

## 第3章 計画の基本理念及び基本目標

## 1 計画の基本理念

すべての高齢者が人としての尊厳をもって、  
住み慣れた家庭や地域で生き生きと自分らしい生活が送れる、  
活力ある「健康長寿のまち」の実現

新座市は、昭和 40 年代以降、首都近郊のベッドタウンとして、働き盛り世代の流入により急速に都市化が進展してきました。

そしていま、人口の高齢化が急速に進展していく中、定年退職等によって多くの団塊世代が地域社会に戻ってきています。

本市の人口構成では、今後、75 歳以上の人口が年々増加していくことが予想されます。このことは、団塊世代が 75 歳以上となり、高齢化がピークを迎えるとされている平成 37 年度（2025 年）に向けて、要介護高齢者や認知症高齢者が大きく増加していくことを意味しています。

こうした状況の中で、高齢者一人ひとりが健康を保持しながら、生きがいをもって暮らしていけるよう、活力ある地域社会の創出を目指します。

同時に、介護や生活上の支援が必要となっても、住み慣れた家庭や地域の中において、個人の尊厳が大切にされ、医療・介護や生活支援などを安心して利用できるサービス体系の構築を目指します。

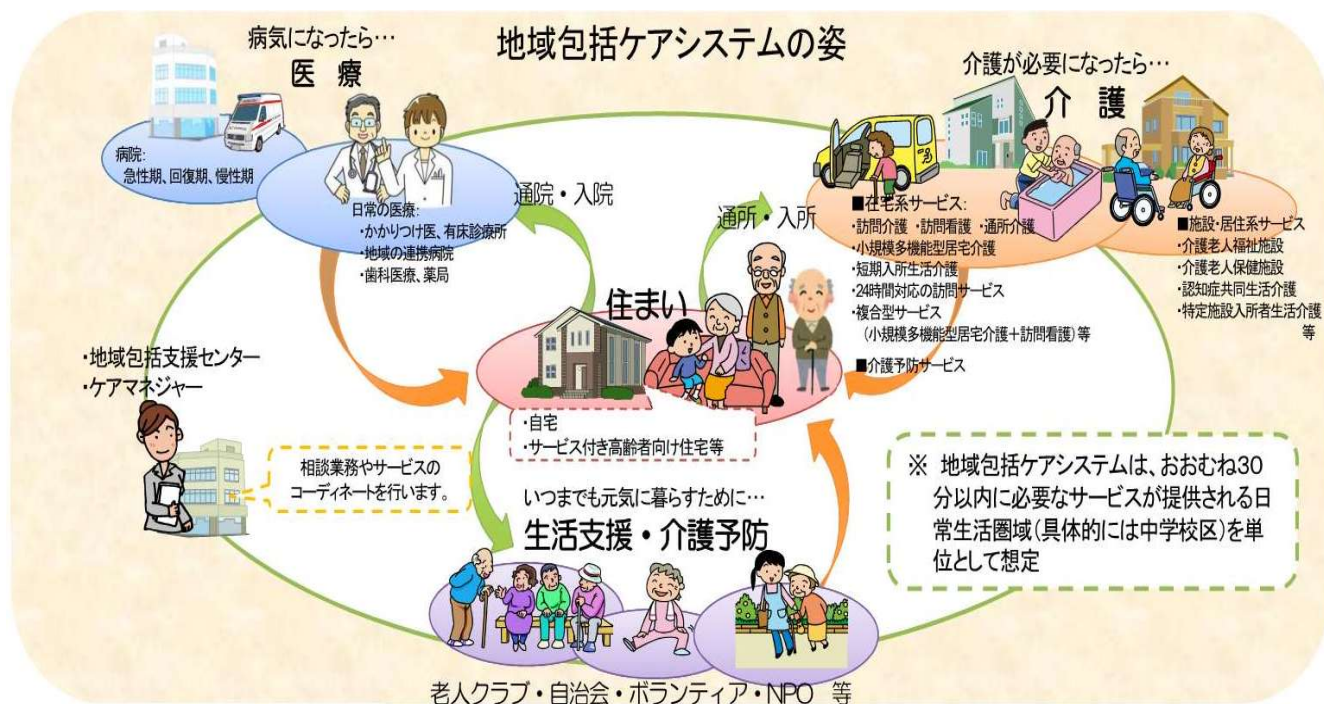
## 2 基本目標

### 地域包括ケアシステムの構築に向けたサービス提供体制の整備

基本理念の実現のためには、住み慣れた地域において、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築が必要となります。

平成 26 年度の介護保険法改正を踏まえ、平成 37 年度を見据えた地域包括ケアシステム構築に向けて、中長期的な視点からサービス提供体制を整備していきます。なお、その際、次の 4 項目が中長期的な重点的取組事項として位置づけられています。

- (1) 在宅医療・介護連携の推進
- (2) 認知症施策の推進
- (3) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (4) 高齢者の住まいの安定的な確保



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」より抜粋

## (1) 在宅医療・介護連携の推進

75 歳以上人口の増加に伴い、医療ニーズや介護ニーズを併せ持つ慢性疾患、認知症等の高齢者の増加が見込まれます。そのような高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で住み続けることができるよう、退院支援や日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において在宅医療・介護連携を推進していく必要があります。

なお、在宅医療・介護連携の推進にあたっては、以下の具体的取組内容が位置づけられています。

### 【具体的取組内容】

①地域の医療・介護サービス資源の把握	(P.72)
②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議	(P.72)
③在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営	(P.72)
④在宅医療・介護サービスの情報の共有支援	(P.72)
⑤在宅医療・介護関係者の研修	(P.72)
⑥24 時間 365 日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築	(P.72)
⑦地域住民への普及啓発	(P.72)
⑧二次医療圏内・関係市町村との連携	(P.73)

※ページ番号は、第 6 期計画における取組内容を示した該当施策のページ。

## (2) 認知症施策の推進

今後、認知症高齢者の増加が見込まれている中で、認知症になっても本人の意思が尊重され、また、その家族が安心して、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、適切な医療・介護サービスの提供体制や周囲の支えあい、見守りなどといった支援の充実が求められています。

なお、認知症施策の推進にあたっては、以下の具体的取組内容が位置づけられています。

### 【具体的取組内容】

①認知症ケアパスの普及・確立	(P.73)
②認知症初期集中支援推進事業	(P.73)
③認知症地域支援推進員等設置事業	(P.73)
④認知症ケア向上推進事業	(P.73)

※ページ番号は、第 6 期計画における取組内容を示した該当施策のページ。

### (3) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者の増加に伴い、見守りや安否確認、外出支援、家事支援など日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していけるよう、多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供していくことが期待されています。

なお、生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進にあたっては、以下の具体的取組内容が位置づけられています。

#### 【具体的取組内容】

①生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置	(P.74)
②協議体の配置及び運営	(P.74)
③介護予防・日常生活支援総合事業の実施	(P.67)

※ページ番号は、第6期計画における取組内容を示した該当施策のページ。

### (4) 高齢者の住まいの安定的な確保

地域包括ケアシステムの実現に向けては、それぞれの生活のニーズに合った住まいが確保されたうえで、保健・医療・介護などのサービスが提供されることが前提となります。

そのため、個人の持ち家等に加え、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向け住まいが、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境の整備が求められています。

### 3 第6期計画における事業ごとの目標

第6期計画では、地域包括ケアシステムの実現に向けて、介護保険サービスや地域支援事業、さらには高齢者一般施策等の様々なサービスの提供体制の整備に取り組みます。

#### (1) 介護保険サービスの目標

今後は、重度の要介護高齢者や認知症の高齢者など医療と介護の両方を必要とする人の増加が見込まれる中で、誰もが住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、高齢者の日常生活全般を柔軟なサービス提供により支えることが可能な定期巡回型・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護の普及が大切であり、これらを含む居宅サービスや地域密着型サービスの基盤整備を図り、地域における継続的な支援体制の構築を目指します。

施設サービスにおいては、施設入所待機者への対応とともに地域の身近なサービス拠点としての機能に着目し、地域バランスに配慮した整備を促進します。

#### (2) 地域支援事業の目標

地域支援事業においては、介護保険法の改正に伴う予防給付の見直しにより、平成29年4月までに新しい総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）を開始し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を移行させることとなりました。

本市ではすでに多様な地域支援事業を実施しているため、今後は既存事業を整理・統合しつつ、地域福祉活動やボランティア、NPO、民間企業等の多様なサービス主体による多様なサービスの確保に努めます。

地域包括ケアシステムの核となる高齢者相談センター（地域包括支援センター）については、ケアマネジメントの支援に関する機能の強化を図るとともに、地域ケア会議を充実し、多職種連携及び政策形成能力の強化を目指します。

また、医療と介護の連携においては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会等関係団体の協力を得つつ、地域の医療・介護サービスに関する情報の一体的な把握と提供並びに相談体制の確立を図るとともに、医療・介護関係者の交流機会や研修会の開催等を行います。

認知症施策については、本市における認知症ケアパス<sup>※</sup>を確立し、認知症の人を地域でどのように支えていくかを明らかにした上で、早期からの適切な診断や、本人やその家族を包括的・継続的に支援する体制を構築します。

さらに、生活支援サービス体制を整備するため、協議体の設置を目指すとともに、生活支援コーディネーターの配置に向けた準備を進めます。

### **(3) 高齢者一般施策及び関連事業の目標**

本市では、介護保険制度以外でも、ひとり暮らし高齢者等への緊急連絡システム事業や配食サービス事業、日常生活用具給付等事業など市単独事業を実施しています。

これらの事業については、今後とも周知の向上を図るとともに、より利用しやすい事業となるよう、必要に応じて見直し・充実を図ります。

また、すべての高齢者が健康で、生きがいのある生活を送ることが介護予防・健康長寿の観点からも大切であることから、健康づくり、生涯学習等の関係各課と連携して、総合的な施策の展開を図ります。

住まいについては、できる限り住み慣れた自宅での生活が継続できるよう支援するとともに、高齢者の多様なニーズに対応しつつ、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど介護付きの住まいの普及に努めます。

---

<sup>※</sup> 「認知症ケアパス」とは、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れのことで、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、本人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するために連携する仕組みとなっています。