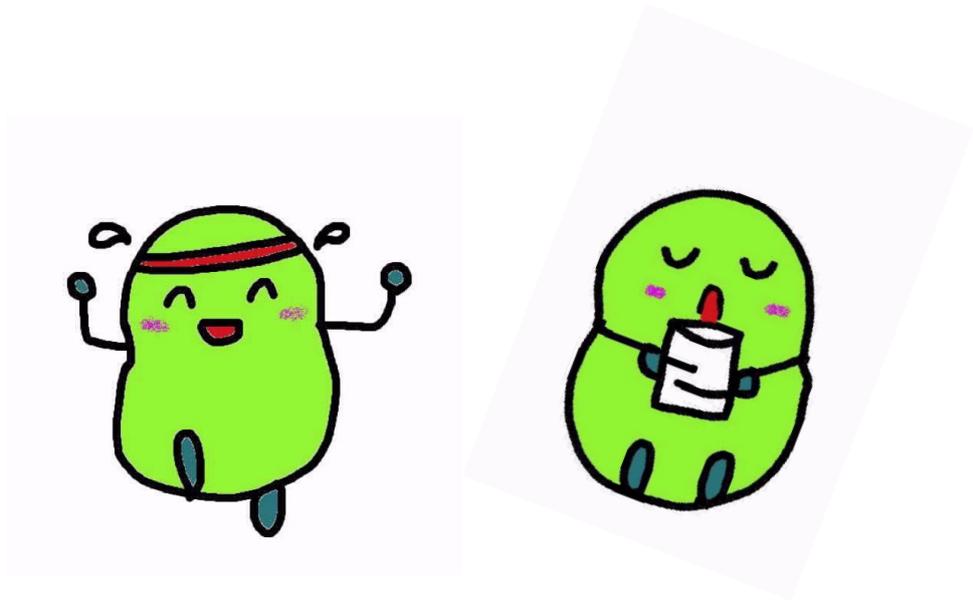


第9期小谷村高齢者福祉計画

令和6年度～令和8年度



令和6年3月
長野県 小谷村

目 次

第 1 章 計画策定にあたって 2

- 1 計画の目的と趣旨
- 2 計画の位置づけ
- 3 計画の期間
- 4 他の計画との関係
- 5 関係団体との連携

第 2 章 高齢者を取り巻く現状と将来の見通し . . 4

- 1 高齢者人口と世帯
- 2 要支援・要介護者の実態把握
- 3 介護保険対象サービスの利用者数見込み

第 3 章 基本理念・基本目標の設定 11

- 1 高齢者福祉の基本理念および基本目標
- 2 4つの基本目標と施策の体系
- 3 重点施策

第 4 章 高齢者福祉サービス 29

- 1 生活支援サービス
- 2 高齢者の住まい
- 3 高齢者福祉事業



第1章 計画策定にあたって

1 計画の目的と趣旨

小谷村の人口は、2,547人（令和5年12月31日現在）です。このうち、65歳以上の高齢者人口は950人で、高齢化率は37.3%となっています。今後人口減少が続き、それに伴い65歳以上の人口も減少することが見込まれるため、高齢化率は同水準と推測されますが、少子化や核家族化の進展により、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯はさらに増加すると思われれます。日常生活や介護に不安を抱える方や、認知症の方は増加傾向にあります。令和4年から順次、団塊の世代が75歳に達する中で、生活支援をはじめとして、医療や介護を必要とする高齢者の大幅な増加が予想されます。介護保険事業の健全な運営のために介護予防事業の推進と合わせて適切な介護サービスの提供も必要となります。

このような背景から地域全体でお互いに見守り・支えあい、集落ごとの特性に応じてきめ細やかに対応できる「地域包括ケアシステム」を深化・推進していく必要があります。また、今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉及び生活困窮支援等の制度及び分野の枠、「支える側」及び「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人及び人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包括的な社会をいう。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであるとともに、すべての人が地域、暮らし、生きを共に創り、高めあう地域共生社会の実現が地域包括ケアシステムの目指す方向となります。

このような状況を踏まえ、第9期長野県高齢者プラン（県策定）、第9期介護保険事業計画（北アルプス広域連合策定）とあわせて、高齢者の方々が住み慣れた地域で健康で安心して生活が送れるよう、第9期小谷村高齢者福祉計画を策定します。

2 計画の位置づけ

高齢者福祉計画は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域共生社会の実現を目的として、次の法律の定めにより策定されます。なお、この計画では老人福祉計画を高齢者福祉計画として策定します。

- (1) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8
- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号）第117条

村が単独で行っている高齢者を対象とする保健・医療・福祉サービスと北アルプス広域連合が作成する介護保険事業計画に示す介護保険対象サービスが、高齢者の方々に総合的かつ一体的に提供されるために策定するものです。

介護保険事業は、財政の安定化とサービス格差の解消と事務処理の効率化を図ることを目的とし、北アルプス広域連合が保険者となって運営しています。

3 計画の期間

本計画は、令和6年度を初年度として、令和8年度までの3年間の計画とします。

4 他の計画との関係

小谷村第9期高齢者福祉計画は、「小谷村第6次総合計画」並びに「第9期介護保険事業計画」及び「第9期長野県高齢者プラン」、「小谷村第7期障害者福祉計画」等との一体化を図っています。計画策定にあたり、北アルプス広域連合と高齢者等実態調査を実施し、計画策定の参考としました。

5 関係団体との連携

介護保険事業は、北アルプス広域連合が保険者であることから、介護保険対象外のサービスにおいても構成する5つの市町村で同水準のサービスを受けられることが望ましいです。

また、社会福祉法人やNPO法人、民間営利法人との連携を図るとともに、サービス体制や入所基準等について必要に応じ協議などを行っていきます。



第2章 高齢者を取り巻く現状と将来の見通し

1 高齢者人口と世帯

高齢者人口・高齢化率

* H31～R5：小谷村住民基本台帳より各年4月1日時点

* R6～R15：北アルプス広域連合第9期介護保険事業計画策定の人口推計
(国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」により推計)

年齢 \ 年度	H31	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R10	R15
0～14歳	286	274	279	267	253	234	222	238	213	203
15～64歳	1,514	1,462	1,403	1,386	1,430	1,354	1,350	1,310	1,294	1,151
65歳以上	1,099	1,080	1,049	1,027	996	946	939	927	913	859
うち65～74歳	448	442	439	422	394	388	366	374	361	354
うち75歳以上	651	638	610	605	602	558	573	553	552	505
合計	2,899	2,816	2,731	2,680	2,679	2,534	2,511	2,475	2,420	2,213
高齢化率	37.9%	38.4%	38.4%	38.3%	37.2%	37.3%	37.4%	37.5%	37.7%	38.8%

総人口・高齢者人口



小谷村の人口は1980年の5,085人から年々減少が続いており、令和5年4月1日時点では2,679人となっています。人口減少に伴い、高齢者人口も今後減少していくことから、高齢化率としては今後も高い水準を維持したまま進行が鈍化する見込みです。

高齢者世帯

* 小谷村住民基本台帳より 各年4月1日時点

世帯 \ 年度	H31	R2	R3	R4	R5
総世帯数	1273	1252	1202	1183	1236
高齢者のみ世帯	428	427	415	405	400
うちひとり暮らし世帯	249	249	247	238	238
高齢者のみ世帯の割合	33.6%	34.1%	34.5%	34.2%	32.4%

令和5年4月1日時点の小谷村の「総世帯数」は1,236世帯であり、そのうち「高齢者のみ世帯」は400世帯で、全体の32%を占めています。平成31年と比較してほぼ横ばいとなっています。

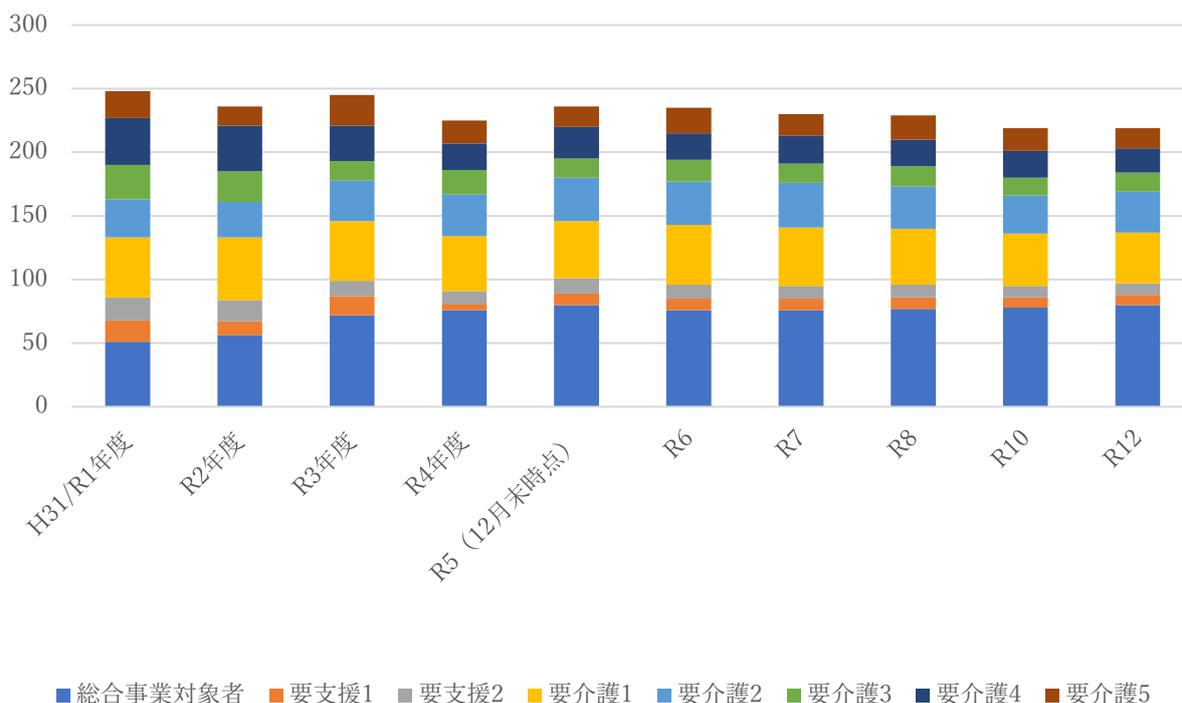
2 要支援・要介護認定者の実態把握

要支援・要介護認定状況

*北アルプス広域連合 受給者台帳より

年度 介護度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5.12月末時点	R6	R7	R8	R10	R12
総合事業対象者	51	56	72	76	80	76	76	77	78	80
要支援1	17	11	15	5	9	9	9	9	8	8
要支援2	18	17	12	10	12	11	10	10	9	9
要介護1	47	49	47	43	45	47	46	44	41	40
要介護2	30	28	32	33	34	34	35	33	30	32
要介護3	27	24	15	19	15	17	15	16	14	15
要介護4	37	36	28	21	25	21	22	21	21	19
要介護5	21	15	24	18	16	20	17	19	18	16
合計(総合事業対象者除く)	197	180	173	149	156	159	154	152	141	139

要支援・要介護認定者数の将来推計



要支援・要介護認定者数は年々減少しています。介護度別でみると、「要支援1・2」の減少率が大きく、その背景としては、総合事業対象者としてサービスを利用している人が増えていること、また介護度が軽度な状態で利用できるサービスが減少したことで、介護保険申請を控えるようになったことなどが考えられます。（※総合事業対象者とは、基本チェックリストを実施して生活機能の低下があると判定された者）

介護度（軽度・重度別）主たる疾病

*北アルプス広域連合 受給者台帳より

主たる疾病	R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		R5.12月末時点	
	軽度	重度	軽度	重度	軽度	重度	軽度	重度	軽度	重度
認知症	42	36	40	33	32	34	38	27	42	26
割合	37.5%	42.4%	38.1%	44.0%	30.2%	50.7%	41.8%	46.6%	42.0%	46.4%
脳血管疾患	9	15	7	13	7	6	5	7	8	7
割合	8.0%	17.6%	6.7%	17.3%	6.6%	9.0%	5.5%	12.1%	8.0%	12.5%
心疾患	6	4	5	0	5	3	6	0	6	1
割合	5.4%	4.7%	4.8%	0.0%	4.7%	4.5%	6.6%	0.0%	6.0%	1.8%
骨折以外の骨筋関節関係	26	5	22	4	19	4	11	8	14	6
割合	23.2%	5.9%	21.0%	5.3%	17.9%	6.0%	12.1%	13.8%	14.0%	10.7%
骨折	6	3	9	4	9	4	7	3	9	3
割合	5.4%	3.5%	8.6%	5.3%	8.5%	6.0%	7.7%	5.2%	9.0%	5.4%
がん	3	2	5	2	7	0	4	1	3	1
割合	2.7%	2.4%	4.8%	2.7%	6.6%	0.0%	4.4%	1.7%	3.0%	1.8%
その他	20	20	17	19	27	16	20	12	18	12
割合	17.9%	23.5%	16.2%	25.3%	25.5%	23.9%	22.0%	20.7%	18.0%	21.4%
計	112	85	105	75	106	67	91	58	100	56
総計	197		180		173		149		156	

主たる疾病で最も多いのは「認知症」となっており、「認知症」が主たる疾病に占める割合も年々増加していることから、今後も増加していくと予想されます。

次いで多いのが「骨折以外の骨筋関節関係」「脳血管疾患」となっています。「骨折以外の骨筋関節関係」では、比較的軽度な介護度となっている方が多い一方、「脳血管疾患」では、初回申請で介護度が重度となる傾向があり、若年での申請もみられます。

新規申請者の推移

主たる疾病	R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		R5.12月末時点	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
認知症	10	25.0%	14	32.6%	7	21.9%	12	30.8%	8	27.6%
脳血管疾患	3	7.5%	4	9.3%	1	3.1%	2	5.1%	3	10.3%
心疾患	4	10.0%	0	0.0%	3	9.4%	1	2.6%	3	10.3%
骨折以外の骨筋関節関係	10	25.0%	1	2.3%	4	12.5%	5	12.8%	4	13.8%
骨折	3	7.5%	5	11.6%	2	6.3%	3	7.7%	1	3.4%
がん	3	7.5%	10	23.3%	7	21.9%	8	20.5%	7	24.1%
その他	7	17.5%	9	20.9%	8	25.0%	8	20.5%	3	10.3%
計	40		43		32		39		29	

新規申請の主たる疾病で最も多いのは「認知症」であり、令和5年12月末において、約3割を占めています。認知症の背景として高血圧等の生活習慣病の他、社会参加の減少も考えられます。

社会参加が減少することで、フレイル（加齢により心身が老い衰えた状態）が進み、「骨折」や「骨折以外の骨筋関節関係」といった疾病で、新規申請につながっていると考えられます。現に「骨折」や「骨折以外の骨筋関節関係」での申請が約2割を占めており、自発的な社会参加を促し、フレイル予防に取り組むことで、「認知症」や「骨折」「骨折以外の骨筋関節関係」での新規申請の減少が期待できると考えられます。

「がん」での新規申請の割合が令和2年度から増加しています。その背景としては、今まで病院で療養されていた方が新型コロナウイルス感染症流行による面会制限などをきっかけに、介護サービスを利用しながら在宅での療養を希望される方が増加したためだと考えられます。

3 介護保険対象サービスの利用者数見込み

○居宅サービス利用者数推移						
	介護度	R6	R7	R8	R12	R17
居宅サービス利用者数	要支援1	4	4	4	4	4
	要支援2	11	11	11	11	11
	要介護1	37	37	37	38	38
	要介護2	26	26	26	26	26
	要介護3	10	10	10	10	10
	要介護4	4	4	4	4	4
	要介護5	7	7	7	6	6
合計		99	99	99	99	99

○サービス別利用者数の推移

サービス区分	介護度	R6	R7	R8	R12	R17
訪問介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	9	9	9	9	9
	要介護2	6	6	6	6	6
	要介護3	1	1	1	1	1
	要介護4	3	3	3	3	3
	要介護5	2	2	2	2	2
合 計		21	21	21	21	21
訪問入浴介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	0	0	0	0	0
	要介護2	1	1	1	1	1
	要介護3	0	0	0	0	0
	要介護4	1	1	1	1	1
	要介護5	1	1	1	1	1
合 計		3	3	3	3	3
訪問看護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	2	2	1	2	2
	要介護1	7	7	7	7	7
	要介護2	2	2	2	2	2
	要介護3	1	1	1	1	1
	要介護4	1	1	1	1	1
	要介護5	1	1	1	1	1
合 計		14	14	13	14	14
訪問リハビリテーション	要支援1	1	1	1	1	1
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	4	4	4	4	4
	要介護2	0	0	0	0	0
	要介護3	1	1	1	1	1
	要介護4	1	1	1	1	1
	要介護5	2	2	2	2	2
合 計		9	9	9	9	9
居宅療養管理指導	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	1	1	1	1	1
	要介護1	3	3	3	3	3
	要介護2	0	0	0	0	0
	要介護3	0	0	0	0	0
	要介護4	0	0	0	0	0
	要介護5	1	1	1	1	1
合 計		5	5	5	5	5
通所介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	23	23	23	23	24
	要介護2	16	16	16	16	16
	要介護3	5	5	5	5	5
	要介護4	1	1	1	1	1
	要介護5	1	1	1	1	1
合 計		46	46	46	46	47

サービス区分	介護度	R6	R7	R8	R12	R17
通所リハビリテーション	要支援1	1	1	1	1	1
	要支援2	1	1	1	1	1
	要介護1	1	1	1	1	1
	要介護2	1	1	1	1	1
	要介護3	1	1	1	1	1
	要介護4	0	0	0	0	0
	要介護5	0	0	0	0	0
	合計		5	5	5	5
短期入所生活介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	1	1	1	1	1
	要介護2	1	1	1	1	1
	要介護3	2	2	2	2	2
	要介護4	1	1	1	1	1
	要介護5	1	1	1	1	1
	合計		6	6	6	6
短期入所療養介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	2	2	2	2	2
	要介護2	2	2	2	2	2
	要介護3	1	1	1	1	1
	要介護4	1	1	1	1	1
	要介護5	0	0	0	0	0
	合計		6	6	6	6
福祉用具貸与	要支援1	4	4	3	4	4
	要支援2	8	8	8	8	8
	要介護1	16	16	16	16	17
	要介護2	17	17	17	17	17
	要介護3	7	7	7	7	7
	要介護4	3	3	3	3	3
	要介護5	4	4	4	4	4
	合計		59	59	58	59
特定施設入居者生活介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	0	0	0	0	0
	要介護2	0	0	0	0	0
	要介護3	1	1	1	1	1
	要介護4	0	0	0	0	0
	要介護5	2	2	2	1	1
	合計		3	3	3	2
居宅介護支援	要支援1	4	4	4	4	4
	要支援2	10	10	10	10	10
	要介護1	34	34	34	35	35
	要介護2	25	25	25	25	25
	要介護3	8	8	8	8	8
	要介護4	4	4	4	4	4
	要介護5	4	4	4	4	4
	合計		89	89	89	90
認知症対応型通所介護	要支援1	0	0	0	0	0
	要支援2	0	0	0	0	0
	要介護1	1	1	1	1	1
	要介護2	0	0	0	0	0
	要介護3	0	0	0	0	0
	要介護4	0	0	0	0	0
	要介護5	0	0	0	0	0
	合計		1	1	1	1

サービス区分	介護度	R6	R7	R8	R12	R17
小規模多機能型居宅介護	要支援 1	0	0	0	0	0
	要支援 2	0	0	0	0	0
	要介護 1	0	0	0	0	0
	要介護 2	1	1	1	1	1
	要介護 3	1	1	1	1	1
	要介護 4	0	0	0	0	0
	要介護 5	0	0	0	0	0
合計		2	2	2	2	2
認知症対応型共同生活介護	要支援 1	0	0	0	0	0
	要支援 2	0	0	0	0	0
	要介護 1	1	1	1	1	1
	要介護 2	2	2	2	2	2
	要介護 3	0	0	0	0	0
	要介護 4	1	1	2	2	2
	要介護 5	0	0	0	0	0
合計		4	4	5	5	5
地域密着型通所介護	要支援 1	0	0	0	0	0
	要支援 2	0	0	0	0	0
	要介護 1	5	5	5	5	5
	要介護 2	3	3	3	3	3
	要介護 3	3	3	3	3	3
	要介護 4	1	1	1	1	1
	要介護 5	0	0	0	0	0
合計		12	12	12	12	12
介護老人福祉施設	要支援 1	0	0	0	0	0
	要支援 2	0	0	0	0	0
	要介護 1	0	0	0	0	0
	要介護 2	0	0	0	0	0
	要介護 3	2	2	2	2	2
	要介護 4	12	12	12	12	12
	要介護 5	9	9	9	9	9
合計		23	23	23	23	23
介護老人保健施設	要支援 1	0	0	0	0	0
	要支援 2	0	0	0	0	0
	要介護 1	9	9	9	8	8
	要介護 2	7	7	7	6	6
	要介護 3	5	5	5	5	5
	要介護 4	5	5	5	5	5
	要介護 5	6	6	6	6	6
合計		32	32	32	30	30

第3章 基本理念・基本目標の設定

1 高齢者福祉の基本理念および基本目標

基本理念

小谷村第6次総合計画の基本指針「豊かな自然 力をあわせ 元気に暮らす小谷村」の実現に向け、また、高齢者を取り巻く現状を踏まえ、この計画の基本理念を以下の通り定めます。

**一人ひとりが大切な存在として尊重され、
誰もが生きがいをもち、望む暮らしが送れる
地域共生社会の実現**

基本目標

基本理念の実現を図るため、以下の基本目標を設定して事業推進を図り、地域包括ケアシステムの深化推進、地域共生社会の実現を目指します。

- 1 地域包括ケアシステムの深化・推進**
- 2 健康で生き生きと自分らしい生活の支援**
- 3 持続可能な支えあい、生活支援の仕組みづくり**
- 4 高齢者の尊厳をまもり、安心して暮らせる地域づくり**

2 4つの基本目標と施策の体系

基本理念

一人ひとりが大切な存在として尊重され、
誰もが生きがいを持ち、望む暮らしが送れる
地域共生社会の実現

基本目標1

地域包括ケアシステムの
深化・推進

重点施策

1-(1) 認知症施策の充実

1-(2) 医療と介護の連携推進

1-(3) 地域包括支援センターの機能強化

1-(4) 地域共生社会の実現

基本目標2

健康で生き生きと
自分らしい生活の支援

2-(1) 介護予防と社会参加の推進

2-(2) 高齢者の保健事業と介護予防の
一体的実施

基本目標3

持続可能な支えあい
生活支援の仕組みづくり

3-(1) 生活支援体制の整備

3-(2) 災害・感染症対策の推進

基本目標4

高齢者の尊厳をまもり、
安心して暮らせる地域
づくり

4-(1) 権利擁護の推進

4-(2) 成年後見制度の利用促進

【第二期小谷村成年後見制度利用促進基本計画】

3 重点施策

1-(1) 認知症施策の充実

【現状と課題】

- ・要介護認定者の内、認知症が主たる疾患の約4割と高い割合を占めています。
- ・H27年度より認知症地域支援推進員を配置し、講演会や認知症サポーター養成講座等を開催しました。
- ・認知症サポーター養成講座は一般村民への開催の他、R4年度より小谷小学校4年生も対象に開催しています。サポーターの人数はR5.12月末現在で、延べ501名となっています。
- ・「らくらくサロン」など巡回型介護予防教室にて認知症ミニ講話や、認知症サポーターフォローアップを含めた認知症の勉強会も開催し普及啓発を図っています。
- ・「小谷版認知症ケアパス」を作成し、認知症の進行や症状を分かりやすく示し、その症状に応じたサービスを掲載し活用しています。
- ・家族支援では家族の会「クローバーの会」を月1回定期開催し、さらにオレンジカフェ「ほっこりカフェ」を年4回開催、当事者やその家族を中心とした地域の方誰もが気軽に参加できる場を作っています。
- ・H30年度から北アルプス広域で共同設置・運営されていた認知症初期集中支援チームはR5年度より小谷村単独設置となり、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制づくりに取り組んでいます。
- ・課題としては、勉強会など開催し認知症を正しく理解するだけでなく、「他人ごとではなく自分ごととして考え、地域での見守りや支え合いに繋がること」が必要ですが、広がっていないのが現状です。認知症サポーターが高齢になってきているため、さらに若い世代や中学生も対象とした養成講座を開催していくことや、現認知症サポーターの定期的なフォローアップも必要と考えます。また介護サービス利用前の段階での支援（サポート）資源が少なく、思うような支援に繋がらないこと、独り暮らしや高齢者世帯が多い地域もあり、地域で見守ることが負担になるケースも少なくありません。

【今後の方針】

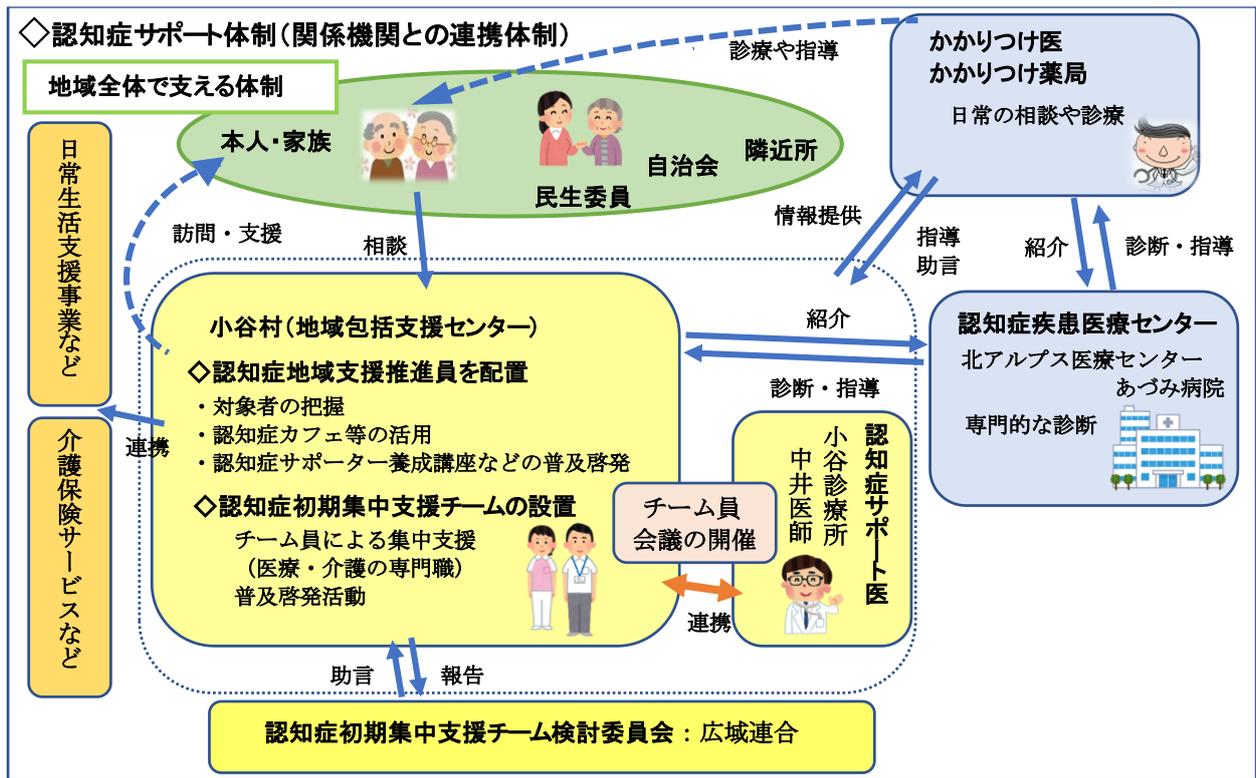
◎認知症の人の意思を尊重し、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることのできる村を目指します。

内 容	目 標
①普及啓発 長寿社会となり今後も認知症高齢者は増加することが予測されます。自助の取り組みとして、社会参加することで認知症予防が図れるよう普及啓発を行います。	◆認知症勉強会：年2回 ◆認知症映画鑑賞会：年1回 ◆認知症関連情報パネル展：年1回

内 容	目 標
<p>②見守り・支え合う地域づくり</p> <p>認知症を正しく理解するだけでなく自分ごととして考え、地域で見守り支え合える地域づくりを目指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・巡回型介護予防教室等にて「予防と共生」について講話を実施します。 ・認知症サポーター養成講座：学校、各委員の集まり、他小さい単位でも実施します。 ・認知症サポーターフォローアップ研修を開催します。 ・近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人やその家族に対して生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」を、R7年度までに設置を目標とします。そのチーム員候補者に研修会を開催していきます。 ・ネットワーク会議：多職種・地域の人で認知症について理解を深め、連携を図る中で見守りのネットワークを構築していきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆認知症ミニ講話：年10回以上 ◆年2回以上 ◆年1回開催 ◆チームオレンジの設置：R7年度までに ◆地域ケア会議での事例検討：年1回
<p>③本人・家族支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の会「クローバーの会」：精神的な悩みや負担を少しでも和らげる目的で開催します。 ・オレンジカフェ「ほっこりカフェ」：本人が参加することで認知症になっても家族や地域の人たちと繋がりが続けられるよう支援します。また、その中で当事者ご本人の声をくみ取り、それを今後の認知症施策に活かしていきます。 ・認知症初期集中支援チーム：チーム医、医療・介護専門職のチーム員で構成し、認知症初期の支援を行う。対象ケースごとに随時「チーム員会議」を開催します。 <p>また「実務者・関係者会議」を開催し、チームの活動について評価・検討し、事業推進に取り組みます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆月1回開催 ◆年4回開催 ◆ケースに応じて随時 ◆年1回以上

その他、個別訪問や相談支援では個別性・柔軟性のある支援に努めます。

【認知症初期集中支援チーム】



1-(2) 医療と介護の連携推進

【現状と課題】

- ・「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」それぞれの場面での医療と介護の連携について検討しています。
- ・医療資源は、村内には診療所が1か所、歯科医院1か所。白馬村からのサービス提供事業所として、訪問看護事業所は現在「ステーションはくば」1か所、訪問リハビリも「白馬診療所」1か所です。小谷村診療所では往診も行っており、在宅医療の要となっています。
- ・介護資源は、村内にはデイサービス、訪問介護が1か所しかなく利用者が選択できない状況となっています。訪問入浴については大町市社会福祉協議会1事業所となっており、週1回しか提供できず、十分なサービスが提供できない状況です。
- ・介護資源は少ないながらも、医療と介護の連携で終末期を在宅で過ごす方が増えています。
- ・主に事業所からの相談業務を行う「在宅医療・介護連携支援センター」については、平成31年3月から連携自立圏事業として大町市地域包括支援センターに設置・運営していましたが、令和4年4月から市立大町総合病院へ委託しています。
- ・村内では地域ケア会議の中で医療と介護に携わる多職種で、合同ケアカンファレンスを開催し、診療所医師を含めて事例検討を行っています。個別の事例から課題抽出、課題解決を目指す中で、顔の見える関係・ネットワーク構築を図り、今後の支援が円滑に進められるよう取り組んでいます。
- ・緊急時、医療機関への情報提供ツールとして「救急医療情報キット」の普及啓発を図り、令和5年12月末現在276名が登録しています。
- ・望む医療やケア、生活についての意向を伝えるために、ACP（人生会議）の普及啓発、住民向け研修会「ピンピンコロリのこつ」を開催しました。また、小谷版エンディングノート「えんでく」の普及にも努めています。

【今後の方針】

◎人生の最期まで住み慣れた小谷村で安心して暮らし続けることができるよう医療・介護・生活の質の向上に努めます。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none">・地域ケア会議を中心に、村内の医療・介護連携は図れてきました。今後は入院医療機関を含め広域的な連携について、連携シートの活用などを検討します。・村民一人ひとりが人生の最終段階の過ごし方とそのケアについて考える機会を持てるよう、今後もACP（人生会議）の普及啓発に努めます。・大切な家族や友人と話し合っておくことが大切ですが、そのツールとして「えんでく」を今後も普及し、ワークを通して話し合い、書き留めておくことができるよう支援します。・「救急医療情報キット」の普及啓発を図り、救急搬送時のみならず災害時にも活用できるよう周知します。	<ul style="list-style-type: none">◆地域ケア会議：年6回◆講演会：年1回開催◆通いの場での普及：年15回◆一人暮らし・高齢者世帯等への普及：400人

1-(3) 地域包括支援センターの機能強化

【現状と課題】

- ・地域包括支援センターは保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置し、多職種によるチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことで、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としています。主な業務は設立当初に想定された①総合相談、②介護予防ケアマネジメント、③権利擁護、④包括的・継続的ケアマネジメントの4つの業務内容に加え「地域包括ケアシステム」の構築に向けて中核的な役割を求められるようになり、新たな業務内容が追加されています。新たな業務は①在宅医療・介護連携推進、②生活支援体制整備、③認知症施策、④地域ケア会議の推進です。認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターを配置し、認知症施策や生活の困りごとの把握、社会資源の把握、創出に努めています。
- ・総合相談では健康に関すること、生活に関すること、介護に関する事など高齢者の困りごとや心配事の相談に応じて関係機関と連携し地域での生活が継続できるよう支援しています。
- ・地域ケア会議を定期的（2か月に1回）に開催し、村民が抱える生活課題に対して医療や介護等の専門職や関係者が話し合い協働して解決を図ることで地域課題の把握、社会資源の創出、地域づくりネットワーク構築を行い、政策形成にも繋げていけるよう努めています。
- ・課題としては「地域包括ケアシステム」構築に向け中核的な役割を担う機関のため、機能強化を図るよう求められているにも関わらず、3職種の配置ができておらず、専門職の確保に苦慮しています。
- ・講演会や介護予防事業等を行う中でセンターが少しずつ周知されてきましたが、今後も引き続き、活動・役割について普及啓発が必要です。

【今後の方針】

◎地域包括ケアシステム構築の要である地域包括支援センターの機能強化を図ります。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築に向けてセンターが機能するよう、まずは3職種の確保に努めます ・計画に沿って具体的に事業が展開できるよう「地域包括支援センター事業計画」を毎年策定・実施・評価します。 ・小谷村で村民が本人の望む生活をできる限り送ることができるよう、3職種以外の専門職等を配置します。 ・誰もが「困った」を言える環境、それが適切な支援に繋がるよう今後もアウトリーチ、他機関とのネットワーク構築を図ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆3職種の確保 ◆年1回：P D C Aサイクル ◆認知症地域支援推進員：1名 ◆生活支援コーディネーター：1名 ◆地域リハビリテーション活動支援事業：理学療法士1名 ◆生活支援コーディネーターによる訪問：通年

1-(4) 地域共生社会の実現

【現状と課題】

地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会を言います。(厚生労働省「我が事・丸ごと」より)

- ・生きづらさや困りごと、リスクが多様化・複雑化して家族支援が必要なケースが増えています。個別性の課題に対し、福祉係や健康推進係、子育て世代包括支援センターと情報共有し支援を行っています。
- ・生活支援コーディネーターを中心に、住民の生活を把握する中で、人や地域との繋がりや役割を発見することができました。
- ・総合的相談支援体制の整備については、支援者間のネットワークを構築することで必要な支援に繋がるような体制整備に努めていますが、相談窓口が複数あり住民には分かりづらくなっています。

【今後の方針】

◎生きづらさや困りごとが多様化・複雑化している個別性の課題に対し、制度・分野ごとの枠を超えて包括的に支援することに努めます。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none">・多様化・複雑化している地域の課題解決に向けて「誰ひとり取り残さない」方針で他分野の専門職や地域住民等と連携・協働し包括的に支援します。・ひきこもりや生きづらさを感じている人の実態を把握し、個別に丁寧に多職種・他分野と連携し支援していきます。・他機関・多職種の協働の核となるソーシャルワーカーや専門職のスキルアップを図り、総合的相談支援体制を整備します。	<ul style="list-style-type: none">◆健康推進係との連携会議：毎月◆民生児童委員会等に参加し共有：毎月◆連携会議・各種研修への参加

2-(1) 介護予防と社会参加の推進

【現状と課題】

- ・一般介護予防事業として各公民館で行う巡回型介護予防教室「らくらくサロン」を12地区で開催しています。(小谷村社会福祉協議会へ委託)
- ・歌を歌うことを主とした「歌ごえ健茶会」を月1回サンティン小谷において行っており(NPO法人健學塾補助事業)、令和4年12月より、一部自主活動としています。
- ・地域包括支援センターでは「ずくだせ会」を開催し、体操だけでなく地域住民が集まり顔を合わせることが会の楽しみとなっており、社会参加による介護予防につながっています。
- ・令和2年度より「ずくまめ会」を月1回定期開催し、理学療法士による効果的な体操と専門職によるミニ講話を合わせて提供しています。

・介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）は緩和した基準によるサービスである「通所型サービス A」を小谷村社会福祉協議会が行い、利用者は役割を持ち生き生きと活動されています。

・総合事業の中の短期集中予防サービスである「通所型サービス C」では S ウェルネスクラブ小谷に委託し「快運筋活クラブ」を年に 2 クール開催、参加した人からは「参加してよかった。定期的にこういった機会があると良い。」といったコメントが寄せられ好評です。継続した支援（フォローアップ）を目的として令和 4 年度より「介護予防体操教室」を定期的に開催しています。

・通いの場等に参加するとポイントが貯まり商品券と交換できる「健康づくりチャレンジポイント事業」の活用や個別のアプローチにより通いの場等への社会参加を促しています。

・通いの場において、参加者の固定化や男性参加者が少ないといった課題があります。参加者が固定化してしまう背景として考えられるのは、新規参加者が入りにくい環境であることや、公共交通機関の活用が難しいこと、「自分には介護予防なんてまだ早い」と思う方もいること等があげられます。

・包括支援センター主催の「介護予防体操」などの通いの場や住民主体の通いの場で、理学療法士による個別相談を行っているほか、個別の訪問、入退院時の調整などで理学療法士が積極的に関わり、自立支援のためのアドバイスを行っています

【今後の方針】

◎社会参加することが介護予防になることを村民へ周知し、社会参加の場づくりを進め、伴走的に支援します。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場への社会参加を促すため、関係機関と連携し、自分の役割や経験を生かせる場所、参加しやすい環境づくりを進め、介護予防拠点を整備します。 ・また、公共交通機関の活用が難しい方へ庁内での連携を行い、個別にサポートしていきます。 ・リハビリ専門職が通いの場での個別相談や個別訪問、入退院時の調整、福祉用具の調整などに積極的に関わることで、介護予防や重症化予防、自立支援を図ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆通いの場新規参加者の増加、通いの場参加者の満足度 ◆要介護認定率の低下 ◆リハビリ専門職の退院前サービス調整：適宜 ◆リハビリ専門職の通いの場への参加：月 5 回

2-(2) 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

【現状と課題】

・要介護状態となる原因疾患として「認知症」「脳血管疾患」が多くを占めており、起因となる高血圧等の重症化の予防を図る必要があります。そのために KDB（国保データベース）システムを活用しながら、保健福祉分野との連携を図ることが重要です。

・通いの場等への積極的な支援（ポピュレーションアプローチ）では、管理栄養士及び保健師により「高血圧と認知症」等の健康講話を実施し、併せて塩分摂取に係る実態把握を行い、それに応じた健康教育等を実施することで、高血圧症の改善につながるような生活習慣への意識付けを行います

した。意識付けは行えましたが、実際に生活習慣を変えるまでには至っていません。その要因として、参加者の年齢層がより高齢であったことが考えられます。参加者の方のなかには、「受診しているから大丈夫」「好きなことをして楽しみたい」と生活習慣を変えることを望まない方もいることが分かりました。また当該事業で把握された支援の必要な高齢者に対して、健診や医療の受診勧奨の他、支援機関への紹介などを行っています。

・個別的支援（ハイリスクアプローチ）では健診結果からⅡ度高血圧以上の者等を抽出し、保健師等による保健指導や受診状況の確認を行っています。また健康状態が不明な高齢者の実態把握を行い、必要に応じて支援に繋がるよう取り組んでいます。

【今後の方針】

◎要介護の要因となる原因疾患を分析し、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」において、他部署・多職種と連携し早期にアプローチできるよう努めます。

内容	目標
<p>・認知症や脳血管疾患の原因となる高血圧等について、KDB（国保データベース）システムを活用し早期に介入・重症化予防できるよう保健分野と連携しアプローチします。</p> <p>・個別的支援（ハイリスクアプローチ）では、健診結果からⅡ度高血圧以上の者等を抽出し、保健師等による保健指導や受診状況の確認を行い、主体的な生活習慣の改善や、血圧のコントロールができるよう支援します。また健康状態が不明な高齢者の実態把握を行い、必要に応じて支援に繋がるよう取り組みます。</p> <p>・通いの場等への積極的な支援（ポピュレーションアプローチ）では、より若い世代へ家庭血圧測定や生活習慣改善の意識付けを行っていくほか、受診が必要な方が受診につながるようなアプローチを行っていきます。また、そういった意識付けが難しい方に対して、適切な治療ができるよう支援に取り組んでいきます。</p>	<p>◆健診でⅡ度高血圧以上だった方、全員への介入</p> <p>◆通いの場等で介入実施</p>

3-(1) 生活支援体制整備

【現状と課題】

・畑仕事や雪かき等できることを自分で行いながら生活している人が多く、各機関で行っている教室や講座等へも積極的に参加しています。

・集落内では隣近所で少人数でのお茶会や声掛けがあり、集落の存続が難しい中でも、しっかりネットワークが構築されています。

- ・生活支援コーディネーターを配置し、困りごとの把握、地域資源の把握、地域の集まりへの支援等を行っています。
- ・また小谷村の社会資源をまとめた「小谷村暮らしのお助け手帳」を作成し、介護保険だけでなく、小谷村の社会資源が見える化しました。
- ・移動支援についてはデマンドタクシー利用について、令和5年度より地域ごとの曜日制限がなくなり、白馬便も運行されています。公共交通機関が上手く使えるように、包括支援センターでは自立に向けた伴走支援を行っています。
- ・人材育成について、北アルプス広域連合で「生活支援サービス従事者養成研修（介護人材養成研修）」を行い毎年4-5人の方が受講しています。
- ・課題としては、集いの場を住民主体に移行できるよう支援を行っていますが、伴走支援が必要な状況が続いています。

【今後の方針】

◎今後も生活支援コーディネーターを中心に、地域課題の把握や生活支援体制の整備に努めます。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none"> ・検討が必要なことについて協議会を開催し、関係機関との連携を図り必要な支援の創出について協議します。 ・公共交通機関の利用が困難な方に対して「福祉有償運送」が利用できるよう支援します。 ・多様化する個別課題（見守り、外出支援、買い物支援、移動支援など）に対し公的保険外のサービスの把握、調整、また企画立案を推進します。 ・村民が困りごとを気軽に相談できるようアウトリーチを行い、集落支援係や社会福祉協議会等と連携し支援していきます。そのためには集いの場への訪問、個別訪問により地域の求めるニーズの拾い上げを行い、人材発掘や人材育成を行い、住民同士が支えあえる仕組みをつくり、地域が元気になるようにサポートします。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆適宜 ◆小谷村社会福祉協議会との協議：適宜 ◆生活支援コーディネーターの配置：1名

3-(2) 災害・感染症対策の推進

【現状と課題】

- ・感染症に対し、地域ケア会議や事業所連絡会において関係機関と連携し、継続可能なサービス提供について話し合い、方針を決め事業を行いました。
- ・支え合いマップについては全地区で完成しました。
- ・業務継続に向けた計画の作成に取り組み、個別避難計画についても一部で作成、介護保険事業所や村防災担当と共有しています。
- ・課題としては今後起こりうる災害等に対し、関係機関や医療関係者とも連携し支援体制の整備に努めていく必要があります。

【今後の方針】

◎今後起こりうる災害や感染症に対し、業務継続計画に則り対応できるよう努めます。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none">・今後も感染症対策について、県や保健所等からの情報や方針を踏まえ適切に対応していきます。関係機関や医療機関とも連携し支援体制の整備に努め、事業所間の情報共有を図ります。・起こりうる様々な災害についても、村の防災訓練への参加を前提とし、個別の支援方法についてもシミュレーションしておくことで適切に対応できるよう努めます。・要援護者の個別避難計画についても医療ニーズの高い方から順次作成し、防災担当や消防、介護保険事業者と共有します。・業務継続計画に則り、対応します。また計画については適宜評価を行い、よりよい計画の作成に努めます。	<ul style="list-style-type: none">◆関係機関との連携：適宜◆防災訓練等への参加：年1回◆支え合いマップの作成：全地区◆個別避難計画の作成：適宜◆業務継続計画、利用者リストの見直し：月1回

4-(1) 権利擁護の推進

【現状と課題】

- ・認知症、精神疾患等により判断能力が十分ではない人の権利擁護のため虐待の防止に努めています。
- ・高齢者虐待の通報は年に数件あり、介護保険事業所や医療機関からの通報が大半で、一般住民からの通報はほとんどありません。
- ・深刻な状況になることを防ぎ、高齢者や介護者家族を支えるためにも、虐待の可能性に気付ける地域づくりが必要です。
- ・虐待防止の啓発活動に努めるとともに、関係機関との連携を強化し、早期発見・早期対応に向けた支援体制の整備が必要です。
- ・また消費者被害の防止等にも取り組む必要があります。

【今後の方針】

◎高齢者の尊厳の保持を基本目標とし、安心して暮らせる地域づくりを目指します。

内容	目標
<ul style="list-style-type: none">・高齢者虐待防止、消費者被害防止のため、住民向けの普及啓発に努めます。・早期発見の理解を深めるために、関係機関を対象とした研修会等を開催します。・支援関係者との連携を強化するため、ネットワーク構築を図ります。	<ul style="list-style-type: none">◆広報等での周知◆研修会の開催：年1回◆虐待防止ネットワークの構築：協議会の開催

第二期小谷村成年後見制度利用促進基本計画

1 はじめに

*本計画は、成年後見制度の利用促進に関する法律に基づき、成年後見制度の利用の促進に関する施策の総合的な推進を図るために策定するもので、市町村計画を定めるよう努めるものとされています。小谷村では高齢者福祉計画等と一体的な計画として策定します。

1) 成年後見制度とは

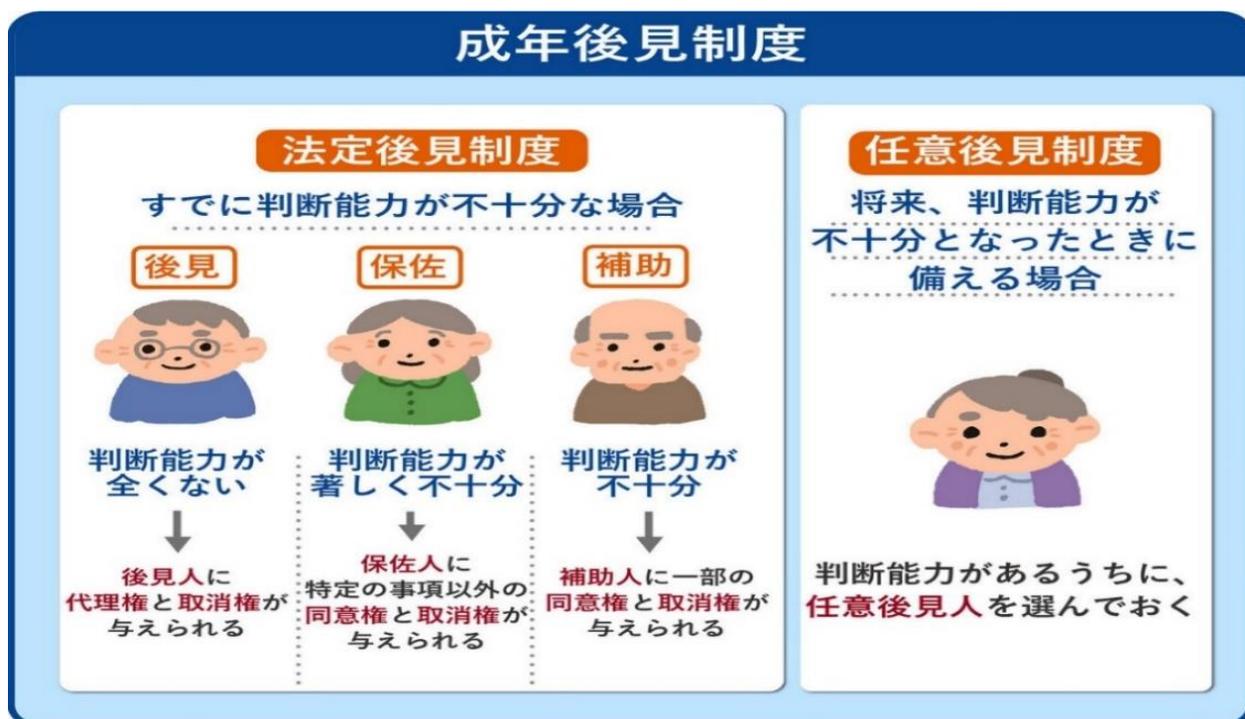
成年後見制度は、認知症や知的・精神障がいなどによって、物事を判断する能力が十分ではない人について、家庭裁判所が本人の権利を守る援助者（成年後見人等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度です。

平成12年に旧禁治産・準禁治産者宣告制度を見直し、障がいのある人も地域でその人らしく暮らせる社会を目指すノーマライゼーション・残存能力の活用・自己決定権の尊重という3つの基本理念のもと、介護保険制度とともにスタートしました。

本人、4親等内の親族、市町村長等からの申立てにより援助者を選任する「法定後見」と、本人が判断能力のあるうちに将来に備えて「任意後見人」を選び、公正証書で任意後見契約を結んでおく「任意後見」の2つの制度があります。

「法定後見」には、本人の判断能力に応じて「後見」・「保佐」・「補助」の3類型があり、選任された援助者はそれぞれ「後見人」・「保佐人」・「補助人」と呼ばれます。

家庭裁判所では、申立書に記載された候補者が適任であるかどうかを審理し、成年後見人等を選びます。成年後見人等には、本人の親族のほか、法律・福祉の専門家や一定の研修を受けた第三者（市民後見人）、福祉関係の法人などが選ばれます。



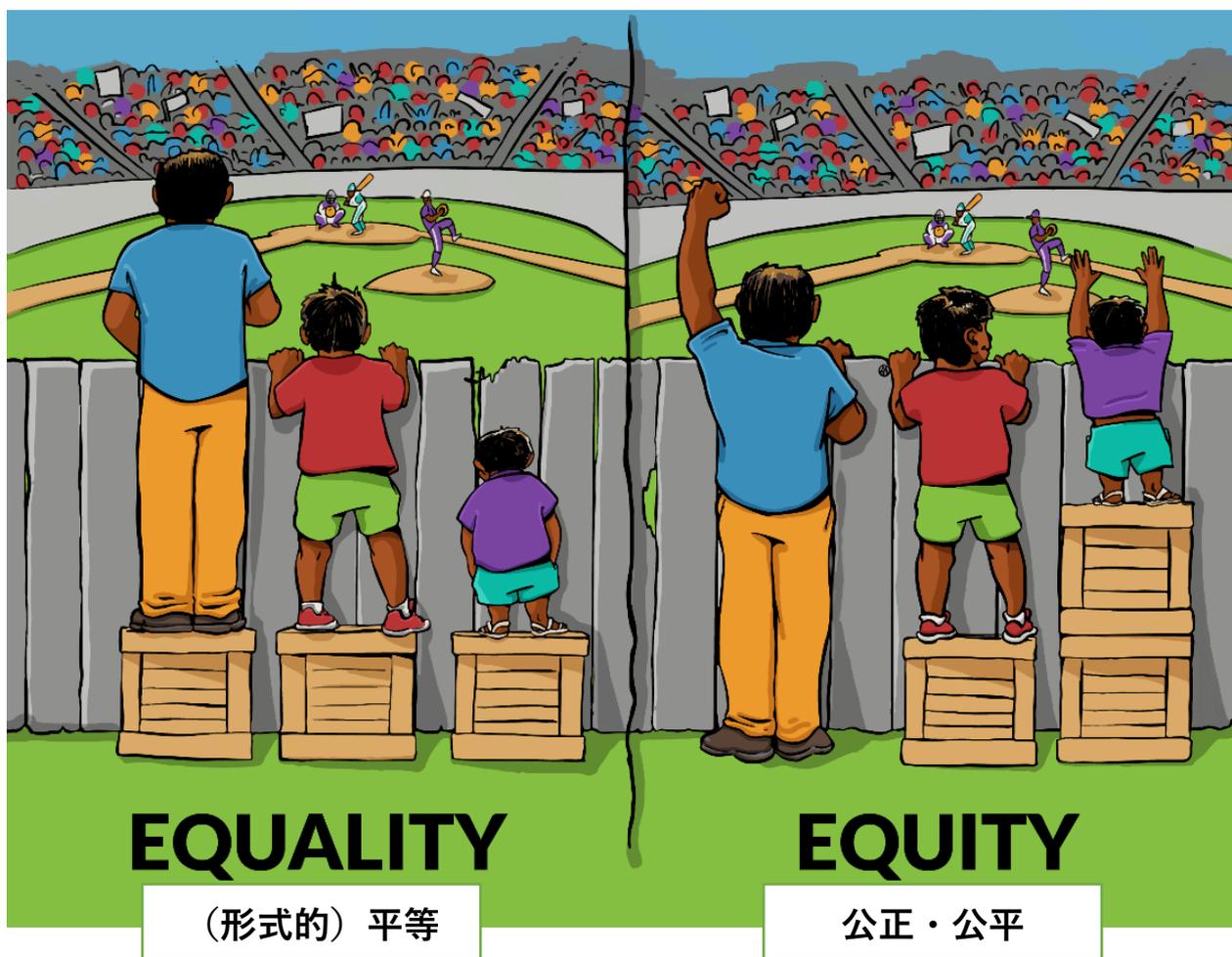
出典：LIFULL 介護「成年後見制度とは？」

2) 合理的配慮と意思決定支援

平成28年4月1日に施行された障害者差別解消法では、全ての国民が、障がいの有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向け、障がい者の社会生活における「不当な差別的取扱い」の禁止と「合理的配慮」の提供が求められています。

「合理的配慮」とは、障がいのある人が、障がいのない人と同等に「権利利益」を受けられるように、個々の特徴や場面に応じて生じる困難さを取り除くための個別の調整や変更のことです。

*下の図では、踏み台の木箱を背の高い人から背の低い人に移すという「合理的配慮」によって、全員が野球観戦する「権利利益」が得られています。(Interaction Institute for Social Change から引用)



判断能力が十分ではない人は、自ら制度利用の必要性を訴えることが困難であり、虐待や消費者被害等の人権侵害に遭いやすく、必要な介護・福祉サービスを適切に選択・決定することも難しい状況におかれています。

判断能力が十分ではない人が、判断能力が十分ある人と同等に権利利益を受けられるには、「意思決定」に対する「合理的配慮」＝「意思決定支援」が必要となります。

成年後見制度は、身上保護や財産管理によって本人を法律的に支援する制度ですが、本人の意思をできるだけ丁寧にくみ取って、その生活を守り、権利利益を主張するという「意思決定支援」の視点が重要となります。そのため、この計画では、「判断能力が十分ではない人」を「意思決定に支援が必要な人」と表記しています。

2 計画策定の趣旨

小谷村第6次総合計画では、基本理念に「豊かな自然、力をあわせ元気に暮らす小谷村」を掲げ、その施策の大綱の一つに「健康で生きいき暮らせる村づくり」を掲げています。

少子高齢化・人口減少が進む中、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、誰もが役割を持ち、お互いが配慮し存在を認め合い、支え合うことで、孤立せずにその人らしい生活を送ることができる「地域共生社会」の実現が求められています。

認知症や知的・精神障がいなどにより、財産管理や日常生活等に支障がある人たちを社会全体で支え合うことが、高齢化社会における喫緊の課題であり、地域共生社会の実現に資するものですが、成年後見制度は、これらの人たちを支える重要な手段であるにもかかわらず、未だ十分に利用されていません。

成年後見利用促進基本計画は、成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年法律第29号、以下「利用促進法」）に基づき、成年後見制度の利用の促進に関する施策の総合的な推進を図るために策定されました。国における第二期成年後見制度利用促進基本計画では、地域共生社会の実現という目的に向け、本人を中心にした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実などの成年後見制度利用促進の取り組みをさらに進めることとされています。

【地域共生社会の実現に向けた権利擁護支援の推進】



* 厚生労働省「第二期成年後見制度利用促進基本計画概要」より抜粋

3 現状と課題

小谷村の人口は減少傾向が続いており、高齢化が進んでいます。令和5年12月末現在、全世帯数1,309世帯のうち高齢者のみ世帯が403世帯と約30%を占めています。少子化や核家族化により一人暮らしや高齢者のみ世帯が増加し、身上保護や財産管理をしてくれる同居家族がいない世帯が増えている現状です。また要介護認定者の主たる疾病では約40%が「認知症」となっており、意思決定に支援が必要な人が増えていると考えられます。

意思決定に支援が必要な人は、自ら制度利用の必要性を訴えることが困難であり、虐待や消費者被害の人権侵害に遭いやすく、必要な介護・福祉サービスを適切に選択・決定することも難しい状況におかれています。意思決定に支援が必要な人が、他の人と同等に権利利益を受けられるには「意思決定」に対する「合理的配慮」＝「意思決定支援」が必要となります。

地域共生社会の実現に向けて、意思決定支援が必要な人を社会全体で支えあうためにこの制度が重要な手段であるにもかかわらず、いまだ十分に利用されていません。

小谷村においては、成年後見制度（権利擁護全般）の相談件数は年々増加傾向にあります。成年後見制度の利用が必要にも関わらず、申立てを行う親族がおらず村長申立てを行った件数は2件ありましたが、いずれも介護サービス等の支払いが滞る等財産管理が主な申し立ての動機でした。また障がい者アンケートの結果では、成年後見制度について「知っている」が34%、「聞いたことがある」が40.4%、「全く知らない」が25.6%といまだ制度についての理解がされていない現状が分かりました。

成年後見制度の適切な理解と普及に努め、村民への周知と共に制度の利用を必要とする高齢者や障がい者等の把握に努め、適切な制度利用を進めていく必要があります。

大北地域においては平成28年「北アルプス成年後見支援センター」が北アルプス広域連携自立圏事業として大町市社会福祉協議会に開設されました。

北アルプス成年後見支援センター

北アルプス成年後見支援センターは、全国を上回るペースで高齢化が進む大北地域において、認知症や知的・精神障がいなどにより意思決定に支援が必要な人の増加が見込まれる中、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域社会を実現するため、成年後見制度に関する広報、相談、手続支援及び法人後見の受任等を行う機関として、平成28年4月1日に開設しました。

開設にあたっては、平成25年度から北アルプス広域連合内地域包括支援センター連絡会や大北障害保健福祉圏域自立支援協議会等で勉強会や研修会を重ね、平成27年度に設置した準備会で枠組みを検討し、大北5市町村の連携協約による北アルプス連携自立圏事業として、大町市が中心となり大町市社会福祉協議会に運営を委託しています。

□所在地 〒398-0002 大町市大町1129番地大町市総合福祉センター内

□電話 (0261) 22-1550 / F A X (0261) 26-3856

□開設日 月～金曜日（祝日・年末年始を除く）

事業名	成年後見支援センター運営事業	連携市町村名
事業概要	圏域の成年後見支援センターを設置し、成年後見や権利擁護に関する相談への対応、各種支援、普及啓発等を行う。(運営委託)	大町市・池田町・松川村・白馬村・小谷村
事業効果	圏域全体を対象とすることにより住民サービスの充実、業務の効率化につながるとともに、市町村、関係機関等と連携して一元的・総合的に運営することにより、住民へのきめ細かい支援、権利擁護が図られ、成年後見制度に対する地域理解が進展する。	
連携町村の役割	成年後見業務における連携・協力	
費用の考え方	タイプⅠ（連携事業）大町市が予算化、連携町村が負担金を支出	
補助金等の名称	補助率	
市町村の広域連携推進事業交付金	1/2 以内	

4 今後の方針

施策 1：権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

① 権利擁護支援関係者の連携強化

北アルプス成年後見支援センターを中心に、「北アルプス圏域権利擁護推進ネットワーク協議会」を設置し、総務・普及啓発・利用促進の3部会において各課題について協議していきます。また先進地の視察研修を行い、今後の北アルプス圏域の実情に応じた取り組みを段階的に取り入れていきます。

② 日常生活圏域の権利擁護支援体制づくり

担当部局（障がい：福祉係、高齢者：地域包括支援センター）を1次相談窓口、北アルプス成年後見支援センターを2次相談窓口とし、双方を中核機関と位置づけて各機能の役割を整理するとともに、権利擁護支援の関係者との連携を強化し、地域連携ネットワークの基盤を整理・充実します。

施策 2：成年後見制度の正しい理解促進

① 成年後見制度に関する広報活動の強化

広報紙、パンフレット等による普及啓発や、住民向けの講演会、関係者向けの研修会の開催を通して成年後見制度の普及を図ります。

② 権利擁護支援に関する対応力の向上

広報紙、村ホームページ、パンフレット等で相談窓口を明示します。また北アルプス成年後見支援センターが毎月開催する「無料相談会」を活用し、支援が必要な人が早期の段階から相談・対応できるよう支援します。

施策3：安心・安全で利用しやすい制度運用

① 権利擁護支援チームの形成支援

北アルプス成年後見支援センターによる1次相談窓口への巡回相談や事例検討会を通して、親族や福祉・医療・地域の関係者が協力して後見人等と共に日常的に本人を見守りながら、本人の意思を最大限に尊重した対応を行う体制をつくります。

② 村長申立ての適切な実施と受任調整の仕組みづくり

意思決定に支援が必要な人の状況に応じ、成年後見制度の必要性を早期に見極め、本人・親族申立ての手続支援を行うとともに、必要に応じて村長申立てを行います。

また、適切な後見人等候補者を推薦するための受任調整会議について検討し、段階的に整備していきます。

③ 権利擁護支援チームの自立支援

成年後見制度の利用開始後において、後見人等が気軽に相談できる窓口を設置するとともに、家庭裁判所や専門職団体等との連携を図りながら、後見業務の適正化を図ります。

④ 成年後見制度への助成制度の拡充と活用促進

低所得者に対して、成年後見制度の申立費用や報酬を助成する「成年後見制度利用支援事業」について、市長申立て以外の本人や親族による申立ての場合も利用できるような見直しとともに、活用を促進します。

⑤ 権利擁護支援の担い手育成

将来的な成年後見制度の利用増に対応するため、北アルプス成年後見支援センターにおいて、法人後見支援員を養成します。

また、県や北アルプス広域連合、家庭裁判所や専門職団体等と連携し、市民後見人の養成について検討します。

第4章 高齢者福祉サービス

1 生活支援サービス

(1) 配食サービス事業

高齢者世帯や一人暮らし高齢者等で調理が困難な方々に対し、バランスのとれた食事を提供するとともに見守りを兼ねた配食サービス事業を実施しています。この事業は、調理を外部に委託しています。なお、利用される方から負担いただく金額は、所得に応じた金額となっています。

(2) 福祉有償運送事業

公共交通機関を利用することが困難な高齢者等の利便性と、社会福祉の向上を図ることを目的に、小谷村社会福祉協議会が行っている福祉移送サービス事業に対して助成を行っています。利用の可否については村福祉係・小谷村社会福祉協議会で協議し決定しています。通院手段としての利用が多く、利用希望者も増加傾向にあることから、今後も小谷村社会福祉協議会と利便性向上のため要件を緩和する等の対策を検討します。

(3) 住宅除雪支援員派遣事業

自己の資力及び労力では除雪手段を確保できない高齢者世帯等における家屋の屋根雪下ろしについて、民生児童委員を通じて住宅除雪支援員を派遣します。派遣費用は県補助金と村費で負担するため、個人の負担はありません。

(4) 生活支援員派遣事業

高齢者のみの世帯や一人暮らし高齢者に生活支援員を派遣して、軽易な日常生活の援助を行い、高齢者の生活の質の確保、自立した生活の継続を図ります。小谷村社会福祉協議会へ委託し事業を行っています。

(5) 買い物弱者対策

身近に店舗がなく、車の運転ができない高齢者への支援として、JA 大北が実施している移動購買事業に対し協力及び支援を行います。

(6) 緊急通報システム設置事業

高齢者世帯や一人暮らし高齢者を対象に、屋内電話に緊急通報装置と火災報知器を設置し、緊急時の対応や安否確認業務を専門の事業所に委託して実施しています。またお元気コールを月に2回行い、体調管理・安否確認を行っています。

2 高齢者の住まい

(1) ケアハウスいわかがみ

村内唯一ある高齢者施設、軽費老人ホーム「いわかがみ」は、おおむね60歳以上の方で、家庭での生活には少し不安がある方等のために、安心で安全な生活を提供する施設です。施設内のお風呂は天然温泉で入居者はゆったりとした時間を過ごしています。定員20名。

(2) 高齢者にやさしい住宅改良促進事業

高齢者福祉の向上並びに家族介護者の負担軽減を図ることを目的とし、高齢者の居住環境を改善するための費用を補助します。(限度額70万円：自己負担額を含む)

3 高齢者福祉事業

(1) 重度要介護高齢者等家庭介護者慰労金支給事業

村内に住所のある65歳以上の要介護3以上に相当する高齢者と同居し、6か月以上介護している者又は障がい者を6か月以上介護している者に対し、その労をねぎらい激励するための慰労金を贈ります。

(2) 高齢者祝賀行事

村内に住む75歳以上の方を対象に敬老会を開催し、喜寿(77歳)・米寿(88歳)・白寿(99歳)・百寿(100歳)の方々へ記念品等を贈呈します。

(3) 村営保養施設入浴料の減免事業

サンテインおたりと風吹荘における70歳以上高齢者等の入浴料を一部助成します。

(4) シニアクラブ活動の推進

小谷村社会福祉協議会を通じて、シニアクラブの活動推進のため活動費を助成します。

(5) 長野県シニア大学

長野県が開催する「長野県シニア大学 大北学部」の学生募集に協力し、高齢者の知識の習得・地域活動・仲間づくりを応援します。