

第9期 大町市高齢者福祉計画

いきいきシニアプラン おおまち

令和6年度～令和8年度



令和6年3月

長野県 大町市

目 次

第1章	計画の概要	
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の性格と位置づけ	2
3	計画の期間	2
4	他計画との連携	3
第2章	高齢者福祉を取り巻く状況	
1	人口等の推移と将来推計	4
2	要介護（要支援）認定者等の推移と将来推計	7
3	高齢者の暮らし	11
第3章	計画の骨子	
1	基本理念	15
2	基本目標	15
3	基本目標の推進に向けた施策の展開	16
第4章	重点施策の展開	
1	地域包括支援センターの機能強化	17
2	日常生活を支援する体制の整備	22
3	高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止の推進	30
4	認知症施策の推進	42
5	在宅医療・介護連携の推進	45
6	高齢者の権利擁護の推進	46
7	高齢者が住みやすい環境の整備	47
第5章	高齢者福祉計画に関する体制整備	
1	計画の周知	49
2	庁内の推進体制	49
3	関係団体との連携	49
	用語解説	50

1 計画策定の趣旨

わが国の高齢化率は、29.1%（総務省統計局 人口推計 令和5年9月17日現在）と、世界に類を見ないスピードで高齢化社会を迎えています。また、2025年（令和7年）には、団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が高齢者、5人に1人が75歳以上になることが予測され、医療や介護を必要とする方がますます増加することが考えられます。

大町市においても高齢化率は、令和5年4月1日現在、39.7%と高齢化が急速に進んでいる状況です。

前計画では、2025年を見据え、基本理念の「高齢者が住み慣れた地域で健康で安心して生活できる地域の実現」に向け、それまでの方向性を継承しつつ、限りある社会資源を効果的に活用しながら、介護サービスの確保に留まらず医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケア体制の構築を目指してきました。

本計画では、いわゆる「団塊の世代」の全ての人々が75歳以上となる2025年のみならず、「団塊ジュニア世代」が65歳以上になる2040年（令和22年）を見据えて、高齢者を取り巻く状況等の変化を踏まえ、介護が必要となっても住み慣れた地域で生活を続けられ、生活の場をできる限り変えることなく、それぞれの健康状態やライフスタイルに応じて自分らしくいきいきと暮らせるよう「地域包括ケア体制」の深化・推進を図ります。

こうした状況をふまえ、高齢者に対し、健康の保持や生活の安定のために必要な措置、介護予防事業の提供並びに高齢者世帯を対象とする福祉サービスの提供のほか、市民による自主的活動として実施される介護予防の取組支援等、高齢者に対する全般的な支援体制の確保を図ることを目的として、第9期大町市高齢者福祉計画「いきいきシニアプランおおまち」を策定します。



大町市キャラクターおおまびよん

2 計画の性格と位置づけ

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社会の実現を目的として、3年を一期として策定する計画で、老人福祉法第20条の8及び介護保険法第117条の規定により策定されます。

なお、本計画は介護保険法第117条に規定する「介護保険事業計画」と、一体的に策定することとされていますが、本市を含む5市町村で構成する北アルプス広域連合が介護保険事業計画を策定することから、これとの整合を図り、市が実施する地域支援事業及び高齢者福祉事業について計画を策定します。

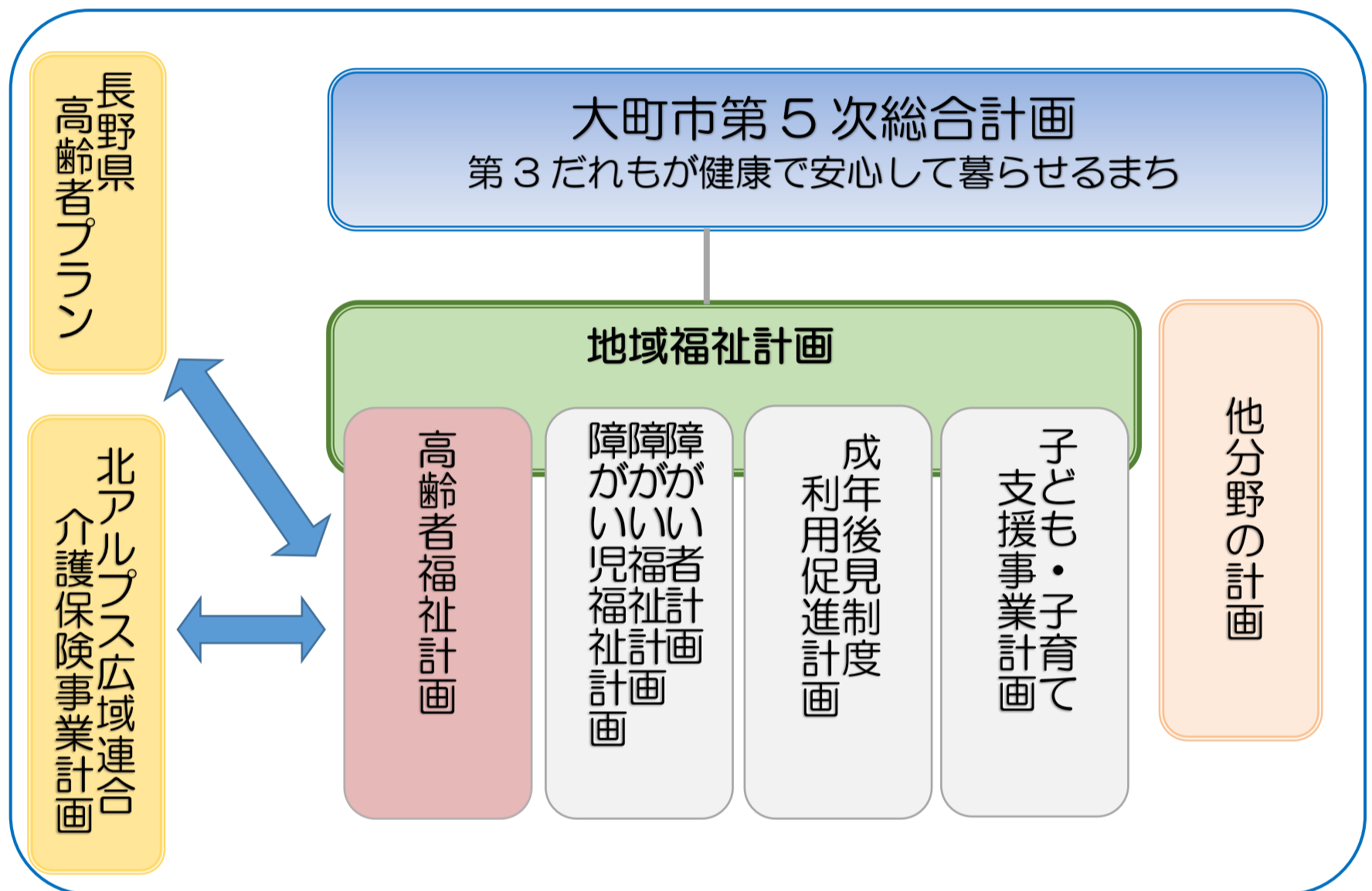
3 計画の期間

計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）までの3年間の計画とし、本計画は第9期となります。

年度	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029	R12 2030	R13 2031	R14 2032
大町市	第8期計画			第9期 高齢者福祉計画			第10期計画			第11期計画		
北アルプス広域連合	第8期計画			第9期 介護保険事業計画			第10期計画			第11期計画		
2025年を見据え2040年に向けた中長期的な視点の計画												

4 他計画との連携

本計画は、上位計画の大町市第5次総合計画の個別計画として位置づけられ、大町市が独自に策定している地域福祉計画、障がい者計画、健康増進計画、生涯学習計画などをはじめ、北アルプス広域連合が策定する介護保険事業計画及び長野県が策定する長野県高齢者プランとの整合を図ります。



1 人口等の推移と将来推計

(1) 将来人口の将来推計と高齢者人口の推移

現在、わが国は4人に1人が65歳以上のという超高齢化社会を迎え、高齢者人口の割合（高齢化率）は、世界的にも類を見ない速さで増えています。

大町市でも、令和5年4月1日現在の高齢化率は39.7%で、およそ3人に1人が65歳以上という超高齢化社会を迎えています。

人口推計では、令和15年の総人口は20,729人（令和5年と比較して15.4%減少）、高齢者人口は、8,951人（令和5年と比較して8.0%減少）まで減少し、加えて0歳～64歳までの人口も11,778人（令和5年と比較して20.3%減少）と減少が予想されていることから、高齢化は今後も進行し、43.2%まで上昇すると予測されます。

一方、高齢者人口は、団塊の世代（昭和22年～24年出生世代）が75歳以上の年齢層に達したことから、急激に増加しましたが、今後は減少傾向が予測されています。

▼将来人口の推計

(単位：人)

年度 年齢区分		令和5年	第9期計画期間			令和10年	令和15年
			令和6年	令和7年	令和8年		
年少人口	0～14歳	2,242	2,172	2,091	1,985	1,949	1,693
生産年齢人口	15～39歳	4,425	4,370	4,243	4,009	3,970	3,727
	40～64歳	8,105	8,006	7,852	7,664	7,503	6,358
0歳～64歳人口の計		14,772	14,548	14,186	13,658	13,422	11,778
高齢者人口	65～74歳 (前期)	4,124	3,885	3,657	3,261	3,377	3,352
	75歳以上 (後期)	5,609	5,745	5,895	5,981	5,881	5,599
高齢者人口の計		9,733	9,630	9,552	9,242	9,258	8,951
合計		24,505	24,178	23,738	22,900	22,680	20,729
高齢化率 (%)		39.7%	39.8%	40.2%	40.4%	40.8%	43.2%

※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推計値による) ※各年4月1日時点の人口

▼高齢者人口の推移

(単位：人)

年度 年齢	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
65～69歳	2,354	2,142	1,975	1,830	1,759
70～74歳	2,129	2,314	2,511	2,546	2,365
前期高齢者計	4,483	4,456	4,486	4,376	4,124
75～79歳	1,888	1,918	1,743	1,747	1,863
80～84歳	1,542	1,499	1,449	1,500	1,545
85～89歳	1,222	1,212	1,237	1,199	1,169
90～94歳	652	693	734	746	742
95歳以上	181	200	249	284	290
後期高齢者計	5,485	5,522	5,412	5,476	5,609
合計	9,968	9,978	9,898	9,852	9,733
高齢化率 (%)	38.1%	38.9%	39.1%	39.6%	39.7%
総人口	26,151	25,740	25,254	24,861	24,505

※長野県毎月人口異動調査年齢別人口

※各年4月1日時点の人口

(2) 高齢者世帯の推移

一人暮らし世帯、高齢者のみの世帯の合計は、令和5年度には4,459世帯と5年間で248世帯(5.9%)増加しています。

(単位：世帯)

年度 年齢	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
一人暮らし世帯	2,368	2,418	2,484	2,515	2,545
高齢者のみ世帯	1,843	1,864	1,881	1,916	1,914
合計	4,211	4,282	4,365	4,431	4,459

2 要介護（要支援）認定者等の推移と将来推計

(1) 介護保険被保険者数の推計

1号被保険者のうち前期高齢者（65～74歳）及び2号被保険者（40歳～64歳）は、今後減少していくと予測されます。

一方で、後期高齢者（75歳以上）は、令和8年まで上昇しその後減少すると予測されます。

被保険者全体では、令和5年度以降は減少傾向にあり、令和15年の被保険者数は15,309人と、令和5年度と比較して2,529人（14.2%）減少すると予測されています。

（単位：人）

年齢区分		年度	令和5年	第9期計画期間			令和10年	令和15年
				令和6年	令和7年	令和8年		
2号	40～64歳		8,105	8,006	7,852	7,664	7,503	6,358
1号	65～74歳 （前期）		4,124	3,885	3,657	3,261	3,377	3,352
	75歳以上 （後期）		5,609	5,745	5,895	5,981	5,881	5,599
	計		9,733	9,630	9,552	9,242	9,258	8,951
被保険者数合計			17,838	17,636	17,404	16,906	16,761	15,309

※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推計値による）

※各年4月1日時点の被保険者数

(2) 要介護・要支援認定者・総合事業対象者数の推計

65歳以上の市民の内、要支援及び介護認定を受けている人は、令和5年度は1,743人で、高齢者人口に占める割合は17.9%です。

要支援及び介護認定を受ける人は、今後減少し、令和15年度には1,710人(令和5年度比2%減少)になると予測されています。

(単位：人)

年齢区分		年度 令和5年	第9期計画期間			令和15年
			令和6年	令和7年	令和8年	
総合事業対象者		99	99	101	101	107
要支援	要支援1	119	121	124	118	121
	要支援2	212	209	210	209	206
	要支援計(A)	331	330	334	327	327
要介護	要介護1	408	402	398	398	398
	要介護2	288	288	288	292	284
	要介護3	270	276	274	277	263
	要介護4	247	253	250	253	244
	要介護5	199	201	198	195	194
	要介護計(B)	1,412	1,420	1,408	1,415	1,383
合計(C)=(A+B)		1,743	1,750	1,742	1,742	1,710
高齢者人口 (D)		9,733	9,630	9,552	9,242	9,258
要介護認定率 (C/D)		17.9%	18.1%	18.2%	18.8%	18.4%

※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推計値による)

(3) 年齢別の要介護・要支援認定者数の推計

令和5年度の要介護・要支援認定率を前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）で比較すると、後期高齢者は前期高齢者の約9倍となっており、年齢を重ねるとともに日常生活に支障が起こる可能性が高いことがわかります。

▼前期高齢者（65～74歳）

（単位：人）

年齢区分		年度 令和5年	第9期計画期間			令和15年
			令和6年	令和7年	令和8年	
要支援	要支援1	12	12	14	8	8
	要支援2	22	22	21	20	18
	要支援計(A)	34	34	35	28	26
要介護	要介護1	36	32	29	28	27
	要介護2	15	12	12	13	11
	要介護3	18	18	15	16	16
	要介護4	12	13	11	11	10
	要介護5	16	14	13	12	11
	要介護計(B)	97	89	80	80	75
合計(C)=(A+B)		131	123	115	108	101
前期高齢者人口 (D)		4,124	3,885	3,657	3,261	3,352
要介護認定率 (C/D)		3.2%	3.2%	3.1%	3.3%	3.0%

※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推計値による)

▼後期高齢者（75歳以上）

（単位：人）

年齢区分		年度	第9期計画期間			令和15年
			令和5年	令和6年	令和7年	
要支援	要支援1	107	109	110	110	113
	要支援2	190	187	189	189	188
	要支援計(A)	297	296	299	299	301
要介護	要介護1	372	370	369	370	371
	要介護2	273	276	276	279	273
	要介護3	252	258	259	261	247
	要介護4	235	240	239	242	234
	要介護5	183	187	185	183	183
	要介護計(B)	1,315	1,331	1,328	1,335	1,308
合計(C)=(A+B)		1,612	1,627	1,627	1,634	1,609
後期高齢者人口 (D)		5,609	5,745	5,895	5,981	5,599
要介護認定率 (C/D)		28.7%	28.3%	27.6%	27.3%	28.7%

※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推計値による)

3 高齢者の暮らし

(1) 福祉施設・高齢者の住まいの推移

社会情勢の変化や、様々な理由で自宅での生活が継続できなくなった方の住まいも変化しており、近年は、民間事業者による有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅の整備なども進んでいます。

▼福祉施設・高齢者向けの住まいの推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
養護老人ホーム	28	30	31	29	32 (見込)
有料老人ホーム	24 (1)	24 (1)	24 (1)	24 (1)	24 (1)
サービス付 高齢者向け住宅	89 (4)	89 (4)	105 (4)	105 (4)	105 (4)
ケアハウス	30 (1)	30 (1)	30 (1)	50 (1)	50 (1)

※養護老人ホームは入所者数 (単位：人)

有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅・ケアハウスは整備数

(単位：室・施設)

(2) 社会参加、就労活動の推移

シニアクラブ及びシルバー人材センターの会員数は、高齢者の雇用機会の拡大など近年の社会情勢の変化に伴い、減少傾向にあります。

▼シニアクラブ数・会員数の推移

(単位：クラブ、人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
クラブ数	28	25	22	21	18
会員数	1,205	1,147	1,036	959	780

各年度4月1日現在

▼シルバー人材センター会員数の推移

(単位：人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
会員数	233	226	222	196	201

各年度4月1日現在

(3) 高齢者の健康

① 介護が必要な期間

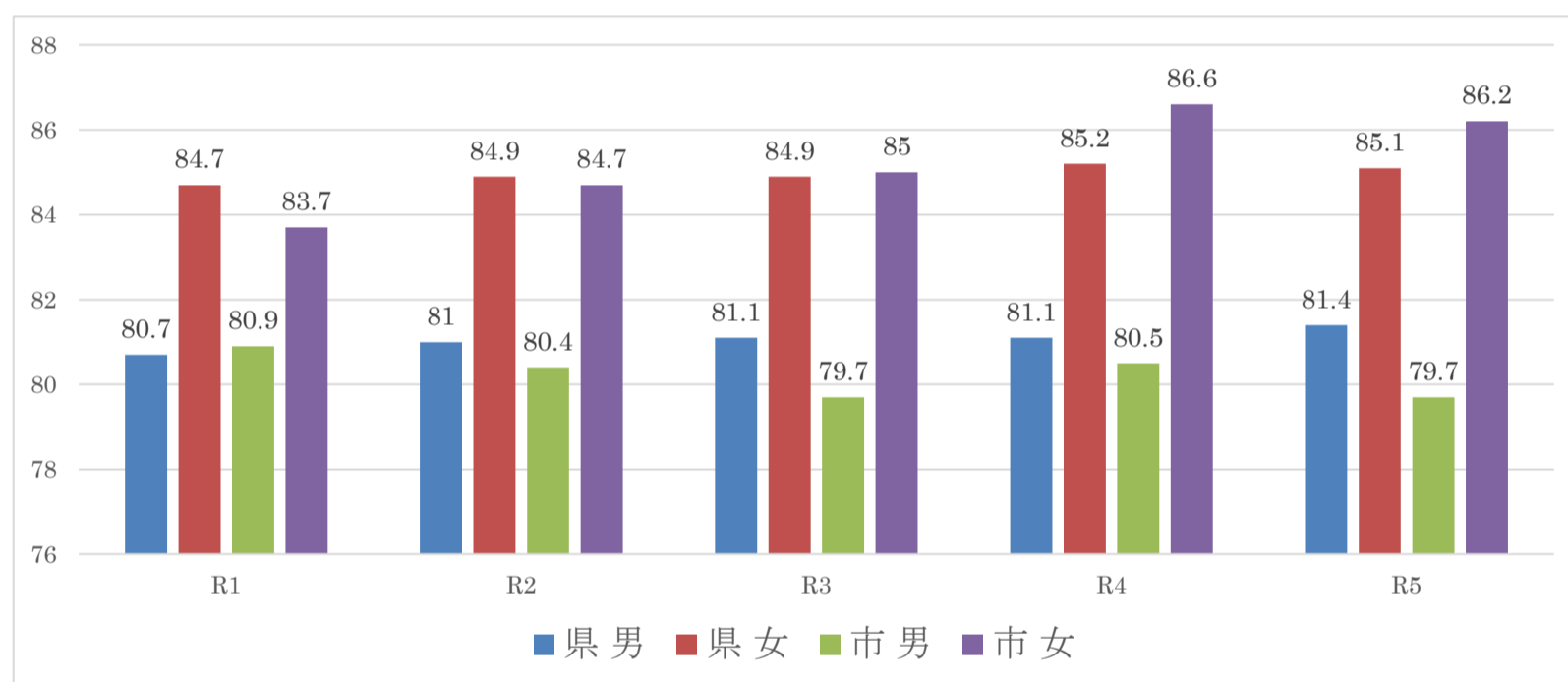
介護予防の目的の一つに健康寿命の延伸による社会保障費の縮減があり、指標として要介護期間が用いられています。

要介護期間は、健康寿命（要介護1までを、自立した生活が可能な健康な期間と捉え、要介護2以上を不健康と捉え集計した数値）と、平均寿命の差は、第8期計画期間の令和3年と5年を比較すると、男性は令和3年、5年ともに1年半ですが、女性は令和3年が3.6年（約3年7か月）、令和5年が3.8年（約3年10か月）と約3か月延伸しています。

また、女性の健康寿命は80代後半まで延伸し、県平均より長くなっています。

▼健康寿命の推移

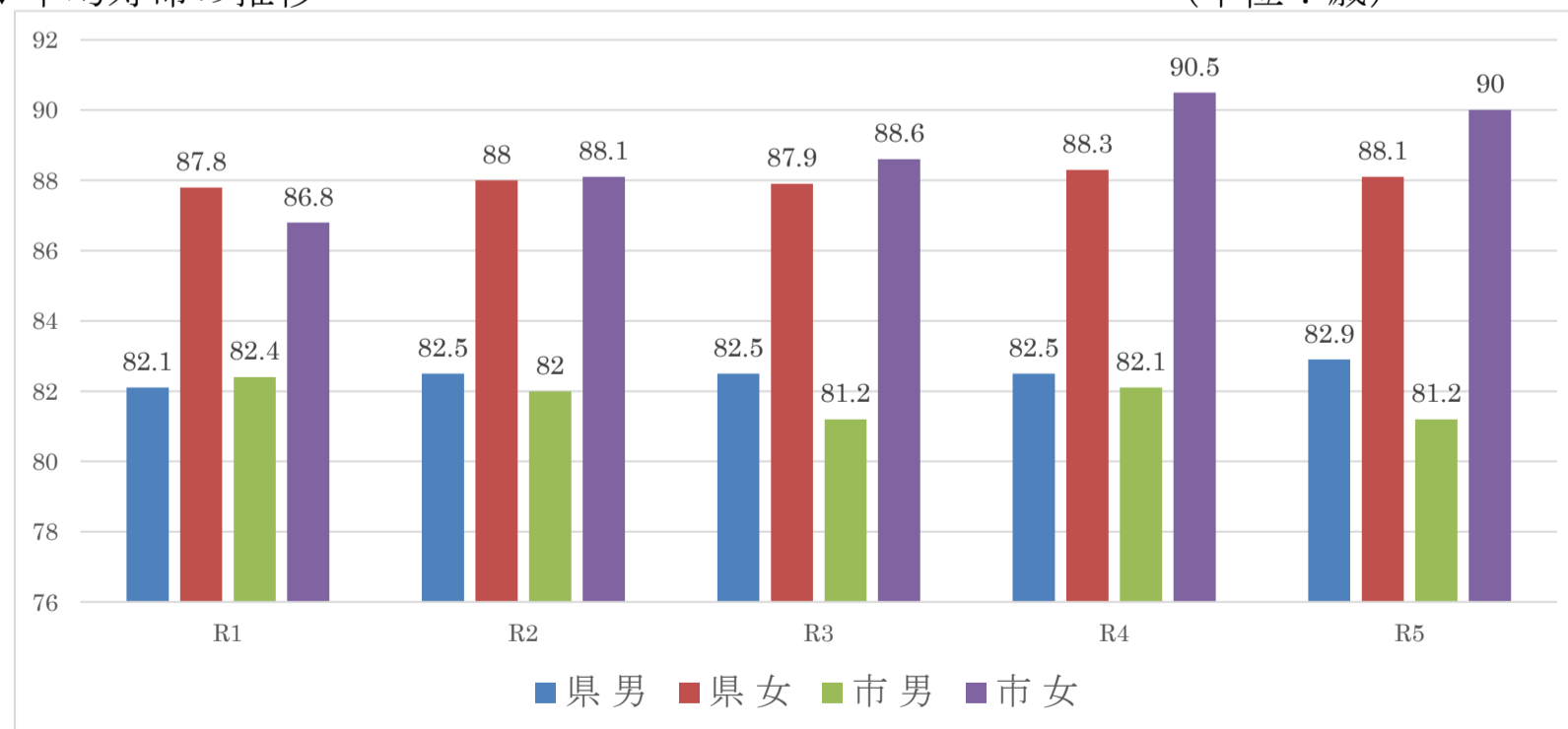
(単位：歳)



※ KDB システム R5 は 10 月末暫定値

▼平均寿命の推移

(単位：歳)



※ KDB システム R5 は 10 月末暫定値

② 要介護認定原因疾患

要介護状態に至った原因疾患をみると、75歳以上は認知症が1位となっていますが、令和2年度末の75～84歳の原因疾患の1位は脳血管疾患であったことから順位の逆転が起きている。

▼要介護認定原因疾患

	2号被保険者			1号被保険者								
	～64歳			65～74歳			75～84歳			85歳～		
	疾患名	人数	%	疾患名	人数	%	疾患名	人数	%	疾患名	人数	%
1位	脳血管疾患	11	61.1	脳血管疾患	33	27.5	認知症	101	24.3	認知症	309	26.5
2位	骨・関節	2	1.1	精神疾患	13	10.8	脳血管疾患	74	17.8	骨・関節	267	22.9
3位	難病	2	1.1	認知症	10	8.3	骨・関節	57	13.7	脳血管疾患	153	13.1
認定者総計		18			120			416			1,167	

※令和5年3月末北アルプス広域連合介護認定情報

③ 後期高齢者の人工腎臓透析実施者の原因疾患

人工腎臓透析の導入は、個人の生活への影響が大きく、また、社会保障の観点からは長期に高額な医療費となることから、予防可能な原因疾患については積極的な介入が必要と考えられます。

後期高齢者の人工透析実施者の原因疾患は、高血圧が原因となる腎硬化症と糖尿病性腎症を合わせ約7割を占めており、これら2大疾患の多くは若年層からの生活習慣の改善により予防可能と考えられます。

また、腎硬化症が減り糖尿病性腎症の占める割合が増え、糖尿病性腎症を原因とした透析開始年齢は5年早くなっています。

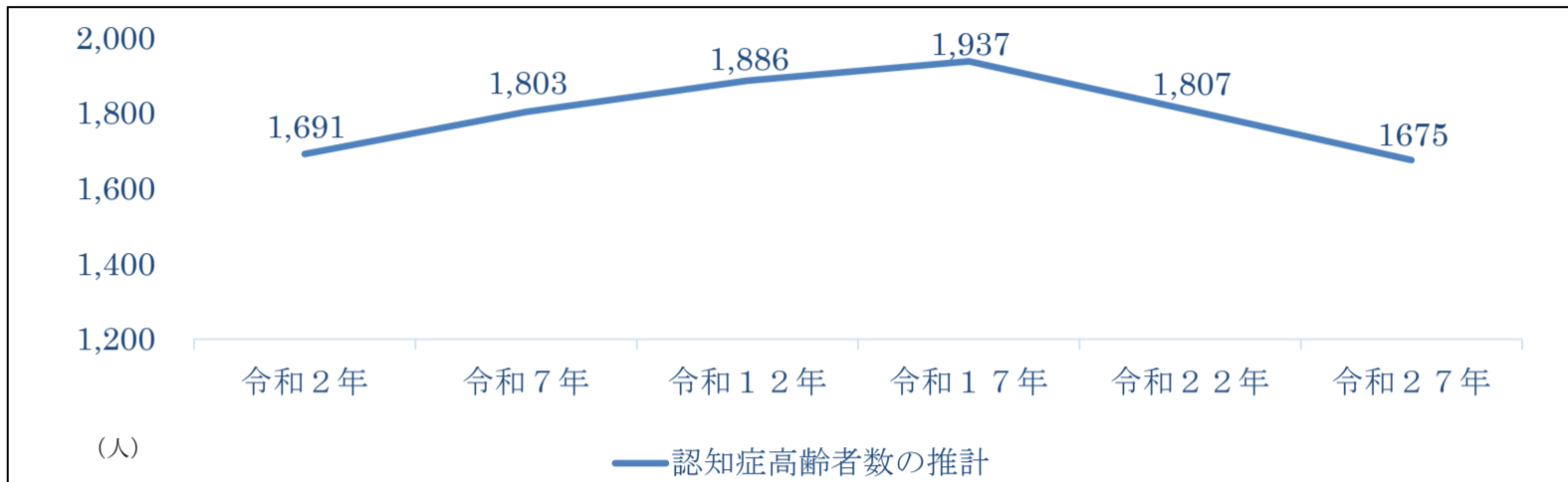
▼人工腎臓透析に至る原因疾患

原因疾患	人数		割合		要介護認定者		平均開始年齢	
	令和2年	令和5年	令和2年	令和5年	令和2年	令和5年	令和2年	令和5年
腎硬化症	13	11	43.3	35.5	5	4	78	79
糖尿病性腎症	6	10	20	32.3	5	7	78	73
糸球体腎炎	9	4	30	12.9	5	0	77	71
その他	2	6	6.7	19.4	1	1	—	—

※令和2年12月、令和5年11月 身体障がい者手帳交付台帳

(4) 認知症の人の将来推計

厚生労働省の調査研究事業によると、平成24年度の認知症患者数は462万人で65歳以上の高齢者の7人に1人でしたが、令和7年には約700万人、5人に1人になると見込まれています。この内容に基づいて大町市の認知症患者数を推計すると、令和7年には約1,800人になると見込まれます。

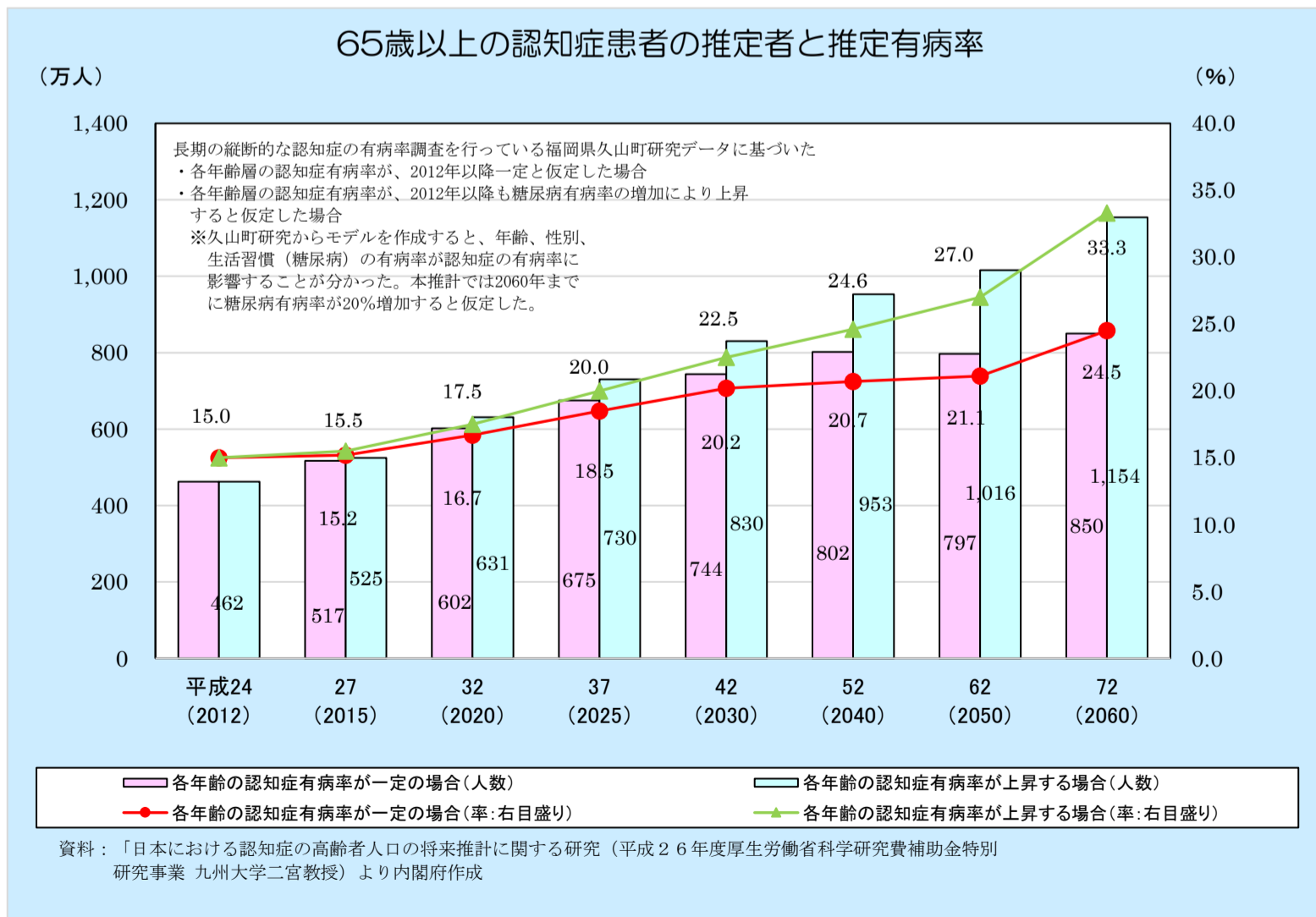


	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年
65歳以上人口の推計(※1)	10,128	9,748	9,337	9,050	8,729	8,211
認知症の推定有病率(※2)	16.7%	18.5%	20.2%	21.4%	20.7%	20.4%
認知症高齢者数の推計	1,691	1,803	1,886	1,937	1,807	1,675

※1 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（令和5（2023）年推計）」

※2 厚生労働省「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）

※ 出展：内閣府「平成29年版高齢社会白書（概要版）」



第3章 計画の骨子

1 基本理念

高齢者の多くは、介護が必要となっても住み慣れた地域で生活を続けたいという希望を持っています。生活の場をできる限り変えることなく、それぞれの健康状態やライフスタイルに応じて、自分らしくいきいきと暮らせる環境づくりが必要です。

第9期大町市高齢者福祉計画年度中の2025年を見据え、前々回から計画に掲げる基本理念「高齢者が住み慣れた地域で健康で安心して生活できる地域の実現」を本計画でも継承していきます。

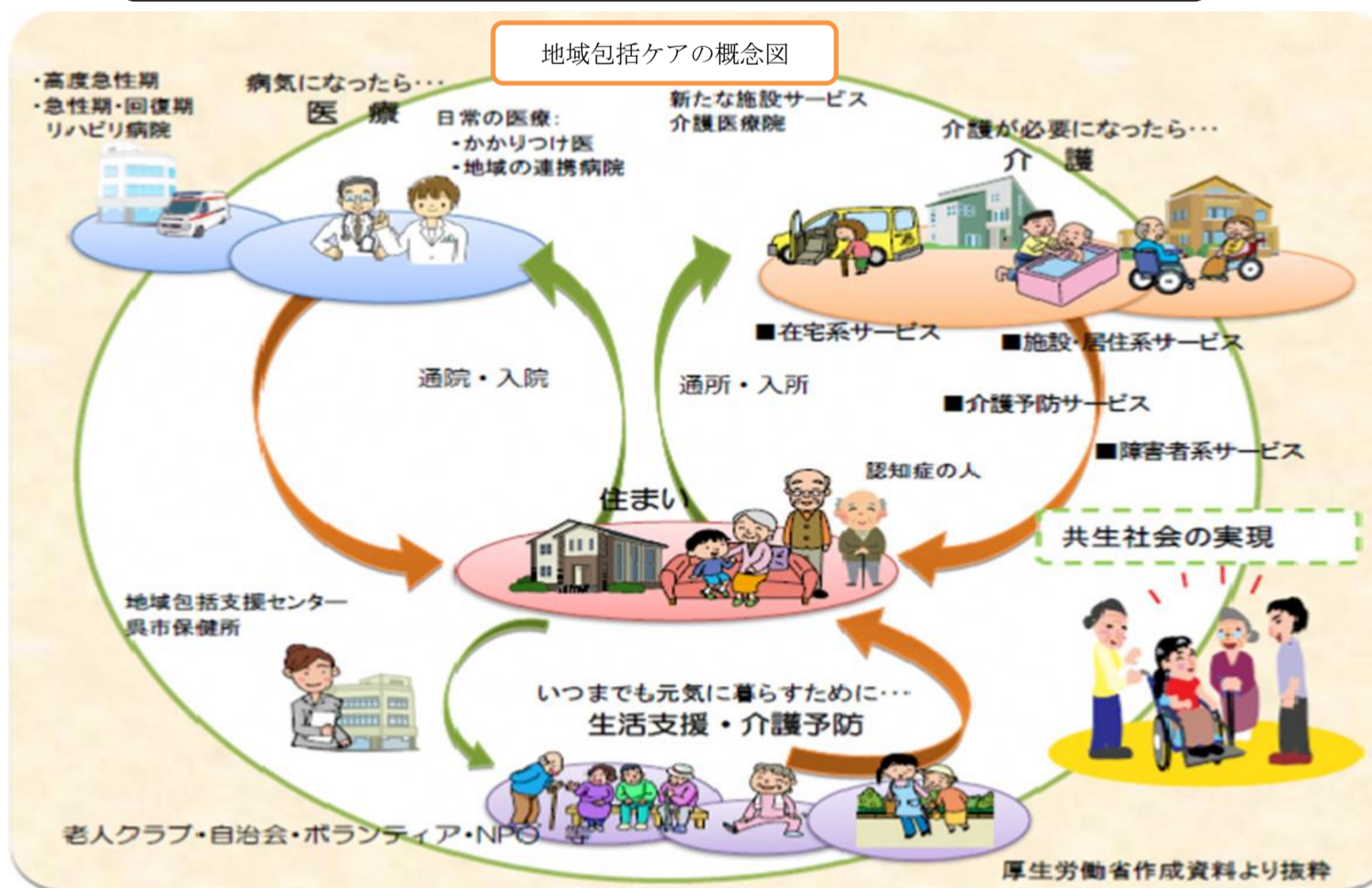
更に、その先の2040年を見据えたうえで、ともに生き、地域で支え合う輪を広げ、誰もが地域の中で安心して笑顔で暮らすことができる地域共生社会の実現を目指します。

**高齢者が住み慣れた地域で
健康で安心して生活できる地域の実現**

2 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、包括的な支援体制の構築につなげます。

地域包括ケアシステムの深化・推進



3 基本目標の推進に向けた施策の展開

団塊の世代が75歳以上となる2025年、更には団塊ジュニアが65歳以上となる2040年にかけて高齢化率はますます高まることが予想され、介護ニーズの高い高齢者が急速に増加することが見込まれます。また、現役世代人口の減少により、介護の支え手不足が大きな課題となっており、ともに支え合う地域づくりがますます必要とされます。

こうした背景から、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援サービスを一体的に提供するとともに、地域の事業者や関係機関または住民が連携し、地域全体で高齢者を支える「地域包括ケア体制」を更に推進していく必要があります。

このため、市内2か所の地域包括支援センターを中心とした地域ネットワークを構築し、地域住民や地域の多様な実施主体が「我が事」として、また、世代や分野を超えて「丸ごと」つながる地域共生社会の実現に向け、身近な地区における包括支援体制の充実・強化を図ります。

施策の展開にあたっては、北アルプス広域連合が作成する「第9期介護保険事業計画」の内容と整合性を図り施策を展開するものとし、計画期間中の基本目標を実現するため、次の重点施策を展開します。

- (1) 地域包括支援センターの機能強化
- (2) 日常生活を支援する体制の整備
- (3) 高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止の推進
- (4) 認知症施策の推進
- (5) 在宅医療・介護連携の推進
- (6) 高齢者の権利擁護の推進
- (7) 高齢者が住みやすい環境の整備

1 地域包括支援センターの機能強化

専門人材の確保などの課題への対応と民間の活力活用の観点から、令和5年度から、それまで市直営の大町市地域包括支援センターが担当していた業務を北部・南部の両地域包括支援センターに委譲しました。市福祉課には高齢者・包括支援係を設置し、総合相談窓口や事業所の後方支援、地域支援事業、高齢者福祉事業など基幹的な業務を担っています。

また、地域包括ケア体制の構築に向け、地域資源の把握や予防活動の促進などに取り組んできましたが、中核となる地域包括支援センターの更なる機能強化を図ることにより、地域のセーフティネットを充実し、高齢者が安全・安心に暮らせる住まいや生活環境の確保に努めます。

(1) 日常生活圏域の設定

高齢者からの相談等に素早く対応し、住み慣れた地域で安心して生活していただけるように、小学校区を基準に2つの日常生活圏域（北部・南部）を設定しています。

各圏域ごとに地域包括支援センターを設置し、健康・介護・福祉など様々な面から高齢者の生活を支えています。



▼日常生活圏域

生活圏域	対象地区
北部	大町地区のうち 三日町、俵町、不二塚町、大黒町、相生町、九日町、六九町、幸町、名店街、上仲町、下仲町、八日町、仁科町、高見町、桜田町、南原町、堀六日町、白塩町、山田町、北山田町、宮田町、大原町、若原町、栄町、大原2号団地、中原町、東中原町、北原町、十日町、高根町、和町 平地区、美麻地区
南部	大町地区のうち 神栄町、五日町、旭町、日の出町、光明町、東町、下白塩町、大新田町、東若宮町、西若宮町、若宮町 常盤地区、社地区、八坂地区

▼日常生活圏域ごとの高齢者人口・世帯等の状況

(単位：人)

日常生活圏域	北 部	南 部	大町市合計
総人口	13,805	12,076	25,881
高齢者人口	5,564	4,501	10,065
高齢化率	40.3%	37.3%	38.9%
要介護認定者数	895	826	1,721
要支援1・2	171	167	338
要介護1～5	724	659	1,383
認定者の割合 (%)	16.1%	18.4%	17.1%
世帯数	6,453	5,495	11,948
高齢者のみ世帯	2,505	1,954	4,459
うち一人暮らし 世帯数	1,392	1,153	2,545
高齢者のみ世帯の割合	38.8%	35.6%	37.3%
担当地域包括名	北部地域包括 支援センター	南部地域包括 支援センター	

北アルプス広域連合第9期介護保険事業計画より抜粋引用

(2) 総合相談支援

○ 現状

高齢者等から寄せられる介護保険や医療・保健・福祉などの様々な相談を受け、内容に応じたサービスの調整や支援を行います。また、市民の利便性向上、相談の効率化と地域包括支援センターの負担軽減のための一次相談窓口（ブランチ）を、市立大町総合病院と社会福祉協議会それぞれの居宅介護支援事業所に設置するほか、八坂・美麻両支所は地域住民の身近な窓口として相談窓口機能を継続します。

■ 今後の方針

団塊世代の高齢化により介護保険をはじめとする相談ニーズの増加が見込まれるため、ブランチのPRを行い相談体制の充実を図ります。

▼総合相談延べ数

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
福祉課	目標	1,000	1,100	1,200	1,550	1,600	1,650
高齢者・包括支援係	実績	1,172	1,123	1,500	—	—	—
北部地域	目標	1,600	1,650	1,700	1,850	1,900	1,950
包括支援センター	実績	1,785	1,773	1,800	—	—	—
南部地域	目標	500	550	600	650	700	750
包括支援センター	実績	280	567	600	—	—	—
ランチ (大町病院居宅)	目標			50	50	55	60
	実績			40	—	—	—
ランチ (社会福祉協議会)	目標			50	50	55	60
	実績			40	—	—	—

注 福祉課高齢者・包括支援係は4年度まで大町市地域包括支援センター

(3) 介護予防サービスの利用支援（介護予防ケアマネジメント）

○ 現状

要支援認定者や事業対象者の重度化防止のため、高齢者自らの選択に基づくサービスが適切かつ効果的に提供されるよう、必要な支援を行います。日常生活上の目標を明確にした上で、高齢者・家族・支援者が目標を共有し、定期的な評価を重ねることにより、高齢者自身の意欲を引き出し、自主的な取組につながるよう支援します。

■ 今後の方針

高齢化の進行に伴い、地域包括支援センターの負担増大が予測されることから、必要に応じ人的配置を含む機能強化を図ります。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント

○ 現状

個々の高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントの実施を、支援し、ケアマネジャーの技術向上のため、地域包括支援センターでは日常的な個別指導や支援困難事例等への指導・助言、実践力向上研修を実施しています。

■ 今後の方針

継続的なケアマネジャーへの支援を実施するとともに、社会状況の変化に応じて必要とされるテーマについて実践力向上研修を行い、ケアマネジャーの後方支援や、多職種連携・協働を推進します。

▼実践力向上研修

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	2	2	2	2	2	2
	実績	2	2	2	—	—	—

(5) 地域ケア会議

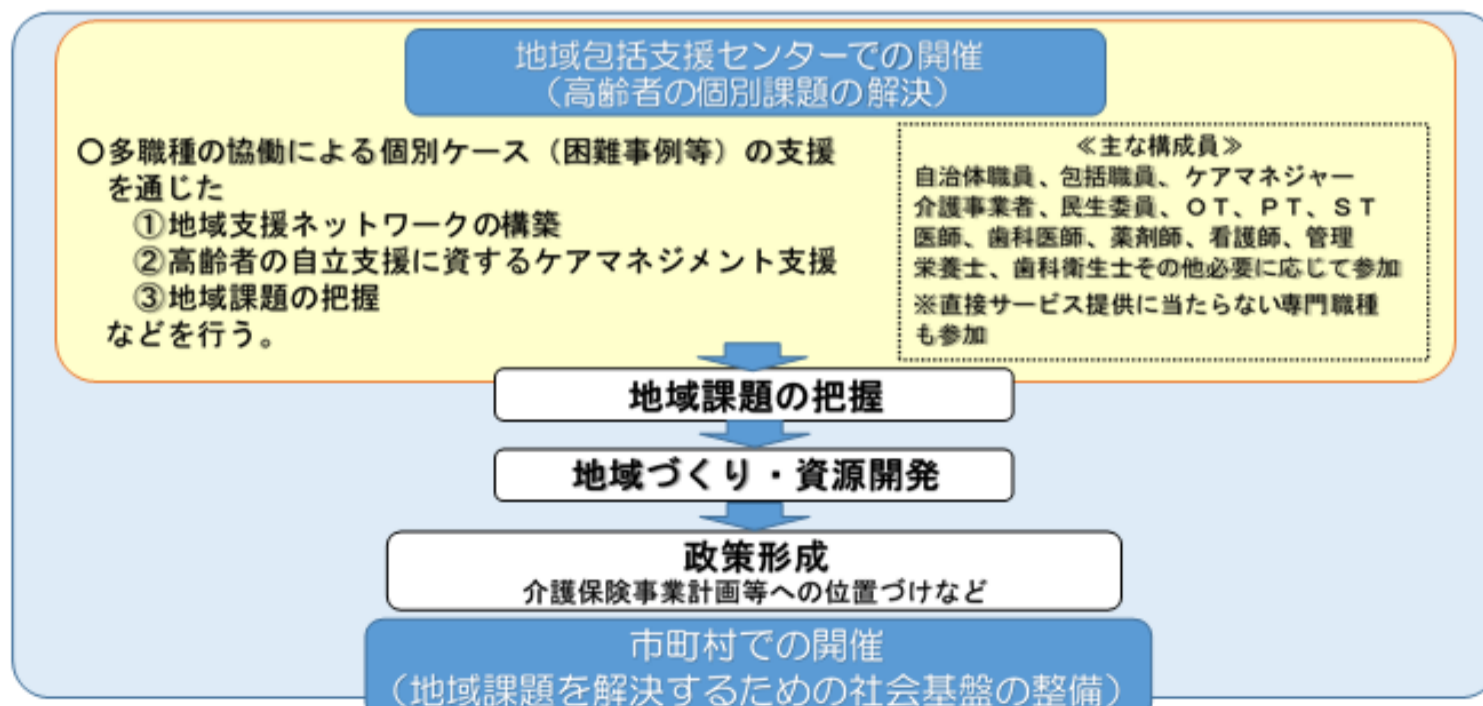
○ 現状

地域包括支援センターでは、地域課題の把握を目的とした地域ケア会議を開催し、市では、地域課題解決と社会基盤整備を目的に政策形成に向けた地域ケア会議を開催しています。また、個別事例を多職種で分析し、適切なサービス利用の提案を通じて、高齢者の自立支援や生きがいのある生活につながるよう支援を行っています。

地域ケア会議について

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの充実に向けた手法。

- 具体的には、地域包括支援センター等が主催し
- 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
 - 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
 - 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる



■ 今後の方針

介護人材不足、認知症高齢者の増加、8050問題など山積する課題を市民レベルで共有する機会が必要とされていることから、市民と多職種が参集する自立支援型地域ケア会議を開催します。

また、地域包括支援センターでは、地域づくりや資源開発の基礎となる対話型地域ケア会議を行うとともに、必要な都度、個別事例を分析し高齢者の自立支援に資する個別的な地域ケア会議を行います。

▼地域ケア会議開催回数 (回)

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
自立支援型	目標	3	3	3	6	6	6
	実績	3	1	4	—	—	—
対話型	目標	3	12	12	12	12	12
	実績	2	13	13	—	—	—

(6) 災害対応

災害発生時の高齢者の保護には、普段からの地域住民同士の支え合い活動が非常に重要となります。

特に、介護等の支援が必要な高齢者の保護には、地域の支え合い活動に加え、居宅介護支援事業所、行政、地域包括支援センター、介護サービス事業所、医療機関等の連携による個別的な体制の構築が必要とされます。

このため、地域防災計画及び、事業所の業務継続計画と連携した、要援護高齢者のための初動期体制の構築と関係者の共有を推進します。

2 日常生活を支援する体制の整備

(1) 生活支援体制整備事業

高齢者世帯や一人暮らし高齢者、認知症高齢者の増加に伴い、日常生活の中での見守りや安否確認、外出支援、家事援助などの生活支援の必要性がより高まっていることから、安全・安心に生活するための支援体制の整備、地域住民がともに助け合い、支え合うための地域づくりを積極的に支援するとともに、日常生活の中で必要となるサービスの検討を進めます。

5つの生活圏域（大町・平・常盤及び社・八坂・美麻）に「生活支援コーディネーター」（地域支え合い推進員）を配置し、住民の身近な場所で、住民主体の助け合いづくり・つながりづくりを進め、高齢者の社会参加の場の充実や、新たな生活支援サービスの創出を目指します。各圏域に設置された協議体では、地域課題の共有や地域での支え合いの体制づくりの検討を行っています。

- ▶地域支え合い活動促進に向け、ガイドブック等を活用した周知啓発
- ▶生活支援コーディネーターと連携しながら、住民同士の支え合い活動の支援と生活支援サービス創出に向けた取組
- ▶活動実施にかかる補助事業を活用しながら、より多くの住民団体が地域支え合い活動へ参加するための支援
- ▶生活支援サービス従事者等養成研修などを活用しながら、地域の介護の担い手育成と、今後の担い手の中心となる元気高齢者の活躍の場の確保



(2) 生活支援サービス

<生活支援員派遣事業>

○ 現状

一人暮らしや高齢者のみの世帯に生活支援員を派遣して、軽易な日常生活の援助（日常の家事支援や除雪等）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っています。

■ 今後の方針

核家族化の進展に伴い、高齢者の困りごとが増えていくと見込まれます。ニーズに応じた多様な支援が必要となる中、生活支援コーディネーターを配置し、住民同士の助け合い活動の促進や、地域における支え合い体制づくりを推進するとともに、不足するサービスを補うことを目的に実施していきます。

▼生活支援員派遣事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用人数	目標	200	200	200	180	180	180
	実績	144	123	130	—	—	—
延利用回数	目標	2,100	2,100	2,100	2,000	2,000	2,000
	実績	2,997	870	2,000	—	—	—

<配食サービス事業>

○ 現状

高齢者世帯又は一人暮らし高齢者で調理が困難な方に対し、栄養バランスのとれた弁当を配達することにより、低栄養状態を改善し要介護状態になることを予防するとともに、配達時に安否確認を実施しています。

■ 今後の方針

配食ニーズ増加の流れを受けて、多様な業態による配食事業が展開されるようになり、一般食はもとより低カロリーや減塩などの制限食メニューへの対応も進んでいます。

今後も、治療食や嚥下調整食のほか、安否確認を要する利用者への対応を中心としたサービスを継続していきます。

▼配食サービス事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	60	60	60	65	65	65
	実績	69	50	60	—	—	—
配食数	目標	8,000	8,000	8,000	11,000	11,000	11,000
	実績	10,475	10,528	9,200	—	—	—

<寝たきり高齢者等訪問理美容サービス助成事業>

○ 現状

要介護3以上の要介護認定を受けた在宅の高齢者で、理美容院に出向くことのできない方に対して、訪問理美容サービス助成券を交付し、自宅までの出張料金（訪問料）の一部を助成しています。

■ 今後の方針

在宅高齢者の保健衛生の向上を図り、生活の張り合いを提供するために今後も助成を継続します。

▼寝たきり高齢者等訪問理美容サービス助成事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	4	4	4	6	6	6
	実績	4	6	6	—	—	—

<介護用品引換券交付事業>

○ 現状

要介護1以上の要介護認定を受けた在宅の高齢者で、市民税非課税世帯に属する方や、その介護者に対して、介護費用の負担軽減を目的に、介護用品（紙おむつ）を購入する際に利用できる「介護用品引換券」を交付しています。

■ 今後の方針

介護用品にかかる費用の一部助成は、経済的負担の軽減による介護生活に対する安心感の醸成に資することから、事業内容等を精査・検討しながら継続していきます。

▼介護用品引換券交付事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	220	220	220	300	300	300
	実績	265	283	295	—	—	—
利用枚数	目標	1,850	1,850	1,850	3,500	3,500	3,500
	実績	2,709	3,026	3,210	—	—	—

<補聴器購入費用助成事業>

○ 現状

補聴器の使用による社会参加の促進を目的とし、令和5年度から、聴力の低下により日常生活に支障をきたしている高齢者に補聴器購入費の一部を助成しています。

■ 今後の方針

加齢による難聴で意思疎通がしづらくなると、生活の質の低下やフレイル(体力や気力が低下し虚弱になっていく状態)、認知症のリスクが高まるとされており、難聴の高齢者を早期発見する仕組みづくりや補聴器の利活用に向けての取組を進めることは重要な課題であることから、事業内容等を精査・検討しながら継続します。

▼補聴器購入費用助成事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標			15	40	40	40
	実績			55	—	—	—

<緊急通報システム事業>

○ 現状

高齢者世帯や一人暮らし高齢者を対象に、宅内に人感・煙感知センサー、通信機本体を設置し、24時間体制で緊急時の対応にあたるほか、日常の安否確認や見守り、その他の相談業務に対応しています。

■ 今後の方針

高齢者の日常生活の安全・安心を確保するうえで、室内センサーを組み合わせたシステムの活用は、安否確認を行う手段として有効であることから、引き続き事業の周知に努めながら継続して実施します。

▼緊急通報システム事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	110	115	120	80	80	80
	実績	85	64	60	—	—	—
利用回数	目標	820	860	900	500	500	500
	実績	409	395	500	—	—	—

<福祉タクシー乗車券交付事業>

○ 現状

要支援1から要介護2の認定者がいる世帯で、昼間、外出のための交通手段が無く前年所得税非課税世帯の方に対し、タクシー乗車券を交付し、料金の一部を助成しています。

■ 今後の方針

外出のための交通手段がない人の通院等に係る移動支援として効果が期待できることから、対象者等を精査・検討しながら継続していきます。

▼福祉タクシー乗車券交付事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	150	150	150	210	210	210
	実績	162	181	210	—	—	—
利用枚数	目標	2,600	2,600	2,600	2,800	2,800	2,800
	実績	2,225	2,585	2,800	—	—	—

<寝たきり高齢者等移送サービス事業（福祉有償運送事業）>

○ 現状

バスやタクシー等の公共交通機関を利用して通院等が困難な高齢者や障がい者等の外出の利便を図ることを目的に、大町市社会福祉協議会が長野県の許可を得て実施している福祉有償運送事業に助成しています。

なお、この事業は道路運送法第78条第2号に基づき、福祉車両（リフト付きの自動車等）を使用して運行しています。

■ 今後の方針

車いすの利用などにより、公共交通機関の利用が困難な人の通院等の手段を確保し、在宅での生活を支援するため、事業内容等を精査・検討しながら助成を継続します。

▼寝たきり高齢者等移送サービス事業（福祉有償運送事業）

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	250	250	250	300	300	300
	実績	266	296	320	—	—	—
延利用回数	目標	3,800	3,800	3,800	4,000	4,000	4,000
	実績	4,304	3,666	4,100	—	—	—

<寝たきり高齢者等寝具クリーニング券交付事業>

○ 現状

在宅で生活している寝たきり高齢者の方に、より快適に暮らしていただけるよう、使用している寝具をクリーニングした場合に要した費用の一部について、年間2枚のクリーニング券を交付しています。

■ 今後の方針

利用実績が少ないことから、事業内容の見直し、実施の有無について検討をしていきます。

▼寝たきり高齢者等寝具クリーニング券交付事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	6	6	6	5	見直し	見直し
	実績	2	3	3	—	—	—
利用枚数	目標	12	12	12	10	見直し	見直し
	実績	2	3	3	—	—	—

<生活管理指導短期宿泊事業>

○ 現状

在宅で暮らす虚弱な高齢者が、一時的に養護老人ホームに短期入所し体調の調整を行い、生活習慣等の改善指導を受けることにより、要介護状態への移行を予防し、在宅での自立生活の維持向上を図っています。

■ 今後の方針

在宅での閉じこもり等を防ぎ、心身の状態の悪化を予防し、地域で自立した生活の維持が可能となることから継続して実施します。

▼生活管理指導短期宿泊事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	15	15	15	15	15	15
	実績	16	16	16	—	—	—
延利用日数	目標	1,350	1,350	1,350	1,350	1,350	1,350
	実績	743	1,023	1,300	—	—	—

<老人世帯等除雪費支給事業>

○ 現状

高齢者世帯や一人暮らし高齢者で、自力で屋根の除雪（雪下ろし）が困難な、市民税非課税世帯の方に対して、除雪に要する費用の一部を助成しています。

■ 今後の方針

住居の倒壊又は損傷を防止し、人命と財産を守り生活の安定を図るため、今後も助成を継続します。

▼老人世帯等除雪費支給事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用件数	目標	50	50	50	20	20	20
	実績	17	0	10	—	—	—

<緊急宿泊支援事業>

○ 現状

介護者の急病等の緊急な理由により、家庭での介護が一時的に困難となった時、通い慣れた通所施設での緊急宿泊に要した費用の一部を助成します。

■ 今後の方針

介護者の緊急の事情により、宿泊対応できるサービスは、介護を受ける方も安心して利用できることから、在宅介護の継続を支援するため、今後も助成を継続しますが、現在、この事業を利用できる通所施設がな

いことから、活用について関係事業所等と調整・検討します。

▼緊急宿泊支援事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	3	3	3	3	見直し	見直し
	実績	0	0	0	—	—	—



3 高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止の推進

(1) 一般介護予防事業

高齢になっても心身ともに健康で、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、高齢者の社会参加を促進し生きがいと健康づくりを推進します。また、生活習慣病予防、口腔フレイル予防、栄養改善などの保健事業と、通いの場を中心とした介護予防事業との一体的な取組を進め、循環器疾患や認知症等の重症化を防ぎ自立した日常生活の延伸を図ります。

<介護予防普及啓発事業>

○ 現状

生活習慣病・認知症の予防や生活機能の低下を予防するため、講師を地域の集会所等に派遣し講座を開催しています。新型コロナウイルス感染症の影響により一時休止せざるを得ない時期もありましたが、実施要望は増加しています。

■ 今後の方針

運動機能の維持向上、口腔フレイル予防、栄養改善、認知症予防の啓発を重点事業として積極的に展開します。

▼介護予防普及啓発事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	170	180	185	400	400	400
	実績	129	380	400	—	—	—
実施人数	目標	2,000	2,100	2,150	3,000	3,000	3,000
	実績	1,291	2,861	3,000	—	—	—

<複合型介護予防事業>

○ 現状

公民館等の集会施設において、運動器の機能向上、認知症予防、栄養改善、口腔フレイル予防について複合的に学ぶ教室を実施しています。介護予防の習慣化を目的とし、3か月間、12回を標準に開催しています。

■ 今後の方針

新型コロナウイルス感染症の影響により実施回数、人数ともに減少傾向でしたが、今後も介護予防の中核事業として、また地域の通いの場として位置づけ更なる普及を図ります。

▼複合型介護予防事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	183	228	233	168	180	192
	実績	145	164	156	—	—	—
実施人数	目標	2,380	3,060	3,110	1,848	1,980	2,112
	実績	1,868	1,833	1,800	—	—	—

<貯筋塾>

○ 現状

トレーニングマシンを使用した運動教室を、市内3か所で実施しています。各教室は20回を1コースとしていますが、再参加の希望者が多く教室終了後の継続性が課題となっています。

■ 今後の方針

教室開催日以外にもマシンを有効利用できる体制の整備を検討します。また、フォローアップの体制を見直し、継続的な介護予防活動を支援します。

▼貯筋塾

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標		140	160	200	200	200
	実績		140	160	—	—	—
実施人数	目標		1,200	1,400	1,800	1,800	1,800
	実績		995	1,100	—	—	—

<一般介護予防体操教室>

○ 現状

複合型体操教室は、自治会を中心とした開催であるため、開催の無い地区に居住する高齢者の運動機会確保のために、一般介護予防体操教室を行っています。期間は半年間、20回のコースで、参加者の体力に合わせた運動に取り組みます。

■ 今後の方針

介護予防ニーズの高まりから定員を超える申し込みがあるため、介護予防自主活動団体の設立支援を行い、自主的、継続的な取組を推進します。

▼一般介護予防体操教室

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	40	40	40	40	40	40
	実績	30	50	40	—	—	—
実施人数	目標	450	450	450	500	500	500
	実績	428	510	530	—	—	—

<高齢者筋力向上事業>

○ 現状

総合事業における訪問型サービスC（短期集中予防サービス）として、理学療法士が自宅を訪問し、目標期間内（原則3か月間、12回）に、筋力トレーニングを指導しています。

なお、通所型サービスC事業は、市内にリハビリ特化型デイサービス事業所が開設され総合事業対象者の受入が開始されたことから、利用希望が減少しています。

■ 今後の方針

訪問型サービスCは、住み慣れた自宅で行う運動機能向上プログラムを理学療法士が訪問して実施し、運動機能の改善を図ります。

通所型サービスCは、短期集中運動プログラムが必要な対象者に対して行えるよう体制を整備します。

▼高齢者筋力向上事業（訪問型）

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施人数	目標	50	65	70	10	10	10
	実績	0	4	5	—	—	—
実施延数	目標	380	440	500	120	120	120
	実績	0	39	60	—	—	—

▼高齢者筋力向上事業（通所型）

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施人数	目標	50	65	70	5	5	5
	実績	16	4	0	—	—	—
実施延数	目標	380	440	500	60	60	60
	実績	156	20	0	—	—	—

<看護師等による訪問相談>

○ 現状

介護予防を目的に医療や栄養面の指導が必要な高齢者に対して、看護師や栄養士、保健師による定期的な訪問指導を行い、重症化の予防を図っています。

■ 今後の方針

フレイル傾向にある高齢者への生活指導を個別的行っており、重度化防止に有効であるため継続実施します。なお、感染症の流行等により訪問が困難な場合には電話やファックスにより指導を行います。

▼看護師等による訪問相談

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施人数	目標	50	50	50	35	40	45
	実績	71	66	30	—	—	—
延べ訪問回数	目標	350	350	350	245	280	315
	実績	349	325	280	—	—	—
訪問以外	目標	15	15	15	60	60	60
	実績	57	23	70	—	—	—

<地域リハビリテーション活動支援事業>

○ 現状

地域における介護予防を機能強化するために、リハビリテーション専門職等が、体操教室などの高齢者の通いの場や自宅などへ出向き、日常生活に支障のある生活行為を改善するためのプログラムの提案をしています。

■ 今後の方針

新型コロナウイルス感染症の影響により、通いの場を一時休止せざるを得ない状況もありましたが、現在は回復傾向にあり、今後も継続的に利用促進を図ります。

また、家庭訪問による支援は、安全に在宅生活を送るために専門的な指導を自宅で得られる貴重な機会であることから、継続的に周知を行います。

▼地域リハビリテーション活動支援事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	130	150	200	255	260	275
	実績	131	243	250	—	—	—
延べ人数	目標	650	750	1,000	1,020	1,040	1,100
	実績	734	1,031	1,100	—	—	—

<介護予防自主活動団体育成補助金交付事業>

○ 現状

市内に居住する高齢者が地域でふれあい、交流を深めることにより、健康の増進と介護予防を図ることを目的とする事業を行う団体を支援し、育成するため、その事業に要する費用に対し一部を助成しています。

■ 今後の方針

住民が主体となり、いつまでも元気に地域で暮らしていくための「介護予防」と、元気に支え合うために様々な場に参加し人とつながる「社会参加」を推進するこの自主活動は、今後の高齢化社会を支える上で重要な役割を担います。団体数の増加やその活動が地域でより長く続くよう、団体設立の支援を行うとともに、団体間の交流を推進します。

▼介護予防自主活動団体育成補助金交付事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
交付団体数	目標	25	25	30	40	40	40
	実績	28	28	35	—	—	—
実施回数	目標	600	600	720	1,200	1,200	1,200
	実績	703	953	1,100	—	—	—
参加延べ人数	目標	6,000	6,000	7,200	11,400	11,400	11,400
	実績	6,966	9,288	10,450	—	—	—

<高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業>

○ 現状

令和3年度より長野県後期高齢者医療広域連合から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を受託実施しています。市民課では健診結果から重症化リスクの高い方にハイリスクアプローチを行い、福祉課では、高齢者の通いの場を巡回し減塩学習、野菜摂取推進、口腔フレイル対策によるポピュレーションアプローチを行い、双方が連携して、循環器疾患や認知症等の重症化予防に取り組んでいます。

■ 今後の方針

継続的な取組により、健康寿命の延伸と要介護期間の短縮を目指します。

▼高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
巡回 拠点数	目標	20	20	30	40	40	40
	実績	20	29	39	—	—	—
参加者数	目標	400	400	600	820	820	820
	実績	496	644	730	—	—	—
平均塩分 摂取量	目標	9.0 g	8.8 g	8.6 g	7.7 g	7.6 g	7.5 g
	実績	8.1 g	7.9 g	7.8 g	—	—	—
平均野菜 摂取量	目標	/	280 g	285 g	290 g	300 g	310 g
	実績	/	317 g	284 g	—	—	—

※塩分摂取基準量 男性 7.5 g、女性 6.5 g、高血圧者 6 g (日本人の食事摂取基準 2020 年版)

※野菜摂取目標量 350 g (健康日本 21)

(2) 高齢者福祉事業

<ゆうあい高齢者の集い>

○ 現状

一人暮らしで、家にこもりがちになる高齢者の方が、日帰りの小旅行を楽しみ親睦を深める事業を行っています。

■ 今後の方針

各地域包括支援センターと連携し、事業を継続していきます。

▼ゆうあい高齢者の集い

(単位：人)

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
参加者数	目標	125	125	125	100	100	100
	実績	中止	中止	73	—	—	—

<敬老祝金事業>

○ 現状

市内に住む高齢者の長寿を祝い、敬意を表して祝金をお贈りします。祝金の額は、88歳1万円、99歳2万円、100歳以上1万円です。

■ 今後の方針

今後も高齢化の進行が予測される中、支給対象者、支給方法及び支給額などの見直しについて検討を進めます。

▼敬老祝金事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
対象者数	目標	350	350	350	350	見直し	見直し
	実績	323	337	362	—	—	—

<介護者慰労金>

○ 現状

市内に住所のある 65 歳以上の要介護 3 以上の認定を受けた高齢者と同居し、年間で 180 日以上在宅での介護をしている市内に住所のある方に対して、慰労金 10 万円をお贈りしています。

■ 今後の方針

介護保険制度が充実する一方で、現在は少子高齢化による働き手不足が深刻な課題となっており、介護離職の防止のために働きながら介護する人への支援が求められています。

こうした背景から、介護慰労金のあり方について引き続き検討を進めていきます。

▼介護者慰労金事業

	区分	第 8 期			第 9 期		
		3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度
対象者数	目標	215	215	215	215	見直し	見直し
	実績	212	205	209	—	—	—



(3) 高齢者の生きがいと健康づくり

<生涯学習・生涯スポーツの推進>

○ 現状

すべての高齢者が健康で、生きがいを持って充実した生活を送ることができるまちづくりは、将来的な安心感につながり、住み続けたいくなるまちへつながります。

市では生きがいのある人生を送るために、平成7年から「大町市生涯学習推進プラン」に基づき、自発的意思に基づいて生涯を通じて行う学習活動を推進してきました。芸術・文化活動、スポーツ活動、地域づくり活動、ボランティア活動など活動の形態は幅広く、その成果を生かせる生涯学習社会の実現が求められています。

生涯学習・生涯スポーツの場として、公民館や文化会館、図書館、体育施設などにおいてさまざまな教室・講座を開催し、生涯学習活動への支援を行っています。

■ 今後の方針

高齢者が自分の興味や関心を持てるさまざまな生涯学習・生涯スポーツ活動に取り組めるよう、関係機関と連携し、環境の整備に努めるとともに、こどもと高齢者、若者と高齢者など幅広い世代が交流し、ともに楽しむ講座・教室の開催に努めます。

具体的な活動では、シニアクラブが松本山雅 FC の協力を得て実施する「松本山雅 FC 健康教室」や、水中運動教室への助成、高齢者のスポーツ・文化・健康と福祉の総合的な祭典「ねんりんピック」への参加など、健康の維持・増進のために、スポーツや文化活動を引き続き奨励します。



<シニアクラブ育成事業>

○ 現状

シニアクラブ（旧名称：老人クラブ）は、高齢者福祉を増進するための事業を行う団体として、老人福祉法に位置付けられた組織です。会員の知識や経験を生かし地域の諸団体と連携し、地域を豊かにする社会活動に取り組み、明るい長寿社会づくり、保健福祉の向上に努めることを目的としています。しかし、近年は、会員の高齢化や役員のなり手が少ない等の理由からクラブ数・会員数が全国的に減少しています。

単位シニアクラブは、自治会を基礎として身近な地域で活動しており、市では、介護予防、生きがいづくり、交通安全、教養研修等の取組に対して補助を行っています。シニアクラブ連合会は、単位シニアクラブで構成され、市や長野県シニアクラブ連合会と連携し、様々な地域貢献活動に取り組むとともに、高齢者の生きがいと健康づくりに寄与しています。

■ 今後の方針

会員の高齢化に伴い、活動内容、活動範囲に変化が生じています。今後は、会員の事業活動に対する負担を軽減し、今以上に誰でも無理なく楽しく集える場として、超高齢化社会に対応した地域福祉を支えるシニアクラブの活動を支援します。

▼シニアクラブ育成事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
クラブ数	目標	25	25	25	20	20	20
	実績	22	21	18	—	—	—
会員数	目標	1,200	1,200	1,200	800	800	800
	実績	1,036	959	780	—	—	—

<高齢者外出応援号>

○ 現状

高齢者のフレイル（体力や気力が低下し虚弱になっていく状態）の予防を目的に、自治会・シニアクラブ・市民活動登録団体が主催・計画する高齢者の外出支援事業に貸切バスを提供する「大町市高齢者外出応援号」の運用を令和2年7月1日から開始しています。

■ 今後の方針

地域の高齢者同士のつながり促進と健康づくりに有効であるため、対象者、利用料等の見直しについて検討するとともに、今後も利用拡大に向け周知に努めます。

▼高齢者外出応援号

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
利用団体数	目標	36	36	24	30	30	30
	実績	12	18	25	—	—	—
参加者数	目標	540	540	360	450	450	450
	実績	175	288	300	—	—	—

<陶芸の家>

○ 現状

市内に住所がある概ね60歳以上の方を対象に、通年にわたる陶芸活動を通じて仲間との親睦、生きがいづくりに貢献しています。

また、親子陶芸教室や認知症グループホームをはじめとする幅広い場面で陶芸教室の講師を務めるなど、世代を超えた地域との交流を積極的に行っています。

■ 今後の方針

より多くの方が陶芸技術の習得に励めるよう会員の拡大を進め、生涯学習や生きがい対策の推進を図ります。

▼陶芸の家

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
会員数	目標	45	45	45	30	30	30
	実績	29	26	25	—	—	—

<シルバー人材センター>

○ 現状

シルバー人材センターは、企業や家庭、公共団体などから、高齢者にふさわしい臨時的かつ短期的又はその他の軽易な仕事を引き受け、働く意欲と能力を持つ会員に提供しています。

急激な少子高齢化が進み労働力人口が減少していくにつれて、高齢者の能力を活用することが社会の活力を維持し、市内経済の成長を実現していくために必要不可欠となっています。「自主・自立・共働・共助」を事業理念として掲げ、高齢者が健康や生きがいを求めて、長年培った知識・経験・技能を生かし働くことを通じ、活力ある地域社会づくりに寄与する組織として、北アルプス広域シルバー人材センターの活動に対する支援を行っています。

■ 今後の方針

人生100年時代を見据えた「生涯現役社会」の実現に向け、高齢者の就業機会の確保・拡大を図り、就業を通じて生きがいの充実と地域社会に貢献するシルバー人材センターの活動を支援します。



4 認知症施策の推進

高齢化の進展に伴い、認知症患者の増加が予測されていますが、認知症になっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしく生活ができる社会の実現を目指します。

<認知症初期集中支援チーム>

○ 現状

専門職種（医療職・介護職等）2名とサポート医で構成する認知症初期集中支援チームを大北圏域構成市町村が共同で市地域包括支援センター内に設置し、パネル展や認知症啓発映画上映会などの啓発事業を実施しました。

しかし、共同設置では、生活圈域ごとの相談や訪問などのニーズへの対応が難しいことから、令和5年度から各市町村にセンターを設置し運営を開始しています。

■ 今後の方針

必要に応じ「認知症初期集中支援チーム」が開催できるよう関係機関との連携の強化に努めます。

2 認知症カフェ

○ 現状

認知症カフェは、令和4年度まで市直営1か所の実施でしたが、地域への拡大を目的に、実施者に対し謝金を支払う方式に切り替えました。

■ 今後の方針

地域包括支援センターと共同で認知症カフェの設立支援を行い、開設団体の増加を図るとともに、団体間の情報交換の機会を設け多様な活動を推進します。

▼認知症カフェ

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施団体数	目標	1	1	2	5	6	7
	実績	1	1	5	—	—	—
実施回数	目標	12	12	20	60	72	84
	実績	8	12	20	—	—	—
参加延べ人数	目標	48	48	150	360	400	500
	実績	38	54	160	—	—	—

<認知症サポーター養成講座>

○ 現状

開催を希望する団体に対し実施していますが、修了者の活動の場が無かったため、認知症カフェ開設要件に認知症サポーター養成講座修了者の関与を加えました。これにより、修了生の活動拠点が生まれたことに加え、認知症カフェ設立を目的とした養成講座の開催希望が寄せられるようになりました。

■ 今後の方針

認知症当事者及び家族への支援、認知症への理解促進を目的として、認知症サポーターの活躍の場を拡大するため、事業を継続します。

▼認知症サポーター養成講座

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	5	5	5	2	2	2
	実績	1	6	1	—	—	—
参加延べ人数	目標	50	50	50	20	20	20
	実績	42	89	10	—	—	—

<認知症啓発事業>

○ 現状

認知症に対する市民の理解促進を目的に、啓発映画鑑賞会を実施しています。また、認知症を前向きにとらえ理解を促進する目的で、認知症にまつわる『ほのぼの川柳コンテスト』を令和5年度に開始しました。

■ 今後の方針

継続的に映画鑑賞会及びほのぼのの川柳コンテストを行い、理解促進を図るとともに、ニーズの変化に応じた事業を行います。

▼認知症啓発事業（映画鑑賞会）

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	1	1	1	1	1	1
	実績	0	2	1	—	—	—
参加数	目標	200	200	200	250	250	250
	実績	0	225	200	—	—	—

同時開催 R4 認知症啓発、通いの場 PR パネル展示

R5 耳の聞こえ相談、聴力補助用具紹介、認知症川柳表彰式

<介護者支援事業>

○ 現状

福祉課及び地域包括支援センターが開催し、介護の労をねぎらうとともに介護に関する相談や情報交換の機会を設け継続的な支援を実施しています。

■ 今後の方針

リフレッシュの機会の確保とともに、要介護者の権利擁護や介護技術、看取りなど介護中及び終了後に必要となる様々な事項について学習の機会を確保します。

▼介護者支援事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
実施回数	目標	4	4	4	4	4	4
	実績	4	8	4	—	—	—
参加延べ人数	目標	40	40	40	80	80	80
	実績	57	115	80	—	—	—

5 在宅医療・介護連携の推進

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の啓発

○ 現状

人生の最終段階の過ごし方や人生の終末期に向けた理解（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の取組を推進するために、「救急医療キット」の普及を図っています。これは、緊急時の対応が自身の意に沿った形で行われるよう、医療に対する希望や、病歴、服薬情報、緊急時の連絡先等を記載した情報提供書で、救急隊から医療者に対して引き継がれる事前指示書となります。

■ 今後の方針

通いの場への巡回等の機会を通して救急医療キットの普及を図ります。

▼救急医療キットの配布

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度 (見込)	6年度	7年度	8年度
配布数	目標	50	50	50	50	50	50
	実績	58	11	79	—	—	—

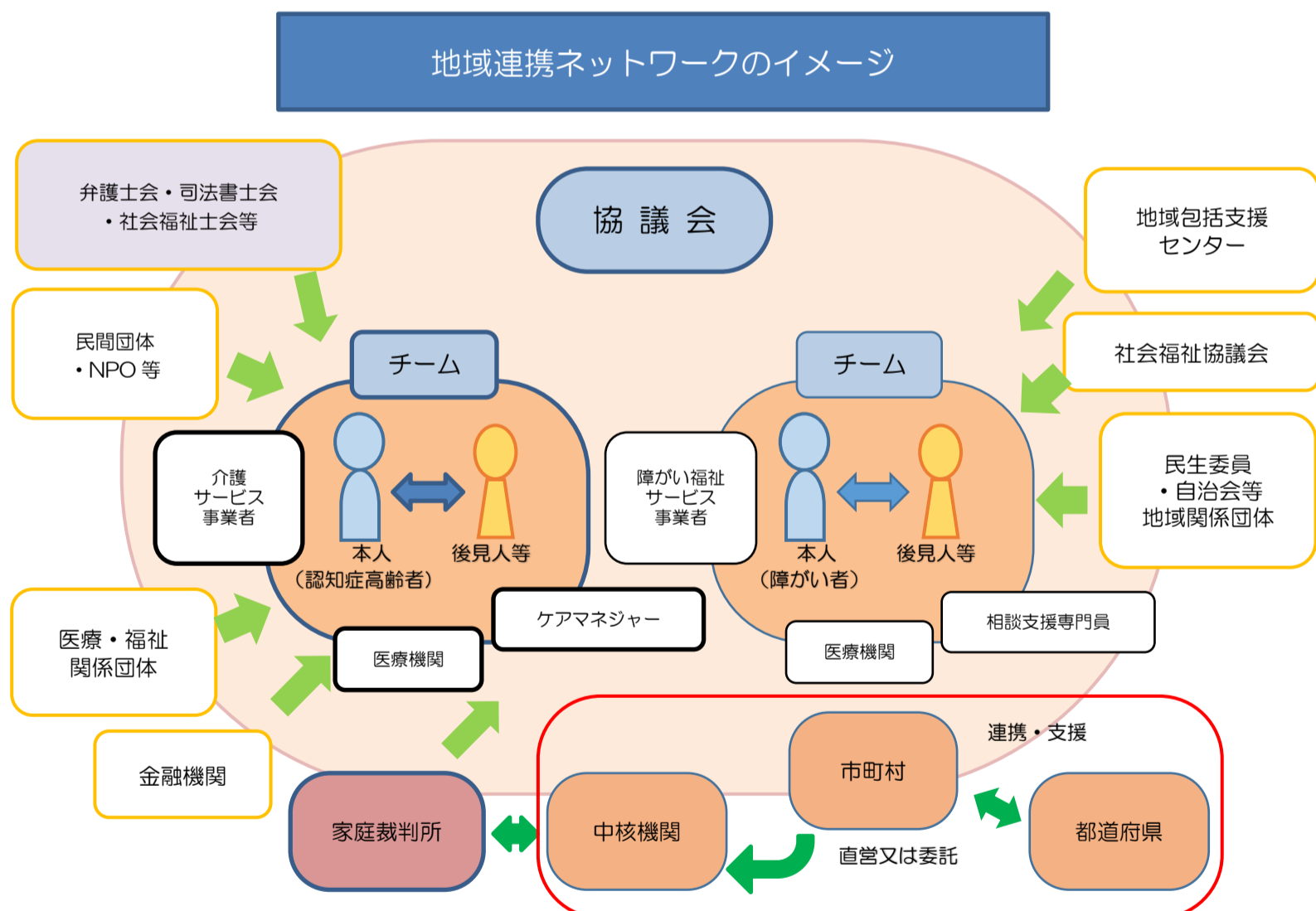


(救急医療情報キット)

6 高齢者の権利擁護の推進

一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加により、権利擁護の必要性が増しています。認知症などにより判断力が低下すると、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・決定することが難しい状況になります。高齢者の尊厳を保持し、その人らしく暮らし続けていくことができるよう、北アルプス成年後見支援センターをはじめとする権利擁護支援関係者との連携を強化し、「大町市成年後見制度利用促進計画」との整合性を図りながら、権利擁護の地域連携ネットワークづくりを推進します。

- ▶ 権利擁護を目的とする制度の普及啓発。権利擁護に関する相談・支援
- ▶ 成年後見制度の利用促進
- ▶ 高齢者虐待への対応。虐待を未然に防ぐ取組の推進
- ▶ 消費者被害の防止。セルフネグレクト、その他困難事例への対応



7 高齢者が住みやすい環境の整備

高齢者が安全で快適な生活を営むことができる水準が確保されるよう、事業者や関係機関と連携して、高齢期の暮らしやすい住環境や生活の質を高める取組を推進します。

また、災害や感染症対策として、北アルプス広域連合や介護事業所等の関係機関と、災害・感染症発生時に備えた連携体制の検討を推進します。

<養護老人ホーム>

○ 現状

環境上の理由や経済的理由により在宅で生活することに不安があり、家族との同居や援助を受けることが困難な高齢者が入所し生活をしています。

大町市内には養護老人ホーム「鹿島荘」（定員 50 人、短期入所定員 6 人）があり、定員のうち半数以上が当市からの入所者となっているほか、市外の施設にも入所しています。

■ 今後の方針

高齢者世帯や一人暮らし高齢者の数が増加する中、当市は持ち家比率が比較的高く、可能な限り自宅で暮らしたいと考える高齢者が多数を占めますが、必要な高齢者が利用できるよう、現利用施設の枠を確保しながら有効利用していきます。

▼養護老人ホームの入所者数

	区分	第 8 期			第 9 期		
		3 年度	4 年度	5 年度 (見込)	6 年度	7 年度	8 年度
入所者数	定員	50	50	50	50	50	50
	実績	31	27	32	—	—	—

<軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅>

○ 現状

軽費老人ホームは、市内常盤地区に定員 50 人、小谷村に定員 22 人の施設が整備されています。また、有料老人ホームは市内社地区に定員 24 人、松川村に定員 34 人の施設が整備されています。

サービス付高齢者向け住宅は、市内 3 地区（大町地区、常盤地区、美麻地区）に 4 施設が整備されています。

■ 今後の方針

当市の高齢者は、住み慣れた地域での生活を続けたいという希望を持っている方が多くいる半面、核家族化や単身世帯の増加に伴い、自宅での生活に不安を持つ高齢者のために、住宅を建設、運営する事業者と連携しながら、高齢期の住まいのあり方について検討していきます。

<複合施設（総合福祉センター・ふれあいプラザ）>

○ 現状

地域福祉のよりどころである大町市総合福祉センター「ハートピア仁科の里」、八坂総合福祉センター「みさか」、美麻総合福祉センター「梨嶺（りんれい）」、大町市ふれあいプラザの4施設は、市民一人ひとりの福祉への声が反映された、誰もが利用できる環境を提供することを基本理念としています。

憩いの場・集いの場として親しまれ、多世代間の交流ができる地域福祉の拠点施設として多くの方々から利用されています。

■ 今後の方針

3施設には通所介護事業所（デイサービス）が併設され、高齢の利用者も多いことから、高齢者福祉の向上を図るため施設運営を継続します。

<高齢者にやさしい住宅改良促進事業>

○ 現状

要援護高齢者の居住環境を改善し、日常生活の自立支援を目的に、居室や風呂場、玄関等をバリアフリーに改修する場合など、その費用の一部を助成しています。介護保険の給付対象となる改修工事が対象となり、改修に要した費用は、介護保険給付と合わせて補助しています。

■ 今後の方針

利用促進について、介護支援専門員や広報等を通じて周知を行います。

▼高齢者にやさしい住宅改良促進事業

	区分	第8期			第9期		
		3年度	4年度	5年度(見込)	6年度	7年度	8年度
利用者数	目標	5	5	5	5	5	5
	実績	2	2	2	—	—	—

第5章 高齢者福祉計画に関する体制整備

本計画の基本理念である「高齢者が住み慣れた地域で健康で安心して生活できる地域の実現」を実現し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健康で生きがいを持ち、笑顔で安心していきいきと生涯を送ることのできる社会をつくるために、この第9期計画及び施策を円滑に推進する体制を整えます。

1 計画の周知

本計画について、市民への周知をはかるため、広報おおまちやホームページを活用し情報提供を行なうとともに、関係団体等へも周知を行います。

2 庁内の推進体制

福祉課が主となって、本計画に基づき事業を推進するとともに、総合計画や地域福祉計画との整合性を図りながら、総合的な庁内連携を図ります。

3 関係団体との連携

(1) 地域との連携体制

地域福祉の課題は、当事者やその家族の努力や行政の支援だけで解決できるものではありません。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくためには、地域住民をはじめ、ボランティアなどによるさまざまな支援が不可欠です。自治会や社会福祉協議会、小地域福祉ネットワーク、シニアクラブ等の各種団体・関係機関と連携して推進します。

(2) 北アルプス広域連合との連携

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、構成する5つの市町村が同じ水準のサービスを受けられるよう努めてきました。

今後も広域的な課題に適切に対応できるよう、広域連合との連携を図ります。

◇用語解説

用 語	解 説
アドバンス・ケア・プランニング (家族会議)	将来の変化に備え、医療及びケアについて、本人を主体に、家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセス。
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	要介護者等からの相談に応じ、適切なサービスが利用できるように関係機関・サービス事業者等との連絡調整を行う者。
介護予防	高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと。または、要介護状態であっても、状態がそれ以上に悪化しないようにすること。
介護予防ケアマネジメント	要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境やその他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業。
介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業)	「介護予防・生活支援サービス事業」及び「一般介護予防事業」からなる事業。市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	身体上又は精神上の著しい障がいのために常時介護を必要とし、かつ、居宅において適切な介護を受けることが困難な人に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話や健康管理及び療養上の世話を目的とした施設。
介護老人保健施設	病状が安定期にある要介護者に対して、看護、医療的管理のもとに介護及びリハビリテーション等を提供し、要介護者の自立を支援し、居宅への復帰を目指す施設。
介護療養型医療施設	病状が安定期にあり、長期にわたり入院療養が必要な要介護者を対象に、病院・診療所が県知事の指定を受け、療養上の管理、看護、医学的管理下の介護の世話、機能訓練等の必要な医療を行うことを目的とした施設。
救急医療キット	救急医療情報記入シートに、緊急時に必要な情報や、希望する医療処置についてあらかじめ記入し冷蔵庫内に保管。緊急時には、救急隊や医療機関がその情報を活用し、適切で迅速な処置に繋げるために使用するもの。

軽費老人ホーム (ケアハウス)	一般的にケアハウスと呼ばれる施設で、身体機能の低下等により自立して日常生活することに不安のある 60 歳以上の高齢者に対して、食事の提供、入浴等の準備、生活相談や緊急時の対応等を行うことを目的とした施設。
権利擁護	高齢者や障がい者等の人権など様々な権利を保護すること。具体的には、認知症や知的障がい、精神障がい等により、生活上の判断が難しくなった場合には成年後見制度や福祉サービス利用援助事業の活用により生活上の支援を行うことや、虐待や悪徳商法等の権利侵害への対応の取組などが挙げられる。
居宅介護支援事業所	介護保険サービスを受ける要介護者の在宅介護に関する相談や計画、連絡・調整を総合的に引き受ける事業所。主任ケアマネジャーやケアマネジャーが常駐しケアプラン（介護サービス計画書）を作成する。
高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施	高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、社会参加支援を市町村が一体的に実施する仕組み。
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者の居住安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を備えるとともに、安否確認や生活相談サービスを提供するなど、安心して暮らすことができる環境を整えた住宅。
サロン 高齢者の通いの場	身近な場所で気軽に集まり、楽しくふれあいを深めて交流することができる場。
小規模多機能型居宅介護	要介護者の心身の状況や環境等に応じた選択に基づき、居宅への訪問や、サービス拠点への通所または短期間の宿泊により、その拠点から提供を受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練。
シルバー人材センター	一定の地域に居住する定年退職者等を会員として、その希望に応じた臨時・短期的な就業の機会を確保・提供することを目的とする公益法人。
人工腎臓透析	人工的に血液中の余分な水分や老廃物を取り除き、血液をきれいにする働きを腎臓に代わって行う治療法。
セルフネグレクト	個人自身の基本的ニーズに対して発生するネグレクト行為であり、それには不適切な衛生、服飾、食事、医学的状況などが挙げられる。より広義には、個人の保健、衛生、生活環境などのセルフケアが不足している状況をいう。

地域共生社会	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、地域をともに創っていく社会。
地域包括ケア	可能な限り、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の医療・介護・福祉等の支援・サービス提供体制の構築を推進するもの。
地域ケア会議	地域包括ケア体制を実現するため、個別事例の中から、地域全体での課題を的確に把握し、解決していく手段を導き出すための会議。
地域包括支援センター	地域における高齢者の総合相談支援、虐待の早期発見・防止などの権利擁護、包括的・継続的マネジメント支援、介護予防マネジメントという4つの機能を担う機関。
地域支援事業	要介護・要支援状態となることを予防し、社会参加の促進を図るとともに、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築を一体的に推進することにより、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を営むことができるように支援するための事業。
認知症初期集中支援チーム	認知症の専門知識をもった医療・介護の専門職が、認知症が疑われる人や、認知症の人やその家族の自宅を訪問し、受診を促したり、適切な医療や介護サービスを紹介したり、困りごとの解決策を一緒に考えるなど、一定期間（概ね6か月以内）集中的に支援するチーム。
認知症サポーター	「認知症サポーター養成講座」を受講した者。認知症について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を応援し、誰もが暮らしやすい地域をつくっていくボランティアとして活動する。
認知症カフェ	認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場。
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	比較的安定状態にある認知症の要介護者等を入居させて共同生活を営む住宅で、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練を提供することを目的とする。
ハイリスクアプローチ	健診などでスクリーニングして疾病の発症リスクが高い人を特定し、リスクを下げるように働きかけること。
ポピュレーションアプローチ	多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としては多大な恩恵をもたらす事に注目し、集団全体をよい方向にシフトさせるために働きかけること。

有料老人ホーム	老人福祉法第 29 条第 1 項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている施設。設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。設置主体は問わない。
---------	--

◇ 大町市社会福祉審議会委員名簿

大町市附属機関に関する条例 第2条別表による選出区分	氏 名	所 属
1 社会福祉事業関係者	中村 勝彦	大町市社会福祉協議会
	伊東 正明	大町市民生児童委員協議会
	丸山 美栄子	大町市身体障害者福祉協会
	飯沢 春奈	大町市保育園保護者会
	丸山 隆士	大町市シニアクラブ連合会
2 識見を有する者	小野 壽太郎	大北医師会
	細井 忠	大町市連合自治会
	下川 清志	大町市教育委員会

◇ 第9期大町市高齢者福祉計画策定経過

期 日	内 容
令和6年1月18日	社会福祉審議会（第1回） ・ 諮問 ・ 素々案の提示
2月8日から 3月6日まで	パブリックコメントの実施
2月22日	大町市議会全員協議会
3月7日	社会福祉審議会（第2回） ・ 計画（案）の承認
3月21日	答申

