

第9期介護保険事業計画 の各施策について

前回の作業部会において、第9期計画の策定方針を次のとおりとした。

新たな基本理念のもと、第8期計画の施策方針は踏襲しつつ、「国の基本指針」、「アンケート調査や現状分析によって把握した本町の現状や今後の予測」、「それらを踏まえて実施した関係者協議の結果」、「現行計画（令和3年度～令和5年度）の実績や課題」を精査し、第9期計画に反映させる。

今回は、これを踏まえたうえで、新たな基本理念の実現に向けて、第9期計画の各施策で重点すべきものや方向性について協議を行う。

1. 第9期計画の基本理念・施策体系（案） ※一部修正

新たな 基本理念 (案)	いつまでも自分らしく暮らせるしあわせ
	➡ その人が生きてきた歴史のなかで培われてきた自分らしい暮らしや、日常生活のなかで当たり前に行っていた生活が、高齢期になると病気や認知機能の低下、家族との別れなど、さまざまな理由から続けにくくなる。たとえどんな状況になったとしても、「自分らしく暮らせるしあわせ」を支えることができるまちを目指す。

重点方針1

自分らしい暮らし
を支える体制を整える

重点方針2

自分らしく暮らせる
豊かな地域を育む

重点方針3

自分らしい暮らし
を守る仕組みをつくる

施策

	第8期 施策番号
(1)持続可能な介護サービス基盤をつくる	(2)
(2)医療ニーズの高まりに対応する	(3)
(3)基盤を支える介護人材を確保する	
(4)介護現場を支援する	

施策

	第8期 施策番号
(1)地域共生社会の実現に向けて取り組む	(1)
(2)健康寿命を伸ばす	(4)
(3)支え合いを日常生活に落としこむ	(5)
(4)認知症になっても当たり前の暮らしができるようにする	(6)

施策

	第8期 施策番号
(1)地域包括支援センターの機能を強化する	(7)
(2)自立支援を目指す 追加	(8)
NEW (3)縦割りではなく包括的に取り組む	(9)
(4)町独自の制度で補う	
(5)災害・感染症に備える	

◎第9期介護保険事業計画の基本理念（大目標）の評価について

新たな 基本理念 (案)	いつまでも自分らしく暮らせるしあわせ
	➔ その人が生きてきた歴史のなかで培われてきた自分らしい暮らしや、日常生活のなかで当たり前に行っていた生活が、高齢期になると病気や認知機能の低下、家族との別れなど、さまざまな理由から続けにくくなる。たとえどんな状況になったとしても、「自分らしく暮らせるしあわせ」を支えることができるまちを目指す。

本町の介護保険を含む高齢者施策は、この計画を柱に基本理念の実現に向かって、各施策を進めていくことになる。そして、3年後の計画期間終了時において、その達成状況はどうであったか評価するため、あらかじめ評価指標を設定する必要がある。

基本理念の評価指標については、町民自身がどの程度幸せであると感じているかを指標化できるものが望ましいとして、3年毎に実施している「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（65歳以上の高齢者（要介護認定者を除く）が対象）」の調査項目を採用して、次のように設定したいが、これについてどうか？

<評価指標（案）>

「あなたは、現在どの程度幸せですか（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点とした回答）」において、8点以上と回答した人の割合の増加（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の質問項目）

	平成28年度	令和元年度	令和4年度		令和7年度
8点以上の割合	42.1%	42.8%	38.2%	➔	増加

2. 各施策の方向性について

重点方針1

自分らしい暮らしを支える体制を整える

人は、誰しも老いていくなかで、身体機能や認知機能が衰え、あるいは家族や地域など環境が変化することで、今までできていた当たり前のことができにくくなる。そうなったとき、その人の自分らしい暮らしをできる限り続けられるように支えるための基盤が「介護サービス」である。この項目では、自分らしい暮らしを支えるための基盤である「介護サービス」を整えるために必要な施策を位置づける。

この方針に基づく施策として、次の4項目を位置づける。

- (1) 持続可能な介護サービス基盤をつくる
- (2) 医療ニーズの高まりに対応する
- (3) 基盤を支える介護人材を確保する
- (4) 介護現場を支援する

(1) 持続可能な介護サービス基盤をつくる

◎高齢者の暮らしの中で、介護サービス基盤はなくてはならない社会インフラであるが、少子高齢化が進む中では、各地域で中長期的な状況を予測し、持続可能な介護サービス基盤の整備が求められている。

◎本町の人口動態からは、約15年後に介護需要がピークに達し、その後横ばい・減少するが、担い手不足はより深刻になることが見込まれている。

◎今後の中長期的な予測を踏まえるとともに、本町の社会資源等の実態に応じた介護サービス基盤の整備を関係者と広く議論していくことが求められている。

<本町の現状>

令和5年度に介護事業者と協議の場を設ける予定としている。当該協議の場を通じて、今後の中長期的な介護サービスの在り方についても協議を行いたい。

<3年後のビジョン>

本町の中長期的な状況を、町と介護事業者が共有できており、今後維持すべき、あるいは整備すべき介護サービス基盤は何かについて話し合うことができています。

(2) 医療ニーズの高まりに対応する

◎高齢になると筋力低下だけでなく、病気にもなりやすい。そのため、介護を受けながら療養が必要な方も多い。

◎県の医療計画も現在見直しが行われているが、今後も医療から介護への流れが続くと予想される。(特に医療療養病床から在宅又は介護医療院等への移行が進む可能性がある。)

◎各地域で医療や介護資源が異なる中で、介護と医療の両方を必要とする人の不安をできる限り軽減できるように、各地域の実態に応じた取組(在宅医療・介護連携推進事業)を進める必要がある。

<本町の現状>

新型コロナウイルス感染症の流行以降、主だった取組ができていない。令和5年度に再度、今後の取組について協議を始めたところであるが、これを強力に進める必要がある。

<3年後のビジョン>

医療関係者と介護関係者が、連携に当たっての課題を共有することができており、課題解決に向けた取組が行われている。町は、こうした取組のビジョンを設定し、両関係者とビジョンを共有することができています。

(3) 基盤を支える介護人材を確保する

- ◎中長期的な介護サービス基盤の整備と並行して、その基盤を支える介護人材をいかに確保していくか考える必要がある。
- ◎本町では、現在、特に訪問介護（ヘルパー）や施設系サービスの夜勤帯職員が不足しており、サービスの継続が危ぶまれている。
- ◎一事業者だけでは人材確保が困難な状況にあり、外国人人材の受け入れを含めて、町と事業者がともに今後の人材確保について考えていく必要がある。
- ◎新たな人材を確保するだけでなく、現在の職員の離職防止や処遇の改善などの取組も同時に進める必要がある。
- ◎また、町単体ではなく、圏域単位で人材を確保していく視点も必要であり、広域での取組も今後必要になる。

<本町の現状>

介護職員初任者研修の資格取得に関する助成制度がある。
「(1)中長期的な介護サービス基盤をつくる」同様、介護事業者との協議の場を通じて、今後の人材確保に向けた取組について協議を行いたい。

<3年後のビジョン>

町と事業者が人材確保に向けた取組を協働して進めているとともに、今後の人材確保に向けた話し合いを続けることができている。
また、町は、こうした取組を圏域市町村に働きかけ、広域で取り組む体制が整ってきている。

(4) 介護現場を支援する

- ◎今後も少子高齢化が進むことが予想される中では、人材確保だけでは介護サービス基盤を維持することは難しい。人材確保などの取組と併せて介護現場の効率化や生産性向上の取組も必要になる。
- ◎介護ロボット・AIなど技術の進展も進む中、こうした新しい技術やデジタル化をうまく活用しながら、業務の負担軽減を図ることも考えていく必要がある。
- ◎こうしたことへの取組状況は、事業者によって大きく差があることから、町には、こうした差をなくし、事業者全体が底上げできるような仕組みづくりが求められる。

<本町の現状>

国の方針に基づき、指定関係書類等の簡素化は行ったが、デジタル化や介護現場の生産性向上に関する取組はまだできていない。
「(1)中長期的な介護サービス基盤をつくる」同様、介護事業者との協議の場を通じて、デジタル化や生産性向上等に関する取組についても協議を行いたい。

<3年後のビジョン>

事業者が生産性向上や効率化に向けた取組を事業者全体で共有できる場があり、町と事業者あるいは事業者同士で、積極的が情報交換が行われている。

重点方針2

自分らしく暮らせる豊かな地域を育む

その人が生きてきた歴史のなかで培われてきた自分らしい暮らしや、日常生活のなかで当たり前に行っていた生活が、加齢や病気、家族との別れなど、さまざまな理由から続けにくくなり、また、そのために地域との繋がりが薄れ、孤立していく。

“豊かな地域”とは、こうした状況になっても、地域や人と繋がり、居場所や役割があるなど、その人が大事にしてきたものを守り続けることができる地域を言う。この項目では、“豊かな地域づくり”のために必要な施策を位置づける。

この方針に基づく施策として、次の4項目を位置づける。

- (1) 地域共生社会の実現に向けて取り組む
- (2) 健康寿命を伸ばす
- (3) 支え合いを日常生活に落としこむ
- (4) 認知症になっても当たり前の暮らしができるようにする

(1) 地域共生社会の実現に向けて取り組む

◎地域には、介護や子育て、生活困窮や障がいなど、様々な悩みや生きづらさを感じながら生きている人がいる。特に近年は、生き方など個人の価値観や社会環境が多様化・複雑化し、こうした従来の制度に収まらない悩みや生きづらさも表面化している。

◎こうした状況にあっては、「支える側、支えられる側」といった従来の関係や考え方では、その枠からこぼれて地域で孤立したり、支えられる側として決めつけられて、自身の役割（生きがい）を失ってしまう人がいる。

◎多様化・複雑化した世の中で、どんな人、どんな状況であっても、お互いの生き方を認め合って、共存（共生）することができる社会の実現が求められている。

◎福祉行政においては、縦割り構造の各制度を繋げて、こうした状況に対応できる体制を作る（デザイン）することが求められている。

<本町の現状>

高齢や障がい、生活困窮、子どもの担当部署が同じフロアに集約されており、個別の支援ケースでは連携した対応ができていますが、共生社会の実現に向けたビジョンを共有できていないため、取組は進んでいない。

<3年後のビジョン>

関係部署全体で地域共生社会の実現に向けたビジョンを共有することができており、特に相談支援機関（高齢部門では包括）では、どんな相談も受け止め、関係する機関とともに伴走できるよう、協働体制ができています。

(2) 健康寿命を伸ばす

◎趣味など生きがいを続けていくうえで健康であり続けることは重要な要素である。

◎近年では、社会参加が介護予防に効果的であるということは分かってきたが、個人の生き方や環境が多様化した社会では、社会参加の形も多様性が求められる。これを行政主体だけで整えることには限界があり、住民の主体性を高める必要がある。

◎一方で、病気や事故等で、どうしても健康でいられなくなることもある。元の状態に戻れたり、現状を維持することができる仕組みづくり（リハビリや総合事業C型サービス等）も必要とされている。

<本町の現状>

通いの場の立ち上げや運営に関する支援（補助金制度等）によって、概ね各地区に通いの場ができたが、通いの場の参加率には限界（一般的には10%）がある。その他の高齢者に向けては、ウォーキングによる運動習慣づくりや体育文化会館の利活用などを実施している。一方で、身体機能が少し弱くなった状態（フレイル状態）におけるリハビリサービス（総合事業C型サービス）はまだ整っていない。

<3年後のビジョン>

通いの場では、参加者が継続して生き生きと活動できている。町内には、運動を中心とした交流拠点（体育文化会館等）があり、そこに来れば運動や学び、仲間があり、高齢者だけではなく多世代が交わり、笑顔があふれている。そして、拠点における住民主体の活動は町全体に広がりを見せている。また、フレイル状態になったとき、リハビリ（総合事業C型サービス）ができる環境が整っている。

(3) 支え合いを日常生活に落としこむ

◎地域における支え合いの推進は、「生活支援体制整備事業（介護保険の地域支援事業）」に位置づけられている。（必須事業）

◎町は、地域の支え合いの推進役として「生活支援コーディネーター」を配置し、コーディネーターは、地域に入り、住民と接する中で把握した地域の困りごとについて、住民が主体的に考え、行動できるようにするよう後方支援を行う。そのとき、住民が集まって主体的に話し合う場として、各地域に「協議体」を作る。

◎これらを通じて、簡単な生活援助や移動支援などの有償ボランティアが生まれ、見守り活動がはじまったり、地域で気かけ合う意識が醸成される。つまり“地域が豊か”になる。

<本町の現状>

個人間の支え合いはあるが、有償ボランティアのような組織として活動を行っている団体はない。
また、地域住民が話し合う「協議体」も立ち上がっていない。

<3年後のビジョン>

各地域において、地域住民が主体的に集まり（協議体）、身近な困りごとなどの地域のことが継続して話し合われていて、こうした活動を生活支援コーディネーターが後方支援できている。
町は、協議体や生活支援コーディネーターとしっかりと対話ができている、三者が同じ方向に向かって進むことができている。

(4) 認知症になっても当たり前の暮らしができるようにする

◎認知症は、特別なことではなく、誰にでも訪れうるもの。

◎現行計画では、「認知症にならないようにする」のではなく、「認知症になってもそれまでと変わらずに暮らせるようにする」ことを目指した取組を進めており、特に地域では、偏見や先入観から認知症の人の生きづらさが生まれている状況がある。

◎認知症を正しく理解し、認知症の人を地域で何気なく支え合える体制（＝チームオレンジ）の構築が求められている。

<本町の現状>

◎令和4年度から外部に認知症地域支援推進員を2名増員し、それ以降、毎月1回定例会を重ねている。現在、5名体制（うち包括3名）

◎令和4年度に認知症ケアパス（啓発版）を作成し、全戸配布を行う。

◎認知症になっても地域で役割を担えるかたちを模索するとともに、地域住民の認知症理解を深めることを目的にイベントを実施。

令和4年度 シキミ出荷体験ワークショップ
令和5年度 郷土料理を学ぶ体験教室

◎チームオレンジはまだできていない。

◎医療・介護等の専門職に向けた取組は、あまり進んでいない。

<3年後のビジョン>

地域住民のだれもが認知症のことを正しく学べる機会がある。地域ではチームオレンジが立ち上がり、活動が行われている。
認知症地域支援推進員と町は、密に連携できている、こうした地域の活動だけではなく、専門職ともビジョンを共有できている。

重点方針3

自分らしい暮らしを守る仕組みをつくる

近年、社会は目まぐるしく変化しており、町民の価値観や置かれている状況も多様化・複雑化し続けています。また、地震などの災害や新型コロナウイルスをはじめとした感染症への対応も求められています。こうした状況においては、一つの制度や一部署、一行政機関だけで対応するには限界があります。

多様化・複雑化した問題や、今後起こり得る災害や感染症に対応できるよう、縦割りとされている制度や機関を、包括的な視点を持って繋げていく必要があります。この項目では、こうした体制整備のために必要な施策を位置づける。

この方針に基づく施策として、次の4項目を位置づける。

- (1) 地域包括支援センターの機能を強化する
- (2) 自立支援を目指す
- (3) 縦割りではなく包括的に取り組む
- (4) 町独自の制度で補う
- (5) 災害・感染症に備える

(1) 地域包括支援センターの機能を強化する

◎地域包括支援センター（以下「センター」）は、高齢者の総合相談窓口のほか、虐待対応を含んだ権利擁護業務、地域のケアマネジャーの活動支援業務、要支援認定者等のケアマネジャー業務を中心に、その他介護予防や在宅医療・介護連携推進など、その役割が多岐にわたるとともに、地域包括ケアシステムの中核となる機関である。

◎センターの業務のうち、要支援認定者等のケアマネジャー業務は、特に負担が大きいとされ、国においても負担軽減のための制度改正が行われている。

◎近年では、高齢者世帯のなかに、ヤングケアラーを含む子育て世帯や障がい者、8050問題に代表される引きこもりなど、複雑・複合化した課題を抱える世帯が増えており、こうした一つの制度では解決できない問題に対応できるような体制・仕組みづくりが求められている。

<本町の現状>

要支援認定者等のケアマネジャー業務の委託を進め、現在 40 件程度となったが、職員の退職が相次ぎ、余裕があるとは言えない。こうした中でも、障がい部門と虐待対応マニュアルの作成やそれに基づく虐待対応、地域のケアマネジャー支援のための定例会議の開催、地域ケア個別会議の再編など取組が進んでいる業務もある。

<3年後のビジョン>

複雑・複合化した課題を抱える世帯への支援を多機関が連携して対応する仕組みができています。また、地域のケアマネジャーと信頼関係の構築のため、対話を続けることができています。町は、センターの機能強化の必要性を認識し、十分な支援を行うことができています。

(2) 自立支援を目指す

◎本計画の基本理念である「いつまでも自分らしく暮らせるしあわせ」は、普段の暮らしを続けられる当たり前のしあわせを追求するものであり、これには、できなくなったことを補う、あるいは再びできるようになるとの意味を含んでおり、介護保険の基本理念である「自立支援」を前提としている。

◎一方で、介護保険サービスを家政婦サービスのように「なんにでも使える」と捉えている人もあり、自立支援の考えを浸透させる取組も必要である。

◎また、介護保険サービスが自立支援に則って適切に利用されるよう、給付適正化の取組も必要である。

<本町の現状>

自立支援に即したケアプランとなるよう地域ケア個別会議を続けたことで、地域包括支援センターのケアマネジャーには、自立支援の考え方が根付いているが、地域に向けた取組はしていない。給付適正化の取組では、国が示す主要5事業を実施できている。

<3年後のビジョン>

地域ケア個別会議や給付適正化の取組によって、専門職や地域住民の間で自立支援の考え方が根付いてきている。

(3) 縦割りではなく包括的に取り組む

◎移動手段やゴミ処理、人材不足を含めて、高齢者を取り巻く様々な課題に対して、高齢者・福祉部門だけで解決することはできない。町全体で包括的に取り組む体制が必要である。

◎そのためには、日ごろから関係部署と情報交換を行うなど課題意識を共有するとともに、地域ケア会議等を通して、課題解決を行っていく仕組みづくりが必要である。

<本町の現状>

現在、観光企画課（公共交通や移住、空き家等を所管）と定期的に意見交換を行うことができている。また、地域ケア推進会議では、課題に応じた関係部署も参加を求め、話し合いができている。課題意識の共有は徐々に進んでいるが、今後の継続性が課題。

<3年後のビジョン>

高齢者を取り巻く課題について、町全体で包括的に取り組む仕組みがあり、組織横断的に話し合い、考え、解決に向けて取り組むことができている。

(4) 町独自の制度で補う

◎本計画の基本理念の実現に向けて、介護保険制度だけでは対応できない部分について、町が独自に制度を作り、補うことができる。

◎町は、財源等の制約のもと、必要な制度や事業を考えていく必要がある。

<本町の現状>

様々な制度があり、定期的に見直しを行っている。

(以下は一例)

◎介護の金銭面での不安を軽減するため「紙おむつ給付制度」を整備

◎所得の多寡によって、権利擁護が図られない事態を防ぐため、「成年後見人の報酬助成制度」を整備

<3年後のビジョン>

限られた財源の中、統計データだけではなく、現場の状況や関係者の意見を踏まえながら、必要な制度や事業を運営することができている。

(5) 災害・感染症に備える

◎新型コロナウイルス感染症のように、新たな感染症が今後も発生することはありうる。新型コロナからは、感染者が発生するなかでいかに事業を継続していけるか等について、事前に想定し、準備することの必要性を痛感している。

◎南海トラフ巨大地震などの大規模災害についても、年々発生リスクが高まっており、こうした事態への準備も必要である。

◎また、近年は、突発的な豪雨災害が頻発しており、本町でいつ発生してもおかしくない状況である。

◎こうした感染症や災害対策については、一事業者の対応には限界がある。人員の応援体制や避難提携など、事業者同士の協力体制が必要であり、町には、こうした体制づくりを進める役割が求められる。

<本町の現状>

各事業者は、感染症や災害発生時の業務継続のための計画（BCP）の策定が義務化される。（令和5年度末）
現在は、事業者間の協力体制を進めるための取組みはできていない。「重点方針1」であった介護事業者との協議の場を通じて、こうした体制づくりを進めたい。

<3年後のビジョン>

事業者が感染症や災害に備えて、事業者同士の協力体制を作っており、町はこうした状況を把握し、必要な支援を行うことができている。

認知症地域支援推進員

