

はじめに

本町において、2028年頃までは75歳以上人口が増加していくことが予想され、将来の需給ギャップに備えて地域の支え合いを含めた担い手不足への対策を講じる必要があります。地域の中で元気な高齢者が自らの経験と知識を生かし、能力を発揮し、支え手として活躍できる場づくりが必要です。

「第3次みやき町総合計画」では、まちづくりの基本理念として「未来に躍動する『共感』『協働』のまち」を掲げ、基本目標として位置付けられた「健幸長寿のまち」は、本計画で目指す健康づくり・医療・福祉・介護・地域福祉などの各種施策の集大成ともいえるものとなります。

本計画では、みやき町地域包括ケアシステムが目指す「高齢者が住み慣れた地域で安心して、幸せに暮らせる健幸長寿のまち」の実現のため、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の担い手として活躍できるよう、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進してまいります。つまり、みやき町地域包括ケアシステムの目指す社会の実現こそが、『未来に躍動する「共感」「協働」のまち』の実現に他なりません。

本計画の達成と円滑な事業実施には、みなさま一体となり取り組まなければなりません。より一層のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、本計画策定にあたりご尽力いただきましたみやき町老人保健福祉計画策定委員会の皆さまをはじめ、ご協力をいただきました皆さまに心より感謝申し上げます。



令和6年3月
みやき町長 岡 毅

目 次

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 第1章 計画の概要 | 1 |
| 1 計画策定の趣旨 | 1 |
| 2 老人保健福祉計画とは | 2 |
| 3 上位計画との関係 | 2 |
| 4 計画の期間 | 3 |
| 5 計画の策定体制 | 4 |
| 6 策定スケジュール | 5 |
| 第2章 高齢者を取り巻く現状 | 6 |
| 1 人口の様子 | 6 |
| 2 高齢者の世帯の様子 | 8 |
| 3 認定者数・認定率の推移と新規認定者 | 11 |
| 4 認知症高齢者の様子 | 16 |
| 5 日常生活圏域ニーズ調査 | 17 |
| 6 在宅介護実態調査 | 37 |
| 7 第8次計画の評価 | 46 |
| 8 本町の現状から見えてきた課題 | 49 |
| 9 みやき町の地域課題と解決に向けた取り組みの方向性 | 50 |
| 第3章 基本理念と施策の体系 | 51 |
| 1 基本理念 | 51 |
| 2 基本目標 | 53 |
| 3 重点施策 | 61 |
| 4 施策体系 | 66 |
| 第4章 施策の展開 | 67 |
| 基本目標 1 高齢者による生涯現役・生涯活躍への支援 | 67 |
| 基本目標 2 高齢者の健康づくり、介護予防、自立支援・重度化防止の推進 | 73 |
| 基本目標 3 認知症の予防と共生の推進 | 88 |
| 基本目標 4 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる生活環境づくりの推進 | 96 |
| 基本目標 5 地域包括ケアシステム推進体制の強化 | 114 |
| 第5章 計画推進のために | 120 |
| 1 協働体制の確立 | 120 |
| 2 計画の点検・評価の実施 | 120 |
| 第6章 資料編 | 121 |
| 1 みやき町老人保健福祉計画策定委員会設置要綱 | 121 |
| 2 みやき町老人保健福祉計画策定委員会名簿 | 123 |
| 3 用語の解説 | 124 |

第1章 計画の概要

1 計画策定の趣旨

日本の総人口は、少子化の進行による若年人口の減少から長期の人口減少過程に入っています。

人口推移をみると、すでに生産年齢人口の減少が始まっていますが、令和22年（2040年）には、団塊ジュニア世代と呼ばれる現在40代後半の方が一斉に65歳になり、高齢者人口がピークを迎えることとなります。

そのため国は、第9期計画策定に向けた基本方針として、社会福祉制度改革と介護保険制度改革の2つの大きな改革を軸とした「地域共生社会の実現と2040年への備え」を掲げています。

みやき町（以下、「本町」という）の「第8次老人保健福祉計画」（以下、「第8次計画」という）では、基本理念に「生涯にわたって自分らしく安心して暮らせる 生涯現役・生涯活躍のまち」を掲げ、後期高齢者の増加のピークを迎える時期（ピークアウト）に向け、これまでの地域包括ケアシステムの深化のための方向性を継承しつつ、2040年を見据えて健幸長寿に向けた地域の支え合い等の取り組みを本格化してきました。

今期計画では「第3次みやき町総合計画」の将来像である「未来に躍動する『共感』『協働』のまち」の実現に向けた高齢者保健福祉の分野別計画・個別計画としての位置づけを持つものとなり、総合計画で基本目標として位置付けられた「健幸長寿のまち」は、本計画で目指す健康づくり・医療・福祉・介護・地域福祉などの各種施策の集大成とも言えるものとなります。

また、地域包括ケアシステムを構築していくための10年間の計画かつ2040年を見据えた計画という位置づけとなることから、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた施策の継続的な展開・深化を図ります。

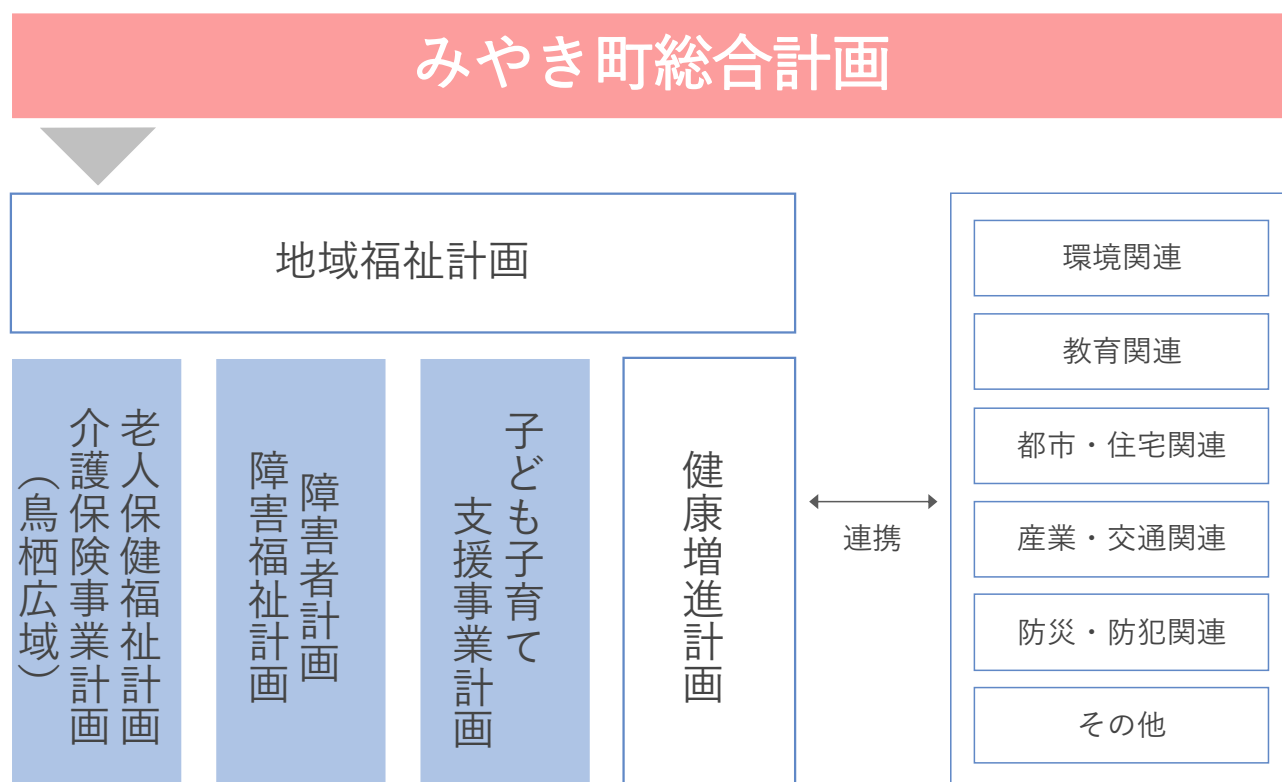
なお、本町は鳥栖地区広域市町村圏組合（以下「鳥栖広域」という。）に加入しており、介護保険事業計画に関する事項は、鳥栖広域の「第9期介護保険事業計画」と、特定施設の整備等については、佐賀県の「第9期さがゴールドプラン21（佐賀県高齢者保健福祉計画・佐賀県介護保険事業支援計画）」と整合性を図りながら、地域の実情に応じた高齢者福祉に取り組んでいきます。

2 老人保健福祉計画とは

老人福祉法第20条の8第1項に基づく計画で、市町村で確保すべき老人福祉事業の量の目標、その量の確保のための方策、その他老人福祉事業の供給体制の確保に関し必要な事項を定めるものであり、令和2年3月に策定した第8次計画の見直しを行ったものとなります。

3 上位計画との関係

本計画は、鳥栖広域の「第9期介護保険事業計画」と一体的に策定するとともに、佐賀県の「第9期さがゴールドプラン21」や本町の上位計画である「第3次みやき町総合計画」及び「みやき町地域福祉計画」、その他の関係する諸計画を踏まえた内容とするもので、高齢者の保健福祉にかかわる総合的な計画となります。



4 計画の期間

団塊の世代が75歳に到達する2025年度（令和7年度）を見据え、地域包括ケアシステムを構築していくための10年間の計画という位置づけを持ちつつ、佐賀県の「第9期さがゴールドプラン21」や鳥栖広域の「第9期介護保険事業計画」は、令和6年度から令和8年度の3ヵ年の計画として策定されます。

本計画も一体的に推進する必要性から、同一の3年（令和6年度から令和8年度）を計画期間とします。

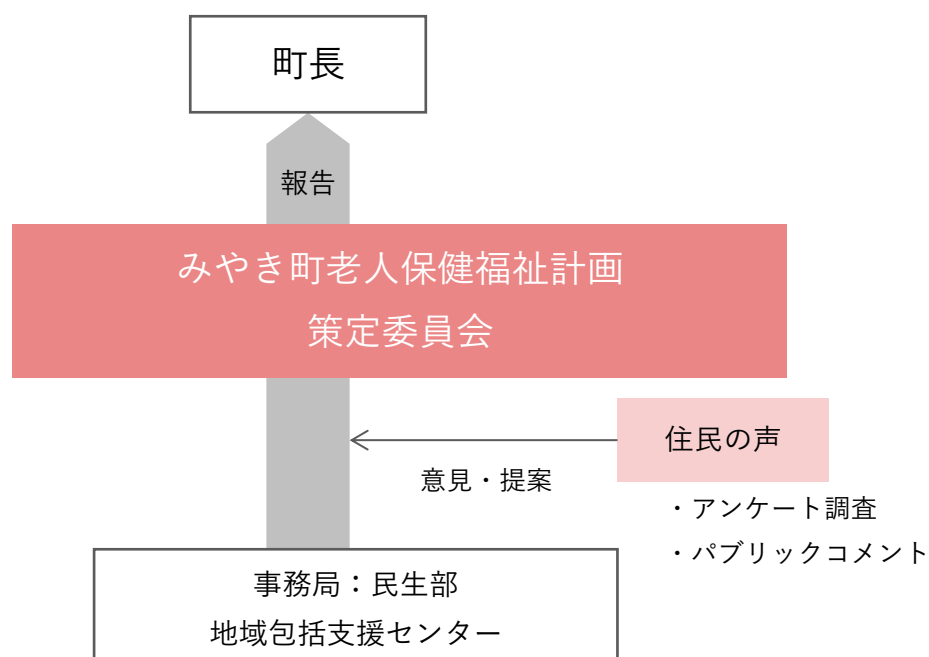
計画の期間と各期間に目指す姿（イメージ）

2025年（令和7年）までの見通し



5 計画の策定体制

計画策定に当たっては、高齢者保健福祉事業の主管となる地域包括支援センターを中心として、庁内の関連部署、関係各機関、鳥栖広域と連携を図りながら専門家などから構成する、みやき町老人保健福祉計画策定委員会にその内容を諮り策定しました。



1 みやき町老人保健福祉計画策定委員会における審議

学識経験者・保健医療・福祉関係・各種団体の代表者等から構成する策定委員会を4回開催し、本計画について議論しました。

2 庁内関係部署へのヒアリング

計画の策定にあたり、高齢者に関連のある部署に事業ヒアリングを実施し、本町の現状・課題や今後の方向性など把握・共有しました。

3 日常生活圏域ニーズ調査

介護認定を受けていない高齢者と要支援1・2までの認定者の生活実態や意向等を踏まえた計画としていくため、鳥栖広域にて実施されたアンケート調査を基に、本町の高齢者の実態について分析しました。

4 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている方を対象として、ご本人の生活実態やご家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向などを調査分析するため、鳥栖広域にて実施されたアンケート調査を基に、本町の高齢者の実態について分析しました。

5 パブリックコメント

本計画を策定するにあたって、令和6年2月13日から令和6年2月22日までの期間、パブリックコメント（意見募集）を実施しました。

6 策定スケジュール

| 時期 | 内容 |
|------------------|---|
| 令和5年 10月25日 | 第1回策定委員会 計画策定の概要、スケジュールについて 人口等（高齢者）の現状について 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について 第8次計画の評価について |
| 令和5年 11月29日 | 第2回策定委員会 高齢者独居世帯の分析について 計画骨子案について |
| 令和6年 2月7日 | 第3回策定委員会 計画素案について |
| 令和6年 2月13日～2月22日 | パブリックコメント |
| 令和6年 3月5日 | 第4回策定委員会 パブリックコメントの結果について 計画素案について（答申） |

第2章 高齢者を取り巻く現状

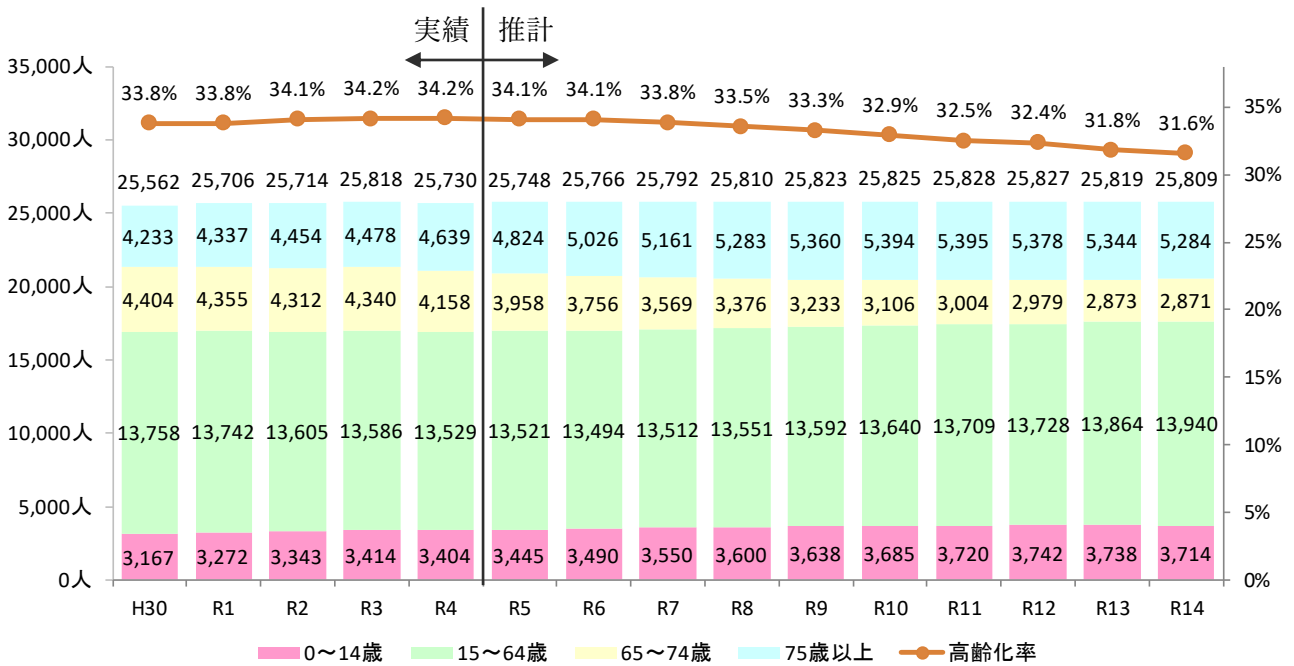
1 人口の様子

本町の人口は、令和 14 年まで横ばいが見込まれています。また、65 歳以上の高齢者人口だけをみると令和 4 年をピークに減少していくと見込まれます。

今後の将来予測では、15~64 歳の人口は横ばいであるものの、後期高齢者人口は増加していき医療・介護・高齢者福祉サービスにおける需給ギャップが予測されます。

(1) 総人口の推移

住民基本台帳各年 9 月 30 日



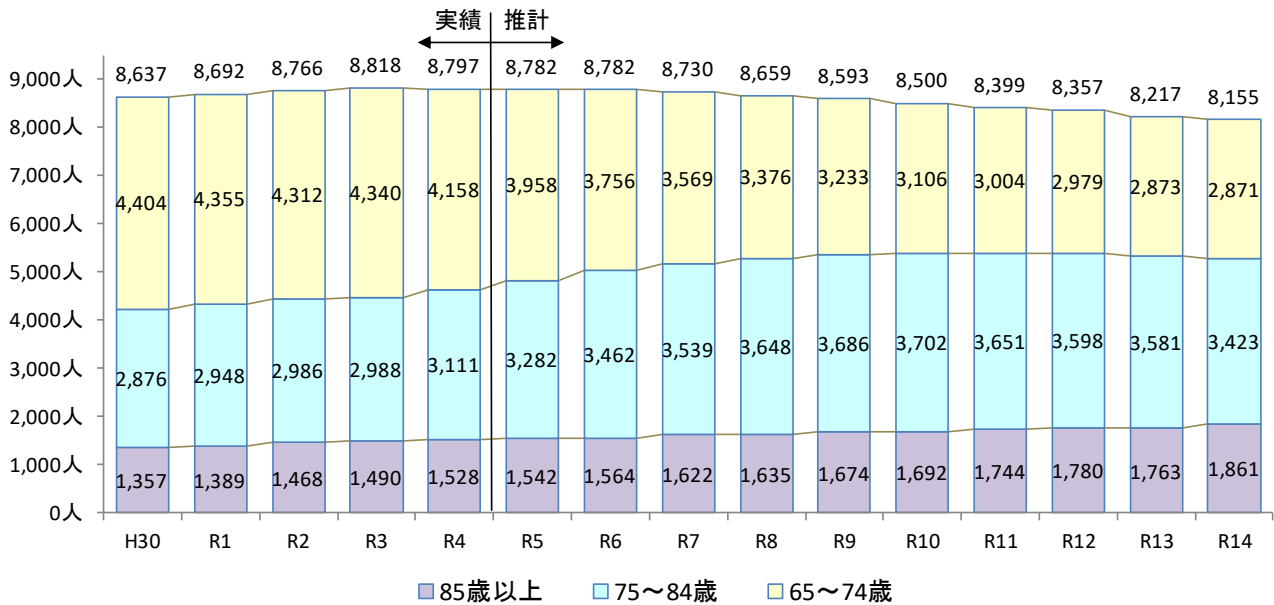
住民基本台帳データ（総人口、年齢群別人口、地区別人口）
 住民基本台帳データを基にした人口推計（コーホート変化率法）
 ※鳥栖地区広域市町村圏組合「要介護認定者数推移」

コーホート変化率法とは

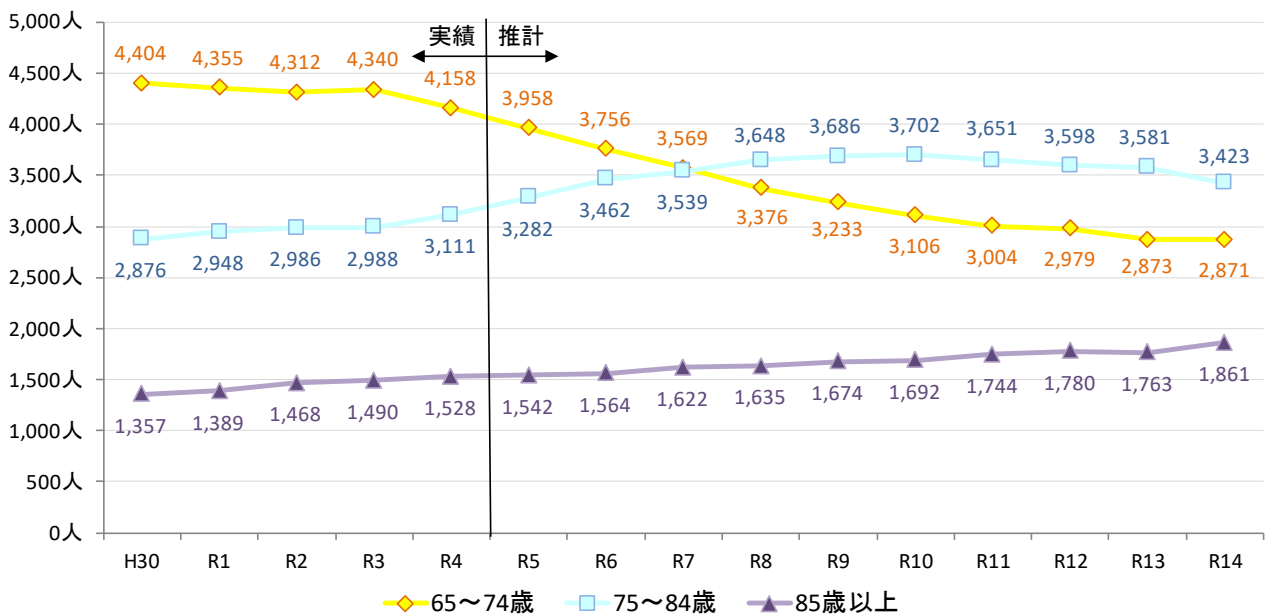
集団の一定期間における人口の変化率に着目し、その変化率が対象地域の年齢別人口変化の特徴であり、将来にわたって維持されるものと仮定して、将来人口を算出する方法

(2) 高齢者人口の推移

住民基本台帳各年9月30日



(3) 高齢者人口の3年齢別の増減推移

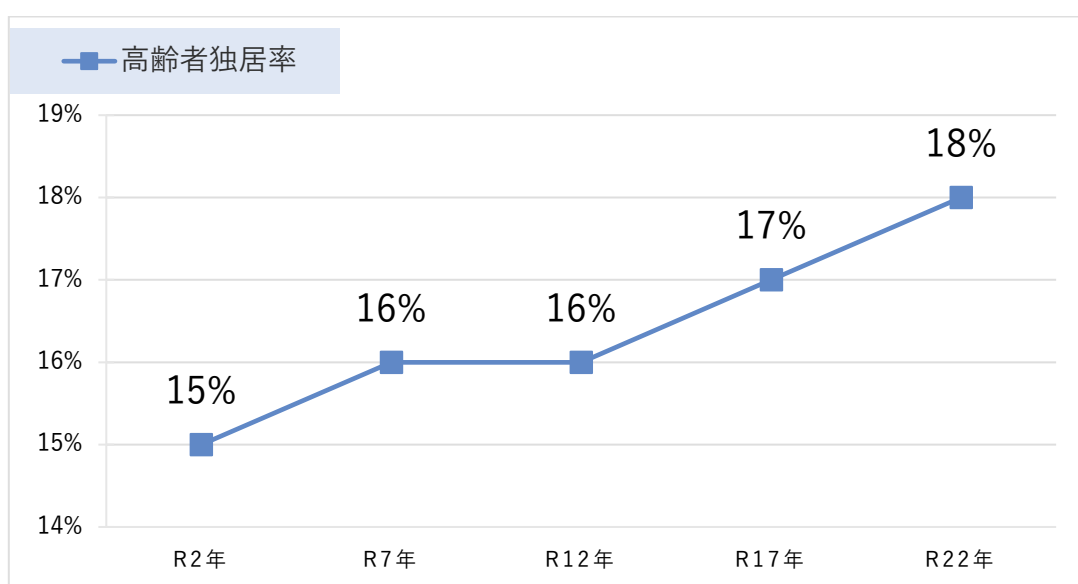
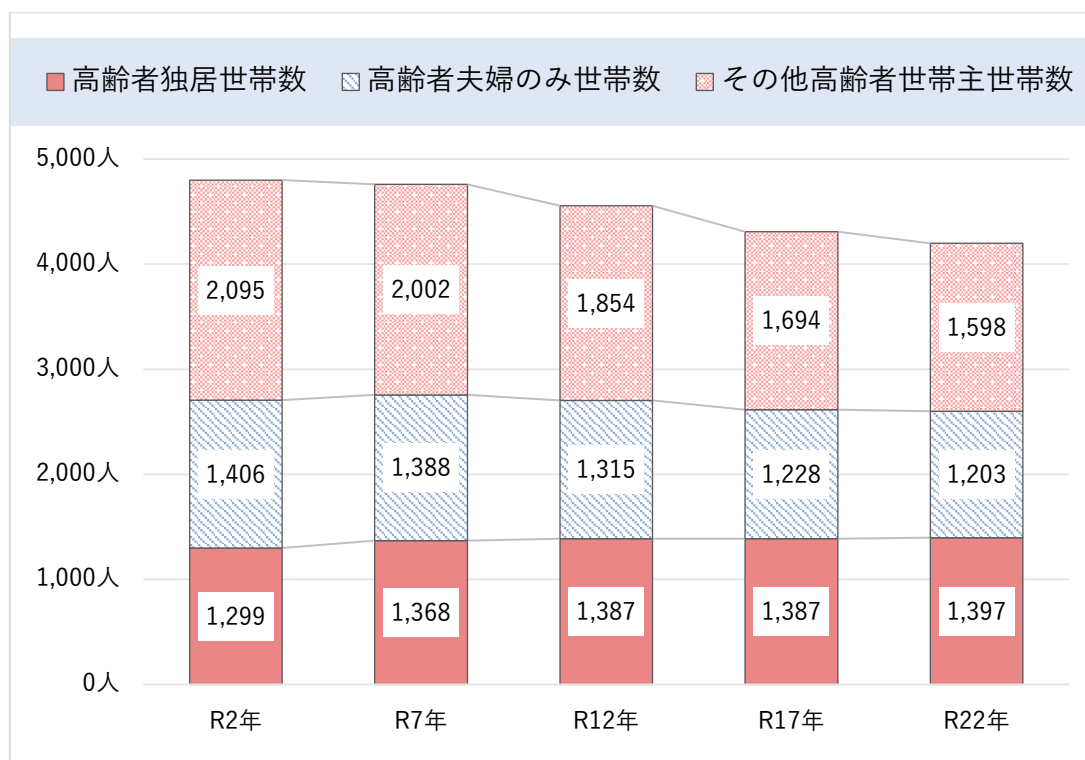


●本町の人口の状況から、将来の需給ギャップに備えて地域の支え合いを含めた担い手不足への対策を講じる必要があります。

2 高齢者の世帯の様子

(1) 高齢独居世帯とその他世帯の分析

高齢者のいる世帯全体で見ると、令和2年から減少傾向にあります。高齢者独居世帯数は令和22年にかけて増加していく見込みとなっています。高齢者独居率においても、令和22年にかけて上昇傾向にあることが予想されています。

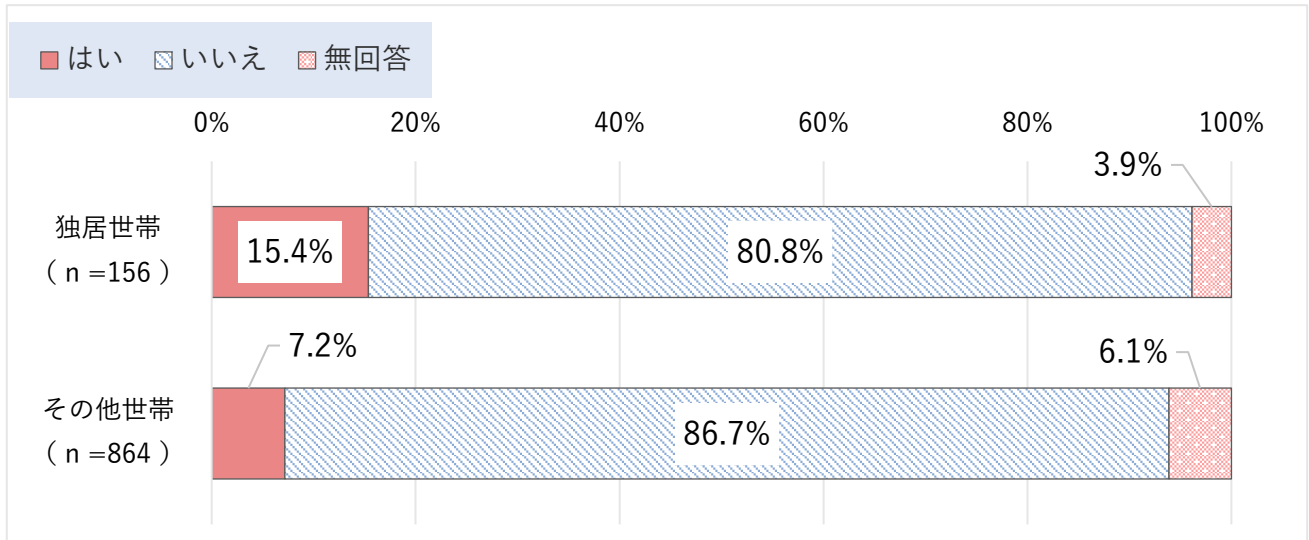


引用データ（国勢調査データより推計）

(2) 高齢者独居世帯についての分析 ※ニーズ調査結果からの分析

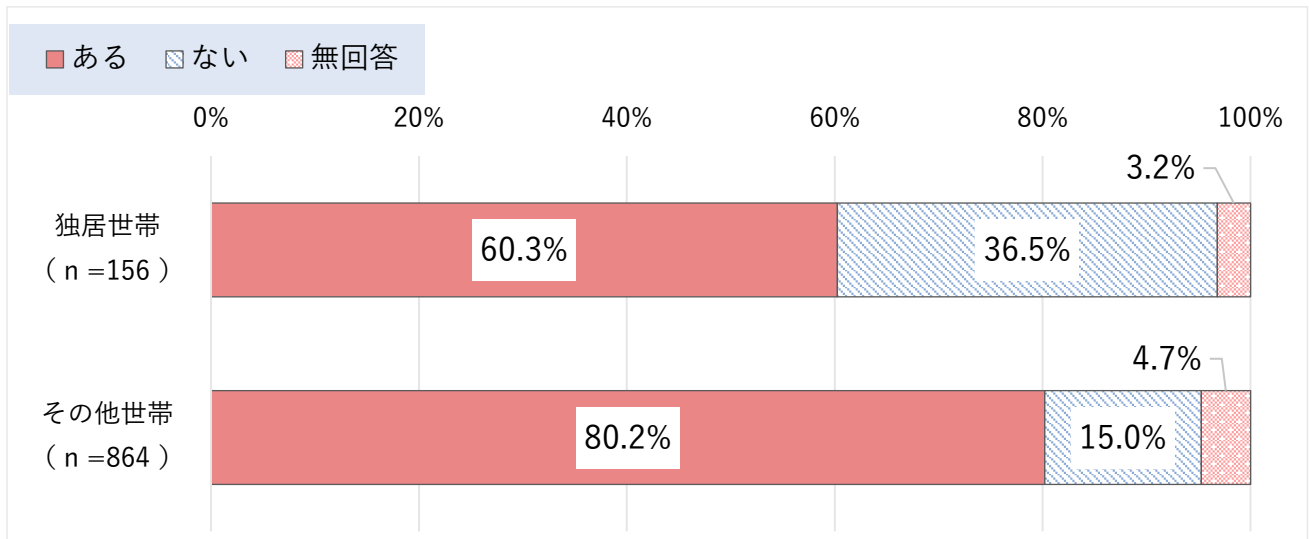
1. 運動機能低下リスク該当かつ物忘れがあるか

独居世帯の高齢者は、その他世帯と比べて、運動機能低下リスクがあり物忘れがある高齢者が多い状況でした。



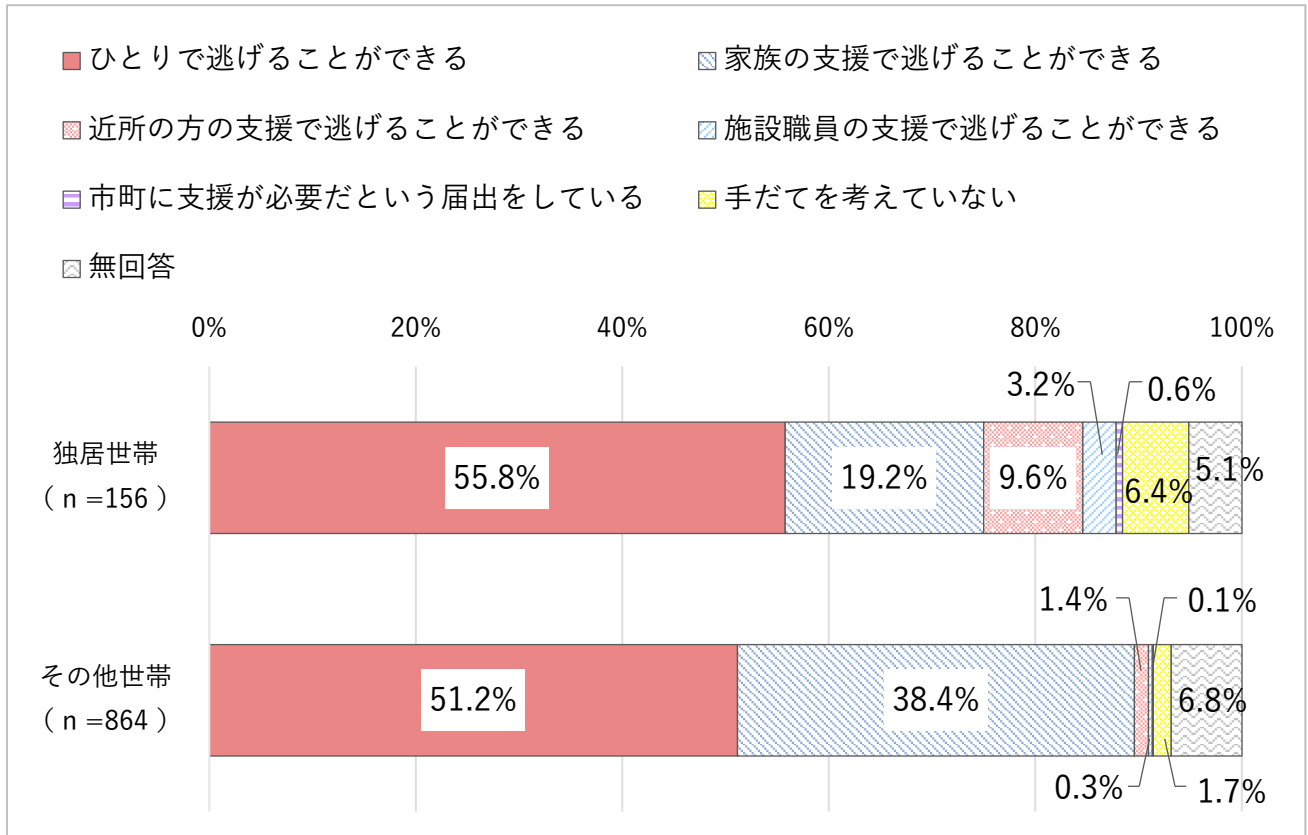
2. 誰かと食事をする機会があるか

独居世帯の高齢者は、その他の世帯と比べて共食の機会が少なくなっていました。



3. 避難が必要な時どのように避難するか

独居世帯の高齢者の6.4%が、避難が必要なときに「手立てを考えていない」と回答し、その他の世帯と比較して支援してくれる人がいない割合が高くなっていました。



●本町の独居世帯の高齢者の状況から、通いの場への参加など介護予防事業への参加を促す施策とともに、誰かと食事をする機会（共食の機会）の創出に取り組む必要があります。また、避難が必要な時の支援体制について対策を充実させる必要があります。

3 認定者数・認定率の推移と新規認定者

(1) 本町全体の状況

要支援・要介護認定者数は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、令和 2 年度から増加しています。

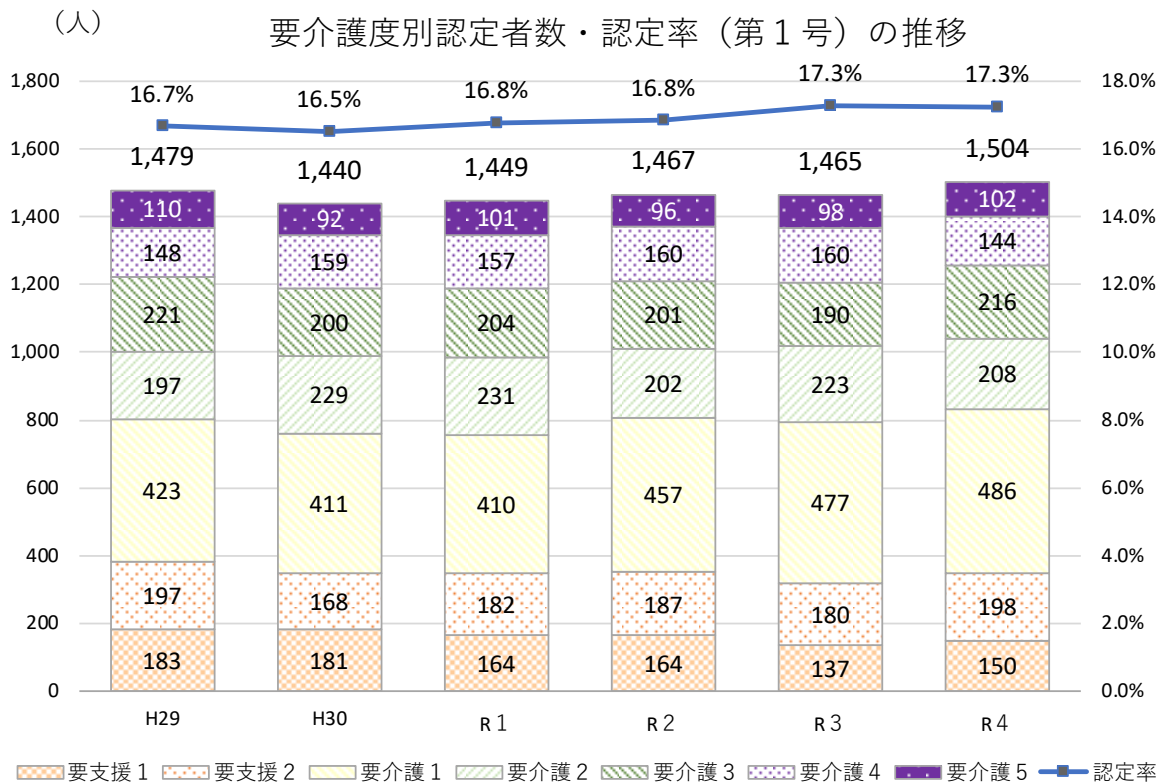
本町の認定率は令和 4 年時点で 17.3%であり、国の 19.1%、県の 18.2%と比較すると認定率は低いものの、県との差は縮まってきています。

本町の新規要支援・要介護認定者は、約 8 割が要介護 2 までの軽度認定者であり、男性は横ばい状況、女性は減少傾向にあります。

また、男女とも 75 歳から新たに要支援・要介護認定者が発生する割合が増加しています。

●本町の認定者の状況から、新型コロナウイルス感染拡大で影響を受けた通いの場や介護予防事業の充実など、高齢者の介護予防、自立支援・重度化防止を推進することで、新規要支援・要介護認定者の発生を遅らせることが必要です。

1. 要介護度別認定者数の推移

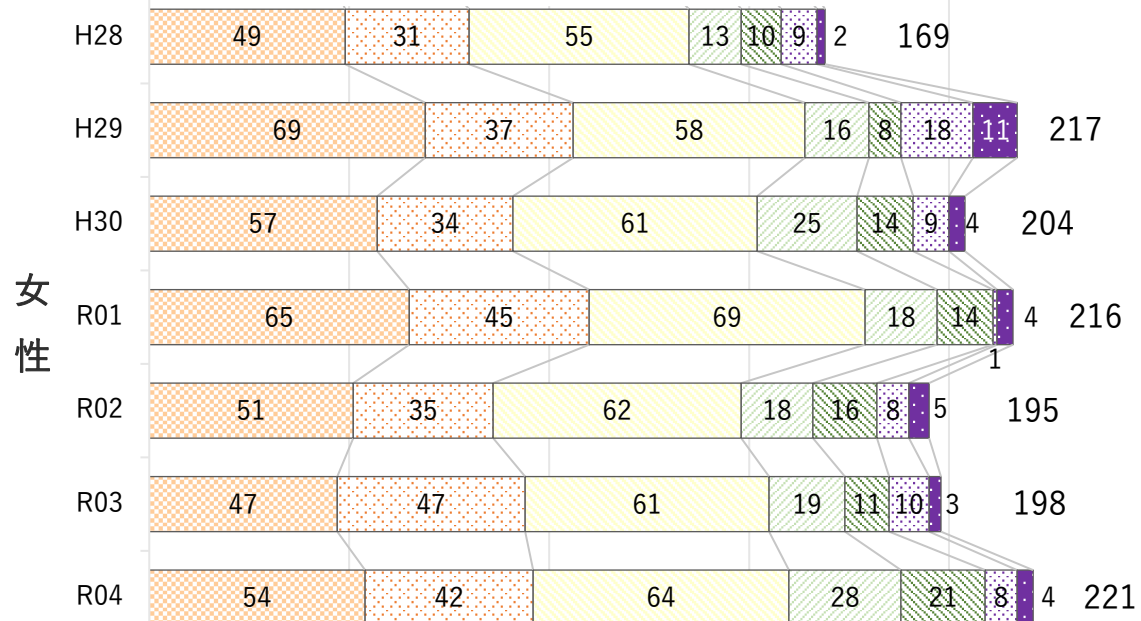
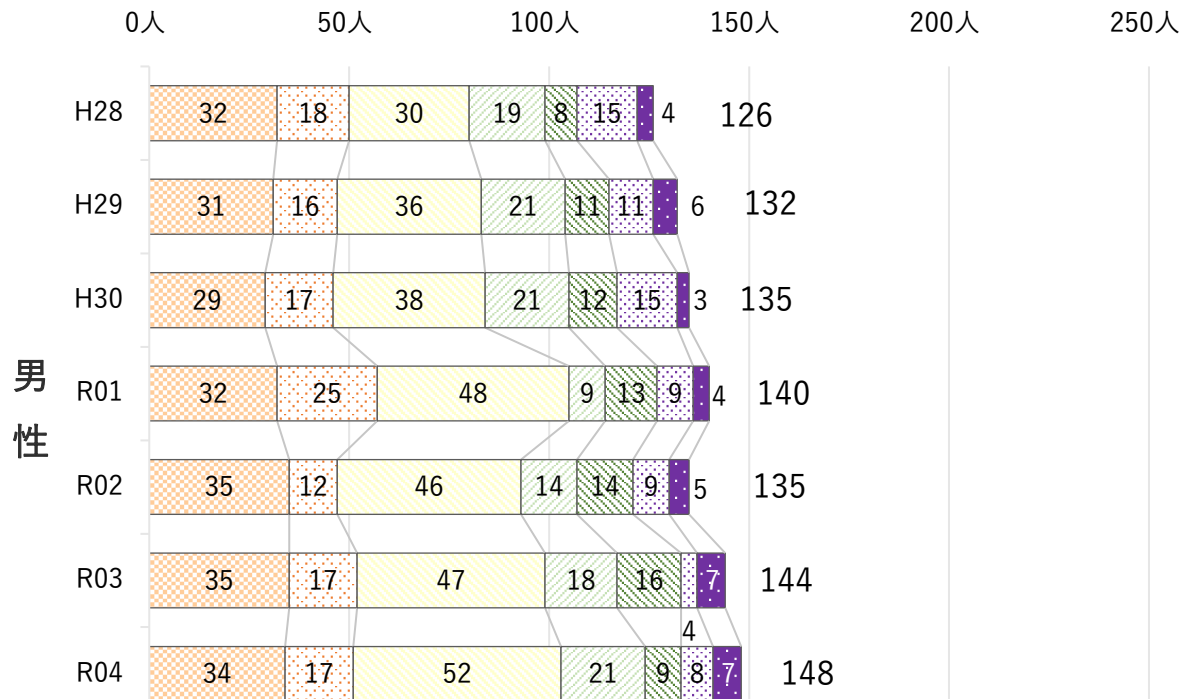


※鳥栖地区広域市町村圏組合「要介護認定者数推移」

2. 新規要支援・要介護認定者の発生状況（性別・要介護度別）

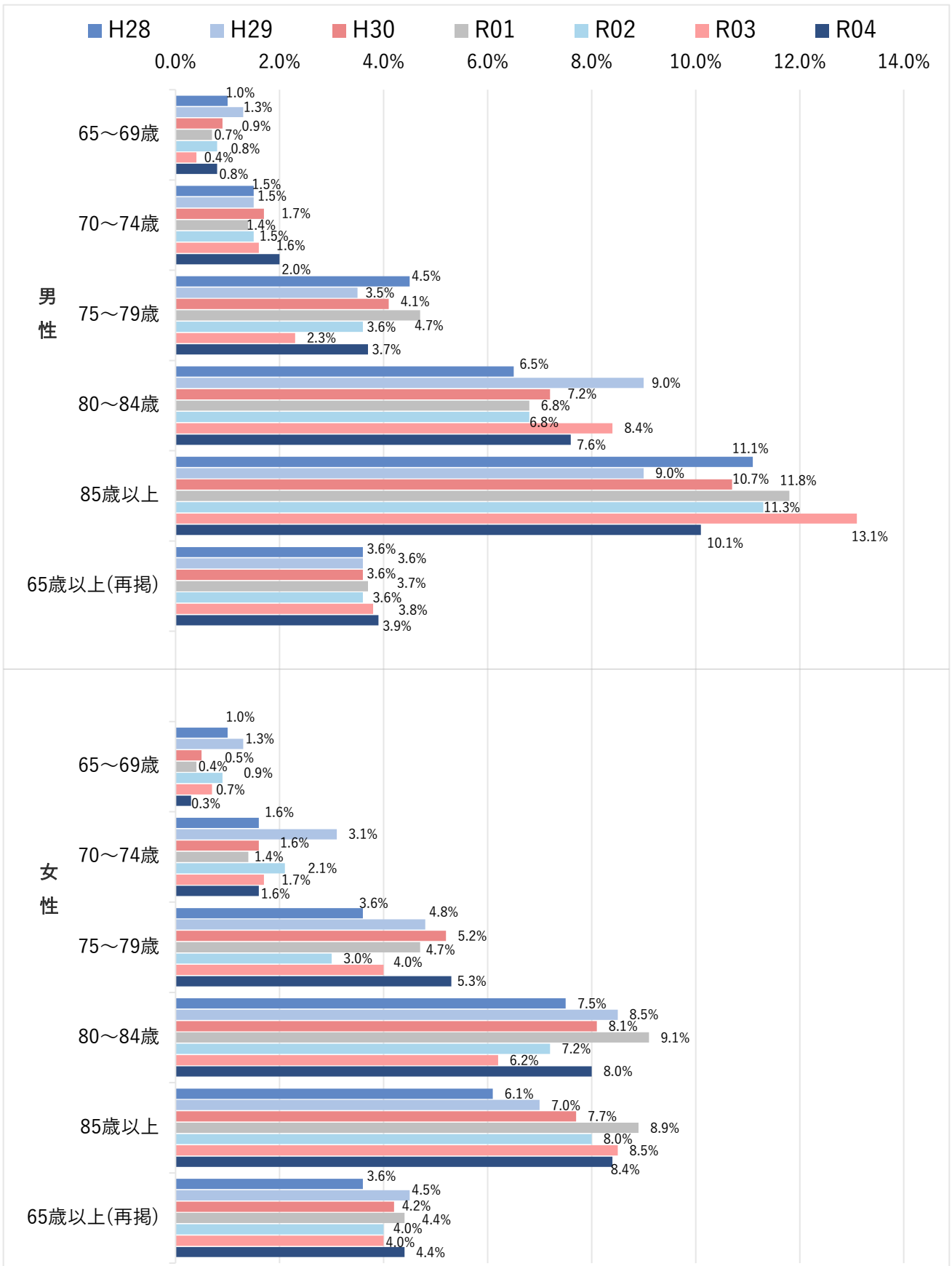
新規認定者 要介護度別人数の推移(65歳以上)

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



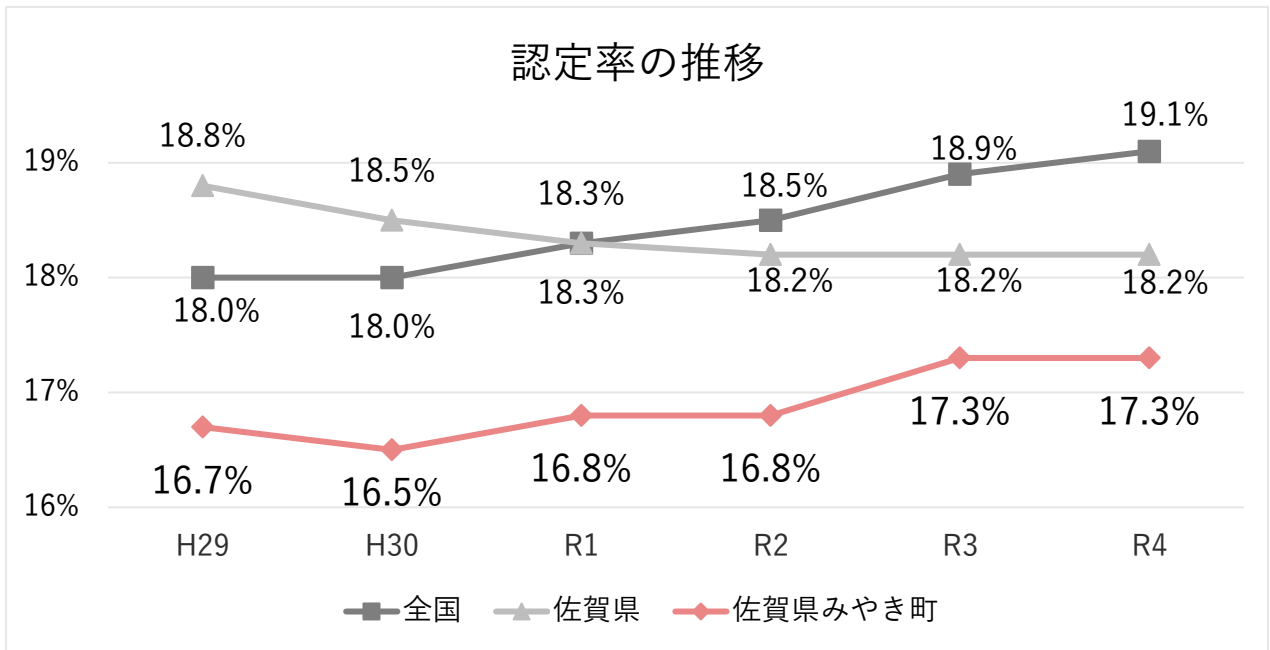
※鳥栖地区広域市町村圏組合 一般介護事業より

3. 新規要支援・要介護認定者の発生状況（性別・年齢別）



※鳥栖地区広域市町村圏組合 一般介護事業より

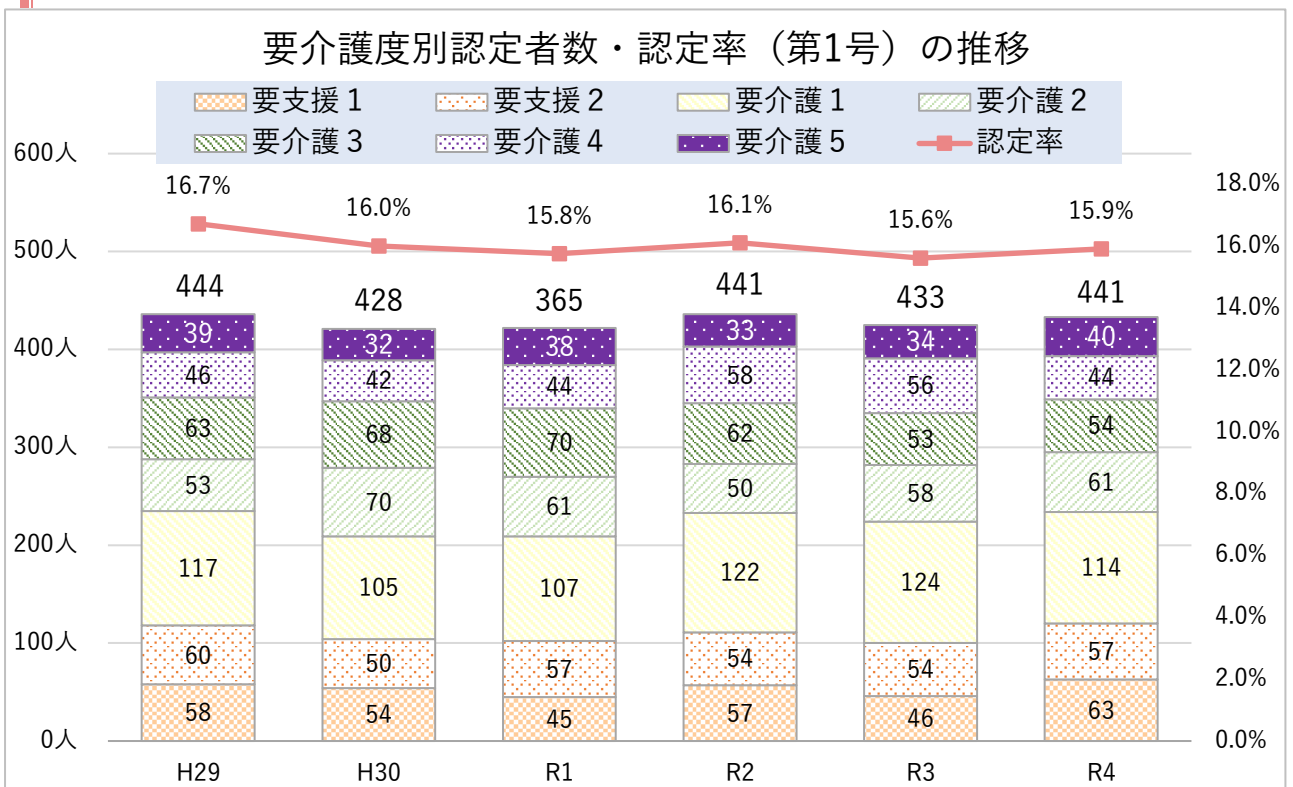
4. 要介護認定率の推移と国・県比較



※鳥栖地区広域市町村圏組合 「要介護認定者数推移」

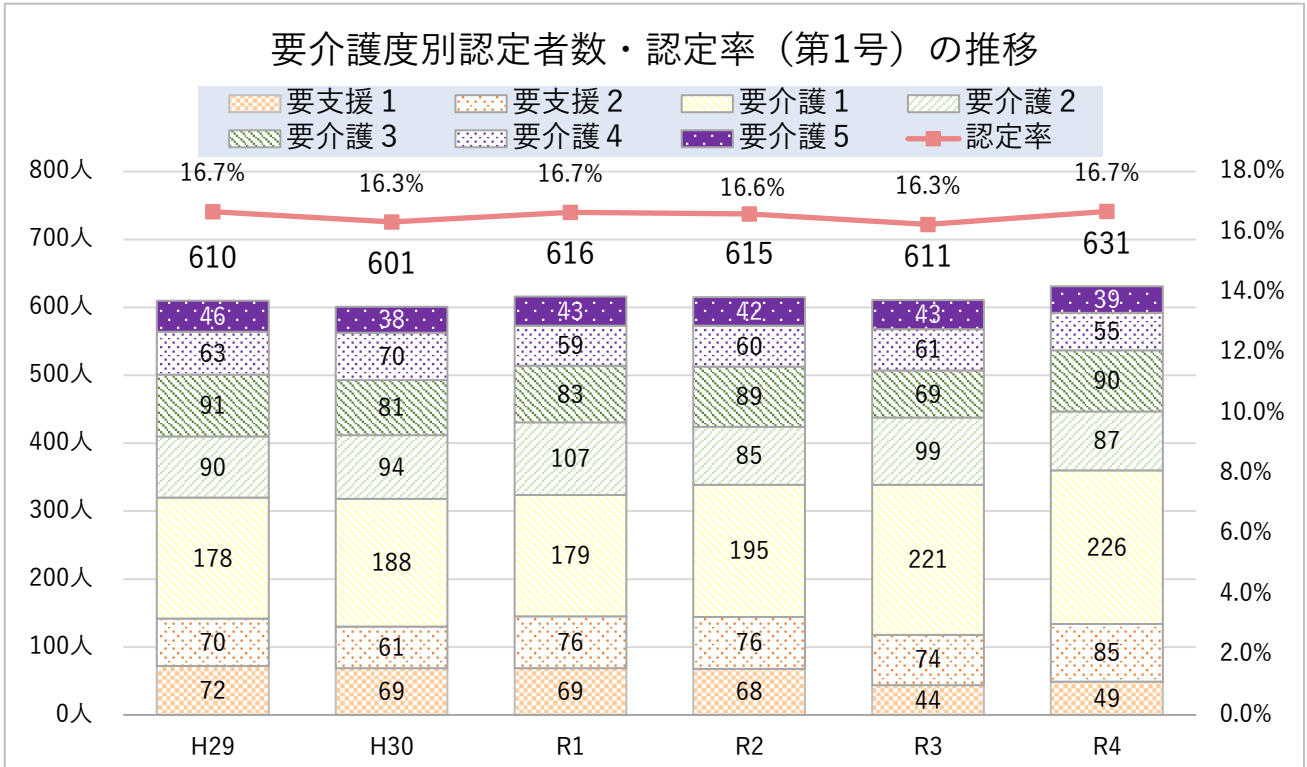
(2) 校区別の要介護度別認定者数の推移

1. 中原校区



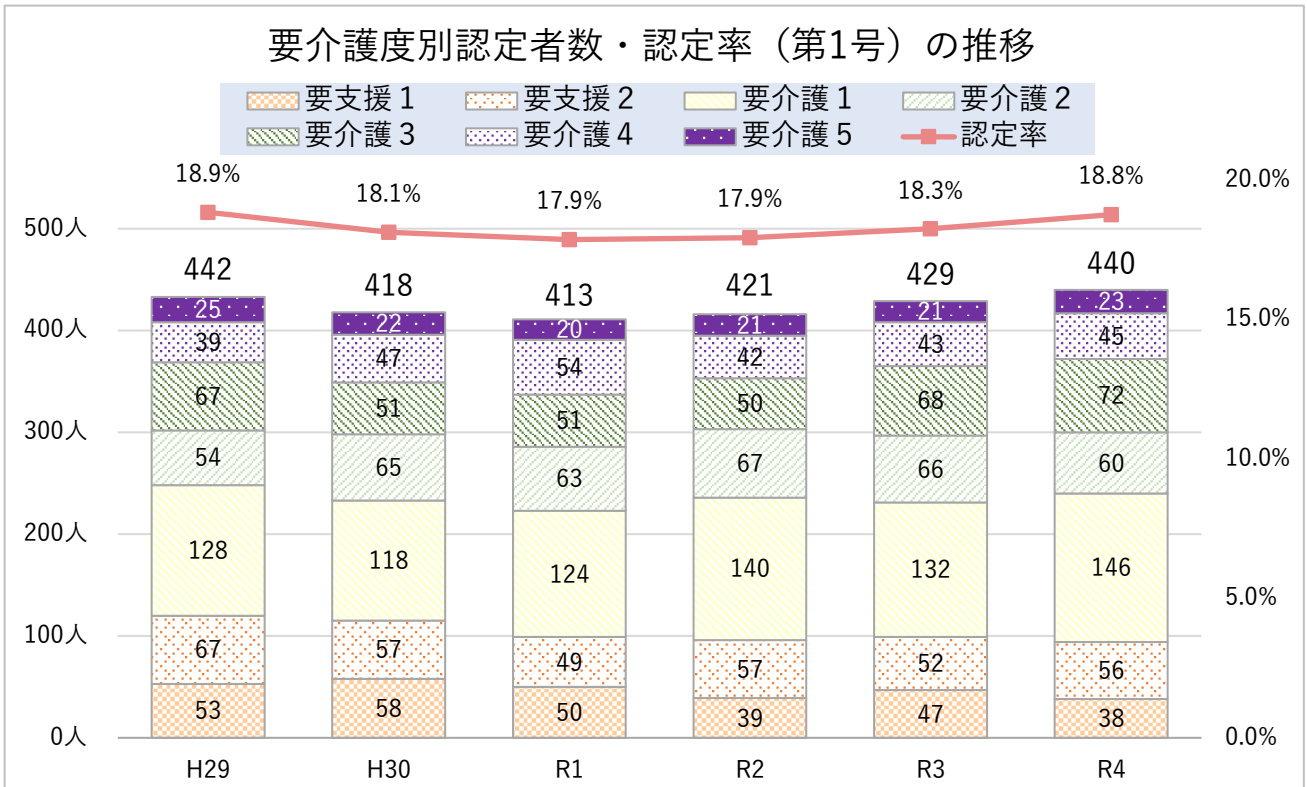
※鳥栖地区広域市町村圏組合 「要介護認定者数推移」

2. 北茂安校区



※鳥栖地区広域市町村圏組合 「要介護認定者数推移」

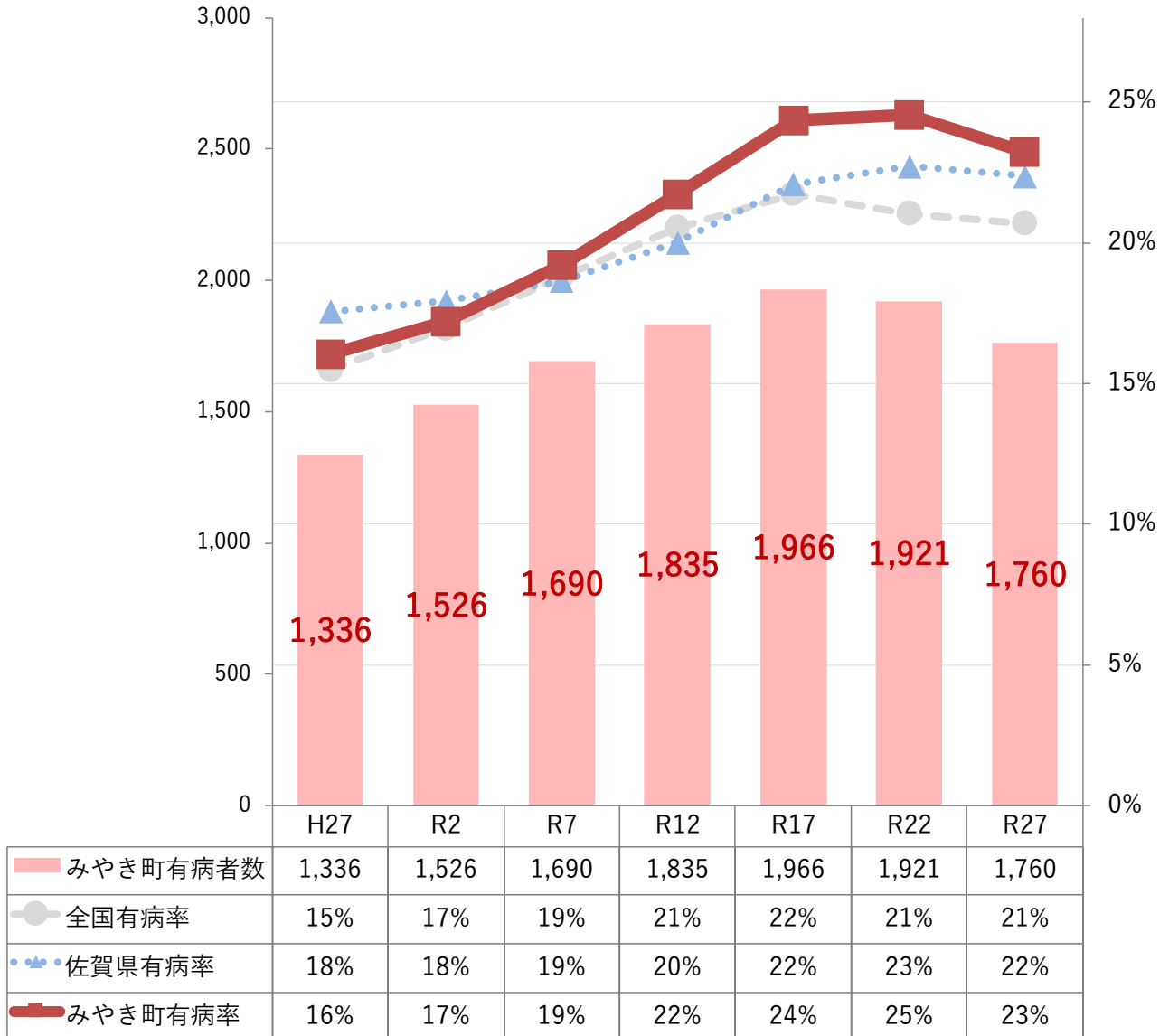
3. 三根校区



※鳥栖地区広域市町村圏組合 「要介護認定者数推移」

4 認知症高齢者の様子

後期高齢者の増加に伴って、本町では認知症高齢者が増加していくことが予測されます。



住民基本台帳データおよび厚生労働省科学研究費補助金平成26年度 総括・分担研究
「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」報告書より推計

●本町の認知症高齢者の状況から、認知症の予防と共生を推進していく必要があります。

5 日常生活圏域ニーズ調査

(1) 生活機能低下リスク該当状況

1. 町全体の評価

※生活機能低下リスク分析（生活機能評価）項目：チェックリスト 20 項目による判定

生活機能低下リスク該当状況では、鳥栖広域全体と比べ 4 項目のリスク該当が、「閉じこもり (+14.6%)」、「低 IADL (+7.9%)」、「虚弱 (+7.3%)」、「転倒 (+5.2%)」の順で高い割合、「低栄養リスク (-25.0%)」が低い割合でした。

3 年前の調査と比較すると、「生きがいがある (+15.1%)」、「主観的健康観がよい (+5.8%)」の 2 項目で、前回調査よりも高い割合でした。また、「総合事業対象者該当状況 (-13.6%)」、「運動器機能低下リスク該当 (-17.2%)」、「転倒リスク該当 (-8.9%)」、「口腔機能低下リスク該当 (-7.1%)」、「うつリスク該当 (-7.3%)」、「虚弱リスク該当 (-10.5%)」、「低 IADL 該当 (-9.8%)」の 7 項目で、前回調査よりも低い割合でした。

図 1 生活機能評価

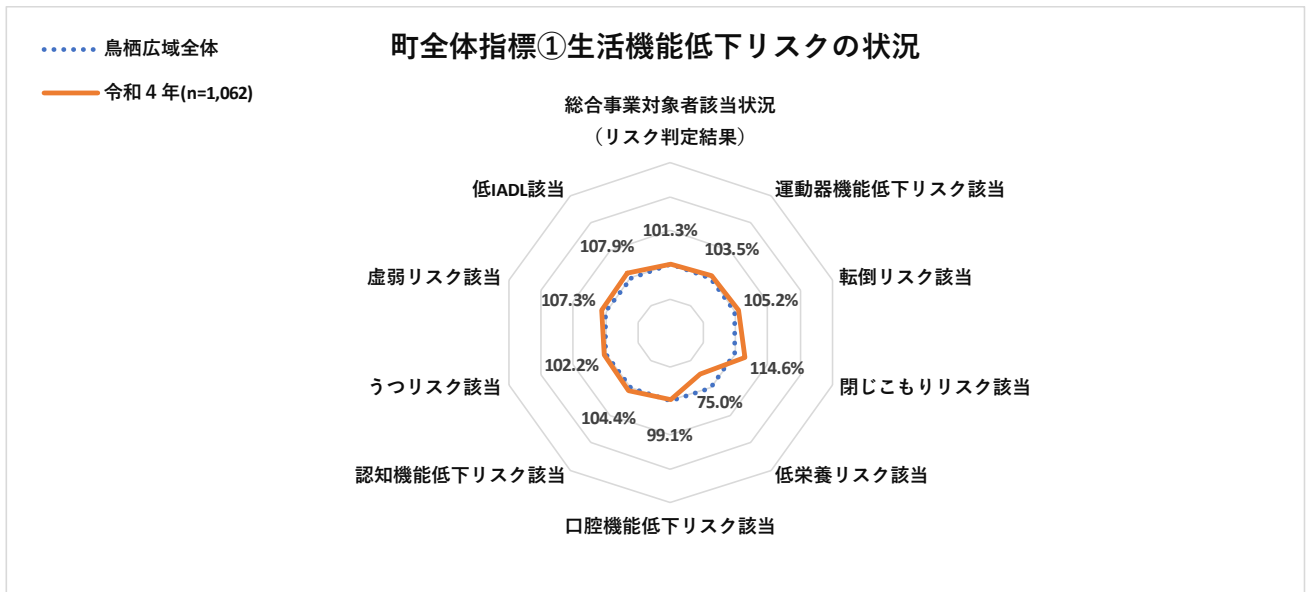
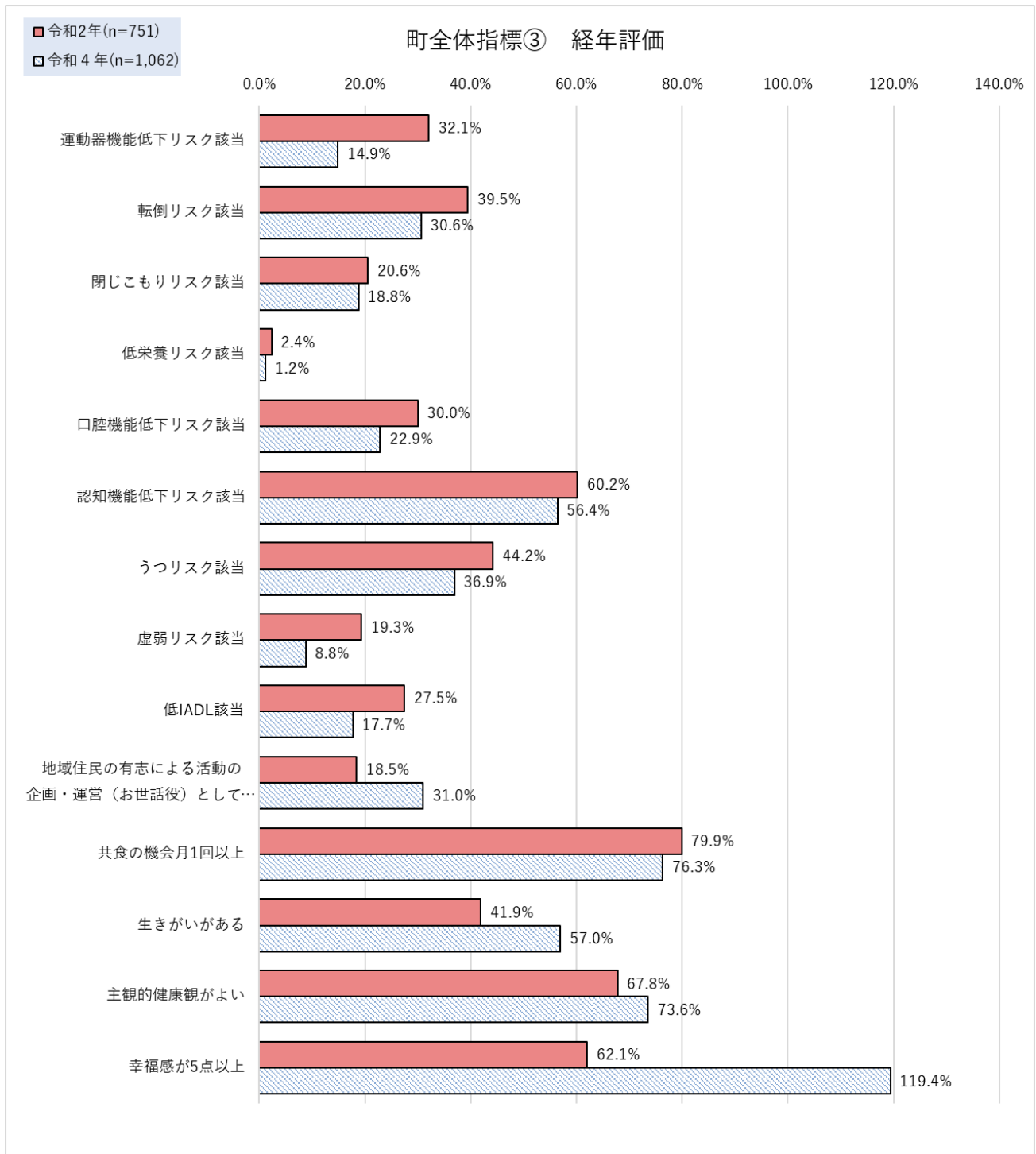


図2 経年評価（町全体）



※「地域住民の有志による活動の企画・運営（お世話役）としての参加意向」の項目は「是非参加したい+参加してもよい」の方の割合

2. 校区別の評価【中原校区】

地区指標①では、町全体と比べ「低栄養 (-25.0%)」、「閉じこもり (-19.1%)」、「低IADL (-17.5%)」、「虚弱 (-11.4%)」、「運動機能低下 (-6.0%)」、「転倒 (-5.6%)」の順で低い割合でした。

地区指標②では、町全体と比べ「認知症窓口を知っている (+17.3%)」、「地域住民の有志による活動の企画・運営 (お世話役) としての参加意向 (+12.1%)」、「生きがいがある (+8.4%)」の順で高い割合でした。

図3 地区指標①生活機能低下リスク状況 (中原校区)

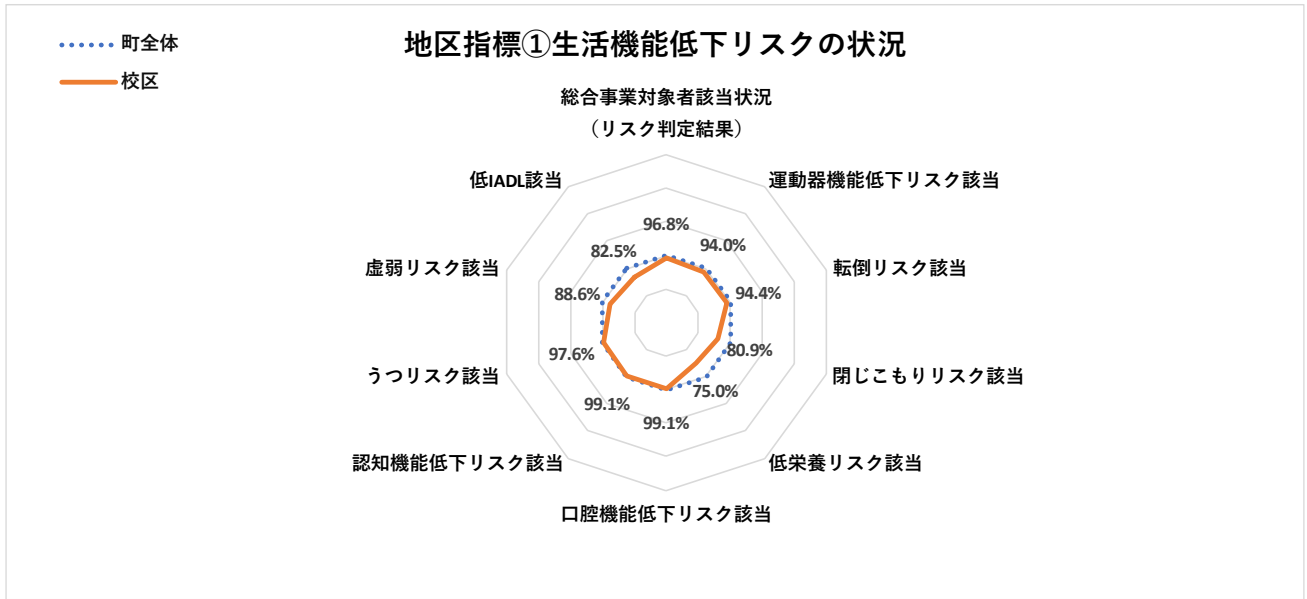
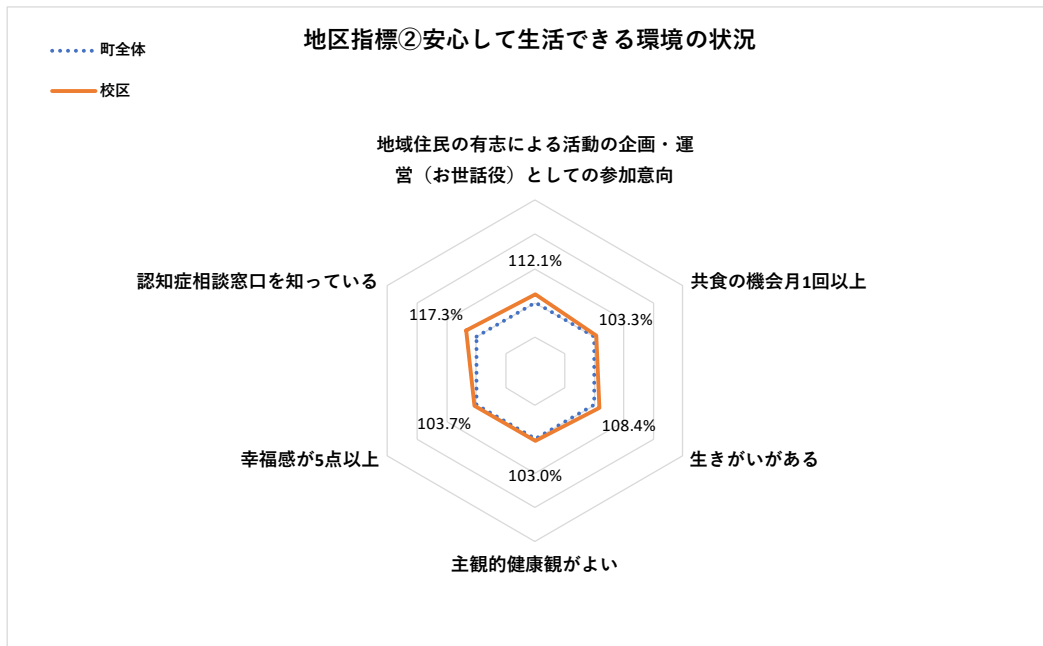


図4 地区指標②安心して生活できる環境の状況 (中原校区)



3. 校区別の評価【北茂安校区】

地区指標①では、町全体と比べ「うつリスク該当 (+12.7%)」、「転倒 (+9.2%)」、「虚弱 (+5.7%)」の順で高い割合でした。また、「低栄養 (-8.3%)」が低い割合であった。

地区指標②では、町全体と比べ「地域住民の有志による活動の企画・運営（お世話役）としての参加意向 (-12.1%)」、「認知症窓口を知っている (-7.6%)」の順で低い割合でした。

図5 地区指標①生活機能低下リスク状況（北茂安校区）

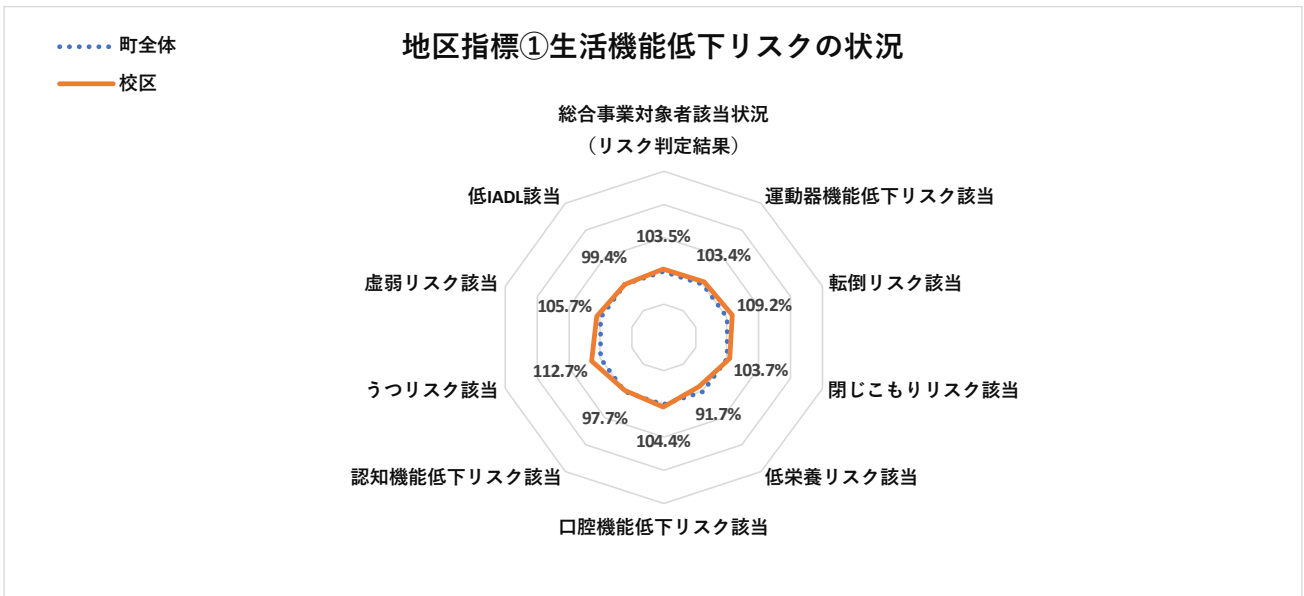
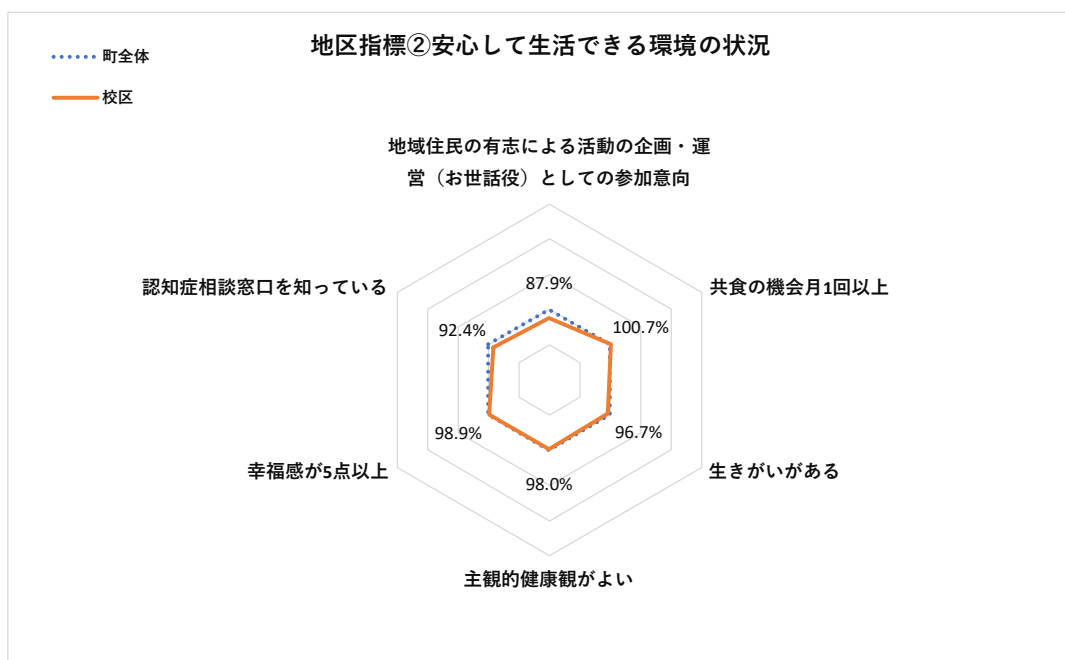


図6 地区指標②安心して生活できる環境の状況（北茂安校区）



4. 校区別の評価【三根校区】

地区指標①では、町全体と比べ「低栄養（+50%）」、「低 IADL（+21.5%）」、「閉じこもり（+16.5%）」の順で高い割合でした。また、「うつリスク該当（-18.4%）」、「転倒（-8.5%）」、「口腔機能低下リスク（-6.1%）」の順で低い割合でした。

地区指標②では、町全体と比べ「地域住民の有志による活動の企画・運営（お世話役）としての参加意向（+5.9%）」が高い割合で、「認知症窓口を知っている（-8.0%）」、「共食の機会月1回以上（-5.2%）」の順で低い割合でした。

図7 地区指標①生活機能低下リスク状況（三根校区）

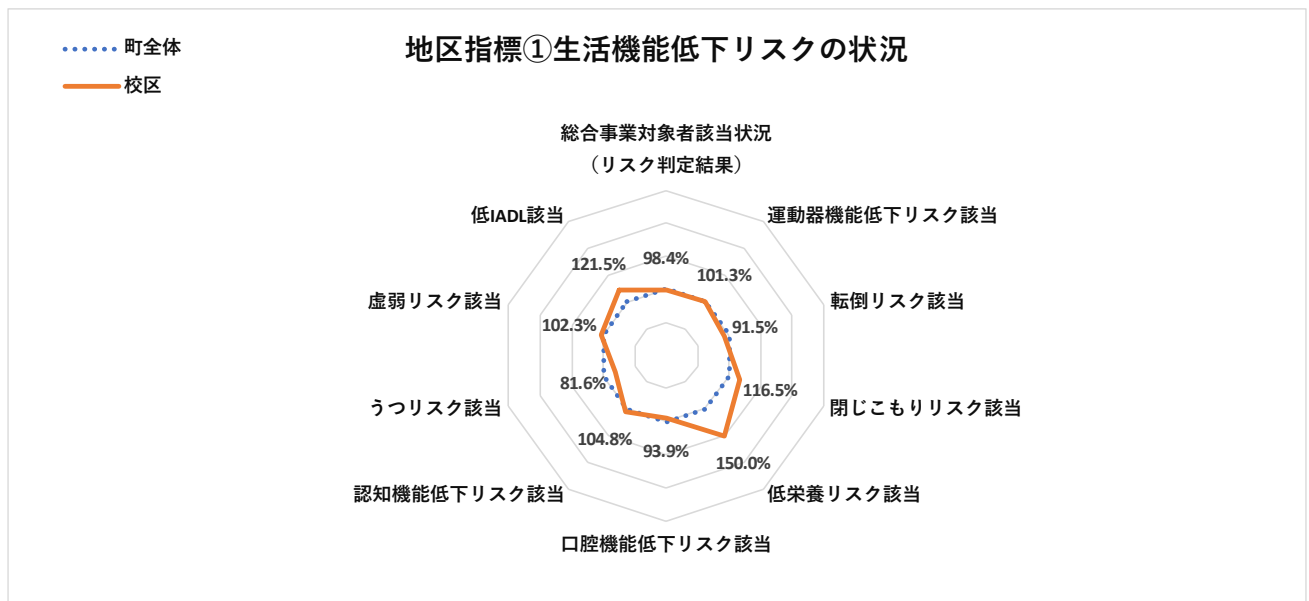
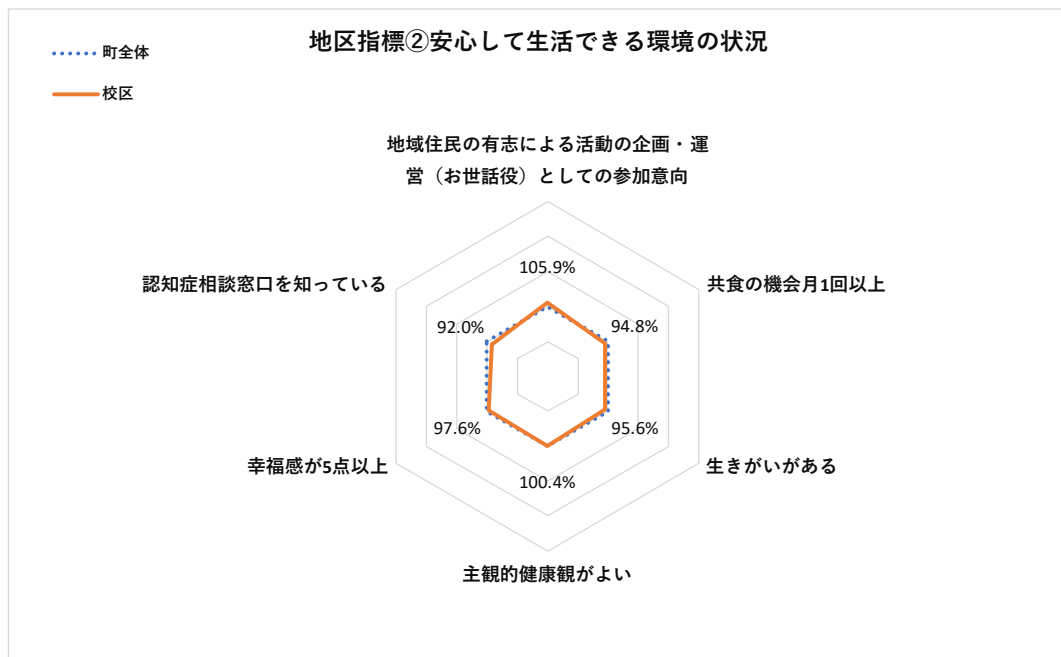


図8 地区指標②安心して生活できる環境の状況（三根校区）



(2) 社会参加について

1. 週1回以上の社会参加

設問【一般高齢者 問5-1】

以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

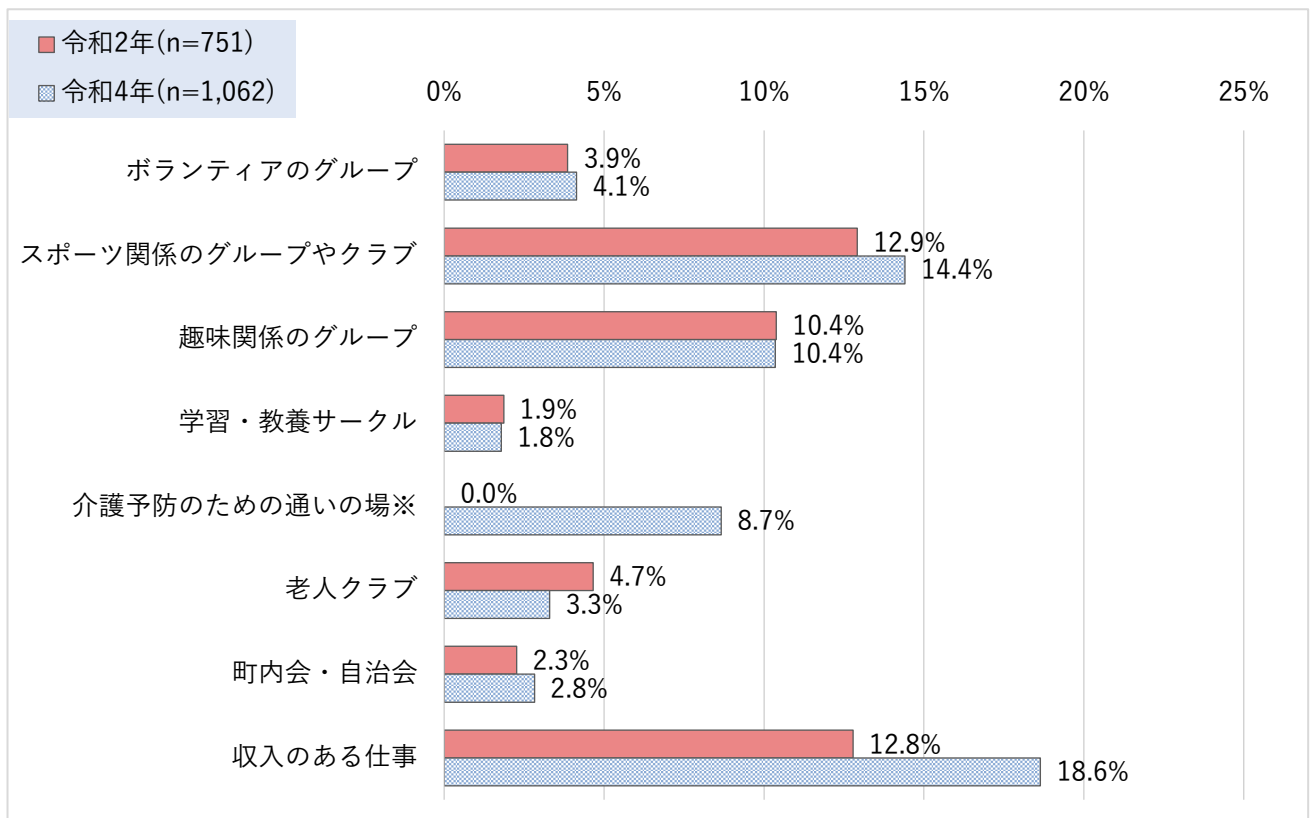
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「収入ある仕事」が 5.8 ポイント増加していましたが、その他の社会参加には特に大きな変化は見られませんでした。

今回の調査では「スポーツ関係のグループやクラブ」、「収入のある仕事」、「趣味関係のグループ」の順で社会参加の割合が高くなっていました。

図9 【週1回以上の社会参加】



※「介護予防のための通いの場」は令和4年より選択肢に追加

●本町の社会参加の状況から、週1回以上の社会参加の増加に向けた対策を推進していく必要があります。

2. 参加者としての参加意向

設問【一般高齢者 問5-2】

地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。

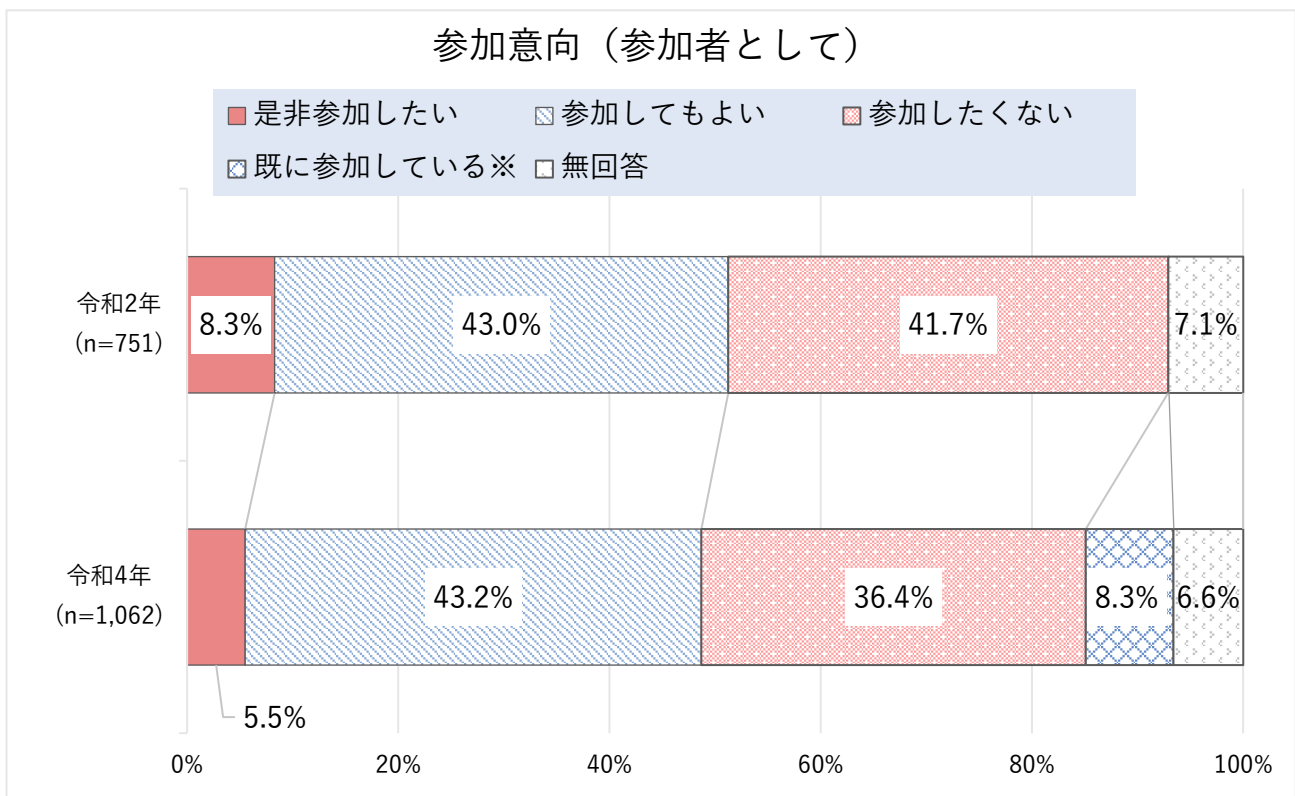
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「参加者として参加したくない」と回答した高齢者が 5.3 ポイント減少しました。

今回の調査では「概ね参加したい（既に参加している+是非参加したい+参加してもよい）」方の割合が全体の約6割を占めていました。

図10 【参加意向（参加者として）】



※「既に参加している」は令和4年より選択肢に追加

3. 担い手としての参加意向

設問【一般高齢者 問5-3】

地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか。

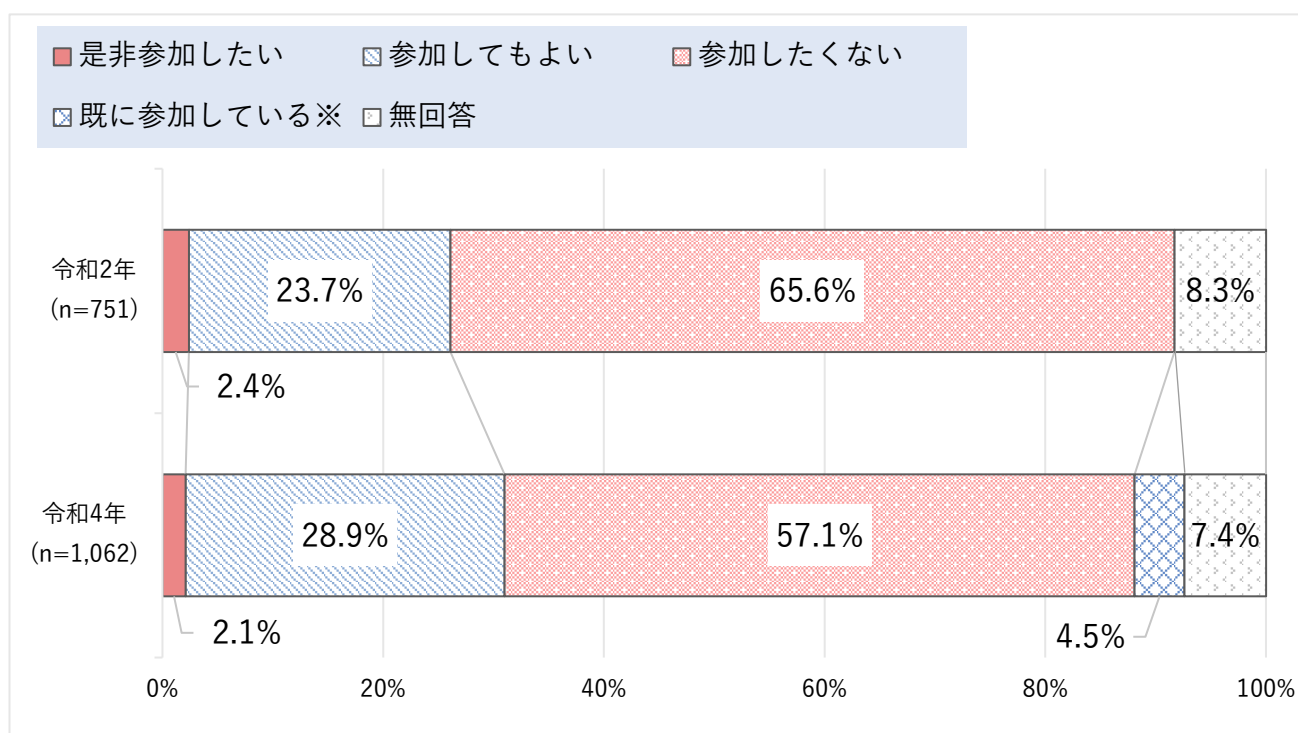
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「担い手として参加したくない」と回答した高齢者が 8.5 ポイント減少しました。

今回の調査では「概ね参加したい（既に参加している+是非参加したい+参加してもよい）」方の割合が全体の約4割を占めていました。

図 11 【参加意向（担い手として）】



※「既に参加している」は令和4年より選択肢に追加

(3) 毎日の生活・健康状態について

1. 生きがいの有無

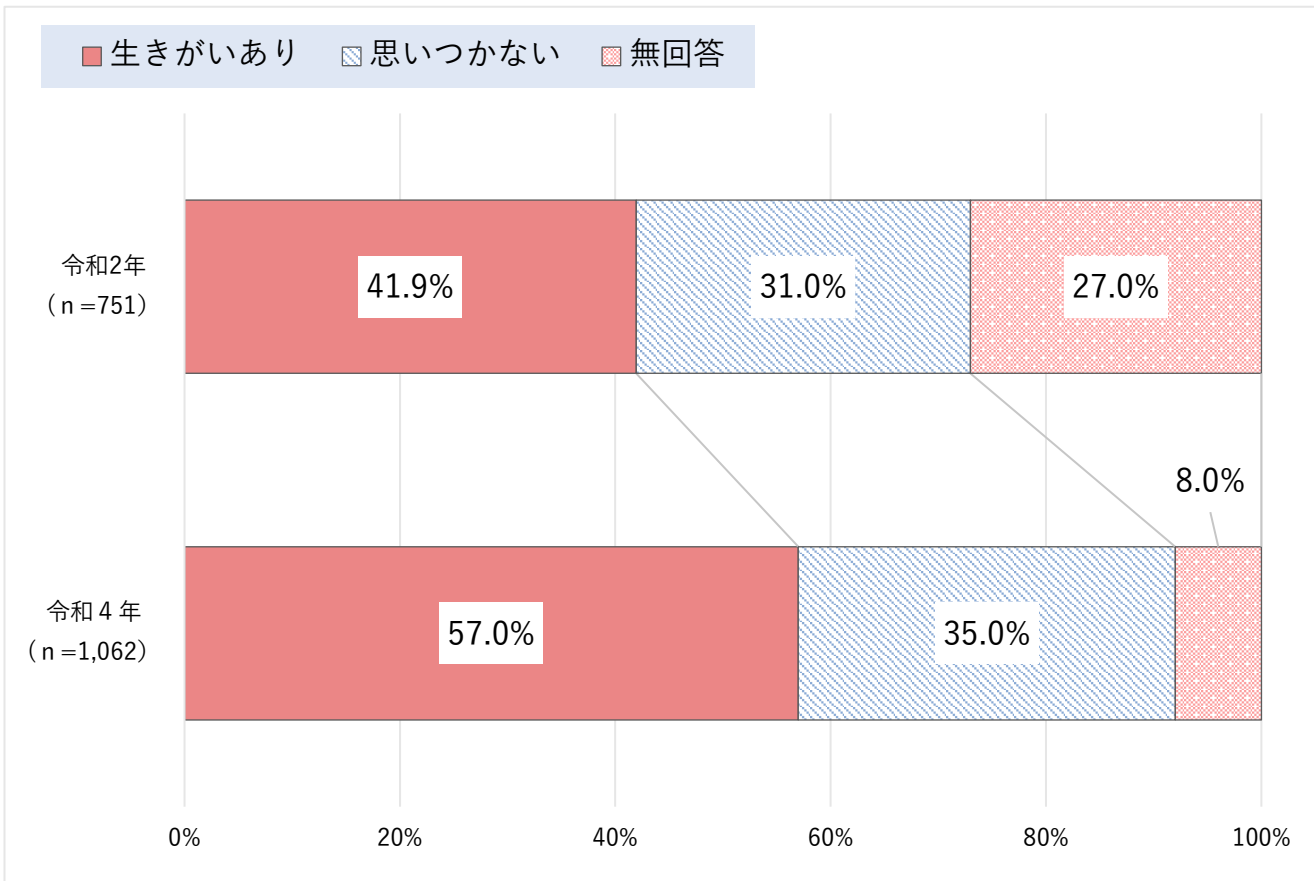
設問【一般高齢者 問4 - 18】
生きがいはありますか。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「生きがいあり」と回答した高齢者が15.1ポイント増加しました。
今回の調査では「生きがいあり」と回答した高齢者が全体の約6割を占めていました。

図12 【生きがい】



2. 共食の機会の有無

設問【一般高齢者 問3-8】

どなたかと食事を共にする機会がありますか。

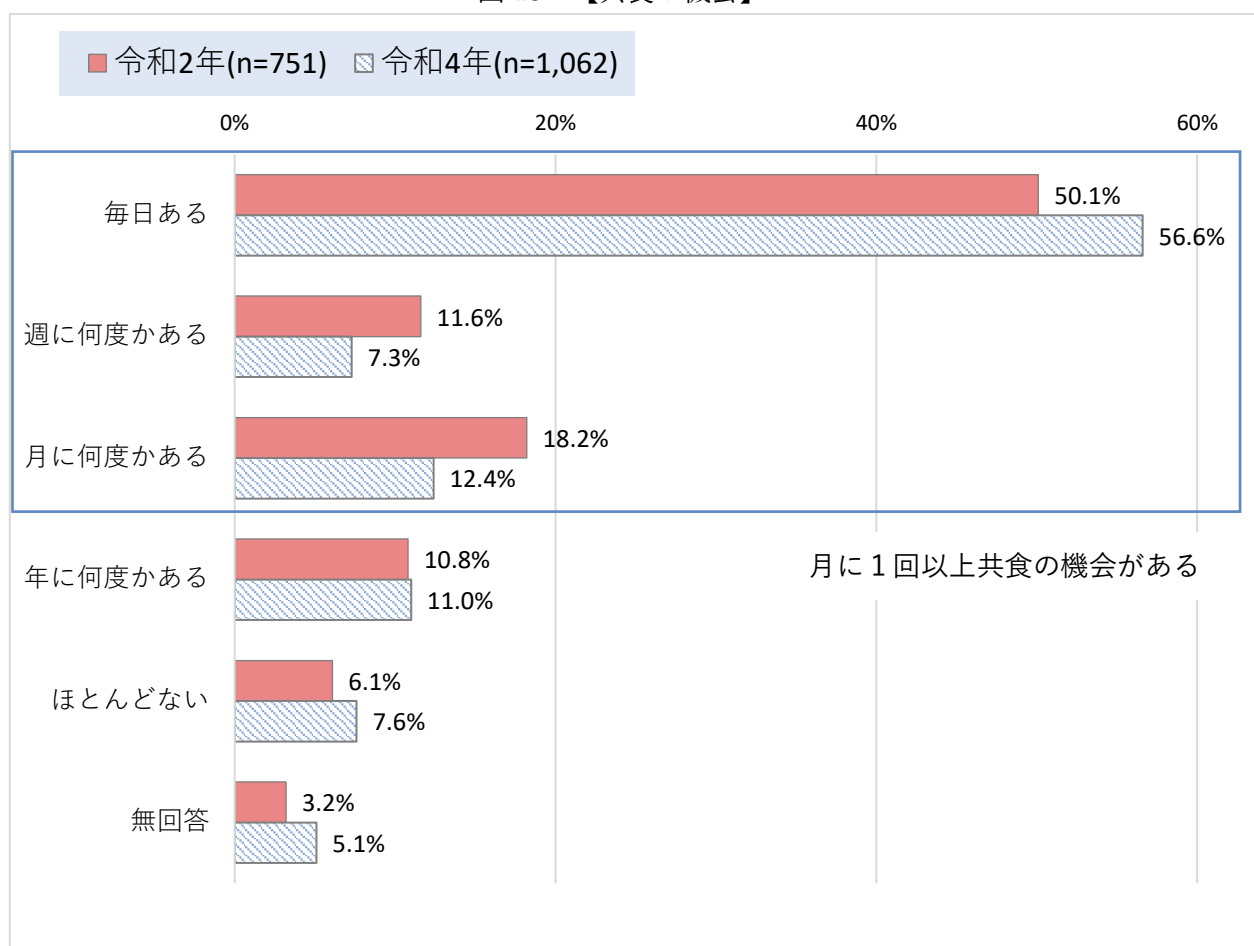
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「共食の機会が毎日ある」と回答した高齢者が 6.5 ポイント増加、「共食の機会が月に何度かある」と回答した高齢者が 5.8 ポイント減少しました。

今回の調査では「月に1回以上共食の機会がある（毎日ある+週に何度かある+月に何度かある）」と回答した高齢者が全体の約7割を占めていました。

図13 【共食の機会】



(4) 健康について

設問【一般高齢者 問7-1】

現在のあなたの健康状態はいかがですか。

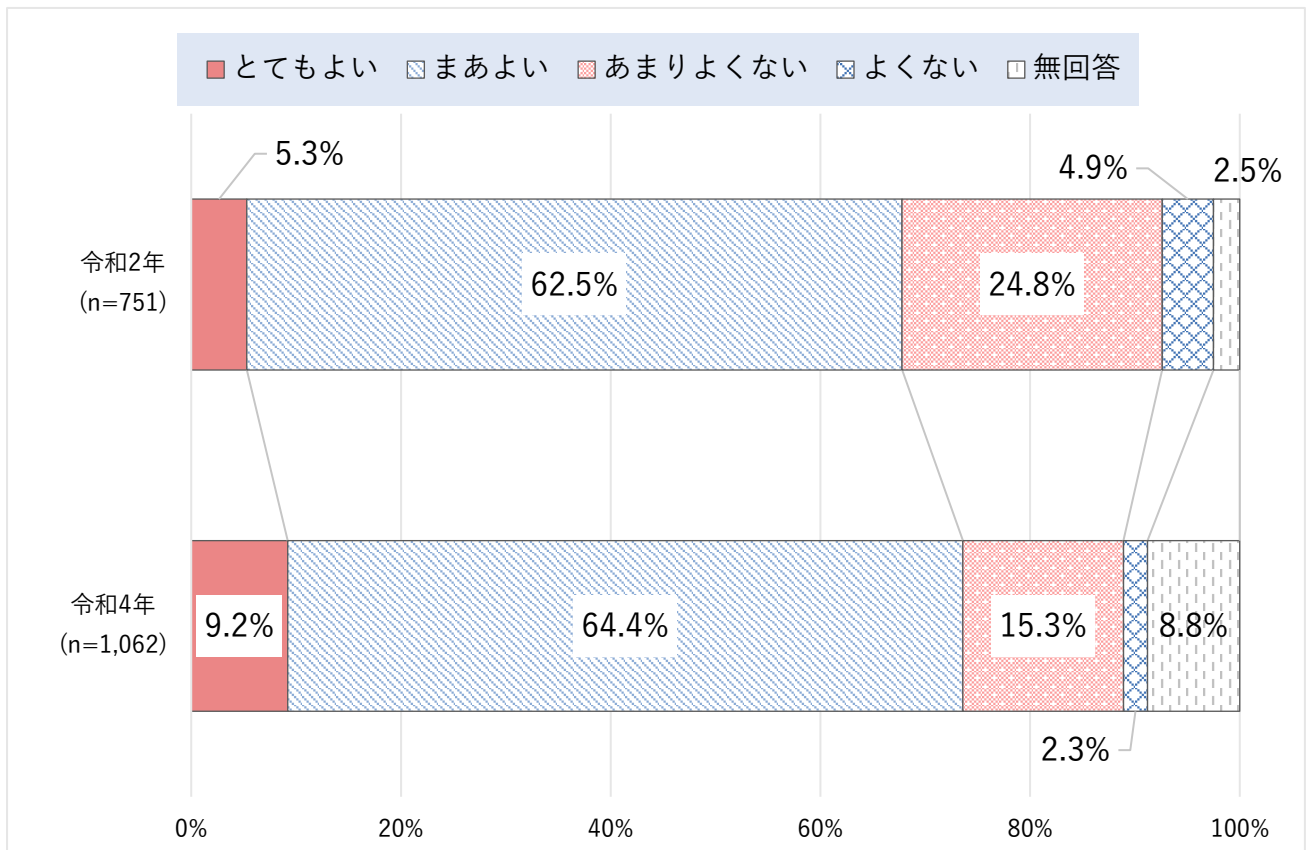
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「主観的健康観がよい群（とてもよい+まあよい）」と回答した高齢者が5.8ポイント増加、「主観的健康観がよくない群（あまりよくない+よくない）」と回答した高齢者が12.1ポイント減少しました。

今回の調査では「主観的健康観がよい群（とてもよい+まあよい）」が全体の約8割を占めていました。

図14 【主観的健康観】



(5) 幸福感について

設問【一般高齢者 問7-1】

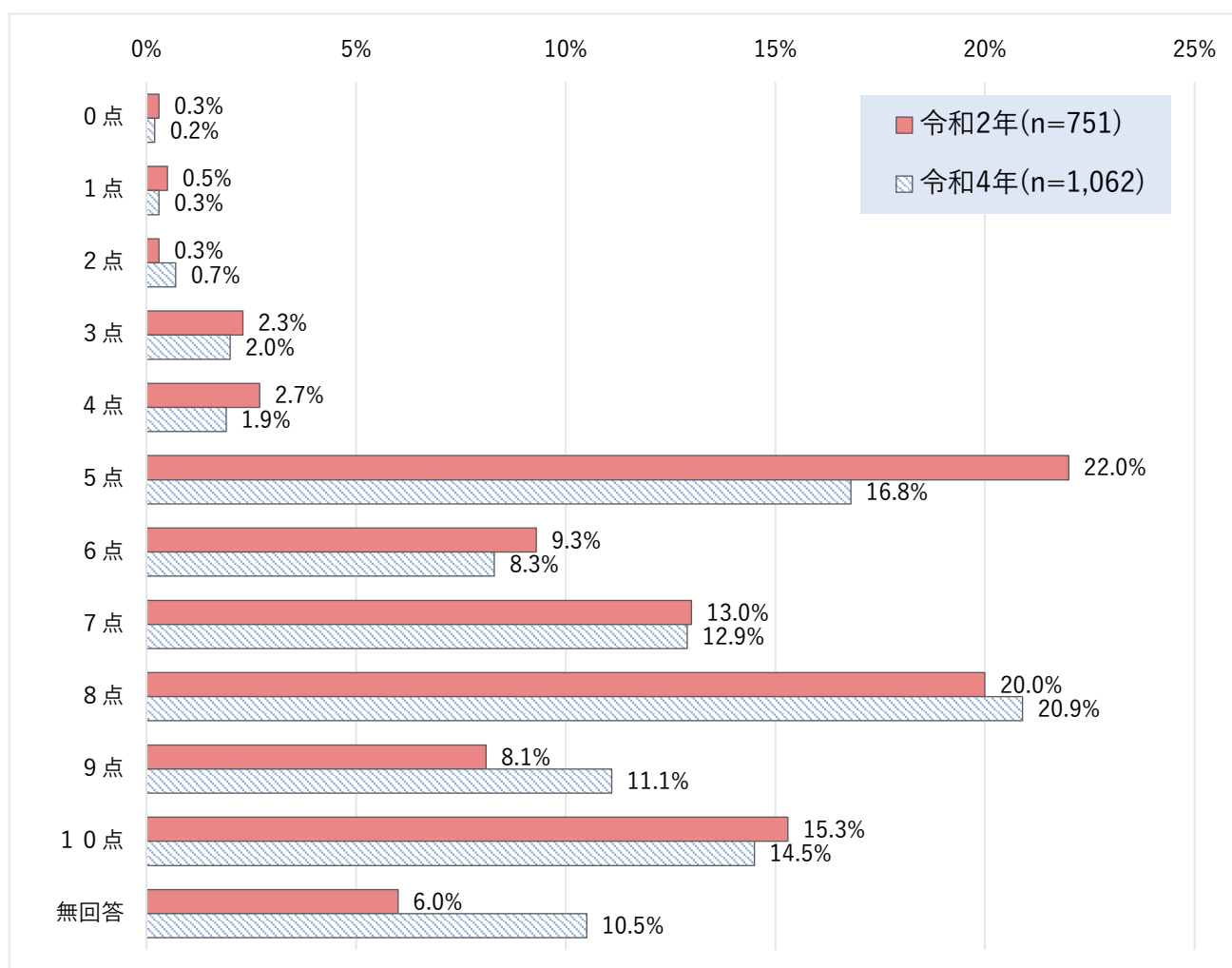
あなたは、現在どの程度幸せですか。(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点とする)

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査と比べて「幸福感が5点」が5.2ポイント減少した。令和4年では「幸福感が5点以上」が約8割を占めていた。また、幸福感が5点以上では「8点(20.9%)」、「5点(16.8%)」、「10点(14.5%)」の順で割合が多かった。

図15 【幸福感】



●高齢者の幸福感を高めるために、生きがいつくりやつながりを増やす取り組みなど各種施策を推進していく必要があります。

(6) 友人・知人との交流の状況

設問【一般高齢者 問6-6】

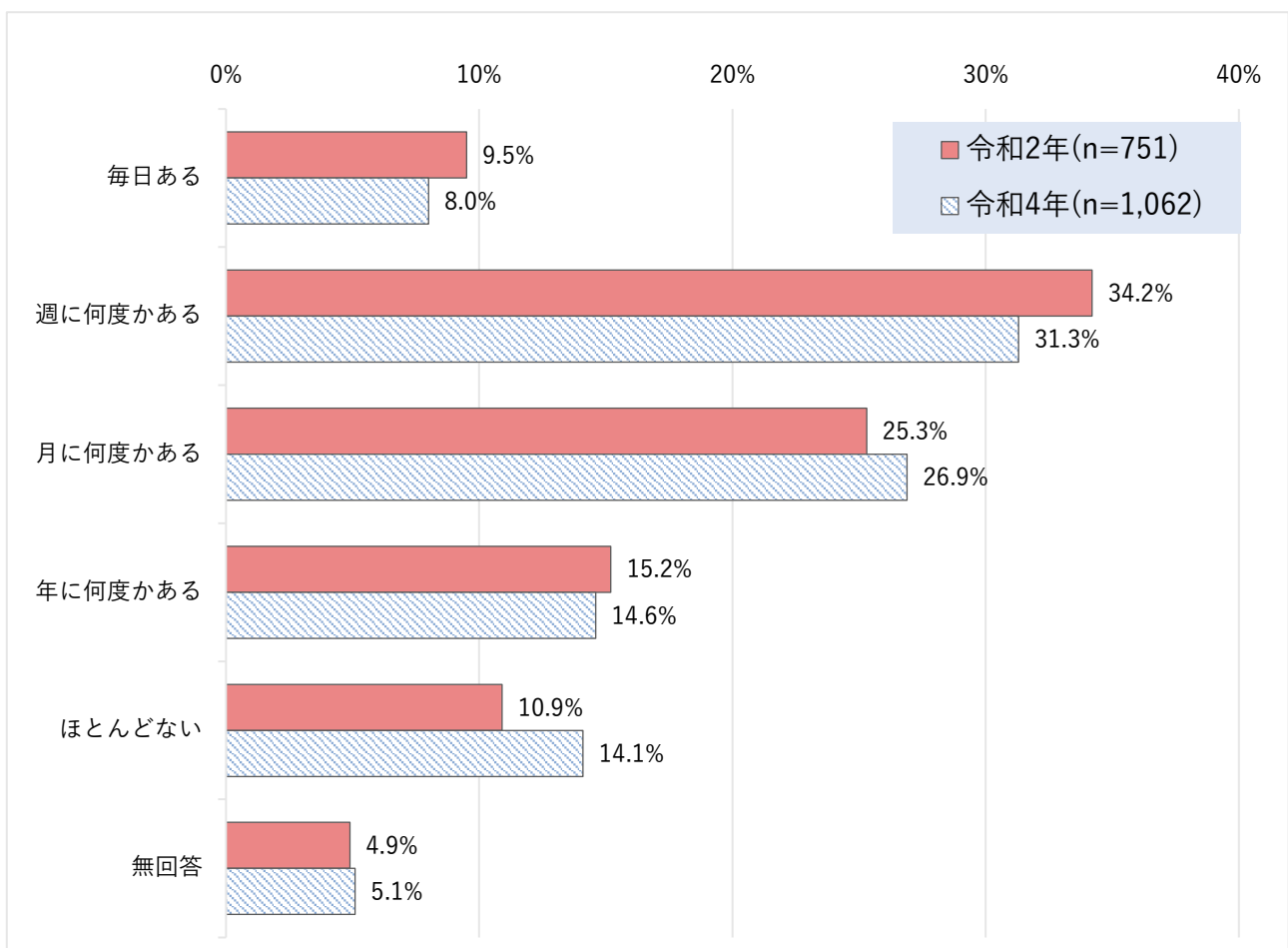
友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて、友人・知人と会う頻度が「ほとんどない」と回答した高齢者が3.2ポイント増加し、友人・知人と会う頻度は減少していました。

図16 【友人・知人と会う頻度】



- 新型コロナウイルス感染症拡大により友人・知人との交流頻度が減少しました。通いの場の拡充など交流機会を増やしていく必要があります。

(7) 外出の状況

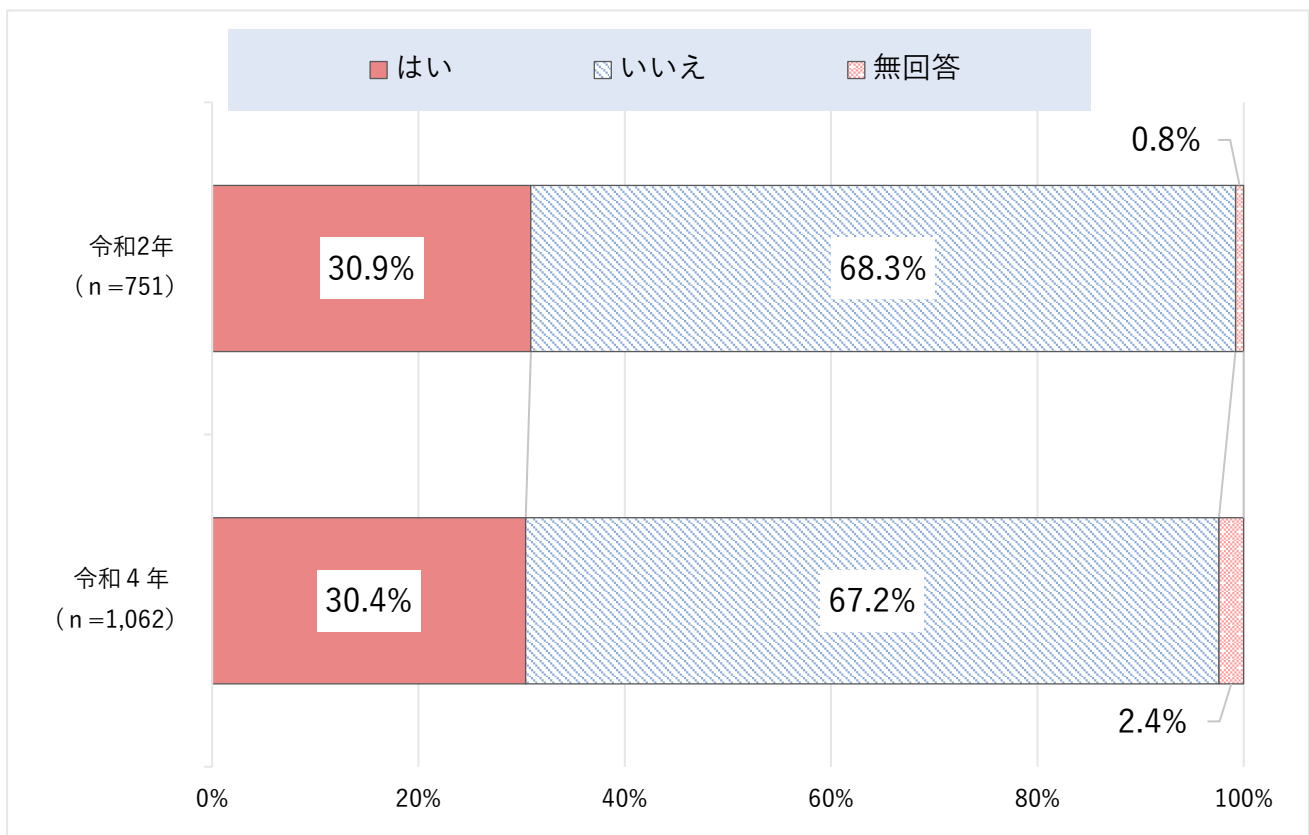
設問【一般高齢者 問2-8】
外出を控えていますか。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

外出を控えている高齢者は前回と比較して変化はなく、全体の3割を占めていました。

図17 【外出を控えているか】



設問【一般高齢者 問2-8①】

問2-8で「はい」（外出を控えている）と答えた方のみ

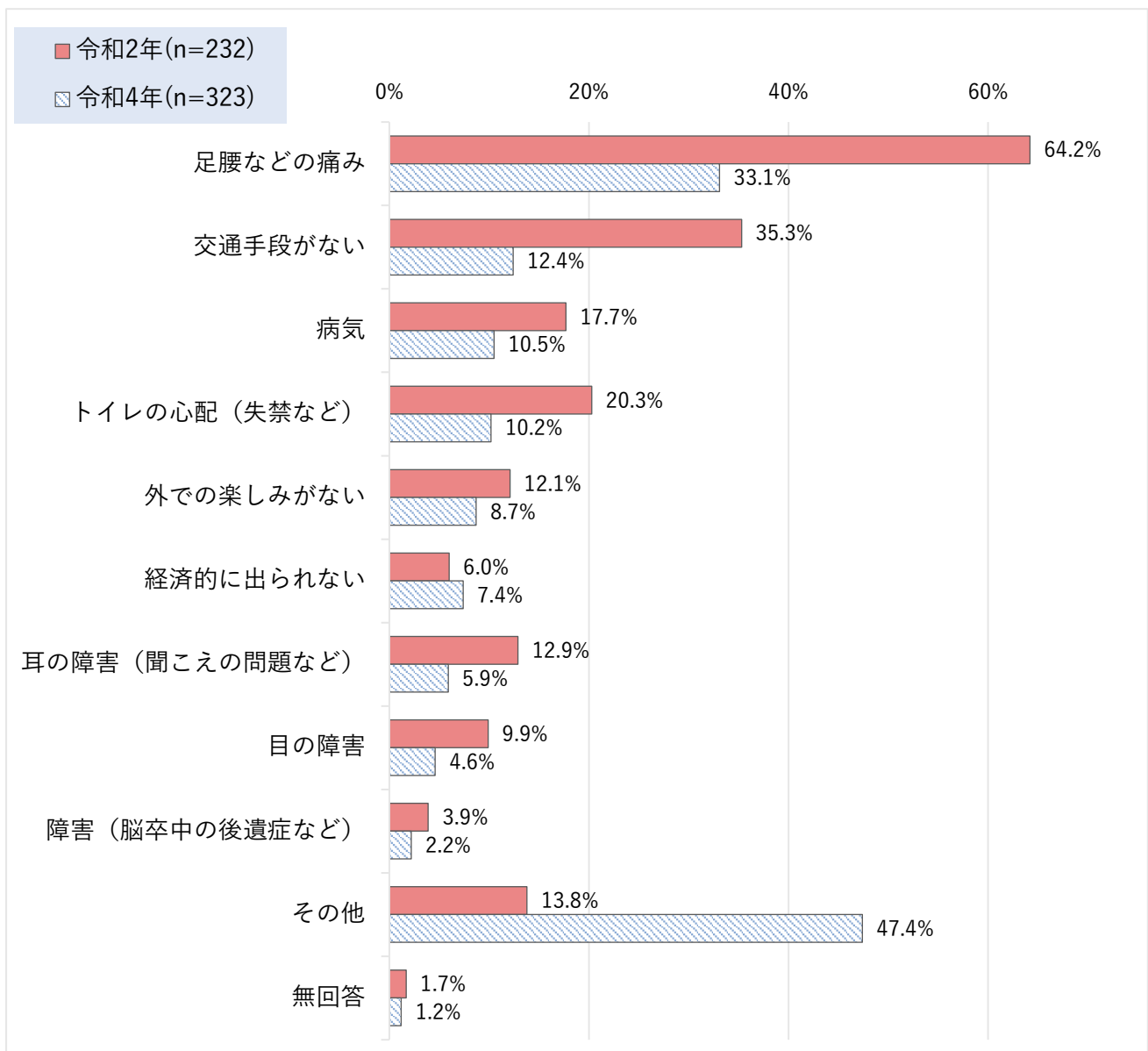
外出を控えている理由は、次のうちどれですか（いくつでも）。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】（ $p < 0.05$ ）

前回に比べ「足腰などの痛み」は31.1ポイント、「交通手段がない」が22.9ポイント、「トイレの心配（失禁など）」が10.1ポイント、「病気」が7.2ポイント、「耳の障害（聞こえの問題など）」が7.0ポイント、「目の障害」が5.3ポイントの順で減少した。一方、「その他」が33.6ポイント増加した。

図18 【外出を控える理由】



(8) 認知症にかかる相談窓口の把握について

1. 認知症に関する相談窓口を知っているか

設問【一般高齢者 問8-2】

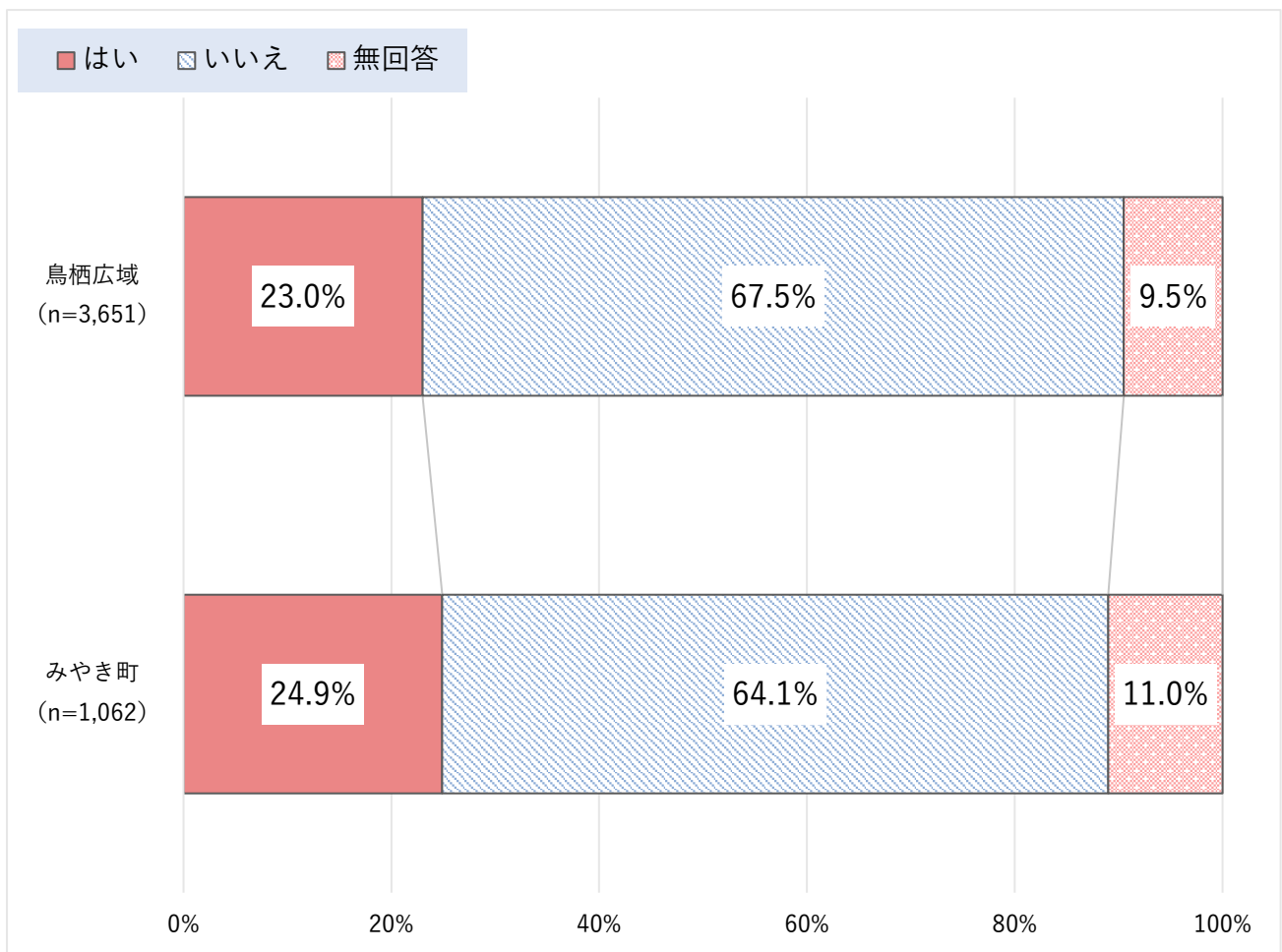
認知症に関する相談窓口を知っているか。

<アンケート結果>

【鳥栖広域との比較】

認知症に関する相談窓口を「知っている」と回答した高齢者は 24.9%で、鳥栖広域よりも多い状況でした。

図 19 【認知症に関する相談窓口を知っているか】



2. 認知症に関する相談窓口を知っているか（性・年齢別比較）

設問【一般高齢者 問8-2】

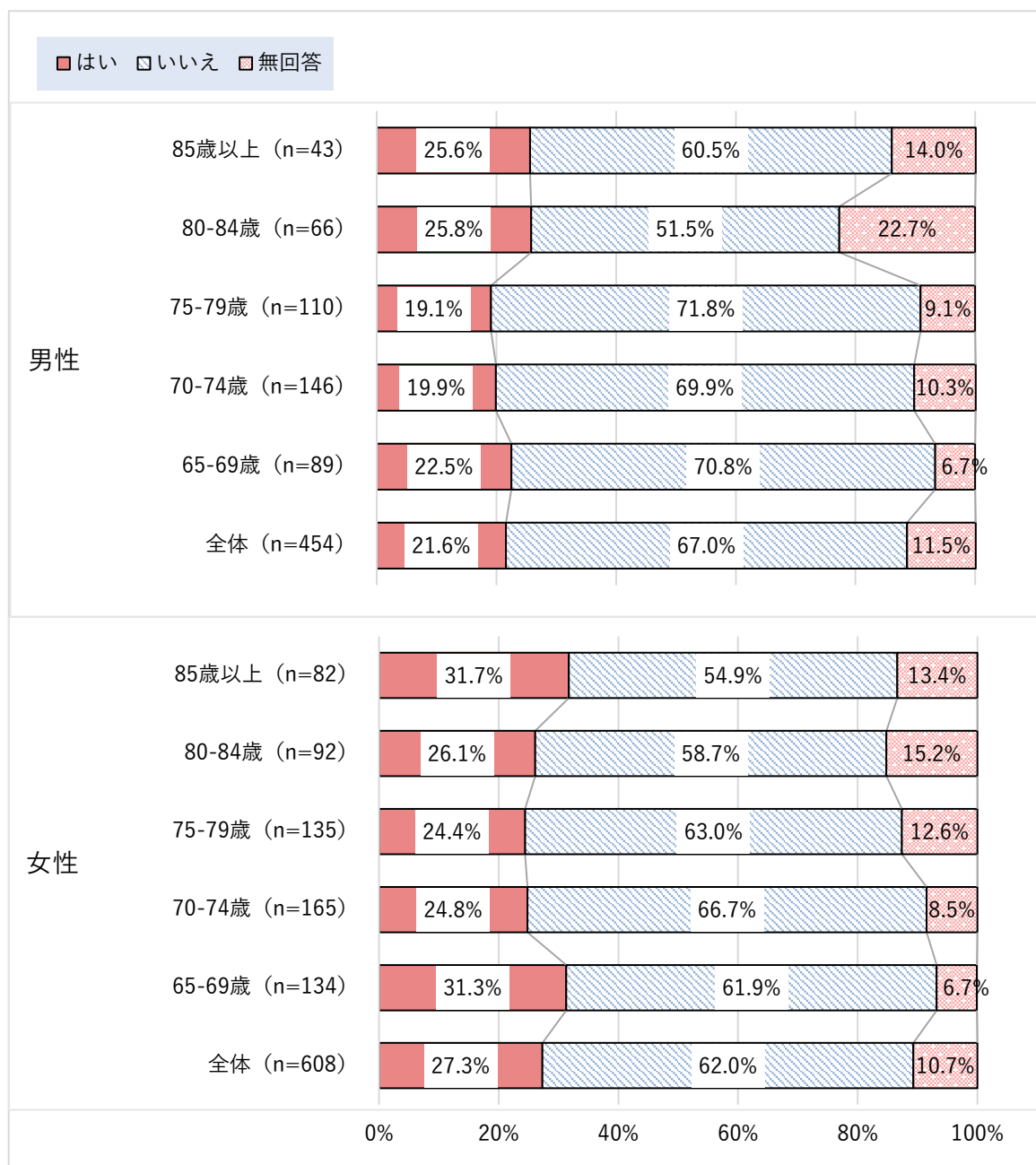
認知症に関する相談窓口を知っているか。

<アンケート結果>

【性・年齢別の比較】

認知症に関する相談窓口を「知っている」と回答した高齢者について、男性よりも女性が多く、80歳未満の高齢者が認知度が低いことが分かりました。

図 20 【認知症に関する相談窓口を知っているか(性・年齢別)】



3. 認知症に関する相談窓口を知っている（認知症の症状有無別）

設問【一般高齢者 問8-2】

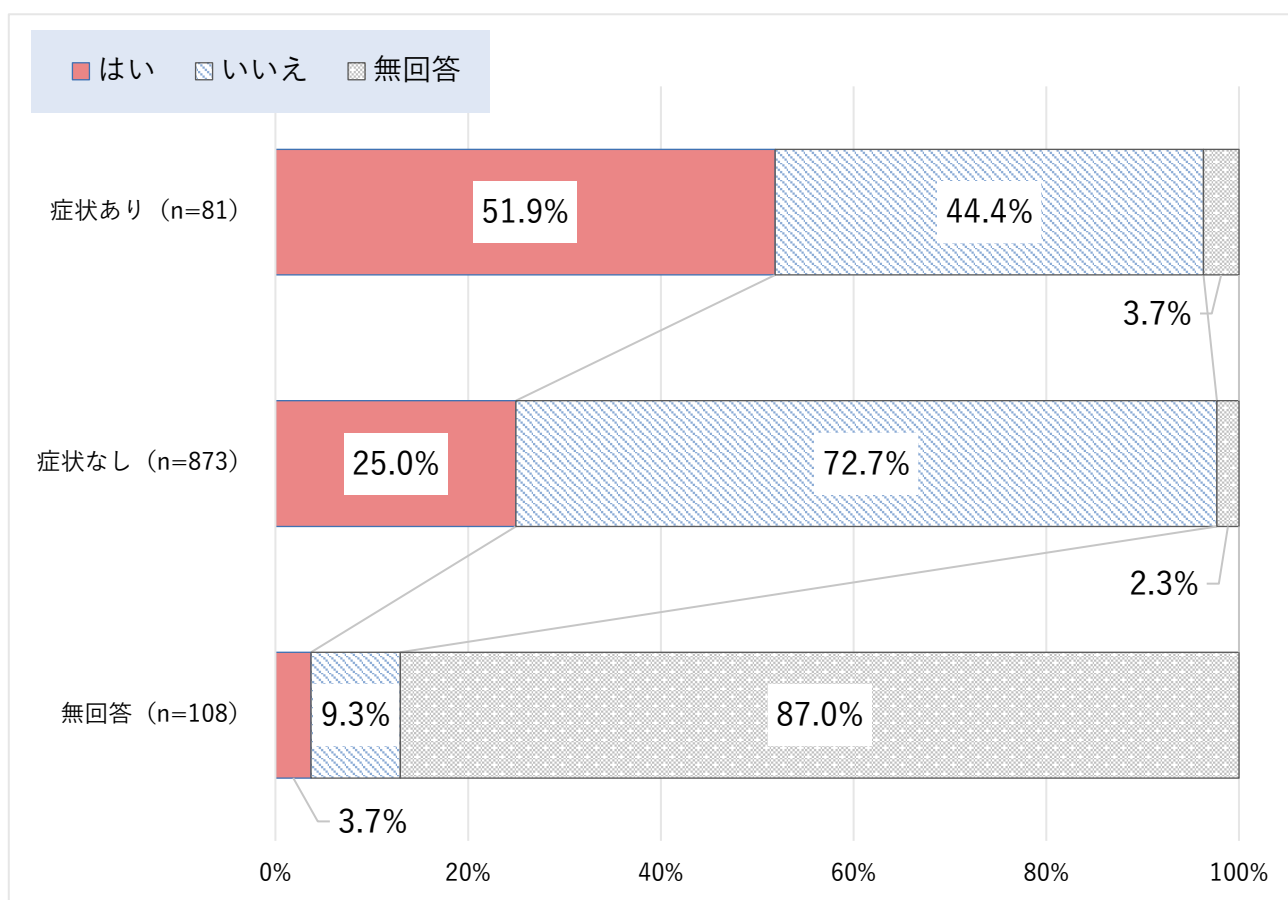
認知症に関する相談窓口を知っているか。

<アンケート結果>

【認知症の症状有無別の比較】

本人、家族に認知症の症状がない高齢者の認知症相談窓口の認知度は 25%にとどまっています。

図 21 【認知症に関する相談窓口を知っているか(認知症の症状有無別)】



●本人・家族に認知症の症状がない高齢者への、認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みが必要です。

(9) 災害時の対応について

1. 台風が近づいてきたときの対応

設問【一般高齢者 問9-1】

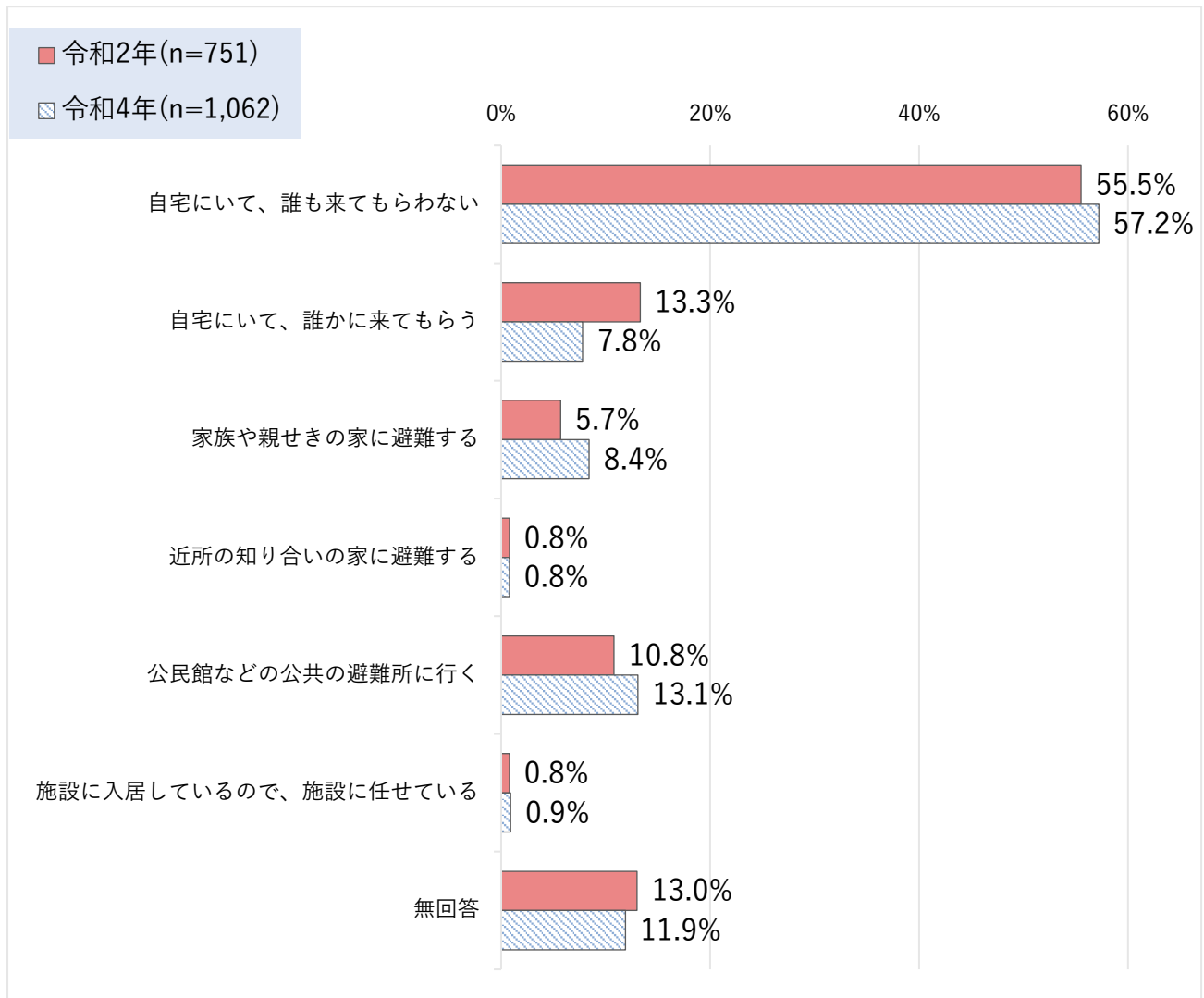
台風が近づいてきた場合、どのように対応しますか。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「自宅にいて、誰かに来てもらう」と回答した高齢者が5.5ポイント減少した。「自宅にいて、誰も来てもらわない」と回答した高齢者が全体の約6割を占めていました。

図22 【台風接近時対応】



2. 避難が必要な場合の避難方法

設問【一般高齢者 問9-1】

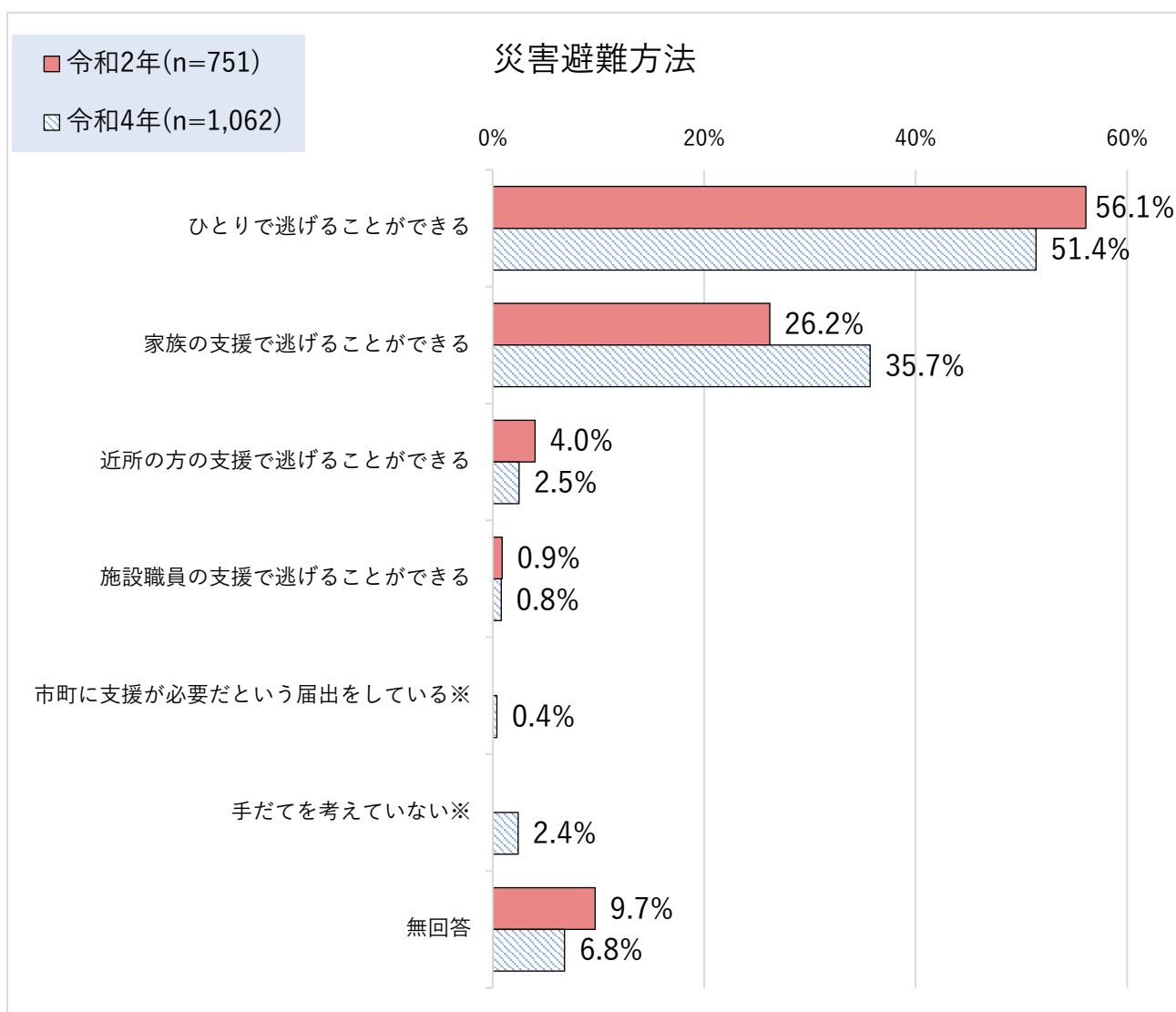
台風などの災害で避難が必要な場合、どのように避難しますか。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「家族の支援で逃げる事ができる」と回答した高齢者が 9.5 ポイント増加しました。

図 23 【災害避難方法】



※「市町に支援が必要だという届出をしている」、「手だてを考えていない」は令和4年より選択肢に追加

6 在宅介護実態調査

調査の概要

(1) 調査の目的

本調査は鳥栖広域の介護保険事業計画の策定において、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的とします。

(2) 調査設計及び回収結果

| | |
|----------|--|
| 調査対象と標本数 | 更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受ける 在宅の要介護認定者：449人 ※鳥栖広域全体1,943人 |
| 調査方法 | 郵送配布－郵送回収 |
| 有効回収数（率） | 216人（48.1%） ※鳥栖広域全体996人（51.3%） |
| 実施年月 | 令和4年10月5日～11月18日 |

(3) 調査結果の見方

回答は、原則として各質問の調査数を基数（n）とした百分率（%）で表し、小数第2位を四捨五入しています。このため、百分率の合計が100%にならない場合があります。また、2つ以上の回答ができる複数回答の質問では、回答比率の合計が100%を超える場合があります。

(1) 家族や生活状況について

1. 介護を理由として仕事を辞めた家族・親族の有無

設問【A票 問7】※問2で「介護あり」と回答した方

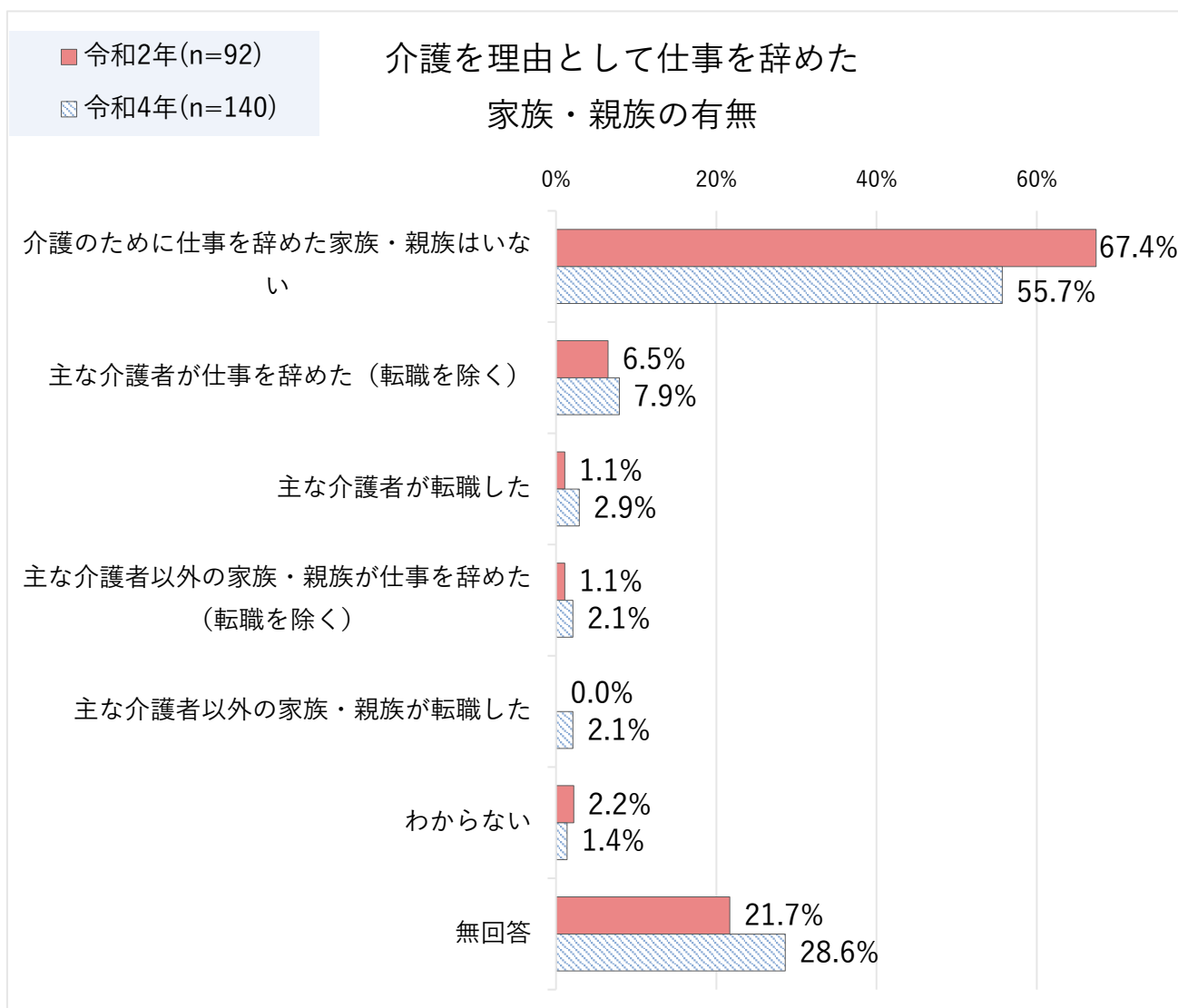
ご本人の介護を主な理由として、ご家族やご親族の中で、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか。(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」と回答した要介護高齢者が11.7ポイント減少しました。

図24 介護を理由として仕事を辞めた家族・親族の有無



2. 今後の在宅生活の継続に必要な支援・サービス

設問【A票 問9】

今後の在宅生活の継続に必要なと感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください。

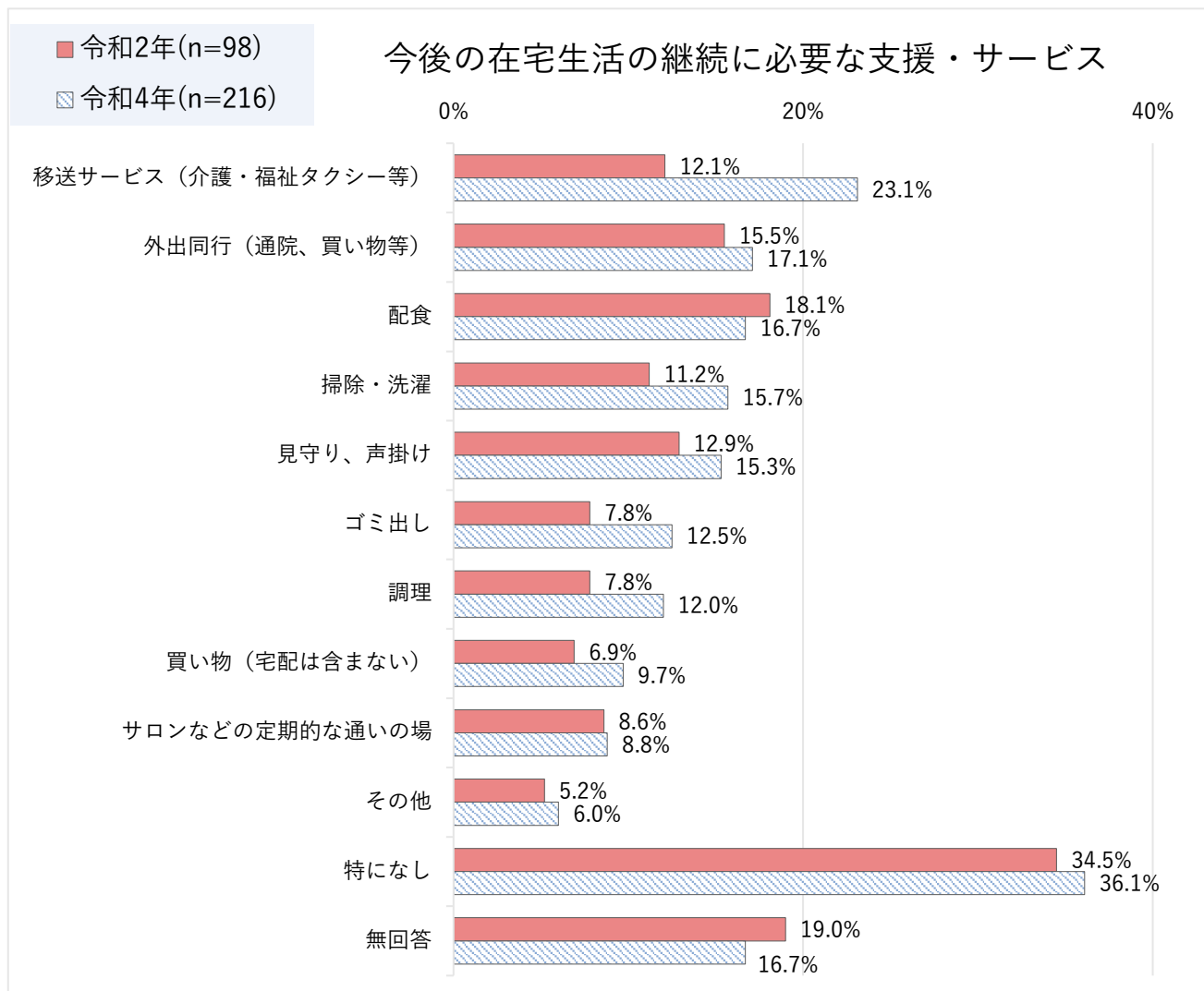
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」と回答した要介護高齢者が11.0ポイント増加しました。

今回調査では「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が23.1%、「外出同行（通院、買い物等）」が17.1%、「配食」が16.7%の順で高い割合を占めていました。

図25 今後の在宅生活の継続に必要な支援・サービス



3. 施設等への入所・入居の検討状況

設問【A票 問10】

現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。

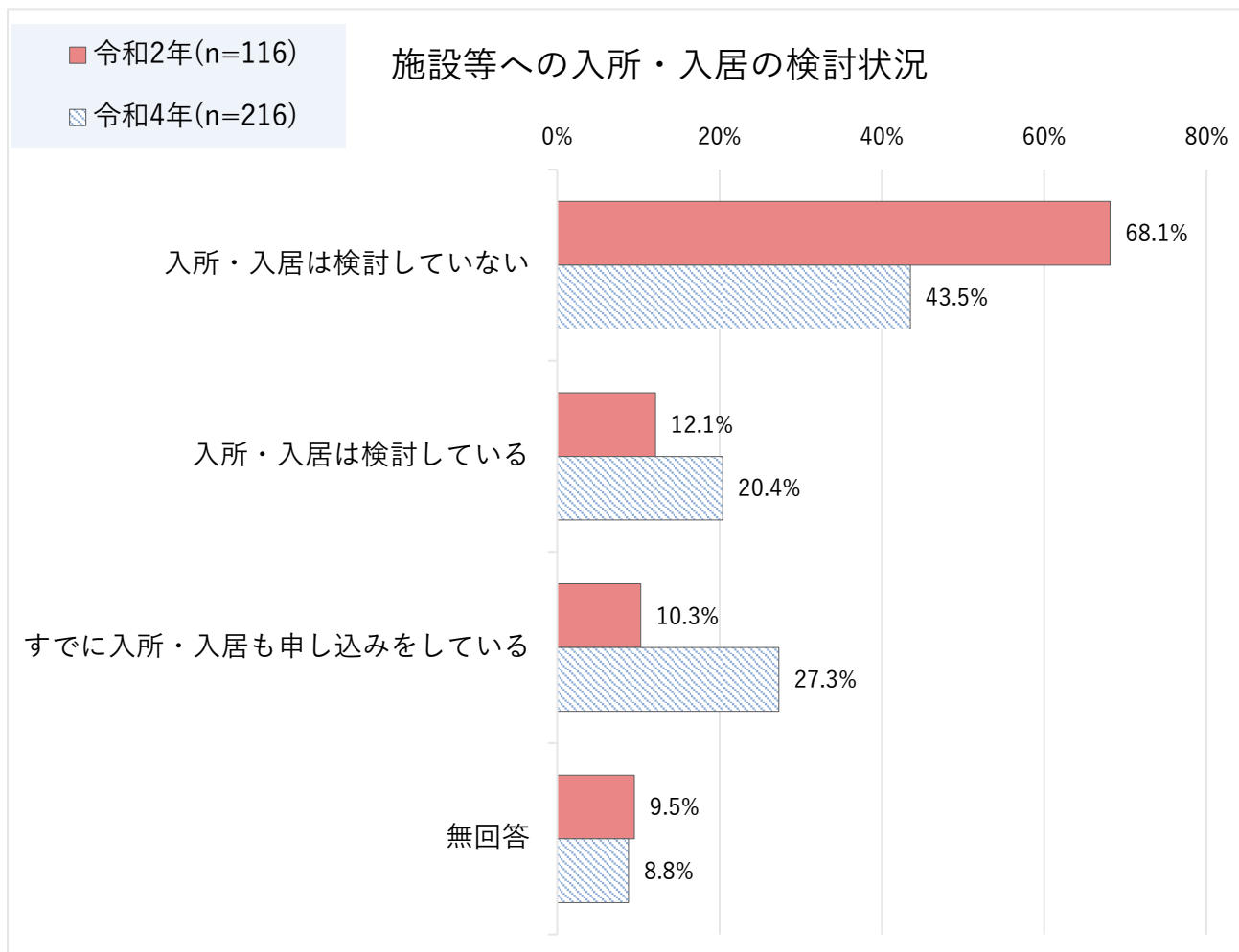
※「施設等」とは、特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウス等）、グループホーム、地域密着型特定施設を指します。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「入所・入居は検討している」と回答した要介護高齢者が 8.3 ポイント、「すでに入所・入居も申し込みをしている」と回答した要介護高齢者が 17.0 ポイント増加しました。一方、「入所・入居は検討していない」と回答した要介護高齢者は 24.6 ポイント減少しました。

図 26 施設等への入所・入居の検討状況



4. 現在抱えている傷病

設問【A票 問11】

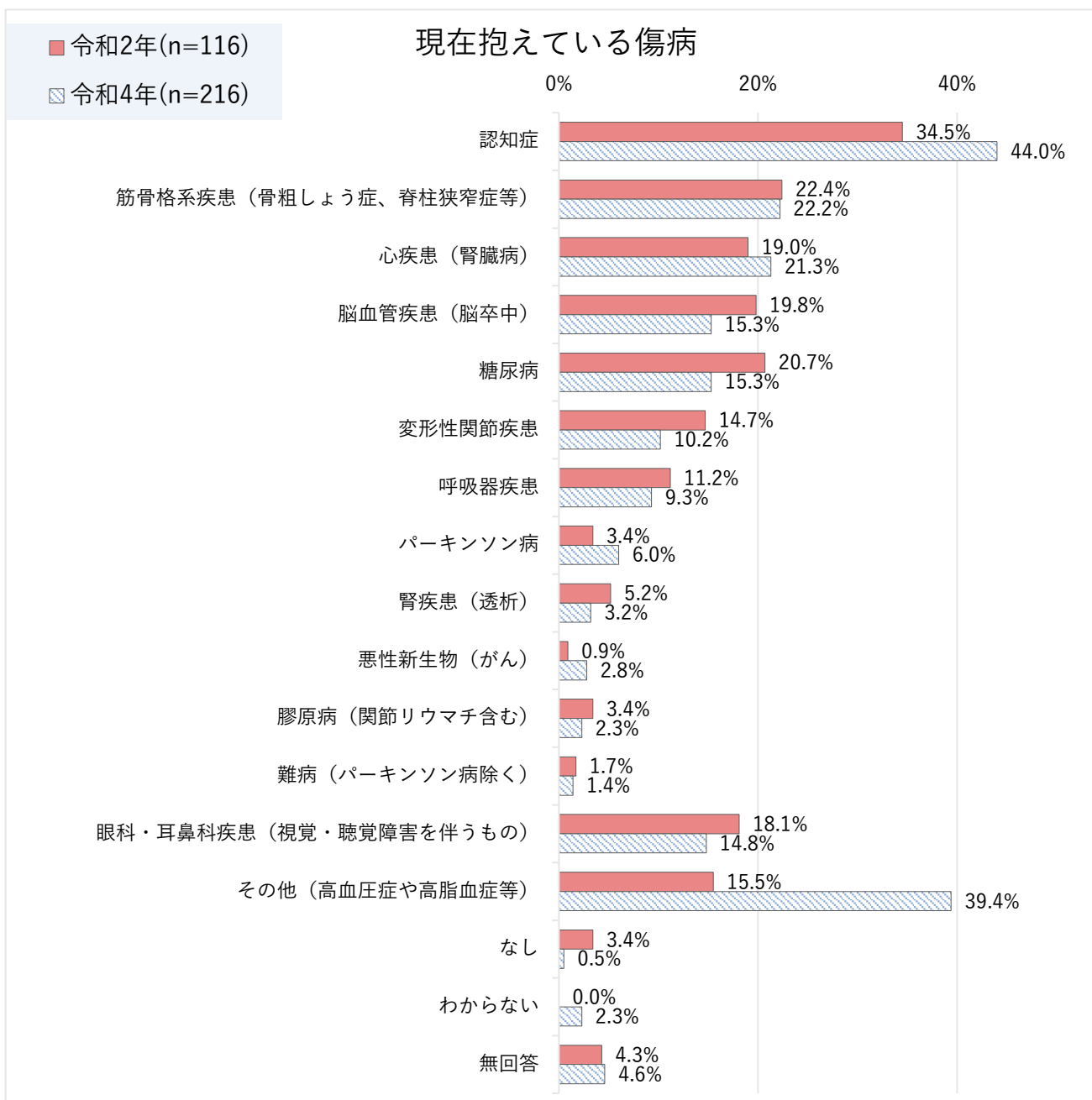
ご本人様が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「認知症」が9.5ポイント、「その他（高血圧症や高脂血症等）」が23.9ポイント増加しました。今回調査では「認知症」・「その他（高血圧症や高脂血症等）」ともに全体の約4割を占めています。

図27 現在抱えている傷病



(2) 主な介護者の介護の状況について

1. 今後の介護継続意向

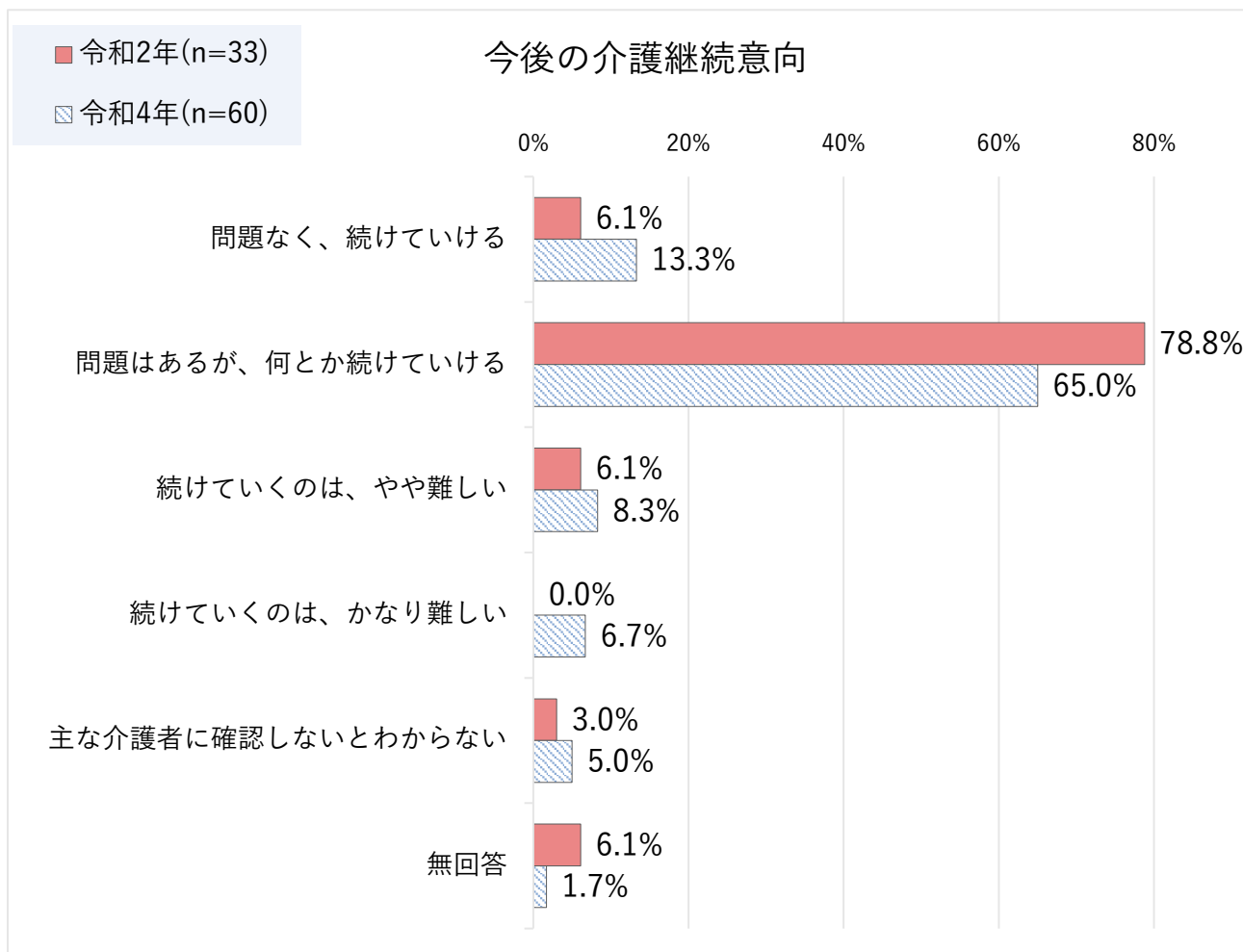
設問【B票 問4】 B票問1において「1」「2」と答えた“働いている”方のみ
主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「問題なく、続けていける」と回答した主介護者が 7.2 ポイント増加しました。「問題はあるが、何とか続けていける」と回答した主介護者が65%を占めていました。

図 28 今後の介護継続意向



●本町の主介護者の状況から、在宅介護に向けた主介護者への支援の必要があります。

2. 主な介護者が不安に感じる介護

設問【B票 問5】

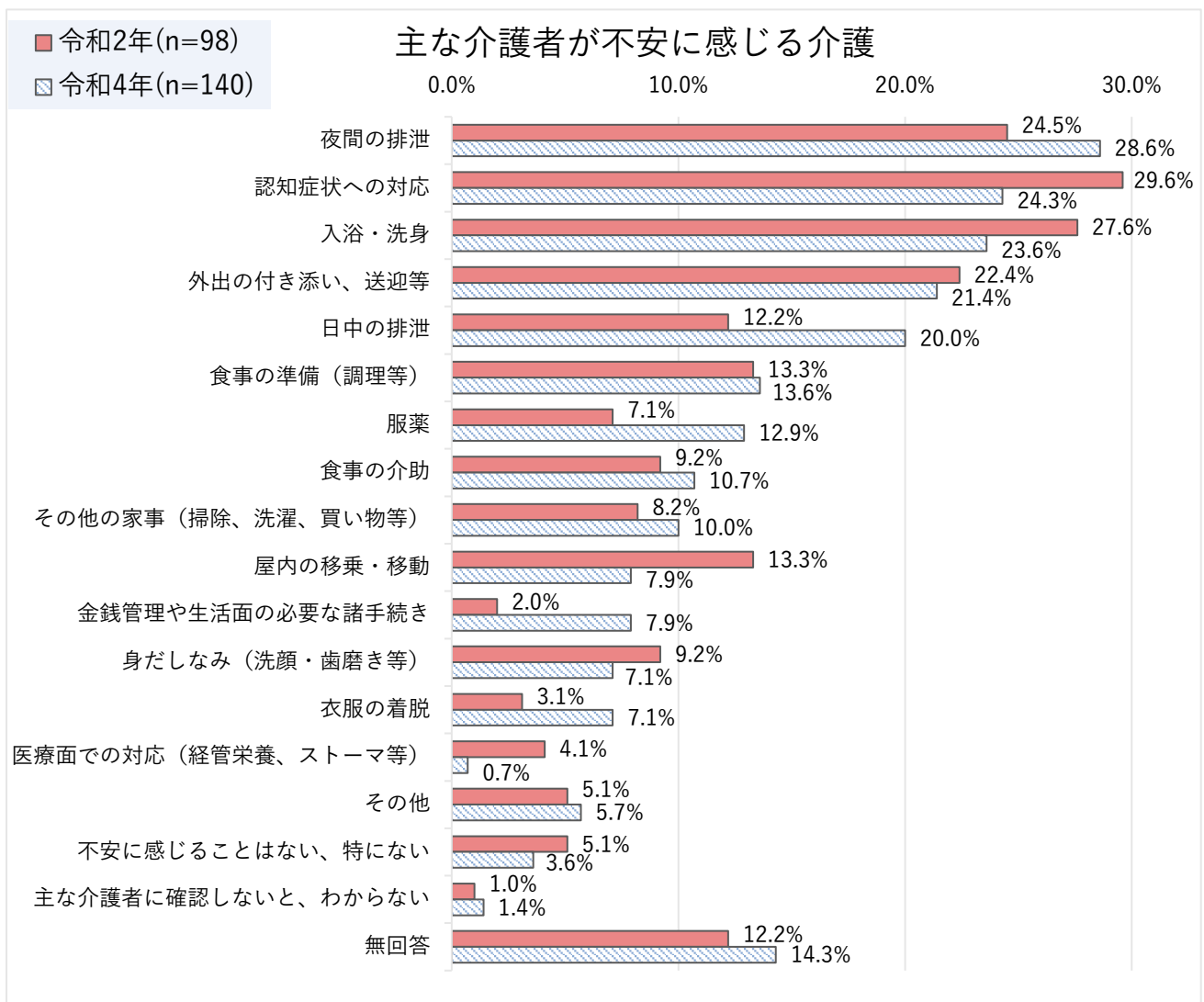
現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください。（現状で行っているか否かは問いません）
（3つまで選択可）

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「日中の排泄」が7.8ポイント、「服薬」が5.8ポイント、「金銭管理や生活面の必要な諸手続き」が5.9ポイント増加しました。前回調査では「認知症への対応」が最も高い割合でしたが、今回は「夜間の排泄」が最も高い割合でした。

図29 主な介護者が不安に感じる介護



(3) 災害等の対応について

1. 台風が近づいてきたときの対応

設問【C票 問1】

台風が近づいてきた場合、どのように対応しますか。

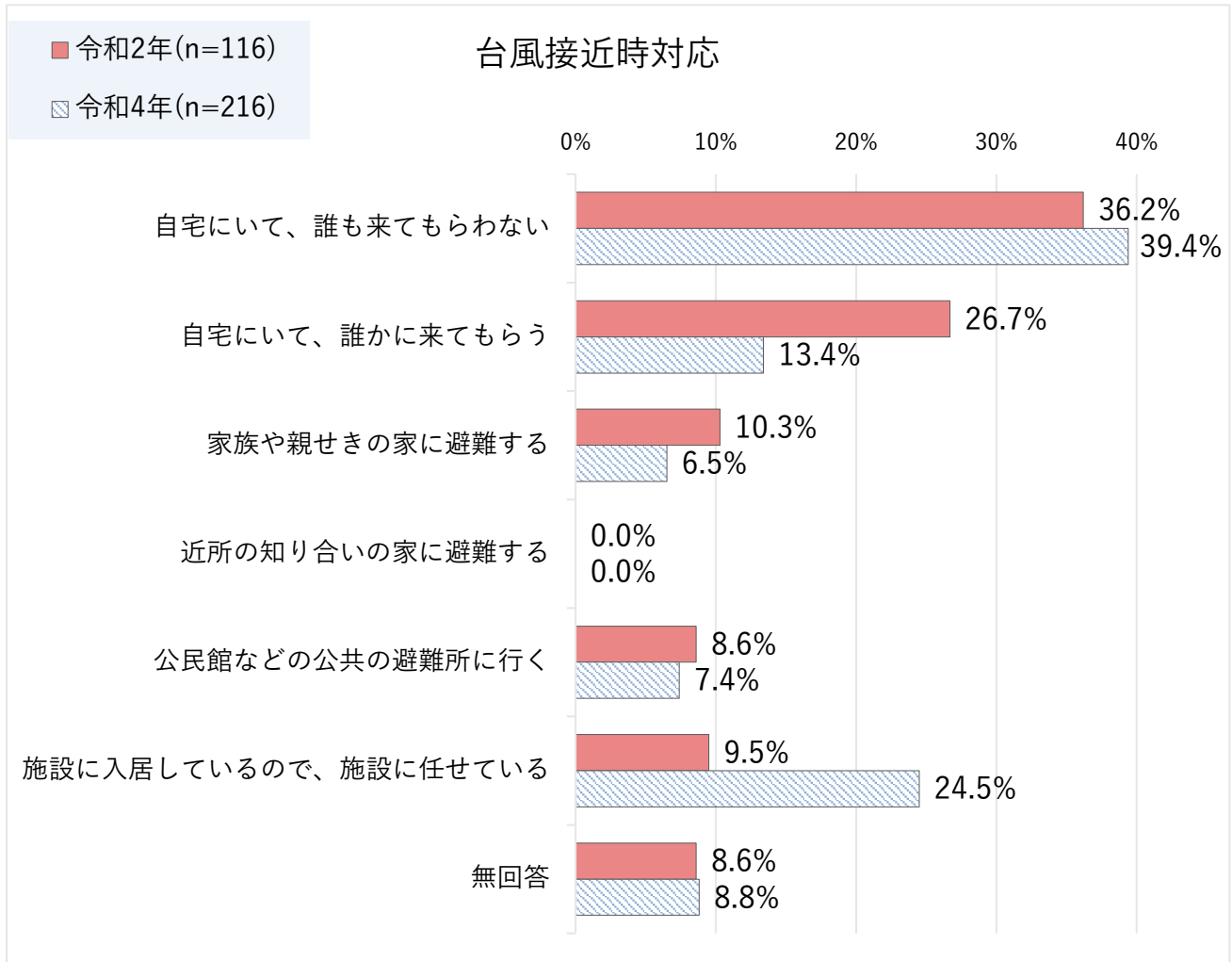
<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「自宅にいて、誰かに来てもらう」と回答した要介護高齢者は 13.3 ポイント減少しました。

「自宅にいて、誰も来てもらわない」と回答した要介護高齢者が約4割を占めています。

図 30 台風接近時対応



2. 避難が必要な場合の避難方法

設問【C票 問3】

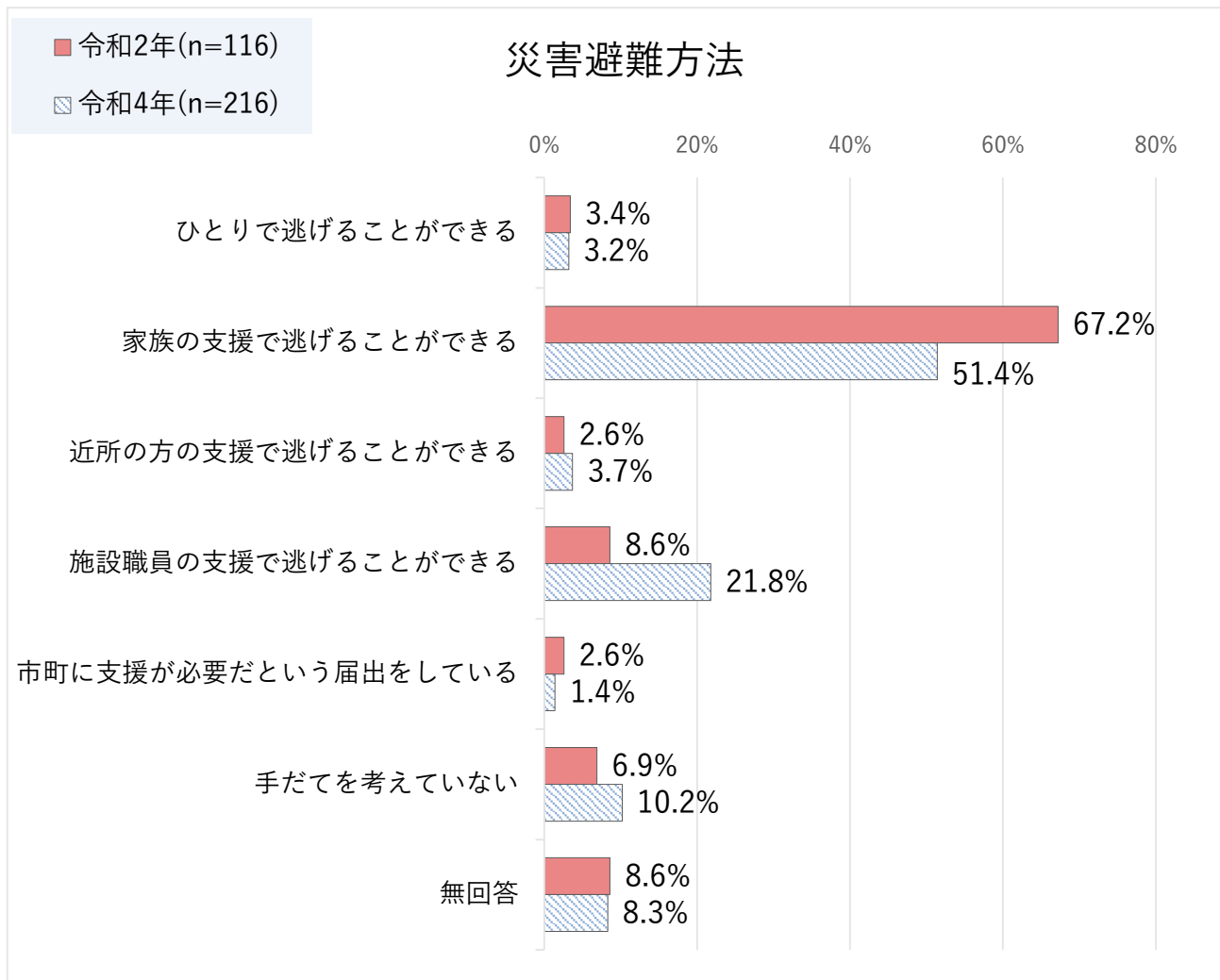
台風などの災害で、避難が必要な場合、どのように避難しますか（1つを選択）。

<アンケート結果>

【前回調査との比較】

前回調査に比べて「家族の支援で逃げる事ができる」と回答した要介護者は15.8ポイント減少しました。「家族の支援で逃げる事ができる」と回答した高齢者が5割以上を占めていました。

図31 災害避難方法



7 第8次計画の評価

第8次計画では、基本目標である「生涯にわたって自分らしく安心して暮らせる生涯現役・生涯活躍のまち」を推進するために、具体的な目標を掲げて各施策に取り組んできました。

第8次計画の目標設定を行った96事業に対して、A評価の「目標値に達した」が15事業、B評価の「目標値に達していないが、達成傾向にある」が29事業、C評価の「変わらない」が42事業、D評価の「目標値に対して大幅に遅れている」が3事業、E評価の「第8次計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難」が7事業となっており、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、計画通りに事業を進めることができない事業もありました。

第8次計画の各事業において目標を達成できた・達成傾向にある事業は45.6%にとどまっており、第9次計画においても引き続き事業目標に対する年度ごとのPDCAサイクル構築等の取り組みを推進し、目標の達成を目指します。

【指標の達成状況について】

| 達成度 | 評価内容 | 状況 |
|-----|--|----------------------------------|
| A | 目標に達した | 目標値をクリアし、計画通りに進んでいる |
| B | 目標に達していないが、達成傾向にある | 目標値に達していないが、おおむね順調である |
| C | 変わらない | 現在、着手はしているが、順調とは言えない。課題が残る。 |
| D | 目標値に対して、大幅に遅れている | 現在、着手はしているが、順調とは言えない。計画期間中に中止・廃止 |
| E | 第8次計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業又は把握方法が異なるため評価が困難 | |

| 第8次計画 達成度まとめ | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|------|------|-----|
| | A | B | C | D | E | 事業数 |
| 基本目標1 高齢者による生涯現役・生涯活躍の推進 | 5 | 1 | 5 | 0 | 0 | 11 |
| 基本目標2 高齢者の健康づくり、介護予防、自立支援・重度化予防の推進 | 4 | 13 | 24 | 2 | 0 | 43 |
| 基本目標3 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備（認知症の予防と共生） | 1 | 6 | 9 | 1 | 0 | 17 |
| 基本目標4 安心して暮らせる生活環境づくりの推進 | 5 | 9 | 4 | 0 | 7 | 25 |
| 第8次計画評価 | 15 | 29 | 42 | 3 | 7 | 96 |
| | 15.6% | 30.2% | 43.8% | 3.1% | 7.3% | |

| NO. | 事業名 | 達成度 |
|------------------------------------|--|-----|
| 基本目標1 高齢者による生涯現役・生涯活躍の推進 | | |
| 高齢者の社会参加の推進 | | |
| 1 | 老人クラブの活動 クラブ数 | C |
| 2 | 老人クラブの活動 会員数(人) | B |
| 3 | 友愛訪問事業 訪問件数(件) | C |
| 4 | シルバー人材センター 会員数(人) | A |
| 5 | シルバー人材センター 受注件数(件) | A |
| 6 | シルバー人材センター 就業実人員(人) | A |
| 7 | シルバー人材センター 延日人員(数) | A |
| 高齢者の生きがいくりと生涯学習の推進 | | |
| 8 | 敬老祝金・記念品の贈呈 祝金対象者数(人) | C |
| 9 | 敬老会、金婚者記念事業 町敬老会参加者数(人) | C |
| 10 | 敬老会、金婚者記念事業 金婚者数(組) | C |
| 11 | 敬老会、金婚者記念事業 地区敬老会参加者数(人) | A |
| 基本目標2 高齢者の健康づくり、介護予防、自立支援・重度化予防の推進 | | |
| 健康づくり事業 | | |
| 12 | 健康診査(健診) 特定健康診査 受診者数(人) | C |
| 13 | 健康診査(健診) 特定健康診査 受診率(%) | C |
| 14 | 健康診査(健診) 後期高齢者特定健康診査 受診者数(人) | C |
| 15 | 健康診査(健診) 胃がん検診 受診者数(人) | C |
| 16 | 健康診査(健診) 胃がん検診 受診率(%) | C |
| 17 | 健康診査(健診) 子宮がん検診 受診者数(人) | C |
| 18 | 健康診査(健診) 子宮がん検診 受診率(%) | C |
| 19 | 健康診査(健診) 乳がん検診 受診者数(人) | C |
| 20 | 健康診査(健診) 乳がん検診 受診率(%) | C |
| 21 | 健康診査(健診) 肺がん検診 受診者数(人) | C |
| 22 | 健康診査(健診) 肺がん検診 受診率(%) | C |
| 23 | 健康診査(健診) 結核健診 受診者数(人) | C |
| 24 | 健康診査(健診) 結核健診 受診率(%) | C |
| 25 | 健康診査(健診) 大腸がん検診 受診者数(人) | C |
| 26 | 健康診査(健診) 大腸がん検診 受診率(%) | C |
| 27 | 健康診査(健診) 前立腺がん検診 受診者数(人) | C |
| 28 | 健康診査(健診) 前立腺がん検診 受診率(%) | C |
| 29 | 健康相談 各地区 相談件数(件) | B |
| 30 | 特定保健指導 積極的支援 対象者数(人) | B |
| 31 | 特定保健指導 積極的支援 指導者数(人) | B |
| 32 | 特定保健指導 動機づけ支援 対象者数(人) | B |
| 33 | 特定保健指導 動機づけ支援 指導者数(人) | B |
| 34 | 食生活改善推進事業 食生活改善推進協議会 会員数(人) | C |
| 35 | 食生活改善推進事業 食生活改善推進協議会研修会 参加者数(人) | C |
| 36 | 食生活改善推進事業 食生活改善講習会 参加者数(人) | C |
| 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実 | | |
| 37 | 介護予防ふれあいサロン事業 サロン数(箇所) | B |
| 38 | 介護予防ふれあいサロン事業 延実施回数(回) | B |
| 39 | 介護予防ふれあいサロン事業 延参加者(人) | B |
| 40 | いきいき百歳体操 開催箇所数(箇所) | B |
| 41 | いきいき百歳体操 参加人数(人) | B |
| 42 | 自立支援型介護予防教室 参加人数(人) | D |
| 43 | 自立支援型介護予防教室 通いの場等へつながった件数(件) | D |
| 44 | 介護予防サポーター養成・育成・組織化 介護予防サポーター養成講座 開催数(回数) | C |
| 45 | 介護予防サポーター養成・育成・組織化 介護予防サポーター養成講座 参加人数(人) | A |
| 46 | 介護予防サポーター養成・育成・組織化 介護予防サポーター養成講座 登録数(人) | C |
| 47 | 介護予防サポーター養成・育成・組織化 介護予防サポーター連絡会議・現任研修 開催数(回数) | A |
| 48 | 介護予防サポーター養成・育成・組織化 介護予防サポーター連絡会議・現任研修 延参加人数(人) | B |
| 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進 | | |
| 49 | 高齢者の生活習慣病等の重症化予防 個別支援実施人数(人) | A |
| 50 | 高齢者の生活習慣病等の重症化予防 個別支援実施延人数(人) | A |
| 51 | 高齢者の生活習慣病等の重症化予防 個別支援から医療につないだ件数(件) | C |
| 52 | 高齢者の心身機能の低下防止 関与した通いの場数(カ所) | B |
| 53 | 高齢者の心身機能の低下防止 関与した高齢者数(人) | B |
| 54 | 高齢者の心身機能の低下防止 個別支援実施人数(人) | C |

| NO. | 事業名 | 達成度 |
|---|--|-----|
| 基本目標3 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備（認知症の予防と共生） | | |
| 認知症の理解と普及啓発、本人支援の推進 | | |
| 55 | 知識の普及と理解の促進 認知症サポーターの養成 認知症サポーター養成者数（人） | C |
| 56 | 知識の普及と理解の促進 認知症サポーターの養成 キッズサポーター養成者数（人） | A |
| 57 | 知識の普及と理解の促進 認知症サポーターの養成 認知症キャラバンメイト登録者累計数（人） | B |
| 58 | 相談・支援体制の充実 ものわすれ相談会 開催数（Dr.有） | B |
| 59 | 相談・支援体制の充実 ものわすれ相談会 利用者数（人） | B |
| 60 | 相談・支援体制の充実 徘徊高齢者等位置情報検索機器利用助成事業 利用者数（人） | D |
| 認知症予防の推進 | | |
| 61 | 認知機能簡易スクリーニングの実施 実施回数（回） | B |
| 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進 | | |
| 62 | 認知症地域支援推進員の活動活性化 認知症地域支援推進員による相談対応件数（件） | B |
| 認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援、社会参加支援の推進 | | |
| 63 | 権利擁護のための生活支援の取り組み 相談窓口機能の充実 相談件数（件） | C |
| 64 | 権利擁護のための生活支援の取り組み 判断の能力が不十分な高齢者に対する支援の充実 開催件数（件） | C |
| 65 | 権利擁護のための生活支援の取り組み 成年後見制度の利用促進 相談件数（件） | C |
| 66 | 権利擁護のための生活支援の取り組み 福祉サービス利用援助事業（あんしんサポート） 契約件数（件） | C |
| 67 | 虐待防止の取り組み 相談窓口機能の充実 相談件数（件） | C |
| 68 | 虐待防止の取り組み 高齢者虐待の防止・早期発見・早期対応 開催件数（件） | C |
| 69 | 高齢者の消費者被害防止の推進 出前講座 講座開催数（回） | C |
| 70 | 認知症カフェの設置と認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進 認知症カフェ設置数（累積） | C |
| 71 | 認知症カフェの設置と認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進 チームオレンジ設置数 | B |
| 基本目標4 安心して暮らせる生活環境づくりの推進 | | |
| 生活支援体制整備の推進 | | |
| 72 | 第1層協議体（生活支援コーディネーター協議体）における自助・互助ネットワーク基盤構築 話し合いの場開催回数（回） | A |
| 73 | 第2層協議体による話し合いを通じた自助・互助の醸成 話し合いの場開催地域（地域） | A |
| 74 | 第2層協議体による話し合いを通じた自助・互助の醸成 話し合いの場開催回数（回） | B |
| 75 | 第2層協議体による話し合いを通じた自助・互助の醸成 協議体構成員数（人） | B |
| 76 | 社会資源の見える化 社会資源マップ制作・更新（回） | B |
| 77 | 社会資源の見える化 通いの場情報誌制作・更新（回） | B |
| 78 | 移動販売サービス事業者の確保 移動販売サービス事業者数（社） | B |
| 79 | 地域支え合いサポーターの養成 地域支え合いサポーター養成講座受講者数（人） | A |
| 在宅福祉サービスの充実 | | |
| 80 | シルバーカー購入助成事業 台数（台） | A |
| 81 | 愛の一声運動推進事業 対象者数（人） | B |
| 82 | 愛の一声運動推進事業 訪問員数（人） | B |
| 83 | 食の自立支援事業 延配食数（食） | E |
| 84 | 食の自立支援事業 延利用人数（人） | C |
| 85 | 緊急通報システム事業 利用者数（人） | C |
| 86 | 高齢者介護用品（紙おむつ）支給事業 利用者数（人） | B |
| 87 | 家族介護者交流事業 利用者数（人） | C |
| 88 | 生活管理指導短期宿泊（ショートステイ）事業 利用者数（人） | E |
| 89 | 生活管理指導短期宿泊（ショートステイ）事業 延べ利用者数（人） | E |
| 90 | はり・きゅう・あんまの施術料助成事業 枚数（枚） | C |
| 91 | 養護老人ホーム入所措置事業 南花園の入所者の状況 総数（人） | E |
| 92 | 養護老人ホーム入所措置事業 南花園の入所者の状況 措置市町村 町内（人） | E |
| 93 | 養護老人ホーム入所措置事業 南花園の入所者の状況 措置市町村 県内（人） | E |
| 94 | 養護老人ホーム入所措置事業 南花園の入所者の状況 措置市町村 県外（人） | E |
| 生活環境の整備 | | |
| 95 | 高齢者の移動手段の確保 コミュニティバスの活用 延利用人数（人） | B |
| 96 | 高齢者の移動手段の確保 コミュニティバスの活用 運転免許証返納者支援登録者数（人） | A |

8 本町の現状から見えてきた課題

(1) 担い手不足への対応と介護予防・認知症予防の充実

本町では、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、要支援・要介護高齢者が増加しました。今後の75歳以上人口の増加も考えると、要支援・要介護認定者や認知症高齢者の増加が見込まれ、介護予防、認知症予防の充実が必要です。

2040年を見据えると、本町では生産年齢人口は横ばいに推移するのに対し、75歳以上人口、特に85歳以上人口が増加していくため、今後の担い手不足が予測され、生活支援体制の充実や見守り体制の強化が必要です。

今後は、校区ごとの通いの場の充実を図り、高齢者の主体的な介護予防の取り組みを支援するとともに、フレイルや軽度認知障害の高齢者を早期に見つけて、通いの場につないでいくなど、「元の生活に戻る」支援サービスの充実を図り、リスクを抱える高齢者を「見つける・つなげる・支える」支援体制の整備の必要があります。

(2) 主介護者への支援

本町では、時間調整や休暇の取得等、多様な働き方を選択しながら介護に従事している方が多くなっています。

働きながら介護を続けていくためには、ホームヘルプやショートステイ等、在宅福祉サービスの拡充が求められます。家族介護の維持のためには、多様な在宅サービスが充実する必要があります。

また、現在実施している家族介護者交流事業の周知を行うことで、心身のリフレッシュを図り、在宅介護の継続を支援していく必要があります。

(3) 高齢者独居世帯への支援の充実

高齢者独居世帯では誰かと食事を共にする共食の機会が少なく、孤食はうつリスクが高まることから、高齢者独居世帯への共食の機会の創出の必要があります。

また、高齢者独居世帯ではその他の世帯の高齢者と比較して生活機能低下リスク該当者が多く、介護予防の取り組みを充実していく必要があります。さらに、独居高齢者世帯では、避難が必要なときに支援を必要としながらも、支援の手立てが立っていない高齢者が独居世帯に多いことから、避難時支援の充実が求められます。

9 みやき町の地域課題と解決に向けた取り組みの方向性

鳥栖地区広域市町村圏組合第9期介護保険事業計画策定委員会日常生活圏域部会において検討された、本町の地域課題と解決に向けた取り組みの方向性は以下の通りです。

(1) 高齢者の生活支援の仕組み化

移動支援、買い物支援、病院受診、家事支援など生活に直結する手段の検証やシステムの拡充を図ります。

会社やお店、シルバー人材センターとの連携を強化します。

(2) 高齢者の社会参加の促進

地域の支え合いをベースに地域住民が参加しやすい活動の場を拡充し、地域との関係性を保つ。

介護予防の重要性について周知し、介護予防教室や集いの場への参加を呼びかけ、地域全体で介護予防に取り組む環境をつくります。

(3) 認知症に関する支援体制の強化

多世代交流により、子どもと大人と一緒に認知症について学び、地域住民の理解を深め、見守り支える体制づくりにつなげます。

認知症に関する相談窓口について住民に周知し、早期発見・早期支援できる体制を認知症サポーターと連携して強化します。

(4) 介護者の相談・支援体制の充実

介護者のケアを目的とした事業を展開し、介護者の負担軽減を図ります。

成年後見制度や認知症の方の権利養護にかかる高齢者の生活全般に関する相談を気軽にできる人・場所を増やします。

(5) 介護サービスの理解の推進と介護予防の充実

制度の正しい理解を促す周知を行い、早い段階から身体の変化に応じたセルフケア・介護予防のための適切なサービス利用に取り組む意識を高めます。

交通手段の有無に縛られない集いの場の拡充や栄養・保健師等による訪問指導を行うことで、介護予防の充実を図ります。

第3章 基本理念と施策の体系

1 基本理念

本計画は、「第3次みやき町総合計画」の将来像である「未来に躍動する『共感』『協働』のまち」の実現に向けた高齢者保健福祉の分野別計画・個別計画としての位置づけを持つものとなります。

また、総合計画で基本目標として位置付けられた「健幸長寿のまち」は、本計画で目指す健康づくり・医療・福祉・介護・地域福祉などの各種施策の集大成ともいえるものとなります。

なお、地域包括ケアシステムを構築していくための10年間の計画かつ2040年を見据えた計画という位置づけとなることから、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた施策の継続的な展開・深化を図ります。

第3次みやき町総合計画 基本理念

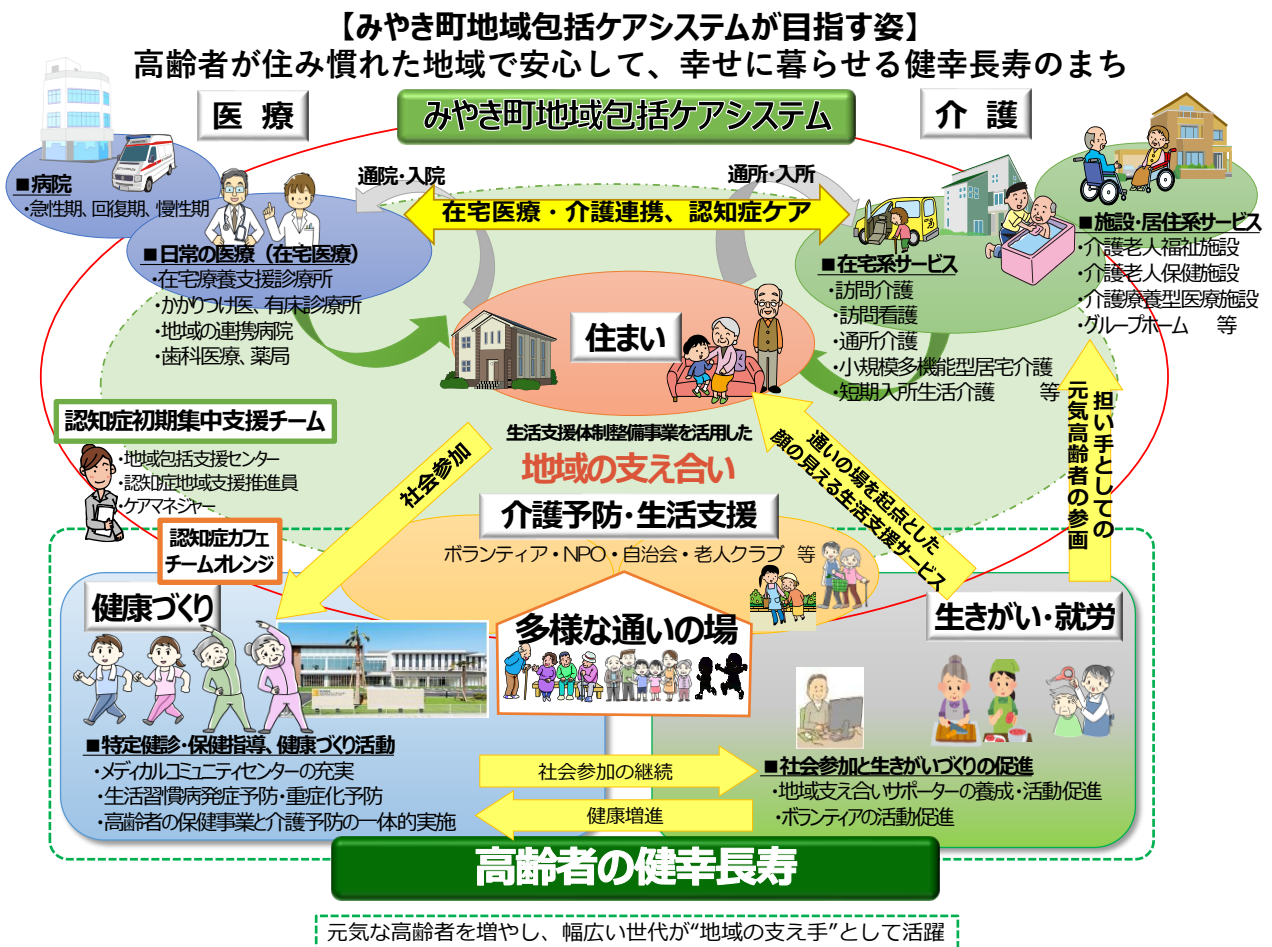
未来に躍動する「共感」「協働」のまち

基本目標

健幸長寿のまち

みやき町老人保健福祉計画 基本理念

高齢者が住み慣れた地域で安心して
幸せに暮らせる健幸長寿のまち



本計画では、みやき町地域包括ケアシステムが目指す「高齢者が住み慣れた地域で安心して、幸せに暮らせる健幸長寿のまち」の実現のため、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるよう、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え手を推進します。

2 基本目標

本計画で目指す「高齢者が住み慣れた地域で安心して、幸せに暮らせる健幸長寿のまち」の実現に向けて、高齢者の尊厳を保持した介護予防、自立支援や重度化防止の取り組みを推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、高齢者の暮らしに応じた5つの目標に分け、地域の多職種・多機関との連携により各施策を推進します。

基本目標

1

高齢者による生涯現役・生涯活躍への支援

基本目標

2

高齢者の健康づくり、介護予防、自立支援・重度化防止の推進

基本目標

3

認知症の予防と共生の推進

基本目標

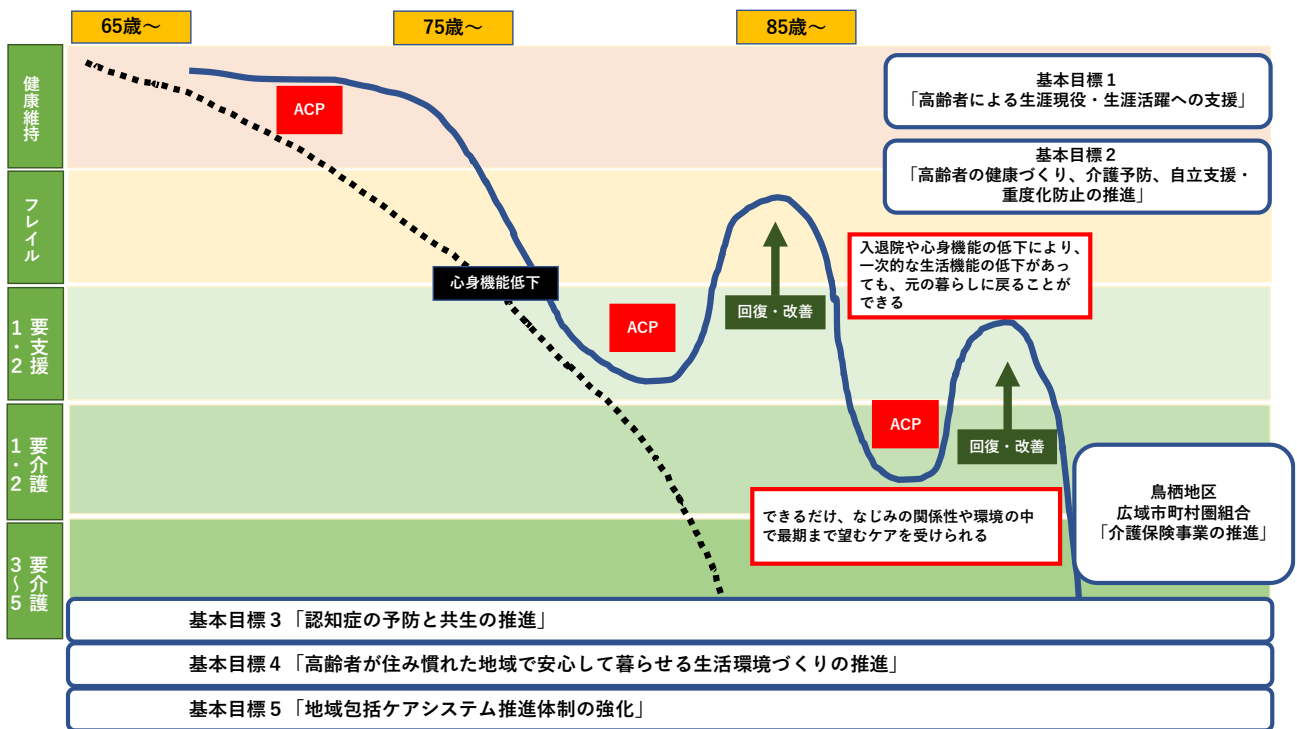
4

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる生活環境づくりの推進

基本目標

5

地域包括ケアシステム推進体制の強化



2040 年を見据えた計画として

- ①高齢者が入退院や心身機能の低下により、一時的な生活機能の低下があっても元の暮らしに戻ることができる環境の整備・推進
- ②できるだけなじみの関係性や環境の中で最期まで望むケアを受けられる環境の整備・推進

を目指します。

(主要施策)

1 高齢者の社会参加の推進

2 高齢者の生きがいづくりと生涯学習の推進

(方向性)

高齢者が生きがいを持って社会参加でき、様々な人と交流できるよう、教育委員会や老人クラブ、シルバー人材センター等の組織と連携しながら、地域活動の推進や生きがいづくり、働く環境づくりを進めます。

➡事業内容は P67 へ

高齢者の健康づくり、介護予防、 自立支援・重度化防止の推進

(主要施策)

- 1 健康づくりの推進
- 2 市村清記念メディカルコミュニティセンターの認知度向上
- 3 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実
- 4 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

(方向性)

特定健診・後期高齢者健康診査の受診率の向上を図り、保健指導を実施していくことで生活習慣病の重症化を予防し、要介護状態となる疾患の発症を予防します。

「健幸長寿のまち」の拠点施設である市村清記念メディカルコミュニティセンターの認知度を向上させ、利用者の増加を図ります。

高齢者の多様な通いの場を充実させ、通いの場に参加する高齢者を増やします。さらに、入院などにより一時的に生活機能が低下した高齢者が元の生活に戻ることができる支援環境を充実させていきます。

特に、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組み、団塊の世代を重点的に、レセプト情報を活用した保健師等の保健医療専門職による訪問健康支援の充実を図ります。それにより、骨折及び生活習慣病重症化予防による入院の予防に取り組みつつ、社会参加が減少している高齢者は、地域の通いの場等介護予防事業への接続を図ります。

→事業内容は P73 へ

基本目標

3

認知症の予防と共生の推進

(主要施策)

- 1 認知症の理解と普及啓発、本人支援の推進
- 2 認知症予防の推進
- 3 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進
- 4 若年性認知症の人への支援、社会参加支援の推進

(方向性)

令和5年6月に「認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、施策を総合的に推進する」認知症基本法が成立し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することになります。認知症基本法では、国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有し、国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努めるとされています。

今後、要介護高齢者の増加に伴い、老老介護や子育て年代層における子育てと介護の両方を担うダブルケアなど介護に携わる家族の負担も大きくなることが予測されます。併せて、今後増加すると予測される認知症の方やその家族を支えていくためには、医療や介護等関係機関の連携を強化し、早期発見・相談体制の充実、地域における見守り活動の推進等幅広い支援が必要となります。

認知症高齢者や認知症の疑いのある方が、地域で安心して暮らしていくことができる地域づくりとして、認知症サポーターの養成及び活動活性化を図るとともに、声かけ訓練等を通じて地域の見守り体制を構築します。

特に、認知症相談窓口の認知度向上に努めるとともに、いきいき百歳体操をはじめとした多様な通いの場の拡充（一次予防）、軽度認知障害を中心に多機関連携による認知症の早

期発見・早期対応（二次予防）、認知症カフェ・チームオレンジなど認知症の人と家族の視点に立って認知症バリアフリーに取り組めます。

さらに、市村清記念メディカルコミュニティセンターを中核施設として、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備（認知症の予防と共生）に取り組めます。

➡事業内容は P88 へ

基本目標

4

高齢者が住み慣れた地域で安心して
暮らせる生活環境づくりの推進

(主要施策)

- 1 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進
- 2 高齢者の権利擁護と虐待防止、成年後見制度の推進
- 3 生活支援体制整備の推進
- 4 在宅福祉サービスの充実
- 5 生活環境の整備

(方向性)

高齢者が安心して暮らせる環境の整備として、地域住民による支え合いの活動と連携するとともに、在宅生活の継続に向けて、高齢者の買い物支援事業、食の自立支援事業・緊急通報等体制整備事業などにより安心安全な生活環境の充実を図ります。

また、団塊の世代が75歳を迎える中、コミュニティバスの利用促進等運転免許返納後等の高齢者の移動手段の確保を推進します。

成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進や高齢者虐待防止の体制整備を強化することで、高齢者の権利擁護の推進を行います。

→事業内容は P96 へ

地域包括ケアシステム推進体制の強化

(主要施策)

1 本人の意思決定支援を中心にした在宅医療・介護連携の推進

2 2040年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進

(方向性)

高齢者が要介護状態になっても自分が住み慣れた地域で安心して生活を続けていくことができるよう、あるいは、住み慣れた場所で必要なサービスを受けることが出来るよう関係機関が連携し、一体的なサービスが提供できるように「地域包括ケアシステム」の強化を目指します。

各医療機関で実施されている ACP（アドバンス・ケア・プランニング）※について、健康大学等の機会を通じて、啓発を図ります。

自立支援ケア会議の充実を図ることで、本町における多職種・多機関連携を促進し、地域課題の把握から課題解決に向けた施策形成の機能を発揮できるよう機能強化を図ります。

また、団塊の世代が後期高齢者に入中、要支援・要介護認定者の増加、認知症高齢者の増加、医療・介護の連携、地域ケア会議の推進など地域包括ケアの中核を担う地域包括支援センターの役割は増加していくことから、体制整備を図ります。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことです。

→事業内容は P114 へ

3 重点施策

本計画で設定した5つの目標の達成に向けて、本計画期間中に特に重点的に取り組む施策横断的な3つの重点施策を設定し、地域の多職種・多機関との連携により各施策を推進します。

重点施策

1

市村清記念メディカルコミュニティセンターを活用した健康づくり、介護予防の推進

重点施策

2

「元の生活に戻る」支援環境の充実

重点施策

3

認知症の予防と共生の推進

3つの重点施策の目標値を設定し、PDCAサイクルを実施することで、目標達成に向けた取り組みを推進します。

| | 実績 (令和4年度) | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
|--|---------------|--------|--------|--------|
| 1. 市村清記念メディカルコミュニティセンターを活用した健康づくり、介護予防の推進 | | | | |
| ①みやき健幸大学受講者数(人) | 78 | 100 | 100 | 100 |
| ②B&G北茂安海洋センター利用延べ人数(人) | 59,522 | 70,000 | 72,000 | 74,000 |
| 2. 「元の生活に戻る」支援環境の充実 | | | | |
| ①いきいき百歳体操実施個所数(ヶ所) | 34 | 37 | 38 | 39 |
| ②いきいき百歳体操参加実人数(人) | 756 | 799 | 819 | 839 |
| ③介護予防ふれあいサロン実施個所数(ヶ所) | 46 | 48 | 48 | 48 |
| ④介護予防ふれあいサロン参加実人数(人) | 8,787 | 9,200 | 9,500 | 10,000 |
| ⑤自立支援型介護予防教室参加実人数(人) | 9 | 50 | 50 | 50 |
| 3. 認知症の予防と共生の推進 | | | | |
| ①認知症相談窓口認知度(%) | 24.9 | - | - | 35.0 |
| ②認知症サポーター数(人) | 4,000 | 5,400 | 6,100 | 6,800 |
| ③認知症カフェ個所数(ヶ所) | 3 | 6 | 7 | 8 |

重点施策

1

市村清記念メディカルコミュニティセンター を活用した健康づくり、介護予防の推進

令和3年6月に、市村清記念メディカルコミュニティセンターが開館し、スタジオや多目的スペースにおいて健康に関連した様々な教室やイベント等を開催しています。現在は男性高齢者の将棋の集まりなどインフォーマルな集いの場にもなっています。住民の健康づくりを促進するために、更なる利用の促進を図る必要があります。

市村清記念メディカルコミュニティセンターに併設するB&G北茂安海洋センターは、令和3年5月にリニューアルオープンし、利用時間を大幅に延長し、利便性の向上を図っています。また、温水プールの運営のみならず、高濃度炭酸泉温浴設備の導入や、医療法人監修によるアクアトレーニングプログラムを作成し、身体の改善と体力向上を目的とした教室を開催しています。

さらに、本施設には地域包括支援センターが入居し、地域包括ケアシステムの中核機関として、入居企業および町内外の関係機関と連携して、本計画の重点施策でもある

○「元の生活に戻る」支援環境の充実

○認知症の予防と共生の推進

に向けた取り組みを推進していきます。

「健幸長寿のまち」の拠点施設である市村清記念メディカルコミュニティセンターの認知度を向上させ、コミュニティバスの利活用とあわせて利用者の増加を図ります。



重点施策

2

「元の生活に戻る」支援環境の充実

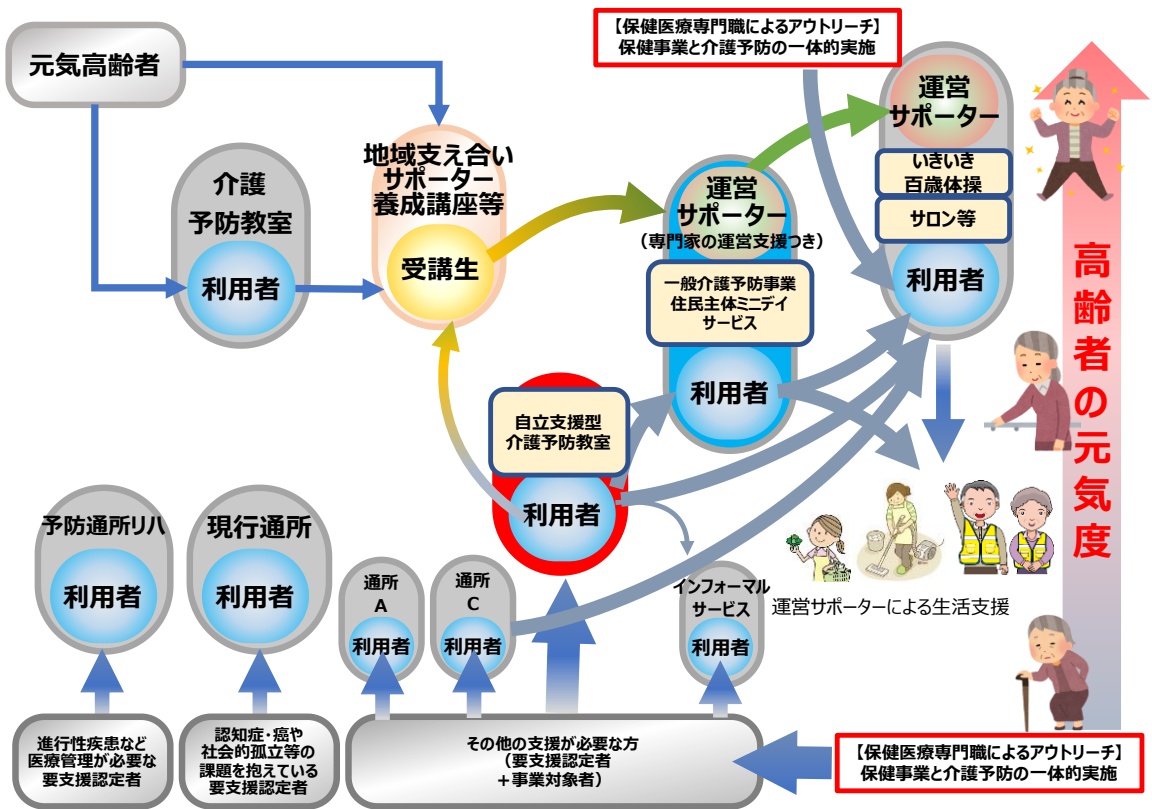
本町では、入退院や心身機能の低下により、一時的な生活機能の低下があっても、元の生活に戻る支援環境の構築を第8次計画で取り組んでいます。新型コロナウイルス感染拡大により、十分に機能を発揮することができませんでした。

本計画においても、後期高齢者の増加に伴い、要支援高齢者の増加および担い手不足が見込まれることから、要支援高齢者が元の生活に戻る支援環境を充実させていく必要があります。

具体的には、進行性疾患など医療管理が必要な要支援高齢者や認知症・がんや社会的孤立など課題などの課題を抱えている要支援高齢者以外の高齢者に対して、多職種による自立支援型介護予防教室を実施し、生活機能向上及びセルフケアの定着支援を図りながら、本人の希望に沿って地域の通いの場やインフォーマルサービスにつないで社会参加の継続を図るとともに、生活支援体制整備事業を活用した地域の支え合いを中心とした生活支援サービスの提供を図ります。

重点施策

「元の生活に戻る」支援環境の充実



認知症の予防と共生の推進

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会の実現に向けて、認知症の人や家族の視点を重視しながら、認知症の予防と共生を車の両輪として取り組みを推進します。

認知症の「予防」と「共生」

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会の実現に向けて

これから

現状



認知症「予防」とは、

「認知症にならない」という意味ではなく、

「認知症になることを遅らせる」

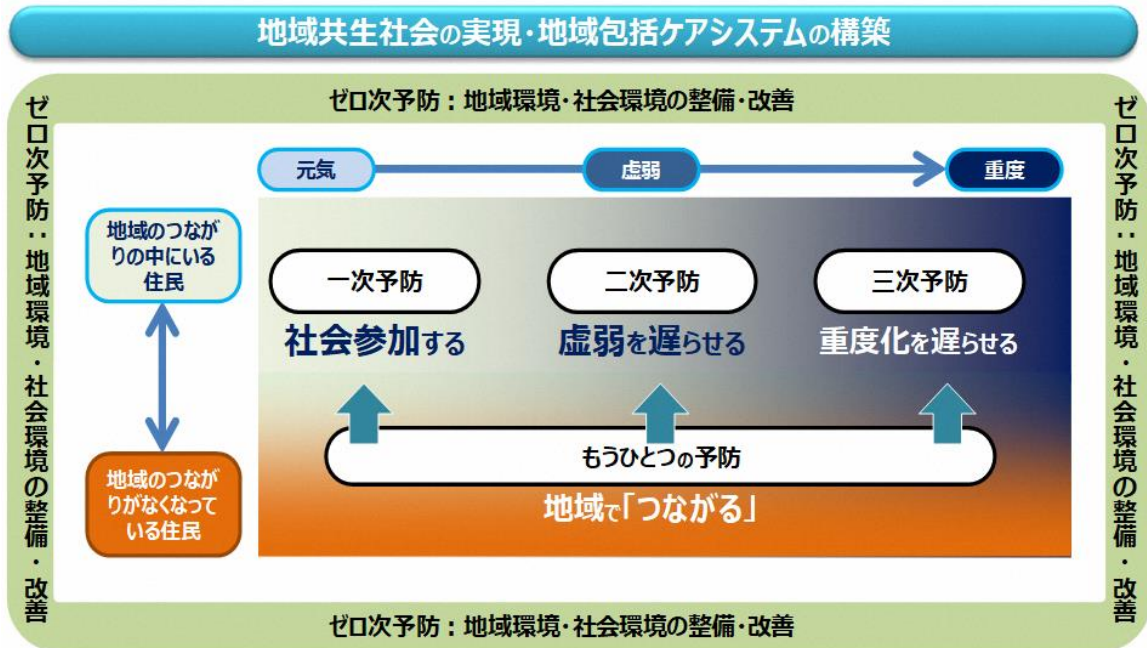
「認知症になっても進行を緩やかにする」

という意味であることについて、町民への普及啓発を推進
(厚生労働省、認知症施策推進大綱より)

認知症予防は「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になることを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味であることについて、さまざまな事業を通じて町民への普及啓発を図ります。生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指します。

特に、本計画では、認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえて、町民の認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みを重点的に推進します。

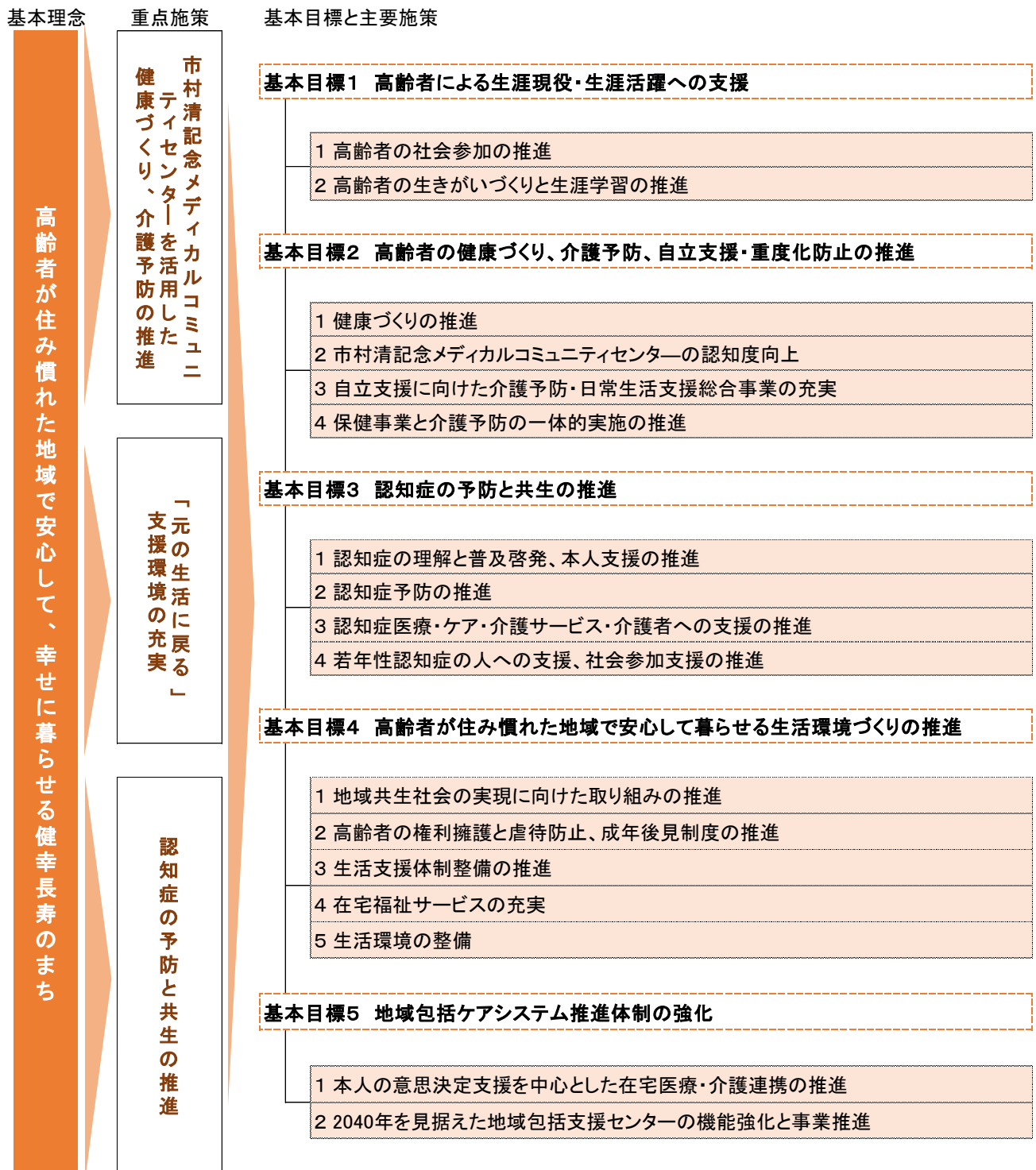
さらに、いきいき百歳体操をはじめとした地域の多様な通いの場を拡充（一次予防）し、軽度認知障害の段階から多機関と連携した認知症の早期発見・早期対応（二次予防）、認知症の人と家族の視点に立って認知症バリアフリーの推進を図ります。



認知症の予防と共生を推進する上で、地域のつながりがなくなっている住民が、地域で「つながる」地域環境・社会環境の整備・改善が重要です。

本計画では、認知症になっても地域でつながる地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進します。

4 施策体系



第4章 施策の展開

基本目標1 高齢者による生涯現役・生涯活躍への支援

高齢化率が上昇していくと予想されるなか、サービスを受けるばかりでなく、高齢者自身もインフォーマルサービスの担い手になる社会づくりが重要となります。本計画期間中に、団塊の世代が後期高齢者となり、後期高齢者がますます増えていきます。町、事業者が連携して、地域の中で元気な高齢者が自らの経験と知識を生かし、能力を発揮できる活躍の場づくりが必要です。

1 高齢者の社会参加の推進

(1) 老人クラブ

老人クラブとは、入会を希望するおおむね60歳以上の方で地域を基盤とする高齢者の自主的な組織です。

① 老人クラブ活動

事業概要

老人クラブの運営は、会員が自主的に行われており、自らの生きがいを高め、健康づくりを進める各種活動とボランティア活動をはじめとした地域を豊かにする各種活動との均衡を図りながら、多様な社会活動を総合的に推進されています。

現状・課題

老人クラブの会員数は減少傾向にあります。老人クラブの健康づくり事業、生きがいづくり事業、世代間の交流事業、地域美化活動事業等に取り組んでいます。

方向性

高齢者の増加とともに健康づくり事業、生きがいづくり事業、世代間交流事業、地域美化活動等に活躍する老人クラブ活動は、介護予防の面からも重要な活動であるため、今後も会員相互の親睦を図りながら高齢者が生きがいをもって生き生きと活動できるよう支援していきます。また、老人クラブと協力し大幅な会員数の減少とならないよう、努めていきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|--------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| クラブ数 | 52 | 52 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| 会員数(人) | 3,288 | 3,171 | 3,041 | 3,040 | 3,020 | 3,000 |

② 友愛訪問事業

事業概要

現状・課題

方向性

全国老人クラブ連合会が掲げる活動目標の1つ「在宅高齢者やその家族を支援する友愛活動」として、友愛訪問活動に取り組んでいます。

友愛訪問活動員が、ひとり暮らしや高齢者世帯への訪問を通じて、話し相手や安否確認を行っています。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 訪問件数(件) | 7,667 | 7,575 | 7,800 | 8,000 | 8,000 | 8,000 |

(2) シルバー人材センター

事業概要

社会参加を希望する高齢者の就業能力を活かすため、就業機会の増大と福祉の増進を図ります。また、高齢者の能力を生かした活力ある地域社会づくりに寄与するとともに、会員の生きがいづくりや健康増進を目的に実施しています。

現状・課題

方向性

近年、会員数の減少が全国的に課題となっており、当センターも同様の課題を抱えています。会員数が減少することで、今まで請け負っていた業務を受けることができなくなり、その結果依頼が減少し、さらなる会員離れを引き起こすことが考えられます。

まずは全会員数の増加に注視した施策を図り、併せて高年齢女性の社会進出及び生きがいづくりの実現のため、女性が請け負いやすい業務を新規開拓し、女性会員の増加を図る施策も行っていきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 会員数(人) | 119 | 128 | 112 | 70 | 70 | 70 |
| 受注件数(件) | 629 | 553 | 645 | 640 | 640 | 640 |
| 就業実人員(人) | 109 | 118 | 102 | 60 | 60 | 60 |
| 延日人員(数) | 7,333 | 7,296 | 6,466 | 6,295 | 6,295 | 6,295 |

(3) ボランティア活動

事業概要

ボランティア連絡協議会を中心として、ボランティアセンターで行う地域福祉事業と連携して、各分野の行事に協力する等、活発に活動されています。

現状・課題

夏休み児童クラブ、こども教室、こどもまつり、ボランティア交流会、ボランティア視察研修など、各分野の様々な行事に協力支援され、その活動は多方面にわたっています。

ボランティアセンターのパンフレット作成や社会福祉協議会の地域福祉活動等はボランティアセンターを中心として実施し、ボランティアセンターの周知を進めています。

ボランティア活動においても「活動や学びの中での気づき」から、新しい事業展開が見られ、各々の活動の中で楽しみながらボランティアに取り組まれています。次の世代の担い手不足が課題となっています。

方向性

生活支援体制整備事業、ファミリー・サポート・センター事業は、町の委託によって社会福祉協議会で取り組んでいます。その体制獲得に向けて、地域福祉活動事業やボランティア連絡協議会等のボランティアの方々との連携強化を図ります。

2 高齢者の生きがいづくりと生涯学習の推進

高齢者が、これまでの人生の中で培ってきた豊かな知識・技術を活かせる居場所や出番を見出して、地域社会の担い手として活躍することは、高齢者の生きがいとなるだけでなく、地域社会が抱える課題の解決や活力ある社会の形成にもつながります。

現在、社会教育課等で行われている趣味・教養といった「自己完結型学習」も引き続き行いながら、身につけた学びを地域活動の現場で実践することにより、周囲の人を巻き込んでいくとともに地域活動の中で出てきた課題を解決するために、さらに学びを深めていくといった「学びの循環」を構築することも必要となっています。

高齢者が生きがいを感じ、自らの社会的存在意義を認識できる活力ある社会を形成していくことは重要であり、そのためにも、地域社会への参加に際して、現役時代の肩書や役職を持ち込むことによるトラブルを避けるため、地域での基本的ルールやコミュニケーションの方法を学ぶことは重要です。

また、学習の成果を活かしたい高齢者と、ボランティアや就労等で高齢者に活躍の場を設ける施設・機関等を円滑に繋げる技能を有するコーディネーター人材の育成が必要で、あわせて、高齢者自身が高齢者の学習集団のリーダーに育っていくことを支援していくことも重要となります。

(1) 生きがい就労の推進

事業概要

介護予防サポーターや御用聞きサービスなどの介護予防・生活支援サービス分野や農業分野等において、事業者と連携を図り、高齢者の短時間・頻回の生きがい就労の場を創出します。

現状・課題

生きがい就労に関する地域住民への意識啓発、生きがい就労の機会の開発、希望者と就労先のマッチングをワンストップで運営する主体の育成が課題となります。

方向性

生涯現役・生涯活躍に向けた生きがい就労の普及啓発を行うとともに、庁内各課及び町内事業者と連携した生きがい就労の機会創出を図る必要があります。

生きがい就労の普及啓発については、社会教育課等と連携を図り、庁内横断的に取り組んでいきます。

(2) 生涯学習の推進

事業概要

高齢者のみならず町民一人ひとりの生きがいづくりや自己実現の場として、社会教育課が主体となり、幅広いテーマによる生涯学習講座が町内各会場で開講されています。

現状・課題

方向性

囲碁将棋教室やパソコン教室などの講座を開催しています。高齢者のための生涯学習講座「みやき塾～よらん場・聞かん場・生涯楽習～」では、参加するとスタンプが得られるスタンプラリーが実施され、7回参加で粗品を贈呈する取り組みを行っています。

今後も、子供から高齢者まで幅広い世代を対象とした様々なテーマでの講座開講を進めます。

(3) 敬老事業

① 敬老祝金

事業概要

敬老祝金の支給基準を満たしている高齢者に対し敬老祝金を支給するとともに、長寿をお祝いします。

現状・課題

方向性

今後、高齢者の増加に伴い対象者も増えてくることが予想されますので、対象者の見直しや支給金額の見直し等を視野に入れて検討していきます。

② 地区で開催される敬老会

事業概要

多年にわたり地域社会に貢献された70歳以上の高齢者に感謝し、長寿を祝福する地区で開催される敬老会に対し、敬老会の開催に要した費用の一部を助成しています。

現状・課題

方向性

町と地区で開催されている敬老会ですが、身体的な事情等により参加が難しいといわれる方もいらっしゃいます。

町の敬老会については、開催や式典の見直しを検討していく必要があります。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 地区敬老会 開催地区数 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 |
| 地区敬老会 参加者数(人) | 7,096 | 7,181 | 6,573 | 7,000 | 7,000 | 7,000 |

基本目標2 高齢者の健康づくり、介護予防、自立支援・重度化防止の推進

1 健康づくりの推進

高齢期になっても健康でいきいきと明るく楽しい生活を送ることは、誰もが望むことです。“自分の健康は自分でつくる”という意識を持ち、自己管理を基本とした健康づくりへの支援や、ライフステージにあわせた健康づくりを積極的に推進していくことが求められています。また、健康づくりにはメタボリックシンドローム^{*}などの予防はもちろんのこと、心理面も大きく影響するため、広い視点での健康づくりを推進していくことが重要です。

今後も地域包括支援センター、健康増進課、保健課、メディカルコミュニティ推進課が連携して、健康づくりの意識を高め、健康増進、生活の質の向上を目指します。また、行政区ごとに、健康づくり地区推進員や食生活改善推進員等と、町民の協働で地域での健康づくりを推進し、健康な町づくりを推進します。

そのために、今後は高齢化や疾病構造の変化、地域住民の多様なニーズに対応した保健サービスを積極的に提供するとともに、介護予防事業と連携した総合的・効果的なサービス提供の取り組みを行います。

^{*}メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）：内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上あわせもった状態のことで、「血糖値が少し高め」「血圧が少し高め」といった、まだ病気とは診断されない予備軍でも、併発することで、動脈硬化が急速に進行しますが、食べ過ぎや運動不足など、悪い生活習慣の積み重ねが原因となって起こるため、生活習慣の改善によって、予防・改善できます。

(1) 健康診査（健診）

事業概要

健康診査は、生活習慣病予防や早期発見・早期治療のため年一回必要な診査と診査結果に基づく指導を行い、壮年期からの健康管理と高齢期の健康の保持促進を図ることを目的とし、実施しています。

現状・課題

健康診査では、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）※・後期高齢者健康診査・胃がん・子宮がん・乳がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん検診及び結核健診を実施しています。

令和元年度から集団健診での特定健診やがん検診を無料化し、訪問や電話、広報やホームページ、回覧などでの受診勧奨を行い、受診率が向上しましたが、コロナ禍により受診率が伸び悩んでいるため、今後受診勧奨等を積極的に行い、受診率向上に努めていきます。

※特定健康診査：法改正により平成 20 年度から各保険者が健康診査を実施するようになり、町は国民健康保険加入者を対象としています。

方向性

高齢者になっても健康であるためには若いときからの健康管理が重要なため、健診の必要性を広報やホームページ等で広く呼びかけていき、継続的な受診や、よりよい生活習慣を勧め自己管理の推進を図ります。未受診者には受診勧奨のため、さらに家庭訪問、受診勧奨ハガキの送付、電話勧奨等を実施し、受診に繋げていきます。

また、特定健診受診者全員を対象に健診結果の説明を実施しています。健診結果をもとに生活習慣を振り返り、生活習慣の改善に向けた対策を一緒に考え、医療機関への受診が必要な方には治療の必要性を伝える等、個々に応じた保健指導を今後も実施していきます。

| 特定健康診査 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 1,470 | 1,443 | 1,642 | 1,782 | 1,766 | 1,865 |
| 受診率(%) | 37.4 | 38.4 | 42.0 | 46.0 | 49.0 | 52.0 |

| 後期高齢者 特定健康診査 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-----------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 793 | 883 | 1,000 | 1,100 | 1,200 | 1,300 |

| 胃がん検診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 614 | 634 | 650 | 773 | 900 | 1,000 |
| 受診率(%) | 6.6 | 7.0 | 7.1 | 8.5 | 9.9 | 11.0 |

| 子宮がん検診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 1,081 | 1,154 | 1,170 | 1,221 | 1,368 | 1,435 |
| 受診率(%) | 17.0 | 18.9 | 19.2 | 20.0 | 22.4 | 23.5 |

| 乳がん検診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 773 | 715 | 752 | 949 | 959 | 1,003 |
| 受診率(%) | 13.6 | 13.2 | 13.9 | 17.5 | 17.7 | 18.5 |

| 肺がん検診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 1,900 | 1,875 | 1,920 | 2,183 | 2,410 | 2,501 |
| 受診率(%) | 20.4 | 20.6 | 21.1 | 24.0 | 26.5 | 27.5 |

| 結核健診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 1,293 | 1,275 | 1,336 | 1,505 | 1,628 | 1,693 |
| 受診率(%) | 18.1 | 17.7 | 18.5 | 20.9 | 22.6 | 23.5 |

| 大腸がん検診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 1,542 | 1,621 | 1,655 | 1,819 | 2,038 | 2,138 |
| 受診率(%) | 16.5 | 17.8 | 18.2 | 20.0 | 22.4 | 23.5 |

| 前立腺がん検診 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受診者数(人) | 602 | 665 | 688 | 784 | 852 | 887 |
| 受診率(%) | 17.6 | 19.5 | 20.2 | 23.0 | 25.0 | 26.0 |

(2) 健康相談

事業概要

心身の健康について個別の相談に応じて必要な指導を行い、家庭における健康づくりを支援しています。

相談内容は、予防を含めた生活習慣病の相談、病態別の栄養相談、こころの相談等があります。相談には保健師、管理栄養士が対応しています。

現状・課題

方向性

これまでと同様、健康相談を行うとともに、相談者及び家族が地域でよりいきいきと生活できるよう個々のニーズに対応し相談にあたります。

| 各地区 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 相談件数(件) | 1,337 | 1,317 | 1,350 | 1,400 | 1,450 | 1,500 |

(3) 特定保健指導

事業概要

メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査の結果により、喫煙等の生活習慣におけるリスクに応じて、保健指導対象者を積極的支援^{※1}レベル、動機づけ支援^{※2}レベルにグループ分けし、保健師・管理栄養士が対象者のニーズに応じた保健指導を実施しています。

※1 積極的支援：対象者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣病の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師・保健師・管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、3か月以上6か月間継続して支援します。

※2 動機づけ支援：対象者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣病の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師・保健師・管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣改善の取り組みに関する動機づけを支援します。

現状・課題

方向性

保健指導、家庭訪問などを組み合わせ、生活習慣病の重症化を予防するために、対象者が自ら生活習慣改善の実践ができるように支援していきます。

またメタボリックシンドローム該当者の減少及び虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の重症化予防を目指し、継続した保健指導を行っていきます。

| 積極的支援 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 対象者数(人) | 31 | 40 | 46 | 46 | 47 | 47 |
| 指導者数(人) | 13 | 17 | 38 | 21 | 22 | 22 |

| 動機づけ支援 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 対象者数(人) | 143 | 136 | 188 | 183 | 189 | 190 |
| 指導者数(人) | 113 | 113 | 127 | 150 | 157 | 160 |

※年度中 75 歳到達者は除く

(4) 食生活改善推進事業

事業概要

町民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性を育むために食育を推進することが求められており、身近な健康や食生活についてアドバイスができる食生活改善推進員（ヘルスマイト）を養成し、「食」を入り口として地域の人々と交流を図ることのできるコミュニティ活動を行い、町民・地域・行政が協働し、関係機関との連携を図りながら、健康な町づくりを目指しています。

現状・課題

食生活改善推進員は、「私達の健康は私達の手で」をスローガンに、「食」を通じたボランティア活動をしています。

みやき町では、令和4年度に「第3次みやき町食育推進基本計画」を策定し、その中で食生活改善推進員は、地域における食育活動に取り組み、健康づくり活動を進めています。

また、地区では健康の維持・増進及び介護予防を目的に、バランスの良い食事や減塩の普及、低栄養予防、骨粗しょう症予防等、全地区住民を対象に「食」を通じた講習会を行政と一緒に実施しています。参加者は徐々に減少しており、その理由として、地区の高齢化、また共働き世代の増加によるもの等が考えられ、バランスのとれた食生活の定着、食事からの生活習慣病予防の推進が課題となっています。

方向性

今後も継続してバランスのとれた食生活の定着、食事からの生活習慣病予防の推進のために、町民の健康づくりに意欲的に取り組んでいきます。

また「食」は、生きる上での「源」であり、「食」を入口とした仲間とのふれあいは、会員自身の健康だけでなく、社会に役立っているという充実感、生きがいになり、自分自身の介護予防に繋がります。この活動を続けていく元気高齢者を増やすためにも、「食」の部門からの働きかけを続け、町民・地域・行政が協働し、関係機関の連携を図りながら、「食」の部門から健幸長寿のまちづくりを目指しています。

| 食生活改善推進協議会 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 会員数(人) | 109 | 105 | 99 | 100 | 100 | 100 |

| 食生活改善推進協議会研修会 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 参加者数(人) | 242 | 474 | 550 | 560 | 570 | 580 |

| 食生活改善講習会 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 参加者数(人) | 98 | 280 | 320 | 350 | 400 | 450 |

2 市村清記念メディカルコミュニティセンターの認知度向上

事業概要

すべての町民が、自分の生活習慣に対する意識を高め、健康の維持・増進に取り組んでいくことができる「健幸長寿」の拠点施設を目指して、「市村清記念メディカルコミュニティセンター」が令和3年6月にオープンしました。

市村清記念メディカルコミュニティセンターは、町と民間事業者が、各々の持つ知見や経験を結集させ、公民連携による健康へのアプローチを図り、子どもから高齢者まですべての皆様の心と体の健康づくりを目的とした施設です。また、新設にあたっては、段差の解消や車いすの利用者等、安全に配慮した設計を基本としています。

市村清記念メディカルコミュニティセンターでは、福岡大学や地域の医療機関、市村清記念メディカルコミュニティセンター内のテナント事業者と連携して、みやき健幸大学を開催しています。

現状・課題

みやき健幸大学の開催を含めて、スタジオや多目的スペース、プールにおいて健康に関連した様々な教室やイベント等を開催しています。住民の健康づくりを促進するために、町民の認知度向上、更なる利用の促進を図る必要があります。

方向性

さまざまな機会を通じて、みやき健幸大学や B&G 北茂安海洋センターの広報周知を行い、市村清記念メディカルコミュニティセンターの認知度向上を図ります。

| みやき健幸大学 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 受講者数(人) | 15 | 78 | 77 | 100 | 100 | 100 |

| B&G 北茂安海洋センター | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 利用延べ人数(人) | 35,915 | 59,522 | 68,628 | 70,000 | 72,000 | 74,000 |

3 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

介護予防は高齢者が要介護状態になることをできる限り遅らせるためやその軽減、悪化の防止を目的として行うものであり、日常生活の活動を高め、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援しながら、生活の質の向上を目指すものです。

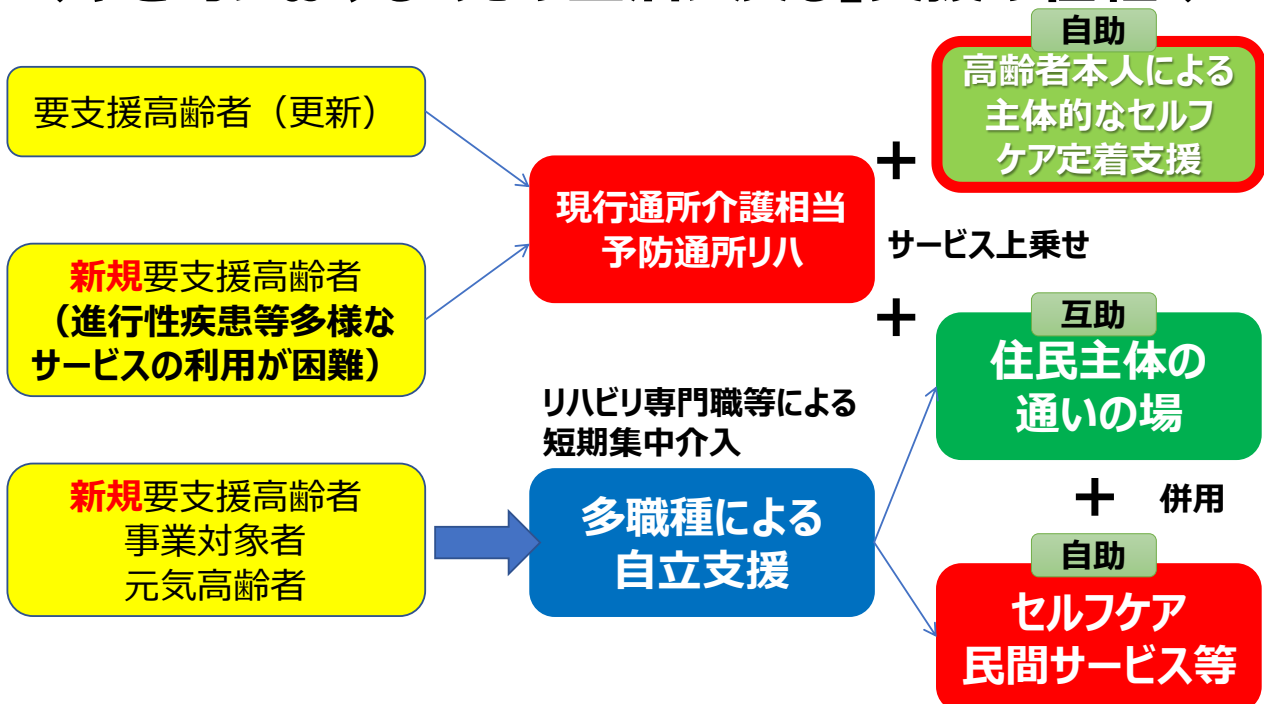
しかし、要支援高齢者等の軽度の介護を必要とする高齢者が、介護保険サービスでは要介護度の維持改善につながっていない状況もあります。また、独居高齢者の増加など複数の要因が絡むフレイル（虚弱）への対策を講じる必要も増してきています。

本町では、今後の後期高齢者の増加と生産年齢人口の減少から生じる介護サービスの需給ギャップへの対策として、「元の生活に戻る」支援の充実を図り、総合的な介護予防対策を推進していきます。

本町が推進する総合的な介護予防対策は、以下の通りです。

- 住民主体の多様な通いの場づくり
- 元気高齢者を担い手にした介護予防サービス
- 高齢者本人による主体的なセルフケアの定着支援
- リハビリ専門職等による短期集中介入を起点にした要支援高齢者等の元気を引き出す「元の生活に戻る」支援の充実

みやき町における「元の生活に戻る」支援の仕組み



(1) 介護予防ふれあいサロン事業

事業概要

高齢者の介護予防をより効果的に推進するため、地区サロン活動の支援を行います。

現状・課題

サロンは住民により自主的に運営されています。地区サロン活動の支援に関しては、町及び社会福祉協議会が協力して行っています。

お世話役の少ない地区は、同じ方がお世話をし続けることが負担になっているため、サロン運営の在り方も今後見直しが必要と考えられます。

また、新型コロナウイルス感染症拡大で実施を見合わせるサロンや参加者の減少がみられていましたが、現在は活動を再開しています。

方向性

今後ますます高齢化は進んでいることが予想され、サロンによる高齢者の見守りの強化や、買い物で自分でなかなか行けない人等困りごとへの対応、より一層の男性のサロン参加の促進など、各情報の発信及び受信の場としてサロン活動の展開を進めます。

コロナ禍において、サロン活動が地域の居場所として果たす役割が再認識されたこともあり、気軽に集える場を継続して支援していく。

また、サロンへの子どもの参加も今後継続して行い、高齢者等と子どもと一緒に楽しめるレクリエーションの開催等も行っていきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| サロン数(箇所) | 46 | 46 | 50 | 48 | 48 | 48 |
| 延実施回数(回) | 589 | 773 | 800 | 800 | 800 | 800 |
| 延参加者(人) | 6,952 | 8,787 | 9,000 | 9,200 | 9,500 | 10,000 |

(2) いきいき百歳体操

事業概要

地域の高齢者を対象に、運動機能向上、認知機能低下予防等の住民主体の介護予防事業を行います。希望者には個別に認知機能検査を実施し、物忘れ相談会や専門の機関へ繋げる取り組みを行っています。

現状・課題

町のリハビリテーション専門職が主となり、鳥栖地区地域リハビリテーション広域支援センター等から、リハビリテーション専門職の支援を受け実施しています。

実施にあたっては、高齢者の閉じこもり予防に“住民主体の通いの場”の必要性を感じている地区もあり、確実に広がりを見せ始めていますが、地区による偏りがあります。

また、サロン事業の課題と同様に住民主体の介護予防事業が立ち上がっても、担い手不足から継続的な取り組みが困難になることも考えられ、今後、住民主体の介護予防事業が普及していくためには、町民の意識啓発が必要不可欠と考えます。

新型コロナウイルス感染症拡大により、実施を見合わせる会場や参加者の減少がみられていましたが、再開に向けた活動が始まっています。

方向性

自助・互助を推進するため、住民主体による自主的な“通いの場”での介護予防活動である、体操プログラム「いきいき百歳体操」を実施し、新規要支援・要介護認定者発生の予防に努めます。

住民主体の通いの場の担い手として、参加者の経年評価及び事業の評価を通じて、住民主体の通いの場の継続に向けた動機づけを行うとともに、介護予防サポーターの養成・育成・組織化に注力することにより、住民主体の通いの場の継続性の担保を目指します。

さらに、自立支援ケア会議、介護予防ケアマネジメントを通じて、要支援高齢者が「いきいき百歳体操」に主体的に参加するように、通所型サービスと「いきいき百歳体操」の併用を推進していきます。

| いきいき百歳体操 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 開催箇所数(箇所) | 32 | 34 | 36 | 37 | 38 | 39 |
| 中原校区(箇所) | 7 | 8 | 9 | 9 | 10 | 10 |
| 北茂安校区(箇所) | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 19 |
| 三根校区(箇所) | 6 | 6 | 7 | 8 | 8 | 8 |
| 参加人数(人) | 711 | 756 | 784 | 799 | 819 | 839 |

(3) 自立支援型介護予防教室

事業概要

主に生活機能が低下している新規の要支援高齢者および事業対象者を対象に、リハビリ専門職等の保健医療分野の多職種が、協働して短期集中的に健康教育および介護予防のプログラム提供を行い、生活機能の向上を図るとともに、対象者のセルフケア能力の向上を図り、元の生活に戻るための支援に向けた方針を策定します。

新規の要支援高齢者や事業対象者を保健医療分野の多職種で介入することにより、継続的なケアマネジメントの必要性を検討することで、地域包括支援センターの業務負担軽減にもつながる取り組みです。

現状・課題

多職種で協働して、対象者の自立支援について、検討・プログラム提供・評価を行い、ケアマネジャーの介護予防ケアマネジメントにつながることができていましたが、新型コロナウイルス感染症拡大により、事業が中止になる期間が長く、計画通りの事業実施ができませんでした。

方向性

事業開始後数年が経過していることから、自立支援のために効果的な事業の展開に向けて、プログラムの見直しを含めて、対象者にあった取り組みの強化、住民主体の通いの場への継続等、事業の取り組みの改善に向けた検討を行います。

| 自立支援型 介護予防教室 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 参加人数(人) | 16 | 9 | 8 | 50 | 50 | 50 |
| 通いの場等へ つながった件数(件) | 6 | 2 | 2 | 4 | 15 | 15 |

(4) 介護予防サポーター養成・育成・組織化

事業概要

主に元気な高齢者を対象に、住民主体の通いの場の担い手として介護予防サポーターを養成します。併せて、介護予防サポーター育成の場を整備するとともに、介護予防サポーターの継続的な活動を支えるような組織化を図ります。

現状・課題

地域支え合いサポーター養成講座の中に、介護予防サポーター養成講座の講義内容を組み込んだ形式での実施となっています。地域支え合いサポーター養成講座修了後に、希望者が実技研修を受講し、介護予防サポーターに登録されていますが、近年地域支え合いサポーター養成講座受講参加者が少ない状況が続いています。

介護予防サポーターの主な活動先は、自立支援型介護予防教室や、百歳体操などで、区長や民生委員などの地区の役割をすでに担っている方のみではなく、様々な情報チャネルを活用して、幅広く介護予防サポーター養成講座の受講者を募る必要があります。

方向性

住民主体の通いの場の担い手である介護予防サポーターの育成は、自立支援型介護予防教室を含む、町民の自立支援へのあり方の検討が必要なことから、周知方法も含めた全体的な取り組みへの検討を行います。

| 介護予防サポーター養成講座 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 開催数(回数) | 11 | 12 | 12 | 3 | 3 | 3 |
| 参加人数(人) | 58 | 96 | 96 | 70 | 75 | 80 |

4 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

国民健康保険の保健事業では、特定健康診査の受診率向上と疾病の発病予防及び重症化予防に重点を置いた取り組みを行っています。

高齢者の保健事業においても、同様の取り組みを行うとともに、通いの場等に医療専門職が関与することにより、生活習慣病の重症化予防、フレイル予防等の支援を行い、必要に応じて医療への受診勧奨や、地域包括支援センターや通いの場、総合事業等の必要なサービスにつないでいくため、令和3年度より高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施しています。

庁内一体的実施連絡会議を定期的で開催し、健康問題及び進捗状況を共有し、庁内各課との連携を図りながら事業を推進していきます。

(1) 高齢者の生活習慣病等の重症化予防

事業概要

現状・課題

方向性

生活習慣病未治療者や治療中断者をはじめ、低栄養や重複頻回・多剤投薬健康状態不明者、糖尿病重症化の恐れのある高齢者など、国保データベース（KDB）システムから抽出した支援が必要な対象者に対して、医療専門職が個別支援を行うことで、心身機能低下の予防及び生活習慣病等の重症化予防等を図ります。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|--------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 個別支援実施人数(人) | 377 | 418 | 430 | 430 | 430 | 430 |
| 個別支援実施延人数(人) | 478 | 579 | 600 | 600 | 600 | 600 |
| 個別支援から医療につないだ件数(件) | 18 | 12 | 15 | 15 | 15 | 15 |

(2) 高齢者の心身機能の低下防止

事業概要

現状・課題

方向性

通いの場等に医療専門職が関与することにより、生活習慣病の重症化予防・フレイル予防等の支援を行い、医療への受診勧奨や地域包括支援センターや通いの場、総合事業等の必要なサービスへつなぎます。

町内で開催されている通いの場に医療専門職が年 2 回介入し、通いの場マップを作成して、町内医療機関へ事業説明を行うなど、地域の医療関係団体との連携を図っています。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 関与した通いの場数 (ヶ所) | 10 | 16 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| 関与した高齢者数 (人) | 81 | 232 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| 個別支援実施人数 (人) | 3 | 13 | 100 | 60 | 60 | 60 |

基本目標 3 認知症の予防と共生の推進

令和元年に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」において、認知症の人や家族の視点に立ち、引き続き「共生」を重視しつつ「予防」の取り組みを一層強化し、車の両輪として取り組む方向性が示され、令和4年に中間評価が取りまとめられました。

今後も、認知症相談窓口の認知度向上に取り組み、認知症の早期発見・早期対応に向けた取り組みの強化や、認知症サポーターの養成及び活動の活性化を図り、地域全体で認知症の人とその家族を支える体制の整備を図ります。併せて、認知症の人をはじめとする高齢者の権利擁護、虐待防止に向けた取り組みを推進します。

| | | | | | |
|-----------|---|-----------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 認知症施策推進大綱 | 予 | 出前講座 | いきいき百歳体操 (筋力運動) | ものわすれ相談会 | |
| | 防 | 認知症早期発見簡易検査 | しゃきしゃき体操 (二重負荷) | | |
| | 共 | 認知症サポーター養成講座 | 認知症サポーター養成講座 ステップアップ講座 | 認知症高齢者 声かけ訓練 | チームオレンジみやき |
| | 生 | 認知症キッズサポーター養成講座 | 認知症地域支援推進員との 連携・協働 | 認知症ケアパス | |
| | | 認知症サポーター連携会議 | どこシル伝言板 | 認知症初期集中支援チーム | |
| | | 認知症カフェ | 見守り連携協定 | | |

【本町が目指すもの】

- ① 認知症の人と家族を支え、見守る地域の意識を高め、認知症の理解の促進。
- ② 高齢者を隣近所、地域ぐるみ、多職種連携により可能な限り声かけ、見守り、保護していくしくみの充実。
- ③ 認知症になっても、できるだけ住み慣れた地域のよい環境で、安心して自分らしく生きられる町。

1 認知症の理解と普及啓発、本人支援の推進

高齢化に伴い、今後増加する認知症高齢者に適切に対応するため、認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境づくりが重要です。また、認知機能の低下が始まる前から認知症の正しい理解を図るとともに、認知症相談窓口の認知度の向上を図ります。認知症の状態に応じた適切なサービス提供とともに、認知症や家族に対する相談、支援体制の充実及び強化を図ります。

(1) 知識の普及と理解の促進

誰もが認知症という病気になる可能性があり、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があります。認知症は皆にとって身近な病気です。町全体で認知症の人を支えていくために、広く町民に認知症に対する理解を深める取り組みを進めます。

① 認知症サポーターの養成

事業概要

関係機関と連携し子どもから大人まで認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職域において認知症の人や家族を支援する認知症サポーター等を養成することにより、認知症の人や家族が安心して暮らし続けることのできる地域づくりを推進します。

現状・課題

認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、地域で活動をされています。

認知症キッズサポーター養成講座は、小学校4年生で1回目を受講し、中学校2年生でステップアップをするカリキュラムで行っています。

また、町職員の認知症サポーター養成に継続的に取り組み、町職員の認知症への正しい理解を深めています。

今後もより一層の理解者を増やすため、子どもから大人まで養成の拡充を推進していく必要があります。

方向性

今後もキャラバンメイトの協力のもと、子どもを含めた各年齢層に応じた認知症サポーター養成を積極的に行い、地域での見守り体制を充実していきます。

また、一般の認知症サポーターの拡充を目指し、今後は対象を広げ、町商工会の方々や高校生を対象にした認知症サポーター養成講座の開催を検討していきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 認知症サポーター養成者数(人) | 50 | 83 | 100 | 150 | 200 | 250 |
| ステップアップ講座受講者数(人) | 21 | 18 | 50 | 60 | 70 | 80 |
| キッズサポーター養成者数(人) | 417 | 425 | 415 | 420 | 420 | 420 |
| 認知症キャラバンメイト登録者累計数(人) | 42 | 45 | 45 | 50 | 55 | 60 |

② 認知症や軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発

事業概要

認知症の現状や発症予防、MCIに関する知識の普及啓発を進め、本人や家族が相談でき、必要に応じて適切な医療につなぐことが出来るよう支援します。

現状・課題

本町では、住民の介護・介助が必要になった原因の有病状況を見ると、認知症が占める割合が、国・県・同規模自治体に比べ高い状況です。また、高齢化も全国に比べ進んでおり、認知症の予防及び早期診断・早期対応につなげていくことがさらに重要になってきています。

方向性

今後も継続して認知症疾患医療センター等の関係機関と十分な連携を図るとともに、住民に対して認知症やMCIについての普及啓発を図りながらスクリーニングを行い、認知症及びMCI予防につながる体操などの活動ができるように働きかけ、必要時はかかりつけ医とも連携しながら適切な医療機関へつないでいきます。

(2) 相談・支援体制の充実

事業概要

認知症は、早期に適切な治療を行えば、認知機能の低下を遅らせることができるため、認知症の早期発見・早期対応が重要です。そのため、認知症に関して、身近な地域で気軽に相談できる窓口を充実し、早期の相談対応、医療や介護に関する情報提供及び関係機関との連携を図っています。

認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。

現状・課題

日々の相談対応や専門医による「ものわすれ相談会」を開催しており、認知症の疑いがある方に対してより具体的な指導や対応、適切な病院受診へ繋げることができています。

方向性

今後も認知症に関して、身近な地域で気軽に相談できる窓口を充実し、早期に相談、医療や介護に関する情報提供及び関係機関と連携を図っていきます。

認知症の抑制因子として、運動、食事、社会参加、認知症予防訓練等の取り組みを推進し、認知症予防のため地域でのサロンや出前講座等、場の創設や啓発活動を図ります。

一方、徘徊の見られる認知症の高齢者を介護されている家族の負担軽減と本人の保護のため、高齢者等見守り事業「どこシル伝言板」を活用して、QRコードで個人情報を開示することなく、発見から保護、ご家族のもとへの帰宅までの工程を早期解決へ導く取り組みとして推進していきます。

さらに、認知症もしくは、認知機能の衰えのある高齢者に対しては、早期から適切な治療やケアをすることで生活機能を維持することが可能であるため、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員と連携しながら、認知症の早期発見・早期対応の取り組みを推進します。

① ものわすれ相談会

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 開催数(Dr. 有) | 3 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 利用者数(人) | 5 | 6 | 10 | 10 | 11 | 12 |

② どこシル伝言板

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 利用者数(人) | 1 | 6 | 8 | 10 | 15 | 20 |

(3) 認知症の人本人からの発信支援の推進

事業概要

現状・課題

方向性

令和元年度に示された認知症施策推進大綱の中で、認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、地域で暮らす本人とともに普及啓発に取り組むこととされています。これは、認知症の人本人が、認知症のこと、地域や生活のこと、家族のことなどを語る機会を増やすことで、認知症の理解を深めることにつながります。

本計画においては、認知症の人本人が、自分らしく暮らし続けることができるよう、本人の体験や思いを発信する機会を作ることを検討します。

2 認知症予防の推進

(1) 認知症の予防についての理解の促進

事業概要

現状・課題

方向性

令和元年度に示された認知症施策推進大綱では、「認知症はだれ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る。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社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく」とされています。

また認知症の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行をゆるやかにする」とされています。

本計画では、一般介護予防事業などの機会を通じて、町民全体の認知症の予防についての理解促進を図ります。

(2) 認知症予防教室の展開と早期発見・早期対応の充実

事業概要

現状・課題

方向性

一般介護予防事業やサロンなどの通いの場において、運動不足改善や認知症予防学習プログラムなどを取り入れ、予防対策を図るとともに、社会参加による社会的孤立の解消や役割保持ができる体制を整えていきます。

(3) 認知機能簡易スクリーニングの実施

身体機能測定と合わせて認知機能の簡易スクリーニングを行う地区巡回介護予防健診や地区の集まり・町のイベントでの認知症早期発見簡易検査を実施し、認知症予防に関する普及啓発を行うとともに、把握されたMCI高齢者を介護予防事業につなぐなど認知症への移行を予防する取り組みを実施します。

また、認知機能簡易スクリーニング後に、リスクのある高齢者をものわすれ相談会につなぐなど、施策の連動を図ります。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 認知機能簡易スクリーニング実施回数(回) | 2 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 |

3 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

(1) 認知症地域支援推進員の活動活性化

事業概要

認知症の人が安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関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等を行う認知症地域支援推進員を配置しています。

現状・課題

方向性

現在、地域包括支援センターに認知症地域支援推進員が1名配置されています。

認知症地域支援推進員が認知症施策に関する企画・運営・評価の中心的な役割を担っていきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 認知症地域支援推進員による相談対応件数(件) | 360 | 410 | 360 | 380 | 400 | 420 |

4 若年性認知症の人への支援、社会参加支援の推進

(1) 若年性認知症の人への支援

事業概要

現状・課題

方向性

若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布する他、若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援していますが、若年性認知症に対応できる事業所が少ないため、居場所の確保が課題となっています。

若年性認知症の人でも社会参加できるよう、受け入れを協力してくださる事業所を募り、居場所づくりの推進を図っていきます。

(2) 認知症カフェの設置と認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

事業概要

認知症カフェは、認知症の人本人、ご家族、地域の方が気軽に集まり、お茶を飲みながら日頃の思いや体験談などを自由に語り、交流できる場です。

認知症になると、本人の気力の低下、徘徊や事故等への不安から、閉じこもりがちになるケースが多く、社会との接点を失うことで、症状の進行が加速してしまう恐れもあります。介護する側にとっても、常に閉鎖された家庭の中で、介護を続けることは大きなストレスです。

このような状況を回避し、当事者だけでなく、介護家族、専門職、地域の人々が集まり、同じ状況の仲間が皆で認知症に向き合う場として役割を果たしています。

現状・課題

方向性

令和 4 年度に「オレンジみやき」を立ち上げ、オレンジみやきのメンバーを中心に認知症カフェを運営しています。町主体の認知症カフェだけではなく、町内事業所の特色をいかしたカフェや、気軽に誰もが集えるカフェを各地区で実施し、認知症本人や家族の支援を行っています。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 認知症カフェ設置数(累積) | 2 | 3 | 3 | 6 | 7 | 8 |
| チームオレンジ設置数 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |



基本目標 4 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる生活環境づくりの推進

高齢者ができるだけ自立し、安心して日常生活を送ることができるよう高齢者やその家族にサービスを提供し、高齢者の福祉の増進を図り、生活しやすい環境づくりを推進します。特に、ひとり暮らし高齢者が安心して日常生活を送ることができるよう自助・互助・共助・公助のバランスの取れた取り組みを推進します。

1 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの縦割りや、支え手と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、それぞれ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と地域を、ともに創っていく社会のことです。

高齢者のみならず、障がいのある人や子どもなど生活上の困難を抱える人が、地域において自立した生活を送ることができるよう、福祉サービスの提供や事業者による「共生型サービス」への展開のほか、地域包括支援センターの機能拡大など、地域共生社会の実現に向けた重層的な支援体制の整備を進めていきます。

(1) 住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり

事業概要

現状・課題

方向性

住民に身近な圏域において、他人事を「我が事」に変えていくような働きかけを行い、地域福祉を推進するために必要な環境の整備を図ります。

さらに地域住民ボランティア、社会福祉協議会、地域包括支援センター、障がいのある人に対する相談支援事業所、地域子育て支援拠点、社会福祉法人、NPO法人等と地域の課題を包括的に受け止める場を生活支援体制整備事業第2層協議体と連動して創出し、町民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを推進します。

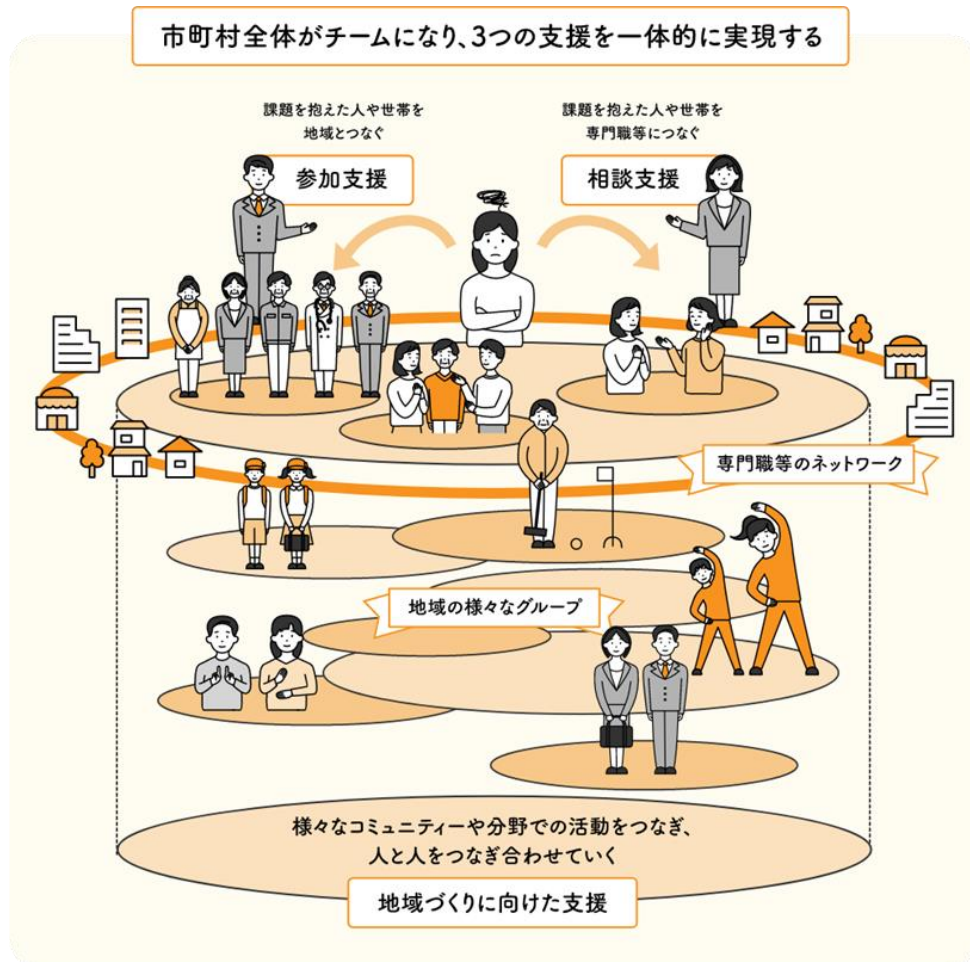
(2) 断らない相談支援、参加支援、地域づくり支援の取り組み

事業概要

現状・課題

方向性

複合化・複雑化した課題に的確に対応するために、本町では庁内横断的な連携により、多様な課題を抱えた高齢者に対して断らない相談支援体制と参加支援、地域づくり支援に取り組んできましたが、国が進める重層的支援体制整備事業への移行を含めて、取り組みの強化について検討していきます。



(3) 共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

事業概要

現状・課題

方向性

平成30年度より、介護保険サービスと障害福祉サービスを一体的に実施する共生型サービスが新たに創設されました。町内で共生型サービスに取り組む事業者はありませんが、地域共生社会の実現に資する共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進を図ります。

2 高齢者の権利擁護と虐待防止、成年後見制度の推進

高齢者の生命や権利利益を守り、尊厳ある暮らしの実現のために、成年後見制度の利用促進、消費者被害の防止などの支援を行います。

また、地域包括支援センターを核とする総合的なネットワークを構築し、高齢者虐待防止、発生予防、早期発見、早期対応体制の充実を図ります。

(1) 権利擁護のための生活支援の取り組み

判断能力が不十分な高齢者に対する権利侵害は社会問題として大きく取り上げられるようになってきており、未然に防ぐためには、地域で必要な援助が受けられる体制づくりが求められています。

① 相談窓口機能の充実 及び講座の開催

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 相談件数(件) | 275 | 187 | 139 | 150 | 150 | 150 |

(相談件数<権利擁護に関する相談述べ件数>：高齢者虐待、消費者被害、成年後見制度に関すること、その他権利擁護に関する相談)

判断の能力が不十分な高齢者に対する支援の充実

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 開催件数(件) | 20 | 19 | 24 | 25 | 25 | 25 |

(開催件数：認知症及び権利擁護に関する研修会や出前講座の開催件数)

現状・課題

高齢者やその家族等については、長期に及ぶ継続的な関わりが必要なケース、他機関と連携しながらチームで介入しなければならないような多くの課題を抱えたケースが増えています。

② 福祉サービス利用援助事業(あんしんサポート)

事業概要

在宅で生活されている認知症や知的障害、精神障害のある方々の福祉サービスの利用援助や日常的金銭管理等の支援を社会福祉協議会が行っています。

現状・課題

方向性

相談件数、利用契約者数ともに増加傾向にあります。また、成年後見制度利用に関する支援の整備を図り、令和4年度より法人による成年後見制度の取り組みも実施しています。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 契約件数(件) | 4 | 4 | 6 | 6 | 7 | 8 |

(2) 虐待防止の取り組み

高齢者に対する虐待は、高齢者の増加とともに社会問題として広く取り上げられています。また、新型コロナウイルス感染症拡大により虐待が疑われるケースの増加が社会問題化しています。高齢者虐待の原因として、様々な問題が背景にあり、相談・通報機関の一層の充実が必要になっています。

地域包括支援センターを高齢者虐待の通報・相談等の窓口と位置付け高齢者虐待対応に必要な専門性の一層の向上を図るとともに、地域包括支援センターや警察、民生委員などとの連携を強化し、関係機関とのネットワークの構築を図ることで、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備し、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。

① 相談窓口機能の充実

事業概要

現状・課題

方向性

地域包括支援センターでは、高齢者虐待の相談を受け支援するとともに、関係機関との連携調整を行い、高齢者虐待の早期発見・早期対応に努めます。また虐待を未然に防ぐための地域住民への啓発、連携及び協力体制の整備に努めます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 相談件数(件) | 69 | 66 | 63 | 70 | 75 | 80 |

② 高齢者虐待の防止・早期発見・早期対応

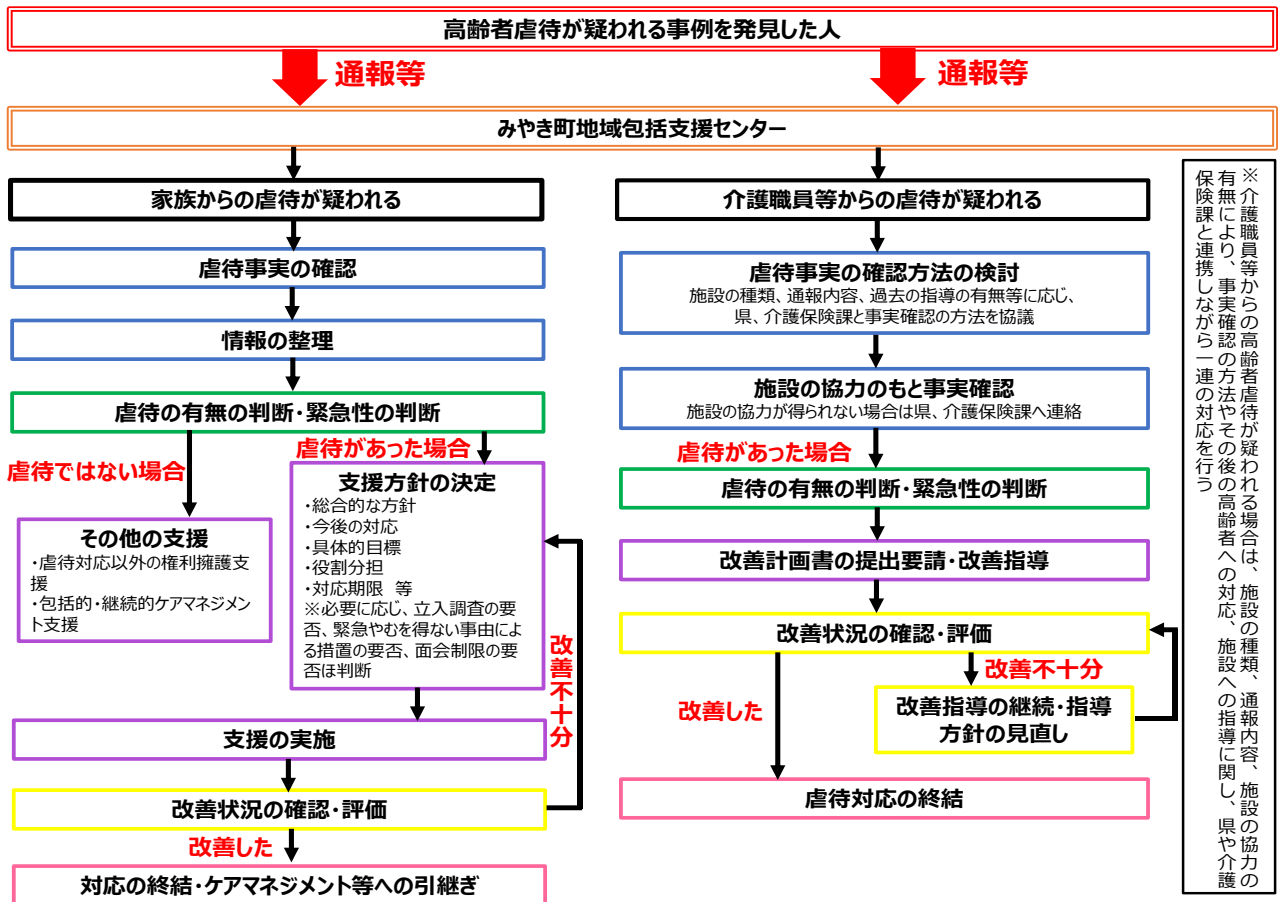
事業概要

高齢者虐待防止、早期発見、早期対応のため地域住民や関係者に向け啓発を行います。

また、高齢者施設における介護職員等からの虐待に関する通報も増えており、虐待防止への意識が高まっていると考えられます。

今後も、介護従事者等に対する研修会や出前講座等による高齢者虐待防止、不適切ケア防止の啓発を行います。虐待の通報を受けた際には、虐待対応フロー図に沿った対応を行っています。

< 高齢者虐待通報受理時のフロー図 >



現状・課題

方向性

虐待予防、虐待の早期発見、早期対応のための関係者とのネットワークを強化するとともに、法律や福祉の専門家から専門的助言を受けられる体制を取っていきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 開催件数(件) | 8 | 9 | 7 | 7 | 7 | 7 |

(開催件数：高齢者虐待に関する研修会や出前講座の開催件数)

③ 困難事例への対応

事業概要

現状・課題

方向性

総合相談窓口として、高齢者の介護に関するだけでなく、介護に伴う経済的問題、家族の人間関係、医療や障害に関する問題、地域とのトラブル等、複雑な問題を抱えた相談を受けることが増えています。関係機関、地域の支援者、各種専門職との連携により対応しています。

困難事例を把握した場合は、関係各課・関係機関と連携しながら対応を行います。

(3) 成年後見制度の利用促進

事業概要

町民や関係団体等へ成年後見制度、その他権利擁護支援制度の啓発を行い、制度利用が必要な方への助言・支援などを行っています。

親族による申し立てが困難なケースについては、町長による成年後見申し立てを行っています。

現状・課題

方向性

今後、認知症高齢者の増加が見込まれ、必要性も高まっていくことが考えられます。成年後見制度の周知・促進を行い、関係各課・関係機関と連携し、相談や利用に係る中核機関の設置に向けた検討を進めます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 相談件数(件) | 200 | 108 | 72 | 80 | 80 | 80 |

(4) 高齢者の消費者被害防止の推進

不当・架空請求、訪問販売、催眠商法等、悪質業者が高齢者をターゲットにした消費者被害が増えています。さらに本人の被害者意識が希薄なことも多く、被害が重複拡大している事例も見受けられます。

出前講座

事業概要

現状・課題

方向性

出前講座にて、佐賀県消費生活相談員を講師に招き、振り込め詐欺予防のための啓発活動を行い、被害防止に努めています。

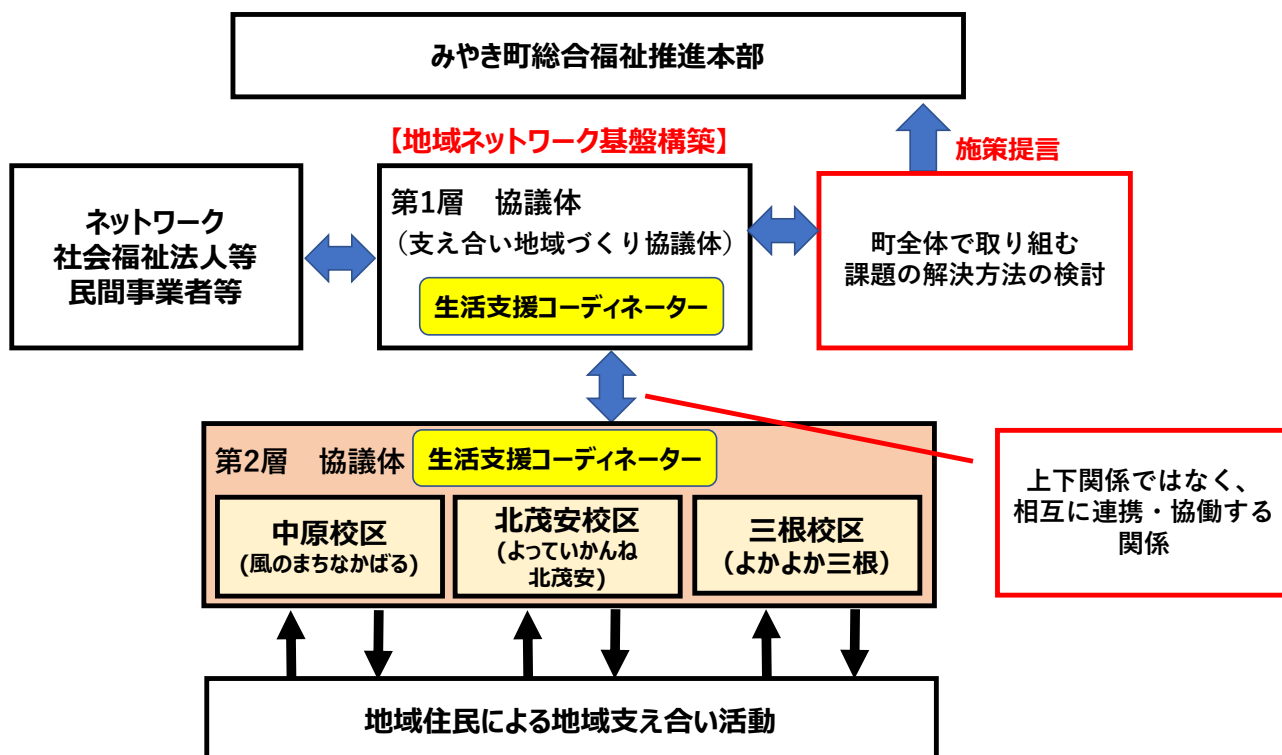
| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 講座開催数(回) | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |

3 生活支援体制整備の推進

多様な日常生活上の支援体制の充実・強化や高齢者の社会参加を推進するため、「生活支援コーディネーター」と「協議体」を設置しています。

生活支援コーディネーターが協議体のネットワークを生かしながら、地域の互助を高め、地域資源の開発や住民主体のサービス活性化に取り組み、行政や民間企業等さまざまな関係者と連携しながら、地域全体で高齢者の生活を支える体制の構築を進めます。

みやき町生活支援体制整備事業



(1) 生活支援体制整備事業における協議体

① 第1層協議体における自助・互助ネットワーク基盤の構築

事業概要

現状・課題

方向性

第1層協議体は、町全体を1単位とした協議体です。多様な地域の団体が参画して定期的な情報の共有・連携強化を推進する場、また、第2層協議体からの挙がった地域課題について、話し合う場として、会議を開催しています。

生活支援コーディネーターが中心となって、買物支援や通いの場など地域課題の解決に資する各団体、民間事業者とのネットワーク基盤構築にも取り組んでいます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 話し合いの場 開催回数(回) | 7 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 |

② 第2層協議体における話し合いを重ねた自助・互助の仕組みづくり

事業概要

現状・課題

方向性

第2層協議体は、中学校区ごと〔中原校区「風のまちなかばる」、北茂安校区「よっていかんね北茂安」、三根校区「よかよか三根」〕に設置しています。住民による話し合いを重ねて、身近な地域での助け合いによる生活支援の仕組みづくりに取り組んでいます。

また、令和4年度より、第2層協議体での話し合いから立ち上げた地域での助け合いによる買物支援活動・通いの場の運営等に取り組んでいます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 話し合いの場開催地域(地域) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 話し合いの場開催回数(回) | 18 | 26 | 33 | 36 | 36 | 36 |
| 協議体構成員数(人) | 59 | 52 | 71 | 75 | 75 | 75 |

(2) 地域支え合いサポーターの養成

事業概要

現状・課題

方向性

高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるためにも、日常生活の中で支え合い、助け合うことがこれからも必要とされています。そのため、平成29年度より、地域でのちょっとした困りごとを助け合う際に役立つ知識を学ぶ講座を開催して、修了された方を「地域支え合いサポーター」と呼んでいます。

幅広い年代の方に支え合いの担い手となってもらえるよう、養成に努めます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 地域支え合いサポーター養成講座受講者数(人) | 7 | 6 | 15 | 15 | 18 | 20 |

4 在宅福祉サービスの充実

(1) 愛の一声運動推進事業

事業概要

ひとり暮らしの高齢者の安否確認をすると共に、生活状況の把握、日常生活の安全の確保、孤独感の解消を図るために、一人ひとりに対し訪問員を登録し、高齢者宅を訪問します。

現状・課題

見守りが必要とされるひとり暮らし高齢者等に対し訪問員を配置し、当該高齢者の生活状況を把握し、孤独感を慰め、日常生活の安全を確保することを目的に実施しています。

ひとり暮らしの高齢者は増加傾向にあり、地域のボランティアの訪問員数も年々増加しています。高齢者本人と顔見知りの隣近所の方が訪問員になることが多く、その生活行動等を把握されており、住民による地域の高齢者の見守りの意識づけにもなっています。

方向性

民生委員や老人クラブによるひとり暮らしの高齢者への訪問事業や、緊急通報システムの有効利用等もあり、ひとり暮らし等高齢者の安全で安定した生活を支援する活動のひとつとして、今後も継続していきます。

また、今後ますますひとり暮らし・高齢者のみの世帯が増え、見守りの必要がある方が増えることが予想されるため、この事業を継続するとともに他の事業との連携をなお一層深めていきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 対象者数(人) | 339 | 322 | 322 | 325 | 325 | 325 |
| 訪問員数(人) | 293 | 281 | 279 | 280 | 280 | 280 |

(2) 家族介護者交流事業

事業概要

高齢者等を介護している家族に対して、介護者交流会、施設見学などにより、心身のリフレッシュを図り在宅介護の継続を支援しています。

現状・課題

高齢者を介護している家族に対して、日常の介護による疲れやストレスから一時的に開放され、介護者相互の交流を図れるよう、他県や他市町村の家族会と意見交換及び参加者同士の交流会を行っていますが、交流事業への参加者は固定化してきている現状です。

方向性

事業の企画内容によって参加者の増減はあるものの、高齢者等を介護している家族の利用ニーズはあるため継続していく予定です。

今後は高齢者等を介護している家族の精神的負担を軽減し、介護者の心身の回復を目指すため、交流事業参加者を対象とした介護者家族の会の立ち上げを図り、自主的及び定期的に交流の場がもてるよう検討します。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 利用者数(人) | 18 | 7 | 30 | 30 | 30 | 30 |

(3) 緊急通報システム事業

事業概要

ひとり暮らしの高齢者及びそれに準ずる世帯に属する高齢者の安否確認のため、緊急通報システム機器を貸与し、安全で安心して暮らせる環境づくりを提供します。

現状・課題

65歳以上の高齢者のみの世帯等で、身体上慢性的な疾患のため、常時注意を要する方等に対し、緊急通報装置、携帯用ペンダント送信機器等の配置及び貸与を行っています。

また、友愛訪問・愛の一声運動推進事業、安心ほっとカード等他の見守り体制と調整しながら安心して暮らせる体制づくりを推進しています。

システムは、民間警備会社に委託しており、全て電話回線を介して24時間体制で対応しています。異常発生時には、緊急出動の要請や関係機関への通報体制も整っていますが、固定電話しか利用が出来ないところが課題となっています。

方向性

今後もひとり暮らしの高齢者の増加、在宅療養者の増加が予想されることから申請も増えると予想されます。友愛訪問・愛の一声運動推進事業、安心ほっとカード等他の見守り体制と調整しながら安心して暮らせる体制づくりをさらに推進していきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 利用者数(人) | 91 | 94 | 80 | 83 | 85 | 85 |

(4) 高齢者介護用品（紙おむつ）支給事業

事業概要

在宅で生活している常時失禁状態にある高齢者のうち、町県民税所得割合が非課税世帯に属しているものに対して、介護用品（紙おむつ等）を支給することで在宅生活の支援と経済的負担の軽減を図っています。

現状・課題

方向性

介護用品（紙おむつ等）を支給し、対象者が利用することで在宅生活を支援しています。

(5) 食の自立支援事業

事業概要

65歳以上のひとり暮らしの高齢者または高齢者のみの世帯等で、心身の障がい等のため調理が困難な方に対し、栄養バランスのとれた食事の配達を行います。

現状・課題

ひとり暮らしの高齢者または高齢者のみの世帯で、心身の障がいや疾病などにより、調理が困難となり、食事の改善が必要な方に対して、「食」の提供を行っています。利用回数は、身体状況等に応じ決定します。

方向性

ひとり暮らしの高齢者または高齢者のみの世帯の方が在宅生活の継続する観点から、利用者に対して介護サービスとの調整や生活状況に合わせた適正化を図りながら、栄養バランスのとれた食事の提供及び配達時の安否確認等の継続を検討していきます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 延配食数(食) | 29,384 | 30,593 | 30,189 | 30,200 | 30,200 | 30,200 |
| 延利用人数(人) | 1,273 | 1,351 | 1,325 | 1,330 | 1,330 | 1,330 |

(6) シルバーカー購入助成事業

事業概要

自立歩行可能な高齢者が、シルバーカーを活用し外出することにより引きこもり予防や介護状態への予防を図っています。

現状・課題

方向性

高齢者がシルバーカーを購入に要した費用の1/2に相当する金額(ただし、7,000円を限度する。)を助成しています。

外出する高齢者が増えるように、地域包括支援センターの相談窓口や広報誌に掲載して周知を進めます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 台数(台) | 25 | 30 | 28 | 30 | 30 | 30 |

(7) はり・きゅう・あんまの施術料助成事業

事業概要

町長の指定を受けた施術者を利用した際に、あん摩、マッサージ、指圧、きゅう等の施術料の一部を助成する券を発行する事業です。

現状・課題

65歳に達する月から1ヶ月に2枚を限度とし、助成します。

方向性

はり・きゅうが持つ免疫の活性化・血行改善、恒常性機能亢進などの作用から病気の予防や健康を維持する効果があるといわれており、介護予防の1つとして期待されます。

地域包括支援センターの相談窓口や広報誌に掲載して周知を進めます。

| | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 枚数(枚) | 1,737 | 2,433 | 2,381 | 2,400 | 2,400 | 2,400 |

(8) 養護老人ホーム入所措置事業

事業概要

養護老人ホームとは、65歳以上で環境上の理由及び経済的な理由等により、居宅での生活が困難な高齢者を入所させ、社会復帰の促進や自立した日常生活を送ることができるよう指導・訓練を行うことを目的とする施設です。

現状・課題

現在、町内には養護老人ホームが1か所（南花園）が設置されています。

入所者のほとんどが町内の入所ですが、県内の他市町村や県外からも入所しています。

方向性

入所者本人が養護老人ホームでの生活を送ることが困難となり、状態にあった施設への入所が望ましい場合は、関係機関との連携を図っていきます。

| 南花園の 入所者の状況 | | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|----------------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 総数(人) | | 65 | 63 | 49 | 51 | 53 | 55 |
| 措置市町村 | 町内(人) | 43 | 41 | 33 | 35 | 36 | 38 |
| | 県内(人) | 22 | 19 | 14 | 14 | 15 | 15 |
| | 県外(人) | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |

5 生活環境の整備

(1) 高齢者の移動手段の確保

① コミュニティバスの運行

事業概要

現在、どこまで乗っても中学生以上 100 円、小学生は 50 円、障がいのある人、未就学児は無料の運賃でコミュニティバスを運行しています。中央線 1 線、枝線 4 線によって、JR 中原駅への接続をはじめ、町内各地の医療機関や商業施設などを結んでいます。

現状・課題

新型コロナウイルス感染拡大により、利用者が減少しています。

今後は、買い物難民の対策も見据えた路線バスを有効利用できるよう関係機関に要請しつつ、さらなる調査・研究が求められています。また、民間業者の協力により福祉タクシーの利用促進に努めます。

また、運転免許証返納者支援申請をすると申請年度を含む 3 ケ年度コミュニティバスを無料で利用できる取り組みを行っています。

方向性

今後の後期高齢者の急増を受けて、高齢者の移動手段の確保は、町の課題として考えられます。運転免許証返納者支援の取り組みをきっかけに、コミュニティバスの更なる利用者数の増加を目指し利用の周知を行っていきます。

また、課題解決方策について、地域包括支援ネットワーク全体会議等を通じて新たな移動手段も検討していきます。

| コミュニティバスの活用 | 実績値(令和5年度は見込値) | | | 計画値 | | |
|-------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
| 延利用者数(人) | 13,224 | 12,480 | 12,655 | 12,655 | 12,655 | 12,655 |
| 運転免許証返納者支援登録者数(人) | 25 | 42 | 34 | 33 | 33 | 33 |

② 買物支援（移動販売）事業の検討

事業概要

現状・課題

方向性

令和 4 年 7 月から買物支援（移動販売）の実証事業を実施しています。実証を通して得られた情報を参考に、今後について検討を行います。

(2) 住まいのバリアフリー化

事業概要

現状・課題

方向性

今後、団塊の世代が高齢化し、高齢者世帯が大幅に増加する中で、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる住まいと、生活に必要なサービスを確保することが重要です。

また、介護予防・重度化防止及び住宅内で起きる事故防止の観点からも、住まいのバリアフリー化の理解を深めるための啓発・広報に取り組んでいます。

「みやき町公営住宅等長寿命化計画」に基づいた居宅関係施設の整備等を推進します。

(3) うるおいと安らぎのある場の確保

事業概要

現状・課題

方向性

ふれあい広場に子どもの大型遊具を設置し、新たに町民の憩いの場を創設しています。休耕田を利用した花ショウブやホタル公園等豊かな自然が多く、今後も水と緑のまちづくりのため自然環境の保全を推進していくことで、多世代交流の場のうるおいと安らぎのある場の確保につとめます。

(4) 災害対策の推進

事業概要

現状・課題

方向性

みやき町では、「みやき町避難行動要支援者避難支援プラン」を作成しています。このプランは、大雨や地震などの災害が発生したときに、自力では避難が困難な避難行動要支援者に対し、地域住民（避難支援者）が、避難支援等を行うことができるよう、必要な手法や体制づくりなどを定めることを目的としています。

このプランでは、介護保険における要介護・要支援認定者や障がいのある人、妊産婦・乳幼児などを対象に、町が把握している情報から災害時要援護者リストを作成し、個別計画への登録を推進しています。

避難支援体制としては、福祉担当部局と総務・防災担当部局で構成する災害時要援護者支援班を設置し、民生・児童委員、区、自主防災組織、社会福祉協議会などの関係者の参加を得ながら進めています。

しかし、個人情報の側面から潜在的な要支援者の把握が困難な状況や災害発生時に対象者を誘導する避難支援者が不足している現状があります。

今後は、個人情報保護の観点から必要な情報を共有するための運用方法などについて検討を行うとともに、自治会などと連携し、本制度の重要性の周知徹底を図り、個人の避難支援者にとどまらず、自主防災組織などの団体での登録を推奨していきます。

同時に、関係課にて支援が必要と思われる方に対して本制度の周知徹底を行い、個別計画の作成につながるよう庁内全体で取り組んでいきます。

また、高齢者人口の増加に伴い、災害時における収容可能人数を増やしていく必要があるため、特別養護老人ホームなどの介護施設や障がいのある人の施設などに対しても新たな指定避難所の確保を目指します。

加えて、備蓄品の計画的購入を行い、災害発生時における円滑な支援体制が構築できるよう平常時から関係機関・団体、地域住民などとの連携に努めます。

(5) 感染症対策の推進

事業概要

現状・課題

方向性

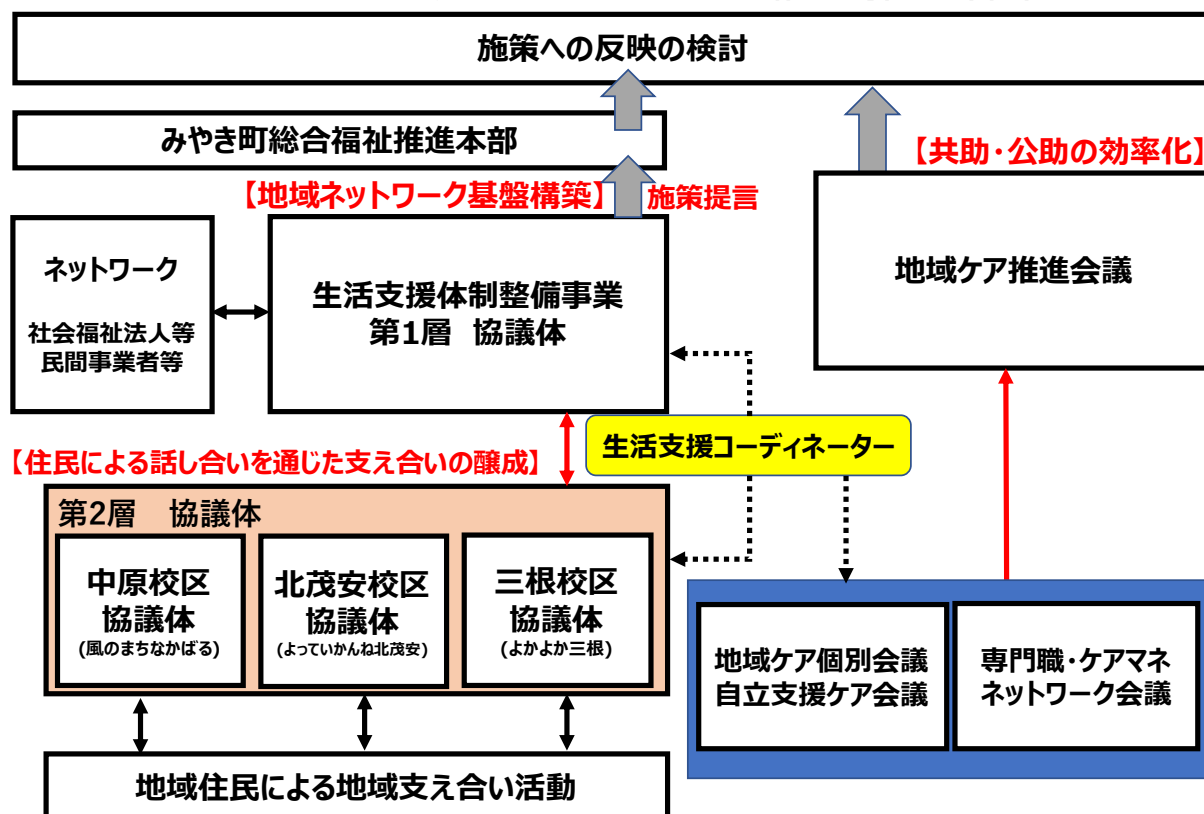
本町では、国・県・周辺市町と協力して感染症対策に向けての取り組みを行っています。高齢者は重度化・合併症が起こりやすいことから、事業所・医療関係との情報共有を図ります。

今後も介護事業所等が感染症発生時においてサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に関する情報提供を行います。

基本目標 5 地域包括ケアシステム推進体制の強化

高齢者の多くは、要介護状態になっても自分で住み慣れた地域で安心して生活を続けたいと思っています。できるだけ生活の場を変えることなく住み慣れた場所で必要なサービスを受けることができるよう関係機関が連携し、一体的なサービスが提供できるように「地域包括ケアシステム」の発展・深化を目指します。

みやき町地域包括ケアシステム構築推進体制



地域包括ケアシステムの深化を図るうえで、自助・互助・共助・公助の役割分担が重要になってきます。

そこで、生活支援体制整備事業を通じて町内に生活支援コーディネーター、町全体を1単位とした第1層協議体ならびに、中学校区を単位とした第2層協議体を設置し、地域包括ケアシステム構築を支える自助・互助の醸成を図ります。

1 本人の意思決定支援を中心とした在宅医療・介護連携の推進

事業概要

現状・課題

方向性

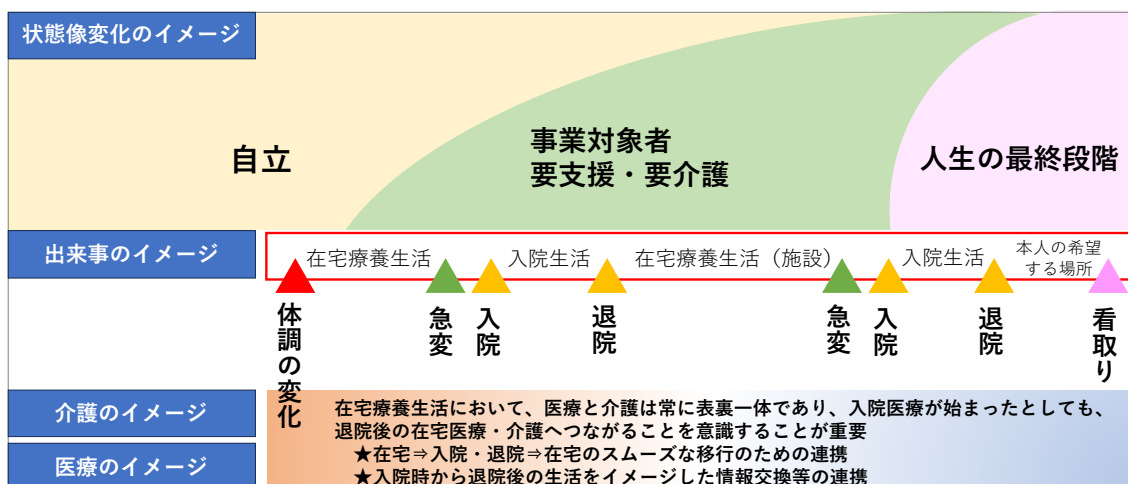
高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもあります。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定されます。ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるように支援していく必要があります。

在宅医療・介護連携の推進にあたっては、鳥栖三養基版退院調整ルールの運用など、鳥栖地区広域市町村圏組合在宅医療・介護連携推進協議会と一体となって取り組んでいます。

在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取り組みができるよう、高齢者のライフサイクルを意識した上で、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）それぞれに即したPDCAサイクルを構築し、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取り組みを行います。

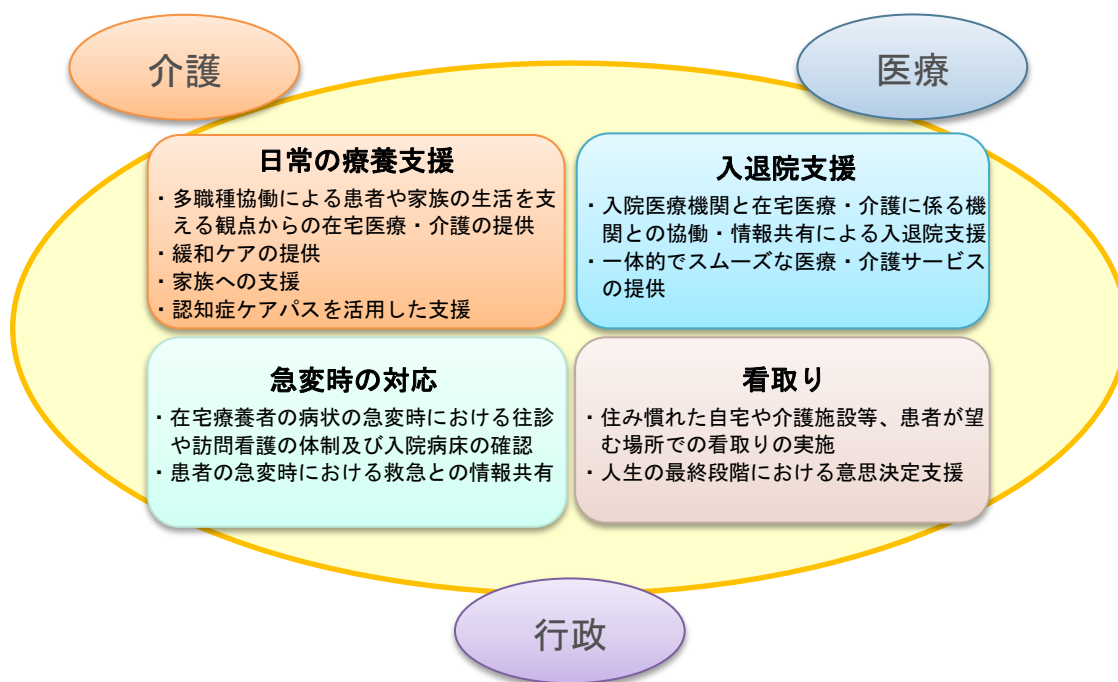
また元気なうちから、人生の最期について家族と話し合ったことがある高齢者を増やすことができるように、みやき健幸大学での講演をはじめ、取り組みを推進していきます。

【高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ】



資料：2020年（令和2年）9月 厚生労働省老健局老人福祉課「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」ver. 3を編集

【在宅医療と介護連携のイメージ（在宅医療の4場面別に見た連携の推進）】



資料：2020年（令和2年）9月 厚生労働省老健局老人福祉課「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」ver.3を編集

2 2040年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進

(1) 地域包括支援センターの機能と体制の強化及び周知

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、その人らしく安心して暮らしていくことができるよう、地域包括ケアシステムの推進を目指します。また、地域包括支援センターの機能についても周知していきます。

事業概要

高齢者が住み慣れた地域で、その人らしく安心して暮らしていくことができるよう、地域包括ケアシステム推進のコーディネート機関として、地域にある様々な課題への対応強化を図るために、地域の関係機関とのネットワークを構築し連携を図っています。

また、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を継続できるよう支援する入り口となる総合相談を実施しています。

現状・課題

方向性

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを推進するうえで、今後も中核的な役割を担うことから、機能強化を図ります。また、今後も地域の高齢者が気軽に相談できる場として身近な存在として認知されるよう周知を行います。

総合相談では、高齢者のさまざまな相談を受け、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローしていきます。また、ワンストップサービスの拠点として、各関係機関と調整しながら相談業務を行っていきます。

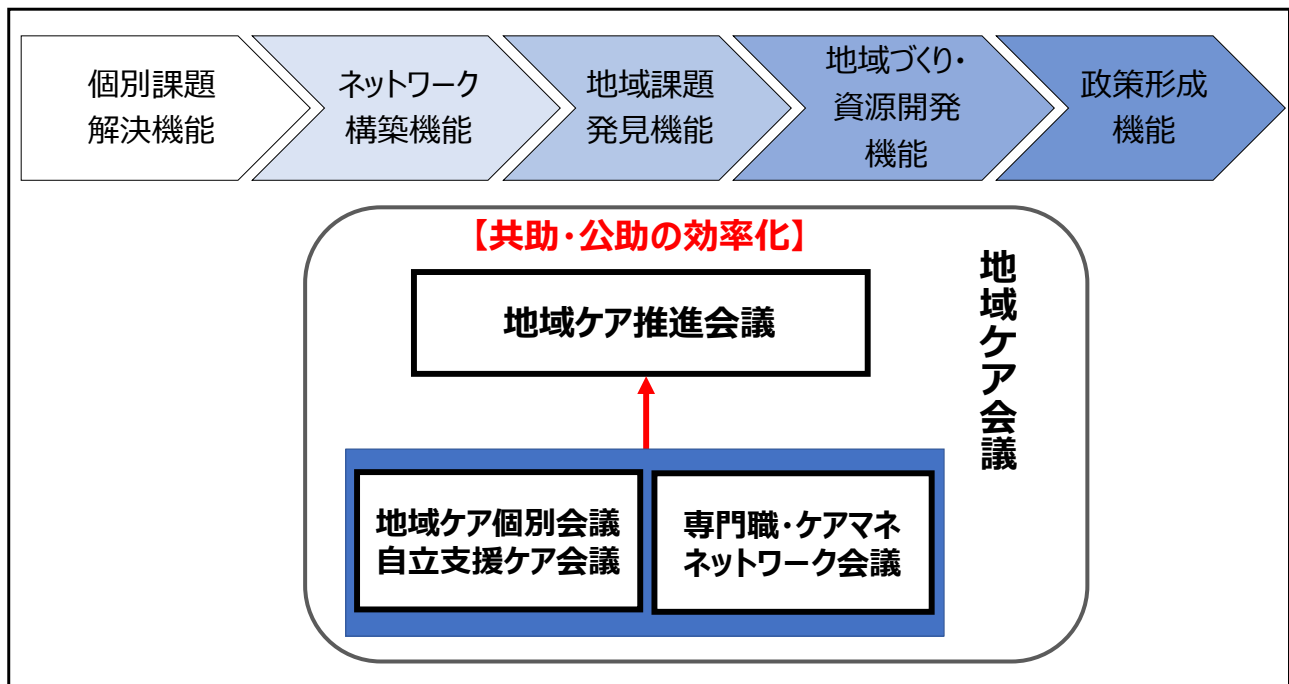
地域包括ケアシステムの中核機関として、地域包括支援センターが相談支援や介護予防ケアマネジメント等の機能を最大限発揮でき、高齢者等がより身近に利用できるような体制整備や、評価・点検による中核的な運営水準の確保を図ります。同時に、圏域内の高齢者人口に応じて適切に職員を配置するなど、必要な人員体制の充実や予算の確保に努め、評価指標を用いて業務の状況や量等の程度を把握し、評価・点検を適切に行っていきます。

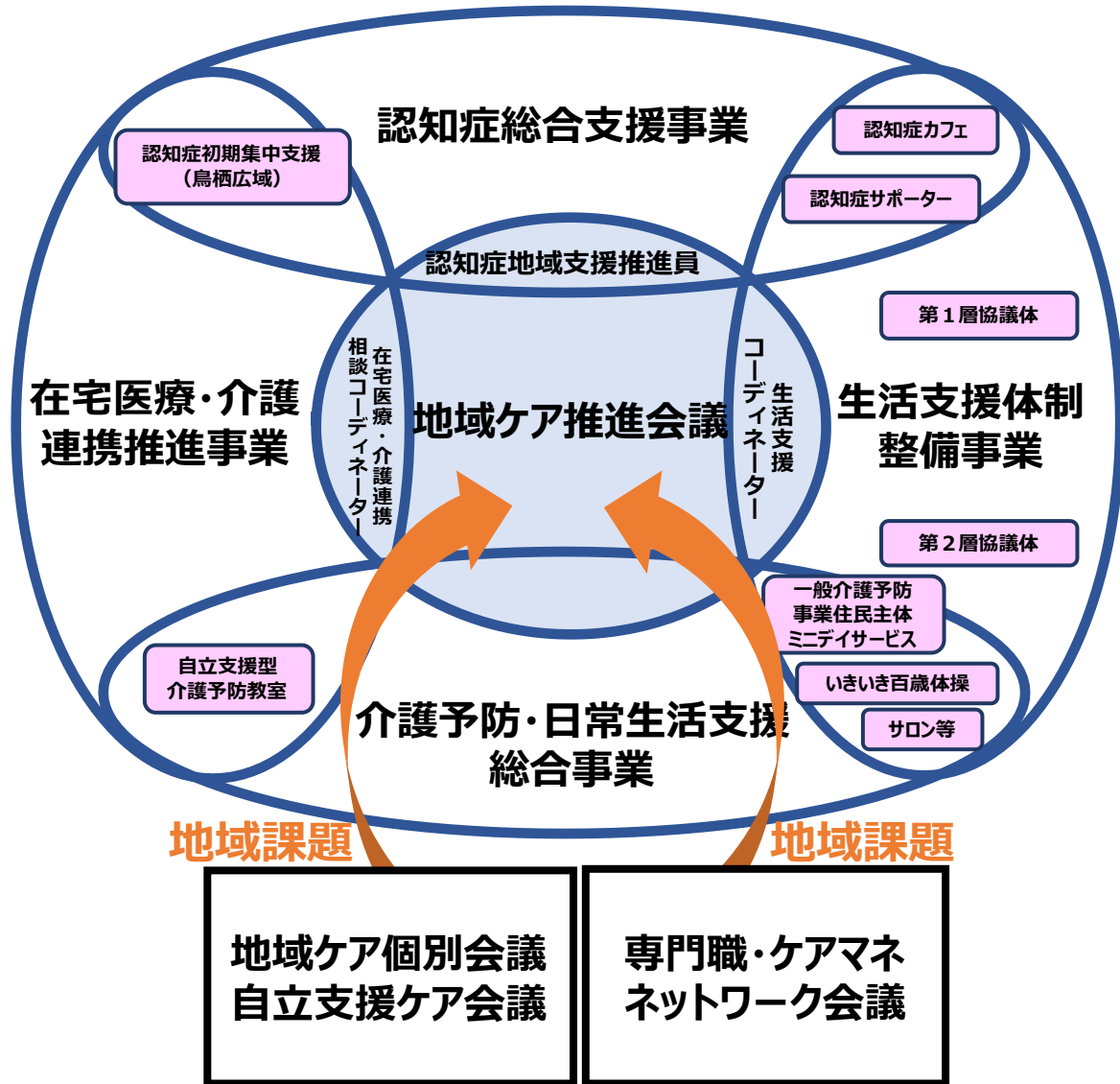
(2) 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上

事業概要

地域ケア会議では、医療介護などの従事者、医師、民生委員、関係行政機関、社会福祉協議会など、他職種が町の実情を把握し、共有することで地域課題の抽出やネットワーク構築の強化を図っています。

地域ケア会議は地域包括ケアシステムの推進における戦略づくりの中核を担う機能として位置付けられております。





現状・課題

方向性

地域包括ケアシステムを構築するためには、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を同時に進めて行くことが効果的です。会議における個別支援の積み重ねから見えてきた地域課題やニーズを、今後必要となる政策形成につなげていきます。

さらに、鳥栖広域と連携して介護度維持改善率の変化を分析するなどして、町の自立支援の状況を見える化し、自立支援ケア会議に反映させる等、要支援・要介護認定者の重度化を予防し、介護サービスの質的向上に努めます。

第5章 計画推進のために

1 協働体制の確立

この計画の目標を達成するためには、町民、関係機関及び行政などがお互いに連携し、それぞれの役割を果たしながらそれぞれの目標に取り組み、活動を推進していくことが重要です。

このために、次のような協働体制の確立を目指します。

(1) 地域・町民の役割

これから取り組む地域包括ケアシステムの構築には、地域で暮らす高齢者の見守り体制の確立が重要となります。町民一人ひとりが、地域福祉の担い手として地域の活動に積極的・自主的に参加し、地域での協力体制を確立することが求められます。

(2) 社会福祉協議会の役割

社会福祉協議会は、地域福祉の要として、高齢者支援の中心的役割を担っています。

今後とも、社会福祉協議会には、相談事業、ボランティア活動の推進や地域のネットワークづくりなど、高齢者福祉推進のための行政等との協働が期待されています。

(3) 町の役割

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、町民や関係機関のほか、町内の医療機関や介護事業所などと連携を取りながら、高齢者のニーズを把握することに努め、地域の特性に配慮した施策の展開により、高齢者福祉の向上を目指します。

2 計画の点検・評価の実施

本計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間ですが、計画の実効性を確保するうえで、事務事業評価をすることは極めて重要です。

このため、本計画の施策内容や事業計画における目標値が計画通りに進行しているかどうかを毎年度評価し、必要に応じて効率的かつ効果的な方法への改善・改革を行います。

第6章 資料編

1 みやき町老人保健福祉計画策定委員会設置要綱

(平成17年3月1日告示第20号)

改正 平成19年3月30日告示第35号

平成20年3月28日告示第37号

平成26年3月26日告示第14号

(設置)

第1条 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8の規定によるみやき町老人保健福祉計画(以下「計画」という。)の策定に資するため、みやき町老人保健福祉計画策定委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次の事項について調査及び研究をする。

- (1) 高齢者の保健及び福祉ニーズに関する社会的環境の現状と将来予測に関すること。
- (2) 高齢者の保健及び福祉ニーズの把握並びにサービスの目標量の設定に関すること。
- (3) 在宅福祉サービスのメニュー整備及び実施方法に関すること。
- (4) 保健福祉サービス供給体制の在り方に関すること。
- (5) 前各号にあげるもののほか、高齢者の保健、福祉、教育、健康及び医療に関すること。

(組織)

第3条 委員会は、委員15人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 町議会議員
- (2) 公共団体又は機関の役職員
- (3) 福祉関係の役職員
- (4) 学識経験を有する者
- (5) 各種団体の代表者

3 委員の任期は、前条に規定する所掌事務が完了するときまでとする。ただし、委員がかけた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(運営)

第4条 委員会に会長及び副会長を置く。

2 会長及び副会長は、委員のうちから互選する。

3 会長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副会長は、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことができない。

2 委員会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数の時は、会長の決するところによる。

(幹事会)

第6条 委員会に、計画に関する調査及び研究をするため、幹事会を設けることができる。

2 幹事会は、副会長を会長として、関係課長で構成し、検討結果を委員会に報告するものとする。

(専門部会)

第7条 幹事会は、専門的な調査及び研究を行うため専門部会を設けることができる。

2 専門部会は、関係専門主査で構成し、調査及び研究結果を幹事会に報告するものとする。

(事務局)

第8条 委員会の事務局を地域包括支援センターに置く。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成17年3月1日から施行する。

附 則 (平成19年3月30日告示第35号)

この告示は、平成19年4月1日から施行する。

附 則 (平成20年3月28日告示第37号)

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則 (平成26年3月26日告示第14号)

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

2 みやき町老人保健福祉計画策定委員会名簿

(順不同・敬称略)

| 区 分 | 団体及び役職名 | 氏 名 |
|----------------------|---------------------------------|--------------------|
| 町議会議員 | 町議会議員 民生福祉常任委員長 | ますだ きよし 益田 清 |
| 公共団体 又は機関の 役職員 | 鳥栖保健福祉事務所長 | まつなが やすあき 松永 康明 |
| | みやき町社会福祉協議会事務局長 | い で やすゆき 井手 康幸 |
| 福祉関係機 関の役職員 | 社会福祉法人未来 特別養護老人ホーム花のみね施設長 | わたなべ さくじ 渡邊 作治 |
| | グループホームいっぽ管理者 | ふるかわ ともかず 古川 友和 |
| | 一般社団法人みやき町シルバー人材セン ター事務局長 | えぐち たかのり 江口 貴紀 |
| 学識経験を 有するもの | 鳥栖三養基医師会代表 医療法人鵬之風いのくち医院 院長 | いのぐち ひろし 猪口 寛 |
| | 鳥栖地区広域市町村圏組合 第9期介護保険事業計画策定委員 | はっとり ひろし 服部 洋 |
| | 医療福祉専門学校緑生館 作業療法学科 副学科長 | くまがい たかし 熊谷 隆史 |
| 各種団体の 代表者 | みやき町ボランティア連絡協議会会長 | うえおか たかし 上岡 隆 |
| | みやき町老人クラブ連合会会長 | さねまつ ひさお 實松 久夫 |
| | みやき町身障者福祉協会理事 | じょうの てるお 城野 照夫 |
| | みやき町区長協議会会長 | きたじま しげき 北島 重樹 |
| | みやき町民生委員・児童委員協議会会長 | なかしま みさこ 中島 美砂子 |
| | みやき町第2層コーディネーター | かい りえ 甲斐 利恵 |

3 用語の解説

| 用語 | 解説 |
|---------------------|---|
| PDCA サイクル | 「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連の流れを繰り返し行うことで、業務などの改善や効率化を図る考え方の一つ。 |
| 介護サービス／ 介護予防サービス | 介護サービスとは、広義では介護保険サービス全般を指し、狭義では要介護1～5の認定者向けのサービスを指す。また、介護予防サービスとは、要支援1～2の認定者向けのサービスを指す。 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | 地域の実情に応じ、多様なマンパワーや社会資源の活用などを図りながら、要支援者や介護予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守りなどの切れ目のない総合サービスを提供することができる事業。 |
| 通いの場 | 地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所。また、地域の介護予防の拠点となる場所でもある。 |
| 権利擁護 | 自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。 |
| 高齢者虐待 | 家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為のこと。老人虐待とも称される。高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪し、心や身体に深い傷を負わせるもので、身体的虐待（身体的拘束を含む）、性的虐待、心理的虐待、介護や世話の放棄（自虐を含む）、経済的虐待といった種類がある。 |
| 生活支援 コーディネーター | 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の機能）を果たす者のこと。 |
| 生活習慣病 | 食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。 |

| 用語 | 解説 |
|-------------------|--|
| 地域包括ケアシステム | <p>地域の実情に応じて、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ができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。</p> |
| 認知症サポーター | <p>認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要があり、受講者には認知症サポーターの証としてオレンジ色のリストバンドが渡される。</p> |
| ファミリー・サポート・センター事業 | <p>乳幼児や小学生等の児童を有する子育て中の労働者や主婦等を会員として、児童の預かりの援助を受けたい者と当該援助を行いたい者との相互援助活動に関する連絡、調整等を行うことを目的としている。</p> |
| フレイル | <p>高齢とともに、心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態を言います。英語の frailty を日本語訳として「虚弱」のかわりに日本老年医学会が提唱した言葉。</p> |