

第8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3(2021)年度～令和5(2023)年度



令和3年3月

長野県 大町市

目 次

第1節	計画の概要	
第1	計画策定の趣旨	1
第2	計画の性格と位置づけ	2
第3	計画の期間	2
第4	他計画との連携	3
第2節	高齢者福祉を取り巻く状況	
第1	高齢者福祉の現状	4
第2	人口推計	6
第3	介護サービス給付見込量の推計	12
第3節	計画の骨子	
第1	基本理念	16
第2	基本目標	16
第3	目標達成に向けた施策の展開	17
第4節	重点プロジェクト	
第1	地域包括ケア体制の構築・推進	19
第2	高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の推進	20
第3	支え合うための地域づくりの支援	21
第4	社会参加の促進	21
第5	認知症施策の推進	21
第6	在宅医療・介護連携の推進	22
第7	高齢者の権利擁護の推進	22
第8	高齢者が住みやすい環境の整備	23
第5節	介護サービス確保の方策	
第1	共通する事項	24
第2	介護保険サービス（居宅サービス）	24
第3	介護保険サービス（施設サービス）	28
第4	地域包括支援センター	28
第6節	高齢者福祉サービス	
第1	老人福祉施設等	32
第2	生活支援サービス	33
第3	介護予防サービス	40
第4	高齢者福祉事業	43
第5	高齢者の生きがいと健康づくり	45
第7節	高齢者福祉計画に関する体制整備	
第1	計画の周知	48
第2	庁内の推進体制	48
第3	関係団体との連携	48
資料編		
1	用語解説	49

第1節 計画の概要

第1 計画策定の趣旨

わが国の高齢化率は、28.7%（総務省統計局 人口推計 令和2年9月15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。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2年10月1日現在で38.5%となり、高齢化が急速に進んでいる状況です。

2025年を見据えたなかで、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくため、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を推進していく必要があります。

また、2025年が近づくなかで更にその先を展望すると、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）にかけて、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢化率は益々高まり、介護ニーズの高い85歳以上の高齢者が急速に増加することが予想されています。

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、要介護者等に対する介護保険サービスや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り組み支援等、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8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。

第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、次の法律の定めにより策定されています。

- (1) 老人福祉法第20条の8
- (2) 介護保険法第117条

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」を内包する形で、一体的に策定することになりますが、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、調整や整合を図っていきます。

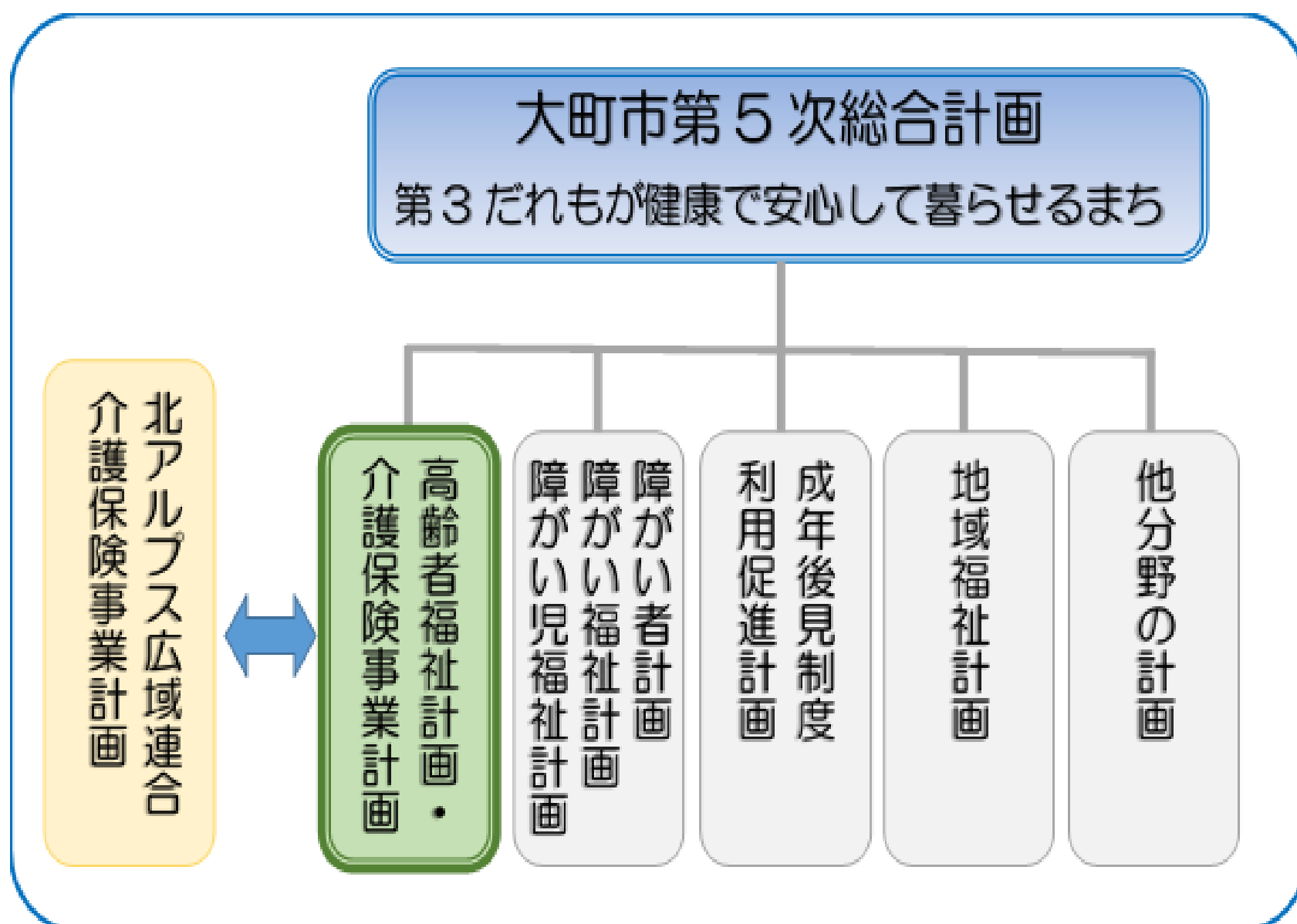
第3 計画の期間

計画期間は、令和3年度（2021年度）から令和5年度（2023年度）までの3年間の計画とし、本計画は第8期となります。

年度	H30 2018	R元 2019	R2 2020	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029
大町市計画	第7期計画			第8期 高齢者福祉計画			第9期計画		第10期計画			
北アルプス広域	第7期計画			第8期 介護保険事業計画			第9期計画		第10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												

第4 他計画との連携

本計画は、上位計画である大町市第5次総合計画の個別計画として位置づけ、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、生涯学習計画などのほか、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も整合を図ります。



第2節 高齢者福祉を取り巻く状況

第1 高齢者福祉の現状

(1) 人口の推移

わが国の総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合（高齢化率）は、世界的にも例を見ない速さで伸びており、これは、世界で最も長い平均寿命と、世界で最も進んだ少子化が主な要因となっています。

高齢者人口の増加は、現在、団塊の世代（昭和22年～24年出生世代）が65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、今後においては、減少傾向に進むことが予測されています。

大町市では、令和2年4月1日現在の高齢化率は38.3%で、およそ3人に1人が65歳以上という超高齢社会を迎えています。

(2) 高齢者人口の推移

(単位：人)

年度 年齢	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
65～69歳	2,676	2,706	2,544	2,354	2,142
70～74歳	1,978	1,957	2,061	2,129	2,314
前期高齢者計	4,654	4,663	4,605	4,483	4,456
75～79歳	1,710	1,759	1,811	1,888	1,918
80～84歳	1,609	1,590	1,552	1,542	1,499
85～89歳	1,182	1,197	1,227	1,222	1,212
90～94歳	538	558	595	652	693
95歳以上	163	154	169	181	200
後期高齢者計	5,202	5,258	5,354	5,485	5,522
合計	9,856	9,921	9,959	9,968	9,978
高齢化率 (%)	35.5%	36.3%	37.0%	37.6%	38.3%
総人口	27,745	27,334	26,882	26,496	26,085

※北アルプス広域連合第8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

(3) 高齢者世帯の推移

ひとり暮らし世帯、高齢者のみの世帯の合計は、令和2年度には3,986世帯と5年間で472世帯（13.4%）増加しています。

(単位：世帯)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
ひとり暮らし世帯	1,872	1,919	1,965	2,004	2,121
高齢者のみ世帯	1,642	1,684	1,733	1,825	1,865
合計	3,514	3,603	3,698	3,829	3,986

(4) 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。

(単位：人・部屋)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
養護老人ホーム	39	38	32	35	33
有料老人ホーム	24(1箇所)	24(1箇所)	24(1箇所)	24(1箇所)	24(1箇所)
サービス付高齢者向け住宅	89(4箇所)	89(4箇所)	89(4箇所)	89(4箇所)	89(4箇所)
ケアハウス	30(1箇所)	30(1箇所)	30(1箇所)	30(1箇所)	30(1箇所)

※養護老人ホームは入所者数、有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅・ケアハウスは整備室数

(5) 社会参加、就労活動の推移

老人クラブ会員数、シルバー人材センター会員数については、高齢化や近年の高齢者の雇用機会の拡大など社会情勢の変化に伴い、減少傾向にあります。

① 老人クラブ数・会員の推移

(単位：クラブ、人)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
クラブ数	32	29	28	25	25
会員数	1,776	1,621	1,484	1,205	1,147

各年度4月1日現在

② シルバー人材センター会員数の推移

(単位：人)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
会員数	243	240	233	226	209

各年度4月1日現在

第2 人口推計

1 将来人口の推計

令和12年の大町市の総人口は22,131人（令和3年と比較して12.7%減少）、高齢者人口は、9,326人（令和3年と比較して5.5%減少）に、それぞれ減少すると予測されています。

一方で、0歳～64歳までの人口も、12,805人（令和3年と比較して17.3%減少）と大きく減少すると予想されていることから、高齢化率は、42.1%まで上昇すると予測されます。

（単位：人）

年齢区分		年度	令和2年	第8期計画期間			令和7年	令和12年
				令和3年	令和4年	令和5年		
年少人口	0～14歳		2,558	2,396	2,343	2,291	2,183	1,905
生産年齢人口	15～39歳		4,910	4,838	4,731	4,627	4,418	4,022
	40～64歳		8,639	8,244	8,123	8,004	7,766	6,878
0歳～64歳人口の計			16,107	15,478	15,197	14,922	14,367	12,805
高齢者人口	65～74歳 (前期)		4,456	4,334	4,163	3,991	3,646	3,246
	75歳以上 (後期)		5,522	5,531	5,661	5,787	6,042	6,080
高齢者人口の計			9,978	9,865	9,824	9,778	9,688	9,326
合計			26,085	25,343	25,021	24,700	24,055	22,131
高齢化率 (%)			38.3%	38.9%	39.3%	39.6%	40.3%	42.1%

※北アルプス広域連合第8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

2 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、今後年々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12年まで年々上昇すると予測されます。

被保険者全体では、令和2年度以降は減少傾向にあり、令和12年の被保険者数は16,204人になると予測され、令和2年度と比較して、2,424人（13.0%）減少すると予測されています。

(単位：人)

年齢区分		年度	令和2年	第8期計画期間			令和7年	令和12年
				令和3年	令和4年	令和5年		
2号	40～64歳		8,394	8,244	8,123	8,004	7,766	6,878
1号	65～74歳 (前期)		4,548	4,334	4,163	3,991	3,646	3,246
	75歳以上 (後期)		5,686	5,531	5,661	5,787	6,042	6,080
	計		10,234	9,865	9,824	9,778	9,688	9,326
被保険者数合計			18,628	18,109	17,947	17,782	17,454	16,204

※北アルプス広域連合第8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10月1日時点の被保険者数

3 要介護・要支援認定者・総合事業対象者数の推計

介護や支援が必要で、介護保険の要介護認定を受けている人は、令和2年度は1,749人で、高齢者人口に占める割合は17.5%です。

要介護認定を受ける人は、今後減少し、令和12年度には1,661人（令和2年度比5%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2年	第8期計画期間			令和12年
			令和3年	令和4年	令和5年	
総合事業対象者		130	137	145	152	175
要支援	要支援1	125	123	121	120	111
	要支援2	224	222	219	215	205
	要支援計(A)	349	345	340	335	316
要介護	要介護1	338	335	332	329	306
	要介護2	314	312	309	307	288
	要介護3	268	267	264	262	245
	要介護4	271	272	275	279	286
	要介護5	209	211	212	213	220
	要介護計(B)	1,400	1,397	1,392	1,390	1,345
合計(C)=(A+B)		1,749	1,742	1,732	1,725	1,661
高齢者人口 (D)		9,978	9,865	9,824	9,778	9,326
要介護認定率 (C/D)		17.5%	17.7%	17.6%	17.6%	17.8%

※北アルプス広域連合第8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）

(1) 年齢別の要介護・要支援認定者数の推計

令和2年度の介護や支援を必要とする人の割合を前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）で比較すると、後期高齢者は介護や支援を必要とする人の割合が約1.3倍高くなっています。

(1) - 1 前期高齢者（65～74歳）

(単位：人)

年齢区分		年度 令和2年	第8期計画期間			令和12年
			令和3年	令和4年	令和5年	
要支援	要支援1	12	10	9	9	9
	要支援2	21	19	19	16	16
	要支援計(A)	33	29	28	25	25
要介護	要介護1	21	18	18	17	17
	要介護2	17	17	16	16	16
	要介護3	18	18	18	18	17
	要介護4	17	17	17	17	17
	要介護5	17	17	17	17	17
	要介護計(B)	90	87	86	85	84
合計(C)=(A+B)		123	116	114	110	109
前期高齢者人口 (D)		4,456	4,334	4,163	3,991	3,246
要介護認定率 (C/D)		2.8%	2.7%	2.7%	2.8%	3.4%

(1) - 2 後期高齢者（75歳以上）

(単位：人)

年齢区分		年度 令和2年	第8期計画期間			令和12年
			令和3年	令和4年	令和5年	
要支援	要支援1	111	111	110	109	100
	要支援2	200	200	197	196	186
	要支援計(A)	311	311	307	305	286
要介護	要介護1	312	312	309	307	284
	要介護2	291	289	287	285	266
	要介護3	249	248	245	243	227
	要介護4	252	253	256	260	267
	要介護5	186	188	189	190	197
	要介護計(B)	1,290	1,290	1,286	1,285	1,241
合計(C)=(A+B)		1,601	1,601	1,593	1,590	1,527
後期高齢者人口 (D)		5,522	5,531	5,661	5,787	6,080
要介護認定率 (C/D)		29.0%	28.9%	28.1%	27.5%	25.1%

※北アルプス広域連合第8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）

4 高齢者の病気

(1) 要介護認定原因疾患

要介護状態の原因となった疾患をみると、84歳までは脳血管疾患が1位を占めています。また、85歳以上の原因疾患の1位は認知症です。認知症の約4割はアルツハイマー型、2割が脳血管性ですが、これらの認知症も高血圧をはじめとする生活習慣病が危険因子であることがわかっています。

	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	19	70.4	脳血管疾患	32	26.9	脳血管疾患	104	21.7	認知症	290	25.6
2位	脳梗塞	9	33.3	認知症	16	13.4	認知症	99	20.6	骨・関節	274	24.2
3位	難病	4	14.8	精神疾患	13	10.9	骨・関節	81	16.9	脳血管疾患	166	14.7
総計		27	100		119	100		480	100		1,132	100

※令和2年3月末北アルプス広域連合介護認定情報

(2) 原因疾患別の前回要介護認定との比較

認知症、脳梗塞、脳出血、心疾患の4疾患で前回認定より217人が悪化しています。

原因疾患	調査対象数	改善数	改善率	悪化数	悪化率
認知症	365	21	5.8	120	32.9
脳梗塞	196	19	9.7	54	27.6
脳出血	100	8	8.0	15	15.0
心疾患	96	6	6.3	28	29.2
骨折以外の骨関節	182	14	7.7	39	21.4
骨折	116	18	15.5	44	37.9
糖尿病	33	1	3.0	9	27.3

※令和2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

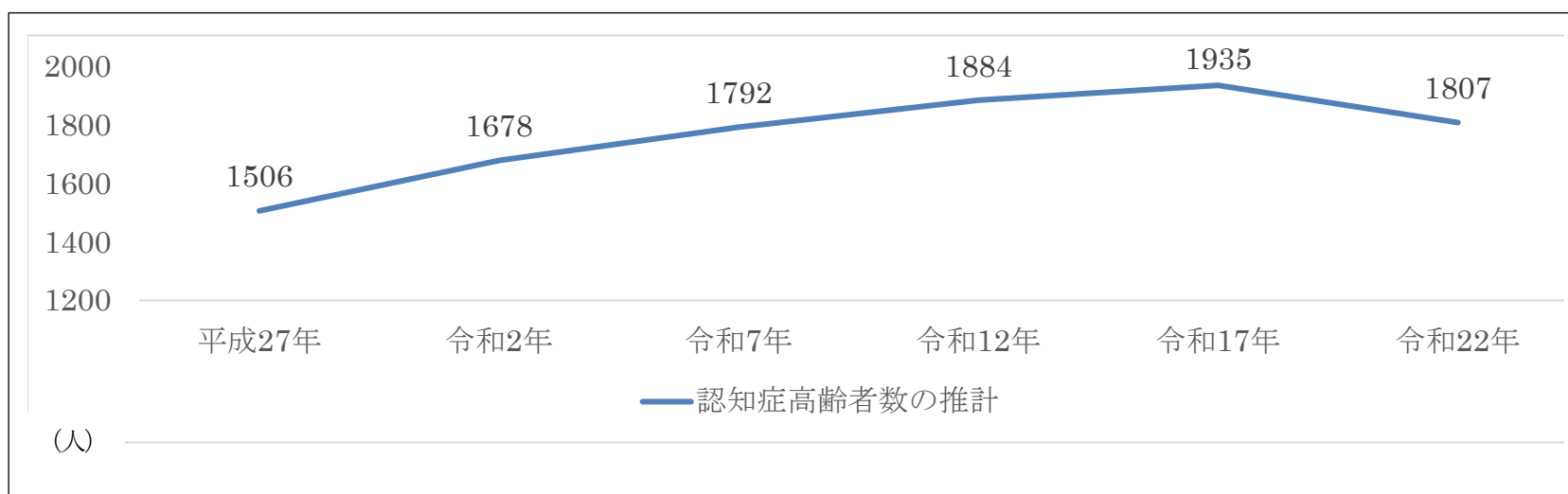
後期高齢者は生活習慣病による健康障害が現れやすく、腎不全による人工透析実施者（30人）の原因疾患は、高血圧が原因となる腎硬化症が4割以上を占めています。

原因疾患	人数	割合	要介護認定者	平均開始年齢
腎硬化症	13	43.3	5	77.7
糸球体腎炎	9	30	5	76.6
糖尿病性腎症	6	20	5	78.3
その他	2	6.7	1	

※令和2年12月 身体障害者手帳交付台帳

5 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 人になることが見込まれます。

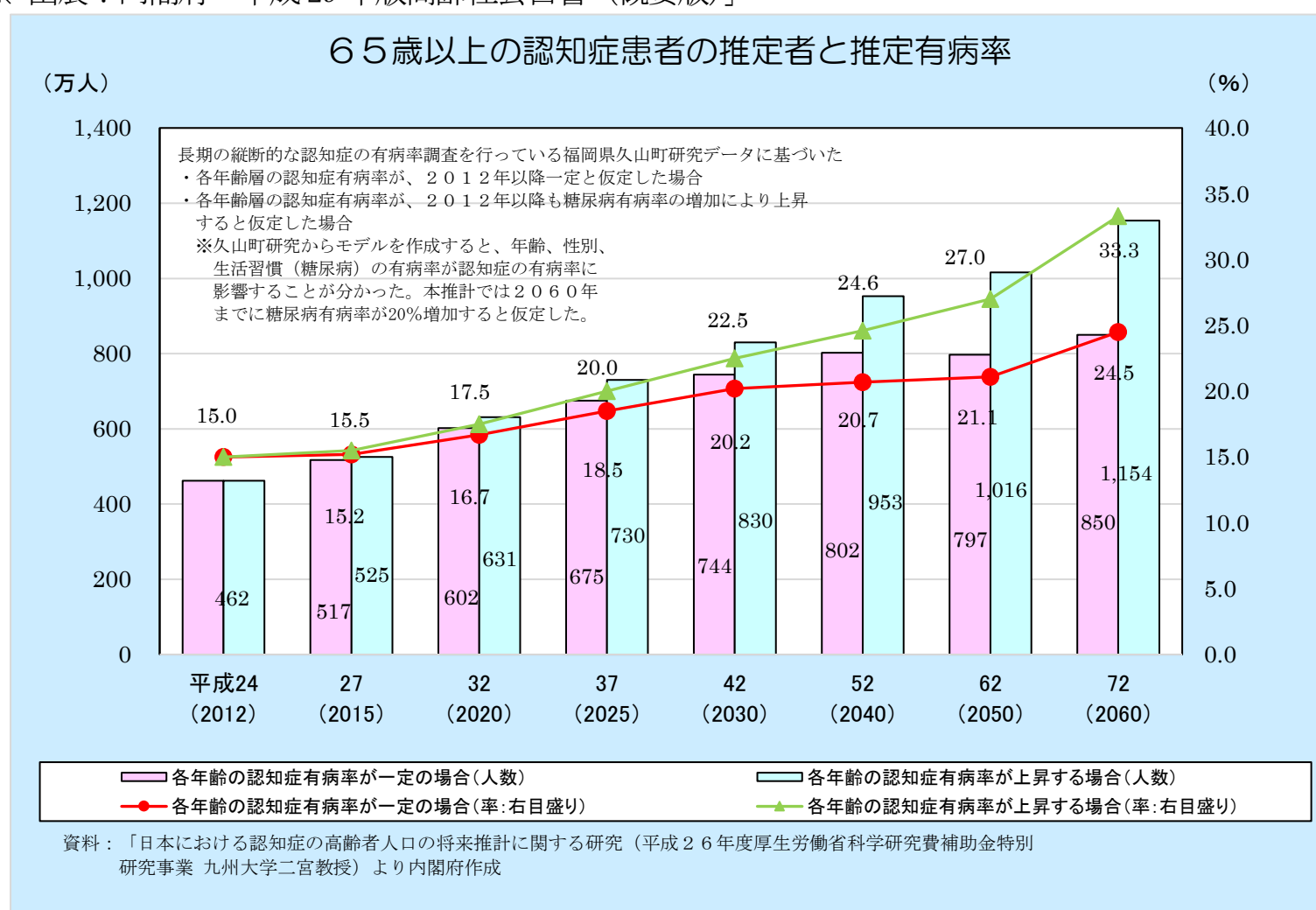


	平成 27 年	令和 2 年	令和 7 年	令和 12 年	令和 17 年	令和 22 年
65 歳以上人口の推計(※1)	9,907	10,046	9,688	9,326	9,041	8,730
認知症の推定有病率(※2)	15.20%	16.70%	18.50%	20.20%	21.40%	20.70%
認知症高齢者数の推計	1,506	1,678	1,792	1,884	1,935	1,807

※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（平成 30（2018）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 介護サービス給付見込量の推計

1 居宅サービスの利用見込み

居宅介護サービス（介護保険）の給付見込量は次のとおりです。

要支援者の訪問介護と通所介護は、平成29年度から市の実施する「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行しています。

▼利用者数の見込み

(単位：人)

		令和3年度			令和4年度			令和5年度		
		要支援	要介護	計	要支援	要介護	計	要支援	要介護	計
訪問介護		—	271	271	—	272	272	—	272	272
訪問入浴		0	23	23	0	23	23	0	22	22
訪問看護		26	178	204	26	180	206	26	182	208
訪問リハビリテーション		21	50	71	21	49	70	21	48	69
居宅療養管理指導		6	125	131	6	126	132	6	126	132
通所介護	通所介護	—	376	376	—	374	374	—	373	373
	認知症対応型	—	74	74	—	72	72	—	71	71
	地域密着型	—	220	220	—	217	217	—	217	217
通所リハビリテーション		50	109	159	51	111	162	51	109	160
短期入所生活介護		2	130	132	2	130	132	2	130	132
短期入所療養介護		0	34	34	0	33	33	0	34	34
福祉用具貸与		200	647	847	200	648	848	196	641	837
特定施設入所者生活介護		1	24	25	1	24	25	1	24	25
認知症グループホーム		0	32	32	0	32	32	0	35	35
居宅介護支援		243	836	1,079	243	837	1,080	242	834	1,076
小規模多機能居宅介護支援		2	35	37	2	35	37	3	49	52

※北アルプス広域連合第8期介護保険事業計画策定の利用者数推計

▼利用回数の見込み

(単位：回)

		令和3年度			令和4年度			令和5年度		
		要支援	要介護	計	要支援	要介護	計	要支援	要介護	計
訪問介護		—	6,617	6,617	—	6,620	6,620	—	6,580	6,580
訪問入浴		0	123	123	0	126	126	0	125	125
訪問看護		163	802	965	163	806	969	163	805	968
訪問リハビリテーション		237	540	777	236	546	782	236	547	783
通所介護	通所介護	—	3,906	3,906	—	3,860	3,860	—	3,818	3,818
	認知症対応型	—	749	749	—	719	719	—	700	700
	地域密着型	—	1,888	1,888	—	1,882	1,882	—	1,867	1,867
通所リハビリテーション		144	556	700	147	566	713	146	562	708
短期入所生活介護		8	1,528	1,536	8	1,552	1,560	8	1,546	1,554
短期入所療養介護		0	316	316	0	329	329	0	329	329

※北アルプス広域連合第8期介護保険事業計画策定の利用推計



2 施設サービスの利用見込み

介護度別の各施設の利用見込みは、以下の表のとおりとなっています。介護保険制度の改正により、平成27年度から特別養護老人ホームへの新規入所は原則要介護3以上となりましたが、自宅での生活が難しい要介護1・2の人は、北アルプス広域連合が設置する特例入所の判定委員会において、入所の必要性を判断していきます。

(単位：人)

サービス区分	要介護区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護1	0	0	0
	要介護2	1	1	1
	要介護3	47	47	47
	要介護4	109	109	109
	要介護5	101	101	101
	合 計	258	258	258
介護老人保健施設	要介護1	33	33	33
	要介護2	31	31	31
	要介護3	25	25	25
	要介護4	26	26	26
	要介護5	20	20	20
	合 計	135	135	135
介護療養型医療施設	要介護1	1	1	1
	要介護2	1	1	1
	要介護3	2	2	2
	要介護4	2	2	2
	要介護5	3	3	3
	合 計	9	9	9

※北アルプス広域連合第8期介護保険事業計画策定の利用者数推計

3 地域支援事業

地域支援事業は、要介護・要支援になる可能性のある高齢者を対象に、介護が必要とされる状態になることの予防や、要介護状態になった場合でも、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業です。

事業は大きく3つの柱からなり、健康維持や助け合いを広める「介護予防・日常生活支援総合事業」、地域における総合相談支援等を行う地域包括支援センターの運営や認知症施策の推進などを実施する社会保障の充実を行う「包括的支援事業」、地域の実情に応じた必要な支援を行う「任意事業」からなります。

4 介護予防・日常生活支援総合事業

当市を含む北アルプス広域連合構成5市町村では、平成29年4月より「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業）を実施しています。

総合事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」で構成されます。総合事業の開始に伴い、要支援者の「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が、全国一律で提供されるサービスから本事業へと移行され、住民主体の多様なサービス等も充実することで、これまでよりサービスの選択の幅が広がり、一人一人の状況に応じたサービスを利用できます。

高齢者が安心して自立した日常生活を送るため、地域の支え合いの体制づくりを推進します。

【介護予防・日常生活支援総合事業の対象者】

- 介護予防・生活支援サービス事業

要支援1・2の認定を受けた人、または介護予防基本チェックリストを実施した結果、生活機能の低下が見られた人

- 一般介護予防事業

65歳以上の全ての人

第3節 計画の骨子

第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おり、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。

2025年を見据えたなかで前回計画に掲げた基本理念「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ます。

更に、その先の2040年を見据えたうえで、共に生き、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

第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。

基本目標1 地域包括ケア体制の推進と高齢者を支えるまちづくり

基本目標2 自分らしくいきいきと安心して暮らせるまちづくり

基本目標3 高齢者の社会参加の促進と住みやすいまちづくり

第3 目標達成に向けた施策の展開

施策の展開にあたっては、北アルプス広域連合の作成する「第8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ます。

1 基本施策

基本目標1 地域包括ケア体制の推進と高齢者を支えるまちづくり

(1) 日常生活を支援する体制の整備

ひとり暮らしや高齢者のみの世帯の増加に伴い、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、「お互い様」をモットーに地域の支え合いの気運を広げるとともに、公的外サービスの創出にも努めることにより、安心・安全に生活するための支援体制を整備します。

(2) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケア体制の中核となる地域包括支援センターのさら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、高齢者が安心・安全に暮らせる住まいや生活環境の確保に努めます。

基本目標2 自分らしくいきいきと安心して暮らせるまちづくり

(1) 健康づくりと自立支援、介護予防・重度化防止の推進

心身ともに健康で充実した生活を継続するため、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施を推進し、健康寿命の延伸を目指します。

高齢者が要介護状態等になっても、生きがいをもって生活できる地域の実現を目指します。

(2) 認知症施策の推進と高齢者の尊厳の確保

厚労省の発表では、2025年（令和7年）に65歳以上のうち5人に1人が認知症になるとの推計が発表されています。認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域づくりの推進や、支援が必要となった人へ早期対応ができる体制整備を推進します。

また、高齢者の尊厳を確保するため、権利擁護や高齢者虐待防止に向けた取り組みを推進します。

(3) 在宅医療・介護連携の推進

地域包括ケアの構築に向けては、在宅医療を受ける高齢者の生活の場である日常生活の環境を整えることが必要です。また、人生の最後まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、高齢者の意思及び自己決定を最大限尊重できる多職種連携を推進します。

基本目標3 高齢者の社会参加の促進と住みやすいまちづくり

(1) 高齢者の社会参加

地域交流活動等を通じた社会参加を推進するとともに、高齢者に役割がある形での社会参加を促進する観点から就労的活動の場の検討を進め、生涯現役で活躍できる環境づくりを推進します。

(2) 高齢者の住まいの安定的な確保

自宅での生活が困難になっても、住み慣れた地域で生活が継続できるよう、見守りや生活相談を受けられる高齢者向けの住まいや、生活支援など必要なサービスを利用できる環境の確保に努めます。

(3) 災害や感染症対策にかかる体制整備

近年の自然災害や感染症の流行を踏まえ、関係機関との連携により高齢者の安心・安全な生活を確保できるよう、災害時等における体制整備の検討を行います。

2 サービス提供体制の整備

市内において必要な支援やサービス供給の体制が構築されるよう、地域住民をはじめ、事業者、各種団体、関係機関の理解と協力を得ながら体制の整備に努めます。介護保険施設等の整備については、北アルプス広域連合の策定する第8期介護保険事業計画との整合を図り、また、高齢者の自立支援や介護職員の負担軽減につながるよう、介護ロボットやICT(情報通信技術)の活用により、地域のニーズに応じた基盤整備を検討します。

第4節 重点プロジェクト

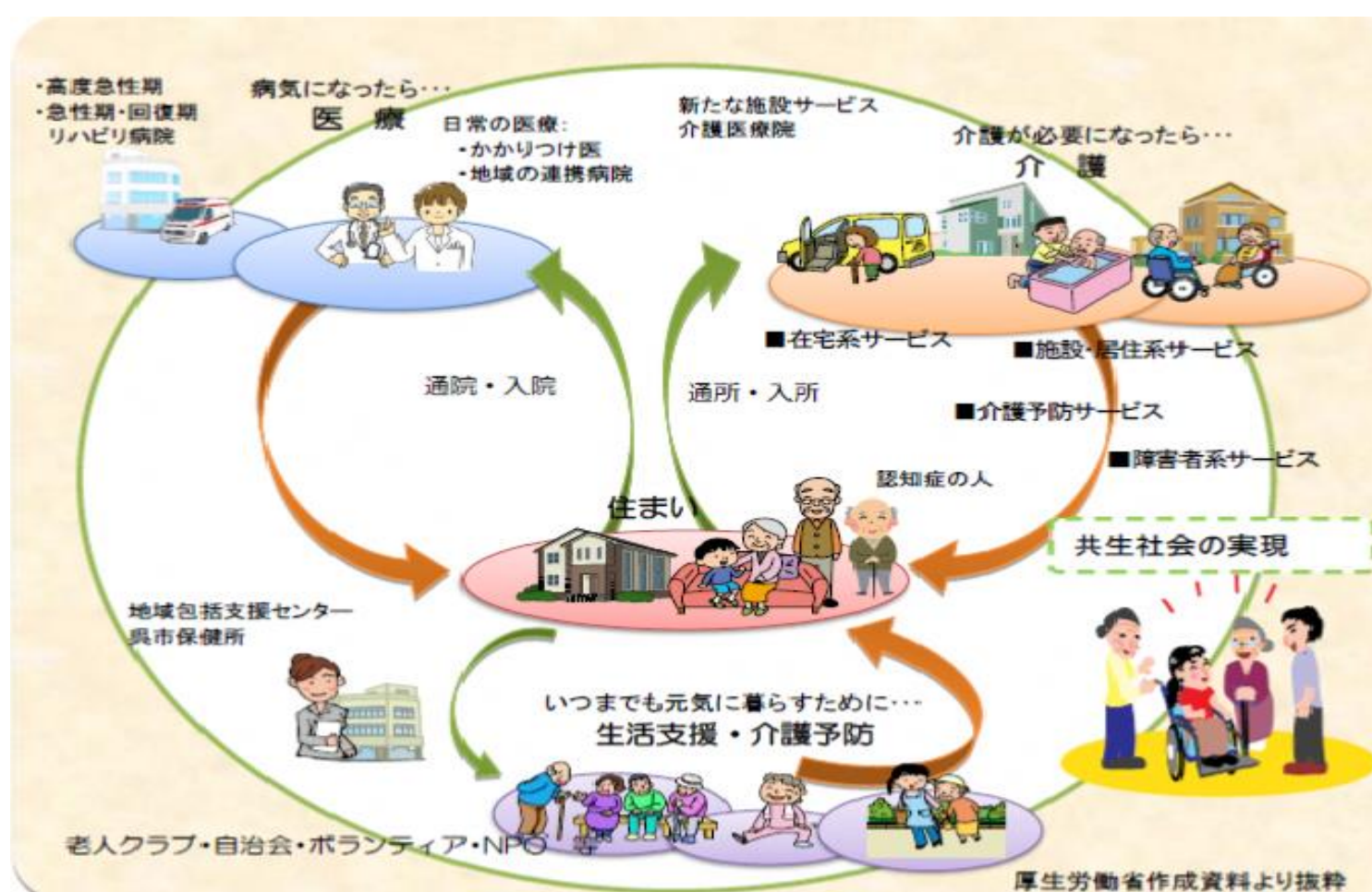
計画期間中の基本施策を実現するため、次の重点プロジェクトを展開します。

第1 地域包括ケア体制の構築・推進

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益々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る中、共に支え合う地域づくりがますます重要なものとなり、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。

市内3箇所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。

- ▶ 認知症総合支援、在宅医療・介護連携推進、生活支援体制整備、地域ケア会議の4事業の事業間の連携
- ▶ 高齢者自身のセルフケア、介護者支援、元気高齢者の社会参加
- ▶ 3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）の持続的・効率的な体制の確保に向けた取組、高齢者人口に応じた地域包括支援センターの役割分担による機能強化
- ▶ 高齢者の権利擁護の推進、介護予防・生活支援等サービスの情報収集と周知、災害・感染症対策の体制整備の検討

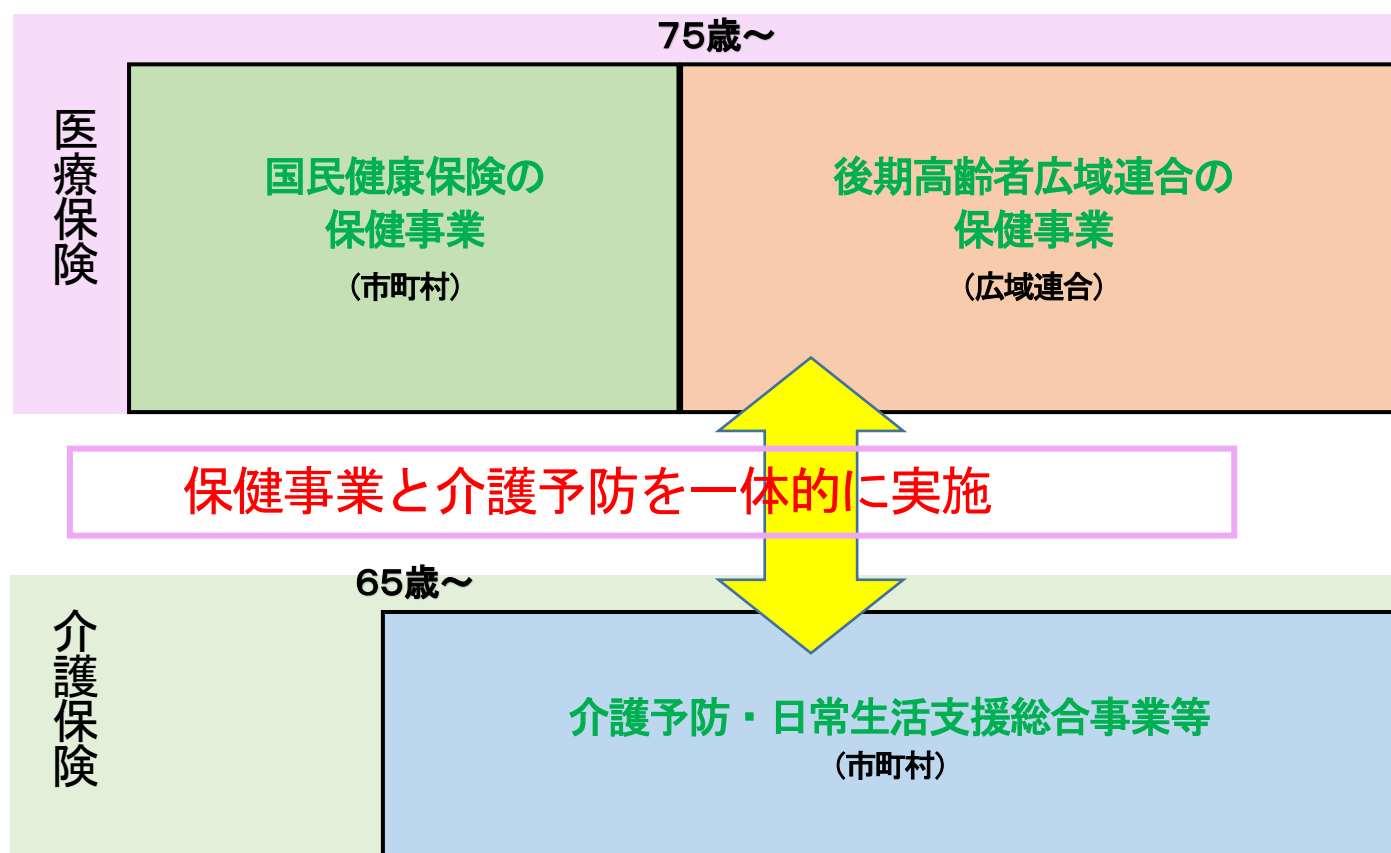


第2 高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の推進

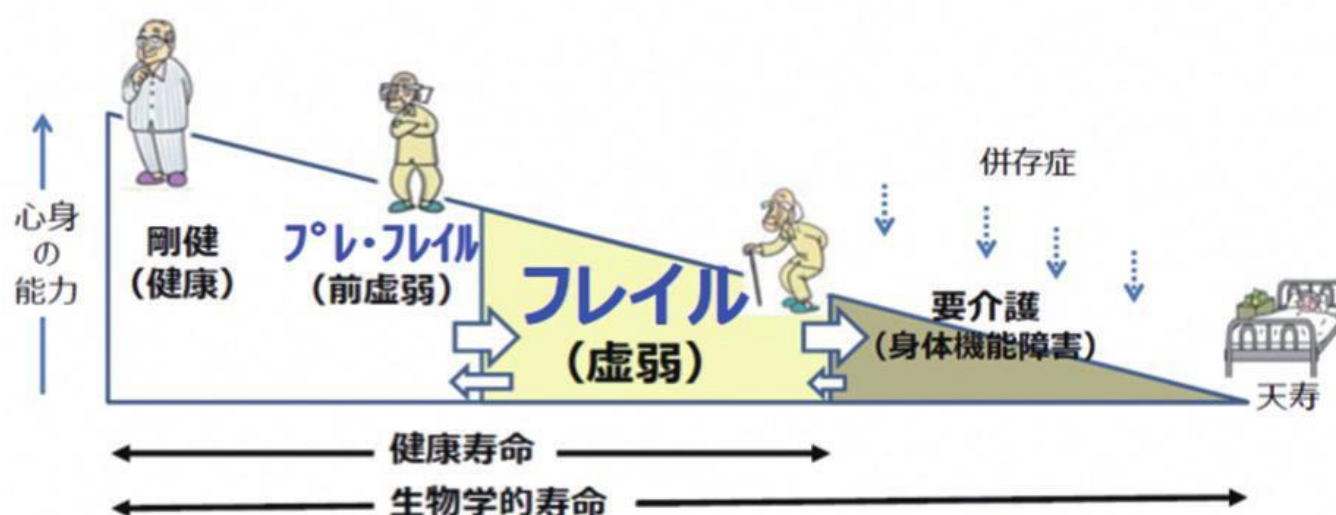
高齢になっても心身ともに健康で、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活習慣病予防、口腔衛生、栄養などの保健事業と、運動機能向上など介護予防事業との一体的な取組を実施し、自立した日常生活の支援を図ります。また、介護が必要となる原因疾患として認知症、脳血管疾患が多くを占める傾向にあることから、起因となる高血圧や高血糖等をはじめ、原因疾患の予防又は介護が必要になっても重度化防止や自立支援に向けた取組を展開することで、介護予防・重度化防止を図ります。

- ▶ 保健事業と介護予防事業の一体的な実施
- ▶ 健康増進に関する普及啓発
- ▶ 自立支援型のケアマネジメント、地域ケア会議の開催

○保健事業と介護予防の一体的な実施イメージ図



○フレイル（虚弱）の進行イメージ図



第3 支え合うための地域づくりの支援

ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯が増加する中、地域において支援を必要とする方への対応が、これまで以上に求められています。

地域住民が共に助け合い、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。

- ▶ 各地区に配置している生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を中心に、地域のニーズや社会資源の把握を行うとともに、社会福祉法人や民間企業等との協同体制の推進
- ▶ 見守りや安否確認ネットワークの構築
- ▶ 高齢者の権利擁護の推進
- ▶ 終末期のあり方や、本人の選択・本人と家族の心構えについての取組の推進

第4 社会参加の促進

認知症予防又は増加傾向にあるひとり暮らし高齢者が閉じこもりがちとなり、日々の活動量や健康維持への意欲が低下することを防ぐため、社会との交流が維持できるよう、地域交流活動等の社会参加の促進をはじめ、高齢者の知識や経験を活かし、働く意欲のあるシニアの皆さまが年齢にかかわらず働き続けることのできる生涯現役社会の構築を模索します。

- ▶ 通いの場の充実、地域住民が相互につながりを深めることを目的とした自主的な活動に対する支援
- ▶ 介護予防を目的とした高齢者の外出に関する支援の推進
- ▶ 就労的活動の場を提供できる団体や組織、関係機関との連携

第5 認知症施策の推進

高齢化率の進展に伴い、認知症となる人は今後ますます増加していくことが予想されます。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めざします。

誰もがなり得る認知症に関する正しい知識と理解促進を図ることを目的とした普及啓発活動に取り組むほか、地域サロン等への社会参加による認知症への「備え」としての取組を推進します。

- ▶ 認知症サポーターの養成や講演会、相談先の周知等に関する普及啓発
- ▶ 大北5市町村で共同運営する「認知症初期集中支援チーム」と関係機関との役割分担や連携の強化、地域の実情に応じた運営方法の検討
- ▶ 在宅や施設等での高齢者の意思及び自己決定支援に向けた体制の構築
- ▶ 本人発信、認知症予防の取組の検討、介護者支援、認知症カフェの開催
- ▶ 認知症バリアフリーの推進、地域の見守り体制、社会参加活動の検討

第6 在宅医療・介護連携の推進

自立支援と権利擁護の視点に基づき、退院支援が必要な高齢者や家族への支援を行い、住み慣れた地域での生活が続けられるよう医療機関、福祉施設、介護事業者等の関係機関との連携を推進します。

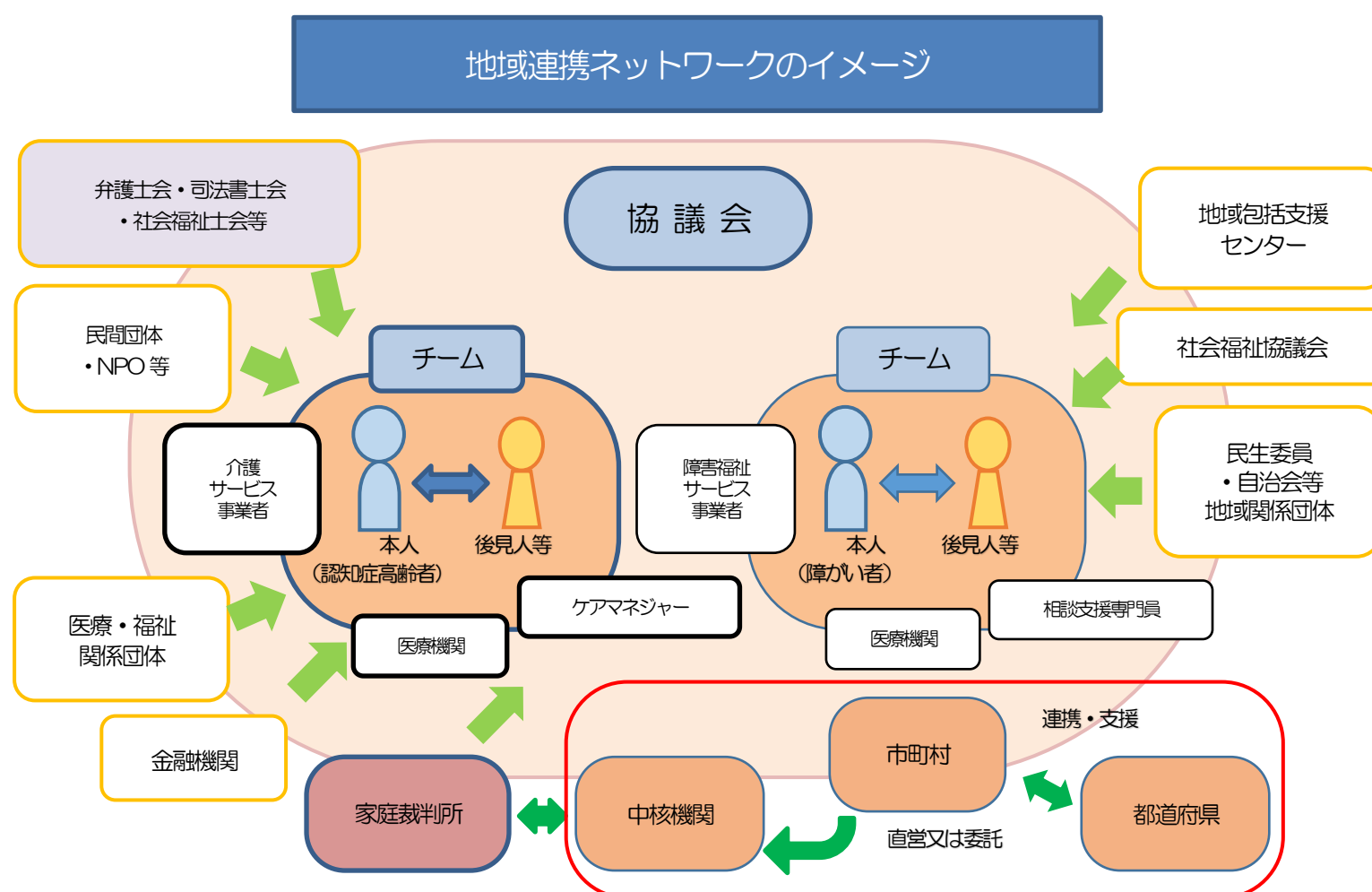
また、人生の最終段階の過ごし方や人生の終末期に向けた理解（ACP：アドバンスド・ケア・プランニング）についての取組を推進します。

- ▶ 在宅医療の重要性やACP等に関する普及啓発
- ▶ 緊急時の対応が迅速・適切に行われるよう、本人の病歴や服薬情報、緊急時の連絡先等を記載した「救急医療キット（仮称）」を通じた普及啓発
- ▶ 医療・介護の現場における課題の抽出、事例検討会や研修会の開催

第7 高齢者の権利擁護の推進

ひとり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



第8 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。

- ▶ 高齢者向けの住まいが地域ニーズに応じて適切に供給されるよう、高齢者の住まいの確保に関する必要な取り組み
- ▶ 増加している特殊詐欺の被害を防止するため、高齢者への有効な情報伝達手法の確立も含めて特殊詐欺等の被害防止に関する普及啓発活動の推進
- ▶ 防災、感染症対策に関する普及啓発
- ▶ 介護事業所等と連携した訓練、研修の実施
- ▶ 災害や感染症発生時の代替サービス等の確保に向けた連携体制の構築の検討



第5節 介護サービス確保の方策

計画期間中の重点プロジェクトに係る取組は次のとおりです。

第1 共通する事項

高齢化の進展に伴い、介護ニーズの高い高齢者の増加が見込まれています。

平成29年4月より「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が開始され、訪問介護・通所介護が全国一律の予防給付から地域支援事業へ移行しました。このことにより、既存の介護サービス事業所に限らず、NPOや住民ボランティアなど多様な事業主体による多様なサービスの提供が可能となっています。地域共生社会の実現に向けて、地域の特性に合った支え合いの体制づくりを推進します。

また、介護サービス利用者のニーズに応えるための基盤整備にあたっては、事業者だけでなく、北アルプス広域連合と連携し、整備に向けた努力を行っていきます。

第2 介護保険サービス（居宅サービス）

居宅サービスは、在宅で暮らす要支援・要介護認定高齢者の自立を支援し、生活を支えるサービスです。

介護保険で利用できるサービスには、要介護1～5の認定を受けた方への「介護サービス」、要支援1～2の認定を受けた方への「介護予防サービス」があります。また、認定結果が非該当（自立）とされた方や、要介護認定の申請をしていない方でも、介護や支援が必要になる可能性が高い方は、「総合事業サービス」が利用できる場合もあります。

1 介護サービス

① 訪問介護

訪問介護は居宅サービスの主たるサービスで、大北管内では、大町市内に7事業所、他町村に9事業所、合計16事業所が中心となってサービスの提供を行っています。

② 訪問入浴介護

現在サービスを提供している事業者を中心に基盤の充実を図ります。

③ 訪問看護

大北管内では、7つの訪問看護ステーションが中心となって、サービスの提供を行っています。

④ 訪問リハビリテーション

医療機関、介護老人保健施設でサービス提供を行っています。

⑤ 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護（デイサービス）

訪問介護とともに非常に需要が高いサービスで、大町市内の通所介護施設は21か所整備され、市民に対する一定のサービス量は確保されています。

また、その内4か所の認知症対応型の通所介護施設が大町市内に整備されており、サービス提供事業者との連携を図るとともに、サービス体制の充実を図ります。

⑥ 通所リハビリテーション（デイケア）

大北管内では、5か所の介護老人保健施設・医療機関がサービスの提供を行っています。

⑦ 居宅療養管理指導

医師会・歯科医師会・薬剤師会との連携により、必要量の確保に努めます。

⑧ 短期入所（ショートステイ）

大北管内では、介護老人保健施設・医療機関の5か所と短期入所生活介護施設8か所でサービスの提供を行っています。

⑨ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症高齢者の方に対するサービスの提供を強化するために、大町市内で4か所、大北管内に2か所の認知症対応型共同生活介護が整備されています。

⑩ 小規模多機能型居宅介護

大町市内で2か所、大北の町村内に1か所、合計3か所の小規模多機能型居宅介護事業所でサービス提供を行っています。

⑪ 福祉用具貸与

介護保険制度の浸透に伴い、大町市内には3か所、大北の町村に1か所の事業者がサービスの提供を行っています。

⑫ 居宅介護支援

介護認定者の増加に伴い、利用者の増加やニーズの多様化への対応が求められています。出来るだけ自立した日常生活と社会参加へつなげられるよう、適切なアセスメント（課題分析）により必要な支援を提供するためにも、介

護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上とともに、関係者間の密接な連携を図る必要があります。

2 介護予防サービス

加齢に伴う心身の機能低下の予防や認知症の予防、口腔機能の向上などの事業を通じて、要介護状態になることをできる限り防ぎ、日常生活の自立を支援することを目的としたサービスです。

3 総合事業サービス

介護保険制度の改正により、大町市では、平成29年4月から新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）を開始しています。

これまで、要支援者の訪問介護や通所介護のサービスは、全国一律の基準で提供してきましたが、総合事業では、多様な生活支援のニーズに地域全体で応えていくため、これまでと同様のサービスに加え、多様な担い手による新しいサービスを提供します。

① 訪問型サービス

訪問型サービスは、掃除・洗濯等の日常生活上の支援を提供します。

これまでの介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の4種類のサービス（A型・B型・C型・D型）で構成されます。

介護予防サービス相当サービスは、認知機能の低下により日常生活に支障がある症状の方、退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な方にサービスを提供します。

「緩和した基準によるサービス（A型サービス）」は、身体介護を伴わない家事援助中心のサービスを提供します。

「住民主体による支援（B型サービス）」や「移送前後の生活支援（D型サービス）」はボランティア主体でサービスを提供しますが、生活支援体制の整備を進める中で住民ニーズやサービスの必要量を把握し、担い手の確保に努めてまいります。

「短期集中サービス（C型サービス）」は、看護師等が訪問し、自宅でできる運動や生活習慣改善に向けたプログラムを短期間（3～6か月）の中で行います。

② 通所型サービス

通所型サービスは、事業所や集いの場に通って、運動やレクレーションな

どを行い、生活機能の向上を支援します。

これまでの介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の3種類のサービス（A型・B型・C型）で構成されます。

介護予防相当サービスは、身体介護（入浴等の介助）を含む日常生活上の支援、機能訓練等を提供します。

「緩和した基準によるサービス（A型サービス）」は、身体介護の必要のない方を対象として、運動やレクリエーションなどを行います。半日利用や入浴なしのサービスも設定しています。

「住民主体による支援（B型サービス）」は、ボランティア主体で通いの場を設け、体操や運動等を行います。

「短期集中サービス（C型サービス）」は、運動器の向上や栄養改善に向けた支援が必要な方を対象に、専門家による集中的な支援を短期間（3か月程度）の中で行います。医療機関や運動施設等と連携し、適切なサービス提供を進めていきます。

③ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、介護や支援は必要ないが、基本チェックリストにより動作の一部に支援が必要であることが確認され、何らかの介護予防事業への参加が必要と判断された方（事業対象者）を対象に、自立した日常生活が継続できるよう支援するものです。

改善後の生活がイメージできるように具体的な目標を設定し、達成に向けた取組みを定期的に評価（モニタリング）することで、社会参加や健康増進を支援していきます。



第3 介護保険サービス（施設サービス）

施設サービスは、居宅での生活が困難な方が入所することにより、日常生活の支援や介護を受けるサービスです。

広域的な施設整備を推進するため、北アルプス広域連合、長野県をはじめとする関係機関と連携を密にしていきます。

1 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

大町市内に3か所、大北管内に4か所の合計7か所の介護老人福祉施設が整備されています。

2 介護老人保健施設

大北管内では、4か所の介護老人保健施設が整備され、既存の施設でのサービスの向上に努めることとします。

3 介護療養型医療施設

大北管内で、1カ所の介護療養型医療施設が整備され、既存の施設でのサービスの向上に努めることとします。

第4 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、医療・保健・福祉など様々な面から生活を支える総合機関です。市内北部・中部・南部の日常生活圏域ごとに設置し、それぞれの地域特性を踏まえ、誰もが幸せに暮らし続けることができるよう、地域包括支援センターが中核となり、地域包括ケア体制の構築を推進します。

これまで培ってきた相談対応や支援のノウハウと、地域包括支援センターが持つ地域に根ざした強みを生かしながら、地域資源やネットワークを活用し、個別事例から地域課題を発見・整理していく中で、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らせる環境の確保に努めます。

1 地域包括支援センターの機能

① 総合相談支援業務

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、相談内容に応じたサービスの調整や支援を行います。

② 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)

要支援1、2と認定された人や事業対象者が要介護状態となることを予防するため、心身や生活環境その他の状況に応じて、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。



③ 包括的・継続的ケアマネジメント

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ます。また、ケアマネジャーの技術向上のため、ケアマネジャーへの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することにより、地域のケアマネジャーを後方支援するとともに、多職種連携・協働を推進します。

④ 介護予防事業

運動機能向上、栄養改善、口腔衛生、認知症予防等の事業を実施し、高齢者の心身機能の低下を防止します。また、循環器疾患を予防するため、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施事業に取り組み、健康寿命の延伸に努めます。

⑤ 認知症施策の推進

市内3カ所の地域包括支援センターに配置している認知症地域支援推進員を中心に、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス事業者及び地域の支援機関との連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域に対する普及啓発等を行います。

また、認知症初期集中支援チームでは、認知症が疑われる方や認知症の方及びその家族に対し、包括的・集中的に関わることにより、医療や介護につながる役割のほか、自立生活のサポートや認知症状の理解と今後の生活への準備を支援します。

⑥ 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療が必要な高齢者や入退院時等、自分らしく生活を続けられるため

の環境を整えられるよう、医療・福祉関係者間で連携し支援します。

また、在宅医療の重要性や人生の終末期に向けた理解について普及啓発を図ります。

⑦ 権利擁護業務

高齢者の人権を守るため、成年後見制度などの権利擁護を目的とする制度の普及啓発及び相談・支援を推進します。

また、増加する虐待相談に適切に対応するため、関係機関との連携を強化し、事例に即した適切な対応に努めます。

⑧ 生活支援体制整備業務

高齢者が地域で生きがいや役割を持ち、自分らしい生活を送ることができるよう、日常生活圏域ごとに地域支え合い体制づくり協議会を設置し、NPO、ボランティア、企業等も含めた地域の支え合いの体制を整備します。

また、各協議体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、地域に必要な生活支援サービスの創出や、地域の助け合い活動等の情報提供・利用支援を行います。

⑨ 地域ケア会議の開催

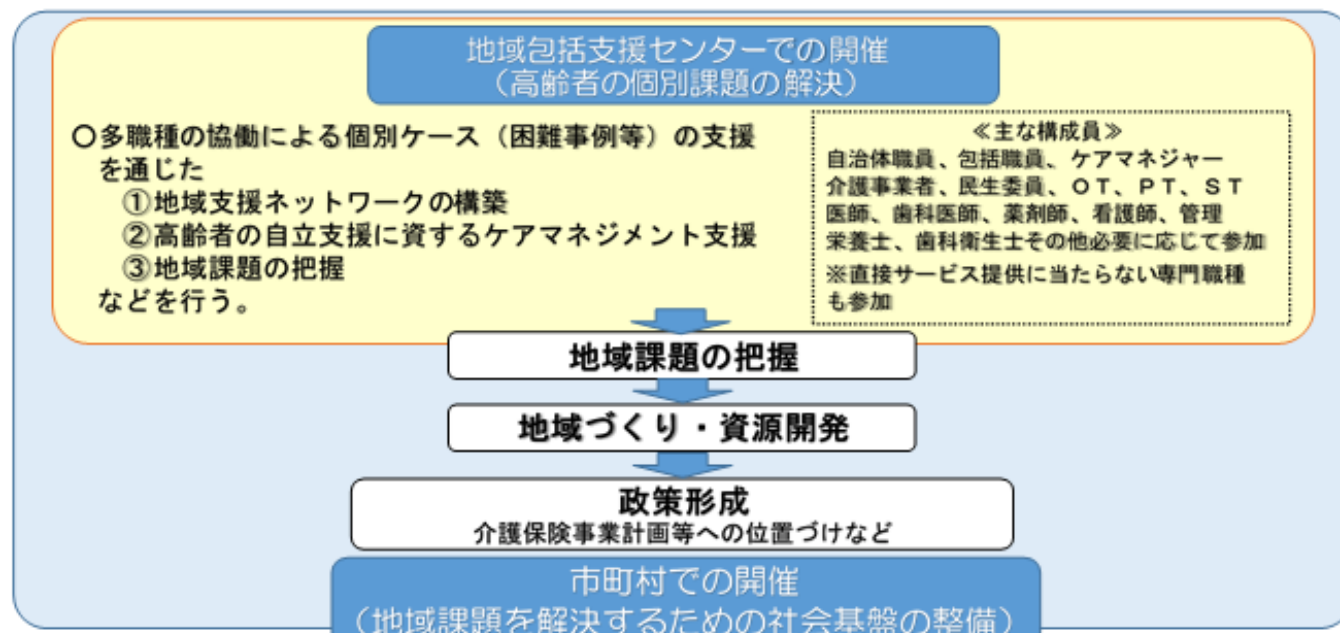
地域包括ケア体制を実現するため、個別事例の中から、地域全体での課題を的確に把握し、解決していく手段を導き出すための会議です。

この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、高齢者の自立動作や生きがいを持った生活につながるよう支援します。

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用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



2 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、小学校区を基本として3つの日常生活圏域（北部・中部・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
南部	常盤地区、社地区
中部	大町地区（北部包括支援センター担当以外の地域）、八坂地区、美麻地区
北部	平地区、大町地区のうち 三日町、俵町、不二塚町、大原町、大原2号団地、中原町、東中原町、栄町、若原町、山田町、北山田町、宮田町

▼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	南部	中部	北部	大町市合計
総人口	8,436	9,213	8,436	26,085
高齢者人口	3,077	3,509	3,392	9,978
高齢化率	36.5%	38.1%	40.2%	38.3%
要介護認定者数	540	730	488	1,758
要支援1・2	110	142	100	352
要介護1～5	430	588	388	1,406
認定者の割合（%）	17.6%	20.8%	14.4%	17.6%
世帯数	3,604	4,352	3,905	11,861
高齢者のみ世帯	1,159	1,431	1,396	3,986
うち一人暮らし世帯数	594	782	745	2,121
高齢者のみ世帯の割合	32.2%	32.9%	35.7%	33.6%
担当地域包括名	南部地域包括支援センター	大町市地域包括支援センター	北部地域包括支援センター	

北アルプス広域連合第8期介護保険事業計画より抜粋引用

第6節 高齢者福祉サービス

第1 老人福祉施設等

1 養護老人ホーム

(1) 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名、短期入所定員6名)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。

(2) 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、当市は持ち家比率等が比較的高く、可能な限り自宅で暮らしたいと考える高齢者が多いことから、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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度(見込)	3年度	4年度	5年度
入所者数	定員	50	50	50	50	50	50
	実績	32	35	33	—	—	—

2 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

(1) 現 状

軽費老人ホームは、大町市内には常盤地区に定員30名の施設が整備されています。その他では、小谷村に定員22名の施設、有料老人ホームは市内社地区に定員24名、松川村に定員34名が整備されている状況です。

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。

(2) 今後の方針

当市の高齢者は、住宅などを保有し、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も多くありますが、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、高齢者向け住まいの情報提供や把握に努め、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。

3 複合施設（総合福祉センター・ふれあいプラザ）

(1) 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、市民ひとり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。

(2) 今後の方針

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

第2 生活支援サービス

1 生活支援員派遣事業

(1) 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ります。

(2) 今後の方針

核家族化の進展に伴い、利用希望者の増加が見込まれるため、継続して実施しますが、ニーズに応じた多様な支援やサービスの担い手を確保するため、日常生活圏域ごとに生活支援コーディネーター（地域支えあい推進員）を配置し、地域における支え合い体制づくりを推進するとともに、元来の地域社会の持っていた近所付き合いや困った際の「お互い様」の気運の復活を模索します。

▼ 生活支援員派遣事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用人数	目標	230	230	230	200	200	200
	実績	194	153	135	—	—	—
延利用回数	目標	2,180	2,180	2,180	2,100	2,100	2,100
	実績	1,698	633	1,900	—	—	—

2 配食サービス事業

(1) 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お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、安否確認を行います。

なお、利用される方から負担いただく金額については、所得等に応じた負担としています。

(2) 今後の方針

高齢者世帯数の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塩分を控えた制限食メニューへの対応も進んでいます。

今後は、民間事業者による配食事業では対応できない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てサービスを継続していきます。

▼ 配食サービス事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度(見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	60	60	60	60	60	60
	実績	51	41	60	—	—	—
配食数	目標	14,470	14,470	14,470	8,000	8,000	8,000
	実績	7,566	6,311	7,500	—	—	—

3 寝たきり高齢者等訪問理美容サービス助成事業

(1) 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、心身の障がい等によって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。

(2) 今後の方針

在宅高齢者の福祉の増進と保健衛生の向上を図るため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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度(見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	4	4	4	4	4	4
	実績	3	2	4	—	—	—

4 介護用品引換券交付事業

(1) 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に対して介護負担の軽減を目的に、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。

(2) 今後の方針

毎日使用する紙おむつの購入費用の一部を助成することで、介護者の負担の軽減と経済的不安を解消する効果が期待できることから、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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	166	166	166	220	220	220
	実績	191	212	215	—	—	—
利用枚数	目標	1,420	1,420	1,420	1,850	1,850	1,850
	実績	1,642	1,788	1,800	—	—	—

5 緊急通報システム事業

(1) 現 状

高齢者世帯や一人暮らし高齢者で虚弱な方を対象に、宅内に人感・煙感知センサー、通信機本体を設置し、非常時に本体や携帯型通信機（ペンダント型）から信号を発信することにより、委託事業者が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。

(2) 今後の方針

高齢者の日常生活の安心・安全を確保するうえで、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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	120	120	120	110	115	120
	実績	104	97	100	—	—	—
利用回数	目標	1,000	1,000	1,000	820	860	900
	実績	537	725	610	—	—	—

6 福祉タクシー乗車券交付事業

(1) 現 状

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

(2) 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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	170	170	170	150	150	150
	実績	135	139	130	—	—	—
利用枚数	目標	3,200	3,200	3,200	2,600	2,600	2,600
	実績	2,477	2,339	2,136	—	—	—

7 寝たきり高齢者等移送サービス事業

(1) 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実施しています。

道路運送法第78条第2号に基づく福祉有償運送事業で、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。

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事業に助成を行っています。

(2) 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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	150	150	150	250	250	250
	実績	197	236	232	—	—	—
延利用回数	目標	2,400	2,400	2,400	3,800	3,800	3,800
	実績	3,137	3,802	3,800	—	—	—

8 寝たきり高齢者等寝具クリーニング券交付事業

(1) 現 状

在宅で生活している寝たきり高齢者の方が、より快適な環境で暮らしていただくため、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扶助します。

(2) 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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	2	2	2	6	6	6
	実績	4	3	3	—	—	—
利用枚数	目標	4	4	4	12	12	12
	実績	4	4	5	—	—	—

9 生活管理指導短期宿泊事業

(1) 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。

(2) 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するための事業であるとともに、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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	10	10	10	15	15	15
	実績	12	23	11	—	—	—
延利用日数	目標	1,030	1,030	1,030	1,350	1,350	1,350
	実績	1,217	1,160	830	—	—	—

10 老人世帯等除雪費支給事業

(1) 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。

(2) 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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用件数	目標	50	50	50	50	50	50
	実績	5	0	10	—	—	—

11 緊急宿泊支援事業

(1) 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とき、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。

(2) 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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	3	3	3	3	3	3
	実績	0	0	0	—	—	—

1 2 高齢者にやさしい住宅改良促進事業

(1) 現 状

要援護高齢者の居住環境を改善し、日常生活をできるだけ自力で行えるようにするために、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・市補助金と合わせ81万円を限度として補助しています。

(2) 今後の方針

利用促進について、介護支援専門員（ケアマネジャー）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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度(見込)	3年度	4年度	5年度
利用者数	目標	5	5	5	5	5	5
	実績	1	0	4	—	—	—

1 3 在宅介護を支える支援体制の充実

高齢者人口の増加や、生産年齢人口の減少に伴い生活形態が変化し、在宅で介護を受けながら生活する人の増加や、介護の担い手不足が予測されています。

介護する家族の支援を充実と、生活支援体制の構築を進めるため、大町市の将来の姿を踏まえた「まちづくり」として位置づけを行ったうえで取組を進めます。

また、地域のサービス提供者、ボランティアやNPO、民間企業、社会福祉法人等と地域の課題を共有し、多様な事業主体による重層的な支え合いづくりを進めるとともに、在宅の介護や介護予防ニーズに対応できる情報通信技術の検証や、公的保険外サービスの充実に努めます。

第3 介護予防サービス

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

(1) 現状

現在、74歳までの市民には、医療保険者が健診受診勧奨・保健指導等を実施し重症化予防に努めていますが、後期高齢者医療に移行する際に保健指導の対象外となることが課題となっています。

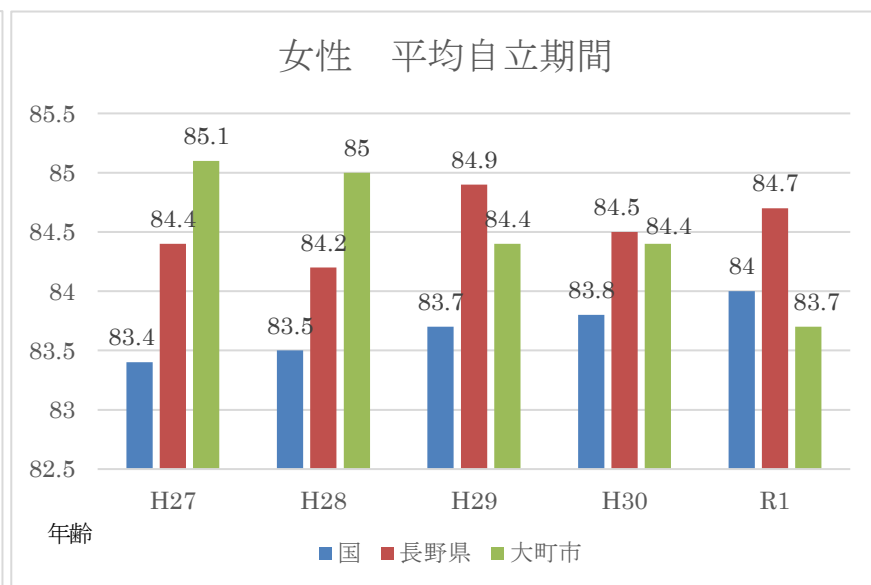
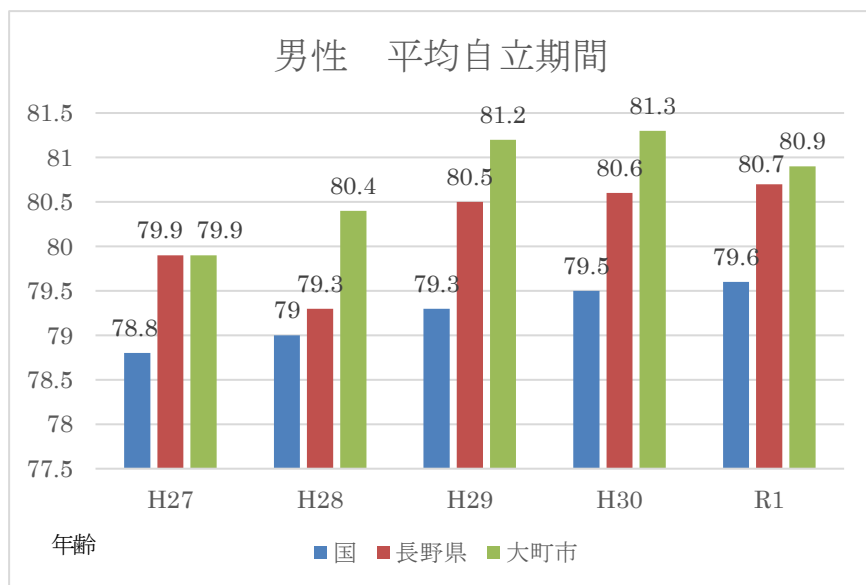
(2) 今後の方針

重症化予防の取り組みは、医療保険者の移行に関わりなく行われることが必要のため、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し、高齢者の生活習慣病の重症化予防を推進します。特に、当市の疾病分析からは高血圧が原因と考えられる脳血管疾患、心疾患、腎不全が多発していることがわかっており、高血圧の原因となる塩分摂取量も基準量より2g程度過剰に摂取していることがわかっています。

また、女性の平均自立期間の低下傾向は、認知症による要介護認定者が多いことも要因となっており、こうした事実からも血圧を安定させ脳の血管を保護する取り組みが重要と考えられます。

[令和2年度地区巡回による塩分摂取量：男性9.2g(目標7.5g)、女性8.8g(目標6.5g)]

▼平均自立期間(※2)



単位：歳

男性	国	長野県	大町市
H27	78.8	79.9	79.9
H28	79	79.3	80.4
H29	79.3	80.5	81.2
H30	79.5	80.6	81.3
R1	79.6	80.7	80.8

単位：歳

女性	国	長野県	大町市
H27	83.4	84.4	85.1
H28	83.5	84.2	85
H29	83.7	84.9	84.4
H30	83.8	84.5	84.4
R1	84	84.7	83.7

※ 国保データベース引用

※2 平均自立期間…「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命。「要介護2以上」を「不健康」と定義して算出。

2 介護予防普及啓発事業

(1) 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。

(2) 今後の方針

運動機能の維持向上、口腔衛生、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。また、高齢者が誰でも通える運動教室を開催します。

▼ 介護予防普及啓発事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
実施回数	目標	155	160	165	170	180	185
	実績	155	175	155	—	—	—
実施人数	目標	1,700	1,750	1,800	2,000	2,100	2,150
	実績	1,690	2,080	1,690	—	—	—

3 複合型介護予防事業

(1) 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、口腔衛生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12回を標準に開催しています。

(2) 今後の方針

これからも介護予防事業の中核事業として、また地域の通いの場として位置づけ、継続的な実施と更なる普及を図っていきます。

▼ 複合型介護予防事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
実施回数	目標	250	300	350	183	228	233
	実績	144	120	120	—	—	—
実施人数	目標	2,100	2,400	2,700	2,380	3,060	3,110
	実績	1,853	1,786	1,800	—	—	—

4 高齢者筋力向上事業

(1) 現 状

総合事業における通所型サービスC（短期集中予防サービス）として、運動施設や医療機関において実施しています。

目標期間（原則3か月）を設定し、個々の身体状況に応じて医療や運動の専門職の指導のもと筋力トレーニングを行います。

(2) 今後の方針

生活機能に支障が出始めている高齢者等に対し、運動機能向上プログラムを提供し、運動機能の改善を図ります。また、運動の習慣化を定着させるため、フォロー教室等を開催していきます。

▼ 高齢者筋力向上事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
実施人数	目標	40	50	60	50	65	70
	実績	61	49	23	—	—	—
実施延数	目標	330	410	480	380	440	500
	実績	549	376	131	—	—	—

5 保健師や看護師による訪問相談

(1) 現 状

介護予防を目的に医療的な指導が必要な高齢者に対して、保健師や看護師による定期的な訪問指導により、身体状況の改善を図る事業です。

(2) 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、重度化の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クスにより指導を行います。

▼ 保健師や看護師による訪問相談

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
実施人数	目標	70	80	90	50	50	50
	実績	50	44	50	—	—	—
延べ訪問回数	目標	—	—	—	350	350	350
	実績	376	309	237	—	—	—
訪問以外	目標	—	—	—	15	15	15
	実績	—	14	118	—	—	—

第4 高齢者福祉事業

1 ゆうあい高齢者の集い

(1) 現 状

一人暮らしのため、家にこもりがちになる高齢者の方に、日帰りで小旅行を楽しんでいただき、親睦を深めていただいています。

(2) 今後の方針

実施主体である市老人クラブ連合会と連携し、事業を継続していきます。

▼ ゆうあい高齢者の集い

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
参加者数	目標	200	200	200	125	125	125
	実績	142	127	—	—	—	—



2 敬老祝金事業

(1) 現 状

市内に住む高齢者の長寿を祝い、敬意の意を表して祝金をお贈りしています。祝金の額は、88歳10,000円、99歳20,000円、100歳以上10,000円をお贈りしています。

(2) 今後の方針

介護保険制度の充実等により、支給方法や支給年額の見直しを含め、検討を進める必要があります。

▼ 敬老祝金事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
対象者数	目標	323	300	300	350	350	350
	実績	307	322	345	—	—	—

3 介護者慰労金

(1) 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。

(2) 今後の方針

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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
対象者数	目標	240	240	240	215	215	215
	実績	210	200	213	—	—	—

第5 高齢者の生きがいと健康づくり

1 生涯学習・生涯スポーツの推進

(1) 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、将来的な安心へつながり、住み続けたいくなるまちへともつながります。

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。

(2) 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、若い人と高齢者など幅広い世代が交流し、ともに楽しめる講座・教室の開催に努めます。

また、老人クラブが実施している老人体育祭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」への参加を推進するなど、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。



2 老人クラブ育成事業

(1) 現 状

老人クラブは、老人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て、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活動しています。

ただ、近年は、会員の高齢化や役員のみ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。

単位老人クラブは、自治会を基礎として、身近な地域で活動しており、介護予防、生きがいづくり、交通安全、教養研修等の取り組みに対して補助を行っています。老人クラブ連合会は、単位老人クラブで構成され、市や長野県老人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。

(2) 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きています。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老人クラブの活動を支援します。

▼ 老人クラブ育成事業

	区分	第7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度 (見込)	3年度	4年度	5年度
クラブ数	目標	30	30	30	25	25	25
	実績	28	25	25	—	—	—
会員数	目標	1,650	1,700	1,750	1,200	1,200	1,200
	実績	1,484	1,205	1,147	—	—	—

3 陶芸の家

(1) 現 状

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

また、親子陶芸教室やシニア大学、認知症グループホームをはじめとして、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。



(2) 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7期			第8期		
		30年度	元年度	2年度(見込)	3年度	4年度	5年度
会員数	目標	44	44	44	45	45	45
	実績	36	39	35	—	—	—

4 シルバー人材センター

(1) 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。

(2) 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。

第7節 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は、この第8期計画を円滑に推進するため、広報及び計画の推進体制を整え、施策を推進していきます。

第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。

第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。

第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、老人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。

1 用語解説

用語	解説
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目指すもの。
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おける介護及びリハビリテーション等を提供して、その自立を支援し、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。
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。
介護ロボット	ロボットの定義とは、情報を感知(センサー系)、判断し(知能・制御系)、動作する(駆動系)。この3つの要素技術を有する、知能化した機械システム。このうち、ロボット技術が応用され利用者の自立支援や介護等の負担に役立つ介護機器を介護ロボットと呼んでいる。(厚生労働省ホームページより抜粋引用)(例：見守りセンサー、装着型パワーアシストなど。)

用語	解説
居宅療養管理指導	病院、診療所または薬局の医師・歯科医師・薬剤師等が、通院困難な要介護者に対し、その居宅を訪問して、心身の状態や環境等を把握し、療養上の管理や指導を行うこと。
居宅介護支援	居宅の要介護者が、居宅サービス等を適切に利用できるよう、本人・家族の希望等を勘案し、利用するサービスの種類、内容等を定めた計画（ケアプラン）を作成するとともに、その計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整を行うなどの支援を行うこと。
居宅サービス	介護保険が適用される介護サービスのうち、在宅で利用できる介護サービス。
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。
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	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。
生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員)	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築機能）を果たす人。
生活支援体制整備	生活支援・介護予防サービスの体制整備を図るための事業。平成27年度から、地域支援事業「包括的支援事業（社会保障充実分）」に位置付けられた。
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。
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。

用 語	解 説
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。
認知症サポーター	「認知症サポーター養成講座」を受講した者を「認知症サポーター」と称する。認知症について正しい知識をもち、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。
フレイル	<p>加齢とともに心身の活力や運動機能、認知機能の低下がみられる状態。健康な状態と要介護状態の間。</p> <p>英語の「F r a i l t y (フレイルティ)」が語源。日本語に訳すと「虚弱」「衰弱」「脆弱」などを意味する。</p>