

## 第3章

### 計画の基本理念・基本目標

## 第3章 計画の基本理念・基本目標

### 1 計画の基本理念

高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」を基本としながら、本人及びその家族が住み慣れた地域で安心して、やすらぎのある生活ができることを目指す必要があります。

酒田市総合計画の「暮らしと生きがいを共に創り、お互いが支え合うまち酒田」の目指すべき方向性に基づき「誰もがいきいきと暮らしやすいまち」を基本理念とします。

#### 基本理念

**誰もがいきいきと暮らしやすいまち**

### 2 計画の基本目標

第7期計画では、地域包括ケアシステムを更に推進し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自立した日常生活を営むことが出来るよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供できるようにします。また、2025年問題に対応するため計画の基本目標と重点事項を次のように設定します。

#### ■基本目標1

健康で生きがいのある生活

～生活の質を向上させ、ゆたかな生活を送るために～

#### ■基本目標2

地域包括ケアシステムの推進

～住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために～

### 3 重点事項

基本目標を達成するために、次の項目に重点的に取り組みます。

#### ■基本目標 1 健康で生きがいのある生活

##### (1) さかた健康づくりビジョン【健康さかた21（第3期）】の普及推進

がん予防や生活習慣改善対策を推進し、がんの早期発見・早期治療につながる健診受診率の向上、メタボリックシンドローム<sup>1</sup>等から引き起こされる糖尿病・心疾患・脳血管疾患等生活習慣病の予防に努めます。

そのために、幼児期から高齢期まで生涯を通じた健康づくりを推進するとともに、健康や運動に関する情報提供を含む健康教育を総合的・体系的に実施していきます。

また、こころの健康づくりを推進する体制を強化し、うつ病予防及び自殺防止に関する普及啓発、こころの健康相談によるうつ病等の早期発見に努めます。

##### (2) 生きがいづくり・社会参加の推進

高齢者がさまざまな機会に多様なスポーツ活動、学習活動、文化活動を通して、仲間づくりや生きがいづくりができるよう活動を促進し、高齢者がその能力と経験を地域の中で活かしていけるよう環境の整備や支援を継続します。

#### ■基本目標 2 地域包括ケアシステムの推進

##### (1) 医療との連携強化

在宅での医療と介護が必要な高齢者の生活が継続できるよう、入退院時や在宅療養など一連のサービスを切れ目なく提供するため医療と介護の連携強化を図ります。

そのため、在宅医療・介護連携支援室において、介護保険の知識を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置し、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センター等からの相談を受け付ける体制をとり、地域の医療・介護関係者等多職種間の相互理解や知識・情報の共有を図ります。

平成30年4月に開設する、地域医療連携推進法人との連携のあり方について協議します。

##### (2) 介護サービスの充実強化

###### ① 介護サービスの基盤整備

新たな需要として、政府の「一億総活躍社会」を実現するための「介護離職ゼロ」に向けた取り組みや、地域医療構想による療養病床削減に対応したサービス基盤の整備を行います。

<sup>1</sup> メタボリックシンドローム／特に内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）によって高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病が引き起こされやすくなった状態。

## ② 飛島の高齢者への支援

住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、市内と同様の介護保険サービスやその他高齢者サービスの施策を継続します。

## (3) 自立支援・介護予防の推進

### ① 介護予防事業の充実

介護保険制度の地域支援事業も含めた高齢者施策の中で、元気な高齢者や介護が必要な状態になるおそれのある高齢者を対象として、高齢者の心身の状態に応じた効果的な介護予防事業を実施します。

また、平成29年度より開始した栄養改善や口腔機能の維持・向上の取組みを継続します。

### ② 地域包括支援センターの機能強化

市の機能の一部として最前線に立ち、市と一体となって地域包括ケアシステム構築に向けた取組みを推進する中核的な機関としての地域包括支援センターの機能強化を図ります。

そのため、人員体制の確保や運営方針を定め市とセンターの役割分担を明確にし連携を図ります。また、センターの運営に対する継続的な評価・点検に取組みます。

### ③ 多職種連携による地域ケア会議の実施

地域ケア会議を通じて民生委員、自治会長、地域包括支援センターや行政機関が情報を共有し、高齢者の見守りや早期対応など適切な支援を行います。

また、自立支援型地域ケア会議においては、高齢者の生活の質の向上を目標におき介護支援専門員等が作成したケアプランについて、多職種協働によるケアマネジメント<sup>2</sup>を通して自立支援や介護予防の理念の共有を図ります。

## (4) 認知症施策の推進

認知症の方の支援は、多職種による医療・介護の連携を推進するとともに、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員により早期診断、早期対応に取組みます。

また、認知症の理解を深めるための普及啓発や、家族の支援も継続して取組みます。

## (5) 多様な生活支援サービスの確保

### ① 地域で支え合う体制の整備

高齢者にとっての社会参加が生きがいや介護予防となることから、人と人のつながりを通じて、住民主体の通いの場が継続的に拡大するような地域づくりを推進します。

---

<sup>2</sup> ケアマネジメント／要介護者に対して、介護、福祉、医療等のサービスが効果的に提供されるように、調整や管理を行うこと。介護支援専門員が行う相談や連絡調整、要介護者の状態把握などをさす。

## ② 虚弱高齢者・要支援・要介護者への生活支援

軽易な生活上の援助や住宅福祉機器の設置に助成するとともに、住み慣れた自分の家で安心した生活ができるように施策を継続します。

## (6) 高齢者の権利擁護の推進

高齢者の尊厳・権利に対する意識の啓発を図り、成年後見制度<sup>3</sup> や福祉サービス利用援助事業の活用を進めます。

また、家庭や施設での高齢者虐待を防止するため、高齢者虐待防止に関する意識の啓発を図るとともに、早期に発見・対応できるよう関係機関の連携を強化します。

## (7) 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者の住まいの確保

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、住まいの確保が重要であることから、介護と連携した有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅など多様な住まいの確保に努めます。

また、市営住宅における申込抽選については、高齢者世帯の優先措置を継続します。

---

<sup>3</sup> 成年後見制度／認知症や知的障がいなどにより判断能力が不十分な人の財産管理などを、代理権や取消権などを付与された成年後見人等が行う制度。家庭裁判所の審判による法定後見と、本人が委任契約を結んで行う任意後見がある。

## ■計画の体系

### 高齢者保健福祉計画部分

#### ◆基本目標1 健康で生きがいのある生活

- (1) さかた健康づくりビジョンの普及推進
  - ①がん予防の推進
  - ②生活習慣改善対策の推進（循環器疾患・糖尿病予防、食生活改善）
  - ③こころの健康づくりの充実
  - ④歯と口腔の健康づくりの充実
  - ⑤子どもの頃からの健康教育の充実
  - ⑥生涯を通じた健康づくりの充実
- (2) 生きがいづくり・社会参加の推進
  - ①生涯スポーツ施策
  - ②生涯学習施策
  - ③老人クラブ事業
  - ④シルバー人材センター

#### ◆基本目標2 地域包括ケアシステムの推進

- (1) 高齢者に対する支援
  - ①社会福祉協議会事業
  - ②緊急通報システム運営事業
  - ③災害時要援護者避難支援事業
  - ④高齢者疑似体験事業
  - ⑤老人施設入所援助事業
  - ⑥やさしい生活支援事業
  - ⑦軽度生活援助事業
  - ⑧やさしいまちづくり除雪援助事業
  - ⑨ほっとふくし券事業
- (2) 飛島の高齢者への支援

### 介護保険事業計画部分

- (3) 地域包括ケアシステムの推進
  - ①日常生活圏域の設定
  - ②介護基盤の整備
  - ③地域支援事業の推進
  - ④市町村特別給付
  - ⑤第7期計画期間以降の各サービス量及び費用見込
  - ⑥第1号被保険者の保険料
  - ⑦介護サービス情報の公表
  - ⑧介護保険事業の適正な運営