

令和3年3月 提出

大船渡市議会議長 様

市議会議員 森 操

オンライン研修報告書

研修：主催者/場所/日時

会合名：令和2年度「第23回地方から考える社会保障フォーラム」

主催者：地方から考える「社会保障フォーラム」事務局

場 所：本会場は東京都千代田区内、受信は自宅にて

日 時：令和2年11月6日（金）

- (1) 講義1(10:00～11:00)：「ウィズコロナ社会の課題～感染拡大防止と社会経済活動の両立」
講 師：梶尾 雅宏（内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室 審議官）
- (2) 講義2(13:00～14:00)：「これからの地域共生社会と地域福祉」
講 師：古都 賢一（社会福祉法人 全国社会福祉協議会副会長）
- (3) 講義3(14:30～15:30)：「健康危機管理と災害対策」
講 師：高島 章好（元大臣官房厚生科学課 健康危機管理・災害対策前室長）
- (4) 講義4(16:00～17:00)：「地域包括ケアシステムの構築、当面の諸課題について」
講 師：土生 栄二（厚生労働省 老健局長）

研修報告：

- (1) 「ウィズコロナ社会の課題～感染拡大防止と社会経済活動の両立」講 師：梶尾 雅宏
・最近の感染状況に応じた対応

クラスター対策は、感染症の専門家や自治体、そして事業者の方々にも参加いただき検討を進めてきた。信頼関係の構築と情報共有を図る「通常時の対策」、そして重点的・戦略的なPCR検査やエリア・業種を限定したメリハリの効いた営業時間短縮要請など「早期介入時」の2つのフェーズに分けた一連の取り組みをパッケージで示しており、参考資料とともに内閣官房コロナ室のホームページ（分科会関係）に掲載している。

これまでの感染拡大の経験を踏まえて、今後の対策の全体像はクラスターの発生時には早期に対応して集中的なPCR検査を行い、あわせて受け皿となる体制確保を行っていく事である。問題は、感染が拡大した地域では保健所の業務が過多になるので、その支援体制をつくる。さらに、感染拡大を抑制する必要があるれば、エリアや業種を限定した営業時間短縮の要請という選択肢も考える。こういったことを、いかに実施していくか、普段からどのような準備を進めておけばよいかを、考えておくことである。

当然、対策は必要だが、まずは感染拡大が起らないように、日常生活で留意すべきことをお伝えして、感染防止拡大に取り組んでもらう事が重要である。3密を避けるための具体化として、業種別のガイドラインの中に、例えば飲食店であれば、アクリル板や換気、イ

ベントであれば人と人との間の距離の設定や接触確認アプリの導入勧奨なども盛り込んで実践していただいているし、マスク着用、手指の消毒などの基本的な感染防止対策も、多く取り組んでいただいている。

また、新型コロナウイルス感染症対策分科会が、感染リスクの高い場面の事例「5つの場面」を示した。飲食を伴う懇親会、大人数や長時間に及ぶものである。その際、併せて、会食の場での感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫も示している。また、感染拡大に対応可能な医療体制、療養体制を準備していく。院内感染や施設内感染の拡大を防止することも必要になる。

・ **政府の新型コロナウイルス感染症対策本部からの5つの政策目標と7つの取り組み。**

(5つの政策目標)

- ①高齢者や基礎疾患を有する方への間瀬防止の徹底
- ②秋冬のインフルエンザ流行期への備え
- ③感染防止拡大と社会経済活動の両立
進めるためには、社会経済活動を回しながら、感染拡大の兆しであるクラスターを発見したら即、対応するというのが肝になる。
- ④最前線の医療機関や保健所への支援
- ⑤感染症危機管理体制の強化

(新型コロナウイルス感染症に関する今後の7つの取り組み)

- ①感染症法における入院勧告等の権限の見直し
- ②検査体制の抜本的な拡充
- ③医療提供体制の確保
- ④治療薬、ワクチン
- ⑤保健所体制の整備
- ⑥感染症危機管理体制の整備

・ **予防接種法を改正してコロナワクチン接種体制の整え**

研修後、令和2年12月2日の臨時国会で、「予防接種法改正」と「検疫法改正」が成立した。国の方針として、令和3年前半までに全国民に接種できるワクチンの量を確保しようと言う事を定めており、ワクチン接種について「臨時接種」の特例を設ける事を法制化して通常の臨時接種と異なり、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施するという枠組みである。費用は全額を国が負担する。

健康被害が生じた際の救済措置や、副反応疑いの報告などは、予防接種法の現行の規定を適用することになる。また、供給量を確保するため、ワクチンの使用により健康被害が生じた場合の損害を賠償するに接種が可能になった場合に円滑に実施できるようにするための法的・財政的な準備を進めている。

ワクチンの接種事業での国・都道府県・市町村の役割分担は、国主導のもと、必要な財政処置を行い、住民に身近な市町村が接種事務を実施し、都道府県は広域的視点から必要な調整を担う。市町村の実施体制は住民に身近な視点から、医療機関との委託契約や、住民への接種勧奨、個別の通知、クーポンの送付などの業務となる。実務的な面では、新たなワクチンはマイナス 70℃などの冷凍が必要で、そのため冷凍庫も必要だし、接種するにはある程度の人を集めて、用意したワクチンを使いきるような形にする必要がある。

・令和 2 年 3 月の特措法の見直しの論点について

新型コロナウイルス感染症を新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）の対象にするための法改正では、その対象を、新型インフルエンザと、再興型インフルエンザ、それから全くわからない新しい感染症（新感染症）が発現した場合に動く法律である。

コロナウイルス感染症はすでにあつて、新しい感染症に該当せず、特措法の対象外だったため、法改正して対象にしたのだが、今後また、このようなことがあった場合、法改正をしないと動かせないという法律というのでは機能的でない。感染症法の仕組みも参考にしないと特措法の対象範囲の整理をしていく必要がある、というのが論点としてある。

そのほか、特措法には都道府県知事から営業時間短縮等の要請について規定があるが、罰則や協力金の支援についての規定がなく、実効性を確保する手段が乏しいとの指摘や、国と都道府県との役割分担を整理した方がよい、という指摘がある。知事会からも様々な提案をいただき、こうした論点についても今後検討が必要と考えている。

(2) 「これからの地域共生社会と地域福祉」講 師：古都 賢一

これからの地域共生社会と地域福祉は、上”からものを考えるのではなく、地域から考えて地域にある資源を活かすという発想がよい。法制度で地域の福祉問題すべてを解決することはできない。法制度も一つの資源と考えて、地域主権で地域福祉を考えていくべきだ。

地域共生社会は、住民だけでなく色々な人が寄って集まって、自分にできることを足し合わせて、国や地方の制度や予算、民間資源を上手く使って実現していくという話である。

・平成時代に景気と政策が連動して平成一体改革でようやく税を確保した

平成元年に高齢者保健福祉推進十か年戦略ができ、翌年に福祉関係の 8 法が改正され、保健医療福祉の総合化の取り組みが本格的に始まった。その後空白期があり、個々の複雑・多様な課題に対し、相談支援を介して、福祉に限らず色々なサービスを組み合わせて、自立を支援の方向が左右され、平成後期になって、社会保障と税の一体改革が実施され、将来の福祉需要に対し、必要な財源を確保し、需要に応じた社会保障の改革を行おうという動きがでた。

消費税 10%になったが、これで終わりかどうかは、今後の医療・福祉の需要と、日本経済のかじ取りにかかっている。平成の社会福祉改革では、利用者本位の福祉サービスの確立と

福祉サービスの質の向上が進んだ。令和時代も課題は、平成から続く「人口減少社会」「地域偏在・較差」「低成長」「情報化」「効率化」「国際化」は変わらない。限られた資源の中で、福祉・医療サービス提供体制の充実、強化にどう対応するかだ。

課題を画一的に見るのではなく、個人の課題からサービスをどう考えるかという時代になってきている。また、課題解決のために必要な資源・財源の確保をどう真正面から考えるかということも必要になる。多様な課題の解決に向けて、個の最適解と全体の最適解の融合を考えるべき時である。

・制度の狭間の生活課題に柔軟に対応すべきである

課題の多様化・複雑化について、2040年問題は、人口が減少し担い手が減るのに、医療・福祉の需要が増えることが問題とされている。担い手については、医療福祉分野は専門化が進み、多くの専門職ができた。しかし、今後は人口が減少するので、すべての専門職を地域ごとに揃えられなくなるかもしれない。ある専門家が午前中は高齢者に対応し、午後は障害者に対応するなど、多機能化するしかない。そうしなければ、人材確保が難しくなる。

「地域共生社会」とは、地域の課題を地域の中で解決しようという考え方でもある。社会福祉が対象とすべき今日的な諸課題は、派遣切り、ネットカフェでの生活、薬物中毒、ひきこもり、8050問題、買物難民、空き家の増加など、様々な生活問題が地域にあり、新型コロナウイルスの影響でさらに多様な生活困窮の課題が発生している。

都市にも地方にも社会環境が生む生活課題があり、複数の問題を同時に抱える者がいる。福祉の専門家は「私は児童福祉の専門家ですから、高齢者の問題はわかりません」などと言わず、わからなくても、生じている問題を視野に入れ、最低限、困っている人の問題を他の専門家につなぎ、個人や世帯全体の問題を多くの関係者と協議して解決することが必要。

我々は、制度には限界があるという前提に立って、多様な社会資源を駆使し、個の最適化と全体の最適化の融合した問題解決を考えなければならない。

・地域包括ケアの概念の形成過程から本質はネットワーク。

地域包括ケア概念の変化をたどると、2003年の厚労省のレポートでは「介護サービスを中心に、医療サービスなどさまざまな支援の継続的かつ包括的实施」という言葉がでて、2008年厚労省の研究班のレポートでは「ニーズに応じた住宅の提供を基本に、医療、介護、生活支援サービスを日常生活圏域で提供できる体制」とされ、住宅の提供を基本とする考え方に変わってきた。2013年には「医療、介護、介護予防、住まい、日常生活支援が包括的に確保される体制」となり、法律の中で、地域包括ケアシステムとは何かという定義が初めて書かれたのである。

さらに、2015年からは対象者を高齢者だけでなく、障害者、児童、生活困窮者にまで広げる考え方が出てきた。その考え方の本質は何か。地域包括ケアシステムの本質は、ケアが必

要な地域住民や家族を中心において、病院、診療所、介護施設、訪問事業所、地域住民や地域団体・事業者が、相互理解と相互連携で支える、地域ごとの「連携システム」(ネットワーク)といえる。厚労省も 2015 年以降に発想を少しずつ変えてきている。人口減少社会のなかで、分野横断的に見ていこうという考え方である。

社会福祉法の第 4 条は改正され、社会的孤立を含む地域生活課題というのは、これまでの福祉の対象であった課題を越えているが、地域生活課題こそがまさに、いまの福祉の大きなテーマである。

・福祉行政における自治体の職員の役割

ある医療過疎の村が無医村になる瀬戸際で、村から頼まれて診療所をつくろうと、既に医療機能を持っていた社会福祉法人が県に相談したら、「社会福祉法人の医療実施は国が抑制しているからだめだ」と言われたと聞いたことがある。問題の本質は何であって、どうやって解決するのかという工夫が自治体に見えてこない例である。

地方の福祉行政が混乱している背景には、福祉が機関委任事務であった時代の名残だろう。機関委任事務であったころは、国が細目まで、政省令や通知で規制してきた。しかし今では、福祉は自治事務と法定受託事務で構成されていて、国と自治体は対等な関係だ。地域の福祉問題の解決に当たって、自治体の自立や、自己決定というものを自治体自身がどう考えていくかが大きな課題だ。

地域住民の福祉の増進は、地方自治体の責務である。自治体にとって国は「お上」ではなく、役回りが違うだけの、対等な関係である。多様かつ複雑な地域生活課題への対応は、地方自治体を含む多様な事業者・関係者が、対等な関係の下で取り組む協働作業である。

結論として、地方自治体の役割は、かつては事業実施者であったが、今は多様な事業・活動の調整役と基盤整備を担う役割に軸足を移している。社会保障・社会福祉が、地域住民がその人らしく生きること活かされるよう、地方自治体の職員には、実態と制度の乖離を埋める術をもつ専門家として活躍してもらいたい。

(3) 「健康危機管理と災害対策」 講師：高島 章好

講師は現在、官民交流で日本生命に出向してヘルスケア事業に携わっているが、先般まで、厚生労働省大臣官房厚生科学課 健康危機管理・災害対策室長の任にあった。今回は近年の東日本大震災のあとの大規模災害から得られた経験をお話しするが、施策の反省から得た取り組みを紹介する。

・都道府県の保健医療調整本部の見直しについて

2016(平成 28)年 4 月の熊本地震、最大震度 7 を観測。熊本県と大分県の広範囲で、死者 228 人、重軽傷者 2,753 人、住宅被害約 20 万戸、避難者数最大約 18 万 4 千人(白書より)。

この地震の課題として、①被災都道府県及び保健所における保健医療活動チームの指揮・情報連絡系統が不明確であり、保健医療活動の総合調整を十分行うことができなかった。
②被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で被害状況や保健医療ニーズ、保健医療活動チームの活動状況などについて情報連携が行われず、保健医療活動が効率的に行われな
い場面があった。こうした課題を解決するため県庁に総合調整機能を持たせることになった。

具体的には平成 29 年 7 月に「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」という通知を発令した。内容は熊本地震を踏まえ、被災都道府県に設置された保健医療調整本部が、各保健所と連携し、①保健医療活動チームに対する指揮、連絡および派遣調整、
②収集した保健医療活動に係る情報の整理及び分析といった機能を一元的に実施し、被災地の保健医療活動を総合調整する体制の整備を求めている。この整備体制は、平成 30 年 12 月の「災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)」の活動要領の策定を通じて、制度化している。

DHEAT は、医師、保健師、管理栄養士など専門的な研修を受けた人たちが、1 チーム 5 名程度で構成する。被災都道府県以外の周辺自治体から来てもらえることがポイントである。その業務は、被災都道府県の保健医療調整本部と保健所の応援が基本であり、①健康危機管理組織の立上げと指揮調整体制の構築、②被災情報などの収集及び分析評価、対策の企画立案、③保健医療活動チームの受援調整及び対策会議などによる統合指揮調整を図る。このように、熊本地震の経験から、一元的に災害対応を果たす県庁の組織や、それをサポートする体制について構築した。

・医療・保健・福祉の連携体制の構築について

2018（平成 30）年 7 月 西日本豪雨。広島県、岡山県、愛媛県などに甚大な被害をもたらした集中豪雨。死者 237 人、重軽傷者 432 人、住宅全壊 6,767 棟、避難者数最大約 1 万 8 千人（白書より）。広範囲にわたる大規模な災害だったが、岡山県倉敷市の医師会が中心となって、災害対応に関わる支援団体を巻き込んで支援体制をつくる取り組みを行った。具体的には、「倉敷地域災害保健復興連絡会議」を設置し、前項で述べた県の保健医療調整本部を進化させた組織として、その後の災害対応のモデルとなった。

それは、医師会を中心としつつ、地域の支援団体を巻き込んだことで、発災直後から医療・保健の加え福祉的サービスも連携して実施することができた。福祉的なサービスは初動対応が一段落してから動き出すのがこれまでの流れであったが、この対応は災害発生当初から医療・保健と一緒に福祉も動いていた。被災地で弱い方たちのニーズをは早い段階からくみ上げたことで、災害時における生活支援の一つのモデルをつくった。

・ブラックアウトへの対応

2018（平成 30）年 9 月 北海道胆振東部地震。北海道厚真町で震度 7 を観測。苫東厚真火力発電所の緊急停止に伴うブラックアウトにより全道 295 万戸が停電。死者 42 人、重軽傷者 762 人、住宅全壊 462 戸、避難者数最大約 1 万 7 千人（白書より）。

日本で初めてエリア全域の大規模停電が起き、復旧するまで約 2 日、45 時間がかかった。

災害時は停電が起きることが考えられるので、医療機関には日頃から非常用電源の準備や燃料備蓄をお願いしており、災害医療がきちんと提供できるようにするための体制構築してきた。

問題は在宅で人工呼吸など酸素療法をしている方の状況把握だ。日頃から人工呼吸器の在宅患者をはじめ、要配慮者ごとに名簿を管理している自治体は限られる。在宅で一人一人確認するには時間がかかる。要配慮者の迅速な把握が課題となった。

安否確認は自治体対応が基本だが、実際に把握しているのは、医療機器メーカーや保守点検業者で、業者を通じて安否状況を確認いただき、更にバッテリーや酸素ボンベを届けてもらう対応をした。熊本地震で体制をつくり、西日本豪雨で福祉的な支援も巻き込み、停電時では民間事業者の協力も入れ込むなど、災害時の経験を踏まえて取り組んできた。

・長期停電・広範囲の風水害への対応

2019(令和元)年 9 月 令和元年房総半島台風(台風 15 号) 中心気圧が 960hPa・最大風速 40m/s の勢力で関東上陸。送電網の破壊により千葉県を中心に大規模かつ長期間の停電被害が発生。死者 3 人、重軽傷者 150 人。住宅全壊 391 棟、避難者数最大 2,200 人(白書より)。

通電網が吹き飛ばされ停電が長期化した、実際 1 週間、2 週間と復旧が見通せない状態。長期の停電は想定してなく、大きな課題になった。

また、通信障害によって県と市町村での非常時の通信手段が一部活用されず、情報把握に遅れが生じたことも課題となった。医療機関には EMIS という被災状況を把握できるシステムがあるが、社会福祉施設についてはオンラインで被災状況を把握する仕組みがない。まさに災害状況の連絡網をどうつくるかが課題となった。また、県と政令市・中核市の連携が不十分だった。医療提供体制は県が中心であり、県が医療情報を一元化的に把握するが、社会福祉施設については県と政令市・中核市の権限が同等であり、日頃から県に情報が集約されていない。あらかじめ県と政令市・中核市の情報連絡体制を確認しておくことが必要である。

2019(令和元)年 10 月 令和元年東日本台風(台風 19 号) 中心気圧 955hPa・最大風速 40m/s の勢力で関東から東北に上陸。台風本体の発達した雨雲や台風周辺の湿った空気の影響で、関東甲信地方、東北地方を中心に広範囲で記録的な大雨発生。14 都県 390 市町村が災害救助法を適用。死者 91 人、重軽傷者 378 人、住宅全壊 3,723 棟、避難者数最大 23 万 7 千人(白書より)。課題は千曲川をはじめ多くの河川の氾濫で、まさに想定外。

2020(令和 2)年 7 月 令和 2 年 7 月豪雨。熊本県を中心に日本各地で発生した集中豪雨。九州、東海及び東北地方の多くの地点で、24, 48, 72 時間降水量が観測史上 1 位の値を更新。死者 8 人、重傷者 8 人、避難者数 756 人(令和 2 年 10 月 1 日現在)。この災害は新型コロナという災害が発生している中で自然災害であり、感染症と自然災害という複合災害にどう取り組むかという課題を突き付けられた。被災という特殊な状況の中、新型コロナという

感染症は目に見えない点で普段以上に不安に思われるが、正しく恐れ、正しく対処することが重要だ。そのために必要な考えを自治体に通知している。

・あらゆる危機に対応した全庁的な応援を確保

一連の健康危機管理・災害対応を通して、災害への備えに必要なポイント以下に示す。

①オールハザードに対する危機管理体制の確保について、危機管理においては、初動がその後の被害拡大を大きく左右する。自然災害、感染症など、あらゆる危機に一元的に対応し、迅速かつ的確に情報を集約し、分析する体制が大切である。

②全庁的な応援体制の確保。被害状況は刻々と変化するため、最新の情報を全体で共有する体制が必要である。そのためには、情報入力のフォーマット化や共有する者のメーリングリスト化など、情報伝達を単純かつ定型化することが肝心である。

③避難要支援者の事前把握とアウトリーチ支援。複合災害で課題になったのは、避難所ではなく在宅や車中泊で避難する人が多く、避難者の把握が困難であったことだ。避難者の状況把握と見守り支援については、あらかじめ関係者間で役割分担を明確にしておくことが肝心。発災を見越して事前に社会福祉協議会やNPOと調整しておくことが望ましい。

④ICTを活用した災害情報の一元的収集・分析体制の整備。人材には限りがあるため、ICTを活用して災害情報を収集・分析することが当然必要になる。

(4)「地域包括ケアシステムの構築、当面の諸課題について」講師：土生 栄二

2025年に向けて地域包括ケアシステムをつくっていく事が、厚労省の高齢者保健福祉行政のなかで最大の中期的な課題だ。団塊の世代全員が75歳以上となる2025年を一つのターゲットとして全国的に構築していこうというもの。この時期を節目とし、中重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくことが、できるようにするための要素として、医療・介護から予防、住まい・生活支援が包括的に提供できる地域づくりに取り組んでいる。包括的であることは当然重要だが、まず一つひとつの要素をしっかりと構築していく事が前提となる。

それは介護保険で言うと、在宅サービスと施設サービスが、ニーズに応じて適切に提供されることが必要だ。また、高齢者になるとどうしても日常から医療が必要な人が増え、介護も医療ニーズ一体として提供することが必要になる。さらに、介護状態になる前に、元気に暮らしていく事が大切になるため、介護予防あるいは生活支援が重要になる。15年後の2040年を次のターゲット年として掲げているが、75歳以上の人が90歳以上になって、高齢化率がさらに進み要介護認定率も上がってくる。その頃は少子化の影響で現役世代も急減しているので、2025年の段階で、各地で地域包括ケアシステムを整備することが大きなテーマだと思う。

・3年おきの介護保険制度の改正の見直しで制度づくり

平成12年4月からを第1期として介護保険法の施行。これまでの大きな改正は、平成17年の介護予防の重視や地域包括支援センターの創設、あるいは特養や在宅3サービスを加えた包括型の小規模多機能型の地域密着サービスが創設された。

平成23年の改正では、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設、医療的ケアの制度化。平成26年の改正は、医療と介護の一体改革の医療介護総合確保推進法である。社会保障と税の一体改革による消費税増税の財源を活用し、地域医療介護総合確保基金を創設。また、在宅医療介護連携や認知症施策の推進に向けた地域支援事業の充実が図られるとともに、いわゆる新しい総合事業に移行した。さらに、低所得者の保険料負担の軽減などの改正が行われた。

平成29年改正では、交付金制度により、各市町村の自立支援・重度化防止の取り組みを支援する仕組みを制度化。医療機能を備えた生活施設として介護医療院も創設された。令和2年改正では、高齢者のみならず障害者や貧困家庭も含めた総合的な支援体制の構築などの見直しを行うなど、ほぼ3年おきに改正を行い、地域包括ケアシステムを各地域で構築するための取り組みを支援するような制度づくりを進めている。

・地域支援事業が整備され様々な要素を制度化

地域支援事業の概要として、地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防にむけた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、市町村において地域支援事業を実施する。事業内容の詳細はここでは省略する。

これらの仕組みを活用し、各地域で生活圏域ごとのニーズや課題を抽出し、それに関係者がどのように対応していくか、地域で活用できる資源にはどのようなものがあるかなどを、PDCAサイクルの形で介護保険事業計画に落とし込み、取り組みを地域ケア会議などで議論し、フォローアップする仕組みは相当整備されてきた。

・第8期介護保険事業計画は地域に見える化が重点

介護保険部会で議論していただいた第8期計画の重点事項は、2025年が次に第9期計画の中間会の実現を目指す。次に高齢者のみならず地域全体の共生社会の実現を目指す。3点目は人生100年時代に向けて介護予防・健康づくりの取り組みを一層すすめる。4点目は在宅政策との連携。5点目は認知症施策の充実。6点目は介護人材の確保と業務効率化の取り組みの強化。最後に、喫緊の課題として、災害や感染症対策の体制の整備。

第8期計画に向けては、関連の改正法が成立したが一番の目的は、高齢者に限らず、様々な課題を抱えている地域住民を、各市町村が丸ごと受け止められるような包括的な支援体制を、予算も含めて一括して執行できるようにしていく事である。また、認知症施策や住宅施策との

連携の規定の整備、医療・介護のデータを連結できるように基盤の整備を促す整理をしている。

・認知症施策の推進へ向け、令和元年に大綱を策定

2025年の推計では、65歳以上の5人に1人が認知症になると見込まれている。政府として、令和元年6月に認知症施策推進大綱を策定した。施策の柱として、普及啓発から研究開発まで5つを掲げている。この中で地域の中心課題は、医療・ケア・介護サービスと介護されている方への支援になる。あわせて、認知症の方が安心して暮らせるように社会をどうつくっていくかを各分野が協力して取り組むことが重要。

日本認知症官民協議会を設置し、関係省庁はもとより経済団体、医療・福祉団体、自治体、学会の連携をきょうかするとともに、業界ごとにバリアフリーを目指し、ガイドラインをつくる取り組みが進められている。これらは地域ごとに行われることが重要なので、令和3年度予算のなかで地域版の官民協議会を支援することができれば、との事。もう一つ重要なのが介護予防の取り組みで、いわゆる住民主体の通いの場で、社会参加の促進や専門的な支援に基づく予防の取り組みなどを、地域ごとに展開していこうというもの。

市町村や都道府県で取り組んでいると思うが、国としても財政面も含めた支援として、平成30年度200億円の予算で、保険者機能強化推進交付金がスタートしている。さらに令和2年度は消費税財源を利用して予算を400億円に倍増するとともに、自立支援や重度化防止を推進。こうした交付金も活用して、使い勝手をよくするための工夫をしていく必要がある。

・コロナ禍で高齢者の健康をどう維持するか

各事業所、各施設で感染予防に取り組んでいただき、私どもも補正予算などで支援していく。ノウハウとして、感染防止対策のわかりやすい動画の配信や、事業類型ごとの手引きをつくり活用をお願いしている。閉じこもりが懸念されるが、感染防止に十分配慮して、通いの場を開催していただき、今までのような集まる形態ではなくとも、ICTを活用して、自宅にいる人も地域や社会とのつながりをもって活動できるような取り組み事例の提供を行っている。課題となっている施設入所者への面会については、安全に面会できるよう留意事項を示している。

・地域包括ケアシステムの構築にむけた今後の課題

包括的なサービス提供は重要だが、それ以前の段階の介護サービスがしっかり提供されると言う事が当たり前にならないといけない。前総理時代に介護離職ゼロにむけて、介護の受け皿を38万人分から50万人に拡大する方針をいただいた。介護施設だけでなく、小規模多機能型居宅介護など地域で受け止めることも必要になる。各地域のニーズのなかで、在宅と施設のバランスをよく考え、介護サービスの利用者数の状況も見ながら、サービス提供体制の整備も図ってもらいたい。

消費税増税を財源とした地域医療介護総合確保基金が各都道府県に整備されている。メニューを揃えているので、これを最大限に活用してほしい。次にサービス水準を充実させるために、

人材確保が課題になる。介護人材対策は1つの決め手で全てが解決するものではなく、できることは全部やるつもりで総合的に取り組むことが大切です。

また、介護職員の処遇改善は消費税財源を投入し、令和元年10月から一人当たり月額平均5.7万円、令和2年10月から特定処遇改善加算を取っている事業所は1.8万円、計算上は7.5万円の改善となる。まだまだ不十分という指摘もあるが、かなり改善されている。

人材確保の面では、介護未経験者への研修や、介護福祉士修学の準備のための貸付などの事業の実施している。新型コロナの影響で雇用情勢が変わってきたが、やる気のある方にしっかり研修を受けてもらい、介護の分野を目指してもらうことは大歓迎です。実施例として、三重県の労健施設では、元気な高齢者を介護の助手の形で雇い入れ、職員が助かっている。これが特養にも広がっている。人材確保の面だけでなく、参加する高齢者のいきがづくりや健康づくりでも効果がある。

以上