

いきいき安心プランVI まつど

第8期松戸市高齢者保健福祉計画
第7期松戸市介護保険事業計画
(平成30年度～平成32年度)

主要関係部分抜粋

平成29年度 第2回 松戸市地域ケア会議
平成30年2月15日

第3章 計画のビジョンと重点施策

第1節 計画のビジョン

3. ビジョン実現に向けた施策の検討方法

(1) アンケート結果や関係会議の成果に基づく実効性ある施策の立案

本計画においては、「地域包括ケアシステムの深化・推進」というビジョンの実現に向けて、アンケート結果や関係会議の成果に基づき、具体的施策の検討を行いました。

具体的には、前期計画までと同様、計画策定のための市民等へのアンケート調査の結果、松戸市高齢者保健福祉推進会議における議論、同会議及び松戸市介護保険運営協議会における前期計画（平成27～29年度）の進捗状況の点検結果、国における介護保険制度改正の内容等を、計画の具体的内容に反映しています。

これに加えて、本計画では、地域ケア会議の議論や、松戸市介護保険運営協議会における給付分析の内容も計画策定に反映しました。

本市における地域ケア会議は、個別事例レベル・日常生活圏域レベル・市レベルの三層構造の会議で構成されています。それぞれの会議は、可能な限り、自らの会議での議論を通じて、個別事例や地域の課題の解決を図りますが、自らの会議で解決できない課題については、上位の会議につなげることで、課題の解決を推進しています。こうした三層構造の地域ケア会議の連携の中で、松戸市地域ケア会議において、日常生活圏域（15地区）における課題や個別事例から、中長期の課題と方向性がとりまとめられました（※1）。地域の課題や議論に即した計画の策定を進める観点から、この地域ケア会議におけるとりまとめの内容を、本計画の具体的内容に反映していきます。

また、平成29年の介護保険制度改正においては、保険者機能の強化の観点から、データに基づく課題分析を行い、分析結果を計画策定に反映させていくことが求められています。こうした点に対応するため、松戸市介護保険運営協議会において、保険給付についての総合的な実績把握と分析が行われました（※2）。データ分析に基づく実効性ある施策の立案を図るため、この介護保険運営協議会における給付分析の内容も計画に反映していきます。

このように、従前から計画に反映していたアンケート調査の結果や前期計画の進捗状況の点検結果等のほか、新たに、地域ケア会議の議論や介護保険運営協議会における給付分析の結果も計画に反映することによって、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた実効性ある施策の立案を行いました。

※1 「地域ケア会議の議論から把握された中長期の課題と方向性」（平成29年度第1回松戸市地域ケア会議とりまとめ）

※2 「地域マネジメントの推進に向けた給付分析」（平成29年度第2回松戸市介護保険運営協議会とりまとめ）

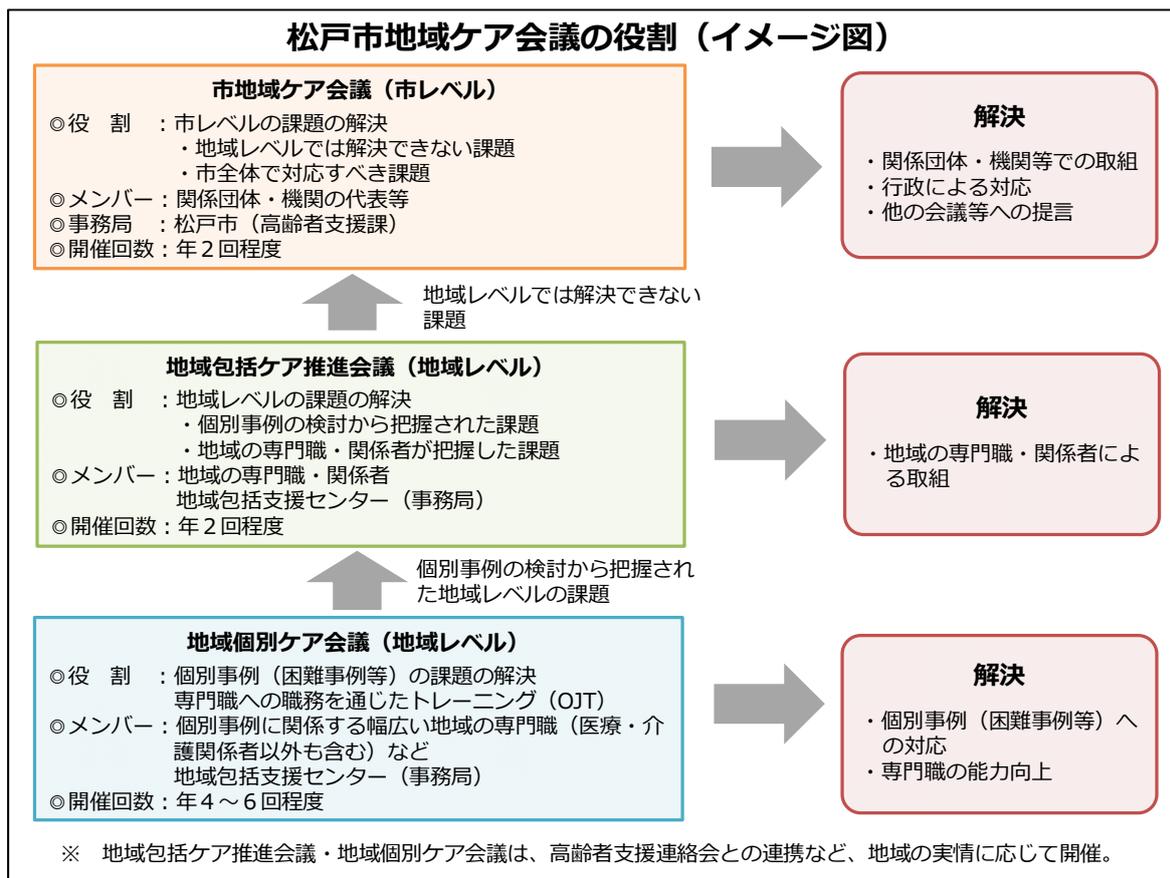
(2) 6つの重点施策の積極的な推進

(1)に記載の検討の結果を踏まえて、以下のとおり、本計画における6つの重点施策を定めました。これらの重点施策の積極的な推進を通じて、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組を効果的・効率的に推進していきます。

【6つの重点施策】

- 1 住み慣れた地域で暮らし続けるための介護サービスの充実
- 2 在宅医療・介護連携の強化
- 3 介護予防・生活支援の推進
- 4 認知症対策の充実
- 5 地域共生社会に向けた取組の推進
- 6 介護人材の確保・育成・定着

◇ 松戸市地域ケア会議の概要



第2節 計画の重点施策

2. 在宅医療・介護連携の強化

(1) 在宅医療・介護連携支援センターの創設

要介護者の多くは慢性疾患を抱えているため、高齢者が重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活し続けるためには、訪問診療などを提供する在宅医療が必要であるとともに、在宅医療と在宅介護の緊密な連携が必要です。

本市では、前期計画期間（平成27年度～29年度）より、松戸市医師会への委託等を通じて、介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業を実施し、相談窓口、在宅医療・介護関係者の連携推進、在宅医療・病院の連携推進、研修・情報共有支援、地域住民への普及に関する取組みを進めてきました。

その一方で、第2章第5節の推計のとおり、2013年から2025年にかけて、本市における在宅医療の需要（患者数）は約75%の大幅な増加となっており、在宅医療・介護連携の一層の強化が必要になっています。また、地域ケア会議で指摘されているように、在宅医療・介護連携推進事業の機能充実のためには、地域に幅広く存在する医療関連の相談事例への対応を強化するとともに、在宅医療・介護連携推進のための取組みを具体的に運用し、充実させていく専門的な執行機能が必要になっています。

このため、平成30年4月より、松戸市医師会への委託を通じて、在宅医療・介護連携支援センターを設置し、在宅医療・介護連携推進のための専門的な相談機能・執行機能の強化を図ります（次ページ図参照）。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業の充実

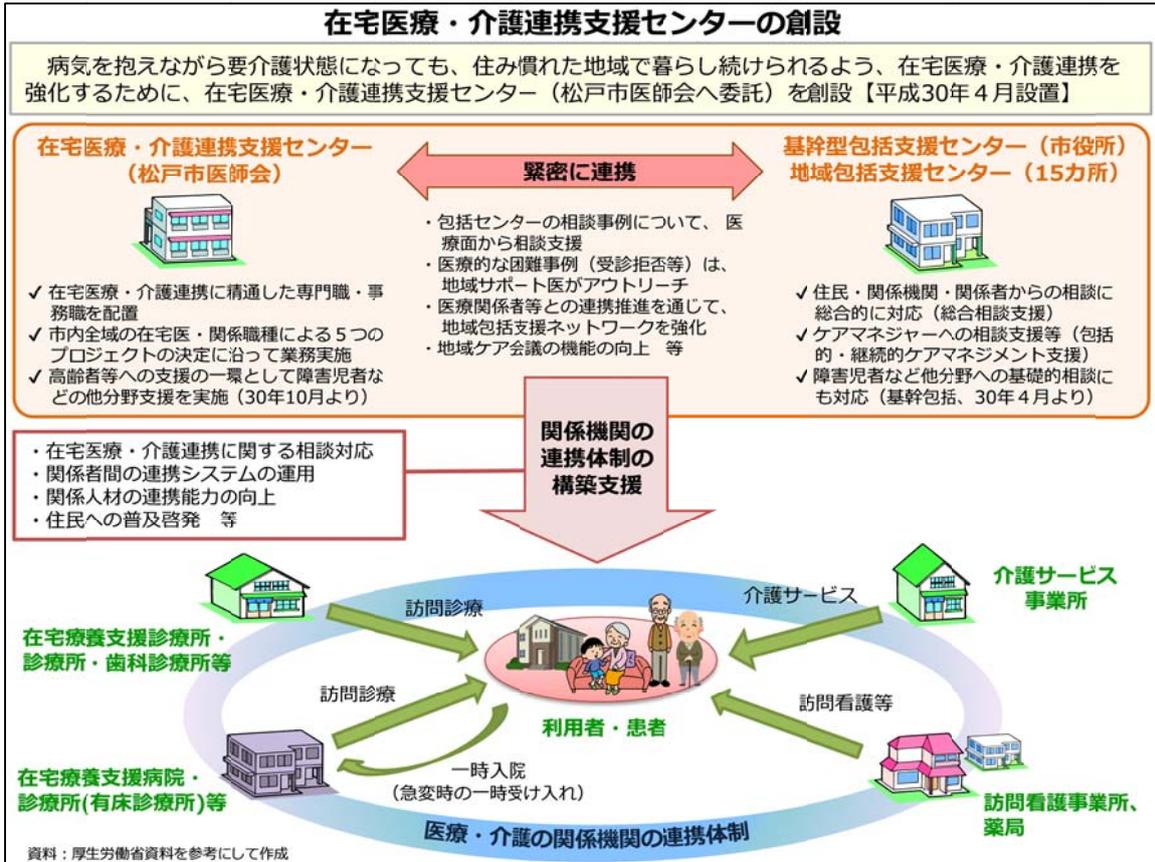
在宅医療・介護連携支援センターの創設を通じて、在宅医療・介護連携推進事業の機能の充実を図っていきます。

具体的には、在宅医療・介護連携支援センターにおいては、地域包括支援センター・ケアマネジャー等への医療連携関係の相談支援を幅広く展開するとともに、地域に存在する医療関連の困難事例等の解決に向けて、圏域担当の医師がアウトリーチ（訪問支援）等を行う地域サポート医制度の充実を図っていきます（次ページ図参照）。

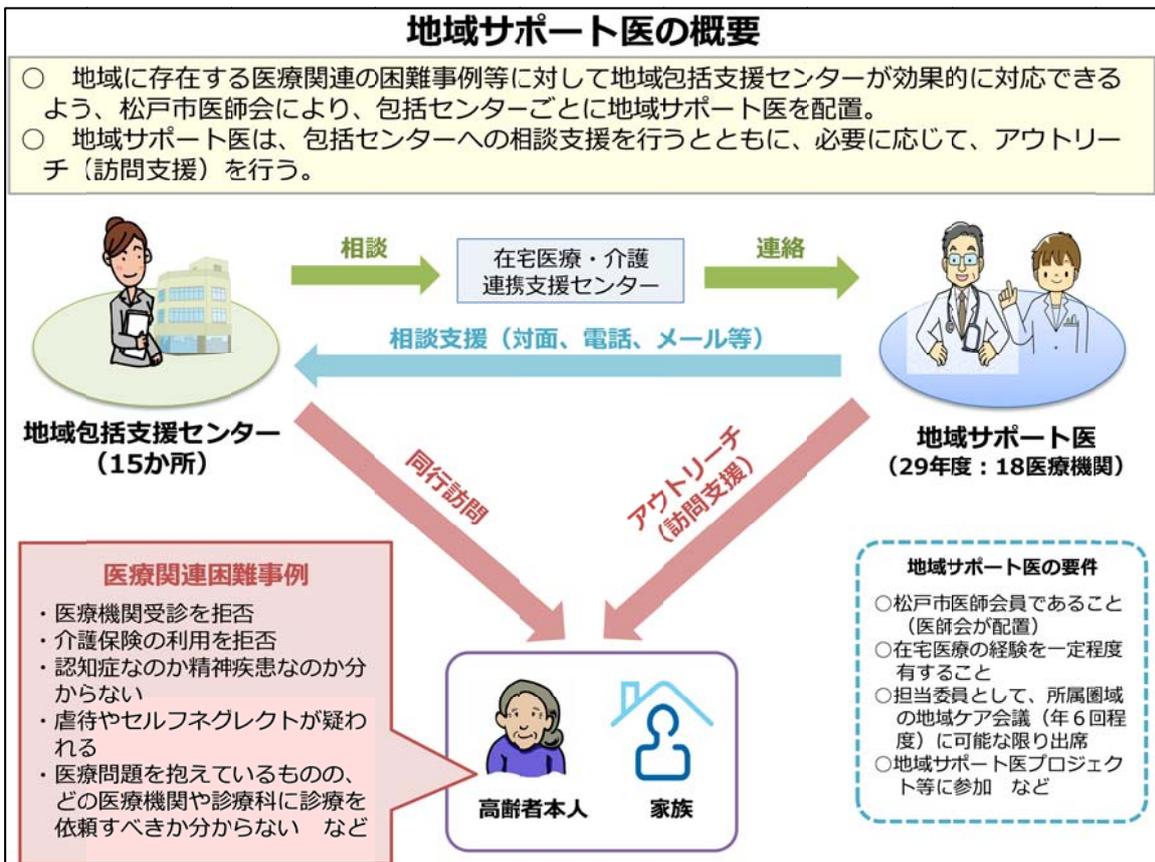
また、在宅医療・介護連携の体制強化のため、在宅医療・介護連携支援センターにおいて、在宅医療に新規参入する開業医への支援、退院支援推進のための在宅医と病院医師の連携体制の構築、在宅医と他職種間の連携ルールの作成・運用、家族の休息のためのレスパイト入院の受付・調整、連携能力向上のための関係人材に対する研修等の実施、在宅ケア普及のための地域でのきめ細かな普及活動等を実施していきます。

※ 「2. 在宅医療・介護連携の強化」の詳細な内容は、第4章第3節で記載しています。

◇ 在宅医療・介護連携支援センターの創設



◇ 地域サポート医の概要



3. 介護予防・生活支援の推進

(2) 地域の支え合いによる外出支援の推進

高齢者の社会参加を促進し、閉じこもりを予防するため、地域の支え合いによる外出支援を推進していきます。

具体的には、例えば、市内を走行している医療機関等の送迎バスや介護事業者等の車両を活用した外出支援策の実施、市内の店舗と連携し、通いの場等に定期的に商品を配送してもらうことによる外出支援・買い物支援と介護予防の一体的な推進等を検討します。

こうした外出支援策については、地域ケア会議等における多様な関係者の議論に基づき、検討を進めることによって、地域のニーズに合った支援策の実施を図ります。

(3) 生活支援体制の整備

生活支援体制の整備を推進するため、密接に関連している地域包括支援センター業務との連携を確保しつつ、平成30年度より、第1層（市全域）及び第2層（日常生活圏域）に生活支援コーディネーターを配置します。具体的には、第1層の生活支援コーディネーターは、基幹型地域包括支援センターを所管する高齢者支援課に配置するとともに、第2層の生活支援コーディネーターは地域包括支援センターに配置します。基幹型地域包括支援センターにおいては、各地域の実情を踏まえつつ、各地域包括支援センターに対する後方支援を積極的に行っていきます。

また、協議体については、本市では、日常生活圏域レベルで地域の課題を議論する地域包括ケア推進会議において、社会資源の把握・開発なども含めて、地域の課題を解決するための熱心な議論が行われていること、また、参加する地域関係者・関係団体代表者等の負担軽減という点も考慮し、平成30年度以降は、住民主体の取組みと連携を図りつつ、地域ケア会議（松戸市地域ケア会議、地域包括ケア推進会議）など既存の会議の枠組みを活用して、協議体に係る議論も実施していきます。第2層においては、「支え合う地域づくり勉強会」や高齢者支援連絡会などの住民主体の取組みと地域包括ケア推進会議が連携しながら協議体に係る議論を行うことによって、社会資源の開発など、地域の実情に応じた生活支援体制の整備を進めていきます。

※ 「3. 介護予防・生活支援の推進」の詳細な内容は、第4章第4節・第5節の中で記載しています。

4. 認知症対策の充実

第2章第4節の推計のとおり、平成27年時点で、本市における認知症の人は約2万人と推計されるなど、認知症は多くの高齢者に関係する疾患となっています。また、高齢化の進展に伴って、2025年（平成37年）には、認知症の人が約2.8万人に増加すると推計されるなど、今後、認知症の人の増加が予想されています。このため、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくために、認知症対策の充実を図っていきます。

(1) 認知症における地域支援の推進

認知症の地域支援に当たっては、認知症の理解の推進が重要であり、引き続き、さまざまな世代・職種を対象として、認知症サポーターを積極的に養成します。あわせて、市役所の全ての部署・担当者が認知症に対応できるようにするため、平成30年度までに、原則として、市役所の全ての正規職員が認知症サポーターとなります。

また、認知症の人と家族を地域で支援していくために、専門職と連携して実践的な支援活動（認知症の人やその家族の話の傾聴や認知症カフェ・サロンの運営補助等）を行う本市独自のボランティアである「オレンジ協力員」の養成を推進します。あわせて、オレンジ協力員活動の好事例の収集・周知や積極的なモデルケースづくり、受入機関における環境整備を推進することによって、オレンジ協力員による実践的な支援活動の充実を図っていきます（次ページ図参照）。

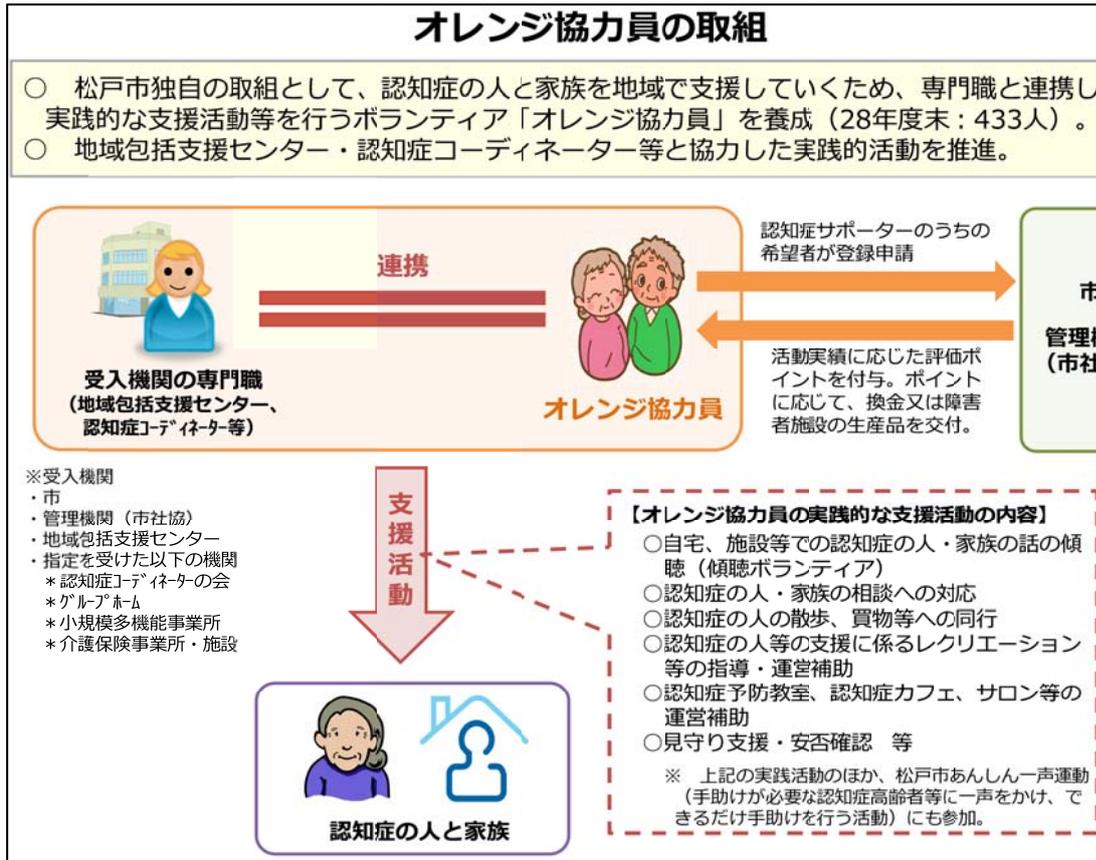
(2) 認知症の早期支援・予防の推進

医療・介護連携に基づき軽度認知症の把握・ケアマネジメントを行う「まつど認知症予防プロジェクト」は、実施機関（地域包括支援センター、医療機関、薬局、介護事業所、居宅介護支援事業所等）の専門職が、①軽度認知症の早期把握・アセスメント、②ケアマネジメント、③モニタリングを行う事業です。平成28年度から、本市独自のプロジェクトとして開始し、医療・介護の関係団体の協力の下、幅広い実施機関において実施され、医療連携やセルフケアの推進につなげることができるなど、一定の成果をあげています。

このため、今期においては、まつど認知症予防プロジェクトの定着・拡充を図るとともに、同プロジェクトと関係施策（認知症初期集中支援チーム、地域サポート医、地域保健体制等）の連携体制の構築を図ることにより、認知症早期支援の効果の向上を図っていきます（次ページ図参照）。

※ 「4. 認知症対策の充実」の詳細な内容は、第4章第7節で記載しています。

◇ オレンジ協力員の概要



◇ まつど認知症予防プロジェクトの基本コンセプト

