

西東京市における地域包括ケアの取組

平成29年5月

西東京市健康福祉部高齢者支援課

1 西東京市の現状

(2) 西東京市の現状と将来像

10年後の2025年（平成37年）には、人口が減少する中、65歳以上の高齢者人口が増加し続け、西東京市の高齢化率は25.9%になると予想されています。

また、同じく2025年には、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になり、西東京市でも、これまでのような医療・福祉・介護の体制では高齢者をささえきれなくなることが想定されています。

	2014年	2025年	増加率
高齢者人口	45,140	51,129	13.3%
高齢化率	22.8%	25.9%	
うち後期高齢者人口	22,000	29,000	31.8%
単身高齢者世帯数	7,673	12,606	64.3%



1 西東京市の現状

(3) 「健康」応援都市 西東京市

もっと健康 もっと元気に！ ～あらゆる施策に「健康」の視点を

都市環境
住環境



地域経済
など



予防活動



西東京市健康都市宣言
皆さんの健康を支えるため、市は保健・医療・福祉・教育の連携を進めていきます

食・栄養 地元の野菜がある食生活を楽しみます	健康把握 自らの健康状態を知り、快適な生活を楽しみます	運動・スポーツ 運動やスポーツのある生活を楽しみます
こころ・休養 休養を上手にとり、心穏やかな生活を楽しみます		学び・創造 身近なところから学び、創造的な生活を楽しみます

豊かなみどりや安心して外出できる環境づくりに努めます

教育

『地方自治と子ども施策』
全国自治体シンポジウム 2015 西東京



2 西東京市の地域包括ケアシステム

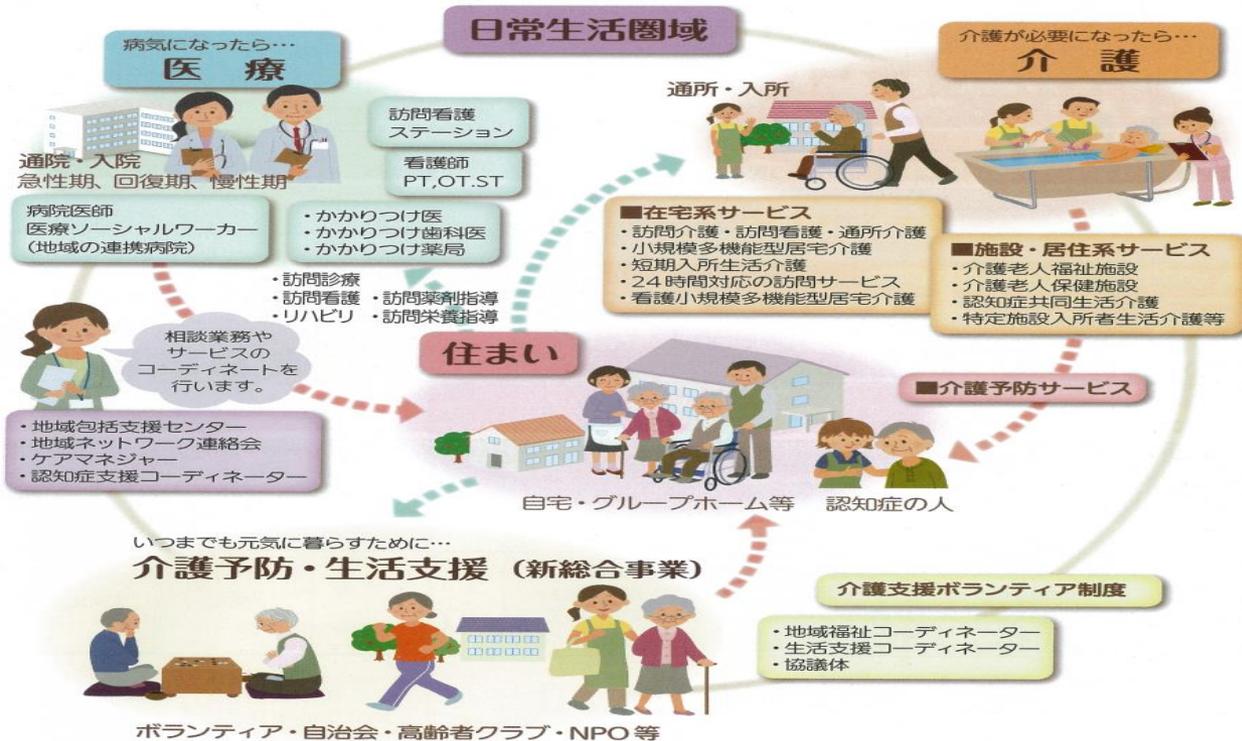
○高齢化が進むことで様々な課題が浮かび上がっているなか、高齢者のいる世帯では世帯単位で複数の課題を抱える状況が見られます。そのため、地域全体での一体的な支援（**地域ぐるみの支えあい**）を行うことの必要性が高まっています。そこで考えられたのが「**地域包括ケアシステム**」です。

○この仕組みが実現できれば、**住まい・医療・介護・予防・生活支援**といった多様な支援サービスのうち、**適切なものを日常の場で一体的に提供でき、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるようになります。**

○地域の状況や課題はそれぞれ異なるので、「**地域包括ケアシステム**」は保険者である市町村が地域の自主性や主体性に基づき、**地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

西東京市の地域包括ケアシステムのイメージ

健康長寿を目指し、自らの生活を持続できるよう、地域ぐるみで支え合うまち



2 西東京市の地域包括ケアシステム

「地域ぐるみの支えあい」における構成要素の関係性

- 「介護予防・生活支援」や「すまいとすまい方」が基本となり、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」がその機能を十分に発揮されます。
- また、これら**すべての要素がお互いに関係しながら、一体的な支援となることが重要**です。



図の出展：
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

①本人の選択と本人・家族の心構え

住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくためには、「本人の選択」が最も重視されるべきで、それに対して、本人・家族がどのような心構えを持つのが重要です。

②すまいとすまい方

老後を誰と、どこで、どのように暮らすのか・・・。「住まい」の選択肢として、一般住宅のほか、高齢者向け住宅や重度者向けの住まいなどがあります。

③介護予防・生活支援

新総合事業の実施に伴い、軽度者向けの予防活動は生活支援と一体的に、自助や互助などの取組みを通して、住民自身や専門職以外の者を含めた多様な主体が提供します。

④保健・福祉

健康意識の向上や健康管理の知識を住民に広めていくうえで、専門職による出前講座や相談窓口での対応は有効です。さらに、今後は単身高齢者や経済格差など、複雑な福祉的課題を抱える高齢者の増加が予測されることから、専門職によるソーシャルワークはこれまで以上に重要となります。

⑤医療と介護の連携（急性疾患対応・入退院支援・看取りなども含む）

介護職は生活状況を伝えることで、医療側はその情報をもとに病態の把握、今後の予測を介護職に返し、必要となる介護やリハ等の導入を行います。

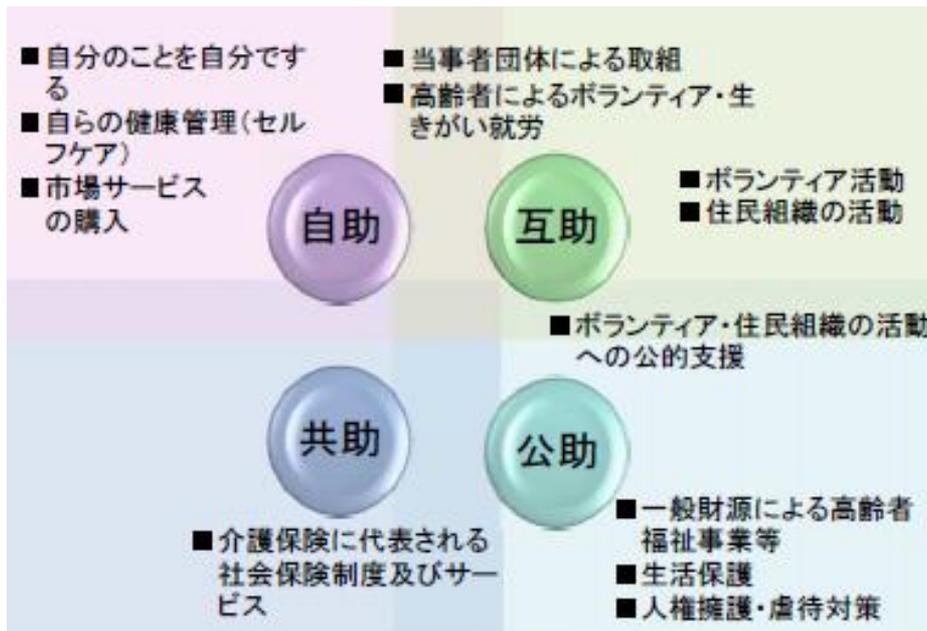
「地域ぐるみの支えあい」の実現

地域資源の量 + 地域資源の組み合わせのバランス + 多職種による連携の最適化

2 西東京市の地域包括ケアシステム

「地域ぐるみの支えあい」の担い手 = 地域のすべての人

複数の課題をもっている高齢者の生活を、介護保険や医療保険、地域支援事業などですべて支えるのは困難です。社会保障制度には狭間があり、さらに財源の問題もあります。今後は、地域での生活を続けるために自らの生活を自らで支える「自助」も重要となり、介護が必要な状態にならない努力も必要になります。また、高齢者自身による積極的な社会参加や支えあいの活動といった「互助」が大きな役割を担う可能性があります。



○自助＝自分で行う

健康管理のほか、家事代行などの民間サービスを自費購入することも含まれる

○互助＝助け合い

近隣住民同士の助け合いやボランティアなど

○共助＝社会保障

介護保険や医療保険といった被保険者から徴収した保険料により提供されるサービス

○公助＝市などによる施策

生活保護、障害者福祉、権利擁護などの税金で賄われるサービス

共助と公助で ⇒ 生活基盤を頑丈にする（安心・安全）

自助と互助で ⇒ 個人や地域のニーズに合わせられるきめ細やかな支援（自分らしさ・楽しみ）

2 西東京市の地域包括ケアシステム

「地域ぐるみの支えあい」における4層の圏域

西東京市全域

総合的な施策の企画・調整 ※全市的な相談・支援
地域密着型サービス事業者指定
ほっとするまちネットワークシステム総合推進会議

第1層：生活支援コーディネーターの
配置（1人）

日常生活圏域（4地区）

高齢者の日常生活圏域をサポートする圏域
※地域福祉コーディネーターの配置
ほっとするまちネットワークシステム地区推進会議
※ほっとネット推進員の育成、配置

第2層：生活支援コーディネーターの
配置（4人）

地域包括支援センター地区（8地区）

地域包括支援センターを中核とした市民活動等の範囲
※住民の地域福祉活動に関する情報交換・連携・専門職による
支援・活動計画

小域福祉圏（20地区）

小学校通学区域
※ふれあいのまちづくり活動

第3層：生活支援コーディネーターの
配置（随時配置）

近隣の住民同士が支え合える地域

※要援護者の発見、見守り、
災害時の支え合い

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(1) 医療・看護

ア. 在宅療養推進協議会

在宅療養について話し合う場の設置

イ. 在宅療養連携支援センター「にしのわ」

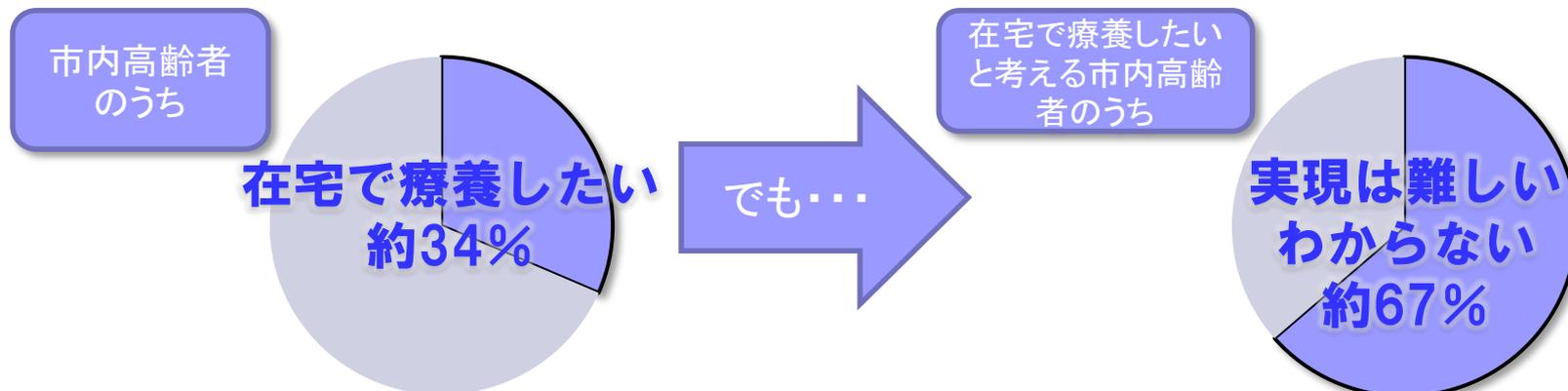
在宅療養にかかわる職種が一体となって支援するための窓口の設置

ウ. 在宅療養後方支援病床確保事業

在宅療養をするうえで、いざというときでも安心できるしくみづくり

在宅療養のニーズ

市の調査(※)では、65歳以上の市内高齢者(要支援・要介護認定者を除く)の約34%が長期療養の必要がある場合に、在宅(自宅、子ども・親族の家)で療養を続けたいと考えています。しかし、そのうち約67%は「家族に負担をかける」、「急に病状が変わったときの対応への不安」等により、実現は難しい、実現できるかわからないと考えています。



2 西東京市の地域包括ケアシステム

(1) 医療・看護

ア. 在宅療養推進協議会

市民のニーズを受け、安心して自宅で療養を続けられる地域の実現に向けた具体的な取り組みが重要となってきています。そこで、さまざまな西東京市の課題を検討し、解決の具体的な方向性などの話し合いをする組織が必要となります。

在宅療養について話し合う場として、「在宅療養推進協議会」を市が主体となって開催しています。この協議会の目的は、高齢者が安心して在宅療養を続けられるように、医療や介護等の各分野の専門職の連携を進めることであり、委員として、専門職はもちろんのこと、市民、行政も参加しています。

在宅療養推進協議会

(「地域ぐるみの支えあい」を推進するための場)

専門職

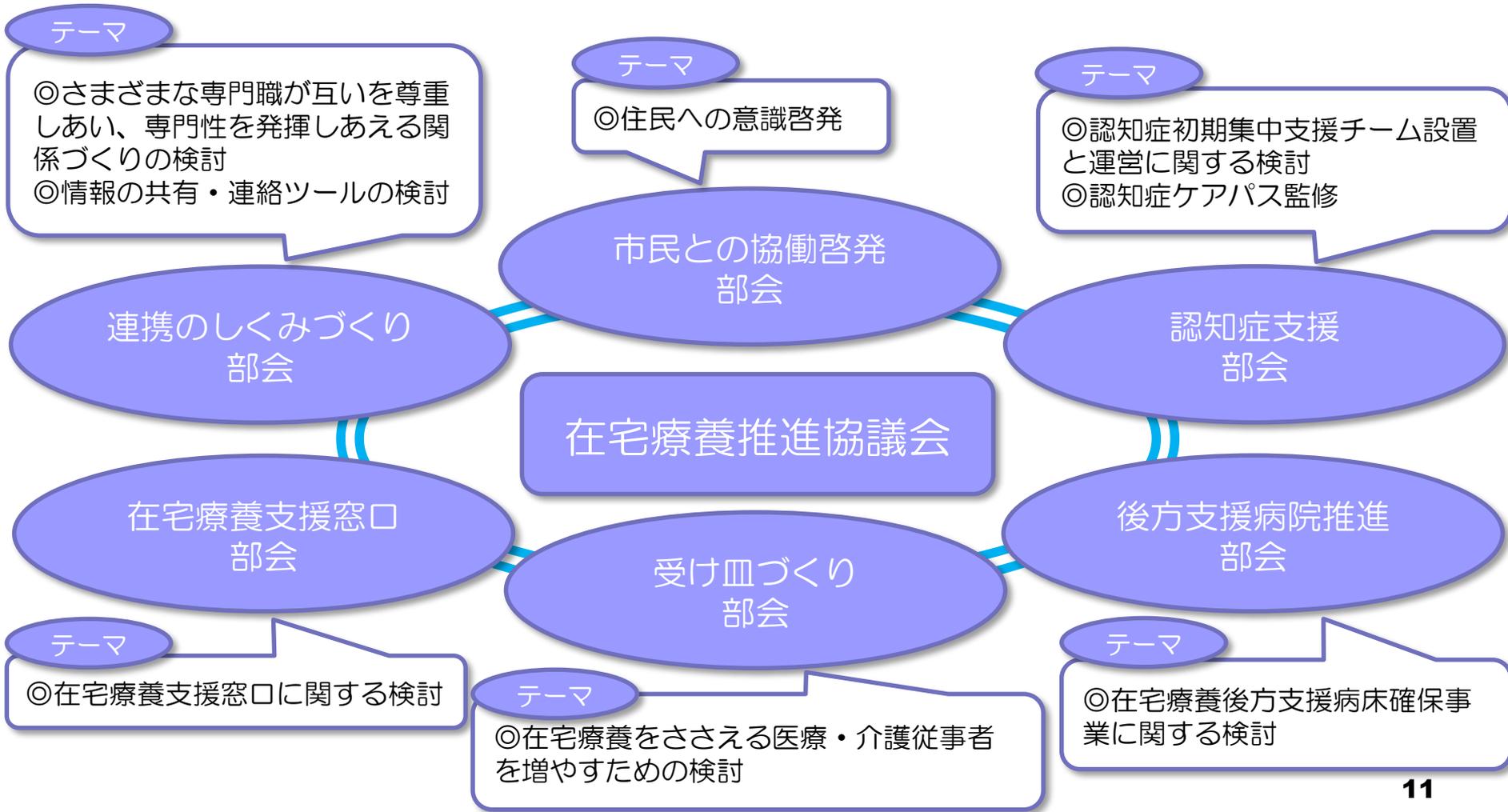
市民

行政



○在宅療養推進協議会部会の設置・運営

在宅療養推進協議会で検討する内容について、具体的な課題を詳細に調査・研究するため、6つの部会を設置しています。部会には在宅療養推進協議会の委員に加え、各分野の専門家等も参加しています。在宅療養推進協議会と6つの部会は、この図のように相互に連携して課題を検討しています。



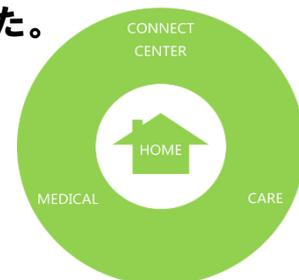
2 西東京市の地域包括ケアシステム

(1) 医療・看護

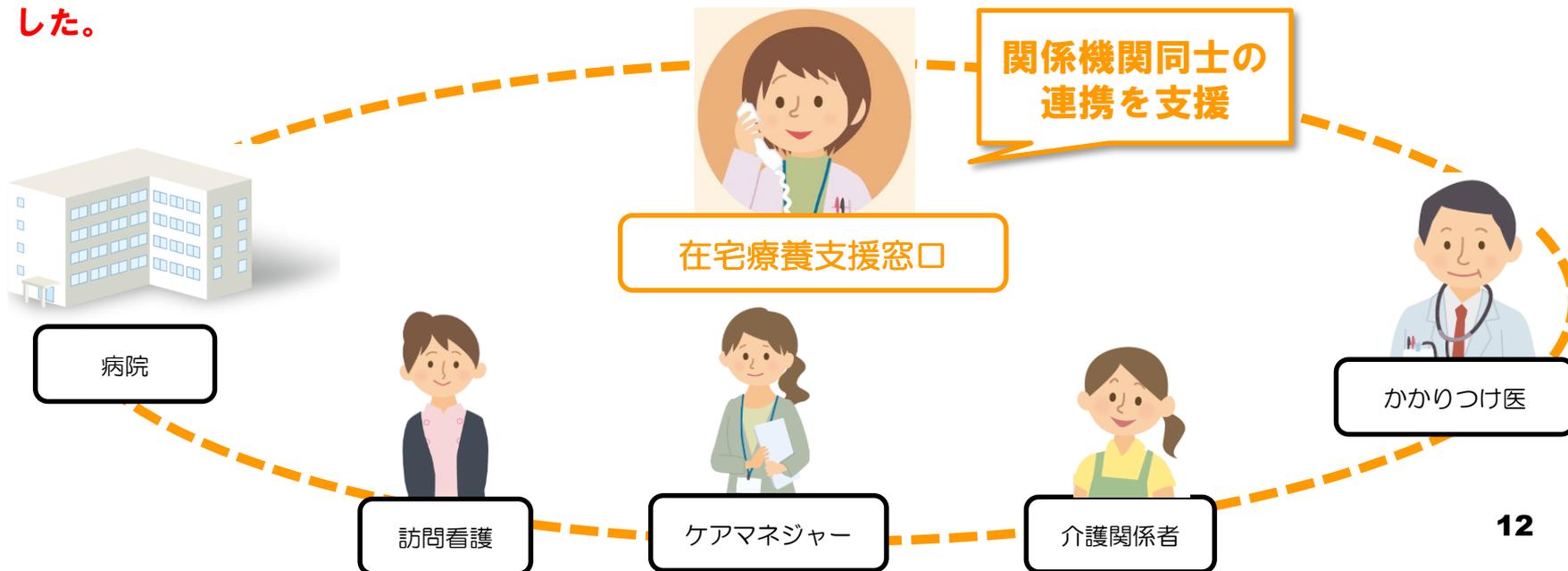
1. 在宅療養連携支援センター「にしのわ」

医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどで、職種同士の理解や情報の共有が十分でないなど、必ずしもスムーズに連携がとれていないという課題がありました。

【病 院】 病院の治療は退院後に活かされているのだろうか…
【ケアマネジャー】 医師に相談をしたいけど、忙しそうで言いにくいな…
【かかりつけ医】 普段の生活のようすがわからないな…



そこで、自宅で療養する方々の日々の暮らしを支える医療や介護の職種同士の連携を支援し、主に関係者からの相談を受け付ける在宅療養連携支援センター「にしのわ」を平成28年10月に設置しました。



2 西東京市の地域包括ケアシステム

(1) 医療・看護

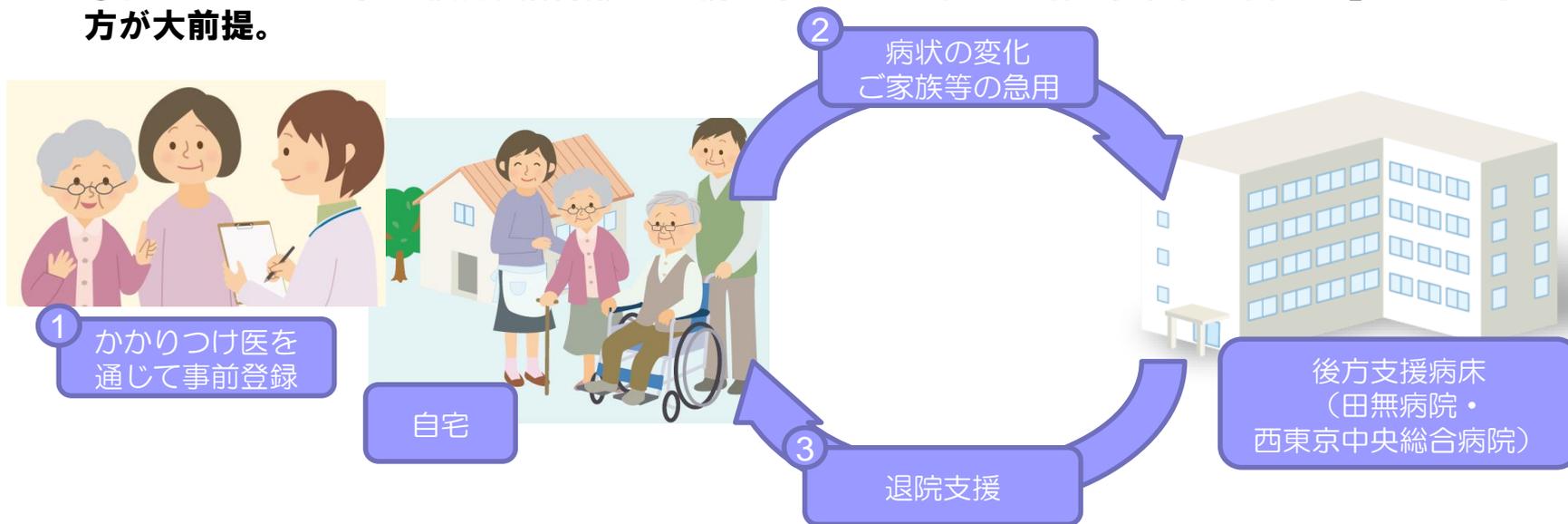
ウ. 在宅療養後方支援病床確保事業

在宅で療養をする際の大きな不安の一つが、ご自身の容体の急変や、療養支援をしているご家族の急な用事などの場合に、すぐにサポートを受けられるのか、という点です。

そこで、そのような場合に、かかりつけ医を通じて事前に登録しておけば、市内病院にあらかじめ確保してあるベッドに、2週間を限度に入院できる「在宅療養後方支援病床確保事業」を実施しています。

<事業の目的>

- ①在宅療養中で「医療的ケアが必要な患者」が、住み慣れた自宅で最後まで在宅生活を続けられるため。
- ②在宅かかりつけ医と後方支援病院の連携を中心に、「在宅生活を多職種で支える」という考え方が大前提。



<利用方法>

事業利用の際は、まず「かかりつけ医」と「患者」が、登録申請を行う

<登録方法>

・「かかりつけ医」⇒西東京市医師会事務局へ 登録申請

・「患者」⇒かかりつけ医を通じて、西東京市医師会事務局へ登録申請

<かかりつけ医および患者の登録条件>

★かかりつけ医・・・・西東京市医師会会員であること

★患者・・・・西東京市に住民票があること ・要介護1以上であること

・在宅療養の継続を希望していること ・延命治療に関する確認書に同意をすること

・月1回以上、かかりつけ医による訪問診療を受けていること

(ただし、訪問診療を受けていなくても、要介護4以上であれば対象とする)

<入院目的(在宅療養生活を支えるために)>

①病状増悪時の治療 ②病状再評価・家族支援 ③終末期の看取り(緩和ケア含む)

④医療器材の交換・調整 ⑤検査・画像診断 ⑥リハビリテーション・機能評価

<事業利用のルール>

①入院期間は、原則14日以内

②入院時に必要な検査一式は、その都度行う

③延命治療について、患者、家族、病院等、関係機関の多職種で共有する

④入院中の安全確保の方法については、患者及び家族と相談の上決定する

⑤患者情報は、かかりつけ医、病院等、関係機関の多職種で共有する

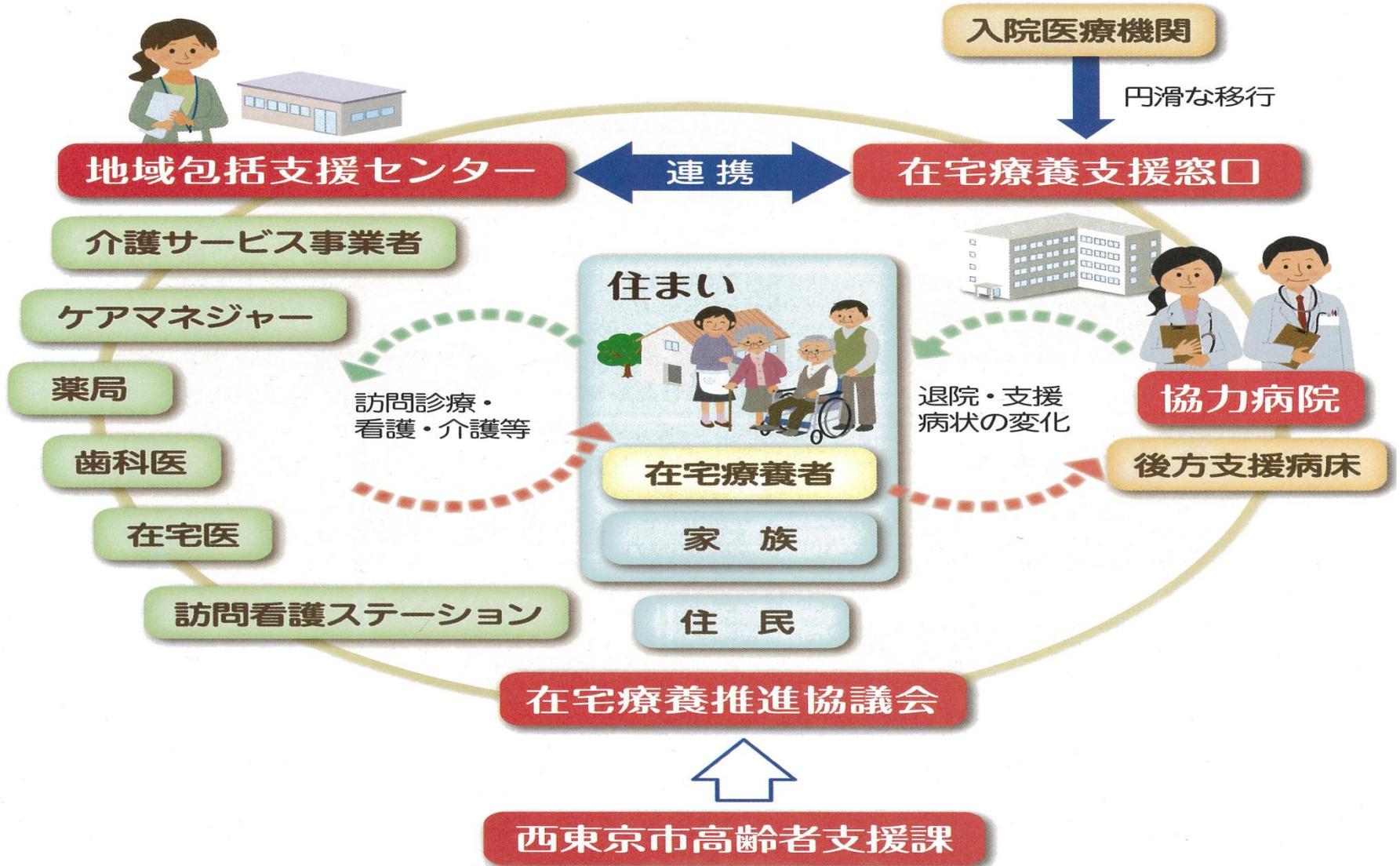
⑥入院期間終了後は、在宅療養に戻ることを原則とする

⑦入院の可否については、病院医師が決定する

⑧個室希望の場合は申し出る(差額料は病院ごとに異なる)

大部屋の空きがない際は、個室の利用をご案内する。なお、大部屋が空き次第部屋の移動を行う(差額料は徴収しない)

在宅療養の推進体制のイメージ



2 西東京市の地域包括ケアシステム (2) 介護・リハビリテーション

ア. 介護保険施設の整備状況

区分	H28年度	整備率		
		西東京市 (※)	北多摩北部	東京都
特別養護老人ホーム	9施設 628床	1.33%	1.76%	1.51%
介護老人保健施設	4施設 430床	0.91%	0.86%	0.69%

※65歳以上高齢者人口:47,185人(H29.1.1現在の住基台帳より)

イ. 地域密着型サービスの整備状況

区分	整備数
認知症対応型通所介護	7事業所
認知症対応型共同生活介護	12事業所
小規模多機能型居宅介護	3事業所
夜間対応型訪問介護	1事業所
地域密着型通所介護	34事業所

2 西東京市の地域包括ケアシステム (3) 保健・福祉

ア. 認知症サポーター養成講座

認知症になっても、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域の方が認知症について正しく理解し、本人や家族を温かく見守り、できる範囲で支援する「認知症サポーター」を養成します。市内の学校や自治会、町内会、事業所等への働きかけを進め、認知症サポーター養成講座の実施を多様な世代に広めます。

<平成27年度の実施状況>

- ・各地域包括支援センターが市民向けに年1回実施。また、出張講座として随時実施。
- ・平成28年度末時点でサポーター数15,297人。
- ・小学校8校、中学校2校に講座を実施。



○認知症サポーターへの支援

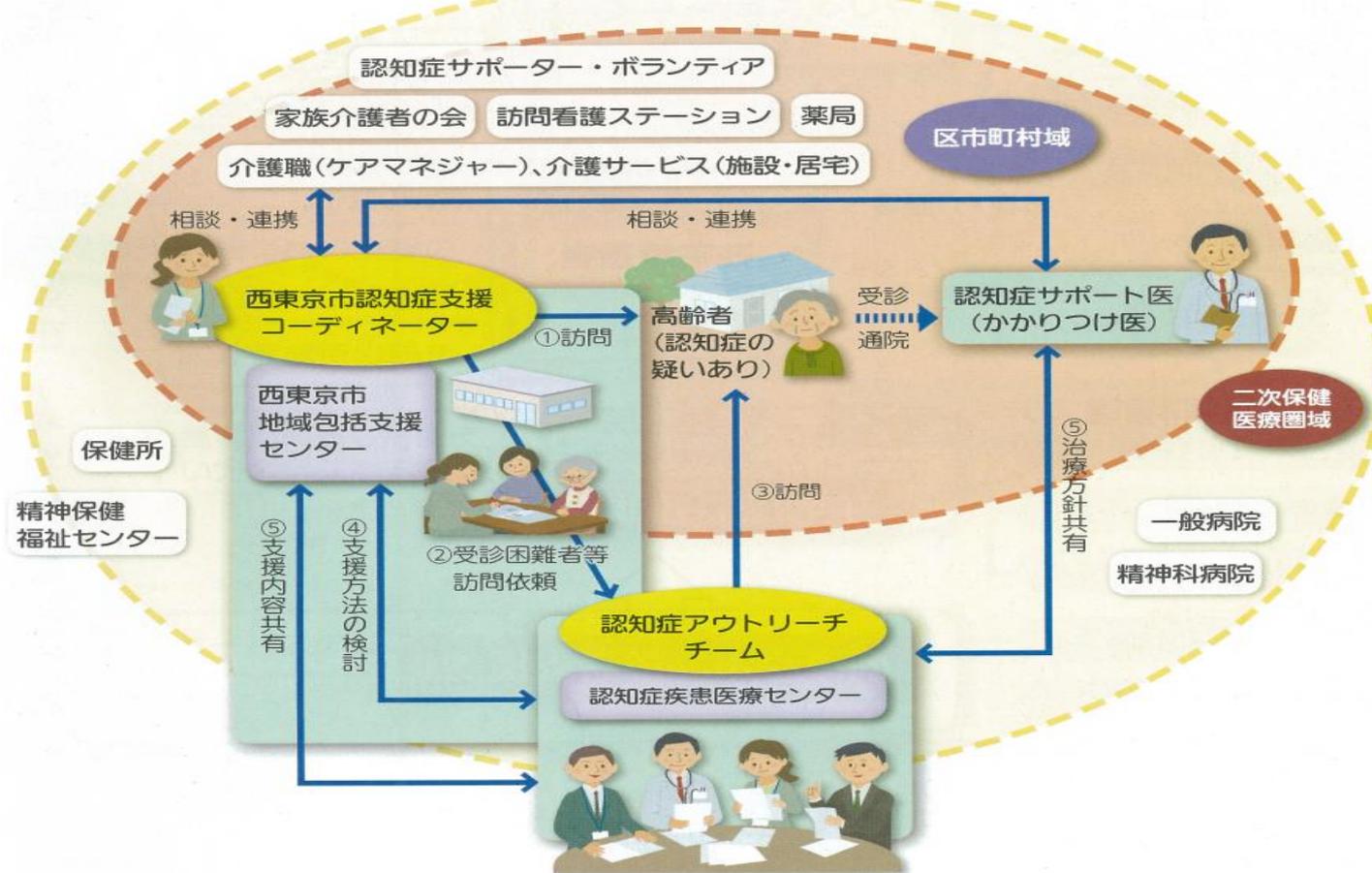
市が行う事業や地域の社会資源と連携して、認知症サポーターへの活動支援に取り組んでいます。認知症サポーター修了者が、ステップアップ講座を受講し、希望した者がボランティア登録者(平成28年度末:113人)として活躍をするボランティア活用の拡大を検討しています。

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(3) 保健・福祉

イ. 認知症支援コーディネーター

市に認知症支援コーディネーターを配置し、認知症の疑いのある方を把握、訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなぎます。この取組みでも解決できない場合には、北多摩北部圏域の認知症疾患医療センターに配置されている認知症アウトリーチチームと協働し、認知症の早期発見・早期診断に努めます。

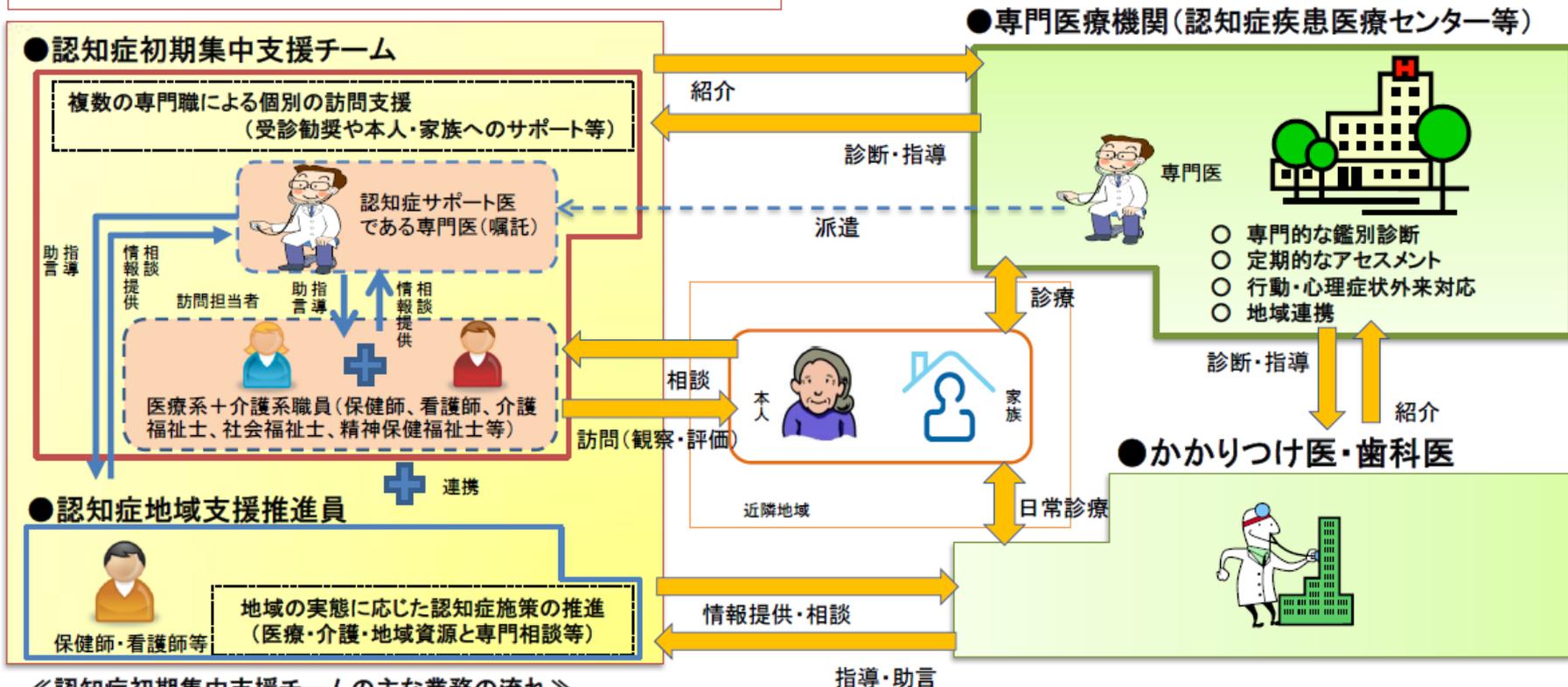


認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- 認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員** 一人認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

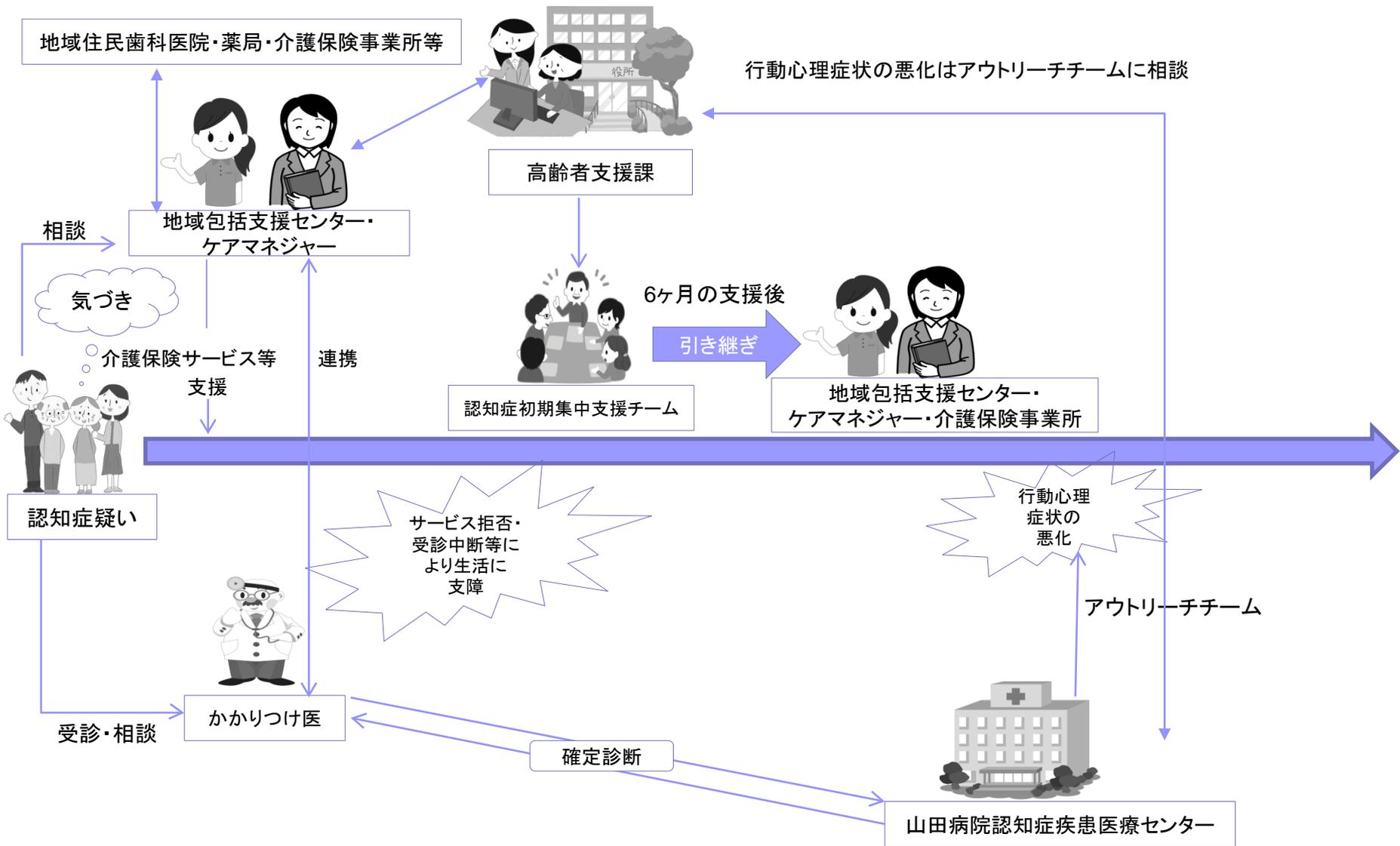
地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子)のチェック、④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

認知症初期集中支援チームと認知症アウトリーチチームの住み分けイメージ



2 西東京市の地域包括ケアシステム

(3) 保健・福祉

ウ. その他の認知症事業

◆認知症高齢者の家族に対する情報提供、交流支援

- ・介護者の会「西東京ゆとりの会」 毎月第2水曜日13:30～15:30
- ・介護家族者の集い(各地域包括支援センター主催)
介護者である家族が、日々の思いを吐き出せる場として、小規模少人数で実施
- ・若年性認知症家族会(平成25年度より)

◆徘徊模擬訓練

- ・地域で認知症に対する正しい理解と声掛けができる人を増やすことにより、認知症になっても安心して生活できるまち(安心して徘徊できるまち)を目指します。

年度	会場	参加者数
平成22年度	グループホームいずみ	80名
平成23年度	防災センター	63名
平成24年度	田無総合福祉センター	63名
平成25年度	東伏見小学校	78名
平成26年度	泉小学校	102名
平成27年度	保谷小学校、向台小学校	87名、96名
平成28年度	住吉小学校、柳沢小学校	92名、125名

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

ア. 介護予防・日常生活支援サービス事業(新総合事業)

[目的]

市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

[対象者]

要支援者及び事業対象者

[内容]

予防給付のうち、介護予防訪問介護、介護予防通所介護を移管した、予防訪問介護相当のサービス・予防通所介護相当のサービスのほかに市独自の緩和した基準によるサービスがあります。市独自の緩和した基準による訪問サービスでは西東京市の指定した研修の修了者である〔西東京市くらしヘルパー〕も従事することができます。また、西東京市では住民主体型のサービスや短期集中予防サービスがあります。

○訪問型サービスの概要

サービス類型	
現行の予防訪問介護相当のサービス	現行の介護予防訪問介護と同様の基準・内容で実施するサービス。市独自基準の訪問型サービスでは対応できない特別な事情（身体介護が必要等）がある場合に例外的に利用可能。
市独自基準の訪問型サービス ※登録事業者数：50 （平成29年5月1日現在）	現行の介護予防訪問介護の人員・設備・単価等の基準を一部緩和して実施するサービス。提供するサービスの内容は現行の介護予防訪問介護で提供している生活援助と同様のサービス（身体介護は行わない）。 西東京市くらしヘルパーも従事可能。
住民主体の訪問型サービス	住民主体のボランティアによる無料のサービス。市独自基準の訪問型サービスでは対応できない軽微なお手伝い（植木の水遣りやサロン活動への付き添い等）を行う。
短期集中予防サービス	閉じこもり等により通所型サービスの利用が難しい方等に対し、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等が訪問して相談・指導を行う（概ね3ヶ月程度で終了）。

○通所型サービスの概要

サービス類型	
現行の予防通所介護相当のサービス	現行の介護予防通所介護と同様の基準・内容で実施するサービス。看護職の見守りが必要な場合など、市独自基準の通所型サービスでは対応が難しい特別な事情がある場合に例外的に利用可能。
市独自基準の通所型サービス ※登録事業者数：63 （平成29年5月1日現在）	現行の介護予防通所介護の人員・設備・単価等の基準を一部緩和して実施するサービス。提供するサービスの内容は現行の介護予防通所介護と同様。基準をどのように緩和するかについては、各市町村が決める。
住民主体の通所型サービス （街中いこいなサロン）	住民主体のボランティアによる無料のサロン活動。利用者が行きたい時に自由に参加する通いの場。専門的なサービス等を提供する場ではないため、自分で通って参加できる方が対象となる。

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

イ. 一般介護予防事業の推進(新総合事業)

■介護予防運動プログラム

【28年度実績】

- ・栄養、口腔、運動など総合的なトレーニング 参加者47人
- ・高齢者向けのマシンを使うトレーニング 福祉センター等3箇所 参加者44人
- ・椅子や簡単な用具を使うトレーニング 参加者127人
- ・プールでのトレーニング 参加者38人

■認知機能向上プログラム

- ・運動と頭を使う行為を組み合わせることで認知機能の向上を図る 参加者38人
- ・植物に触れることで脳の活性化を図る 参加者11人

■閉じこもり予防

- ・はつらつサロン 福祉会館等4箇所 実施回数 171回 利用実人数19人

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

ウ. 老人福祉センター・福祉会館の整備

介護予防事業の拠点として整備し、市全域で介護予防に取り組みやすい環境を整えていきます。

■トレーニングマシン一般開放

- ・住吉老人福祉センター：平成20年開始、平成28年度利用延べ人数4,621人
 - ・下保谷福祉会館：平成22年開始、平成28年度利用延べ人数1,854人
 - ・老人福祉センター：平成26年開始、平成28年度年利用延べ人数1,545人
 - ・新町福祉会館：平成28年開始、平成28年度利用延べ人数1,875人
- の市内4ヶ所にて、週1回から3回実施

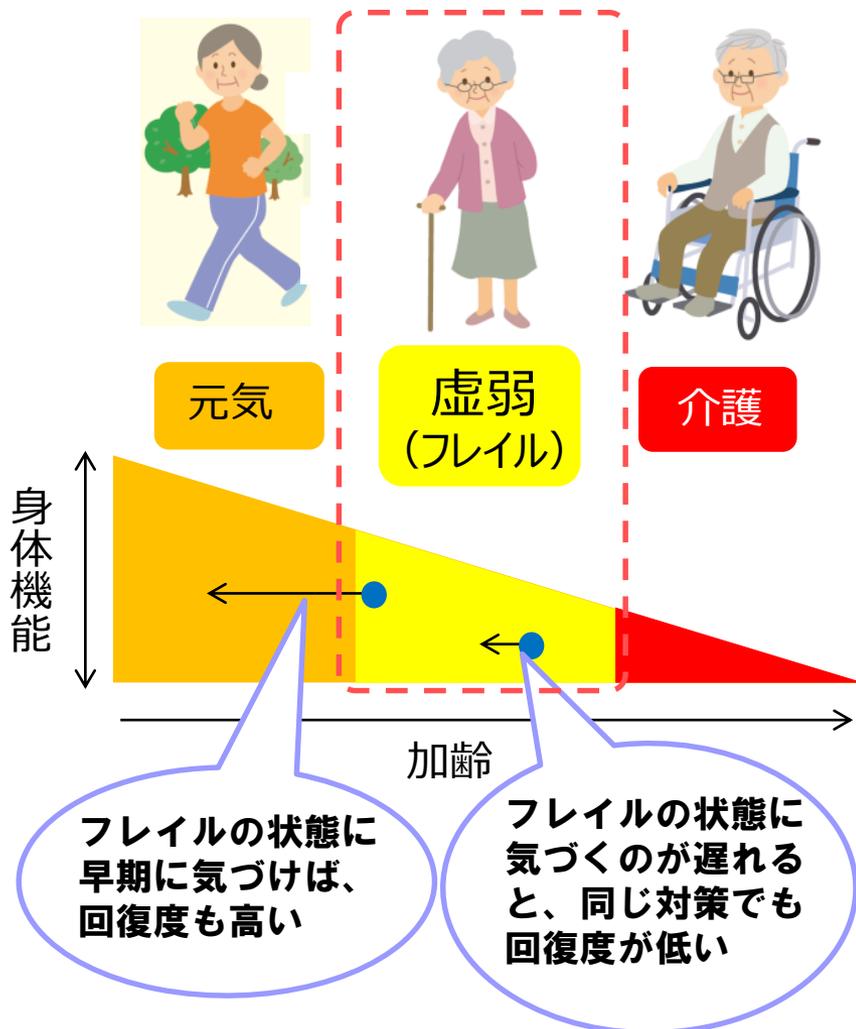
■健康体操の実施(平成28年度実績)

施設名	住吉老人福祉センター	下保谷福祉会館	新町福祉会館	富士町福祉会館	ひばりが丘福祉会館	老人福祉センター
実施回数	264	231	219	232	225	198
参加延べ人数	9,472	7,981	5,543	7,446	5,856	4,158

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

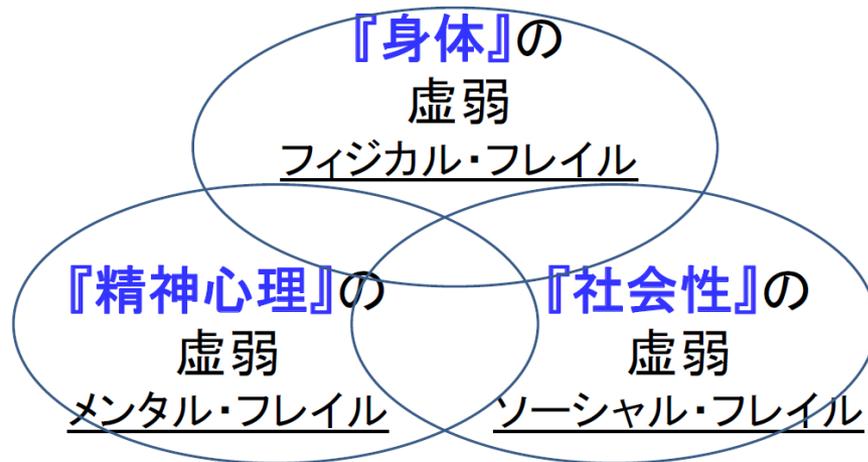
エ. フレイル予防事業の推進



虚弱（フレイル）とは、元気な状態と介護が必要な状態の中間地点の、年を重ねて心身の活力が低下した状態のことであり、より早期に発見できれば、回復度も高くなります。

また、フレイルの状態とは、これまでの介護予防等で盛んに取り組まれてきた「身体機能の虚弱」を意味する「フィジカル・フレイル」だけではありません。

認知症などにつながりかねない「精神・心理のフレイル」である「メンタル・フレイル」、人や社会との関わりが低下した状態である「社会性の虚弱」を意味し、「ソーシャル・フレイル」の3つがお互いに重なり合うものとされています。



フレイル予防事業が西東京市の以下の課題の解決策となります。
市内の高齢者ができるだけ長く元気に過ごすために、東京大学高齢社会総合研究機構と協力して、平成29年度から東京都内で初めてのフレイル予防事業に取り組む予定です。

課題①：
介護予防事業に継続性
が無く、効果検証が
困難



解決策①：
介護予防事業に継続性
を持たせ効果検証が可
能となる

フレイルの状態を定期的（半年程度）にチェックし、半年ごとにフレイルの状態が数値化されます。これによって、このフレイルチェックの受講者自身の気づきと共に、チェックとチェックの間の活動（既存の介護予防講座等）への参加をうながすことによって、それぞれの取り組みの効果検証が可能となり、継続性を持たせることができます。

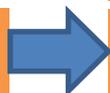
課題②：
仲間づくり、地域づく
りが困難



解決策②：
参加者を仲間づくり、
地域づくりの核として
活用できる

フレイル市民サポーターは、特に男性高齢者の参加者が多く、今まで地域へ出ることが少なかったですが、意欲のある男性高齢者を獲得できます。このため、地域づくりへの核となる人材を呼び込むことができます。また、フレイルチェックへ参加した市民に対しては、社会参加の一環としてサークル、高齢者クラブ、ミニデイ等を紹介することで、仲間づくり、地域づくりを促進し、孤立する高齢者を減らすことにもつながります。

課題③：
介護給付費が増大傾向



解決策③：
将来的な介護給付費を
減らすことが可能

フレイルの段階で予防することで、高齢者が介護状態になるまでの期間を延伸することができます。これによって、将来的な介護給付費の伸びを抑制する効果が期待できます。

西東京市版地域包括ケアシステムの土台づくり
（地域づくり、仲間づくり）として、明確に
位置付け、推進することが重要

○市民啓発のためフレイル予防講演会を開催！！

フレイル予防の市民および関係者への周知・啓発のため、フレイル予防講演会を平成29年1月14日（土）に西東京市民会館で開催しました。講師として、飯島勝矢教授をお招きし、フレイル予防の重要性などについて講演いただきました。

また、講演会の後半では、すでにフレイルチェックに取り組んでいる、神奈川県茅ヶ崎市のフレイルサポーターも参加し、フレイルチェックの簡単な実践方法なども紹介しました。

終了後のアンケートの御意見

- ☆非常に具体的なお話でわかりやすく、フレイルにならないぞ！！という気持ちになれた
- ☆フレイルチェックも、楽しそうでぜひやってみたいと思った
- ☆自分を知ることがまず大事、気付くことで変わる、自分自身で考える

指輪つかテストを説明する飯島教授と茅ヶ崎市フレイルサポーター



フレイルサポーター養成研修の様子（平成29年4月20日、21日）

2 西東京市の地域包括ケアシステム (4) 介護予防・生活支援

オ. 生活支援コーディネーター

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者等も増加する中、高齢者が地域で生きがいを持ちながら生活を継続するためには、医療や介護のみならず、多様な介護予防や生活支援サービスの提供が必要となります。そのため、介護予防や生活支援サービスを担う社会福祉法人、NPO、民間企業、ボランティアなどの事業主体と連携しながら、多様な支援体制を構築していく「生活支援コーディネーター」を配置しています。

生活支援コーディネーターの役割

- ①生活支援の担い手の養成
- ②サービスの開発
- ③関係者のネットワーク化
- ④ニーズとサービスのマッチング

■配置状況

層	配置数
第1層生活支援コーディネーター	1人
第2層生活支援コーディネーター	4人
第3層生活支援コーディネーター	0人

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

カ. 介護支援ボランティアポイント制度(平成28年4月1日から)

■目的

高齢者の方が、介護支援ボランティアを通じて、地域貢献することを奨励、支援し、高齢者自身の社会参加を通じた介護予防を推進し、生き生きとした地域社会を作ること。

■介護支援ボランティアとは

市内在住の60歳以上の方で、説明会等を受講し、「介護支援ボランティア」に登録した方で、指定のボランティア活動を行うとポイントが付与され、ポイント数に応じて換金することができます。

■活動メニュー:次の4つの活動をポイント付与の対象とします。

①住民主体の訪問サービス活動(介護予防・日常生活支援総合事業)

ちょっとした困りごと(例:電球の交換や窓拭き等)を、地域で支援するしくみです。

②ささえあい訪問協力員活動

事前に利用申請のあった高齢者に対し、月1回定期的な訪問、2週間に1回外からの見守りを行います。

③認知症サポーター・ボランティア活動

「認知症サポーター養成講座」を受講後の方が、「ステップアップ研修」を受講、登録し、主に認知症に関するイベントや行事、研修等の手伝いなどを行います。(認知症サポーター養成講座、脳いきいきウォーキング)

④はつらつサロン・ボランティア活動

外出の機会が少なく、閉じこもりがちな生活となり、心身の機能低下が心配される方を対象に、介護予防のためのプログラムを提供する「はつらつサロン」の補助活動です。

■ポイントの付与数等

1ポイント=100円(月5ポイント上限)、年間500円(5ポイント)を下限とし、年間6,000円(60ポイント)を上限として換金します。上記①③④は、1時間以内1ポイント、1時間以上2ポイントです。②は、利用者1名に付与、月1ポイントの付与です。

■介護支援ボランティア登録者数 平成28年度末現在 300人

平成28年度年間付与ポイント人数 延べ216人 年間付与総ポイント数 2,724ポイント

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

キ. 街中いきいーなサロン

目的:これまでのデイサービスのような専門的な支援を行うサービスだけでなく、地域の方々が主体となって実施している、高齢者の方が気軽に参加して地域の住民と繋がることのできる居場所・サロン等を市内に整備していきます。

対象活動:決まった場所(室内)で定期的を開催していて、誰でも(高齢者に限らず)気軽に参加できるサロン等の活動

- 開催時間が1時間30分以上の団体
- 原則月1回以上開催している団体
- 活動実績が概ね6ヶ月以上ある団体
- 1回15分程度の介護予防体操を実施(必須ではない)

補助金について

- 介護予防体操を実施する場合:1回目5,000円、2回目以降2,500円
- 介護予防体操を実施しない場合:2,000円

登録団体数

- 18団体(平成29年4月1日現在)

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(4) 介護予防・生活支援

ク. 孤立化防止と支え合う地域社会の形成

◆地域交流の場づくりの推進

- ・いきいきミニデイなどのより多くの地域住民が集い、交流できるように支援
- ・地域包括支援センターを中核とした「地域ネットワーク連絡会」などを活用し、地域の課題の発見や地域活動の組織化、地域福祉コーディネーターとの連携の強化等、さまざまな支え合い活動につながっていくことを支援
- ・地域ネットワーク連絡会は、圏域毎に年4回、地域包括支援センター毎に課題の洗い出し、関係機関と解決に向けた取組

◆高齢者配食サービス事業

【目的】

- ・孤独感の解消・健康の保持・安否の確認

【対象者】

- ・65歳以上で独居
- ・65歳以上のみの世帯(日中独居舎)

【内容】

- ・昼食(月曜から土曜)・週6回を限度

【自己負担】

- ・1食 411円

◆ささえあいネットワーク事業

【目的】

- ・一人暮らし高齢者等が地域の中で支え合いながら、安心して生活していけるように、具合が悪くなった時などの早期発見
- ・連絡・緊急対応ができるように地域見守りネットワークを構築する。

【対象者】

- ・概ね65歳以上の高齢者

【取組内容】(平成28年3月末現在)

- ・ささえあい協力員(1,208人)
- ・ささえあい協力団体(188団体)
日頃の生活や業務の中で可能な範囲の見守り
- ・ささえあい訪問協力員(315人)
定期的な訪問
外からの見守り(週1回)
玄関までの訪問(月1回)
- ・利用者数(111人)

◆ほっとするまちネットワークシステムの推進

- ・地域福祉コーディネーターは地域福祉推進員の協力のもとに地域の福祉課題解決
- ・平成25年7月から1圏域に1人ずつ、4人の配置とし拡充

2 西東京市の地域包括ケアシステム

(5) すまいとすまい方

ア. 住居系

名称	概要	生活支援サービス	介護保険サービス	市内の整備状況
サービス付き高齢者向け住宅	安否確認や生活相談等、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の民間賃貸住宅	あり	外部のサービスを利用、又は特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く）の場合はスタッフにより提供	9施設344戸 (H27.5現在)
シルバーピア	緊急時対応等のサービスがある、バリアフリー構造の公的賃貸住宅（一部低所得者向け住宅あり）	なし	外部サービスを利用	8施設133戸

2 西東京市の地域包括ケアシステム (5) すまいとすまい方

イ. 施設系

名称	概要	生活支援サービス	介護保険サービス	市内の整備状況	前払金	月額費用(目安)	待機者数
特別養護老人ホーム	原則、要介護3以上が対象の介護保険施設。生活支援・介護サービスが提供される。	あり	施設スタッフによりサービス提供	9施設 660床	不要	約5万円 ～15万円	約1,200名 (実人数)
介護老人保健施設	要介護1以上が対象の介護保険施設。病院と住宅の中間施設的位置付け。介護、看護、リハビリが受けられる。			4施設 430床		約6万円 ～16万円	約90名 (施設計)
介護付有料老人ホーム	介護保険法に基づき特定施設入居者生活介護の指定を受けた有料老人ホーム			12施設 定員693名	施設によっては必要となる場合あり	(保険外費用) 約15万円 ～45万円	—
認知症高齢者グループホーム	要支援2以上の認知症の方が対象。9人1単位で家庭的な共同生活を送る住まい。			12施設 定員188名		約12万円 ～18万円	約60名 (施設計)