

地域包括ケアシステムの深化・推進

～我が事・丸ごと「地域共生社会」の実現にむけて～

はじめに～日常生活圏域

1 日常生活圏域

（1）日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、認知症対応型共同生活介護などの地域密着型のサービスを住み慣れた地域で利用できるよう、計画的な整備を進めるため、中学校区を基本に、介護保険施設などの設置状況、人口、鉄道、幹線道路などの交通機関の整備状況等を総合的に勘案して設定しています。

本計画では、より地域に密着した取組みを進めるため、中学校区を基本の単位とし、地域包括支援センターの再編にあわせて、日常生活圏域を7圏域から12圏域に変更します。

図9 日常生活圏域



表15 日常生活圏域ごとの状況

区 分 \ 圏 域		①坂下地区 (坂下中)	②高森台・石 尾台地区 (高森台中、 石尾台中)	③藤山台・岩 成台地区 (藤山台中、 岩成台中)	④高蔵寺地区 (高蔵寺中)	⑤南城地区 (南城中)	
2017 (H29)	総人口	16,566 人	26,590 人	21,212 人	24,820 人	26,377 人	
	高齢者人口	5,776 人	9,022 人	6,407 人	4,929 人	5,348 人	
		65～74 歳	3,031 人	5,171 人	3,650 人	2,703 人	2,816 人
		75 歳以上	2,745 人	3,851 人	2,757 人	2,226 人	2,532 人
	高齢化率	34.9%	33.9%	30.2%	19.9%	20.3%	
		65～74 歳	18.3%	19.4%	17.2%	10.9%	10.7%
		75 歳以上	16.6%	14.5%	13.0%	9.0%	9.6%
	要介護(支援) 認定者	899 人	1,120 人	908 人	784 人	919 人	
		要支援	265 人	385 人	326 人	238 人	278 人
		要介護	634 人	735 人	582 人	546 人	641 人
	要介護(支援) 認定率	15.6%	12.4%	14.2%	15.9%	17.2%	
		要支援	4.6%	4.3%	5.1%	4.8%	5.2%
		要介護	11.0%	8.1%	9.1%	11.1%	12.0%
	2025	総人口	16,696 人	26,177 人	21,199 人	24,399 人	25,754 人
		高齢者人口	5,885 人	8,823 人	6,333 人	4,966 人	5,442 人
65～74 歳			2,176 人	3,677 人	2,607 人	1,927 人	2,024 人
75 歳以上			3,709 人	5,146 人	3,726 人	3,039 人	3,418 人
高齢化率		35.2%	33.7%	29.9%	20.4%	21.1%	
		65～74 歳	13.0%	14.0%	12.3%	7.9%	7.9%
		75 歳以上	22.2%	19.7%	17.6%	12.5%	13.3%
要介護(支援) 認定者		1,238 人	1,507 人	1,235 人	1,075 人	1,207 人	
		要支援	359 人	512 人	435 人	314 人	362 人
		要介護	879 人	995 人	800 人	761 人	845 人
要介護(支援) 認定率		21.0%	17.1%	19.5%	21.6%	22.2%	
		要支援	6.1%	5.8%	6.9%	6.3%	6.7%
		要介護	14.9%	11.3%	12.6%	15.3%	15.5%

※2017年10月1日現在実績及び2025年推計

※2017年の要介護(支援)認定者及び認定率は、住所地特例により市外の施設に入所している人を除外して集計

⑥松原地区 (松原中)	⑦東部地区 (東部中)	⑧鷹来地区 (鷹来中)	⑨柏原地区 (柏原中)	⑩中部地区 (中部中)	⑪西部地区 (西部中)	⑫味美・知 多地区 (味美中、 知多中)
21,910 人	25,173 人	19,279 人	24,614 人	41,956 人	32,940 人	30,103 人
6,167 人	6,495 人	5,089 人	5,586 人	8,743 人	7,772 人	7,000 人
3,227 人	3,351 人	2,734 人	3,034 人	4,682 人	4,103 人	3,476 人
2,940 人	3,144 人	2,355 人	2,552 人	4,061 人	3,669 人	3,524 人
28.1%	25.8%	26.4%	22.7%	20.8%	23.6%	23.3%
14.7%	13.3%	14.2%	12.3%	11.2%	12.5%	11.5%
13.4%	12.5%	12.2%	10.4%	9.7%	11.1%	11.7%
958 人	1,168 人	773 人	830 人	1,448 人	1,203 人	1,164 人
287 人	354 人	234 人	235 人	404 人	338 人	393 人
671 人	814 人	539 人	595 人	1,044 人	865 人	771 人
15.5%	18.0%	15.2%	14.9%	16.6%	15.5%	16.6%
4.7%	5.5%	4.6%	4.2%	4.6%	4.3%	5.6%
10.9%	12.5%	10.6%	10.7%	11.9%	11.1%	11.0%
21,929 人	25,309 人	18,989 人	24,465 人	41,574 人	32,742 人	30,063 人
6,290 人	6,757 人	5,129 人	5,610 人	8,924 人	7,886 人	7,245 人
2,312 人	2,419 人	1,958 人	2,171 人	3,364 人	2,955 人	2,513 人
3,978 人	4,338 人	3,171 人	3,439 人	5,560 人	4,931 人	4,732 人
28.7%	26.7%	27.0%	22.9%	21.5%	24.1%	24.1%
10.5%	9.6%	10.3%	8.9%	8.1%	9.0%	8.4%
18.1%	17.1%	16.7%	14.1%	13.4%	15.1%	15.7%
1,299 人	1,600 人	1,050 人	1,116 人	1,961 人	1,620 人	1,549 人
385 人	481 人	303 人	302 人	529 人	457 人	522 人
914 人	1,119 人	747 人	814 人	1,432 人	1,163 人	1,027 人
20.7%	23.7%	20.5%	19.9%	22.0%	20.5%	21.4%
6.1%	7.1%	5.9%	5.4%	5.9%	5.8%	7.2%
14.5%	16.6%	14.6%	14.5%	16.0%	14.7%	14.2%

基本施策 2 - 1 医療・介護連携の推進

現状と課題

団塊の世代が75歳以上となる2025年に、医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加が予測される中、重度な要介護状態等になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備することは、喫緊の課題となっています。

介護サービス事業者調査では、日頃からの医療機関・医師との連携について、「ある」が63.1%、「ない・あまりない」が26.2%となっています。

また、医療機関・医師との連携・かわりを強化するために必要なことについては、「事例検討会、研修や交流会を通じた「顔の見える」関係づくり」が55.6%と最も高く、次いで「医療・介護の知識や制度の専門性を相互に理解するための研修」が46.0%、「定例の医療・介護の連携会議」が42.8%となっています。

こうした状況を踏まえて、在宅医療と介護を一体的に提供するには、在宅に関わる医療機関と介護サービス事業者などの関係者が研修や情報共有の支援などを通じて「顔の見える」関係づくりを進めることや、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制、相談支援体制の構築など、医療と介護の連携ができる仕組みづくりが必要となります。

方向性

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、市が主体となり、春日井市医師会を始めとした関係機関と連携し、在宅医療・介護連携推進事業の取組みを進めます。
- 在宅医療・介護サポートセンターを設置し、在宅医療・介護連携に関する各種研修や相談支援、地域住民への普及啓発、ICTの活用、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築など、在宅医療・介護の連携を推進します。

【重点的に行う事業】

重点事業 5 在宅医療・介護連携推進事業（2-1-1）

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしい暮らしができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療・介護サポートセンターを設置し、医療機関と介護事業者などの関係者の連携を推進します。

1 在宅医療・介護連携の今後の方向性

関係機関と連携を図りつつ、在宅医療・介護の資源の確保、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の確保、在宅や施設での看取り支援などを推進します。

2 在宅医療・介護サポートセンターの事業内容

区 分	事業内容
(ア) 地域の医療・介護の資源把握	地域の医療機関、介護事業所等の資源を把握し、医療・介護関係者と情報共有します。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	市が設置する「地域包括ケア推進協議会」に参画し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策の検討を行います。
(ウ) 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	地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向け、具体的取組みを企画・立案します。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	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。
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付を行います。
(カ) 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や、医療・介護関係者の相互理解を促進する研修などを行います。
(キ) 地域住民への普及啓発	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。
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携	近隣の医療機関との連携は、その動向を注視し、必要に応じて県、保健所、近隣の市町や医師会と協力し、広域連携に必要な情報共有の検討を行います。

基本施策 2 - 2 地域を基盤とする包括的支援の強化

現状と課題

2025年に団塊の世代が75歳以上となり、医療や介護を必要とする人が増加することに伴い、地域包括支援センターにおける高齢者の総合相談、虐待や困難事例の対応などの権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなどの業務が急増することが予測されます。

そのため、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みを推進する中核的な機関である地域包括支援センターの体制を強化することが重要です。

また、地域における包括的な支援を促進するには、地域に共通した課題を明確化し、その解決のために必要な生活支援・介護予防サービスなどの資源開発や地域づくりにつなげることが必要です。

本市では、地域包括支援センターが中心となって地域住民や医療・介護関係者等と連携し、「地域ケア会議」での情報共有や個別事例への支援に取り組んできました。今後も、地域ケア会議の充実・強化を図るとともに、生活支援体制整備事業において、地域ごとの資源や課題を把握し、地域における支え合いの体制づくりを進めることが必要です。

アンケート調査では、支援者・介護者が地域で手助けしてほしい困りごととして、「災害時の避難の手助け」が31.5%と最も高くなっており、次いで、「急に具合が悪くなったときの手助け」が29.1%となっています。介護サービスだけでなく、災害時の避難や体調の急変などに対応できるよう、日頃からの見守り活動などの支援が求められています。

方向性

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、その中核的な機関である地域包括支援センターの機能強化を図り、包括的な支援体制を整備します。
- 協議体の設置や生活支援コーディネーターの配置により、地域の資源把握や課題解決を行える仕組みづくりを進めます。
- 災害時の避難に支援が必要な人やひとり暮らし高齢者などに対して、区・町内会や民生委員、関係機関等と連携し、地域における見守り体制を強化します。
- 認知症高齢者や介護を必要とする人の家族などが相談や交流できる場を開設し、介護者の負担軽減を図ります。

【重点的に行う事業】

重点事業6 地域包括支援センターの機能強化（2-2-1）

地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う地域包括支援センターは、地域の最前線で、高齢者の総合相談や権利擁護、ケアマネジメントなどの業務を行っています。

今後は、さらにその役割が重要となることから、新たに基幹型地域包括支援センターを設置するとともに、担当地区を再編し、地域包括支援センターの機能向上や体制強化を図ります。

1 基幹型地域包括支援センターの設置

（1）趣旨

在宅医療・介護連携推進事業及び認知症総合支援事業をより効果的に推進するため、各地域包括支援センターの総合調整及び後方支援を行う基幹型地域包括支援センターを設置します。

（2）業務内容

- ア 各地域包括支援センターの総合調整、在宅医療・介護連携の推進、各種職員研修の実施等
- イ 各地域包括支援センターへの指導・助言、高齢者虐待及び支援困難事例に対する後方支援
- ウ 認知症の人や家族を早期に支援する認知症初期集中支援チームの配置

（3）センターの概要

- ア 運営主体 社会福祉法人春日井市社会福祉協議会
- イ 設置予定場所 総合福祉センター
- ウ 設置時期 2018（平成30）年4月

2 地域包括支援センターの再編

（1）趣旨

地域包括支援センターの再編については、より地域に密着した配置とするため中学校区を単位とし、現行の10箇所を12箇所に増やすことで、高齢者や地域のニーズに迅速かつきめ細やかに対応できる体制を整備します。

また、各地域包括支援センターの名称については、再編にあわせ、地域住民に分かりやすい名称となるよう変更します。

（2）業務開始時期〔12箇所〕 2018（平成30）年4月

【重点的に行う事業】

重点事業 7 生活支援体制整備事業（2-2-2）

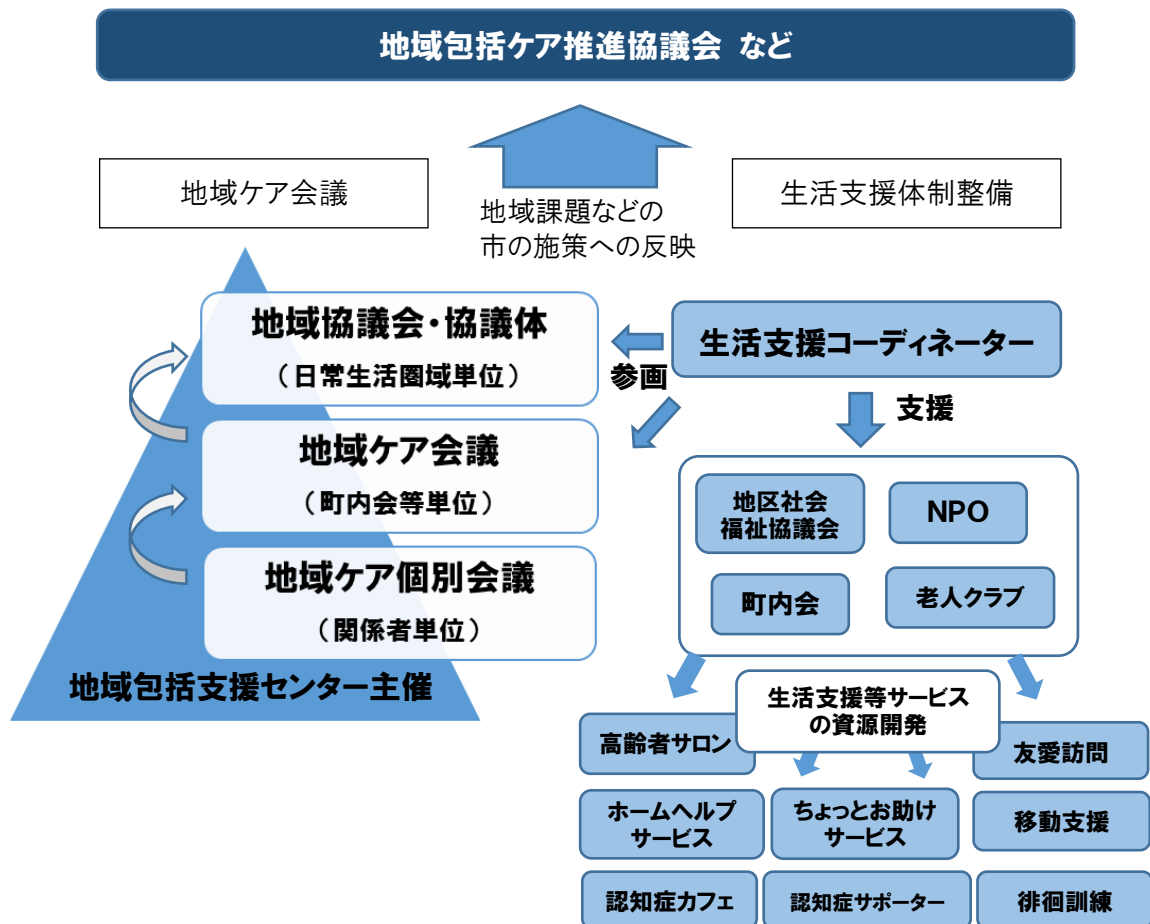
高齢者の生活支援・介護予防サービス（以下「生活支援等サービス」という。）の体制を整備するため、「生活支援コーディネーター」を配置するとともに、地域住民が地域課題の解決について協議する場である「協議体」を設置し、地域における支え合いの体制づくりを推進します。

1 生活支援コーディネーターの配置

生活支援コーディネーターを配置し、生活支援等サービスの資源開発、地域関係者やサービス提供者のネットワークの構築、地域ニーズの把握と取組みのマッチングなどを行い、生活支援等サービスの体制整備を推進します。

2 協議体

「協議体」は、各地域包括支援センターの担当地区（日常生活圏域）を単位として設置し、地域包括支援センターと生活支援コーディネーターが中心となって地域課題の解決に向けた取組みを行います。



基本施策 2 - 3 認知症高齢者等への総合的支援

現状と課題

国は、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症になるという推計を踏まえて、2015（平成27）年に「新オレンジプラン」を策定しました。認知症の人が、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続ける社会を実現するため、認知症に関する各種施策を定めています。このプランに基づき、行政だけでなく、民間部門や地域住民などさまざまな主体が、認知症対策についてそれぞれの役割を果たすことが求められています。

本市では、認知症カフェや認知症サポーター養成講座、認知症徘徊高齢者の検索システムなど、さまざまな認知症対策を行うとともに、2015（平成27）年に「春日井市高齢者・障がい者権利擁護センター」を設置し、成年後見制度の利用支援や市民後見人の育成を行っています。

地域包括支援センターへのヒアリング調査では、認知症対策として、「初期段階からの支援や地域の理解促進」、「徘徊高齢者の検索の仕組みづくり」、「認知症カフェの充実」などが必要という意見があり、認知症に対する理解促進、当事者や家族を適切な支援・サービスにつなげる仕組みづくりが求められています。

また、アンケート調査では、認知症等による判断能力が不十分な人の権利を擁護する制度である成年後見制度の認知度が半数以下となっており、今後は、成年後見制度の認知度を高め、必要とする人の利用につなげることが重要となります。

方向性

- 認知症になっても地域で安心して暮らせるよう、市民に認知症の正しい理解を促すとともに、さまざまな認知症対策を行い、多様な地域の団体や機関による認知症高齢者やその家族等への支援体制を構築します。
- 認知症高齢者等の権利を擁護するため、高齢者・障がい者権利擁護センターと連携し、成年後見制度の利用や市民後見人の育成、虐待防止の啓発などを実施します。

【重点的に行う事業】

重点事業 8 認知症総合支援事業（2-3-2）

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置するとともに、医療機関や介護サービス、地域の支援機関の連携を図るための支援等を行う「認知症地域支援推進員」を配置します。

1 認知症初期集中支援チーム

専門職2名以上（保健師、社会福祉士等）と医師で構成する「認知症初期集中支援チーム」を基幹型地域包括支援センター内に配置します。

支援チームは、認知症疾患の診断を受けていない人や継続的な医療サービスを受けていない人などに対し、アセスメントや家族支援などを包括的かつ集中的に支援します。また、認知症の行動・心理症状が顕著で苦慮しているケースなどに対応します。

2 認知症地域支援推進員

（1）認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組み

地域における関係機関との連携体制（ネットワーク）を構築するとともに、認知症ケアパス（医療・介護サービス提供の流れ）の作成・普及を行います。

（2）認知症に対する地域支援の取組みの推進

地域住民の認知症への理解を普及するため、認知症サポーターの拡大、認知症サポーター養成講座・上級講座の修了者の活用などを図ります。

また、地域における認知症徘徊模擬訓練の普及、認知症カフェの普及・啓発、認知症の人や家族を支援する地域資源の開発（ちょっとお助けサービスなど）を行います。

