

第5章 6つの重点施策

今後の高齢者人口の増加、高齢者を取り巻く状況や国の方針などを踏まえ、このプランの基本理念と目標を実現するため、重点的に取り組む施策を「重点施策」として位置づけ、計画的に推進します。なお、施策展開における視点として、近年の災害発生状況や感染症の流行を踏まえ、これらへ備えるための体制整備を行います。

No.	施策	方向性	具体的な内容
1	自立支援、介護予防・重度化防止	高齢者が住み慣れた地域で、いきいきとした生活を送れるよう、介護予防の必要性を認識し、自分自身ができること、したいことを大切にしながら取り組める活動を支援します。	(1) 健康寿命延伸に向けたフレイル予防等の普及啓発 (2) 地域の通いの場としてのロコモーショントレーニング事業の推進 (3) 自立支援・重度化防止に特化した地域リハビリテーション活動支援事業の推進 (4) 要介護度の改善につながる取組の推進
2	在宅医療・介護連携の推進	高齢者ができる限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護の一体的な提供体制を推進します。	(1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進 (2) ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発 (3) 在宅医療・介護連携相談センター（在宅連携センターつむぎ）の運営
3	認知症施策の総合的推進	予防をはじめ、認知症になってもできる限り地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けていけるよう、地域の見守り体制や専門機関による相談体制を充実させるとともに、医療と介護の連携を強化し、包括的に支援します。	(1) 認知症に対する正しい知識の普及啓発 (2) 認知症の人・その家族への支援 (3) 認知症の早期発見・早期対応 (4) 認知症疾患医療センターの運営支援
4	介護サービスの充実・質の向上	安心して介護サービスが利用できるよう、介護施設の整備及びサービスの質の向上を図ります。	(1) 特別養護老人ホーム改築への支援 (2) 施設整備の推進 (3) 介護事業所の育成・支援の推進 (4) 介護給付等の適正化
5	サービス提供人材確保・定着・育成	介護サービスや、総合事業及びインフォーマルサービスを担う人材の確保・定着・育成に向けた取組を実施します。	(1) 多様な人材の確保・定着・育成の支援 (2) 外国人人材の受け入れ環境の整備 (3) 介護職の魅力向上の取組 (4) 中山間地域介護サービス事業の推進 (5) 離職防止・定着促進・生産性向上の推進
6	地域共生社会の実現に向けた事業の推進	高齢化の進展に伴う高齢者支援の多様化に対応できるよう、地域で支え合う体制づくりを推進するとともに、多機関多職種が連携協働して支援できる体制づくりを目指します。	(1) 各分野の関係機関との連携協働による地域包括支援センターの課題解決力の強化 (2) 生活支援体制づくり協議体等を通じた地域への生活支援サービスの創出・継続への支援

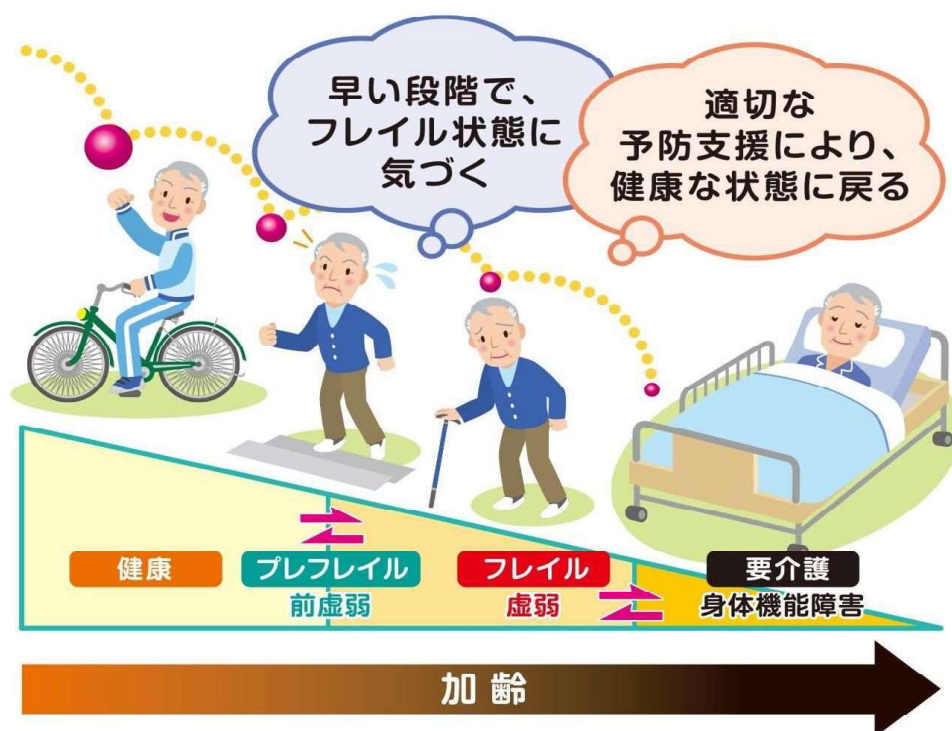
施策展開における視点

災害や感染症対策に係る体制整備	災害や感染症発生時でも、サービス提供を継続できる体制を整備するため、平時からの事前準備を行います。	(1) 高齢者施設や介護施設に対する施設整備補助の実施 (2) 災害・感染症発生時における連携体制の構築 (3) 感染症を含めた災害対応マニュアルの見直し
-----------------	---	---

重点施策 1 自立支援、介護予防・重度化防止

静岡県後期高齢者医療制度における医療費の3割は生活習慣病と「フレイル」(虚弱)に起因しています。『フレイル』とは、加齢により心身の機能が低下し、健康な状態から要介護の状態へと移行する中間の段階を指します。健康状態を維持するためには、フレイル状態に早く気づき、早い段階で予防することが重要です。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で、地域社会とのつながりを大切にしつつ、元気に自立して日常生活を送ることができるようフレイル予防に向け、高齢者の保健事業と介護予防の事業を一体的に実施し、さらなる健康寿命の延伸を目指します。



(1) 健康寿命延伸に向けたフレイル予防等の普及啓発

地域の通いの場等へ専門職が出向き、栄養、口腔、運動、社会参加等のフレイルチェック(後期高齢者質問票)を実施し、フレイルの概念や、フレイル予防の啓発を行うことにより、高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促します。

後期高齢者質問票とは

心身の機能に衰えが無いのか15の質問項目に沿って自身の健康状態について確認するものです。令和2(2020)年度より後期高齢者健康診査の質問票として使用しています。健診の他に、地域の通いの場等でもこの質問票を活用します。定期的にチェックすることで自身の変化に早く気づくことができます。

(2) 地域の通いの場としてのロコモーショントレーニング事業の推進

要支援・要介護になる原因の第1位は運動器の障害であることから、これまでロコモティブシンドローム(運動器症候群)を予防することを主な目的として、ロコモーショントレーニング(通称ロコトレ)の取組を推進してきました。

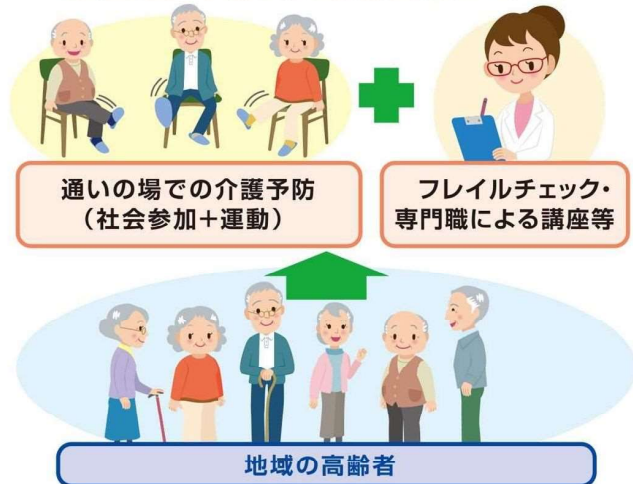
健康寿命の延伸に向けフレイルを予防するためには、社会との接点を持ち、人との交流を持ち続けることが大切と言われています。そのため、今後は、ロコトレに取り組む団体が活動する場を『地域の高齢者が通える場』として、新しい参加者を増やしながら、無理なく、楽しく、ロコトレ(社会参加+介護予防)が継続できるように支援していくことが必要と考えています。

ロコモティブシンドローム (ロコモ)とは？

骨・筋肉・関節・神経などの身体を動かすための運動器の働きが衰えたことで、暮らしの中の自立度が低下し、介護が必要になったり、寝たきりになる可能性が高まっている状態をロコモティブシンドロームと言います。

要支援・要介護になる実際の要因の多くが転倒や骨折など「運動器の障害」といわれています。

地域の通いの場で行う介護予防(ロコトレ)



ロコモーショントレーニング(ロコトレ) ～ ロコモ予防に効果的な2つの体操～

開眼片足立ち

バランス感覚を鍛え、足を丈夫に!



左右1分ずつ、1日3回

- ① 右手を机につき、右足を上げる
 - ② 左手を机につき、左足を上げる
- ※床から5cm程度、片足を上げる

スクワット

立つ・歩く・座るための筋力を総合的に鍛える!
1セット5～6回を1日3セット



(3) 自立支援・重度化防止に特化した地域リハビリテーション活動の推進



住み慣れた地域でいきいきと自分らしく暮らし続けるためには、本人のできることを大切にし、できることを増やしていくといった「自立支援の視点」が重要です。

フレイル状態やプレフレイル（前虚弱）状態にある高齢者に対して、筋力低下、運動不足、閉じこもり、口腔機能の低下、食欲の低下等、加齢に伴う負の連鎖を断ち切るため、専門職から、自立支援・重度化防止の視点で専門的な助言や支援が受けられる体制を推進します。

(4) 要介護度の改善につながる取組の推進

要介護認定の更新申請の認定結果では、介護度が改善される人は全体の17.8%（令和元（2019）年度）となっています。

事業所の取組により利用者の要介護度が改善した好事例を市内の他の事業所へ周知し、普及させることにより、自立支援・重度化防止を推進します。



重点施策 2 在宅医療・介護連携の推進

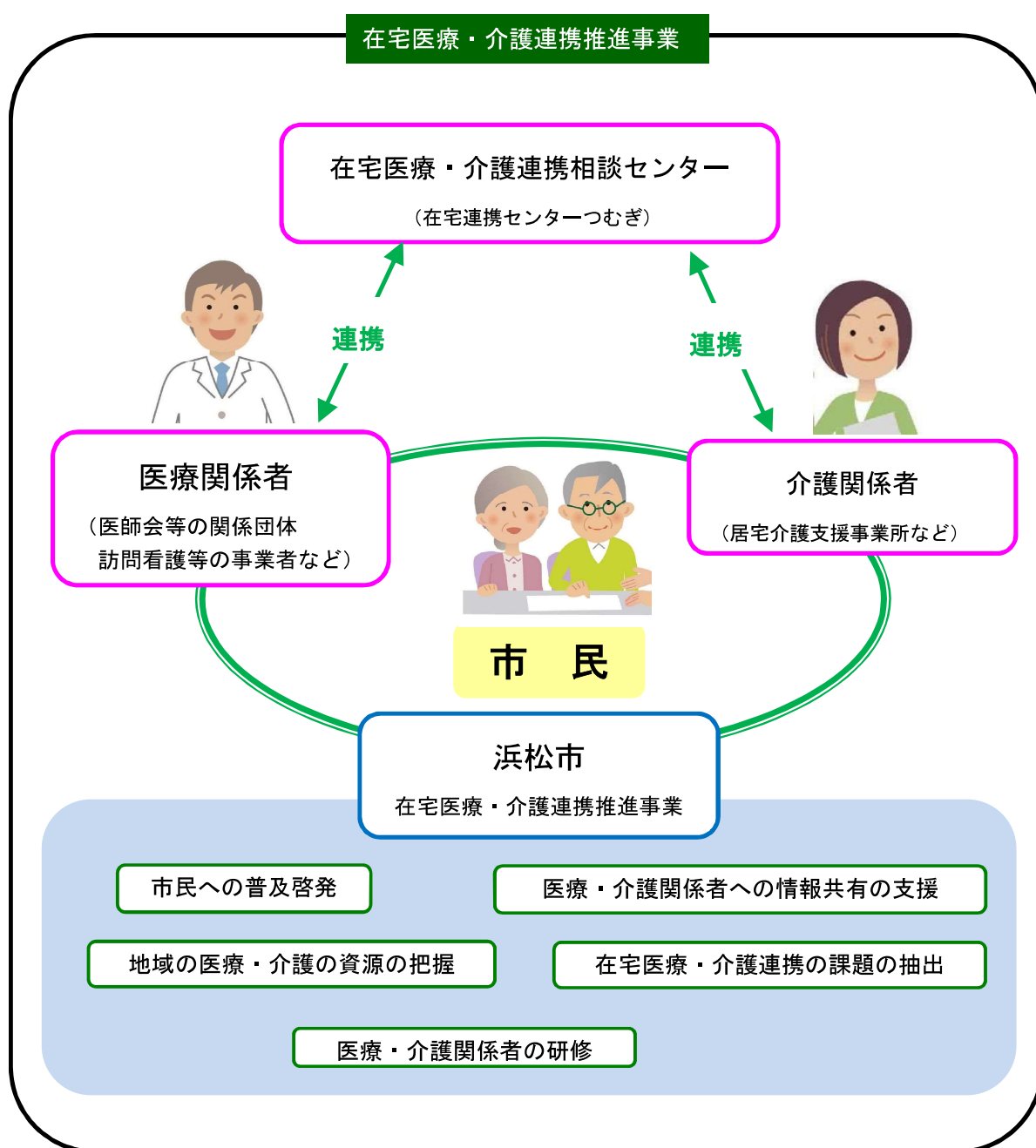
高齢化の進展に伴い、慢性疾患や認知症などの医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者が増加することが見込まれます。そのような状態になっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護の関係者が連携して、包括的かつ継続的に在宅医療と介護を一体的に提供することが必要です。

また、多くの高齢者は医療や介護が必要になっても、最期まで在宅で生活したい希望がある反面、人生の最終段階における医療やケアの希望を家族等と共有したことがある高齢者は少数です。

このことから、在宅医療や介護に関わる多職種による支援や連携を推進するほか、市民に向けてACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発を推進していきます。

【目指す在宅医療・介護の連携のすがた】

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制づくり



(1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進

医療・介護・福祉の多職種・多機関が連携し、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを推進します。また、在宅医療が必要になった場合でも、自らが希望するサービスを選択できるよう、在宅医療と介護サービスの情報や在宅での看取りについての普及啓発を行います。

- ・地域包括ケアシステム推進連絡会の運営
- ・知って得するお出かけ講座の実施
- ・医師会・歯科医師会・薬剤師会との在宅医療・介護連携推進事業の実施
- ・浜松市認定在宅医療・介護対応薬局事業の実施 等



(2) ACPの普及啓発

自らが希望する医療やケアを受けるために、人生の最終段階における医療・介護ケアの選択ができるよう、市民へのACP、人生会議手帳の普及啓発を行います。

- ・ACP及び人生会議手帳の普及啓発
- ・医師会との連携推進事業による普及啓発
- ・『11月30日（いい看取り・看取られ）は人生会議の日』の普及啓発 等



ACP詳細情報
QRコード

(3) 在宅医療・介護連携相談センター（在宅連携センターつむぎ）の運営

地域の医療・介護・福祉の専門職からの在宅医療と介護連携に関する相談窓口として、『在宅連携センターつむぎ』を運営しています。『つむぎ』では、地域の医療関係者と介護関係者との連携や調整を行い、利用者にとって最適な医療・介護サービスが提供されるよう、地域の関係機関をつなぐパイプ役として、在宅医療と介護の連携を支援します。

【コラム3】人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか？

厚生労働省のガイドライン^{※1}において、人生の最終段階における医療・ケアのあり方について、「本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、より良い最期を迎えるために医療・ケアを進めていくこと」が重要であることが提言され、本人の希望に沿った選択が最も尊重されるようになりました。

命の危険が迫った状態になると、約7割の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

もしもの時、自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むのかを自分自身で元気なうちから考え、周囲の信頼する人たちと繰り返し話し合い、共有することが重要です。このことを「ACP」、愛称を「人生会議」と呼びます。

本市では、医療や介護・福祉の専門職で構成する地域包括ケアシステム推進連絡会事業部会で、ACPの普及啓発について検討を行い、令和元（2019）年12月に浜松市版の『人生会議手帳』を発行しました。この手帳では、自らが大切にしていることを振り返り、人生の最終段階で希望する医療やケアについて考え、大切な人と話し合うきっかけとなるように、自分の思いや希望を書き留めたり、なぜ考えることが必要なのかなどの情報を掲載しています。元気なうちに人生会議を行い、自分の思いを書き留めておくと、自分自身の安心と、人生会議手帳を託されたご家族などの親しい方が、本人のことをより理解することにつながります。実際に、終末期になった際には、人生会議で話し合われたことを尊重して、病状を十分に理解した上で、本人（代理のご家族等）と医療関係者がよく相談した上で決めていきます。

今後もACPの考え方や人生会議手帳が市民一人一人の生活の中に浸透するよう、普及啓発に取り組んでいきます。

^{※1} 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」厚生労働省



重点施策3 認知症施策の総合的推進

平均寿命の延伸に伴い、令和7(2025)年には65歳以上の高齢者5人に1人が認知症になると見込まれており、認知症は誰にでも起こりうる身近な病気です。

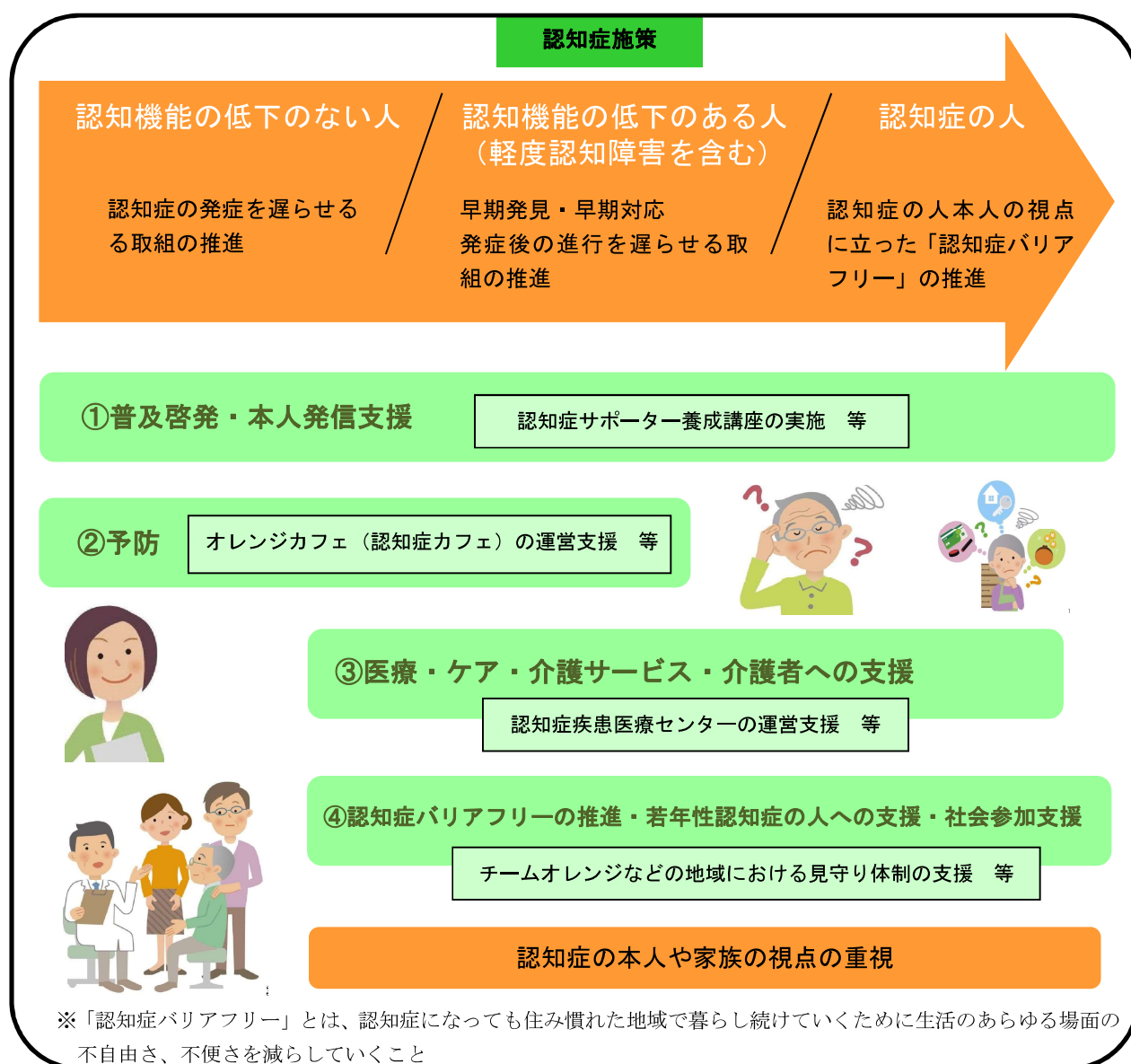
認知症になってもできる限り住み慣れた地域で見守り体制の整った環境で自分らしく暮らし続けることが出来るよう、認知症の人やその家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪とし、4つの柱(①普及啓発・本人発信支援、②予防 ③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 ④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援)に体系化し、事業を展開していきます。

「共生」と「予防」とは・・・

「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味です。また、「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

(※『認知症施策推進大綱』より抜粋)

【「共生」と「予防」に基づいた認知症施策のイメージ】



(1) 認知症に対する正しい知識の普及啓発

認知症は、誰もがなりうる病気であることから、認知症の人やその家族が地域のよい環境の中で生活していくためには、認知症の正しい知識や地域における支え合いが必要です。

市民が認知症を身近に感じ、認知症の人やその家族に対して支援ができるよう、認知症の正しい知識や相談窓口等の普及啓発に努めます。

- ・ 認知症講演会の開催
- ・ 認知症サポーター養成講座の実施
- ・ 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）における啓発
- ・ パンフレットの配布 等

(2) 認知症の人・その家族への支援

認知症になっても、本人やその家族ができる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくことができるよう、身近な相談窓口となる地域のサロンや地域の見守り体制への支援を行います。

- ・ オレンジカフェ（認知症カフェ）の運営支援
- ・ チームオレンジなどの地域における見守り体制の支援
- ・ オレンジシール・メール事業の推進 等



オレンジメール
登録用 QR コード

(3) 認知症の早期発見・早期対応

認知症を早期に発見し、認知症の人やその家族の意向を踏まえた医療・介護サービスを適切な時期に提供することができる体制の確保や在宅医療と介護の連携の推進に努めます。

- ・ 認知症サポート医の養成・活動支援
- ・ かかりつけ医の認知症対応力向上に関する研修の実施
- ・ 認知症初期集中支援事業の推進
- ・ 認知症ケアパスの普及^{※1}
- ・ 認知症気づきチェックシートの普及
- ・ チームオレンジ等の地域における見守り体制の支援^{※2} 等

※1 『認知症ケアパス』とは、症状別に必要な支援がわかるガイドブックのこと

※2 チームオレンジ等の地域における見守り体制の支援は、(2) 認知症の本人・家族への支援と重複

(4) 認知症疾患医療センターの運営支援

認知症の専門医療、相談、地域連携や情報発信を行う『認知症疾患医療センター』の運営支援を行っています。認知症の人に対する相談・診断等の対応を効果的・効率的に提供するために、認知症疾患医療センターが拠点となり、地域の医療・介護サービス・相談窓口等と連携し、認知症の早期発見、早期対応を目指します。

- ・ 認知症の鑑別診断、専門医療相談
- ・ 市民への情報発信、普及啓発
- ・ 市民からの相談対応
- ・ 医療や介護の関係機関に対する研修の実施
- ・ 認知症サポート医等との連携 等



【コラム4】 チームオレンジによる地域の見守りや支え合い

認知症になっても、持てる力を発揮してその人らしく社会や家庭で活躍できるよう、地域の理解と見守り、温かな声かけや応対がとても重要になります。地域の人や商店、事業所をはじめ、認知症サポーターや医療・介護の専門職など、地域で認知症の人を見守り、支え合う活動のことを「チームオレンジ」と呼びます。チームオレンジでは、認知症の人やその家族の困りごと、支援ニーズを把握し、解決に向けて活動することもあります。また、認知症の人やその家族自身も地域を支え合う立場であることから、チームオレンジの一員となります。認知症のバリアフリーや社会参加に向けた取組が広まりつつあります。

※認知症のシンボルカラーは『オレンジ』です。