桂川町第6期高齢者福祉計画



平成27年3月

桂 川 町

本町は「文化の薫り高い心豊かなまちづくり」を基本理念として、「第5次桂川町総合計画」では協働で未来(夢)を拓く〜笑顔あふれるまち"けいせん"」を将来像とし、町づくりひとづくりを推進しています。総合計画では、「高齢者や障がい者がいきいきと安心できる暮らしの支援」を政策として掲げ、高齢者福祉の充実に取り組んできました。

また、我が国の少子高齢化は急速に進んでおり、これまでの高齢化社会とは比べものにならない超高齢化社会を迎えようとしています。本町の平成26年9月末



現在における65歳以上の高齢者人口は3,993人で高齢化率は28.5%となっており、県平均を上回る割合で高齢化が進んでいます。

本町もこうした未曽有の超高齢化社会に対応すべく「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年に向けて、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていくことができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を段階的に進めていく必要があります。

本計画では、①健康でいきいきとした活動を支援、②安全・安心な暮らしを 支援、③ともに支えあう地域づくりを支援という3つの基本目標を定め、高齢 者の健康づくり・介護予防については、さらに充実した内容とするとともに、 地域の支え合いの幅を広げる地域福祉活動の推進に取り組むこととしています。

結びに、本計画の策定にあたり、ご熱心に審議をいただきました「桂川町高齢者福祉施策推進協議会」の皆様をはじめ、アンケート調査等にご協力をいただきました町民の皆様や関係各位に心から厚くお礼申し上げます。

平成27年3月 桂川町長 井上 利一

目 次

第1章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景と趣旨	1
1. 少子高齢化	1
2. 高齢化への対応	1
3. 日常の見守りや緊急時に対応できる地域の体制づくり	2
4. 高齢者福祉計画の見直し	2
第2節 計画の位置づけ	4
第3節 計画の期間	5
第4節 計画の策定体制	6
第2章 高齢者を取り巻く状況	7
第1節 総人口と高齢者数の推移と見込み	7
第2節 高齢者世帯の推移	g
第3節 要介護者等認定の推移と見込み	10
第4節 介護サービスの推移	11
1. 介護給付サービス	11
2. 介護予防給付サービス	12
第5節 高齢者生活アンケート調査の概要	14
1 . 生活機能リスク	14
2. 日常生活動作(ADL)	15
3. 普段の生活での介護・介助の必要性	15
4.介護・介助が必要になったおもな原因(普段の生活で介護・介助 の必要がある方)	16
5. 主観的な健康度	16
6. 現在治療中の病気や後遺症のある病気	17

7. 家族や友人・知人などへの相談	. 19
8. 地域活動等への参加	20
第6節 高齢者福祉サービスの状況	21
1. 高齢者福祉関連施設・団体	21
2. 地域生活の支援	23
3. 安全・安心の暮らしづくり	24
4. 健康・生きがいづくり	26
5. 介護予防	27
6. 包括的支援	32
7. 生活支援事業	33
第3章 計画の基本方針	. 37
第1節 計画の理念	. 37
第2節 計画の基本目標	40
1. 基本目標① 健康でいきいきとした活動を支援	41
2. 基本目標② 安全・安心な暮らしを支援	42
3. 基本目標③ ともに支えあう地域づくりを支援	42
第3節 地域包括ケアシステムの構築にむけて	43
1. 地域包括ケアシステム	43
2. 地域包括ケアシステム構築のための施策の方向性	44
第4節 介護保険サービスと地域支援事業の再編	46
1.新しい介護予防・日常生活総合支援事業	47
第5節 地域支援事業	48
1. 在宅医療・介護連携の推進	49
2. 認知症施策の推進	50
3. 地域ケア会議	51
4. 生活支援・介護予防	52
第4章 施策の展開	53

第1節	施策体系	53
第2節	具体的な取り組み	54
1.基	本目標① 健康でいきいきとした活動を支援	54
2.基	本目標② 安全・安心な暮らしを支援	57
3.基	本目標③ ともに支えあう地域づくりを支援	60
4.介	護保険サービス	62
第5章 記	計画の円滑な推進	65
第1節	町と関連機関の体制の構築と連携	65
第2節	計画の進行管理	65
第6章 資	資料	67
第1節	桂川町高齢者福祉施策推進協議会設置要綱	67
第2節	桂川町高齢者福祉施策推進協議会の構成	69
第3節	桂川町高齢者福祉施策推進協議会の協議過程	70
第4節	用語解説	71

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景と趣旨

1. 少子高齢化

わが国は、少子高齢化が急速に進み、団塊の世代(昭和22年~24年生まれ)が65歳以上になる平成27(2015)年度には3,395万人、75歳以上になる平成37(2025)年度には3,657万人となり、全人口12,065万人の約3人に1人が65歳以上の高齢者である社会になると推測されています(「日本の将来推計人口」平成24年1月推計より)。

平均寿命の延伸や核家族化・都市集中などによる地方からの若い世代の人口の流出は、地方の過疎化や高齢化に拍車をかけることとなり、都市部を含め国全体のひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみで暮らす世帯は、平成24(2012)年度には53.6%と高齢者のいる世帯全体の半数を超えているなど(「高齢社会白書」平成26年版より)、高齢者だけで暮らす世帯の増加を招いているといえます。

また、少子化の要因とも言われる晩婚化の傾向は、将来の高齢者の未婚世帯の大幅な増加につながりかねません。

こうしたことは将来、高齢者の生活や介護において家族等の役割が十分に期待できなくなってしまうことを意味するといえます。

2. 高齢化への対応

そうした状況の中で、わが国における高齢者福祉の施策は、従来からの「健康な65歳を目標」とした施策から、平成12(2000)年度の介護保険制度の導入と平成18(2006)年度の介護保険制度改革における「地域包括ケア」の概念の下、「地域包括支援センター」や「地域支援事業」の導入など「活動的な85歳を目指して介護予防の充実」を目指す施策へと発展してきました。

さらに平成23(2011)年度の介護保険制度改正では、国及び自治体に「地域包括ケア」をさらに進めた「地域包括ケアシステム」の構築が提起されました。

こうした高齢者を取り巻く環境の変化における対策は、介護予防とともに在宅医療と在宅介護を充実させることによって高齢者の生活の質(QOL*1)の維持向上につなげていくといった方向性を示しています。

1

^{*1)} OOL : 生活の質、Quality Of Life の略

また、高齢者のうち認知症である高齢者がおよそ 15%で、正常と認知症の中間の状態(軽度認知障害=MCI*2)である高齢者がおよそ 13%との推計もあり(平成24(2012)年度厚生労働科学研究「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」)、認知症と軽度認知障害を合わせると 4 人に 1 人程度の高齢者には、何らかの認知症ケア・予防の対応が必要と考えられます。

さらに、高齢者に対する虐待も大きな社会問題となっています。

3. 日常の見守りや緊急時に対応できる地域の体制づくり

およそ 20 年前の平成 7 (1995) 年 1 月 17 日に発生した阪神淡路大震災では、 兵庫県を中心に多くの死傷者や建造物被害が出ました。この時、復興に多くの一般 市民がボランティアとして支援活動に参加し、ボランティア等地域活動の重要性を 人々があらためて認識することになりました。そして、後に平成 7 (1995) 年を「ボ ランティア元年」に位置づけられ、平成 10 (1998) 年度には、特定非営利活動促 進法 (NPO*3)法) が成立します。

また、平成 23 (2011) 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災では、多くの犠牲者がでましたが、60 歳以上の高齢者が犠牲者の 66.1%を占めています(平成 26 (2014) 年 3 月 11 日までの判明分)。

近年、多く発生している甚大な被害をともなう自然災害時においても、高齢者等の自力で避難することが困難な人が犠牲となるおそれが高く、そうした要援護者の 避難支援対策も重要になってきています。

このような災害時における避難行動要支援者*4)や認知症を有する高齢者の日ごろの安全・安心を図るためにも地域での日常のみまもりや緊急時に対応できる地域の体制づくりが急がれています。

4. 高齢者福祉計画の見直し

本町では、こうした高齢者を取り巻く現状を踏まえ、高齢者福祉計画を策定して 現在5期目にあたり、高齢者福祉の増進のためのさまざまな施策を推進してきました。

しかしながら、町と地域全体との連携、住民等との協働といった地域福祉の推進については、十分とはいえず今後の計画的な取り組みが必要です。

^{*2)} MCI:軽度認知障害、Mild Cognitive Impairment の略

^{*&}lt;sup>3)</sup> NPO:非営利団体、Nonprofit Organization の略

^{*4)} 避難行動要支援者:市町村に居住する要配慮者のうち、災害の発生や災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難で、円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要する人

また、平成27(2015)年度実施予定の介護保険制度の改正では、社会保障の考え方として「自助・互助・共助・公助*5)」が基本であることを踏まえ、平成37(2025)年度を目標年度とした「地域包括ケアシステム」の構築にむけた具体的な取り組みが求められています。

このようなさまざま課題に対応するために、桂川町第6期高齢者福祉計画は現行の桂川町第5期高齢者福祉計画を見直し、福岡県介護保険広域連合の第6期福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画策定の進行状況に合わせて策定することとします。

【これまでの高齢者福祉計画・介護保険事業計画のおもな見直し】

平成 11 年度策定 老人保健福祉計画・第 1 期介護保険事業計画

平成 12 年 4 月介護保険制度スタート 介護事業者の参入 介護給付

平成 17 年度策定 老人保健福祉計画・第3期介護保険事業計画

介護予防給付 地域密着型サービス 施設給付の見直し 地域支援事業

平成 23 年度策定 高齢者保健福祉計画・第 5 期介護保険事業計画

地域包括ケアの推進

平成 26 年度策定 高齢者保健福祉計画・第 6 期介護保険事業計画

10年後の地域包括ケアシステムの構築に向けて

^{*5)} 自助・互助・共助・公助

自助とは、自分が主体となり、自らを支えることですべての基本。

互助とは、近隣の助け合い、ボランティア、NPO等による支援。

共助とは、制度化された相互扶助で、社会保険制度、介護保険制度など。

公助とは、行政による支援で、自助、互助、共助でも生活を守りきれない最後の守り。

第2節 計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 の規定に基づく「老人福祉計画」として位置づけられ、町の「第 5 次桂川町総合計画」を上位計画として調和を図りながら、介護保険法第 117 条第 1 項の規定に基づく「介護保険事業計画」と一体的に策定するものです。

また、老人福祉法の規定では、老人福祉計画に定める事項として、

- 1. 市町村の区域において確保すべき老人福祉事業の量の目標
- 2. 老人福祉事業の量の確保のための方策

とあり、市町村地域福祉計画、その他法定計画の高齢者等の福祉に関する事項と の調和を図ることになっています。

したがって本計画は、計画期間における介護保険事業をふくめた高齢者福祉サービスに関する福祉計画として、本町の高齢者福祉に関する施策の方向性を示すものです。

国は、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」において、基本的理念・基本的考え方、計画に定める事項等についての考え方を示し、そのなかで

- 1. 第6期計画以後の計画は、平成37(2025)年度に向け、第5期で開始した「地域包括ケア」実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取り組みを本格化していくもの。
- 2. 中長期的な視野に立った施策の展開を図る。

としています。

また、本町は介護保険事業について、福岡県介護保険広域連合に加入しており、「福岡県介護保険広域連合第6期介護保険事業計画」、福岡県の関連計画における高齢者の福祉に関する事項との連携調整を図りつつ、本町の上位計画である「第5次桂川町総合計画」の基本構想とも調和を保ちながら策定することとします。

【高齢者福祉計画と介護保険事業計画との関係】

桂川町第6期高齢者福祉計画

桂川町のすべての高齢者を対象とした、 高齢者福祉施策全般に関わる基本的な方針や目標を定める計画

> 介護保険制度下において桂川町が果たす役割 (地域支援事業の実施など)

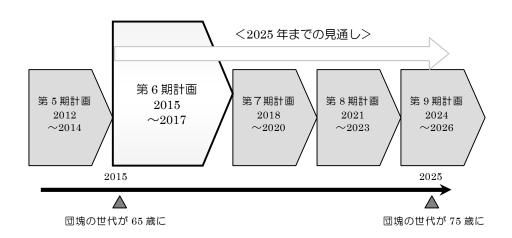
福岡県広域の要介護(支援)認定者を対象とした介護保険制度の運営に関する計画

- 第 6 期介護保険事業計画(福岡県介護保険広域連合策定) -

第3節 計画の期間

本計画は、平成 27 (2015) 年度から平成 29 (2017) 年度までの 3 年間を計画 期間として、「団塊の世代」の人々が 75 歳以上となる平成 37 (2025) 年度に「あ るべき姿」を見すえていきます。

【第6期の計画期間】



第4節 計画の策定体制

本計画を策定するにあたっては、策定の準備として健康福祉課高齢者・女性係を中心に国の通知、福岡県関係部署、福岡県介護保険広域連合と連絡調整を行いながら、高齢者生活アンケート調査や現行計画の進行状況等の資料に基づいて評価をまとめました。

そのうえで、桂川町高齢者福祉施策推進協議会を設置し、事務局である健康福祉 課と関連課及び関連機関の密接な連携・協力の下、同協議会において各専門分野及 び地域住民の立場からの総合的な検討・協議を経て策定したものです。

また、策定の過程においてパブリックコメント*6による意見を求めて、検討にあたりました。

【計画の策定体制】

高齢者生活 現行計画等資料調査 ヒアリング調査 アンケート調査 その他調査 \bigcirc egthankowskip \bigcirc \Rightarrow 諮問 町長 桂川町高齢者福祉施策推進協議会 $\langle \neg$ 答申 \Box 事務局 パブリックコメント

住民自治を推進するための基本原則 桂川町自治基本条例(抜粋 第5条)

(基本原則)

- 第5条 桂川町の自治は、地方自治の本旨に基づき、自分たちの町のことは、自分たちで考え、決定し、町民自らがまちづくりに主体的に取り組むことを基本とする。
- 2 まちづくりの基本は、年齢、性別、国籍、障がいの有無、社会的身分又は門地等に関わりなく、個人の人権が尊重されるまちを実現することを旨として行わなければならない。
- 3 町民及び町は、まちづくり及び町政に関する情報を共有するものとする。
- 4 町民及び町は、男女の区別なく自治を担う人材を育成するとともに、参画及び協働の機会を提供するものとする。

^{*6)} パブリックコメント: 意思決定を行う手続の一つで、施策等の案を公表し、関係する住民等からこの案に対して意見を公募し、寄せられた意見等を考慮して施策を決定する。

第2章 高齢者を取り巻く状況

第1節 総人口と高齢者数の推移と見込み

住民基本台帳*⁷⁾によると、本町の総人口は比較的安定していて、平成 21 (2009) 年の 14,359 人が平成 26 (2014) 年には 14,026 人とわずかに減少しています。

年少人 \square (0 \sim 14 歳) の推移を見てみると、平成 21 (2009) 年の 1,749 人が平成 26 (2014) 年には 1,741 人とほぼ変わらず、人口割合でみると 15 歳未満の子どもの割合はおよそ 8 人に 1 人となっています。

また、同時期の高齢者人口(65 歳以上)は、3,534 人から 3,993 人と増加し、人口割合でみるとおよそ 4 人に 1 人だった高齢者が 3.5 人に 1 人以上にまで増えています。

福岡県介護保険広域連合の人口推計によると、本計画の終了年度の平成 29 (2017) 年度には、13,869 人となり、平成 37 (2025) 年度には、13,336 人となる見込みです。

年少人口 $(0\sim14$ 歳)の割合は平成24(2012)年度12.3%から平成29(2017)年度12.5%とわずかに上昇しますが、15歳 ~64 歳の生産年齢人口は平成24(2012)年度61.9%から平成29(2017)年度55.7%と減少を続ける見込みです。

一方、本町の高齢化率は平成 24 (2012) 年度の 25.8%が平成 29 (2017) 年度 には 31.8%、平成 37 (2025) 年度には 34.6%と推移し、住民の 3 人に 1 人は高齢者となる見込みです。

特に 65 歳から 74 歳の前期高齢者人口の増加が大きく、この傾向は今後 10 年近く続くと見られています。

^{*7)} 住民基本台帳:住民の居住関係の公証、選挙人名簿の登録その他の住民に関する事務の処理の基礎となる台帳制度。住民の住所に関する届出等の簡素化を図り、あわせて住民に関する記録の適正な管理を図るため、住民に関する記録を正確かつ統一的に行うもの。

【人口の推移と見込み】

【人口の推移と見込み】										(人)		
		平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 32年度	平成 37年度
総人口	(A)	14,359	14,330	14,196	14,172	14,132	14,026	13,986	13,952	13,869	13,710	13,336
年少人	□ (B)	1,749	1,774	1,753	1,741	1,756	1,741	1,750	1,749	1,733	1,768	1,766
	比率(B/A)	12.2%	12.4%	12.3%	12.3%	12.4%	12.4%	12.5%	12.5%	12.5%	12.9%	13.2%
生産年	齢人口 (C)	9,076	9,040	8,898	8,771	8,569	8,292	8,118	7,928	7,725	7,338	6,958
	比率(C/A)	63.2%	63.1%	62.7%	61.9%	60.6%	59.1%	58.0%	56.8%	55.7%	53.5%	52.2%
高齢者	人口 (D)	3,534	3,516	3,545	3,660	3,807	3,993	4,118	4,275	4,411	4,604	4,612
	比率(D/A)	24.6%	24.5%	25.0%	25.8%	26.9%	28.5%	29.4%	30.6%	31.8%	33.6%	34.6%
40~64	歳 (E)	5,050	5,034	4,978	4,865	4,778	4,661	4,565	4,425	4,297	4,130	4,046
	比率(E/A)	35.2%	35.1%	35.1%	34.3%	33.8%	33.2%	32.6%	31.7%	31.0%	30.1%	30.3%
前期高	齢者 (F)	1,676	1,636	1,641	1,740	1,870	2,007	2,125	2,274	2,390	2,573	2,141
	比率(F/A)	11.7%	11.4%	11.6%	12.3%	13.2%	14.3%	15.2%	16.3%	17.2%	18.8%	16.1%
後期高	齢者 (G)	1,858	1,880	1,904	1,920	1,937	1,986	1,993	2,001	2,021	2,031	2,471
	比率(G/A)	12.9%	13.1%	13.4%	13.5%	13.7%	14.2%	14.2%	14.3%	14.6%	14.8%	18.5%



住民基本台帳実績・福岡県介護保険広域連合推計

第2節 高齢者世帯の推移

民生委員・児童委員の調査によると、本町における在宅の高齢者世帯数の推移は、 平成21(2009)年度に総世帯数6,039世帯に対し3,312世帯(54.8%)であった のが、平成26(2014)年度には総世帯数6,243世帯に対し3,843世帯(61.6%) と、高齢者世帯は6.8ポイント割合が増加しています。

また、平成 26 (2014) 年度の高齢者世帯の内訳は、高齢者同居世帯が最も多く 1,936 世帯(対高齢者世帯比 50.4%)、次いで高齢夫婦世帯が 1,193 世帯(同 31.0%)、 高齢単身(単独) 世帯が 714 世帯(同 18.6%) となっています。

今後人口減少に転じた後、総世帯数の増加傾向は鈍くなると考えられますが、向こう 10 年間の高齢者世帯は増加傾向が続くと見込まれ、高齢者世帯比はさらに上昇することが見込まれます。また、高齢夫婦世帯や高齢単身(単独)世帯の高齢者のみの世帯が増加し、地域生活をおくるうえで、何らかの支援を必要とする高齢者が潜在的に多くなっていくことが見込まれます。

7+++	サィ)推科	7 7
	-	17H V2	- 1

				平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
総	世帯	数	(世帯)	6,039	6,092	6,109	6,151	6,237	6,243
高	齢者	世帯数	(世帯)	3,312	3,297	3,346	3,528	3,661	3,843
		総世帯に占める割合	(%)	54.8%	54.1%	54.8%	57.4%	58.7%	61.6%
	高歯	^伶 夫婦世帯数	(世帯)	924	933	986	1,050	1,112	1,193
		総世帯に占める割合	(%)	15.3%	15.3%	16.1%	17.1%	17.8%	19.1%
		高齢者世帯に占める割合	(%)	27.9%	28.3%	29.5%	29.8%	30.4%	31.0%
	高歯	冷単身(単独)世帯数	(世帯)	628	615	631	667	685	714
		総世帯に占める割合	(%)	10.4%	10.1%	10.3%	10.8%	11.0%	11.4%
		高齢者世帯に占める割合	(%)	19.0%	18.7%	18.9%	18.9%	18.7%	18.6%
	高歯	命者同居世帯数	(世帯)	1,760	1,749	1,729	1,811	1,864	1,936
		総世帯に占める割合	(%)	29.1%	28.7%	28.3%	29.4%	29.9%	31.0%
		高齢者世帯に占める割合	(%)	53.1%	53.0%	51.7%	51.3%	50.9%	50.4%



民生委員·児童委員調査(在宅世帯)

第3節 要介護者等認定の推移と見込み

本町の介護保険における要介護者等*®の推移と将来の見込みは、次の表のとおりとなっています。

第 1 号被保険者(65 歳以上)の要介護者等については、平成24(2012)年度798人で高齢者全体の21.8%、平成26(2014)年度858人で21.5%とわずかながら改善傾向が見られましたが、今後の推計では、平成29(2017)年度に947人で21.5%、平成37(2025)年度に1,084人で23.5%と推移する見込みです。

【要介護者等認定の推移と見込み】

(人)

		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
高齢	者人口	3,660	3,807	3,993	4,118	4,275	4,411	4,604	4,612
	要支援1	132	132	129	124	120	117	135	145
要	要支援2	105	101	87	75	68	61	58	60
支援	要介護1	165	186	194	205	218	232	253	276
要	要介護2	104	116	120	129	144	159	170	168
介	要介護3	106	98	95	90	90	90	94	99
護認	要介護4	112	121	127	128	131	139	147	162
定者	要介護5	74	95	106	119	134	149	166	174
数	合計	798	849	858	870	905	947	1,023	1,084
	認定率	21.8%	22.3%	21.5%	21.1%	21.2%	21.5%	22.2%	23.5%



福岡県介護保険広域連合推計

 $^{^{*8)}}$ 要介護者等:介護の必要性の認定を受けた介護保険の被保険者。要支援 $1\cdot 2$ と要介護 $1\sim 5$ の区分がある。

第4節 介護サービスの推移

介護保険サービスは、介護給付サービスと介護予防給付サービスがあり、それぞれ在宅サービスと施設・居住系サービスとで構成されています。

本町における介護保険サービス利用者数の推移は、以下のとおりとなっています(単位は利用者数)。

また、今回の介護保険制度の見直しによって、要支援1及び要支援2の訪問介護と通所介護は、平成29(2017)年4月までに地域支援事業に移行することとなっています。

1. 介護給付サービス

(1) 在宅サービス

① 居宅サービス

(**人**)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
訪問介護	114	127	127
訪問入浴介護	5	6	9
訪問看護	19	27	29
訪問リハビリテーション	7	8	7
居宅療養管理指導	24	29	37
通所介護	157	184	190
通所リハビリテーション	61	64	67
短期入所生活介護	33	35	38
短期入所療養介護(老健)	0	0	1
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
福祉用具貸与	136	154	154
特定福祉用具購入費	5	4	5
住宅改修費	4	3	6
居宅介護支援	278	307	318

福岡県介護保険広域連合調べ

② 地域密着型サービス

(人)

			(人)
	平成24年度	平成25年度	平成26年度
定期巡回·随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能居宅介護	0	0	0
複合型サービス	0	0	0

福岡県介護保険広域連合調べ

(2) 施設・居住系サービス

① 居宅サービス

(人)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
特定施設入居者生活介護	19	18	18

福岡県介護保険広域連合調べ

② 地域密着型サービス

(人)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
認知症対応型共同生活介護	21	29	29
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	11

福岡県介護保険広域連合調べ

③ 施設サービス

(人)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
介護老人福祉施設	92	91	88
介護老人保健施設	77	76	78
介護療養型医療施設	16	13	14

福岡県介護保険広域連合調べ

2. 介護予防給付サービス

(1) 在宅サービス

① 居宅サービス

(人)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
介護予防訪問介護	115	110	106
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	5	5	5
介護予防訪問リハビリテーション	1	0	0
介護予防居宅療養管理指導	3	3	4
介護予防通所介護	80	79	80
介護予防通所リハビリテーション	39	36	33
介護予防短期入所生活介護	1	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	41	48	46
介護予防特定福祉用具購入費	2	4	1
介護予防住宅改修費	5	5	3
介護予防支援	197	186	176

福岡県介護保険広域連合調べ

② 地域密着型サービス

一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一			(人)
	平成24年度	平成25年度	平成26年度
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能居宅介護	0	0	0

福岡県介護保険広域連合調べ

(2) 施設・居住系サービス

① 居宅サービス

 (人)

 平成24年度
 平成25年度
 平成26年度

 介護予防特定施設入居者生活介護
 2
 3
 2

福岡県介護保険広域連合調べ

② 地域密着型サービス

(人)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	2

福岡県介護保険広域連合調べ



第5節 高齢者生活アンケート調査の概要

平成 25 (2013) 年 11 月に介護認定者を除く 65 歳以上の高齢者に対して高齢者 生活アンケート調査を実施しました。

調査実施の内訳は次の表のとおりです。

41.9%

	(件)
発送数	2,949
有効回収数	2,038
有効回収率	69.1%

1. 生活機能リスク*9)

該当率

介護認定者を除く高齢者における、生活機能リスクについて、リスクがあった高齢者は、次の表のとおりです。

27.5%

7.7%

28.9%

(人) 2次予防該当 運動器機能 閉じこもり 転倒 虚弱 判定可能数 1.985 1,954 1.987 1,994 2,015 該当者数 831 185 547154 582

9.5%

低栄養 口腔機能 認知症予防 認知機能 うつ予防 2,001 判定可能数 1,994 1,998 1,972 1,911 該当者数 31 464 792 413 476 該当率 1.6% 23.2% 39.6% 20.9% 24.9%

ハイリスク該当高齢者のなかで、認知症予防の該当者が 39.6%と全体の 4 割近くにも上り、認知症の早期対策の必要がありそうです。

また、転倒リスクの該当者が28.9%、運動器機能低下リスクの該当者が27.5%、 うつ予防の該当者が24.9%となっています。

^{*9)} 生活機能リスク:高齢者の日常の生活から推し量る、介護が必要な状態になる可能性、 危険度。

2. 日常生活動作(ADL*10)

介護認定者を除く高齢者における、日常生活動作(ADL)について、次の表のとおりです。

(人)

	総合	食事	移動	整容	トイレ	入浴
判定可能数	1,957	2,020	2,016	2,016	2,019	2,007
非自立者数	536	16	23	17	16	32
該当率	27.4%	0.8%	1.1%	0.8%	0.8%	1.6%

	歩行	階段昇降	着替え	排便	排尿
判定可能数	1,999	1,999	2,011	2,008	2,007
非自立者数	88	147	19	104	479
該当率	4.4%	7.4%	0.9%	5.2%	23.9%

排尿について 23.9%が何らかのトラブルを抱えており、階段昇降について 7.4% の高齢者が何らかの介助が必要としています。

3. 普段の生活での介護・介助の必要性

介護認定者を除く高齢者における、普段の生活での介護・介助の必要性については、次の表のとおりです。

(人)

	回答数	割合
介護・介助は必要ない	1,472	86.6%
何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	126	7.4%
現在、何らかの介護を受けている	102	6.0%
有効回答 計	1,700	100.0%

「介護・介助は必要ない」とする回答は、1,472 人で 86.6%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」とする回答は、126 人で 7.4%、「現在、何らかの介護を受けている」とする回答は、102 人で 6.0%となっています。

^{*10)}ADL:日常生活動作、Activities of Daily Living の略。

4. 介護・介助が必要になったおもな原因(普段の生活で介護・介助の必要がある方)

介護認定者を除く高齢者における、介護・介助が必要になったおもな原因については、次の表のとおりです。

(人) 何らかの介護・介助は 現在、何らかの 必要だが 有効回答 計 介護を受けている 現在は受けていない 14.0% 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 14.7% 17 13.5% 15 32 心臓病 6.3% 1 1.0% 3.9% 8 8 7.0% がん(悪性新生物) 6.3% 7.8% 16 12.7% 8 24 10.5% 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) 16 7.8% 関節の病気(リウマチ等) 5 4.0% 6 5.9% 11 4.8% 認知症(アルツハイマー病等) 1 0.8% 1 1.0% 2 0.9% パーキンソン病 22 17.5% 8 7.8% 30 13.2% 糖尿病 13 10.3% 6 5.9% 19 8.3% 13 10.3% 11 10.8% 2410.5% 視覚・聴覚障害 9 7.1%2.9% 骨折·転倒 3 12 5.3% 29 23.0% 2120.6% 21.9% 脊椎損傷 50 高齢による衰弱 17 13.5% 10.8% 28 12.3% 11 その他 11.9% 9 8.8% 24 10.5%15 不明 0.8% 0.0% 0.4%

有効回答者全体で見ると、「脊椎損傷」とする回答が最も多く、50 人で 21.9%、次いで「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」とする回答が、32 人で 14.0%、「パーキンソン病」とする回答が、30 人で 13.2%と続いています。

5. 主観的な健康度

介護認定者を除く高齢者における、主観的な健康度については、次の表のとおりです。

	(人)	
	回答数	割合
とても健康	191	10.0%
まあまあ健康	1,341	70.0%
あまり健康でない	289	15.1%
健康でない	95	5.0%

「とても健康」とする回答は、191 人で 10.0%、「まあまあ健康」とする回答は、1,341 人で 70.0%、「あまり健康でない」とする回答は、289 人で 15.1%、「健康でない」とする回答は、95 人で 5.0%となっています。

6. 現在治療中の病気や後遺症のある病気

介護認定者を除く高齢者における、現在治療中の病気や後遺症のある病気については、次の表のとおりです。

(は、人の我のと初りです。	(人)	
	回答数	割合
高血圧	802	39.4%
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	77	3.8%
心臓病	242	11.9%
糖尿病	276	13.5%
高脂血症(脂質異常)	164	8.0%
呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	101	5.0%
胃腸・肝臓・胆のうの病気	204	10.0%
腎臓・前立腺の病気	156	7.7%
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	208	10.2%
外傷(転倒・骨折等)	48	2.4%
がん(新生物)	63	3.1%
血液・免疫の病気	16	0.8%
うつ病	33	1.6%
認知症(アルツハイマー病等)	8	0.4%
パーキンソン病	4	0.2%
目の病気	369	18.1%
耳の病気	148	7.3%
その他	13	0.6%
ない	235	11.5%

「ない」とする回答を除いて「高血圧」とする回答が最も多く、802 人で39.4%、次いで「目の病気」とする回答が、369 人で18.1%、「糖尿病」とする回答が、276 人で13.5%、「心臓病」とする回答が、242 人で11.9%、「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」とする回答が、208 人で10.2%と続いています。

また、上位5つの項目について年齢別に見てみると、次のページの表のとおりとなっています。

表 1 現在治療中の病気や後遺症のある病気(上位5疾病)

(人)

	65歳~69歳	70歳~74歳	75歳~79歳	80歳~84歳	85歳~89歳	90歳~94歳	95歳~
高血圧	196	216	182	119	64	21	4
割合	36.2%	38.0%	42.1%	40.3%	44.1%	45.7%	44.4%
目の病気	75	105	83	67	26	9	4
割合	13.8%	18.5%	19.2%	22.7%	17.9%	19.6%	44.4%
糖尿病	77	75	62	40	16	5	1
割合	14.2%	13.2%	14.4%	13.6%	11.0%	10.9%	11.1%
心臓病	34	66	53	45	31	9	4
割合	6.3%	11.6%	12.3%	15.3%	21.4%	19.6%	44.4%
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	25	54	58	45	22	3	1
割合	4.6%	9.5%	13.4%	15.3%	15.2%	6.5%	11.1%

高血圧は脳血管疾患のリスクが高い

桂川町と高血圧症

第2期特定健康診査等実施計画(第2章 第2期計画に向けての現状と課題より)の中で、高血圧の割合が福岡県より多く、また福岡県内での順位が他の生活習慣病より高い状況です。高血圧は脳血管疾患の高リスクになる疾患になります。脂質異常症・高尿酸血症の割合は福岡県に比べると割合はやや低い状況です。」と記載されています。

また、平成 25 年度桂川町特定健診受診者 1,176 人のうち、301 人(25.6%) 4 人に 1 人が高血圧という結果になっています。

以上の結果から、桂川町では高血圧の人が多いことが推測され、今回のアンケートでも、現在治療中や後遺症のある病気に、「高血圧」と回答した割合が多いこともうなずけます。

【生活習慣病にかかる費用の割合】

	年間でかかる医療費 7万円 9万円 9万円		7万円				7万	ī円
	被保険者数	生活習慣 病人数	高血圧		脂質昇	尾常症	高尿劑	俊血 症
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
福岡県	1,294,112	343,129	240,361	67.9%	193,307	54.6%	41,112	11.6%
桂川町	3,917	1,224	872	872 71.2%		48.2%	138	11.3%
福原	福岡県内での順位 13 位 57 位		13 位		33	位		

桂川町国民健康保険 平成24年5月診療分のレセプトより

7. 家族や友人・知人などへの相談

介護認定者を除く高齢者における、何かあったときの相談相手については、次の表のとおりです。

	(人)	
	回答数	割合
配偶者(夫•妻)	1,049	57.8%
息子	820	45.2%
娘	913	50.3%
子の配偶者	206	11.3%
兄弟·姉妹	574	31.6%
友人·知人	503	27.7%
医師・歯科医師・看護師	209	11.5%
民生委員	41	2.3%
自治会·町内会	49	2.7%
老人クラブ	41	2.3%
社会福祉協議会	23	1.3%
地域包括支援センター	7	0.4%
ケアマネジャー	7	0.4%
役所·役場	55	3.0%
その他	3	0.2%

「配偶者(夫・妻)」とする回答が最も多く、1,049 人で57.8%、次いで「娘」とする回答が、913 人で50.3%、「息子」とする回答が、820 人で45.2%と続いています。

「何かあったとき」という設問の受け止め方によって回答の傾向が変動すると考えられますが、この調査結果では、「民生委員」「社会福祉協議会」「地域包括支援センター」「役所・役場」への相談は、とても少ないことがわかります。

8. 地域活動等への参加

介護認定者を除く高齢者における、地域活動等への参加については、次の表のとおりです。

	(人)	
	回答数	割合
祭り・行事	718	36.5%
自治会·町内会	697	35.4%
サークル・自主グループ	408	20.7%
老人クラブ	387	19.7%
ボランティア活動	270	13.7%
その他	13	0.7%
参加していない	674	34.2%

「祭り・行事」とする回答が最も多く、718 人で 36.5%、次いで「自治会・町内会」とする回答が、697 人で 35.4%、「サークル・自主グループ」とする回答が、408 人で 20.7%と続いています。

第6節 高齢者福祉サービスの状況

介護保険サービスを除く本町の高齢者福祉サービスの状況は次のとおりとなっています。

1. 高齢者福祉関連施設・団体

本町の高齢者福祉に関連するおもな施設や団体は次のとおりです。

(1) 桂川町総合福祉センター「ひまわりの里」

町民の方が、健やかで健康に集える拠点の施設とし、総合的な福祉サービスを提供することを目的とした施設です。

福祉ゾーン、保健ゾーン、共有ゾーンの3つに分かれていて、それぞれが特徴ある役割を持っています。

- ・福祉ゾーン
 - 車いすのまま浴槽に入る機能を持った浴室を含む入浴施設、大広間、マッサージ室、カラオケルームを整備しています。
- ・保健ゾーン

多目的ホール、ひまわり訓練室、調理実習室を整備しています。

・共有ゾーン

保健福祉行政を推進するための健康福祉課や研修室、相談室、こどもの部屋、ボランティアルームを整備しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
入浴施設の入場者数	56,512	57,510	57,471	56,664	35,082

(2) 桂川町在宅介護支援センター

特別養護老人ホーム「明日香園」に併設されており、介護が必要な高齢者や自立に不安のある在宅高齢者等からの相談に応じ、介護予防や生活支援等の保健・福祉サービスを総合的に提供するため、関係機関などとの連絡調整を行っています。

(3) 養護老人ホーム「白藤の苑盲養老人ホーム」

おおむね 60 歳以上で、身体上・精神上または環境上の理由および経済的理由によって在宅での養護を受けることが困難な視覚障害のある高齢者が可能な限り自立した生活を営むために入所し、必要な生活支援等の提供をする施設です。

(4) 桂川町いきいきセンター「桂寿苑」

桂川町社会福祉協議会の事務所がある施設で、老人クラブ活動、ボランティア活動、各種グループ活動等広く利用されています。

(5) 福祉部

行政区単位に設けられた福祉部は、地域住民によって構成され、地域生活に直結する、生活上のさまざまな助け合いや、地域における生きがい活動等その地域に応じたさまざまな福祉活動を展開しています。

- 住民を主体とした地域福祉活動
 - ・定期的な話し合い
 - ・助け合い活動
 - ・関係機関とのネットワーク体制づくり
 - 生きがいづくり活動
 - ・その他の福祉活動の展開

(6) 社会福祉協議会

桂川町社会福祉協議会は、地域の各組織の参加によって構成され、その協力・協働によって地域福祉の推進を図る民間組織で、さまざまな地域の団体・個人が以下のような活動しています。

- 高齢者事業の取り組み
 - ・給食サービス
 - · 公正証書相談会
 - ・車椅子・歩行器・ポータブルトイレ等の貸与
 - ・高齢者実態調査
 - ・70歳以上ひとり暮らし高齢者会食交流会
 - ・ひとり暮らし高齢者等への「風のたより」配布
 - ・ひとり暮らし高齢者の会びまわりの会し
 - ・在宅介護者の会活動の支援
 - ・ボランティア(高齢者支援型)活動
 - ・年賀状の配布
 - ・声のテープ貸し出し(朗読)

(7) 民生委員・児童委員

民生委員・児童委員は、民生委員法、児童福祉法に基づき、地域福祉の向上のために厚生労働大臣から委嘱された「民間の奉仕者」です。社会奉仕の精神をもって、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努めることを目的として活動しています。

- 民生委員・児童委員としてのおもな活動
 - ・住民の生活状態を必要に応じ適切に把握しておくこと
 - ・生活に関する相談に応じ、助言その他の援助を行うこと
 - ・福祉サービスを適切に利用するために必要な情報の提供、その他の援助を 行うこと
 - ・社会福祉事業者と密接に連携し、その事業又は活動を支援すること
 - ・福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力すること
 - ・その他、住民の福祉の増進を図るための活動を行うこと

(8) 自主防災組織

自主防災組織は、町民が「自分の住む地域は自分で守る」という考えを持ち、自主的に防災活動に参加し、災害による被害の防止・軽減を目的に、「助け合う」、隣保協同の精神に基づく自発的な防災組織です。

桂川町自主防災組織は、35 行政区を隣接する数区毎にまとめて 1 つの防災区として、7 つの自主防災組織で活動しています。

- 自主防災組織としてのおもな活動
 - ・要配慮者を含めた地域住民のコミュニティの構築支援
 - ・自主防災組織毎の防災計画の策定
 - ・日ごろの備え及び災害時の的確な行動等に関する防災知識の普及
 - ・情報収集・伝達、初期消火、避難及び救出・救護等の防災訓練の実施
 - ・消火用資機材及び応急手当用医薬品等の防災用資器材の整備・点検
 - ・自主防災地図(防災マップ)の作成
 - ・地域内の他組織との連携等

2. 地域生活の支援

地域における高齢者の生活支援サービスとして、本町は次のような取り組みを行っています。

(1) 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業

おおむね 65 歳以上の寝たきりや虚弱な高齢者および傷病等の理由により臥床している高齢者並びに重度身体障害のある人に対して、寝具類等洗濯乾燥消毒サービスを行なうことにより、清潔で快適な生活を送ることを支援する事業です。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
夏期利用件数	19	24	14	11	
冬期利用件数	8	5	3	_	_

クリーニング業者に委託し訪問回収、洗濯乾燥後返納します。平成 25 (2013) 年度半ばより委託先の業者がないのが現状です。

(2) 訪問理美容サービス事業

おおむね 65 歳以上の寝たきりの高齢者並びに認知症高齢者で理髪店や美容院に 出向くことが困難な方に対して、居宅で手軽にこれらのサービスを受けられるよう にするため、町内の理美容師が自宅を訪問し、理髪等のサービスを行なう事業です。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
利用者数	2	2	1	0	1

年2回と利用回数が限られていることや、デイサービス利用における同様サービスが充実してきたこと等により、利用者が少ないものと推測されます。

3. 安全・安心の暮らしづくり

地域で安心して生活することに必要な取り組みとして、本町は次のような取り組みを行っています。

(1) 福祉バスの運行(ひまわり号)

役場、総合福祉センター、住民センター、図書館等の公共施設の利用に便宜を図るため、東西南北に4路線を週6回(火~日)1日7便運行しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
利用者数	39,659	41,235	46,489	44,851	29,680

年々、利用者も増加しており、高齢化社会が進む中で、住民の身近な交通機関と してさらに重要になってきています。

利用者の大半は高齢者であるため、最寄りのバス停が遠いなどの声がきかれることもありますが、平成 24 (2012) 年度に見直しを行い、より利用しやすくなりました。

(2) 買い物・通院バスの運行(いきいき号)

日常生活の中で必要な買い物・通院に対する支援として、町内のスーパーマーケット及び医療機関を巡回し、週2回(火・金)1日6便運行しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
利用者数		_	1,509	1,897	1,515

利用者も増加傾向にあり、福祉バス同様、今後も住民の買い物・通院の際の交通手段として重要であると考えます。

平成 24 (2012) 年度に運行を始め、高齢者の買物・通院等に便利に利用してもらっています。

(3) 住宅改造費補助事業(住みよか事業)

在宅の要介護(支援)認定者等に配慮した住宅に改造するための費用の一部を助成する事業です。

非課税世帯に限定されており、介護保険認定者の場合、介護保険制度(住宅改修費)の限度額を超えてからの利用となります。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
利用件数	2	2	0	0	1 (申請受 付中)

(4) 緊急通報システム事業

おおむね 65 歳以上のひとり暮らし高齢者及び重度身体障害のある人で、急な発作が予見される等、健康上特に注意を要すると認める人に対し、災害や急病など緊急事態が発生したとき、24 時間体制で迅速かつ適切な対応をとるため緊急通報システムを設置する事業です。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.10
実利用者実績	54	48	44	36	32
新規利用者実績(再掲)	1	5	2	1	0

平成 26 (2014) 年度の時点では、申請後の通報システムの設置、対応は福岡安全センターへ委託しています。

利用者からの緊急時の通報は少ないですが、センターから定期的に現状確認の連絡を行っており、いざという時の安心につながっています。

(5) 福祉電話貸与事業

おおむね 65 歳以上のひとり暮らし高齢者及び重度身体障害のある人に対し、安 否確認や緊急時の連絡手段を確保するため福祉電話を貸与し、町が基本料金を負担 する事業です。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
実利用者実績	12	12	11	7	6
町が基本料金のみを負担し、	通話料金(は利用者負	担となって	います。	

(6) 見守りネットふくおか

「見守りネットふくおか」は、地域に根ざした生活関連事業者が、家庭を訪問する日常業務を通じて、ひとり暮らしの高齢者などの異変を察知した場合に、市町村へ通報する活動で、福岡県が平成25(2013)年12月に各協力事業者と協定を結びました。本町では、各事業者と個別協定を結んで「見守りネットふくおか」を推進しています。

(7) 桂川町避難行動要支援者名簿

ひとり暮らし高齢者及び高齢者世帯に対して調査を行い、災害時の支援を希望する者について個別支援計画書を作成し、桂川町避難行動要支援者台帳に登録しています。

平成25(2013)年度より作成し、登録者は547名です。

今後は、登録内容を随時更新していくことが課題です。

4. 健康・生きがいづくり

いつまでもいきいきと生活できるよう高齢者の健康増進や生きがいづくりのため、本町は次のような取り組みを行っています。

(1) 健康教育・健康相談(老人クラブ)

各地区老人クラブを対象に血圧測定と検尿を行い、個人面談による健康相談及び 健康教室を実施しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ回数	9	10	9	12	10
延べ参加者数	159	189	179	101	100

健康づくりの意識づけとしての効果は見受けられます。

(2) 健康教育・健康相談(ひまわりの里)

ひまわりの里(お風呂)来場者を対象に月に1回、血圧測定、検尿、健康相談及び栄養相談を実施しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ回数	12	12	12	12	12
延べ参加者数	227	278	221	184	150

保健師等の専門職が、来場者に声をかけ、血圧測定、検尿、個人面談による健康・栄養相談を実施しています。町内外を問わず利用可能ですが、健康相談利用者が減ってきています。

一方、気軽に利用できることから毎月健康相談を楽しみにしている方がいます。 参加者個人へのアプローチができます。

(3) 桂川町老人クラブ連合会

老人クラブは地域の高齢者で自主的に組織され、スポーツおよびレクリエーション、奉仕活動などを通じて会員相互の親睦を図り、健康維持と増進、地域の高齢者福祉の増進に寄与することを目的としてそれぞれの地域の実情に沿った活動をしています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
地区組織数	19	19	18	17	17
加入者数	865	802	696	636	612

老人クラブの新規加入者が少なく、加入者の高齢化などで活発な活動が難しくなってきているのが現状です。

(4) 生涯教育の推進(ことぶき大学)

町内在住の 60 歳以上を対象として、生きがいづくり・社会参加を目的とした生涯学習講座を開講しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
参加者数	111	107	94	91	86

毎月1回開催し、教養講座と専門講座を開設しています。引きこもり(閉じこもり) の防止や、自己啓発、社会参加の場となることを目的としていますが、参加人数の減少が課題です。

出席皆勤者も多く、参加者は意欲的に学んでいると感じられます。

アンケートを基に講座内容を検討し、幅広い知識の習得・体験ができるよう、また、コミュニケーションの場となるよう取り組むことを検討しています。

また、受講生のニーズに沿った講座の新規開設を計画中です。

5. 介護予防

できる限り健康で自立して介護を必要としない生活を続けることができるよう、本町は次のような取り組みを行っています。

(1) 2次予防事業(対象者把握事業)

介護保険認定者を除く 65 歳以上の高齢者に基本チェックリストを郵送し、2 次予防事業の対象者を把握します。

の手来のわれることにあるのう。				
	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26.11
チェックリスト回収率	80.3%	77.2%	73.2%	69.1%
チェックリスト実施数	2,921	2,760	1,651	2,949
生活機能低下-該当者数	727	694	384	738
運動機能-該当者数	371	484	255	507
低栄養-該当者数	28	23	16	27
口腔衛生-該当者数	291	372	220	441
閉じこもり-該当者数	102	125	65	98
認知症-該当者数	184	337	192	408
うつ-該当者数	246	320	196	291

介護保険広域連合において一括して実施しているほか、個別訪問も実施しています。

(2) 2次予防事業一通所型(転倒予防教室)

2 次予防事業対象者に対し、健康運動指導士による指導の下、椅子を使った体操を基本とする運動を行います。

股関節を柔軟にする運動や足の趾先を鍛える運動、脚力を強化する運動を行い転倒しにくい体づくりを目指しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
実参加者数	11	22	28	18	23
延べ実施回数	22	46	50	48	48
延べ参加者数	149	293	436	321	473

毎週1回で前期6か月間、後期6か月間の2回実施していて、下肢筋力の低下に不安を抱えている人も多く、教室参加者の多くは体力向上につながっています。

福祉バスの利用者が多く、コース別で教室の時間帯を変えているため参加者の地域が限定されてしまうことが課題です。

(3) 2次予防事業-通所型(理学療法士の指導による教室)

外出困難な2次予防事業対象者に対し、理学療法士による指導の下、自宅での生活を継続できるように個々に目標を定め体力づくりを目指しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
実参加者数	_	_	10	17	18
延べ実施回数	_	_	24	49	49
延べ参加者数	_	_	154	346	418

毎週1回で前期6か月間、後期6か月間の2回実施していて、福祉バスの運行ルート外でも送迎があるため利用しやすく、出席率も高くなっています。また、少人数制のため理学療法士の目もよく行き届き、利用者の満足度も高くなっています。

継続して教室に参加したいとの声もきかれますが、送迎人数に限りがあるため教室の人数を増やすことが難しいのが実情です。

(4) 1次予防事業一拠点型(転倒予防教室)

1 次予防事業対象者に対し、健康運動指導士による指導の下、椅子を使った体操を基本とする運動を行い、生活機能の維持や運動機能の向上を目指しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ実施回数	_	_	12	24	46
延べ参加者数	_	_	142	394	499

「ひまわりの里」で4月~3月第1、3水曜日、第2、4水曜日に実施していて、2次予防事業の転倒予防教室の受け皿として多く参加があり利用されています。

運動習慣の維持、コミュニケーションの場として無理のない参加につながっているのではないかと考えられます。

(5) 1次予防事業-拠点型(はつらつ教室)

1 次予防事業対象者に対し、健康運動実践指導者による指導の下、ストレッチやバランス運動を行い、自宅でもできる体操を習得し運動機能の向上を目指しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ実施回数	23	24	25	25	23
延べ参加者数	533	251	696	563	237

「ひまわりの里」で毎週1回前期のみの6か月間で実施していて、健康に対する 意識の高い人の参加が多く、そのため1次予防事業での教室終了後のサークル参加 につながっています。

教室の参加募集が回覧板のみのためか、知らない人も多く、参加希望者が減少傾向にあり、周知方法を検討し、教室への関心を高めてもらい参加者増加につなげたいところです。

【はつらつ教室の様子】



(6) 1次予防事業一地域型(音楽療法)

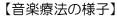
音楽療育活動講師による指導の下、昔の歌をうたったり、楽器を演奏したり、呼吸を整える体操を楽しく行っています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ実施回数	_	20	23	30	39
延べ参加者数	_	340	291	406	497

希望があった地域の公民館に講師を派遣して教室を行い、地域における積極的な参加を支援しています。

音楽を通して活動を行うことで、運動やリラックスができるため心身機能の向上につながります。

参加を希望する地域も増加傾向にあり、積極的に活動に参加し取り組んでいる様子で、終始笑顔が見られ昔の音楽を懐かしみながら、楽しく活動できているため継続していきたいところです。





(7) 1次予防事業一地域型(転倒予防教室)

健康運動指導士による指導の下、椅子を使った体操を基本とする運動を行い、転倒しにくい体づくりを目指しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ実施回数	_	_	12	13	16
延べ参加者数	_	_	174	162	205

希望があった地域の公民館に講師を派遣して教室を行い、地域における積極的な参加を支援しています。股関節を柔軟にする運動や足の趾先を鍛える運動を行うことで、転倒しにくい体づくりにつながっています。

(8) 1次予防事業一地域型(口腔機能向上教室)

歯科衛生士による指導の下、健口体操や歯磨きの仕方を学び、一生おいしく楽しく安全な食生活ができるように支援しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
延べ実施回数	-		23	20	11
延べ参加者数	_	_	296	211	130

希望があった地域の公民館に講師を派遣して教室を行っています。

お口の健康を維持することで、脳の活性化や認知症予防にもつながるため介護予防として重要です。

教室に参加してよかったという声を多数聞きますが、参加希望地域は減少傾向にあるようです。受講内容に関して抵抗がある方もいるため、教室参加につながりにくいのが課題です。

(9) 1次予防事業-地域型(認知症サポーター養成講座)

認知症になっても安心して暮らせるまちを目指して、認知症の人とその家族への 応援者となる認知症サポーターを養成しています。

・認知症サポーターは認知症について正しい知識をもち、認知症の人や家族を 応援し、 だれもが暮らしやすい地域をつくっていくボランティアです。 平成 26(2014) 年度には 9回開催し、参加者は 157 人でした。

【口腔機能向上教室の様子】



6. 包括的支援

支援が必要な高齢者等について、総合的な相談や、さまざまなサービスを組み合わせて高齢者の状況に合わせた適切な支援を行うために、本町は次のような取り組みを行っています。

(1) 介護予防ケアマネジメント業務

- 2次予防対象者に対し、
 - ①一次アセスメント
 - ②介護予防ケアプランの作成
 - ③サービス提供後の再アセスメント
 - 4事業評価

を実施します。

プロセス指標・アウトプット指標・アウトカム指標*11)により事業評価を実施し、 事業の改善を図ります。

事業の実施前後に事業実施者と情報共有をすることにより、健康運動指導士の計画に基づき、プログラムを実施しています。

介護予防・日常生活支援総合事業のケアプラン作成規定に基づき、実施していきます。

評価については、各指標の一部の評価のみ実施し、事業実施者との事後評価を行っています。指標に基づき評価を行い、事業の改善に活かしていきたいところです。

(2) 総合相談支援業務・権利擁護業務

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していくことができるよう、継続的・専門的な相談支援などを実施します。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
相談支援件数	67	51	86	194	132
権利擁護支援件数	2	0	1	2	6

地域包括支援センターが町に移管されてから、相談件数が増加しています。 権利擁護に関する周知・啓発が今後の課題です。

プロセス指標とは、事業が適切に行われているかに関する評価指標で、参加率や関係者の連携等をいう。

アウトプット指標とは、事業量に関する評価指標で、実施回数や参加者数等をいう。 アウトカム指標とは、事業の成果・効果に関する評価指標で、改善度や満足度等をいう。

^{*11)} プロセス指標・アウトプット指標・アウトカム指標

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

主治医・ケアマネジャー等との多職種協働や地域の関係機関との連携を図り、包括的・継続的なケア体制の構築等に取り組みます。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
相談支援件数	23	17	61	71	37

地域ケア会議(ケアマネージャー連絡会や高齢者支援会議)を通じ、関係機関との連携に努めてきました。

在宅医療・介護連携の推進が今後の課題です。

今後も多職種連携に向けた取り組みを行っていく方向で、生活支援コーディネーターを設置し、地域包括ケアシステムの構築に向けた協議を進めていくことが求められます。

7. 生活支援事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送るうえで必要な支援を行うよう、本町は次のような取り組みを行っています。

(1) 家族介護支援事業

在宅で寝たきり高齢者等を介護する同一世帯の介護者に対して、紙おむつを支給し、経済的負担の軽減を図る事業です。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
利用実人数	22	28	26	24	20

利用者にとっての経済的負担の軽減につながっています。

(2) 在宅寝たきり老人等介護手当支給事業

在宅において寝たきり高齢者及び認知症高齢者を6か月以上常時介護している人に対して、精神的、身体的、経済的な負担の軽減を図る目的で、1月当たり10,000円を支給しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
対象者数	13	19	19	19	20

在宅介護者の精神的、身体的、経済的負担の軽減につながっていると思われます。

(3) 成年後見人制度等利用支援事業

市町村申立てに係る低所得の高齢者に対する成年後見制度の申立てに要する経費や、成年後見人等の報酬の助成を行う事業です。

今のところ、公的成年後見制度利用の実績はありませんが、身寄りのない高齢者の増加にともなって、今後必要性が高まる可能性があります。

(4) 「食」の自立支援事業(配食サービス事業)

おおむね 65 歳以上のひとり暮らし高齢者または高齢者のみ世帯で、食事づくりが困難な人に対して、栄養のバランスの取れた食事を定期的に提供するとともに、対象者の健康状態や安否確認を目的として実施しています。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.10
総配食数	11,697	11,107	10,447	8,669	4,899
利用実人数	67	62	57	58	46

週4回昼・夕に希望により業者が配食を行い、あわせて利用者の安否確認を行っています。

調理、買い物が困難な方に対しての栄養の確保とともに、定期的に安否確認を行うことができています。

(5) 高齢者の虐待防止

地域包括支援センターが中心となり、関係機関との連携のもと、高齢者虐待の防止と早期発見・早期対応に努めます。

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26.11
対応件数	10	2	1	4	5

虐待に関する相談窓口として、関係機関との連絡調整を行い、本人の安全の確保を第一とした対応を行っています。

その結果、施設入所に至って、分離されるケースや、在宅生活を継続するケースなどさまざまで、適切な対応につなげるため、多職種での関わりが必要です。

(6) 認知症の予防対策(1次予防事業―認知症予防教室の実施)

有酸素運動や認知機能を刺激する楽しい知的活動、他者との交流等の要素を介護 予防事業に取り入れながら、認知症の予防対策を促進していきます。

運動を主とした介護予防教室を実施し、大変好評です。

本町では、地域の公民館で住民が参加する地域型の1次予防事業において、認知 症予防につながる活動を推進しています。

認知症予防には生活習慣の改善が必要であると考え、栄養・口腔・運動、認知症 予防を複合的に取り入れた教室を検討しています。

(7) 認知症の早期発見・早期対応

住民に認知症に関する正しい情報を提供するとともに、地域包括支援センターが中心となって、関係組織との協力の下、認知症の早期発見・早期対応に努めます。

平成 26 (2014) 年度より、キャラバンメイトの事務局を本町に設置し、認知症 サポーター養成講座を開催しています。

民生委員・児童委員会、ボランティア連絡協議会、桂川中学校、桂川小学校、桂川東小学校等において、養成講座を実施し、平成 27 (2015) 年 1 月現在までの認知症サポーター登録者数は 655 人で、養成講座の講師であるキャラバンメイトの登録は 16 人となっています。

今後も、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の正しい理解の促進を図るとともに、高齢者の尊厳を守り、誰もが安心して暮らせる地域づくりに努めていきます。また、関係組織や地域の見守りにより、早期発見・早期対応ができる体制づくりに努めていきます。

(8) 総合的な認知症対策

関係機関と連携を図りながら、総合的な認知症対策の推進に努めます。

認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの設置が求められています。 平成 26 (2014) 年度に認知症地域支援推進員研修を受講し、初期集中支援チームの設置に向けて検討しているところです。

第3章 計画の基本方針

第1節 計画の理念

老人福祉法の理念

老人福祉法では、基本的理念として第2条に「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。」と規定し、第3条に「老人は、老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする。」、第3条2項に「老人は、その希望と能力とに応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする。」と規定しています。

介護保険法の理念

介護保険法では第2条第2項に「(被保険者の要介護状態等に関し、必要な)保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」と規定し、国民の努力及び義務として、第4条に「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」と規定しています。

また、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針では、地域包括ケアシステムの基本的理念において、「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て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(地域包括ケアシステム)の構築に努めること」としています。

高齢者の医療の確保に関する法律の理念

高齢者の医療の確保に関する法律では、基本的理念として第2条に「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする。」と規定し、第2条第2項に「国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、高齢期における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。」と規定しています。

健康増進法の理念

健康増進法では、国民の責務として第2条に「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」と規定しています。

がん対策基本法の理念

がん対策基本法では、国民の責務として第6条に「国民は、喫煙、食生活、運動 その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等がんに関する正しい知識を持ち、がんの予 防に必要な注意を払うよう努めるとともに、必要に応じ、がん検診を受けるよう努 めなければならない。」と規定しています。

第5次桂川町総合計画

第5次桂川町総合計画では、まちづくりの重点課題として、「協働のまちづくり」、 「誰もが元気でいきいきと暮らせる社会の実現」等を示し、まちづくりの将来像を 「協働で未来(夢)を拓く〜笑顔あふれるまち"けいせん"〜」と掲げています。

桂川町第5期高齢者福祉計画の理念

現行の高齢者福祉計画である桂川町第5期高齢者福祉計画においては、「ともに支えあう地域福祉のまちづくり」としています。

本計画の理念

関連する法及び第5次桂川町総合計画の理念や桂川町第5期高齢者福祉計画における取り組みを発展充実させることを踏まえながら、本計画の理念は、

「みんなが元気!誰もが笑顔! 自立と支えあいでつくるほほえみのまち"けいせん"」とします。

【桂川町第6期高齢者福祉計画の理念】

みんなが元気! 誰もが笑顔! 自立と支えあいでつくるほほえみのまち"けいせん"



第2節 計画の基本目標

本計画では、平成 37 (2025) 年を目標年度とした「地域包括ケアシステム」の 構築に向けた具体的な取り組みを進めていく必要があります。

いくつになってもいきいきと活動でき、介護が必要になっても住み慣れた地域で、 安全・安心して生活できるような社会を築いていくことが重要ですが、そのための 取り組みにおいて介護保険制度をはじめとする公的な支えの充実だけでは十分と はいえません。

日常の生活においてちょっとした困難や手助けが必要な時、地域の人でお互いに 支え合うといった、身近な近所づきあいの延長線上で問題の解決を図ることができ る場合も多く、こうした地域による支えの大切さを含めて取り組みを進めていく必 要があります。

そのためには、高齢者自身も支え手のひとりとして、自らの健康を保ち、また多くの住民が経験と能力に応じて、積極的に地域社会活動に参加していくような、地域の福祉に貢献できる風土を培い、隣近所同士での支え合いの幅を広げる機運を高める取り組みを進めます。

本計画では、「自助」を応援し、「互助」を広め、「共助」を充実させ「公助」で補うことを基本として、計画の基本目標を次のとおりとします。

【計画の基本目標】

基本目標① 健康でいきいきとした活動を支援

基本目標② 安全・安心な暮らしを支援

基本目標③ ともに支えあう地域づくりを支援

1. 基本目標① 健康でいきいきとした活動を支援

いつまでも住み慣れた地域でいきいきと暮らしていくためには、健康を保つことが最も重要です。健康が損なわれると自立した生活を送ることが困難になってきます。

健康を意識しないまま望ましくない食習慣や運動不足が続いていると、生活習慣病のおそれが大きくなったり、年齢とともに体の機能が低下したりして思わぬ大病を患うことになりかねません。

また、ひとり暮らし等で、あまり会話や外出の機会がなく気力が少なくなると、 閉じこもりやうつのおそれも大きくなってきます。

自分の健康は自分でつくり、そして保つものです。

本町では、疾病予防や介護予防の観点から、こうした自分で(自分が)行動することを基本としながら、健康でいきいきとした自立した活動を支援します。

また、高齢世代の人は人生の経験が豊富でさまざまな知識・技術を持つ人や活動の時間を比較的時間に余裕がある人が多く、現役時代からの趣味や活動を続けている人もいれば、まったく新しい趣味・活動を始めた人もいます。

このような活動は、楽しみや生きがいとして高齢者の生活を豊かにし、いきいき と暮らしていく基になるものです。

高齢者が今まで積み上げてきた経験と知識・技術は、高齢化して支え手が少なくなっていく地域社会にとって、表に現れない大切な地域の力であると考えます。

高齢者は、さまざまなサービスの受け手というだけでなく、地域に積極的に参加してそれぞれの能力に応じて地域の問題に貢献できる存在として期待されています。

本町では、高齢者が地域に参加する機会づくりを進め、能力に応じて地域に貢献できる活動を支援することで、生きがいづくりを推進していきます。

2. 基本目標② 安全・安心な暮らしを支援

地域で生活していくうえで、いつも健康で自立した生活を送ることができるとは 限りません。

病気やけがで医療や介護が必要になることや、不安やちょっとした困難から日ご ろの生活が続けられなくなることもあります。

そうした生活に支援を要するようになった場合でも、できる限り住み慣れた自宅がある地域のなかで暮らし続けていけるよう、本町では相談と支援の体制を充実させ、医療と介護の切れ目ない連携の下で、となり近所の人々の見守りや民生委員・児童委員等の力を借りながら、地域包括ケアシステムの構築を目指します。

さらに、災害時等の緊急時に、自らの力だけでは避難等が困難な人々の把握に努め、自主防災組織と連携しながら安全・安心を確保していきます。

3. 基本目標③ ともに支えあう地域づくりを支援

地域にいるすべての人々が安心して暮らしていける地域社会の実現にむけて、町 と地域住民、社会福祉関係者がお互いに協力して地域社会の問題に取り組むことが、 地域福祉の推進につながります。

同様に高齢者の福祉についても町と地域住民・社会福祉関係者の協働によって、 ともに支え合う地域づくりが必要です。

本町においては、社会福祉の推進の軸に桂川町社会福祉協議会があり、地域住民、 民生委員・児童委員その他の社会福祉関係者の活動と連携を図っています。

本町では、地域福祉推進の観点から、地域住民と桂川町社会福祉協議会の活動をはじめとする社会福祉関係者と協働し、これらの活動を支援します。

また、高齢者の福祉にかぎらず地域でのボランティア活動は重要な福祉活動です。

地域でのボランティア活動は、地域社会に貢献するとともに、地域での人と人と のつながりを深め、近年希薄になった近所づきあいや同じ思いを持つ人との交流等、 活動している本人に有益なことが多くあります。

本町では、地域での支え合い推進の観点から、桂川町社会福祉協議会と連携して地域ボランティア活動を支援し、地域ボランティアの育成を図っていきます。

第3節 地域包括ケアシステムの構築にむけて

平成 27 (2015) 年に実施される介護保険制度の改正は、介護予防や生活支援の 充実等に重点を置いたものとなり、「団塊の世代」の人々が 75 歳以上となる平成 37 (2025) 年を目標年度とした「地域包括ケアシステム」の構築にむけての具体 的な取り組みを軸とした高齢者福祉の推進を掲げています。

1. 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、自助を基本としつつ、互助・共助・公助を組み合わせ連携しながら、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みとされています。

日常生活での不安や困難に対して、健康の状態や住居の種別を問わず、適切なサービスや対応が提供される状況を目指し、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

また、原則として安全・安心・健康を確保するサービスが、利用者の状況にあわせて切れ目なく提供される環境を理想として、段階を踏んで取り組んでいくことが大切です。

今後、認知症の高齢者が増加していくことが見込まれることから、認知症の高齢者が地域で安全・安心に生活していくためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

病気になったら… 2025年の地域包括ケアシステムの姿 介護が必要になったら・・・ 医療 通院・入院 日常の医療: 急性期、回復期、慢性期 通所:入所 ■在宅系サービス: ① ·訪問介護·訪問看護·通所介護 ・かかりつけ医、有床診療所 ■施設・居住系サービス 小規模多機能型居宝介護 介護老人福祉施設 ·短期入所生活介護 ·介護老人保健施設 住まい • 福祉田員 ·認知症共同生活介護 ・24時間対応の訪問サービス 特定施設入所者生活介護 複合型サービス (小規模多機能型居宅介護+訪問看護) ・地域包括支援センター ケアマネジャー ・サービス付き高齢者向け住宅 等_ ※ 地域包括ケアシステムは、おおむ 相談業務やサービスの コーディネートを行います いつまでも元気に暮らすために・・・ ね30分以内に必要なサービスが 提供される日常生活圏域(具体的 生活支援・介護予防 には中学校区)を単位として想定 W 老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

【地域包括ケアシステムの将来像】

厚生労働省資料より一部加工

2. 地域包括ケアシステム構築のための施策の方向性

少子高齢化や核家族化とともに、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加しています。

平成 24 (2012) 年の高齢者の健康に関する意識調査によると、介護が必要となったとき自宅で過ごしたいとする人が約 4 割、人生の最後の時を自宅で迎えたい人が半数を超えています。

認知症の高齢者と、認知症と正常の中間の状態の高齢者が、高齢者の 4 人に 1 人以上いると推計されています。

また、社会保障としての医療費と介護費の安定化の面からも、入院医療・施設入所からできる限り、在宅医療・在宅介護へと移行を進めていくと考えられます。

介護保険法では、地域包括ケアシステムについて、「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て自立した日常生活を営むことができるよう、介護と医療、住居等の施策の有機的な連携を図りつつ包括的に推進するように努める」とされています。

こうしたことを踏まえつつ、地域包括ケアシステムの構築については、平成 37 (2025) 年度までの実現にむけて、次の 5 つの方向性を持って進めていきます。

【地域包括ケアシステムの構築のための5つの方向性】

- ① 介護給付等対象サービスの充実・強化
- ② 在宅医療の充実及び在宅医療と介護の連携による継続的な支援体制の整備
- ③ 介護予防の推進
- ④ 日常生活を支援する体制の整備
- ⑤ 高齢者の住まいの安定的な確保

① 介護給付等対象サービスの充実・強化

地域における継続的な支援体制の整備を図ります。その際、重度の要介護者、ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者の増加等を踏まえサービスを検討していきます。

② 在宅医療の充実及び在宅医療と介護の連携による継続的な支援体制の整備

住み慣れた地域での生活を継続できるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等さまざまな局面で連携を図ることのできる体制を整備していきます。

③ 介護予防の推進

高齢者本人の健康の維持・増進の活動支援だけでなく、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者の身近な所でおのずと介護予防が図られる仕組みになるよう目指していきます。

また、地域ではさまざまな事業や活動が行われていますが、それぞれが独自に実施している場合も多く、ニーズに合った総合的な支援の展開を進めていきます。

④ 日常生活を支援する体制の整備

日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援等サービスを整備するため、市町村が中心となって 事業主体の支援・協働体制の充実・強化を進めていきます。

⑤ 高齢者の住まいの安定的な確保

住まいは保健・医療・介護などのサービスが提供される前提であり、地域におけるニーズに応じて、サービス付き高齢者向け住宅が適切に供給される環境を確保していきます。

第4節 介護保険サービスと地域支援事業の再編

地域包括ケアシステムの構築にむけて、介護保険制度の改正により平成 27 (2015)年度より介護保険サービスと地域支援事業が再編され、介護予防給付である要支援者の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が市町村で実施する地域支援事業の一つとして新しい介護予防・日常生活総合支援事業に移行します。

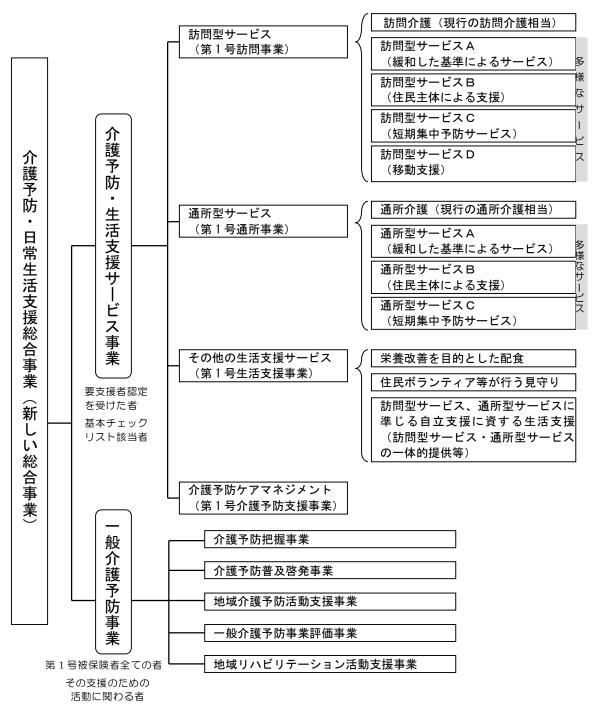
【介護保険サービスと地域支援事業の関係イメージ】 _現行._.. _ . _ . _ . 見直し後 _ . _ 現行と同様 ■ 介護給付 (要介護 1~5) ■ 介護給付 (要介護 1~5) ■ 介護予防給付 ■ 介護予防給付 現行と同様 (要支援 1・2) 要支援(要支援 1・2) 訪問看護·福祉用具等 訪問介護·通所介護 ■ (新)介護予防·日常生活支 援総合事業 事業に移行 ■ 介護予防事業 介護予防・生活支援サービス事業 または、介護予防・日常生活支援総合 地 ・訪問型サービス 地 多様化 ・通所型サービス 一次予防事業・二次予防事業 域 ・生活支援サービス 域 ・介護予防支援事業(ケアマネジメント) 支 一般介護予防事業 支 援 援 ■ 包括的支援事業 ■ 包括的支援事業 事 地域包括支援センターの運営 地域包括支援センターの運営 事 在宅医療と介護連携の推進 業 充実 認知症施策の推進 業 生活支援サービスの充実・強化 ■ 任意事業 ■ 任意事業

1. 新しい介護予防・日常生活総合支援事業

介護保険の地域支援事業の一つに位置づけられる、新しい介護予防・日常生活総合支援事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

新しい介護予防・日常生活総合支援事業の取り組みは、下の図のように、介護予防・生活支援サービスと一般介護予防事業に分かれて、サービスを受けようとする 高齢者の状態に合わせて多様なメニューを用意することができます。

【介護保険サービスと地域支援事業の関係イメージ】



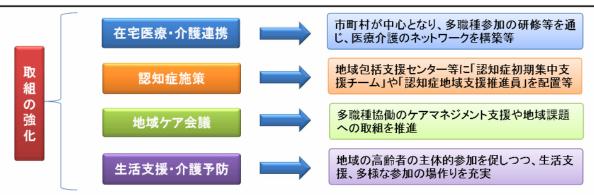
第5節 地域支援事業

介護保険制度改正では、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保を大きな柱として、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防の充実にむけて、新しい地域支援事業を実施することとなっています。

第6期介護保険事業計画における地域支援事業の方針として、在宅医療・介護連携の推進、認知症対策の推進や地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化が示されています。

地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し

- (1)地域支援事業の充実
 - 地域支援事業の枠組みを活用し、以下の充実を行い、市町村が中心となって総合的に地域づくりを推進。



※地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

- (2) 予防給付の見直し(訪問介護、通所介護)
 - 〇 要支援者に対する介護予防給付(訪問介護・通所介護)については、<u>市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す</u>。市町村の事務負担等も踏まえ、平成2 9年度末にはすべて事業に移行。訪問看護等は引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
 - 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
 - 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
 - <u>地域の実情に合わせて一定程度時間をかけ、</u>既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿の基盤整備を行う。

予防給付から新しい総合事業への移行



高齢者の多様なニーズに対応するため、市町村 が地域の実情に応じ、取組を推進

厚生労働省資料より抜粋

1. 在宅医療・介護連携の推進

介護保険制度改正では、取り組み強化の1つとして、在宅医療・介護連携の推進が制度化され、地域支援事業に組み込まれています。

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしくできる限り永く暮らしていけることが大切です。

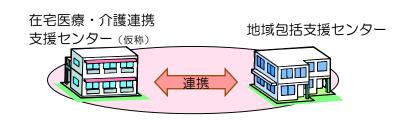
そのために必要な在宅医療と介護サービスを一体的に提供できるよう、地域で暮らす高齢者に関係する医療機関と介護サービス事業者等の連携を推進していきます。

この取り組みは、平成30(2018)年度までに全市町村が実施することを目指しており、市町村が主体となり地域の医師会等と連携しつつ進めていく必要があります。

また、市町村は原則として、次の8つの取り組みを実施しなければならないこととなっています。

【在宅医療・介護連携の推進のための8つの取り組み】

- ア 地域の医療・介護の資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討
- ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- カ 医療・介護関係者の研修
- キ 地域住民への普及・啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



2. 認知症施策の推進

急速な高齢化の進行にともなって、認知症の高齢者の増加が見込まれています。

国は、認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)を平成25(2013)年度からスタートし、認知症ケアパスの作成・普及や早期診断・早期対応、地域での医療サービスや介護サービスの構築、日常生活・家族の支援等の施策を掲げて推進しています。

本町では、認知症になっても本人の意思が尊重されて、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会を目指していきます。

そのため、認知症の状態に応じた適切なサービスを提供する流れを整理し、支援につなげるために「認知症ケアパス」の作成に取り組みます。

また、認知症初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・対応や認知症 地域支援推進員による相談等が新たに地域支援事業に位置づけられたことから、町 では地域包括ケアシステム構築の早い段階での認知症初期集中支援チームや認知 症地域支援推進員の設置に取り組んでいきます。

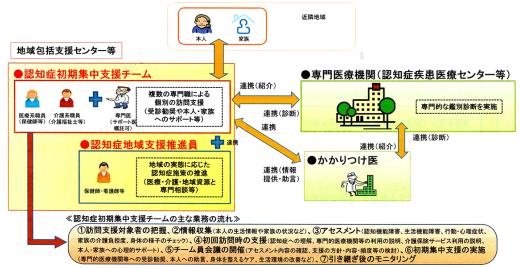
認知症は、本人の生活上の支障だけでなく、家族に対しても身体的・精神的・経済的負担が大きいため、医療・社会・経済的な支援が必要となります。

認知症は早期に治療を開始するほど、進行の速度を遅くしたり、症状を軽減させたりすることが多くなることから、早期発見、早期対応が重要です。

また、食習慣・身体活動・人付き合い等の生活習慣の見直しや早期から低下する 認知機能を鍛えることなどで、認知症になりにくいこともわかってきました。

認知症の早期発見・早期受診にむけた取り組みとともに、介護予防のひとつとして認知症予防の取り組みを推進します。

【認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員のイメージ】



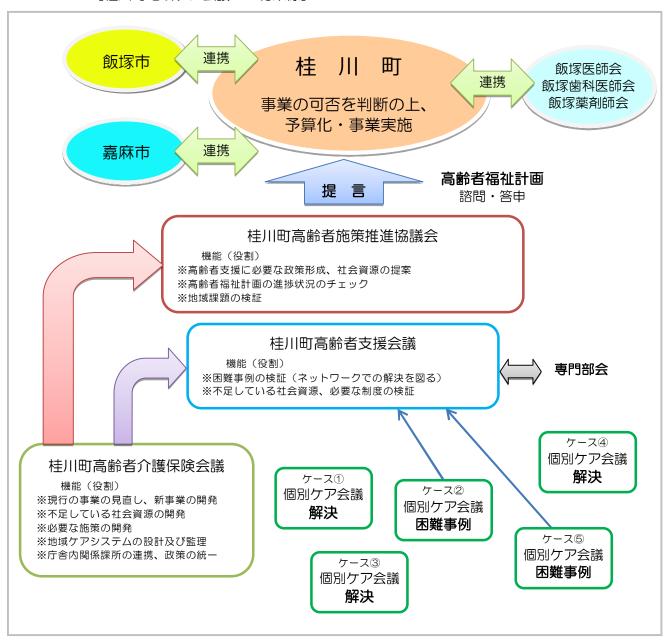
厚生労働省資料より抜粋

3. 地域ケア会議

多様な職種や機関との連携・協働による地域包括支援ネットワークを構築し、高齢者の個別課題を解決するとともに、それぞれの課題分析を通した地域の課題を地域の関係者で把握共有し、地域の実情に応じた社会資源の開発や政策形成を行う地域ケア会議の充実を図ります。

本町では、これからの地域福祉の増進を目指して、世代を超えて支え合う地域づくりを推進していきます。

【桂川町地域ケア会議 - 将来像】



4. 生活支援・介護予防

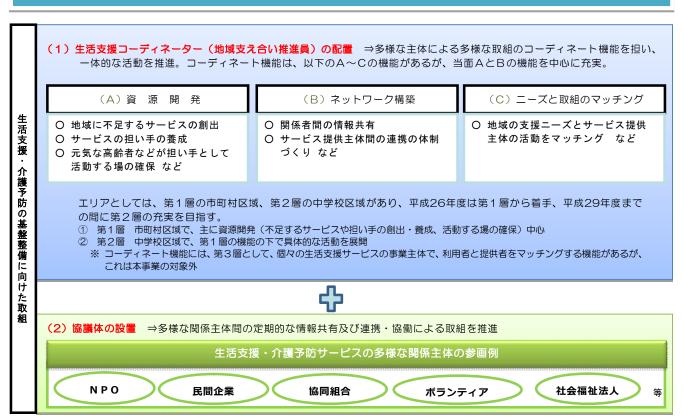
高齢者が住み慣れた地域で今後も安心して暮らしていくためには、介護保険・医療等のサービスとともに、生活を支えるためのさまざまなサービスの提供が必要です。

さらに、ひとり暮らし等の高齢者で支援が必要になる高齢者が増加していくことも想定され、地域ぐるみでの支援体制が求められています。

地域包括ケアシステムでは、公的なサービスや給付のみならず、隣近所の住民をはじめとする地域活動やボランティア活動の活性化が重要です。

そうした生活支援・介護予防サービスの提供体制や高齢者福祉サービス基盤の強化、充実に向けて「新しい介護予防・日常生活総合支援事業」の導入や、生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置等進めていきます。

生活支援・介護予防の基盤整備におけるコーディネーター・協議体の役割

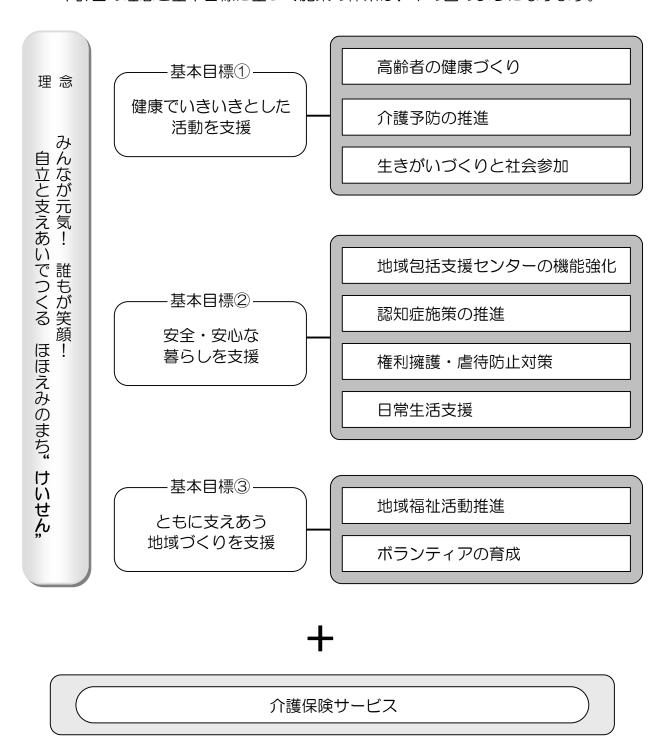


厚生労働省資料より抜粋

第4章 施策の展開

第1節 施策体系

本計画の理念と基本目標に基づく施策の体系は、下の図のようになります。



第2節 具体的な取り組み

1. 基本目標① 健康でいきいきとした活動を支援

(1) 高齢者の健康づくり

いつまでも住み慣れた地域でいきいきと暮らしていくためには、高齢者本人が自らの健康づくりに取り組むといった自己管理が大切です。高齢者の健康づくりに取り組みやすい環境づくりを推進します。

特定健診・特定保健指導事業	
〇 特定健診・特定保健指導事業	
ii	
健康診查事業	
〇 健康診査事業	
\	
がん検診事業	
\	
健康教育・健康相談・家庭訪問事業	
○ 健康教育・健康相談(老人クラブ)	
〇 健康教育・健康相談(ひまわりの里)	
<u> </u>	
予防接種事業	

介護予防につながる 若い頃(40歳代)からの健康づくり

特定健診とは・・・

桂川町国民健康保険に加入の、40~74 歳までの被保険者を対象に行う、内臓脂肪の蓄積等に着目した生活習慣病に関する健診で、メタボ健診とも呼ばれています。

特定保健指導とは・・・

特定健診の結果、特に健康の保持に努める必要がある者に行う保健指導のことです。

個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、 生活習慣病予防を行うことを目的としています。

この特定健診や特定保健指導は、国が定めた特定健康診査等基本指針を踏まえ、桂川町が策定した第2期特定健康診査等実施計画(期間:平成25~平成29年度までの5か年間)に基づき実施しています。

この計画が終了する平成 29 年度末までに、国の目標値に少しでも近づけるよう、特定健診受診率 60%、特定保健指導実施率 60%を目指し取り組んでいます。

【桂川町特定健診受診率等の推移】

	11111-3 137CK		
		平成 24 年度 (結果)	平成 25 年度 (H27 年 2 月速報値)
	桂川町	44. 8%	45. 2%
特定健診受診率	福岡県平均	29.8%	29.8%
	全国平均	33. 7%	34. 3%
特定保健指導実施率	桂川町	35. 3%	36.9%
	福岡県平均	39. 3%	40.3%
	全国平均	23. 2%	23.7%

(2) 介護予防の推進

心も身体もいきいきと活動できる期間「健康寿命」を、できる限り長く伸ばしていけるよう、高齢者自らの健康づくりを支援する以下の取組みを推進していきます。

また、地域における同世代のつながりを深め、まちづくりや地域づくりに役立っている面もあります。

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業 → 一般介護予防事業 → 介護予防把握事業

○ 2次予防事業(対象者把握事業) → 介護予防把握事業

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業 → 一般介護予防事業 → 介護予防普及啓発事業

- 1 次予防事業一拠点型(転倒予防教室)
- 1 次予防事業 拠点型(はつらつ教室)
- 1次予防事業一地域型(音楽療法)
- 1次予防事業一地域型(転倒予防教室)
- 1次予防事業一地域型(□腔機能向上教室)

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業 → 一般介護予防事業

- → 地域介護予防活動支援事業
- 〇 地域介護予防活動支援事業

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業 → 一般介護予防事業

- → 地域リハビリテーション活動支援事業
- 地域リハビリテーション活動支援事業



(3) 生きがいづくりと社会参加

高齢者がサービスの受け手としてだけでなく、その能力に応じて地域に積極的に 参加・貢献する活動を支援する以下の取組みを推進していきます。

一般高齢者福祉

- 〇 生涯教育の推進(ことぶき大学)
- ひまわりの里、桂寿苑等の施設利用支援
- 〇 老人クラブへの支援

2. 基本目標② 安全・安心な暮らしを支援

(1) 地域包括支援センターの機能強化

高齢者の安全・安心な暮らしを支えるために、支援が必要となった時の不安をできるだけ取り除くことが重要です。

地域包括支援センターは、高齢者の暮らしについて相談支援・サービス提供の調整等さまざまな業務を担当しています。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターの機能をより充実させていくため、以下の取組みを進めていきます。

地域支援事業 → 任意事業

└ ○ 介護給付費適正化事業

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業 → 一般介護予防事業

〇 一般介護予防評価事業

地域支援事業 → 包括的支援事業

- 介護予防ケアマネジメント業務
- 〇 総合相談支援業務
- 包括的・継続的ケアマネジメント業務
- 〇 地域ケア会議の充実
- 〇 在宅医療・介護連携の推進

(2) 認知症施策の推進

認知症の高齢者やその家族が地域で安心して暮らしていくために、地域包括支援センターを中心に、認知症の高齢者やその家族の支援体制を充実させていきます。

また、地域住民の認知症への正しい理解を深め、地域で支えるための啓発活動や、 認知症予防のための取組みを推進していきます。

地域支援事業 → 包括的支援事業 → 認知症施策の推進 → 総合的な認知症対策

- └ ケアパスの作成
 - 認知症サポーター養成講座
 - 認知症の予防対策(認知症予防教室の実施)
 - 認知症サポーターのフォローアップ

地域支援事業 → 包括的支援事業 → 認知症施策の推進

- → 認知症の早期発見・早期対応
- 認知症初期集中支援チームの設置
- 認知症地域支援推進員の設置

(3) 権利擁護・虐待防止対策

認知症や寝たきりの高齢者を含め、全ての人はその個人の尊厳を守られることが 大切です。

高齢者が自らの意思を表すことが困難な場合の支援や、虐待防止についての取組みを進めていきます。

地域支援事業 → 包括的支援事業 → 権利擁護業務

- 〇 成年後見人制度等利用支援事業
- 〇 高齢者の虐待防止
- 消費者被害防止のための啓発

(4) 日常生活支援

高齢者が、支援が必要になったときでも、自宅がある住み慣れた地域で暮らし続けていくために、日常生活に必要なさまざまなサービスを提供していくため、以下の取組みを進めていきます。

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業

- → 介護予防・生活支援サービス事業 → 訪問型サービス (第1号訪問事業)
- 訪問介護 要支援者の介護給付から移行
- 訪問型サービス A (緩和した基準によるサービス)
- 訪問型サービス B(住民主体による支援)
- 訪問型サービス C (短期集中予防サービス)
- 訪問型サービス D (移動支援)

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業

- → 介護予防・生活支援サービス事業 → 通所型サービス(第1号通所事業)
- 〇 通所介護 要支援者の介護給付から移行
- 通所型サービス A (緩和した基準によるサービス)
- 通所型サービス B(住民主体による支援)
- 通所型サービス C (短期集中予防サービス)
 - ・ 2 次予防事業-通所型(理学療法士の指導による教室)
- ・ 2 次予防事業ー通所型(転倒予防教室)

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業

- → 介護予防・生活支援サービス事業 → 生活支援サービス
- 〇「食」の自立支援事業(配食サービス事業)
- 住民ボランティア等が行う見守り
- 訪問型、通所型に準じる自立支援に資する生活支援

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業

- → 介護予防・生活支援サービス事業 → 介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 介護予防支援事業(ケアマネジメント)

地域支援事業 → 包括的支援事業 → 生活支援サービスの体制整備

- ┆○ 生活支援コーディネーターの配置(地域支え合い推進員)
- 〇 協議体の設置

地域支援事業 → 任意事業 → 家族介護支援事業

- 家族介護支援事業
- 在宅寝たきり老人等介護手当支給事業

一般高齢者福祉

- 養護老人ホーム「白藤の苑盲養老人ホーム」
- 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業
- 訪問理美容サービス事業
- 福祉バスの運行(ひまわり号)
- 買い物・通院バスの運行(いきいき号)
- 住宅改造費補助事業(住みよか事業)
- 緊急通報システム事業
- 〇 福祉電話貸与事業
- 見守りネットふくおか
- 〇 桂川町避難行動要支援者名簿

3. 基本目標③ ともに支えあう地域づくりを支援

(1) 地域福祉活動推進

基本目標の「① 健康でいきいきとした活動を支援」「② 安全・安心な暮らしを支援」を推進していくためには、高齢者福祉に関連する施設や団体、地域の活動がとても重要です。

地域包括ケアシステムの実現を目指して、地域福祉活動の充実と活動支援の取組みを推進していきます。

一般高齢者福祉

- 〇 桂川町いきいきセンター「桂寿苑」
- 桂川町総合福祉センター「ひまわりの里」
- 桂川町在宅介護支援センター
- 〇 福祉部の活動
- 桂川町社会福祉協議会の活動
- 民生委員・児童委員の活動
- 桂川町自主防災組織の活動

(2) ボランティアの育成

地域包括ケアシステムの構築には、「自助」「互助」「共助」「公助」が切れ目なく協働して必要とする高齢者に提供できることが求められています。

なかでも、となり近所の助け合いに代表される「互助」の支えをより活性化させることが重要で、そのためには地域ボランティアの育成が大切になります。

ボランティアの育成に向けて、必要な支援や啓発を推進していきます。

地域支援事業 → 介護予防・日常生活支援総合事業 → 一般介護予防事業 → 地域介護予防活動支援事業(再掲)	
│ ○ 地域介護予防活動支援事業 │	
○ 桂川町社会福祉協議会の活動	

4. 介護保険サービス

本町では、平成 29 (2017) 年度までに介護予防訪問介護と介護予防通所介護を順次地域支援事業として実施する予定で、平成 29 (2017) 年度以降、介護保険給付としての訪問介護と通所介護の利用者見込みはその分だけ少なく見込んでいます。

(1) 介護給付サービス

① 在宅サービス

ア. 居宅サービス

(人)

					()()
平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
127	129	135	140	152	158
9	12	16	20	24	25
29	32	37	44	51	54
7	8	9	11	14	14
37	44	50	57	66	70
190	202	223	243	284	297
67	65	64	63	66	73
38	39	41	46	51	52
1	1	2	2	3	3
0	0	0	0	0	0
154	158	162	168	182	193
5	5	6	7	8	9
6	6	8	8	10	10
318	324	336	346	349	365
	127 9 29 7 37 190 67 38 1 0 154 5 6	127 129 9 12 29 32 7 8 37 44 190 202 67 65 38 39 1 1 0 0 154 158 5 5 6 6	127 129 135 9 12 16 29 32 37 7 8 9 37 44 50 190 202 223 67 65 64 38 39 41 1 1 2 0 0 0 154 158 162 5 5 6 6 6 8	127 129 135 140 9 12 16 20 29 32 37 44 7 8 9 11 37 44 50 57 190 202 223 243 67 65 64 63 38 39 41 46 1 1 2 2 0 0 0 0 154 158 162 168 5 5 6 7 6 6 8 8	127 129 135 140 152 9 12 16 20 24 29 32 37 44 51 7 8 9 11 14 37 44 50 57 66 190 202 223 243 284 67 65 64 63 66 38 39 41 46 51 1 1 2 2 3 0 0 0 0 0 154 158 162 168 182 5 5 6 7 8 6 6 8 8 10

福岡県介護保険広域連合推計

イ. 地域密着型サービス

(人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
定期巡回·随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0
小規模多機能居宅介護	0	0	0	0	0	0
複合型サービス	0	0	0	0	0	0

福岡県介護保険広域連合推計

② 施設・居住系サービス

ア. 居宅サービス

(人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
特定施設入居者生活介護	18	18	19	20	23	26

福岡県介護保険広域連合推計

イ. 地域密着型サービス

(人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
認知症対応型共同生活介護	29	32	37	44	52	55
地域密着型特定施設 入居者生活介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	11	11	11	11	11	11

福岡県介護保険広域連合推計

ウ. 施設サービス

(人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
介護老人福祉施設	88	94	99	106	115	122
介護老人保健施設	78	78	79	79	84	90
介護療養型医療施設	14	12	10	5	0	0

福岡県介護保険広域連合推計

(2) 介護予防給付サービス

① 在宅サービス

ア. 居宅サービス

(人)

						()()
	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
介護予防訪問介護	106	97	45	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	5	5	5	5	5	6
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	4	3	3	4	4	4
介護予防通所介護	80	79	39	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	33	29	26	24	25	26
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	46	46	48	51	59	63
介護予防特定福祉用具購入費	1	1	2	2	2	2
介護予防住宅改修費	3	2	2	1	2	2
介護予防支援	176	162	152	145	155	166

福岡県介護保険広域連合推計

イ. 地域密着型サービス

(**J** .

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能居宅介護	0	0	0	0	0	0

福岡県介護保険広域連合推計

② 施設・居住系サービス

ア. 居宅サービス

(人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
介護予防 特定施設入居者生活介護	2	2	2	2	2	2

福岡県介護保険広域連合推計

イ. 地域密着型サービス

(人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成31年度	平成37年度
介護予防 認知症対応型共同生活介護	2	2	3	3	3	3

福岡県介護保険広域連合推計

第5章 計画の円滑な推進

第1節 町と関連機関の体制の構築と連携

本計画を効率よく、かつ効果的に推進していくためには、高齢者福祉施策を主管する健康福祉課高齢者・女性係だけでなく、関連する各課係との連携による有機的な推進体制を常時構築していくことが必要であり、そうした体制構築にむけて、高齢者・女性係はもとより、本町全体に理解と努力を求めていきます。

また、国・県及び福岡県介護保険広域連合をはじめとする、本町が構成要素となっている各団体にも本計画を提示のうえ、本計画の趣旨・理念に基づいた本町の高齢者福祉にかかる施策について、理解と協力を求め施策推進に向けた連携を進めていきます。

地域に展開する高齢者の福祉に関連する事業者、地域団体及び当事者である高齢者ならびに地域で生活するすべての人々にも本計画を公表し、本町の高齢者福祉施策に対して、理解・協力・連携を呼びかけていきます。

第2節 計画の進行管理

計画期間である平成 29 (2017) 年度までの 3 年間において、各年度及び国の制度改正等必要と認められるときに、計画の進捗状況を点検・把握し、事業の効率・効果を評価します。

計画の進行管理は、桂川町高齢者福祉施策推進協議会が中心となって、桂川町地域ケア会議等での検討内容や、利用者や提供者に対するアンケート等も必要であれば実施して、計画の進行状況を検討していきます。

また、事業評価にあたっては PDCA サイクル $^{*12)}$ (Plan-Do-Check-Act)評価等を活用し、量の評価(アウトプット評価)のみならず、成果の評価(アウトカム評価)、過程の評価(プロセス評価)及び実施体制評価等を可能な限り行っていきます。

^{*} $^{12)}$ PDCA サイクル:管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan(計画) \rightarrow Do(実行) \rightarrow Check(評価) \rightarrow Act(改善)の 4 つのステップを繰り返して、業務を継続的に改善していく進め方。

第6章 資料

第1節 桂川町高齢者福祉施策推進協議会設置要綱

告示第 96 号 平成 26 年 9 月 30 日 桂川町要綱第 11 号

(趣旨)

第1条 この要綱は、高齢者福祉に関する総合的な施策について審議を行い、各専門分野の立場から総合的な意見を聴き、高齢者福祉に関する施策の総合的かつ計画的な検討及び推進を図るため、桂川町高齢者福祉施策推進協議会(以下「協議会」という。)を設置し、その組織及び運営について必要な事項を定める。(所掌事務)

- 第2条 協議会は、次の各号に掲げる事項について審議する。
 - (1) 高齢者福祉計画の策定及び推進に関すること。
 - (2) 高齢者福祉に関する総合的な施策の推進に関すること。
 - (3) その他、必要と認められる事項に関すること。

(組織)

- 第3条 協議会は、おおむね委員10人をもって組織する。
- 2 委員は、次に揚げる者のうちから町長が委嘱する。
 - (1) 町議会議員
 - (2) 保健医療関係者
 - (3) 福祉関係者
 - (4) 介護保険関係者
 - (5) その他町長が必要と認めた者

(委員の任期)

- 第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、初回の任期は、平成28年3月末日 までとする。
- 2 その職にあることにより、委員になった者が当該職を辞任したときは、委員の職も辞任したものとみなす。なお、任期途中で委員が交代した場合は、後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

- 第5条 協議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、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。 (会議)
- 第6条 協議会の会議は、必要に応じ、会長が召集する。会長は会議の議長となる。
- 2 協議会は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 3 議事は、出席委員の過半数で決定し、可否同数のときは議長の決するところに

よる。

(関係者の出席)

第7条 協議会において必要と認めるときには、関係者の出席を求め、その説明若 しくは意見を聴き、又は資料を求めることができる。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、健康福祉課において処理する。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附則

この要綱は、公布の日から施行する。

第2節 桂川町高齢者福祉施策推進協議会の構成

要綱第3条第2項	団体又は機関		氏名	団体役職名
第1号	桂川町議会	吉川	紀代子	文教·厚生委員会委員
第2号	飯塚医師会	○青栁	明彦	専務理事
第2号	飯塚歯科医師会	川波	和義	会員
第2号	飯塚薬剤師会	野田	聡	常務理事
第3号	社会福祉法人桂川福祉会 (桂川町在宅介護支援センター)	谷口	裕司	在宅介護支援センター 責任者
第3号	桂川町社会福祉協議会	小林	ベティ和恵	福祉活動専門員
第3号	桂川町民生委員・児童委員協議会	大場	佳子	民生委員·児童委員
第3号	嘉穂·鞍手保健福祉環境事務所	塚本	忍	健康増進課長
第4号	介護保険広域連合田川・桂川支部	穂坂	整明	事務長補佐
第5号	桂川町区長会	○梅澤	 邦夫	会長

◎:会長 ○:副会長

任 期:平成26年12月1日~平成28年3月31日まで

第3節 桂川町高齢者福祉施策推進協議会の協議過程

	日 付	協議内容
第1回	平成 26 年 12 月 17 日	桂川町第6期高齢者福祉計画の策定について 今後の進め方について
第2回	平成27年2月2日	桂川町第6期高齢者福祉計画(案)について
第3回	平成 27 年 2 月 25 日	桂川町第6期高齢者福祉計画(案)について
第4回	平成 27 年 3 月 25 日	パブリックコメントを受けて、桂川町第 6 期 高齢者福祉計画(最終案)について

第4節 用語解説

あ行

アウトプット評価指標	事業を実施した回数、箇所、実施人数、企業でいう売上個数、売上高 等の実績のこと。	
アウトカム評価指標	事業を実施したことによる効果や成果、企業でいう利益等のこと。	
アセスメント	課題分析を参照。	
一般介護予防事業 すべての高齢者とその支援のための活動に関わる者を対象に行う 護予防のための事業。		
一般高齢者	介護や支援を必要としない元気な高齢者。	

か行

介護給付	要介護状態(要介護 1~5)にある被保険者への給付。認定区分・必要性に応じて居宅サービス、施設サービス等が受けられる。
介護サービス計画	ケアプランを参照。
介護サポートセンター	福岡県介護保険広域連合の支部ごとに設置されている地域包括支援 センターと連携する各市町村の介護保険窓口。
介護支援専門員	ケアマネジャーを参照。
介護予防	要介護状態になることを、できる限り防ぐ(遅らせる)こと。また、要介護状態の場合は、状態がそれ以上悪化しないようにする(改善を図る)こと。介護保険制度に基づき、要支援認定を受けた介護保険被保険者に対し、介護を要する状態の軽減または悪化の防止に資するよう行われる支援。もしくは、地域支援事業における介護予防事業のこと。
介護予防給付	要支援状態(要支援 1~2)にある被保険者への給付。介護給付と異なり施設サービスは受けられない。

介護予防ケアマネジメント	地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業のケアマネジメント。地域包括支援センターの保健師や主任ケアマネジャーが主に対応する。要支援状態となることの防止と、要支援者の要介護状態への悪化防止の一体的対応が行われる。
介護予防・生活支援サー ビス事業	要支援者と要介護状態等になるおそれが高い状態にあると認められる高齢者を対象に訪問・通所によるサービスやその他の生活支援等を行う事業。
介護予防・日常生活支援 総合事業	介護予防事業や生活支援(配食・見守り等サービス)、権利擁護や、 社会参加等を総合的で多様なサービスとして提供する。
介護療養型医療施設	療養病床等に入院する要介護認定者に、施設サービス計画に基づき、 療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他の必要な医療を行うことを目的とする介護保険施設。
介護老人福祉施設	特別養護老人ホームを参照。
介護老人保健施設	老人保健施設を参照。
課題分析(アセスメント)	要介護等認定者のニーズに沿ったケアプランを作成するために、アセスメント票によって状況を把握する。要介護等認定のための訪問調査もアセスメント票の一種と考えられるが、ケアプラン作成のためには、個々の家庭環境等の情報も含めさらに詳細に調査するため、訪問調査の項目(82項目)より幅広くかつ多くなる(200~300項目)。
キャラバン・メイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」をボラン ティアの立場で開催し、講師役を務める人。
協働	複数の主体が、何らかの目標を共有し、ともに力を合わせて活動する ことをいう。
居宅	在宅と同義語。介護保険法では居宅が法律用語となる。
居宅介護支援事業者	利用者の意向をふまえてケアプランを作成したり、個々のサービス事業者との調整を行ったりする事業者。都道府県の指定が必要。ケアプランを実際に作成するのは、居宅介護支援事業者に所属するケアマネジャー。
グループ別保険料	福岡県介護保険広域連合の構成市町村間の給付費水準に大きな差があることから、格差を緩和・是正することを目的として構成市町村の給付費水準が高いほうから順に A、B、C の 3 つのグループに分け設定された保険料基準額。
グループホーム	認知症対応型共同生活介護を参照。
ケアプラン(介護サービ ス計画)	要介護等認定者が介護サービスを適切に利用できるよう、心身の状況、生活環境等を勘案し、サービスの種類、内容、担当者等を定めた計画。在宅の場合は「居宅サービス計画」、施設の場合は「施設サービス計画」。居宅サービス計画は利用者個人が作成することもできるが、指定居宅介護支援事業者に依頼することもできる。

ケアマネジメント	ケアマネジメントとは、要介護等認定者に対し、個々のニーズや状態 に則して保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的、 効率的に提供されるサービス体系を確立するための機能をいう。
ケアマネジャー(介護支 援専門員)	ケアマネジャーはケアマネジメントの機能を担う専門家のことで、要介護等認定者や家族の相談に応じ、および要介護等認定者がその心身の状況等に応じて適切なサービスを利用できるよう、市町村・介護サービス事業者・介護保険施設等との調整を行い、また、ケアプランの継続的な管理や評価を行う。
軽度認知障害(MCI)	健常者と認知症の人の中間の段階にあたる症状(Mild Cognitive Impairment:軽度認知障害)。認知機能(記憶、決定、理由づけ、実行など)のうち1つの機能に問題が生じているものの、日常生活には支障がない状態のこと。
健康寿命	健康で自立して暮らすことができる期間。
権利擁護システム	認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等の判断能力が不十分な人の権利を擁護し、地域において安心して生活を送ることができるように支援するためのシステム。
後期高齢者	65 歳以上の高齢者のうち、75 歳以上の高齢者をいう。
後期高齢者医療保険	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成 20 年度(2008 年)から 75 歳以上の高齢者(後期高齢者)を被保険者とする、他の医療保険と独立した医療保険制度。長寿医療制度。
高齢化率	総人口に占める高齢者人口(65 歳以上人口)の割合。高齢化率が高いと保険料が高くなるわけではない。認定率が高いと介護保険の利用者が増え、負担する人は変わらないので保険料が高くなる。
高齢者	65 歳以上の人をいう。介護保険制度では、この「高齢者」が第 1 号 被保険者となる。
高齢者生活支援ハウス	高齢のため自立して生活をすることに不安のある高齢者のために日 常生活に必要な指導を行い、自立への支援を行う入居施設。
高齢者世帯	65 歳以上の親族のいる世帯。高齢単身(単独)世帯、高齢夫婦世帯 および高齢者同居世帯の合計。
高齢世帯	世帯主が 65 歳以上の一般世帯。
高齢単身(単独)世帯	国勢調査の高齢単身(単独)世帯とは、65歳以上の単身者の世帯。
高齢夫婦世帯	国勢調査の高齢夫婦世帯とは、夫 65 歳以上、妻 60 歳以上の夫婦一組の一般世帯で他の世帯員がいないものをいう。
高齢者同居世帯	高齢者のいる世帯のうち 64 歳以下の同居者のいる世帯。

さ行

サービス付き高齢者住宅	高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する住宅。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき、すべての都道府県・市区町村に設置された民間の社会福祉活動を推進することを目的とした営利を目的としない民間組織。
社会福祉士	専門的知識および技術をもって、身体上もしくは精神上の障害があること、または環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことを業とする者
若年者	40 歳以上 65 歳未満の人をいう。介護保険制度では、この「若年者」 が第 2 号被保険者となる。
ショートステイ	短期宿泊、短期入所。高齢者の支援、家族介護の軽減等が目的。
小規模多機能居宅介護	通い (デイサービス) を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、 訪問(訪問介護) や泊まり(ショートステイ) を組み合わせたサービ ス。
シルバー人材センター	定年退職者等を会員として、その希望に応じた臨時的・短期的な就業の機会を確保、提供することを目的として設立された都道府県知事の指定する公益法人。シルバー人材センターは、厚生労働大臣に届け出て、職業紹介事業を行うことができるとされている。会員は、健康保険、厚生年金保険、雇用保険等の被用者保険の被保険者となることはできない。
生活機能基本チェックリスト	介護予防・生活支援サービス事業の対象となる生活機能ハイリスク高 齢者の把握のため実施する生活機能チェック。
成年後見制度	家庭裁判所が選任した成年後見人が、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等の判断能力が不十分な人の財産管理、身上監護等を本人に代わって行う制度。介護保険の実施にあわせ、民法を一部改正し、従来の禁治産を改め、また比較的軽度の人の利用(補助の創設)や、判断能力があるうちから利用できる任意後見制度、複数の成年後見人の選任等、利用しやすい制度に改められた。
前期高齢者	65 歳以上の高齢者のうち、65 歳以上 75 歳未満の高齢者をいう。

た行

第1号被保険者	65 歳以上の人をいう。要支援・要介護と認定されれば給付を受けられる。
第2号被保険者	40歳以上65歳未満の人で医療保険加入者をいう。加齢に伴う疾病(特定疾病)により、要支援・要介護と認定された場合に限り給付を受けられる。
総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業を参照。
団塊の世代	第二次大戦後、数年間のベビーブームに生まれた世代のことで、昭和 22 年(1947 年)から昭和 24 年(1949 年)にかけて生まれた世代をさす。 第一次ベビーブーム世代。
地域支援事業	被保険者が要介護・要支援状態となることを予防するとともに、要介護・要支援状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために市町村が行う事業であり、①介護予防・日常生活支援総合事業、②包括的支援事業、③任意事業がある。
地域福祉権利擁護事業	知的障害者、精神障害者、認知症高齢者等、判断能力が十分ではないために、介護サービスや福祉サービス等を適切に利用できない者に対して、社会福祉協議会が本人と契約を締結し、サービス利用の援助や日常的な金銭管理等の援助を行うことによって、在宅で自立した生活を送れるよう支援していくための制度。平成11年度に厚生労働省により創設された事業で、社会福祉法の改正により「福祉サービス利用援助事業」として位置づけられている。
地域ケア会議	地域包括支援センターまたは市町村が主催し、医療・介護・福祉など の多職種が連携して、高齢者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いく、地域包括ケアシステムの実現に向 けた手法。
地域包括ケア(システム)	高齢者や障がい者など何らかの支援を必要とする人が、身近な地域で生涯を安心して暮らしていけるよう、①介護②予防③医療④生活支援⑤住まいの5つのサービスを一体化して提供し、支援を要する人を地域社会全体で支えるしくみ。
地域包括支援センター	地域における高齢者の生活を支援する中核機関として平成 18 年度に 創設された。保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士等を置き、介 護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・ 継続的ケアマネジメント等を業務として介護保険法に規定された機 関。

	,
地域密着型サービス	①定期巡回・随時対応型訪問介護看護、②夜間対応型訪問介護、③認知症対応型通所介護、④小規模多機能型居宅介護、⑤認知症対応型共同生活介護、⑥地域密着型特定施設入居者生活介護(小規模有料老人ホーム)⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(小規模特養ホーム)⑧複合型サービスの8種類がある。利用者は原則として当該市町村の被保険者に限られる。要介護等認定者の住み慣れた地域での生活を24時間体制で支えるという観点から、要介護等認定者の日常生活圏域内ごとにサービス提供の拠点が確保されるべきであるとされている。サービス事業者の指定権限は保険者が有し、一定の範囲内で指定および報酬の変更を行うこともできる。
定期巡回型・随時対応型 訪問介護看護	定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受けて、一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する介護・看護や、訪問介護事業所が訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する介護・看護連携のサービス。
特定健診	従来の基本健康診査に代わり平成 20 年度(2008 年)から始まった 40 歳から 74 歳までの公的健康保険加入者が対象の健康診査。内臓脂肪 症候群(メタボリックシンドローム)に着目した生活習慣病の予防の ための診断基準に基づいて実施され、実施主体は保険者。
特定非営利組織	NPO を参照。
特定保健指導	特定健診の結果により、生活習慣病発症の危険が高く、生活習慣改善による予防効果が多く期待できる受診者に対して、生活習慣を見直す 支援をする。動機付け支援、積極的支援がある。
特別養護老人ホーム	老人福祉法に規定する老人福祉施設の一種で、介護保険法においては、介護老人福祉施設とされている。原則として 65 歳以上であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な人を入所させて、養護することを目的とする入所施設。

な行

内臓脂肪症候群	高血圧、高脂血症、糖尿病等生活習慣病の危険因子を重複して持つこと。
日常生活圏域	地域支援事業や地域密着型サービスを提供する際の整備単位。保険者が、地理的条件・人口・住民の生活体系・学校区・地域づくり活動単位等の地域特性をふまえて設定する。
認知症ケアパス	認知症の進行状況に合わせて提供される医療や介護のサービスの標 準的な流れを示したもの。

認知症サポーター	厚生労働省は、平成 17 年度から「認知症を知り地域をつくる 10 カ年」キャンペーンを開始している。その一環として、認知症サポーターを全国で 100 万人養成する「認知症サポーター100 万人キャラバン」を展開し、認知症になっても安心して暮らせるまちを住民の手によってつくっていくことをめざしている。認知症サポーターは、認知症の人と家族への応援者であり、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かい目で見守るなど、自分のできる範囲で活動する人であり、市町村等が開催する認知症の勉強会を受講すれば、誰でもなることができる。
認知症対応型通所介護	認知症のある要介護者及び要支援者にたいし、通い(デイサービス) により入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練を提供するサービス。
認定率(出現率)	高齢者に占める要介護・要支援認定者の割合。出現率ともいう。介護 保険の利用者と負担者の割合を示すので、この比率が高いと保険料が 高くなる。この比率が一定でも要介護度別の利用分布、利用意向、施 設・在宅サービスの利用比率の違いにより、保険料はさらに変わって くる。
ノーマライゼーション	障害者も健常者も、高齢者も若者も、通常の生活ができるようにする 社会づくり。

は行

廃用症候群	病気や怪我等で長期間安静にしていることにより、運動機能が衰え生活機能が徐々に低下すること。筋肉・骨組織の萎縮、関節の拘縮、心肺機能の低下、意欲の低下、床ずれ等の弊害を総称していう。寝たきりの重要な原因となる。
ハイリスクアプローチ	疾患を発生しやすい高いリスクを持った個人を対象に絞り込んでア プローチをする予防医学の考え方。
バリアフリー	障害のある人が地域の中で通常に暮らせる社会づくりを目指して、障害のある人の社会参加を困難にしている物理的、制度的、心理的な障壁(バリア)を除去しようとする考え。
ひとり暮らし高齢者	高齢者単独世帯の高齢者。
複合型サービス	利用者の選択に応じて、施設への通いを中心として、短期間の宿泊や 訪問介護、訪問看護を組み合わせ、介護サービスと看護サービスを 体的に受けられるサービス。
プロセス評価指標	事業実施における手順、方法、工程のこと。
ポピュレーションアプロ ーチ	対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチし、集団としてのリスクの平均値を下げていこうという予防医学の考え方。
ボランティア組織	ボランティア活動(基本的に無償でおこなう自発的な他人、社会など への貢献活動)を組織的に行うもの。NPO等。

ま行

マネジメント手法	主に経営管理のための手法を言う。ここでは、事業評価のための管理手法。
民生委員・児童委員	民生委員法、児童福祉法に基づき、地域福祉の向上のために厚生労働 大臣から委嘱された「民間の奉仕者」。社会奉仕の精神をもって、常 に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、もって社会福 祉の増進に努めることが目的。
メタボリックシンドロー ム	中高年がかかりやすい生活習慣病である「糖尿病」「高血圧」「高脂血症」は、それぞれ単独でもやっかいな病気だが、これらの病気が重複すると動脈硬化を促進し、さらには致命的な心筋梗塞や脳梗塞等を起こしやすいことが分かっている。 最近、これらの病気を起こすおおもとに、糖代謝や脂質代謝等さまざまな代謝異常があることがわかってきた。このため、こうしたリスクが重なって存在する病態を「メタボリックシンドローム(Metabolic Syndrome)」と呼んでいる。

や行

夜間対応型訪問介護	夜間に定期的に各自宅を巡回して行う訪問介護に加え、利用者の求め に応じて随時対応する訪問介護を組み合わせたサービス。	
ユニバーサルデザイン	あらかじめ、障害の有無、年齢、性別、人種等にかかわらず多様な人々 が利用しやすいよう都市や生活環境をデザインする考え方。	
要介護	要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、食事、排せつ、入浴等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、一定の期間にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態で、その状態の程度に応じて軽い順に「要介護 1」~「要介護 5」の 5 段階に分けられる。要介護者は介護給付サービスの対象となる。	
要介護等認定者	要介護者および要支援者をいう。	
要介護度	保険者(市町村)が行う要介護認定により、軽い順に「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」の 7 段階に分けられる。そのうち「要支援 1」・「要支援 2」は新予防給付サービス、「要介護 1」~「要介護 5」は介護給付サービスを利用する。	

要介護認定・要支援認定	申請のあった被保険者の要介護・要支援状態区分について市町村がその認定を行うこと。心身の状況等に関する一次調査の結果と、疾病や負傷の状況に関する主治医意見書に基づき、介護認定審査会において審査判定が行われ、その結果に従い市町村が要介護認定・要支援認定を行う。介護保険制度では、要介護認定者または要支援認定者と認定された場合に介護保険サービスを受けることができる。申請ができるのは第1号被保険者で要介護・要支援状態に該当と思われる人、および第2号被保険者で特定疾病により要介護・要支援状態に該当すると思われる人。
養護老人ホーム	主に身体上、精神上、環境上の理由及び経済的理由により在宅での生活が困難である自立している高齢者を入所させて養護することを目的とした施設。
要支援	要支援状態とは、身体上もしくは精神上の障害があるために食事、排せつ、入浴等の日常生活における基本的な動作の全部もしくは一部について、一定の期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる状態、または身体上もしくは精神上の障害があるために一定の期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態で、その状態の程度に応じて軽い順に「要支援 1」・「要支援 2」の 2 段階に分けられる。要支援者は廃用症候群である人が多く、早い時期にリハビリテーション等の予防を行うことで生活機能を改善できる可能性がある。予防給付サービスの対象と成る。

ら行

ライフスタイル	生活様式。個人の人生観、価値観を反映した生き方、暮らし方。
老人保健施設	病状が安定期にある要介護認定者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設として、都道府県知事の許可を受けたもの。従来は老人保健法に規定されていた老人保健施設について、介護保険法に移されたもので、医療法上の病院や診療所ではないが、医療法や健康保険法上は同様に取り扱われ、例えば、管理者や開設者の規定は医療法を準用するとされている。

英数字

NPO(特定非営利組織) 法人	営利を目的とせず、その活動目的に賛同する人たちからの寄付やボランティアの協力等の支援を受け、その目的を達成しようとする民間の団体。特定非営利活動促進法(NPO 法)は、このような市民団体に法人格を与え、市民活動の発展を促進する目的で平成 10 年に制定された。NPO は Non Profit Organization の略。
PDCAサイクル	管理業務を計画どおりスムーズに進めるための手法の一つ。 $Plan$ (計画) \rightarrow Do (実行) \rightarrow $Check$ (評価) \rightarrow Act (改善) の 4 段階を繰り返し、業務を改善し、進めていく。
QOL	人間が日常生活で必要とされている満足感、幸福感、安定感を規定している様々な要因の質のこと。QOLは Quality Of Life の略で、生活の質という意味。

桂川町第6期高齢者福祉計画

平成 27 年 3 月

発行・編集 桂川町 健康福祉課

〒820-0693 福岡県嘉穂郡桂川町大字土居 361 番地 電話 (0948) 65-0001 fax (0948) 65-0078 E-mail: koreisha-josei@town.keisen.lg.jp

