

多久市高齢者福祉計画

令和6年3月
多久市

はじめに

いつまでも生きがいを持って、健やかに暮らしていくことは万人の希望のひとつです。

わが国では、令和7年に「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者になった後も高齢化は進み、医療・福祉のあり方をはじめ、高齢者のQOL（クオリティ・オブ・ライフ）の低下が懸念されています。

そのため、全ての高齢者を対象に、生活習慣病の重症化予防やフレイル対策など、健康な身体づくりや体力維持により、寝たきりを予防し、住み慣れた地域で主体的な生活を過ごせるよう「地域包括ケアシステム」の充実推進が重要であります。

多久市の高齢化率をみれば、令和6年2月現在で38.0%と、全国平均を上回る高齢化状況にあり、これは長寿社会化によるものであり、健康長寿の取り組みの充実が喫緊の課題となっています。

「多久市高齢者福祉計画」は、佐賀中部広域連合で策定する「佐賀中部広域連合第9期介護保険事業計画」と密に連携し、要介護者を含む、高齢者福祉事業全般にわたる計画として策定するものです。

これからは、医療・介護、福祉などの分野で連携をより強化し、世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会の実現に向けて取り組むことが必要とされています。

これまでは、地域包括ケアシステムの構築のための体制づくりに加え、地域にある多様な人材マンパワーや社会資源の活用等を図ってまいりました。

これからは、更なる高齢化、介護サービス需要の多様化や高まりがある中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、安心して健康に自分らしい暮らしを人生の最期まで送れるよう更なる推進を図ることが肝要と考えます。

そのためには、栄養と運動という生活習慣を含み、自分自身の健康管理に努めて頂くことが重要です。さらに、生活の継続に必要な地域課題解決のため、地域での取り組み、高齢者自らも支援に参加できる地域づくりを、行政も一緒になって取り組みたいと考えます。

その推進には、地域コミュニティによる支援が不可欠であり、地域住民の皆様及び民生委員、区長、医療機関、社会福祉協議会、介護事業所等関係団体などとの連携が重要です。

今後、地域共生社会の実現を目指し、市民の皆様の、多様で複合的な課題を解決するために、これらの連携を軸として、健康づくり、介護予防、そしてお互いに支え合える、持続可能な地域社会づくりを一体的に取り組んでいく所存でありますので、皆様のご理解ご協力をよろしくお願いいたします。

結びに、本計画の策定に際し、貴重なご意見や提言を賜りました多久市高齢者福祉計画策定委員会委員の皆様、実態調査や専門職等のアンケート調査にご協力をいただきました多くの市民の皆様にご心から御礼を申し上げ、あいさつと致します。

令和6年3月

多久市長 横尾 俊彦

目 次

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画策定の背景と趣旨	2
2 計画の位置づけ.....	3
(1) 計画の法的な位置づけ	3
(2) 関連計画との連携.....	4
(3) 計画の期間	5
3 日常生活圏域の枠組み	5
4 計画の策定方法と進行管理	6
(1) 計画への住民意見の反映	6
(2) 計画の進行管理.....	6
第2章 高齢者を取り巻く現状	7
1 人口・世帯の状況.....	8
(1) 人口構成の状況.....	8
(2) 世帯構成の状況.....	9
2 要支援・要介護認定者の状況	12
3 後期高齢者の医療費の変化	15
4 認知症高齢者数の推計	18
5 各町の地域資源などの状況	19
6 調査結果の概要.....	24
(1) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査	24
(2) 専門職アンケート.....	37
(3) 団体ヒアリング.....	44
7 多久市における課題.....	49
第3章 計画の基本的な考え方	57
1 基本理念	58
2 基本目標	59
3 施策の体系	61
4 S D G s と連動した施策の推進	62

第4章 施策の内容	63
基本目標1 支え合いの仕組みづくり.....	64
(1) 地域包括支援センターの運営の充実	64
(2) 在宅医療・介護連携の推進	69
(3) 認知症総合支援の推進	72
(4) 生活支援体制の充実	78
基本目標2 健康づくりと介護予防の推進.....	81
(1) 健康づくりの推進.....	81
(2) 介護予防・生活支援サービス事業の充実.....	85
(3) 一般介護予防事業の充実	87
基本目標3 自立と安心につながる支援の充実	91
(1) 社会参加の推進.....	91
(2) 在宅生活の継続支援	93
(3) 安心につながる取り組みの推進.....	95
(4) 生活環境の充実.....	98
資 料 編	101
1 用語説明 (50 音順)	102
2 多久市高齢者福祉計画策定委員会条例	114
3 多久市高齢者福祉計画策定委員会委員名簿.....	115
4 多久市高齢者福祉計画策定経過.....	116

第1章 計画の策定にあたって



1 計画策定の背景と趣旨

高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして平成12（2000）年に介護保険制度が創設されてから20年以上が経過しました。昭和22（1947）年から昭和24（1949）年生まれの団塊の世代が、令和7（2025）年までに後期高齢者となり、さらに令和17（2035）年からは85歳以上となることから、その多くが要介護状態となることが見込まれています。そのため、医療や介護、福祉などに関わる社会保障制度は大きな転換期を迎え、「地域包括ケアシステム」を中核とした地域共生社会の実現に向けた支援へと姿を変えようとしています。

また、令和2年6月には、地域共生社会の実現を図るため、地域の生活課題を抱える地域住民およびその世帯に対する支援体制の構築と、地域住民等による地域福祉の推進のために必要な環境を整備する事業として、重層的支援体制整備事業の実施に関する項目が社会福祉法の中に定められました。

多久市は高齢化率が年々増加し、令和2（2020）年の国勢調査結果では36.9%となりました。さらに、令和7（2025）年の高齢化率は39.1%となることが見込まれています。介護サービスの需要が高まるなか、高齢者が生きがいをもって、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、さまざまな事業者や地域住民が連携した地域包括ケアシステムを構築し推進していくことが重要になっています。そのために、既に取り組んでいる介護予防事業や生活支援事業を踏まえたうえで、さらなる推進を目指した取り組みを描いていくことが大切になります。

多久市では、このような状況を捉え、地域の生活課題が明らかにされ、解決のための仕組みがすすみ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域や住まいで尊厳ある自立した生活を送ることができるよう、新たな「多久市高齢者福祉計画」（以下、本計画という）を策定します。

2 計画の位置づけ

(1) 計画の法的な位置づけ

本計画は、老人福祉法第20条の8に定める「市町村老人福祉計画」で、介護保険の給付対象および給付対象外の高齢者の介護予防や福祉事業を含めた地域における高齢者福祉事業全般にかかる計画として位置づけられます。

一方、介護保険法第117条に定める「市町村介護保険事業計画」は、「市町村老人福祉計画」との強い連携が求められる計画ですが、介護保険事業の円滑な実施に関する計画として、多久市の介護保険の保険者である佐賀中部広域連合（構成市町：佐賀市、多久市、小城市、神崎市、吉野ヶ里町）が策定することになります。

■ 老人福祉計画と介護保険事業計画の位置づけ

「市町村老人福祉計画（老人福祉法第20条の8）」

高齢者施策全般に関わる理念や基本的な方針、目標を定めた計画であり、高齢者の福祉に関わる総合的な計画です。

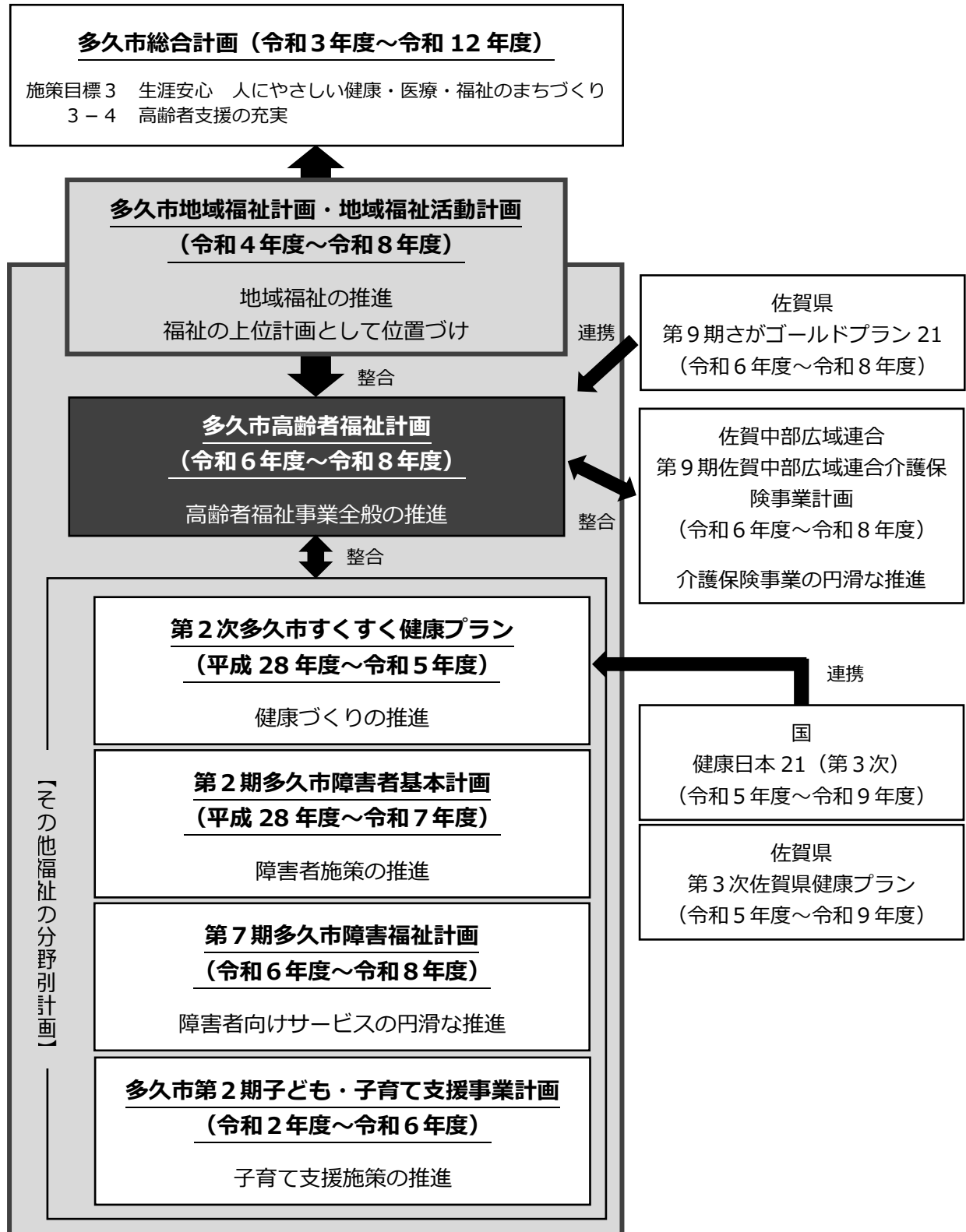
「市町村介護保険事業計画（介護保険法第117条）」

適正な介護保険サービスの実施量および地域支援事業に関する事業量などを見込むとともに、それに基づく介護保険料を算定する計画です。

(2) 関連計画との連携

本計画は、多久市の最上位計画である多久市総合計画をはじめ、他の関連計画および国・佐賀県の関連計画との整合・連携を図ります。

■ 関連計画との整合イメージ図



(3) 計画の期間

本計画は、介護保険事業計画と一体のものとして策定することとなっています。また、介護保険事業計画は、介護保険法の規定により計画期間を3年として定めることとなっています。

そうしたことから、佐賀中部広域連合が定める第8期介護保険事業計画に合わせて、始期を令和6（2024）年度から、目標を令和8（2026）年度とした3か年計画とします。

また、中長期視点として、多久市において介護サービス需要が増加・多様化するとともに現役世代の減少が顕著になる令和22（2040）年度を見据えて計画を定めます。

年度	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029	R12 2030		R22 2040
計画期間	第8期											
				第9期（本計画）								
						第10期					

3 日常生活圏域の枠組み

第3期以降の介護保険事業計画においては、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするため、市町村内を日常生活の圏域に分けることとしています。

日常生活圏域の設定については、地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況等を総合的に勘案し、保険者ごとに定めることになっています。

多久市では、市域全体を1圏域で設定します。

<日常生活圏域の概要>

	総人口	高齢者人口	高齢化率
日常生活圏域 多久	18,295 人	6,753 人	36.9%

資料：令和2年国勢調査

4 計画の策定方法と進行管理

(1) 計画への住民意見の反映

多久市の地域課題や健康課題の解決にむけた高齢者福祉を実現するためには、少子高齢化の社会問題を誰もが自分自身の身近な課題として受け止めるという意識が必要です。そのためには、住民が主役となって行政と協働しながらともに支え合っていく仕組みづくりを進めていくことが大切になります。

このようなことから、本計画は、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から高齢者の健康・生活状況やニーズを、市内関係機関の専門職アンケート結果から高齢者の生活や住民の意識の変化などを、地域の代表者等へのグループインタビューを実施し、活動状況や課題を把握したうえで、パブリックコメント制度を活用して、住民のニーズや意識、意見の反映に努めました。

(2) 計画の進行管理

多久市では、本計画の実施状況を点検していく体制の確保に努め、実施状況を点検、評価することで、市民の意見を反映した質・量ともに充実したサービスを提供することが可能になると考えます。

多久市地域包括支援センター運営推進委員会の中で、P D C Aサイクルでの計画（P）の進捗評価をするとともに、事業の実施（D）、結果・評価（C）、課題分析（A）を行い、計画通りにすすんでいない分野を早期に発見し、対応策を講じ、計画を円滑に進めます。

第2章 高齢者を取り巻く現状



1 人口・世帯の状況

(1) 人口構成の状況

多久市の総人口は、国勢調査に基づく平成12年の23,949人から、令和2年には18,295人となり、20年間で5,654人減少しました。

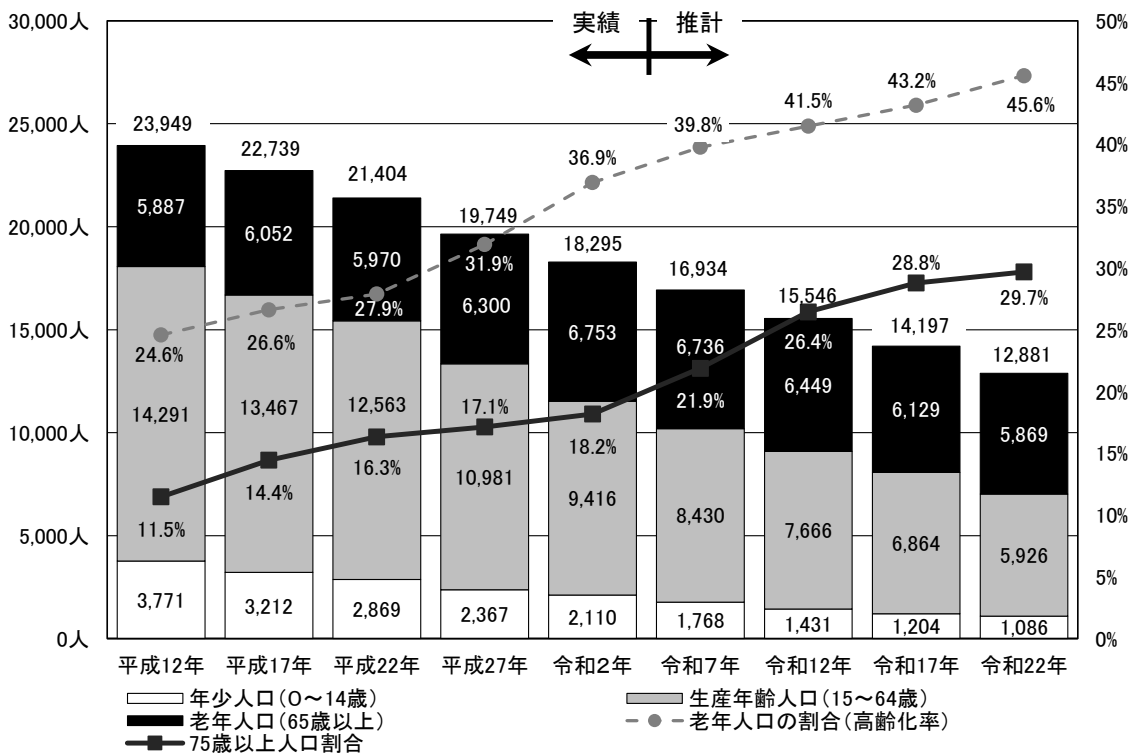
国勢調査に基づく年少人口（0～14歳）は、総人口に占める割合で見ると、平成12年に15.7%であったものが、令和2年には11.5%に減少し、生産年齢人口（15～64歳）についても平成12年の59.7%から令和2年には51.5%に減少しました。一方、老年人口（65歳以上）の総人口に占める割合、いわゆる高齢化率は、平成12年には24.6%であったものが、令和2年には36.9%に増加しました。

多久市では、少子高齢化が急速に進んでいる様子がうかがえます。

また、令和22年までの人口を推計すると、総人口は減少傾向となりますが、老年人口についても、減少傾向になることが予測されます。

令和22年には、総人口が12,881人、老年人口が5,869人となり、高齢化率は45.6%、75歳以上人口割合は29.7%になることが見込まれます。

＜年齢3区分別人口構成の推移＞



単位：人

	H12年	H17年	H22年	H27年	R2年	R7年	R12年	R17年	R22年
総人口	23,949	22,739	21,404	19,749	18,295	16,934	15,546	14,197	12,881
年少人口 (0歳～14歳)	3,771 15.7%	3,212 14.1%	2,869 13.4%	2,367 12.0%	2,110 11.5%	1,768 10.4%	1,431 9.2%	1,204 8.5%	1,086 8.4%
生産年齢人口 (15歳～64歳)	14,291 59.7%	13,467 59.2%	12,563 58.7%	10,981 55.6%	9,416 51.5%	8,430 49.8%	7,666 49.3%	6,864 48.3%	5,926 46.0%
老年人口 (65歳以上)	5,887 24.6%	6,052 26.6%	5,970 27.9%	6,300 31.9%	6,753 36.9%	6,736 39.8%	6,449 41.5%	6,129 43.2%	5,869 45.6%

総人口に占める各人口の割合の合計は、四捨五入の関係で100%とならないところがある

※総人口は年齢不詳を含むため、年齢別人口の合計と一致しない

※平成12年～令和2年は、国勢調査データから作成

※令和7年～令和22年は、国立社会保障・人口問題研究所が令和5年12月22日公表の資料「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」のデータから作成

（2）世帯構成の状況

国勢調査に基づく多久市の一般世帯数は、平成12年に7,289世帯であったものが、20年後の令和2年には6,738世帯となり、551世帯減少しました。一方、高齢者のいる世帯については、平成12年に3,851世帯であったものが、令和2年には4,118世帯となり、267世帯増加しました。

核家族世帯（夫婦のみ、夫婦とその未婚の子、父親または母親とその未婚の子のいずれかからなる世帯）の一般世帯数に占める割合は、平成12年から令和2年の間、おおむね55%で推移し、大きな変化がありませんでした。また、核家族世帯に占める高齢夫婦世帯（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯。夫または妻のいずれかが65歳以上の夫婦のみの世帯）の割合に注目すると、平成12年に18.7%であったものが、令和2年には23.9%となりました。高齢者のいる世帯に占める高齢夫婦世帯の割合は、平成12年に19.6%であったものが、令和2年には21.9%になりました。

単独世帯（ひとり暮らしの世帯）の一般世帯数に占める割合は、平成12年の17.0%から令和2年には27.0%に増加しました。また、単独世帯のうち、高齢単身世帯（65歳以上の者一人のみの世帯）が占める割合は、平成12年に53.5%であったものが、令和2年には58.0%となりました。高齢者のいる世帯に占める高齢単身世帯の割合は、平成12年に17.2%であったものが、令和2年には25.6%になりました。

さらに、一般世帯数に占める高齢夫婦世帯の割合と高齢単身の割合を比較すると、平成12年では高齢夫婦世帯のほうが1.2ポイント高かったのに対し、平成17年以降は、高齢単身世帯のほうが高くなり、令和2年には2.2ポイントの差となりました。

高齢単身世帯や高齢夫婦世帯が急速に増加している様子がうかがえます。

また、令和 22 年までの世帯数を推計すると、一般世帯数は減少傾向にある一方で、高齢者のいる世帯数は増加傾向となることが予測されます。高齢単身世帯も引き続き、増加傾向となることが予測されます。

令和 22 年には、一般世帯数が 6,602 世帯となり、高齢夫婦世帯数が 1,066 世帯で、一般世帯数に占める割合が 16.1%、高齢単身世帯数が 1,334 世帯で、一般世帯数に占める割合が 20.2%に達することが見込まれます。

<世帯構成の推移>

単位：世帯

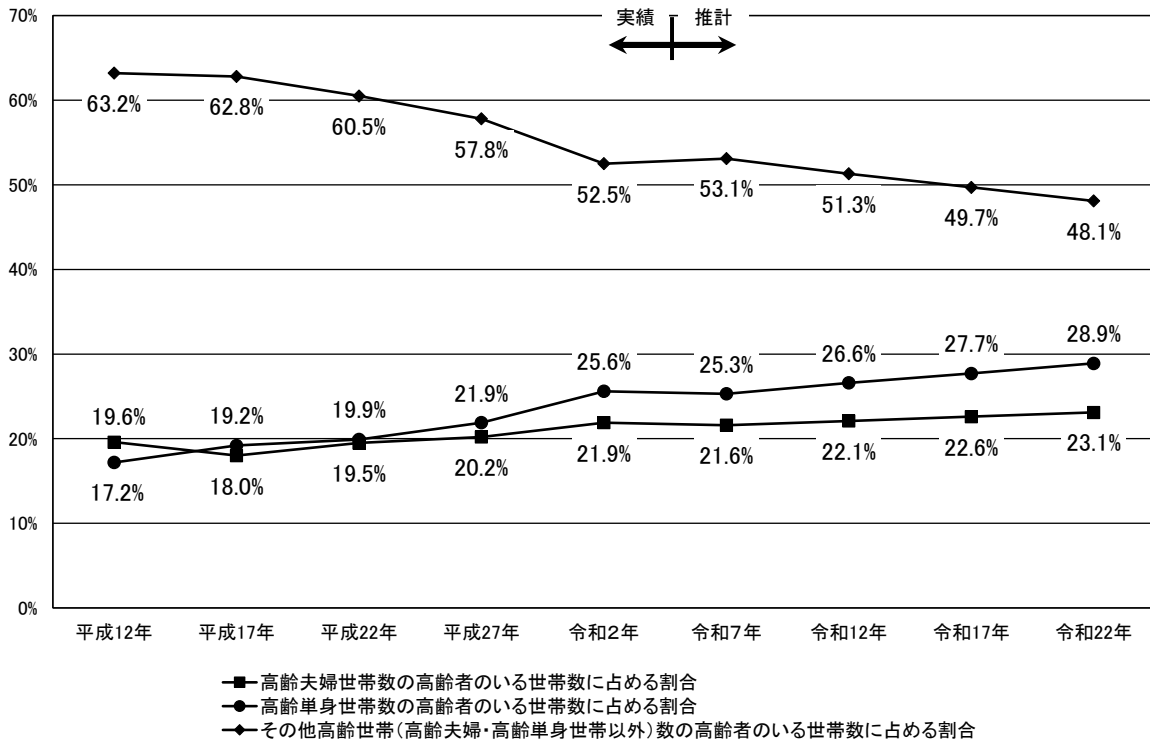
	H12 年	H17 年	H22 年	H27 年	R2年	R7年	R12 年	R17 年	R22 年
一般世帯	7,289	7,146	7,080	6,817	6,738	6,787	6,725	6,664	6,602
高齢者のいる世帯	3,851	3,905	3,812	3,933	4,118	4,258	4,380	4,502	4,624
核家族世帯	4,031	3,881	3,934	3,811	3,769	3,780	3,751	3,721	3,691
構成比 (一般世帯)	55.3%	54.3%	55.6%	55.9%	55.9%	55.7%	55.8%	55.8%	55.9%
高齢夫婦世帯	754	704	745	796	901	921	970	1,018	1,066
構成比 (一般世帯)	10.3%	9.9%	10.5%	11.7%	13.4%	13.6%	14.4%	15.3%	16.1%
構成比 (高齢者のいる世帯)	19.6%	18.0%	19.5%	20.2%	21.9%	21.6%	22.1%	22.6%	23.1%
構成比 (核家族世帯)	18.7%	18.1%	18.9%	20.9%	23.9%	24.4%	25.8%	27.4%	28.9%
単独世帯	1,241	1,366	1,478	1,549	1,817	1,909	2,049	2,189	2,330
構成比 (一般世帯)	17.0%	19.1%	20.9%	22.7%	27.0%	28.1%	30.5%	32.9%	35.3%
高齢単身世帯	664	748	760	863	1,053	1,077	1,163	1,249	1,334
構成比 (一般世帯)	9.1%	10.5%	10.7%	12.7%	15.6%	15.9%	17.3%	18.7%	20.2%
構成比 (高齢者のいる世帯)	17.2%	19.2%	19.9%	21.9%	25.6%	25.3%	26.6%	27.7%	28.9%
構成比 (単独世帯)	53.5%	54.8%	51.4%	55.7%	58.0%	56.4%	56.8%	57.0%	57.3%
その他高齢世帯 (高齢夫婦・高齢単身以外)	2,433	2,453	2,307	2,274	2,164	2,260	2,248	2,236	2,224
構成比 (一般世帯)	33.4%	34.3%	32.6%	33.4%	32.1%	33.3%	33.4%	33.6%	33.7%
構成比 (高齢者のいる世帯)	63.2%	62.8%	60.5%	57.8%	52.5%	53.1%	51.3%	49.7%	48.1%

※平成 22 年～令和 2 年の一般世帯数は、世帯の家族類型「不詳」を含む

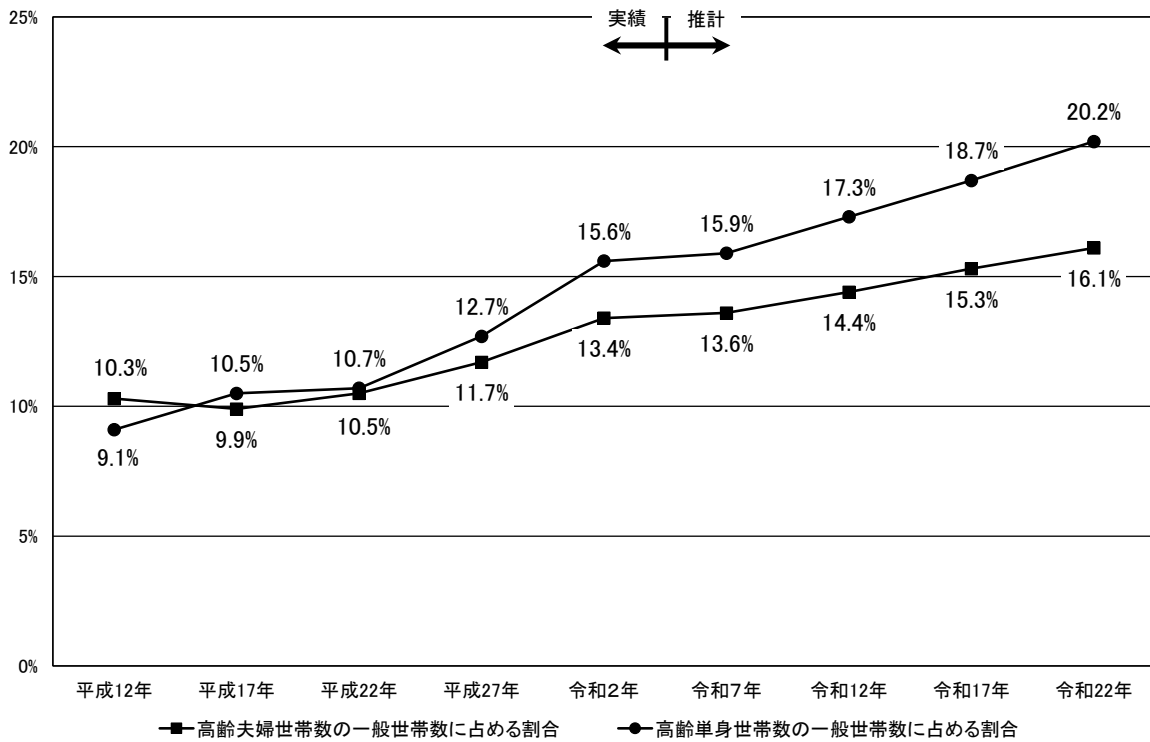
※平成 12 年～令和 2 年は、国勢調査データから作成

※令和 7 年～令和 22 年は、平成 12 年～令和 2 年の国勢調査データから近似式（1 次関数）で推計した結果より作成

＜高齢者のいる世帯構成の推移（高齢者のいる世帯に占める割合）＞



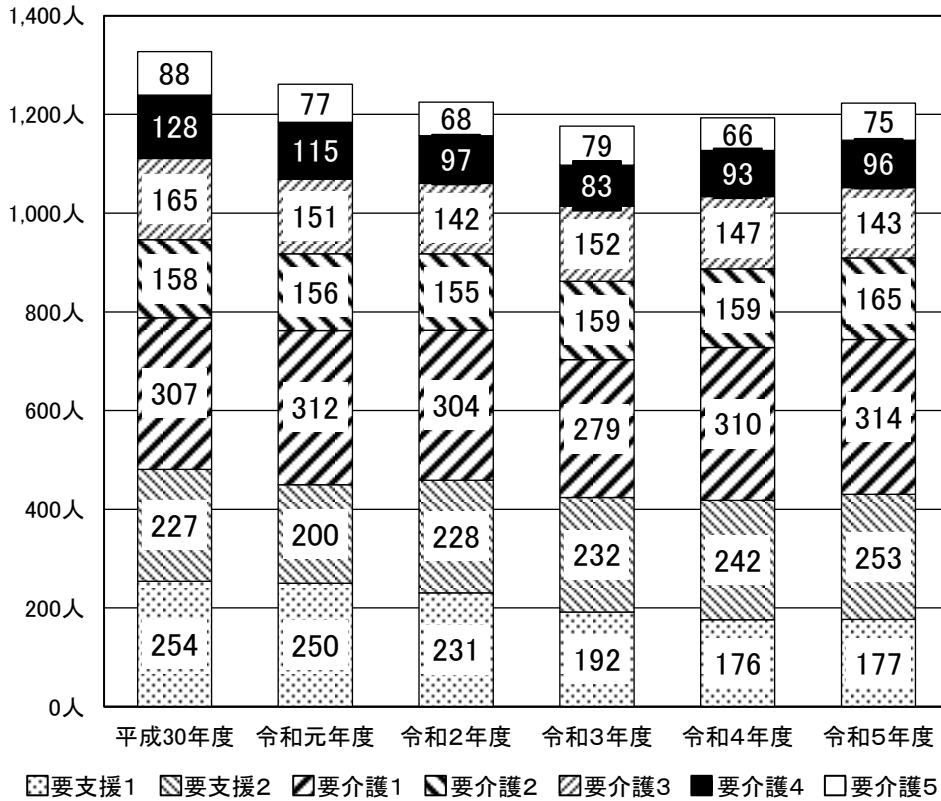
＜高齢夫婦世帯と高齢単身世帯の推移（一般世帯に占める割合）＞



2 要支援・要介護認定者の状況

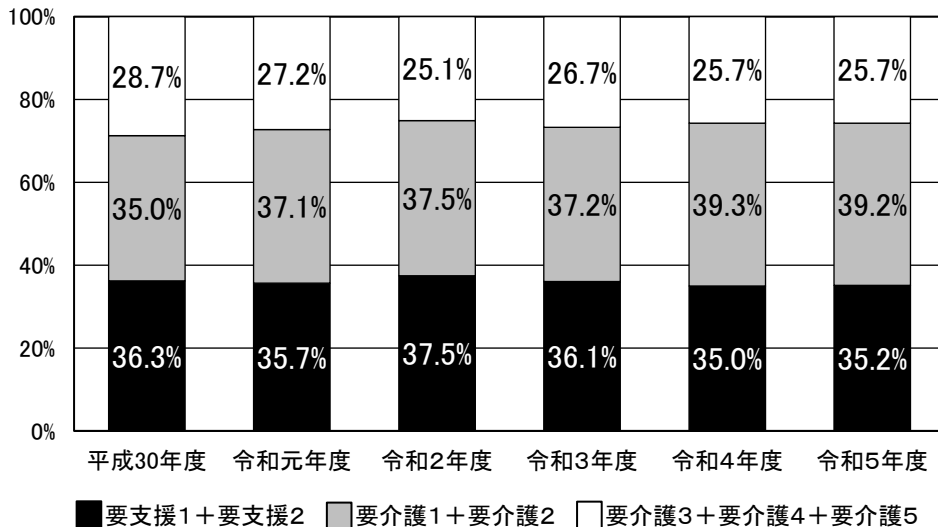
多久市の要支援・要介護認定者数は、平成30年度から令和3年度までの間、減少しましたが、その後増加傾向にあります。

＜要支援・要介護認定者数の推移＞



要支援・要介護認定者に占める要介護3～要介護5認定者の割合は、減少傾向にある一方、要介護1～要介護2の割合は、増加傾向となりました。

＜要介護・要支援認定者の割合の推移＞



【介護保険事業報告（各年度9月の値、令和5年度のみ6月末の値）】

要支援 1・2 認定者の申請時原因疾患の推移は、令和 3 年には認知症の割合が増えて、生活習慣病の重症化疾患である「心臓病」も増えています。

単位：%

	平成 30 年		令和元年		令和 2 年		令和 3 年	
	疾患名	割合	疾患名	割合	疾患名	割合	疾患名	割合
1	関節疾患 (リウマチ等)	27.1	関節疾患 (リウマチ等)	31.9	関節疾患 (リウマチ等)	30.8	認知症	25.0
2	認知症	20.6	認知症	14.8	認知症	15.4	関節疾患 (リウマチ等)	19.4
3	骨折・転倒	10.3	脳血管疾患	11.7	骨折・転倒	11.1	脳血管疾患	9.9
4	脳血管疾患	9.3	骨折・転倒	10.5	脳血管疾患	9.8	転倒骨折	9.9
5	その他	9.3	その他	8.7	その他	7.4	心臓病	9.3
6	心臓病	6.5	心臓病	4.6	心臓病	6.2	その他	6.8
7	がん(悪性新生物)	4.7	がん(悪性新生物)	4.6	がん(悪性新生物)	4.6	がん(悪性新生物)	5.2

【佐賀中部広域連合認定審査課調べ】

要介護 1～5 認定者の申請時原因疾患の推移は、疾患名や割合も年度で変わりません。令和 3 年は生活習慣病の重症化疾患である「心臓病」が 8%に増えています。

単位：%

	平成 30 年		令和元年		令和 2 年		令和 3 年	
	疾患名	割合	疾患名	割合	疾患名	割合	疾患名	割合
1	認知症	32.7	認知症	35.1	認知症	30.3	認知症	27.8
2	脳血管疾患	18.5	脳血管疾患	19.1	脳血管疾患	16.8	脳血管疾患	14.8
3	骨折・転倒	10.7	骨折・転倒	10.8	骨折・転倒	11.0	骨折・転倒	12.2
4	その他	8.0	関節疾患 (リウマチ等)	7.8	その他	8.4	関節疾患 (リウマチ等)	11.6
5	関節疾患 (リウマチ等)	6.6	その他	7.2	関節疾患 (リウマチ等)	8.0	心臓病	8.0
6	がん(悪性新生物)	4.5	呼吸器	4.6	がん(悪性新生物)	7.8	がん(悪性新生物)	6.9
7	心臓病	4.2	心臓病	3.4	心臓病	5.3	その他	5.8
			がん(悪性新生物)	3.4				

【佐賀中部広域連合認定審査課調べ】

40歳から64歳までの第2号の認定者の申請時原因疾患は、脳血管疾患が1位となっています。「脳血管疾患」は高血圧の重症化疾患であり予防できる疾患です。

単位：人数が人、割合が%

	平成30年			令和元年			令和2年			令和3年		
	疾患名	人数	割合	疾患名	人数	割合	疾患名	人数	割合	疾患名	人数	割合
1	脳血管疾患	17	58.6	脳血管疾患	10	45.5	脳血管疾患	15	53.6	脳血管疾患	7	43.8
2	がん	3	10.3	がん	4	18.2	関節疾患 (リウマチ等)	5	17.9	がん	3	18.8
3	糖尿病	3	10.3	関節疾患 (リウマチ等)	3	13.6	がん	3	10.7	認知症	2	12.5
4	パーキンソン病	3	10.3	糖尿病	2	9.1	認知症	3	10.7	関節疾患 (リウマチ等)	1	6.3
5	関節疾患 (リウマチ等)	2	6.9	認知症	1	4.5	パーキンソン病	1	3.6	パーキンソン病	1	6.3
6	難病	1	3.4	難病	1	4.5	糖尿病	1	3.6	心臓病	1	6.3

【佐賀中部広域連合認定審査課調べ】

3 後期高齢者の医療費の変化

令和4年度の後期高齢者の総医療費は、令和2年度から約3億円の増となっています。

疾患別では、高齢者特有疾患である「筋骨格」に変わり、「循環器疾患（高血圧や生活習慣病の重症化疾患である心疾患や脳血管疾患）」が20%を超え、7.1億円となっています。

後期高齢者の医療費は、後期高齢者数が増えることで増加が予測できます。高齢者特有の疾患である「筋骨格系疾患」から予防できる「循環器疾患」が伸びてきたので、今後はさらに生活習慣病の重症化予防の取り組みが重要になってきます。

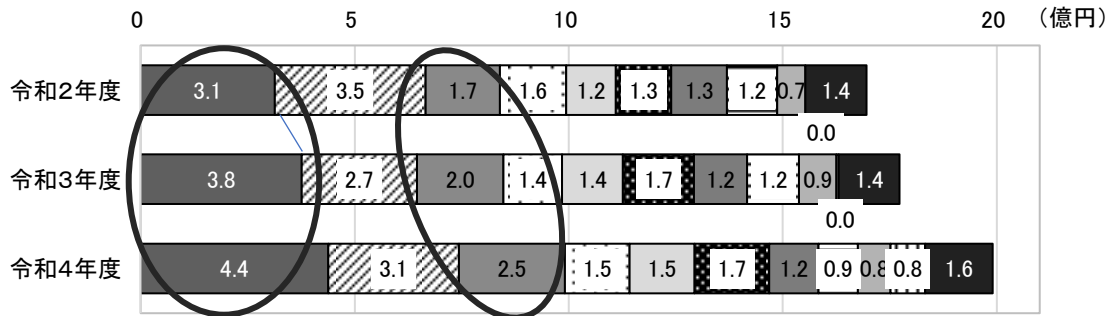
順位	令和2年度			令和4年度		
	総医療費（入院・外来合計）			総医療費（入院・外来合計）		
	疾患名	円	%	疾患名	円	%
		32.9億	(100.0)		35.6億	(100.0)
1	筋骨格及び結合組織 (関節症、脊柱、腰痛、骨粗鬆症)	6.6億	20.3	循環器 (高血圧、心疾患、脳血管) ↑	7.1億	20.8
2	循環器 (高血圧、心疾患、脳血管)	5.9億	18.1	筋骨格及び結合組織 (関節症、脊柱、腰痛、骨粗鬆症)	5.8億	16.8
3	尿路性器系 (腎不全、前立腺肥大、結石)	3.1億	9.5	新生物 (がん、悪性リンパ腫、白血病)	3.0億	8.7
4	神経系 (アルツハイマー、てんかん、パーキンソン)	2.6億	8.0	神経系 (アルツハイマー、てんかん、パーキンソン)	2.9億	8.5
5	新生物 (がん、悪性リンパ腫、白血病)	2.5億	7.7	尿路性器系 (腎不全、前立腺肥大、結石)	2.7億	7.8
6	損傷、中毒 (骨折)	1.9億	5.9	目および付属器 (白内障、緑内障、結膜炎)	2.4億	6.9
7	呼吸器 (肺炎、かぜ、喘息、鼻炎)	1.7億	5.4	呼吸器 (肺炎、かぜ、喘息、鼻炎)	2.1億	6.2
8	内分泌・栄養及び代謝 (糖尿病、脂質異常症、甲状腺)	1.6億	4.9	内分泌・栄養及び代謝 (糖尿病、脂質異常症、甲状腺)	1.8億	6.2
9	精神および行動の障害 (統合失調症、気分障害、認知症)	1.5億	4.6	消化器 (胃炎、肝炎、胆石、痔)	1.7億	4.9
10	目および付属器 (白内障、緑内障、結膜炎)	1.3億	4.1	精神および行動の障害 (統合失調症、気分障害、認知症)	1.4億	4.0

【国保データベースシステムより作成】

入院医療費と外来医療費に分けて、疾患別の医療費の割合を比較しました。

入院医療費は、令和2年度から年々増えています。中でも「循環器系の疾患」と「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が増えています。「損傷、中毒及びその他の外因の影響」には「骨折」が含まれます。

【入院】医療費

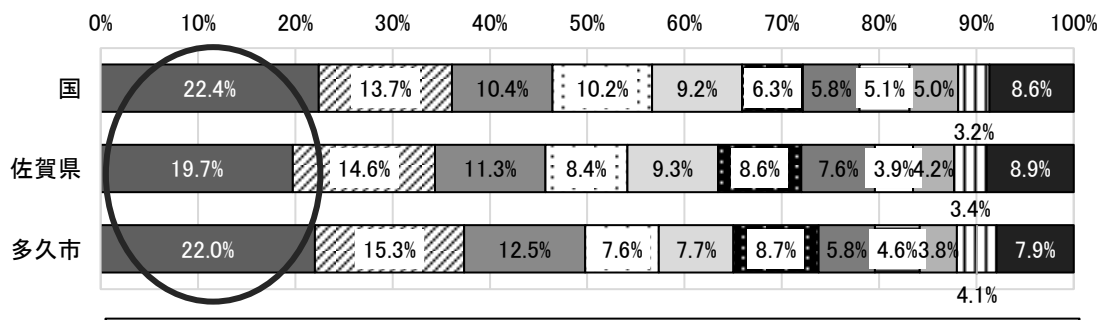


- 循環器系の疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 新生物
- 呼吸器系の疾患
- 神経系の疾患
- 精神及び行動の障害
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 特殊目的用コード
- その他

入院の医療費を国・県・市で比較しました。

多久市は、「循環器系の疾患」の費用が高くなっています。

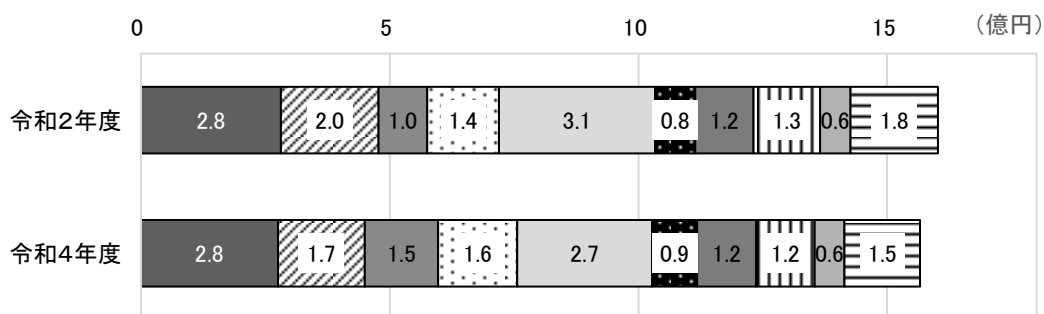
【入院】令和4年度医療費割合の比較



- 循環器系の疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 新生物
- 呼吸器系の疾患
- 神経系の疾患
- 精神及び行動の障害
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 特殊目的用コード
- その他

外来医療費は、令和2年度と令和4年度を比較しても総額は減っています。
「新生物（がん）」と「内分泌、栄養及び代謝疾患」の医療費は高くなっています。また、「循環器系の疾患」と「筋骨格系及び結合組織の疾患」の占める割合が高いのが特徴です。

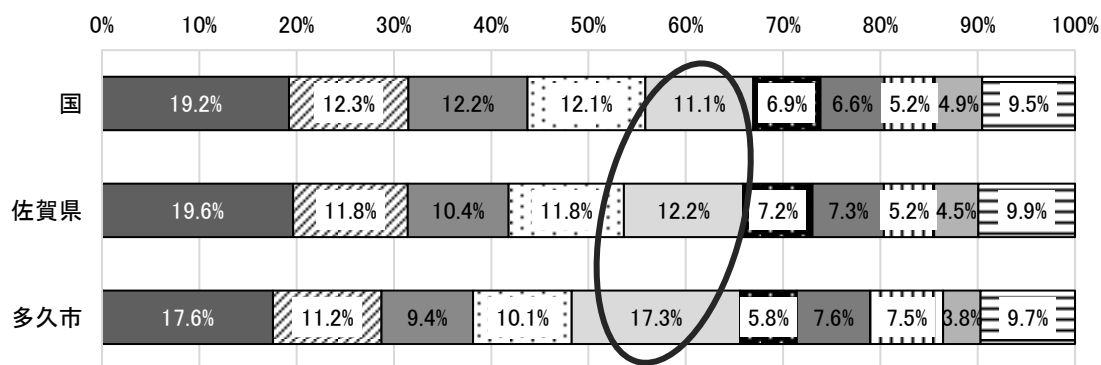
【外来】医療費



- 循環器系の疾患
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 新生物
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 消化器系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- 神経系の疾患
- 呼吸器系の疾患
- その他

外来医療費を国・県・市と比較すると、多久市は「筋骨格系及び結合組織の疾患」の占める割合が高いのが特徴です。

【外来】令和4年度医療費割合の比較



- 循環器系の疾患
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 新生物
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 消化器系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- 神経系の疾患
- 呼吸器系の疾患
- その他

4 認知症高齢者数の推計

多久市での認知症高齢者数については、九州大学において長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町の研究データに基づいた「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）での知見を参考に、以下のように推計します。

< 認知症高齢者数の推計 >

単位：人

	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年
65歳以上人口(A)	6,736	6,449	6,129	5,869
割合(B)【各年齢層の認知症有病率が一定と仮定】	18.5%	20.2%	21.4%	20.7%
認知症高齢者数(A×B×100)	1,246	1,303	1,312	1,215
割合(C)【各年齢層の認知症有病率が上昇すると仮定】	20.0%	22.5%	24.6%	24.6%
認知症高齢者数(A×C×100)	1,347	1,451	1,508	1,444

5 各町の地域資源などの状況

【東多久町】

○：実施 ◎：社協登録 ☆：合同で実施

行政区	独居	愛の一声 対象者数	まもりん	サロン 通いの場	百歳体操 教室	老人会	自家用有償 バス・タクシー などの公共交通
	民生委員・児童委員調べ			地域包括支援課調べ		総合政策課	
裏納所	3	4	4	◎	○	納所	ふれあいバス
大門	0	2	3			納所	ふれあいバス
大畑	0	0	1	◎	☆	納所	ふれあいバス
平林	0	1	1	○	☆	納所	ふれあいバス
北坊	4	4	0	○	☆	納所	ふれあいバス
平合	5	3	1	○	☆	納所	ふれあいバス
松瀬	0	1	2			納所	ふれあいバス
柳瀬	1	1	2			納所	ふれあいバス
天山	1	1	1			納所	ふれあい タクシー
渋木	5	1	1	○	☆	東多久	ふれあいバス
古賀一区	6	1	3			東多久	ふれあいバス
古賀二区東	5	7	0			東多久	ふれあいバス
古賀二区西	10	10	3	◎	☆	東多久	ふれあいバス
山ノ上	1	1	0			東多久	ふれあいバス
古賀三区	6	8	0	◎	○	東多久	ふれあいバス
別府一区	7	8	7	◎	○	東多久	ふれあいバス
別府二区	22	11	6	◎	○	東多久	ふれあいバス
別府三区	11	10	3	◎	○	東多久	ふれあいバス
羽佐間	4	2	4	◎	○☆	東多久	ふれあい タクシー
石原	2	2	0	◎	○☆	東多久	ふれあいバス
仁位所	4	4	0	◎	○	東多久	ふれあい タクシー
宝蔵寺	1	1	1	◎	○	東多久	ふれあい タクシー
平和町	7	5	3	◎	○	東多久	ふれあいバス
池ノ平	26	14	8	◎	○	東多久	ふれあいバス
旭ヶ丘	3	2	0		☆	東多久	ふれあいバス
古賀山	7	7	4		☆	東多久	ふれあいバス
古賀平	15	12	6		☆	東多久	ふれあいバス
両子	5	7	9	◎	○	納所	ふれあいバス
町内計	161	130	73	18	21		
市総計	715	622	351	54	47		

【南多久町】

○：実施 ◎：社協登録

行政区	独居	愛の一声 対象者数	まもりん	サロン 通いの場	百歳体操 教室	老人会	自家用有償 バス・タクシー などの公共交通
	民生委員・児童委員調べ			地域包括支援課調べ			総合政策課
西山	0	0	0				ふれあい タクシー
井上	3	3	1				ふれあい タクシー
駄道	0	0	0				ふれあい タクシー
天ヶ瀬	1	1	2				ふれあい タクシー
後野	1	1	0				ふれあい タクシー
平原	1	1	0			南多久	ふれあい タクシー
瓦川内	4	0	3	◎	○		ふれあい タクシー
長尾	10	11	6			南多久	ふれあいバス
西ノ谷	2	0	1	◎	○	南多久	ふれあいバス
庄	3	0	1	◎	○		ふれあいバス
中小路	6	5	8	◎	○	南多久	ふれあいバス
上田町	2	2	1	◎	○	南多久	ふれあいバス
牟田辺	5	4	2	◎	○	南多久	ふれあいバス
桐野	2	2	0				ふれあいバス
谷下	5	11	1			南多久	ふれあいバス
笹原	5	3	3			南多久	ふれあいバス
大野	2	3	2	◎	○	南多久	ふれあいバス
田柄	0	0	2				ふれあいバス
町内計	52	47	33	7	7		
市総計	715	622	351	54	47		

【多久町】

○：実施 ◎：社協登録

行政区	独居	愛の一声 対象者数	まもりん	サロン 通いの場	百歳体操 教室	老人会	自家用有償 バス・タクシー などの公共交通
	民生委員・児童委員調べ			地域包括支援課調べ		総合政策課	
下鶴	6	8	2	◎	○	多久町	ふれあいバス
東の原	21	9	8	◎	○	多久町	ふれあいバス
西の原	11	16	8	◎	○	多久町	ふれあいタクシー（梅野）
岡	1	1	1			多久町	ふれあい タクシー
桐岡	4	4	2			多久町	ふれあいタクシー（西野）
道祖元	3	3	1			多久町	ふれあいバス
浦町	2	2	2	◎	○	多久町	ふれあいバス
西町	2	2	0			多久町	ふれあいバス
東町	2	3	2	◎	○	多久町	ふれあいバス
撰分	0	0	0	◎	○	多久町	ふれあいバス
宮ノ浦	12	15	9	◎	○	多久町	ふれあいバス
石州分	3	3	0	◎	○	多久町	ふれあい タクシー
栄町	11	8	2	◎		多久町	ふれあいバス
明治佐賀	11	19	18	◎		多久町	ふれあいバス
町内計	89	93	55	10	8		
市総計	715	622	351	54	47		

【西多久町】

○：実施 ◎：社協登録 ☆：合同で実施

行政区	独居	愛の一声 対象者数	まもりん	サロン 通いの場	百歳体操 教室	老人会	自家所有償 バス・タクシー などの公共交通
	民生委員・児童委員調べ			地域包括支援課調べ		総合政策課	
藤川内上	2	1	3	◎	○	西多久	ふれあい タクシー
藤川内下	1	0	1	◎	○	西多久	ふれあいバス
宿	8	7	5	◎		西多久	ふれあいバス
板屋上	3	3	3	◎	○	西多久	ふれあい タクシー
板屋下	4	4	4	◎	○	西多久	ふれあいバス
八久保	0	1	1			西多久	ふれあい タクシー
船山	1	3	3			西多久	ふれあい タクシー
駄地	3	3	0		☆	西多久	ふれあいバス
谷	1	2	0		☆	西多久	ふれあいバス
山口	2	2	2		☆	西多久	ふれあいバス
猪鹿	1	1	1			西多久	ふれあい タクシー
平山	2	2	1			西多久	ふれあいバス
平古場	2	1	2			西多久	ふれあい タクシー
平野	0	0	3		☆	西多久	ふれあい タクシー
白仁田	0	0	0			西多久	ふれあい タクシー
倉持	0	0	0			西多久	ふれあい タクシー
吉の尾	1	1	1			西多久	ふれあい タクシー
町内計	31	31	30	5	8		
市総計	715	622	351	54	47		

【北多久町】

○：実施 ◎：社協登録

行政区	独居	愛の一声 対象者数	まもりん	サロン 通いの場	百歳体操 教室	老人会	自家用有償 バス・タクシー などの公共交通
	民生委員・児童委員調べ			地域包括支援課調べ		総合政策課	
相の浦	2	2	0	◎	○	北多久	ふれあい タクシー
大工田	4	3	0	◎		北多久	ふれあいバス
原口	3	4	0	◎	○	北多久	ふれあい タクシー
申川内	0	0	0			北多久	ふれあい タクシー
松ヶ浦	2	2	1			北多久	ふれあいバス
岸川	6	9	1	◎		北多久	ふれあいバス
四下	4	2	0	◎	○	北多久	ふれあいバス
多久原	48	31	4	◎	○	北多久	ふれあいバス
両の原	0	0	0			北多久	ふれあいバス
中山	8	6	16	◎		北多久	ふれあいバス
中の原	9	11	10	◎	○	北多久	ふれあいバス
山犬原	25	5	3		○	北多久	ふれあいバス
東原	2	2	1	◎	○	北多久	ふれあいバス
前田	6	6	6	◎		北多久	ふれあいバス
小侍	3	3	1	◎		北多久	ふれあいバス
番所	4	6	2			北多久	ふれあいバス
横柴折	4	2	0	◎		北多久	ふれあい タクシー
筋原	32	19	8	◎		北多久	ふれあいバス
高木川内	27	18	6	◎	○	北多久	ふれあい タクシー
新栄町	8	6	4		○	北多久	ふれあい タクシー
旭町	0	0	0			北多久	ふれあい タクシー
立山	7	6	0		○	北多久	ふれあいバス
中多久団地一区	35	37	17	◎	○	北多久	ふれあいバス
中多久団地二区	37	27	7	◎	○	北多久	ふれあいバス
浦山	8	6	14	◎	○	北多久	ふれあいバス
自由ヶ丘	13	9	17	○		悠々	ふれあいバス
砂原	20	20	8	◎	○	高砂会	ふれあいバス
メイプルタウン	4	3	4	○		洋々	ふれあいバス
泉町	42	38	21	◎	○	寿泉会	ふれあいバス
町内計	363	283	151	22	15		
市総計	715	622	351	54	47		

愛の一声運動の対象者は、令和5年4月データ（社協）
 サロン・通いの場、百歳体操は、令和5年9月データ

6 調査結果の概要

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、市内に住む 65 歳以上（要介護 1～5 の認定者を除く）の高齢者から無作為に抽出した人に対し、生活の様子や心身の状態、高齢者福祉や介護に関する意識などについて、調査票の配布・回収による調査を行い、計画策定作業における基礎資料とする目的で実施しました。

この調査は、佐賀中部広域連合下において統一内容で実施し、多久市域における調査結果の取りまとめにあたっては、佐賀中部広域連合が実施した調査のデータを活用しました。

なお、回答割合の合計については、四捨五入の関係で 100%にならないところがあります。

① 調査の概要

- ・ 調査対象者 : 要介護 1～5 の認定者を除く 65 歳以上の市民
- ・ 調査期間 : 令和 4 年 12 月 28 日（水）～令和 5 年 1 月 31 日（火）
- ・ 調査方法 : 郵送による配布・回収
- ・ 調査票配布数 : 682 票
- ・ 調査票回収数 : 347 票（回収率 : 50.9%）

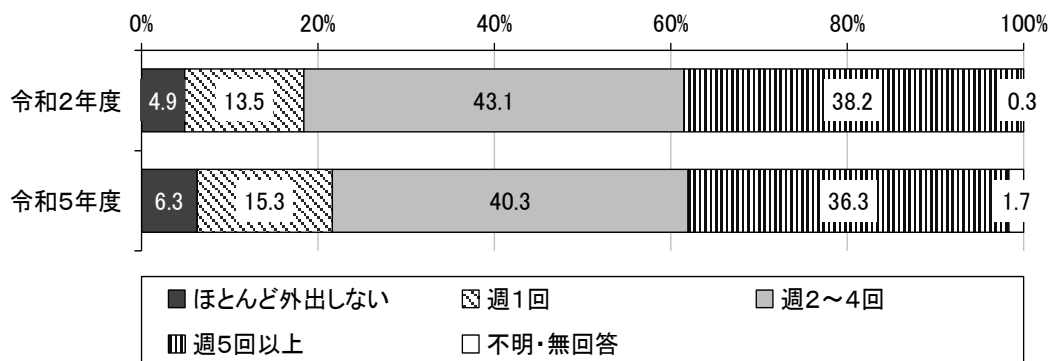
② 調査の結果

高齢化等による多久市の地域課題である、移動支援や地域づくり等について特に下記項目に重点をおき、調査内容の詳細を記載しています。

- ・ 移動について : 問 2（6）～問 2（9）
- ・ 地域での活動について : 問 5（2）、問 5（3）
- ・ 家族友人以外の相談相手について : 問 6（5）
- ・ 幸福度について : 問 7（2）
- ・ 情報を知る手段について : 問 11
- ・ 免許返納について : 問 13（1）、問 13（2）

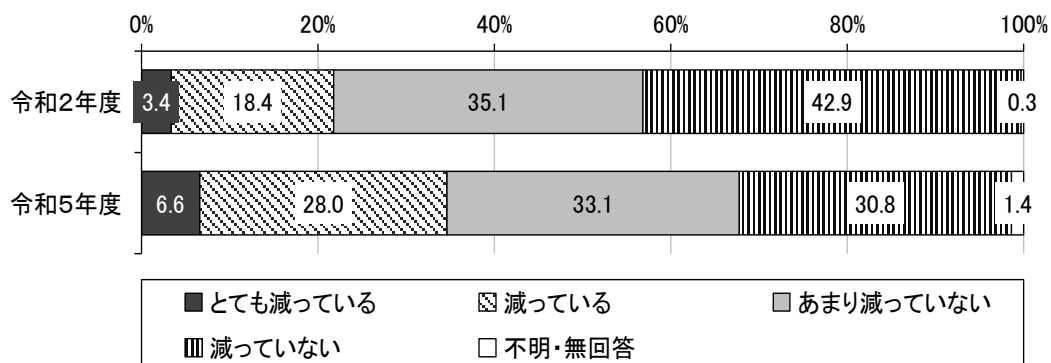
【外出について】

問2（6）週に1回以上は外出をしていますか



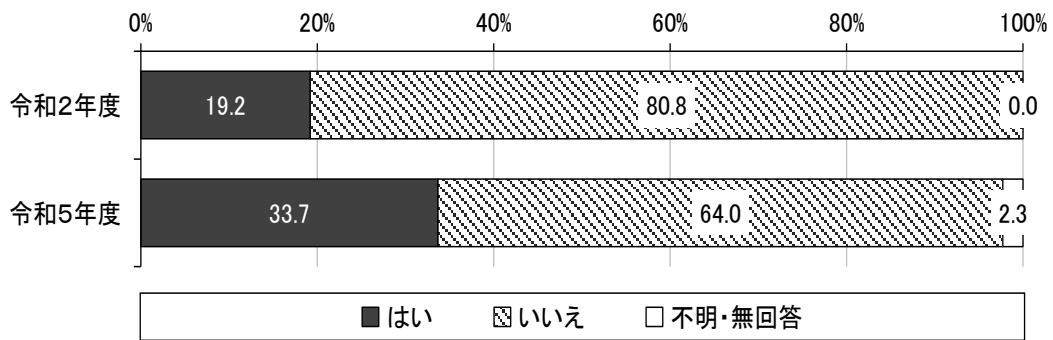
外出の状況では、令和2年度調査と比較して「ほとんど外出しない」が微増していますが、91.9%の人は週に1回以上は外出されています。

問2（7）昨年と比べて外出の回数が減っていますか

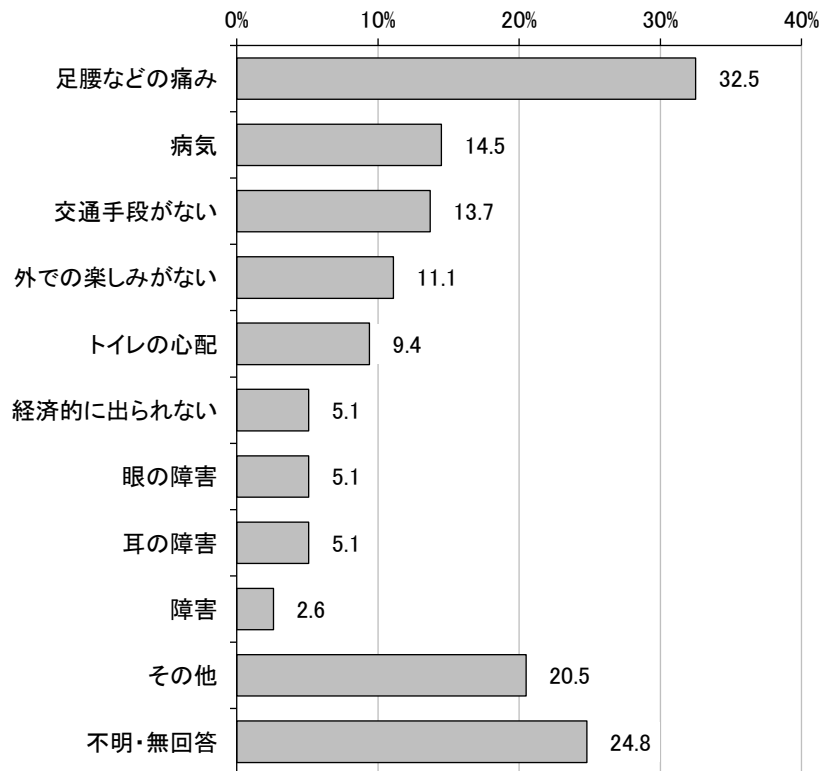


外出回数は、令和2年度調査と比較して「とても減っている」「減っている」が増加しています。

問2（8）外出を控えていますか



問2（8）①「はい」と答えた方で、外出を控えている理由は次のどれですか（令和5年度）

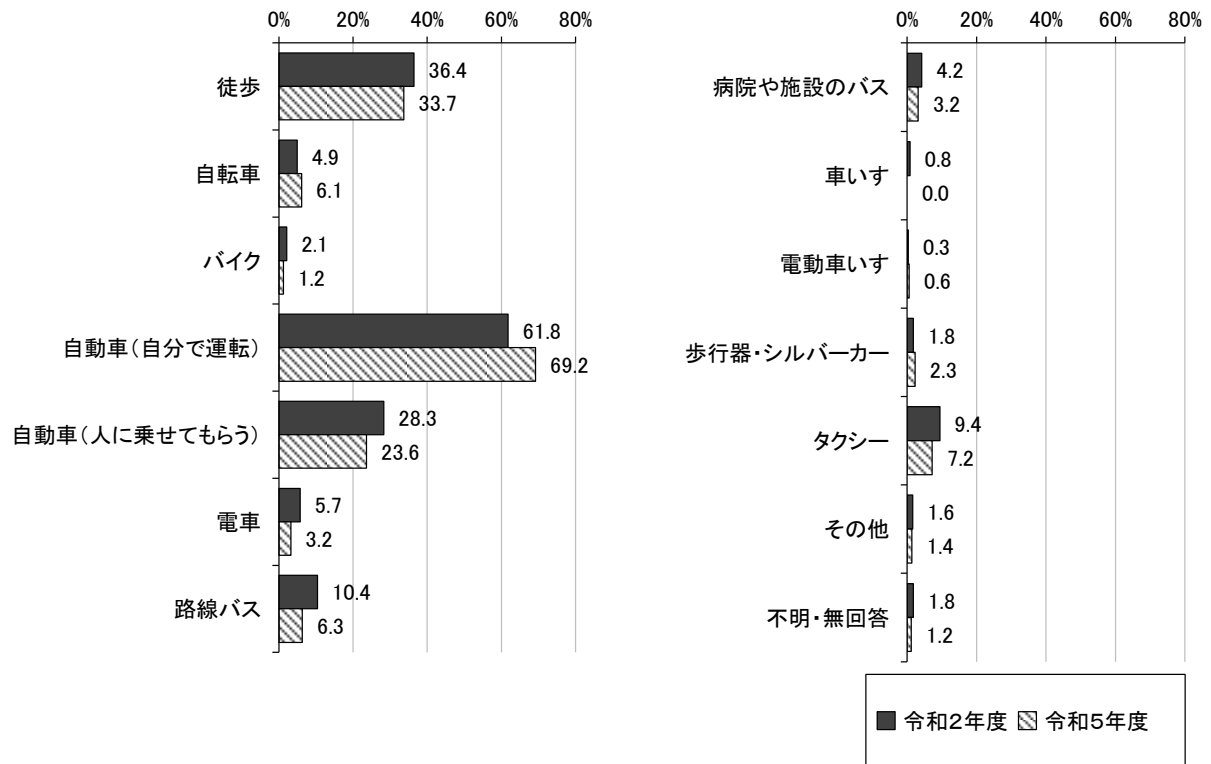


外出を控えているかを尋ねると、「はい」が増加し、33.7%が控えていると答えています。

外出を控えている理由では、足腰などの痛みが32.5%と多くなっています。

また、「不明・無回答」「その他」には新型コロナウイルス感染症のための外出制限が影響しているものと考えられます。

問 2 (9) 外出する際の移動手段は何ですか



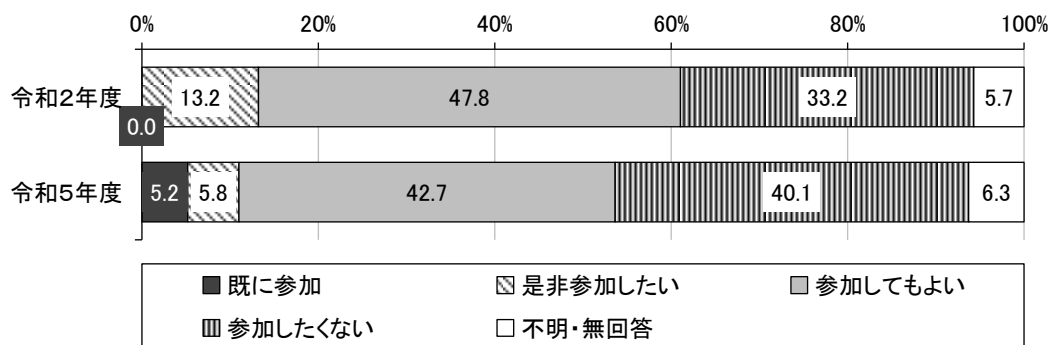
問 2 (9) 外出する際の移動手段は何ですか (令和 5 年度・年代別)

	65歳-	70歳-	75歳-	80歳	85歳-
徒歩	24.4%	22.9%	28.3%	15.0%	23.5%
自転車	5.3%	3.1%	5.4%	5.0%	2.4%
バイク	1.5%	0.8%	0.0%	1.7%	0.0%
自動車	46.6%	48.1%	47.8%	30.0%	15.3%
自動車乗せてもらう	9.2%	16.8%	6.5%	23.3%	20.0%
電車	3.1%	1.5%	2.2%	3.3%	1.2%
路線バス	3.1%	3.1%	5.4%	8.3%	7.1%
病院等のバス	0.8%	0.8%	1.1%	1.7%	7.1%
車いす	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
電動カート	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%
歩行器	0.8%	0.8%	0.0%	1.7%	5.9%
タクシー	4.6%	1.5%	2.2%	8.3%	16.5%
その他	0.8%	0.8%	0.0%	1.7%	1.2%

外出する際の移動手段は「自動車(自分で運転が)」69.2%と多くなっています。年代別でみると80歳代を境に「自動車」の割合が低下しています。同じように「徒歩」の割合も80歳代から低くなっています。逆に「自動車に乗せてもらう」の割合が80歳代から多くなっています。

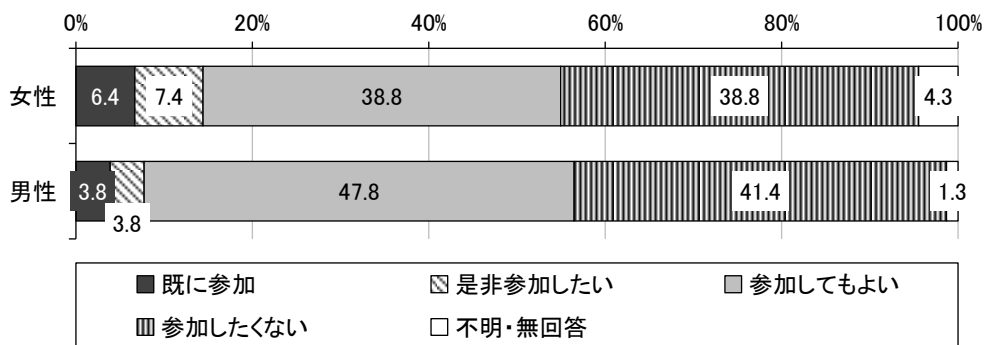
【地域での活動について】

問5（2）地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域活動を進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか



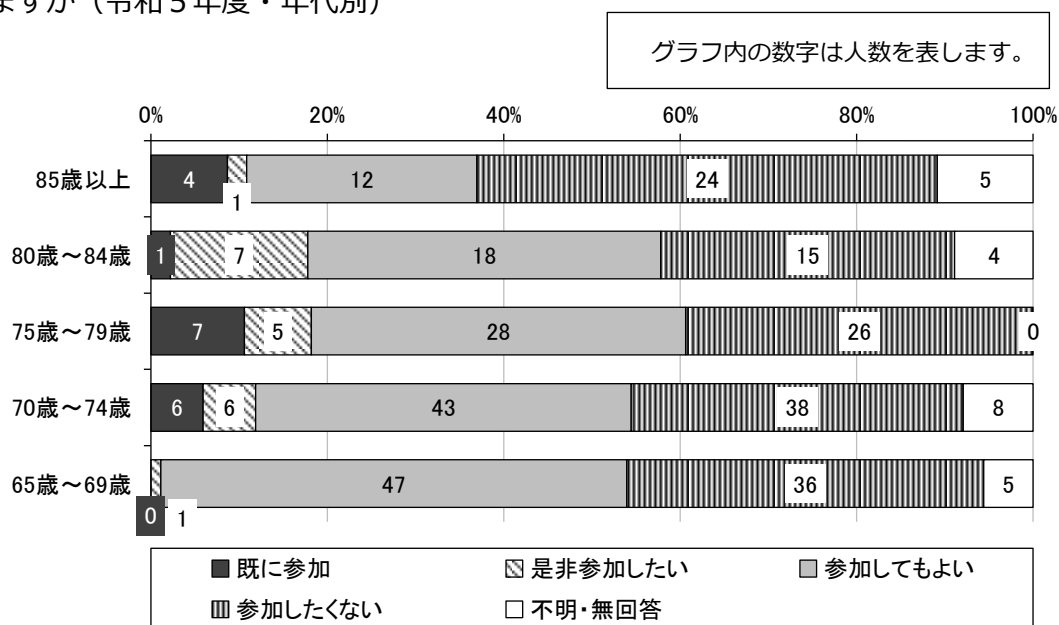
令和2年度調査との比較では「既に参加」という項目が追加され、5.2%いました。「是非参加したい」が低下し、「参加したくない」が増加しています。

問5（2）地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域活動を進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか（令和5年度・性別）



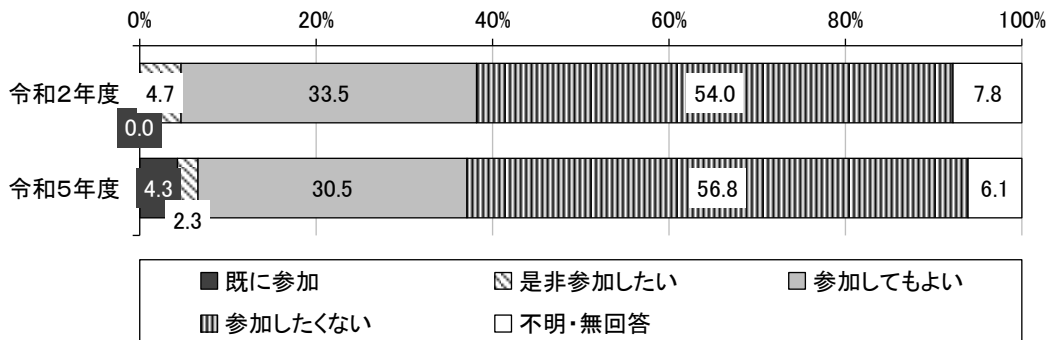
令和5年度の調査結果を性別で見ると、男性の「既に参加」「是非参加したい」の割合は少ないですが、「参加してもよい」の割合は47.8%と半数近くあります。

問5（2）地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域活動を進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか（令和5年度・年代別）



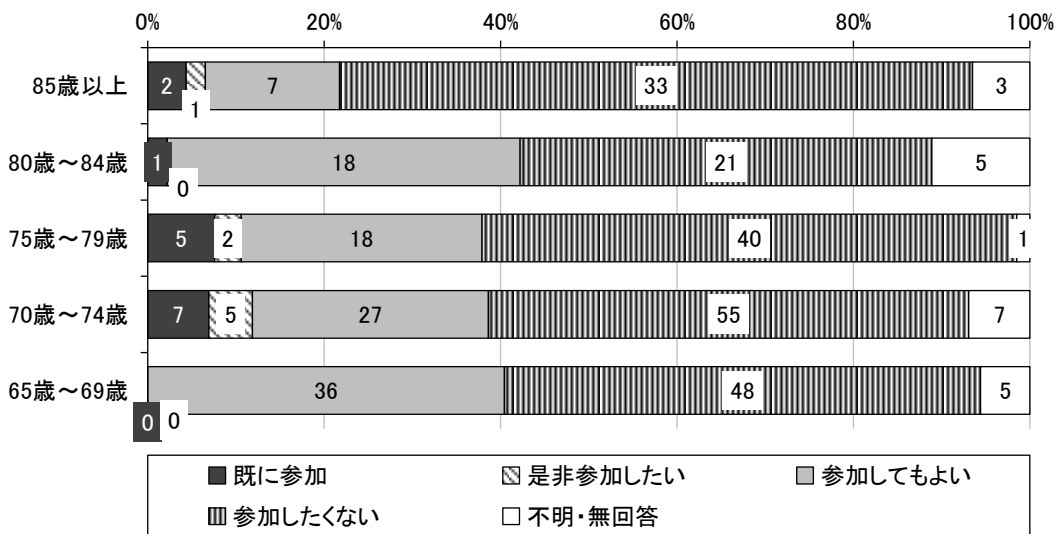
令和5年度の調査結果を年代別で見ると、75歳～79歳と80歳～84歳代では、「既に参加」「是非参加したい」「参加してもよい」が多くなっています。85歳以上になると「参加したくない」が増加しています。自由記載にある理由としては、健康悪化や移動ができないため、参加することが困難になるなどがありました。

問5（3）地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域活動を進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか



問5（3）地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域活動を進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか（令和5年度・年代別）

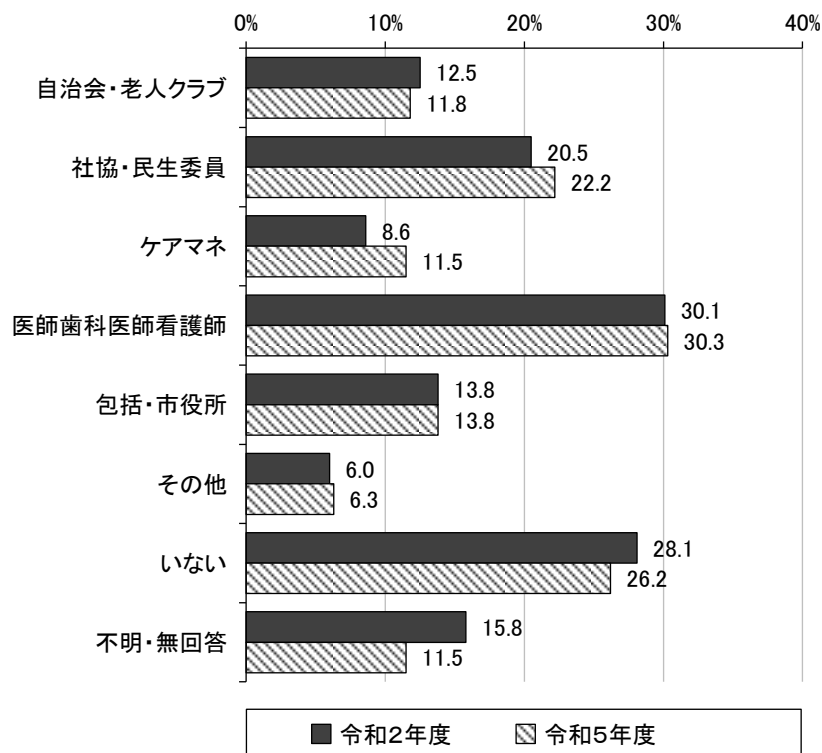
グラフ内の数字は人数を表します。



令和5年度の調査結果では、企画運営（お世話役）としては56.8%以上が「参加したくない」との回答でしたが、「参加してもよい」との回答も30.5%ありました。年代別で見ると65歳～69歳でも36人、約40%は「参加してもよい」との回答でした。80歳～84歳までは19人、約40%以上が「既に参加」「参加してもよい」と回答しています。地域づくり活動にはマンパワーが欠かせないため、地域で担い手となる人を生かしていく必要があります。

【相談相手について】

問6（5）家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください

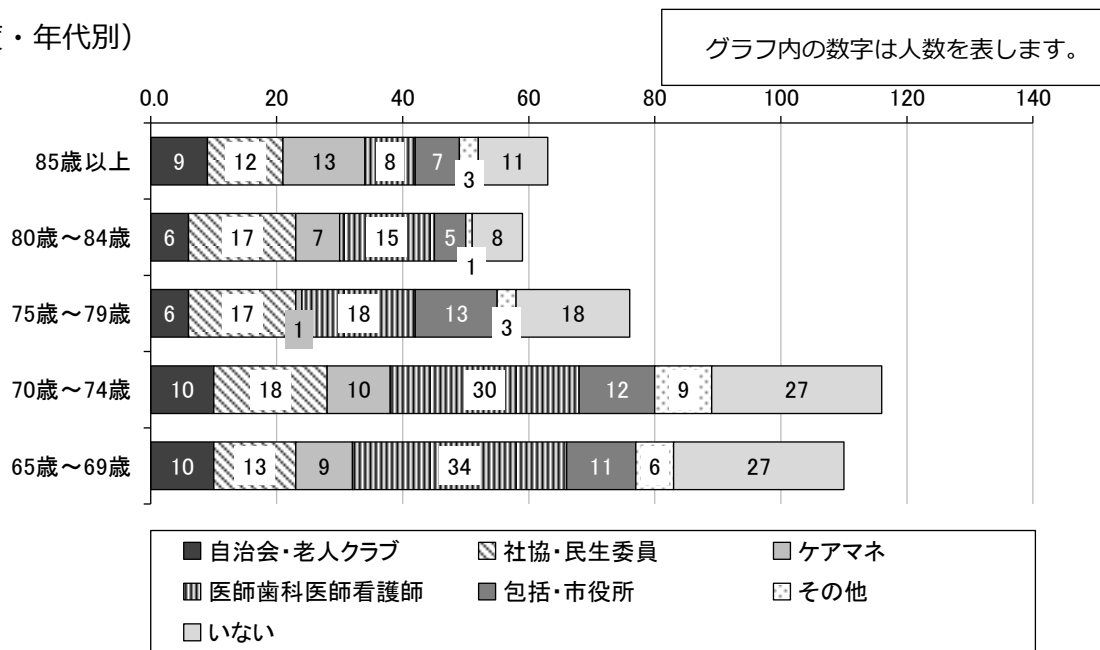


相談相手では「医師・歯科医師・看護師」が最も多く、「社協・民生委員」も多くなっています。

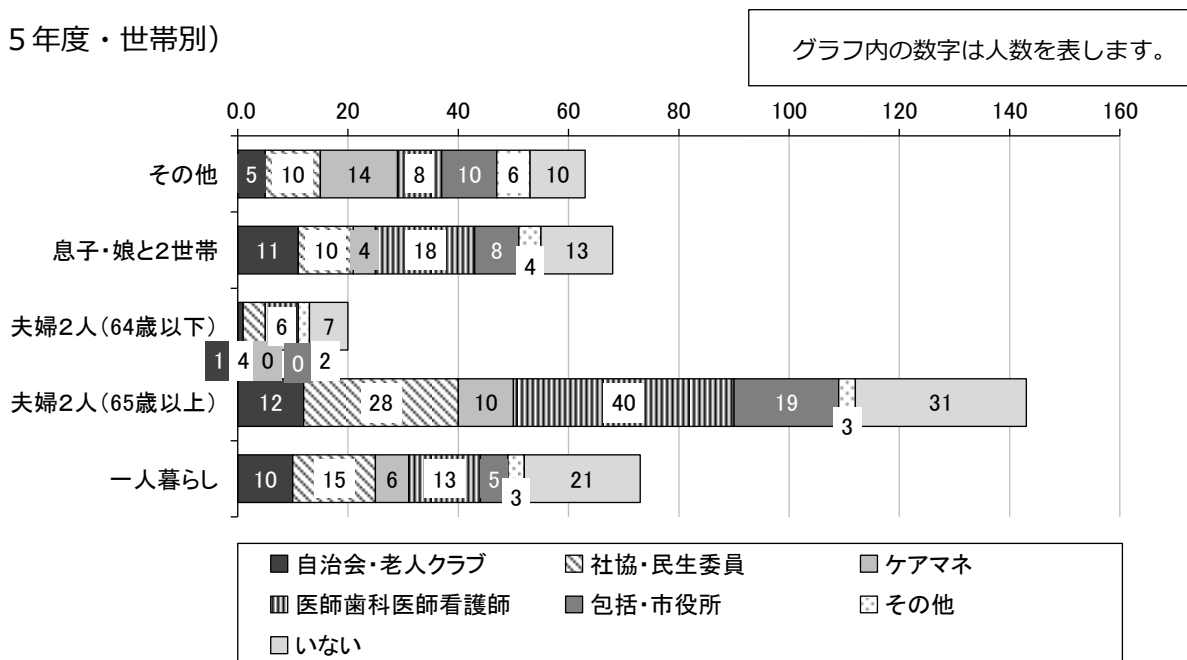
令和2年度調査と比較すると「社協・民生委員」「ケアマネジャー」の割合が増加しています。

相談相手が家族や友人・知人以外には「いない」との回答者が一定数います。

問6(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください(令和5年度・年代別)



問6(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください(令和5年度・世帯別)



令和5年度の調査結果を年代別で見ると、65歳~69歳、70歳~74歳の比較的若い世代では「医師・歯科医師・看護師」が多いですが、そのような人は「いない」との回答も多くなっています。どの世代でも「社協・民生委員」は一定数います。

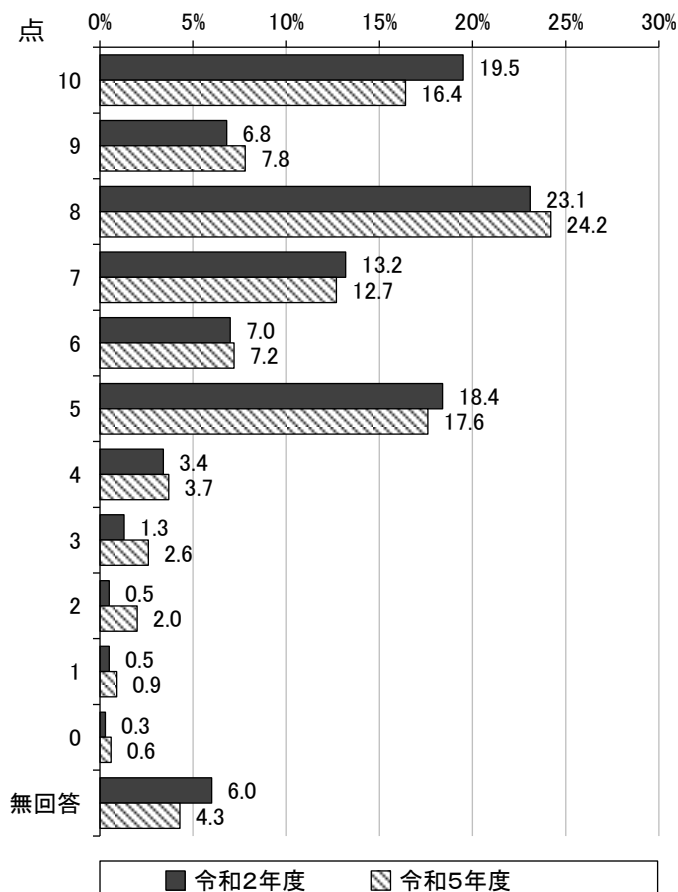
世帯別で見ると「一人暮らし」「夫婦2人(65歳以上)」に相談相手がいない人が多くなっています。

相談先として多かった医療機関と連携を図るとともに、一人暮らしの高齢者は増加傾向にあるため、早い時期からの相談先の啓発をしていく必要があります。

【幸福度について】

問7（2）あなたは、現在どの程度幸せですか

10点が「とても幸せ」、0点「とても不幸」として回答



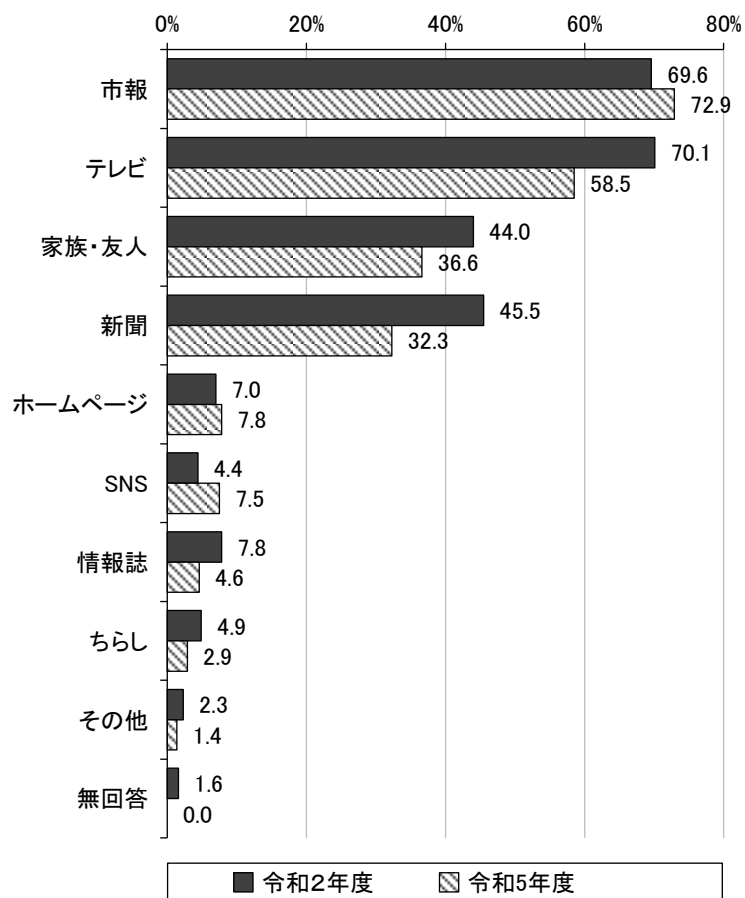
令和2年度調査と比較すると、8点の割合が高くなっていますが、0～4点の低い点につけた人の割合も高くなっています。

平均点では、令和2年度調査では7.30点でしたが、令和5年度調査では7.06点と変わりません。令和2年～令和5年の間で、社会情勢により生活における負担が増している中で、平均点としては大きな差が出ていないという点については、9点や8点といった比較的幸せだと感じている市民が確保できているためと考えられます。

しかしながら、4点以下については増加傾向にあるため、幸福度の低い人を高めていく必要があります。

【情報を知る手段について】

問 11 市等の高齢者向けサービスの情報をどの媒体で知りますか

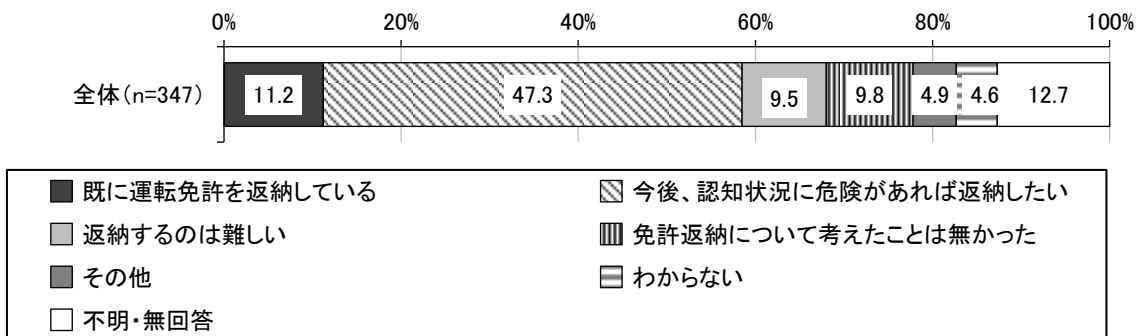


市報、テレビの割合が高く、令和2年度調査と比較すると市報の回答割合がより高くなっています。

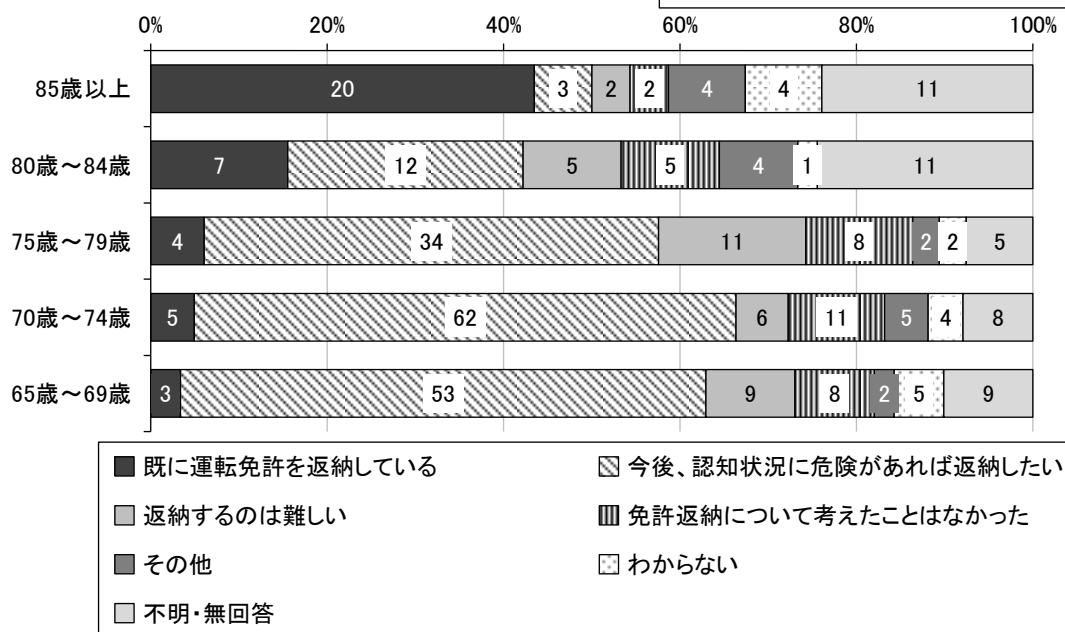
また、市が取り組んでいるホームページ、SNSについては令和5年度で増加しています。

【運転免許返納について】

問 13（1）あなたの運転免許返納について、あなたはどのように考えていますか



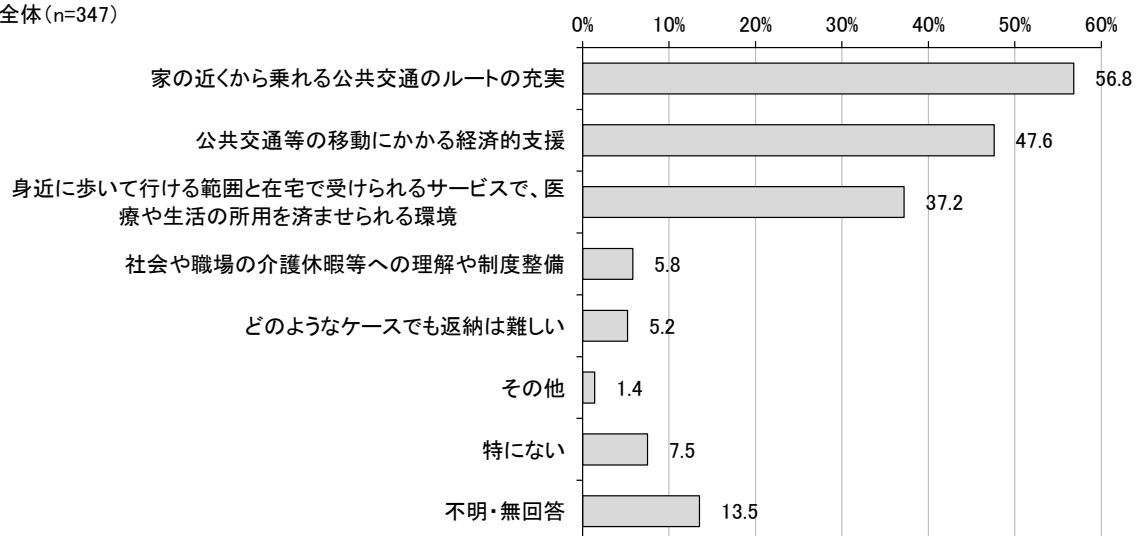
問 13（1）あなたの運転免許返納について、あなたはどのように考えていますか（令和5年度・年代別）



令和5年度調査より、新たに加わった設問の運転免許返納については、約半数の方が「今後、認知状況に危険があれば返納したい」と回答しました。年代別にみると、多くの年代で「今後、認知機能に危険があれば返納したい」との回答が多くありました。85歳以上になると「既に運転免許を返納している」人が多くなっています。

問 13（2）運転免許返納後の支援について、どのようなことが必要だと思いますか

全体(n=347)



運転免許返納後の移動手段として「公共交通機関のルートの実」や「経済的支援」を求める回答も多くあります。

(2) 専門職アンケート

本調査は、「高齢者福祉計画」の策定のための基礎資料とすることを目的とし、多久市の高齢者福祉・介護分野に関する取り組みの第一線でご活躍されている専門職の皆様のご意見をお聴きし、今後の介護保険事業及び高齢者福祉事業のより効率的な運営に役立てていくために実施しました。

① 調査の概要

- ・調査対象者：多久市所在の介護保険サービス事業所に勤務する専門職
(訪問系専門職・通所系専門職・ケアマネジャーや相談系専門職・それ以外の専門職種)
- ・調査期間：令和5年6月9日(金)～7月26日(水)
- ・調査方法：選択式調査票の配布・回収
- ・配布数：450件
- ・回答者数：416件(回収率：92.4%)

② 調査の結果

高齢者と地域、専門職の3者の関わり等に重点をおき、下記項目に絞って調査結果を分析しました。

1) 高齢者の生活の変化・状況について

- ・高齢者同士による老老介護の状態にある世帯の増加について：問2-(7)
- ・介護や福祉につながりにくい高齢者について：問2-(8)
- ・地域で孤立している高齢者の増加について：問2-(9)

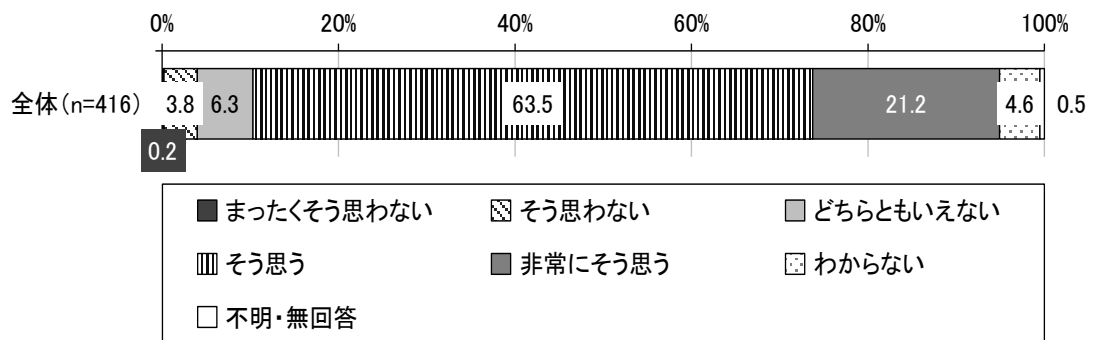
2) 高齢者が住み慣れた地域で生活を続けていくために

- ・住民と専門職と行政の協働について：問5-(2)
- ・医療と介護の事業所の連携について：問5-(3)
- ・事業所間での連携について：問5-(5)
- ・専門職と地域の関わりについて：問6

1) 高齢者の生活の変化・状況について

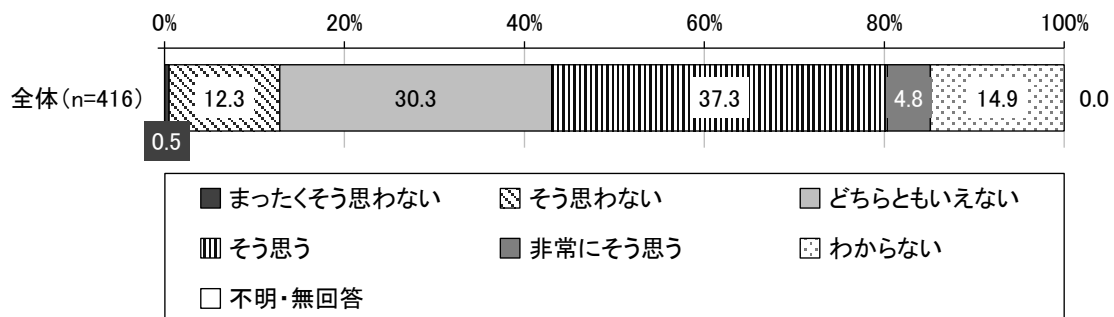
問：高齢者同士による老老介護の状態にある世帯の増加について

高齢者同士による老老介護の状態にある世帯が増えてきていると思うかについてみると、「そう思う」が63.5%と最も高く、次いで「非常にそう思う」が21.2%、「どちらともいえない」が6.3%となっています。

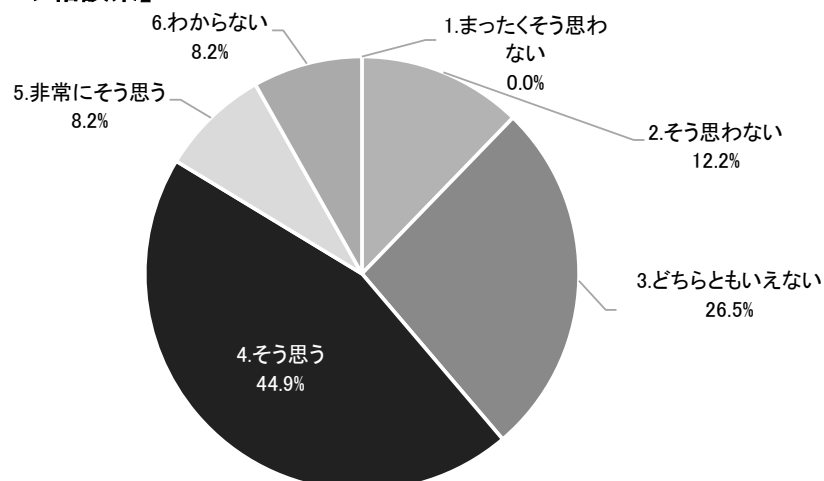


問：支援に拒否的で介護や福祉のサービスにつながりにくい高齢者が増えていると思うか

全体の回答では、「そう思う」が37.3%と最も高く、次いで「どちらともいえない」が30.3%、「わからない」が14.9%となっています。訪問系・通所系・ケアマネジャーや相談系・その他の職種別にみると、ケアマネジャーや相談系では「そう思う」「非常にそう思う」の計が53%と半数以上となっています。

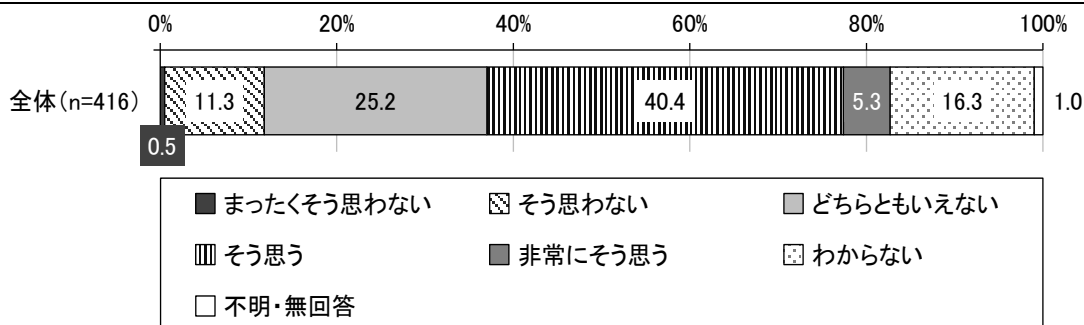


【ケアマネジャーや相談系】

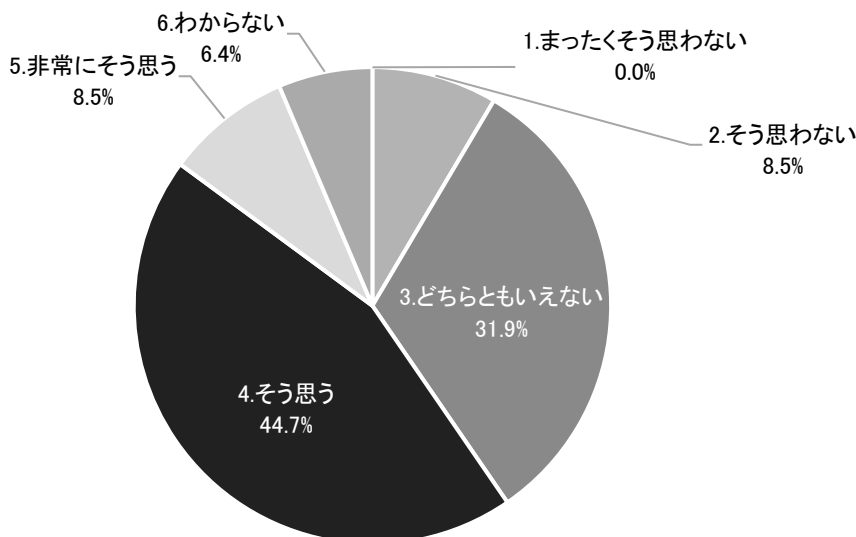


問：地域から孤立しているひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦が増えてきていると思うか

全体の回答では、「そう思う」が40.4%と最も高く、次いで「どちらともいえない」が25.2%、「わからない」が16.3%となっています。職種別にみると、「そう思う」の割合が最も大きいですが、特にケアマネジャーや相談系では「そう思う」「非常にそう思う」の計が約53%と半数以上となっています。



【ケアマネジャーや相談系】



(アンケートの自由記述より抜粋)

- 介護予防支援事業や介護保険サービスの内容や利用者(本人)中心の支援であることが家族の理解が得にくく、伝わりにくい時がある。
- 家族の方ができていないと想定していても、高齢者本人はできていると思うと、介護サービスなどの利用に繋がりにくい。
- 地域など周りが問題だと思っても、高齢者の家族等、世帯の人達に困り感がないと、介護サービス利用や課題解決のための支援に繋がりにくい。
- 介護予防という考えがない。「寝たきりになってからでいい」や「してもらうからいい」等の発言が聞かれる。
- 介護力がないのに金銭面の負担がかかるのも嫌で施設入所は困難と言いつつ、「もっと動けるようになるまで」、「一人でトイレに行けないと連れて帰れない」と、治療が落ち着いたとしても入院継続を強く希望される。医療と介護の棲み分けが難しい。

- 家族が、介護保険申請の必要なタイミングを見極められていないことがある。同居や近隣に住む家族の服薬管理などちょっとしたサポートがあれば…在宅での生活が送れると思うことがある。
- 高齢者同士で判断ができていないことが、生活の課題の大きな要因でもあるため、その家族の介入、近隣同士の関りが大切である。
- 認知症の周辺症状による家族や近隣住民との関係の悪化。
- 通いの場やサロン活動は、会話をしたいと思っても実際は行けていない人が多い。聞こえにくく、何を話してよいかわからない、すぐに疲れるからなどが理由である。
- なんらかのサービスを受けたくても、どこの誰に聞いていいかわからない方がまだまだ多くいると感じます。介護施設を利用するには介護認定を受けないと利用できないことなど。また、家族が遠方にいたり、関係が良くなかったりして手助けをしてもらえない高齢者も多いようです。サロンがっていることを知らない人もいるし、交通手段がない人も多い。

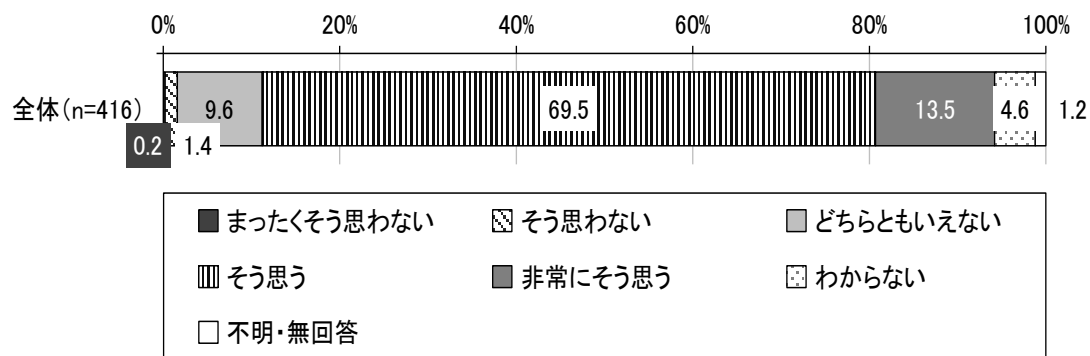
(施策と関連した視点)

- 高齢者や家族向けの講座などを積極的に実施して、予防のための早期のサービス利用に関する意識を育むことが必要。
- 現時点で提供しているサービスの利用につなげることが必要。
- 高齢者の困りごとに早期に対応できるよう生活支援体制整備事業協議体活動と市の連携を強化することが必要。
- 孤立している独居高齢者や高齢者世帯の早期発見につながる活動をする必要がある。
- (原因は多岐にわたると考えられるが) 認知症の周辺症状(徘徊や興奮、暴力行為)が孤立の理由の一つになっているとの意見が見られた。認知症についての住民向けの講習等を開催し、認知症の早期発見ができるような機会を設けることが必要。
- なじみの関係である地域が主体的な活動を実施でき、健康づくりと介護予防の活動を展開できるようにすることが必要である。

2) 高齢者が住み慣れた地域で生活を続けていくために

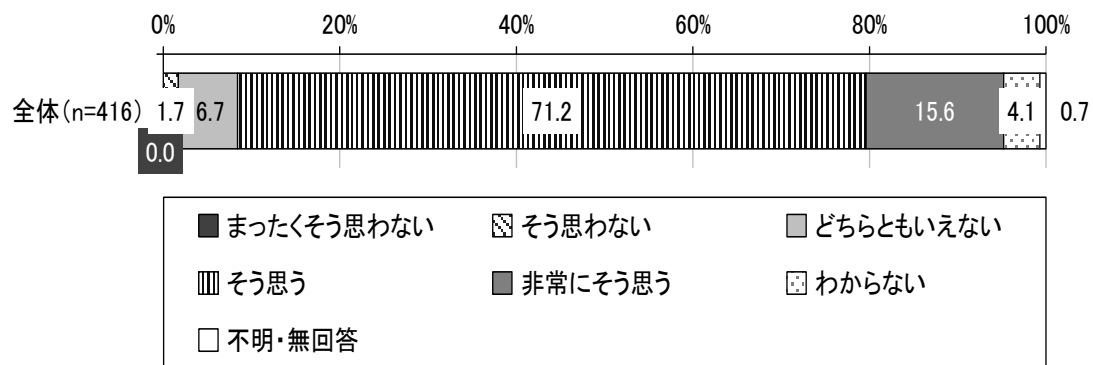
問：住民と専門職と行政が協働した支援活動が推進されればよいと思うか

全体の回答では、「そう思う」が 69.5%と最も高く、次いで「非常にそう思う」が 13.5%、「どちらともいえない」が 9.6%となっています。職種別にみても、同じ傾向がみられました。



問：医療と介護の事業所の連携が進むことが必要と思うか

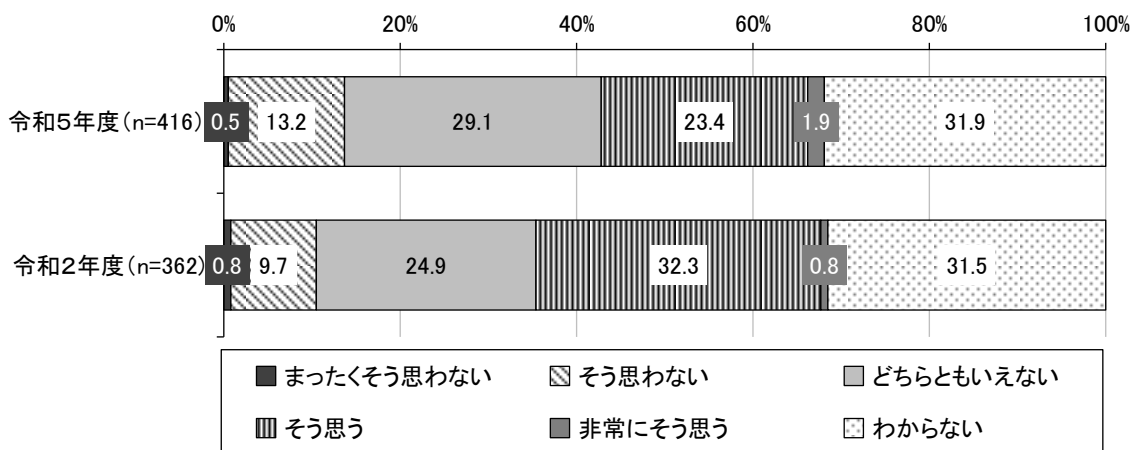
全体の回答では、「そう思う」が 71.2%と最も高く、次いで「非常にそう思う」が 15.6%、「どちらともいえない」が 6.7%となっています。職種別にみても、同じ傾向がみられました。



問：事業所間での連携や情報共有などがとりやすいかについて

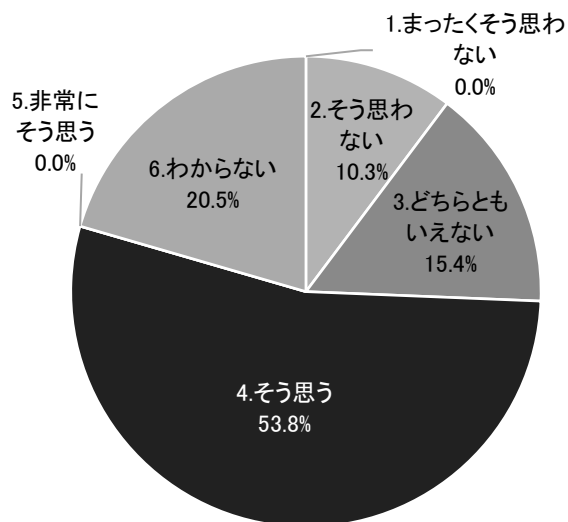
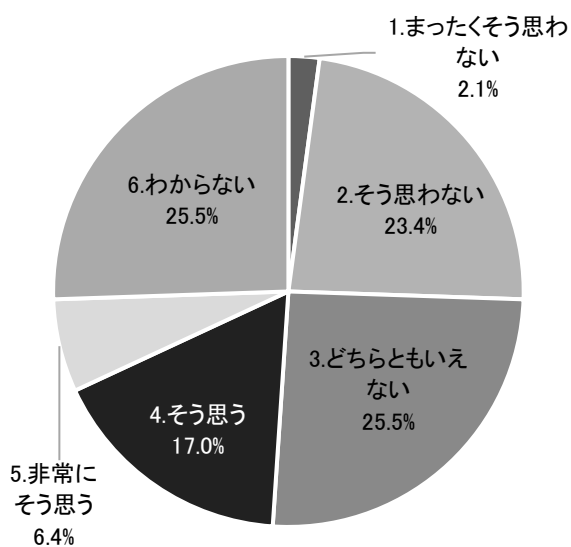
令和2年頃（3年前）と比較して、市内の事業所間での連携や情報共有などがとりやすくなっていると思うかについてみると、「わからない」が31.9%と最も高く、次いで「どちらともいえない」が29.1%、「そう思う」が23.4%となっています。

令和2年の回答と比べると、「そう思う」が10%程減り、「どちらともいえない」が5%程増えています。職種別では、ケアマネジャーや相談系の専門職種では、「そう思う」が53.8%から17.0%に減っています。



【ケアマネジャーや相談系（令和5年度）】

【ケアマネジャーや相談系（令和2年度）】

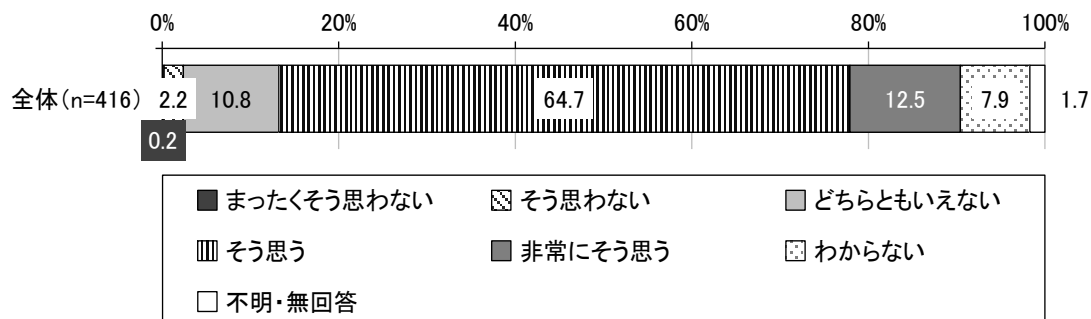


(施策と関連した視点)

- 在宅医療・介護連携推進事業における部会間の活動を活発化し、情報共有の機会を増やし、仕事をしやすい環境づくりに努めることが必要。特に、住民との関わりも多いケアマネジャーや相談系によるこの回答の変化を受けとめ、意識した活動を行うことが必要である。

問：地域で暮らす高齢者の支援のために、専門職と地域の関わりについて

地域で暮らす高齢者の支援のために専門職として実践できることは「専門職も地域の課題に関心をもつこと」と思うかについてみると、「そう思う」が64.7%と最も高く、次いで「非常にそう思う」が12.5%、「どちらともいえない」が10.8%となっています。



(アンケートの自由記述より抜粋)

「3. どちらともいえない」

- 実施できることがわかりにくいから。

「4. そう思う」

- 専門職が課題を知ること、専門職から見た解決策を見出すことができるのではないかと。
- 地域の特色を把握した上で支援していく必要があると感じるから。
- 利用者やその家族と関わることで、多くの課題があることに気付きます。関わって初めて知る現状というものも多く、多方面からの支援協力が必要だと感じるため。早めの対策、事前の対応をするための課題抽出。
- どんな課題があり、取り組みをしているか理解していないため、活動事例等の紹介や学習会などが必要ではないか。なかなか行動に移せない人が関心を向ける、興味をそそるような働きかけをしてくれたら。

「5. 非常にそう思う」

- 保健医療の専門職も地域ケア会議に参加し、地域課題に関心を持つ機会を作る必要がある。
- 地域のことをわかっていないと退院後に在宅で暮らす方がわからないと思う。もっと専門職も院内だけで完結するのではなく、地域のことを知るべきだと思う。

(施策と関連した視点)

- 地域ケア会議等により、地域の課題が抽出されます。また、在宅医療・介護連携の一環の各専門職部会においても地域課題について協議する機会を設けていきます。地域での取り組み好事例があれば地域ケア会議の場で広報するとともに、事例を参考に各地域で対応できることを協議していきます。
- 地域課題を把握している民生委員・児童委員や訪問系専門職の地域ケア会議等への積極的な参加を促していきます。

(3) 団体ヒアリング

計画策定に向けて、日頃、高齢者福祉に関わる地域の方々に、高齢者福祉を推進するために地域の中で必要だと思ふことや、健康づくり・介護予防・認知症予防として取り組みが必要なことなどを考えていただくため、団体ヒアリングを開催しました。

① 調査の概要

- ・開催日 : 令和5年7月25日(火)
- ・開催時間 : 午前の部 : 10時00分~12時00分
午後の部 : 13時30分~15時30分
- ・開催場所 : 多久市役所4階 大会議室西
- ・対象者 : 民生委員・児童委員、サロン代表者、老人クラブ、介護サポーター
- ・参加者数 : 午前の部 : 16名
午後の部 : 18名
- ・テーマ : ①地域の中での支え合いや相談・支援体制について
②健康づくり/介護予防/認知症予防について
※②は各グループそれぞれのテーマで話し合いを実施

② テーマごとの意見とりまとめ

テーマ① 地域の中での支え合いや相談・支援体制について

【現状や取り組んでいること】

- ・サロンではいきいき百歳体操を実施し、その後サロンごとに交流の時間やレクリエーションの時間、講演会の開催などを通じて、つながりづくりや意識啓発などに取り組んでいる。
- ・老人会についても、サロンと似たような活動状況だが、地区によってはお酒の場などを設けて、男性が積極的に地域に出てきている場合もある。
- ・昼間独居状態の高齢者が問題としてかなり深刻化している。夜は家族(息子・娘)と同居はしているものの、昼間は働きに出ており独居状態となり、買い物や通いの場へ行くのは自力でどうにかしないといけないことが多い。しかし、世帯としては高齢者のみの世帯とはみなされず、利用するサービスに制限等がかかることも多い。
- ・昼間独居も含めて、高齢者のみの世帯の移動支援・買い物支援のニーズはかなり高まっている。特に西多久などの田舎の方では、こういった支援がなければ数年後やっていけない人たちが多く出る可能性が高い。
- ・民生委員・児童委員としての活動は訪問・見守りなどで活発的に行っている。しかし、人によっては「おせっかいだ」というような形で、声かけ等を拒む人もおり、担い手側としては地域の人とどう接して良いのか難しい部分もある。また、移動支援や緊急時に助けを呼ぶなどは責任の問題もありどうすれば良いのかわからない。

- ・いずれの活動も、担い手の高齢化は喫緊の課題となっている。いかにして若い世代を取り込んでいくのが重要。

【課題や今後取り組むべきこと】

- ・参加者は地区によってまちまちだが、どの地区であっても参加者は高齢化の傾向あり。また、これまで通えていた人も、交通の問題や歩けなくなるなどの理由で参加をやめる人も多い。参加者としては、女性がほとんど。
- ・女性に比べて男性は地域に出たがらない傾向はあるが、男性が交流できる場所づくりやきっかけづくりがあれば、楽しんで地域に参加できるようになる。現状ではグラウンドゴルフは男性の参加率も高い。
- ・世帯の実情に即したサービスの提供体制を考える必要がある。
- ・現状、ふれあいタクシーや社協の移動支援などサービス自体はあるが、利用しやすさがなかったり、情報発信が乏しかったりという問題がある。また、サービス利用率も良くなく、このまま行くとこういった支援が取りやめになる可能性がある。そうなった場合、買い物も移動もできない人が出てきてしまうのではないか。
- ・支え合いの活動の範疇として、取り組むべき項目等は整理の必要がある。民生委員・児童委員にだけ負担がかかるようにするべきではない。介護サポーターに関しても同様の課題があるが、個人として負える責任のレベルでの活動として取り組むべき。
- ・まだ働いている現役世代に活動参加を強いるのは現実的に難しいため、活動の本筋以外の部分で楽しんで参加できるようにしていくべき。

テーマ②－1 健康づくりについて

【現状や取り組んでいること】

- ・サロン、いきいき百歳体操やグラウンドゴルフで体を動かす機会があり、地区によって参加状況はまちまち。活動に参加している人は元気な人が多いが、参加するためのハードル（交通の問題など）がある。
- ・健診は来てくれる人は積極的に来てくれるが、現在健康な人は受診しないことも多い。
- ・健康であるには3食摂る必要性がある。
- ・男性の独居高齢者はきちんと料理ができないこともある。

【課題や今後取り組むべきこと】

- ・せっかく活動をしていたとしても、参加しなければ健康づくりにはならないため、積極的に参加を促す必要がある。また、参加したくてもできない人が参加できるような環境整備も進めるべき。
- ・現在健康であっても、受診はしていくべき。
- ・体を動かさなくなると食も細くなってしまいがち。そういう意味でも体を動かす機会に積極的に参加することが重要。
- ・男性向けの料理教室の開催がされており、盛況している。こういった取り組みを通じて、男性も健康的な食事に気をつけられるように、意識を高めていけると良い。

テーマ②－２ 介護予防について

【現状や取り組んでいること】

- ・サロン、いきいき百歳体操などは行われており、参加している人は健康を維持できているという人が多い。一方で、交通の便や既に健康が悪化しているなどの理由で参加できない人もおり、そういった人が参加できる体制も必要。
- ・介護予防を推進するためには、今は元気だがサロンに参加していない人を参加させなければならぬ。
- ・スポーツピアも高齢者が多く、ジムで筋肉トレーニング、チームスポーツなどもできる。
- ・サロンなどに来る人は健康意識が高く、食事などにも気を使っていることが多い。
- ・コミュニケーション・人との会話も健康づくりの一環となっている。サロンはそういう意味でも大切な場所。

【課題や今後取り組むべきこと】

- ・移動支援が重要。地区によっては迎えに行くのを地域の中でお互いにするのが難しいというケースも多い。
- ・現状、自由に来て自由に帰ることが基本とはなっているので、強制力はあまりない。強制参加にすると長続きしないので、それをわかってもらった上で、参加したくなるようなきっかけづくりを行う。社協のゲームを借りたりして、レクリエーションを取り入れるのも効果的。そのほかにも、食事会やクリスマス会などのタイミングで声掛けをしている人々に一度来てもらえると、その後続けてもらえるのではないかな。
- ・サロンなどが基本として、もっと健康づくりや体を動かしたい人が活用すると良い。
- ・出てこない人に対しても食による健康づくりのアプローチが必要。
- ・参加していない人にも健康づくりについて情報を発信していくべき。

テーマ②－3 認知症予防について

【現状や取り組んでいること】

- ・認知症対策に興味はあるが、実際対策で取り組んでいるかという点と難しい。
- ・サロンのレクリエーションなどでゲーム・クイズなど少し頭を使うことをすると参加者は喜んで参加する人が多い。
- ・料理や日々の生活でマルチタスクをするようなことをすると、認知症予防になる。
- ・実際に自分自身、物忘れが増えていて怖い。身近に感じるものが多くなってきている。
- ・自分の家族や親族、近所の人になった場合、支える人達の負担もある。そこへの支援も必要。

【課題や今後取り組むべきこと】

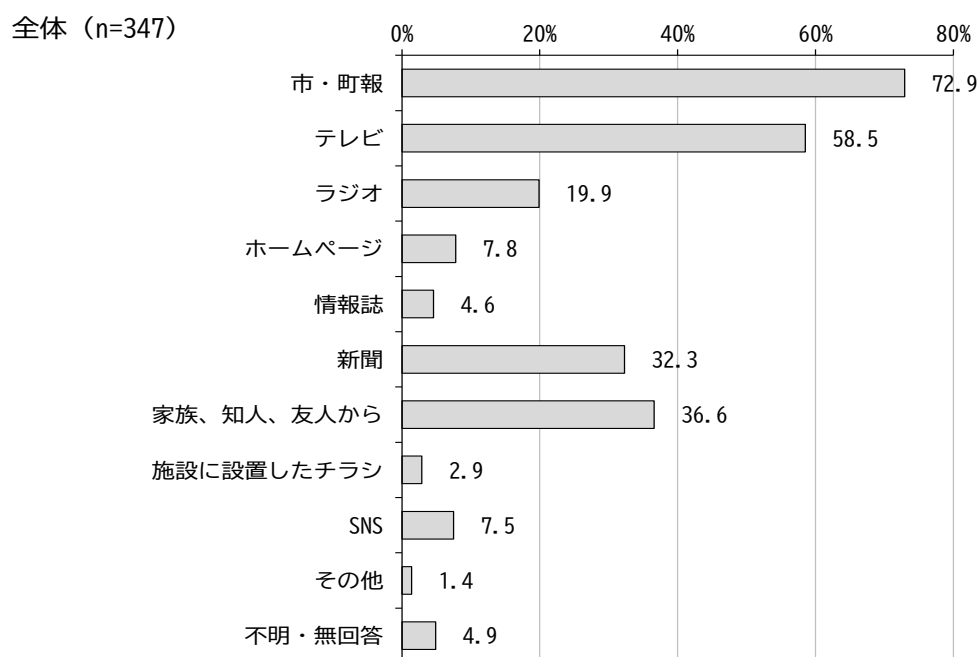
- ・サロンの中で認知症予防のビデオを見ながら体操などに取り組んでいる地区もあるが、健康づくり・介護予防に比べると、そこまで積極的には行えていない。興味のある人は、脳トレや数独などを行っている人もいる。
- ・レクリエーションやゲームもひとつの認知症対策になっていると考えられ、参加者の敷居を下げる意味でも効果的なため、各サロンでやっていくと良い。
- ・生活に取り入れられる認知症対策に関する情報発信や啓発冊子があると、やってみる人は増えるのではないか。
- ・認知症になってからでは遅いので、その前から取り組みに参加できるよう情報発信が必要。
- ・少し離れた関係の人から見ると、認知症かどうかわからず周囲の理解がないこともある。支える人側の負担軽減のための相談や、支援してくれる専門家がいるといいのにと感じていたので、そういった取り組みができていけると良い。

7 多久市における課題

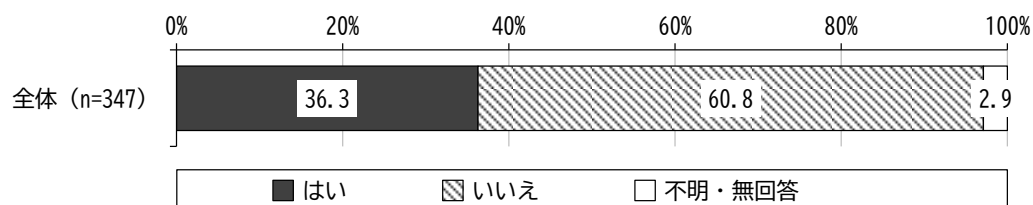
各種調査の結果や第8期計画の進捗状況、社会情勢や国の動向等も踏まえ、本計画で対応していかなければならない課題を整理しました。

課題1 地域包括支援センター等の相談窓口の周知や情報提供の充実

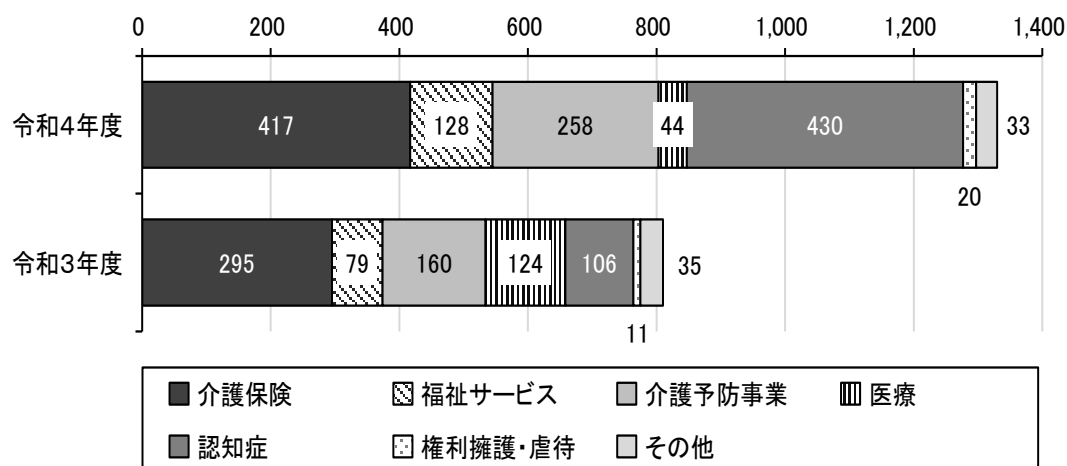
市のサービス周知はどれから（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より）



認知症の相談窓口の周知度（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より）



総合相談件数（令和3年・4年の比較）



【多久市地域包括支援センター調べ】

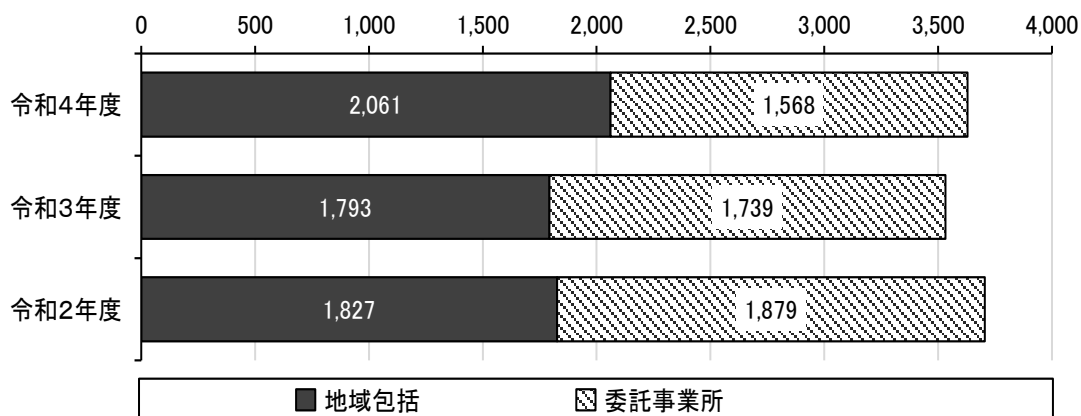
市のサービス情報は、市報等で得ている人が多くあったが、認知症の相談窓口の周知については40%未満の認知度であった。高齢者の相談機関として地域包括支援センターの周知の拡大に努める必要があります。

総合相談の件数や内訳から認知症の相談件数が伸びていること、専門職アンケートの自由記載の内容「支援が必要な方への情報の提供ができていない」を解決するための方法が求められます。

住民に介護保険等の制度や市の施策を知ってもらうために、地域の身近なところからさまざまな手段を使って、情報提供を図っていくことが必要です。

課題2 地域包括支援センターの体制整備及び拡充

要支援認定者のケアプラン作成件数の推移



【多久市地域包括支援センター調べ】

要支援認定者の1年後の認定状況

1年後評価	改善	改善 設定切れ含む	維持	悪化	総計
	件数/率	件数/率	件数/率	件数/率	
要支援1・2	8	46	264	102	448
	1.8%	10.3%	58.9%	22.8%	

【佐賀中部広域連合調べ】

介護保険の要支援認定者のケアプラン件数は3,500件程度で推移していますが、今後の後期高齢者の増加を考えると、介護保険の認定者数の増加が見込まれ、合わせてケアプラン件数の増加も予測できます。

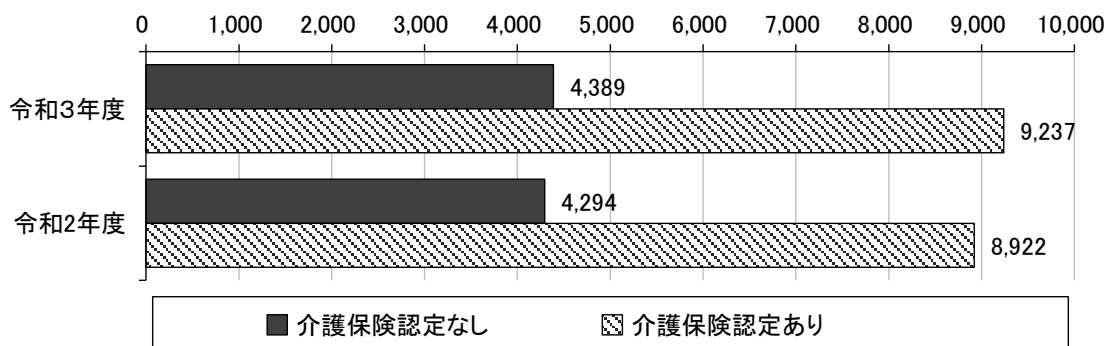
要支援認定者の1年後の認定状況は、約60%が「維持」となっています。高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送るために、本人の意向を踏まえたリスクマネジメント能力のあるケアマネジャーの関わりが求められます。

地域包括支援センターの業務は、①総合相談支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的なケアマネジメント業務、④介護予防マネジメント業務、⑤認知症総合支援事業、⑥地域づくり・地域資源開発等多岐にわたります。業務を遂行する職員として、保健師、社会福祉士、介護支援専門員、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、認知症オレンジコーディネーターなどの専門職の配置が必要となります。介護職の人材不足等が社会的課題としてありますが、地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うために人材確保は重要です。

課題3 総合事業サービスの充実と介護予防や健康づくりの推進

介護保険認定の有無別、医療費（40歳以上）

単位：円



【国保データベースシステム】

介護予防・日常生活総合事業 令和4年度市町サービスの実績

単位：人数

	7・8・9月	10・11・12月	1・2・3月	年間
生活支援 B	0	11	30	41
移動支援 D	17	68	123	208
(再掲) 通いの場送迎	0	1	5	6

【多久市社会福祉協議会調べ】

住民主体で実施する通いの場（サロン）の設置数、参加者数

	いきいき百歳体 操実施地区数	(新規開始 地区数)	参加者数	サロン登録 地区数	参加者数
令和4年度	43地区	8地区	623人	51地区	920人
令和3年度	35地区	5地区	541人	48地区	880人
令和2年度	30地区	4地区	505人	43地区	811人

【多久市社会福祉協議会調べ】

これまでも生活習慣病の発症予防や重度化予防に努め、フレイル（虚弱）予防の施策を行ってきましたが、介護保険認定の有無別の医療費の差はなかなか縮まりません。医療費に合わせて介護費も必要となるため、これからも生活習慣病の重症化予防のために健診の受診と医療の継続、保健指導を行う必要があります。

要支援認定者や基本チェックリストの該当者への市町サービス事業である生活支援 B・移動支援 D は、住民の有償ボランティア事業で令和4年度から始めました。毎月利用者が増えている状況です。このような生活上の課題が解決につながる事業に取り組み、継続することが求められます。

通いの場活動を推進していますが、年度ごとに活動する地区や参加人数が増えています。継続して取り組めるよう地域の介護予防事業や保健事業と介護予防の一体化事業等の拡充による支援が求められます。

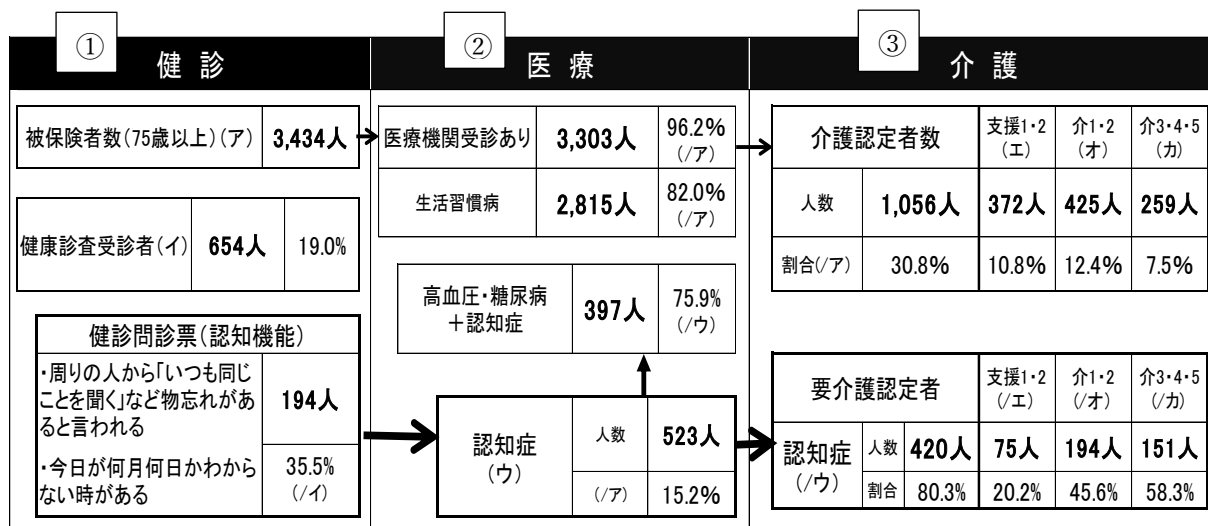
課題 4 認知症に関する支援等の充実

介護保険の認定者別、申請時の原因疾患

R3	認知症	関節疾患	脳血管	骨折・転倒	心臓病	がん	その他
人数	259	138	129	110	81	61	191
割合	26.7%	14.2%	13.3%	11.4%	8.4%	6.3%	19.7%

【R3 佐賀中部広域連合提供資料より作成】

KDB システムでみる後期高齢者医療における医療と介護の実態



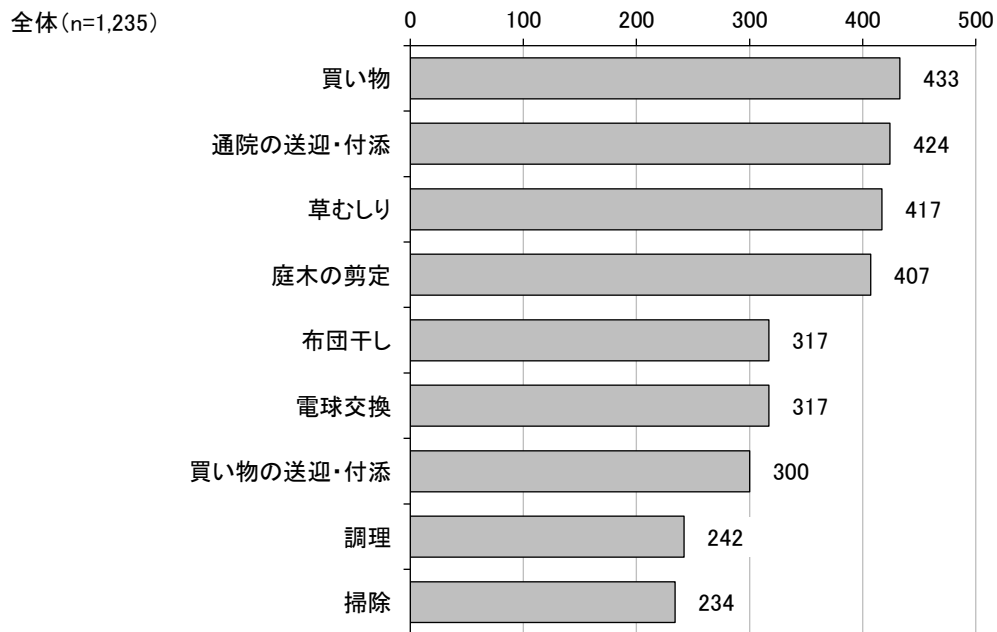
【国保データベースシステムより作成】

介護保険の申請時原因疾患にみる「認知症」の割合は、令和3年は25%を超えています。国保データベース（KDB）システムでの後期高齢者医療における医療と介護の実態によると、①後期高齢者健診の問診では194人、35.5%の人が認知機能の問診項目に該当しています。②医療では、認知症で医療にかかっている人の75.9%、397人が高血圧や糖尿病を併せ持っています。③介護では、認知症の診断がある方が介護保険へ移行する割合は80.3%と高く、介護度別では要支援1.2が20.2%、要介護3.4.5になると50%を超えています。

後期高齢者の増加により、認知症高齢者も増加が予想されます。認知症の支援は、住民に認知症の正しい理解を進め、生活に支障をきたしていない軽度認知障害の段階で関わり、進行を緩やかにできるようにすることが重要です。

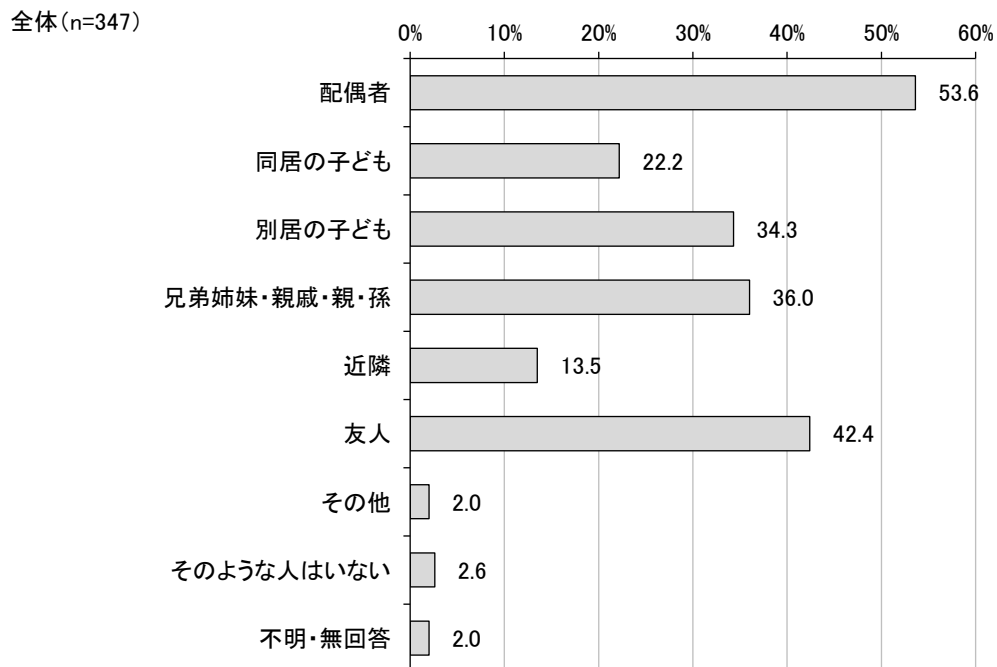
課題5 高齢者の在宅生活の支援

令和3年度 75歳以上一人暮らし等高齢者困りごとアンケート結果

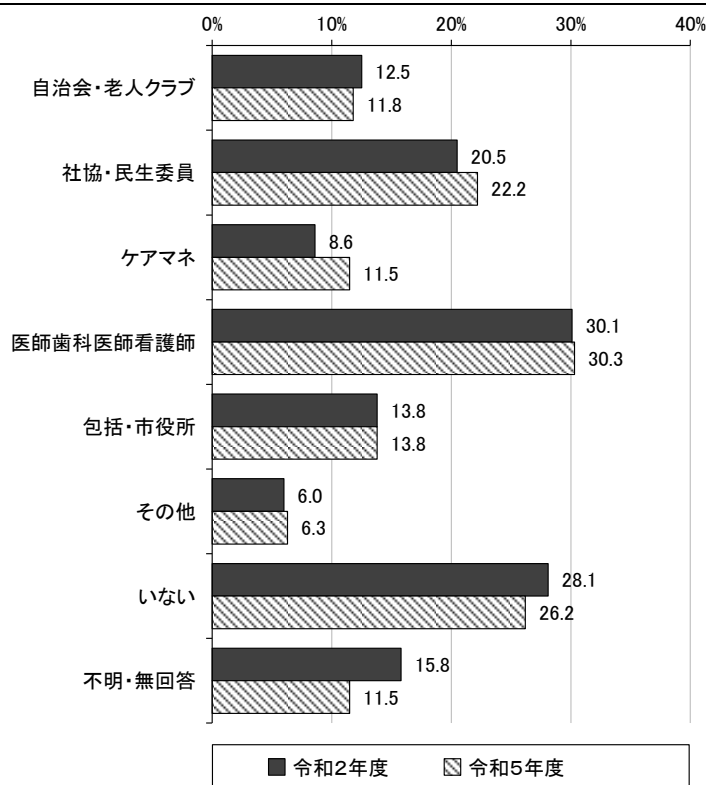


【多久市地域包括支援センター調べ】

あなたの心配事や愚痴を話す相手（介護予防・日常生活圏域二エズ調査より）

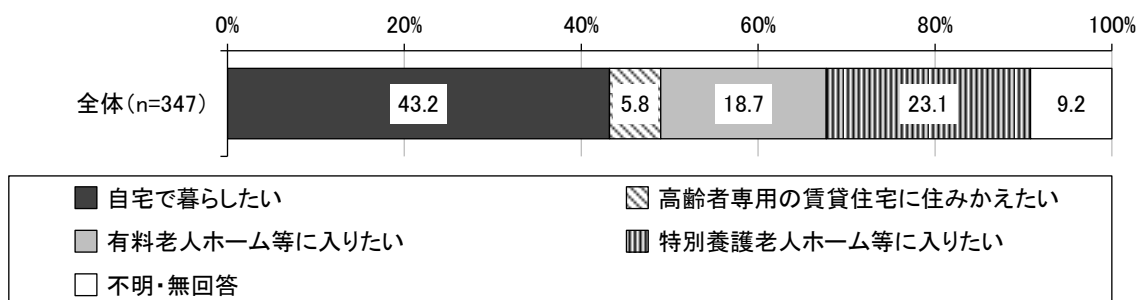


家族等以外の何かあった時の相談相手（介護予防・日常生活圏域二エズ調査より）



介護予防・日常生活圏域二エズ調査結果から

問：自分だけの力で普段の生活を営むことが難しくなった場合の住まいはどのように考えていますか。



令和3年度に実施した一人暮らし高齢者等への日常の困りごとアンケート結果から、「買い物・病院への送迎や付き添い」が課題と分かりました。後期高齢者増加や世帯構成の変化を考えると、生活支援と移動支援は今後、在宅生活を送る上で不可欠になります。

心配事や愚痴を話す相手は、「配偶者」「子ども」ですが、家族以外の何かあった時の相談相手では医療機関や地域の民生委員・市役所・自治会が多くなっています。また、相談相手が「いない」との回答も一定数みられ、地域における定期的な見守りやサポートは重要な課題となります。

介護予防・日常生活圏域二エズ調査では介護が必要になっても「自宅で暮らしたい」との回答が40%を超え、地域でのつながりを含めて、必要な情報を把握しておく体制づくりや住民同士が支え合える仕組みづくりが重要です。

第3章 計画の基本的な考え方



1 基本理念

「第5次多久市総合計画」（令和3年度～令和12年度）では、市の将来像である「緑園に輝くまち 多久 ～ 時流を感じる 文教・安心・交流・協働のまち～」の実現に向け、4つの基本目標を掲げています。

基本目標の1つである「基本目標2 安心して魅力的なまち 多久」では、将来像を実現するための施策目標と施策の1つとして、「施策目標3 生涯安心 - 人にやさしい健康・医療・福祉のまちづくり 3-4 高齢者支援の充実」が掲げられています。

「3-4 高齢者支援の充実」では、「目指す姿」を「市民主体の通いの場を中心とした地域の支え合い、互助による地域づくりが根付くことで、高齢者が住み慣れた地域において、生きがいを持って自立し、いきいきと健康的に生活ができる社会の実現を目指します」とし、「重点事業の方向性【総合戦略】」を以下のように掲げています。

《重点事業の方向性【総合戦略】》

- 健康で自立した生活を送れる高齢者を支援するために、介護予防・生活支援サービスを充実させて、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防の視点での活動を実施します。
- 認知症高齢者の支援、在宅医療介護連携による支援、生活支援体制整備事業による地域の課題解決のための支援を充実させ、関係機関と連携し、保健、医療、福祉の連携による地域包括ケア体制の深化・推進を進めます。

重点事業の方向性に基づき、市が取り組むべきこととして、次の7項目が掲げられています。

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| ① 健康づくりの推進 | ⑤ 権利擁護及び認知症予防対策の推進 |
| ② 介護保険制度及びサービスの推進 | ⑥ 安心・安全のシステムづくり |
| ③ 生きがいと交流の場づくりの推進 | ⑦ 養護老人ホームへの入所管理 |
| ④ 保健・医療・福祉連携による地域ケア体制の継続 | |

その成果指標は、以下の3つの項目としています。

指 標 名
① 通いの場参加率
② 介護保険認定者要支援 1.2 の1年後の認定結果による改善率
③ 後期高齢者の要介護認定での認知症治療者の割合

以上のような第5次総合計画での考え方にに基づき、本計画の基本理念を、前計画を継承し、次のように設定します。

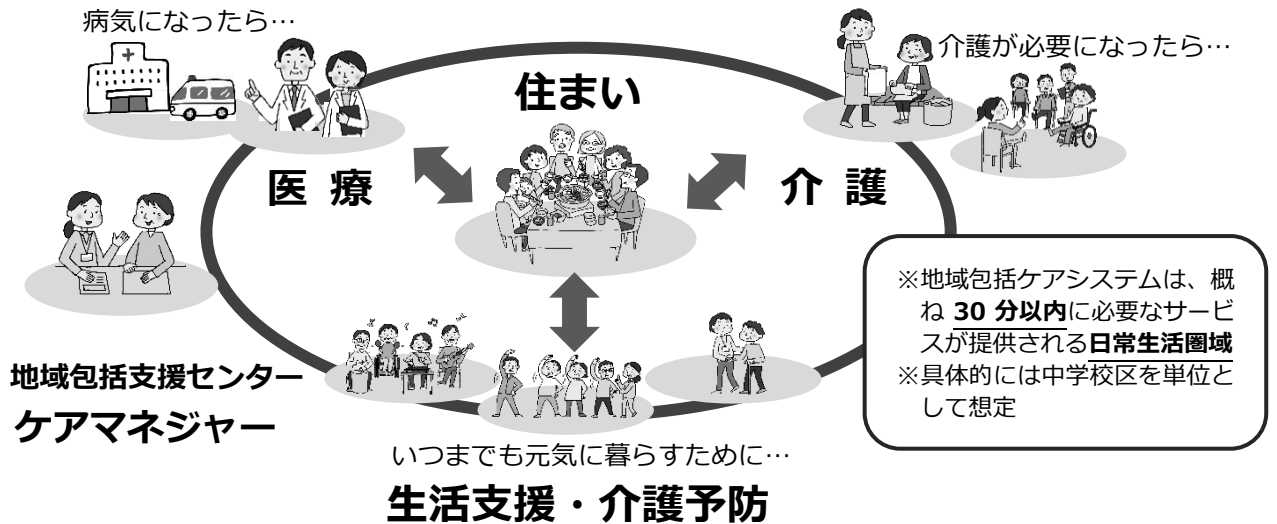
基本理念

**高齢者が住み慣れた家庭や地域で、
安心して元気に暮らし続けることができるまちづくり**

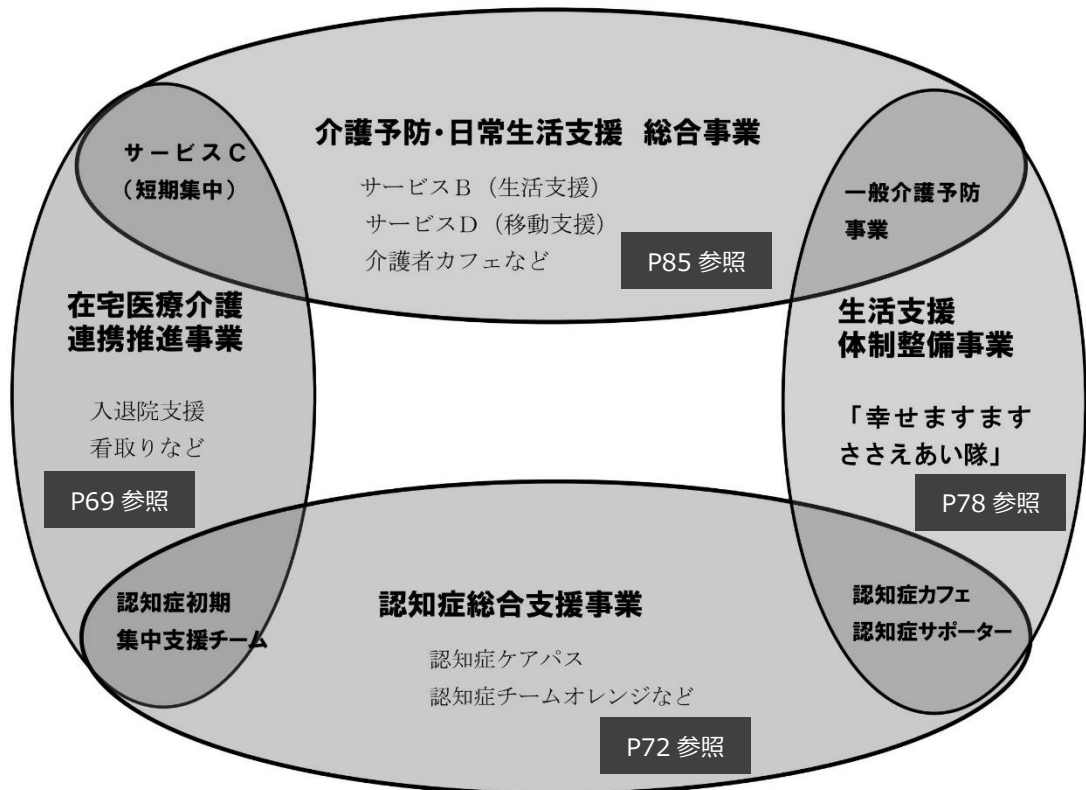
2 基本目標

多久市の高齢者を取り巻く現状および総合計画の基本構想などを踏まえ、「地域包括ケアシステム」の構築および充実に向けて、本計画では3つの視点を基本目標として設定します。

■地域包括ケアシステムのイメージ図



■各事業の展開イメージ図



基本目標 1 支え合いの仕組みづくり

高齢者が可能な限り住み慣れた地域や自宅で、いきいきと安心して暮らし続けることができるよう、高齢者の暮らしを支える「支え合い」の地域づくりを進めながら、自立した生活を営むための地域包括ケアシステムの構築を推進します。

また、高齢者の自立支援と重度化防止のための取り組みとして、各種サービスが一体的に切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスや保健医療サービスに関連する関係機関との連携の推進を図るとともに、自立支援に向けた地域ケア会議の充実を含め、地域包括支援センター（おたっしや本舗）の機能強化などを推進します。

基本目標 2 健康づくりと介護予防の推進

高齢者が要支援・要介護状態になることや要介護状態の悪化を予防し、できる限り健康でいきいきとした生活を送れるよう、高齢者自身が自らの健康維持・増進に心がけ、健康づくりや介護予防の取り組みに積極的に参加できる環境づくりを推進します。

また、高齢者の自立支援と重度化防止のための取り組みとして、要支援者や介護予防事業対象者に対し、切れ目のない総合的な支援が行えるよう、介護予防・日常生活支援総合事業の充実を図ります。

基本目標 3 自立と安心につながる支援の充実

高齢者が生きがいを持って、充実した生活を送ることができるよう、長年築いた豊富な知識や経験、能力などを活かしながら、地域における活動などに参加できる環境づくりに取り組みます。

また、高齢者が安心して自分らしく暮らすことができるよう、高齢者の自立生活を支えるためのきめ細かな福祉サービスの充実や住民相互の支援体制づくりを推進します。

3 施策の体系

基本目標	施策の方向	取り組み内容
基本目標1 支え合いの 仕組みづくり	1 地域包括支援 センターの運営 の充実	① 相談と適切な支援へのつなぎに向けた体制の 充実 ② ケアマネジメント体制の強化 ③ 権利擁護の推進
	2 在宅医療・介護 連携の推進	① 在宅医療・介護連携体制の強化 ② 住民への活動の啓発・普及
	3 認知症総合支援 の推進	① 高齢者やその家族に対する認知症の啓発 ② 認知症予防の推進 ③ 認知症高齢者の支援
	4 生活支援体制 の充実	① 生活支援体制整備事業協議体活動の推進 ② 地域特性にあわせた活動の充実
基本目標2 健康づくりと 介護予防の推進	1 健康づくり の推進	① 健康づくりの推進 ② 保健事業と介護予防の一体的実施の推進
	2 介護予防・生活支援 サービス事業の充実	① 訪問型サービスの充実 ② 通所型サービスの充実
	3 一般介護予防 事業の充実	① 介護予防活動の推進 ② 地域の介護予防活動に対する支援体制の強化
基本目標3 自立と安心に つながる支援の 充実	1 社会参加の推進	① 地域における高齢者の生きがいづくり ② 高齢者が活躍できる環境づくり
	2 在宅生活の継続 支援	① ひとり暮らし等高齢者への見守り支援と 在宅生活支援の充実 ② 介護者への支援
	3 安心につながる 取り組みの推進	① 災害等における支援体制の充実 ② 地域の見守り体制の充実
	4 生活環境の充実	① 高齢者にとっての住環境の充実 ② 高齢者の移動支援の充実

4 SDGsと連動した施策の推進

2015年9月の国連総会で2030アジェンダが採択され、2030年までに世界中で達成すべき目標として、「持続可能な開発目標（SDGs）」が掲げられました。

多久市においても推進する施策と、SDGsの目標を結び付けることで、持続可能な地域社会の形成に資する取組であることを市民及び職員に意識づけ、SDGs達成に貢献できるように取り組みを進めます。

本計画では、特にSDGsの目標のうち、「1. 貧困をなくそう」「3. すべての人に健康と福祉を」「4. 質の高い教育をみんなに」「10. 人や国の不平等をなくそう」の目標を主要な連携項目として位置づけ、各施策の推進により、これらの達成を目指すものとします。



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

第4章 施策の内容



基本目標 1 支え合いの仕組みづくり

(1) 地域包括支援センターの運営の充実

地域包括ケアシステムの実現に向けて、体制の整備を進めるためには、地域の「医療」・「介護」・「生活支援」・「介護予防」・「住まい」の5つのサービスが整っていることが必要です。そして、それらのサービスを調整し、必要な場合にサービスを生み出すことが求められています。

地域包括支援センターは、住民の健康の保持および生活の安定のための身近な総合相談機関であり、サービスのコーディネート機能を有するサービス提供及び調整機関です。そのために必要な人材を配置し、地域に根差した、きめ細やかな支援を進めていきます。

① 相談と適切な支援へのつなぎに向けた体制の充実

相談窓口として地域包括支援センター「おたっしゃ本舗多久」を設置し、福祉サービスや介護サービスのみでなく、住民主体の多様な地域資源の活用ができるように取り組んでいます。また、在宅介護支援センター「天寿荘」と「多久いこいの里」は、地域の相談窓口として設置し、地域包括支援センターのサテライト機関となっています。

必要な情報手段の確保はもちろんのこと、事業所等関係機関に対しても、地域の集約した介護資源情報を提供していくことで、専門職がより正確に、公平に、細やかに情報を把握し、利用者や家族の課題やニーズに沿った介護サービスにつなげていけるよう支援をしていきます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・ 家族以外の相談先としておたっしゃ本舗の認知度は13%と低い。
- ・ 一人暮らし高齢者では相談先がないと答えた方の割合が高い。
- ・ 市内関係機関の専門職アンケートでは情報が伝わっていないとのコメントが多い。
- ・ 専門職アンケートの自由記載では、「サービスを受けたくても、どこの誰にきいていかわからないでいる高齢者がまだまだ多くいる」と感じる。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・わからない時はそのままにせず、相談し確認しましょう。 ・苦情があるときには、苦情相談窓口などを活用します。 ・ひとりで抱え込まず、だれかに話しましょう。 ・地域の組織、自治会、民生委員・児童委員などが連携しながらできる範囲で相談活動に取り組みます。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進会議、生活支援体制整備事業協議体、地域ケア会議等の専門職が集まる機会に地域の実態や相談など必要な情報を提供します。 ・事業所が住民等に関わり、気づいたことも適切な機関に報告します。 ・支援が必要な方にはサービスの利用につなげるよう活動します。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口機関の啓発や医療・介護等の情報の共有ができるよう広報誌や冊子を作成し活用します。 ・庁内会議や関係機関との会議を活用し、情報の提供、啓発を継続します。 ・身近な相談窓口として2か所の在宅介護支援センターを設置します。 ・「つながりネットワーク」の活動を継続し、相談を受けた場合は課内で共有し、早期に適切な支援を行います。 ・出前講座、講演会、イベント等を実施し、住民へ周知や知識を深める取り組みを進めます。

■ 実績と目標（見込み） 地域包括支援センターの総合相談件数

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
延べ相談件数	441件	1,191件	1,200件	1,200件	1,200件	1,200件

■ 実績と目標（見込み） 在宅介護支援センターの相談件数

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
延べ相談件数	1,494件	2,357件	2,300件	2,350件	2,400件	2,400件

② ケアマネジメント体制の強化

要支援認定者や事業対象者に対し、自立した生活を送れるよう、身体的・精神的・社会的な機能を維持・改善できるためのアセスメント、プランの作成、サービス提供後のモニタリングを実施します。

市内介護支援専門員を含めて、研修会を開催し、ケアマネジメントの質の向上をめざします。また、ケアプランの作成時の助言や同行訪問など行います。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・市内居宅支援事業所への要支援認定者の委託率は50%を超えている。
- ・要支援担当者の1年後の改善率は悪化が20%を超えている。
- ・「介護予防と言う考え方が住民に周知できていないように感じる」というコメントが専門職アンケートで書かれている。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員等に自分の希望を伝えます。 ・ボランティアなどできることから協力します。 ・家族等は介護保険サービス担当者会議等に参加しましょう。 ・区長、民生委員・児童委員等は介護保険サービス担当者会議にできる限り協力しましょう。 ・市が開催する地域ケア会議に参加し、高齢者を取り巻く状況を知りましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・一人の困りごとが地域の困りごとであると捉えられるようネットワーク会議等に参加します。 ・地域ケア会議等に参加し、個別課題の把握と解決に向けた支援について知ります。 ・サービス担当者会議に必要な場合は民生委員・児童委員等の参加を依頼します。 ・市や保険者等のケアマネジメント研修等にも参加し、ケアマネジメント力の向上に努めます。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供機関である指定介護予防支援事業所や居宅介護支援事業所等と連携します。 ・高齢者の個別課題の解決に向けて、ケアマネジメントの実践力が高まるよう多職種でのチームアプローチに取り組みます。 ・ケアマネジメントの質の向上に関する研修を継続します。 ・個別事例の課題分析を積み重ね、地域の課題を明確にするとともに、地域課題の解決につなげる自立支援型地域ケア会議やネットワーク会議、地域包括支援センター運営推進委員会を実施します。

■ 実績と目標（見込み） 介護予防等のプラン件数と地域ケア会議

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防プラン件数	3,532件	3,629件	3,700件	3,800件	3,850件	3,900件
自立支援会議回数	10回	10回	9回	9回	9回	9回
ネットワーク会議回数	2回	3回	3回	3回	3回	3回
自立支援に係る取り扱い件数	12件	14件	10件	11件	12件	13件

③ 権利擁護の推進

地域のつながりや介護保険等のサービスでは対応ができない困難な状況にある高齢者が、地域で安心して生活を送れるよう専門的・継続的に支援をします。

特に介護者の介護負担や介護等のストレスが原因となり、虐待につながることもあることから、虐待の早期発見、適切な支援に努めます。

また、令和3年に「多久市成年後見制度利用促進基本計画」を策定し、成年後見制度の普及啓発と活用促進を目的とした「中核機関」を多久市社会福祉協議会に令和5年1月に設置しました。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・制度利用に向けて市長申し立て相談件数が伸びている。
- ・成年後見制度利用補助金を活用している。
- ・虐待の相談事例では長期間にわたる支援となっている。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待や権利擁護についての知識の習得に努めます。 ・制度の支援が必要な人の発見に努め、速やかに必要な支援に結びつけます。 ・虐待かもしれないサインに気づいたら、必要な機関へ相談・連絡を行います。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者のネットワークを活用し迅速に相談につなげます。 ・虐待防止ネットワーク委員会による研修や活動に参加します。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護事業についての理解を進めるため、効果的な教室や広報活動に取り組みます。 ・高齢者の権利を守るための相談窓口を設置します。 ・虐待発生の防止、被虐待者の保護、養護者への支援など問題解決に向けた取り組みを行います。 ・虐待や権利擁護業務では、社会福祉士会や弁護士等専門職からの支援を受けるなど、関係機関との連携を図ります。 ・成年後見制度の「中核機関」を活用し、市民への啓発、利用の促進に取り組みます。

■ 実績・見込み 権利擁護業務活動

	実績		見込み	見込み		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
虐待等の相談件数	5件	6件	5件	6件	7件	7件
市長申し立て件数	1件	2件	2件	2件	2件	2件
権利擁護支援件数	1件	2件	3件	3件	3件	3件

(2) 在宅医療・介護連携の推進

住み慣れた地域で必要な医療サービスおよび介護サービスを一体的に受けられることで安心して生活を送ることができます。その実現に向けて、関係機関の調整と連携の強化を目指しています。

ここでは、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの4つの場面の事業を推進するために、市、市民、関係機関が連携して活動することにより場面ごとの「めざす姿」を設定しています。

在宅医療・介護連携推進における多久市のめざす姿

日常の療養支援

- ・医療や介護の制度を理解することで、本人、家族ともに自由な意思決定ができる
- ・認知症になっても、介護が必要になっても、在宅でも施設でも自分らしい生活が送れるよう取り組みます
- ・緊急時要介護者見守り支援事業（まもりん）の設置をすすめ、緊急時に情報を取得しやすくします

入退院支援

- ・住民の望む場所に戻り、支援を受けながらも不安なく生活を再開することができる
- ・「佐賀中部保健医療圏版退院支援ルール」を使って、支援する側の情報連携をスムーズにします
- ・「きずな手帳」により、自分の病気のこと、サービスの利用内容を記録し、関わるひとをつなげていくために活用します

急変時の対応

- ・どのような医療・介護を望んでいるかを考え、その思いを実現させます
- ・「きずな手帳」にある「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）」の取り組みを推進します

看取り

- ・自分の最期を望む場所で迎えられるように、家族や医療関係者がその思いを共有し、実現させます
- ・「大切な人への絆ノート」を使って、自分の想いや希望を整理します

① 在宅医療・介護連携体制の強化

在宅医療・介護連携事業を進めるために「ちくたくネット」を組織しています。この組織は、在宅医療介護に関する相談窓口のスタッフと協力医療機関の相談員、専門職種別の部会の代表、民生委員・児童委員代表、事務局員で組織し、毎月定例で集まり、事業の運営について協議していきます。

現状（住民の声、アンケート結果）	
・専門職アンケートでは、市内の関係機関の連携は進んでいないとの結果であった。	

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）、終活について、自分の意思を決定できるよう、医療や介護を学ぶ機会に参加します。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進協議会や専門職部会（ソーシャルワーカー・病院・施設部会、訪問看護部会、通所系部会、訪問系部会、ケアマネジャー部会）の活動に参加します。 ・専門職として医療・介護の専門職間のコミュニケーションを深めるように多職種研修等に参加します。 ・在宅医療・介護連携推進協議会の活動テーマを決めて専門職同士の関係を強化し、利用者への支援がスムーズにつながるようにします。 ・事業は、現状分析・課題の抽出や対応策の検討、施策立案から計画の実施、評価および改善を行いながら取り組みを進めます。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関の連携のために、市内関係機関の情報をまとめた「よかところ連携マップ」を作成します。 ・ちくたくネットワークの活動により、多職種の連携が推進されるとともに、医療・介護の専門職、行政が協働していきます。

② 住民への活動の啓発・普及

在宅医療・介護の連携が円滑にすすんでいくためには、医療保険サービスや介護保険サービスの関係者の連携・協力だけでなく、何よりも住民、家族が在宅医療・介護についてよく理解して選択することが基本となります。

現状（住民の声、アンケート結果）	
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者への看取り・終活に関するアンケートでは、「自宅で最期を迎えたい方ができない」と思っている方が多い。 ・教室の参加者アンケートの学びたいことや講座のテーマに「介護保険や医療保険の制度について」と記載する方が多い。 	

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・市報等に掲載されている記事や情報を読んで知るようにしましょう。 ・「大切な方への絆ノート」や「きずな手帳」をもちましょう。この冊子を使って、自らの最期の在り方を考えるようにします。 ・冊子等が欲しいときは市に連絡しましょう。 ・住民は「多久市でできる在宅看取り等」について知るよう努めます。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・各部会の活動や作成したチラシ、事業所の情報を把握し、一貫性のあるサービス提供に努めます。 ・介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護医療院、介護老人保健施設）や事業所とも情報共有を図り、連携します。 ・「佐賀中部保健医療圏版退院支援ルール」を活用します。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・市内2か所の医療機関に、在宅医療・介護の相談窓口を設置します。 ・定期的に住民への情報の啓発を行います。 ・多久市の在宅医療・介護推進によるめざす姿の達成に向けて、部会の活動に参加します。 ・定期的な住民への啓発・学習の機会として、「市民公開講座」や「てらこ屋ちくたく塾」を行います。

■ 実績と目標（見込み） 在宅医療・介護連携推進業務

	実績		見込み 令和5年度	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度		令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談窓口設置数	2か所	2か所	2か所	2か所	2か所	2か所
市民向け講座回数・参加数	1回, 83人	1回, 90人	4回, 170人	4回, 200人	4回, 220人	4回, 220人
ちくたくネット会議・部会の活動数	14回	14回	17回	16回	16回	16回
研修等開催数	7回	7回	8回	10回	12回	12回

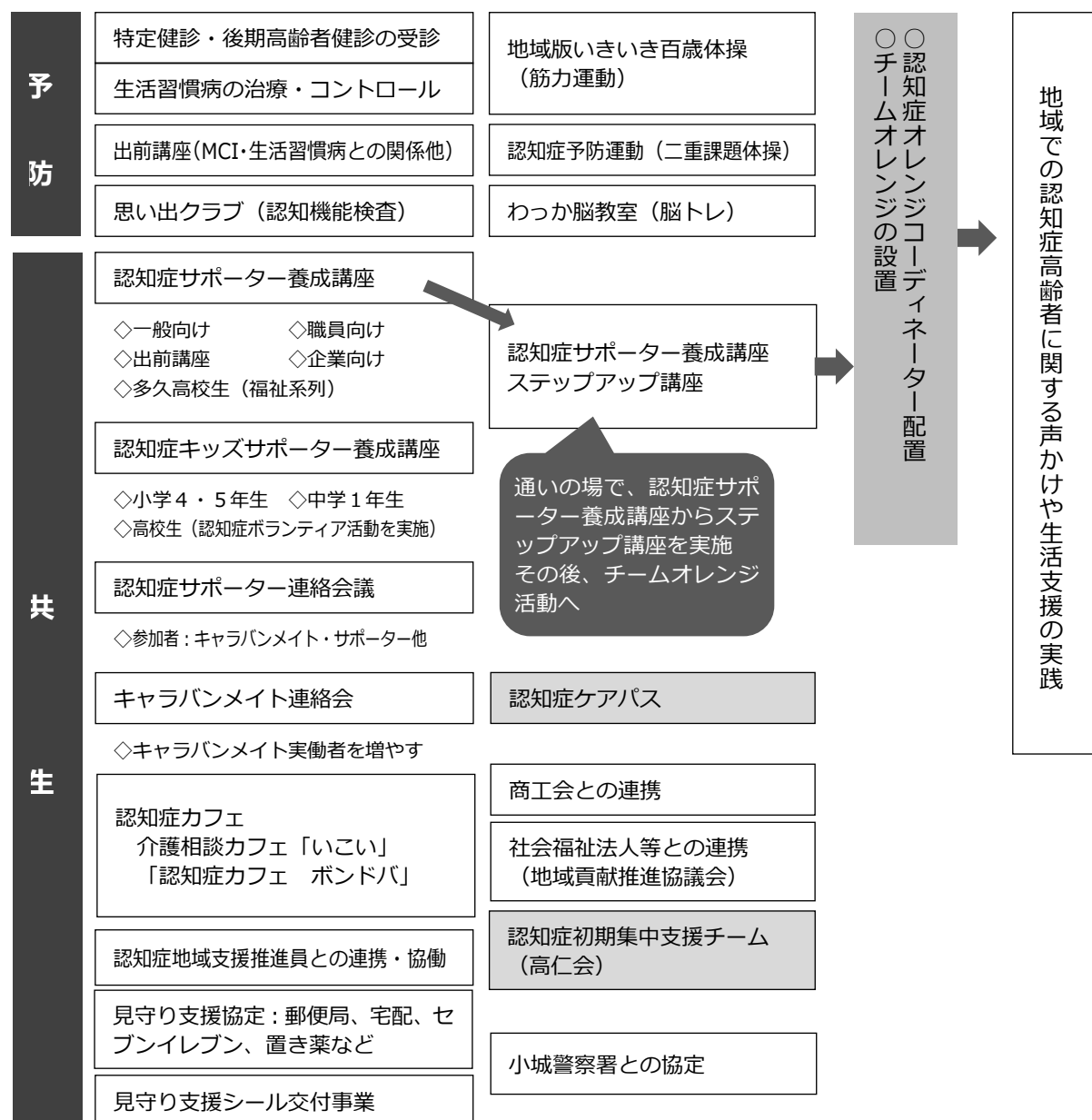
(3) 認知症総合支援の推進

令和7年には高齢者の5人に1人は認知症になると推計されています。認知症は誰でもなりうるものであり、多くの人にとって身近なものです。「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症の人の意思が尊重され、認知症の発症を遅らせたり、進行を緩やかにする「予防」と認知症になっても周囲や地域の理解と協力により、本人の希望に沿った支援ができる「共生」を両輪として、認知症施策を推進します。

また、「認知症基本法」が制定され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができるよう、支え合いながら共生する、活力ある社会の実現が求められています。

多久市では「みんなで、見まもり、見まもられ」を目指して、認知症に対する正しい知識の普及と啓発に取り組みました。これからも、子どもから大人まで、事業所や関係機関も連携し、認知症本人や家族、地域住民と一緒に支える仕組みづくりを継続します。

■ 認知症施策の推進イメージ



① 高齢者やその家族に対する認知症の啓発

認知症について正しく理解し、偏見を持たずに、認知症の方や家族を温かく支援する仲間が必要です。そのため認知症についての正しい知識の普及・啓発のための認知症サポーター養成講座、介護予防講座等に取り組んでいます。

認知症の対応では、軽度認知障害（MCI）症の段階で関わるができることが重要です。多久市は、認知症の方や家族、地域住民、福祉や介護の専門職等認知症に関わる方が集い、気軽に会話や情報交換などを楽しむ「認知症カフェ」を2か所開設しています。

また、認知症に関する出前講座や認知症に関する相談、認知症地域支援推進員等による個別支援の訪問活動等を継続します。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・ 認知症に関する相談件数が伸びている。
- ・ 介護保険の申請時の原因疾患は認知症が1位となっている。
- ・ 75歳以上の方で認知症と診断されている方の割合は15%を超えている。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症についての正しい理解に努めます。 ・ 認知症サポーター養成講座や介護予防講座に参加します。 ・ 認知症カフェに参加し、自分のできることや交流を楽しみます。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者の支援として「認知症カフェ」の活用を進めましょう。 ・ 認知症高齢者を介護されている家族等の負担の軽減を図るためにも「カフェ」等の利用を勧めましょう。 ・ 認知症の啓発活動を行う「キャラバンメイト」の養成講座を受講し、活動する仲間になりましょう。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーター養成講座の開催、市報等による認知症に対する正しい理解の促進を図ります。 ・ 学校、職場、地域などで認知症サポーター養成講座を行い、サポーターとして活動する仲間を増やします。 ・ 認知症地域支援推進員・認知症オレンジコーディネーターを配置し、適切な支援を行います。 ・ 作成した「認知症ケアパス」の活用・啓発を進めます。

■ 実績と目標（見込み） 認知症総合支援事業業務

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
養成講座 実施回数と 養成者数	11回 380人	19回 642人	20回 450人	18回 500人	20回 600人	23回 650人
キャラバン メイト数	9人	11人	16人	15人	15人	15人
認知症カフェ数	1か所	2か所	2か所	2か所	2か所	2か所

② 認知症予防の推進

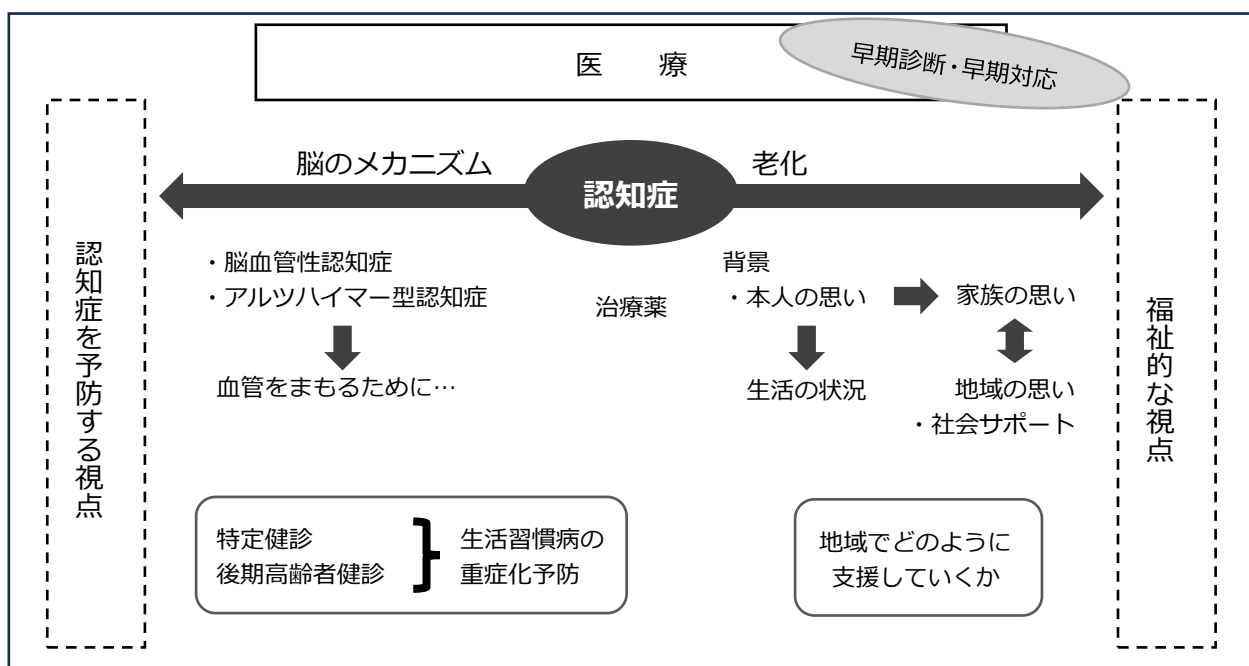
認知症は「予防」と「早期診断」がカギとなります。

多久市の「認知症ケアパス」（下図）では、認知症を予防する視点と福祉的な視点を基本とした取り組みとなっています。

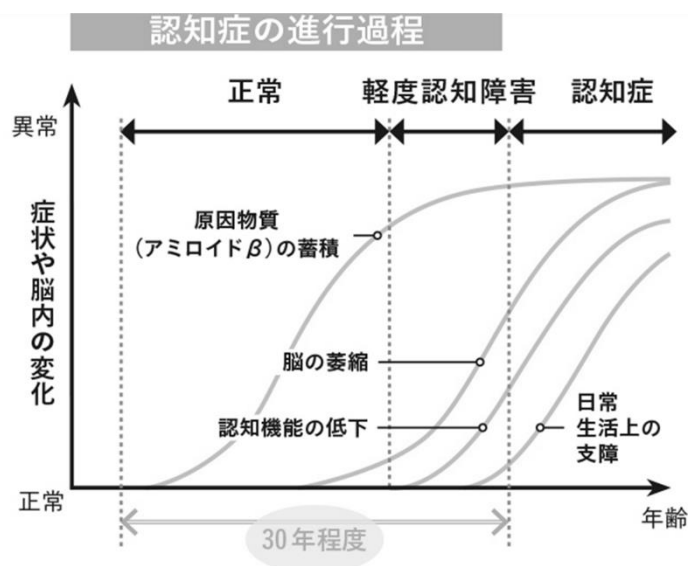
認知症の中でも最も高い割合を占めるアルツハイマー型認知症については、認知症の原因といわれる「アミロイドβ（ベータ）」について紹介し、毎日の生活習慣の中で予防のために取り組めることを紹介しています。

また、認知症は次頁の図のように、突然発症するのではなく、徐々に進行していきます。生活習慣病と認知症の関係は、すでに科学的なエビデンスがでており、生活習慣病の適切な治療の継続、食事や運動などの日常生活習慣の維持による認知症予防活動を推進します。

■ 認知症に関する市の取り組み（多久市認知症ケアパスより一部抜粋）



■ 認知症の進行過程の理解（保健指導を考える自主的研究会資料より抜粋）



現状（住民の声、アンケート結果）

- ・後期高齢者健診の間診票では、認知機能に関する項目で「ある」と答えている方が645名中194名、35.5%となっている。
- ・認知症と診断された方の介護保険への移行は80%を超えている。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の予防のためにも、自分の生活習慣病の治療を続けましょう。 ・認知症予防のための食について理解し、生活の中に取り入れましょう。 ・気軽に参加できる地域のサロン活動にも参加しましょう。 ・認知症の予防のためにも、自分の生活リズムを整え、運動や睡眠、ストレス発散を心掛けましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病と認知症の関係について理解を深めましょう。 ・定期受診や内服管理が難しい高齢者については地域包括支援センターに相談・連絡し、早期に関わりましょう。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症大綱に基づき「予防」・「共生」の取り組みの推進に努めます。 ・認知機能低下のために「思い出クラブ」や「わっか脳教室」などの予防事業を継続します。 ・地域の通いの場活動において、生活状況を含めた認知機能の状態を把握し、活動の効果評価に取り組みます。 ・認知症地域支援推進員やオレンジコーディネーターを配置し、認知症予防や初期段階からの支援に努めます。

■ 実績と目標（見込み） 認知症予防教室

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防教室参加者実人数	40人	42人	42人	50人	60人	60人

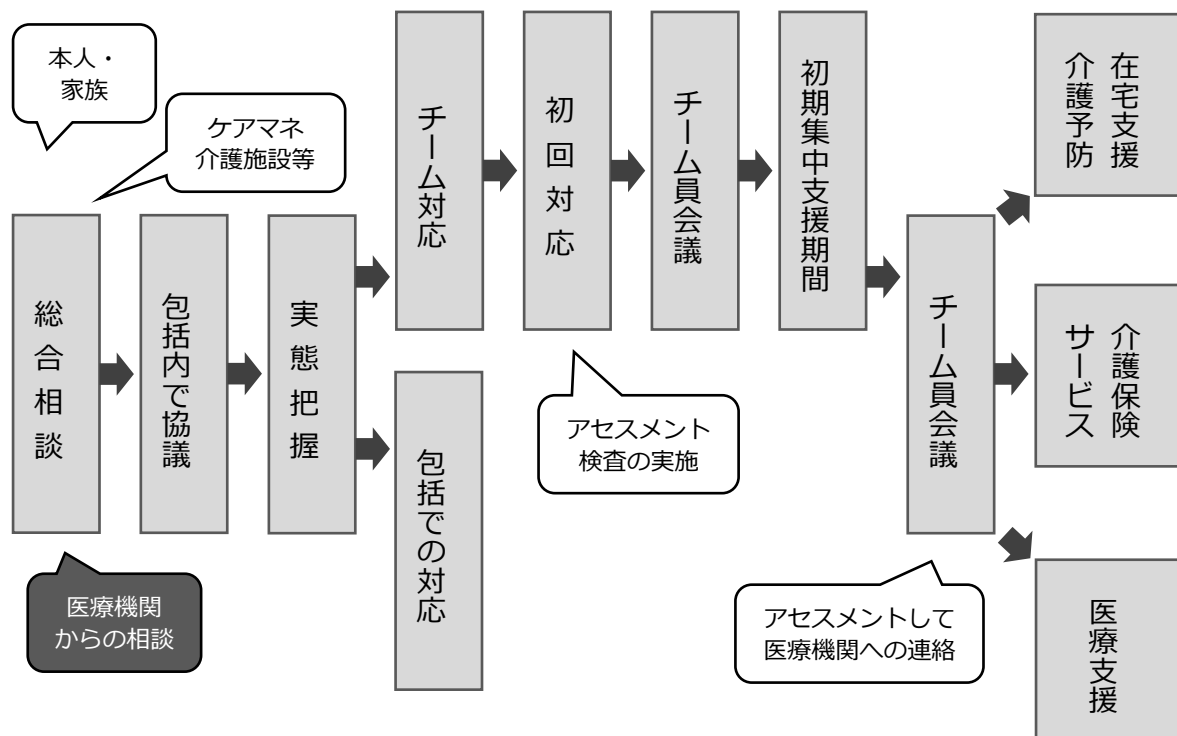
③ 認知症高齢者の支援

認知症になっても安心して暮らせるとともに、認知症の方が自分らしい生活を送れるように本人、家族や地域、関係機関が連携した支援を目指します。そのために、「認知症初期集中支援チーム（えくぼオレンジチーム）」を設置し、本人、家族と医療機関と情報共有し、包括的・集中的に支援を行い、自立生活をサポートします。

また、地域で暮らす認知症の方や家族の困りごとやニーズ（希望）を、認知症サポーターなどの支援者と結びつけ、認知症の方を支える活動を行う「チームオレンジ」の立ち上げ支援をしています。

そのほか、地域における見守り体制として、愛の一声運動や見守り支援協定の締結した機関等による活動、見守り支援シールの交付事業などで見守り支援を推進します。

■ 認知症初期集中支援チームの推進イメージ



現状（住民の声、アンケート結果）	
<ul style="list-style-type: none"> ・地域で認知症の方を支援する「チームオレンジ」活動を理解し、8地区が取り組んでいる。 ・認知症高齢者の見守り支援に取り組む団体・企業等が8機関あります。 ・見守り支援シール事業の利用登録者数は26名います。 	

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症を正しく理解し、認知症の人へ適切に対応しましょう。 ・認知症の方を発見した場合は必要な機関に連絡しましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の業務の中で、認知症の人への見守りに協力します。 ・徘徊等の恐れがあるため、必要とする方には見守り支援シールの利用を勧めます。 ・見守り協定機関の連絡会に参加し、市への報告に協力します。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームを設置し、認知症および家族への支援や、関係機関と連携した活動を行います。 ・認知症サポーターを増やし、ステップアップ講座の受講を進めることで、地域で「チームオレンジ」の活動に取り組む地区を増やします。 ・見守り支援シール事業の啓発を行い、必要な方への利用を推進します。 ・認知症の見守り協定を締結した機関等と定期的な連絡会を開催します。

■ 実績と目標（見込み） 認知症総合支援事業

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症初期集中支援チーム活動人数・支援回数	9人 11回	3人 5回	4人 15回	5人 16回	6人 18回	6人 18回
見守り支援シール登録者数	14人	21人	17人	20人	24人	24人
チームオレンジ設置地区数	—	3地区	8地区	10地区	12地区	12地区

(4) 生活支援体制の充実

① 生活支援体制整備事業協議体活動の推進

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の課題を明らかにし、課題の解決に向けて高齢者自身や住民が担い手として参加する活動である「生活支援体制整備事業協議体」を設置しています。多久市では「幸せますますささえあい隊」と命名しました。この生活支援サービスの体制構築やコーディネート（調整）役として「生活支援コーディネーター」を配置し、活動を推進しています。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・「幸せますますささえあい隊」の町別委員は、委員達がそれぞれ地域で活動している人に呼びかけ、仲間を増やしている。
- ・地域の課題を把握するため、令和3年に「日常の困りごとアンケート」を実施した結果から、今と5年後の困りごとを把握し、その課題解決のために取り組んでいる。
- ・行政区単位での通いの場活動は、地域の居場所づくりとなり50地区と増えている。
- ・通いの場活動の参加者は女性が多く男性の参加が少ない。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体による支え合いの取組の参加者を増やしましょう。 ・高齢者自身が自分に合った通いの場活動やなんらかのつながりを継続しましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員や専門職員は、協議体活動を知り、可能な範囲で協力します。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・地域資源や多様なサービスと必要な高齢者へ支援につながるよう生活支援コーディネーターによるコーディネート機能を推進します。 ・地域の生活課題を発見し、解決に向けた取り組みができるよう支援していきます。 ・生活の困りごとに関する情報をまとめた「暮らしのお助け連絡帳」の作成を継続し、住民に届けます。 ・住民ボランティアである、おでかけサポーターの養成を行います。

② 地域特性にあわせた活動の充実

「幸せますますささえあい隊」の活動は、5つの町に分かれ活動し、地域の協力者等にも参加を依頼して活動を進めています。

生活圏の違いや地域資源に違いもあるため、町別の課題も異なっています。互助による地域づくりを進めるため、新たな地域資源を創出する仕組み作りなどが重要となります。

現状（住民の声、アンケート結果）	
	<ul style="list-style-type: none"> ・町別に自分たちでの「語らんば活動」により課題を明らかにしている。 ・地域課題を解決するためには、まずやってみようという気持ちと協力してくれる人材をまきこむことが必要である。 ・一人の困りごとは地域の困りごとにつながることもある。 ・運転免許証の返納については、各年代別に「返納するのはむずかしい」の回答が10%程度あった。「認知状況に危険があれば返納したい」との回答は65歳から69歳の回答では50%を超えているが、75歳以上では20%から40%になっている。返納後の支援に公共交通機関の充実と経済的支援を求める回答が50%程度あった。 ・専門職アンケートのコメントに、「地域のことをわかっていないと、退院後にサービスを利用することがわからないと思うので、地域のことを知るべきだ。」とあった。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は自分のできる範囲で支える担い手として協力します。 ・区長や民生委員・児童委員、サロン代表者、老人クラブ代表者等で組織される協議体の活動を知り、その活動にできる限り協力します。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・住民や行政等が実施している活動についての情報を得よう努めます。 ・必要な方へ、必要な情報提供と支援へのつながりができるように活動します。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で活動してくれる方や協議体活動を維持・継続できるよう、機会を活用し、繰り返し情報提供を継続します。 ・専門職へ、在宅医療・介護の活動等の機会を設け、地域の実態や地域づくりに関する情報を提供します。 ・協議体活動に行政もできる限り協力します。

■ 実績と目標（見込み） 幸せますますささえあい隊の活動実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市協議体活動数	9回	11回	8回	8回	8回	8回
町別活動数	15回	18回	18回	15回	15回	15回

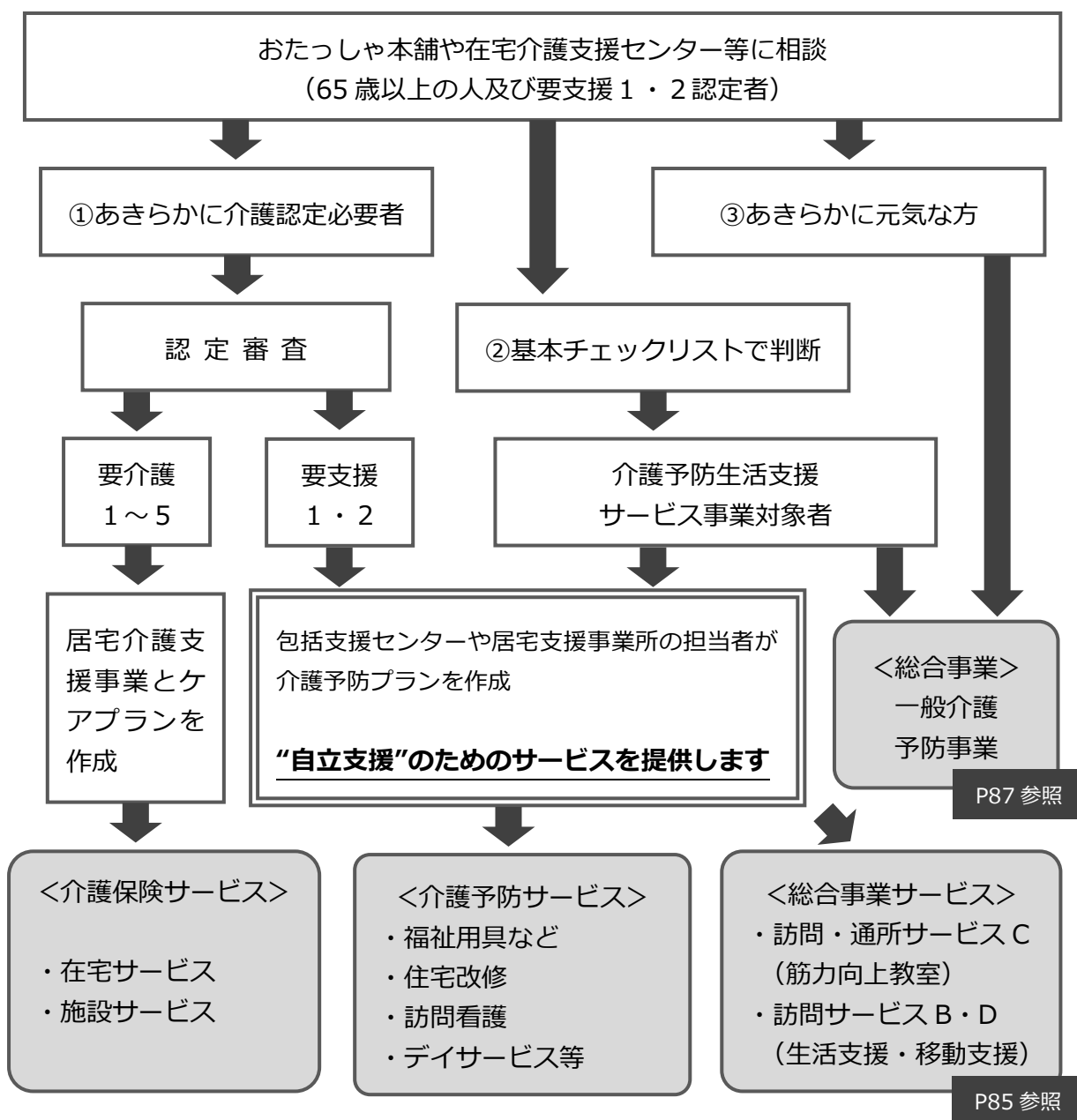
基本目標 2 健康づくりと介護予防の推進

(1) 健康づくりの推進

第9期佐賀中部広域連合介護保険事業計画の基本指針においても「自立支援・重度化防止の取り組みの推進」「地域における介護予防や社会参加活動の充実」を謳っており、介護サービス基盤の整備に加えて、介護予防や健康づくりの取り組みを通じて地域のつながりの強化を図っていくことが求められます。

このような中、介護予防・日常生活支援総合事業については、下記「総合事業サービスと利用の流れイメージ」のように取り組んでいます。

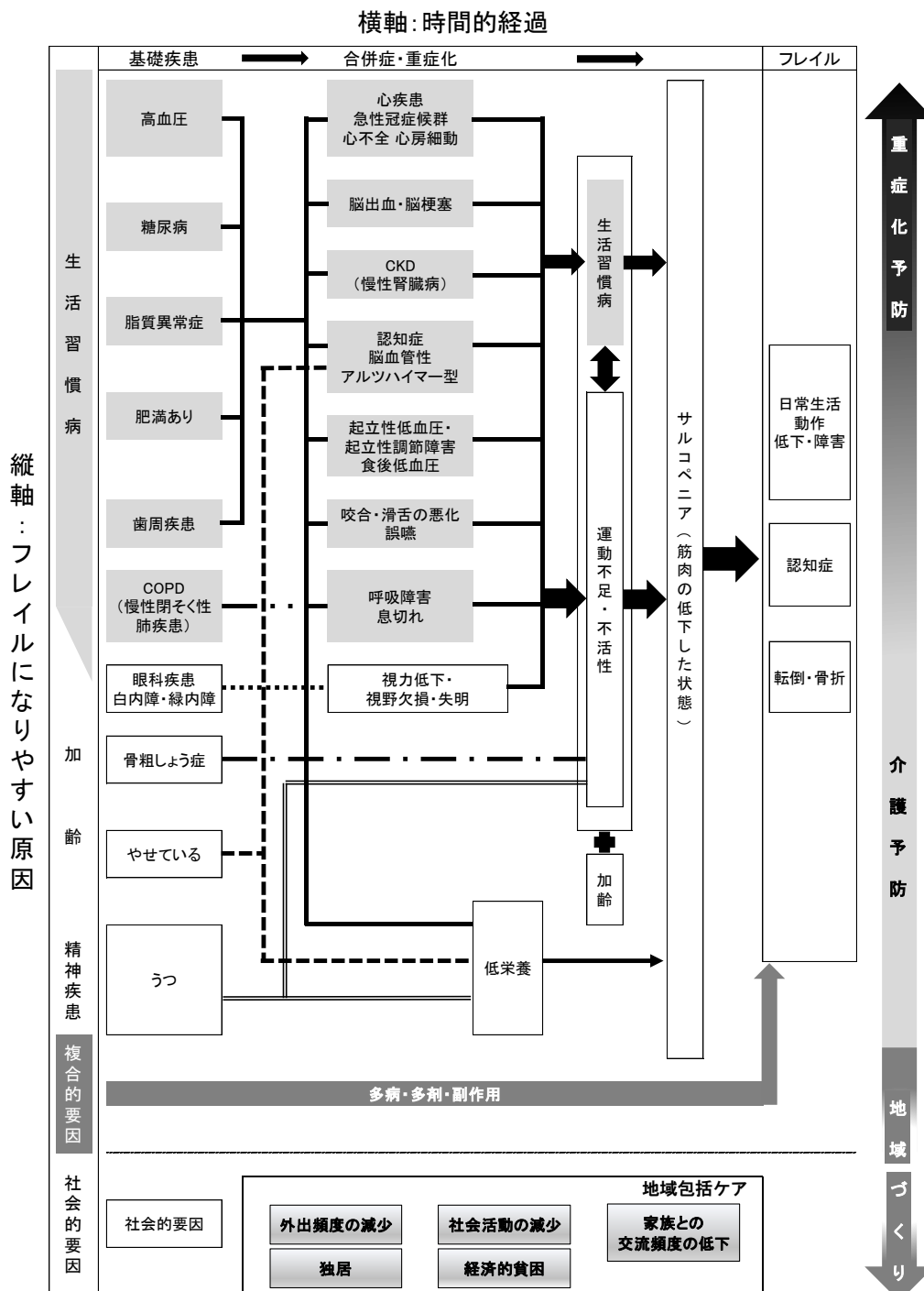
■ 総合事業のサービスと利用の流れイメージ



フレイルとは、加齢とともに心身の機能が低下した、健康な状態と介護状態の中間の状態を指します。高齢者の健康課題である「高血圧」や「糖尿病」などの生活習慣病の重症化予防や介護予防教室等の参加を促し、社会参加することでフレイル（虚弱）予防と介護予防を目指します。

住民が自分の健康管理ができるためにも、生活のリズムや生活習慣について意識できるように、健康増進課の地区担当の保健師等と連携し、保健事業と介護予防事業を一体的に取り組みます。

■ フレイル予防を考える



参考：「フレイル診療ガイド 2018 年版」より改修

① 健康づくりの推進

介護認定率は19%程度で維持していますが、要支援1・2認定者の割合は増えています。介護保険の申請時原因疾患では、生活習慣病の重症化といわれる「心疾患」「脳血管疾患」が2、3位を占めています。

令和4年度後期高齢者の総医療費は34億円になりました。疾患別では「循環器疾患」が7.1億円となり、これまでの「骨折・関節疾患」を抜いて入院・外来ともに1位になりました。「循環器疾患」の医療費は、高血圧である基礎疾患とその合併症である脳血管疾患と心疾患となります。住民が基礎疾患の治療を継続し、重症化を予防できるよう保健指導を継続します。

「多久市すくすく健康プラン」や「多久市データヘルス計画」、佐賀県後期高齢者医療連合「長寿健康づくり事業実施計画」に基づき、高齢者の実態を把握し、生活習慣病の重症化予防に取り組みます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・ 1回も健診を受診していない方や治療も受けていない方が一定数いる。（R4：113名）
- ・ 健康と思っている人は健診を受けない。
- ・ 地域で活動する場所があっても、参加しなければ健康づくりにはならない。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診やがん検診の希望調査を読み、必要な健診等を受診しましょう。 ・ 健康を守るために、必要な栄養を1日3回の食事で摂りましょう。 ・ 体を動かす通いの場活動に参加しましょう。 ・ 治療を自分でやめたりすることがないように声かけ・見守りをしましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市の健診等を受診するよう声かけしましょう。 ・ 内服ができていない、定期通院が途絶えている場合は継続の支援を行うとともに、必要な場合は地域包括支援センターと連携しましょう。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診や後期高齢者健診の啓発および受診を勧奨します。 ・ 76歳歯あわせ健診や歯周病検診の啓発及び受診を勧奨します。 ・ 地域で開催されている取り組みの情報を収集し、必要な方に提供します。 ・ 国民健康保険被保険者と後期高齢者医療被保険者は、あんまなどの施術を必要とする方に対し、健康の保持増進に寄与するために施術の際、一部費用を助成します。

■ 実績と目標（見込み） 後期高齢者健診の受診率

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
後期高齢者健診受診率	23.0%	25.3%	26.0%	26.7%	27.4%	28.1%

② 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

国は、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法を令和3年度に同時に一部改正しました。

高齢者の保健事業と介護予防事業をそれぞれで取り組み、連携し一体的に実施することで社会保障制度の安定と健康寿命の延伸に寄与します。

後期高齢者の質問表や基本チェックリストから低栄養、筋力低下、口腔機能低下、認知機能低下にある高齢者の把握を行います。かかりつけ医やかかりつけ歯科医師と連携しながら、保健師や看護師、認知症地域支援推進員の訪問、医療専門職による地域リハビリテーション事業に取り組みます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・地域の活動に参加し、健康づくりと介護予防について意識を高められたらよい。
- ・介護予防という視点がないように思う。
- ・サロンなどを基本として、健康づくりや体を動かしたい人が利用できたらいい。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・週または月に1回は地域の方と交流をもてるよう地域の通いの場に参加しましょう。 ・コミュニケーション・人との会話も健康づくりという意識を持ちましょう。 ・出前講座などを活用しましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場やサロン等への出前講座に出向き支援します。 ・通いの場やサロン活動を把握し、インフォーマルサービスに役立てます。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活を送る能力が低下することで、生活習慣病の重症化や認知機能の低下につながるフレイル（虚弱）の予防を推進します。 ・令和3年より多久市が実施している保健活動と介護予防の一体的事業に協力します。 ・通いの場やサロン活動などの機会に健康教育や保健指導を実施します。

■ 実績と目標（見込み） 一体化事業での取り組み実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
健診・治療も未受診高齢者数	-	120人	143人	140人	130人	120人
重症化予防対象者への訪問指導件数	-	18回	18回	15回	15回	15回

（２）介護予防・生活支援サービス事業の充実

要支援1・2認定者や事業対象者を対象に実施する介護予防・生活支援サービス事業は、サービスB（生活支援）、サービスC（短期集中の運動）、サービスD（移動支援）の訪問型サービス・通所型サービスに分類されます。

保険者である佐賀中部広域連合において、相当サービス、基準緩和型サービスは実施されておりますので、多久市の実態に合わせたサービスを継続して提供できるよう取り組みます。

① 訪問型サービスの充実

種類/内容	概要	ケアマネジメント類型	開始年度
サービスB （生活支援）	有償ボランティア等により提供される住民主体の支援	C	R 4
サービスC （短期集中の運動）	医療の専門職等により提供される短期集中の運動サービス	A	R 2
サービスD （移動支援）	サービスBと一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援	C	R 4

*ケアマネジメント類型とは、担当ケアマネジャーの活動の分類である。

ケアマネジメントAとCの違いは、ケアプラン作成の有無である。

② 通所型サービスの充実

種類/内容	概要	ケアマネジメント型	開始年度
サービスB （運動・体操等）	地域での有償ボランティア等により提供される住民主体の支援	C	なし
サービスC （短期集中の運動）	医療の専門職等により提供される短期集中の運動サービス	A	R 2

現状（住民の声、アンケート結果）	
<ul style="list-style-type: none"> ・サービスB・D事業の利用者は増えている。令和5年10月までの利用者数は、生活支援は4.3倍、移動支援は2.5倍である。 ・サービスCは訪問と通所を抱き合わせた教室型で開始している。 令和2から3年までの利用者31名のうち、1年度も自立している方が24名77%。 ・サービスB・D事業の利用者、住民同士のネットワークで広がっている。 ・サービスCの利用者は、約6か月の支援であるため利用の継続を求めている方が多い。 	

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・自分らしい生活が送れるよう市のサービスについての情報を得るようにしましょう。 ・ボランティアとしてできることがあれば協力しましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・担当している高齢者等への支援として、市の事業を知り、必要な方への情報提供を行いましょ。 ・介護保険の未利用者でサービスが必要な方への情報提供や利用の啓発を行いましょ。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・住民への事業の周知、啓発に取り組みます。 ・サービスC（短期集中の運動）の事業を継続し、利用者が自立した生活を継続できるよう支援します。 ・サービスB・D事業により、地域の課題を解決するための施策として継続できるよう取り組みます。

■ 実績と目標（見込み） 総合事業市町サービスの利用者実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援利用者実数	—	4人	10人	25人	25人	25人
短期集中参加者実数	12人	12人	10人	12人	12人	12人
移動支援利用者実数	—	14人	74人	80人	80人	80人

(3) 一般介護予防事業の充実

高齢者の日常生活動作（ADL）が低下することにより、日常生活への影響が出てきます。生活の活動性が低下し、社会参加の機会が減少することで、自分の役割や生きがいの喪失につながり、その結果、閉じこもるようになると、心身の機能低下を招きフレイル（虚弱）になると言われています。

高齢者特有疾患である「骨・関節疾患」や「認知症」の医療費が高いことと、フレイル（虚弱）予防の視点で、運動機能・認知機能・口腔機能・栄養状態・社会的側面を意識した活動を実施します。この事業の推進は、P D C Aサイクルで取り組み、プロセス（過程）評価、アウトプット（実施量）評価だけでなく、アウトカム（成果・効果）評価を行います。

■ 一般介護予防事業の種類

事業名	内容	市の実施事業
① 介護予防把握事業	・何らかの支援を必要とする者を早期に把握し、介護予防活動へつなげる	●後期高齢者健診からの抽出や通いの場や介護保険未利用者等に専門職が訪問を行う。
② 介護予防普及啓発事業	・介護予防につながる内容についての啓発や教室等を開催する	●市報やCATVでの啓発、パンフレット等の作成 ●運動：①お達者クラブ、②げんきアップサークル、③いきいき百歳体操 ●口腔：①かみかみ百歳体操、②元気声講座 ●認知機能：①思い出クラブ、②わか脳教室
③ 地域介護予防活動支援事業	・介護予防に関するボランティア等の人材の育成 ・介護予防に資する多様な社会参加活動や地域活動組織の育成及び支援	●介護予防サポーター養成講座 ●ふれあいいきいきサロン支援 ●地域グループ支援事業 ●高齢者スポーツ大会等老人クラブ事業 ●介護者交流事業「介護カフェ」事業 ●いきいき百歳体操交流会および継続実施者表彰
④ 一般介護予防事業評価事業	・事業の評価を行うことにより、効率的及び効果的な介護予防の実施	●サービスC利用者評価事業
⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業	・在宅生活における転倒予防や自立支援のためのリハビリテーション専門職等の関与	●地域リハビリテーション事業 ●専門職による訪問指導や効果評価会議の実施 ●地域ケア会議等における技術的助言

① 介護予防活動の推進

65歳以上のすべての高齢者に、フレイル（虚弱）予防の考えを理解してもらうためにも施設版・地域版の介護予防教室等を開催しています。

地域版介護予防教室からの地域のつながりの強化を図っていくことはもちろんのこと、通いの場やサロンの立ち上げ支援や継続支援、社会参加による地域活動支援などを進めています。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・地域スポーツの振興を含めてゆめひろばで開催しているストレッチ教室「げんきアップさー来る」の参加者は60名を超えている。
- ・送迎のある運動教室「お達者クラブ」は健康運動指導士による筋力向上・転倒予防運動を実施し、利用者の体力測定結果は標準を維持している。
- ・地域での「いきいき百歳体操」はH28年から取り組み、活動拠点数が40か所を超えている。
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の「地域の活動について」の結果では、全体では「参加してもよい」の回答は42.7%、「参加したくない」の回答が40.1%であった。性別には男性が「参加してもよい」が女性より10%程度多く、年代別では、65歳から79歳までの40%程度は「参加してもよい」との回答がある。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・市の介護予防事業や地域の通いの場事業のことを知り、自分にあう教室に参加しましょう。 ・自分の生活の中に、運動の習慣を持ち、人との交流の機会を増やしましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・市の介護予防事業を知り、必要な方への情報提供を行きましょう。 ・通いの場やサロン、老人クラブの健康相談や出前講座などに出向きます。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防教室や講演会等を開催し、知識の普及及び啓発を行います。 ・介護予防講座について事業評価をしながら利用を促進します。 ・地域の通いの場、サロン、老人クラブなど介護予防に資する機会を支援します。 ・介護予防サポーターを養成し、介護予防に関する人材を育成します。 ・佐賀中部広域連合で行っている「サポーター登録」を勧め、ポイントを付与し、介護予防のボランティア参加を促します。

■ 実績と目標（見込み） 主な介護予防教室の利用実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
お達者クラブ参加者実数	46人	43人	45人	47人	49人	51人
いきいき百歳体操実施地区数・評価測定者数	35地区 354人	43地区 439人	50地区 623人	51地区 650人	51地区 700人	51地区 750人
サロン登録数	36地区	49地区	54地区	55地区	55地区	58地区

② 地域の介護予防活動に対する支援体制の強化

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには、一人ひとりの生活に合わせて柔軟にサービスを利用することが大切です。

また、地域の実情等に合わせたよりよい事業を提供するため、事業を評価（アセスメント）し、改善を図る必要があります。国保データベースシステム（KDB）や地域包括ケア「見える化」システム等を活用し評価を行います。高齢者、家族、地域だけでなく、医療・介護の専門職、行政等も協力して生活の支援を進めます。

高齢者がなじみの関係で密着した地域で、リハビリの専門職等を活用し、活動の効果評価を行いながら介護予防活動を継続支援します。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・地域のいきいき百歳体操の参加者は、85歳以上で6か月以上継続している方は年々増加し80名を超えている。
- ・専門職アンケート「住民と専門職、行政の協働は必要であるか」の回答は、「そう思う」69.5%、「非常にそう思う」13.5%であった。
- ・「専門職も地域の課題に関心をもつこと」の回答は、「そう思う」64.7%、「非常にそう思う」12.55%であった。回答の理由は、地域特性を理解することは利用者の支援につながると考える。

ありたい姿（取り組み内容）	自分・家族・地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の通いの場やサロン等の活動にできるだけ参加しましょう。 ・ボランティア活動を通じて社会参加し、介護予防の推進に協力しましょう。
	関係機関	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的な助言等が必要な場合は、地域包括支援センター等に相談しましょう。 ・それぞれ関係機関は連携し、協力しましょう。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの専門職による専門的な指導の機会を提供します。 ・地域の通いの場活動において、いきいき百歳体操実施者のうち、85歳以上で6か月以上継続して参加している方などの表彰を実施します。 ・地域の通いの場の交流の機会を支援します。 ・リハビリ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等が訪問を行い、住民や介護支援専門員等への技術的助言、ケアマネジメント支援業務を支援します。

■ 実績と目標（見込み） 地域の介護予防活動に対する支援

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
いきいき百歳体操継続者新規表彰者数	44人	32人	25人	25人	30人	35人
地域リハビリテーション事業訪問件数	5件	3件	3件	5件	7件	7件

基本目標 3 自立と安心につながる支援の充実

(1) 社会参加の推進

後期高齢者が高齢者の半数を占める多久市は、「めざせ自立した元気高齢者」を目指します。そのため、高齢者自身が支えられる側でなく、支える側になり、介護の担い手としても活躍していただけることを期待します。今後も支援を継続するとともに、庁内関係各課と連携し生涯学習・社会参加のための事業を継続していきます。

① 地域における高齢者の生きがづくり

多久市老人クラブ連合会は、65歳以上の方であれば加入できます。老人クラブ活動は「健康・友愛・奉仕」の精神を大切にし、経験を生かした新しい能力の発揮や、社会活動への参画・貢献などの活動に取り組まれています。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・就労を継続する高齢者も多く、老人クラブの新規加入者も減少しています。
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果では、相談する相手として老人クラブは11.8%、老人クラブに「参加していない」65.4%、「月1から3回」が6.6%であった。
- ・好齢大学院の講座を見直し、令和4年から6講座に増やしている。
- ・趣味の作品展の出品者を住民一般に拡大し、参加者数の拡大を図った。

【取り組み内容】

- ・老人クラブの活動支援として、多久市老人クラブ連合会や単位老人クラブが実施している活動への支援を継続していきます。
- ・老人クラブの活動に対して補助金を交付するとともに、会計事務に関する支援として「事務お助け隊」を派遣します。

■ 実績と目標（見込み） 老人クラブ活動状況

	実績		見込み 令和5年度	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度		令和6年度	令和7年度	令和8年度
老人クラブ連合会加入クラブ数	9	9	7	7	7	7
好齢大学院講座数	5講座	6講座	6講座	6講座	6講座	6講座

② 高齢者が活躍できる環境づくり

高齢者人口が増える中、健康な高齢者については、地域活動や介護の担い手としても活躍することが期待されています。高齢者自身がボランティアとして気軽に地域貢献ができる機会の確保や参加の促進を図ります。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・ ボランティア活動に参加している高齢者は、「自分にできることで応援できてうれしい」「ありがとうと言われることで励みになる」との意見が多い。
- ・ 介護サポーターの活動を通して、自分自身が元気になっていると感じていると話されている。
- ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の「地域活動へのお世話役での参加」については、「参加してもよい」30%、「参加したくない」60%であったが、年代別にみると、70歳から79歳までに「是非したい」5%程度あった。
- ・ 多久天然温泉タクアの2階に高齢者交流スペース「彩り」がある。
- ・ 65歳以上の高齢者を対象に多久天然温泉タクア利用の補助を行っている。

【取り組み内容】

- ・ 多久市社会福祉協議会に多久市シルバー人材センターを設置しています。高齢者が自らの経験と能力を生かして就労することで収入を得るほか、生きがいのための活動につながります。
- ・ 高齢者の移動支援は、令和4年に多久市社会福祉協議会内に開設された「暮らしサポートセンター」がコーディネートします。
- ・ 多久市は、多久市社会福祉協議会が行っている住民主体の有償ボランティア活動「おでかけサポート」事業を支援します。
- ・ 住民主体の有償ボランティアによる支援としては、おでかけサポート事業の「おでかけサポーター」、多久市社会福祉協議会が行っている「福祉有償運送事業」のドライバー、総合事業の訪問型サービス（生活支援）や「わかちあいの和」などがあります。登録者が増えるよう支援します。
- ・ 佐賀中部広域連合が実施している「サポーター活動」に通いの場等の活動での代表者の登録を進めます。

■ 実績と目標（見込み） 高齢者の活躍状況

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防 サポーター数	28人	37人	22人	30人	30人	30人
サポーター登録数	28人	37人	22人	30人	30人	30人

（2）在宅生活の継続支援

高齢化が進み、在宅で要介護者が増えていく中で、一人暮らしや高齢者のみ世帯の増加が予測されています。在宅生活の支援や安全・安心を守るために、多久市の在宅福祉事業を継続し、高齢者の生活に必要なサービスを提供します。また、在宅で介護している家族の身体的負担や精神的負担、経済的負担等の軽減を図ります。

① ひとり暮らし等高齢者への見守り支援と在宅生活支援の充実

地域における見守り支援として、住民同士での見守り、医療・介護サービス機関での見守り、行政のサービスによる見守り体制を継続します。

在宅生活のための多久市の福祉サービスや介護保険等のサービス、医療保険でのサービスなど必要なサービスが提供できるよう協力していきます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・ 家族以外の相談先として地域包括支援センターの認知度は令和2年と令和5年では変わらず13%程度である。
- ・ 一人暮らし高齢者では相談先がないと答えた方が約27%であった。
- ・ 市内関係機関の専門職アンケートでは情報が伝わっていないとのコメントが多かった。
- ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の回答者の内訳では、「ひとり暮らし」17.6%、「高齢者世帯」36.0%であった。

【取り組み内容】

- ・地域の相談窓口として、2か所の在宅介護支援センターを設置しています。在宅介護支援センターは、自宅で生活し、支援が必要な高齢者等からの相談や健康チェック、実態把握訪問等を実施し、必要なサービスの調整を行います。
- ・一人暮らし高齢者等を対象とした民生委員・児童委員の活動として、独居高齢者への地域住民グループ支援事業（愛の一声運動）や緊急時要援護者見守り支援事業（まもりん）の該当者を把握し、登録を進めます。
- ・多久市の在宅福祉サービスである「生活管理指導員派遣事業」や「生活管理短期宿泊事業」、「配食・見守りサービス」、「緊急通報システム事業」などを継続していきます。

■ 実績と目標（見込み） 在宅福祉サービス利用状況

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
配食・見守りサービス利用実人数・年間食数	70人 19,097食	69人 17,010食	65人 18,238食	70人 18,450食	75人 18,560食	75人 18,560食
生活管理指導員派遣事業利用者実人数	5人	4人	4人	4人	4人	4人
おでかけサポーター数	-	19人	23人	25人	28人	30人

② 介護者への支援

在宅の要介護者を介護している家族等への支援は、在宅医療介護連携推進事業、認知症総合支援事業等でも取り組んでいます。

また、介護支援専門員や介護サービス事業所等が連携し、利用者とその家族のニーズに沿った在宅福祉・介護サービスの充実を目指しています。

介護者の負担軽減を図るために、介護家族教室、介護者交流事業、介護家族支援事業などに取り組みます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・家族介護教室の参加者アンケートでは、介護に関する制度や認知症の方への対応、介護技術の習得に関するテーマの希望が高くなっている。
- ・介護者同士の交流を希望する声がある。
- ・紙おむつ等の費用助成の金額を月7,650円に増やしている。

【取り組み内容】

- ・介護をされている家族への支援として、介護の制度から介護技術等の習得のための家族介護教室を実施します。
- ・介護の必要な高齢者やその家族、地域の方が集い、相互の交流による気分転換やストレス発散になる機会として介護カフェを継続します。
- ・介護カフェでは、だれでも行うことができる障害者スポーツや映画鑑賞などを導入し、車いすの高齢者や認知機能が心配な高齢者なども楽しめる工夫を行います。
- ・在宅で介護されている家族への支援として、紙おむつ支給助成事業を継続します。
要介護3から5の認定者で非課税世帯の方に、紙おむつや尿取りパット等を購入する際の費用を一部助成します。

■ 実績と目標（見込み） 介護者支援実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
紙おむつ等支給事業利用者数	16名	16名	19名	20名	20名	20名
介護カフェ実施回数	9回	11回	11回	13回	13回	13回

（3）安心につながる取り組みの推進

最近の自然災害等の発生状況を踏まえ、想定を超えた災害や地震等が起こっても対応できるよう、平時からの緊急時の連絡体制や要配慮者への支援などの体制強化を推進します。

具体的には、施設での業務継続計画の策定による対策や設備等の整備を促進し、高齢者の体調管理や安全確保に努めます。

高齢化に伴い、世帯状況も変化し、高齢者の孤独死や高齢者をターゲットした消費トラブルの事例も後を絶ちません。住民の暮らしに直接関わる大きな社会問題となっています。

① 災害等における支援体制の充実

災害等については、庁内関係部署と連携し、高齢者の安否確認をできる体制づくりや「多久市地域防災計画」等に沿った支援を実施します。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・市内の孤独死の事例も年に3～5件でている。
- ・高齢者の消費相談件数は月1件程度ある。
- ・佐賀県は、運転免許証の自主返納者へのタクシー利用費の助成を始めている。
- ・要避難行動支援対象者で個別計画登録者数は300名、約40%程度で推移している。
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、台風などの災害での避難について、「公共の避難所を知らないし避難所がない」との回答者がいる。

【取り組み内容】

- ・日頃から高齢者の所在を把握するとともに、災害発生時には、行政区や自主防災組織、民生委員・児童委員、消防団などの協力を得ながら避難勧告などの防災情報の伝達体制の確立をはじめ、地域全体で安否確認や避難誘導を行います。
- ・災害対策基本法に基づき、避難行動要支援者の名簿を作成するとともに、避難支援の検討や避難支援を行う人（支援者）の確保などのために同名簿について、支援団体や担当ケアマネジャーへの事前情報提供に対する同意取得を進めます。
- ・避難行動要支援者の具体的な避難支援計画（個別計画）の登録・策定を進めます。緊急時には個別計画による情報提供や避難支援を実施します。
- ・市内の介護保険サービス事業所などに対し、避難訓練や防災啓発活動の実施を促します。
- ・ハザードマップなどを活用した各事業所におけるリスク、並びに食料や飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況などについての確認を行うよう促します。
- ・多久市在宅医療介護連携推進事業のSW・病院・施設部会の活動では、独自に「多久の災害支援マップ」を作成し、予測できる大雨や台風による災害時に業務に支障のない範囲で部会員による相談等への対応を始めています。
- ・感染症対策の訓練や感染拡大防止策の周知・啓発を行います。感染症発生時に備えた平時からの事前準備（適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄など）や、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築などを市内の介護保険サービス事業所などに促します。
- ・介護保険サービス事業所などが感染症発生時もサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認します。
- ・各事業所の職員が感染症に対する理解や知見を有したうえで業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実を図ります。
- ・感染症対策に資するためにも、平時から情報通信技術（ICT）を活用した会議の実施などによる業務のオンライン化の推進に努めます。
- ・地域包括支援センターは業務継続計画（BCP）に基づき実践します。
- ・災害発生時には、各事業所においてBCP（業務継続計画）に基づき行動し、必要な事業の継続に努めます。

■ 実績と目標（見込み） 避難行動要支援者登録者数

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
避難行動要支援者登録数	397名	290名	306名	330名	340名	350名

② 地域の見守り体制の充実

高齢者の安全、安心を守るために、地域の関係機関や事業所が連携し、地域の見守り体制を整備していきます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・配食サービスの利用者で緊急時の早期発見・介入の事例が年4件程度ある。
- ・サロン等に参加している高齢者に見守りに関する事業を説明すると「知らない」と言われる方が一定の割合いる。

【取り組み内容】

- ・市内関係機関との連携による「つながりネットワーク」活動により、適切な医療、在宅福祉サービス、介護サービスに結びつけます。
活動の実績を毎月の民生委員・児童委員連絡協議会や在宅支援センター会議で報告し、地域での対応力の向上につなげます。
- ・「多久市地域貢献推進連絡協議会」による活動として、通常の業務中の見守り支援活動を継続します。事務局である多久市社会福祉協議会は、徘徊等の高齢者の通報などの情報を流し、早期発見のために連携します。
- ・多久市と見守り協定を締結している機関は、年1回連絡会を開催し、早期発見・報告等による連携を強化します。

■ 実績と目標（見込み） 介護者支援事業実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
見守り協定機関数	7機関	7機関	8機関	9機関	9機関	9機関
介護カフェ実施回数	9回	11回	11回	13回	13回	13回

(4) 生活環境の充実

高齢者の生活の場として住居の整備が必要になります。ニーズ調査においても、「自宅で暮らしたい」の回答が最も高く得られており、いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができる住環境の整備が求められています。

また、高齢ドライバーの交通事故が増え、運転免許証の自主返納も進んでいます。住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために外出時の移動手段の確保が課題となっています。

① 高齢者にとっての住環境の充実

高齢者が安心して長く住み続けることができるためには、生活の場として住居の整備が必要になります。介護保険制度による住宅改修サービス、福祉課・建設課等の関係課や多久市社会福祉協議会、市内の事業所とも利用できる制度の情報を提供し、適切な利用の推進に努めます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査においても、「介護が必要になっても、自宅で暮らしたい」の回答が最も高く43.2%であった。

【取り組み内容】

- ・介護保険制度による住宅改修では、自立した生活や介護しやすい環境を整備するために利用します。
- ・養護老人ホームは、老人福祉法に基づき、環境および経済的理由によって在宅での生活が困難な高齢者を保護し、養護する目的でつくられた施設です。必要な方には速やかに適切な対応ができるように努めます。
- ・軽費老人ホームや有料老人ホームなどの施設情報は、市内の事業所と連携しながら提供し、適切な利用につながるようにします。
- ・高齢者への市営住宅の供給として、市営住宅抽選時の優遇措置などにより居住の安定確保に努めます。
- ・多久市社会福祉協議会による「生活困窮者自立支援事業支援連絡会議」では、必要な方への住居の確保の支援を行います。

■ 実績と目標（見込み） 養護老人ホーム入所措置実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
措置者数	45名	47名	43名	43名	43名	43名

② 高齢者の移動支援の充実

高齢者が住み慣れた地域で生活するためには、高齢者の外出時の移動支援が重要です。高齢者の運転免許証の自主返納が推進されていますが、返納後の移動支援体制を整備することが必要です。買い物や通院、趣味活動等の社会参加を支援するためにも移動支援を充実させます。

現状（住民の声、アンケート結果）

- ・75歳以上の「日常の困りごとアンケート」では、5年後の困りごとでは「移動」に関する項目が1位となっている。
- ・サービスD（移動支援）の利用者が当初より増加し、2.5倍になっている。
- ・県の運転免許証自主返納者へのタクシー料金助成の利用は増えている。
- ・バスを利用したことがない高齢者が一定数を占めており、バスの乗り方や利用方法がわからないという意見がある。

【取り組み内容】

- ・「地域有償ふれあいバス事業」は市内での移動手段とし、地域住民の福祉の向上に寄与することを目的としています。生活交通手段として市内主要個所を通る路線として3路線で運行されています。適切な運行等については、庁内担当課で協議されています。
- ・バス路線が運行していない地区で、予約制の乗り合いタクシーである「ふれあいタクシー」が運行されています。今後も事業の利用促進のため事業の啓発に努め、住民のニーズに応じた見直しを協議し、利用を推進します。
- ・生活支援体制整備事業協議体活動として「高齢者の移動に関するアンケート」や生活支援コーディネーターによるふれあいバス乗車体験会の実施、「マイふれあいバス時刻表」の作成支援などを実施します。
- ・運転免許証を返納した高齢者等を対象として、タクシー利用の一部助成を行います。
- ・総合事業市町サービスD（移動支援）は多久市社会福祉協議会に「暮らしサポートセンター」を設置し、おでかけサポート事業として実施しています。対象者が特定されますが、①通院や買い物等の付き添い送迎支援、②通いの場送迎支援、③運動と買い物支援を一体的に行う「介護はつらつ教室」の3つのメニューがあります。市はこの活動に補助金を交付しています。

■ 実績と目標（見込み） 移動支援実績

	実績		見込み	目標（見込み）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
タクシー利用助成申請者数	-	-	50名	70名	80名	90名

資料編



1 用語説明（50音順）

あ行

●アウトカム（P87）

「結果や成果」という意味の英語で、事業活動などがもたらす本質的な結果や成果のことを指す。各種活動の実施回数や参加者数など、事業の実施量（アウトプット）といった外形的なものではなく、実際に社会にどんな影響を与えたかを評価すべきだという考えから、注目されるようになった。たとえば、医療分野では、検査値の改善度や合併症の発生率、再発率や死亡率など、治療や予防による臨床上的成果を指す。厚生労働省などが、評価のポイントをアウトカムに置く方式を平成17年から始めた。

●アウトプット（P87）

事業活動の実態や成果を評価する手法の一つ。各種活動の実施回数や参加者数など、事業の実施量（アウトプット。Output）をもとに、事業が計画通りに実施されているか評価する。

●アセスメント（P66）

事前評価・影響評価。ヘルスアセスメント（健康度評価）とは、生活習慣病予防および要介護状態になることの予防（介護予防）としての保健サービスを、対象者個々人の必要性に応じて、計画的かつ総合的に提供するために、サービス実施に先立って行う個人の生活習慣行動、社会・生活環境等の把握と評価のこと。

●アドバンス・ケア・プランニング（ACP）（P70）

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組み。

●一般介護予防事業（P87）

65歳以上の全高齢者を対象とした介護予防事業であり、住民互助や民間サービス等との連携を通じ、要介護状態になっても住み慣れた地域でできる限り自立した生活を送れる地域の実現を目指すことを目的とし、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業等の5事業のうち、地域の実情に応じて必要な事業を組み合わせる事業である。

●インフォーマルサービス（P84）

家族をはじめ近隣や地域社会、NPOやボランティアなどが行う援助活動で、公的なサービス以外のものこと。

●SNS (P34)

SNSは、ソーシャルネットワーキングサービス (Social Networking Service) の略で、登録された利用者同士が交流できる Web サイトの会員制サービスのこと。

●エビデンス (P74)

「根拠」を意味する言葉で、科学的・統計的なデータに裏付けられた根拠のことを指す。

●おたっしや本舗 (P60)

佐賀中部広域連合管内の地域包括支援センターの愛称。高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも元気で安心して過ごしていけるよう支援する、介護や健康に関する総合相談窓口のこと。地域包括支援センターがより身近で親しみやすいものとなるよう愛称を募集し、「おたっしや本舗」という愛称に決定した。

か行

●介護保険制度 (P2)

介護が必要な人 (要支援者・要介護者) に介護サービス費用の一部を給付する制度。介護保険は、一般に市町村が保険者 (多久市は、「佐賀中部広域連合」) となり、その地域に住んでいる 65 歳以上の高齢者 (第 1 号被保険者) や、医療保険に加入している 40 歳以上の人 (第 2 号被保険者) が支払う介護保険料と税金とで運営されている。また、介護サービスを受ける場合、1 割の自己負担が必要で、年収によっては自己負担率が 2 割または 3 割になる場合がある。

●介護予防 (P2)

元気な人も支援・介護が必要な人も、生活機能の低下や重度化をできるだけ防ぎ、自分らしい生活を実現できるようにすること。具体的には、日頃から健康管理を行い、状態に合った健康づくりを行うことを指す。

●介護予防・日常生活支援総合事業 (P60)

地域の実情に応じた多様なサービスの充実や地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者などに対する自立支援や重度化防止の推進など、効果的かつ効率的な支援などを可能とすることを目的としている事業。本事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」で構成されている。

●虐待（P67）

繰り返しあるいは習慣的に、暴力をふるったり、冷酷・冷淡な接し方をすること。高齢者福祉分野では、家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為が多い。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、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）では、身体的虐待（身体拘束を含む）、性的虐待、心理的虐待、介護や世話の放棄（ネグレクト）、経済的虐待が定義されている。

●キャラバンメイト（P72）

認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」をボランティアの立場で開催し、講師役を務める人。キャラバンメイトになるためには所定のキャラバンメイト研修を受講し登録する必要がある。

●協議体（P40）

高齢者の生活支援を行うための仕組みづくりを推進するためには、支援を担う地域の各種団体や関係機関、福祉や介護のサービス事業所などの多様な組織・団体の参画が必要であることから、地域における多様な組織・団体間の情報共有や連携・協働による取り組みを推進することを目的に、話し合いの場として設置するもの。

●ケアマネジメント（P51）

生活困難な状態になり援助を必要とする利用者が、迅速かつ効果的に、必要とされるすべての保健・医療・福祉サービスを受けられるように調整することを目的とした援助展開の方法。①インテーク（導入）、②アセスメント（課題分析）の実施、③ケアプラン原案の作成、④サービス担当者会議の開催、④ケアプランの確定と実施（ケアプランに沿ったサービス提供）、⑤モニタリング（ケアプランの実施状況の把握）、⑥評価（ケアプランの見直し）、⑦終了、からなる。利用者と社会資源の結び付けや、関係機関・施設との連携において、この手法が取り入れられている。介護保険においては、「居宅介護支援」「介護予防支援」などで行われている。

●ケアマネジャー（介護支援専門員）（P31）

介護保険制度で、利用者の生活や介護に関する相談に応じるとともに、利用者がその心身の状況などに応じ適切なサービスを利用できるよう、市町村、サービスを提供する事業所、施設などとの連絡調整などを行う人のこと。

●軽費老人ホーム（ケアハウス）（P98）

身寄りが無い、または、家庭環境や経済状況などの理由により、家族との同居が困難な高齢者が自治体の助成を受ける形で、比較的低額な料金で入居できる福祉施設。

●権利擁護（P51）

生命や財産を守り、権利が侵害された状態から救うというだけではなく、本人の生き方を尊重し、本人が自分の人生を歩めるようにするという本人の自己実現に向けた取り組みのこと。

●権利擁護事業（P68）

権利を擁護するための事業で、認知症高齢者、知的障害のある人、精神障害のある人のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助などを行う日常生活自立支援事業や、成年後見制度を活用するための事業のほか、高齢者に対する虐待を防止する取り組みなどがある。

●口腔機能（P84）

食べたり、笑ったり、話したりするために使う口の中（歯や歯ぐき、舌）や口の周りの筋肉や唇の周りの働きのこと。

●高齢者（高齢化率・前期高齢者・後期高齢者）（P2）

一般に、おおむね65歳以上の人をいい、総人口に占める65歳以上の人の割合を高齢化率という。高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」といい、14%を超えると「高齢社会」、21%を超えると「超高齢社会」という。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。

さ行

●災害対策基本法（P96）

国土ならびに国民の生命、身体および財産を災害から保護するため、防災に関し、国、地方公共団体およびその他の公共機関を通じて必要な体制を確立し、責任の所在を明確にするとともに、防災計画の作成、災害予防、災害応急対策、災害復旧および防災に関する財政金融措置、その他必要な災害対策の基本を定めることにより、総合的かつ計画的な防災行政の整備および推進を図り、もって社会の秩序の維持と公共の福祉の確保に資することを目的とする法律。

●在宅医療・介護連携推進事業（P42）

在宅医療と介護の切れ目のない仕組みを構築するため、市町村や医師会等職能団体が事業主体として実施する事業。事業主体（在宅医療・介護連携拠点事業者）は、地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャーなど多職種と協働して、地域の特性に応じた在宅医療・介護の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を目指すとともに、在宅医療・介護に関する普及啓発を促進することを目的に取り組む事業。

●サルコペニア（P82）

加齢や疾患により、筋肉量が減少することで、握力や下肢筋・体幹筋など全身の「筋力低下が起こること」または、歩くスピードが遅くなる、杖や手すりが必要になるなど、「身体機能の低下が起こること」を指す。サルコペニアは、①低筋肉量を裏付ける証拠に加え、②低筋力、あるいは③低身体機能を満たす場合に診断される。

●サロン（P19）

互いに支え合って暮らしていける地域づくりのため、外出の機会が少ない高齢者や、子育て中の家族など、同じ地域で暮らす住民同士が定期的に集い、交流することで、地域の「憩いの場」となることをめざす場所。

●自主防災組織（P96）

住民一人ひとりが「自らの命は自ら守る」そして、「自らの地域は自ら守る」という考え方にたって、自主的に防災活動を行う組織で、初期消火、救出・救護、集団避難、給水・給食などの防災活動を行う団体（組織）のこと。

●重層的支援体制整備事業（P2）

地域の課題が複雑化・多様化する中で、従来の支援体制ではケアしきれないケースが発生しており、それらに対応するために市町村が創意工夫をもって包括的な支援体制を円滑に構築。実践できる仕組みをつくるため、社会福祉法に基づき、令和3年4月より実施されることとなった新たな事業のこと。

●情報通信技術（ICT）（P96）

ICTは「Information and Communication Technology」の略で、通信技術を活用したコミュニケーションを指し、情報処理だけではなく、インターネットのような通信技術を利用した産業やサービスなどの総称。ICTは、IT（Information Technology：情報技術）に「Communication（通信、伝達）」という言葉が入っており、ITよりも通信によるコミュニケーションの重要性を強調したもので、単なる情報処理にとどまらず、ネットワーク通信を利用した情報や知識の共有を重要視している。

●生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）（P51）

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）を果たす人。

●生活支援体制整備事業（P40）

「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」の設置等（「生活支援体制整備事業」）を通じて、市町村が中心となって、サービスが創出されるよう取り組みを積極的に進める事業のこと。具体的には、コーディネーターと協議体が協力しながら、①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起、②地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、③関係者のネットワーク化、④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一、⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発、⑥ニーズとサービスのマッチングなど取り組みを、総合的に推進する。

●生活習慣病（P13）

食生活、運動習慣、休養・喫煙・飲酒などの生活習慣が、その発症、進行に関与する疾病群。悪性新生物（がん）、脳血管障害、心臓疾患、高血圧、慢性気管支炎、肺気腫、脂肪肝、肝硬変、糖尿病などを指す。

●成年後見制度（P67）

判断能力の不十分な人を保護し、支援する制度。認知症や知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な人は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合がある。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれもある。このように、認知症などによって判断能力が低下してしまった人がいる場合に、サポートする人を家庭裁判所から選任してもらう制度のこと。

た行

●団塊の世代（P2）

昭和22年（1947年）から24年（1949年）頃の第1次ベビーブーム時代に生まれた世代。前後の世代に比べて2～3割程度人口が多い。

●地域共生社会（P2）

高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・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包摂的な社会。地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤になるとされている。

●地域ケア会議（P43）

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で、具体的には、地域包括支援センターなどが主催し、以下のような機能が期待されている。①医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めること。②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明確化すること。③共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげること。

●地域支援事業（P3）

介護保険制度において、被保険者が要介護状態や要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態などとなった場合においても、可能な限り、地域において自分らしい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、市町村が行う事業。「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」からなる。

●地域包括ケアシステム（P2）

団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、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、また、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制として、住まい、医療、介護、生活支援・介護予防が一体的に提供されるケアシステム。

●地域包括支援センター（P6）

佐賀中部広域連合管内の愛称を「おたっしや本舗」といい、高齢者の日常生活、栄養、環境などの包括的な管理のため、保健師、ケアマネジャー、社会福祉士などが連携して包括的・継続的マネジメントなどを行う中核的機関。

●チームオレンジ（P72）

認知症サポーターなどが正しい理解を得たことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための取り組み。近隣の認知症サポーターなどがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援などを行うもの。認知症の人もメンバーとして参加することもある。

●出前講座（P65）

市が行っている仕事のなかで、知りたい・聞きたいと思っている内容を講座メニューのなかから選んでもらい、市内に在住・在勤・在学のグループ・団体のもとへ職員が出向き、説明するもの。

●特定健康診査（特定健診）（P72）

特定健康診査とは、自治体や企業の医療保険者が実施している糖尿病などの生活習慣病とその予備群の人を早期発見するための健診。対象年齢は40歳から74歳。腹囲や血圧などから内臓肥満症候群（メタボリックシンドローム）、または、その前段階と認められた健診受診者に対し、保健師や管理栄養士が運動指導や栄養指導を行う（特定保健指導）。

な行

●日常生活圏域（P5）

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービス等を提供する施設の整備状況、地域コミュニティの活動単位など、さまざまな条件を総合的に勘案して設定される区域のこと。

介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域、高齢者が住み慣れた地域として捉え、地域密着型サービスの基盤整備などにおいて用いる。また、地域包括ケアシステムにおいても、対象エリアの単位として用いられる。

●日常生活動作（ADL）（P87）

日常生活における基本的な「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作のこと。

●認知症（P13）

狭義では「後天的な脳の器質的変化により知能が低下した状態」を指すが、医学的には、知能の他に記憶や見当識を含む認知の障害や人格変化などを伴った症候群として定義される。単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や統合失調症等による判断力の低下などは含まれない。

学術的定義においては、高次脳機能障害（脳損傷に起因する認知障害全般のこと）による症状の1つ。原因となる疾患の種類によっていくつかの分類があり、症状はそれにより異なることがわかっている。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、光療法や回想法等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、さまざまな研究も行われている。

●認知症オレンジコーディネーター（P51）

チームオレンジの立ち上げや、運営支援を行うなど、地域での支え合い活動を推進していくための中核的な役割を担う人。

●認知症カフェ（P72）

認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う場所。

●認知症ケアパス（P72）

早期からの適切な診断や対応、認知症についての正しい知識と理解に基づく、本人やその家族への支援を実施する体制を示したもので、地域ごとに認知症の状態に応じた適切なサービスを提供するための連携の仕組み。

●認知症サポーター養成講座（P72）

地域や職域・学校などで認知症を正しく理解してもらい、地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する「認知症サポーター」（認知症を正しく理解してもらい、認知症の人やその家族を温かく見守る応援者）を養成する講座。

●認知症初期集中支援チーム（P72）

複数の専門職が家族の訴えなどにより、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行う。

●認知症地域支援推進員（P51）

医療機関や介護サービスなどの支援機関の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務などを行う人。

は行

●パーキンソン病（P14）

振戦（ふるえ）、動作緩慢、筋強剛（筋固縮）、姿勢保持障害（転びやすいこと）を主な運動症状とする病気のこと。

●パブリックコメント（P6）

（国民・住民・市民など）公衆の意見。特に「パブリックコメント手続」における意見公募に対し寄せられた意見を指す。日本では、意見公募の手続そのものを指す言葉としても用いられる。パブコメと略されることも多い。パブリックコメント手続（制度）とは、行政が政策、制度などを決定する際に、公衆（国民、都道府県民、市町村民など）の意見を聞いて、それを考慮しながら最終決定を行う仕組みのこと。

●PDCAサイクル（P6）

さまざまな分野・領域における品質改善や業務改善などに広く活用されているマネジメント手法で、「計画（Plan）」「実行（Do）」「評価（Check）」「改善（Act）」の4つの行程をサイクルとして繰り返すことによって、継続的に改善するプロセスを順に実施していくもの。業務を進めていくうえで、計画を立て、それを実行し、結果を評価した後、改善して次のステップへとつなげていく過程は、業務の質を高めていくうえで重要となる。

●避難行動要支援者（P96）

平成 25（2013）年の災害対策基本法の一部改正により、高齢者、障害のある人、乳幼児などの防災施策において特に配慮を要する人（要配慮者）のうち、災害発生時の避難などに特に支援を要する人。また、同法では、避難行動要支援者名簿の作成を市町村に義務付けることが規定された。

●フレイル（P52）

虚弱。加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能など）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、一方で適切な介入や支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像をいう。

●プロセス評価（P87）

課された業務の成果のみを評価要素としてみる業績評価に対して、成果に至るまでの「過程」（プロセス）に着目し、評価するもの。事業活動において、成果に結びつく行動や取り組みを重視し、目標の達成に向けた工程が適切に設定され、実行されているか、もしくは、そこにどのような価値が存在したかという視点から判断、評価するもの。

ま行

●民生委員・児童委員（P19）

民生委員とは、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行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。

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・支援等を行うことを職務とする民間の奉仕者。

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。

●モニタリング（P66）

ケアマネジメントにおけるモニタリングとは、利用者の状態や生活状況は刻々と変化するため、モニタリングによって当初のケアプランどおりでよいのかどうかを確認すること。ケアマネジメントのなかでは、最も時間を必要とするプロセスとなる。

や行

●有料老人ホーム（P98）

老人福祉法に基づく、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持および生活の安定のために必要な措置として設けられている制度による施設。常時1人以上の老人を入所させて、介護などサービスを提供することを目的とした施設で、老人福祉施設でないものをいう。その類型は、健康型有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、介護付有料老人ホームの3類型に大きく分類される。また、その設置に当たっては都道府県知事、政令指定都市長または中核市市長への届出が必要となる。

●養護老人ホーム（P58）

老人福祉法に基づく、心身・環境・経済上の理由により、家庭で養護を受けることが困難な高齢者を入所させて養護する施設。

●要支援・要介護認定者（P12）

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、身体上もしく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状態の軽減もしくは悪化の防止に支援を要する、または日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいう。要支援状態には、要支援1と要支援2の2つの要支援状態区分が設けられている。

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つ区分が設けられており、その区分を要介護状態区分（要介護度もしくは介護度と通称される）という。

ら行

●リスクマネジメント（P51）

よくある介護事故の原因を分析し、予防方法を考えること、あるいは事故が発生した際の対応を検討すること。

●リハビリテーション（P84）

心身に障害のある人の人間的復権を理念として、その人のもつ能力を最大限に発揮して自立を促すために行われる専門的技術。医学的、心理的、職業的、社会的な分野のリハビリテーションがある。

●レクリエーション（P44）

元々は、肉体的・精神的疲労をいやし、元気を回復するために休養をとったり娯楽を行ったりすること。高齢者福祉分野では、デイサービスをはじめとした介護施設などで利用者間の交流や健康づくりの一環として簡単なゲームなどを行うことを指す。

2 多久市高齢者福祉計画策定委員会条例

平成 26 年 9 月 19 日
条例第 11 号

(設置)

第 1 条 老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の 8 の規定に基づく多久市高齢者福祉計画の策定に関し必要な事項について調査審議するため、地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 138 条の 4 第 3 項の規定に基づき、多久市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。

(所掌事務)

第 2 条 委員会は、次に掲げる事項について審議する。

- (1) 多久市高齢者福祉計画の策定及び変更に関すること。
- (2) 前号に掲げるもののほか、高齢者福祉の推進に関すること。

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 15 人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 住民団体関係者
- (2) 保健医療関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 行政機関関係者
- (5) 関係団体・関係機関
- (6) その他市長が適当と認める者

(任期)

第 4 条 委員の任期は、2 年とする。ただし、再任を妨げない。

2 欠員により新たに就任した委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第 5 条 委員会に会長及び副会長を置き、それぞれ委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、会務を総理し、委員会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第 6 条 委員会の会議は、会長が招集し、会長がその議長となる。

(庶務)

第 7 条 委員会の庶務は、地域包括支援課において処理する。

(補則)

第 8 条 この条例に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成 31 年条例第 10 号)

この条例は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

3 多久市高齢者福祉計画策定委員会委員名簿

(順不同 敬称略)

	選出区分	役職	委員氏名
1	一般公募		田中 ミサ枝
2	一般公募		荒谷 モリエ
3	多久市医師会	会長	◎ 諸江 一男
4	多久市嘱託員会	会長	南里 カチ子
5	多久市民生委員児童委員連絡協議会	会長	江口 光幸
6	多久市老人クラブ連合会	会長	○ 江打 正敏
7	小城・多久地区歯科医師会	顧問	木下 務
8	多久小城薬剤師会	理事	宮崎 陽江
9	多久市地域包括支援センター運営委員会	代表	愛野 浩生
10	特別養護老人ホーム 天寿荘	常務理事	古川 伸子
11	老人保健施設 多久いこいの里	副主任	長岡 あい子
12	佐賀中部保健福祉事務所	所長	熊崎 康春
13	はやて法律事務所	弁護士	原口 侑
14	多久市社会福祉協議会	事務局長	川浪 正則
15	多久市立病院	看護師長	明石 朱美

※ ◎は会長、○は副会長

4 多久市高齢者福祉計画策定経過

日程	策定委員会	策定委員会の内容
令和5年 8月	第1回策定委員会 (8月24日開催)	<ul style="list-style-type: none"> ・委嘱状交付 ・会長および副会長選出 ・高齢者福祉計画策定委員会について ・計画策定趣旨と方法、スケジュールについて ・高齢者施策の実績および現状 ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果報告 ・専門職アンケート結果報告 ・グループインタビューの結果 ・高齢者福祉計画について
9月	第2回策定委員会 (9月28日開催)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉計画(第1章から第3章の素案)について ・今後のスケジュールについて ・その他
11月	第3回策定委員会 (11月16日開催)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉計画(第1章から第4章の素案)について ・計画策定スケジュールについて ・その他
令和6年 1月 ～2月	1月29日～2月27日	<ul style="list-style-type: none"> ・パブリックコメントの実施
3月	第4回策定委員会 (3月21日開催)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉計画(最終案)について

多久市高齢者福祉計画

令和6年3月

発行者 多久市 地域包括支援課

〒846-8501

多久市北多久町大字小侍7-1

(TEL) 0952-75-6033

(FAX) 0952-75-8017