

目次

第1章 計画策定にあたって.....	1
1 近年の高齢者を取り巻く制度の動向.....	1
2 計画策定の趣旨.....	1
3 計画の位置付け.....	2
4 計画の期間.....	2
第2章 原村の高齢者を取り巻く現状.....	3
1 人口・世帯数の推移.....	3
2 高齢者の活動状況.....	6
3 介護保険の状況.....	7
4 アンケート結果の状況.....	10
5 サービスの供給目標の達成状況.....	19
第3章 計画の基本的な考え方.....	20
1 基本理念.....	20
2 基本目標.....	20
3 施策体系.....	21
第4章 施策の展開・実施事業.....	22
基本目標1 高齢者の安心と自立した生活への支援.....	22
基本目標2 高齢者の生きがいつくりの推進.....	27
基本目標3 健康づくり・介護予防の推進.....	30
基本目標4 認知症高齢者支援の充実.....	32
基本目標5 地域包括ケアシステムの構築.....	34
第5章 高齢者福祉サービスの供給目標.....	36
1 サービスの供給目標.....	36

第6章 諏訪広域連合第7期介護保険事業計画.....	37
1 計画策定にあたって.....	37
2 介護保険制度改正について.....	39
3 高齢者の概況.....	41
4 介護保険事業の実施状況.....	42
5 原村における介護保険サービスの利用状況.....	43
6 地域包括ケア体制の強化.....	44
7 介護保険事業の適正かつ円滑な運営.....	46
8 介護保険事業量及び給付費の推計（原村）.....	52
9 地域支援事業の推進.....	57
第7章 計画の推進体制.....	70
1 計画の推進体制.....	70
2 計画の進捗管理の手法.....	71
資料編.....	72
1 策定の経過.....	72
2 設置条例.....	72
3 検討組織名簿.....	73

※平成の表記について

2019年5月1日から平成に代わる新しい元号となることが決定していますが、新元号が決まっていないため、本計画では、便宜上、平成のまま表記することとします。

第 1 章 計画策定にあたって

1 近年の高齢者を取り巻く制度の動向

わが国の人口は、平成 27 年の国勢調査で 1 億 2,711 万人となり、調査開始以降はじめて減少しました。また、高齢化率は 26.7% となっており、高齢化は今後も進行するものと予測されています。平成 37 年（2025 年）には団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）となり、国民の 3 人に 1 人は高齢者という超高齢化社会を迎え、高齢化の問題はますます深刻になっていくことが予想されます。

こうしたなか、国は平成 28 年度に「我が事・丸ごと地域共生社会実現本部」を設置し、地域のあらゆる住民が役割をもち、支え合いながら自分らしく活躍できる地域コミュニティの育成を実現するため、高齢者福祉における地域包括ケアの概念を、様々な分野に横断的に広げていく方向性を示しています。また、平成 30 年度の介護保険制度改定において、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた取り組みや医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進など、地域包括ケアシステムの深化・推進を打ち出しています。

2 計画策定の趣旨

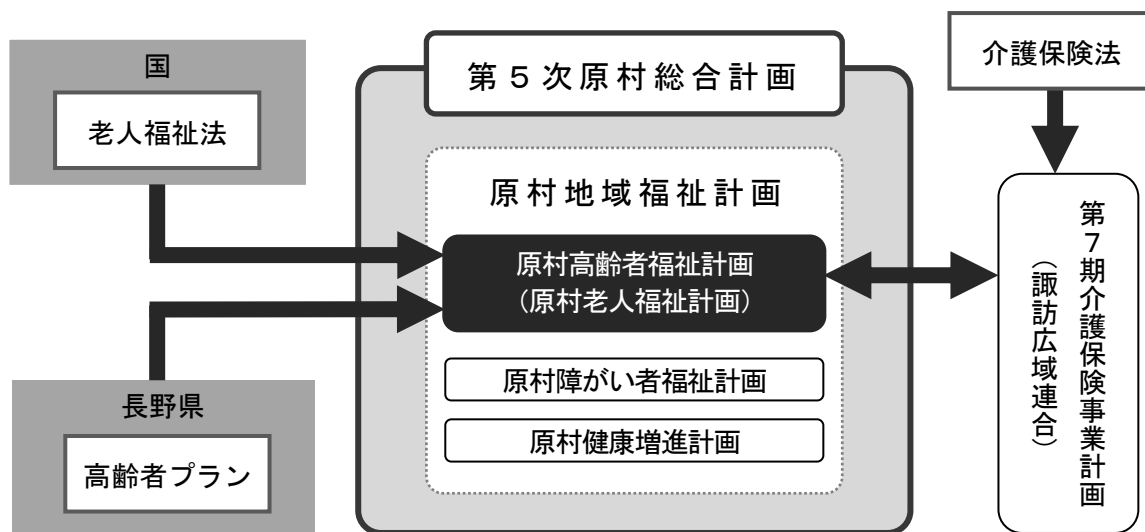
本村は平成 29 年 10 月の高齢化率が 33.6% となっています。国や長野県の平均を上回る早さで高齢化が進んでおり、介護や医療等、あらゆる支援のニーズが高まっていくことが予想されます。こうした将来を見据え、高齢者の安心と自立した生活への支援、生きがいづくりや健康づくり、介護予防の推進、認知症高齢者への支援、地域包括ケアシステムの構築に組みながら、全国平均より高い高齢者の就業率を誇る地域の特性をいかしつつ、高齢者施策を総合的に推進してきました。

このような背景を踏まえ、高齢者が生きがいをもって、住み慣れた地域で健康に暮らせる村をめざし、「第 7 期原村高齢者福祉計画」を策定しました。

3 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づくものとして策定します。策定にあたっては、「第5次原村総合計画」「第3期原村地域福祉計画」、諏訪広域連合の「第7期介護保険事業計画」等との整合を図りながら見直しを行い、本村の高齢者福祉の総合的な方向性等を示すものとして策定します。

■ 「原村高齢者福祉計画」の位置付け



4 計画の期間

本計画の計画期間は平成30年度（2018年度）から平成32年度（2020年度）までの3年間とします。中長期的な視点では、団塊の世代のすべての人が後期高齢者となる平成37年度（2025年度）を見据えて施策を展開します。また、毎年度老人福祉計画推進協議会において、各事業の主要施策、事業の達成状況の点検・評価を行い、その結果に基づいた施策の推進を図ります。

H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H36	H37
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
前回計画										
			本計画			次期計画				

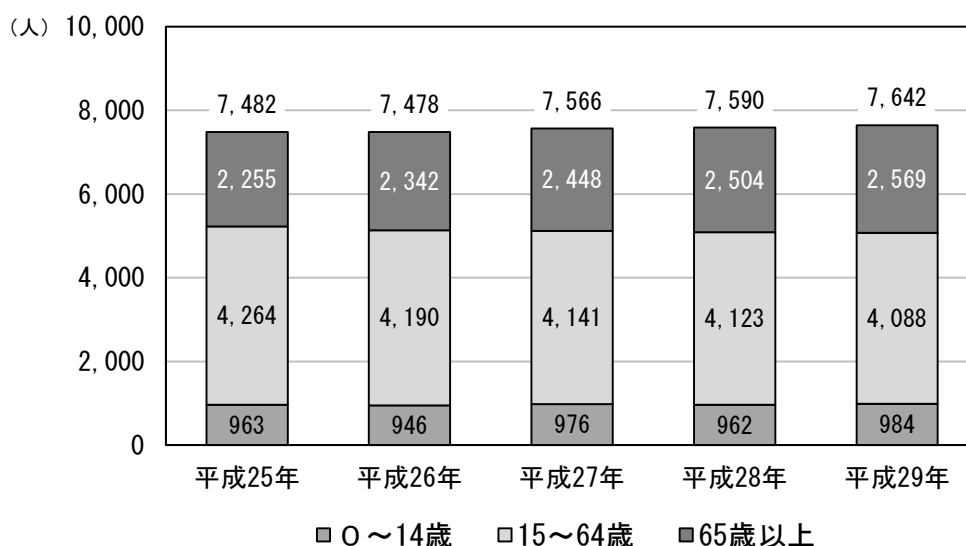
第2章 原村の高齢者を取り巻く現状

1 人口・世帯数の推移

(1) 総人口の推移と年齢構造、高齢化率の推移

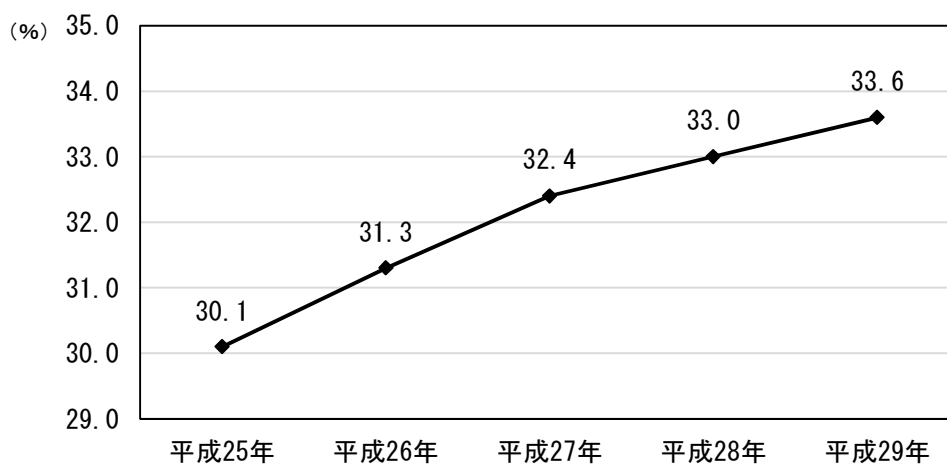
本村の総人口は、平成26年以降ゆるやかな増加傾向にあり、平成29年には7,642人となっています。年齢3区分別人口の推移をみると、「0～14歳」と「65歳以上」では微増していますが、「15～64歳」では平成25年の4,264人から平成29年の4,088人と、減少傾向にあります。また、高齢化率をみると、平成25年の30.1%から平成29年の33.6%と、上昇しています。

■総人口・年齢3区分別人口の推移



資料：国勢調査・毎月人口異動調査（各年10月1日現在）
※年齢不詳人口の関係で、総人口と各年齢区分の合計は合致しない場合があります。

■高齢化率の推移

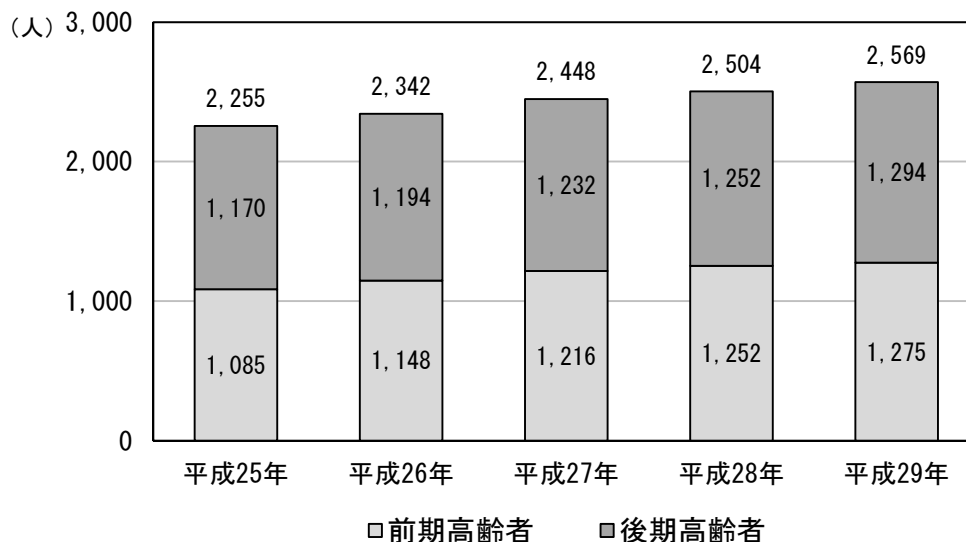


資料：国勢調査・毎月人口異動調査（各年10月1日現在）

(2) 高齢者人口の推移

高齢者人口の推移をみると、65～74歳の「前期高齢者」では、平成25年の1,085人から平成29年の1,275人と、増加傾向にあります。また、75歳以上の「後期高齢者」でも、平成25年の1,170人から平成29年の1,294人と、増加傾向にあります。

■前期・後期高齢者数の推移

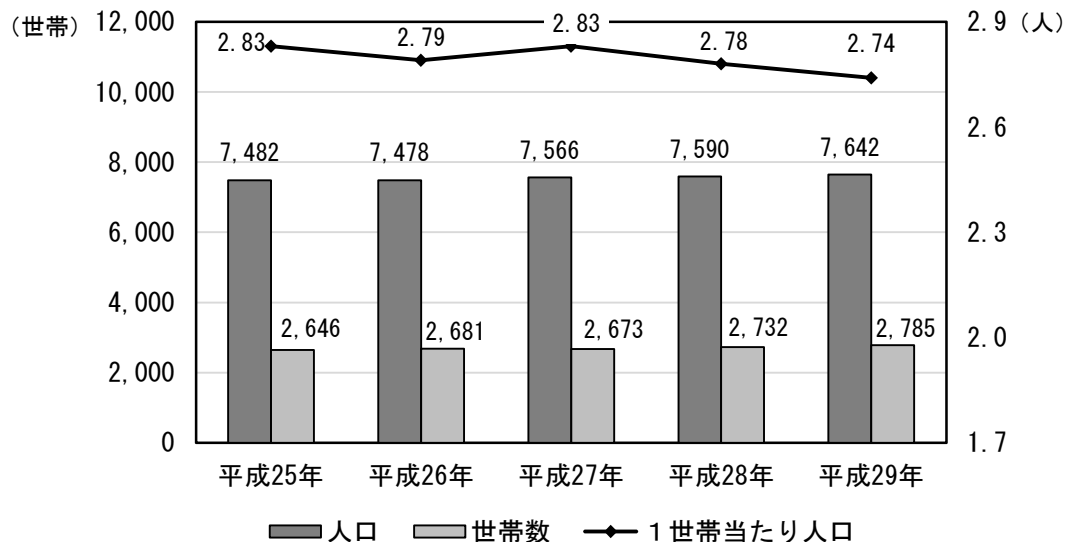


資料：国勢調査・毎月人口異動調査（各年10月1日現在）

(3) 世帯数の推移

本村の世帯数は、平成25年の2,646世帯から平成29年の2,785世帯と、微増傾向にあります。1世帯当たり人口はゆるやかに減少しており、核家族化・小世帯化が進行していることが考えられます。

■総世帯数、1世帯当たり人口の推移

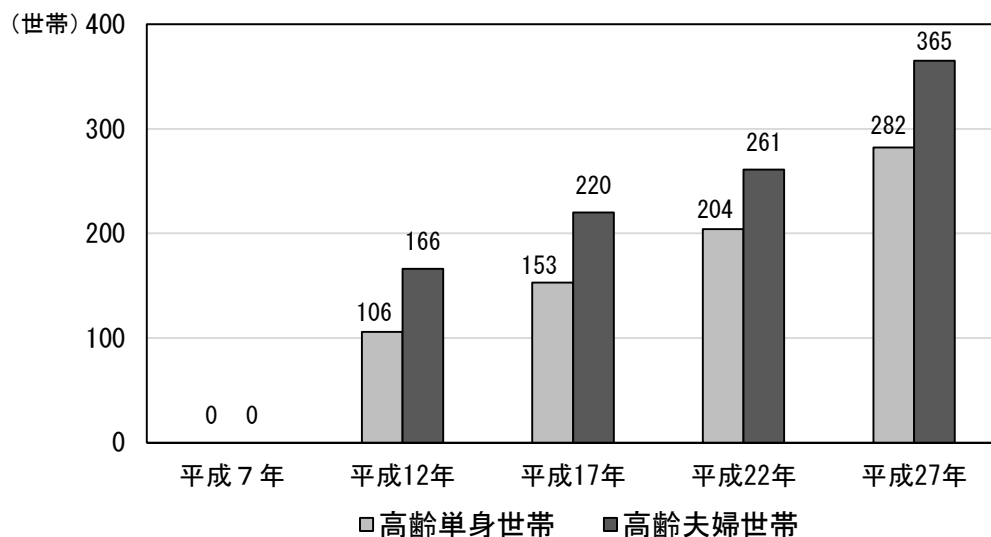


資料：国勢調査・毎月人口異動調査（各年10月1日現在）

(4) 高齢者世帯数の推移

本村の高齢者世帯数は、高齢単身世帯、高齢夫婦世帯ともに増加傾向にあります。高齢単身世帯では、平成12年の106世帯から平成27年の282世帯と、176世帯増加しています。高齢夫婦世帯では、平成12年の166世帯から平成27年の365世帯と、199世帯増加しています。

■高齢者世帯数（高齢単身世帯、高齢夫婦世帯）の推移

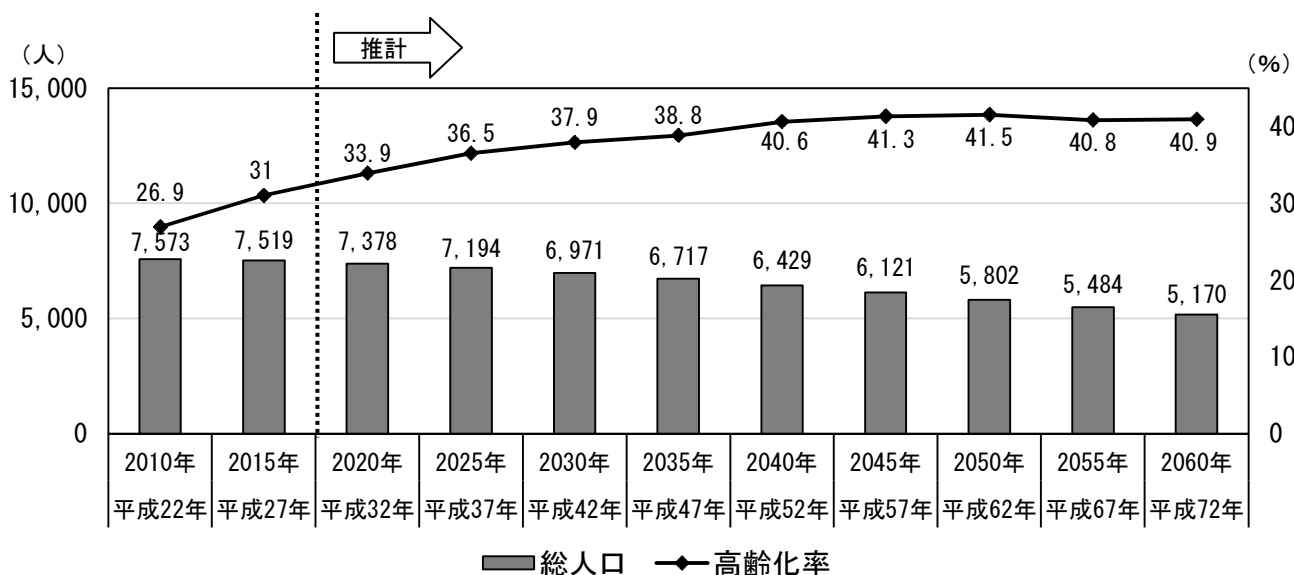


資料：国勢調査

(5) 今後の人口の見通し

本村の将来人口の推計では減少が見込まれています。また、高齢化が進行し、平成37年（2025年）の高齢化率の推計は36.5%となり、その後、平成52年（2040年）から高齢化率は横ばいで推移することが予測されています。

■人口の推計と高齢化率



資料：原村人口ビジョン

2 高齢者の活動状況

(1) 高齢者の就業状況

本村の65歳以上労働力人口は、平成27年で959人となっています。65歳以上人口の労働力率は全国で24.1%、長野県で29.6%、原村で39.2%となっており、原村は全国平均、長野県平均を上回っています。高齢者は第1次産業に従事する割合が高く、働き続けることができる環境が整っているため、労働力率の高さにつながっていると考えられます。

■65歳以上の労働力人口

	原村	長野県	全国
65歳以上人口(人)	2,448		
65歳以上労働人口(人)	959		
労働力率(%)	39.2	29.6	24.1

資料：国勢調査（平成27年）

(2) 老人クラブ会員数の推移

老人クラブの会員数は、減少傾向にあり、平成25年度は1,247人でしたが、平成28年度には1,058人となっています。

■老人クラブ会員数

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
会員数(人)	1,247	1,249	1,069	1,058

資料：村保健福祉課

(3) 高齢者からの相談件数等の推移

総合相談支援事業についてみると、相談実人数は減少傾向にあります。延回数も300～500回前後で推移しています。

■総合相談支援事業の相談実人数と延回数

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
相談実人数(人)	247	259	191	163
延回数(回)	505	275	464	509

資料：村保健福祉課

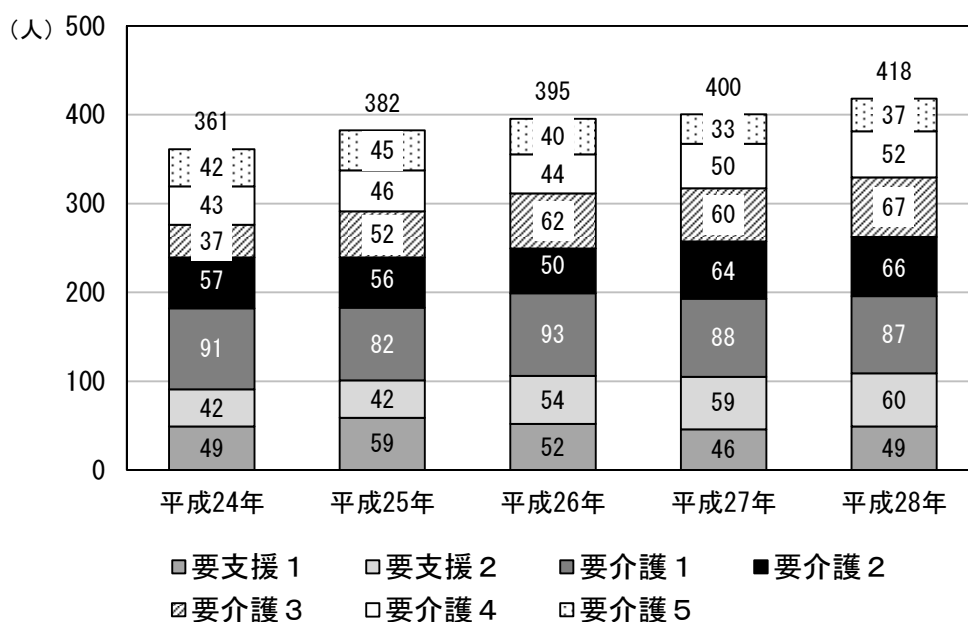
3 介護保険の状況

(1) 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数の推移は、平成24年の361人から平成28年の418人と、過去4年間で57人の増加となっています。

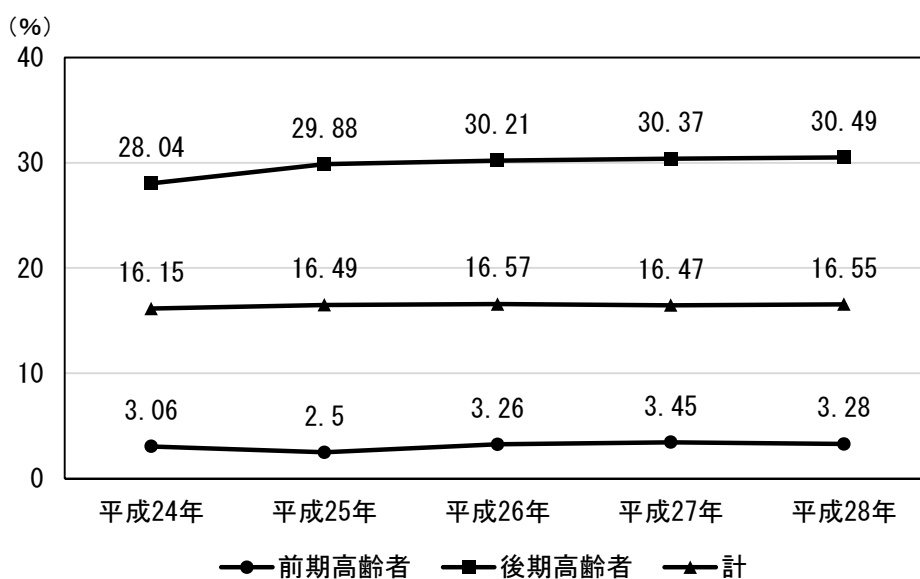
第1号被保険者における認定者の出現率の推移は、前期高齢者と後期高齢者を合わせた平均が平成24年の16.15%から平成28年の16.55%と、ゆるやかな上昇傾向にあります。

■認定者数の推移（第2号被保険者の認定者を含む）



資料：村保健福祉課（各年年度末現在）

■第1号被保険者における認定者の出現率の推移



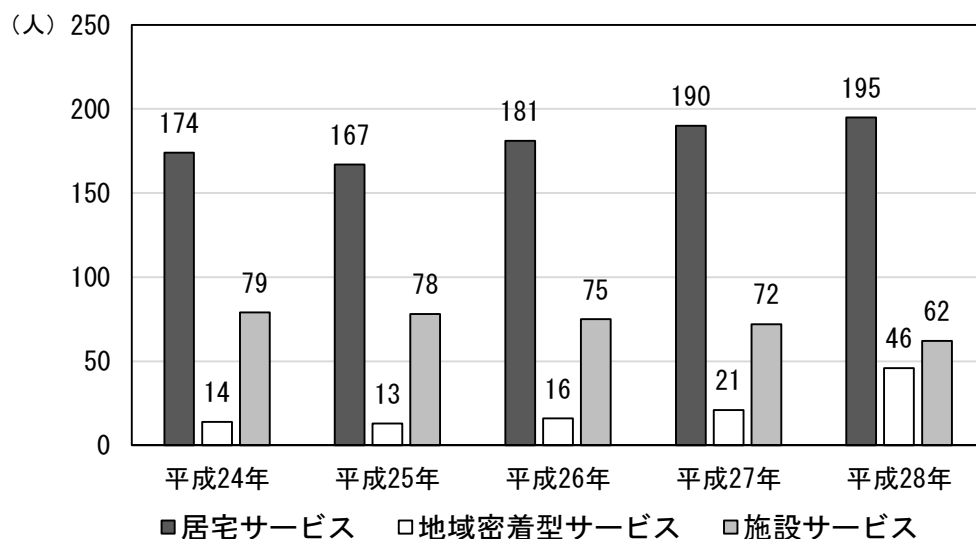
資料：村保健福祉課（各年年度末現在）

(2) 介護サービス利用者数の推移

介護サービス利用者数の推移をみると、居宅サービスと地域密着型サービスは増加傾向にありますが、施設サービスは減少傾向にあります。

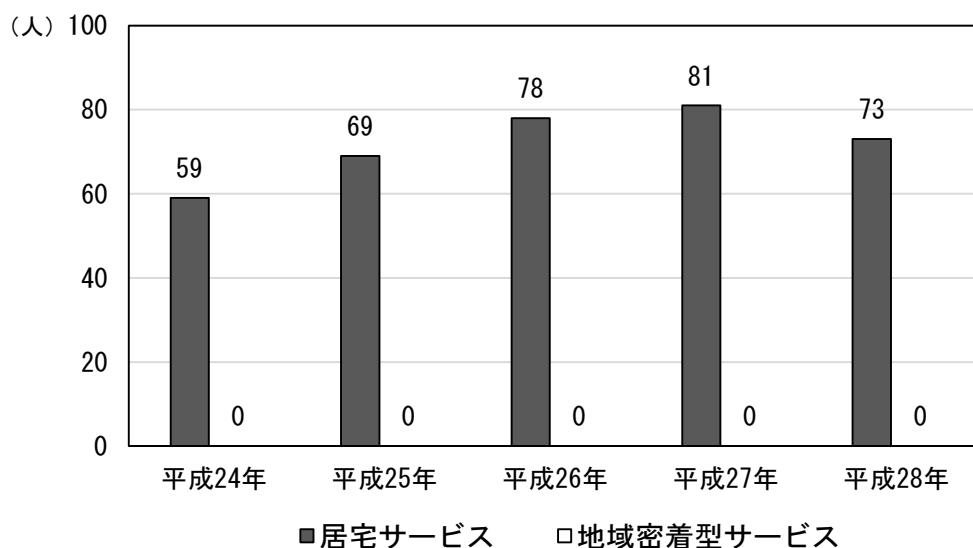
介護予防サービス利用者数の推移をみると、居宅サービスは平成27年までは増加していましたが、平成28年は減少に転じています。

■介護サービス利用者数の推移（第2号被保険者の認定者を含む）



資料：村保健福祉課（各年月平均）

■介護予防サービス利用者数の推移（第2号被保険者の認定者を含む）

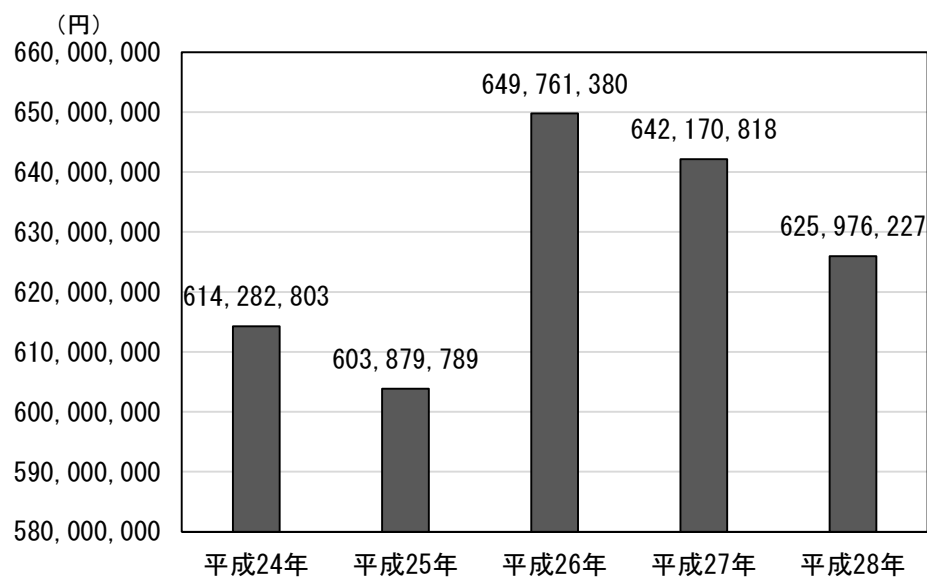


資料：村保健福祉課（各年月平均）

(3) 介護保険給付費の推移

介護保険給付費の推移をみると、平成24年から平成25年にかけて減少しましたが、平成26年には増加しています。平成27年からは再び減少し、平成28年には約6億2,600万円となっています。

■介護保険給付費の推移



資料：村保健福祉課（各年月平均）

4 アンケート結果の状況

(1) 調査の概要

①調査の概要

- ・ 諏訪広域連合介護保険課が行った「高齢者等実態調査」を基に作成しました。
- ・ 調査対象
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
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
- ・ 調査期間 平成28年12月22日～平成29年1月18日
- ・ 調査方法 郵送配布・回収

②回収結果

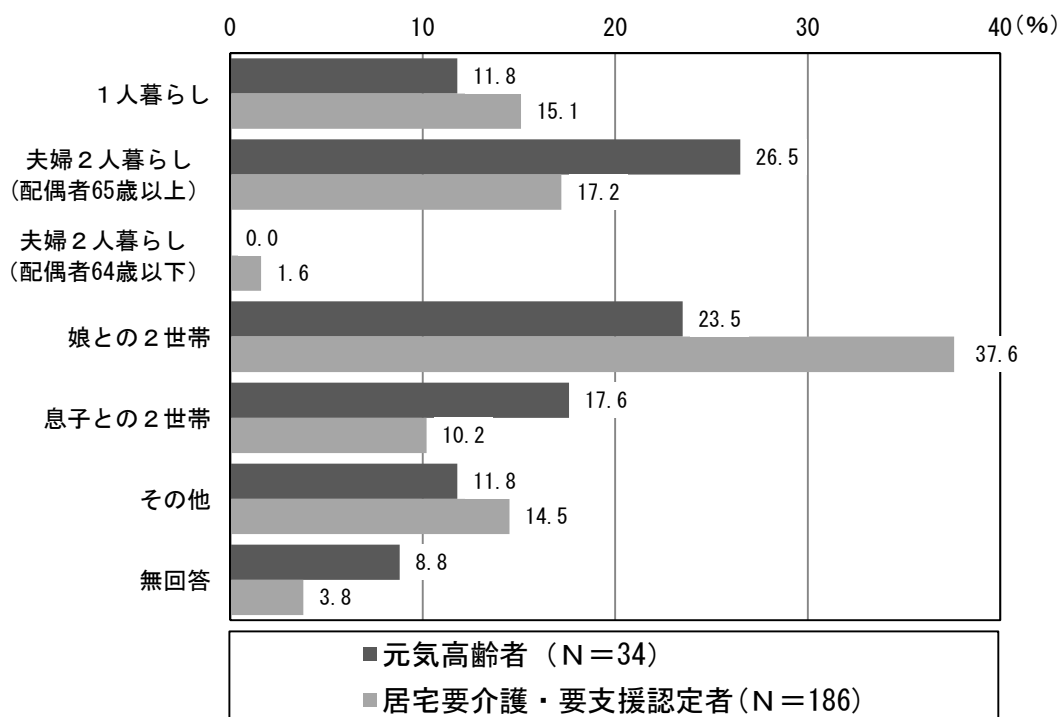
- ・ 元気高齢者 34票
- ・ 居宅要介護・要支援認定者 186票

(2) 調査結果

①本人や家族の生活状況について

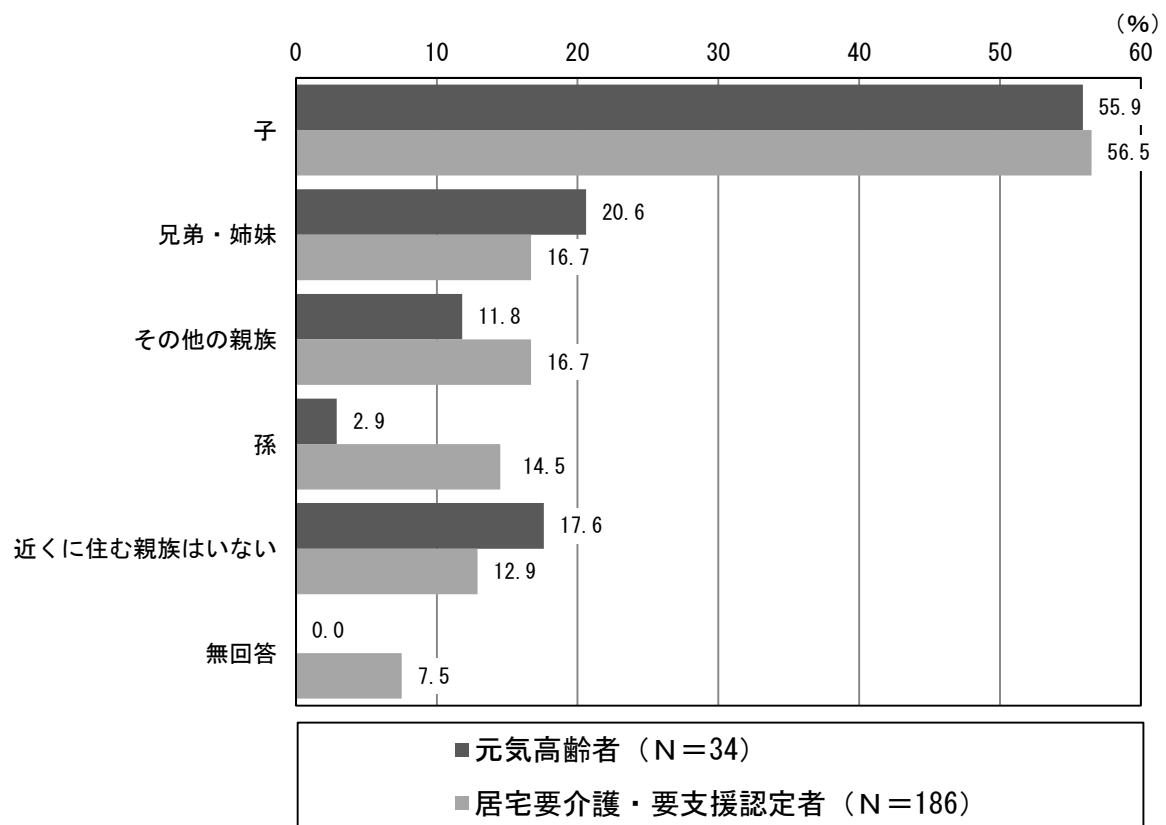
■家族構成を教えてください。(単数回答)

家族構成についてみると、元気高齢者は「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が26.5%と最も高く、次いで「娘との2世帯」が23.5%となっています。また、居宅要介護・要支援認定者は「娘との2世帯」が37.6%と最も高く、次いで「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が17.2%となっています。「1人暮らし」は元気高齢者で11.8%、居宅要介護・要支援認定者で15.1%となっています。



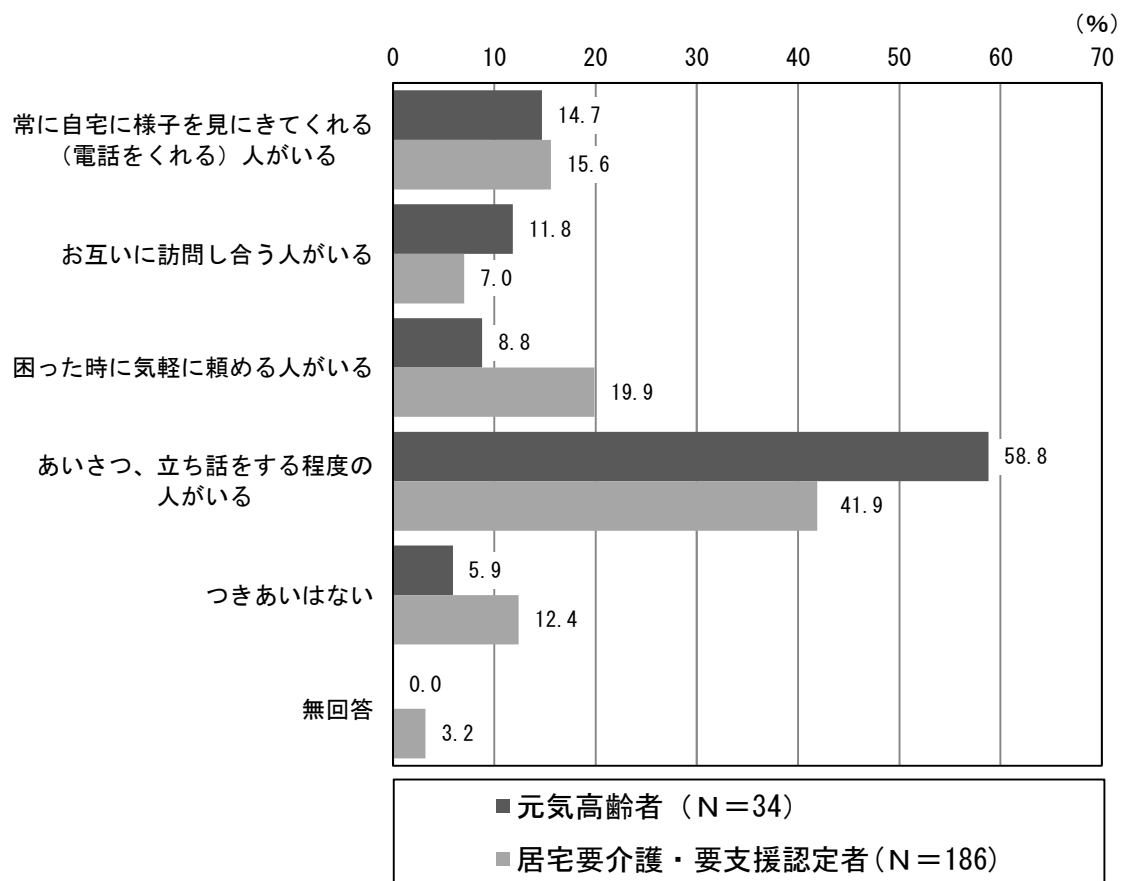
■あなたが急病等で手助けが必要なとき、(同居以外で)おおよそ30分以内に駆けつけてくれる親族はいますか。(複数回答)

急病などで手助けが必要なとき、(同居以外で) おおよそ30分以内に駆けつけてくれる親族については、元気高齢者、居宅要介護・要支援認定者ともに「子」が最も高く、それぞれ55.9%、56.5%となっています。「近くに住む親族はいない」は元気高齢者で17.6%、居宅要介護・要支援認定者で12.9%となっています。



■近所の方との程度つきあいをしていますか。(単数回答)

近所の方とのつきあいの程度について、「あいさつ、立ち話をする程度の人がいる」が元気高齢者では58.8%、居宅要介護・要支援認定者では41.9%と、最も高くなっています。元気高齢者では、次いで「常に自宅の様子を見にきてくれる（電話をくれる）人がある」が14.7%、「お互いに訪問し合う人がある」が11.8%となっています。居宅要介護・要支援認定者では、次いで「困った時に気軽に頼める人がある」が19.9%、「常に自宅の様子を見にきてくれる（電話をくれる）人がある」が15.6%となっています。「つきあいはない」とする、近所との交流のない人の割合は元気高齢者で5.9%、居宅要介護・要支援認定者で12.4%となっています。

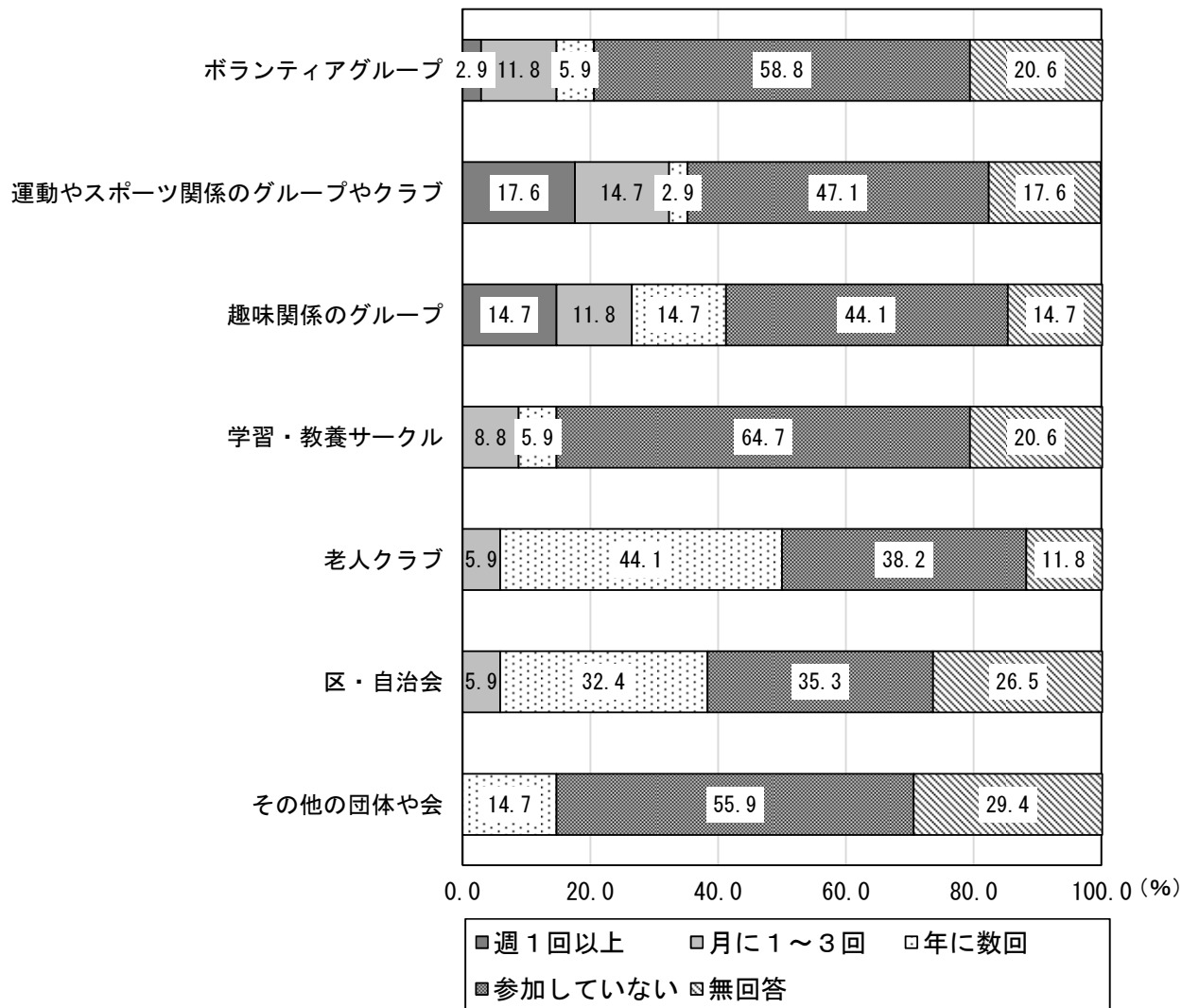


②地域での活動について

■地域の会やグループに、どのくらいの頻度で参加していますか。【元気高齢者】（単数回答）

元気高齢者の地域活動についてみると、「運動やスポーツ関係のグループやクラブ」への「週1回以上」の参加が17.6%であり、次いで「趣味関係のグループ」への「週1回以上」の参加が14.7%となっています。また「老人クラブ」については、「月に1～3回」、「年に数回」の参加を合わせると50.0%となっています。

N=34

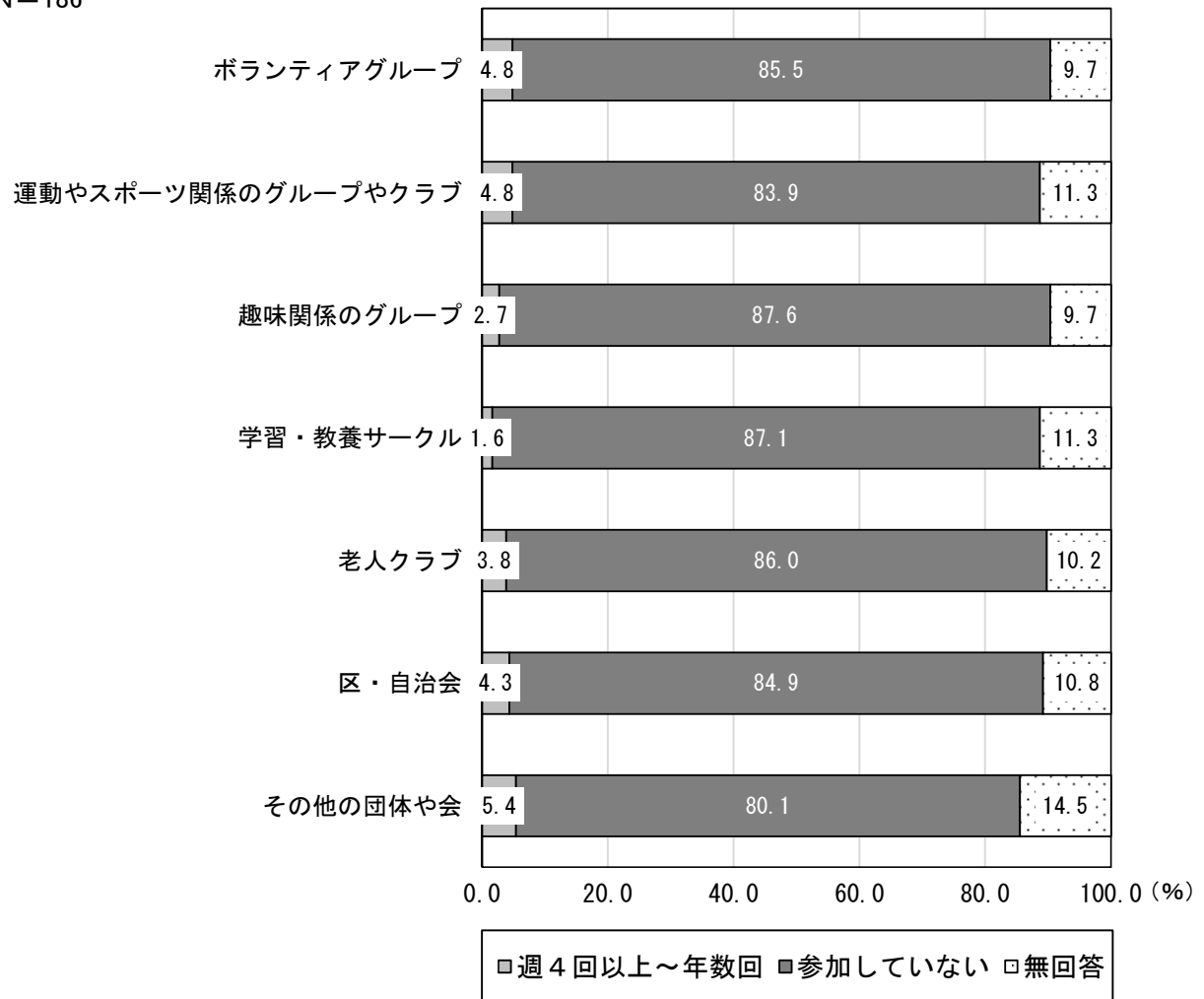


■地域の会やグループに、どのくらいの頻度で参加していますか。【居宅要支援・要介護認定者】

(単数回答)

居宅要介護・要支援認定者の地域活動についてみると、どの活動についても「参加していない」の割合が80%を超えており、地域活動への参加が難しい現状がみてとれます。

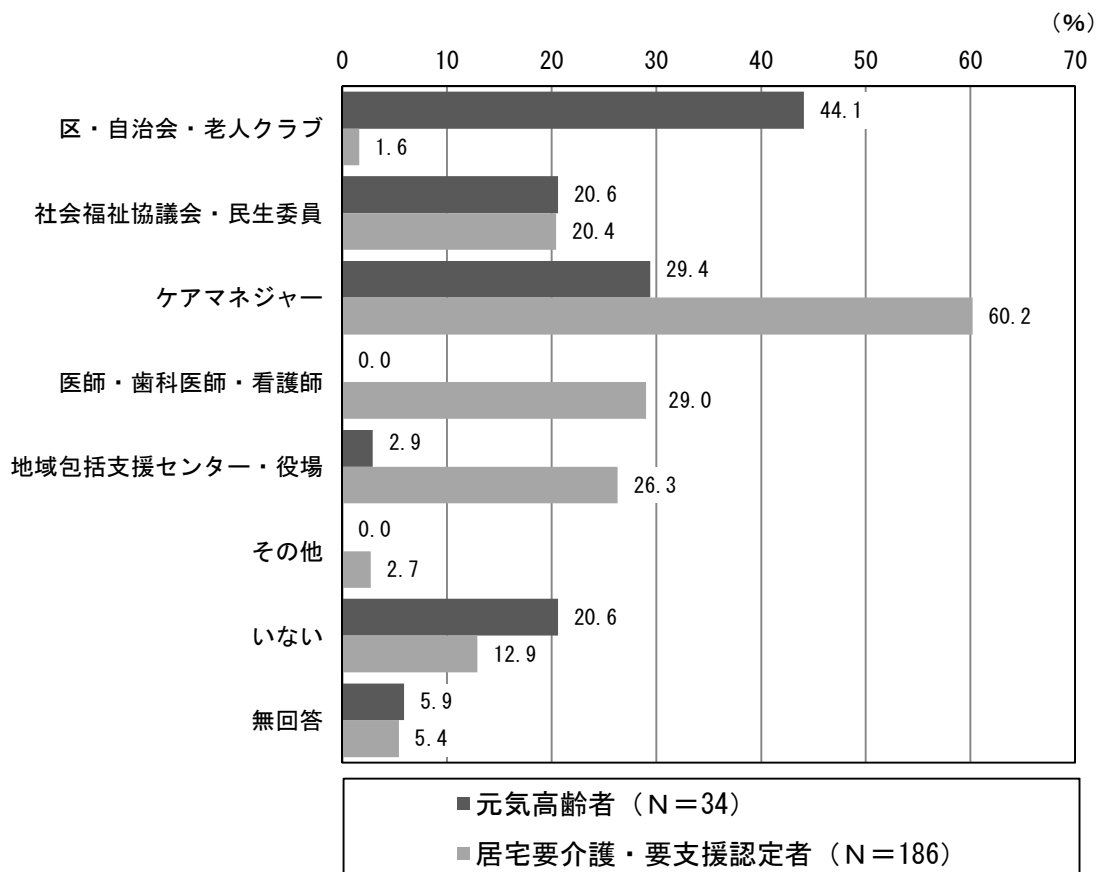
N=186



③助け合いについて

■家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手はどなた（どこ）ですか。（複数回答）

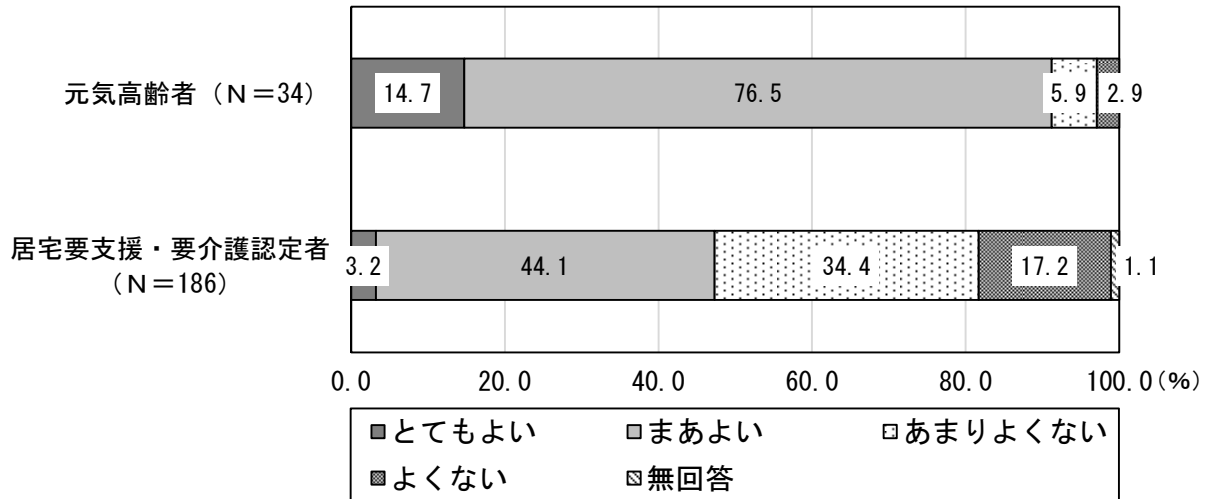
何かあったときに、家族や友人・知人以外で相談する相手について、元気高齢者では「区・自治会・老人クラブ」が44.1%と最も高く、次いで「ケアマネジャー」が29.4%となっています。居宅要介護・要支援認定者では「ケアマネジャー」が60.2%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」が29.0%となっています。



④健康について

■現在のあなたの健康状態はいかがですか。(単数回答)

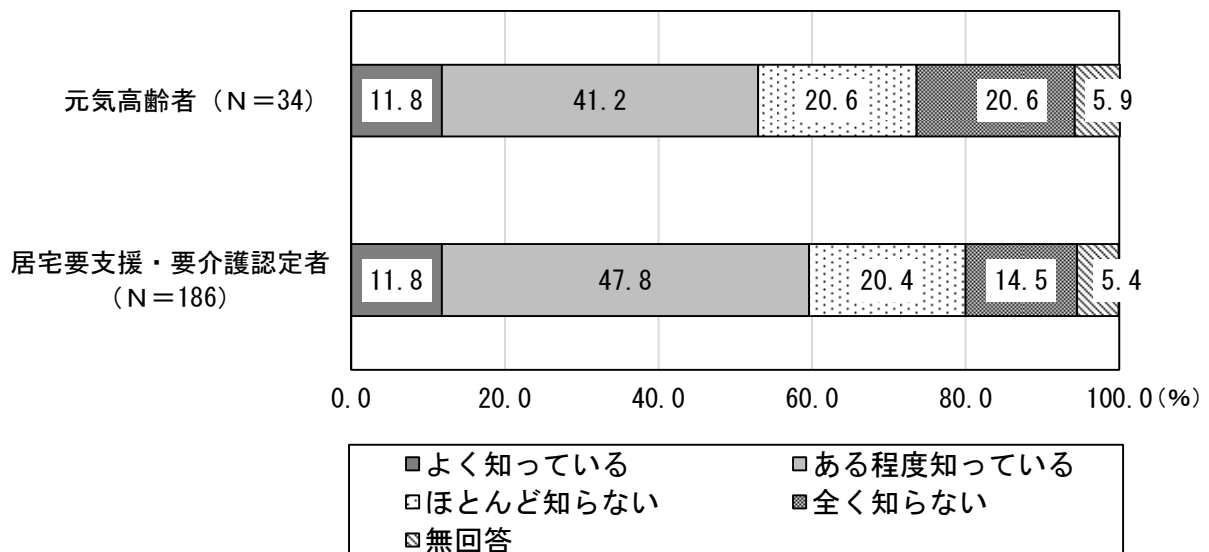
現在の健康状態について、元気高齢者では「とてもよい」、「まあよい」を合わせた『健康状態がよい』割合は、91.2%となっています。また、「あまりよくない」、「よくない」を合わせた『健康状態がよくない』割合は、8.8%となっています。居宅要介護・要支援認定者では「とてもよい」、「まあよい」を合わせた『健康状態がよい』割合は、47.3%となっています。「あまりよくない」、「よくない」を合わせた『健康状態がよくない』割合は、51.6%となっています。



⑤地域包括支援センターについて

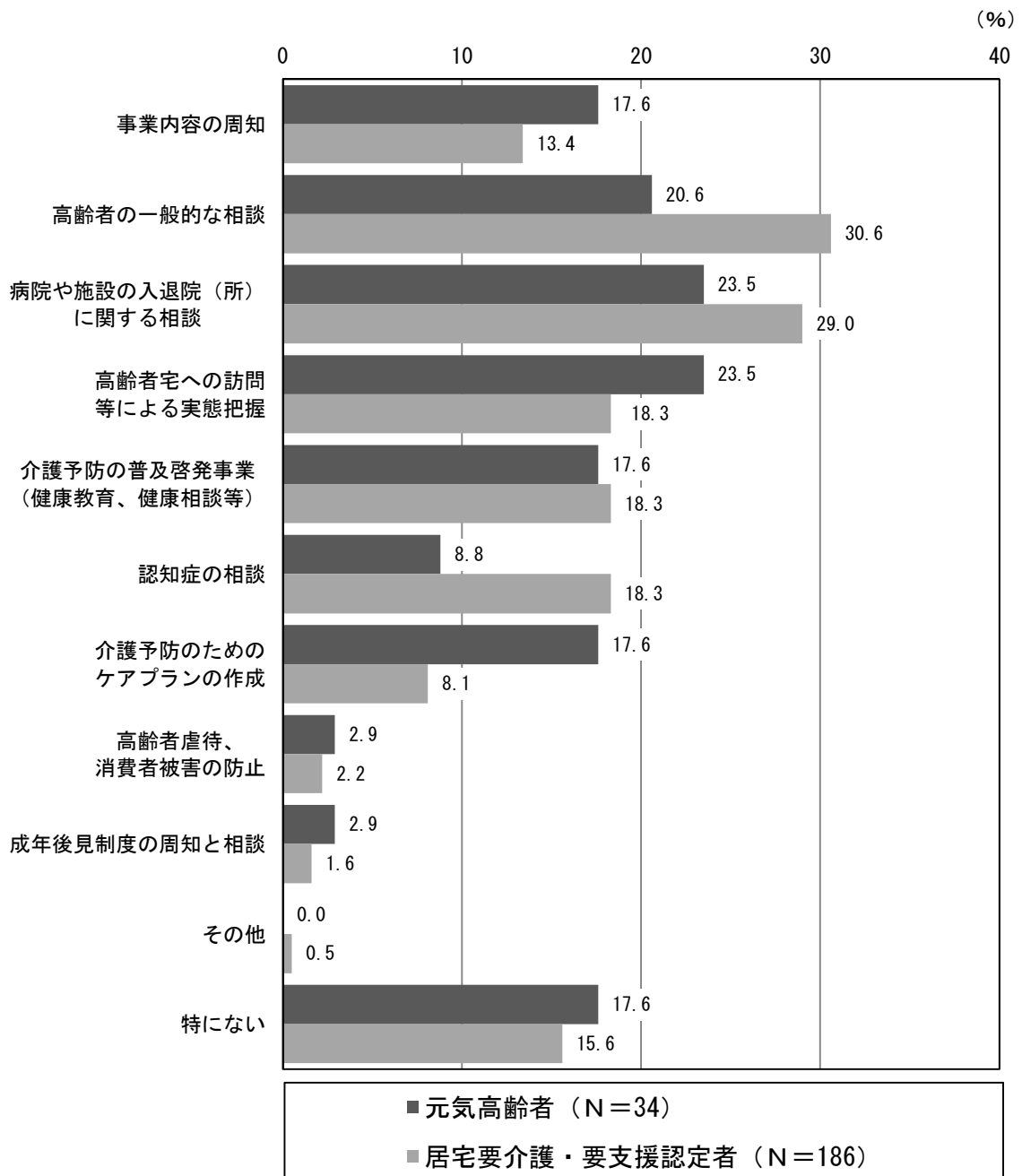
■あなたは、高齢者への総合的な生活支援の窓口である、地域包括支援センターのことをご存知ですか。(単数回答)

地域包括支援センターの認知度について、「よく知っている」「ある程度知っている」を合わせると元気高齢者が53.0%、居宅要介護・要支援認定者が59.6%となり、5割以上の人が『知っている』と回答しています。



■今後、地域包括支援センターに力を入れてほしい事業は何ですか。(複数回答)

今後、地域包括支援センターに力を入れてほしい事業について、元気高齢者では「病院や施設の入退院(所)に関する相談」と「高齢者宅への訪問等による実態把握」が最も高く、ともに23.5%、次いで「高齢者の一般的な相談」が20.6%となっています。居宅要介護・要支援認定者では「高齢者の一般的な相談」が最も高く30.6%、次いで「病院や施設の入退院(所)に関する相談」が29.0%となっています。



5 サービスの供給目標の達成状況

本計画における、介護保険適用外福祉サービスの供給目標は以下のとおりです。

実績と目標の差をみると、数値の差が最も大きいのが「認知症サポーターの養成（登録者）」で51（人）、次いで「もみの湯循環線無料券交付事業」で27（人）、「ふれあい訪問事業」で19（人）となっています。

事業	単位	平成 28 年度 実績	平成 29 年度 供給目標	実績と目標の 差
ホームヘルパー派遣事業	人	3	11	8
生きがい対応型デイサービス事業	人	0	5	5
ふれあい訪問事業	人	11	30	19
配食サービス事業	人	40	50	10
福祉用具貸与事業	人	31	45	14
緊急通報装置貸与事業	世帯	36	45	9
夜間一時預かり事業	人	0	1	1
老人短期保護事業	人	0	1	1
緊急宿泊支援事業	人	3	10	7
家族介護者交流事業	回	2	2	0
介護用品支給事業	人	10	25	15
家族介護者教室	回	1	3	2
家族介護者ヘルパー受講支援事業	人	0	4	4
住宅改良アドバイザー派遣事業	人	0	1	1
住宅改良促進事業	人	0	1	1
成年後見制度の普及啓発	人	0	1	1
もみの湯循環線無料券交付事業	人	43	70	27
認知症サポーターの養成（登録者）	人	349	400	51
徘徊高齢者家族支援サービス	人	0	1	1

第 3 章 計画の基本的な考え方

1 基本理念

高齢者就業率が全国1位の長野県のなかで、本村の高齢者就業率は第5位に位置し、生きがいをもって働く元気な高齢者が多いといえます。

本格的な高齢社会のなかで、すべての高齢者が、住み慣れた地域で、安心して生きがいをもって暮らせる村をめざし、本村では、「第6期原村高齢者福祉計画」において掲げた基本理念を継承し、次のような姿をめざすものとします。

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。また、医療、介護、生活支援等の各サービスを切れ目なく提供し、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 高齢者の安心と自立した生活への支援

高齢者それぞれの状態やニーズに合った保健福祉サービスが、適切かつ効果的に提供できる体制整備を推進します。また、高齢者が家庭や住み慣れた地域社会のなかで、自立した生活を送ることができるよう支援を行います。

基本目標 2 高齢者の生きがいづくりの推進

高齢者自身が社会参加を積極的に行えるよう体制整備に努めるとともに、高齢者の多様な経験と知識をいかせる就労機会や地域ふれあい活動の提供等、高齢者の自発性・多様性を尊重した生きがいづくり活動ができる体制整備に努めます。

基本目標 3 健康づくり・介護予防の推進

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ます。また、健康づくりを知る・学ぶ機会として、専門職による教育・相談・啓発を推進します。

基本目標 4 認知症高齢者支援の充実

高齢化の進行に伴い、認知症高齢者の増加が社会問題化しているため、地域全体で認知症に対する正しい知識と理解を深め、地域での見守り活動や支援体制の構築に努めます。

基本目標 5 地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域でできる限り在宅生活を営むことができるよう医療・介護・住まい・生活支援・介護予防の5つの要素が包括的に確保されるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

3 施策体系

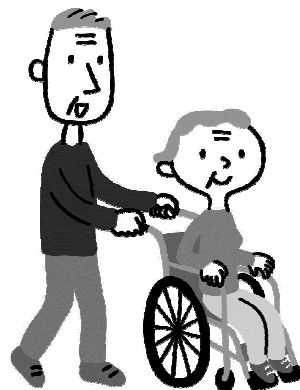
基本目標	No.	施策
1 高齢者の安心と自立した生活への支援	1	日常生活への支援
	2	家族介護者への支援
	3	高齢者に配慮した住まいの充実
	4	権利擁護の推進
	5	高齢者の安全の確保
2 高齢者の生きがいづくりの推進	1	社会参加や就労への支援
	2	高齢者の外出支援
3 健康づくり・介護予防の推進	1	健康づくりの推進
	2	介護予防の推進
4 認知症高齢者支援の充実	1	認知症高齢者への支援
	2	認知症高齢者家族への支援
5 地域包括ケアシステムの構築	1	相談・情報提供の充実
	2	地域包括ケアの充実
	3	地域の支え合いネットワークの構築

第4章 施策の展開・実施事業

基本目標 1 高齢者の安心と自立した生活への支援

【現状・課題】

- 本村の平成29年の高齢化率は33.6%であり、今後も高齢化の進行が予測されています。また、一人暮らしの高齢者や、高齢者夫婦で暮らす世帯も増加傾向にあります。そのため、住み慣れた地域のなかで一人ひとりに適した介護サービス・福祉サービスを受けながら、自立した生活ができるような環境づくりや生活支援事業の充実が求められています。
- 介護が必要となっても、在宅での生活の継続を望む高齢者が多く、介護をする家族の果たす役割が、より重要となっています。しかし、在宅介護は介護者の負担が大きく、老々介護も増加しているため、介護者の身体的・精神的負担の軽減を図り、在宅での介護が継続できるよう支援が必要です。
- 高齢化に伴い、一人暮らし高齢者の増加が予測されています。自宅で暮らし続けられるようにするための住まいに関する支援や、必要に応じた施設等のサービス提供が求められています。
- 近年増加している「振り込め詐欺」や「還付金詐欺」では、高齢者が被害に遭う確率が高く、全国的に被害金額が増加している状況です。高齢者を取り巻く犯罪への対応については、警察や弁護士等、関係機関と連携しながら、犯罪の未然防止に努めています。今後も注意喚起・普及啓発に取り組む必要があります。
- 茅野市・富士見町・原村成年後見支援センターを茅野市社会福祉協議会内に平成29年4月に開設しました。社会福祉協議会、地域包括支援センターと連携を図り、権利擁護や成年後見制度の活用の周知及び推進を図ります。



(1) 日常生活への支援

【施策の方向】

高齢者が、住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、日常生活への支援を行います。本人やその家族の多様なニーズに対応するため、生活支援サービスの充実と利用促進を図るとともに、質と量が確保できるように努めます。

【実施事業】

No.	事業	内容
1	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。
2	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。
3	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。
4	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。
5	福祉用具貸与事業	福祉用具（ベッド、車いす等）が必要と認められる方に福祉用具を貸与します。
6	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。
7	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します。
8	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します。
9	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。

(2) 家族介護者への支援

【施策の方向】

介護サービスだけでなく、介護教室や介護者同士の交流を実施するなど、家族介護者への福祉サービスを提供することで、介護者の心身の負担や経済的な負担を軽減し、在宅での介護の継続を支援します。また、介護の職場では人材不足が深刻であるため、家族介護者ヘルパー受講支援事業を周知し、介護職の人材確保に努めます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
10	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。
11	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。
12	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。
13	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。

(3) 高齢者に配慮した住まいの充実

【施策の方向】

高齢者の身体の状況や生活スタイルに合わせた居住環境の整備を進めます。また、施設入所が必要な高齢者には、ニーズに応じたサービス提供体制を整備し、入居支援や入居後の生活支援に努めます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
14	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。
15	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。
16	養護老人ホーム	現在、村内に養護老人ホームは整備されていないため、入所希望者には村外の施設へ適切な措置を行います。

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
17	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。
18	一人暮らし高齢者家庭訪問による防火診断	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。

(4) 権利擁護の推進

【施策の方向】

認知症等で判断能力が低下した場合でも、高齢者の主体性や尊厳を守り、地域で安心して暮らし続けることができるよう、権利擁護や成年後見の取り組みを推進します。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
19	高齢者虐待防止の推進	虐待対応マニュアルの作成や関係機関との連携、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。
20	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。
21	成年後見支援センターの運営	「茅野市・富士見町・原村 成年後見支援センター」を設置しました。社会福祉協議会、地域包括支援センターと連携し、周知に努めるとともに、支援・相談・助言を行います。
22	日常生活自立支援事業	社会福祉協議会と連携し、日常生活自立支援事業の周知を行います。

(5) 高齢者の安全の確保

【施策の方向】

高齢者の安全安心な生活を確保するため、消費者被害について啓発を行うなど、さらなる対策を講じていきます。また、「災害時住民支え合いマップ」を活用し、災害発生時の早急な救出・救護や被災後の支援のための体制を整えるとともに、災害以外の緊急時にも対応できるよう、取り組みを充実させます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
23	消費者被害防止の推進	ヘルパー、民生委員、老人クラブ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。
24	子ども・高齢者安全対策ネットワーク会議の開催	子ども・高齢者安全対策ネットワーク会議の開催や、消費生活サポーターの登録者数を拡充し、見守り体制の強化をめざします。
25	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」への取り組みにより、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。



基本目標 2 高齢者の生きがいつくりの推進

【現状・課題】

- 平成 27 年の国勢調査における本村の高齢者の労働力率は 39.2%と、全国平均の 24.1%、長野県平均の 29.6%を上回っています。生涯を通して働くことに生きがいを感じている高齢者も多く、高齢者がいきいきとした生活を送りながら、生涯現役で働き続けられる環境の整備が必要です。
- 高齢になっても健康で様々な社会活動に携わり、地域の担い手としての役割を果たすことを希望する声が見受けられます。高齢者同士がつながる場づくりや、高齢者が地域で積極的に社会参加ができる環境の整備が求められています。
- 高齢化が進む本村では、特に家に閉じこもりがちな高齢者が、元気で生きがいをもって暮らすことができるよう、健康、芸術、教養、趣味等の幅広い分野における生涯学習を気軽に楽しめる活動方法や、情報提供等の充実が必要です。
- 通院や買い物等の日常生活が困難な高齢者、運転免許証を返納する高齢者が増加しており、公共交通において対応できない交通弱者に対する支援が必要です。



(1) 社会参加や就労への支援

【施策の方向】

学習やスポーツ等、様々な活動を通じて、高齢者が地域で積極的に社会参加できる環境の整備や支援に取り組みます。また、高齢者が多様な人生経験のなかで培ってきた技術や知識、経験等をいかした就労ができるよう、高齢者の就業支援を行います。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
26	老人クラブ事業活動	高齢者の自主的な活動組織である老人クラブの活動が活性化するように支援します。
27	高齢者祝賀事業（敬老会・敬老祝い金）	高齢者の長寿を祝い、多年にわたる社会への貢献に敬意を表すために、村内の高齢者が一堂に会する敬老会を開催します。あわせて、敬老祝い金を支給します。
28	生涯学習活動の支援	中央公民館と連携しながら、高齢者の活動を支援します。シニア大学への入学の促進を図ります。
29	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。
30	もみの湯循環線無料券交付事業	ふれあいセンター「もみの湯」への交通手段として、原村循環線「セロリン号」の無料券を交付します。
31	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。

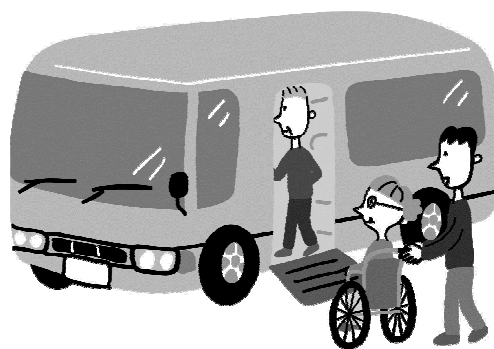
(2) 高齢者の外出支援

【施策の方向】

公共交通である原村循環線「セロリン号」の運行や、外出が困難な高齢者を対象とした福祉輸送サービス事業を実施するなど、より充実した地域公共交通のあり方について検討します。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
32	原村循環線「セロリン号」の運行	公共交通機関として、通院や通学等を考慮した原村循環線「セロリン号」を運行します。
33	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。
34	運転免許証返納支援事業	平成 30 年度から運転免許証返納者に対する支援を行います。事業内容の周知に努めます。



基本目標3 健康づくり・介護予防の推進

【現状・課題】

- 生活習慣病予防のために健診事業や保健指導を行っていますが、基本健診やがん検診の受診率が低いと、さらなる受診率の向上が求められています。
- 高齢期は、けがや病気が原因で寝たきりとなり、要介護状態になる人も少なくありません。早い時期からの対応で改善が可能なため、各種健診や健康教室、介護予防教室等の充実を図り、高齢者の健康の維持・増進に取り組む必要があります。
- 60代、70代の高齢者の多くは、要支援・要介護状態に至っていません。社会参加の機会を増やし、生きがいづくりや介護予防につなげることが大切です。
- 在宅介護に携わるのは男性より女性の方が多く、介護予防事業に参加する男性が少ないことが課題となっています。今後、男性への啓発にも取り組む必要があります。
- 平成29年4月からスタートした介護予防・日常生活支援総合事業については、原村社会福祉協議会により訪問型サービスA、生きがいサロン「ひばり」(通所型サービスA)を開始しました。



(1) 健康づくりの推進

【施策の方向】

高齢者が日常生活のなかで健康づくりに積極的・自主的に取り組めるよう、関係団体と連携しながら、疫病予防、生活習慣の改善、健康の維持増進を図ります。また、高齢者が積極的な社会参加を通じて心身ともに健康を保ち、生きがいをもって毎日を過ごせるよう取り組みます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
35	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。
36	健康づくり教室	老人クラブや社会体育館等と連携して、健康づくり教室を開催します。
37	スポーツ・レクリエーション機会の提供	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。
38	老人医療費特別給付金事業	制度の周知を図ります。また、老人医療費特別給付金事業のあり方について、検討を行います。
39	高齢者食生活改善事業	一人暮らし高齢者等を対象に、会食会等を利用し食生活の改善を支援します。

(2) 介護予防の推進

【施策の方向】

高齢者が、要支援・要介護状態となることを未然に防ぐため、地域包括支援センターが中心となり、介護予防の実践につなげる取り組みを推進し、一貫性、継続性のあるサービスの提供を行います。また、高齢者が健康や介護予防への意識を高め、自ら進んで介護予防に取り組めるよう支援します。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
40	介護予防・日常生活支援総合事業	住民等の多様な主体が参画して、要支援者に対する効果的かつ効率的な支援が行えるよう、体制づくりを進めます。
41	一般介護予防事業	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ます。
42	出前介護予防教室	地域包括支援センターとの連携のもと、各地区において出前介護予防教室を開催します。

基本目標 4 認知症高齢者支援の充実

【現状・課題】

- 高齢化の進行に伴い、認知症高齢者は増加傾向にあります。認知症への対応は早期発見が重要となるため、認知症専門医や医療機関との連携の強化が必要です。
- 全国的に行方不明・身元不明認知症高齢者が問題となっています。徘徊した認知症の人を安全に保護するため、地域全体で認知症高齢者を見守り、認知症高齢者とその家族を支援する徘徊SOSネットワーク事業を平成28年度から始めました。
- 認知症高齢者が増加傾向であることを踏まえ、国が策定した「新オレンジプラン」では、認知症の人を含めた高齢者支援のための地域コミュニティづくりの視点が重視されています。認知症予防事業への参加の促進や、認知症に対する理解の促進等、当事者や家族を適切な支援・サービスにつなげる仕組みづくりが求められています。
- 平成30年4月から「認知症初期集中支援チーム」を設置し、「認知症地域支援推進員」を配置しました。

(1) 認知症高齢者への支援

【施策の方向】

介護サービス事業者と地域の認知症専門医や医療機関との連携を図り、地域全体で認知症高齢者を見守り、支援する体制づくりを推進します。また、認知症に関する正しい知識と理解を深めるため、認知症サポーターの養成を推進します。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
43	認知症に関する知識の普及・理解の促進	研修会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。介護の現場に携わる職員を対象とした、専門的な知識の習得へ向けて、研修会を行います。
44	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。
45	認知症予防の推進	認知症予防のための介護予防事業を行います。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。
46	認知症ケアパスの作成	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。

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
47	認知症初期集中支援チームの設置	医療や介護等の関係機関が連携して認知症を早期診断し、初期段階で適切な支援に結び付ける「認知症初期集中支援チーム」により、支援体制を強化します。
48	認知症地域支援推進員の配置	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。

（２）認知症高齢者家族への支援

【施策の方向】

認知症の人を介護する介護者の精神的・身体的負担の軽減を図るため、家族等の介護者が気軽に参加できる機会の創出を検討します。また、徘徊高齢者の早期発見が可能なシステムの環境整備を行い、認知症の人やその家族が安心して暮らすことができる環境づくりを進めます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
49	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。
50	徘徊SOSネットワーク事業	認知症等による徘徊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支援体制を構築し、支援を図ります。
51	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に開催します。



基本目標5 地域包括ケアシステムの構築

【現状・課題】

- 地域包括支援センター「ひだまり」の認知度は、第6期計画では4割でした。今回は5割を超えましたが、まだ広く周知されていないのが現状です。認知度を向上させて地域との関係を強化し、高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域で安心して生活できるように、医療・介護・生活支援等が一体的に提供できる地域包括ケアシステムの構築を推進します。
- 身近な地域で、高齢者を日常的に支援していくために、隣近所や地域での支え合いや助け合いのネットワークづくりが重要となります
- 平成30年4月から生活支援体制整備事業として、生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置運営を開始します。

(1) 相談・情報提供の充実

【施策の方向】

高齢者が身近な地域で安心して暮らしていけるよう、様々な情報を提供するとともに、健康や生活の困りごと等について、気軽に相談できる総合的な相談窓口の充実に努めます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
52	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」の更新を行います。また、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。
53	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」を広く周知します。
54	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。

(2) 地域包括ケアの充実

【施策の方向】

高齢者が、住み慣れた生活の場で自分らしい生活を続けるため、地域において医療・介護の関係機関が連携し、在宅医療や介護サービス等の各種支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築をめざします。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
55	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。
56	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検討のため、地域ケア会議を開催します。
57	地域包括ケアシステム等研修会の開催	地域包括ケアシステムの先進モデルを学ぶ研修会を開催します。
58	生活支援体制整備事業	生活支援サービスや介護予防サービスを推進する「生活支援コーディネーター」の配置と協議体の設置運営を行います。

(3) 地域の支え合いネットワークの構築

【施策の方向】

地域包括ケアセンターを中心に、行政や自治会、民生委員、サービス事業者等が、様々な分野で相互に連携して活動し、地域に密着した支え合い、助け合いのネットワークづくりを進めます。

【実施事業】

No.	事業	事業内容及び今後の方向性
59	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するため会議を開催します。
60	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。

第5章 高齢者福祉サービスの供給目標

1 サービスの供給目標

本計画における、介護保険適用外福祉サービスの供給目標は以下のとおりです。

No.	事業	単位	平成28年度実績	平成32年度供給目標
1	ホームヘルパー派遣事業	人	3	7
2	生きがい対応型デイサービス事業	人	0	3
3	ふれあい訪問事業	人	11	20
4	配食サービス事業	人	40	50
5	福祉用具貸与事業	人	31	40
6	緊急通報装置貸与事業	世帯	36	45
7	夜間一時預かり事業	人	0	1
8	老人短期保護事業	人	0	1
9	緊急宿泊支援事業	人	3	5
10	家族介護者交流事業	回	2	2
11	介護用品支給事業	人	10	20
12	家族介護者教室	回	1	2
13	家族介護者ヘルパー受講支援事業	人	0	4
14	住宅改良アドバイザー派遣事業	人	0	1
15	住宅改良促進事業	人	0	1
20	成年後見制度の普及啓発（制度の利用支援）	人	0	1
30	もみの湯循環線無料券交付事業	人	43	50
34	運転免許証返納支援事業	人	—	15
44	認知症サポーターの養成（登録者）	人	349	500
49	徘徊高齢者家族支援サービス事業	人	0	1
50	徘徊SOSネットワーク事業（協力団体）	団体	21	25

第 6 章 諏訪広域連合第 7 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

諏訪広域圏における高齢者人口は、平成 29 年 10 月現在で 62,838 人、高齢化率は 31.4%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。今後、いわゆる「団塊の世代（昭和 22～24 年生まれ）」が後期高齢者となる平成 37（2025）年に向けて、ますます介護ニーズが高まることが見込まれる一方で、少子高齢化の影響等による労働力不足が顕在化してきており、介護を支える人材の確保が大きな課題となっています。

また、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し、社会全体で高齢者を支える地域づくりが求められるなか、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。

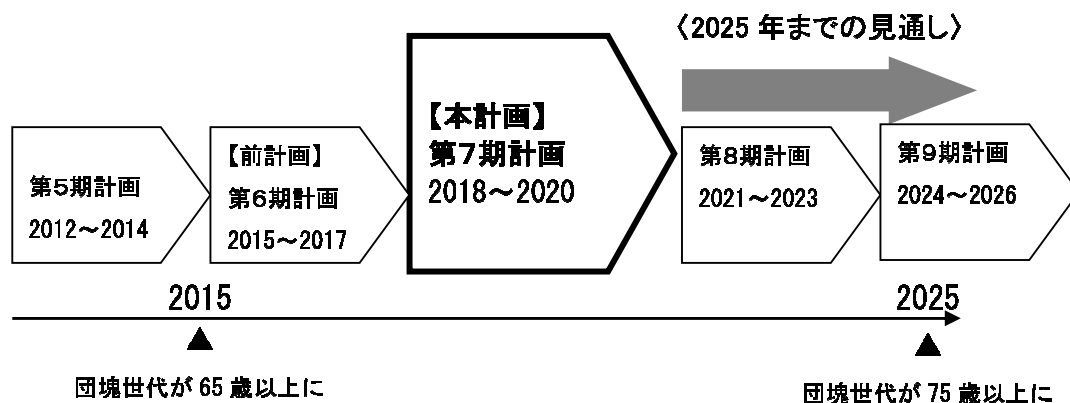
第 7 期計画では、平成 37（2025）年の超高齢社会像を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進と介護保険制度の持続可能性を確保しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、構成市町村やサービス提供事業者の関係機関、地域の各種団体、地域住民等と連携・協力しながら取り組んでいく必要があります。

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 6 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 7 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) 計画の位置付けと計画期間

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」として位置付けられるもので、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、平成 30（2018）年度から平成 32（2020）年度までの 3 年間となります。



(3) 基本理念

介護保険制度の趣旨や高齢者を取り巻く環境等を踏まえ、本計画における基本的な考え方を以下の4つとし、基本理念を以下のとおりとします。

①高齢者の自立支援

高齢者自身が自らの意思に基づき、自らの有する能力を最大限いかしながら、自立した質の高い生活を送ることができるよう、きめ細かな支援の充実を図ります。

②尊厳の保持と権利擁護

住み慣れた地域で、その人らしく安心して生活を送ることができるよう、すべての高齢者の尊厳と権利が守られるための体制の強化を図ります。

③利用者本位のサービス提供

利用者が安心してサービス提供を受けることができるよう、サービスを必要とする人が希望するサービスを適切に選択できるための体制の充実とサービス水準の確保・向上を図ります。

④地域による支え合いの支援

2025年における超高齢社会を見据え、高齢者自身も支える側として活動しつつ、地域全体で見守り、支え合う体制づくりを支援します。

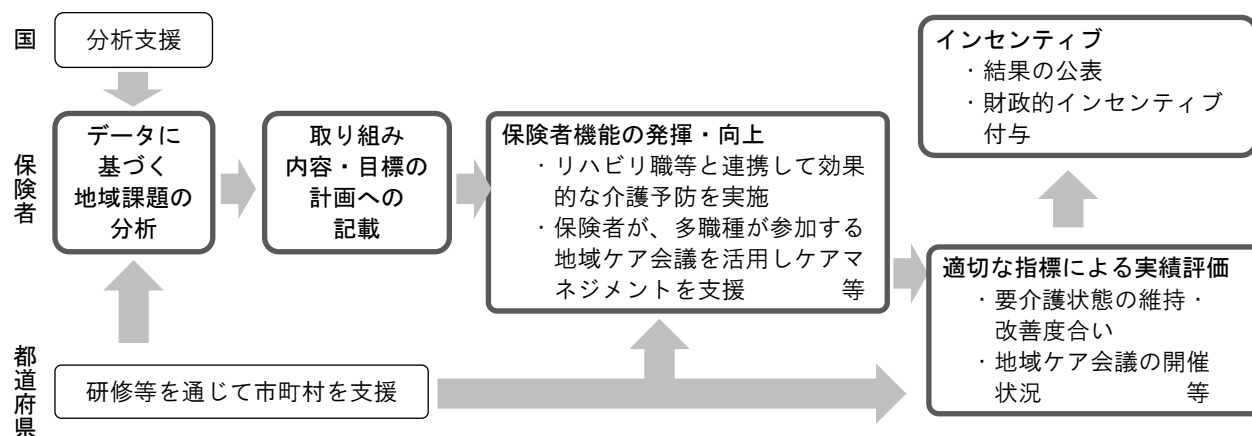
2 介護保険制度改正について

第7期の介護保険制度改正では、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保をめざし、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取り組みの推進や新たな介護保険施設の創設、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直しが行われるとともに、県が策定する医療計画との整合性の確保が求められています。

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

① 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取り組みの推進

介護保険制度の持続可能性を維持するために、保険者が地域の課題を分析して、高齢者が可能な範囲で自立した生活を送ることができるよう、以下の取り組みが制度化されます。



また、地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）や居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能型居宅介護等を普及させる観点から、都道府県に対して指定拒否の仕組み等の導入）、認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）の制度上での明確化等の改正が行われています。

② 新たな介護保険施設の創設

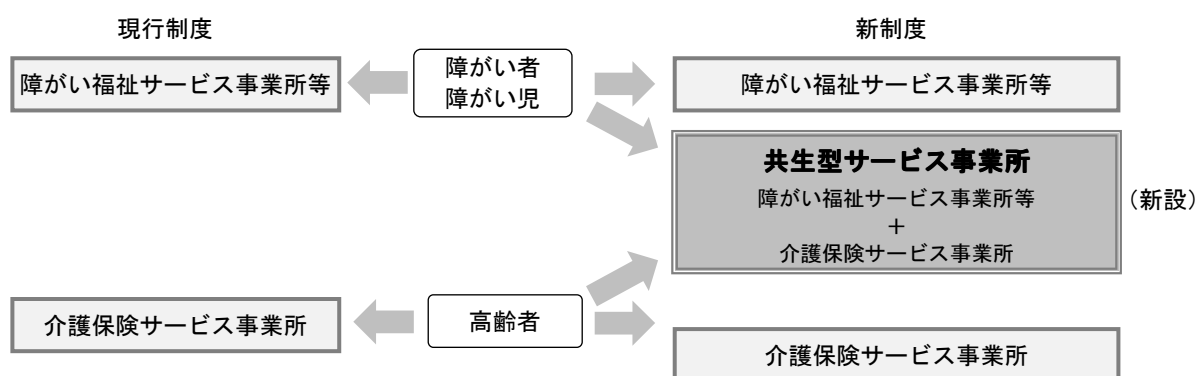
今後、増加が予想される慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護医療院」が平成30年4月より創設されます。

あわせて、現行の介護療養病床の経過措置期間について、6年間延長することとしています。

③共生型サービスの創設

障がい者が65歳以上になっても、使い慣れた事業所においてサービスを利用しやすくするため、また、福祉に携わる人材に限りがあるなかで、地域の実情に合わせて、人材をうまく活用しながら適切にサービス提供を行うという観点から、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ等について、高齢者や障がい児者がともに利用できる「共生型サービス」が創設されました。

これは、介護保険または障がい福祉のいずれかの指定を受けている事業所が、もう一方の制度における指定も受けやすくなるようにするもので、各事業所は、地域の高齢者や障がい児者のニーズを踏まえて、指定を受けるかどうか判断することとなります。



(2) 介護保険制度の持続可能性の確保

①現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合が3割となります。ただし、負担上限月額が設定されます。

②現役世代の介護納付金における総報酬割の導入

第2号被保険者(40～64歳)の介護保険料について、現在は、その加入する医療保険の加入者である第2号被保険者の人数に応じて、負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっていますが、今後は、被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組みに改められます。(激変緩和の観点から、平成29年8月から平成32年度にかけて段階的に移行)

(3) 医療計画との整合性の確保

医療・福祉の提供体制の一体的な確保に向けて、介護保険事業計画の策定にあたり、都道府県や市町村の関係者による協議の場を設置し、県が策定する医療計画との整合の確保を図っていくこととなります。

3 高齢者の概況

(1) 高齢者人口の推移

広域

【単位：人、％】

	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年
総人口 (A)	206,648	204,930	203,769	202,279	201,064	199,983
0～14 歳 (B)	27,841	27,251	26,662	26,203	25,639	24,991
割合 (B÷A)	13.5	13.3	13.1	13.0	12.8	12.5
15～64 歳 (C)	122,102	119,184	116,905	114,752	113,184	112,154
割合 (C÷A)	59.1	58.2	57.4	56.7	56.3	56.1
40～64 歳	66,719	65,748	65,181	64,694	64,452	64,330
65 歳以上 (D)	56,705	58,495	60,202	61,325	62,241	62,838
割合 (D÷A)	27.4	28.5	29.5	30.3	31.0	31.4
65～74 歳 (E)	27,525	28,751	29,893	30,258	30,256	29,766
割合 (E÷D)	48.5	49.2	49.7	49.3	48.6	47.4
75 歳以上 (F)	29,180	29,744	30,309	31,066	31,985	33,072
割合 (F÷D)	51.5	50.8	50.3	50.7	51.4	52.6

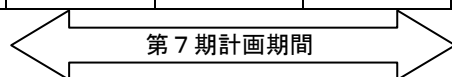
(2) 計画期間における高齢者人口の推計

住民基本台帳人口を用いてコーホート変化率法により推計すると、第7期計画期間の最終年度となる平成32(2020)年には、広域全体では高齢者数が63,328人になり、平成29(2017)年と比べると約500人増加すると推計されます。その後、高齢者人口は減少に転じますが、後期高齢者数が増加し続けると予想されます。高齢化率は、平成29(2017)年の31.4%から平成32(2020)年には32.3%、平成37(2025)年には33.1%になると予想されます。

広域

【単位：人、％】

	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H35 (2023)	H37 (2025)	増減 (H28-H37)
人口	199,983	198,751	197,428	196,015	191,458	188,128	▲11,855
高齢者	62,838	63,147	63,265	63,328	62,770	62,287	▲551
前期高齢者	29,766	29,223	28,422	28,129	25,348	23,141	▲6,625
後期高齢者	33,072	33,924	34,843	35,199	37,422	39,146	6,074
高齢化率	31.4	31.8	32.0	32.3	32.8	33.1	1.7



※各年10月1日現在の実績及び推計値

原村

【単位：人、％】

	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H35 (2023)	H37 (2025)	増減 (H28-H37)
人口	7,968	8,010	8,048	8,080	8,172	8,212	224
高齢者	2,564	2,614	2,646	2,684	2,796	2,840	276
前期高齢者	1,312	1,325	1,336	1,351	1,324	1,250	▲62
後期高齢者	1,252	1,289	1,310	1,333	1,472	1,590	338
高齢化率	32.2	32.6	32.9	33.2	34.2	34.6	2.4

※各年10月1日現在の実績及び推計値

4 介護保険事業の実施状況

(1) 要支援・要介護認定者の推移及び推計

高齢化に伴い、要支援・要介護認定者数は年々増加し、平成29年9月末時点で10,793人となっており、平成24年9月末時点と比べると1,678人(18.4%)増加しています。要介護度別にみると、要介護1で大きく増加し、要介護5では減少しています。第1号被保険者数に対する認定者数の割合(認定率)は、平成24年9月の16.1%から平成29年9月には17.2%まで上昇しています。

■要支援・要介護認定者数の推移

【単位：人、%】

		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	増減
要支援・要介護認定者数		9,115	9,666	10,183	10,456	10,661	10,793	1,678
第1号被保険者	要支援1	859	1,020	1,141	1,184	1,182	1,136	277
	要支援2	1,059	1,123	1,194	1,331	1,316	1,313	254
	要介護1	2,059	2,159	2,363	2,448	2,619	2,692	633
	要介護2	1,608	1,701	1,739	1,744	1,805	1,836	228
	要介護3	1,160	1,253	1,264	1,317	1,350	1,439	279
	要介護4	1,094	1,117	1,150	1,156	1,198	1,189	95
	要介護5	1,038	1,054	1,099	1,050	985	976	▲62
合計		8,877	9,427	9,950	10,230	10,455	10,581	1,704
第2号被保険者		238	239	233	226	206	212	▲32
認定率		16.1	16.5	16.9	17.1	17.1	17.2	1.1

※各年9月末現在

(2) 計画期間中の要支援・要介護認定者数の推計

計画期間中の要支援・要介護認定者数について、広域全体の男女別・5歳ごと年齢別の要介護度別認定率の実績を勘案して計画期間の認定率を設定し、将来推計人口に乗じて算出すると、第7期の計画期間の最終年度となる平成32(2020)年には11,662人になると推計されます。高齢者数は減少傾向となりますが、認定率の高い後期高齢者の増加等により認定者数は増加し、平成37(2025)年には認定者数12,676人、認定率20.4%になると予想されます。

【単位：人、%】

	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H35 (2023)	H37 (2025)	増減 (H28-H37)
要支援1	1,155	1,268	1,297	1,324	1,388	1,430	275
要支援2	1,340	1,394	1,415	1,439	1,509	1,556	216
要介護1	2,738	2,792	2,840	2,897	3,048	3,148	410
要介護2	1,877	1,947	1,974	2,004	2,108	2,178	301
要介護3	1,464	1,455	1,488	1,521	1,607	1,665	201
要介護4	1,213	1,301	1,334	1,371	1,447	1,497	284
要介護5	1,006	1,068	1,086	1,106	1,164	1,202	196
合計	10,793	11,225	11,434	11,662	12,270	12,676	1,883
認定率	17.2	17.8	18.1	18.4	19.5	20.4	3.2

※2号被保険者を含む
 ※H29は「介護保険事業状況報告9月月報」(9月末現在)、H30以降は各年9月末時点の推計値

5 原村における介護保険サービスの利用状況

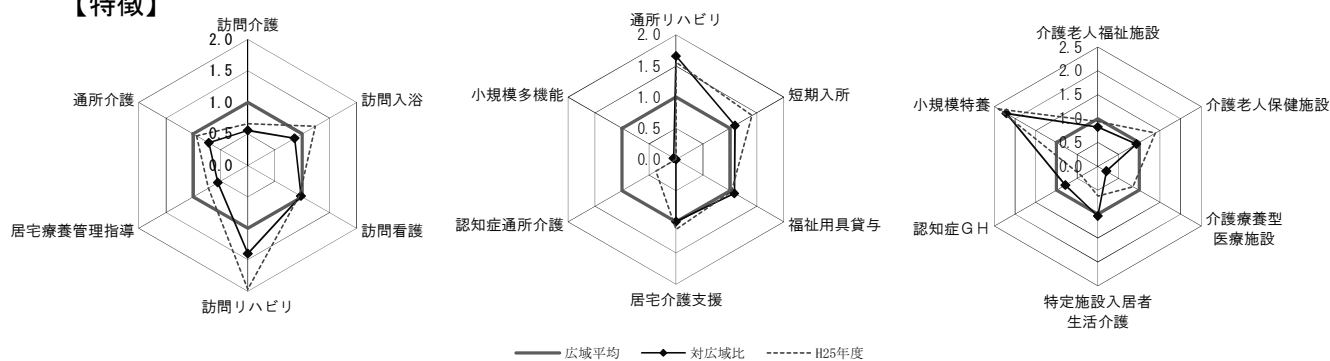
■サービス利用率（平成 28 年度）

	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養管理指導	通所介護
原村	9.6%	1.2%	7.2%	3.2%	4.9%	20.1%
対広域比	0.55	0.86	0.98	1.41	0.55	0.71
H25年度	0.66	1.24	0.95	1.97	0.72	0.94

	通所リハビリ	短期入所	福祉用具貸与	居宅介護支援	認知症通所介護	小規模多機能
原村	25.1%	9.1%	35.1%	54.9%	0.0%	0.1%
対広域比	1.66	1.09	1.08	0.99	0.00	0.04
H25年度	1.56	1.41	1.03	1.12	0.37	0.00

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	特定施設入居者生活介護	認知症GH	小規模特養
原村	7.1%	7.2%	0.0%	5.6%	2.7%	3.4%
対広域比	0.82	0.93	0.20	1.04	0.79	2.21
H25年度	0.94	1.39	0.85	0.62	0.39	2.40

【特徴】



○構成市町村のなかで最も人口が少ない地域です。

○居宅系サービスでは、広域内において「訪問リハビリ」、「通所リハビリ」の利用率が高く、「認知症対応型通所介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「訪問介護」、「居宅療養管理指導」の利用率が低くなっています。

○施設・居住系サービスでは、広域内において「小規模特養」の利用率が高く、「介護療養型医療施設」の利用率が低くなっています。

○平成 25 年度と比べると、「特定施設入居者生活介護」、「認知症対応型共同生活介護」の対広域比が上がり、平均に近づいています。一方、「訪問入浴介護」、「短期入所」、「通所介護」の対広域比が下がっています。

6 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

団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年を見据え、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」の実現をめざし、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。

第7期では、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に向けた保険者機能の強化や医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進を図るための法改正がなされており、制度の趣旨を踏まえ、地域の実情に応じた地域ケアシステムの強化に取り組みます。

(2) 日常生活圏域の設定

広域圏を構成する市町村ごとに、高齢化の進行度合いや地域資源の状況、これまで積み重ねてきた高齢者施策や地域住民による取り組み状況等が異なっていることから、地域の実情に応じて日常生活圏域ごとにケアシステムを構築していく必要があります。

日常生活圏域は各市町村の地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等、対象サービスを提供するための施設整備状況等を総合的に勘案して設定することとされています。当広域では、これまでと同様に市町村単位で1圏域を基本とし、茅野市においては市内の保健福祉サービスセンターを拠点とした4圏域とします。



(3) 地域包括支援センターの運営支援

岡谷市、諏訪市、茅野市では、包括的支援事業を広域連合から受託し、市が地域包括支援センターを設置します。下諏訪町、富士見町、原村では、包括的支援事業を法人等に委託することから、広域連合から法人等に包括的支援事業を委託し、委託を受けた法人等が地域包括支援センターを設置します。広域連合では、地域包括ケアシステムの中核となる地域包括支援センターの運営支援を行います。また、地域包括支援センターが地域住民の信頼を得ながら円滑に活動できるよう、関係機関等との連携を促進するためのネットワーク構築支援を行います。

高齢化の進展やそれに伴う相談件数の増加等を勘案し、業務量に応じた機能強化を図ります。また、包括的支援事業に位置付けられている在宅医療・介護連携や認知症施策、権利擁護等の推進を図るなかで、それぞれの役割を担う機能の強化を図ります。さらに、構成市町村による地域包括支援センターの定期的な点検・評価を実施し、一体的かつ効率的な運営を図るとともに、職員の資質向上と人材確保に努めます。

地域包括支援センターの設置・運営については、「地域包括支援センター運営協議会」で協議します。また、広域連合と地域包括支援センター及び市町村の連携強化を図り、質の高い支援を行うため「地域包括支援センター連絡会」の拡充を図ります。

（４）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」の実現をめざし、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。

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らしていくことができるよう、情報提供・情報共有を図り、一人ひとりの状況に応じた適切な支援につなげます。また、地域ケア会議等を活用しながら、様々な生活課題を抱える高齢者への対応を検討するとともに、有効な支援に取り組むことができるよう、多職種連携・協働体制の強化を図ります。

生活支援コーディネーター及び協議体が中心となり、高齢者が積極的に地域活動に参加して活躍し、協働して支え合う地域社会づくりを推進します。

地域で安心して暮らしていくことができるよう、県及び構成市町村の関係部局と連携し、個々の状態にあった住まいの確保に努めます。

（５）認知症対策の充実

認知症予防及び早期発見に向けた取り組み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り組み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。

（６）高齢者虐待防止対策の推進

高齢者を介護する家族等の負担軽減や不安・悩みに対する相談支援等を行うことにより、擁護者による虐待発生の未然防止、再発防止に努めます。また、介護サービス事業所等において、職員の研修やストレス対策等の実施を促進し、虐待の発生防止と早期発見につなげます。

高齢者虐待が疑われるケースを把握した場合に、迅速かつ適切な支援につなげることができるよう、関係機関の連携強化を図ります。また、高齢者虐待についての理解促進や相談窓口、高齢者虐待防止法等の周知を図ります。

（７）地域密着型サービスの充実

認知症高齢者等は環境変化の影響を受けやすいことに留意し、要介護状態等になっても可能な限り住み慣れた地域で継続して日常生活を送ることができるよう、地域密着型サービスの整備を推進します。日常生活圏域ごとの介護サービスのニーズを把握し、整備状況を踏まえながら、適切な整備を進めます。地域密着型サービスの指定に際しては、被保険者、関係団体の代表等で構成される「介護保険委員会」で被保険者等の意見を反映させます。

7 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

① サービス基盤の整備方針

居宅サービスについては、高齢化の進展とともに需要の増加が予想されるため、諏訪広域圏の住民ニーズを的確に把握し、より広い選択と質の高いサービスが供給できるよう引き続き点検・評価しながら民間事業者の参入促進による供給体制の整備を進めます。

施設・居住系サービスについては、在宅介護重視の基本的な考え方は維持しつつ、特養入所待機者数、保険給付費、保険料負担や、県の施設整備の考え方、高齢者等実態調査、サービス提供事業者・ケアマネジャーアンケート調査の結果を勘案しながら、必要な整備数や整備時期を設定します。

施設整備については、特養待機者と高齢者等実態調査の施設入所希望者から、要介護度や所在（在宅、老健、病院等）、世帯の状況（一人暮らし、高齢者のみの世帯等）、年金受給額等の状況に基づき、緊急性や個々に適した施設等を考慮した上で必要整備数を検討しつつ、事業者の意向や各種制度の動向等を踏まえ、さらに、「団塊の世代」が75歳以上となる平成37（2025）年を視野に、計画的な整備を進めます。

■ 第7期介護保険事業計画 介護保険施設等整備予定一覧表

（定員数：人）

施設サービス名	第6期計画まで （～H29年度）	第7期計画 （H30～H32年度）	
		整備計画	期末累計
介護老人福祉施設（特養、地域密着型を含む）	1,133	79	1,212
介護老人保健施設	866	12	878
介護療養型医療施設	14	0	※ 6
認知症高齢者グループホーム	360	18	378
特定施設入居者生活介護（混合型、地域密着型を含む）	721	123	844
合計	3,094	232	3,318

※介護療養型医療施設は、H30年度に8床が療養病棟へ転換を見込むため、6床は転換後の数値

② サービスの質の向上

ケアマネジャーは要介護者等の状態を的確に把握しながら、サービス事業者との連絡調整を行い、ケアプランを作成するという介護保険制度の要ともなる重要な役割を担っています。そのため、現任者研修会等を通じてケアマネジャーの資質の向上が図られるよう各種研修会を実施・支援していきます。サービス事業者に対する苦情等に対しては、県と連携して指定基準に基づく指導を行うとともに、サービスに対する苦情の分析や利用者のニーズを把握し、事業者への情報提供を行うことにより、より質の高いサービスの促進に努めます。また、介護相談員をサービス提供事業所に派遣し、介護サービスの改善や質の向上をめざします。

③介護従事者の確保と育成

事業者アンケートの結果をみると、現時点においても多くの事業所でマンパワーが不足し、サービス提供体制の確保と安定的な経営において、より深刻な状況となりつつあります。介護ニーズに対応するサービス提供体制を確保するためには、若い世代の就業・定着を図っていく必要があります。

国・県では、新たな人材の参入促進や定着に向けた処遇・環境改善、資質向上のための取り組みを一体的に推進するための施策を講じてとしています。本広域連合においても、県・地域の関係機関等との連携を図りながら、人材の育成・確保策について検討していきます。

さらに、介護従事者の負担軽減と作業の効率化等を図るため、事業者や関係機関と連携し、介護ロボット等、最新技術の導入支援に向けた取り組みを検討します。

④事業者相互間の連携の確保

本広域圏に事業所を有する介護サービス事業者による「諏訪圏域介護保険指定事業者連絡協議会」により、安心してサービスを受けることができるよう、会員の資質向上や会員相互の情報交換・連携等を図ります。「同一サービス種類事業者連絡会」を開催し、事業者間の情報交換、情報の共有を行い、一層のサービスの質の向上をめざします。広域化の目的のひとつである「圏域市町村内の住民が同じ負担で同じサービスが受けられる体制の整備」の実現をめざし、体制の整備に努めていきます。また、ケアマネジャーとサービス事業者との連携を図り、介護サービス利用者のニーズに即した最良のサービス提供ができるよう、事業者全体の連携を図っていきます。

(2) 要介護認定等

①訪問調査

要介護認定のための調査は、ケアマネジャーの資格を有する認定調査員等による訪問調査により行います。本広域連合では、調査の公平性や信頼性を確保するため、訪問調査は構成市町村職員が行います。また、施設入所者の調査は入所している介護保険施設への委託により行いますが、公正公平な要介護認定を行うために概ね3回に一度は構成市町村職員が行います。

②介護認定審査会

介護認定審査業務は、認定事務の公平性・公正性・専門性の確保のため、本広域連合に介護認定審査会を設置して審査判定を行っています。

また、要介護度の審査判定の均質化を図るため、定期的な委員研修会等を開催します。

③要介護認定の迅速化

要介護認定の迅速化を図るため、平成25年度から合議体の数及び審査会の開催回数を増やし、全体の期間短縮のほか、特に末期がんの方の認定に配慮し迅速な認定に努めています。また、要介護認定における認定調査についても、定期的に研修を開催し、適性化に努めます。

(3) 適切なサービス利用の促進

① 広報活動の充実

本広域連合及び構成市町村の広報紙やホームページを活用し、できる限りわかりやすい表現に努めながら、広報活動の充実を図るとともに、幅広く情報提供を行うなど、あらゆる機会を通じて介護保険制度の普及、啓発に努めます。

② 介護サービス計画の作成支援

ケアマネジャーへのアンケートでは、資質向上のためには研修会、勉強会、情報交換が必要であるといった回答が多くありました。現任者研修の受講の働きかけや定期的な連絡会議の開催により、ケアマネジャーの資質の向上に努めます。また、地域包括支援センターによるケアマネジャーへの指導、助言、支援を推進するほか、サービス事業者連絡協議会等を通じて介護サービス計画作成に必要な情報提供を行います。

③ サービス情報の提供

利用者が安心してサービスを選択し、利用するためには、サービス内容や事業者に関する情報を十分提供するとともに、利用に際しての様々な相談に適切に応じていく必要があります。

本広域連合では、広域管内を事業地域とする事業者の情報をまとめた冊子等を作成し、要介護認定者等に配布していくとともに、事業者連絡協議会を活用するなど、独自の情報収集・提供方法を構築していくよう努めます。

④ 低所得者への対応

利用料の軽減については、高額介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費等の制度があります。また、低所得者の方を対象にした社会福祉法人等による負担軽減制度のほか、本広域連合では単独事業として利用者負担額助成事業の実施や、地域支援事業等による介護用品等の支給や購入等に対する助成を行います。

また、施設等への入所が必要であると判断されながら経済的理由で入所等が困難な高齢者への対応策について検討します。

⑤ 介護老人福祉施設の入所事務の円滑化

介護老人福祉施設（地域密着型含む特別養護老人ホーム）の入所については、常に希望者がいることから、入所の必要性に応じた円滑な入所が求められており、そのためには入所希望者の直近の情報を的確に把握することが必要となります。本広域連合においては、介護保険制度開始から特養の入所事務を構成市町村が行ってきましたが、早く正確に希望者の状況を把握することで、入所の円滑化が期待できることから、入所事務の見直しについて検討します。見直しにあたっては、入所の公平性、透明性が維持できるよう入所実態の把握に努めるとともに、構成市町村における利用バランスに配慮します。

(4) 相談体制・苦情対応の充実

①相談窓口の充実

地域包括支援センターでは、包括的支援事業として、引き続き総合相談支援事業を行ってまいります。市町村窓口では、利用者の利便性の向上を図るため、基本的に介護保険に関する各種の申請手続きや相談を受け付けます。介護保険制度は、保健・医療・福祉との関連が密接であるとともに、制度が複雑であるため、窓口に関わる職員の資質の向上を図ってまいります。介護保険相談員については、構成市町村すべてにおいて相談活動が実施されており、定期的に施設等を訪問しながら利用者と事業者、保険者をつなぐ役目を果たしています。

きめ細かいサービスの提供のためには、本人の状態や生活実態、家族等の状況等を把握した上で、介護保険以外の保健・福祉サービスと組み合わせて提供していくことが重要であることから、構成市町村の保健福祉担当課をはじめ関係機関との連携を図ってまいります。

②苦情対応体制の充実

要介護認定や保険料等の徴収金に関しての不服は長野県介護保険審査会に審査請求を、介護サービス等についての苦情は長野県国民健康保険団体連合会に、それぞれ申し立てを行い処理する仕組みが制度的に位置付けられています。このため、今後も県や国民健康保険団体連合会など関係機関との連携を図り、全県・全国の相談窓口やサービス事業者等に寄せられる苦情の事例を収集・蓄積し、サービスの質の向上につなげるように努めてまいります。また、介護保険制度の改善については県や国に要望してまいります。

高齢者等実態調査の結果を今後の施策推進に反映させるとともに、利用者に対しアンケート調査等を実施し、介護保険サービスのサービス基盤整備やサービス提供の質の向上に役立ててまいります。

(5) 適正な事業運営の推進

①構成市町村との協力

窓口業務について、認定申請をはじめ各種申請の受付や相談等は、住民の利便性を図る観点から基本的に構成市町村の窓口で行います。

介護保険制度の適切な運営及びサービスの基盤整備の促進を図るため、常に構成市町村との緊密な協議と連携を図ります。

②事務処理の効率化

広域化のメリットのひとつとして掲げられた事務処理の効率化について、ICT（情報通信技術）等の積極的な活用を行い、事務の正確かつ迅速な処理等、本広域連合と構成市町村が一体となった効率的な事務処理体制の整備を図ります。

③介護費用等の適正化

介護給付の適正化は、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、持続可能な介護保険制度の構築を図ることが必要です。本広域連合では引き続き、「要介護認定の適正化」、「住宅改修等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」を行います。また、「ケアプランの点検」については、利用者に対して在宅での自立支援に向けた質の高いケアプランが提供されることを主眼に、構成市町村と連携した取り組みを行います。なお、「介護給付費通知」については、費用対効果を考慮しつつ、実施に向けて検討していきます。

④介護保険料上昇等への対応

第7期計画では、平成37（2025）年度における介護ニーズや必要な保険料水準を推計し、持続可能な制度とするための中長期的な視野に立った計画策定が求められています。適切なサービス見込量の推計に基づく施設整備を図るとともに、介護予防の推進と地域包括ケアシステムにおける多様な主体によるサービス提供体制の確保に努め、あわせて介護給付費準備基金を繰入れることにより、介護保険料上昇の抑制を図ります。

また、第7期の制度改正において、一定以上所得者の利用者負担の見直しを行うなど、これまで以上にそれぞれの被保険者の負担能力に応じて保険料を賦課する仕組みとなっています。本広域連合においても、制度改正の趣旨を踏まえて検討を行います。

⑤介護保険料の収納率向上

介護保険料の徴収について、平成28年度における収納率の状況は全体では約99%、普通徴収では約90%となっています。今後も、本広域連合と構成市町村が連携を密にし、保険料収納の向上に向けてさらなる取り組みを行います。

⑥住民参加による推進体制の充実

介護保険事業のみならず保健・医療・福祉の体制について、住民ニーズを十分に把握し、住民との合意形成を行う仕組みを整備していくことが必要です。また、情報公開のもと住民や関連機関と行政が本事業計画の進捗状況等について定期的に点検し、計画推進における課題等を調査・検討して円滑に本事業が展開されるよう、「諏訪広域連合介護保険委員会」を設置しています。

⑦PDCAサイクルによる事業推進

第7期における法改正では、保険者の機能強化を図るため、高齢者の自立支援や重度化防止の取り組みに対する目標を設定し、実績評価及び評価結果の公表を行うとともに、都道府県を通して国に報告することとされました。こうした仕組みを活用しつつ、計画に記載した取り組みの進捗状況や目標の達成状況を定期的に点検・評価し、改善策につなげていくPDCAサイクルを通じて、より効果的な施策の推進を図ります。

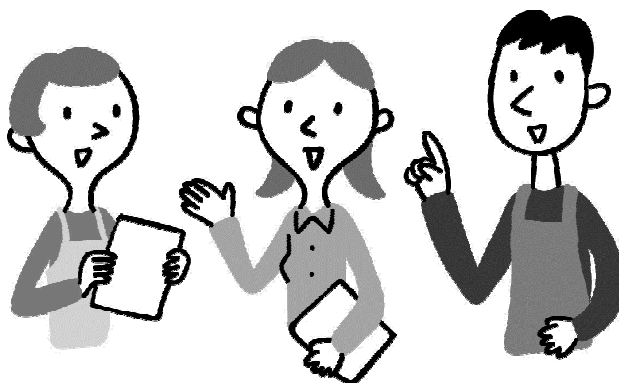
（6）事業者に対する相談・指導及び情報提供の推進

本広域連合は、地域密着型サービス事業者に対し、指定権者として集団指導や実地指導を実施し、適正な運営を指導するとともに、事業者からの相談には随時対応しています。

また、制度改正の周知や、感染症情報等について本広域連合のホームページにより、情報提供の迅速化と確実性を確保しています。

介護人材の育成は急務であることから、人材育成のための研修機会を確保するため、事業者に対し研修を計画的に実施するよう働きかけています。

今後も事業者に対する相談・指導及び情報提供を継続することによりサービスの質的向上を図るとともに、平成 30 年度からは、権限移譲により居宅介護支援事業所の指定権者が県から保険者に代わるため、相談件数の増加や、指導対象事業者の増加に対応するための体制整備を行います。



8 介護保険事業量及び給付費の推計（原村）

（１）居宅サービス

①訪問介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
介護給付 回数（回/月）	768	809	850	880
介護給付 人数（人/月）	37	39	41	42

②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 回数（回/月）	1	1	1	1
予防給付 人数（人/月）	1	1	1	1
介護給付 回数（回/月）	26	27	28	29
介護給付 人数（人/月）	6	6	7	7

③訪問看護・介護予防訪問看護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 回数（回/月）	21	22	23	24
予防給付 人数（人/月）	6	6	7	7
介護給付 回数（回/月）	136	143	150	155
介護給付 人数（人/月）	24	25	27	28

④訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 回数（回/月）	8	8	9	9
予防給付 人数（人/月）	1	1	1	1
介護給付 回数（回/月）	150	158	166	172
介護給付 人数（人/月）	14	15	15	16

⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数 (人/月)	1	1	1	1
介護給付 回数 (回/月)	35	37	39	40
介護給付 人数 (人/月)	20	21	22	23

⑥通所介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
介護給付 回数 (回/月)	563	593	623	646
介護給付 人数 (人/月)	54	57	60	62

⑦通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数 (人/月)	44	46	49	50
介護給付 回数 (回/月)	582	613	644	667
介護給付 人数 (人/月)	66	69	73	76

⑧短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 日数 (日/月)	1	1	1	1
予防給付 人数 (人/月)	1	1	1	1
介護給付 日数 (日/月)	255	267	282	292
介護給付 人数 (人/月)	23	24	25	26

⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 日数 (日/月)	3	3	3	3
予防給付 人数 (人/月)	1	1	1	1
介護給付 日数 (日/月)	141	148	156	162
介護給付 人数 (人/月)	22	23	24	25

⑩特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数（人/月）	2	2	2	2
介護給付 人数（人/月）	19	20	21	22

⑪福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数（人/月）	35	37	39	40
介護給付 人数（人/月）	130	137	144	149

⑫特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数（人/月）	1	1	1	1
介護給付 人数（人/月）	3	3	3	3

⑬住宅改修・介護予防住宅改修

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数（人/月）	2	2	2	2
介護給付 人数（人/月）	2	2	2	2

⑭居宅介護支援・介護予防支援

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
予防給付 人数（人/月）	62	65	69	71
介護給付 人数（人/月）	194	204	215	222

（2）地域密着型サービス

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	2	4	5	5

②認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	3	3	4	4

③小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	14	14	14	16

④認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	14	14	15	16

⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	7	8	8	8

⑥地域密着型通所介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	35	36	37	37

⑦看護小規模多機能型居宅介護

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数（人/月）	—	1	1	1

(3) 施設サービス

①介護老人福祉施設

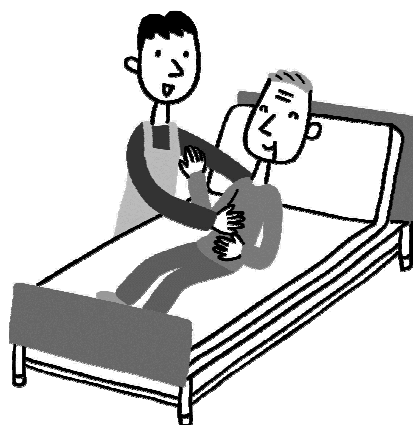
	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数(人/月)	35	37	39	40

②介護老人保健施設

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数(人/月)	26	27	29	30

③介護療養型医療施設

	第7期			平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	
人数(人/月)	0	0	0	—



9 地域支援事業の推進

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

平成 37 (2025) 年に向けた地域包括ケアシステムの実現に向け、構成市町村が中心となって地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制作りを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることをめざし、平成 29 年度から「介護予防・日常生活支援総合事業」を開始しています。

事業は、本広域連合から構成市町村へ委託し実施しています。具体的な事業メニューは、市町村の従来からの取り組み状況や地域性・独自性を尊重し、市町村の判断で取り組み事業を選択し対応します。

①実施方針

ア 住民及び事業者等への周知

住民や事業者等に対し様々な機会を通じて総合事業の目的、制度やサービス内容、サービスメニュー、手続方法及び利用者負担等について周知するとともに、パンフレット等を活用し、被保険者やその家族等にわかりやすく説明し周知を図ります。

イ サービス提供体制の確保

サービス提供事業所の地域支援事業への参入意向を踏まえつつ、専門的なサービスの提供体制を確保します。また、NPO 法人やボランティア団体、地域住民等が行う支援活動の状況を把握しつつ、地域包括ケアネットワークへの参画を促すなど連携した取り組みを推進していくなかで、それぞれの地域の実情に応じて主体的かつ効果的な支援が行われる体制づくりに努めます。

ウ 目標設定

第 7 期では、地域における自立した日常生活の支援や要介護状態等になることの予防、悪化防止に関する取り組みについて、目標を設定、評価し、その結果を公表することとされました。

本計画では、取り組みに対する成果（アウトカム）を示す指標として、「主観的健康感」の増大をめざすとともに、その実現に向け、主要な事業の取り組み状況（インプット）及び活動状況（アウトプット）を目標として設定することとします。

【成果目標】高齢者の主観的健康感

	とてもよい	まあよい	あまりよくない	よくない
現状値（H28）	13.9%	68.0%	14.7%	1.8%
目標値（H31）	85%以上		15%以下	

出典：高齢者等実態調査（現在のあなたの健康状態はいかがですか。）

②介護予防・生活支援サービス

ア 訪問型サービス

訪問型サービスは、旧介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスで構成されます。多様なサービスでは、主に雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移送支援を想定しています。

【施策の方向】

- 旧介護予防訪問介護相当サービスについて、提供体制の確保及び整備を図ります。
- 住民主体による支援について、地域で行われている活動状況を把握しつつ、介護予防普及啓発事業等、介護予防活動参加者の主体的なグループ活動等を支援し、担い手としての参加を図ります。
- 介護予防訪問介護の地域支援事業への移行後、状況を見極め、第7期ではさらなる多様なサービスの充実を検討していきます。

イ 通所型サービス

通所型サービスは、旧介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスで構成されます。多様なサービスでは、主に雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービスを想定しています。

【施策の方向】

- 対象者にとって魅力あるプログラムの提供を図るとともに、プログラム終了後も継続的に介護予防活動を行うためのフォローアップ体制について整備していきます。
- 住民主体による支援について、地域で行われている活動状況を把握しつつ、介護予防普及啓発事業等、介護予防活動参加者の主体的なグループ活動等を支援し、担い手としての参加を図ります。
- 事業の利用促進を図ることにより、費用対効果の高い支援につなげるとともに、利用者が拡大することで多様な主体の参入を促します。
- 介護予防通所介護の地域支援事業への移行後、さらなる多様なサービスの充実を検討していきます。

ウ その他の生活支援サービス

その他の生活支援サービスは、地域での自立した日常生活を支援するための事業であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果が認められるサービスで、栄養改善や見守りを目的とした配食サービスや、住民ボランティア等による定期的な安否確認及び緊急時の対応等を想定しています。

【施策の方向】

- 構成市町村で実施している生活支援事業との組み合わせによる事業実施を検討します。

○高齢者の生活支援ニーズの把握に努めながら、地域で活動する各種団体等と連携し、効果的な支援サービスの提供体制の構築を図ります。

エ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、介護予防及び生活支援を目的として、利用者一人ひとりの状況に応じた適切な支援が提供されるよう、専門的に必要な援助を行うもので、アセスメント、ケアプランの作成、モニタリングを行います。

現行の予防給付に対するケアマネジメント同様に実施するものに加え、利用者の状態や利用するサービス内容等に応じて、簡略化したケアマネジメントや初回のみケアマネジメントを実施します。

なお、要支援者に対し、予防給付とサービス事業を組み合わせる場合には、介護予防支援として予防給付によるケアマネジメントを実施します。

【施策の方向】

- 地域包括支援センターにおいて、自立支援の視点からアセスメントを行い、一人ひとりの状態に応じたケアプランの作成と事業の実施、実施後の評価を行います。
- ケアマネジメントに関する研修会や情報交換会、ケアプランの評価等により、適切なケアプラン作成に努めます。
- リハビリテーション専門職をはじめ多職種との連携・協働によるケアマネジメント体制の構築を図ります。

③一般介護予防事業

ア 介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者を把握し、介護予防活動につなげます。

【施策の方向】

- 民生委員をはじめ、各関係機関や地域活動団体等と連携し、情報収集するとともに、総合相談支援事業等、他事業との連携を図り、見守りや支援が必要な高齢者の状況把握に努めます。
- 住民に対する普及啓発を行うことで、本人や家族の気づきを促し、地域包括支援センターへの相談等につなげます。

イ 介護予防普及啓発事業

介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するため、パンフレット等の配布や、講演会、健康教室等を開催します。

【施策の方向】

- あらゆる媒体を用いた広報や有識者による講演、介護予防のための教室等を通じて介護予防の重要性について広く普及啓発に努め、高齢者自身の介護予防に関する意識を高めるための取り組みを推進します。
- 介護予防に関する教室終了者が運動等を継続できるよう、健康づくりや保健事業への参加者に対する介護予防への意識啓発に努め、住民主体によるグループ活動支援や通いの場の推進を図ります。
- 自ら介護予防に積極的に取り組むことができるためのツールの提供や「(仮称)介護予防手帳」の配布など、セルフマネジメントの推進を図ります。

ウ 地域介護予防活動支援事業

地域に根差した介護予防を推進するため、ボランティア等の人材育成や自発的な介護予防に資する地域活動組織の育成・支援を行います。

【施策の方向】

- 元気な高齢者が自らサービスの担い手として活動できるよう、各種講座や研修会、情報提供等を通じて、介護予防に関するボランティアの育成や地域活動組織の育成・支援を行います。
- 介護予防普及啓発事業の修了者が介護予防ボランティアとして活動できる場の創出や相互支援のしくみづくり等により、介護予防活動の担い手としての参加促進を図ります。

エ 一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業の実施状況や目標の達成状況を検証・評価し、結果に基づいて実施方法等の改善に取り組むとともに、次期事業計画への反映を図ります。

【施策の方向】

- 実施過程（プロセス）や活動量（アウトプット）、成果（アウトカム）において、地域の実情に応じた評価方法、評価指標を検討、設定し、適切な評価を行います。
- 地域全体の評価と併せ、本人一人ひとりが介護予防の効果を実感できる方法を検討します。

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取り組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

【施策の方向】

- 地域ケア会議やサービス担当者会議へのリハビリテーション専門職等の定期的な参加を促進し、自立支援に向けたプロセスの共有と実践につなげます。
- 住民運営の通いの場にリハビリテーション専門職等の参加機会の充実を図り、効果的な取り組みの促進や参加意欲の喚起を図ります。

(2) 包括的支援事業

岡谷市、諏訪市、茅野市では、本広域連合との委託契約によって事業を実施します。下諏訪町、富士見町、原村では、法人等に委託することから、事業実施にあたり、町村が全面的に関与し、責任を持つことを前提に、本広域連合と法人等との委託契約によって事業を実施します。

①総合相談支援事業

地域の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ことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげます。

ア 地域におけるネットワークの構築

支援を必要とする高齢者を把握し、適切な支援へとつなぎ、継続的な見守り等を行うことができるよう、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等、地域における様々な関係機関・団体等のネットワークの構築を図ります。

イ 実態把握

地域における様々な関係機関・団体等と連携し、ネットワークも活用しながら、高齢者や家族等の状況について実態把握を行います。特に、地域から孤立している要介護高齢者や介護を含め重層的な困難を抱えている世帯等について、必要な支援につなげることができるよう、実態把握に努めます。

ウ 総合相談支援

本人、家族、近隣住民や地域のネットワークを通じて受けた相談に対し、的確な状況把握等を行いつつ、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

【施策の方向】

- サービス提供機関や専門相談機関、在宅介護支援センターや社会福祉協議会等の関係機関及び民生委員等との連携を強化し、総合相談支援業務に必要なネットワークを構築します。
- ネットワークや地域ケア会議等を活用し、認知症初期集中支援チームとも連携しながら、認知症の一人暮らし高齢者等、地域の高齢者の実態把握に努め、できる限り初期段階からの相談支援が行える体制の整備を図ります。
- 高齢者が抱える重層的な困難やその背景等を各関係機関で共有しつつ、課題や支援の方向性を明確にした継続的、専門的相談を実施します。

②権利擁護事業

地域の住民や民生委員、ケアマネジャーだけでは十分に問題解決できない困難な状況にある高齢者に対して、地域において安心して尊厳のある生活をおくることができるよう、関係機関と連携し、専門的・継続的視点から必要な支援を行います。

ア 成年後見制度の活用促進

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対し、成年後見制度の説明や申し立てにあたっての関係機関の紹介を行います。申し立てを行える親族がないと思われる場合や申し立てを行う意思がない場合は、構成市町村による申し立てにつなげます。

イ 老人福祉施設等への措置の支援

虐待等により高齢者を老人福祉施設等へ入所させることが必要と判断した場合は、構成市町村による措置入所につなげます。

ウ 高齢者虐待への対応

虐待等の事例を把握した場合は、速やかに状況を確認する等、適切な対応を行います。

エ 困難事例への対応

高齢者やその家庭が重層的な困難を抱えていたり、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合は、地域包括支援センターの専門職が連携しつつ、全体で対応を検討し、必要な支援を行います。

オ 消費者被害の防止

消費者被害を未然に防止するため、消費者センター等と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、ケアマネジャー、ホームヘルパー等に必要な情報提供を行います。

【施策の方向】

- 市町村、関係機関と連携し、成年後見制度の幅広い普及と成年後見支援センターの活用に向けた広報等の取り組みを行います。
- 高齢者虐待の早期発見及び適切な対応に向け、専門関係機関等を含めた「高齢者虐待防止ネットワーク」の構築や地域の実情に合わせた「高齢者虐待等対応マニュアルの作成」を進めます。
- 高齢者虐待の発生要因となる背景や課題について、個別ケースや地域共有の課題を把握、検討し、発生の未然防止や再発防止に努めます。
- 住民や関係機関等に対し高齢者虐待についての知識や理解を深める取り組みを推進するとともに、虐待に関する相談窓口の周知を図ります。



③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

主治医や地域の関係機関との連携を通じてケアマネジメントの後方支援を行うことを目的に、地域のケアマネジャー等に対する個別相談窓口を設置し、ケアプラン作成に関する相談・指導、支援困難事例への助言等を行います。また、医療機関、関係施設、ボランティアなど地域における様々な社会資源との連携・協力体制の構築を図ります。

ア 包括的・継続的なケア体制の構築

医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域のケアマネジャーと関係機関との連携を支援します。また、地域のケアマネジャーが地域における健康づくりや交流促進のための地域活動団体等の社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備します。

イ 地域のケアマネジャーのネットワークの活用

地域のケアマネジャーの日常的な業務の円滑な実施を支援するため、ケアマネジャー相互の情報交換を行う場を創出するなど、ケアマネジャーのネットワークの構築・活用を図ります。

ウ 日常的個別指導・相談

ケアマネジャーからの個別の相談窓口の設置やケアプラン作成の技術指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地から個別指導、相談への対応を行います。また、必要に応じて、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行います。

エ 支援困難事例等への指導・助言

地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例について、地域包括支援センターの各専門職や地域の関係者、関係機関と連携しながら具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。

【施策の方向】

- 地域包括支援センターの主任ケアマネジャーを中心に、地域の関係機関等との連携のもとに、包括的・継続的なケアマネジメントを実施します。あわせて主任ケアマネジャーの育成・確保に努めます。
- 施設、在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、地域のケアマネジャーと関係機関との連携を支援します。
- 構成市町村に設置されている介護サービス事業者及びケアマネジャー連絡会を通じ、情報の共有化や困難事例の検討等を行い相互の資質向上を図るとともに、ケアマネジャーが抱える様々な問題解決に向けた後方支援の充実を図ります。
- 予防給付に関するケアマネジメント及び総合事業における介護予防事業に関するケアマネジメント相互の連携を図り、包括的・継続的なケアの提供に努めます。

④在宅医療・介護連携推進事業

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、在宅医療と介護を一体的に提供するために、関係機関と介護事業所等の連携体制の構築を図ります。

ア 地域の医療・介護サービス資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の所在地や機能等を把握し、リストアップ等を行い、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用します。

イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行います。

ウ 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

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要となる具体的な取り組みについて検討します。

エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備する等、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援します。

オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する人材を相談窓口配置し、相談を受け付けます。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連絡調整や、患者、利用者、家族の要望を踏まえた地域の医療機関や介護事業者相互の紹介を行います。

カ 在宅医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するため、多職種でのグループワーク等の研修を行います。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修、介護関係者に医療に関する研修を行います。

キ 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護連携に関する講演会の開催やパンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進します。

ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

本広域圏内市町村をはじめ、関係市町村が連携し、広域連携が必要な事項について協議します。

【施策の方向】

- 地域の医師会等と連携しながら、個々のケースにおける情報共有や意見交換はもとより、医療と介護がさらに円滑に互いの情報を提供し合い共有していくためのしくみと顔のみえる関係づくりを推進し、生活状況に応じた医療や心身の状態に応じた適切な介護につなげます。
- 地域医療・介護連携推進センター等を活用し、医療・介護関係者等の連携体制の強化を図ります。
- 県や関係自治体等と連携し、広域的に取り組むべき課題について協議します。

⑤生活支援体制整備事業

地域の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、日常生活上の支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加の推進を一体的に行います。

ア 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

地域において、生活支援の担い手の養成やニーズに応じたサービスの開発等を行うとともに、サービス提供体制のネットワーク構築を行うなど、生活支援・介護予防サービスのコーディネート機能を果たす「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置します。

【施策の方向】

- 社会福祉協議会等と連携し、既存の活動を活用しながら、コーディネーター機能の創出及びコーディネーターの確保に努めます。

イ 協議体の設置

構成市町村が主体となり、生活支援コーディネーター及びサービス提供主体等が参画し、生活支援・介護予防サービス提供体制の構築に向けた情報共有と連携・協働による資源開発等を推進します。

【施策の方向】

- 構成市町村単位で設置されている協議体の活用を図り、住民の参画を促しつつ、地域の実情に応じたきめ細かな生活支援体制の整備に努めます。

⑥認知症総合支援事業

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、「認知症初期集中支援チーム」により認知症の人やその家族に早期に関わりを持ち、「地域支援推進員」による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ります。

ア 認知症初期集中支援推進事業

地域包括支援センターに複数の専門職による支援チームを設置し、認知症が疑われる高齢者または認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行います。

【施策の方向】

- 認知症専門医をはじめ、地域の医師会や病院等と連携・協力し、認知症施策の方向性を共有しながら、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援の充実を図ります。
- 認知症初期集中支援チームへの幅広い職種の参加やチームと関係機関・関係者との連携強化を図り、より専門的な支援ができる体制の強化を図ります。
- 地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能についての周知や理解・協力の促進を図ります。
- 初期集中支援チーム検討委員会を設置し、活動状況等について検討します。

イ 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人ができる限り住み慣れたよい環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う「認知症地域支援推進員」を配置します。

【施策の方向】

- 地域における認知症高齢者支援の中核的な役割を担う人材の確保に努め、認知症の人やその家族を地域で支える環境整備を進めます。
- 認知症カフェ等の活動の充実を図り、認知症高齢者とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症高齢者を支え、家族の負担軽減につなげます。
- 認知症初期集中支援チームや協議体との連携を強化し、状況に応じた必要なサービスが提
要されるよう調整します。
- 認知症ケアパスについて、当事者や家族の声をいかした見直しや普及に向けて主導的な役割を担います。

⑦地域ケア会議推進事業

医療、介護等の多職種が協働して包括的・継続的ケアマネジメント業務を効果的に実施するため、地域ケア会議を開催します。

【施策の方向】

- 地域包括支援センター等において、多職種協働による個別ケースの課題解決に向けた会議を開催します。
- 個別ケースの検討を積み重ねて地域課題を抽出するとともに、地域課題の解決に向けた施策検討を行います。
- ケアマネジャーが個別ケースを提出しやすい環境づくりに配慮しつつ、ケアマネジメントの資質向上に資するための効果的な実施に努めます。

(3) 任意事業

①介護給付等費用適正化事業

介護給付費等費用の適正化に向けて、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とするサービスを事業者がルールに従って適正に提供するように促します。

その方策として、以下の4つの主要適正化事業を実施します。

ア 要介護認定の適正化

指定居宅介護支援事業所等に委託しているすべての認定調査の結果について点検等を実施します。

イ ケアプランの点検

ケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供の改善を図ります。

ウ 住宅改修・福祉用具の点検

改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、施行後の点検をし、受給者の状態にそぐわない住宅改修が行われていないか実地確認します。

エ 医療情報との突合・縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

また、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図ります。

【施策の方向】

- 介護給付等費用適正化事業については、本広域連合が実施主体となり、構成市町村と連携を図りながら実施します。
- ケアプランの点検においては、ケアマネジャーの「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取り組みの支援を目指します。
- 介護給付費通知については、費用対効果を踏まえつつ、実施に向けた検討を行います。

②その他の任意事業

任意事業にはこのほかに、高齢者を介護する家族の支援を目的とした事業等がありますが、市町村の従来からの取り組みや地域性、独自性等をいかし、地域の実情に応じたメニューを実施していきます。

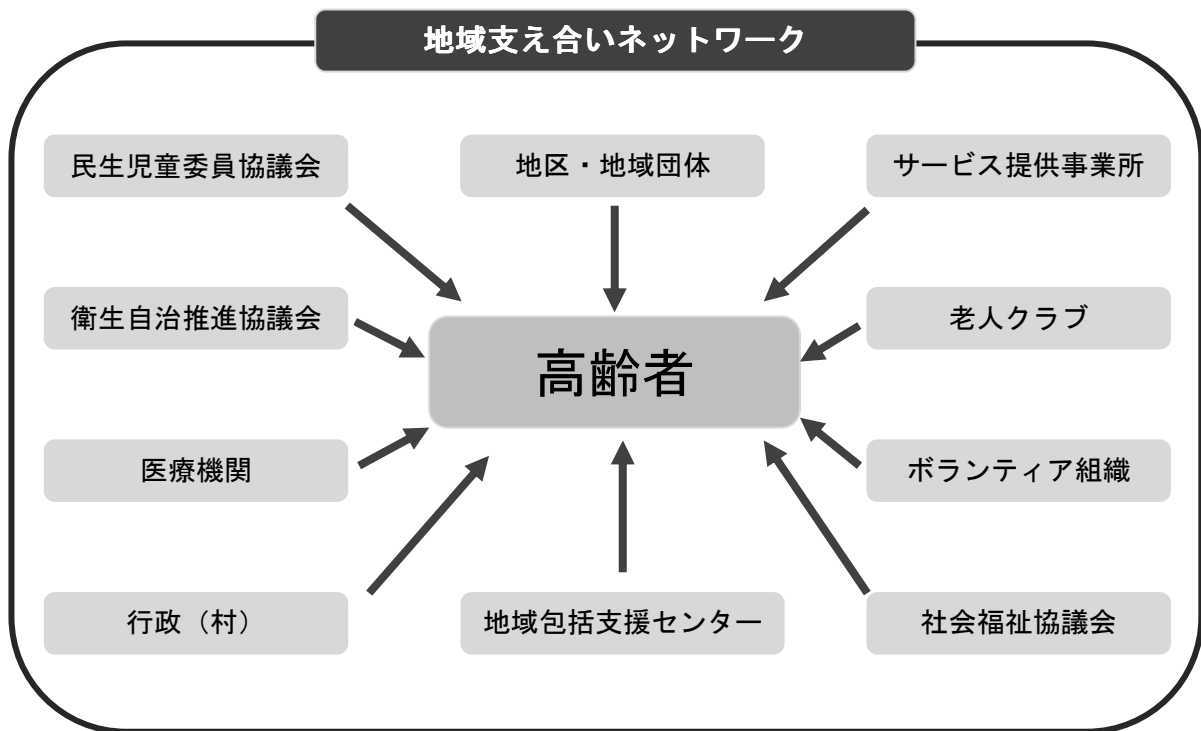
第7章 計画の推進体制

1 計画の推進体制

本計画の推進にあたっては、計画を住民へ広く周知するとともに、各年度において計画の実施状況を把握し、その結果をその後の取り組みの改善や充実に反映させていくことが重要です。

(1) 連携体制の強化

本計画に掲げられた施策・事業を円滑かつ発展的に推進するため、地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員、民間事業者、各種団体、ボランティア団体等と幅広く連携し、高齢者を地域で支える「地域支え合いネットワーク」を強化します。



（２）県及び周辺自治体との連携

高齢者福祉サービスにおいては、県及び周辺自治体を含めた広域での調整と、ネットワーク化が必要です。県及び諏訪広域連合をはじめとした近隣市町との連携のもと、一体となって計画を推進します。

（３）行政職員の資質向上

複雑・多様化する施策や福祉ニーズに、柔軟に対応できる庁内体制を整備します。各種研修等を通して、行政職員の人権意識や福祉意識の向上に努めます。

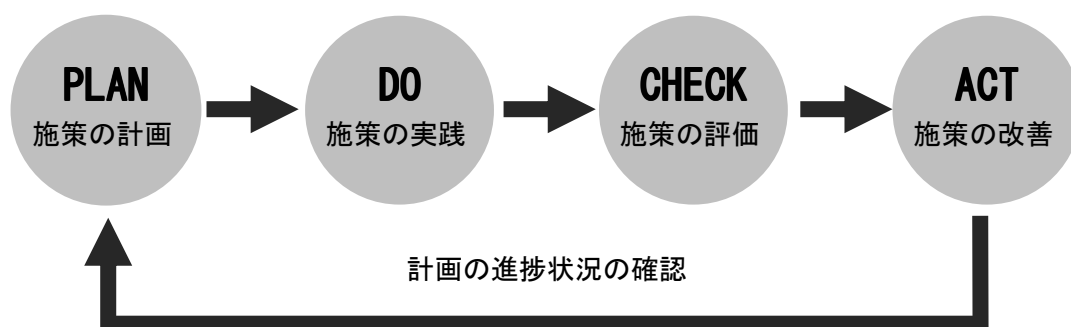
（４）財源の確保

計画を着実に実施し、高齢者の福祉施策を推進するため、確保できる財源を積極的に活用します。また、必要な財源を確保するため、本村においては、効果的、効率的なサービス提供に努めるとともに、国や県に対し各種財政的措置を講じるよう要請します。あわせて、適性な利用者負担の設定等を検討します。

２ 計画の進捗管理の手法

計画の実行性を高めるために、PDCAサイクルを活用し、実効性のある取り組みの推進を図ります。

PDCAサイクルとは、施策を計画し（PLAN）推進するため、施策の進捗状況（DO）や事業等の効果を評価・点検（CHECK）し、評価結果を踏まえて、必要となる対策を講じる（ACT）仕組みのことです。



資料編

1 策定の経過

年 月 日	内 容
平成 29 年 11 月 14 日	第 1 回原村老人福祉計画推進協議会
平成 30 年 2 月 16 日	第 2 回原村老人福祉計画推進協議会
2 月 20 日～3 月 5 日	パブリックコメント実施
3 月 13 日	第 3 回原村老人福祉計画推進協議会

2 設置条例

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

(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、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。

3 検討組織名簿

原村老人福祉計画推進協議会委員名簿

任期 平成29年10月1日～平成31年9月30日

氏 名		役 職 名
会長	森 陽一	原村介護相談員
副会長	平林 まさみ	(有) 宅幼老所とみさと
委員	行田 吉光	民生児童委員協議会副会長（諏訪広域連合介護保険委員）
委員	清水 八ツ代	第1号被保険者代表（諏訪広域連合介護保険委員）
委員	牛山 亜矢子	(福) 原村社会福祉協議会（諏訪広域連合介護保険委員）
委員	小池 琴美	大槻医院
委員	清水 せつ	原村介護相談員
委員	阿部 泰和	原村いきいきクラブ

第7期原村高齢者福祉計画（原村老人福祉計画）

平成30年3月

発行：原村

編集：原村役場 保健福祉課

〒391-0104

長野県諏訪郡原村6649番地3（原村地域福祉センター内）

電話番号：0266-79-7092

ファックス番号：0266-79-7093
