### **４．課題の整理**

高齢者や家族介護者、事業者の意識・実態とともに、第７期計画の主な進捗状況などをふまえ、国や大阪府が示した本計画策定に関する指針などに沿って、本市の高齢者施策等に関する今後の課題を整理します。

#### （１）総合事業や生活支援サービスの充実について

○　総合事業の推進により、介護予防ケアマネジメントに基づく自立支援に向けたサービス利用を促進するためには、総合事業の制度や考えかたについて、継続して周知を行うことが必要です。

○　また、高齢者の幅広いニーズをふまえ、地域住民、ボランティア団体、ＮＰＯ、民間企業など多様な主体の参画による、多様なサービス提供体制づくりが求められています。

○　特に、高齢者によるボランティア活動や就労的活動などの社会参加を促進することは、地域の支え合い体制づくりだけでなく、高齢者の生きがいや介護予防の観点からも重要です。

○　多様な生活支援のニーズに対して、すでにあるサービスで提供できない部分を補えるようなサービスを創設する仕組みづくりが必要です。

○　日常生活支援を提供する様々な支援機関が連携・協働し、地域での支え合い・助け合いが活発になるよう支援していくことが必要です。

○　地域共生社会の実現に向けて、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり（「我が事の地域づくり」）が必要です。

#### （２）在宅医療・介護連携の推進について

○　医療と介護の連携が着実に進んでいますが、高齢者人口の増加に伴う医療需要の変化を見据えた病床の見直しに伴う在宅療養者の増加や、在宅療養者の受け皿となる在宅診療医の確保に向けた取組の検討、医療機関の退院から在宅への切れ目ない医療と介護サービスの連携強化などの取り組むべき課題があります。

○　終末期における看取りの考えかたについては、本人は在宅での最期を希望しているものの、家族が看取りをためらい、本人の意向に沿えないケースがみられます。そのため、人生の最終段階における医療・ケアについて、早い段階から医療関係者、本人、家族が話し合いの機会を設けることが望ましく、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）※[[1]](#footnote-1)の普及・啓発が必要です。

○　在宅療養の受け皿となる在宅療養支援病院は、市内には１か所しかなく、がんのターミナルのかたのみを対象としています。介護が必要で医療が少ないかたの急変時に対応・支援できる病院（在宅療養後方支援病院※[[2]](#footnote-2)）が少なく、かかりつけ医がスムーズに病院連携できる仕組みが課題です。

○　在宅医療・介護連携に関する協議及び入退院支援システムの構築支援、治療・ケアの意思決定確認、実施状況の検証や取組の改善、後方支援病院との体制づくり等、在宅医療と介護を一体的に実施するため、在宅医療コーディネート機能の充実について検討する必要があります。

○　大阪府地域医療構想※[[3]](#footnote-3)によると、本市では急性期病床数は充足していますが、慢性期病床※[[4]](#footnote-4)数は不足しています。また在宅医療を支える訪問診療、往診する医師が必要であり、後期高齢者数増加に伴い需要に見合った在宅医療提供体制の確保が急がれます。

#### （３）認知症施策の推進について

○　高齢化の進行に伴い、本市でも認知症高齢者数は増加することが見込まれます。このため、できるだけ認知症の発症を遅らせるために、成人期からの生活習慣病対策のほか、運動・知的・社会活動等の様々な手法で認知症予防の取組を展開していくことが必要です。

○　認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の配置によって、認知症のかたへの早期介入、家族等の早期支援、地域との連携が着実に進んでおり、今後はケアマネジャーなどの関係者との連携を更に進めることが必要です。

○　「みのお行方不明者ＳＯＳネット」については、周知や登録が進んでいますが、行方不明事案発生時に速やかに対応できるよう、更に周知を進める必要があります。また、「市民安全メール」についても、行方不明高齢者の早期発見のために広く協力を求めていく必要があります。

○　地域で見守るかたを増やすために認知症サポーター等を更に養成するとともに、高齢者見守りサービスottaの活用等とあわせて、地域の見守り体制を強化する必要があります。

○　認知症サポーターを中心としたチームで認知症のかたや家族のニーズを支援でつなぐ仕組み（チームオレンジなど）を構築する必要があります。外出支援、見守り・声かけ、話し相手、認知症のかたの家庭訪問、家族支援等が考えられ、早期からの支援で進行予防に取り組めるように工夫します。

○　国は令和元年(2019年)６月に「認知症施策推進大綱」を取りまとめましたが、これは認知症関係施策を強化するのが目的です。認知症になっても住みやすい社会を形成する「共生」と、発症や進行を遅らせる「予防」を車の両輪に位置付けつつ、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、５) 研究開発・産業促進・国際展開の５つを柱に掲げました。本市では認知症の発症時期や段階に着目し、予防、早期発見・早期対応、共生に向けて各段階の対象者の状態像に合わせて取り組む必要があります。

#### （４）介護予防や健康づくり施策の充実・推進について

○　介護予防や健康づくりの理念としては、要支援・要介護状態となることをできる限り防ぎ、遅らせること(介護予防）、また要介護状態等になってもその状態を可能な限り維持すること（重度化予防）が重要です。このため、心身状態の変化（自立・フレイル※[[5]](#footnote-5)・要支援・要介護）を連続的にとらえ支援することが必要です。

○　介護予防事業をより効果的に推進するため、介護保険データ等も活用しながら、ＰＤＣＡサイクルに沿って定期的に評価や改善をする必要があります。また、引き続き市医療職が関与し、関係事業との連携等により、効率的に事業を推進していくことが必要です。

○　特に、令和２年(2020年)４月に改正施行された高齢者の医療の確保に関する法律等に

よる「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に、新たに取り組む必要があります。

○　高齢者の社会参加は、介護予防や生きがいづくりにつながるため、ボランティア活動や就労的活動などをより一層促進する仕組みづくりが求められています。

○　また、引き続き地域の通いの場の創出など、外出機会を増やす取組や、気軽にスポーツができる環境づくりを進めることにより、閉じこもり予防や運動機能の維持・改善、社会参加促進を図ることが重要です。

#### （５）介護サービスの充実について

○　介護現場で働く介護職員等の介護人材不足は、大きな課題であり、少子高齢化の影響で今後ますます加速することが見込まれるため、介護人材確保や業務効率化の取組が重要です。

○　介護離職の防止のため、介護に取り組む家族等への支援等、介護と仕事を両立できる環境づくりが求められています。

○　引き続き、関係機関との情報共有・課題検討などを行うとともに、高齢者のボランティア活動や就労的活動との連携についても、検討を進める必要があります。

#### （６）安全、安心、快適に暮らせるまちづくりについて

○　病床の機能分化、特別養護老人ホームの待機、「介護離職ゼロ」の取組の推進や今後の介護需要などをふまえ、必要な介護サービス基盤の整備を進める必要があります。また、介護を受けながら在宅生活を継続できるように、家族介護者への支援の充実や在宅医療と在宅介護の連携の強化が求められています。

○　住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は、本市には併せて23か所あり、これらの住宅における介護サービス提供状況などの情報把握に努め、市民への情報提供等を進め、質の向上に向けた取組を進める必要があります。

○　近年の災害発生状況や感染症の流行をふまえ、非常時に備えた防災、感染症対策が重要です。

#### （７）権利擁護の推進について

○　高齢者虐待については、「何が虐待にあたるのか」について、広く市民や地域関係者、介護サービス事業者等の理解を促進することにより、早期の気づきと相談を進めることが重要です。また、虐待事案が確認された場合は、市及び地域包括支援センターが中心となり、速やかな解決をめざして必要な対応を進めるとともに、困難な事案については関係機関の協力を得て取組を進めることが必要です。

　　併せて、虐待の背景となる認知症への理解不足の解消や、家族の介護負担軽減等を進める必要があります。

○　成年後見制度については、制度内容や利用方法についての周知を図り、認知症等で判断能力が十分でないかたの利用と権利擁護を引き続き支援することが重要です。

　また、成年後見利用のニーズの高まりが見込まれることから、専門的な相談が受けられる体制整備と継続的な運営が可能な法人後見の担い手の確保が必要です。

○　高齢者が、消費生活トラブルや還付金詐欺等の被害を受けることが増え、内容も多様化していることから、警察や消費生活センター等と連携して、地域包括支援センターでの相談対応や、地域の関係機関を通じた周知啓発に引き続き取り組むことが重要です。

## 

1. ※　本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に備える治療計画。本人とその家族、医師・看護師・介護従事者が話し合いを通じて、本人の意思を反映した医療・ケアの開始・不開始・変更などを行う。 [↑](#footnote-ref-1)
2. ※　在宅医療を提供している医療機関と連携し、あらかじめ緊急時の入院先とする希望を届け出ていた患者の急変時などに24時間体制で対応し、必要があれば入院を受け入れる病院。 [↑](#footnote-ref-2)
3. ※　将来人口推計をもとに2025年に必要となる病床数（病床の必要量）を４つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組みのこと。 [↑](#footnote-ref-3)
4. ※　一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床。 [↑](#footnote-ref-4)
5. ※　日本老年医学会が2014年に提唱した概念で、「Frailty（虚弱）」の日本語訳。健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことを指すが、適切な治療や予防を行うことで要介護状態に進まずにすむ可能性がある。 [↑](#footnote-ref-5)