心豊かに　いきいきと暮らす　健康長寿の村づくり

～支え合い　つなき　つながる　おらほの人生～

第8期松川村老人福祉計画

令和3年度～令和5年度

長野県松川村

はじめに

松川村では、「第７期松川村老人福祉計画（平成 30 年度～令和２年度)」を策定し、「いつまでも地域とつながりいきいきと暮らせる支え合いの健康長寿村」を基本目標に、高齢者が最後まで地域とつながりいきいきと暮らせる長寿村を目指すとともに、支援が必要な高齢者を地域ぐるみで支える体制づくりに取り組んでまいりました。

今後、全国的に高齢化はさらに進み、当村でも令和２年１月の高齢化率 33.08%が、団塊の世代が 75 歳となる令和７年（2025 年）には 36.49%まで上昇すると見込まれています。また、総人口と高齢者を支える生産年齢人口は年々減少が見込まれています。

こうした状況の中で、当村では第７期老人福祉計画を検証し、このたび「第８期松川村老人福祉計画（令和３年度～令和５年度)」を策定いたしました。

第８期の計画では、基本目標を「心豊かに いきいきと暮らす 健康長寿の村づくり～支え合い つなぎ つながる おらほの人生～」とし、高齢者が地域とつながりいきいきと暮らせる健康長寿村を目指すとともに、支援が必要な高齢者を地域ぐるみで支える体制づくりを推進してまいります。地域で支え合う共生社会の実現には関係機関・各種団体・村民の皆様の連携が必要不可欠となります。計画の趣旨をご理解いただき、皆様の更なるご支援ご協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり熱心にご審議いただきました計画策定委員の皆様や貴重なご意見やご提言をいただきました村民の皆様に厚くお礼申し上げます。

令和３年３月

松川村長　　平 林 明 人

目　次

第１章　計画策定にあたって

１　策定の背景と趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
２　計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
３　計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２

第２章　高齢者の現状

１　高齢者人口と将来推計・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
２　高齢者世帯の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
３　高齢者の生活状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５
４　居宅・要介護・要支援認定者等実態調査・・・・・・・・・・・・・７
（１）調査の概要
（２）回収状況
（３）調査結果
５　介護保険認定状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４
（１）認定者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４
（２）要介護認定原因疾患の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・１５

第３章　施策の展開

基本目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６
１　地域包括ケアシステムの深化と推進・・・・・・・・・・・・・・１６
２　介護予防・健康づくりの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・２２
３　認知症施策の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２４
４　地域ケア会議の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２６
５　在宅医療・介護連携の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・２６
６　権利擁護の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２８
７　介護者家族の支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２８
８　災害にかかる体制整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２９

資料編

令和元年度高齢者実態調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・資１
■居宅・要介護・要支援認定者等実態調査結果・・・・・・・・・資２
■元気高齢者等実態調査結果・・・・・・・・・・・・・・・・・　資５３

第1章　計画策定にあたって

１　策定の背景と趣旨

2020 年わが国における 65 歳以上高齢者数は 3,167 万人を超え、高齢化率は過去最高の更新が続いています。

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年(令和 7 年)には、国民の３人に１人が６５歳以上、５人に１人が７５歳以上となり、さらに団塊ジュニア世代が高齢期に差しかかる 2040 年(令和 22 年)には高齢者人口がピークになることが予想されています。それとともに、人口減少は続き、2012 年には支え手となる現役世代 2.4 人で一人の高齢者を支える「騎馬戦型」であった社会が、2040 年頃には 1.4 人で一人を支える「肩車型」の社会が到来するといわれています。

介護を社会全体で支えあう制度として、2000 年(平成 12 年)に創設された介護保険制度は、施行から２０年が経過し、介護基盤が整備され老後の安心した生活を支える仕組みの一つとして定着してきています。一方、介護を必要とする高齢者が増加し支え手となる世代が減少するとともに、遠距離介護も増えています。介護サービスや親族だけで高齢者を支えることは難しく、地域の中にある社会資源や元気高齢者、多世代の関わりが持てるような仕組み作りが必要になってきました。

2025 年から 2040 年に向けて、中長期的に介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者を地域全体で支える仕組みである「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを推奨し強化を図っています。

松川村においても、2017 年(平成 29 年)の高齢化率 31.3%から、2020 年(令和 2 年)には 32.8%と高齢化が進んでいます。

第７期老人福祉計画では、高齢者が最期まで地域とつながりいきいきと暮らせる長寿村をめざし、自助・互助・共助の肥えた土壌づくりを基盤に、高齢者を地域ぐるみで支える仕組みの構築を念頭に事業を実施し、高齢者施策に取り組んできました。

第８期老人福祉計画では、100 歳社会到来に備え、だれもが役割や生きがいを持って世代を超えたつながりを持ち、病気があっても、障がいがあっても、心豊かに暮らし続けることができる「地域包括ケアシステム」への取り組みを、保健・医療・介護が連携し、深化推進することを主眼として計画を策定します。

２　計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の８に基づき市町村が策定することとされています。介護保険事業計画（介護保険法第 117 条）と一体的に策定するものですが、大北５市町村では、財政の安定化とサービス格差の解消、事務処理の効率化を図るために北アルプス広域連合が保険者として介護保険事業を運営しているため、介護保険事業計画は北アルプス広域連合が策定します。第８期老人福祉計画と第８期介護保険事業計画は、統合的・一体的に提供されるよう整合性を図りながら策定されます。

なお、松川村第７次総合計画（令和 2 年～11 年度）、長野県が定める長野県老人福祉計画・第８期介護保険事業計画との整合も図ります。

３　計画の期間

令和３年度を初年度とする３か年計画とします。

第２章　高齢者の現状

１　高齢者人口と将来推計

松川村は、暮らしやすい環境と積極的な人口増加施策により 1970 年（昭和 45 年）に 6,300 人であった人口が 2005 年（平成 17 年）には 1 万人を超えるなど、増加を続けてまいりました。

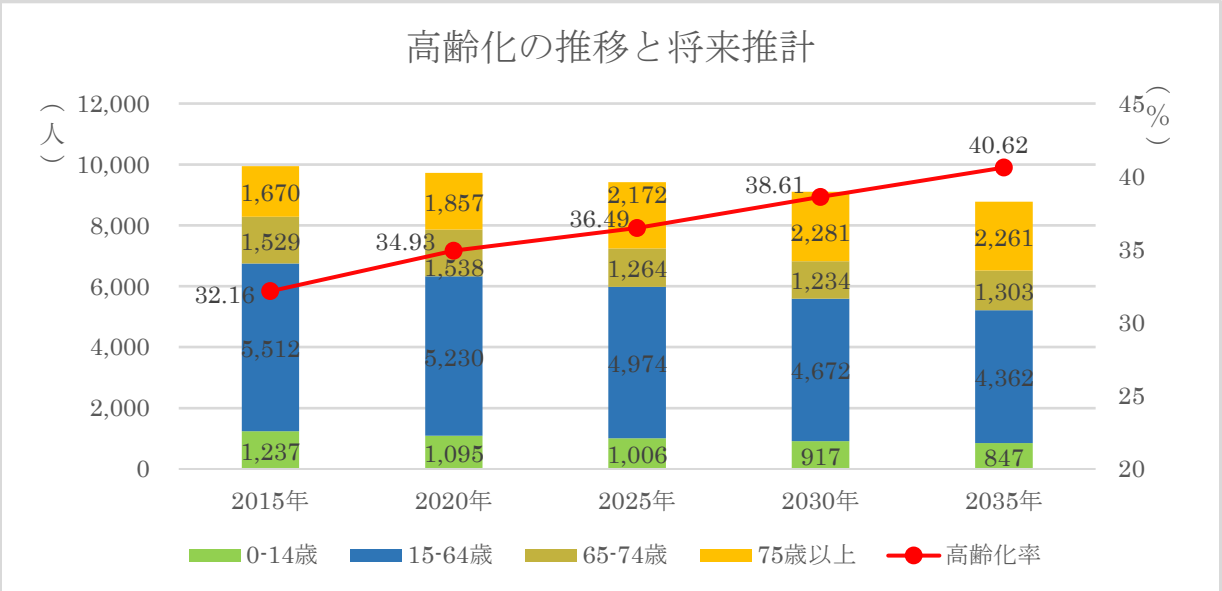
しかし、2010 年（平成 22 年）をピークに減少に転じ、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によると、今後、2035 年（令和 17 年）には松川村の総人口は 8,773 人まで減少するという推計が出されています。

2025 年（令和 7 年）には高齢化率が 36%を超え、さらに 2035 年(令和 17 年)には 40.62%まで上昇していくと推計されています。総人口が減少に転じる中、高齢者、特に後期高齢者（75 歳以上）の占める割合は高くなっていきます。

【年代区分別人口の推移と推計】　（単位：人）

年	総人口	0-14 歳	15-64 歳	65-74 歳	75 歳以上	高齢者人口	高齢化率%
H27 年(2015)	9,948	1,237	5,512	1,529	1,670	3,199	32.16
R2 年(2020)	9,720	1,095	5,230	1,538	1,857	3,395	34.93
R7 年(2025)	9,416	1,006	4,974	1,264	2,172	3,436	36.49
R12 年(2030)	9,104	917	4,672	1,234	2,281	3,515	38.61
R17 年(2035)	8,773	847	4,362	1,303	2,261	3,564	40.62

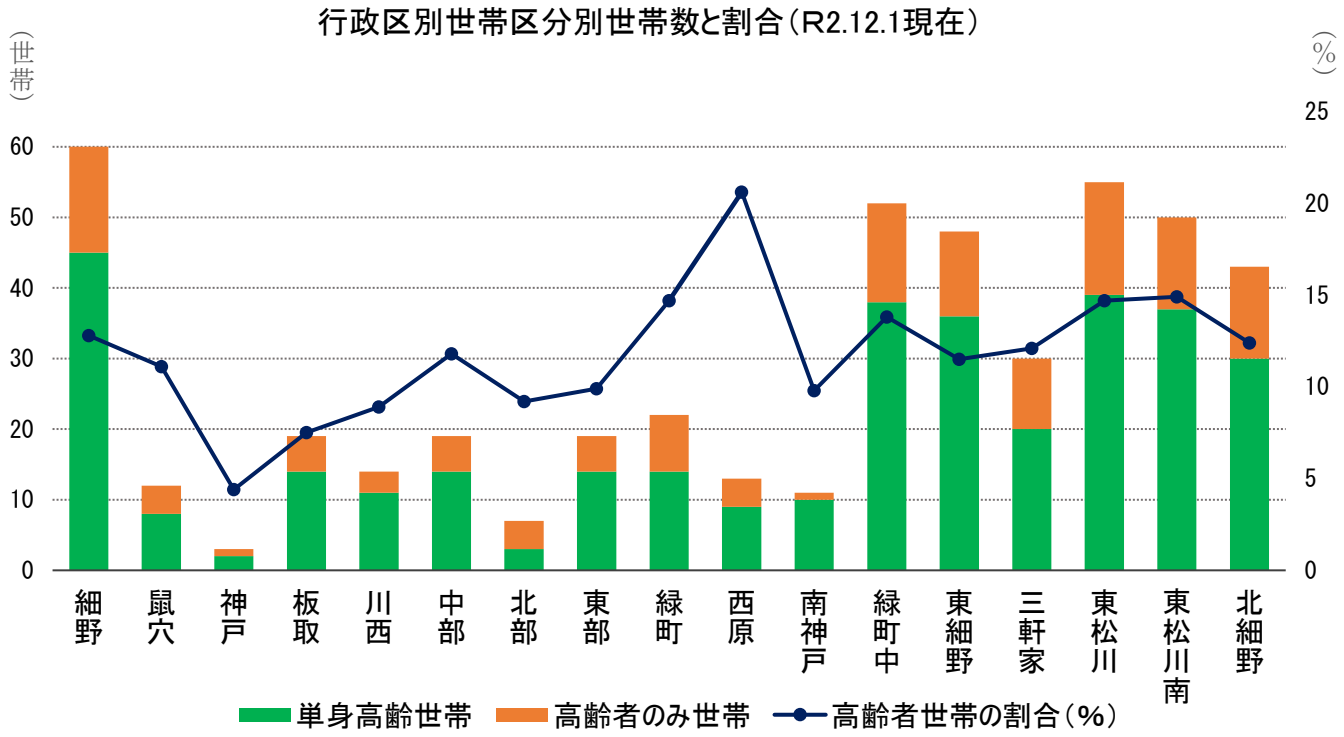
国立社会保障・人口問題研究所による将来推計（平成27年人口は総務省統計局「国勢調査結果」による）



２　高齢者世帯の状況

令和２年１２月１日現在の松川村の総世帯数は 3,910 世帯であり、その内、65 歳以上単身高齢世帯数（以下、単身世帯）は 344 世帯、75 歳以上高齢者のみ世帯（以下、高齢者のみ世帯）は 133 世帯で、全体の 12.2%を占めています。平成 30 年１月と比較して横ばいとなっています。

単身世帯と高齢者のみ世帯の割合が高い地区は、西原区、東松川南区、東松川区、緑町区、緑町中区です。



世帯区分	細野	鼠穴	神戸	板取	川西	中部	北部	東部	緑町	西原	南神戸	緑町中	東細野	三軒家	東松川	東松川南	北細野	計
①単身高齢	45	8	2	14	11	14	3	14	14	9	10	38	36	20	39	37	30	344
②高齢者のみ	15	4	1	5	3	5	4	5	8	4	1	14	12	10	16	13	13	133
全世帯	468	108	68	254	158	161	76	191	150	63	112	378	417	248	375	336	347	3,910
①②の割合	12.8%	11.1%	4.4%	7.5%	8.9%	11.8%	9.2%	9.9%	14.7%	20.6%	9.8%	13.8%	11.5%	12.1%	14.7%	14.9%	12.4%	12.2%

３　高齢者の生活状況

（１）調査の概要

①調査日：令和２年１月～2 月

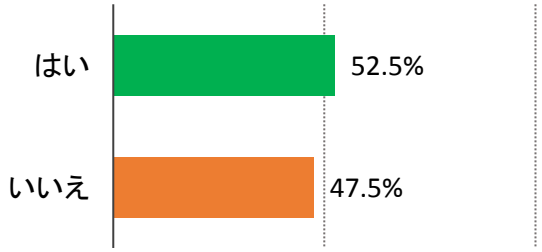
②対象者：村内にお住いの７０歳以上で、要介護・要支援認定を受けていない方

（２）回収状況

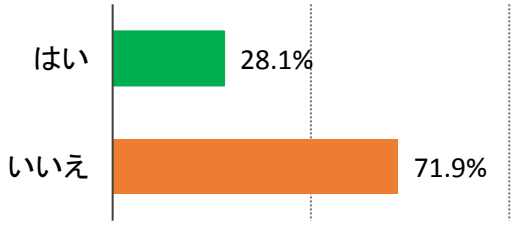
85.3%（　2,263 人配布　1,931 人回収）

（３）調査結果

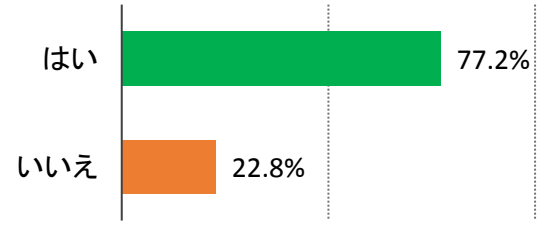
①地区の集まり、趣味や運動のサークルに参加していますか。



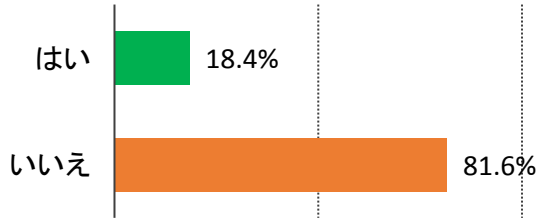
②健康づくり活動や趣味等のグループ活動に、ボランティア(お世話役)として参加してみたいと思いますか。



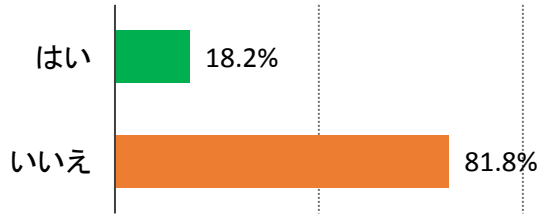
③仕事や農作業をしていますか。



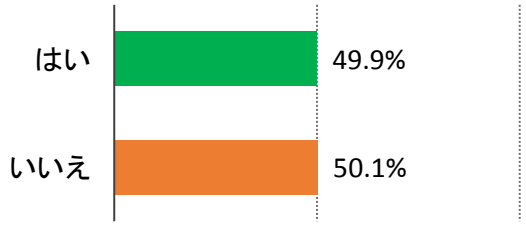
④車の運転、バス、電車等の利用が大変になったと思いますか。



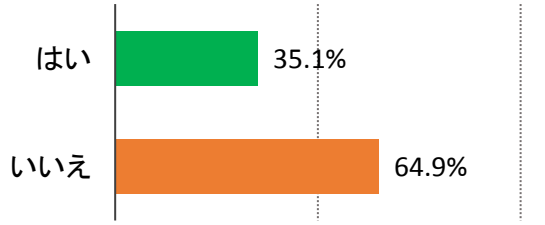
⑤家の仕事や家事、買い物等が大変になったと思いますか。



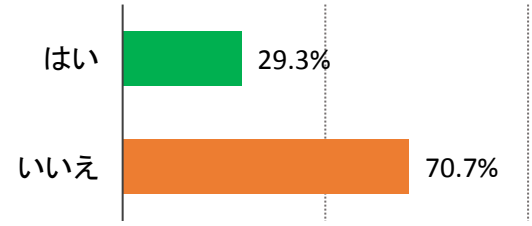
⑥認知症に対して不安や心配がありますか。



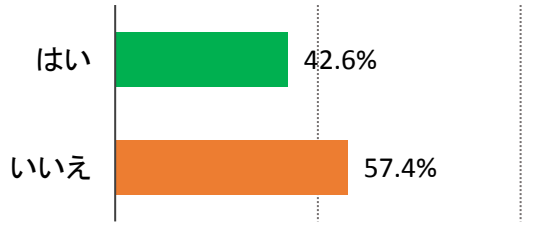
⑦現在、介護予防に取り組んでいますか。



⑧「フレイル」という言葉を知っていますか。



⑨人生の最後をどのように迎えたいか家族と話し合ったことがありますか。
（延命治療、財産管理、葬儀のこと等）



趣味や運動サークルに参加する人や、就業している人など活動的な方が多くいます。しかし「介護予防」として活動している人はそう多くなく、「フレイル」という言葉もあまり浸透していません。

生活面では、移動や家事等に困難さを感じている人は少ないですが、約半数が認知症に対する不安や心配を抱えています。

半数近くの人が、人生の最後を迎えるにあたり、家族と話し合いをしています。

４　居宅・要介護・要支援認定者等実態調査

（１）調査の概要

①調査基準日　令和元年１０月１日

②対象者：基準日時点で要介護・要支援認定を受けている方のうち、施設利用者（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム等）を除いた者全員

③対象人数：２７９人

（２）回収状況

１００％【２７９人配布　２７９人回収（うち１人回答内容不明））

（３）調査結果

①回答者年代別等の状況

年代別でみると後期高齢者（75 歳以上）の方が 244 人で 87.8%を占め、男女別では約７割が女性です。要支援・要介護度別では要介護１の方が最も多く 88 人、次いで要介護２の方が 61 人となっています。

年代別

40～64 歳	6 人
65～74 歳	28 人
75 歳以上	244 人
（うち 90 歳以上）	73 人
総計	278 人

男女別

男　性	88 人	31.7%
女　性	190 人	68.3%
総　計	278 人	

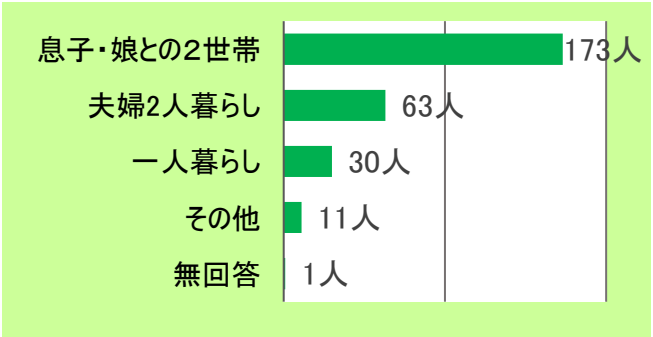
要支援･要介護度別

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総計
24 人	42 人	88 人	61 人	29 人	17 人	17 人	278 人

②家族状況

高齢世帯は 93 人で 33.5%、子どもとの２世帯は 173 人で 62.2%を占めています。

息子･娘との2世帯	173 人	62.2%
夫婦2人暮らし	63 人	22.7%
一人暮らし	30 人	10.8%
その他	11 人	4.0%
無回答	1 人	0.3%
総計	278 人	



③外出について

昨年よりも外出回数が減っていると答えた方は半数近くいます。また、５割以上の方が外出を控えており、身体的な理由で控えている方が多くみられます。

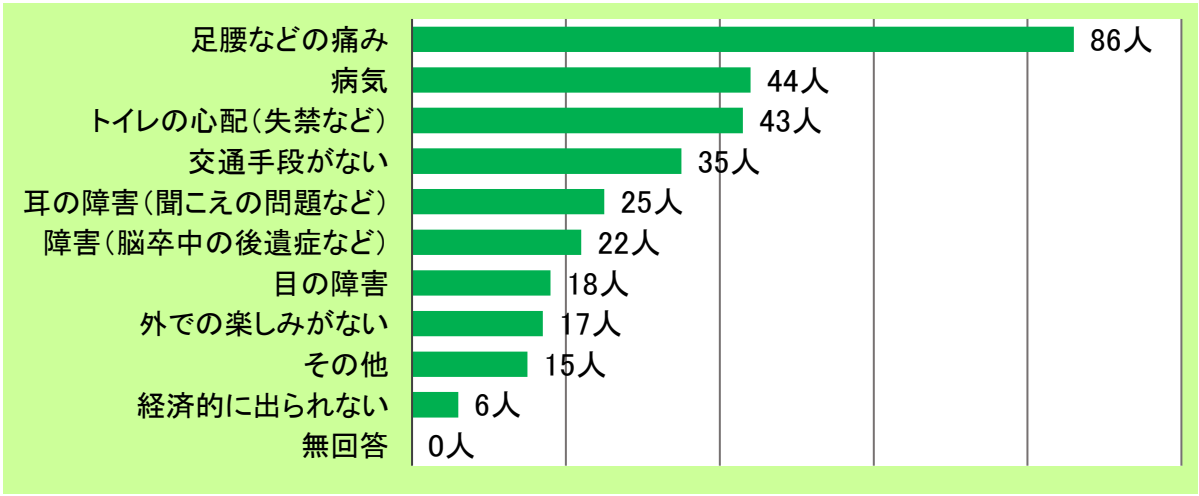
昨年と比べて外出の回数が減っていますか

とても減っている	37 人	13.3%
減っている	90 人	32.4%
あまり減っていない	73 人	26.3%
減っていない	74 人	26.6%
無回答	4 人	1.4%

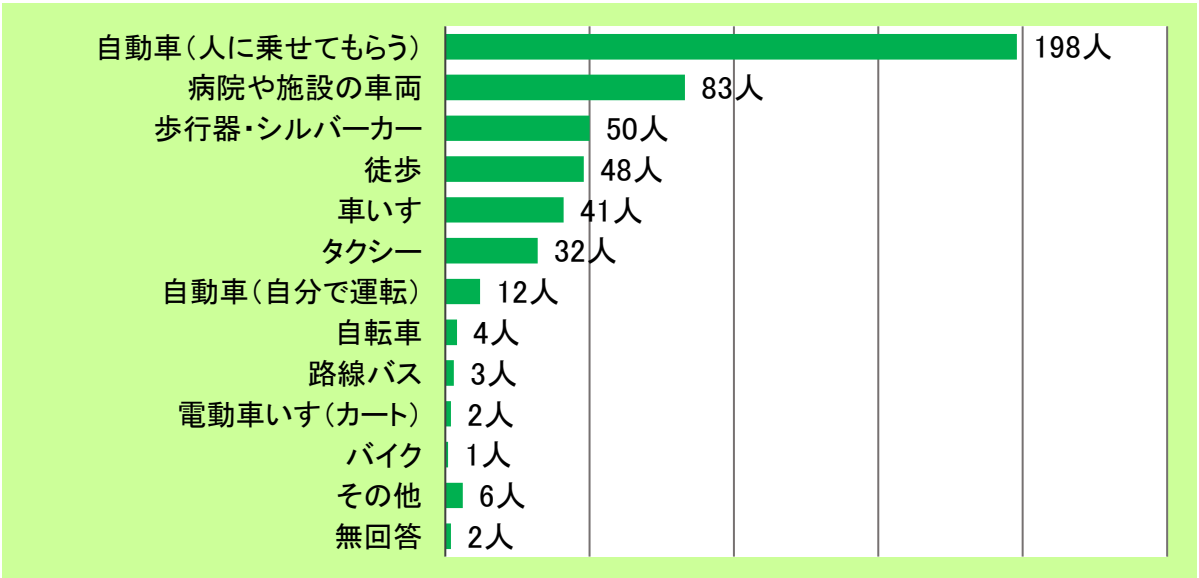
外出を控えていますか

はい	152 人	54.7%
いいえ	126 人	45.3%
無回答	0 人	0.0%

外出を控えている理由は、次のどれですか（複数回答）。



外出する際の移動手段は何ですか（複数回答）。



④助けあいについて

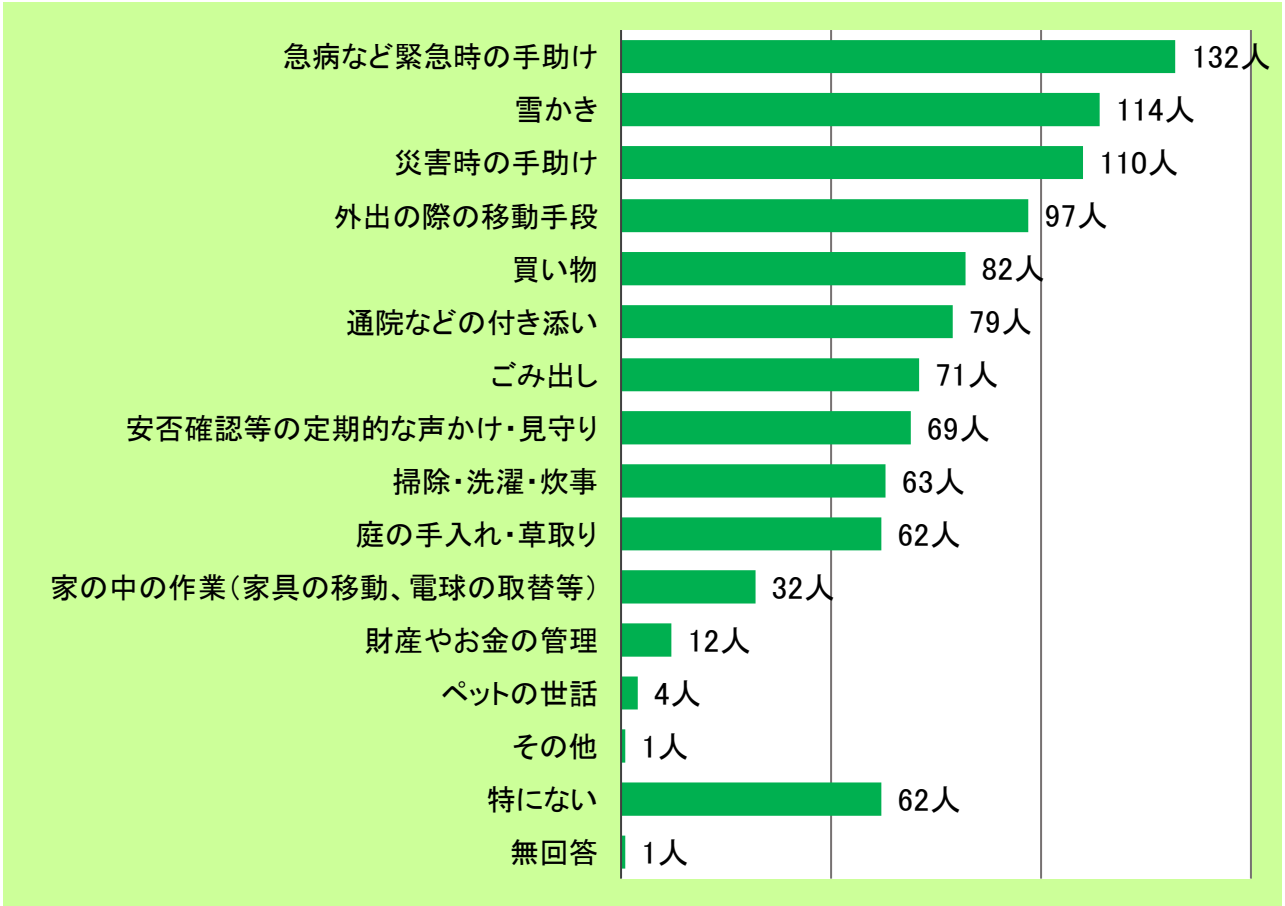
近所の方との付き合いは、８割以上の方が何らかの近所付き合いをしており、４割近い人は頼みやすい関係や自宅の行き来がある関係です。

地域の人にして欲しい支援としては、急病など緊急時の手助けを希望する方が多くみられます。次いで雪かき、災害時の手助けとなっています。

近所の方とどの程度つきあいをしていますか。

あいさつ、立ち話をする程度の人がいる	117 人	42.1%
困った時に気軽に頼める人がいる	61 人	21.9%
つき合いはない	53 人	19.1%
常に様子を見に来てくれる(電話をくれる)人がいる	31 人	11.2%
お互いに訪問し合う人がいる	16 人	5.8%
無回答	0 人	0.0%

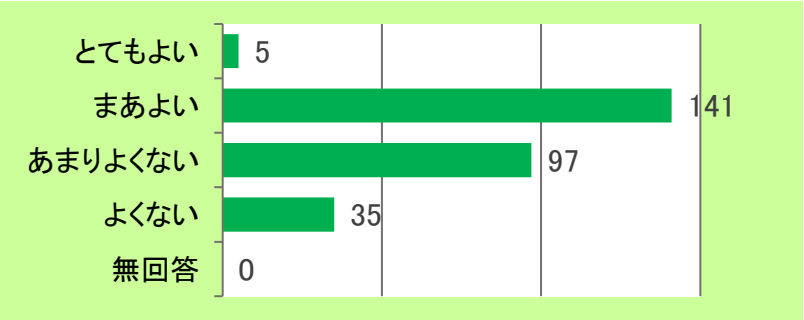
あなたやご家族が日常生活上の支援が必要になったとき、地域の人にどのような支援をしてほしいと思いますか（複数回答）。



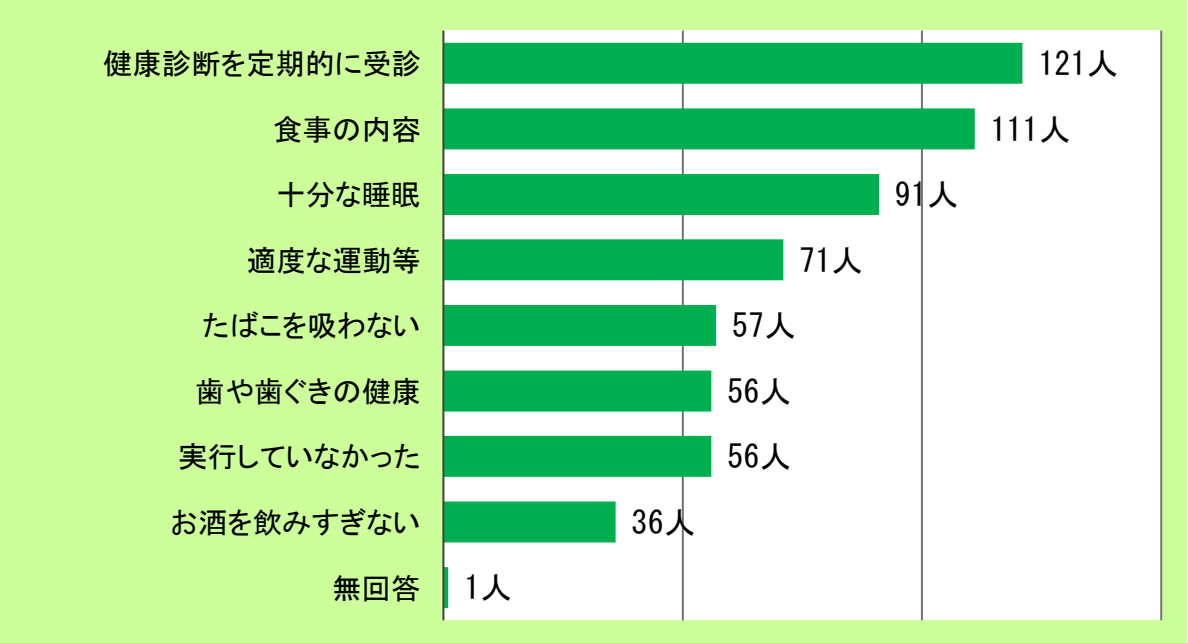
⑤健康・介護予防について

40 歳以降、健診の定期受診や、食事の内容や適度な運動をすることに気をつけるなど、自身の健康に関心をもって取り組む方が多くみられます。

現在のあなたの健康状態はいかがですか。



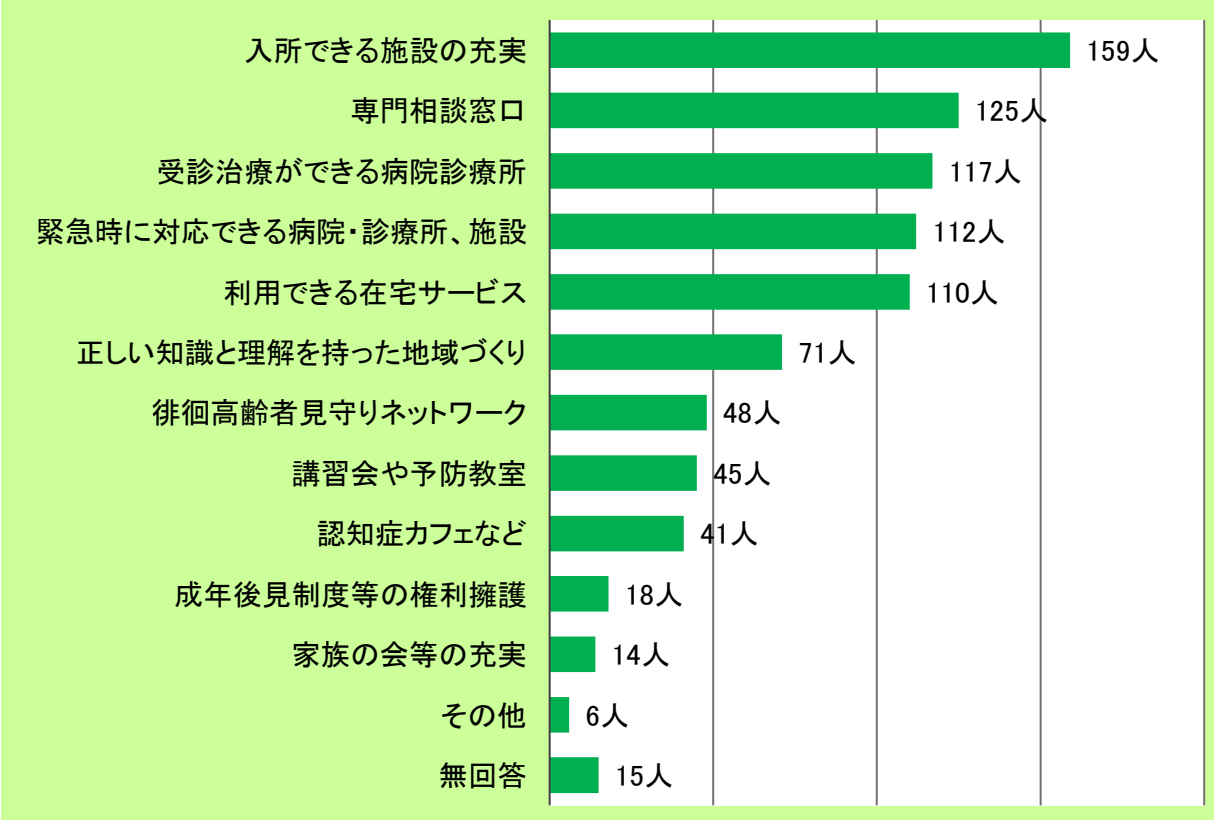
40歳以降、日常生活で健康のために行動したり、気をつけたりしていましたか(複数回答)。



⑥認知症について

施設や医療機関の充実以外にも、「専門相談窓口」や「利用できる在宅サービス
「正しい知識と理解を持った地域づくり」の充実を望む方も多くみられます。

どのようなことが充実すれば、認知症になっても安心して暮らしていくことができると思いますか（複数回答）。



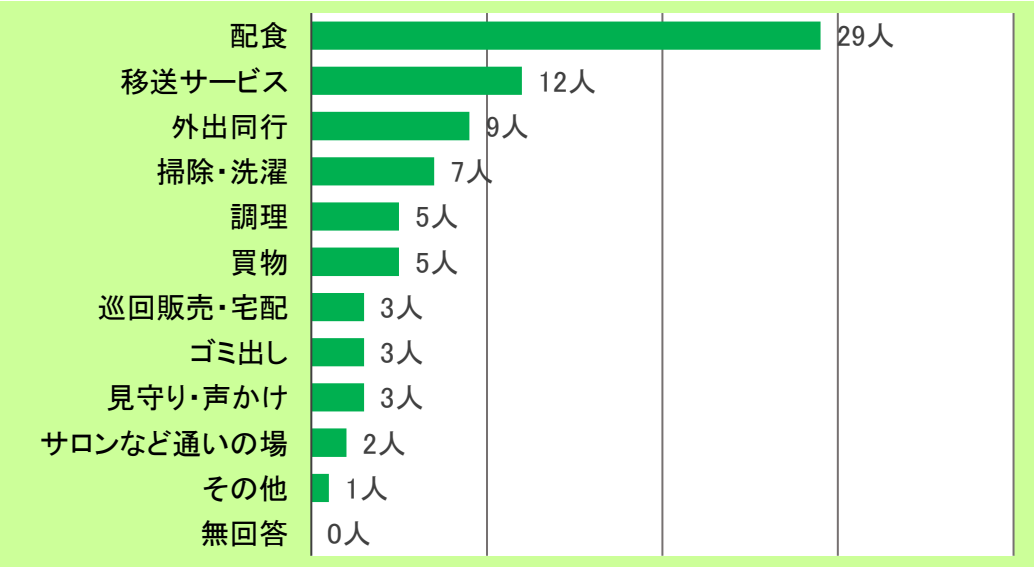
⑦介護サービスについて

１割以上の方が介護保険サービス以外の支援やサービスを利用しています。サービス内容としては、配食サービスを利用している方が多くいます。

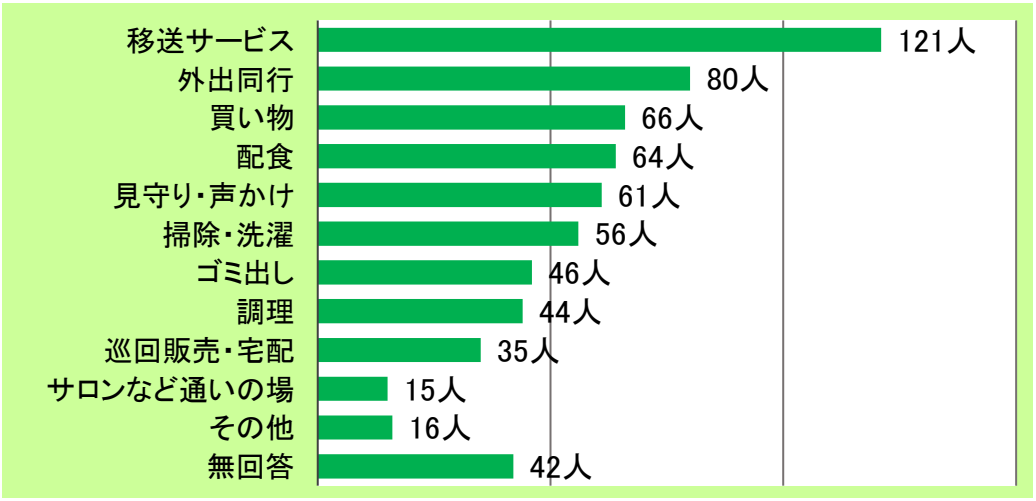
現在、介護保険サービス以外の支援やサービスを利用していますか。

利用している	47 人	16.9%
利用していない	227 人	81.7%
無回答	4 人	1.4%

ご利用されている支援・サービスはどれですか
（上記で「利用している」に回答した方のみ、複数回答）。



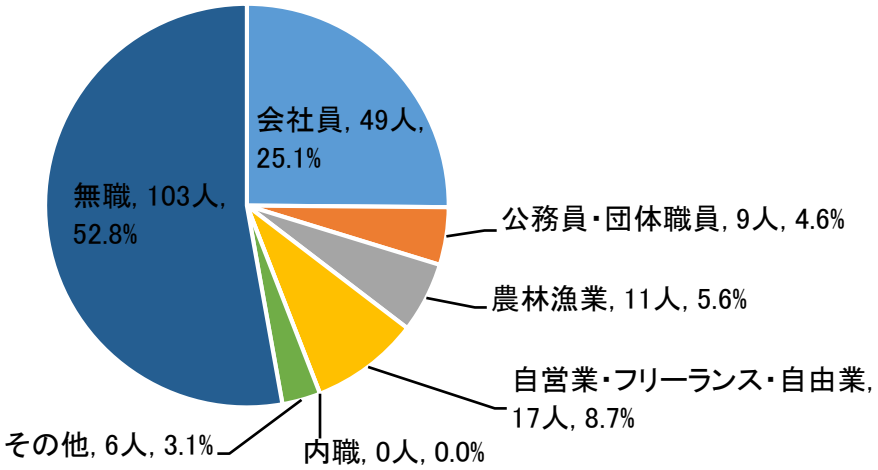
今後の自宅での生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用していて、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）は何だと思いますか（複数回答）。



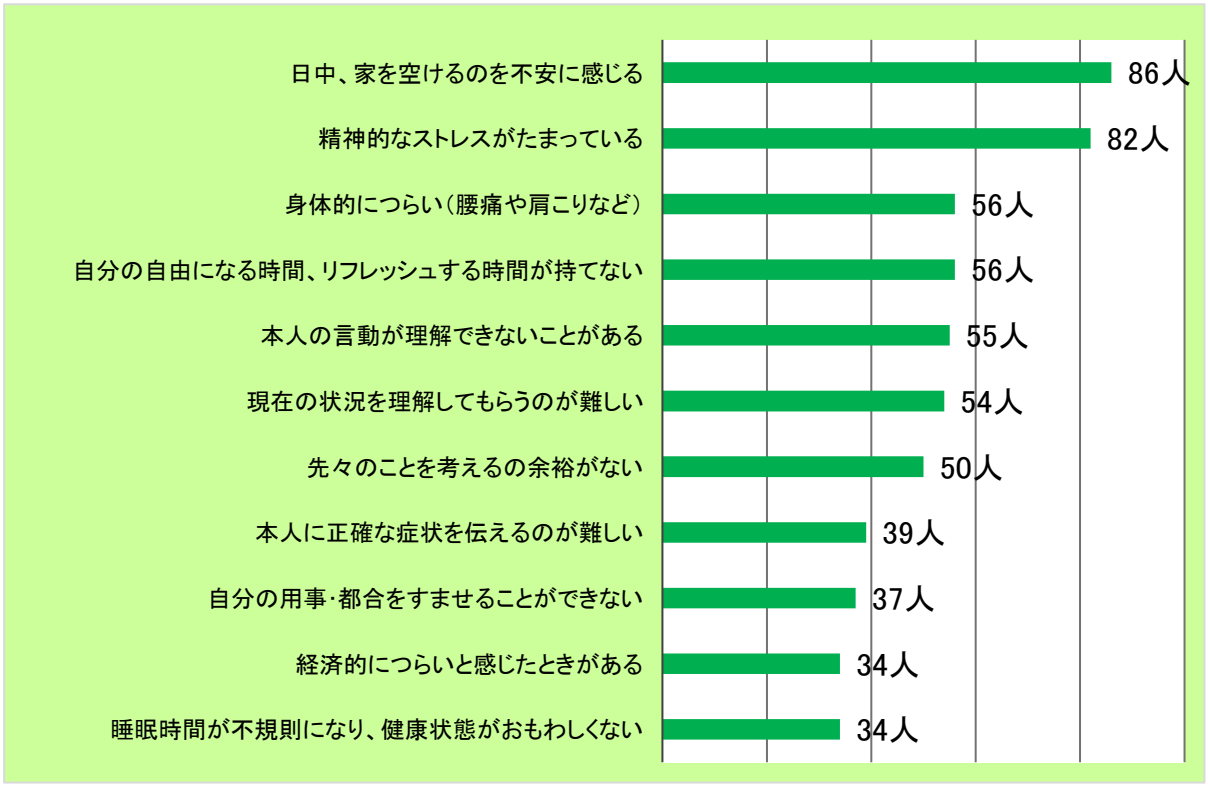
⑧介護・介助者等の状況について

何らかの仕事をしている方が半数近くいます。精神的なストレスを感じている方が多くいます。

主な介護･介助者の方の現在の仕事の状況は次のどれですか。（○は1つ）



主な介護・介助者の方が介護・介助する上で、ご自身のことについて困っていることは何ですか。



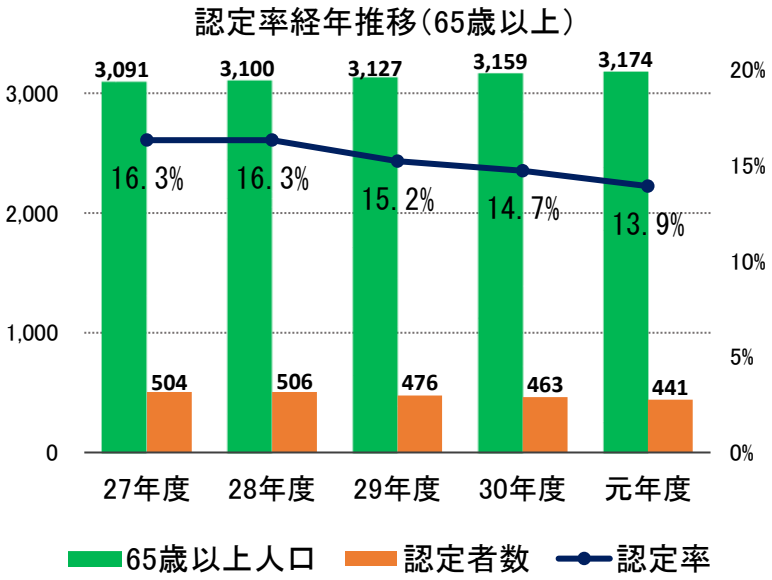
５　介護保険認定状況

（１）認定者数の推移

認定者数は平成 28 年度をピークに減少してきています。令和元年度末では、65 歳以上 1 号被保険者の 3,174 人中、13.9%（441 人）が認定を受けています。認定者の約 9 割が後期高齢者（75 歳以上）です。64 歳以下の 2 号被保険者では、目立った増加はありません。

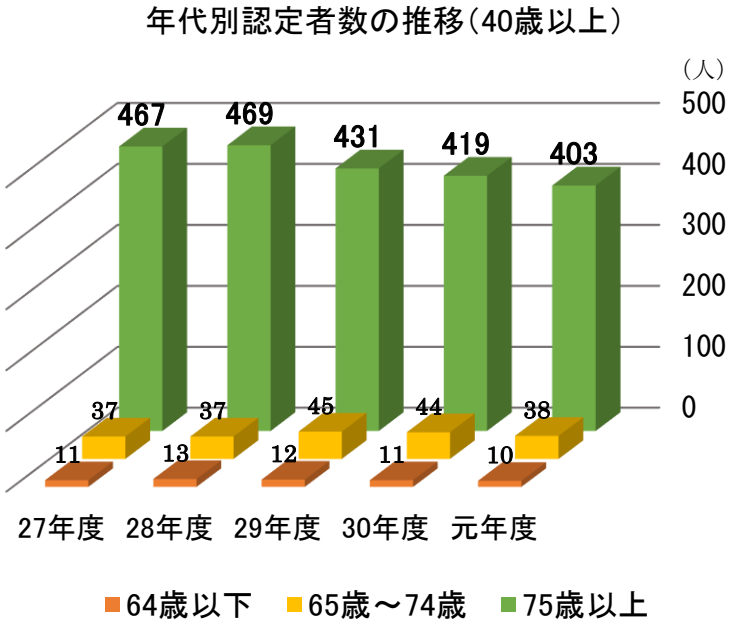
認定率経年推移

年度	65 歳以上	認定者数	認定率
H27 年度	3,091 人	504 人	16.3%
H28 年度	3,100 人	506 人	16.3%
H29 年度	3,127 人	476 人	15.2%
H30 年度	3,159 人	463 人	14.7%
R 元年度	**3,174 人**	**441 人**	**13.9%**



年代別認定者の推移

年度	64 歳以下	65～74 歳	75 歳以上	計
H27 年度	11 人	37 人	467 人	515 人
H28 年度	13 人	37 人	469 人	519 人
H29 年度	12 人	45 人	431 人	488 人
H30 年度	11 人	44 人	419 人	474 人
R 元年度	**10 人**	**38 人**	**403 人**	**451 人**

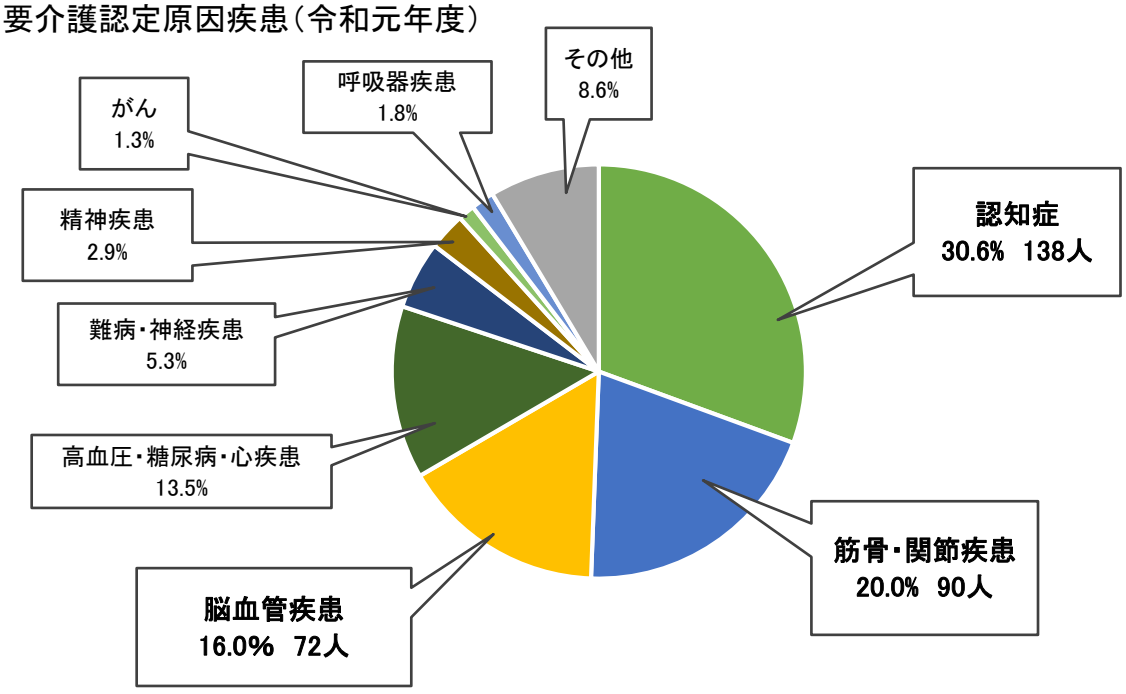


（2）要介護認定原因疾患の推移

認知症、筋骨・関節疾患、脳血管疾患が原因疾患のおおよそ７割を占めます。

原因疾患	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R 元年度
認知症	25.6%	28.1%	30.1%	31.2%	**30.6%**
筋骨･関節疾患	22.9%	23.3%	22.1%	21.7%	**20.0%**
脳血管疾患	20.0%	18.3%	15.8%	15.8%	**16.0%**
高血圧･糖尿病･心疾患	10.9%	11.2%	10.2%	9.1%	**13.5%**
難病･神経疾患	6.6%	3.7%	5.5%	5.9%	**5.3%**
精神疾患	1.9%	2.3%	2.5%	3.2%	**2.9%**
がん	1.9%	2.5%	2.3%	2.3%	**1.3%**
呼吸器疾患	1.6%	2.7%	2.3%	2.1%	**1.8%**
その他	8.5%	7.9%	9.2%	8.6%	**8.6%**

要介護認定原因疾患（令和元年度）



第３章　施策の展開

第８期老人福祉計画では、100 歳社会到来に備え、だれもが役割や生きがいを持って世代を超えたつながりを持ち、病気があっても、障がいがあっても、心豊かに暮らし続けることができる「地域包括ケアシステム」への取り組みを、保健・医療・介護が連携し、深化・推進することを主眼として、次の目標を定めます。

基本目標

心豊かに　いきいきと暮らす　健康長寿の村づくり

～ 支え合い つなぎ つながる おらほの人生 ～

１　地域包括ケアシステムの深化と推進

高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、人や地域とつながりながら自分らしい生活を人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供され、地域全体で高齢者を支える「地域包括ケアシステム」を深化・推進していきます。

第 8 期計画では、高齢者だけでなく障がいのある方や子育て世代等も含めた地域共生社会の実現を視野に入れながら、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組み、医療・介護の連携の推進及び多様な生活支援・介護予防サービスの体制の整備を目指します。

●地域包括ケアシステムの深化と地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、介護保険法で市町村に設置が義務づけられており、松川村では保健センター内に設けられています。

保健師・主任ケアマネージャー・社会福祉士の３職種が常勤専任配置され、それぞれの専門性や技能を活かしてチームで活動しています。

平成 27 年度以降、地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム構築の中核的な機関としての役割も果たしています。今後、地域の実情に合わせ、地域包括ケアシステムを効果的に機能させるため、地域ケア会議等の取り組みを推進し機能の充実を図ります。

地域包括支援センターの業務

①総合相談支援	介護に関すること、生活や健康上の心配や不安、医療、認知症、介護予防等の相談対応を行います。 また、様々な機会を捉えて相談窓口の周知に努めます。
②介護予防 ケアマネジメント	要支援１・2 の介護認定を受けた方及び事業対象者に対して、居宅介護支援事業所の協力を得て介護予防自立支援プランを作成し支援します。
③介護予防事業	保健事業と介護予防事業の一体的実施により、地域の健康課題を基に、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防を目的とした事業に取り組みます。
④権利擁護	高齢者虐待対応、成年後見制度の利用支援、消費者被害防止等、高齢者の権利を守ります。
⑤包括的・継続的 ケアマネジメント支援	介護支援専門員（ケアマネージャー）の支援や困難ケースの対応、関係者のネットワークづくりをします。
⑥地域ケア会議の推進	多職種協働による個別事例の検討会を行い、地域のネットワーク構築や地域課題の把握等を推進します。
⑦生活支援 体制整備事業	生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置により、地域課題の共有や地域での支え合いの体制づくり等をし、高齢者の社会参加や生活支援の充実を推進します。
⑧在宅医療・介護連携	医療・介護関係者による会議の開催等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進します。
⑨認知症総合支援事業	認知症の正しい理解と知識を深めるための普及啓発、相談・訪問活動・支援体制づくりによる介護者・当事者支援、認知症予防・認知症進行予防を行います。
⑩介護者支援事業	認知症カフェ、介護者交流会、介護者慰労金、介護用品の支給等により、介護者の支援を行います。

●社会参加と生きがい活動の促進

松川村は、元気高齢者の８割近くが現役で仕事や農作業に携わり、趣味やサークル活動、地区の集まりなど、地域の様々な活動にも参加しています。役割や生きがいをもって元気に生活されている高齢者が多いことが、男女ともに長寿の村と言える要因だと思われます。

生きがいを持ち、心身ともに元気な生活を送る高齢者が増えることは、高齢者本人の豊かな生活の実現につながるだけでなく、地域の活力の向上にもつながります。

住み慣れた地域で高齢者が培ってきた能力を十分に発揮し、いきいきと地域と関わり、役割と生きがいを感じながら、支え合って暮らしていける取り組みを進めていきます。

＊高齢者の社会参加と地域で支え合うしくみの構築

高齢者がこれまで培ってきた知識と経験を活かしながら地域に貢献し、地域交流活動を通じた社会参加を促進します。ボランティア、NPO などを含めた地域の住民や関係機関と連携して、活動支援や住民主体による活動の場づくり等の整備に努めます。

＊自主的な生きがいづくり活動の支援、生涯学習機会の提供

多目的交流センター（すずの音ホール）は、オープン以来多くの人や団体が活用しています。現在、松川村には 124 の社会教育関連団体がありますが、高齢者が活発に参加・運営している趣味や運動グループも 55 団体あります。新たな活動を開始する団体には 3 年間活動支援補助金が助成されます。

＊高齢者の交流機会の場と提供

老人福祉プラザ「松香荘」は、高齢者の健康づくりや生きがい活動の拠点として、各種団体の利用や介護予防教室の開催等が行われています。65 歳以上の方を対象に松香荘とすずむし荘の無料入浴券を配布し、気軽に利用できる環境を作り、利便性の向上と利用者の増加を図ります。

＊長寿の祝いを形に

80 歳、88 歳、99 歳の方に敬老祝い金を贈り長寿を祝います。

●生活支援サービスや通いの場の充実

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らすことができるよう、自らが「自立」することに努める「自助」を促すとともに、村民同士がお互いに支え合う「互助」が機能する地域社会を構築していくことも欠かせません。

このため、地域における高齢者の様々な福祉課題や生活課題の解決に向けて、地域住民、民生委員・児童委員、地域活動団体等の活動が発展するよう支援するとともに、地域包括支援センターや社会福祉協議会、村民、関係団体等による地域ネットワークの機能充実を図り、互いに支え合う地域づくりを推進していきます。

＊生活支援サービス

これまで、一人暮らし高齢者や高齢者世帯の方を対象に、介護保険だけでは対応しきれない生活課題に対して、配食サービスや緊急通報装置の貸出しなど在宅生活を支援するサービスを行ってきました。

また、平成 29 年度より介護予防・日常生活支援総合事業が実施され、生活支援コーディネーターを配置し、生活支援のための多様なサービスを整備する体制づくりを行っています。

今後も高齢者が在宅での生活を安心して継続していくことができるよう、地域の多様な主体と連携して、地域における見守り活動や助け合い、買い物や外出支援など、地域に必要な生活支援サービスの充実を促進するとともに、支え合いの地域づくりを展開していきます。

＊通いの場

通いの場は、地域に住む多世代の人々が自由に参加できる場所です。介護予防の効果が高いことは知られていますが、定期的に馴染みの人と交わることで意欲が高まり、お互いが気にし合う関係が生まれるとともに、それが様々な助け合いに発展することが期待されています。今ある通いの場がより活発に取り組まれるよう協力するとともに、新たな通いの場の創出に取り組んでいきます。

また、介護予防としての効果をさらに高めるため、通いの場を活用した介護予防事業の取り組みも実践していきます。

＊高齢者地域支え合い体制整備協議体（ふれあいねっと会議）

協議体は、助け合い・支え合いの地域づくりについてみんなで話し合う仕組みです。松川村では、平成 29 年度以降、松川村高齢者地域支え合い体制整備協議体（通称ふれあいねっと会議）を設置し、地域における支え合いの体制づくりを推進しています。

生活支援コーディネーターと協働しながら、地域の様々な資源を活かして、生活支援サービスや多様な助け合い活動の創出・継続・発展に取り組んで行くとともに、地域の人材育成や助け合いの土壌の醸成を進めていきます。

＊高齢者見守りネットワークの構築

松川村では、大町警察署との「高齢者の安全支援に関する協定」や、第一生命との「高齢者の見守りに関する協定」を締結し、高齢者が孤立せず地域で安心して暮らし続けられるよう取り組んでいます。

高齢者の見守りに関するアンケート調査を実施し、地域の方や民間事業所等と連携した地域全体による見守りネットワークの構築を目指します。

【生活支援コーディネーターとは】

協議体と協働しながら、地域にある様々な活動や支え合いを発掘し、情報を発信する役割を担います。また、住民と専門職、様々な機関、商店などをつなぎ、支え合い活動と制度やサービスが有効につながるように働きかけます。「地域支え合い推進員」とも呼ばれ、地域の支え合い活動と協議体の活性化の要です。

松川村高齢者地域支え合い体制整備協議体（ふれあいねっと会議）の取り組み

ふれあいねっと会議では、助け合いの地域づくりを進める一環として、課題別に４つのプロジェクトチームを立上げて取り組んでいます。

①助け合い体験ゲーム	地域で助け合いの輪を広げていくことを目的に、「助け合い体験ゲーム」を作りました。 生活の困りごとが書かれたカードを使って、気軽に「助け上手」「助けられ上手」の体験ができるカードゲームです。地区ふれあい会を中心に実施し、ニーズ調査と助け合いの意識の醸成を行っています。
②ふれあいねっと便り	地域で行われている支え合いの取り組みや活動、地域のなかで輝いている人の紹介、また、ふれあいねっと会議での話し合いの内容や活動を地域の皆さんにお知らせするため、ふれあいねっと便りを発行しています。
③地域の宝物マップ	日頃、地域の皆さんが参加している交流の場、趣味やサークル活動、お茶飲み会などは「地域の宝物」。そんな地域にある集いの場を探し、村の地図に書き込んで「誰でも目で見てわかるマップ」の作成を行っています。
④新しい助け合いのしくみづくり	毎日の暮らしのなかで「ちょっと困ったな」と思ったとき、住民同士がお互いさまの気持ちで、気軽に支え合い・助け合えるしくみの創出に向けて話し合いを重ねています。松川村に合ったしくみの立上げを目指して進めています。

地域包括ケアシステムのイメージ

医　療

●かかりつけ医
●歯科医
●薬局

通院・入院

介　護

●在宅サービス
・訪問介護・訪問看護
・通所介護・福祉用具
・ショートステイ など
●介護予防サービス
●地域密着型サービス
・認知症グループホーム
・小規模多機能型居宅介護など
●施設・住居サービス

通所・入所

住まい

●自宅
●サービス付き高齢者向け住宅 など

●認知症
初期集中支援チーム
●認知症カフェ
「えんむすび」
●認知症サポーター
●介護者交流会

●晴ればれ教室
●水中運動教室
●いきいきフラミンゴ など

●地域の支え合い・助け合い
●地区ふれあい会
●自治会　●ボランティア
●公民館　●NPO など

活動の場　参　加

いつまでも元気に暮らすために･･･
生活支援・介護予防

●認知症地域支援推進員
●生活支援コーディネーター
（地域支え合い推進員）
●高齢者地域支え合い
体制整備協議体

●地域包括支援センター
●ケアマネージャー

相談業務やサービスの調整をします

みんなで支え合う地域づくりを支援します

地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域を単位として想定

２　介護予防・健康づくりの推進

松川村の現状として、新規要介護認定原因疾患の主傷病名は認知症・骨折を含む筋骨関節疾患・脳血管疾患が約７割を占めています。

高血圧、高血糖、高脂血症等の生活習慣病の予防と改善は、脳血管疾患の予防や、認知症の発症・進行予防に影響があります。そのため、基礎疾患にある高血圧や糖尿病等の重症化予防やフレイル予防を目的とした事業に重点的に取り組み、健康長寿を目指します。

●保健事業と介護予防事業の一体的な実施の推進

高齢者の特性を踏まえた、壮年期から老年期まで切れ目のない健康課題解決に向けた取り組みを行います。

＊生活習慣病重症化予防のための個別的支援

国保データベース（KDB）システムを活用し、保健師・看護師・栄養士が、健康相談や適正受診等の促進のため、個別訪問等による支援を行います。実施に当たっては、必要に応じてかかりつけ医やかかりつけ薬局など、地域の医療関係団体と連携を図ります。

＊通いの場等参加者への集団的支援

村の介護予防事業や、健康・趣味等の自主活動の場、地区のふれあい会等の高齢者が集う通いの場において、地域の健康課題を基に、フレイル予防に着目した健康講話や健康相談等を行います。また、必要に応じて、健診や医療の受診勧奨などを行います。

＊健診体制の充実

生活習慣病予防への意識付けや早期発見のため、休日に健診日を設け、若い世代が受診しやすいよう努めていきます。また、村集団健診、個別健診、人間ドックの補助金助成も実施していきます。

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、より詳細な検査項目を追加するなど、内容の充実を図っていきます。

【国保データベース（KDB）システムとは】

健診や医療・介護保険のレセプト情報を保有し、「統計情報」「個人の健康に関する情報」を作成するシステムであり、さまざまな観点から比較・分析できるツールです。

健康課題を把握して、事業の対象者の絞り込みが容易になるメリットがあり、活用することにより効果的、効率的に事業を実施することができます。

＊介護予防教室による人と人とのつながりへの支援

住まいに近い地区の公民館等を活用して行なう「晴ればれ教室」を開催しています。参加対象者として、基本チェックリスト該当者を中心とした、フレイル予防に着目し、運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上、認知症予防等の様々なプログラムを専門職より提供します。年々参加者が増えてきており、参加者同士のつながりから教室の場以外でも自主的に集まって活動ができるよう、教室運営を行います。

また、村の交流の場となっている「松香荘」「すずの音ホール」を活用し、健康づくりや交流の場として「健康体操教室いきいきフラミンゴ」と「水中運動教室」を開催していきます。

●リハビリテーション専門職との連携による介護予防の機能強化

フレイル改善や生活機能向上のため、リハビリテーションの専門職による支援の利用促進を図ります。

＊短期集中介護予防教室

リハビリテーション専門職により、身体評価を実施し、概ね３か月で目標達成できるよう、集団と個別のプログラム提供や自主トレーニングメニューの作成を行い、体の動きにくさや生活上の動作への不安等を改善・軽減します。

利用後も地域や次の活動につながり続けていけるような働きかけを行います。

＊リハビリテーション専門職の活用

地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、通いの場、個別支援等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、専門的知見から高齢者の有する能力を評価し、改善の可能性を助言する等、介護予防の取り組みを総合的に支援します。

【フレイルとは】

老化に伴い筋力や活動が低下している状態のことをいいます。健常と要介護の中間的な状態で、要介護に移行するリスクが高い一方、適切なケアによって健常な状態へと戻ることが可能だといわれています。

身体機能の低下だけでなく（身体の虚弱）、閉じこもりがちになる（社会性の虚弱）、意欲や認知機能の低下（こころ・認知の虚弱）など、多面的な要素が含まれています。体重減少、筋力低下、疲労感、歩行速度の低下、身体活動の低下により判定され、３つ以上に該当するとフレイルとなります。

３　認知症施策の推進

令和２年３月末時点の要支援・要介護認定者 451 人の内、認知症が原因疾患の方は 138 人（30.6%）です。また、基本チェックリスト（質問票）1,931 人の結果、認知症やその予備軍と思われる認知症関連項目の該当者は 660 人（34.2%）と、松川村高齢者のおおよそ３割は認知症やその予備軍であると推測されます。

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

村では、国の認知症施策「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる地域を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していきます。

●「共生」：正しい知識と理解を深めるための普及・啓発の推進

地区の学習会や学校教育、民間企業などでの認知症サポーター養成講座の開催などにより、認知症の正しい知識の普及・啓発を行います。また、認知症疾患医療センターなどの専門機関と連携し、介護予防教室や認知症カフェ等での学習会や、講演会の開催などを行います。

＊認知症カフェの開催

認知症の正しい理解の普及、当事者・介護者支援、医療・福祉関係者の連携の場を目的にして、認知症に関する講座を行います。

＊松川村認知症サポートブックの活用

認知症の状態に応じたケアや医療・介護のサービス、相談窓口、予防に関しての情報等を掲載し、普及・啓発に役立てます。必要に応じて内容を更新し、更新時には当事者やその家族、村内の医師会・歯科医師会・薬剤師会や関係団体等からの意見を取り入れながら、充実させていきます。

＊認知症サポーター養成講座の開催

認知症について正しく理解し、偏見を持たず温かい目で見守ることができる「地域の支援者」が一人でも増えるよう、地区の学習会や学校教育、民間企業などでの認知症サポーター養成講座を開催します。

【認知症サポーターとは】

認知症に関する正しい知識と理解をもち、日常生活の中で認知症への理解と支援の心をもって、認知症疾患の方と共に生活します。認知症キャラバンメイト（認知症に関する研修を受けた講師）による「認知症サポーター養成講座」を受講すると認知症サポーターとなります。

H22～R2 年 12 月末実施状況　《開催回数》54 回　《受講者数》1,235 人

●「予防」：認知症予防・認知症進行予防への取り組み

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されています。今後、国から示される予防に関するエビデンスに基づき、予防に向けた普及啓発を実施していきます。

＊介護予防事業での取り組み

村の介護予防教室や高齢者が集う通いの場、生活習慣病予防のための個別支援等の場面にて、認知症予防・健康づくりの推進や、普及啓発に取り組みます。

●適切な医療や介護等の提供に向けた体制づくり

認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が結びついた体制を整えることが重要です。

＊認知症支援体制の構築

医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐことしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人にその状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、介護・医療・地域サポートを含めた各サービスの連携支援を行います。

必要に応じて、認知症初期集中支援チームや、認知症サポート医と連携をとり、速やかに医療をはじめとした総合的な支援を行います。

【認知症地域支援推進員とは】

地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とし、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行い、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るために、市町村に配置されています。

【認知症初期集中支援チームとは】

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートするチームです。

４　地域ケア会議の推進

地域ケア会議の機能強化を図り、医療と介護、福祉と行政、そして地域の多様な資源が有機的につながる地域包括ケアシステムの構築を推進します。

＊定期的な地域ケア会議

潜在化している地域課題の共有と解決策の検討、医療や介護および関連する情報共有を通じ、関係者の課題解決能力向上と地域関係者との連携強化を図ります。

＊地域ケア個別会議

支援困難ケースの検討を通じ、地域課題の明確化を図り、課題解決に取り組みます。

＊自立支援サポート会議

多職種と連携して、自立の支援に資する視点での個別事例の検討を重ね、高齢者の尊厳ある暮らしの充実を図ります。

＊地域ケア推進会議

地域ケア会議・地域ケア個別会議・自立支援サポート会議から抽出された現状や課題から今後の取り組みを話し合い、地域包括ケアシステム構築に反映します。

＊多職種連携の推進

資源開発や生活支援体制整備には、医療・介護分野に限らない、日常生活に関する幅広い分野の力が必要になります。村地域包括支援センターが調整役となり、多職種、多機関との連携を強化推進します。

５　在宅医療・介護連携の推進

高齢化により、慢性疾患を抱え、医療・介護サービスを利用しながら、時には入退院を繰り返し、地域で生活する高齢者が増加することが見込まれます。高齢者が安心して医療を受けながら、希望する場所で生活できるためには、在宅医療・介護連携強化のための体制整備が必要です。

＊在宅医療・介護の体制づくり

北アルプス広域連合では、令和元年度より、北アルプス在宅医療介護連携支援センターを設置しています。連携支援センターと協働し、医療需要が高い高齢者も、安心して住み慣れた自宅や地域で地域の住民とのつながりを持ちながら、望む暮らしが継続できるよう、医療及び介護職のネットワーク強化に取り組み、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを進めていきます。

＊意思決定支援の取り組み

地域包括ケアシステムの中心は、高齢者自身です。本人の選択で医療やケアの最善の方法を決定できるよう、また、本人の意思が確認できない場合は推定意思を尊重できるような医療介護連携の構築と、関係機関との協働により、ＡＣＰ(人生会議)と意思決定支援の取り組みを推進します。

そのためにも、北アルプス広域消防署および医療機関との連携を図り、救急医療情報連携を促進します。

【ＡＣＰ(人生会議)とは】
Ａｄｖａｎｃｅ（前もって）、Ｃａｒｅ（医療的な処置・ケアについて）、Ｐｌａｎｎｉｎｇ（考えておく・決めておく）の略語。自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちや医療ケアチームと繰り返し話し合い、共有すること。

【意思決定支援とは】
自己決定に困難を抱える方が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることが可能となるように、本人の意思の確認や意思及び選考の推定、最期の手段としての最善の利益の検討のために、係る医療者や支援者が行う支援のこと。

６　権利擁護の推進

誰もが自分らしく尊厳をもって住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、高齢者の権利を守るための取り組みを推進します。

＊成年後見制度について

成年後見制度は、認知症等のため判断力が十分ではない方が、社会で経済的な不利益を受けたり、尊厳が損なわれたりすることがないよう、法律面や生活面で支援するための制度です。

北アルプス成年後見支援センター等の関係機関と連携しながら、制度の普及啓発や利用に関する相談を行います。

＊高齢者虐待について

虐待防止の啓発活動に努めるとともに、関係機関等との連携を強化し、早期発見・早期対応に向けた支援体制の充実を図ります。

７　介護者家族の支援

精神的なストレスを抱えている介護者が多くいます。また、経済的な負担を感じている方もおり、それらの負担は要介護者だけでなく、介護者自身にも影響をきたします。

介護者も健康でいられるよう、介護保険サービスを利用しながら、介護者支援事業を活用し、個々の身体的・経済的・精神的負担の相談にも応じていきます。

＊介護者支援事業等の活用

介護者慰労金や介護用品の支給事業にて、在宅で介護されている方を労い、経済的な負担軽減を図っていきます。また、介護事業所と協力しながら、介護者同士の交流や学習の機会を設け、精神的な負担軽減を図ります。

８、災害にかかる体制整備

近年の災害発生状況や新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえて、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、災害時における緊急避難体制や安否確認方法、感染症に配慮した避難所運営など、幅広い対策がこれまで以上に求められています。

＊災害時等の避難誘導体制の整備

村民の生命・財産を災害から守るため、「松川村地域防災計画」に基づき、災害時に自力で避難できない避難行動要支援者の把握に努め、自治会や自主防災会、地域住民の協力のもとに安否確認や避難所への避難誘導等の支援を図ります。

＊災害時住民支え合いマップによる地域の支え合い体制づくり

平成20年度から各地区で作成が始まった「災害時住民支え合いマップ」(以下、マップ）は、平成23年度までに全地区で作成されました。マップは、住民のつながりや支援体制を構築するための有効なツールです。全地区で作成されている強みを活かし、今後もマップ更新活動を支援して地域の支え合い体制づくりを進めていきます。

＊福祉避難所について

災害時に特別な配慮を必要とする要配慮者（高齢者や障害のある方等）が、安心・安全に避難生活を送ることができるよう、福祉避難所の拡充に取り組んでいます。広報や防災訓練等を通じて福祉避難所について周知啓発するとともに、日頃から指定施設と連携し、災害時には福祉避難所を円滑に開設・運営できるよう努めます。

また、感染症に配慮した運営にも努めます。

計画策定：令和 3（2021）年 3 月
発行：松川村福祉課
〒399-8501 長野県北安曇郡松川村 76-5
TEL：0261-62-3111
FAX：0261-62-9405