
築上町高齢者保健福祉計画

令和3(2021)年度～令和5(2023)年度

(案)

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



令和3年3月
福岡県築上町

はじめに

わが国は、世界に例のない勢いで高齢化が進んでおり、平均寿命と共に高齢化率も世界一となっています。

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3年1月には、37%に達しています。今後も高齢化は進み、いわゆる団塊の世代の方々が75歳以上となる令和7年には、高齢化率は約38%にな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8期となる本計画では、＜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、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、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取り組みにより、町民の皆様とともに本町の高齢者がより一層活力にあふれ、自立した生活を送ることができるまちづくり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3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. 計画の位置付け	2
3. 計画の期間と達成状況の点検及び評価	3
4. 計画の策定体制	3
5. 日常生活圏域について	4
6. 国の動き・制度改正の主な内容について	5
(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進	5
(2) 在宅医療・介護の連携推進	5
(3) 地域共生社会の実現に向けた取組	6
(4) 第8期介護保険事業計画策定のポイント	7
第2章 築上町の高齢者の状況等	11
1. 人口構造とその推移	11
(1) 人口の状況	11
(2) 世帯の状況	13
2. 要介護高齢者の状況	15
(1) 被保険者数の推移	15
(2) 要介護認定者数と要介護認定率の変化	16
(3) 被保険者別要介護認定者数	16
3. 高齢者に関する町民アンケート結果まとめ	17
(1) 調査目的と概要	17
(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果まとめテーマ設定について	17
4. 目標年度における高齢者の状況	38
(1) 推計人口	38
(2) 認定者数の推計	39
第3章 高齢者保健福祉サービスの目指すべき方向	43
1. 計画の基本理念と方向性について	43
2. 施策体系について	45
重点施策 1 地域包括ケアの推進	46
重点施策 2 自立支援、介護予防・重度化防止等に資する施策の取組	47

第4章 高齢者保健福祉サービスの現状と今後の方針

(地域包括ケアシステムの構築の推進)	51
1. 健康づくりの推進.....	51
(1) 「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 ...	51
①健康診査（特定健診等）	51
②後期高齢者対象の生活習慣病予防検診	52
③保健指導	54
④ふれあい健康サロン	58
⑤高齢者定期予防接種	59
(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）	61
●総合事業を構成する各事業の概要及び対象者.....	62
■介護予防・生活支援サービス事業	63
ア 訪問型サービス	63
●旧予防給付相当訪問介護	63
●訪問型サービスA（緩和基準サービス）	64
●訪問型サービスB（住民主体）	64
●訪問型サービスC（短期集中サービス）	65
●訪問型サービスD（移送前後の生活支援サービス）	65
イ 通所型サービス	65
●旧予防給付相当通所介護（デイサービス）	65
●通所型サービスA（緩和基準のサービス）	66
●通所型サービスB（住民主体）	66
●通所型サービスC（短期集中サービス）	66
ウ 介護予防支援事業（ケアマネジメント）	67
●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）	67
●ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）	67
●ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）	67
■一般介護予防事業	68
ア 介護予防事業対象者把握事業	68
イ 介護予防普及啓発事業	68
●元気はつらつ教室	68
●貯筋運動教室.....	69
●脳トレ運動教室.....	69
ウ 地域介護予防活動支援事業.....	70
エ 地域リハビリテーション活動支援事業	70
(3) 包括的支援事業について.....	70
1) 地域包括支援センターの運営.....	70

●地域包括支援センターが行う包括的支援事業.....	71
2) 高齢者の権利擁護事業	72
●成年後見制度推進事業	72
●成年後見制度利用支援事業	73
●消費者被害について	74
●高齢者虐待について	74
3) 地域包括ケアシステムの確立・推進	75
●地域ケア会議の推進	75
4) 在宅医療と介護の連携	76
5) 生活支援サービスの体制整備.....	77
●生活支援サービスの体制整備（生活支援体制整備事業）	77
2. 認知症高齢者支援施策の推進（認知症「共生」・「予防」の推進）	79
（1）認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	81
①認知症カフェ実施事業と運営協力	81
②認知症サポーター養成事業	82
（2）認知症の状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供.....	83
①認知症初期集中支援推進事業.....	83
（3）若年性認知症施策の強化.....	84
（4）認知症の人の介護者への支援.....	84
①家族介護者交流事業（認知症家族介護者のつどい）	84
（5）認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	85
①認知症地域支援推進事業	85
②チームオレンジの体制構築	85
3. 高齢者福祉サービス（介護保険対象外）の推進	86
（1）生活支援事業.....	86
①外出支援サービス事業	86
②訪問理美容サービス事業	86
③寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業	87
④緊急通報体制整備事業	87
⑤在宅寝たきり介護手当	88
⑥住宅改造資金助成事業	88
（2）介護予防・地域支え合い事業.....	89
①生活管理指導短期宿泊事業	89
②「食」の自立支援事業	89
③在宅介護支援事業	90
④徘徊高齢者等SOSネットワーク事業	90
（3）その他の事業.....	91

①敬老祝金支給.....	91
②福祉電話貸与.....	91
③救急医療情報キット配布事業.....	92
④ひとり暮らし高齢者等見守り事業.....	92
(4) 施設サービス.....	93
①介護予防拠点施設.....	93
②高齢者ボランティア育成施設.....	93
4. 生きがいづくり・社会参加活動の推進.....	94
(1) 老人クラブ活動支援.....	94
(2) 老人クラブ連合会が行う健康づくり事業.....	94
①料理教室.....	94
②スポーツ大会等.....	95
(3) 敬老祝賀事業.....	95
(4) 高齢者の生きがい教室.....	96
(5) シルバー人材センター.....	96
5. 安心して生活できるまちづくりについて.....	97
(1) 災害への対策.....	97
(2) 新感染症の大規模発生時の対応.....	97
6. 介護保険給付サービスの推進（介護保険事業について）.....	98
(1) 介護サービス（要介護1～5の方）.....	98
1) 居宅サービス.....	98
2) 施設サービス.....	99
(2) 介護予防サービス（要支援1・2の方）.....	100
1) 居宅サービス.....	100
2) 地域密着型サービス.....	101
資料編.....	102
資料1：築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会規程.....	103
資料2：高齢者生活アンケート調査の評価・判定方法.....	104
資料3：築上町高齢者保健福祉計画作成検討協議会委員名簿.....	107

第 1 章 計画の基本的事項

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

本格的な人口減少社会の到来を迎えた我が国において、総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合(高齢化率)は、令和元年10月1日現在28.4%と過去最高を更新しています。令和7(2025)年には、いわゆる団塊の世代すべてが75歳以上となり、令和22(2040)年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になる予想など、我が国の高齢化は、今後更に進展し、医療や介護の需要も増大すると考えられています。

こうした中、介護保険制度を将来にわたり維持しつつ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」ができるようにするため、国は、介護が必要な高齢者が急速に増加すると見込まれる令和7(2025)年までに、「地域包括ケアシステム」の構築することを自治体等に求めています。

地域包括ケアシステムは、限りある社会資源を効率的・効果的に活用しながら、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援を包括的に確保するもので、各地域の実情に応じて深化・推進していくことが課題となっています。

築上町では、令和元年10月1日現在高齢化率が36.3%であり、同時期の我が国の高齢化率28.4%、福岡県の高齢化率27.2%と比べても高い水準となっています。

高齢化が進む中、高齢者のライフスタイルや生活意識、ニーズ等が更に多様化していくことが予測されます。高齢期を迎えても、それぞれの人が、豊富な経験や知識、特技等を地域社会に活かすことができる環境づくりとともに、お互いに支え合う、助け合いの地域づくりを目指していく必要があります。

一方で、要介護者が増加する可能性がある中、介護・医療等の支援を必要とする高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で個人の尊厳やその人らしい生き方が尊重され、自立し安心して生活していくことができるよう、住民、事業者、専門職、協議体等と連携・協働しながら、高齢者の地域生活を支える地域包括ケアシステムを推進していく必要があります。

第7期築上町高齢者保健福祉計画は、「高齢者が住み慣れた地域で生きがいを持ち、自分らしく暮らせるまち」の基本理念を掲げ、施策を進めてきました。

地域包括ケアシステム構築の入口として、平成28年3月から、多様な主体による介護予防と生活支援サービスの充実で、地域の支え合いの体制づくりや要支援者などに対する効果的かつ効率的な支援を行うことを目指す「介護予防・日常生活支援総合事業」(以下、「総合事業」という。)を始めています。

築上町では、令和7(2025)年度を見据えた中長期的な視野で、第6期、第7期計画から取り組んできた施策を第8期計画でも引き続き推進するとともに、これまでの実績や課題を踏まえ、築上町の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を目指し、「第8期築上町高齢者保健福祉計画」(以下、「本計画」という。)を策定します。

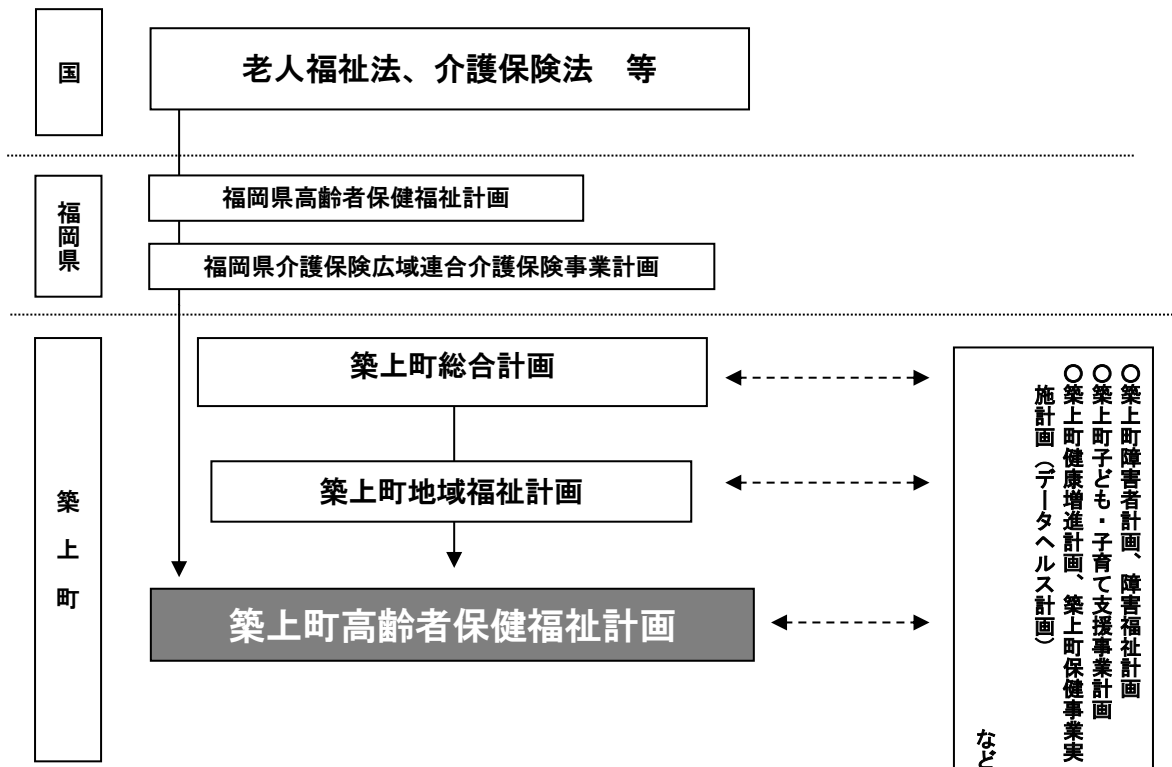
2. 計画の位置付け

この計画は、老人福祉法第20条の8に規定するもので、「高齢者保健福祉計画」と福岡県介護保険広域連合の「介護保険事業計画」と連動した一体的な計画として策定します。

「高齢者保健福祉計画」は40歳以上を対象とし、元気な高齢者を含む65歳以上の高齢者を中心に、高齢者が住み慣れた地域で安全に安心して自立した生活を営むことができるよう支援していく計画です。

また、「介護保険事業計画」は、要介護状態にある人、または、要介護状態になるおそれのある人を対象として、介護保険事業に係る保険給付サービスの円滑な実施を図る計画です。

更に、福岡県高齢者保健福祉計画、福岡県介護保険広域連合の介護保険事業計画、築上町総合計画、地域福祉計画、他の関連する計画との整合性を図りながら策定します。



3. 計画の期間と達成状況の点検及び評価

本町の高齢者保健福祉計画については、介護保険事業計画と一体的に策定することから、介護保険法第116条の改定基本指針に沿って、令和3年度から令和5年度までの3年間を計画期間とします。

策定にあたっては、団塊の世代が75歳以上となり、介護が必要な高齢者が増加する令和7(2025)年度までに、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを段階的に構築することを目標とし、第8期計画における目指すべき姿を明らかにしながら、取組を進めていきます。

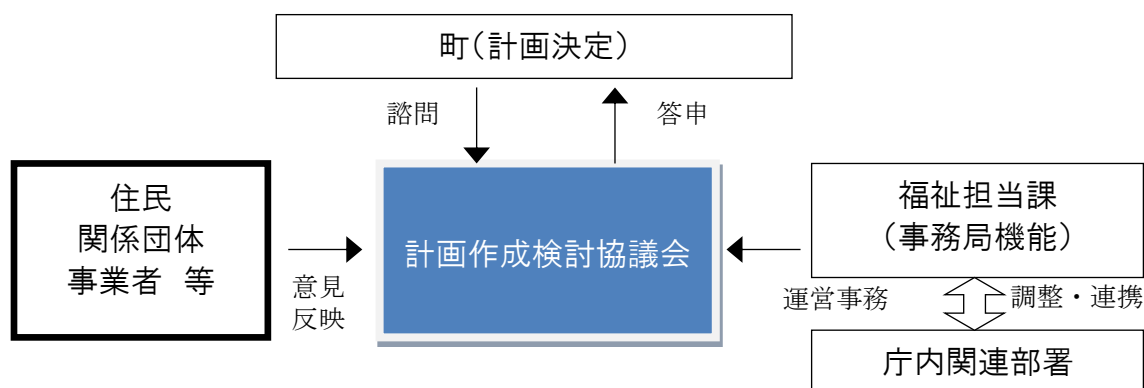
平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
築上町地域福祉計画					第2期築上町地域福祉計画					
					見直し年度					見直し年度
第6期計画			第7期計画			第8期計画			第9期計画	
		改訂年度			改訂年度			改訂年度		

この計画の進捗状況を常に把握し、その点検・評価を行い、計画の推進に当たっては、社会情勢の変化などにも適切に対応し、施策の優先度や緊急性などを総合的に勘案しながら、定期的な会議等により現状の把握・共有を行い、事業の達成状況を把握し、PDCAサイクルに従い進行管理を行うとともに、目標量などを設定している事業はその達成状況について評価を行います。

4. 計画の策定体制

この計画の策定及び進行管理に当たっては、被保険者の代表・医師・介護サービス事業者の代表・自治会の代表等からなる計画作成検討協議会において、幅広く意見を聴きながら策定を行いました。

《策定体制図》

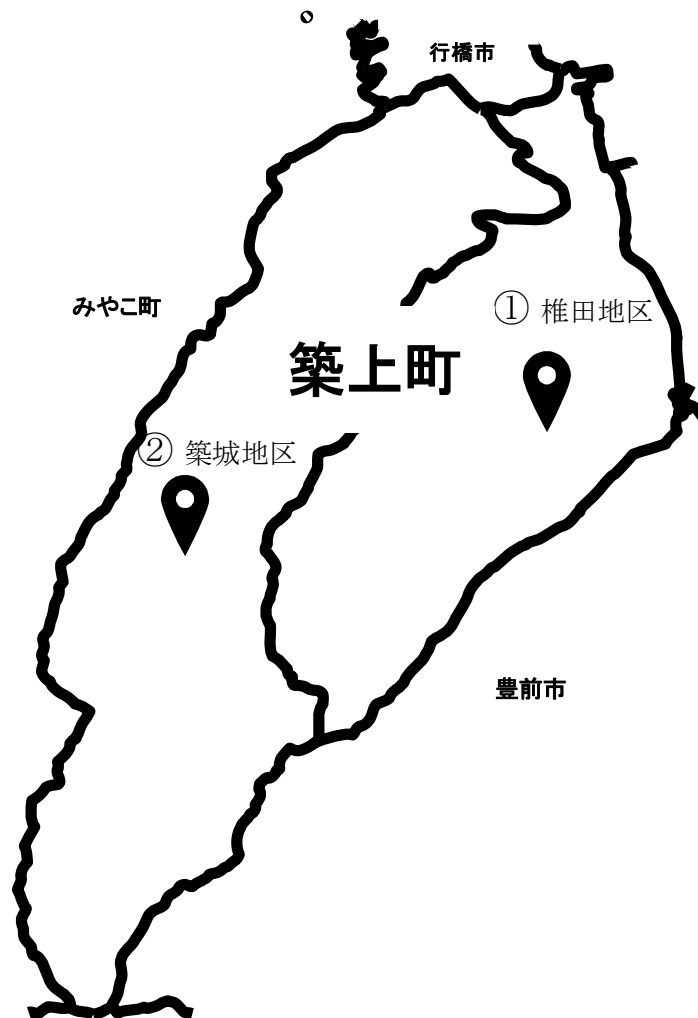


5. 日常生活圏域について

高齢者の生活を支える基盤は「住まい」を中心に、保健・医療・福祉関係のサービス施設や、その他、公共施設、交通機関、更には地域に暮らす人々の見守りといった地域資源をつなぐ人的なネットワークが重要な要素となります。こうした地域の様々なサービスや協議体などの主体が連携し、地域の高齢者の暮らしを支える「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。

住民の生活形態、地域づくり単位等の地域性を踏まえ、令和3年度から築上町内に2つの日常生活圏域を設定し、高齢者支援の充実を図ります。

- 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. 国の動き・制度改正の主な内容について

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

団塊の世代が75歳以上となる、令和7(2025)年をめどに、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で個々の能力に応じて自立した日常生活を続けていけるよう、十分な介護サービスの確保だけでなく、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できる「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を深化・推進するように国は、自治体等に求めています。

また、国では、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」(以下「令和二年の法改正」という。)において、令和22(2040)年を見据えて、また、地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われたところです。

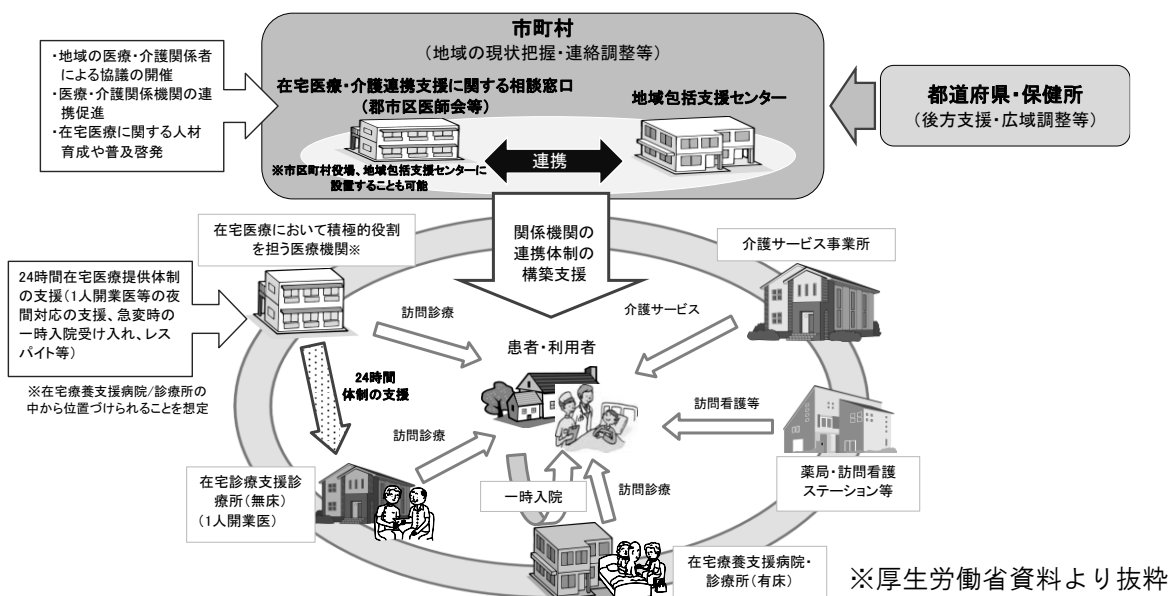
(2) 在宅医療・介護の連携推進

在宅医療・介護の連携推進は、介護保険法の地域支援事業に位置付けられています。在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であり、医療ニーズや介護ニーズを併せ持つ慢性疾患、認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、京築医療圏域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備を推進します。

退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図っていきます。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーションの専門職等の医療関係職種と介護福祉士、介護支援専門員等の介護関係職種等、関係者間の連携を推進するとともに、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進します。

在宅医療・介護の連携推進の方向性イメージ



(3)地域共生社会の実現に向けた取組

平成28年6月2日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において、「介護離職ゼロの実現」に向けた取組として「地域共生社会の実現」が設定されました。

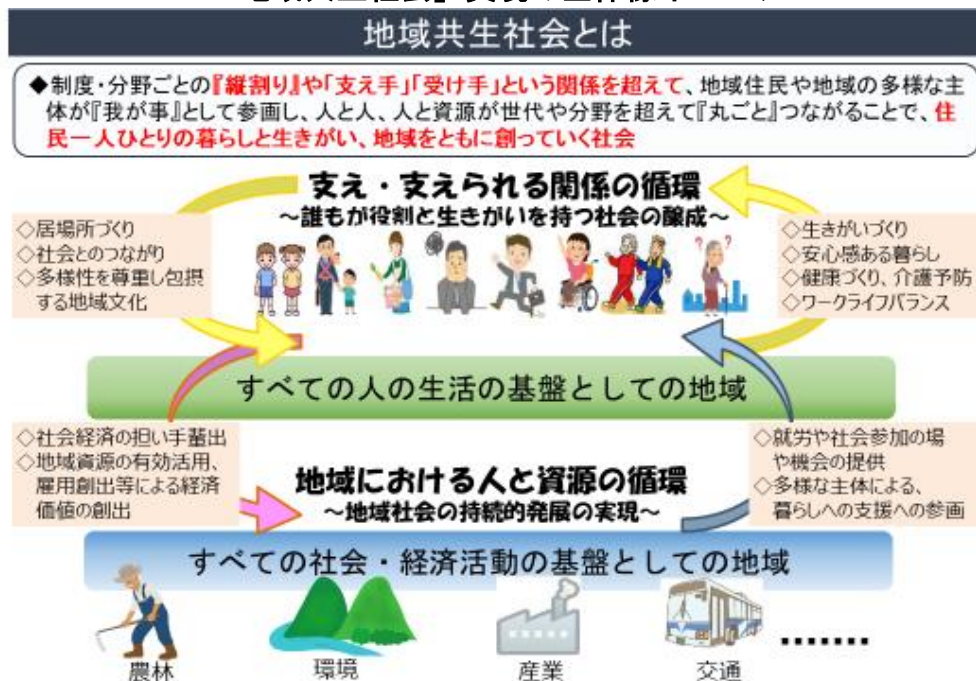
これを受けて厚生労働省では「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置し、「地域包括ケアシステムの深化・推進」を打ち出しました。地域を基盤とする包括的支援を強化するため、障がい者(児)と高齢者が同一事業所で訪問介護、デイサービス、ショートステイなどを受けやすくするため、新たに共生型サービスを位置付けることとしました。

また、平成29(2017)年、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に向けた方向性が示されました。高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画においても、その理念や考え方を踏まえた包括的な支援体制の整備や具体的な取組が重要となっています。

更に、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指す考え方が、地域共生社会の目指すこととなっています。

また、本人・世帯が有する複合的な課題を包括的に受け止め、継続的な伴走支援を行いつつ、適切に支援していくため、市町村による包括的な支援体制において、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に行う重層的支援体制整備事業を創設する方向性が示されています。

「地域共生社会」実現の全体像イメージ



(厚生労働省資料より)

(4)第8期介護保険事業計画策定のポイント

国の目指す介護保険制度改革の全体像について

【改革の目指す方向】

○地域共生社会の実現と2040年への備え

- ・地域包括ケアシステム、介護保険制度を基盤とした地域共生社会づくり
- ・介護サービス需要の更なる増加・多様化、現役世代（担い手）減少への対応

【改革の3つの柱】※3つの柱は相互に重なり合い、関わり合う

1. 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～
／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進
 - ・通いの場の拡充等による介護予防の推進
 - ・地域支援事業等を活用した地域づくりの推進
 - ・認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の総合的推進 等
2. 地域包括ケアシステムの推進
～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～
 - ・地域特性等に応じた介護サービス基盤整備
 - ・質の高いケアマネジメントに向けた環境整備
 - ・医療介護連携の推進 等
3. 介護現場の革新～人材確保・生産性の向上～
 - ・新規人材の確保、離職防止等の総合的人材確保対策
 - ・高齢者の地域や介護現場での活躍促進
 - ・介護現場の業務改善、文書量削減、ロボット・ICTの活用の推進 等

【3つの柱を下支えする改革】

○保険者機能の強化

- ・保険者機能強化推進交付金の抜本的な強化
- ・PDCAプロセスの更なる推進

○データ利活用のためのICT基盤整備

- ・介護関連データ（介護DB、VISIT、CHASE）の利活用に向けたシステム面・制度面での環境整備

○制度の持続可能性の確保のための見直し

- ・介護保険料の伸びの抑制に向けて、給付と負担について不断の見直し

計画策定における基本的な方針と重点ポイントの検討について

1 基本的な方針について

介護保険制度改革の全体像も踏まえて、第8期計画では、次にあげる基本方針に沿って計画策定に取り組んでいきます。

2040年への備えを見据えた重要課題を踏まえる

- 2040年頃に高齢者の数はピークを迎えるとされる中、2025年以降は「高齢者の急増」から「現役世代人口の急減」に局面が変化する。（国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口より）2025・2040年を見据え、推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定します。
- 社会活力を維持・向上するためには、現役世代人口が急減する中で、高齢者をはじめとする多様な就労・社会参加を促進するための「健康寿命の延伸」や、労働力の制約が強まる中での「医療・介護サービスの確保」に取り組む必要があります。

2 重点ポイントについて

国の社会保障審議会介護保険部会での議論を踏まえ、第8期計画において重点的に取り組むべきポイントとしては、次の6つです。

1. 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)
<ul style="list-style-type: none">●ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯の増加や、地域のつながりの弱まりが進む中、介護サービス需要の増加、多様化が見込まれます。●高齢者の就労希望や、地域活動への参加ニーズの高まりなどから、高齢者像も変わりつつあります。●地域支援事業や健康づくりと介護予防の推進により、地域で暮らし続けるための社会参加を促す取組を推進していく必要があります。
2. 保険者機能の強化(地域の特性に応じたつながりの強化・マネジメント機能の強化)
<ul style="list-style-type: none">●市町村が保険者である介護保険制度においては、介護サービス基盤の整備や取組を通じて、地域のつながりの強化に繋げていくことが求められています。●平成30年度より、高齢者の自立支援・重度化防止等へ向けた保険者の取組を推進するための交付金(保険者機能強化推進交付金)が創設されており、その実効性のある活用を図る必要があります。
3. 地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)
<ul style="list-style-type: none">●要介護認定率や給付費への影響が大きい85歳以上人口の推移を注視し、①介護離職ゼロに向け整備量の上乗せ検討、②地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴う介護サービスの整備の検討、③介護予防等の取組状況を踏まえ計画的に対応します。●医療と介護の連携、地域密着型サービスの小規模化、多機能化、既存施設の活用など、多様なニーズに対応した介護の提供・整備を引き続き図る必要があります。
4. 認知症「共生」・「予防」の推進
<ul style="list-style-type: none">●「認知症施策推進大綱」、に基づき認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進し、介護予防の中でも重要な位置付けとしていきます。●「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」に沿って、「理解の促進・啓発」、「適時・適切な医療・介護等の提供」、「若年性認知症施策の強化」「家族介護者への支援」、「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」、「認知症の人やその家族の視点の重視」に引き続き取り組みます。
5. 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新
<ul style="list-style-type: none">●「持続可能な制度の再構築・介護現場の革新」については、介護保険の運営や介護サービスの整備・人材の確保の上で大きく影響すると思われます。●第7期介護保険事業計画に基づき介護給付適正化の推進等介護保険制度の適正・円滑な運営を進めています。国の審議会の動きを注視しつつ、自治体として、持続可能な介護保険運営のための有効な対応を検討する必要があります。
6. 災害や感染症対策に係る体制整備
<ul style="list-style-type: none">●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、これらへの備えの重要性について啓発していく必要があります。●地域防災計画や新型インフルエンザ対策行動計画などを基盤として、自治体として持続可能な介護事業運営のため、自治体と事業者の方向性を検討する必要があります。

第2章 築上町の高齢者の状況等

第2章 築上町の高齢者の状況等

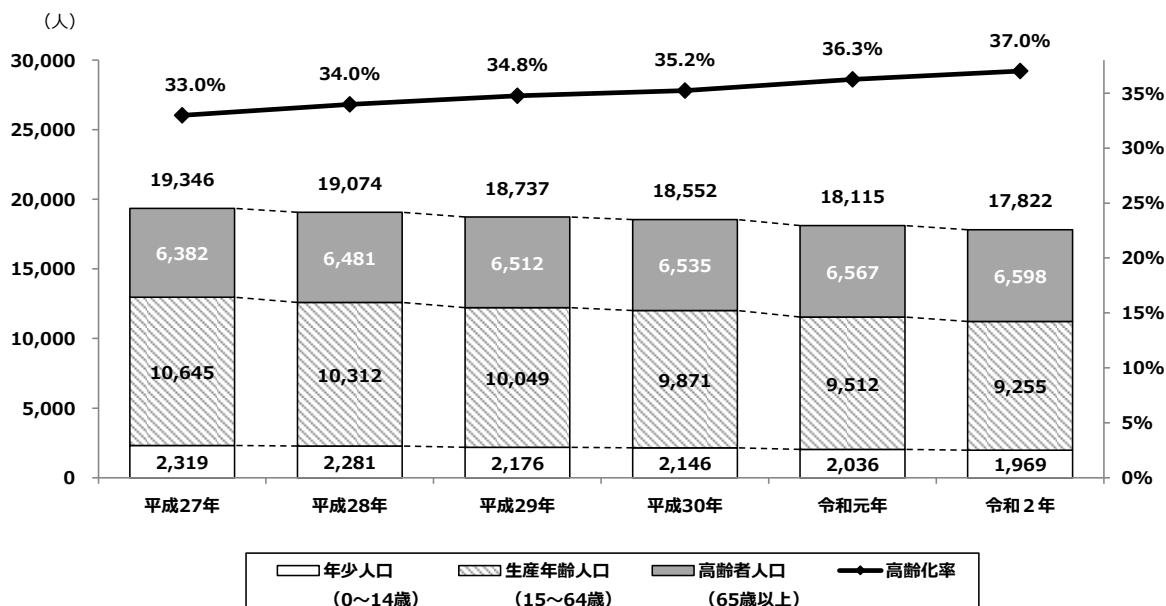
1. 人口構造とその推移

(1)人口の状況

○総人口の推移

築上町の総人口は、年々減少傾向にあり、平成27年(19,346人)から令和2年(17,822人)の5年間で約7.9%(1,524人)の減少となっています。年齢構造別にみると、高齢者人口は平成27年以降から令和2年まで増加しています。また、生産年齢人口及び年少人口は年々減少しています。生産年齢人口及び年少人口の減少とともに、高齢者人口が増加したため、結果として高齢化率が高くなっています。依然として少子高齢化の状況となっています。

総人口と高齢化率の推移



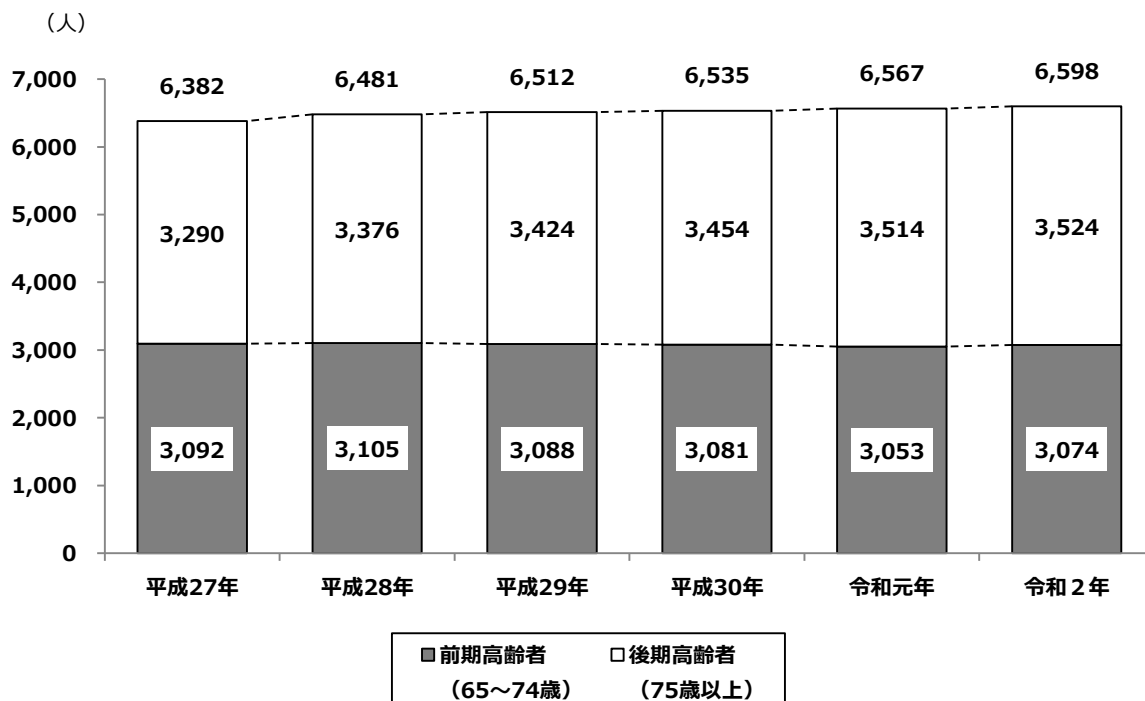
	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総人口	19,346	19,074	18,737	18,552	18,115	17,822
年少人口 (0~14歳)	2,319 (12.0%)	2,281 (12.0%)	2,176 (11.6%)	2,146 (11.6%)	2,036 (11.2%)	1,969 (11.0%)
生産年齢人口 (15~64歳)	10,645 (55.0%)	10,312 (54.1%)	10,049 (53.6%)	9,871 (53.2%)	9,512 (52.5%)	9,255 (51.9%)
高齢者人口 (65歳以上)	6,382 (33.0%)	6,481 (34.0%)	6,512 (34.8%)	6,535 (35.2%)	6,567 (36.3%)	6,598 (37.0%)

資料:住民基本台帳(各年10月1日)

○高齢者人口の推移

高齢者人口の内訳をみると、前期高齢者(65～74歳)は、平成28年に一旦増加しましたが、その後減少しています。一方、後期高齢者(75歳以上)は、平成27年以降増加傾向です。令和2年の総人口に占める後期高齢者の割合は19.8%となっています。

高齢者人口の推移



(単位：人)

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総人口	19,346	19,074	18,737	18,552	18,115	17,822
高齢者人口	6,382	6,481	6,512	6,535	6,567	6,598
	(33.0%)	(34.0%)	(34.8%)	(35.2%)	(36.3%)	(37.0%)
前期高齢者 (65～74歳)	3,092	3,105	3,088	3,081	3,053	3,074
	(16.0%)	(16.3%)	(16.5%)	(16.6%)	(16.9%)	(17.2%)
後期高齢者 (75歳以上)	3,290	3,376	3,424	3,454	3,514	3,524
	(17.0%)	(17.7%)	(18.3%)	(18.6%)	(19.4%)	(19.8%)

* () 内は総人口に占める割合

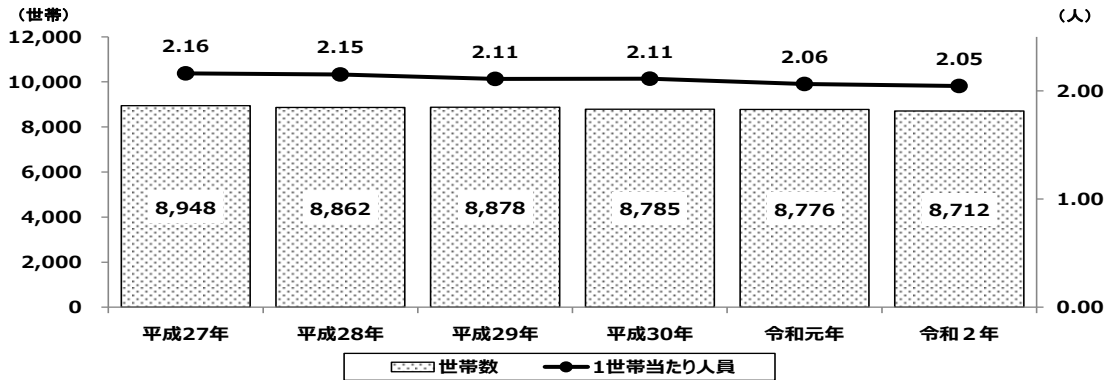
資料：住民基本台帳(各年10月1日)

(2)世帯の状況

世帯数は、令和2年4月1日現在で8,712世帯となっており、平成27年から令和2年までの6年間で、236世帯減少しています。

一方で、1世帯当たり人員は減少傾向にあり、平成27年の2.16人から令和2年には、2.05人になっています。核家族化の進行やひとり暮らしの増加がうかがえます。

世帯数と1世帯当たり人員の推移



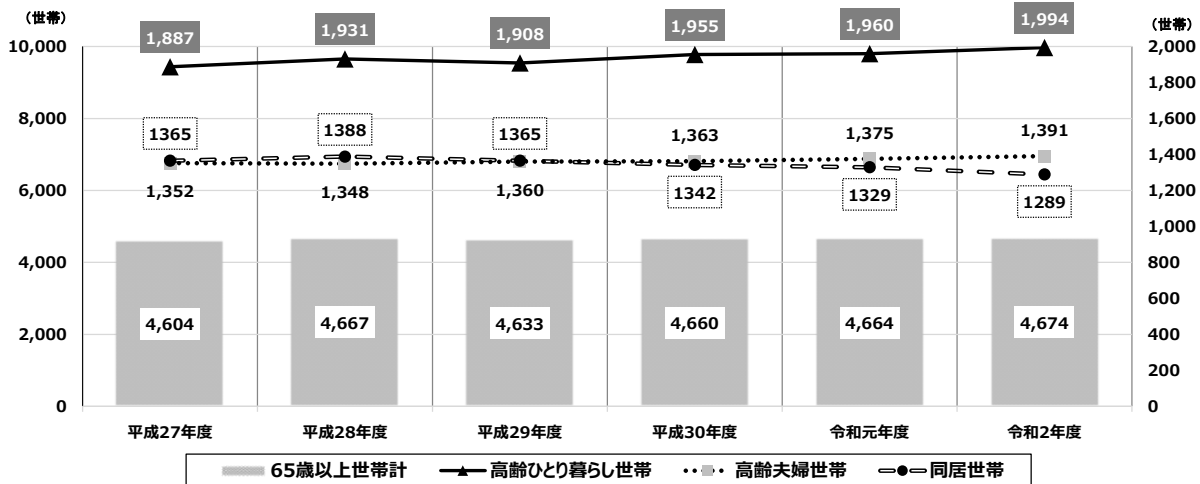
資料：住民基本台帳（各年4月1日）

○高齢者のいる一般世帯の推移

65歳以上の高齢者のいる世帯は増加傾向です。令和2年度は4,674世帯となっており、全世帯数に占める割合は約54%と高くなっています。特に、「高齢ひとり暮らし世帯」は、65歳以上の高齢者のいる世帯の約42%と増加傾向となっています。

高齢者のいる世帯を構成別にみると、「同居世帯」の構成比率が緩やかに減少しているのに対し、「高齢ひとり暮らし世帯」と「高齢夫婦世帯」の構成比率が少しずつ増加し、「高齢ひとり暮らし世帯」が比率として一番高くなっています。

高齢者世帯の推移



(単位：世帯)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
65歳以上世帯計	4,604	4,667	4,633	4,660	4,664	4,674
高齢ひとり暮らし世帯	1,887	1,931	1,908	1,955	1,960	1,994
高齢夫婦世帯	1,352	1,348	1,360	1,363	1,375	1,391
その他・同居世帯	1,365	1,388	1,365	1,342	1,329	1,289

資料：住民基本台帳（各年4月1日）

○築上町の高齢者単独世帯数

高齢ひとり暮らし世帯は増加しています。令和2年度は1,994世帯となっており、全世帯数に占める割合は約23%と高くなっています。

築上町の世帯数と高齢者単独世帯数

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
全世帯数	8,948	8,862	8,878	8,785	8,776	8,712
高齢者単独世帯	1,887	1,931	1,908	1,955	1,960	1,994
男	459	485	484	511	518	545
女	1,428	1,446	1,424	1,444	1,442	1,449
全世帯に対する割合	21.09%	21.79%	21.49%	22.25%	22.33%	22.89%

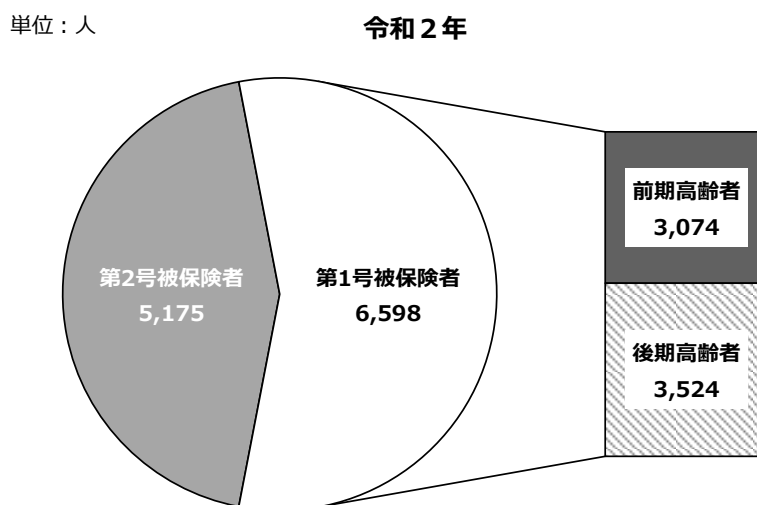
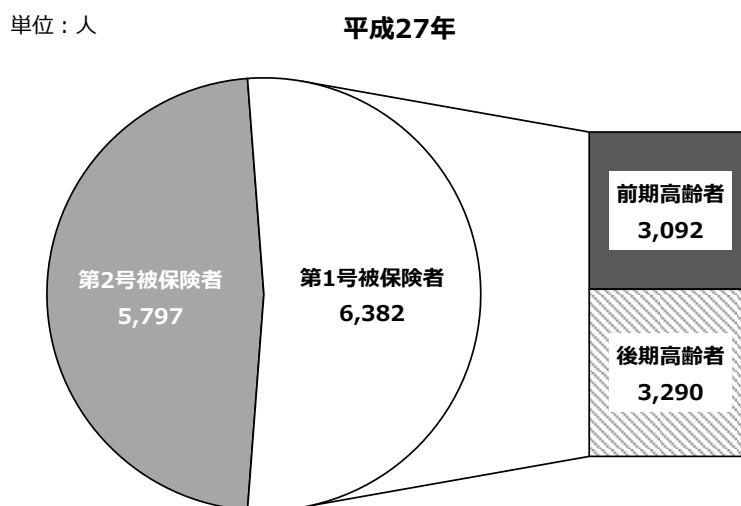
資料：住民基本台帳（各年4月1日現在）

2. 要介護高齢者の状況

(1) 被保険者数の推移

介護保険被保険者総数は年々減少しています。年齢別にみると、第2号被保険者(40～64歳)は年々減少しており、第1号被保険者(65歳以上)のうち「前期高齢者(65歳～74歳)」は平成27年から平成28年まで増加し、その後減少しています。「後期高齢者(75歳以上)」は平成27年以降、増加しています。

被保険者数の推移



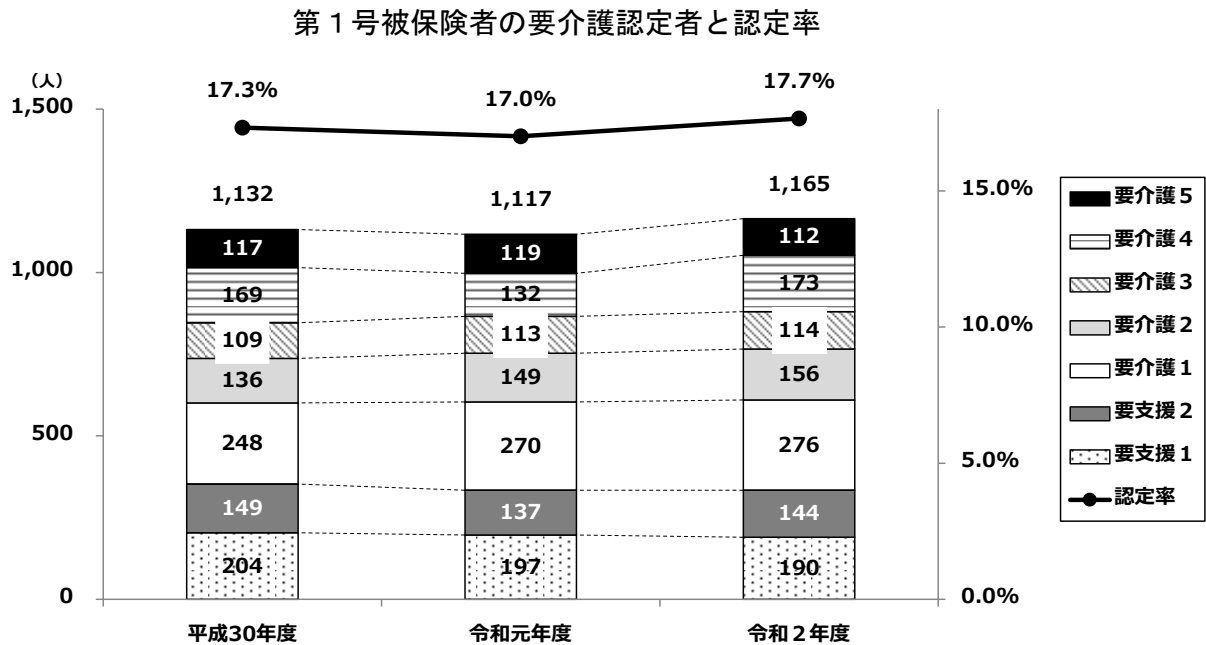
(単位：人)

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
第1号(65歳以上)	6,382	6,481	6,512	6,535	6,567	6,598
前期高齢者	3,092	3,105	3,088	3,081	3,053	3,074
後期高齢者	3,290	3,376	3,424	3,454	3,514	3,524
第2号(40～64歳)	5,797	5,699	5,548	5,437	5,318	5,175
被保険者総数計	12,179	12,180	12,060	11,972	11,885	11,773

資料：住民基本台帳（各年10月1日）

(2)要介護認定者数と要介護認定率の変化

第1号被保険者(65歳以上)の要介護認定率は、平成30年の17.3%(1,132人)から令和2年の17.7%(1,165人)と増加しています。要介護度別に平成30年と令和2年を比べてみると「要支援1」、「要支援2」、「要介護5」は減少し、それら以外は、増加しています。

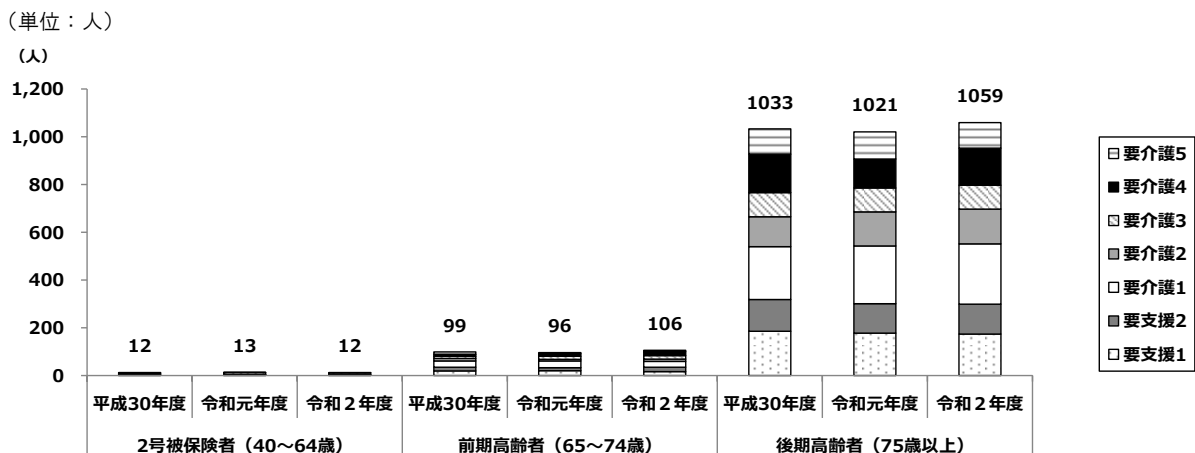


資料:厚生労働省・地域包括ケア「見える化」システム、広域連合データ(各年10月、令和2年は見込み)

(3)被保険者別要介護認定者数

令和2年、被保険者別の要介護認定者は、「後期高齢者(75歳以上)」(1,059人)が一番多く、要介護認定者全体(1,165人)の約90.9%を占めており、「前期高齢者(65歳~74歳)」(106人)の9.9倍となっています。

被保険者別要介護認定者数



資料:厚生労働省・地域包括ケア「見える化」システム、広域連合データ(各年10月、令和2年は見込み)

3. 高齢者に関する町民アンケート結果まとめ

(1) 調査目的と概要

本調査は、町内の高齢者の生活や健康などの状況を把握し、計画を策定する上での基礎資料として活用するとともに今後の介護や高齢者福祉、生活支援などの施策に反映させていくために実施したものです。(広域連合全体でアンケート実施がされています。)

○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:郵送配布・郵送回収

○調査期間:令和元年5月

○配布・回収状況:

	配布数	回収数	回収率	(参考) 広域連合 全体回収率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	2,201 票	1,047 票	51.8%	50.9%

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果まとめテーマ設定について

アンケート結果からリスクなどの傾向を把握し、次のテーマを検討テーマとして設定し、計画へ繋げるものとしてまとめ、考察します。

■テーマ1 アンケート結果からみた生活機能評価リスクについて

■テーマ2 社会参加・地域交流について(地域資源の状況)

■テーマ3 幸福度について

■テーマ4 地域のつながりについて(孤立が疑われる状況の推察)

【回答者の基本属性】

	全 体	学校区等										
		椎 田 小 学 校 区	八 津 田 小 学 校 区	葛 城 小 学 校 区	西 角 田 小 学 校 区	小 原 小 学 校 区	上 城 井 小 学 校 区	下 城 井 小 学 校 区	築 城 小 学 校 区	不 詳		
全 体	1,047 100.0	276 26.4	113 10.8	116 11.1	56 5.3	20 1.9	82 7.8	107 10.2	276 26.4	1 0.1		
性 別 ・ 年 齢	【男性 計】	478 100.0	131 27.4	52 10.9	52 10.9	20 4.2	10 2.1	31 6.5	53 11.1	129 27.0	0 -	
	65～69歳	166 100.0	36 21.7	20 12.0	19 11.4	4 2.4	4 2.4	13 7.8	25 15.1	45 27.1	0 -	
	70～74歳	130 100.0	35 26.9	12 9.2	14 10.8	7 5.4	4 3.1	5 3.8	15 11.5	38 29.2	0 -	
	75～79歳	82 100.0	25 30.5	10 12.2	9 11.0	3 3.7	1 1.2	4 4.9	5 6.1	25 30.5	0 -	
	80～84歳	58 100.0	20 34.5	8 13.8	5 8.6	4 6.9	0 -	3 5.2	4 6.9	14 24.1	0 -	
	85歳以上	42 100.0	15 35.7	2 4.8	5 11.9	2 4.8	1 2.4	6 14.3	4 9.5	7 16.7	0 -	
	【女性 計】	569 100.0	145 25.5	61 10.7	64 11.2	36 6.3	10 1.8	51 9.0	54 9.5	147 25.8	1 0.2	
	65～69歳	189 100.0	46 24.3	21 11.1	21 11.1	8 4.2	3 1.6	17 9.0	22 11.6	51 27.0	0 -	
	70～74歳	126 100.0	32 25.4	12 9.5	15 11.9	8 6.3	4 3.2	10 7.9	16 12.7	29 23.0	0 -	
	75～79歳	130 100.0	36 27.7	14 10.8	12 9.2	12 9.2	0 -	9 6.9	9 6.9	38 29.2	0 -	
	80～84歳	81 100.0	19 23.5	11 13.6	11 13.6	6 7.4	3 3.7	8 9.9	4 4.9	18 22.2	1 1.2	
	85歳以上	43 100.0	12 27.9	3 7.0	5 11.6	2 4.7	0 -	7 16.3	3 7.0	11 25.6	0 -	
	(所 得 段 階)	『第1～4段階』	414 100.0	110 26.6	39 9.4	44 10.6	24 5.8	5 1.2	37 8.9	39 9.4	115 27.8	1 0.2
		『第5段階』	131 100.0	34 26.0	14 10.7	15 11.5	11 8.4	5 3.8	9 6.9	15 11.5	28 21.4	0 -
『第6～25段階』		502 100.0	132 26.3	60 12.0	57 11.4	21 4.2	10 2.0	36 7.2	53 10.6	133 26.5	0 -	
不明		0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	
住 ま 問 い の Q 4 形 態	『持家』	946 100.0	241 25.5	106 11.2	102 10.8	56 5.9	19 2.0	74 7.8	100 10.6	248 26.2	0 -	
	『借家』	74 100.0	22 29.7	6 8.1	14 18.9	0 -	0 -	4 5.4	6 8.1	21 28.4	1 1.4	
	その他	17 100.0	9 52.9	1 5.9	0 -	0 -	0 -	2 11.8	1 5.9	4 23.5	0 -	
	無回答	10 100.0	4 40.0	0 -	0 -	0 -	1 10.0	2 20.0	0 -	3 30.0	0 -	
問 1 Q 1 家 族 構 成	1人暮らし	197 100.0	49 24.9	23 11.7	22 11.2	14 7.1	3 1.5	19 9.6	15 7.6	51 25.9	1 0.5	
	夫婦2人暮らし (配偶者65歳以上)	453 100.0	133 29.4	45 9.9	58 12.8	25 5.5	7 1.5	32 7.1	46 10.2	107 23.6	0 -	
	夫婦2人暮らし (配偶者64歳以下)	43 100.0	9 20.9	2 4.7	7 16.3	2 4.7	0 -	3 7.0	5 11.6	15 34.9	0 -	
	息子・娘との2世帯	143 100.0	35 24.5	15 10.5	15 10.5	5 3.5	6 4.2	16 11.2	15 10.5	36 25.2	0 -	
	その他	177 100.0	42 23.7	26 14.7	10 5.6	8 4.5	3 1.7	7 4.0	23 13.0	58 32.8	0 -	
	無回答	34 100.0	8 23.5	2 5.9	4 11.8	2 5.9	1 2.9	5 14.7	3 8.8	9 26.5	0 -	

■テーマ1 アンケート結果からみた生活機能評価リスクについて

築上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、運動機能、栄養改善、咀嚼(そしゃく)機能、閉じこもり、認知症、うつ、IADL(あいえーでいえる)低下、転倒の8項目で生活機能評価リスク(以下リスク)について、傾向をみてみました。

うつ41.8%と最も多く、次いで認知症リスクが40.4%、転倒33.2%、咀嚼機能21.9%、閉じこもり18.1%、運動機能15.1%、IADL低下12.9%、栄養改善1.8%となっています。

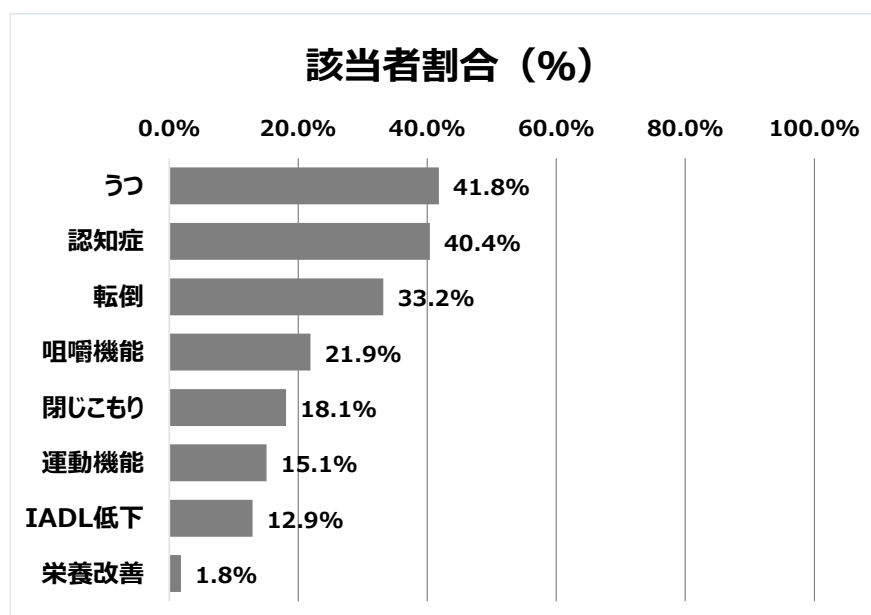
これらのリスク傾向は、認知症を除いて、健康状態の把握・指導、身体を動かすこと、人と会ったりすること、共通しているのは、外出し人に会っているかどうかは鍵となっている項目です。

社会参加や地域交流などの機会づくりや運動機能維持のための対策などの必要性が推察されます。

また、運動機能が低下している人でも参加しやすいように、外出支援や開催場所の検討も必要になってくると考えられます。更に、年齢が高くなると身体的な状況により、外出ができなくなる傾向が考えられるので、その点については、医学的なケアを伴った支援を検討する必要があります。

うつリスクについては、栄養状態の悪化なども含め様々な要因がありますが、孤立、人間関係の希薄化の解消が最も重要となってくると思われるため、今後、通いの場の充実による地域の繋がりや支え合いの強化等が必要になると考えられます。

また、認知症リスクについては、ケガや病気以外での、要介護状態になった理由に挙げられているため、対策を継続していくリスクと考えられます。



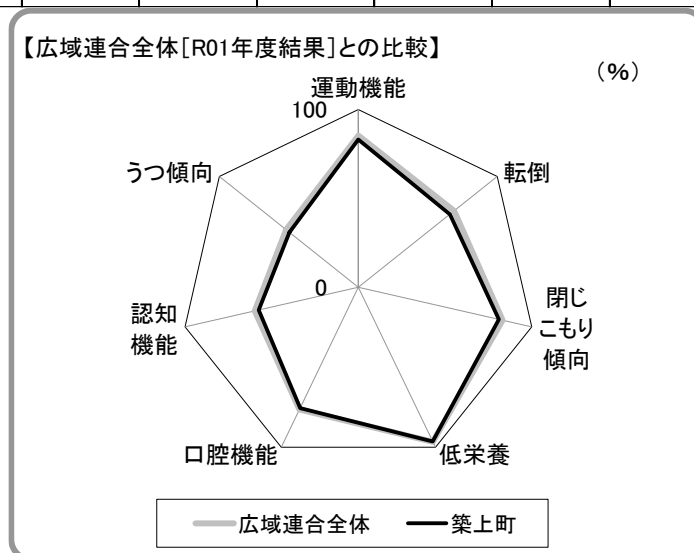
※IADL(あいえーでいえる) Instrumental Activities of Daily Living=「手段的日常生活動作」と訳されます。

【具体的な動作】買物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理、服薬管理、交通機関の利用、電話の応対などです。

■生活機能の各評価項目の非該当者(リスクなし)評価結果(広域連合比較)

生活機能の各評価項目の非該当者(リスクなし)の割合は、『認知機能』『うつ傾向』で5割～6割弱となっており、該当者(リスクあり)が4割と比較的多くいることがわかります。広域連合全体と比較しても大きな違いはみられません。

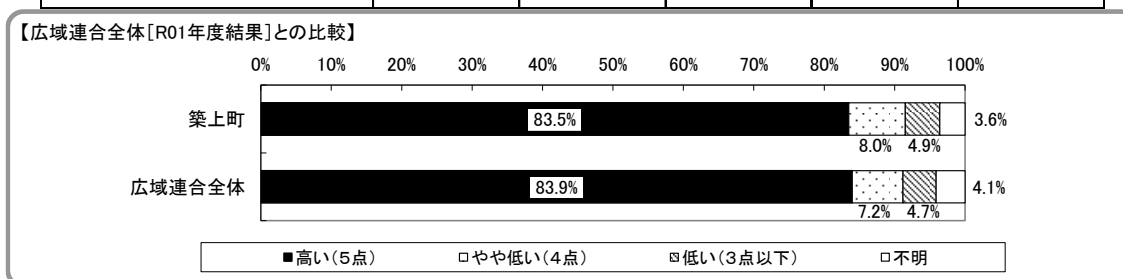
	調査数(人)	運動機能	転倒	閉じこもり傾向	低栄養	口腔機能	認知機能	うつ傾向
築上町	1,047	83.2%	65.9%	81.1%	96.3%	75.5%	57.5%	49.7%
(参考)広域連合全体[R01年度結果]	35,450	85.4%	68.9%	83.2%	96.5%	76.4%	59.8%	52.0%



■手段的自立度[IADL](自立者の割合)(広域連合比較)

買い物や金銭管理等の手段的自立度(IADL)について、自立者(5点)の割合は83.5%であり、広域連合全体と同程度となっています。

	調査数(人)	高い(5点)	やや低い(4点)	低い(3点以下)	不明
築上町	1,047	83.5%	8.0%	4.9%	3.6%
(参考)広域連合全体[R01年度結果]	35,450	83.9%	7.2%	4.7%	4.1%



■テーマ2 社会参加・地域交流について(地域資源の状況)

築上町全体では、地域活動などの参加状況について「町内会・自治会」への参加が53.1%と最も多く、次いで「趣味関係のグループ」35.4%、「収入のある仕事」32.2%、「ボランティア」21.7%、「スポーツ関係のグループやクラブ」21.7%、「老人クラブ」20.0%、「学習・教養サークル」13.0%と続いています。

また、地域づくりへの参加意向については、「参加したい」58.4%、「お世話役として参加」37.3%となっています。約6割の方が地域づくりへ協力してもよいと考えている結果となっています。

これらの人々の思いをくみ上げながら、新たな人が地域活動や地域づくりに参加するためのきっかけを作ったり、継続的な参加につながるような仕組みを作ったりすることが重要と考えられます。

地域活動などの参加状況は、以下の通りです。

社会参加・地域交流項目	参加比率 (%)
ボランティア	21.7
スポーツ関係のグループやクラブ	21.7
趣味関係のグループ	35.4
学習・教養サークル	13.0
老人クラブ	20.0
町内会・自治会	53.1
収入のある仕事	32.2

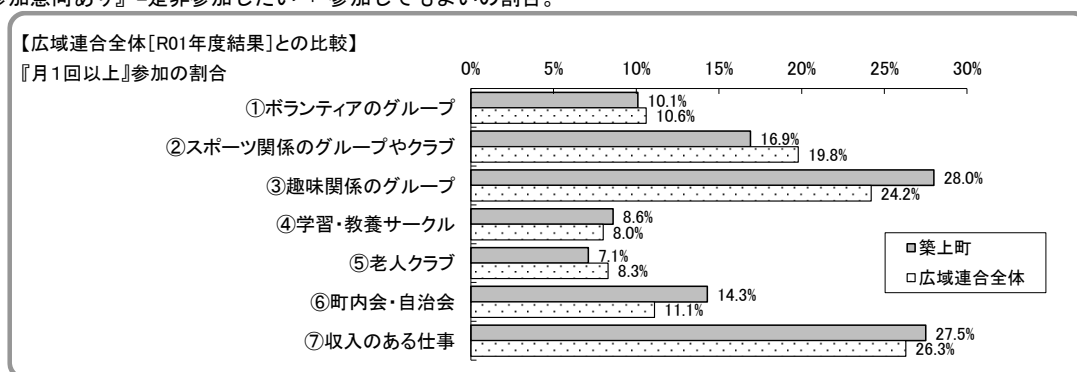
地域づくり	参加してもよい比率 (%)
有志のグループ活動に参加	58.4
有志のグループ活動のお世話役として参加	37.3

■地域活動や趣味活動の参加状況（広域連合比較）

地域活動や趣味活動の参加状況について、月1回以上参加している人の割合をみると、「③趣味関係のグループ」が28.0%で最も多く、次いで「⑦収入のある仕事」(27.5%)、「②スポーツ関係のグループやクラブ」(16.9%)となっています。広域連合全体と比較しても大きな違いはみられません。

	調査数 (人)	週4回 以上	週 2~3回	週1回	月 1~3回	年に 数回	参加して いない	無回答	『月1回 以上』	(参考) 広域連合全体の 『月1回以上』の割合 [R01年度結果]
①ボランティアのグループ	1,047	1.5%	1.6%	1.2%	5.7%	11.7%	54.9%	23.3%	10.1%	10.6%
②スポーツ関係のグループやクラブ	1,047	2.2%	6.5%	3.1%	5.2%	4.7%	55.7%	22.7%	16.9%	19.8%
③趣味関係のグループ	1,047	2.4%	6.7%	6.0%	12.9%	7.4%	44.6%	20.0%	28.0%	24.2%
④学習・教養サークル	1,047	0.8%	1.0%	1.5%	5.3%	4.4%	62.3%	24.7%	8.6%	8.0%
⑤老人クラブ	1,047	0.8%	1.2%	0.4%	4.7%	12.9%	58.2%	21.9%	7.1%	8.3%
⑥町内会・自治会	1,047	1.1%	1.1%	1.5%	10.7%	38.7%	27.8%	19.2%	14.3%	11.1%
⑦収入のある仕事	1,047	14.5%	8.2%	1.2%	3.5%	4.8%	47.0%	20.7%	27.5%	26.3%

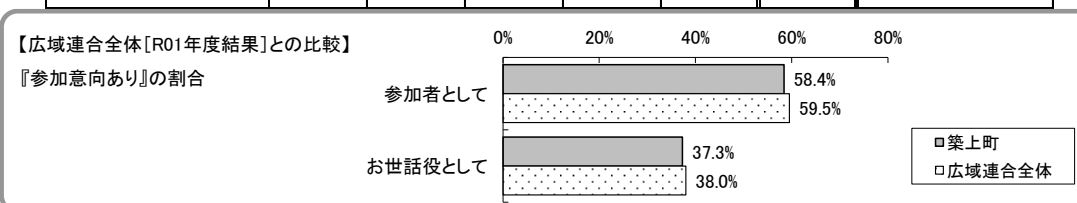
※『参加意向あり』=是非参加したい + 参加してもよいの割合。



■地域づくりへの参加意向（広域連合比較）

地域活動や趣味活動の参加状況について、月1回以上参加している人の割合をみると、「③趣味関係のグループ」が28.0%で最も多く、次いで「⑦収入のある仕事」(27.5%)、「②スポーツ関係のグループやクラブ」(16.9%)となっています。広域連合全体と比較しても大きな違いはみられません。

	調査数 (人)	是非 参加 したい	参加 しても よい	参加 したく ない	無回答	『参加 意向 あり』	(参考) 広域連合全体の 『参加意向あり』の 割合 [R01年度結果]
参加者として	1,047	9.0%	49.4%	37.7%	3.9%	58.4%	59.5%
お世話役として	1,047	3.3%	34.0%	57.9%	4.8%	37.3%	38.0%



問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

	全 体	全 体	問5Q1 地域活動や趣味活動の参加状況（月1回以上参加）									
			ボ ラ ン テ ィ ア の グ ル ー プ	ブ ス ポ ー ツ 関 係 の グ ル ー プ	趣 味 関 係 の グ ル ー プ	学 習 ・ 教 養 サ ー ク ル	老 人 ク ラ ブ	町 内 会 ・ 自 治 会	収 入 の あ る 仕 事	あ て は ま ら な い	無 回 答	
全 体	1,047 100.0	1,047 100.0	106 10.1	177 16.9	293 28.0	90 8.6	74 7.1	150 14.3	288 27.5	310 29.6	87 8.3	
性別・年齢	【男性 計】	478 100.0	478 100.0	54 11.3	81 16.9	127 26.6	36 7.5	32 6.7	106 22.2	152 31.8	134 28.0	33 6.9
	65～69歳	166 100.0	166 100.0	20 12.0	23 13.9	39 23.5	12 7.2	1 0.6	47 28.3	82 49.4	36 21.7	5 3.0
	70～74歳	130 100.0	130 100.0	14 10.8	22 16.9	31 23.8	9 6.9	6 4.6	35 26.9	41 31.5	42 32.3	8 6.2
	75～79歳	82 100.0	82 100.0	14 17.1	17 20.7	28 34.1	9 11.0	10 12.2	14 17.1	24 29.3	24 29.3	3 3.7
	80～84歳	58 100.0	58 100.0	3 5.2	12 20.7	22 37.9	3 5.2	10 17.2	7 12.1	4 6.9	12 20.7	11 19.0
	85歳以上	42 100.0	42 100.0	3 7.1	7 16.7	7 16.7	3 7.1	5 11.9	3 7.1	1 2.4	20 47.6	6 14.3
	【女性 計】	569 100.0	569 100.0	52 9.1	96 16.9	166 29.2	54 9.5	42 7.4	44 7.7	136 23.9	176 30.9	54 9.5
	65～69歳	189 100.0	189 100.0	18 9.5	34 18.0	57 30.2	16 8.5	3 1.6	11 5.8	85 45.0	52 27.5	5 2.6
	70～74歳	126 100.0	126 100.0	17 13.5	26 20.6	46 36.5	15 11.9	10 7.9	11 8.7	33 26.2	30 23.8	6 4.8
	75～79歳	130 100.0	130 100.0	14 10.8	25 19.2	37 28.5	12 9.2	12 9.2	13 10.0	13 10.0	43 33.1	18 13.8
	80～84歳	81 100.0	81 100.0	3 3.7	9 11.1	22 27.2	10 12.3	11 13.6	9 11.1	4 4.9	33 40.7	10 12.3
	85歳以上	43 100.0	43 100.0	0 -	2 4.7	4 9.3	1 2.3	6 14.0	0 -	1 2.3	18 41.9	15 34.9
学区等	権田小学校区	276 100.0	276 100.0	32 11.6	57 20.7	80 29.0	32 11.6	9 3.3	34 12.3	66 23.9	81 29.3	30 10.9
	八津田小学校区	113 100.0	113 100.0	14 12.4	21 18.6	36 31.9	9 8.0	12 10.6	16 14.2	32 28.3	32 28.3	8 7.1
	葛城小学校区	116 100.0	116 100.0	13 11.2	25 21.6	31 26.7	8 6.9	12 10.3	14 12.1	31 26.7	32 27.6	11 9.5
	西角田小学校区	56 100.0	56 100.0	11 19.6	11 19.6	17 30.4	7 12.5	12 21.4	12 21.4	11 19.6	18 32.1	2 3.6
	小原小学校区	20 100.0	20 100.0	1 5.0	8 40.0	8 40.0	1 5.0	0 -	5 25.0	6 30.0	2 10.0	1 5.0
	上城井小学校区	82 100.0	82 100.0	9 11.0	8 9.8	19 23.2	8 9.8	4 4.9	15 18.3	27 32.9	24 29.3	8 9.8
	下城井小学校区	107 100.0	107 100.0	7 6.5	10 9.3	30 28.0	11 10.3	7 6.5	20 18.7	37 34.6	31 29.0	8 7.5
	築城小学校区	276 100.0	276 100.0	19 6.9	37 13.4	71 25.7	14 5.1	18 6.5	34 12.3	78 28.3	90 32.6	19 6.9
	不詳	1 100.0	1 100.0	0 -	0 -	1 100.0	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

■テーマ3 幸福度について

主観的幸福感の高い割合(幸福度8以上)は、築上町全体では、43.6%となっています。

幸福度は、主観的健康観が加齢とともに、下がる傾向があるのに対して、主観的幸福度は加齢による変化はあまりみられません。また、主観的幸福度は、施策や計画等のアウトカム＝成果としてみることもできる項目です。

情緒的なサポートを受けたり、与えたりする相手は、配偶者と友人が高い傾向となっています。また、手段的なサポートは、家族を中心に受けたり、与えたりして、その他に、友人から受けたり、与えたりといった傾向となっています。

幸福度は、主観的健康観が維持されていることも大事ですが、人とのかかわり等があることが、主観的幸福感につながっているのではないかと推察されます。

○主観的幸福感が高い(8点以上)

問7 健康について

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

	全 体	問7 Q2 主観的幸福感												
		0 点	1 点	2 点	3 点	4 点	5 点	6 点	7 点	8 点	9 点	1 0 点	無 回 答	
全 体	1,047 100.0	6 0.6	6 0.6	6 0.6	29 2.8	24 2.3	206 19.7	81 7.7	140 13.4	255 24.4	90 8.6	111 10.6	93 8.9	
性 別 ・ 年 齢	【男性 計】	478 100.0	3 0.6	4 0.8	4 0.8	16 3.3	11 2.3	106 22.2	41 8.6	58 12.1	107 22.4	35 7.3	45 9.4	48 10.0
	65～69歳	166 100.0	1 0.6	3 1.8	3 1.8	6 3.6	7 4.2	33 19.9	15 9.0	21 12.7	39 23.5	12 7.2	15 9.0	11 6.6
	70～74歳	130 100.0	0 -	1 0.8	1 0.8	3 2.3	3 2.3	27 20.8	8 6.2	21 16.2	26 20.0	9 6.9	13 10.0	18 13.8
	75～79歳	82 100.0	1 1.2	0 -	0 -	2 2.4	0 -	24 29.3	7 8.5	8 9.8	24 29.3	7 8.5	5 6.1	4 4.9
	80～84歳	58 100.0	1 1.7	0 -	0 -	5 8.6	0 -	14 24.1	5 8.6	5 8.6	12 20.7	3 5.2	6 10.3	7 12.1
	85歳以上	42 100.0	0 -	0 -	0 -	0 -	1 2.4	8 19.0	6 14.3	3 7.1	6 14.3	4 9.5	6 14.3	8 19.0
	【女性 計】	569 100.0	3 0.5	2 0.4	2 0.4	13 2.3	13 2.3	100 17.6	40 7.0	82 14.4	148 26.0	55 9.7	66 11.6	45 7.9
	65～69歳	189 100.0	0 -	1 0.5	0 -	6 3.2	4 2.1	33 17.5	14 7.4	28 14.8	55 29.1	23 12.2	13 6.9	12 6.3
	70～74歳	126 100.0	0 -	1 0.8	1 0.8	1 0.8	3 2.4	17 13.5	9 7.1	25 19.8	34 27.0	15 11.9	13 10.3	7 5.6
	75～79歳	130 100.0	1 0.8	0 -	0 -	1 0.8	2 1.5	21 16.2	9 6.9	18 13.8	34 26.2	9 6.9	24 18.5	11 8.5
80～84歳	81 100.0	2 2.5	0 -	1 1.2	3 3.7	4 4.9	18 22.2	5 6.2	8 9.9	15 18.5	6 7.4	8 9.9	11 13.6	
85歳以上	43 100.0	0 -	0 -	0 -	2 4.7	0 -	11 25.6	3 7.0	3 7.0	10 23.3	2 4.7	8 18.6	4 9.3	

○主観的健康観

問7 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

	全 体	問7Q1 主観的健康感 (集約)			
		健 康 群	不 健 康 群	無 回 答	
全 体	1,047 100.0	720 68.8	252 24.1	75 7.2	
性別・ 年齢	【男性 計】	478 100.0	320 66.9	121 25.3	37 7.7
	65～69歳	166 100.0	124 74.7	35 21.1	7 4.2
	70～74歳	130 100.0	84 64.6	33 25.4	13 10.0
	75～79歳	82 100.0	57 69.5	21 25.6	4 4.9
	80～84歳	58 100.0	29 50.0	23 39.7	6 10.3
	85歳以上	42 100.0	26 61.9	9 21.4	7 16.7
	【女性 計】	569 100.0	400 70.3	131 23.0	38 6.7
	65～69歳	189 100.0	144 76.2	33 17.5	12 6.3
	70～74歳	126 100.0	99 78.6	22 17.5	5 4.0
	75～79歳	130 100.0	94 72.3	26 20.0	10 7.7
	80～84歳	81 100.0	44 54.3	29 35.8	8 9.9
	85歳以上	43 100.0	19 44.2	21 48.8	3 7.0

○情緒的サポートをくれる相手がいる

問6 たすけあいについて

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(複数回答)

		全 体	問6Q1 心配事や愚痴を聞いてくれる人								
			配偶者	同居の子ども	別居の子ども	孫兄弟姉妹・親戚・親	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答
全体		1,047 100.0	557 53.2	160 15.3	388 37.1	408 39.0	172 16.4	484 46.2	15 1.4	30 2.9	50 4.8
性別・年齢	【男性計】	478 100.0	320 66.9	46 9.6	125 26.2	133 27.8	51 10.7	160 33.5	8 1.7	23 4.8	25 5.2
	65～69歳	166 100.0	104 62.7	14 8.4	32 19.3	48 28.9	21 12.7	73 44.0	4 2.4	9 5.4	8 4.8
	70～74歳	130 100.0	87 66.9	12 9.2	33 25.4	34 26.2	8 6.2	36 27.7	2 1.5	9 6.9	10 7.7
	75～79歳	82 100.0	63 76.8	11 13.4	33 40.2	26 31.7	10 12.2	26 31.7	2 2.4	2 2.4	0 -
	80～84歳	58 100.0	38 65.5	3 5.2	17 29.3	13 22.4	7 12.1	19 32.8	0 -	1 1.7	4 6.9
	85歳以上	42 100.0	28 66.7	6 14.3	10 23.8	12 28.6	5 11.9	6 14.3	0 -	2 4.8	3 7.1
	【女性計】	569 100.0	237 41.7	114 20.0	263 46.2	275 48.3	121 21.3	324 56.9	7 1.2	7 1.2	25 4.4
	65～69歳	189 100.0	102 54.0	32 16.9	95 50.3	104 55.0	38 20.1	132 69.8	5 2.6	1 0.5	2 1.1
	70～74歳	126 100.0	67 53.2	29 23.0	58 46.0	67 53.2	27 21.4	85 67.5	0 -	1 0.8	2 1.6
	75～79歳	130 100.0	49 37.7	27 20.8	57 43.8	58 44.6	31 23.8	60 46.2	2 1.5	1 0.8	7 5.4
	80～84歳	81 100.0	13 16.0	17 21.0	34 42.0	35 43.2	19 23.5	36 44.4	0 -	2 2.5	10 12.3
	85歳以上	43 100.0	6 14.0	9 20.9	19 44.2	11 25.6	6 14.0	11 25.6	0 -	2 4.7	4 9.3

○情緒的サポートを与える相手がいる

問6 たすけあいについて

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(複数回答)

		全 体	問6Q2 心配事や愚痴を聞いてあげる人								
			配偶者	同居の子ども	別居の子ども	孫 兄弟 姉妹 ・ 親戚 ・ 親	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答
全体		1,047 100.0	522 49.9	151 14.4	347 33.1	420 40.1	211 20.2	486 46.4	20 1.9	58 5.5	49 4.7
性別・年齢	【男性 計】	478 100.0	303 63.4	54 11.3	129 27.0	143 29.9	67 14.0	168 35.1	9 1.9	33 6.9	25 5.2
	65～69歳	166 100.0	97 58.4	16 9.6	35 21.1	50 30.1	27 16.3	74 44.6	7 4.2	9 5.4	7 4.2
	70～74歳	130 100.0	87 66.9	15 11.5	38 29.2	36 27.7	13 10.0	42 32.3	2 1.5	14 10.8	8 6.2
	75～79歳	82 100.0	62 75.6	12 14.6	31 37.8	27 32.9	15 18.3	31 37.8	0 -	4 4.9	0 -
	80～84歳	58 100.0	31 53.4	4 6.9	12 20.7	15 25.9	5 8.6	15 25.9	0 -	4 6.9	5 8.6
	85歳以上	42 100.0	26 61.9	7 16.7	13 31.0	15 35.7	7 16.7	6 14.3	0 -	2 4.8	5 11.9
	【女性 計】	569 100.0	219 38.5	97 17.0	218 38.3	277 48.7	144 25.3	318 55.9	11 1.9	25 4.4	24 4.2
	65～69歳	189 100.0	91 48.1	25 13.2	82 43.4	109 57.7	47 24.9	131 69.3	8 4.2	4 2.1	3 1.6
	70～74歳	126 100.0	66 52.4	25 19.8	57 45.2	68 54.0	39 31.0	79 62.7	1 0.8	4 3.2	2 1.6
	75～79歳	130 100.0	45 34.6	28 21.5	41 31.5	53 40.8	31 23.8	61 46.9	1 0.8	6 4.6	7 5.4
	80～84歳	81 100.0	13 16.0	11 13.6	26 32.1	38 46.9	20 24.7	36 44.4	1 1.2	3 3.7	8 9.9
	85歳以上	43 100.0	4 9.3	8 18.6	12 27.9	9 20.9	7 16.3	11 25.6	0 -	8 18.6	4 9.3

○手段的サポートをくれる相手がいる

問6 たすけあいについて

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（複数回答）

		全 体	問6Q3 看病や世話をしてくれる人								
			配偶者	同居の子ども	別居の子ども	孫 兄弟 姉妹・ 親戚・ 親・	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答
全体		1,047 100.0	626 59.8	208 19.9	365 34.9	226 21.6	33 3.2	70 6.7	11 1.1	59 5.6	42 4.0
性別・ 年齢	【男性 計】	478 100.0	352 73.6	65 13.6	120 25.1	88 18.4	11 2.3	18 3.8	2 0.4	33 6.9	20 4.2
	65～69歳	166 100.0	118 71.1	18 10.8	31 18.7	37 22.3	2 1.2	9 5.4	0 -	12 7.2	9 5.4
	70～74歳	130 100.0	100 76.9	15 11.5	32 24.6	18 13.8	1 0.8	3 2.3	2 1.5	8 6.2	5 3.8
	75～79歳	82 100.0	64 78.0	17 20.7	31 37.8	15 18.3	3 3.7	4 4.9	0 -	7 8.5	0 -
	80～84歳	58 100.0	40 69.0	9 15.5	14 24.1	8 13.8	2 3.4	2 3.4	0 -	5 8.6	3 5.2
	85歳以上	42 100.0	30 71.4	6 14.3	12 28.6	10 23.8	3 7.1	0 -	0 -	1 2.4	3 7.1
	【女性 計】	569 100.0	274 48.2	143 25.1	245 43.1	138 24.3	22 3.9	52 9.1	9 1.6	26 4.6	22 3.9
	65～69歳	189 100.0	129 68.3	39 20.6	75 39.7	49 25.9	8 4.2	20 10.6	2 1.1	9 4.8	2 1.1
	70～74歳	126 100.0	69 54.8	34 27.0	57 45.2	35 27.8	5 4.0	13 10.3	1 0.8	4 3.2	1 0.8
	75～79歳	130 100.0	53 40.8	32 24.6	60 46.2	28 21.5	5 3.8	11 8.5	2 1.5	5 3.8	8 6.2
	80～84歳	81 100.0	16 19.8	23 28.4	37 45.7	18 22.2	3 3.7	6 7.4	3 3.7	5 6.2	8 9.9
	85歳以上	43 100.0	7 16.3	15 34.9	16 37.2	8 18.6	1 2.3	2 4.7	1 2.3	3 7.0	3 7.0

○手段的サポートを与える相手がいる

問6 たすけあいについて

(4) 反対に、看病や世話をしあける人(複数回答)

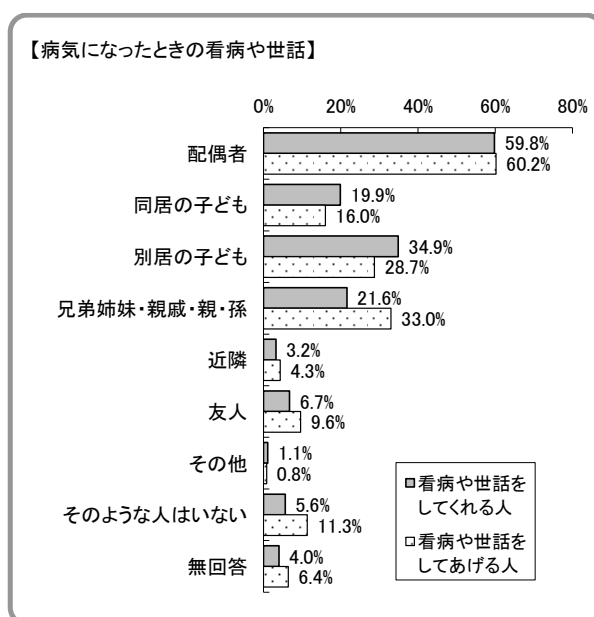
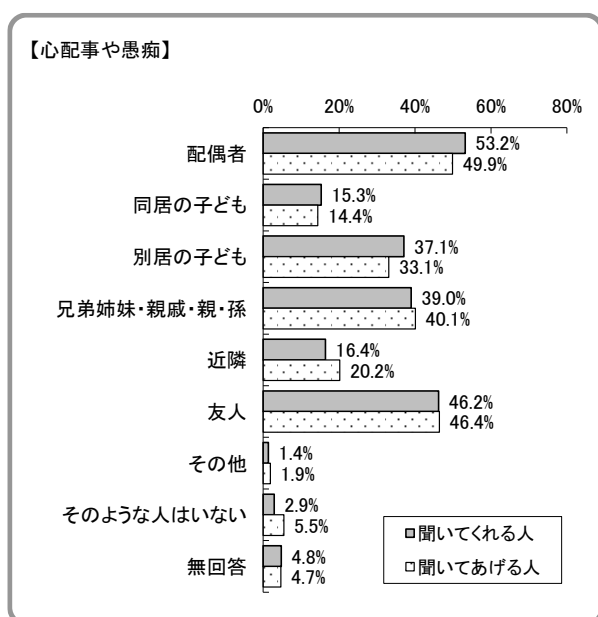
	全 体	問6Q4 看病や世話をしあける人									
		配偶者	同居の子ども	別居の子ども	孫 兄弟 姉妹・ 親戚・ 親・	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答	
全体	1,047 100.0	630 60.2	168 16.0	301 28.7	345 33.0	45 4.3	101 9.6	8 0.8	118 11.3	67 6.4	
性別・ 年齢	【男性 計】	478 100.0	329 68.8	55 11.5	100 20.9	114 23.8	10 2.1	21 4.4	2 0.4	65 13.6	30 6.3
	65~69歳	166 100.0	109 65.7	21 12.7	35 21.1	52 31.3	2 1.2	7 4.2	0 -	23 13.9	11 6.6
	70~74歳	130 100.0	94 72.3	10 7.7	29 22.3	31 23.8	2 1.5	5 3.8	1 0.8	18 13.8	6 4.6
	75~79歳	82 100.0	62 75.6	15 18.3	23 28.0	18 22.0	3 3.7	7 8.5	1 1.2	11 13.4	1 1.2
	80~84歳	58 100.0	36 62.1	6 10.3	8 13.8	5 8.6	2 3.4	2 3.4	0 -	10 17.2	6 10.3
	85歳以上	42 100.0	28 66.7	3 7.1	5 11.9	8 19.0	1 2.4	0 -	0 -	3 7.1	6 14.3
	【女性 計】	569 100.0	301 52.9	113 19.9	201 35.3	231 40.6	35 6.2	80 14.1	6 1.1	53 9.3	37 6.5
	65~69歳	189 100.0	133 70.4	37 19.6	88 46.6	103 54.5	10 5.3	29 15.3	2 1.1	9 4.8	3 1.6
	70~74歳	126 100.0	76 60.3	28 22.2	50 39.7	60 47.6	8 6.3	20 15.9	1 0.8	9 7.1	3 2.4
	75~79歳	130 100.0	57 43.8	23 17.7	39 30.0	40 30.8	10 7.7	19 14.6	1 0.8	13 10.0	13 10.0
	80~84歳	81 100.0	25 30.9	17 21.0	18 22.2	21 25.9	6 7.4	10 12.3	1 1.2	10 12.3	12 14.8
	85歳以上	43 100.0	10 23.3	8 18.6	6 14.0	7 16.3	1 2.3	2 4.7	1 2.3	12 27.9	6 14.0

■たすけあいの状況（比較）

たすけあいの状況について、『心配事や愚痴を『聞いてくれる人』『聞いてあげる人』はともに「配偶者」が5割で最も多くなっています。また、「友人」や「兄弟姉妹・親戚・親・孫」もこれに次いで4割前後と多くなっています。

病気になったときの看病や世話については、『看病や世話をしてくれる人』『看病や世話をしてあげる人』ともに「配偶者」が6割を占めて最も多くなっています。また、「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」は2～3割前後を占めており、「友人」や「近隣」などの家族・親族以外の方は3%～1割程度に留まっています。

	心配事や愚痴		病気になったときの看病や世話	
	聞いてくれる人	聞いてあげる人	看病や世話をしてくれる人	看病や世話をしてあげる人
調査数(人)	1,047	1,047	1,047	1,047
配偶者	53.2%	49.9%	59.8%	60.2%
同居の子ども	15.3%	14.4%	19.9%	16.0%
別居の子ども	37.1%	33.1%	34.9%	28.7%
兄弟姉妹・親戚・親・孫	39.0%	40.1%	21.6%	33.0%
近隣	16.4%	20.2%	3.2%	4.3%
友人	46.2%	46.4%	6.7%	9.6%
その他	1.4%	1.9%	1.1%	0.8%
そのような人はいない	2.9%	5.5%	5.6%	11.3%
無回答	4.8%	4.7%	4.0%	6.4%



■テーマ4 地域のつながりについて(孤立が疑われる状況の推察)

孤立の状況は、家族構成が「ひとり暮らし」にかかわらず起きている可能性が否定できません。地域のつながりを生かして、孤立していないか状況を把握し、それを支えるサポートする側の情報共有や地域包括支援センターからの働きかけなど、きめ細かいことを重ねることで孤立状況が減っていくと考えられます。

孤立が疑われる回答としては、以下の設問の回答が推察されるものです。傾向をみると、年齢層が高い傾向があります。この傾向の方々が孤立している可能性が高いと推察されるので、サポートが必要な状況と思われます。

問4 食べることについて

(4) どなたかと食事をとにもする機会がありますか

→ 「ほとんどない」が6.9%となっています。

問3 からだを動かすことについて

(6) 週に1回以上は外出していますか

→ 「ほとんど外出しない」が5.1%となっています。

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

→ 「とても減っている」が4.6%となっています。

問7 たすけあいについて

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(複数回答)

→ 「そのような人はいない」は2.9%となっています。

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人(複数回答)

→ 「そのような人はいない」は5.6%となっています。

○孤立が疑われる回答

問3 食べることについて

(8) どなたかと食事をとる機会がありますか

孤食の状況に関する設問です。

		全 体	問3 Q8 どなたかと食事をとる機会はあるか					無 回 答
			毎 日 あ る	週 に 何 度 か あ る	月 に 何 度 か あ る	年 に 何 度 か あ る	ほ と ん ど な い	
全 体		1,047	623	57	177	103	72	15
		100.0	59.5	5.4	16.9	9.8	6.9	1.4
性 別 ・ 年 齢	【男性 計】	478	282	21	72	50	46	7
		100.0	59.0	4.4	15.1	10.5	9.6	1.5
	65～69歳	166	106	7	22	12	16	3
		100.0	63.9	4.2	13.3	7.2	9.6	1.8
	70～74歳	130	83	7	17	10	11	2
		100.0	63.8	5.4	13.1	7.7	8.5	1.5
	75～79歳	82	46	1	11	10	13	1
		100.0	56.1	1.2	13.4	12.2	15.9	1.2
	80～84歳	58	27	6	12	12	1	0
		100.0	46.6	10.3	20.7	20.7	1.7	-
	85歳以上	42	20	0	10	6	5	1
		100.0	47.6	-	23.8	14.3	11.9	2.4
	【女性 計】	569	341	36	105	53	26	8
		100.0	59.9	6.3	18.5	9.3	4.6	1.4
65～69歳	189	132	14	22	14	7	0	
	100.0	69.8	7.4	11.6	7.4	3.7	-	
70～74歳	126	78	6	29	8	3	2	
	100.0	61.9	4.8	23.0	6.3	2.4	1.6	
75～79歳	130	69	7	27	15	7	5	
	100.0	53.1	5.4	20.8	11.5	5.4	3.8	
80～84歳	81	42	7	17	12	3	0	
	100.0	51.9	8.6	21.0	14.8	3.7	-	
85歳以上	43	20	2	10	4	6	1	
	100.0	46.5	4.7	23.3	9.3	14.0	2.3	

問2 からだを動かすことについて

再掲（6）週に1回以上は外出していますか

（6）は閉じこもり傾向に関する設問です。

		全 体	問2 Q 6 週に1回以上は外出するか				
			ほ と ん ど 外 出 し な い	週 1 回	週 2 ～ 4 回	週 5 回 以上	無 回 答
全 体		1,047 100.0	53 5.1	137 13.1	483 46.1	366 35.0	8 0.8
性別・ 年齢	【男性 計】	478 100.0	26 5.4	37 7.7	202 42.3	208 43.5	5 1.0
	65～69歳	166 100.0	8 4.8	9 5.4	57 34.3	90 54.2	2 1.2
	70～74歳	130 100.0	4 3.1	14 10.8	54 41.5	56 43.1	2 1.5
	75～79歳	82 100.0	4 4.9	3 3.7	38 46.3	37 45.1	0 -
	80～84歳	58 100.0	5 8.6	3 5.2	34 58.6	15 25.9	1 1.7
	85歳以上	42 100.0	5 11.9	8 19.0	19 45.2	10 23.8	0 -
	【女性 計】	569 100.0	27 4.7	100 17.6	281 49.4	158 27.8	3 0.5
	65～69歳	189 100.0	4 2.1	21 11.1	88 46.6	76 40.2	0 -
	70～74歳	126 100.0	5 4.0	16 12.7	64 50.8	40 31.7	1 0.8
	75～79歳	130 100.0	2 1.5	29 22.3	71 54.6	27 20.8	1 0.8
	80～84歳	81 100.0	8 9.9	19 23.5	44 54.3	10 12.3	0 -
	85歳以上	43 100.0	8 18.6	15 34.9	14 32.6	5 11.6	1 2.3

再掲（7）昨年と比べて外出の回数が減っていますか

（7）は閉じこもり傾向に関する設問です。

	全 体	問 2 Q 7 昨年と比べて外出の回数が減っているか					
		と と も 減 っ て い る	減 っ て い る	あ ま り 減 っ て い ない	減 っ て い ない	無 回 答	
全 体	1,047 100.0	48 4.6	185 17.7	409 39.1	393 37.5	12 1.1	
性別・ 年齢	【男性 計】	478 100.0	24 5.0	70 14.6	168 35.1	209 43.7	7 1.5
	65～69歳	166 100.0	7 4.2	20 12.0	50 30.1	87 52.4	2 1.2
	70～74歳	130 100.0	7 5.4	22 16.9	42 32.3	57 43.8	2 1.5
	75～79歳	82 100.0	3 3.7	7 8.5	35 42.7	37 45.1	0 -
	80～84歳	58 100.0	2 3.4	14 24.1	24 41.4	16 27.6	2 3.4
	85歳以上	42 100.0	5 11.9	7 16.7	17 40.5	12 28.6	1 2.4
	【女性 計】	569 100.0	24 4.2	115 20.2	241 42.4	184 32.3	5 0.9
	65～69歳	189 100.0	1 0.5	29 15.3	78 41.3	79 41.8	2 1.1
	70～74歳	126 100.0	3 2.4	21 16.7	59 46.8	42 33.3	1 0.8
	75～79歳	130 100.0	6 4.6	30 23.1	52 40.0	41 31.5	1 0.8
	80～84歳	81 100.0	7 8.6	15 18.5	41 50.6	17 21.0	1 1.2
	85歳以上	43 100.0	7 16.3	20 46.5	11 25.6	5 11.6	0 -

問6 たすけあいについて

再掲（１）あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人（複数回答）

（１）人とのつながりに関する設問です。

	全 体	問6 Q 1 心配事や愚痴を聞いてくれる人									
		配偶者	同居の子ども	別居の子ども	孫兄弟姉妹・親戚・親	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答	
全体	1,047 100.0	557 53.2	160 15.3	388 37.1	408 39.0	172 16.4	484 46.2	15 1.4	30 2.9	50 4.8	
性別・年齢	【男性 計】	478 100.0	320 66.9	46 9.6	125 26.2	133 27.8	51 10.7	160 33.5	8 1.7	23 4.8	25 5.2
	65～69歳	166 100.0	104 62.7	14 8.4	32 19.3	48 28.9	21 12.7	73 44.0	4 2.4	9 5.4	8 4.8
	70～74歳	130 100.0	87 66.9	12 9.2	33 25.4	34 26.2	8 6.2	36 27.7	2 1.5	9 6.9	10 7.7
	75～79歳	82 100.0	63 76.8	11 13.4	33 40.2	26 31.7	10 12.2	26 31.7	2 2.4	2 2.4	0 -
	80～84歳	58 100.0	38 65.5	3 5.2	17 29.3	13 22.4	7 12.1	19 32.8	0 -	1 1.7	4 6.9
	85歳以上	42 100.0	28 66.7	6 14.3	10 23.8	12 28.6	5 11.9	6 14.3	0 -	2 4.8	3 7.1
	【女性 計】	569 100.0	237 41.7	114 20.0	263 46.2	275 48.3	121 21.3	324 56.9	7 1.2	7 1.2	25 4.4
	65～69歳	189 100.0	102 54.0	32 16.9	95 50.3	104 55.0	38 20.1	132 69.8	5 2.6	1 0.5	2 1.1
	70～74歳	126 100.0	67 53.2	29 23.0	58 46.0	67 53.2	27 21.4	85 67.5	0 -	1 0.8	2 1.6
	75～79歳	130 100.0	49 37.7	27 20.8	57 43.8	58 44.6	31 23.8	60 46.2	2 1.5	1 0.8	7 5.4
	80～84歳	81 100.0	13 16.0	17 21.0	34 42.0	35 43.2	19 23.5	36 44.4	0 -	2 2.5	10 12.3
	85歳以上	43 100.0	6 14.0	9 20.9	19 44.2	11 25.6	6 14.0	11 25.6	0 -	2 4.7	4 9.3

再掲（3）あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（複数回答）

（3）人とのつながりに関する設問です。

	全 体	問6Q3 看病や世話をしてくれる人									
		配偶者	同居の子ども	別居の子ども	孫 兄弟姉妹・親戚・親・	近隣	友人	その他	そのような人はいない	無回答	
全 体	1,047 100.0	626 59.8	208 19.9	365 34.9	226 21.6	33 3.2	70 6.7	11 1.1	59 5.6	42 4.0	
性別・年齢	【男性 計】	478 100.0	352 73.6	65 13.6	120 25.1	88 18.4	11 2.3	18 3.8	2 0.4	33 6.9	20 4.2
	65～69歳	166 100.0	118 71.1	18 10.8	31 18.7	37 22.3	2 1.2	9 5.4	0 -	12 7.2	9 5.4
	70～74歳	130 100.0	100 76.9	15 11.5	32 24.6	18 13.8	1 0.8	3 2.3	2 1.5	8 6.2	5 3.8
	75～79歳	82 100.0	64 78.0	17 20.7	31 37.8	15 18.3	3 3.7	4 4.9	0 -	7 8.5	0 -
	80～84歳	58 100.0	40 69.0	9 15.5	14 24.1	8 13.8	2 3.4	2 3.4	0 -	5 8.6	3 5.2
	85歳以上	42 100.0	30 71.4	6 14.3	12 28.6	10 23.8	3 7.1	0 -	0 -	1 2.4	3 7.1
	【女性 計】	569 100.0	274 48.2	143 25.1	245 43.1	138 24.3	22 3.9	52 9.1	9 1.6	26 4.6	22 3.9
	65～69歳	189 100.0	129 68.3	39 20.6	75 39.7	49 25.9	8 4.2	20 10.6	2 1.1	9 4.8	2 1.1
	70～74歳	126 100.0	69 54.8	34 27.0	57 45.2	35 27.8	5 4.0	13 10.3	1 0.8	4 3.2	1 0.8
	75～79歳	130 100.0	53 40.8	32 24.6	60 46.2	28 21.5	5 3.8	11 8.5	2 1.5	5 3.8	8 6.2
	80～84歳	81 100.0	16 19.8	23 28.4	37 45.7	18 22.2	3 3.7	6 7.4	3 3.7	5 6.2	8 9.9
	85歳以上	43 100.0	7 16.3	15 34.9	16 37.2	8 18.6	1 2.3	2 4.7	1 2.3	3 7.0	3 7.0

○介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果テーマ別まとめ

アンケート結果をまとめ、テーマ別について考察をします。

■テーマ1 アンケート結果からみた生活機能評価リスクについて

うつ41.8%と最も多く、次いで認知症リスクが40.4%、転倒33.2%、咀嚼機能21.9%、閉じこもり18.1%、運動機能15.1%、IADL低下12.9%、栄養改善1.8%となっています。

うつリスクについては、栄養状態が悪化なども含め様々な要因がありますが、孤立、人間関係の希薄化の解消が最も重要となってくると思われるため、今後通いの場の充実による地域の繋がりや支え合いの強化等が必要になると考えられます。

また、認知症リスクについては、ケガや病気以外での、要介護状態になった理由に挙げられているため、対策を継続していくリスクと考えられます。

■テーマ2 社会参加・地域交流について(地域資源の状況)

築上町全体では、地域活動などの参加状況について「町内会・自治会」への参加が53.1%と最も多く、次いで「趣味関係のグループ」35.4%、「収入のある仕事」32.2%、「ボランティア」21.7%、「スポーツ関係のグループやクラブ」21.7%、「老人クラブ」20.0%、「学習・教養サークル」13.0%と続いています。

また、地域づくりへの参加意向については、「参加したい」58.4%、「お世話役として参加」37.3%となっています。約6割の高齢者が地域づくりへ協力してもよいと考えている結果となっています。

新たな人が地域活動や地域づくりに参加するためのきっかけを作ったり、継続的な参加につながるような仕組みを作ったりすることが検討課題と考えられます。

■テーマ3 幸福度について

主観的幸福感の高い割合(幸福度8以上)は、築上町全体では、43.6%となっています。

幸福度は、主観的健康観が維持されていることも大事ですが、人とのかかわり等があることが、主観的幸福感につながっているのではないかと推察されます。

計画全体への評価としては、4割強の方が概ね良いと評価しているため、この数値が高まるよう計画を継続することが重要だと推察されます。

■テーマ4 地域のつながりについて(孤立が疑われる状況の推察)

孤立の状況は、家族構成が「ひとり暮らし」にかかわらず起きている可能性が否定できません。地域のつながりを生かして、孤立していないか状況を把握し、それを支えるサポートする側の情報共有や地域包括支援センターからの働きかけなど、きめ細かいことを重ねることで孤立状況が減っていくと考えられます。

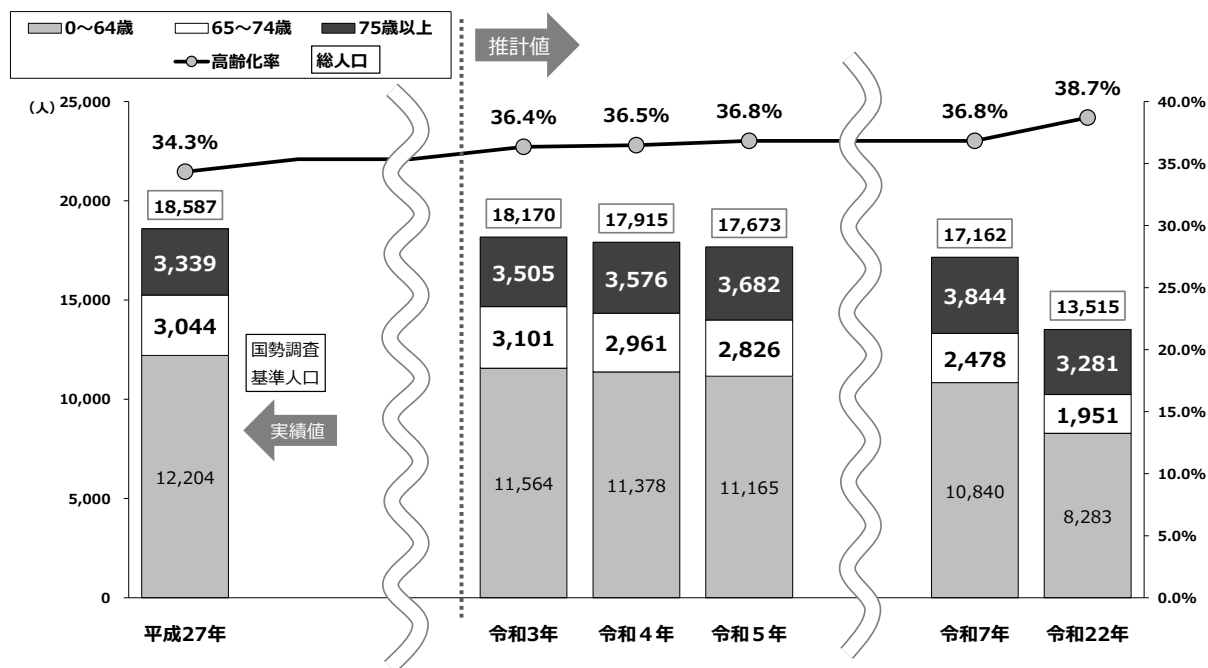
傾向をみると、年齢層が高い方々が孤立している可能性が高いと推察されるので、サポートができる体制づくりが重要と思われれます。

4. 目標年度における高齢者の状況

(1) 推計人口

平成27年の国勢調査人口を基準にして推計した今後の総人口は、令和3年以降緩やかな減少傾向で、令和5年には17,673人、参考推計として令和7年には17,162人、令和22年には13,315人となると見込まれます。

総人口・高齢者人口・高齢化率の推計

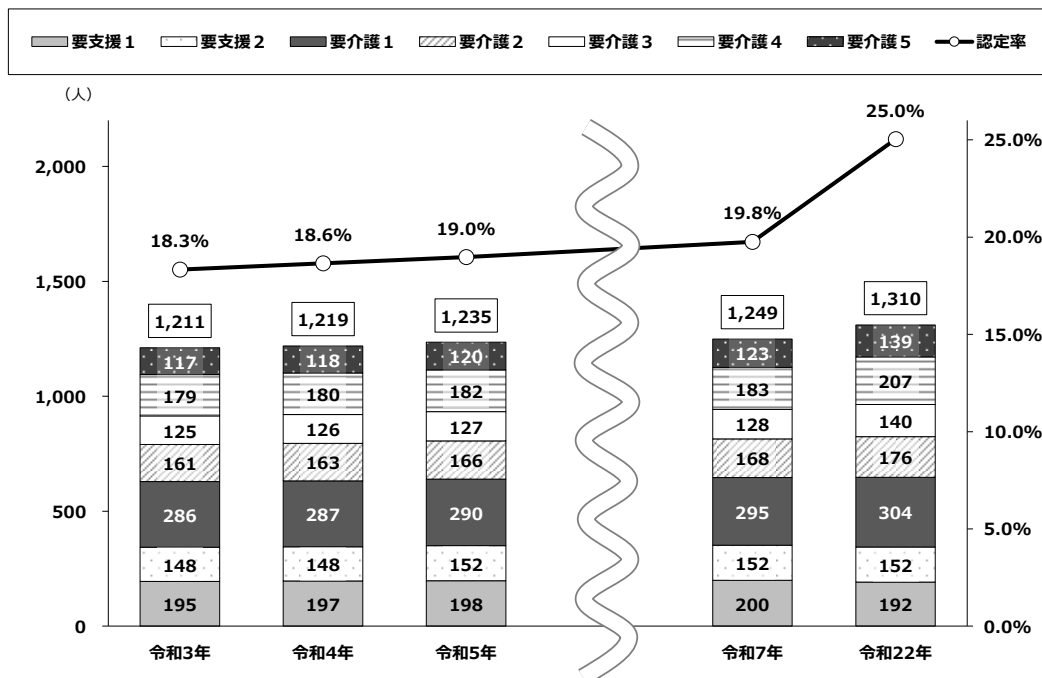


高齢者人口の推計

	平成27年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
総人口 (人)	18,587	18,170	17,915	17,673	17,162	13,515
高齢者人口 (人)	6,383	6,606	6,537	6,508	6,322	5,232
前期高齢者 (人)	3,044	3,101	2,961	2,826	2,478	1,951
後期高齢者 (人)	3,339	3,505	3,576	3,682	3,844	3,281
高齢化率	34.3%	36.4%	36.5%	36.8%	36.8%	38.7%

(2)認定者数の推計

平成30年から令和2年の実績を基に推計したものです。要介護認定者数は、穏やかな増加となることが想定されます。令和5年には1,235人、参考推計として令和7年1,249人、令和22年1,310人と見込まれます。また、本計画期間における要介護度別における傾向は、各介護度1～2%程度増加が見込まれます。



要支援・要介護認定者数の推計

単位: 人

区分	実績	推計				
		本計画期間			令和7年度	令和22年度
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
第1号被保険者数	6,598	6,606	6,537	6,508	6,322	5,232
認定者数 (第1号被保険者)	1,165	1,211	1,219	1,235	1,249	1,310
要支援1	190	195	197	198	200	192
要支援2	144	148	148	152	152	152
要介護1	276	286	287	290	295	304
要介護2	156	161	163	166	168	176
要介護3	114	125	126	127	128	140
要介護4	173	179	180	182	183	207
要介護5	112	117	118	120	123	139
第1号被保険者認定率	17.7%	18.3%	18.6%	19.0%	19.8%	25.0%
認定者数全体	11,841	11,734	11,615	11,470	11,172	8,999

第3章 高齢者保健福祉サービスの 目指すべき方向

第3章 高齢者保健福祉サービスの目指すべき方向

1. 計画の基本理念と方向性について

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

高齢者が生きがいをもち生涯活躍できる場の創出や住み慣れた地域で、住まい、医療、介護予防、生活支援のサービスを受けられるように地域包括ケア体制を整備します。

計画の方向性

1 健康づくりと介護予防の推進

寝たきりや認知症、また介護を必要とする方々の主な疾患として、糖尿病をはじめとする生活習慣病が起因となっている場合が多くみられます。今後は、医療機関も特定健診も未受診のため健康状態が全く分からない方を中心に健診の受診勧奨を行います。知らず知らずのうちに生活習慣病を発症し、ひいては重症化する方を早期発見し、早期治療に繋がります。必要時には、かかりつけ医との連携も行います。

また、75歳以上は後期高齢者医療保険となり、保険者が異なるため、今までは町の保健事業から途切れていた現状がありました。今後は、保険者である福岡県後期高齢者医療広域連合の委託を築上町が受け、75歳以上の後期高齢者への保健事業も「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を通して切れ目なく実施していきます。更に、実施にあたっては、1係で行えるものではないため、庁内連携を強化して実施していきます。

一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加する中、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、介護保険サービスをはじめ様々な保健福祉サービスの提供、協議体や関係機関、ボランティアなども参加した支え合いの地域包括ケア体制が必要となります。医療・介護・予防・住まい・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に向けた地域支援事業の充実を図ります。

介護予防や閉じこもり予防、こころの健康については、地域包括ケアシステムの視点に基づき、通いの場を中心とした地域づくり・健康づくりを推進します。

計画の方向性

2 認知症高齢者支援施策の推進

今後、更なる高齢化の進展と認知症高齢者の増加が見込まれる中で、政府は令和元年6月に「認知症施策推進大綱」（以下「大綱」）を取りまとめました。

認知症施策をより充実させるため、認知症の人や家族の意見を踏まえた支援体制の整備を進めながら、今まで「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に沿って進めてきた、「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」「認知症の状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」「若年性認知症施策の強化」「認知症の人の介護者への支援」「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」「認知症の人やその家族の視点の重視」とともに、大綱で示された「共生」と「予防（発症を遅らせる・進

行を緩やかにするという意味での予防)」を基本的な考え方として、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」、障壁を減らす「認知症バリアフリー」、通いの場の拡大などの「予防」の取組を進めていきます。

認知症高齢者の方が、地域においても尊厳を保ちながら穏やかな生活を送ることができ、家族も安心して生活を営むことができる環境を整備するため、通いの場やオレンジカフェを通じた住民同士で気かけあえる体制づくり、認知症に対する正しい知識の普及啓発や、相談体制の充実、協議体や関係機関との連携等を推進します。

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

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも自分らしく生活をしていくためには、介護予防や、自発的な活動の支援等、高齢者各々が積極的に取り組むための支援が必要です。したがって、在宅支援、見守り活動、生きがい活動支援等の高齢者福祉サービス(介護保険対象外)の推進及び利用促進に努めます。

計画の方向性

4 生きがいづくり・社会参加活動の推進

高齢者一人ひとりが生涯にわたって社会を構成する一員として尊重され、生きがいを持ち、社会参加の機会にも恵まれ、健やかで充実した生活を営むことができる社会を実現するため、生きがいづくりや社会参加を支援する政策が重要となります。高齢者の生きがいづくりや健康づくり、家庭での閉じこもりを防止するため、生活支援コーディネーター・協議体と連携し、高齢者を社会参加に繋げるとともに、通いの場や老人クラブ連合会等の活動を促進します。

計画の方向性

5 安心して生活できるまちづくり

災害と感染症発生時の対応については、築上町地域防災計画と築上町新型インフルエンザ等対策行動計画に沿って、高齢者の生活を支える施策に取り組みます。また、災害時の被害を最小化し、被害の迅速な回復を図る「減災」の考え方を防災の基本理念とし、地震や水害等に対して高齢者の生活を支える施策に取り組みます。

高齢者等が、新型コロナウイルス感染症を含む新感染症等に対し、正しい知識を持って予防策を実践できるよう働きかけるとともに、大規模発生時には、国、福岡県、近隣自治体、関係機関との連携・協力のもと、高齢者等への感染症のまん延予防に最大限努めながら、正しい知識の啓発も進めます。

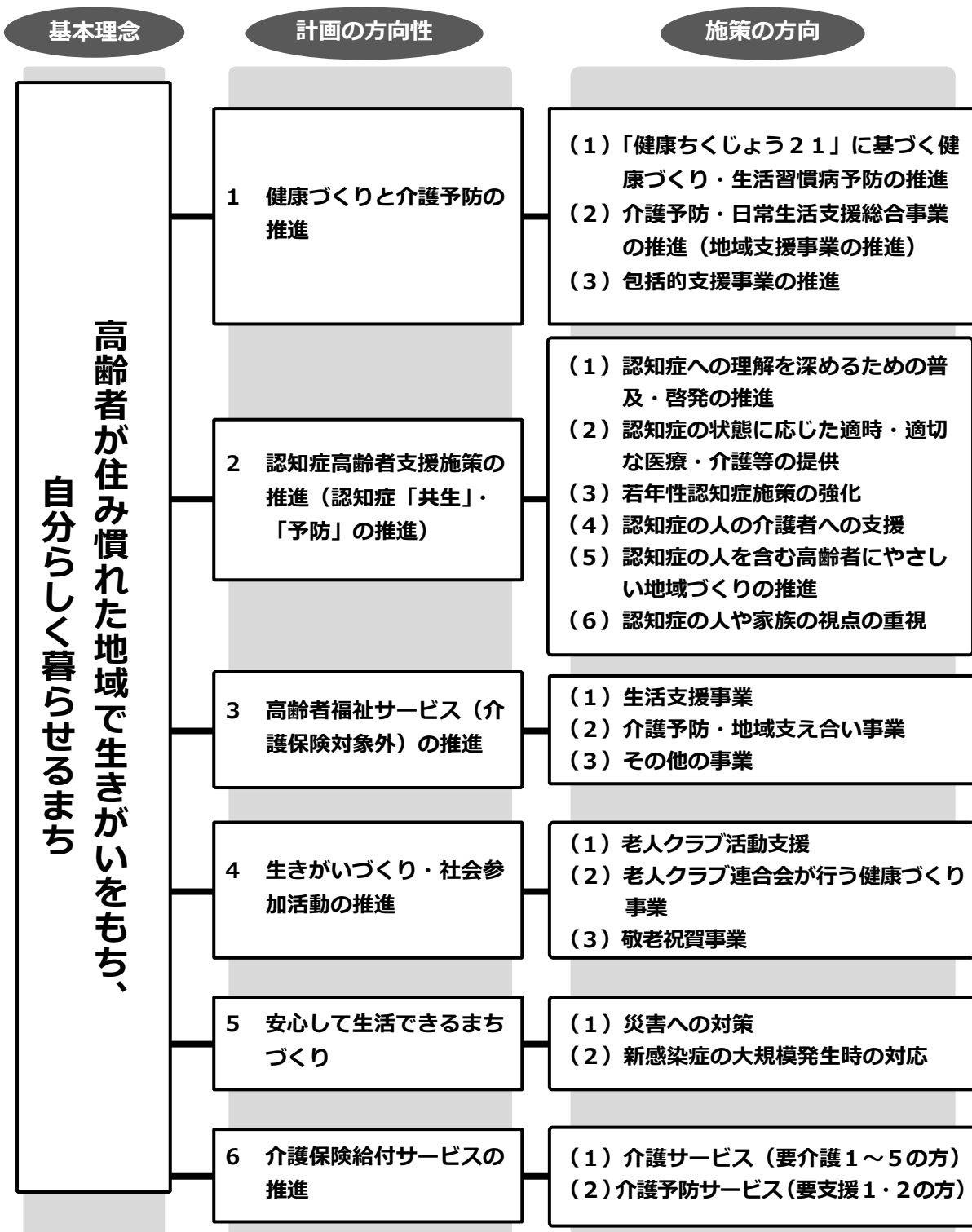
計画の方向性

6 介護保険給付サービスの推進

介護が必要な状態になった場合には、適正なケアプランと介護保険給付サービスを提供するため、福岡県介護保険広域連合や介護事業所と連携し、必要な介護保険給付サービス基盤の整備促進と適正な介護保険給付サービスの提供に努めます。

2. 施策体系について

築上町の高齢者保健福祉計画の施策体系については、以下の通りです。



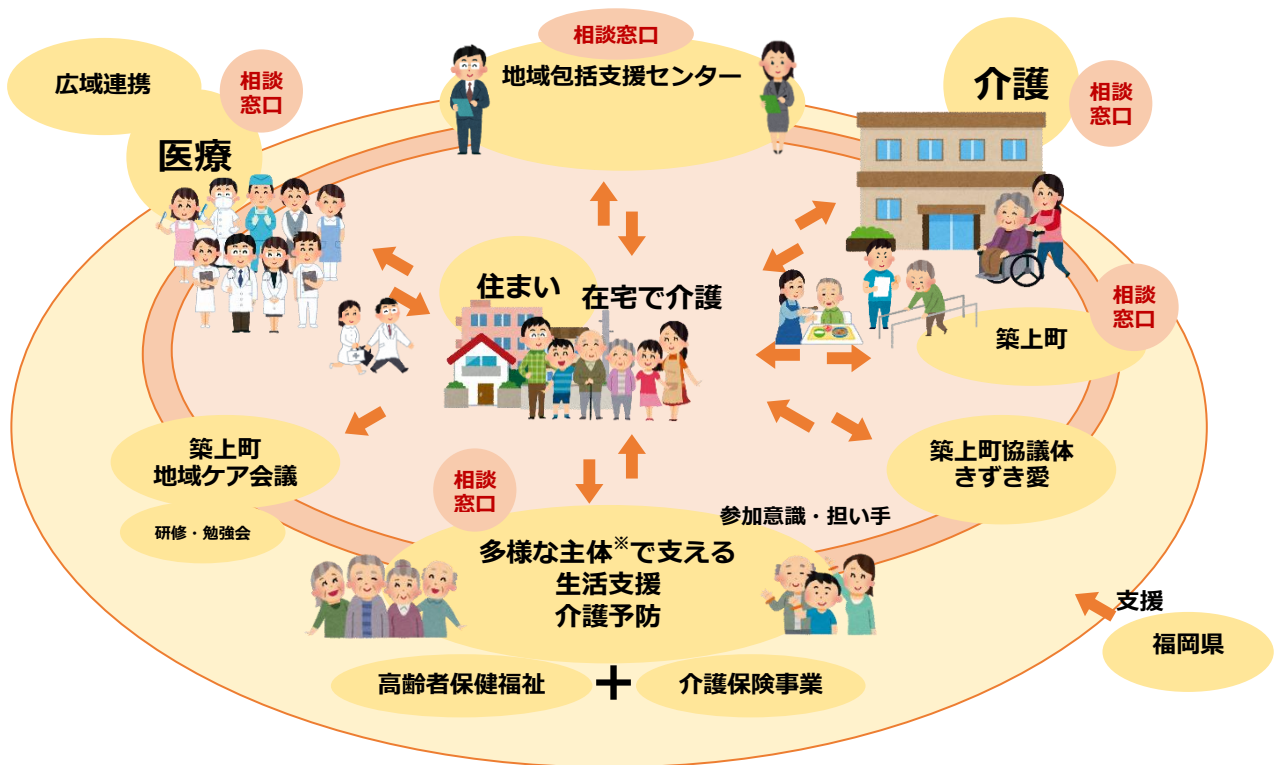
重点施策 1 地域包括ケアの推進

高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、各種関係機関や多職種が連携し、サービス・社会資源を活用しながら包括的・継続的な支援体制の構築を図ります。

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年に向けて、また、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22(2040)年も見据えて、在宅医療と介護連携などの仕組みづくりを進めていきます。高齢者が医療や介護が必要となった状態でも、できる限り住み慣れた地域で安心した生活を継続するために、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供できる地域社会の支援体制「地域包括ケアシステム」の実現を目指します。

特に、認知症地域支援推進事業による認知症施策の推進、成年後見制度推進事業による権利擁護事業の推進、生活支援体制整備事業、築上町徘徊高齢者等SOSネットワークなどの見守りネットワークによる地域支え合い体制の充実、医療と介護の連携など関係機関の連携による支援を進めます。

地域包括ケアシステムの将来イメージ



※多様な主体:住民、老人クラブ、自治会、ボランティア、NPO、社会福祉法人など

注: ●相談窓口は、今後の設置検討事項を含んでいます。

重点施策 2 自立支援、介護予防・重度化防止等に資する施策の取組

平成29年の介護保険法改正により、高齢者の自立支援や重度化防止など取組の推進のため、市町村の保険者機能の強化の仕組みが導入されました。各市町村の地域の実情に則して、高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の取組についての目標、介護給付等に要する費用の適正化に関する取組についての目標を設定し、それらの目標に対する実績評価及び評価結果の公表を行うこととされました。

築上町において介護保険事業に関しては、福岡県介護保険広域連合での実施を行っているため、保険者機能の強化については、福岡県介護保険広域連合と併せて実施していきます。

また、保険者機能強化の重要指標として「住民主体の通いの場」を中心とした介護予防の推進が位置付けられており、専門職の派遣や保健事業との一体的取組も行いつつ、「住民主体の通いの場」の町全体への普及を目指していきます。

第4章 高齢者保健福祉サービスの現状 と今後の方針 (地域包括ケアシステムの構築の推進)

第4章 高齢者保健福祉サービスの現状と今後の方針(地域包括ケアシステムの構築の推進)

1. 健康づくりの推進

(1)「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

高齢期をいきいきと暮らすためには、介護予防と併せて、高齢者が生涯にわたり心身ともに健康でいられるよう、健康寿命の延伸に向けて、日頃からの健康づくりや疾病予防が重要となってきます。「築上町健康増進計画(健康ちくじょう21)」に基づき、町民一人ひとりの健康づくり意識の高揚と、健康づくりに取り組む地域への支援を引き続き進めます。また、75歳以上の高齢者の生活習慣病対策・フレイル*対策としての保健事業(医療保険)と介護予防(介護保険)の一体的な実施に努めていきます。

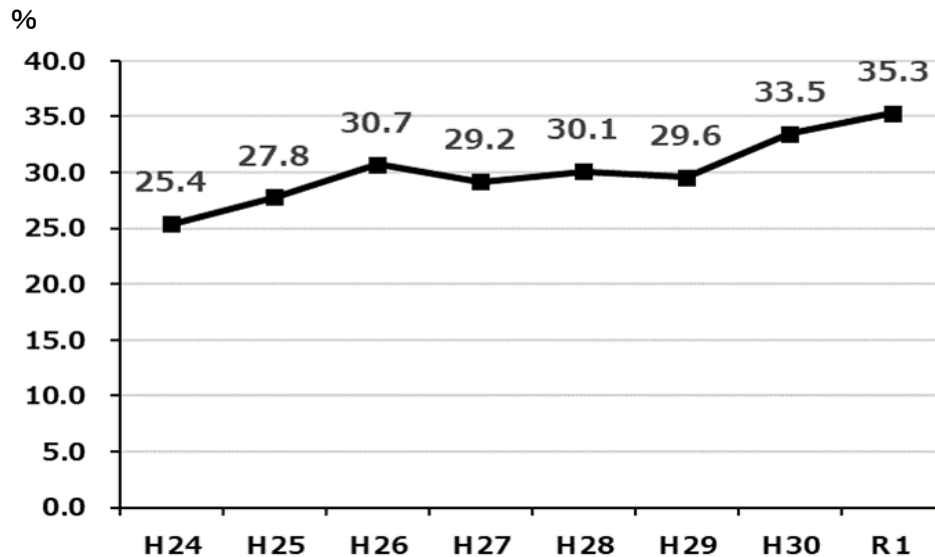
※フレイル:年を取って心身ともに弱くなった状態のことを意味する。

①健康診査(特定健診等)

<p>■事業の概要</p>	<p>日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のために、40歳から74歳までの方を対象に、メタボリックシンドロームに着目した健診を行います。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>本町の特定健診受診率の目標は、国の指針に基づき、令和2年度までに60%を掲げています。令和元年度では35.3%と徐々に受診率は上昇してきていますが、目標達成には至っていません。今後も、「健診や保健指導を受けてよかった」と思えるような取組を行い、リピータ率(R元年度:76.8%,県内12位)を、また今まで特定健診を受けたことがない方が「健診を受けよう」と思えるような取組が必要と考えます。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>特定健診は、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診です。特定健診を受け、高血圧や高血糖、脂質異常症等の体の異変を無症状のうちから発見し、早期の生活習慣改善や早期治療を行うことで、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症(透析等)等を予防できると言われています。そのため、以下のことに取り組んでいきます。</p> <p>○特定健診未受診者対策 対象者全員に受診勧奨通知(申込書付き圧着はがき)を行います。また集団健診終了後に再度個別健診受診勧奨通知を行っていきます。また、医療機関も特定健診も未受診のため健康状態が全く分からない方、並びに過去の健診で「要医療」と判定されたが医療機関(要精密検査)も特定健診も未受診の方等には、重症化予防のため、再度、受診勧奨を積極的に行っていきます。</p> <p>○地域医療機関との連携 現在、生活習慣病等の治療中である方にも、かかりつけ医に相談の上、特定健診の受診を勧め、医療と併せて生活習慣の改善に取組み、重症化予防に努めていきます。また医療機関医師へ特定健診周知の協力依頼も継続的に行っていきます。</p>

	<p>○魅力ある健診(検診)への取り組み 受けやすい健診体制や健診項目の検討を行っていきます。住民自身が自分の体の状態を毎年確認したいと思えるような健診への取組、また、健診結果から体の状況がイメージできるような結果説明、保健指導に努めていきます。</p> <p>○がん検診の受診勧奨 がんは、検診による早期発見・早期治療が完治につながるポイントとなるため、検診の受診勧奨、周知徹底を行っていきます。</p> <p>○安心して健診を受けることができる環境づくり(感染症対策) 令和2年から流行している新型コロナウイルス等の感染拡大防止対策として、総合健診では密を防ぐため1枠30分当りの受診者数を制限した上で受付時間の厳守、マスク着用・検温・手指消毒を受診者に協力依頼し、また健診会場では定期的な消毒と換気を徹底し、受診者が安心して健診を受けることができる環境づくりを行っていきます。</p>
--	---

特定健診受診率(築上町)

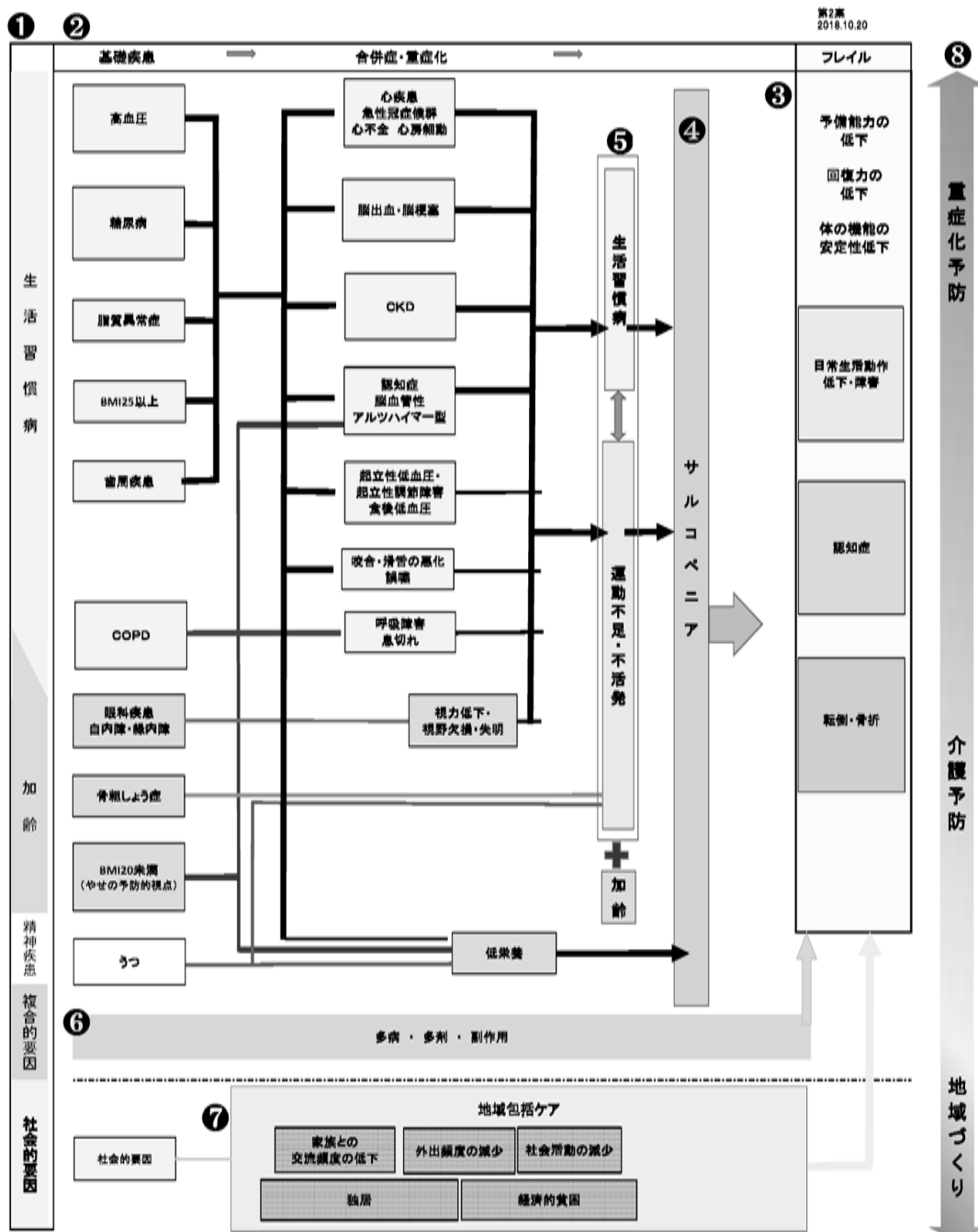


〈資料〉 築上町特定健診実績 (法定報告)

②後期高齢者対象の生活習慣病予防健診

■事業の概要	医療広域連合からの委託を受け、被保険者(主に75歳以上の高齢者)を対象に、個別に生活習慣病健診を実施しています。
■現状と課題	受診者の固定化や受診率の低迷が見られ、受診率向上や新規受診者の獲得に向けた対策が必要です。
■今後の方針	令和2年度から、一部の検診において、フレイルの早期発見・予防を目的とした質問票が新たに導入され、今後すべての健診において使用される見込みです。

《フレイルの予防を考えるための流れイメージ》



出典:厚労省「第5回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」参考資料2

③保健指導

<p>■事業の概要</p>	<p>第2期築上町保健事業実施計画(データヘルス計画)』及び第3期特定健診等計画に基づき、特定健診結果に基づく保健指導を実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇特定保健指導(積極的支援対象者・動機付け支援対象者) ◇糖尿病性腎症重症化予防事業 地域の状況を踏まえ、令和元年度に「京築版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を保健所及び管内市町で作成し、これに基づき保健指導を実施。 ◇生活習慣病重症化予防事業(脳・心・腎を守るべき対象者＝メタボ・高血糖・高血圧・脂質異常の方) ◇2次健診事業(75g糖負荷試験・頸部エコー検査・アルブミン尿検査)・・・血糖値・血圧・脂質項目がある一定基準以上且つ未治療の方を対象に実施し、更に詳しい検査を行うことで血管や体の状況等を把握し、生活改善や医療受診へ繋げる。 ◇生活習慣病発症予防事業
<p>■現状と課題</p>	<p>本町の高齢者の介護の問題を考える上で、健康課題は欠かせません。どのような疾患で介護保険を受けているかを見ると、年を重ねる毎に認定者数(率)は高くなり、75歳以上になると約3人に1人が介護認定を受けています。また40～64歳である2号被保険者の認定者数(率)は低いものの、要介護3以上の寝たきり傾向となった方が半数を占めています。</p> <p>要介護認定を受けている方の有病状況を見ると、どの年代も脳卒中が約半数を占め、虚血性心疾患、腎不全(透析)と続いています。これら疾患は、高血圧や脂質異常症、糖尿病など血管を傷める基礎疾患に起因すると言われており、実際に罹患率が高い状況です。それに加え、約半数が認知症を、また約9割の方が筋骨格系疾患を有しています。認知症においては糖尿病や脳血管疾患が関係していることが多く、また、筋・骨格系の疾患では単に腰痛・膝痛の整形外科的な問題だけでなく、特に「転倒・骨折」を引き起こす背景として、生活習慣病に起因する症状(心疾患による意識障害、血圧変動によるめまい、糖尿病による低血糖や合併症(神経障害・網膜症など)によるものも少なくないのが現状です。よって、介護予防及び健康づくりを推進していく上で、生活習慣病予防及び重症化予防は大きな課題といえます。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>○生活習慣病予防の取り組み 今後も健診受診者全員を対象に結果説明・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ていきます。また広報等を通じての健康教育も進めていきます。</p> <p>○特定保健指導の取り組み 国で定められている特定保健指導においては、6ヶ月間の保健指導を可能な限り実施し、生活習慣改善による体重や血液データの改善を目指し、糖尿病や脳血管疾患等の予防に努めていきます。 また、特定健診受診者には丁寧に結果説明及び保健指導を実施することにより、翌年度の特定保健指導対象者が減少するよう努めていきます。</p>

○生活習慣病重症化予防の取り組み
 健診結果で要医療と判断されたものの未治療の方については、医療機関への受診勧奨を徹底します。また、医療機関受診の結果や医師の指示に基づき、食事療法や運動療法等の生活改善のための支援をしていきます。
 生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症等)の治療中であっても、かかりつけ医と連携して生活習慣の改善に努め、重症化を予防していきます。
 特に糖尿病(高血糖者含む)の方には、糖尿病性腎症(透析)予防を目指し、重点的に支援していきます。
 また治療中断者に対してもアプローチを行い、受診再開に繋げ、重症化予防に努めていきます。

○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つながる保健指導を行っていきます。

○生活習慣病発症予防
 特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人すべてのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康学習の機会を各保健事業で実施していきます。(若年者健診・乳幼児健診・その他保健事業)

どのような疾患で介護保険を受けているか（令和元年度：築上町）

受診者区分		2号		1号				合計			
年	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計	計					
被保険者数(人)		5575	3036	3331	6367	11942					
認定者数(人)		18	107	1070	1177	1195					
認定率(%)		0.32	3.5	32.1	18.5	10					
新規認定患者数(*1)		5	16	101	117	122					
介護度別割合(%)	要支援1・2	5	27.8	40	37.4	310	29.0	350	29.7	355	29.7
	要介護1・2	4	22.2	36	33.6	402	37.6	438	37.2	442	37.0
	要介護3～5	9	50.0	31	29.0	358	33.5	389	33.1	398	33.3
受診者区分		2号		1号				合計			
年	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計	計					
介護件数(全体)		18	107	1070	1177	1195					
再) 国保・後期		12	92	989	1081	1093					
有 病 状 * レ セ プ ト の 診 断 名 よ り 重 複 し て 計 上	血管疾患	1	脳卒中 7 58.3	脳卒中 45 48.9	脳卒中 507 51.3	脳卒中 552 51.1	脳卒中 559 51.1				
		2	腎不全 3 25.0	虚血性 心疾患 24 26.1	虚血性 心疾患 478 48.3	虚血性 心疾患 502 46.4	虚血性 心疾患 504 46.1				
		3	虚血性 心疾患 2 16.7	腎不全 11 12.0	腎不全 178 18.0	腎不全 189 17.5	腎不全 192 17.6				
	基礎疾患 (%) *2	糖尿病	3 25.0	糖尿病 37 40.2	糖尿病 467 47.2	糖尿病 504 46.6	糖尿病 507 46.4				
		高血圧	11 91.7	高血圧 62 67.4	高血圧 869 87.9	高血圧 931 86.1	高血圧 942 86.2				
		脂質 異常症	6 50.0	脂質 異常症 52 56.5	脂質 異常症 626 63.3	脂質 異常症 678 62.7	脂質 異常症 684 62.6				
	血管疾患 合計		合計 11 91.7	合計 80 87.0	合計 957 96.8	合計 1037 95.9	合計 1048 95.9				
	認知症		2 16.7	認知症 12 13.0	認知症 499 50.5	認知症 511 47.3	認知症 513 46.9				
	筋骨格系		8 66.7	筋骨格系 71 77.2	筋骨格系 943 95.3	筋骨格系 1014 93.8	筋骨格系 疾患 1022 93.5				

*1 新規認定者については、N049-要介護実況の「開始年月」を参照し、年度累計を
 *2 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も

(資料) 令和元年度国保評価・分析システム N047, 49

住民の健康状態がどのような状況なのか、特定健診の結果を見ていきます。

特定健診は「メタボ健診」とも言われ、腹囲やBMI(体格指数)の結果で内臓脂肪の過多を判断し、それに加えて血圧・血糖・脂質・喫煙等の危険因子が重なっていると、「メタボリックシンドローム(内臓脂肪型肥満)(以下、『メタボ』という。)」と判断します。

特定健診結果を見ると、「メタボ予備軍」は減少傾向にありますが、「メタボ該当者」は平成25年度と比べ徐々に増加傾向にあります。また、その内容を詳しく見てみると、腹囲が基準値以上の割合は28年度に一度減少したものの、令和元年度で増加、BMIでは徐々に増加しています。血圧・血糖・脂質の項目についても全体的に増加傾向ですが、「脂質のみ」の方は半減しています。これは本町の健康課題の中で脂質異常(高コレステロール血症)該当者の約9割が医療未受診であったことから、結果説明会や保健指導で重症化予防として取り組んできた結果と思われる。

しかしながら、メタボ対象者は増えており、この状態を放置していると、気付かないうちに血管の傷みが進行し、ある日突然、脳血管疾患や虚血性心疾患等を発症し、生活の質(QOL)の低下ばかりか、生命の危険にもつながりかねません。平成25年度と令和元年度の対象が100%同じではありませんが、少なからず健診受診者の中でメタボ該当者が増えているということは、更なる対策を講じる必要があると考えます。

特定健診結果：メタボ該当者（築上町）

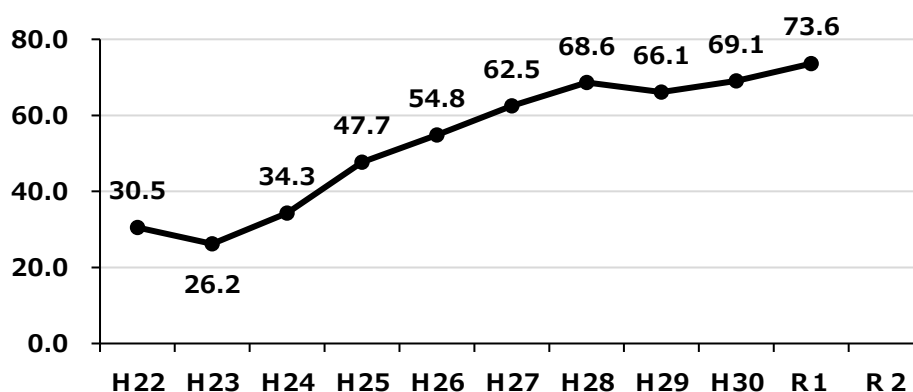
項 目		平成 25 年度		平成 28 年度		令和元年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	
メタボリック シンドローム(内臓脂肪型肥満) 該当者	該当者	147 人	13.5%	145 人	14.0%	193 人	17.9%	
	男性	89 人	19.9%	96 人	23.1%	128 人	28.1%	
	女性	58 人	9.0%	49 人	7.9%	65 人	10.5%	
	予備軍	148 人	13.6%	118 人	11.4%	122 人	11.3%	
	男性	94 人	21.0%	71 人	17.1%	83 人	18.2%	
	女性	54 人	8.4%	47 人	7.6%	39 人	6.3%	
メタボ 該当者・ 予備軍 レベル	腹囲 基準 以上	総 数	355 人	32.6%	309 人	29.9%	357 人	33.1%
		男性	219 人	49.0%	191 人	45.9%	231 人	50.7%
		女性	136 人	21.2%	118 人	19.1%	126 人	20.3%
	BMI 25 以上	総 数	47 人	4.3%	60 人	5.8%	67 人	6.2%
		男性	12 人	2.7%	16 人	3.8%	12 人	2.6%
		女性	35 人	5.5%	44 人	7.1%	55 人	8.8%
	血糖のみ		8 人	0.7%	4 人	0.4%	7 人	0.6%
	血圧のみ		105 人	9.7%	83 人	8.0%	97 人	9.0%
	脂質のみ		35 人	3.2%	31 人	3.0%	18 人	1.7%
	血糖＋血圧		28 人	2.6%	15 人	1.5%	27 人	2.5%
	脂質＋血糖		3 人	0.3%	6 人	1.6%	6 人	0.6%
	脂質＋血圧		81 人	7.4%	87 人	8.4%	105 人	9.7%
	脂質＋血糖＋ 血圧		35 人	3.2%	37 人	3.6%	55 人	5.1%

〈資料〉平成 25・28 年度・令和元年度国保データベースシステム帳票NO.1,3

生活習慣病の予防及び重症化予防を目的に、保健指導を行いました。令和元年度、特定健診受診者全員に結果説明を行い、住民と一緒に血液データから生活習慣を振り返り、改善策を考えていきました。また、要医療と判定された方には、医療受診の必要性和メリットなどを説明し、受診勧奨を行い、その後の受診状況の確認、未受診者には再度受診勧奨を行いました。中でも、糖尿病疑いの方には、紹介状の発行を行い、主治医からの指示に基づき、更に保健指導を行いました。

国が重点的に取り組むべきとする特定保健指導実施率は、年々上昇しており、国が目標とする60%を築上町では達成しています。

特定保健指導実施率（築上町）



〈資料〉築上町保健指導実績（法定報告）

特定健診健診結果に伴う保健指導実績（令和元年度）

		対象者数	保健指導者数 (実人数)	保健指導者数 (延人数)
特定健診	結果説明会	実数(人)	1076	989
		実施率(%)		91.9
特定保健指導	積極的支援	実数(人)	20	5
		実施率(%)		25.0
	動機付け支援	実数(人)	90	76
		実施率(%)		84.4
合計	実数(人)	110	81	
		実施率(%)		73.6
重症化 予防 対象者 363名 *項目は重 複して計上	メタボ該当者	実数(人)	193	160
		実施率(%)		82.9
	高血糖	実数(人)	72	70
		実施率(%)		97.2
	高血圧	実数(人)	46	43
		実施率(%)		93.5
脂質	実数(人)	82	68	
	実施率(%)		82.9	
心電図	実数(人)	10	10	
	実施率(%)		100	
腎機能	実数(人)	43	42	
	実施率(%)		97.7	
合計(人)		556	1463	536

《資料》特定健診法定報告、築上町特定健診結果説明会及び保健指導実績

④ふれあい健康サロン

<p>■事業の概要</p>	<p>ふれあい健康サロンは、月1回、介護予防を主とした健康づくりや健康相談、健康教育などを行っています。内容は、血圧測定・体調変化の有無の確認を行い、歯科衛生士による口腔機能向上プログラムや体力測定の結果を踏まえた、作業療法士による体力・筋力維持強化プログラムを実施しています。また、数種類の健康体操及び、頭と体を同時に使いながら行う「脳トレーニング」として二重課題、三重課題も実施しています。その他、各サロン参加者自らが企画し、活気ある活動を行っています。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>各サロンも高齢化が進み、参加者が減少している状況です。また、令和2年当初から新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、3月から6月までサロン事業自体を休止しました。今現在も休止中のサロンもあり、高齢者の心身の健康も心配な状況です。 現在は、休止中のサロンの方を中心に電話訪問で健康状態等の確認を行っています。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>国では、“健康寿命の延伸”と‘持続する社会保障制度’を目指し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を強化事業として掲げ、その中には地域包括ケアシステムの一役を担う「通いの場」事業を展開していくこととしています。今後は、月1回のサロンを週1回自主的に集まり実施する「通いの場」へ徐々にシフトし、地域の支え合いを強めて住民同士の自然な生活支援が発生する土壌づくりを行うとともに、更に充実した介護予防事業を保健事業と組み合わせながら展開していきます。</p>

■ふれあい健康サロンの実施状況

区 分		平成27 年度	平成28 年度	平成29 年度	平成30 年度	令和元 年度		
健康サロン 実施状況	65歳以上人口(人)	6,382	6,481	6,512	6,535	6,567		
	高齢化率(%)	33.0%	34.0%	34.8%	35.2%	36.3%		
	参加者 全体	実人数(人)	805	743	676	654	606	
		参加率(%)	12.5	11.5	10.4	10.0	9.2	
		再掲	男性者数(人)	161	161	138	139	129
			割合(%)	20.0	21.7	20.4	21.3	21.3
	実施回数(回)	725	755	747	583	524		
	参加延べ人数(人)	6,937	6,339	5,993	4,910	4,362		
実施自治会数(箇所)	52	51	52	51	50			

〈資料〉住民基本台帳、築上町ふれあい健康サロン事業実績

⑤高齢者定期予防接種

●高齢者インフルエンザ予防接種

<p>■事業の概要</p>	<p>高齢者インフルエンザ予防接種は65歳以上の方を対象に定期予防接種として実施しています。接種費用の自己負担は1,000円で、残りは公費負担で対応しています。また生活保護世帯の高齢者については、診療依頼書の提示により、自己負担なく接種できます。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>接種率は、毎年50%前後で推移していますが、平成29年度と令和元年度はワクチンの製造トラブルで一時的にワクチン供給が滞り、接種者数(率)が40%代に減少しました。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザとの診療の混乱等を回避するため、また高齢者は罹患すると重症化しやすいため、最優先で接種する対象者と位置付けられ、接種期間も10月26日までは高齢者優先で行うなど国による対策が講じられました。住民も、いつもよりは早めに接種され、接種者数も増加傾向です。そのため、医療機関でもワクチン確保に苦慮している傾向が見受けられます(11月中旬現在)。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>予防接種についての情報提供を随時に行っていきます。また、県を通じてワクチン供給体制に関する意見を発していきます。その他、住民に対しては必要以上に恐れることなく、マスク着用・手洗い・うがい・手指消毒、換気及び3密を防ぐなど感染症に対して適切な予防活動ができるよう、随時、注意喚起を行っていきます。</p>

■現状（高齢者インフルエンザ予防接種）

区分	現状				
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
接種の状況 (%)	51.4	52.0	42.4	53.9	46.6

●肺炎球菌予防接種

<p>■事業の概要</p>	<p>この予防接種は、高齢者の肺炎予防のための予防接種で、65歳以上の方(但し、1度でも任意で接種した方は対象外)を対象に平成26年度から30年度までは経過措置として、65歳から5歳刻みの方を対象に実施。平成31年度からは当該年度65歳の方のみの実施予定でありましたが、過去5年間の接種率が伸び悩んだこともあり、再度5年間の経過措置が行われ、現在も5歳刻みでの受診勧奨が行われています。 接種はワクチンの性質上、5年に1回。接種費用は自己負担2,000円で、残りは公費で対応しています。また、生活保護世帯の高齢者については、診療依頼書の提示により自己負担なく接種できます。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>第1期経過措置期間(平成30年度まで)の接種率は約40%前後で推移しています。第2期経過措置が始まった令和元年度は、22.6%でした。第2期においては、既に一度接種勧奨を行った方が対象のため、接種率は低めで、今後も同様の傾向を示すと思われます。また、過去5年間の接種率と同様、接種率低迷の要因には、過去1度任意接種でも接種している方は対象外であるため、本町としては任意接種した方の把握ができておらず、真の接種対象者の把握ができない状況にあります。(対象者の中に既に任意で接種された方が含まれている。)</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>引き続き経過措置者を含め受診勧奨を行うと共に、今までの接種歴の確認をかかりつけ医で行うことなどの周知をしっかりと行い、接種間違いがないように努めていきます。また、接種期間が1年間と限られているため、希望者の接種漏れがないよう、随時周知を行うとともに、分かりやすい情報提供に努めていきます。</p>

■現状（肺炎球菌予防接種）

区分	現状				
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
接種の状況 (%)	41.4	34.7	43.0	42.4	22.6

(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)

地域包括ケアシステム構築の入り口となる、総合事業を本格実施していくため、サービス整備と充実に努め、これまでの介護予防サービスの利用促進や、地域課題の把握や共有により、引き続き取り組んでいきます。

総合事業は、地域の実情に応じた住民などの多様な主体による、「多様なサービス」を充実させることで、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。

国の介護保険制度は、高齢者の各自能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援すること、また、要介護状態等の軽減、若しくは悪化の防止を理念としています。

一方で、地域全体へ自立支援・介護予防に関する普及啓発、介護予防の通いの場の充実、リハビリテーション専門職種等との連携や、口腔機能向上、低栄養防止、栄養改善にかかる活動の推進、多職種連携による取組の推進、地域包括支援センターの強化など、地域の実情に応じた様々な取組を行うことが重要となっています。

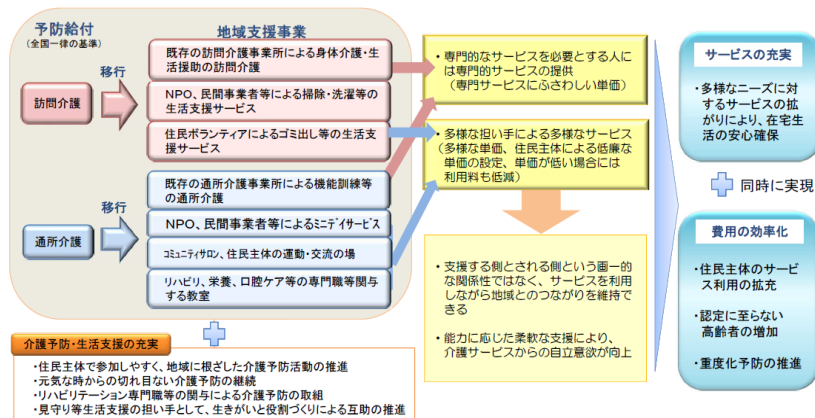
高齢者が要介護状態等となることの予防、または、要介護状態等の軽減、若しくは、悪化の防止の推進に当たっては、機能回復訓練等の高齢者への取組だけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことができる生活環境の調整や地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境への取組も含めた、バランスのとれた取組も重要となっています。

また、効果的な取組を実践するため、地域におけるリハビリテーションの専門職等の知見を活用しながら、高齢者の自立支援となる取組を推進することで、要介護状態等になっても、「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」を確立することが課題となっています。

更に、高齢者の方が、住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには、できるだけ元気な状態である必要があります。しかし、75歳を超えると介護が必要な人の割合が増えている状況があることから、介護が必要となる前に、適切な介護予防事業に繋げていく取組が必要となっています。

その他、元気な高齢者が人生経験と時間を活かしつつ、世代を超えた人とのつながりを持ち、自らの役割を感じて活躍できる社会の実現も求められていることから、元気な高齢者が地域の支え合い体制づくりに参加できるよう努めていきます。

また、令和3年度より総合事業の対象者の弾力化によって、一部のサービスにおいて要介護認定者についても利用可能になることから、介護予防・生活支援サービスの充実に努めることが重要となっています。



●総合事業を構成する各事業の概要及び対象者

総合事業は、要支援認定者及び基本チェックリスト該当者(総合事業対象者)に対して行う「介護予防・生活支援サービス事業」と、全高齢者及び総合事業の活動に関わる人を対象とした「一般介護予防事業」で構成されます。

種別	事業	概要	サービス
介護予防・生活支援サービス事業 ■対象者 ・要支援認定者 ・基本チェックリスト該当者	訪問型サービス	対象者に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援、居宅での相談支援、移動支援を提供します。	旧予防給付相当訪問介護訪問型サービスA(緩和基準サービス) 訪問型サービスB(住民主体) 訪問型サービスC(短期集中サービス) 訪問型サービスD(移送前後の生活支援サービス)
	通所型サービス	対象者に対し、機能訓練や集いの場等、日常生活上の支援を提供します。	旧予防給付相当通所介護通所型サービスA(緩和基準サービス) 通所型サービスB(住民主体) 通所型サービスC(短期集中サービス)
	介護予防ケアマネジメント	対象者に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようにケアマネジメントを実施します。	ケアマネジメントA(原則的な) ケアマネジメントB(簡略化したは、利用者の状態・意向等を踏まえ、予防ケアマネジメント) ケアマネジメントC(初回のみ) の介護予防ケアマネジメント)支援専門等により行われていません。
一般介護予防事業 ■対象者 ・第1号被保険者(65歳以上の方) ・その支援のための活動に関わる者	介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へ繋がります。	基本チェックリスト配布
	介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行います。	「元気はつらつ教室」 「貯筋運動教室」 「脳トレ運動教室」

○対象者判定のための基本チェックリストについて

相談窓口において、生活の困り事等の相談をした高齢者に対して基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、介護予防・生活支援サービス事業及び介護保険給付)の振り分けを行います。その方に、適切なサービス利用と提供に努めるためのものです。

■介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定者と基本チェックリスト該当者が利用できる事業です。訪問型サービス（掃除、洗濯等の日常生活上の支援）や通所型サービス（機能訓練や集いの場など）、介護予防ケアマネジメント（総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント）などを提供します。

ア 訪問型サービス

要支援認定者及び基本チェックリストにより把握された、閉じこもり、認知症、うつ等のおそれのある介護予防・生活支援サービス事業対象者を対象に、居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護や、その他日常生活上の援助を行うサービスです。

現在行っているサービスに加え、専門職が居宅での体力改善に向けた相談指導業務等のプログラムを行う短期集中予防サービスである訪問型サービスC、移動支援で、主にボランティアが主体となって外出時に移送前後の補助を行うサービスである訪問型サービスDについても関係機関や協議体等と連携を行い、事業の展開を検討していきます。

●旧予防給付相当訪問介護

■事業の概要	従来の介護予防訪問介護に相当するもので、認知機能の低下や退院直後等で、専門的なサービスが特に必要な方などへ提供される、訪問介護事業者（訪問介護員）によるサービスです。
■現状と課題	要支援者及び事業対象者の訪問型サービス利用のうち、約7割を占めます。資格を持った訪問介護員によるサービスのため、無資格者でも対応可能な掃除買い物等の生活支援のみのケースはその他の訪問型サービスで代替し、有資格者の技術が必要な身体介護や、見守りの援助による自立支援を促すようなケース中心にシフトしていく必要があります。
■今後の方針	掃除や買い物等の生活支援サービスはできるだけ住民主体のサービスにシフトし、より専門性が必要なケースでの利用を推進していきます。 <u>また、地域ケア会議等を利用し、単なる家事代行の生活支援でなく、利用者の自立に繋がるようなケースの増加を図ります。</u>

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
月間平均利用者数(人)	90	87	83	89	88	87	84
訪問型サービスに占める割合(%)	71.1	73.8	72.8	72.5	70.9	69.3	66.2

●訪問型サービスA(緩和基準サービス)

■事業の概要	緩和された基準により提供される訪問型サービスで、主に雇用労働者（訪問介護員）が生活援助として、日常生活に対する援助を行うサービスです。
■現状と課題	要支援者及び事業対象者の訪問型サービス利用のうち、約1～2割を占めます。資格要件が緩和されていますが、現状では旧予防給付相当と同じ事業者・人員によりサービス提供されており、利用者の状態に合わせて旧予防相当との判別を行っています。
■今後の方針	引き続き、利用者の状態に合わせて旧予防相当との判別を行い、掃除や買い物等の生活支援サービス中心に継続していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
月間平均利用者数(人)	21	16	18	19	19	19	20
訪問型サービスに占める割合(%)	16.6	13.5	16.1	15.4	15.4	15.4	15.4

●訪問型サービスB(住民主体)

■事業の概要	住民主体による支援であり、ボランティア等による生活援助を主体として、日常生活に対する援助を行うサービスです。築上町ではシルバー人材センターによりサービスが提供されています。
■現状と課題	要支援者及び事業対象者の訪問型サービス利用のうち、約1～2割を占めます。現状ではシルバー人材センターの提供可能な範囲で行っています。
■今後の方針	今後の専門職の不足が予測されることもあり、掃除や買い物等の生活支援サービスについては、できるだけ住民主体サービスで提供できるようにシルバー人材センターの提供者の拡充及び、ボランティア等の人材の育成を図っていきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
月間平均利用者数(人)	16	15	13	15	17	19	23
訪問型サービスに占める割合(%)	12.4	12.7	11.7	12.1	13.7	15.3	18.4

●訪問型サービスC(短期集中サービス)

■事業の概要	専門職が居宅での体力改善等に向けた相談指導業務等のプログラムを行う短期集中予防サービスです。
■現状と課題	現状は検討段階であり、サービス提供はありません。
■今後の方針	退院直後や閉じこもり・うつ状態等の虚弱高齢者が、生活環境を整え状態改善し、自立して社会参加に繋がられるように、通所型サービスCと併せて導入を検討していきます。

●訪問型サービスD(移送前後の生活支援サービス)

■事業の概要	介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行う移動支援で、主にボランティアが主体となって外出時に移送前後の補助を行うサービスです。
■現状と課題	現状は検討段階であり、サービス提供はありません。
■今後の方針	生活支援コーディネーター、協議体とともに、社会福祉法人の送迎車両空き時間を利用した移動支援や、その他の住民主体の移動支援等について検討していきます。

イ 通所型サービス

要支援認定者及び基本チェックリストにより把握された、閉じこもり・認知症、うつ等のおそれのある介護予防・生活支援サービス事業対象者を対象に、通所型サービス事業を実施していきます。

現在行っているサービスに加え、専門職が生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを3～6か月の短期間で行うサービスである通所型サービスCについても関係機関等と連携を行い、事業の展開を検討していきます。

●旧予防給付相当通所介護(デイサービス)

■事業の概要	従来の介護予防通所介護に相当するもので、集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれる方などに提供される、通所介護事業者の従事者によるサービスです。
■現状と課題	要支援者及び事業対象者の通所型サービス利用のうち、約6～7割を占めます。利用者の状態に合わせて、より専門性が必要な方へ提供できるよう、通所型サービスAとの判別を行っています。デイケア利用者増の背景から利用者は減少傾向です。
■今後の方針	今後の「住民主体の通いの場」の拡大に合わせて、交流を求める方はなるべく通いの場へ案内するようにし、専門性が必要な状態の方について利用を推進していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
月間平均利用者数(人)	134	103	79	79	73	67	55
通所型サービスに占める割合(%)	71.2	64.5	60.1	59.1	58.9	58.7	58.2

●通所型サービスA(緩和基準のサービス)

■事業の概要	緩和された基準により提供される訪問型サービスで、主に雇用労働者やボランティアが事業所内でミニデイサービスや運動・レクリエーション等を行うサービスです。
■現状と課題	要支援者及び事業対象者の通所型サービス利用のうち、約3割を占めます。資格要件が緩和されていますが、現状では旧予防給付相当と同じ事業者・人員によりサービス提供されており、利用者の状態に合わせて旧予防相当との判別を行っています。
■今後の方針	今後の「住民主体の通いの場」の拡大に合わせて、交流を求める方はなるべく通いの場へ案内するようにし、通いの場から遠くて通えない利用者等への利用を推進していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
月間平均利用者数(人)	50	53	48	52	47	43	35
通所型サービスに占める割合(%)	26.6	33.0	36.7	37.8	37.6	37.5	37.2

●通所型サービスB(住民主体)

■事業の概要	ボランティア主体(住民主体)で、通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービスです。築上町では社会福祉協議会によりサービスが提供されています。
■現状と課題	利用者は数名を維持しています。以前からの馴染みで通い慣れた方を中心に、サービス提供を継続しています。
■今後の方針	以前からの馴染みで通い慣れた方や、利用希望がある方などを中心に事業を継続していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
月間平均利用者数(人)	4	4	4	4	4	4	4
通所型サービスに占める割合(%)	2.2	2.5	3.2	3.1	3.4	3.8	4.6

●通所型サービスC(短期集中サービス)

■事業の概要	<u>専門職が生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを3~6か月の短期間で行うサービスです。</u>
■現状と課題	<u>現状は検討段階であり、サービス提供はありません。</u>
■今後の方針	<u>退院直後や閉じこもり・鬱状態等の虚弱高齢者が、心身の状況や生活習慣を改善し、自立して社会参加に繋がられるように、訪問型サービスCと併せて導入を検討していきます。</u>

ウ 介護予防支援事業(ケアマネジメント)

総合事業対象者を対象にケアプランを作成するとともに、事業実施の前後において効果の評価(アセスメント)を実施し、高齢者が要介護状態の予防や要介護状態の軽減と、悪化防止のためのマネジメントを行います。

●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)

■ <u>事業の概要</u>	従来の介護予防支援のプランと同様の帳票を活用し、プランを作成しています。
■ <u>現状と課題</u>	現在はケアマネジメントA(原則的なケアマネジメント)のみですべて対応しています。 利用者数については、年度によって福祉用具貸与等の予防給付利用者の変動による変動幅があることが想定されます。 住民主体サービス等であっても旧予防給付相当サービス等と同様のケアマネジメントを行っており、本人の状態やサービス内容に応じたケアマネジメントの種類の整備は行っていません。
■ <u>今後の方針</u>	旧予防給付相当サービス以外のサービスについて、事業内容にあったケアマネジメントにできるよう見直しを検討していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度
月間平均利用者数(人)	176	157	138	138	138	138	138

●ケアマネジメントB(簡略化した介護予防ケアマネジメント)

■ <u>事業の概要</u>	総合事業のメニューに応じた介護予防支援計画書帳票を使用し、必要時のみモニタリングを行います。モニタリング不要時の請求はありません。
■ <u>現状と課題</u>	現在はケアマネジメントA(原則的なケアマネジメント)のみですべて対応しており、築上町においてケアマネジメントBは整備していません。
■ <u>今後の方針</u>	総合事業のメニューに合わせた使用帳票、モニタリング頻度等を再考し、ケアマネジメントBとしての位置付けの必要性を検討していきます。

●ケアマネジメントC(初回のみ介護予防ケアマネジメント)

■ <u>事業の概要</u>	総合事業のメニューに応じた介護予防支援計画書帳票を使用し、サービス担当者会議とモニタリングは原則行いません。請求は初回のみとなります。
■ <u>現状と課題</u>	現在はケアマネジメントA(原則的なケアマネジメント)のみですべて対応しており、築上町においてケアマネジメントCは整備していません。
■ <u>今後の方針</u>	総合事業のメニューに合わせた使用帳票、モニタリング頻度等を再考し、ケアマネジメントCとしての位置付けの必要性を検討していきます。

■一般介護予防事業

元気な高齢者と介護予防・生活支援サービス事業対象者や要介護認定者を分け隔てなく、すべての住民の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が、継続的に拡大していくような地域づくりを推進していきます。

また、機能回復訓練等の高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくり等の高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含め、バランスのとれたアプローチができるような介護予防事業に努めていきます。

ア 介護予防事業対象者把握事業

基本チェックリスト配布や、保健師等の訪問活動による実態把握、主治医や民生委員等からの情報によって、閉じこもり等の何らかの支援を必要とする者を把握し、対象者の属性に応じて、運動教室や、通所型サービス等への利用勧奨に繋げていきます。

イ 介護予防普及啓発事業

高齢者の生活機能の維持・向上に向けた取組を普及させるため、介護予防教室の実施やパンフレットの配布、広報への掲載等を実施します

また、住民主体の通いの場が遠い方や、通いの場に馴染まない方など、様々な層に対応して介護予防の普及ができるよう、既存の教室の拡充・変更や、新規教室等の展開について検討していきます。

●元気はつらつ教室

■事業の概要	町内の社会福祉法人に委託により実施。運動器機能向上・口腔機能向上・栄養改善を行い、身体機能の低下や要介護状態になることを予防し心身機能や生活機能の向上に向けた支援を行います。
■現状と課題	定期的な開催は定着しているものの、年々参加人数が減少しています。新しく参加する一般高齢者を発掘するため、事業の周知をはじめ参加しやすい環境を整理して、より多くの人に事業に参加してもらえる工夫が必要です。
■今後の方針	定期的な教室の開催を継続し、多くの高齢者が参加できるような事業の周知をしていきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
実施回数(回)	52	47	33	50	50	50	50
延べ利用者(人)	582	464	333	500	500	600	600

※令和2年度は見込み数値。(感染症対策で回数縮小し、1回あたり人数減の上実施。)

●貯筋運動教室

■事業の概要	町内の介護予防に精通したNPO法人に委託により実施。健康運動指導士を派遣し、2週間に1回（合計12回）のボールやマット等を使った運動やストレッチなどを行い、自主的な介護予防ができるよう指導しています。
■現状と課題	健康運動指導士による指導により、楽しみながら介護予防効果を得られていますが、事業終了後の受け皿が少なく、継続的に介護予防ができなくなっています。
■今後の方針	継続的に介護予防に取り組んでいただけるよう、貯筋通帳の交付や自宅での体操方法の指導を行い、プログラム終了後の取組についても関係機関と連携し検討していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
実施回数（回）	24	24	24	24	24	24	24
延べ利用者（人）	622	710	286	666	666	666	666

※令和2年度は見込み数値。（感染症対策で1回あたり人数減の上実施。）

●脳トレ運動教室

■事業の概要	町内の介護予防に精通したNPO法人に委託により実施。健康運動指導士を派遣し、2週間に1回（合計8回）スクエアステップマットやストレッチ台を使った運動や頭の体操などを行い、自主的な介護予防ができるよう指導しています。
■現状と課題	健康運動指導士による指導により、楽しみながら介護予防効果を得られていますが、事業終了後の受け皿が少なく、継続的に介護予防ができなくなっています。
■今後の方針	継続的に介護予防に取り組んでいただけるよう、自宅での運動方法等の指導を行い、プログラム終了後の取組についても関係機関と連携し検討していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
実施回数（回）	8	8	8	8	8	8	8
延べ利用者（人）	192	173	86	182	182	182	182

※令和2年度は見込み数値。（感染症対策で1回あたり人数減の上実施。）

ウ 地域介護予防活動支援事業

自主的な地域介護予防活動を展開する組織を支援するため、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を図ります。

住民主体の通いの場の普及拡大に合わせ、運営助成などについて、事業を勧めながら検討していきます。また、元気な高齢者が支援を必要とする高齢者を支える「介護予防ボランティア制度」の検討も進めます。

エ 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が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、地域包括支援センターと連携しながら、住民主体の通いの場等を支援する事業です。リハビリテーション専門職と連携し、事業の活用について検討していきます。

(3) 包括的支援事業の推進

重度な要介護状態となっても、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保され、一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が求められています。これまでの取組を継続し、関係担当課の体制強化とともに、住民の見守りネットワークなどとの連携構築に努めていきます。

1) 地域包括支援センターの運営

■ 事業の概要	包括的支援事業は、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のための必要な援助を行うことにより、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援する事業です。 平成 28 年3月からは、包括的支援事業に加え、包括的支援事業の社会保障充実分(在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業)を実施しています。
■ 現状と課題	介護認定者及びひとり暮らし・高齢者のみ世帯・認知症高齢者の増加に加え、支援困難事例や高齢者虐待の対応も増えています。 住民同士の支え合いや住民ボランティア活動により、介護予防や認知症の取組を強化する仕組みを作る必要があります。
■ 今後の方針	保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員を配置し、専門職相互が常に連携・協働の体制を構築し、多様化・複雑化する課題に対応できるよう、専門機能の向上に努めていきます。 また、地域と積極的に関わりを持ち、地域の関係機関やボランティア、民生委員などとの連携を密にし、センターの機能が十分に発揮できるように努めていきます。

● 運営協議会の設置

地域包括支援センターの運営に当たっては、地域の関係者全体で協議、評価する場として地域包括支援センター運営協議会を設置しています。

事業の運営については、定期的に地域包括支援センター運営協議会を開催し、事業の内容について検討・協議を行い、公平・中立性を確保し、その円滑かつ適正な運営を図っていきます。

●地域包括支援センターが行う包括的支援事業

(ア)総合相談支援業務

地域に住む高齢者等に関する様々な相談を受け止め、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローします。

主な業務	<ul style="list-style-type: none">・地域における様々な関係機関などとのネットワーク構築・高齢者の心身の状況や家庭環境などの実態把握・サービスに関する情報提供などの相談対応や、継続的・専門的な相談支援・地域共生社会の観点に立った包括的な支援
------	---

(イ)権利擁護業務

高齢者等の権利侵害の予防や相談支援を行います。実態の把握を行うとともに、高齢者虐待、消費者被害、成年後見人制度利用などの対応を行います。

また、居宅において介護サービスを受けることが困難な方や、やむを得ない事由により施設入所が困難な方を必要な措置に繋げるなど、相談対応を行います。

主な業務	<ul style="list-style-type: none">・成年後見制度の活用促進・老人福祉施設などへの措置支援・虐待や困難事例への対応・消費者被害の防止
------	---

(ウ)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者の生活を支えるため、地域の様々な機関や専門職と連携を図り、支援チーム全体で継続的な支援を行います。また、地域の介護支援専門員の活動を支援します。

主な業務	<ul style="list-style-type: none">・包括的・継続的なケア体制の構築・介護支援専門員の個別相談・助言・介護支援専門員同士のネットワーク構築・支援困難事例などへの指導・助言
------	--

(エ)介護予防ケアマネジメント業務

介護予防・日常生活支援総合事業等を利用して、健康づくりや介護予防を実践するための介護予防ケアマネジメントを行います。要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者や要支援認定を受けた高齢者などに対し、心身の状況等を把握し、その対象者に応じた支援計画を作成、サービスの調整を行い、必要に応じて計画の見直しを行います。

主な業務	<ul style="list-style-type: none">・総合事業の介護予防ケアマネジメント業務・予防給付に関するケアマネジメント業務 (予防給付のケアマネジメントは指定介護予防支援事業所として実施)
------	---

2) 高齢者の権利擁護事業

高齢者等の権利侵害の予防や相談支援を行います。実態の把握を行うとともに、高齢者虐待、消費者被害、成年後見人制度利用などの対応を行います。

認知症などにより、判断能力が十分でない高齢者が、財産管理や日常生活での様々な契約などを行うときに、不利益にならないよう支援します。認知症高齢者の増加が予測され、高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう権利擁護の視点から専門的・継続的な支援が必要になっています。

また、居宅において介護サービスを受けることが困難な方や、やむを得ない事由により施設入所が困難な方に必要な措置を行います。

更に、高齢者虐待などの権利侵害への対応は、地域包括支援センターと連携し、高齢者本人の生命や財産を守るため、適切な対応を行います。

●成年後見制度推進事業

■事業の概要	成年後見制度が利用しやすく、身近な制度として活用できるように「中核機関」を設置し、成年後見制度の相談から申立支援、市民後見人の育成から活用まで、一体的に実施を行う事業です。
■現状と課題	成年後見制度を必要とする町民への支援のため「中核機関」の設置に向け、協議を行っています。 認知症高齢者の増加や家族関係の希薄により成年後見制度の利用ニーズが増えることが予測されます。地域包括支援センターと協働し、成年後見制度を利用しやすい環境整備を推進する必要があります。 また、成年後見制度利用促進に係る中核機関設置や地域連携ネットワークの整備について検討する必要があります。
■今後の方針	成年後見制度利用促進に係る中核機関の設置について、関係機関と協議を進めていき、早期の設置を目指します。

●成年後見制度利用支援事業

■事業の概要	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います。町長申立てに掛かる費用や後見人の報酬を助成する事業です。
■現状と課題	成年後見制度が身近な制度として活用してもらうため、地域包括支援センターと連携し事業の周知を図る必要があります。
■今後の方針	事業の周知や活用を推進し、成年後見制度を利用しやすい環境にしていきます。

▼成年後見制度の種類

類 型	任意後見制度 (判断能力のある人)	法定後見制度 (判断能力が不十分な人)		
		後見制度	保佐制度	補助制度
名 称	任意後見制度	後見制度	保佐制度	補助制度
対 象 者	判断能力のある人	日常生活で判断能力が欠けているのが通常の状態の人	日常生活で判断能力が著しく不十分な人	日常生活で判断能力が不十分な人
支 援 する人	判断能力があるうちに自分で任意後見受任者を決めておく。 判断能力が衰えたときには、申立てにより任意後見受任者が任意後見人となる。	本人または親族や町長の申立てにより裁判所が選任した成年後見人	本人または親族や町長の申立てにより、裁判所が選任した保佐人	本人または親族や町長の申立てにより、裁判所が選任した補助人
		配偶者や親族、市民後見人、弁護士・司法書士・社会福祉士などの専門職、社会福祉協議会などの法人から、家庭裁判所が本人にとって適切と思われる人や法人から選任する。		

●消費者被害について

悪徳な業者は、一人暮らしの高齢者に近づきます。悪徳業者による消費者被害にあったときは、まず相談しましょう。また、本人は被害にあったことに気付いていない場合や被害にあっても人に相談しないこともあります。周囲の人の日頃の声掛けや見守りが、消費者トラブルを未然に防ぐ手立てにもなります。

産業課商工係と連携し、消費生活センターと関係団体と情報共有の上、リーフレット等の作成・老人クラブ等関係団体に配布・広報誌の掲載を行っています。

また、近隣で被害が発生した際は、無線放送で注意喚起を行っています。

●高齢者虐待について

■事業の概要	高齢化に伴い認知症高齢者等に対する虐待が問題となる中で、高齢者の安心安全を保障する支援体制を整えます。 認知症高齢者等を介護する家族は、外からは分からない悩みや心身のストレス、孤立感や貧困の実態によって虐待を繋がることがあるため、介護者のケアにより虐待の未然防止に努めます。また、通報への対応、相談対応を行います。
■現状と課題	高齢者虐待は当事者が問題を認識しない場合もあり、対応する職員の技術・資質の向上が必要です。 地域住民や関係機関における日々の見守りや、虐待についての理解を深めることも重要です。
■今後の方針	介護サービス事業者や関係機関と連携を図り、早期発見・対応に努めていきます。 また、高齢者虐待に関する知識の普及に努め、相談窓口である地域包括支援センター職員が、専門知識を活用し対応できるように、専門研修の受講などにより資質の向上に努めていきます。

3)地域包括ケアシステムの確立・推進

認知症高齢者の増加や医療と介護の両方を必要とする人の増加など、団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025)年に向けて、また、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22(2040)年も見据えて、在宅医療と介護連携などの仕組みづくりを進めていきます。高齢者が医療や介護が必要になった状態でも、できる限り住み慣れた地域で安心した生活を継続するために、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供できる地域社会の支援体制「地域包括ケアシステム」の実現を目指します。

また、自治体などが提供するサービス(公助)だけでなく、介護保険サービスや医療保険サービスの給付(共助)、地域住民主体のサービスやボランティア活動(互助)、本人や家族によるセルフケアの取組(自助)など、多くの資源を有機的につなぎあわせ、助け合いによる「地域包括ケアシステム」の確立を目指します。

●地域ケア会議の推進

<p>■事業の概要</p>	<p>包括的支援事業の包括的・継続的ケアマネジメント業務を効果的に実施するため、多職種協働による検討を行い、地域のネットワークの構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進するため、地域ケア会議を設置しています。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備と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となっています。 地域の福祉・医療関係機関が集まり、個別ケースの検討やネットワーク構築を進める「地域ケア個別会議」と地域課題の把握や政策形成を行う「地域ケア推進会議」を設置しています。なお個別会議では自立支援を目的とした検討を行っています。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>個別会議の開催回数や個別ケースの検討件数を増やし、地域課題の把握を充実させます。地域ケア会議を活用し社会資源が有機的に連携できる環境整備や、多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」の構築を目指します。</p>

「地域ケア会議」の5つの機能	内容
<p>ア 個別課題の解決</p>	<p>多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントも実践力を高める機能</p>
<p>イ 地域包括支援ネットワークの構築</p>	<p>高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能</p>
<p>ウ 地域課題発見</p>	<p>個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能</p>
<p>エ 地域づくり資源開発</p>	<p>インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域に必要な資源を開発する機能</p>
<p>オ 政策形成</p>	<p>地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能</p>

4)在宅医療と介護の連携

病気を抱えても、住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けていくためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。豊前築上医師会に業務委託し、豊前市・吉富町・上毛町と協働で連携のための様々な取組を行っています。

今後も関係機関が連携し、多職種による在宅医療・介護を一体的に提供できる連携体制の構築を図ります。

事業内容	実施状況	今後の課題
(1) 地域の医療・介護の資源の把握	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を開設しました。	ホームページの活用状況を確認していくと共にホームページ開設の周知を継続します。
(2) 在宅医療・介護の課題の抽出と対応策 【多職種連携検討会】	多職種連携検討委員会にて地域の課題や解決策についての意見交換を行っています。	住民の声を拾う取組をしながら多職種間で事業の目的や目標設定を行う必要があります。
(3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (4) 医療・介護関係者の情報共有の支援	支援者間で連絡が取り合えスムーズに支援ができるように、必要な連絡先等が記載された携行カード『わたしのあんしん連絡カード』を作成しました。	あんしん連絡カードの利用促進を図ります。 入院のある医療機関とケアマネにアンケート調査を行い課題抽出します。
(5) 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ています。	多職種から出た意見を分析して課題抽出を行っていく必要があります。 豊築地区の在宅医療介護連携で強化しなければならない部分を意識した研修内容を検討します。
(6) 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住民啓発セミナーを実施します。	専門職の役割をもっと地域の方々に理解してもらうためにも、幅広い層の人に参加してもらえるようにする必要があります。
(7) 関係市町村の連携	事業の運営計画・実施状況の把握を協働で行っています。	二次医療圏を構成する市町や隣接する他県との連携について検討します。 各市町の地域ケア会議での地域課題を本事業に反映させる必要があります。
(8) 相談・支援 *築上町包括で実施	相談業務は地域包括支援センターで実施しています。相談内容は、退院後の在宅療養体制についての相談が最も多くなっています。	町内の医療機関との連携を強化し、スムーズな相談・支援ができるようにする必要があります。

5)生活支援サービスの体制整備

少子高齢化や家族・地域の繋がり希薄化等を背景に、一人暮らしなどで日常的な家族等の支援が受けられない高齢者の孤立、認知症高齢者の増加など様々な地域課題が生じており、誰もが住み慣れた地域で自分らしく生活できるように地域の支え合いを再構築していくことが求められています。

地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するため、協議体を設置し、協議体に生活支援コーディネーターを配置します。生活支援コーディネーターを中心に必要なサービスを創出していきます。

●生活支援サービスの体制整備(生活支援体制整備事業)

<p>■事業の概要</p>	<p>地域住民が主体となった生活支援・介護予防サービスの充実を図るため、生活支援体制整備事業を実施します。具体的には「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」を設置し、「生活支援コーディネーター」が「協議体」のネットワークを生かしながら、地域の互助を高め、住民主体のサービスが活性化されるよう、地域全体で高齢者の生活を支える体制づくりを進めます。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>築上町社会福祉協議会2名、築上町保険福祉課2名の計4名の生活支援コーディネーターを中心に、平成30年度より築上町協議体「助け合いチームきずき愛」を設置しています。協議体と連携し、生活支援体制の整備に向けて、ボランティア、自治会等とも協働の上、生活支援サービスの開発・ネットワーク化を進めていきます。</p> <p>地域の支え合い体制の充実を図り、ボランティアによる集まる場（コミュニティカフェ、地域食堂等）や生活支援サービスの充実を図っていきます。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>生活支援コーディネーターと連携を図り、地域の実情に即した課題の分析、地域資源の発掘や関係者相互のネットワークの構築を進めていきます。</p> <p>また、第2層（日常生活圏域ごと）の協議体の設置については、事業の進捗に応じて必要性を検討していきます。</p>

●生活支援コーディネーター配置予定

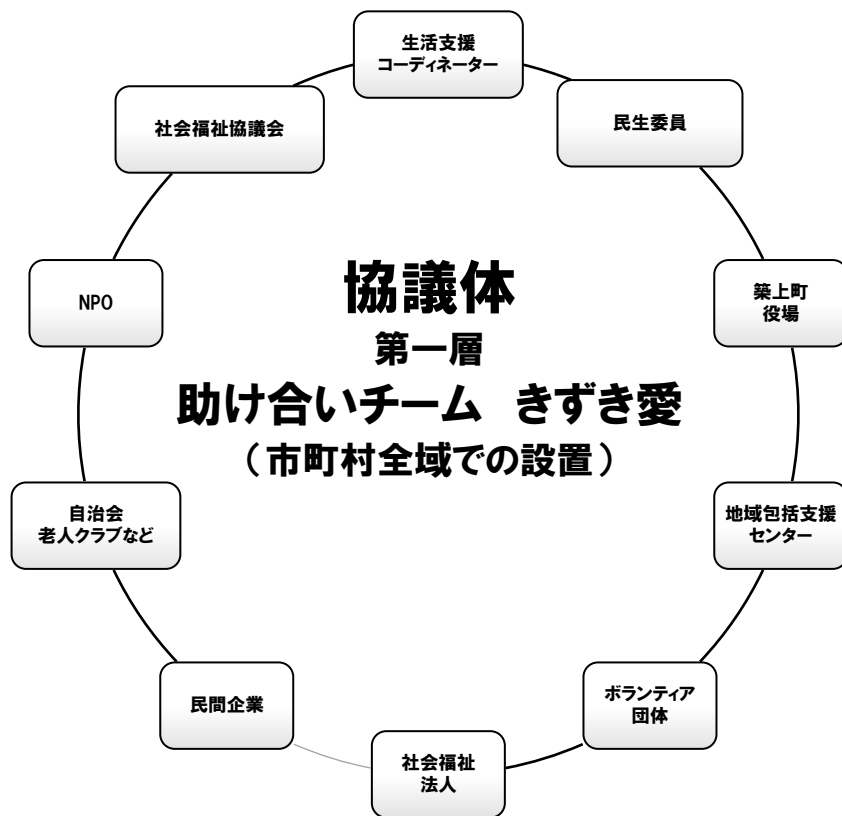
種類	区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
生活支援 コーディネーター	1層 (人数)	4	4	4	4

※地域の実情により多様な配置が可能

●協議体設置予定

種類	区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
協議体の設置	設置数	1	1	1	1

《生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置イメージ》



2. 認知症高齢者支援施策の推進(認知症「共生」・「予防」の推進)

我が国において平成24(2012)年で認知症の人の数は約462万人、軽度認知障害(MCI:Mild Cognitive Impairment)の人の数は約400万人と推計され、合わせると65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人、またはその予備軍とも言われています。

平成30(2018)年には認知症の人の数は、500万人を超え65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症とも推計されています。

認知症施策は、これまで「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を推進してきました。今後の更なる高齢化の進展と認知症高齢者の増加が見込まれる中で、政府は令和元年6月に「認知症施策推進大綱」(以下「大綱」)を取りまとめました。

大綱では、対象期間の令和7(2025)年まで、「共生」と「予防」*を基本的な考え方として、5つの柱に沿って(都道府県、市町村は4つの柱)施策を推進するとされています。

認知症施策をより充実させるため、認知症の人や家族の意見を踏まえた支援体制の整備を進めながら、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」とともに、大綱で示された「共生」と「予防」を基本的な考え方として、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」、障壁を減らす「認知症バリアフリー」、通いの場の拡大などの「予防」の取組を進めていきます。

本町においては、認知症に関する正しい知識と理解を持って、家庭において認知症高齢者が適切に在宅生活を送ることができるよう、地域包括支援センター相談窓口などに関する周知を充実していきます。

また、築上町徘徊高齢者等SOSネットワークをはじめ、町民、協議体、各種団体、ボランティア、サービス提供事業者など、地域全体で認知症高齢者を見守り、支えられる地域づくりに取り組むとともに、家族介護者の負担の軽減を図ることができるよう、社会福祉協議会などと連携し、チームオレンジの育成などを促進していきます。

更に、認知症になっても安心して暮らすことができるよう、早期発見・早期治療に結びつける体制づくりを、地域や医療機関等と連携しながら構築していきます。

その他、認知症に対し、住民一人ひとりが、誰もが関わる可能性のある病気であるという認識や正しい知識を持つことも重要であることから、地域住民が協力して、地域全体で見守る環境づくりを推進していきます。

※「共生」と「予防」の定義について

- ・「共生」：認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症であってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味。
- ・「予防」：「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。「予防」だけでなく、誰がいつどこで認知症になっても安心できる「備え」としての取組も必要となっています。

■認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)7つの柱と自治体で取り組むべき事項

認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)の7つの柱	築上町の取組
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と活動の支援、フォローアップ講座
2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	●認知症ケアパスガイドブックの普及 ●認知症初期集中支援チームの活用
3 若年性認知症施策の強化	●認知症ケアパスガイドブック配布などで周知に努める ●認知症サポーター養成講座での啓発
4 認知症の人・介護者への支援	●認知症初期集中支援推進事業の実施 ●認知症カフェ設置と設置に向けた技術支援 ●家族介護者交流事業(認知症家族介護者のつどい)
5 認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	●通いの場の整備・拡充 ●認知症カフェ等の増設設置検討 ●築上町徘徊高齢者等SOSネットワーク ●成年後見制度の活用促進 ●高齢者の虐待防止
6 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進	●最新の情報や研究等の成果を把握し、活用・普及を図る。
7 認知症の人やその家族の視点の重視	●認知症施策の企画・立案や評価へ、認知症の人やその家族の参画を求めます。

■認知症施策推進大綱 4つの柱と築上町で取り組む事項

認知症施策推進大綱 4つの柱	築上町の取組
1 普及啓発・本人発信支援	●認知症サポーター養成講座の開催 ●認知症ケアパスガイドブックの普及 ●ホームページ等による相談窓口の周知 ●啓発イベントの開催
2 予防	●認知症ケアパスガイドブックの普及 ●介護予防の通いの場への参加を促進
3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	●認知症地域支援推進員による周知活動 ●認知症初期集中支援チームによる支援活動 ●認知症家族介護者のつどいの開催 ●認知症カフェの開催支援 ●認知症ケアパスガイドブックの普及
4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援	●地域の見守り体制の構築(築上町徘徊高齢者等SOSネットワーク等) ●認知症カフェの開催支援 ●若年性認知症の人と家族への支援 ●成年後見制度の活用促進 ●高齢者虐待防止の取組 ●消費者被害防止の取組 ●認知症サポーター等による支援チームが、支援ニーズに沿った活動を行う「チームオレンジ」の検討

(1)認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症カフェ「オレンジカフェきづき」、認知症サポーター養成講座、映画上映会をはじめとする認知症への理解を深めるためのイベント等を開催し、住民の方へ認知症への理解を深める取組を行っています。

また、広報紙に特集記事を掲載し、発行に併せて「認知症ケアパスガイドブック」(認知症ケアパス)をホームページに掲載するなど認知症理解のための啓発に努めています。

①認知症カフェ実施事業と運営協力

■事業の概要	認知症カフェ「オレンジカフェきづき」で認知症の人やその家族を含め、誰でも気軽に参加でき、カフェのようにお茶を飲みながら語り合う交流の場です。 また、認知症介護の専門職に相談することもでき、同じ経験を持つ人との情報交換ができる、つどいの場でもあります。
■現状と課題	認知症カフェ「オレンジカフェきづき」の利用者は概ね一定数を維持しています。一方で、介護相談の場並びに認知症の人の介護者の負担軽減を図る場としての利用が少ない状況です。
■今後の方針	認知症地域支援推進員を中心に認知症カフェの機能充実に努めます。今後も、広報紙やホームページ、認知症への理解を深めるためのイベントなど様々な形での普及啓発の取組を行っていきます。 また、認知症サポーターからのステップアップ講座などによるボランティアの育成と、ボランティアが認知症カフェでの活躍できるような体制づくり、現状利用が少ない介護相談の場としてのカフェの機能充実もしくはカフェの増加に向けて協議を進めていきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
認知症カフェ(か所)	1	1	1	1	1	1	2

②認知症サポーター養成事業

■事業の概要	認知症になっても安心して暮らせる町づくりを目指し、認知症の人やその家族を見守る応援者である認知症サポーターを養成する事業です。
■現状と課題	認知症サポーター数増加を目指し、継続して認知症サポーターの養成講座の開催・周知に努めます。 今後も、広報紙やホームページ、認知症への理解を深めるためのイベントなど様々な形での普及啓発の取組を行っていきます。
■今後の方針	町内の企業や団体をはじめ教育委員会等との連携を図り、養成講座開催を進めていきます。 今後は、認知症サポーターの組織化により、 <u>チームオレンジコーディネーター</u> を中心とした支援チーム「チームオレンジ」(認知症サポーター活動促進事業)を令和7年度までに整備できるよう準備を進めていきます。

■現状・見込み

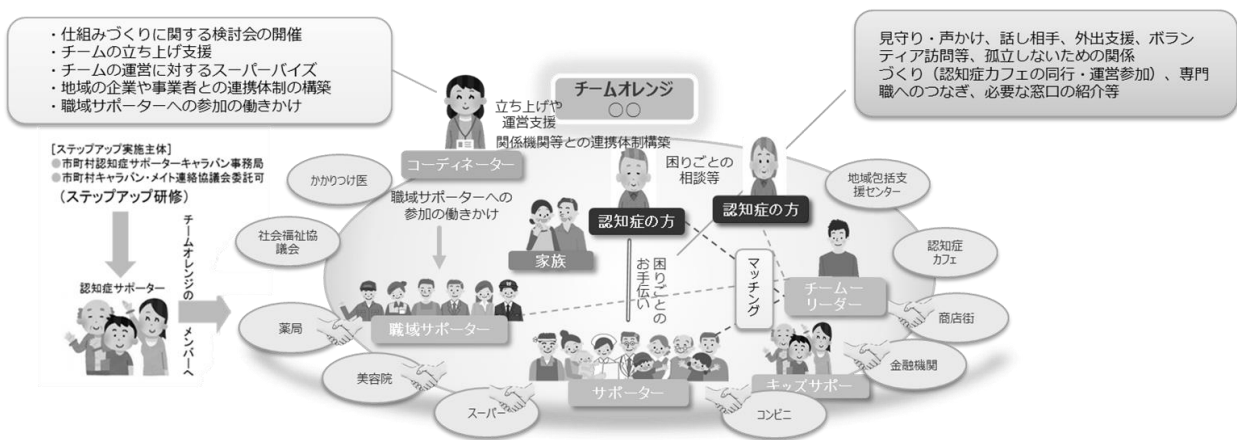
区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
サポーター養成数(人) *累計の数	351	598	650	750	850	950	1150
養成講座実施回数(回)	2回	5回	8回	10回	10回	10回	10回

■認知症サポーター・キャラバンメイト数

区分	平成21～令和2年度
サポーター(人)	607
キャラバン・メイト(人)	23

出典：市町村別キャラバン・メイト数、認知症サポーター数（令和2年9月30日現在）

○チームオレンジのイメージ



出典：厚労省「認知症施策推進大綱等」資料より

(2)認知症の状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

認知症に関する介護予防の推進として、「元気はつらつ教室」「脳トレ運動教室」「貯筋運動教室」等、各種教室を開催しています。

また、認知症が疑われる人や認知症の人に専門職が関わり支援する初期集中チームを平成29年10月に設置し、平成29年11月には認知症の状態に応じた医療・介護・生活支援のサービスを紹介した「認知症ケアパスガイドブック」を発行しています。

認知症予防・介護予防は、行政の取組だけでなく、住民による地域での予防活動の創出や普及が必要です。個人や仲間での予防活動に対する相談や支援ができるような体制整備に努めます。また、認知症初期集中支援チームによる支援、認知症ケアパスの活用により、適切な支援の提供に努めます。

①認知症初期集中支援推進事業

■事業の概要	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暮らし続けるため、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下、「支援チーム」という。）が、早期診断や早期対応に向けた支援を行う事業です。
■現状と課題	認知症専門医を含む専門職の支援チームにより迅速かつ集中的に支援するものですが、認知症専門医の判断により今のところチームでの活動には至っていません。
■今後の方針	今後はより積極的に支援チームが活用できるよう、円滑に活動できる体制づくりと認知症支援の技術向上に努めていきます。また、支援チームについて、町民や関係機関への周知を進めていきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
支援対象者数（人）	0	0	0	1	2	3	5

(3)若年性認知症施策の強化

若年性認知症の相談は少ないものの、介護サービスのほか、就業等の社会生活に関する事、経済的なこと等、相談内容が多岐にわたるため支援が複雑になることがあります。若年性認知症の相談は、今後増えることが予想されます。適切な支援ができるように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を図り、支援の技術の向上と体制整備に取り組みます。また、福岡県が発行している若年性認知症ハンドブック(平成31年3月改訂版)の配布等で啓発にも努めます。

(4)認知症の人の介護者への支援

認知症介護相談会及び総合相談にて認知症の人や介護者の相談に応じています。認知症の人の介護者は、精神的、肉体的な負担が大きく、その負担を軽減するための支援が必要です。通所サービスやショートステイを利用することも一つの方法ですが、介護者に対する直接的な支援として認知症の人の家族の集いを開催しています。

①家族介護者交流事業(認知症の人の家族のつどい)

■事業の概要	認知症の人を介護する家族が、お互いの経験や悩みについて話し合える場を提供し、介護者の不安やストレスの軽減ができるよう支援する事業です。
■現状と課題	介護者に対する直接的な支援として認知症の人の家族の集いを開催していますが、「家族の会」の組織化には、まだ至っていません。
■今後の方針	ひとりでも多くの介護者が集いの場に参加できるよう、活動を広く周知します。 また、認知症カフェと連動的に開催するなど、活動の幅を広げる取組を検討していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
延参加人数(人)	10	13	10	20	20	30	30

(5)認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人を含む高齢者や介護者の支援や環境整備に努めています。

団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年へ向けて、認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができるような地域づくりを推進します。

①認知症地域支援推進事業

<p>■事業の概要</p>	<p>認知症の人やその家族を支援する相談業務を行い、医療機関や介護サービス事業所との連携を図るための支援を行う認知症地域支援推進員(以下、「推進員」)を地域包括支援センターに1名体制で配置しています。 推進員を中心として、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とする事業です。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>個別のケースには症状や状況に応じた相談対応をしています。また、築上町徘徊高齢者等SOSネットワーク事業による徘徊高齢者等の安全確保に努めています。 認知症への理解を深めるためのイベントでは、住民参画による実行委員会で企画運営し、町民の認知症に対する理解の普及を行っています。また、映画上映会などの啓発イベントを実施しています。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>認知症施策の企画調整を行う推進員を複数配置し、認知症の人や家族を地域で支える体制づくりを進めていきます。 また、認知症ケアパスガイドブックの普及や認知症への理解を深めるためのイベントを開催していきます 認知症の人やその家族が安心して地域で生活することができるよう、町民と関係機関に対して情報発信と周知も行います。</p>

②チームオレンジの体制構築

<p>■事業の概要</p>	<p>大綱では令和7(2025)年に向けて全市町村で、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」することが掲げられています。</p>
<p>■現状と課題</p>	<p>チームオレンジを整備するために、立ち上げや運営支援を担うチームオレンジコーディネーターコーディネーターの配置に向けて準備を進めています。</p>
<p>■今後の方針</p>	<p>チームオレンジコーディネーターコーディネーターを中心に、他市町村の事例を参考にして、関係者間で事業展開についての協議を進めます。生活支援コーディネーター、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を進めていきます。</p>

3. 高齢者福祉サービス(介護保険対象外)の推進

(1)生活支援事業

①外出支援サービス事業

■事業の概要	要介護認定で「要支援」と認定された在宅の非課税世帯に属する高齢者に対して、通院時に利用するタクシー料金の一部を助成する事業です。
■現状と課題	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ています。利用券1枚の助成額は小型タクシー初乗運賃に相当する額で、利用限度は月2枚までです。
■今後の方針	移動支援の拡充のため、対象者の要件等の見直しを検討していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
対象者数(人)	23	20	25	23	23	24	24
利用回数(件)	361	422	336	392	396	400	407

②訪問理美容サービス事業

■事業の概要	概ね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯並びに身体障害者であって、加齢、心身の障害及び傷病等の理由により理髪店や美容院に出向くことが困難である高齢者に対して行う出張サービスです。
■現状と課題	この事業は、本町の理美容組合の協力のもとで実施しており、利用者は理美容実費を負担し、利用券で出張費用を助成しています。
■今後の方針	利用者は少ないものの在宅高齢者の保健福祉向上のため、今後も事業を継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
対象者数(人)	2	4	4	4	4	4	4
利用回数(件)	5	9	9	8	8	8	8

③寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業

■事業の概要	概ね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者並びに身体障害者であって、加齢、心身の障害及び傷病等の理由により寝具類等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、水洗い及び乾燥消毒等を行うサービスです。
■現状と課題	寝具類等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ています。
■今後の方針	高齢者の在宅での寝具類の衛生管理・保持のため事業は継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
延回数(件)	19	13	11	14	14	14	14

④緊急通報体制整備事業

■事業の概要	概ね65歳以上で、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ています。体調が悪い時等に緊急ボタンを押すと、直接消防署につながり、発信者の特定ができるシステムです。また、相談ボタンを押すと町内2カ所の社会福祉法人の相談員につながり、24時間相談することができます。
■現状と課題	万が一応答がない場合は、近隣の協力員と連絡を取りながら救急車が出動する等、24時間体制で対応しており、利用者は多数です。機器の保有台数は、一定数確保しています。
■今後の方針	緊急通報装置設置台数に大きな増減は見られませんが、今後、独居や高齢者のみの世帯が増加すると見込まれるため、機器の保有台数を一定数確保します。また、定期的に登録内容の確認を行い、随時登録内容の更新を行います。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
設置台数(台)	261	248	261	262	265	268	273

⑤在宅寝たきり介護手当

■事業の概要	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、介護手当を支給することにより、介護の労をねぎらい、併せて高齢者福祉の増進を図っています。
■現状と課題	在宅で介護した日数が1か月につき15日以上の場合には全額支給とし、15日未満の場合は、当月分は支給しないこととしています。
■今後の方針	長期にわたる在宅介護の労をねぎらうため、事業を継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
対象者数(人)	11	10	10	11	11	11	11
延支給人員(人)	31	27	24	27	27	27	27

⑥住宅改造資金助成事業

■事業の概要	在宅の要介護・要支援の認定者若しくは障害のある方に、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、高齢者等の生活の質の向上を図っています。
■現状と課題	対象者の条件に、住民税非課税世帯であることと、介護保険住宅改修費支給限度基準額に達している必要があるため、利用者の目立った増加はみられません。
■今後の方針	在宅での生活継続の支援のため、事業を継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
利用者数(人)	4	3	4	5	5	5	5

(2)介護予防・地域支え合い事業

①生活管理指導短期宿泊事業

■事業の概要	要介護高齢者、一人暮らし高齢者等に対して、要介護状態に陥らないために、一時的に介護老人福祉施設等に保護し、日常生活に対する指導・支援を行っています。
■現状と課題	介護保険制度がスタートして短期保護事業（ショートステイ）が介護保険給付サービスに移行したため、対象者のほとんどの方が介護保険のショートステイを利用しています。当事業は一時保護等の緊急時に限られるため、利用者は少数です。
■今後の方針	利用者は少ないものの、高齢者虐待の一時保護等の緊急時に備えて事業は継続し、その周知を図ります。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
利用者数（人）	2	1	1	1	1	1	1

②「食」の自立支援事業

■事業の概要	65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する高齢者及び重度身体障害者のみの世帯に属する高齢者で、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・提供し、高齢者にとって安らぎのある生活を支援しています。その際に、利用者の安否確認と孤独感の解消に努め、健康状態に異常があるとき等は関係機関への連絡を行っています。
■現状と課題	平日に加え、土曜日・日曜日・祝日・盆・年末の配食を実施しており、配食数は増加していくと見込まれます。
■今後の方針	高齢者世帯の増加に伴い、今後も利用者の増加が予想されるため、制度の改正を行いながら継続していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
年間利用者数(人)	182	170	154	158	162	166	174
年間延食数（食）	33,216	30,088	23,601	25,865	28,129	30,393	35,021

③在宅介護支援事業

■事業の概要	紙おむつ等を必要とし、要介護に認定された高齢者を、在宅で介護している世帯の身体的・精神的・経済的な負担の軽減を図り、高齢者の生活の質の向上を目的としています。紙おむつ等を必要とする方（所得要件・介護認定時の判定基準あり）に対し、紙おむつ等給付券を支給しています。
■現状と課題	要介護高齢者の増加に伴い、利用者も増加傾向にあります。
■今後の方針	高齢化による利用者の増加が予想されるため、今後も継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
支給実人数（人）	36	38	34	36	36	36	36
延支給数（月）	366	362	338	355	355	355	355

④徘徊高齢者等SOSネットワーク事業

■事業の概要	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図ることを目的としています。
■現状と課題	延べ登録者数は13名となっています。ネットワークがより機能していくように、様々な機関と連携できるように調整していきます。
■今後の方針	築上町徘徊高齢者等SOSネットワーク事業の情報発信を行い、住民への周知を図っていきます。また、登録者とその家族への支援の輪を地域に広げていくよう努めていきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
利用申請件数（件）	5	6	0	4	4	4	4

(3)その他の事業

①敬老祝金支給

■事業の概要	高齢者に対し敬老祝金を給付することにより、敬老の意を表し、併せて高齢者福祉を増進することを目的としています。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ています。
■現状と課題	年度末までに支給申請がない場合は、当該年度の受給権がなくなります。
■今後の方針	高齢化による対象者の増加と町財政に与える影響を勘案しながら、事業を継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
支給者数(人)	2,290	2,332	2,439	2,416	2,458	2,500	2,584

②福祉電話貸与

■事業の概要	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、安否確認の手段とするものです。
■現状と課題	携帯電話の普及により、遠隔地との連絡手段が全くないケースが減少しており、令和2年度末の利用者は2人となっています。平成26年度から、貸与者不在により休止している回線の管理を財政課管財係に移管しています。
■今後の方針	携帯電話の普及により年々利用者は減少傾向にありますが、事業を継続します。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
利用者数(人)	4	3	2	2	2	2	2

③救急医療情報キット配布事業

■事業の概要	高齢者や障害のある方に対し、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することにより、救急時の適切な医療活動に寄与し、安心して生活できる環境を整備することを目的としています。
■現状と課題	民生委員、児童委員協議会の協力により配布しています。
■今後の方針	保管している医療情報の定期的な更新を促し、利用者の救急時に対応できるよう努めます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
配布者数（人）	34	19	12	22	22	22	22

④ひとり暮らし高齢者等見守り事業

■事業の概要	ひとり暮らし高齢者や要援護者の不安と孤独感を解消し、安心して暮らせる環境づくりを推進することを目的としています。平成24年度から「築上町ひとり暮らし高齢者等見守りマップシステム」を導入し、築上町社会福祉協議会と連携し、見守り体制の実施及び安否確認を行っています。
■現状と課題	「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っています。 ○協定事業所（順不同） ・読売新聞販売店築上店 ・毎日新聞椎田・築城販売店 ・西日本新聞販売店築城店 ・朝日新聞販売店行橋・築上店 ・築上町内の郵便局 ・九州電力株式会社行橋営業所 ・エフコープ生活協同組合京築支所 ・グリーンコープ生活協同組合京築支部 ・セブンイレブン・ジャパン ・公益社団法人福岡県医薬品配置協会
■今後の方針	見守りマップシステムの定期的な情報更新を行います。今後も築上町社会福祉協議会及び協定事業所との連携の下、ひとり暮らし高齢者等の見守りを行います。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
協定事業所数（件）	11	13	13	13	13	13	13

(4)施設サービス

①介護予防拠点施設

■事業の概要	老人憩いの家「やまさと」 築上町大字寒田527番地1 概ね60歳以上の方の健康の保持、教養の向上、レクリエーション等の自発的な活動及び活発な交流のための場として、ふれあい健康サロン等に利用されています。
■現状と課題	地元住民の利用が主であり、利用者は少数です。
■今後の方針	介護予防拠点施設として、また、地域住民の自発的な活動及び交流の場として利用の拡大を図っていきます。

②高齢者ボランティア育成施設

■事業の概要	高齢者ボランティア育成施設 築上町大字上別府73番地 地域ボランティア活動の育成を図る事業の一環として、定年退職者等に対し、ボランティアとしての育成を目的として設置しています。
■現状と課題	老人クラブを主体とした利用が主で、その他の利用は少数です。
■今後の方針	高齢者の生きがいづくりや、高齢者が地域づくりの主役となるための一つの拠点としての利用促進を図ります。

4. 生きがいづくり・社会参加活動の推進

(1) 老人クラブ活動支援

■ 事業の概要	概ね 60 歳以上の方を会員として、会員の教養の向上、健康増進、地域の安全・安心を支える支援活動、レクリエーション等の諸活動が組織的に行われています。
■ 現状と課題	現在、65 歳以上 6,594 人、70 歳以上 5,162 人で老人クラブに加入している人は 1662 人（うち男性 640 人、女性 1022 人）。高齢化に伴い、役員の担い手・自家用車運転者の不足等が生じ、各種会合や行事などへの参加ができない等の理由から老人クラブを廃止した地域があります。また、新規会員の確保が大きな課題となっており、魅力ある活動となるよう活動内容の検討が必要です。
■ 今後の方針	老人クラブの自主性を尊重しつつ、老人クラブ連合会と連携して会員が老人クラブを通じて健康づくり・生きがいづくり・仲間づくり等の活動を行いやすくするための支援を行います。また、会員一人ひとりが地域づくりの主役となるよう老人クラブの育成を行います。

■ 現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度
老人クラブ数（団体）	34	32	31	31	31	31	31

(2) 老人クラブ連合会が行う健康づくり事業

① 料理教室

■ 事業の概要	高齢者が料理への関心を持ち、改めて食と健康を再認識し、自らの力で料理に挑戦しようとする意欲を促進できるよう、料理教室を実施し、食生活の改善及び健康増進を図っています。
■ 現状と課題	高齢化に伴い、役員の担い手・新規会員の確保が大きな課題となっています。
■ 今後の方針	今後も参加者同士の交流の場として高齢者の孤立の予防・健康増進のため、事業を継続していきます。

■ 現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 7 年度
参加人数（人）	213	260	0	236	236	236	236

②スポーツ大会等

■事業の概要	スポーツを通じて、疾病や閉じこもりを予防し、自身の自立支援に繋がるとともに、社会参加への促進を図ることを目的としています。
■現状と課題	高齢化に伴い、役員の担い手新規会員の確保が大きな課題となっています。
■今後の方針	野外でのスポーツだけでなく、公民館・体育館等の室内でできる体力測定を継続して行い、健康管理の促進を図ります。

■各種大会実績現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
ゲートボール(人)	27	25	0	26	26	26	26
ペタンク(人)	85	91	0	88	88	88	88
グラウンドゴルフ(人)	222	213	0	218	218	218	218
囲碁(人)	17	18	0	18	18	18	18
合計(人)	351	347	0	350	350	350	350

(3)敬老祝賀事業

■事業の概要	高齢者を敬い、長年の労をねぎらう意味から、77歳以上の高齢者を招待し、表彰及び記念品の贈呈等の式典並びにアトラクションを行う敬老祝賀会を自治会等の協力のもと開催しています。
■現状と課題	各自治会で実施する敬老祝賀事業への交付金を交付しています。
■今後の方針	高齢者にとって魅力ある敬老祝賀会の開催や、実施方法を検討していきます。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
実施回数(回)	1	1	1	1	1	1	1
対象人数	3,126	3,235	3,273	3,320	3,370	3,420	3,520

(4)高齢者の生きがい教室

■事業の概要	高齢者にとって何より大切なことは、生涯にわたって自分が家族・社会のために貢献しているという生きがいです。このため、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ります。
■現状と課題	誰でも気軽に参加できるように、すべての教室を初心者向けにしていますが、年度毎で受講生を決定するため、年度途中での新規参加はできません。
■今後の方針	今後は、更に教室を充実していくと同時に、講師や教室、新規の受講生の募集に努めます。

■高齢者生きがい教室実績 現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
陶芸教室（人）	8	7	8	8	8	8	8
表装教室（人）	5						
書道教室（人）	20	19	14	18	18	18	18
ヨガ教室（人）	32	32	35	33	33	33	33
フラダンス教室（人）	12	12	12	12	12	12	12
合計（人）	77	70	69	71	71	71	71

(5)シルバー人材センター

■事業の概要	高齢者の活発な社会参加を促すため、雇用機会や就業機会を確保しています。
■現状と課題	会員の平均年齢の高齢化と会員数の減少により、受注から作業実施まで時間を要す状況です。
■今後の方針	高齢者の人材活用の一翼として、シルバー人材センターの育成やシルバー会員の就業確保のための支援を行います。

■現状・見込み

区分	現状			見込み			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
就業実績（千円）	81,046	89,134	88,818	89,706	90,603	91,509	93,339
就業実人員（人）	16,376	17,291	17,131	17,302	17,475	17,650	18,003

5. 安心して生活できるまちづくり

近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、築上町においても、災害と感染症発生時の対応については、築上町地域防災計画と築上町新型インフルエンザ等対策行動計画に沿って、福祉事業者や介護事業者等への情報提供や連携をしながら、高齢者の生活を支える施策に取り組めます。

(1)災害への対策

築上町地域防災計画に沿って、災害時の被害を最小化し、被害の迅速な回復を図る「減災」の考え方を防災の基本理念とし、地震や水害等に対して高齢者の生活を支える施策に取り組めます。また、国や福岡県、近隣市町とも連携しながら実施していきます。更に、災害発生時は住民自らが主体的に判断し、行動できることが必要であることから、災害教訓の伝承や防災教育の推進により、防災意識の向上に努めるように促していきます。また、福岡県が実施している「防災メール・まもるくん」の周知に努めます。

ア 避難行動要支援者避難支援プランに基づき、事業に関する普及啓発に努め、より広範囲で避難行動要支援者への支援体制の整備を図ります。また、介護事業者等と連携を進め、支援体制の整備を推進します。

イ 福祉避難所(高齢者)施設の拡充に取り組んでいくとともに、協定施設と連携して訓練や検討会等を実施するなど、災害時の実効性を高める取組を進めます。また、多様化する自然災害に備えるため、今後の福祉避難所の開設時期や必要となる備蓄物資・器材の選定や確保の方法等を検討します。

ウ 災害時の在宅避難者の状況確認のため、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、保健福祉サービス事業者等と連携し、在宅で避難生活を送る要配慮者に対して、訪問等による健康状態の確認や福祉ニーズを把握する体制の整備を図ります。

(2)新感染症の大規模発生時の対応

築上町新型インフルエンザ等対策行動計画に沿って、高齢者等が、新型コロナウイルス感染症を含む新感染症等に対し、正しい知識を持って予防策を実践できるよう働きかけるとともに、大規模発生時には、国や福岡県、近隣市町、関係機関との連携・協力のもと、高齢者等への感染症のまん延予防に最大限努めながら、正しい知識の啓発も進めます。

ア 事業者や住民一人一人が、感染予防や感染拡大防止のための適切な行動や備蓄等の準備を行えるよう、日頃からの手洗い等の対策が行えるよう啓発を行っていきます。また、介護事業者へ感染症発生時の事業継続への備えについて、啓発をしていきます。併せて、新感染症等の健康危機の発生時に備え、関係機関(医療・警察・消防等)とも連携していきます。

イ 新感染症等の健康危機の発生時には、関係機関との連携・協力のもと、高齢者等への健康危機に関する正確な情報提供や相談できる体制の整備を図ります。また、生活の維持に向けて、社会福祉施設等の運営維持や、支援を必要とする高齢者等への対応などを関係団体等と連携しながら、速やかに適切な対応を行います。

6. 介護保険給付サービスの推進(介護保険事業について)

本町は、福岡県介護保険広域連合の構成市町村であり、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。

(1)介護サービス(要介護1～5の方)

1)居宅サービス

サービス名	内容
＜訪問系＞	
①訪問介護 (ホームヘルプサービス)	訪問介護員(ホームヘルパー)が居宅を訪問して、入浴・排せつ・食事等の身体介護や、調理・洗濯・買い物等の家事援助等を行うサービスです。
②訪問入浴介護	サービス提供者が居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行うサービスです。
③訪問看護	看護師等が居宅を訪問して、主治医の指示書に基づいて、療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスです。
④訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問して、主治医の指示に従って、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。
⑤居宅療養管理指導	医師・歯科医師・薬剤師等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスです。
＜通所系＞	
⑥通所介護 (デイサービス)	デイサービスセンター等に通い、入浴・食事等の提供や日常生活上の世話、機能訓練等を行うサービスです。
⑦通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設・病院等に通い、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。
＜短期入所＞	
⑧短期入所生活介護 (ショートステイ)	介護老人福祉施設等に短期入所し、入浴・排せつ・食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練等を行うサービスです。
⑨短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)	介護老人保健施設等に短期入所し、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及び日常生活上の世話を行うサービスです。
＜その他＞	
⑩特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等に入居して、施設職員が、入浴・排せつ・食事等の介護やその他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。
⑪福祉用具貸与・購入費の支給	車椅子やベッドなど福祉用具の貸与を行うサービスです。また、排せつや入浴に使われる用具等貸与になじまない福祉用具の購入費用を支給するサービスです。
⑫住宅改修費の支給	手すりの取り付けや段差解消等の小規模な住宅改修を対象として工事費用の助成をするサービスです。

サービス名	内容
⑭居宅介護支援	介護支援専門員(ケアマネジャー)が行うサービスで、居宅介護サービスを適切かつ総合的に利用できるよう、利用者の心身の状況や環境の課題分析、家族や本人の希望に基づいた内容の介護サービス計画(ケアプラン)を作成します。

2)施設サービス

施設名	対象者(例示)	提供されるサービス
①介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常時介護が必要な方で、在宅生活が困難な要介護認定者 ※要介護1・2の方は原則利用できません。	①入浴・排せつ・食事等の介護、その他日常生活上の世話 ②機能訓練 ③健康管理 ④療養上の世話
②介護老人保健施設 (老人保健施設)	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリ・看護・介護を必要とする要介護認定者	①看護 ②医学的管理の下での介護 ③機能訓練その他必要な医療 ④日常生活上の世話
③介護療養型医療施設	急性期の治療が終わり、医学的管理の下で長期療養を必要とする要介護認定者	①療養上の管理 ②看護 ③医学的管理の下での介護その他の世話 ④機能訓練その他必要な医療

3)地域密着型サービス

サービス名	内容
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	訪問介護と訪問看護が一体的または緊密に連携しながら、日中・夜間を通じて定期巡回訪問と随時の対応を行います。
②夜間対応型訪問介護	居宅要介護者について、夜間において定期的な巡回訪問により、又は通報を受け、その者の居宅において介護福祉士等が入浴・排せつ・食事等の介護・日常生活上の緊急時の対応・その他の援助を行います。
③認知症対応型通所介護	居宅要介護者で認知症である方について、老人デイサービスセンター等に通所し、当該施設において入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
④小規模多機能型居宅介護	居宅要介護者について、利用者の状態や希望に応じて、通い・訪問・泊まりを組み合わせ、入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
⑤認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	要介護者で認知症である方について、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練を行います。
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	入居定員が 29 名以下である有料老人ホーム等に入居し、入浴・排せつ・食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。

サービス名	内容
⑦地域密着型介護老人保健福祉施設入所者生活介護	入居定員が29名以下である地域密着型特別養護老人ホームに入所し、入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理と療養上の世話をを行います。
⑧複合型サービス	小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅介護サービスや地域密着型介護サービスを組み合わせて提供します。

(2)介護予防サービス(要支援1・2の方)

1)居宅サービス

サービス名	内容
＜訪問系＞	
①介護予防訪問入浴介護	サービス提供者が居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行うサービスです。
②介護予防訪問看護	看護師等が居宅を訪問して、主治医の指示書に基づいて、療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスです。
③介護予防訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問して、介護予防を目的としたリハビリテーション(機能訓練)を行うサービスです。
④介護予防居宅療養管理指導	医師・歯科医師・薬剤師等が居宅を訪問し、介護予防を目的とした療養上の管理や指導を行うサービスです。
＜通所系＞	
⑤介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	介護老人保健施設・病院等に通り、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーション(機能訓練)を行うサービスです。
＜短期入所＞	
⑥短期入所生活介護(ショートステイ)	介護老人福祉施設等に短期入所し、入浴・排せつ・食事等の支援や、機能訓練等を行うサービスです。
⑦短期入所療養介護(医療型ショートステイ)	介護老人保健施設等に短期入所し、日常生活上の支援や機能訓練、医師の診療等を行うサービスです。
＜その他＞	
⑧介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等に入居して、介護予防を目的とした日常生活上の支援及び療養上の世話をを行うサービスです。
⑨介護予防用具貸与・購入費の支給	日常生活自立を助ける用具の貸与を行うサービスです。また、排せつや入浴に使われる用具等貸与になじまない福祉用具については購入費用を支給するサービスです。
⑩介護予防住宅改修費の支給	手すりの取り付けや段差解消等の小規模な住宅改修を対象として工事費用の助成をするサービスです。

※「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」は平成28年から介護予防・日常生活支援総合事業で実施しています。

2)地域密着型サービス

サービス名	内容
①介護予防認知症対応型 通所介護	居宅要支援者で認知症である方について、デイサービスセンター等に通所し、当該施設において入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
②介護予防小規模多機能型 居宅介護	居宅要支援者について、利用者の状態や希望に応じて、通い・訪問・泊まりを組み合わせ、入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
③介護予防認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	要支援者で認知症である方について、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練を行います。

資料編

資料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

(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、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 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 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。

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

資料2:高齢者生活アンケート調査の評価・判定方法

本調査では、国の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引きに即して、各項目における「該当・リスクあり」を以下のように定義しています。なお、本文中の調査結果は「非該当・リスクなし」であるため、以下に該当しない者の割合です。

①運動器

下表の5つの設問のうち、網掛け部分に3問(点)以上該当した場合、運動器の機能低下と判定しています。

内容	回答
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1 できるし、している
	2 できるけどしていない
	3 できない (1点)
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1 できるし、している
	2 できるけどしていない
	3 できない (1点)
15分位続けて歩いていますか	1 できるし、している
	2 できるけどしていない
	3 できない (1点)
過去1年間に転んだ経験がありますか	1 何度もある (1点)
	2 1度ある (1点)
	3 ない
転倒に対する不安は大きいですか	1 とても不安である (1点)
	2 やや不安である (1点)
	3 あまり不安でない
	4 不安でない

②転倒

以下の設問のうち、網掛け部分に該当した場合、転倒リスクのある高齢者と判定しています。

内容	回答
過去1年間に転んだ経験がありますか	1 何度もある
	2 1度ある
	3 ない

③閉じこもり傾向

以下の設問のうち、網掛け部分に該当した場合、閉じこもり傾向のある高齢者と判定しています。

内容	回答
週に1回以上は外出していますか	1 ほとんど外出しない
	2 週1回
	3 週2～4回
	4 週5回以上

④低栄養

以下の設問のうち、網掛け部分の両方に該当した場合、低栄養状態と判定しています。

内容	回答
体重 (kg) ÷ {身長 (m) × 身長 (m)}	≤18.5
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい
	2 いいえ

⑤口腔機能

下表の3つの設問のうち、網掛け部分に2問(点)以上該当した場合、口腔機能の低下と判定しています。

内容	回答
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい (1点)
	2 いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい (1点)
	2 いいえ
口の渇きが気になりますか	1 はい (1点)
	2 いいえ

⑥認知機能

以下の設問のうち、網掛け部分に該当した場合、認知機能の低下が疑われる高齢者と判定しています。

内容	回答
物忘れが多いと感じますか	1 はい
	2 いいえ

⑦うつ傾向

下表の2つの設問のうち、網掛け部分に1問(点)以上該当した場合、うつ傾向の高齢者と判定しています。

内容	回答
この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	はい (1点)
	いいえ
この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	はい (1点)
	いいえ

⑧手段的自立度（IADL）

下表の5つの設問を点数化し、その合計で自立度が「高い(5点)」「やや低い(4点)」「低い(3点以下)」と分類しています。低下者(4点以下)の場合、買い物や金銭管理等の日常生活動作が低下している高齢者と判定しています。

内容	回答	点数
バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）	1 できるし、している	1点
	2 できるけどしていない	1点
	3 できない	0点
自分で食品・日用品の買物をしていますか	1 できるし、している	1点
	2 できるけどしていない	1点
	3 できない	0点
自分で食事の用意をしていますか	1 できるし、している	1点
	2 できるけどしていない	1点
	3 できない	0点
自分で請求書の支払をしていますか	1 できるし、している	1点
	2 できるけどしていない	1点
	3 できない	0点
自分で預貯金の出し入れをしていますか	1 できるし、している	1点
	2 できるけどしていない	1点
	3 できない	0点

資料3: 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	関係団体	役職名等
1	阿南 章	医療法人松喬会 椎田クリニック	院長
2	中村 信雄	築上町自治会長会	会長
3	安部 洋子	築上町民生委員児童委員協議会	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	公益社団法人 築上町シルバー人材センター	事務局長
6	及川 泉	社会福祉法人 築上町社会福祉協議会	地域福祉係長
7	久本 成美	NPO法人 しいだコミュニティ倶楽部	理事長
8	上中 小百合	社会福祉法人まもる会 しいだケアプランサービス「愛」	主任介護支援専門員
9	宮崎 都美	社会福祉法人若杉会 グループホーム浜の宮	管理者
10	阿部 かおり	公益財団法人 さわやか福祉財団	九州1ブロックリーダー
11	後藤 真司	社会福祉法人周防学園 介護老人保健施設 ほうらい山荘	作業療法士
12	山田 里美	築上町役場	住民課 健康増進係長

築上町高齢者保健福祉計画

令和3年3月

発	行	築上町役場
編	集	築上町役場 福祉課 高齢者福祉係
住	所	〒829-0392 福岡県築上郡築上町大字椎田 891 番地 2
電	話	0930-56-0300
F A X		0930-56-0334
U R L		https://www.town.chikujo.fukuoka.jp
