

1 国の基本的な考え方

国において、平成26年には、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療制度改革と一体的に、地域包括ケアシステムの構築及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、地域支援事業の充実、低所得者の保険料軽減の強化、予防給付のうち訪問介護及び通所介護の地域支援事業への移行、特別養護老人ホームへの新規入所者を原則要介護3以上の高齢者に限定すること及び所得・資産のある人の利用者負担の見直し等を一体的に行う介護保険制度の改革が行われたところです。

それらを踏まえ、第6期計画においては、介護予防・日常生活支援総合事業の開始、在宅医療・介護連携の推進、地域包括支援センターの増設による総合相談等の機能強化、認知症初期集中支援チームの配置等に取り組んできました。

平成28年には、厚生労働省に設置された「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部において、地域包括ケアシステムをさらに強化し、高齢者に限らず、支援を必要とする住民が抱える多様で複合的な地域生活課題について、地域住民が「我が事」として取り組む仕組みと、市町村が「丸ごと」相談できる体制（地域共生社会）づくりの推進が掲げられています。

平成29年には、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの介護保険制度の見直しが行われたところです。

また、平成30年度から千葉県で策定する医療計画の作成・見直しのサイクルが一致することとなります。病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築並びに在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する計画の整合性を確保することが重要とされています。

2 第6期計画の総括

(1) 第6期計画の進捗状況（平成28年度まで）

第6期計画では4つの基本目標を定め、計画の推進を図りました。各基本目標に定められた事業については、毎年度、進捗状況の把握に努め、評価・分析を行いました。

基本目標1 予防

「いきがい事業」、「高齢者クラブへの支援」及び「老人福祉センター・老人いこいの家の活用」については、十分目標を達成できたと評価できますが、各事業において参加者又は施設の利用者が目標値に達していないものもあり、更なる周知が必要です。

また、「地域介護予防活動支援事業」としては、平成27年度から「市川みんなで体操」をモデル事業として開始しました。

平成28年度からは本格的に事業を開始し、地域づくりと介護予防を推進してきました。

基本目標2 生活支援

「成年後見制度利用支援事業」については、成年後見制度に関する相談を身近で受けることができるよう、社会福祉士等の専門職が配置されている高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）を、平成27年から15ヶ所に増設する等、窓口の強化を図ったほか、市民向けの講座や研修などを実施し、毎年その相談件数が増加しています。

さらに、同制度の利用件数が増加することにより、専門職後見人が不足することを想定し、市民後見人を活用できる体制の整備を進めてきました。

また、「協議体（地域の中での課題や不足資源を検討し、課題解決にむけて情報提供、情報共有を行うため、コミュニティワーカー（生活支援コーディネーター）と連携して地域住民や関係団体等が参加する会議体）の設置及び運営」については、地域課題や不足資源を把握・検討し、課題解決を図るための、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた推進体制全体と協議体のあり方の整備が必要です。

今後、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた推進体制を確立し、多様な生活支援サービスの創出に向けた取組を行っていくことが求められます。

基本目標 3 医療・介護

「在宅医療・介護連携推進事業」については、医師会、歯科医師会、薬剤師会などと連携を図り、更なる在宅医療の体制を整えていくために、医療や介護の専門職によるグループワークなどの研修会や情報共有のしくみ作りを行いました。また、市民には、地域の医師や医療の専門職によるセミナーや講演会を行い、在宅医療の普及啓発に努めました。

加えて、「認知症初期集中支援チームによる早期支援」、「認知症カフェなど、認知症の人や介護する家族への支援」及び「認知症サポーターの養成」等を通じて、認知症の方を地域全体で支え合える体制を整備していくほか、家族の介護負担を軽減するよう取組を進めてきました。

基本目標 4 住まい

「避難行動要支援者名簿登録制度」については、平成25年の災害対策基本法の一部改正等を踏まえ、名簿作成や情報の共有等について危機管理部門等との制度見直しに関する協議を行いました。

平常時から地域において支援体制づくりに取り組んでいくことが求められていることから、見直し後は「自助、共助」という役割を明らかにしつつ、それぞれの意識向上の促進が必要となります。

また、「特別養護老人ホーム等の福祉施設の確保」については、整備目標量に達していないサービスがありました。引き続き、ニーズを把握し、計画的に施設を整備することが必要となります。

(2) 第6期計画期間内の取組

第6期計画は、「体制整備の期間」と位置付け、以下のとおり、取組を行いました。

| 第6期取組目標（第6期計画から引用） | 取組内容 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、総合相談等を通じて支援する地域包括支援センターを、住民の生活区域に合わせて15ヶ所に増設し、機能強化を図っていきます。 | 平成27年10月に15ヶ所全て設置済み（P.57参照） ※「地域包括支援センター」の名称を愛称として「高齢者サポートセンター」に改称 |
| 高齢者を「支える側・支えられる側」といった立場で分けるのではなく、介護予防・生活支援・社会参加を一体的に融合させ、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持できる、「地域づくり」に取り組めます。 | 平成28年4月から「市川みんなで体操」を開始（P.31参照） |
| 介護予防・生活支援サービスの充実に向けて、コミュニティワーカー（生活支援コーディネーター）、協議体及び地域包括支援センターと連携し、地域資源の把握、住民ニーズの把握に努めます。 | 平成27年4月から日常生活圏域4圏域ごとに1人ずつコミュニティワーカー（生活支援コーディネーター）を配置（P.32参照） 平成28年4月から日常生活圏域4圏域ごと、加えて、高齢者サポートセンター15ヶ所ごとに地域ケア個別会議を設置（P.55参照） |
| 不足している資源に対して、多様な担い手を育成し、介護予防・生活支援ニーズに対するサービスを創出する仕組みづくりを行います。 | 第7期計画期間中に実施を検討 |
| 適切な医療や介護を受けられるよう、医療と介護の連携を図り、認知症の人やその家族への支援については、認知症初期集中支援チームを配置し、早期から関わる支援体制の構築を図ります。 | 平成27年10月に市内全域を対象とした認知症初期集中支援チームを1チーム配置（P.48参照） 平成28年10月に体制を変更し、日常生活圏域の南部圏域を対象としたチームと、それ以外の圏域を対象としたチームをそれぞれ1チームずつ配置 |
| 地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、相談体制を整えます。 | 第6期計画期間中に高齢者サポートセンター15ヶ所に認知症地域支援推進員を配置（P.48参照） |
| 介護サービスとしては「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「小規模多機能型居宅介護」等の地域密着型サービスの提供体制の整備に努め、地域での生活を支える体制を整えます。 | 各地域密着型サービスを整備（P.91参照） |

3 市民等意向調査からの課題

市民等意向調査の結果から、以下のとおり、課題整理をしました。なお、調査の概要は資料編に記載してあります。

(1) 予防

課 題

現在の会・グループ等への参加頻度としては、「ボランティアのグループ」や「学習・教養サークル」、「スポーツ関係のグループやクラブ」や「趣味関係のグループ」のいずれも参加していないが多くなっています。また、「健康づくり活動や趣味等のグループ活動」及び「健康づくり活動や趣味等のグループ活動への企画・運営」に参加したいが多くなっている一方、参加したくないも多くなっています。

高齢者が要介護状態等になることをできる限り予防する観点から、地域づくり活動等に参加したいが参加していない方や参加したくない方に対して介護予防を普及・啓発する必要があります。

また、ボランティア活動や趣味等を通じて地域社会と交流できるよう、高齢者の日常生活上の支援体制の充実と高齢者の社会参加の推進を図る必要があります。

(2) 生活支援

課 題

在宅における自立した日常生活の維持・継続を支援するため、多様なサービスが利用できる地域をめざし、企業や組合、ボランティアなど多様な主体との連携を深めていくことが重要です。

また、何かあったときに相談する相手は、介護支援専門員（ケアマネジャー）が多い一方で、相談する相手がいない方も多くなっています。相談する相手がおらず、孤立してしまうことを避けるためにも、周囲の理解の促進や地域とのつながりの強化、身近に心のよりどころとなる居場所づくりを行う必要があります。

(3) 医療

課 題

介護・介助が必要になった主な原因としては、「骨折・転倒」のほか、「脳卒中」や「認知症」があり、運動機能の維持だけではなく、生活習慣病の予防や社会参加の促進を図る必要があります。

また、医療に不安を感じている方は少なく、かかりつけ医がいる方は多いです。

介護支援専門員（ケアマネジャー）は医療と介護の連携ができていると感じている方が多くなっていますが、主治医との連携において、主治医と話し合う機会が少ないことや積極的な関わりを求めにくいといった課題を感じています。医療と介護の関係を強化するためにも、介護支援専門員や医師が関わる機会や場の提供を行うことが必要です。

(4) 認知症ケア

課 題

認知症予防を進めていくとともに、認知症になっても住み慣れた地域で生活をしていくことができるよう、認知症に対する周囲の正しい理解の促進や、認知症高齢者やその家族を支えるための体制づくりを進めていく必要があります。

(5) 介護

課 題

各対象者層とも、半数以上が介護保険サービスを利用しており、今後利用したい介護保険サービスとしては、通所系サービスや訪問系サービスを求める声が多いです。

介護が必要になった場合の暮らし方の希望をみても、「介護保険などのサービスも利用しながら、自宅（現在の住まい）で生活したい」という意見が多く、通所系、訪問系サービスの安定的な供給体制を構築することが重要です。

(6) 介護者

課 題

介護者のうち、介護を主な理由として仕事を辞めた方は少なく、働き方の調整等の特に行っていない方も多くなっています。

しかし、介護をしていて負担に感じることで、「身体的につらい（腰痛や肩こりなど）」「精神的なストレスがたまり、何をどのように相談すればよいか、わからない」「日中、家を空けるのを不安に感じる」、が多くなっていることから、介護者の負担軽減を図る取組を推進していく必要があります。

(7) 住まい

課 題

現在の住まいの中で不便なところとして、段差や手すりがないなどの回答が多くなっており、身体能力の低下により、住まいの中に不便さを感じていることがわかります。しかし、住まいの継続意向は高いことから、その方に対する支援の一つとして、今後もなるべく自宅で生活ができるよう、バリアフリー化した適切な環境整備をするための支援が必要です。