチング支援を行う。 ・地域ごとの住環境に即した取り組みを図るため、生活圏域や居住形態ごとの居住実態を把握し、きめ細かな課題抽出と具体的な対応策を検討する。 ・公営住宅の適正な管理等による住宅セーフティネットを充実する。 ・住宅あっせん事業の活用促進 ・住まいるインフォメーション等区民向け情報の発信・充実

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(要支援・軽度期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ等によって機能を改善、回復させる。 ・絆のあんしん協力員などのボランティア活動を継続する。 ・町会・自治会活動を継続する(行事参加、清掃活動、体操など)。 ・自宅で運動や趣味の活動を行うなど介護予防に努める。 ・できることは自分で行い身体機能の悪化を防ぐ。 ・趣味活動、地域活動を無理のない範囲で実施する。 ・住民主体による運動、通える場に参加する。 ・介護予防サービスの利用を通じて、重度化防止を図る。 ・町会・自治会活動での役割を継続して持たせる(負担の少ない役割)。 ・できる限りで町会・自治会活動に参加する。 ・できる限りで老人クラブ、サークルに参加し、趣味活動を広げる ・できる限りで近隣のサロンへ参加し、仲間を増やす。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報弱者とならないよう、本人、介護家族等が積極的に情報収集を心がける。 ・絆のあんしん協力員として、地域包括支援センターとの関係を継続する。 ・ちょっとしたごみ捨て等のお手伝いを行う。 ・町会・自治会、老人クラブで実施しているお手伝いに参加する。 ・NPO 団体が実施している生活支援サービスなどに参加、お手伝いする。 ・自身があいあいサポートの協力員として登録し、生活支援サービスを提供する。 ・地域住民や関係機関に支えられながらも、自分で生活をしている。 ・気軽に話せる人が来てくれる。 ・話し相手を複数もつ。 ・サロンなどの住民活動において、ちょっとしたお手伝いを実施する。 ・あいあいサポートの協力員制度を推進する。 ・民生・児童委員や自治会・町会活動により介護以外のニーズの発掘とサービス等へのつながりを図る。 ・認知症の人等にも対応できる力をもった住民が通いの場等において、状態が低下しても支えることができる。 ・町会・自治会が、自主的な見守り活動(声かけ・訪問など)を行う(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度化防止の取り組みへ参加する。 ・適切な介護サービスの利用、地域活動を行うことで、重度化を防ぐ。 ・地域で声かけ、見守り、支援を行う関係づくりを行う。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早めに対処することで、重度化を防ぐ。 ・相談したい時に相談できるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局がある。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・将来を見据えて、必要に応じて、住宅改修や住み替えを行い、中重度介護期になっても住み続けられる準備を行う。 ・災害発生時に逃げるルートや避難場所を把握している。 ・災害発生時を想定し、避難訓練を行っている。

取り組み(要支援・軽度期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談したいときに相談できるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局がある。 ・介護予防の啓発を行う。 ・高齢者の状況に応じた配食サービスの提供。 ・介護予防の担い手を養成する講座を行う。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援者への対応を進める。 ・孤立ゼロプロジェクト実態調査により、対象者を必要な支援につなげる。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出機会を促す講座やイベントを企画する。 ・認知症の人に気軽に声をかけて、ともにしかけてくれる人がいる。 ・NPO や地域住民が実施できる生活支援サービスができるよう支援する。 ・生活支援サービスの担いを養成する仕組みづくり。 ・あいあいサポートの協力員制度を推進する。 ・判断能力が不十分となったときのための補助者、保佐人、成年後見人がいる。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・制度のはざまの高齢者世帯を的確に把握し、専門機関の適切な支援につなげる。 ・NPO や地域住民が実施できる生活支援サービスができるよう支援する。 ・生活支援サービスの担いを養成する仕組みづくり。 ・絆のあんしん協力員を継続できる支援を行う。 ・町会・自治会の自主的な見守り活動(声かけ・訪問など)を支援する(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・区民後見人の養成、支援をする。 ・判断能力が不十分となったときのための補助者、保佐人、成年後見人がいる。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャー等相談支援機関と関係をつくり、地域密着型サービス等介護サービスの適切な選択を行う。 ・介護人材の確保・育成、地域・事業者間の連携を強化する。 ・医療と介護の連携構築に向け、地域単位での支援体制づくりを進める。 ・医療・介護とリハビリ職が連携して、本人に合った機能回復の支援を提供する。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護人材の育成と確保を図り、サービス基盤を構築する。 ・研修の実施等によりケアマネジャーの質を向上させる。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講習等の実施により、在宅対応できる医師、看護師を育成する。 ・医療と介護の連携構築に向け、地域単位での支援体制づくりを進める。 ・入院しても自宅・地域に戻れるようにコーディネートする人材・場が整備され、機関間の連携ルール、関係づくりができていく。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住み慣れた自宅で生活し続けられるよう、住宅改修や住み替えの相談に対応できる人材を育成する。 ・災害時、迅速に対応できる体制ができていく。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害に強いまちづくりの体制を構築している。 ・災害発生時を想定し、避難訓練を行っている。 ・災害時、迅速に対応できる体制ができていく。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(要支援・軽度期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居場所に参加する。 ・かかりつけ医を持ち、医療に関する相談ができています。 ・サロンを自宅で開催する。 ・地域活動できる場を探す。 ・活動場所の紹介、提供をうける。 ・町会・自治会会館などを居場所として活用する(脳トレ、カラオケ、お茶飲みなど)。 ・日常会話や声かけの中で、体調の変化の気づきや状況変化に応じた相談先につなげることができる。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居場所に参加する。 ・自らが希望する情報を取得することができる。 ・自宅で運動や趣味の活動を行い、介護予防に努める。 ・サロンを自宅で開催し、生活支援の場とする。 ・生活支援を提供する場、団体を探す。 ・近隣やボランティアからの声かけ、手伝い等により日常生活支援のネットワークが機能するよう、仕組みの整備を図る。 ・絆のあんしん協力員や町会・自治会の方が、対象者が居場所に参加できるよう付き添う。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周りの支援を受けながらも、自らができる「役割」を担うことができる場を持ち続ける。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医を持ち、医療に関する相談ができています。 ・自宅で適切な治療を継続する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転倒などの事故を予防するための対策を検討する。
場	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェの開催、参加 ・自力での外出が困難になっても参加できる地域活動がさまざまな場で用意され、通ったり、自宅で参加することができる。 ・社会福祉施設などをサロン、体操できる場として活用する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護事業者等による買い物バスツアーを行う。 ・買い物サービス(宅配)などが充実している。 ・看護小規模多機能型居宅介護サービス、通所介護サービスや機能回復訓練などで介護予防の方法を指導する。 ・住民と専門機関が協働した常設の通いの場が中学校区等に整備され、住民だけでは支えられない人が通い、過ごすことができる。 ・サロンや居場所ですこやかな助け合いの場を創出する。 ・あいあいサポート事業の活用。 ・高齢者等の外出支援(公共交通+福祉交通) 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の拠点づくり(重度化防止の取り組みの普及) ・日常生活圏域単位での介護サービス整備・充実と関係機関の連携強化を図る。 ・介護サービスを利用するようになって地域活動に参加できるよう、支援や地域との協働を促進。 		<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ごとに災害時の避難場所や、緊急連絡網等を整備する。

取り組み(要支援・軽度期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
場	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体状態など気軽に相談できる場の拡充 ・町会・自治会の居場所や活動を増やす。 ・ふれあいサロン(社会福祉協議会)を増やす。 ・体操の場、通いの場を作る。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等の外出支援(公共交通+福祉交通) ・緊急かつ専門的介入を必要とする高齢者に対するケアマネジメント体制を充実する。 ・認知症の人が住み慣れた場所で生活していくための体制を整備する。 ・町会・自治会の居場所活動を支援する(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・ふれあいサロン(社会福祉協議会)を支援する。 ・コミュニティーバス網の充実などにより、身体機能や認知機能が低下しても外出できる体制を作る。 ・複合的な問題をもつ世帯に対して相談・アウトリーチする拠点の整備。 ・サロンや居場所でちょっとした助け合える場を支援する仕組みづくり(事務室の探しの支援など)。 ・成年後見人支援に関する場や、地域で連携して後見制度の利用促進を図るネットワークを作る。 ・公共交通に加え、福祉的な交通手段を含めた高齢者の外出支援 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援でも行きやすい、過ごしやすい場がある、支援者がいる。 ・地域のニーズに合った予算の投入。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応、救急受入など、緊急医療体制を強化する。 ・認知症の重度化防止を図る。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中重度になっても住み慣れた環境で生活できるよう、高齢者向け住環境施策を充実する。 ・居場所づくり ・自宅ですごすことが困難な場合、緊急避難的に利用できる一時的な居住施設が整備されている ・中重度に備えた住み替えのための相談ができる。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(要支援・軽度期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度化防止のための情報やノウハウを得る。 ・絆のあんしん協力員として、絆のあんしん連絡会に参加し、重度化防止の情報を把握する。 ・町会・自治会活動に参加し、重度化防止の情報を把握する。 ・自らが希望する情報を取得することができる。 ・地域の資源に関する情報を入手し、地域で行われている活動への参加や通所介護サービスの利用に努める。 ・区民大学(ここあだちカレッジ)のような学習機会を得る。 ・出前講座などで地域活動、介護予防、重度化防止情報を収集する。 ・町会・自治会の役員会、掲示板、回覧板等を活用し、重度化防止の情報を提供する。 ・近隣の住民や友人が必要としている情報を共有することができる。 ・町内会などで予防に関する情報を共有する。 ・町会・自治会、老人クラブで実施する学習の機会を活用し、参加できそうな住民を呼び掛ける。 ・サロンでの学習や体操等の機会を活用し、参加できそうな住民を呼び掛ける。 ・重度化予防に関する学習の機会や活動の機会を参加した方からの口コミによる呼びかけ。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ここに聞けば安心」な情報源をもつ。 ・絆のあんしん協力員として、絆のあんしん連絡会に参加し、重度化防止の情報を把握する。 ・町会・自治会活動に参加し、重度化防止の情報を把握する。 ・区民大学(ここあだちカレッジ)のような学習機会を得て、情報を収集する。 ・出前講座などで地域活動、介護予防できる情報を収集する。 ・生活支援の活動場紹介、提供をうける。 ・あいあいサポート事業の情報を収集する。 ・町会・自治会の役員会、掲示板、回覧板等を活用し、重度化防止の情報を提供する。 ・町会・自治会、老人クラブで実施する学習の機会を活用し、生活支援の住民参加及び周知を呼び掛ける。 ・サロンでの学習や体操等の機会を活用し、生活支援の住民参加及び周知を呼び掛ける。 ・介護予防に関する学習の機会や活動の機会を参加した方及び利用者からの口コミによる呼びかけ。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度化防止のための情報やノウハウを得る。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態が進行したとき、どのような医療を受けたいか自ら考え、人生最期の迎え方を自分で選択できる情報を持つ。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・援助が必要な状態になっても継続して住み続けられるための情報入手や工夫、信頼できる相談先などを把握する。 ・住み替え等に関する情報を得て、信頼できる相談先を把握しておく。

取り組み(要支援・軽度期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報		<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間で情報が適切、かつ、タイムリーに共有する。 ・在宅療養を支援すべく、ICT等を活用したスムーズな情報共有を行う。 ・制度外も含めたインフォーマル情報を共有化する。 ・あいあいサポート事業の周知を行う。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間で情報が適切、かつ、タイムリーに共有する。 ・在宅療養を支援すべく、ICT等を活用したスムーズな情報共有を行う。 ・医療と介護の連携、入退院時の円滑な情報共有、連携を行う。 ・重度化防止のための情報やノウハウを提供する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間で情報が適切、かつ、タイムリーに共有する。 ・在宅療養を支援すべく、ICT等を活用したスムーズな情報共有を行う。 ・医療と介護の連携により、入退院時の円滑な情報共有、連携を行う。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が安心して選択できる情報提供方法や内容(医療機関所在地など)についての取り組みを進める。
	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要な福祉サービス情報を必要な人に届ける。(個別のきめ細かい対応) ・孤立ゼロプロジェクトでの町会・自治会との会合の際に、重度化防止の情報を提供する。 ・地域包括支援センターが窓口になり、介護予防の相談、啓発活動を行う。 ・ときめき、社協広報を活用し、重度化予防の情報を提供する。 ・予防に関する取り組みや場所の情報を一括で提供する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・制度外も含めたサービス関連情報の蓄積と公開を行う。 ・絆のあんしん連絡会において、関係機関のネットワークを構築する。 ・町会・自治会の自主的な見守り活動をPRする(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・ときめき、社協広報、ホームページを活用し、周知を図る。 ・あいあいサポート事業の事業説明会を実施する(回数増、開催場所の検討)。 ・成年後見制度の知識を高めてもらうとともに、利用を支援する。 ・生活支援員の養成を支援。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護関連情報等を区民に発信する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護関連情報等を区民に発信する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修費の助成やマッチング支援を行う。 ・地域ごとの住環境に即した取り組みを図るため、生活圏域や居住形態ごとの居住実態を把握し、きめ細かな課題抽出と具体的な対応策を検討する。 ・住まいるインフォメーション等区民向け情報の発信・充実 ・住まいに関わる災害関連情報の仕組みづくり

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(中重度期・終末期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自らが希望する居場所について意思表示ができています。 ・延命措置など、終末期の医療に対する意思表示をしています。 ・家族や友人の支援を得ながら、適切な治療、症状緩和を継続する。 ・脳トレーニングなどできることを行い、認知予防に努める ・食事をしっかりととり、できる運動をする。 ・古い支度を意識し、エンディングノート等の活用をする。 ・低栄養・褥瘡予防のための栄養管理 ・こまめな手洗い・消毒など、適切な予防対策を行っている。 ・町会・自治会等から家族への介護レスパイトへの呼びかけを行う。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報弱者とならないよう、本人や介護家族等が積極的に情報収集を心がける。 ・町会・自治会への加入を継続し、近所とのつながりを絶たない。他人を拒否しない。 ・介護保険で利用しづらいちょっとしたごみ捨て等のお手伝いを受ける。 ・町会・自治会、老人クラブで実施しているお手伝いをうける。 ・NPO 団体が実施している生活支援サービスなどを受ける。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護に関する意思表示をしている。 ・家族や友人による介護支援体制を確保する。 ・ケアマネジャー等相談支援機関と関係をつくり、地域密着型サービス等介護サービスの適切な選択を行う。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・延命医療に関する希望など意思表示をしている。 ・必要な治療内容を理解し、適切な治療を継続することができる。 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局に相談しながら療養している。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時に逃げるルートや避難場所を把握している。 ・災害発生時、協力して逃げるための役割分担ができています。

取り組み(中重度期・終末期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
人	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護状況にあった配食サービスを提供する。 ・逢いたい人と話せるテレビ電話サービスを提供し、本人及び家族のうつ予防を支援する。 ・家族介護の方法等の研修実施を行う。 ・感染症予防など適切な予防啓発を行っている。 ・医療と介護の担当者が連携し、できるだけ苦痛が少ない生活を継続する。 ・介護者の悲嘆ケアを充実する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度では利用しづらいまたは、足りないサービスについては、あいあいサポート制度を利用する。 ・介護者家族の負担を軽減する(傾聴ボランティアの紹介・レスパイト・家族介護慰労金の周知)。 ・民生・児童委員や自治会・町会活動により介護以外のニーズの発掘とサービス等へのつなぎを図る。 ・町会・自治会が、自主的な見守り活動(声かけ・訪問など)を行う(わがまちの孤立ゼロプロジェクト)。 ・サロンなどの住民活動において、介護保険制度では利用しづらいちょっとしたお手伝いを実施する。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分たちでは解決できない問題を抱えている高齢者世帯を的確に把握し、専門機関の介入を行う。 ・孤立ゼロプロジェクト実態調査や町会・自治会の自主的な見守りから、地域包括支援センターの支援につなげる。 ・成年後見制度を活用するなど、権利擁護の体制を強化する。 ・あいあいサポートの協力員制度を推進する。 ・孤立する高齢者を生まないように、自治的組織との連携を図る。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の医療的ケアや看取りに対する知識・対応力の向上を図る。 ・介護人材の確保・育成、地域・事業者間の連携を強化する。 ・認知症の人を在宅で介護する家族等の負担を軽減するために人材の確保・育成を強化する。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族介護者の負担軽減を図る体制を構築する。 ・介護人材の育成と確保を図り、サービス基盤の定着を進める。 ・必要な時に介護老人福祉施設などを利用できる体制を構築する。 ・研修の実施等によりケアマネージャーの質を向上させる。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講習等の実施により、在宅対応の医師、看護師を育成する。 ・自宅で緩和ケア、看取りが可能な人材を育成する。 ・医療と介護の連携構築に向け、地域単位での支援体制づくりを進める。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護の連携構築に向け、地域単位での支援体制づくりを進める。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者向け住宅や介護保険施設などにおいて、中重度化に対応した人材確保・育成を図る。 ・病気が進行したり、身体機能や認知機能が低下しても、生活し続けることができるように、家族や友人が支援する。 <p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で生活することが困難になったときに、介護老人福祉施設などを利用できる体制を構築する。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(中重度期・終末期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
場	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅などの住まいで適切な治療、症状緩和を図る。 ・サロンを家族が自宅で開催する。 ・家族が介護で疲弊することを防ぎ、支えあう仕組みを地域で作る。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・近所づきあいを絶たず、気軽に訪問してもらう。 ・家族、知人がサロンを自宅で開催し、生活支援の場とする。 ・家族、知人が生活支援を提供する場、団体を探す。 ・近隣やボランティアからの声かけ、手伝い等により日常生活支援のネットワークが機能するよう、仕組みの整備を図る。 ・町会・自治会の方が訪問し、介護保険サービス以外の支援を行う。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅での生活が困難などときには、有料老人ホームなどでケアを受けることができる。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自らが希望する居場所について意思表示ができています。 ・延命措置など、終末期の医療に対する意思表示をしている。 ・適切な治療を継続し、できるだけ生活の場で暮らし続けることができるように努める。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅での生活が困難などときには、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅などで生活を継続することができる。
	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉施設などを車いす利用者や認知症の方が参加できるサロン、体操する場として活用する。 ・車いす利用者や認知症の方が地域活動できる場を探す。 ・車いす利用者や認知症の方が活動場所の紹介、提供をうける。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サロンや居場所できちんとした助け合える場を創出する。 ・あいあいサポート事業 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の拠点づくり(重度化防止の取り組みの普及) ・日常生活圏域単位での介護サービス整備・充実と関係機関の連携強化を図る。 		<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ごとに災害時の避難場所や、緊急連絡網等を整備する。 ・認知症の状態に応じた住まいが提供される。
	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護する家族を孤立させないように、困ったときに相談できる場を増やす。 ・車いす利用者や認知症の方が・体操の場、通いの場を作る。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護小規模多機能型居宅介護サービスなどにより、生活の場で暮らし続ける支援を行う。 ・緊急かつ専門的介入を必要とする高齢者に対するケアマネジメント体制を充実する。 ・地域包括支援センターを中心に、自宅での看取り等について、地域の方に対して啓発する。 ・サロンや居場所できちんとした助け合える場を支援する仕組みづくり。(事務室の探しの支援など) 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の拠点づくり(重度化防止の取り組みの普及) ・看護小規模多機能型居宅介護サービスなどを利用し介護を受けることができる。 ・計画的に特養・老健を設置する。 ・身体機能や認知機能が低下し、重度の介護が必要になったときに介護老人福祉施設で介護を受けることができる。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦痛の緩和など、必要などきに入院できる体制を構築する。 ・緊急往診や臨時訪問看護などの24時間対応、救急受入など、緊急医療体制を強化する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中重度になっても住み慣れた環境で生活できるよう、高齢者向け住環境施策を充実する。 ・居場所づくり ・身体機能や認知機能が低下し、重度の介護が必要になっても介護老人福祉施設で生活することができる。 ・有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅のサービスの質の確保と向上を図る。

取り組み(中重度期・終末期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> 適切な治療や介護の方法を知ることができる。 町会・自治会、老人クラブで実施する学習の機関を活用し、参加できそうな住民を呼び掛ける。 サロンでの学習や体操等の機関を活用し、参加できそうな住民へ情報提供する。 重度化予防に関する学習の機会や活動の機会を参加した方からの口コミによる呼びかけ。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> 「ここに聞けば安心」な情報源を持つ。 町会・自治会への加入を継続し、看取り等の情報を収集する。 生活支援を行っている団体の紹介、提供を受ける。 あいあいサポート事業の情報を収集する。 町会・自治会の役員会、掲示板、回覧板等を活用し、看取り等の情報を提供する。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> 重度化防止のための情報やノウハウを得る。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> 終末期について意思表示をしている(医療を受ける場所など)。 適切な治療と苦痛を緩和するための方法を知る。 人生の最終段階で受けたい医療を選択するための情報を得る。 	<p>区民・地域が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> 援助が必要な状態になっても継続して住み続けられるための情報入手や工夫、信頼できる相談先などを把握し備える。

1 基礎データ

(2) 地域包括ケアシステムビジョン策定における意見のまとめ

取り組み(中重度期・終末期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症による重度化を予防する。 ・家族が介護で疲弊することを防ぐための情報を共有する。 ・区民大学(ここあだちカレッジ)のような学習機会を得て、家族として情報収集する。 ・出前講座などで地域活動、介護予防、重度化防止情報を家族として収集する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間(←少し具体的に記載する)で情報を適切、かつ、タイムリーに共有する。 ・在宅療養を支援すべく、ICT等を活用したスムーズな情報共有を行う。 ・制度外も含めた(←もう少しわかりやすく)インフォーマル情報を共有化する。 ・看取り後に問題となる様々な事柄についても、基本的な情報、知識が提供され、共有されている。 ・町会・自治会、老人クラブで実施する学習の機関を活用し、介護保険制度では利用しづらいまたは、足りないサービスを提供する生活支援への住民参加及び周知を呼び掛ける。 ・サロンでの学習や体操等の機関を活用し、介護保険制度では利用しづらいまたは、足りないサービスを提供する生活支援への住民参加及び周知を呼び掛ける。 ・介護予防に関する学習の機会や活動の機会を参加した方及び利用者からの口コミによる呼びかけ。 ・あいあいサポート事業の周知を行う。 ・最期の迎え方の情報提供。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間で情報が適切、かつ、タイムリーに共有する。 ・在宅療養を支援すべく、ICT等を活用したスムーズな情報共有を行う。 ・医療と介護の連携、入退院時の円滑な情報共有、連携を行う。 ・重度化防止のための情報やノウハウを提供する。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間で情報が適切、かつ、タイムリーに共有する。 ・在宅療養を支援すべく、ICT等を活用したスムーズな情報共有を行う。 ・医療と介護の連携、入退院時の円滑な情報共有、連携を行う。 	<p>専門機関等が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が安心して療養場所を選択できる情報提供方法や内容(医療機関所在地など)についての取り組みを進める。

取り組み(中重度期・終末期)

	予防	生活支援	介護	医療	住まい
情報	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期や看取りができる施設など「居場所」や「相談先」の情報を得ることができる。 ・苦痛を緩和する方法、本人・家族を支えるための方法を情報提供。 ・ときめき、社協広報を活用し、重度化予防の情報提供する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最期の迎え方の情報提供。 ・制度外も含めた(←もう少しわかりやすく)サービス関連情報の蓄積と公開 ・絆のあんしんネットワークにより、関係機関の情報を共有化する。 ・ときめき、社協広報、ホームページを活用し、周知を図る。 ・あいあいサポート事業の事業説明会を実施する(回数増、開催場所の検討)。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護関連情報等を区民に届ける。 ・認知症対応の介護サービスの利用を促進する。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護関連情報等を区民に届ける。 	<p>区が取り組むこと:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修費の助成やマッチング支援を行う。 ・地域ごとの住環境に即した取り組みを図るため、生活圏域や居住形態ごとの居住実態を把握し、きめ細かな課題抽出と具体的な対応策を検討する。 ・住まいるインフォメーション等区民向け情報の発信・充実 ・住まいに関わる災害関連情報の仕組みづくり

2 介護保険法改正と区の対応

「地域包括ケアシステム」という用語が初めて登場したのは、2003年（平成15年6月）に「高齢者介護研究会」が発表した「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～報告書」までさかのぼります。これ以後、少子・高齢化の進展により引き起こされる諸問題の緩和・解決のため、介護保険法は2005年（平成17年）、2008年（平成20年）、2011年（平成23年）、2014年（平成26年）、2017年（平成29年）と逐次改正されてきました。その主な改正内容と区の対応は以下の通りです。

【 第1期～第4期 】

第1期 平成12年度～	平成12年4月 介護保険法施行	
第2期 平成15年度～		
第3期 平成18年度～	平成17年 改正【平成18年4月施行】	
	主な改正内容	
	①予防重視への転換 介護給付から、要支援者への給付を「予防給付」として区分け。介護予防のケアマネジメント主体として「地域包括支援センター」を創設して実施	地域包括支援センターを区内に25か所の設置。介護予防事業の開始（主な事業：民間事業者を活用した介護予防「らくらく教室（現：はじめてのらくらく教室）」等開始）
	②地域密着型サービスの創設 高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするため、身近な市町村で提供されるのが適当なサービスの創設	認知症グループホームや小規模デイサービス（定員18人以下）、認知症デイサービス、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護等の事業を実施
第4期 平成21年度～	平成20年改正【平成21年5月施行】	
	主な改正内容	
	介護サービス事業者の法令順守等業務管理体制の整備。 休止・廃止の事前届出制。 休止・廃止時のサービス確保の義務化など	

【 第5期～第7期 】

平成23年改正【平成24年4月施行】		
第5期 平成24年度～	主な改正内容	区への対応
	<p>①医療と介護の連携の強化等 地域密着型サービスに「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)」が追加</p> <p>②介護人材の確保とサービスの質の向上。介護職員等による痰の吸引等の実施を可能</p> <p>③高齢者の住まいの整備等 サービス付き高齢者向け住宅の供給促進</p> <p>④認知症対策の推進 市民後見人の育成及び活用を図ることが求められた</p> <p>⑤市町村(保険者)による主体的な取り組みの推進 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定が可能</p>	<p>「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「看護小規模多機能型居宅介護」事業を実施。</p> <p>介護職員向けの研修の中で実施(介護職員等による痰の吸引等は実施なし)</p> <p>設置認可は都道府県。サービス付き高齢者向け住宅は他区から介護需要の高い高齢者の流入につながるため区としては積極的誘致せず。しかし、足立区のサ高住数は23区で最大。建設できる土地が都内では比較的安価に入手できるためと考えられる。</p> <p>あだち区民後見人の養成及び活用を推進。平成29年12月までに21人養成し、延べ21件の後見を受任</p> <p>地域密着型サービス選定委員会を設置し、事業者の選考を実施</p>
平成26年改正【平成27年4月施行】		
第6期 平成27年度～	主な改正内容	区への対応
	<p>① 予防給付(介護予防訪問介護、介護予防通所介護)を地域支援事業に移行(介護予防・日常生活支援総合事業)、サービスの多様化</p> <p>② 特別養護老人ホームを中重度(要介護3以上)の要介護者に重点化</p> <p>③ 低所得者の保険料軽減を拡充</p> <p>④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引き上げ、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付の要件に資産などを追加</p> <p>⑤認知症施策の推進</p>	<p>総合事業の区独自のサービス単価を設定し、平成28年10月から実施。 サービスの多様化(要件を緩和したヘルパーの養成や住民主体の生活支援(ごみ出しや買い物サポート等)は、平成31年1月実施。</p> <p>入所対象を原則、要介護3以上とした</p> <p>平成27年4月より実施 平成27年8月より実施</p> <p>国の動きに先行して、地域包括支援センターに、平成21年度から認知症地域支援推進員((旧)認知症連携担当者)を配置し、平成29年4月から認知症初期集中支援事業を開始</p>
平成29年改正【平成30年8月施行】		
第7期 平成30年度～	主な改正内容	区への対応
	<p>① 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割へ引き上げ</p>	<p>平成30年8月より実施</p>

3 足立区地域包括ケアシステム推進会議条例

平成 27 年 7 月 14 日条例第 47 号

足立区地域包括ケアシステム推進会議条例を公布する。

足立区地域包括ケアシステム推進会議条例

(設置)

第 1 条 地域包括ケアシステムの構築を推進するため、区長の附属機関として、足立区地域包括ケアシステム推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

(定義)

第 2 条 この条例において「地域包括ケアシステム」とは、高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で、尊厳を保持しながら、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に提供される体制をいう。

(所掌事項)

第 3 条 推進会議は、区長の諮問に応じ、地域包括ケアシステムに関する事項について調査、研究、協議し、答申する。

推進会議は、地域包括ケアシステムの構築の推進に関する総合的施策の実施に必要な事項について、区長に建議することができる。

(組織)

第 4 条 推進会議は、区長が委嘱又は任命する委員 50 名以内をもって組織する。

(委員の任期)

第 5 条 委員の任期は 3 年間とし、欠員が生じたときの後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。ただし、委員の再任は妨げない。

(会長及び副会長)

第 6 条 推進会議に会長及び副会長を置き、委員の互選によって定める。

会長は、会務を総理し、推進会議を代表する。

副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代理する。

会長及び副会長に事故あるときは、あらかじめ会長の指名する委員が、その職務を代理する。

(会議)

第 7 条 推進会議は、必要に応じて会長が招集する。

推進会議は、過半数の委員の出席がなければ開くことができない。

推進会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは会長の決するところによる。

推進会議は、公開とする。ただし、会長が公開することが適当でないとき、この限りでない。

推進会議の公開の方法及び手続その他の事項は、別に定める。

(部会)

第8条 専門事項を調査するため、推進会議に部会を置くことができる。

(意見の聴取)

第9条 推進会議は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(守秘義務)

第10条 推進会議の委員又は委員であった者は、その職務に関し知り得た秘密をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。

(委任)

第11条 この条例に定めるもののほか、推進会議の組織及び運営に関し必要な事項は、規則で定める。

付 則

(施行期日)

1 この条例は、公布の日から施行する。

(足立区附属機関の構成員の報酬および費用弁償に関する条例の一部改正)

2 足立区附属機関の構成員の報酬および費用弁償に関する条例（昭和39年足立区条例第17号）の一部を次のように改正する。

(次のよう略)

4 足立区地域包括ケアシステム推進会議条例施行規則

平成 27 年 7 月 24 日規則第 64 号

改正

平成 28 年 3 月 31 日規則第 60 号

足立区地域包括ケアシステム推進会議条例施行規則を公布する。

足立区地域包括ケアシステム推進会議条例施行規則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、足立区地域包括ケアシステム推進会議条例（平成 27 年足立区条例第 47 号。以下「条例」という。）に基づき、足立区地域包括システム推進会議（以下「推進会議」という。）の組織及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

(組織)

第 2 条 条例第 4 条に規定する委員は、次の各号に掲げる者のうちから区長が委嘱又は任命する。

- (1) 学識経験者 6 名以内
- (2) 区内関係団体の構成員 38 名以内
- (3) 区職員 6 名以内

(職務代理)

第 3 条 条例第 6 条第 1 項の規定に基づき設置された副会長が複数の場合には、会長はあらかじめ職務を代理する者の順位を定めるものとする。

(部会)

第 4 条 条例第 8 条に基づき部会を設置する場合は、会長が推進会議の委員のうちから部会の委員（以下「部会員」という。）及び部会長を指名する。

部会長は、部会を招集し、部会の会務を総理する。

部会長に事故あるときは、あらかじめ部会長の指名する部会員が、部会長の職務を代理する。

(会議録)

第 5 条 会長は、会議録を作成し、これを保存しなければならない。

(庶務)

第 6 条 推進会議の庶務は、福祉部地域包括ケアシステム推進担当課において処理する。

(委任)

第 7 条 この規則の施行について必要な事項は、別に定める。

付 則

この規則は、公布の日から施行する。

付 則（平成 28 年 3 月 31 日規則第 60 号）

この規則は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

5 足立区地域包括ケアシステム推進会議 委員名簿

氏名	役職	所属等	委嘱期間
<p>後ほど、諮問～答申までに交代した委員も含め掲載予定です。</p>			

6 足立区地域包括ケアシステム推進会議審議経過

日付	審議事項等
平成 29 年度 第 2 回 2017（平成 29）年 8 月 31 日	○諮問 ○“足立区版”地域包括ケアシステムの基本的な方向性（案）の検討
平成 29 年度 第 3 回 2017（平成 29）年 11 月 30 日	○ワークショップの実施（第 1 回） テーマ「2025年の理想の将来像について」
平成 29 年度 第 4 回 2018（平成 30）年 2 月 6 日	○ワークショップの実施（第 2 回） テーマ「2025年に向けて各団体としてできる事」
平成 30 年度 第 1 回 2018（平成 30）年 5 月 23 日	○ワークショップの総括 ○「理想像」と「取り組み」のまとめ方について
平成 30 年度 第 2 回 2018（平成 30）年 8 月 28 日	○ ○ ○
平成 30 年度 第 3 回 2018（平成 30）年 11 月 16 日	○答申 ○ ○

2019年(平成31年)〇月発行
発行元:足立区



福祉部 地域包括ケア計画担当課

〒120-8510 足立区中央本町 1-17-1

TEL 03-3880-5493 FAX 03-3880-5614

メール care-keikaku@city.adachi.tokyo.jp



足立区地域包括ケアシステム推進会議報告資料

平成30年8月28日

件名	地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援窓口の開設について															
所管部課名	福祉部地域包括ケア推進課															
内容	<p>高齢者の在宅療養を支援するため、医療・介護関係者への支援窓口を、平成30年7月2日から開設した。</p> <p>1 設置の目的</p> <p>「地域包括ケアシステム」の構築において、高齢者ができるだけ長く住み慣れた地域で安心して生活するためには、地域における医療と介護の連携が不可欠である。この連携を支援するための情報を整理し提供することで、より現場の連携がスムーズに進むことを目的とする。</p> <p>2 窓口での相談内容および業務</p> <p>(1) 医療・介護関係者、地域包括支援センター等関係機関から在宅療養に関する相談支援</p> <p>(2) 医療機関や介護事業所の情報集約</p> <p>(3) 相談支援のノウハウの蓄積による在宅医療の連携支援</p> <p>3 相談対象者</p> <p>医療機関、介護サービス事業者、地域包括支援センター (※区民からの問い合わせは、原則各関係機関へつなぐ)</p> <p>4 相談体制</p> <p>在宅療養支援コーディネーター（専門非常勤2名） ※専門非常勤職員は、地域医療に関する知識を有する看護師1名、医療ソーシャルワーカー経験者1名を新たに雇用</p> <p>5 場所及び開設時間</p> <p>(1) 場所：区役所北館1階 福祉部地域包括ケア推進課内に窓口設置</p> <p>(2) 電話番号：03-3880-5643（直通）</p> <p>(3) 開設時間：区役所開庁日・時間と同一</p> <p>6 相談対応状況（平成30年8月16日現在）</p> <p>(1) 相談方法及び件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>7月</th> <th>8月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>来庁</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>電話（FAX）</td> <td>10</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>メール</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>11</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>		7月	8月	来庁	1	0	電話（FAX）	10	7	メール	0	0	合計	11	7
	7月	8月														
来庁	1	0														
電話（FAX）	10	7														
メール	0	0														
合計	11	7														

内 容	(2) 相談者	<table border="1"> <thead> <tr> <th>相談者職種</th> <th>7月</th> <th>8月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>介護事業所（社会福祉士・介護福祉士等）</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>病院メディカルソーシャルワーカー</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>病院看護師</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>施設（生活相談員）</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>地域包括支援センター（看護師・ケアマネジャー等）</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>その他（救急救命士・他市区町村居住の介護者等）</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>			相談者職種	7月	8月	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	3	1	介護事業所（社会福祉士・介護福祉士等）	1	1	病院メディカルソーシャルワーカー	1	0	病院看護師	0	1	施設（生活相談員）	0	1	地域包括支援センター（看護師・ケアマネジャー等）	4	2	その他（救急救命士・他市区町村居住の介護者等）	2	1		
	相談者職種	7月	8月																											
	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	3	1																											
	介護事業所（社会福祉士・介護福祉士等）	1	1																											
	病院メディカルソーシャルワーカー	1	0																											
	病院看護師	0	1																											
	施設（生活相談員）	0	1																											
	地域包括支援センター（看護師・ケアマネジャー等）	4	2																											
	その他（救急救命士・他市区町村居住の介護者等）	2	1																											
	(3) 相談内容	<table border="1"> <thead> <tr> <th>相談分類／例</th> <th>7月</th> <th>8月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅療養 介護者のレスパイトのためショートステイの紹介依頼</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>制度・サービス 認知症利用者の適切なデイケア</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>退院支援 退院後に利用するため訪問看護ステーションの紹介依頼</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>入院 医療療養型病院の紹介依頼</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>施設入所 在宅療養が困難だと思われる利用者の今後について相談</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>受診 入院施設のある精神科への受診について相談</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>看取り 看取りを視野に入れた訪問診療・介護サービスの紹介依頼</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>その他 24時間体制の訪問診療新設手続き先</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			相談分類／例	7月	8月	在宅療養 介護者のレスパイトのためショートステイの紹介依頼	1	1	制度・サービス 認知症利用者の適切なデイケア	3	2	退院支援 退院後に利用するため訪問看護ステーションの紹介依頼	3	1	入院 医療療養型病院の紹介依頼	0	1	施設入所 在宅療養が困難だと思われる利用者の今後について相談	1	0	受診 入院施設のある精神科への受診について相談	0	2	看取り 看取りを視野に入れた訪問診療・介護サービスの紹介依頼	0	1	その他 24時間体制の訪問診療新設手続き先	3
相談分類／例	7月	8月																												
在宅療養 介護者のレスパイトのためショートステイの紹介依頼	1	1																												
制度・サービス 認知症利用者の適切なデイケア	3	2																												
退院支援 退院後に利用するため訪問看護ステーションの紹介依頼	3	1																												
入院 医療療養型病院の紹介依頼	0	1																												
施設入所 在宅療養が困難だと思われる利用者の今後について相談	1	0																												
受診 入院施設のある精神科への受診について相談	0	2																												
看取り 看取りを視野に入れた訪問診療・介護サービスの紹介依頼	0	1																												
その他 24時間体制の訪問診療新設手続き先	3	0																												
(4) 対応結果	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対応分類</th> <th>7月</th> <th>8月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>相談窓口の情報提供・紹介</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>関係機関の連絡・調整</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>助言</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>医療制度・サービス紹介</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>介護制度・サービス紹介</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>治療疾患に関する情報提供</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			対応分類	7月	8月	相談窓口の情報提供・紹介	3	5	関係機関の連絡・調整	4	0	助言	1	0	医療制度・サービス紹介	1	1	介護制度・サービス紹介	0	1	治療疾患に関する情報提供	1	0	その他	1	0			
対応分類	7月	8月																												
相談窓口の情報提供・紹介	3	5																												
関係機関の連絡・調整	4	0																												
助言	1	0																												
医療制度・サービス紹介	1	1																												
介護制度・サービス紹介	0	1																												
治療疾患に関する情報提供	1	0																												
その他	1	0																												
問題点 今後の方針	在宅療養支援窓口での相談支援を通じて、医療・介護の関係団体と在宅療養における現状や課題を共有し、さらなる医療介護連携の強化を推進する。																													

足立区地域包括ケアシステムビジョンのタイトル案

- A みんなでつむぐ ずっと暮らせる足立^{まち}
- B みんなで創ろう つながりの輪 支え合いの足立^{まち}
- C つむぐつながり、育む安心、笑顔の^{みらい}将来
- D ^{まち}足立ぐるみでつなぐ みんなの毎日 ずっとのくらし

足立区地域包括ケアシステム推進会議

平成30年度 第2回足立区地域包括ケアシステム推進会議

平成30年8月28日 午後2時00分～4時00分

足立区役所 8F 特別会議室

事務局

司 務

山中 副会長	高田委員	太田委員	久松委員	花田委員	小川委員	鶴沢委員	浅野委員	倉澤委員	伊藤委員	田島委員	大高委員	結城委員
諏訪 会長												
酒井 副会長	松井委員	村上委員	茂出木委員	中島委員	大竹委員	茂木委員	足立委員	秋生委員	中村委員	今井委員	服部委員	

スクリーン

入口

傍聴席

受付