

資料 1 事前送付 **本資料は当日お持ちください**

## 箕輪町 高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画 (計画期間 令和6～8年度)

計画に対する取り組みの実績と経過等(フォローアップ)資料

○高齢者福祉部会 令和8年5月26日 13時15分から

箕輪町役場 2階 大会議室にて 開催

○委員の皆様へ

当日の会議資料として、福祉計画(黒字)部分に対して、主に7年度までの取り組み内容について、赤字で福祉課としてコメントしたフォローアップ資料を作成いたしました。

ボリュームから委員会当日すべての項目をご説明できないことから、ぜひ事前にご一読いただきたく、委員会当日はそれぞれのお立場から、関心、疑問、成果の考え方、詳細等について対話できればと思います。お忙しい中申し訳ありませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

箕輪町役場 福祉課 高齢者あんしん係 担当 土岐  
電話 0265-70-6622

## 第2節 施策の推進

### 1 生きがいきづくり・健康づくり・介護予防の推進（一般介護予防事業）

#### 〈現状〉

後期高齢者健診データから、令和2～4年にかけて「低栄養者の割合」、「口腔機能低下のリスクのある人数」、「運動習慣なしの人の割合」が上昇（悪化）し、介護保険新規認定者の平均年齢が低下していることが分かりました。

また、高齢者実態調査からは「グループ活動への参加率」、「友人・知人と会う頻度（月に何度かある以上）の割合」が低下傾向にあります。

コロナの影響を差し引いて考える必要はありますが、集団への参加に関する高齢者の行動が変化していることも考えられます。また、最終アウトカムである主観的幸福感が低下しており、生きがいとなる活動をするための意欲が低下しています。

#### 〈課題〉

- ・フレイルが増加しつつあり、かつ若年化していることが推測されます
- ・社会参加が減少しています
- ・主観的幸福度が低下しています

#### 〈方向性〉

- ・フレイルもしくはフレイルに至る前段での介護予防のアプローチ
- ・社会参加の減少とフレイルの相関が推定されることから、社会参加を促す仕組み・仕掛けづくりとモニタリング

➡新規認定者の年齢に有意な差はみられませんでした。フレイルへの認知度は上昇し、かつ現在の体の状態を維持するための十分な運動を意識して取り組んでいる人の割合が増えています。

➡社会参加について「地域の会やグループに参加している」割合は減少しており、役員の負担等から地域の長寿クラブの解散が相次ぐなどがありました。一方で友人・知人と会う頻度は横ばいであることから、地域に紐づかない個々の交友関係から、社会参加をしていることが推察されます。

➡この3年間で主観的幸福度の低下は見られず、元気高齢者の幸福度は向上しています。高齢者向きに行政の作る通いの場から、自分たちで行きたいところを見つけて選ぶ変化が進んでおり、時代に合った介護予防策が必要と思われます。

【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                      | 役割（やること）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民<br>（自助）              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・趣味活動等の通いの場、地域活動、畑仕事など、社会参加を意識して暮らします。</li> <li>・社会参加のきっかけとなる情報がインターネットから得られる環境を前提に、デジタルへの対応力を向上します。</li> </ul> <p>➡生涯学習講座でのスマホ講座の開催、交流菜園の開催など</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 地域や関係団体・事業所等<br>（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会参加や介護予防につながる活動を実施・支援し、フレイル予防に取り組みます</li> <li>・介護予防や健康について学ぶ機会を作ります。</li> <li>・従業員の健康づくりを進めます。また、SDGs や健康経営などの社会認証の仕組みを積極的に活用し、従業員の健康づくりが経営のインセンティブとなるよう取り組みます</li> </ul> <p>➡地区社協主催の福祉講演会、福祉体験会、出前講座、鶴亀講座</p> <p>➡健康に配慮する事業所への認証制度は認知度から検討のみ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 行政<br>（公助）              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業と介護予防事業の一体化事業（以下、一体化事業）にて、後期高齢者の状態を把握し、適切かつ効果的なアプローチが行えるよう課を超えた連携を図り、通いの場や福祉サービスの検討を行っていきます</li> <li>・高齢者が地域内でのつながりを得て、社会参加や役割を得られるよう、通いの場づくりを応援します</li> <li>・民間と連携した介護予防・健康教育が行える関係づくり・環境づくりを進めます</li> </ul> <p>➡ウェルシアと協力した店舗での介護予防教室、KOAでの介護予防に関する社員の相談や、制度周知等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・SNS の利用や、趣味や関心で人が集まっている場に出向く、オンライン講座など、伝えたい対象に届く手段・場を選んで普及啓発を行い、健康づくりやフレイルに関する意識を向上します</li> </ul> <p>➡町民にもっとも訴求力のある広報誌を中心に、漫画で認知症、フレイル、権利擁護、包括支援センター等の広報を行いました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いきいきポイント・健康ポイントを活かし、地域住民の社会参加や運動習慣や健康への意識向上を図ります</li> <li>・社会認証をフックにするなど、健康づくりが経営のインセンティブとなるような仕組み作りを行います</li> </ul> |

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容                       |    | 令和4年                  | 令和5年             | 令和6年           | 令和7年                  | 令和8年 |
|-----------------------------|----|-----------------------|------------------|----------------|-----------------------|------|
| 出前講座の実施回数<br>(一体化事業を含む)     | 目標 | －                     | －                | 前年増            | 前年増                   | 前年増  |
|                             | 実績 | 7回                    | 17回              | 23回            | 17回                   | －    |
| SNS等を活用した<br>周知活動           | 目標 |                       |                  | 前年増            | 前年増                   | 前年増  |
|                             | 実績 | 17回                   | 12回              | 1回             | 1回                    | －    |
| 民間企業等と連携した<br>介護予防教室等の企画    | 目標 | －                     |                  | 2件             | 2件                    | 2件   |
|                             | 実績 |                       | －                | 1件             | 1件                    | －    |
| 地域課題やニーズの把握<br>による健康づくり企画   | 目標 | －                     |                  | 1件             | 1件                    | 1件   |
|                             | 実績 |                       | －                | 4件             | 3件                    | －    |
| 社会認証をフックにした事<br>業所の健康づくりの支援 | 目標 | －                     | －                | 1件             | 1件                    | 1件   |
|                             | 実績 | －                     | 事例研究             | 当面取り組まない事と整理する |                       |      |
| 何らかの地域の会やグル<br>ープに参加している    | 目標 | －                     |                  | －              | 55%                   | 向上   |
|                             | 実績 | 50.1%                 |                  |                | 43.5%                 | －    |
| 友人・知人と会う頻度<br>はどのくらいですか     | 目標 | －                     | －                | －              | 25%                   | 向上   |
|                             | 実績 | 週に何度かある<br>23.8%      | －                | －              | 週に何度かある<br>24.0%      | －    |
| 現在、介護予防※に<br>取り組んでいますか      | 目標 |                       |                  | －              | 65%                   | 向上   |
|                             | 実績 | まあまあできている<br>60.1%    | －                | －              | まあまあできている<br>64.2%    | －    |
| 「フレイル」という<br>言葉を知っていますか     | 目標 | －                     | －                | －              | 30%                   | 向上   |
|                             | 実績 | 内容を<br>知っている<br>25.5% | －                | －              | 内容を<br>知っている<br>31.3% | －    |
| 幸福度8以上の人の<br>割合             | 目標 | －                     | －                | －              | 元気 50.0%<br>居宅 35.0%  | 向上   |
|                             | 実績 | 元気 44.0%<br>居宅 28.5%  | －                | －              | 元気 50.8%<br>居宅 28.5%  | －    |
| 参考にした調査等                    |    |                       | 高齢者等実態調査 各年度末の実績 |                |                       |      |

※介護予防・・・現在の体の状態を維持するための十分な運動と質問したことを置き換えている

## 2 介護予防・生活支援サービス事業（介護予防・日常生活支援総合事業）

### 〈現状〉

総合事業を利用可能な対象者に対して、サービスを実施する事業所・住民等の提供体制は充足しているものの、利用者が少なく減少傾向にあります。

要因として、実施事業所やケアマネージャーからはサービスごとの目的が不明確なこと、制度の複雑さ、手間のわりに（介護保険事業と比較して）報酬単価が安いこと等が寄せられています。

訪問サービス、通所デイサービスの給付は横ばいですが、要支援1の42%、要支援2の32%が1年後に重度化しています。

今後高齢者数が増加し、支え手となる生産年齢人口が減少する中で、高齢者が健康で自立しつづけられる環境づくりは最も大切な取り組みです。

また、本事業を促進する役割としての「生活・介護支援サポーター」や「認知症サポーター」など地域における支援者から「何か役に立ちたい」との声があるものの、十分に活用しきれていない状況があります。

令和6年度の改定では見送られましたが、国では要介護1・2の対象者を総合事業対象者として移行することを検討しており、この3年間で総合事業と、その前段となる一般介護予防を含めた「介護予防のあり方」再考する必要があります。

### 〈課題〉

- ・サービス類型ごとの目的と対象、取り組み内容が見えにくい
- ・サービスを提供する事業所の専門性を活かしきれていない
- ・サービスが目的に応じて適正なのかを判断し、PDCAを回す材料がない
- ・生活・介護支援サポーターや認知症サポーターが活かしきれていない

➡実質、デイサービスとヘルパー派遣の利用しかなく、利用者の改善を目指すものにはなっていなかったため、見直しを開始しました。

➡総合事業対象の方に、「どうなっていたきたいのか」、そのために「どのような支え方(サービス)を提供すればいいか」、「何があれば上手くいっていると言えるのか」を決め、その人の「ふつうの暮らし」を大切にする、暮らしを取り戻すために必要なサービスや資源をつなぐ、という考え方でメニューの改善を進めています。

➡その考え方で、事業所の専門性と総合事業対象者をマッチングし、特にリハビリについては、短期集中予防サービスの開発を行い、8年6月からリリースします。

# 1 課題検討過程

## ①アジャイルPGに参加した動機（その2）

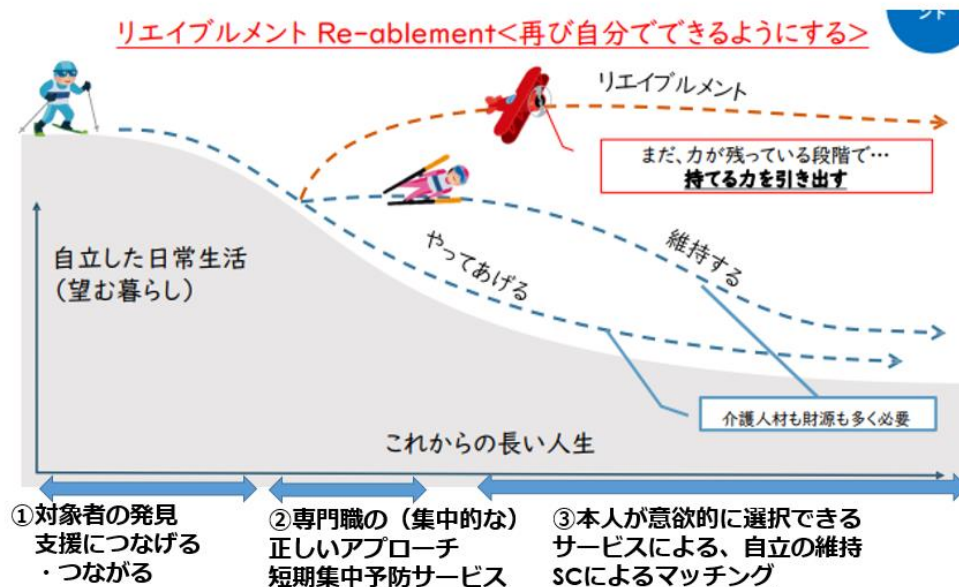
- ・町としての、介護予防で目指す「高齢者のありたい姿」「支えるうえでの考え方」が定まっていない。
- ・それゆえ、今やっていることを評価できず、変えづらい。
- ・多くの専門職・事業所とサービスや支援を行うが、方向性を定めていないために、それぞれの考えでサービスが提供され、連携ができてない。

- ➡町として介護予防事業を行う上で、「**高齢者のありたい姿**」と「**支えるうえでの考え方**」を作る必要がある。
- ➡その考えに沿って、介護予防事業を見直す必要がある。（いわゆる、総合事業の見直し）

11

## 箕輪町のフレイル段階における**介護予防**の考え方

段階で捉え、必要な短期介入を行い、自力飛行を目指す



16

## 私たちは、高齢者に どうなっていただきたいのか

- ・機能を改善しても、生活が取り戻せなくては用が足りません
- ・限りはありますが、可逆性があり、その人に自分でできる力が残っているうちは、再び自分でできることにつなげたい
- ・そのことによって、サービスを使い続けるのではなく終了し、ふつうの暮らしに戻っていけることを考えていきます

⇒箕輪町の総合事業においては、医療も介護も生活支援も、

## ふつうの暮らし（生活）を大切にする

ことを、支援に関わる専門職みんなで目指したいと考えます

32

### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                   | 役割（やること）                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）               | <ul style="list-style-type: none"><li>・地域での自立した日常生活を継続できるよう、健康づくりを意識して取り組む</li><li>・生活・介護支援サポーターや認知症サポーターなど、地域を支える担い手となることを意識する</li></ul> <p>⇒地区社協主催の福祉関連行事等への参加支援／認知症サポーター育成を区・小中学校で実施した</p>                                  |
| 地域や関係団体、民間企業等（互助・共助） | <p>介護予防につながる取り組みや、総合事業を実施する上でのパートナーとして、地域団体や民間企業など様々な立場から協力関係をもち、より良い地域づくりを進める</p> <p>⇒ウェルシア店内カフェでの介護予防教室の開催</p> <p>⇒地域の療法士さんとの勉強会の開催</p>                                                                                      |
| 行政（公助）               | <ul style="list-style-type: none"><li>・一体化事業を活かし、効果的な介護予防のアプローチが行えるよう連携を図り、通いの場や福祉サービスの検討を行う</li><li>・「その人が地域で暮らし続けることができるための環境づくり」を実現する介護予防・生活支援サービスについて検討し、サービスを提供する医療・介護・生活支援の関係者との合意により介護予防サービスを見直し、必要なサービスを提供する</li></ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの適正さが周期的に見直せるための指標を持つ</li> <li>・受託先となる町内の医療介護施設が、その専門性を発揮できるように配慮したサービス設計を行う</li> <li>・予防が事業所のインセンティブになるための配慮を行う</li> <li>・利用者を含む住民／ケアマネージャー等の支援者／サービス提供事業所、それぞれを向いた「わかりやすさ・使いやすさ・手間の簡素さ」に配慮する</li> </ul> <p>➡冒頭での内容に加え、関係する多職種が同じ方向を向いて支援が行えるよう、考え方や目線を揃える多職種連携カンファレンスを新たに開催し、今後定期開催していきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・町内のサービス需要と提供可能な医療・介護資源を把握し、不足する資源への対処ができるガバナンスの体制を確立する</li> </ul> <p>➡今後の介護ニーズと利用者が希望するサービスを見込みながら、介護保険事業計画と合わせて、検討しています。</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容       | 令和4年<br>実績 | 令和5年<br>実績                                     | 令和6年<br>実績 | 令和7年<br>実績 | 令和8<br>年目標 |
|-------------|------------|------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 住民主体のサービス数  | 2件         | 2件                                             | 2件         | 2件         | 増加         |
| 新規参入事業者数    | 0件         | 2件                                             | 0件         | 1件         | 2件         |
| 総合事業新規申請者数  | 69名        | 48名                                            | 51名        | ●名         | 増加         |
| 要介護（要支援）認定率 | 14.6%      | -                                              | -          | 15.2%※     | 維持         |
| 参考にした調査等    |            | 事業実績、介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況に関する調査、MCWEL |            |            |            |

※令和7年12月末時点の暫定値



多職種合同ケアカンファレンス  
(R7.11.13日)



短期集中予防サービスチラシ



広報みののの実に短期集中予防サービスを周知  
(R8.2月)

## 【参考】総合事業のサービス体系（令和5年度現在）

介護保険法における要支援認定者や認定に至らなくとも生活に支援が必要な方に対して、介護予防や要介護状態の軽減、悪化の防止、自立した日常生活の支援を実施することにより、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう、「総合事業」として町として必要なサービス類型（訪問・通所 A～D 型）を作り、提供しています。

|     | 事業名                   | 事業の概要                                        |
|-----|-----------------------|----------------------------------------------|
| 訪問型 | 訪問型サービス A             | 指定事業所による訪問介護サービスを提供します                       |
|     | 訪問型サービス B             | 地区組織やボランティア団体等、住民主体の生活支援サービスを提供します           |
|     | 訪問型サービス C             | 指定リハビリテーション事業所の専門職によるリハビリテーションを短期間に集中的に提供します |
|     | 訪問型サービス D             | 地域の実情に応じて、住民主体による移送サービスを提供します                |
| 通所型 | 通所型サービス A1            | 指定事業所による通所介護サービスを提供します                       |
|     | 通所型サービス A2<br>(いきいき塾) | 公民館等の公共施設において介護予防活動を提供します                    |
|     | 通所型サービス B             | 住民主体による通いの場を提供します                            |

### 3 地域全体で高齢者を支える体制の整備

#### 〈現状〉

地域包括ケアシステムの構築を目指して、平成 27 年度から各区に地域福祉コーディネーターを配置し、各区を単位とした地区社協などの支えあい活動を進めてきました。

この間、養成講座にて 171 人の生活介護支援サポーターが養成され、集いの場としてのサロンは 37 か所（R5 現在）設置されました。区によっては地区主体の福祉講座や認知症サポーター養成講座を開催し、高齢者の困りごとの聞き取りやそれに対応する支援体制ができるなど、この 10 年間で地区の助け合い体制づくりが進んできました。

一方、コロナの影響でそういった助け合いが中断し、近所づきあいの関わりの機会も減少しています。困ったときの相談相手として行政を選ぶ割合が増え、地縁にもとづかない関係を望む層の増加が見られます。

また、介護保険を利用する外国人が現れ始め、高齢者単身または夫婦のみの世帯が増加するなど、高齢者の像が多様化し始めています。

地域包括支援センターは、令和 4 年度一年間で高齢者に関する相談を 3,264 件（令和元年度比 2.4 倍）受けました。件数もさることながら、老々介護や 8050 問題、権利擁護など、内容が複雑化・複合化してきています。

高齢者の移動の問題に関しては、令和 5 年 10 月からまちなかタクシーの試行が始まりました。この施策で高齢者の移動の願いがどの程度叶うのか、地区単位でのさらに小さい・短い距離の移動を支援する仕組みも必要になるのか、状況を見ながら判断する必要があります。

#### 〈課題〉

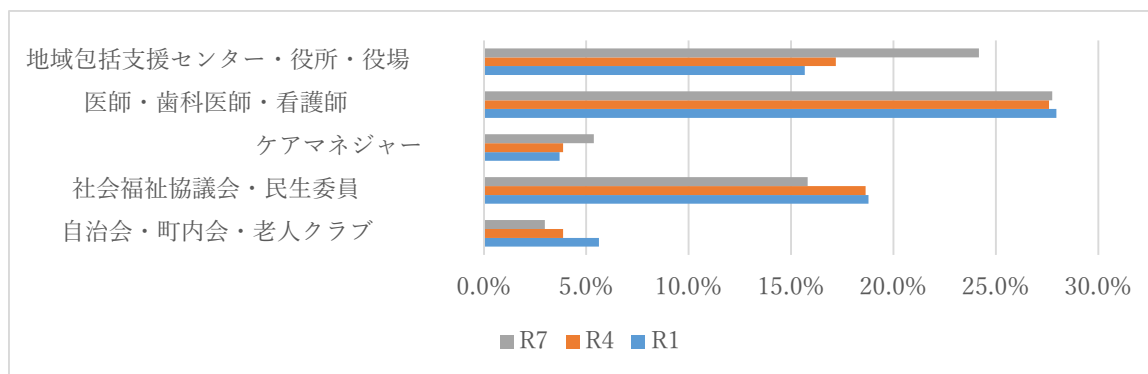
- ・生活介護支援サポーターの担い手不足と活動の不明瞭
- ・地域（区）単位、ご近所同士の助け合い体制の継続
- ・多様化する高齢者像に合わせた相談支援体制の拡充
- ・地域包括支援センターの相談窓口、活動内容の周知不足
- ・まちなかタクシーでカバーされない範囲の移動支援策の検討

➡令和 7 年にサポーターの更新を行い、登録継続を希望する方 67 名で改めて連絡会を実施しました。支えられる側は遠慮や気がね、サポーターは個別的な支援をどこまでするかなど、関わりが難しい状況がある一方、サポーターがサロン活動や地区社協の担い手となるなど、活動の範囲を広める事例もありました。

➡地区単位の支え合いの体制は全区に整備されましたが、地区でマッチングした生活支援件数(雪かき、ゴミ出し等)の件数は年々減少しています。

➡家族や知人以外で相談する相手 については、包括等行政が急増、ケアマネジャーが増に対して地域に近い自治会や民生委員などが減少、地縁に基づかない相手を求める傾向が顕著です。

<家族や知人以外で相談する相手は誰ですか> 出典:高齢者実態調査 R1.4.7



➡高齢者の移動の問題は、まちなかタクシーの運行開始により、相当程度移動の希望が叶う環境が作られました。1メートル程度の短い移動についても全体の2割を占め、利用はされているように見えます。一方、「タクシーを頼むほどではないが、区内を移動したい」というQOLに近い移動の希望については把握が難しく、実情を確認していく必要があります。

まちなかタクシー R8.4 月 総運行回数 1,353 件

(うち 1.18km まで 27 件 約 2% / 1.5km まで 261 件 約 19%)

#### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                   | 役割（やること）                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域社会の一員として、お互い様の関係を築きます</li> <li>・地域内の多様な存在と共生する意識を持ちます</li> <li>・各地区の支えあい活動など地域に積極的に参画します</li> </ul>                                                                                                  |
| 地域や関係団体、民間企業等（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の「困った」を住民と協働し、課題解決に向けた取り組みを行います</li> <li>・地域内で社会的孤立を出さないために、見守りや生活支援などの関わりを作ります</li> <li>・それぞれ持つ強みや特性を地域内の助け合いに活かします</li> </ul> <p>➡地区社協運営を支援、サロン補助、民生委員戸別訪問</p> <p>➡地域ケア会議を薬剤師会など専門職対象に開催し、地域包括</p> |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | <b>ケアの考え方を共有</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 行政（公助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの輪の拡大に向けて、考え方の周知と理解促進、主体づくりの支援を進めます</li> <li>・地縁的な助け合いの仕組みの拡充を支援します</li> <li>・重層的な相談支援体制を確立します</li> <li>・移動支援など、生活全般の高齢者の困りごとを把握し、サービスの主体を作る・結びつける支援を行います</li> <li>・「困ったら包括」「心配になったら包括」として、相談窓口としての認知度を向上します</li> </ul> <p>➡役場福祉課に生活相談室を新設し重層的な対応を組織化</p> |

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容                           |    | 令和4年  | 令和5年          | 令和6年        | 令和7年        | 令和8年        |
|---------------------------------|----|-------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| 生活介護支援サポーター養成講座の実施              | 目標 | -     | 1回            | 2回          | 3回          | 3回          |
|                                 | 実績 | -     | 1回            | 1回          | -           | -           |
| 生活介護支援サポーターフォローアップ研修等の実施        | 目標 | -     | -             | 1回          | 1回          | 2回          |
|                                 | 実績 | -     | -             | 2回          | 1回          | -           |
| 生活介護支援サポーター登録人数                 | 実績 | -     | 112人          | 67人         | 66人         | -           |
| 支え合い活動実施地区数                     | 目標 | 15    | 15            | 15          | 15          | 15          |
|                                 | 実績 | 15    | 15            | 15          | 15          | 15          |
| 地域包括支援センターをよく・ある程度知っている元気高齢者の割合 | 目標 | -     | -             | -           | 30%         | 向上          |
|                                 | 実績 | 23.9% | -             | -           | 57.3%       | -           |
| 「困ったときに気軽に頼める人がいる」以上の近所づきあいの割合  | 目標 | -     | -             | -           | 60%         | 向上          |
|                                 | 実績 | 54.7% | -             | -           | 41.1%       | -           |
| 民間企業等と連携した介護予防活動の回数             | 目標 | -     | -             | 3社<br>各1回以上 | 3社<br>各1回以上 | 4社<br>各1回以上 |
|                                 | 実績 | -     | 2社<br>2回      | 1社<br>2回    | 未実施         | -           |
| 地区でマッチングした生活支援件数                | 実績 | 303件  | 308件          | 253件        | 227件        | -           |
| 参考にした調査等                        |    |       | 事業内容、高齢者等実態調査 |             |             |             |

## 4 医療と介護が一体となった在宅サービスの推進

### 〈現状〉

高齢者を含む誰もがその状況に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、支援者である医療・介護の専門職同士が連携を目指した研修会や情報共有、入退院時における連携のルール化、医療・介護の社会資源の見える化を進めてきました。

### 〈課題〉

人生の最終段階を住み慣れた自宅で迎えたいと望む人の割合は、令和 2 年度（2020 年）は 73.9%、令和 4 年度（2022 年）は 56.4%（高齢者実態調査による）ですが、令和 4 年度県の見える化シートでは、2016 年～2020 年の 5 年間の平均で自宅又は住み慣れた施設で亡くなった方は 25.0%でした。自宅で終末を迎えたいという希望と現実乖離があります。

人生の最終段階においては、高齢者本人の状況を踏まえつつも、希望に応じていくことが重要であり、その人らしい人生の最終段階を迎えられる体制づくりが求められますが、支える専門職の数は生産年齢人口の急減に伴い減少します。

そのために、専門職が専門職の仕事ができる環境づくりと、専門職が専門性を高め、他の職種と連携して高いレベルでの医療・介護を行える体制づくりが課題となります。

- ・在宅医療・介護関係者に関する相談窓口の設置
- ・専門職の力を最大限活かすための取り組み
- ・医療関係者の円滑な情報共有・情報連携ツールの検討
- ・人生会議の周知啓発

➡R7 年から多職種合同ケアカンファレンスを開催し継続していきます。

箕輪町電子@連絡帳にて連携ルール含む社会資源の見える化を進めています。

➡「自宅で最期を迎えたい」R7(2025 年)55.7%で年々減少傾向にあります。

人生のエンディングに向けた準備(人生会議など)の普及啓発を継続します

### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体     | 役割（やること）                                                                                                                                                         |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助） | <ul style="list-style-type: none"><li>・かかりつけ医、歯科医、薬剤師を持ちます</li><li>・医療や介護に関する情報に関心を持ちます</li><li>・家族間で人生会議の話し合いの機会を持ちます</li></ul> ➡R4 かかりつけ医いる 85.6% 人生会議した 35.9% |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <p>R7 かかりつけ医いる 85% 人生会議した 34.9%<br/>両方とも微減しており、関心は高まっていない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 地域や関係団体、民間企業等（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療、介護サービスの事業者同士が顔の見える関係をつくれます</li> <li>・日常生活療養支援・入退院支援・急変時・在宅での看取り時等、様々な場面ごとで事業者同士が円滑に情報共有します</li> <li>・多職種連携に関する研修に参加します</li> </ul> <p>➡R7 年から多職種合同ケアカンファレンスを開催し 70 人参加あり顔が見える関係づくりの体制整備を構築しつつある。専門職同士の情報共有・連携の場の1つとして箕輪町電子@連絡帳を R7 年から本格導入した。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 行政（公助）               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療・介護に係る相談窓口を設置することにより、医療介護連携がスムーズに行います。</li> <li>・多職種が参加する研修の場を作ること、それぞれの職種の特性を理解し、専門性を利用しあえる関係を形成します。</li> <li>・専門職が専門職の仕事ができる環境づくりのため、運転など専門職以外でできる仕事と地域資源とマッチングや、町関係の事務手続きの軽減などにつとめます。</li> <li>・医療・介護事業所が、電子連絡帳などの共通のフォーマットで連携する状況を目指し、医療圏を意識した広域での取り組みを検討します。</li> <li>・人生会議の啓発をすることにより、自分の意向に沿った人生の最終段階を迎える人が増えることを目指します。</li> <li>・足りない社会資源、必要な社会資源を増やすことに取り組むことで、在宅療養者がより快適に過ごす環境を作ります。</li> </ul> <p>➡箕輪町電子@連絡帳導入し、情報連携、相談をスムーズにできる体制を整備した。多職種合同ケアカンファレンスを開催し専門性を理解し合える環境を整備し、地域ケア会議として資源開発の場づくりを提供できた</p> <p>➡医療介護連携検討会での提案から、病院のものわすれ外来受診後に町のサービスにつながらない期間への対応として病院への出張窓口を試験的に設置した。</p> |

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容                               | 令和4年<br>現在                                                            | 令和5年<br>実績                                                                                                                       | 令和6年<br>実績    | 令和7年<br>実績                                           |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------|
| 地域住民向けの普及啓発                         | ACP 講演会 62 人<br>終活セミナー 84 人<br>鶴亀講座（毎月）<br>広報年 2 回<br>出前講座            | 目標 年 20 回以上<br>➡実施できた<br>公民館と共催で終活セミナー実施<br>75 歳鶴亀講座毎月 1 回開催<br>広報 2 回/年掲載<br>認知症サポートブックに掲載<br>医療介護連携カード作成し配布<br>エンディングノート希望者へ配布 |               |                                                      |
| 専門職向け研修の開催                          | ケアマネ会<br>ACP 講演会<br>多職種事例検討会<br>（広域で 1 回）                             | 目標 年 3 回以上<br>➡実施できた<br>ケアマネ会・事業所連絡会毎月開催<br>多職種合同ケアカンファレンス<br>広域で多職種ミーティング開催                                                     |               |                                                      |
| 独居高齢者等への救急キット配布数・率                  | R4 末 1,148 人<br>18.9% (R5.7 月)                                        | 1,500 人<br>目標                                                                                                                    | 1,600 人<br>目標 | 1,700 人<br>目標<br>↓<br>1,739 人<br>達成<br>高齢者の<br>23.6% |
| 在宅死亡率の割合<br>（自宅+老人ホーム）              | 2020 年<br>25.65%                                                      | 上昇<br>➡令和7年 36.0% 達成                                                                                                             |               |                                                      |
| 人生の最期をどのように迎えたいか家族と話し合ったことがある高齢者の割合 | 元気高齢者<br>35.9%                                                        | —                                                                                                                                | 50.0%<br>目標   | 向上目標<br>↓<br>34.9%<br>実績                             |
| 参考にした調査等                            | 高齢者生活・介護に関する実態調査（令和4・7年度）<br>死亡統計（町健康推進課）、事業実績<br>県見える化調査分析シート（令和4年度） |                                                                                                                                  |               |                                                      |

## 5 認知症の人にやさしい地域づくり

### 〈現状〉

町では65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症高齢者になると見込まれる令和7年（2025年）を目標に、認知症の方を支える地域づくりの取り組みを推進してきました。令和5年（2023年）には、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支えあいながら共生する活力ある社会（共生社会）の実現を目指す認知症基本法が成立しました。

町ではこれまでの取り組みに加え、法の基本理念を意識し、「認知症の人が自らの意志によって日常生活及び社会生活が営むことができるようにすること」、「町民が認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい知識を深めるようにすること」、「認知症の人が生活を営む上で障壁となるものを除去すること」、「認知症の人が意見表明・社会参加の機会を確保すること」、「本人及び家族等の支援をおこなうこと」、について取り組んでいます。

一方、高齢者実態調査において、認知症の相談窓口を知っているのは、元気高齢者で16.3%から13.8%と減少、居宅高齢者では26.6%から27.4%へと微増し、現時点で認知症と関わりがない住民には認知度が低い状況です。

身近な方に認知症の疑いがあるときの相談先については「家族や親せき」が最も多く、かかりつけ医、市町村の保健師、地域包括支援センターと続きます。適切なタイミングで専門職の相談へとスムーズに繋がれるよう、幅広い年齢層へ向けて相談窓口を周知していく必要があります。

地域活動は徐々に戻りつつあるものの、コロナの影響により町でも認知症カフェが休止するなど、一時的に社会参加できる通いの場の縮小が余儀なくされています。

### 〈課題〉

- ・後期高齢者の増加に伴う認知症状を持つ高齢者の増加と介護者の多様な背景の存在（独居高齢者、高齢者世帯の増加）
- ・認知症の相談窓口を知らない住民が多く、幅広い世代で認知症理解が不十分である
- ・地域生活を支える資源（すまいる、カフェ、認知症サポーター等）の認知度が低く、十分活用されていない
- ・診断後の繋ぎ先が少なく、認知症の方が外出しにくい（希望を叶えられる受入先がない、受け入れる側が対応できない、外出したがない人が多い）

➡認知症の相談窓口を包括の周知とともに進め、一定の向上がありました。

➡認知症の理解促進として、認知症フォーラムを毎年開催し、当事者からの発信、映画上映等を行うほか、9月の認知症月間を核としたでの取り組みを行いました。住民の関心は高く、この手のイベントとしては異例の参加人数でした。  
(フォーラム 250 人超満員、映画 284 人、認知症月間の取り組みとして小学生の寺子屋等とコラボしたパペット外作り 401 人、ライトアップ等)

また、当事者や家族、関係者等への認知症理解の入り口として、支援者、当事者とともに「自分のことは自分で決めたい」意思や地域活動等の情報を含む認知症サポートブック(認知症ケアパス)を作成しました。

➡手段になりがちな認知症施策について、基本法を意識しながら町としてのありたい姿を「認知症になってもなじみの場所でなじみの仲間とやりたいことを続けられる」と決めました。またその具体例としてチームらんらんの取り組みにフォーカス・支援・広報を行いました。

➡認知症高齢者に限定せず、地域の中で暮らしていくうえで様々な課題や特性のある方が共生して暮らしていく社会という、もう一つ上での考え方が標準化しつつあり、「認知症も」含め取り組んでいく方向に移行しつつあります。

。

#### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体           | 役割（やること）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）       | <ul style="list-style-type: none"><li>・世代を問わず、認知症は誰もがなりうるもので、怖いものではないと理解します</li><li>・認知症関連の学習会等に参加し、関心を高め知識を得ます</li><li>・認知症の早期発見・早期治療を意識した対応に努めます</li><li>・困っている人がいたら、地域や行政・関係機関と連携し、繋がります</li><li>・認知症の有無に関わらず、趣味活動等の通いの場、地域活動、畑仕事など、社会参加を意識して暮らします。</li><li>・認知症サポーター等の知識を持つ人が地域の中で活発に活動します</li></ul> ➡出前講座、サポーター養成講座の実施 |
| 地域や関係団体、民間企業 | <ul style="list-style-type: none"><li>・地域の関係団体や民間企業等が認知症の知識を持ち、地域住民を支援します</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                         |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 等（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の関連団体や民間企業等が認知症の早期発見・早期治療を意識して支援します</li> <li>・地域団体のみならず民間企業の立場からも、社会参加や予防につながる地域活動の事業内容を理解し、活動支援と事業展開に協力します</li> <li>・従業員の認知症予防・健康づくりのため、SDGs や健康経営、ゼロカーボンなどの事業所の社会認証の仕組みと連動し実践します</li> </ul> <p>➡認知症見守り団体すまいる117事業所(R8.4)により認知症になっても働き続けられるために社会として変化すること・働く環境について、毎年学習会等を行った。</p> <p>結果、認知症の方への対処を学んだ事業所が、実際に心配な方に声をかけて必要な対応をする実績があった。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 行政（公助）   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター養成講座、出前講座等により、認知症の普及啓発（正しい情報の発信、共生と予防の意識）に努め、地域住民や事業所などの地域のフルメンバーが認知症（若年性含む）を正しく理解します</li> <li>・出前講座や SNS 等を活用し認知症の相談窓口を周知します</li> <li>・行政主体だけでなく、認知症見守り団体「すまいる」、民間企業等と連携した地域づくりと支援体制を強化します</li> <li>・地域活動（認知症カフェ、通いの場等）への参加と活動促進を支援し、地域住民が認知症の有無に関わらず参加しやすくします</li> <li>・認知症ケアパスを活用し、地域住民が適時・適切なサービスを選択し意思に沿った提供を受けられるよう行政と医療・介護等関係者と連携します</li> <li>・認知症本人の声を聴きながら、必要に応じて民間企業等と連携した正しい情報の普及啓発、居場所づくりや就労支援を推進し、地域住民一人一人が認知症の人の想いを意識した行動をとれるようにします</li> <li>・認知症サポーターやキャラバン・メイト等と一緒に認知症に関わる企画運営等に参加できるように活躍の場を提供します</li> </ul> <p>➡認知症カフェ、のぞみの会などにより、本人や家族が参加できる場づくりを進めるとともに、当事者と家族、当事者の友人が作る取り組みを支援し、チームオレンジとして広報した。</p> |

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容                                                 |    | 令和4年                             | 令和5年                        | 令和6年          | 令和7年                             | 令和8年 |
|-------------------------------------------------------|----|----------------------------------|-----------------------------|---------------|----------------------------------|------|
| 認知症サポーター<br>養成講座開催回数・<br>受講者世代                        | 目標 |                                  | 小中学生対象 年各1回<br>成人対象 年3回以上   |               |                                  |      |
|                                                       | 実績 | 小1回                              | 小1回<br>中1回<br>成人6回          | 小1回<br>成人3回   | 小1回<br>成人5回                      | -    |
| 地域の人（支え手）<br>と出会い過ごせる<br>場に新規で参加し<br>た認知症の人や家<br>族の人数 | 目標 | —                                | 調査項目として設定し<br>前年以上の取り組みを目指す |               |                                  |      |
|                                                       | 実績 | -                                | -                           | 本人1<br>家族1    | 本人6<br>家族4                       |      |
| SNS等を活用した周<br>知回数                                     | 目標 |                                  |                             | 都度実施していく（前年増） |                                  |      |
|                                                       | 実績 | 1回                               | 1回                          | 5回            | 2回                               |      |
| 民間企業等と共同し<br>た企画運営の回数                                 | 目標 | -                                | 2回                          | 3回            | 4回                               | 5回   |
|                                                       | 実績 | -                                | 2回                          | 2回            | 4回                               |      |
| 認知症サポーター、<br>キャラバン・メイト<br>等と協同した企画<br>運営の回数           | 目標 |                                  |                             | 3回            | 4回                               | 5回   |
|                                                       | 実績 | -                                | 1回                          | 1回            | 1回                               |      |
| 認知症に関する相<br>談窓口を知ってい<br>ますか                           | 目標 |                                  |                             | -             | 元気高齢者<br>15.0%<br>居宅介護者<br>30.0% | 前年増  |
|                                                       | 実績 | 元気高齢者<br>13.8%<br>居宅介護者<br>27.4% | -                           | -             | 元気高齢者<br>21.5%<br>居宅介護者<br>34.0% |      |

## 6 家族介護支援

### 〈現状〉

高齢者実態調査から、仕事と介護の両立については介護による離職者の数は変わらないものの、労働時間を調整しなくてはならない人の割合は減少し、働きながら介護し続けられると回答した介護者の割合は増加したほか、介護の身体的・精神的・経済的な負担感についてはすべての指標で改善が見られます。

一方で、元気高齢者が在宅医療や介護を受ける際に心配なことは、「介護してくれる家族の負担」と、「自宅に訪問してくれる医療・介護の体制」が同率トップ、元気高齢者は包括支援センターの認知度も低下していることから、介護に対する具体的なイメージや情報が不足していそうです。

また、窓口対応から複雑な介護保険制度の理解促進も課題と感じられるほか、どのタイミングで介護保険の相談や申請をしていいかわからない、という声も多くいただきます。

居宅サービスの利用を含め、「できる限り在宅でみたい」と考える介護者の割合は減少しています。自宅での生活の継続に必要と感じるサービスは、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」「食料品等の宅配や巡回販売」「配食」「買い物」が上位に挙げられています。

### 〈課題〉

- ・在宅での介護の不安に対する情報の不足
  - ➡窓口での聞き取りや自宅訪問の中での相談やアドバイスは出来た
  - ➡介護保険利用者は担当ケアマネが相談役となっている
- ・在宅での介護の技術を学ぶ機会がない
  - ➡講習会等のイベントとしては行っていないが、包括への技術面での相談はなかった。多くは認知症に対する対応の相談が多い。
- ・介護保険制度の使い方、使うタイミングが分からない
- ・相談先としての地域包括支援センターの知名度の低さ
  - ➡困ったら包括として、相談先を周知し、認知度の向上はできたが、困ってから相談が多く、困る前の相談は少ないことが次の課題
  - ➡事業所総務部門への仕事と介護の両立支援を実施した。
  - ➡介護者のストレスの軽減の場、相談の場として、男性介護者の会を開催し、継続した開催の希望があった

【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                | 役割（やること）                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険や福祉サービス・技術について学びます</li> <li>・介護休暇等の制度について情報収集をします</li> </ul> <p>出前講座等で介護保険制度や福祉サービスについての紹介。介護技術より認知症や精神疾患への対応の相談が多かった。</p>                                                               |
| 地域や関係団体、民間企業等（共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事業者等は、介護者に対して相談機能を果たします</li> <li>・介護支援専門員は、介護者の相談援助もして行きます</li> <li>・従業員が介護しながら働きやすい職場づくりに努めます</li> </ul> <p>仕事と介護の両立の難しさはあると感じる。離職とまでは行かないが、介護により仕事を休む事への負担の声は多数あった。</p>                  |
| 行政（公助）            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護休暇等の制度の普及啓発を図ります</li> <li>・介護保険制度やサービスの周知を図ります</li> <li>・介護の技術について学ぶ場づくりを支援します</li> <li>・相談先として地域包括支援センターの知名度を向上します</li> </ul> <p>介護休暇制度については、各企業や職場での案内されている介護技術よりは、認知症の対応・負担の相談数が多い。</p> |

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容                 |         | 令和4年  | 令和7年  | 令和8年 |
|-----------------------|---------|-------|-------|------|
| 介護を理由とする過去1年間の離職者数    | 目標      | -     | 5.0%  |      |
|                       | 実績      | 6.2%  | 5.1%  |      |
| 今後も介護をしながら働き続けられる介護者数 | 目標      |       | 85.0% |      |
|                       | 実績      | 79.1% | 80.1% |      |
| 「できる限り在宅でみたい」介護者の割合   | 目標      |       | 60.0% |      |
|                       | 実績      | 54.3% | 55.4% |      |
| 地域包括支援センター認知度（元気高齢者）  | 目標      |       | 30.0% |      |
|                       | 実績      | 23.8% | 30.9% |      |
| 参考にした調査等              | 高齢者実態調査 |       |       |      |

## 7 介護人材の育成・確保

### 〈現状〉

急速に進行する少子化に伴う介護人材不足（生産年齢人口の減少）と、減少しない高齢者数のアンマッチにより、介護人材不足が加速度的に進んでいます。町内の介護事業所にお聞きする中でも介護人材の不足が深刻で、特に資格職の採用に苦慮しています。

施設の規模にもよりますが、職員が少ないために交代要員が確保できず休みを取りにくい、腰痛等の職業病への対応、メンタルヘルスや施設虐待等のリスクマネジメント対応などの必要な人材育成・研修が必要だが、その余裕が取れないなどの課題があります。外国人労働者の採用も増えており、地域と共生しやすい環境が求められています。介護保険に伴う事務負担が大きいことも課題です。

### 〈課題〉

#### ・介護人材の確保

➡専門職が専門職として働ける環境づくりを目指し、専門人材確保策としては介護職員資格取得補助金、箕輪町U・Iターン応援特定人材就労奨励金を実施、一定の人材増はあるものの、増える需要に対して人手不足が追い付いていない。

➡ボランティア、有償ボランティアによる支援についてはマッチング事務を担う県社協のスケッター制度ができたが、箕輪町では登録者数の不足で十分機能していない。社協によるボランティアマッチングで一部事業所へのボランティア参加実績があった。

#### ・介護人材の働き方改善、環境改善、人材育成

➡賃金面でも6年度報酬改定で訪問サービスの単価切り下げと令和8年度の臨時報酬改定と、国策としてもぶれがある。

#### ・業務の効率化、事務負担の軽減

➡全体的な流れとしては国策として情報共有・実績報告等の電子化・マイナンバー活用が進みつつあり、加算の要件等にもなっている。町としても電子連絡帳の導入があるが、仕組みが乱立気味で新しい事務への移行の慣れ等に負荷がある。

➡外国人の雇用が進む中、外国人との共生については町として令和6年度から多文化共生に関する専門部門をくらしの安心安全課に新設、情報発信等を多言語化する、やさしい日本語講座を定期開催する等の取り組みを行っている。

【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                   | 役割（やること）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護や介護保険制度について理解を深めます</li> <li>・可能な限り自立した生活が送れるよう、介護予防や健康づくりに努めます</li> <li>・介護事業所の仕事や役割について理解を深めます</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |
| 地域や関係団体、民間企業等（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ICT等を活用し業務の効率化に努めます</li> <li>・介護職員のケア技術の向上の取組や、職員の職場での悩みを受け付ける相談窓口の整備や研修などに努めます</li> <li>・メンタルヘルスやハラスメント対策に取り組みます</li> <li>・外国人労働者と共生するための理解に努めます</li> </ul>                                                                                                                                                                   |
| 行政（公助）               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・箕輪町U・Iターン応援奨学金支援補助金を周知します</li> <li>・介護事業所の事務負担の軽減策を講じます</li> <li>・新規事業者の発掘を行い、支援します</li> <li>・介護人材に関する実態の把握に努めます</li> <li>・人材育成に資する研修等を実施、検討します</li> <li>・人材確保のための介護職員資格取得補助金を交付します</li> <li>・事業所を支援する多様な人材の養成やマッチングなどを行い、運営を支援できる仕組みづくりを行います</li> <li>・介護事業所の仕事について住民が知る機会を作ります</li> <li>・外国人労働者が暮らしやすい環境づくりを支援します</li> </ul> |

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容               | 令和5年<br>実績 | 令和6年<br>実績   | 令和7年<br>実績 | 令和8年<br>目標 |
|---------------------|------------|--------------|------------|------------|
| 介護職員資格取得補助金<br>利用者数 | 1人         | 1人           | 1人         | -          |
| 事務負担軽減（電子化）         | 様式の見直し     | 原則電磁的な対応を認める |            |            |

●【介護職員資格取得補助金 実績】

資格取得支援 上限5万円

対象となる資格 介護福祉士・ケアマネージャー

補助額 資格取得に必要な受講料・手数料の1/2（上限5万円）

実績 R4 ケアマネージャー1人 R5 ケアマネージャー1人

R6 介護福祉士 1人 R7 ケアマネージャー1人

●【箕輪町U・Iターン応援特定人材就労奨励金 実績】

有資格者が町内にU・Iターンし、専門職として町内の特定施設や伊那中央病院に勤務した場合に奨励金 20 万円を交付するもの 対象となる特定人材：社会福祉士、介護福祉士、看護師、保育士

実績 R4 看護師 5人 保育士1人 R5 看護師 1人  
R6 看護師 4人 社会福祉士1人 R7 看護師 2人 保育士1人

## 8 安全・安心な暮らしの確保

### ① 高齢者虐待の防止

#### 〈現状〉

町の虐待相談件数は、年度によりばらつきがありますが警察からの通報が増加し、虐待者、被虐待者の年齢層が若い方が多いのが特徴です。虐待の事由は、養護者からの身体的虐待、心理的虐待が多くみられています。

虐待に至る原因として、介護者自身の疾病等による判断力の低下や病気への理解不足があり、介護者を孤立させない働きかけが重要です。

また、最近の傾向としては、問題が複雑化し総合的な対応が必要になることが増え、担当部署だけでは解決できないケースもあります。児童、障がい者、高齢者等の本人を取り巻く関係者のネットワークを構築し、司法・医療機関・警察等の各機関との更なる連携が必要です。

#### 〈課題〉

- ・虐待が発生する家庭の課題が複雑化している。総合的な支援を必要としているケースが増えてきている
- ・虐待事案に対応する職員の資質向上が必要

➡虐待件数は減少傾向にあるが、認定件数のうち緊急介入を必要とする事案の割合が増加している。世帯の高齢化や問題の複雑化により、関係者間の連携が重要となっている。

### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体           | 役割（やること）                                                                                                |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・困ったことなどは一人で抱えず、相談する</li> <li>➡広報での虐待、相談先の包括支援センターの周知</li> </ul> |
| 地域や関係団体、民間企業 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・普段から、あいさつや声かけを行い、相談しやすい雰囲気作りをする</li> </ul>                      |

|          |                                                                                                                                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 等(互助・共助) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待を疑った場合は、地域包括支援センターへ相談する</li> <li>・事業者は、虐待に関する研修会に参加する</li> </ul> <p>➡年 1 回虐待研修会を実施(町内介護保険事業所、居宅介護支援事業所、障害者支援関係機関へ周知し、法定研修として開催)</p> |
| 行政(公助)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去の虐待事案に関して、定期的なモニタリングを行い、住み慣れた地域で安心して生活できる環境を作る</li> <li>・虐待に対する正しい知識習得のために学習機会を確保する</li> </ul> <p>➡広報での虐待、相談先の包括支援センターの周知(再掲)</p>   |

#### 【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容           | 令和4年度                           | 令和6年度          | 令和7年度         | 令和8年度 |
|-----------------|---------------------------------|----------------|---------------|-------|
| 虐待に関する相談件数      | 16 件                            | 前年減<br>実績 11 件 | 前年減<br>実績 8 件 | 前年減   |
| 虐待認定件数          | 15 件                            | 前年減<br>実績 4 件  | 前年減<br>実績 6 件 | 前年減   |
| 虐待事案モニタリングの実施   | 56 回                            | 54 回           | 54 回          | 実績による |
| 虐待に関する広報誌での啓発回数 | 1 回                             | 1回             | 1回            | 1回予定  |
| 参考にした調査等        | 相談記録システム集計<br>権利擁護ネットワーク連携協議会資料 |                |               |       |

## ② 高齢者の権利擁護

### 〈現状〉

町における成年後見制度の利用者数は、令和4年 57 人となります。利用者数は、年々増加傾向にあり今後は更に増加するものと考えられます。

全国の成年後見等（後見、保佐、補助）利用者数において、令和4年12月末日における後見の利用者の割合が全体の73%を占めており、保佐が20%、補助が6%にとどまり、任意後見に至ってはわずか1%となっています。制度の普及啓発を強化していくことが求められます。

このため、成年後見制度の利用者の能力に応じたきめ細やかな対応を可能とする保佐及び補助や、利用者の自発的意思を尊重する任意後見制度の利用促進を図るとともに、町民が適切かつ安心して利用できるような取り組みが求められています。

### 〈課題〉

- ・利用者数、相談件数が増えてきているが、制度自体を知らない住民も多い。窓口の周知が今後必要になる。
  - ・成年後見制度の利用希望者は増加していくが、受け皿が少ない。
    - ➡制度の周知を漫画形式で広報するなどの周知を行った。
    - ➡上伊那成年後見センター、受任可能な専門職との連携を行い、受任の希望がかなえられないケースは発生していないが、年々受け手が減少している。
  - ・身寄りのない方、身寄りがあっても親族等とも疎遠になっている方の増加が予想される。当事者の方が不安に思っていることに対して、対応していく必要がある。
    - ➡高齢単身世帯及び高齢者夫婦世帯の増加に伴い、「誰もがおひとり様予備軍」である認識を持っていただくための広報を行った。
- 令和7年から町として終活支援を業務に位置づけ、具体的な支援を権利擁護ネットワーク連携協議会にて協議をしている。

### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                   | 役割（やること）                                                                                        |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）               | ・成年後見制度への理解を深めていく                                                                               |
| 地域や関係団体、民間企業等（互助・共助） | ・定期的に専門職や関係機関に対し研修を開催する<br>・必要な方へ制度の紹介などを行ってもらう<br>➡箕輪町社会福祉協議会による法人後見事業立ち上げ検討                   |
| 行政（公助）               | ・身寄りのない方への支援・勉強会を行う<br>➡広報、終活セミナーにて終活の必要性を周知<br>・担い手の育成を行い、支援の幅を増やしていく<br>➡市民後見人養成講座（上伊那後見センター） |

### 【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容          | 令和4年度<br>末現在 | 令和6年<br>目標 | 令和7年<br>目標 | 令和8年<br>目標 |
|----------------|--------------|------------|------------|------------|
| 成年後見セミナーの開催数   | 1回           | 実績1回       | 実績1回       | 継続         |
| 市民成年後見人養成講座の開催 | 1回           | 実績1回       | 実績1回       | 継続         |
| 専門職向けの研修会の開催   | 1回           | 実績1回       | 実績1回       | 1回予定       |

|          |                  |                   |               |      |
|----------|------------------|-------------------|---------------|------|
| 住民向けの講習会 | -                | 年1回(終活セミナー・公民館共催) |               |      |
| 町への相談件数  | 23 件             | 向上<br>実績 19 件     | 向上<br>実績 14 件 | 30 件 |
| 参考にした調査等 | 上伊那成年後見センター実績報告書 |                   |               |      |

## ① 高齢者の消費生活

### 〈現状〉

認知症等による判断力の低下や身体能力の衰えなどがある高齢者を狙った悪質商法や消費者トラブルの増加、孤立した住民が一人で抱え込むことによる消費者トラブルの深刻化などが懸念されます。特に、孤立した高齢者の場合は、自ら被害を認知し関係機関へ相談することが困難となる可能性があり、周囲のサポートが必要です。

さらに、デジタル化の進展やコロナ禍による新しい生活様式の浸透、頻発する自然災害に便乗した悪質商法の発生などにより、消費者の誰もが消費者トラブルや被害に遭う可能性があります。

### 〈課題〉

- ・高齢者に対する注意喚起や消費者教育について、関係団体等と連携して取り組める体制の構築
- ・町民向け講座等により消費者教育の充実を図る

➡大きな社会問題になっている特殊詐欺被害は、若者から高齢者まですべての年代で被害が増大しています。特に老後の心配から投資詐欺被害が増えています。また、訪問販売による契約トラブルも依然として懸念されます。

### 【課題に対する実施主体ごとの役割】

| 主体                   | 役割（やること）                                                                                                  |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）               | ・消費者被害などの事例を通じて理解を深めます                                                                                    |
| 地域や関係団体、民間企業等（互助・共助） | ・介護事業者や民生・児童委員など、高齢者を見守る立場の人を対象に、高齢者が被害に遭いやすい消費者トラブルや被害発見のポイント、対処方法などを内容とする講座等を行い周知していくことで、被害拡大を防ぐことができる。 |
| 行政（公助）               | ・高齢者に対する注意喚起や消費者教育について、関係各課が                                                                              |

|  |                                                                                                                                  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 連携して取り組める体制の構築<br><b>→特殊詐欺被害が全国的な広がりを見せており、町民向け出前講座等、広報誌により事例紹介や事例紹介を行う</b><br>・特殊詐欺対策機器（電話機）購入に対する補助<br><b>実績：R6 18件 R7 17件</b> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容              |                      | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
|--------------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 消費者に関する相談件数（町相談件数） | 目標                   | －     | －     | 10件   | 10件   | 10件   |
|                    | 実績                   | 8件    | 3件    | 8件    | 4件    | －     |
| 特殊詐欺被害件数           | 目標                   |       |       | 2件以内  | 2件以内  | 0件    |
|                    | 実績                   | 2件    | 1件    | 2件    | 9件    |       |
| 参考にした調査等           | 権利擁護ネットワーク連携協議会資料による |       |       |       |       |       |

### 高齢者の交通安全対策の促進

#### 〈現状〉

交通事故件数は平成17年をピークに減少していますが、高齢者が増加していることなどから、相対的に事故件数全体に占める高齢ドライバーの割合が増加しています。高齢者の交通事故は夕方から夜間にかけての時間帯に多く発生しており、反射たすきを配るなどの対策を進めてきました。

令和元年度から、専任の職員2名（警察OB等）がパトロール車による町内の巡回を行い、元警察官としての知識や経験を活かした子どもの見守りや年金支給日の金融機関の見守り、地域の防犯活動、交通安全活動を実施しているほか、心配な高齢者にも直接呼びかけ、交通安全意識を高め、犯罪・事故の抑止につなげています。

また、令和5年10月から高齢者の新たな移動手段としてまちなかタクシーの運用が始まりました。高齢になり運転が難しくなった高齢者が移動手段を得て、免許を返納していく動きにつながることが期待されます。

#### 〈課題〉

- ・高齢者の交通事故の起きやすい時間帯と条件への、引き続きの対応
- ・運転能力が低下した高齢者ドライバーによる交通事故の防止
- ・まちなかタクシーの利用促進による安全な移動の促進

➡課題は大きく変わりませんが、依然として高齢者の交通事故が発生していることから、引き続き免許返納を促すとともに返納に伴う不安の少ない公共交通の充実が課題です。

➡免許返納をためらう理由として、返納後の移動手段の不安があると考え、従来のみのちゃんバス、伊那本線に加え令和5年度から町内定額タクシー「まちなかタクシー」制度を開始し、免許返納交付金制度と共に免許返納しやすい環境を整えています。

#### 【実施主体ごとの役割】

| 主体             | 役 割                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交通ルールを順守します</li> <li>・ 夜間外出するときは、夜光反射タスキ等を身に着けて、交通事故にあわないようにします</li> <li>・ 免許返納の時期について家族と話し合います</li> </ul>                                                                     |
| 地域や関係団体（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域一丸となって、交通安全意識の向上に努めます</li> <li>・ 地域の危険個所について、対策を考え要望を行います</li> </ul>                                                                                                         |
| 行政（公助）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交通安全に関する出前講座や周知を行います</li> <li>・ <del>夜光反射タスキ等の配布及び利用啓発を行います</del></li> <li>・ 高齢者の移動手段を確保し、免許返納の促進を行います</li> <li>免許返納制度実績: R6 85件 R7 111件</li> <li>・ 高齢者の見守り体制をつくります</li> </ul> |

## ② 災害への対応

### 〈現状〉

近年、全国的に自然災害が多発しており、高齢者が犠牲となるケースがみられています。高齢化に伴い要配慮者の増加がみられるため、災害から要配慮者を守るための防災対策の一層の充実を図る必要があります。

避難所での生活が難しい要配慮者への対応として、町内を中心とした社会福祉施設と災害時における要援護者の受け入れ（福祉避難所）協定を行っています。

新型コロナの影響より中断しましたが、町総合防災訓と併せた移送訓練などを進めるほか、令和5年度末までに指定訪問介護事業者は感染症や非常災害の発生時における業務継続計画（BCP）を策定することが義務付けられ、災害時の連携検討を改めて進めています。

新型コロナによる行動制限が収束し、5類に移行しましたが、高齢者は感染症に対する抵抗力が弱いため、罹患した場合には重症化する可能性があります。

平常時から感染症対策に努めるとともに、県や関係機関等と連携をとり、感染対策を進めていきます。

#### 〈課題〉

- ・ 要配慮者の避難に対する地域支えあいマップの充実
- ・ 地域支えあいマップに掲載されない要配慮者への支援方法の明確化
- ・ 有事に機能するための、事業所と町との要援護者協定の実質化

➡平成 29 年度に協定締結以降、動きのなかった福祉避難所協定事業所との連絡会を令和7年に開始し、町総合防災訓練での通信訓練を行ったほか、実効性のある協定の中身づくりに向け福祉避難所運用ガイドラインの作成を進めています。

➡各区での地域支えあいを主目的として取り組んできた地域支えあいマップは、一部の区で個人情報の扱い等から策定の意義に疑問が出ています。町の防災上の重要な仕組みであるという意義を町として明確にし、引き続き策定をお願いしていきます。

#### 【実施主体ごとの役割】

| 主体             | 役 割                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民（自助）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害や新たな感染症について正しい知識を学びます</li> <li>・ 防災訓練等に積極的に参加します</li> <li>・ 地域支えあいマップ作りに参加します</li> <li>・ 日ごろから基本的な感染症予防対策をします</li> <li>・ 地域の事業所等に協力します</li> </ul>                                           |
| 地域や関係団体（互助・共助） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域で防災訓練等を実施します。</li> <li>・ 地域で防災マップ等を作成し、危険個所を把握します</li> <li>・ 地域支えあいマップを作成し、支援を必要とする方の把握に努め、災害時の対策を行います</li> <li>・ 社会福祉施設は、感染症対策を含めた業務継続計画を策定します</li> <li>・ 地域住民と協力し、防災訓練等に取り組みます</li> </ul> |
| 行政（公助）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 箕輪町地域防災計画に基づき、関係機関と連携しながら、防災対策の充実を図ります</li> <li>・ 協定に基づく福祉避難所運営が行えるよう、福祉事業所と連携した訓練を行います</li> </ul>                                                                                            |

|  |                                                                                                                                      |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・防災や感染症対策に関する情報を発信します</li> <li>・地域支えあいマップ作りを支援します。また、支えあいマップを含む、要配慮者の個別避難計画策定を進めます</li> </ul> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 9 保健福祉事業・生活支援サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう生活支援、介護者支援、住宅環境の整備など、一人ひとりにあった支援を推進します。

### ① 生活支援サービス

| 事業名            | 事業の概要                                                      |
|----------------|------------------------------------------------------------|
| 生活管理指導短期宿泊     | 高齢者を介護する者が家庭において介護が困難になった場合、その高齢者の方が一時的に福祉施設に宿泊できるように支援します |
| 訪問理美容サービス      | 外出が困難な高齢者の方が、訪問による理美容サービスを利用する経費の一部を助成します                  |
| 緊急通報システム設置サービス | 急病や災害時の非常事態に備えて、緊急通報装置を設置します                               |
| 救急医療キット配布      | 救急時に必要な情報を保管するための救急医療キットを配布します                             |
| 高齢者タクシー料金助成    | 通常のタクシーを利用することが困難な高齢者に対し、タクシー料金の一部を助成します                   |

### ② 高齢者の住環境の整備

| 事業名            | 事業の概要                                       |
|----------------|---------------------------------------------|
| 高齢者にやさしい住宅改良促進 | 住み慣れた自宅でより快適な生活ができるように、住宅の改良に要する費用の一部を助成します |

### ③ その他の事業

| 事業名                  | 事業の概要                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------|
| 成年後見制度利用支援事業         | 成年後見制度の申立てに要する経費及び成年後見等の報酬の一部の助成を行います                   |
| 地域密着型サービス事業所居住費等助成事業 | 認知症対応型生活介護*の居住費、小規模多機能居宅介護*及び看護小規模多機能居宅介護*の宿泊費の一部を助成します |

## 第3章 介護保険制度の基盤整備

---

### 第3節 介護給付費等適正化事業

#### 〈現状〉

適正化事業における要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修等の点検、縦覧点検・医療費との突合、介護給付費通知の主要5事業のうち要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修等の点検、縦覧点検・医療情報との突合を実施してきました。

第9期以降は、主要5事業が給付適正化3事業（要介護認定の適正化、ケアプラン点検・住宅改修等の点検、縦覧点検・医療費との突合）に再編されますが、これらの事業は継続的实施が効果的であり、今後も現在の事業の方法を工夫・変更しながら実施する必要があります。特に介護支援専門員へのケアプラン点検では、介護支援専門員と問題点や課題を共有し利用者の自立支援を目的としたケアプラン作成等、ケアプランの質の向上を目指していくために、県のアドバイザー制度等を活用した点検を実施する必要があります。

また地域密着型サービス事業所においては、集団指導や実施指導を行い適正な事業運営を支援するとともに介護給付の適正化を図っていくことも必要です。

#### ① 要介護認定の適正化

##### 〈課題〉

申請から認定までの期間の短縮

認定調査員間での調査基準の平準化

##### 〈方向性〉

認定調査員の資質向上及び意見交換のため毎月、認定調査員定例会を開催するほか認定調査に関する研修会に参加します。

➡介護認定申請者(新規・変更・更新)の増加等により、以前より申請から認定までの期間は延長傾向にあります。

県や広域連合の行う研修会への積極的な参加や認定審査会事務局からの認定調査票についての疑義項目など情報共有することにより、認定調査員間での調査基準の平準化に取り組んでいます。

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容              |    | 令和4年度<br>実績 | 令和6年度<br>目標と実績 | 令和7年度<br>目標と実績 | 令和8年度<br>目標 |
|--------------------|----|-------------|----------------|----------------|-------------|
| 各調査項目（群）における評価の平準化 | 目標 | 1<br>項目（群）  | 3<br>項目（群）     | 3<br>項目（群）     | 3<br>項目（群）  |
|                    | 実績 | 1<br>項目（群）  | 3<br>項目（群）     | 3<br>項目（群）     | —           |
| 研修会への参加人数          | 目標 | 8人          | 8人             | 8人             | 8人          |
|                    | 実績 | 8人          | 10人            | 10人            | —           |

② ケアプランの点検等介護支援専門員の資質の向上

〈課題〉

ケアマネジャーが作成したケアプランについて、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを事業者が適切に提供できているか確認するために、保険者、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所と協力しプランの質のばらつきを少なくし、事業所・保険者全体のスキルアップを図る必要があります。

〈方向性〉

保険者と地域包括支援センターが協力して県のケアプラン点検アドバイザー制度を活用し、専門的知識を持った外部専門家による改善点の検討を行うことでプランの質の向上を図ります。

➡令和5年度から県のケアプラン点検アドバイザー制度を活用して、居宅介護支援事業所のケアプラン点検を実施しています。作成時のポイントなどアドバイザーから話をいただき、意見交換をしながらケアプランの質の向上を目指しています。

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容    |    | 令和4年度<br>実績 | 令和6年度<br>目標と実績 | 令和7年度<br>目標と実績 | 令和8年度<br>目標 |
|----------|----|-------------|----------------|----------------|-------------|
| ケアプラン点検数 | 目標 | 0           | 6              | 6              | 6           |
|          | 実績 | 0           | 6              | 5              | —           |

### ③ 縦覧点検・医療情報との突合

#### 〈課題〉

国民健康保険団体連合会（国保連）に業務委託しています。給付の実績をもとに介護保険と医療保険を重複請求している事業者がないか確認し、疑義のある事業者に対して文書照会やヒアリング等を行い、必要に応じて返還請求を行うなど、介護給付の適正化を図る必要があります。

#### 〈方向性〉

国保連への委託業務は継続します。また、適切な給付に資するための体制とするため、国保連等が行う研修に参加します。

➡国保連への委託業務を継続しており、国保連で行う説明会に参加して理解を深めることに努めています。

#### 【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容 |    | 令和4年度<br>実績 | 令和6年度<br>目標と実績 | 令和7年度<br>目標と実績 | 令和8年度<br>目標 |
|-------|----|-------------|----------------|----------------|-------------|
| 国保連研修 | 目標 | 2人          | 2人             | 2人             | 2人          |
|       | 実績 | 2人          | 2人             | 1人             | —           |
| 点検回数  | 目標 | 12回/年       | 12回/年          | 12回/年          | 12回/年       |
|       | 実績 | 12回/年       | 12回/年          | 12回/年          | —           |

### ④ 地域密着型サービス事業所における集団指導・実地指導

#### 〈課題〉

適切な実地指導ができるよう実地指導担当職員を配置し、実地指導担当職員の資質向上のため、県（上伊那福祉事務所）指導員実地指導の同行研修を行い、指導の観点やノウハウを学ぶ機会を確保する必要があります。

また、制度改正等に早急に対応し、集団指導を確実に行うことで事業所に対し周知・徹底を行う必要があります。

#### 〈方向性〉

県指導員による実地指導の同行研修を行い、指導方法を習得するなど県等による研修会に参加します。

➡地域密着型サービス事業所における実地指導は、限られた職員で実施することから、毎年2事業所となっています。

【事業の評価指標として考えられるもの】

| 指標の内容                        |    | 令和4年度<br>実績            | 令和6年度<br>目標と実績         | 令和7年度<br>目標と実績     | 令和8年度<br>目標      |
|------------------------------|----|------------------------|------------------------|--------------------|------------------|
| 研修会<br>参加人数                  | 目標 | 2人                     | 2人                     | 2人                 | 2人               |
|                              | 実績 | 2人                     | 2人                     | 2人                 | —                |
| 集団指導<br>実施回数                 | 目標 | 1回／年                   | 1回／年                   | 1回／年               | 1回／年             |
|                              | 実績 | 1回／年                   | 1回／年                   | 1回／年               | —                |
| 対象事業<br>所数に対<br>する実地<br>指導回数 | 目標 | 2／12事業所<br>(16.7%)     | 2／12事業所<br>(16.7%)     | 4／12事業所<br>(33.3%) | 6／12事業所<br>(50%) |
|                              | 実績 | 2／12事業<br>所<br>(16.7%) | 2／12事業<br>所<br>(16.7%) | 2／12事業所<br>(16.7%) | —                |