

第3章 計画の基本理念・基本目標

3-1 基本理念

本町の最上位計画である総合計画（平成30年度（2018年度）～令和9年度（2027年度））では、町の目指す未来像を「人・自然・伝統 与謝野で織りなす新たな未来」としています。この未来像を実現するために、分野別方針を掲げ、高齢者や障害者に関する目標を「みんなが自分らしく幸せに生きるまち」としています。

前期計画においては、総合計画の未来像や目標を踏まえて、『みんなで安心して 自分らしく いきいきと』を基本理念としており、本計画においてもこの理念を踏襲します。

みんなで安心して 自分らしく いきいきと

この基本理念には、次のような意味が込められています。

誰もが元気に長生きしたいと思っていますが、他にも「このまちで暮らしながら、最期（さいご）を迎えたい」「地域で助け合い、絆を深めたい」と多くの人が望んでいます。

わたしたちが、自分の思い描くように、自分らしく幸せに生きるためには、まずは「一人一人の心と体の健康」が大切です。わたしたちが健康であれば、一人一人の生活の質を維持・向上できるだけでなく、まち自体も活性化し、まちの元気につながります。

心と体が健康になると、周りを見渡し、人を思いやる余裕ができます。多様性を受け入れること・人とつながること・誰かを助けることもできます。そうすることで、誰かの心と体に元気がわくと、つながりの輪が広がり、ますます元気なまちになります。

このように、まずは一人一人がいつまでも健康で過ごし、ご近所力を磨くことで、「みんなで安心して 自分らしく いきいきと」暮らせるまちを目指します。

3-2 基本目標

本計画は、次の4つの基本目標を設定し、基本目標の実現に向けて、施策や事業のさらなる推進を図ります。

基本目標1：地域包括ケア体制の深化・推進

後期高齢者の増加に伴い、要介護認定者や認知症高齢者の増加が見込まれることから、要介護状態や認知症になっても、その人らしい生活を送れるよう、認知症に対する正しい理解の促進をはじめ、認知症ケア体制の充実を進めるほか、切れ目のない医療と介護の連携強化を図ります。

また、生活の基盤である住まいに対する支援とともに、地域住民による声かけや見守り活動等、住民が主体となり支え合う地域共生社会のまちづくりを推進します。

基本目標2：介護予防の推進と包括的な相談支援体制の強化

高齢者のうち約8割、前期高齢者では9割以上が介護を必要としない元気な高齢者です。できる限り要介護状態とならず、健康でいきいきとした生活を送れるようにするため、介護予防の取組を推進します。

また、介護サービスや、手助けを必要としている人やその家族が、適切なサービスや支援を受けられるように、相談機能や情報提供の充実を図ります。

基本目標3：高齢者の社会参加と暮らしの安心・安全の支援

高齢者のいきいきとした暮らしは、単に健康だけでなく、人と人との関わりや交流を通して楽しみや生きがいをもつことが重要であり、高齢者の社会参加や生きがいづくりを支援します。

また、地域で安心・安全に暮らせるよう、災害対策や感染症対策を進めるほか、移動手段の確保や防犯対策など、高齢者が暮らしやすいまちづくりを進めます。

基本目標4：ニーズに応じたサービス提供と介護保険事業の円滑な運営

要支援・要介護者のさらなる増加を見据えつつ、ニーズに応じたサービスの提供に努めるとともに、介護給付等の適正化やサービスの質的向上を図ります。

また、介護保険事業の円滑な運営に向けた取組を推進するとともに、サービス基盤を担う介護人材の育成及び確保に向けた取組を支援します。



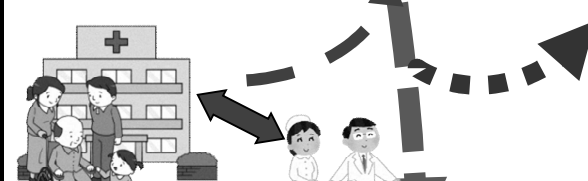

3-3 施策体系

(1) 施策体系

基本目標1： 地域包括ケア 体制の深化・推 進	1-1 認知症ケア 体制の充実	(1) 認知症ケアパスの普及
		(2) 認知症総合支援事業の総合的な推進
		(3) 認知症に関する啓発の推進
		(4) 認知症の早期発見・早期対応
		(5) 認知症に対応した介護サービス・相談支援の充実
		(6) 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり
	1-2 在宅医療と 介護の連携の推進	(1) 在宅医療・介護ネットワークの構築
		(2) 医療系サービスの確保
		(3) 在宅医療・療養の推進に係る相談支援の充実
		(4) 家族の理解と支援
		(5) 在宅医療・介護連携推進事業の推進
	1-3 住まい・住 まい方の支援	(1) 住み続けられる住まいの整備
		(2) 介護保険制度における施設・居住系サービス
(3) 介護保険外の高齢者施設や高齢者向けの住まい		
(4) 住まいと生活支援の一体的な提供		
1-4 地域共生社 会の実現に向けた取 組	(1) 高齢者・障害者・子育て世帯等の一体的な地域包括 ケア体制の充実	
	(2) 支え合いの地域づくり ～絆ネットワーク～	
	(3) 関係機関・団体の連携	
基本目標2： 介護予防の推 進と包括的な 相談支援体制 の強化	2-1 介護予防・ 日常生活支援総合事 業の推進	(1) 一般介護予防事業
		(2) 介護予防・生活支援サービス事業
		(3) 介護予防リハビリテーション体制の強化
		(4) 健康づくり・介護予防の推進
	2-2 地域包括支 援センターを中心と した支援体制の強化	(1) 介護予防ケアマネジメント
		(2) 総合相談支援業務
		(3) 権利擁護業務
		(4) 包括的・継続的ケアマネジメント業務
		(5) 地域ケア会議・個別ケア会議の充実
(6) 地域包括支援センターの質の確保・向上		
2-3 任意事業の 推進	(1) 家族介護者支援事業	
	(2) その他の事業	
基本目標3： 高齢者の社会 参加と暮らし の安心・安全の 支援	3-1 社会参加・ 生きがいづくり	(1) 高齢者の社会参加機会の充実
		(2) 老人クラブ活動への支援
		(3) 高齢者の生きがい活動
		(4) 高齢者の就労機会の充実
	3-2 災害・感染 症対策	(1) 防災対策の充実
		(2) 感染症対策
	3-3 高齢者が暮 らしやすいまちづく り	(1) 人にやさしいまちづくり
		(2) 移動手段の確保
		(3) 交通安全対策の充実
		(4) 防犯対策の充実

基本目標4： ニーズに応じたサービス提供と介護保険事業の円滑な運営	4-1 介護予防給付・介護給付サービスの基本方針	(1) 介護予防サービスの基本方針及び充実策 (2) 介護給付サービスの基本方針及び充実策 (3) 地域密着型サービスの基本方針
	4-2 要支援・要介護認定者数の推計	
	4-3 介護保険サービスの利用見込量	(1) 地域支援事業の概要と利用見込み
		(2) 居宅サービスの概要と利用見込み
		(3) 地域密着型サービスの概要と利用見込み・整備計画
		(4) 施設・居住系サービスの概要と利用見込み・整備計画
	4-4 介護給付等の適正化への取組及び目標設定（市町村介護給付適正化計画）	
	4-5 サービスの質の向上	(1) サービス事業者への情報提供体制の整備
		(2) サービス事業者への指導・助言
	4-6 介護保険の円滑な運営	(1) 情報提供と相談体制の充実
		(2) 適正な要介護認定の推進
		(3) 介護保険事業に関わる評価の推進
		(4) 保険者機能の強化
4-7 介護人材の確保に向けた取組の推進	(1) 事業者の介護人材の確保・定着を支援する取組の検討・実施	
	(2) 業務効率化の促進	
4-8 共生型サービスの検討		

(2) 高齢者や家族を支える主な施策・事業

	心身の状態	主な施策・事業
<p>高齢者 元気</p>	 <p>なだらかな機能低下 (生涯を通して介護を必要とせずに過ごせる)</p>	<p>◎一般予防事業 (啓発、教室、対象者の把握等)</p>
<p>予防事業等 対象者</p>	<p>疾病等による機能低下を防ぐために</p> 	<p>◎介護予防・生活支援サービス事業 (訪問型、通所型、ケアマネジメント) ※要介護認定は不要 ○生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員) ○協議体で生活支援サービス等の体制検討</p>
<p>要支援1・2</p>	<p>病气やけがで入院しても在宅に戻る</p> <p>重度化防止</p>	<p>○介護予防マネジメント(ケアプランの作成。総合事業の訪問型、通所型のみの場合は予防対象者と同じプラン)</p> <p>・居宅サービスが基本。施設入所はできないが、居住系(GH、特定施設)は可</p>
<p>要介護1・2</p>	 <p>○介護・医療の連携</p>	<p>・居宅サービスが基本 ※施設サービスは特養利用不可</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>○居宅サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問系サービス ・通所系サービス ・短期入所 ・福祉用具 ・訪問・通所・宿泊(小規模多機能)など </div>
<p>3~5 要介護</p>	<p>状態に応じて施設入所</p> <p>○在宅での看取り</p>	<p>・介護・医療サービス利用し、在宅生活が可能 ・施設サービスの利用も可能</p> <p>○家族介護者等に対する支援</p>
<p>地域包括ケア</p>	 <p>地域包括支援センター</p> <p>医療機関等</p> <p>サービス事業所</p> <p>地域包括ケアの支え手(ネットワーク)</p> <p>社会福祉協議会</p> <p>ボランティア</p> <p>町役場</p> <p>地域住民</p>	<p>○地域包括支援センターの業務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合相談 ・要支援、事業対象者のケアプラン作成 ・ケアマネジャーに対する支援 ・権利擁護業務 など <p>○認知症施策の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム ・認知症地域支援推進員

3-4 日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるよう、人口、地理的条件、交通事情、その他の社会的条件、介護施設等の整備状況を総合的に勘案し、様々なサービス拠点があって、かつ地域住民自身も地域福祉に参加しやすい範囲として設定するものです。

本町の日常生活圏域の設定においては、前期計画を踏襲し、3圏域で設定するものとします。地域密着型サービスは、住み慣れた地域でのサービス利用を可能とする観点から、この「日常生活圏域」ごとに介護基盤の整備を進めます。

■日常生活圏域の現状

	加悦	岩滝	野田川	町全体
人口(人)	6,259	5,482	9,350	21,091
世帯数(世帯)	2,711	2,370	3,962	9,043
高齢者のいる世帯(世帯)	2,378	1,854	3,024	7,256
高齢者一人暮らし世帯(世帯)	649	467	772	1,888
高齢者人口(高齢化率)	2,468 (39.4%)	2,012 (36.7%)	3,276 (35.0%)	7,756 (36.7%)
前期高齢者(65～74歳)人口(人/%)	1,124 (17.9%)	871 (15.8%)	1,473 (15.7%)	3,468 (16.4%)
後期高齢者(75歳-)人口(人/%)	1,344 (21.4%)	1,141 (20.8%)	1,803 (19.2%)	4,288 (20.3%)

※令和2年10月現在

第4章 計画の推進及び進行管理

4-1 計画の推進体制

(1) パートナーシップによる推進

この計画は、誰もが迎える高齢期を、より充実した生きがいを感じながら過ごすためのものであり、住民の高齢期の生活の安心を支えるものです。

このため、住民一人一人と事業者、行政がそれぞれに責任をもって役割を発揮するとともに、これらの自助・共助（絆）・公助を連携させながら推進していきます。

(2) 行政機関内部の連携方針

行政機関内部において、保健部門・福祉部門の連携を図るため、福祉課を中心に担当者レベルでの調整・情報交換を行い、情報の共有化と連携体制を強化していきます。

また、地域包括支援センターをはじめ、関係部署と連携し、高齢者のニーズに対して素早い対応が図れるよう体制強化に努めていきます。

4-2 計画の進行管理

計画を効果的に推進するため、「与謝野町介護保険運営協議会」により、この計画の実施状況、進捗状況を各年度点検・評価し、高齢者をめぐる状況の変化に対応した、より効果的な事業実施方法を検討するなど、的確な進行管理を行っていきます。

4-3 自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定

高齢者一人一人がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえ、地域の実情に応じて、具体的な取組を進めることが極めて重要です。