

平成 22 年 3 月 17 日
福祉部高齢社会対策課

第3期（平成18～20年度）練馬区介護保険事業計画の総括

いわゆる団塊の世代が65歳となる平成26年度を目指して、「第3期（平成18～20年度）練馬区介護保険事業計画（以下、「第3期計画」という。）」策定時に、平成26年度に向けての最初の3年間として位置付け、下記1～3に掲げる課題を、重点的に取り組むべき項目として定めた。

第4期計画の策定にあたっては、第3期計画の重点課題の取り組み内容を踏まえ、計画に反映させた。

【重点課題1】 区民が安心して居宅での生活が継続できる仕組みを推進し、
地域包括ケアシステムを構築する。

- 取組1 地域包括支援センターの運営 (1ページ)
- 取組2 地域における支え合いの推進 (3ページ)
- 取組3 地域支え合いネットワークの構築 (4ページ)

【重点課題2】 予防重視型システムを構築する。

- 取組1 特定高齢者の把握 (5ページ)
- 取組2 介護予防事業の推進 (6ページ)

【重点課題3】 認知症高齢者のケアシステムを構築する。

- 取組1 認知症総合相談窓口の整備と情報の共有化 (8ページ)
- 取組2 支援体制の充実 (9ページ)

【重点課題 1】 区民が安心して居宅での生活が継続できる仕組みを推進し、地域包括ケアシステムを構築する。

■取組 1 地域包括支援センターの運営

(1) 取組目標および内容

4か所の総合福祉事務所の中に地域包括支援センターを設置する。

- ① 地域包括支援センターは 1)総合相談支援、2)権利擁護、3)介護予防ケアマネジメント、4)包括的・継続的マネジメントの4つの機能を持たせ、相談支援の仕組みをつくる。
- ② 地域包括支援センターは、地域の在宅介護支援センター※との連携を強化し運営する。
- ③ 介護サービスの質の向上を図るため、介護保険事業者向けの研修を継続して実施する。
- ④ 在宅介護支援センターごとに開催する「ミニ地域ケア会議」を継続し、地域の事業者との連携を図り質の向上を目指す。

【用語解説】

※ 「在宅介護支援センター」

社会福祉士、介護福祉士、看護師など介護の専門職員が、介護や介護予防に関する相談に応じるほか、区の高齢者サービスや介護保険の要介護認定の申請を受ける窓口をいう。

練馬区では、平成 19 年度から設置された地域包括支援センター支所の運営について、在宅介護支援センターに委託しているため併設となっている。

(2) 事業実績

① 地域包括支援センターの整備

20 年度 末 目 標		20 年度 末 実 績	
地域包括支援センター本所	4 か所	地域包括支援センター本所	4 か所
		地域包括支援センター支所	19 か所

② 地域包括支援センターの人材育成、質の向上

20年度末目標	20年度末実績
地域包括支援センター支所職員研修 2回	地域包括支援センター支所職員研修 2回
ミニ地域ケア会議 76回	ミニ地域ケア会議 延べ77回

③ 地域包括支援センター運営協議会の開催

地域包括支援センター運営協議会は、地域包括支援センターの適切、公正かつ中立な運営を確保するために設置している区長の附属機関で、公募区民、医療・福祉関係者、学識経験者により構成される。平成18年度の介護保険制度の改正により新設された。

20年度末目標	20年度末実績
18年度設置	運営協議会開催 7回

(3) 評価

- ① 第4期計画期間当初に地域包括支援センター支所を増設するため、担当地域の再検討などの準備を重点的に行った。
- ② 高齢者の総合相談窓口として質の向上は図れているものの、地域包括支援センターの認知度はいまだに低い状況にある。そこで、わかりやすく親しまれる呼称を選定するため、地域包括支援センター運営協議会等で積極的に検討を行った。

(4) 第4期計画に反映した取組内容

- ① 地域包括支援センターによる支援

日常生活圏ごとに支所を適切に配置し、本所との連携体制による区民の支援を行う。
- ② 地域包括支援センター運営協議会の運営

地域包括支援センター本所および支所の一体的な運営の推進および高齢者の総合相談窓口としてセンターの運営は、住民の意見をうかがいながら進める。
- ③ 地域包括支援センターの呼称

高齢者が気軽に相談ができ、適切な支援につなげるようにわかりやすい呼称を選定した。呼称は「高齢者相談センター」とし、かっこ書きで全国統一名称の「（地域包括支援センター）」を付けた。

- ④ 地域包括支援センターの増設
支所を19か所から22か所へ増設する。

■取組2 地域における支え合いの推進

(1) 取組目標および内容

住み慣れた地域で安全・安心に暮らし続けられるよう、地域における支え合いを推進する。

(2) 事業実績

- ① 地域包括支援センターの整備（1ページ(2)-①参照）に同じ

(3) 評価

■取組1に同じ（2ページ参照）

(4) 第4期計画に反映した取組内容

地域包括支援センターを中心とした総合相談・地域包括ケア体制の構築
地域包括支援センター本所・支所を核として、地域の人々と連携し、見守りや支え合い等のネットワーク化を図る。

- ① 地域包括支援センターの増設（3ページ(4)-④参照）に同じ

■取組3 地域支え合いネットワークの構築

(1) 取組目標および内容

在宅介護支援センターを核とした高齢者の見守りネットワークを充実させる。

(2) 事業実績

20年度末目標	20年度末実績
在宅介護支援センターを核とした高齢者の見守りネットワークを充実、支え合いサークルの助成・育成支援の検討・実施	① 地域支え合いネットワークの構築 ミニ地域ケア会議 延べ 77回 よりあいひろば 延べ408回 ② 見守り訪問事業の利用者 利用者 373人(延利用者数634人) 見守り訪問員 182人

(3) 評価

- ① 在宅介護支援センターが中心となり、各地域の実情に応じたネットワークの構築を図った。
- ② 見守り訪問事業については、在宅介護支援センターが地域のボランティア(見守り訪問員)のコーディネートを行う基盤づくりに重点を置いた。見守り訪問員から在宅介護支援センターへの報告により利用者に速やかに必要なサービスが導入でき、大きな成果となった。年間利用者数は634人にわたるが、介護保険サービスの利用等により利用終了するケースも多く、ケアマネジャー等関係機関との「見守りネットワーク」の充実が課題である。

(4) 第4期計画に反映した取組内容

① 地域支え合いネットワークの構築

在宅介護支援センターの機能を強化し、在宅介護支援センターを核として地域のボランティアを主体とした高齢者の見守りネットワークを充実させる。

【重点課題 2】 予防重視型システムを構築する。

■取組 1 特定高齢者の把握

(1) 取組目標および内容

特定高齢者^{※1}を把握するため、「生活機能評価健康診査」^{※2}を実施する。

(2) 事業実績

特定高齢者把握事業

20年度末目標		20年度末実績	
対象者	110,000人	対象者	108,017人
受診者	66,000人	受診者	54,570人
受診率(受診者/対象者)	60.00%	受診率(受診者/対象者)	50.52%

(3) 評価

平成 18・19 年度では高齢者基本健康診査（老人保健法）で一本化されていた特定高齢者把握方法について、20 年度から生活機能評価健康診査（介護保険法）になり、健康診査の受診方法は多様になった。このため、目標に比べて受診率が低くなった。

(4) 第 4 期計画に反映した取組内容

① 特定高齢者の把握

要支援・要介護状態になることを予防するため、特定高齢者の実態を把握して必要なサービスを提供することが重要となる。このため、実態把握の方策の精度を高めながら、特定高齢者の的確な把握に努めていく。

【用語解説】

※1 「特定高齢者」

65 歳以上の方を対象とする「生活機能評価健康診査」の結果、要支援・要介護になるおそれがあると判定された方をいう。

※2 「生活機能評価健康診査」

要介護認定を受けていない 65 歳以上の区民を対象にした日常生活に必要な心身機能をチェックする健康診査をいう。

■取組2 介護予防事業の推進

(1) 取組目標および内容

介護予防事業は、特定高齢者を対象に筋力向上トレーニング、栄養、口腔機能に関する教室等を実施する。

介護予防の重要性や有効性等が区民に十分理解されていない状況を踏まえ、特定高齢者として判定された高齢者が、必要な介護予防事業へ円滑に参加できる体制づくりを目指す。

(2) 事業実績

① 高齢者筋力向上トレーニング

20年度末目標		20年度末実績	
年500回開催		平成20年度開催	3,500回
年間延べ参加人数	500人	参加者	133人

② 転倒・骨折予防事業

20年度末目標		20年度末実績	
年384回開催		平成20年度開催	144回
年間延べ参加人数	384人	参加者	64人

③ 栄養改善事業

20年度末目標		20年度末実績	
年300回開催		平成20年度開催	40回
年間延べ参加人数	300人	参加者	22人

④ 口腔機能向上事業

20年度末目標		20年度末実績	
年150回開催		平成20年度開催	36回(6教室×6回)
年間延べ参加人数	150人	参加者	72人

⑤ 特定高齢者施策評価事業

20年度末目標		20年度末実績	
実施回数	年15回	平成20年度実施	2回

(3) 評価

生活機能評価で特定高齢者と判定された高齢者が、介護予防事業に参加した割合が低い。(8,007人中 267人。参加率 3.33%)

平成 19 年 12 月に実施した「練馬区高齢者基礎調査」では、介護予防事業に参加しない理由として、「利用するほど(体が)悪いと思わない。」、「これらのサービス(介護予防事業)を知らなかった。」との回答が多く、介護予防の必要性や事業の実施について、区民に十分知られていないことがわかった。

(4) 第4期計画に反映した取組内容

① 介護予防事業の充実

- (ア) 閉じこもり等で通所型介護予防事業に参加できない特定高齢者に対する訪問型介護予防事業を新たに取り組む。
- (イ) 参加者が増加している事業については、回数を増加する。
- (ウ) 通信型介護予防事業を取り入れる等、新しい教室のあり方を検討する。
- (エ) 介護予防事業の効果については事前および事後に評価を行い、その結果を以後の事業展開に活かす。

② 介護予防普及・啓発の充実

区民が早い時期から意識して総合的に介護予防に取り組めるよう、介護予防の普及・啓発を充実する。

【重点課題3】 認知症高齢者のケアシステムを構築する。

■取組1 認知症総合相談窓口の整備と情報の共有化

(1) 取組目標および内容

- ① 保健相談所において、精神科医による高齢者の認知症相談を実施する。
- ② 地域包括支援センターにおいて、認知症高齢者の相談、ケアマネジメントを行う。
- ③ 保健相談所と地域包括支援センターとの連携を図る。

(2) 事業実績

認知症に関する相談窓口の整備

20年度末目標	20年度末実績
①保健相談所 精神科医による認知症相談 年間延べ 72人	①保健相談所 精神科医による認知症相談 平成20年度 延べ 65人
②地域包括支援センター 電話・面接・訪問による随時相談 年間延べ 850人	②地域包括支援センター 電話・面接・訪問による随時相談 平成20年度 延べ 854人

(3) 評価

認知症の専門医相談は、医療相談のみでは終わらず、介護保険の認定申請や生活相談等、総合的で迅速な支援体制が必要になることが多いため、保健相談所での相談は対応が遅くなるおそれがある。

(4) 第4期計画に反映した取組内容

認知症についての相談体制確立のため、地域包括支援センターを中心とした相談体制づくりを進める。

また、早期発見・早期診断と治療のため、区民にとって身近なかかりつけ医で診断・治療が受けられるよう、地域における認知症の医療体制を構築する。

■取組2 支援体制の充実

(1) 取組内容および内容

- ① 認知症高齢者の家族会の情報交換のために開く家族会を育成、支援した。
- ② 認知症予防に向けた地域づくりを進めていくため、「認知症予防推進員」を区民から募り養成した。

(2) 事業実績

① 認知症高齢者の家族会

20年度末目標	20年度末実績
保健相談所 4か所 参加者延べ 550人	平成20年度末時点 保健相談所 2か所 参加者延べ (24回開催) 550人

② 認知症予防推進員の育成

20年度末目標	20年度末実績
(ア) 認知症予防推進員 400人	(ア) 認知症予防推進員 (修了者) 447人
(イ) // 養成講座 年1回	(イ) // 養成講座(5日制) 平成20年度開催 1回
(ウ) // フォローアップ講座 年12回	// フォローアップ講座 平成20年度開催 13回 (ミニ講座講師認定コース・ウォーキングイベントコース・ミニ講座講師更新コース・連絡会)

③ 地域型認知症予防プログラム

20年度末目標	20年度末実績
ファシリテーター 50人 予防プログラムサポーター 50人	ファシリテーター育成支援 平成20年度 21人 ※ 当初はスタッフとしてプログラムの進行役としてのファシリテーターの配置とパソコンなどの技術面を支援するサポーターの配置を予定していたが、修了後の自主化を促すためにサポーターを配置しない方法を選択した。 また、ファシリテーターは適性が重要な要素であるため、少数精鋭として、質の向上を図った。

(3) 評価

① 認知症高齢者の家族会

第3期計画期間当初、家族会の育成・支援は、保健相談所4か所で支援を行っていたが、その後2か所に減少した。

区内の認知症高齢者が増加する中、身近な地域で参加できる家族会が少ないため、既存の家族会の支援および新規家族会の立上げ支援が必要である。

② 認知症予防推進員の養成

認知症予防推進員の育成は、平成17年度から4か年で400人を育成する計画で養成講座を実施した。平成20年度、事業終了時には、修了者数447人となり、目標達成となった。

しかし、推進員が区の事業に参画するための「ミニ講座講師認定コース」など修了者を対象としたフォローアップ講座への参加率は、目標の80%弱であった。

より多くの推進員が参加しやすいフォローアップ講座の企画検討や推進員との協働による地域での活動支援が今後の検討課題となった。

③ 地域型認知症予防プログラム

平成18年度は標準型(18日制)をモデル地区で4グループ実施し、19年度は区全域に拡充するため、4地区16グループ実施した。20年度は4地区12グループに加え、さらに、短期型(5日制)を4グループ実施した。

ほとんどのグループが終了後も自主化して、活動を継続している。

今後は多くの高齢者が参加できるよう、高齢者のニーズを踏まえ、実施方法や自主化後の支援を検討する。

(4) 第4期計画に反映した取組内容

① 支援体制の充実

(ア) 家族・介護者同士の交流促進と介護者の負担軽減のために介護者の会の育成・支援の充実を図る。

(イ) 地域包括支援センターの事業者支援機能を強化する。

(ウ) 地域での認知症の理解を広め、認知症の人や家族を見守る「認知症サポーター」を養成する。

② 認知症地域資源ネットワークモデル事業の成果の反映

平成19・20年度の2か年にわたり、区内にモデル地区を設定し、「東京都認知症地域資源ネットワークモデル事業」に取り組んだ。

平成21年度以降は、モデル事業の成果を踏まえ、認知症高齢者支援ネットワーク事業の実施について、区内全域で検討する。