

北本市高齢者福祉計画 2024・第 9 期介護保険事業計画(案) <概要版>

1 計画の趣旨

本市における介護予防等これまでの取組の成果や課題を整理し、新たな国の動向も踏まえながら、高齢者施策全体の進展を図るため「北本市高齢者福祉計画 2024・第 9 期介護保険事業計画」を策定します。

2 計画の位置づけと計画期間

(1) 法的位置づけ

ア 高齢者福祉計画

老人福祉法第 20 条の 8 に基づく計画であり、高齢者施策に関する基本的な目標を設定し、その実現に向かって取り組むべき施策全般を明らかにするものです。

イ 介護保険事業計画

介護保険法第 117 条に基づく計画であり、介護サービス量の見込みや地域保健事業の量の見込み等について明らかにするものです。

(2) 計画期間

介護保険法により 3 年を 1 期として定めるものとされているため、2024 年度から 2026 年度までを計画期間としています。

3 計画の策定体制

(1) アンケート調査

本計画の策定に先立ち、市内に居住する高齢者の現状を把握し、計画作成の基礎資料とするため、下記の調査を実施しました。

ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

市内在住の満 65 歳以上（要介護認定者を除く）の方を対象に 2,300 名を無作為に抽出し、郵送による調査を実施しました。

イ 在宅介護実態調査

市内在住の要支援・要介護認定者を対象に 550 名を無作為に抽出し、郵送による調査を実施。また、介護認定に係る更新申請訪問時に聞き取り調査を 173 件実施しました。

ウ 介護サービス事業所調査

在宅生活改善調査、居所変更実態調査、介護人材実態調査を、市内に所在するすべての介護事業所を対象に郵送による調査を実施しました。

(2) 策定幹事会

庁内関係部署から選出された委員で構成される「北本市高齢者福祉計画 2024・第 9 期介護保険事業計画策定幹事会」を設置し、計 5 回開催しました。（仮）

(3) 策定委員会

公募市民、医療・介護関係者等により構成する「北本市高齢者福祉計画 2024・第 9 期介護保険事業計画策定委員会」を設置し、計 4 回開催しました。（仮）

(4) パブリック・コメント手続

令和 5 年 11 月 1 日（水）から令和 5 年 11 月 30 日（木）までの期間に、パブリック・コメント手続を実施しました。

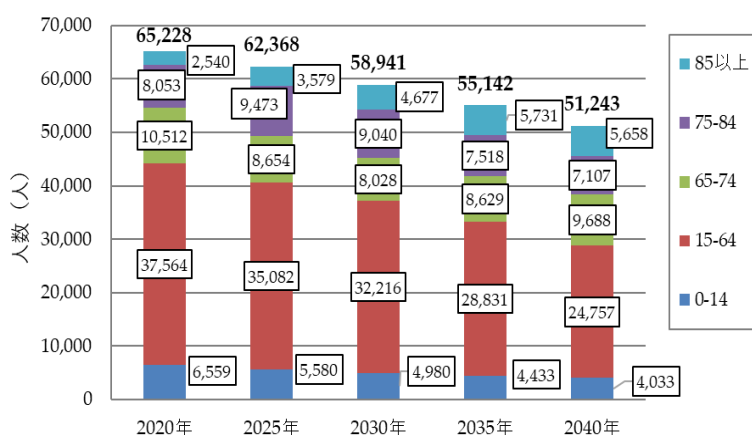
4 本市の現状から見える課題

(1) 本市の現状

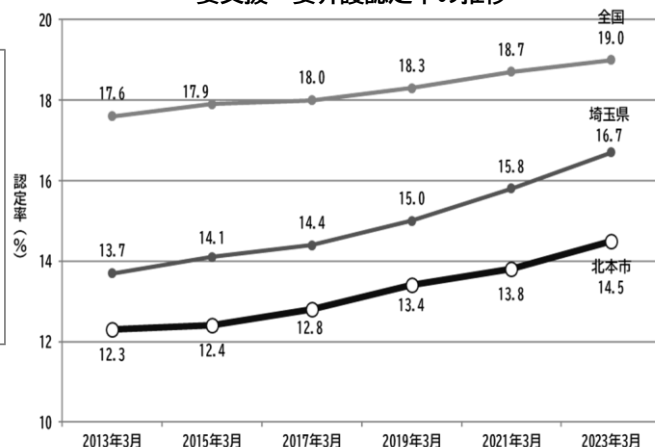
厚生労働省が運営する情報システム（地域包括ケア「見える化」システム）の推計結果から本市の現状を次のようにまとめます。

- 2020年から2040年までの「85歳以上」の人口増加率（2.2倍）及び、「15-64歳」の人口減少率（約3割）は、全国的にも高くなっています。
- 2000年から2020年間で高齢独居世帯は4.7倍、高齢夫婦世帯は4.0倍に増加しています。
- 要支援・要介護認定率は、全国及び埼玉県の平均値を下回る水準にあるものの、2013年3月末から2023年3月末までの間に2.2ポイント増加しています。
- 2021年12月末時点の要支援・要介護認定者のうち、認知症高齢者の占める割合は5割を超えています。認知症高齢者は増加が予想されます。

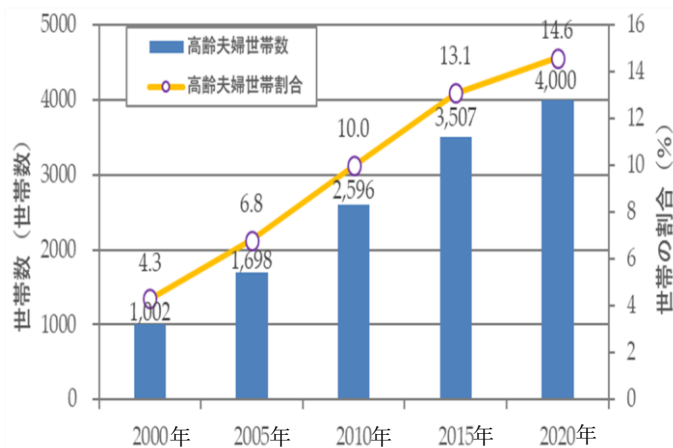
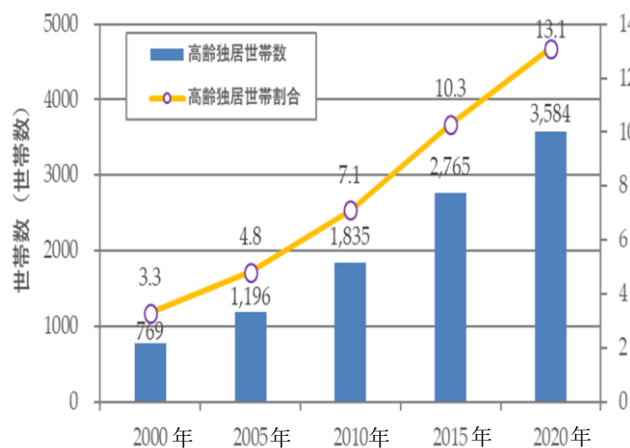
年齢階級別人口の現状及び将来推計（北本市）



要支援・要介護認定率の推移



高齢独居世帯・高齢夫婦世帯の世帯数及び世帯割合の推移（北本市）



(2) 本市の課題

本市の現状から、高齢者施策全体の進展を図る課題について、次のようにまとめます。

- ① 要介護者数の伸びを抑えるための対策の強化（介護予防・重度化防止）
- ② 多様化する生活支援ニーズへの対策強化（支援者の確保、独居対策）
- ③ 認知症の人との共生および予防の推進（社会参加の促進・役割の確保）
- ④ 要介護3以上の人への支援体制の強化（訪問系サービスの体制整備）
- ⑤ 介護人材の確保と直接ケアへの重点化（④とも関連）

5 計画の基本理念と基本目標

介護保険制度の基本理念、制度改革の方向性及び本市の課題を踏まえ、「北本市高齢者福祉計画 2021・第8期介護保険事業計画」を継承し、以下のとおり本計画の理念・目標・施策体系を定めます。

(1) 基本理念

「地域で支えあい、誰もがその人らしく安心して暮らし続けることができるまち」

(2) 基本目標

基本目標1「いきいきとその人らしく健やかに暮らせるまち」

基本目標2「住み慣れた地域で暮らし続けられるまち」

基本目標3「安心してサービスを受けられるまち」

(3) 施策体系

➤ 2 ページ下段の本市の課題を念頭に、「8つの施策」を設定しました。

【基本理念】地域で支えあい、誰もがその人らしく安心して暮らし続けることができるまち	【基本目標1】 いきいきとその人らしく健やかに暮らせるまち	【施策1】介護予防・健康づくりの推進 ① フレイル [※] 等対策の推進 ② ADL [※] ・IADL [※] の自立度低下防止の推進 ③ 健康づくりの推進 【施策2】市民のつながりの強化／社会参加の促進 ① 地域資源の把握とデータベース化 ② マッチングによる社会参加の促進
	【基本目標2】 住み慣れた地域で暮らし続けられるまち	【施策3】在宅医療・介護連携の推進 ① 再発予防の推進 ② 重度化防止の推進 ③ 本人の意向に沿った支援の展開 【施策4】認知症施策の推進 ① 本人の意向に沿ったサービス／支援の提供 ② 家族支援（本人と家族の一体的支援を含む） ③ 認知機能低下等の早期発見・早期対応体制の構築 ④ 生活支援体制の整備 ⑤ 社会参加／役割確保の推進 【施策5】介護者支援策の推進 ① 介護者の負担軽減策の推進 ② 課題解決に向けた支援の実施 ③ 介護力の向上支援
	【基本目標3】 安心してサービスを受けられるまち	【施策6】多様なサービスの充実 ① 地域の実情に応じた介護保険サービスの充実 ② 介護事業所と医療機関の連携による感染症対策の強化 ③ 多様な主体による生活支援サービスの拡充 【施策7】介護サービスの質の向上 ① 多職種連携の機能強化 ② ケアプラン [※] ／個別援助計画 [※] の質の向上 ③ 虐待防止策の推進 【施策8】介護人材の確保と直接ケアへの重点化 ① 介護人材の確保・定着の推進 ② 専門職以外の担い手の確保 ③ 直接ケアへの重点化と間接ケアに対する負担軽減

※フレイル：フレイルとは「加齢や疾患に伴う身体機能や精神機能の低下、社会的な関わりの減少などにより、心身の虚弱が出現した状態ですが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされています。フレイルは、健康な状態と介護状態の中間に位置し、多くの方は、フレイルを経て要介護状態へと進むと考えられています。フレイルに早く気づき、正しく介入（治療や予防）することが大切です。

※ADL（日常生活活動）：日常生活活動（ADL）とは、日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で、歩行・移乗（ベッドから車いすに乗り移る動作等）・移動・食事・更衣・排泄・入浴・身だしなみを整えるなどの動作・活動のことをいいます。

※IADL（手段的日常生活活動）：手段的日常生活活動（IADL）とは、家事・調理・買い物・金銭管理など、日常生活を送る上での応用的な動作・活動をいいます。

※ケアプラン：要支援・要介護認定を受けた1人1人に合わせて、どのような介護保険サービスをどのくらい利用するかを決めた計画書のことです。

※個別援助計画：ケアマネジャー^{（注1）}が策定するケアプランに位置付けられた介護サービス事業者（訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションなど）が策定する個々のサービス計画書のことです。

（注1）ケアマネジャー（介護支援専門員）：介護サービスを利用する方の相談・窓口役で、要介護認定の申請代行や、ケアプランの作成、介護サービス事業者との連絡調整、サービスの再評価とサービス計画の練り直しなどを行う人のことです。

6 各施策の主な取組

3 ページ上段の基本理念「地域で支えあい、誰もがその人らしく安心して暮らし続けることができるまち」の実現を目指し、以下の施策を展開します。

【施策1】介護予防・健康づくりの推進

- 住民が主体となって行う「イキイキとまちゃん体操」の普及、通いの場の整備促進
- リハビリテーション専門職とケア職の連携強化による個別援助計画・サービスの質の向上
- 特定健診等受診率の向上と、健康相談・健康教室の更なる充実

【施策2】市民のつながりの強化／社会参加の推進

- 地域団体や地域事業者等が参画する協議体及び生活支援コーディネーターの活動を通じた、地域活動を行う団体の活動実態の把握とデータベース化
- 把握した地域の困りごとや支援ニーズと地域で活動したい人や活動している人のマッチング
- 運動機能向上、市民同士のつながりづくりなどを推進する通いの場の拡充

【施策3】在宅医療・介護連携の推進

- 「在宅医療介護連携推進協議会」、「在宅医療連携センター」等の活用による再発予防の推進
- 日常生活活動（ADL、IADL）の自立度向上につながる手法を、リハビリテーション専門職からケア職に助言する機会の充実
- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）※の普及に向けた研修会の開催

【施策4】認知症施策の推進

- オレンジカフェの開催、認知症地域支援推進員やチームオレンジによる支援・助言
- 相談窓口（地域包括支援センターや認知症ケア相談室等）の周知
- 認知機能低下の早期発見につながる健診方法等の検討
- 認知症サポーターの養成や担当者との連携等による生活支援体制の整備

【施策5】介護者支援策の推進

- サロンなどの介護者同士の交流・悩みや困りごとの共有の場の提供
- 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた総合的な援助

【施策6】多様なサービスの充実

- 地域密着型サービスの整備による身近できめ細かいサービス提供体制の構築
- 介護事業者と医療機関等、関係部署との連携による感染症対策の強化
- 地域の支援者を含む地域資源の把握と支援者の拡充を含めた活用方法の検討

【施策7】介護サービスの質の向上

- 医療機関とケアマネジャー間の連携強化、地域ケア会議による多職種連携
- 関係課や地域包括支援センター等関係機関、地域との連携強化による虐待の予防、早期発見及び早期対応

【施策8】介護人材の確保と直接ケアへの重点化

- 認定ヘルパー養成講座の実施、及び研修修了者と介護事業所等とのマッチングの取組
- 住民主体の訪問サービスの拡充
- 認定ヘルパーの養成・配置等によるケア職の負担軽減

※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)：アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、将来、病気になったり介護が必要になった時に備えて、自分の希望や想いを、家族や大切な人、医療・介護従事者とともに話し合っておくことです。