

第9期 原村 高齢者福祉計画

令和6年3月

原 村

※「障害者」の表記について

「障害者」の表記について、一般的に「障害」、特に「害」という文字は否定的な意味合いが強く、「障がい者」という言葉を用いた方がよいのではないかという意見があり、本計画においては表記を「障がい者」に統一することといたしました。

なお、本計画では、「障害者総合支援法」のような法令名や、「障害者手帳」といった固有名詞についても表記を「障害者」のままとしております。

※用語説明について

用語説明は、資料編に記載予定です。

目 次

第1章	計画の策定にあたって	1
1.	計画策定の背景と趣旨.....	1
2.	計画の位置付け	3
3.	計画の期間	3
第2章	原村の現状	4
1.	原村の高齢者を取り巻く現状.....	4
2.	アンケート調査結果〔諏訪広域〕からみえる現状	9
3.	アンケート調査結果〔ひだまり〕からみえる現状	20
4.	原村の高齢者を取り巻く重点課題.....	22
第3章	計画の基本的な考え方	24
1.	基本理念.....	24
2.	基本目標.....	25
3.	第9期計画の施策体系.....	27
第4章	施策の展開・実施事業	28
基本目標1	健康づくり・介護予防の推進	28
基本目標2	高齢者の生きがいづくりの推進.....	30
基本目標3	重層的支援体制整備事業の推進.....	32
基本目標4	地域包括ケアシステムの深化・推進.....	33
基本目標5	高齢者の安心と地域生活への支援	36

第5章	計画の推進体制	41
1	計画の円滑な推進に向けて	41
2	計画の評価体制の充実	41
資料編		42
1	諏訪広域連合第9期介護保険事業計画	42
2	用語説明	48
3	計画の策定経過	52
4	原村老人福祉計画推進協議会設置条例	53

1. 計画策定の背景と趣旨

我が国では高齢者の増加が急速に進んでおり、総務省の人口推計によると、本計画期間中に団塊世代全員が75歳以上となる令和7（2025）年を迎えることとなります。また、75歳以上人口は令和37（2055）年まで増加傾向が続き、要介護認定率や介護給付費が急増する85歳以上人口は令和42（2060）年頃まで増加傾向が続くことが見込まれます。

本村においても、高齢者数および高齢化率は増加傾向となっております。一方、現役世代（15～64歳）の人口については、全国の傾向と異なり微増傾向にあります。

また、平均寿命が延びている一方、介護が必要な期間が増加しており、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間（健康寿命）を延伸していくことが求められています。

高齢化の急速な進行に伴い、地域社会では高齢者をめぐるさまざまな問題が浮かび上がっています。一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加や孤立、認知症高齢者の増加、介護する家族の負担や介護離職の増加、ヤングケアラーの増加、高齢者虐待などの問題への対応が課題となっています。

こうした中、国においては、高齢社会対策の推進に当たり基本的考え方を明確にし、分野別の基本的施策の展開を図るべく、平成30（2018）年2月16日に「高齢社会対策大綱」を閣議決定しました。この大綱は、「高齢者を支える」とともに、意欲ある高齢者の能力発揮を可能にする社会環境を整え、また、高齢者のみならず若年層も含め、全ての世代が満ち足りた人生を送ることのできる環境を作ることを目的としています。

この大綱に基づき、国は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の一層の推進を図ることとしています。

制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで住民一人ひとりの暮らしや生きがいを地域とともに創る社会「地域共生社会」の実現が求められています。

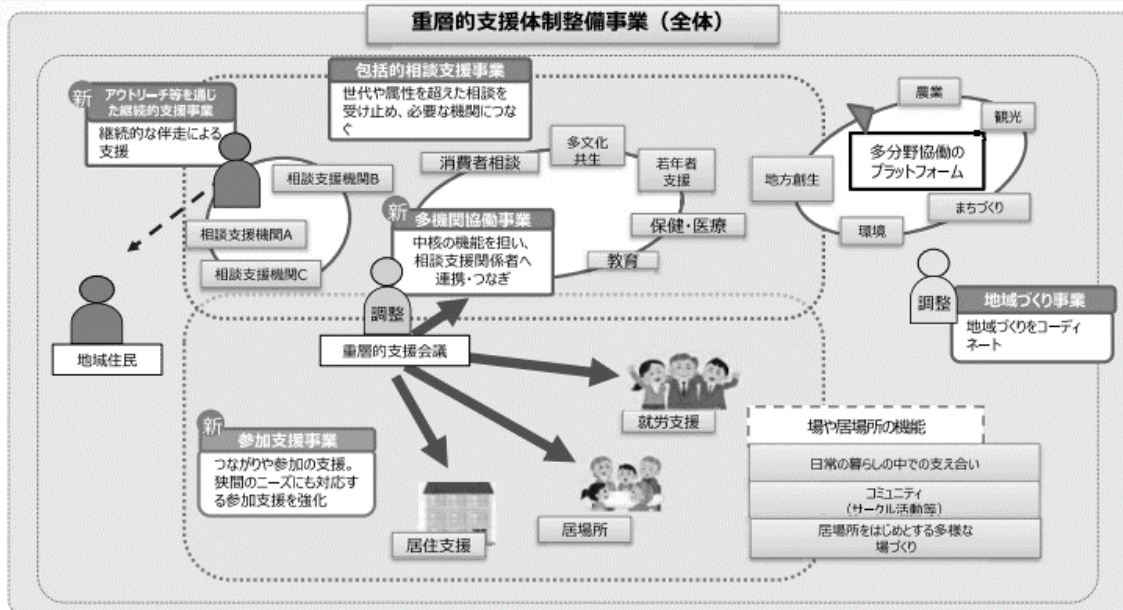
また、社会的孤立をはじめとして、生きる上での困難・生きづらさはあるが既存の制度の対象となりにくいケースや、いわゆる「8050」やダブルケアなど個人・世帯が複数の生活上の課題を抱えており、課題ごとの対応に加えてこれらの課題全体を捉えて関わっていくことが必要なケースなど、従来の対象者ごとの支援体制では対応しきれなくなってきました。地域共生社会という概念に基づいて、自治体が創意工夫をもって包括的な支援体制を円滑に構築・実践できる仕組みをつくるなど重層的な支援が求められています。

このような状況を背景に、国の社会保障審議会介護保険部会では、第9期計画において充実すべき項目として、「1. 介護サービス基盤の計画的な整備」「2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組」「3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進」の3つをあげています。

原村では、高齢者福祉に関する施策を総合的に推進するため、3年を1期とする「原村高齢者福祉計画（老人福祉計画）」を策定しています。令和5年度には、第8期原村高齢者福祉計画の計画期間（令和3年度～令和5年度）が終了することから、国や長野県の動向を踏まえつつ施策の実施状況や効果を検証した上で、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据え、本格的な超高齢社会に対応できる「地域包括ケアシステム」の更なる深化・推進を図ります。

重層的支援体制整備事業について(イメージ)

- 相談者の属性、世代、相談内容に関わらず、**包括的相談支援事業**において包括的に相談を受け止める。受け止めた相談のうち、複雑化・複合化した事例については**多機関協働事業**につなぎ、課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関が円滑な連携のもとで支援できるようにする。
- なお、長期にわたりひきこもりの状態にある人など、自ら支援につながる事が難しい人の場合には、**アウトリーチ等を通じた継続的支援事業**により本人との関係性の構築に向けて支援をする。
- 相談者の中で、社会との関係性が希薄化しており、参加に向けた支援が必要な人には**参加支援事業**を利用し、本人のニーズと地域資源の間を調整する。
- このほか、**地域づくり事業**を通じて住民同士のケア・支え合う関係性を育むほか、他事業と相まって地域における社会的孤立の発生・深刻化の防止をめざす。
- 以上の各事業が相互に重なり合いながら、市町村全体の体制として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築していく。



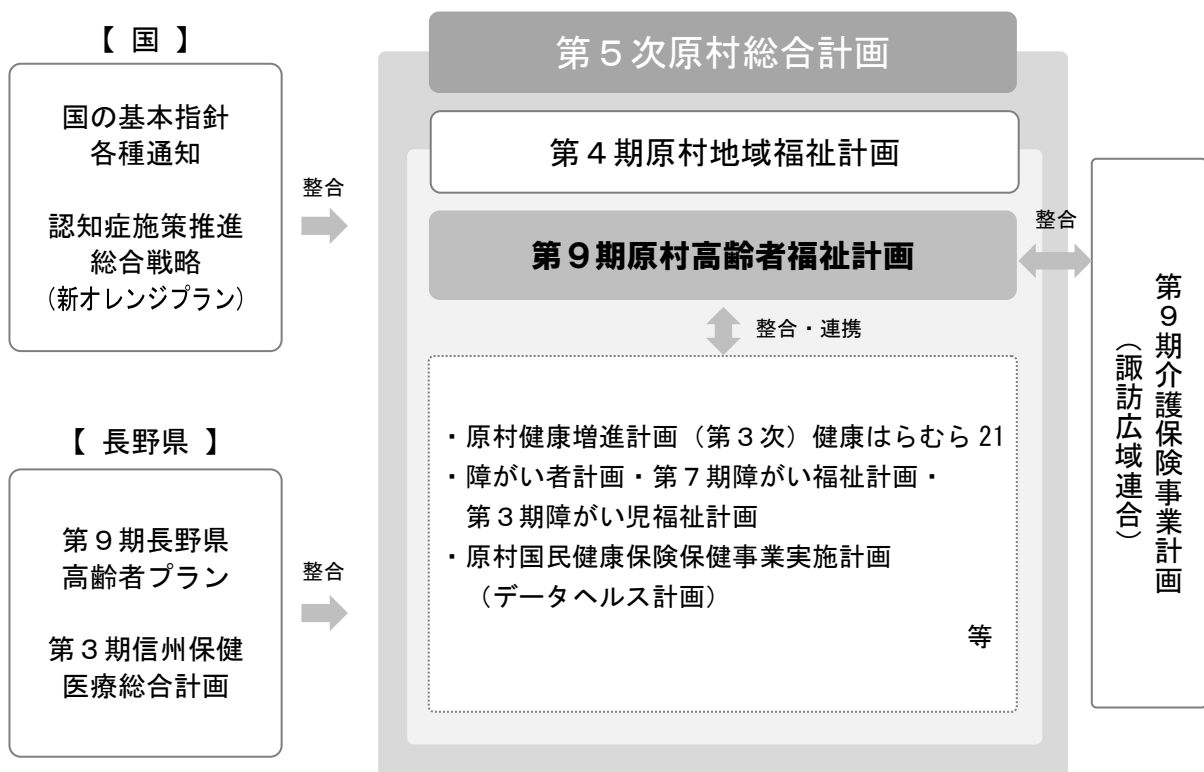
資料：厚生労働省 資料より

2. 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第20条の8及び介護保険法第117条の規定に基づき、「高齢者保健福祉計画」（法律上は「老人福祉計画」）を策定します。

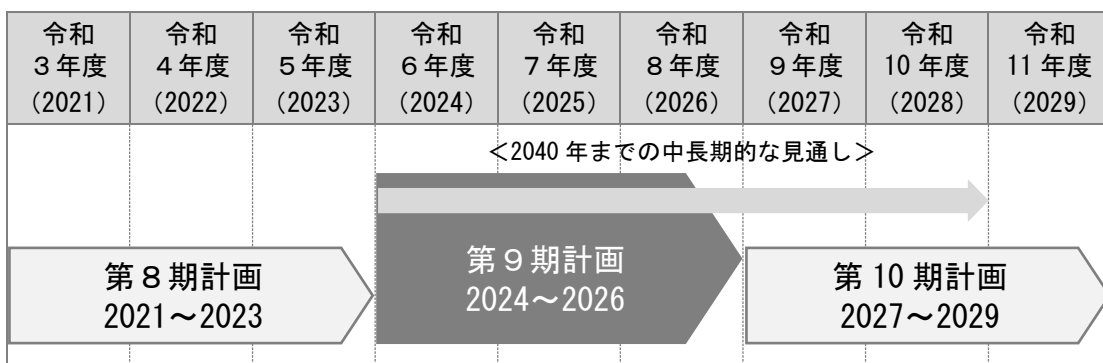
本計画は、高齢者に関わる様々な計画との整合性を持ったものとします。

「地域共生社会」の実現に向けて、「原村地域福祉計画」の理念をベースとして、「障がい者計画・第7期障がい福祉計画・第3期障がい児福祉計画」「第3次原村健康増進計画 健康はらむら21」等とも連携を図り、高齢者の地域生活を支援します。また、諏訪広域連合の「第9期介護保険事業計画」等との整合を図ります。



3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間とします。



第 2 章

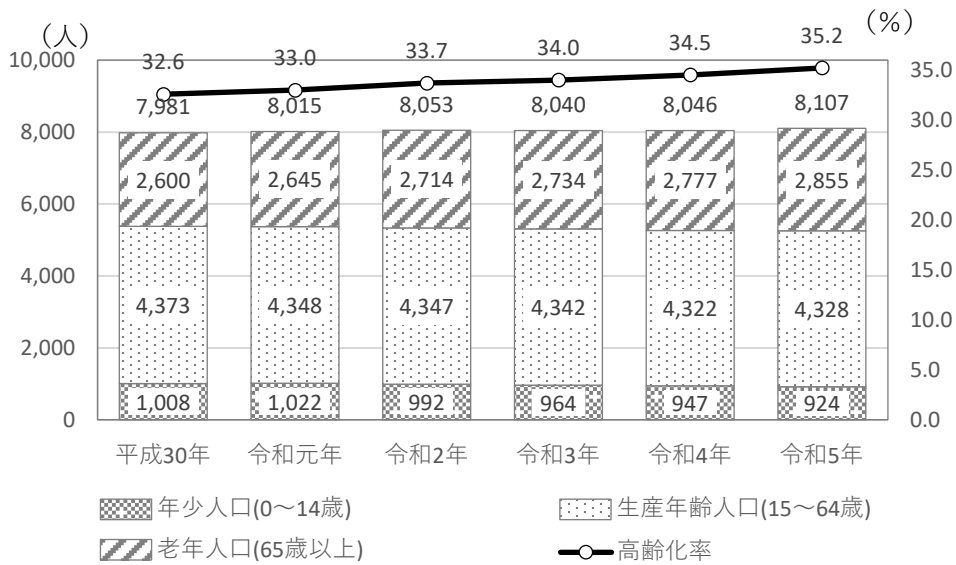
原村の現状

1. 原村の高齢者を取り巻く現状

(1) 年齢3区分別人口の推移

本村の総人口は、年々増加しており、令和5年に8,107人となっています。生産年齢人口は下げ止まりしている一方で、高齢者人口は微増を続け、高齢化率も緩やかに増加しており、令和5年に35.2%となっています。

図 年齢3区分別人口の推移



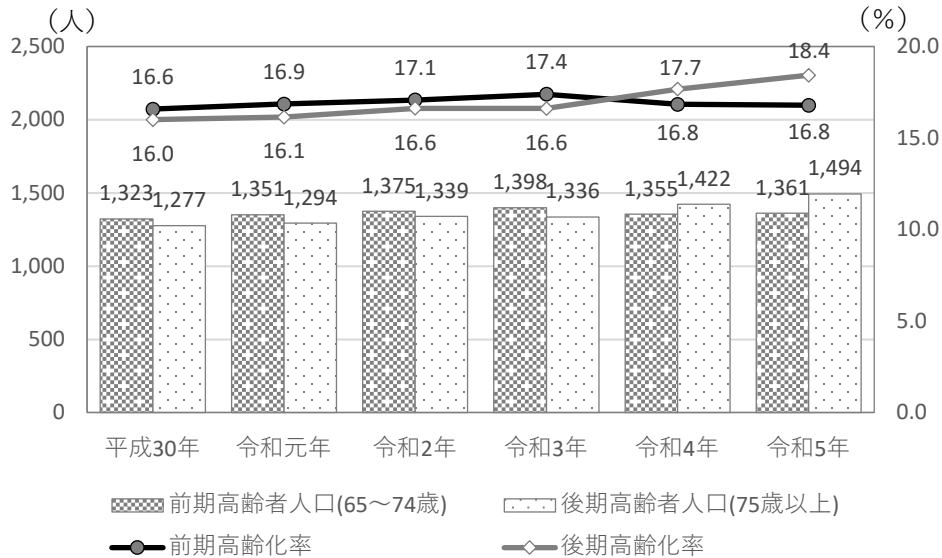
資料：住民基本台帳 ※すべての外国人を含む（各年10月1日現在）



(2) 前期高齢者、後期高齢者の推移

本村の高齢者人口の内訳をみると、前期高齢者（65～74歳）は横ばい傾向で推移し、令和5年に1,361人で、前期高齢化率は16.8%となっています。一方、後期高齢者（75歳以上）は年々増加し、令和5年に1,494人で後期高齢化率は18.4%となっています。前期高齢者と後期高齢者の人口および高齢化率が令和4年で反転しています。

図 前期高齢者、後期高齢者の推移

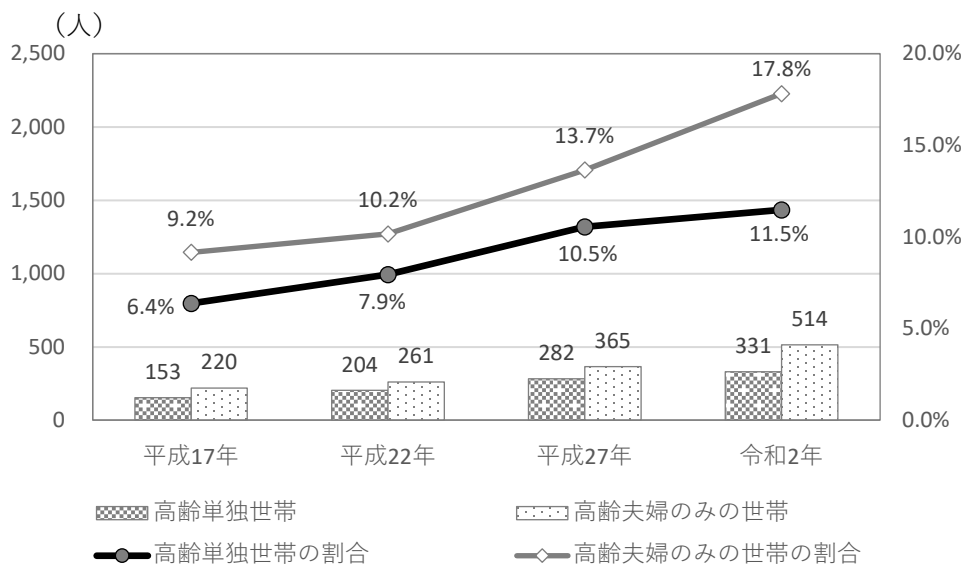


資料：住民基本台帳(各年10月1日現在)

(3) 高齢者世帯数の推移（単身、夫婦のみ、高齢者を含む世帯数）

一般世帯は、令和2年は2,885世帯と、平成17年の2,401世帯に比べ484世帯増加しています。また、高齢者単身世帯と高齢夫婦のみの世帯割合も年々増加しています。

図 高齢者世帯数の推移（単身、夫婦のみ、高齢者を含む世帯数）

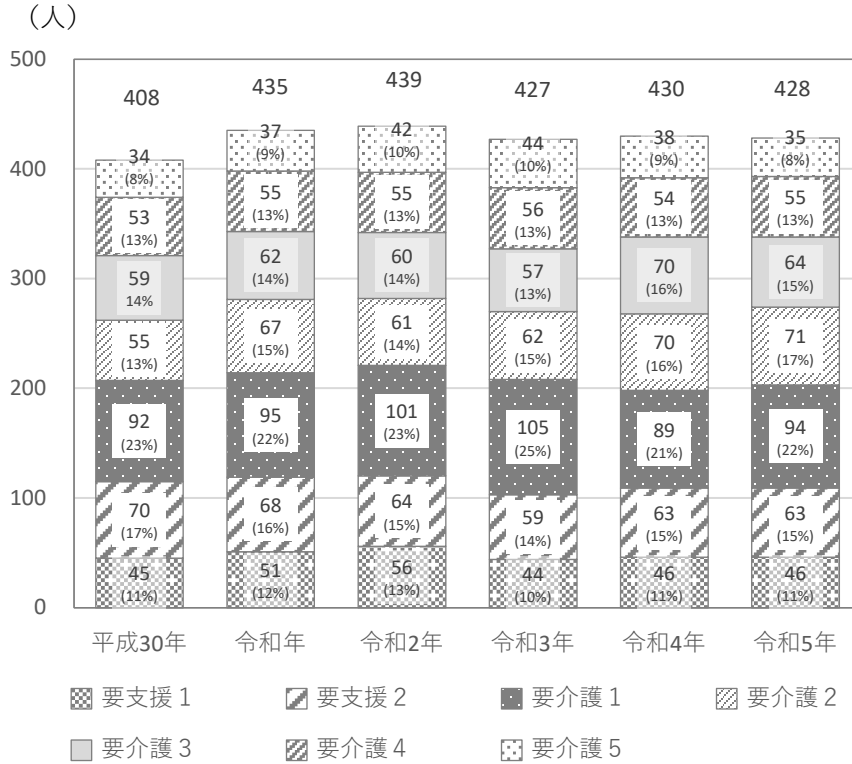


資料：国勢調査

(4) 要支援・要介護認定者の推移

本村の要支援・要介護認定者数は横ばい傾向となっており、令和5年に428人となっています。介護度別でみると、要介護2の伸びが最も大きくなっています。

図 要支援・要介護認定者の推移



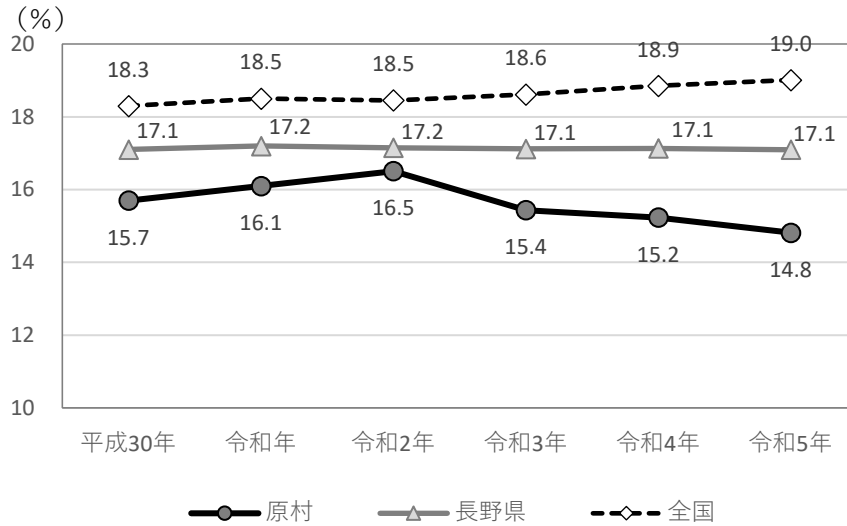
資料：介護保険事業報告月報（各年10月1日現在）

※（ ）割合は構成割合を示す

(5) 要介護認定率の比較

本村の要介護認定率は令和2年をピークに減少傾向にあり、令和5年に14.8%となっています。また、県・全国と比較すると低い値で推移しています。

図 要介護認定率の比較

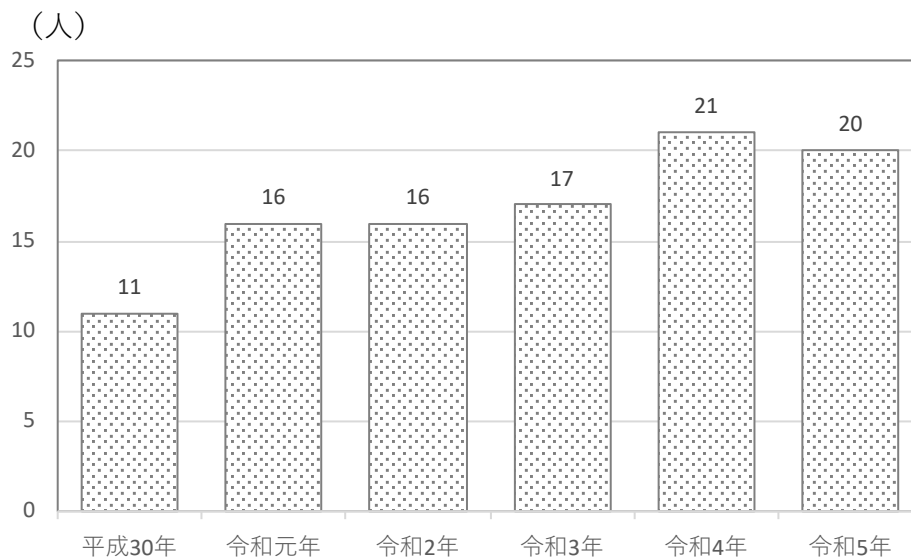


資料：介護保険事業報告月報（各年3月末現在）

(6) 介護予防・生活支援サービスのみの利用者の推移

本村の介護予防・生活支援サービスのみの利用者数は増加傾向となっており、令和5年で20人となっています。

図 介護予防・生活支援サービスのみの利用者の推移

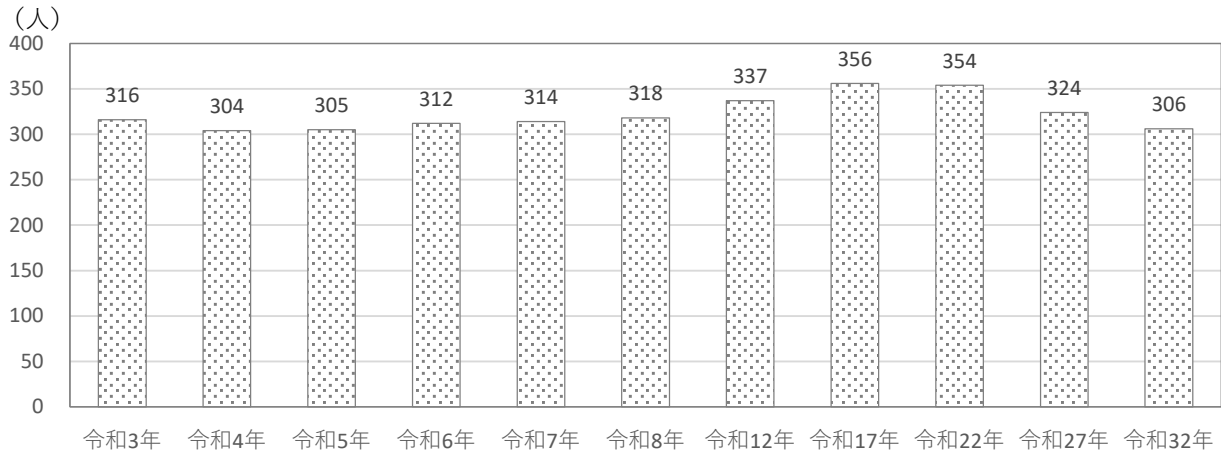


資料：原村地域包括支援センター

(7) 認知症高齢者の推移

本村の認知症高齢者数は、令和5年で305人となっています。
 今後、認知症高齢者数は令和17年をピークに増加傾向が予測されます。

図 認知症高齢者の推移



資料：実績は庁内調べ（令和6年以降は推計値）

(8) 高齢者からの相談件数等の推移

高齢者からの相談人数は増加傾向にあり、令和4年度には445人となっています。延回数では増減が移り変わり、令和4年度には1415回となっています。

表 高齢者からの相談件数等の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年	令和3年	令和4年
相談人数 (人)	316	324	412	354	445
延回数 (回)	1031	780	1051	1037	1415

資料：原村地域包括支援センター

2. アンケート調査結果〔諏訪広域〕からみえる現状

(1) 調査の概要

第9期高齢者福祉計画の策定にあたり、諏訪広域連合において実施したアンケート調査結果より現状を把握します。

居宅要介護・要支援認定者調査について、原村の回収率が高市町と比較し低いため、次回調査時には回収率を向上するための対応が求められます。

元気高齢者調査について、原村の回収率は他市町と同程度であるものの、人口比率で按分して配布数の設定を行っているため配布する調査対象者自体が少なく、その結果回収数が31票と少なくなっています。次回の調査時には調査対象者数を増やすなど高齢者の現状をしっかりと把握できる調査が求められます。

調査名称	高齢者等実態調査（令和5年8月、諏訪広域連合）			
調査目的	本調査は、3年ごとに見直しを実施している介護保険事業計画（令和6年度から3年間は、どんな介護サービスが必要となるのか、介護保険料は何円にしなければならないかなどを決めます。）の第9期計画を策定するために、基礎資料を得ることを目的として長野県と協力して実施したものです。			
調査対象者	居宅要介護・要支援認定者：要支援・要介護認定を受けていて在宅で生活されている方全員 元気高齢者：要支援・要介護認定を受けていない65歳以上の方から抽出			
調査期間	令和4年12月1日～令和4年12月26日			
調査方法	郵送による配付・回収			
配布・回収数	種別	配付数	回収数	回収率
	居宅要介護・要支援認定者	7,545票	4,243票 うち原村129票	56.2% うち原村38%
	元気高齢者	998票	666票 うち原村31票	66.7% うち原村69%



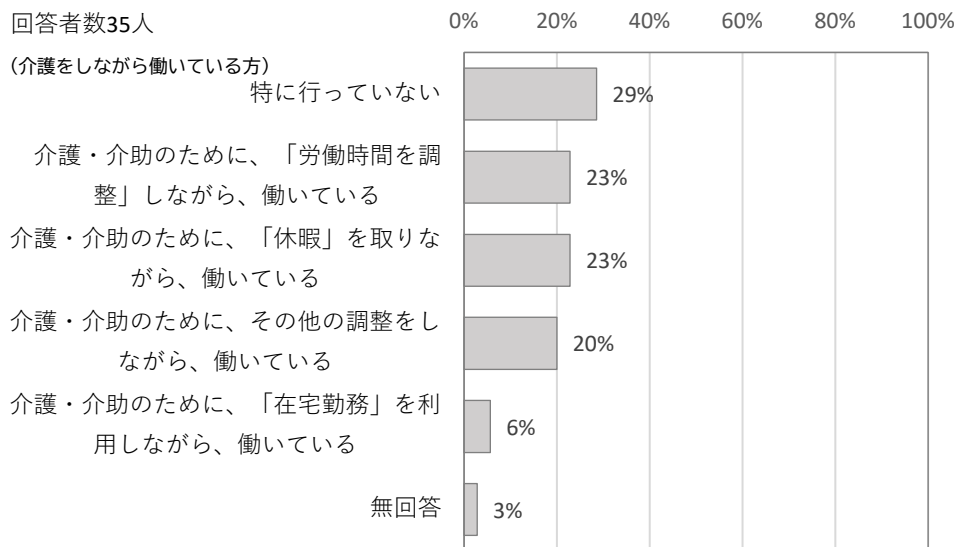
(2) 主な介護者の方について

① 介護をするにあたって、働き方についての調整等をしたか

〔居宅要介護・要支援認定者の介護者〕

「特に行っていない」の割合が29%と最も多く、次いで「介護・介助のために、『労働時間を調整』しながら、働いている」の割合が23%、「介護・介助のために、「休暇」を取りながら、働いている」の割合が23%となっています。

約7割の方が何らかの調整を行いながら働いており、前回調査や諏訪広域連合と同傾向になっています。

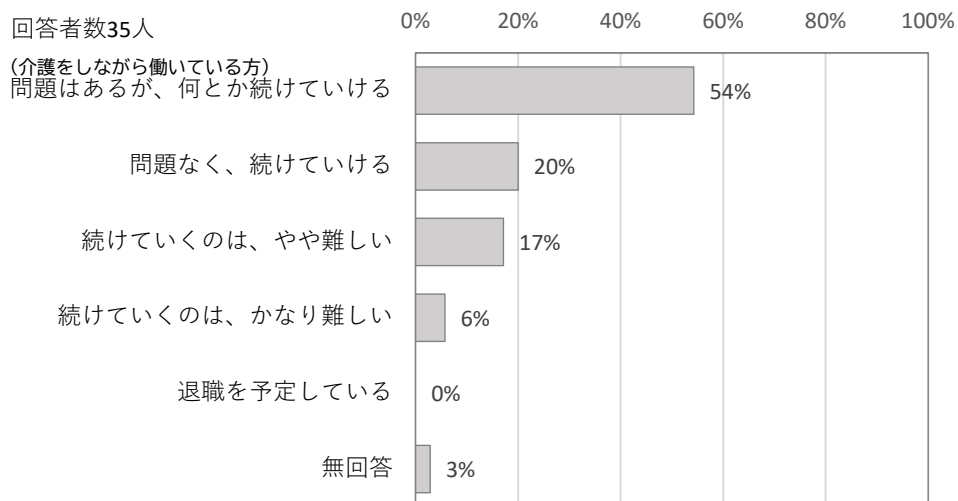


② 働きながらの介護・介助の継続について

〔居宅要介護・要支援認定者の介護者〕

「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が54%と最も高く、次いで「問題なく、続けていける」の割合が20%となっています。

働きながら介護・介助を続けていくのが難しい方は23%（8人）となっており、前回調査や諏訪広域連合と比較し、割合が多い状況です。

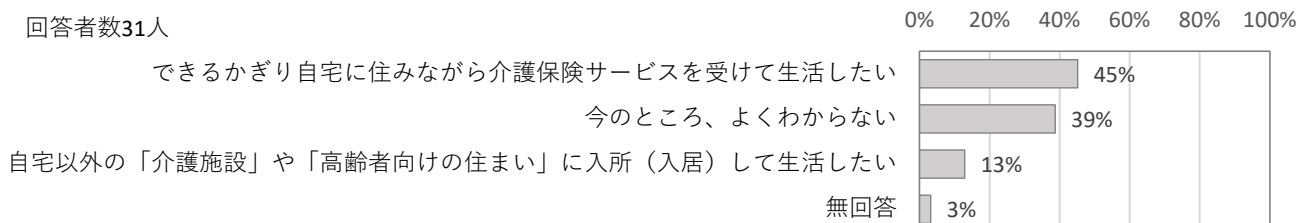


(3) 介護について

① 介護・介助を受けながら日常生活を送りたい場所

〔元気高齢者〕

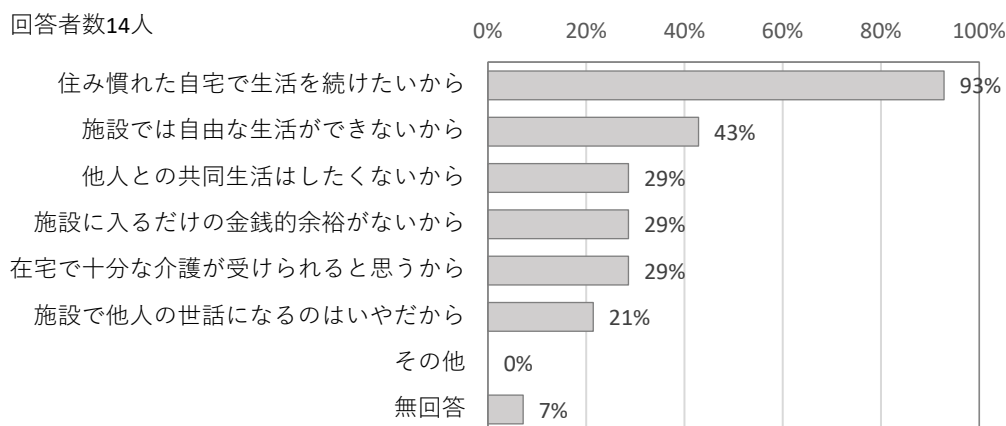
「できるかぎり自宅に住みながら介護保険サービスを受けて生活したい」の割合が45%と最も高く、次いで、「今のところ、よくわからない」の割合が39%、「自宅以外の『介護施設』や『高齢者向けの住まい』に入所(入居)して生活したい」の割合が13%となっており、前回調査や諏訪広域連合と同傾向になっています。



①-1 自宅で介護保険サービスを利用したい理由

〔元気高齢者〕

「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」の割合が93%と最も高く、次いで「施設では自由な生活ができないから」の割合が43%となっています。



①-2 施設等への入所(入居)を希望する理由

〔元気高齢者〕

施設等へ入所を希望している方は、全員がその理由を「家族に迷惑をかけたくないから」と回答しています。

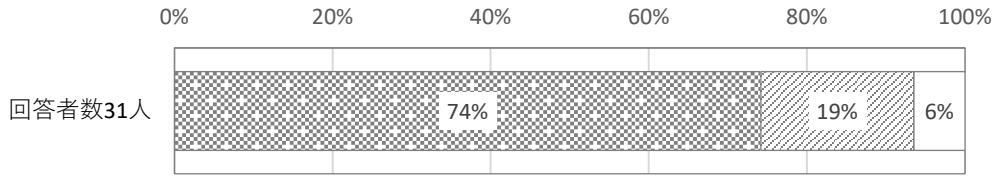
理由	回答者数
家族に迷惑をかけたくないから	4
自宅では、認知症対応やリハビリなど専門的な介護が受けられないから	—
家族は介護の時間が十分にとれないから	1
自宅では、急な容態変化や介護者の都合など緊急時の対応の面で不安だから	—
在宅で介護サービスを利用するより諸々の費用を考え総合的にみると経済的だから	—
住宅の構造に問題があるから	1
自宅でなく離れた場所にある施設なら世間の目が気にならないから	1
家族がいないから	1
その他	—

(4) 毎日の生活について

① 生きがいの有無

〔元気高齢者〕

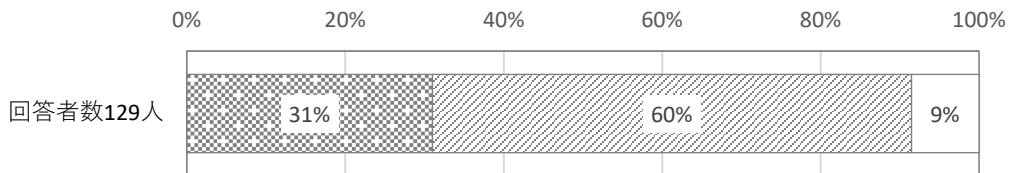
「趣味や生きがいあり」の割合が74%、「思いつかない」の割合が19%となっており、前回調査や諏訪広域連合と同傾向になっています。



■ 趣味や生きがいあり ■ 思いつかない □ 無回答

〔居宅要介護・要支援認定者〕

「趣味や生きがいあり」の割合が31%、「思いつかない」の割合が60%となっており、諏訪広域連合と同傾向になっています。なお、前回調査と比較し、「趣味や生きがいあり」のある方の割合は増加しています。



■ 趣味や生きがいあり ■ 思いつかない □ 無回答

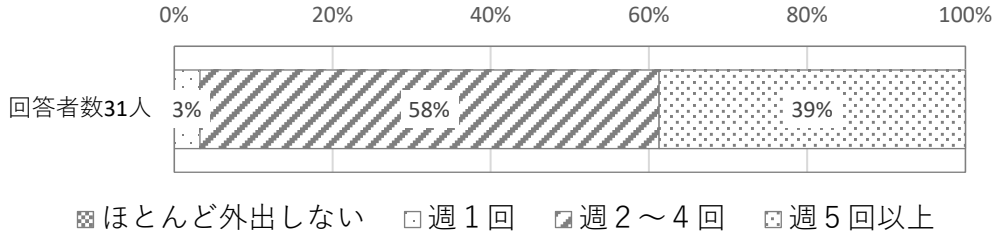


(5) からだを動かすことについて

① 外出状況

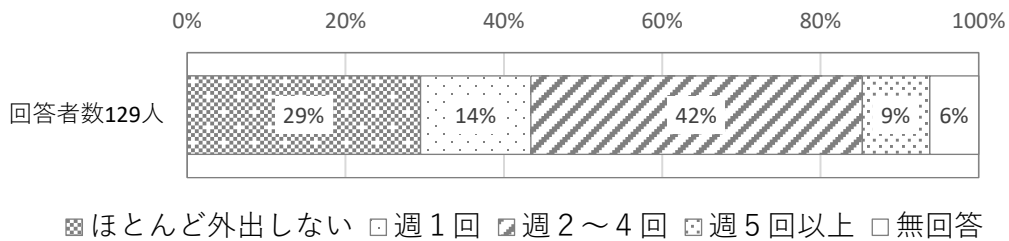
〔元気高齢者〕

「週2～4回」の割合が58%と最も高く、次いで「週5回以上」の割合が39%となっています。



〔居宅要介護・要支援認定者〕

「週2～4回」の割合が42%と最も高く、次いで「ほとんど外出しない」の割合が29%、「週1回」の割合が14%となっています。

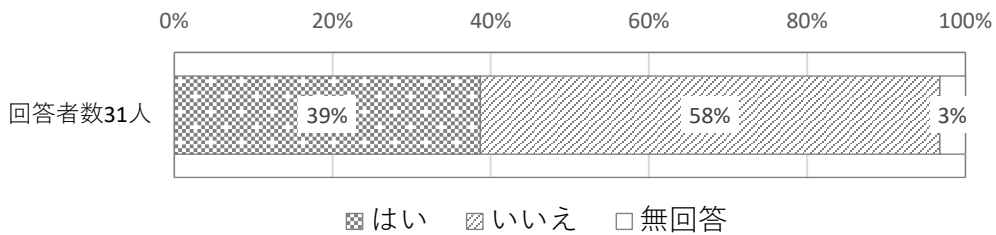


② 外出を控えているかについて

〔元気高齢者〕

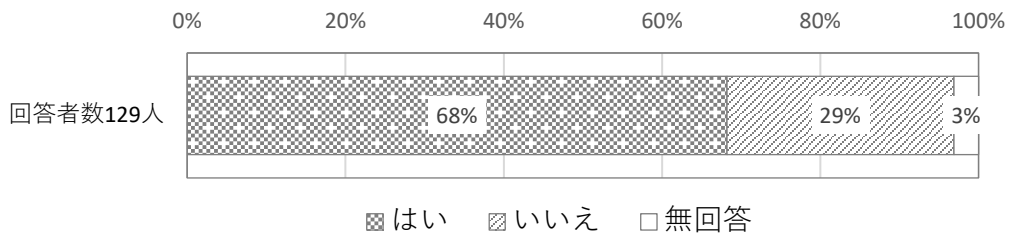
「はい」の割合が39%、「いいえ」の割合が58%となっています。

前回調査（「はい」16%）と比較し外出を控えている割合が多くなっており、コロナの影響が出ていると推察できます。



〔居宅要介護・要支援認定者〕

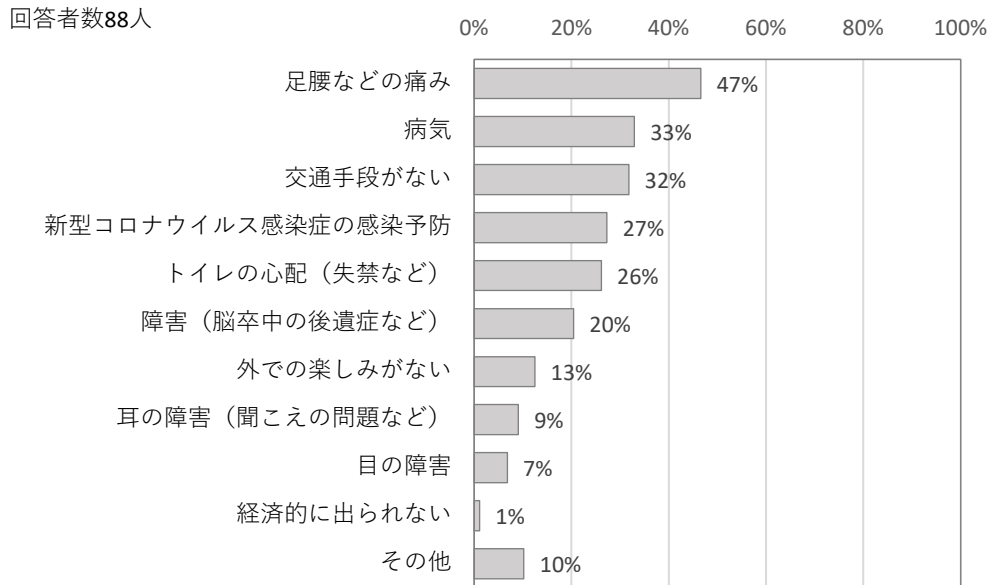
「はい」の割合が68%、「いいえ」の割合が29%となっています。居宅要介護・要支援認定者は、元気高齢者と比較し前回調査との差が少なくなっています。



③ 外出を控えている理由

〔居宅要介護・要支援認定者〕

「足腰などの痛み」の割合が47%と最も高く、次いで「病気」の割合が33%、「交通手段がない」の割合が32%となっています。

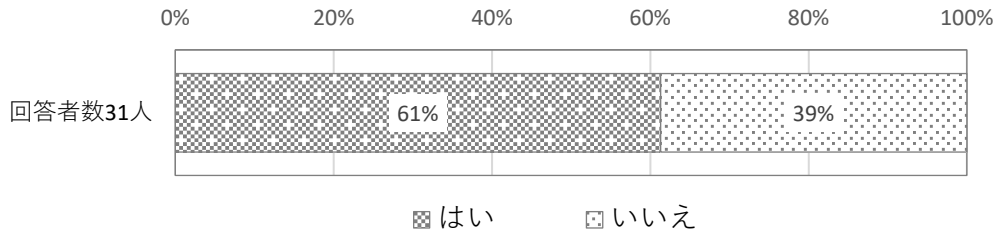


(6) 健康・介護予防について

① 健康診断の受診状況

〔元気高齢者〕

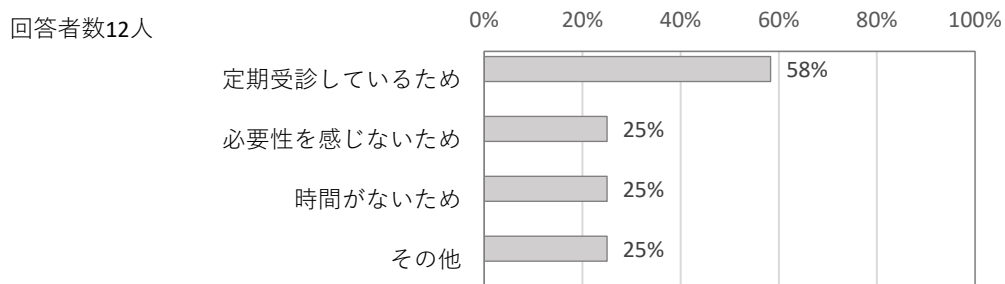
「はい」の割合が61%、「いいえ」の割合が39%となっています。



② 健康診断を受けていない理由

〔元気高齢者〕

「定期受診しているため」の割合が58%と最も高くなっています。

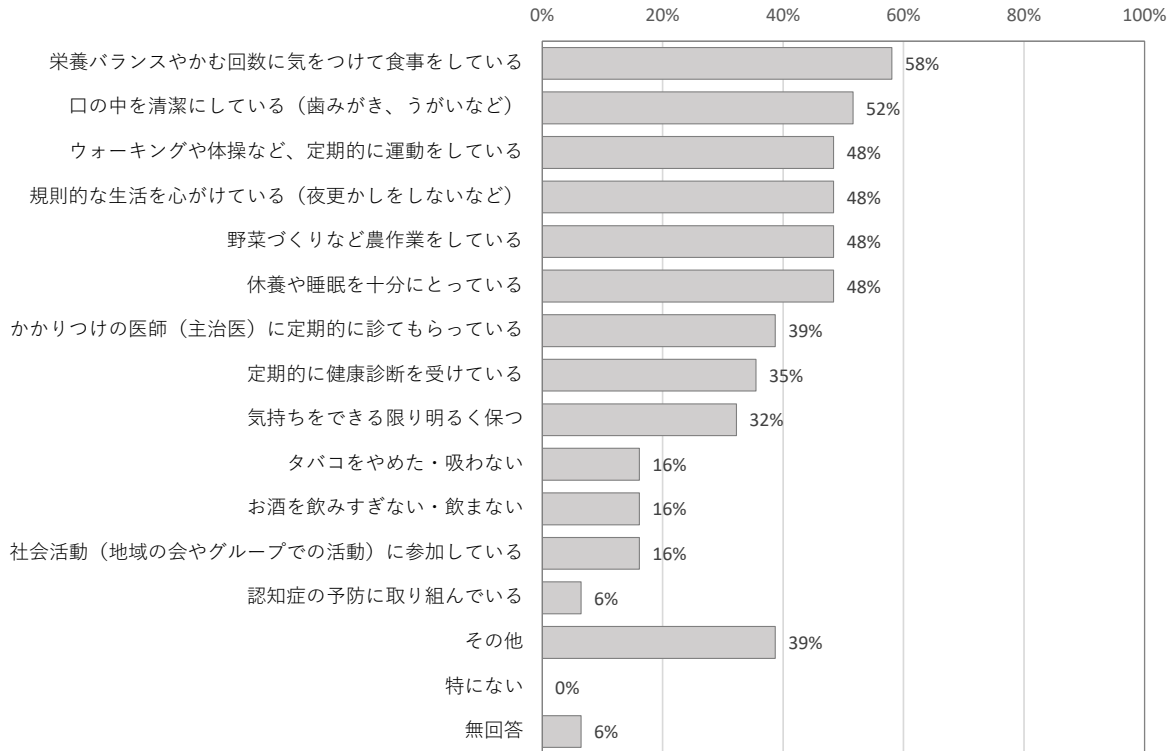


③ 普段から健康や介護予防のために気をつけていること

〔元気高齢者〕

「栄養バランスやかむ回数に気をつけて食事をしている」の割合が58%と最も高く、次いで「口の中を清潔にしている（歯みがき、うがいなど）」の割合が52%となっています。

回答者数31人

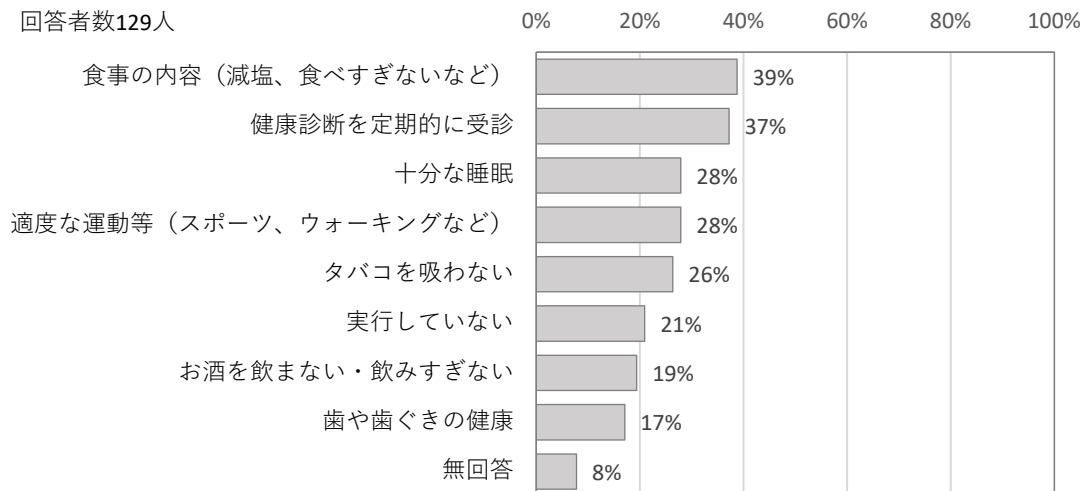


④ 40歳以降、日常生活で健康のために行動したり、気をつけたりしたかの有無

〔居宅要介護・要支援認定者〕

「食事の内容（減塩、食べすぎないなど）」の割合が39%と最も高く、次いで「健康診断を定期的に受診」の割合が37%、「十分な睡眠」の割合が28%となっています。

回答者数129人

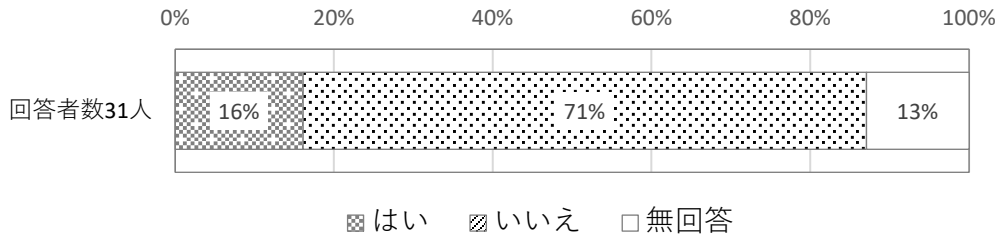


(7) 認知症について

① 認知症に関する相談窓口の認知度

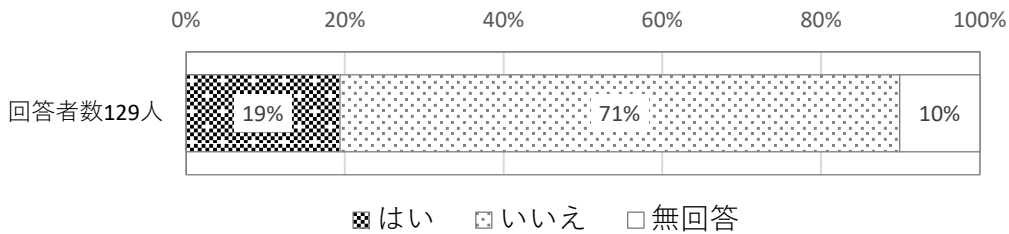
〔元気高齢者〕

「はい」の割合が16%、「いいえ」の割合が71%となっています。前回調査「はい」19%よりも若干認知度が低くなっています。



〔居宅要介護・要支援認定者〕

「はい」の割合が19%、「いいえ」の割合が71%となっています。前回調査「はい」28%よりも認知度が低くなっています。

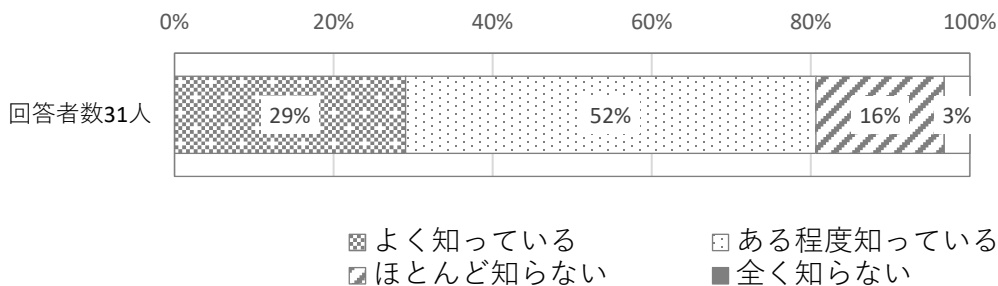


② 認知症の症状の認知度

〔元気高齢者〕

「ある程度知っている」の割合が52%、「よく知っている」の割合が29%、「ほとんど知らない」の割合が16%となっています。

認知症の症状については、前回調査「よく知っている」「ある程度知っている」計78%と比較し、認知度が若干高くなっています。

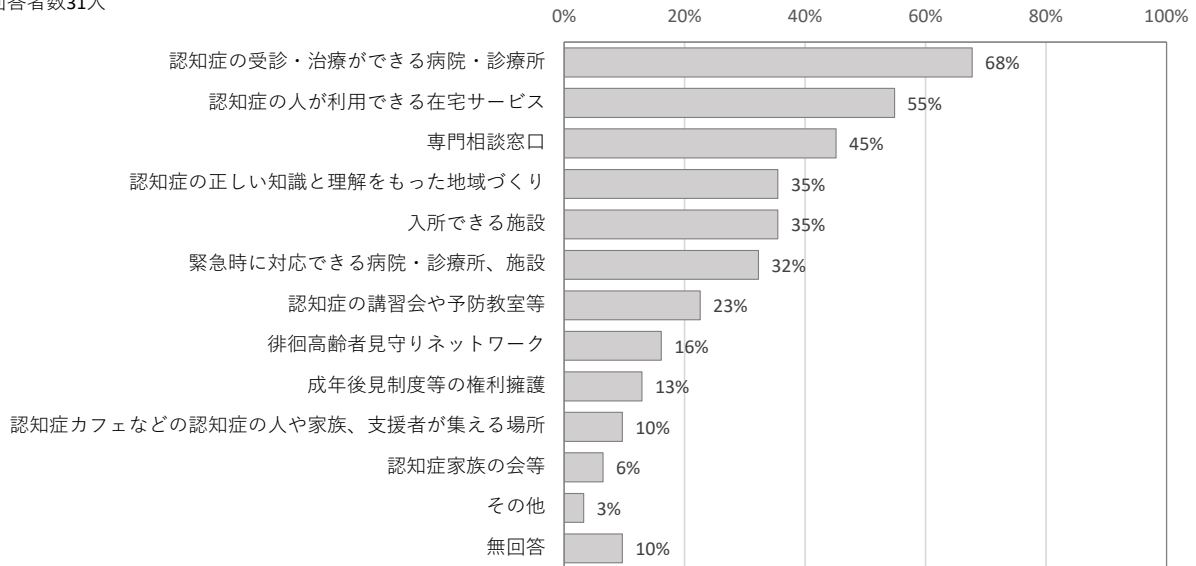


③ 認知症になっても安心して暮らしていくために充実すること

〔元気高齢者〕

「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」の割合が68%と最も高く、次いで「認知症の人が利用できる在宅サービス」の割合が55%となっています。

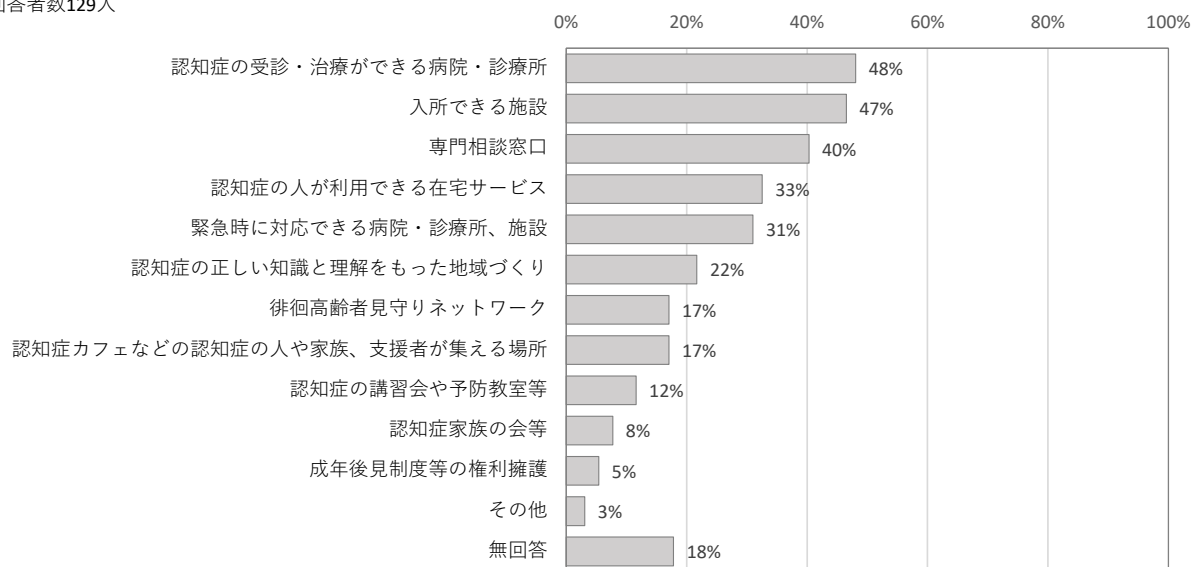
回答者数31人



〔居宅要介護・要支援認定者〕

「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」の割合が48%と最も高く、次いで「入所できる施設」の割合が47%となっています。

回答者数129人



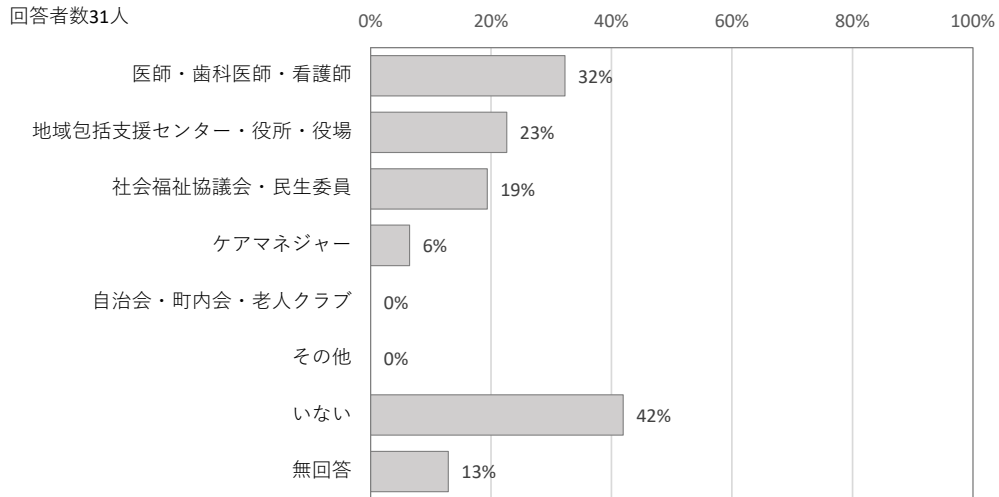
(8) 助け合いについて

① 家族や友人・知人以外の相談相手

〔元気高齢者〕

「いない」の割合が42%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」の割合が32%、「地域包括支援センター・役所・役場」の割合が23%となっています。

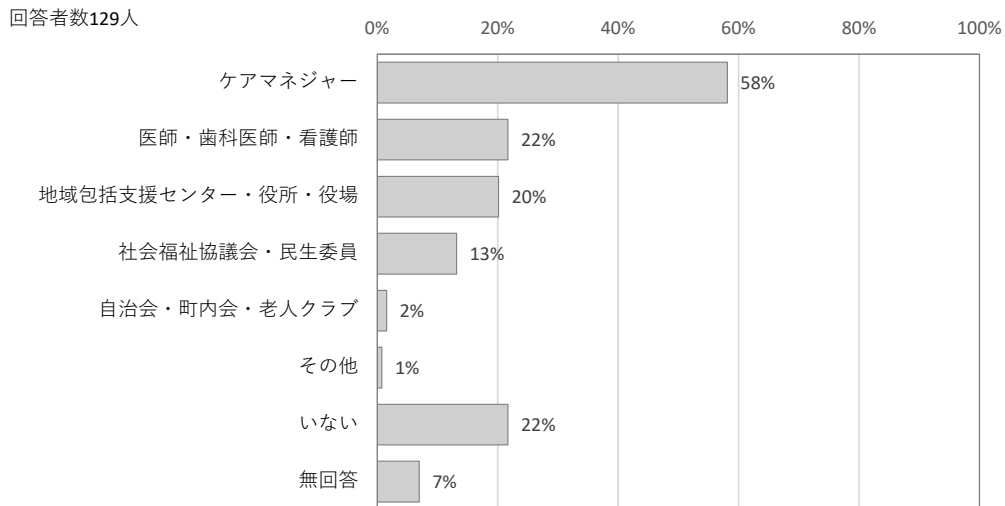
諏訪広域連動と比較し、「いない」の割合が多くなっています。



〔居宅要介護・要支援認定者〕

「ケアマネジャー」の割合が58%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」の割合が22%、「地域包括支援センター・役所・役場」の割合が20%となっています。

諏訪広域連動と比較し、「いない」の割合が多くなっています。



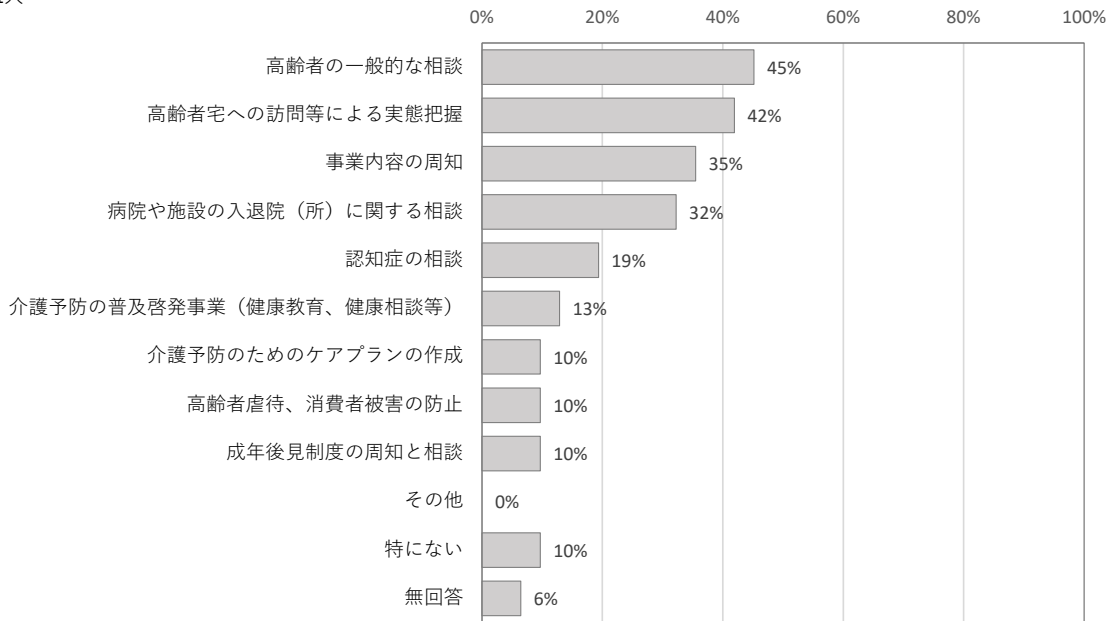
(9) 地域包括支援センターについて

① 地域包括支援センターに力を入れてほしい事業

〔元気高齢者〕

「高齢者の一般的な相談」の割合が45%と最も高く、次いで「高齢者宅への訪問等による実態把握」の割合が42%、「事業内容の周知」の割合が35%となっています。

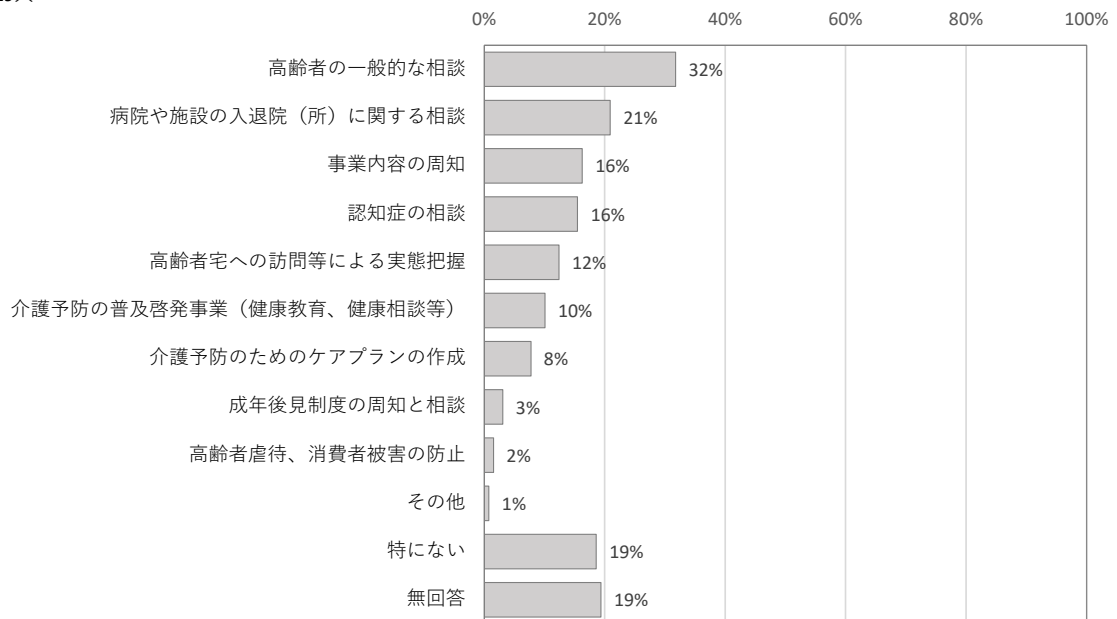
回答者数31人



〔居宅要介護・要支援認定者〕

「高齢者の一般的な相談」の割合が32%と最も高く、次いで「病院や施設の入退院(所)に関する相談」の割合が21%、「事業内容の周知」の割合が16%となっています。

回答者数129人



3. アンケート調査結果〔包括支援センター〕からみえる現状

(1) 調査の概要

諏訪広域連合アンケート調査では、実施していない項目について、原村地域包括支援センター（ひだまり）が実施した「健康と生活に関する調査」を活用し、現状を把握します。

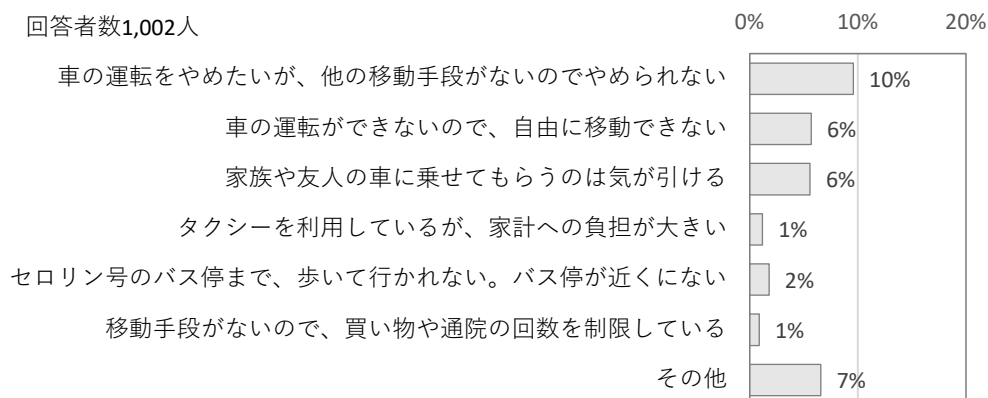
調査名称	原村 健康と生活に関する調査 (令和5年3月、原村地域包括支援センター（ひだまり）)		
調査目的	本調査は、原村地域福祉計画及び高齢者福祉計画の策定や事業の実施、効果的な介護予防事業実施のために、調査を実施したものです。		
調査対象者	70歳以上84歳までの要介護1～5の認定をお持ちでない方		
調査期間	令和5年1月27日から令和5年3月31日		
調査方法	郵送による配布・回収		
配布・回収数	配付数	回収数	回収率
	1,522票	1,002票	65.5%

(2) 高齢者の意向

① 外出時の困りごと

〔元気高齢者〕原村地域包括支援センター調査

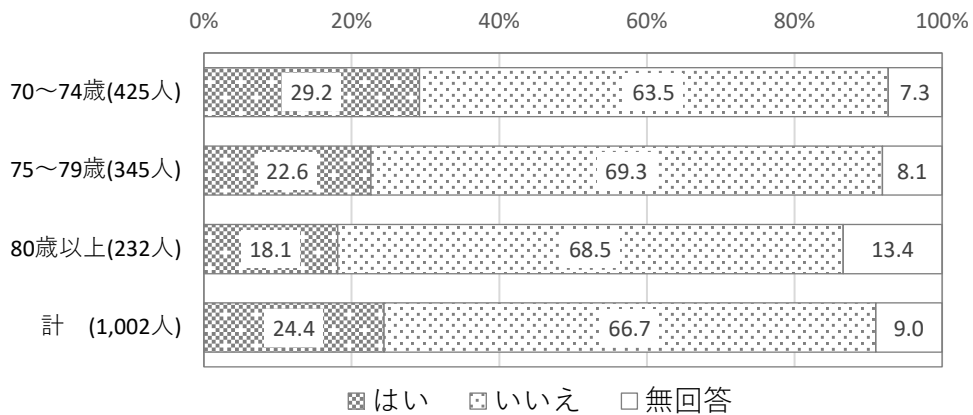
「車の運転をやめたいが、他の移動手段がないのでやめられない」の割合が10%と最も高くなっています。



② ボランティアに対する意欲

〔元気高齢者〕原村地域包括支援センター調査

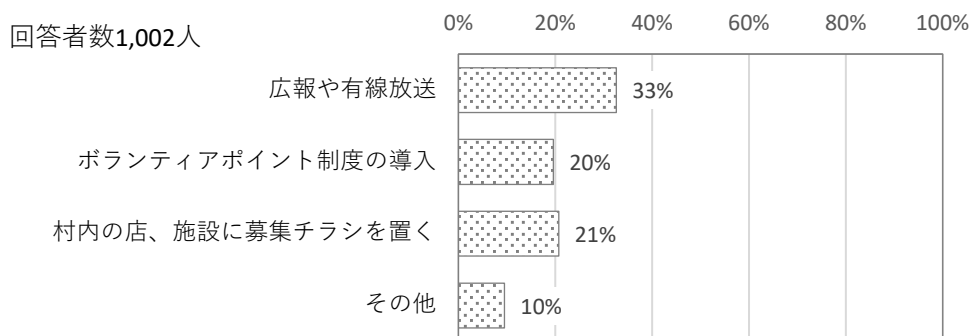
元気高齢者のうち4人に1人がボランティアをやってみたいとしており、若い年齢の方が割合は高くなっています。



③ ボランティアを増やすために必要なこと

〔元気高齢者〕原村地域包括支援センター調査

ボランティアを増やすために必要なこととして、「広報や有線放送」の割合 33%が最も高く、次いで「村内の店、施設に募集チラシを置く」の割合が 21%、「ボランティアポイント制度の導入」の割合が 20%となっています。



4. 原村の高齢者を取り巻く重点課題

統計データやアンケート結果を基に、第9期計画における原村の高齢者を取り巻く重点課題を整理しました。

重点課題1 介護予防・健康づくり

本村では、地域で健康づくりや介護予防の推進を担う人材の育成を進め、活動体制の充実を図るとともに、健康診査は健康づくりを始めるきっかけになるため、その受診率の向上に努めてきました。

高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、年に1回以上健康診断を受けているかについて、「はい」(61%)、「いいえ」(39%)となっています。ただし、受けていない理由は「定期受診しているため」との回答が多く見られることから、健康への関心は高いことがうかがえます。

高齢者等実態調査結果/居宅要介護・要支援認定者等をみると、40歳以降、日常生活で健康のために行動したり、気をつけたりしたことは、「食事の内容」(39%)、「健康診断を定期的に受診」(37%)、「十分な睡眠」(28%)となっています。

また、高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、普段から健康や介護予防のために気を付けていることは、「栄養バランスある食事」(58%)、「口腔内の清潔」(52%)、「定期的な運動」(48%)、「規則正しい生活」(48%)、「農作業」(48%)、「十分な休養や睡眠」(48%)となっており、多様な取り組みを実践されています。

一方、高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、外出を控えているかについて、「はい」(39%)が前回調査(「はい」16%)と比較し多くなっています。全国的に新型コロナウイルスの流行により、高齢者の外出控えが未だ多い状況にあります。

生活習慣病の発症や重症化を予防するため、各種健(検)診の受診による早期発見・早期治療や、日頃から自分の健康状態に関心を持ち、自ら健康状態を把握し、積極的に健康管理を行っていくことが必要です。健康寿命の延伸を目指し、住民一人ひとりが健康増進の基本となる食生活や運動、休養、飲酒、喫煙、歯と口腔のそれぞれの健康的な生活習慣の実践に取り組んでいくことが重要です。

住民が主体的に介護予防に取り組めるよう、家族、近隣住民、ボランティア等の支援や介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービスを取り入れた介護予防サービス計画(介護予防ケアプラン)の作成や評価を適切に行い、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを一層充実させることが必要です。特に、社会参加の機会の創出、外出支援など、高齢者と地域のつながりの充実が求められています。

国においては、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することを目指していることから、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進していくための方策を検討していくことが必要です。

重点課題2 重層的支援体制整備事業の推進

本村では、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくため、必要なサービスを必要なタイミングで受けることができるよう、適切な情報提供や相談体制の充実に努めてきました。

しかし、高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、家族や友人・知人以外の相談先は、「いない」(42%)が最も多くなっており、専門職である「医師・歯科医師・看護師」(32%)、「地域包括支援センター・役所・役場」(23%)、「社会福祉協議会・民生委員」(19%)は低い結果となっています。

高齢者等実態調査結果/居宅要介護・要支援認定者等をみると、専門職である「ケアマネジャー」(58%)が最も多くなっていますが、「いない」(22%)方もいます。

また、高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、認知症の症状の認知度は、「よく知っている」(29%)、「ある程度知っている」(52%)となっており、約8割の認知度があります。一方、認知症に関する相談窓口の認知度は、元気高齢者で「はい」(16%)、居宅要介護・要支援認定者等で「はい」(19%)と認知度が低くなっています。

地域の関係機関等の連携により、地域包括支援センターを中心とした多様な内容に対する相談ができる体制が構築されていますが、相談窓口の認知度は低く、あまり活用されていない状況が分かります。

このため、これまで整備・充実してきた相談ネットワークが活用できるよう継続した情報発信を行い、介護等が必要な高齢者に限らず、広く住民の認知度向上を図るとともに、相談しやすい環境づくりが求められています。

また、従来の対象者ごと・分野別の支援体制に捉われず、住民と行政、民間事業者など多様な関係者が一丸となって、創意工夫をもって包括的な支援体制を円滑に構築・実践できる仕組みづくりが求められています。

村では、こうした課題に対応するため、令和6年度より「重層的支援体制整備事業」を実施し、高齢者の日常生活支援の強化を図りますが、事業実施のため行政と住民及び関係機関との連携の強化が課題となっています。

第 3 章

計画の基本的な考え方

1. 基本理念

本村では、「第5次原村総合計画」を策定し、将来ビジョンとして「人と自然と文化が息づく美しい村」を掲げて、各施策を進めています。

令和7（2025）年にはすべての団塊の世代が75歳以上になり、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、要介護認定者、認知症高齢者が増加することが予測されます。

こうした中、すべての高齢者が生きがいに満ち、暮らし続けるためには、「健康寿命」の延伸が重要であり、必要に応じて適切なサービスを受けられることが大切です。

しかしながら、近年の社会情勢から、高齢者を公的な制度や福祉サービスだけで支えることは難しい状況となっており、高齢者を取り巻く生活課題に対し、きめ細かく対応するためには、高齢者を含めた多様な主体が支え合う地域共生社会を実現していくことが求められます。また、みんなで村の事を考え、誰ひとり取り残さない村の実現が求められます。

本計画は、高齢者に関する専門的・個別的な領域を担うとともに、前計画の基本的考え方や趣旨を今後も踏襲し、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた施策および事業を積極的に展開していくため、本計画の基本理念を「日本一元気な高齢者 ～地域で支え合い、誰もが元気でいきいきと安心して暮らせる原村～」とします。



日本一元気な高齢者

～ **地域で支え合い**

誰もが元気でいきいきと

安心して暮らせる原村 ～

2. 基本目標

基本理念である「日本一元気な高齢者 ～地域で支え合い、誰もが元気でいきいきと安心して暮らせる原村～」を実現するため、次のとおり、5つの基本目標とそれぞれの基本施策を定めます。医療、介護、生活支援等の各サービスを一体的に切れ目なく提供し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域包括ケア体制の充実をめざします。

基本目標1 健康づくり・介護予防の推進

高齢者が今後も健やかに住み慣れた地域で自立し自分らしく生活していくためには、要支援・要介護状態となることを防ぐことが重要です。そのため、健康診査などの健康づくりを推進するとともに、身近な地域で気軽に健康づくり活動に取り組めるよう、健康づくりの場の充実を図ります。特に、地域のみんなで関心を持ち、取り組んでいく環境づくり・意識づくりを目指します。

また、要介護状態になるおそれのある高齢者に対して、その前の段階から、一人ひとりの状況に応じ、高齢者の QOL（生活の質）の向上を目指し、介護予防・日常生活支援総合事業をはじめ、効果的な介護予防事業により地域とのつながりの維持や自立した生活を確保します。

基本目標2 高齢者の生きがいづくりの推進

高齢者が豊富な知識や経験を活かしながら自らが支える側となって活躍し、いつまでも健康で生きがいをもって生活できるよう、社会とつながりができるよう、社会参加を促進する場づくりを目指します。

また、高齢者が買い物や病院に不自由なく行けるよう、AI 乗合オンデマンド交通「のらぎあ」や福祉輸送サービス事業の利用を促進し、移動や外出を支援します。

基本目標3 重層的支援体制整備事業の推進

従来の対象者ごと・分野別の支援体制に捉われず、住民と行政、民間事業者など多様な関係者が一丸となって、創意工夫をもって包括的な支援体制を円滑に構築・実践できる仕組みづくりなど重層的な支援を推進します。

高齢者が介護や支援が必要になっても、認知症となっても、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域における身近な総合相談窓口として地域包括支援センターの質の向上を図り、相談体制の充実を目指します。特に、高齢者や家族など誰もがいつでも相談できるよう、関係機関との連携を図り、相談窓口の認知度向上やサービス内容の情報発信を推進します。

基本目標4 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、一人一人にあった介護・医療サービスを重層的に提供できるよう、支援やサービスの充実に取り組み、地域の関係団体等と連携した包括的な支援体制の更なる充実を図ります。専門職や地域との連携をさらに進めることで、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を深化・推進します。

また、認知症高齢者が増加していくと推測される中で、認知症高齢者やその家族に対する地域での支援の充実を図ります。認知症予防の取組の強化、認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チームによる支援体制の整備等早期発見・早期対応の体制強化に努めるとともに、地域で認知症サポーター、ボランティアや地域住民等による見守りネットワークの更なる充実を図ります。

基本目標5 高齢者の安心と地域生活への支援

安全・安心な生活環境を実現するため、高齢者が社会の一員として住み慣れた地域で自立した日常生活や社会生活を営めるよう、家族の負担が軽減するよう、住まいや防災体制の充実等とともに、地域住民の支え合い、助け合いによる共生のまちづくりの推進に努めます。

個々人の意思を尊重した生活を実現するため、生活環境や心身の状況等に応じて、できる限り住み慣れた地域での生活を続けることができるよう、また、高齢者本人の意思に基づき、自立した生活を送ることができるよう、真に支援が必要な高齢者に対して、適切にサービスが提供されるよう取り組みます。

3. 第9期計画の施策体系

[基本理念]

[基本目標]

[施策]



第4章

施策の展開・実施事業

基本目標1 健康づくり・介護予防の推進

施策1-1 介護予防の推進

高齢者を年齢や心身の状態などによって分け隔てることなく、住民が主体となって行う自主グループの活動を広く展開し、心身機能を保持するため、要介護状態となる可能性の高い対象者を早期に発見するとともに、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりによる介護予防を目指します。

高齢者がそれぞれの地域の中で、自発的に介護予防・フレイル予防に取り組むことができるグループの立ち上げや活動の継続に対する支援を行うために、各事業を有機的に連動させていきます。

そのために、住民主体を基本とし、地域の中に生きがいや役割をもって生活でき、高齢者が興味関心をもって参加できるような形での「通いの場」の立ち上げを支え合い推進員とともに連携し支援していきます。

また、自立支援に資する取組を推進し、自主活動の場として利用できる場所や会場へ保健師等専門職を派遣し、グループの継続・再開への支援や新規グループの立ち上げ支援を実施していきます。

事業名	事業概要
介護予防ケアマネジメント事業	要支援認定者・総合事業対象者が自立した生活を送れるよう、ケアマネジメントを実施します。
一般介護予防事業	要介護状態予備軍にある方を早期に発見し、介護予防につなげます。運動機能向上教室や、認知症予防教室等の介護予防教室を開催し、住民が参加できるよう取り組んでいきます。地域でのグループが介護予防や健康づくりのための活動を続けられるよう支援します。新規自主グループの活動を支援します。地域包括支援センター、社会福祉協議会との連携のもと、各地区において出前介護予防教室を開催します。
地域介護予防活動支援事業	住民主体の通いの場の活動や地区別のミニサロンの開催など、自主活動支援を行います。また、健康づくり・フレイル予防のため医療給付係と連携し、地区サロンや通いの場へ保健師・栄養士を派遣します。
出前講座	地区サロンや老人クラブでの開催依頼に応じ、出前講座を実施します。出前講座のメニューを作成するなど、周知強化を図ります。

施策1-2 健康づくりの推進

高齢者が生活習慣病の予防や健康づくりを推進するとともに、住み慣れた地域でいつまでも安心して生活できるよう、各種健（検）診の受診勧奨、高齢者食生活改善事業や健康づくり教室などの取り組み等を通じて、高齢者の自主的な介護予防を支援します。

事業名	事業概要
健診事業	基本健診やがん検診等を実施します。また、健診の受診勧奨や、健診後の保健指導を行います。
健康づくり教室	地域包括支援センターや社会体育館等と連携して、運動サロンや健康づくり教室を開催します。 フレイル予防のための活動を継続して行っています。
スポーツ・レクリエーション機会の提供	社会体育館や生涯スポーツ団体等と連携し、軽スポーツやレクリエーション等、運動をする機会を提供します。
老人医療費特別給付金事業	村の特色ある同制度について、継続しての周知を図ります。
高齢者食生活改善事業	高齢者等を対象に、食生活の改善を支援します。



基本目標2 高齢者の生きがいの推進

施策2-1 社会参加や就労への支援

高齢者のニーズを捉えながら、シニア大学への入学の促進、ボランティア活動の充実など、高齢者の活動のきっかけづくりの充実を図ります。

また、高齢者が培ってきた知識や技能をいかし、労働力の担い手として活動できるよう、シルバー人材センター等と連携しながら、高齢者の就労に対する理解促進、就業機会の提供、就業に関する情報提供等に努めます。

事業名	事業概要
高齢者祝賀事業（敬老会・敬老祝い金）	敬老祝い金を贈呈します。 敬老会を開催した地区に補助金を支給します。
生涯学習活動の支援	中央公民館、社会福祉協議会と連携しながら高齢者の活動を支援します。 シニア大学の入学の促進を図ります。
ボランティアへの支援	社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携して、ボランティア団体の活動を支援します。 引き続き、ボランティアポイント制度の検討をしていきます。
シルバー人材センターへの活動支援	高齢者の就業支援のため、就業の機会の確保に努めます。
就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）配置	シルバー人材センターの会員の確保や高齢者の多様な就業ニーズに応じた就業機会の提供活動を支援します。また、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するための、就労的活動支援コーディネーターの配置について、検討します。

施策2-2 高齢者の外出支援

高齢になっても障がいがあっても、これまで暮らしてきた地域で安心して暮らし続けるには、通院、買い物などに伴う「移動・外出」が欠かせません。

また、自家用車などの移動手段や運転免許証がなくても買い物や病院など希望する場所に行くことができ、生活の質を守り地域で暮らし続けられるまちが求められています。

高齢化の進展により、移動手段を持たない「交通弱者」の増加が見込まれることから、高齢者の移動の利便性を向上し、外出の機会を支援するため、福祉輸送サービス事業や、公共交通による移動環境の充実を図ります

そして、公共交通が単なる移動手段としてだけでなく、顔見知りをつくる地域のコミュニケーションの場としてなど、人と人がつながるツールとなるよう、利用促進に取り組みます。

また、子どもや障がいのある人、高齢者等に配慮した施設の整備など、誰もが利用しやすいまちの整備を進めます。

事業名	事業概要
福祉輸送サービス事業	原村社会福祉協議会により、移動困難な高齢者の通院や公共施設への福祉有償運送を実施します。
AI 乗合オンデマンド交通「のらざあ」の運行	公共交通機関として、買い物や通院等を考慮したAI乗合オンデマンド交通「のらざあ」を運行します。
運転免許証返納支援事業	認知機能の低下など運転が不安な方に対し、免許返納を促します。運転免許を返納した方に対し、AI乗合オンデマンド交通「のらざあ」を利用できるよう一定額の現金を支給します。



基本目標3 重層的支援体制整備事業の推進

施策3-1 相談・情報提供の充実

高齢者福祉サービス等の情報提供については、高齢者福祉サービスガイドブック「高齢者おたすけまっぷ」を活用し情報の周知を行うとともに、高齢者の何でも相談窓口として地域包括支援センター「ひだまり」の周知活動の継続など、身近な地域において気軽に相談できる体制の充実を図ります。

事業名	事業概要
高齢者福祉サービス・社会資源の情報提供	高齢者福祉サービスガイドブック「高齢者おたすけまっぷ」を活用し情報の周知を行います。随時、広報紙や有線放送等を利用した広報活動を行います。
地域包括支援センターの周知	高齢者の何でも相談窓口として、介護や健康に関する様々な相談に対応します。多くの機会を利用し、地域包括支援センター「ひだまり」の周知活動を継続していきます。
介護相談員派遣事業	介護相談員が施設を訪問し、介護サービスに対する相談活動を行います。

施策3-2 地域の支え合いネットワークの充実

医療機関やケアマネジャー、介護サービス事業者との意見交換等を行い情報交換など行うとともに、住民や民生・児童委員とも連携しながら、支援を必要としている高齢者等の早期発見や速やかな対応ができる体制の充実を図ります。

特に、地域住民やボランティア団体、地域商店、学校、ご近所など、地域で生活する全ての人と人がつながる地域づくりを目指します。

事業名	事業概要
医療と介護の連携会議	医療機関やケアマネジャー、介護サービス事業者との意見交換等を行い、情報交換等を行うため会議を開催します。
民生児童委員との連携	民生児童委員と連携し、支援を必要としている高齢者等の早期発見や速やかな対応に努めます。
重層的支援体制整備事業	地域住民や関係機関と連携し、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施します。

基本目標4 地域包括ケアシステムの深化・推進

施策4-1 地域包括ケアの更なる充実

包括的継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のため、人員の拡充を図るなど、高齢者の地域包括ケア推進の中核的役割を担う地域包括支援センターの機能強化に取り組みます。また、地域ケア会議を開催し、個別ケースに関する対策の検討・情報交換、地域資源の状況や、不足しているサービスなどの地域課題に取り組み、地域への展開に向けて取り組みます。

事業名	事業概要
地域包括支援センターの機能強化	保健師、社会福祉士等が専門性をいかし、介護予防ケアマネジメント事業、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的継続的マネジメント事業を実施します。予防事業にかかわる人員を確保し、急な相談・訪問に対処できる体制づくりを行います。
地域ケア会議の開催	地域包括支援センターとの連携のもと、多職種協働による個別ケースの課題解決に向けた個別ケア会議を開催します。個別ケア会議の積み重ねにより得た地域課題の解決のため、地域ケア会議を開催します。
生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーターが中心となり高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していきます。



施策4-2 認知症高齢者への支援

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるように、認知症の理解を地域全体に広めるためにあらゆる機会を活用し、知識の普及啓発を行います。

認知症の早期発見・早期対応の推進のために、認知症初期集中支援チームの周知を図り、地域住民が認知症のことについて、気軽に相談できる窓口としての機能を充実します。

認知症になっても住み慣れた地域で、できる限り自分らしい生活を送れるように、認知症ケアパスの活用及び認知症高齢者等やその家族の相談支援等、認知症高齢者等やその家族の視点を重視した体制づくりに取り組みます。

事業名	事業概要
認知症に関する知識の普及・理解の促進	認知症サポーター研修の開催や広報等を利用し、認知症に関する知識の普及啓発を行います。
認知症サポーターの養成	認知症に関する正しい知識と理解を深めるため、認知症サポーター研修会を開催します。認知症サポーターへステップアップ研修を行い、認知症地域支援推進員を養成する体制づくりに努めます。
認知症予防の推進	生活習慣病の予防啓発や健康診査の受診勧奨を行い、認知症予防に向けた健康づくりを推進します。また、一般介護予防事業では認知症予防のための教室を開催します。地区サロンを通じた相談対応や予防の機会を創出します。
認知症ケアパスの活用	認知症高齢者に対して、適切なサービスが提供できるように、医療機関や介護サービス事業者との連携体制を強化します。
認知症初期集中支援チームの設置	認知症が疑われる方や家族を訪問し、適切な医療、介護サービスを紹介します。認知症の初期段階の方をチームで支援していきます。認知症初期集中支援チームを広く周知していきます。
認知症地域支援推進員の配置	認知症疾患医療センター、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族等へ相談支援を行います。
チームオレンジの推進	ステップアップ講座の開催を推進し、チームオレンジの仕組みを整備していきます。
通いの場の拡充 等	地区サロンやおいでなして原宿など通いの場を活用し、認知症の早期発見、予防のための活動を行います。

施策4-3 認知症高齢者家族への支援

今後、後期高齢者の増加に伴い、本村においても認知症高齢者が増加することが見込まれます。そのため、認知症について、多くの住民に正しい理解と知識をもっていただくことや、認知症の早期発見・早期対応につなぐことが重要です。

さらに、介護者の精神的・身体的負担が大きいことから、家族への介護負担を緩和するため、同じ気持ちを分かち合える場所（家族介護者の会、認知症カフェ等）を周知するとともに、認知症の方やその家族が安心してサービスを利用できる体制を整備することが重要です。

今後、引き続き、認知症介護に関するあらゆる相談支援ができる身近な相談窓口である地域包括支援センターの周知とともに、認知症高齢者が徘徊したときなど、緊急に適切な支援・保護ができるよう、早期発見・保護できるよう地域の見守りネットワークの充実を図ります。

さらに、認知症予防には、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味があります。

事業名	事業概要
徘徊SOSネットワーク事業	認知症等による高齢者が行方不明になった場合、地域の支援を得て早期に発見できるようリアルタイム登録などの方法を整備し支援体制を強化していきます。
徘徊高齢者家族支援サービス事業	徘徊がみられる認知症高齢者を介護している家族が、徘徊した高齢者を早期に発見できるシステムを利用する場合に費用の一部を助成します。
認知症カフェ	認知症の人を介護している家族等が、気軽に参加できる認知症カフェを定期的で開催します。



基本目標5 高齢者の安心と地域生活への支援

施策5-1 日常生活への支援

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、日常生活を支援する多様な生活支援サービスの提供体制の充実に取り組みます。

事業名	事業概要
ホームヘルパー派遣事業	生活援助や身体介護が必要で、介護保険上のサービスを受けられない人等に対して、ホームヘルパーによる生活援助を行います。事業の普及啓発に取り組みます。
生きがい対応型デイサービス事業	デイサービスの利用が必要で、介護保険上のサービスを受けられない人等に対して、デイサービスを提供します。
ふれあい訪問事業	一人暮らし高齢者宅にヘルパーが訪問し、安否確認を行います。
配食サービス事業	一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯で調理や買い物が困難な人に、弁当を居宅まで配達し、同時に安否確認を行います。
福祉用具貸与事業	福祉用具(車いす、シルバーカー)が必要と認められる方に対して、福祉用具を貸与します。
緊急通報装置貸与事業	一人暮らしで病状に不安を抱える人等に対して、緊急通報装置を貸与し、緊急時に24時間体制で対応します。
夜間一時預かり事業	介護者の緊急の事由により在宅生活が困難な場合、夜間一時預かりとして、デイサービスセンターで宿泊サービスを提供できるよう整備していきます。
老人短期保護事業	介護者の緊急の事由により在宅生活が困難な場合、老人福祉施設にて短期入所サービスを提供できるよう整備していきます。
緊急宿泊支援事業	介護者の緊急の事由により宅幼老所に宿泊した場合、宿泊費用の一部を助成します。

施策5-2 家族介護者への支援

家族介護者の身体的・精神的・経済的な負担を軽減するための支援に取り組みます。

事業名	事業概要
家族介護者交流事業	在宅で高齢者を介護している介護者の「心のケア」やリフレッシュを目的に、介護者の交流会を行います。
介護用品支給事業	在宅で高齢者を介護している介護者に対して、介護用品購入チケットを発行し、費用の一部を助成します。
家族介護者教室	介護に関する講習や情報交換のため、介護者教室を開催します。
家族介護者ヘルパー受講支援事業	家族介護の経験者の方が、その経験をいかしヘルパーとして社会で活躍することを支援するため、介護職員初任者研修を受講した場合、受講料の一部を助成します。事業の普及啓発に取り組みます。

施策5-3 高齢者に配慮した住まいの充実

可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活を続けていくために、高齢者の居住に適した住宅の整備を促進するとともに、加齢による身体状況の変化に対応できる住まいの確保に努めます。

自宅の住宅改善を支援するほか、高齢者福祉施設等に関する情報の提供に努めます。

事業名	事業概要
住宅改良アドバイザー派遣事業	住宅改修に関する相談助言を行うアドバイザーを派遣します。
住宅改良促進事業	居住環境改善のため、住宅改良に要した費用の一部を助成します。
養護老人ホーム	入所対象者には村外の施設へ適切な措置を行います。
ケアハウス・軽費老人ホーム	入所希望者には村内外の施設への入所を案内します。原村高齢者おたすけマップ等で情報提供していきます。
一人暮らし高齢者家庭訪問による防火診断	消防団と連携し一人暮らしの高齢者家庭を訪問して防火診断を行い、火災の未然防止を促進します。

施策5-4 権利擁護の推進

判断能力に不安のある高齢者等の権利擁護について、日常生活に困らないよう適切な支援につなげます。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、高齢者が尊厳を保持しながら安定した生活を送ることができるよう、地域包括支援センターなど関係機関との連携のもと、虐待を受けた高齢者に対し適切な対応を行います。

また、成年後見制度の普及啓発を行い、相談体制の確立を図ることで、判断能力に不安のある人の意思を尊重した生活を保障します。

事業名	事業概要
高齢者虐待防止の推進	虐待対応マニュアルに添って、関係機関との連携、協力ネットワークの構築を行い、虐待が確認された場合等についての適切な対応を行います。
成年後見制度の普及啓発	成年後見制度についての相談体制を確立し、申し立てへの支援を行います。また、成年後見制度利用支援事業について周知します。
成年後見支援センターの運営	「茅野市・原村成年後見支援センター」を設置しています。社会福祉協議会、地域包括支援センターと連携し、相談窓口の周知に努めるとともに、支援・相談・助言を行います。
日常生活自立支援事業	認知症などで判断能力が不十分な方が地域で自立した生活が送れるよう福祉サービスの利用援助等を行います。

施策5-5 高齢者の安全確保

高齢者の消費者被害防止のため、関係機関等と連携し、消費者問題の普及・啓発の実施など見守り体制の強化を図ることで消費者問題の解決や被害の拡大防止に努めます。

また、「災害時住民支え合いマップ」の活用により、日常生活においても住民同士の支え合いによる地域活動が行われるよう支援します。

さらに、近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、高齢者の生活を支えるサービスが維持できるよう、庁内部署と連携し、災害時や感染症対策に係る支援体制を整備します。

事業名	事業概要
消費者被害防止の推進	介護保険事業所、民生委員等関係機関と連携し、チラシ等を配布するなど、消費者問題の普及・啓発を行います。地域包括支援センターや警察、庁内他部署等、関係機関各所と連携して、消費者問題の解決や被害の拡大防止に努めます。
災害時住民支え合いマップへの取り組み	「災害時住民支え合いマップ」の更新を定期的に行い、災害時のみならず、日常の生活においても地域での住民同士の支え合い、助け合いによる地域活動が行われるよう支援します。
災害や感染症対策に係る体制整備	庁内部署と連携し災害時や感染症拡大防止対策を行う事業所への支援を行います。また、災害時や感染症が蔓延した際に事業所が適切な対応を図れるよう助言を行います。



■ 成果指標

	No.	区分	単位	令和4年度実績	令和8年度供給目標
介護予防の推進	1	各種介護予防教室延べ参加者数	人	2,345	2,800
	2	住民主体の通いの場(支援数)	支援箇所	6	8
高齢者の外出支援	3	福祉有償運送(登録者数)	人	171	180
	4	運転免許証返納支援事業(申請者数)	人	5	8
	5	移動販売車(販売箇所)	か所	7地区 16か所	8地区 18か所
認知症 高齢者家族 への支援	6	徘徊SOSネットワーク事業(協力団体)	団体	25	30
	7	家族介護者交流事業(開催回数)	回	未実施	2
	8	認知症サポーターの養成(登録者数)	人	570	700



第5章

計画の推進体制

1 計画の円滑な推進に向けて

(1) 庁内及び関係機関等との連携強化

地域包括ケアシステムの推進のため、介護や医療だけでなく、保健、福祉、住宅等さまざまな関係機関と連携強化を図ります。また、庁内各課が連携・協働して事業に取り組んでいくとともに、庁内外との連携体制の強化も併せて図っていきます。

(2) 情報の共有化及び連携強化

第9期計画の目標設定や進行管理、評価等について、継続的に住民や関係機関からのニーズを把握するとともに、国・県等の広域的な機関や他制度関係機関との情報共有及び連携強化を図り、今後の本村の高齢者施策の充実を図っていきます。

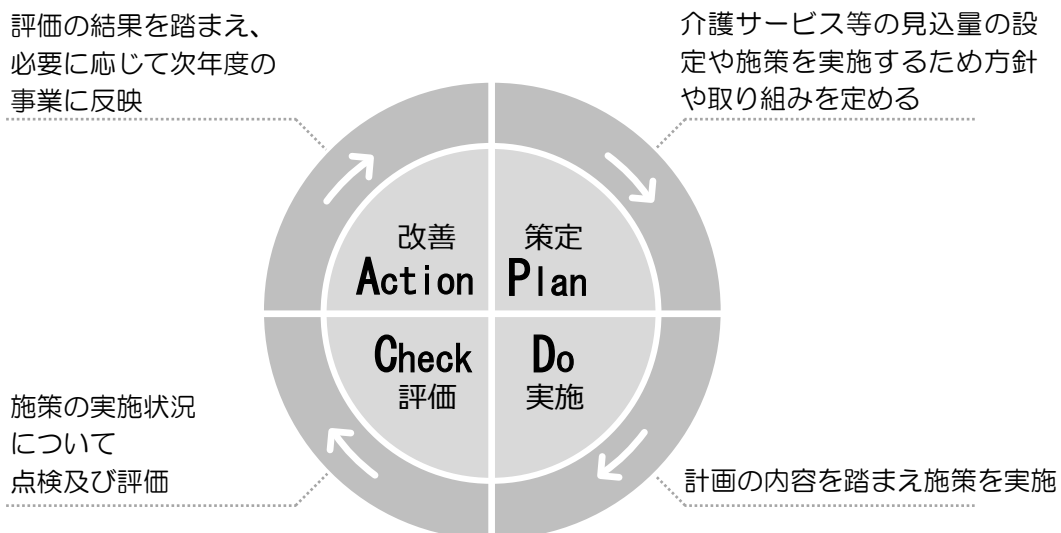
(3) 関係者の資質向上

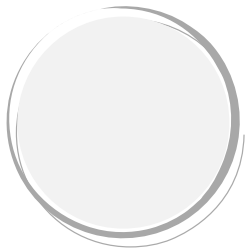
地域共生社会の実現に向け、地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上のために庁内各課担当職員を始め、関係団体・機関の専門職、村内のサービス提供事業者、地域の民生委員など、在宅医療・介護連携を進める人材の育成・配置を積極的に促進します。

2 計画の評価体制の充実

本計画の進捗状況の点検及び評価については、定期的に実態を把握し、それに基づいた改善につなげるにより目標の着実な達成を図ります。

また、PDCA サイクルの考えに基づき毎年、各施策について点検や評価を行い、必要に応じて事業を見直し、計画の進行管理を行います。





資料編

1 諏訪広域連合第9期介護保険事業計画

(1) 計画策定にあたって

① 計画策定の趣旨

本広域圏における高齢者人口は、令和5(2023)年10月現在で63,345人、高齢化率は33.2%となり、およそ3人に1人が65歳以上の高齢者となっています。令和3(2021)年をピークに減少傾向に転じていますが、令和7(2025)年にはいわゆる団塊の世代が後期高齢者となり、さらに10年後の令和17(2035)年には85歳以上となることから、介護ニーズが高まるが見込まれ、介護人材の確保に向けた取組や介護現場の生産性の向上を図っていく必要があるほか、令和22(2040)年には、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となり、高齢者自身が「支え手」として活躍できる仕組みの必要性が高まっています。加えて、高齢者の一人暮らし世帯や認知症高齢者の増加、核家族化や近隣関係の希薄化等、高齢者を取り巻く環境が変化する中、抱えている課題も複雑化、複合化してきており、分野を超えた包括的な支援体制の整備が求められています。

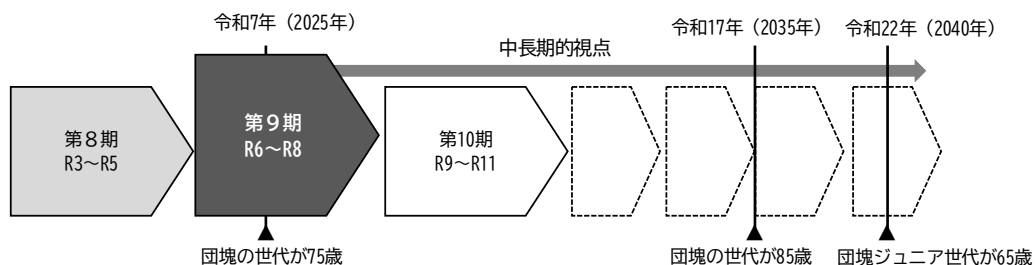
こうしたことから、中長期的な人口構造や介護ニーズの変化等を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進と介護保険制度の持続可能性を確保しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、構成市町村やサービス提供事業者の関係機関や地域の各種団体、地域住民等と連携・協力しながら取り組んでいく必要があります。

こうした社会情勢や高齢者を取り巻く環境の変化、制度改正等に対応し、高齢者が安心して暮らすことができる環境づくりと介護保険事業の適正な運営を推進するため、第8期介護保険事業計画(以下「前計画」という。)の見直しを行い、新たに第9期介護保険事業計画(以下「本計画」という。)を策定するものです。

② 計画の位置づけと計画期間

本計画は、介護保険法第117条に基づく「市町村介護保険事業計画」として位置づけられ、介護保険の給付等対象サービスの種類や各サービス量の見込みを定めるとともに、介護保険事業にかかわる保険給付の円滑な実施を確保するために必要な事項を定めるものです。

計画の期間は、介護保険法に基づき、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度までの3年間となります。



(2) 地域包括ケア体制の強化

① 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けるために、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現を目指し、介護や支援が必要になっても、一人ひとりの状態に即した適切で効果的なサービスを総合的に提供できる体制が求められています。また、今後高齢化が一層進む中で、地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となるものです。

中長期的な人口構造や介護ニーズの変化を見据え、地域共生社会の実現を目指し、複雑化・複合化した支援ニーズに対応できるよう、介護サービス基盤及び介護人材の確保を図るとともに、多職種連携による包括的な支援体制の構築・強化や地域特性に応じた介護予防・生活支援、在宅医療・介護連携、認知症施策等の地域づくりを推進するための地域包括ケアシステムの深化・推進を図ります。

また、第9期計画の具体的な施策により目指す目標を定め、達成状況を点検、評価するとともに、その結果について公表することとします。

② 地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現

「地域包括ケアシステム」の実現を目指し、高齢者一人ひとりの状態を把握しながら、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される体制の整備に努めます。

- ・多職種連携・協働体制の強化
- ・重層的支援体制の整備
- ・多様なサービス提供主体による支え合いの推進
- ・安心して暮らせる住まいの確保

③ 介護予防・重度化防止の推進

高齢者が、その能力に応じて自立した日常生活を送ることができ、要支援・要介護状態になることの予防や要介護状態等の軽減もしくは悪化を防止するための取組を推進します。

推進にあたっては、高齢者の心身の状態が、自立、フレイル、要支援、要介護、またはその状態が変わっていくというように、連続的に捉えた支援に努めます。

- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- ・医療専門職等との連携

④ 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくため、地域における医療・介護の関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築します。その際、医療と介護の連携した対応が求められる場面（日常の療養支援、入退院の支援、急変時の対応、看取り）における目指す姿を設定するとともに、その実現に向けた取組を推進します。

- ・在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ・在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- ・在宅医療・介護の情報の共有
- ・人生会議（ACP）の普及啓発

⑤ 認知症施策の充実

高齢化の進展に伴い、認知症高齢者も増加することが見込まれることから、認知症予防及び早期発見に向けた取組を推進するとともに、認知症になっても尊厳を保ちながら安心して暮らせるよう、地域全体で見守り、支え合う環境整備を推進します。また、認知症高齢者を介護する家族の負担は大きく、身体的・精神的な負担を軽減する取組が今後一層重要となってくることから、家族・介護者支援の充実を図ります。

- ・普及啓発・本人発信支援の推進
- ・認知症予防の推進
- ・専門的サポート体制の充実と介護者への支援
- ・認知症ケア拠点の整備
- ・若年性認知症の対応
- ・認知症バリアフリーの推進
- ・権利擁護の推進
- ・認知症ケアパスの作成・活用

⑥ 高齢者虐待防止対策の推進

- ・早期発見・見守りネットワークの構築
- ・養護者による高齢者虐待防止と対応強化
- ・養護施設者による高齢者虐待防止と対応強化

⑦ 介護する家族等への支援の充実

認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含め、在宅で要介護高齢者等を介護する家族介護者に対し、介護に関する知識・技術の普及や介護者同士の交流機会の創出等を通じて、介護にかかる負担の軽減を図ります。

- ・介護に関する知識・技術等の普及啓発
- ・介護者同士の交流機会の拡充
- ・ヤングケアラーの支援

⑧ 地域密着型サービスの充実

- ・地域密着型サービスの基盤整備
- ・介護保険委員会の設置

⑨ 災害・感染症対策の体制整備

災害や感染症の感染拡大が発生した際に利用者の安全が確保されるよう、日頃からサービス提供事業所等と連携した取組を推進するとともに、発生時においても必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続計画（BCP）の策定・運用や研修・訓練の実施等に対する支援を行います。

- ・災害に対する備え
- ・感染症に対する備え

(3) 介護保険事業の適正かつ円滑な運営

① 介護保険サービス基盤の充実

- ・サービス基盤の整備
- ・サービスの質の向上
- ・事業者相互間の連携の確保

② 要介護認定等

- ・認定調査
- ・介護認定審査会
- ・要介護認定の迅速化

③ 適切なサービス利用の促進

- ・広報活動の充実
- ・介護サービス計画の作成支援
- ・サービス情報の提供
- ・低所得者への対応
- ・介護老人福祉施設入所の平準化

④ 相談体制・苦情対応の充実

- ・相談窓口の充実
- ・苦情対応体制の充実

⑤ 適正な事業運営の推進

- ・構成市町村との協力
- ・介護費用等の適正化
- ・介護保険料上昇等への対応
- ・介護保険料の収納率向上
- ・住民参加による推進体制の充実
- ・保険者機能強化推進交付金等の活用

⑥ 事業者に対する相談・指導及び情報提供の推進

- ・事業者に対する相談・指導の実施
- ・事業者に対する情報提供の充実
- ・サービスの質の向上に向けた研修・指導等の実施
- ・介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進
- ・事業者に対する指導監督の強化

⑦ 介護人材の確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ・介護人材の確保に向けた取組の推進
- ・働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- ・介護現場の生産性向上及び事務処理の効率化に向けた支援

(4) 地域支援事業の推進

① 介護予防・日常生活支援総合事業

1) 実施方針

- ・住民及び事業者等への周知
- ・サービス提供体制の確保
- ・関連データの活用

2) 介護予防・生活支援サービス事業

- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス
- ・その他の生活支援サービス
- ・介護予防ケアマネジメント

3) 一般介護予防事業

- ・介護予防把握事業
- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一般介護予防事業評価事業
- ・地域リハビリテーション活動支援事業

② 包括的支援事業

1) 総合相談支援事業

- ・地域におけるネットワークの構築
- ・実態把握
- ・総合相談支援

2) 権利擁護事業

- ・成年後見制度の活用促進
- ・老人福祉施設等への措置の支援
- ・高齢者虐待への対応
- ・困難事例への対応
- ・消費者被害の防止

3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

- ・包括的・継続的なケア体制の構築
- ・地域のケアマネジャーのネットワークの活用
- ・日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言

4) 在宅医療・介護連携推進事業

- 現状分析・課題抽出・施策立案
 - ・地域の医療・介護の資源の把握
 - ・在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - ・切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- 対応策の実施
 - ・在宅医療・介護関係者に関する相談支援
 - ・地域住民への普及啓発
 - ・医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・医療・介護関係者の研修
- 対応策の評価及び改善の実施

5) 生活支援体制整備事業

- ・生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置
- ・協議体の設置
- ・就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置

6) 認知症総合支援事業

- ・認知症初期集中支援推進事業
- ・認知症地域支援・ケア向上事業
- ・認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

7) 地域ケア会議推進事業

③ 任意事業

1) 介護給付等費用適正化事業

- ・要介護認定の適正化
- ・ケアプランの点検、住宅改修・福祉用具の点検
- ・医療情報との突合・縦覧点検

2) その他の任意事業

2 用語説明

	カ 行	
--	------------	--

介護支援専門員

要介護認定者などからの相談に応じて、その人の心身の状況や希望を考慮しながら適切な居宅サービスなどを利用できるよう市町村、介護サービス事業者との連絡調整を行う人で、要介護認定者などが自立した日常生活を営むために必要な援助に関する専門的知識、技術を有する人。

介護予防・生活支援サービス事業

平成26年6月18日に「地域医療・介護推進法」が成立し、現在、市町村で要支援者に対して実施している予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への移行を進め、平成27年度からの経過措置期間を経て、平成29年4月までに全ての市町村で移行を行う事業のこと。

介護予防支援

要支援1または要支援2の認定を受けた人が介護予防サービスを適切に利用できるよう、介護予防プランの作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行うサービス。

介護離職

家族などの介護を理由に、働き盛りの社員が会社を辞めること。

ケアプラン

要介護・要支援認定者に対して、介護保険サービスを提供するための援助計画。介護支援専門員が、認定者の心身の状況や希望などを考慮しながら作成。

ケアマネジメント

要介護認定者などが日常生活を営むために必要なサービスを利用できるように、介護サービス計画を作成し、その計画に基づくサービスが適切に行われるように介護サービス事業者などとの連絡調整を行うこと。

権利擁護

自己の権利や援助のニーズを表明することが困難な障がいのある人等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズの獲得を行うこと。

健康寿命

平均寿命のうち、健康で活動的に暮らせる期間。WHO（世界保健機関）が提唱した指標で、平均寿命から、衰弱・病気・認知症などによる介護期間を差し引いたもの。

サ行

住宅改修

日常生活の自立を支援するための住宅改修（手すりの取付けや段差の解消など）の費用の一部を助成する。

成年後見支援センター

成年後見制度についての疑問や困りごとについての相談窓口。

成年後見制度

判断能力の不十分な成年者（認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等）を保護するための制度。財産管理や契約などの手続きが困難な者に対し、本人の行為の代理または行為を補助する者（成年後見人）を選任する。

タ行

団塊の世代

第二次世界大戦直後数年間のベビーブーム時に生まれた世代。1947年（昭和22年）から1949年（昭和24年）にかけての生まれをいう。

地域共生社会

社会構造や暮らしの変化に応じて、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すという考え方。

地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

地域包括ケアシステム

「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方の仕組み。

地域包括支援センター

公正・中立な立場から、地域における高齢者の①総合相談・支援、②権利擁護、③介護予防マネジメント、④包括的・継続的マネジメントを担う中核機関。

デイサービス

入浴、排泄、食事などの介護や、機能訓練などを日帰りで行うサービス。

	ナ 行	
--	------------	--

日常生活圏域

市町村が、住民が日常生活を営んでいる地域として地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護給付対象サービスを提供するための施設の整備その他の条件を総合的に勘案して定める区域のこと。

日常生活用具

障がい者（児）や難病患者の日常生活をより円滑にするための用具。

認知症ケアパス

認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みです。認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となる。

認知症サポーター

キャラバンメイトによる認知症サポーター養成講座（認知症の住民講座）を受け、講座を通じて認知症の正しい知識やつきあい方を理解し、自分のできる範囲で認知症の人を応援する人。

	ハ 行	
--	------------	--

8050 問題

80 代の親が、自立した生活を送れない 50 代の子どもの生活を支えるために経済的にも精神的にも強い負担を請け負うという社会問題のこと。

フレイル

「加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能など）が低下し、要介護状態などの危険性が高くなった状態のこと」です。フレイルは、運動機能の低下や口腔機能低下に伴う低栄養などの身体的要因、認知機能低下やうつなどの精神・心理的要因、閉じこもりや孤食などの社会的要因が合わさることによって起こります。

	ヤ 行	
--	------------	--

ヤングケアラー

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っているこどものこと。

要介護・要支援認定

介護保険の給付を受けることができるかを認定すること。訪問調査のあと、コンピューターによる 1 次判定を経て専門家による 2 次判定で決定される。要介護度には要支援 1・2、要介護 1～5 があり、非該当の場合は介護保険が適用されない。

要介護認定者

要介護 1～5 までの認定を受けている人。本計画の見直しの基礎資料として実施したアンケート調査における対象者としては、65 歳以上の要介護 1～5 までの認定を受けている人としている。

	ラ 行	
--	------------	--

リハビリテーション

障がい者等に対し機能訓練と社会生活への復帰をめざして行われる治療と訓練をいい、医学的、社会的、職業的、教育的、心理学的などの諸領域に分けられる。障がい者の身体的、精神的、社会的な適応能力回復のための技術的な訓練プログラムにとどまらず、障がい者のライフステージのすべての段階においての全人間的な復権に寄与し、障がい者の自立と社会参加をめざすものとして、障がい者福祉の基本理念となっている。

3 計画の策定経過

日付	名称	内容
令和5年12月15日	第1回原村高齢者福祉計画策定委員会	(1) 第9期原村高齢者福祉計画策定について ①第8期計画の進捗状況と第9期計画策定のための課題抽出 ②アンケート調査結果報告 (2) 今後のスケジュールについて
令和6年1月26日	第2回原村高齢者福祉計画策定委員会	(1) 前回委員会でのご意見と計画への反映について (2) 諏訪広域連合 高齢者実態調査について (3) 第8期計画の事業進捗状況と今後の方向 (4) 第9期計画(素案)について (5) 今後のスケジュールについて
令和6年2月16日 ～2月29日	パブリックコメントの実施	・第9期原村高齢者福祉計画(素案)について意見の募集
令和6年3月11日	第3回原村高齢者福祉計画策定委員会	(1) 原村高齢者福祉計画案について (2) 今後のスケジュールについて

4 原村老人福祉計画推進協議会設置条例

平成21年3月25日

条例第6号

改正 平成29年6月15日条例第16号

(設置)

第1条 原村老人福祉計画（以下「計画」という。）を推進するため、原村老人福祉計画推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(任務)

第2条 協議会は、計画の実施や具体的施策に関する意見、提案及び計画の進捗状況について協議を行うものとする。

(組織)

第3条 協議会は、福祉に関する団体等並びに住民のうちから村長が委嘱し、8人以内をもって組織する。

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長及び副会長各1人を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 協議会は、会長が招集し、会長が会議の議長となる。

2 協議会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 協議会は、必要に応じて委員以外の関係者の出席を求め、意見又は説明を聞くことができる。

(任期)

第6条 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠委員の任期は前任者の残任期間とする。

(報酬及び費用弁償)

第7条 委員の報酬及び費用弁償は、原村特別職の職員で非常勤の者の報酬及び費用弁償に関する条例（昭和42年原村条例第4号）により支給する。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、保健福祉課において処理する。

(補則)

第9条 この条例に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は、村長が別に定める。

附 則

この条例は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成29年6月15日条例第16号）抄
（施行期日）

- 1 この条例は、平成29年7月20日から施行する。

第9期原村高齢者福祉計画

令和6年3月

編集：原村 保健福祉課

〒391-0104

長野県諏訪郡原村 6649-3(原村地域福祉センター内)

電話：0266-79-7092

FAX：0266-79-7093

「第9期 原村高齢者福祉計画」「原村障がい者計画・第7期障がい福祉計画・第3期障がい児福祉計画」は、原村ホームページの他、原村地域福祉センター、原村図書館で閲覧可能です