

大町町高齢者福祉計画

(令和6年度～令和8年度)

令和6年3月

大 町 町

～ 目 次 ～

第1章 計画策定の概要.....	3
第1節 計画策定の背景.....	3
第2節 計画の位置づけと策定の方針.....	4
1 計画の性格と法的位置づけ.....	4
2 他計画との計画位置づけ.....	4
3 「持続可能な開発目標（SDG s）」との関連.....	4
第3節 計画の期間と実施体制.....	5
1 計画の期間.....	5
2 計画策定の実施体制.....	5
3 計画策定に向けた取り組み.....	6
第2章 高齢者の状況.....	7
第1節 大町町の高齢者の状況.....	7
1 地区分析から見た大町町の高齢者.....	7
第2節 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査からみた大町町の高齢者.....	18
1 調査の概要.....	18
2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について.....	19
第3節 各種統計からみる大町町の課題.....	20
1 高齢者施策の課題と方向性.....	20
第3章 基本理念と基本目標.....	22
第1節 計画の目指す姿.....	22
1 基本理念.....	22
2 基本目標.....	23
第4章 高齢者福祉サービスの展開.....	24
第1節 基本目標1 健康づくりと介護予防の推進.....	24
1 介護予防・日常生活支援総合事業.....	24
2 介護予防の普及啓発.....	26
3 健康づくり.....	30
第2節 基本目標2 最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる相談・支援体制の充実.....	32
1 地域包括ケアシステムの推進.....	32
2 在宅福祉サービスの充実.....	36
3 生活環境の充実.....	38
4 移動支援の確保.....	39
5 地域コミュニティ活動の活性化.....	40
第3節 基本目標3 高齢者の安全・安心の確保.....	41
1 緊急時・災害時への対応.....	41
2 感染症に対する整備.....	42

3 生活安全対策の推進.....	43
第4節 基本目標4 生きがづくり・社会参加の促進	44
1 生きがづくりの促進.....	44
2 高齢者の就労の促進.....	46
第5節 基本目標5 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり	47
1 認知症支援	47
2 高齢者の人権の尊重及び権利擁護のための事業.....	50
第5章 計画の推進体制.....	51
第1節 計画の推進・進行管理	51
1 計画の推進	51
2 計画の進行管理.....	51
第6章 資料.....	52

総論

第1章 計画策定の概要

第1節 計画策定の背景

令和5年(2023年)4月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した推計によれば、我が国の総人口は長期の減少過程に入っている一方で、65歳以上の高齢者については、団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025年)に3,653万人に達し、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年(2040年)に3,929万人、令和25年(2043年)に3,953万人でピークを迎えると推計されています。労働力人口の減少は、医療や福祉事業への影響が大きく、今後増加する高齢者に対して、福祉・介護人材の不足により必要なサービスを提供できない可能性が懸念されています。

本町においては、高齢化率39.7%〔令和5(2023年)年9月末現在〕と、国の高齢化率29.1%〔令和5年(2023年)9月15日現在推計〕を大きく上回っています。一人暮らしや認知症など支援を必要とする高齢者は増加傾向にある中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営めるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けて、その深化・推進の取組みを進めてきたところです。

今後は高齢化が一層進む2040年を見据えながら、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、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち助け合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現という視点での取組みが重要になります。

一方、高齢者のうち約8割の方は、要支援・要介護認定を受けず、おおむね健康で自立した日常生活を営んでいます。活力のある高齢社会を実現していくためには、高齢者がいつまでも健康で、意欲や能力に応じて、豊富な知識や経験を活かし、就業や地域活動をはじめとしたさまざまな社会活動に参加し、社会の担い手として活躍できる環境づくりをさらに進めていくことが重要となります。

こうした背景を踏まえ、高齢者が健康で生き生きと安心して地域で生活できるよう、現在の高齢者福祉施策を維持・向上させながら、新たな課題やニーズに対応できる体制づくりに向け、「大町町高齢者福祉計画(令和6年度～8年度)」を策定します。

第2節 計画の位置づけと策定の方針

1 計画の性格と法的位置づけ

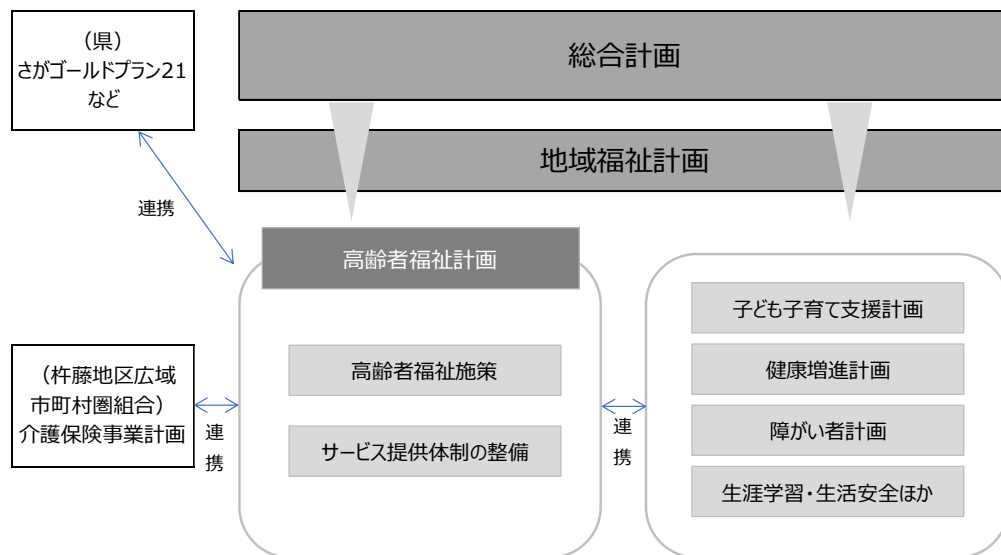
本計画は、老人福祉法第20条の8を根拠に策定するものであり、要介護状態の方はもちろんのこと、健康な高齢者も含む高齢者福祉施策に関する総合的な計画です。

杵藤地区広域市町村圏組合が策定する介護保険事業計画は、介護保険法第117条に基づくもので、介護保険事業の円滑な運営に関して必要な事項を定めるものです。

老人福祉法及び介護保険法では、これらの2つの計画を一体のものとして策定するように定められています。

2 他計画との計画位置づけ

大町町総合計画及び大町町地域福祉計画を上位計画とし、関連する各分野の計画等との整合性を図り、策定します。



3 「持続可能な開発目標（SDGs）」との関連

本計画の上位計画である大町町総合計画において、2015年国連サミットで採択されたSDGsの実現を目指し、まちづくりの基本理念とし各施策との紐づけを行っています。SDGsとは国連が定めた「持続可能な開発目標」の略称で、2030年までに達成しようという国際社会共通の目標を示しています。本計画においてもこの理念を基本に事業を展開することとします。



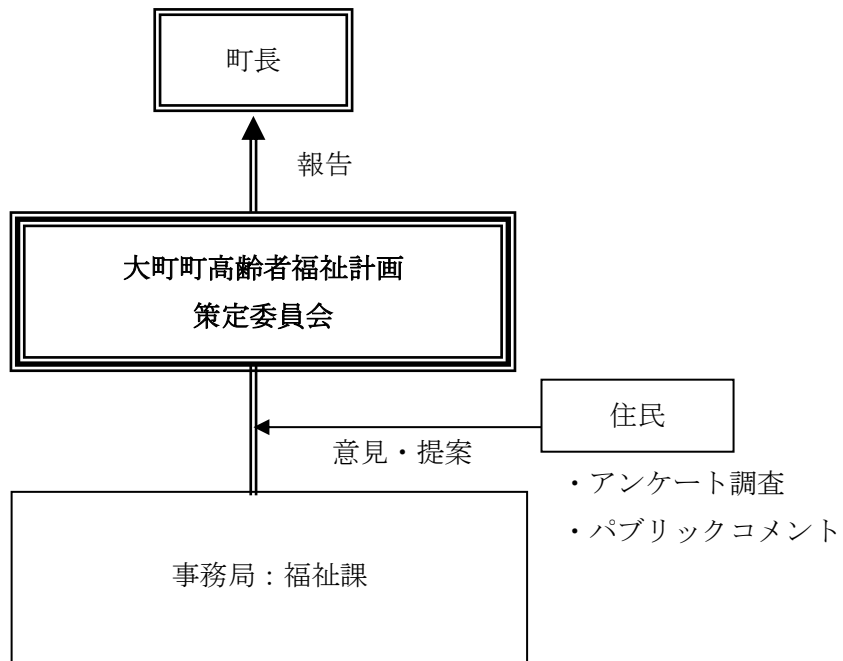
第3節 計画の期間と実施体制

1 計画の期間

本計画の計画期間は、介護保険事業計画と整合性を持つことが求められていることから、杵藤地区広域市町村圏組合が策定する第9期介護保険事業計画と同様に、令和6年度から令和8年度までを計画期間とします。

2 計画策定の実施体制

本業務の実施体制は、以下のとおりです。



○各組織について

委員会	構成	学識経験者・医療・福祉関係・各種団体
	役割	計画を策定するに当たり、基本的な方針及び事項を検討・協議し町長に報告する。
事務局	構成	福祉課
	役割	委員会により付議された計画に盛り込むべき事項を検討し、その経過及び結果を委員会に報告する。 計画策定に係る事務及び各課との連携・調整を行う。

3 計画策定に向けた取り組み

(1) 地域状況の把握のための分析

本計画の策定にあたり、令和2年の国勢調査、大町町の住民基本台帳、杵藤地区広域市町村圏組合の認定者数・認定率等の実績に基づく数値をもとに、本町の今後の将来推計を分析しました。

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査

住民の意見・意向等を十分に把握し、現在の高齢者を取り巻く状況や課題を明らかにするためアンケート調査を実施しました。

(3) 計画策定委員会の実施

本計画の策定及び進行管理にあたっては、学識経験者や医療・福祉関係団体代表者からなる計画策定委員会を設置し、幅広い意見を聴きながら行いました。

(4) 前期計画の評価

本計画の作成にあたり、前期の高齢者福祉計画の評価を行いました。現状、課題と今後の方向性を精査し、委員会で議論し計画に反映しています。

(5) パブリックコメントの実施

本町の町民から計画に対してひろく意見を伺うために、町のホームページ、福祉課窓口・町民課窓口、老人福祉センター窓口に計画の素案を配置し、パブリックコメントを実施しました。

第2章 高齢者の状況

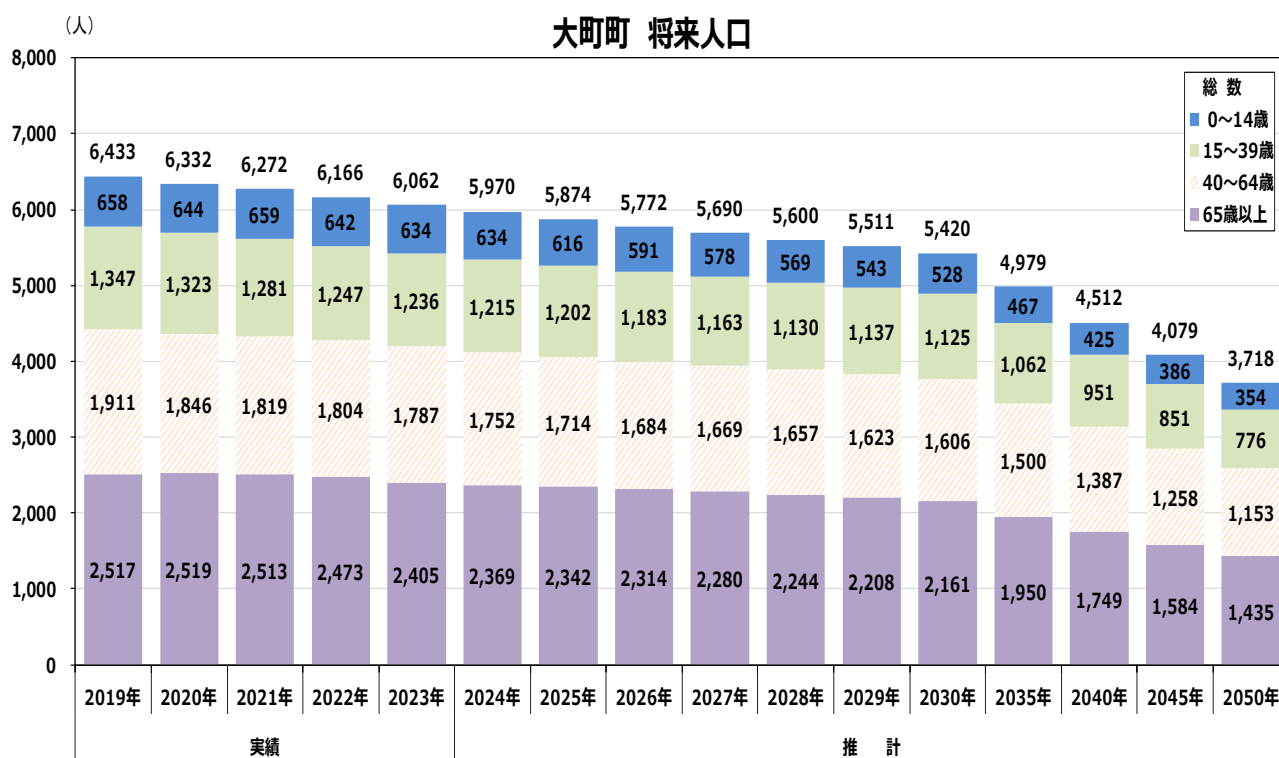
第1節 大町町の高齢者の状況

1 地区分析から見た大町町の高齢者

(1) 大町町の総人口の動向

人口動向を杵藤地区広域市町村圏組合（以下、杵藤地区）の統計で見ると、2018年から人口は減少に転じ、2023年では6,062人となります。その後、2040年までに1,550人減少し4,512人になると推測されます。

将来人口推計



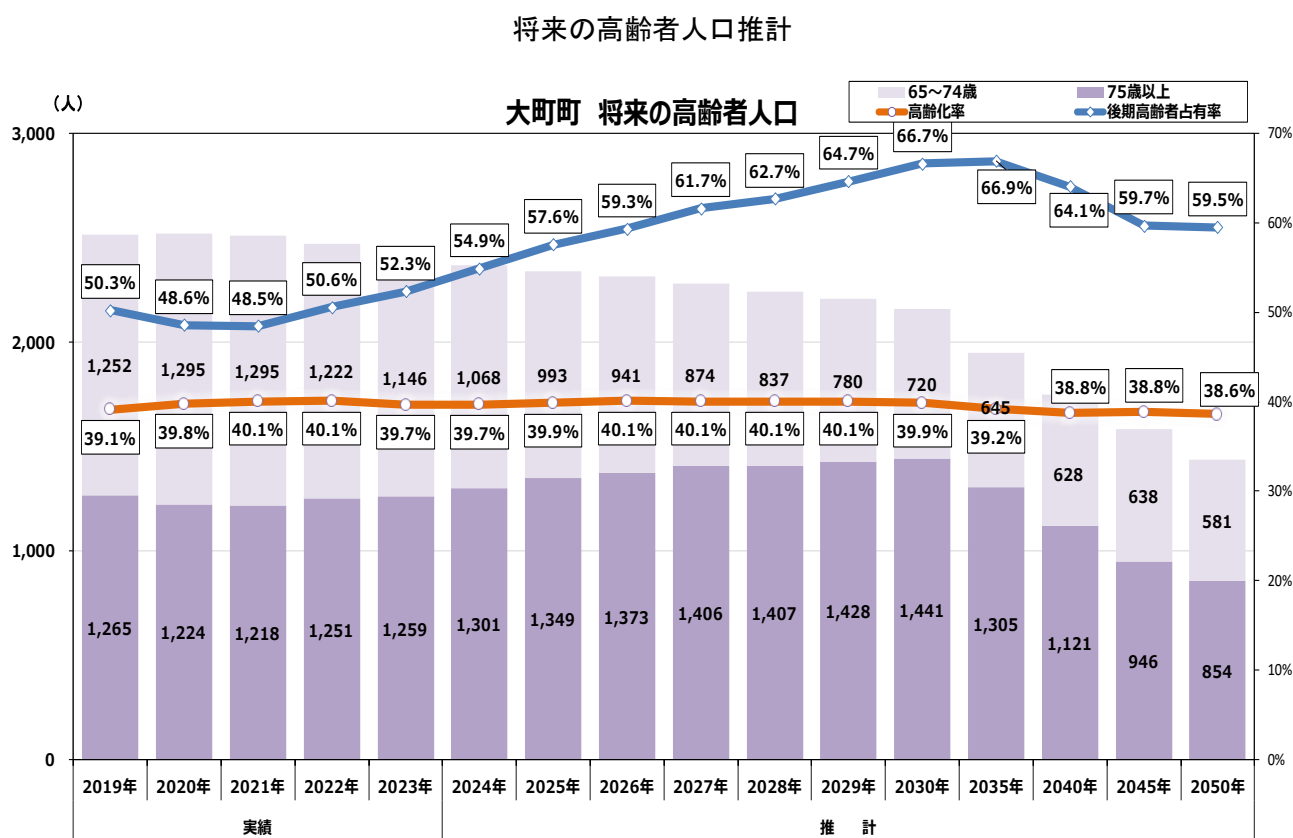
杵藤地区広域市町村圏組合統計データより

(2) 大町町の高齢者人口の動向

高齢者人口の推移をみると、2020年の2,519人を最大に緩やかな減少に転じていきます。2030年には75歳以上の高齢者人口が最大になると予想されています。

高齢化率は令和5年(2023年)で39.7%となっており、国29.1%、杵藤地区34.3%を大きく上回り、高齢化が進んでいることがうかがえます。

また、高齢者人口にみる75歳以上の割合は、2022年に50%を超え今後も上昇することが推測されています。



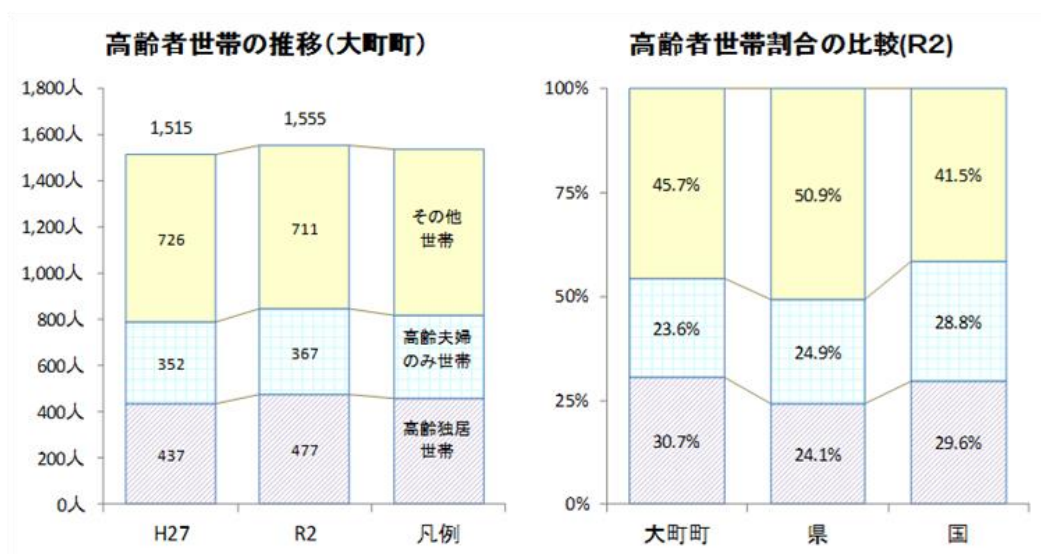
杵藤地区広域市町村圏組合統計データより

(3) 高齢者のいる世帯の現状

総世帯数は、平成27年2,560世帯から令和2年に2,443世帯となり、5年間で117世帯減少しています。しかし、高齢者のいる世帯数は、平成27年1,515世帯から令和2年に1,555世帯となり、5年間で40世帯増加となっています。

世帯数に占める割合で見ると、高齢者のいる世帯のうち一人暮らし世帯と高齢夫婦世帯（夫が65歳以上で妻が60歳以上の夫婦のみ世帯）が増加となっています。

しかし、国・県と比較すると、高齢夫婦世帯の割合は低くなっていますが、一人暮らし世帯の割合は高い傾向にあります。

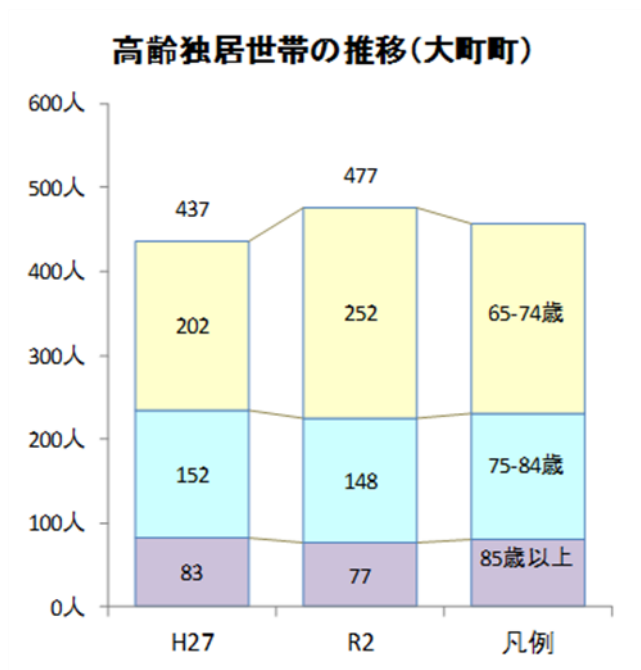


		平成27年		令和2年	
		世帯数	割合	世帯数	割合
本町	総世帯数	2,560	100.00%	2,443	100.00%
	高齢者のいる世帯数	1,515	59.20%	1,555	63.70%
	一人暮らし世帯	437	28.80%	477	30.70%
	高齢夫婦世帯	352	23.20%	367	23.60%
	その他世帯	726	47.90%	711	45.70%
国	総世帯数	53,448,685	100.00%	55,704,949	100.00%
	高齢者のいる世帯数	21,713,308	40.60%	22,655,031	40.70%
	一人暮らし世帯	5,927,686	27.30%	6,716,806	29.60%
	高齢夫婦世帯	6,079,126	28.00%	6,533,895	28.80%
	その他世帯	9,706,496	44.70%	9,404,330	41.50%
県	総世帯数	302,109	100.00%	311,173	100.00%
	高齢者のいる世帯数	144,472	47.80%	151,769	48.80%
	一人暮らし世帯	31,338	21.70%	36,646	24.10%
	高齢夫婦世帯	33,464	23.20%	37,862	24.90%
	その他世帯	79,670	55.10%	77,261	50.90%

国勢調査より

高齢者のいる世帯は、令和2年に1,555世帯で、そのうち、一人暮らし世帯は477世帯（30.7%）となっています。

年齢群別にみると、74歳以下の年齢群で一人暮らし世帯の世帯数が増加しています。



国勢調査より

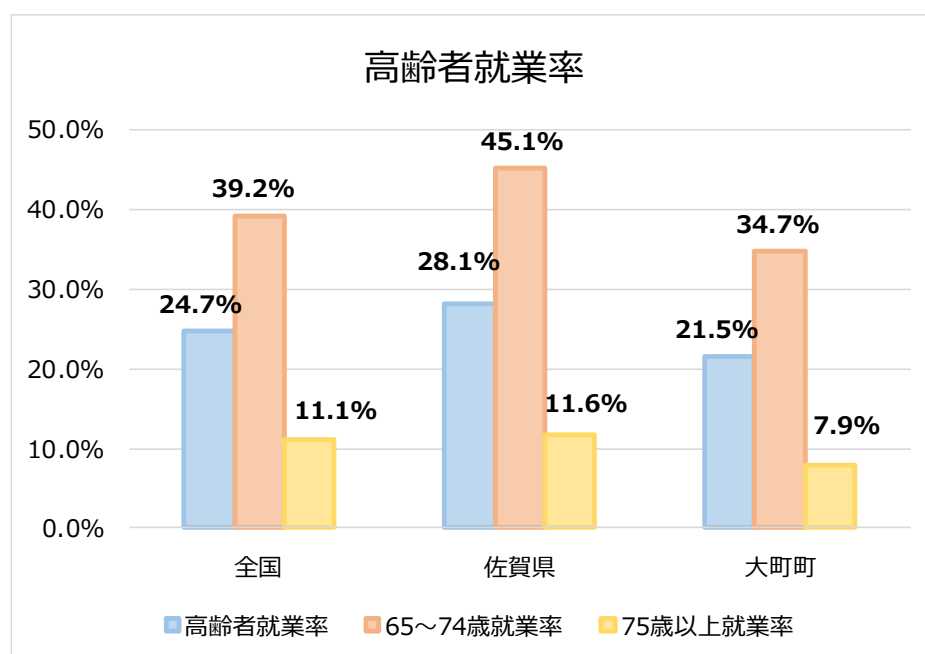
(4) 高齢者の就業状況

高齢者の就業者数は、令和2年に前期高齢者452人(34.7%)、後期高齢者100人(7.9%)となっています。平成27年と令和2年を比較すると、前期高齢者の就業者数は145人増加、後期高齢者の就業者数は18人増加しています。

また就業率もそれぞれ7.4ポイント、1.6ポイント増加しています。全国や佐賀県の動向と比較しても、全体・各年齢層において類似の傾向となっています。

大町町	平成27年		令和2年	
	人数	割合	人数	割合
高齢者人口	2,430		2,566	
65-74歳	1,123		1,301	
就業者	307	27.3%	452	34.7%
75歳以上	1,307		1,265	
就業者	82	6.3%	100	7.9%

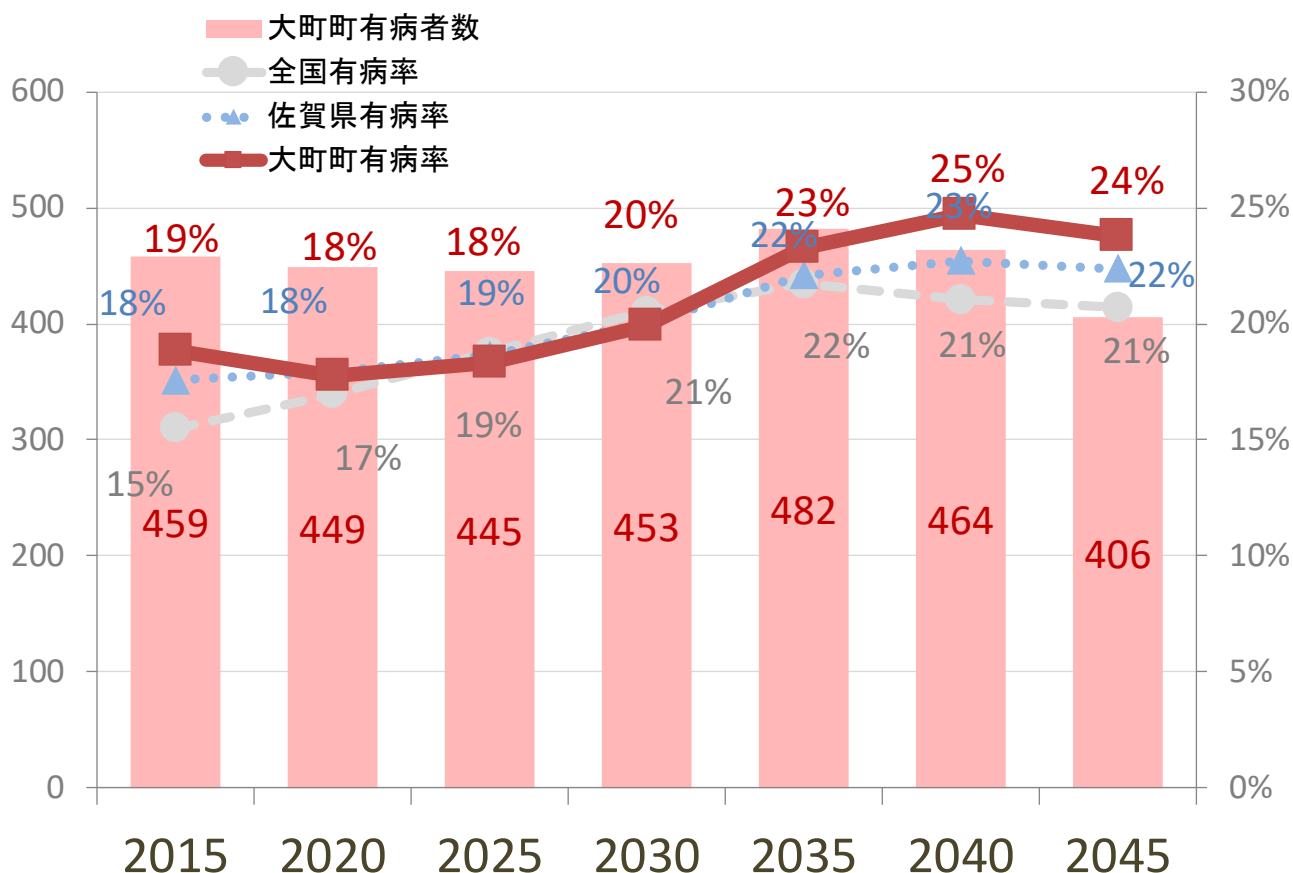
	高齢者人口		就業者		就業率	
	65～74歳人口	75歳以上	65～74歳人口	75歳以上	65～74歳人口	75歳以上
全国	17,087,063	18,248,742	6,697,603	2,026,871	39.2%	11.1%
佐賀県	120,816	125,245	54,523	14,578	45.1%	11.6%
大町町	1,301	1,265	452	100	34.7%	7.9%



国勢調査より

(5) 高齢者人口に占める認知症高齢者の将来推計

認知症有病者の推計をみると2040年には有病率25%と最大になると予測されています。この割合は佐賀県23%、全国21%より高い割合で、高齢者の4人に1人が認知症を有しているという状況が想定されます。

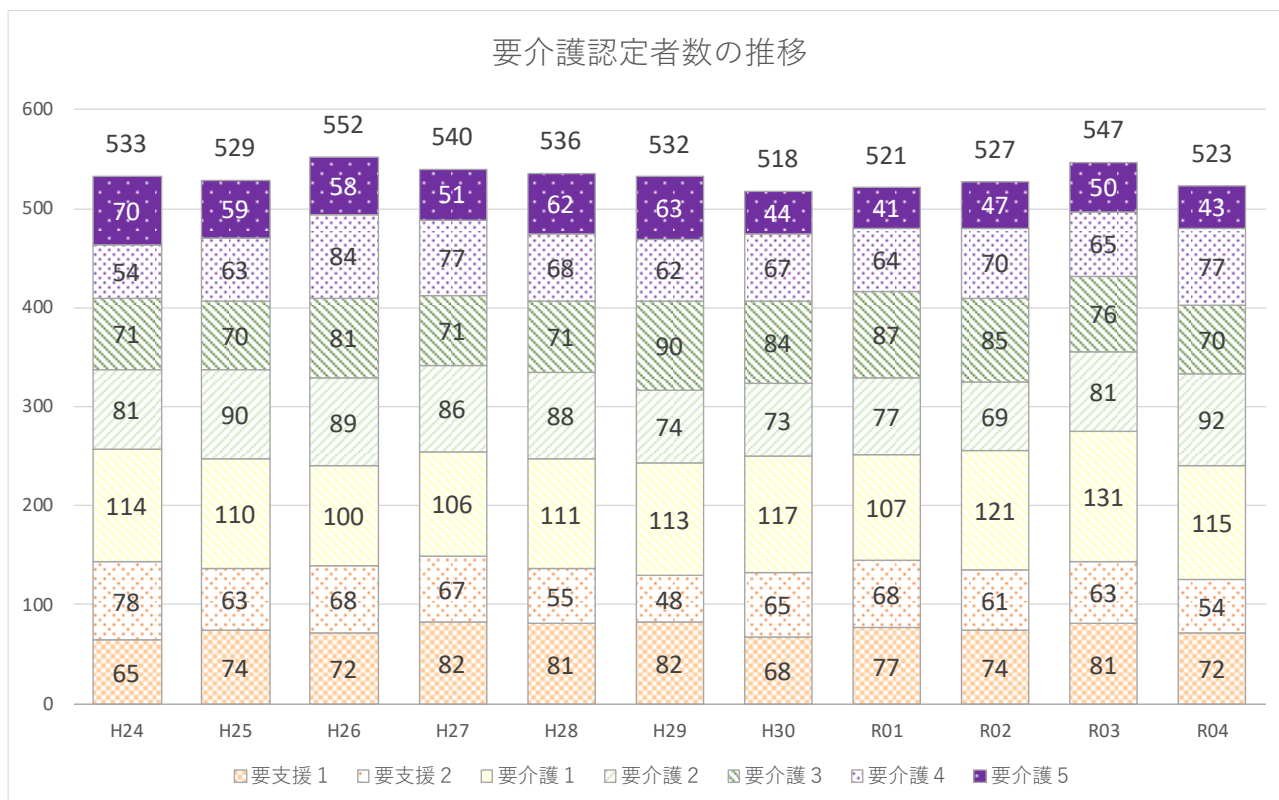


平成 26 年度 総括・分担研究「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」もとに分析

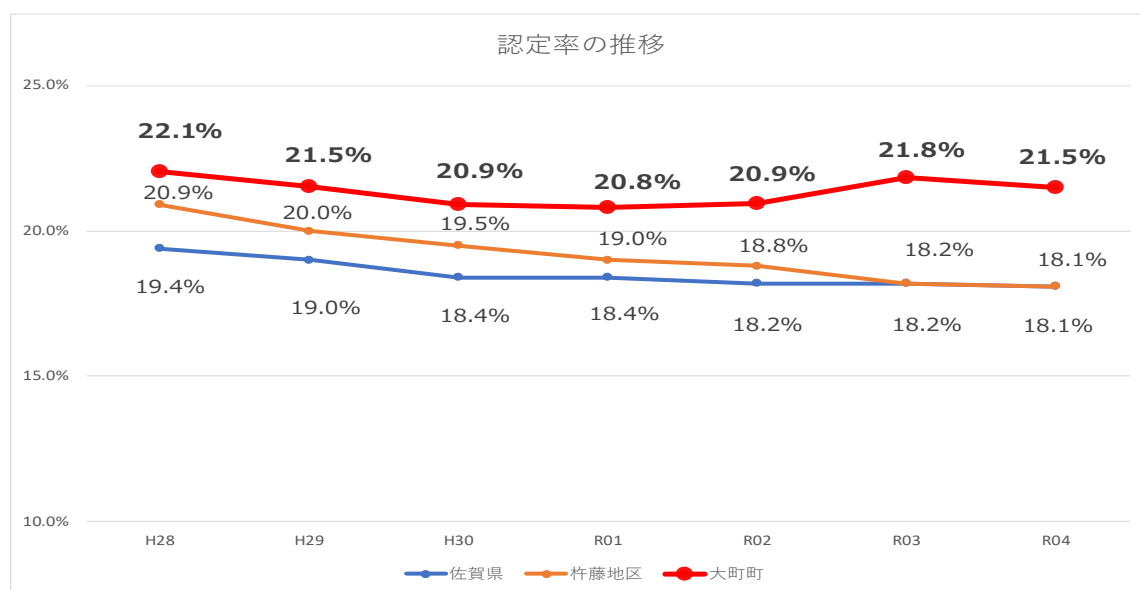
(6) 要介護認定者の状況

要介護認定者の推移をみると、要介護認定者は平成 24 年以降、横ばいに推移しています。

また、要介護度別の認定者の状況をみると、令和 4 年では要介護 1 が最も多く、次いで要介護 2 が続きます。認定率は 21.5% となり、杵藤地区 18.1%、県 18.1% と比較すると高いことがうかがえます。



杵藤地区広域市町村圏組合統計データより



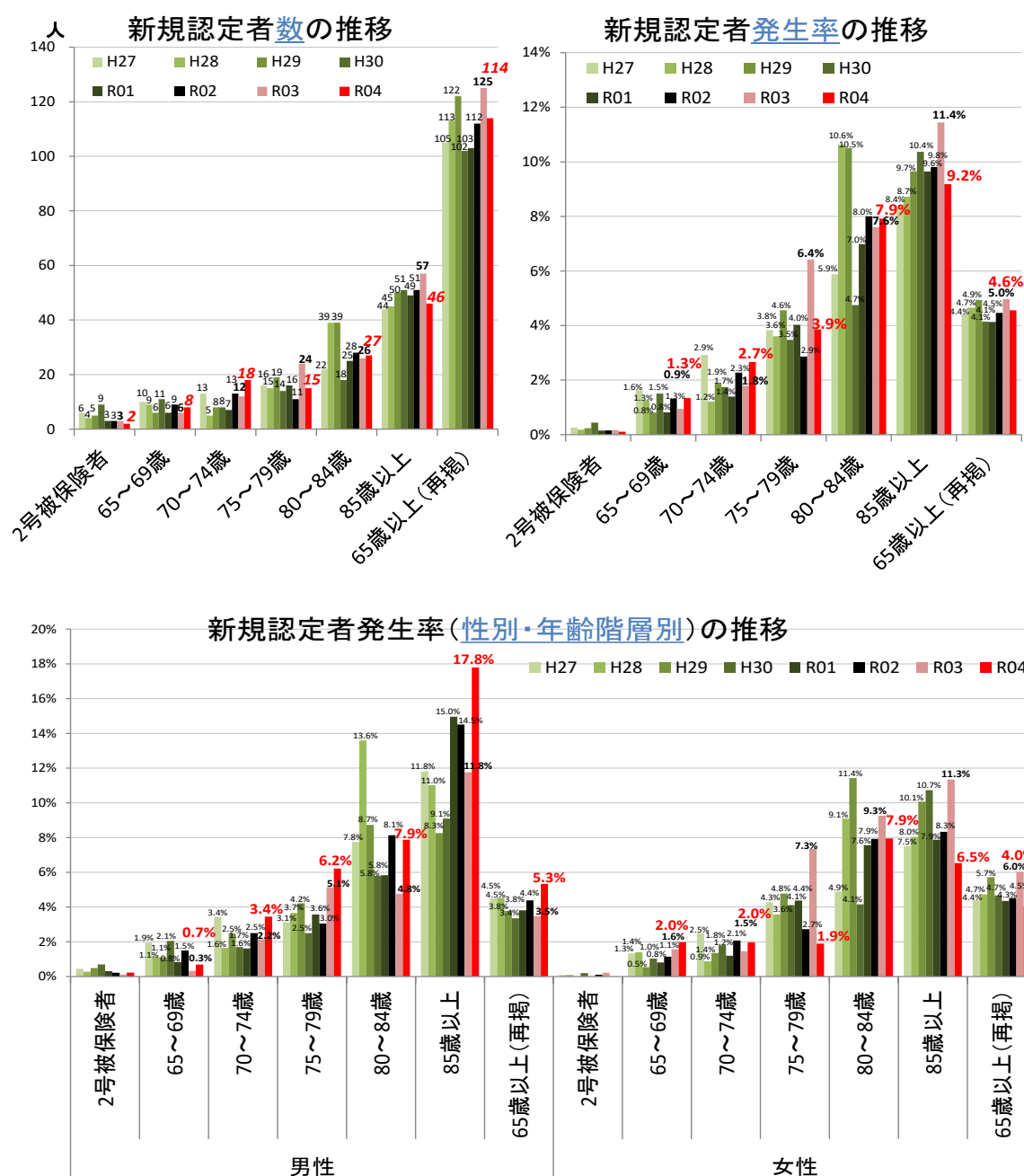
杵藤地区広域市町村圏組合統計データより

(7) 年齢別の新規認定者の発生状況について

令和4年度に新たに認定を受けた方（新規認定者）は114人で新規認定率は4.6%となり、前年度と比較すると減少しています。

年齢別にみると男女共に75歳を境に新規認定者は増加しています。男性の75～79歳は増加傾向で、85歳以上の認定率は特出しています。一方で女性は全年齢で減少傾向にあります。

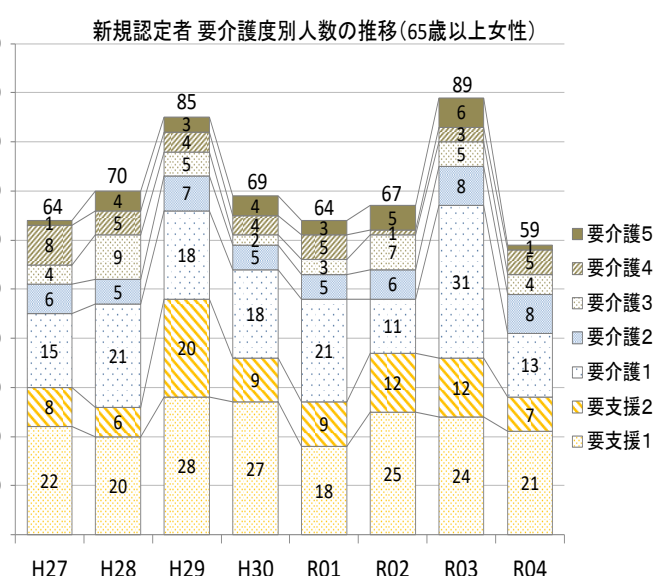
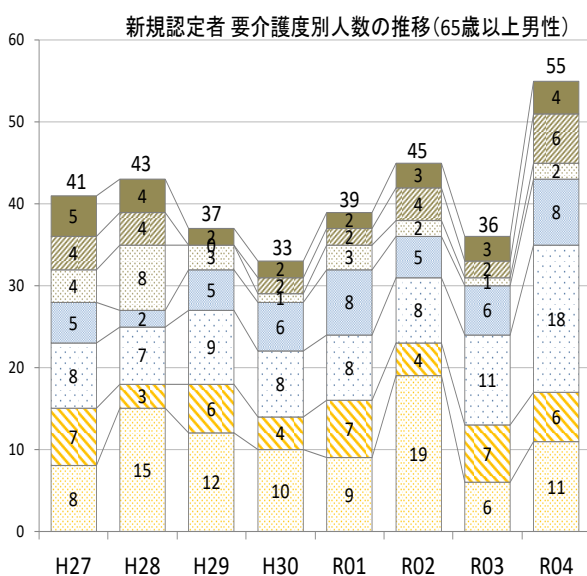
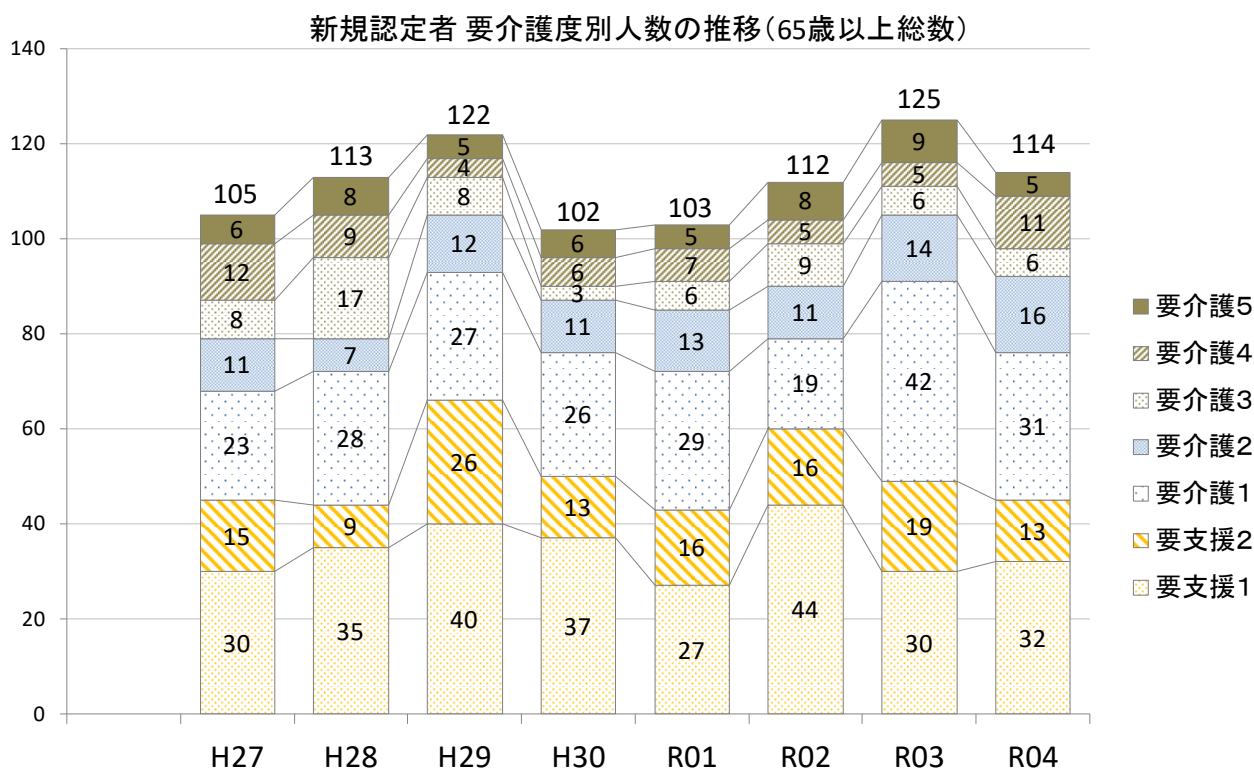
そのため、75歳到達前にフレイルの早期発見、通いの場等の予防事業への接続や予防の重要性の普及啓発を行っていくことが引き続き求められています。



杵藤地区広域市町村圏組合統計データより

(8) 介護度別の新規認定者の発生状況

新規認定者を介護度別にみると、男性、女性とも要支援1から要介護1までの認定者の割合が多く、特に男性の要介護1の認定者数が近年増加傾向にあります。



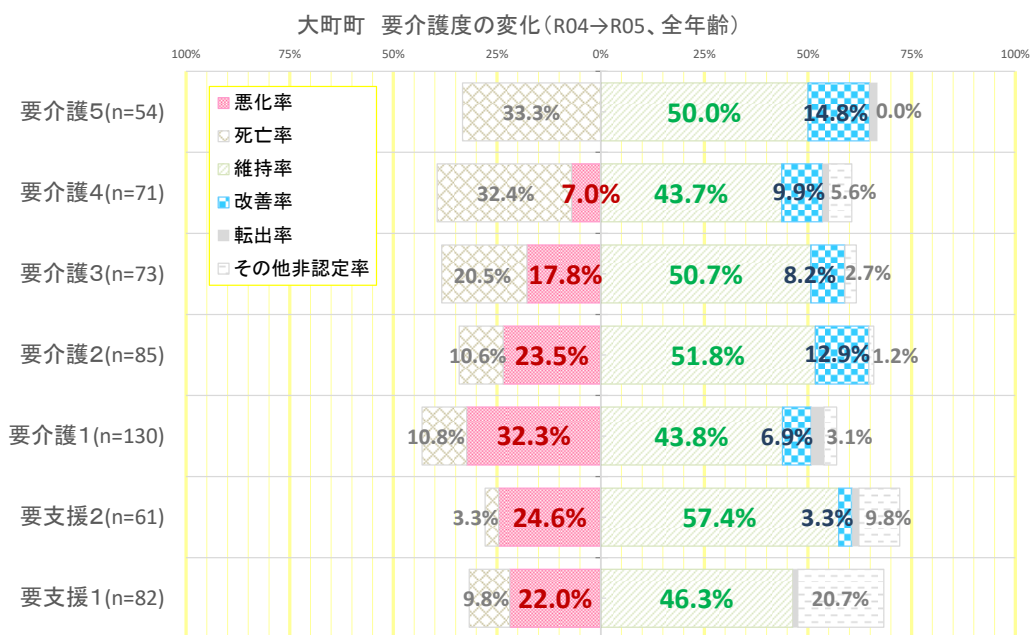
杵藤地区広域市町村圏組合統計データより

(9) 認定者の要介護度の変化

認定者が、令和4年4月1日時点にどの介護度であり、翌年にはどう変化したかを追跡した1年間の介護度の変化は、重度化数が改善数を大きく上回っています。

新規認定者の出現率の高かった要支援1から要介護1までの区分での悪化率が高くなっています。軽度認定者の重度化予防が重要です。

全年齢		R05										総計
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	その他非認定	
R04	要支援1	38	5	6	2	3	1	1	8	1	17	82
	要支援2	2	35	7	3	4	1	0	2	1	6	61
	要介護1	6	3	57	27	5	7	3	14	4	4	130
	要介護2	3		8	44	11	6	3	9	0	1	85
	要介護3			3	3	37	10	3	15	0	2	73
	要介護4			1	1	5	31	5	23	1	4	71
	要介護5	1			1		6	27	18	1	0	54
	総計	50	43	82	81	65	62	42	89	8	34	556



杵藤地区広域市町村圏組合統計データより分析

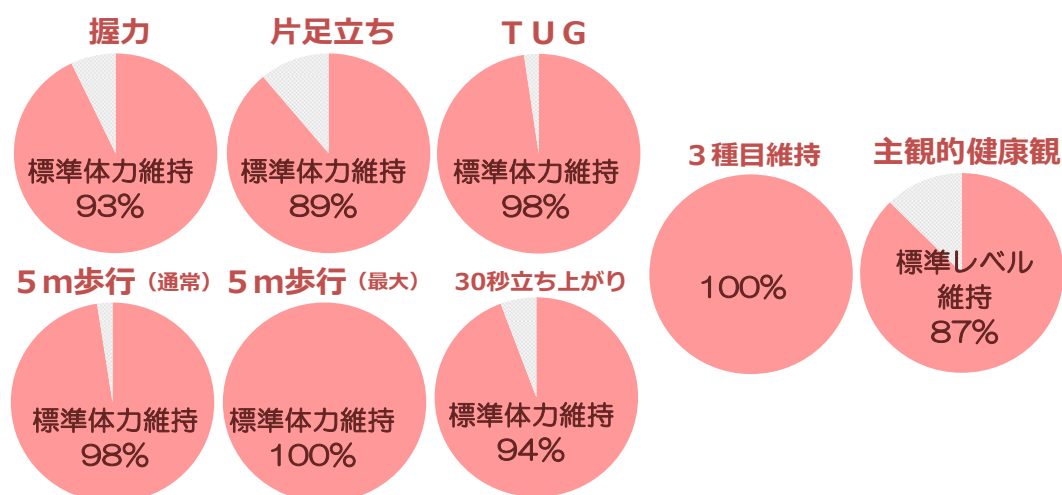
(10) 通いの場参加者の体力等の変化

通いの場とは住民が主体となって週1回以上継続して運動を行う場所のことです。通いの場のうち、いきいき百歳体操に取り組んだ9団体の令和3年度と令和4年度の体力測定の結果を比較したところ、標準以上の体力を維持されている方が非常に多く、特に6種目のうち3種目で標準以上の体力を維持されている方は100%に達しています。

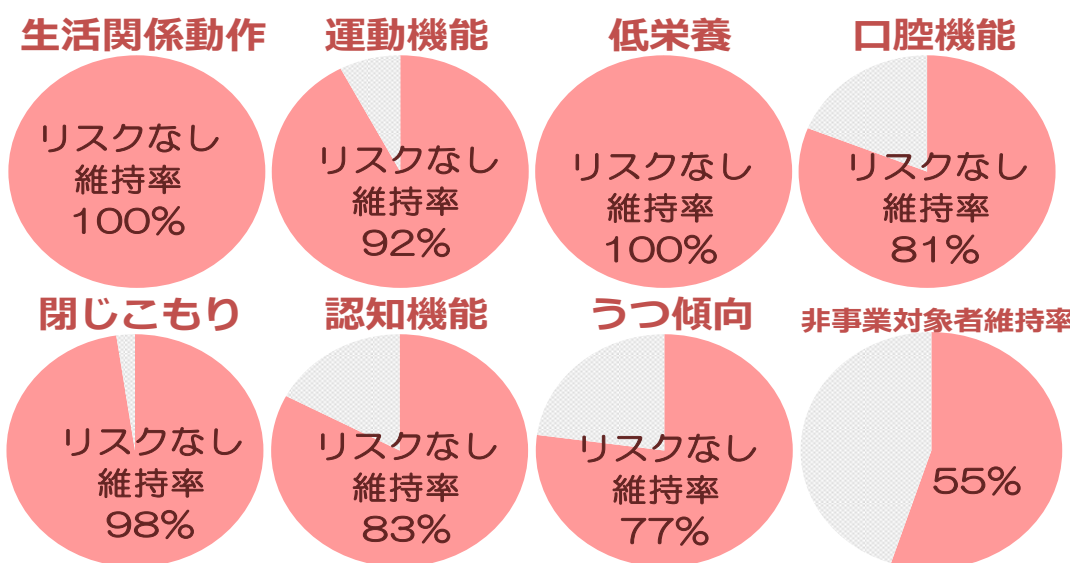
また、基本チェックリストにおいても要介護状態になる危険性がない方が多く、継続的に取り組まれている通いの場の成果が表れています。

今後は新たな通いの場の立ち上げや特に男性の参加の促しを行っていくことが必要となります。

〈体力測定の結果〉



〈基本チェックリスト〉



第2節 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査からみた大町町の高齢者

1 調査の概要

(1) 調査の目的

本調査は、令和6年度から令和8年度までを計画期間とする「第9期杵藤地区広域市町村圏組合介護保険事業計画」の策定にあたり、杵藤地区広域市町村圏組合を構成する、武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町及び太良町の3市4町の高齢者の方々等の意見・意向等を把握し、計画策定の基礎資料とするために実施したものです。

(2) 実施概要

① 調査方法

- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：郵送による配布・回収
- ・在宅介護実態調査：介護支援専門員による聞き取り調査

② 調査の対象者と配布数

調査の配布対象者と配布数について、整理すると次のとおりです。

調査名	対象者	配布数	回収数	回収率	参考 前回回収率
介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	65歳以上の 要介護認定者以外	5,000票	2,885票	57.7%	59.9%
在宅介護実態調査	在宅の要介護認定者	600票	530票	88.3%	82.0%

③ 抽出基準日

- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：令和4年10月末日
- ・在宅介護実態調査：令和4年4月から令和4年10月までの間に「要支援・要介護認定の更新申請・区分変更申請」をしている人

④ 調査期間

- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：令和5年1月23日～2月10日
- ・在宅介護実態調査：令和4年12月17日～令和5年1月31日

2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

(1) ニーズ調査結果から大町町の特徴

杵藤地区広域市町村圏組合構成市町の中で、大町町の傾向として、①通いの場の取り組みから自宅での自主的な運動習慣がついた方が他市町より多い。

一方、②友人・知人以外の相談相手について、「そのような人はいない」と回答した方が多かった。

(2) Q1-1. 介護予防の為の通いの場に参加した成果

【単位】 上段：回答者数（人） 下段：割合（％）	合計	Q1-1 介護予防の為の通いの場に参加した成果								
		通院回数 が減った	薬を飲む 量が減っ た	体力が向 上した	家でも体 操等をす るようにな った	外出の回 数が増え た	気持ちが 前向きに なった	成果は感 じなかつ た	その他	無回答
全体	241 100.0	10 4.1	6 2.5	53 22.0	77 32.0	49 20.3	101 41.9	21 8.7	6 2.5	49 20.3
日常生活圏域										
武雄市	77 100.0	1 1.3	1 1.3	13 16.9	22 28.6	16 20.8	33 42.9	9 11.7	0 0.0	14 18.2
鹿島市	50 100.0	4 8.0	2 4.0	14 28.0	12 24.0	6 12.0	21 42.0	5 10.0	1 2.0	10 20.0
嬉野市	39 100.0	3 7.7	0 0.0	11 28.2	18 46.2	8 20.5	19 48.7	1 2.6	2 5.1	4 10.3
大町町	6 100.0	0 0.0	0 0.0	50 66.7	4 66.7	1 16.7	2 33.3	0 0.0	0 0.0	1 16.7
江北町	23 100.0	0 0.0	1 4.3	5 21.7	7 30.4	6 26.1	10 43.5	1 4.3	1 4.3	6 26.1
白石町	35 100.0	2 5.7	2 5.7	5 14.3	11 31.4	7 20.0	10 28.6	3 8.6	1 2.9	13 37.1
太良町	10 100.0	0 0.0	0 0.0	2 20.0	3 30.0	5 50.0	6 60.0	1 10.0	1 10.0	1 10.0

(3) Q5. 家族や友人・知人以外の相談相手

【単位】 上段：回答者数（人） 下段：割合（％）	合計	Q5 家族や友人以外の相談相手							無回答
		自治会・ 町内会・ 老人クラ ブ	社会福祉 協議会・ 民生委員	ケアマネ ジャー	医師・歯 科医師・ 看護師	地域包括 支援セン ター・役 所・役場	その他	そのよう な人はい ない	
全体	2885 100.0	271 9.4	502 17.4	162 5.6	835 28.9	448 15.5	261 9.0	772 26.8	343 11.9
日常生活圏域									
武雄市	928 100.0	103 11.1	140 15.1	59 6.4	276 29.7	138 14.9	83 8.9	250 26.9	99 10.7
鹿島市	501 100.0	48 9.6	96 19.2	25 5.0	142 28.3	74 14.8	31 6.2	143 28.5	60 12.0
嬉野市	511 100.0	39 7.6	85 16.6	26 5.1	168 32.9	79 15.5	57 11.2	134 26.2	61 11.9
大町町	134 100.0	12 9.0	22 16.4	10 7.5	25 18.7	27 20.1	12 9.0	39 29.1	14 10.4
江北町	167 100.0	18 10.8	40 24.0	8 4.8	48 28.7	31 18.6	16 9.6	43 25.7	20 12.0
白石町	457 100.0	33 7.2	86 18.8	22 4.8	130 28.4	79 17.3	41 9.0	119 26.0	54 11.8
太良町	146 100.0	11 7.5	27 18.5	10 6.8	34 23.3	15 10.3	19 13.0	38 26.0	22 15.1
性別									
男性	1200 100.0	170 14.2	196 16.3	54 4.5	356 29.7	178 14.8	125 10.4	325 27.1	105 8.8
女性	1628 100.0	94 5.8	297 18.2	105 6.4	462 28.4	262 16.1	133 8.2	436 26.8	223 13.7

第3節 各種統計からみる大町町の課題

1 高齢者施策の課題と方向性

課題 1

単身世帯や高齢者夫婦世帯は増加傾向にあり、多様な価値観やニーズを持つ高齢者への支援が必要となります。また身寄りがない、親族と疎遠、経済的困窮等、処遇困難な事例が増加し、相談内容も複雑化・長期化しています。複合的な適切な支援が受けられるような身近な相談先として地域包括支援センターの必要性・重要性が高まっています。

課題 2

坂道の多い環境にあることから、在宅生活を継続するための外出支援を求める声が高くなっています。また、生産年齢層が少ない現状で、支援を必要とする高齢者と担い手のアンバランスが生じています。今後ますます、支援を必要とする高齢者が増加すると予測され、住民主体による多様な支えあいの体制づくりが必要です。

課題 3

認知症高齢者が年々増加していくことが見込まれています。認知症は特別な疾患ではなく、誰にでも起こり得る脳の病気であるにもかかわらず、認知症高齢者やその家族が社会から孤立するケースが見受けられます。幅広い世代に対して、認知症と認知症予防に関する正しい知識の普及啓発と理解促進を図り、地域で支える体制づくりが必要となります。

課題 4

75歳以上の後期高齢者になると、要介護認定率が上昇します。その原因の一つとして不活発な生活に起因するものが考えられるため、この時期を中心とし、生活機能を低下させないために、高齢期の心身や社会生活等の特性を踏まえ、身体機能の維持及び低栄養の予防、オーラルフレイル予防、認知症、うつ予防、生活習慣病の予防などに総合的に取り組むことが重要です。介護予防・健康づくりの推進と健康寿命の延伸に向けた取り組みを整備する必要があります。

各論

第3章 基本理念と基本目標

第1節 計画の目指す姿

1 基本理念

本町では、高齢化が進行する中で、高齢者が生き生きと暮らせるよう、介護予防や健康づくりの施策の充実・推進に取り組んできました。

また、要介護者の増加が見込まれる中、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、安心して暮らしていくことができるよう、高齢者の地域生活を支える「地域包括ケアシステム」の構築に取り組んできました。

今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応するため、健康寿命の延伸に向けた介護予防や生きがいつくり、「自助・互助・共助・公助」の考えに立った、地域全体で支えあう仕組みである「地域包括ケアシステム」を推進・深化していくことが重要となります。

このため、前計画の基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図ります。

基本理念

**高齢者が住み慣れた地域で
安心して生き生きと暮らせるまちづくり**

2 基本目標

基本理念の実現を目指すため、本計画において取り組んでいくべき、施策展開の基本的な目標を以下に示します。

基本目標1 健康づくりと介護予防の推進

健康寿命の延伸を目標とした健康づくりを推進するために、高齢者自らが主体的に介護予防や疾病予防、重症化予防に取り組むことができる環境づくりを推進します。

基本目標2 最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる相談・支援体制の充実

地域包括ケアシステムの構築に向け、地域包括支援センターの機能強化を図るとともに、地域の支え合い活動やボランティア活動を促進し、互いに助け合い協力し合う地域づくりを推進します。

基本目標3 高齢者の安全・安心の確保

高齢者が地域で安心して生活を送ることのできるまちづくりに向け、災害時の避難行動要支援者への対策など防災対策をはじめ、交通安全・防犯・消費者対策など暮らしの安全確保に向けた施策を推進します。

基本目標4 生きがいつくり・社会参加の促進

高齢者が生きがいのある生活を送ることができ、社会の担い手として積極的に参加できるまちづくりを目指し、老人クラブ活動の支援をはじめ、各種交流活動、就労支援等の取り組みを展開します。

基本目標5 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

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安心して暮らすことができる地域づくりを推進します。また、認知症予防及び進行を遅らせる取り組みの強化、早期発見、早期対応の体制強化に努めるとともに、地域における見守り等の支援体制の充実を図ります。

第4章 高齢者福祉サービスの展開

第1節 基本目標1 健康づくりと介護予防の推進

1 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 現状と課題

一人暮らし高齢者や介護・支援を必要とする高齢者などが、できる限り住み慣れた地域で安心して自立した暮らしを送れるためには、日常生活の支援が重要となります。そして、高齢者一人ひとりの状態にあった適切なサービスを提供することで、高齢者の自立支援を推進する必要があります。

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、要支援認定者や事業対象者を対象とする介護予防・生活支援サービス事業と、65歳以上のすべての方を対象とする一般介護予防事業に分かれており、地域の実情に応じた柔軟な事業展開を行っています。

(2) 主な事業・施策等（介護予防・生活支援サービス事業）

要支援認定者や事業対象者に対する訪問介護（ホームヘルプサービス）と通所介護（デイサービス）については、平成29年度より介護保険制度から町の事業（介護予防・生活支援サービス事業）へ移行されたため、これにより、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスの提供が可能となりました。

現在は、町独自のサービスとして、短期集中的な支援を行う「短期集中予防サービス（訪問型・通所型）」、通いの場までの送迎を行う訪問型サービスD（移動支援）、買い物と運動を一体的に取り組む通所型サービスB（縁ジョイ大町クラブ）を構築しました。

本町は坂が多く、移動手段を持たない高齢者には買い物がしづらいという課題があります。

高齢者の在宅生活を支えるため、買い物等の生活支援や移動支援の構築に向けた取り組みを継続します。

新たなサービス体制整備状況

サービスの種類		体制整備	
訪問型サービス	現行相当サービス	訪問型サービスA（独自） ○（保険者）	
	多様なサービス （町独自のサービス）	訪問型サービスA（基準緩和型）	
		訪問型サービスB（住民主体型）	
		訪問型サービスC （短期集中予防サービス）	○（町）
		訪問型サービスD（移動支援）	○（町）
通所型サービス	現行相当サービス	通所型サービスA（独自） ○（保険者）	
	多様なサービス （町独自のサービス）	通所型サービスA（基準緩和型）	
		通所型サービスB（住民主体型）	○（町）
		通所型サービスC （短期集中予防サービス）	○（町）

2 介護予防の普及啓発

(1) 現状と課題

「健康寿命の延伸」にむけて、地域住民ひとりひとりが健康に関心を持ち、介護予防の視点をもって生活していくことが重要です。元気な時から継続した介護予防に取り組むよう、啓発を行います。

また、高齢となっても、生きがいや役割をもって通える場を充実するなど、介護状態となることの予防や重度化防止を図ります。

(2) 主な施策・事業等（一般介護予防事業）

① 介護予防把握事業

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業担当部署と連携し、実態把握に努めました。また令和5年度より、75歳から85歳までの要介護認定を受けていない方等に対し、郵送にて基本チェックリストを送付、回収する「遠隔フレイル健診」に取り組み、フレイルの実態把握と生活等の指導を通じた早期介入を行いました。

引き続き、高齢者にかかる各種団体等と連携を図り、情報を収集し、閉じこもりなど何らかの支援を必要とする高齢者を早期に発見し、各種介護予防活動へつなげられるように事業の推進を図ります。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防のための基本的な知識の普及のため、パンフレットの配布、介護予防に関する出前講座の開催等に取り組みました。

コロナ禍には、外出控えが見られたことから、自宅でできる体操を普及するため、フレイル体操パンフレット作成、健康体操番組制作に取り組みました。令和4年度から、認知症予防等を目的に「シルバーeスポーツ」を開催したところ、幅広い層に参加していただきました。

引き続き、元気なうちから、要介護状態等になることを予防し、活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう普及啓発を図っていきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防教室開催回数（回）	84	116	72	80	80	90

③ 地域介護予防活動支援事業

住民主体の通いの場の育成・支援や、介護予防に関するボランティア等の人材育成等を行っています。

「いきいき百歳体操」を通し、通いの場の立上げや活動支援を行いました。

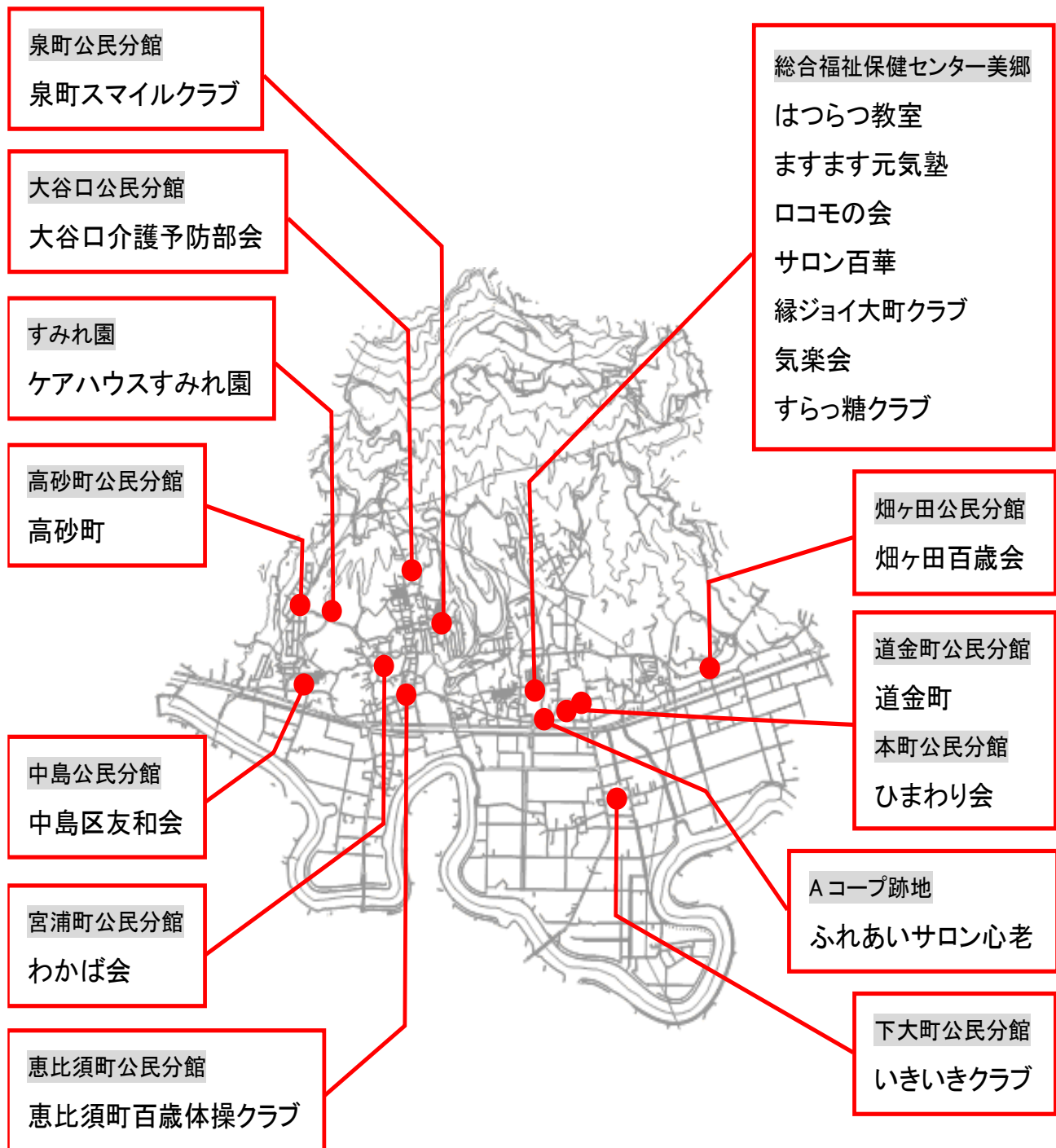
また、介護予防・生活支援サポーター養成講座を開催し、地域活動の担い手を養成しました。

引き続き、高齢者自身が支援の担い手として参加できるような体制づくりや、リーダー的役割を担う人材の育成を図ります。

また、町が実施する健康ポイント事業や、杵藤地区広域市町村圏組合が実施するサポーター事業（介護予防ボランティアポイント制度）を活用し、社会参加や地域貢献を通じた介護予防を推進していきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場設置数（箇所）	17	18	19	20	21	21

住民主体の通いの場一覧マップ



④ 地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、地域包括支援センターと連携しながら、町民への介護予防に関する助言等を行っています。

地区老人会や通いの場の活動支援として、理学療法士等を派遣し、介護予防講話や介護予防体操の指導を行いました。

今後も、リハビリテーション専門職の専門性を活かしたフレイル予防事業を推進していきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数（回）	0	1	1	3	3	3

⑤ 一般介護予防事業評価事業

本町の介護保険の新規認定者の状況や改善・悪化状況について分析を行い、現状や課題の把握に努めました。また、その結果をもとに、通所サービス事業者等に対し、重度化予防等を目的とした研修会を開催しました。

今後も、一般介護予防事業をより良いものにするために、介護予防事業の振り返りを行ないます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
要介護認定率（％）	21.55	21.69	21.21	21.3	21.5	21.5

※各年9月末現在

⑥ 保健事業と介護予防の一体的実施事業の取組

高齢期における健康づくりの支援として、保健事業と介護予防の一体的実施に向け、庁内連携・協働により取組を推進します。「通いの場」において、保健師等の専門職が出向き、フレイル（虚弱）対策、疾病予防、受診勧奨など、高齢者の特性に応じた健康支援を行うことで、高齢者の健康寿命の延伸を図ります。

3 健康づくり

(1) 現状と課題

超高齢社会が到来し、平均寿命が延伸する中、健康寿命を延伸し、住み慣れた地域で自立した生活を継続することができるようにすることが重要です。

脳血管疾患や糖尿病等の生活習慣病が要介護状態となる一つの大きな要因となるなど、生活機能の低下は、若い頃からの生活習慣と密接な関わりがあります。

若年期からの健康づくりによって高齢期に至っても長く健康を保つことができるよう、また、健康を損なってもできる限り回復に努め、悪化を防いで日常生活の維持を図ることができるよう、生涯にわたる健康づくりを一体的に推進します。

(2) 主な事業・施策等

① 生活習慣病等の予防

＜健康相談・栄養相談の実施＞

健康相談や栄養相談等を実施し、町民の疾病予防、健康増進を図ります。

＜各種健康教育の開催＞

各種健康教育事業を継続的に実施し、健康づくりや健康寿命の延伸に努めます。

＜各種がん検診の実施＞

受診の必要性や受診方法の周知、受診しやすい環境の整備等、受診率向上に努めます。また、要精密検査者に対し受診を促し、早期発見・早期治療につながるように努めます。

＜特定健診・特定保健指導＞

生活習慣病の予防・改善と医療費の適正化対策を推進するため、特定健康診査及び特定保健指導を実施します。

② 健康づくり事業の推進

＜成人・高齢者歯科保健事業＞

健康な歯で健康な生活を送ることができるよう、健康診査や個別保健指導を実施します。

＜予防接種事業＞

感染症による患者の発生等の対策として、免疫を獲得し疾患の予防及び重症化の予防に努めるため、各種予防接種を実施します。

<こころの健康づくり>

うつ予防等こころの健康に関する普及啓発を実施します。

<健康ポイント事業の活用>

特定健診、がん検診等の各種検診や、スポーツに関するイベント等に参加してポイントを貯める健康ポイント事業の普及啓発・利用促進を図ります。

項目(%)	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定健診受診率	40.4	43.8	44.0	45.0	47.0	50.0
特定保健指導実施率	29.4	51.9	53.0	55.0	60.0	63.0
歯科検診実施率	8.0	8.3	7.7	—	13.0	—
後期高齢者健診受診率	34.06	34.95	36.0	37.0	38.0	39.0
後期高齢者歯科検診実施率	7.41	21.43	23.08	17.62	17.90	18.17

第2節 基本目標2 最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる相談・支援体制の充実

1 地域包括ケアシステムの推進

(1) 現状と課題

地域包括支援センターは、介護予防をはじめ、総合相談支援、高齢者虐待防止・権利擁護のほか、地域において高齢者を総合的に支援していく機関です。

本町には、地域包括支援センターが1か所設置されており、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続するため、地域の様々な社会資源を活用した、継続的かつ包括的なケアを高齢者の状態の変化に応じて切れ目なく提供ができるよう、総合的なケアマネジメントを行っています。

今後も、高齢者ができるだけ要介護状態にならないための予防対策から、高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービス、さらにはボランティア活動、近隣住民同士の助け合いまで、地域で包括的に支援できるネットワークの形成が求められています。

(2) 主な施策・事業等

① 地域包括支援センターの機能強化

一人暮らし高齢者や認知症高齢者など処遇困難事例が増加し、相談内容も複雑化・長期化しています。これらに対応するためには、高齢者の暮らしを総合的に支援する地域包括支援センターの機能強化を図る必要があります。制度上、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員を配置していますが、段階的に専門職を確保し、相談体制の強化を図ってきました。

引き続き、多様な相談の迅速な対応、地域包括ケアの充実、質の高いケアマネジメントを図るため、人材確保と育成を行っていきます。

また、生活困窮やヤングケアラー等、複合的な問題に対応するため、庁内、他機関、民生委員・児童委員との連携を強化します。

地域包括支援センターが、地域において求められる機能を十分に発揮することができるよう、地域包括支援センター運営委員会で評価し、業務の改善など必要な措置を講じます。ホームページ掲載、出前講座等により周知を行い、相談しやすい体制づくりに努めます。

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付け、制度横断的な支援を実施します。

権利擁護業務

成年後見制度等の活用促進や高齢者の虐待防止の対応を実施します。

地域ケア会議

多職種協働による個別事例の検討会議を実施します。また、地域共通の課題について、施策検討を行うとともに、課題解決に向けた関係機関等との連携を深めます。

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

介護支援専門員への相談・支援・指導や困難事例等の対応を実施します。

在宅医療・介護連携の推進

地域の医療機関等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供を図ります。

認知症施策の推進

認知症になったとしても、地域で安心して暮らし続けることができる体制構築を図ります。

生活支援体制整備事業

地域課題やニーズを把握し、地域の支え合いや生活支援サービス等の仕組みづくりを行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防の取組や介護予防ケアプランの作成等を行います。

ケアマネジャー

介護サービス事業所

警察署

かかりつけ医・
薬剤師・歯科医

医師会・薬剤師会
歯科医師会

認知症疾患
医療センター

保健所



社会福祉士 保健師 主任介護支援専門員

社会福祉協議会 隣近所 自治会 民生委員 老人クラブ
シルバー人材センター 各種ボランティア NPO 法律の専門家 商店・郵便局・金融機関等

② 地域ケア会議の充実

地域ケア会議は、高齢者の個別課題について検討を重ね、地域の共通課題を共有し、課題解決に向けて、関係者間の調整、ネットワーク化等を行い、政策の形成につなげていく仕組みです。

介護支援専門員のケアプランについて多職種で検討する「自立支援型ケア会議」、困難事例について多職種で検討する「個別ケア会議」、多職種間のネットワーク構築、地域課題の発見、地域づくり・資源開発や政策形成等を行う「地域ケア代表者会議」の3つのケア会議を実施しています。

地域ケア会議を通して把握した地域課題を整理し、地域の関係者や生活支援コーディネーターとも共有し、不足する社会資源創出や政策提言等につなげていきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
自立支援型ケア会議（回）	5	5	6	6	6	6
取扱事例数（件）	10	10	11	11	11	11

③ 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする在宅高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進しています。

医療・介護関係者間の連携体制を強化するため、「顔の見える関係づくり」の推進や、武雄杵島地区医師会に開設された在宅医療・介護連携支援センターとの連携のもと、相談支援やICTを活用した情報連携ツールやつながり手帳の普及・活用促進を図りました。

引き続き、医療介護関係者の相互理解を深めるとともに、人生会議（人生の最終段階における意思決定）など、町民の理解促進のための普及啓発に取り組んでいきます。

④ 生活支援体制整備事業

高齢者がいつまでも住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、医療・介護といった専門的な支援以外に、地域の力や住民同士での支え合いが重要です。

そのため、生活支援コーディネーターの配置や、協議体（生活支援会）を設置し、地域で高齢者を支え合う体制づくりや、町独自の新たなサービスの構築を図っています。

生活支援コーディネーターによる「輪ちゃんだより」の発行、地区座談会の開催、生活支援会では、勉強会や意見交換等を行っています。また、広報用パンフレットの作成、健康体操番組（おおまち健康体操）の制作、移動と買い物まで支援する住民主体の通いの場「縁ジョイ大町クラブ」の立ち上げに取り組みました。

引き続き、生活支援コーディネーターを中心に関係機関と連携を図りながら、地域のニーズ把握や日常生活上の支援の担い手の養成・発掘、既存の地域資源及び介護予防・生活支援サービスを活用し、安心して日常生活が継続できるよう生活支援体制を整備していきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援コーディネーター数 (人)	3	3	3	3	3	3
生活支援会（協議体） 開催回数（回）	5	6	6	6	6	6
座談会開催地区数 (地区)	0	0	2	3	3	3

⑤ 関係機関との連携

地域包括支援センターを中心に、医療機関をはじめとする関係機関、ボランティア団体、住民や事業者などとのネットワークによる地域ケア体制を構築し、関係機関との情報交換や連携強化を図ります。

⑥ 障がい福祉サービスとの連携

障がい者が65歳以上になっても、その特性に応じた支援が提供できるように、障害分野との連携を図っていきます。

2 在宅福祉サービスの充実

(1) 現状と課題

一人暮らし高齢者や、高齢者のみで暮らす世帯が増加する中、住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、生活支援サービスを提供するとともに、円滑に利用できるよう支援します。また、安否確認、見守りを兼ねたサービスについて、多様な方法で取り組み、在宅生活継続を支援します。

(2) 主な施策・事業等

① 食の自立支援事業

65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯等で、食の自立の観点から、心身の状況等を総合的に勘案し、配食サービスを提供しています。1日に1回夕食を提供し、配食時に安否確認を行うことにより、自立した在宅生活が送れるように支援しています。

利用者は減少していますが、一人当たりの配食数は増加しています。また、高齢化が進む中、今後、配食や見守りを必要とする高齢者が増加することが予測されることから、町の事業に併せ、民間の力を活用した仕組みづくりを検討していきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数（人）	45	44	40	45	48	48
延食数（食）	8,636	8,612	8,640	8,700	9,000	9,200

② 寝たきり紙おむつ等支給事業

在宅介護における経済的負担の軽減を図ることを目的に、常時失禁状態、要介護3以上、住民税所得割非課税世帯である高齢者に対し、紙オムツや尿取りパッド、紙パンツを支給しています。

引き続き、在宅介護を支援するため、民生委員や居宅介護支援事業所等に事業の周知を図っていきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数（人）	1	4	1	1	2	3

③ 愛の一声運動

65歳以上の一人暮らし高齢者の安否確認や孤独感の解消を図るため、協力員が訪問等による見守りを行いました。引き続き、民生委員等と連携し、一人暮らし高齢者を継続的に見守っていきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	59	54	52	52	52	52
延人数(人)	618	540	576	580	580	580

④ 高齢者あんしん見守りネットワーク事業

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、高齢者見守り隊(住民・事業所等)の協力のもと、「高齢者あんしん見守りネットワーク事業」に取り組みました。

ここ数年、登録事業所の閉鎖などもあり、登録数が増えないことが課題です。

引き続き、高齢者見守り登録事業所数の拡大を図り、重層的な見守りのもと、高齢者が安心して生活できる地域づくりを推進していきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
見守り事業所登録数 (箇所)	44	45	47	48	50	52
【再掲】 新規登録数(箇所)	—	—	—	2	2	2

3 生活環境の充実

(1) 現状と課題

高齢者が安心して住み続けられる生活環境を築くためには、「在宅」か「施設」といった考え方ではなく、個々の状況に応じた選択ができるよう、多様な「住まい」を確保することが重要です。高齢者の多様なニーズに対応するため、引き続き、町内、近隣市町の事業所との連携を図り、状態に応じた適切な利用の促進を図ります。

(2) 主な事業・施策等

① 介護保険制度による住宅改修・福祉用具の活用

要介護・要支援認定を受けている方には、介護支援専門員による適切なアセスメントのもと、個々の生活環境や身体状況に応じた住宅改修や福祉用具を提供することで、安心・安全に生活できる環境を整備します。

② 施設サービス、軽費老人ホーム等

心身の状況を含め、ライフスタイルに合った適切な施設を選択できるよう、軽費老人ホーム（ケアハウス）、有料老人ホームなどの情報を提供していきます。

③ 養護老人ホーム入所措置事業

養護老人ホームとは、老人福祉法に基づき家庭環境や経済的な理由により、在宅での生活が極めて困難な高齢者を擁護し、安定した生活を確保することを目的につくられた施設です。

引き続き、近隣の養護老人ホームとの連携を図り、自立した生活のために必要な指導、支援を行います。また、被虐待高齢者の措置等を含め円滑な対応に努めます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
入所者数（人）	8	6	5	7	7	7

4 移動支援の確保

(1) 現状と課題

本町は、人口減少、少子高齢化等による社会構造の変化の影響も受け、自家用車に依存した交通体系となっています。鉄道、路線バスは利用可能な地域が限られ、運行本数も少ないのが現状で、自動車を自由に運転することができない高齢者などの移動制約者に対する買い物や通院など、日々の移動手段を確保することが課題です。

また、町の北部は緩やかな坂道が多いことから、心身機能の低下を機に外出控えや閉じこもりになってしまう可能性があります。

高齢者が安心して外出できるよう、住民相互による移動サービスを含め、移動手段の確保につながる取り組みを進めていく必要があります。

(2) 主な施策・事業等

① 身近な移動手段の充実

本町では、移動手段を持たない交通弱者の移動手段を確保するために、コミュニティバス「まちバス」を運行しています。今後も継続運行を図るとともに、関係機関や事業者と連携し、町内における移動手段の確保に努めます。

② 住民主体の移動支援

要支援認定者と事業対象者を対象とした、介護予防と移動・買い物支援を一体的に行う「縁ジョイ大町クラブ」の立ち上げや、社会福祉法人が行うサロンまでの移動支援に対する補助など、住民主体の移動支援サービスを構築しました。

今後も、地域実情に応じた住民主体の移動サービスの検討・構築を図っていきます。

③ 民間事業者の協力

町内には独自で送迎サービスを行っている事業所・店舗があります。移動支援に関する情報を収集し、必要とする方へ情報を提供することで移動手段の確保に努めます。

5 地域コミュニティ活動の活性化

(1) 現状と課題

少子高齢化が急速に進行する中、また、大規模な災害が頻発する中、身近な地域における高齢者の見守り、自主的な防災活動や避難支援活動等の重要性が再認識されてきており、支え合い助け合うコミュニティの再構築が強く求められています。

人と人との支え合い、ともに生きる「地域共生社会」づくりに向けた取り組みが必要となっています。

(2) 主な事業・施策等

① 通いの場の推進

介護予防で行う通いの場では、地域の住民同士が気軽に集い、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げることができます。

また、人と人とのつながりを通じて、お互いを見守りや支えあいの効果が期待できます。

引き続き、コミュニティの構築という視点での、通いの場の育成・活動支援に取り組めます。

② 生活支援体制整備事業による座談会

地域の支え合い活動を推進する中で、コミュニティの構築について住民・関係団体と協議します。

③ イベント等の開催・周知

地域の支えあい・活動の推進役として期待される介護予防・生活支援サポーター養成講座の周知、コミュニティの構築につながるイベントの開催や各種講座の周知等を行います。

④ 補助制度の活用

大町町地域の絆づくり支援事業費補助金や、住民主体の通いの場推進事業補助金等の補助制度を活用し、地域コミュニティの形成を推進していきます。

第3節 基本目標3 高齢者の安全・安心の確保

1 緊急時・災害時への対応

(1) 現状と課題

過去の大規模災害において、65歳以上の高齢者が犠牲者の過半数以上を占める傾向が共通してみられます。このことから、本町においても災害時に自力で避難することが困難な者に対する避難支援体制の充実強化が求められています。

また、災害時においては、避難支援に著しい制約が予想されることから地域の実情を把握している住民が避難支援を行う「共助」が不可欠であり、この部分を担う自主防災組織の育成に取り組む必要があります。

(2) 主な施策・事業等

① 災害時等の避難誘導體制の整備

災害等で避難する際、手助けが必要な避難行動要支援者の名簿を予め作成し、平時より関係機関との情報共有ができるようにしています。

引き続き、新規対象者の登録、定期的な情報更新、避難に係る個別計画の作成、自主防災組織をはじめ避難支援を行う各機関と連携した教育・訓練を行い避難誘導體制の確立を図ります。

② 一人暮らし老人等緊急通報システム事業

おおむね65歳以上の一人暮らしや寝たきりの高齢者宅に緊急通報システム装置を貸与し、高齢者が家庭内で病気等の緊急事態に陥ったときにその装置を用いて委託先に通報することにより、必要な救助活動等を行い、高齢者の安全確保を図っています。

高齢者の孤独死や孤立を防ぎ、住み慣れた自宅で安心して暮らしていけるよう、システムの周知と活用を推進するとともに、愛の一声運動、老人会会員同士の見守り、高齢者見守り隊による見守りなど、重層的な見守り活動を行っていきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急通報システム設置 件数（件）	10	7	12	14	15	16

③ お薬手帳・つながり手帳の活用

服用中の薬の種類や量、服用期間などを記録する「お薬手帳」は、緊急時や災害時、薬の情報や緊急連絡先等を医師等に的確に伝え、スムーズに適切な医療につながる大事な情報源となります。

家族の連絡先等、必要な情報を記載できる「つながり手帳」とともに、常に携帯する、持ち出せる場所に置いておくなど、お薬手帳とつながり手帳の活用について周知を図ります。

2 感染症に対する整備

(1) 現状と課題

新たな感染症の流行に備え、平時から関係機関や関係部署等と連携し、感染症に対する体制を整備しておくことが必要です。

(2) 主な施策・事業等

① 高齢者の感染予防

高齢者自身が日常生活の中で適切に感染予防ができるよう、正しい知識の普及を図ります。また、感染予防に配慮した通いの場の運営を図れるよう支援します。

② 事業所の感染対策

介護サービス等の提供や事業の実施にあたっては、各施設との連携のもと、感染拡大防止等の周知や発生に備えた平時からの準備の促進等を図ります。

また、感染症発生時においては、佐賀県等と連携し、必要かつ適切な対策がとれるよう努めます。

3 生活安全対策の推進

(1) 現状と課題

高齢者人口の増加により、高齢者が交通事故の被害者となるばかりではなく、加害者となるケースも増加しています。そのため、関係機関や団体と連携し、高齢者を対象とした交通安全教室を実施するなど、交通ルール等の再確認を行うとともに交通安全意識の高揚を図る必要があります。

また、近年、高齢者を狙った「振り込め詐欺」等、悪質で巧妙な手口の犯罪が全国規模で多発しており、高齢者の被害者も多くなっています。このため、高齢者が被害に遭わないよう詐欺や悪質商法等に対する啓発を図る必要があります。引き続き、関係機関との連携を図り、高齢者が安心して生活できる地域づくりを推進します。

(2) 主な施策・事業等

① 交通安全意識の高揚

警察や老人クラブ等各種団体と協力し、高齢者の交通事故を未然に防ぐため、反射材の着用を推進、交通安全教室等を開催し、交通安全に対する意識高揚を図ります。

② 交通安全施設の整備

高齢者の安全を確保するため、関係機関と連携して、カーブミラーやガードレール等の交通安全設備の整備を図ります。

③ 防犯活動の促進

警察や白石地区防犯協会など関係機関・団体と連携、広報・啓発活動や情報等を共有し、住民の防犯意識の高揚と自主的な地域安全活動の促進・防犯体制の強化を図ります。

④ 運転免許証自主返納支援助成事業の推進

自ら運転免許証を返納した高齢者に対し、タクシー料金の一部を助成することにより、運転免許証の自主返納を支援し、高齢者の運転による交通事故の減少に向けて取り組みます。

⑤ 消費生活対策の推進

消費者に身近な問題について、広報紙等による広報活動を通じた意識啓発とともに、県消費生活センターと連携し、相談体制の充実を図り、消費生活における高齢者の利益と権利の擁護に努めます。

第4節 基本目標4 生きがいくくり・社会参加の促進

1 生きがいくくりの促進

(1) 現状と課題

今後ますます進行する高齢社会の中で、高齢者が地域の中で最大限に力を発揮するために、生きがいくくりと社会参加を促進することは非常に重要なことです。

高齢者にとって住み慣れた地域社会の中で、充実した豊かな生活を送るためには、学習活動やスポーツ、趣味などの生きがい活動は重要な役割を担っており、生涯学習を取り入れた学習活動やスポーツ活動をニーズに応じて積極的に行うことができる環境づくりに努める必要があります。

また、老人クラブ活動やサークル活動などの地域における交流活動については、地域社会への参加と生きがいくくりを促進するという観点からも、その活性化を図ります。

(2) 主な施策・事業等

① 交流活動の促進

老人クラブは、おおむね60歳以上の会員で組織され、地域ごとの多様な自主活動を基盤として、健康づくりを進める運動や各種のレクリエーション等の会員自身の楽しみや生きがいくくり、見守り活動など、幅広い活動を行っています。

地域における高齢者の見守りや社会交流の場として定着していますが、会員の高齢化や会員の確保が課題です。

今後も補助金の交付や出前講座など、老人クラブ活動の活性化を図るための支援を継続します。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
老人クラブ数(クラブ)	22	21	20	19	19	19
会員数(人)	731	675	612	603	610	610
老人趣味の会グループ数(クラブ)	15	16	16	15	15	15
会員数(人)	144	163	157	151	155	155

② 生涯学習の充実

関係機関との連携を図りながら、多様化するニーズを把握しつつ、高齢者が自ら向上心をもって積極的に学習活動に取り組むことができるよう、各種講座、教室等の内容の充実及び情報提供に努めます。

③ 老人福祉センターの活用

町が送迎用車両を貸与するなど老人福祉センターの充実を図りました。

引き続き、高齢者の健康づくりや生きがい活動の場として活用を推進します。

④ 多世代交流

高齢者が長年培ってきた経験や知識を活かし、社会との結びつきを実感することは高齢者自身が生きがいを持ち、健康寿命を維持する上で大きな効果が期待されます。

昔遊びの伝承等、子どもから高齢者まで多世代が交流することで、高齢者自身が先生となり経験・知識を次世代に伝える機会の拡大を図ります。

教育委員会が勧めている「ながら見守り」を通して、児童・生徒と挨拶やことばを交わすことで自己有用感や達成感向上を図ります。

2 高齢者の就労の促進

(1) 現状と課題

高齢者を積極的に社会に貢献する人材としてとらえて、高齢者の持つ経験・能力を發揮することができる環境整備が求められています。

このため、働く意欲のある高齢者の就業ニーズを満たしていくとともに、能力と適性に応じた働きやすい環境の整備に努めます。

(2) 主な施策・事業等

① 高齢者の就労支援

高齢者が経験や知識、技術等を活かし、生きがいをもって働くことができるよう、大町町社会福祉協議会と連携し、シルバー人材センターの周知を図り、会員登録を促進するなど、高齢者の就労機会の確保に努めます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
会員数（人）	31	32	32	35	33	33

第5節 基本目標5 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

1 認知症支援

(1) 現状と課題

認知症は誰もがなりうる可能性があり、身近なものとなっています。認知症になっても希望をもって前を向き、住み慣れた地域の中で尊厳が保たれ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指して取組を推進します。

(2) 主な施策・事業等

① 認知症高齢者を支援する地域づくり

認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族の見守りと支援を行う認知症サポーターを養成しています。対象者は、一般住民だけでなく、ひじり学園4年生を対象とするなど、幅広い年齢層に認知症に対する理解と協力を求めています。

引き続き、養成講座の周知に努め、新たな対象者の拡大を図ります。また、オレンジカフェ（認知症カフェ）など、サポーターの活動の場を増やすとともに、認知症の人やその家族のニーズに合った支援につなげる仕組み（チームオレンジ）の立ち上げに取り組みます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター養成数（人）	1,151	1,219	1,300	1,350	1,400	1,450

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
チームオレンジの養成計画	—	ステップアップ講座の開催 チームオレンジの立ち上げ	チームオレンジの稼働

② 認知症地域支援推進員の配置と認知症初期集中支援チームの設置

認知症初期集中支援チーム（業務委託）は、医師、保健師等専門職によるチームが、認知症が疑われる人や認知症の人を訪問し、医療・介護等関係機関と連携して、早期受診・早期対応に向けての包括的・集中的な支援を行います。

認知症地域支援推進員は、地域の医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行っています。

引き続き、支援が必要なケースを早期に把握・介入するために、チームや推進員の活動を周知し、支援体制の充実を図ります。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症地域支援推進員 配置数（人）	3	4	4	4	4	4

③ オレンジカフェ（認知症カフェ）の設置

オレンジカフェとは、認知症の人やその家族、地域の方や専門家などが、気軽に立ち寄り、情報交換や交流を楽しみ、くつろぐ場所です。認知症に関して理解を深めたり、参加者同士で悩みを相談しあったり、医療や介護について相談することもできます。

今後は、認知症の人やその家族の声に耳を傾け、ニーズに応じたカフェの企画や運営、周知を行っていきます。

項目	実績		見込	目標		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェ設置件数 （箇所）	1	1	2	2	2	2

④ 認知症ケアパスの配布

認知症ケアパスとは、認知症の進行に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスが受けられるかなど、相談窓口や必要な情報をわかりやすくまとめたものです。

引き続き、認知症の人やその家族、介護・医療従事者等に配布するとともに、協力機関に配架するなどケアパスがより多くの目にとまるよう普及啓発に取り組みます。また、必要に応じて内容の見直しを行います。

⑤ 徘徊高齢者見守り登録

行方不明になる恐れのある徘徊高齢者等に対して、QR コード付きの見守りシールを配布し、緊急時、迅速に対応できるような体制を整備しています。

引き続き、徘徊の恐れのある高齢者等に対し、見守り登録の働きかけを行うとともに、町民に対して見守りシールの周知を図っていきます。

⑥ 認知症高齢者等個人賠償責任保険

認知症の人やそのご家族が地域で安心して生活することができる環境を整備するため、認知症の人が他人にケガをさせたり、他人の財物を壊したりしたこと等により、法律上の損害賠償責任を負う場合に備えて、認知症の人を被保険者とする個人賠償責任保険に加入しています。

認知症になっても安心して在宅生活を送れるよう、事業の周知を図っていきます。

⑦ 福祉のこころの育成

町の教育部門や社会福祉協議会、介護施設等と連携し、高齢者疑似体験等の福祉教育を推進することで、福祉や介護についての理解を深め、思いやりのある福祉のこころを育成します。

毎年ひじり学園 4 年生に対し認知症について正しく知る学習を行うことで人権教育にも結びけています。

2 高齢者の人権の尊重及び権利擁護のための事業

(1) 現状と課題

全国的に高齢者虐待の相談・通報件数の増加が見込まれることから、多様な主体との連携を図るとともに、包括的な視点から、高齢者虐待の未然防止や早期発見に向けた取り組みが求められています。

また、認知症やひとり暮らしの増加が見込まれる中、成年後見制度の利用を含む権利擁護支援ニーズが更に増える見込みであり、成年後見制度の適切な理解と普及に努めるとともに、適切な制度利用を進めていく必要があります。

(2) 主な施策・事業等

① 高齢者虐待防止の推進

高齢者が尊厳ある本人らしい生活を営むことができるよう、虐待防止に関する意識啓発と相談窓口の周知を図ります。また、関係機関と連携し、高齢者虐待の未然防止及び相談や通報に対する迅速な対応など、虐待の早期発見・養護者支援を図ります。

② 福祉サービス利用援助事業（あんしんサポート）

認知症などで判断能力が低下した方を対象に、福祉サービス等の利用援助や日常的な金銭管理を行う事業です。実施主体である大町町社会福祉協議会と連携し、事業の周知と制度の理解促進を図ります。

③ 成年後見制度活用のための支援

認知症や知的障がい、精神障がい等により判断能力が十分でない方の権利を守るため、成年後見制度の周知を図るとともに、制度を必要とする高齢者を早期に発見し、迅速に対応できるよう関係機関との連携を図りました。また、本人や四親等内親族が申立てを行うことが困難な場合に、必要に応じて町長が審判の申立てを行い、福祉サービス等への利用につなげ、併せて成年後見人等の報酬助成を行いました。

引き続き、対象者の把握に努めるとともに、権利擁護支援のための地域連携ネットワークの構築や、中核機関の設置に向けて、関係団体との協議を行います。

また、福祉サービス利用援助事業の対象とならないものの、判断力に不安があり、金銭管理が必要な方や身元保証人が存在しないために生活などに困難を抱えている方への支援の在り方を検討します。

第5章 計画の推進体制

第1節 計画の推進・進行管理

1 計画の推進

(1) 町民への情報提供

本計画については、町ホームページで公開するとともに、関係団体等へ配布します。

(2) 庁内における連携体制の強化

本計画の推進にあたっては、計画を主管する福祉課だけでなく、庁内の関係者が連携し、施策・事業を推進していく必要があります。そのためにも健康づくり・生涯学習、防災などの関係部署間の連携強化を進め、情報共有や施策・事業の調整をおこないます。

(3) 関係機関・団体や民間事業者等との連携

本計画は、高齢者が住み慣れた地域において安心して暮らしていけるよう、町全体で高齢者を支える体制づくりをすすめる計画となります。

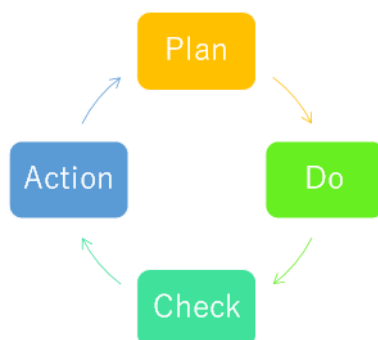
そのためにも関係機関や民生委員・児童委員、民間事業者などの役割を分担しつつ、各主体間の連携を図ります。

2 計画の進行管理

(1) 地域包括支援センター運営委員会の開催

毎年開催される地域包括支援センター運営委員会において進捗状況を報告、評価を行うとともに計画推進に関しての問題点・対応策などについて検討をおこないます。

PDCAサイクル



第 6 章 資料

(1) 大町町高齢者福祉計画策定委員会設置要綱

○大町町高齢者福祉計画策定委員会設置要綱

(平成5年3月26日規程第3号)

改正

平成5年6月25日規程第6号

平成11年6月24日規程第9号

平成23年12月20日規程第17号

平成28年3月23日規程第25号

令和2年3月31日規程第18号

(設置)

第1条 老人福祉法に基づく高齢者福祉計画を策定するため、大町町高齢者福祉計画策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(委員会の任務)

第2条 委員会は、計画策定にあたって審議検討し、計画づくりのため具体的方策について助言等を行うものとする。

(組織)

第3条 委員会は、委員11名以内で組織する。

2 委員は、次に掲げるものの中から町長が委嘱する。

(1) 議会代表

(2) 保健福祉事務所代表

(3) 医師会代表

(4) 歯科医師会代表

(5) 区長会代表

(6) 老人会代表

(7) 婦人会代表

(8) 民生委員会代表

(9) 福祉施設代表

(10) 行政機関代表

(11) 学識経験のある者

3 委員の任期は1年とし、再任を妨げない。ただし補欠により委嘱された委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長、副委員長)

第4条 委員会に委員長、副委員長を置く。

2 委員長、副委員長は委員の互選により定める。

3 委員長は委員会を代表し会務を総理する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会は、町長が必要に応じて招集する。

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、福祉課において処理する。

第7条 この要綱に定めるもののほか、会議の運営について必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成5年4月1日から施行する。

附 則(平成5年6月25日規程第6号)

この規程は、公布の日から施行する。

附 則(平成11年6月24日規程第9号)

この規程は、公布の日から施行し、平成11年8月1日から適用する。

附 則(平成23年12月20日規程第17号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成28年3月23日規程第25号)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則(令和2年3月31日規程第18号)

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

(2) 大町町高齢者福祉計画策定委員名簿

所 属	氏 名	区 分
大町町議会	江口 正勝	議会代表
杵藤保健福祉事務所	本田 正幸	保健福祉事務所代表 兼行政機関代表
武雄杵島地区医師会	戸原 恵二	医師会代表
武雄杵島地区歯科医師会	◎岸川 直司	歯科医師会代表
大町町区長会	村上 隆則	区長会代表
大町町老友クラブ連合会	堅固 勲	老人会代表
大町町婦人会	武村 妃呂子	婦人会代表
大町町民生委員児童委員協議会	武村 宣子	民生委員会代表
社会福祉法人聖仁会	○黒岩 正孝	福祉施設代表
大町町社会福祉協議会	西森 明広	学識経験のある者

◎委員長 ○副委員長

(3) 用語の解説

用語	解説
アセスメント	ケアプランの作成にあたって、利用者について、その有する能力、既に提供を受けているサービスなど、その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で、解決すべき課題を把握すること。
介護予防・日常生活支援総合事業	市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもの。要支援認定者や事業対象者を対象とする「介護予防・生活支援サービス事業」と65歳以上のすべての方を対象とする「一般介護予防事業」がある。
基本チェックリスト	総合事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全25項目について、「はい/いいえ」で回答する。
ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野で、サービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には、①インテーク（受理面接）⇒②アセスメント（生活課題の分析）⇒③プランニング（計画の立案）⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング（進行中における中途評価）⇒⑥エヴァリュエーション（最終的な評価）⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。
ケアマネジャー （介護支援専門員）	都道府県知事から与えられる公的資格。要支援・要介護認定等を受けた人からの相談を受け、ケアプランを作成し、保険者や他の介護サービス事業者との連絡・調整などを取りまとめる。一般的にケアマネと略称される。
権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障がい者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。
高齢者虐待	家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為のこと。高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪し、心や身体に深い傷を負わせるもので、身体的（身体的拘束を含む）、性的、心理的、経済的、介護や世話の放棄（自虐を含む）といった種類がある。

用語	解説
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院に入所して受けるサービスの総称。要介護1～5の認定者が利用できることとされているが、介護老人福祉施設については、平成26年度の介護保険法改正により、原則要介護3以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。
社会福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上もしくは精神上の障害があるなどの理由により、日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言や指導、福祉サービス提供者や医師などの関係者と連絡調整等の援助を行う。英語名はソーシャルワーカー。
主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと住民、生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークのこと。
生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者のこと。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。

用語	解説
成年後見制度	病気や障害のため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
前期高齢者／後期高齢者	一般的におおむね 65 歳以上の人を「高齢者」というが、高齢者のうち 65 歳以上 74 歳以下を「前期高齢者」、75 歳以上を「後期高齢者」という。
地域ケア会議	高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会資源の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。個別課題の解決、地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の発見、地域づくり・社会資源の開発、政策の形成の 5 つの機能がある。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。
地域包括ケアシステム	地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、生活支援、住まいが切れ目なく一体的に提供される体制のこと。
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市区町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。
つながり手帳	病名やかかりつけ医、緊急連絡先、ケアマネージャー等を記載することができ、お薬手帳と一緒に持つことで、必要な情報を医療や介護関係者等へつなぐことができる。武雄杵島地区医師会が発行し、地域包括支援センターや医療機関等に配架している。
福祉サービス利用援助事業	認知症などで判断能力が低下した方を対象に、福祉サービス等の利用援助や日常的な金銭管理を行う事業で、実施主体は大町町社会福祉協議会。

用語	解説
認知症	脳細胞の死滅や活動の低下によって認知機能に障害が起き、日常生活・社会生活が困難になる状態の総称。主な症状としては、直前の行動を忘れてしまう、覚えていた人や物の名前が思い出せなくなるといった「記憶障害」、自分のいる場所や状況、年月日、周囲の人間との関係性などがわからなくなる「見当識障害」、料理の手順がわからない、善悪の区別ができなくなるといった「判断能力の低下」がある。またこれらの症状に、個々の性格や環境の変化などが加わることで、徘徊や暴力・暴言、幻覚、物盗られ妄想、せん忘、異食、失禁・排尿障害、不眠・睡眠障害、うつ症状といった行動・心理症状（BPSD）が現れるケースもある。また、原因疾患によっては手術や薬物治療により症状が改善され、光療法や回想法などその他の手段が有効な場合もある。近年は、物忘れ外来の設置や専門医の配置など医療環境の整備も進められており、様々な研究も行われている。
認知症ケアパス	認知症の発症から人生の最終段階まで、状態に応じたケアの流れを示したもので、いつ、どこで、どの医療・介護サービスを受ければよいかをまとめたもの。
認知症サポーター	認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある。令和2年9月末時点で全国に1260万人以上のサポーターがいる。
パブリックコメント	行政がいろいろなテーマの計画を策定するにあたり、住民に計画内容を案として公表し、その計画案について寄せられた意見を考慮して、計画内容の決定を行うとともに、寄せられた意見とそれに対する行政の考え方を公表するもの。
PDCA サイクル	PDCA サイクルは、Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Action（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する仕組みのこと。
フレイル	フレイルとは、「加齢により心身が老い衰えた状態」のこと。厚生労働省研究班の報告書では、「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされる。

用語	解説
有料老人ホーム	<p>老人福祉法に基づく高齢者向けの生活施設。多くの場合営利企業が経営しており、居住権形態では（終身）利用権方式、賃貸借方式、終身建物賃貸借方式がある。またサービス内容によって、介護保険の指定を受けて特定施設入居者生活介護サービスが提供される「介護付き有料老人ホーム（一般型／外部サービス利用型）」、生活支援等のサービスが提供され、介護が必要になった場合は外部の居宅サービスを利用できる「住宅型有料老人ホーム」、介護が必要になった場合は退去することになる「健康型有料老人ホーム」の3タイプに分けられる。介護付き有料老人ホームについては、要介護認定者のみが入居できるものを「介護専用型」、要支援認定者や自立者も入居できるものを「混合型」と呼称する。</p>
要介護状態／要介護認定者	<p>要介護認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要介護状態にあると認定された者をいい、要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、日常生活における基本的な動作について、常時介護を要すると見込まれる状態をいう。要介護状態には、要介護1から要介護5まで5つ区分がある。</p>
要支援状態／要支援認定者	<p>要支援認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要支援状態にあると認定された者をいい、要支援状態とは、日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、将来、要介護になる恐れがあり、日常生活に多少の介助が必要な状態。要支援1と要支援2の2つの区分がある。</p>
リハビリテーション専門職	<p>理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障害のある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。</p>

用語	解説
民生委員・児童委員	<p>民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者※である。また、児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者※である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。</p> <p>※行政実例では地方公務員法第3条第3項第2号に規定する「非常勤の特別職の地方公務員」（都道府県）に該当すると解されているが、奉仕者となるため無報酬である。</p>

大町町高齢者福祉計画

(令和6年度～令和8年度)

発 行 大町町福祉課

発行年月 令和6年3月

〒849-2101 佐賀県杵島郡大町町大字大町 5017

電話 0952-82-3187 F A X 0952-82-3060
