

2025年

みんなが見守り、助け合い、
安心して暮らせるまち「つしま」
を目指して

津島市 地域包括ケアビジョン

案

(2018-2025)

2018年3月

津島市

目次

第1章	はじめに	1
1.	地域包括ケアシステムとは	1
2.	地域包括ケアビジョンの位置づけ	2
3.	これまでの取組	4
第2章	津島市のビジョン	5
1.	津島市の地域包括ケアシステムの方向性	5
2.	津島市が目指す姿	6
3.	取組の重点項目	8
4.	取組における「地域」の考え方	12
5.	津島市の地域包括ケアシステムの組織図	13
第3章	津島市の現状	14
1.	人口と高齢化	14
2.	医療	15
3.	要介護認定	16
4.	医療資源と介護資源	17
5.	予防	18
6.	住まい	19
7.	認知症	19
8.	地区の状況	20
第4章	ビジョンの策定経過と進捗管理	23
1.	ビジョンの策定経過	23
2.	ビジョンの進捗管理	24
3.	評価指標と目標値	25
資料編		27
1.	用語の解説	27
2.	ビジョン策定に係る関係者、関係機関名簿	31

本編中(※)を付した用語は、資料編にて解説しています。

第1章 はじめに

1. 地域包括ケアシステムとは

日本は、世界のどの国も経験したことのないスピードで高齢化が進んでいます。

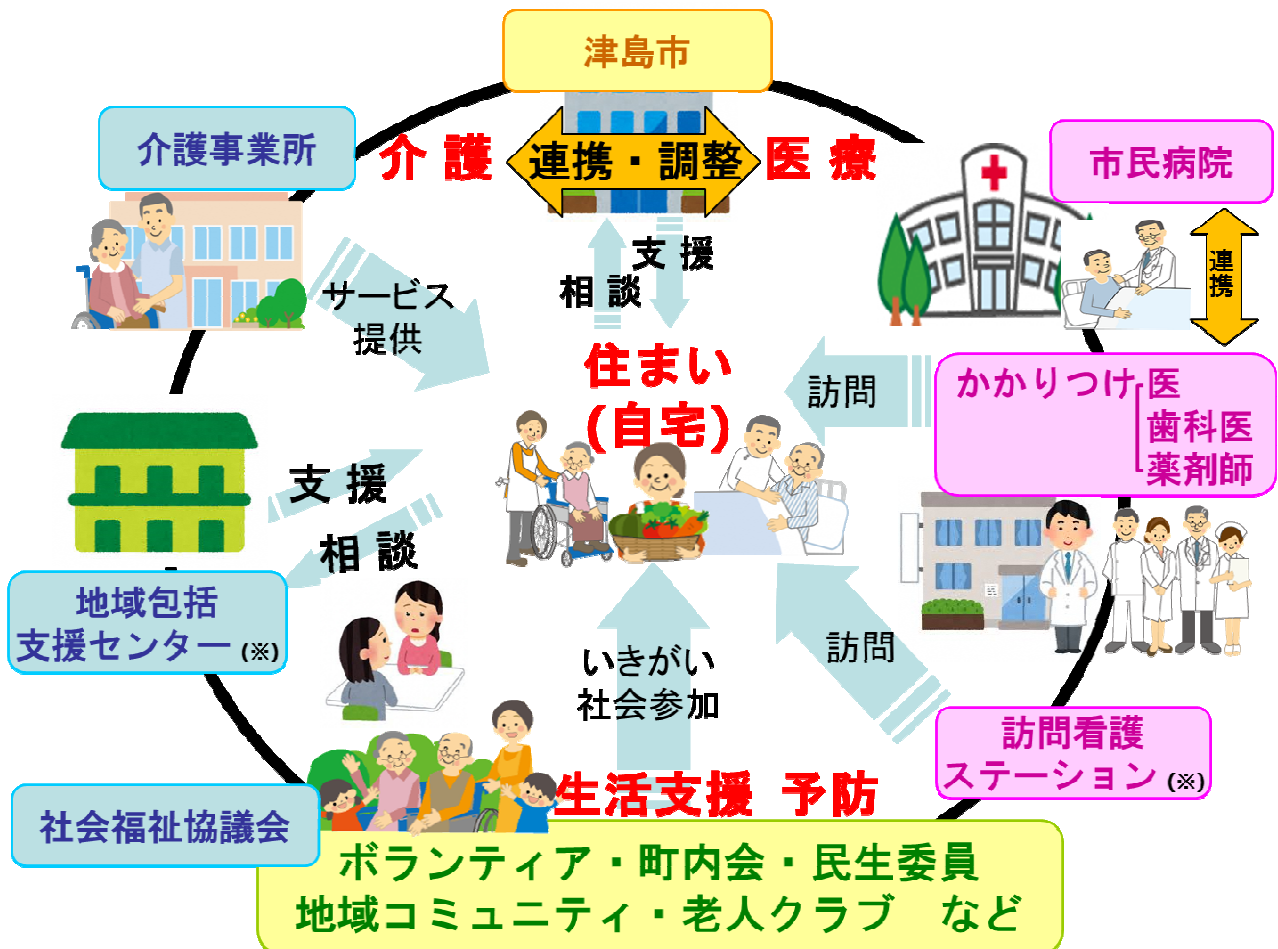
津島市も例外ではなく、団塊の世代が65歳以上となった今、市民の4人に1人が65歳以上の高齢者となっています。

地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態と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後まで続けることができるように、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制**のことです。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、津島市の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。

津島市の地域包括ケアシステムのイメージ図

【図表1】



2. 地域包括ケアビジョンの位置づけ

▶ ビジョンの目的

地域包括ケアシステムは、明確な姿が見えにくいため、人それぞれの捉え方によって異なるものとなることがあります。

また、医療・介護・予防（健康づくり）・住まい・生活支援（老人クラブ、コミュニティなど地域の支援）など、幅広い分野の関係者が協力することから、津島市の地域包括ケアシステムに関する共通認識が必要となります。

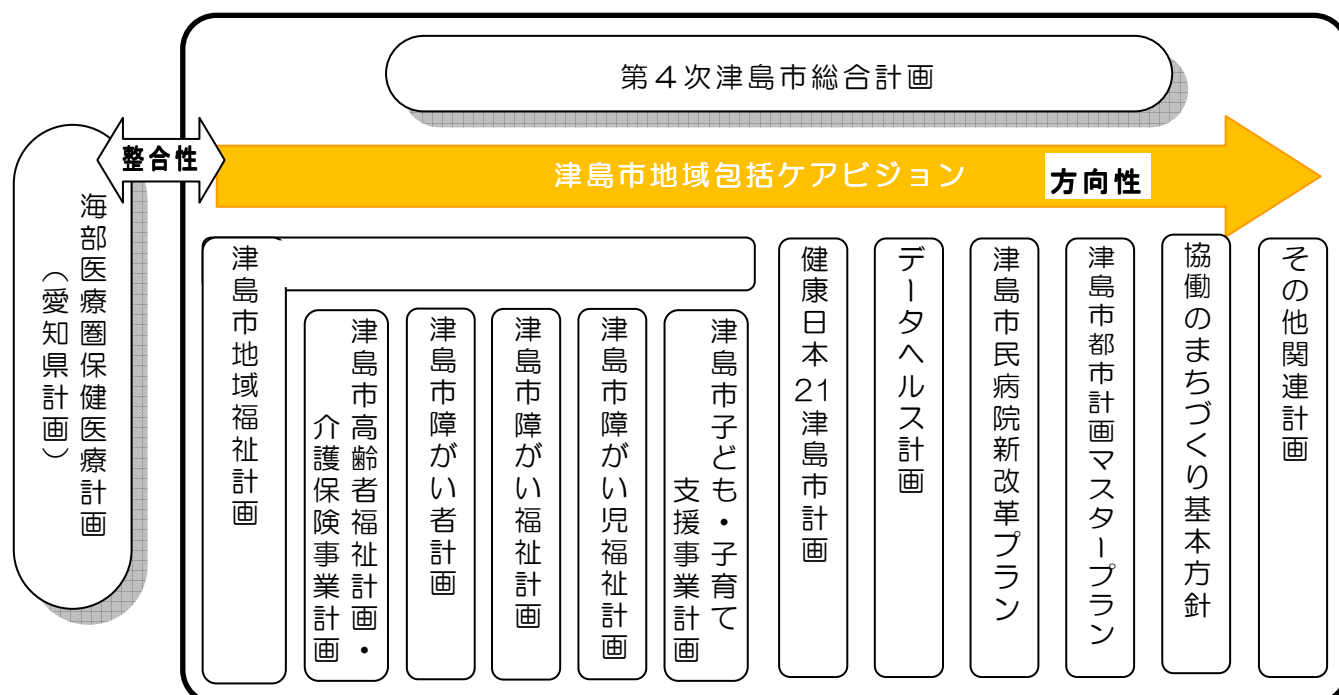
そのため、「津島市の地域包括ケアシステムの方向性」、「津島市が目指す地域包括ケアシステムの姿」、「それを実現するための主要な項目」を皆さんと共有するため、これらを「津島市地域包括ケアビジョン」として、まとめました。

▶ ビジョンの位置づけ

このビジョンは、第4次津島市総合計画のもと、「高齢者が重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けること」の実現に向け、市の取組や関連する計画の方向性を示すものとしします。特に、「地域福祉計画」が生活支援の分野の根幹を成すものであるほか、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」は具体的かつ短期的な取組を定めるものとなります。

市民病院を含む市全体の医療、健康づくり、住宅施策、まちづくり、市民協働など幅広い分野の計画が関連するとともに、愛知県の海部医療圏保健医療計画との整合性が必要です。

【図表2】



▶津島市の地域包括ケアシステムの対象者

このビジョンの策定時点では高齢者を対象としていますが、地域包括ケアシステムの考え方は障がい者や子どもなどすべての市民に共通するものです。

今後、障がい者、子ども、子育て世代などへの拡大を検討していきます。対象者を拡大した場合、このビジョンと「津島市障がい者計画」「津島市障がい福祉計画」「津島市障がい児福祉計画」「津島市子ども・子育て支援事業計画」との関係は、図表2に示すとおりです。

▶ビジョンの対象期間

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えたビジョンであるため、対象期間は2018年度から2025年度までの8年間とします。

他の関連する計画がその計画期間の満了により次期の計画を策定する場合や、新たな計画を策定する場合は、このビジョンを踏まえて策定を進めます。

【図表3】

計画名	年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
総合計画		第4次							
地域包括ケアビジョン									
地域福祉計画		第2期							
高齢者福祉計画・介護保険事業計画		第7期							
障がい者計画		第2期							
障がい福祉計画		第5期							
障がい児福祉計画									
子ども・子育て支援事業計画									
健康日本21津島市計画		第2期							
データヘルス計画		第2期							
市民病院新改革プラン									
都市計画マスタープラン		第2期							
協働のまちづくり基本方針		第2期							

3. これまでの取組

【図表4】

時期	取組事項	取組の内容
2006年	地域包括支援センターの設置	地域包括ケアを推進していく中核機関として、市内に3か所設置。
2011年	津島市医歯薬介連携推進協議会(※)「通称：あんしんネットつしま」の設立	津島市医師会と地域包括支援センターが中心となって設立。医療と介護の連携が進められる。
2012年	在宅医療連携拠点事業(※)の実施	国のモデル事業に採択され、全国に先駆けて在宅医療(※)への取組を始める。
2013年	津島市在宅医療連携推進協議会の設立(2016年に津島市地域包括ケアシステム推進協議会(※)に移行)	医療、介護、建築など多分野・多職種がメンバーとなり、市の地域包括ケアシステムを総合的に把握し、課題や解決策を検討。
	在宅医療支援病床の設置 (2017年に市民病院による在宅療養後方支援病院(※)に移行)	在宅医療を受ける患者と家族の不安軽減のため、市民病院とかかりつけ医の協力により一時的に入院を受け入れる体制を整備。
	電子@連絡帳システム(※)の導入及びつながるまい津島ICTワーキンググループ(※)の設置	医師、看護師、ケアマネジャーなどの多職種の連携のため、ICT(※)を活用して在宅医療を受ける患者の情報を共有。
	在宅医療用語集の作成	在宅医療に関する医療用語を、介護職員にも分かりやすく作成。
2015年	認知症ケアパス(※)の作成	認知症の理解を深め、症状に合った支援及びサービスを受けられるように作成。
	在宅医療サポートセンター(※)及び在宅医療中核サポートセンター(※)の設置(2018年度からセンターの機能を市町村に移行)	切れ目のない在宅医療を実現できるよう、医療と介護の連携をサポートするために、津島市医師会に設置(中核サポートセンターは海部医療圏の医師会合同で設置。)
	認知症施策推進協議会(※)の設置	認知症に関し必要な施策の検討などのため、関係機関により協議会を設置。
	介護予防施策検討チーム(※)の設置	市の介護予防施策全般について検討・協議するために設置。
2016年	地域包括ケア病棟(※)の設置	急性期治療の終了後、短期間の入院により在宅への準備を行うため、市民病院に設置。
	生活支援サービス協議体(※)の設置	2017年度からの生活支援サービス(※)開始に向けサービス内容等検討のために設置。

第2章 津島市のビジョン

1. 津島市の地域包括ケアシステムの方向性

▶① 全員が当事者 自分自身で考える

地域包括ケアシステムは、高齢者が自宅で暮らし続けることを支援するための仕組みです。支援の仕組みを構築することも重要ですが、本人や家族が「もし介護が必要になった場合にどのような生活を送りたいのか」を**自分自身で選択できる**ように、ともに理解し、心構えを持っておくことが大切です。

また、「誰もがいずれ高齢者となる」ので、高齢者だけの問題ではなく、若い方も考えなければならない問題です。たとえば、40歳の方であれば、要介護認定率が高くなってくる75歳に向けて、35年後にどのような「まち」であってほしいのか、それを実現するために今の自分に何ができるのかを、**自分自身で考える**必要があります。

▶② 市民が主体となり、地域全体で考える

市民の皆さんがそれぞれ自分自身で考えた「将来のまち」と「今の自分にできること」を**地域で形にする**ことで、地域での支え合いが可能となります。

市と、医療機関・介護事業所などの関係機関は、地域の皆さんが自分たちで考えた将来像を自分たちで実現するために必要な支援を行っていきます。

▶③ 障がい者や子育て世代など市民全体に対象を拡大する

少子高齢化が進むことにより、高齢者のための支え手が不足するのと同様に、障がい者、子ども、子育て世代など、あらゆる分野の支え手が不足していくことが予測されます。

限られた資源を有効に活用するためには、今までのような対象者ごとに類似する支援策をつくる進め方では支えられません。

高齢者を基本に構築した地域包括ケアシステムを**障がい者や子育て世代など他の対象者に拡大**していけるよう、さらに検討を進めます。

2. 津島市が目指す姿

▶ 現状から見える津島市の課題

※現状の詳細は、第3章を参照。

現状

○進む少子高齢化

2025年には、75歳以上の高齢者1人を、15歳から74歳の者4人で支える割合になる。

○医療

医療機関の総量は充実。ただし、地区で偏りが見られる。在宅療養支援診療所(※)が県・海部地区平均より少ない。

○介護(増える要介護認定)

要介護認定者数は、今後も増加する。特に75歳から認定率が上昇する。

○予防(生活習慣病)

要介護と認定され、心臓病や糖尿病といった生活習慣病を有するなど、医療と介護の両方を必要とする者が多い。

○生活支援

高齢化の状況は、地域間でばらつきがある。コミュニティ、町内会、老人クラブなど地域資源の状況もばらつきがある。

見えてきた課題

75歳を超えても元気で、支える側になれる高齢者を増やす。

- ・予防と健康づくり
- ・高齢者が活躍する仕組みづくり

高齢化と少子化は、別々の問題でなく、セットで対策を講ずる。

医療関係者の負担を減らすため、協働による周辺環境の整備

- ・自宅からかかりつけ医に行ける外出支援の充実
- ・医療機関が在宅医療に取り組みやすい環境づくり

「誰もが自宅で医療を受けられる」の実現

市民の意識改革が必要

- ・65歳になったら、まず認定
- ・サービスを利用しないと損



- ・できる限り健康で、介護を必要としない自立した生活を

若い頃からの生活習慣病予防が大切

- ・40歳から特定健診、がん検診、歯科検診
- ・運動習慣と食生活改善

地域の実状に応じた生活支援

- ・地域で考え実行する生活支援
- ・住民が「我が事」と捉え主体的に取り組みやすい仕組みづくり

地域の活動への支援の充実

○住まい

- ・高い持家率
- ・充実した入所型介護施設

身体の状態、ライフステージに応じた住み方の実現のため、医療・介護・建築など多分野の専門家による支援の充実施設も含め、住まいに関する様々な選択肢

○認知症

今後も増加傾向。
原因となる疾病は様々。脳血管性認知症の場合、高血圧や糖尿病などで引き起こされる。

特に重要な課題

- ・早期に適切な治療が必要
- ・家族へのケアも必要

脳血管性認知症は生活習慣病として予防に取り組む。

▶津島市が目指す姿

課題を踏まえ、2025年に向けて **津島市が目指す姿**は …

**みんなが見守り、助け合い、
安心して暮らせるまち「つしま」**



高齢者だけじゃない「地域包括ケアシステム」

地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための取組です。

その仕組みは、何らかの支援や助けを必要とする障がい者や、子育て世代にも
応用できそうなものが、たくさんあります。

たとえば、医師と障がいサービス事業所が連携を進めるうえで、
医療と介護のようにICTを活用することが考えられます。

高齢者の集いの場として整備されたサロンを、障がい者や子育て世代を
含めた「みんなが集う場」としていくことも、支え手不足に効果的かもしれません。

これからは、高齢者を対象に構築してきた 地域包括ケアシステムを、
津島市まるごとを対象に拡大していくため、検討していきます。

3. 取組の重点項目

【重点項目】

- ① 住み慣れた地域・自宅で受けられる『医療と介護』
- ② 誰もが自分の将来に関心を持って取り組む『健康づくりと介護予防』
- ③ 身体の状態やライフステージに応じた暮らしやすい『住まい』
- ④ 孤立しない／させない 地域で取り組む『生活支援』
- ⑤ 『認知症』：予防～初期集中支援～見守り 段階ごとの支援の充実
- ⑥ 市民が主体となり地域全体で考えるための仕組みづくり

▶ ① 住み慣れた地域・自宅で受けられる『医療と介護』

いつまでも自立し、かかりつけ医での診療、通所系の介護サービスを受けながら自宅で生活できることが理想ですが、介護状態が重度となり医療と介護の両方が必要となっても自宅で生活できることが重要です。

津島市では、2012年に在宅医療に係る国のモデル事業に採択されて以降、「多職種連携」、「在宅医療従事者や家族の負担軽減」、「地域住民への在宅医療の普及啓発」など多くの課題に取り組んできました。医療を中心とする関係機関の努力により、あんしんネットつしまを軸に多職種連携が進み、市民病院を活用した負担軽減の仕組みが構築された一方で、市が担う「住民への啓発」には、より一層の努力が必要と考えられます。

施策

○多職種連携

- ・あんしんネットつしまによる地域連携フォーラムや多職種研修により連携を強化、電子@連絡帳システムで医療・介護関係者の情報共有を円滑にします。

○さらなる在宅医療の推進

- ・医師の負担軽減を図り、在宅医療に取り組みやすい環境を整備します。
- ・市民病院による「在宅療養後方支援病院」の活用により、在宅療養中の患者とその家族が安心して自宅で過ごせるようにします。
- ・「地域包括ケア病床」により、急性期治療後の在宅への準備を行います。

○海部医療圏全体での取組

- ・保健所との連携のもと、海部医療圏全体で医療・介護連携に取り組めます。

ポイント

津島市は、他市町村に先駆けた取組により在宅医療と介護の連携が進み、本人の希望と周囲の理解があれば**在宅で生活しやすい環境が整っています**。

その一方で、市民には「自宅で生活し続けることは困難であり、入院・入所しかない」との意識が根強いと考えられます。

今後は、**在宅医療を受けながら自宅で暮らせる**ということを分かりやすく啓発していくことが重要です。

▶② 誰もが自分の将来に関心を持って取り組む『健康づくりと介護予防』

できる限り健康でいることは、より長く支える側でいられることにつながります。介護が必要な期間を短くすることで、介護者など支える側の負担も軽減します。何より、健康は、本人に楽しみ・生きがいをもたらします。将来、自分がどのように過ごしたいのか、関心を持つことが大切です。

施策

○特定健診・がん検診・歯科検診の受診啓発

- ・要介護となる原因に、生活習慣病やがんが多く挙がっています。介護予防の視点から、受診率を高めます。

○健康づくりと介護予防の情報発信

- ・市内では、官民を問わず様々な健康づくりや介護予防の教室などが開催されています。その情報を把握し、市民に分かりやすく発信していきます。

ポイント

介護予防のためには、**若い頃からの健康づくり**が重要です。

市が実施する特定健診・がん検診・歯科検診は、40歳から受けることができます。また、幼稚園・保育所・小学校・中学校それぞれで、学齢に応じた健康教育を行うとともに、子どもを通じた保護者への啓発が必要です。

▶③ 身体の状態やライフステージに応じた暮らしやすい『住まい』

若い頃に建てた住宅は、住む人の高齢化に伴い改修が必要となる場合があります。高齢者の増加に伴い、改修件数は増加するものと考えられます。また、状況に応じて施設での生活も選択できる必要があります。

施策

○住み方に関する支援

- ・身体の機能を維持できるような改修のため、理学療法士、ケアマネジャー、建築士など多分野の専門家による支援を受けられる仕組みを構築します。

○状況に合わせて選択できる住宅や施設

- ・サービス付き高齢者向け住宅(※)や、有料老人ホーム(※)など、自分の状況に合わせた場所での生活を選択できるようにします。

ポイント

「住みにくい家」が自宅での生活の支障となるケースも多いため、「住まい」への取組も重要です。

ケアマネジャーに相談のうえ、介護保険により一部の自己負担で住宅改修を行うことができます。また、身体の状態等によっては、介護保険の対象とならないような改修が必要となることも考えられます。改修の内容について気軽に相談できる**相談しやすい仕組み**づくりや、分かりやすい**相談先の案内**が必要です。

▶④ 孤立しない/させない 地域で取り組む『生活支援』

単に自宅で生活するだけでなく、地域とのつながりや生きがいを持ちながら「自分らしく」暮らせることが大切です。そのためには、地域全体で日常生活を支えていく「生活支援」が重要となってきます。

自宅で生活するに当たって必要となる支援や地域の環境は様々であるため、できる限り多種多様な支え手が必要です。コミュニティ、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、民間事業所、NPO、ボランティアなどのほか、町内会、隣近所、友人などが支え手として考えられます。

施策

○地域での取組の促進

- ・小学校区単位での地区社会福祉協議会(※)の設立を目指し、地域での組織的な取組を実現します。
- ・民生委員や老人クラブなどの関係機関、店舗や事業所などの民間事業者、市民などによるネットワークを構築し、地域での見守りを推進します。
- ・より身近に、サロンなど集いの場をつくり、世代を超えた交流を進めます。

○介護予防・日常生活支援総合事業(※)の充実

- ・要支援に認定された方や、生活機能の低下がみられる方をはじめ、65歳以上の方を対象とする本事業の実施により、介護予防と日常生活の自立を支援します。特につしま家事サポーター(※)、つしまげんきボランティア(※)、集いの場を充実していきます。

○情報の一元化と周知

- ・それぞれの地域で、コミュニティ、町内会、民生委員、老人クラブなどによる支援のほか店舗など民間のインフォーマルサービス(※)も含めると、多種多様な生活支援が実施されています。これらの情報を集約・一元化して市民が利用しやすいように分かりやすく提供するとともに、ニーズと生活支援を効率的にマッチングする仕組みを構築します。

ポイント

自宅で生活する高齢者やその家族が孤立することのないように、**地域での見守りや支援を求めやすい環境**が重要です。

また、自身が高齢となったり家族を介護するようになったときに地域での支援を得やすいよう、日頃から、コミュニティ、老人クラブなど地域の活動に参加したり、隣近所との関係づくりをしておくとい良いでしょう。

▶⑤『認知症』：予防～初期集中支援～見守り 段階ごとの支援の充実

認知症を発症するリスクは誰にでもあります。その進行段階によって必要な支援が異なります。若い頃からの発症のリスクの低減（予防）と、早期発見・治療開始による症状の進行抑制が重要です。

施策

○認知症予防への取組

- ・食生活や運動習慣の改善、高血圧や肥満の予防などは、一部の認知症に効果的とされています。特定健診の受診や健康づくりへの取組を促進します。

○早期発見と初期集中支援

- ・かかりつけ医、歯科医、薬剤師やケアマネジャーなどの専門職だけでなく、地域全体で早期発見できる体制を整備します。
- ・認知症サポート医(※)の増加を図り安定的な活動に資するとともに、認知症初期集中支援チーム(※)の活動について周知します。

○地域での見守り体制の構築

- ・就労や地域活動など、社会参加や生きがいづくりを支援していきます。
- ・認知症サポーター(※)の養成講座修了者、かかりつけ医認知症対応力向上研修(※)を修了した医師や歯科医師、認知症対応薬局(※)と連携し、支援していきます。
- ・認知症徘徊搜索模擬訓練により、徘徊に対応できる体制を構築します。
- ・認知症家族支援プログラム(※)、認知症介護家族交流会や認知症カフェ(※)により、知識の習得や仲間づくりを支援し、家族の負担を軽減します。

ポイント

認知症になったことで、すぐに入院・入所が必要となるわけではありません。地域での細やかな見守りと、本人・家族への支援があれば、自宅で生活し続けることが可能です。この場合に重要となるのは、**本人の意思が尊重されること**です。

▶⑥市民が主体となり地域全体で考えるための仕組みづくり

重点項目の①から⑤までは、あくまでも自宅で暮らすためのセーフティネットです。より自宅で暮らしやすい「まち」の実現のためには、これらのほかに「津島市の地域包括ケアシステムの方向性（P.5）」を可能とするための仕組みをつくる必要があります。

施策

○分かりやすい情報の提供

- ・市民の皆さんが自分自身で考えるため、分かりやすい情報提供に努めます。

○地域で考える場をつくる

- ・地区懇談会をはじめとする「地域で考える場」の充実と、地域の住民の積極的な参加を促すため、市の支援や、関係機関/住民との連携が必要です。

ポイント

大きな「考える場」だけでなく、数人の住民の雑談程度の小さな「考える場」が増え、そこで出てくる考えが市や関係機関に届く仕組みづくりが重要です。

4. 取組における「地域」の考え方

▶ 地域の特성에応じた構築

津島市では、市を北・中・南の3つの地域に分けて、それぞれの地域に地域包括ケアを進める中核機関として、地域包括支援センターを設置しています。

地域間で、医療資源・介護資源・公共交通機関・人口・高齢化率などの差が大きいことを踏まえ、地域の特성에応じて地域包括ケアシステムを構築していきます。

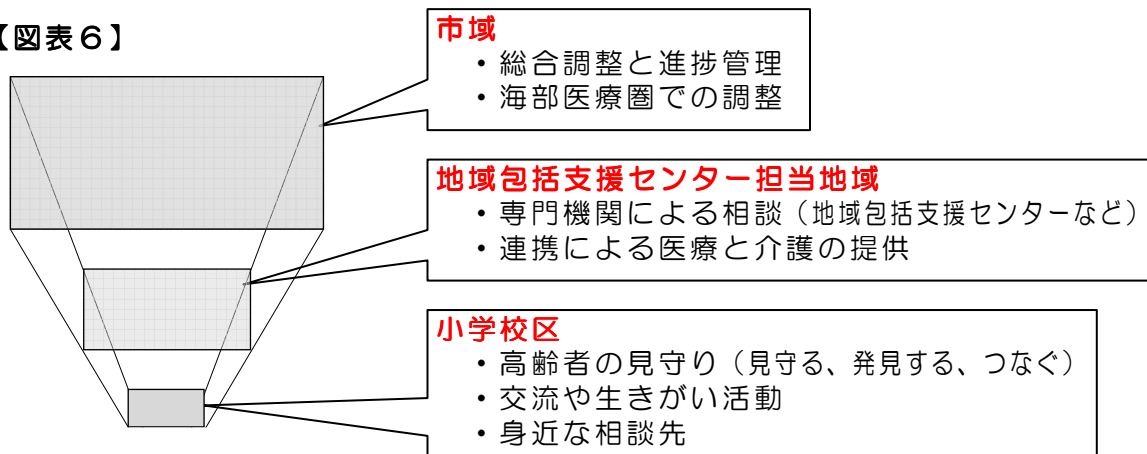
【図表5】



▶ 地域包括支援センター担当地域と小学校区

津島市では、コミュニティ、老人クラブ、民生委員など、小学校区を単位に活動している組織が多数あります。そのため、地域包括ケアシステムの構築は3つの地域包括支援センターの担当地域によることを原則としますが、高齢者の見守りなどの生活支援は小学校区を単位に進めていきます。

【図表6】

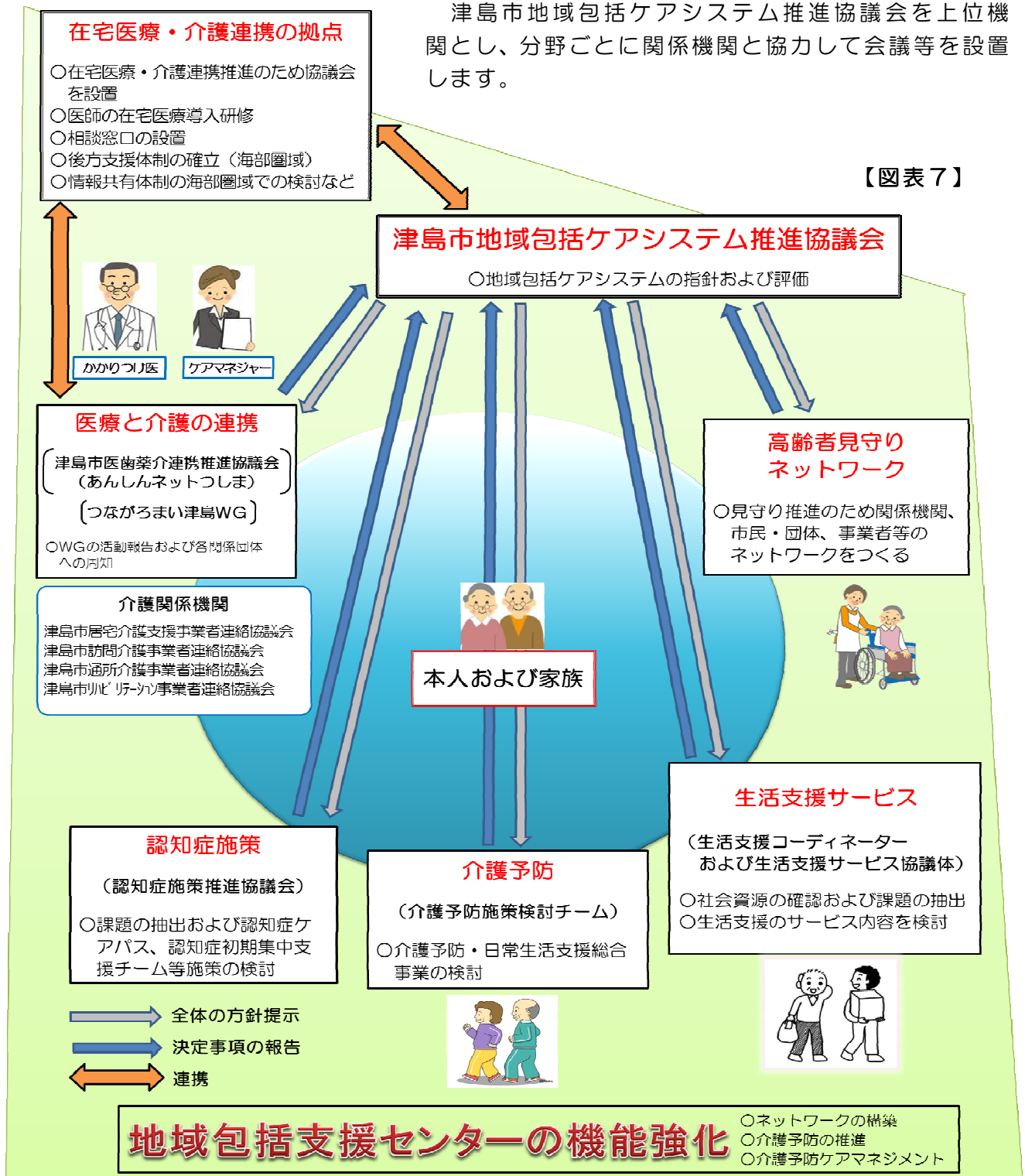


5. 津島市の地域包括ケアシステムの組織図

▶ 関係会議等の設置

津島市地域包括ケアシステム推進協議会を上位機関とし、分野ごとに関係機関と協力して会議等を設置します。

【図表7】

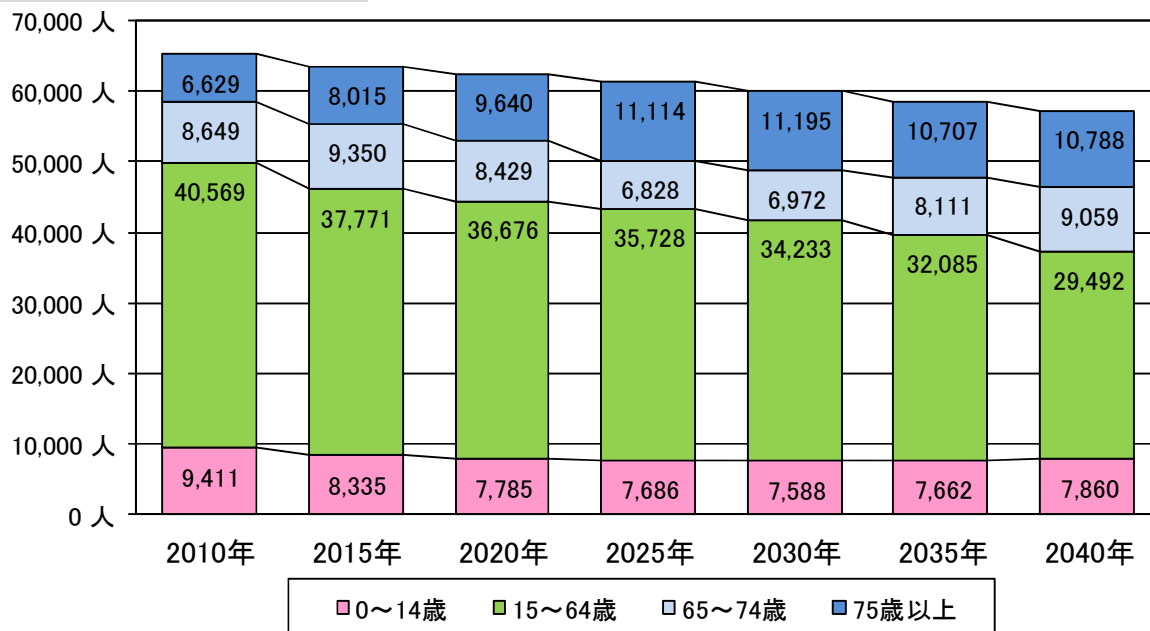


第3章 津島市の現状

1. 人口と高齢化

▶ 年齢区分別の人口

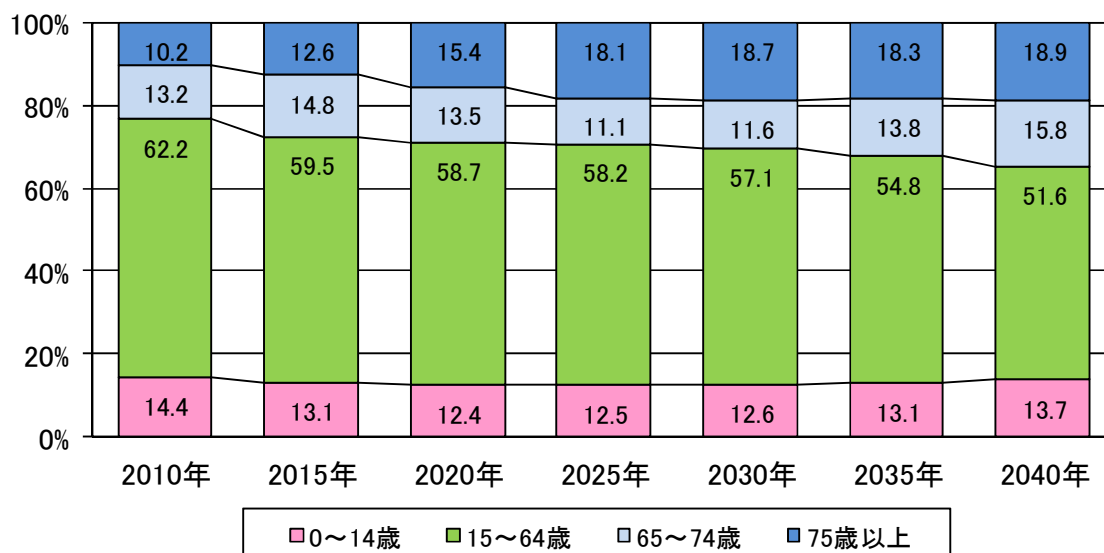
【図表8】



参考 津島市人口ビジョンにおける独自推計（補正）をグラフ化（2015年以降は推計）

▶ 年齢区分別の人口割合

【図表9】

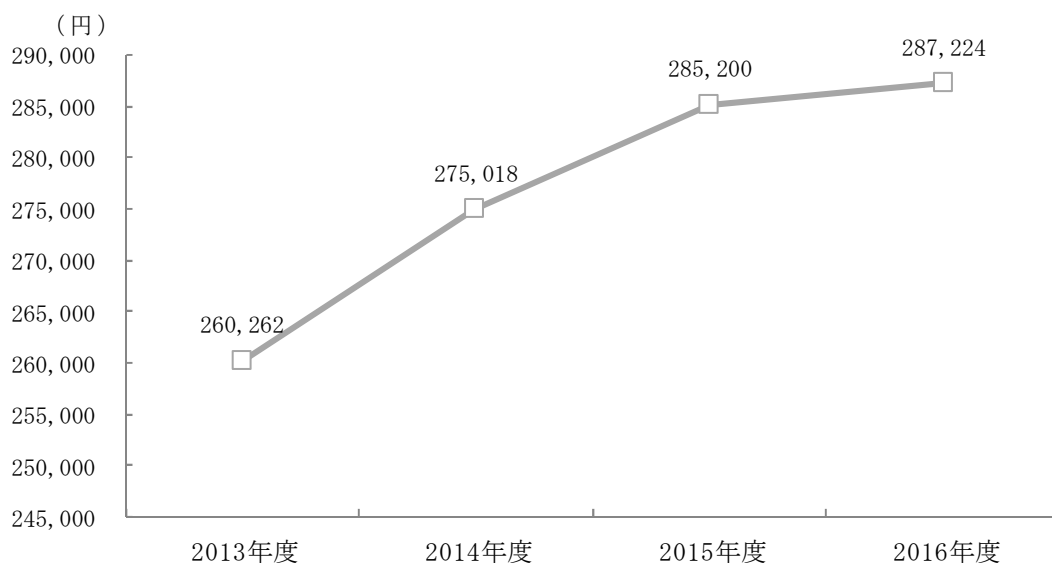


参考 津島市人口ビジョンにおける独自推計（補正）をグラフ化（2015年以降は推計）

- 人口は年々減少するが、高齢者の人口に大幅な変化はない。【図表8】
- 人口減少に伴い高齢者の占める割合が高くなり、特に、後期高齢者（75歳以上）の割合が高くなる。【図表9】

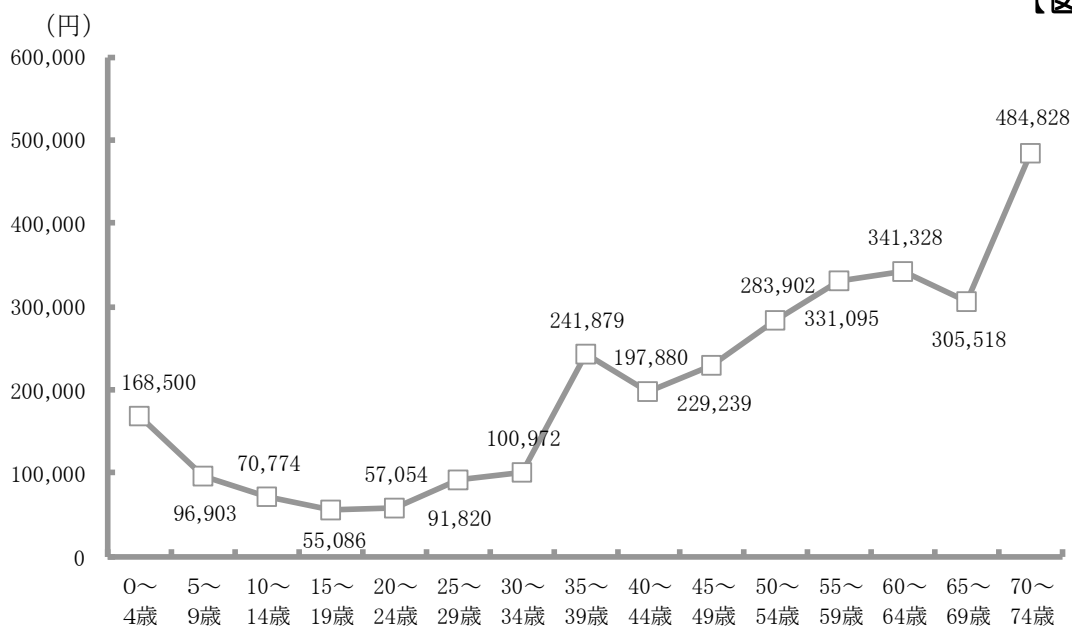
2. 医療

▶ 生活習慣病に係る 国民健康保険被保険者 1 人当たり医療費の推移 【図表 10】



参考：保険年金課資料より

▶ 生活習慣病に係る 年代別国民健康保険被保険者 1 人当たり年間医療費（入院・入院外） 【図表 11】



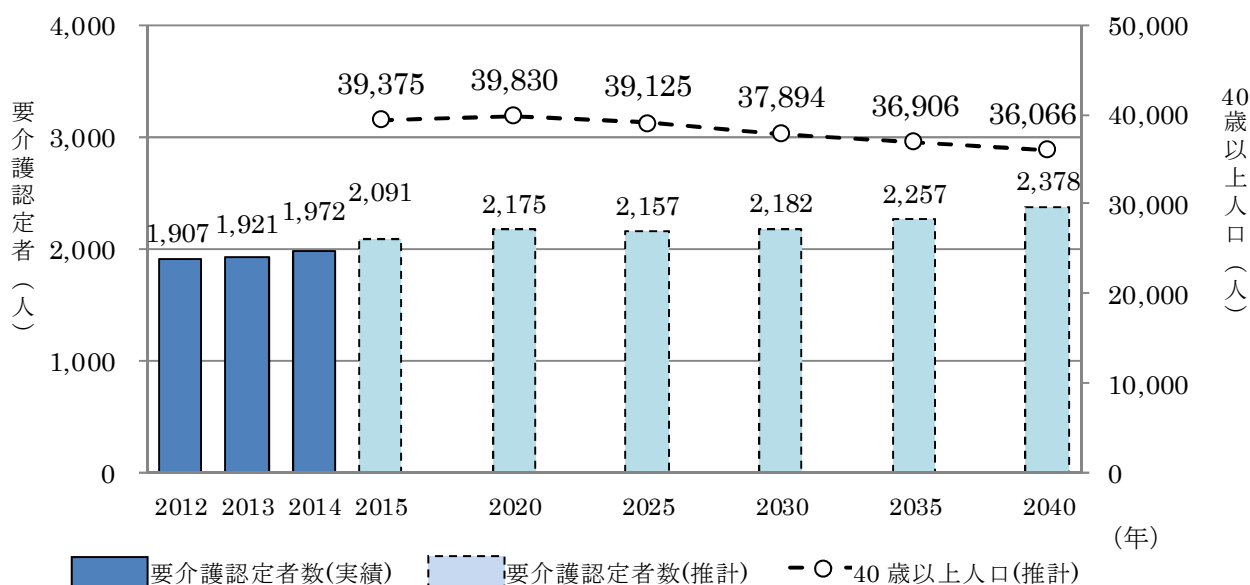
出典：第2期津島市データヘルス計画
2016年度実績

- 生活習慣病は、適度な運動やバランスの取れた食生活などによって予防することができるが、津島市の国民健康保険加入者の場合、1人当たり医療費が増加傾向にある。【図表 10】
- 年代別に見ると、年齢が高くなるにつれて医療費が増加する傾向にある。特定健診やがん検診など、40歳頃からの健康づくりが重要である。【図表 11】

3. 要介護認定

▶ 要介護認定者数の推移

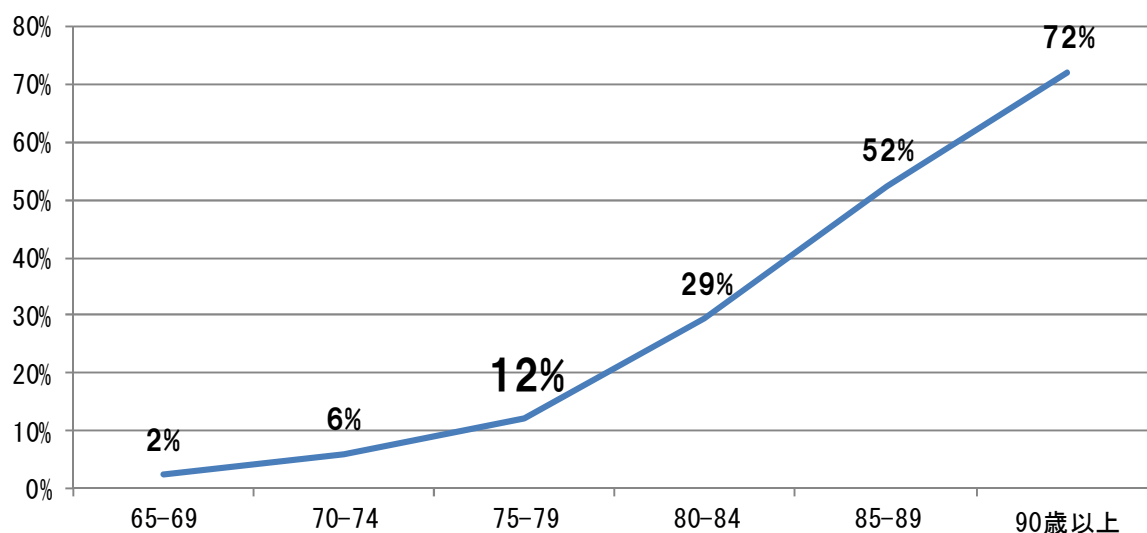
【図表 12】



参考 津島市人口ビジョンのシミュレーションをグラフ化

▶ 年齢階層別の要支援・要介護認定率

【図表 13】



参考 厚生労働省 介護保険事業状況報告(暫定)2016年3月分
及び 企画政策課統計資料 2016年4月1日時点 より算出

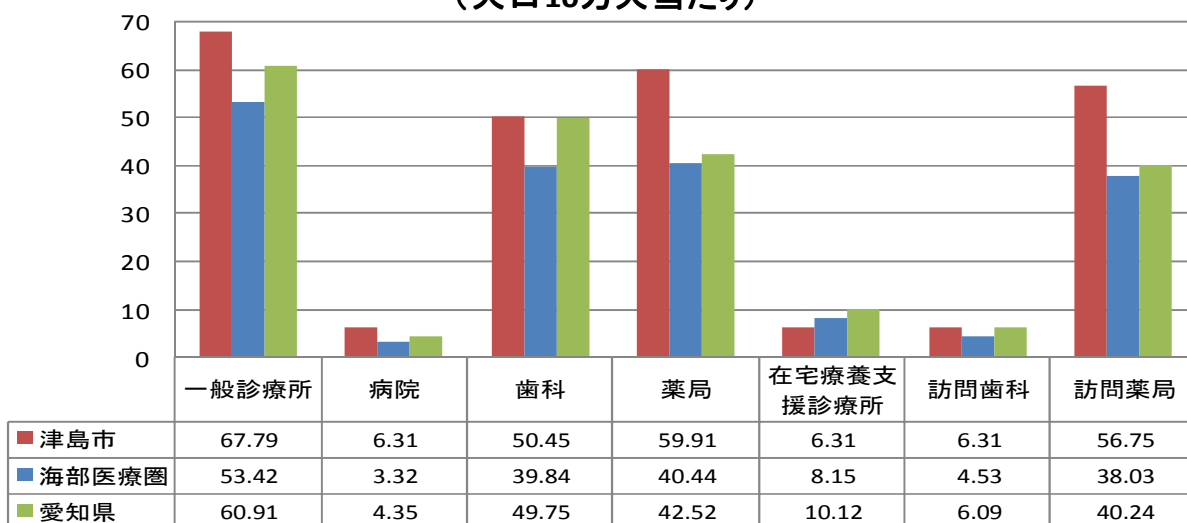
- 2014年の認定率で推移すると仮定した場合、2040年には認定者数が2,400人近くになる。一方で介護保険料を負担する40歳以上の者は減少する。【図表 12】
- 75歳から認定率が高くなる。74歳までは元気で支え手となれる高齢者が多いことが分かる。【図表 13】

4. 医療資源と介護資源

▶ 医療機関数

(人口10万人当たり)

【図表 14】

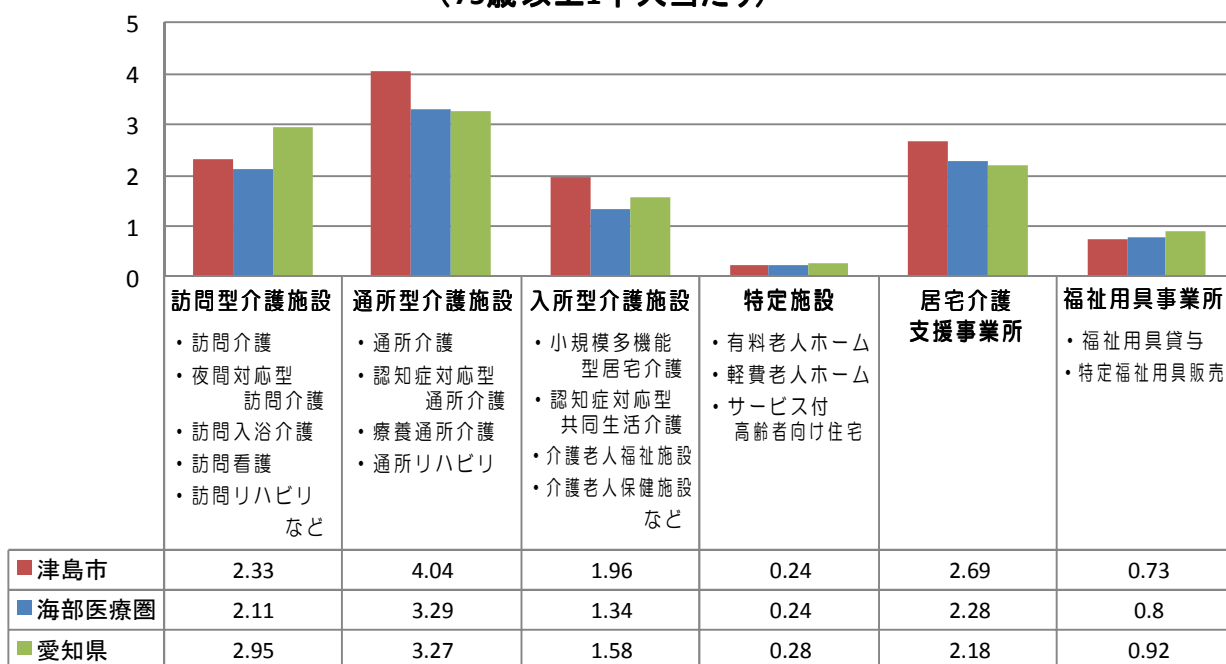


出典：日本医師会「地域医療情報システム」の情報をグラフ化
 医療機関数は 2016 年 10 月現在の地域内医療機関情報の集計値
 人口 10 万人当たりは 2015 年国勢調査総人口で計算

▶ 介護事業所数

(75歳以上1千人当たり)

【図表 15】



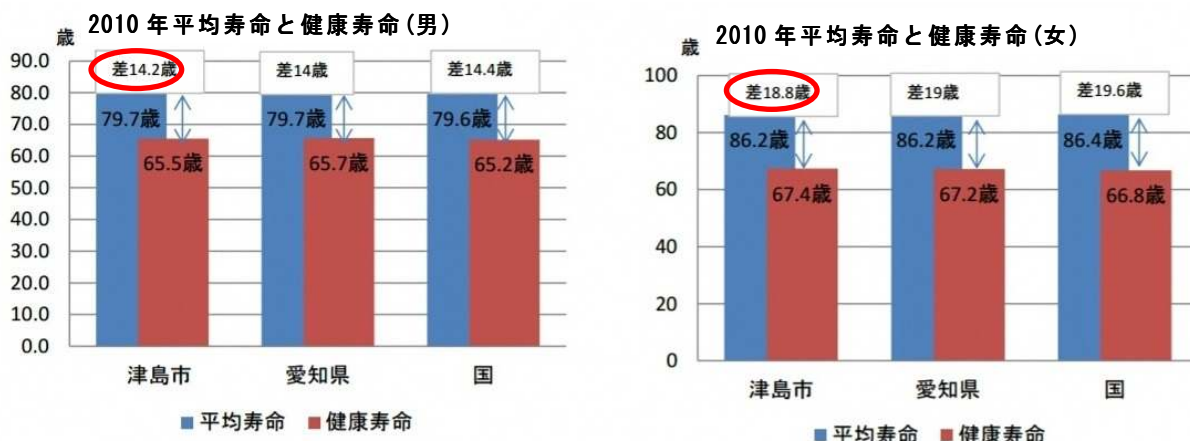
出典：日本医師会「地域医療情報システム」の情報をグラフ化
 事業所数は 2016 年 10 月現在の地域内介護施設情報の集計値
 75 歳以上人口 1 千人当たりは 2015 年国勢調査総人口で計算

- ・医療機関は、在宅療養支援診療所を除き、海部医療圏平均、愛知県平均のいずれも上回っており、充実している。【図表 14】
- ・介護施設も充実しており、特に通所型介護施設が多い。入所型介護施設の多さは、自宅での生活より施設への依存度が高いことの遠因となっている可能性がある。【図表 15】

5. 予防

▶ 平均寿命と健康寿命

【図表 16】



出典:KDB 地域の全体像の把握

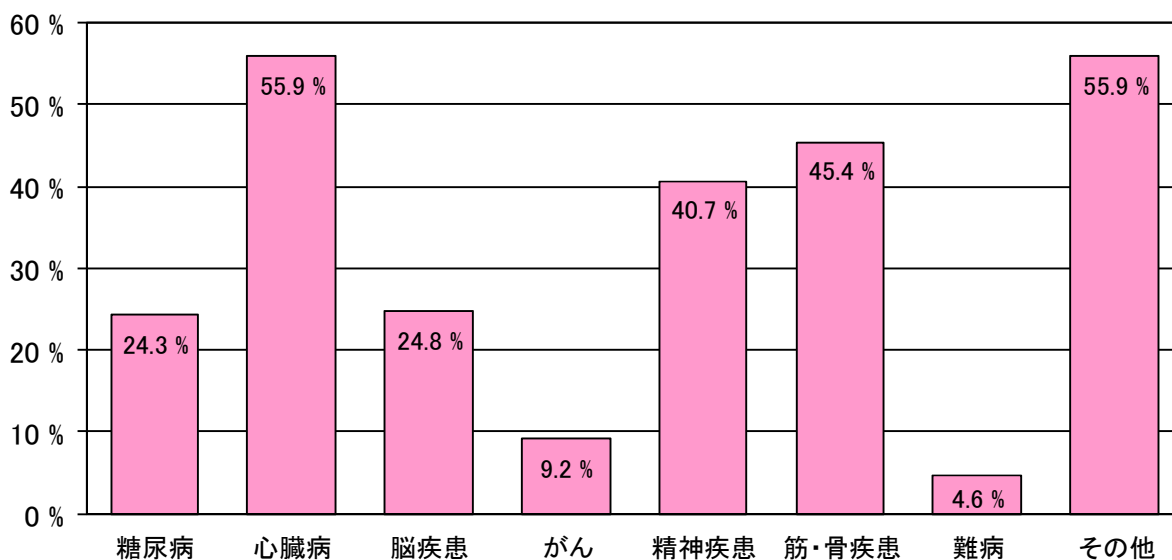
【参考】 愛知県と国の新しいデータでは、とくに健康寿命が延びています。

(市町村ごとのデータは、2013年に公表された2010年時点のものが最新です)

性別	平均寿命(2015年)		健康寿命(2013年)	
	愛知県	国	愛知県	国
男性	81.0歳	80.8歳	71.7歳	71.2歳
女性	86.7歳	87.1歳	74.7歳	74.2歳

▶ 要介護認定者(国民健康保険被保険者)の疾病の有病率

【図表 17】



参考 国保データベースシステムより

2016年度要介護認定者のうちそれぞれの疾病を有していた者の割合を算出

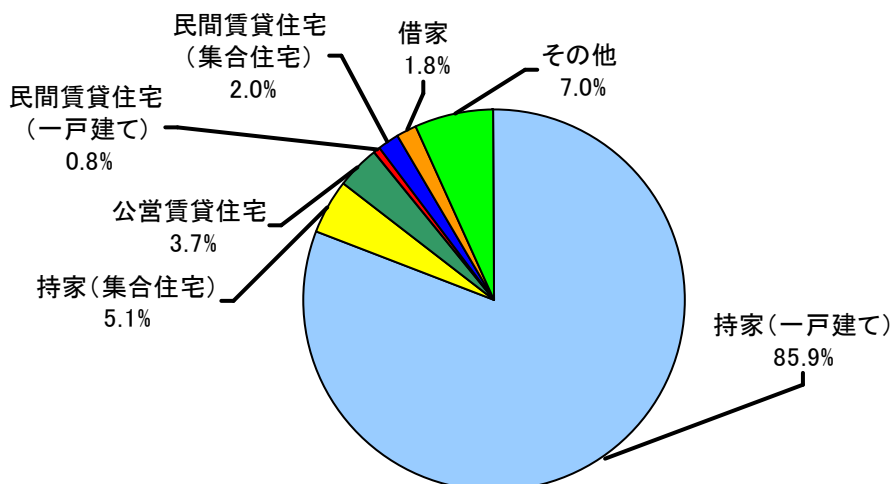
- 健康寿命と平均寿命の差が男性で14.2歳、女性で18.8歳ある。この差は日常生活に何らかの制限のある期間であり、この差を短くする必要がある。【図表 16】
- 要介護と認定された人は、なんらかの疾病を有するケースが多く、介護と医療の両方を必要とする可能性が高いことが分かる。糖尿病、心臓病、脳疾患などの生活習慣病を有する人が多い。【図表 17】

6. 住まい

▶ 自宅の状況

【図表 18】

持家・賃貸の別



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（2017年2月～3月）より
65歳以上 1,500人を無作為抽出／有効回収数 1,024件

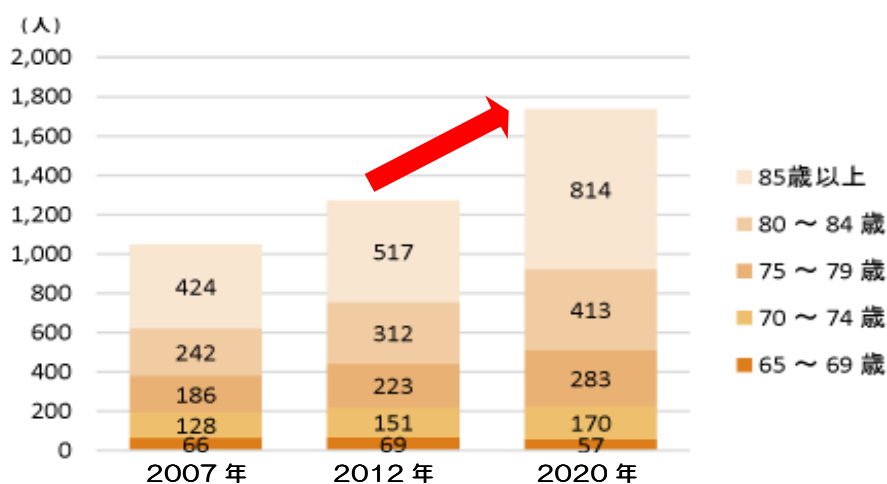
・この調査においては、持家の比率が90%を超えている。

7. 認知症

▶ 津島市の認知症高齢者数

【図表 19】

認知症高齢者人口(推計)の推移



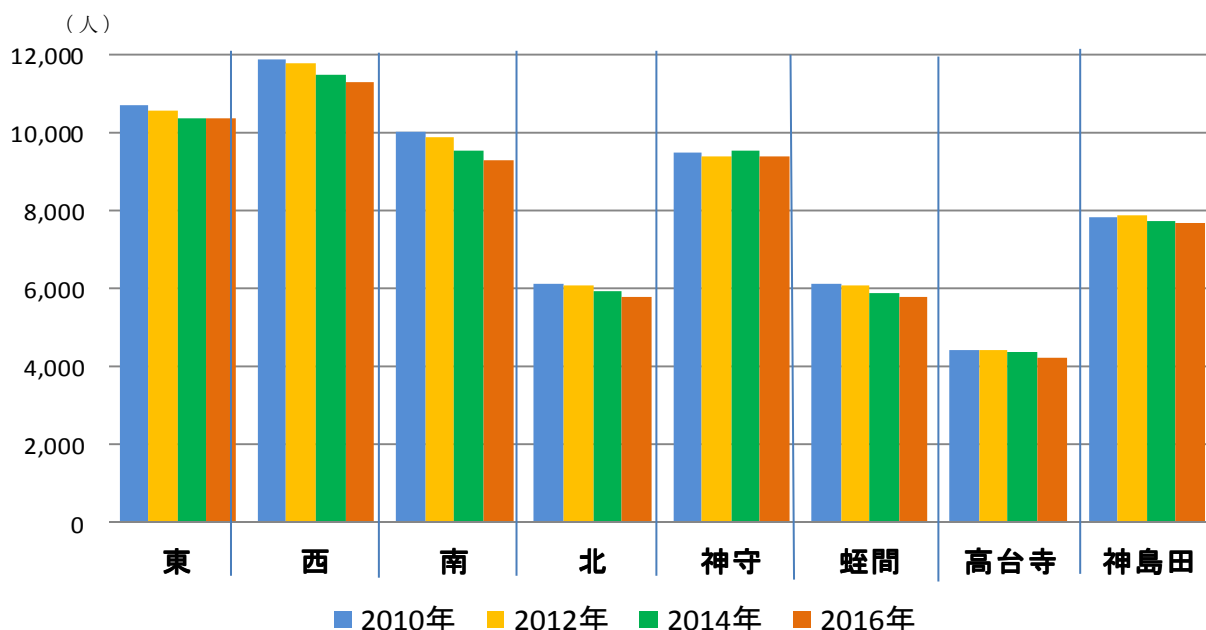
出典：旧あいち介護予防支援センター「高齢者に関する愛知県市区町村別データとランキング」より

- ・高齢化が進むことに伴い、認知症高齢者人口も増加が予想される。認知症は様々な病気が原因で引き起こされるが、例えば脳血管性認知症の場合、高血圧、高脂血症、糖尿病、心疾患などが原因となっている。
- ・前頭葉を活性化させることで、認知症を予防することができる。
- ・生活習慣病の予防や、社会交流の促進が、認知症予防につながると考えられる。

8. 地区の状況

▶ 校区別人口

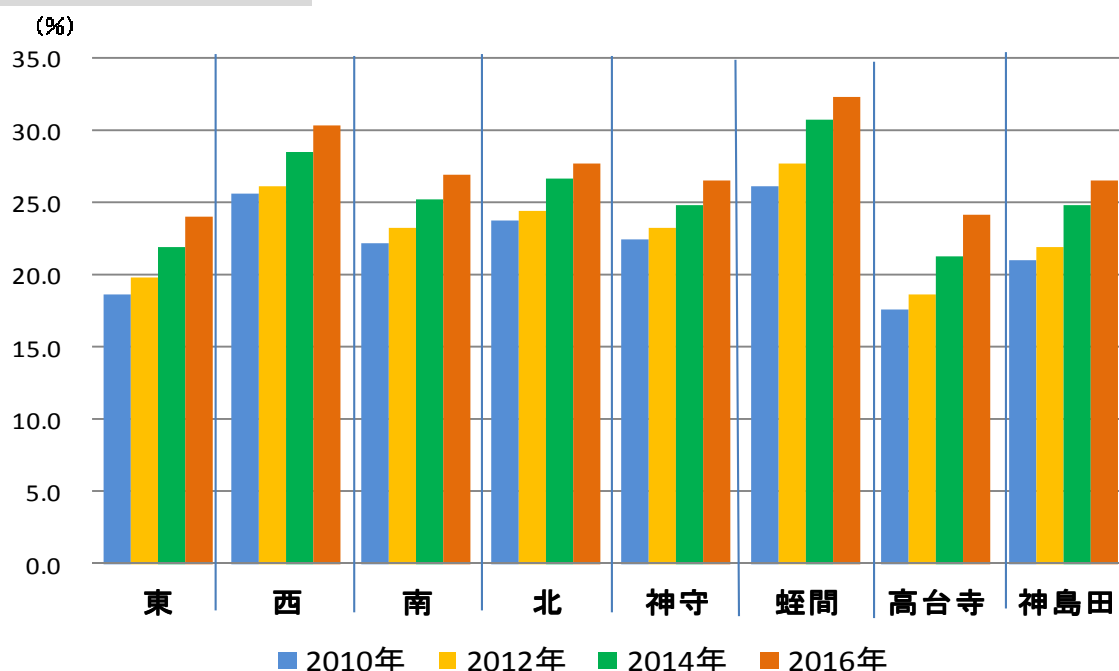
【図表 20】



参考：企画政策課統計資料より
各年4月1日時点

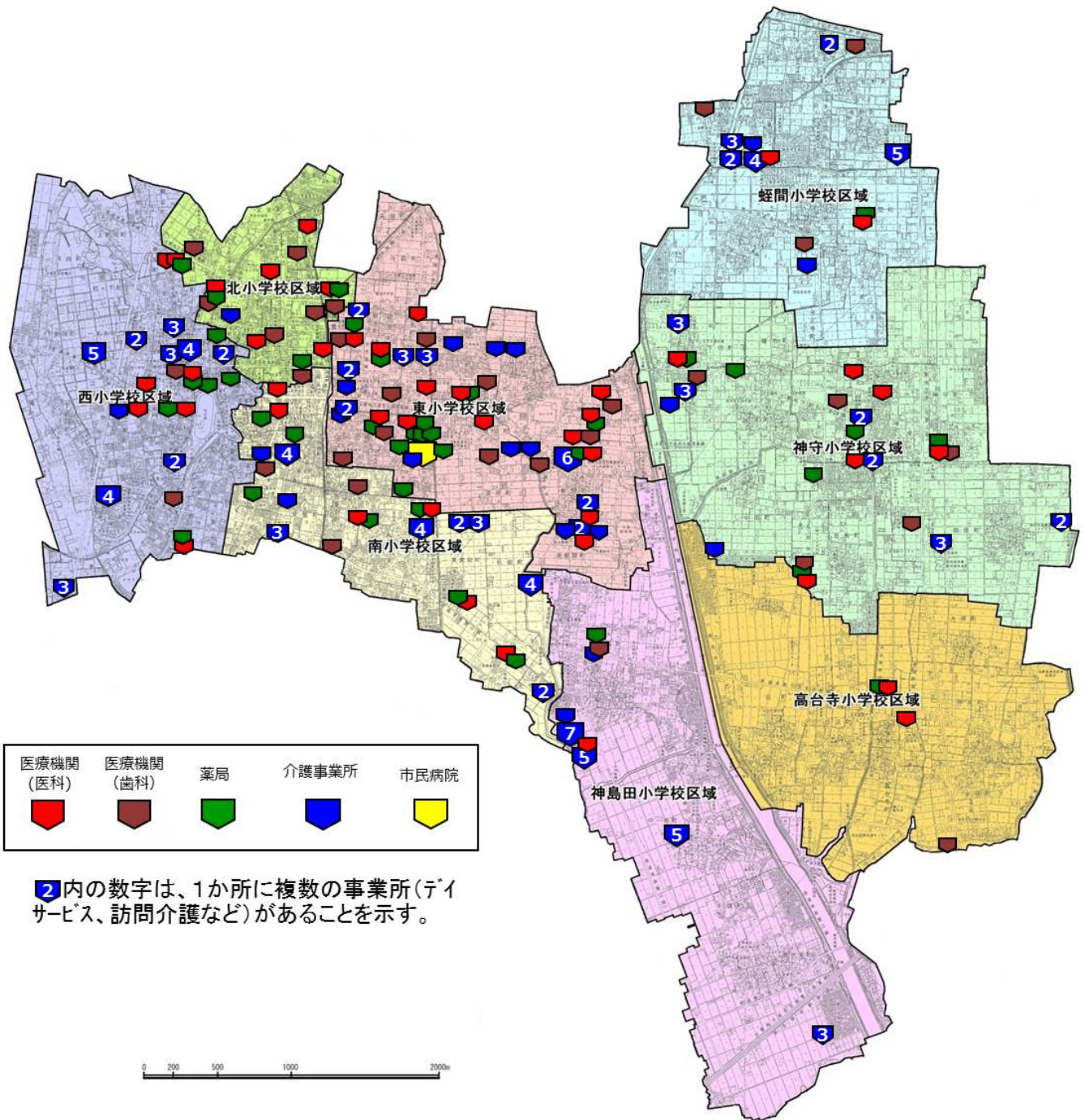
▶ 校区別高齢化率

【図表 21】



参考：企画政策課統計資料より
各年4月1日時点

- どの校区も年々人口が減少しているが、西、南校区の減少幅が大きい。【図表 20】
- どの校区も年々高齢化が進んでいるが、蛭間、西校区の高齢化率が高い。【図表 21】
- 西校区の人口は蛭間校区の約2倍。高齢化率は同程度でも支え手の絶対数が異なるなど、地区の状況に大きな違いが見られる。【図表 20・21】

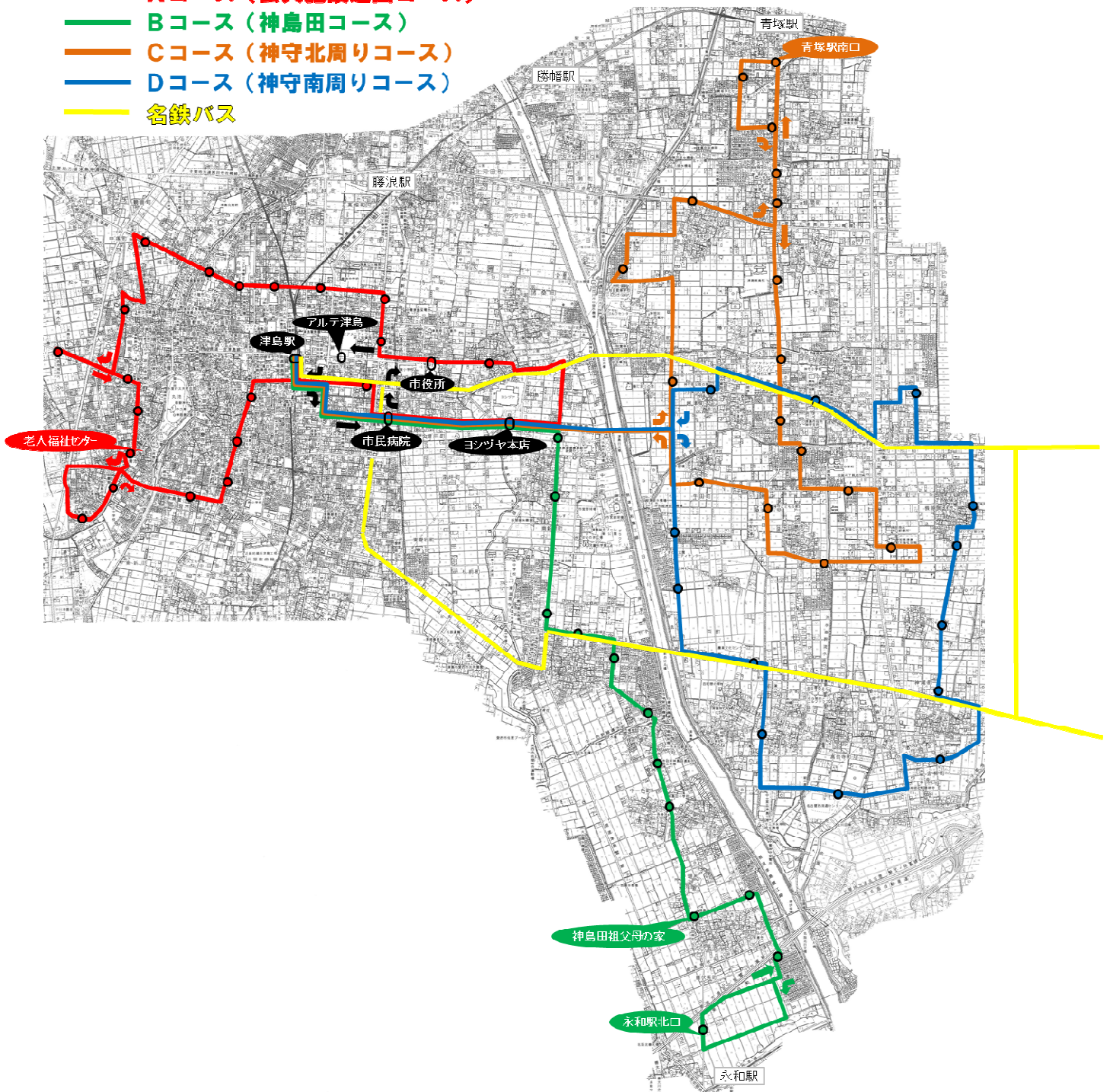


2内の数字は、1か所に複数の事業所(デイサービス、訪問介護など)があることを示す。

2017年4月1日時点

- 医療資源、介護資源ともに、校区で偏りが見られる。
- 特に高台寺校区と神島田校区の場合、医療機関が徒歩圏内にない地域が多い。

- Aコース（公共施設巡回コース）
- Bコース（神島田コース）
- Cコース（神守北周リコース）
- Dコース（神守南周リコース）
- 名鉄バス



ふれあいバス（Aコース～Dコース）は、2014年4月改正

- 鉄道は、市の西部及び北部を名古屋鉄道が通るほか、市南部にJR関西線永和駅が隣接するのみである。
- 路線バスは、名鉄バスが市の東西に延びる幹線道路にあるのみである。
- これらの交通機関で不足する地域について、市のふれあいバス4路線がある。
- エリアとしてこれらでカバーされているが、高齢者にとって不可欠な買い物や病院、診療所での受診がしやすいかについて検討が必要である。

第4章 ビジョンの策定経過と進捗管理

1. ビジョンの策定経過

▶ 津島市地域包括ケアシステム推進協議会 全3回

実施日	内容
平成29年 6月 7日(水)	・ビジョンの策定方針について
平成29年 11月 1日(水)	・ビジョン(案)の説明及び助言
平成30年 月 日()	・関係機関との意見交換会の結果報告及びビジョンの最終確認

▶ 地域包括ケアシステムプロジェクトチーム 全7回

実施日	内容
平成29年 5月 25日(木)	・プロジェクトチームの趣旨説明 ・津島市の現状について
平成29年 6月 15日(木)	・現状からみた津島市の課題の洗い出し
平成29年 7月 20日(木)	・市が目指す姿の検討 ・目指す姿を実現するための主要項目の設定
平成29年 8月 24日(木)	・実施できていること/できていないことの洗い出し ・今後実施できるとよい取組の検討
平成29年 9月 21日(木)	・ビジョン(案)の検討
平成29年 10月 19日(木)	・ビジョン(案)に対する各課の意見とりまとめ
平成30年 月 日()	・ビジョン(案)の最終確認

▶ 関係機関との意見交換会

実施日	関係機関名
平成 29 年 11 月 15 日（水）	津島市訪問介護事業者連絡協議会
平成 29 年 11 月 17 日（金）	津島市社会福祉協議会
平成 29 年 11 月 21 日（火）	津島市居宅介護支援事業者連絡協議会
平成 29 年 11 月 27 日（月）	津島市リハビリテーション事業者連絡協議会
平成 29 年 12 月 4 日（金）	津島市民生委員児童委員連絡協議会（正副会長会）
平成 29 年 12 月 7 日（木）	津島市老人クラブ連合会（四役会）
平成 29 年 12 月 12 日（火） 12 月 15 日（金）	津島市内の訪問看護事業所
平成 29 年 12 月 15 日（金）	津島市民病院
平成 29 年 12 月 22 日（金）	津島市コミュニティの代表者 （協働のまちづくり基本方針策定委員会において）
平成 30 年 月 日（ ）	津島市通所介護支援事業者連絡協議会

2. ビジョンの進捗管理

▶ 2018 年度から 2025 年度まで（毎年度）

- ◇ ビジョンを踏まえ、それぞれの施策や取組を実施
- ◇ 毎年度末に、取組内容及び進捗状況の把握
- ◇ 地域包括ケアシステム推進協議会による分析、評価及び次年度の取組への反映

▶ 2021 年度

- ◇ 2018 年度から 2021 年度までの 4 年間の中間評価及び次の 4 年間の取組への反映

▶ 2025 年度

- ◇ 最終評価の実施

3. 評価指標と目標値

取組を評価する指標と、ビジョンの対象期間における中間目標・最終目標は、次のとおりとします。

重点項目	評価指標	現状 (2016年度)	目標 2021年度	目標 2025年度
①住み慣れた地域・自宅で受けられる『医療と介護』	訪問看護事業所数 上段：実数 下段：人口10万人当たり	2か所 11.3か所	2か所 11.3か所	3か所 17.0か所
	在宅療養支援診療所数	5か所	7か所	9か所
	在宅での看取りの数（医師会アンケートより）	47件	100件	140件
	かかりつけ医を持つ人の割合 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査【介護保険事業計画策定資料】)	91.1%	92% (2022年度)	92%
	かかりつけ歯科医を持つ人の割合 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)	—	92% (2022年度)	92%
	かかりつけ薬局を持つ人の割合 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)	—	75% (2022年度)	80%
	地域包括支援センター認知度(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：役割認知+名前認知)	63.5%	70% (2022年度)	75%
②誰もが自分の将来に関心を持って取り組む『健康づくりと介護予防』	特定健康診査の受診率	40.6%	45%	増加
	後期高齢者健康診査	43.3%	増加	増加
	特定保健指導の終了率	11.0%	20%	増加
	がん検診受診率（胃）	17.1%	32%	40%
	がん検診受診率（肺）	32.1%	42%	50%
	がん検診受診率（大腸）	29.2%	42%	50%
	がん検診受診率（乳）	11.4%	22%	30%
	がん検診受診率（子宮）	8.5%	22%	30%
	歯科検診の受診者数	57人	増加	増加
	8020（ハチマル・ニイマル）該当者数	85人	増加	増加
	要介護認定率	16.2%	15.5%	15.0%

重点項目	指標	現状 (2016年度)	目標 2021年度	目標 2025年度
③身体 の 状況 やライフステージ に応じた暮 らしやすい 『住まい』	入所・入院したい理由として「住居が介護に適していない」の割合 (在宅介護実態調査【介護保険事業計画策定資料】)	13.4%	12% (2022年度)	10%
④孤立しない/ させない 地 域で取り組 む『生活支 援』	ふれあいサロン開催会場数(市民ボランティア、老人クラブ)	23会場	40会場	60会場
	ふれあいサロン開催会場数(その他)	5会場	10会場	20会場
	「住みよさ」の満足度 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査:「とても満足」と「満足」の合計)	44.0%	54% (2022年度)	60%
	家族・友人・知人以外に相談相手 がない人の割合 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)	45.9%	36% (2022年度)	30%
	ボランティア活動等に参加して いる市民の割合 (総合計画に係る市民意識調査)	19.7% (2014年度)	30% (2020年度)	35%
	コミュニティ推進協議会の活動 に参加したことがある人の割合 (総合計画に係る市民意識調査)	9.7% (2014年度)	20% (2020年度)	30%
	見守り協定事業所数	100	150	200
⑤『認知症』: 予防～初期 集中支援～ 見守り 段階 ごとの支援 の充実	認知症サポーター数	4,289人	6,500人	7,800人
	認知症サポーターのうち協力で きる人の割合(オレンジサポーター 登録者より算出)	2%	5%	10%
	65歳以上の者のうち、「認知症高 齢者の日常生活自立度(※)」がⅡa 以上と判定される者の割合	7.7%	7.5%	7.4%
⑥市民が主体 となり地域 全体で考え るための仕 組みづくり	地域に出向いて実施した市民と の懇談会、意見交換会等の開催回 数	15回 (地区懇談会)	増加	増加
その他	できる限り自宅に住みながら介 護サービスを利用したい人の割 合 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)	43.1%	50% (2022年度)	55%

【注】アンケートの実施時期の都合等により、中間目標の一部について2020年度または2022年度の目標値とする。

資料編

1. 用語の解説

あ行

- ・ICT

Information and Communication Technology の略で、日本語で「情報通信技術」と訳される。情報処理や通信に関連する技術、産業、設備、サービスなどの総称のこと。

- ・インフォーマルサービス

市などの公的機関や専門職による制度に基づいたサービス以外のもので、家族、近隣住民、地域の団体やボランティアなどによる支援をいう。

か行

- ・介護予防施策検討チーム

地域の高齢者の現状や、介護予防施策の推進状況などを把握し、地域全体の介護予防施策に関する課題や解決策を検討している。地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・訪問介護事業者・通所介護事業者・リハビリテーション事業者の各連絡協議会、社会福祉協議会がメンバーとなっている。

- ・介護予防・日常生活支援総合事業

2013年の介護保険法の改正により、2017年4月から津島市が実施している事業。介護保険の要介護認定で要支援と認定された人や、基本チェックリストの結果、生活機能の低下がみられる人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、体操教室や簡単な家事のお手伝いなど65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」がある。介護予防・生活支援サービス事業については、P.28「生活支援サービス」を参照。

- ・かかりつけ医認知症対応力向上研修

愛知県医師会主催により地域のかかりつけ医に対して行われる、認知症に関する知識・技術や、本人及び家族の支援のための地域資源との連携等に関する研修。

さ行

- ・サービス付き高齢者向け住宅

介護と連携して、安否確認や生活相談などのサービスを提供するバリアフリーの住宅。2011年に、高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正により、登録制度が設けられた。介護、医療、生活支援サービスなどが提供されるものもある。

- **在宅医療**

身体状況や疾患等の理由により通院が困難となった患者の自宅や高齢者施設に、医師などの医療者が訪問して医療（定期的な訪問診療と、急変時の往診）を行うこと。在宅医療を受ける頻度の高い疾患に、脳血管障害、認知症、神経障害等がある。

- **在宅医療サポートセンター**

かかりつけ医を中心とした、看護・介護・リハビリ・薬の処方など各分野のスムーズな連携をサポートするため、2015年度から2017年度までの3年間、愛知県が愛知県医師会へ委託した事業の一環で津島市医師会が設置した機関。専任コンダクターを配置し、24時間・365日対応可能な在宅医療提供体制の構築支援、医師向けに在宅医療導入研修の実施、住民向けにかかりつけ医制度の普及啓発、在宅医療相談窓口の設置などを担った。

- **在宅医療中核サポートセンター**

在宅医療サポートセンターと共に、かかりつけ医の普及のための促進業務のほか海部地域住民の入退院の支援などを行うため、2015年度から2017年度までの3年間、愛知県が愛知県医師会へ委託した事業の一環で津島市医師会及び海部医師会が共同で設置した機関。専任コーディネーターを配置し、後方支援病院の確保、退院から在宅医療への調整、かかりつけ医の普及事業サポート、在宅医療連携システムの互換支援などを担った。

- **在宅医療連携拠点事業**

在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の提供体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すために国が実施したモデル事業。事業終了後、好事例の情報が広く関係者に提供され、在宅医療の取組の全国的な向上が図られた。

- **在宅療養後方支援病院**

在宅療養中の患者について、在宅医療担当医が緊急時に入院が必要と判断したときに市民病院が24時間いつでも入院を受け入れる。事前の患者登録が必要。

- **在宅療養支援診療所**

24時間・365日体制で往診や訪問診療を行う診療所として、地方厚生局に届出を行っている診療所。緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制の確保など一定の基準に適合する必要がある。

- **生活支援サービス**

「介護予防・日常生活支援総合事業」の一つ。これまで全国一律の基準で提供された通所介護や訪問介護のサービスを、従来の介護事業所だけでなく多様な担い手でサービス提供することが大きな特徴。つま家事サポーターによる調理・掃除・買い物代行や、老人クラブや市民グループによるふれあいサロンなど、地域住民によるサービス提供が行われている。

- **生活支援サービス協議体**

生活支援サービスの提供体制の構築、関係機関による定期的な情報共有と連携強化について検討している。地域包括支援センター、生活支援コーディネーターがメンバーとなっている。

た行

- **地域包括ケア病棟**

急性期治療を終了し、病状が安定した患者に対して、在宅や施設への復帰に向けた医療や支援を行う病棟。津島市民病院では、2017年3月から48床を運用。

- **地域包括支援センター**

地域住民の保健・福祉・医療の向上、高齢者虐待の防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関。市町村または、市町村から委託を受けた医療法人や社会福祉法人等が設置することができる。

- **地区社会福祉協議会**

社会福祉協議会の考えを共有し、社会福祉協議会と連携しながら、自主的な地域活動を行う住民福祉活動組織。

- **つしま家事サポーター**

介護予防・日常生活総合支援事業により、要支援と認定された人などに洗濯、調理、掃除、ゴミ出しなどの家事援助を中心とするサービスを提供するため、養成講座を受けて登録をした人。

- **つしまげんきボランティア**

ボランティア活動を通して地域貢献や社会参加をすることで、より元気になることを目的に、市内65歳以上の人で構成されるボランティア団体をつしまげんきボランティアとして登録するもの。

- **津島市医歯薬介連携推進協議会（通称：あんしんネットつしま）**

津島市における保健・医療・福祉サービスを中心とした地域連携のネットワークづくりを推進するための検討や、地域連携フォーラムの開催などの活動を行っている。津島市医師会と地域包括支援センターを中心に、歯科医師会、薬剤師会、居宅介護支援事業者連絡協議会、地域包括支援センター、市民病院、市高齢介護課などがメンバーとなっている。

- **津島市地域包括ケアシステム推進協議会**

つながろまい津島ICTワーキンググループなどの各種部会の取組状況を把握し、地域全体の介護及び在宅医療の推進に関する課題や解決策を検討している。医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者連絡協議会、社会福祉協議会、愛知建築士会海部津島支部、津島保健所、市民病院がメンバーとなっている。

- **つながろまい津島ICTワーキンググループ**

電子@連絡帳システムの普及と活用方法を協議している。医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、市民病院、居宅介護支援事業者・訪問介護事業者・通所介護事業者・リハビリテーション事業者の各連絡協議会のほか、システムを開発した名古屋大学などがメンバーとなっている

- **電子@連絡帳システム（つながろまい津島）**

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャーなどの多職種の円滑な連携のため、インターネット上で患者の情報を共有するシステム。

な行

- **認知症家族支援プログラム**

専門家や介護経験者からの話を通じて、認知症の人を介護している家族が認知症に関して学んだり、同じ悩みを持つ仲間と話し合う場として、年間6回実施。

- **認知症カフェ**

認知症の人を介護する家族の息抜きや交流の場として開催するカフェ。市、ボランティア、認知症介護家族交流会など、様々な団体が実施している。

- **認知症ケアパス**

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいかわかるように、状態に応じた適切な医療や介護サービスなどの提供の流れをまとめたもの。

- **認知症高齢者の日常生活自立度**

高齢者の認知症の程度を踏まえて日常生活の自立の程度を表すもの。要支援・要介護認定の審査判定の際の参考として利用される。Ⅱaと判定される基準は、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態が家庭外で見られる」であり、たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つといった症状がみられる程度の状態である。

- **認知症サポーター**

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けするため、市が実施する養成講座を受講し、活動する人。

- **認知症サポート医**

独立行政法人国立長寿医療研究センターが行う認知症サポート医養成研修を修了し、かかりつけ医への助言をはじめとする地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師のこと。

- **認知症初期集中支援チーム**

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、医療と介護など複数の専門職で構成するチームが訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行うもの。

- **認知症施策推進協議会**

認知症高齢者の現状や、認知症施策の推進状況などを把握し、地域全体の認知症施策に関する課題や解決策を検討している。医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者連絡協議会、社会福祉協議会、認知症疾患医療センター、認知症介護家族交流会などがメンバーとなっている。

- **認知症対応薬局**

認知症サポーター養成講座を受講した薬剤師を配置している薬局。

は行

- **訪問看護**

医師の指示に基づいて自宅療養中の患者宅を看護師、保健師、理学療法士などが訪問し、療養上のお世話や必要な診療の補助を行う。

- **訪問看護ステーション**

訪問看護を行う事業所。

や行

- **有料老人ホーム**

高齢者を対象とした入居施設。介護サービスが付いた「介護付き有料老人ホーム」、介護が必要となった場合に地域の介護サービスを利用しながら居住する「住宅型有料老人ホーム」、介護を必要としない者向けの「健康型有料老人ホーム」がある。

2. ビジョン策定に係る関係者、関係機関名簿

▶ 津島市地域包括ケアシステム推進協議会

所属団体等	氏名
津島市医師会（会長）	河西あつ子
津島市歯科医師会（会長）	井田 和彦
津島市薬剤師会（会長）	浅井 敦子
津島市地域包括支援センター	柴原 和矢
津島市居宅介護支援事業者連絡協議会	保木絵里子
愛知建築士会海部津島支部	田宮 祥江
津島市社会福祉協議会	奥田 愛範
津島保健所（所長）	片岡 博喜
津島市民病院（院長）	神谷 里明

▶ 地域包括ケアシステムプロジェクトチーム

所属等	氏名
健康福祉部（部長）	◎ 水谷 勝彦
市長公室 企画政策課 行政経営グループ	坪井 綾子
市長公室 危機管理課 危機防災グループ	小林 宗誠
市民生活部 市民協働課 地域コミュニティグループ	植木美千代
健康福祉部 福祉課 福祉グループ	梅本 明裕
健康福祉部 福祉課（地域包括ケアシステム担当課長）	○ 城 雄二
健康福祉部 福祉課 地域包括ケアシステムグループ	南出 孝次
健康福祉部 福祉課 地域包括ケアシステムグループ	則竹 美子
健康福祉部 高齢介護課 介護保険グループ	新瀧功太郎
健康福祉部 高齢介護課 長寿福祉グループ	岡本 知行
健康福祉部 子育て支援課 子育て支援グループ	瀧川 和利
健康福祉部 健康推進課 成人保健グループ	佐藤 知子
健康福祉部 健康推進課 母子保健グループ	河野 明美
健康福祉部 保険年金課 国民健康保険グループ	土田ひろみ
建設産業部 都市計画課 都市計画グループ	岡崎 充
市民病院 地域医療センター	勅使川原康詞
教育委員会 学校教育課 学校教育グループ	中竹美和子

◎プロジェクトリーダー ○プロジェクトサブリーダー

▶ 地域包括ケアシステムプロジェクトチーム 【オブザーバー】

所属等	氏名
津島市 北地域包括支援センター	福谷 隆宏
津島市 中地域包括支援センター	柴原 和矢
津島市 南地域包括支援センター	花井 重明
市長公室（参事）	横井 満