

会 議 録

1 会議名

第2回阿賀野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会

2 開催日時

令和8年7月10日（金） 午後2時30分から午後4時25分まで

3 開催場所

阿賀野市役所 403 会議室

4 出席者の氏名（敬称略）

- ・ 委 員：藤森勝也、植木政行、金子弘、齋藤徹、花野千穂、三枝和史、大湊薫、
中島正毅
- ・ 事務局：福祉支援課 辻課長、井上課長補佐、橋本地域包括支援センター阿賀野セン
ター長、神田介護保険係長
株式会社スピードリサーチ 荏澤事業部長（計画策定受託事業者）

5 議題（公開・非公開の別）

- (1) 第9期介護保険事業計画等の状況について（公開）
- (2) 第10期介護保険事業計画のポイントについて（公開）
- (3) 阿賀野市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の結果について（公開）
- (4) 今後のスケジュールについて（公開）

6 非公開の理由 なし

7 傍聴者の数 0人

8 発言の内容

- 1) 開会 ー 事務局開会 ー
 ー 新任委員挨拶 ー
- 2) 委員長あいさつ ー 挨拶 ー

○委員長 では早速、議題の方に入りたいと思います。

(1) 第9期介護保険事業計画等の状況につきまして、それでは事務局の方からご説明のほどお願いします。

○事務局 それでは、議題(1)第9期介護保険事業計画等の状況について、今年度が最終年となります第9期介護保険事業計画の主な期中経過についてご報告いたします。

はじめに、資料1をご覧くださいながら「介護保険の現状等について」、介護保険係長と私の方から説明させていただき、その後、資料2について、地域包括支援センター阿賀野センター長より説明させていただきます。

それでは、資料1の表紙をめくっていただきまして2ページをご覧ください。

はじめに、「1. 高齢者人口等の推移」ということで、阿賀野市の人口推移をお示ししてございます。2020年までは国勢調査の数値による実績値、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所の推計値となっております。

人口減少と高齢化率の上昇、生産年齢人口の減少が顕著になっており、2010年時点では人口4万5,560人に対し、高齢者数1万1,958人、高齢化率26.2%だったのに対し、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年は人口3万225人、高齢化率は43.6%に達し、2045年には、高齢化率と生産年齢人口の割合が同水準に達すると見込まれています。

続いて、3ページをご覧ください。

阿賀野市の要介護・要支援認定者数と認定率の推移をお示ししてございます。棒グラフが認定区分ごとの人数、折れ線グラフが認定率です。

認定率は、令和2年からわずかに増加傾向となり、その後、令和5年度からは再び低下しております。これは、高齢になっても元気で働き続ける方が増えていることや、介護予防の成果も少しずつ現れてきているのではないかと考えております。なお、平成30年から令和元年にかけて大きく低下していますが、これは認定期間終了時の市からのお知らせ方法を変更したことによるものです。

ページの右上に県内および全国での阿賀野市の認定率の順位をお示ししてございます。今年2月末時点で、県内では30市町村中、高いほうから23番目となっております。

次の4ページでは、認定率の推移を、新潟県、全国に加え、近隣の市と比較したグラフをお示ししました。全国と県は上昇傾向となっておりますが、近隣では当市と同様に低下傾向の市もあることが見てとれます。

○事務局 お手元の資料5ページ目、令和7年度保険給付費の状況をご説明させていただきます。

資料の左から順に、令和6年度の実績、令和7年度の実績、令和7年度の計画値、令和6年度と令和7年度の実績値の比較、令和7年度の計画に対する結果の比較となっております。

今回は、一番右側の令和7年度対計画値を中心にご説明させていただきます。

まず一番上の白い保険給付費の行ですが、保険給付全体として件数ベースで97.4%、給付費ベースで94%と、計画上は順調に推移していると思われます。

続きまして、資料一番上のベージュ色の行、介護サービス給付費ですが、在宅生活を支えるサービスの全体として、件数ベースで96.7%、給付費ベースで93.8%と、計画上は順調に推移していると思われます。

次に、主な居宅介護サービスの利用状況を抜粋してご説明いたします。

訪問介護は、件数ベースでは101.9%で、ほぼ計画どおりでございますが、給付費ベースでは86.9%と低調となっております。

こちらは、施設入所などの影響によりまして、要介護度が比較的低い利用者と高い利用者、二極化しておりまして、中間層の要介護3の方たちの減少などから低調となっております。

次に、通所サービスのオレンジ色の行の下、通所介護につきましては、件数ベースで

93.4%、給付費ベースで90.6%と計画上は順調に推移していると思われます。しかし、年々利用者の減少が続いている状況でございます。

次に、短期入所サービスのオレンジ色の行の下にございます短期入所生活介護につきましては、件数ベースで97.8%、給付費ベースで96.7%と、計画上は順調に推移していると思われます。

続きまして、資料の中段の緑色の行、地域密着型サービスですが、サービス全体では件数ベースで99.9%、給付費ベースでは100.9%と、計画上は順調に推移していると思われます。

しかしながら、その中で、地域密着型通所介護、地域密着型のデイサービスですが、こちらについては件数ベースでは93.4%、給付費ベースでは82%と低調となっており、通所介護と同様に年々利用者が減少していることが原因でございます。

続きまして、施設サービスですが、サービス全体では件数ベース、給付費ベースとともに93.1%で、計画上は順調に推移していると思われます。

続きまして、ベージュ色の行、介護予防サービス給付費ですが、件数ベースで100.5%、給付費ベースで99.4%と、計画上は順調に推移していると思われます。

今回ご説明したサービス以外にもプラスマイナス10%以上の乖離があるものもございますが、比較的事業が小規模ということで、影響は少ないと考えております。

なお、居宅介護サービス全体で利用者が前年比減少している原因として考えられるものにつきましては、要介護認定者の減少、介護予防事業の取り組みの成果、就労する高齢者の増加などから健康な高齢者が増えたことが要因の一部かと考えております。令和7年度の総給付費につきましても、平成29年度以来下回った令和6年度よりもさらに減少しております。

最後に、本市では令和4年9月に後期高齢者が前期高齢者の人口を上回って以来、サービスの利用の減少傾向が続いております。団塊ジュニア世代のすべてが65歳を迎える2040年に向けて、いつ増加に転じるのか不透明な状況ではございますが、次期計画策定時の給付推計に影響を及ぼさぬよう引き続き給付の推移を注視してまいります。

以上で説明を終了させていただきます。

○事務局　それでは資料2について、ご説明させていただきます。

第9期介護保険事業計画では、地域包括ケアシステムの深化・推進をキーワードに計画を推進してまいりました。

地域包括支援センターでは、2ページの図にある事業を実施しています。2にあります介護予防・日常生活支援総合事業、3ページの図のように市では実施しています。

この様々な事業をうまく展開させるため、令和6年度に厚労省と藤田医科大学が協働で市町村に対して、現状と課題の洗い出しから取り組みの方向性を導き出す過程を伴走支援するアジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム研修に参加しました。アジャイルとは「俊敏な」「素早い」という意味で、変化に素早く対応し試行錯誤しながら価値を生み出す考え方や手法のことです。

阿賀野市の介護保険が目指す姿「住み慣れた地域で可能な限り自立した生活を送っています」とし、2つの地域課題を挙げ、今年度は課題解決に取り組みます。

最初に、介護予防・生活支援サービス事業の介護予防支援及び介護予防マネジメントについて説明いたします。資料1の4ページ5ページをご覧ください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業についてです。要支援1、2または事業対象者の方が各種の介護保険サービスを利用するにあたって必要となるケアプランの作成を行うものです。令和7年度末の要支援認定者、事業対象者のうち何らかの介護保険サービスを利用する方のケアプランを地域包括支援センターが3割強、委託で居宅介護支援事業所が6割強を立案しております。介護保険法にも規定されている介護予防、自立支援の理念に基づいたサービス利用となるよう、適切な働きかけを続けてまいります。

6ページ7ページの第1号訪問事業のうち、訪問型サービス・活動C、8ページ9ペー

ジの第1号通所事業のうち、通所型サービス・活動Cは、いずれも短期集中的に専門職が関わり改善を目指すものです。参加者のほぼすべての人が何らかの身体・精神的機能向上が得られ、介護予防の必要性を認識されたようでしたが、一方で、関わりがない日や終わった後にひとりで続けることが難しいなどの課題も見られます。

10 ページ 11 ページの介護予防把握事業は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施によるハイリスクアプローチと合わせて実施しました。70歳と75歳の要支援、要介護認定を受けていない方にチェックリストを送付し、概ね86%の方から回答があり、フレイルと判定された人の中で運動器の機能向上が必要な方々へは個別に訪問を行って詳細な状況を確認するとともに、通所型サービス・活動Cをはじめとする介護予防事業の利用を促しました。また、取得したデータは新潟大学医学部に設置した健康寿命延伸・運動器疾患医学講座で分析し、得られた知見を毎年、健康講座塾・介護予防講演会で発信しております。令和7年度はSNS利用者やイベント参加者はフレイル状態にある人が少ないという報告がありました。

12 ページからの地域介護予防活動支援事業では、令和7年度元気づくりサポータースキルアップを行いました。また、高齢者の集まりの場ではサロンのほか、個人的に集まりを開催していることも把握できました。地区組織活動支援事業では、地域包括支援センターが地域の集まりに入って、講話や体操等を行いました。参加者のみならずボランティアの方も高齢となっており、次の世代の担い手の確保が重要となってきます。

地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリテーション専門職とともに対象者の自宅を訪問し、生活動作や環境等の評価、サービス利用に向けた合意形成支援を行っています。12 ページ一番下の民生委員協議会にも参加させていただき、高齢者の状況と地域の支え合いの重要性について説明し、民生委員さんにも地域の実態を知っていただき、地域の情報を地域包括支援センターにつないでいただきたい旨お伝えいたしました。

14 ページの市内4地区の拠点の居場所「ふれあい広場」は、高齢者の集まりの場所で、年々利用者が増えています。参加により介護予防に大変貢献している事業です。

次に、地域ケア会議事業です。16 ページをご覧ください。個別会議の積み重ね等により地域課題を把握し、地域包括ケアシステムを推進していきます。1の個別ケア会議の目的は、在宅での生活に非常に困難を抱えているケースの課題、目標、具体策、地域課題の検討を行います。1から6までの目的別に地域ケア会議は行われ、地域課題を集約し、順に上位の会議となり、6の地域ケア推進会議が最高位の地域ケア会議となります。多問題家族や認知症高齢者の増加により様々な個別課題や、人との交流機会の減少でセーフティネット機能の低下など、地域課題は多岐に亘っているため、優先的に解決すべき課題を選定して、地域ケア推進会議で協議していきます。

次のページ、在宅医療・介護連携推進事業です。

高齢化が進展し、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するために、住民や地域の医療・介護関係者と地域の目指すべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。7つの事業項目のうち、当市では3つの事業をしばた地域医療介護連携センターに委託し、協働で事業を実施しています。あがの市民病院をはじめとする市内医療機関との連携、医療と介護関係者を対象とした研修会の開催、地域住民を対象とした講演会を実施しております。

20 ページをご覧ください。認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、市民に対し認知症の知識の普及啓発や情報提供を行い、認知症高齢者とその家族に対する認知症支援体制の構築を行うものです。このページにありますように、7つの事業を実施しております。介護保険新規申請では、全体の520件のうち、認知症で申請される方が132人で25%以上を占め、一番多くなっています。高齢化とともに認知症の高齢者も多くなります。認知症に対する理解が十分ではなく、特別な病気という偏見があるため、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる共生社会の実現に向けた働きか

けが必要であると課題にあります。引き続き、認知症の理解の推進のため、道の駅あがのを利用した認知症カフェの複数回数の開催、こどもの集まりの場との共同開催による世代を越えた集まりの場を実施していきます。また、認知症サポーター養成講座は、市内全中学校への開催の継続、地域保健課とも連携し、地域のサロンなどでも開催し、認知症の当事者及び家族への聞き取り調査の内容に基づき、認知症の当事者やその家族が参画できる共生社会の実現に向けた取り組みを行っていきます。

最後に生活支援体制整備事業です。生活支援コーディネーターと生活支援協議体が連携し、地域包括ケアシステム、支え合いの地域づくり構築のため、互助を基本とした新たな生活支援サービスが創出されるよう、両輪となって取り組みを進めます。併せて、支え合いの地域づくりについて広く市民にPRを行い、困りごとの把握、担い手の発掘養成を行いながら、支え合いの仕組みづくりを推進しております。

生活支援コーディネーターは令和7年5月から2人体制となりました。生活支援コーディネーターは生活支援協議体委員と高齢者の困りごとの対策について会議を進めながら、高齢者の足となるAIオンデマンドバスの利用促進の普及啓発を自治会サロンや団体に行っておりましました。また、4地区拠点の居場所ふれあい広場のボランティア団体との連携、市全域への支え合い活動の啓発普及を進めていきます。さらに、高齢者が利用できる地域資源の把握と共に、困り事を抱える高齢者と地域資源へのマッチング機能を果たすよう努めています。

以上で進捗状況の報告を終わります。

○委員長 ありがとうございました。

第9介護保険事業計画の進捗状況について、3人の方からお話をいただきました。

ただいまの事務局からのご報告に対しまして、何かご意見ご質問等あれば頂戴したいと思いますが、いかがでしょうか。

○B委員 教えていただきたいことがいくつかあったのですが、まず資料1の介護保険の現状等について、3ページ、平成30年から令和元年のところで認定率が下がったのは何かお知らせの仕方が変更になったということですが、何が変わったのですか。

○事務局 お答えさせていただきます。

認定を更新する場合、こちらの方から調査をする調査員が全対象者に対しまして、電話で「更新をしますか」という確認を取った上で行っていたのでございますが、認定を受けてサービスを使わない方がかなりいらっしゃったということもございまして、そこを見極めながら、ケアマネジャーがついてサービスを利用している方のみ、更新を電話にて調査員が確認するという方法は引き続き行いつつ、サービスを使っていない方につきましては、認定期間が終了しますというお知らせのみに変えたということで、真にサービスが必要な方のみ認定に変わったということでございます。

○B委員 サービスを利用していない方の再認定は行わないということで減ったのですか。

○事務局 そうですね。認定が終了しますという通知だけにしました。

○B委員 通知だけということで、再認定の手続きには入らなかったという方が多数いたということですか。

○事務局 はい。

○B委員 もうひとつわからなかったのですが、給付費の状況のところを拝見しまして、上の4分の1ぐらいのところ、短期入所サービスのページ色のライン項目の下で短期入所生活介護とか短期入所療養介護（老健）という白地のところがあって、令和6年度、令和7年度、令和7年度の計画値と3つ並んでいるのですが、令和6年度の決算額が、短期入所療養介護（老健）が月平均件数1件で給付費は200万円ということで出ているのですが、令和7年度が2人で、196万円と出ていて、令和7年度の計画値が300万円と出ていて、金額が件数に対して合わないのですが、どういうことでこういう数字になるのでしょうか。

○事務局　まず計画値につきましては、要介護度等を勘案いたしまして算出しておりますが、実際のところ、利用される方はその要介護度にはなっていない方、要は低い要介護度であれば低い給付費となりますし、この令和6年度の決算と令和7年度の決算見込みにつきましても、件数と給付費が逆転しているような感じになりますが、令和6年度の方が介護度が高い方が利用されている。令和7年度の方は介護度が低い方が利用されているという形になるかと思います。

○B委員　老健ですので、特養は要介護3から利用できる、老健は要介護であれば利用できる。

○事務局　はい。介護であれば。

○B委員　1と5で幅が出てしまう。

○事務局　はい。

○B委員　ありがとうございました。

○委員長　他にご意見ご質問等ございますか。

B委員の質問した件に近いのかもしれないけれど、阿賀野市自体は、2025年26年そして2030年と65歳以上の方の人口は減少ですか、変わりませんか。実数はわかりますか。

○事務局　すみません、お待ちください。今ちょっと出てこなくて申し訳ありません。

○事務局　今現在、1万4,000人を若干下回っている程度なのですが、第9期計画を策定した際につきましては、2030年には、1万3,800人ということで、200人ぐらい減る見込みでございます。やはり2040年につきましても、さらに1,000人ぐらい減っているということで1万3,000人を割るというふうな予測ではおります。

○事務局　すみません。2010年の高齢者人口が1万1,958人、2015年が1万3,067人で2020年が1万4,011人なので、増えてきております。

○委員長　2020年まで増えていますよね。そこから先のことを聞きたいのです。2024年25年、今26年ですけど、24年25年度と減少していますか。

○事務局　2024年25年、今資料がなくて。

○委員長　今、社会の変化が激しいので、2020年頃には、そのときの資料では高齢者人口というのは、ある程度一定の数を保つというふうに推定されたと思うのですが、ただ肌感覚でいうと、全体の人口も減っているのですが、高齢者人口も減っているのではないかということを知りたいのです。

○事務局　少しお待ちいただけますか。

○委員長　要するに65歳以上の人口は減る。そして、この3ページにもあるような認定者数も実はもちろん減っていますよね。認定者減少傾向ですよね。

先ほど言った認定の仕方ということもあるのかもしれないですけど。認定されても給付を受けない方は認定しないという理由で減っているのか、それとも実際に高齢者人口が減っているからなのかということです。

○事務局　ざっと見た感じで、令和7年3月末が1万3,974人。令和8年3月末が1万3,975人なので、ほとんど変わっていないです。

○委員長　変わっていないですね。

でも、認定者は確実に減っているというグラフですね。要介護者も減っているし、要支援者も減っているというグラフですね。

○事務局　はい。

○委員長　国の人口動態統計でいうと、高齢者がこれからも増えていく市、それから、高齢者人口はすでにマックスになっていて、もうすでに現在の時点でも減少に転じている市があると報告されているのですが、認定率だけを見ると、阿賀野市はもうすでに高齢者人口がマックスで、今後「減少に転じていく市なのかどうか」ということなのですが。

○事務局　そうですね。高齢者人口そのものも推計で下がっていくような感じです。

○委員長　4ページにあるこの認定率の阿賀野市は、ある程度平行状況から下がってきて

いる。この緑のB市っていうのはどこの市か覚えていますか。

○事務局 G市かH市、近隣です。

○委員長 やはりある程度中心部から離れたような地域は、人口減少が激しい。高齢者数が減るから要介護認定率が下がるっていうふうにはならないかもしれませんが。新潟県の中でもより新潟市から離れているような市ですと、高齢者人口も減っていくような状況になっているのかなというふうに質問させていただきました。我々の認識としては、阿賀野市は、高齢者人口数がこれからやっぱり減っていくっていうふうに認識しておけばいいのでしょうか。

○B委員 今の認定率というのは人口に対する認定率ですか。高齢者人口に対する認定率ですか。

○事務局 65歳以上の方に対する認定率です。

○B委員 高齢者人口が減っても、要介護度の上がる方についての増加割合が同じであれば認定率は変わらないということになるのでしょうか。

先ほどのお話で、元気高齢者が増えているから下がっているのではないかということですが、今、委員長が言われた4ページのグラフで、上がる市と下がっている市。新潟県及び全国を見ると上がっているのですよね。全国平均より元気な方が阿賀野市は多くなっているために、高齢者の認定率が下がっていると理解していいのでしょうか。ちょっと不思議な感じがしたので。

○事務局 高齢者人口が減少していく中で、実際の認定率がどのぐらいになるかということにつきましては、後期高齢者75歳以上が今後ある程度増えていきますので、そちらの方で認定率が増えていくという形もありますので、極端には認定率が下がっていかないとは思いますが、今の段階では、なかなか説明がそれ以外に考えられないという形でございます。

○B委員 当初、介護保険が始まった2000年以降の時代から比べると、感覚としても元気な高齢者が多いという感じは受けているのですけれども。ただ、全国では上がって新潟県全体でも上がっているの、全国の上がりももっと緩やかになっていくべきではないかと。ちょっと乖離が大きいと感じました。

○委員長 ちなみに今の話の中では阿賀野市は65歳から75歳までの人口、75歳以上の人口っていうのはどういうふうに今後推移していくかというのはわかりますか。高齢者人口は平行かやや減少、どこの人口が減少しているかというのはいかがですか。

○事務局 65歳から74歳人口が2025年の予測で6,481人、2030年が5,370人で2035年が4,692人と下がっていく感じになっていまして、75歳以上人口は2025年が7,783人、2030年が8,635人、2035年が8,815人で上がっていく予想です。

○委員長 わかりました。

○B委員 いわゆる団塊の世代がそこに入って上がっているということでよろしいですね。

○事務局 2050年に団塊ジュニア世代が75歳を迎えますので、そのときに、かなり増えるのではないかと思います。

○委員長 まとめると、高齢者人口が減少していくのだが、それは65歳から75歳までであって、75歳以上の人たちは若干増えていく。そうすると、今後認定率は上がっていくかもしれないということになる。ただ、現在は認定者数は減少している。認定率は下がっているということです。現在の阿賀野市は新潟県や全国よりも要介護認定率は低い。高齢化率だけで言うと、全国は29.5%ぐらい、新潟県は34%ぐらい。そして阿賀野市が37%。阿賀野市の高齢化率は高い。

それでは時間もありますので、次の(2)第10期介護保険事業計画のポイントについて、事務局からお願いします。

○事務局 それでは、議題(2)第10期介護保険事業計画のポイントについて、ご説明いたします。資料3をご覧ください。

こちらの資料は、厚生労働省「第10期介護保険事業計画における手順について」をもとに作成したもので、現時点の策定方針案となります。

今後の国の基本指針見直し案、法案成立後の制度詳細、県からいただくデータや市での実績分析結果を踏まえて、必要な修正を行ってまいります。

次期計画は、今後示される基本指針見直し案や介護報酬改定等の内容を反映して策定することになりますが、市では、現段階から地域分析や関係者での協議などを進め、これからの3年間だけでなく、2040年も見据えた計画としたいと考えております。

1 ページ目下段の2. 社会構造の変化と計画策定上の論点をご覧ください。こちらの表は、社会構造の変化を市の計画でどのように受け止めるかをまとめたものです。

人口構造について、生産年齢人口は減少し高齢者人口は増加するとされています。市では、担い手の減少と医療・介護ニーズの増加が同時に進むことも視野に入れ、給付見込量に加え提供体制も検討します。

地域差について、市では、市全体だけでなく、日常生活圏域など地域差も計画に反映するように考慮します。

単身高齢世帯について、今後ますます増加するとされていますので、今以上に生活支援の重要性が高まることを視野に入れ検討します。

つながりの変容について、互助機能が低下していると言われており、地域包括ケアシステムを、生活支援、地域づくりなどとも結び付ける必要があると考えます。

人材・基盤について、介護人材や専門職が人手不足となる地域が生じることが示されていますので、県と連携し、市内事業者の課題を把握する必要があると考えます。

めくっていただきまして、次のページ、3. 制度改正・基本指針見直しの大きなテーマをご覧ください。こちらの表は、制度改正・基本指針見直しの大テーマを市の計画にどのように反映できるかをまとめたものです。

1 つめの地域の実情に応じた包括的な支援体制の拡充につきまして、市では、包括的相談支援、地域ケア会議、身寄りのない高齢者支援などを市の計画に整理します。

2 つめの福祉人材の安定的な確保及び定着支援につきまして、県の取組と連携できるよう、市内事業者の課題を把握に努めます。

3 つめの支援基盤の強化等につきましては、住民生活に近い視点で整理します。

隣のページ、4. 第10期市町村計画で強化される記載事項、5. 現行計画からの変更事項として整理すべき点につきましては、厚生労働省の見える化システムや、このあとスピードリサーチさんからご報告いただきますが、昨年度市で実施した調査結果を活用し、新潟県と協議、また伴走支援をいただきながら対応していきたいと考えております。

めくっていただきまして、次のページ、6. 阿賀野市としての計画策定の方向性（案）をご覧ください。

委員の皆様よりご審議いただいております、高齢者福祉計画・介護保険事業計画は、阿賀野市の最上位計画である「阿賀野市総合計画」の中で、「高齢者・障がい者福祉の充実」に係る個別分野計画に位置付けられております。

市のまちづくりの目標は「住み良い、いきいき元気なまち」、まちづくりの理念は、「みんなで創る阿賀野市」です。また、「高齢者福祉の充実」の施策の目指す姿は「住み慣れた地域で、可能な限り自立した生活を送っています。」と設定されております。

第9期計画に引き続き、第10期計画につきましても、この「目指す姿」を目標とした計画といたく、のちほどご意見をいただきたいと存じます。

こちらの「阿賀野市としての計画策定の方向性（案）」は、現段階での国の基本指針見直しの方向性を踏まえつつ、市の地域特性を起点に、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる体制を整える計画といたく、お示ししたものです。

基本目標1、2040年を見据えた地域包括ケアシステムの深化、基本目標2、住み慣れた地域で暮らし続ける在宅生活支援、基本目標3、介護予防・自立支援・重度化防止の推進、基本目標4、認知症とともに安心して暮らせる共生社会の実現、基本目標5、持続可

能な介護サービス基盤と人材確保、基本目標 6、権利擁護、身寄りのない高齢者支援、住まい・防災の充実としました。こちらにつきましても、のちほどご意見をいただければと存じます。

続きまして、7. 重点施策として新たに盛り込むべき事項をご覧ください。

こちらは、次期計画に盛り込むべき事項をピックアップしたものです。先ほどもご説明いたしましたが、2040 年を見据え、市全体および日常生活圏域単位でも中長期的に推計することが必要と考えます。また、サービス提供体制の維持に関する課題についても、県と共有させていただければと思います。医療と介護の連携、認知症施策、高齢者の権利擁護などにつきましても、盛り込んでいきたいと考えております。

続きまして、8. 国・県・市の役割を混同しないための整理をご覧ください。

市は、国の確定情報を待ちながら、その時点で可能な分析等を行い、また、県主催の意見交換会に出席させていただき課題認識を共有させていただきます。また、市民に近い視点で課題を把握し、サービス確保と地域の支えあいなどの検討をおこないます。

それでは最後、10. 計画素案に向けたまとめとなります

繰り返しになりますが、阿賀野市の第 10 期計画は、単に 3 年間の給付見込量と保険料を算定する計画ではなく、2040 年を見据えた阿賀野市らしい実効性のある計画へ具体化していきたいと考えております。

なお、最終ページの 11. 計画書の章立て案と確認指標（案）につきましては、のちほどご覧ください。市民の皆さまにとって分かりやすく、かつ計画策定後の評価に使いやすい構成としたいと考えております。

以上です。

○委員長 事務局から説明が終わりましたが、第 10 期の介護保険事業計画につきまして、何か委員の皆さんからご意見ご質問等ございますでしょうか。

特にこの策定の方向性について、これでよろしいかということになるかと思います。

現在の第 9 期計画の延長線上にあると考えてよろしいですか。

○事務局 はい。住み慣れた地域で可能な限り自立した生活を送っていますというのは、第 9 期と同じになります。

○委員長 せっかくですので、委員の皆さんから 1 人ずつご意見いただければと思います。

○D 委員 「住み慣れた地域」よく使われていますが、これは阿賀野市全体、自宅ということですか、施設も含めた全体を住み慣れた地域と言うのですか。個人でいろいろな取り方があると思うのですけども、市の方はどういう考えで「住み慣れた」ということを謳っているのですか。

○事務局 市としましては、ご本人が望む場所と考えておりまして、必ずしも自宅のみということではなく考えております。

○委員長 よろしいですか。

○D 委員 はい。ありがとうございました。

○委員長 E 委員、何かありますか。

○E 委員 「住み慣れた」というところで今ほどもお話しがありましたが、私たち在宅でサポートをさせていただいていると、自宅から施設、介護医療院などというふうに進まれる方も結構おられます。そこで環境が変わっても自宅と同じような生活が続けられるようにということで、自宅にいたときの様子を情報提供させていただいたりもしています。

できるだけ自宅で過ごしていたと同じような環境で過ごしていただければと思います。が、最近では人員不足ですとか、環境がなかなか整っていませんということで、どうしても我慢を強いられる場面も出てきますので、その辺が個々によって住みやすさというところは違うかもしれませんが、自宅で過ごしていたのと同じような形で過ごせるようなサポートが介護保険のみならず、そういった地域資源も含めて活用できるといいかなというふうに思いますので、そういったところも計画に反映されるといいのかなと思います。

○委員長 ありがとうございました。

 F 委員いかがでしょう。

○F 委員 介護保険料、市町村によって違いますよね。何で違うのだろうとよく聞かれる場合があるのですが、私、答えることができないものですから、そのところ、市民に的確に伝える方法で伝えていただきたいと思います。

○委員長 事務局お願いします。

○事務局 介護保険料、市町村ごとに違うということですが、介護保険料の算出につきましては、人口でございまして、所得段階だったりとか、そういういろんなものを加味して設定をさせていただいておりますので、市町村ごとに違うということになります。

○F 委員 算定の仕方が違うということですか。

○事務局 算定する基礎が違います。

○F 委員 基礎が違う。

○事務局 はい。人口だったりサービスの種類だったり、サービス供給量、施設が多かったりとか、いろんなものを含めて算出しておりますので、市町村それぞれ違うということになります。

○F 委員 市民にわかりやすいように伝えていただければありがたいと思います。

○委員長 ホームページにはこれは載っていますか。

○事務局 パンフレットでしたり、介護保険事業計画が始まる年の4月の広報であったりとか、そういうところには載せさせていただきますし、総合パンフレットで常時お知らせをしております。

○委員長 国民健康保険運営協議会がありますよね。その委員会の議事録には載っていないのでしょうか。

○事務局 そういうものはないです。

○委員長 わかりました。市民の皆さんにわかりやすくということですのでよろしく願い申し上げます。

 C 委員いかがでしょうか。

○C 委員 よろしくお願いいたします。

 こういう会議は初めてなので、勉強させていただいているところですが、通所介護なので、阿賀野市の目標の「住み慣れた地域で」というのは、皆さんやっぱり在宅でいつまでも元気に暮らしたいというのは日々仕事で感じております。以上です。

○委員長 ありがとうございました。

 B 委員お願いします。

○B 委員 これからの方向性ということで、阿賀野市の高齢者人口、しばらくはまだ維持するようですが、今の「住み慣れたところ」という話でいうと、通所サービスを利用できるぐらいの方々については、通所サービスは維持されるというふうには思いますが、訪問看護なんかの要介護度が高くなるような方、医療的依存度が高くなるような方については、なかなか在宅での対応というのはもう難しくなる。現状、阿賀野市では在宅で介護度の高い方々を介護している方々は疲弊している状況。施設介護に移らなければいけない。その中でも、介護老人保健施設が1施設閉所されるという話が耳に入っております。施設の方も経営も厳しく淘汰されて縮小していきだろろうということがあるので、そういうところを踏まえていく必要があるのだらう。

 もう1つ、プラスアルファで申し訳ないのですが、4か町村合併した当初、初代市長の本田市長の元での介護保険の市の福祉計画策定のところで、北欧型の先進国の福祉サービスをならって、そういうものを取り入れて阿賀野市型のものを作っていきたいということがあって、フィンランドを訪問したのです。当時もお話したことがあったのですが、フィンランドの施設、ほぼ公の施設に近いのですが、特養に相当するところの施設の様子というのは本当にアットホーム。住み慣れた我が家、自分の部屋というような部屋が

老人ホームの部屋の中であって、家で生活しているのと全く同じスタイルで、日本でいう老健から特養の中間ぐらいのイメージの特別養護老人ホームに入所していらっしゃる介護度のそう高くない方から結構低い方まで、本当に自分の家で使っていた身の回りの家具とか飾り物とかを持って行っている。

平成17年頃の話ですので、20年経って私も特養に関わってずっと見てきて、この20年30年経っても日本の特別養護老人ホームとか老健もそうでしょうけれども、なかなか変わらないのです。だから、これからはやはり、住み慣れた地域で、住み慣れた自分の家での生活を施設にもちょっと引き込めるような施策の方向性があるといいなとつくづく振り返っております。20年30年前と変わらないのです、昔の一番走りの特養の時代と比べて。建物が多少コンクリート鉄筋建てになっていますが、中身があまり変わらない。これが日本なのかなと。当初考えていたような構想を入れながら、もう少しその施設の中身をチェックしていただけるような施策があるといいなと感じています。以上です。

○委員長　ご意見ありがとうございました。

○委員長　A委員。

○A委員　国の骨子案を踏まえた計画の方向性ということで、県の医療介護連携のところでも地域医療構想等の連携とか連動とかというところも説明がありましたが、5の現行計画からの変更事項というところで整理すべき点というところ。地域分析ですとか、サービス基盤というところでは市全体に加えて、日常生活圏域とかもろもろ記載があるわけですが、そのサービス基盤ですとか広域利用というところ、これは市域に限らず周辺地域との日常生活圏域というところを広めにとらえて分析をされるという理解でよろしいでしょうか。

○事務局　市だけではできないことだと思いますので、県からもご支援をお願いしたいと思います。

○A委員　市だけでの分析にとどめるというよりも、その周辺地域も含めたということ。

○事務局　圏域の会議に出席させていただいて、そこで何かお話し聞かせていただけるといいなと思います。

○委員長　D委員どうぞ。

○D委員　生産性向上というところでお聞きしたいのですが、人材確保ということで県の方から訪問介護に対しても補助金の申請があったのですが、金額的に見ても焼け石に水くらいの金額というのが実際のところだと思います。特に訪問系に関しても、B委員のお話のとおり、介護度がどうしても下がっている方が多いので、単価が低いです。人材もうちの方もヘルパーとか介護人材を実際減らしたのですが、それを介護保険料、需要を含めて経営していくのがかなり難しい状態です。

できれば、また市の方からも介護事業者に対して応援していただければ、補助金とかありがたいと思いますし、あとは最初の1、2の説明のところ、訪問介護で9事業所使っているという記載があったのですが、阿賀野市で訪問介護事業所は4事業所。他に市外の事業所が5事業所加わっているということです。時々市内のヘルパー事業所の管理者と意見交換させていただいているのですが、話を伺うと、どこも利用者が減少しています。全体的に利用者なども訪問介護に関しても減っているのです、それちょっと考えてもらえればありがたいと思います。

○委員長　ありがとうございました。

今後の人口動態と生産年齢人口減少の問題にも直結する話題かなというふうに思って聞かせていただきました。

副委員長、お願いします。

○副委員長　よろしくお願いいたします。

阿賀野市の計画は、目標としては非常に理想的な目標かなと思うのですが、介護施設としては、ちょっと行き詰まった息苦しさがあるかなというのが本音です。

なぜかという、この2040年、その前に、ほとんどの介護事業所が赤字という状況になっています。特に、在宅支援関係、通所関係はかなり厳しい状況になっていて、阿賀野

市でもどんどん縮小していくような状態になっている中で、その人の暮らしやすい、その人が過ごしていける場所っていうとほとんどの人は自宅だと思うのですが、自宅で使えるサービスが少なくなってしまうというのは、ここはどうしたものかというところが一番大きいです。

また、そういうサービス利用に入居施設をご利用していただけるということもあるので、その事業自体、どんどん利用者が少なくなっている。また、経営的に 2040 年まで大丈夫なのかなと、そんな不安も正直言っています。

なので、理想的にいくのであれば、やはりこの辺を市は見ていかないといけないのではないかと私は思います。

また、この阿賀野市、福祉施設も多くあるので、単価が上がっていくというのは当然だと思うのですが、利用しやすいということもあると思うのです。今後、利用者は減っていく。在宅が減っていけば入居者も減っていくというのは当然の話。突然入居者が増えるということはないと私は思っていますので、こういうところの管理をしていかないと倒産する施設は出てくるというふうに感じております。

理想というのは本当に大事、目標は大事だと思うのですが、そこに向けて何をするのかというのがなかなか見えていないというのが現実かなと。なので、私からしてみれば、ちょっと息苦しいという思いがあります。

また、今 D 委員の方から職員の話出しましたが、実際のところ、どこの施設も職員足りない、また病院も看護師足りない、うちもそうですが看護師もなかなか集まらない。その上、阿賀野市内の若い世代はどんどんいなくなるというような悪循環が続いている中でどう対応していくか、ICTとかAIとか導入していけば、と国の方お話ししていますが、やっぱり人を減らすというのは難しいです。なので、人をどのように確保していくのかというのはかなり重要な問題になると思うので、住みやすい阿賀野市というのを考えていかないと、これも含めて計画が必要ではないかと私は思っています。

国の考え方というのもあるかとは思いますが、私は福祉施設の立場から、個人的な考えというふうにとってもらったほうがいいのかとも思いますが、かなり福祉施設詰まった状態というのは、今の思いです。

○委員長 ありがとうございました。

皆さんの意見からも、高齢者人口がだんだん減少して、生産年齢人口も減少して、介護報酬の問題も合わさって、今後の 5 年 10 年 15 年先に、どういうふうに高齢者の方々を住み慣れた地域で支えていけるかということも考えながら、この計画を作っていってもらわなければいけない。

私の方から、この目標 5 のところで、これから生産年齢人口が減少するというので、ICTをどのように活用していくかということも今回の第 10 期計画で考えているかというのを、もし今話せる事があるようでしたら教えていただければと思います。

確かに今社会は非常に急速に変化していて、ロボット技術とかICTも今想定しているよりもっと年々進化したものが出てくるかもしれないので、そういったことも計画の中にどういうふうに盛り込む予定があるかどうか。いかがですか。

○事務局 今、ICTについては全く検討できていないのが正直なところです。

○委員長 全国的にはここをかなり先進的にやっているような市町村もありますか。

○株式会社スピードリサーチ 先進的にやっているといった意味では、介護ロボットであるとか非常に発達していて、そこにAIを絡めて、例えば力がない方でも抱えられるような、そういったものがだんだん実用化に向けて今動いている段階ですけども、それ以前に、先ほどおっしゃられた人材確保という面で、ヘルパーさんとか特に事務手続き、ケアプラン作成とか、その辺をAIを活用して、少しでも省力化して人がそこにいるよりはなるべく現場に行くというような形の取り組みを進めている市町村が今増えてきています。

あとは、情報共有に関してICTを活用していこうとか、介護人材の募集に関しても、今どき、広くインターネットを使うのは当たり前になっていまして、どこにどうやって出

していったらよりよい人材が集まるかとか、そういった先進的な取り組みを始めている自治体もあります。

○委員長 ありがとうございます。

そういったところを参考にしながら、第10期計画の中に何か盛り込めるといいかなと。考えてみていただければと思います。

委員の皆さんからご意見いただきましてありがとうございました。

そちらの方も参考にしながら、第10期介護保険事業計画、さらに練り上げたものを作っていただければと思っておりますのでよろしくお願いします。

議題(3)阿賀野市介護予防日常生活圏域ニーズ調査等の結果につきましてということで、スピードリサーチ様よろしくお願いします。

○株式会社スピードリサーチ それでは、本日は昨年度実施しました各種調査の中から、介護予防日常生活圏域ニーズ調査と在宅介護実態調査の結果について、お手元の抜粋版資料に基づいてご説明いたします。

資料の構成ですが、表紙の次の目次をご覧ください。

1ページから20ページまでが要介護になる前の高齢者の方を中心に把握した介護予防日常生活圏域ニーズ調査です。後半の21ページ以降が在宅で生活している要支援要介護認定者とその介護者の状況を把握した在宅介護実態調査になります。

本日は時間も押してきたということもありますし、限られた時間ですので、すべての設問を1つずつ探っていくというよりは、計画策定に特に関係が深い点、阿賀野市の特徴としてお伝えしておいたほうがよいと思う点を中心にお話させていただきます。

それではまず1ページをお開きください。調査の概要ということで掲載しております。

調査の目的としては、要介護になる前の高齢者のリスクであるとか、社会参加状況を把握して、地域の課題を特定するために実施しております。

対象は阿賀野市にお住まいの65歳以上の方から無作為に抽出した3,000人です。有効回答は2,248件、有効回収率は74.9%でした。調査は郵送配布、郵送回収で行っております。1ページの調査概要の説明は以上です。

続いて2ページから3ページ目をご覧ください。

ここからは家族構成やお住いのことなど、日常生活を支える基盤について説明していきます。

普段の生活で介護介助が必要かということについて、②のグラフになりますが、必要ないが86.4%、ただし、何らかの介護介助が必要だが現在は受けていないが6.8%。現在何らかの介護を受けているが4.4%で、合わせると約1割強の方が、現在何らかの支援を必要としている方です。

3ページでは暮らしぶりとお住いの形態を掲載しております。

気になる点では、経済的な暮らし向きは普通が57.7%と過半数を占めていますが、大変苦しい、やや苦しいを合わせると、35.8%で、3人に1人以上の方が経済的な苦しさを実感しております。住まいについては、持ち家1戸建が95.3%と、これ1つ阿賀野市の特徴だと思うのですが、持ち家比率が非常に高いということです。このことから、在宅生活を前提に、一人暮らしや高齢者のみの世帯、生活上の支援が必要になった方を早めに把握して、必要な在宅支援につなげることが非常に重要になってきます。家族状況とお住いの状況については以上です。

続いて4ページ。ここからは、外出と移動の部分について掲載しております。

外出頻度は、週2から週5回以上の方で、合わせて8割を超えて、全体としては一定の外出の機会が保たれています。ただし、一方でほとんど外出していないという方も4.9%おります。外出時の移動手段は、自動車を自分で運転が75.4%と非常に高い数字です。次いで徒歩であり、自動車に乗せてもらうという形です。この結果からは、阿賀野市の高齢者の外出というのは、自家用車への依存が非常に大きいという現状です。

従って、今後運転が難しくなった方とか、免許返納も含めて、同居家族の送迎が難しい

という方に対しては、公共交通、送迎、地域の支え合いなどを含めた移動支援、こちらの方法をどうやって確保維持していくのが大きな課題になってくるかと思われます。

続きまして6ページから7ページをご覧ください。

こちらでは、6ページは趣味と生きがいのことについて、趣味がある方は63.5%、生きがいがある方は53.8%。全体として趣味や生きがいを持つ方が多くはなっています。

ただし、生きがいが思いつかないという方が45.5%、これだけいるというのはちょっと私はびっくりしました。

7ページの物忘れについては物忘れが多いと感じると回答した人は43.1%です。

ここは毎日の生活について特徴的なことなのですが、一般の高齢者では日常生活の動作であるとか、集団的日常生活動作が保たれている方が多いのですが、要支援者では、外出、買い物、食事の用意、金銭管理、書類記入とかで、できないの割合が高くなる傾向にあります。つまり、介護予防の段階から生活機能の低下を早くとらえ、生活支援や見守り、相談支援、こちらの方につなげていくことも必要かと思います。

生活機能の説明については以上です。

続いて8ページから9ページをご覧ください。

地域活動について掲載しております。地域活動への参加では多くの活動でグラフのとおり、参加していないという人が過半数を占めています。その中で町内会自治会は、年に数回の参加が30.4%と他の活動に比べて参加経験が多くて、地域参加の入口としての役割がうかがえます。地域活動については参加の意向があっても、実際の参加に繋がりにくいこと、また企画運営を担う意向が非常に低いという形で、今後は参加しやすい場、活動の場を広げていくということに加えて、無理なく、各自が役割を分担できるような仕組み、みんなが参加してみんなが何かしらの役割を担っていくと、それが当然生きがいなんかに繋がることになってきますので、そういった活動の場を広げることが大切かと思っています。

続きまして10ページから16ページまで。ここからは、就労であり、健康、認知症、成年後見、在宅医療などについての項目になります。

11ページの現在の幸福度について、概ね中程度というところで分布しています。隣の②の方で、この1か月で気分の落ち込みがあった方は33.4%、ほぼ3人に1人です。

あとは15から16ページの在宅医療介護の件ですが、自分の最期を迎えたい場所としては、自宅が46.0%で最も高くなっています。また、エンディングノートとか遺言書などの書面を残している方は4.8%、自分の最期についての意向をまだ伝えていない方は76.4%と4人に3人がまだという状態です。

自分の最期に関して希望があっても具体的な準備とか、ご家族とか身の回りの方にお話しされていないという方が非常に多いという状態です。

ここまでの、生活や相談支援に関する主な項目を抜粋しました。

ニーズ調査の方の最後になりますけれども、17ページから20ページまでが各種リスク判定、フレイル判定についての結果です。

比較的高いリスクとしては、運動機能の低下リスクは16.7%。また、認知機能の低下リスクは43.1%、うつ病のリスクは37.9%という状態です。介護予防の観点では、運動、口腔、認知、心、社会参加を別々で見るとはなくて、これらのリスクはすべて重なってきますので、重なり合うリスクとして早期に把握して、その人の状態に合った支援につなげていくということが求められています。

以上が介護予防日常生活圏域事務調査の主な結果でした。

続いて21ページをお開きください。ここからは、在宅介護実態調査についてのご説明になります。

この調査は、地域包括ケアシステムにおける高齢者の在宅生活の継続、家族など介護者の就労継続に向けて、介護サービスのあり方を検討するために実施しました。

調査は認定調査員による聞き取り方式で、令和8年度に行っています。251件の方から

回答が寄せられました。

続いて、22 ページから 25 ページまでをご説明していきます。

調査対象者の基本的な属性になりますが、聞き取りを行った相手は主な介護者となっている家族、親族が 88.8%で大半を占めています。

あくまでこの調査は本人の状況だけではなくて、家族介護者から見た在宅介護の実態の視点で調査を行っているということです。

24 ページの障がい高齢者の日常生活自立度です。

自立度 J 1 と J 2 を合わせますと、52.5%、この数値は屋内での生活は概ね可能ですが外出では支障がある人たちが中心になっていくというような分析です。

また 25 ページの認知症高齢者の生活自立度ですが、2 A と 2 B を合わせて 38.6%です。何らかの見守りや配慮を必要とする方が一定数いるという結果です。

この 2 つの結果から、特に在宅介護では身体機能の低下だけではなくて、認知症への見守りや外出移動への支援が重要であることがわかります。

続いて 26 ページから 30 ページになります。家族介護の状況についても調査をしております。

家族、親族からの介護頻度はほぼ毎日あるが 70.5%です。在宅生活が家族、親族の継続的な支援に大きく支えられているという現状です。

28 ページでは主な介護者の年齢と性別を掲載しております。

主な介護者は 60 代が 37.1%、70 代が 24.1%で、60 代 70 代を合わせると 61.2%です。また、性別では女性が 65.1%、主な介護者は女性に偏っています。

また、介護者自身の高齢化と家族内での介護負担の偏りが非常にうかがえる結果です。

30 ページの介護離職です。介護のためにどれぐらいの人が仕事を辞めてしまったのかということですが、辞めた家族などがいないという人は 93.5%と大半ですが、反面、4.3%の人が介護のために離職をせざるをえなかったという状況があります。

家族介護の状況については以上になります。

続いて 31 ページから 32 ページ、在宅生活を支えている支援サービスの状況について掲載しました。

32 ページでは、今後の在宅生活の継続に必要な支援を掲載しております。

特になしが 59.8%で 6 割ですが、一方で、必要な支援としては、移送サービスが 11.6%、外出同行が 10.4%、配食が 9.5%となっています。

今現在の利用は少ない結果ですが、必要な支援として、外出、移動や食の支援が上位に来ている点が重要です。

33 ページには施設などへの入所、入居の検討状況です。

入所入居は検討していないが 76.1%、多くの方は現時点で在宅生活の継続を前提としています。その一方で、検討している、すでに申し込みをしているを合わせると 22.3%で、2 割強の方は施設移行を視野に入れております。

在宅生活を支えるサービスの説明は以上です。

続いて 37 ページから 40 ページをご覧ください。ここでは介護者の就労と介護不安についてまとめました。

37 ページは、主な介護者の勤務形態についてですが、働いていないが 51.7%、フルタイムとパートタイムを合わせると 47.9%です。

就労しながら介護を担っているという状況がここでも明らかになっております。

39 ページ、今後も働きながら介護続けられる見通しについてですが、問題なく続けていけると、問題はあっても何とか続けていけるを合わせると 77.5%。一方で、難しい、かなり難しいを合わせると 18.0%です。

全体として、介護の継続意向はあるものの、無理をしながら続けているという方も一定数いるという点に留意をしていきたいです。

最後に 41 ページから 42 ページをご覧ください。ここでは在宅介護実態調査全体を通し

た課題などを4つほど挙げております。

第1の課題として、阿賀野市の在宅介護というのは家族介護への依存が大きいという状況です。これらは、当然介護保険サービスだけでは賄いきれない部分もありますので、そういった生活支援を地域の資源や相談支援とどう結びつけていくのか。こちらの方が重要になってきます。

第2に認知症対応への支援強化です。本人の傷病としても認知症が最も高く、介護者の不安でも認知症状への対応が最上位に上がってきました。認知症の進行に伴う見守り、声かけ、受診同行、意思決定支援などを家族だけにゆだねず、地域全体で支える体制が必要です。

第3の課題としては、移動支援外出支援です。ニーズ調査の方でも自動車への依存が大きいということが示されました。介護実態調査の方でも、今後必要な支援として移送サービスや外出同行が上位に上がっています。移動の確保は本人の生活維持だけではなくて家族の送迎負担を減らす意味でも重要です。

第4に働く介護者への支援です。半数弱、約47.9%の介護者の方が働いておりますので、その中で難しいと感じている方も18.0%います。介護離職というのは非常に限定的で少数なのですが、そういった負担が重なってくれば、離職や就労の縮小に繋がりがねない恐れもありますので、早期相談であり、情報提供、事業所との連携を通じて、仕事と介護の両立を支える仕組みを早々に確立していくことが重要かと考えます。

最後に全体としてこの2つの調査から共通して見えてきているのは、在宅生活を続けたい、或いは今は在宅生活を続けられている方が多い一方で、その継続は家族の支援であり移動手段、認知症対応、生活支援、相談先の周知とかこういったものに大きく左右されかねないという状況です。

第10期の計画にあたっては介護予防の段階からの早期把握と、要支援要介護になった後の在宅生活支援を切れ目なくつないでいくことが非常に重要になってきます。

また、本人だけでなく家族介護者も支援の対象としてしっかりとらえて、先ほどから再三再四言っていますが、地域全体で在宅生活を支える仕組みづくり。こういったものを整えていくことが求められると考えております。

以上で調査の抜粋結果の説明は終わりになります。限られた時間のため主な点に絞って駆け足での説明となりましたことをご容赦ください。

また、詳細の結果については、別に事務局の方に厚いページの報告書がありますので、ご覧になりたい方はそちらの方開示いたしますので、お声掛けいただければと思います。

では、今後の計画策定に向けて、これらの調査結果を基礎資料として活用し、阿賀野市の課題を受けとめて計画づくりを進めていきたいと考えております。ご清聴ありがとうございました。

○委員長 スピードリサーチ様、本当にありがとうございました。大変重要な分析結果かなと思って聞かせていただきました。

せっかくの機会ですので、スピードリサーチ様に聞きたいことがあるようでしたら、1つ2つお聞きしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

D委員どうぞ。

○D委員 先ほどE委員の方からお話しあったように、やはり在宅で終末を迎えたいという方もかなりいらっしゃるという結果が出ており、それを反映するには、在宅と施設を上手に使って利用すれば、離職者も減るのではないかなということで、また市の方もそちらへ向かって考えていただければ、私も在宅サービスにとってもプラスになりますし、阿賀野市の介護人材に対してもいいかと思うし、何よりも、介護者が仕事を辞めないで、家族を家で看れるというのが素晴らしいことではないかなと思いましたので、それにちょっと重点を置いて考えてくれればありがたいと思います。以上です。

○委員長 ありがとうございます。

今回の調査を受けて重点事項、いくつかスピードリサーチ様からお話いただきましたの

で、そういった面を第10期介護保険事業計画に取り入れていただけますようお願いしたいと思います。

では、時間のこともありますのでこちらの方終わらせていただきまして、今後のスケジュールについて事務局からお願いします。

○事務局 今後のスケジュールについて説明いたします。

先ほどもご覧いただきました、資料3策定ポイントの整理方向性案、9計画策定の進め方（案）をご覧ください。

令和8年4月から7月頃、今現在でございますが、第9期計画実績の検証、地域分析などを行っております。再来週には、県主催の意見交換会に参加させていただきます。その後、8月から10月頃まで、サービス見込量や地域支援事業量の仮設定などを行い、重点施策案や認知症施策案などについて整理します。

11月から12月にかけて、保険料試算、計画素案作成等を行い、こちらの策定委員会でご審議いただきます。

その後、来年1月にかけてパブリックコメントを実施します。

令和9年2月に策定委員会を開催し、パブリックコメント実施結果の報告をさせていただき、計画最終案を決定していただきます。その後、市議会へ報告、同時期に県の意見聴取がございます。

市議会3月定例会において、介護保険料の改正を柱とする阿賀野市介護保険条例の一部改正を上程し、審議いただくこととなります。

以上、このようなスケジュールで進めてまいります。お願いいたします。

○委員長 事務局から説明が終わりました。

あと2回の委員会ですね。また進捗状況を確認させていただきたいと思います。

それでは、その他、に入りますけれども、委員の皆さんから何かご意見等ございますでしょうか。

○事務局 若干よろしいでしょうか。今のスケジュールですが、条例改正とか予算の絡みもありますので、若干スピード感を持たせたいと考えておりまして、前倒しになる可能性もお含みいただければと思います。

○委員長 他にございますでしょうか。

○事務局 1つ事務連絡をお願いします。

今日の会議の議事録についてですが、議事録案ができましたら、委員の皆様にお送りさせていただきます内容の確認をお願いしたいと思います。その後修正したものを市のホームページに掲載しますのでよろしくお願いします。

○委員長 それでは本日の議題は一通り終わりましたので、議事進行を終わらせていただき、事務局の方にお返ししたいと思います。

○事務局 委員長、議事進行いただき、ありがとうございました。

それでは次第5の閉会となります。

委員長の議事進行並びに皆様のご協力のおかげで、本委員会を進めることができました。ありがとうございました。

以上をもちまして、第2回阿賀野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会を閉会いたします。

本日はお忙しい中、大変ありがとうございました。

9 問い合わせ先

福祉支援課 介護保険係 TEL：0250-62-2510（内線 2120）

E-mail：kaigo@city.agano.niigata.jp