
第9期

築上町高齢者保健福祉計画

令和6年度～令和8年度

令和6年3月

福岡県築上町

はじめに

わが国は、少子高齢化・人口減少が急速に進行しており、1971～74年生まれの方々が75歳となる令和22(2040)年には高齢者の割合がピークになる一方で、生産年齢人口は急減し、社会保障や経済に大きな影響を与える可能性があるといわれています。

築上町におきましても、高齢化率は上昇を続けており、令和6(2024)年1月には38%に達しています。今後も高齢化は進み、令和27(2045)年には、高齢化率は39%を超えると見込まれています。

また、高齢化率の上昇と共に、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症の方が増加しています。こうした中で、高齢者の皆様がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるよう、保健、福祉及び介護等に関する総合的な支援体制が必要となっています。

築上町では、「築上町高齢者保健福祉計画」を平成19年3月に策定し、その後は介護保険事業計画見直しと時期を合わせて、3年毎に見直しを行っています。

第9期となる本計画では、<高齢者が住み慣れたまちで生きがいをもち、安心して元気に暮らし続けるために、ともに支え合うまち>を基本理念とし、これまでの施策の成果や課題等を踏まえつつ、「地域包括ケアシステム」のさらなる深化・推進に向けた高齢者福祉の充実、保健事業と介護予防の一体的な実施の取り組みにより、町民の皆様とともに築上町の高齢者が自立した生活を送り、よりいきいきと暮らせるまちづくりを目指す計画を推進して参ります。皆様のご協力とご支援をお願いいたします。

終わりに、この高齢者保健福祉計画を策定するにあたり、ご意見をいただきました築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会委員の皆様をはじめ、ご協力いただきました関係者の皆様に対し心からお礼申し上げます。

令和6年3月



築上町長 新川 久三

目次

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画の期間	3
4 計画の策定体制	4
5 日常生活圏域の設定	5
6 高齢者福祉を取り巻く国の動き	6
第2章 築上町の高齢者を取り巻く現状	7
1 人口（高齢化の進行）	7
2 高齢者の介護状況・介護サービスの状況	11
3 高齢者の健康活動の状況	14
4 アンケート調査からみる築上町の現状と課題	15
5 第8期計画のふりかえりと評価	24
6 各種調査からみえる第9期計画の重点課題	30
第3章 計画の基本的な方向	33
1 基本理念	33
2 基本目標	34
3 施策体系	35
第4章 基本目標と実現するための施策	36
基本目標1 高齢者が健康で生きがいをもち活躍できるまちづくり	36
基本目標2 高齢者の日常的な暮らしを地域で支えるまちづくり	49
基本目標3 高齢者が自分らしく安心して暮らせるまちづくり	60
第5章 介護保険給付サービスの推進	63
1 介護保険給付サービスの体系	63
2 介護保険給付サービスの見込	65
第6章 計画の推進	69
1 計画の推進体制	69
2 計画の管理・評価	71
資料編	72
1 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会規程	72
2 第9期築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会委員名簿	73
3 第9期築上町高齢者保健福祉計画策定の経緯	74
4 用語集	75

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

我が国は、他の先進国に例を見ない速度で高齢化が進んでおり、国立社会保障・人口問題研究所による日本の将来推計人口によると、1947～50年生まれの世代がすべて75歳以上となる2025年にかけて、75歳以上人口が急速に増加する一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速します。そして、1971～74年生まれの世代が65歳以上の前期高齢者となる令和22（2040）年には、総人口が11,284万人で、65歳以上の高齢者人口は、3,928万人、総人口に占める割合（高齢化率）は39%の水準になると推計されています。築上町（以下「本町」という。）においても高齢化率の上昇や一人暮らし高齢者、高齢夫婦世帯の増加に伴い、今後も支援を必要とする高齢者が増加することが予想されます。

こうした状況から、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために、介護、医療、介護予防、住まい、日常生活の支援が包括的に提供される「地域包括ケアシステム」の推進が求められており、本町では「第8期築上町高齢者保健福祉計画」（以下「第8期計画」という。）において、この地域包括ケアシステムの推進を重点施策として、人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現を目指し、地域住民や関係機関等と連携しながら各種施策を進めてきました。

今後、更なる高齢社会が進む中で、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことを可能としていくことができるよう、これまでの地域包括ケアシステムの取り組みを持続させながら、介護予防や健診を通じた高齢者の健康寿命の延伸をはじめ、増加が予測される認知症対策等の課題に対して、共生と予防を両輪とした施策を推進していく必要があります。

こうした社会の変化や町のこれからの課題を踏まえ、第9期築上町高齢者保健福祉計画（以下「第9期計画」という。）では、第8期計画の内容やその課題から、今後3年間の高齢者福祉施策及び介護保険事業において取り組むべき事項を整理し、地域住民や地域の多様な主体が参画し、高齢者一人ひとりの暮らしと生きがいを地域とともにつくる“地域共生社会”の実現を目指していきます。

2 計画の位置づけ

第9期計画は、高齢者がいきいきと活躍でき、医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して生活できる社会づくりのために、高齢者を取り巻く社会状況の変化や高齢社会をめぐる重要な課題に対して、町が取り組む施策の方向を明らかにするものです。

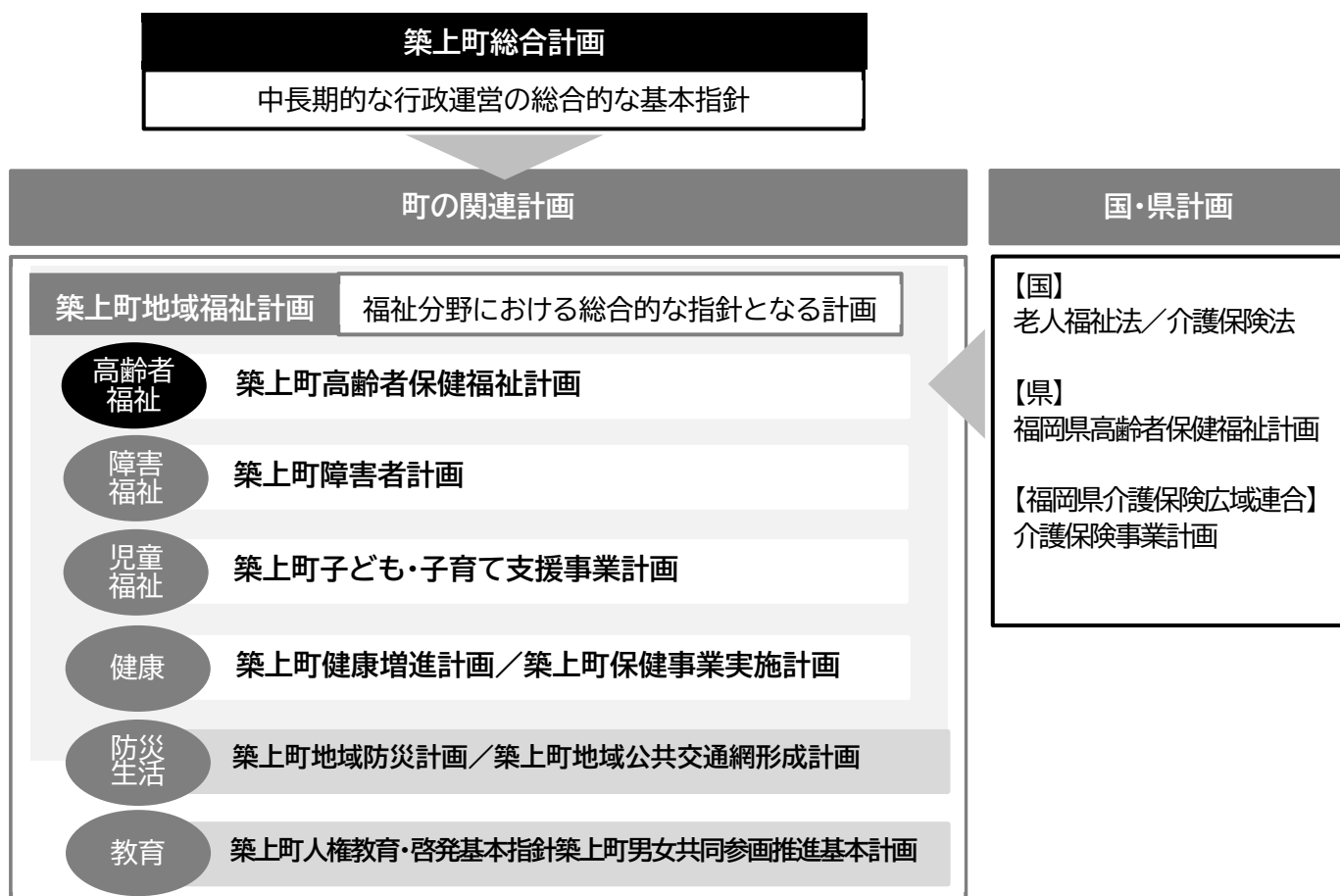
第9期計画は、老人福祉法第20条の8に基づく、すべての高齢者を対象とした保健福祉事業全般に関する総合的な計画であり、介護サービスの計画的な実施の基本となる介護保険事業計画と一体のものとして3年ごとに策定される計画です。

また、第9期計画は、第2次築上町総合計画の将来像である「“自然と歴史・文化を育む”一心と体の健康を求めた『豊かな生活の場』づくり」の実現を目指し、他の関連する計画等との整合を図りながら推進するものです。

【第9期計画の法的位置づけ】

計画名	根拠法	主な対象者	計画の性格
築上町高齢者保健福祉計画	老人福祉法 第20条の8	すべての高齢者 (65歳以上)	保健福祉事業全般に関する 総合計画

【第9期計画の町の計画及び国・県の計画との関連性】



3 計画の期間

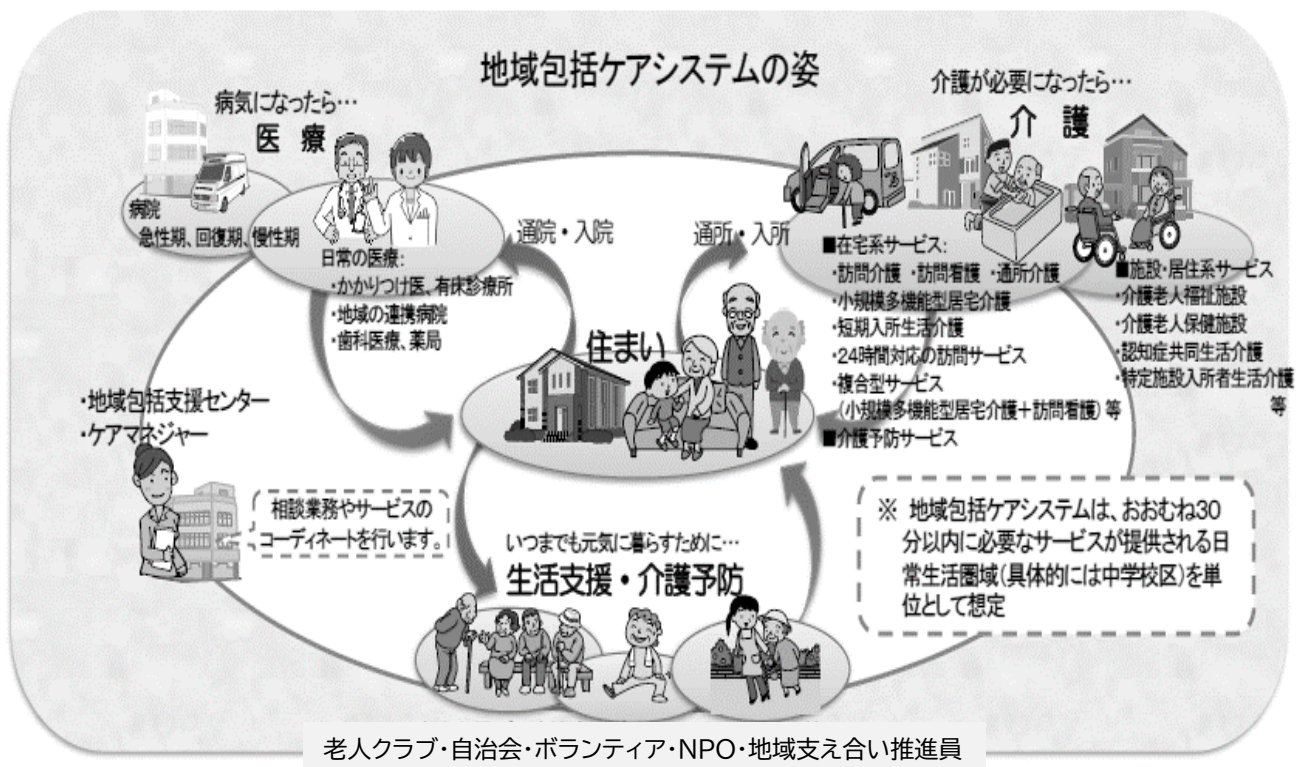
第9期計画の計画期間は令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

第9期計画では、令和7年度以降の社会の情勢への対応と、その先の令和17年には1947～50年生まれの世代が要介護認定率や介護給付費が急増する85歳に到達することを見据え、「地域包括ケアシステム」の深化・推進に継続して取り組みます。

【計画の期間】

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	令和9年度	令和10年度	令和11年度
第8期計画 令和3年度～令和5年度			第9期計画 令和6年度～令和8年度			第10期計画 令和9年度～令和11年度		
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #333; color: white;"> 令和17年度までを見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進 </div>								

【地域包括ケアシステムの目指すすがた】



(出典) 厚生労働省資料

4 計画の策定体制

(1) 各種調査の実施

第9期計画を策定するにあたり、高齢者の日常生活の状況や健康状態、介護サービスの利用状況等を把握するために、福岡県介護保険広域連合で実施した「高齢者生活アンケート」や、町で実施した「高齢者元気度チェック」の結果を分析し計画策定に活かしました。調査概要ならびに回収結果は以下のとおりです。

【調査の概要】

調査名称	調査対象	調査方法／調査期間	回収結果
高齢者生活アンケート	65歳以上で要介護認定を受けていない高齢者	郵便配布・回収 令和3年11～12月 令和4年6～7月 令和5年7～8月 (3か年に分けて調査)	発送：1,631件 回収：882件 (有効回収率54.1%)
高齢者元気度チェック	75歳以上で要支援・要介護認定を受けていない高齢者	郵便配布・回収 令和3年12月	発送：2,458件 回収：2,108件 (有効回収率84.8%)

(2) 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会による審議

第9期計画を策定するために、保健・医療・福祉・介護の関係者のほか、自治会の代表者、被保険者の代表者等で構成する「築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会」において審議を行いました。

(3) パブリックコメントの実施

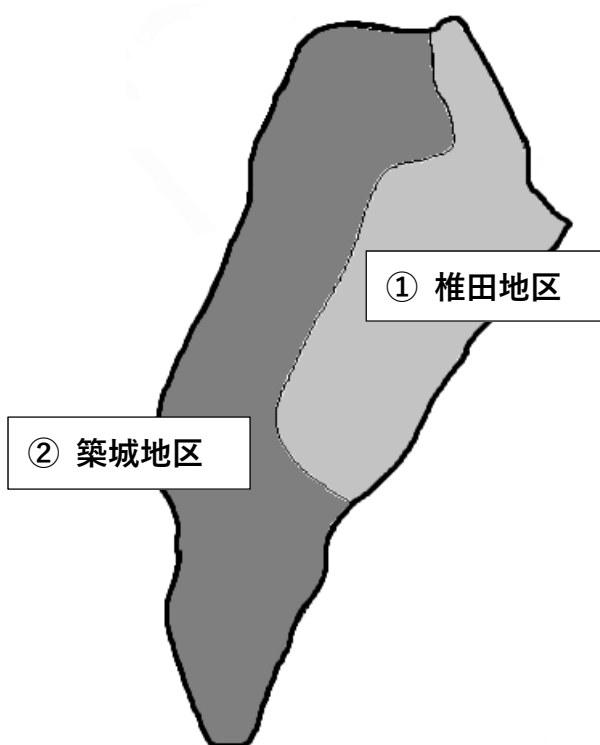
計画内容について、広く住民の意見を反映させるため、意見募集（パブリックコメント）を令和6年2月1日～15日まで実施しました。

5 日常生活圏域の設定

「日常生活圏域」とは、高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活を継続できるように、地理的条件・人口・交通事情その他の社会的条件、介護給付等のサービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案し、地域の特性に応じて町内を区分したものです。本町では、従来どおりの2圏域を設定します。

【日常生活圏域の設定（2圏域）】

- ① 椎田地区（椎田・八津田・葛城・西角田・小原各小学校区）
- ② 築城地区（築城・上城井・下城井各小学校区）



6 高齢者福祉を取り巻く国の動き

我が国の社会保障制度は、急速に進行する少子高齢化等による人口動態の変化や経済社会の変容を見据え、持続可能な全世代対応型の社会保障制度を構築するため、令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が公布され、順次施行されることとなっており、高齢者福祉及び介護保険においては、医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化に向けた取り組みが求められています。

あわせて、国の第9期介護保険事業計画の基本指針に示された内容等を踏まえ、国の動きや社会情勢を反映した高齢者施策の推進に関する主なポイントを以下に整理します。

■介護サービス基盤の計画的な整備

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えた介護サービス基盤の整備
- ・様々な介護ニーズに柔軟に対応できる在宅サービスの充実

■地域包括ケアシステムの深化・推進

- ・支え合いによってすべての人が暮らしと生きがいをもち、高め合う地域共生社会の実現
- ・地域包括ケアシステムの深化に向けた医療・介護の連携や介護予防・地域づくりの取り組み等の強化

■認知症施策の推進

- ・令和5年6月に公布された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づく、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の実現

■介護人材の確保

- ・継続した介護サービスの提供や事業所の事業継続に不可欠な介護人材の不足への対応
- ・生産年齢人口の減少の加速等を見据えた、介護ロボットやICT等を活用した職場環境の整備や潜在的な人材の発掘、外国人材の受入後の環境整備、介護業界のイメージ改善等、総合的な対策の推進

■防災・感染症対策

- ・近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、事業所等と連携した災害や感染症対策への備え、避難支援の強化
- ・災害や感染症等が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制として、介護サービス事業者の業務継続計画（BCP）の策定、研修や訓練の実施

第2章 築上町の高齢者を取り巻く現状

1 人口（高齢化の進行）

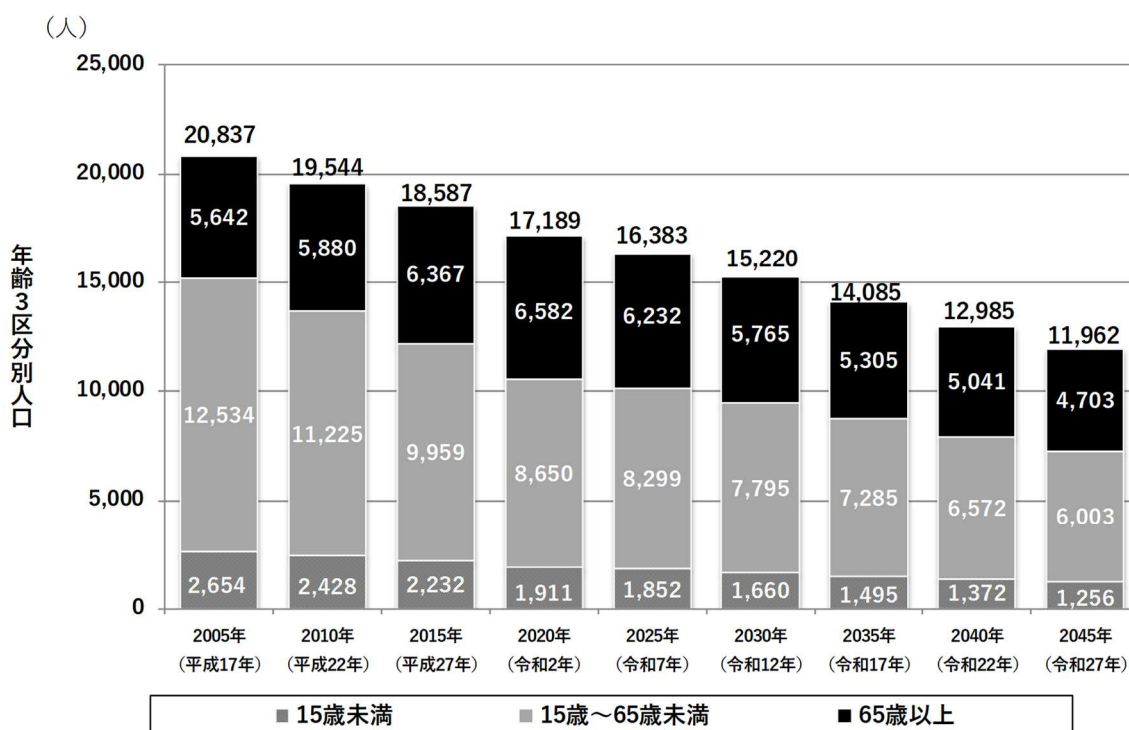
（1）人口と高齢者数の状況

- 高齢者人口は2020年（令和2年）をピークに減少すると推計
- 75歳以上の後期高齢者数は2030年（令和12年）まで増加
- 2045年（令和27年）には高齢者1人に対し生産年齢人口が1.2人を支える人口構造に

① 総人口の推計

本町の人口は減少傾向が続いており、2020年（令和2年）国勢調査では、総人口は17,189人となっています。今後の将来人口の推計でも、減少傾向が続くと見込まれており、2045年（令和27年）には11,962人になると推計されています。

【総人口（年齢3区分）の推移及び将来推計】



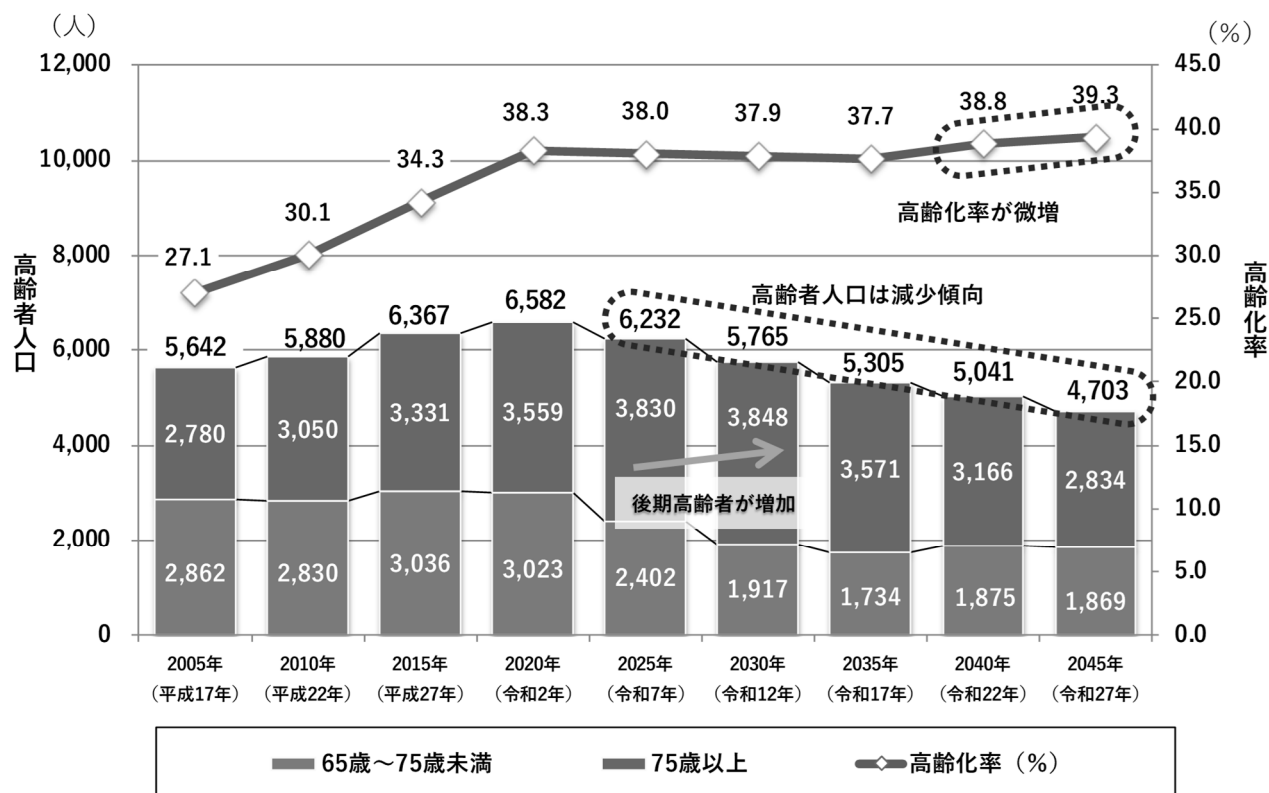
(出典) 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

② 高齢者数及び高齢化率の推計

高齢者数は2020年（令和2年）以降減少傾向で推移すると見込まれますが、後期高齢者については2030年（令和12年）まで増加すると予測されます。高齢化率は、2020年（令和2年）は38.3%となっており、2045年（令和27年）には39.3%まで微増すると推計されます。

【高齢者人口・高齢化率の推移及び将来推計】



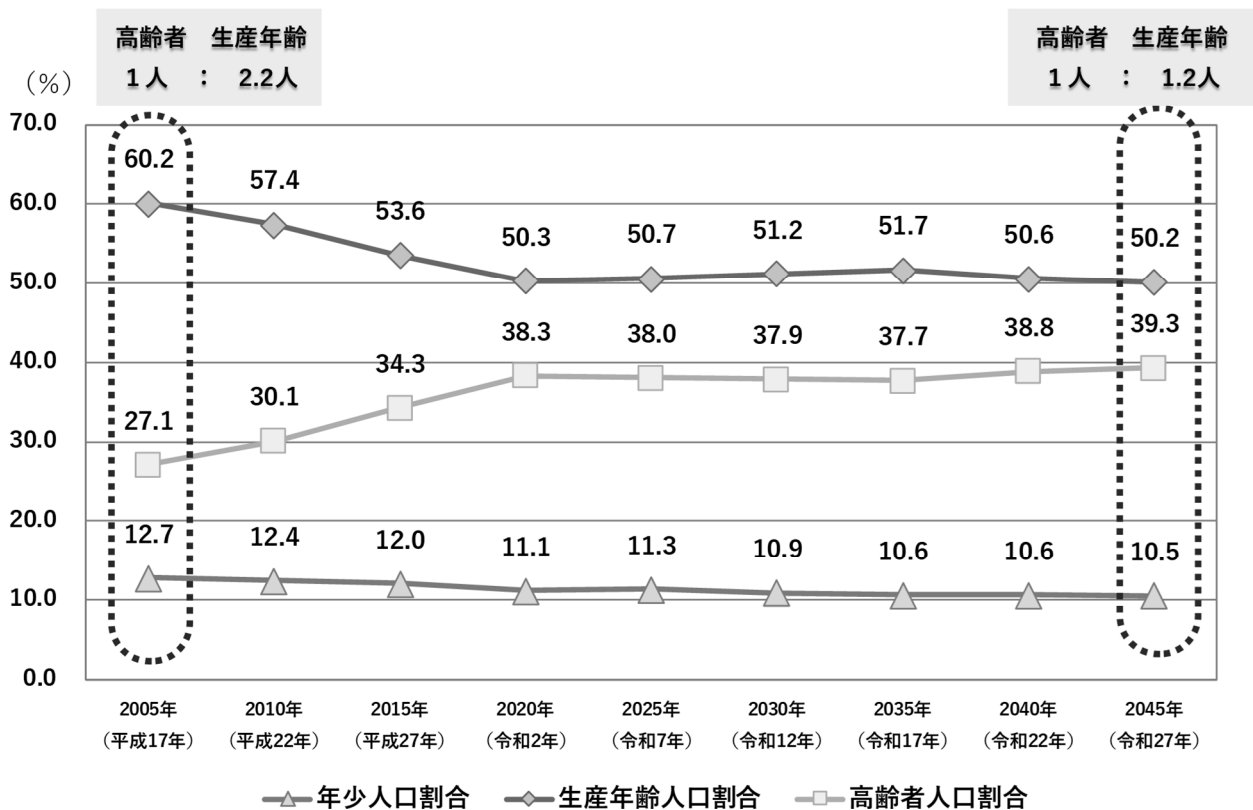
(出典) 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

③ 年齢区分別人口割合

2005年（平成17年）では15歳から64歳までの生産年齢人口が60.2%、65歳以上の高齢者人口が27.1%を占めており、高齢者1人に対し生産年齢人口が2.2人となっていました。2045年（令和27年）には高齢者1人に対し生産年齢人口が1.2人となることが見込まれ、人口構造の変化に対応した社会の仕組みづくりが求められます。

【年齢区分別人口割合（推計）】



(出典) 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

(2) 世帯の状況

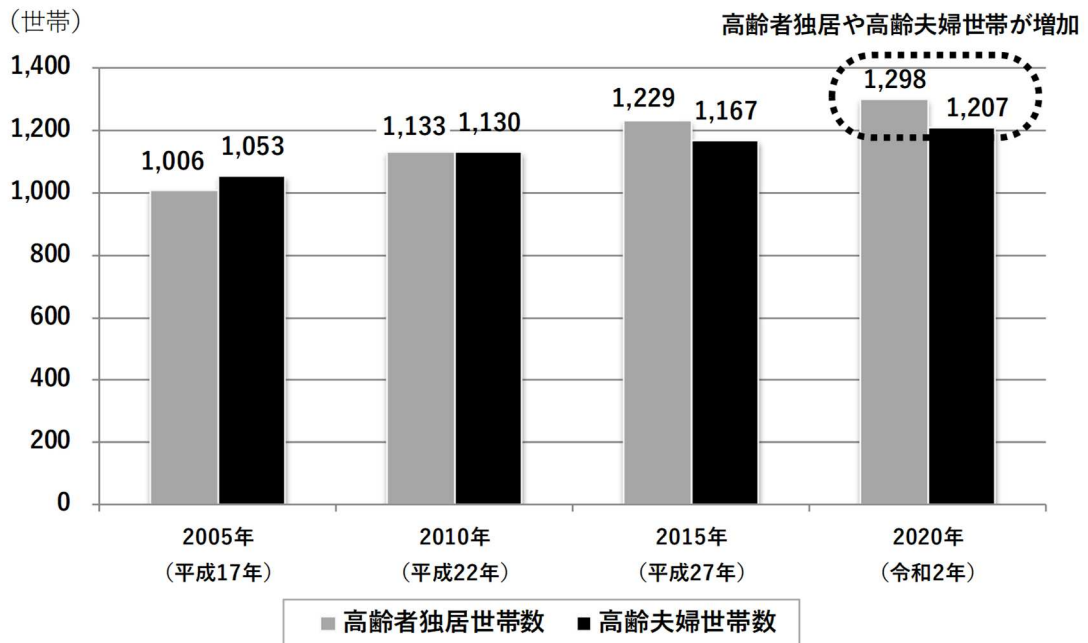
- 高齢者独居世帯、高齢夫婦世帯は年々増加
- 増加する高齢者世帯を支えるため、地域のつながりづくりで生活を支援する仕組みが必要

高齢者独居世帯（65歳以上の一人暮らし世帯）、高齢者夫婦世帯（夫及び妻の年齢が65歳以上の世帯）は、ともに増加傾向で推移し、割合も増加しています。

令和2年時点での高齢者独居世帯の割合は18.8%、高齢者夫婦世帯の割合は17.4%となっています。

今後、高齢化率の増加に伴い、高齢者独居・夫婦世帯数や割合はともに増加が見込まれることから、地域のつながりづくりや生活支援の仕組みづくりが引き続き重要です。

【世帯類型別世帯数の推移】



	一般世帯数	高齢者独居世帯数	高齢夫婦世帯数	高齢者独居世帯の割合	高齢夫婦世帯の割合
2005年 (平成17年)	7,467	1,006	1,053	13.5%	14.1%
2010年 (平成22年)	7,405	1,133	1,130	15.3%	15.3%
2015年 (平成27年)	7,209	1,229	1,167	17.0%	16.2%
2020年 (令和2年)	6,920	1,298	1,207	18.8%	17.4%

(出典) 総務省「国勢調査」

2 高齢者の介護状況・介護サービスの状況

(1) 要介護認定者数の状況

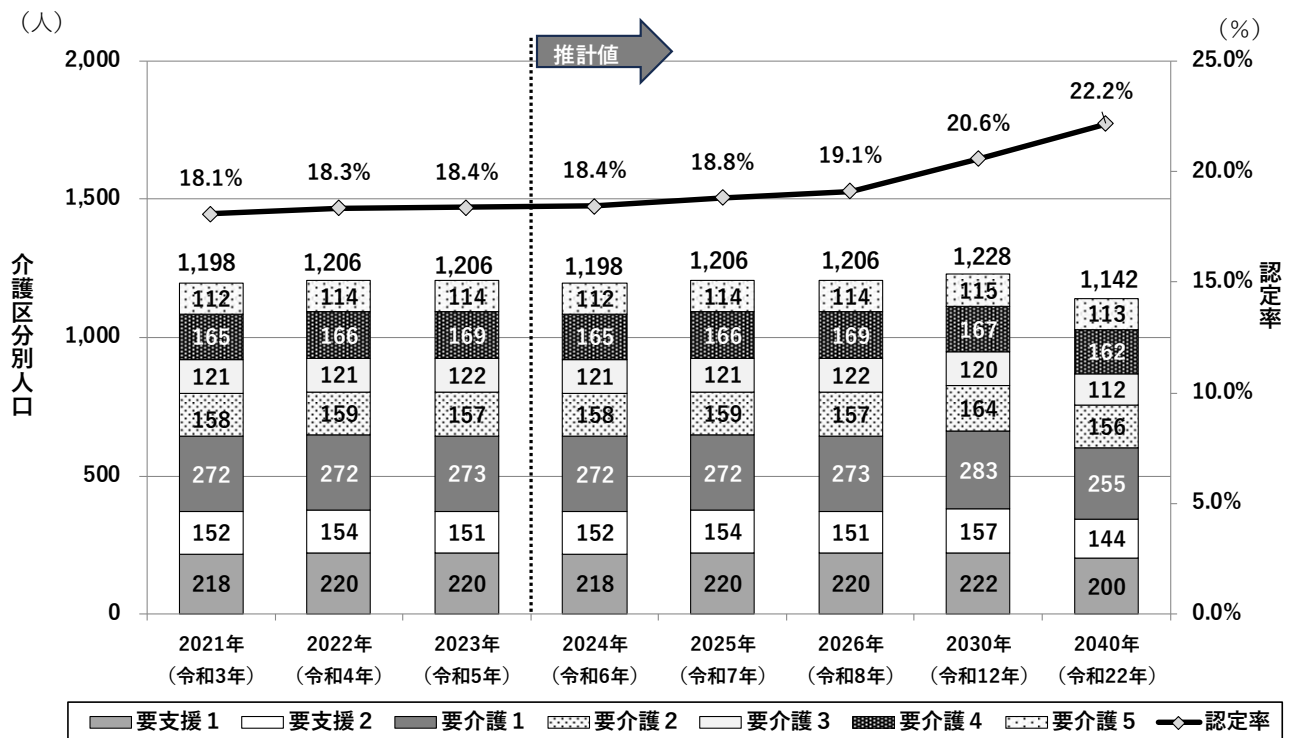
- 全体の認定者数は、横ばい傾向だが、軽度者（要支援～要介護1）は増加傾向
- 年齢階級別認定率で見ると、85歳以上の後期高齢者の割合が高い
- 認知症高齢者は今後も増加し、高齢者の認知症有病率は2045年（令和27年）には25.8%に
- 介護予防・健康づくり活動に全町的に取り組むことが必要

① 要介護・要支援認定者数

要介護・要支援認定者数について、全体数は横ばい傾向で推移しており、令和5年現在で1,206人となっています。今後も認定者数は横ばい傾向と推計されていますが、高齢者の人口の減少に伴い、認定率は上昇することが見込まれます。

認定区分別で見ると、軽度者（要支援1～要介護1）の割合が高く、重症化を抑制するための介護予防・健康づくり活動の普及拡大が求められます。

【要介護・要支援認定者数の推移】

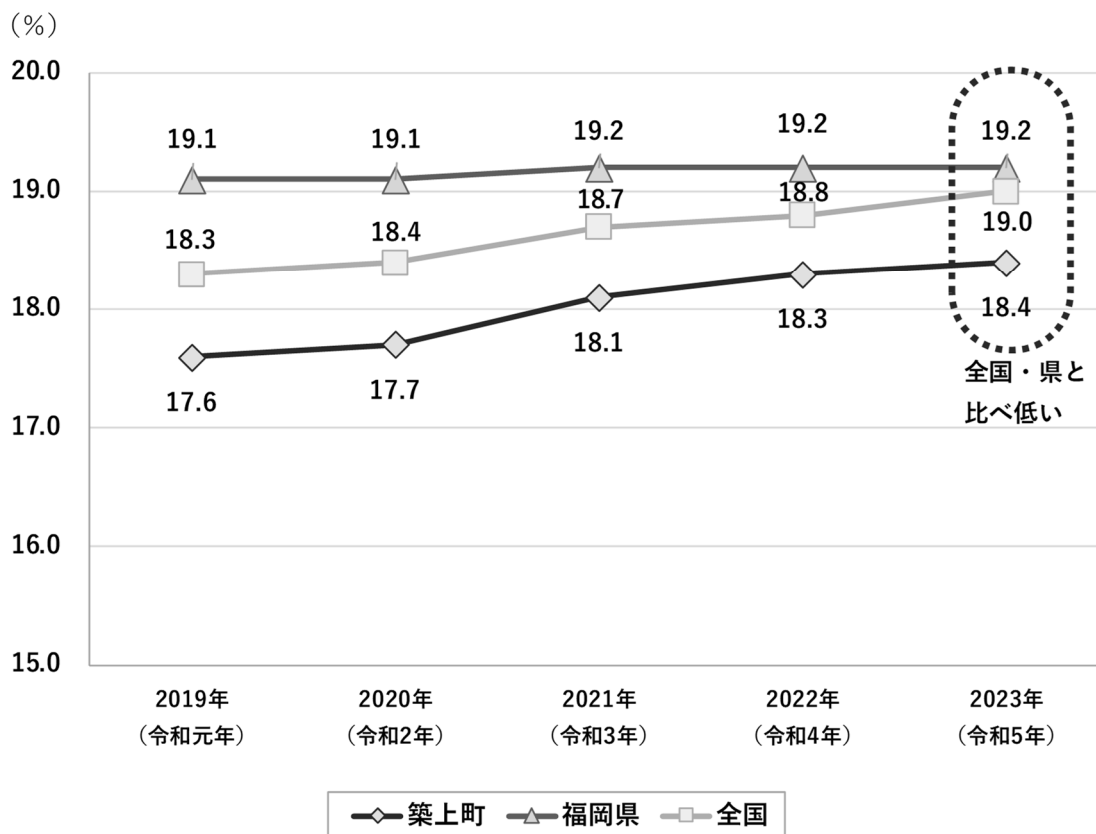


(出典) 福岡県介護保険広域連合

② 要介護認定率

要介護認定率は、令和元年以降微増で推移していますが、県・全国と比較して1.0ポイント程度低くなっています。

【要介護認定率の推移】



(出典) 町：福岡県介護保険広域連合報告（月報・3月）、国・県：介護保険事業状況報告（月報・3月）

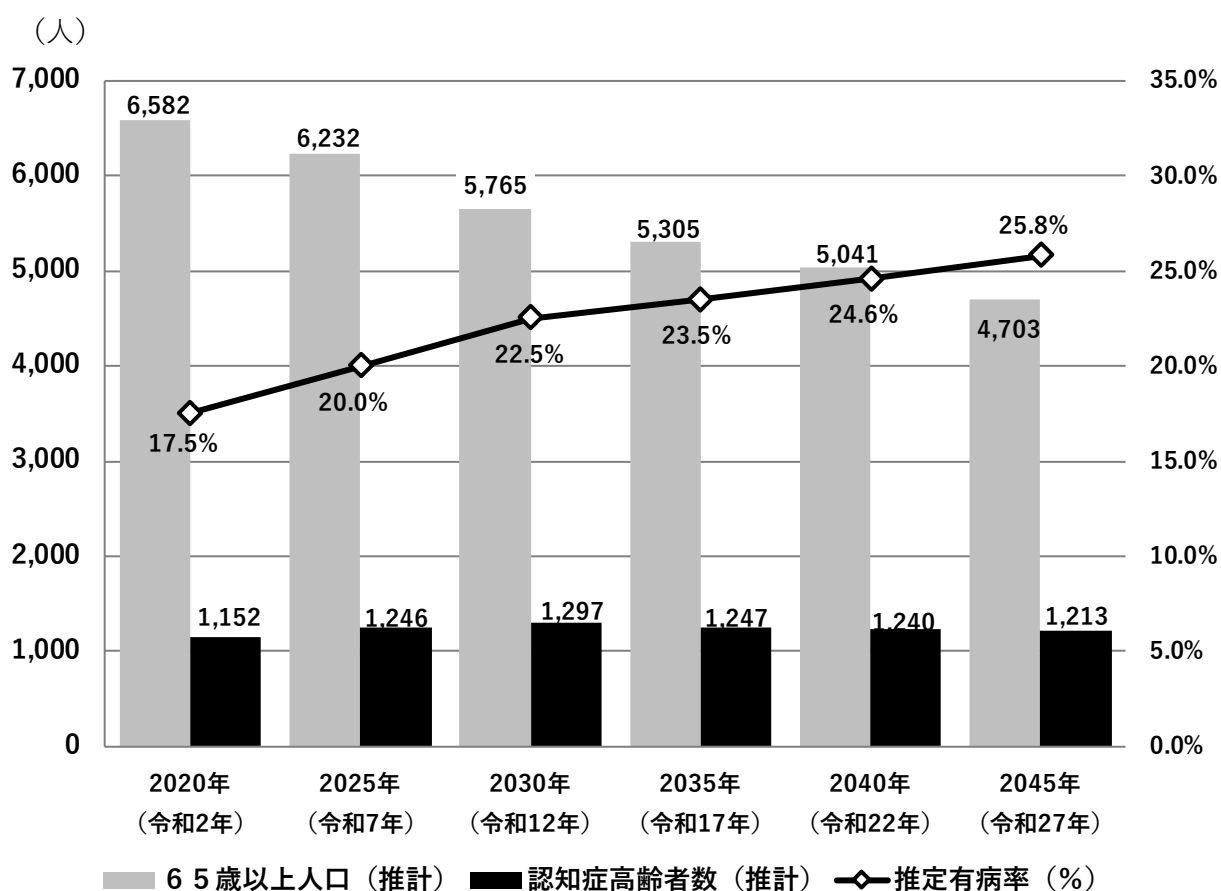
② 認知症高齢者数の推計

認知症有病率（数学モデル）の推計によると、2020年（令和2年）では1,152人が認知症高齢者と推定されています。今後、高齢者の人口が減少する一方、認知症高齢者数は増加すると推計されており、2045年（令和27年）には25.8%（65歳以上高齢者の約4人に1人）が認知症高齢者になると見込まれます。

※認知症有病率（数学モデル）による認知症高齢者数の推計

厚生労働省の研究事業として九州大学が実施した「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」において算出された認知症有病率数学モデル（糖尿病の増加に伴い有病率が増加すると仮定した場合）をもとに、本町で想定される認知症高齢者数を推計したものです。

【築上町の65歳以上の認知症高齢者数・認知症有病率の推計】

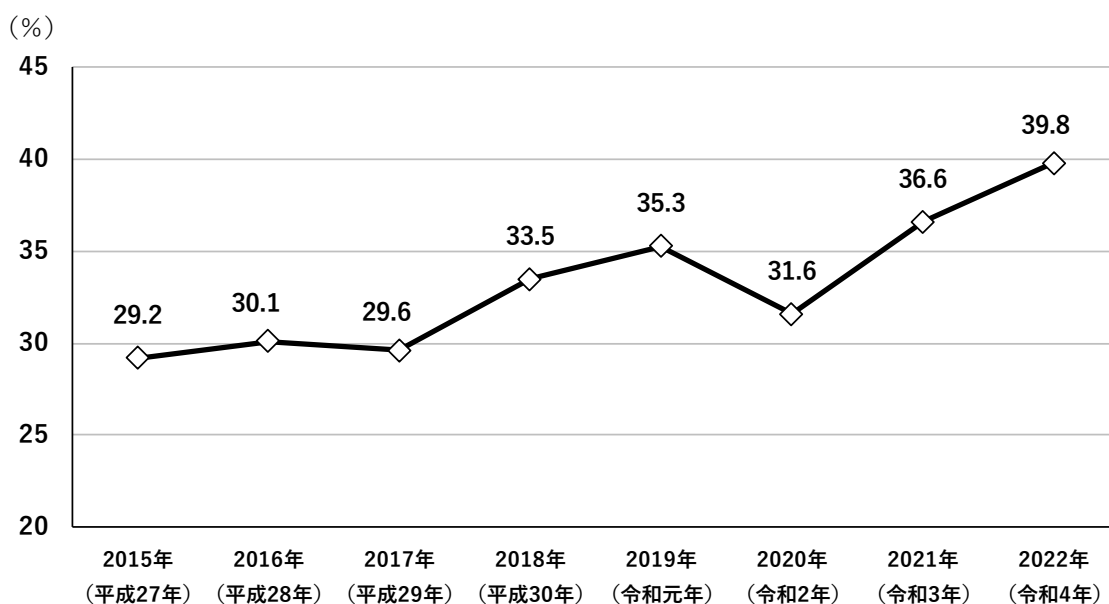


3 高齢者の健康活動の状況

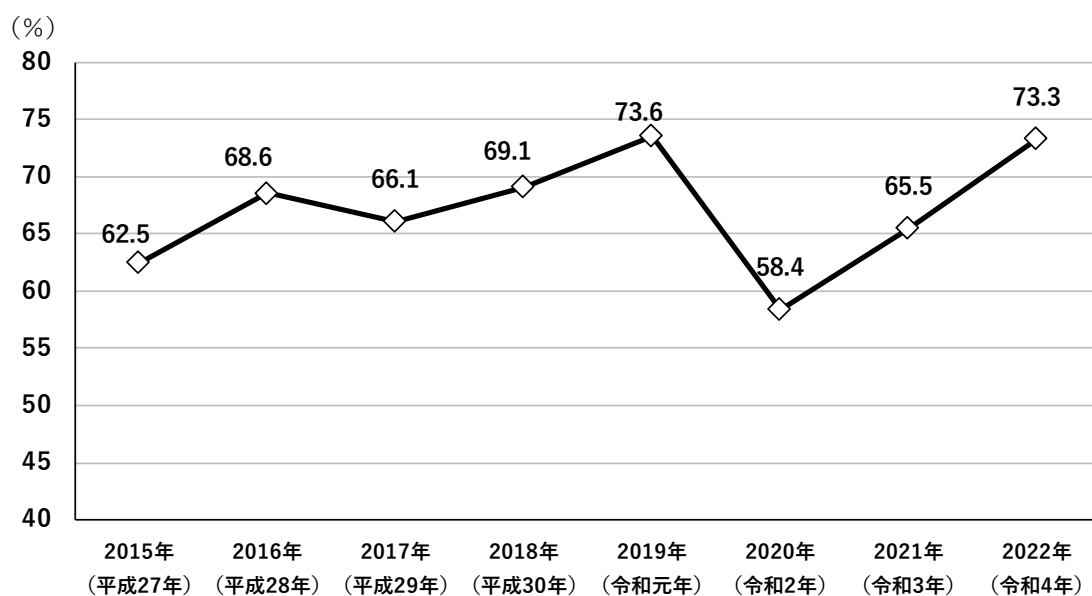
(1) 健康診査・保健指導の状況

- 町の特定健診の受診率は直近では上昇し、2022年（令和4年）は39.8%となっています。
- 町の特定保健指導実施率はコロナ下の期間の実施率は落ち込んでいますが、直近では増加しています。

【特定健診受診率の推移】



【特定保健指導実施率の推移】



(出典) 町資料

4 アンケート調査からみる築上町の現状と課題

(1) 調査概要

第9期計画の策定にあたり、住民の状況や意見を把握し、計画策定に向けた参考資料とすることを目的に、福岡県介護保険広域連合で実施した「高齢者生活アンケート」と町単独で実施した「高齢者元気度チェック」の2つの調査結果をもとに分析しています。

① 高齢者生活アンケート

■ 調査目的	国の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に基づき、高齢者の心身状況や生活支援・社会参加に関わる意向等を把握するため、福岡県介護保険広域連合で実施したものです。
■ 調査対象者	65歳以上で要介護認定を受けていない方
■ 調査方法	郵送での配布・回収
■ 調査期間	令和3年11～12月、令和4年 6～7月、令和5年 7～8月 (3か年に分けて調査)
■ 配布・回収状況	配布数：1,631 件 有効回収数：882 件 (有効回収率：54.1 %)

② 高齢者元気度チェック

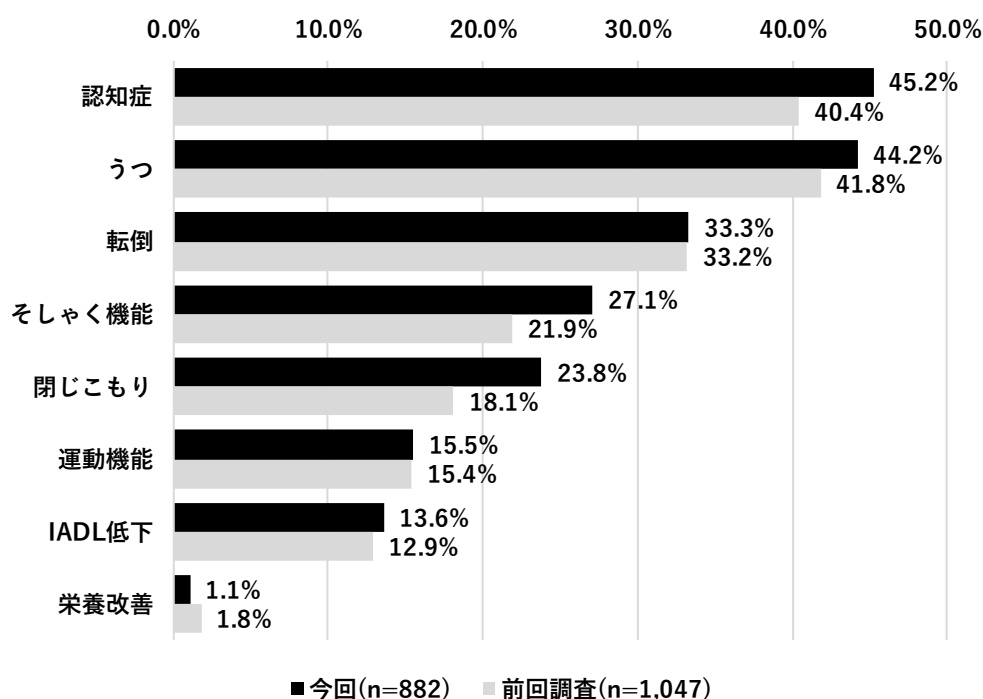
■ 調査目的	日常生活の習慣や行動を回答することでご自身の生活していく力（生活機能）やうつ症状・認知症の危険性を判定しアドバイスを行う事業として実施したものです。
■ 調査対象者	75歳以上で要支援・要介護認定を受けていない方
■ 調査方法	郵送での配布・回収
■ 調査期間	令和3年12月
■ 配布・回収状況	配布数：2,458 件 有効回収数：2,108 件 (有効回収率：84.8 %)

(2) 高齢者生活アンケートの結果（抜粋）

① 生活機能評価リスクについて

- 本町の高齢者の状態を国の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引きに沿って、下記の8項目で生活機能評価リスクの傾向を分析しました。
- 分析の結果、「認知症」と「うつ」に関するリスクがあると判定された人が40%以上と高くなっています。
- 第8期計画策定時のアンケート調査結果（以下、前回調査という。）と比較すると、特に「認知症」のリスクがある人が前回調査から大きく増加しており、コロナ下の行動制限が続いたこともリスク増加の要因になっていることが想定されます。

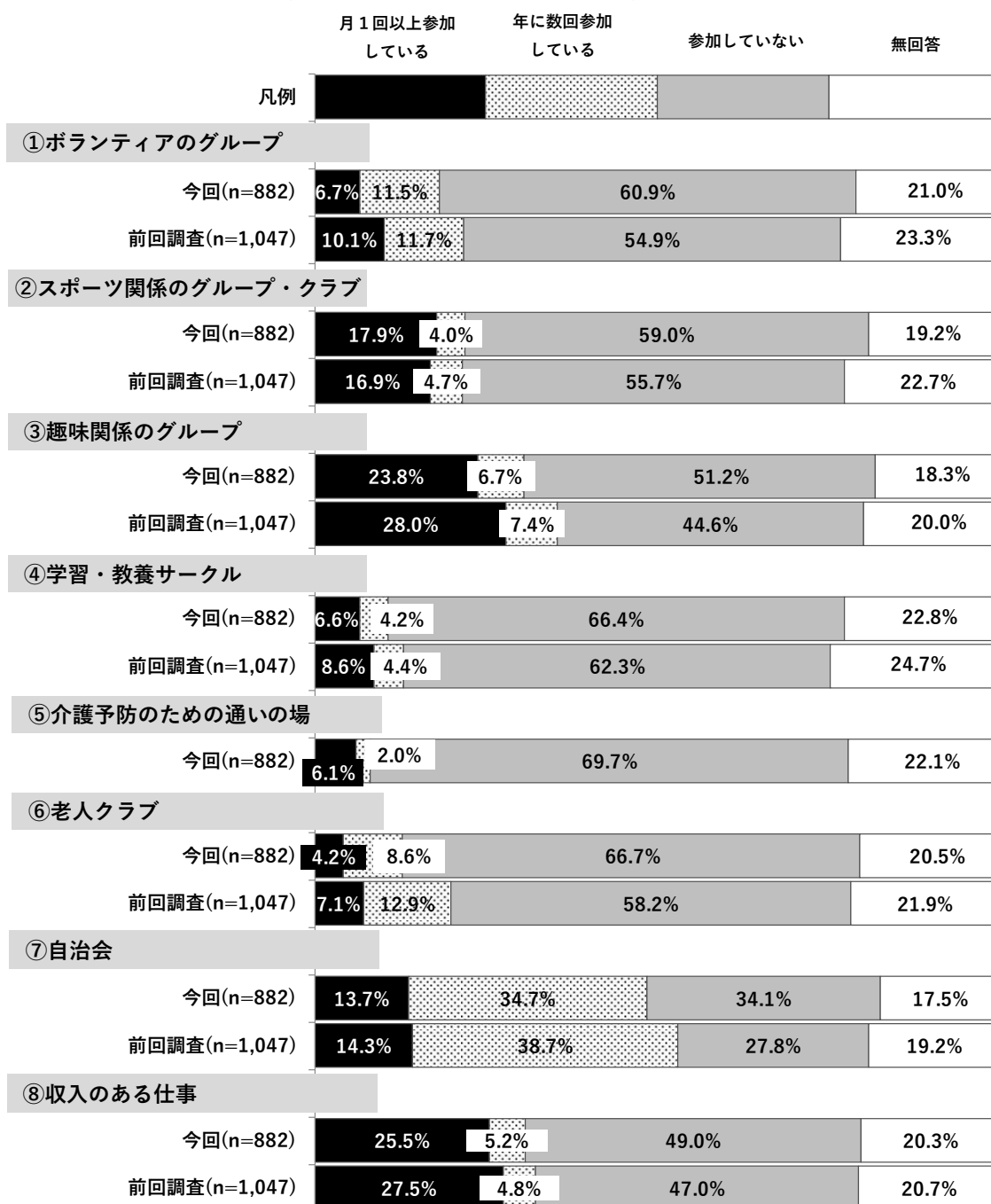
【生活機能評価リスクのある該当者割合】（全体集計・前回調査との比較）



② 地域活動や趣味活動への参加について

- 各地域活動の参加率（月1回以上参加している人）については、「スポーツ関係のグループ・クラブ」「収入のある仕事」以外の項目は前回調査を下回っており、コロナ下での行動制限やイベントや活動の自粛等の影響がうかがえます。
- 一方、今後の地域活動への参加意向のある回答者は前回調査と比較して微増しており、今後のアフターコロナに向けて、地域活動の場や機会を拡大することで、高齢者の参加を促進していくことが求められます。

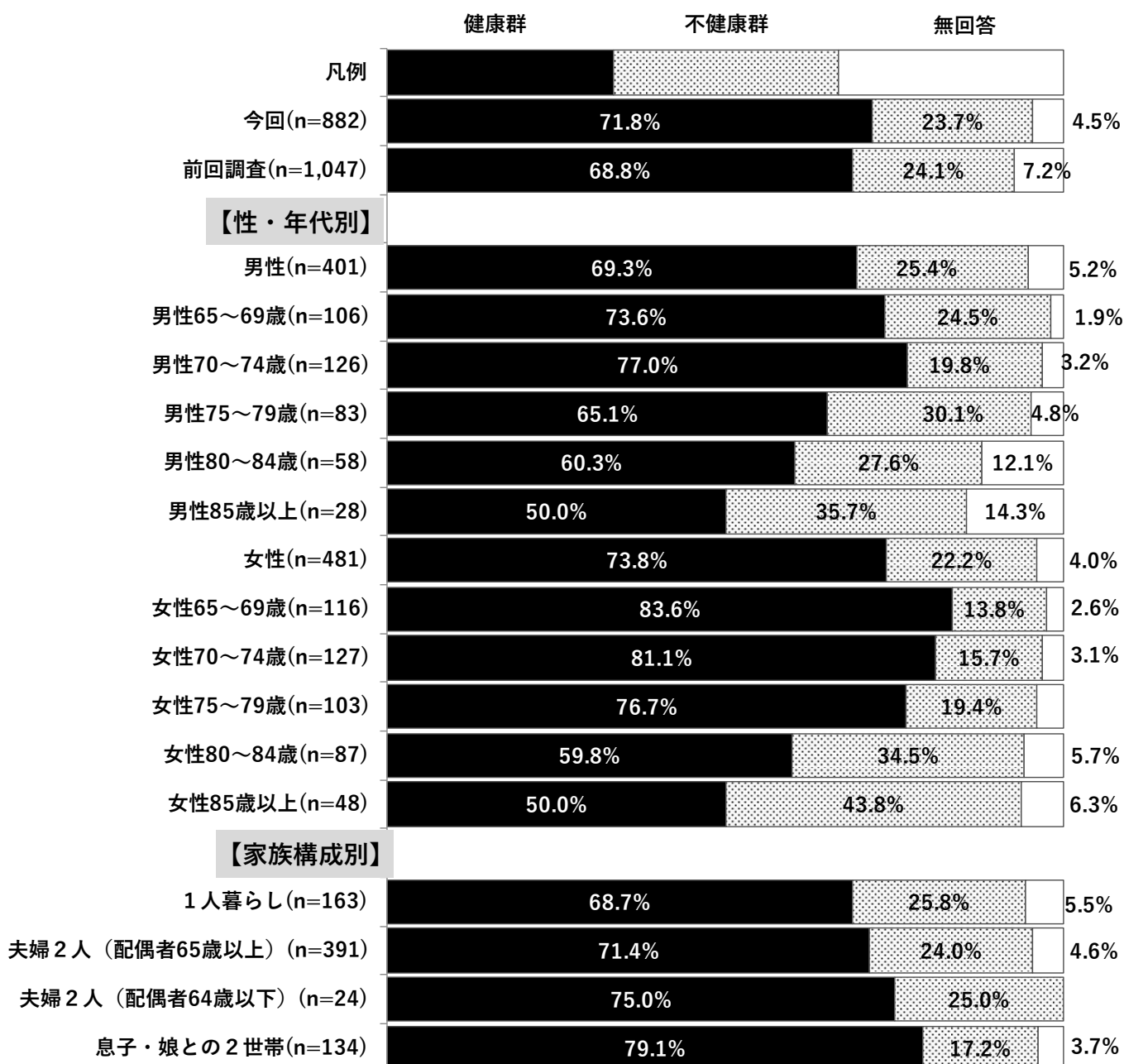
【地域活動の参加頻度】（全体集計・前回調査との比較）



③ 健康状態・幸福感について

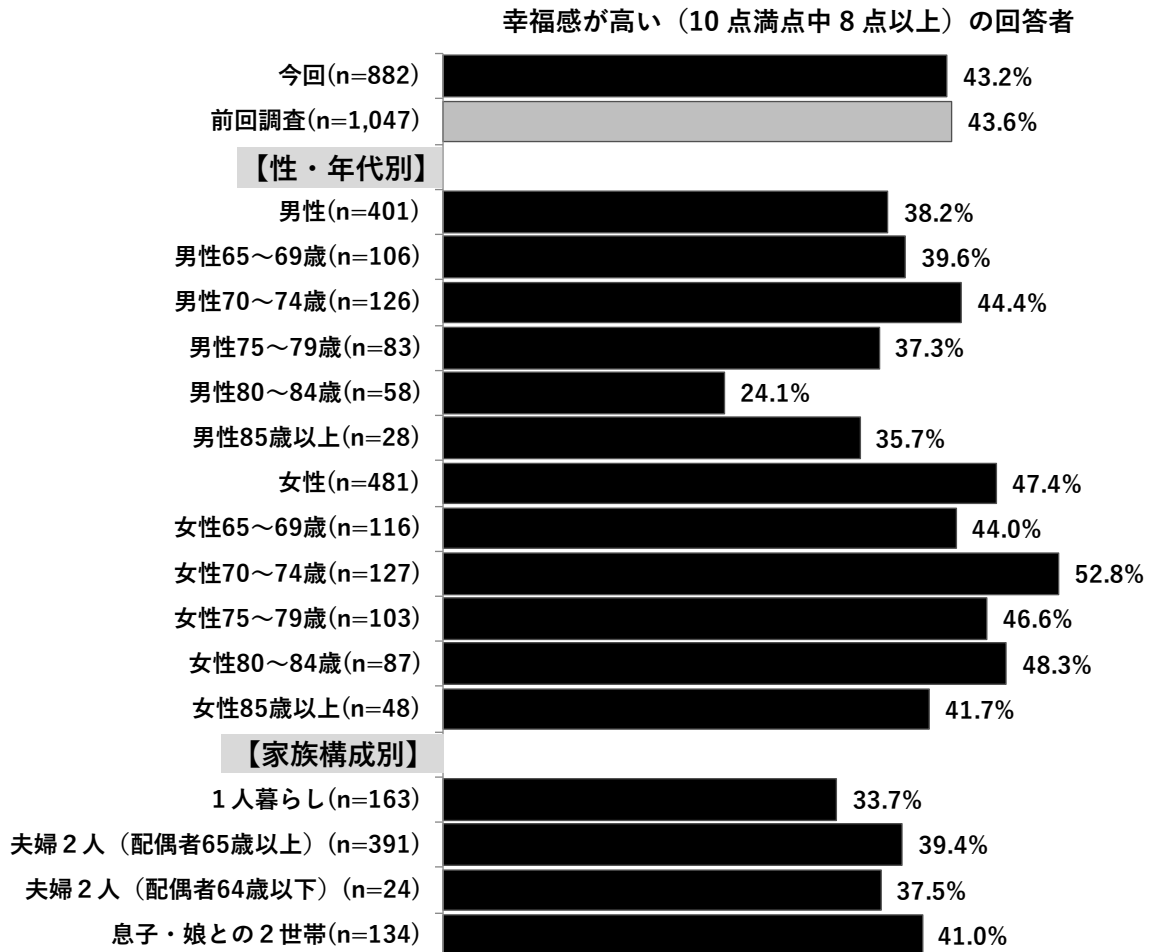
- 健康状態がよい人は71.8%と前回調査と比較して3.0ポイント微増しています。性・年代別でみると、女性の65～79歳で「健康群」が高くなっています。
- ご自身が思う幸福感の高い人は、43.2%と前回調査と比較して0.4ポイント微減しています。

【現在の健康状態】（全体集計・前回調査との比較／性・年代別、家族構成別クロス）



【主観的幸福感が高い高齢者の割合】

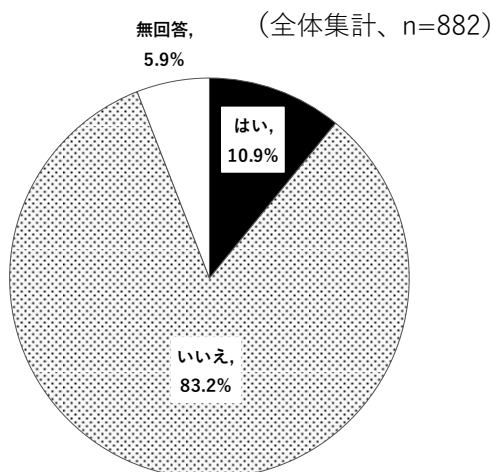
(全体集計・前回調査との比較／性・年代別、家族構成別クロス)



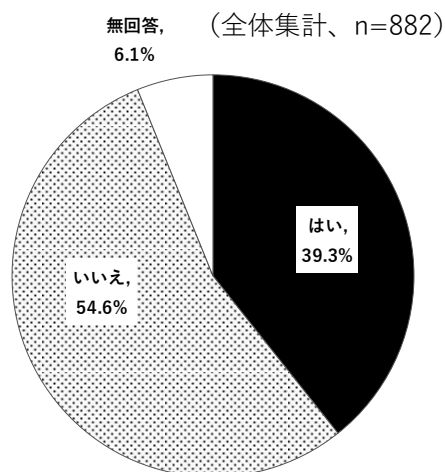
④ 認知症について

- 自身や家族に認知症の症状がある人は、全体で 10.9% となっています。
- 認知症に関する相談窓口の認知度は全体で 39.3% となっており、更なる認知症対策への取り組みの住民への認知拡大が求められます。

【自身や家族に認知症の症状がある人がいる割合】



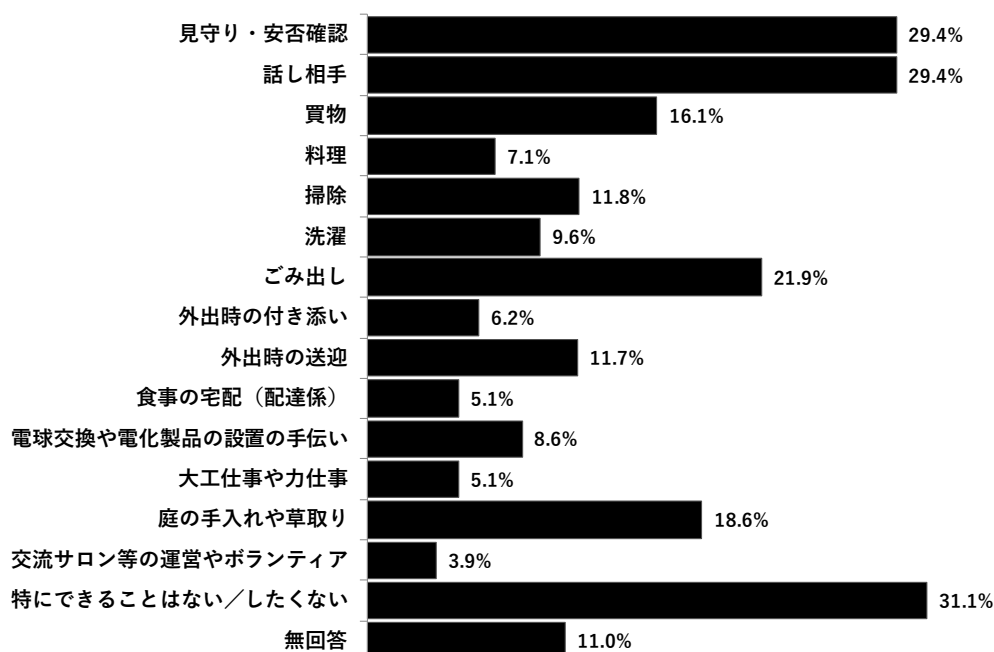
【認知症の相談窓口を知っているか】



⑤ 生活支援ボランティアについて

- 生活支援ボランティアについては、「特にできることはない／したくない」は 31.1% と高くなっています。ボランティアとしてできることは「見守り・安否確認」が最も高く、次いで「話し相手」「ごみ出し」「庭の手入れや草取り」となっています。
- 今後の地域での支え合いによる生活支援として、ボランティア人材を活かした活動の仕組みを考えていくことが求められます。

【生活支援ボランティアとしてできること】 (複数回答・全体集計, n=882)

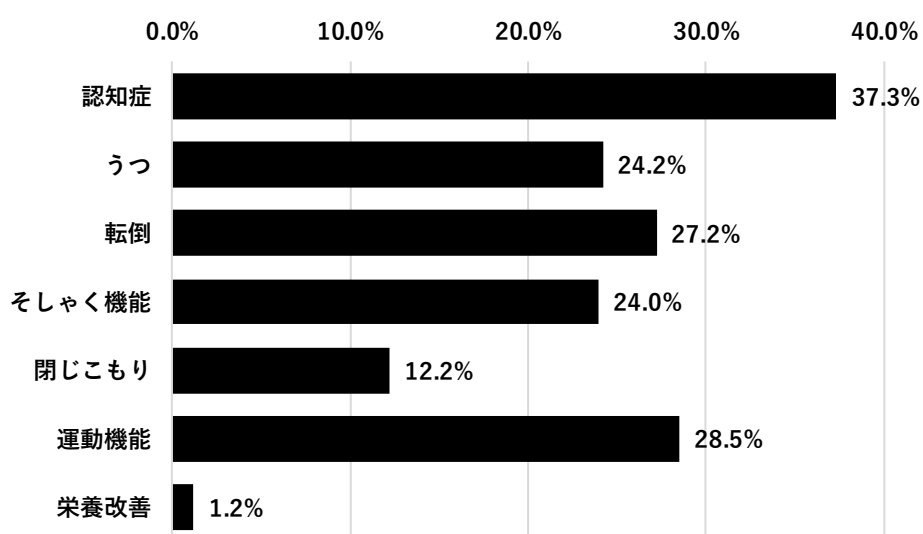


(3) 高齢者元気度チェックの結果（抜粋）

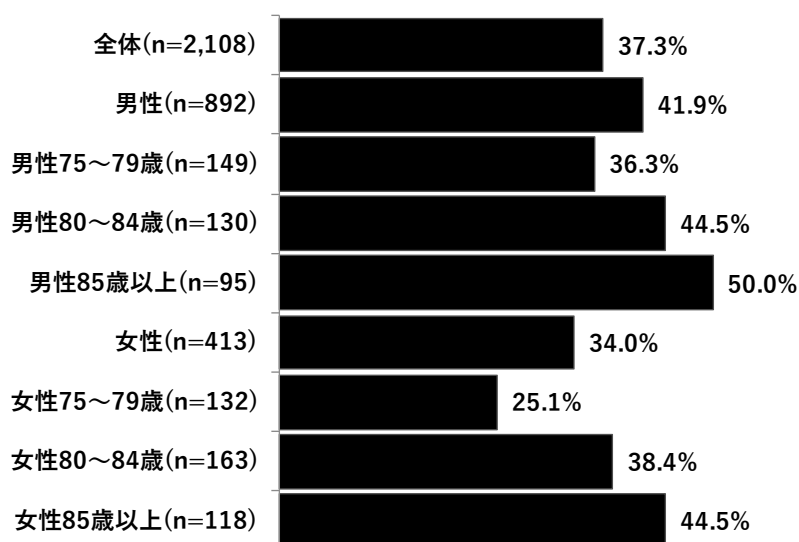
① 生活機能評価リスクについて

- 「認知症」に関するリスクがあると判定された人が37.3%と高く、次いで「運動機能」「転倒」のリスク該当者が高くなっています。
- 性・年代別でみると「認知症」リスク該当者は「男性・85歳以上」、「運動機能」リスク該当者は「女性・85歳以上」が多くなっています。

【生活機能評価リスクのある該当者割合】（全体集計、n=2,108）



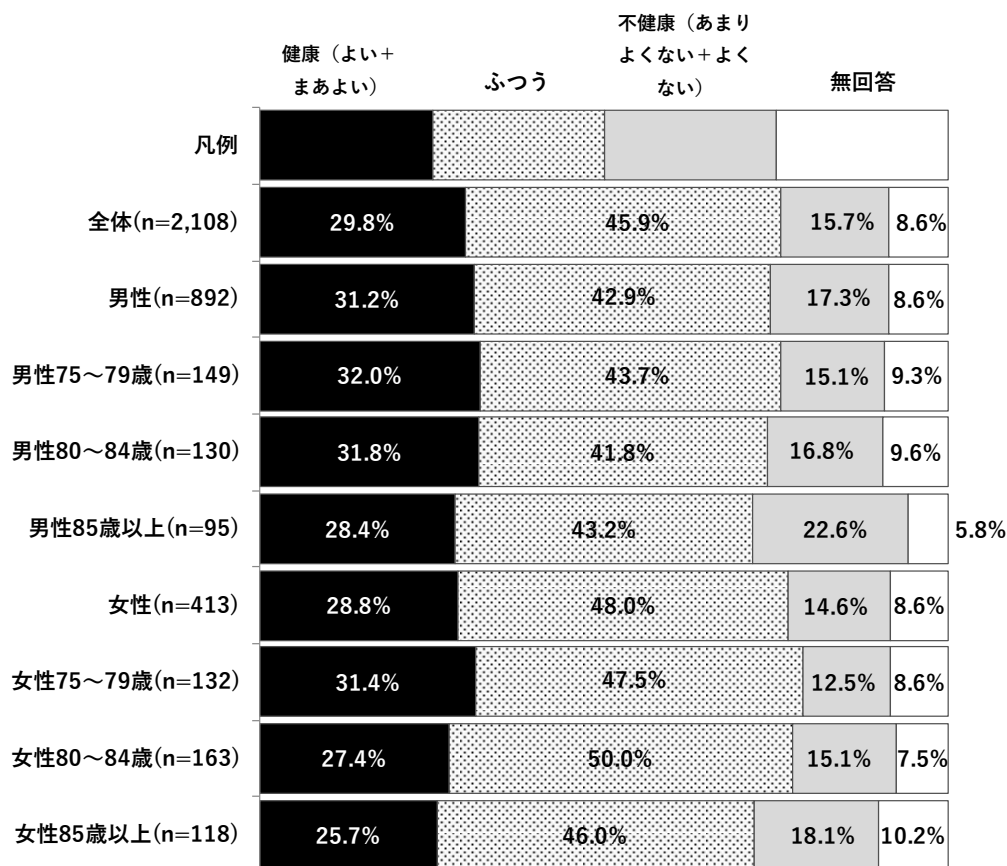
【認知機能の低下リスクのある高齢者の割合】（全体集計／性・年代別クロス）



② 健康状態について

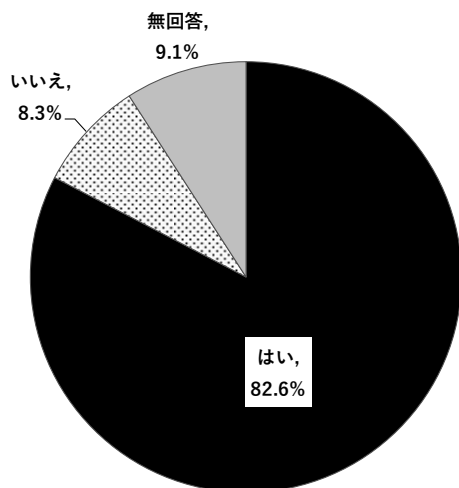
- 健康状態がよい人は29.8%、健康状態がよくない人が15.7%となっています。
- 医療機関にかかっている人は82.6%、かかっている病気は「高血圧」が50.1%と最も多くなっています。

【現在の健康状態】（全体集計／性・年代別クロス）



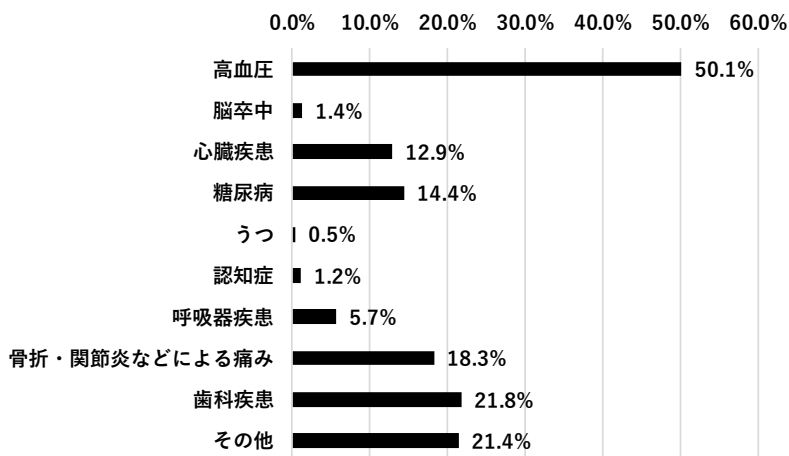
【現在、医療機関にかかっていますか】

（全体集計、n=2,108）



【医療機関にかかっている病気で該当するものは何ですか】

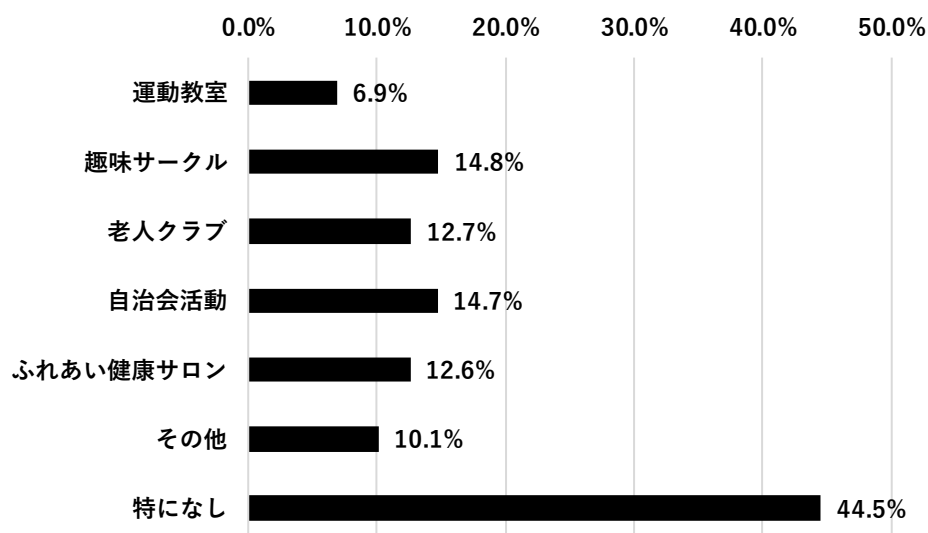
（全体集計、n=2,108）



③ 地域活動や趣味活動への参加について

■ 現在、参加している活動は「趣味サークル」(14.8%)、「自治会活動」(14.7%)が最も多くなっています。一方、「特になし」と回答した人は44.5%となっています。

【現在、参加している活動】(複数回答・全体集計、n=2,108)



5 第8期計画のふりかえりと評価

(1) 第8期計画の概要

第8期計画は令和3年度から令和5年度までの3か年の計画として、「高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、自分らしく暮らせるまち」を基本理念とし、介護保険事業を含めた6つの計画の方向性から構成されています。また、重点施策として、「地域包括ケアの推進」「自立支援、介護予防・重度化防止等に資する施策の取り組み」を掲げています。

【基本理念】

(基本理念)

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、
自分らしく暮らせるまち

【計画の方向性】

- 1 健康づくりと介護予防の推進
- 2 認知症高齢者支援施策の推進
- 3 高齢者福祉サービス（介護保険対象外）の推進
- 4 生きがいづくり・社会参加活動の推進
- 5 安心して生活できるまちづくり
- ※6 介護保険給付サービスの推進（介護保険事業）

【重点施策】

- 1 地域包括ケアの推進
- 2 自立支援、介護予防・重度化防止等に資する施策の取り組み

第8期計画のふりかえりと評価にあたっては、各計画の方向性の実現に向けた施策の主な取り組みの進捗状況の評価、取り組みの実績評価を行っています。

【第8期計画のふりかえり・評価にあたっての留意点】

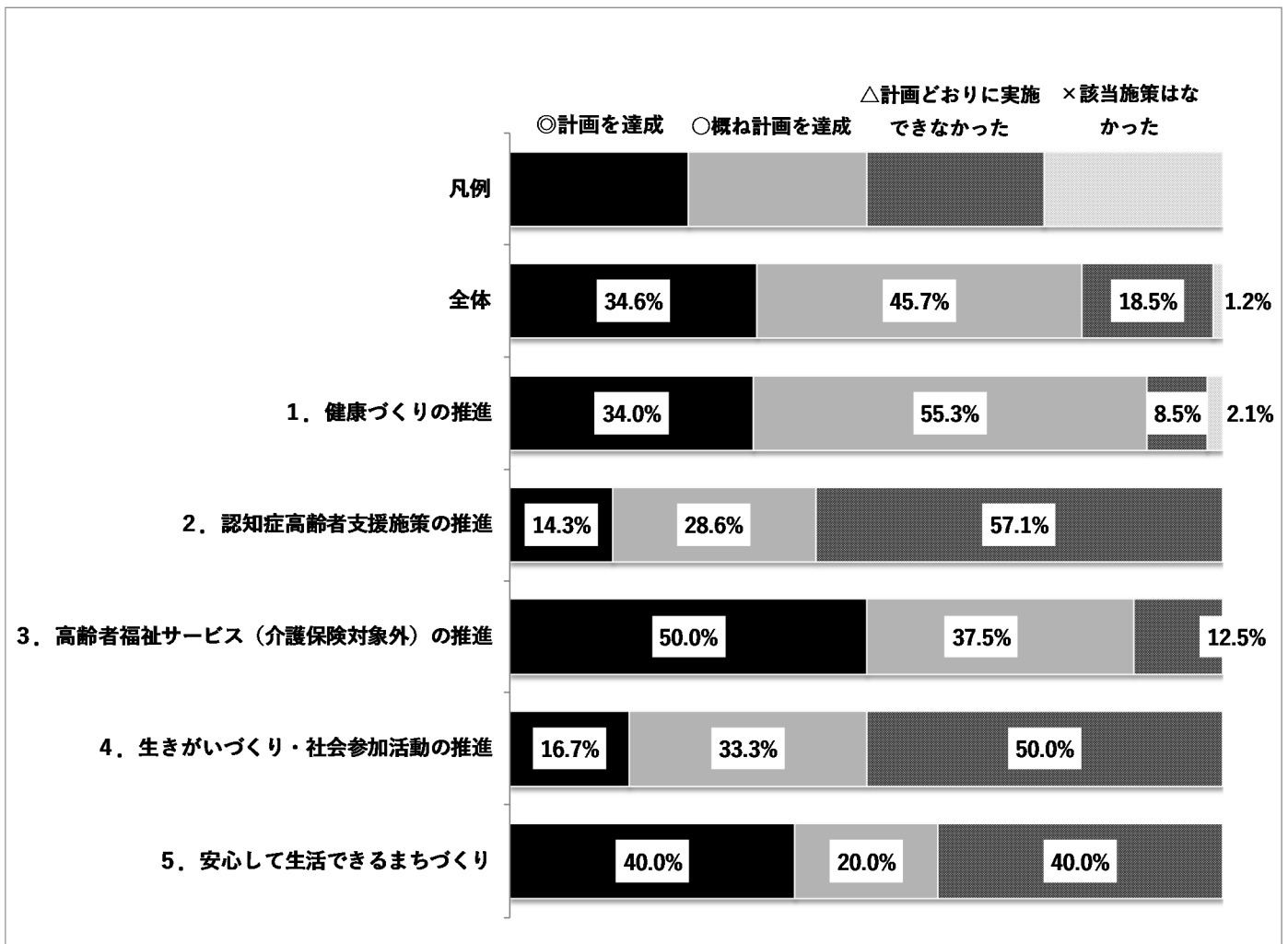
- 第8期計画については、計画期間にコロナ下での事業中止や行動制限等があったことで、下記のような指標の達成状況や施策の取り組みにも影響を及ぼす結果となっています。
- ① イベントや住民の参加活動に関する取り組みは、事業の中止や活動機会の減少により、成果達成が困難になった。
 - ② 高齢者を中心に行動制限により、在宅時間が増えたことで引きこもりや体力低下等を発生する要因につながった。

(2) 評価結果（評価と各施策の成果・課題）

【計画全体の評価】

- 計画全体の施策の達成状況については、全体で 80.3%の施策が達成（もしくは概ね達成）となっています。
- 計画の方向性別にみると、「1. 健康づくりの推進」「3. 高齢者福祉サービス（介護保険対象外）の推進」については約 90%が達成（もしくは概ね達成）していますが、「2. 認知症高齢者支援施策の推進」「4. 生きがいづくり・社会参加活動の推進」については 50%以上が計画どおりに実施できなかったとなっています。

【施策の達成状況】（計画全体／計画の方向性別）



【計画の方向性別の評価】

計画の方向性 1 健康づくりの推進

① 築上町健康増進計画（健康ちくじょう21）に基づく健康づくり・生活習慣病予防の推進

※以下、○は成果のあった取り組み、●は課題となった取り組み

未受診対策の成果を活かした、健診受診の促進に向けた情報発信と環境づくり

○様々な未受診対策や受診しやすい環境づくり、わかりやすい健診結果説明と保健指導に努めたことで、**特定健診受診率は上昇**し成果があがっています。

●国が目標としている受診率には達していないため、高齢者の健康寿命の延伸に向けて、引き続き**がん検診等を含めた受診勧奨**を継続するとともに、健診を受けるメリットを感じてもらえるよう、受けやすい健診体制や健診項目の検討にさらに取り組んでいく必要があります。

生活習慣病予防・重症化予防のための保健指導の充実

○40歳以上74歳以下の国民健康保険加入者を対象に実施した特定保健指導、疾患別重症化予防を重点に保健指導を実施し、**特定保健指導の実施率は対象者の70%以上**で国が示す目標を達成しています。

●健診結果で要医療と判断されたものの未治療の方に医療機関への受診勧奨を実施していますが、**受診につながった人の割合は低い**状況です。

●**後期高齢者**の介護予防を視野に入れた保健事業については、保険者である福岡県後期高齢者医療広域連合と協議・検討しながら進めていく必要があります。

② 地域支援事業の推進（介護予防・日常生活支援総合事業の推進）

介護予防・日常生活支援サービス事業

対象者にあわせた介護予防・日常生活支援サービスの利用

○介護予防・日常生活支援サービスについては、各対象者に応じて**訪問型サービス・通所型サービス**を実施しており、コロナ下でサービスの利用自体が減少していましたが、少しずつ増加しています。

●サービスによって、対象者に応じたサービスの使い分けができていない状況があり、**本人の状態に適したサービスの利用**を提供することが必要となっています。

一般介護予防事業

支援が必要な人の把握機会と介護予防活動への参加機会の充実

- 介護予防事業対象者を把握するため、保健師や民生委員等の実態把握のほか、令和3年度に75歳以上の高齢者を対象に**元気度チェック**による実態把握を行いました。今後、支援が必要な人を把握し、本人の介護予防活動へつなぐために、継続的な把握機会の充実が必要となっています。
- 介護予防活動機会として介護予防普及啓発事業（**元気はつらつ教室・貯筋運動教室・脳トレ運動教室等**）や**通いの場を通じた介護予防活動**を実践しており、参加者が定着しています。
- 令和4年度までに14自治会で「**通いの場**」がスタートし、月1回以上、自治会の集会所に集まり介護予防活動（体操やレクリエーション等）を住民主体で実践しており、今後も地域の介護予防活動の核として、更なる「**通いの場**」の拡大が期待されます。
- 一部の介護予防活動は参加者が集まらない教室があるほか、通いの場を実施している自治会が全体の3割程度となっており、幅広い高齢者の介護予防活動への参加を広げるため、**活動の周知や自治会への支援**が必要となっています。

③ 包括的支援事業の推進

高齢者が必要とする社会資源・サービスが適切に届き、利用できる相談支援の充実

- 高齢者や介護者である家族にそれぞれの課題に応じた保健福祉サービスが提供できるよう、**地域包括支援センターにおける総合的な相談支援とケアマネジメント**の重要性は高まっており、今後も機能の充実が必要となっています。

高齢者の権利擁護や虐待防止に向けた環境づくり

- 高齢者世帯が増加する中、これからの権利擁護のための成年後見制度の理解・活用の必要性は高まっており、令和4年5月から**成年後見相談センター**を地域包括支援センターに併設し、相談支援業務の充実を図っています。
- 高齢者の安全な暮らしを確保するために、消費者被害や高齢者虐待の対策として啓発活動を実施しており、関係機関と連携し高齢者虐待の早期発見・対応に努めています。

有機的な医療・介護の連携による地域包括ケアシステムの深化

- 医療・介護の関係機関の連携により地域課題を解決する地域包括ケアシステムの確立に向け、定期的な**地域ケア会議**での協議をはじめ関係者の情報共有などの取り組みを進めています。
- 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）**による地域課題の解決につながる環境づくりが進めており、第1層協議体については、令和5年度より団体選出型に形式を変更し、運営を行っています。
- 在宅医療・介護連携推進事業において、地域課題の解決に向けた取り組みを実践し、連携の強化を図っています。

計画の方向性 2 認知症高齢者支援施策の推進（認知症「共生」・「予防」の推進）

増加する認知症高齢者を支援する体制の拡大

- 認知症カフェ「オレンジカフェきづき」を拠点とした、認知症の高齢者やその家族等が交流できる場の提供や、認知症予防活動に取り組むほか、住民や小・中学生及び高校生を対象とした**認知症サポーター養成講座**を開催し、サポーターを養成しています。
- 認知症高齢者は今後も増加が見込まれており、支援体制の充実が求められます。課題となっている**認知症サポーターステップアップ講座受講後のボランティア活動への展開促進**をはじめ、**認知症地域支援推進員活動の充実**、さらに認知症の人の家族への支援が必要となっています。

計画の方向性 3 高齢者福祉サービス（介護保険対象外）の推進

高齢者の課題・ニーズに応じたバランスのとれたサービスの周知・提供

- 生活支援事業**については、外出支援サービス、在宅寝たきり介護手当など、介護保険対象外の日常生活支援サービスを提供しており、**外出支援事業、在宅寝たきり介護手当、住宅改造資金助成事業**の利用者は増加しています。
- 介護予防・地域支え合い事業**については、配食サービスである「食」の**自立支援事業**や紙おむつ等を支給する**在宅介護支援事業**を実施し、利用者が増加しています。また、徘徊のおそれのある高齢者等の早期発見を支援する**徘徊高齢者等SOSネットワーク事業**を関係機関との連携のもと、推進しています。
- その他、80歳以上の高齢者への**敬老祝金支給**や**ひとり暮らし高齢者等の見守り事業**として事業所と協定書を締結し見守りの強化を行いました。
- 今後もこれらの高齢者福祉サービスを維持・充実するとともに、増加する高齢者の持つ課題・ニーズに応じたサービスの周知・提供が必要となっています。

計画の方向性 4 生きがづくり・社会参加活動の推進

高齢者の生きがづくり・社会参加活動の多様化・活性化

- 老人クラブ、シルバー人材センターはいずれも参加者・会員の減少、担い手人材の確保が困難となっており、新たな参加者や会員の拡大に向けた取り組みの多様化・活性化が必要となっています。
- 老人クラブ連合会が行う健康づくり事業は、令和4年度より築城支部・椎田支部ごとに開催されていた料理教室が、築上町老人クラブ連合会が1本化されたため、(コロナ下の影響もあり)開催回数や参加人数は減少していますが、**高齢者の生きがい教室**とともに健康づくり・生きがづくり活動の場として活用されています。
- 今後は働き方の多様化や地域の担い手人材の確保を背景に、高齢者の技術・経験・能力を生かした地域貢献活動や多様な就労や社会参加の機会の創出が必要となっています。

計画の方向性 5 安心して生活できるまちづくり

自然災害や感染症のリスクから高齢者の身を守る環境の整備

- 大規模風水害が多発化・甚大化する中、災害時の高齢者を中心とした避難行動要支援者への支援体制の重要性は高まっています。町では、**避難行動要支援者を支援する体制が十分に整っていない**状況であり、体制整備と在宅で避難生活を送る要配慮者の人数及び福祉ニーズを把握する必要があります。
- 避難要支援者のための避難所として、**指定福祉避難所**を築上町椎田社会福祉センター(自愛の家)等に設置しています。
- 高齢者の健康を脅かし、重症化する可能性のある季節性インフルエンザや肺炎球菌、新型コロナウイルス感染症への感染症対策として、感染対策等、安全に配慮したワクチン接種や必要な情報提供等に取り組みました。

6 各種調査からみえる第9期計画の重点課題

各種アンケート調査結果ならびに国、県の動向、第8期計画における施策に関する取り組み状況を踏まえ、第9期計画の重点課題について以下にまとめました。

重点課題（1）

高齢者の健康づくりと介護予防の充実／高齢者の多様な生きがいの支援

【基礎調査からみた課題】

■軽度者（要支援～要介護1）は増加傾向にあり、重症化を抑制するための**介護予防・健康づくり活動の普及拡大**が必要です。

【アンケート調査からみた課題】

■（高齢者生活アンケート調査）今後の地域活動への参加意向のある回答者は前回調査と比較して微増しており、**地域活動の場や機会の拡大と参加促進**が必要です。

【第8期計画の評価からみた課題】

■未受診対策の成果を活かした、**健診受診の促進に向けた情報発信と環境づくり**

・受診しやすい環境づくり、わかりやすい健診結果説明と生活習慣の改善や受療行動等への保健指導が必要です。

■生活習慣病予防・重症化予防のための**保健指導の充実**

・健診結果のリスク判定者（未治療）の医療機関への受診勧奨を行い、必要な医療へつなげていくことが必要です。

■支援が必要な人の**把握機会と介護予防活動への参加機会の充実**

・元気度チェック等の活用による自身の健康管理・健康増進の啓発が必要です。
・「通いの場」等による介護予防活動のさらなる充実が必要です。

■**高齢者の生きがいづくり・社会参加活動の多様化・活性化**

・老人クラブ、シルバー人材センターの新たな参加者の拡大に向けた取組の多様化・活性化が必要です。
・高齢者の技術・経験を生かした地域貢献活動や多様な就労や社会参加の機会の創出が必要です。

第9期計画に求められる方向

- 高齢者の健やかで活力ある社会を目指し、生活習慣病や重症化予防を目的とした**高齢者の健診（特定健診・後期高齢者健診）**を充実するとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組み、医療専門職の積極的な関与のもとフレイル（虚弱）予防等を実施することが求められます。
- 「**元気度チェック**」等による**高齢者の健康管理や健康増進の仕組みづくり**や「通いの場」を活用した介護予防活動を推進し、健康的な生活習慣を促し、介護予防や重度化防止に取り組む意欲を引き出すことが求められます。
- 高齢者が社会の重要な一員として、生きがい・働きがいを持って活躍できるよう、**高齢者の就労や地域活動を促進する機会の充実**が求められます。
- 高齢者が幅広く地域社会に出て活動できるよう、**外出支援や多様な社会参加の機会**を提供することが求められます。

基本目標1

高齢者が健康で生きがいをもち活躍できるまちづくり

重点課題（２）

関係機関との連携による地域包括ケアシステムの強化
認知症の早期発見と認知症高齢者を支える体制づくり

【基礎調査からみた課題】

■ 高齢者独居世帯、高齢夫婦世帯は年々増加しており、**増加する高齢者世帯を支えるため、地域のつながりをつくり、生活を支援する仕組み**が必要です。

【アンケート調査からみた課題】

■（高齢者生活アンケート調査）**認知症リスクがある人**が前回調査から大きく増加しています。

■ 認知症に関する相談窓口の認知度は全体で 39.3 % と低く、**認知症窓口の認知度の拡大とともに認知症の取り組みについて住民への普及拡大**が必要です。

【第 8 期計画の評価からみた課題】

■ **高齢者が必要とする社会資源・サービスが適切に利用できる相談支援の充実**

・ 地域包括支援センターにおける総合的な相談支援とケアマネジメント機能の充実が必要です。

■ **有機的な医療・介護の連携による地域包括ケアシステムの深化**

・ 多職種連携と住民啓発による在宅医療・介護体制の充実、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）による地域課題の解決につなぐ環境づくりが必要です。

■ **増加する認知症高齢者を支援する体制の拡大**

・ オレンジカフェを拠点とした交流できる場の提供が必要です。

・ 認知症サポーターステップアップ講座受講後のボランティア活動への展開促進が必要です。

第 9 期計画に求められる方向

- 身近な地域で、高齢者のニーズに応じた質の高いサービスが適切に提供されるよう、**地域包括支援センター**の機能強化と関係機関や多職種・地域住民が連携した**地域包括ケアシステム**の体制が求められます。
- 今後、認知症高齢者の一層の増加が見込まれており、**認知症の正しい理解**、**オレンジカフェ**や**認知症サポーター**の取組を通じて認知症の人とその家族が安心して暮らしていける支援体制が求められます。
- 介護や医療的ケアが必要な高齢者が在宅での生活を継続できるよう、**在宅医療・介護連携の更なる推進**や高齢者福祉サービスの利用促進等に引き続き取り組むことが求められます。
- 高齢者の暮らしの課題の多様化に備え、**生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）**を核とした関係機関・団体との連携強化、住民の主体的な活動の支援による**地域で高齢者を支える体制の強化**が求められます。



基本目標 2

高齢者の日常的な暮らしを地域で支えるまちづくり

重点課題（3） 高齢者が安心して暮らせるまちづくり

【第8期計画の評価からみた課題】

■ 高齢者の権利擁護や虐待防止に向けた取り組みの推進

- ・ 成年後見相談センターによる相談支援業務の充実が必要です。
- ・ 関係機関と連携した高齢者虐待の早期発見・対応が必要です。

■ 自然災害や感染症のリスクから高齢者の身を守る環境の整備

- ・ 災害時の高齢者を中心とした避難行動要支援者への支援体制の整備が必要です。
- ・ 新たな感染症に備えた危機管理対策が必要です。

第9期計画に求められる方向

- 高齢世帯の増加に伴い、高齢者の権利擁護の課題は多様化することが予想され、成年後見相談センターによる成年後見制度に対する相談支援の取組の強化が求められます。
- 災害が多発化する中、災害発生時に備えた避難行動要支援者への支援体制の整備等の避難支援等の体制の強化が求められます。
- 従来の感染症対策に加え、新たな新興感染症に備えた危機管理対策が求められます。



基本目標3

高齢者が自分らしく安心して暮らせるまちづくり

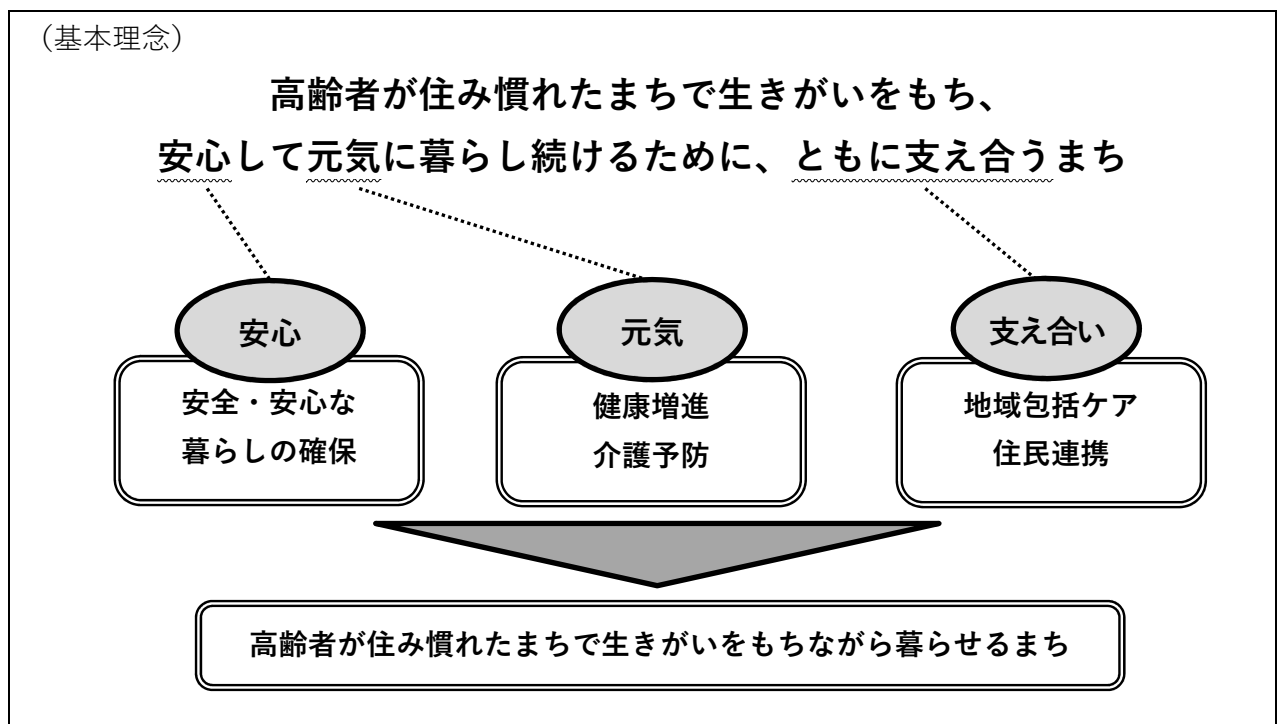
第3章 計画の基本的な方向

1 基本理念

第8期計画では「高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、自分らしく暮らせるまち」を基本理念として掲げ、計画を推進してきました。

第9期計画では、第8期計画の基本理念を踏襲しつつ、重点課題の整理からみえた課題解決の3つの方向性（基本目標）である「安心」「元気」「支え合い」を反映し、この3つの方向性を達成することで「高齢者が住み慣れたまちで生きがいをもちながら暮らせるまち」を実現する意味を込め「高齢者が住み慣れたまちで生きがいをもち、安心して元気に暮らし続けるために、ともに支え合うまち」を基本理念に掲げます。

【基本理念と第9期計画の3つの視点】



2 基本目標

第9期計画に求められる3つの方向性をもとに、3つの基本目標を設定し、その考え方を以下のように整理します。

基本目標1 高齢者が健康で生きがいをもち活躍できるまちづくり

- 高齢者のだれもが生涯にわたっていきいきと暮らしていくためには、一人ひとりが自身の健康を意識し、健康づくりや介護予防に取り組むことが重要です。そのため、特定健診やチェックリストにより、自分の健康状態を知り、健康管理への意識づけを図るとともに、リスクのある対象者に対しては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み等により、保健指導や介護予防に関する啓発を通じてフレイル（虚弱）予防や重度化防止に取り組めます。
- 高齢者の孤立や孤独を防ぐためにも、人や地域とのつながりを感じられる機会が必要とされています。高齢者が地域社会の一員として、心身共に健やかに過ごせるよう、社会参加と生きがい・働きがいつくりの機会の充実に努めます。

基本目標2 高齢者の日常的な暮らしを地域で支えるまちづくり

- 高齢者が住み慣れた地域で安全に生活を続けるためには、生活や身体等の状況に応じた適切な支援が必要です。幅広い高齢者の暮らしの課題・ニーズに対応できるよう、地域包括支援センターを中心に在宅医療・介護の連携による地域包括ケアシステムの深化を図り、各種サービスの充実・質の向上に取り組めます。
- 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく安心して生活できるまちを目指して、認知症の理解を深める啓発に取り組むとともに、認知症の早期発見・早期対応に向けた相談窓口等の支援体制の充実に取り組めます。

基本目標3 高齢者が自分らしく安心して暮らせるまちづくり

- 高齢社会が進行する中、災害発生時や救急時に備えて地域の支援体制・見守り体制を強化し、高齢者を支えるまちづくりに取り組めます。
- 高齢者が社会の一員として、安全・安心な日常生活を営めるよう、高齢者の虐待防止と成年後見制度の認知・利用促進による権利擁護に取り組めます。

3 施策体系

基本目標	施策の方向
基本目標 1 高齢者が健康で生きがいをもち活躍できるまちづくり	【重点施策】 (1) 健康づくりの推進
	【重点施策】 (2) 一般介護予防の推進
	(3) 日常生活支援サービスの推進
	(4) 生きがいづくり・社会参加活動の推進
基本目標 2 高齢者の日常的な暮らしを地域で支えるまちづくり	【重点施策】 (1) 地域包括ケアシステムによる支え合いのネットワークの推進
	【重点施策】 (2) 認知症高齢者支援施策の推進
	(3) 高齢者福祉サービスの推進（介護保険対象外）
基本目標 3 高齢者が自分らしく安心して暮らせるまちづくり	(1) 災害への対策
	(2) 高齢者の権利擁護と虐待防止の推進
	(3) 新たな感染症リスクへの備え

第4章 基本目標と実現するための施策

基本目標1 高齢者が健康で生きがいをもち活躍できるまちづくり

【重点施策】

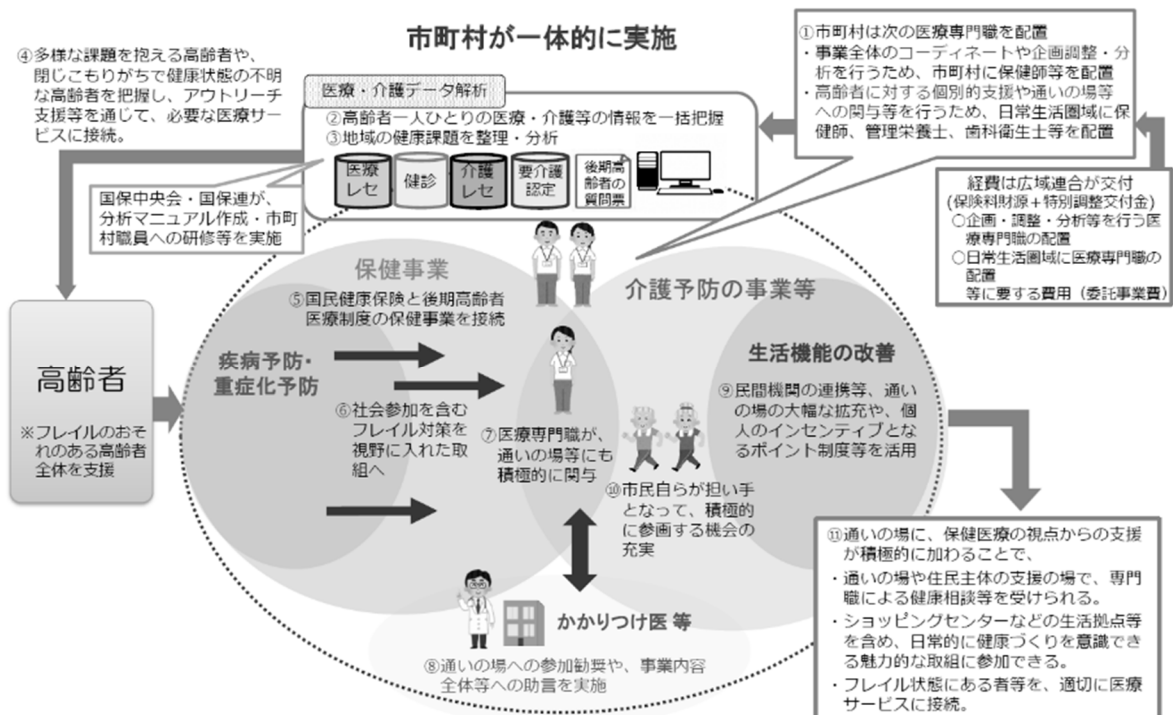
施策1 健康づくりの推進

高齢者の健康寿命の延伸を目指し、生活習慣病等の発症・重症化予防に向けて健康診査を実施し、さらに各種健診・検診の結果に応じて保健指導を実施することで、健康づくりを推進します。また、来年度より、75歳以上の高齢者のフレイル（虚弱）予防に向けて、保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組みます。

施策1 健康づくりの推進

- ① 健康診査（特定健診・後期高齢者健診等）・がん検診
- ② 健康相談・保健指導・医療との連携
- ③ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- ④ 高齢者定期予防接種

【高齢者の保健事業と介護予防一体的な実施】（市町村における実施イメージ図）



（出典）厚労省資料

① 健康診査（特定健診・後期高齢者健診等）

より多くの高齢者が自身の健康状態を把握し、生活習慣の改善につなげられるよう、生活習慣の重要性を周知するとともに、受診しやすい体制づくりや医療機関との連携等により受診勧奨に取り組めます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
健康診査（特定健診・後期高齢者健診）の受診促進	○特定健康診査の受診を促進するため、未受診者に対して、申込しやすい工夫をしながら特定健診の受診勧奨に取り組めます。
地域医療機関との連携	○京築管内医療機関の協力を得ながら集団健診、個別健診の充実に取り組めます。
魅力ある健診（検診）への取り組み	○健診を受けるメリットを感じてもらえるよう、分かりやすい結果説明及び生活習慣改善へつなげられる保健指導を充実します。
がん検診の受診勧奨	○がん検診を受ける必要性やメリットについて広報等を通じて分かりやすく周知し、受診を勧奨します。

② 保健指導

健診結果を基にした生活習慣病予防に向けた情報提供を行うとともに、生活習慣の改善が必要な対象者には個別の保健指導により早期の生活習慣改善や医療への受診勧奨を促進していきます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
生活習慣病予防のための保健指導	○健診受診者を対象に結果説明・保健指導を実施し、住民自らが健診データを読み取り、生活習慣の改善策を考え、実践できるよう支援します。
地域医療機関との連携	○健診結果により、要精密・要治療と判断された方については、早期に医療機関へ受診するよう取り組めます。また、治療の段階においても、生活改善について、対象者と一緒に考え取り組んでいきます。
特定保健指導等	○対象者に対して、生活習慣改善に向けた個別の保健指導に取り組めます。 ○重症化のおそれがある要医療の方、生活習慣病の治療中の方については、医療機関と連携し食事療法や運動療法等の生活改善のための支援を進めるほか、継続的な特定健診受診を勧奨します。
メタボリックシンドローム対象者への保健指導	○生活習慣病に至る原因である肥満解消に向けて、メタボリックシンドローム対象者へ特定保健指導を実施します。

③ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

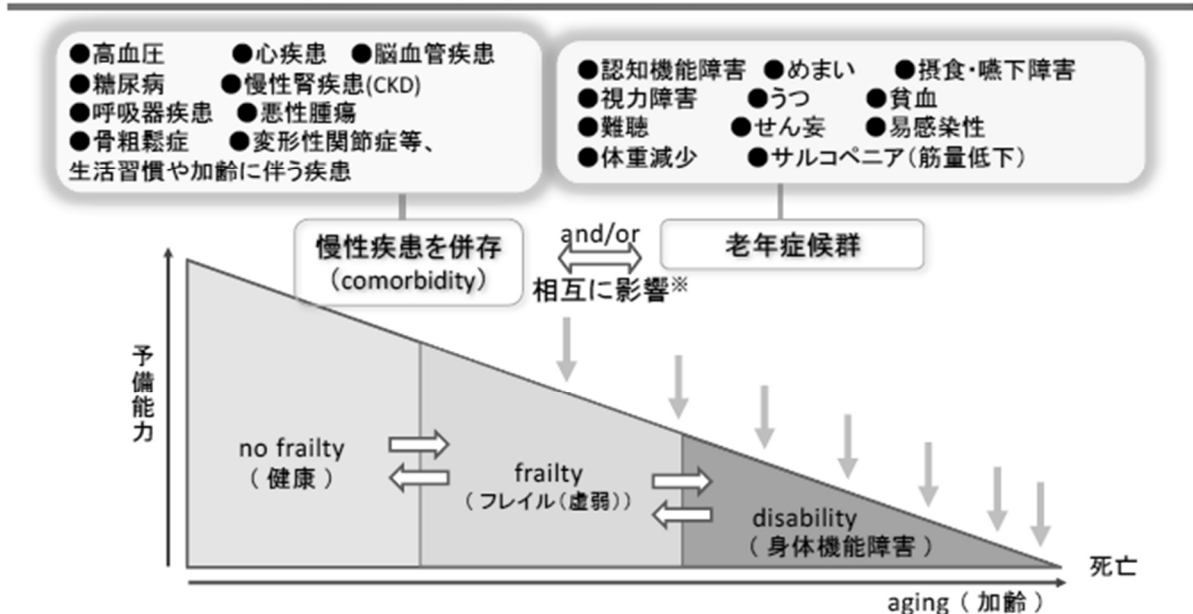
後期高齢者等の保健事業について、保険者である福岡県後期高齢者医療広域連合と連携し、保健事業と介護予防を一体的に実施し、高齢者の健康状態の特性等に合わせて健康増進とフレイル（虚弱）予防に取り組みます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
未受診者対策	○健診も医療も介護も受けておらず、健康状態が不明な後期高齢者を対象に家庭訪問等を行い、実態把握を行います。対象者には健診受診を勧めると共に、状況により必要なサービス（医療・保健・福祉サービス等）につないでいきます。
後期高齢者対象健診の実施	○後期高齢者の集団健診において、がん検診を併用して後期高齢者健診が受けられる体制をつくります。
保健指導による疾病予防・重症化予防	○後期高齢者の健診結果に基づき生活習慣病予防及び重症化予防、介護予防につながるよう、保健指導を行います。
通いの場等での専門職の関わり	○通いの場を通じた介護予防活動の充実に努めます。

【高齢者の健康状態の特性とフレイル（虚弱）のイメージ】

高齢者の健康状態の特性等について



(出典) 厚労省資料

④ 高齢者定期予防接種

インフルエンザ等の予防接種を実施できるよう、予防接種の情報提供や接種体制の確保に取り組めます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
高齢者インフルエンザ予防接種	○高齢者インフルエンザ予防接種の体制を確保し、適切な情報提供に取り組めます。
新型コロナウイルスワクチン接種	○新型コロナウイルスワクチン接種の体制を確保し、適切な情報提供に取り組めます。
肺炎球菌予防接種	○肺炎球菌に関するわかりやすい周知を進めながら、接種希望者への接種を実施します。

【重点施策】

施策2 一般介護予防の推進

介護予防に関する必要性について知識の普及や高齢者自身の健康状態のチェックによる活動への啓発を強化し介護予防教室の実施等を通じて、要介護状態への移行や重度化防止に取り組みます。

施策2 一般介護予防の推進

① 高齢者の健康管理・健康増進を啓発・促進する仕組みづくり

② 介護予防普及啓発事業

③ 地域介護予防活動支援事業

④ 地域リハビリテーション活動支援事業

① 高齢者の健康管理・健康増進を啓発・促進する仕組みづくり

元気度チェック等を通じて介護予防が必要な対象者を把握し、介護予防活動への参加を促進する啓発活動に取り組みます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
介護予防活動への参加啓発・情報発信	○各種広報活動や医療機関等を通じて、介護予防の知識の普及を図り、介護予防活動への参加促進につなげていきます。
チェックリストによる介護予防対象者の把握	○元気度チェック等のチェックリストを活用しながら、自身の健康状態を把握し、健康意識を高めることで介護予防活動へ参加するきっかけをつくります。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防教室等を実施する機会を増やし、広報やパンフレット等での情報発信により活動参加を啓発します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
元気はつらつ教室	○運動機能や口腔機能向上、栄養改善を行う教室の開催を継続し、多くの高齢者が参加できるよう、事業の周知に取り組みます。
貯筋運動教室 脳トレ運動教室 ケアランポリン教室	○介護予防支援のため、自宅での体操方法の指導を行う教室を周知し、参加者の拡大につなげます。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■元気はっらっ教室							
実施回数（回）	34	50	48	47	46	46	44
延べ利用者（人）	299	410	373	459	455	455	431
■貯筋運動教室							
実施回数（回）	24	24	24	24	24	24	22
延べ利用者（人）	495	496	686	703	697	696	660
■脳トレ教室							
実施回数（回）	8	8	8	8	8	8	8
延べ利用者（人）	155	214	179	171	170	170	161
■ケアランポリン教室							
実施回数（回）	29	40	38	34	34	34	32
延べ利用者（人）	464	656	773	554	550	549	521

みんなで支え合おう！
安心・元気な社会

介護予防教室

介護予防支援のため、運動機能や口腔機能の向上、体操・ストレッチの指導を行う教室の実施を支援しています。

<主な取り組み>

【貯筋運動教室】

貯筋運動とは、体操やストレッチをすることで筋肉を強くし足腰を丈夫にする運動のことです。座ったままやその場でできる体操やストレッチを行います。筋肉を貯めて健康寿命を延ばしましょう。

【脳トレ運動教室】

楽しく頭と身体を動かしながら脳を活性化させる教室です。マットを使った運動や頭の体操で身体と脳を鍛えましょう。



貯筋運動教室



脳トレ運動教室

③ 地域介護予防活動支援事業

「通いの場」での介護予防活動を中心に、地域における住民主体の活動の育成・支援を図ります。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
通いの場	○住民主体の通いの場の普及拡大に取り組みます。

④ 地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーション専門職によるリハビリ指導を支援します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
地域リハビリテーション活動支援	○住民主体の通いの場等でのリハビリ指導をリハビリテーション専門職と連携して支援します。

みんなで支え合おう！
安心・元気な社会

住民主体の通いの場

地域における高齢者の介護予防と自立支援を図るとともに、住民同士の交流を広げる場のこと。地域の方々が運営の主体となり、身近な集会所などを会場にして、体操や茶話会、レクリエーション等を開催しています。

<主な取り組み>

【いきいき百歳体操】

地域のみなさんが運営の主体となり、身近な集会所などを会場に、日常生活に必要な筋力を高めることを目的に開発した、重りを使った筋力向上のための体操を実施しています。

通いの場でのいきいき百歳体操（椎田西自治会）



施策3 介護予防・日常生活支援サービスの推進

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に重度化を防止するため、訪問型サービスや通所型サービス、介護予防マネジメントを提供することで高齢者の介護予防や自立に向けた生活支援を進めます。

施策3 日常生活支援サービスの推進

① 訪問型サービス

② 通所型サービス

③ 介護予防支援事業（ケアマネジメント）

① 訪問型サービス

要支援者等の居宅において、介護予防等を目的として行う身体介護や生活支援（旧予防給付相当訪問介護）や日常的な生活援助（訪問型サービスA・B）等のサービスを実施します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
旧予防給付相当訪問介護	○事業所のヘルパー等が家庭を訪問し、利用者の生活機能の維持・向上を図るため、入浴、排泄、食事の介助等（身体介護）や家事サービス（生活支援）を提供します。
訪問型サービスA（緩和基準サービス）	○利用者の状態に合わせて旧予防相当との判別を行い、掃除や買物等の日常生活支援サービスを提供します。
訪問型サービスB（住民主体）	○シルバー人材センター等による掃除、洗濯、買い物、調理などの日常生活の援助を行います。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■旧予防給付相当訪問介護							
月間平均利用者数（人）	70	79	76	79	78	78	74
■訪問型サービスA（緩和基準サービス）							
月間平均利用者数（人）	13	6	5	14	14	14	13
■訪問型サービスB（住民主体）							
月間平均利用者数（人）	10	7	8	10	10	10	10

② 通所型サービス

要支援者等について、介護予防を目的に事業所への通所により、日常生活の支援及び機能訓練を行うサービスとして、専門職による運動機能の向上（旧予防給付相当通所介護）や短時間の運動やレクリエーション（通所型サービス A）、住民主体の支援によるサービス（通所型サービス B）、短期間で集中的に行うサービス（通所型サービス C）を実施します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
旧予防給付相当通所介護（デイサービス）	○食事、入浴等の支援や生活機能の向上を図るための機能訓練等を行います。
通所型サービス A（緩和基準のサービス）	○事業所内での運動や介護予防プログラム（口腔・運動・栄養）の提供を行います。
通所型サービス B（住民主体）	○社会福祉協議会による体操や運動等を行うサービスを実施します。
通所型サービス C（短期集中サービス）	○日常生活に支障のある生活機能を改善するために、利用者の状態に応じて、専門職が関与したプログラムを、短期間で集中的に実施します。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■旧予防給付相当通所介護（デイサービス）							
月間平均利用者数（人）	84	107	117	102	101	101	96
■通所型サービス A（緩和基準サービス）							
月間平均利用者数（人）	40	47	24	47	46	46	44
■通所型サービス B（住民主体）							
月間平均利用者数（人）	6	6	5	5	5	5	5
■通所型サービス C（短期集中サービス）							
月間平均利用者数（人）			1	3	3	3	3

③ 介護予防支援事業（ケアマネジメント）

介護予防プランが円滑に推進できるよう、プラン作成を支援するとともにプランの評価を実施し介護予防や重症化を防止するためのマネジメントを行います。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
ケアマネジメント A （原則的な介護予防ケアマネジメント）	○高齢者が自立した日常生活を送ることができるよう、適切な介護予防プラン作成を支援します。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）※介護給付分を含む							
月間平均利用者数（人）	309	325	325	322	310	310	302

施策4 生きがづくり・社会参加活動の推進

高齢者がいつまでも自分らしく地域で暮らし続けるためには、社会とのつながりを感じられること、生きがいを感じられることが重要です。老人クラブやシルバー人材センターの取り組みの他、町内の幅広い文化・スポーツ活動を通じて、高齢者の交流機会や就労機会を広げ、社会参加の機会の充実を図ります。

施策4 生きがづくり・社会参加活動の推進

① 老人クラブ

② 高齢者の生きがい教室

③ シルバー人材センター等多様な働き方支援

④ 文化・スポーツを通じた交流機会の充実

① 老人クラブ

老人クラブは高齢者の生きがづくり、社会参加、閉じこもり予防、地域見守りなど、様々な役割を担っており、クラブの運営やクラブが運営する各教室の活動を支援します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
老人クラブ活動支援	○地域の支援活動や健康づくり、生きがづくり等の役割を担っている老人クラブの運営を支援します。
老人クラブが行う健康づくり (料理教室／スポーツ大会等)	○老人クラブ連合会が行う料理教室、スポーツ大会等の活動を支援するとともに、広報等を通じた活動の情報発信により参加者の拡大に向けて支援します。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■老人クラブ活動支援							
老人クラブ数(団体)	31	27	25	25	25	25	25
■料理教室							
参加人数(人)	230	200	200	214	212	212	201
■スポーツ大会等							
ゲートボール(人)	15	15	12	14	13	13	13
ペタンク(人)	91	57	46	45	45	45	45
グラウンドゴルフ(人)	211	124	108	120	120	120	120

② 高齢者の生きがい教室

高齢者の生きがいづくりを支援し、閉じこもりの予防と社会的孤立の解消を図るため、各種生きがい教室の実施を支援し、参加者の拡大を図ります。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
高齢者の生きがい教室	○ヨーガ、フラダンス等の運動教室や陶芸、書道等の文化教室を充実し、受講生の募集に努めます。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■高齢者の生きがい教室							
陶芸教室（人）	9	9	10	8	8	8	8
書道教室（人）	14	10	10	14	14	14	13
ヨーガ教室（人）	29	36	34	33	32	32	31
フラダンス教室（人）	14	17	14	14	13	13	13

みんなで支え合おう！
安心・元気な社会

高齢者の生きがい教室

閉じこもりがちなひとり暮らしの高齢者の社会的孤立感を解消することを目的に、陶芸や書道、フラダンス、ヨーガなどの教室を開催しています。教室はすべて初心者向けで、月に2～4回実施しています。



生きがい教室（書道）

③ シルバー人材センター等多様な働き方支援

シルバー人材センターを活用し、積極的に高齢者の就労機会を創出するとともに、テレワーク等の働き方の多様化にあわせた仕事ができるよう、IT技術の習得を支援します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
シルバー人材センター	○高齢者が知識や経験、技術を発揮し、活躍できる場としてセンターを周知広報に努め、会員数と就業機会の拡大を図ります。 ○シルバー人材センターによる高齢者の就労機会を拡大するため、公共事業へのセンターの活用を拡大します。
多様な働き方支援	○在宅ワークなど、多様な働き方に対応した働く場を獲得するため、IT技術の学習機会を提供し、就労を支援します。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■シルバー人材センター							
就業実績（千円）	88,545	91,109	85,796	88,483	87,732	87,631	83,125
就業実(延)人員（人）	16,235	16,022	17,300	16,499	16,358	16,340	15,499

④ 文化・スポーツを通じた交流機会の充実

築上きづきの杜やしいだコミュニティ倶楽部等での文化芸術活動や障がい者スポーツなどスポーツ活動の参加機会を充実し、多くの高齢者の生きがいづくりにつながるよう支援します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
生涯学習の振興	○築上きづきの杜をはじめ、各公民館活動を通じた学習機会や文化活動への参加機会の充実を図ります。
スポーツの振興	○各地域でのスポーツ活動を支援し、参加機会の充実を図ります。 ○共生社会の実現を目指し、パラスポーツ教室を実施します。

基本目標 2 高齢者の日常的な暮らしを地域で支えるまちづくり

【重点施策】

施策 1 地域包括ケアシステムによる支え合いのネットワークの推進

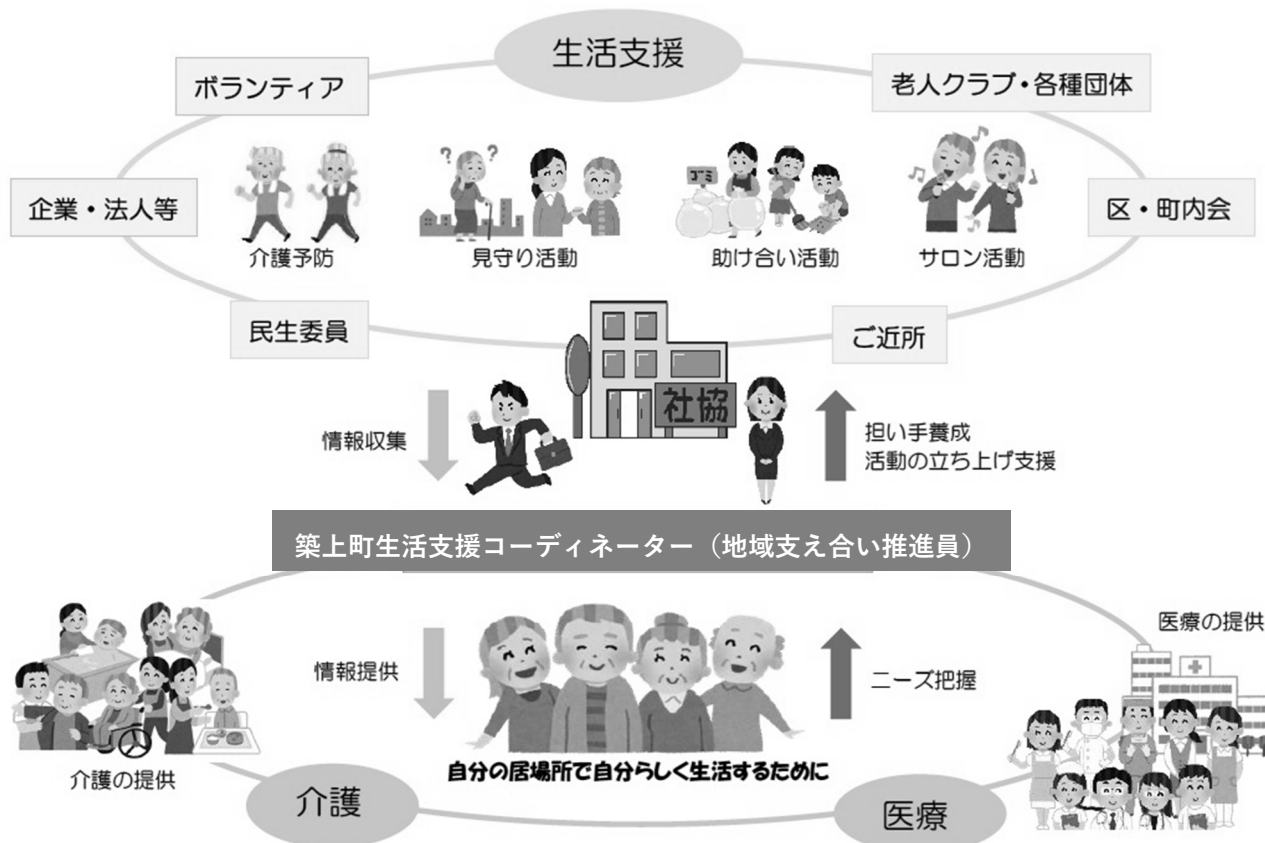
高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを継続することができるよう、多様な社会資源を活用し、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援を包括的に提供する地域包括ケアシステムによる支え合いネットワークを推進します。

また、地域包括ケアシステムの推進にあたり、地域の身近な生活支援で提供される体制を生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と協議体の設置・運用により推進します。

施策 1 地域包括ケアシステムによる支え合いのネットワーク

- ① 地域包括支援センター（包括的支援事業）
- ② 地域包括ケアシステムの確立・推進
- ③ 在宅医療・介護の連携
- ④ 生活支援サービスの体制整備

【生活支援サービス体制／生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の役割】



① 地域包括支援センター（包括的支援事業）

多様化する高齢者の課題やニーズに適切に対応していくため、総合相談支援の窓口となる地域包括支援センターの運営体制を充実し、包括的支援の機能を強化していきます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
地域包括支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者をはじめ、住民の保健医療の向上、福祉の増進を包括的な支援を行うため、センターの体制の充実を図ります。 ○定期的に地域包括支援センター運営協議会を開催し、センターの適正な運営を図ります。
●地域包括支援センターが行う包括的支援事業	
総合相談支援業務	○高齢者等の様々な相談に対応できる総合相談支援の窓口としての体制を整え、適切な機関や制度、サービスにつなぐ等の支援に取り組みます。
権利擁護業務	○権利擁護に関する相談支援を行っています。窓口の周知を行う等、相談しやすい体制づくりに取り組みます。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の様々な機関や専門職と連携を図りながら、包括内で支援内容を検討の上、チームで継続的な支援に取り組みます。 ○地域の介護支援専門員が相談しやすい体制を整え、積極的に活動の支援に取り組みます。
介護予防ケアマネジメント業務	○総合事業を効果的に利用して自立支援につながる介護予防ケアマネジメントに取り組みます。

② 地域包括ケアシステムの確立・推進

地域包括支援センターの相談業務や地域ケア会議等を通じて多職種が地域におけるネットワークを構築し、地域が抱える課題の解決に向けて連携・協働するなど、地域包括ケアシステムによる支援体制を充実させます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
地域ケア会議の推進	○医療、介護のみならず多職種協働による地域ケア会議を通して地域課題の抽出・解決を図るとともに、地域資源の開発及び地域支援ネットワークの構築に取り組みます。

③ 在宅医療と介護の連携

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、医療機関と介護サービス事業者など多職種の連携を推進します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
地域の医療・介護情報の発信	○地域の医療・介護情報を周知するため、地域住民及び専門職向けにホームページ、SNS等での情報発信に取り組みます。
在宅医療・介護の課題の抽出と対応策の検討	○多職種連携検討会の開催により、地域の課題や解決策について協議します。
医療・介護関係者の情報共有の支援	○事例検討や研修会を通して、在宅医療・介護連携における地域の課題を情報共有し、課題解決に向けた検討に取り組みます。
医療・介護関係者の研修	○多職種による連携のための研修会を実施します。
地域住民への普及啓発	○住民自身が家族や主治医と望む終末期を話せるようになることを目標に、在宅での終末期医療や看取り、ACPについての普及啓発に取り組みます。
関係市町村の連携	○豊前築上管内市町（豊前市・吉富町・上毛町）と連携・協力して継続的に事業運営に取り組みます。 ○保健福祉環境事務所の協力を得て、二次医療圏及び隣接する他県との連携について検討します。

④ 生活支援サービスの体制整備

地域の身近な支え合いによる地域課題を解決する生活支援体制として、長期的な視野にたち、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を中心とした協議体による生活支援・介護予防サービスを提供できる体制づくりに取り組みます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
生活支援サービスの体制整備 （生活支援体制整備事業）	○生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を中心に協議体による地域の課題解決に向けた支え合いのネットワークを構築します。
第2層協議体の設置	○第2層協議体の設置に向けて、人材育成を含めた体制づくりの検討に取り組みます。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）配置予定							
第1層（人数）	4	4	4	4	4	4	4
■協議体（第1層）設置予定							
設置数	1	1	1	1	1	1	1

【重点施策】

施策2 認知症高齢者支援施策の推進

認知症リスクが増加している一方、認知症に関する相談窓口の認知は低く、認知症の早期発見・早期対応のためには、相談窓口の周知を含め、地域全体で認知症に対する理解を深めることが必要です。そのため、認知症サポーターの養成を促進し、認知症の有無にかかわらず認知症カフェ等の場を提供することで、地域社会での交流を通じて認知症当事者と家族、地域が相互理解を深めていきます。

また、認知症の発症に対して、認知症の人や家族に早期に関わり対応するため、認知症初期集中支援事業の活用に取り組みます。

施策2 認知症高齢者支援施策の推進

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 認知症の人の介護者への支援
- ④ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症サポーター養成講座や広報活動等による住民の認知症への理解を図るとともに、認知症の人やその家族を支え、支援する担い手として認知症サポーターを養成します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
認知症ケアパスの広報による認知症の理解・啓発	○認知症に関する広報活動やケアパス等の活用により、住民の認知症への理解や相談窓口の周知を図ります。
認知症カフェの運営支援	○認知症カフェ「オレンジカフェきづき」の運営を支援することで住民と認知症の人やその家族との交流を深め、認知症の理解を促進します。
認知症サポーター養成事業	○地域住民等を対象とした「認知症サポーター養成講座」を開催し、認知症に関する正しい知識の普及・啓発を図ります。 ○認知症サポーター修了者のさらなるステップアップを目的としたステップアップ講座を開催し、サポーターの地域活動への実践につなげていきます。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■認知症カフェ							
設置個所（カ所）	1	1	1	1	1	1	1
■認知症サポーター養成講座							
実施回数（回）	4	7	10	10	10	10	10

みんなで支え合おう！
安心・元気な社会

認知症サポーター養成講座

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して手助けをする存在である認知症サポーターを育てる取り組み。地域や学校・職場で認知症サポーター養成講座を開催しています。



認知症サポーター養成講座（小学校・高校）

② 認知症の状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

認知症の早期発見・早期対応を進めるため、医療・介護が連携し認知症の初期支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」等による支援体制を整えます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
認知症初期集中支援推進事業	○認知症初期集中支援チームの活動を実施し、認知症の人やその家族が必要な医療や介護サービスにつながる事ができるよう、集中的・包括的な支援に取り組みます。
若年性認知症施策の強化	○福岡県若年性認知症サポートセンターや関係機関と連携し若年性認知症の理解促進を図り、早期発見・早期支援につながるよう、普及啓発に取り組みます。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■認知症初期集中支援推進事業							
支援対象者数（人）	0	0	0	1	1	1	1

③ 認知症の人の介護者への支援

認知症の人や家族介護者が介護の悩みを一人で抱え込まないように、介護者同士が集い、在宅介護に関する情報交換・意見交換を行う機会を提供します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
家族介護者交流事業 (認知症の人の家族のつどい)	○家族介護者がリフレッシュを図るために、家族のつどいを開催し、認知症の人を介護する家族が集いの場に参加できるよう周知します。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■家族介護者交流事業							
支援対象者数（人）	8	21	10	13	13	13	12

④ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

認知症サポーターや認知症地域支援推進員を中心に支え合いの担い手と認知症の人やその家族の支援ニーズをつなげる仕組みであるチームオレンジの体制を構築し、認知症の人が安心して暮らし続けられる地域づくりを進めます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
認知症地域支援推進員活動	○認知症地域支援推進員を適正に配置し、認知症の人や家族を地域で支える体制づくりに取り組みます。
チームオレンジの体制構築	○ステップアップ講座などを通じて、認知症サポーターが認知症への理解を深める機会を作り、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みチームオレンジの整備に取り組みます。 ○チームオレンジコーディネーターを中心に、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）、協議体と連携し、認知症の人が安心して暮らせる地域づくりに取り組みます。

施策3 高齢者福祉サービスの推進（介護保険対象外）

高齢者が安全に自立した生活を続けられるよう、各種福祉サービスの充実を図り、高齢者の生活不安の軽減に努めます。

施策3 高齢者福祉サービスの推進

① 生活支援事業

② 介護予防・地域支え合い事業及びその他事業

③ 施設サービス

① 生活支援事業

高齢者ができる限り住み慣れた地域で、自立した日常生活や社会活動を営めるよう、高齢者の地域での生活支援に関する多様なニーズに応じた、きめ細やかな福祉サービスの充実を図ります。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
外出支援サービス事業	○通院時に利用するタクシー料金の一部を助成することにより、経済的負担を軽減します。
寝具洗濯乾燥消毒サービス事業	○寝具の衛生管理が困難である高齢者に対して、寝具の衛生管理のため、年2回以内を限度として実施します。
緊急通報体制整備事業	○緊急時に対応困難な単身世帯等の家庭に、緊急通報装置を貸与します。
在宅寝たきり介護手当	○在宅の65歳以上で要介護3以上の寝たきり高齢者等を、継続して6ヶ月以上介護している無収入の方（年金受給者を除く）に対して、介護手当を支給します。
住宅改造資金助成事業	○在宅の要介護・要支援の認定者もしくは障がいのある方に、高齢者等に配慮した住宅に改造するための資金を助成することにより、在宅介護を支援します。

サービス見込み

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■外出支援サービス事業							
対象者数（人）	28	44	53	41	41	41	39

利用回数（件）	441	688	1191	654	648	647	614
■寝具洗濯乾燥消毒サービス事業							
延回数（件）	11	9	3	11	11	11	10
■緊急通報体制整備事業							
設置台数（台）	260	234	261	245	243	243	231
■在宅寝たきり介護手当							
対象者数（人）	12	15	13	12	12	12	11
延支給人員（人）	24	22	23	24	24	24	23
■住宅改造資金助成事業							
利用者数（人）	5	9	5	5	5	5	5

② 介護予防・地域支え合い事業及びその他事業

高齢者の介護予防や自立支援やその他の福祉サービスの充実を図ります。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
生活管理指導短期宿泊事業	○一時保護等の緊急時における短期保護事業（ショートステイ）を実施します。
「食」の自立支援事業	○調理が困難な方を対象に、栄養バランスのとれた食事を配達・提供するとともに、手渡しすることで安否確認を行います。
在宅介護支援事業	○紙おむつ等を必要とする方に対し、紙おむつ等給付券を支給します。
徘徊高齢者等SOSネットワーク事業	○徘徊のおそれのある高齢者等が行方不明となった場合に、地域の支援を得て早期に発見できるよう、関係機関等との支援体制を構築し、徘徊高齢者等の安全の確保及びその家族等への支援をします。
敬老祝金支給	○敬老祝金条例に基づき、80歳以上かつ本町に2年以上引き続き住所を有する方に対して、年額12,000円を口座振込により支給します。
福祉電話貸与	○概ね65歳以上の一人暮らしの方、または低所得の方に、無料で電話回線を貸与し、孤独感の解消や緊急連絡の手段確保、安否確認の手段として支援します。
救急医療情報キット配布事業	○高齢者や障がいのある方に対し、救急時に必要な医療情報を保管する救急医療情報キットを配布します。
ひとり暮らし高齢者等見守り事業	○「ひとり暮らし高齢者等の見守りに関する協定書」を事業所と締結し、ひとり暮らし高齢者等の見守り体制の強化を図ります。

サービス見込量

区分	実績			見込み			
	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	令和12年度
■生活管理指導短期宿泊事業							
利用者数（人）	3	1	0	1	1	1	1
■「食」の自立支援事業							
年間利用者数(人)	236	119	135	168	167	166	158
延支給人員（人）	26,226	22,492	23,288	29,779	29,526	29,492	27,976
■在宅介護支援事業							
支給実人数（人）	39	42	44	38	38	37	36
延支給数（年）	402	403	355	372	369	369	350
■徘徊高齢者等SOSネットワーク事業							
利用申請件数（件）	1	0	1	2	2	2	2
■敬老祝金支給							
支給者数（人）	2,417	2,440	2,470	2,308	2,288	2,286	2,168
■福祉電話貸与							
利用申請件数（件）	1	1	1	2	2	2	2
■救急医療情報キット配布事業							
配布者数（人）	12	1	28	19	19	19	18
■ひとり暮らし高齢者等見守り事業							
協定事業所数（件）	13	13	14	14	14	14	14

③ 施設サービス

介護予防の活動拠点である老人憩いの家「やまさと」や高齢者ボランティア育成施設による施設サービスを提供します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
介護予防拠点施設	○老人憩いの家「やまさと」を地域住民の介護予防の活動拠点として、健康づくり等の教室の実施を支援します。
高齢者ボランティア育成施設	○高齢者ボランティア育成施設の環境を整備し、活動拠点としての利用促進を図ります。

基本目標 3 高齢者が自分らしく安心して暮らせるまちづくり

施策 1 災害への対策

築上町地域防災計画に基づき、災害時に高齢者が円滑に避難できるよう、避難行動要支援者を中心とした避難体制を整備するとともに、災害時には指定された福祉避難所へ支援者が避難できる体制の構築を進めます。

施策 1 災害への対策

① 避難行動要支援者を支援する体制整備

② 福祉避難所の拡充

① 避難行動要支援者を支援する体制整備

災害時に要介護高齢者等が適切に避難できるよう、災害時の避難等に特に支援を要する高齢者等の情報を関係機関と共有し、災害発生時において、地域の住民が協力して避難誘導や安否確認が行える支援体制づくりに努めます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
避難行動要支援者への支援体制の整備	○築上町地域防災計画に基づき、要介護者等の避難行動要支援者を支援する体制を整備します。

② 福祉避難所の拡充

災害時要援護者等が安全かつ迅速に避難し、災害発生時においても必要な介護サービスを継続できるよう、指定福祉避難所による避難訓練を実施するとともに、介護事業所の災害時の業務継続計画（BCP）の作成及び定期的な点検・見直しを支援します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
福祉避難所の避難訓練の実施	○指定福祉事務所による専門家による避難訓練の実施を支援します。
業務継続計画（BCP）の作成支援	○高齢者施設等において義務化された、感染症や自然災害の発生時でも入所者と職員の安全を確保し、業務を継続するための業務継続計画（BCP）の作成を支援します。

施策 2 高齢者の権利擁護と虐待防止の推進

成年後見制度をはじめとする権利擁護や高齢者の虐待への対応が必要な人に対して適切に対応できるよう、多様な関係機関との連携を強化し、相談窓口・制度の周知啓発に取り組みます。

施策 2 高齢者の権利擁護と虐待防止の推進

① 成年後見制度の周知・利用促進

② 高齢者虐待対策等

① 成年後見制度の周知・利用促進

認知症高齢者の増加に伴って、成年後見制度をはじめとする権利擁護のための制度のニーズも高まっていくことが見込まれており、制度の理解と利用促進を図ります。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
成年後見制度推進事業	○成年後見相談センターを中心に成年後見制度の周知と相談支援を進めるとともに、県や関係機関と連携し制度を運用します。
成年後見制度利用支援事業	○成年後見制度の申立てにおいて、親族の支援が望めない場合に町長申立てを行う費用や後見人の報酬を助成します。
日常生活自立支援事業	○社会福祉協議会により、成年後見制度と同様に、認知症高齢者等、判断能力が十分ではない方々が地域で自立した生活が送れるよう、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等の権利を擁護します。

② 高齢者虐待対策等

高齢者虐待の予防及び早期発見、早期支援のため、地域住民に対する相談窓口の周知、関係機関との連携協力体制を強化します。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
高齢者虐待対策	○関係機関や住民向け高齢者虐待の普及啓発を図るとともに、介護サービス事業所や関係機関と連携し、高齢者虐待の早期発見・対応に取り組みます。
消費者被害	○消費者安全確保地域協議会との情報共有を進め、高齢者の消費者被害の防止に取り組みます。

施策3 新たな感染症リスクへの備え

近年の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、新興感染症等が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築します。

施策3 新たな感染症リスクへの備え

① 感染症対策（予防・ワクチン接種・防疫）

① 感染症対策（予防・ワクチン接種・防疫）の推進

新興感染症等が発症した場合に備え、介護事業所等と連携し感染症対策についての周知啓発、研修を進めるとともに、介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修、訓練の実施において必要な助言及び適切な援助に取り組みます。

主な取組

主な取り組み	取り組みの内容
感染症予防の啓発	<ul style="list-style-type: none">○住民や施設事業者等に対し、新興感染症等が発生した場合の予防・ワクチン接種・防疫に関する情報を迅速に発信するなど、周知啓発に取り組みます。○介護事業所等と連携し、感染症発生時の対策についての研修を実施し情報を共有します。
感染症対策	<ul style="list-style-type: none">○あらゆる感染症に対し、随時、必要な対策（準備含む）を行っていきます。○ワクチン接種については、高齢者が受けやすい体制を確保します。○新興感染症時には、情報収集を行い、迅速な感染症対策（情報発信、予防接種体制確保等）を行っていきます。
業務継続計画（BCP）の作成支援（再掲）	<ul style="list-style-type: none">○高齢者施設等において義務化された、感染症や自然災害の発生時でも入所者と職員の安全を確保し、業務を継続するための業務継続計画（BCP）の作成を支援します。

第5章 介護保険給付サービスの推進

1 介護保険給付サービスの体系

本町は、福岡県介護保険広域連合の構成市町村であり、福岡県介護保険広域連合が実施する介護保険事業計画に沿った事業運営により、保険料の徴収・保険給付等が行われています。

介護保険給付サービスについても、福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画及び福岡県高齢者保健福祉計画との整合性を図り対応します。本章では、福岡県介護保険広域連合が示した各種介護保険サービスの事業量等の見込みを示します。

① 介護サービス

区 分	
居宅介護サービス	①訪問介護
	②訪問入浴介護
	③訪問看護
	④訪問リハビリテーション
	⑤居宅療養管理指導
	⑥通所介護
	⑦通所リハビリテーション
	⑧短期入所生活介護
	⑨短期入所療養介護（老健/病院等/介護医療院）
	⑩福祉用具貸与
	⑪特定福祉用具販売
	⑫住宅改修費
	⑬特定施設入居者生活介護
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地域密着型通所介護
	④認知症対応型通所介護
	⑤小規模多機能型居宅介護
	⑥認知症対応型共同生活介護
	⑦地域密着型特定施設入居者生活介護
	⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	⑨看護小規模多機能型居宅介護
居宅介護支援	①居宅介護支援
施設サービス	①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
	②介護老人保健施設
	③介護医療院

② 介護予防サービス

区 分	
居宅介護予防サービス	①介護予防訪問入浴介護
	②介護予防訪問看護
	③介護予防訪問リハビリテーション
	④介護予防居宅療養管理指導
	⑤介護予防通所リハビリテーション
	⑥介護予防短期入所生活介護
	⑦介護予防短期入所療養介護
	⑧介護予防特定施設入居者生活介護
	⑨介護予防福祉用具貸与
	⑩特定介護予防福祉用具販売
	⑪介護予防住宅改修
地域密着型介護予防サービス	①介護予防認知症対応型通所介護
	②介護予防小規模多機能型居宅介護
	③介護予防認知症対応型共同生活介護
	④介護予防地域密着型通所介護
介護予防支援	①介護予防支援

2 介護保険給付サービスの見込

(1) 居宅サービス

※「回(日)数」は1月あたりの利用回(日)数、「人数」は1月あたりの利用者数を示す(以下、同様)

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
訪問介護	回数 (回/年)	26,229	25,760	25,760	26,098	24,861
	人数 (人/月)	133	131	131	134	127
訪問入浴介護	回数 (回/年)	266	266	266	266	266
	人数 (人/月)	5	5	5	5	5
訪問看護	回数 (回/年)	4,369	4,369	4,369	4,446	4,369
	人数 (人/月)	54	54	54	55	54
訪問リハビリ テーション	回数 (回/年)	88	88	88	88	88
	人数 (人/月)	1	1	1	1	1
居宅療養管理指導	人数 (人/年)	780	756	756	780	732
通所介護	回数 (回/年)	34,728	34,373	34,177	34,798	32,321
	人数 (人/月)	202	200	199	206	194
通所リハビリ テーション	回数 (回/年)	12,081	12,191	12,061	12,409	11,753
	人数 (人/月)	103	104	103	106	100
短期入所生活介護	日数 (日/年)	1,796	1,796	1,796	1,796	1,796
	人数 (人/月)	13	13	13	13	13
短期入所療養介護 (老健)	日数 (日/年)	406	406	406	406	406
	人数 (人/月)	5	5	5	5	5
短期入所療養介護 (病院等)	日数 (日/年)	0	0	0	0	0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0
短期入所療養介護 (介護医療院)	日数 (日/年)	0	0	0	0	0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
福祉用具貸与	人数 (人/年)	3,468	3,444	3,396	3,516	3,336
特定福祉用具購入費	人数 (人/年)	84	84	84	84	84
住宅改修費	人数 (人/年)	48	48	48	48	48
特定施設入居者 生活介護	人数 (人/年)	840	840	840	864	852

(2) 地域密着型サービス

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	人数 (人/年)	0	12	12	12	12
夜間対応型訪問介護	人数 (人/年)	0	0	0	0	0
地域密着型 通所介護	回数 (回/年)	829	829	829	829	829
	人数 (人/月)	6	6	6	6	6
認知症対応型 通所介護	回数 (回/年)	1,902	1,902	1,902	2,063	1,902
	人数 (人/月)	10	10	10	11	10
小規模多機能型 居宅介護	人数 (人/年)	48	96	132	132	132
認知症対応型 共同生活介護	人数 (人/年)	252	252	264	276	264
地域密着型特定施設 入居者生活介護	人数 (人/年)	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	人数 (人/年)	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型 居宅介護	人数 (人/年)	0	12	12	12	12

(3) 施設サービス

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護老人福祉施設	人数 (人/年)	1,428	1,452	1,464	1,488	1,452
介護老人保健施設	人数 (人/年)	1,608	1,608	1,608	1,644	1,596
介護医療院	人数 (人/年)	36	36	36	36	36
介護療養型医療施設	人数 (人/年)	0	0	0	0	0

(4) 居宅介護支援

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
居宅介護支援	人数 (人/年)	4,968	4,944	4,908	5,076	4,776

(5) 介護予防サービス

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防訪問 入浴介護	回数 (回/年)	0	0	0	0	0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0
介護予防訪問 看護	回数 (回/年)	1,114	1,114	1,169	1,169	1,169
	人数 (人/月)	16	16	17	17	15
介護予防訪問 リハビリテーション	回数 (回/年)	0	0	0	0	0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養 管理指導	人数 (人/年)	48	48	48	48	48
介護予防通所 リハビリテーション	人数 (人/年)	960	972	972	984	888
介護予防短期入所 生活介護	回数 (回/年)	45	45	45	45	45
	人数 (人/月)	1	1	1	1	1
介護予防短期入所 療養介護	回数 (回/年)	0	0	0	0	0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具 貸与	人数 (人/年)	2,292	2,304	2,316	2,364	2,112
特定介護予防福祉 用具購入費	人数 (人/年)	36	36	36	36	36
介護予防住宅改修	人数 (人/年)	36	36	36	36	36
介護予防特定施設 入居者生活介護	人数 (人/年)	120	132	132	132	120

(6) 地域密着型介護予防サービス

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防認知症 対応型通所介護	回数 (回/年)	0	0	0	0	0
	人数 (人/月)	0	0	0	0	0
介護予防小規模 多機能型居宅介護	人数 (人/年)	0	0	0	0	0
介護予防認知症 対応型共同生活介護	人数 (人/年)	0	0	0	0	0

(7) 介護予防支援

サービス	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防支援	人数 (人/年)	2,808	2,832	2,856	2,904	2,604

第6章 計画の推進

1 計画の推進体制

第9期計画の基本理念である「高齢者が住み慣れたまちで生きがいをもち、安心して元気に暮らし続けるために、ともに支え合うまち」を実現するためには、多様なサービスを提供する体制の確保や適切な利用を支える相談支援体制の構築、さらには地域全体で高齢者を支える体制づくりが求められ、地域の社会資源ネットワークの構築・強化が重要になります。

計画の推進においては、高齢者自身を含む地域の多様な主体の参画が求められることから、行政が中心となり、住民、地域社会、関係団体、事業所などの各主体が次のような役割を果たしていけるよう働きかけます。

【計画の推進主体の役割】

(1) 住民（高齢者）の役割

- 住民一人ひとりが趣味や学習、社会参加などの活動を通じて自己実現を図り、日常生活の中で自ら健康づくり・介護予防に取り組みながら、いきいきと最期まで自分らしい人生を送るために行動することが望まれます。様々な介護予防や生きがいづくりの場・機会を提供し、住民の主体的な行動を促進します。
- 通いの場や生きがい教室等の取り組みを通じて、住民が人と人とのつながり、社会とのつながりを広げ、地域の活動に積極的に参加することなどによって、それぞれの経験や技能などを社会に還元し、自身の生きがいなどにつながる活動を促進します。
- 住民が病気や障がい等により介護を必要とする状態になっても、適切なサービスなどを利用することで、自分らしい暮らしを営み続けられるよう支援します。

(2) 地域社会の役割

- 今後、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加するとともに認知症の人が増えていく中で、住民一人ひとりが、地域の人々や福祉活動に関心を持ち、それぞれができる活動に参加することにより、支援が必要な人に対して自然に手を差し延べることができるような地域コミュニティの形成を支援します。
- 高齢者にとって身近な地域のふれあい・支え合いを向上させるため、地域の身近な支え合いによる地域課題を解決する生活支援体制として、通いの場や社会参加の機会の提供、生活支援サービスへの参画等により社会福祉の向上に取り組むとともに、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を中心に長期的な視野にたち、地域の特性にあわせた生活支援・

介護予防サービスを提供できる体制の実現を支援します。

(3) 地域活動団体の役割

- 社会福祉協議会や民生委員・児童委員は、地域福祉の推進における中心的な役割を果たす団体として、行政による支援のもと、地域における福祉関係者や関係機関などと連携し、地域の連帯と支援の輪を広げるとともに、住民や地域団体が主体となって活動する場や環境づくりに向けて取り組みます。
- 老人クラブやシルバー人材センターなどの関係団体は、会員全体の福祉向上を目指し、魅力的な活動を実施することにより、活動の活性化や会員の増加を図るなど、高齢化の進行を踏まえた取り組みを強化します。
- その他、NPO法人やボランティア団体は、支援を必要としている人へのサービス提供など、地域福祉の向上を目指し、それぞれの団体の特性や資源を生かしながら、積極的に地域と関わり、連携しながら活動を広げます。

(4) 医療・介護関係者の役割

- 医師会・歯科医師会などの医療関係者は、日頃から診療や訪問診療等で関わることによって、住民が適切な支援を受けながら、安心して在宅療養生活を送ることができるよう、予防の視点からの啓発や医療と介護の連携を充実します。
- 介護サービス事業者などは、高齢者が安定した生活を営み、住民が安心してサービスを利用するために、必要な介護人材を確保・育成し、サービスの質の向上を図りながら、引き続き良質なサービスを提供します。

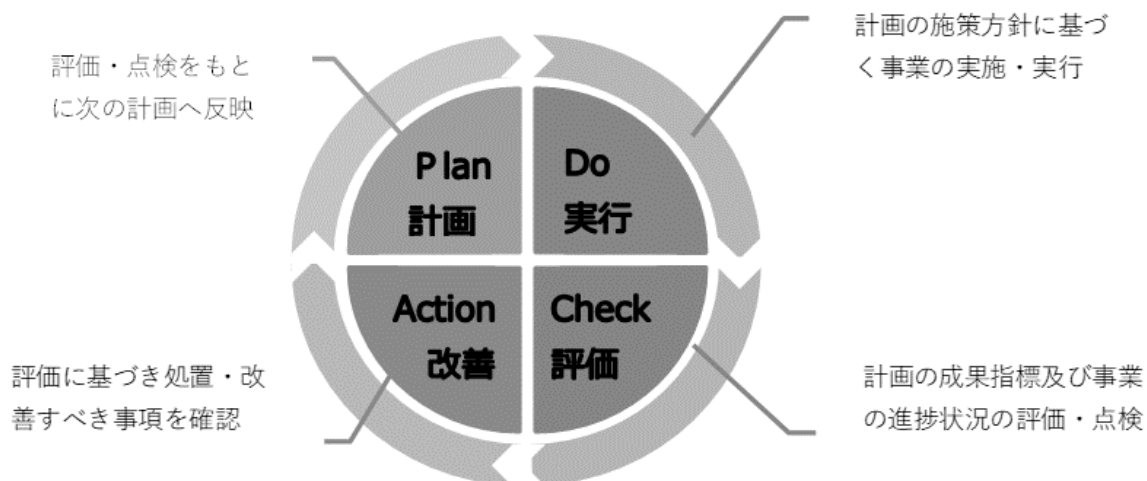
(5) 行政の役割

- 住民の高齢者保健福祉の向上を目指して、第9期計画に基づき、関係機関・団体等と連携した高齢者の保健・福祉・医療・介護等の施策の総合的な推進を図るとともに、サービス基盤の整備やサービスの質的向上に取り組みます。
- 高齢者が地域で安心して暮らしていけるために、必要なサービスの利用等に関する情報を適切に入手できるよう、パンフレット及び町のホームページや広報紙等を有効活用しながら、住民にわかりやすい情報提供の充実を図ります。
- 地域住民等と協働して計画を推進するためには、第9期計画の趣旨や内容等について理解を深めてもらうことが重要であることから、広報紙やホームページへの掲載など、様々な機会を通じ、計画の公表と周知に取り組みます。

2 計画の管理・評価

第9期計画の着実な実行に努めるため、計画の進行状況の取りまとめを行うとともに、必要に応じて築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会等による計画の評価検証や関係機関との協議により「計画（Plan）－実施・実行（Do）－点検・評価（Check）－処置・改善（Action）」の「PDCAマネジメントサイクル」に基づく、計画の評価・点検を行います。

【PDCA マネジメントサイクルに基づく計画の評価・点検】



1 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会規程

平成18年1月10日告示第12号

改正

平成18年6月26日告示第188号
 平成20年4月1日訓令第3号
 平成24年1月20日告示第4号
 平成24年3月8日告示第21号
 平成26年3月14日訓令第1号
 令和2年4月6日訓令第18号
 令和2年12月11日告示第147号

(設置)

第1条 21世紀の本格的な高齢社会に対応するため、将来にわたって保健・福祉に係る各種サービスを総合的かつ計画的に整備することを目的とする築上町高齢者保健福祉計画（以下「計画」という。）の作成に当たり、その参考とするため、築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会（以下「検討協議会」という。）を設置する。

(任務)

第2条 検討協議会は、町長の諮問に応じ、次に掲げる事項について調査及び検討を行う。

- (1) 計画の策定に関すること。
- (2) その他計画策定に関して必要な事項

(組織)

第3条 検討協議会は、委員12人以内をもって構成し、委員は、別表に掲げる者を町長が任命し、又は委嘱する。

- 2 検討協議会に会長及び副会長を置く。
- 3 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。
- 4 会長は、会務を総理し、検討協議会を代表する。
- 5 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は欠けたときは、その職務を代理する。

(任期)

第4条 委員の任期は、第1条に規定する設置目的達成の日までとする。ただし、任期中であっても、その本来の職を退職したときは、委員の職を失うものとする。

- 2 補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

- 第5条** 検討協議会の会議は、会長が必要に応じて招集し、会長が議長となる。
- 2 検討協議会は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。
- 3 検討協議会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(部会)

- 第6条** 会長が必要と認めるときは、検討協議会に専門的事項を分掌させるため、部会を置くことができる。
- 2 部会は、会長が指名する委員をもって組織する。
- 3 部会に部会長及び副部会長を置き、部会委員の互選により選出する。
- 4 部会長は、部務を総理し、部会における審議の経過及び結果を検討協議会の会議に報告しなければならない。

(庶務)

第7条 検討協議会の庶務は、保険福祉課においてこれを行う。

(その他)

第8条 この規程に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、平成18年1月10日から施行する。

附 則 (平成18年6月26日告示第188号)

(施行期日)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則 (平成20年4月1日訓令第3号)

この訓令は、平成20年4月1日から施行する。

附 則 (平成24年1月20日告示第4号)

この告示は、平成24年1月20日から施行する。

附 則 (平成24年3月8日告示第21号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則 (平成26年3月14日訓令第1号)

この訓令は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 (令和2年4月6日訓令第18号)

この訓令は、令和2年4月10日から施行する。

附 則 (令和2年12月11日告示第147号)

この告示は、令和3年1月12日から施行する。

別表 (第3条関係)

築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会委員構成

- 1 学識経験者
- 2 保健医療関係者
- 3 福祉・介護保険事業関係者
- 4 被保険者代表者
- 5 その他町長が必要と認めた者

2 第9期築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会委員名簿

NO	氏名	所属・役職等	備考
1	阿南 章	医療法人松喬会 椎田クリニック 院長	会長
2	中村 信雄	築上町自治会長会 会長	副会長
3	安部 洋子	築上町民生委員児童委員会 会長	
4	西畑 イツミ	築上町老人クラブ連合会 会長	
5	古門 敏彦	築上町シルバー人材センター 事務局長	
6	及川 泉	築上町社会福祉協議会 事務局長	
7	久本 成美	NPO 法人しいだコミュニティ倶楽部 理事長	
8	瀬口 郁司	誠松園居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員	
9	大畠 裕子	ケアプランサポートふうりんそう 主任介護支援専門員	
10	宮尾 京介	北九州リハビリテーション学院 作業療法士	
11	山田 里美	築上町役場子育て・健康支援課 課長補佐	

※敬称略

3 第9期築上町高齢者保健福祉計画策定の経緯

実施日	内容
令和5年10月11日(水)	第1回 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会 ・ 委嘱状の交付 ・ 会長・副会長の選出 ・ 計画策定にあたっての基本的な考え方について ・ 各種調査報告（基礎調査報告／アンケート調査概要報告／現計画の振り返りと評価）
令和5年11月1日(水)	第2回 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会 ・ 第9期築上町高齢者保健福祉計画 計画骨子案の検討について
令和5年11月22日(水)	第3回 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会 ・ 第9期築上町高齢者保健福祉計画 計画素案・事業量見込等の検討について
令和5年12月13日(水)	第4回 築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会 ・ 第9期築上町高齢者保健福祉計画の検討について
令和6年2月1日(木) ～2月15日(木)	「第9期 築上町高齢者保健福祉計画(素案)」に対するパブリックコメントの実施

4 用語集

用語	説明
■あ行	
IADL (手段的日常生活動作)	IADL (Instrumental Activities of Daily Living) とは、「手段的日常生活動作」とも言われ、電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬の管理、金銭の管理など、日常生活動作ではとらえられない高次の生活機能の水準を測定するもの。
■か行	
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	原則として保健医療福祉分野の実務経験（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）が5年以上あり、介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、介護支援専門員実務研修の過程を修了した者。要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、サービス（訪問介護、デイサービスなど）を受けられるようにケアプラン（介護サービス計画書）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う。
介護保険サービス	要介護・支援状態にある65歳以上の高齢者と、40～64歳までの特定疾病の患者が、介護保険料と国・自治体からの財源によって、一定の自己負担で受けられる介護サービス。
介護保険法	要介護者等について、介護保険制度を設け、保険給付等に関して必要な事項を定めることを目的とする法律。
介護予防	要介護状態もしくは要支援状態となることの予防、または要介護状態もしくは要支援状態の軽減もしくは悪化の防止のこと。
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。地域の介護予防の拠点となる場所でもある。
協働	住民・団体・企業・行政など様々な主体が、対等な立場で参画、かつ連携し、地域の課題解決など共通の目的に向かってまちづくりを進めること。
ケアマネジメント	介護等を必要とする人のニーズを把握し、福祉サービスや医療サービスなどを受けられるように調整すること。
権利擁護	認知症高齢者や障がい者が有する人間としての権利を守るため、その擁護者や代弁者が支援すること。成年後見制度はそのひとつ。
高齢者 SOS ネットワーク事業	認知症等により行方不明になった高齢者及び若年性認知症者を早期に発見できるような支援体制。
在宅医療	体の機能が低下し、通院が困難な場合に自宅に医師等が訪問して行う医療行為のこと。

用語	説明
■さ行	
在宅介護	介護が必要な人に対し、自宅で介護士または家族が介護を行うこと。
シルバー人材センター	定年退職者などの高齢者に、そのライフスタイルに合わせた「臨時的かつ短期的又はその他の軽易な業務」を提供するとともに、ボランティア活動をはじめとする様々な社会参加を通じて、高齢者の健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の福祉の向上と、活性化に貢献することを目的とした組織。都道府県知事の指定を受け、市区町村単位で設置されている。
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。
成年後見制度	認知症や障がい等により自己決定が困難な人が不利益を被らないために、家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等を立てて意思決定等を支援する制度。
総合事業	「介護予防・日常生活支援総合事業」の略で、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。
■た行	
地域共生社会	社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、高齢者・障がい者・子育て等の制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すもの。
地域ケア会議	地域包括ケアシステムの実現により、高齢者が地域において自立した日常生活が送れるよう、適切な支援を図るために必要な検討や体制整備の検討を行う保健・医療・福祉の関係者等で構成される会議。
地域包括ケアシステム	重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が一体的に提供されるように整備された地域の体制のこと。
地域包括支援センター	地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防に関する必要な援助等を行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として市町村が設置する機関のこと。

用語	説明
特定健診	生活習慣病予防のため、40～74歳までの人を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健診。
■な行	
日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める地域。
認知症カフェ	認知症の人と家族、地域住民、専門職などのだれもが参加でき、集うことができる場のこと。
認知症ケアパス	「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成24年6月）に掲げられた、認知症の人の生活機能障がい進行に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのかを、認知症の人やその家族に分かりやすく情報提供するために作成されたもの。
認知症サポーター	「認知症サポーター養成講座」を修了し、認知症について、正しい知識を持ち、認知症の人への声かけや見守りをする人のこと。
認知症地域支援推進員	地域包括支援センターなどに配置し、市町村において医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担い活動する人のこと。
■は行	
パブリックコメント	国、都道府県、市町村等が基本的な政策等の策定にあたり、当該政策等の趣旨、目的、内容等を公表し、広く市民等から意見等を求め、提出された意見等を考慮して意思決定を行うとともに、意見等に対する考え方等を公表する一連の手続きのこと。
避難行動要支援者	要配慮者のうち、災害が発生し、または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な者であって、その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者。
福祉避難所	高齢者や障がい者など、避難時に支援が必要な人のために特別な配慮がなされた避難所のこと。社会福祉施設等の既存施設を活用することが多い。
フレイル	加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態。適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の間を意味する。

用語	説明
■ま行	
民生委員・児童委員	民生委員は、厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において、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人のこと。児童委員は、地域の子どもたちが元気に安心して暮らせるように、子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援等を行う。
■や行	
有病率	集団の中で、ある一時点において疾病を有する人の割合。
要介護状態	身体上または精神上の障がいがあるために、入浴、排泄、食事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、6ヶ月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、要介護状態区分（要介護1から5）のいずれかに該当する者。
■ら行	
老人クラブ	高齢者の生きがいづくりや健康維持を目的に組織された、地域を基盤とする高齢者の自主団体。
老人福祉法	老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な措置を講じ、老人の福祉を図ることを目的として制定された法律。

第9期築上町高齢者保健福祉計画

令和6年3月発行

発行 築上町

編集 築上町 保険福祉課 福祉係

〒829-0392 福岡県築上郡築上町大字椎田 891 番地 2

TEL : 0930-56-0300 FAX : 0930-56-0334

築上町ホームページ <https://www.town.chikujo.fukuoka.jp/>