資料１
安曇野市地域包括ケア推進会議

地域包括ケア推進の取組

令和６年１２月２日

福祉部・保健医療部

安曇野市が目指す将来像

１　高齢者が、健康長寿に向けて**介護予防・健康づくり**の必要性を感じ、**積極的に活動**をしている。

２　高齢者が、**地域のつながりの中で世代を超えて支え合う**ことで、自立した生活をおくることができている。

３　高齢者が、介護が必要になっても**住み慣れた地域や望む場所**で安心して生活できるよう、**医療・介護における必要なサービスの提供**が受けられている。

４　高齢者が、**自分の意思で選択**ができ、**人生の最期まで自分らしい生活をおくる**ことができている。

５　支える・支えられるという枠組みを超えて、全ての人が**自分の有する能力を発揮し役割をもって活動**することで、**いきいきと健康に暮らせるまちをともにつくりあげている**。

安曇野市地域包括ケアシステムの推進

健康寿命の延伸、社会保障費の安定

地域包括ケアシステムのイメージ図

①在宅医療・介護連携

④地域ケア会議 の推進

医療

介護

往診

訪問

住まい

在宅医療・かかりつけ医

通院・入院

施設サービス
在宅サービス
ケアマネジャー

通所・入所

②認知症施策

認知症初期集中支援チーム
認知症カフェ
チームオレンジ　など

⑤多様な住まいの確保

社会参加・外出

見守り・生活支援

ボランティア
シニアクラブ
地域住民

民間企業等
NPO法人

生活支援・介護予防

介護予防・フレイル対策・生活支援づくり

相談支援・コーディネート

地域包括支援センター

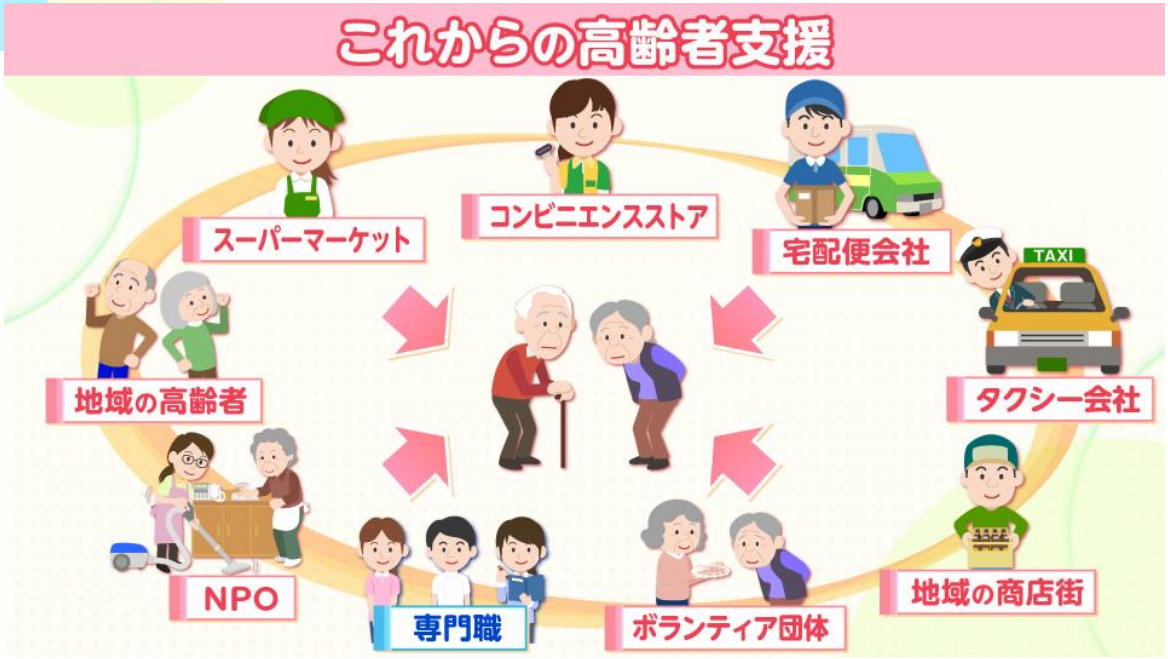
③-1 介護予防・日常生活支援総合事業

③-2生活支援体制整備事業

③- 3 保健事業と介護予防の一体的実施事業

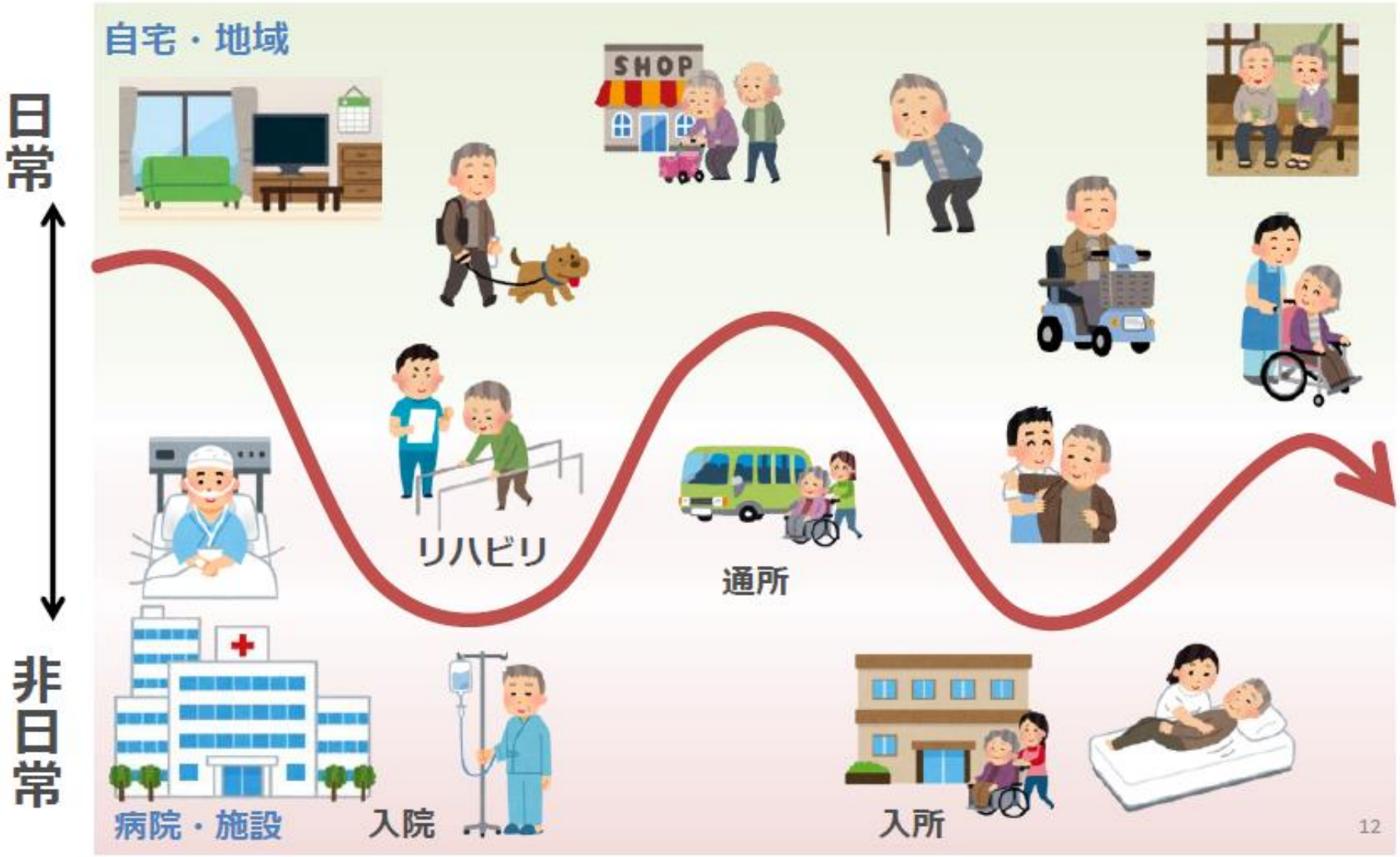
第９期介護保険事業計画もとに修正

地域包括ケアシステムの目指すイメージ



出所）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」（平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムの目指すイメージ



出所）20230602　長野県地域包括ケア推進研修　愛知県豊明市資料

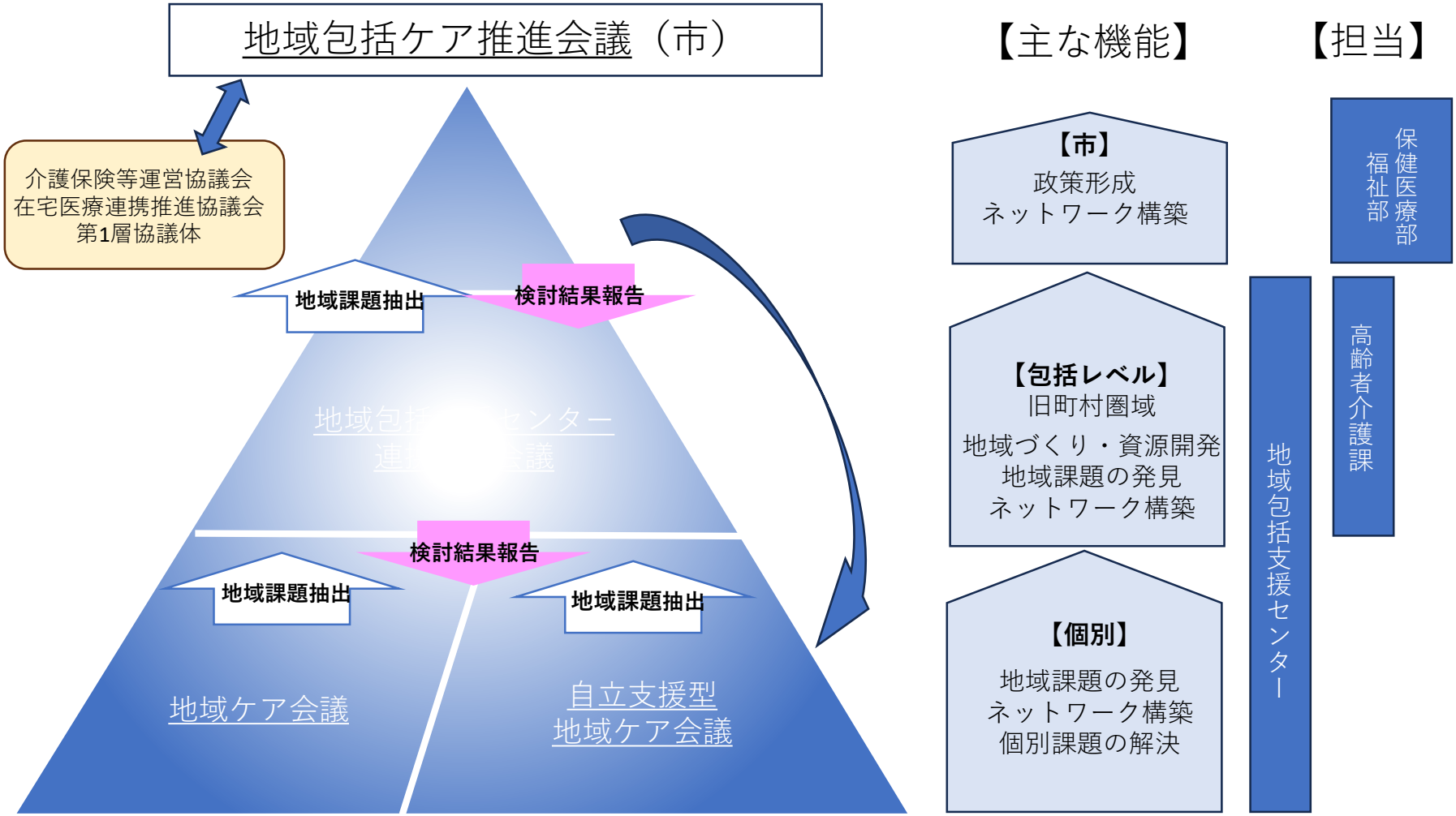
安曇野市地域包括ケア推進会議設置要綱

（趣旨）
第１条　**保健、医療、福祉サービス及び地域の社会資源の総合調整**を行い、これらのサービスを必要とする市民に総合的にサービス提供を行う**安曇野市地域包括ケアシステム（以下「包括システム」という。）の構築及び推進**を図るため、安曇野市地域包括ケア推進会議（以下「推進会議」という。）を設置し、必要な事項を定めるものとする。

（所掌事項）
第２条　推進会議は、次に掲げる事項を所掌する。
（１）包括システムの構築に向けた推進方策の協議及び検討に関すること。
（２）包括システム構築のための市民のニーズ又は地域課題、社会資源等の把握に関すること。
（３）　前号により把握された市民のニーズ又は地域課題に対応し、又は解決するためのサービスの総合調整に関すること。
（４）包括システムに必要な地域づくり及び社会資源開発に関すること。
（５）前各号以外で包括システム構築及び推進のため協議を必要とする事項に関すること。

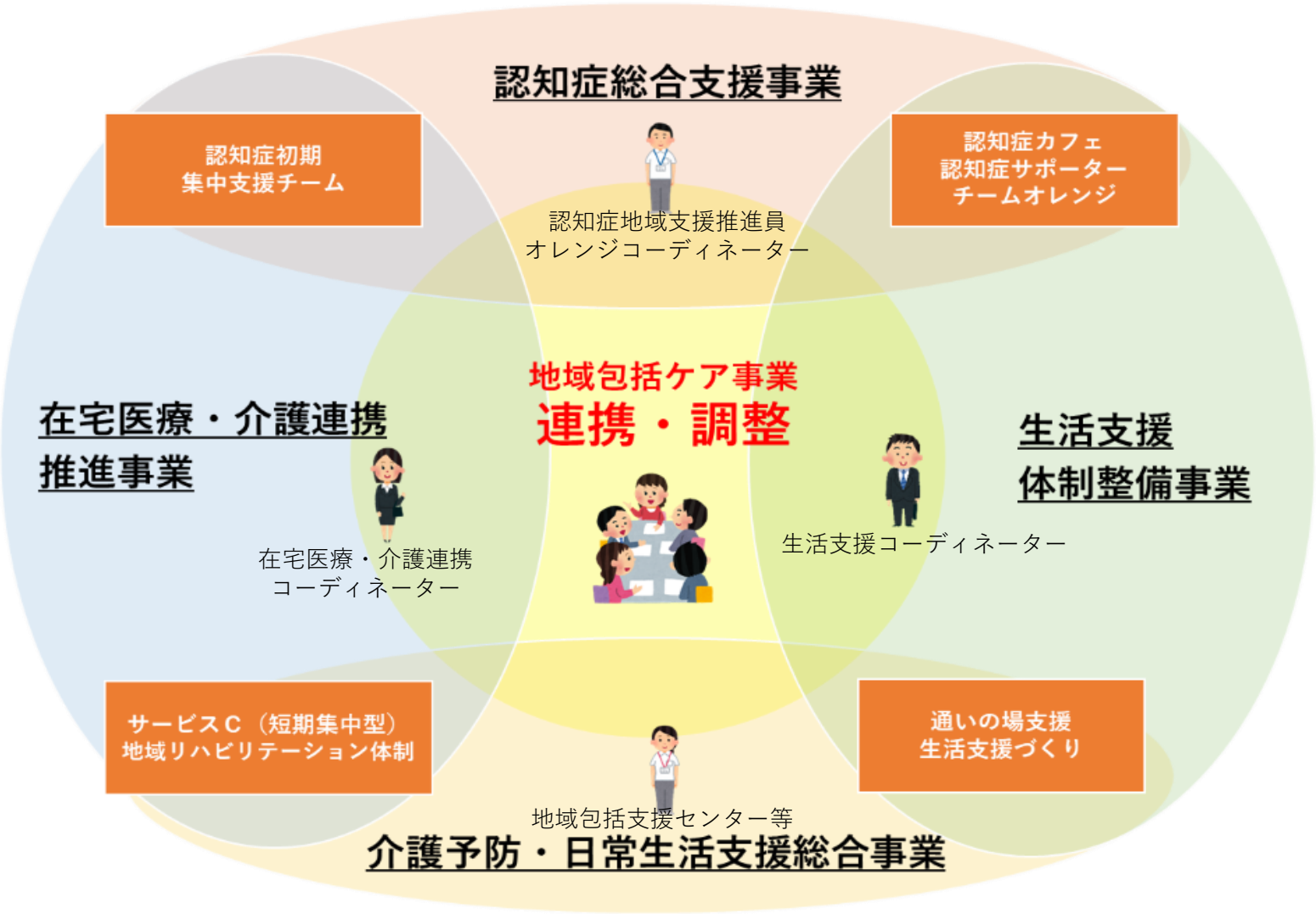
地域包括ケア推進体制について

〇地域包括ケア推進体制は３層構造（個別レベル⇒包括レベル⇒市レベル）となっている。
〇介護保険・高齢者福祉を協議・検討する場である「介護保険等運営協議会」、「在宅医療連携推進協議会」、「第１層協議体」で把握された課題についても共有し、地域包括ケアを推進する。



地域包括ケア推進体制について

〇地域包括ケア推進に向けて、事業の中核を担うコーディネーター（例、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、オレンジコーディネーター、在宅医療・介護連携コーディネーター等）は、相互の事業を理解し、連動して、効率的・効果的に事業を実施する。



第９期の重点方針と最終アウトカム

	項目	主な内容
重点方針１	地域包括支援体制の充実	介護予防、生活支援、医療、住まい、介護のこと
重点方針２	介護保険サービスの適切な運営	介護サービス、適正化、人材確保、サービス見込み量のこと

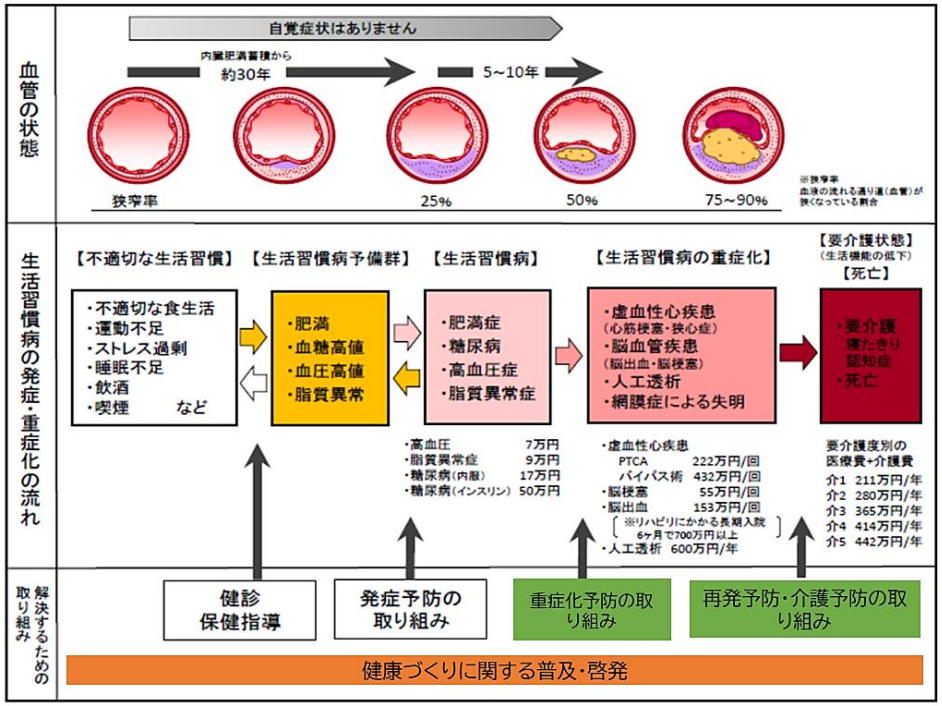
指標	安曇野市			（参考）長野県
	現状値	目標値		現状値
元気高齢者の割合（%）	90.3	維持	90.3	90.8
健康寿命（男）（歳）	81.5	延伸	82.1	81.4
健康寿命（女）（歳）	85.2	延伸	86.0	85.1
自宅及び老人ホーム死亡率（%）	31.7	向上	32.6	30.1
調整済み認定率（%）	14.4	抑制	14.0	13.2
認定率（%）	17.8	伸び率抑制	18.3	17.1
元気高齢者の幸福感(点)	7.23	向上	7.30	7.14
居宅要支援・要介護者の幸福感（点）	6.04	向上	6.15	6.15
利用している介護保険サービスへの満足度（%）	93.3	向上	94.0	86.7
介護保険制度に対する評価（%）	38.5	向上	40.0	33.1

第９期介護保険事業計画

これまでの
地域包括ケアの取組

介護予防・フレイル対策（保健事業と介護予防の一体的実施）

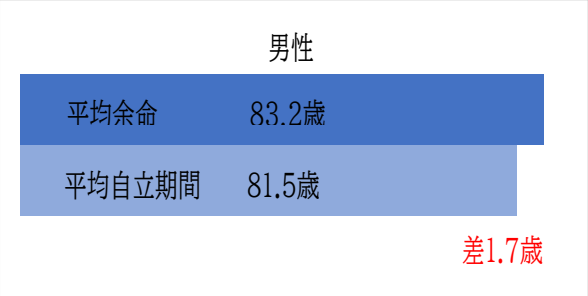
●生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

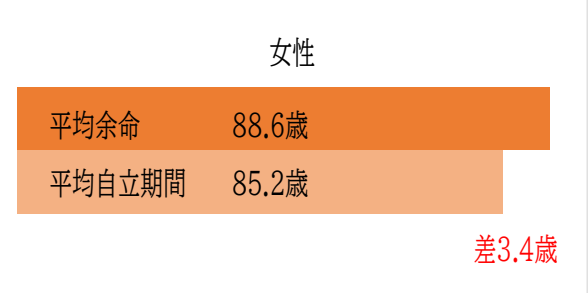


●R5年度
要介護認定者の状況

	40～64歳（2号被保険者）6,020人	65～74歳（前期高齢者）9,134人	75歳以上（後期高齢者）17,750人
介護認定者	69人 1.1%	299人 3.3%	5,144人 29.0%
脳血管疾患の診断がある者（/要介護認定者）	43人 62.3%	109人 36.5%	1,921人 37.3%
虚血性心疾患の診断がある者（/要介護認定者）	4人 5.8%	44人 14.7%	1,103人 21.4%
腎不全の診断がある者（/要介護認定者）	9人 13.0%	47人 15.7%	976人 19.0%
認知症の診断がある者（/要介護認定者）	4人 5.8%	71人 23.7%	1,820人 35.4%
骨折の診断がある者（/要介護認定者）	4人 5.8%	58人 19.4%	1,499人 29.1%

国保データベースシステム（KDB）令和5年度データ



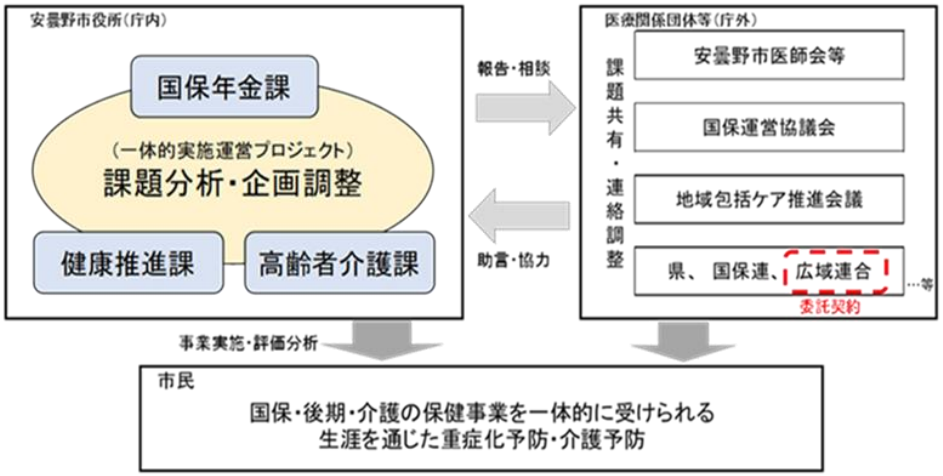


国保データベース(KDB)システム)

介護予防・フレイル対策（保健事業と介護予防の一体的実施）

●国の動き
令和2年～後期高齢者医療広域連合が市町村に委託して実施
令和6年度までに全市町村で実施

●市の推進体制
令和3年度から取り組み開始



取組み区分	内　容	実　績（令和5年度）	
高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）	健診結果をもとに抽出した高血圧、高血糖等の方へ保健師、管理栄養士が訪問して重症化を予防しています。	対象者	実施者
		150人	144人 96.0%
通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）	各地区のいきいきサロンや健康づくり推進員と共同で保健師等がフレイル予防等の健康講座を実施しています。	実施箇所数	人数
		45箇所	592人

介護予防・フレイル対策（一般介護予防事業）

〇65歳以上の市民とその支援のための活動に関わる者を対象に実施する介護予防事業
〇産官学民連携したフレイル予防、口腔機能の向上、栄養改善、認知症予防等となる介護予防教室・イベント等の開催

普及啓発事業

・介護予防体操教室　6種類16コース（1コース12回）
　複合型介護予防教室
　拠点介護予防教室
　認知機能向上教室
・口腔機能向上教室　７コース（1コース６回）
・認知機能検査（ファイブ・コグ検査）５か所

R６年度は一部公民館と共催

介護予防動画配信事業

新

・フレイル予防のためのフィットネス動画配信サービス

地域介護予防活動支援事業

・自主グループ支援　３か所
・新規自主グループ立ち上げ支援　３か所

介護予防把握事業

新

・シニア歯科健診　受診者525人
・訪問による対象者把握　訪問者81人

事業委託することで受診者が大きく増加

【R5年度　介護予防体操教室】

講座名	あづみのピンキラ体操教室	ステップアップ教室	フィットネスバイク教室	足腰らくらく体操教室	エンジョイシニア！実践おたっしゃ塾	頭と体の若返り！はつらつ脳活教室
実施主体（講師）	松本大学根本ゼミ	松本大学	松本大学	柔道整復師士会 城西医療財団	社協 NPOあんしん	ルネサンス
運動強度	★★★	★★★	★★	★★	★～★★	★～★★

生活支援（生活支援体制事業）

○　5地域に配置した**生活支援コーディネーター**（以下「生活支援Co」）と**協議体**の活動により、高齢者の生きがい・介護予防につながる社会参加等をすすめ、世代を超えて地域住民がともに支え合う地域づくりを進めます。

【R5年度の主な取組】

多様な担い手の育成

【生活支援Co・協議体活動】

○エンジョイシニアOB会支援

穂高・堀金・明科地域Coが体操教室の自主化支援

○男のロマン塾

明科地域協議体では「男性の方が気軽に参加できる居場所づくり」をテーマに料理教室を開催

【支え合い事業体制整備補助金】

補助件数：１件

内容：拠点となる場所の施設改修

多様な主体のネットワーク

【地域見守り活動連携協定】

○新規締結団体　2団体（計31団体）

・安曇野新聞販売店

・まごころ弁当あづみ野店

【介護予防・フレイル予防】

○ダイハツ健康安全運転講座

2回開催

（R5.5.18、11.9）

理学療法士による運動指導、JAFによる安全運転講座、安曇野警察署による免許講座

○腰痛予防体操＆筋トレ体験 新

（株）カーブスジャパン）（R5.11.30)

安曇野日赤理学療法士による腰痛予防体操、カーブスによる筋トレ体験

地域のニーズと資源のマッチング

【通いの場・生活支援サービスガイドブック】

・全市版として、一覧表に整理

・市のフレイル予防対策関連事業の整理

市内の体操や趣味活動などの通いの場や、ゴミ出し、雪かきなどの生活支援サービス、ボランティアなど291の情報

【地域支え合い推進フォーラム】

「安心して暮らせる共生のまちをつくるには」R6.2.24開催

・さわやか福祉財団髙橋さん講演

・細萱区、立足区の実践報告

生活支援（地域見守り活動連携協定）

○　平成29年２月より、市と協定締結団体が相互に協力連携し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らすことができる地域づくりを推進しています。（**締結団体33団体**）※令和６年11月現在

【R5年の地域づくりに取り組まれている活動】

	団体名・事業者名	地域づくりに取り組まれている活動
1	一般社団法人安曇野市医師会	・11月26日（日）に市民健康公開講座を開催し、健康で生き抜くためにをメインテーマに掲げ安曇野赤十字病院血管内治療センター長　永江歩医師より「心臓疾患の治療と予防について」と同じく赤十字病院糖尿病センター長石井宏明医師より糖尿病を治療する、何のために？」の２題で講演を実施した。参加者の49％が70歳以上の高齢者であった。直接の緊急事態等の適切かつすみやかな対応ではないが、見守り活動の一助になればと実施。
2	安曇野市在宅医療連携推進協議会	・市民公開講座の開催（これまでの開催内容は認知症についてなど）
3	安曇野市歯科医師会	・歯科医師会会員一同がていねいな治療をすることで、食生活が安定し高齢者等が安心して生活できる地域づくりにつながる。 ・高齢や病気等により居宅から出られず受診できない方々に対して、要望に応じて訪問歯科診療をしている。
4	安曇野薬剤師会	・独居で認知症が疑われる高齢者への声掛け ・家族関係や連絡先などの確認・服薬や通院困難な方への声掛け ・お薬講座や健康相談を通じ地域の方との交流 ・見守り活動ステッカー、認知症サポーターステッカーの掲示 ・困っている方に相談してもらえる場所（ファーストアクセスの場）となるよう日々声掛けをしている ・近隣の独居老人宅の玄関前の草取り、除雪、カラスの糞の清掃など
5	安曇野市区長会	・生活支援体制整備事業や地域見守り活動の連携協定について、年度当初の研修会で理解を深める ・日常的な見守り（ながらパトロール）の強化（散歩や買い物に併せたパトロール） ・回覧板は可能な限り手渡しで渡すように心がける ・区によっては有償ボランティア組織による活動（区民どうしの支え合い制度、高齢者等の移送支援など） ・敬老会で防犯活動に関する啓発を行う ・民生児童委員との情報共有による連携（本人同意の上で） ・「家族台帳」及び「要支援者情報」の収集、定期的な更新
6	安曇野市民生児童委員協議会	・要配慮者に対して定期的な連絡や訪問を実施している。 ・要配慮者に対して熱中症予防等の注意喚起を実施している。 ・当協議会の定例会等で必要な情報を共有し、見守り活動に活かしている。 ・民生委員・児童委員として必要な知識の習得に努めている。

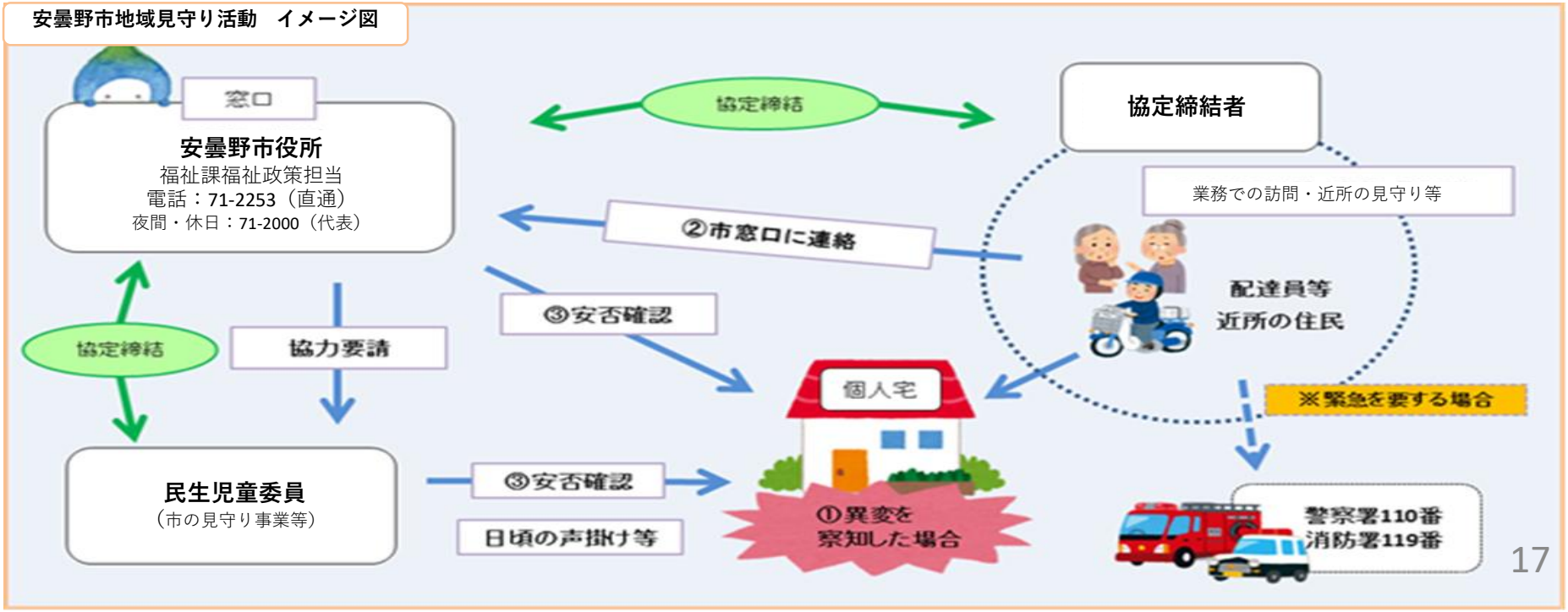
生活支援（地域見守り活動連携協定）

	団体名・事業者名	地域づくりに取り組まれている活動
7	社会福祉法人　安曇野市社会福祉協議会	社協福祉員活動をはじめとして、 ①生活支援体制整備事業…地域住民の方々と地域生活課題の共有や支え合いを目的とした社会資源づくり ②ふれあい・いきいきサロン…集いの場、安否確認の場、介護予防の場として住民主体の活動を行う ③安心ｺｰﾙ…孤独になりがちな高齢者へ定期的に電話で話し相手及び見守りをする ④しあわせ・あづみん…住民同士の互助活動によって高齢者の身の回りにある生活の困りごとを支援する ⑤各福祉センター…社協各支所がある福祉センターに来館される方からの相談対応やご様子伺いにより異変を把握する ⑥心配ごと相談・総合相談窓口…心配ごとは定期的に、総合相談は常時開設し、地域住民の方からの相談に応ずる などの活動を日々行っています。
8	安曇野市内郵便局	・地域見守り活動のステッカーを車両に貼付し、活動の周知を行っている。 ・毎月10日を「道路の日」と定め、道路の損壊等に関する情報を収集し、市へ情報提供を行っている。
9	有限会社宗明会	・けやきでは、気軽に敷地内に入っていただけるように、自動販売機、無人販売所、ベンチを設置。ご近所の方と立ち話くらいはできている雰囲気。
10	㈱ペーパー・シャワーズ まかせて安曇野	・弊社は、企業・団体様からお預かりしたチラシや冊子などの配布物を、毎週、安曇野市内ほぼ全域へ一軒一軒手配りでお届けしており、配布は、地元地区で登録されている配布員さんと地元出身の社員が行っています。一人暮らしのお宅やポストの詰まり具合、外観の様子にも気を配り、子供の登下校時間帯に配布するなどして、地域の安心と安全を見守りながら作業しております。新規配布員登録時や更新説明会で必ずこの取り組みを周知し、協定団体のステッカーを掲示、弊社求人チラシ等に掲載して地域の皆さまにも周知しております。
11	長野ダイハツ販売株式会社	・高齢者向けの健康安全講座の開催
12	株式会社ＴＳファーマシー	・独居の患者宅訪問時、薬の管理だけでなく安否確認を実施
13	特定非営利活動法人長野県歯科衛生士会	・口腔機能向上教室「お口いきいきアップ教室」「お口いきいきフォローアップ講座」にご参加いただいた住民の皆様に、フレイル、オーラルフレイル予防を通して口腔、全身の健康維持の重要性をお伝えした。 ・上記教室参加者の皆様に認知症サポーター養成講座開催についてお知らせした。 ・過去、認知症サポーター養成講座に参加した歯科衛生士は受講カードを携帯し、日頃から気配り、目配りをするよう心がけている。
14	株式会社八十二銀行明科支店	・店頭に来店されたお客様への声掛け ・外訪活動時のお客様の状況把握
15	株式会社デリシア	・定期的にお客様のお宅を訪問しているため、いつもとお客様宅の様子が違ったり、お客様ご自身の様子がいつもと違う場合には、行政へ報告する等の活動を行っています。

生活支援（地域見守り活動連携協定）

	団体名・事業者名	地域づくりに取り組まれている活動
16	生活協同組合コープながの	・地域での配送時や店舗に来訪された方への見守り活動は継続してすすめて行きます。 ・店舗では、レジにて会計が終了した商品をサッカー台まで運ぶなどのお手伝いをしています。 ・駐車場（思いやりスペース）は高齢者、障害者優先の店内アナウンスを定期的に行っています。 ・配送時、地域でお会いした方にはあいさつなどのコミュニケーションを行っています。 ・配達時に何か異変があった場合は、まず事業所まで報告するように指導しています。 例）新聞がたまっている、先週の商品がそのまま、いつも在宅の方がいらっしゃらない
17	株式会社スズケン長野営業部塩尻支店	・今後も弊社営業担当者、配送担当者が、業務中に緊急を要する場面に遭遇した場合はもちろんのこと、困っておられるようなお年寄りを見かけた場合は、こちらから積極的に話しかけるよう心がけています。
18	中北薬品株式会社	・健康産業に従事しているので、薬局と共同で健康フェスタなどを開催し、地域の高齢者との顔見知りの場をつくっています。 ・社内で定期的に見守り活動の状況確認を実施しています。

（※）33団体中、報告のあった21団体をまとめる



在宅医療（在宅医療・介護連携推進事業）

○　市医師会と市が中心となり、緊密に連携しながら、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築を推進しています。

安曇野市在宅医療連携推進協議会（R6.2.19開催）の意見等

多職種連携（日常の療養支援・緊急時の対応等）

・ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護、本人、家族の連携は重要（医師、訪看）
・一方で、ケアマネと連携ができない事例もある（医師）
・退院時に自宅にもどりたいと思っていても、本人、家族ともに迷いがある（訪看）
・緊急時情報共有ツールは具体的な検討がされているか。役立っているか（医師）
・訪問診療は、外来診療もあるため受け持ちできる件数には限界がある（医師）
・訪問診療は、休診の合間での訪問となる（歯科医師）
・歯科医師会HPから訪問診療の必要な人の依頼をお願いしたい（歯科医師）
・薬剤師の訪問は規模の小さい事業所だと難しい（薬剤師）
・薬が間に合わないことが多いため、医師と相談をしている（薬剤師）

人材確保

・介護、医療の人材不足がある（ヘルパー）
・市としての具体的な取組を期待（医師）

ACP・看取り

・松本市医師会では看取り当番体制がある（医師）
・松本市と安曇野市では医療提供体制が大きく異なるため、松本市の方法をとるのは難しい（医師）
・ACP、リビングウイルの取組が現場でどこまでされているか確認は必要（医師）
・松本圏域の消防体制の枠組みは同じであるため、先行している自治体を参考にわかりやすい、見やすいものが必要（医師）
・看取りの場面ではヘルパーと訪問看護の役割は重要（医師、ケアマネ）
・施設入所者の訪問診療、新規在宅利用者ともに関係者で連携し、スムーズに看取りまで対応（医師）
・末期がん利用者は、新規認定では認定調査がADLを中心としているため、介護度が低く、急激な状態悪化に対応できない（ケアマネ）

その他

・サービスガイドの更新では、介護事業者のサービス種別をわかりやすくしてほしい（医師）
・サービスガイドの訪問診療の記載「○、△、×」の注釈が必要（医師）
・地域包括ケアの中でフレイル対策は重要（医師）
・元気なうちから通える場が必要（歯科医師）

在宅医療（在宅医療・介護連携推進事業）

項目	開始時期	主な事業内容	令和５年度の取組
（１）地域の医療・介護の資源の把握	平成27年度以前	「安曇野市介護保険・高齢者福祉サービスガイド（連携マップ付）」の作成	サービスガイドの増刷、普及啓発
（２）在宅医療及び介護連携にかかる課題の抽出と対応策の評価及び改善	平成27年度以前	①**安曇野市在宅医療連携推進協議会** ②ワーキンググループ（医師会、居宅、訪問等）	①**R6.2.19開催**
（３）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	平成27年度	同上	同上
（４）医療及び介護関係者の情報共有の支援	平成27年度以前	①安曇野市で活用している情報提供書、県作成の「医療と介護の連携連絡票」、「松本圏域入退院連携ルール」の活用・周知 ②ICT（しろくまネット等）の活用 ③事前指示書の情報収集と検討 ④認知症ガイド（ケアパス）の作成・活用	同左
（５）在宅医療及び介護連携に関する相談への支援	平成29年度	**安曇野市中央地域包括支援センターへ相談窓口設置**	**同左**
（６）医療関係者等の研修の実施	平成27年度	①多職種研修会 ②グループワーク（※R2以降、開催されていない）	令和５年度長野県在宅医療・介護連携セミナーを研修会で兼ねる（令和６年１月26日）
（７）地域住民への在宅医療及び介護連携の普及啓発	平成27年度	市民公開講座「認知症市民フォーラム」	市民講座開催なし ホームページに相談窓口周知
（８）在宅医療・介護連携に関する関係市村の連携	平成27年度	長野県との連携 ・「松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会（３市５村担当者と保健福祉事務所の合同担当者会議）」 ・「松本圏域入退院連携ルール」の利用状況等の意見聴取の実施	長野県との連携 ・「松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会（３市５村担当者と保健福祉事務所の合同担当者会議）」 ・「松本圏域入退院連携ルール」の利用状況等の意見聴取の実施

認知症施策

○　認知症基本法を踏まえ、認知症の本人とその家族の視点にたった「共生」と「予防」の認知症施策を推進します。地域包括支援センターごとに「**認知症地域支援推進員**」を配置し、地域で認知症を支える体制を図ります。

予防

・生活習慣病予防　・認知機能検査

・認知機能向上教室、講座の開催

・地域の自主活動の支援　など

相談・早期発見

・相談窓口：地域包括支援センター

・認知症初期集中支援推進事業

（チームによる支援、相談会）など

支援

・介護保険サービス

・介護予防・生活支援サービス

・家族介護者支援

・在宅高齢者福祉サービス

理解者の広がり

・オレンジキャンペーン

・認知症ガイドブックの配布

・認知症サポーター養成講座の開催

・出前講座の開催　など

見守り

・地域見守り活動（協定）

・認知症見守りネットワーク

・見守りシール交付事業

居場所

・認知症カフェ（活動支援）

・地域サロン

権利擁護

・日常生活自立支援事業

・成年後見制度

・消費生活センター

関係者の連携と支援

・認知症地域支援推進員の配置

・多職種連携研修会の開催　　など

認知症施策（認知症初期集中支援事業）

○　認知症サポート医の相談会の開催とチーム員活動により、認知症の人（軽度認知障害MCIを含む）を早期に適切な医療・介護につなげられる体制を図ります。

【認知症初期集中支援チーム設置概要】

チーム設置日	平成29年12月１日	設置場所	安曇野市役所　高齢者介護課
チーム運営方式	市直営	チーム数	１
チーム員構成	・専門医　１名（市医師会推薦　委嘱） ・医療もしくは福祉の専門職　６名　（高齢者介護課職員） ・事務局　１名（高齢者介護課職員）		

【チーム員会議実施状況】

名　　称	開催日	内　　容
第１回	４月12日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針
第２回	５月10日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針、支援決定
第３回	６月14日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針 ・0501ケースの状況と今後の支援方針等について
第４回	７月13日	・0501ケースの状況と今後の支援方針等について
第５回	８月９日	・本日の相談会ケースの状況と今後の支援方針について ・0501ケースの状況と今後の支援方針について
第６回	９月13日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針 ・0501ケースの状況と今後の支援方針について
第７回	10月12日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針 ・0501ケースの状況と今後の支援方針について
第８回	2月14日	・認知症初期集中支援チームマニュアルの改訂について
第９回	３月13日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針

※11月～１月は相談会の案件なく中止

【相談会の状況】（事前予約制）

	開催日	相談者
第1回	4月12日	3名
第2回	5月10日	3名
第3回	6月14日	1名
第4回	7月13日	0名
第5回	8月9日	3名
第6回	9月13日	1名
第7回	10月12日	2名
第8回	2月14日	0名
第9回	3月13日	1名
		14名

認知症施策（認知症初期集中支援事業）

【チーム活動状況の振り返り】

（1）チーム体制について

・チーム員は介護予防担当の中で構成しており、医療職（保健師）が２名、福祉職が４名でバランスの検討が必要である。

（2）チーム支援について

・文書による個人情報の使用同意をとってから支援開始をする必要がある。
・チーム支援終了時のつなぎは行っているが、シンプルな認知症ではなく、精神疾患を合併する人も少なくなく、被支援者は保健センター等との支援部署と連携していく必要がある。

（3）相談会について

・認知症が進行してからの相談は、解決の糸口に苦慮することがあり、早期相談が望ましい。
・相談会での認知症初期集中支援事業のケース化にならなかった事例も、相談会で情報や対応が整理され、支援がうまくいっている事例がある。
・支援ケースとならなかった相談者のその後の状況等の問題複雑化を防ぐために記録を残し、関係機関と連携する。
・相談会終了後、包括が継続的に支援に入れるよう、相談会には同席することが必要。

（4）その他

・オレンジキャンペーンの実施により相談に結びついた方もいるため、継続的に啓発をしていく必要がある。
・民生児童委員は色々な役割を果たしてもらえる場面があるため、包括との連携を通じて、事業の周知が必要である。

地域ケア会議（個別ケア会議）

＜目的＞

高齢者等が地域において、その人らしい生活を継続可能とするため、課題の解決に向けた検討を行いケアの質を高め、その人のニーズの充足を目指すと共に、会議参加者のスキルアップへ繋げる。

＜実施状況＞

実施回数	４回（令和５年４月～令和６年３月）
事例の状況 (事例のタイトル)	①スムーズにサービスに繋がらない方への支援について ②認知症があっても、地域で指導者としての生活を継続できるための支援について ③独居で身寄りもない方が在宅生活が困難になった時の支援について ④長年近隣との関りがなく暮らしてきた高齢者姉妹への支援について
出席者	親族、近隣住民、民生児童委員、生活支援コーディネーター、医療サービス事業所職員、ケアマネジャー、介護サービス事業所職員、社協まいさぽ職員等

地域ケア会議（自立支援型個別ケア会議）

＜目的＞

自立支援・介護予防の観点を踏まえて、要支援者等の生活行為の課題の解決、重度化防止や自立を促し高齢者のQOLの向上を目指すため、多職種からの専門的な助言を得ることで高齢者等の課題解決に結びつける。

＜実施状況＞

実施回数	**３回（令和５年４月～令和６年３月）１回につき２事例（計６事例） 各地域包括支援センターで１回ずつ開催**
助言者	薬剤師、理学療法士、生活支援コーディネーター、管理栄養士、歯科衛生士
事例の状況	①　60歳代で骨折後、医療・介護サービスの卒業を目指しているケース ②　社交的な生活をしてたが、聴覚障害により閉じこもる生活になったケース ③　活動的に生活しているが、食生活の偏りや痛みを理由に効果的な運動や自立した生活ができていないケース ④　在宅酸素中で腰痛もあるため、活動量が減少しているケース ⑤　腰痛や下肢筋力の低下があるが、デマンド交通を利用して外出を続けたいケース ⑥　要介護3から要支援１に改善したが、再転倒予防や食生活を見直す必要があるケース
事例から出された課題	・年齢が若い高齢者が参加できる資源や情報把握のための資源が課題 ・聴覚障害者の方が楽しめる活動の場や交流の場が課題 ・フレイル予防に取り組める社会資源が課題 ・デマンド交通の利便性や他の移動手段が課題 ・高齢者が安心して外出できるよう、地域の見守りや定期的な交流が課題 ・食生活の改善のためには、家族へのアプローチが課題
課題に対する対応	・「生活支援ガイドブック」や介護予防教室(フレイル予防)等の周知と利用 ・ボランティア活動や地域での活動(体操、趣味活動)の利用 ・高齢者栄養相談や歯科相談窓口、訪問型サービスCの活用 ・デマンド交通の利便性の改善について要望を伝えていく ・社会資源やインフォーマルなサービスを積極的に取り入れるために、地域に出向いて地域を知る

地域ケア会議（地域包括支援センター連携推進会議）

＜目的＞

地域ケア個別会議や自立支援型個別ケア会議を経て把握した地域課題について、各地域包括支援センターと介護予防担当及び介護保険担当で開催している「地域包括支援センター連携推進会議」において課題集約を行い、解決策を検討し具体的な取り組みに繋げる。

＜内容＞

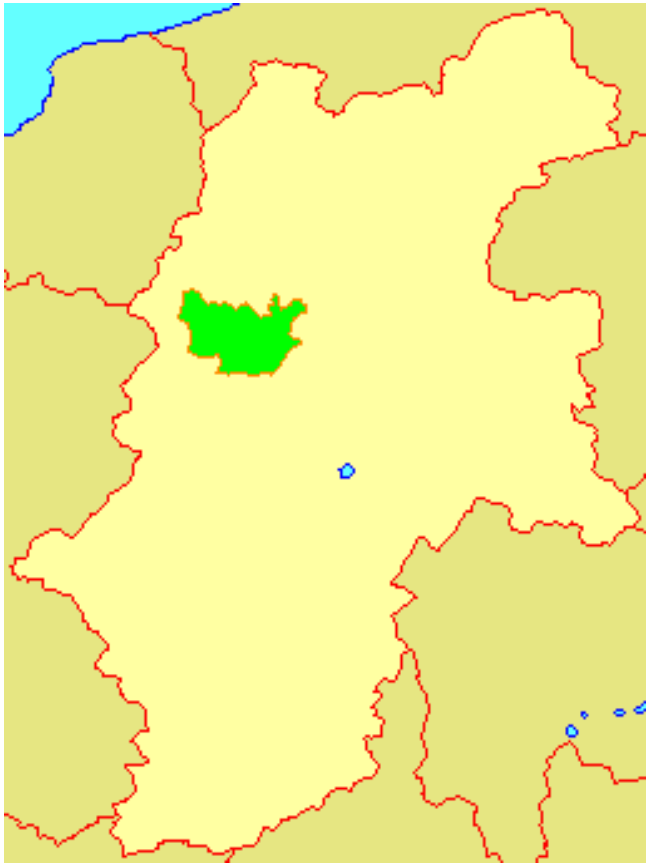
令和５年度は、個別や地域課題を収集・解決の検討をするための個別ケア会議や自立支援型個別ケア会議の開催がスムーズに進められるよう「手順書」を作成した。また、地域ケア個別会議及び自立支援型個別ケア会議で出された課題等について、課題解決に向けて検討を重ねた。

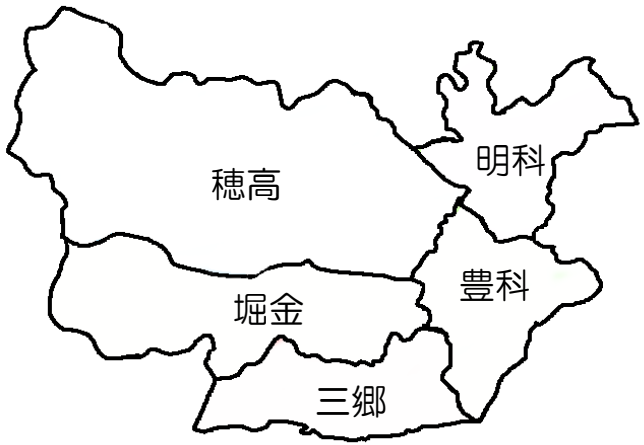
＜実施状況＞

実施回数	９回（令和５年４月～令和６年３月）
検討内容	①　認知症見守りネットワークの利用拡充について ②　地域ケア個別会議の実施拡充にむけての取り組み ③　地域ケア個別会議の実施報告と課題検討 ④　自立支援型個別ケア会議の実施報告と課題検討
出席者	高齢者介護課職員、中央・北部・南部地域包括支援センター職員等
課題に対する対応	①　認知症サポーター養成講座や出前講座で周知する。 ②　事例検討のための統一した手順書の作成。 ③　地域に対し、認知症への理解と周知活動を継続する。 「生活支援ガイドブック」の活用とともに、社会に参加できる機会や場所を確保できるよう生活支援コーディネーターと連携する。 高齢者の身寄り問題への対応と支援体制を考える。 ④　地域包括ケア推進会議で報告する。

参考資料

安曇野市の高齢化の状況





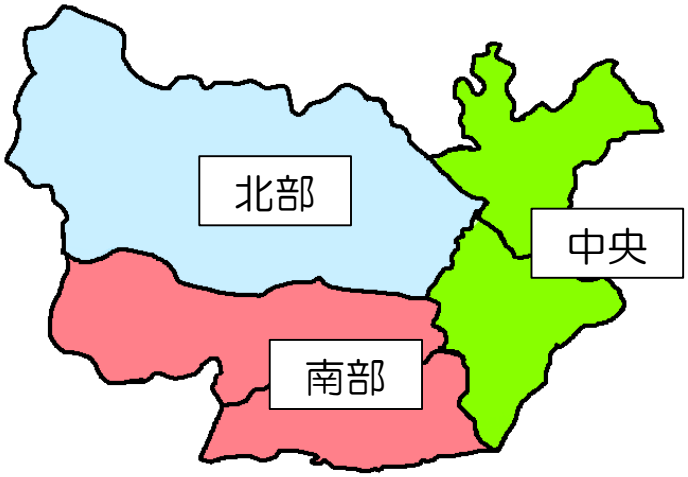
		対前年
人口	95,953人	△502人
65歳以上人口	30,753人	111人
高齢化率	32.1%	0.3%
前期高齢者（65歳～74歳）	12,958人（42.1%）	△1.9ポイント
後期高齢者（75歳～）	17,795人（57.9%）	＋1.9ポイント

※人口：安曇野市住民基本台帳より（R6.4.1現在）

地域別の高齢者の状況

○　旧町村単位５圏域に３つの地域包括支援センター（高齢者の総合相談窓口）を設置

穂高	
人口	33,784人
高齢者人口	11,185人
高齢化率	33.1% （+0.3ポイント）



明科	
人口	7,573人
高齢者人口	3,063人
高齢化率	40.4% （+0.5ポイント）

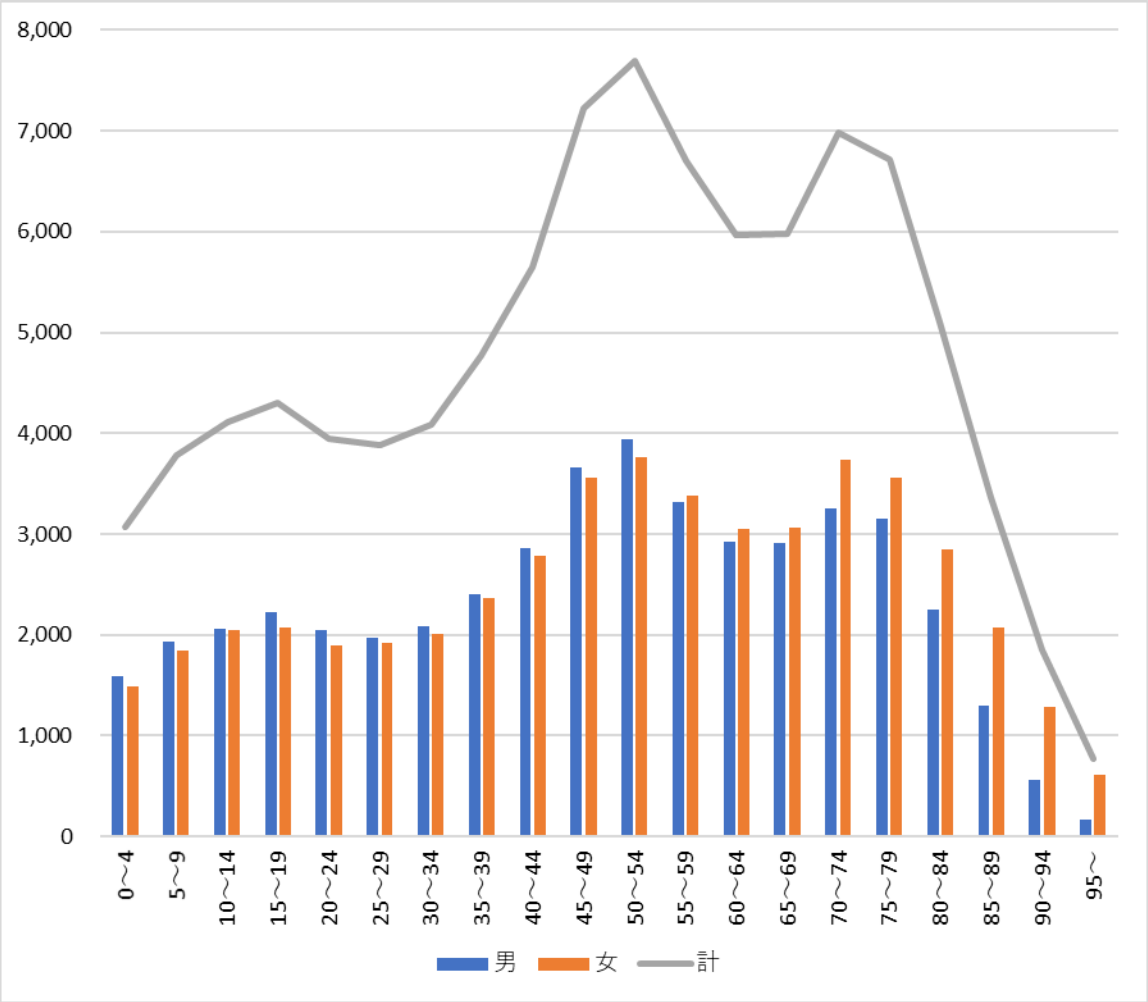
堀金	
人口	8,836人
高齢者人口	2,718人
高齢化率	30.8% （+0.2ポイント）

三郷	
人口	18,189人
高齢者人口	5,521人
高齢化率	30.4% （+0.4ポイント）

豊科	
人口	27,571人
高齢者人口	8,266人
高齢化率	30.0% （+0.2ポイント）

※人口：安曇野市住民基本台帳より（R6.4.1 現在）
高齢化率下段は、対前年比

市の年齢構成人口

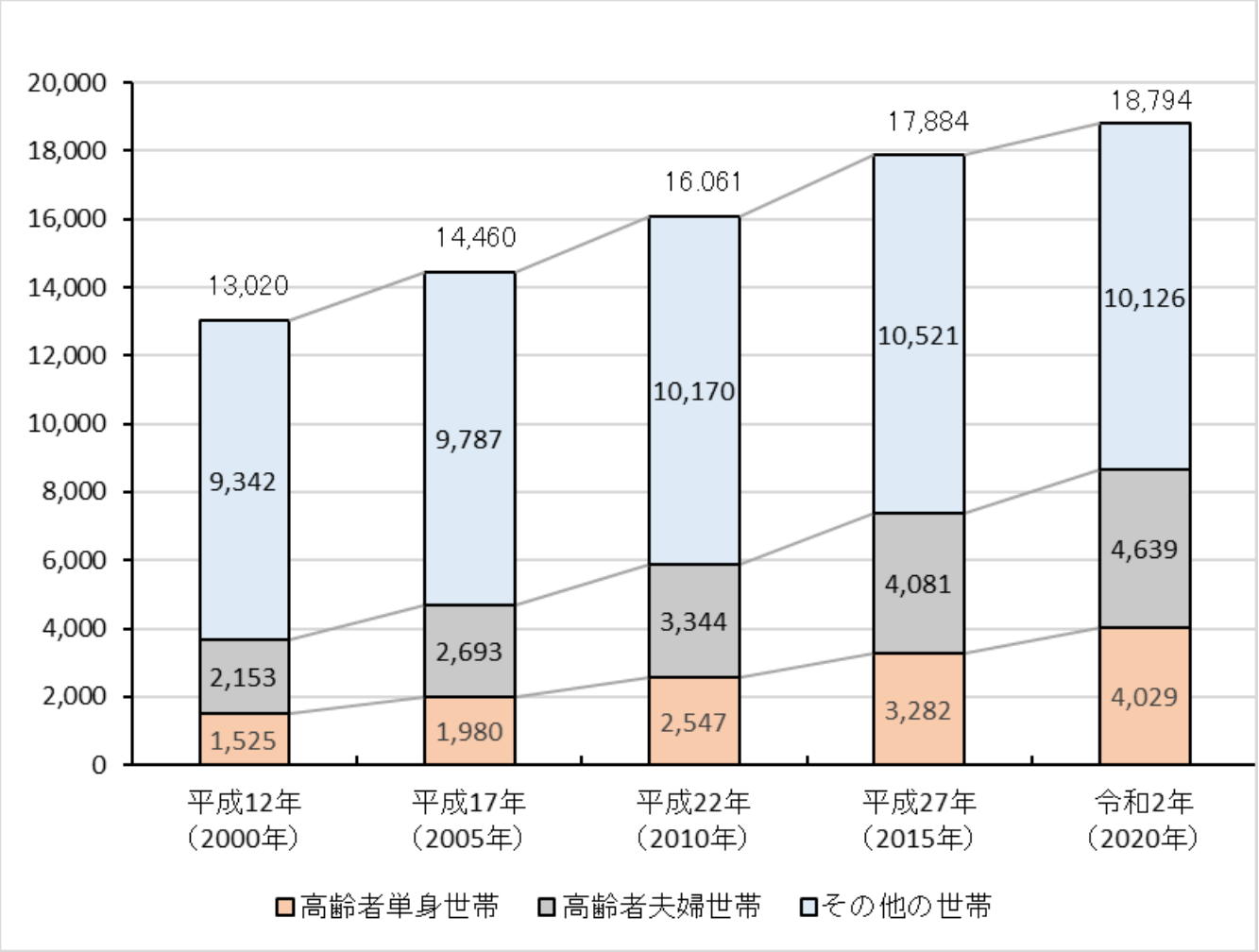


年齢	男	女	計
0～4	1,588	1,486	3,074
5～9	1,938	1,840	3,778
10～14	2,065	2,052	4,117
15～19	2,219	2,077	4,296
20～24	2,052	1,900	3,952
25～29	1,965	1,923	3,888
30～34	2,079	2,009	4,088
35～39	2,404	2,365	4,769
40～44	2,866	2,789	5,655
45～49	3,666	3,553	7,219
50～54	3,935	3,757	7,692
55～59	3,322	3,379	6,701
60～64	2,922	3,049	5,971
65～69	2,905	3,069	5,974
70～74	3,251	3,733	6,984
75～79	3,152	3,560	6,712
80～84	2,252	2,849	5,101
85～89	1,295	2,067	3,362
90～94	556	1,289	1,845
95～	169	606	775
合計	46,601	49,352	95,953

※安曇野市住民基本台帳（R6.4.1）

高齢者世帯数の状況

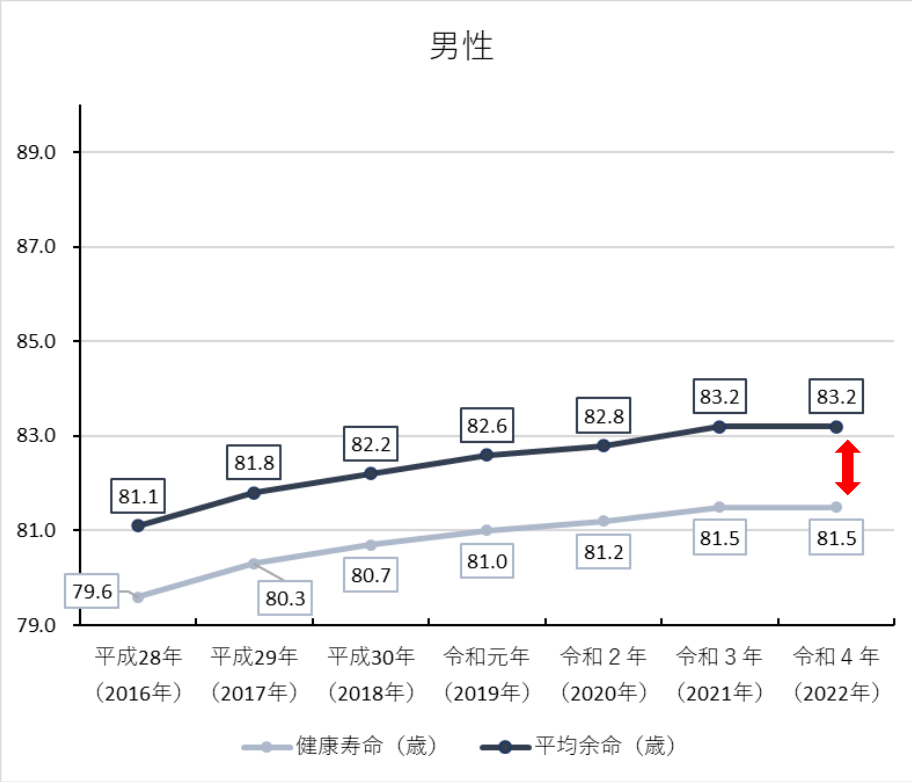
〇高齢者単身世帯は平成12年から令和2年の20年間で約2.6倍に増加

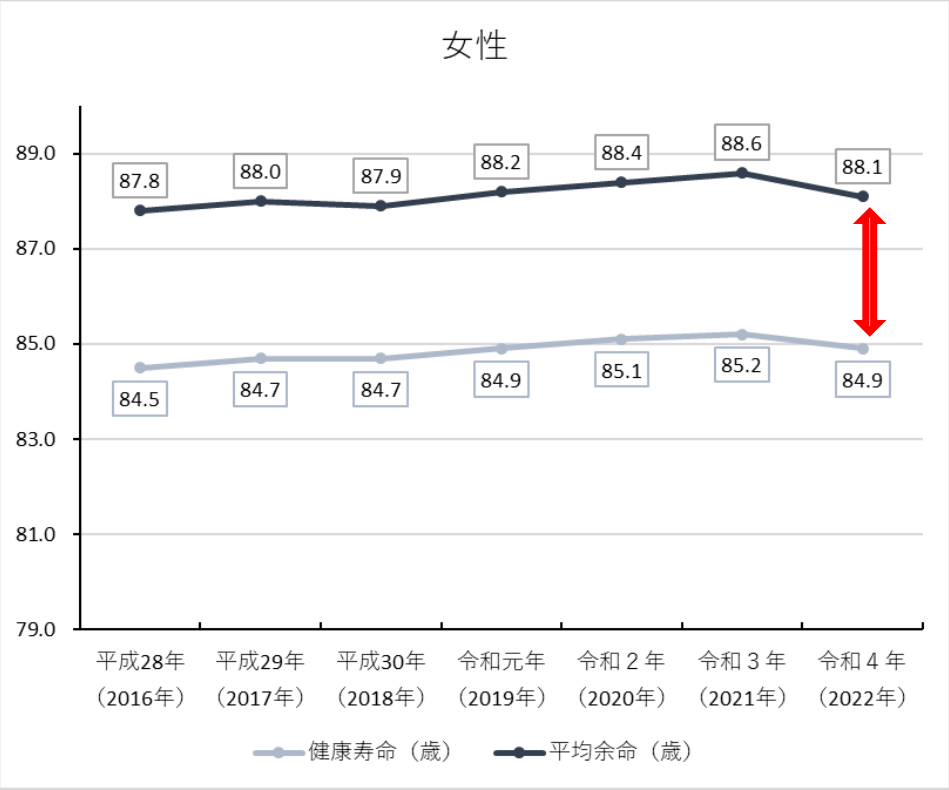


出典：第９期介護保険事業計画

安曇野市の健康寿命と平均余命

○健康寿命は、男性が81．5歳、女性が84．9歳、平均余命は男性が83．2歳、女性が88．1歳
○健康寿命と平均余命の差は男性が1．7年、女性が3．2年
○介護を要する期間（要介護2以上の期間）は女性のほうが男性よりも2倍程度長いことが推測される

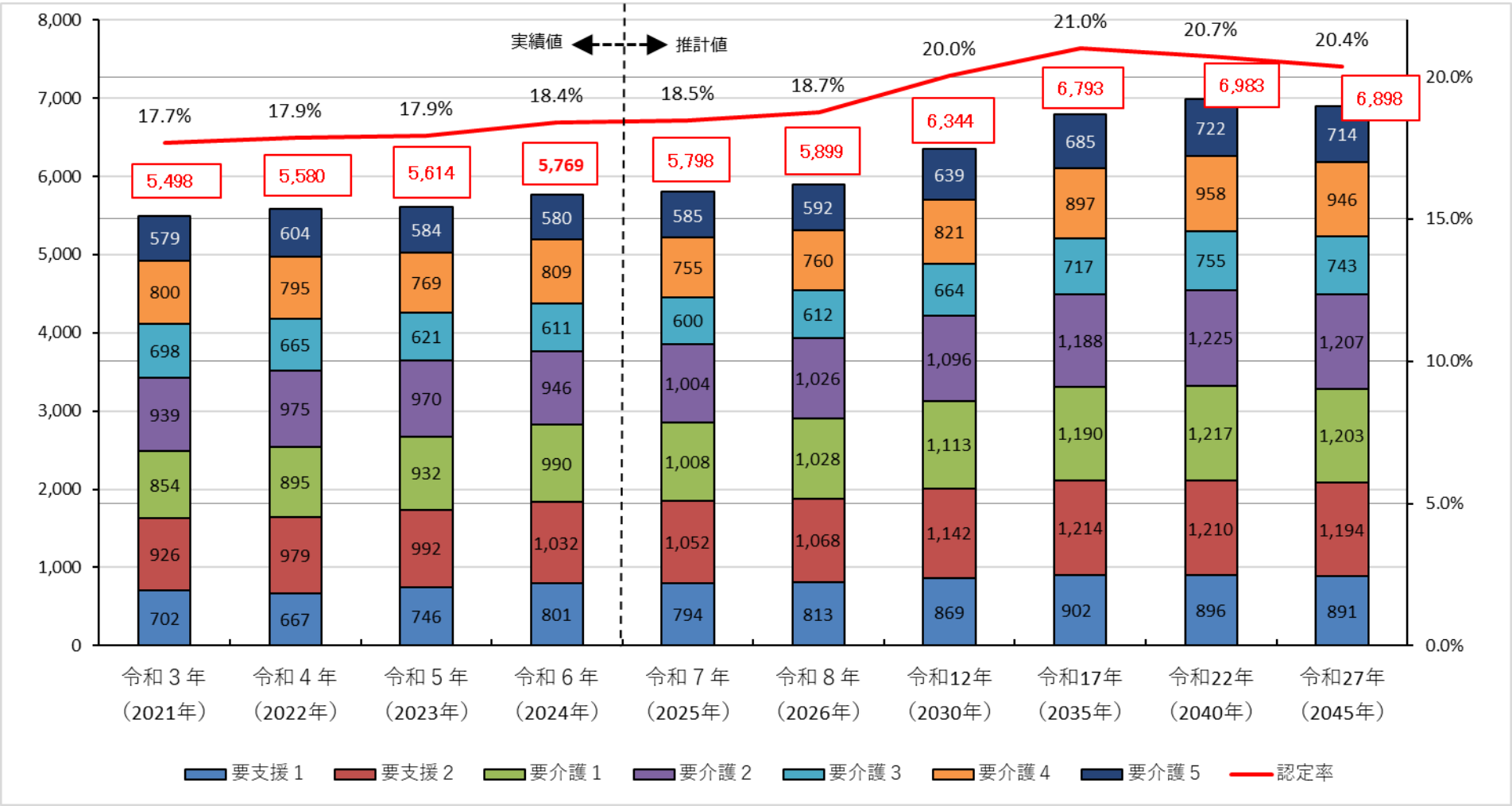




平均寿命とは・・・　0歳の時に何歳まで生きられるかを統計的に予測した「平均余命」のこと
健康寿命とは・・・日常生活に制限のない期間の平均（自分が健康であると自覚している期間の平均）

R6国保データベースシステム（KDB）より

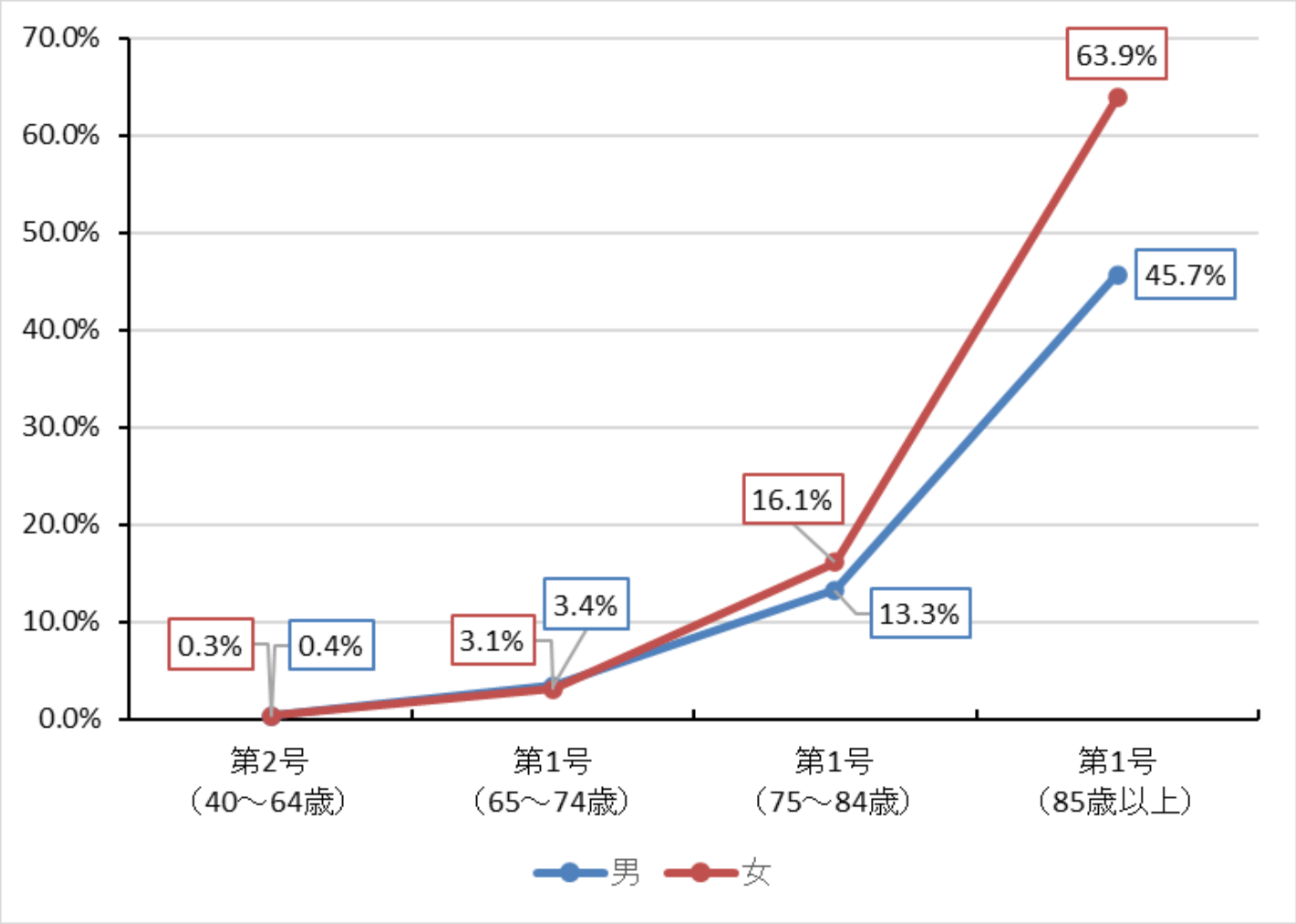
要支援・要介護認定者の状況と推計



出典：令和６年度までは介護保険事業状況報告（９月月報）
令和７年度以降は厚生労働省による国立社会保障・人口問題研究所推計からの補正データ

要支援・要介護認定者の年齢区分別・性別の状況

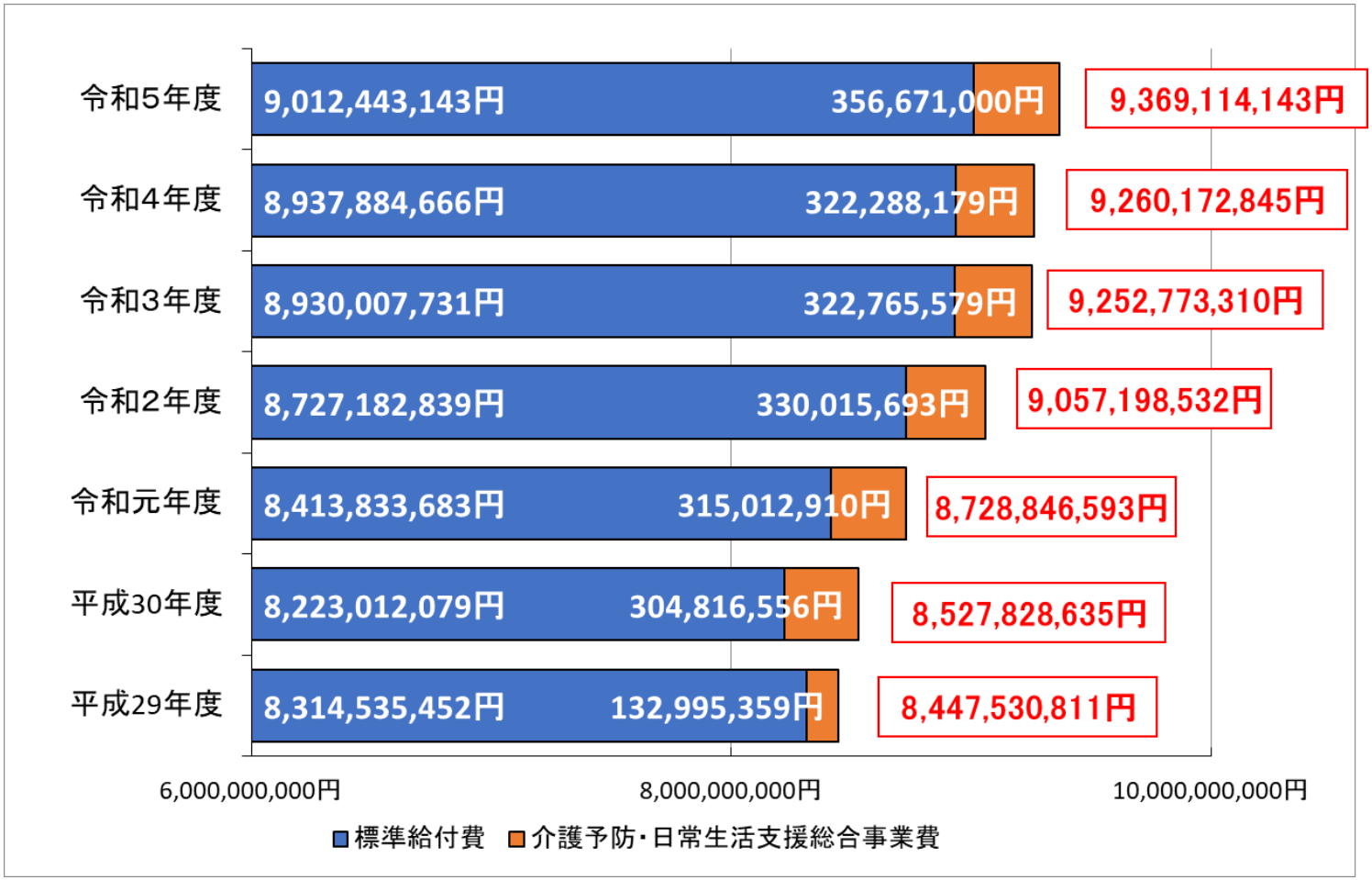
〇85歳以上で認定者数が急増し、女性は6割以上、男性は4割以上が認定を受けている
〇性別にみると、年齢が高くになるつれ、女性の割合が高くなっている



出典：介護保険事業状況報告（R6.9月月報）、年齢別人口は住民基本台帳（R9.9月）を用いる

介護費用の推移
（標準給付費と介護予防・日常生活支援総合事業費）

○令和5年度の介護費用は93.7億円
○平成17年度合併時の48.6億円より、およそ**1.9倍**に増加
○令和6年度の介護費用見込みは**99.2億円**



出典：R4まで、及びR6見込みは第９期介護保険事業計画、R5は安曇野市決算書に基づく

介護予防

〇「健康寿命」、「調整済み認定率」が指標。
〇健康寿命は、県平均とほぼ同じ。認定済み調整率は、県平均より高く、軽度者（要支援1，2）が高い。

1.自立期間が延長している□(できる期待がある)

1-1健康寿命が延びている

■健康寿命 平均自立期間（要介護2以上）		2020		2021		順位	県
◎	男性	80.7 歳	→	**81.0**	歳	38 位	81.1 歳
◎	女性	84.7 歳	→	**84.9**	歳	41 位	84.9 歳

1-2認定率が抑えられている

■調整済み認定率		2020		2021		順位	県
◎	【全体】	16.6 %	→	**16.8**	%	72 位	15.5 %
	【要支援１・２】	5.1 %	→	**5.1**	%		3.9 %
	【要介護１・２】	5.4 %	→	**5.6**	%		5.9 %
	【要介護３・４・５】	6.0 %	→	**6.1**	%		5.5 %

（出典）令和４年度　地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査分析シート　最終アウトカム

在宅医療・介護連携

○「在宅死亡率」が指標
○自宅及び老人ホームでの死亡率は、県平均より高い。

1.最期の迎えた方の選択肢があり、希望にあわせて選択することができる

1-1最期まで在宅を選択できやすい環境がある

■在宅死亡率	2014～2018年（5か年平均）	2016～2020年（5か年平均）	順位	県
◎ 自宅及び老人ホーム	23.7 % →	**25.6** %	35 位	24.7 %
自宅	13.2 % →	**13.9** %	27 位	12.6 %
老人ホーム	10.5 % →	**11.6** %	37 位	12.1 %
病院・診療所	70.5 % →	**68.3** %	32 位	70.0 %
介護老人保健施設	4.1 % →	**4.6** %	59 位	3.6 %
その他	1.7 % →	**1.6** %	－	1.8 %

◎年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を実感しながら暮らしている

主観的幸福感	2019	2022	n	順位	県
◎ 元気高齢者	7.27 点 →	**7.24** 点	1,042	19 位	7.14 点
◎ 居宅要支援・要介護者	6.21 点 →	**6.04** 点	1,628	63 位	6.15 点
居宅要支援	6.52 点 →	**6.30** 点	713	58 位	6.41 点
居宅要介護1・2	6.18 点 →	**5.96** 点	560	67 位	6.16 点
居宅要介護3・4・5	5.62 点 →	**5.63** 点	355	48 位	5.69 点

（出典）令和４年度　地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査分析シート　最終アウトカム

生活支援

〇「在宅生活の継続」、「生活支援サービス」、「認知症サポーター数」等が指標
〇要介護者の在宅サービス利用率、介護保険サービス以外のサービス利用は県平均より高い。

1.自立して活動できない身体状況になっても在宅生活を継続できる□できる期待がある)

1-1介護サービスを使いながら在宅生活が継続できている

■在宅サービス利用率	2021	2022	n	順位	県
◎ 要介護３以上の在宅サービス利用率	65.2 %	→ **73.7** %	1,975	26 位	72.7 %
在宅サービス利用率	85.4 %	→ **90.4** %	5,435	21 位	89.7 %

1-2元気なときも、介護が必要になっても、在宅療養に希望を持っている

■在宅療養・介護の希望割合	2019	2022	n	順位	県
◎【居宅】	60.6 %	→ **61.9** %	1,552	24 位	60.7 %
【元気】	41.4 %	→ **45.2** %	1,066	29 位	43.0 %

2.必要な生活支援サービスが利用できる

2-1介護保険サービス以外の支援・サービスを利用しながら在宅生活が送れている

■介護保険サービス以外の支援・サービスを利用している割合	2019	2022	n	順位	県
◎【元気】	1.3 %	→ **0.8** %	1,042	42 位	1.6 %
◎【居宅】	14.5 %	→ **18.2** %	1,529	39 位	17.9 %

2-2高齢者が生活支援サービスが充足を実感できている

■今後、介護や高齢者に必要な施策として「生活支援」を選択した割合	2019	2022	n	順位	県
【元気】	9.4 %	→ **9.7** %	1,022	36 位	10.8 %
◎【居宅】	9.2 %	→ **11.9** %	1,634	64 位	10.5 %

【参考】現在、利用している介護保険サービス以外の支援・サービス【2022】

	元気（%）	県（%）	対県	居宅（%）	県（%）	対県
配食	**37.5**	25.7	1.5	**30.4**	38.8	0.8
調理	**12.5**	10.7	1.2	**12.5**	9.1	1.4
掃除・洗濯	**25.0**	16.0	1.6	**27.8**	20.2	1.4
買い物	**37.5**	13.9	2.7	**21.2**	14.4	1.5
巡回販売や宅配	**25.0**	16.0	1.6	**12.5**	9.5	1.3
外出同行	**12.5**	9.6	1.3	**8.8**	11.1	0.8
ごみ出し	**25.0**	15.0	1.7	**19.4**	13.9	1.4
見守り、声かけ	**0.0**	11.8	0.0	**11.7**	8.6	1.4
移送サービス	**0.0**	21.4	0.0	**25.3**	31.7	0.8
通いの場	**0.0**	17.6	0.0	**5.1**	5.4	1.0
回答者数（人）	**8**	187	－	**273**	4,960	－

【参考】今後、介護や高齢者に必要な施策として「外出支援」を選択した割合【2022】

	2022	n	順位	県
【元気】	**23.5** %	1,022	35 位	23.5 %
【居宅】	**27.5** %	1,634	68 位	25.6 %

4.認知症があっても暮らし続けられる地域づくりが進んでいる

4-1認知症サポーターを活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援が行われている

■認知症サポーター・キャラバンメイト	2021	2022	順位	県
サポーター数	7,250 人	→ **7,394** 人		254,715 人
メイト数	129 人	→ **143** 人		4,809 人
◎ 総人口に占めるメイトとサポーターメイトの割合	7.6 %	→ **7.8** %	56 位	12.6 %
【参考】メイト+サポーター1人当たり担当高齢者人口	4.1 人	→ **4** 人	18 位	2.5 人
【参考】総人口10,000人当たりの講座開催回数□	23.6 回	→ **25** 回	60 位	42.7 回

	2022	65歳以上人口1,000人当たり	順位	県
認知症初期集中支援チーム対応件数	6 件	**0.2** 件	41 位	3.3 件

（出典）令和４年度　地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査分析シート　中間アウトカム

住まい

○「在宅生活の希望」、「住まいの選択と入所」が指標
○在宅サービス利用者の平均介護度は、県平均より高い。

1.希望者すれば、できるだけ長く在宅（自宅等）で生活を継続できる

1-1.元気なときも、介護が必要になっても、在宅療養に希望を持っている

■在宅療養・介護の希望割合	2019		2022	n	順位	県
◎【元気】	41.4 %	→	**45.2** %	1,066	29 位	43.0 %
◎【居宅】	60.6 %	→	**61.9** %	1,552	24 位	60.7 %

1-2.フォーマル、インフォーマルのサービスがあり、長く自宅等に住み続けられる

■自宅等で住み続けられている	2019		2022	n	順位	県
在宅ｻｰﾋﾞｽ利用者の平均要介護度	2.5	→	**2.6**	3,285	14 位 ★	2.4
特養入所希望者の平均要介護度	3.6	→	**3.9**	55	9 位 ★	3.6

■施設入所を希望する理由が「住まいの構造」が該当する割合	2019		2022	n	順位	県
◎【元気】	17.3 %	→	**12.0** %	133	27 位	15.3 %
◎【居宅】	22.3 %	→	**16.5** %	297	21 位	18.5 %

2.身体状況・経済状況に適した住まいを選択し、円滑に入所できている

2-1.特養に円滑に入所できている

■特養の入所希望者が少ない	2021		2022	順位	県
特養への入所希望者数	317 人	→	**218** 人		5,732 人
◎ 自宅・地域で暮らす要介護認定者に占める特養入所希望者	10.5 %	→	**6.6** %	22 位	7.9 %

< 松本 圏域> 待機率	2019		2022	n	県
特養新規入所者の1年以上の待機率	21.2 %	→	**13.0** %	207 人	**22.5 %**

参考：長野県の新規入所者の1年以上待機率	2019		2022	n	入所申込から入所まで1年以上の人数
特別養護老人ホーム：定員30人以上	22.5 %	→	21.8 %	1,181 人	257 人
地域密着型介護老人福祉施設	20.2 %	→	19.2 %	313 人	60 人
介護老人保健施設	1.7 %	→	4.4 %	564 人	25 人
介護療養型医療施設	0.0 %	→	- %	- 人	- 人
認知症高齢者グループホーム	9.5 %	→	6.6 %	424 人	28 人
養護老人ホーム	4.5 %	→	2.6 %	69 人	1 人
有料老人ホーム（特定施設）	3.2 %	→	2.1 %	386 人	8 人
有料老人ホーム（特定施設以外）	1.1 %	→	1.3 %	687 人	9 人
サービス付き高齢者向け住宅（特定施設）	1.9 %	→	0.0 %	46 人	0 人
サービス付き高齢者向け住宅（特定施設以外）	0.8 %	→	0.9 %	460 人	4 人
軽費老人ホーム（特定施設）	0.0 %	→	0.0 %	50 人	0 人
軽費老人ホーム（特定施設以外）	13.3 %	→	8.1 %	185 人	19 人
生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）	0.0 %	→	0.0 %	62 人	0 人

（出典）令和４年度　地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査分析シート　中間アウトカム

介護保険の信頼性

〇「被保険者・認定者数」、「サービス利用者数」の計画値と実績値から求める。
〇被保険者、認定者数、在宅サービス利用者数は計画どおりに進んでいる。

2.介護保険事業が計画どおり進んでいる

■被保険者・認定者数【2021】	計画値	実績	乖離	乖離率	判定	県
第1号被保険者数	30,378 人	30,505 人	127 人	0.4 %	A ★	0.2 %
要介護認定者数	5,410 人	5,393 人	-17 人	-0.3 %	A ★	-1.3 %
要介護認定率	17.8 %	17.7 %		-0.1 %	○	-0.3 %
■サービス利用者数【2021】	**計画値**	**実績**	**乖離**	**乖離率**	**判定**	**県**
施設サービス	11,136 人	10,394 人	-742 人	-6.7 %	C	-3.6 %
居住系サービス	3,984 人	3,761 人	-223 人	-5.6 %	B	-5.5 %
在宅サービス	131,808 人	129,146 人	-2,662 人	-2.0 %	A ★	-1.7 %
●地域支援事業費	44,328 万円	43,827 万円	-501 万円	-1.1 %	A ★	-2.2 %
介護予防・日常生活支援総合事業費	34,418 万円	32,277 万円	-2,141 万円	-6.2 %	C	-8.5 %
包括的支援事業及び任意事業	9,060 万円	10,810 万円	1,750 万円	19.3 %	D	11.7 %
在宅医療・介護連携推進事業	15 万円	0 万円	-15 万円	-100.0 %	-	-8.2 %
生活支援体制整備事業	722 万円	704 万円	-19 万円	-2.6 %	A ★	-5.4 %
認知症初期集中支援推進事業	51 万円	12 万円	-39 万円	-76.2 %	D	-11.8 %
認知症地域支援・ケア向上事業	54 万円	25 万円	-29 万円	-53.0 %	D	-6.8 %
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	0 万円	0 万円	0 万円	-100.0 %	-	72.9 %
地域ケア会議推進事業	8 万円	0 万円	-8 万円	-100.0 %	-	0.1 %

※「★」は上位15位やA判定や◎に表示。なお、実施自治体が15自治体より少ない場合は「★」と表示
【乖離率の判定】±3%以下は「A」、±3から±６%は「B」、±6から10%は「C」、±10%以上は「D」【要介護認定率の乖離の判定】－1%以下は「◎」、－1より大きく0%以下は「○」、０%より大きい場合は「△」

（出典）令和４年度　地域包括ケア体制の構築状況の見える化調査分析シート　中間アウトカム