

富士見町高齢者福祉計画

(諏訪広域連合第9期介護保険事業計画)

令和6年3月

富士見町

目次

第1部 序論	1
第1章 計画策定にあたって	1
1. 計画策定の趣旨.....	1
2. 計画の位置づけ.....	2
3. 計画の期間.....	2
4. 関連計画等の方向性.....	3
5. 国の基本方針について.....	6
第2章 富士見町の高齢者を取り巻く状況	8
1. 人口・世帯.....	8
2. 要介護認定者等.....	15
3. 疾病の状況.....	17
4. 就労状況.....	20
5. 町民アンケート調査・高齢者等実態調査.....	21
第3章 高齢者施策の実施状況と今後の課題	39
1. 各種事業の実施状況.....	39
2. 施策・事業の自己評価.....	44
3. 数値目標の達成度.....	44
4. 重点課題への取組状況と課題.....	50
第2部 計画の推進	53
第1章 計画の基本的な考え方	53
1. 基本理念.....	53
2. 重点課題（3年間で重点的に取り組む事項）.....	54
3. 基本目標と施策体系.....	60
第2章 施策の展開	61
基本目標1 健康づくりと介護予防活動の促進.....	61
◆施策1-1 健康づくり・介護予防への取組の推進.....	61
◆施策1-2 高齢者の社会参加促進と生きがいづくり.....	66
基本目標2 地域ぐるみでの支え合い体制の構築.....	69
◆施策2-1 高齢者の孤立防止と日常生活支援体制の充実.....	69
◆施策2-2 地域での見守り体制の充実.....	74
◆施策2-3 認知症への理解促進と、ともに暮らせる地域づくり.....	76
基本目標3 安全・安心に暮らせる体制の整備.....	78
◆施策3-1 地域包括ケアシステムの深化・推進.....	78
◆施策3-2 介護保険サービスの適切な普及と質の向上.....	82
◆施策3-3 権利擁護と虐待の防止.....	86
◆施策3-4 災害や感染症対策等に係る体制の整備.....	89
◆施策3-5 高齢者の日常生活を支える社会基盤の整備.....	92
資料編	95

第1部 序論

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

本町は、令和3（2021）年3月に「富士見町高齢者福祉計画（諏訪広域連合第8期介護保険事業計画）」を策定し、「手をつなぎ ともに育む やさしさはずむ 福祉のまち富士見」を基本理念に掲げ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域での生活を継続できるまちづくりを推進してきました。

我が国の高齢化は諸外国に例をみないスピードで進んでおり、本町においても、令和5（2023）年の高齢化率は36.3%であり、今後もさらに上昇していくことが見込まれます。

また、要介護・要支援認定者や一人暮らし高齢者、認知症高齢者が増加することも見込まれます。

国は、計画策定にあたり「中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえ、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保、介護現場における生産性の向上の推進等が重要となる。また、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るための具体的な取組内容や目標を、優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要である」としています。

長野県では、令和2（2020）年3月に「第8期長野県高齢者プラン」を策定し、「長寿の喜びを実感し、ともに支え合い、自分らしく安心して暮らしていける信州」の実現を目指して取組を進めています。

本町においては、これまでの取組を引き継ぎつつ、地域包括ケアシステムを一層深化・推進するとともに、富士見町における課題の解決に向け、「富士見町高齢者福祉計画（諏訪広域連合第9期介護保険事業計画）」を策定します。

■ 高齢者保健福祉計画とは

老人福祉法第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」を指すもので、高齢者を対象とした居宅生活支援や福祉施設等（老人福祉法に定められた「老人福祉事業」）に関する目標量とその確保方策について定める計画です。この計画は、介護保険事業計画と一体的に作成することとされています。

■ 介護保険事業計画とは

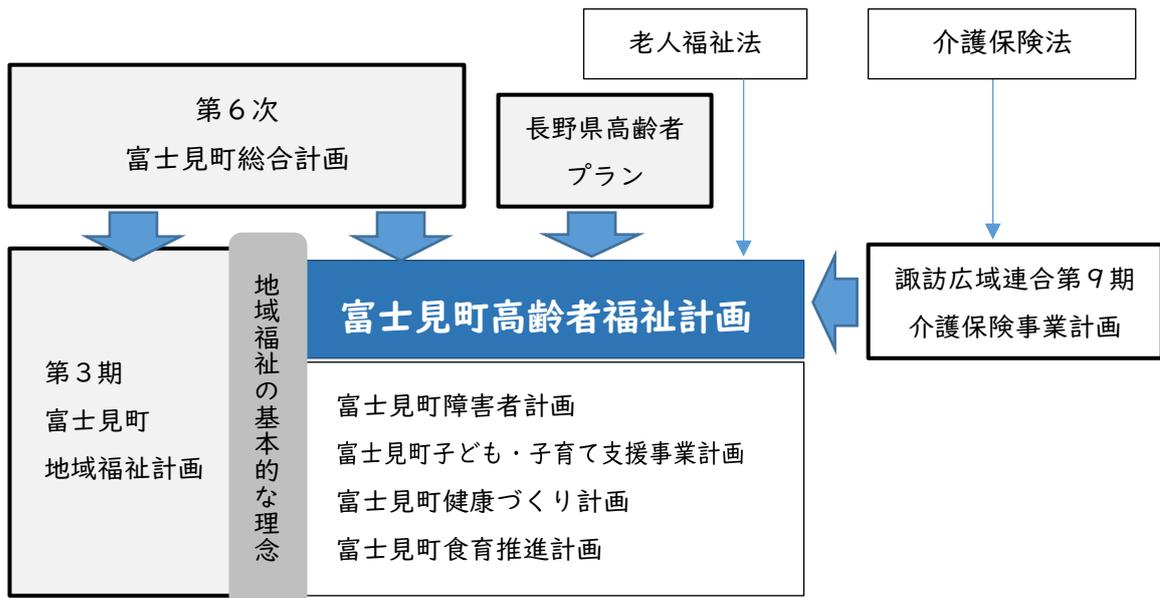
介護保険法第117条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を指すもので、介護保険サービス及び地域支援事業を円滑に実施することを目標として、必要なサービス量の見込みやその確保方策について定める計画です。この計画は、3年を1期として策定することとされています。

2. 計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法第20条の8に定める「市町村老人福祉計画」に位置づけます。

なお、介護保険法117条に基づく「市町村介護保険事業計画」は諏訪広域連合が策定し、本計画では、その方向性に基づく具体的な取組内容を示します。

本町の最上位計画となる「第6次富士見町総合計画」及び県計画である「長野県高齢者プラン」の方向性を踏まえるとともに、「諏訪広域連合第9期介護保険事業計画」及び富士見町の個別の保健福祉計画を内包する総合的・包括的な計画である「第3期富士見町地域福祉計画」との整合性を図ります。



3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度を初年度とし、令和8年度を目標年度とした3年間とします。

また、団塊世代が全員75歳以上を迎える令和7年、団塊ジュニア世代が65歳以上を迎える令和22年（2025年・2040年問題）を見据え、町内全域に地域包括ケアシステムを構築していくこととし、目標を設定します。

年度	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和22年 (2040年)
富士見町高齢者福祉計画	前期計画			本計画			

団塊世代が75歳以上 (Pointing to 令和7年)
団塊ジュニア世代が65歳以上 (Pointing to 令和22年)

4. 関連計画等の方向性

(1) 第6次富士見町総合計画

本町では、令和5（2023）年度に「第6次富士見町総合計画」を策定し、「住み続けたいまち 住んでみたいまち 帰りたくなるまちづくり」を重点テーマに計画を推進しています。

人口減少・高齢化による厳しい局面が続く中、本町が長年掲げてきた「世界に展かれた高原の文化都市」というまちの基本となる将来像を土台として掲げながら、環境の変化にも対応し、「住み続けたい」「住んでみたい」「帰りたくなる」まちを目指します。

【将来像】

世界に展かれた高原の文化都市

【関連施策】

政策3：医療・健康・福祉の充実

3-1 健康づくりの推進

- ・健康づくりの推進
- ・感染症対策の推進

3-2 地域共生社会の構築

- ・包括的な支援体制の整備
- ・福祉のまちづくりの推進
- ・人権尊重の推進

3-3 自立を重視した高齢者福祉の推進

- ・介護予防・生活支援の推進
- ・介護保険事業の推進

3-4 障がい者が自分らしく暮らせる 福祉の推進

- ・福祉の心の醸成と誰もが生活しやすい環境の整備
- ・計画的な障がい福祉サービスの確保・提供

(2) 第3期富士見町地域福祉計画

社会福祉法第107条に基づく市町村地域福祉計画として、令和3(2021)年度から令和8(2026)年度までの6年間の計画で、第3期富士見町地域福祉計画を策定しています。

計画では、「互いに認め合い、互いに支え合う、笑顔あふれるふれあいの町 富士見」を基本理念として掲げ、町民との協働により、子どもから高齢者まですべての人々が認め合い、支え合えるまちづくりを進めています。

【基本理念】

互いに認め合い、互いに支え合う、
笑顔あふれるふれあいの町 富士見

【基本目標・施策】

基本目標1 福祉のこころと人を育む

- 施策1-1 福祉意識の醸成
- 施策1-2 福祉を担う人材の育成・確保

基本目標2 人と地域、人と人をつなぐ

- 施策2-1 交流・つながりの創出
- 施策2-2 多様な主体による支え合いの促進

基本目標3 健やかで自分らしい生活を支える

- 施策3-1 健康づくり・発達支援の充実
- 施策3-2 相談支援・ケアマネジメントの充実
- 施策3-3 サービス提供体制の確保と質の向上
- 施策3-4 生活支援・自立支援の充実

基本目標4 安全・安心な暮らしを守る

- 施策4-1 成年後見制度の利用促進と権利擁護
(富士見町成年後見制度利用促進基本計画)
- 施策4-2 虐待防止対策の強化
- 施策4-3 生活困窮者対策・子どもの貧困対策の推進
- 施策4-4 安全なまちづくりの推進

(3) 長野県高齢者プラン

長野県では、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間の計画で「第9期長野県高齢者プラン」を策定し、「しあわせ（ゆたかさ）や長寿の喜びを実感し、ともに支え合い、自分らしく安心して暮らしていける信州」という基本目標の実現に向け、取組を進めています。

【基本目標】

しあわせ（ゆたかさ）や長寿の喜びを実感し、
ともに支え合い、自分らしく安心して暮らしていける信州

<基本目標に込めた想い>

◆しあわせや長寿の喜びを実感

○誰にでも居場所と出番があり、年を重ねても、介護が必要になっても、健康状態の維持・改善に取り組み、生きがいを持ち、しあわせや長寿の喜びを実感できる社会環境の構築を目指します。

◆ともに支え合い、自分らしく安心して暮らしていける信州

○保健・医療・介護（福祉）の多様な主体や地域住民が、地域における自治の力を活かして、自主的・自立的に、また協働して地域課題の解決を図ることにより、「支える側」「支えられる側」という従来を超えて、ともに支え合う地域を目指します。

○誰もがその存在や意思が尊重される環境が整っており、老後の暮らし方について、自らの意思で選択・決定することができ、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けたいという希望をかなえられる社会環境（地域包括ケア体制）の確立を目指します。

5. 国の基本方針について

国は、第9期介護保険事業計画について、次のような基本的考え方を示しています。

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- また、高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- さらに、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステム（※）の深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標について優先順位を検討した上で、介護保険事業計画に定めることが重要となる。

※地域包括ケアシステム：地域の実情に応じて、高齢者が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日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に提供される自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律第4条第4項の規定）

<計画策定の視点>

（1）介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の実情に応じたサービス基盤の整備

中長期的な本町地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要があります。

医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要となります。

中長期的なサービス需要の見込みについてサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備のあり方を議論することが重要です。

②在宅サービスの充実

居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが求められます。

居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスのさらなる普及が必要です。

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

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り得るものであり、地域住民を地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体として観念することが重要です。

地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待されます。

認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが大切です。

多様な主体による介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるよう、要支援認定を受けた人と65歳以上のすべての高齢者に対する介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の充実化を推進する必要があります。

②医療・介護情報基盤の整備

介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備が求められます。

③保険者機能の強化

給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化を進める必要があります。

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

県の主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進するとともに、介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用する必要があります。

さらに、介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進することが必要です。

※地域共生社会：社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、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、住民ひとり一人のくらしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すもの。



厚生労働省「地域共生社会とは」より

第2章 富士見町の高齢者を取り巻く状況

1. 人口・世帯

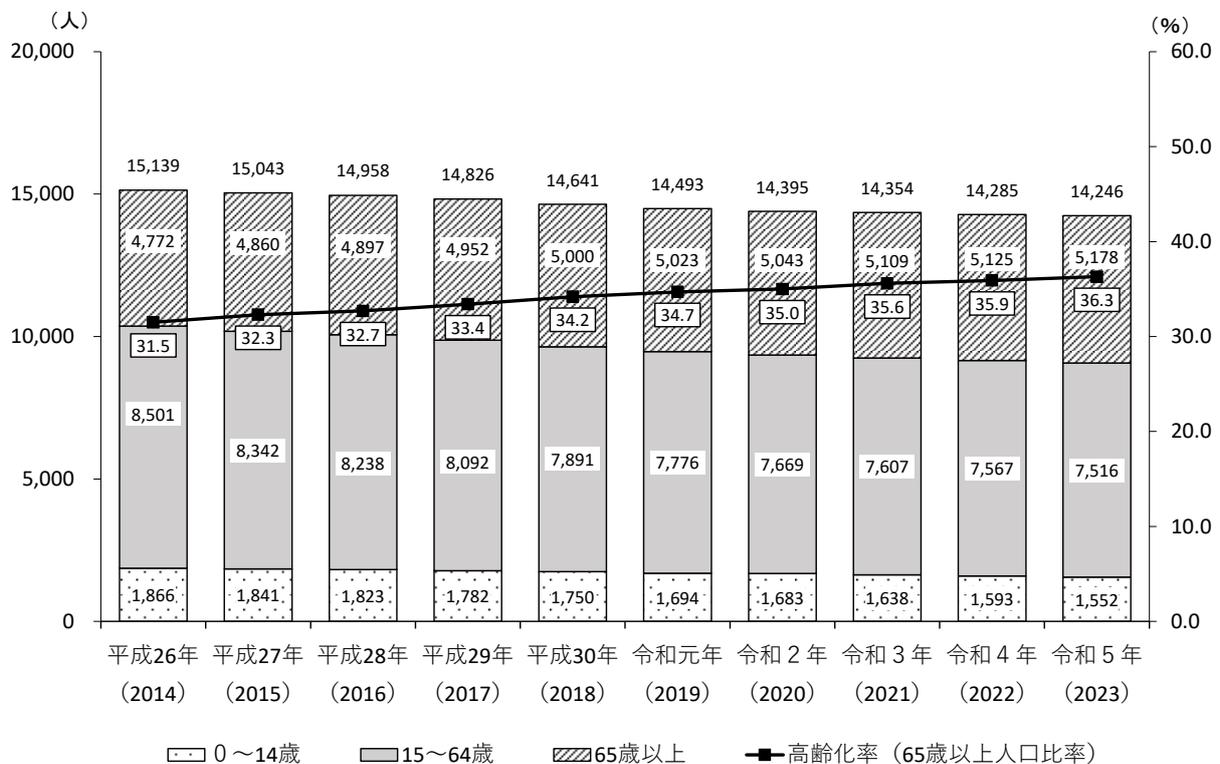
(1) 人口の推移

①総人口

本町の総人口は減少傾向で推移し、令和5（2023）年10月現在で14,246人となっています。

一方、高齢者（65歳以上）人口は増加し続けており、平成26（2014）年から9年間で406人増加し、令和5（2023）年10月現在の高齢化率は36.3%まで上昇しており、人口減少・少子高齢化が進んでいます。

■年齢3区分別人口及び高齢化率の推移

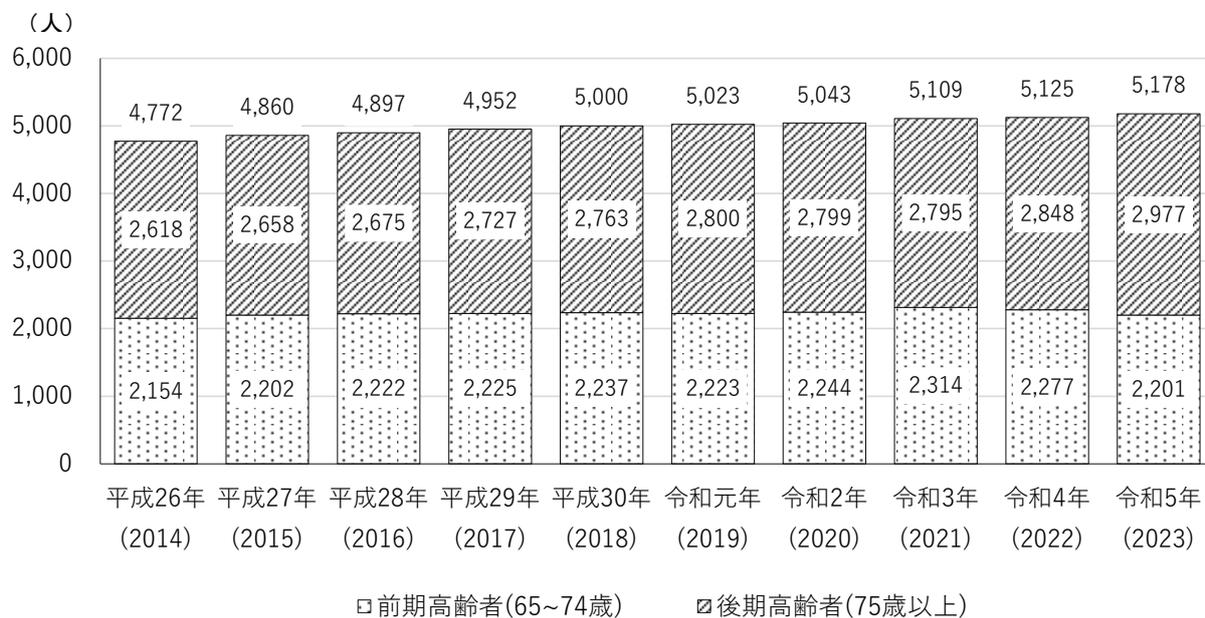


出典：住民基本台帳（各年10月1日現在）

②高齢者人口

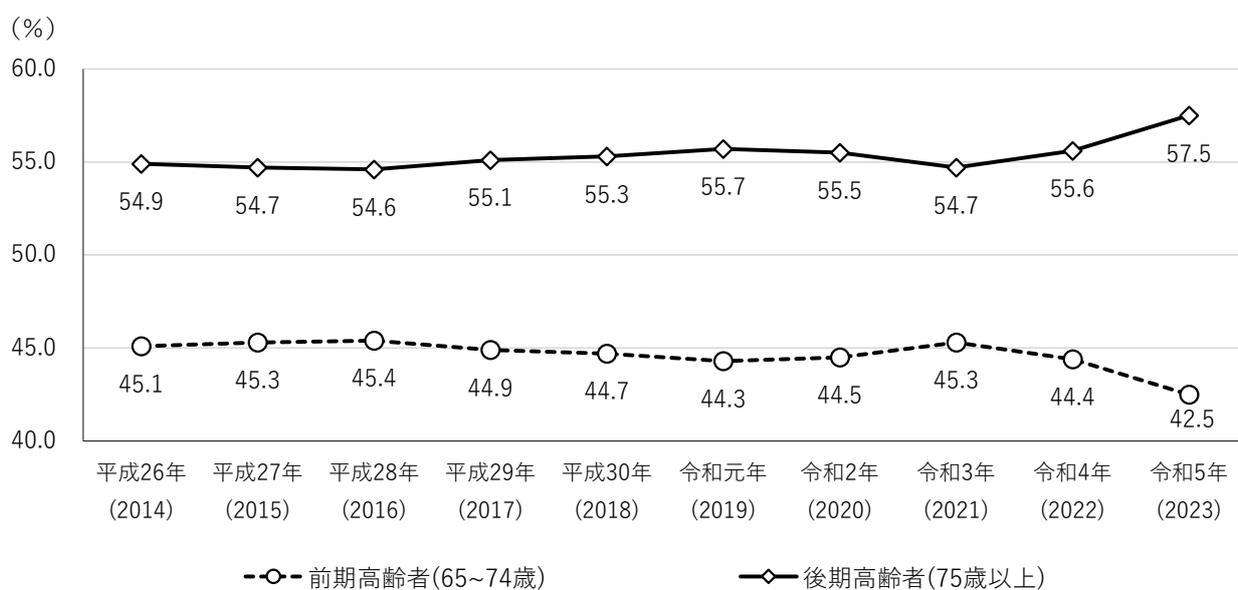
高齢者人口の推移を前期・後期別にみると、前期高齢者は概ね横ばいで推移しています。平成29（2017）年以降は、後期高齢者の構成比は上昇傾向で推移しています。

■前期・後期別高齢者数の推移



出典：住民基本台帳（各年10月1日現在）

■前期・後期別高齢者の構成比の推移



出典：住民基本台帳（各年10月1日現在）

地区別の高齢者数・割合は以下のとおりです。

■地区別高齢者数・割合

(単位：人)

行政区名	人口	65歳以上	高齢化率	75歳以上	75歳以上割合
御射山神戸区	705	254	36.0%	158	22.4%
栗生集落組合	221	97	43.9%	54	24.4%
大平区	139	62	44.6%	29	20.9%
松目区	154	61	39.6%	34	22.1%
原の茶屋区	180	66	36.7%	40	22.2%
若宮区	310	120	38.7%	71	22.9%
木之間区	309	131	42.4%	76	24.6%
花場区	52	24	46.2%	14	26.9%
休戸区	4	3	75.0%	1	25.0%
横吹区	26	14	53.8%	8	30.8%
とちの木区	111	43	38.7%	28	25.2%
富士見区	1,899	609	32.1%	381	20.1%
南原山集落組合	594	134	22.6%	73	12.3%
富原区	269	54	20.1%	30	11.2%
富士見ヶ丘区	216	67	31.0%	43	19.9%
塚平区	209	49	23.4%	25	12.0%
富ヶ丘区	190	35	18.4%	12	6.3%
乙事区	820	325	39.6%	175	21.3%
立沢区	1,158	434	37.5%	238	20.6%
瀬沢新田集落組合	790	246	31.1%	134	17.0%
桜ヶ丘区	568	192	33.8%	113	19.9%
立沢広原	225	108	48.0%	48	21.3%
下蔦木集落組合	59	38	64.4%	22	37.3%
上蔦木区	212	112	52.8%	66	31.1%
神代区	30	20	66.7%	12	40.0%
烏帽子区	248	111	44.8%	60	24.2%
平岡区	44	29	65.9%	23	52.3%
机区	203	69	34.0%	38	18.7%
先能集落組合	34	16	47.1%	9	26.5%
瀬沢区	173	69	39.9%	43	24.9%
富里区	1,201	403	33.6%	240	20.0%
富士見台区	459	166	36.2%	96	20.9%
小六区	271	112	41.3%	65	24.0%
高森区	453	192	42.4%	116	25.6%
信濃境区	483	194	40.2%	116	24.0%
池袋区	252	116	46.0%	65	25.8%
田端区	186	62	33.3%	29	15.6%
先達区	176	81	46.0%	50	28.4%
葛窪区	323	140	43.3%	85	26.3%
境広原	153	95	62.1%	43	28.1%
フジミ	90	12	13.3%	11	12.2%
オチアイ	45	12	26.7%	3	6.7%
入笠	2	1	50.0%	0	0.0%
合計	14,246	5,178	36.3%	2,977	20.9%

出典：住民基本台帳（令和5年10月1日現在）

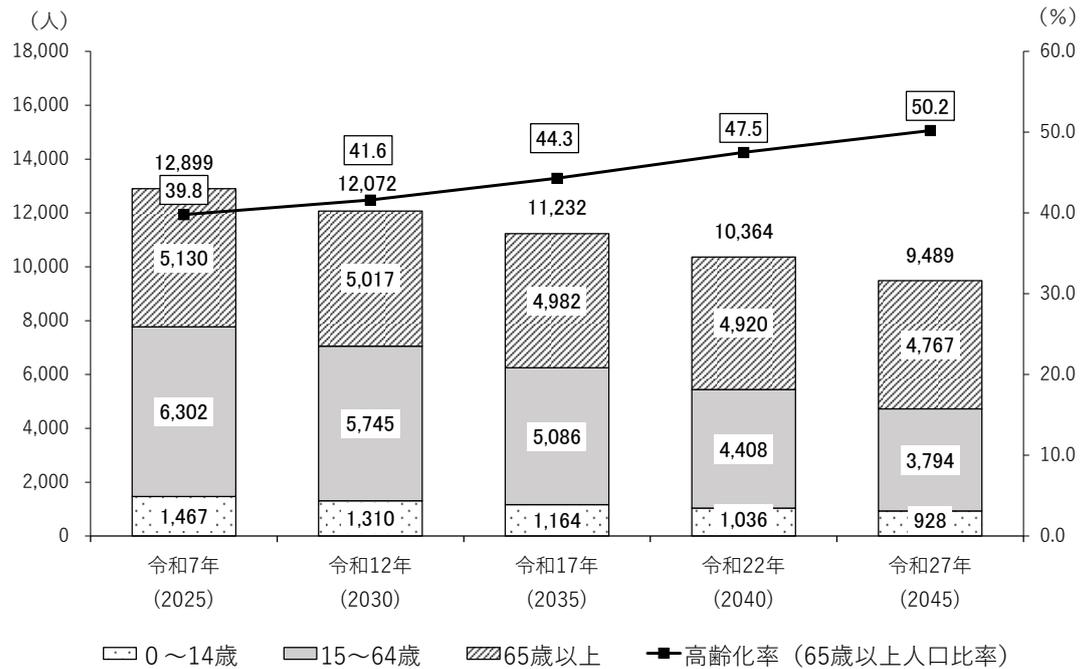
(2) 将来人口推計

①総人口

国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計によると、令和27(2045)年には、総人口が9,489人まで減少し、高齢者数は4,767人とゆるやかに減少傾向で推移します。また、高齢化率は50.2%まで上昇すると見込まれます。

※国立社会保障・人口問題研究所を以下では「社人研」という。

■年齢3区分別人口及び高齢化率の推計



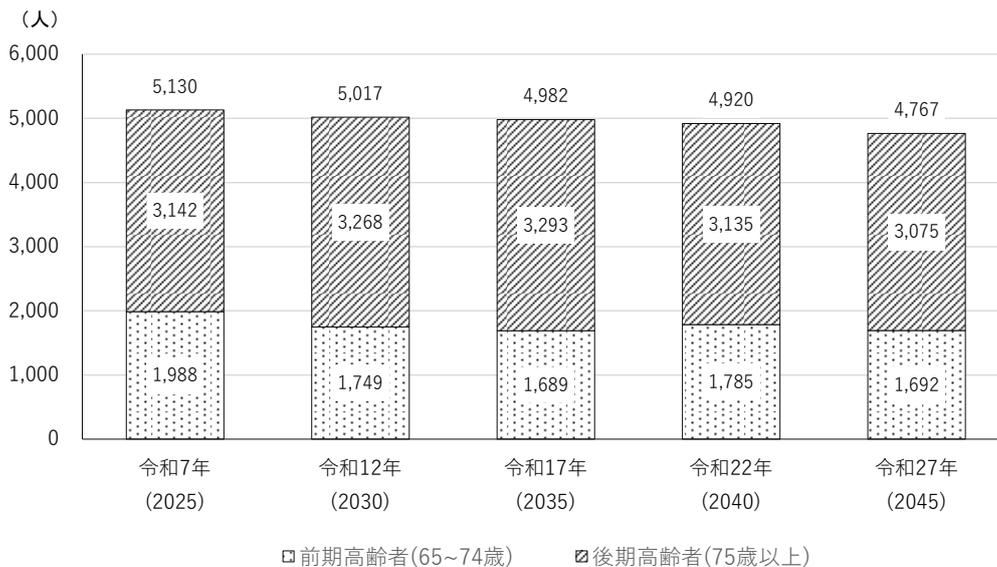
※各年10月1日現在の社人研推計値

②高齢者人口

国立社会保障・人口問題研究所による、高齢者人口の推計を前期・後期別にみると、前期高齢者は減少傾向、後期高齢者は増加傾向が続き、団塊の世代が全員後期高齢者となる令和7（2025）年には、後期高齢者数が3,142人となり、令和17（2035）年の3,293人まで増加した後は減少に転じると推計されます。

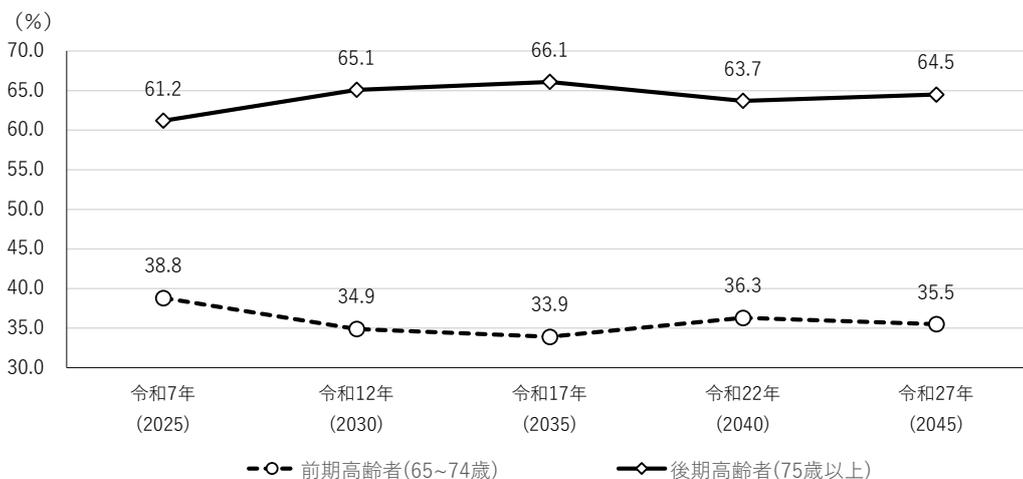
また、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年には、前期高齢者数が増加すると推計されます。

■前期・後期別高齢者数の推計



※各年10月1日現在の社人研推計値

■前期・後期別高齢者の構成比の推計



※各年10月1日現在の社人研推計値

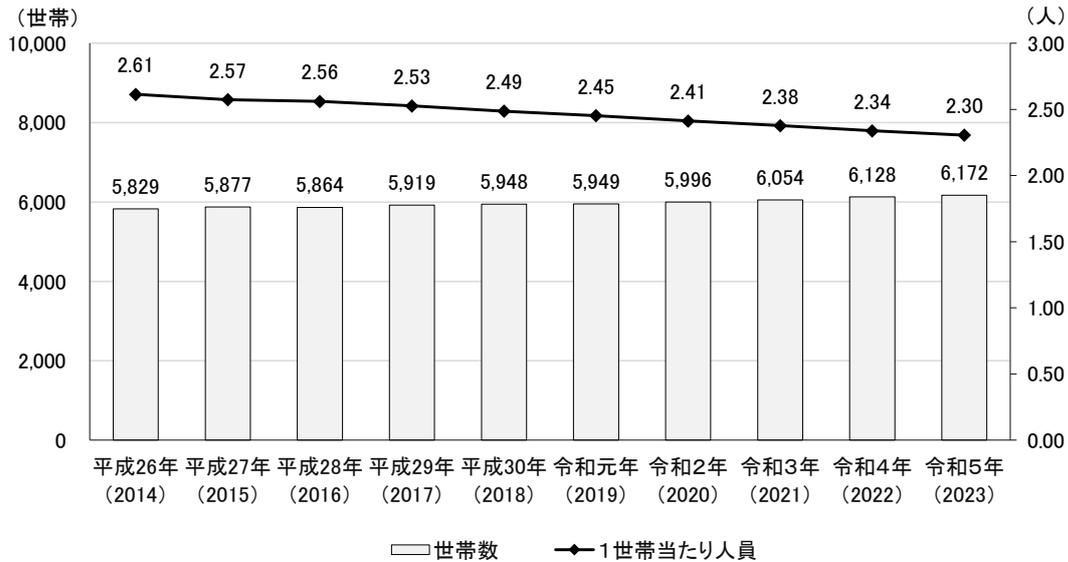
(3) 世帯の状況

①世帯数の推移

本町の世帯数は、平成26(2014)年の5,829世帯から9年間で300世帯以上増え、令和5(2023)年現在で6,172世帯となっています。

人口が減少してきている中、世帯数は微増傾向にあり、1世帯当たり人員は減少してきています。

■世帯数・1世帯当たり人員の推移



出典：住民基本台帳（各年1月1日）

②高齢者世帯の状況

住民基本台帳より、本町の高齢者世帯の状況をみると、高齢者のいる世帯は令和5(2023)年現在3,483世帯で、そのうち一人暮らし世帯が1,136世帯、高齢夫婦のみ世帯が1,014世帯となっています。高齢一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯ともに世帯数及び全世帯に占める割合が増加してきており、令和5(2023)年には全世帯の3割以上を占めています。

■世帯構成別世帯数・割合の状況

(単位：世帯)

	平成29年 (2017)	令和2年 (2020)	対平成29年 (2017)比	令和5年 (2023)	対令和2年 (2020)比
全世帯数	5,951	6,024	73	6,247	223
高齢者のいる世帯	3,350	3,400	50	3,483	83
	56.3%	56.4%	1.1P	55.8%	-0.6P
高齢一人暮らし世帯	985	1,051	66	1,136	85
	16.6%	17.4%	0.8P	18.2%	0.8P
高齢夫婦のみ世帯 (夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯)	894	929	35	1,014	85
	15.0%	15.4%	0.4P	16.2%	0.8P
64歳以下と同居している世帯	1,417	1,420	3	1,333	-87
	23.8%	23.6%	-0.2P	21.3%	-2.3P

出典：住民基本台帳（各年10月1日現在）

■地区別高齢者世帯の状況

(単位：世帯)

行政区名	世帯数	高齢者世帯	高齢者世帯割合	高齢者世帯内訳・割合					
				一人暮らし世帯	一人暮らし世帯割合	高齢者のみ世帯	高齢者のみ世帯割合	64歳以下同居世帯	64歳以下同居世帯割合
御射山神戸区	300	168	56.0%	47	28.0%	52	31.0%	69	41.1%
栗生集落組合	93	64	68.8%	16	25.0%	21	32.8%	27	42.2%
大平区	55	34	61.8%	7	20.6%	14	41.2%	13	38.2%
松目区	64	39	60.9%	10	25.6%	17	43.6%	12	30.8%
原の茶屋区	79	44	55.7%	12	27.3%	16	36.4%	16	36.4%
若宮区	132	82	62.1%	29	35.4%	24	29.3%	29	35.4%
木之間区	126	89	70.6%	22	24.7%	17	19.1%	50	56.2%
花場区	20	16	80.0%	3	18.8%	6	37.5%	7	43.8%
休戸区	2	2	100.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%
横吹区	12	9	75.0%	4	44.4%	2	22.2%	3	33.3%
とちの木区	47	31	66.0%	10	32.3%	7	22.6%	14	45.2%
富士見区	858	423	49.3%	153	36.2%	109	25.8%	161	38.1%
南原山集落組合	249	90	36.1%	21	23.3%	20	22.2%	49	54.4%
富原区	132	37	28.0%	10	27.0%	10	27.0%	17	45.9%
富士見ヶ丘区	94	43	45.7%	17	39.5%	14	32.6%	12	27.9%
塚平区	79	32	40.5%	8	25.0%	10	31.3%	14	43.8%
富ヶ丘区	73	26	35.6%	8	30.8%	5	19.2%	13	50.0%
乙事区	321	204	63.6%	51	25.0%	66	32.4%	87	42.6%
立沢区	436	280	64.2%	79	28.2%	86	30.7%	115	41.1%
瀬沢新田集落組合	317	158	49.8%	39	24.7%	41	25.9%	78	49.4%
桜ヶ丘区	280	129	46.1%	41	31.8%	43	33.3%	45	34.9%
立沢広原	129	70	54.3%	25	35.7%	36	51.4%	9	12.9%
下蔦木集落組合	31	26	83.9%	9	34.6%	8	30.8%	9	34.6%
上蔦木区	103	79	76.7%	32	40.5%	17	21.5%	30	38.0%
神代区	13	11	84.6%	5	45.5%	1	9.1%	5	45.5%
烏帽子区	109	69	63.3%	21	30.4%	19	27.5%	29	42.0%
平岡区	24	20	83.3%	9	45.0%	4	20.0%	7	35.0%
机区	92	50	54.3%	21	42.0%	11	22.0%	18	36.0%
先能集落組合	13	10	76.9%	2	20.0%	1	10.0%	7	70.0%
瀬沢区	109	57	52.3%	35	61.4%	8	14.0%	14	24.6%
富里区	543	284	52.3%	99	34.9%	74	26.1%	111	39.1%
富士見台区	190	106	55.8%	28	26.4%	35	33.0%	43	40.6%
小六区	110	74	67.3%	25	33.8%	20	27.0%	29	39.2%
高森区	215	137	63.7%	52	38.0%	44	32.1%	41	29.9%
信濃境区	219	135	61.6%	56	41.5%	39	28.9%	40	29.6%
池袋区	114	76	66.7%	24	31.6%	28	36.8%	24	31.6%
田端区	79	41	51.9%	14	34.1%	15	36.6%	12	29.3%
先達区	80	56	70.0%	22	39.3%	15	26.8%	19	33.9%
葛窪区	149	99	66.4%	35	35.4%	28	28.3%	36	36.4%
境広原	90	64	71.1%	26	40.6%	26	40.6%	12	18.8%
フジミ	35	9	25.7%	4	44.4%	3	33.3%	2	22.2%
オチアイ	29	9	31.0%	3	33.3%	2	22.2%	4	44.4%
入笠	2	1	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	6,247	3,483	55.8%	1,136	32.6%	1,014	29.1%	1,333	38.3%

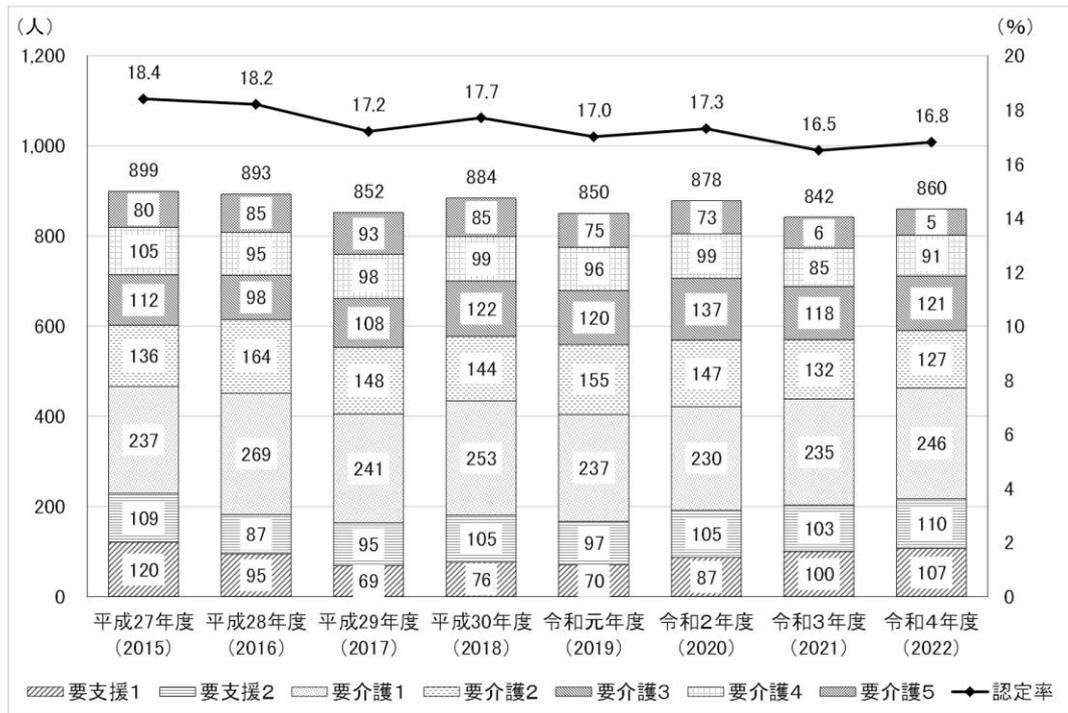
出典：住民基本台帳（令和5年10月1日現在）

2. 要介護認定者等

① 要介護認定者数

本町の要介護・要支援認定者数は、令和4（2022）年度末現在で860人となっています。ここ数年の推移をみると介護認定率は減少傾向にあります。

■ 要介護・要支援認定者数・介護認定率の推移

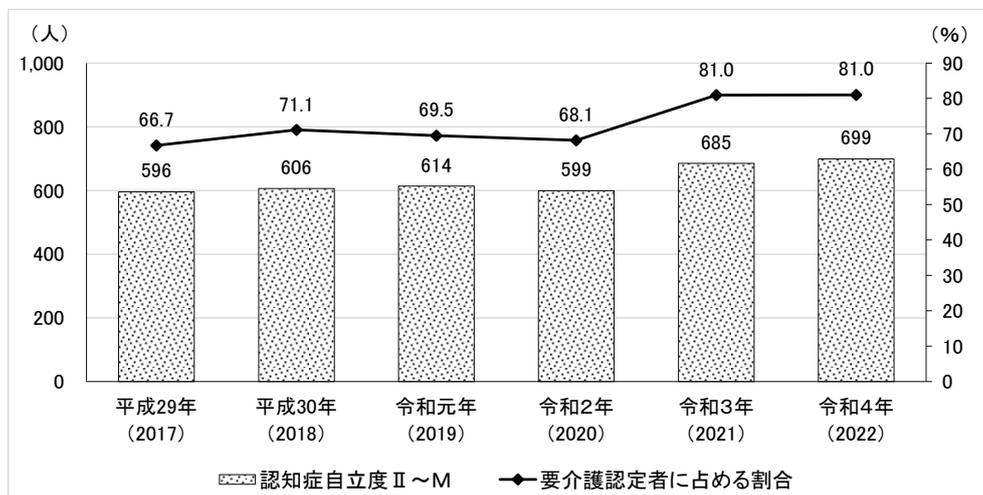


出典：介護保険事業状況報告（各年度末3月31日現在）

②認知症自立度

介護認定調査において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上と判定された人の数は600人前後で推移しており、令和3（2021）年以降増加しています。要介護認定者数に占める割合も増加傾向にあり、令和4（2022）年で81.0%となっています。

■認知症高齢者数（認知症自立度Ⅱ以上の要介護認定者）及び出現率の推移



	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
Ⅱ a	70	72	78	73	89	98	97
Ⅱ b	279	281	267	271	285	287	314
Ⅲ a	139	140	148	137	144	164	157
Ⅲ b	40	41	40	33	48	37	23
Ⅳ	64	65	71	75	105	101	90
M	4	7	10	10	14	12	6
認知症自立度Ⅱ～M	596	606	614	599	685	699	687

※認定調査時点の認知症自立度。認定者数に占める割合の母数は、各年3月31日現在の認定者数

出典：介護保険認定情報

■認知症自立度の判定基準

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	Ⅱa 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。
	Ⅲa 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
	Ⅲb 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

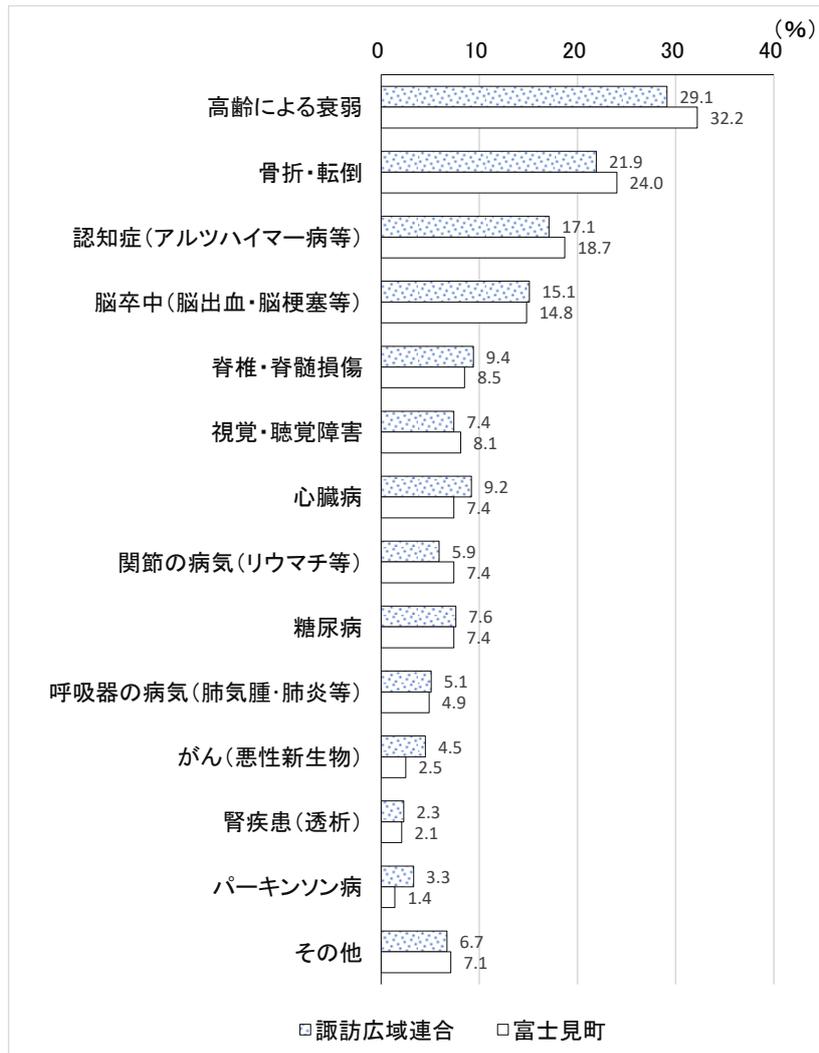
3. 疾病の状況

① 要介護状態になった主な原因疾病

高齢者等実態調査の結果から、要介護状態になった主な原因疾病をみると、「高齢による衰弱」が最も高く、次いで「骨折・転倒」、「認知症（アルツハイマー病等）」と続いています。

諏訪広域と比べると、「高齢による衰弱」の割合が高く、「心臓病」、「脊椎・脊髄損傷」等の割合がやや低くなっています。

■ 要介護状態になった主な原因疾病



出典：高齢者等実態調査（居宅要介護・要支援認定者等実態調査）（令和5年度）

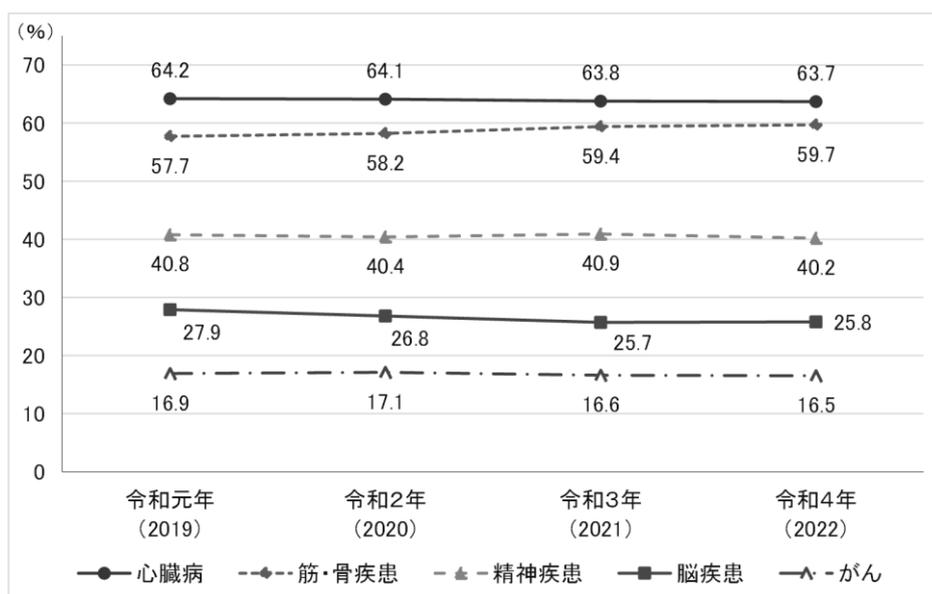
②要介護認定者の有病状況

要介護・要支援認定者における有病状況をみると、「心臓病」の割合が最も高く、次いで「筋・骨疾患」、「精神疾患（認知症を含む）」、「脳疾患」、「がん」と続いています。

「筋・骨疾患」の割合が増加傾向で推移しています。

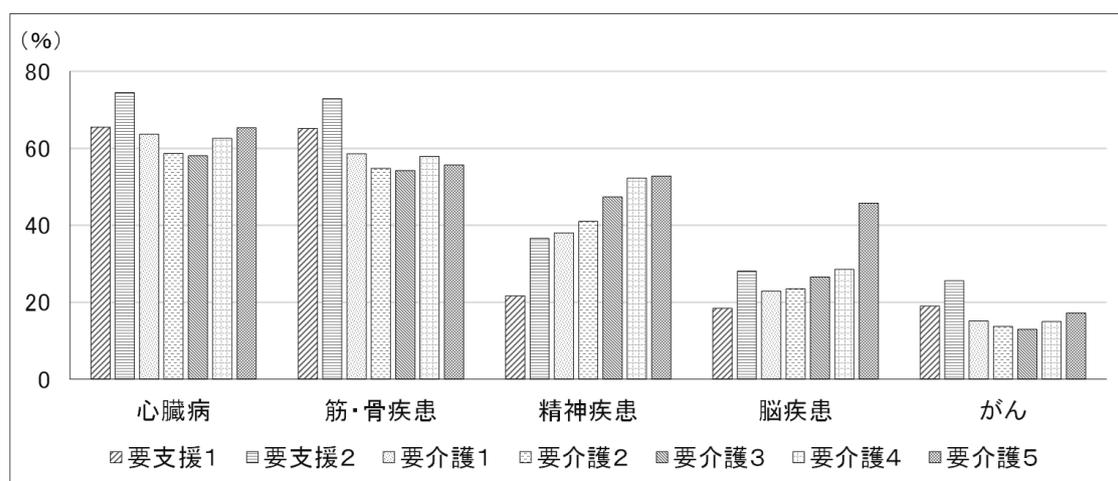
要介護度別にみると、要支援では「筋・骨疾患」、「心臓病」の割合が高く、要介護度が上がるにつれ「精神疾患（認知症を含む）」、「脳疾患」の割合が高くなっています。

■要介護認定者の疾患別有病割合の推移



出典：国保データベース、健康スコアリング（介護）

■要介護度別有病割合（令和4年度）



出典：健康スコアリング（介護）

③死因別死亡数・率

本町の令和2（2020）年の死因別死亡数・率をみると、「悪性新生物」が最も高く、次いで「心疾患」、「老衰」と続いています。

死因別死亡率を全国及び県全体と比較すると、本町では全国と比べて「悪性新生物」、「心疾患」、「不慮の事故」、「慢性閉塞性肺疾患」等の死亡率が高くなっています。

■死因別死亡数・率（令和2年）

（単位 死亡数：人、率：人口10万人当たり）

	死亡数	死亡率	比較対象		
			諏訪広域	長野県	全国
悪性新生物	54	383.4	326.6	316.9	306.6
心疾患	35	248.5	204.3	182.7	166.6
老衰	16	113.6	90.8	158.9	107.3
脳血管疾患	13	92.3	120.7	114.6	83.5
不慮の事故	6	42.6	39.78	38.8	30.9
肺炎	4	28.4	50.6	58.7	63.6
慢性閉塞性肺疾患	4	28.4	23.7	14.4	—
自殺	3	21.3	18.1	17.5	16.4
腎不全	1	7.1	13.9	18.6	21.8
胃潰瘍および十二指腸潰瘍	1	7.1	1.5	1.9	—
肝疾患	1	7.1	8.8	11.6	14.3

出典：長野県衛生年報（人口動態統計）

4. 就労状況

①富士見町の産業構造

本町の産業別就業人口をみると、令和2（2020）年では、第1次産業が12.8%、第2次産業が31.6%、第3次産業が54.5%となっています。

国、県と比べて第1次産業、及び第2次産業従事者の割合が高く、第3次産業従事者の割合が比較的低いことが特徴です。

■産業別就業人口割合（令和2年）

（単位 %）

	第1次産業	第2次産業	第3次産業	分類不能の産業
富士見町	12.8	31.6	54.5	1.2
全国	3.4	23.0	70.6	3.0
長野県	8.4	28.1	61.3	2.3

出典：国勢調査（令和2年10月1日現在）

②高齢者の就労状況

高齢者の就労状況をみると、65歳以上人口のうち約3割（男性は約4割、女性は約2割）が就労しており、男性では、75歳以上でも約4人に1人が就労しています。

県と比べると、就労している人の割合がやや高くなっています。

■高齢者の就労状況（令和2年）

（単位 人）

		富士見町			長野県		
			男性	女性		男性	女性
総数	65歳以上	5,115	2,285	2,830	646,942	284,423	362,519
	75歳以上	2,846	1,165	1,681	352,073	141,293	210,780
労働力人口	65歳以上	1,659	978	681	202,738	117,657	85,081
		32.4%	42.8%	24.1%	31.3%	41.4%	23.5%
	75歳以上	489	291	198	58,593	34,344	24,249
		17.2%	25.0%	11.8%	16.6%	24.3%	11.5%
就業者	65歳以上	1,614	941	673	197,928	113,804	84,124
		31.6%	41.2%	23.8%	30.6%	40.0%	23.2%
	75歳以上	480	282	198	57,758	33,714	24,044
		16.9%	24.2%	11.8%	16.4%	23.9%	11.4%
完全失業者	65歳以上	45	37	8	4,810	3,853	957
		0.9%	1.6%	0.3%	0.7%	1.4%	0.3%
	75歳以上	9	9	-	835	630	205
		0.3%	0.8%	0.0%	0.2%	0.4%	0.1%
非労働力人口	65歳以上	3,390	1,276	2,114	419,998	156,073	263,925
		66.3%	55.8%	74.7%	64.9%	54.9%	72.8%
	75歳以上	2,320	857	1,463	278,282	100,660	177,622
		81.5%	73.6%	87.0%	79.0%	71.2%	84.3%

出典：国勢調査（令和2年10月1日現在）

5. 町民アンケート調査・高齢者等実態調査

(1) 調査の概要・目的

■町民アンケート調査：令和3（2021）年度～令和5（2023）年度の「富士見町高齢者福祉計画」の最終評価をし、次期計画である「富士見町高齢者福祉計画」の策定に向けて、町民の皆様の実態を把握するため「富士見町 健康・食育に関するアンケート調査」にて、65歳以上の方にお伺いしたものです。

■高齢者等実態調査：3年ごとに見直しをしている介護保険事業計画を立てるための基礎資料を得ることを目的とし、長野県と協力して実施したものです。

調査種別	町民アンケート調査 (富士見町 健康・食育に 関するアンケート調査)	高齢者等実態調査（諏訪広域連合）	
		元気高齢者	居宅要介護・ 要支援認定者等
調査対象	一般町民	要介護・要支援認定を受けていない65歳以上の方	要支援・要介護認定を受けていて在宅で生活されている方
配布数	一般町民 1,400 票 うち 65 歳以上 320 票	諏訪広域連合 998 票 うち富士見町 80 票	諏訪広域連合 7,545 票 うち富士見町 845 票
調査方法	郵送方法	郵送方法	
抽出方法	無作為抽出	無作為抽出	
調査時期	令和5年7月～8月	令和4年12月	
有効回収数	一般町民 445 票 うち 65 歳以上 168 票	諏訪広域連合 666 票 うち富士見町 56 票	諏訪広域連合 4,243 票 うち富士見町 334 票
有効回収率	一般町民 31.8% 65 歳以上 52.5%	諏訪広域連合 66.7% 富士見町 70.0%	諏訪広域連合 65.2% 富士見町 39.5%

※調査結果の中で主なものを抜粋して掲載しています。その中で顕著な差がみられるもの等についてグラフと文章で表し、その他は文章のみで表しています。

※比率はすべて百分率（％）で表し、小数点以下2位を四捨五入して算出しています。したがって、合計が100％を上下する場合があります。

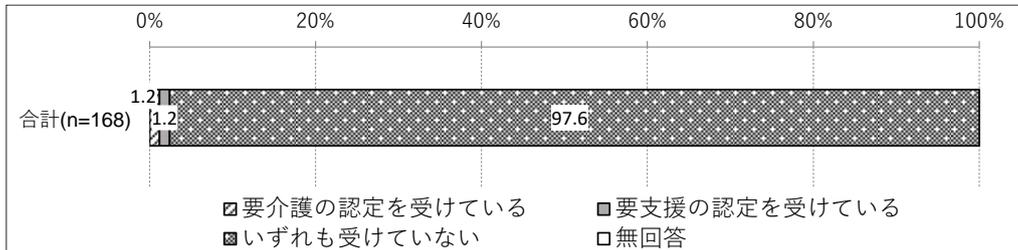
※基数となるべき実数は、“n＝〇〇〇”として掲載し、各比率はnを100％として算出しています。

※質問の終わりに【複数回答】とある問は、1人の回答者が2つ以上の回答を出してもよい問であり、したがって、各回答の合計比率は100％を超える場合があります。

(2) 町民アンケート調査結果 (65歳以上の結果)

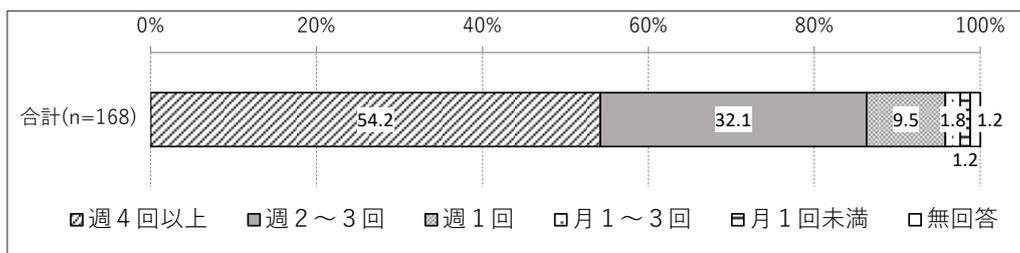
■要介護もしくは要支援の認定を受けているか

「いずれも受けていない」が97.6%と最も高く、「要介護」「要支援」はともに1.2%となっています。



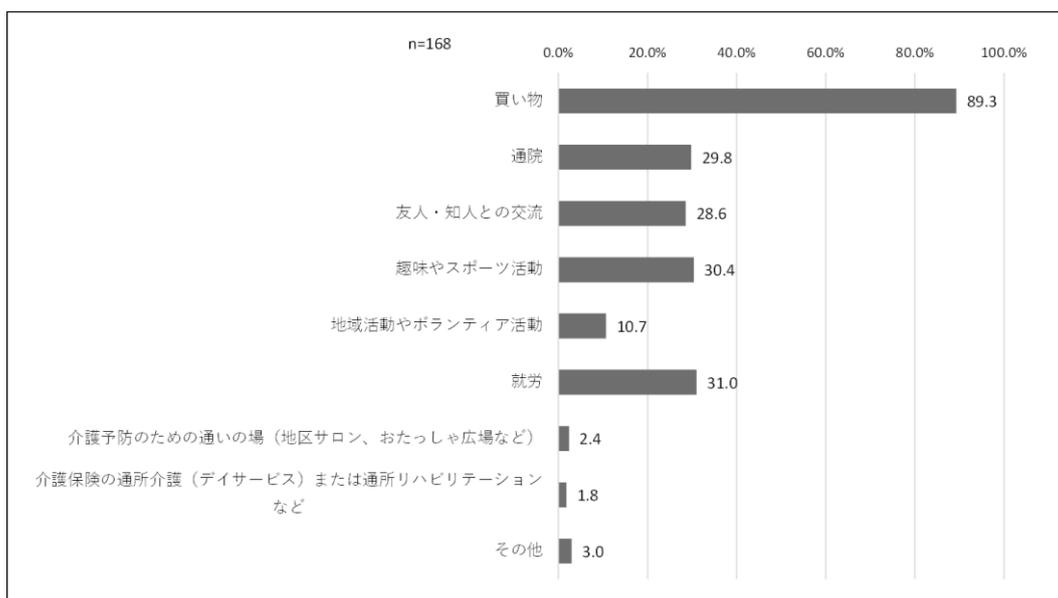
■外出頻度

「週4回以上」が54.2%と最も高く、次いで「週2～3回」が32.1%となっています。



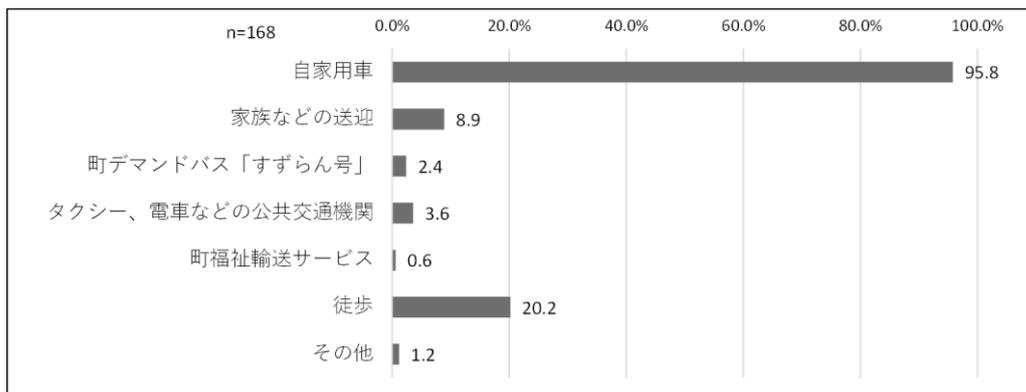
■外出の目的として多いもの【複数回答】

「買い物」が89.3%と最も高く、次いで「就労」「趣味やスポーツ活動」「通院」「友人・知人との交流」が30%前後となっています。



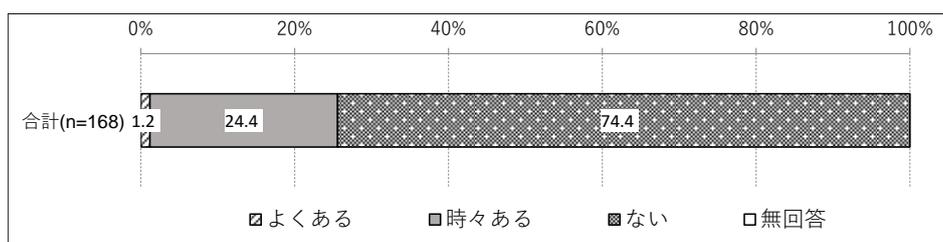
■外出する際の移動手段【複数回答】

「自家用車」が95.8%と最も高く、次いで「徒歩」が20.2%となっています。



■外出が「むずかしい」「おっくうである」と感じることもあるか

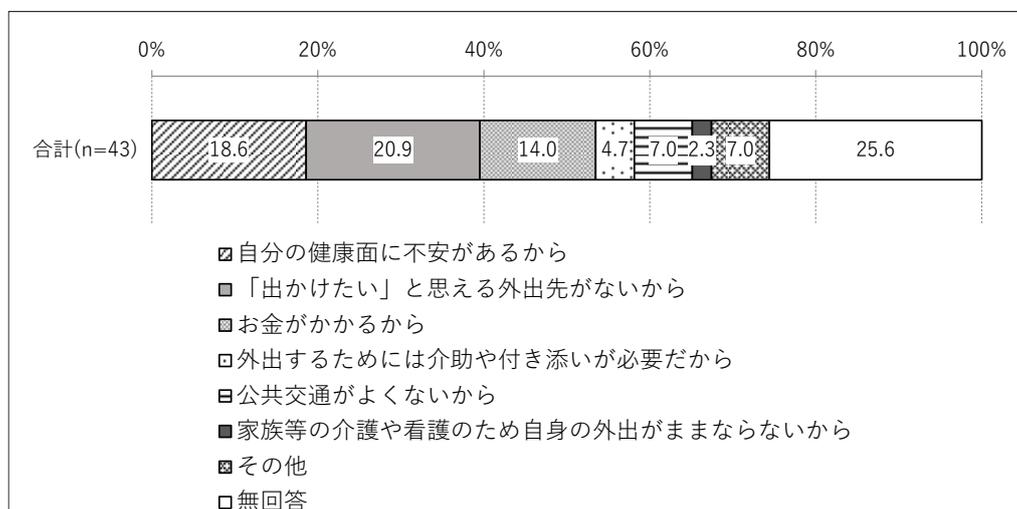
「ない」が74.4%と最も高く、次いで「時々ある」が24.4%となっています。



上の問いで「よくある」「時々ある」を選択した方

■そのように感じる理由

「『出かけた』と思える外出先がないから」が20.9%と最も高く、次いで「自分の健康面に不安があるから」が18.6%となっています。

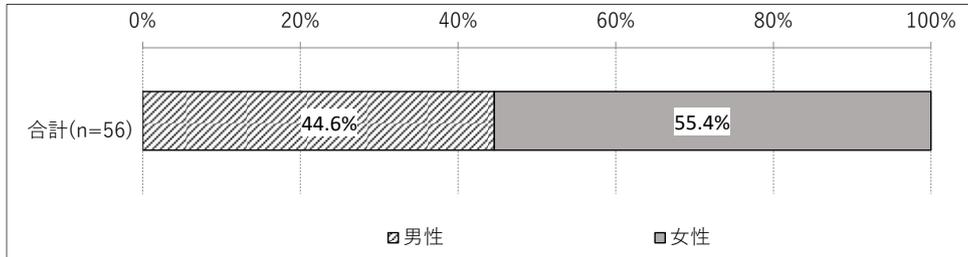


(3) 高齢者等実態調査結果

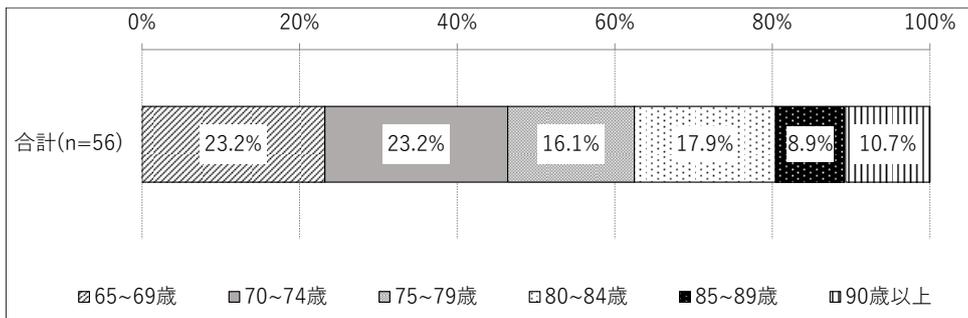
元気高齢者

①本人の属性

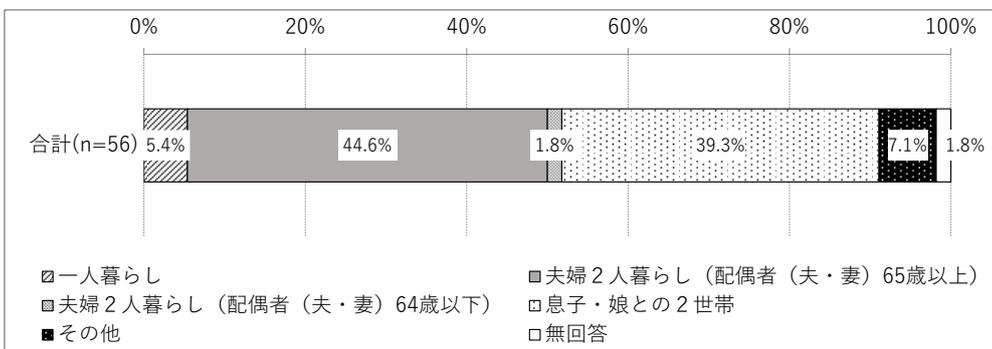
■性別



■年齢



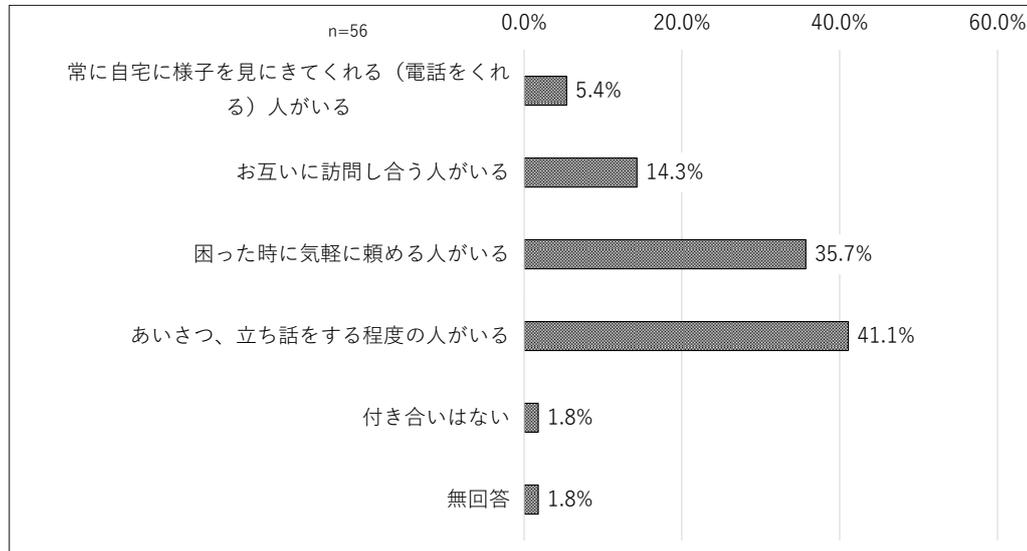
■世帯構成



②近所づきあいについて

■近所づきあいの程度

どの程度の近所づきあいをしているかについて、「あいさつ、立ち話をする程度の人がいる」が41.1%で最も高く、次いで「困ったときに気軽に頼める人がある」(35.7%)、「お互いに訪問し合う人がある」(14.3%)と続いています。



③体を動かすことについて

■外出を控えているか

外出を控えているかについて「はい」が48.2%、「いいえ」が50.0%、無回答が1.8%となっています。

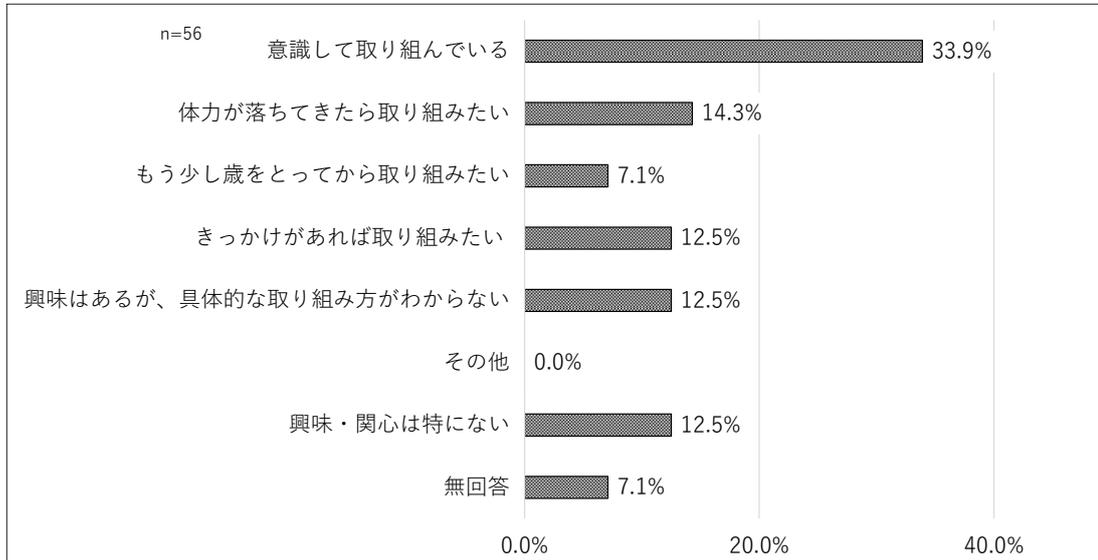
■外出を控えている理由

外出を控えていると答えた27人にその理由を伺ったところ、「新型コロナウイルス感染症の感染予防」が74.1%と最も高く、次いで「足腰などの痛み」(18.5%)、「交通手段がない」(11.1%)と続いています。

④介護予防について

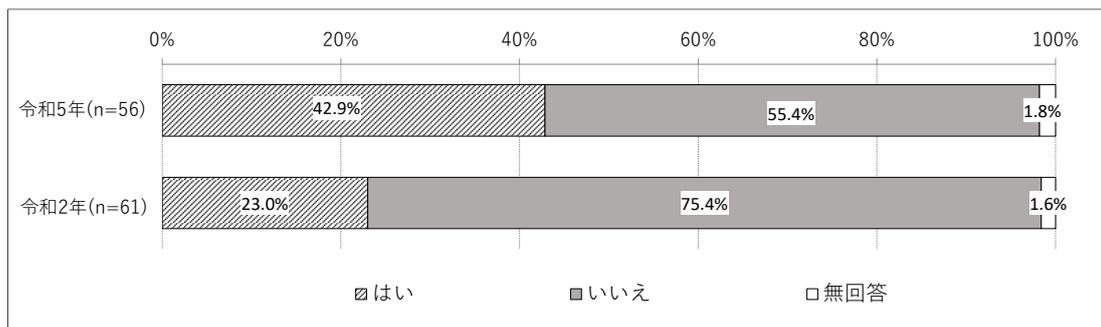
■介護予防への取組状況

介護予防への取組について、「意識して取り組んでいる」が33.9%で最も高く、次いで「体力が落ちてきたから取り組みたい」(14.3%)、「きっかけがあれば取り組みたい」、「興味はあるが、具体的な取り組み方がわからない」、「興味・関心は特にない」(ともに12.5%)と続いています。



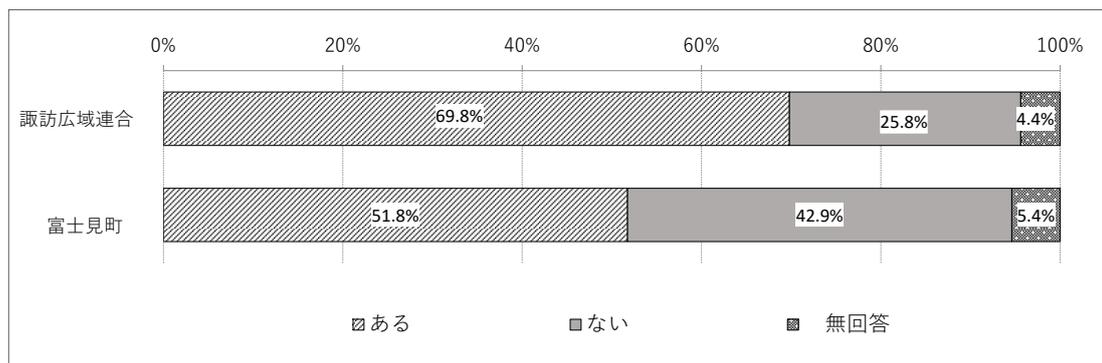
■この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがあったか（令和2年・令和5年比較）

気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがあったかについて、「はい」が42.9%となっています。前回調査（令和2年）と比べるとその値は高くなっています。



■かかりつけ薬剤師・薬局の有無（諏訪広域連合・富士見町比較）

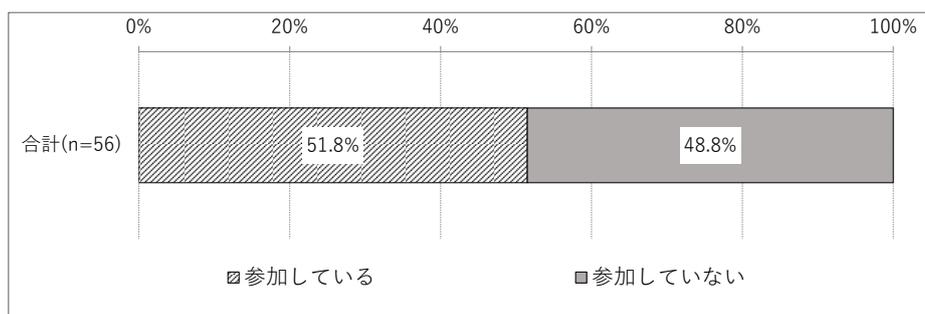
かかりつけ薬剤師・薬局の有無について、「ある」が51.8%となっています。諏訪広域連合と比べるとその値は低くなっています。



⑤地域活動への参加について

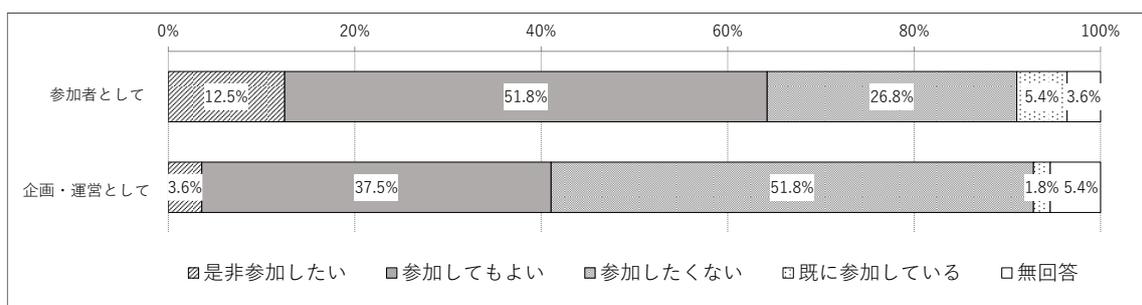
■地域の会やグループへの参加状況

地域の会やグループへの参加状況について、「参加している」が51.8%と約半数となっています。



■住民有志による地域活動への参加意向

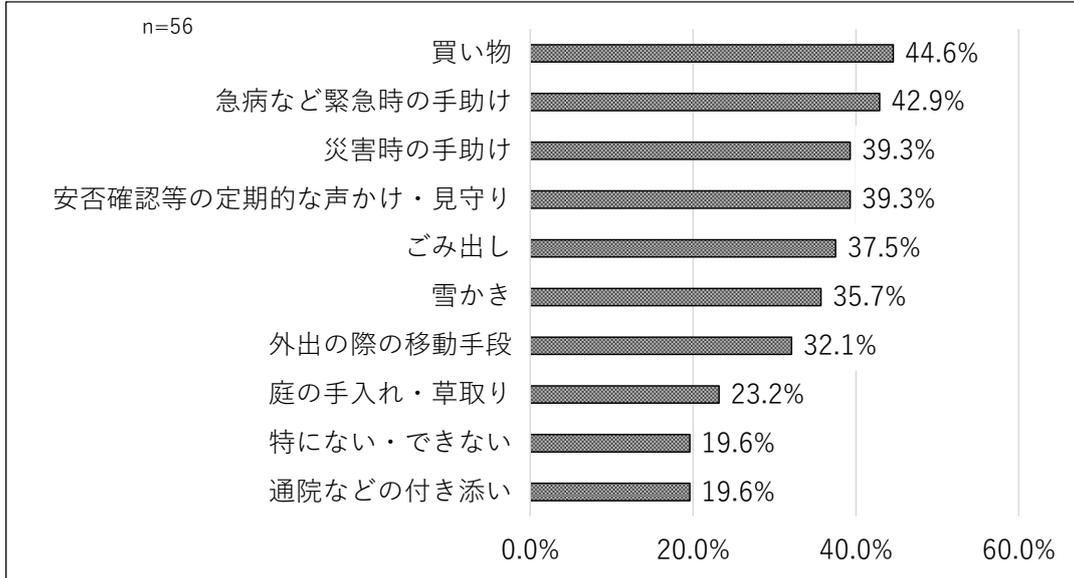
地域住民の有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加志向について、5.4%の人が「参加者として」既に参加し、64.3%の人が今後の参加意向を示しています。また、1.8%の人が「企画・運営（お世話役）」として既に参加し、41.1%の人が今後の参加意向を示しています。



⑥助け合いについて

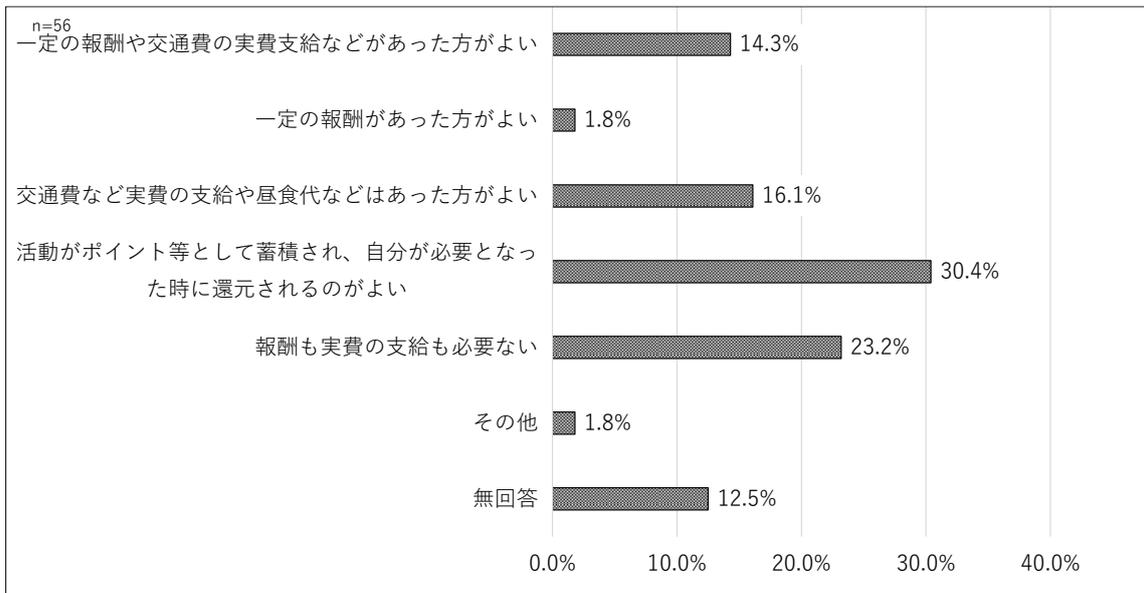
■困っている家庭に対して自分ができると思う支援【複数回答】

隣近所に高齢や病気・障がいなどで困っている家庭があった場合にできる支援について、「買い物」(44.6%)が最も高く、次いで「急病など緊急時の手助け」(42.9%)、「災害時の手助け」、「安否確認等の定期的な声かけ・見守り」(各39.3%)と続いています。



■支援を行う場合の報酬等の考え方

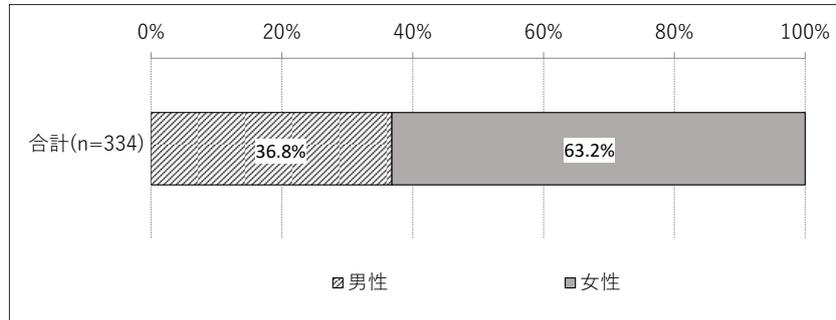
支援を行う場合の報酬や費用(実費)について、「活動した時間がポイントとして蓄積され、サービスとして還元されるのがよい」が30.4%で最も高く、次いで「報酬も実費の支給も必要ない」(23.2%)となっています。



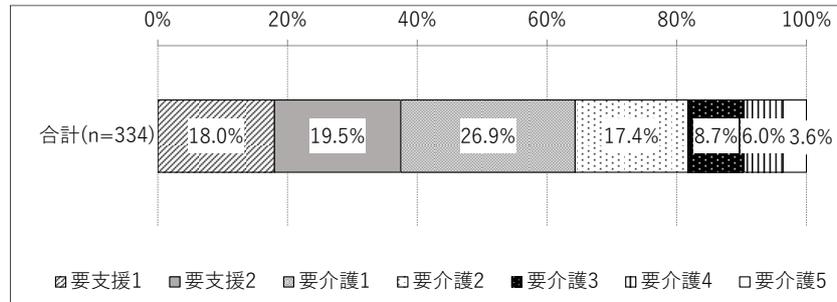
居宅要介護・要支援認定者等

①本人の属性

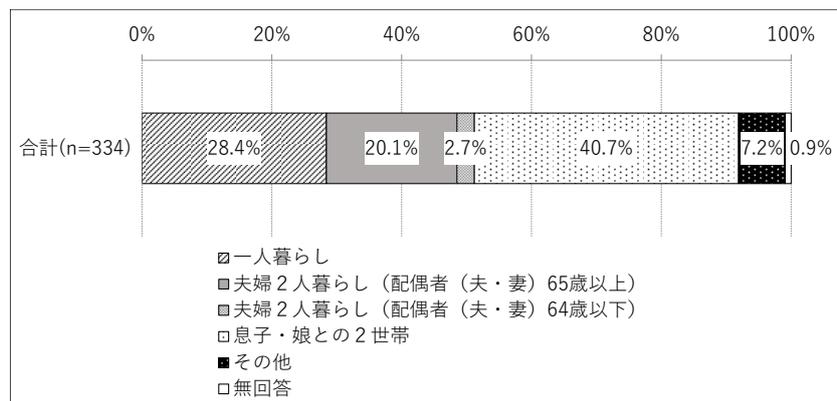
■性別



■要介護度



■世帯構成



②近所づきあいについて

■近所づきあいの程度

どの程度の近所づきあいをしているかについて、「あいさつ、立ち話をする程度の人がいる」が33.2%で最も高く、次いで「困ったときに気軽に頼める人がある」(22.8%)、「付き合いはない」(22.2%)、「常に自宅に様子を見にきてくれる(電話をくれる)人がある」(12.9%)と続いています。

③運動について

■昨年と比べて外出の回数が減っているか

昨年と比べて外出の回数が減っているかについて、「あまり減っていない」が30.2%で最も高く、次いで「減っている」(29.9%)となっています。「あまり減っていない」は諏訪広域連合(23.6%)と比べて高くなっています。

■外出を控えているか

外出を控えているかについて、「はい」が62.0%となっており、諏訪広域連合(68.6%)と比べて低くなっています。

④食事について

■入れ歯の手入れの状況

毎日入れ歯の手入れをしているかについて、「はい」が71.1%となっており、諏訪広域連合(78.6%)と比べて低くなっています。

⑤毎日の生活について

■自分で請求書の支払いをしているか

自分で請求書の支払いをしているかについて、「できない」が57.5%で最も高く、次いで「できるし、している」(27.5%)となっています。「できない」は諏訪広域連合(46.5%)と比べて高くなっています。

⑥コミュニケーションについて

■家族や友人の相談にのっているか

家族や友人の相談にのっているかについて、「いいえ」が68.0%となっており、諏訪広域連合(59.7%)と比べて高くなっています。

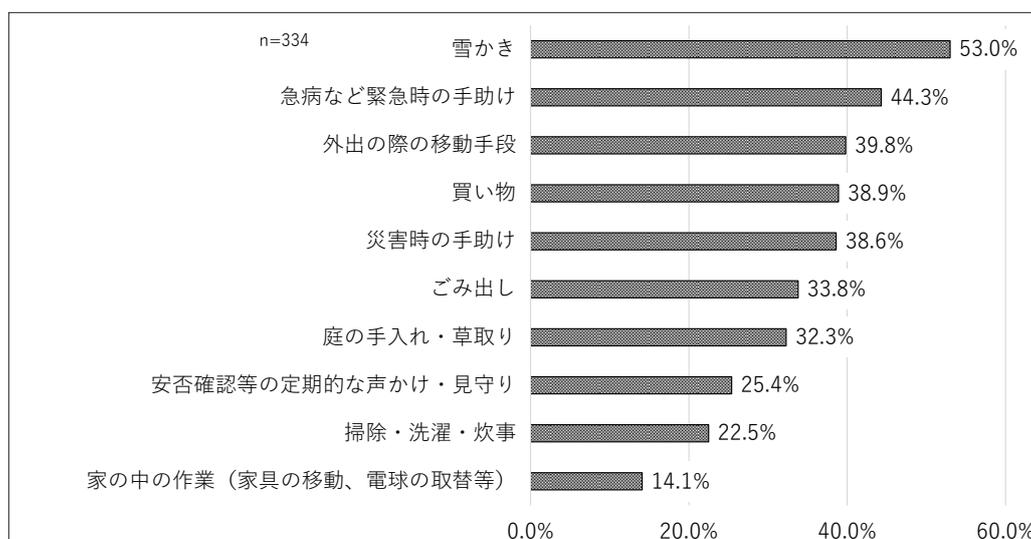
■LINEなどのメッセージアプリケーションの利用状況

LINEなどのメッセージアプリケーションを使用しているかについて、「いいえ」が56.0%となっており、諏訪広域連合（45.8%）と比べて高くなっています。

⑦助け合いについて

■日常生活で地域の人にしてほしい支援【複数回答】

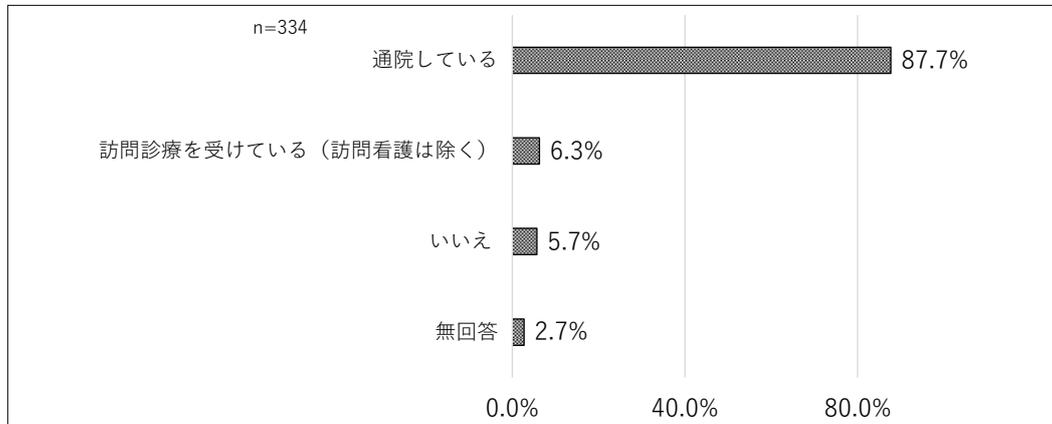
本人や家族が日常生活上の支援が必要になったとき、地域の人にしてほしい支援について、「雪かき」が53.0%で最も高く、次いで「急病など緊急時の手助け」（44.3%）、「外出の際の移動手段」（39.8%）と続いています。



⑧健康について

■病院・診療所への通院、訪問診療の有無【複数回答】

現在、病院・診療所（医院、クリニック）に通院または訪問診療（往診）を受けているかどうかについて、「通院している」が87.7%、「訪問診療を受けている」が6.3%となっています。



■かかりつけ医の往診対応の状況

かかりつけ医が往診してくれるかについて、「いいえ」が45.6%となっており、諏訪広域連合（31.8%）と比べて高くなっています。

■通院・訪問診療の頻度

通院・訪問診療の頻度について、「月1回程度」が28.4%で最も高く、次いで「2か月に1回程度」（25.8%）、「3か月に1回程度」（12.7%）と続いています。

■かかりつけ薬剤師・薬局の有無

かかりつけ薬剤師・薬局の有無について、「ある」が52.1%となっており、諏訪広域連合（83.1%）と比べて低くなっています。

■年に1回以上の歯科検診・歯科医院の受診状況

年に1回以上歯科検診または歯科医院を受診しているかについて、「いいえ」が67.4%となっており、諏訪広域連合（57.2%）と比べて高くなっています。

■かかりつけ歯科医の有無

かかりつけ歯科医がいるかについて、「いる」が53.6%となっており、諏訪広域連合(64.7%)と比べて低くなっています。

■オンライン診療・電話診療の利用経験の有無

オンライン診療・電話診療を利用したことがあるかについて、「オンライン診療・電話診療を知らない」が67.1%で最も高く、次いで「知っているが、利用したことはない」(26.0%)となっています。「オンライン診療・電話診療を知らない」は諏訪広域連合(60.4%)と比べて高くなっています。

⑨地域包括支援センターについて

■地域包括支援センターの認知状況

地域包括支援センターを知っているかについて、「ある程度知っている」が51.8%で最も高く、次いで「よく知っている」と「ほとんど知らない」がともに18.3%となっています。「ある程度知っている」は諏訪広域連合(37.6%)と比べて高くなっています。

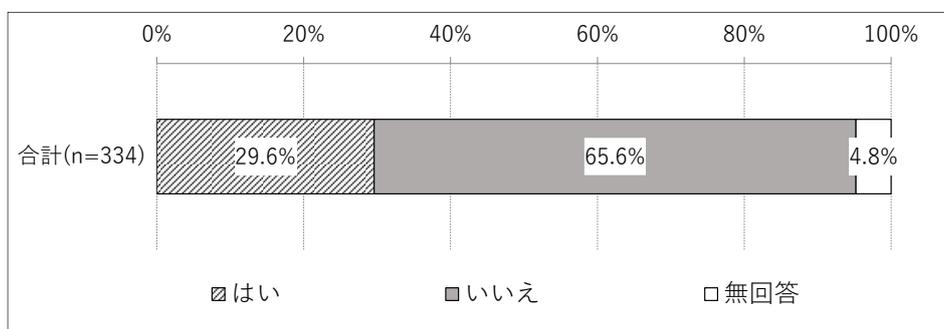
⑩認知症について

■認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人の有無

認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいるかについて、「はい」が41.9%となっており、諏訪広域連合(35.4%)と比べて高くなっています。

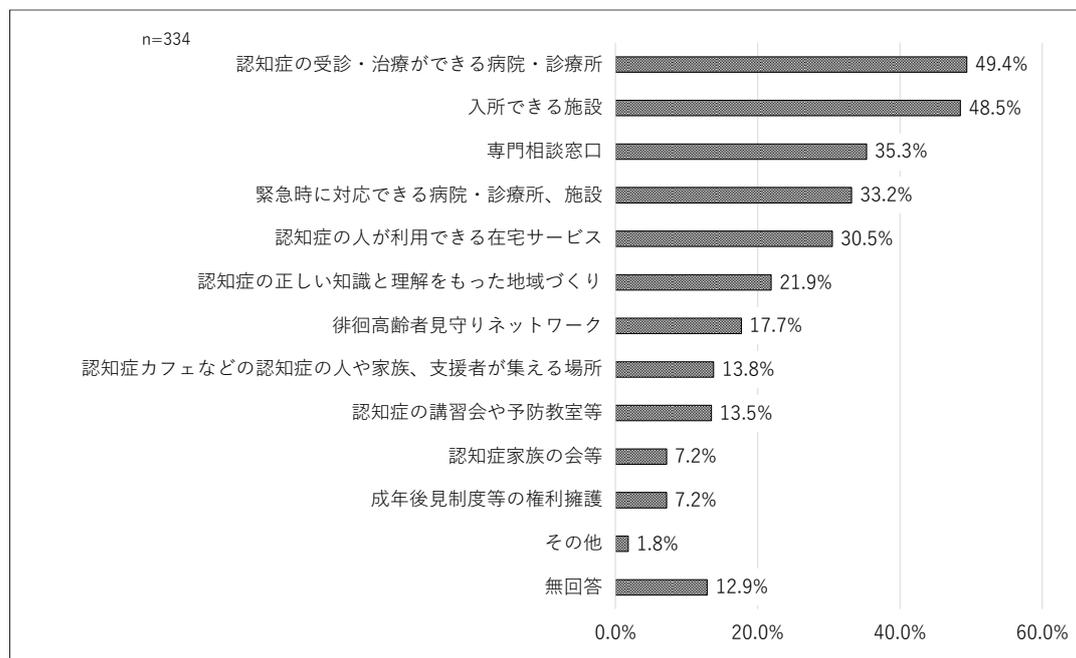
■認知症に関する相談窓口の認知状況

認知症に関する相談窓口を知っているかどうかについて、「はい」が29.6%、「いいえ」が65.6%となっています。



■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【複数回答】

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について、「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」が49.4%で最も高く、次いで「入所できる施設」(48.5%)、「専門相談窓口」(35.3%)と続いており、専門的な支援体制の充実が求められています。



⑩介護の状況について

■家族、親族が介護・介助する頻度（週あたり）

家族、親族が介護・介助する頻度について、「ほぼ毎日」が75.6%となっており、諏訪広域連合(69.8%)と比べて高くなっています。

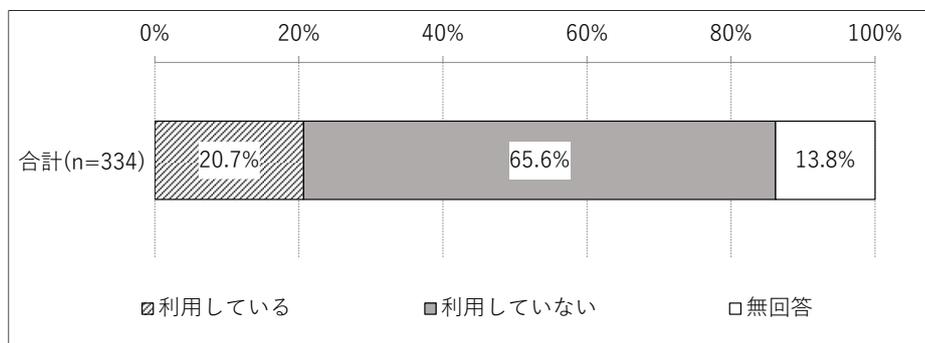
■主な介護・介助者の現在の勤務形態

主な介護・介助者の現在の勤務形態について、「働いていない」が41.5%で最も高く、次いで「フルタイムで働いている」(28.0%)、「パートタイムで働いている」(18.7%)と続いています。「フルタイムで働いている」は諏訪広域連合(21.4%)と比べて高くなっています。

②介護保険サービス以外の支援・サービスについて

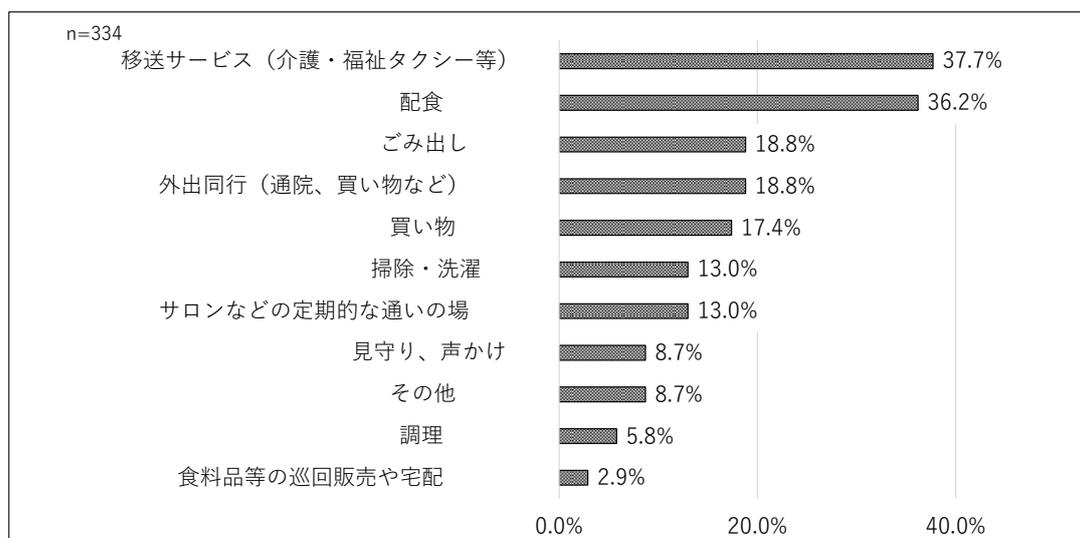
■介護保険サービス以外の支援・サービスの利用の有無

介護保険サービス以外の支援やサービスの利用の有無について、「利用している」が20.7%、「利用していない」が65.6%となっています。



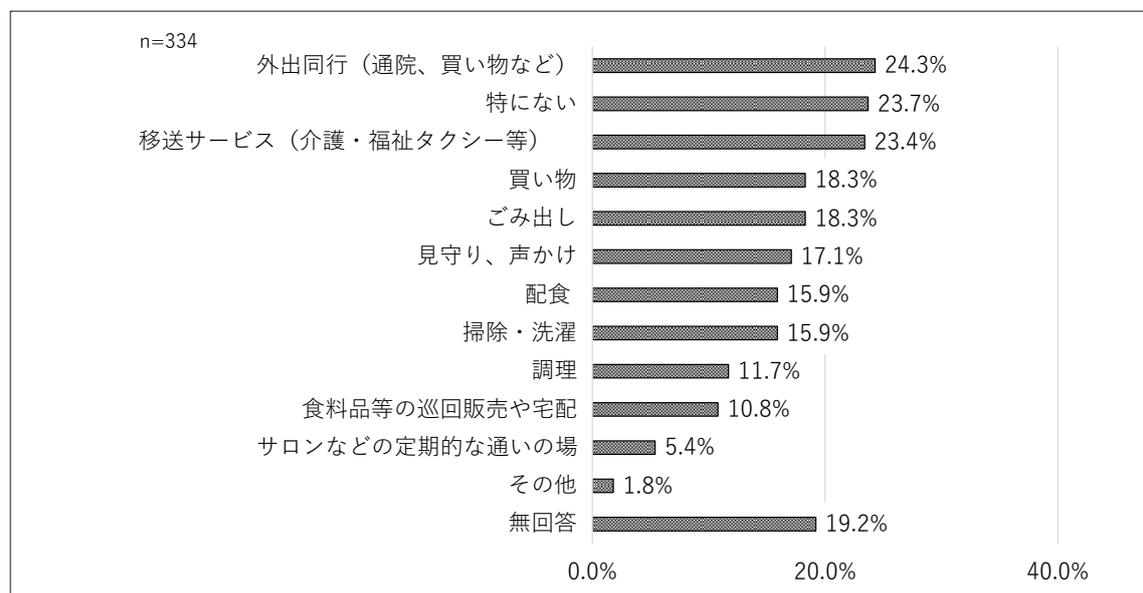
■利用している支援・サービス

利用している人に具体的な支援・サービスの内容を伺ったところ、「移送サービス」が37.7%で最も高く、次いで「配食」(36.2%)、「ごみ出し」、「外出同行」(それぞれ18.8%)と続いています。



■自宅での生活を継続するために必要な支援・サービス

自宅での生活を継続するのに必要な支援・サービスについて、「外出同行」が24.3%で最も高く、次いで「特にない」(23.7%)、「移送サービス」(23.4%)と続いています。



<富士見町の高齢者を取り巻く状況からみる課題>

人口等基礎データより

富士見町では、高齢化が進む中でも特に後期高齢者の割合が上昇し、また、高齢者のみの世帯が増加しています。その中にあって、要介護認定率は、わずかに減少傾向で推移しています。

認知症自立度をみると、認知症のある高齢者のうち何らかのケアを要する人の割合は上昇傾向で推移しています。

要介護状態になった主な原因疾病については、「高齢による衰弱」に次いで「骨折・転倒」が多く、要介護認定者の有病状況では、「心臓病」に次いで「筋・骨疾患」が多くなっています。

これらの富士見町の高齢者に関する基礎データから、介護予防のための一つの方策として、ロコモティブシンドローム（※）予防を推進することが重要となります。そのためには、栄養バランスのとれた食事や運動習慣を身につけることが必要です。

富士見町の高齢者の就労状況をみると、県よりもやや高い状況にありますが、就労に限らず、高齢者が様々な場面で社会参加できる環境を整備することも今後の介護予防に必要な要件です。

※ロコモティブシンドローム：運動機能が低下し、自立度が低下することで、介護が必要となる可能性が高い状態のこと。運動器症候群。

町民アンケートより（65歳以上高齢者のみ抽出）（令和5年7月～8月）

65歳以上の高齢世代では、要介護・要支援の認定を受けていない人がほとんどであるにもかかわらず、週4日以上外出している人は約半数にとどまっています。外出の目的としては、「買い物」や「就労」など必要に迫られた内容が多数を占めており、次いで「趣味やスポーツ活動」となっています。外出の手段は「自家用車」が9割5分を超え、「徒歩」は約2割にとどまります。

外出が「むずかしい」「おっくうである」と答えた人は「よくある」と「時々ある」を合わせて2割強となっており、理由として、「『出かけた』と思える外出先がないから」が最も多く、次いで「自分の健康面に不安があるから」となっています。

今後は、外出の機会と場所を提供することにより、積極的な運動や趣味などの活動に取り組める機会の創出が必要です。介護予防のためにも高齢者がいきいきと生活し活躍できる環境づくりが望ましいといえます。

高齢者等実態調査より（元気高齢者 令和4年12月）

令和3年度からの計画期間中は、新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、元気高齢者であっても近所付き合いが少なくなり、さらに外出を控える方が増えたことから、地域の集まりやグループ活動に参加する方も減少しました。このことは、困ったときに気軽に頼むことができない、また、足腰などの痛みが原因で外出を控えるなどの閉塞感を誘発し、憂慮すべき状況となっていました。

感染症法上の定義が5類になったことにより、これまで控えていた地域での活動や交流なども少しずつ増加傾向となり、地域住民の有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加志向も戻りつつあるため、仲間づくりや健康づくりの機会を増やす取組が必要です。

また、この3年間は身体を動かすことの減少により運動機能が低下し、食生活も変化したことから、ロコモティブシンドロームのリスクが高まり、要介護状態の増加が危惧されました。今後は感染症対策も念頭に入れながら、社会活動等を回復し、運動を伴う行動ができる環境を整備していく必要があります。

この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがある人の割合が前回調査と比べて高くなったことは注視すべき課題です。この要因は新型コロナウイルス感染拡

大によって、体を動かす機会が減ったことによる精神面への影響なのか、自粛要請等による精神的負担なのかなど、様々な可能性が考えられます。精神的負担から生じる健康面へのマイナス影響に対処するため、対策を立てる必要があります。

隣近所で高齢や病気・障がいなどで困っている家庭に対する支援については、買い物、急病など緊急時・災害時の手助け、安否確認等の定期的な声かけ・見守りなどが挙げられています。支援に対する報酬や実費については、活動時間をポイントとして蓄積しサービスとして還元を求めるものや、支給は求めないなど、ボランティアとしての携わりの意向があるので、支え合いポイント制度の周知や見直しが必要です。

高齢者等実態調査より（居宅要介護・要支援認定者 令和4年12月）

新型コロナウイルス感染予防のため、元気高齢者と比較して近所付き合いや外出を控える傾向は高く、付き合いがない割合も2割程度高い状況にありましたが、常に様子を見たり電話してくれる方の割合が高かったことは、新型コロナ禍であっても見守りが継続されていたので安心材料となりました。

前計画期間中は新型コロナウイルス感染予防の影響で、孤立感やロコモティブシンドロームの高まりによる認知機能の低下やフレイルの進行の可能性が危惧されるので、低下や進行した状態を改善する必要があります。

日常の家庭生活では、食事や口腔ケア、金銭管理など、判断力の低下により身の回りのことができない割合や、家族・友人とのコミュニケーションがない割合が、諏訪広域連合と比較して高い状況です。このため、年齢を重ねても可能な限り自立した生活が営めるよう、脳と体の健康を維持するような自主的な取り組みや教室の開催など、具体的な支援方法の検討が必要です。特に口腔ケアは健康全般にとって大切であることを十分に周知し、検診・受診する環境を整えていくことが重要となります。

また、本人や家族が日常生活上の支援が必要になったとき、地域の人にしてほしい支援は様々ありますが、支援する側、支援される側の要望をマッチングして支援を運営できるような助け合いの体制づくりが必要です。

病院・診療所へ通院している人は約9割弱となっていますが、かかりつけ医の訪問診療やかかりつけ薬剤師の割合、また、歯科検診・受診やかかりつけ歯科医の割合は、諏訪広域連合と比較して低い状況です。今後はオンライン診療や電話診療の利用拡大も想定されるので、健康状態を把握していることによるスムーズな診療が可能なかかりつけ医・薬剤師・歯科医を持つことのメリットを周知するなど、受診の環境を整えていくことが重要です。

認知症の症状がある人の割合は比較的高いにもかかわらず、認知症に関する相談窓口の周知が進んでいない状況です。認知症になっても安心して暮らすため、認知症に関する知識や理解の普及や専門的な支援体制の充実や周知が必要です。

家族介護の状況では、ほぼ毎日、介護・介助する頻度がある人の割合が高く、働きながら介護・介助している状態が一定程度見られます。介護保険サービス以外の支援・サービスの利用割合が低い状況があるので、利用状況を把握し制度や内容の周知とともに、高齢者が自宅での生活を維持するために必要な支援・サービスの充実を図る必要があります。また、支援する側の人的確保を含めた体制強化が重要です。

地域包括支援センターについて、ある程度認知している割合は5割を超えています。地域包括支援センターは、高齢者実態調査でも表面化している高齢者を取り巻く様々な課題について、高齢者の介護予防と保健事業として一体的に担当する機関で、高齢者やその家族の困りごと相談の入口であり、支援内容をマネジメントする機能を有しているため、その役割を広く周知していく必要があります。

第3章 高齢者施策の実施状況と今後の課題

1. 各種事業の実施状況

(1) 介護保険サービス

本町における令和4(2022)年度における介護保険サービスの利用状況は以下のとおりです。在宅サービスでは、広域平均と比べて「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「短期入所」、「訪問リハビリテーション」、「通所介護」、「居宅介護支援」等の利用率が高く、「訪問入浴」、「居宅療養管理指導」の利用率が低くなっています。

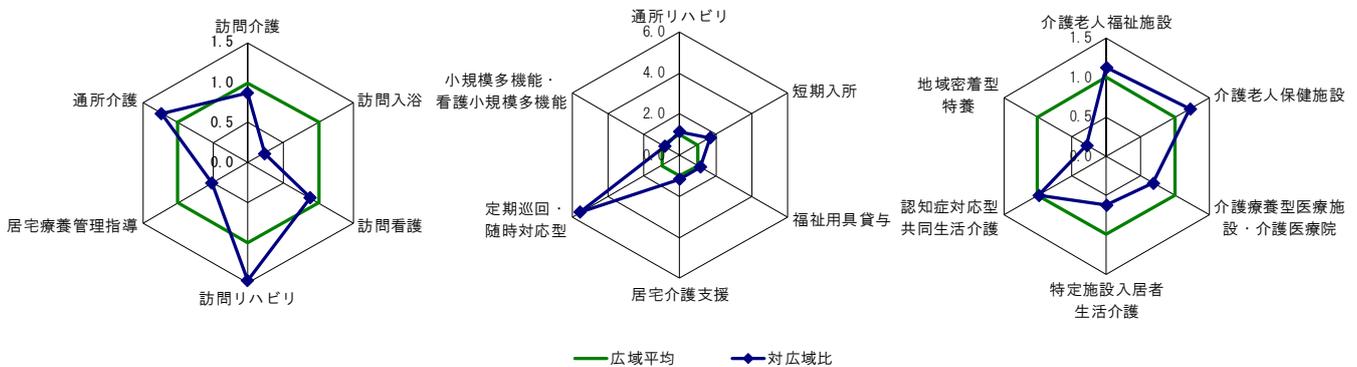
施設・居住系サービスでは、広域平均と比べて「介護老人保健施設」の利用率が高く、「地域密着型特養」、「特定施設入居者生活介護」、「介護療養型医療施設・介護医療院」の利用率が低くなっています。

■ サービス利用率（令和4年度）

	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養者管理指導	通所介護
富士見町	11.0%	0.3%	6.9%	4.4%	7.1%	27.0%
前回	12.0%	0.4%	7.2%	4.8%	6.3%	30.0%
対広域比	0.87	0.23	0.88	1.46	0.52	1.24

	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・看護小規模多機能
富士見町	16.0%	10.3%	45.0%	60.5%	4.0%	3.3%
前回	16.9%	7.3%	41.9%	60.7%	4.4%	3.2%
対広域比	1.13	1.66	1.16	1.19	5.60	0.83

	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	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特養
富士見町	9.6%	9.0%	0.1%	4.1%	3.3%	0.5%
前回	11.4%	8.8%	0.0%	4.6%	2.5%	0.6%
対広域比	1.13	1.22	0.67	0.61	1.00	0.29



(2) 地域支援事業

① 介護予防・生活支援サービス

ア 訪問型サービス

要支援者及び事業対象者に対し、従来の訪問介護に相当する身体介護や生活援助をはじめ、多様なサービスの提供を行う事業です。令和4（2022）年度実績で、旧介護予防訪問介護相当サービスが延べ432件、基準緩和サービス（サービスA）が延べ96件となっています。

		令和3年度	令和4年度
旧介護予防訪問介護相当サービス	延べ件数	394件	432件
基準緩和サービス（サービスA）	延べ件数	118件	96件

イ 通所型サービス

要支援者及び事業対象者に対し、従来の通所介護に相当する身体介護や生活援助をはじめ、多様なサービスの提供を行う事業です。令和4（2022）年度実績で、旧介護予防通所介護相当サービスが延べ705件、緩和基準サービス（サービスA）が延べ382件となっています。

		令和3年度	令和4年度
旧介護予防通所介護相当サービス	延べ件数	595件	705件
基準緩和サービス（サービスA）	延べ件数	384件	382件

ウ 介護予防ケアマネジメント

介護予防及び生活支援を目的として、利用者一人ひとりの状況に応じた適切な支援が提供されるよう、専門的な必要な援助を行うもので、アセスメント、ケアプランの作成、モニタリングを行う事業です。令和4（2022）年度実績で200件となっています。

		令和3年度	令和4年度
介護予防ケアマネジメント事業	件数	160件	200件

② 一般介護予防事業

ア 介護予防普及啓発事業

介護予防に関するパンフレットの作成・配布や講演会、教室等の開催を行う事業です。

令和4（2022）年度実績で、講演会等の開催に185人が参加し、介護予防教室には延べ9,732人参加しています。

		令和3年度	令和4年度
パンフレット等の作成・配布	実施の有無	無し	無し
講演会等の開催	参加人数	152人	185人
介護予防教室等の開催	延べ参加人数	5,942人	9,732人

イ 地域介護予防活動支援事業

地域における住民主体の介護予防活動を支援する事業です。令和4（2022）年度実績で、ボランティア等の人材育成が4回、地域活動組織の育成・支援が368回、地域活動の実施が101回となっています。

		令和3年度	令和4年度
ボランティア等の人材育成	開催回数	4回	4回
地域活動組織の育成・支援	開催回数	257回	368回
地域活動の実施	実施回数	55回	101回

ウ 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活動において、リハビリテーション専門職との連携を促進する事業です。令和4（2022）年度実績で、住民への助言が307回となっています。

		令和3年度	令和4年度
住民への助言	開催回数	208回	307回

(3) 総合相談支援事業

地域の高齢者の様々な相談に対する支援を行うとともに、関係者とのネットワークを構築し、適切な支援・サービスにつなげる事業です。令和4（2022）年度実績で、相談者の実人数が204人、相談回数が延べ1,267回となっています。

		令和3年度	令和4年度
総合相談支援事業	相談者実人数	220人	204人
	延べ相談回数	1,499回	1,267回

(4) 権利擁護事業

困難な状況にある高齢者が地域において安心して生活できるよう、成年後見制度の活用促進や高齢者虐待の予防・対応等を行う事業です。令和4（2022）年度実績で、地域包括支援センターの権利擁護に関する相談者の実人数は6人、相談回数が延べ19回となっています。（上記、総合相談支援事業の再掲）

		令和3年度	令和4年度
権利擁護事業	相談者実人数	3人	6人
	延べ相談回数	33回	19回

(5) 高齢者福祉事業

多様化したニーズに対応して高齢者が安全・安心に暮らせるよう、介護サービス以外で町が提供する福祉事業です。「福祉用具貸与事業」、「在宅支援事業」、「家族介護支援事業」、「養護老人ホーム入所委託事業」の利用実績は低下し、「福祉センター運営支援事業」、「福祉輸送サービス事業」の利用実績は増加しています。

事業名	項目	令和3年度	令和4年度
福祉用具貸与事業			
緊急通報装置	利用人数	42人	37人
福祉用具貸与	利用人数	2人	2人
在宅支援事業			
短期入所サービス事業	利用人数	0人	0人
訪問理美容サービス事業	利用人数	0人	0人
在宅介護支援事業	利用人数	1人	1人
家族介護支援事業			
在宅介護者リフレッシュ事業	参加人数	12人	3人
介護慰労金支給事業	受給者人数	57人	46人
敬老祝金事業	米寿88歳	134人	102人
	白寿99歳	14人	16人
養護老人ホーム入所委託事業	利用人数	3人	2人
福祉センター運営支援事業			
ふれあいセンターふじみ（入浴）	延べ利用人数	22,874人	23,099人
複合福祉施設清泉荘（入浴）	延べ利用人数	9,916人	11,196人
高齢者クラブ活動補助事業	活動団体数	13団体	13団体
福祉輸送サービス事業	利用人数	120人	111人
	延べ利用回数	2,170回	2,520回

(6) 保健事業

疾病の早期発見・早期治療及び重症化予防による介護予防により、健康寿命の延伸につながる事業です。受診率は向上しています。

事業名	項目	令和3年度	令和4年度
後期高齢者健診 （個別健診）	対象者数	2,854人	2,965人
	受診人数	402人	426人
	受診率（参考）	14.1%	14.4%

2. 施策・事業の自己評価

評価の方法

本評価は、次期計画策定の基礎資料とするために、現行の「富士見町高齢者福祉計画」の中で、それぞれに位置づけられている施策について、施策ごとに、「基本計画期間における達成状況」「達成度」「残された課題」「施策の方向」について、担当課が評価を行ったものです。

達成度の評価基準

達成度	評価内容	達成状況
A	計画に掲げた施策を達成した。 (ほぼ100%実施した)	80~100%
B	計画に掲げた施策を概ね達成した。 (80%程度実施した)	60~80%程度
C	現在、施策の達成に向けて動いている。 (半分程度実施した)	40~60%程度
D	現在、施策の達成に向けて動き始めている。 (施策に着手し、動き始めることはできた)	20~40%程度
E	現在、ほとんど手をつけていない。 (施策に着手することができなかった)	20%未満

3. 数値目標の達成度

基本目標Ⅰ 健康寿命の延伸と生きがい・居場所のあるまちづくり

施策Ⅰ-Ⅰ 健康づくり・介護予防活動の促進

施策	主な取組・事業	評価
運動機能向上の推進	おたっしゃ広場	B
認知症予防の推進	脳と体の健康教室	C
交流の場の充実	清泉荘交流広場	B
	地区サロンの拡充【重点】	B
	みんなのえんがわ【重点】	B
	入浴サロンひとつぽろ	A
	自費デイサービス	A
介護予防支援の充実	介護予防把握事業【重点】	B
	介護予防・生活支援サービス	A
	地域リハビリテーション活動支援事業【重点】	B
	地域介護予防活動支援事業【重点】	B
	一般介護予防評価事業	B

施策	主な取組・事業	評価
保健事業の充実	後期高齢者健診	A
健康づくり・介護予防活動の活性化支援	活動の周知	A
	健康ポイント事業（健康増進プロジェクト）【重点】	A
	健康アプリ事業（健康増進プロジェクト）【重点】	A

施策1-2 生きがい・居場所づくりの推進

施策	主な取組・事業	評価
地域活動・世代間交流の促進	地域活動への参加促進【重点】	A
	世代間交流の場の創出	B
	団塊世代等の地域デビュー支援	B
	支え合いポイント制度の実施【重点】	C
	移住・定住者の地域活動への参加促進	C
生涯学習の推進	公民館事業（各種講座、教室）	C
	スポーツ・レクリエーション活動の促進	A
	地域スポーツクラブ	A
	リーダーバンク	B
就労支援の充実	シルバー人材センター活動支援	B
	就労相談の充実	A
	就労的活動支援コーディネーターの配置	E

基本目標 2 地域による支え合いのまちづくり

施策 2-1 日常生活支援の充実

施策	主な取組・事業	評価
おたっしや生きがい生活支援事業の充実	給食サービス	A
	ホームヘルプサービス	E
	短期入所	A
	訪問理美容サービス	C
	緊急通報装置貸与	A
	福祉輸送サービス	A
	在宅介護支援事業	B
多様な主体による生活支援サービスの充実	有償在宅福祉サービス	A
	暮らしサポート事業【重点】	A
	お弁当、食材等の宅配	A
	しらかば宅配	A
	傾聴ボランティア	C
	生活支援ハウス	A
	移動販売・出張販売の促進	A
生活支援コーディネーター機能の充実	生活支援コーディネーター配置【重点】	A
	協議体の設置・運営【重点】	B
	就労的活動支援コーディネーターの配置（再掲）	E
家族介護支援の充実	在宅介護者リフレッシュ事業	B
	家庭介護用品支給事業	A
	ヤングケアラーを出さない取組の検討	C

施策2-2 見守り・支え合い活動の促進

施策	主な取組・事業	評価
住民主体の支え合い活動の活性化	富士見地域元気リーダー養成講座【重点】	A
	自主グループ化・活動支援【重点】	B
地域での見守りネットワークの充実	地域安心ネットワーク体制づくり事業（地域支え合いマップ作成）【重点】	A
	安否確認サービス	A
	移住・定住者への対応	B
認知症高齢者を支える地域づくりの推進	本人発信支援の推進【新規】	C
	認知症に関する普及啓発・情報発信等	B
	認知症サポーター養成講座【重点】	A
	認知症キャラバンメイト連絡会【重点】	A
	認知症SOSネットワーク事業	A
	認知症カフェの開設支援【重点】	B
	「チームオレンジ」の立ち上げ・活動支援【重点】	B
福祉教育の推進	学校における福祉教育の推進	D
	地域における福祉教育の推進	D
	行政職員の福祉学習の充実	C

基本目標3 安全・安心な暮らしを守る体制の整備

施策3-1 地域包括ケア体制の強化

施策	主な取組・事業	評価
総合相談支援体制の強化	総合相談窓口としての継続的・専門的相談	B
	民生児童委員、介護保険事業所との連携による相談へのつなぎ	B
包括的・継続的ケアマネジメントの充実	広域でのケアプラン検討会	B
	在宅医療介護連携会議の開催	C
	居宅介護支援事業所連絡会の開催	A
	事業所連絡会の開催	B
地域ケア会議の充実	町・社協・包括による定期開催	B
	個別ケース検討	B
	地域課題の抽出と解決策の検討【重点】	B
在宅医療・介護連携の推進	「医療・介護連携推進会議」への参加	E
	町内医療機関等との連携・情報共有【重点】	C
	在宅医療・介護従事者等に対する研修会の実施【重点】	D
認知症総合支援事業の推進	認知症総合窓口（認知症初期集中支援チーム）	A
	認知症地域支援推進員の配置【重点】	A
	認知症ケアパスの活用	C
	認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業【重点】	A

施策3-2 介護保険サービスの円滑な利用の促進

施策	主な取組・事業	評価
介護サービス基盤の充実		A
サービス・事業所等に関する情報提供	事業所情報冊子の作成・活用	B
	お悩み解決本	A
ケアマネジメント・介護サービスの質の向上	ケアマネジャーの資質向上支援	A
	介護相談員の派遣	A

施策3-3 権利擁護・虐待防止対策の推進

施策	主な取組・事業	評価
権利擁護の充実	成年後見制度利用支援事業【重点】	C
	成年後見権利擁護支援事業【重点】	B
	日常生活自立支援事業【重点】	A
	弁護士に相談できる体制の検討	A
虐待防止対策の充実	在宅介護者リフレッシュ事業（再掲）	B
	虐待の早期発見・早期対応	C
	出前講座、施設勉強会による虐待に対する理解促進	B
	介護相談員の派遣（再掲）	A

施策3-4 安全・安心対策の充実

施策	主な取組・事業	評価
災害時の避難支援	地域安心ネットワーク体制づくり事業（地域支え合いマップ作成）【重点】（再掲）	A
	災害時避難行動要支援者個別避難計画の作成【重点】	C
	福祉避難所の指定【重点】	B
防犯・交通安全対策の充実	防犯意識の啓発	B
	地域による見守り活動	B
	地域安心見守り事業	B
	交通安全対策の充実	B
感染症対策の推進		B

施策3-5 高齢者を支える社会基盤の整備

施策	主な取組・事業	評価
地域公共交通の充実	デマンド型乗合バス（すずらん号）	A
移動・買い物支援の充実	福祉輸送サービス	A
	住民主体の通いの場等の送迎サービス	A
	移動販売・出張販売の促進（再掲）	A
安全・安心な住まいの確保	公営住宅	E
	住宅改良事業	B
	住宅改良アドバイザー事業	E
	生活支援ハウス	A
	養護老人ホーム	A

4. 重点課題への取組状況と課題

令和3（2021）年度から令和5（2023）年度の富士見町高齢者福祉計画において「高齢者の地域活動・健康づくり活動への参加促進」「住民主体の支援サービス体制の構築」「権利擁護・権利行使支援の推進」「在宅医療、介護連携のさらなる強化」「災害時の安全・安心の確保」の5項目を重点課題として取り組んできました。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響は大きく、取組を個別に見ると残された課題はあるものの、各重点課題に積極的に取り組み、一定の成果を上げることができました。

令和3（2021）年度から令和5（2023）年度の富士見町高齢者福祉計画の重点課題への取組状況と、今度の課題について以下にまとめました。

健康づくりと介護予防活動の促進

「高齢者の地域活動・健康づくり活動への参加促進」では、高齢になっても家に閉じこもらないために、出かける場所があり、出かけることができる地域づくりを目指した取組を行いました。

しかし、新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、「おたっしゃ広場」「地区サロン」「高齢者クラブ」の開催を休止せざるを得ない状況となり、高齢者が人と対面して活動をする機会のない時期が長期間に及びました。新型コロナウイルス感染症の感染予防を理由に外出を控える人が多く、また、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがある人の割合が上昇しています。

令和5（2023）年5月に新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行した後は、通いの場の参加者数は徐々に回復傾向にあります。今後は、感染症対策に留意しながら、高齢者が気軽に外出し、社会参加や健康づくりができる場の確保が必要となります。高齢者クラブについては、後継者不足が課題となっています。

高齢者が要介護状態になった原因で多いのが「高齢による衰弱」と「骨折・転倒」であることから、活動性の低下対策、運動習慣・趣味活動の継続、社会参加への促進、移動手段の確保を推進する必要があります。高齢者が孤立することなく、これまで通り、地域での生活を継続できるような環境づくりが必要となります。

また、高齢者の歯磨き実施率、歯科検診の受診率が低い現状があります。全身の健康状態の維持・向上を目指し、口腔ケアの重要性の周知、歯科医・歯科衛生士との連携、高齢者サービスでの口腔ケアを促進することが重要です。

地域ぐるみでの支え合い体制の構築

「住民主体の支援サービス体制の構築」では、雪かき・ごみ出し・買い物等の問題により、自宅での生活が困難な高齢者をなくすことを目指した取組を行いました。その結果、住民参加型サービスである「暮らしサポート事業（くらサポ）」では、「ごみ出し・買い物」などの生活支援を希望する「利用会員」と、支援する「協力会員」を、生活支援コーディネーターがマッチングし支援の提供を行っており、町内では徐々にボランティアの輪が広がっています。

地域全体で高齢者や障がい者等をボランティア活動等によって支え、また、自らの社会参加を促す仕組みである「支え合いポイント制度（ボランティアポイント）」の利用者登録数及び、利用者の生活課題に対して生活支援コーディネーターが調整した件数が増加しており、一対一の関わ

りで行うこれらの取組については、新型コロナウイルス感染症拡大の時期においても、利用数はほとんど影響を受けませんでした。

支え合いポイント制度は、支援サービスの基盤整備はできているものの、新規ボランティア提供者の確保が課題となっています。今後は、これらの担い手の土壌づくりとして、元気リーダー等の教育・育成が重要となります。また、さらに生活支援コーディネーターとケアマネジャーとの連携を強化し、インフォーマルを含めたサービス担当者会議を年1回は必ず実施するなど、町独自の体制整備が必要です。

高齢者が生きがいを持って健康に生きるためには、自分の目で見て買い物し、自分でお金を下ろし、支払いができることや、趣味活動、畑仕事、友人との交流等、当たり前の生活が継続できることが非常に重要であるため、利用者や現場の声に注視しながら支援サービス内容の見直しを随時図っていく必要があります。

「権利擁護・権利行使支援の推進」では、認知症への理解を深めるとともに、社会の偏見をなくし、本人・家族が気軽に相談ができる環境を整備することで、高齢者の尊厳と権利が守られる地域づくりを目指した取組を行いました。令和5（2023）年6月には「認知症基本法」が成立し、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、国・地方が一体となって認知症施策を総合的かつ計画的に推進していくことが明示されました。

認知症キャラバンメイトによる認知症の啓発活動により、認知症への理解を深め、認知症初期集中支援チーム会議や家族介護者のつどい等を開催し、支援方法の検討や、本人・家族が気軽に相談できる場づくりに取り組んでいます。

社会構造の変化により、本町においても一人暮らし高齢者世帯が増加し、高齢化の進行に伴い認知症の数も増加している中で、特に単身男性の介護者が親を介護しているケースが多く見受けられます。8050世帯（※）等、複合化・複雑化した問題もあり、高齢者・介護者が孤立した状態に陥らないよう、さらなる支援の充実が求められます。本町の認知症高齢者は増加傾向にあります。様々な要因により外出機会が減少し、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりする高齢者も多くなっています。これらの状況を改善するためにも、通いの場等をさらに充実させ、また、家族を支援することで、認知症になっても在宅生活が続けられる状態を目指した取組が重要です。

※8050（はちまるごうまる）世帯：65歳以上の親と仕事に就かず、親の収入で生活している40歳以上の子が同居している世帯。

安全・安心に暮らせる体制と社会基盤の整備

「在宅医療、介護連携のさらなる強化」では、医療と介護の支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくことができる地域づくりを目指した取組を行いました。新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前は、ケアマネジャーが入院中の利用者と対面で、退院後のサービス等の調整を行ってきました。しかし、新型コロナウイルス感染症の拡大により面会制限が行われたことで、ケアマネジャーではなく、病院ソーシャルワーカーがサービス調整を実施していることもあり、退院後にケアマネジャーと初対面をするといったケースも少なくありませんでした。今後は、感染症対策を講じながら、入院中から在宅療養に向けてのサービスの調整等を行う支援体制へと戻していく必要があります。

「災害時の安全・安心の確保」では、災害による被害を最小限に抑え、高齢者が安全に避難でき

るよう、災害発生時における地域の協力・支え合い体制の構築を目指した取組を行いました。災害時の個別避難計画は要介護3～5の方に対し、ケアマネジャーにより、令和7（2025）年度末までに個別避難計画の策定を完了する予定です。また、福祉避難所として、令和5（2023）年度に「老人保健施設あららぎ」、「宅幼老所ひなたぼっこ」が追加されました。今後は、ICT（情報通信技術）やデジタル機器を活用した取組の推進が必須となっていくことから、誰もが情報にアクセスしやすい環境づくりを進めることが必要となります。

高齢者の移動手段の問題については、高齢者より「病院に通えないから訪問診察がいい」、「病院は待ち時間が長いから受診はしない」、「車の免許を返納するためタクシーを利用したいが予約すらとれない」などの声があり、今後の課題となっています。高齢者の移動手段確保について、引き続き重点的な課題として取り扱っていく必要があります。

第2部 計画の推進

第1章 計画の基本的な考え方

1. 基本理念

手をつなぎ ともに育む

やさしさはずむ 福祉のまち富士見

本町では、令和5（2023）年度に最上位計画である「第6次富士見町総合計画」において8年間の基本構想を掲げ、令和8（2026）年度までを前期基本計画期間として、「住み続けたいまち 住んでみたいまち 帰りたくなるまちづくり」を重点テーマに計画を推進しています。

また、福祉分野の上位計画である「第3期富士見町地域福祉計画（令和3（2021）年度～令和8（2026）年度）」では、「互いに認め合い、互いに支え合う、笑顔あふれるふれあいの町 富士見」を基本理念として掲げ、町民との協働により、子どもから高齢者まですべての人々が認め合い、支え合えるまちづくりを進めています。

「富士見町高齢者福祉計画」においては、「手をつなぎ ともに育む やさしさはずむ 福祉のまち富士見」を基本理念に、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間の計画として取組を進めていきます。

<基本的な視点>

■地域包括ケアのさらなる深化・推進

高齢者自身が自らの意思に基づき、自らの有する能力を最大限活かしながら、自立した質の高い生活を送ることができるよう、きめ細かな支援の充実を図ります。地域の様々な関係機関や各分野の専門職等による連携・協働体制を強化し、すべての高齢者の尊厳と権利が守られ、住み慣れた地域でその人らしく安心して生活を送ることができるよう、地域包括ケアのさらなる深化・推進を目指します。

■地域共生社会（我が事・丸ごと）の実現

一人ひとりが持つ個性や能力を発揮し、誰もが安心して自分らしく暮らしていくことができるために、これまでの「支える側」と「支えられる側」といった画一的な支援ではなく、地域の多様な主体が『我が事』として参画し、世代や分野を超えて『丸ごと』つながりながら、地域をともに創っていく「地域共生社会」の実現を目指します。

2. 重点課題（3年間で重点的に取り組む事項）

重点課題Ⅰ 運動機能向上（ロコモティブシンドローム予防）と口腔ケアを中心とした介護予防事業の推進

【目指す姿】

高齢者の運動機能向上（ロコモティブシンドローム予防）を推進するとともに、「1日1回の口腔ケアと年1回の歯科検診・歯科受診の実現」を目指します。

要介護状態になった主な原因疾病は、「高齢による衰弱」に次いで「骨折・転倒」が多く、また、要介護認定者の有病状況では、「心臓病」に次いで「筋・骨格疾患」が多いという現状にあります。このことから、運動機能向上（ロコモティブシンドローム予防）をテーマとした介護予防を推進する必要があります。早期発見とともに、適度な運動、栄養バランスのとれた食事ができるよう、支援します。

運動習慣を持ち、趣味活動や畑仕事等を継続でき、社会参加や友人との交流も続けられるよう介護予防拠点「おたっしや広場」「地区サロン」「みんなのえんがわ」などの活動を活性化させ、体を動かすことの重要性を周知・啓発していきます。

また、食事をするために最も大切な口腔に問題を抱えると、高齢者にとって認知症を含む要介護状態につながりやすいことを十分に周知する必要があります。本町においては「年1回以上の歯科検診または歯科医院を受診している人」の割合が諏訪広域連合と比較して低く、「かかりつけ歯科医がいない人」が半数以上あるなど、口腔ケアや歯科受診が充分でない現状があります。歯科医や歯科衛生士・介護サービス事業所等との連携を強化し、高齢者にとって口腔ケアの重要性を周知・啓発し、高齢者が自発的に口腔ケアに取り組めるよう推進します。

さらに、利用しやすい移動手段を確保し、高齢者サービスでの口腔ケア強化や必要に応じた助成を継続し、必要なときには歯科受診ができるよう支援を行います。

同時に低栄養の改善を図るため、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業」として、保健予防係とも連携し「地区サロン」等においてバランスのとれた食事についても周知・啓発に努めます。

■重点的な取組

○おたっしや広場

介護予防普及啓発事業として、すべての高齢者を対象に、体操教室、介護予防講演会、専門家による相談、指導等を実施します。

○脳と体の健康教室

認知症予防、ロコモティブシンドローム予防、閉じこもり予防等を目指した教室を開催します。（送迎あり）

○地区サロンの拡充

地区の高齢者同士が公民館等に集まり、地区独自の活動を通して交流し、介護予防も目指す「地区サロン」の活動を支援します。

○みんなのえんがわ

自宅の庭や店先、空き店舗等に子どもからお年寄りまで気軽に集まり、交流する居場所として「みんなのえんがわ」の活動を支援します。

○介護予防把握事業

民生児童委員をはじめ、地域の協力者の情報提供、地域包括支援センターの総合相談、保健予防事業等他部門との連携から、介護予防事業対象者を把握します。

○地域リハビリテーション活動支援事業

通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、自立支援に向けた効果的な活動を促進します。

○地域介護予防活動支援事業

各種講座や研修会、情報提供などを通じ、介護予防に関するボランティアの育成や地域活動組織の育成・支援を行います。

○健康ポイント事業

各種健診・検診の受診や健康イベントへの参加、自分の目標に取り組むマイチャレンジ等への参加に対してインセンティブとして健康ポイントを付与し、商品券と交換できる健康ポイント制度を実施し、健康づくり活動への動機づけとします。

○健康アプリ事業

歩数アプリを入れたスマートフォンを活用し、各種健診・検診の受診や健康イベントへの参加、健康記録の入力に対してインセンティブとして健康ポイントを付与し、商品券と交換することにより健康づくりに対する意識啓発と活動促進を図ります。

○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業

通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（口腔ケア・栄養・運動など）や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、社会参加等の支援を、住民福祉課（保健予防係・介護高齢者係）、地域包括支援センター・社会福祉協議会と連携を図り一体的に実施します。

○後期高齢者歯科口腔健診事業

満75歳全員と、満76歳～79歳で一定の要件に該当する方を対象に歯科口腔健診を実施します（無料）。口腔機能低下や生活習慣病に関係のある歯周疾患の早期発見・早期治療に取り組み、肺炎等の疾病予防を図ります。

○歯周疾患検診

20歳歯科健診（無料）と、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳の節目の年齢を対象に歯周疾患検診（費用一部助成）を実施します。定期的な歯科健（検）診の受診勧奨と、歯科口腔の健康保持を図ります。

○町内医療機関等との連携・情報共有

医療福祉安心手帳（医療と福祉の連携のために手帳を活用し、ご本人が安心して在宅療養を継続できるためのもの）等の活用を推進します。

医療機関、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護事業所、介護保険事業所との連携強化を図ります。

○在宅医療・介護従事者等に対する研修会の実施

在宅医療・介護連携に関する課題を多職種間で共有し、相互理解を深めつつ連携推進を図るための研修会の開催に取り組みます。

○認知症地域支援推進員の配置・支援

地域の実情に応じ、医療機関と介護サービス事業所、地域の支援機関等をつなぎ、認知症の方やその家族の支援と相談業務等を行う、認知症地域支援推進員を配置しサービスの調整等を行います。

○有償福祉移送サービス

公共交通を利用できない方の社会参加、医療機関への通院、また食材の調達等日常の移動のための移送サービスの充実を図ります。

○多様な主体による移動手段のための協議体開催

地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等による多様な移動支援を実施する主体とのネットワーク、コーディネートを実施します。

重点課題2 住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できる地域づくり

【目指す姿】

一人暮らし、高齢者世帯でも、車が運転できなくても、認知症になっても、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」の実現を目指します。

本町の認知症高齢者割合は、諏訪圏域の中で比較的高い状態となっており、認知症予防や認知症になった方のケアは重要な課題となります。また、家族介護の頻度が高く、フルタイムで働いている介護者が多いという現状があり、家族への支援体制を充実させるとともに、町全体として支援ができる体制を整えていく必要があります。

介護や認知症に伴う生活継続への不安などを解消するため、地域のつながりを強化し、町全体で高齢者を見守る体制の整備に取り組みます。また、困窮高齢者等へのサービスの利用周知も行い、サービスを受けられない方が発生しないように注意深く見守ります。高齢者の外出は活動性が上がり、健康や精神の安定に効果があることから、高齢者の移動手段確保の問題を解消し、出かけた場所や通いたい場所に当たり前に行けるよう支援します。

団塊の世代が全員75歳以上となる令和7（2025）年を目途に、介護や支援が必要になっても住み慣れた地域で自分らしく最後まで暮らし続けるために、地域の包括的な支援・サービスの提供体制の構築を推進していきます。

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おり、今後の後期高齢者の増加に伴い、家族への支援の必要性もますます高まっていくことが見込まれます。在宅医療・介護連携の強化を進め、円滑な情報提供・情報共有を図り、適切な支援につなげていくとともに、子ども課と連携し、ヤングケアラーを出さないための取組に対する周知・啓発活動についても推進します。

さらに、定例で開催している地域ケア会議等を活用しながら、様々な生活困難を抱える高齢者への対応を検討し、積み重ねる中で、個別課題を包括的に捉え総体的な課題として取り組みができるよう、より一層、多職種連携を強化していきます。

■重点的な取組

○介護予防把握事業

民生児童委員をはじめ、地域の協力者の情報提供、地域包括支援センターの総合相談、保健予防事業等他部門との連携から、介護予防事業対象者を把握します。

○地域リハビリテーション活動支援事業

通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、自立支援に向けた効果的な活動を促進します。

○地域介護予防活動支援事業

各種講座や研修会、情報提供などを通じ、介護予防に関するボランティアの育成や地域活動組織の育成・支援を行います。

○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業

通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（口腔ケア・栄養・運動など）や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、社会参加等の支援を、住民福祉課（保健予防係・介護高齢者係）、地域包括支援センター・社会福祉協議会と連携を図り一体的に実施します。

○地域活動への参加促進

高齢者の自主的な活動組織である高齢者クラブや地区社協、各種サークル等の自主グループの活動を支援しつつ、活動の周知等により参加を促進します。

○支え合いポイント制度の実施

すべての町民を対象に、ボランティア活動の実績に応じたポイントを付与するとともに、貯まったポイントを町内入浴施設で利用できる入浴優待券と交換します。

○在宅医療・介護連携会議の開催

在宅医療と介護連携推進のため、町の課題について共有し、課題解決の方向性を検討する会議を開催します。

○「地域ケア会議」の定期開催

包括ケアシステムの構築に向けた関係機関の連携会議として、月1回定期的な会議を開催します。

○個別ケース会議の開催

個別事例を通して、①地域支援ネットワークの構築②ケアマネジメント支援③地域課題の把握について検討する会議を開催します。

○地域課題の抽出と解決策の検討

地域ケア個別会議の開催により、地域課題の把握と、共有を図り、地域づくり・資源開発につながる解決策等の検討に取り組みます。

○事業所連絡会の開催

月1回の定期開催で、情報交換と、介護事業に関連した研修会を開催します。

○町内医療機関等との連携・情報共有

医療福祉安心手帳（医療と福祉の連携のために手帳を活用し、ご本人が安心して在宅療養を継続できるためのもの）等の活用を推進します。

医療機関、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護事業所、介護保険事業所との連携強化を図ります。

○在宅医療・介護従事者等に対する研修会の実施

在宅医療・介護連携に関する課題を多職種間で共有し、相互理解を深めつつ連携推進を図るための研修会の開催に取り組みます。

○「医療・介護連携推進会議」への参加

諏訪保健福祉事務所が開催する「医療・介護連携推進会議」に参加し、広域単位での課題整理、情報共有を図ります。

○有償福祉移送サービス

民間事業者や団体等による移送サービスの充実を図ります。

○多様な主体による移動手段のための協議体開催

地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等による多様な移動支援を実施する主体とのネットワーク、コーディネートを実施します。

○暮らしサポート事業

外出、買い物、ごみ出し等の生活支援を希望する「利用会員」と、支援する「協力会員」をつなぎ、支援体制をつくります。

○移動販売・出張販売の促進

民間事業者や社会福祉法人、農業法人等による移動販売・出張販売を促進します。

○生活支援コーディネーター配置

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

○協議体の設置・運営

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

○在宅介護者リフレッシュ事業

介護者の長期介護による心身の疲労を癒し、気分を新たに介護に取り組めるよう、また、家庭介護者の横のつながりや介護技術等の向上のため、在宅介護者リフレッシュ事業を実施します。

○家族介護相談事業 ・家族介護者交流会（社協） ・介護者のつどい（包括）

家族の介護をしている人などが集い、悩みや困りごとについて情報交換を行います。

○富士見地域元気リーダー養成講座

自身の健康と地域の高齢者の介護予防、生活支援活動につながる知識等について、仲間と楽しく学ぶことのできる講座を開催し、学んだことを地域に発信していく人材の育成を行います。

○高齢者の自主グループ化・指導者の活動支援

介護予防普及啓発事業として、「おたっしや広場」の利用者等の継続的な活動への支援、指導者として活躍するための支援を行います。

○認知症サポーター養成講座

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、認知症サポーターの養成をします。

○認知症キャラバンメイト連絡会

認知症サポーター養成講座の講師役である「キャラバンメイト」に対する体制整備・キャラバンメイト間のネットワークの構築と活動の充実を図ります。（認知症総合支援事業）

○認知症カフェの開設支援

認知症高齢者やその家族、地域住民が交流の場として集う「認知症カフェ」の開設・運営支援を行います。（認知症総合支援事業）

○「チームオレンジ」の立ち上げ・活動支援

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」の構築を図ります。

○認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

認知症サポーターの活動をさらに発展させるためのステップアップ講座を開催し、他の地域への「チームオレンジ」の立ち上げを推進します。

重点課題3 災害時の安全・安心の確保

【目指す姿】

災害に備え「地域支え合いマップ」「災害時避難行動要支援者個別避難計画」の作成を進め、要配慮者を把握し、地域住民の協力により安全な避難行動ができる支援体制を強化します。

近年の災害においては、高齢者の被害が大きな割合を占めており、今後の急速な高齢化によりこうした傾向が拡大することが懸念されます。このような状況にかんがみ、被災が想定される状況を軽減するために、高齢者、障がい者等の災害時要支援者対策を充実強化することは喫緊の課題です。

要介護認定者や一人暮らしの高齢者、高齢者世帯の災害発生時における被害を最小限に抑えられるよう、地域住民の協力を得ながら、「地域支え合いマップ」と「災害時避難行動要支援者個別避難計画」の作成を進め、安全に避難行動ができる災害時避難体制の構築を進めます。

■重点的な取組

○地域安心ネットワーク体制づくり事業（地域支え合いマップ作成）

寝たきり高齢者や一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の高齢者、要介護認定者等の情報を把握し、地域で共有しながら日常的な支援体制の強化を図り、災害時の避難支援が確実にできる地域づくりを推進します。

○災害時避難行動要支援者個別避難計画の作成

高齢者本人とその家族とともに、区（自主防災組織を含む）等において、避難方法など支援に関する必要事項を示した計画を作成します。

○福祉避難所の確保と運営

災害発生時において、通常の避難所での避難生活が困難な要配慮者のための福祉避難所を指定し、運営に関する協定を推進します。

3. 基本目標と施策体系

基本目標1 健康づくりと介護予防活動の促進

高齢者が、介護を必要とせず健康な生活を送ることができるよう、健康づくりを推進し、介護予防の充実に努めるとともに、高齢者の生活の質（QOL）の向上のため、生活支援体制整備の充実・強化を図ります。

地域社会の活動に興味・関心を持ち自ら参画し、体力や能力に応じて活躍する居場所のある、生きがいを持てるまちづくりを目指します。

■施策1-1 健康づくり・介護予防への取組の推進

■施策1-2 高齢者の社会参加促進と生きがいづくり

基本目標2 地域ぐるみでの支え合い体制の構築

地域共生型社会の実現に向け、介護を支える人的基盤の整備の強化等、包括的な支援体制の深化に努めます。

高齢者が、認知症になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、相談や見守り等、生活支援体制整備の充実・強化を図ります。

■施策2-1 高齢者の孤立防止と日常生活支援体制の充実

■施策2-2 地域での見守り体制の充実

■施策2-3 認知症への理解促進と、ともに暮らせる地域づくり

基本目標3 安全・安心に暮らせる体制の整備

災害や犯罪、交通事故、感染症等を防ぐための体制の強化と権利擁護について、地域の特性に応じて推進していくため、関係機関とともに協議を進め、医療と介護の連携及び医療・介護情報基盤の整備に努めます。

また、安心して介護サービスを利用できるよう、地域包括ケアシステムを支える人材を確保するための取組を進めます。

■施策3-1 地域包括ケアシステムの深化・推進

■施策3-2 介護保険サービスの適切な普及と質の向上

■施策3-3 権利擁護と虐待の防止

■施策3-4 災害や感染症対策等に係る体制の整備

■施策3-5 高齢者の日常生活を支える社会基盤の整備

第2章 施策の展開

基本目標1 健康づくりと介護予防活動の促進

◆施策1-1 健康づくり・介護予防への取組の推進

■現状と課題

高齢であっても、自分らしい生活を続けるためには、運動機能の向上（ロコモティブシンドローム予防）や認知症予防、また、口腔ケアの促進、地域との交流等、介護予防への取組が非常に重要です。

本町では、孤立しがちな高齢者を活動参加につなげていくために、地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生児童委員、町保健師、生活支援コーディネーター、地域活動団体等との情報連携を通じて、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯を中心に、実態把握訪問による状況把握を行っています。移動手段がなくて予防や交流の場に参加できない方も多かったため、送迎付きの認知症予防やロコモティブシンドローム予防、閉じこもり予防などを旨とした教室の開催（脳と体の健康教室）を行っています。

交流及び介護予防の拠点として「おたっしゃ広場」を実施しているほか、町内30箇所において介護予防の取組を含めた「地区サロン」が定期的開催されています（週1回から月1回程度）。また、住民主体の居場所として「みんなのえんがわ」が町内30箇所で展開されており、それぞれに必要なサポートを行い、持続可能なスタイルを支援しています。参加を継続することで、日常生活動作（ADL）の向上だけでなく、社会的な交流による孤独の解消、自立、役割の創出にも貢献しています。

また、介護保険による通所リハビリや訪問リハビリ以外に、身体機能の低下が進み不安を感じている方や日常生活動作が困難になってきた方を対象に医療専門職（理学療法士等）が自宅を訪問し、身体機能の評価やサービス利用・生活上のアドバイスを行っています。さらに、高齢者クラブや「地区サロン」では、出前講座として理学療法士等の専門職を派遣しています。

今後の課題として、「地区サロン」や「みんなのえんがわ」については、地区ごとに開催回数にばらつきがあり、近くにない地区もあるため、計画的な立ち上げや継続のための支援が必要です。相対的に男性の参加が少ない傾向にあるため、多くの方が気軽に集まってもらえるよう、様々な媒体を活用して周知活動を行います。一部の交流事業では、メンバーが固定化される傾向にあり、交流の幅を広げるための取組や各事業所で行われる近隣住民向けの交流活動を拡大していく必要があります。

また、近年では、高齢者の「低栄養」が問題になっており、特に一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯で高い傾向にあります。富士見町の町民アンケート（※）でも、65歳以上の低栄養傾向（BMI 20以下）の人の割合は19.2%となっており、平成28（2016）年度の調査（15.9%）より増加しています。高齢者が低栄養の状態になると、「生活機能の低下」「認知機能の低下（認知症発症リスクの増大）」「けがが治りにくくなり合併症が増加」するなど様々な悪影響が生じます。移動手段や買い物に困難が生じたり、社会との交流が減少したりすることは、食材の調達や運動不足、食事を楽しめないなど、高齢者の低栄養の問題と関係があります。このようなことに留意し、関係団体（町食生活改善推進協議会等）とも連携を図るなど、健康づくり・介護予防活動に取り組む必要があります。

※富士見町健康・食育に関するアンケート調査（令和5年度）「第3次富士見町健康づくり計画『健康ふじみ21』第3次富士見町食育推進計画」より

■施策の方向

現在取り組んでいる健康増進プロジェクトや、理学療法士等の医療専門職による評価指導を行う訪問事業の効果を検証し、事業の周知を図り、専門職の視点を取り入れて自立支援につなげます。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施により、健康状態が不明な高齢者に対して、健康診査の受診勧奨を継続していきます。さらに、出前講座や「地区サロン」などの集まり、各種媒体を利用し、高齢者の低栄養など「健康づくり・介護予防活動」に関する情報の周知・啓発活動に取り組みます。

また、住民主体によるサービスの実施体制の拡充や、送迎など移動手段の確保などを通じて、身近な場所で気軽に参加できる環境を整備し、閉じこもり孤立しがちな高齢者を中心に、世代や性別にかかわらず幅広い町民が活動に参加できるよう促します。

■具体的な取組

①運動機能向上（ロコモティブシンドローム予防）の推進

高齢者の疾患の構造や、閉じこもり傾向の特徴を考慮し、効果的な対策を進めます。

また、高齢者の運動機能向上（ロコモティブシンドローム予防）や、孤立・閉じこもりの予防のために、様々な教室を開催します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
おたっしや広場 【重点】	介護予防普及啓発事業として、すべての高齢者を対象に、体操教室、介護予防講演会、専門家による相談・指導等を実施します。	拡大	地域包括支援センター

②認知症等予防の推進

交通手段がない方でも通えるように、送迎付きの認知症予防、ロコモティブシンドローム予防、孤立・閉じこもり予防等を目指した教室を開催します。認知症に対する知識の普及や理解促進に努めるとともに、通いの場の拡充や、通いの場等における認知症の予防と早期発見を図ります。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
脳と体の健康教室 【重点】	認知症予防、ロコモティブシンドローム予防、閉じこもり予防等を目指した教室を開催します。（送迎あり）	維持	町社協

③交流の場の充実

住民主体の活動の拡充を図り、歩いていくことができる通いの場づくりを促進し、住民同士が気軽に集い、交流する場の充実を図ります。高齢者の社会的な孤独を解消し、生きがいづくりに貢献できる取組を実施します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
清泉荘交流広場	体操・ウォーキング教室やカフェ、パン教室等の開催のほか、趣味や生きがいづくりの場として交流広場を開催します。	維持	町社協
地区サロンの拡充 【重点】	地区の高齢者同士が公民館等に集まり、地区独自の活動を通して交流する「地区サロン」の活動を支援します。	拡大	町社協 地域
みんなのえんがわ 【重点】	自宅の庭や店先、空き店舗等に子どもからお年寄りまで気軽に集まり、交流する居場所として「みんなのえんがわ」の活動を支援します。	拡大	町社協 地域
入浴サロンひとつぶる	独居、障がい等で自宅での入浴に不安があり入浴施設までの交通手段がない方に無料送迎を行う支援をします。	維持	町社協
自費デイサービス	会食、レクリエーション、季節の行事等を通して交流する場を提供します。	維持	町社協 ひなたぼっこ

④介護予防支援の充実

民生児童委員をはじめ、地域の協力者の情報提供、地域包括支援センターの総合相談、保健予防事業等の他部門との連携から、介護予防事業の対象者を把握します。

また、各種講座や研修会、情報提供などを通じ、介護予防に関するボランティアの育成や地域活動組織の育成・支援を行います。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
介護予防把握事業 【重点】	民生児童委員をはじめ、地域の協力者の情報提供、地域包括支援センターの総合相談、保健予防事業等他部門との連携から、介護予防事業対象者を把握します。	拡大	地域包括支援センター
介護予防・生活支援サービス	要支援者及び総合事業対象者を対象に訪問型サービス、通所型サービス及び配食サービスなどの生活支援サービスを提供します。	維持	地域包括支援センター 介護事業所等
介護予防サービス	要支援者を対象に、訪問、通所以外の介護サービス（福祉用具貸与・ショートステイ等）を提供します。	維持	介護事業所 （予防給付）
地域リハビリテーション活動支援事業 【重点】	通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、自立支援に向けた効果的な活動を促進します。	拡大	地域包括支援センター
地域介護予防活動支援事業【重点】	各種講座や研修会、情報提供などを通じ、介護予防に関するボランティアの育成や地域活動組織の育成・支援を行います。	拡大	地域包括支援センター

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
一般介護予防評価事業	専門職だけでなく、本人も含め、同じ項目で評価できる指標の統一について検討していきます。 (運動評価・後期高齢者の質問票等)	拡大	地域包括支援センター

⑤保健事業の充実

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を進め、介護予防の場でも保健事業に関連する活動を積極的に展開していきます。また、生活習慣病予防、介護予防、重症化予防を推進するため、健康管理の一環として健診の受診勧奨をしていきます。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
後期高齢者健診	生活習慣病予防、介護予防、重症化予防を推進するため、健康管理の一環として健診受診を勧奨していきます。	拡大	住民福祉課 (保健予防係)
後期高齢者歯科口腔健診事業【重点】	満75歳全員と、満76歳～79歳で一定の要件に該当する方を対象に歯科口腔健診を実施します(無料)。口腔機能低下や生活習慣病に関係のある歯周疾患の早期発見・早期治療に取り組み、肺炎等の疾病予防を図ります。	新規	長野県 後期高齢者医療 広域連合 住民福祉課 (保健予防係・ 介護高齢者係)
歯周疾患検診【重点】	20歳歯科健診(無料)と、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳の節目の年齢を対象に歯周疾患検診(費用一部助成)を実施します。定期的な歯科健(検)診の受診勧奨と、歯科口腔の健康保持を図ります。	新規	住民福祉課 (保健予防係)

※生活習慣病に係る診療を受け、かつ、歯科レセプトがない方。

⑥健康づくり・介護予防活動の活性化支援

多様な主体が実施する健康づくり・介護予防活動への参加を促進するため、各活動の周知や参加への呼びかけを行います。また、活動への参加の動機づけとして実施している健康増進プロジェクト等の普及状況や効果の検証を行い、効果的な事業を推進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
活動の周知	様々な媒体や機会を通じ、多様な主体により実施されている健康づくり活動や介護予防活動を周知し、活動への参加を促進します。	維持	住民福祉課 (保健予防係)
健康ポイント事業【重点】 (健康増進プロジェクト)	各種健診・検診の受診や健康イベントへの参加、自分の目標に取り組むマイチャレンジ等への参加に対してインセンティブとして健康ポイントを付与し、商品券と交換できる健康ポイント制度を実施し、健康づくり活動への動機づけとします。	維持	住民福祉課 (保健予防係)
健康アプリ事業【重点】 (健康増進プロジェクト)	歩数アプリを入れたスマートフォンを活用し、各種健診・検診の受診や健康イベントへの参加、健康記録の入力に対してインセンティブとして健康ポイントを付与し、商品券と交換することにより健康づくりに対する意識啓発と活動促進を図ります。	維持	住民福祉課 (保健予防係)

⑦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、高齢者の口腔ケアや食事の状況、運動機能の状態等、フレイルにつながるものについて把握した上で、推進団体が連携して定期的な歯科口腔健診や歯周疾患検診の受診を促し、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。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業【重点】	通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（口腔ケア・栄養・運動など）や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、社会参加等の支援を、住民福祉課（保健予防係・介護高齢者係）、地域包括支援センター・社会福祉協議会と連携を図り一体的に実施します。	新規	住民福祉課 （保健予防係・介護高齢者係） 地域包括支援センター 町社協

⑧高齢者の移動支援

高齢者の孤立防止や低栄養の問題を解消するため、サロン等への外出や買い物等に伴う移動について支援を行います。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
有償福祉移送サービス【重点】	公共交通を利用できない方の社会参加、医療機関への通院、また食材の調達等日常の移動のための移送サービスの充実を図ります。	新規	民間事業者・団体
多様な主体による移動手段のための協議体開催【重点】	地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等による多様な移動支援を実施する主体とのネットワーク、コーディネートを実施します。	新規	地域包括支援センター 町社協 各団体
デマンド型乗合バス（すずらん号）	町内の目的地（駅、商業施設、医療機関等）と自宅の間の運行を実施します。	拡大	商工会

■数値目標

指標	基準値（R4）	目標値（R8）
おたっしゃ広場 実登録者数	572人	700人
地区サロン 実施箇所数	30箇所	33箇所
みんなのえんがわ 実施箇所数	27箇所	30箇所
リハビリテーション専門職と連携した活動数	312回	350回
高齢者の歯周疾患検診（70歳節目検診）受診率	15.1%	20.0%

◆施策1-2 高齢者の社会参加促進と生きがいづくり

■現状と課題

高齢者が元気でいきいきと地域で暮らすためには、今まで培ってきた能力や知識を活かした社会貢献活動、興味・関心事への積極的な取組や新しいことへの挑戦など、一人ひとりが地域で活躍し、生きがいを持つことが重要です。特に、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年を見据えて、元気な高齢者が地域のリーダーとして活躍する機会を創出していくことが必要です。

本町では、地域の人材育成のために、地域元気リーダー養成講座を開催するとともに、生涯学習では、「リーダーバンク」への登録制度により地域の人材を有効活用し、公民館などで様々な講座や教室、スポーツ・レクリエーション活動などを行っています。また、すべての町民が、支え合いのためのボランティア活動に参加できる「支え合いポイント制度」を実施しています。

また、「おたっしゃ広場」をはじめとする介護予防拠点や高齢者クラブ、「地区サロン」などで、高齢者が自ら参加する活動を支援するだけでなく、自主グループへの参加を促進しています。「おたっしゃ広場」等で、ボランティア活動に協力できる方には、参加者の見守りや草取りなどの範囲で協力していただいています。「地区サロン」では、連絡係や公民館のかぎ当番を順番で回して、参加者自身が活動運営の一部を担うとともに、得意な分野を活かし活躍できる場を創出しています。

さらに高齢者等の就労支援として、シルバー人材センターの活動支援や、就労相談の充実にも取り組んでいます。

今後の課題としては、地域活動を行う各団体での担い手不足や、リーダーバンクを利用する問い合わせ低迷、支え合いポイント制度におけるボランティア新規登録者の伸びの減少などがあります。また、高齢者の就労形態の多様化により、シルバー人材センター以外の就労を選択されるケースも多く、定年後の就労希望と、企業側のニーズが合わないことなどが課題となっています。さらに、移住・定住者が多い本町の特徴を活かしていけるよう、移住・定住者の地域活動への参加を引き続き促進します。

■施策の方向

多様化するニーズに対応した施策の充実や地域の協力体制の強化など、様々な課題がありますが、高齢者の生きがいを支え、充実した社会参加を促進するために、積極的な取組が必要です。特に、幅広い世代や男性の参加を促し、多様な交流機会の充実を図るため、幅広い世代が集まり全員で実施できるイベントや、男性が参加できるような各種講座の開催等を検討・実施します。

また、健康状態に応じた様々な働き方を創出するために、既存の事業所と協力して就労の場を整備します。

■具体的な取組

①地域活動・世代間交流の促進

団塊の世代や元気な高齢者の潜在的な可能性を引き出し、地域活性化の主演として活躍してもらうため、支え手となり得る場を創出します。また、関係団体と連携し、町内会や自治会、高齢者クラブ、趣味やサークル活動など、住民が主体となって実施する地域活動を活性化させ、幅広い参加を促進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
地域活動への参加促進【重点】	高齢者の自主的な活動組織である高齢者クラブや地区社協、各種サークル等の自主グループの活動を支援しつつ、活動の周知等により参加を促進します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係) 各種団体
世代間交流の場の創出	地域・事業所等において、幅広い年代が参加し、交流できるイベント等の開催や活動の促進を図ります。	拡大	地域 町社協
65歳年齢到達者説明会	65歳になる方に、介護保険(介護保険料含む)・町の高齢者サービス・地域ボランティア登録の紹介について説明会を開催しています。	維持	町社協 地域包括支援センター 住民福祉課 (介護高齢者係)
支え合いポイント制度の実施【重点】	すべての町民を対象に、ボランティア活動の実績に応じたポイントを付与するとともに、貯まったポイントを町内入浴施設で利用できる入浴優待券と交換します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
移住・定住者の地域活動への参加促進	本町に移住・定住している高齢者等の地域活動への参加を促進するため、移住・定住者に対し、区への加入や地域活動への参加を呼びかけるとともに、参加しやすい環境づくりに努めます。	維持	総務課 (まちづくり推進係) 町社協

②生涯学習の推進

世代や性別にかかわらず、参加を促進するための創意工夫や情報発信により、事業の周知に努めます。関心や興味に応じて、参加しやすい生涯学習の機会を提供し、個々の知識や能力を活かせる場を整備することで、広範な参加を促進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
公民館事業 (各種講座、教室)	高齢者の多様な学習ニーズに応じた各種講座・教室を開催します。	維持	生涯学習課 (生涯学習係) 町公民館
スポーツ・レクリエーション活動の促進	高齢者が気軽に取り組める体操・ストレッチ等、スポーツに関する各種教室を開催します。	拡大	生涯学習課 (スポーツ係) 町スポーツ推進員
地域スポーツクラブ	活動的な高齢者が気軽に取り組める体操、スポーツに関する各種教室を開催します。	維持	生涯学習課 (スポーツ係) 町地域スポーツクラブ
リーダーバンク	高齢者自身が持つ能力や、今まで培ってきた技術などを地域に還元できる仕組みとして、「リーダーバンク」登録制度により、各種講座や交流事業等の指導者の発掘と活躍の場を創出します。	維持	生涯学習課 (生涯学習係) 町公民館

③就労支援の充実

高齢者の体力や健康状態に応じた多様な働き方や社会貢献ができる場の創出に努めるとともに、関係機関との連携により就労相談の充実を図ります。

行政、シルバー人材センター、公共職業安定所（ハローワーク）、企業等との連携により、高齢者が就業できる社会環境づくりを進めます。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
シルバー人材センター活動支援	公益社団法人茅野広域シルバー人材センターの活動の充実のため、関係団体と連携し、積極的に支援します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
就労相談の充実	高齢者の就労機会の拡大に向け、公共職業安定所（ハローワーク）等の関係機関と連携し、就労相談の充実を図ります。	維持	ハローワーク 産業課 (工業交通係)
就労的活動支援コーディネーターの配置	高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする「就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）」の配置について、地域における高齢者の就労支援に関するニーズを基に検討します。	維持	町社協

■数値目標

指 標	基準値 (R4)	目標値 (R8)
支え合いポイント制度 提供者登録数	38人	55人
リーダーバンク 登録者数	23人	30人

基本目標２ 地域ぐるみでの支え合い体制の構築

◆施策２-１ 高齢者の孤立防止と日常生活支援体制の充実

■現状と課題

少子高齢化社会に対応した地域づくりを進めるためには、高齢者自身が支え手としての役割を果たしつつ、地域全体で高齢者を見守り、一人ひとりの状況に寄り添った細やかな支援の充実が求められます。

本町では、日常の生活支援が必要な方のために、社会福祉協議会が「暮らしサポート事業」を実施し、利用会員と協力会員をつなぎ、これらを支援するための体制を構築しています。そのほか、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置し、個別ケースについて暮らしサポートや様々なサービスとのコーディネートを継続的に行っており、これらの活動も徐々に地域に浸透してきています。さらに「協議体」については、町内の団体や民間事業者が、買い物、食事、移動支援などの活動分野ごとに協議をし、それぞれの活動の理解と課題についての共有化を図るとともに、今後の取組についての検討を行っています。

また、日常生活支援総合事業による介護予防・生活支援サービスのほか、町独自の生活支援事業として、「おたっしゃ生きがい生活支援事業」を実施しています。その一環として実施している給食サービスは、調理が困難な一人暮らし高齢者等の栄養バランスの確保に加え、見守り機能も果たしています。町内の民間事業者や民生児童委員による地域ぐるみでの見守りも行っており、高齢者の孤立防止や災害時等の安全・安心につなげています。今後ますますその重要性が高まっており、事業のさらなる充実を検討していく必要があります。

■施策の方向

「おたっしゃ生きがい生活支援事業」を拡充しつつ、社会福祉協議会や地域のボランティア団体等と連携・協力しながら、高齢者の日常生活を支えるサービスの充実を図ります。また、生活支援コーディネーターを活用し、家族をはじめ近隣や地域社会、NPOやボランティアなどが行う援助活動への支援も含め、地域における多様な主体による支え合い体制のさらなる充実と支援の利用促進を図るとともに、協議体等を活用しながら、多様な分野における課題の共有及び新たな支援の創出に向けた体制づくりに取り組みます。

さらに、介護者の長期介護による心身の疲労を癒し、気分を新たに介護に取り組めるよう、また、家庭介護者の横のつながりや、介護技術等の向上のため、在宅介護者リフレッシュ事業を実施し、その充実を図ります。

■具体的な取組

①おたっしや生きがい生活支援事業の充実

給食サービスは、調理が困難な一人暮らし高齢者等の栄養バランスの確保に加え、地域による見守り機能も果たしていることから、高齢者の孤独の解消にもつながり、その重要性が高まっており、事業のさらなる充実を図ります。

また、介護保険サービス対象外となった高齢者や、介護サービスでは対応しきれない方々に対して、より充実した生活支援を提供することを目指します。

さらに、急病や緊急事態が起こったときにスムーズな連絡手段を確保するため、一人暮らし高齢者等を中心に緊急通報装置の貸与も継続します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
給食サービス	調理の困難な高齢者宅への夕食の配達により、栄養バランスのとれた食事を提供します。同時に安否確認も実施します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係) 町社協
ホームヘルプサービス	介護保険認定審査の結果、自立と判定された方等で、身体上または精神上の障がい及び虚弱高齢者のため日常生活を営むのに支障がある方の家庭に、ホームヘルパーを派遣し、日常生活の支援を行います。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
短期入所	介護保険事業の対象外の日常生活が困難な虚弱高齢者、特別な理由によりしてほしい在宅介護者が不在となり、長時間ひとりで生活することが困難な高齢者等を一時的に保護するサービスです。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
訪問理美容サービス	寝たきりで一般の理美容サービスを受けることができない高齢者に対し、訪問理美容サービスを受けるための費用の一部を補助します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
緊急通報装置貸与	急病や緊急事態の起こったときのスムーズな連絡手段を確保するため、一人暮らし高齢者等を中心に緊急通報装置の貸与をします。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
福祉輸送サービス	公共交通を利用することが困難な人を対象に、病院受診や買い物などの外出や社会参加のため、福祉輸送サービス事業を実施します。(要審査)	維持	住民福祉課 (介護高齢者係) 町社協
在宅介護支援事業	認定された介護度の費用限度額では介護保険サービスが不足する方を対象に、訪問サービスと通所サービスの提供を実施します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)

②多様な主体による生活支援サービスの充実

利用会員と協力会員をつなぐ、「暮らしサポート事業」の支援体制を強化し、社会福祉協議会や民間事業者、ボランティアを含む様々な関係者の協力によって、きめ細かな生活支援サービスの提供体制を充実させることを目指します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
有償在宅福祉サービス	社会福祉協議会のヘルパーが有償で家事等を支援します。	維持	町社協
暮らしサポート事業【重点】	外出、買い物、ごみ出し等の生活支援を希望する「利用会員」と、支援する「協力会員」をつなぎ、支援体制をつくります。	拡大	町社協
生活支援、移動支援、お弁当、食材等の宅配	高齢者に、民間事業所による生活支援、移動支援、お弁当や食材の宅配サービスの情報を提供します。	維持	民間事業所
しらかば宅配	店舗に電話で注文すると自宅まで配達してくれるサービスです。実施店舗の拡大と周知による利用促進を図ります。	維持	商工会 民間事業所
傾聴ボランティア	一人暮らし高齢者等の自宅に訪問し、話を聞く傾聴ボランティアの活動を促進します。	維持	町社協 ボランティア
生活支援ハウス	一時的に自宅での生活が困難な高齢者に対し、最長6か月間、居住の場を提供します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
移動販売・出張販売の促進【重点】	民間事業者や社会福祉法人、農業法人等による移動販売・出張販売を促進します。	拡大	民間事業所 社会福祉法人 農業法人 町社協 商工会

③生活支援コーディネーター機能の充実

高齢者の積極的な地域活動への参加や、様々な主体が生活支援の担い手として支え合う地域社会づくりを促進し、生活支援コーディネーターや協議体の主導で、地域で活動している様々な団体や民間事業所に働きかけを行い、地域包括ケアネットワークへの参加を促します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
生活支援コーディネーター配置 【重点】	地域において、生活支援の担い手の養成やニーズに応じたサービスの開発等を行うとともに、サービス提供体制のネットワーク構築を行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置します。	維持	町社協
協議体の設置・運営 【重点】	生活支援コーディネーター及びサービス提供主体等が参画し、生活支援・介護予防サービス提供体制の構築に向けた情報共有と連携・協働による資源開発等を推進します。	維持	町社協
就労的活動支援コーディネーターの配置（再掲）	高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする「就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）」の配置について、地域における高齢者の就労支援に関するニーズを基に検討します。	維持	町社協

④家族介護支援の充実

介護を必要とする高齢者をサポートしている家族の負担を軽減するため、支援の充実に取り組みます。また、子ども課と連携し、ヤングケアラーを出さないための取組に対する周知・啓発活動についても推進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
在宅介護者リフレッシュ事業【重点】	介護者の長期介護による心身の疲労を癒し、気分を新たに介護に取り組めるよう、また、家庭介護者の横のつながりや介護技術等の向上のため、在宅介護者リフレッシュ事業を実施します。	維持	町社協 住民福祉課 (介護高齢者係)
家族介護相談事業 ・家族介護者交流会 (社協) ・介護者のつどい (包括)【重点】	家族の介護をしている人などが集い、悩みや困りごとについて情報交換を行います。	新規	地域包括支援 センター 町社協
家庭介護用品支給事業	要介護4・5の認定を受け、在宅で介護している町民税非課税世帯の介護者に対し、紙おむつ等の介護用品を支給します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
ヤングケアラーを出さない取組	ヤングケアラーの実態を把握し、また、ヤングケアラーの問題に対する理解促進を図りつつ、必要な支援・フォローの形について検討します。	維持	子ども課(子ども・家庭相談係) 町社協

■数値目標

指 標		基準値 (R4)	目標値 (R8)
暮らしサポート事業	協力会員登録者数	110人	142人
	利用会員登録者数	96人	136人
	マッチング件数	16件	16件
	活動実績数	492件	550件
給食サービス	配食数	7,761食	9,500食
生活支援コーディネーター 配置事業	配置数	7名	7名
	活動件数	1,684件	1,800件

◆施策2-2 地域での見守り体制の充実

■現状と課題

高齢化により、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加しています。その中で、地域全体での見守りや支え合いの活動を促進し、高齢者が孤立せず安心して地域で暮らし続けることができるまちづくりが必要です。

本町では、身近な相談役としての民生児童委員が地域の見守り役を果たしているほか、住民主体の支え合い活動の活性化の一環として「富士見地域元気リーダー養成講座」を実施しており、自身の健康と地域の高齢者の介護予防、生活支援活動につながる知識等について、仲間と楽しく学ぶことのできる講座を開催し、学んだことを地域に発信していく人材の育成を行っています。また、「地域安心ネットワーク体制づくり事業」として、各地区・集落組合とともに、「地域支え合いマップ」を作成し、定期的に更新しています。これらの活動が、各地区の防災計画や避難所開設の取組、地域での見守り、高齢者の社会的な孤立の解消、「地区サロン」等の地域活動等につながっています。

■施策の方向

地域元気リーダー養成講座のほか、行政職員に対する研修、学校や地域における福祉教育を推進し、福祉活動への参加を促進していきます。さらに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会、役割の創出に向けた取組を一層進め、充実させます。

■具体的な取組

①住民主体の支え合い活動の活性化

地域での支え合い活動を牽引する富士見地域元気リーダー等の育成を目指し、さらに参加者や修了者による自主的なグループの組織化や活動支援を行います。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
富士見地域元気リーダー養成講座【重点】	自身の健康と地域の高齢者の介護予防、生活支援活動につながる知識等について、仲間と楽しく学ぶことのできる講座を開催し、学んだことを地域に発信していく人材の育成を行います。	維持	町社協
高齢者の自主グループ化・指導者の活動支援【重点】	介護予防普及啓発事業として、「おたっしゃ広場」の利用者等の継続的な活動への支援、指導者として活躍するための支援を行います。	維持	地域包括支援センター

②地域での見守りネットワークの充実

社会福祉協議会や民間事業者、ボランティアを含む様々な団体による連携・協力のもと、地域ぐるみで高齢者を見守るためのネットワークの拡充を図ります。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
地域安心ネットワーク体制づくり事業（地域支え合いマップ作成）【重点】	寝たきり高齢者や一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、要介護認定者等の情報を把握、共有し、日常的な支援体制の強化を図るとともに、災害時等における避難支援が行われる地域づくりを推進します。	維持	住民福祉課 （社会福祉係） 町社協
地域安心見守り事業	地域の高齢者等で孤立の恐れのある方の見守りについて町内民間協力事業者が異変に気づいたときに連絡をする事業を継続実施します。	維持	協力事業者
安否確認サービス	民間の警備会社等が提供する安否確認サービスについて周知します。	維持	民間事業者
移住・定住者への対応	地域とのつながりが希薄になりがちな移住・定住者の高齢者の状況把握に努め、多様な主体による見守り活動の充実を図ります。	維持	町社協

③福祉教育の推進

福祉に関する意識を醸成し、福祉活動への参加を促進するために、学校や地域などで福祉教育を積極的に推進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
学校における福祉教育の推進	福祉施設での体験学習や体験ボランティア等、体験型の福祉教育を推進します。また、教職員の福祉教育に関する研修機会の拡充を図ります。	維持	子ども課 （総務学校係） 町公民館 町社協
地域における福祉教育の推進	地域における住民主体の福祉学習の機会を創出します。また、公民館事業等において、福祉に関する各種講座等を開催します。	維持	生涯学習 （生涯学習係） 町公民館 町社協
行政職員の福祉学習の充実	行政職員に対し、福祉や人権等に関する研修の実施や外部研修等への積極的な参加を促進します。	拡大	県 総務課 （庶務人事係） 町社協

■数値目標

指 標	基準値（R4）	目標値（R8）
富士見地域元気リーダー養成講座 受講者数	141人	170人

◆施策2-3 認知症への理解促進と、ともに暮らせる地域づくり

■現状と課題

本町では、認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいる割合が比較的高くなっています。将来的にはさらに認知症高齢者の増加が予想されるため、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを進める必要があります。

令和5（2023）年6月には、「認知症基本法（共生社会の実現を推進するための認知症基本法）」が可決され、共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていくことが定められました。いち早く認知症対策に取り組んできた本町としても、国や県等と連携し引き続き施策を推進していきます。

また、認知症地域支援推進員を社会福祉協議会に配置し、認知症キャラバンメイト連絡会やRAN伴（ランとも）等の地域支援組織団体、認知症の症状がある本人と介護者、一般参加者がともに活動できる機会をつくり、支援と啓発を進めています。認知症キャラバンメイト連絡会では、「認知症サポーター養成講座」や「認知症になっても暮らせる町づくり集会」への協力活動等を通じ、認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族に対して温かく見守る地域づくりに取り組んでいます。

さらに、「認知症SOSネットワーク事業」として、行方不明高齢者の早期発見のため、捜索時の依頼者と捜索協力者の登録を推進します。また、ICT（情報通信技術）を活用した捜索システムの活用や、捜索依頼のメール配信のほか、防災無線等により地域の協力を呼びかけ早期発見に努めます。

今後の課題としては、キャラバンメイトへの新規加入が鈍化しており、新たなメンバーが増えない現状にあることから、認知症高齢者を支える人材の育成を図りつつ、地域ぐるみで認知症高齢者とその家族を支える体制づくりを推進していく必要があります。

■施策の方向

キャラバンメイトの育成や認知症サポーターの活動の場を整備しながら、対象者の個々の生活に注目し、身近な場所で同じ立場で楽しめるような認知症支援を目指すと同時に、認知症の方が希望する場所や安心して滞在できる場所、ともに楽しめる場所について、認知症カフェ等の設置支援を推進します。

①認知症高齢者を支える地域づくりの推進

認知症の方でも、孤立せず地域で安心して生活できるように、認知症に対する理解を深め、認知症の高齢者を支える人材を育成するとともに、認知症高齢者やその家族が気軽に集い、交流する場を広げる取組を行います。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
本人発信支援の推進	様々な機会を通じて認知症高齢者本人が発信する機会の充実や意見・意向の把握に努めます。また、認知症施策等の企画・立案、施策評価への本人視点の反映等に努めます。	拡大	地域包括支援センター 町社協
認知症に関する普及啓発・情報発信等	認知症に関する普及啓発イベントの開催や様々な媒体を活用した情報発信を図ります。	維持	地域包括支援センター 町社協 住民福祉（介護高齢者係）
認知症サポーター養成講座【重点】	認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、認知症サポーターの養成をします。	維持	町社協 住民福祉課（介護高齢者係）
認知症キャラバンメイト連絡会【重点】	認知症サポーター養成講座の講師役である「キャラバンメイト」に対する体制整備・キャラバンメイト間のネットワークの構築と活動の充実を図ります。（認知症総合支援事業）	維持	町社協 地域包括支援センター 住民福祉（介護高齢者係）
認知症SOSネットワーク事業	行方不明高齢者の早期発見のため、捜索時の依頼者と捜索協力者の登録を推進します。また、ICTを活用した捜索システムの活用や、捜索依頼のメール配信のほか、防災無線等により地域の協力を呼びかけ早期発見に努めます。（認知症総合支援事業）	維持	町社協 地域包括支援センター 警察 町
認知症カフェの開設支援【重点】	認知症高齢者やその家族、地域住民が交流の場として集う「認知症カフェ」の開設・運営支援を行います。（認知症総合支援事業）	拡大	町社協
「チームオレンジ」の立ち上げ・活動支援【重点】	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」の構築を図ります。	維持	町社協 地域包括支援センター

基本目標3 安全・安心に暮らせる体制の整備

◆施策3-1 地域包括ケアシステムの深化・推進

■現状と課題

高齢者が自分らしい生活を続けるために、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「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た場合でも、一人ひとりの状態に合わせた適切かつ効果的なサービスを総合的に提供できる体制づくりを推進していく必要があります。

本町では、社会福祉協議会・地域包括支援センターとともに、政策形成機能を持つ「地域ケア会議」を毎月1回開催しており、町内の情報共有や介護予防拠点「おたっしや広場」、入浴サロン「ひとつぶろ」、「ボランティアポイント制度」といった事業を継続しています。また、個別ケースの検討を行う「地域ケア会議」では、地域住民やケアマネジャーだけでは対応が難しいケースについて、医師や弁護士、警察官、民生児童委員なども参加し、支援方法について検討しています。当事者を取り巻く環境が複雑な場合も多く、案件を会議の事例に取り上げることに抵抗感を持つこともあり、案件の抽出が課題になっています。

また、「地域包括支援センター」を中心にすべての高齢者を対象とした総合相談支援や権利擁護などに力を入れて取り組んでおり、本町における地域包括支援センターの認知度は比較的高くなっています。一方、新たに期待される役割や実施すべき事業も増えてきています。高齢者の安心な暮らしを支える拠点が身近な地域で機能強化を図っていく必要があります。

在宅医療・介護の連携では、「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。町内の医療機関、介護事業所の職員の参加による「在宅医療・介護連携会議」を開催し、「医療と介護の連携票の書き方の検討」、「災害時の高齢者の支援体制」等の内容についてグループワークを行うなど、顔の見える関係づくりを進めています。また、保健福祉事務所が主催する研修会や、『医療・介護連携推進会議』に参加し、管内の医療・介護施設間で情報交換を行い、入退院の連携シート等の活用につなげています。

さらに、介護給付費等の適正化を図るため、諏訪広域連合のケアプランチェックを行っており、今後も継続していくことが大切です。

■施策の方向

地域包括ケア体制の中核となる地域包括支援センターの機能強化を図りつつ、地域ケア会議や在宅医療・介護連携、認知症総合支援事業等の取組を通して、医療機関や介護施設、社会福祉法人、民間事業所、ボランティア団体、行政等の多主体による関係機関との連携を強化し、地域課題の抽出や個別課題の解決に取り組めます。

■数値目標

指 標	基準値 (R4)	目標値 (R8)
認知症サポーター養成講座 延べ受講者数	4,080人	4,400人
認知症SOSネットワーク 検索協力者登録数	166人	200人

■具体的な取組

①総合相談支援体制の強化

高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援などを広く把握し、相談に対応することで、適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用をサポートします。また、高齢者が住み慣れた地域で、孤立せず安心してその人らしい生活を継続していくために、地域内の関係者とのネットワークを積極的に構築します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
総合相談窓口としての継続的・専門的相談	高齢者が抱える重層的な困難やその背景等を各関係機関で共有し、課題や支援の方向性を明確にした継続的、専門的相談を実施します。	維持	地域包括支援センター
民生児童委員、介護保険事業所との連携による相談へのつなぎ	民生児童委員とサービス提供機関や専門相談機関等との連携を強化し、支援が必要でありながら適切な支援につなげていない高齢者を相談支援につなげます。	維持	地域包括支援センター

②包括的・継続的ケアマネジメントの充実

医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築するとともに、一人ひとりの状況や変化に応じて包括的かつ継続的な支援につなげるため、ケアマネジャーに対する支援を行います。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
広域でのケアプランチェック	介護保険給付費適正化事業として、介護保険者である広域連合の協力により実施します。	維持	諏訪広域連合
在宅医療・介護連携会議の開催【重点】	在宅医療と介護連携推進のため、町の課題について共有し、課題解決の方向性を検討する会議を開催します。	拡大	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター
居宅介護支援事業所連絡会の開催	定期的開催により、居宅介護支援専門員の情報共有と連携強化、個人の資質向上を図ります。	維持	地域包括支援センター
事業所連絡会の開催【重点】	月1回の定期開催で、情報交換と、介護事業に関連した研修会を開催します。	維持	地域包括支援センター

③地域ケア会議の充実

ケアマネジャーが、個別のケースを提出しやすい環境の構築に配慮しつつ、ケアマネジメントの資質向上に貢献するために効果的な実施を目指します。医療、介護などの多職種が協力して包括的かつ継続的なケアマネジメント業務を効果的に行うために、地域ケア会議を開催します。そこでは、個別ケースの検討を重ねることで地域の課題を抽出し、その解決に向けた施策の検討を行います。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
「地域ケア会議」の定期開催【重点】	包括ケアシステムの構築に向けた関係機関の連携会議として、月1回定期的な会議を開催します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター 町社協
個別ケース会議の開催【重点】	個別事例を通して、①地域支援ネットワークの構築②ケアマネジメント支援③地域課題の把握について検討する会議を開催します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター
地域課題の抽出と解決策の検討【重点】	地域ケア会議の中の個別ケース検討会議の開催により、地域課題の把握と、共有を図り、地域づくり・資源開発につながる解決策等の検討に取り組みます。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター

④在宅医療・介護連携の推進

在宅医療と介護の一体的な提供に関する連携体制の構築を図るため、地域における医療・介護の関係機関が連携を強化します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
「医療・介護連携推進会議」への参加【重点】	諏訪保健福祉事務所が開催する「医療・介護連携推進会議」に参加し、広域単位での課題整理、情報共有を図ります。	拡大	県 (保健福祉事務所)
町内医療機関等との連携・情報共有【重点】	医療福祉安心手帳(医療と福祉の連携のために手帳を活用し、ご本人が安心して在宅療養を継続できるためのもの)等の活用を推進します。 医療機関、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護事業所、介護保険事業所との連携強化を図ります。	拡大	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター 各介護事業所 各医療関係機関等
在宅医療・介護従事者等に対する研修会の実施【重点】	在宅医療・介護連携に関する課題を多職種間で共有し、相互理解を深めつつ連携推進を図るための研修会の開催に取り組みます。	拡大	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター

⑤認知症総合支援事業の推進

認知症になった場合でも、住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、「認知症総合窓口（認知症初期集中支援チーム）」が早期から認知症の人やその家族に関わりを持つとともに、「認知症地域支援推進員」によって地域の支援体制を構築し、認知症ケアの向上を目指します。同時に「認知症地域支援推進員」と「認知症初期集中支援チーム」の連携も推進します。

また、介護職や福祉職を中心に、認知症支援について権利擁護の視点から幅広く学ぶ機会を充実させます。さらに、認知症サポーターの活動を拡大するために、ステップアップ講座を開催し、他の地域への「チームオレンジ」の立ち上げを支援します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
認知症総合窓口（認知症初期集中支援チーム）	地域包括支援センターに複数の専門職による支援チームを設置し、認知症が疑われる高齢者または認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行います。	維持	地域包括支援センター
認知症地域支援推進員の配置・支援【重点】	地域の実情に応じ、医療機関と介護サービス事業所、地域の支援機関等をつなぎ、認知症の方やその家族の支援と相談業務等を行う、認知症地域支援推進員を配置しサービスの調整等を行います。	維持	町社協
認知症ケアパスの活用	認知症の状態に応じ、適切なサービス提供を行うため「認知症ケアパス（標準的なサービス提供の流れ）」の周知・普及を推進します。	維持	住民福祉課（介護高齢者係）
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業【重点】	認知症サポーターの活動をさらに発展させるためのステップアップ講座を開催し、他の地域への「チームオレンジ」の立ち上げを推進します。	維持	町社協

■数値目標

指 標	基準値（R4）	目標値（R8）
地域ケア会議 個別ケース検討延べ件数	5件	6件
在宅医療・介護従事者研修 開催回数	1回	2回
ステップアップ講座 受講者数	0人	50人

◆施策3-2 介護保険サービスの適切な普及と質の向上

■現状と課題

令和7（2025）年には団塊の世代が後期高齢者となることから、要介護者が増加することが予想されます。そのため、できるだけ要介護状態にならないため、介護予防に取り組むとともに、介護ニーズの増大に対応できるサービス基盤の整備が必要です。

介護保険制度は、高齢者等を社会全体で支える仕組みとして確立してきました。3人に1人が高齢者という「超高齢化社会」を迎え、介護サービス利用者は年々増加しており、高齢者の安心な生活を支えると同時に、介護を担う家族の負担を軽減する役割を担っています。

本町では、比較的多くの介護サービス提供事業所が整備されており、近隣の市町村と比べても、その利用率（要介護認定者数に対する利用者数の割合）は非常に高くなっています。しかし、日常生活支援総合事業の開始など、サービスの枠組みが変わったり複雑化したりすることで、高齢者の方々がサービスの仕組みを理解するのが難しくなっていることから、サービスの仕組みをわかりやすく説明し周知していく必要があります。

その一環として、介護相談員（介護サービス相談員）が施設サービスや地域密着型サービスの利用者を主な対象として相談活動を行っており、定期的に施設を訪問し、利用者と事業者、保険者をつなぐ役割を果たしています。

今後も、諏訪広域連合や県等の関係機関と連携しながら、一人ひとりに合った適切なサービスを受けることができるよう、サービス基盤の整備・充実と円滑な利用を促進していく必要があります。

■施策の方向

利用者が適切にサービスを選択し利用できるよう、介護保険制度やサービス事業者等に関する情報を「お悩み解決本」などを活用してわかりやすく伝えていくと同時に、経済的な理由により、必要なサービスを受けることができない方が発生しないように、低所得者対策の充実にも取り組みます。

諏訪広域連合や県等と連携しながら、介護ニーズに応じて必要なサービス提供基盤を確保するための取組を実施します。また、地域包括支援センターとも連携し、適切なケアマネジメントを実施するとともに、介護給付費などの適正化を図ります。

■具体的な取組

①介護サービス基盤の充実

今後、認知症高齢者の増加が予測される中で、認知症に対応するサービスの提供体制を確保・充実させるための取組を行います。介護ニーズを正確に把握し、より多様な選択肢と高品質なサービスの提供が可能となるよう、諏訪広域連合や県等と協力しながら、民間事業者の参入を促進し、供給体制を整備していきます。

■町内の介護サービス提供事業所

事業所名	住所	提供サービス
富士見町社会福祉協議会 ふれあいセンターふじみ	富士見町富士見 8988-1	デイサービス、ショートステイ、 訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援 事業
富士見町社会福祉協議会 清泉荘デイサービスセンター	富士見町境 7276	デイサービス、訪問介護
富士見町社会福祉協議会 複合福祉施設清泉荘	富士見町境 7276	デイサービス（かがやき） ショートステイ（やすらぎ）
富士見町社会福祉協議会 小規模多機能型居宅介護 一本松の家	富士見町立沢 815-65	小規模多機能型居宅介護 定期巡回随時対応型訪問介護看護 （24時間ケアサポートふじみ）
富士見高原医療福祉センター 老人保健施設あららぎ	富士見町落合 11106-1	長期入所、ショートステイ 通所リハビリ（デイケア） リハビリデイケア、訪問リハビリ 居宅介護支援事業 訪問看護ステーションふじみ
富士見高原医療福祉センター 認知症対応型グループホーム やまゆり	富士見町富士見 3796-5	グループホーム 認知症対応型デイサービス
富士見高原医療福祉センター 特別養護老人ホーム恋月荘	富士見町境 8830	長期入所、ショートステイ
社会福祉法人ジェイエー長野会 特別養護老人ホーム紅林荘	富士見町富士見 3107-2	長期入所、ショートステイ デイサービス
社会福祉法人 ひなたぼっこ	富士見町富士見 11650-1	デイサービス（宅幼老所ひなたぼっ こ）、グループホーム
ハッピーライフあくしす	富士見町富士見 11517-3	訪問介護（あくしすヘルパーステーシ ョン）サービス付き高齢者向け住宅
うえむら介護サービス	富士見町富士見 3793-1 山科グリーンハイツ 201 号室	訪問介護、介護タクシー、居宅介護 支援事業（令和6年9月開所予定）

②サービス・事業所等に関する情報提供

高齢者等にもわかりやすく、安心してサービスを選び、適切に利用できるよう、「お悩み解決本」など様々な冊子や媒体等を活用し情報を提供します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
事業所情報冊子の作成・活用	諏訪広域が作成する管内を事業地域とする事業者の情報をまとめた冊子等について、要介護認定者等に配布していくとともに、事業者連絡協議会を活用し周知します。	維持	諏訪広域連合 住民福祉課 (介護高齢者係)
「お悩み解決本」の作成・周知	介護保険サービスの紹介をはじめ、町の各事業及び関係事業所の紹介、高齢者に関する生活相談等について掲載し周知します。また、地域包括支援センターの活動について周知します。	拡大	地域包括支援センター

③ケアマネジメント・介護サービスの質の向上

介護サービス施設・事業所に介護相談員を派遣し、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目指します。また、諏訪広域連合と協力して、ケアマネジャー資質向上のための取組を推進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
ケアマネジャーの資質向上支援	ケアプラン作成に関する相談・指導、支援困難事例への助言等を行うとともに、各種研修の実施及び参加促進を図ります。	拡大	諏訪広域連合 地域包括支援センター
介護相談員の派遣	介護相談員をサービス提供事業所に派遣し、介護保険サービス利用者から、サービスに関する苦情や不満等を聞き取ります。問題がある場合は、サービス提供事業者や行政との間で解決に向けた調整、指導を行い改善します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)

④低所得者対策

地域支援事業などを通じて介護用品の支給を行います。利用料を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状況にならないよう、低所得者向けの各種制度について丁寧に説明し、適切なサービスの利用を促進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
家庭介護用品支給事業	要介護4・5の認定を受け、在宅で介護している町民税非課税世帯の介護者に対し、紙おむつ等の介護用品を支給します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
各種制度についての説明	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、低所得者対策にかかる各種制度について丁寧に説明します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)

⑤介護給付費等の適正化

実施主体となる諏訪広域連合と連携し、介護給付を必要とする受給者への適切な認定を行うとともに、ルールに沿った事業者のサービス提供の徹底を図り、介護給付費等費用の適正化を推進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
介護給付費等の適正化	事業所の請求において誤りが発覚した場合、請求の取り下げを行い適正な請求を行うために市町村による過誤申立を行います。	維持	国保連合会 住民福祉課 (介護高齢者係)

◆施策3-3 権利擁護と虐待の防止

■現状と課題

高齢者が孤独な状態に置かれることなく、地域で安心して暮らし続けるためには、一人ひとりの尊厳と権利が保護されなければなりません。今後、高齢者の増加が予想される中で、権利の擁護と虐待の防止に向けた体制を強化していく必要があります。

令和5（2023）年6月には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、成立から1年以内に施行されることが決定しました。これは、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、国・地方が一体となって認知症施策を総合的かつ計画的に推進していくことを目的としています。

本町では、権利擁護に関する相談や成年後見制度の利用支援、虐待防止に向けた取組などを地域包括支援センターと社会福祉協議会で行っています。新たに、令和5（2023）年6月からは富士見町地域共生センター「ふらっと」内に「富士見町成年後見支援センター」を設置し、成年後見制度の普及啓発や事業所や専門職からの相談への支援も行っています。今後は、携わる関係者の成年後見制度の知識を深め、より身近な場所で最後まで対応できる仕組みづくりを推進します。

高齢者の権利擁護に関する相談は増加し、後見人を必要とする事案も増えており、町の社会福祉協議会が法人後見の受任者となるための体制整備が急務となっています。また、成年後見制度の利用に至らないまでも支援が必要な人に対する日常生活自立支援事業については、社会福祉協議会が独自事業として事業を進めています。成年後見制度や日常生活自立支援事業については、必要な人が必要なときに利用できるよう、周知していく必要があります。さらに、近年は高額なリフォームや金銭問題、家庭内暴力、身元引受人の不在など、弁護士などの専門家のアドバイスを必要とするケースが増えており、専門家に相談できる体制づくりが求められています。

虐待防止対策では、虐待を早期に発見し、適切な対応が行われると同時に、緊急な状況においても適切な判断がなされるよう、国や県の指針にしたがって、本町の対応マニュアルなどの整備が不可欠です。

■施策の方向

高齢者の介護を担う家族や関係者の負担を軽減し、不安や悩みに対する相談支援を行うことで、虐待の予防と再発防止に努めます。また、介護サービス提供施設では、職員の高齢者虐待防止に対する知識普及や介護技術向上のための研修やストレス対策などを積極的に推進し、虐待の発生を防ぎ早期に発見することにつなげます。

さらに、成年後見制度の利用支援や成年後見支援センター、日常生活自立支援事業などの情報を広く周知し、積極的に活用していただくための取組を行います。市民後見人の育成や専門職との連携、社会福祉協議会による法人後見の体制整備などにより、権利擁護支援の体制を充実させます。地域の相談に対しては、より身近で迅速に対応できるように、令和3（2021）年度から「富士見町成年後見支援センター」を社会福祉協議会内に設置し、成年後見制度に関する啓発活動や親族後見人への相談支援などを行っています。

■具体的な取組

①権利擁護の充実

高齢者が、認知症などによる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、住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、高齢者の権利擁護や財産の保全を目的とした成年後見制度に関する知識の普及を図るとともに、必要な方々が適切に制度の利用につながるよう支援します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
成年後見制度利用支援事業	成年後見制度の利用において、低所得の高齢者の市町村申立等にかかる経費や成年後見人等の報酬の助成等を行います。	維持	住民福祉課 (社会福祉係・介護高齢者係)
成年後見権利擁護支援事業	富士見町成年後見支援センターにおいて、成年後見制度・権利擁護に関する相談や調整、成年後見制度等申立手続きの支援、研修会の開催・啓発、親族後見人への相談支援、法人後見の受任等を行います。	拡大	成年後見支援センター
日常生活自立支援事業	成年後見制度を利用しなくても簡便な手続きによって安心して福祉サービスを利用できるよう、福祉サービスの利用手続き、日常的金銭管理等について支援します。	維持	町社協

②虐待防止対策の充実

介護サービス提供事業所等において、高齢者虐待防止に対する職員の知識普及や介護技術向上に向けた研修やストレス対策などの実施を推進し、虐待の発生を防止し早期に発見することを目指します。また、高齢者を介護する家族などの負担を軽減し、不安や悩みに対する相談支援などを行うことで、養護者による虐待の未然防止や再発の防止に努めます。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
在宅介護者リフレッシュ事業（再掲） 【重点】	家庭介護者の横のつながりや介護技術等の向上と長期介護による心身の負担軽減を目的に、介護者が心身リフレッシュすることにより、高齢者虐待等の予防につなげます。	維持	町社協 住民福祉課 (介護高齢者係)
家族介護相談事業 ・家族介護者交流会（社協） ・介護者のつどい（包括）（再掲） 【重点】	家族の介護をしている人などが集い、悩みや困りごとについて情報交換を行います。	新規	地域包括支援センター 町社協
虐待の早期発見・早期対応	「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、虐待の発見や対応を迅速に行うとともに、広報・啓発を推進します。	拡大	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター
出前講座、施設勉強会による虐待に対する理解促進	地域の要望により、出前講座等での虐待防止の周知啓発を推進します。	拡大	住民福祉課 (介護高齢者係) 地域包括支援センター
介護相談員の派遣（再掲）	介護相談員をサービス提供事業者へ派遣し、介護保険サービス利用者から、サービスに関する苦情や不満等を聞き取ります。問題がある場合は、サービス提供事業者や行政との間で解決に向けた調整、指導を行い改善します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)

■数値目標

指 標	基準値 (R4)	目標値 (R8)
町長申立による法人後見 受任件数	1 件	3 件
成年後見制度 相談件数	77 件	130 件
日常生活自立支援事業 利用件数	12 件	14 件

◆施策3-4 災害や感染症対策等に係る体制の整備

■現状と課題

近年、高齢者ドライバーによる交通事故や振り込め詐欺等の特殊詐欺が社会的に深刻化しており、高齢者を交通事故や犯罪の被害者にならないため、また、加害者にならないために安全・安心対策の強化が求められています。また、大規模地震や台風などの自然災害が頻繁に発生し、重大な被害が報告されています。特に高齢者は災害弱者となるため、安全な避難や安定した生活を維持、支援するための体制強化が必要です。

本町では、防犯・交通安全対策において、関係機関・団体等と協力し、高齢者に対する防犯・交通安全意識の醸成や知識の普及啓発を実施しています。

また、「地域安心ネットワーク体制づくり」の一環として、寝たきり高齢者や一人暮らし高齢者、認知症高齢者、要介護認定者などを対象に要援護者登録を行っています。地域住民の協力を得ながら、災害時等における登録者の避難支援体制の構築を進め、災害時の避難行動に支援が必要な方の個別計画の作成を進めています。地域安心見守り事業においては、関係する事業所との協定を結び、地域の高齢者の見守りを行い、高齢者の孤立・孤独により発生するトラブルの防止に努めています。

さらに、新型コロナウイルス感染症対策については、感染症法の位置づけが5類へと移行後、感染対策は個人の主体的な選択を尊重し、個人や事業者の判断に委ねられたため、「おたっしゃ広場」「地区サロン」などの通いの場も新型コロナウイルス感染症拡大以前の状態に戻りつつありますが、重症化リスクが高いとされる高齢者の感染防止対策は、引き続き注視する必要があります。

今後も、地域や関係機関との連携・協力のもと、災害時の安全対策や見守り体制の強化を図るとともに、高齢者等を対象とした防犯・交通安全対策の充実や感染症対策の推進により、安全・安心して生活できる地域づくりを進めていくことが必要です。

■施策の方向

民間事業者や地域団体との連携・協力や関係事業所との協定により、高齢者の見守り体制強化を進めます。また、災害時の避難において支援や配慮が必要な高齢者を把握し、近隣住民などの協力を得ながら、安全な避難行動ができる支援体制の強化を目指します。

関係機関と連携しながら、高齢者を対象とした防犯・交通安全対策を推進するとともに、被害に遭った際に専門的な相談支援を受けることができる体制づくりを検討します。さらに、高齢者が加害者とならないような地域づくりはもとより、もし加害者となった場合も、更生後、孤立することなく地域に受け入れられるための体制について検討します。

引き続き、感染症予防に関する情報提供や対策の徹底に向けた意識醸成を図り、安全で安心な地域づくりを推進します。

■具体的な取組

①災害時の避難支援

災害発生時に、安全に避難し、被害を最小限に抑えるために、防災対策等の普及と啓発に努め、災害情報等の伝達体制を強化します。また、福祉避難所と連携して要配慮者の援護に取り組むことも重要です。

関係機関や団体と協力しながら、要介護認定者や一人暮らしの高齢者、高齢者のみ世帯など、地域の避難行動要支援者や要配慮者の状況を把握し、地域の理解と協力を得ながら避難支援体制を構築していきます。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
地域安心ネットワーク体制づくり事業（地域支え合いマップ作成）【重点】（再掲）	寝たきり高齢者や一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の高齢者、要介護認定者等の情報を把握し、地域で共有しながら日常的な支援体制の強化を図り、災害時の避難支援が確実にできる地域づくりを推進します。	維持	住民福祉課 （社会福祉係） 町社協
災害時避難行動要支援者個別避難計画の作成【重点】	高齢者本人とその家族とともに、区（自主防災組織を含む）等において、避難方法など支援に関する必要事項を示した計画を作成します。	拡大	住民福祉課 （社会福祉係・ 介護高齢者係） 各区
福祉避難所の確保と運営【重点】	災害発生時において、通常の避難所での避難生活が困難な要配慮者のための福祉避難所を指定し、運営に関する協定を推進します。	拡大	総務課 （防災危機管理係） 指定施設管理者

②防犯・交通安全対策の充実

警察や消防、富士見町防犯組合等の関係機関・団体と連携し、防犯・交通安全に関する知識の普及や意識啓発に向けた取組を推進するとともに、地域ぐるみの見守り活動を促進します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
防犯意識の啓発	犯罪から高齢者を守るために、広報や告知放送等を通じた啓発活動を行います。	維持	消防課 (消防係)
地域による見守り活動	富士見町防犯組合等の関係機関との連携のもとに、相談活動・見守り活動を通じて犯罪発生の未然防止に努めます。	維持	消防課 (消防係)
地域安心見守り事業(再掲)	地域の高齢者等で孤立の恐れのある方の見守りについて町内民間協力事業者が異変に気づいたときに連絡をする事業を継続実施します。	維持	協力事業者
交通安全対策の充実	高齢者が交通事故に遭うことなく、安全に日常生活を営むことができるよう、交通安全に関する意識啓発を、高齢者や運転者等に対し実施します。	維持	建設課 (都市計画係) 茅野交通安全協会富士見支部

③感染症対策の推進

感染症が発生した場合でも、継続的にサービスを提供できるよう事業所や医療機関などと連携しながら感染症対策に取り組みます。

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
介護保険サービス継続のための体制整備	感染症が発生しても、サービスを継続するための準備が適切に行われているかを定期的に確認し、職員が感染症について理解や知識を持てるよう啓発を行います。	維持	各介護事業所 県 (保健福祉事務所) 諏訪広域連合 住民福祉課 (介護高齢者係)
事業所での感染症対策の推進	日常的に介護サービスを提供する事業所と連携して、感染拡大を防止するための周知や啓発活動、また感染症が発生した場合に備えた事前の準備、代替サービスの確保などを推進します。さらに、県や保健所、協力医療機関などとも連携し、感染症対策の支援体制を整備します。	維持	各介護事業所 県 (保健福祉事務所) 諏訪広域連合 住民福祉課 (介護高齢者係)

■数値目標

指 標	基準値 (R4)	目標値 (R8)
地域支え合いマップ 作成地区数	38 地区	39 地区
災害時避難行動要支援者個別避難計画 作成件数	154 件	250 件
地域安心見守り事業 参加事業所数	8 件	10 件

◆施策3-5 高齢者の日常生活を支える社会基盤の整備

■現状と課題

高齢者が地域で安全かつ安心して生活するためには、日常生活に必要な移動手段を確保し、買い物環境を充実させ、安全な住居を確保するなど、高齢者に配慮した社会基盤の整備が不可欠です。社会基盤に不備があると、高齢者等の孤立や孤独、様々なトラブルにつながります。

本町では、日常生活における買い物や通院、各種活動への参加などに必要な身近な交通手段として、デマンド型の乗合バス「すずらん号」を運行しています。また、公共交通の利用が困難な方々を対象に、社会福祉協議会が福祉輸送サービスを提供しており、病院の受診などに必要な移動支援も行っています。さらに、「地区サロン」への参加などのために車両の貸し出しも行っています。ただし、高齢者の実態調査からは利便性の高い移動手段の確保を求める声が多く寄せられており、高齢者の移動に関する具体的な支援体制について、地域公共交通と高齢者の身近な足の確保という観点から、さらなる検討が必要です。

買い物環境では、富士見町社協及び商工会と連携した民間事業者による弁当や食材の宅配サービスをはじめ、就労継続支援A型事業所や運送事業者等の取組として移動販売車による買い物弱者支援を行っています。今後さらなるサービス強化を検討していきます。

様々なサービスの連携や組み合わせを検討し、利用者のニーズに細やかに対応できる地域公共交通の整備や、高齢者の買い物環境の向上を進めていく必要があります。

また、高齢等により居宅において生活することに不安がある高齢者を対象に、「生活支援ハウス」を冬期間中心に提供しています。さらに、安全な居住環境を確保するため、住宅の耐震化やバリアフリー化など、「住宅改良事業」を進めていく必要があります。これにより、高齢者の方々が安全に過ごすことができる環境を整えることが重要です。

■施策の方向

一人暮らしをする高齢者や障がいのある高齢者でも安心して暮らせる住まいを確保するための取組を実施します。

また、民間事業者や様々な団体と連携しながら、高齢者が気軽に外出し、楽しみながら買い物ができる環境を整えます。

さらに、デマンド型乗合長時間ひとりでバスすずらん号の利便性を向上させ、安定した運営を実現すると同時に、他の公共交通機関や移動支援事業などと連携し、組み合わせることで利便性が高い移動手段を提供します。

多様化する高齢者の生活の困難に対応するため、移動手段、買い物支援、居住環境などの社会基盤を充実する重層的支援体制の整備に努めます。

■具体的な取組

①地域公共交通の充実

デマンド型乗合バス「すずらん号」の利便性の向上を支援し、高齢者が気軽に外出でき、社会的に孤立した状態に陥らないよう取組を強化します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
デマンド型乗合バス（すずらん号）	町内の目的地（駅、商業施設、医療機関等）と自宅の間の運行を実施します。	拡大	商工会

②移動・買い物支援の充実

民間事業者による移動販売や出張販売の促進を通じて、買い物環境を充実させることを目指します。同時に、公共交通機関の利用が難しい高齢者や、家族等による送迎の困難な場合において、移動手段を確保し、通院や買い物等日常生活に必要な外出及び趣味や地域との交流等、生きがい活動への参加を促します。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
福祉輸送サービス（再掲）	公共交通を利用することが困難な人を対象に、病院受診や買い物などの外出や社会参加のため、福祉輸送サービス事業を実施します。（要審査）	維持	住民福祉課 （介護高齢者係） 町社協
有償福祉移送サービス（再掲）【重点】	公共交通を利用できない方の社会参加、医療機関への通院、また食材の調達等日常の移動のための移送サービスの充実を図ります。	新規	民間事業者・ 団体
多様な提供主体による移動支援	移動支援を実施できる各個人、団体の活動支援、コーディネート推進をします。	維持	地域包括支援 センター 町社協 各団体
多様な主体による移動手段のための協議体開催（再掲）【重点】	地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等による多様な移動支援を実施する主体とのネットワーク、コーディネートを実施します。	新規	地域包括支援 センター 町社協 各団体
移動販売・出張販売の促進（再掲）【重点】	民間事業者や社会福祉法人、農業法人等による移動販売・出張販売を促進します。	拡大	民間事業所 社会福祉法人 農業法人 町社協 商工会

③安全・安心な住まいの確保

一人暮らしの高齢者や高齢者のみ世帯、寝たきり高齢者や認知症高齢者を含む、すべての高齢者が地域で安心して生活できるよう、県や関係機関等と協力して、個々の状況に合わせた住まいの確保に取り組みます。

■主な取組・事業

取組・事業	実施概要	方向性	推進主体
公営住宅	高齢者や障がい者等が地域で安心して暮らしていくことができる住まいを確保するため、公営住宅の管理運営を行います。	維持	総務課 (管財係)
住宅改良事業	介護が必要な高齢者や重度障がい者など、住宅改良により生活の向上が図られると認められる方に、住宅改良に要する費用を助成します。	維持	建設課 (都市計画係)
住宅改良アドバイザー事業	介護が必要な高齢者や重度障がい者など、住宅改良により生活の向上が図られると認められる方に対し、建築、医療、保健、福祉等各分野のアドバイザーが対象者の住宅を訪問し、アドバイスを行う「住宅改良アドバイザー事業」を実施します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
生活支援ハウス	生活支援ハウス(複合福祉施設清泉荘内に6部屋、定員8名)を活用し、生活に不安がある高齢者に自立した居住環境を提供します。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)
養護老人ホーム	身体上、または精神上的の障がい等により、日常生活を営む上で支障があると認められる方で、環境上の理由により居宅において生活することが困難な方を対象に養護老人ホームへの入所を措置し、心身の健康の保持と生活の安定を図ります。	維持	住民福祉課 (介護高齢者係)

■数値目標

指 標	基準値 (R4)	目標値 (R8)
デマンド型乗合バス 延べ利用者数	18,370人	25,000人
通いの場等の送迎サービス 実施団体数	4団体	5団体

資料編

1. 富士見町福祉運営委員会設置要綱

○富士見町福祉運営委員会設置要綱

平成 15 年 3 月 20 日

訓令第 2 号

(設置)

第 1 条 富士見町福祉運営委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(任務)

第 2 条 委員会は、富士見町老人福祉計画及び、富士見町障害者福祉計画に関する調査、研究及び事業計画策定及び、福祉に関する事項について協議を行う。

(組織)

第 3 条 委員会は、保健、医療及び福祉に係る機関及び団体等並びに町民のうちから町長が委嘱し 15 名以内をもつて組織する。

(任期)

第 4 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し、再選は妨げない。

2 役職をもつて委嘱された委員は、その役職の在任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第 5 条 委員会に委員長及び副委員長各 1 名を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代理する。

(会議)

第 6 条 委員会は、委員長が招集し、委員長が会議の議長となる。

2 委員会は、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。

(専門部会)

第 7 条 調査、研究及び事業実施に必要な資料収集のため、委員会内に専門部会を設置することができる。

2 専門部会の部員は、各種団体及び行政機関の中から委員長が委嘱する。

(庶務)

第 8 条 委員会の庶務は、住民福祉課において処理する。

(雑則)

第 9 条 この要綱に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 16 年 3 月 25 日訓令第 4 号)

この要綱は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 24 年 9 月 11 日訓令第 12 号)

この要綱は、公布の日から施行する。

2. 富士見町福祉運営委員会委員名簿

役 職	氏 名	所 属	任 期
委員長	當銘 利章	富士見町医師会 (富士見やまびこクリニック)	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
副委員長	名取 祐仁	社会福祉協議会	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	後町 みどり	地域包括支援センター	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	三井 八重子	保健補導員会連合会	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	岡崎 咲穂	民生児童委員協議会	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	齊藤 政雄	諏訪広域介護保険委員会	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	名取 良治	身体障害者福祉協会	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	樋口 てる子	介護相談員	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	江口 てるみ	食生活改善推進協議会	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	織田 淑子	ボランティア代表	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	大島 良彦	福祉施設代表	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31
委 員	名取 あゆみ	子育て支援拠点 NPO法人たくさんの手	R5. 4. 1 ~ R7. 3. 31

3. 諏訪広域連合第9期介護保険事業計画（一部抜粋）

1 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

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

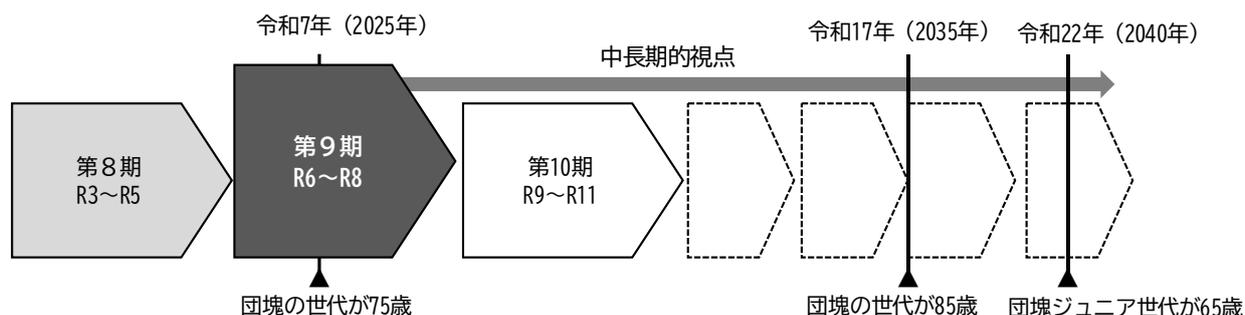
こうしたことから、中長期的な人口構造や介護ニーズの変化等を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進と介護保険制度の持続可能性を確保しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、構成市町村やサービス提供事業者の関係機関や地域の各種団体、地域住民等と連携・協力しながら取り組んでいく必要があります。

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

2 計画の位置づけと計画期間

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

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



3 基本理念

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

(1) 高齢者の自立支援

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

(2) 尊厳の保持と権利擁護

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

(3) 利用者本位のサービス提供

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

(4) 地域による支え合いの支援

地域共生社会の実現に向けて、高齢者自身も支える側として活動しつつ、地域全体で見守り、支え合う体制づくりを支援します。

2 地域包括ケア体制の強化

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

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

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

【第9期計画における成果目標（アウトカム）】

指 標		前回 (R1)	現状値 (R4)	目標値 (R7)
生活機能評価におけるリスク判定該当者の割合（元気高齢者）	運動器の機能低下	12.4%	15.5%	12.4%
	転倒リスク	27.8%	28.5%	27.8%
	閉じこもりリスク	15.7%	19.1%	15.7%
	栄養リスク	0.7%	1.8%	0.7%
	口腔リスク	16.5%	20.4%	16.5%
	認知症リスク	44.2%	49.2%	44.2%
	うつ傾向	36.9%	38.4%	36.9%
要支援・要介護認定を受けていない人の割合		82.6%	82.2%	81.8%
1年後に要介護度が維持もしくは改善している人の割合		76.1%	58.5%	76.1%
利用している介護保険サービスに「満足している」人の割合		42.4%	41.9%	42.4%
介護保険サービスを利用したことにより、心身の状態が「よくなった」もしくは「どちらかといえばよくなった」人の割合		64.8%	65.2%	65.6%
地域包括支援センターと連携しているケアマネジャーの割合		80.2%	84.3%	88.4%
現在の仕事に満足しているケアマネジャーの割合		33.3%	26.1%	33.3%
現在のスタッフが充足している事業所の割合		42.2%	32.9%	42.2%
医療職と介護職の連携がとれていると思う事業所の割合		76.0%	79.6%	83.2%

2 日常生活圏域の設定

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

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



3 地域包括支援センターの運営支援

(1) 地域包括支援センターの設置、運営

岡谷市、諏訪市、茅野市では、包括的支援事業を当広域連合から受託し、市が地域包括支援センターを設置します。

下諏訪町、富士見町、原村では、包括的支援事業を法人等に委託することから、当広域連合から法人等に包括的支援事業を委託し、委託を受けた法人等が地域包括支援センターを設置します。

当広域連合では、地域包括ケアシステムの中核となる地域包括支援センターの運営支援を行います。

(2) 地域包括支援センターの周知及び地域連携に向けた支援

地域包括支援センターが地域住民の信頼を得ながら円滑に活動できるよう、センター機能の周知に向けた広報・啓発活動を市町村と協働して推進します。

また、地域の高齢者の状況を的確に把握し、適切なサービス提供を図るため、関係機関のほか、地域の自治会や民生委員、医療機関等との連携を促進するためのネットワーク構築支援を行います。特に、在宅医療・介護連携の推進及び地域ケア会議が地域支援事業に位置づけられており、地域包括支援センターにおける円滑な実施・充実に向けた支援を行います。

(3) 地域包括支援センターの機能強化

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

(4) 運営協議会の設置

地域包括支援センターの設置・運営に関し、公正・中立性の確保や人材確保支援等の観点から、サービス事業者、関係団体、利用者、被保険者の代表などで構成される「地域包括支援センター運営協議会」で協議します。

(5) 各地域包括支援センターとの連携

当広域連合と地域包括支援センター及び構成市町村の連携強化を図り、利用者の視点に立った質の高い支援を行うために定期的に開催している「地域包括支援センター連絡会」の拡充を図ります。

4 地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現

「地域包括ケアシステム」の実現を目指し、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。

(1) 多職種連携・協働体制の強化

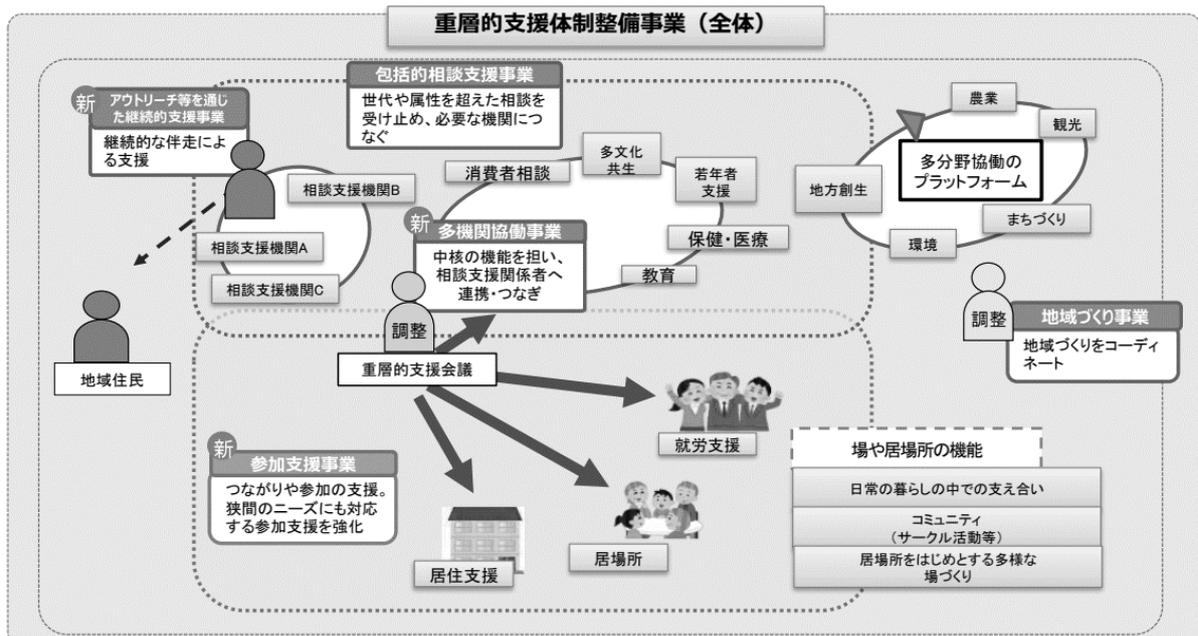
医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らしていくことができるよう支えるため、在宅医療・介護連携体制の強化を進め、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等のさまざまな局面において円滑な情報提供・情報共有を図り、一人ひとりの状況に応じた適切な支援につなげます。

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。

(2) 重層的支援体制の整備

複雑化・複合化する課題に対応できるよう、庁内各課や関係機関との連携を強化し、「包括的相談支援」、「参加支援」、「地域づくり」に向けた支援を柱とした取組を推進するとともに、一層効果的・円滑に実施するために、「多機関協働」、「アウトリーチ等を通じた継続的支援」を含めた事業を一体的に展開する体制の構築を進めていきます。

■重層的支援体制整備事業のイメージ



出典：厚生労働省資料

(3) 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。中長期的な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。

(4) 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。

5 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。

(1) 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。

(2) 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。

6 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくため、地域における医療・介護の関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築します。その際、医療と介護の連携した対応が求められる場面（①日常の療養支援、②入退院の支援、③急変時の対応、④看取り）における目指す姿を設定するとともに、その実現に向けた取組を推進します。

(1) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

疾病や加齢等により、医学的管理の下で療養生活を送ることになった高齢者や家族に対する在宅医療を支えるための相談支援体制の充実を図ります。また、入院・転院・退院時の相談にきめ細かく対応するため、入退院支援ルール（入退院時連携ガイドライン）を作成・活用し、関係者間のネットワークづくりの取組を進めます。

(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

在宅医療・介護連携推進会議において、在宅医療・介護連携を推進するうえでの課題の抽出を行うとともに、課題に対する対応策の検討を行います。

(3) 在宅医療・介護の情報の共有

情報共有のツールとして、ICTに基づく連絡ツールの普及促進を図り、患者情報の共有を行い、在宅での緊急対応等に備えます。

(4) 人生会議（ACP）の普及啓発

人生の終末期における医療やケアの内容について、事前に家族や医師など信頼できる人たちと話し合う「人生会議（ACP）」について、様々な機会・媒体を通じて普及啓発します。

7 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。

(1) 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、認知症の方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。

(2) 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。

(3) 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、「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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 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。

8 高齢者虐待防止対策の推進

(1) 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、住民等に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。

(2) 養護者による高齢者虐待防止と対応強化

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、虐待を行った養護者に対する相談や指導・助言等を行うとともに、発生した虐待の要因を分析し、再発防止に取り組みます。

(3) 養護施設者による高齢者虐待防止と対応強化

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。

9 介護する家族等への支援の充実

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

(1) 介護に関する知識・技術等の普及啓発

家族介護者等を対象とした家族介護教室を開催し、介護に関する基礎知識や介護技術の習得を支援します。併せて、介護に関する悩みや不安を相談する機会とします。

(2) 介護者同士の交流機会の拡充

家族介護者等の介護負担軽減のために、交流会や心理相談を実施しながら、介護されている方のストレスケアとネットワークづくりを推進します。また、介護者交流会等を通じて、介護者が抱える複合的な課題や多様なニーズの把握に努め、それらの解決を図ります。

(3) ヤングケアラーの支援

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っていることにより、子ども自身がやりたいことができないなど、子ども自身の権利が守られていないと思われる「ヤングケアラー」について、関係機関と連携しながらその実態把握に努めるとともに、必要な支援につなげます。

10 地域密着型サービスの充実

(1) 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。

(2) 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。

11 災害・感染症対策の体制整備

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

（１）災害に対する備え

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。

（２）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、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。

3 介護保険事業の適正かつ円滑な運営

1 介護保険サービス基盤の充実

(1) サービス基盤の整備方針

① 居宅サービス

中長期的な介護ニーズの見込みを踏まえつつ、本広域圏の住民ニーズを的確に把握し、より広い選択と質の高いサービスが供給できるよう引き続き点検・評価しながら民間事業者の参入促進による供給体制の整備を進めます。

特に、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。

② 施設・居住系サービス

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

また、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。

(2) 施設整備の考え方

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の状況を考慮した上で、事業者の意向や各種制度の動向等を踏まえ、さらに、中長期的な人口構造の変化及び介護ニーズを見据えた計画的な整備を進めます。

地域密着型サービスでは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）については、第8期計画で積み残しとなっていた地域密着型特養のみの整備を進め、今後も認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者グループホームについて、第8期積み残し分を整備します。

また、地域包括ケアシステムの実現に向けて、（看護）小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備を促進することとします。

介護医療院については、参入希望があった場合に整備を進めることとし、介護老人保健施設、特定施設入居者生活介護施設については新たな整備を行わないこととします。

施設サービス名	第8期計画まで (~R5年度)	第9期計画 (R6~R8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)	1,173	29	1,202
介護老人保健施設	874	0	874
介護医療院	0	48	48
認知症高齢者グループホーム	432	18	450
特定施設入居者生活介護 (混合型、地域密着型を含む)	940	0	940
合計	3,419	95	3,514

(参考) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数 (令和5年8月1日現在)

種別	入居定員総数
有料老人ホーム	515人
サービス付き高齢者向け住宅	136人

(3) 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が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。

(4) 事業者相互間の連携の確保

本広域圏に事業所を有する介護サービス事業者による「諏訪圏域介護保険指定事業者連絡協議会」により、安心してサービス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

(1) 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。

(2) 介護認定審査会

介護認定審査業務は、認定事務の公平性・公正性・専門性の確保のため、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。

(3) 要介護認定の迅速化

要介護認定の迅速化を図るため、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ます。

3 適切なサービス利用の促進

(1) 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。

(2) 介護サービス計画の作成支援

① ケアマネジャーの資質の向上

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。

② 情報提供

サービス事業者連絡協議会等を通じて介護サービス計画作成に必要な情報提供を行います。

(3) サービス情報の提供

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充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、本広域圏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。

(4) 低所得者への対応

利用料の軽減については、高額介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費等の制度があります。また、低所得者の方を対象にした社会福祉法人等による負担軽減制度のほか、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。

(5) 介護老人福祉施設入所の平準化

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）を特別養護老人ホームが実施するにあたり、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ります。

4 相談体制・苦情対応の充実

(1) 相談窓口の充実

① 地域包括支援センター

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の充実を図ります。

② 市町村窓口

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いきます。

③ 介護サービス相談員

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と事業者、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いきます。

④ 関係機関との連携

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いきます。

(2) 苦情対応体制の充実

苦情等は、構成市町村が第一次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いきます。

また、介護保険制度自体の問題といえることが苦情や事業者のサービス提供上の課題となっている面もあるため、制度の改善については県や国に要望していきます。

さらに、高齢者等実態調査の結果を今後の施策推進に反映させるとともに、利用者に対しアンケート調査などを実施し、介護保険サービスに対するご意見を丁寧に拾い上げ、サービス基盤整備やサービス提供の質の向上に役立てていきます。

5 適正な事業運営の推進

(1) 構成市町村との協力

① 窓口業務

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。

② 協力体制

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

(2) 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」、「ケアプラン点検、住宅改修・福祉用具の点検」、「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。

(3) 介護保険料上昇等への対応

中長期的な推計によると、第1号被保険者数が減少する一方で、要介護認定者数は今後も増加することが推計されていることから、給付費の増加分を少ない被保険者で負担することとなり、第1号被保険者の保険料の上昇が見込まれます。

そのため、介護予防・重度化防止に力を入れることで、給付費の増加を抑制するとともに、介護給付費準備基金に積み立てられた余剰金については、基本的には次期計画期間において歳入として繰り入れ、保険料上昇抑制に充てることが一つの考え方になっています。介護給付費準備基金を繰り入れ、介護保険料上昇の抑制を図ります。

(4) 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。

(5) 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、「介護保険委員会」を設置しています。

(6) 保険者機能強化推進交付金等の活用

保険者機能強化推進交付金及び介護保険者保険者努力支援交付金は、保険者機能の強化を図る観点から、国が定める評価指標に基づき、市町村が行う様々な取組の評価を行い、その結果に応じて交付金を交付する仕組みです。

この仕組みを活用し、取組の実施状況やその成果などをPDCAサイクルによって評価し、保険者機能の更なる強化につなげていくとともに、交付金の有効活用を図ります。

6 事業者に対する相談・指導及び情報提供の推進

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

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

今後も事業者に対する相談・指導及び情報提供を継続することによりサービスの質的向上を図るとともに、居宅介護支援事業所の指定権者として、相談件数の増加や指導対象事業者の増加に対応するための体制整備を行います。

(1) 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。

(2) 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、SNS等を活用して、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。

(3) サービスの質の向上に向けた研修・指導等の実施

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、運営指導や集団指導、情報提供等を行いサービスの質の向上を図ります。

(4) 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、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等を行います。

(5) 事業者に対する指導監督の強化

事業者の指導監督については、利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭に置き、介護サービスの質の確保・向上を図るため、事業者に対する指導・助言を効果的に行います。

また、介護保険制度の信頼性を維持するため、指定基準違反が疑われる場合には、適宜監査を行い、指定基準違反などが認められた場合には、公正かつ適切な措置を行います。

今後はさらに、介護サービス事業者の指導監督業務を積極的に進めるため、指導監督体制の充実、強化、資質向上を図り、介護保険制度のより一層の適正な運営を目指します。

7 介護人材の確保及び介護現場の生産性向上の推進

(1) 介護人材の確保に向けた取組の推進

介護ニーズの拡大及び生産年齢人口の減少に伴う介護人材不足が顕在化しており、介護人材の確保は喫緊の課題となっています。事業者アンケートの結果をみると、6割以上の事業所でスタッフが不足していると回答し、約8割の事業所が、事業所の安定的な経営において必要なこととして人材の確保・育成を上げています。

今後も、県・関係機関と連携・協力し、介護の仕事の魅力の発信やイメージ向上のための取組の推進、専門的知識やスキルを身に付けるための支援の充実等を図るとともに、外国人介護人材の受入・定着支援や元気高齢者の参入促進、ボランティア人材の確保・育成等、介護を担う人材の裾野を広げていくための取組を推進するなど、地域の関係機関等との連携を図りながら、人材の育成・確保策に取り組んでいきます。

(2) 働きやすい職場づくりに向けた取組の推進

介護人材の離職防止・職場での定着に向けて、サービス事業所に対し、職場におけるセクシュアルハラスメント又はパワーハラスメントを防止するための方針の明確化を促進するなど、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場環境の整備を促進します。

(3) 介護現場の生産性向上及び事務処理の効率化に向けた支援

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。

また、指定申請や報酬請求等に係る国が定める標準様式及び「電子申請・届出システム」の活用を支援し、事務負担の軽減を図ります。

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推進します。

4 保険料の算定

1 所得段階別被保険者数の推計

第1号被保険者（65歳以上）の保険料額について、本人や世帯の所得に応じた保険料段階別の保険料率が設定されており、第9期より国が示す標準の保険料段階が9段階から13段階に変更されました。

当広域連合では、負担能力に応じた保険料賦課の考え方に基づき、よりきめ細かい保険料負担段階を設定するため、以前より14段階に区分しており、第9期においても14段階にて設定することとします。

【単位：人】

保険料段階	保険料段階区分の内訳		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	合計		
第1段階	本人非課税	世帯非課税	生活保護費受給者等	5,574	5,558	5,527	16,659	
第2段階			課税 前年の合計所得金額と 年金収入の合計	80万円以下	5,829	5,812	5,779	17,420
第3段階		80万円超 120万円以下	5,919	5,902	5,868	17,689		
第4段階		世帯課税	前年の合計所得金額	80万円以下	4,618	4,605	4,578	13,801
第5段階 (基準額)				80万円超	12,396	12,360	12,289	37,045
第6段階	80万円未満	6,235		6,217	6,181	18,633		
第7段階	80万円以上 125万円未満	6,258		6,240	6,204	18,702		
第8段階	125万円以上 200万円未満	7,516		7,495	7,453	22,464		
第9段階	200万円以上 300万円未満	4,536		4,523	4,497	13,556		
第10段階	300万円以上 400万円未満	1,704		1,699	1,689	5,092		
第11段階	400万円以上 600万円未満	1,247		1,243	1,236	3,726		
第12段階	600万円以上 1000万円未満	667		665	662	1,994		
第13段階	1000万円以上 1500万円未満	288		287	286	861		
第14段階	1500万円以上	337		336	334	1,007		
合計				63,124	62,942	62,583	188,649	

※（注）合計所得金額について

- ・第1段階から第5段階については、年金収入にかかる所得を控除した額。
- ・土地売却等に係る特別控除がある場合は、合計所得金額から長期譲渡所得又は短期譲渡所得に係る特別控除額を控除した額。

2 介護保険給付費等

(1) 総給付費

第8期の給付実績を基にサービス利用単位（1回、1日、1人）の給付費を設定し、前頁で推計したサービス見込量を乗じ、さらに介護報酬の改定等を勘案して算出しています。

【単位：千円】

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	合計
介護給付	18,052,006	18,322,009	18,624,201	54,998,216
在宅サービス	8,591,264	8,748,710	8,904,636	26,244,610
居住系サービス	2,893,673	2,953,890	2,969,946	8,817,509
施設サービス	6,567,069	6,619,409	6,749,619	19,936,097
予防給付	526,329	549,421	567,971	1,643,721
在宅サービス	470,064	488,762	507,312	1,466,138
居住系サービス	56,265	60,659	60,659	177,583
総給付費	18,578,335	18,871,430	19,192,172	56,641,937

(2) 標準給付費

標準給付費は、「総給付費」に「特定入所者介護サービス費等給付額」、「高額介護サービス費等給付額」、「高額医療合算介護サービス費等給付額」及び「算定対象審査支払手数料」を加えた額となります。

【単位：千円】

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	合計
総給付費	18,578,335	18,871,430	19,192,172	56,641,937
特定入所者介護サービス費等給付額	430,014	432,997	436,299	1,299,311
高額介護サービス費等給付額	382,009	384,736	387,670	1,154,415
高額医療合算介護サービス費等給付額	60,011	60,351	60,811	181,172
算定対象審査支払手数料	15,931	16,021	16,144	48,096
標準給付費	19,466,300	19,765,535	20,093,096	59,324,932

※端数処理の関係で合計等の数値が一致しない場合がある。

(3) 地域支援事業費

第8期の実績を基に、第9期計画期間における後期高齢者数及び総給付費の伸びを勘案して算出しています。

【単位：千円】

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	合計
地域支援事業費	1,219,577	1,235,856	1,248,949	3,704,382
介護予防・日常生活支援総合事業費	681,054	693,855	701,428	2,076,337
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	363,668	366,017	369,745	1,099,430
包括的支援事業（社会保障充実分）	174,855	175,984	177,776	528,615

(4) 基金繰入

介護給付費準備基金に積み立てられた剰余金については、基本的には次期計画期間において歳入として繰り入れ、保険料上昇抑制に充てることの一つの考え方となっています。

令和5(2023)年度末時点の残高が15億円になると見込まれており、介護保険料の上昇を抑えるため、介護給付費準備基金から11億2,700万円を取り崩し、歳入に繰り入れることとします。

準備基金残高（令和5年度末時点）	1,500,000千円
準備基金取崩額（令和6～8年度合計）	1,127,000千円

(参考) 第1号被保険者の保険料額

保険料段階	保険料段階区分の内訳			保険料率	保険料額	
					年額	月額
第1段階	本人非課税	世帯非課税	生活保護費受給者等	0.285 (0.455)	18,981円 (30,303円)	1,581円 (2,525円)
第2段階			80万円以下			
第3段階			80万円超120万円以下	0.485 (0.685)	32,301円 (45,621円)	2,691円 (3,801円)
第4段階			120万円超			
第5段階 (基準額)			80万円以下	前年の合計所得金額と 課税年金収入の合計	0.65 (0.69)	43,290円 (45,954円)
第6段階	80万円超					
第7段階	本人課税	世帯課税	80万円未満	1.05	69,930円	5,827円
第8段階			80万円以上125万円未満	1.10	73,260円	6,105円
第9段階			125万円以上200万円未満	1.35	89,910円	7,492円
第10段階			200万円以上300万円未満	1.60	106,560円	8,880円
第11段階			300万円以上400万円未満	1.70	113,220円	9,435円
第12段階			400万円以上600万円未満	1.90	126,540円	10,545円
第13段階			600万円以上1000万円未満	2.05	136,530円	11,377円
第14段階			1000万円以上1500万円未満	2.20	146,520円	12,210円
			1500万円以上	2.35	156,510円	13,042円

※住民税非課税世帯（第1段階から第3段階）を対象に、公費により保険料率が軽減されます。

下段カッコは、公費負担による軽減前の保険料率と保険料額になります。

4. 用語解説

50音	用語	説明
あ行	一般介護予防事業	地域のすべての高齢者を対象に、介護予防に関する知識の普及啓発や地域における介護予防活動を支援する事業。地域支援事業における介護予防事業の一つ。
か行	介護給付	要介護1から要介護5と認定された方が利用できる介護保険サービスのこと。
	介護給付費準備基金	介護保険事業の中期的な財政の調整を図るために設置する基金で、第1号被保険者保険料の剰余金を積み立てている。財源に不足が生じた場合や保険料の急激な上昇の抑制等に活用される。
	介護サービス相談員 (旧称：介護相談員)	介護保険サービス利用者から、サービスに関する苦情や不満等を聞き、サービス提供事業者や行政との間に立って解決に向けた手助けを行う人。「事業の実施にふさわしい人格と熱意を持っていると認められた人で、一定水準以上の養成研修を受けた人」を市町村長(保険者)が委嘱する。令和2年4月より、介護サービス相談員と名称が変更された。
	介護予防・生活支援サービス	要介護状態になる恐れのある高齢者を対象に、一人ひとりの心身の状態等に応じて通所及び訪問により行う介護予防事業。基本チェックリスト等により対象者を把握して実施する。
	介護療養型医療施設	長期間にわたる療養が必要な要介護者が介護体制の整った医療施設で、療養上の管理、看護、医学的な管理の下での介護、機能訓練、その他必要な医療などを受けられる。2023年度末に廃止され、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設された。
	介護医療院	2018年4月に新たに創設された施設サービス。長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設。
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム・特養)	居宅で適切な介護を受けることが困難な要介護者が入所する施設で、入浴・排せつ・食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練などを受けられる。
	介護老人保健施設 (老健)	症状が安定した状態の要介護者が、在宅復帰を目的として入所する施設で、看護、医学的な管理の下での介護、機能訓練、その他日常生活上の世話などを受けられる。
	看護小規模多機能型 居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ提供するサービス。医療ニーズの高い利用者の状況に応じたサービスの組み合わせにより、地域における多様な療養支援を行う。
	キャラバンメイト	地域で暮らす認知症高齢者やその家族を応援する「認知症サポーター」を養成する認知症サポーター養成講座において講師を務める人。
	居宅介護支援	居宅サービスや地域密着型サービス(施設・居住系サービスを除く)を利用する際に、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成やサービス提供事業者との連絡調整などの支援を受けるサービス。
	居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービス。
	ケアプラン	介護サービスの利用計画のこと。利用者の希望や心身の状態等に応じ、どのような介護サービスをいつ、どのくらい利用するかを決める。

50音	用語	説明
	ケアマネジャー（介護支援専門員）	介護の知識を幅広く持った専門家で、県知事から与えられる公的資格。介護サービスの利用にあたって本人や家族の相談に応じアドバイスをしたり、希望をもとに心身の状態にあったケアプランを作成し、事業者とのサービス調整を行う。
	高額医療合算介護サービス費	医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、定められた基準額を越えた場合、越えた分を按分してそれぞれの保険者が支給する制度。
	高額介護サービス費	1か月あたりの利用者負担額が高額になり、定められた上限額を超えた場合、超えた分が高額介護サービス費として支給される。
	コーホート変化率法	同じ期間に生まれた集団（コーホート）の一定期間後の変化率を求め、それが将来にも続くことを想定して推計する方法。
	個室ユニット型	少人数のグループを生活単位（ユニット）とし、台所・食堂・リビング等の共同生活スペースを囲むように個室が配置されている施設。
さ行	サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）	「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）に基づくバリアフリー構造の施設。安否確認や生活相談など高齢者を支援するサービスも提供する。
	小規模多機能型居宅介護	主に認知症高齢者等を対象とし、利用者の様態や希望に応じて、「通い」を中心として、必要に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ、身近な地域で「なじみの」介護職員による多様な介護が受けられるサービス。
	住宅改修	「手すりの取付け」、「段差の解消」などの住宅改修を行った場合の費用について支給が受けられるサービス。
	主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）	原則としてケアマネジャー（介護支援専門員）の実務経験が5年以上あり、所定の専門研修課程を修了した者に与えられる資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスとの連絡調整のほか、介護支援専門員に対する助言・指導などを行う。
た行	短期入所生活介護（ショートステイ）	施設に短期間入所して、入浴・排せつ・食事等の介護、その他日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス。
	短期入所療養介護（ショートステイ）	施設に短期間入所して、看護や医学的な管理の下での介護、機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話を受けるサービス。
	地域支援事業	介護が必要な状態になる前から介護予防を推進し、要介護状態になってもできるだけ地域において自立した生活を継続できるよう支援する事業。介護保険制度の枠組みの中で実施される。
	地域包括支援センター	地域住民の保健医療の向上や福祉の増進を包括的に支援するための中核的機関。介護予防や権利擁護の推進、高齢者本人や家族からの相談対応を行うとともに、必要な支援が継続的に提供されるように調整する。
	チームオレンジ	市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組み。
	地域密着型通所介護	利用定員が18人以下の小規模な通所介護事業所。
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	利用定員が29人以下の小規模な介護老人福祉施設に入所する方が、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられる。

50音	用語	説明
	地域密着型特定施設入居者生活介護	特定施設（指定を受けた有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームなど）のうち、定員が29人以下の小規模な介護専用型特定施設に入居する方が、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けられる。
	地域密着型サービス	できるだけ住み慣れた地域の近くで利用できることを目的としたサービス。事業所指定は市町村（保険者）が行い、原則として設置されている市町村（広域圏）の住民のみが利用できる。
	通所介護（デイサービス）	デイサービスセンターなどに通って、入浴、排せつ等の介護や食事、その他日常生活上の援助、機能訓練などを受けるサービス。
	通所リハビリテーション（デイケア）	医療機関などに通って、心身機能の維持回復のためのリハビリテーションを受けるサービス。
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時対応を行うサービス。
	特定福祉用具販売	「腰掛便座」、「特殊尿器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」など、貸与になじまない排せつや入浴に使用する特定福祉用具の購入費の9割の払い戻しが受けられるサービス。
	特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやサービス付高齢者向けの住宅等のうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けた事業所において、サービス計画に基づき入浴や排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話を受けられる。
	特定入所者介護サービス費	短期入所生活介護や施設サービス等を利用する場合に必要な食費や居住費（滞在費）について、所得が低い人を対象に限度額が設けられており、平均的な費用（基準額）と限度額の差額が特定入所者介護サービス費として支給される。
な行	日常生活圏域	地域の特性や実情に応じたサービスの提供及び基盤整備を推進するため、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件を考慮して設定するもの。
	認知症ケアパス	認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れのこと。標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障がいが増進していく中で、その進行状況に合わせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ決めておくものをいう。
	認知症サポーター	認知症について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を見守る人のこと。認知症サポーター養成講座を受講することで誰でもなることができる。
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症の高齢者が共同生活を営む住居（グループホーム）において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の援助や機能訓練を受けるサービス。
	認知症対応型通所介護	認知症の高齢者がデイサービスセンターなどに通い、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の援助、機能訓練などを受けるサービス。

50音	用語	説明
は行	ピア活動	介護が終わった経験者が現役介護者の悩みを聞いたり、病気経験者が闘病中の方の不安に寄り添うなど、同じ立場の者同士が悩みや不安を共有し、互いに支え合う活動。
	PDCA（ピーディーシーイー）サイクル	P l a n（計画）→D o（実行）→C h e c k（確認）→A c t（改善）を繰り返すことで業務を継続的に実施・改善していく手法。
	福祉用具貸与	日常生活を送る上で必要とする「車イス」や「特殊ベッド」などの用具を貸与するサービス。
	包括的支援事業	地域支援事業の柱の一つであり、高齢者の日常生活の実態を把握しつつ、必要に応じて適切な社会資源につなげるよう、介護予防ケアマネジメント、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、地域ケア会議、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備を行う事業。地域包括支援センターに委託して実施する。
	訪問介護（ホームヘルプサービス）	ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護や、その他日常生活上の援助を行うサービス。
	訪問看護	医師の判断に基づき、看護師などが居宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行うサービス。
	訪問入浴介護	居宅での入浴が困難な要介護者等の居宅を巡回入浴車などで訪問し、入浴の介護を行うサービス。
	訪問リハビリテーション	医師の指示に基づき、理学療法士・作業療法士が居宅を訪問し、心身機能の維持回復を目的としたリハビリテーションを行うサービス。
ま行	民生委員	それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努める民間奉仕者。「児童委員」を兼ねている。厚生労働大臣から委嘱される。
や行	夜間対応型訪問介護	夜間対応型訪問介護は、夜間に定期巡回や通報による随時の対応を併せた訪問介護サービスを受けられるサービス。
	予防接種	要支援1及び要支援2と認定された方が利用できる介護保険サービスのこと。

富士見町高齢者福祉計画
(諏訪広域連合第9期介護保険事業計画)

発行：令和6年3月

企画・編集：富士見町役場 住民福祉課 介護高齢者係

〒399-0292 長野県諏訪郡富士見町落合 10777 番地

TEL：(0266) 62-9133 (直通) FAX：(0266) 62-5228
