

## 第3章 計画の基本方針

### 1 基本理念

「稚内市高齢者保健福祉計画・第8期稚内市介護保険事業計画」では、「住み慣れた地域で支え合い、いつまでも自分らしく、安心して暮らせるまち わっかない」を基本理念に掲げ、重点施策として、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて取り組んできました。

本計画では、これらを踏襲し、地域共生社会の実現に向け計画を推進していきます。

#### ■総合計画の基本目標

(保健・医療・福祉)

互いに支え、いきいきと生活できる“暮らしづくり”

#### ■地域福祉計画の基本理念

～ 地域共生社会の実現に向けて ～

地域でつながり 誰もが安心できる

笑顔と感謝のある 支え合いのまち

総合計画において掲げる基本目標と地域福祉計画において掲げる基本理念を踏まえつつ、本計画の基本理念として、以下を掲げます。

#### ■基本理念

**地域でのつながりと支え合い いつまでも自分らしく、**

**安心して暮らせるまち わっかない**

## 2 基本目標

基本理念の実現を目指し、これまでの地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組を踏まえ、基本目標を以下のとおりとします。

### 第9期計画 基本目標

#### 基本目標1 いきいきと過ごすための健康づくりと、介護予防の推進

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送るためには、心身共に健康で、要支援・要介護となることを予防していくことが重要です。また、高齢になってもこれまで培ってきた経験を活かし地域での活動などに参加することで、生きがいを持っていきいきと暮らすことが可能になるだけでなく、活動を通して介護予防につながることを期待できます。

このため、市民が高齢期以前も含めた元気なうちから、自ら健康づくり・介護予防・フレイル予防に取り組めるよう予防啓発や各種講座を実施します。また、高齢者自身が活動の担い手となり、自らの生きがいづくりにつながる事業を推進することで、要介護状態等の発生や重度化を防止するとともに生活機能の維持・向上を図ります。

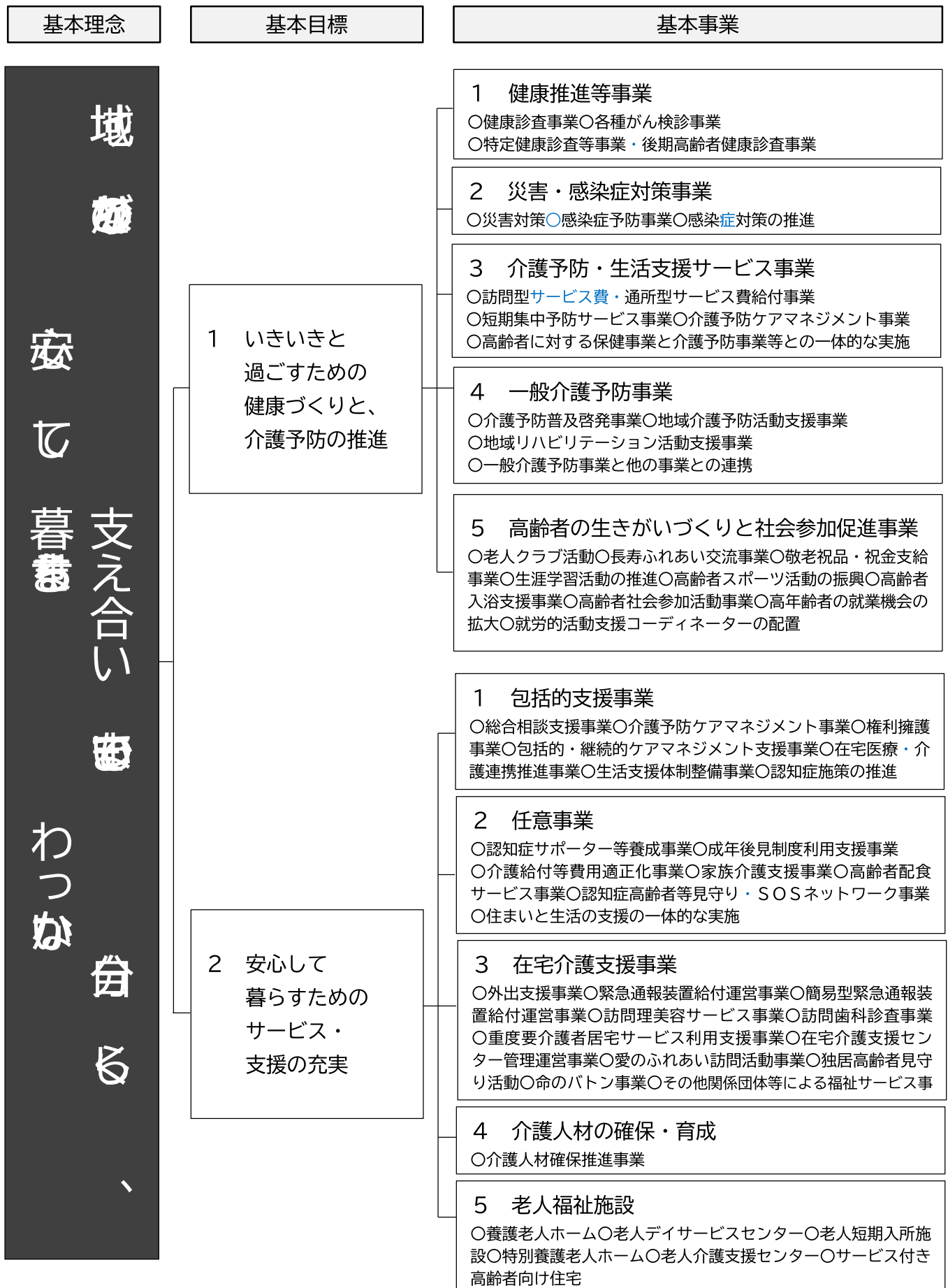
#### 基本目標2 安心して暮らすためのサービス・支援の充実

高齢者が介護を必要としたとき、安心して暮らしていくためには、適切な介護サービスや福祉サービスなど支援の充実が必要です。さらには、家族など介護する方に対する支援も併せて考えていかなければいけません。

このため、自らの意思でサービスを選択し、利用者が安心してサービスを利用できるよう、介護に関する情報発信の強化を行い、身近な地域での相談体制の充実や必要に応じ関係機関につなぐことや、多職種連携による体制づくり、地域住民の支え合いによる支援体制の構築など、利用者やその家族など介護する方に関わる人材を確保することで、介護・福祉サービスの確保・充実を図ります。また、適切な介護サービス量の見込みや確保に努めるとともに、介護保険制度を円滑に運営するため、介護給付費の適正化を図ります。

また、「認知症1,000万人時代」を目前に控えているといわれる中、認知症対策は、ますます重要になっています。今後は更に、早期に発見、対応できる体制の充実を図りつつ、認知症高齢者や家族を支える仕組みづくりを推進します。

### 3 施策体系



## 4 重点施策

### 地域包括ケアの深化・推進とそれを支える人材の確保

2つの基本目標を実現するためには、第8期計画から続く「地域包括ケアシステム」の構築が必要不可欠です。さらに、地域包括ケアを支える人材の確保を強化していかなければいけません。

このため、第9期計画推進に当たっては、第8期計画との継続性を確保する観点から、次の5項目を重点的な取組項目とします。

#### (1) 5つの重点的な取組

##### ●自立支援、介護予防・フレイル予防・重度化防止の推進

自立した日常生活を維持し、要介護状態になることの予防や悪化の防止は、高齢者がいつまでも元気に暮らすためだけでなく、介護保険制度を維持する上で重要となります。コロナ禍もあり、外出する機会や人と会う機会が奪われたことで、これまで行ってきた介護予防教室等の中止、通いの場の閉鎖など、自宅で生活せざるを得なくなったこともあり、高齢者一人ひとりの健康状態の悪化が懸念されました。一方で、Zoomや動画等の活用などにより工夫して介護予防の推進に努めたほか、感染状況を鑑みて介護予防サポーター等の養成やフォローアップを実施しました。

自宅生活に慣れ、以前のような取組をすぐに再開することはできませんが、活動再開に向けた積極的な関与や支援のほか、地域の団体や住民による活動の把握に努め、今後も要介護状態への負のスパイラルを断ち切るための支援を続けていきます。

また、コロナ禍で対面ではできなかった「リハビリテーション専門職」による通いの場における活動や要介護（支援）者へのサービスの提供体制の構築に努めます。

##### ●地域で支え合う仕組みづくりの推進（生活支援体制の整備）

住み慣れた地域で自立した生活を送るためには、様々な支援が必要となります。生活支援コーディネーターを中心に、高齢者自身も含めた多様な世代が、地域の担い手となって互いにつながり、支え合うことで、地域包括ケアシステムを支える人材となること、また、その活動が自らの生きがいづくりや介護予防として、社会参加の機会にもつながることの周知も行いながら、地域づくりの主体を担っていただけるよう取組を進めます。

さらには、在宅で介護をする家族介護者等への身体的、精神的、経済的負担の軽減、また、介護による離職を防止するなど、高齢者や家族介護者も安心して快適に暮らせるよう、地域のつながり・支え合いのための各種サービスや支援の充実を図ります。

## ●認知症高齢者の生活支援体制の充実（認知症施策の推進）

認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、関係機関との連携体制整備や、地域住民による認知症についての理解を広める活動、また、認知症サポーターの養成や、「認知症初期集中支援チーム」によるサポートを通じた医療・介護の専門機関との連携など、人材の育成や確保も同時に行ってきました。

さらには、認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人を支える家族会「ほっとする会」、「オレンジカフェ」など、認知症の人とその家族への支援や介護負担軽減に関する取組等を全市的な周知のもとで行ってきました。

「認知症施策推進大綱」を踏まえた施策を進めるため、これまでの取組を更に推進するほか、認知症当事者からの発信支援にも取り組みます。

また、認知症の予防から、重度の方への対応、その介護者への対応まで切れ目のない支援に取り組みます。

## ●在宅医療・介護の連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で療養生活を送れるよう、在宅医療・介護に関する住民への周知や、入退院時の切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築に取り組みました。

今後、在宅医療や介護サービスについて、より地域住民に知ってもらえるよう、周知活動を強化していきます。

また、医療・介護の機関や従事者の連携により、包括的かつ継続的に在宅医療と介護サービスを提供できることを目指す体制づくりを強化推進し、急変時の対応等による在宅生活の不安を減らし、安心して日常の在宅療養や看取りを選択できるよう支援を進めていきます。

## ●地域包括ケアを支える人材確保・育成対策の推進

慢性的に人材が不足している介護現場や地域包括ケアシステムを安定稼働させるには、そこに関わる人材の確保や定着支援が必要となります。このため、人材確保や職場環境の改善につながるよう取り組みます。

また、介護現場では、専門性を発揮しなければならないこともあるため、専門知識の取得のための研修費用の助成や研修会の開催、さらには、今後の介護人材の掘り起こしとして小中学生など早いうちからの介護の魅力発見につながる学習、介護（職）に触れる、体験してもらうなどの取組を通じて、介護の仕事に魅力を感じ、目指す人を増やすことが必要であり、人材養成・育成への支援や外国人材の雇用、ボランティアの育成も含め、対策対応を強化します。

なお、第8期計画までの期間において、重点施策に関する事業の実施状況は以下のとおりです。

～第8期までにおける整備状況～

介護サービスの充実	○地域密着型サービス、施設サービス等の整備
介護予防の推進	○運動器の機能向上事業、栄養改善事業等の実施 ○介護予防サポーターやふまねっとサポーターの養成 ○サロンなどの運営等支援
包括的・継続的ケア マネジメント支援	○地域ケア会議の再構築（個別ケース会議や介護予防部会等の開催） ○多職種研修の開催 ○介護職員等のスキル向上に関する研修会の開催
医療・介護の連携強化	○在宅医療・介護連携推進検討会の設置 ○入退院支援、口腔ケア、住民啓発ワーキングチーム活動の実施 ○医療・介護従事者研修会の開催 ○在宅医療・介護連携相談窓口の設置 ○医療介護従事者を対象とした資源リストの作成・配布 ○市民講演会の開催 ○市民啓発パンフレット作成・配布
生活支援体制の整備	○生活支援・介護予防サポート推進検討会の設置 ○生活支援コーディネーターの配置 ○地域検討会の開催
認知症対策の強化	○認知症初期集中支援チームの設置 ○認知症地域支援推進員の配置 ○認知症サポーターの養成 ○家族会（ほっとする会）の開催支援 ○認知症カフェの開催支援 ○市民後見人の養成 ○認知症ケアパスの作成・配布
その他の支援	○高齢者くらしのお助け便利帳の作成・配布 ○サービス付き高齢者向け住宅等への住み替え支援

## (2) 保険者機能の強化

前述の重点的な取組を推進するためには、目標を定め、P D C Aサイクルを活用して保険者機能の強化を図ることが重要です。また、保険者機能の強化としては、効果的・効率的な介護サービスを提供するため、介護給付の適正化に向けた取組も重要です。

このため、49、50 ページに記載の5つの重点的な取組に合わせて、介護給付の適正化などにより保険者機能の強化も図っていきます。

### 【介護給付の適正化】

介護給付の適正化は、不適切な給付を是正する一方、利用者に適切な介護サービスを確保することで、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護保険料の増大を抑制することを通じて介護保険制度の持続可能性を確保することを目的とするものです。

第8期計画までは、適正化主要5事業を実施していましたが、第9期計画から、国が示す第6期「介護給付適正化計画に関する指針」が見直され、主要5事業から、主要3事業に再編されたことから、再編後の3事業に取り組みます。

第8期計画	第9期計画
①要介護認定の適正化	①要介護認定の適正化
②ケアプランの点検	②ケアプランの点検
③住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査	住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査
④医療情報との突合・縦覧点検	③医療情報との突合・縦覧点検
⑤介護給付費通知	

【地域マネジメントの強化】

計画の推進体制（P. 7）に示すとおり、PDCAサイクルを確立し、管理していきます。

また、これらの重点取組に対しては、下記の成果指標を目標として設定し、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取組を推進する保険者機能強化推進交付金を活用します。

指標	現状	目標		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サポーター等の育成件数（延べ）	27件	50件	50件	50件
介護予防に資する通いの場の箇所数	48か所	48か所	48か所	50か所
生活支援・介護予防サポート推進検討会開催回数	0回	1回	1回	1回
新たな生活支援サービス立ち上げ件数	0件	1件	1件	1件
個別ケース検討会議（地域ケア会議）開催回数	5回	5回	5回	5回
認知症カフェ・家族会参加者数	210人	210人	230人	250人
認知症サポーター養成者数	450人	450人	450人	450人
活動している認知症サポーター数	18人	20人	25人	30人
チームオレンジ数	1か所	1か所	2か所	3か所
認知症初期集中支援チームによる新規対応実人数	3人	5人	5人	5人
要介護者における在宅療養率	61.3%	61.3%	61.4%	61.5%
医療情報との突合・縦覧点検実施回数	12回	12回	12回	12回
ケアプラン点検実施事業所数	9事業所	9事業所	9事業所	9事業所