

津島市地域包括ケアビジョン

～津島市の地域包括ケアシステムの方向性～

(2018-2025)

中間評価



津島市

目次

第1章 津島市地域包括ケアビジョンの見直しにあたって	1
1 見直しの趣旨.....	1
2 地域包括ケアビジョンの位置づけ.....	1
第2章 津島市の地域包括ケアシステム	3
1 地域包括ケアシステムとは.....	3
2 津島市の地域包括ケアシステムの方向性.....	4
3 地域の考え方.....	5
第3章 高齢者の現状.....	6
1 人口と高齢化.....	6
2 医療.....	7
3 要介護認定.....	8
4 医療資源と介護資源.....	9
5 予防.....	10
6 住まい.....	11
7 認知症.....	11
8 地区の状況.....	12
第4章 中間評価の結果.....	14
1 各評価指標の状況.....	14
2 項目の見直し.....	17
第5章 取組の重点項目	18
第6章 取組の評価指標と目標値.....	24
資料編.....	27
1 用語の解説.....	27
2 ビジョン見直しに係る関係者、関係機関名簿.....	31

第1章 津島市地域包括ケアビジョンの見直しにあたって

1 見直しの趣旨

地域包括ケアシステムは、明確な姿が見えにくいため、人それぞれのとらえ方によって異なるものとなることがあります。また、医療・介護・予防（健康づくり）・住まい・生活支援（老人クラブ、コミュニティなどの地域の支援）など、幅広い分野の関係者が協力することから、津島市の地域包括ケアシステムに関する共通認識が必要になります。

そのため、津島市の地域包括ケアシステムの方向性や取組の重点項目などをまとめたものが「津島市地域包括ケアビジョン」です。

2018年度に策定した「津島市地域包括ケアビジョン」は、2025年度までの8年間を計画期間としており、2021年度は策定から4年を経過する中間年度となります。そのため、2018年度からの取組に係る中間評価を行いました。

また、昨今では、高齢の親と無職の独身の50代の子が同居し引きこもりになる（8050問題）や介護と育児に同時に直面する（ダブルケア）などの複合的な課題に対応するため、地域包括ケアの「必要な支援を包括的に確保する」という基本的な考え方を障がいがある人や子ども・子育て家庭、生活困窮などに普遍化していくことが重要となってきました。

このような社会情勢や中間評価結果を踏まえ、2022年度からの施策を見直すことより、津島市の地域包括ケアシステムのさらなる深化を図ることを目的としています。

2 地域包括ケアビジョンの位置づけ

▶ビジョンの位置づけ

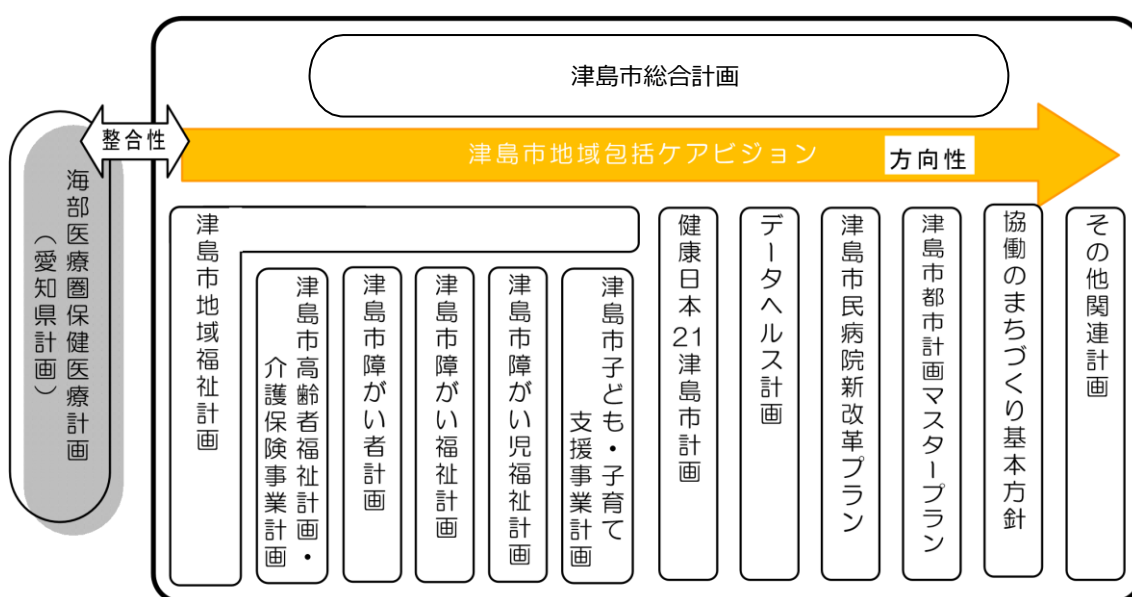
このビジョンは、津島市総合計画のもと、誰もがいつまでも住み慣れた地域で安心して生活できるように、市の取組や関係する計画の方向性を示すものとなります。特に、「地域福祉計画」が生活支援の分野の根幹をなすものであるほか、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」は具体的かつ短期的な取組を定めるものとなります。

市民病院を含む市全体の医療、健康づくり、住宅施策、まちづくり、市民協働など幅広い分野の計画が関連するとともに、愛知県海部医療圏保健医療計画との整合性が必要です。

▶津島市の地域包括ケアシステムの対象者

このビジョンの見直し時点では高齢者を対象としていますが、地域包括ケアシステムの考え方は障がいのある人や子どもなどすべての市民に共通するものです。

今後、障がいのある人、子ども、子育て世代などへの拡大を検討していきます。対象者を拡大した場合、このビジョンと「障がい者計画」「障がい福祉計画」「障がい児福祉計画」「子ども・子育て支援事業計画」との関係は、図表に示す通りです。



▶ビジョンの対象期間

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えたビジョンであるため、対象期間は2018年度から2025年度までの8年間とします。2025年度に最終評価を実施します。

第2章 津島市の地域包括ケアシステム

1 地域包括ケアシステムとは

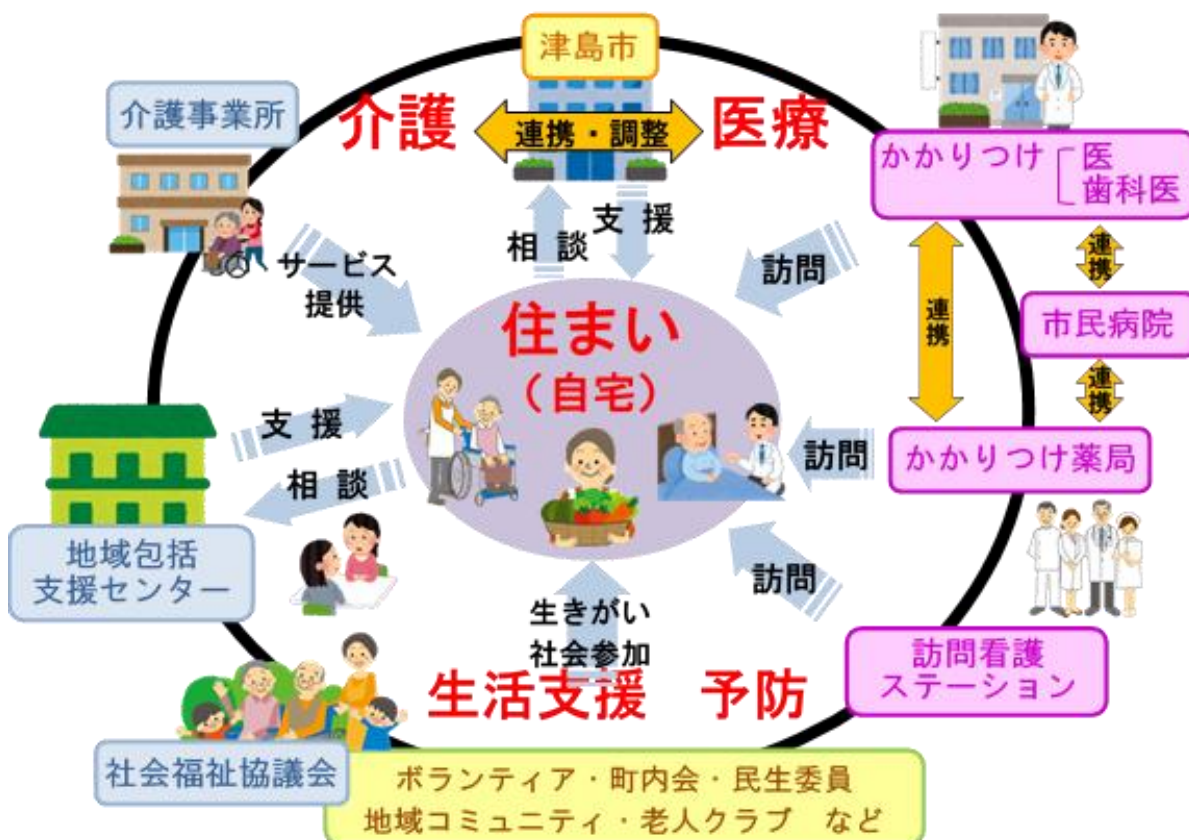
日本は、世界のどの国も経験したことの無いスピードで高齢化が進んでいます。

津島市も例外ではなく、団塊の世代が65歳以上となった今、市民の4人に1人が65歳以上の高齢者となっています。

地域包括ケアシステムとは、誰もがいつまでも住み慣れた地域で安心して生活できるように、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制**のことです。

団塊の世代が75歳となる2025年を目途に、津島市の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。

津島市の地域包括ケアシステムのイメージ図



2 津島市の地域包括ケアシステムの方向性

▶① 全員が当事者 自分自身で考える

地域包括ケアシステムは、高齢者が自宅で暮らし続けることを支援するための仕組みです。「誰もがいずれ高齢者となる」ので高齢者だけの問題ではなく、若い方も考えなければならない問題です。本人や家族が「もし介護が必要になった場合にどのような生活を送りたいか」を自分自身で選択できるように、ともに理解し、心構えを持っておくこと大切です。



また、たとえば、40歳の方であれば、要介護認定率が高くなっていく75歳に向けて、35年後にどのような「まち」であってほしいか、それを実現するために今の自分に何ができるかを、自分自身で考える必要があります。

▶② 市民が主体となり、地域全体で考える

市民の皆さんがそれぞれ自分自身で考えた「将来のまち」と「今の自分にできること」を地域で形にすることで、地域での支え合いが可能となります。



市と、医療機関・介護事業所などの関係機関は、地域の皆さんが自分たちで考えた将来像を自分たちで実現するために必要な支援を行っていきます。

▶③ 障がいのある人や子育て世代など市民全体を対象を拡大する

少子高齢化が進むことにより、高齢者のための支え手が不足するのと同様に、障がいのある人、子ども、子育て世代など、あらゆる分野の支え手が不足していくことが予測されます。

限られた資源を有効に活用するためには、今までのような対象者ごとに類似する支援策をつくる進め方では支えられません。

高齢者を基本に構築した地域包括ケアシステムを障がいのある人や子育て世代など他の対象者に拡大していけるよう、さらに検討を進めます。



3 地域の考え方

▶地域の特性に応じた構築

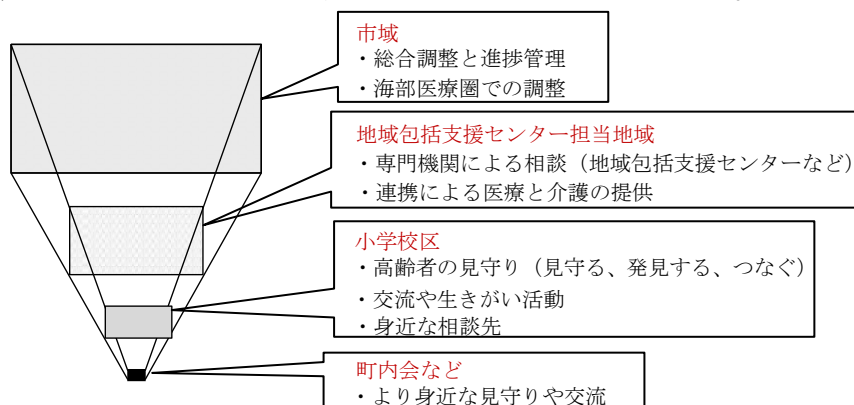
津島市では、市を北・中・南の3つの地域に分けてそれぞれの地域に地域包括ケアを進める中核機関として、地域包括支援センターを設置しています。

地域間で、医療資源・介護資源・公共交通機関・人口・高齢化率などの差が大きいことを踏まえ、地域の特性に応じて地域包括ケアシステムを構築していきます。



▶地域包括支援センター担当地域と小学校区

津島市では、コミュニティ、老人クラブ、民生委員など、小学校区を単位に活動している組織が多数あります。そのため、地域包括ケアシステムの構築は3つの地域包括支援センターの担当地域によることを原則としますが、高齢者の見守りなどの生活支援は小学校区を単位に進めていきます。また、市民の基本的な活動単位である町内会などは、より身近な取組を担います。

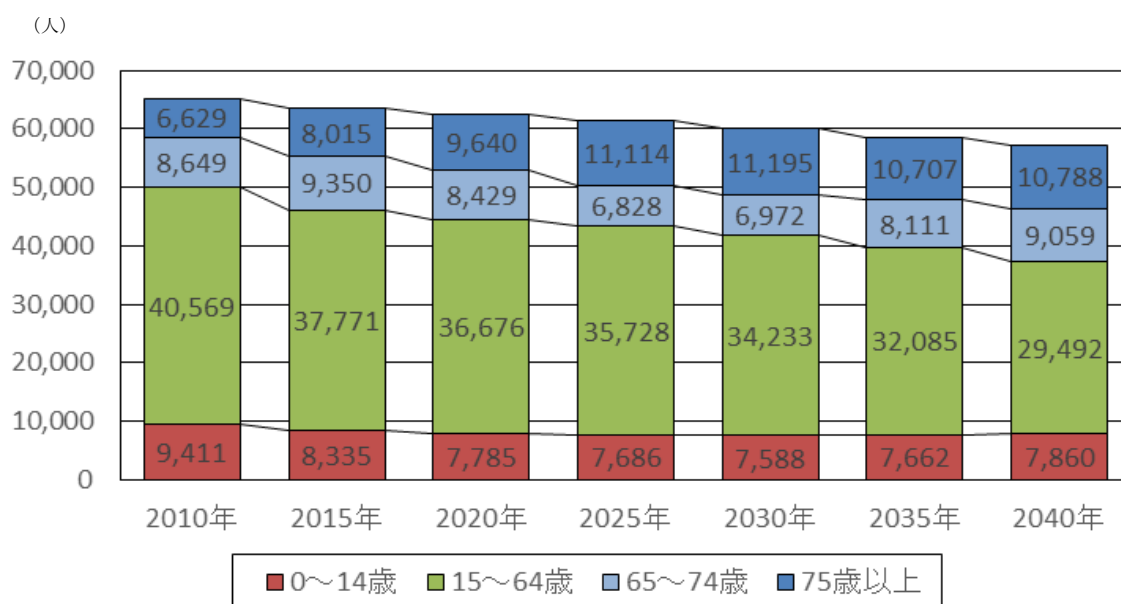


第3章 高齢者の現状

1 人口と高齢化

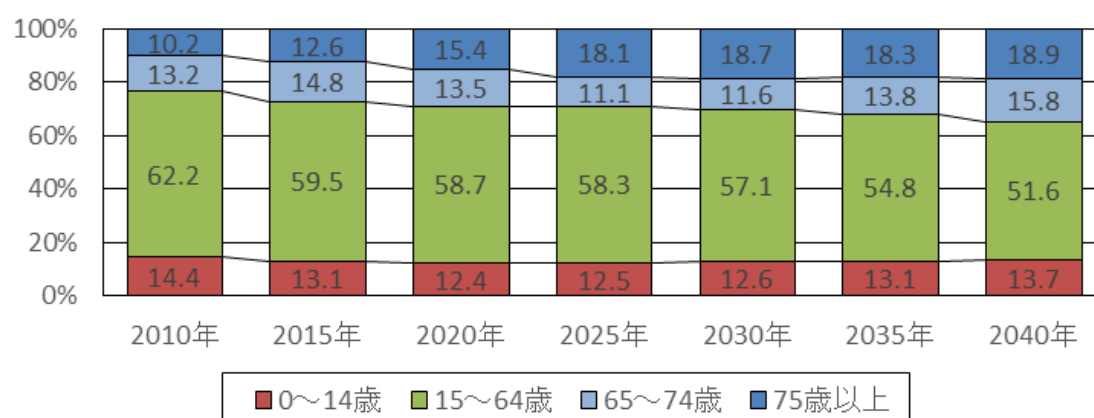
- ・人口は年々減少しますが、高齢者人口は概ね増加傾向です。
- ・人口に伴い高齢者の占める割合が高くなり、特に後期高齢者（75歳以上）の割合が高くなります。

▶年齢区別の人口



参考 津島市人口ビジョンにおける独自推計（補正）をグラフ化
(2015年以降は推計)

▶年齢区別の人口割合

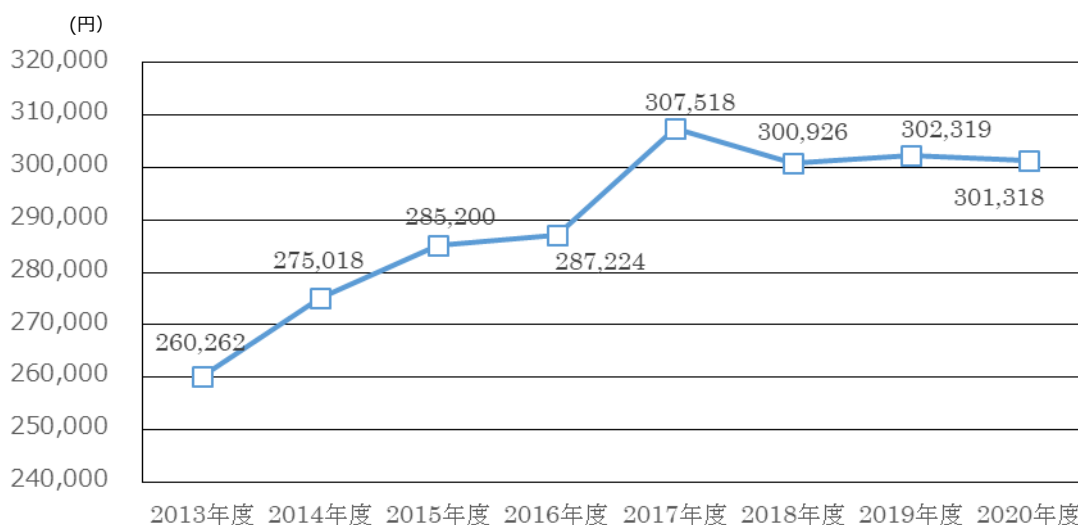


参考 津島市人口ビジョンにおける独自推計（補正）をグラフ化
(2015年以降は推計)

2 医療

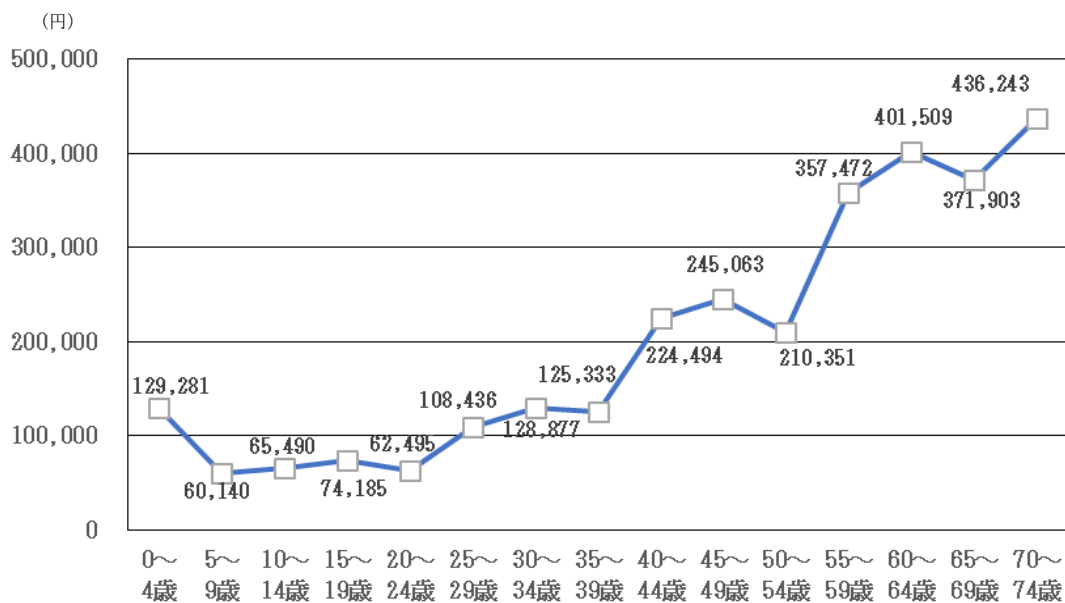
- 生活習慣病は、適度な運動やバランスの取れた食生活などによって予防することができますが、津島市の国民健康保険の加入者の場合、1人当たり医療費が増加傾向です。
- 年齢別に見ると、年齢が高くなるにつれて生活習慣病に係る医療費が増加する傾向があります。

▶生活習慣病に係る 国民健康保険被保険者1人当たり年間医療費の推移



参考 保険年金課資料よりグラフ化

▶生活習慣病に係る 年代別国民健康保険被保険者1人当たり年間医療費（入院・入院外）

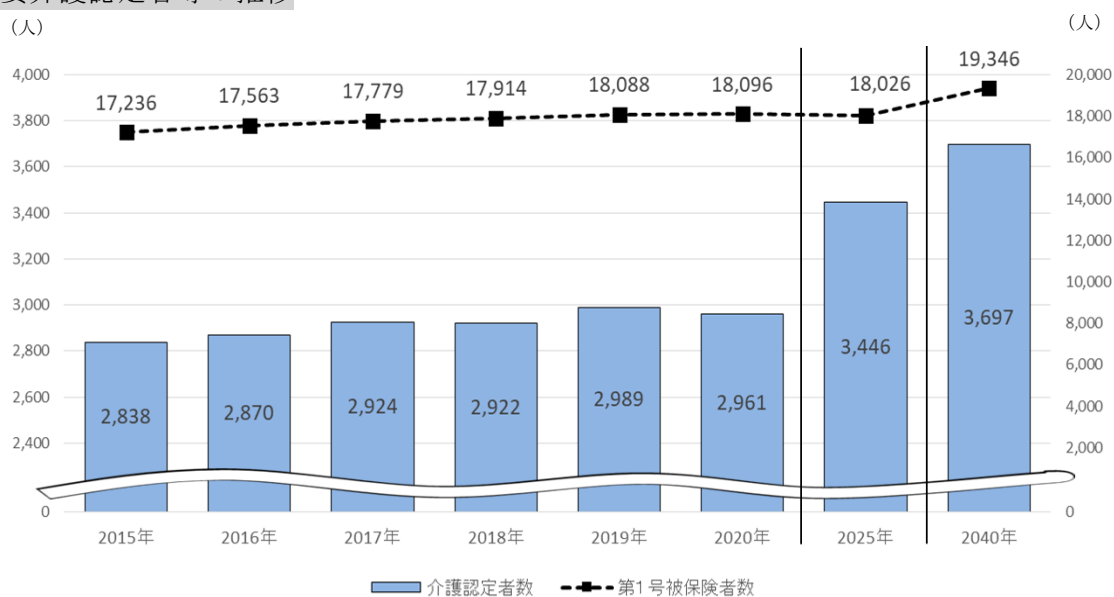


参考 第2期津島市データヘルス計画よりグラフ化（2020年度）

3 要介護認定

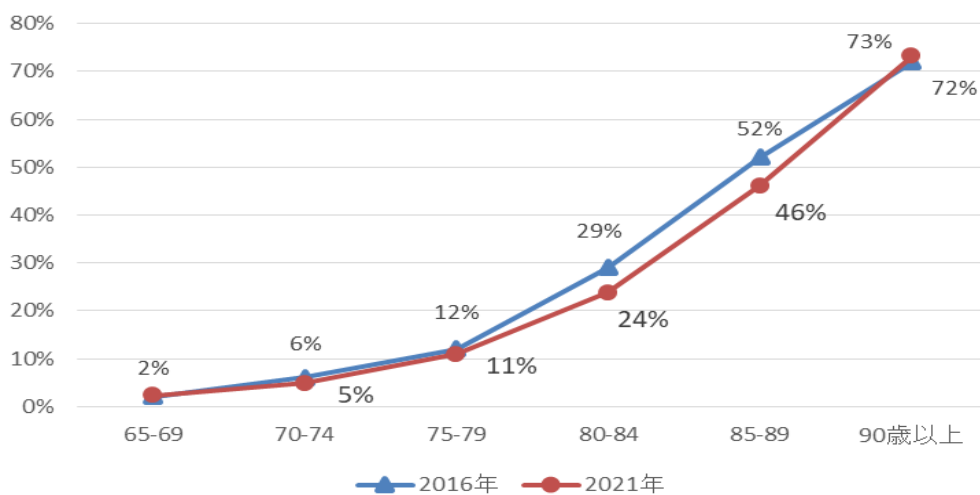
- ・認定者数は2020年からの5年間で急激な増加が見込まれ、その後高齢者人口の増加とともに認定者数も増加することが見込まれます。
- ・介護保険料を負担する65歳以上の第1号被保険者数は、2025年までの5年間は横ばいに推移し、その後増加に転じ、2040年には19,346人と見込まれます。
- ・年齢階層別の認定率を2016年と2020年を比較すると、全体的に低下傾向です。

▶要介護認定者等の推移



参考 第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画による推計をグラフ化（2019年までは実績）

▶年齢階層別の要支援・要介護認定率



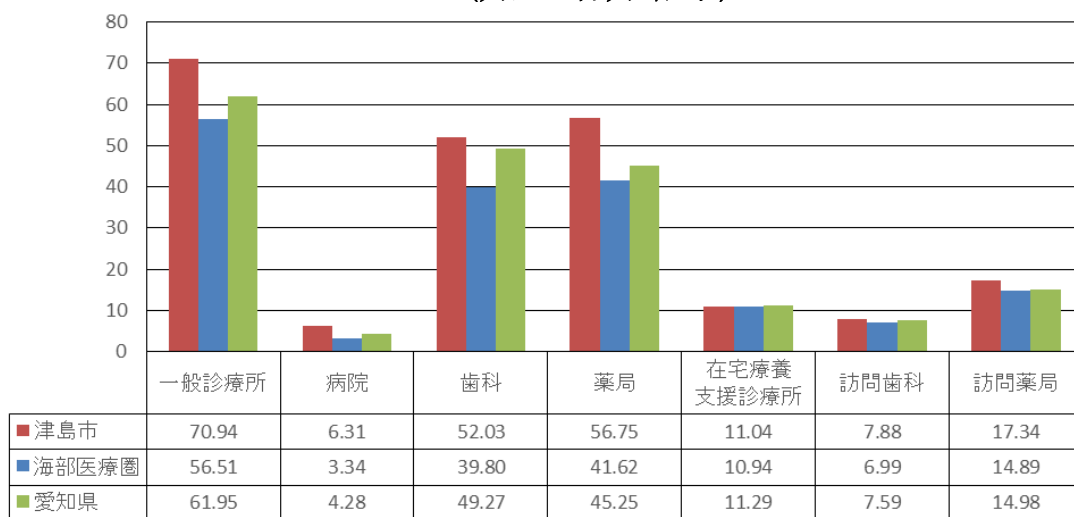
参考 厚生労働省 介護保険事業状況報告（暫定）2016年3月分及び2021年3月分
及び 企画政策課統計資料

4 医療資源と介護資源

- ・医療機関は、在宅療養支援診療所を除き、海部医療圏平均、愛知県平均のいずれも上回っており、充実しています。
- ・介護事業所も充実しています。ただし、入所型介護施設が多いことは、自宅での生活より施設への依存が高いことの遠因となっている可能性があります。

▶医療機関

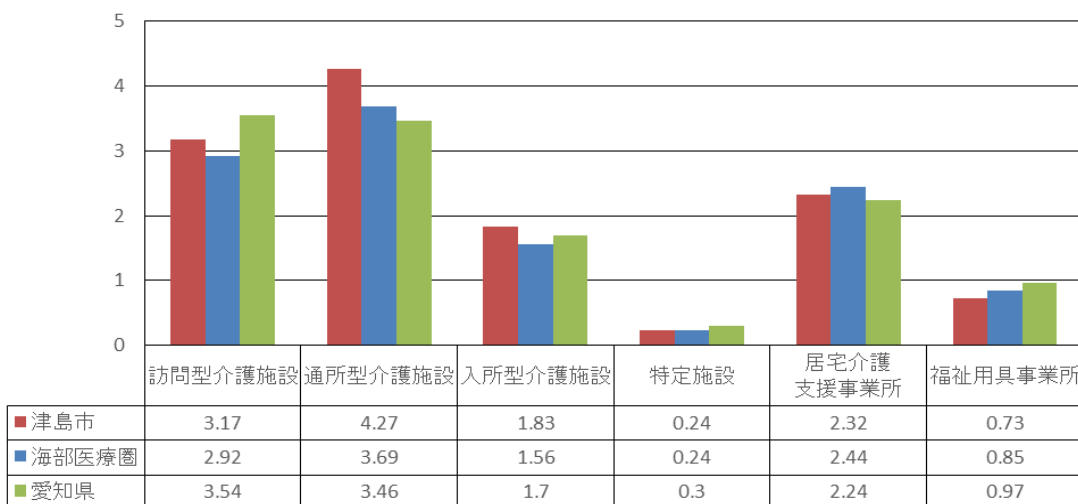
(人口 10 万人当たり)



参考 日本医師会「地域医療情報システム」の情報をグラフ化
医療機関数は 2020 年 11 月の地域内医療機関情報の集計値
人口 10 万当たりは 2015 年の国勢調査総人口で計算

▶介護事業所数

(75 歳以上 1 千人当たり)

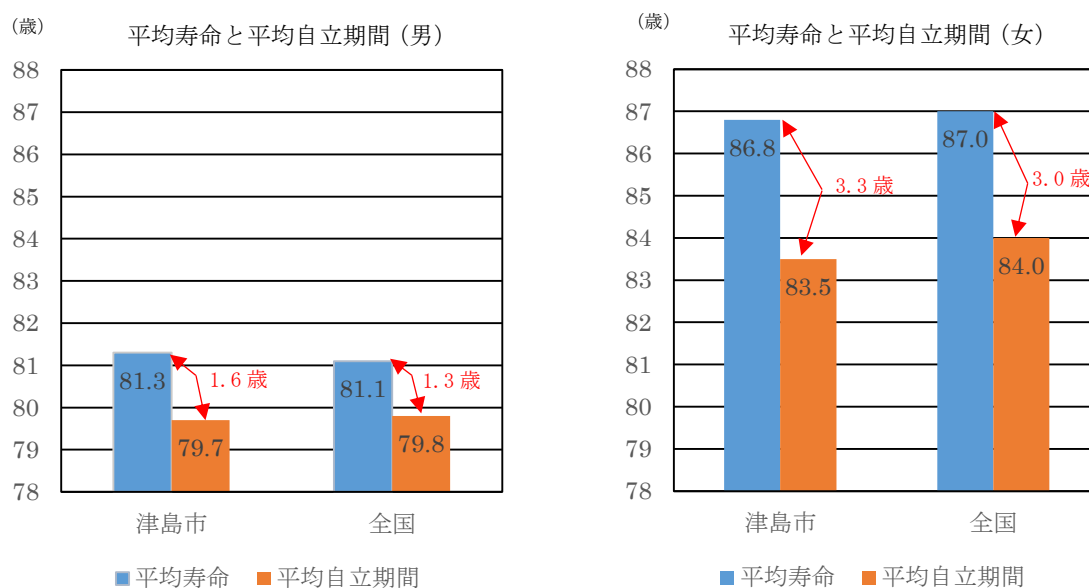


参考 日本医師会「地域医療情報システム」の情報をグラフ化
介護事業所数は、2020 年 9 月の地域内介護施設情報の集計値
75 歳以上 1 千人当たりは 2015 年国勢調査総人口で計算

5 予防

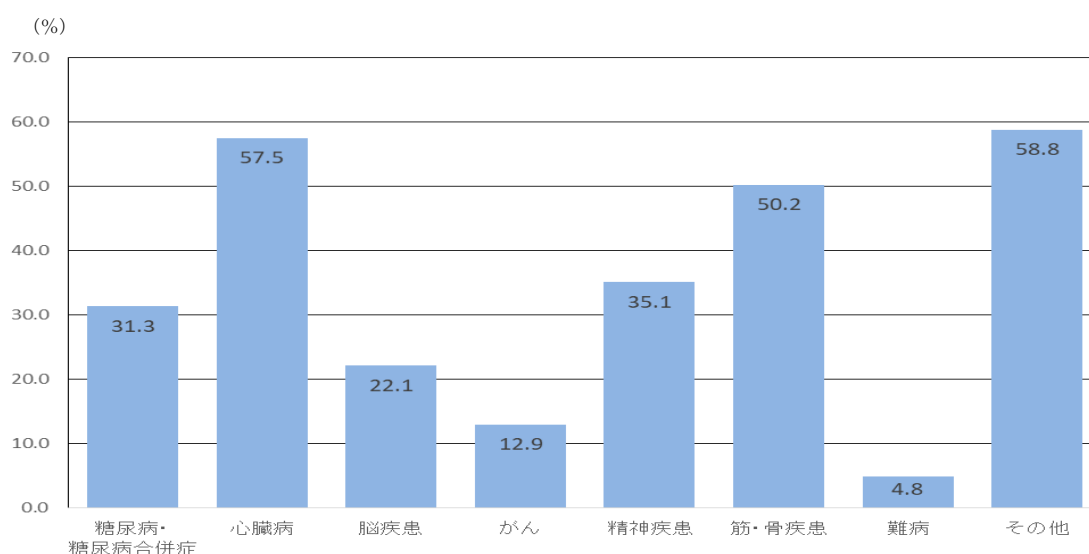
- ・津島市の平均寿命と平均自立期間の差は、男性で1.6歳、女性で3.3歳であり、全国平均より男女とも0.3歳長くなっています。
- ・要介護認定を受けた人は、何らかの疾病を有する場合が多く、介護と医療の両方を必要とする可能性が高いことがわかります。生活習慣病予防、認知症予防、フレイル予防への取組が必要です。

▶平均寿命と平均自立期間



参考 国保データベースシステムよりグラフ化 (2020年度)

▶要介護認定者の疾病の有病率

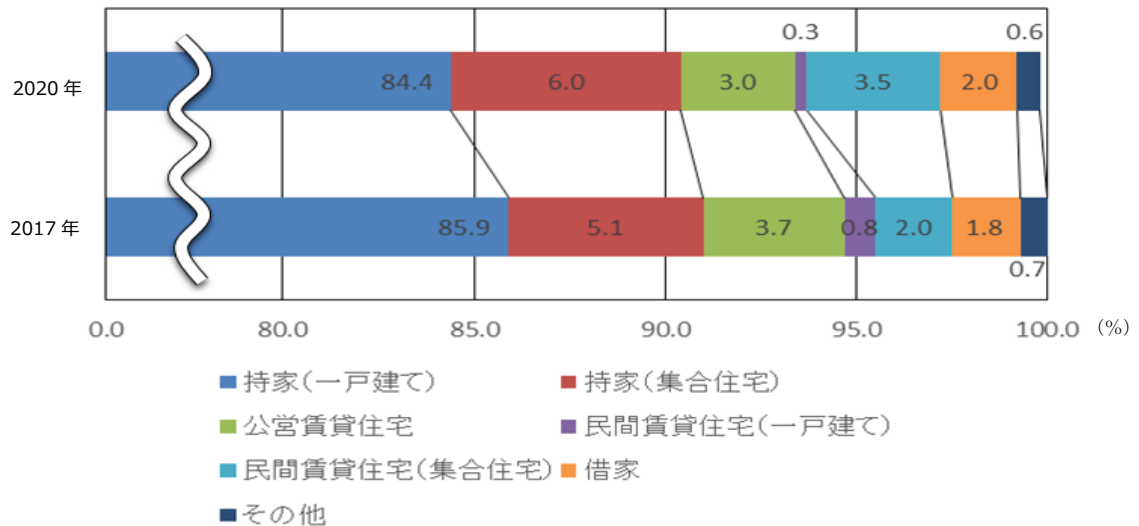


参考 国保データベースシステムよりグラフ化 (2020年度)

6 住まい

・2017年、2020年のアンケート調査において、持家の比率は90%を超えています。

▶自宅の状況

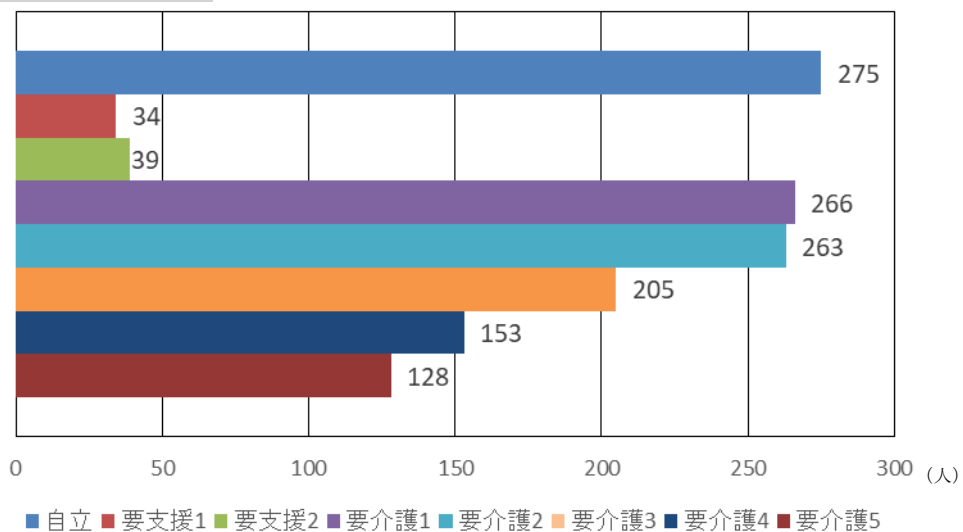


参考 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（2017年及び2019年実施）よりグラフ化

7 認知症

・要介護認定において自立でも認知症の人が多くいることがわかります。
 ・若い頃から発症のリスクの予防と、早期発見・早期対応による進行抑制が必要です。

▶津島市の認知症高齢者数

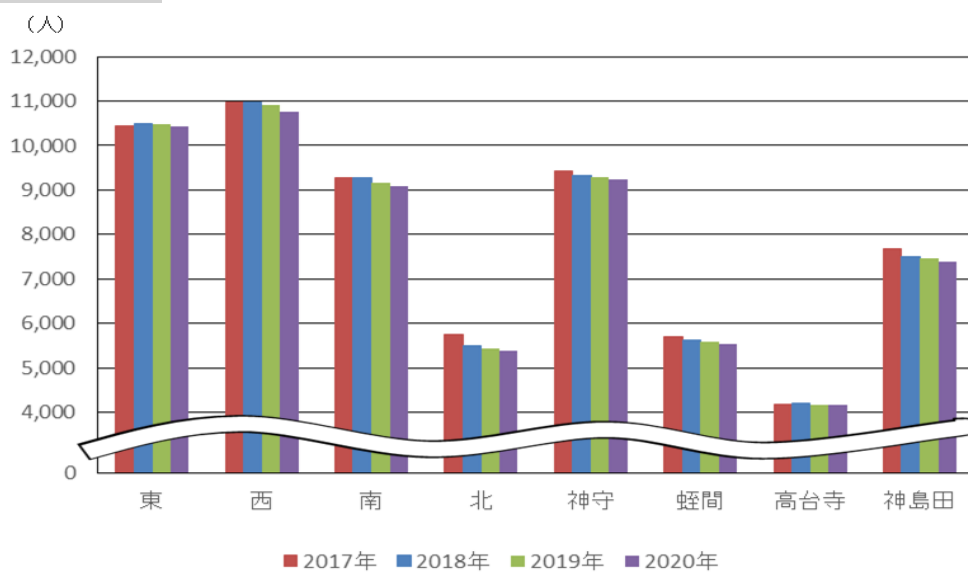


参考 国保データベースシステムよりグラフ化（2020年度）

8 地区の状況

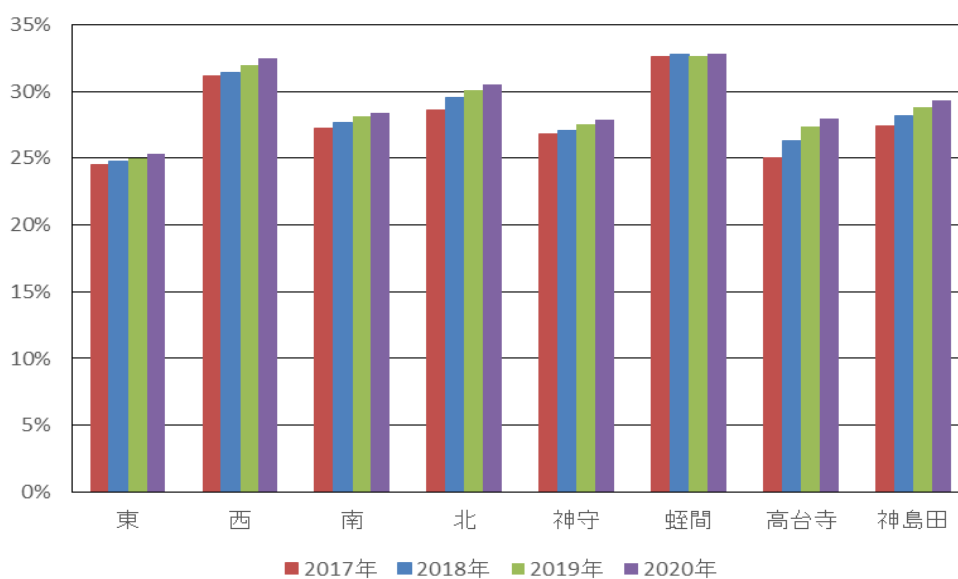
- どの校区も年々人口が減少しています。
- どの校区も年々高齢化率が進んでいますが、蛭間、西校区の高齢化率が高い状況です。
- 西校区の人口は蛭間校区の人口の約2倍。高齢化率は同程度でも支え手の絶対数が異なるなど、地区の状況に大きな違いが見られます。

▶校区別人口



参考 企画政策課資料よりグラフ化

▶校区別高齢化率

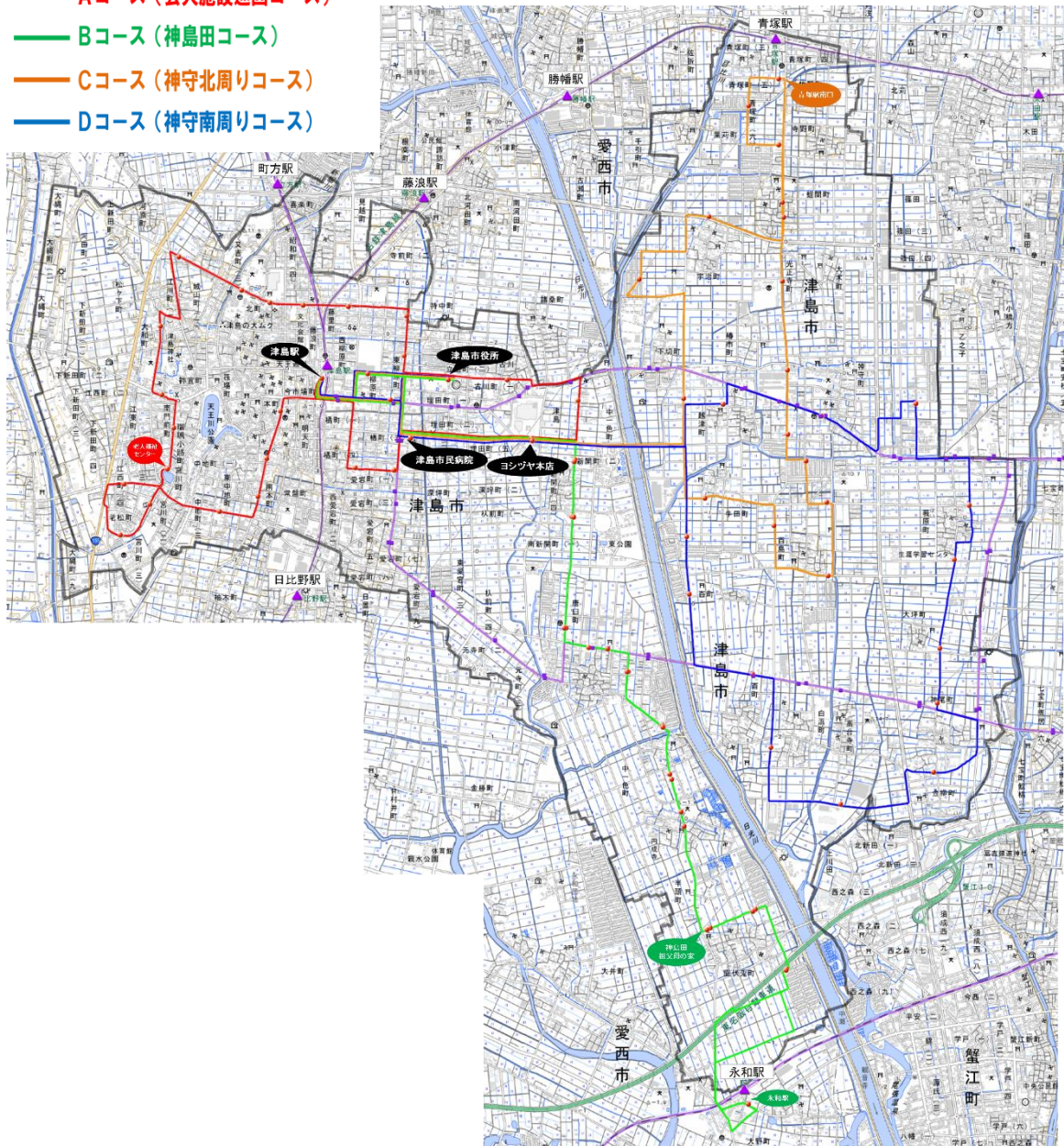


参考 企画政策課資料よりグラフ化

- ・鉄道は、市の西部及び北部を名古屋鉄道が通るほか、市南部に JR 関西線永和駅が隣接するのみです。
- ・路線バスは、名鉄バスが市の東西に延びる幹線道路にあるのみです。
- ・これらの交通機関で不足する地域について、市のふれあいバス 4 路線があります。
- ・エリアとしてこれらでカバーされていますが、高齢者にとって不可欠な買い物や病院、診療所での受診がしやすいかについて検討が必要です。

▶公共交通機関

- Aコース (公共施設巡回コース)
- Bコース (神島田コース)
- Cコース (神守北周リコース)
- Dコース (神守南周リコース)



ふれあいバス (Aコース~Dコース) は、2020年10月改正

第4章 中間評価の結果

1 各評価指標の状況

重点項目①住み慣れた地域・自宅で受けられる『医療と介護』

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
訪問看護事業所数 上段：実数 下段：人口10万人当たり	2か所 3.2か所	2か所 3.3か所	3か所 5.1か所	5か所 8.1か所
在宅療養支援診療所数	5か所	7か所	9か所	7か所
在宅での看取りの数（医師会アンケートより）	47件	100件	140件	98件
かかりつけ医を持つ人の割合 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	91.1%	92% (2022年度)	92%	90.3%
かかりつけ歯科医を持つ人の割合 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	—	92% (2022年度)	92%	85.6%
かかりつけ薬剤師を持つ人の割合 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	—	75% (2022年度)	80%	69.2%
地域包括支援センター認知度 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：役割認知+名前認知）	63.5%	70% (2022年度)	75%	62.4%

重点項目②誰もが自分の将来に関心を持って取り組む『健康づくりと介護予防』

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
特定健康診査の受診率	40.6%	45%	増加	46.7%
後期高齢者健康診査	43.3%	増加	増加	44.1%
特定保健指導の終了率	11.0%	20%	増加	16.2%
がん検診受診率（胃）	17.1%	32%	40%	21.5%
がん検診受診率（肺）	32.1%	42%	50%	33.2%
がん検診受診率（大腸）	29.2%	42%	50%	28.2%

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
がん検診受診率（乳）	11.4%	22%	30%	15.7%
がん検診受診率（子宮）	8.5%	22%	30%	13.4%
歯科検診の受診者数	57人	増加	増加	186人
8020（ハチマル・ニイマル）該当者数	85人	増加	増加	—
要介護認定率	16.2%	15.5%	15.0%	16.5%

重点項目③身体 の 状況やライフステージに応じた暮らしやすい『住まい』

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
入所・入院したい理由として 「住居が介護に適していない」 の割合（在宅介護実態調査）	13.4%	12% (2022年度)	10%	11.2%

重点項目④孤立しない/させない 地域で取り組む『生活支援』

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
ふれあいサロン開催会場数 （市民ボランティア、老人ク ラブ）	23会場	40会場	60会場	11会場
ふれあいサロン開催会場数 （その他）	5会場	10会場	20会場	—
「住みよさ」の満足度 （介護予防・日常生活ニーズ 調査：「とても満足」と「満足」 の合計）	44.0%	54%	60%	40.3%
家族・友人・知人以外に相談相 手がない人の割合（介護予 防・日常生活ニーズ調査）	45.9%	36% (2022年度)	30%	45.1%

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
ボランティア活動等に参加している市民の割合（総合計画に係る市民意識調査）	19.7% (2014年度)	30% (2020年度)	35%	21.2%
コミュニティ推進協議会の活動に参加したことがある人の割合（総合計画に係る市民意識調査）	9.7% (2014年度)	20% (2020年度)	30%	8.2%
見守り協定事業所数	100	150	200	255

重点項目⑤『認知症』：予防～初期集中支援～見守り 段階ごとの支援の充実

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
認知症サポーター数	4,289人	6,500人	7,800人	6,717人
認知症サポーターのうち協力できる人の割合（オレンジサポーター登録者より算出）	2%	5%	10%	2.5%
65歳以上の者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡa以上と判断される者の割合	7.7%	7.5%	7.4%	9.9%

重点項目⑥市民が主体となり地域全体で考えるための仕組みづくり

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
地域に出向いて実施した市民との懇談会、意見交換会等の開催回数	15回 (地区懇談会)	増加	増加	8回

その他

評価指標	策定時 (2016年度)	目標		実績
		2021年度	2025年度	直近値
できる限り自宅に住みながら介護サービスを利用したい人の割合（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	43.1%	50% (2020年度)	55%	39.3%

2 項目の見直し

(1) 変更する項目

ア：『認知症』だけではなく、障がいのある人や子育て世代などすべての人が『共生』できるように対象者を拡大していくため、重点項目⑤『認知症』を『共生』へ変更します。

イ：重点項目⑤の変更に伴い、「認知症予防への取組」「早期発見と初期集中支援」を統合し、重点項目②『健康づくりと介護予防』の施策へ変更し、「社会参加の促進と地域での見守り体制の構築」は重点項目⑤『共生』へ位置付けます。

ウ：評価指標「訪問看護事業所数」について、現状値が最終目標を上回っているため、上方修正します。

エ：ふれあいサロンの方向性の変更に伴い、評価指標「ふれあいサロン開催会場数（市民ボランティア、老人クラブ）」と「ふれあいサロン開催会場数（その他）」を統合し、「通いの場等の開催箇所数」へ変更します。

オ：評価指標「見守り協定事業所数」について、第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画との相互性から「見守り協定締結数」へ変更します。

カ：評価指標「認知症サポーター数」について、第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画との相互性から「認知症サポーター養成講座受講者数」へ変更します。

キ：評価指標「認知症サポーターのうち協力できる人の割合（オレンジサポーター登録者より算出）」について、第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画との相互性から「つしまオレンジサポーターの会登録者数」へ変更します。

(2) 追加する項目

ア：高齢者は、健康状態と心身機能の両面にわたるニーズを有していることが多くあり、その課題に対応するため、保健事業と介護予防を一体的に実施する施策を追加します。

イ：重点項目⑤の変更に伴い、障がいのある人への理解を促進する施策を追加します。

第5章 取組の重点項目

① 住み慣れた地域・自宅で受けられる『医療と介護』

いつまでも自立し、かかりつけ医での診療、介護サービスを受けながら自宅で生活できることが理想ですが、介護状態が重度となり医療と介護の両方が必要になっても自宅で生活できることが重要です。

津島市では 2012 年に在宅医療に係る国のモデル事業に採択された以降、「多職種連携」、「在宅医療従事者や家族の負担軽減」、「地域住民への在宅医療の普及啓発」など多くの課題に取り組んできました。医療を中心とする関係機関の努力により、あんしんネットつしまを軸に多職種連携が進み、市民病院を活用した負担軽減の仕組みが構築されました。今後、関係機関とともに、この仕組みづくりを地域に根付かせていきます。

施策

○多職種連携

- ・あんしんネットつしまによる地域連携フォーラムや多職種研修により連携を強化、電子@連絡帳システムで医療・介護関係者の情報共有を円滑にします。

○さらなる在宅医療の推進

- ・医師の負担軽減を図り、在宅医療に取り組みやすい環境を整備します。
- ・市民病院による「在宅療養後方支援病院」の活用により、在宅療養中の患者とその家族が安心して自宅で過ごせるようにします。
- ・「地域包括ケア病棟」により、急性期治療後の在宅への準備を行います。

○海部医療圏全体での取組

- ・保健所との連携のもと、海部医療圏全体で医療・介護連携に取り組めます。



Point

津島市は、他市町村に先駆けた取組により在宅医療と介護の連携が進み、本人の希望と周囲の理解があれば在宅で生活できるケースが増えてきています。その一方で、市民には「自宅で生活し続けることは困難であり、入院・入所しかない」と意識が根強いと考えられます。

今後は、在宅医療を受けながら自宅で暮らせるということを分かりやすく啓発していくことが重要です。

②誰もが自分の将来に関心を持って取り組む『健康づくりと介護予防』

できる限り健康でいることは、より長く支える側でいられることにつながります。介護が必要な期間を短くすることで、介護者など支える側の負担も軽減します。何より、健康は、本人に楽しみ・生きがいをもたらします。将来、自分がどのように過ごしたいのか、関心を持つことが大切です。

施策

○特定健診・がん検診・歯科検診の受診啓発

- ・要介護となる原因に、生活習慣病やがんが多く挙がっています。介護予防の視点から、受診率を高めます。

○健康づくりと介護予防の情報発信

- ・市内では、官民を問わず体操教室や食育などの健康づくりや介護予防の教室が開かれています。その情報を市民に分かりやすく発信していきます。

○認知症の予防

- ・通いの場や出前講座等、認知症の予防に資する可能性のある活動を推進します。
- ・地域の身近なところで、認知症の疑いのある人に早期に気づき、適切に対応できる環境を整備します。

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

- ・在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加を目指し、保健事業と介護予防を一体的に実施しフレイル対策を行います。



Point

介護予防のためには、若い頃からの健康づくりが重要です。市が実施する特定健診・がん検診・歯科検診は、40歳から（子宮がん検診は20歳から）受けることができます。

また、幼稚園・保育所・小学校・中学校で、食育・生活習慣などの健康教育やがん教育などを行うとともに、子どもを通じた保護者への啓発も必要です。

③ 身体 の 状況 や ライフ ステージ に 応じた 暮らし や すい 『 住まい 』

若い頃に建てた住宅は、住む人の高齢化に伴い改修が必要となることがあります。高齢者の増加に伴い、改修件数は増加するものと考えられます。また、自宅での生活への支援だけでなく、状況に応じて住み替えや施設での生活も選択できる支援が必要です。

施策

○ 住み方に関する支援

- ・ 身体 の 機能 を 維持 できる よう な 改修 の ため、理学療法士、ケアマネジャー、建築士など多分野の専門家による支援を受けられる仕組みを構築します。

○ 状況に合わせて選択できる住宅や施設

- ・ サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、自分の状況に合わせた場所での生活を選択できるようにします。



Point

「住みにくい家」が自宅での生活の支障となるケースも多いため、「住まい」への取組も重要です。

ケアマネジャーに相談のうえ、介護保険により一部の自己負担で住宅改修を行うことができます。また、身体 の 状況 等 によつては、介護保険の対象とならないような改修が必要となることも考えられます。改修の内容について気軽に相談できる相談しやすい仕組みづくりや、分かりやすい相談先の案内が必要です。

④ 孤立しない / させない 地域で取り組む『生活支援』

単に自宅で生活するだけでなく、地域とのつながりや生きがいを持ちながら「自分らしく」暮らせることが大切です。そのためには、地域全体で日常生活を支えていく「生活支援」が重要となってきます。

自宅で生活するに当たって必要となる支援や地域の環境は様々であるため、できる限り多種多様な支え手が必要です。コミュニティ、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、民間事業所、NPO、ボランティアなどのほか、町内会、隣近所、友人などが支え手として考えられます。

施策

○地域での取組の促進

- ・小学校区単位での地区社会福祉協議会の設立を目指し、地域での組織的な取組を実現します。
- ・民生委員や老人クラブなどの関係機関、店舗や事業所などの民間事業者、市民などによるネットワークを構築し、地域での見守りを推進します。
- ・より身近なサロンや通いの場を支援し、世代を超えた交流を進めます。

○介護予防・日常生活支援総合事業の充実

- ・要支援に認定された方や、生活機能の低下がみられる方をはじめ、65歳以上の方を対象とする本事業の実施により、介護予防と日常生活の自立を支援します。特に、つま家事サポーター、つまげんきボランティア、通いの場を充実していきます。

○情報の一元化と周知

- ・それぞれの地域で、コミュニティ、町内会、民生委員、老人クラブなどによる支援のほか店舗など民間のインフォーマルサービスも含めると、多種多様な生活支援が実施されています。これらの情報を集約・一元化して市民が利用しやすいように分かりやすく提供するとともに、ニーズと生活支援を効率的にマッチングする仕組みを構築します。

○情報の提供と保護

- ・支援を必要とする高齢者の情報について適切に保護するとともに、コミュニティ、町内会、民生委員、老人クラブなどの支え手には個人情報に関する法律や条例に基づき情報を提供できる仕組みを検討します。



Point

自宅で生活する高齢者やその家族が孤立することのないように、地域での見守りや支援を求めやすい環境が重要です。

また、自身が高齢となったり家族を介護するようになったときに地域での支援を得やすいよう、日頃から、コミュニティ、町内会、老人クラブなど地域の活動に参加したり、隣近所との関係づくりをしておくといでしょう。

⑤『共生』：～誰もが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らすために～

障がいのある人や認知症の人が、地域で安心して自分らしく暮らしていくためには、一人ひとりが障がいや認知症を正しく理解し、地域全体で見守ることが重要です。

施策

○障がいへの理解促進

- ・障がいや障がいのある人についての正しい理解とノーマライゼーションの理念が、市民に幅広く浸透していくように、啓発活動を行います。

○認知症への理解促進

- ・認知症について正しく理解し、適切に見守ることができるよう、認知症への理解を深める啓発を行うとともに、認知症の人や家族を地域全体で支え合える環境を整備します。

○社会参加の促進と地域での見守り体制の構築

- ・就労や地域活動など、社会参加や生きがいづくりを支援していきます。
- ・認知症サポーターの養成講座修了者、認知症対応力向上研修を修了した医師や歯科医師、薬剤師等と連携し、支援していきます。
- ・認知症徘徊捜索模擬訓練により、徘徊に対応できる体制を構築します。
- ・認知症家族支援プログラム、認知症介護家族交流会や認知症カフェにより、知識の習得や仲間づくりを支援し、家族の負担を軽減します。

Point

障がいには、外見からは援助や配慮を必要としていることがわかりづらいこともあるので、日頃から思いやりのある行動を心がけましょう。

また、障がいや認知症などを正しく理解するためには、小学生・中学生の若い頃から関心を持つことが重要です。

⑥ 市民が主体となり地域全体で考えるための仕組みづくり

重点項目①から⑤までは、あくまでも自宅で暮らすためのセーフティネットです。より自宅で暮らしやすい「まち」の実現のためには、これらのほかに「津島市の地域包括ケアシステムの方向性」を可能とするための仕組みをつくる必要があります。

施策

○分かりやすい情報の提供

- ・市民の皆さんが自分自身で考えるため、分かりやすい情報提供に努めます。

○地域で考える場をつくる

- ・地域の団体や町内会、地区懇談会など「地域で考える場」の充実と、市民の積極的な参加を促すため、市の支援や関係機関/市民との連携が必要です。

Point

地域での支え合いを可能とするには、市民が主体的に「将来のまち」と「今の自分にできること」を考えられることが重要です。

第6章 取組の評価指標と目標値

取組の評価する指標と、ビジョンの対象期間における最終目標は、次のとおりとします。

重点項目①住み慣れた地域・自宅で受けられる『医療と介護』

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
訪問看護事業所数	2か所	5か所	5か所
在宅療養支援診療所数	5か所	7か所	9か所
在宅での看取りの数（医師会アンケートより）	47件	98件	140件
かかりつけ医を持つ人の割合 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	91.1%	90.3%	92%
かかりつけ歯科医を持つ人の割合 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	—	85.6%	92%
かかりつけ薬剤師を持つ人の割合 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	—	69.2%	80%
地域包括支援センター認知度 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：役割認知+名前認知）	63.5%	62.4%	75%

重点項目②誰もが自分の将来に関心を持って取り組む『健康づくりと介護予防』

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
特定健康診査の受診率	40.6%	46.7%	増加
後期高齢者健康診査	43.3%	44.1%	増加
特定保健指導の終了率	11.0%	16.2%	増加
がん検診受診率（胃）	17.1%	21.5%	40%
がん検診受診率（肺）	32.1%	33.2%	50%

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
がん検診受診率（大腸）	29.2%	28.2%	50%
がん検診受診率（乳）	11.4%	15.7%	30%
がん検診受診率（子宮）	8.5%	13.4%	30%
歯科検診の受診者数	57人	186人	増加
8020（ハチマル・ニマル）該当者数	85人	—	増加
要介護認定率	16.2%	16.5%	15.0%
65歳以上の者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡa以上と判断される者の割合	7.7%	9.9%	7.4%
個別支援の連携割合	—	—	100%

重点項目③身体 の 状況やライフステージに応じた暮らしやすい『住まい』

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
入所・入院したい理由として「住居が介護に適していない」の割合 (在宅介護実態調査)	13.4%	11.2%	10%

重点項目④孤立しないさせない 地域で取り組む『生活支援』

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
通いの場等の開催箇所数	—	—	64会場
「住みよさ」の満足度 (介護予防・日常生活ニーズ調査:「とても満足」と「満足」の合計)	44.0%	40.3%	60%
家族・友人・知人以外に相談相手 がない人の割合(介護予防・日常生活ニーズ調査)	45.9%	45.1%	30%

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
ボランティア活動等に参加している市民の割合（総合計画に係る市民意識調査）	19.7% (2014年度)	21.2%	35%
コミュニティ推進協議会の活動に参加したことのある人の割合（総合計画に係る市民意識調査）	9.7% (2014年度)	8.2%	30%
見守り協定締結数	—	—	46

重点項目⑤『共生』：～誰もが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らすために～

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
ヘルプマーク配布数	—	—	1,725個
認知症サポーター養成講座受講者数	—	—	820人
つしまオレンジサポーターの会員登録者数	—	—	215人

重点項目⑥市民が主体となり地域全体で考えるための仕組みづくり

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
地域に出向いて実施した市民との懇談会、意見交換会等の開催回数	15回 (地区懇談会)	8回	増加

その他

評価指標	策定時 (2016年度)	中間評価時	目標
			2025年度
できる限り自宅に住みながら介護サービスを利用したい人の割合（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	43.1%	39.3%	55%

資料編

1 用語の解説

あ行

- **インフォーマルサービス**

市などの公的機関や専門職による制度に基づいたサービス（フォーマルサービス）以外のもので、家族、近隣住民、地域の団体やボランティアなどによる支援をいう。

- **あんしんネットつしま（津島市医歯薬介連携推進協議会）**

医療・福祉サービスを中心とした地域連携のネットワークづくりを推進するための検討や、地域連携フォーラムの開催などの活動を行っている。津島市医師会と地域包括支援センターを中心に、歯科医師会、薬剤師会、居宅介護支援事業者連絡協議会、市民病院などがメンバーとなっている。

か行

- **介護予防・日常生活支援総合事業**

2013年の介護保険法の改正により、2017年4月から津島市が実施している事業。体操教室やふれあいサロンなど65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」と、介護保険の要介護認定で要支援と認定された人や、基本チェックリストの結果生活機能の低下がみられる人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」がある。

さ行

- **サービス付き高齢者向け住宅**

介護と連携して、安否確認や生活相談などのサービスを提供するバリアフリーの住宅。2011年に、高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正により、登録制度が設けられた。介護、医療、生活支援サービスなどが提供されるものもある。

- **在宅医療**

身体の状態や疾患等の理由により通院が困難となった患者の自宅や高齢者施設に医師などの医療者が訪問して医療（定期的な訪問診療と、急変時の往診）を行うこと。在宅医療を受ける頻度の高い疾患に、脳血管障害、認知症、神経障害等がある。

- **在宅療養後方支援病院**

在宅療養中の患者について、在宅医療担当医が緊急時に入院が必要と判断したときに市民病院が 24 時間いつでも入院を受け入れる。事前の患者登録が必要。

- **在宅療養支援診療所**

24 時間・365 日体制で往診や訪問診療を行う診療所として、地方厚生局に届出を行っている診療所。緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制の確保など一定の基準に適合する必要がある。

た行

- **地域包括ケア病棟**

急性期治療を終了し、病状が安定した患者に対して、在宅や施設への復帰に向けた医療や支援を行う病棟。

- **地域包括支援センター**

地域住民の保健・福祉・医療の向上、高齢者虐待の防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。市町村または、市町村から委託を受けた医療法人や社会福祉法人等が設置することができる。

- **地区社会福祉協議会**

社会福祉協議会の考えを共有し、社会福祉協議会と連携しながら、自主的な地域活動を行う住民福祉活動組織。

- **つしま家事サポーター**

介護予防・日常生活支援総合事業により、要支援と認定された人などに洗濯、調理、掃除、ゴミ出しなどの家事援助を中心とするサービスを提供するため、養成講座を受けて登録をした人。

- **つしまげんきボランティア**

ボランティア活動を通して地域貢献や社会参加をすることで、より元気になることを目的に、市内 65 歳以上の人をつしまげんきボランティアとして登録するもの。活動に応じてポイントが支給され、ポイント数に応じて地域振興券が発行される。

- **電子@連絡帳システム（つながろまい津島）**

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャーなどの多職種の円滑な連携のため、インターネット上で患者の情報を共有するシステム。

な行

- **認知症家族支援プログラム**

専門家や介護経験者からの話を通じて、認知症の人を介護している家族が認知症に関して学んだり、同じ悩みを持つ仲間と話し合う場として、年間6回実施。

- **認知症カフェ**

認知症の人やその家族、地域の人など様々な人たちの交流の場や息抜きの場として開催するカフェ。ボランティア、認知症介護家族交流会など、様々な団体が実施している。

- **認知症高齢者の日常生活自立度**

高齢者の認知症の程度を踏まえて日常生活の自立の程度を表すもの。要支援・要介護認定の審査判定の際の参考として利用される。Ⅱaと判定される基準は、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態が家庭外でみられる」であり、たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つといった症状がみられる程度の状態である。

- **認知症サポーター**

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けするため、市が実施する養成講座を受講し、活動する人。

- **認知症対応力向上研修**

認知症対応力向上の促進を図るため、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供等のための地域のネットワークの中で重要な役割を担うかかりつけ医、歯科医師、薬剤師等に対して県が実施する研修。

は行

- 8020 (ハチマル・ニイマル)

「80歳になっても20本以上自分の歯を保とう」という運動。20本以上の歯があれば食生活にほぼ満足することができると言われていたため、「生涯、自分の歯で食べる楽しみを味わえるように」との願いを込めて、1989年より厚生省（当時）と日本歯科医師会が推進している。

- フレイル

加齢に伴い体や心のはたらき、社会的なつながりが弱くなった状態のこと。

- 訪問看護事業所

医師の指示に基づいて自宅療養中の患者宅を看護師、保健師、理学療法士などが訪問し、療養上の介助や必要な診療の補助を行う。

や行

- 有料老人ホーム

高齢者を対象とした有料の入居施設。介護サービスが付いた「介護付き有料老人ホーム」、介護が必要となった場合に地域の介護サービスを利用しながら居住する「住宅型有料老人ホーム」等がある。

2 ビジョン見直しに係る関係者、関係機関名簿

▶津島市地域包括ケアシステム推進協議会

所属団体	役職	氏名
津島市医師会	会長	◎平野 高水
津島市歯科医師会	会長	内田 和雄
津島市薬剤師会	副会長	浅井 治行
津島保健所	所長	竹原 木綿子
津島市居宅介護支援事業者連絡協議会	幹事長	金田 百合子
津島市北地域包括支援センター		福谷 隆宏
津島市民病院	院長	神谷 里明
津島市社会福祉協議会	会長	○浅井 彦治
愛知建築士会海部津島支部		田宮 祥江

◎会長 ○副会長

▶津島市地域包括ケアシステムプロジェクトチーム

所属	職名	氏名
健康福祉部高齢介護課	課長	◎足立 賢一
市長公室企画政策課	主事	片山 雄太
市長公室危機管理課	統括主任	越宮 弘樹
市民生活部市民協働課	統括主任	植木 美千代
健康福祉部福祉課	主査	森本 早起
健康福祉部福祉課	主事	森本 早紀
健康福祉部子育て支援課	統括主任	木谷 佐織
健康福祉部健康推進課	副主任保健師	岡本 知行
健康福祉部健康推進課	保健師	杉本 里美
健康福祉部保険年金課	保健師	水谷 瞳
健康福祉部保険年金課	保健師	山田 裕美子
建設産業部都市計画課	技師	田口 隼大
市民病院地域医療センター	補佐	古田 光樹
教育委員会事務局学校教育課	主幹	植田 真夕子

◎プロジェクトリーダー

津島市地域包括ケアビジョン
～津島市の地域包括ケアシステムの方向性～
(2018-2025)
中間評価

発行 / 2022年3月
津島市健康福祉部高齢介護課
地域包括ケアグループ

電話 0567-55-9471