

第8期原村高齢者福祉計画



令和3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「障がい者」に統一することとしております。

※用語説明について

用語の説明は、資料編に記載しています。

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	4
第 2 章 原村の現状	5
1 原村の高齢者を取り巻く現状	5
2 アンケート調査結果からみえる現状	10
3 第 8 期計画における原村の高齢者を取り巻く重点課題	25
第 3 章 計画の基本的な考え方と重点施策	26
1 基本理念	26
2 基本目標	27
3 第 8 期計画の施策体系	29
4 第 8 期計画の重点施策	30
第 4 章 施策の展開・実施事業	33
基本目標 1 健康づくり・介護予防の推進	33
基本目標 2 高齢者の生きがいづくりの推進	36
基本目標 3 認知症高齢者支援の充実	38
基本目標 4 地域包括ケアシステムの構築	41
基本目標 5 高齢者の安心と自立した生活への支援	44

第5章 計画の推進体制	49
1 計画の円滑な推進に向けて	49
2 計画の評価体制の充実	50
資料編	51
1 諏訪広域連合第8期介護保険事業計画	51
2 用語説明	74
3 計画の策定経過	79
4 原村老人福祉計画推進協議会設置条例	80

1 計画策定の背景と趣旨

わが国では、2019年（令和元年）10月時点の推計人口において、65歳以上の人口は3,588万人を超えており、総人口1億2,616万人の28.4%と過去最高になっています。高齢者数は2042年（令和24年）頃まで増加し、その後も、75歳以上の人口割合については増加し続けることが予想されています。

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化、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、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、2018年（平成30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、2025年（令和7年）を目途に、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。

また、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。

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8期計画において重点的に取り組むべき項目として、「1. 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）」「2. 保険者機能の強化（地域の特性に応じたつながりの強化・マネジメント機能の強化）」「3. 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）」「4. 認知症「共生」・「予防」の推進」
「5. 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新」の5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2年度には、第7期原村高齢者福祉計画の計画期間（平成30年度～令和2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、団塊の世代が75歳になる2025年（令和7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」を構築、深化、推進します。

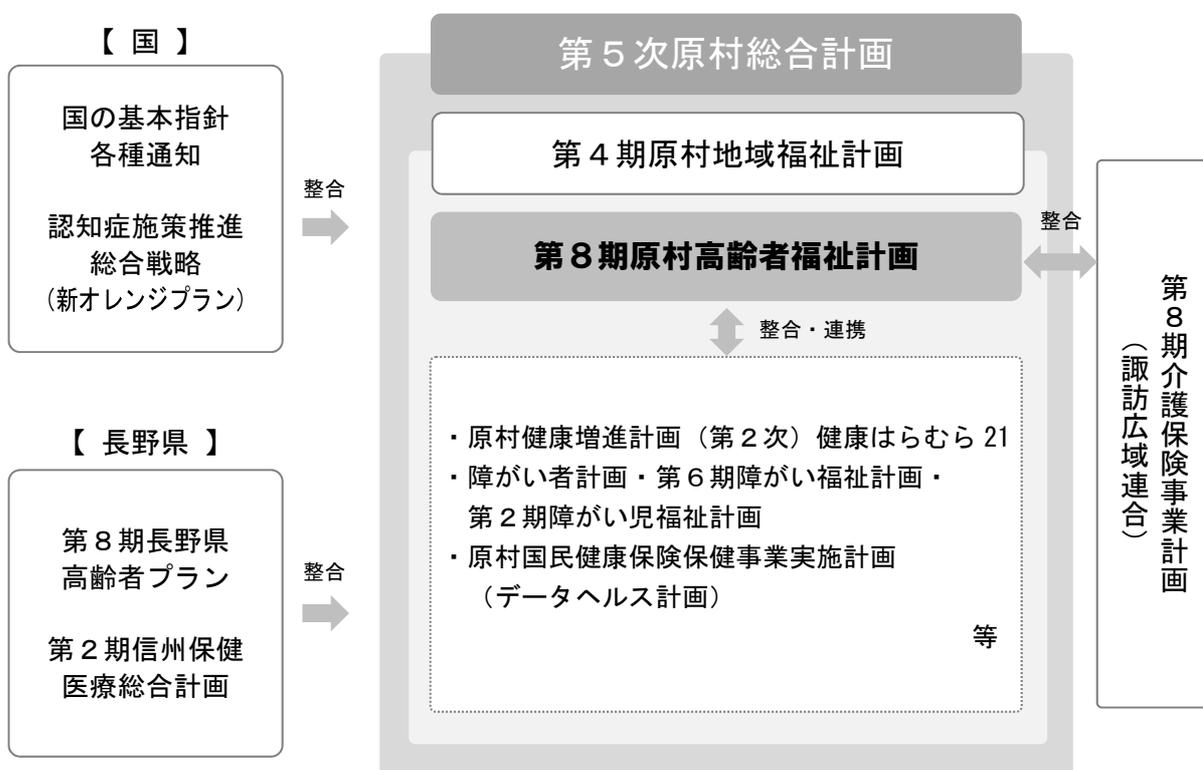


2 計画の位置付け

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。

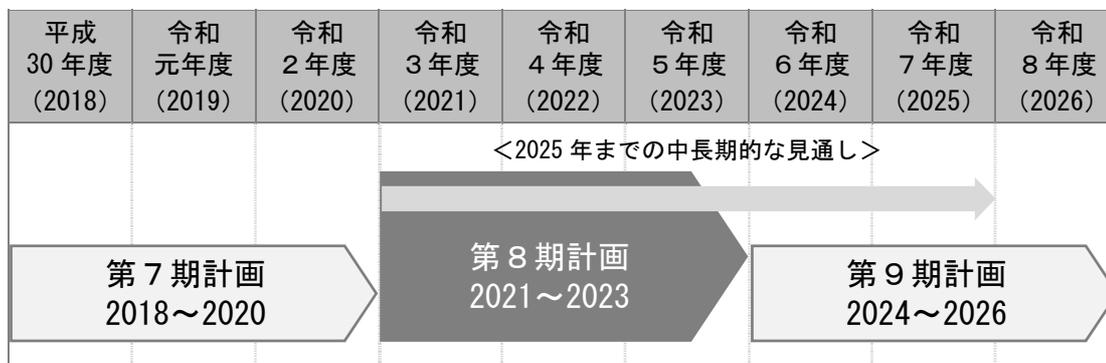
本計画は、高齢者に関わる様々な計画との整合性を持ったものとしします。

「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6期障がい福祉計画・第2期障がい児福祉計画」「第2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8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

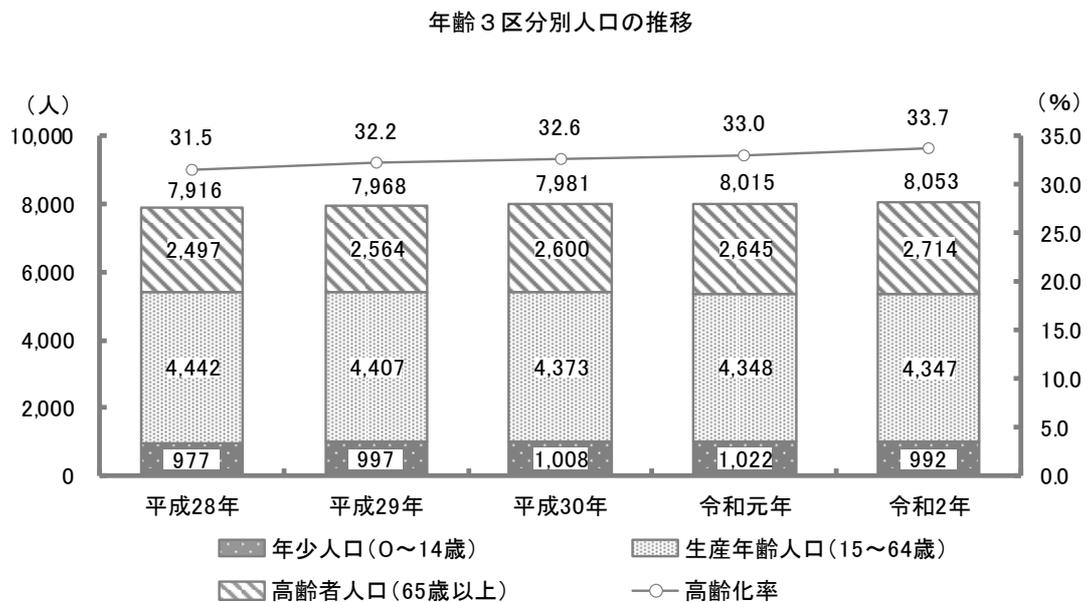
本計画の期間は、令和3（2021）年度から令和5（2023）年度までの3年間とします。



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2年に8,053人となっています。生産年齢人口が年々減少している一方で、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2年に33.7%となっています

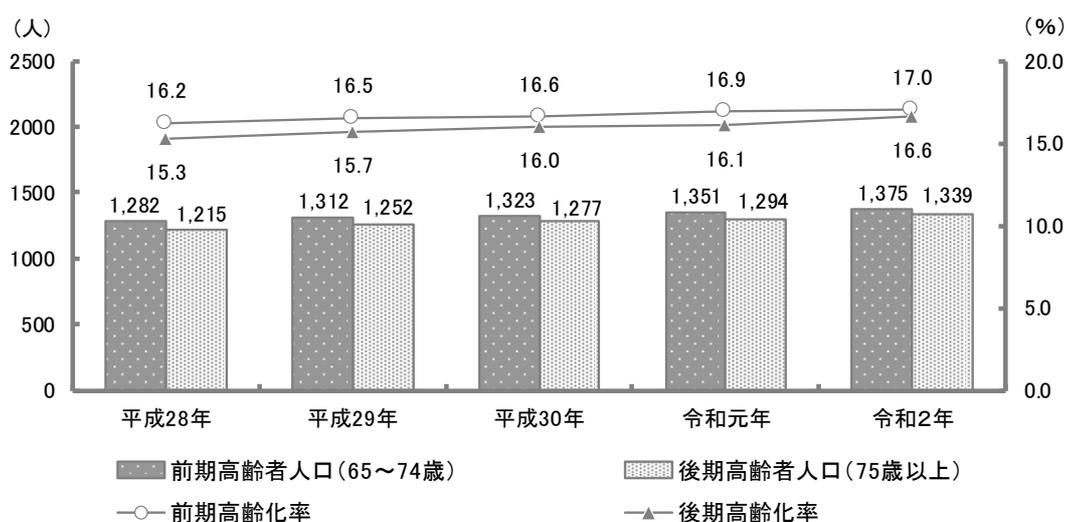


資料：住民基本台帳 ※すべての外国人を含む（各年10月1日現在）

(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）は年々増加し、令和2年に1,375人で、前期高齢化率は17.0%となっています。また、後期高齢者（75歳以上）も年々増加し、令和2年に1,339人で後期高齢化率は16.6%となっています。

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、平成27年は2,673世帯と、平成17年の2,401世帯に比べ272世帯増加しています。また、高齢者単独世帯と高齢夫婦のみの世帯割合も年々増加しています。

高齢者世帯数の推移（単身、夫婦のみ、高齢者を含む世帯数）

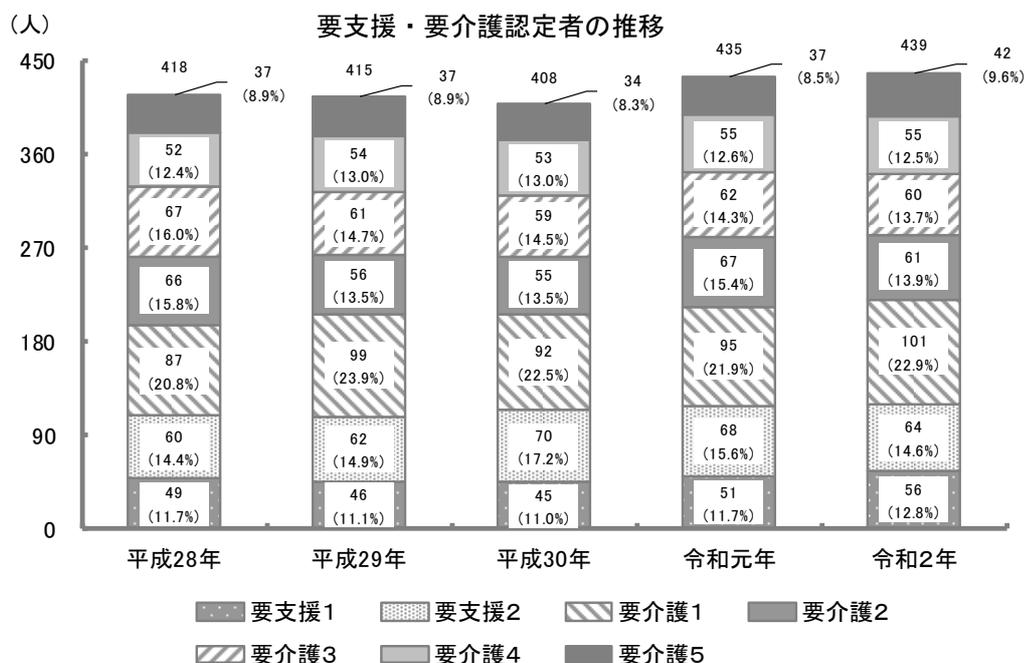
単位：人、%

項目	平成17年	平成22年	平成27年
一般世帯	2,401	2,568	2,673
高齢単独世帯	153	204	282
高齢夫婦のみの世帯	220	261	365
高齢単独世帯の割合	6.4	7.9	10.5
高齢夫婦のみの世帯の割合	9.2	10.2	13.7

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・要介護認定者数は僅かながら増加傾向となっており、令和2年に439人となっています。介護度別でみると、要介護1の伸びが最も大きく、次いで、要支援1、要介護5が大きくなっています。



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

性別・要介護度別の認定者数（令和2年度）

項目		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
男性	65～69歳	2	1	0	0	1	0	0
	70～74歳	2	4	1	2	2	4	1
	75～79歳	1	5	2	4	1	2	2
	80～84歳	2	0	10	2	2	0	2
	85～89歳	4	4	6	10	3	5	2
	90歳以上	4	6	12	8	9	4	7
女性	65～69歳	1	2	0	0	0	0	1
	70～74歳	1	3	3	2	1	1	3
	75～79歳	4	1	6	4	3	2	3
	80～85歳	9	10	15	4	8	8	2
	85～89歳	13	15	20	6	11	4	9
	90歳以上	14	11	32	19	17	25	16

資料：令和2年10月1日時点の認定者から抽出

※要支援・要介護認定者は1号被保険者のみ

(5) 要介護認定率の比較

本村の要介護認定率は平成30年まで減少していましたが、令和元年に増加し、16.1%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。

要介護認定率の比較

単位：%

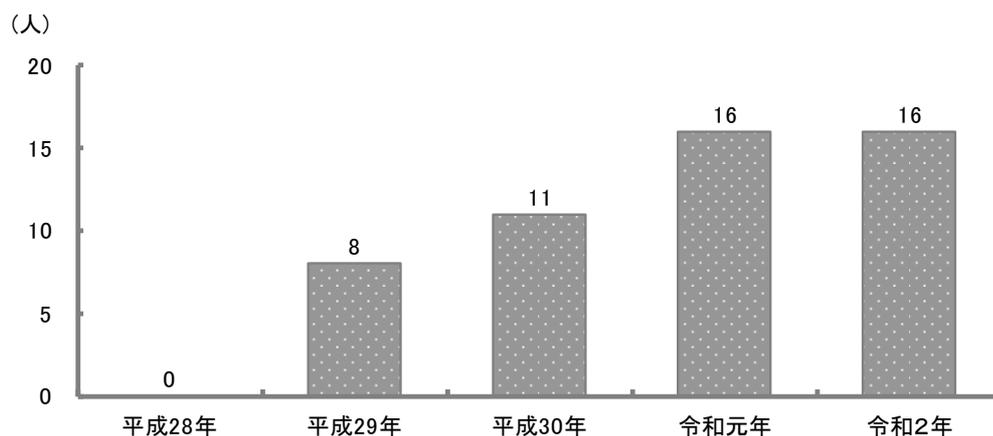
	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年
原村	16.5	16.5	16.2	15.7	16.1
長野県	17.5	17.2	17.1	17.1	17.2
全国	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5

資料：地域包括ケア「見える化」システム（各年3月末現在）

(6) 介護予防・生活支援サービス事業対象者の推移

本村の介護予防・生活支援サービス事業対象者数は増加傾向となっており、令和2年で16人となっています。

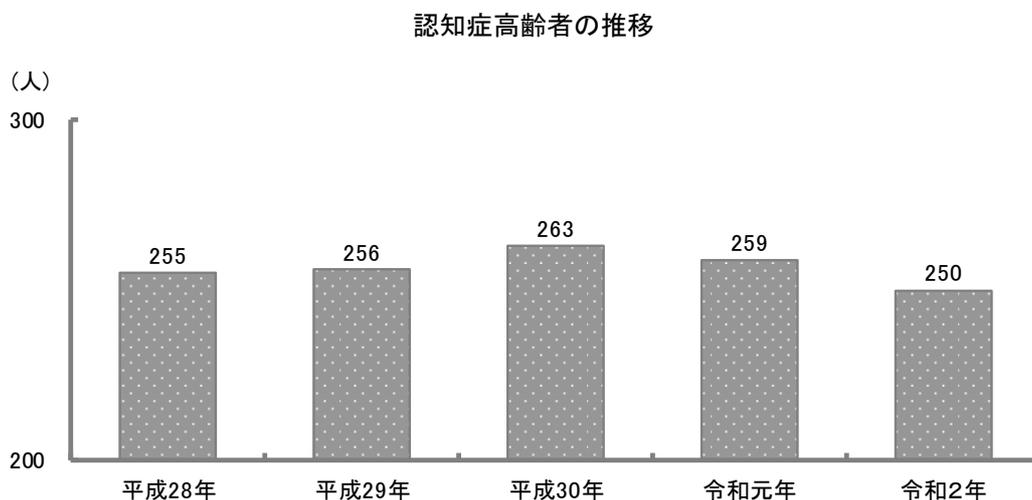
介護予防・生活支援サービス事業対象者の推移



資料：村保健福祉課（各年10月1日現在）

(7) 認知症高齢者の推移

本村の認知症高齢者数は、平成30年まで増加していましたが、令和元年から減少し、令和2年には250人となっています。



資料：実績は庁内調べ（各年10月1日現在、令和2年度は9月1日）

(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年々増加し、令和元年度には324人となっています。延回数では平成30年度に1,000回を超えましたが、令和元年度には780回となっています。

高齢者からの相談件数等の推移

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
相談人数(人)	163	283	316	324
延回数(回)	509	769	1031	780

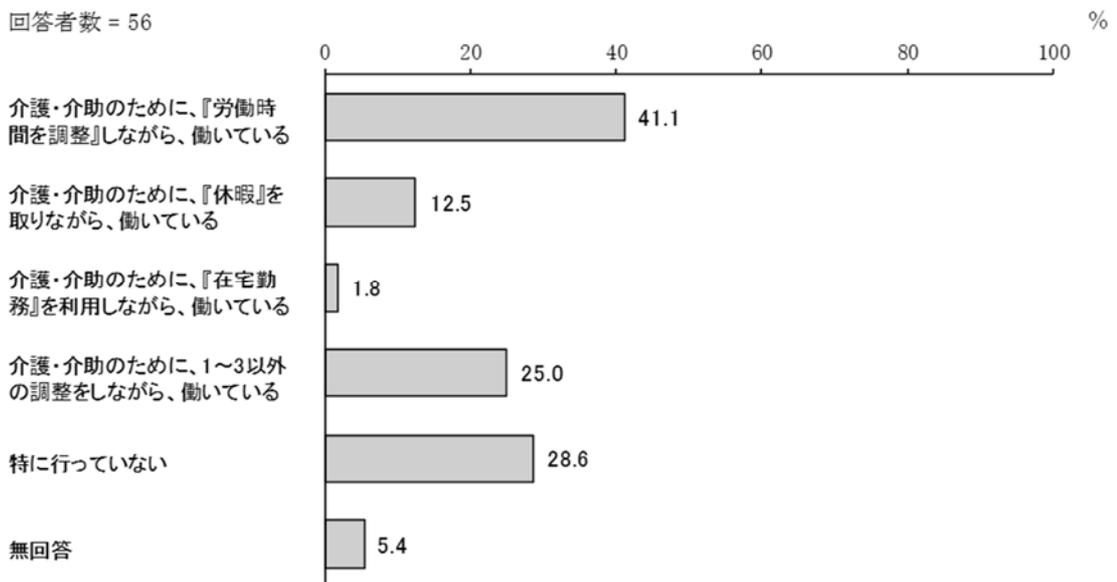
資料：村保健福祉課

2 アンケート調査結果からみえる現状

(1) 主な介護者の方について（在宅介護実態調査）

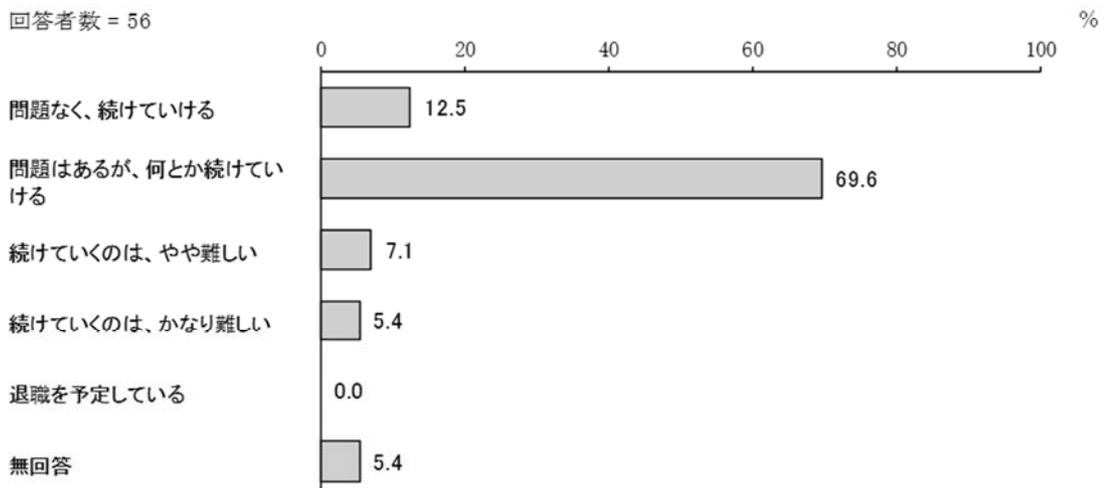
① 介護をするにあたって、働き方についての調整等をしたか

「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41.1%と最も高く、次いで「特に行っていない」の割合が28.6%、「介護・介助のために、1～3以外の調整をしながら、働いている」の割合が25.0%となっています。



② 働きながらの介護・介助の継続について

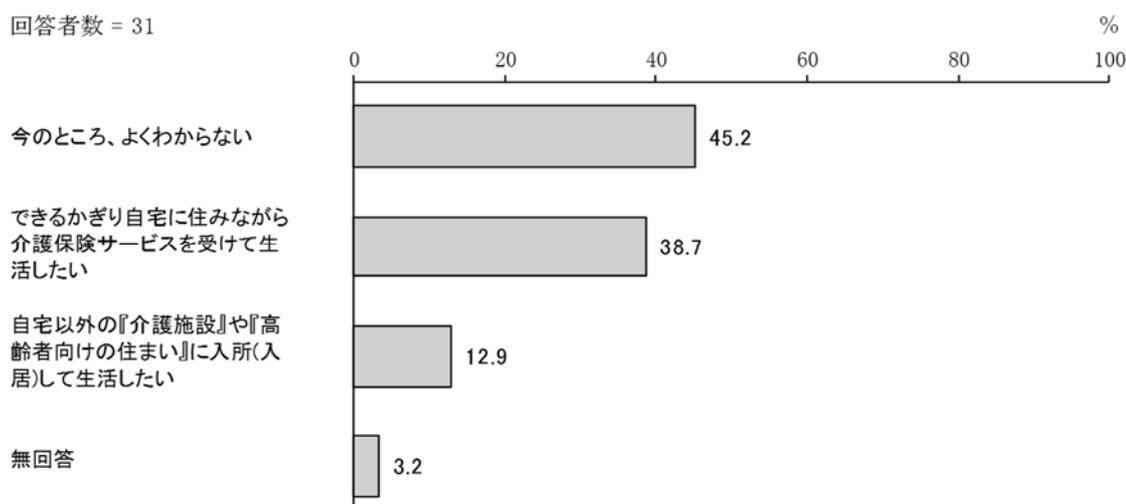
「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が69.6%と最も高く、次いで「問題なく、続けていける」の割合が12.5%となっています。



(2) 介護について

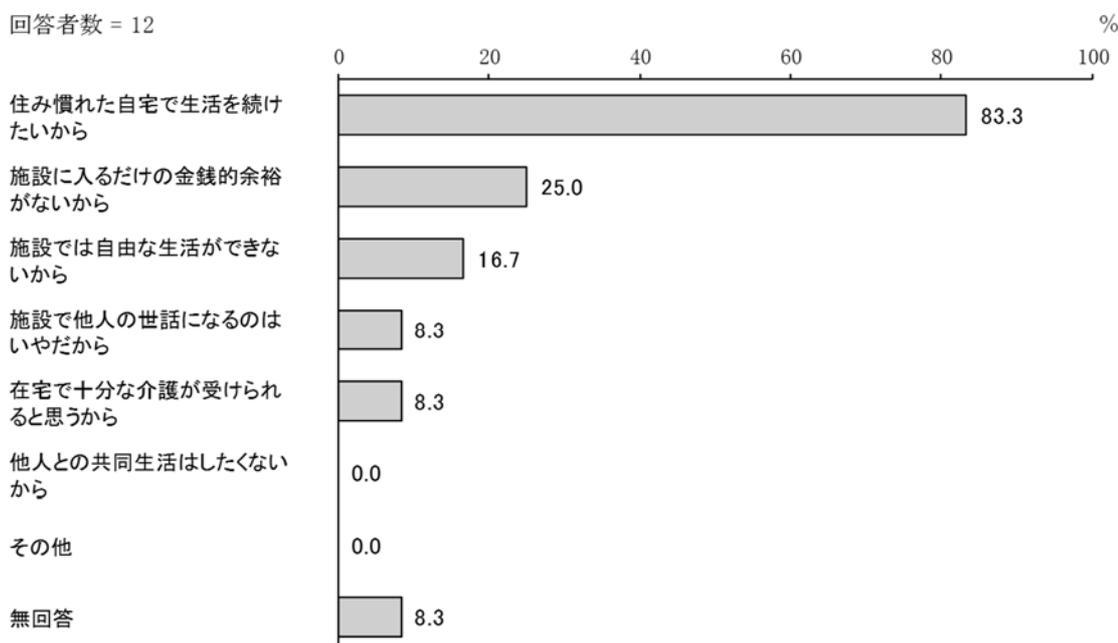
① 介護・介助を受けながら日常生活を送りたい場所（元気高齢者）

「今のところ、よくわからない」の割合が45.2%と最も高く、次いで「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38.7%、「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12.9%となっています。



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）

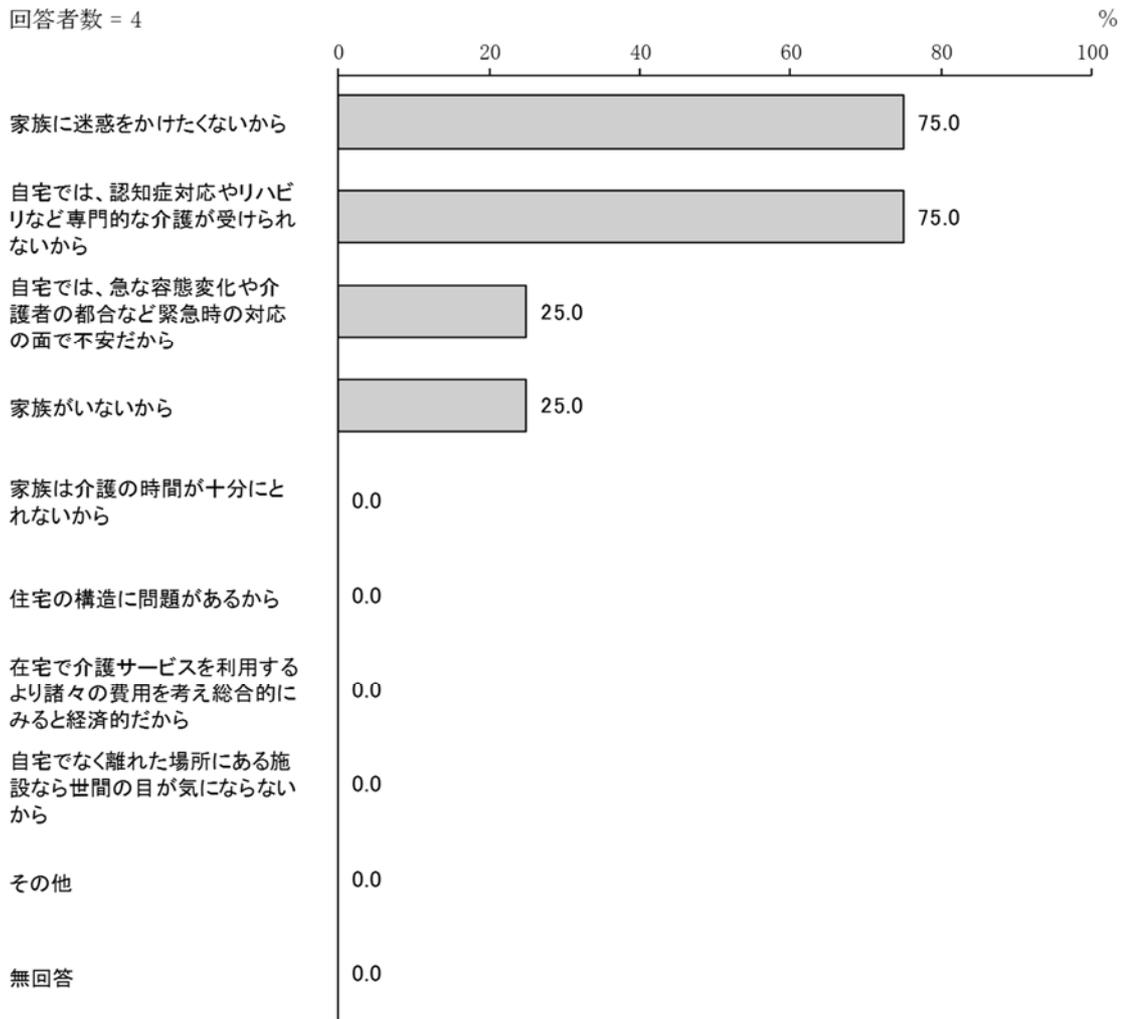
「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」の割合が83.3%と最も高く、次いで「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」の割合が25.0%、「施設では自由な生活ができないから」の割合が16.7%となっています。



①-2 施設等への入所（入居）を希望する理由（元気高齢者）

「家族に迷惑をかけたくないから」「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」の割合が75.0%と最も高くなっています。

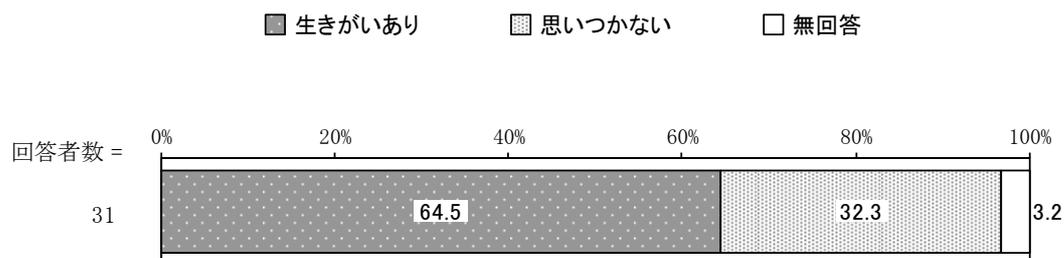
回答者数 = 4



(3) 毎日の生活について (ニーズ調査)

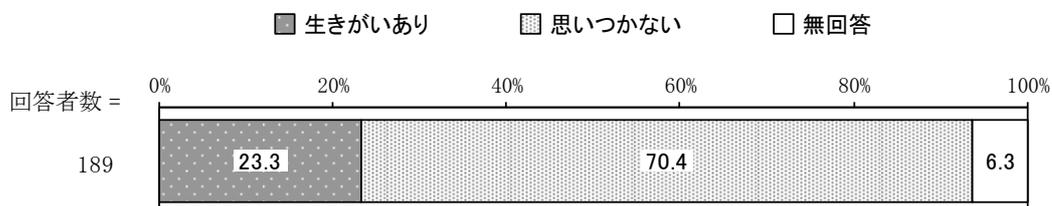
① 生きがいの有無 (元気高齢者)

「生きがいあり」の割合が64.5%、「思いつかない」の割合が32.3%となっています。



(居宅要介護・要支援認定者)

「生きがいあり」の割合が23.3%、「思いつかない」の割合が70.4%となっています。



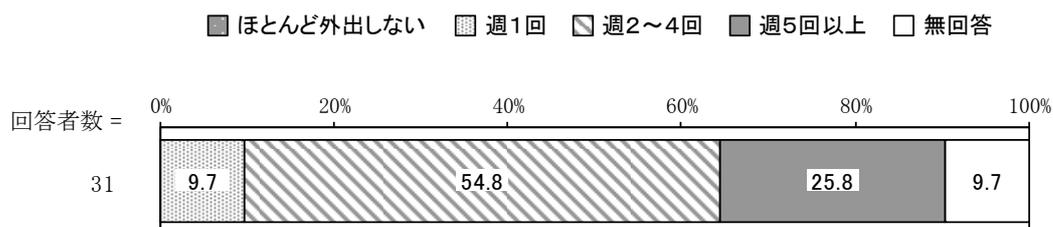
※タイトルに括弧書きで入れている「ニーズ調査」とは「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を指します。

(4) からだを動かすことについて (ニーズ調査)

① 週に1回以上の外出の有無

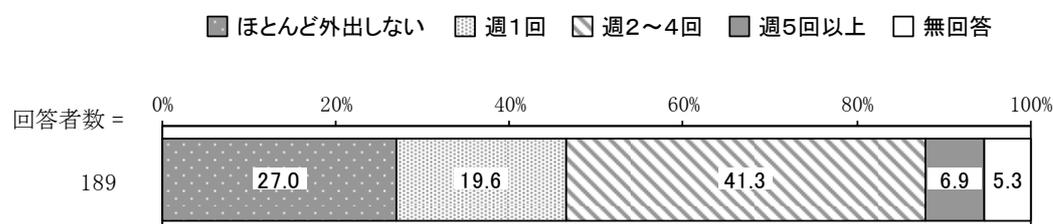
(元気高齢者)

「週2～4回」の割合が54.8%と最も高く、次いで「週5回以上」の割合が25.8%となっています。



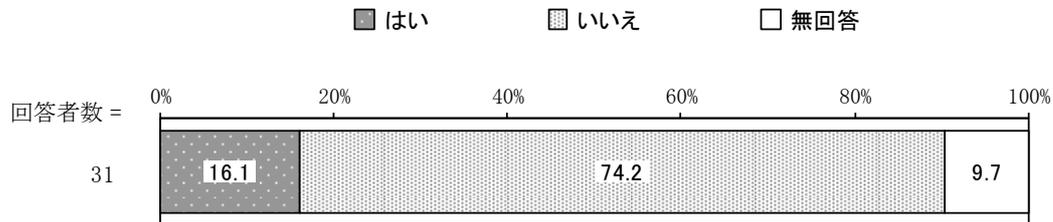
(居宅要介護・要支援認定者)

「週2～4回」の割合が41.3%と最も高く、次いで「ほとんど外出しない」の割合が27.0%、「週1回」の割合が19.6%となっています。



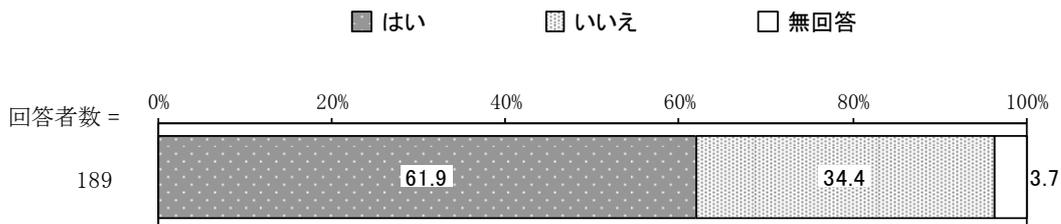
② 外出を控えているかについて
(元気高齢者)

「はい」の割合が16.1%、「いいえ」の割合が74.2%となっています。



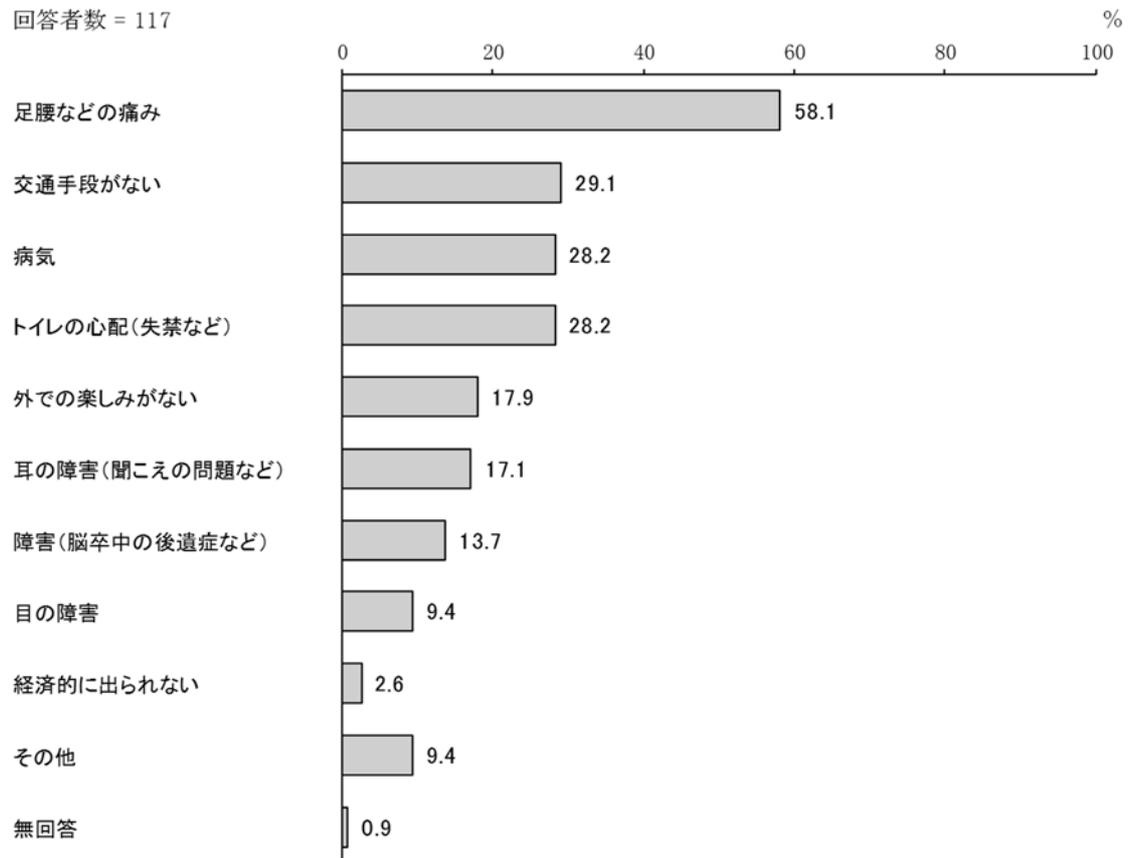
(居宅要介護・要支援認定者)

「はい」の割合が61.9%、「いいえ」の割合が34.4%となっています。



③ 外出を控えている理由（居宅要介護・要支援認定者）

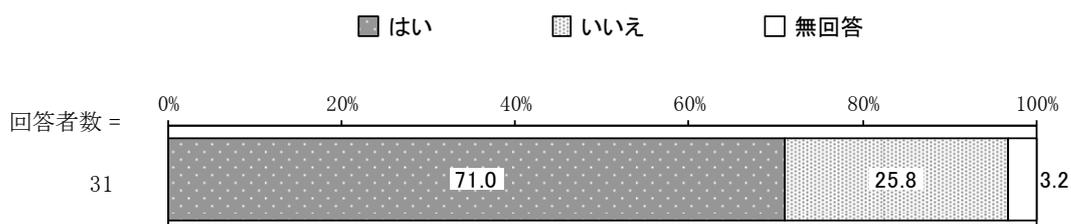
「足腰などの痛み」の割合が58.1%と最も高く、次いで「交通手段がない」の割合が29.1%、「病気」「トイレの心配（失禁など）」の割合が28.2%となっています。



(5) 健康・介護予防について

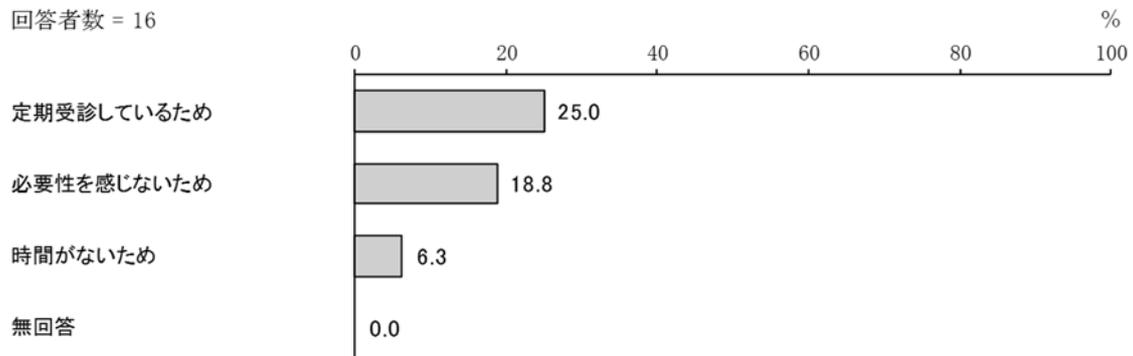
① 健康診断の受診状況（元気高齢者）

「はい」の割合が71.0%、「いいえ」の割合が25.8%となっています。



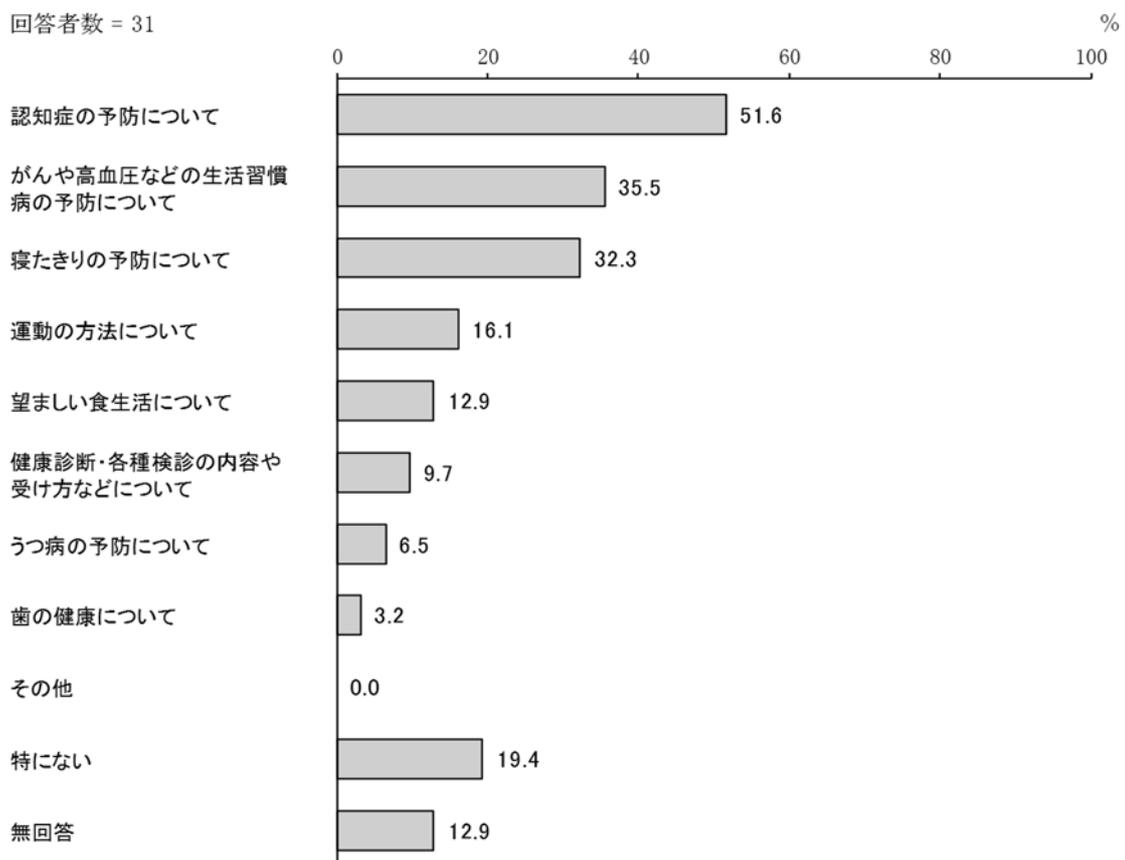
② 健康診断を受けていない理由（元気高齢者）

「定期受診しているため」の割合が25.0%と最も高く、次いで「必要性を感じないため」の割合が18.8%となっています。



③ 健康について知りたい情報（元気高齢者）

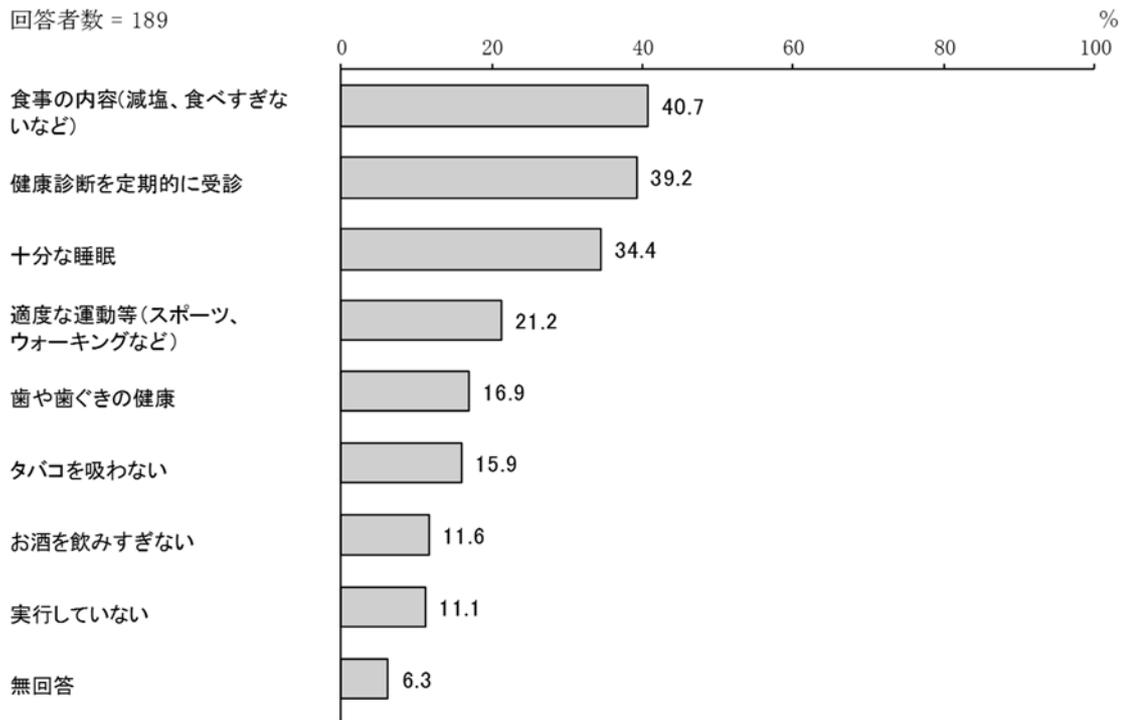
「認知症の予防について」の割合が51.6%と最も高く、次いで「がんや高血圧などの生活習慣病の予防について」が35.5%、「寝たきりの予防について」の割合が32.3%となっています。



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40.7%と最も高く、次いで「健康診断を定期的に受診」の割合が39.2%、「十分な睡眠」の割合が34.4%となっています。

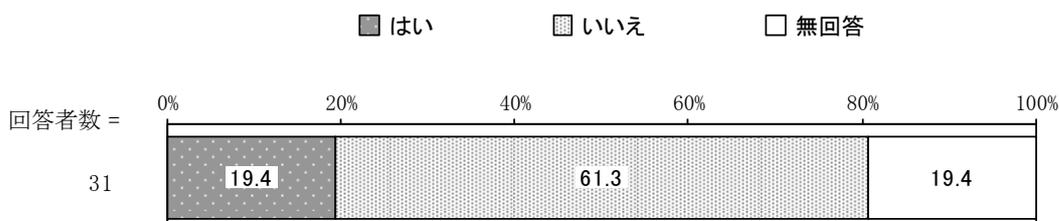
回答者数 = 189



(6) 認知症にかかる相談窓口の把握について (ニーズ調査)

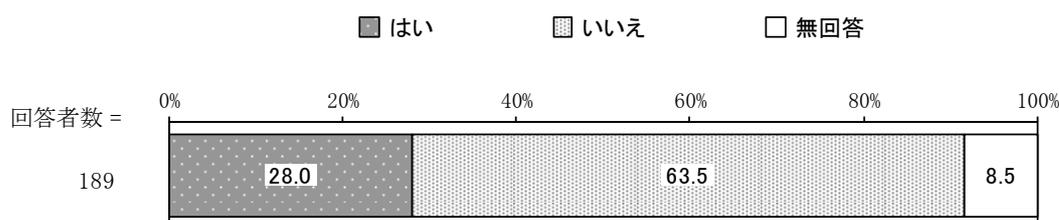
① 認知症に関する相談窓口の認知度 (元気高齢者)

「はい」の割合が19.4%、「いいえ」の割合が61.3%となっています。



(居宅要介護・要支援認定者)

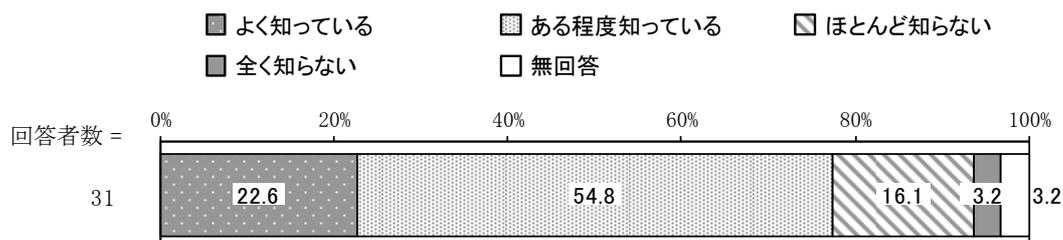
「はい」の割合が28.0%、「いいえ」の割合が63.5%となっています。



(7) 認知症について

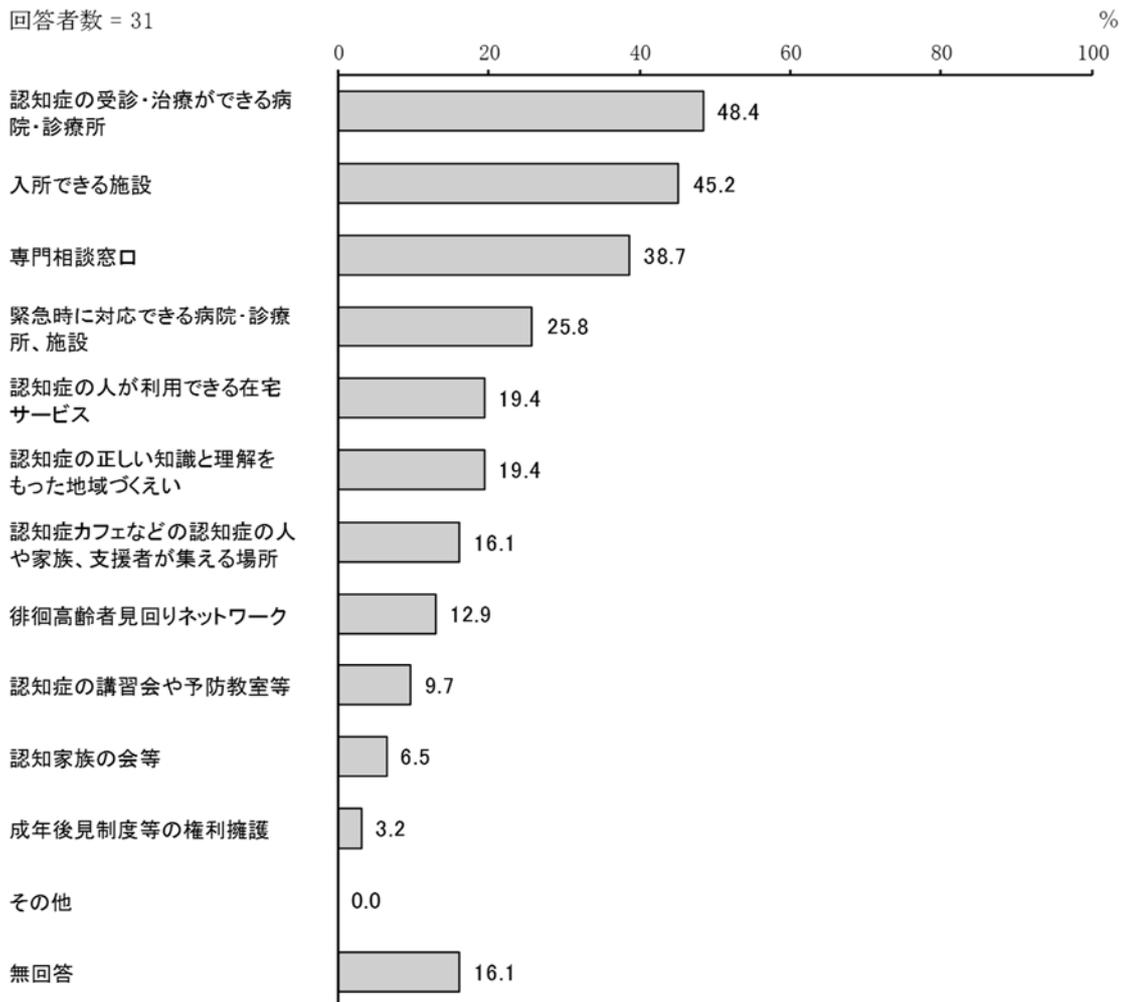
① 認知症の症状の認知度 (元気高齢者)

「ある程度知っている」の割合が54.8%、「よく知っている」の割合が22.6%、「ほとんど知らない」の割合が16.1%となっています。



② 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)

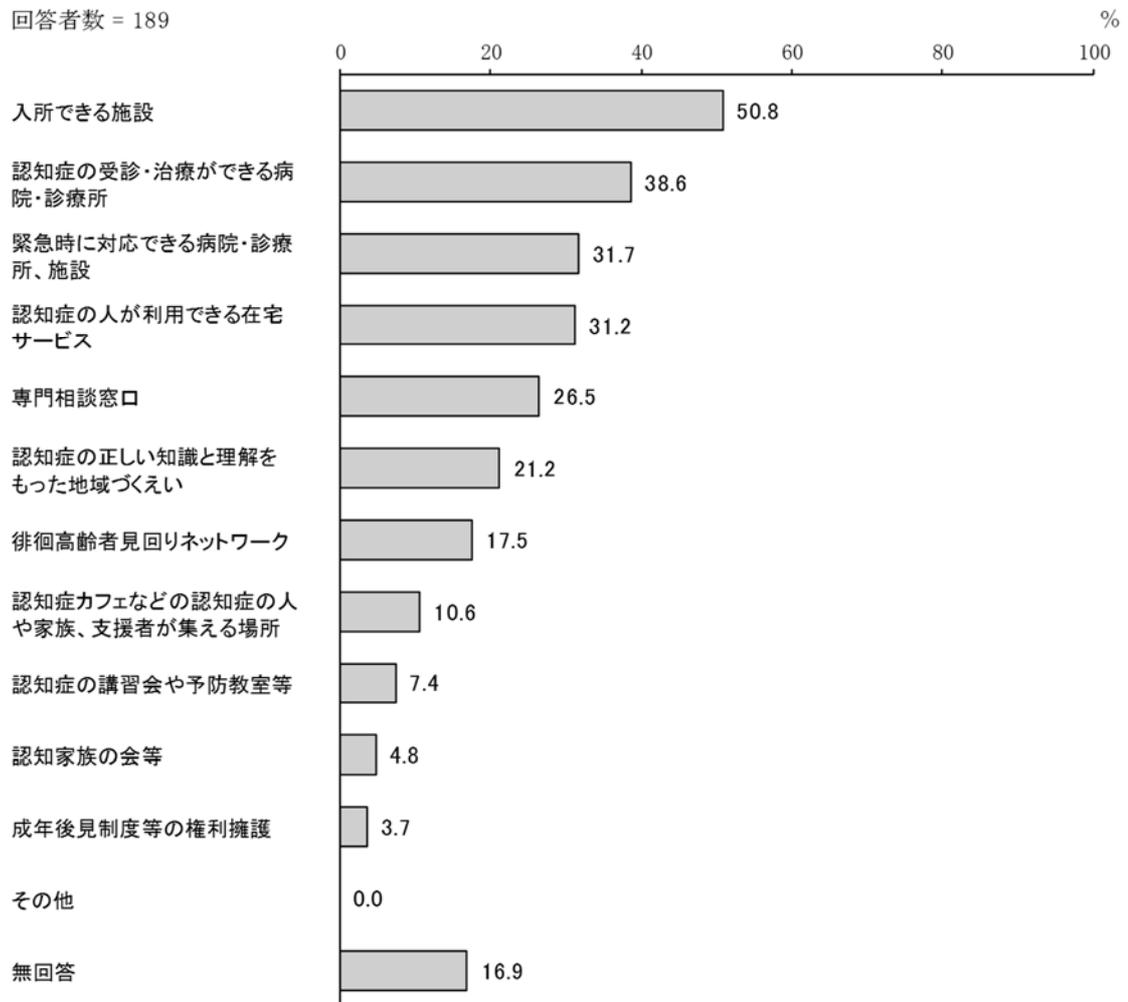
「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」の割合が48.4%と最も高く、次いで「入所できる施設」の割合が45.2%、「専門相談窓口」の割合が38.7%となっています。



(居宅要介護・要支援認定者)

「入所できる施設」の割合が50.8%と最も高く、次いで「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」の割合が38.6%となっています。

回答者数 = 189

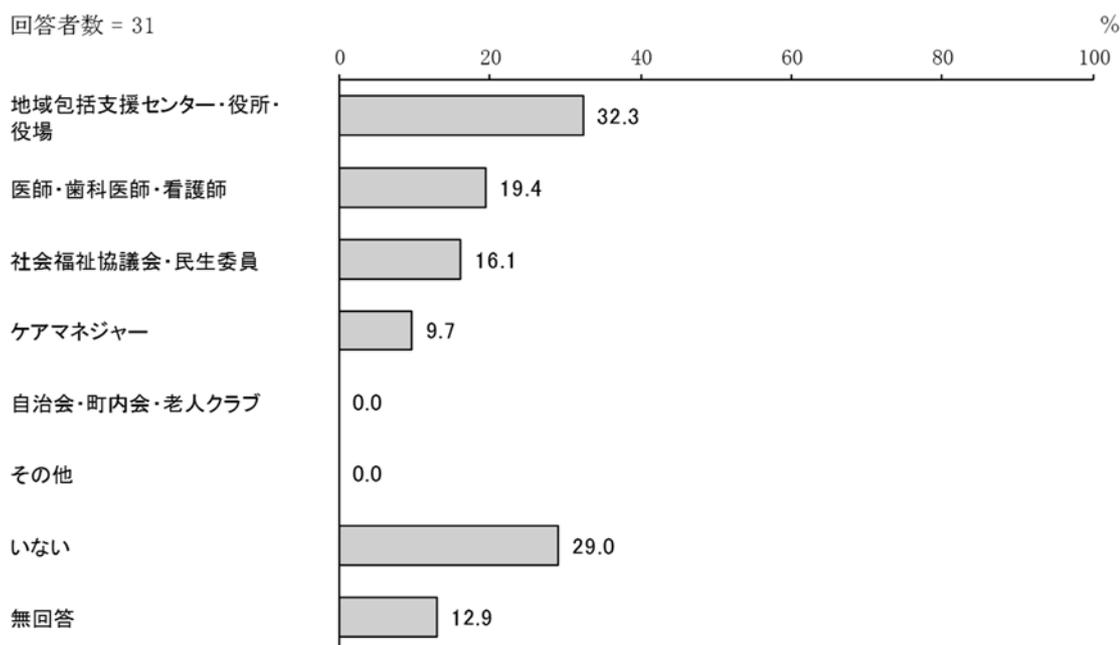


(8) 助け合いについて

① 家族や友人・知人以外の相談相手（元気高齢者）

「地域包括支援センター・役所・役場」の割合が32.3%と最も高く、次いで「いない」の割合が29.0%、「医師・歯科医師・看護師」の割合が19.4%となっています。

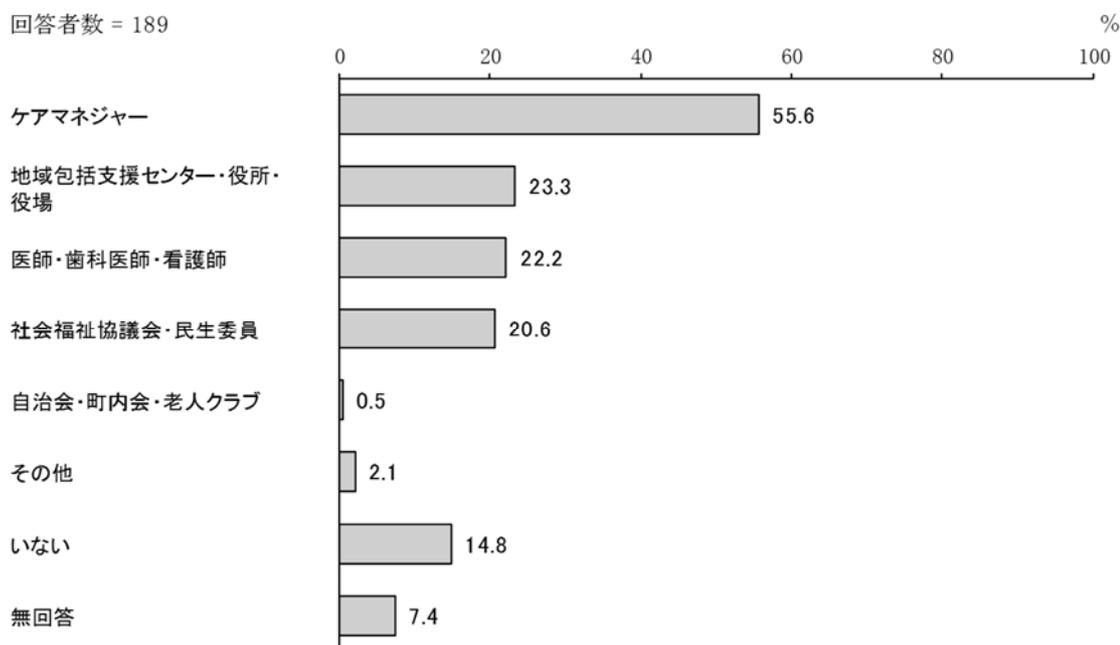
回答者数 = 31



(居宅要介護・要支援認定者)

「ケアマネジャー」の割合が55.6%と最も高く、次いで「地域包括支援センター・役所・役場」の割合が23.3%、「医師・歯科医師・看護師」の割合が22.2%となっています。

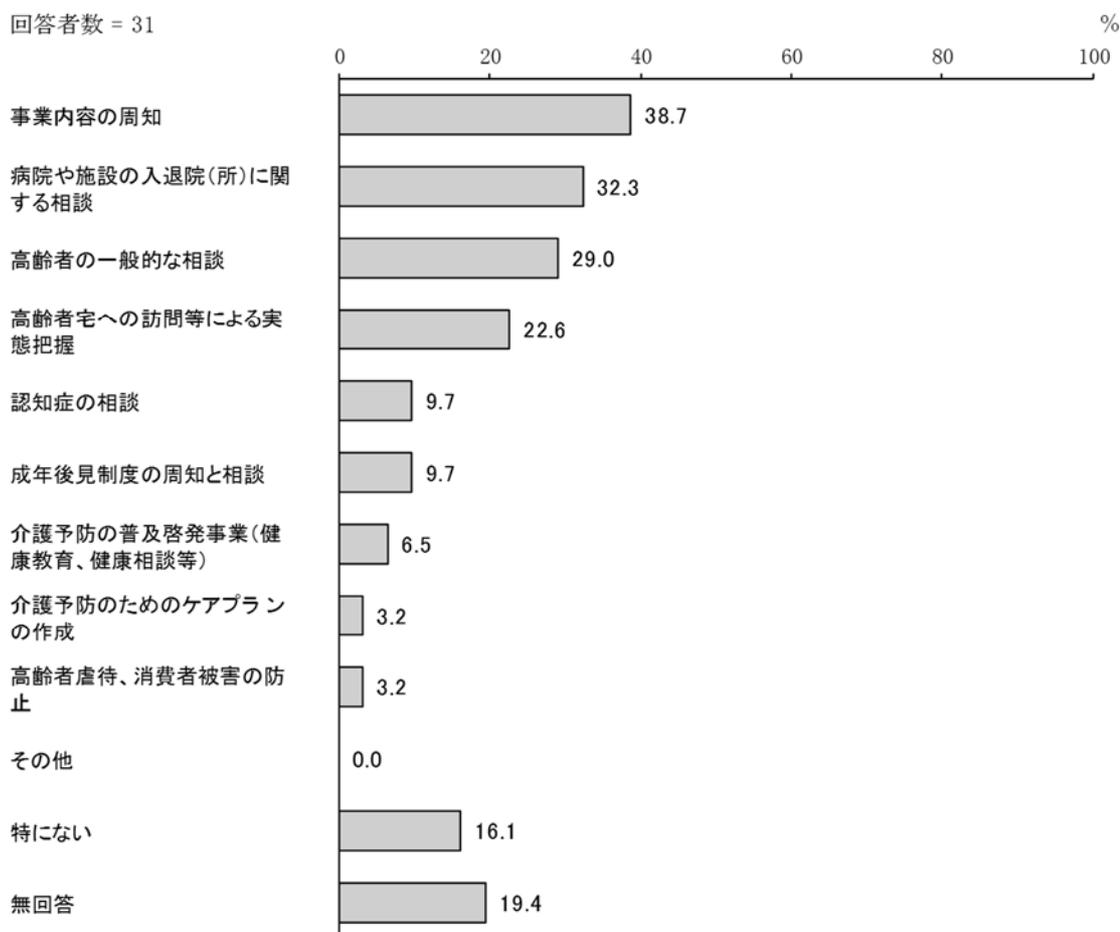
回答者数 = 189



(9) 地域包括支援センターについて

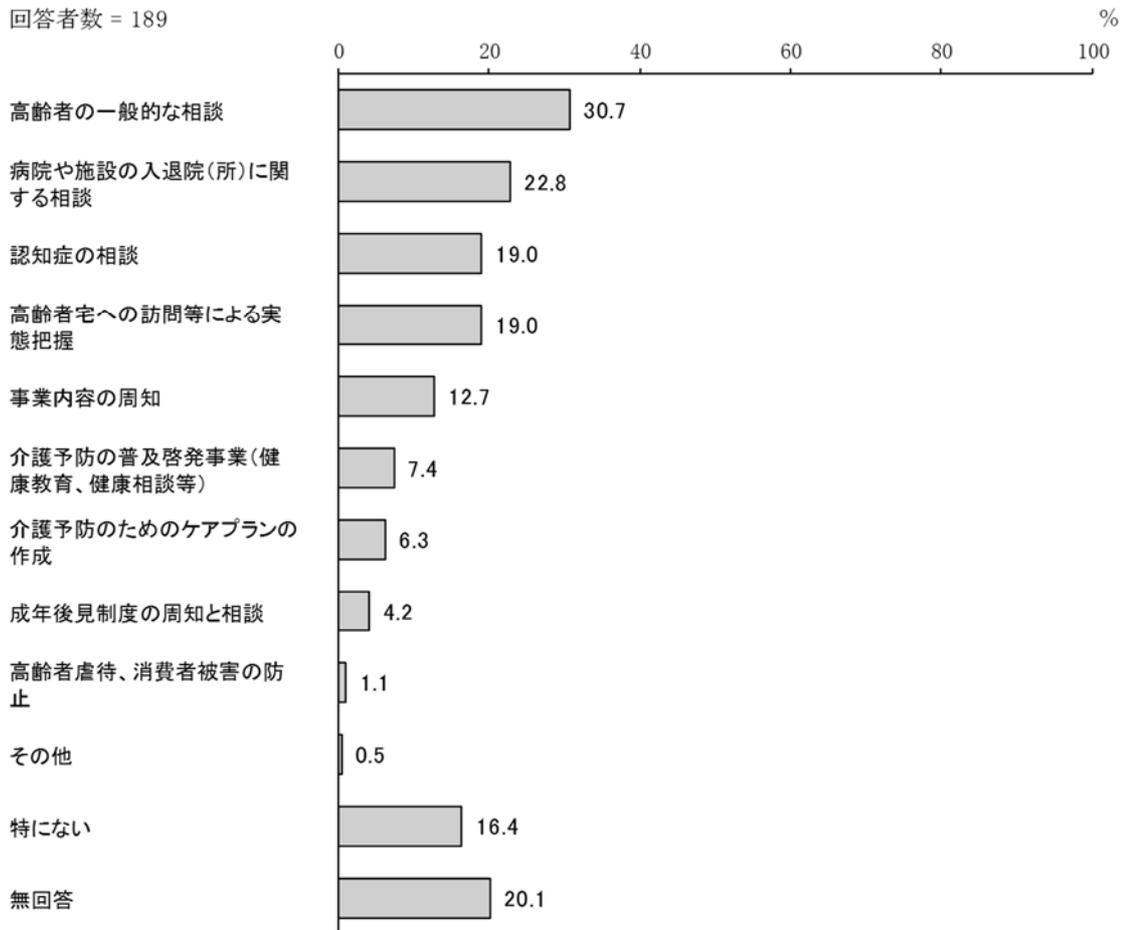
① 地域包括支援センターに力を入れてほしい事業 (元気高齢者)

「事業内容の周知」の割合が38.7%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32.3%、「高齢者の一般的な相談」の割合が29.0%となっています。



(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30.7%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22.8%、「高齢者宅への訪問等による実態把握」「認知症の相談」の割合が19.0%となっています。



3 第8期計画における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、次のとおり第8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。

① 介護予防・健康づくりについて

2025年問題を背景に、本村においても、要介護認定率が高い後期高齢者が増加しており、介護ニーズの増加が予測されます。アンケート結果をみると、元気高齢者において、年に1回以上健康診断を受けている人は7割と健康への関心が高いことがうかがえます。一方、介護予防への取り組みについて、具体的な取り組み方がわからないや、きっかけがあれば取り組みたい等の意見があり、村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の充実が重要です。

② 認知症施策について

本村では、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームの設置や認知症サポーターの養成に取り組んでいますが、認知症に関する相談窓口の周知は十分とは言えず、これまで構築してきた認知症の方を支援するネットワークを活用し、本事業の普及啓発及び初期集中支援事業等を実施することによって、認知症の初期の方を適切な支援機関に結びつけることが必要です。また、「共生」と「予防」を車の両輪としてネットワークの早期発見・早期診断・早期支援機能が自律的に機能していくことが必要です。

③ 「地域共生社会」の実現に向けて

アンケート調査では、家族や友人・知人以外の相談先は、「地域包括支援センター・役所・役場」が3割となっている一方、相談相手のいない人もいます。また、地域包括支援センターに力を入れてほしい事業として「内容の周知」が挙がっており、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には、必要なサービスを必要なタイミングで受けることが必要であり、適切な情報提供や相談体制の充実が求められます。また、ひとり暮らし高齢者世帯や高齢者が高齢者の介護を行う世帯では、家族の介護力に限界があり、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、医療、介護といった専門的なサービスの充実とともに、住民が主体となった身近な助け合いや孤立化を防止するための見守り等のさらなる取り組みが必要です。

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、地域共生社会を実現していくことが求められます。

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。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 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て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、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、社会参加を促進する体制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、村内循環バス「セロリン号」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 認知症高齢者支援の充実

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を構築します。

基本目標 4 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、地域の実情に応じた、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充実を図ります。

また、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。

基本目標 5 高齢者の安心と自立した生活への支援

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、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8期計画の施策体系

[基本理念]

[基本目標]

[施策]

日本一元気な高齢者へ地域で支え合い、誰もが元気でいきいきと安心して暮らせる原村へ

基本目標 1
健康づくり・
介護予防の推進

(1-1) 介護予防の推進

(1-2) 健康づくりの推進

基本目標 2
高齢者の
生きがいづくりの推進

(2-1) 社会参加や就労への支援

(2-2) 高齢者の外出支援

基本目標 3
認知症高齢者支援の充
実

(3-1) 認知症高齢者への支援

(3-2) 認知症高齢者家族への支援

基本目標 4
地域包括ケアシステム
の構築

(4-1) 相談・情報提供の充実

(4-2) 地域包括ケアの充実

(4-3) 地域の支え合いネットワークの構築

基本目標 5
高齢者の安心と
自立した生活への支援

(5-1) 日常生活への支援

(5-2) 家族介護者への支援

(5-3) 高齢者に配慮した住まいの充実

(5-4) 権利擁護の推進

(5-5) 高齢者の安全の確保

4 第8期計画の重点施策

「第8期計画における原村の高齢者を取り巻く重点課題」を受け、第8期計画では、次のとおり、重点施策を位置付けます。

重点施策1 生活支援の展開と介護予防の取組

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。

さらに、新しい生活様式を意識した多様な形での社会とのつながりの場など、集まらない形での介護予防事業について検討します。

- ① 活動場所・グループへの支援
- ② 新しい生活様式を踏まえた事業展開・普及啓発

■成果指標

No.	区分	単位	令和元年度実績	令和5年度供給目標
1	各種介護予防教室延べ参加者数	人	2,216	2,800
2	住民主体の通いの場(支援数)	支援箇所	5	7
3	新しい生活様式を踏まえた事業	事業数		3

■具体的事業

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に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。

重点施策 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。

しかし、高齢者の一人暮らしは増加していて、気軽に送迎を頼める人が身近にいなかったり、近所のバス路線がなかったり、バス停までの道のりが歩きにくかったりと、外出がおっくうになってしまう人はたくさんいます。

これまで、有償ボランティアねこの手サービスの研修会と兼ねて、全国の移動手段の事例について多くの住民が関心をもち熱心に勉強会をしています。

今後、デマンド型の区域運行、公共交通空白地有償運送や福祉有償運送など地域の特性やニーズに合わせた生活の足を確保できるよう検討していきます。

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。

- ① 高齢者、障がいのある方等に対する外出支援
- ② 有償運送の適正な運営の確保
- ③ 買い物・外出支援方法の検討

■成果指標

No.	区分	単位	令和元年度実績	令和5年度供給目標
1	福祉有償運送(利用者数)	人	151	170
2	運転免許証返納支援事業(申請者数)	人	5	8
3	もみの湯循環線無料券交付事業(申請者数)	人	40	45
4	移動販売車(販売箇所)	場所	11	13

■具体的事業

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。
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セロリン号の回数券を交付します。交付する内容については検討していきます。
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。

重点施策 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。そのため、地域での担い手として、ボランティアポイントを活用した予防を含めた認知症への「備え」としての取組を検討します。

- ① 認知症の早期発見・早期対応
- ② 家族介護者への支援
- ③ ボランティアポイント事業の方向性を検討

■成果指標

No.	区分	単位	令和元年度実績	令和5年度供給目標
1	徘徊 SOS ネットワーク事業（協力団体）	団体	25	30
2	家族介護者交流事業（開催回数）	回	2	2
3	認知症サポーターの養成（登録者）	人	467	530

■具体的事業

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に開催します。

基本目標 1 健康づくり・介護予防の推進

【現状と課題】

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」(71.0%)、「いいえ」(25.8%)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」との回答も見られることから、健康への関心は高いことがうかがえます。健康について知りたいことは、「認知症の予防について」(51.6%)、「がんや高血圧などの生活習慣病の予防について」(35.5%)、寝たきりの予防について(32.3%)で、半数以上が認知症予防へ関心を示す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、40歳以降、日常生活で健康のために行動したり、気をつけていたことは、「食事の内容」(40.7%)、「健康診断を定期的に受診」(39.2%)、「十分な睡眠」(34.4%)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、現在の介護予防への取り組みは、「興味はあるが、具体的な取り組み方がわからない」(22.6%)、「意識して取り組んでいる」(19.4%)、「きっかけがあれば取り組みたい」(19.4%)となっています。

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、村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。

村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(新しい総合事業)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。

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。

施策 1 - 1 介護予防の推進 重点施策 1

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めざします。

⇒事業については、「第3章 4第8期計画の重点施策」の「重点施策1 生活支援の展開と介護予防の取組」に記載



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。また同制度を長く維持すべく、条例改正による財政効果を検証していきます。
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 高齢者の生きがいつくりの推進

【現状と課題】

本村では、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つくり活動ができる体制整備に努めてきました。

高齢者等実態調査結果の元気高齢者をみると、生きがいについて、「生きがいあり」(64.5%)、「思いつかない」(32.3%)となっています。居宅要介護・要支援認定者等では、「生きがいあり」(23.3%)、「思いつかない」(70.4%)と、元気高齢者と比較して、「思いつかない」の割合が高い結果となっています。

平均寿命、健康寿命の延伸により、元気な高齢者が増えています。「高齢者だから支援が必要、支援してもらって当たり前」ではなく、元気な時はその人が培ってきた経験や知識を地域で活かし、地域を支える担い手として、積極的に活躍してもらうことが重要です。少子高齢化が進む中で、地域の活力を維持発展させるためには、高齢者が培ってきた豊富な知識や経験技能を生かし、活躍できる場が必要です。

高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、外出頻度は「週2～4回」(54.8%)、「週5回以上」(25.8%)となっています。居宅要介護・要支援認定者等では、「週2～4回」(41.3%)、「ほとんど外出しない」(27.0%)、「週1回」(19.6%)で、元気高齢者と比較して、「ほとんど外出しない」の割合が高くなっています。

外出を控えているかについて、元気高齢者では、「はい」(16.1%)、「いいえ」(74.2%)となっています。居宅要介護・要支援認定者等では、「はい」(61.9%)、「いいえ」(34.4%)で、元気高齢者と比較して「はい」の割合が高く、控えている理由は、「足腰などの痛み」(58.1%)、「交通手段がない」(29.1%)、「病気」「トイレの心配(失禁など)」(28.2%)となっています。

人口の高齢化が進む中で、高齢者等、身体機能の低下した場合でも健康な人と同じように外出ができ、公共施設の利用、日常的な活動や社会参加活動が特に支障なく行えるよう、さらに環境整備の充実を図ることが重要です。

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）	祝品と敬老祝い金を贈呈します。 敬老会の開催方法について検討しています。
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。 ボランティアポイント制度の検討をしていきます。
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。事業の普及啓発を行っていきます。
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 **重点施策 2**

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

⇒事業については、「第3章 4第8期計画の重点施策」の「重点施策2 高齢者の外出支援」に記載

基本目標 3 認知症高齢者支援の充実

【現状と課題】

本村では、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てきました。

高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、認知症の症状への認識は、「ある程度知っている」(54.8%)、「よく知っている」(22.6%)、「ほとんど知らない」(16.1%)となっています。認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「はい」(19.4%)、「いいえ」(61.3%)で、認知度が低い結果となっています。居宅要介護・要支援認定者等をみると、認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「はい」(28.0%)、「いいえ」(63.5%)で、元気高齢者と比較して、知っている人の割合が高い結果となっています。

どのようなことが充実すれば、認知症になっても安心して暮らしていくことができるかについては、元気高齢者では、「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」(48.4%)、「入所できる施設」(45.2%)、「専門相談窓口」(38.7%)、居宅要介護・要支援認定者等では、「入所できる施設」(50.8%)、「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」(38.6%)、「緊急時に対応できる病院・診療所」(38.6%)となっています。

現在、本村では高齢者のみならず、65歳未満の若年性認知症患者も増加する中で、若年性認知症に対する社会的な理解を促すとともに、必要な支援が受けられるよう、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームを設置し、認知症高齢者等への支援を実施しています。

高齢化の進行により、認知症高齢者も今後さらに増えることが予想される中、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、認知症予防を中心とした介護予防事業や公的サービス以外にも、地域住民や地域の支援組織、関係者などと協力した支援体制が必要です。それを実現するために、認知症ケアパスの周知・活用が求められます。

また、地域における認知症の理解を深めるため、認知症サポーター養成講座についても引き続き開催していく必要があります。

施策 3-1 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。
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3-2 認知症高齢者家族への支援 **重点施策3**

認知症家族の負担を軽減するため、域包括支援センター、自治会、民生委員、事業所、警察等による徘徊SOSネットワークの構築及び認知症高齢者等やその家族の集いの場として認知症カフェの開催等、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。

⇒事業については、「第3章 4第8期計画の重点施策」の「重点施策3 認知症高齢者家族への支援」に記載



基本目標 4 地域包括ケアシステムの構築

【現状と課題】

本村では、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てきました。

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には、必要なサービスを必要なタイミングで受けることが必要です。そのために、適切な情報提供や相談体制の充実が求められます。

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、「地域包括支援センター・役所・役場」(32.3%)、「いない」(29.0%)、「医師・歯科医師・看護師」(19.4%)となっています。居宅要介護・要支援認定者等では、「ケアマネジャー」(55.6%)、「地域包括支援センター・役所・役場」(23.3%)、「医師・歯科医師・看護師」(22.2%)となっています。「いない」は14.8%で、元気高齢者と比較して低い結果となっています。

地域包括支援センターに力を入れてほしい事業は、元気高齢者では、「内容の周知」(38.7%)、「病院や施設の入退院(所)に関する相談」(32.3%)、「高齢者の一般的な相談」(29.0%)、居宅要介護・要支援認定者等では、「高齢者の一般的な相談」(30.7%)、「病院や施設の入退院(所)に関する相談」(22.8%)、「高齢者宅への訪問等による実態把握」「認知症の相談」(19.0%)となっています。

今後も、地域包括支援センターの周知を図るとともに、相談内容の多様化、緊急性の高い相談に対し、助言や関係機関への連絡等、適切な対応ができるよう、職員のスキルアップが必要となります。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、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関との連携や、包括的・継続的マネジメントの推進の強化が必要です。

また、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025(令和7)年が目前に迫り、介護や支援を必要とする高齢者人口の大幅な増加が見込まれる一方、介護の担い手となる生産年齢人口は減少し、介護サービス等を担う人材の育成・確保が重要な課題となっています。

国においては、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、すべての住民が支え合い、自分らしく活躍できる「地域共生社会」の実現を目指しています。地域共生社会は福祉の政策領域だけでなく、地方創生、まちづくり、住宅、地域自治、環境保全、教育など他の政策領域に

も広がるものです。地域の様々な資源を活用し、地域丸ごとのつながりを強化していく必要があります。

施策 4-1 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 4-2 地域包括ケアの充実

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。人員を拡充し体制を強化していきます。
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 4-3 地域の支え合いネットワークの構築

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、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。

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。

基本目標5 高齢者の安心と自立した生活への支援

【現状と課題】

本村では、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、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ってきました。

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、主な介護者が働き方の調整などを行っているかについて、「介護・介助のために、“労働時間を調整”しながら働いている」(41.1%)、特に行っていない」(28.6%)、「介護・介助のために選択肢以外の調整をしながら働いている」(25.0%)となっています。今後も働きながら介護・介助を続けていけそうかについては、「問題はあがるが、何とか続けていける」(69.6%)、「問題なく続けていける」(12.5%)となっています。

支援が必要な高齢者の急増が予測され、地域のボランティア活動や近隣住民による見守り・支え合い、生活支援サービスの提供など、高齢者を地域で支える体制を確立することが必要です。高齢者の参加促進とともに、支援の必要な高齢者と支援者をつなぐ仕組みづくりが重要となります。介護離職や高齢者虐待が社会的問題となるなか、地域の相互の支え合いや、介護者の不安を解消して介護離職とまらないよう効果的なサービス提供、在宅介護に対する支援の充実を図ることも重要となります。

高齢者等実態調査結果/元気高齢者をみると、介護が必要になった場合、介護を受けたい場所は、「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」(38.7%)、「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」(12.9%)、「今のところ、よくわからない」(45.2%)となっています。自宅で介護保険サービスを利用したい理由は、「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」等が上がっています。施設への入所(入居)を希望する理由では、「家族に迷惑をかけたくないから」「家族は介護の時間が十分にとれないから」等が挙がっています。

在宅での生活意向が強い中、高齢者の自立に配慮した安心して暮らせる居住環境を整備していくことが求められます。今後、団塊の世代のすべてが後期高齢者となる令和7(2025)年を見据えると、介護サービスの利用者数や利用量は、ますます増加していくものと見込まれていることから、高齢者が住み慣れた地域で、健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、介護保険制

度の持続可能性の確保や、受給環境の整備を図る必要があります。

また、高齢者が介護を受けながら現在の住居より安心して自立した暮らしを送ることのできる有料老人ホームやサービス付きの高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいについては、村内での必要量を見極めながら適切に供給される環境を確保する必要があります。

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の見直しを行い、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・富士見町・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、また、子ども・高齢者安全対策ネットワーク会議の開催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。
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。
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。

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8期計画の目標設定や進行管理、評価等について、継続的に村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。

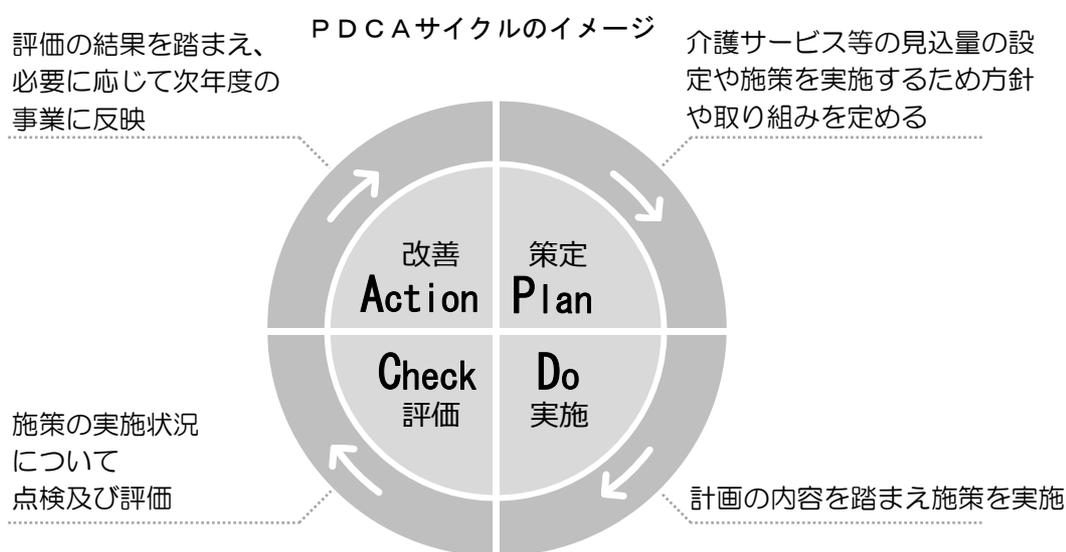
(3) 関係者の資質向上

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。

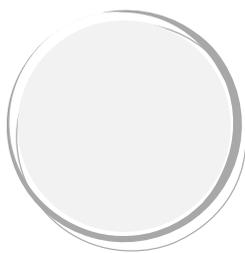
2 計画の評価体制の充実

本計画の進捗状況の点検及び評価については、定期的の実態を把握し、それに基づいた改善につなげること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。



※保険者機能強化推進交付金等の評価結果を活用



資料編

1 諏訪広域連合第8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2(2020)年10月現在で63,558人、高齢化率は32.5%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。いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる令和7(2025)年には、介護ニーズが高まることが見込まれます。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中、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。

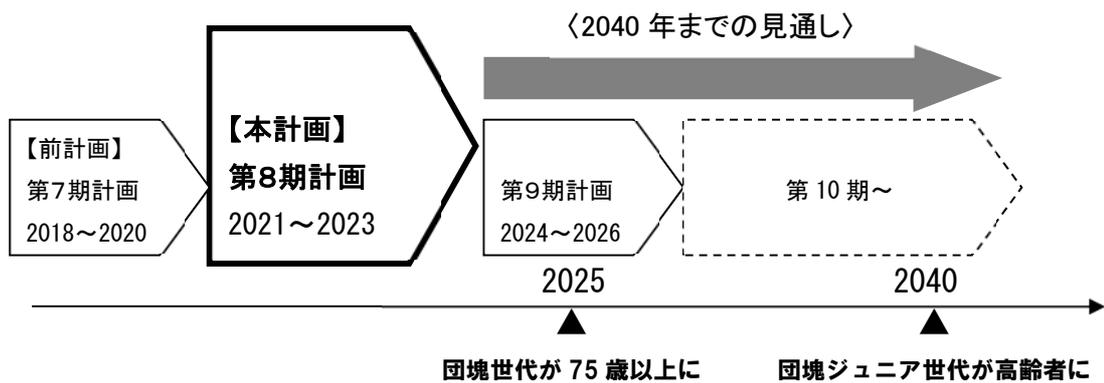
第8期計画では、令和7(2025)年及び令和22(2040)年の超高齢社会像を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進と介護保険制度の持続可能性を確保しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、構成市町村やサービス提供事業者の関係機関や地域の各種団体、地域住民等と連携・協力しながら取り組んでいく必要があります。

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7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8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3(2021)年度から令和5(2023)年度までの3年間となります。



(2) 高齢者人口及び要支援・要介護認定者数の推移

① 高齢者人口の推移

広域 【単位：人、％】

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総人口 (A)	202,279	201,064	199,983	198,847	197,169	195,654
0～14歳 (B)	26,203	25,639	24,991	24,408	23,813	23,268
割合 (B÷A)	13.0	12.8	12.5	12.3	12.1	11.9
15～64歳 (C)	114,752	113,184	112,154	111,144	109,933	108,741
割合 (C÷A)	56.7	56.3	56.1	55.9	55.8	55.6
40～64歳	64,694	64,452	64,330	64,277	63,948	63,745
65歳以上 (D)	61,324	62,241	62,838	63,295	63,423	63,645
割合 (D÷A)	30.3	31.0	31.4	31.8	32.2	32.5
65歳～74歳 (E)	30,258	30,256	29,766	29,248	28,507	28,205
割合 (E÷D)	49.3	48.6	47.4	46.2	44.9	44.3
75歳以上 (F)	31,066	31,985	33,072	34,047	34,916	35,440
割合 (F÷D)	50.7	51.4	52.6	53.8	55.1	55.7

② 計画期間における高齢者人口の推計

第8期介護保険事業計画の策定にあたり、計画期間及び団塊の世代が後期高齢者となる令和7（2025）年、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年の総人口及び高齢者人口を推計します。構成市町村ごとに住民基本台帳人口（各年10月1日現在）を基にコーホート変化率法により推計し、広域圏全体の推計値は、構成市町村ごとの推計値の合算とします。

（コーホート変化率法）

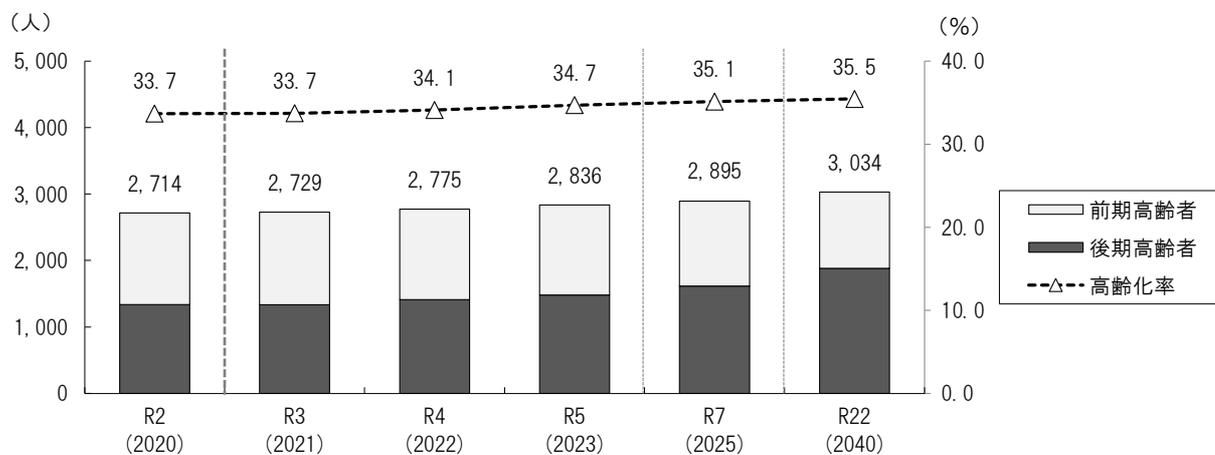
あるコーホート（同時出生集団）の一定期間における人口の変化率に着目し、その変化率が将来にわたって維持されるものと仮定して将来人口を算出する方法。例えば、x年に20歳の人口が100人、x+1年に21歳の人口が102人だった場合、20歳→21歳の変化率を102%と設定する。

広域

	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R7 (2025)	R22 (2040)	増減 (R2-R5)
人口	195,654	194,262	192,718	191,116	187,682	156,970	▲ 4,538
高齢者	63,645	63,521	63,398	63,189	62,826	60,515	▲ 456
前期高齢者	28,205	28,286	27,027	25,524	23,370	26,111	▲ 2,681
後期高齢者	35,440	35,235	36,371	37,665	39,456	34,404	2,225
高齢化率	32.5	32.7	32.9	33.1	33.5	38.6	0.5

※各年10月1日現在の実績及び推計値

原村



	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R7 (2025)	R22 (2040)	増減 (R2-R5)
人口	8,053	8,090	8,130	8,168	8,237	8,551	115
高齢者	2,714	2,729	2,775	2,836	2,895	3,034	122
前期高齢者	1,375	1,396	1,362	1,357	1,279	1,150	▲ 18
後期高齢者	1,339	1,333	1,413	1,479	1,616	1,884	140
高齢化率	33.7	33.7	34.1	34.7	35.1	35.5	1.0

※各年10月1日現在の実績及び推計値



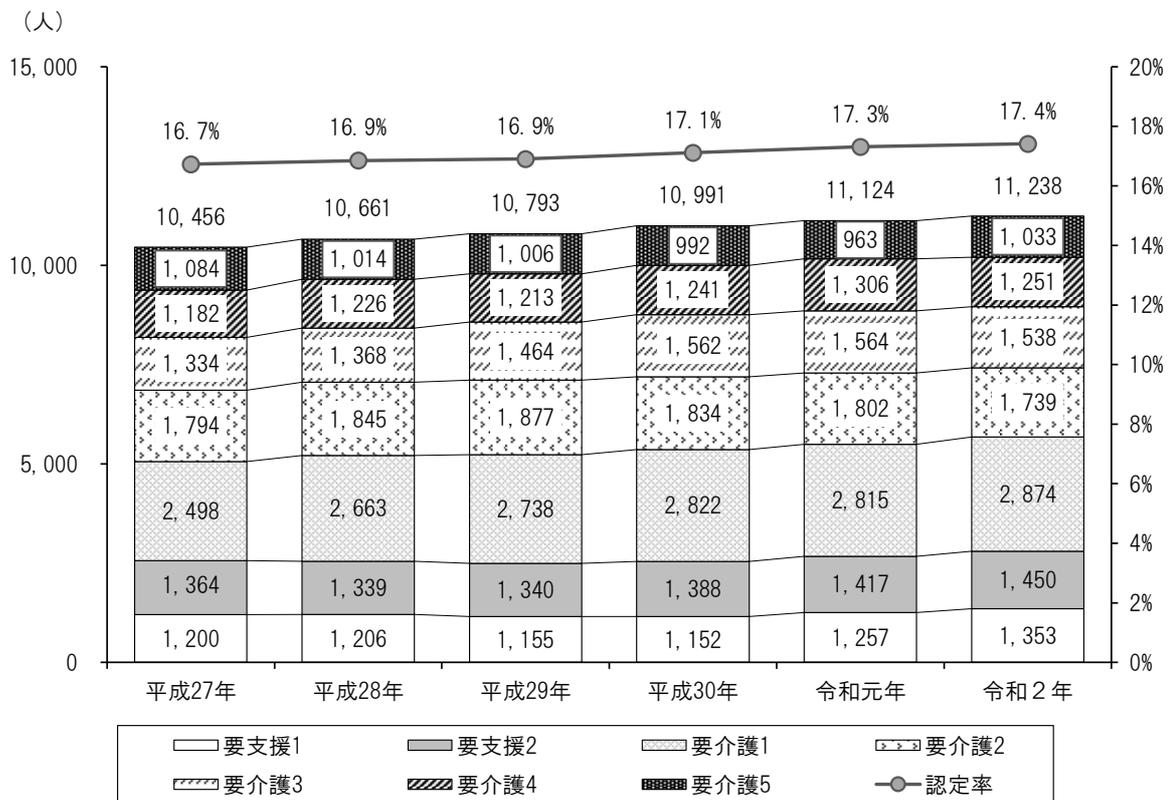
③ 要支援・要介護認定者の推移及び推計

要支援・要介護認定者数は年々増加してきています。平成27（2015）年9月末の10,456人から5年間で782人（7.5%）増加し、令和2（2020）年9月末現在で11,238人となっています。

第1号被保険者数に対する認定者数の割合（認定率）も増加傾向にあり、平成27（2015）年9月末の16.7%から令和2（2020）年9月末には17.4%と0.7ポイント上昇しています。

要介護度別にみると、特に要介護1及び要介護3で大きく増加し、要介護5は減少してきています。

要介護度別認定者数及び認定率の推移（広域）



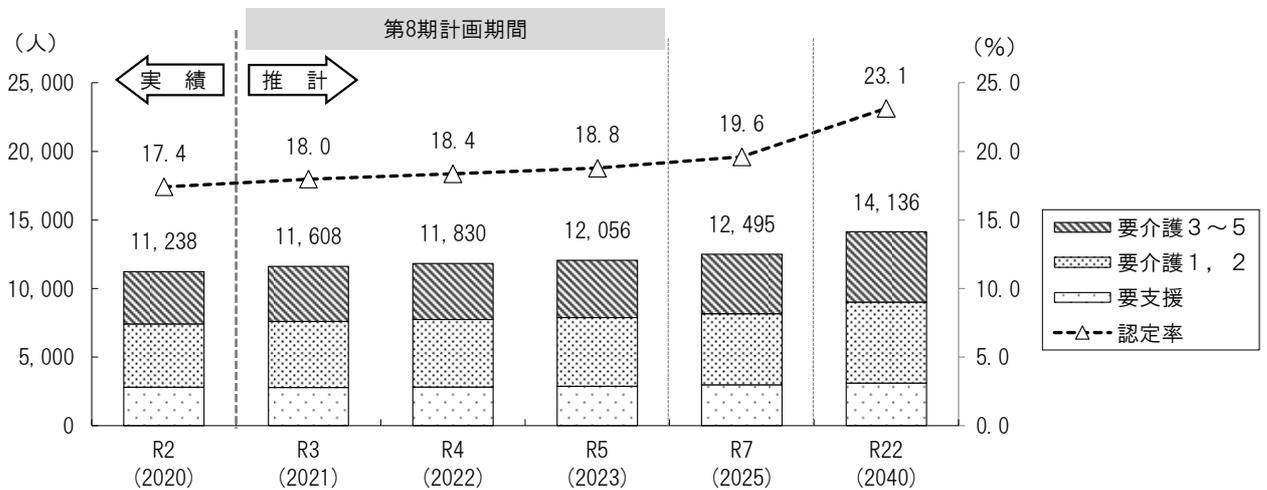
※認定率は第1号被保険者の認定者数により算出。

（出典）介護保険事業状況報告（各年9月月報）

④ 計画期間中の要支援・要介護認定者数の推計（広域）

計画期間中の要支援・要介護認定者数について、本広域圏全体の男女別・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、高齢者数は減少傾向になるものの、認定率の高い後期高齢者の増加等により認定者数が増加し、令和5（2023）年には認定者数12,056人、認定率18.8%まで上昇すると見込まれます。

また、団塊の世代が後期高齢者となる令和7（2025）年には、認定者数が12,495人、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年には、認定者数が14,136人になると推計されます。



	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R7 (2025)	R22 (2040)	増減 (R1-R5)
要支援1	1,353	1,305	1,327	1,349	1,395	1,434	-4
要支援2	1,450	1,470	1,493	1,520	1,568	1,675	70
要介護1	2,874	2,936	2,995	3,053	3,169	3,545	179
要介護2	1,739	1,884	1,923	1,959	2,035	2,352	220
要介護3	1,538	1,639	1,673	1,707	1,771	2,093	169
要介護4	1,251	1,368	1,395	1,424	1,480	1,776	173
要介護5	1,033	1,006	1,024	1,044	1,077	1,261	11
合計	11,238	11,608	11,830	12,056	12,495	14,136	818
認定率	17.4	18.0	18.4	18.8	19.6	23.1	1.4

※認定率は第1号被保険者の認定者数により算出。

※R2は「介護保険事業状況報告9月月報」（9月末現在）、R3以降は各年9月末時点の推計値。

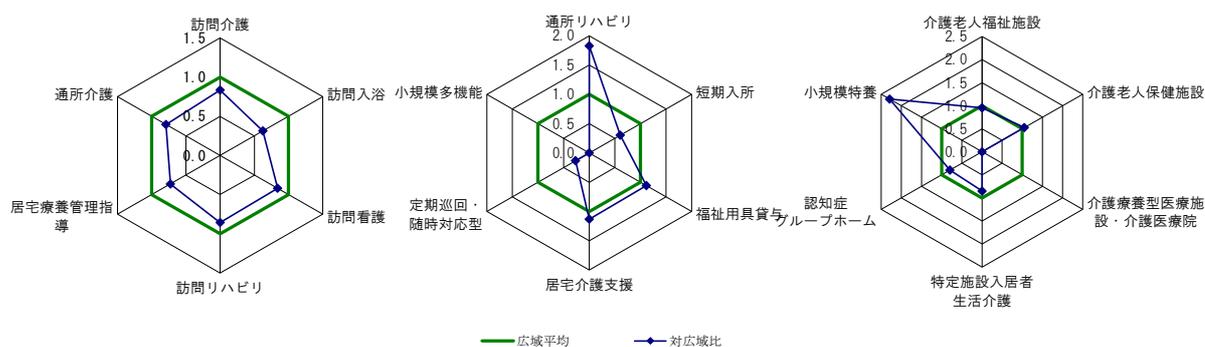
(3) 原村における介護保険サービスの利用状況

■サービス利用率（令和元年度）

	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	11.1%	0.9%	6.6%	2.2%	8.9%	18.9%
対広域比	0.83	0.63	0.84	0.86	0.73	0.79

	通所リハビリ	短期入所	福祉用具貸与	居宅介護支援	定期巡回・随時対応型	小規模多機能
原村	28.6%	3.3%	42.1%	60.3%	0.3%	0.0%
対広域比	1.83	0.61	1.12	1.13	0.27	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・介護医療院	特定施設入居者生活介護	認知症グループホーム	小規模特養
原村	8.2%	8.2%	0.0%	5.7%	2.7%	4.0%
対広域比	0.95	1.05	0.00	0.85	0.79	2.29



【特徴】

- 構成市町村の中で最も人口、高齢者数が少なく、認定率が最も低い地域です。
- 在宅サービスでは、本広域圏内において「通所リハビリ」の利用率が高く、「定期巡回・随時対応型」、「短期入所」、「訪問入浴」、「居宅療養管理指導」、「小規模多機能」の利用率が低くなっています。
- 施設・居住系サービスでは、本広域圏内において「小規模特養」の利用率が高く、「介護療養型医療施設・介護医療院」、「認知症グループホーム」の利用率が低くなっています。

(4) 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。

団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22(2040)年を見据え、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、多職種連携による包括的な支援体制の構築・強化を図るとともに、地域特性に応じた生活支援や介護予防、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。

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。

ア 多職種連携・協働体制の強化

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ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支えるため、在宅医療・介護連携体制の強化を進め、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等のさまざまな局面において円滑な情報提供・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、さまざま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、その積み重ねや課題分析等を通じて地域に共通する課題を抽出し、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。

イ 多様なサービス提供主体による支え合いの推進

地域包括ケアを推進していくためには、関係機関や専門家によるサポートのみならず、地域住民の参画が欠かせません。令和22（2040）年の超高齢社会像を見据え、「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう、高齢者自身がサポートの担い手として役割を持ち、活躍することができる地域社会を構築していくことが必要です。

生活支援コーディネーター及び協議体が中心となり、地域で活動する各種団体やNPO法人、民間事業所等への働きかけにより、地域包括ケアネットワークへの参画を促すとともに、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。

ウ 安心して暮らせる住まいの確保

高齢化の進展や高齢者のみ世帯の増加に伴い、介護が必要な状態でなくても暮らしづらかったり、見守りや生活支援が必要な高齢者が増加しています。

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。

また、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が増加し、多様な介護ニーズの受け皿になっている状況を踏まえ、これらの設置状況の把握に努めるとともに、介護サービス相談員を積極的に活用するなど、質の確保に向けた取組を推進します。

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。

ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、介護・医療・健診情報等の活用を図りつつ、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施を推進します。

また、高齢者のフレイル状態を把握したうえで、適切な医療サービスにつなげることにより、疾病予防・重症化予防の促進を図ります。

イ 医療専門職等との連携

心身機能等の向上のための機能回復訓練に加え、生活機能全体を向上させ、高齢者が活動的で生きがいを持って暮らしていくことができるよう、地域における保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職との連携・協力による取組を推進するとともに、要支援者等への計画的なリハビリテーションサービスの提供を図ります。

④ 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。

ア 普及啓発・本人発信支援の推進

認知症の人との地域での関わりが多いことが想定される職域の従業員等や子ども、学生をはじめ、幅広い人たちを対象とした認知症サポーター養成講座の拡大を図ります。

また、認知症に関する相談窓口の周知を図るとともに、認知症の人本人の意見の把握や施策の企画・立案、施策評価への本人視点の反映等に努めます。

イ 認知症予防の推進

介護予防事業や広報・啓発活動を通じて、認知症に対する知識の普及や理解促進に努め、認知症の予防と早期発見を図ります。

また、通いの場の拡充や通いの場等におけるかかりつけ医・保健師・管理栄養士等の専門職による認知症予防の取組を推進します。

ウ 専門的サポート体制の充実と介護者への支援

保健・医療・福祉の各種専門機関の連携体制の強化や認知症サポート医など専門的人材の確保を図ります。特に、第6期から設置している「認知症初期集中支援チーム」について、関係機関との連携、情報共有を図りながら、認知症高齢者の状況把握に努め、早期からの相談支援につなげていく体制の強化を図るとともに、「認知症地域支援推進員」の活用等により、状態に応じた適切な支援が受けられる体制の整備を推進します。

また、認知症高齢者やその家族が安心して利用できる介護保険サービスの充実に努めるとともに、認知症カフェ等を活用した取組や家族教室、家族同士のピア活動等を通して、介護者への支援の充実に努めます。

エ 認知症ケア拠点の整備

身近な地域における認知症ケアの拠点である認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護などについて計画的な整備を推進するとともに、質の高いサービスを提供するため職員の資質向上を促進します。

オ 若年性認知症の対応

若年性認知症（65歳未満の認知症）に対する理解促進を図りつつ、相談支援や居場所づくり、就労・社会参加等に向けた支援等の実施体制の整備やサービス提供の促進に努めます。

また、若年性認知症の人が利用できるサービスとして、自立支援医療（精神科通院）、障害年金や介護保険のサービス等があり、各種支援制度に関する情報の周知に努めます。

カ 認知症バリアフリーの推進

認知症サポーターによる見守り活動、ICTを活用した検索システムの活用等により、地域全体で認知症高齢者を見守る体制の構築・強化を図ります。

また、キャラバンメイトのフォローアップ研修等を行うことで、メイトによるサポーター養成を促進し、メイトの活躍の場が広がるよう充実を図るとともに、認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みとして「チームオレンジ」等の構築を図ります。

キ 権利擁護の推進

高齢者が認知症などにより判断能力の低下や身体機能の低下により介護が必要な状態になっても、生命や財産が守られ、住み慣れた地域において安心して生活を送ることができるよう、地域包括支援センターにおける相談体制の充実や成年後見制度の利用支援、虐待防止及び早期発見・早期対応に向けたネットワークづくり、成年後見支援センターの運営・活用促進など、権利擁護支援体制の充実に努めます。

ク 認知症ケアパスの作成・活用

認知症の症状に応じた適切なサービスの提供がなされるよう、標準的な認知症ケアパスを作成します。また、認知症高齢者を支える地域資源を把握しながら、認知症ケアパスを機能させるための適切なケアマネジメント及び多職種間の連携強化を図ります。

⑤ 高齢者虐待防止対策の推進

ア 虐待の発生防止対策

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、養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、職員の高齢者虐待に対する知識普及・介護技術向上のため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。

イ 早期発見・見守りネットワークの構築

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、虐待を早期に把握するため、家族や施設職員、住民等が高齢者虐待についての知識を深めることや、相談窓口、高齢者虐待防止法等の周知を図ります。

⑥ 地域密着型サービスの充実

ア 地域密着型サービスの基盤整備

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。

地域密着型サービスは、原則として利用者は当広域連合（保険者）の被保険者に限定されます。また当広域連合には、地域密着型サービス事業者の指定、指導監督の権限が与えられ、介護報酬も地域の実情に応じた設定ができるようになるサービスもあります。

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。

イ 介護保険委員会の設置

地域密着型サービスの実施については、保険者に指定等の権限が与えられています。地域密着型サービスの指定に際しては、被保険者、関係団体の代表などで構成される「介護保険委員会」で被保険者などの意見を反映させます。

⑦ 災害・感染症対策の体制整備

ア 災害に対する備え

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難訓練の実施等）が求められる介護サービス事業所を対象に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととされました。日頃からサービス提供事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動を促進するとともに、サービス提供事業所等で策定している災害に関する具体的な計画の定期的な確認や災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促します。

また、構成市町村では、「避難行動要支援者名簿」を活用し、地域で暮らす高齢者をはじめとした災害時に避難の援助を必要とする方を把握し、地域の関係者らと有事の備えをしています。

イ 感染症に対する備え

日頃からサービス提供事業所等と連携し、感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制や県、保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備を図ります。

また、全ての介護サービス事業所に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、感染症対策の強化が義務付けられました。感染症発生時においても利用者に対して必要なサービスが安定的、継続的に提供されるための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有して業務にあたることのできるための取組を推進します。

(4) 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

ア サービス基盤の整備方針

今後、認知症高齢者の増加が見込まれる中、認知症に対応するサービスの提供体制の確保・充実を図るとともに、地域包括ケアシステムの実現に向けて、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等について、日常生活圏域間での均衡に配慮しながら、計画的な整備を推進します。

施設整備については、特養入所待機者と高齢者等実態調査で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、高齢者のみの世帯など）、年金受給額などの状況に基づき、緊急性や個々に適した施設など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、令和7（2025）年及び令和22（2040）年の人口構造の変化を見据えた計画的な整備を進めます。

施設整備を行う場合には、本広域圏内の地域バランスを考慮し、湖周地域（岡谷市・諏訪市・下諏訪町）と岳麓地域（茅野市・富士見町・原村）で高齢者人口比に応じ、均衡がとれるようにします。

■第8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7期計画まで （～R2年度）	第8期計画 （R3～R5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）	1,163	39	1,202
介護老人保健施設	874	20	894
介護療養型医療施設	6	0	6
認知症高齢者グループホーム	378	72	450
特定施設入居者生活介護 （混合型、地域密着型を含む）	814	248	1,062
合計	3,235	379	3,614

イ サービスの質の向上

介護保険制度は多くの住民に浸透し、介護サービス利用者は年々増加し続けています。このため、介護保険サービスの適切な提供が求められており、居宅介護支援事業者の役割が非常に重要となっています。とりわけ、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、現任者研修会などを通じてケアマネジャーの資質の向上を図られるよう各種研修会を実施・支援していきます。

そのほか、サービス事業者に対する苦情などに対しては、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、構成市町村においては、介護サービス相談員をサービス提供事業所に派遣し、利用者の日常的な不満や疑問に対応しながら介護サービスの改善や質の向上を図ります。

ウ 介護従事者の確保と育成

当広域連合が独自で行った介護従事者アンケート調査（令和元年度実施）においても、人手不足の状況があり、その要因の一つとして「介護のイメージの悪さ」を上げている方が多数おりました。そのため、「介護のイメージアップ」を図ることを目的として、実際の介護職場からの声を「介護のお仕事のホント！」と題し、「広報すわこういき」に掲載することや、就職前の子供やその保護者及び一般住民を対象に、介護の仕事を広く知ってもらうため「介護フェスタ」を開催するなど、定期的に地域へ発信をしながら、介護現場のイメージアップを図りつつ、介護従事者の確保を進めていきます。

また、県・関係機関と連携・協力し、介護の仕事の魅力向上や介護人材の確保にかかる各種事業の活用促進、処遇改善加算の取得に必要な手続の指導や補助、介護サービス事業者の適切な事業運営を促すための事業所の育成・指導、事業所における積極的な取組を支援するための情報提供等を行うとともに、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、介護分野におけるICT導入支援や介護ロボットなど最新技術の導入支援に向けた取組を検討します。

エ 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、安心してサービスが受けることができるよう、会員相互の資質向上や情報交換・連携などを図ります。

また、「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、利用者が安心してサービスを受けることができるよう、一層のサービスの質向上を目指します。

広域化の目的の一つである「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」の実現を目指し、事業者の主体的な取組や活動が行えるよう、その体制の整備に努めていきます。

さらに、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の確保を図っていきます。

② 要介護認定等

ア 認定調査

当広域連合では、調査の公平性や信頼性を確保する上からも、要介護認定に係る訪問調査は、認定調査員資格を有する構成市町村職員が行います。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う場合もありますが、公正性、信頼性を確保するため、概ね3回に一度は構成市町村職員が行います。

また、公正公平な要介護認定を迅速に行うため、認定調査員の確保と資質の向上が重要となりますので、県・構成市町村と連携して新任研修会の開催や現任研修会への参加を働きかけます。

イ 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、当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。

ウ 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。

③ 適切なサービス利用の促進

ア 広報活動の充実

介護保険サービスの適切な利用や円滑な提供を実施するためには、被保険者やその家族に介護保険制度の趣旨や内容、利用の方法などが十分に理解されることが大切です。

当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、民生委員、シルバー人材センター、高齢者クラブなど地域組織や医療機関、サービス事業者などと連携し、幅広く情報提供を行うなど、あらゆる機会や媒体を通じて介護保険制度の普及、啓発に努めます。

イ 介護サービス計画の作成支援

利用者の意向を尊重し、必要なサービスを適切かつ効率的に利用できる介護サービス計画の作成に資するため、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、支援を推進します。

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。

ウ サービス情報の提供

介護保険制度は、契約によるサービス提供であり、利用にあたっては、さまざまな種類のサービスを多くの事業者の中から利用者の意思により選択することとなります。

このため、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、利用に際してのさまざまな相談に適切に応じていく必要があります。

当広域連合では、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、サービス事業者連絡協議会等を活用するなど、独自の情報収集・提供方法を構築していくよう努めます。

エ 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、当広域連合では単独事業として利用者負担額助成事業を実施しています。

今後も、利用料を支払えないことにより必要とする介護サービスが利用できない事態に至らないよう、各種制度について丁寧に説明し、適切なサービス利用につなげるとともに、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。

オ 介護老人福祉施設の入所事務への対応

当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（申込みの受付・入所判定委員会の設置・優先順位付）を構成市町村が行ってききましたが、施設と希望者が申込み時からつながることで早く正確に希望者の状況を把握することができ入所の円滑化が期待できることから、平成30年10月より入所事務を各特養に移行しました。移行後は、年2回「特養連絡会」を開催し、事務移行後の状況や取り扱いの平準化を図っています。引き続き、「特養連絡会」を開催し、特養入所の平準化を図ります。

④ 相談体制・苦情対応の充実

ア 相談窓口の充実

地域包括支援センターでは、地域の高齢者に対し、介護保険サービスにとどまらないさまざまな形での支援を可能とするため、包括的支援事業として地域包括支援センターにおい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、基本的に構成市町村が行う業務として、介護保険に関する各種の申請手続や相談を受け付けます。また、各種申請手続は住所地市町村にこだわらず、構成市町村内のどこの窓口でも受け付ける体制の整備充実を図ります。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。

介護サービス相談員については、構成市町村全てにおいて介護サービス相談員による相談活動が実施されており、定期的に施設などを訪問しながら利用者や事業者、保険者をつなぐ役目を果たしています。施設サービスや地域密着型サービス利用者を主な対象として活動していますが、相談事業は地域に密着した活動が要求されるため、今後も構成市町村の業務として対応してまいります。

関係機関との連携については、利用者本人に合った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。

イ 苦情対応体制の充実

苦情等は、構成市町村が第一的な窓口として対応しますが、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が行える仕組みが制度的に位置づけられています。

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、円滑に苦情処理を行うための体制整備を推進していくとともに、全県・全国の相談窓口やサービス事業者など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。

⑤ 適正な事業運営の推進

ア 構成市町村との協力

認定申請をはじめ各種申請の受付や相談などの窓口業務は、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。

イ 事務処理の効率化

広域化のメリットの一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など当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。

ウ 介護費用等の適正化

介護給付の適正化は、不適切な給付を削減する一方で、利用者に対する適切な介護サービスを確保することにより、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、そのことによる介護給付費や介護保険料の増大を抑え、持続可能な介護保険制度の構築を図ることが必要です。

当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組を行います。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。

エ 介護保険料上昇等への対応

第8期計画では、令和7（2025）年度及び令和22（2040）年における介護ニーズや必要な保険料水準に関する中長期的な推計を行い、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。介護サービスの利用者や利用量の増加により、保険給付費は増加し、それに伴い、第1号被保険者の保険料にも影響が出てきます。介護給付費準備基金は、第1号被保険者の保険料の余剰分を積み立て、次期計画期での保険料軽減財源の性格もあります。適切なサービス見込量の推計に基づき算定された第1号被保険者保険料に介護給付費準備基金を繰入れ、介護保険料上昇の抑制を図ります。

オ 介護保険料の収納率向上

介護保険料の徴収については、事務の切り分けにより構成市町村が主体となり、納付相談や臨戸徴収等を毎月計画的に実施しており、令和元年度における収納率の状況は全体では99.48%、普通徴収では91.60%となっています。

今後も、当広域連合と構成市町村が連携を密にし、滞納者に対する納付相談等の機会を増やすことにより、納付意識を常に促すことや、要介護認定を受けている滞納者に対しては、給付制限の対象となることがないように優先して納付相談等を行うなど、保険料収納の向上に向けてさらなる取組を行います。

カ 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、住民の意見・提案を行政施策へ実効的に反映させるために、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。

さらに、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。

キ PDCAサイクルによる事業推進

平成29年の法改正では、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組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、計画に記載した取組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。

ク 保険者機能強化推進交付金等の活用

高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた必要な取組を推進するとともに、新たな事業への積極的な展開を含め、より一層の強化を図るため、保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金を活用します。

⑥ 事業者に対する相談・指導及び情報提供の推進

ア 事業者に対する相談・指導の実施

事業者からの相談対応や、地域密着型サービス及び総合事業の事業者に対する国の方針と当広域連合の基準条例に基づく指導等を引き続き実施します。

イ 事業者に対する情報提供の充実

今後も引き続きホームページやEメールを活用して、制度改正の周知や感染症情報など事業者に対して情報提供を行います。

ウ 介護人材の確保とサービスの質の向上

利用者のニーズに応じた質の高いサービスの提供や、介護技術等の向上を目的とした人材育成研修の充実を事業所に働きかけます。

また、居宅介護支援事業所、地域密着型サービス事業者及び介護予防生活支援サービス事業者に対し、実地指導や集団指導、情報提供等を行いサービスの質の向上を図ります。

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に市町村、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に、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	
--	----	--

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	
--	----	--

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。

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2年10月13日	第1回原村高齢者福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 第8期原村高齢者福祉計画策定について (2) 第8期原村高齢者福祉計画策定におけるアンケート調査結果報告 (3) 第8期原村高齢者福祉計画の骨子案について (4) 今後のスケジュールについて
令和2年11月10日	第2回原村高齢者福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 原村の現状について (2) 第8期原村高齢者福祉計画の取り組み内容の検討について (3) 今後のスケジュールについて
令和2年12月18日	第3回原村高齢者福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (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
令和3年1月20日～ 2月10日	パブリックコメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> • 第8期原村高齢者福祉計（素案）について意見の募集
令和3年2月19日	第4回原村高齢者福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (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8期原村高齢者福祉計画

令和3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

