

# 信州あち おたっしゃプラン21

阿智村老人福祉計画・

第9期介護保険事業計画

令和6年3月

阿 智 村



## ごあいさつ

わが国は、少子高齢化の進行により、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみ世帯、要支援・要介護認定者などの増加、また、介護の担い手となる世代の減少、介護人材の不足など様々な問題が生じており、高齢者を取りまく状況は、ますます複雑・深刻化することが予測されています。国においては、地域共生社会の実現をめざし、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、医療・介護の連携推進、住民と行政等の協働による包括的な支援体制づくりなど、地域包括ケアシステムの強化と介護保険制度の持続可能性の確保のための制度改正が行われてきました。また、介護離職が社会問題となる中、必要な介護サービスや福祉・介護人材の確保など、課題解決の実現に向けた取り組みが進められています。

本村では、「暮らす、生きる。阿智家族」～住民一人ひとりの人生の質を高められる、持続可能な村づくり～を将来像として諸々施策の推進が進められています。高齢者人口は増加していますが、人口減少が続いています。さらに、介護職員の人材確保は全国的な問題とされています。このような状況を踏まえ、令和6年度からの3年間を計画期間とする「阿智村老人福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定いたしました。これまでの「地域包括ケアシステム」をさらに深化・推進し、阿智家族が共に支え合い「できる限り住み慣れた地域で、自分らしく尊厳を持って生活できる村」をめざして、介護サービスの充実・強化を含めた高齢者保健福祉施策の推進に取り組んで参ります。

保健・医療・福祉のさらなる連携のもと、介護予防や健康づくりを進め、地域において質の高い医療の提供を可能にした健康コミュニティの構築に向けて力強く進めて参りますので、皆様の一層のご支援、ご協力を賜りますようお願いいたします。

結びに、実態調査等にご協力いただきました皆様をはじめ、本計画の策定にあたりご尽力を賜りました高齢者福祉審議会委員の皆様方や関係各位に厚く御礼を申し上げます。

令和6年3月

阿智村長 熊谷 秀樹

# 目 次

第1章 計画の概要	- 1 -
1. はじめに.....	- 1 -
2. 計画の法的位置づけ.....	- 3 -
3. 計画の期間.....	- 3 -
4. 計画の策定経過と評価.....	- 4 -
第2章 現状と将来推計	- 5 -
1. 高齢者人口と高齢化率.....	- 5 -
(1) 阿智村の人口と高齢化率の将来推計.....	- 5 -
(2) 日常生活圏域の設定と地区別の高齢化率の状況.....	- 6 -
2. 要介護認定者数.....	- 6 -
(1) 現在の要介護・要支援認定者の状況.....	- 6 -
(2) 要介護・要支援認定者数の将来推計.....	- 7 -
3. 高齢者等実態調査の集計結果から.....	- 8 -
(1) 高齢者等実態調査の実施状況.....	- 8 -
(2) 回答者の状況.....	- 9 -
(3) 調査の結果概要.....	- 10 -
第3章 阿智村が目指す地域像	- 19 -
第4章 2040年に向けた具体的な取り組み	- 20 -
1. 介護予防・健康づくり・重症化予防.....	- 20 -
2. 認知症施策の推進.....	- 25 -
3. 高齢者を地域で支える仕組み.....	- 28 -
(1) 多様な生活支援・介護予防サービスの整備.....	- 28 -
(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実.....	- 30 -
(3) 高齢者の住まいの安定的な確保.....	- 34 -
4. 地域包括ケアシステムの深化を進める地域づくり.....	- 36 -
(1) 地域ケア会議の推進.....	- 36 -
(2) 家族介護者支援.....	- 37 -
(3) 在宅医療・介護連携の推進.....	- 38 -
5. 地域包括支援センター機能の強化.....	- 41 -
(1) 総合相談・支援業務.....	- 41 -
(2) 包括的・継続的ケアマネジメント業務.....	- 42 -
(3) 指定介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務.....	- 43 -
(4) 要援護者避難・感染症対策.....	- 43 -

6. 安全・安心な暮らしの確保 .....	- 45 -
(1) 成年後見制度利用支援事業.....	- 45 -
(2) 高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化 .....	- 46 -
(3) 養護者による高齢者虐待への対応強化.....	- 47 -
(4) 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化.....	- 47 -
7. 人材の確保及び介護現場の生産性向上の推進 .....	- 48 -
(1) 介護人材の養成・確保.....	- 48 -
(2) 介護現場の生産性向上の推進等 .....	- 49 -
第5章 サービス量の見込みと保険料推計 .....	- 51 -
1. 介護保険制度の主な改正点.....	- 51 -
2. 介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み .....	- 53 -
(1) 居宅介護（予防）サービス.....	- 53 -
(2) 地域密着型サービス.....	- 57 -
(3) 施設サービス.....	- 59 -
3. 地域支援事業の量の見込み.....	- 60 -
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業 .....	- 60 -
(2) 一般介護予防事業 .....	- 60 -
(3) 包括的支援（包括支援センターの運営）・任意事業.....	- 61 -
(4) 包括的支援事業（社会保障充実分） .....	- 62 -
4. 介護保険事業に係る経費の見込み.....	- 63 -
(1) これまでの介護給付費の推移.....	- 63 -
(2) 令和6年度からの介護給付費の推計.....	- 64 -
(3) 令和6年度からの地域支援事業費の推計 .....	- 64 -
5. 第1号被保険者の介護保険料推計.....	- 65 -
(1) 保険料の算出方法 .....	- 65 -
(2) 所得段階と保険料率の設定.....	- 65 -
(3) 介護保険料の算出根拠.....	- 67 -
第6章 介護保険者としての役割 .....	- 68 -

## 第1章 計画の概要

---

### 1. はじめに

平成12年に始まった介護保険制度は、高齢化の進行や制度の定着を背景に利用が拡大しており、保険料基準月額全国平均は約2,900円から約6,000円に、給付にかかる費用は国全体で3.2兆円から11兆円を超える規模にまで増加しています。阿智村では、保険料は約2.7倍、給付費は約3倍と全国の状況を上回るペースで増加しています。

この計画期間中に「団塊の世代」が75歳以上となる2025年を迎え、阿智村では高齢者人口のピークを迎えつつあるものの、さらにその先を展望すると、「団塊ジュニア」世代が65歳以上となる2040年に向け、生産年齢人口の減少が加速していき、2040年には高齢化率が生産年齢人口割合を上回る予測となっています。また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、医療・介護の連携や、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくことが必要です。こうした状況の中、2025年を見据えて策定した第7期介護保険事業計画並びに第8期介護保険事業計画に引き続き、2040年まで見据えた、中長期的な視野に立った具体的な取り組みやその目標の設定が重要となってきます。

今後の高齢化社会において制度の持続可能性を維持するためには、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現が求められます。また、高齢者の自立支援・要介護状態の重度化防止に向けた村の取り組み、地域住民との協働による包括的支援体制づくり等により、高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができる、そんな地域を目指す「地域包括ケアシステム」の深化を推進することも重要です。

阿智村では、今後も高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしく尊厳を持って生活できる村を目指して第9期介護保険事業計画「おたっしゅプラン21」を策定します。本計画には、介護保険に係る状況や、近年日本各地で発生している大規模な災害、新型コロナウイルスをはじめとする感染症への対策を踏まえ、関連する村の各計画との整合を図った上で、阿智村の高齢者福祉、介護保険事業の取り組みを位置づけます。

# 阿智村地域包括ケアシステム

暮らし、生きる。阿智家族  
～一人ひとりの人生の質を高められる、持続可能な村を目指して～

- 病気になるたら・・・**
- 総合病院・専門医
  - 飯田市立病院
  - 飯田病院
  - 健和会病院
  - 神山会記念病院
  - 瀬口脳神経外科病院

- 暮らし、生きる。阿智家族**
- 在宅医療・介護連携
  - あち訪問看護ステーション

- 地域**
- 村内医療機関・薬局
  - 国民診療所（丘和、浪台、溝内路）
  - 構上 医院
  - 飯田病院阿智診療所
  - 水野歯科医院
  - ささき薬局
  - こまんば薬局

- 他**
- 飯田下伊那広域消防
  - 溝内路救命サポート隊（溝内路振興室）

- 緊急タクシー**
- 救急医療情報キック

- 民生児童委員**
- 相談業務や介護保険サービスのコーディネートを行います。

- 相談ことは・・・**
- 権利擁護
  - 介護保険・介護予防
  - 生活の困りごと 等
  - 阿智村保健センター
  - 阿智村地域包括支援センター
  - 居宅介護支援事業所：各ケアマネジャー

- いつまでも元気で生涯現役・・・**
- 地域ケア会議
  - 地域包括ケア推進協議会 等

# 介護や支援が必要になったら・・・

- 在宅介護サービス**
- 訪問介護：阿智村社協訪問介護事業所
  - 通所介護：第二幸寿苑、えんばな、ひだまり介護ホームそら
  - 通所リハビリ：アルテムハイム会地の郷
  - 短期入所：阿智荘、アルテムハイム会地の郷、阿智温泉療養園
  - 訪問看護：あち訪問看護ステーション
  - 訪問入浴・居宅療養管理
  - 福祉用具・住宅改修・訪問リハビリテーション
  - 介護予防サービス

- 施設介護サービス**
- 介護老人福祉施設：阿智荘
  - 介護老人保健施設：アルテムハイム会地の郷
  - 介護医療院：構上医院
  - 認知症共同生活介護：グループホーム大地
  - 特定施設入所生活介護 等

- 村内療養施設**
- 夢のつばさ
  - （作業所・グループホーム・共同生活援助事業）
  - 阿智温泉療養園
  - 福祉企業センター

- 新しい介護予防・日常生活総合事業（H28年4月～）**
- 介護予防・生活支援サービス事業**
- | 事業名       | 事業内容        |
|-----------|-------------|
| おたっしやがい   | 訪問型サービス(独自) |
| ふれあいサロン   | 訪問型サービスA    |
| 生きがい講座    | 訪問型サービスC    |
| 新しい介護予防教室 | 事業名(通所型)    |
| 水中運動教室    | 通所型サービス(独自) |
|           | 通所型サービスA    |

- その他の生活支援サービス**
- 配食見守りサービス

- 認知症対応**
- 認知症サポーターの養成講座（約810名 R5.11月）
  - 認知症初期集中支援チーム
  - 認知症相談会
  - 認知症地域支援推進員の配置
  - やすらぎ支援事業
  - 認知症からい

- 在宅生活の支援**
- 緊急通報装置のレンタル
  - 緊急医療情報キック設置
  - 訪問美容サービス
  - 福祉タクシー券
  - 集合タクシー
  - 病態対応食補助金 等

- 阿智村見守りネットワーク**
- 見守り連携協定を結んだ団体
  - あんしん見守りカード
  - 配食見守りサービス

# 地域で安心して暮らすために・・・

- ～生活支援～**
- 生活支援コーディネーター設置（H30年1月～）
  - 『支え上手・支えられ上手』を増やし、暮らしやすい村・地域づくりを考えていきましょう！
  - ちいさなお助け隊「あちの手」（有償ボランティア）
  - 各種自治会活動
  - ボランティア団体
  - NPO
  - ささえあふサービス（智恵東）  
自治会の下部組織として、在民ボランティアが高齢者の移送支援を行う。
  - こまんばの輪

- ～見守り～**
- 阿智村見守りネットワーク
  - 見守り連携協定を結んだ団体
  - あんしん見守りカード
  - 配食見守りサービス

- ～見守り～**
- 在宅生活の支援
  - 緊急通報装置のレンタル
  - 緊急医療情報キック設置
  - 訪問美容サービス
  - 福祉タクシー券
  - 集合タクシー
  - 病態対応食補助金 等

- ～見守り～**
- 認知症対応
  - 認知症サポーターの養成講座（約810名 R5.11月）
  - 認知症初期集中支援チーム
  - 認知症相談会
  - 認知症地域支援推進員の配置
  - やすらぎ支援事業
  - 認知症からい

- ～見守り～**
- 権利擁護
  - 介護保険・介護予防
  - 生活の困りごと 等
  - 阿智村保健センター
  - 阿智村地域包括支援センター
  - 居宅介護支援事業所：各ケアマネジャー

- ～見守り～**
- シニアクラブ
  - トリプルA
  - チャレンジゆう Achi
  - 公民館活動
  - シルバー人材センター等での就労
  - 各種ボランティア活動
  - 婦人会
  - 食生活改善推進員

- ～見守り～**
- 疾病予防
  - 特定健診、がん検診等
  - 65歳・75歳健康教室
  - 家族健康フェスティバル
  - 阿智オリジナル体操 等

- ～見守り～**
- 民生児童委員

## 2. 計画の法的位置づけ

本計画は、次の法の規定に基づき作成する「老人福祉計画」と「介護保険事業計画」に加え、健康増進法に基づく「健康増進食育計画（あち健康プラン 21）」などの施策とも整合性を図り、一体的に策定するものです。また、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律により、高齢者の保健事業と介護保険事業で取り組む介護予防の一体的な実施が推進されました。

### (ア) 老人福祉法

#### 第 20 条の 8 第 1 項

市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。

#### 第 20 条の 8 第 7 項

市町村老人福祉計画は、介護保険法第 117 条第 1 項に規定する市町村介護保険事業計画と一体のものとして作成されなければならない。

### (イ) 介護保険法

#### 第 117 条第 1 項

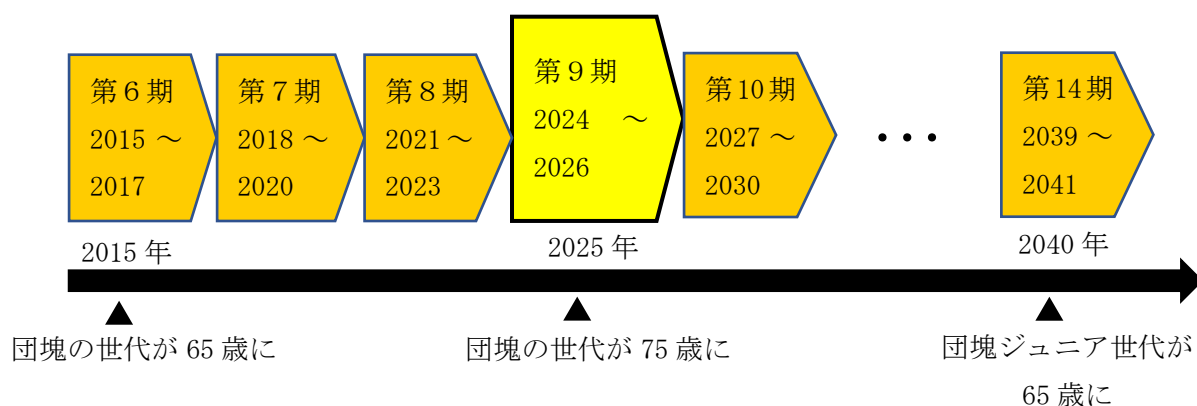
市町村は、基本指針に即して、3 年を 1 期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

#### 第 117 条第 6 項

市町村介護保険事業計画は、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に規定する市町村老人福祉計画と一体のものとして作成されなければならない。

## 3. 計画の期間

本計画は、第 8 期介護保険事業計画の延長上に位置付けられ、令和 6 年度から団塊の世代が 75 歳となる 2025（令和 7）年を経て、令和 8 年度までの 3 年間で計画期間とします。団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040（令和 22）年に向けた中長期的な視野に立った具体的な取り組みやその目標の設定について記載します。





## 4. 計画の策定経過と評価

### (ア) 高齢者等実態調査

高齢者の日常の生活状況・健康状態、保健福祉サービスの利用状況・今後の利用意向、在宅の要介護者・要支援者の介護サービスの利用状況・今後の利用意向等を把握し、計画策定の基礎資料とするため、令和4年12月にアンケート調査を実施しました。

### (イ) 審議経過

#### ① 民生課ワーキンググループによる調査研究

民生課長をトップとする阿智村地域包括支援センター及び介護保険事業所管職員の庁内ワーキンググループにより、第8期介護保険事業計画の検証、評価を行った上で、新たな基本指針に則して実施すべき施策等の検討や計画に記載する事項の調査研究を行いました。

#### ② 高齢者福祉審議会における施策等の協議

高齢者福祉審議会への諮問事項である第9期介護保険事業計画について、庁内ワーキンググループにより検討された施策等の協議が行われ、委員の意見が答申されるとともにこれに反映されました。

### (ウ) 本計画の点検・評価

本計画は、阿智村地域包括支援センター運営協議会及び民生課ワーキンググループ等において、その実現性を可能な限り追求し、現状について明らかにするよう計画の進捗状況を点検するとともに、その実績の評価、必要に応じた目標の見直しを行います。

その他、各計画の進行管理・評価については、高齢者福祉審議会も関与します。

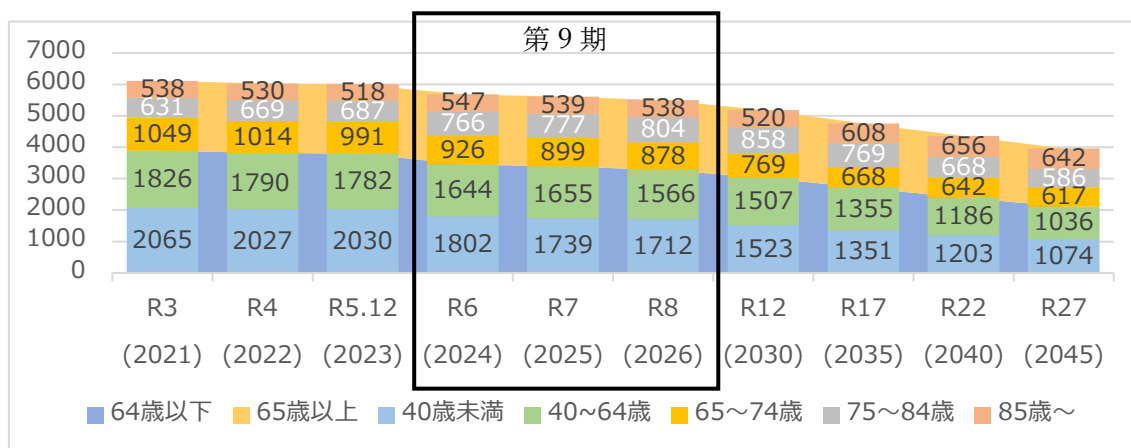
## 第2章 現状と将来推計

### 1. 高齢者人口と高齢化率

#### (1) 阿智村の人口と高齢化率の将来推計

※各年度末（R5 は12月末）時点の人口(人)

計画期間	第8期			第9期			第14期
年 度	R3	R4	R5.12	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
総人口	6,109	6,030	5,989	5,701	5,609	5,523	4,355
65歳未満人口	3,891	3,817	3,793	3,518	3,435	3,366	2,500
65歳以上人口	2,218	2,213	2,196	2,183	2,174	2,157	1,855
高齢化率 (%)	36.3	36.7	36.7	38.3	38.8	39.1	42.6
第2号被保険者	1,811	1,771	1,762	1,690	1,655	1,626	1,092
第1号被保険者	2,193	2,194	2,187	2,173	2,158	2,141	1,932
65～74歳	1,035	1,002	981	987	963	934	684
割合 (%)	47.2	45.7	44.9	45.4	44.6	43.6	35.4
75～84歳	627	665	692	667	683	699	602
割合 (%)	28.6	30.3	31.6	30.7	31.6	32.6	31.1
85歳以上	531	527	514	519	512	508	619
割合 (%)	24.2	24.0	23.5	23.9	23.7	23.7	32.0



出典：R3～R5は住民基本台帳及び介護保険事業状況報告(月報)、R6以降は国立社会保障・人口問題研究所 R2 推計

阿智村の総人口は減少を続け、高齢者(65歳以上)人口も第9期計画期間中をピークに減少していく見込みですが、団塊の世代が2025(令和7)年に75歳となり、75歳以上の後期高齢者の割合は増加が見込まれます。また、高齢者の減少幅を大幅に上回るペースで年々現役世代が減少していく見込みであり、今まで以上に、地域の高齢者を支える仕組みづくりが重要な課題となります。

## (2) 日常生活圏域の設定と地区別の高齢化率の状況

※令和5年12月末現在住民基本台帳人口(人)

区分	人口	40歳未満	40歳～64歳	高齢者人口				高齢化率(%)
				計	65歳～74歳	75歳～84歳	85歳以上	
全 村	5,989	2,011	1,782	2,196	991	687	518	36.7
上中関	581	192	199	190	86	74	30	32.7
中関	646	256	196	194	106	51	37	30.0
駒場	1,113	356	335	422	198	139	85	37.9
伍和	1,439	473	429	537	242	177	118	37.3
智里東	964	335	278	351	150	90	111	36.4
智里西	271	96	78	97	33	29	35	35.8
浪合	476	139	137	200	81	61	58	42.0
清内路	499	164	130	205	95	66	44	41.1

介護保険事業計画の策定に当たり、市町村は地理的条件や社会的条件、施設の整備状況等様々な条件を勘案して「日常生活圏域」を定めます。

日常生活圏域を考える上での基本単位は中学校区であるため、阿智村の場合は、村内一円が1つの日常生活圏域となります。ただし、合併村であることもあり、地区によって地理的条件や風習等も異なりますので、効果的な事業や支援を行うためには、その地区の特徴を踏まえた検討が必要です。

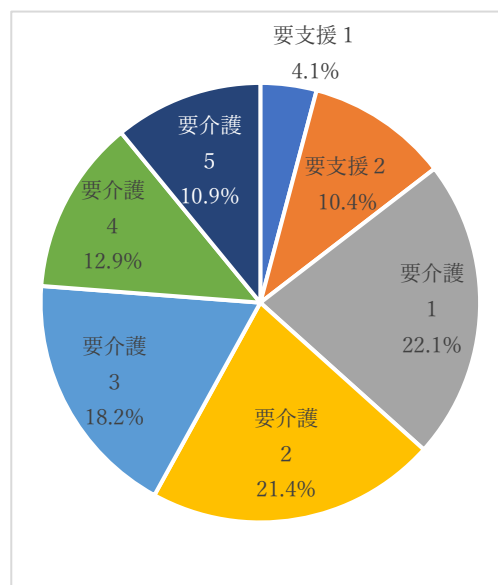
## 2. 要介護認定者数

### (1) 現在の要介護・要支援認定者の状況

※令和5年12月末時点(人)

区 分	第1号被保険者	第2号被保険者	合 計
要支援1	17	0	17
要支援2	42	1	43
要介護1	90	1	91
要介護2	88	0	88
要介護3	75	0	75
要介護4	52	1	53
要介護5	44	1	45
合計	408	4	412

出典：介護保険事業状況報告(月報)



## (2) 要介護・要支援認定者数の将来推計

※各年度末（R5は12月末）時点（人）

	第7期	第8期			第9期			第14期
区分	R2	R3	R4	R5.12	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
要支援1	20	19	13	17	16	17	16	19
要支援2	57	55	47	43	41	41	42	48
要介護1	71	81	76	91	87	87	87	95
要介護2	86	86	101	88	90	90	91	100
要介護3	81	76	66	75	69	68	68	76
要介護4	50	58	58	53	61	61	61	68
要介護5	48	51	47	45	47	47	46	50
合計	413	426	408	412	411	411	411	456
第1号認定率(%)	18.60	18.56	17.87	18.66	18.68	18.81	18.96	23.34

出典：R2～R5は介護保険事業状況報告(月報)、R6以降は地域包括ケア「見える化」システム(令和6年1月10日取得)

令和2年度から令和3年度にかけて、コロナ禍の受診控え等により認定者数が一時的に増加しましたが、その後は、概ね第8期計画策定時の推計どおり推移しています。第9期計画期間中は、要介護・要支援認定者数の大きな変動は無い見込みですが、2040年まで認定者数が年々微増していく見込みです。2040年には村全体の人口減少に伴い、介護者やサービス従事者の不足も予測されるため、将来を見据えた施策の展開が必要になります。

### 3. 高齢者等実態調査の集計結果から

#### (1) 高齢者等実態調査の実施状況

令和4年12月に以下の2つの調査を実施しました。

##### (ア) 介護調査

令和4年10月1日時点で要介護・要支援認定を受けており、在宅で生活している人全員を対象とした居宅要介護・要支援認定者等実態調査。

##### (イ) 元気調査

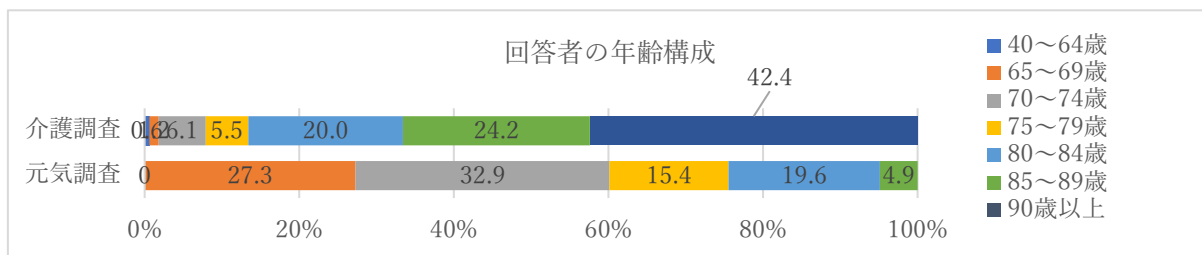
令和4年10月1日時点で65歳を迎えており、要介護・要支援認定を受けていない人を対象とした元気高齢者等調査。調査対象者は、地区ごとの年齢・性別構成に基づいて200名を抽出しました。

	調査対象者	有効回答数	回収率
介護調査	279	168	60.2%
元気調査	200	143	71.5%

## (2) 回答者の状況

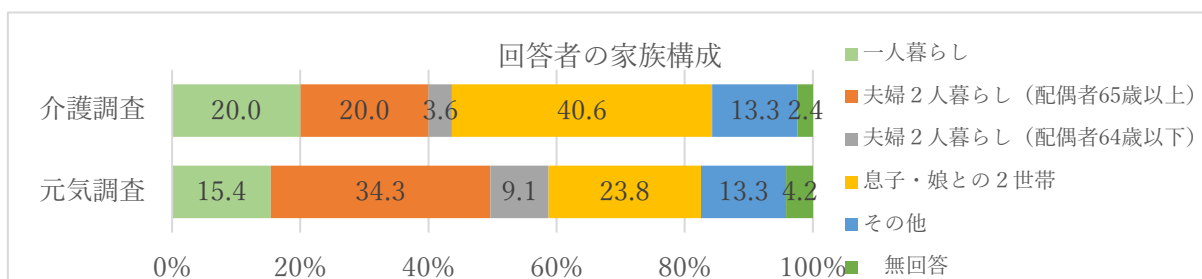
### (ア) 回答者の年齢

介護調査の回答者は80歳以上の方が8割以上を占めます。阿智村の要介護認定新規申請（第8期期間中）の平均年齢は男性82.5歳、女性86.0歳となっており、概ね認定を受けている人の年齢構成と一致する結果です。元気調査についても、阿智村の年齢構成比と概ね一致する結果となっており、介護調査、元気調査ともに各年齢段階で均等に回答を得ることができたと言えます。



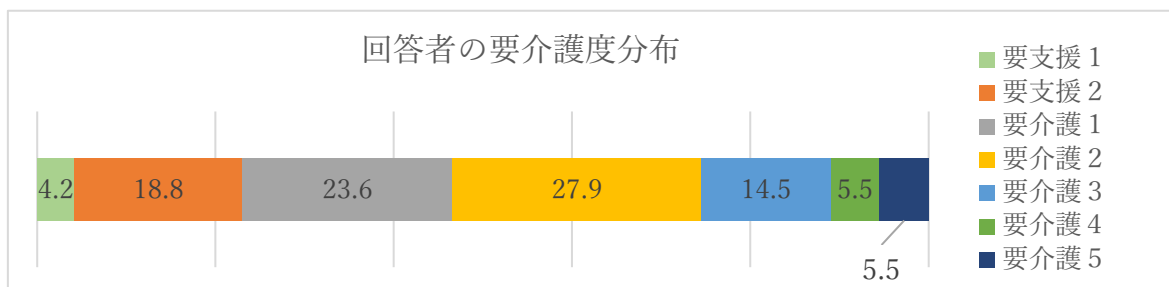
### (イ) 回答者の家族構成

第8期と比較し、介護調査では息子・娘との2世帯が18%減少し、一人暮らしは7%増加となっています。一方、元気調査では一人暮らしが3%、夫婦のみが3%増加しており、高齢者のみ世帯が増えている様子がうかがえます。



### (ウ) 回答者の要介護度

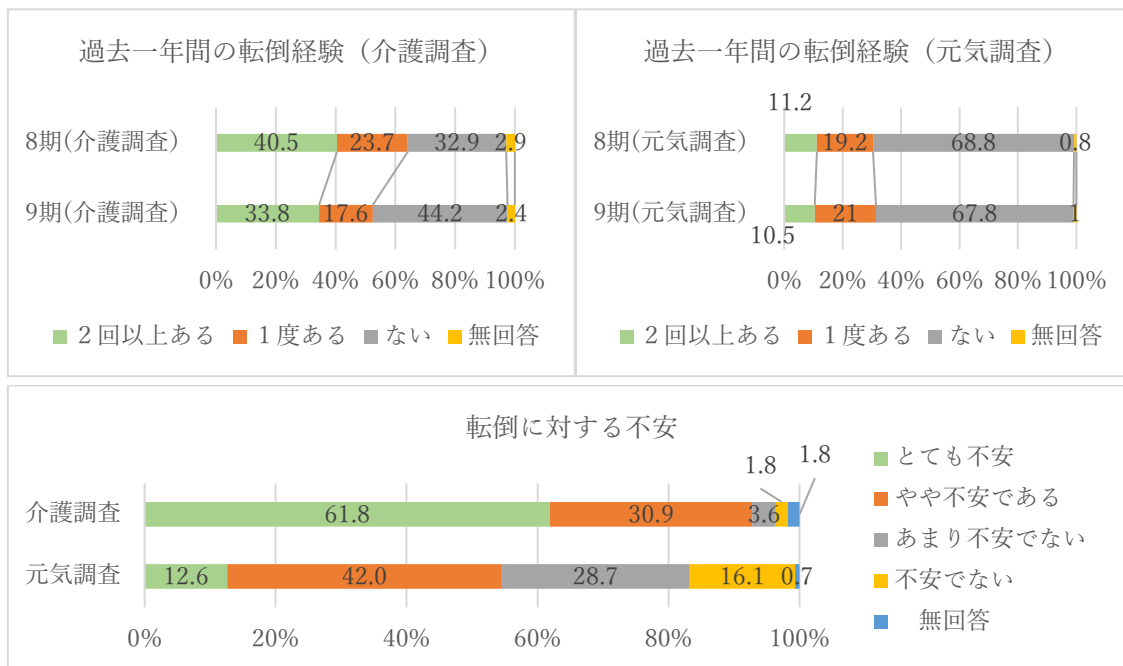
介護調査回答者は要支援1～要介護1の軽度者が46.6%、要介護2・3の中度者が42.4%、要介護4・5の重度者が11%でした。認定者全体の介護度分布に比べると軽度者の割合が高くなっていますが、中重度者は施設利用者が一定数いるため、在宅の要介護・要支援認定を受けた人からは概ね均等に回答が得られています。



### (3) 調査の結果概要

#### (ア) 運動機能について

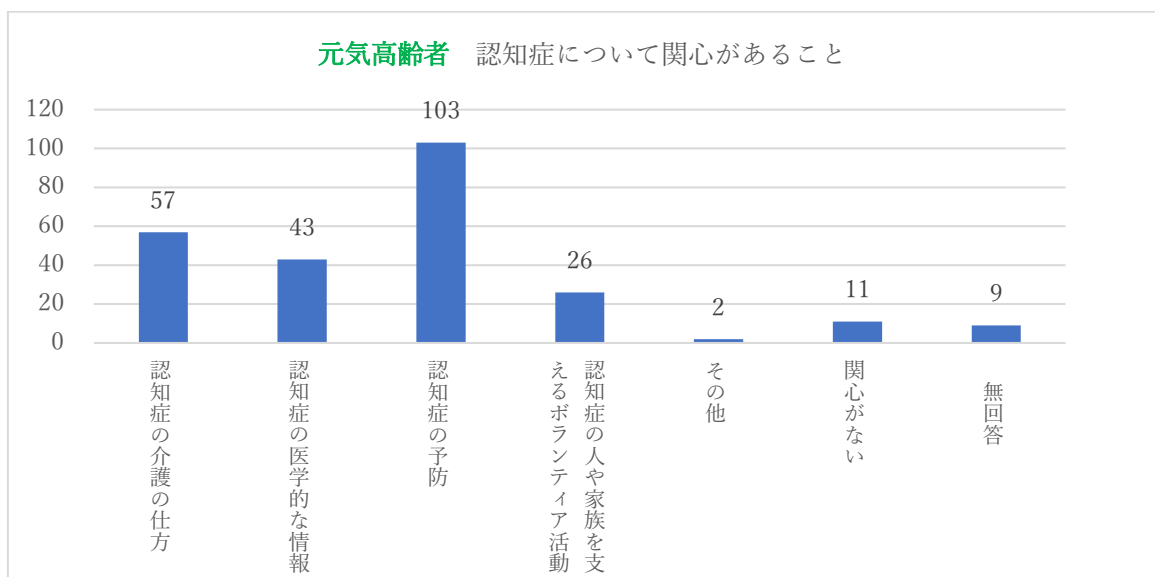
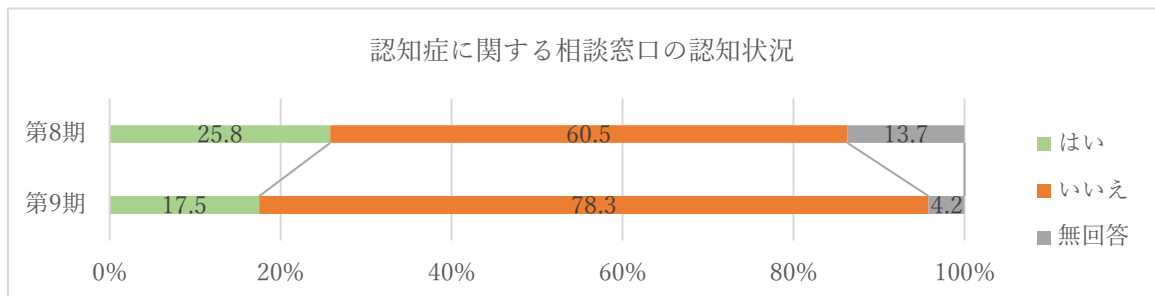
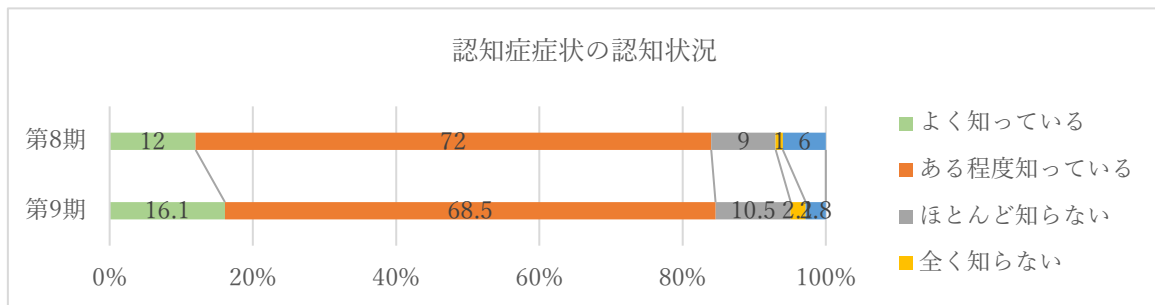
介護調査では、「過去一年間に転倒を経験」している人は6割を超え、約9割の人が転倒の不安を抱えています。元気調査では、実際に転倒を経験した人は3割程度ですが、転倒の不安を抱える人は約半数となっています。介護高齢者では6割の人が外出を控えており、その理由は足腰の痛みが半数を占めています。



## (イ) 認知症について

介護保険新規申請において、認知症は筋骨格系疾患に次いで多い原因であり、男性 16%、女性 24%を占めています。他の疾患と比較し、認知症新規申請年齢は 85 歳と高くなっています。

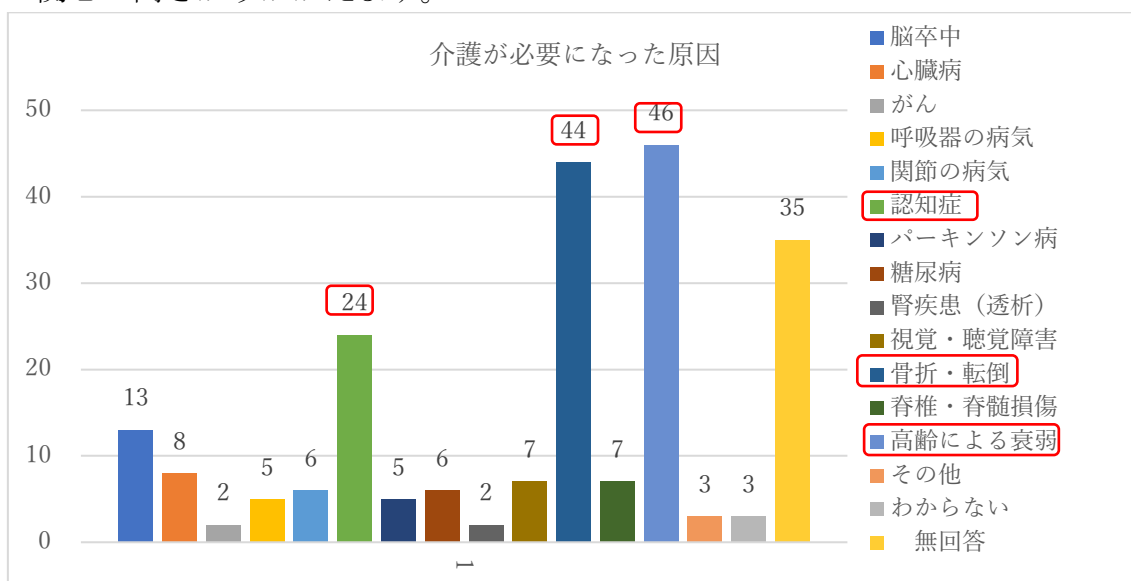
介護をする家族が不安に感じることで「認知症の症状への対応」が最も多くなっており、認知症になっても安心して暮らすために充実が必要なこととして、「専門相談窓口」「認知症の受診、治療ができる病院」「施設、在宅サービスの整備」と回答される方が多くなっています。一方で、多くの方が「認知症の症状」については知っているものの、「認知症に関する相談窓口」を知らないという状況が調査の結果から明らかになりました。第 8 期よりも知らないと回答する人が増えており、コロナ禍により周知する機会が減っていたことも影響していると考えられます。認知症ケアパスや認知症の相談窓口の周知が不可欠と言えます。





### (ウ) 介護が必要になった原因

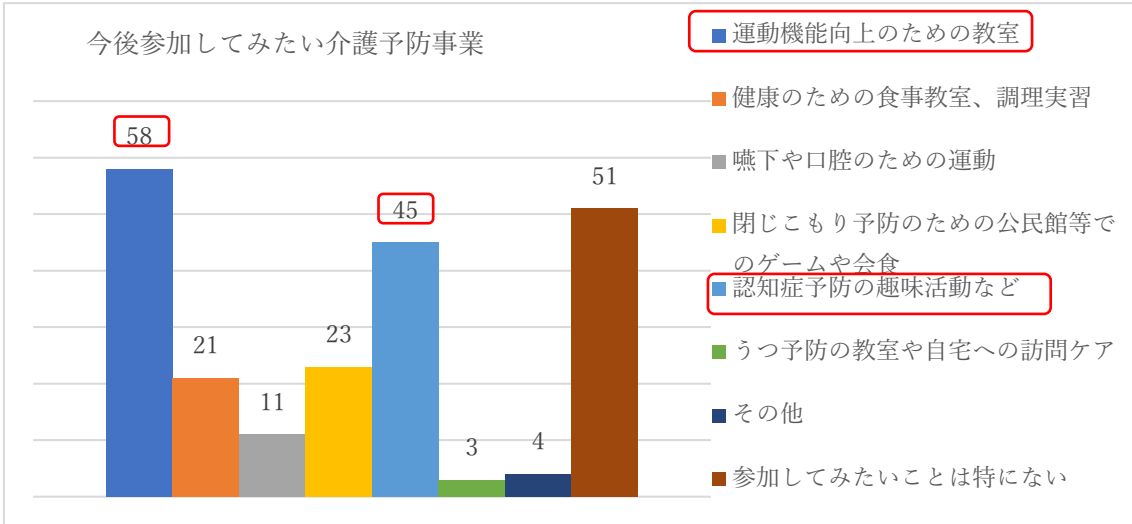
介護調査の「介護が必要になった主な原因」の項目では、「高齢による衰弱」、「認知症」、「骨折・転倒」が大半を占める結果となっています。介護申請の原因疾患認定状況は、県と比較して関節疾患が2.5倍、骨折が1.4倍高くなっています。不安を感じている転倒や認知症が要介護状態になる原因としても多数を占めており、転倒を予防するための運動機能の維持や認知症予防が重要であると言えます。また、元気調査の今後参加してみたい介護予防事業でも、運動機能の向上と認知症予防に関する事業のポイントが高くなっており、予防への関心の高さがうかがえます。



※参考：長野県令和4年度地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査

「主治医意見書をもとにした主たる原因疾患等の認定状況」

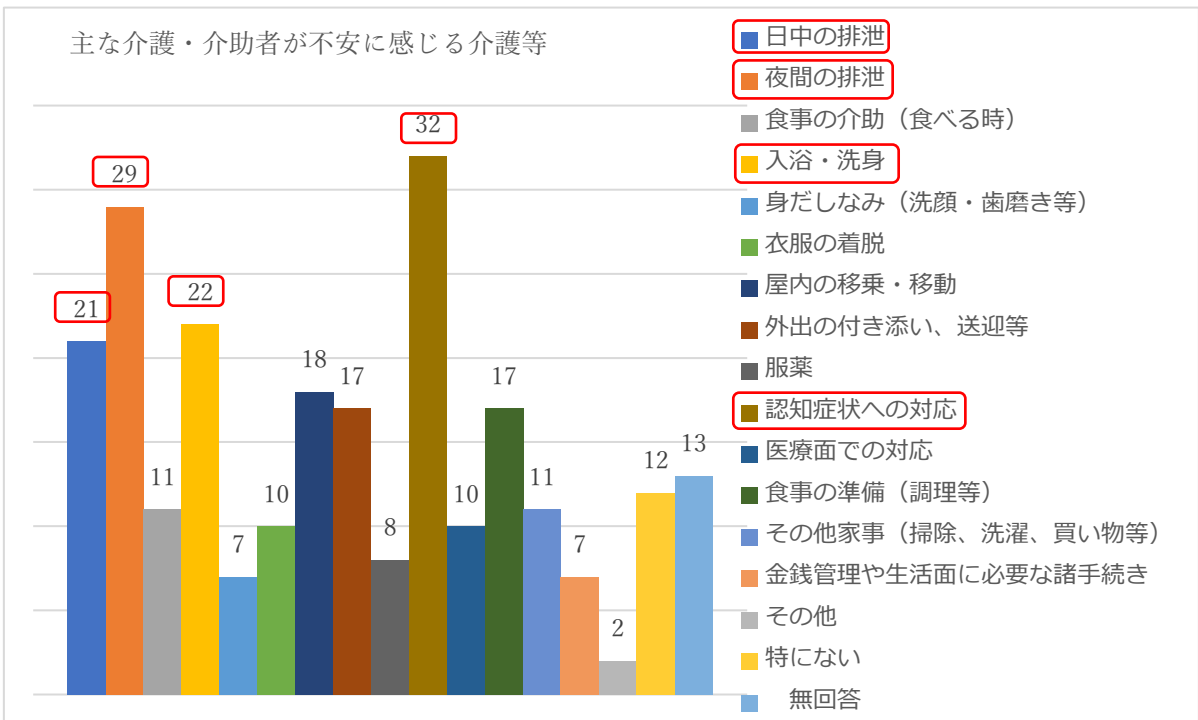
	【2021】								
	【2020】(阿智村)			要支援1・2 (%)		対県 比率	要介護1・2 (%)		対県 比率
	要支援1・2	要介護1・2	→	阿智村	県		阿智村	県	
認知症	0.0	27.3	→	3	7.0	0.4	30	29.2	1.0
脳血管疾患	11.1	9.1	→	0	7.8	0.0	5	8.1	0.6
関節・筋肉疾患	27.8	6.8	→	44	17.7	2.5	9	8.4	1.1
骨折・骨粗鬆症	8.3	11.4	→	22	15.5	1.4	9	9.8	0.9
心疾患	5.6	6.8	→	3	8.7	0.4	7	6.7	1.0
高血圧	13.9	0.0	→	3	7.0	0.4	7	5.0	1.4
がん	5.6	4.5	→	-	-	-	-	-	-
その他	27.8	34.1	→	0	19.1	0.0	23	17.6	1.3
回答者(人)	36	44		32	2,603	-	44	3,325	-

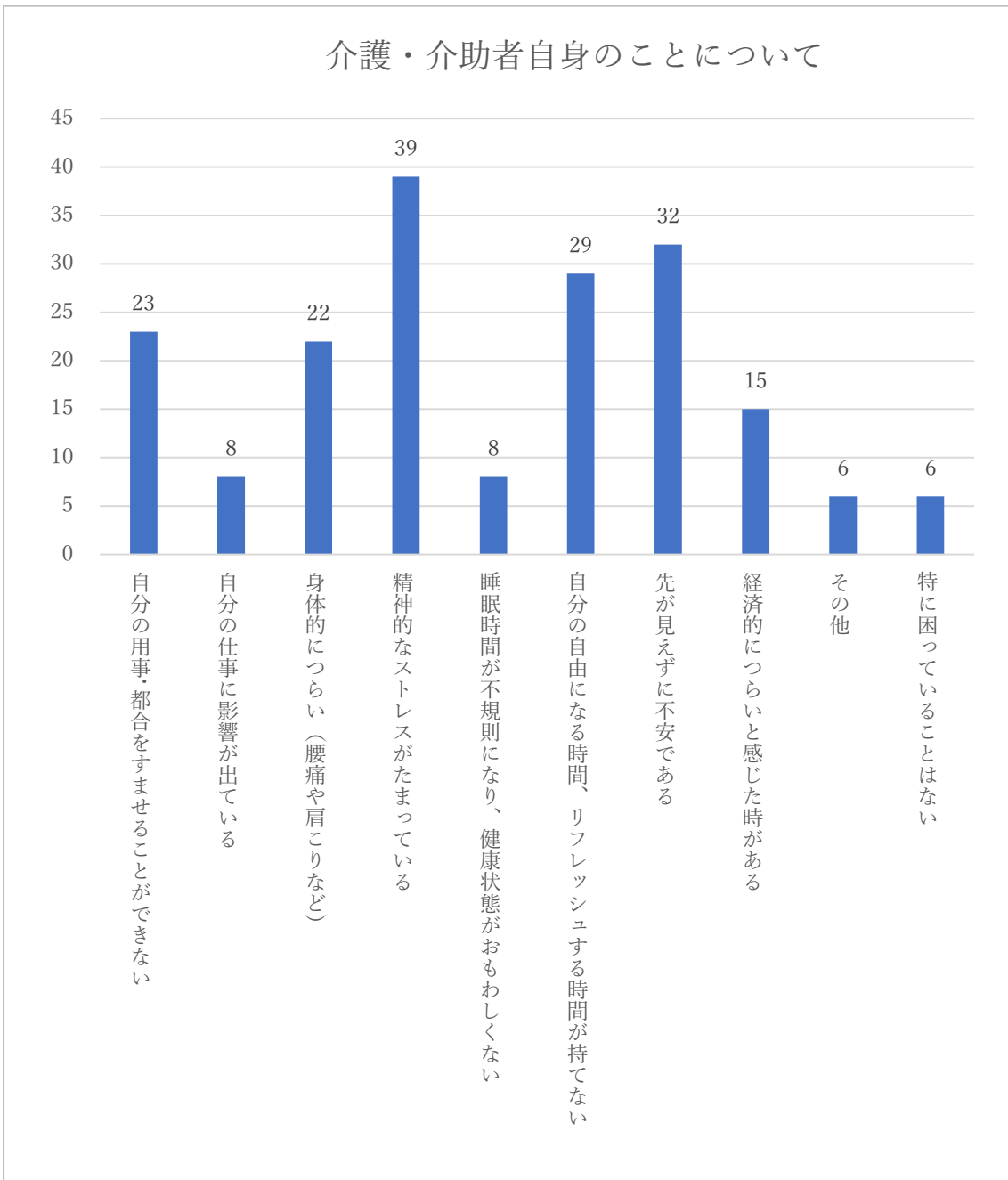
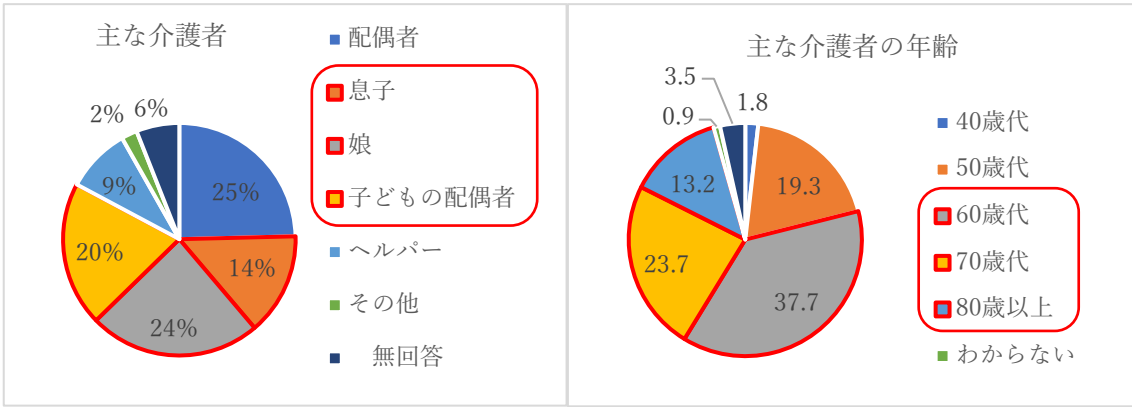


### (エ) 介護者の不安

介護調査の「介護をする家族が不安に感じること」では、(イ)で触れた認知症への対応以外にも、排せつや入浴の介助等一定の技術が必要になる身体的な介助への不安が大きい結果となっています。これは、主な介護者の年齢が、60歳以上が75%を占めている結果から、高齢化に伴い、身体的な介助への不安が増大しているという見方もでき、介護者への支援も重要な課題です。

一方で、主な介護者は、息子・娘・子の配偶者が半数を占め、就労や地域の役割等がある中、介護を続けていくことに負担を感じる人が多いことが予想されます。家族が介護の仕方では不安に感じることは「日中家を空けることを不安に感じる」が最も多く、在宅サービスの整備が必要となります。

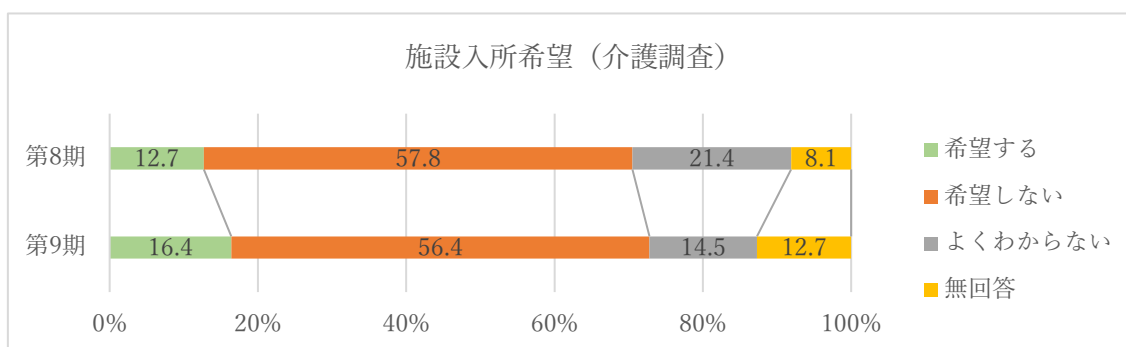
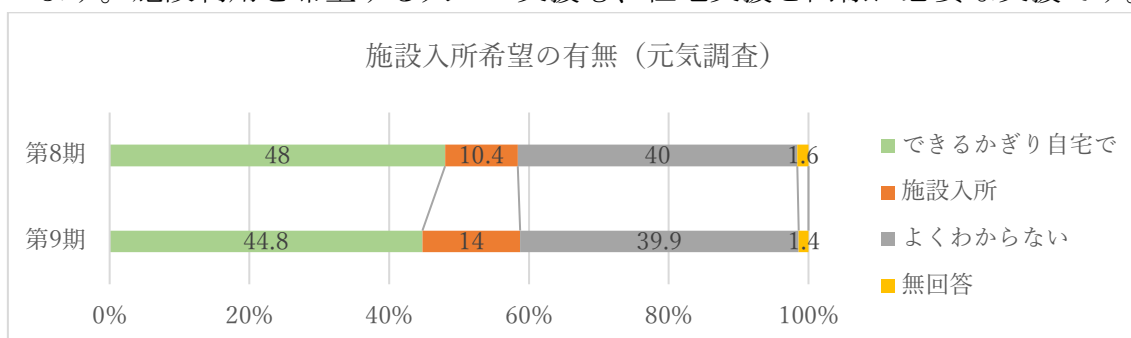




## (オ) 住まいについて

介護調査の「施設入所希望の有無」、元気調査の「介護が必要になった場合介護を受けたい場所」という項目では、多くの方が「できる限り自宅で」と回答しています。また、元気調査の「人生の最期を迎えたい場所」の項目でも「自宅」という回答が6割を占めており、在宅死亡率を見ると、実際に自宅及び老人ホームで亡くなる方も増えています。在宅での看取りの対応が可能になるような在宅医療・介護の確保の必要性が高まっています。

一方、施設を希望する人は、「家族に迷惑をかけたくない」が75%、「家族が介護の時間を十分に取れないから」が30%といった理由で施設を希望しています。施設利用を希望する人への支援も、在宅支援と同様に必要な支援です。



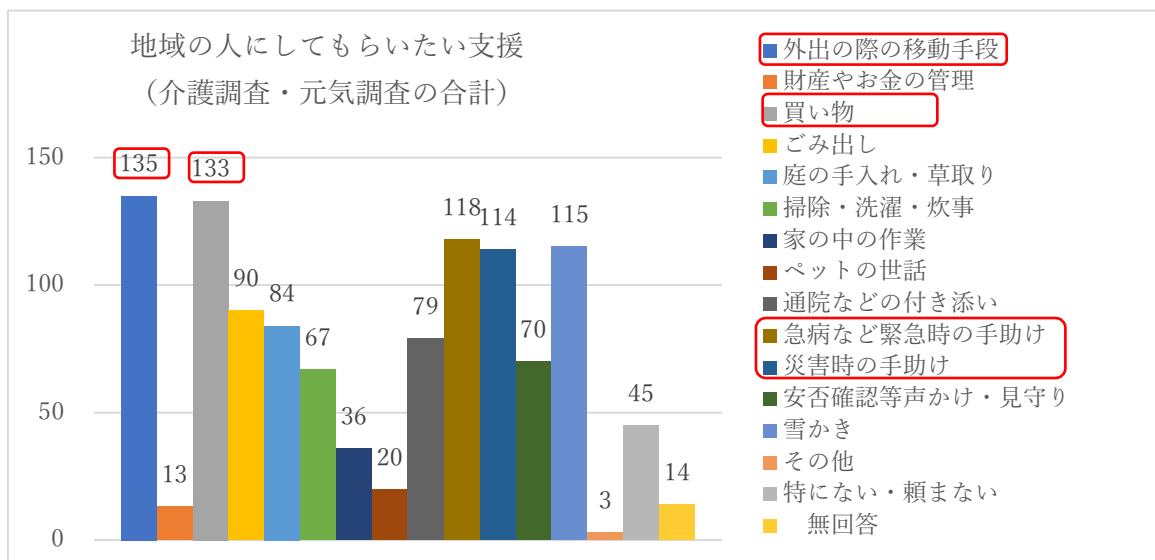
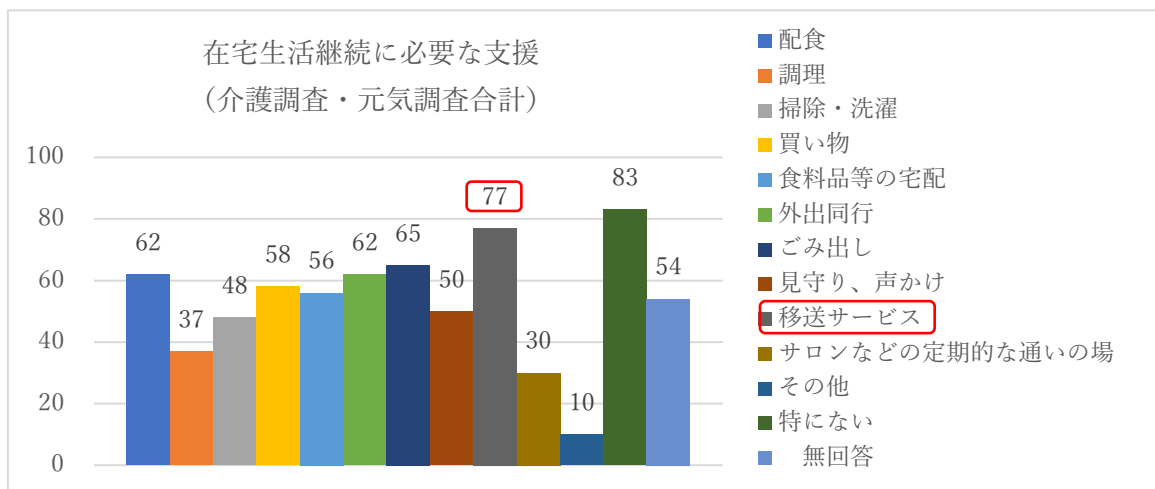
※参考：長野県令和4年度地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査

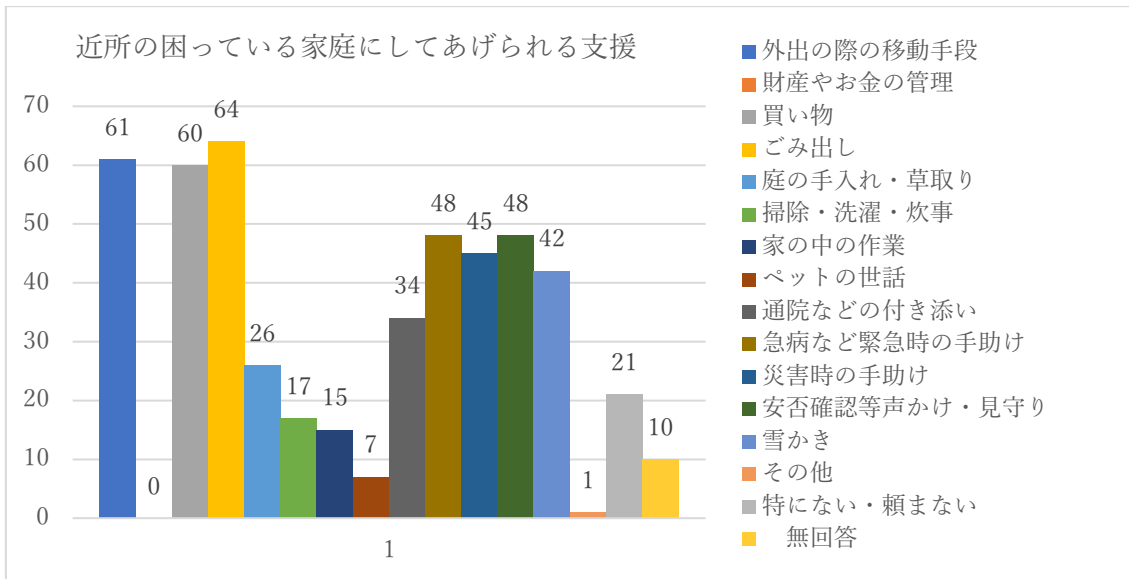
■在宅死亡率	2014～2018年 (5か年平均)	2016～2020年 (5か年平均)	順位	県
◎ 自宅及び老人ホーム	28.5 % →	<b>36.0 %</b>	10 位	★ 24.7 %
自宅	7.4 % →	<b>12.5 %</b>	37 位	12.6 %
老人ホーム	21.1 % →	<b>23.4 %</b>	11 位	★ 12.1 %
病院・診療所	65.5 % →	<b>59.0 %</b>	7 位	★ 70.0 %
介護老人保健施設	1.5 % →	<b>1.1 %</b>	11 位	★ 3.6 %
その他	4.6 % →	<b>3.9 %</b>	—	1.8 %

### (カ) 在宅生活の継続に必要な支援、地域とのつながり

在宅生活の継続を希望される人が多いという結果は先述しましたが、高齢者が在宅生活を継続するためには、医療・介護以外でも日常生活上の支援が必要になります。求められている支援は、「移動手段」や「買い物」、「ゴミ出し」、「緊急時の手助け」など多岐にわたります。一方で「近所の困りごとを支援してあげられる」という回答も多くあります。行政の支援はもちろんですが、お互いが支え合う地域のあり方は在宅生活の継続において重要な要素です。

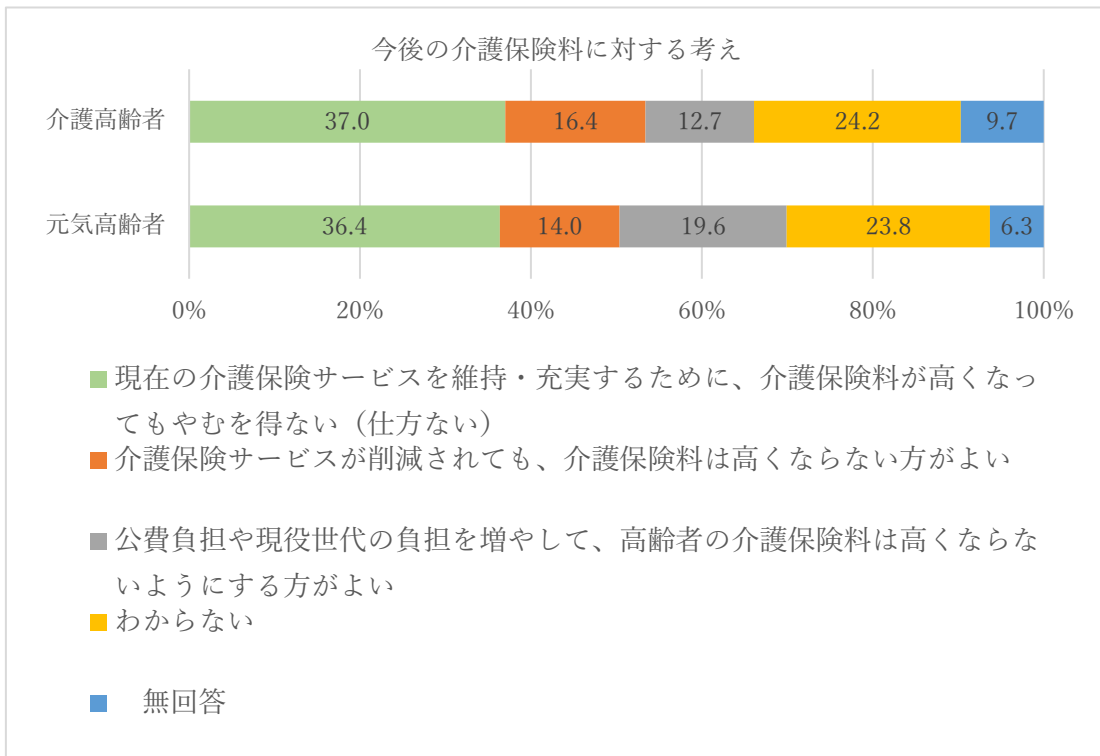
また、運転免許証返納については、自主返納を考えていない人は77%を占め、その理由として多い回答は、「返納するほどの健康状態ではない」「通院、買い物に必要なため」が多く、生活の要として必要な移動手段の確保が必要です。





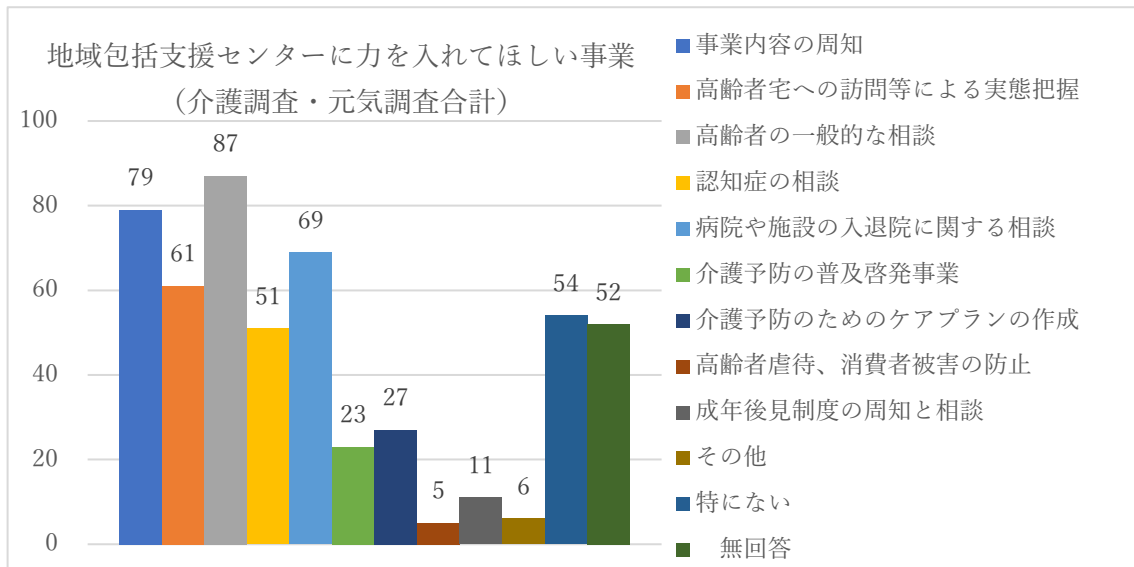
### (キ) 高齢者施策について

今後の介護保険料に対する考えについての調査では、「介護保険料が高くなってもやむを得ない」と「高くない方がいい」という考えが、同程度であり、介護保険料改定については、検証、丁寧な説明が必要です。



### (ク) 地域包括支援センターについて

「地域包括支援センターに力を入れてほしい事業」では、相談業務、訪問による実態把握、事業内容の周知が多くなっており、明確な相談先や訪問体制、阿智村が取り組む事業の周知が安心して暮らし続けるために重要であると言えます。



### 第3章 阿智村が目指す地域像

---

高齢者等実態調査の結果として、できる限り自宅で生活することを望む人が多いことがわかりました。コロナ禍を経て、訪問入浴、訪問看護や居宅療養管理指導などの在宅サービスが充実してきており、日常的に医療行為が必要な方や介助量が多い方でも、自宅での生活を続ける選択ができる環境も整ってきています。在宅生活を継続するためには、日常生活を送るための運動機能の維持や認知症予防が重要で、介護保険財政を健全に運営していくという面からも、今まで以上に介護予防に重点をおいた取組みを進める必要があります。

阿智村では、第8期介護保険事業計画期間においても介護予防に重点を置き、保健師が集まりの場に出向き、フレイル予防の啓発や、体力測定、チェックリストを行い、結果をもとに個別相談を行いました。今後は、若い世代から介護予防につながる運動習慣や健康への意識を持つことで、将来にわたって自宅での生活を続けるための土台をつくる必要があります。

また、行政の役割としては、在宅の高齢者が安心して生活できる環境を整備するため、公共交通やゴミ出しといった日常生活を支える事業、防災に関する事業等が求められており、役場内の担当部署を超えた連携をより一層強化して取り組んでいきます。

令和6年度から令和8年度の第9期介護保険事業計画期間では、これまでの取組の拡充を図りつつ、以下の取組を柱に据え、できる限り自宅での生活を続けることができる阿智村を目指していきます。

#### (ア) 健康で生きがいを持って明るく暮らせる支援

- ① 介護予防・健康づくり・重症化予防
- ② 高齢者の働く機会の確保・社会参加の促進

#### (イ) 地域包括ケアシステムの深化

- ① 要支援者が自立生活できる支援体制の整備
- ② 助け合い・支え合いの地域づくりの推進

#### (ウ) 地域包括支援センターの機能強化

- ① 相談体制の整備
- ② 権利擁護

#### (エ) 介護保険事業の生産性向上

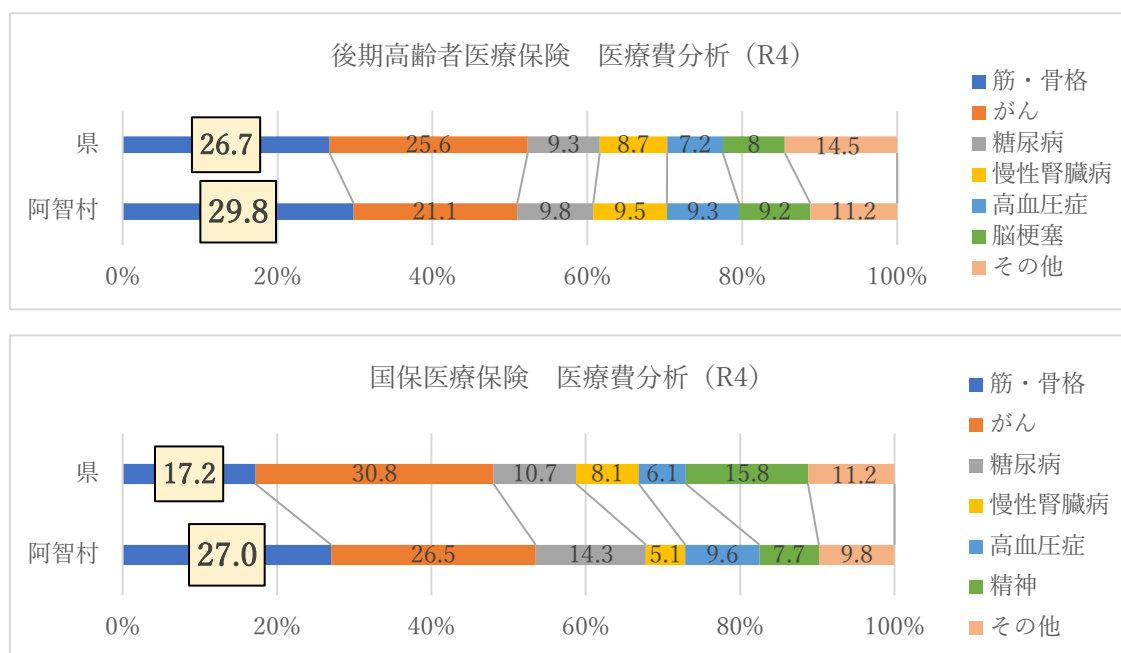
- ① 人材の確保
- ② 保険者機能の強化



## 第4章 2040年に向けた具体的な取り組み

### 1. 介護予防・健康づくり・重症化予防

#### 《 現状と課題 》



過去 10 年間の阿智村の介護保険新規認定の原因疾患のなかで、「転倒・骨折」「関節疾患」が女性の 4 割、男性の 2 割を占めています。医療費も筋骨格系疾患が全体の 3 割を占め、県より割合が高い状況であり、筋骨格系疾患予防への取り組みが必要です。フレイル（加齢により心身が弱ること）予防への取り組みが推進されていますが、60 代からの予防ではなく、若い世代から、筋力、体力維持を意識し、運動習慣、食習慣を通して、自分らしく動けるからだづくりに取り組むことが重要です。第 8 期中はコロナ禍の影響もあり、新しい介護予防教室を開催することが出来ませんでした。阿智村には、トリプル A、チャレンジゆう Achi、水中運動教室、公民館活動など健康づくりに取り組む団体が数多くあります。活動されている団体と村の課題を共有し、理学療法士など専門職も含めて、啓発方法、健康づくりの方法を検討する場が必要です。

また、介護保険新規認定者の原因疾患で、男性は「脳血管疾患」が 15% を占めており、特に 74 歳以下では 30% と多く、60～70 代の脳血管疾患予防が重要です。また、健診未受診者等の急激な糖尿病悪化、身体機能低下により、若い世代からの介護保険申請ケースもあります。そのために、健康診断を受診し、自分の体を把握し、高血圧、糖尿病など生活習慣病の予防と、その適切な管理が重要です。脳卒中や心筋梗塞や腎臓疾患など重症化を予防するためには、75 歳以前（特に若い世代）からの生活習慣病対策が重要となります。

また年齢が75歳に到達すると、それまでの国民健康保険制度や社会保険制度等から後期高齢者医療制度へ移行する結果、これまでの健康診査の結果や保健事業が途切れてしまい、継続的な支援ができないことが課題となっています。

## 《 今後の方針 》

人口推計では、2040年には認定率が23%まで伸びる見込みであり、支える人口が減少していく中、「予防」という観点が重要となります。住み慣れた地域で暮らしていくためには、「自分で生活できる健康なからだをつくること」、「自分で生活できる力をつける」ことが基本となるため、この二つを介護予防、健康づくりの柱として考え事業を推進します。

高齢者が持つ能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るようにする支援、要介護状態を予防、または要介護状態の軽減もしくは、悪化の防止を図ることを目的とします。

そのために、運動、口腔、栄養、社会参加等の観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。高齢者の健康状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることにより、複数の慢性疾患をもちフレイル状態に陥りやすい高齢者に対し、一人一人の状況に応じたきめ細かな支援を医療専門職が積極的に関わり、介護予防・重度化予防や疾病予防・重症化予防を推進することで、高齢者が住み慣れた地域で可能な限り、自立した生活と社会参加ができることを目指します

自立した生活のため、さらには働く人が少なくなる中、担い手としての活躍も期待されます。有償での取り組みも含めた、ボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加や生きがいの促進も必要です。

## 《 重点項目 》

### (ア) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

#### ① 健康実態の把握

後期高齢者健診の受診率が低く、健康実態を把握できていないことから、健診受診の推進、健康状態不明者の把握を行います。

#### ② 普及・啓発

社会参加の促進、フレイル・認知症等健康課題の周知、予防策の普及・啓発のため、通いの場への支援を行います。

#### ③ 課題の共有・検討

トリプルA、チャレンジゆう Achi、水中運動教室、公民館活動など健康づくりに取り組む団体と、村の課題を共有し、理学療法士など専門職を交えて、啓発方法、健康づくりの方法を検討する場を設けます。

## (イ) 個別的支援

### ① 健康状態の把握支援

健康診断を受診したり、かかりつけ医を持ち血液検査を受けたりすることで、自分の健康状態やリスクを把握することを支援します。

### ② かかりつけ医等との連携

低栄養、筋量低下、口腔機能低下による心身機能低下の予防・生活習慣病等の重症化予防を行うため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医と連携しながら訪問事業を実施します。

### ③ 個別訪問

訪問等により、健康状態を把握し、個々の状態に応じた、疾病予防、受診勧奨、介護サービスなどに接続する支援を行います。

## (ウ) 通いの場等を活用した支援

### ① 専門職による啓発・健康相談

サロン、健康教室などの通いの場に保健師、管理栄養士等の医療専門職が出向き、運動・口腔・栄養等のフレイル予防について普及啓発し、実際の取組につながる健康教育、健康相談を実施します。

### ② 健康学習

新規事業として、健康に関心の高まる 60 代からを対象に、健康学習を通して、自分の体を理解し、疾病やフレイル予防に取り組む力をつけることを目的に、いきいき健康大学を開催します。

## (エ) 在宅医療・介護の多職種連携の推進

在宅医療と介護を切れ目なく一体的に提供する体制を構築するために村が中心となって、「多職種共同による在宅医療と介護を提供できる体制」と「生活習慣病、介護予防等重症化予防に関する体制」を地域の関係団体と連携し構築します。

## (オ) 社会参加、生きがいの促進

高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、就労やサービスの担い手として高齢者自身の社会参加が必要です。多様な主体による就労や生活支援サービスの提供に高齢者の社会参加を一層進めることを通じて、元気な高齢者が支援の担い手として活躍することも期待されます。あわせて、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながると考えられます。

## 《 事 業 》

### (ア) 高齢者への個別的支援・保健事業との連携

保健センターと連携し、健康状態の把握、健康づくり、重症化予防に取り組みます。

事 業	内 容
高齢者訪問	① 救急医療情報キット設置を訪問して支援します。 ② 健康状態が不明な高齢者の状態を把握し、必要な医療、サービスへ繋がります。 ③ 訪問して受診勧奨、受診状況の確認、服薬確認等を行い、医療機関と連携した取り組みを行います。
健康状態把握	健康状態を把握するため、栄養、口腔、社会参加、受診状況など独自の項目を付け加えた後期高齢者質問票を活用します。疾病だけでなく、生活全般を把握し、低栄養や筋力低下等個々の状態に応じた相談事業、保健事業、介護サービス等へつなげます。
重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談	後期高齢者広域連合と連携し、レセプト情報により抽出した頻回受診、重複投薬者、多量投薬者に対し、医療専門職による適正受診・適正服薬を推進するため、保健師が訪問指導を実施します。
糖尿病・高血圧重症化予防	血糖値や血圧の高い方や受診を中断した方を対象に訪問を行い、医療機関と連携して治療へ繋げ、重症化を予防できるように支援します。糖尿病や高血圧からの脳血管疾患・心疾患、腎不全への移行を防止します。

### (イ) フレイル予防・社会参加の推進

介護予防、健康づくり、社会参加のため、各種事業を実施します。通いの場について普及啓発し、参加できるよう支援します。

事 業	内 容
おたっしやかい	体操や利用者同士の交流の中で心身の虚弱を予防し、社会とのつながりを確保し、自分らしく生活できることを目的とした介護予防教室です。
ふれあいサロン	主に部落を単位とした「地域みんなの居場所」です。参加者の高齢化が進んできていることから、各サロンの状況把握を行い、現サロンの存続を目指す他、今後のあり方について検討・企画します。
生きがい講座	趣味やモノづくりを通じて生きがい活動を支援します。
水中運動教室	転倒予防、体力づくりのため、プールを活用した健康づくりとして水中運動教室を実施します。

保健事業との連携	<p>① 通いの場での後期高齢者質問票の活用、血圧・体力測定等健康チェックの機会を設け、高齢者の健康状態や低栄養、筋力低下を把握します。</p> <p>② 健康に関心の高まる 60 代からを対象に、健康学習を通して、自分の体を理解し、疾病やフレイル予防に取り組む力をつけることを目的とした、いきいき健康大学を開催します。</p> <p>③ いつまでも食べることに楽しみが持てるように、歯や口の健康も含めた「食」全体への支援を行います。</p>
----------	---

#### (ウ) 各担当の連携、情報発信

各担当との連携を図り、保健事業・介護予防事業の目的を共有し、高齢者の健康づくりを支援します。

事業	内容
健診事業	国保特定健康診断、後期高齢者健康診断、がん検診、歯科検診等の各健診を実施します。特に健康保険の保険者が代わる 75 歳以降において支援が途切れないう、保健事業を周知し、継続した支援を実施します。
65 歳・75 歳健康教室	介護保険証と後期高齢者保険証の交付時期にあわせて健康教室を実施し、各種制度や保険料の説明、健康な 80 代を目指して健康づくりの学習と社会参加の場やシルバー人材等の情報を提供します。
情報発信	住民が率先して健康習慣に取り組めたり、遠方に暮らす家族が情報を得ることができるよう、広報、ホームページ等により、各制度、事業等を発信、周知します。

## 2. 認知症施策の推進

### 《 現状と課題 》

過去10年間の介護保険新規認定で最も多い原因疾患は認知症で、その内80歳以上が9割を占めています（男女とも平均年齢85歳）。最近の傾向は、認知症初期の段階（物忘れが気になり始める）の相談、認知症疾患センターを受診し、軽度認知障害（MCI）・アルツハイマー型認知症初期と診断され、内服など治療が開始されてからの相談が多くなっています。本人の病識がない、拒否が強い、一人暮らしや高齢世帯のため介入が難しいなど、サービスや医療につながることに時間がかかる場合があります。この場合、家族が介護、見守り等対応を継続していくこととなり、定期訪問等による継続支援が必要となっています。

認知症に関する相談は年間約30件（実人数）と相談件数の中でも多く、内容は認知症に限らず、閉じこもりや心身の機能低下、アルコール依存症、妄想等の精神障害等、複合的な相談や困難ケースの相談が増加しています。相談への対応は、認知症初期集中支援チームの稼働により医療機関との連携が強化できたことで、受診や介護保険サービス等に繋がりやすくなりました。相談者は家族だけではなく、近隣住民、民生児童委員など多方面から相談があり、相談先として地域包括支援センターは定着しつつあります。しかし高齢者等実態調査では相談窓口の認知状況は低いため、早期相談、早期対応のために相談窓口のさらなる周知は不可欠です。

また、相談後の家族へのフォローは十分とは言えず、高齢者等実態調査で、介護者が不安に感じている介護の項目で一番多かったのは、「認知症への対応」でした。認知症という症状の理解は広がっていますが、認知症の方への対応方法に不安や負担を感じている人は多く、認知症の方やその家族が暮らしやすい地域社会をつくるには、介護者支援も重要です。認知症の症状によっては、介護サービスを受けられず、家族の負担を軽減できないことがあります。認知症に十分対応できる介護サービスを拡充していく必要があります。

### 《 今後の方針 》

令和6年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。通称「認知症基本法」は認知症の人が自身の尊厳を持ち、希望を抱いて生活を送れるようにするための法律です。

全37条からなり、今後、国が策定する認知症施策推進基本法計画の内容を踏まえて推進していきます。現在は、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日）をもとに認知症施策を進めていくとされており、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会」を目指しています。具体的な取り組みを行う上では、「共生」と「予防」に関する施策を推進

していきます。「共生」は、認知症の人が尊厳と希望をもって認知症とともに生きる、また認知症があってもなくても同じ社会で生きるという意味です。

「予防」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、または認知症になっても進行を緩やかにするという意味です。認知症は誰もがなる可能性があり、今後一層多くの人にとって身近なものになります。認知症の人も、家族も、より住みやすく、自分らしい暮らしを続けることができる村を目指します。

## 《 重点項目 》

### (ア) 普及・啓発・本人発信支援

#### ① 認知症ケアパス

認知症ケアパスを活用し、地域における具体的な相談先や受診方法、利用できるサービス等が明確に伝わるよう、普及に取り組みます。

#### ② 認知症に関する理解促進等

認知症サポーター養成講座等を通じた認知症に関する理解促進や相談先の周知、認知症の人の意思決定の支援、認知症本人からの発信支援に取り組みます。

### (イ) 予防

#### ① 通える場の拡充

生活習慣病の予防や運動不足の改善、社会的孤立の解消や社会における役割の保持が認知症予防につながることを示されているため、地域において住民が身近に通える場を拡充します。

#### ② 認知機能の維持を目的とした教室の開催

新規事業に、軽度認知障害（MCI）、認知症初期、物忘れが気になる方を対象に、認知機能維持に自ら取り組むことで、自分らしく希望する生活を続けられることを目的とした教室を開催します。

### (ウ) 介護者への支援

#### ① 早期発見・早期対応

認知症の早期発見、早期対応が行えるよう、かかりつけ医、認知症疾患センター、保健センター、認知症初期集中支援チーム等の連携を強化し、さらに、市内の連携、見守りネットワークでの連携を強化する取り組みを推進します。

#### ② 相談窓口の周知等

運転免許証返納に関する相談や認知症介護に関する相談等、相談に関する窓口を周知します。家族等の負担、不安を軽減するため、家族介護教室や相談できる場をつくる取り組みを行います。

## 《 事 業 》

事 業	内 容
認知症高齢者見守り体制の拡充	認知症の人を見守るためのネットワークを拡充します。 この取り組みを広く住民に周知します。
高齢者訪問	保健センターとの連携を強化し、独居、高齢者世帯を訪問し、健康相談を行うことで、認知症の発症遅延や発症リスクの低減、早期発見、早期対応につながるよう支援します。 あわせて、緊急時の対応がスムーズにとれるよう救急医療情報キットを設置します。
認知症初期集中支援チーム	認知症初期集中支援チームにより、予防啓発や認知症疾患医療センター等関係機関との連携により、医療と介護サービスが切れ目なく提供できるよう支援します。
認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員が中心となり、地域の実情にあわせた認知症サポーター養成講座、認知症カフェを研究し、普及啓発します。
認知症サポーター養成講座	見守りネットワークを拡充し、認知症に関わることのある業種の従業員等への養成講座を実施します。
認知症カフェ	地域で高齢者が気軽に立ち寄れる場として、認知症カフェの運営について検討します。
家族介護者支援体制の拡充	認知症の人を介護する人が相談できる機会の確保、家族等の負担、不安を軽減するため、BPSDの予防や適切な対応を学ぶ機会を提供するための家族教室を開催します。
認知症ケアパスの普及	認知症ケアパス（認知症を発症した時から、生活上の支障が生ずる中で、症状の進行に併せて、いつ、どこで、どのような医療介護サービスを受ければよいかを標準的に示すもの）を普及します。
若年性認知症支援事業	長野県に設置されている、若年性認知症の相談窓口、若年性認知症コーディネーターを周知します。
認知機能維持を目的とした教室	軽度認知障害（MCI）、認知症初期、物忘れが気になる方を対象とした、介護予防教室を開催します。 作業療法士、理学療法士監修の教室とし、認知機能を評価でき、認知機能維持に自ら取り組むことができるプログラムを企画します。



### 3. 高齢者を地域で支える仕組み

#### (1) 多様な生活支援・介護予防サービスの整備

##### 《 現状と課題 》

阿智村では、かねてより地域のつながりが強く、隣近所の助け合いが日常的に行われてきましたが、高齢化に伴い、隣近所の助け合いが希薄になりつつあります。村では、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症の人の増加に対し、ふれあいサロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、家事支援を含む日常生活上の支援を充実させてきました。高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくためには、さらに多様な生活支援・介護予防サービスを充実させていく必要があります。

合併村である背景などから、地域によって高齢者の生活を支える体制にばらつきがみられます。それぞれの地域の特徴や良さを生かし、地域に合った生活支援体制を整備することが課題です。

これから高齢者は、農業を主な職としてきた世代から、会社勤めの世代へと移り変わっていきます。こうした時代の変化とともに、今後更に生活支援や介護サービスの需要が増加・多様化することが想定される一方、現役世代の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が重要となってきます。

高齢者等実態調査の結果から「地域の人にしてほしい支援、必要なサービス」では、「雪かき、庭の手入れ・草取り、買い物、ゴミ出し等」日常生活上の支援を必要と感じる人が多くいます。そこで、生活支援コーディネーターと協議体で話し合いを重ねた結果、令和5年度に高齢者を地域で支える仕組みとして、阿智村社会福祉協議会において、ちいさなお助け隊「あちの手」が創設されました。今までは、主に資格を持った訪問介護員が行っている仕事もありましたが、ゴミ出しや買い物代行など「あちの手」のボランティアに移行していくことができつつあります。今後も息の長い事業となるよう、取り組んでいく必要があります。

また、現在は多くの人が自動車の運転をしています。今後の生活に必要な支援として、外出時の移動手段に対する不安はとて大きく、免許返納を考えられない理由にもなっています。外出時の移動手段はこれからの阿智村にとっての重要な課題と言えます。

さらに、地域福祉への参加は、大人に限らず子どもも含まれるもので、将来の地域基盤を見据え、日常生活のなかで、普段から多世代が広く地域福祉に関わる機会をつくることも今後の検討課題であると考えます。

## 《 今後の方針 》

高齢者が地域の中で孤立することなく人とのつながりを保ち、生きがいや役割をもって、多様な社会参加をすることで、介護予防や健康づくりが推進できる体制を構築します。

高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援・介護予防サービスを整備していくために、生活支援コーディネーターや協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等を通じ、生活支援・介護予防サービスの充実・強化を図り、公的な福祉サービスと協同して、助け合いながら暮らし続けることのできる村を目指します。

## 《 重点項目 》

### (ア) 協議体と連携した活動の推進

第3期協議体は「あちの手」事業のボランティアから委員を選出することで、ボランティア活動を通じて感じた気付きから、阿智村に必要な支援を見極め、委員をはじめ地域住民と協力し、実現に向けて進めていきます。

### (イ) 高齢者の社会参加

高齢者がこれまで培った知識・経験を生かし「地域を支える担い手」として活躍できる環境の整備を進めます。

### (ウ) 地域ニーズの把握と連携体制の構築、地域資源のマッチング

地域訪問等から、支援を必要とする高齢者の具体的なニーズを把握します。地域住民をはじめ、ボランティア団体、NPO法人、民間企業等の地域の多様な支援主体と連携を図り、高齢者の見守り体制の強化と地域活動を推進し、必要な地域資源は開発するとともに、地域のニーズと地域資源のマッチングを行います。

### (エ) 介護予防・生活支援サービス事業継続のための体制整備

「ふれあいサロン」等の事業について、現状把握を行い、課題を明確化することで、継続実施のために必要な取り組みを提案します。

### (オ) 阿智村における持続可能な移動手段の検証

高齢者の日常生活を支えるための移動手段の確保について、多方面から総合的に検証し、阿智村にとって持続可能な移動手段の選択肢を検討します。

## (2) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

### 《 現状と課題 》

阿智村では、介護保険新規申請者の平均年齢は男性 82.5 歳、女性 86.0 歳となっています。比較的高齢になってから要支援・要介護状態となる人が多い傾向にあり、健康な期間が長いと言えます。

一方で、高齢化の進行に伴い、一人暮らしや高齢者のみの世帯など、要支援・要介護認定を受けていなくても支援が必要な場合も増えてきています。そのため、住み慣れた地域の中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介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）の充実が求められています。

### 《 今後の方針 》

生きがいを持って健康に暮らせる期間を長くし、介護を受ける期間をできるだけ短くすることは、本人のQOL（生活の質）を高めるとともに、介護保険制度を持続させるための大事な要素です。地域共生社会の実現のために、総合事業や一般介護予防事業、村独自の高齢者福祉施策の充実に集中的に取り組んでいきます。総合事業の多様なサービス等において、地域住民の主体的な参画を促進し、幅広い医療専門職の関与を得ながら高齢者が年齢や心身の状況によって分け隔てられることなく、参加することができ、人と人とのつながりを通じて充実していくような地域づくりを推進していきます。

また、要介護認定を受ける以前から総合事業を利用してきた方が要介護認定を受けた場合でも本人の希望により総合事業を利用することが可能となっているため、総合事業のサービス単価について国の定める額を勘案して阿智村の単価を定めるなど、一人ひとりにあったサービスを提供していけるよう整備していきます。

### 《 重点項目 》

#### (ア) 人と人とのつながりによる地域づくりの推進

保健師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の幅広い医療専門職の関与を得ながら高齢者が年齢や心身の状況によって分け隔てられることなく、参加することができ、人と人とのつながりを通じて充実していくような地域づくりを推進していきます。

### (イ) 緊急医療情報キットの普及

救急医療情報キットは、緊急時や災害時等に救急隊や医療機関、警察署などへ本人の情報を的確に伝えることができるだけでなく、災害時等の要支援者名簿の作成にも欠かせません。救急医療情報キットの設置普及を推進し、現状5割弱となっている普及率を7割まで向上させることを目指します。

## 《 事 業 》

高齢者の在宅生活を支えるため、保険者機能強化推進交付金や努力支援交付金も活用しながら以下の取り組みを実施します。

### (ア) 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援認定を受けた人又は基本チェックリストを実施した結果事業対象者となった人を対象に、村が指定した事業者又は団体等が実施主体となり、次のサービスを提供します。また、総合事業を利用していた人が要介護認定を受けた場合でも、本人の希望により総合事業の継続利用が可能です。

#### ① 訪問型サービス事業

要支援認定者や事業対象者が自宅において、訪問介護員等の訪問により、自立した生活を送ることができるよう支援します。

事 業	内 容
訪問型サービス (独自)	訪問介護員によって、身体介護及び日常生活援助を提供します。
訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問介護員又は一定の研修修了者等によって、要支援認定者または事業対象者に対し、日常生活援助を提供します。
訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	心身の機能低下リスクが高い方や、退院、退所後の身体機能、生活機能低下が見られる方等に対して、保健師、リハビリテーション専門職、訪問介護員等が訪問し相談指導を行います。 期間：3か月～6か月

#### ② 通所型サービス事業

各事業所における介護予防プログラムの効果的な実施により、要支援認定者又は事業対象者が自立した生活を送ることができるよう働きかけます。

事 業	内 容
通所型サービス (独自)	指定デイサービス事業者によって、生活機能向上のためのデイサービス事業を提供します。

通所型サービスA	要支援認定者、事業対象者に対して、民間企業やNPO等によって、継続型の運動機能向上、栄養改善、認知症・うつ予防のためのサービスを提供します。
----------	--

### ③ その他の生活支援サービス

栄養改善を目的とした配食や住民ボランティアによる見守り、その他の自立支援に資する事業を行います。

民間企業が実施している病態食や介護食に対応した配食サービスの費用について、村の配食見守りサービスを利用した場合と同等の自己負担となるよう補助します。

事業	内容
配食見守りサービス	ひとり暮らし、高齢者世帯等で、栄養改善の必要な方に、栄養バランスのとれた食事の提供と見守りや声掛け活動等を行います。(本人負担あり)
病態対応食補助金	在宅生活において病態対応食を摂取しなければならない方に対し、費用を補助します。(上限あり)

### ④ 介護予防ケアマネジメント

事業対象者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的にかつ効率的に提供されるよう、専門的視点から介護予防ケアマネジメントを行います。

基本的には地域包括支援センターが実施しますが、必要に応じて外部委託を併行し、適切なケアマネジメントの提供を推進します。

地域包括支援センターの適切な関与を担保したうえで、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することに伴い、介護予防を居宅介護支援事業所と連携し推進していきます。

## (イ) 一般介護予防事業

全ての第1号被保険者に対して、地域の様々な主体が支え手となって、地域継続型の介護予防活動を推進します。

### ① 介護予防把握事業（救急キット配布事業等）

救急医療情報キット設置等高齢者訪問を積極的に行うことで、高齢者の健康状態を把握し、受診勧奨、服薬確認等を行い、医療機関と連携した取り組みを行います。

また、民生児童委員会の定例会において、地区ごとに民生委員、社会福祉協議会職員、村職員で支援が必要な方や必要になりそうな方について情報交換を行います。

② 介護予防普及啓発事業（おたっしゅかい、介護予防教室等）

「介護予防・健康づくり・重症化予防」の項目で記載した水中運動教室やおたっしゅかいなど、介護予防を生活に取り込んだ暮らし方を啓発し、介護予防活動を普及します。

また、自分の体に目を向け、若いうちから健康に関心を持てるような阿智村ならではの取り組みができるよう、住民の皆さんと一緒に考えます。

③ 地域介護予防活動支援事業（ふれあいサロン、生きがい講座等）

地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。

参加者の自主性を尊重しながら、活動のヒントとなるものの提供や、介護予防、地域づくりに寄与するサロンの有効性を地域に広く投げかけていきます。活動を継続する中で、会場の老朽化や運営方法、感染症対策など持続可能な活動の在り方についても検討していきます。

④ 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に、通所型サービス、訪問型サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等でのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。

(ウ) 高齢者の安心や自立した生活への支援

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、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努めます。

事業	内容
軽度生活支援事業	日常生活の継続に著しく支障がある場合（支障木の除去、外出を阻害する雪の除去など）の有償サービスに対し、半額を助成します。
緊急通報体制整備事業	独居・高齢者のみ世帯等を対象に、急病などの緊急時に迅速な対応を図るため、緊急時の協力員を確保し、緊急通報装置を設置します。（自己負担あり）
介護者休養支援事業	要介護3以上の方を在宅で介護している人（ただし1か月に14日以上在宅にて生活している場合に限る）に対して、慰労給付金を支給します。（年額上限あり）
家族介護支援事業（介護用品支給）	要介護4・5の在宅サービス利用者を介護している家族に対し、紙おむつなどの介護用品代を補助します。（住民税非課税世帯が対象、補助額の上限あり。）
訪問理美容サービス	理美容院まで出かけることが困難な高齢者等に対し、理美容師が本人宅等へ訪問した場合の出張料金 500 円を補助します。

福祉タクシー券	65歳以上の独居、高齢者のみの世帯、要介護度3～5、身体障害者手帳1・2級等、交通手段がなく外出が困難な人を対象にタクシー券の配布を行います。
介護扶助金	在宅で介護サービスを利用している人に対し、介護サービスの利用者負担金を所得に応じて補助します。
自家発電機等 購入補助事業	常に電源を必要とする医療用機器等を使用している人が、災害等に備えることを目的に自家発電機等を購入した場合、1世帯1台までを対象に購入費の半額を補助します。 (上限あり)
軽度・中等度難聴者 補聴器購入助成事業	18歳以上で身体障害者手帳（聴覚）の交付を受けていない、両耳の聴力が70db未満の、補聴器が無ければ日常生活に支障がある方に対し、補聴器購入費の半額を補助します。 (上限あり)

### (3) 高齢者の住まいの安定的な確保

#### 《 現状と課題 》

村の人口減少が続く中、一人暮らしの高齢者、高齢者のみ世帯は増加を続けており、令和5年12月現在、一人暮らし高齢者世帯391世帯（阿智荘、阿智温泉療護園の入所者除く）、高齢者のみ世帯は361世帯（756人）となっています。

高齢者等実態調査結果では、「できる限り自宅での生活を続けたい」と答えた方が半数以上を占めています。阿智村は持ち家で生活する人がほとんどであり、自宅での生活を続けるためには介護保険の在宅サービスの確保はもちろん、住環境整備の支援も必要となります。

一方で、施設等への入所を望む人は少ないものの、第8期から微増しており、病気や体力低下、経済的な理由等で自宅での生活ができなくなり施設へ入所するケースも一定数あります。そうした人がスムーズに施設入所できるよう、申し込みなどの支援も必要となります。

#### 《 今後の方針 》

高齢者が自宅で生活するために必要な住宅改修の費用を補助することで、在宅生活の継続を支援します。また、施設入所が必要になった人に対する施設紹介や申し込み手続きの支援も行います。養護老人ホームの空床を利用した契約入所については、南信州広域連合や各施設と連携し対応します。

## 《 事 業 》

事 業	内 容
高齢者にやさしい住宅改修	低所得世帯の要介護・要支援認定を受けた高齢者が在宅での生活に必要な住宅の改修を行った費用の9割を補助します。(上限あり)
住宅リフォーム推進事業	村内の施工業者を利用して20万円以上の住宅増改築及びリフォームを行う場合に10万円を補助します。10万円のうち2万円を千円のプレミアム付きの商品券・ポイントにて交付することもできます。
阿智村生活支援住宅改修費補助事業	要介護認定を受けていない住民税非課税の高齢者が、自宅での転倒防止等のために行った住宅改修費用の一部(非課税世帯は9割、課税世帯は5割)を補助します。(上限あり)



## 4. 地域包括ケアシステムの深化を進める地域づくり

### (1) 地域ケア会議の推進

#### 《 現状と課題 》

地域ケア会議は、日頃の相談業務や活動を通じて共通の課題を発見し、地域に必要な社会資源の開発や地域づくりに向けた協議を通して地域課題の解決につなげるために行います。

介護保険事業者や民生児童委員など、各関係者との顔の見える関係が作りやすい阿智村では、日常的なつながりや、各々で開催される民生児童委員会や介護支援専門員共同事例検討会などの定期会議に参画することで、地域課題を発掘し、必要時個別地域ケア会議や課題解決型の地域ケア会議を開催するという方法をとっています。

地域ケア会議を開催することで、阿智村と多様な職種や機関との連携協議によるネットワークの機能をさらに強化していくことが重要です。

#### 《 今後の方針 》

顔の見える関係を生かし、会議という形だけにとらわれず、個別事例が常に相談、一緒に検討できる窓口となることを目指します。

個別事例の検討を通じて、自立支援に資するケアマネジメントを実践できるよう、リハビリ専門職、薬剤師、管理栄養士等と連携して、課題や意識の共有を図り、対象者がその人らしく自立した生活を送れるよう支援します。

課題分析や支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、課題の発生や重度化予防に取り組むとともに、多職種協働によるネットワークの構築や資源開発等に取り組み、さらなる個別支援の充実につなげていきます。

個別事例の検討を行うことを通じて、適切なサービスにつながない高齢者個人の生活課題に対して、既存サービスを提供するだけでなく、その課題の背景にある要因を探り、個人と環境に働きかけることによって自立支援に資するケアマネジメントを、地域の介護支援専門員が推進できるよう支援していきます。

村内の医療、介護等関係職種で構成し、医療、介護、予防、住まい及び生活支援が一体的に提供される体制(地域包括ケアシステム)の構築を目的とし、関係団体間の連携強化を図る「地域包括ケア推進会議」を開催します。

## (2) 家族介護者支援

### 《 現状と課題 》

高齢者等実態調査結果から、主な介護者は、息子・娘・子の配偶者が半数を占め、就労や地域の役割等がある中、(表1) のとおり、介護・介助をするにあたり、働き方の調整をしている方が多いことが分かります。

地域包括支援センターに寄せられる相談の多くは、高齢者の介護に関することです。介護サービスの利用に結び付いても、多くの家族介護者は、身体的・心理的・経済的な何らかの負担感を持って在宅介護を継続していかなければなりません。高齢者等実態調査結果からも「今後も働きながら介護を続けられる」と回答した人は6割でしたが、「身体的、心理的ストレスがある」「自分の自由になる時間がない」「先が見えずに不安」と回答する人が多くなっています。

また、家族形態の変化に伴い「老老介護」や「若年世代による介護」、育児と介護や両親介護等の「ダブルケア」、「遠方介護」などによる介護負担問題のほか、経済的不安を抱える世帯や、家族介護者の引きこもりなど、家族介護者を取り巻く課題は多様化しています。家族介護者に対する継続的な相談・支援体制を強化していく必要があります。

(表1) 介護・介助をするにあたってしている働き方についての調整等 (実態調査)

介護・介助のために、「労働時間を調整 (残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)」しながら、働いている	20人
介護・介助のために、「休暇 (年休や介護休暇等)」を取りながら、働いている	17人
介護・介助のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている	2人
介護・介助のために、その他の調整をしながら、働いている	13人
特に行っていない	12人

### 《 今後の方針 》

介護保険制度が創設され、介護サービスの充実に伴い、家族の負担は軽減された面もありますが、介護サービスを利用していない家族だけでなく、利用している場合でも、多くの家族は何らかの負担感や孤立感を持ち、特に認知症の人を介護している家族の場合にこの傾向が強いことは、実態調査からも分かります。

今後、働く人の確保の観点からも、必要な介護サービスの確保を図ること、家族の柔軟な働き方の確保、働く家族等に対する支援の充実に図ることで、働く人が家族の介護の為に離職せざるを得ない状況を防ぐことが必要です。さらに全世代型社会保障の構築を進める観点から、ヤングケアラー<sup>\*</sup>も含めた家庭における介護負担軽減を図るため、こども家庭センターとの連携も必要です。

### ※「ヤングケアラー」とは

親をはじめとする家族に病気や障害があるため、本来は大人が負担すべき役割を担うこととなっている若者を指し、年齢や成長の度合いに見合わない責任や負担が生じ、就学・学習や健康状態等に支障が出てしまうなどの問題点が指摘されています。

要介護状態にある高齢者を在宅で介護し続けていくためには、以下について整備が必要です。

- ◆いつでも身近な地域で気軽に相談ができる体制
- ◆介護と両立しながら仕事をし続けられるための環境
- ◆適切な介護知識や技術を習得すること
- ◆各種サービスの利用方法を知ること
- ◆介護者自身のリフレッシュを図ること

24時間の相談窓口開設の継続と、介護を担う家族の介護離職防止のために介護保険等制度の周知、介護者のための働き方の調整に関する啓発に努めます。

一定の技術が必要になる身体的な介護に対する介護者の負担、不安を軽減するため、地域のリハビリテーション専門職や看護、介護職等の関与を促進し、個別の介護者支援体制を拡充していきます。

少しでも介護と上手に向き合うヒントになるよう、介護をされている当事者や経験者が集うことのできる場を企画していきます。介護者や担当介護支援専門員等からも要望を聞きながら、介護者にとって必要な語らいの場を作っていきます。また、より身近な地域で相談できるよう、地域にある介護保険事業所等とも連携を図っていきます。

## (3) 在宅医療・介護連携の推進

### 《 現状と課題 》

団塊の世代が全て75歳以上となる2025（令和7）年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、2040（令和22）年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025（令和7）年以降さらに減少が加速します。これにより高齢単身世帯が増えるとともに、患者・利用者の医療・介護ニーズも変化し、以下の課題が考えられます。

- ◆医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加
- ◆85歳以上の入院患者の増加
- ◆病気の発症、再発リスクが高い高齢者の増加
- ◆生活支援を必要とする高齢者の増加

医療、介護の連携の必要性が高まるため、認知症や重度な要介護状態になっても、自らの選択により住み慣れた地域で生活していくために、医療と介護を必要とする状態になっても、それらを一体的に受けられる仕組みが必要です。

厚生労働省の方針を受け構築された南信州「退院調整ルール」に沿った、入退院における医療と介護の連携を図っていく必要があります。

## 《 今後の方針 》

高齢者等実態調査の結果から、「可能な限り自宅で暮らしたい」「自宅で最期のときを迎えたい」と考える住民が約半数を占めています。可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、日常の療養支援から急変時の対応、看取り、認知症への対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる関係者の連携体制の整備を図る必要があります。そのため、医療と事業所等福祉サービスの一体的な連携・調整を推進します。また従来各市町村広域連携システムの継続や事業所等協議の機会を充実させ、介護支援専門員等の互いの情報交換を活性化し、連携を深めていきます。そのために以下の施策を推進します。

### (ア) 地域医療資源の体制整備

住民が地域医療に求める点として「受診しやすい」「無理なく行ける」「往診・訪問診療をしてくれる」が挙げられます。住民が安心して受診し、さらには在宅で医療ケアを受けられる環境を整備するため村内医療機関の診療体制を確立します。

### (イ) 課題の抽出と多職種連携の推進

地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握、将来の人口動態、地域に応じたニーズの推計など現状分析、課題抽出を行うため、地域ケア会議を開催し、在宅医療と介護の連携を困難にしている要因を明らかにし、村が中心となり、医療と介護の協議の場づくりを行います。また、庁内全体でも密に連携し取り組んでいきます。

### (ウ) 相談窓口の機能強化

相談窓口の一つとして、地域包括支援センターが、一人ひとりの状況に応じた在宅医療や介護サービスについて、診療所等医師に情報を提供できる組織体制をとり、在宅医療と介護の連携に関する相談に対応します。

#### (エ) 在宅医療機関と介護サービス事業所の情報共有化

「退院調整ルール」や ism-Link(飯田下伊那診療情報連携システム)などを市町村の共通の取り組みとして引き続き実施するとともに、かかりつけ医やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の情報を共有していきます。

#### (オ) 二次医療圏内の関係自治体の連携

飯田医師会と協働し、各医療関係機関、団体と連携して、多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業やその他連携して推進すべき事業に取り組みます。

## 5. 地域包括支援センター機能の強化

### (1) 総合相談・支援業務

#### 《 現状と課題 》

地域包括支援センターは、高齢者が出来るだけ要介護状態にならないための予防対策から、状態に応じた介護サービスを切れ目なく提供することを目的として、医療、保健、福祉が連携し、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として設置されています。

地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が専門性を生かして相互連携しながら業務にあたっています。

阿智村では高齢者総合相談窓口として地域住民への周知に努めているため、高齢者に関する相談は地域包括支援センターに集まっており、相談件数は年間延べ 2,000 件ほどです。高齢者の生活や健康、地域における困りごと等を気軽に相談できる場として引き続き周知が必要です。

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加する一方で、認知介護、親族からの協力が得られない世帯、8050 世帯（80 代の親と、ひきこもり状態にある 50 代の子からなる世帯）、高齢者と障がい者の世帯など、複合的な課題を抱えた家庭も増加しており、相談内容は多岐に渡ります。高齢者だけが抱える問題を解決すれば良いという状況ではありません。家族全体が抱える複雑化・複合化した問題を解決するために、各関係機関と連携し、ワンストップの総合相談窓口として機能の充実を図る必要があります。

また、阿智村の地域ごとの課題を抽出し、高齢者の生活を地域で支える仕組みを構築していくために、住民や各関係機関をつなぎ、連携を図ることが重要です。地域資源の連携を行う中核機関として、地域包括支援センターがその役割を果たすことが求められています。

#### 《 今後の方針 》

地域包括支援センターは、高齢者の総合相談、権利擁護や医療・福祉・介護予防などの必要な援助を実施するとともに、地域の支援体制づくりを担うことから、地域包括ケアシステムの中核的機関です。高齢者を中心として進められてきた地域包括ケアシステムは、今後、障がい者、子育て世代、生活困窮者などの支援が必要な人に包括的な支援が行き届くような、地域共生社会の実現に向けた深化が求められています。

阿智村では、「保健センター」と「地域包括支援センター」が一体となり、総合相談窓口として機能していきます。高齢者のみならず、障がい者や生活困窮者、あるいは、ひきこもり等の分野を問わない相談にも柔軟に対応できるよう、庁内

関係部署との情報共有を密にしつつ、社会福祉協議会、福祉事業者、民生児童委員、警察署等との連携をさらに強化し、地域住民も含めた支援体制の整備に取り組みます。

また、安心して介護サービスが利用できるよう、介護サービスにおける要望や苦情相談に対応できる体制を整えます。

## 《 重点項目 》

### (ア) 地域包括支援センター機能や体制の強化

今後の高齢化の進展に伴って増加するニーズに適切に対応する観点から保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の三職種職員の複数化、その他の専門職や事務職の配置を含め、必要な体制を検討し、その確保を図ります。

### (イ) 地域における相談支援の機能強化

地域包括支援センターは高齢者やその家族の生活上の様々な不安に関する相談を受け、適切な機関に繋ぐ対応と、認知症施策、在宅医療・介護連携施策、生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進等の施策との連携が必要となります。特に地域とのつながりを強化するという観点から、居宅介護支援事業所や介護施設など、地域の既存の社会資源と効果的に連携し、相談支援機能の強化を図っていきます。

## (2) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

### 《 現状と課題 》

介護保険制度によるサービスや阿智村独自のサービス等を、適正にケアプランに位置付けられるよう、地域の介護支援専門員や介護保険事業者を対象に「介護保険事業所連絡会」「介護支援専門員連絡会」を開催しています。

また、地域の介護支援専門員による「共同事例検討会」に参加し、個別事例検討をする中で、介護支援専門員の資質の向上に努めています。

### 《 今後の方針 》

引き続き、「介護保険事業所連絡会」「介護支援専門員連絡会」を開催し、制度改正や、新しい内容に早期に対応できるよう地域の介護保険事業者を支援していきます。

### (3) 指定介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務

#### 《 現状と課題 》

介護保険における予防給付の対象となる要支援者に対しては、介護予防支援業務、総合事業のみの利用者に対しては、介護予防ケアマネジメント業務を行っています。(一部を居宅介護支援事業所に委託しています。)

一人ひとりの状況や希望に応じて適切なサービスを利用できるように、計画作成や連絡調整を行っています。

阿智村の要介護・要支援認定者の傾向として、要支援認定者をはじめとする軽症者の割合が増加し、介護予防ケアマネジメント業務も増加しています。これは、重度になってから介護保険を利用するのではなく、早い段階から少しの支援で自立した生活が送れるようにという予防意識が高まっているのだと言えます。

皆さんが自立した生活を長く続けられるためには、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント業務が適切に行われなければなりません。

#### 《 今後の方針 》

要支援認定者をはじめとする軽症者の割合の増加に伴い、介護予防ケアマネジメント業務が地域包括支援センター業務の多くを占めています。近隣市町村の状況も見ながら適切な介護予防ケアマネジメント委託費の設定等を行い、必要に応じて外部委託を併行し、サービス利用者にとって適切なケアマネジメントが提供できるよう推進します。

また、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等による一定の関与をした上での、居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定対象拡大を検討していきます。

### (4) 要援護者避難・感染症対策

#### 《 現状と課題 》

##### (ア) 要援護高齢者の把握

緊急時や災害時等に、救急隊や医療機関、警察署などへ本人の情報を的確に伝え、適切で迅速な対応ができるように、救急医療情報キットを対象の高齢者(70歳以上一人暮らし世帯、75歳以上高齢者のみの世帯)に訪問して設置しています。この訪問をもとに、要支援者名簿を作成しています。



## (イ) 災害時等における支援体制の整備

### ① 避難行動要支援者名簿の整備

災害対策基本法で市町村に作成が義務付けられており、村の地域防災計画で定めた、台風や地震などで災害が発生、又は発生の恐れがある場合、手助けが必要と思われる方を対象としています。名簿情報は、本人の同意を得た上で、避難支援等に携わる関係者に提供することができるようになっているため、同意書の確認を行っています。

### ② 個別避難行動計画の作成

電源喪失時にリスクが高い方、一人での避難が困難など災害時にリスクが高い方、介護度3以上の方に個別避難行動計画を作成しています。また、個別避難行動を作成するにあたり、福祉避難所の具体的な運営方法についても考える必要があります。

## 《 今後の方針 》

### (ア) 緊急医療情報キット

訪問にて配布し、希望者には設置までの支援を行います。多くの対象者に配布し設置できるよう、引き続き訪問を行っていきます。

### (イ) 緊急時の対応力強化

地震、風水害、感染症など地域や在宅における生活環境への影響を考え、事前の備えを充実させるとともに、緊急時の対応力強化を図ります。

避難行動要支援者の把握と、個別避難行動計画作成を進めます。

避難行動要支援者に対する避難所運営、福祉避難所について、総務課消防防災係と連携して検討し、村内介護事業所との連絡会議を開催します。

### (ウ) 感染症発生時の対応

適切な対応ができるよう、研修、啓発に取り組みます。感染症予防のための対策をとりながら各種事業が安全にできるよう取り組みます。

## 6. 安全・安心な暮らしの確保

### (1) 成年後見制度利用支援事業

#### 《 現状と課題 》

認知症や精神上的の障害等により、本人の判断能力が不十分となり、財産の管理や契約の締結等に支障を来し、振り込め詐欺や悪徳商法に巻き込まれるなどのケースが増加しています。

認知症等の理由により日常生活に必要な判断能力が不十分となっても、住み慣れた地域で生活を続けていくためには、適切なサービスや制度を選択し、利用契約を行うこと、日常的な金銭管理・財産管理などの支援が必要です。

生命、身体、自由、財産等の権利を擁護する制度として成年後見制度がありますが、全国的に見ても、認知症高齢者等の数と比較して、利用者数はまだまだ少ない現状があります。

このような状況から国は、平成 29 年 3 月に成年後見制度利用促進基本計画を策定し、制度の利用促進や支援の体制づくり等について、国、都道府県、市町村、専門職団体等の取組の方向性等を示しました。

飯田下伊那地域では、定住自立圏の枠組みを活用して、飯田市と下伊那郡の 13 町村とが協定を締結し、平成 25 年 7 月より「いいだ成年後見支援センター」を設立し、協働して運営しています。阿智村を含め地域全体の成年後見申立て件数は、徐々に増加していますが、引き続き制度の周知を図る必要があります。

申立て等についての相談はもとより、後見開始後における申立人や後見人に対する必要な支援を、地域全体で行うための体制づくりも求められています。

#### 《 今後の方針 》

##### (ア) いいだ成年後見センターとの連携と制度支援

権利擁護に関する相談や支援として、いいだ成年後見支援センターや各関係機関と連携して対応します。また、南信消費生活センターと連携して特殊詐欺の防止のための啓発活動や相談支援を行っていきます。

権利擁護の制度には、成年後見制度の他に、契約行為はできても、福祉サービスの利用や金銭管理に不安がある方に対して、日常生活自立支援事業があります。本人や家族にとって、どの制度が適切であるかを総合的に判断して支援します。

また、成年後見制度の利用が必要な高齢者で、身寄りがいないなどの理由で申し立てを行う人がいない場合には、老人福祉法第 32 条に基づく村長申し立てを行います。

### (イ) 成年後見制度の普及啓発

いいだ成年後見支援センターと連携し、制度の周知・広報に努め、普及啓発を推進します。

## (2) 高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化

### 《 現状と課題 》

「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」（高齢者虐待防止法）が平成18年に施行されました。この法律では、高齢者が介護する家族などから不適切な行為や扱いによって権利利益を侵害され、生命、健康、生活が損なわれる状態を高齢者虐待と定義しています。

阿智村の現状は、在宅での高齢者虐待に関する相談は、年間2～3件程度です。最近の傾向としては、警察からの通報が増えており、一步間違えば大きな事件につながりかねない事例もあります。最近の傾向として、夫婦や親子げんかから暴力へとつながり、警察が介入するといった事例が主で、介護が要因になっているばかりでなく、当事者の一方に精神的な疾患があるという背景が共通しています。

また、養介護施設従事者による高齢者虐待については、第8期3年の間に2件の通報があり、うち1件は虐待として認定しました。

コロナ禍において、人材不足や感染症対策による行動制限など、養介護施設従事者の抱えるストレスは計り知れません。コロナ以前ではできていた、職員同士の話し合いや情報共有、相談の場も少なくなり、一人で抱え込んだり、忙しい毎日の中で周りが見えなくなるようなこともあったと思われまます。職員がいない、忙しいからと言って、虐待が許されるものではありませんが、今後虐待が起こらないようにするためにはどうしたら良いか、施設内で分析を行い、対策を考えていく必要があります。高齢者虐待に関しては、どこの事業所においても起こりうるものであると言えます。そのため、令和5年度には村内全事業所を対象に、「養介護施設従事者による高齢者虐待防止のための研修会」を行いました。村としては情報を発信し、常に事業所の話に耳を傾け一緒に考える姿勢をとっていく必要があります。

### 《 今後の方針 》

高齢者虐待の防止に向けて、虐待の早期発見と適切な支援を行うため、地域包括支援センターと各関係機関との連携を強化し、虐待に関する周知を図るとともに、関係者が相互に協力、連携できる仕組みづくりを構築していきます。

また、高齢者虐待防止や認知症について住民への啓発活動を行い、住民が高齢者虐待への理解を深め、早期発見につながるよう取り組みます。

#### (ア) 広報・普及啓発

高齢者虐待の相談通報窓口の住民への周知徹底に努め、介護保険サービス事業所等関係者への虐待防止に資する研修の実施、虐待防止に関する制度等についての住民への啓発、対応マニュアルの整備を行います。

#### (イ) ネットワーク構築

高齢者虐待の早期発見・見守り、保健医療及び福祉サービスの介入支援を図るためのネットワーク構築を行います。

#### (ウ) 庁内連携

成年後見制度の市町村長申し立て、警察署長に対する援助要請等並びに措置をとるために必要な居室の確保等に関する庁内関係部署等との連携及び調整を行います。

### (3) 養護者による高齢者虐待への対応強化

適正な行政権限行使により、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導または助言等を行い、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止へ取り組みます。

また、養護者（高齢者の日常生活において何らかの世話をしている家族、親族、同居人等）に該当しないものによる虐待やセルフネグレクト等の権利侵害の防止にも取り組みます。

### (4) 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化

長野県と協働して養介護施設従事者等による虐待の防止に取り組みます。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は「教育知識・介護技術等に関する問題」「職員のストレスや感情のコントロールの問題」「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」となっており、養介護施設等に対して、老人福祉法等による権限を適切に行使し、養介護施設従事者等への教育研修や管理者等への適切な事業運営の確保について一緒に考えていきます。

## 7. 人材の確保及び介護現場の生産性向上の推進

### (1) 介護人材の養成・確保

#### 《 現状と課題 》

令和4年度から5年度に開催された保健福祉審議会において、人材不足は全村的な課題であることが分かりました。

阿智村には多くの介護サービス事業所がありますが、特に入所施設では、職員数が不足しているため定員まで入所させることができないという状況に陥っている施設もあります。

福祉職場はいわゆる「3K（きつい、汚い、危険）」に近く、夜勤や休日出勤もあり不規則といった事情から子育て世代の職員が少なく、高齢化が進んでいます。また、1人辞めると他の職員の負担が増えまた辞めるといった負の連鎖が続いており、慢性的に職員が不足していることから、人材を教育、育成する人的な余裕もなく、事業所ごとの努力では限界がきているという現状です。

このような状況の中で、各事業所は「未経験者可、無資格可、時短勤務可等」というような、今までの福祉の仕事のイメージを払拭させるような求人を出し、一人でも多くの方に福祉の仕事に興味を持ってもらおうと努力されています。

#### 《 今後の方針 》

##### (ア) 即戦力の人材確保対策

###### ① 「介護に関する入門的研修」実施

無資格・未経験者向けに阿智村独自の「介護に関する入門的研修」を村と村内各福祉事業所が協働して実施します。

村内福祉事業所は無資格・未経験者も積極的に雇用していますが、知られておらず、福祉現場というだけで敬遠されがちな状況です。就職のきっかけとなるように、基礎的な知識や各施設の見学等「介護に関する入門的研修」を村が村内事業所と協働で主催し、多くの人に福祉に興味をもってもらう機会をつくります。

###### ② イベント等を通じた周知

村内全事業所を網羅した施設案内やイベントを積極的に行います。

##### (イ) 専門職の確保対策

職員のスキルアップ、資格取得のために「介護職員初任者研修」のニーズを把握しながら実施できるよう検討します。

## (ウ) 離職予防対策

村内施設間のネットワークをつくり、定期的に情報交換や共同研修、人事交流等ができるように体制を整えます。

離職予防対策を一事業所だけで行うことは困難なため、福祉施設間でお互い協力し合える仕組みをつくる必要があります。村が積極的にネットワークづくりをすすめます。

## (エ) 持続可能な人材確保対策

### ① 福祉教育の推進

小中高校生の福祉教育を積極的に行います。

福祉職に従事する人の中には、子ども時代に福祉の現場に触れた経験のある人が少なくないことから、福祉教育の推進は将来的な人材確保につながります。

### ② 福祉系大学との連携強化

福祉系大学へ進学した学生が地元での就職を希望してもらえるように、実習生の積極的な受け入れや、大学と緊密な連携が取れるように支援していきます。

## (オ) 関係機関及び庁内関係部署との連携

人材不足は、福祉分野のみに限らない様々な職種における全国的な課題であるため、長野県や南信州広域連合等関係機関の取り組みを周知するとともに、庁内の関係部署とも連携して取り組みます。

## (2) 介護現場の生産性向上の推進等

### (ア) 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進

国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築を見据えて、村に報告された事故情報について、長野県の集計・分析結果と合わせて村内各事業所に周知し、事故発生防止を支援していきます。

### (イ) 介護現場の生産性の向上の取り組みの促進

長野県が開設する介護現場の生産性向上推進総合事業によるワンストップの相談窓口を村内各事業所に周知していきます。

## (ウ) 介護サービス情報の公表

介護保険制度は、利用者の選択を基本としていますので、介護サービスを利用しようとする方が、利用する事業所を選択する際に事業所を比較しながら検討できるよう、厚生労働省のホームページで全国の介護保険事業所を検索することができます。事業所名や利用したいサービスを提供している事業所、サービス提供地域に阿智村が含まれている事業所など、目的に応じた検索が可能です。

事業者においては、介護人材の確保に向けた取り組みの一環として、介護サービス情報の公表制度を活用し、離職率、勤務時間、シフト体制等といった介護従事者に関する情報の公表に努めることが重要です。また、利用者の選択に資するという観点から、介護サービス事業者の財務状況を公表することも重要です。事業者の経営情報を公表することで、効率的かつ持続可能な介護サービス提供体制の構築や、物価上昇や感染症の影響等を踏まえた介護事業者への支援策の検討がスムーズに進む他、分析結果を分かりやすく丁寧に情報提供することで、「介護」の置かれている現状・実態を広く知っていただくことができます。令和5年法改正により国がデータベースを整備することになりましたので、村内各事業所から適切な報告がなされるよう周知・支援していきます。

介護サービス情報公表システム <https://kaigokensaku.go.jp>



## 第5章 サービス量の見込みと保険料推計

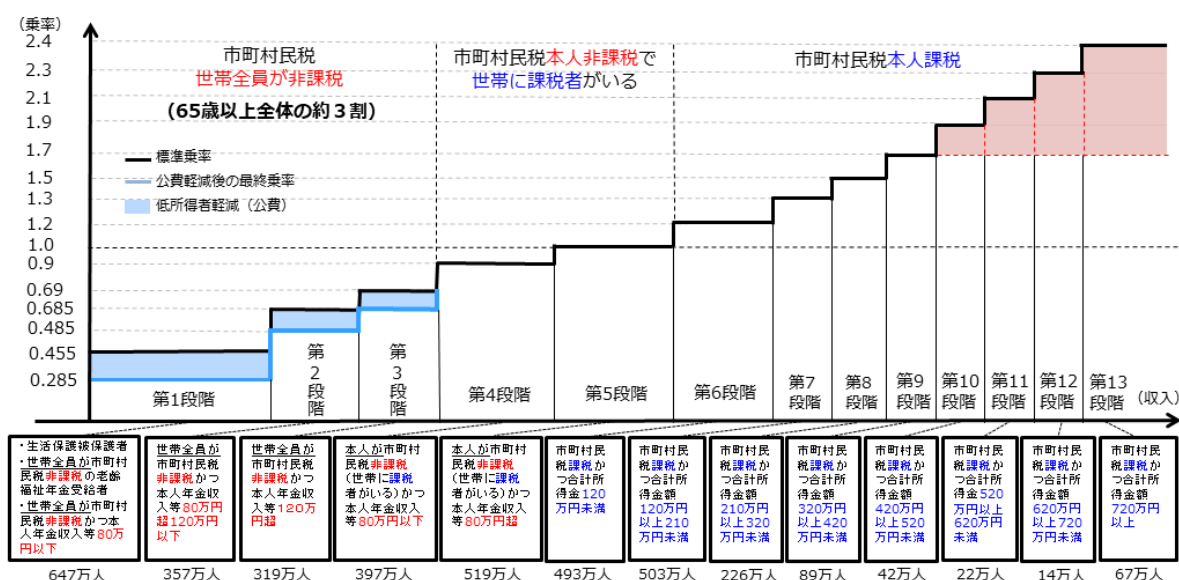
### 1. 介護保険制度の主な改正点

#### (ア) 介護保険料について

介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、今後の給付費の増加を見据え、第1号被保険者間で所得を再分配できるよう、所得段階の多段階化、低所得者層の標準乗率の引下げ、高所得者層の標準乗率の引上げ等により、低所得者の保険料上昇の抑制を図ります。

#### 【参考】第9期計画期間における第1号保険料（標準13段階）

○今回の見直しを踏まえた、第9期計画期間における、標準段階、標準乗率、公費軽減割合、基準所得金額等は以下のとおり。



※被保険者数は、令和5年度厚生労働省老健局介護保険計画課調べ（令和5年4月1日現在の状況により報告）

出典：介護保険最新情報 Vol.1190 より抜粋

#### (イ) 基準費用額（居住費）について 令和6年8月から

近年の光熱水費の高騰に対応し、在宅で生活する方との負担の均衡を図る観点から、居住費の基準費用額が1日当たり60円引き上げられます。ただし、低所得者には所得に応じた負担限度額があり、基準費用額との差額を引き続き保険給付します（特定入所者介護サービス等費）。

#### (ウ) 多床室の室料負担について 令和7年8月から

一部の施設（介護老人保健施設「その他型」「療養型」、介護医療院「Ⅱ型」）について、新たに室料負担（月額8,000円相当）が導入されます。ただし、低所得者には所得に応じた負担限度額があり、基準費用額との差額を引き続き保険給付します（特定入所者介護サービス等費）。



※ 利用者自己負担額の在り方について

第1号被保険者の利用者負担割合については、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、相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方は2割、2割負担者のうち、特に所得の高い方は3割となっています。この「一定以上の所得」の判断基準について、国において、第9期に向けた見直しが検討されてきましたが、改めて多角的に検討を行い、第10期の開始（令和9年度）の前までに結論を得ることになりました。

## 2. 介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

出典：地域包括ケア「見える化」システム将来推計（令和6年1月10日取得）

直近3年間のサービスの利用状況から算出したサービス量の伸び率を基に、今後必要になるサービス量を推計しました。それぞれのサービスについて、1か月当たりの利用者数（一部サービス種類は年間の利用者数）の見込みと年間の給付費（千円単位）を掲載しています。

### (1) 居宅介護（予防）サービス

サービス種類によっては利用が微減となっている場合もありますが、介護が必要な状態となってもできる限り自宅での生活を継続するためには、居宅介護（予防）サービスは欠かせません。

#### (ア) 訪問介護

（単位：人 / 千円）

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
介護	39	37	38	37	37	37	37
給付費	20,718	18,821	23,585	25,993	26,026	26,026	22,965

訪問介護は在宅生活を継続するために不可欠なサービスと言えますが、従事者の高齢化が見受けられ、将来のサービス提供を担う従事者の確保が課題です。

#### (イ) 訪問入浴介護

（単位：人 / 千円）

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	1	1	2	2	2	2	2
給付費	328	467	2,015	2,246	2,248	2,248	2,248
介護	8	9	8	9	9	9	8
給付費	4,793	6,357	3,804	4,021	4,026	4,026	3,697

### (ウ) 訪問看護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	8	6	6	6	6	6	7
給付費	1,507	905	833	872	873	873	1025
介護	43	50	55	54	54	54	55
給付費	16,433	19,030	26,200	28,629	28,951	28,933	27,265

### (エ) 訪問リハビリテーション

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	1	1	4	4	4	4	5
給付費	366	401	964	879	880	880	1,100
介護	10	12	19	20	20	20	19
給付費	2,523	3,804	6,335	6,872	6,849	6,849	6,372

### (オ) 居宅療養管理指導

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	1	3	3	3	3	3	3
給付費	100	275	318	323	323	323	323
介護	22	24	30	30	30	29	25
給付費	1,437	1,615	2,404	2,463	2,467	2,393	1,989

医師や薬剤師等が、通院が難しい人の居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。今後独居高齢者が増加するにつれ、薬の管理等が困難な方も増えることが想定され、在宅生活を継続する上で需要の高いサービスの1つと言えます。

### (カ) 通所介護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
介護	97	106	122	124	123	123	133
給付費	101,486	96,646	108,194	108,983	107,429	105,189	114,274

(キ) 通所リハビリテーション

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	9	5	3	3	3	3	3
給付費	4,173	2,275	1,536	1,558	1,560	1,560	1,560
介護	44	40	40	39	40	40	41
給付費	29,012	23,246	31,238	33,608	34,524	34,678	35,529

(ク) 短期入所生活・療養介護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	1	1	0	1	1	1	1
給付費	327	48	0	188	188	188	188
介護	41	41	47	49	49	49	50
給付費	42,680	42,367	51,816	58,448	59,465	59,770	59,148

(ケ) 福祉用具貸与

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	43	39	33	28	29	29	34
給付費	3,315	2,902	2,410	2,040	2,096	2,119	2,466
介護	151	152	175	166	166	166	180
給付費	26,010	27,464	31,401	28,391	28,285	28,155	30,252

在宅生活を継続するために必要不可欠なサービスですが、第8期以降利用量が大きく増えており、本人の状態に合わせた適時・適切な利用が求められます。

(コ) 特定福祉用具購入費

(単位：年間件数/千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	14	3	3	3	3	3	3
給付費	436	119	343	343	343	343	343
介護	29	19	10	10	10	10	10
給付費	836	506	262	262	262	262	262

### (サ) 住宅改修費

(単位：年間件数/千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	10	5	5	7	7	7	7
給付費	454	744	744	1371	1371	1371	1371
介護	22	9	10	20	20	20	20
給付費	1,237	995	614	265	265	265	265

在宅生活を継続するために需要の高いサービスの1つです。近年は、介護保険サービス以外の村独自の住宅改修補助制度等を組み合わせて、自宅を全体的に複数箇所改修するケースが増えています。

### (シ) 特定施設入居者生活介護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	0	0	0	0	0	0	0
給付費	0	0	0	0	0	0	0
介護	4	5	3	3	3	3	3
給付費	9,982	10,761	7,435	7,540	7,549	7,549	7,549

### (ス) 介護予防支援・居宅介護支援

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	48	42	40	37	37	36	42
給付費	2,662	2,334	2,191	2,056	2,058	2,003	2,336
介護	216	215	229	207	203	201	217
給付費	41,549	40,939	43,460	39,248	38,502	38,104	40,984

## (2) 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、原則として事業所が設置されている市町村に住所を有する人のみが利用できるサービスです。

### (ア) 地域密着型通所介護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
介護	61	61	63	63	63	63	66
給付費	66,603	61,021	60,322	59,632	59,643	60,011	64,312

令和5年度中に1事業所が廃止となり、令和6年度以降は減額見込みですが、利用者は、他の通所サービスに移行したため、全体としては、利用量はあまり変わりません。

また、今後、障害福祉サービスを利用する人の高齢化も進みます。使い慣れた事業所で介護サービスを受けられる共生型サービスについて検討が必要です。

### (イ) 認知症対応型通所介護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	0	0	0	0	0	0	0
給付費	0	0	0	0	0	0	0
介護	7	6	3	8	8	8	8
給付費	3,862	3,390	1,971	4,230	4,208	4,208	4,208

認知症対応の研修を修了した職員が配置されているデイサービスです。令和6年5月の事業所移転に合わせて、定員が3名から6名に増加予定です。

(ウ) 認知症対応型共同生活介護

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
予防	0	0	0	0	0	0	0
給付費	0	0	0	0	0	0	0
介護	9	9	9	18	18	18	18
給付費	26,881	29,622	28,887	57,690	57,763	57,763	57,763

認知症の人が、日常生活に必要な支援を受けながら共同生活を送る施設（グループホーム）です。令和6年5月の事業所移転に合わせて、定員が9名から18名に増加予定です。

今後、独居高齢者が増えるにつれ、認知症の人が安心して生活できる場として需要があると見込んでいます。

### (3) 施設サービス

施設サービスは介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院の4種類がありましたが、介護療養型医療施設は、令和5年度末までに介護医療院への転換が進められ、飯田下伊那地域の施設は令和3年度にすべて転換しました。

#### (ア) 介護老人福祉施設

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
利用者	64	61	66	66	66	66	76
給付費	195,448	189,800	202,071	204,923	205,183	205,183	235,218

令和5年12月末時点で、特別養護老人ホーム阿智荘の入所待機者は25名です。飯田下伊那地域の特別養護老人ホームには所在市町村の優先枠が設けられていますが、地元の阿智荘を希望する人が多く、待機者の解消には至っていません。さらに、職員が不足すると定員まで受入れができませんので、職員の確保も課題です。

また、待機者数や職員の確保だけでなく、阿智荘は開所から30年以上経過しており、施設の老朽化などの課題も抱えています。今後の在り方について、令和6年度から検討委員会において具体的な検討を進めます。

#### (イ) 介護老人保健施設

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
利用者	29	33	31	31	31	31	36
給付費	88,045	97,855	97,084	98,455	98,579	98,579	114,780

#### (ウ) 介護療養型医療施設・介護医療院

(単位：人 / 千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
利用者	17	14	13	13	13	13	15
給付費	53,496	49,577	43,485	44,099	44,155	44,155	50,763

飯田下伊那地域の介護療養型医療施設はすべて、令和3年度中に介護医療院に転換しましたので、令和3年度のみ介護療養型医療施設と介護医療院を合算しています。



### 3. 地域支援事業の量の見込み

出典：地域包括ケア「見える化」システム将来推計（令和6年1月10日取得）

#### (1) 介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービスA、通所型サービスAは、1か月あたりの料金設定で実施していますので、表中の数値は年間の事業費（千円単位）です。

##### (ア) 訪問型サービス

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
従前相当	1,624	1,423	1,575	1,800	1,800	1,800	1,245
訪問型A	37	0	30	100	100	100	0
訪問型C	164	102	145	200	200	200	151

要支援認定者（一部事業対象者）の訪問型サービスの経費です。独居、高齢者のみ世帯の増加に伴い、利用者の増加を見込んでいます。

##### (イ) 通所型サービス

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
従前相当	8,606	7,394	6,783	8,000	8,000	8,000	5,361
通所型A	1,909	2,026	2,284	2,600	2,600	2,600	1,805

要支援認定者（一部事業対象者）の通所型サービスの経費です。高齢者の人口増加に伴い、利用者の増加を見込んでいます。

#### (2) 一般介護予防事業

##### (ア) 栄養改善や見守りを目的とした配食事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	3,487	3,389	3,449	4,568	4,568	4,568	3,581

事業対象者・要支援認定者の配食サービスの経費です。独居、高齢者のみ世帯の増加に伴い、利用者の増加を見込んでいます。

### (イ) 介護予防普及啓発事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	7,216	7,835	9,503	8,340	8,340	8,340	9,867

おたっしゃかいや水中運動教室の経費です。

### (ウ) 地域介護予防活動支援事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	2,319	2,409	3,306	3,579	3,579	3,579	3,432

サロンや生きがい講座の経費です。

## (3) 包括的支援（包括支援センターの運営）・任意事業

### (ア) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	26,734	19,416	19,682	19,682	19,682	19,682	17,152

### (イ) 任意事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	1,963	2,465	3,562	4,088	4,088	4,088	3,104

要介護認定者の配食サービス、やすらぎ支援事業、介護者会、認知症サポーター養成講座等の経費です。

#### (4) 包括的支援事業（社会保障充実分）

##### (ア) 在宅医療・介護連携推進事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	41	39	47	39	39	39	47

南信州地域全体で取り組んでいますので、南信州広域連合へ負担金として支出しています。

##### (イ) 生活支援体制整備事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	3,393	3,454	4,257	4,257	4,257	4,257	4,257

##### (ウ) 認知症初期集中支援推進事業

(単位：千円)

	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	0	0	107	107	107	107	107

認知症初期集中支援チーム医に対する委託料です。

##### (エ) 地域ケア会議推進事業

(単位：千円)

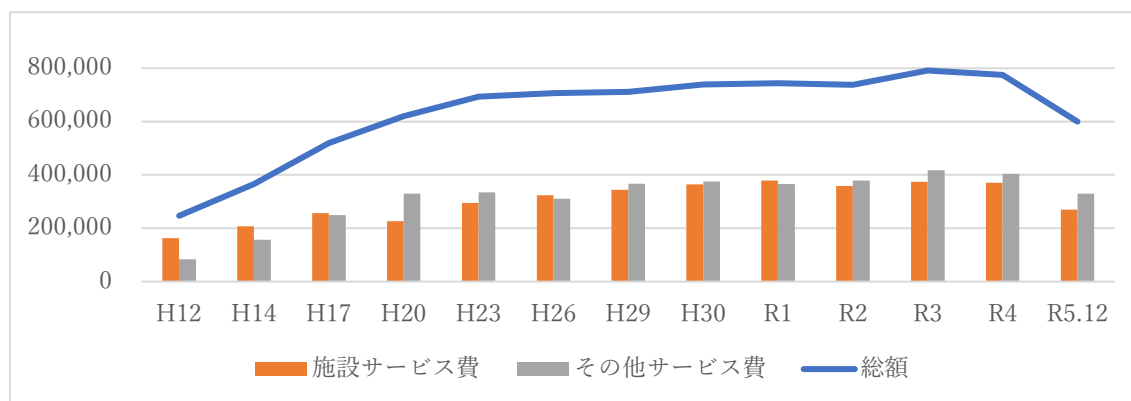
	R3	R4	R5	R6	R7 (2025)	R8	R22 (2040)
事業費	0	0	45	45	45	45	45

地域ケア会議に参加した医師への報酬です。近年医師の参加はないですが、個別地域ケア会議、定例民生児童委員会や介護支援専門員共同事例検討会を通して地域課題の発掘に努めています。

## 4. 介護保険事業に係る経費の見込み

### (1) これまでの介護給付費の推移

給付総額は、新型コロナウイルス感染症流行による受診控え等の影響から、令和2年度に若干減少したものの、令和3年度にはその反動からか5,000万円以上増加しました。コロナ禍以降の傾向として、その他サービス分が施設サービス費を上回る結果が続いています。



(単位：千円)

	H30	R1	R2	R3	R4	R5.12
施設分	364,402	378,405	358,713	374,434	370,984	269,866
その他分	375,063	365,794	378,649	417,054	403,742	329,578
総額	739,465	744,199	737,362	791,488	774,726	599,444

※施設分は、施設介護サービス費、特定施設入居者生活介護サービス費、特定入所者介護サービス等費（施設利用時にかかる食費や居住費を軽減する費用）など。

※その他分は、居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費など。

## (2) 令和6年度からの介護給付費の推計

(単位：千円)

	R6	R7 (2025)	R8	R12	R22 (2040)	R32
総給付費	824,436	824,879	822,814	817,385	889,363	818,479
在宅	411,729	411,650	409,585	382,776	423,290	382,838
居住系	65,230	65,312	65,312	65,312	65,312	65,312
施設	347,477	347,917	347,917	369,297	400,761	370,329
特定入所者介護サービス費等	27,805	27,840	27,840	27,752	30,420	27,418
高額介護サービス費等	13,332	13,351	13,351	13,278	14,554	13,118
高額医療合算介護サービス費等	2,012	2,012	2,012	2,036	2,232	2,012
審査支払手数料	682	682	682	690	757	682
標準給付見込額	868,267	868,764	866,699	861,141	937,326	861,709

出典：地域包括ケア「見える化」システム将来推計（令和6年1月10日取得）

## (3) 令和6年度からの地域支援事業費の推計

地域支援事業費には上限額が定められますので、この表は上限額までの推計としていますが、実際には、阿智村では上限を超えて事業を実施し、介護予防や地域活動の支援を行っています。

(単位：千円)

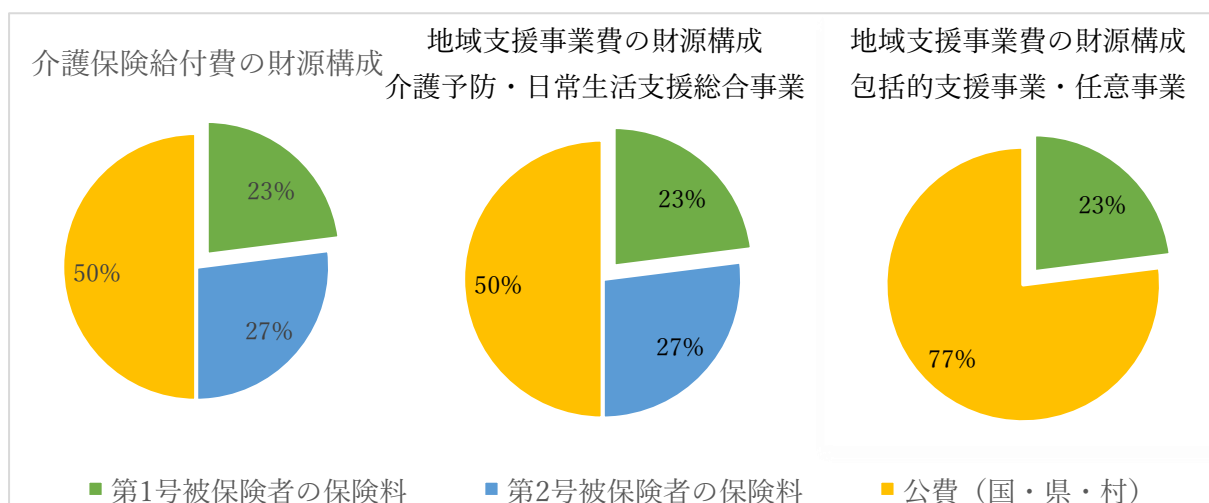
	R6	R7 (2025)	R8	R12	R22 (2040)	R32
地域支援事業費	41,391	42,223	43,134	40,536	37,526	32,798
介護予防・日常生活支援総合事業	20,984	21,902	22,910	20,865	19,156	16,326
包括的支援事業・任意事業	15,919	15,873	15,776	15,215	13,915	12,016
包括的支援事業(社会保障充実分)	4,488	4,448	4,448	4,456	4,456	4,456

出典：地域包括ケア「見える化」システム将来推計（令和6年1月10日取得）

## 5. 第1号被保険者の介護保険料推計

### (1) 保険料の算出方法

第1号被保険者の保険料は、本計画において見込む令和6年度(2024年度)から令和8年度(2026年度)までの3年間の介護保険事業にかかる費用(標準給付費見込額+地域支援事業費)のうち、第1号被保険者が負担すべき割合(第9期は全体の23%)から算出します。ただし、地域支援事業費には上限額が定められますので、上限額を超える分については、国・県からの交付金や保険料の算定対象には含みません。



### (2) 所得段階と保険料率の設定

第1号被保険者の保険料は、本人の住民税課税状況、世帯の住民税課税状況、本人の公的年金収入額及び合計所得金額をもとに設定される所得段階区分に応じて決まります。第8期は9段階が標準とされていましたが、第9期は高所得者層を細分化し、13段階が標準とされました。ただし、第6段階以上(本人が住民税課税)については、各市町村の実情に応じて弾力化して設計することが認められています。

阿智村では、第8期でも標準段階数を超える設定をしてきましたので、第9期においても国の示す13段階をさらに分け、15段階を設定します。

なお、制度に則った公費の投入により、低所得者(第1段階から第3段階)については、保険料乗率を引き下げ、保険料額を軽減します。

所得段階区分	標準の保険料乗率	軽減後の保険料乗率
第1段階	0.455	0.285
第2段階	0.685	0.485
第3段階	0.690	0.685

所得段階区分		対象者	第9期 乗率	第8期 乗率
第1段階	本人が住民税非課税	●生活保護を受けている方	0.285	0.3
		●老齢福祉年金を受けている方 ●前年の合計所得金額＋課税年金収入額が 80万円以下の方		
第2段階		●前年の合計所得金額＋課税年金収入が 80万円を超え120万円以下の方	0.485	0.5
第3段階		●前年の合計所得金額＋課税年金収入が 120万円を超える方	0.685	0.7
第4段階		●前年の合計所得金額＋課税年金収入額が 80万円以下の方	0.9	0.9
第5段階 (基準)	●前年の合計所得金額＋課税年金収入額が 80万円を超える方	1.0	1.0	
第6段階	本人が住民税課税	●前年の合計所得金額が 120万円未満の方	1.2	1.2
第7段階		●前年の合計所得金額が 120万円以上210万円未満の方	1.3	1.3
第8段階		●前年の合計所得金額が 210万円以上320万円未満の方	1.5	1.5
第9段階		●前年の合計所得金額が 320万円以上420万円未満の方	1.7	1.7
第10段階		●前年の合計所得金額が 420万円以上520万円未満の方	1.9	1.8
第11段階		●前年の合計所得金額が 520万円以上620万円未満の方	2.1	新設
第12段階		●前年の合計所得金額が 620万円以上720万円未満の方	2.3	新設
第13段階		●前年の合計所得金額が 720万円以上820万円未満の方	2.5	新設
第14段階		●前年の合計所得金額が 820万円以上920万円未満の方	2.7	新設
第15段階		●前年の合計所得金額が 920万円以上の方	2.9	新設

### (3) 介護保険料の算出根拠

(単位：円)

区分	第9期			合計
	R6年度	R7年度	R8年度	
標準給付費見込額	868,266,891	868,764,495	866,699,495	2,603,730,881
地域支援事業費	41,391,152	42,223,197	43,134,168	126,748,517
調整交付金見込交付率	7.17%	6.77%	6.41%	
後期高齢者補正	0.8877	0.9056	0.9204	
所得段階別補正	1.0203	1.0193	1.0198	
調整交付金見込額	63,759,000	60,298,000	57,024,000	
保険料必要収納額	580,405,571			
予定保険料収納率	99.45%			
保険料基準月額 (推計値)	7,370円			
保険料基準月額	6,975円			

第9期介護保険計画期間中の介護保険料は、第8期計画策定時点の見込みを上回り、第8期の基準月額6,175円から、推計値で月額1,200円程度増額が必要な見込みです。また、今後、人口の減少や高齢化率及び認定率の上昇が見込まれる影響で、2040年度の基準月額は9,129円と推計されています。

昨今の物価高騰の状況を鑑みると、月額1,000円以上の増額は被保険者への影響が大きいため、村の支払準備基金の繰入れだけでなく、県の財政安定化基金の申請も視野に入れながら、第9期は6,975円（前期比800円増）とし、第10期にも同程度増額を見込みます。

第9期の介護保険料を算出するにあたり、グループホーム大地が令和6年5月に移転し、入居・通所それぞれ定員が倍増することで、給付費も年額3,000万円～4,000万円程度必要になるほか、阿智村では以前から「できる限り自宅で生活したい」という方が多いですが、訪問看護や居宅療養管理指導など在宅医療・介護連携に重要なサービス事業所が村内にあることで、在宅生活を選択できる環境が整ってきており、実際に居宅サービスの利用が伸びていることや、介護職員等の処遇改善を目的とした介護報酬改定の影響を考慮する必要があります。また、阿智荘の老朽化等の課題に対して施設の在り方の検討が進んでいることを踏まえ、将来的な保険料の上げ幅を抑えるため、段階的に保険料を上げていく必要もあります。

併せて、給付費を抑制するための介護給付適正化事業、要介護状態にならないための若年齢層からの健康づくりや介護予防の取り組みが非常に重要です。



## 第6章 介護保険者としての役割

---

### 《 現状と課題 》

介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者にとって真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことで、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を目指すことを介護給付適正化と言います。この介護給付適正化事業は、持続可能な介護保険制度の構築のために重要な事業であり、保険者である市町村に求められる機能の1つでもあります。今まで阿智村では、国が定める主要5事業を直接または国保連合会への委託により実施してきました。感染症流行の影響もあり「ケアプラン点検」については実施件数が少ない時期もありましたが、給付費が伸びていて保険料を増額せざるを得ない現状であり、適正なサービス利用を促すため、より力を入れて取り組む必要があります。国の指針においても、令和6年度からは、給付適正化主要5事業が給付適正化3事業に再編され、実施率100%を目指した効果的・効率的な事業の実施が求められています。

また、近年様々な業務において業務の効率化、ICT化が言われており、介護保険事業においても、文書負担軽減や介護認定事務の効率化が求められています。

### 《 今後の方針 》

国や県の指針及び基準に基づいた適正化事業や事業所の実地指導を実施することで、介護給付の適正化を図ると同時に、サービスや従事者の質の向上を目指します。

文書負担軽減に向け、標準様式例の使用及び「電子申請・届出システム」利用を各村内事業所に周知していきます。

また、介護認定事務については、認定調査のICT化を含め、介護認定審査会事務局である南信州広域連合と連携して取り組んでいきます。

### 《 重点項目 》

介護給付適正化事業の中でも、サービスの利用を位置づけるケアプランの点検は、介護サービスの適切な利用を促す上で重要な取り組みです。国の「ケアプラン点検支援マニュアル」や国保連合会の帳票を活用し、毎年複数回の実施を目指します。

## 《 事 業 》

給付適正化3事業	内 容
要介護認定の適正化 【直接実施】	要介護認定の認定調査は、原則村の職員が直接実施し、複数人で内容を確認します。遠方の施設に入所している場合など、外部に委託するケースでも、調査内容の点検を行います。
ケアプランの点検、 住宅改修等の点検・ 福祉用具購入・貸与 調査 【直接実施】	介護支援専門員が作成した居宅介護（予防）サービス計画の記載内容について、個々の利用者にあった適切なサービス利用ができるよう点検を行います。併せて、福祉用具が本人のその時の状態にあった適時・適切な利用となっているか確認します。また、住宅改修を行おうとする利用者宅の実態や図面・見積書の内容確認、必要に応じて竣工前後の現地確認等を行い、利用者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修が行われていないか点検します。
縦覧点検・医療情報 との突合 【国保連へ委託】	介護報酬の請求内容を点検し、不適切な請求やサービスの利用がないか確認し、必要に応じて過誤調整を促します。 また、医療保険請求と介護保険請求の内容についても、不適切な内容がないか確認を行います。 (国保連合会委託事業)

任意事業	内 容
給付実績の活用 【直接実施】	国保連の帳票を活用し、不適切な可能性のある給付や請求誤り等が多い事業所等を抽出し確認します。また、要介護認定時の状態と利用しているサービス内容に疑義が生じるケースなどを確認し、効果的なケアプラン点検につなげます。
介護給付費通知 【国保連へ委託】	利用者に対して自らが受けているサービスの費用額や公費負担額の状況を通知し、適切なサービス利用を促します。

