

第3章 基本理念・基本目標

1 基本理念

市民一人ひとりが生活の豊かさとともに幸せを実感できるまちである『健幸都市』を目指すと同時に、

- ◆ 市民が**自助**努力していく観点から「**生きがい**」
- ◆ 市民・地域が**共助**する社会の構築に向け「**ふれあい**」
- ◆ 行政が**公助**のシステムを責任を持って構築する「**安心**」

これらの「生きがい」「ふれあい」「安心」をキーワードとし、プライバシーや個人の尊厳が保たれ、健康で、生きがいを持って住み慣れた地域で安心して暮らし、さらに、自らの能力や経験を活かし、地域や近隣とのふれあいを深められるような活力ある地域社会の実現を目指します。そして、一人ひとりが適切な支援を受け、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」が一体的に提供され、地域住民主体の見守り・健康づくり・生活支援といった支え合い活動を専門職、社協、市等の関係者が連携し、一緒に取り組む『安城市版地域包括ケアシステム』を推進していきます。

こうした考え方を踏まえ、この計画の基本理念を次のように掲げます。

《基本理念》

健康で
生きがい・ふれあい・安心を
育むまち

2 基本目標

(1) 介護予防・生活支援施策の推進

高齢者等が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、介護予防・日常生活支援、総合的な相談支援、医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備など、介護保険法に基づいた地域支援事業の推進に取り組みます。

- 1-1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- 1-2 認知症施策の推進
- 1-3 家族介護者に対する支援
- 1-4 医療と介護連携の推進
- 1-5 安心と自立を目指した日常生活への支援
- 1-6 権利擁護等

(2) 地域における支え合いと社会参加の推進

高齢者が生涯にわたって社会を構成する重要な一員として尊重され、長寿を喜びの中で迎え、安心して暮らすことのできる社会をつくるため、余暇・支え合い・就労等を通じて社会的活動に参加する機会を確保するとともに、生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができるよう、保健、医療、福祉、住環境、交通等の分野において、総合的に事業を展開します。

- 2-1 住民主体の地域福祉活動の支援
- 2-2 健康づくりの推進
- 2-3 生きがいづくりの支援
- 2-4 在宅生活の支援
- 2-5 住環境の整備
- 2-6 安全対策の推進

(3) 介護保険サービスの安定と充実

介護が必要な状態となっても、可能な限り住み慣れた地域や自宅でその人らしい生活を送ることができるように、中学校区で設定した8つの日常生活圏域を考慮したうえで、介護保険サービス基盤の整備を進めます。要介護認定者の増加に伴うサービス需要の伸びに対応できるよう、サービスの種類と量を確保していくとともに、サービスの質の向上や一人ひとりの状況に応じたサービスの提供体制を充実させていきます。

また、介護保険制度の持続可能性の確保の観点から、介護給付等費用適正化事業や、介護人材の確保・離職防止に取り組みます。

3-1 介護人材の確保・離職防止

3-2 的確で質の高いサービスの提供

3-3 介護保険事業の円滑な運営

これらのあらゆる施策・個別事業を実施するうえでは、3密の回避、こまめな手洗い・手指消毒、換気の実施など、「新しい生活様式」を踏まえた感染症対策を講じていきます。

また、高齢者と関係性の深い機関、団体に対しては、感染症等の発生時に速やかに情報共有・協力要請をする必要があることから、日常的な業務・活動を行う中で関係性の強化を図ります。

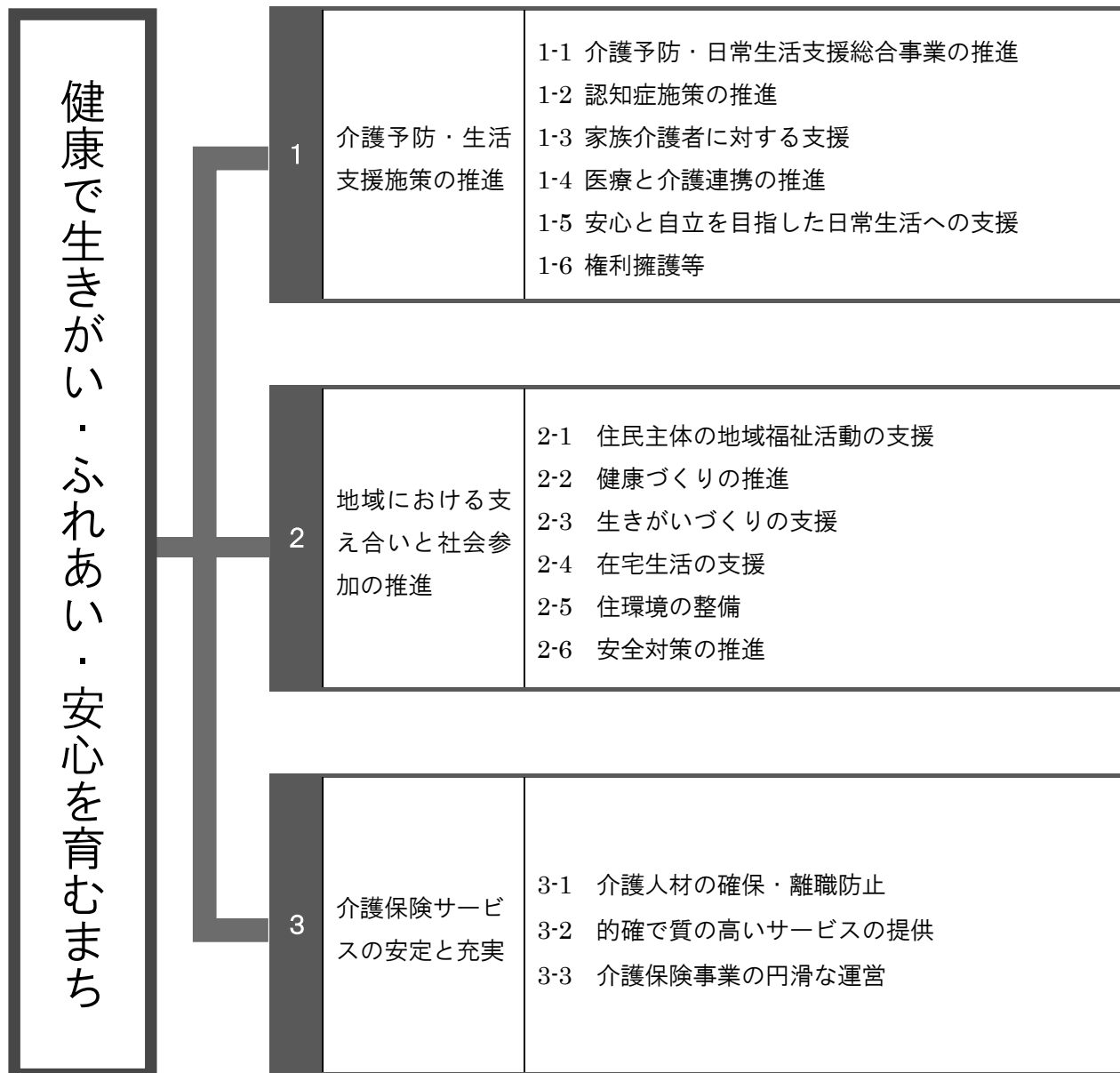


3 計画の体系

【 基本理念 】

【 基本目標 】

【 施 策 】



4 重点項目

高齢化が進み、急速に高齢者が増加する中、高齢者が「健康で生きがい・ふれあい・安心を育むまち」を実感できるような活力ある地域社会を実現する必要があります。そのため、重点的に取り組む4つの重点項目を定め、事業を推進していきます。

1 安城市版地域包括ケアシステムの推進

【主な施策】

- 1-5 安心と自立を目指した日常生活への支援
- 2-1 住民主体の地域福祉活動の支援

2 多様な介護予防・日常生活支援の推進

【主な施策】

- 1-1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- 1-5 安心と自立を目指した日常生活への支援

3 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

【主な施策】

- 1-4 医療と介護連携の推進

4 認知症高齢者等に対する支援

【主な施策】

- 1-1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- 1-2 認知症施策の推進
- 1-6 権利擁護等
- 2-1 住民主体の地域福祉活動の支援

重点項目 1 安城市版地域包括ケアシステムの推進

多くの高齢者が、住み慣れた地域で家族や近隣の人たちと生活を送っていきたく望んでいます。そのために、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」が切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を深化・推進するとともに、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制である地域共生社会の実現を目指しています。

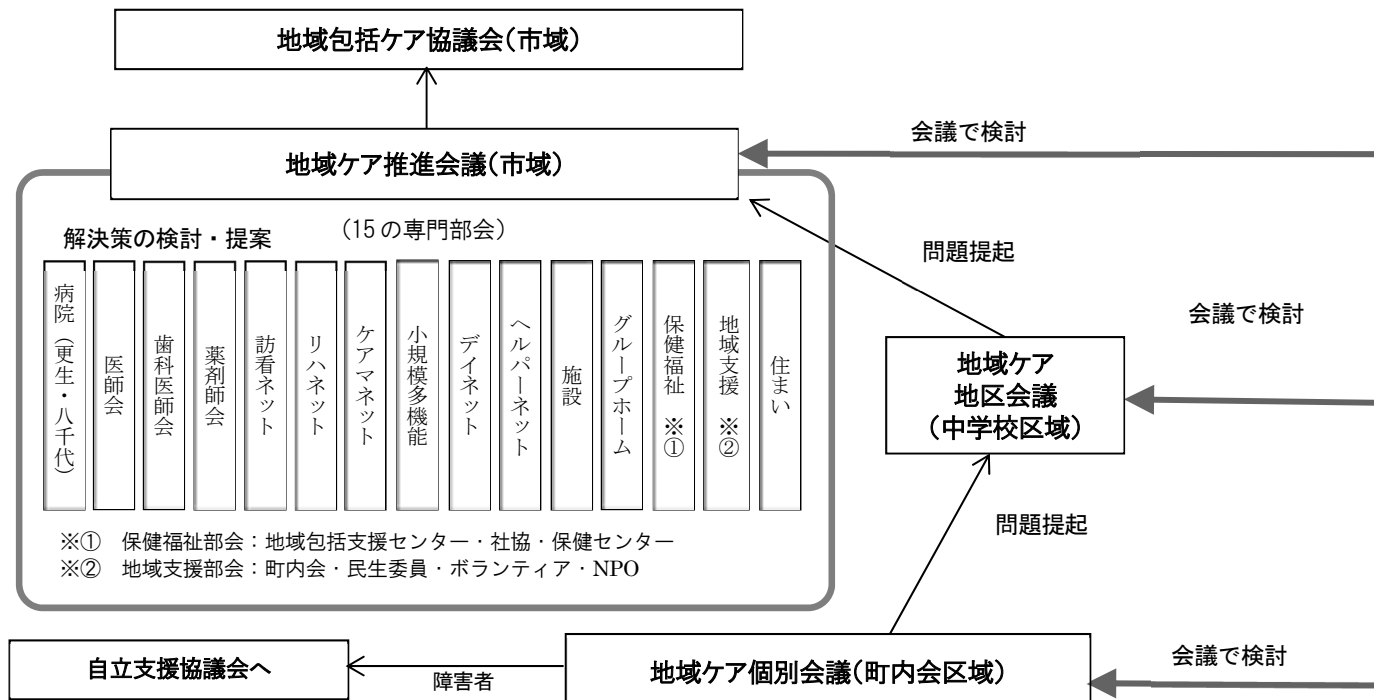
本市では、その確立に向けて、共助（地域での支え合い）を公助（公的なサービス）により支える『安城市版地域包括ケアシステム』の推進を重点的に取り組んでいきます。『安城市版地域包括ケアシステム』では、町内会の区域、中学校区、市域の3階層で地域資源の充実を図っています。

本市の地域包括ケアの基盤は地域での支え合いにあります。住民の地域福祉活動への参加を支援するため、平成9年度から中学校区ごとに地区社会福祉協議会（以下「地区社協」という。）を発足させ、各地区にコミュニティワーカーを配置し、平成28年度までにすべての町内会で町内福祉委員会を発足させることができました。これにより『安城市版地域包括ケアシステム』の基本的骨格が形成されました。

町内会の区域では、町内福祉委員会を中心に隣近所での支え合い活動を推進します。中学校区（日常生活圏域）は複数の町内会で構成された区域で、地区社協、地域包括支援センターを配置し、町内会の区域の活動を支援するとともに、地域福祉に関する市及び社協の取組みを展開します。

市域では、町内会の区域の活動を支援するとともに、地域包括ケア協議会・地域ケア推進会議において全市にわたる取組みを検討します。

『安城市版地域包括ケアシステム』のイメージ



地域共生社会の実現

高齢者とひきこもり世帯の「8050 問題」、子育てと介護の「ダブルケア」など世帯全体の複合的課題や、要介護認定に至らない軽度認知症、障害者手帳を持たないが精神的な疾患を持つ人など、既存の公的な支援制度だけでは対応できない制度の狭間問題が近年顕在化しています。

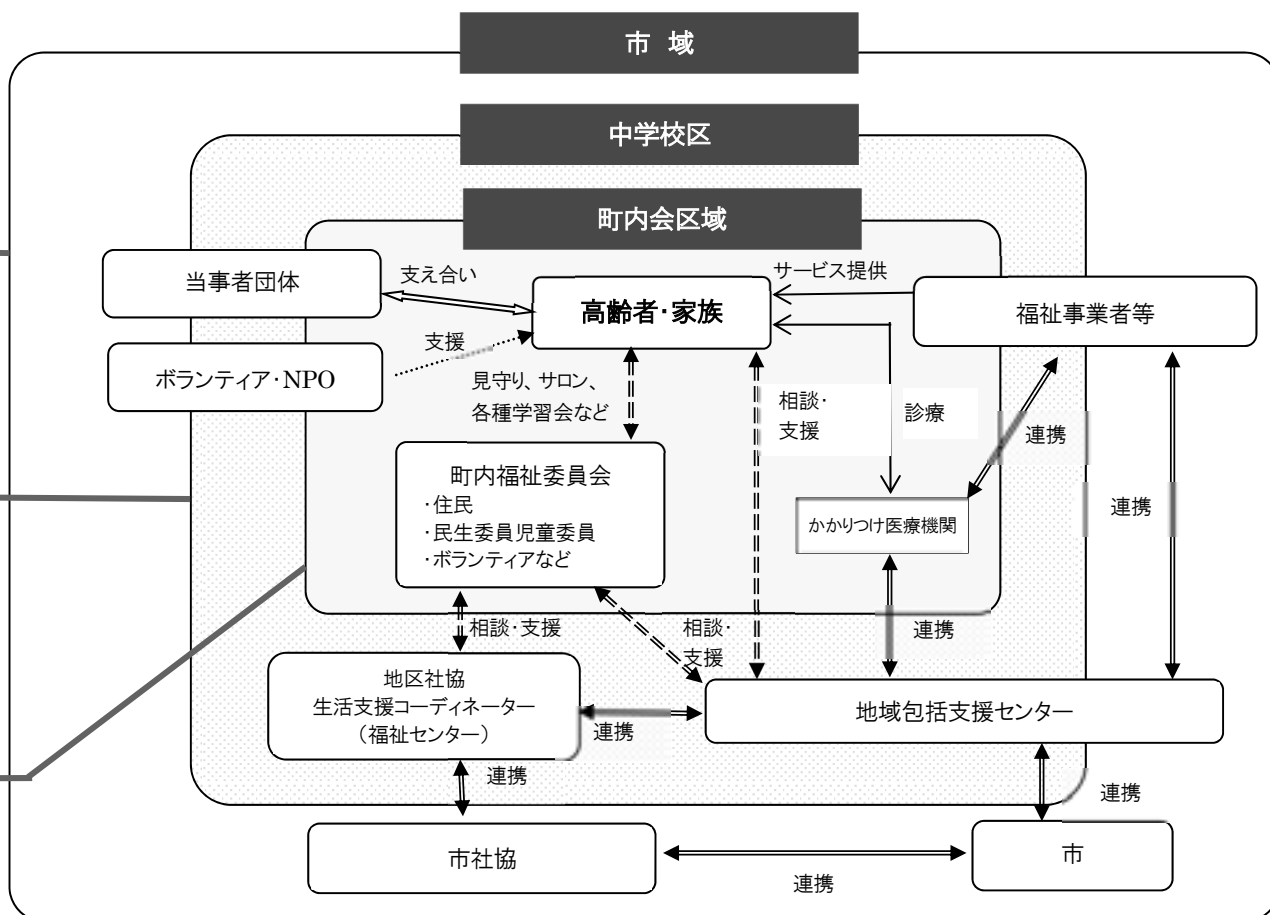
市、社協、地域包括支援センター等すべての窓口において、属性や世代を問わない相談を受け止め、適切な機関へ責任を持ってつなぎ、互いの機関の情報連携を強化します。

また、公的な支援制度だけでは対応できない問題を、地域ケア個別会議の開催等を通じて、住民、地域包括支援センター、社協、専門機関、事業者等が連携・協働して「丸ごと」支援していくための社会資源のネットワーク化を図ります。

① 町内会区域

本市では、町内会の区域において、町内福祉委員会が中心となり、サロン等のふれあい交流、介護教室等の活動、地域での見守り活動等の地域福祉活動を展開しています。今後、さらなる高齢化が進む中で、こうした共助の必要性はますます高まっていきます。

そこで、共助の機能が十分に発揮されるよう、支え合いの重要性についての啓発、地域での各種研修会・勉強会の開催を行うとともに、地域福祉活動が円滑に展開できるように、地区社協を中心とし、関係機関の連携や相談体制の充実を図ります。



② 中学校区

高齢者の年代・世帯構成・考え方や、介護サービス事業者・民間の生活支援サービス・町内福祉委員会・近所づきあい等の地域資源については、それぞれの地域で特徴があります。高齢者にきめ細かな支援を効果的に提供するためには、地域の特性を生かした関係者の連携が不可欠です。

中学校区ごとに設置された地域包括支援センターでは、総合的な相談支援、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント、権利擁護等を担っています。なお、地域包括支援センターは、「地域ケア個別会議」において、個別の支援困難事例等の支援方法の検討や、自立支援に力を入れたケアプランについて多職種で事例検討をしています。「地域ケア地区会議」においては、事例の検討を通じて中学校区における課題の把握・解決や多職種、住民のネットワーク形成を図ります。また、地区社協に配置された生活支援コーディネーターが、地域の状況を丁寧に把握し、様々な活動の支援や充実を図るとともに、多様な社会資源の発掘、並びに生活支援ネットワーク会議を通じて多様な社会資源のネットワーク化を図っていきます。

本市の強みとして、地域包括支援センターによる高齢者への個別的な支援だけでなく、生活支援コーディネーターによる地域福祉活動の支援という重層的な支援体制が挙げられますが、重層的な支援がより効果的、効率的に行えるよう、地域包括支援センターと生活支援コーディネーターの連携（地域の目指す姿、地域課題の共有等）を強化していきます。

③ 市域

「地域ケア推進会議」において、「地域ケア地区会議」で整理された地域課題の対応策について検討を行い、「地域ケア地区会議」で解決できなかった案件や個別専門的な判断を要する課題については、病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、各介護サービス事業者の部会等で解決策の検討・提案を行います。平成 26 年度の発足から、概ね 1 か月に 1 回開催しており、顔の見える関係づくりが進むだけでなく、様々な施策の提言や、問題の解決が行われています。

「地域包括ケア協議会」は、「地域ケア推進会議」で市全体の課題として整理された事項や、国の制度改正や施策への対応など、市の地域包括ケアシステム全体のマネジメントを行います。また、このように、地域課題の整理と施策への反映を、PDCA サイクルにより解決していくことで、『安城市版地域包括ケアシステム』を推進します。

重点項目2 多様な介護予防・日常生活支援の推進

今後、ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯、認知症の人の増加や、介護者の仕事と介護の両立に対応するために、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、配食・買い物・調理・掃除等の生活支援を含む日常生活に対する様々な支援についてのニーズが高まることが予想されます。介護保険制度の持続性を保ちながら、効果的な介護予防や適切な日常生活支援を実現するため、健康づくりや生きがいづくりから介護保険サービスまで、多様な主体による多様なサービス（介護予防・日常生活支援総合事業やそれ以外の住民主体の支え合いや民間市場のサービス、介護保険以外の行政サービス等）の提供体制を引き続き強化していく必要があります。

また、介護予防にあたっては、心身機能の向上だけでなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整と地域づくりなど、高齢者を取り巻く環境も含めた、バランスのとれたアプローチを図ります。

① 日常生活支援体制の整備

従来から市内8中学校区の地区社協（福祉センター）に、コミュニティワーカーを1人ずつ配置していましたが、平成27年度から各地区に1人増員し、現在では各地区に2人配置しています。業務としては、従来のコミュニティワーカーの業務に加え、生活支援コーディネーターの業務を兼務しています。

多様な生活支援サービスについて十分な供給体制をつくっていくために、NPO、民間企業、ボランティア、社会福祉法人など多様な関係主体が参画した協議体（生活支援ネットワーク会議）において情報共有や連携・協働による取組みを推進します。この生活支援コーディネーターや協議体により、地域のニーズや社会資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、社会資源の創出など、生活支援サービスを担う事業主体の支援に取り組めます。

また、市に生活支援コーディネーターを1人配置し、市域全体の生活支援体制を推進するため、地域支え合い情報交換会（民間企業、NPO、社会福祉法人等の協議体）を開催しており、高齢者、地域のニーズと民間企業のサービス、リソースのマッチングを図っています。

② 高齢者の社会参加と担い手の支援

高齢者が社会に参加することにより、社会的な役割を担うことや自己実現していくことは、高齢者の「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることができ、高齢者自身の介護予防につながっていきます。高齢者が介護予防や生活支援の担い手として活躍することができるように、住民主体の活動を運営できる人材を育成し、高齢者も運営に参加する動機づけを行っていきます。また、活動の立ち上げ支援や運営の相談・助言を行うなど、高齢者の主体的な取組みを支援します。特に、支援が必要になっても、それまで参加していたサロンや趣味のグループ活動といった地域とのつながり、なじみの関係性が切れないように、各種団体への啓発や支援を行います。

③ 高齢者保健事業と一体的な介護予防

高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握したうえで、効果的な支援につなげることによって、疾病予防・重症化予防の促進を図る必要があります。

高齢者を対象とした健康診査、「後期高齢医療健康診査問診票」の結果や、相談窓口で把握した基本チェックリスト等を活用して、フレイルの高齢者にとって特に効果が上がりやすい、リハビリテーション（以下「リハビリ」という。）専門職による短期集中型介護予防サービスや、福祉センターで開催する介護予防教室につなげる仕組みを作ります。また、社会とのつながりや日ごろの運動が必要と考えられる高齢者に、サロンへの参加につなげる取組みを推進します。



重点項目3 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

高齢者は加齢に伴い、慢性の病気、複数の傷病、心身の機能の低下を併せ持ち、医療と介護の両方を必要とすることが多くなります。高齢者の在宅生活を支えるためには、心身の状態に応じて医療・介護等を組み合わせて提供することが重要です。

在宅医療や看取りについては、まだ市民に十分浸透していないことから、医療と介護が連携したサービスの適切な利用に向けて、普及啓発や的確な情報提供に取り組みます。

また、入院・退院時の自宅と医療機関の間の円滑な移行、日常の療養支援、疾病の重症化及び身体の機能低下の予防、急変時の対応、在宅や福祉施設での看取り等の様々な局面において、さらには認知症対応力、感染症や災害時の対応力を向上させるため、医療と介護をはじめ多職種の連携が求められます。

本市では、「地域ケア推進会議」や在宅医療・介護連携のための研修会等を積極的に開催し、多職種の顔の見える関係づくり、入退院時における医療と介護の連携促進、医師会や在宅医療サポートセンターとの連携、ICTによる医療介護連携ツール「サルビー見守りネット」による情報共有等に取り組んできました。これらを踏まえ、第8期計画期間においては、ICT（「サルビー見守りネット」やオンライン会議）を活用した在宅医療・介護に関する連携体制のさらなる推進、在宅での看取りを支える環境づくりと合わせACP（人生の最終段階における医療・ケアについて、本人や家族が医療・ケアチームと繰り返し話し合う取組み。通称「人生会議」）の推進に重点的に取り組みます。

① 医療と介護の連携体制の推進

在宅医療・介護の関係機関が参加して、地域の医療・介護連携の実態を把握し、課題を検討・共有しています。それらの課題に応じた取組みを、「地域ケア推進会議」の場で検討し、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築に取り組んでいます。

これまで「地域ケア推進会議」では、「認知症ガイドブック」や、「在宅医療ガイドブック」の作成、「サルビー見守りネット」の導入及び運用、入退院時の医療・介護情報連携シートの作成、「在宅医療・介護連携のための研修会」の開催等に取り組んできました。

今後も医療・介護・福祉の多職種が参加する顔の見える関係づくり、在宅療養に関するスキルアップ、「サルビー見守りネット」の活用などをテーマとした勉強会・研修会を引き続き開催するとともに、「地域ケア推進会議」における各部会の活動を支援します。

平成30年度から安城市医師会に「在宅医療サポートセンター」の運営を委託し、在宅医療に関する情報収集、課題分析、地域の専門職等からの相談・コーディネート等のほか、在宅医療を担う医療機関の後方支援として、人生の最終段階における看取りへの24時間対応の負担軽減を図るため、かかりつけ医不在時においても事前に登録した当番医が代替できる「在宅医療協力体制」に取り組んでいます。

② 在宅や身近な地域で看取りを支える環境づくり

退院時の支援や安定期の在宅療養と比べ、人生の最終段階や看取りの対応に携わる医療職や介護職は限定的で、本人や家族も情報が少ないことから多くの不安を抱えがちです。

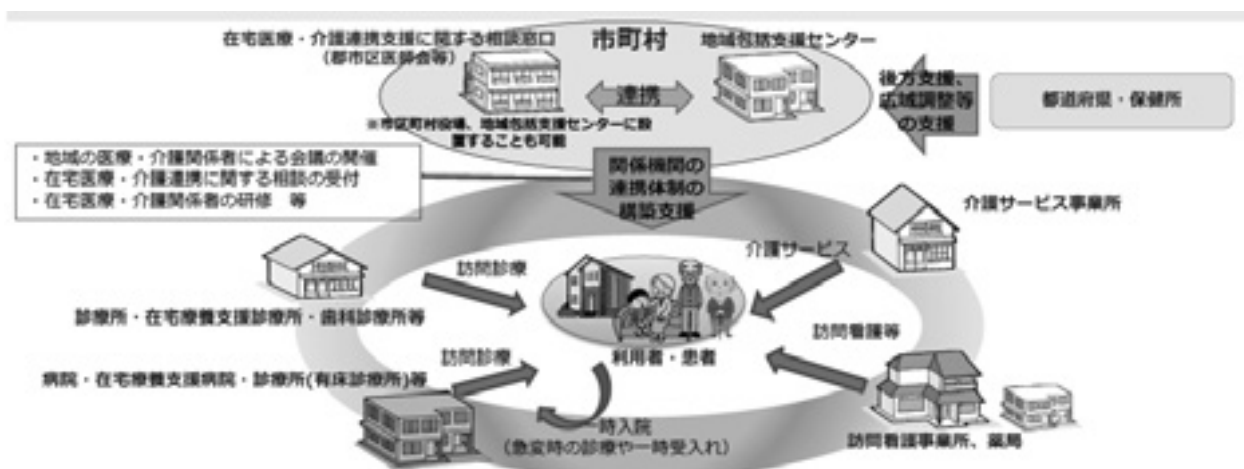
「地域ケア推進会議」において本市の看取りのあるべき姿として「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」を定め、その実現に向け必要な要素、取組みの検討をしています。

医療機関と訪問看護事業所等の連携体制を強化し、外来診療から訪問診療への円滑な移行、容態急変時の的確で迅速な対応、本人・家族の思いを尊重した自己決定の支援、ACPの推進など、各職種がノウハウを高め柔軟に連携していくための情報の収集・分析・共有を図ります。また、今後も在宅医療のニーズが増え、携わる医療機関等の負担が大きくなることが予想されるため、その支援体制や看護機能を有する医療機関・介護保険サービス（地域包括ケア病棟、介護老人保健施設、訪問看護、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）と効果的な機能分担と連携を図ります。

③ 市民への在宅医療・看取りに関する普及啓発

医療を必要とする人の在宅生活を支えるためには、在宅医療の資源を整備するのみでなく、それらのサービスの利用につながるよう、サービス内容や効果について周知することが重要です。また、地域住民が人生の最終段階におけるケアのあり方や在宅での看取りについて理解することは、適切な在宅療養を継続するために重要です。

市民に対する普及啓発として、在宅医療や看取りに関する基本的な情報や具体的な事例を紹介する講演会の開催、在宅医療等の医療資源・相談先・手続き等に関する情報を、広報紙・「在宅医療ガイドブック」・市公式ウェブサイト等で引き続き発信していきます。



資料：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」

重点項目4 認知症高齢者等に対する支援

国の「認知症施策大綱」では、平成30年時点で、65歳以上の高齢者の約7人に1人が認知症と見込んでいるように、認知症は誰もがなりうるものです。高齢化の進展にともない認知症高齢者等が増加しており、他の病気や身体機能の低下に伴い、認知症となる高齢者も多くみられます。また、介護の中でも、認知症高齢者等に対する介護は非常に困難なものがあります。

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けることができる社会を実現するため、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進します。「共生」とは、認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味です。また、「予防」とは、認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

このような考え方を踏まえ、普及啓発・本人発信支援、予防、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、認知症バリアフリーの推進等に取り組みます。

そのためには、教育や生涯学習、保健、医療、介護、福祉など様々な場面で認知症に関する対応を充実させていくとともに、市、地域包括支援センター、その他専門機関、地域、民間事業者など幅広い関係機関の連携による支援の充実を図っていきます。また、愛知県が実施している「あいちオレンジタウン構想」と連携した取組みも実施します。

① 普及啓発・本人発信支援

認知症の人やその家族が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けるためには、認知症への社会の理解を深めていく必要があります。

認知症サポーター養成講座を引き続き開催し、認知症に関する正しい知識・情報の普及を図ります。従来の養成講座は町内会、老人クラブ等を中心に実施してきましたが、今後は大人だけでなく子どもへの、また、「あんじょう認知症“思いやり”企業」の普及と合わせ事業所への養成講座開催への働きかけをし、サポーターの裾野の拡大を図ります。そして、認知症サポーター養成講座の受講者が、その後の活動につながるように、「認知症サポーターステップアップ講座」（以下「ステップアップ講座」という。）の開催や、地域での活動の場とのマッチング等に取り組みます（「チームオレンジ」の整備）。また、認知症の人本人の意見を把握し、本人の視点を普及啓発や認知症施策の企画・立案に反映するよう努めます。

② 予防

運動不足の改善、糖尿病等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持が認知症予防につながることを示唆されています。これを踏まえ、高齢者サロンなど高齢者等が身近に通うことができる「通いの場」等の充実と参加を働きかけます。認知症カフェだけでなく、認知症になっても通い続けることができるよう、既存の「通いの場」において認知症対応力の向上を支援します。

また、認知症予防につながることから、介護予防教室、健康相談等も推進していきます。

