

第8期 小谷村高齢者福祉計画



令和3年3月

長野県 小谷村

目 次

第1章	計画策定にあたって	3
	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	5
	1、 高齢者人口と要介護認定者の推移	
	2、 介護保険対象サービスの利用者数見込み	
	3、 要支援・要介護認定者の実態把握	
第3章	基本理念・基本目標	12
	1、 基本理念・基本目標・重点施策	
第4章	重点施策	13
	1、 重点施策の内容	
	【重点施策】	
	1- (1) 認知症施策の充実	
	(2) 医療と介護の連携推進	
	(3) 地域包括支援センターの機能強化	
	(4) 地域共生社会の実現	
	2- (1) 介護予防と社会参加の推進	
	(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
	(3) 権利擁護【成年後見制度利用促進基本計画】	
	3- (1) 生活支援体制の整備	
	(2) 災害・感染症対策の推進	

第5章 高齢者福祉サービス・・・・・・・・・・24

- 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

この計画は、小谷村の高齢者福祉施策についての基本的な考え方を示し、併せてその実現のための施策を定めるために策定するものです。

小谷村の人口は、2,779人（令和2年10月1日現在）です。このうち、65歳以上の高齢者人口は1,065人で、高齢化率は38.32%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ます。日常生活や介護に不安を抱える方や、認知症を発症する方が増加傾向にあり、今後、団塊の世代が後期高齢者となる2025年度には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。

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。

介護保険サービスを利用する人は、ほぼ横ばい傾向にあり、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。

このような状況を踏まえ、第8期長野県高齢者プラン（県策定）、第8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8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。尚、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3年度を初年度として、令和5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8期高齢者福祉計画は、「小谷村第6次総合計画」及び「第8期介護保険事業計画」及び「第8期長野県高齢者プラン」等との整合性を図っています。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となっていることから、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。

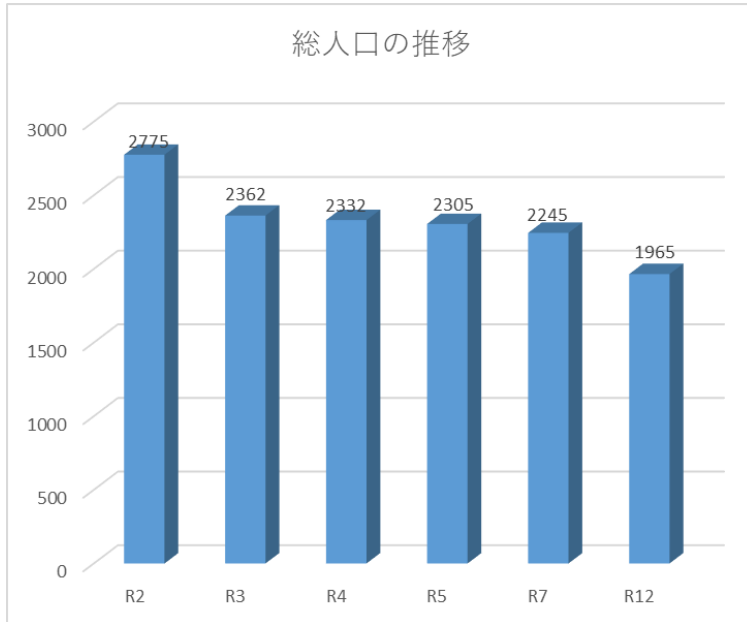
また、社会福祉法人やNPO法人、民間営利法人との連携を図るとともに、サービス体制や入所基準等について必要に応じ協議などを行っていきます。



第2章 高齢者を取り巻く現状と将来の見通し

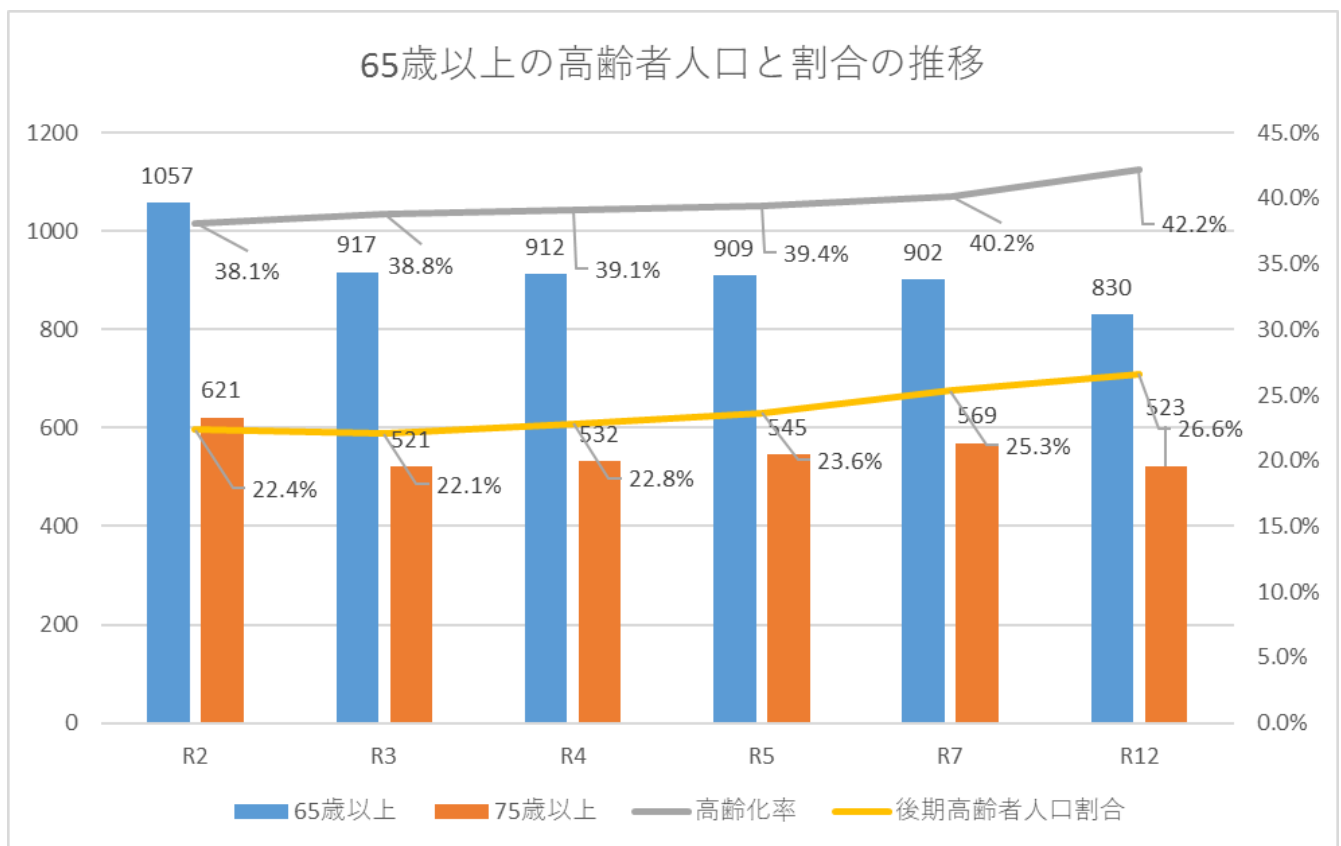
1、 高齢者人口と要介護認定者の推移

〈高齢者人口〉



令和7年（2025年）には団塊の世代が75歳となり、今後高齢化がさらに進行することが予想されています。人口減少に歯止めがきかないため、高齢化率は高い水準を維持したまま進行が鈍化する見込みです。

年度	65歳以上	75歳以上	高齢化率	後期高齢者人口割合	総人口
R2	1,057	621	38.1%	22.4%	2,775
R3	917	521	38.8%	22.1%	2,362
R4	912	532	39.1%	22.8%	2,332
R5	909	545	39.4%	23.6%	2,305
R7	902	569	40.2%	25.3%	2,245
R12	830	523	42.2%	26.6%	1,965

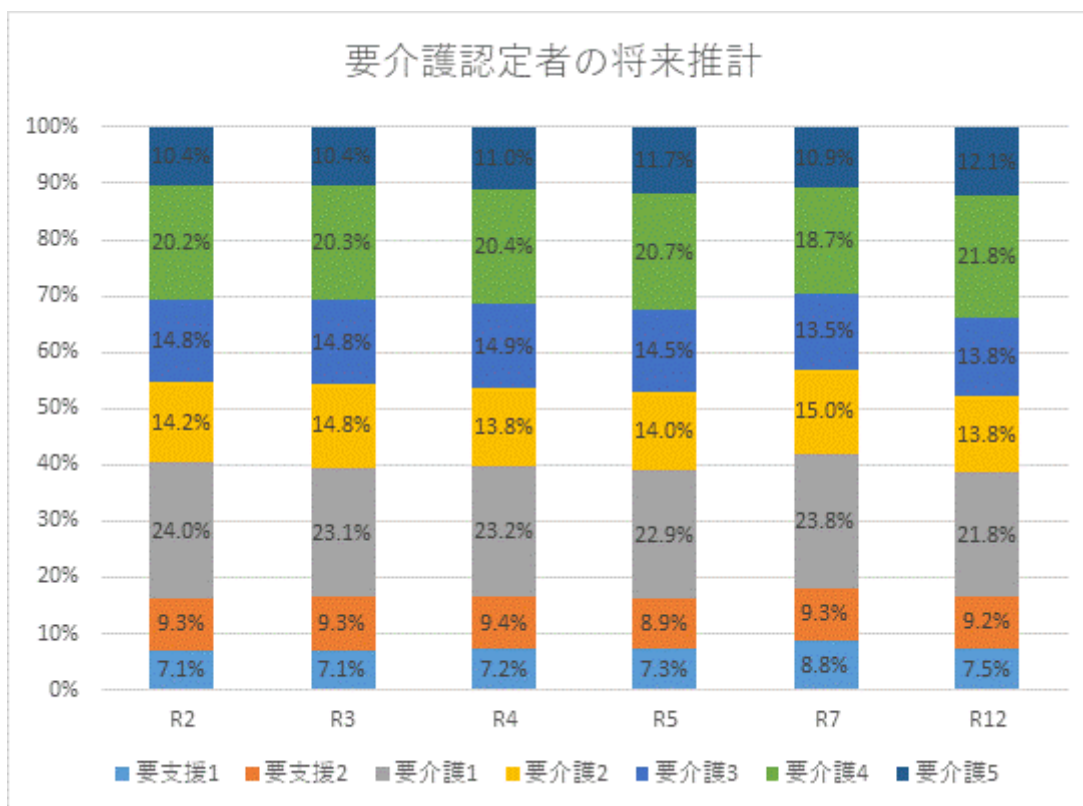


<要介護・要支援者認定者数の推計>

【小谷村】

(単位：人)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
R2	13	17	44	26	27	37	19	183
R3	13	17	42	27	27	37	19	182
R4	13	17	42	25	27	37	20	181
R5	13	16	41	25	26	37	21	179
R7	17	18	46	29	26	36	21	193
R12	13	16	38	24	24	38	21	174



2. 介護保険対象サービスの利用者数見込み

○居宅介護サービス別		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
訪問介護	R3年度	0	0	9	5	5	7	4	30
	R4年度	0	0	9	5	5	7	4	30
	R5年度	0	0	9	5	5	7	4	30
	R7年度	0	0	9	5	5	7	4	30
	R12年度	0	0	9	5	5	7	4	30
訪問入浴介護	R3年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R4年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R5年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R7年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R12年度	0	0	1	0	0	1	0	2
訪問看護	R3年度	1	1	6	3	3	5	3	22
	R4年度	2	2	6	3	3	5	3	24
	R5年度	1	1	6	3	3	5	3	22
	R7年度	0	0	6	3	3	5	3	20
	R12年度	0	0	6	3	3	5	3	20
訪問リハ	R3年度	1	1	2	1	1	1	1	8
	R4年度	1	1	2	1	1	1	1	8
	R5年度	1	1	2	1	1	1	1	8
	R7年度	1	1	2	1	1	1	1	8
	R12年度	1	1	2	1	1	1	1	8
管理指導 居宅療養	R3年度	0	0	4	2	2	3	2	13
	R4年度	0	0	4	2	2	3	2	13
	R5年度	0	0	4	2	2	3	2	13
	R7年度	0	0	4	2	2	3	2	13
	R12年度	0	0	4	2	2	3	2	13
通所介護	R3年度	0	0	13	6	7	10	5	41
	R4年度	0	0	13	6	7	10	5	41
	R5年度	0	0	13	6	7	10	5	41
	R7年度	0	0	13	6	7	10	5	41
	R12年度	0	0	12	6	7	10	5	40
通所リハ	R3年度	2	2	4	2	2	3	2	17
	R4年度	2	2	4	2	2	3	2	17
	R5年度	2	2	4	2	2	3	2	17
	R7年度	2	2	4	2	2	3	2	17
	R12年度	2	2	4	2	2	3	2	17
生活介護 短期入所	R3年度	0	0	4	2	2	4	2	14
	R4年度	0	0	4	2	2	4	2	14
	R5年度	0	0	4	2	2	4	2	14
	R7年度	0	0	4	2	2	3	2	13
	R12年度	0	0	4	2	2	3	2	13
療養介護 短期入所	R3年度	0	0	1	1	1	1	1	5
	R4年度	0	0	1	1	1	1	1	5
	R5年度	0	0	1	1	1	1	1	5
	R7年度	0	0	1	1	1	1	0	4
	R12年度	0	0	1	1	1	1	0	4
貸与 福祉用具	R3年度	7	9	22	11	12	18	9	88
	R4年度	7	9	22	11	12	18	9	88
	R5年度	7	9	22	11	12	18	9	88
	R7年度	7	9	22	11	12	17	9	87
	R12年度	6	9	21	11	12	17	9	85
生活介護 特定施設入居者	R3年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R4年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R5年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R7年度	0	0	1	0	0	1	0	2
	R12年度	0	0	1	0	0	1	0	2

○居宅介護（予防）サービス利用者数推移										
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
利用者	居宅サービス	R3年度	9	12	39	20	22	32	17	151
		R4年度	9	12	39	20	22	32	17	151
		R5年度	9	12	39	20	22	32	17	151
		R7年度	9	12	39	20	21	31	16	148
		R12年度	8	12	38	19	21	31	16	145
利用者	居宅介護支援	R3年度	8	12	28	15	16	23	12	114
		R4年度	8	12	28	15	16	23	12	114
		R5年度	8	11	28	14	16	23	12	112
		R7年度	8	11	28	14	15	22	12	110
		R12年度	8	11	27	14	15	22	12	109
○地域密着型サービス										
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
居宅介護	小規模多機能型	R3年度	0	0	1	1	1	1	1	5
		R4年度	0	0	1	1	1	1	1	5
		R5年度	0	0	2	1	1	1	1	6
		R7年度	0	0	2	1	1	1	1	6
		R12年度	0	0	2	1	1	1	1	6
共同生活介護	認知症対応型	R3年度	0	0	1	1	1	1	0	4
		R4年度	0	0	1	1	1	1	0	4
		R5年度	0	0	1	1	1	1	1	5
		R7年度	0	0	1	1	1	1	1	5
		R12年度	0	0	1	1	1	1	1	5
通所介護	地域密着型	R3年度	0	0	7	4	4	6	3	24
		R4年度	0	0	7	4	4	6	3	24
		R5年度	0	0	7	4	4	6	3	24
		R7年度	0	0	7	4	4	6	3	24
		R12年度	0	0	7	4	4	6	3	24
○施設介護サービス										
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
福祉施設	介護老人	R3年度	0	0	0	0	6	16	7	29
		R4年度	0	0	0	0	6	16	7	29
		R5年度	0	0	0	0	6	16	7	29
		R7年度	0	0	0	0	6	16	7	29
		R12年度	0	0	0	0	6	16	7	29
保健施設	介護老人	R3年度	0	0	5	2	3	4	2	16
		R4年度	0	0	5	2	3	4	2	16
		R5年度	0	0	5	2	3	4	2	16
		R7年度	0	0	5	2	3	4	2	16
		R12年度	0	0	5	2	3	4	2	16
医療施設	介護療養型	R3年度	0	0	0	0	0	0	0	0
		R4年度	0	0	0	0	0	0	0	0
		R5年度	0	0	0	0	0	0	0	0
		R7年度	0	0	0	0	0	0	0	0
		R12年度	0	0	0	0	0	0	0	0

3、要支援・要介護認定者の実態把握

《要介護（要支援）認定状況》

認定区分		要支援		要介護					合計
		1	2	1	2	3	4	5	
人数	H28年度末	10	16	49	52	40	16	28	211
	H29年度末	16	16	46	44	29	27	25	203
	H30年度末	15	19	47	32	28	37	18	196
	H31/R1年度末	17	18	47	30	27	37	21	197
	R2年11月30日（暫定）	12	17	47	24	26	38	20	184

○要支援・要介護認定者は人口減少、高齢者人口減少に伴い若干減少しています。

H29年度から総合事業が始まり、通所介護のみの利用者は認定を受けずに事業対象者としてサービスを利用していることも減少に転じた理由の一つと考えられます。

《介護度別 主たる疾病状況》

H28 年度末		要支援		要介護					合計	割合		
		1	2	1	2	3	4	5		全体	軽度	重度
主たる疾病	認知症	0	1	14	14	17	6	14	66	31.3%	22.8%	44.0%
	脳血管疾患	1	1	4	12	5	3	9	35	16.6%	14.2%	20.2%
	心疾患	0	1	5	3	2	0	0	11	5.2%	7.1%	2.4%
	骨折以外の骨筋関節関係	7	8	9	5	1	0	1	31	14.7%	22.8%	2.4%
	骨折	0	0	2	1	2	1	1	7	3.3%	2.4%	4.8%
	癌	0	0	3	3	3	1	0	10	4.7%	4.7%	4.8%
	その他	2	5	12	14	10	5	3	51	24.2%	26.0%	21.4%
総計		10	16	49	52	40	16	28	211			

H29 年度末		要支援		要介護					合計	割合		
		1	2	1	2	3	4	5		全体	軽度	重度
主たる疾病	認知症	2	0	11	17	16	8	12	66	32.5%	24.6%	44.4%
	脳血管疾患	1	1	4	8	2	6	4	26	12.8%	11.5%	14.8%
	心疾患	2	1	4	2	0	0	1	10	4.9%	7.4%	1.2%
	骨折以外の骨筋関節関係	6	10	9	3	1	0	0	29	14.3%	23.0%	1.2%
	骨折	1	1	2	0	2	3	0	9	4.4%	3.3%	6.2%
	癌	0	0	2	5	1	1	1	10	4.9%	5.7%	3.7%
	その他	4	3	14	9	7	9	7	53	26.1%	24.6%	28.4%
総計		16	16	46	44	29	27	25	203			

H30 年度末		要支援		要介護					合計	割合		
		1	2	1	2	3	4	5		全体	軽度	重度
主たる疾病	認知症	1	0	18	14	15	13	7	68	34.7%	29.2%	42.2%
	脳血管疾患	1	1	4	6	3	6	4	25	12.8%	10.6%	15.7%
	心疾患	1	1	2	3	0	1	2	10	5.1%	6.2%	3.6%
	骨折以外の骨筋関節関係	6	8	8	1	0	1	0	24	12.2%	20.4%	1.2%
	骨折	0	2	2	1	4	2	1	12	6.1%	4.4%	8.4%
	癌	1	0	3	3	1	0	0	8	4.1%	6.2%	1.2%
	その他	5	7	10	4	5	14	4	49	25.0%	23.0%	27.7%
総計		15	19	47	32	28	37	18	196			

H31・R1 年度末		要支援		要介護					合計	割合		
		1	2	1	2	3	4	5		全体	軽度	重度
主たる疾病	認知症	1	0	23	18	9	16	11	78	39.6%	37.5%	42.4%
	脳血管疾患	1	1	3	4	3	8	4	24	12.2%	8.0%	17.6%
	心疾患	2	2	1	1	4	0	0	10	5.1%	5.4%	4.7%
	骨折以外の骨筋関節関係	10	9	6	1	2	3	0	31	15.7%	23.2%	5.9%
	骨折	2	3	1	0	1	1	1	9	4.6%	5.4%	3.5%
	癌	0	0	2	1	1	1	0	5	2.5%	2.7%	2.4%
	その他	1	3	11	5	7	8	5	40	20.3%	17.9%	23.5%
総計		17	18	47	30	27	37	21	197			

R2.11 末時点(暫定)		要支援		要介護					合計	割合		
		1	2	1	2	3	4	5		全体	軽度	重度
主たる疾病	認知症	1	1	23	12	11	17	9	74	40.2%	37.0%	44.0%
	脳血管疾患	1	0	2	3	4	7	5	22	12.0%	6.0%	19.0%
	心疾患	2	1	2	0	2	0	0	7	3.8%	5.0%	2.4%
	骨折以外の骨筋関節関係	3	11	8	2	0	3	0	27	14.7%	24.0%	3.6%
	骨折	3	1	3	0	2	1	0	10	5.4%	7.0%	3.6%
	癌	1	0	1	1	1	1	0	5	2.7%	3.0%	2.4%
	その他	1	3	8	6	6	9	6	39	21.2%	18.0%	25.0%
総計		12	17	47	24	26	38	20	184			

○介護度別の主たる疾病では「認知症」が約4割を占めています。

《認知症 年度ごと推移》

	軽度		重度	
	人数	割合	人数	割合
H28年度末	29	22.8%	37	44.0%
H29年度末	30	24.6%	36	44.4%
H30年度末	33	29.2%	35	42.2%
H31・R1年度末	42	37.5%	36	42.4%
R2年11末時点(暫定)	37	37.0%	37	44.0%

○認知症の増加について、長寿社会となり他疾患に比べて介護が長期に渡ることも原因の一つです。その他に、重度（要介護3～5）と軽度（要支援1～要介護2）の年度ごとの推移を見ると、重度の割合が横ばいなのに対し軽度は22.8%から37.0%と増加しています。考えられる理由として、①認知症地域支援推進員の配置により認知症初期の段階での介入が可能になったこと、②認知症への関心が高まったことや免許の更新時に専門医を受診する必要があることが挙げられます。

《新規申請者の主な原因疾患の推移》 ※期限切れ新規含む

年度 (各年度末)	認知症		脳血管疾患		心疾患		骨折以外の 骨筋関節		骨折		がん		その他		合計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28年	5	13.2%	5	13.2%	1	2.6%	7	18.4%	4	10.5%	5	13.2%	11	28.9%	38
H29年	8	21.1%	4	10.5%	2	5.3%	11	28.9%	3	7.9%	5	13.2%	5	13.2%	38
H30年	4	15.4%	5	19.2%	1	3.8%	4	15.4%	2	7.7%	3	11.5%	7	26.9%	26
H31・R1	7	20.6%	4	11.8%	2	5.9%	9	26.5%	3	8.8%	2	5.9%	7	20.6%	34
R2年11月末 (暫定)	13	39.4%	3	9.1%	1	3.0%	2	6.1%	3	9.1%	6	18.2%	5	15.2%	33

○新規申請者の推移においても主な原因疾患「認知症」の割合がH28年度末の13.2%に対しR2.11月においては39.4%と高い割合になっています。

第3章 基本理念・基本目標・重点施策

基本理念

一人一人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

- 1、 地域包括ケアシステムを推進します。
- 2、 高齢者の尊厳の保持と自立した生活を支援します。
- 3、 持続可能な支えあい、生活支援の仕組みづくりを推進します。

重点施策

- 1- (1) 認知症施策の充実
(2) 医療と介護の連携推進
(3) 地域包括支援センターの機能強化
(4) 地域共生社会の実現
- 2- (1) 介護予防と社会参加の推進
(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
(3) 権利擁護【小谷村成年後見制度利用促進基本計画】
- 3- (1) 生活支援体制の整備
(2) 災害・感染症対策の推進

第4章 重点施策

1、重点施策の内容

基本目標	重点施策	内 容
地域包括ケアシステムの推進	1-（1） 認知症施策の充実	要介護認定者の内、主たる疾病の高い割合を占める「認知症」について、今後も認知症に関する普及啓発や支え合える地域づくりなど施策を充実させる必要があります。
	1-（2） 医療と介護の連携推進	「自宅で最期を迎えたい」希望を叶えられるよう、在宅医療の推進、介護ニーズの高度化・多様化に対して体制を整備していく必要があります。また村民ひとり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普及啓発します。
	1-（3） 地域包括支援センターの機能強化	地域包括ケアシステム構築の核となる地域包括支援センターの機能強化を図ります。
	1-（4） 地域共生社会の実現	生きづらさやリスクが多様化・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体制を整備します。
自立した生活の支援 高齢者の尊厳の保持と	2-（1） 介護予防と社会参加の推進	介護給付費が増加する中、いつまでも元気に長寿社会を迎えられるよう介護予防を推進します。地域づくり講演会において「社会参加は介護予防」と学び、それを普及啓発すると共に社会参加の場づくりを進めます。
	2-（2） 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	要介護になる疾患、例えば認知症等の背景にある原因疾患を分析し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」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推進します。
	2-（3） 権利擁護 【小谷村成年後見制度利用促進基本計画】	ひとり暮らしや高齢者世帯の増加により権利擁護の必要性が増しています。誰もがかけがえのない存在として尊重され尊厳を保持できるよう人権を守ります。
持続可能な支え合い・生活支援の仕組みづくりの推進	3-（1） 生活支援体制整備	たとえ支援が必要となっても、住み慣れた小谷村で本人の望む暮らしが送れるよう、介護保険サービスだけではなく生活支援体制整備に努めます。
	3-（2） 災害・感染症対策の推進	起こりうる災害、近年の感染症に対し資材の購入、備蓄を推進し、避難訓練やシミュレーションの実施等意識を高め、備えておく必要があります。

1-（1）認知症施策の充実

<現状と課題>

要介護認定者の内、認知症が主たる疾病の約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サポーター養成を開催。小谷村サポーター数はR2.12月末現在延べ427人となっています。また「わさびの会」など巡回型介護予防教室にて認知症ミニ講話や、サポーターフォローアップも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。令和元年度には「小谷版認知症ケアパス」を作成して、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記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、R2年度からはオレンジカフェ「ほっこりカフェ」も開催し、当事者が気軽に参加できる場を作っています。

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、「他人事ではなく自分事として考え地域での見守りや支えあいに繋がること」が必要ですが、広がっていかないのが現状です。認知症サポーターが高齢となっているため、若い世代、小中学生の養成講座の受講を勧めていくことや、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、一人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> 【予防と共生】

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。

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想されます。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。認知症地域支援推進員を中心とし認知症勉強会、小さい単位でのサポーター養成、ミニ講話を継続的に行い、認知症を正しく理解するだけでなく自分事として考え、地域で見守り支えあえる地域づくりを目指します。本人・家族支援では家族の会「クローバーの会」を定期的に行い精神的な悩みや負担を少しでも和らげられるよう支援していきます。また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支援として「ほっこりカフェ」も今後定期的に行い、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すことができるようにしていきます。その他、個別訪問や多職種・地域の人との連携を図る中で、見守りのネットワークを構築し個別性・柔軟性のある支援に努めます。

1-(2) 医療と介護の連携推進

<現状と課題>

村内に診療所が 1 か所、歯科 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 か所のみとなっており、訪問リハビリも「白馬診療所」1 か所です。診療所では往診もっており、在宅医療の要となっています。訪問看護事業所については最北端への地域へのサービス提供もしていただいております。緊急時の連絡が取れることで家族の負担軽減が図れ、本人の望む最期を迎えることができます。H30 年、大北地域において「大北地域入退院時支援ルール」を作成し普及啓発しています。H31 年度より「在宅医療・介護連携支援センター」が北アルプス連携自立圏協約で設置されました。村内においては地域ケア会議の中で多職種合同ケアカンファレンスを開催し、診療所医師を含めた多職種で事例検討する中で課題抽出、課題解決を目指し、顔の見える関係・ネットワークが構築され今後の支援が円滑に進められるよう取り組んでいます。

課題としては高齢者世帯、独居世帯が多いため一度施設入所すると帰れない利用者が多いことです。冬季間の施設入所も多いため通所・訪問事業所の利用者数が安定しないことも挙げられます。また救急搬送の際、遠い病院へ搬送されるため高齢家族の負担は大きいです。訪問看護と同様に在宅医療（看取り）を行うために重要なサービス「訪問入浴」については大町社協 1 事業所のみとなっており、小谷村全域へのサービス提供ができない状況です。

<今後の方針>

今後も地域ケア会議を中心に、診療所医師も含めた多職種間で話し合う機会を持ち情報共有・連携を図ります。人生の最期まで住み慣れた小谷村で暮らし続けることができるよう在宅医療の推進、介護サービスの質の向上に努めます。

長野県、関係機関との連携を図りながら、地域医療構想等との整合を図るとともに必要なサービス提供体制の確保に努めます。

村民一人一人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 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（小谷版エンディングノート）」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。

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と、設立当初に想定された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、介護に関すること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。様々な取り組み（認知症勉強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、「どこに相談したらいいかわからなかった」といった声をよく聞き、活動・役割については今後も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。新たに加えられた業務に対応し、小谷村で村民が本人の望む生活をできる限り送り続けることができるよう、3職種以外の専門職等の配置についても検討していきます。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。

1-(4) 地域共生社会の実現

<現状と課題>

生きづらさや困りごと、リスクが多様化・複雑化しています。家族支援が必要なケースなど個別性の課題に対し、今は制度・分野ごとの枠でとらわれ家族を包括的に支援することが難しい現状です。8050 問題や貧困問題など包括的な家族支援が必要なケースが増えています。

<今後の方針>

地域共生社会の実現に向けて社会福祉法の一部が改正され、個別の課題、地域課題の枠を超えた包括的な支援体制の強化、地域の特性に応じた施策や介護サービスの提供体制の整備の推進が示されています。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。ひきこもりや生きにく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。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、地域住民や民間団体等さまざまな人がそれぞれの役割をはたしながら参画し、分野を超えて人と人、社会資源が全体で繋がることで住民一人一人が生きがいをもち地域を共に創っていく社会を目指します。

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。

2-（1）介護予防と社会参加の推進

<現状と課題>

地域が広く集落が離れているため、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「わさびの会」を19地区で開催しています。（NPO 法人安心生活支援ごこみへ委託）また歌を歌うことを主とした「歌ごえ健茶会」も週1回サンティン小谷において行っています。（NPO 法人健學塾補助事業）社会福祉協議会（以下、社協）では「ずく出せ会」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。また令和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参加者からも好評です。

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）では社協が緩和した基準によるサービスである「通所型サービスA」を行い、介護保険を申請せずデイサービスへ通うことができました。住民主体による「通所型サービスB」では手作業を中心とした集まりを行っています。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、以前よりも体が動くようになった。」といったコメントが寄せられています。その他にも自助活動で集まり、趣味や茶話会をおこなっている団体が村内に存在し、それらを見える化するため、小谷村の社会資源「暮らしのお助け手帳」を作成しました。

課題として介護予防教室の参加者が固定化していること、高齢化していることが挙げられ、新規の利用者の開拓には同じサービス内容では難しいと考えます。ずくまめ会は比較的若い世代をターゲットに開催していますが、送迎がないことで今後の参加者の足の確保が課題となります。「快運筋活クラブ」では以前は卒業生を対象にフォローアップ教室を開催し運動習慣の継続、仲間作り、社会参加ができていましたが送迎の関係で今は開催ができていません。

<今後の方針>

社会参加が介護予防となることを今後も普及啓発し、仲間づくり居場所づくりができ、それぞれが持つ能力や経験が活かせるような環境づくり、介護予防拠点を整備します。

リハビリ専門職による地域リハビリテーション活動支援事業を行うことで介護予防、重症化予防、自立支援を図ります。

福祉係と連携し、特定健診・後期高齢者健診における「健康づくりチャレンジポイント事業」を後期高齢者へも拡充し、高齢者の社会参加を促します。教室へ出ない人へのフォローを行い、個別に支援します。

2-（2）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

<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、この傾向が長く続いています。起因となる高血圧等の重症化を抑制し、脳血管疾患等の重度疾病の予防を図る必要があります。これらの疾病予防について保健福祉分野との連携を図ることが重要です。

<今後の方針>

認知症や脳血管疾患の原因となる疾患についてKDBシステムを用いて情報共有し早期に介入・予防できるよう保健分野と連携しアプローチします。

①個別的支援（ハイリスクアプローチ）では健診結果から高血圧Ⅱ度以上の者等を抽出し、保健師等による保健指導を行います。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みます。

②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。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います。

2-（3）権利擁護【小谷村成年後見制度利用促進基本計画】

国では平成29年3月24日、成年後見制度の利用の促進に関する法律（以下「利用促進法」）に基づく、成年後見制度利用促進基本計画を閣議決定し、市町村はこれに基づき、成年後見制度の利用の促進に関する施策について、基本的な計画を定めるよう努めることとされています。このため、認知症や知的・精神障がいなどによって判断能力が十分でない方の権利を守るため、成年後見制度利用促進基本計画を下記のとおり策定し、総合的な支援体制を整備します。

本基本計画は高齢・障がいの両分野に共通する施策として推進していく必要があるため、小谷村高齢者福祉計画・小谷村障がい者計画等の一施策として推進します。

【成年後見制度とは】

成年後見制度とは、認知症や知的・精神障がいなどにより判断能力が十分でない方について、家庭裁判所に申立てを行い、本人を援助する人（成年後見人等）を選任し、その人に法的な権限を与え、本人の代わりに法律行為を行うことができるように支援する制度です。成年後見制度は大きく分けると「法定後見制度」と「任意後見制度」があります。「法定後見制度」は「後見」「保佐」「補助」の3つに分かれており、判断能力に応じて選ぶことができますが、どれに該当するかは最終的には家庭裁判所が判断します。「任意後見制度」は判断能力が十分なうちに、将来に備えて身上保護や財産管理についての代理権を与える契約を締結しておくもので、「転ばぬ先の杖」に例えられます。

<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。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。要介護認定者の主たる疾病では約4割が「認知症」となっており、判断能力が十分でない人が増えていると考えられます。

判断能力が十分でない人は、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。

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、平成30年度1件、令和元年度1件でしたが、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。

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。

<今後の方針>

□成年後見制度の普及啓発に努めます。

成年後見制度は認知症や知的・精神障がいにより意思決定に支援が必要な人も地域でその人らしく暮らせる社会を目指し、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、スタートしましたが、身上保護等の福祉的な視点に乏しく財産保全に偏った説明や運用がなされているとの指摘もあり、十分に活用されていません。広報活動を強化するとともに、権利擁護支援に関するスキル向上を図り制度の正しい理解を推進します。

□地域連携ネットワークの充実を図ります。

平成28年大北5市町村（大町市・池田町・松川村・白馬村・小谷村）の連携協約による北アルプス広域連携自立圏事業として、「北アルプス成年後見支援センター」が開設しました。成年後見支援センターでは住民・市町村からの相談対応や成年後見制度の普及啓発、法人後見の受任も行っています。専門職による無料相談会が毎月行われているのが大北地域の強みであり、申立の手続き案内だけでなく、実質的に受任調整に近い機能も果たしているため、今後も継続して機能強化を図る必要があります。大北地域においては体制整備検討会を基盤とした権利擁護支援の地域連携ネットワークの「協議会」を設置し、大北5市町村の担当部局を1次窓口、北アルプス成年後見支援センターを2次窓口とし、双方を中核機関と位置付けて各機能の役割を整理します。また、既存の会議体や資源・仕組みを活用し連携を図りつつ支援体制の整備を進めていきます。

□成年後見制度の利用促進

制度が必要な人を早期の段階から支援につなげ、後見等開始後においても継続的に本人の意思決定に関係するメンバーから成るチームで支援する体制を構築します。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、市町村長申立以外の本人や親族による申し立ての場合も利用できるよう、見直しを検討します。申立・報酬費用助成制度の充実、北アルプス成年後見支援センターを中心に適切な後見人等の受任調整や後見人等への支援体制の構築、市民後見人・法人後見支援員等への人材育成を段階的に実施することで不正の防止を図り、安心・安全で利用しやすい制度運用を推進します。

3-（1）生活支援体制整備

<現状と課題>

集落の世帯数、人口の減少による隣近所の関係が薄れています。介護予防教室「わさびの会」では各集落公民館を巡回し、地域の集いの場を提供しコミュニティが継続されています。春からは畑仕事を熱心に行うことで体を動かす機会が多いですが、年を重ねるごとに体力低下は感じていて農業機械の操作や地区の作業に参加できない等の不安があります。買い物では農協の購買車で食品等販売、電話注文での配達業務、またはキッチンカーによる惣菜の販売、生協等での食品の購入は定着してきていますが、買える物には限りがあります。受診や買い物等の外出には村営バス、デマンドタクシーや福祉移送サービス等があり、それらを上手に使用している地域の人や、民間タクシーを利用されている人もいますが、免許返納を余儀なくされる人も増えてきています。

取り組みとしては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。令和元年度にはそれらをまとめた「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を見える化しました。集いの場を住民主体で開催できるよう声掛けや支援を行っています。担い手の負担からうまくいかず、現在「ずくまめ会」を包括主催で開催しています。大北地域では第0層協議体を設置し生活支援体制整備について協議していますが、小谷村においては、令和2年度からは協議体を設けず困りごとに対して関係機関で協議する場を設け、課題解決に向け検討しています。

特に大きな課題としては買い物、外出の支援において公共交通が機能している地域もありますが、不便な地域も多くそれらの人の個別性に合わせた移動手段の確保があげられます。福祉移送サービスに頼ることも多いですが、通院に限られているため、「買い物へ行きたい」「友達に会いに行きたい」といった個別のニーズ（社会参加）への資源がありません。

<今後の方針>

働き者で真面目な性格の村民柄から、働くことで誰かの役にたちたいと思っている人が大勢います。地域独自の活動、つながりや支えあいの見える化ができてきましたが、今後は集落単位での活動、つながりを再確認することで地域ごとに必要なサポートを見極め、ネットワークの構築をめざします。

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。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、NPO 法人が担う「見守り支援員」や社協

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情報収集し、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。

現在の生活が継続できるよう健康意識の向上や体力維持ができるような会を地域に広めていきます。

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何度も話し合い、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現在11地区で完成しています。

＜今後の方針＞

今後も長期化する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。上記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。

第5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てお弁当を配達しています。この事業は、調理及び配達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には、所得に応じた金額となっています。

(2) 福祉移送サービス事業（福祉有償運送）

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、社協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・社協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、今後も社協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しています。

(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。社協およびNPO法人等へ委託しています。

(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対策として、JA 大北が実施している移動購買車事業に対し協力及び支援を行います。

(6) 見守り支援員派遣事業

見守りが必要な高齢者等を村から委嘱された見守り支援員が訪問し、生活実態の把握に努め、支援が必要な高齢者等を早期に発見し迅速に対応できる体制を確保しています。そうすることで高齢者等が住み慣れた地域で安心して自立した生活を継続できるよう支援しています。

(7) 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警報器を設置し、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」は平成18年に廃校になった旧北小谷小学校を改修し小学校の面影を残したままケアハウスとして生まれ変わりました。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カ月以上介護している者又は障がい者を6カ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支給します。

(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

サンティ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) 老人クラブ活動の推進

小谷村社会福祉協議会を通じて、老人クラブの活動推進のため県補助金と合わせて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 大北支部」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。