

第4章 第7期計画の基本理念と目標

1. 第7期の課題
2. 基本理念
3. 基本目標
4. 基本目標の実現に向けた重点プラン
5. 施策の体系

1. 第7期の課題

(1) 介護保険制度改正への対応

今回の介護保険制度改正では、第6期に引き続いて、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を基本的な考えとしています。その中で、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組が掲げられており、実績評価によって保険者には財政的インセンティブが付与されることとなります。

また、地域共生社会の実現に向けた取組として、「我が事・丸ごと」の地域づくり・包括的な支援体制の整備があげられています。

これは、高齢、障害、児童等の個別分野ごとの支援では対応しきれないケースや制度の狭間にあるケースを確実に支援につなげ、あるいは、生活支援や就労支援を一体的に行うことにより、支援を要する方が地域を支える側にもなりうるような仕組みを作るなど、包括的な支援体制を整備することを意味するものであります。このような取組は、課題の早期発見と複合的な課題への対応力を強化するとともに、新しい社会資源の創出にも結び付いていくものと考えられます。

これらの法改正の趣旨に沿った施策を展開することができるよう、地域活動団体や医療関係団体、市民等と連携して、分野を超えて地域生活課題について総合的に取り組んでいく必要があります。

◆地域共生社会の実現に向けた「我が事・丸ごと」とは・・・

「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として主体的に取り組んでいただく仕組みを作っていくとともに、市町村においては、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域づくりの取組の支援と、公的な福祉サービスへのつなぎを含めた「丸ごと」の総合支援体制整備を進めていく取組のことです。

(2) 本格的な高齢化社会への対応

これまで、人口は、増加あるいは、ほぼ横ばいで推移していましたが、平成 27 年度から減少傾向に転じ、計画期間中の平成 30 年～平成 32 年にかけては、人口減少とともに、高齢者人口の増加になると予想されています。全国の傾向に比べて高齢化率は低いものの、高齢化社会に向けた本格的な対応が求められます。

また、高齢者人口も増加していますが、認定率が増加傾向にあるため、認定者が顕著に増加していくことが予想されます。そのため、認定率の低下、重症化を予防するための取組が極めて重要になります。実績値としては、要介護 1 の割合が増加しているため、要支援 1・2 から要介護 1 への移行者を減少させるべく、健康づくり・介護予防への取組が重要となります。

(3) 居宅サービスの充実と社会参加の促進

要介護・要支援認定者は、ひとり暮らしが約 2 割と一般高齢者より多くみられます。また、生きがい（喜びや楽しみ）については、要介護・要支援認定者では、家庭内での事柄が多くなっていることから、外出する機会の増加や社会参加を促す取組が重要になると考えられます。

特に、ひとり暮らしでは、情報が届きにくいことも考えられるため、自治会や地域の協力を得ることも重要で、互助による取組を支援していくことが必要です。

介護が必要になっても自宅での生活を希望する人は、要介護・要支援者で 7 割以上となっています。一般高齢者では自宅で生活を希望する人は 5 割を下回っており、施設の入所等が検討されています。実態として、要介護状態になった場合は自宅での生活を希望されていることから、居宅サービスのさらなる充実が求められます。

(4) 介護者の支援の強化

介護者の不安としては、認知症への対応が多く、認知症の人が増えることが予想されていますので、今後の課題と言えます。その他、介護者の不安としては、食事、家事、移動時の支援、入浴が 1 割以上になっていることから、毎日の身近な生活支援への対応も重要になります。

働いている介護者で仕事を続けていくのは難しいとの回答が 14.7%となっている

ことから、介護離職ゼロに向けて、企業等への勤務環境の改善を呼びかけていくことも課題です。仕事と介護の両立に効果がある支援策として、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」「介護をしている従業員への経済的な支援」「制度を利用しやすい職場づくり」が2割以上となっており、時間のやりくりなど、介護に配慮した勤務体制が望まれています。

（5）介護予防の促進

健康づくり・介護予防には、がん検診も重要な役割を担うと考えられますが、受診率が横ばいで受診率の向上が課題となっています。介護予防教室などで幅広く参加者を募り、がん検診の重要性等を啓発していくことも重要になります。基本チェックリストだけでなく、様々な機会をとらえた介護予防の告知・広報活動が課題となります。

（6）医療と介護の連携

在宅医療と介護の連携では、相互連携による研修会等や会議の場での議論の難しさが指摘されています。地域包括ケアシステムの構築のためには、これらの課題を解決すべく、会議等の場を構築することが重要です。その場が、医療・介護関係者にとって有意義なものとなるよう、会議の位置づけ、役割等を明確にし、「負担」ではなく「有益」なものとして機能するようにしていくことが必要です。

また、認知症の施策についても、高齢化に伴う急激な社会環境の変化に対応すべく、体制の整備が必要であります。

2. 基本理念

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）の東大和市が目指すべき高齢化社会を念頭に、計画の基本理念を引き続き次のとおり定めます。

『**支え合う地域の中で 高齢者の意思が尊重され
健康で生きがいを持って 暮らせるまち 東大和**』

高齢者が、住み慣れた地域で支え合いながら、尊厳を保ち、健康でいきいきと安心して、自分らしく生活できる東大和市を目指します。

3. 基本目標

国が掲げる「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。

第7期の基本目標は、計画の基本理念を実現するため、地域共生社会の実現と地域包括ケアシステムの強化につながるよう、次のとおり定めます。

『**地域共生社会につなげる
地域包括ケアシステムの推進**』

〈重点プラン〉

- (1) 在宅医療・介護連携の推進
- (2) 認知症施策の推進
- (3) 介護予防の推進
- (4) 高齢者ほっと支援センターの機能強化

4. 基本目標の実現に向けた重点プラン

(1) 在宅医療・介護連携の推進

地域包括ケアシステムを稼働させるためには、医療関係者と介護関係者の連携が重要課題の1つとなります。

在宅医療・介護連携については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題がありました。医療・介護の連携は、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、平成30年4月より全国的に取り組むこととなっています。

在宅医療・介護連携推進事業は、以下の8つの取組で構成されます。

① 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療・介護関係者が、紹介先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにするため、地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに市が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用します。

② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行います。課題及び対応策についての検討の結果、それぞれの事項についてさらなる検討が必要とされた場合は、ワーキンググループ等を設置し、対応案等について検討していきます。

③ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行います。検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努めます。

④医療・介護関係者の情報共有の支援

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に
応じて、速やかな情報共有が行われることを目的に、情報共有ツールを整備する
など、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援します。関係する医療機関等
や介護事業所で実際に従事する地域の医療・介護関係者は、職員の交代が頻繁に
ありえることから、情報共有ツール等の情報共有支援に関して、定期的な周知や
事業所内での利活用を勧めていきます。

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介
護関係者、高齢者ほっと支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事
項の相談の受付を行います。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者
と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の
医療機関等・介護事業者相互の紹介を行います。さらに、相談対応の窓口やその
役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等
の支援内容を広く、関係者等に周知していきます。

⑥医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク
等の研修を行います。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研
修会、介護関係者に医療に関する研修会を行います。

⑦地域住民への普及啓発

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係者の連携だけでな
く、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったと
きに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要です。また、地域
住民が終末期ケアのあり方や在宅での看取りについて理解することも、適切な在
宅療養を継続するために重要であることから、在宅医療や介護に関する講演会の
開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理
解を促進します。

⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

医療圏域を同一とする自治体の関係部局、医師会等の医療関係団体及び介護の関係団体、医療・介護関係者、東京都の関係部局等が参画する会議を通じて、広域連携が必要となる事項について検討していきます。

(2) 認知症施策の推進

認知症施策については、平成29年5月に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において、新オレンジプランの基本的な考え方を法律上にも位置づけ、以下のような内容を介護保険法に規定しています。

- ① 認知症への理解を深めるための知識の普及や啓発
- ② 認知症の人の介護者への支援の推進
- ③ 認知症及びその家族の意向の尊重の配慮

このほか、特に医療との連携の観点からの関係団体との調整などについて、都道府県が市町村に適切に支援できるよう、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等の認知症施策の推進に関する取組や権利擁護の取組に関する都道府県の市町村への支援を努力義務として規定されています。

認知症の人が住み慣れた地域での生活を続けるため、周囲の方々の認知症に対する正しい理解と温かい対応が望まれます。認知症高齢者等を取り巻く全ての人が理解を深め、認知症の人の尊厳が保たれる地域づくりを目指します。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7つの柱

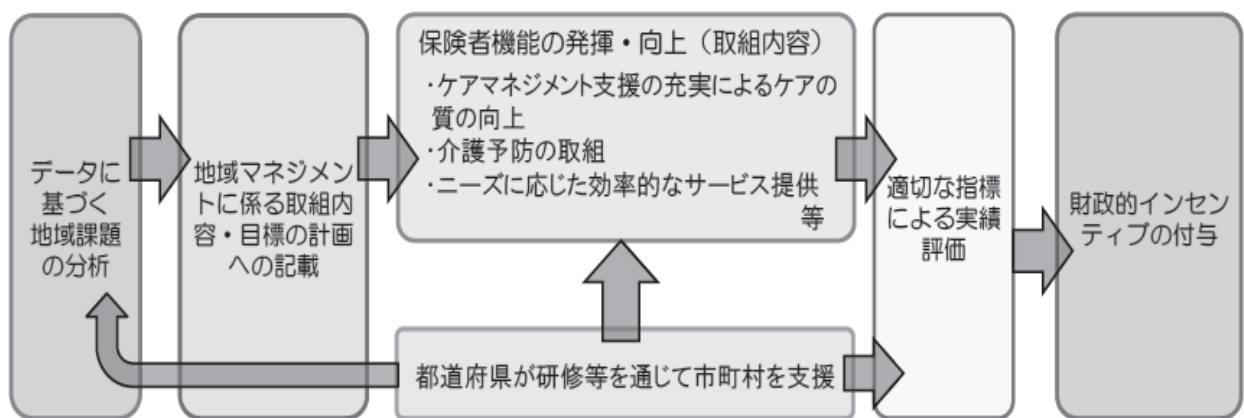
- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

(3) 介護予防の推進

高齢者が要介護・要支援状態になることの予防から、要介護・要支援認定者の重度化防止までの介護予防を切れ目なく推進していきます。

高齢者の自立支援や重度化防止の取組を推進するためには、※PDCAサイクルを活用して保険者機能を強化していくことが重要であり、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）において、以下の仕組みが創設されます。

- ①介護保険事業（支援）計画の策定にあたり、国から提供されたデータの分析の実施
- ②介護保険事業（支援）計画に自立支援・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ③都道府県による市町村支援の規定の整備
- ④介護保険事業（支援）計画に位置づけられた目標の達成状況についての評価、公表及び報告
- ⑤財政的インセンティブの付与の規定の整備



※【PDCAサイクル】Plan→Do→Check→Actionを繰り返すことによって、継続的な業務改善活動を推進するマネジメント手法。（P. 107・108参照）

市では、自立支援・重度化防止に向けた取組の目標として、以下の目標を設定し、目標の達成に向けて取り組んでいきます。

<自立支援・重度化防止の目標> ※本来は「生き生き」、「生き活き」は生活、活躍・活動の造語

**高齢者が地域でいつまでも生き活きと
自分らしく輝き続けるための重度化防止意識の向上**

《自立支援・重度化防止の取組》

高齢者の地域における自立した日常生活の支援や要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減や重度化防止の取組を推進します。

地域における支え合いの重要性を周知するための勉強会の開催や地域課題の把握のための地域ケア会議の開催、介護予防を目的とした「東大和元気ゆうゆう体操」をはじめ「ふれあいなごやかサロン」等の住民主体の「通いの場」の創出に努めます。

また、各種健(検)診の受診率の向上や心の健康相談等により、健康づくりと介護予防の普及・啓発に努めます。

(4) 高齢者ほっと支援センターの機能強化

高齢者ほっと支援センター(地域包括支援センター)は、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身の健康と生活の安定のために必要な援助を行い、保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援することを目的としています。

国では、全国統一の評価指標を策定し、全国の市町村及び地域包括支援センターを比較評価することで、個々の地域包括支援センターの業務の状況や量等の程度を市町村が把握し、これを地域包括支援センター運営協議会等により、評価・点検できる仕組みの構築を予定しています。

また、高齢や障害などの複合化したニーズへの対応を強化する観点から、地域共生社会の実現に向けて、これまでの高齢者や障害者等の「縦割り」の福祉サービスを「丸ごと」に転換し、高齢者、障害者、子どもなど、全ての人々が様々な困難を抱える場合であっても、適切な支援を受けることができるような包括的な支援体制を整備することが必要です。

高齢者ほっと支援センターでは、これまで総合相談支援業務として、各種相談・支援を行っていますが、障害者等を含めた全ての人々を対象とする地域共生社会の実現に向け、身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う包括的な支援体制づくりが求められています。

市では、障害者や子どもを担当する部局等と連携し、地域における包括的な支援体制を検討するとともに、地域での高齢者ほっと支援センターの位置づけや役割を明確化し、高齢者ほっと支援センターが関係部局との連携を円滑に行うことができるよう、取り組んでいきます。

5. 施策の体系

【基本理念】

支え合う地域の中で 高齢者の意思が尊重され
健康で生きがいを持って 暮らせるまち 東大和

1. 地域包括ケアシステムの実現

(1) 推進体制の確立（強化）

(2) 在宅医療と介護の連携の推進

(3) 認知症施策の推進

(4) 地域ケア会議の推進

(5) 生活支援体制整備の推進

2. 包括的な相談・支援体制の充実

(1) 高齢者ほっと支援センターの機能強化

(2) 支え合う仕組みづくりの推進

(3) 介護者への支援

3. 健康づくり・介護予防の推進

(1) 健康づくりの推進

(2) 社会参加・生きがいづくりの推進

(3) 介護予防・重度化防止の推進

4. 介護保険サービスの充実・強化

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

(2) 居宅・地域密着・施設サービスの充実

(3) サービスの質の確保・向上

5. 住まい・日常生活支援の充実

(1) 安心できる住まいの確保

(2) 生活支援の充実

(3) 権利擁護の充実

(4) 災害・交通安全・防犯体制の充実