

資料 1 事前送付 **本資料は当日お持ちください**

箕輪町 高齢者福祉計画 高齢者福祉部会

令和8年 9 月30日 13時15分から

箕輪町役場 2階 201会議室にて 開催

○委員の皆様へ

ご提供が遅くなり申し訳ありません。
当日の会議資料として、事前にお送りさせていただきます。
どうぞよろしくお願いいたします。

箕輪町役場 福祉課 高齢者あんしん係 担当 土岐
電話 0265-70-6622

本日の検討事項

資料 1 高齢者福祉計画

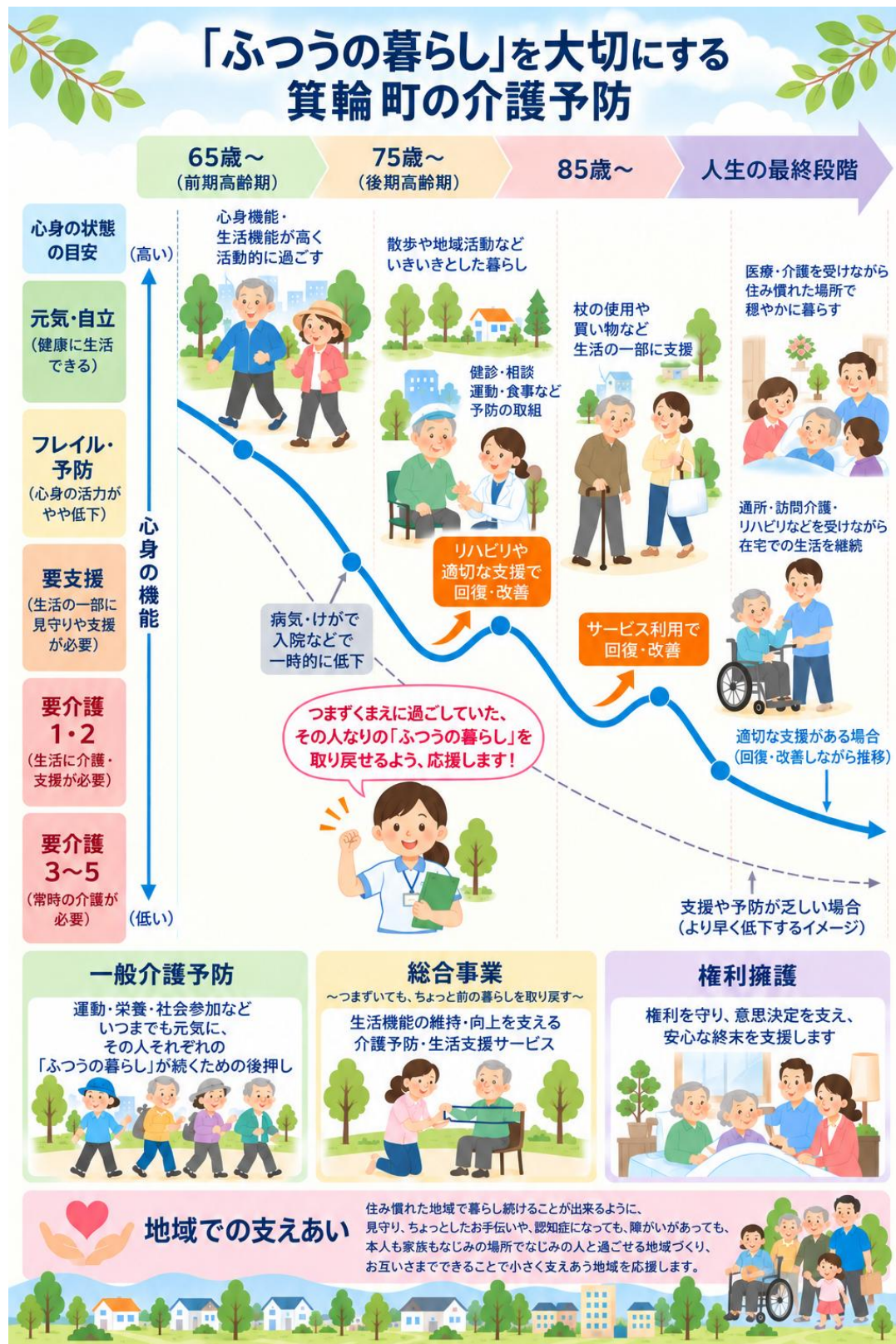
第 2 節 施策の推進

- 1 生きがいづくり・健康づくり・介護予防の推進・・・4
- 2 介護予防・生活支援サービス事業・・・・・・・・・・6
- 3 地域全体で高齢者を支える体制の整備・・・・・・・・10
- ・・・・・・・・
- 8 安全・安心な暮らしの確保・・・・・・・・・・12
- 9 保健福祉事業・生活支援サービスの充実・・・・・・・・19

資料 2 2026 年 地域福祉部会アンケート結果報告（抜粋版）

資料 3 令和 7 年度 地域支えあいの実績

第2節 施策の推進



1 健康づくり・生きがいづくり・介護予防の推進(一般介護予防事業)

○概要

65 歳以上のすべての高齢者が、住み慣れた地域で人との関わりを持ちながら、要介護状態になることを防ぎ、自分らしく自立した生活が続けられるようにする取組です。そのために、暮らしの中で生じる心身の機能低下に早く気づき、介護予防に効果的な方法を知って実践し、必要な支援につなげられるようにします。また、住民が主体となって地域の通いの場が続けられるよう支援します。特に、元気なうちから人と交流し、心身の健康を保ち、孤立を防ぐことを目指します。対象者は、プレフレイル（虚弱の前段階）、フレイル（虚弱）の人です。

〈現状〉

フレイルは自覚症状が乏しく、本人も周囲も気づかないことが多いため、小さな変化が見過ごされやすい状況があります。また、身体の変化や衰えが現れ始める 40～50 歳代や就労を続ける 60 歳代にとって、フレイルはまだなじみの薄く、高齢者や医療の場に関わる話と受け止められやすく、機能が急に低下する可能性や、予防に取り組む必要性が十分に認識されていません。

また、変化に気づいても相談先が分からない、相談後にどうなるか不安といった理由から、何もせずに過ごしてしまうこともありそうです。

デジタルを通じて地域以外の遠くの人ともつながり、旅行や食事、学び直しなどを楽しむ人が増える一方で、役割を失ったり孤立したりすると活動への意欲が低下し、本人も気づかないうちに心身の予備能力（心身の健康貯蓄）が落ちていく状況があります。

〈課題〉

- ・フレイルに気づきにくいこと
- ・気づいても対応しない、行動しないこと

〈施策の方向性〉

➡健康なうち、あるいはプレフレイルの段階から予防に取り組むことが、自分らしい暮らしを続けるために大切だと伝え、本人が主体的に取り組めるよう働きかけます。また、健康づくりという形をとらず、結果として活動量が生まれるような、仕組みや仕掛けをまちづくりの中に埋め込んでいきます。

変化に気づいたときには、元の暮らしに近づけるよう、必要な相談先や関係機関につなぎます。

〇ありたい姿に向けての施策の展開

インプット		アクティビティ		アウトカム		インパクト	
誰に		どう働きかける		何が変わる		ありたい姿	
本人	友人・知人・家族親族	<ul style="list-style-type: none"> 〇健康を維持し、今の暮らしを続けるための必要な知識や機会を得る 〇日常生活で「前と違う違和感」に気づく感度 〇聞いた時に専門的な知識のある支援者と繋がる 	<ul style="list-style-type: none"> 歳だからと受け止めず、「フレイルかもしれない」と現状を理解し正しく受け止める 心身機能の回復や活動に対する意欲が高まる 	<ul style="list-style-type: none"> 元の暮らしに戻すために、自らの心身機能の維持向上につながる活動に参加できる 手遅れになる前に、家族や友人、専門機関へ自ら相談やSOSを出すことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 心身機能の維持または回復している 楽しみながら活動を継続している 要介護認定を受けるまでの年齢遅らせる 	フレイルのリスクを知り、セルフマネジメントができている	「ふつうの暮らしを大切にする」
専門職	地域社会	<ul style="list-style-type: none"> 〇本人が心身ともに健康でいるための必要な情報理解とその対応の強化 ・食事量・内容、歯（飲み込み・噛み具合等） ・歩行状態（速さ・姿勢）、会話の様子等 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の様子を見て、早期に「以前と違う」サインに気づく 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の想いに寄り添いながらも、包括支援センターへ早期に相談する 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意向を汲みながら、支援者であり続ける 		
行政	行政	<ul style="list-style-type: none"> 〇本人の様子への観察力と対応の強化 〇本人の望むべき生活を聞き出し、相談先の選択と支援へつなぐための技術強化 	<ul style="list-style-type: none"> 専門知識に基づいた、筋肉量低下、栄養状態の低下、口腔機能の低下に気づく 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医や担当ケアマネや包括等と、早期の予防的介入のための情報連携が行われる 	<ul style="list-style-type: none"> 専門職としての視点が磨かれ、要支援者への支援技術が向上する 		
行政	行政	<ul style="list-style-type: none"> 〇日常の近所の見守り強化 〇地域に向けフレイルへの関心を高め ・地域企業と協力し啓発情報の発信等 	<ul style="list-style-type: none"> 最近『元気がない』『見かけない』等の見守りの声がある 最近いき百にこないという仲間の声がある 	<ul style="list-style-type: none"> 左記の声を集約し、民生委員や地区社協を通じて、情報を包括へ繋ぐ 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者が参加できる地域活動が増え、社会資源が充実する 		
行政	行政	<ul style="list-style-type: none"> 〇簡易フレイルチェック&基本チェックリスト ・郵送・健診・75歳鶴亀講座等 〇早期の気づきを相談する窓口設置 	<ul style="list-style-type: none"> 窓口に来るのを待つ姿勢ではなく、潜在している高齢者への積極的訪問を実施（リハ同行訪問） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療や介護が必要になる前段階で、短期集中予防サービスにつながる 	<ul style="list-style-type: none"> もとの普通の暮らしへ戻ったことを確認 		

【モニタリングする指標】

指標の内容	区分	令和7年	令和9年	令和10年	令和11年
出前講座の実施回数 (一体化事業を含む)	目標	－	前年増	前年増	25回
	実績	17回	－	－	－
「フレイル」という言葉を知っている・内容を知っている	目標	－	向上	35%	－
	実績	31.3%	－	－	－
介護予防の取組が「まあできている・できている」	目標	－	向上	70%	－
	実績	64.2%	－	－	－
何らかの地域の会やグループに参加している	目標	－	向上	60%	－
	実績	43.5%	－	－	－
友人・知人と会う頻度が週に何回かある	目標	－	向上	30%	－
	実績	24.0%	－	－	－
出典	高齢者実態調査（元気高齢者）、福祉課調査				

※介護予防・・・現在の体の状態を維持するための十分な運動と質問したことを置き換えている

2 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)

○概要

これまでの「支える」ことを中心としたサービス提供から、本人の望む「ふつうの暮らし」を起点に、持っている力を生かし、できることを取り戻していく「自立支援」を重視します。

リエイブルメントの考え方を取り入れ、必要な支援を受けながら、本人が自ら生活を選択・継続できるよう、訪問型・通所型サービス、生活支援等を組み合わせて支援するとともに、短期集中予防サービス(サービス・活動C)を通じて、生活機能の改善や生活の再構築、地域での活動・社会参加につなげていきます。

また、一般介護予防事業、サービス・活動事業、生活支援体制整備事業、地域ケア会議等の関連事業との連動性も持たせながら、より効果的かつ効率的なものとするため、総合事業を再構成し推進していきます。

<課題>

- ・介護予防やフレイルへの関心は高まっている一方、本人や家族が日常生活の小さな変化に気づき、相談、支援につながる仕組みが十分ではない
 - ➡「暮らしの変化」に気づき、相談、支援につながる仕組みづくり
- ・本人の生活課題や希望に応じた支援に繋がる仕組みが十分ではない
 - ➡医療、介護、地域等から適切なタイミングで総合事業につながる導線の構築
- ・現行の総合事業が生活機能の改善や自立支援、サービス終了後の生活を十分に見据えたものとなっていない
 - ➡短期集中予防サービスを主軸として、アセスメントから生活機能の改善、サービス終了後の地域、日常生活への移行までを見据えたメニューへの改良
- ・短期集中予防サービスの利用につながる仕組みや、訪問、通所等を本人の課題に応じて組み合わせる仕組みが十分に確立されていない
 - ➡本人の生活目標に基づき、訪問、通所等を柔軟に組み合わせ、短期間で集中的に生活機能改善を図る仕組みの構築。
- ・サービス終了後の生活を見据えた考え方や、終了後の選択肢と接続が十分ではないため
 - ➡短期集中予防サービスを「サービスの終点」ではなく、「地域、日常生活へ戻るための起点と位置付け、その人にあった資源とのマッチングを進める
- ・一般介護予防事業、サービス・活動事業、生活支援体制整備事業が個別に機能し、「気づく⇒つながる⇒立て直す⇒地域で暮らす」という流れが見え難いため、短期集中予防サービスを核として各事業をつなぎ、本人の「ふつうの暮らし」への復帰を支える仕組みとして一体的に再構築します。

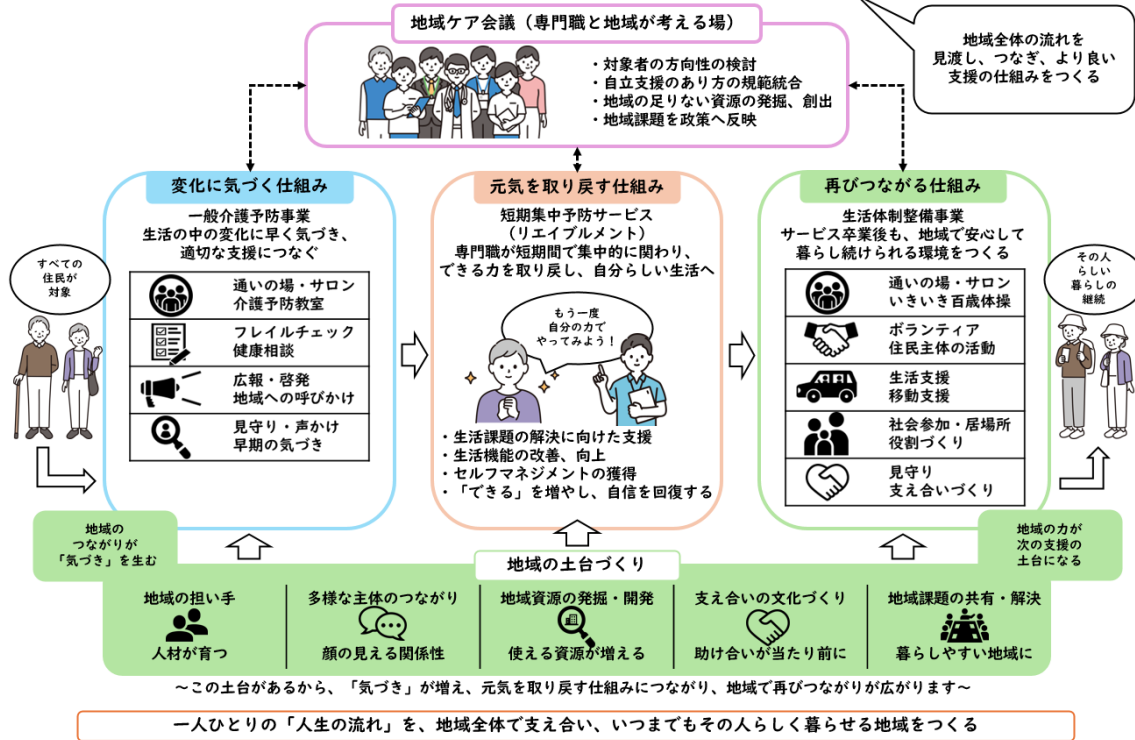
〇ありたい姿に向けての施策の展開(ロジックモデル)

インプット	アクティビティ	アウトカム	インパクト
誰に	どう働きかける	何が変わる	ありたい姿
本人	①一般介護予防事業 「変化に気付く」 ・フレイルチェック ・出前講座 ・通いの場 ・セルフチェック ・地域での声掛け 〇自分自身や地域が気付く力を育てる。	・フレイル予防の必要性に気が付く。 ・地域住民が改善可能性に期待を持つ。 ・地域住民同士で少しの変化に気が付く。	・包括への総合事業の相談件数が増える。 ・基本チェックリスト実施者の増加。 ・包括のリハビリ職による同行訪問の件数が増加。
医療機関	②短期集中予防サービス 「できることを取り戻す」 ・生活課題評価 ・リハ職等の専門職による支援 ・訪問、通所型短期集中予防サービス ・セルフマネジメント支援 ・地域活動への接続 〇本人の望む暮らしを再構築する。	・サポーターとの連携を検討される。 ・SCが社会資源の把握に動き出す。 ・包括職員が地域へ足を運ぶ。	・サポーターとSCとの連絡会が持たれるようになる。 ・SCやサポーターから包括へ繋がる件数が増える。 ・新規団体含め出前講座の件数が増える。
介護分野	③生活体制整備事業 「暮らしを続けられる環境をつくる」 ・地域資源の把握 ・通いの場づくり ・住民主体活動支援 ・移動、生活支援 ・役割づくり 〇地域で暮らし続ける土台をつくる。	・すべてのサロンで出前講座が予定される。 ・すべてのいき百で出前講座が予定される。 ・各事業の連動性が検討される。	・新規団体含め出前講座の件数が増える。 ・各事業の成果指標が明確化、連動性が生まれ始める。 ・短期集中予防サービスを軸としたサービス構成がされる。
地域(SC)	④地域ケア会議 「その人から地域を考える」 ・多職種合同ケアカンファレンス ・支援方法の検討 ・多職種連携 ・政策、事業への反映 ・地域づくりへの反映 〇個別支援を地域づくりにつなげる。	・サービス・活動事業の内容が検討される。 ・Cサービスの試行を繰り返す。 ・Bサービスの事業所との連携の場を検討。 ・医療機関との情報共有の場を検討。	・総合事業のサービスのフローチャートの検討と策定。 ・Bサービスの内容を精査。移動支援の検討。 ・医療機関からの総合事業の相談件数が増える。
行政			短期集中予防サービスに繋がる件数の増加。セルフマネジメントが行える地域住民が増え、介護保険新規申請及び認定率の低下につながる。
専門職			再び地域での活動に参加する割合が増え、地域の中の通いの場の生存率が上がる。地域繋がりが増え、また、役割を持ち続け、いきいきと自分なりの生活が送り続けられる。
			各事業の連動性が担保され、適切な箇所ですぐに介助が使える介護予防事業となり、サービス構成が一新されたものの、パンフレットが作成される。
			専門職間の連携がとれる関係性となり、定期的な話し合いの場が設けられる。
			医師ないしは医療機関から積極的に総合事業への相談件数が増える。社会的処方の実現。
			高齢になっても、誰もが役割やつながりを持ち、「自分らしさ」を続けられる地域
			「ふつうの暮らし」を大切に

【モニタリングする指標】

指標の内容	令和7年実績	令和9年目標	令和10年目標	令和11年目標
総合事業対象者数	73 人	80 人	85 人	90 人
短期集中予防サービス利用者数	試行	20 人	25 人	30 人
短期集中予防サービス後の成果	試行	サービス終了の半年後に自立した生活を維持している人数		
一年後の重度化率が抑制できているか	要支援1⇒要支援1 R5 53.3% R7 59.0% +5.7 要支援2⇒要支援1.2 R5 61.5% R7 62.2% +0.7			
出典	福祉課によるまとめ			

箕輪町が考える「つまづいても、ふつうの暮らしを取り戻すサイクル」

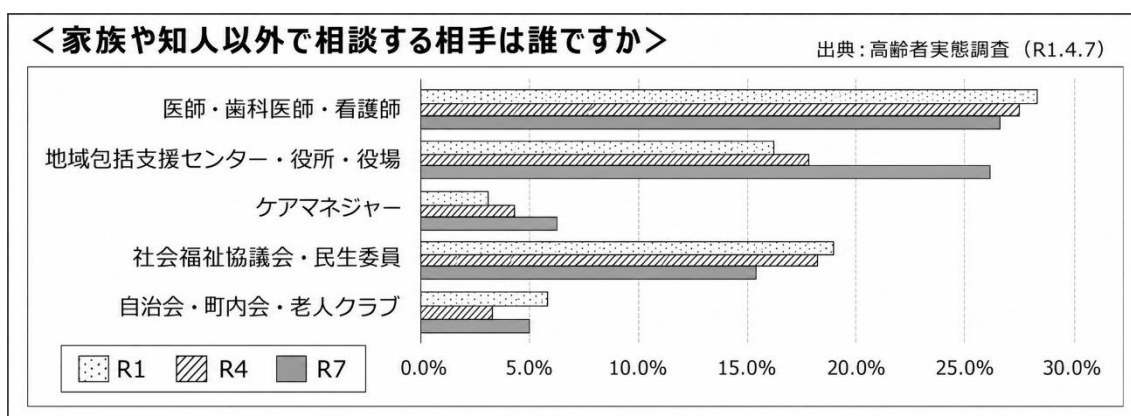


3 地域全体で高齢者を支える体制の整備

〈現状〉

町では、15 区それぞれの地域とそこに暮らす人の特徴に合わせた支え合いを後押しするため、平成 27 年度から各区に地域福祉コーディネーターを配置し、地区社協などを中心に活動を進めてきました。福祉講座や認知症サポーター養成講座を開いたり、高齢者の困りごとを聞き取って対応する仕組みが定着しているところもあります。

一方、町全体では、コロナ禍を経て中断した活動もあり、支え合いの土台となる近所づきあいは減少しています。家族や知人以外の相談先では行政やケアマネジャーが増える一方、自治会や民生委員など地域に身近な相手は減っています。困りごとを相談する経路が変わり、地域で気づいて支える従来の仕組みだけでは届きにくい人がいます。



各区で話を聞くと、顔の分かる関係が残っている一方、「世代が違くと知らない人が増えた」「心配な人がいても声をかけづらい」「集まりがなければ隣人とも話さない」といった声が聞かれ、人が自然に行き会い話せる場があったらいい、という話に行き着きます。地域の支えあいは地域内での人の交流によって生まれることから、持続可能な地域づくりと一体的に考える必要があります、また人口や住民意識の変化にあわせて変化していく必要があります。

高齢化や就労の長期化、暮らし方の多様化により、従来の役員や特定の人に支え合いを任せ続けることは難しくなっています。一方で、区の活動に限らず、自分の関心や経験を生かして、できる範囲で関わりたい人もいます。地域に必要なつながりを保つため、地区社協などの活動を支えながら、所属や役職を前提としない参加の入口も広げる必要があります。

移動については、まちなかタクシーの運行により選択肢が広がりました。今後、85 歳以上の人が増える中で地域に免許返納した高齢者が増えることから、移動の希望への対応を引き続き考えるとともに、徒歩を中心にした地域での生活にシフトして、新しい生活に価値を見出すことが重要な局面になると思われ、この点からも、人が自然に集まって話す場の価値がますます高まっています。

〈課題〉

- ・地域の人と自然に出会い、話す機会が減っていることに対し、集まれる場や機会を望む声がありますが、今日的な出会いの場を上手く作れていません。
- ・その結果、支えあいの前提となる日との交流が減り、有効な孤立や暮らしの変化に気づきにくくなっています。
- ・区や地区社協の活動は担い手が固定化し、役員負担も大きくなっています。
- ・地域内での声掛けや、日常生活上のちょっとした助け合いができそう、という人は多くいますが、生かされていません。
- ・まちなかタクシーの利用状況と、なお残る移動の困難を把握し、外出先や身近な居場所と合わせて対応を検討する必要があります。

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿】

主体	ありたい姿
住民（自助）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域内の人とあいさつする関係が出来ている ・地域内の行事や作業などに参加し、話をしている
地域や関係団体、民間企業等（互助・共助）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の困りごとを話し合っている ・地域の困りごとに対して、自分達でできることに取り組んでいる
行政（公助）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で地域の課題などを話す場づくりを応援します ・地域で解決が難しい困りごとに切れ目なく対応します ・個の単位での支えあいを活かす仕組みをつくります ・移動支援など、生活全般の高齢者の困りごとを把握し、サービスの主体を作る・結びつける支援を行います

【モニタリングする指標】

指標の内容	令和 7 年 現在	令和 9 年 目標	令和 10 年 目標	令和 11 年 目標
地区社協が主となった支え合い活動実施回数（全町）	227 回	向上	向上	300 回
参考にした調査等	福祉課調査			

8 安全・安心な暮らしの確保

① 高齢者虐待の防止

〈現状〉

虐待相談・通報件数は年度によってばらつきがあり、相談・通報は介護支援専門員や警察・家族・住民からなど多岐にわたっています。虐待の背景には核家族化や世帯人数の減少、親族がいても支援が難しいなど家族構成や家族関係の変化や、経済的な問題、認知症等による介護負担や不適切なケア等の要因があり、それらが絡み合い複合化して緊急介入を必要とする事案も発生しています。

迅速な対応を図るため、本人を取り巻く支援者や関係者のネットワークを構築するとともに、司法関係者・医療機関・警察・福祉関係機関等の多機関連携に努めています。また、関係者が連携を図るための研修等を実施しています。

- ・虐待の背景にある介護負担、経済的問題等により、家族や親族等で対応できない複合的課題を抱える世帯が増加している。
- ・複合的課題に対する福祉、医療、警察等の関係機関と連携強化し、虐待を防止する観点で支援できる必要がある。
- ・複雑化する課題への支援者等の資質向上が必要になっている。
- ・施設等における職員の資質向上が必要だが、人員不足等により研修の機会を十分に取れない状況がある。

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿と施策】

主体	ありたい姿と施策の展開
当事者・住民 (自助)	<ul style="list-style-type: none">・困ったことなどは一人で抱えず、早めに誰かに相談できる・身近な高齢者の変化に気づき、連絡することができる・相談先を知っている
地域や関係団体、事業者、企業等 (互助・共助)	<ul style="list-style-type: none">・事業者や企業等では、仕事と介護の両立支援制度の活用や、介護負担の軽減のため早めの相談体制づくりに努めている・虐待防止に関する研修に参加している・虐待を疑った場合は、地域包括支援センターへ相談する
行政 (公助)	<ul style="list-style-type: none">・関係機関との連携による包括的な支援・過去の虐待事案に関して、定期的なモニタリングを行い、住み慣れた地域で安心して生活できる環境を作る・虐待防止に対する知識習得のために学習の機会を確保する・地域住民への虐待防止・相談窓口の周知・小規模事業者への研修機会の提供などに努める

【モニタリングする指標】

指標の内容	令和 7 年 実績	令和 8 年 目標	令和 9 年 目標	令和 11 年 目標
虐待防止に関する相談件数	12 件	前年増	前年増	前年増
虐待認定件数	5 件	実績による	実績による	実績による
虐待防止に関する広報等での啓発回数	1 回	2 回	2 回	2 回
参考にした調査等	権利擁護ネットワーク連携協議会資料			

② 高齢者の権利擁護

【成年後見制度利用促進】

〈現状〉

町における成年後見制度の利用者数は、令和 8 年 1 月には 43 人となります。

成年後見等（後見、保佐、補助）の類型は、後見が 67.4%、保佐が 25.5%、補助が 6.9%となっており、全国の割合とおおむね同様となっております。任意後見の利用は進んでいないため、判断能力がしっかりしているうちに、将来誰にどんなサポートをしてもらうかをあらかじめ自身で決めておく制度の普及啓発が求められます。

また、家族構成等の変化により、親族等による申立てが困難な方や、外国籍で、判断能力が低下した方の支援も必要になってきています。

〈課題〉

- ・ 専門職による後見体制の高齢化と、対象者の増による担い手の不足
- ・ 市民後見人の育成・活用や上伊那成年後見センター等の専門機関との連携強化による受け皿（担い手）の確保
- ・ 任意後見制度の利用が進んでいない

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿と施策】

主体	ありたい姿と施策の展開
住民（自助）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成年後見制度の利用目的を理解する。 ・ 困りごとを早めに相談する、知識を得る ・ 具体的な終活として、任意後見制度の検討
地域や関係団体、民間企業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に専門職や関係機関に対し研修を開催する ・ 制度や相談窓口を必要な人につなぐ

等(互助・共助)	・医療、介護、福祉関係者が情報共有する
行政（公助）	・成年後見制度利用の相談・利用支援 ・専門職・関係機関とのネットワーク構築

【モニタリングする指標】

指標の内容	令和7年 実績	令和8年 目標	令和9年 目標	令和11年 目標
専門職向けの研修会の開催	1回	継続	継続	継続
町への成年後見制度の相談件数	10件	前年増	前年増	前年増
参考にした調査等	上伊那成年後見センター実績報告書			

③ 高齢者の終活支援

〈現状〉

団塊世代の後期高齢化に伴い、独居高齢者や高齢者のみの世帯の増加が顕著になっています。

2025年に実施された箕輪町高齢者実態調査によれば、終活について相談した経験があると回答した人は3割にとどまり、相続や葬儀についても、半数以上が家族と話し合ったことがないと回答、準備が進んでいない状況が見られます。

終活とは、これからの人生をより自分らしく安心して暮らすために、今後の生活や医療・介護・財産、葬儀等について考え、必要な準備をしておくことです。こうした取り組みは、本人の安心感につながるだけでなく、家族や周囲の人たちにとっても大切なものです。

これらはかつて、家族内や地域で解決してきた問題でしたが、家族の形や価値観の変化から、十分な準備のないまま亡くなり、望む死を迎えられない、残された親族や支援者が対応に苦慮するなど、行政として関わらざるを得ない社会変化があります。

特に身寄りのない高齢者や家族との関係が希薄な高齢者にとっては、終活を進めることが特に重要であり、判断能力が十分にある段階から備えを進めておくことが欠かせない課題となっています。

「誰でもおひとり様予備軍」として、終活を前向きに捉え、元気なうちから取り組める環境を整えることが求められています。

〈課題〉

- ・後見制度で解決できない生活支援の担い手不足
- ・身寄りのない高齢者や、家族による支援が得られない方に対する身元保証・死後事務等が求められるが、体制が十分でない
- ・エンディングに向けた準備や、家族との話をしていない高齢者が多い。

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿と施策】

主体	ありたい姿と施策の展開
住民（自助）	・元気なうちから将来の生活や支援について考え、行動している（エンディングノートを書く、家族で話し合う） ・困りごとを早めに相談している
地域や関係団体、民間企業等（互助・共助）	・定期的に専門職や関係機関に対し研修を開催している ・医療、介護、福祉関係者が情報共有している
行政（公助）	・専門職・関係機関とのネットワーク構築 ・身寄りのない高齢者への支援体制整備 ・意思決定支援、終活の充実 ・相談窓口があり、終活を支援する仕組みがある

④ 高齢者の消費生活

〈現状〉

認知症等による判断力の低下や身体能力の衰えなどがある高齢者を狙った悪質商法や消費者トラブルの増加、孤立した住民が一人で抱え込むことによる消費者トラブルの深刻化などが懸念されます。特に、孤立した高齢者の場合は、自ら被害を認知し関係機関へ相談することが困難となる可能性があり、周囲のサポートが必要です。

さらに、スマートフォンや SNS の普及、発信者番号の偽装技術の進化など、デジタル化の進展により特殊詐欺の手口は一層巧妙化しており、判断力が低下しやすい高齢者は特に被害に遭いやすい状況となっています。

〈課題〉

- ・高齢者本人が手口の巧妙化に気づきにくい
- ・高齢者本人が孤立しているため周囲が異変に気づけない
- ・家族や支援者への情報が十分に届いていない

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿と施策】

主体	目指す姿
住民（自助）	<ul style="list-style-type: none"> ・消費者被害などの事例を通じて理解を深めている ・一人で判断せず、家族や相談窓口へ早めに相談している
地域や関係団体、民間企業等（互助・共助）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での見守り活動を通じて、高齢者の孤立防止や異変の早期発見につなげている ・「不審に感じたら相談する」という意識づくりを進めている ・金融機関や事業者等が異変時は相談機関への連携している
行政（公助）	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対する注意喚起や消費者教育について、関係課が関係機関等と連携して取り組む ・町民向け講座等により消費者教育の充実を図る

【モニタリングする指標】

指標の内容	令和7年度末現在	令和9.10.11年目標
消費者に関する相談件数（町相談件数）	4件	減少
特殊詐欺被害件数	電話でお金詐欺（特殊詐欺） 4件 SNS型詐欺 5件	減少
参考にした調査等	権利擁護ネットワーク連携協議会資料による	

⑤ 高齢者の交通安全対策の促進

〈現状〉

交通事故件数は平成17年をピークに減少傾向にありますが、高齢者人口の増加に伴い、事故全体に占める高齢ドライバーの割合は高まっています。

また、高齢者が歩行中に交通事故に遭うケースは夕方から夜間にかけて多く発生していることから、反射たすきの配布などの安全対策を進めてきました。

町では専任職員がパトロール車で町内を巡回しています。元警察官としての知識・経験を活かし、子どもの見守り・年金支給日の金融機関周辺の警戒・地域の防犯活動・交通安全活動を実施するほか、気になる高齢者への直接の声かけも行い、犯罪・事故の抑止につなげています。

令和5年から始まった高齢者の新たな移動手段として「まちなかタクシー」の運用により運転が難しくなった高齢者が安心して移動できる手段の確保につなげていますが、今後急増する85歳以上高齢者が地域で免許返納後も暮らしていくうえでのさらなる移動手段の充実は、重要な問題です。

〈課題〉

- ・不便さに加えて代替手段や生活の切り替えなどについて解像度が低く、免許返納をためらう
- ・夜間はドライバーから歩行者を発見しにくく事故につながりやすい
- ・加齢による視力低下により、車や自転車の接近に気づきにくい

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿と施策】

主体	目指す姿
住民（自助）	<ul style="list-style-type: none">・ 交通ルールを順守している・ 夜間の外出際には事故を意識した対処をしている・ 免許返納の時期について家族と話しあっている
地域や関係団体（互助・共助）	<ul style="list-style-type: none">・ 交通安全意識の向上取り組んでいる・ 地域の危険個所について考え、必要な要望を行っている
行政（公助）	<ul style="list-style-type: none">・ 交通安全に関する出前講座や周知を行います・ 夜光反射タスキ等の配布及び利用啓発を行います・ 高齢者免許返納後の生活をイメージできる広報や、免許返納後の地域資源とのマッチングを行います

⑥ 災害への対応

〈現状〉

近年、全国的に自然災害が多発しており、高齢者が犠牲となるケースがみられています。高齢化に伴い認知症や介護の重い要配慮者の増加がみられるため、災害から要配慮者を守るための対策の一層の充実を図る必要があります。

避難所での生活が難しい要配慮者への対応として、町内を中心とした社会福祉施設と災害時における要援護者の受け入れ（福祉避難所）協定を行っていますが、実際に災害が起きることがないことから、実際の運用が課題となっており、令和7年度から事業所との連絡会を始めています。

避難行動要支援者名簿をもとに個別避難計画の作成を進めていますが、有事にすべての対象者を町でフォローすることは難しいため、地域ごとに作成する災害時住民ささえあいマップを活用し、有事の支えあいの組み立てを進めています。

〈課題〉

- ・ 有事に向けた平時の備えの明確化
- ・ 地域支えあいマップに掲載されない要配慮者への支援方法の明確化

- ・有事に機能するための、事業所と町との要援護者協定の実質化

【課題に対する実施主体ごとのありたい姿と施策】

主体	目指す姿
住民（自助）	<ul style="list-style-type: none"> ・災害や感染症について正しい知識を学んでいる ・防災訓練等に積極的に参加している ・地域支えあいマップ作りに参加している
地域や関係団体 （互助・共助）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域内の危険個所を把握し、話し合っている ・地域支え合いマップを作成し、支援を必要とする方の把握に努めている ・施設の有事の役割を明確にし、地域と話し合っている
行政（公助）	<ul style="list-style-type: none"> ・箕輪町地域防災計画に基づき、関係機関と連携しながら、有事の対応について話し合っている ・協定に基づく福祉避難所運営が行えるよう、事業所と連携した訓練を行っている ・地域支えあいマップを含む、要配慮者の個別避難計画策定を進め、有事の運用が話し合われている

9 保健福祉事業・生活支援サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう生活支援、介護者支援、住宅環境の整備など、一人ひとりにあった支援を推進します。

① 生活支援サービス

事業名	事業の概要
生活管理指導短期宿泊	高齢者を介護する者が家庭において介護が困難になった場合、その高齢者の方が一時的に福祉施設に宿泊できるように支援します
訪問理美容サービス	外出が困難な高齢者の方が、訪問による理美容サービスを利用する経費の一部を助成します
緊急通報システム設置サービス	急病や災害時の非常事態に備えて、緊急通報装置を設置します
救急医療キット配布	救急時に必要な情報を保管するための救急医療キットを配布します
高齢者タクシー料金助成	通常のタクシーを利用することが困難な高齢者に対し、タクシー料金の一部を助成します

② 高齢者の住環境の整備

事業名	事業の概要
高齢者にやさしい住宅改良促進	住み慣れた自宅でより快適な生活ができるように、住宅の改良に要する費用の一部を助成します

③ その他の事業

事業名	事業の概要
成年後見制度利用支援事業	成年後見制度の申立てに要する経費及び成年後見等の報酬の一部の助成を行います
地域密着型サービス事業所居住費等助成事業	認知症対応型生活介護*の居住費、小規模多機能居宅介護*及び看護小規模多機能居宅介護*の宿泊費の一部を助成します