

(様式3 公表の表紙)

つくば市高齢者福祉計画(第7期)(案) の
パブリックコメント手続の実施について

平成29年12月
つくば市保健福祉部高齢福祉課

案件名	つくば市高齢者福祉計画（第7期）（案）
募集期間	平成29年12月1日～平成30年1月9日（40日間）
担当課	保健福祉部 高齢福祉課
問合せ	TEL029-883-1111（内線）1232

■ 意見募集の趣旨

平成27年3月に策定された「つくば市高齢者福祉計画（第6期）」を見直し、介護保険法の改正を計画に反映させるとともに、高齢者への福祉施策の更なる充実を図るため、平成30年度から平成32年度の3か年を計画期間として「つくば市高齢者福祉計画（第7期）」を策定します。

被保険者の代表や多職種の団体の代表で構成する「つくば市高齢者福祉推進会議」に基づき、見直しを行った本計画案について、市民の意見を反映させるためパブリックコメントを実施します。

つきましては、計画案を公表しますので、市民の皆さんの意見をお寄せください。

■ 資料

- ・つくば市高齢者福祉計画（第7期）（案）
- ・つくば市高齢者福祉計画（第7期）（案）の背景・経緯等
- ・つくば市高齢者福祉計画（第7期）（案）の概要版

■ 提出方法

- 直接持参
 - ・ 高齢福祉課（1階）
 - ・ 各窓口センター
 - ・ 各地域交流センター
 ※施設閉庁日を除く
- 郵便
 - 〒305-8555
 - つくば市研究学園一丁目1番地1
 - つくば市保健福祉部 高齢福祉課
- ファクシミリ 029-868-7534

○ 電子メール wef030@city.tsukuba.lg.jp

○ ホームページの電子申請・届出サービス

※ 意見の提出については、「(様式3の3)パブリックコメント意見提出様式」やホームページの電子申請・届出サービスの入力フォームに必要事項を入力して意見をお寄せください。ただし、意見は様式以外でも提出できます。必ず計画・条例等の名称並びに氏名及び住所(法人その他の団体は、名称、代表者氏名及び所在地)を明記の上、御意見を提出してください。

■ 提出された意見の取扱い

- ・ パブリックコメント手続は、計画等の案の賛否を問うものではなく、内容をより良いものにするために、意見を募集し、意思決定の参考とするものです。提出された意見を十分考慮した上で、つくば市高齢者福祉計画(第7期)の最終決定を行います。
- ・ 提出された意見は、集計後から市の考え方を公表するまでの間、原文を公表いたします。個人情報等の取り扱いには十分注意するとともに、公表に際しては、個人が識別できるような内容及び個人又は法人等の権利利益を害するおそれのある情報など公表することが不適切な情報(つくば市情報公開条例第5条に規定する不開示情報)については、公表しません。
- ・ 提出された意見に対する市の考え方は、意見をいただいた方々に個別に回答するのではなく、類似する意見を集約するなどして、意見の概要とそれに対する市の考え方を公表します。
また、案の修正を行った場合は、その修正案を公表します。

■ 意見の概要及び意見に対する市の考え方の公表時期並びに公表場所

○ 公表時期 平成30年3月ごろを予定しています。

○ 公表場所 市ホームページ, 高齢福祉課,
情報コーナー(庁舎1階),
各窓口センター, 各地域交流センター

つくば市高齢者福祉計画（第7期）（案）

（平成30年度～平成32年度
2018年度～2020年度）

平成29年12月

つくば市

(市長あいさつ)

目次

第1章 計画の総論	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 根拠法令	2
第3節 計画の期間	2
第4節 計画の策定方法と位置付け	3
第5節 計画の推進体制	4
第6節 日常生活圏域	5
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	6
第1節 数値でみるつくば市	6
第2節 高齢者福祉計画策定に係るアンケート調査結果	13
第3節 アンケート調査からみた高齢者について	14
第4節 つくば市の課題	39
第3章 つくば市の高齢者福祉の基本的な考え方	48
第1節 基本理念	48
第2節 基本視点（施策の柱）	48
第3節 施策体系	52
第4章 地域共生社会の実現に向けて	55
第1節 地域包括ケアシステムの推進	55
第2節 権利擁護の推進	65
第5章 健康づくりの推進	67
第1節 高齢者の健康づくりと社会参加の支援	67

第6章	介護予防・日常生活支援総合事業の推進	
第1節	介護予防・生活支援サービス事業	74
第2節	一般介護予防事業	77
第7章	介護者支援と在宅高齢者の生活支援	
第1節	在宅介護・家族介護者の支援の充実	82
第2節	介護サービス事業所の整備・質の向上	85
第3節	ひとり暮らし高齢者・高齢者世帯への支援の充実	92
第8章	認知症支援の充実	
第1節	高齢者の認知症支援	99
第9章	高齢者の住まいの確保（つくば市高齢者居住安定確保計画）	
第1節	高齢者に適した居住環境を有する住宅の設備の促進	105
第2節	サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームの供給	109
第3節	民間賃貸住宅情報提供及び市営住宅の供給	112
第4節	地震等災害に強い住まいづくり	115
第10章	介護保険事業	
第1節	要支援・要介護認定者の推移と推計	117
第2節	居宅サービス（福祉系）の現状、受給者数の推移と推計	119
第3節	居宅サービス（医療系）の現状、受給者数の推移と推計	123
第4節	居住系サービスの現状、受給者数の推移と推計	126
第5節	地域密着型サービスの現状、受給者数の推移と推計	127
第6節	施設サービスの現状、受給者数の推移と推計	132
第7節	日常生活圏域ごとの整備状況と今期計画の考え方	134
第8節	低所得者対策	138
第9節	介護（予防）給付費等の推移と推計	143

第1章 計画の総論

第1節 計画策定の趣旨

平成12年に介護保険制度が開始されてから18年が経過し、現在、支援の必要な高齢者に対する福祉サービスの多くは介護保険法に基づいて提供されています。

サービス利用者は500万人に達しており、介護サービス提供事業者数も着実に増加し、要介護高齢者の生活の支えとして定着・発展してきました。

つくば市では、多くの健康づくり関連事業や、在宅介護に関わる助成事業及び地域包括支援センターの業務を通じ、高齢者が生きがいをもち、住み慣れた地域で安心して生活していけるよう、介護、福祉、健康、医療など様々な面からの総合的な支援に取り組んできました。

しかし、市の高齢化率は上昇しており、平成29年4月には18.96%と増加の一途をたどっています。それに伴うひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者の増加により、地域での生活支援や見守り等のサービス提供がますます重要となっています。

国では、団塊の世代が75歳以上となる平成37年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる平成52年を見据え、地域によって高齢化の状況とそれに伴う介護需要が異なってくることを想定され、地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが重要であると示しています。

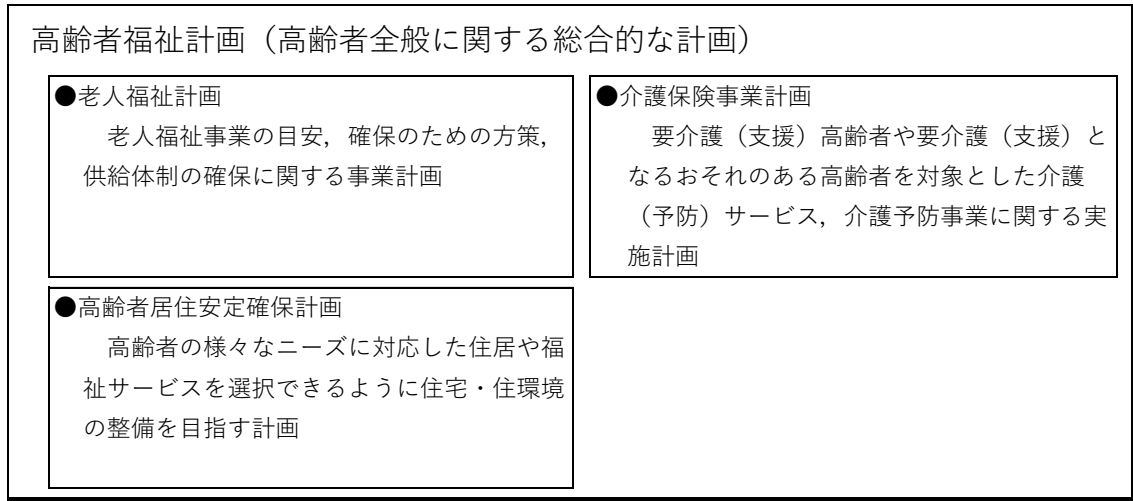
また、社会保障制度改革に伴う法改正の中で、在宅医療と介護サービスの連携強化や介護予防・日常生活支援総合事業の充実、介護をしながら仕事を続けることのできる「介護離職ゼロ」などへの対応も大きな課題となっております。

つくば市高齢者福祉計画（第7期）では、平成37年の地域包括ケアシステムの姿を目標として、市のすべての高齢者が住み慣れた自宅や地域で安全で、安心して生活ができるよう、「高齢者」「介護者」「地域」の3つの視点から、市民や民間企業やNPO法人と協働・連携による地域共生社会の実現に向けて、ともに推進していくことを目的に策定しました。

第2節 根拠法令

本計画は、「老人福祉法」第20条の8（市町村老人福祉計画）及び、「介護保険法」第117条（市町村介護保険事業計画）に基づき、両者を一体として策定したものです。

なお、本計画からは「高齢者の居住の安定確保に関する法律」第4条の2で定められた（市町村高齢者居住安定確保計画）も内包しています。



第3節 計画の期間

本計画は、平成30年度から平成32年度までの3か年計画となっております。

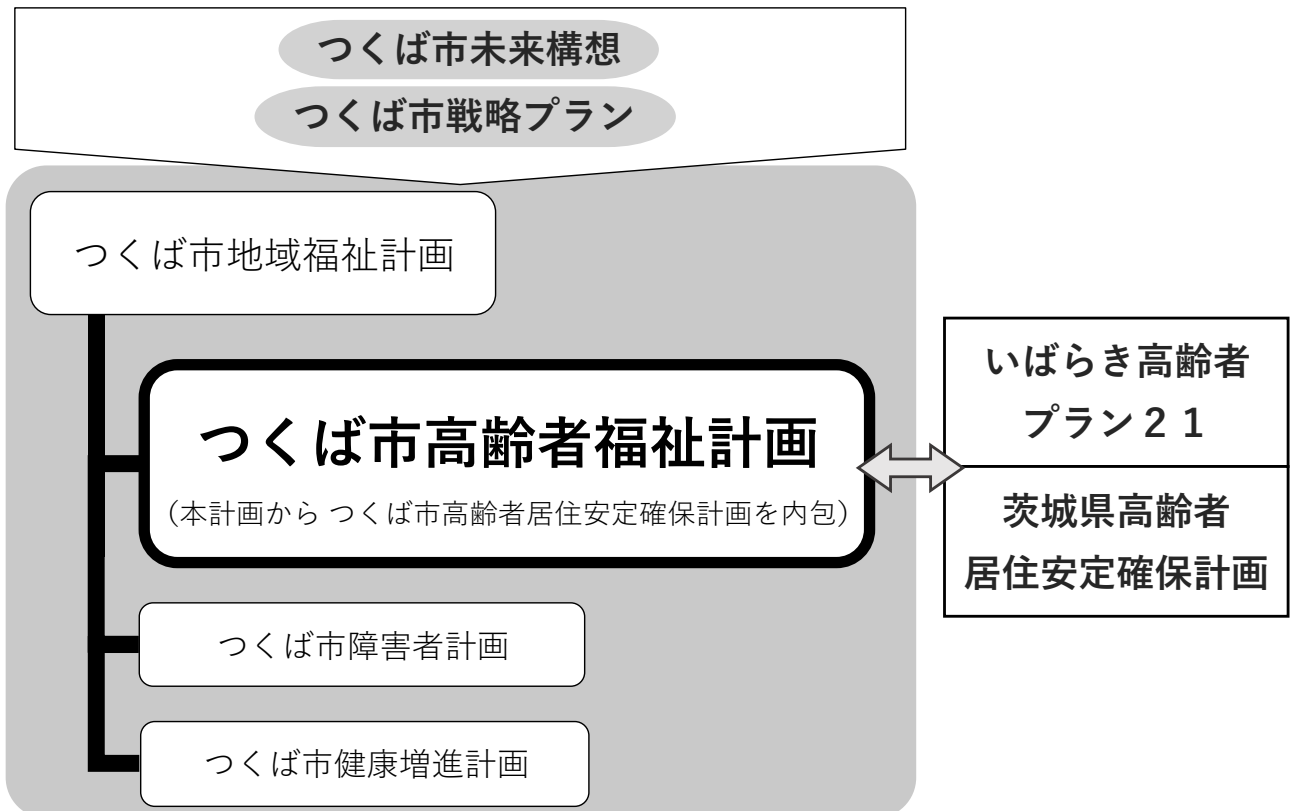
介護保険法第117条第1項により3年を1期として定められている介護保険事業計画にあわせて3年ごとに見直しを行い、新たな計画を策定します。



第4節 計画の策定方法と位置付け

本計画を策定するにあたっては、平成28年度に実施した前期高齢者、後期高齢者、要支援認定者、要介護認定者、若年者及びケアマネジャーを対象としたアンケート調査の結果に基づくとともに、地域福祉計画などの上位計画や障害者計画・健康増進計画などの関連計画との整合と、つくば市戦略プランとの連携を図っています。

《体系図》

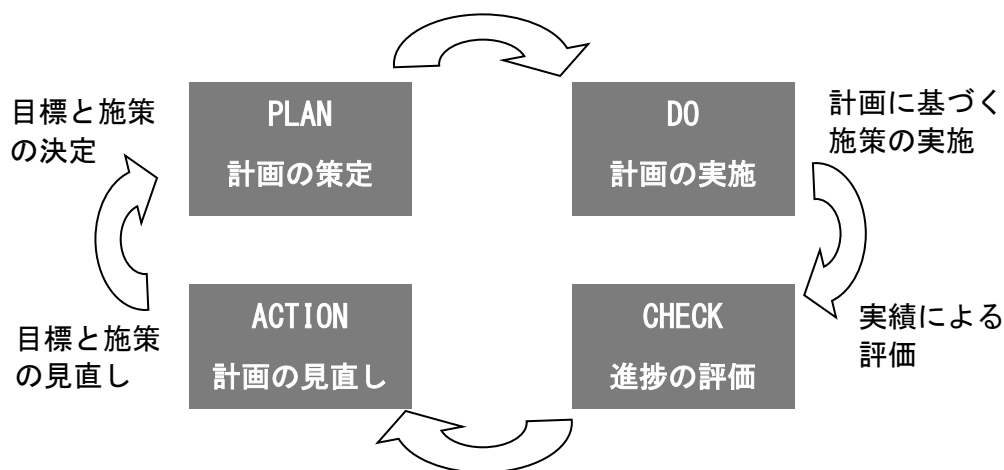


第5節 計画の推進体制

本計画の策定後、介護保険サービスの各事業について実施状況を毎年度審査し、課題の分析及び課題の解決策を講じ、適切な進行管理に努めます。

また、計画の推進にあたっては、公募による被保険者の代表、学識経験者、保険・医療・福祉団体の代表者及び介護サービス事業所の代表で構成する「つくば市高齢者福祉推進会議」の中で、P D C Aサイクルで計画の進捗評価をするとともに、事業の総合的な推進を図っていきます。

《P D C Aサイクル》



第6節 日常生活圏域

介護保険事業計画では、高齢者が住み慣れた身近な地域で自立した生活を送ることができるように、市域をいくつかに分けて「日常生活圏域」を設定し、「日常生活圏域」ごとに、地域密着型サービスや施設整備等を行っています。

市では、原則として合併前の市町村単位で日常生活圏域を設定していますが、谷田部地区については、他の地区と比較して対象人口が多いため、東西に分割しています。

《日常生活圏域図》

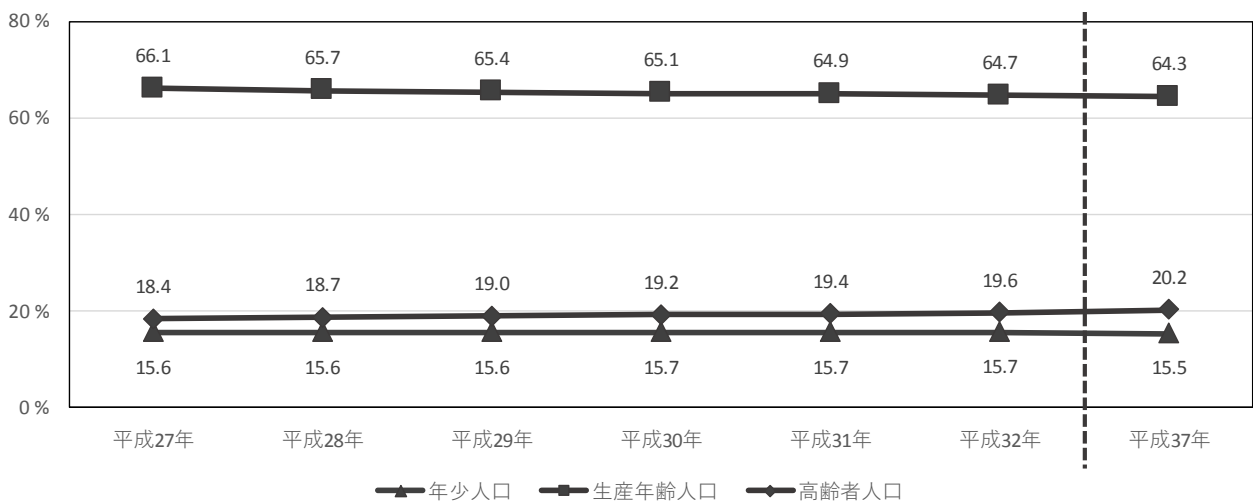
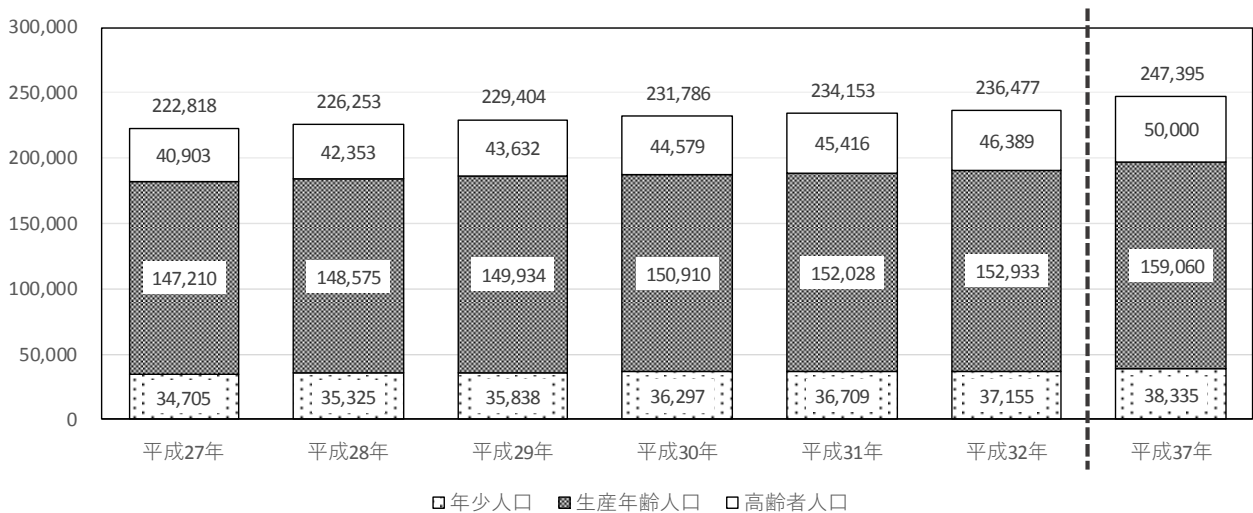


第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

第1節 数値でみるつくば市

1. 総人口と年齢3区分人口の推移と推計

本市の総人口は毎年増加し続けており、平成27年から平成29年にかけて、総人口が3.0%の増加であるのに対して、高齢者人口は6.6%の伸びとなっています。これから平成32年にかけて総人口は対平成27年比で6.1%、高齢者人口は13.4%の増加が見込まれ、高齢化率も平成29年現在の19.0%から平成32年には19.6%に、また、団塊の世代が後期高齢者となる平成37年では、高齢者人口は50,000人となり、高齢化率も20.2%と予想されます。

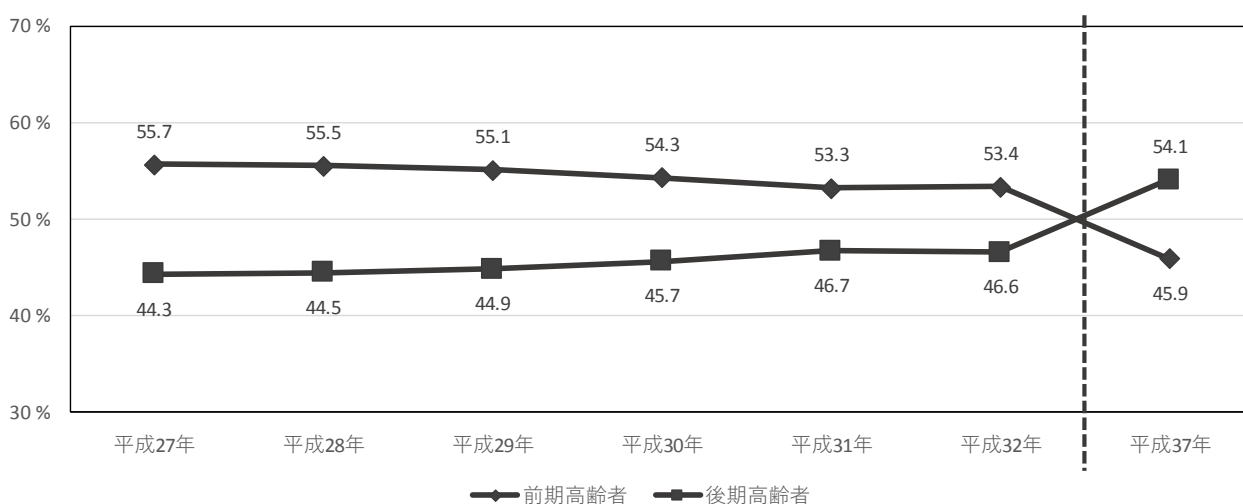
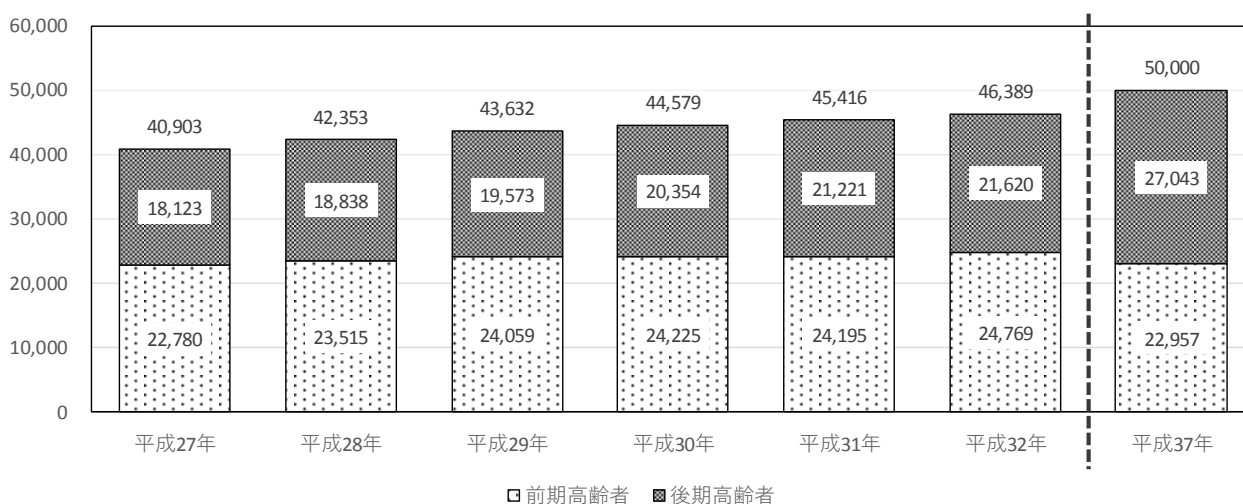


※年少：0～14歳 生産年齢：15～64歳 高齢者：65歳～
 ※平成30年から平成37年の推計はコーホート要因法による
 資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

2. 前期・後期高齢者人口推移と推計

高齢者人口を2階級にわけての推移を見ると、前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）ともに増加傾向にあります。平成27年から平成29年にかけて前期高齢者は5.6%、後期高齢者は8.0%の伸びとなっています。

さらにこれから平成32年にかけて、前期高齢者は平成27年比で8.7%、後期高齢者は19.3%の増加が予想されます。また、前期高齢者と後期高齢者の比も、平成27年の56：44から平成32年には53：47と後期高齢者の割合が増え、平成37年には46：54と後期高齢者人口が前期高齢者人口を上回ると予想されます。

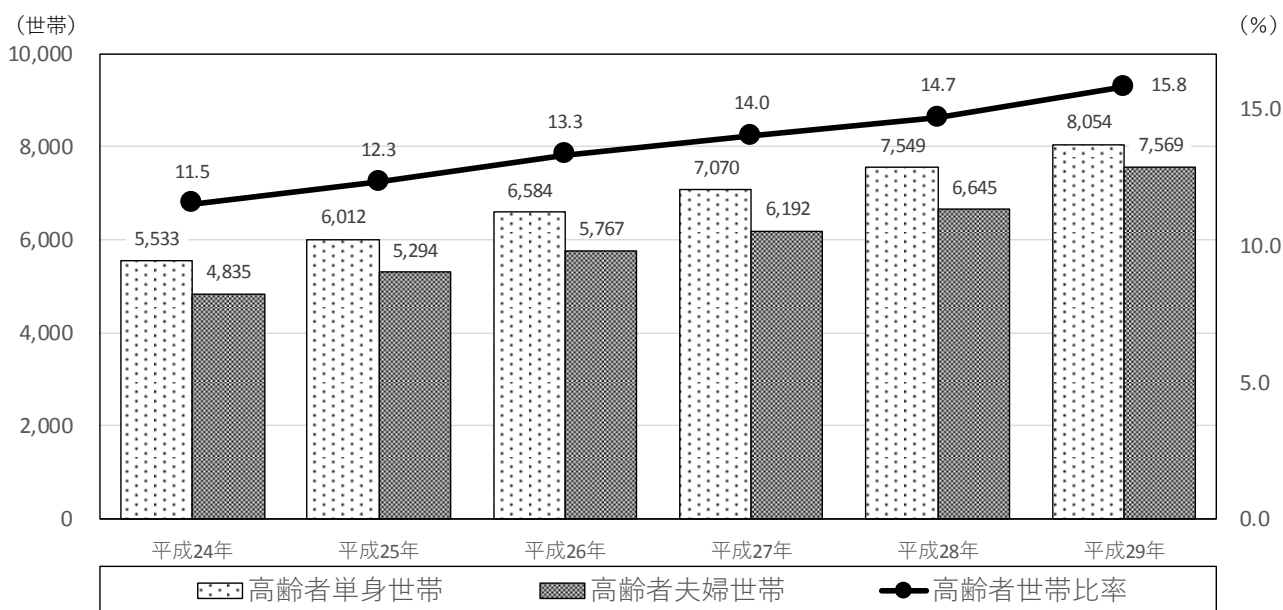


※ 前期高齢者：65歳～74歳 後期高齢者：75歳～
 ※平成30年から平成37年の推計はコーホート要因法による
 資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

3. 高齢者世帯の推移

高齢者世帯の推移を見ると、高齢者単身世帯と高齢者夫婦世帯ともに増加傾向にあります。平成24年から平成29年にかけて高齢者単身世帯は45.6%、高齢者夫婦世帯は56.5%の伸びとなっています。

高齢者世帯比率をみると、平成24年では11.5%だったのが、平成29年では15.8%と増加しています。

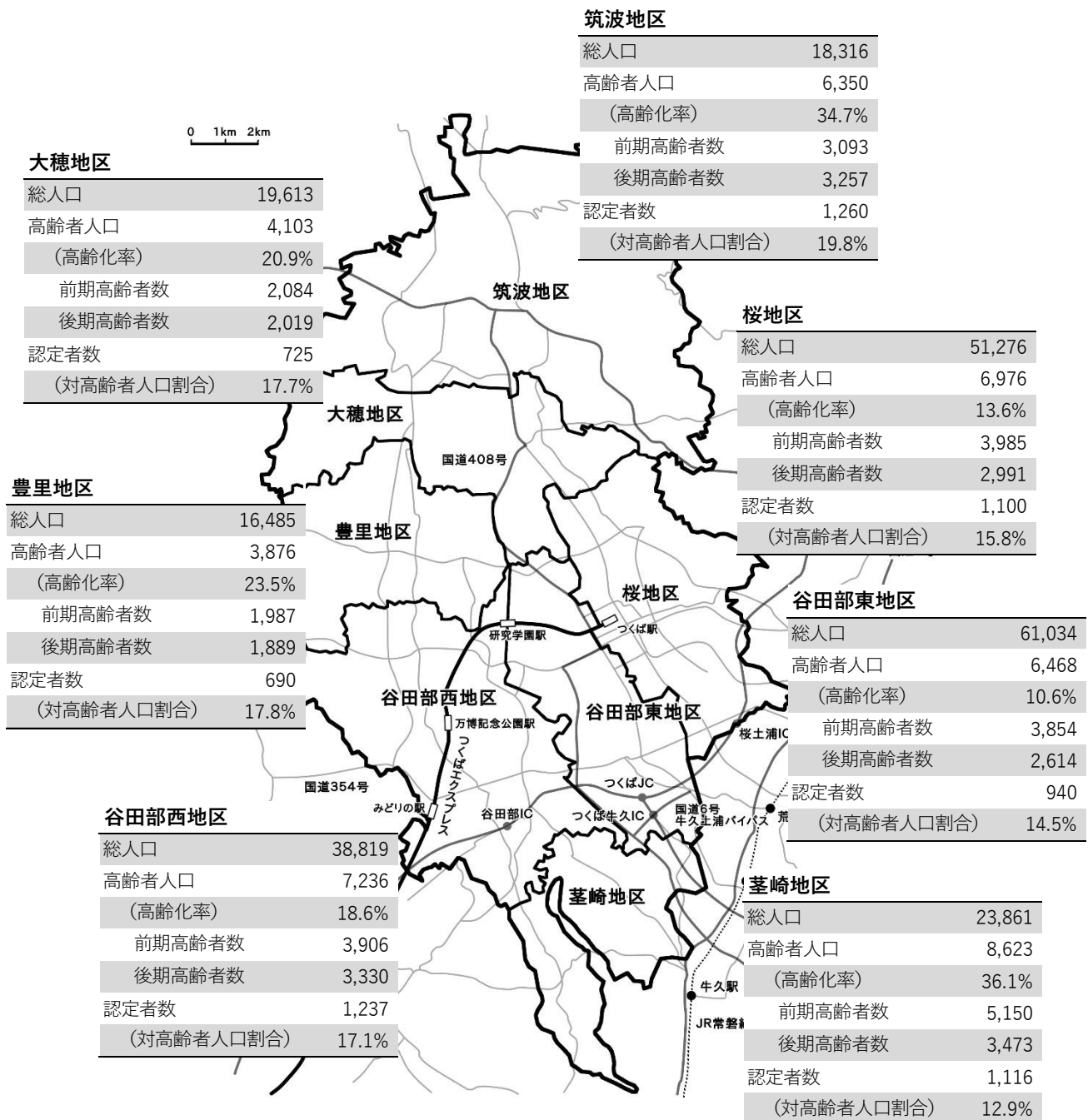


資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

4. 日常生活圏域別の高齢者の状況一覧

高齢化率については、筑波地区・荃崎地区において30%を超える高い割合となっており、一方で、桜地区・谷田部東地区では10～13%程度と若い世帯が多くなっています。

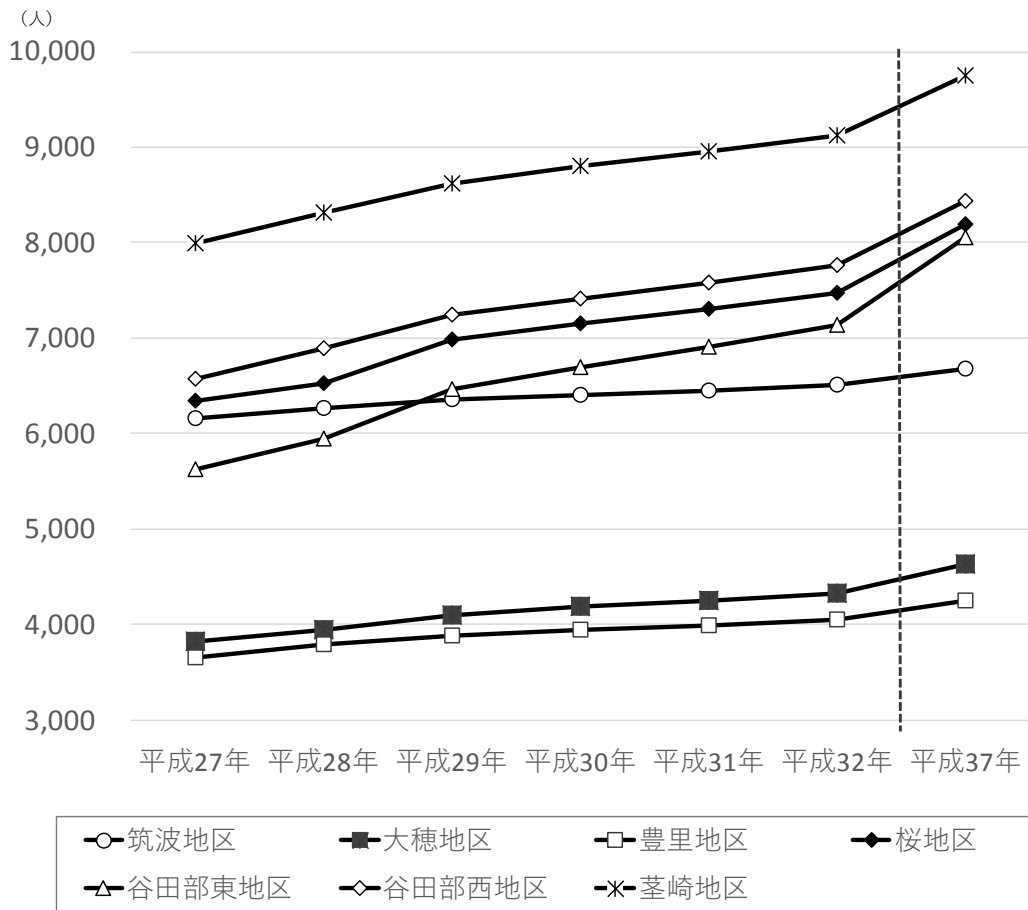
高齢者人口に占める認定者数の割合では、筑波地区は19.8%で最も高くなっている一方で、荃崎地区が12.9%で最も低くなっており、その他の市中央に位置する圏域はいずれも17%前後の割合となっています。



資料：住民基本台帳（平成29年10月1日現在）

5. 日常生活圏域別高齢者数の推移と推計

日常生活圏域別の高齢者人口の推移を見ると、桜地区、谷田部東地区、谷田部西地区、荃崎地区といった市の南側において増減率が高くなっています。特に谷田部東地区の高齢者人口の伸びが著しく、平成29年においては筑波地区の高齢者数を上回り、平成37年においては桜地区の高齢者数に接近していくことが予想されます。



(単位：人)

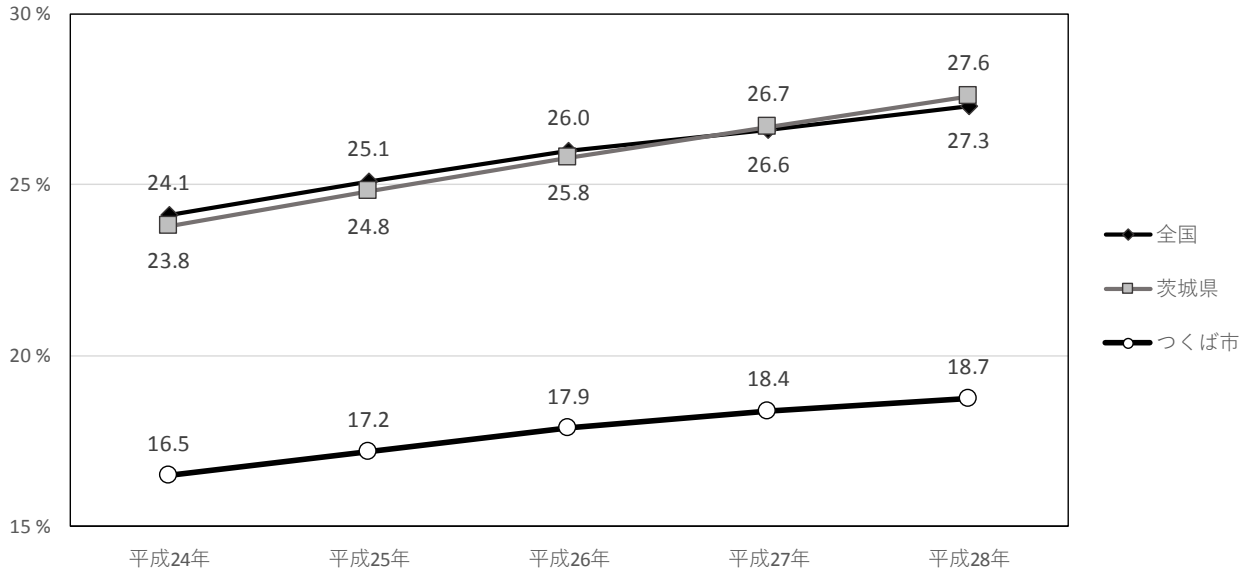
	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	平成32年	平成37年
筑波地区	6,156	6,268	6,350	6,403	6,450	6,504	6,685
大穂地区	3,818	3,943	4,103	4,181	4,250	4,330	4,626
豊里地区	3,656	3,786	3,876	3,936	3,989	4,051	4,254
桜地区	6,349	6,532	6,976	7,147	7,298	7,474	8,194
谷田部東地区	5,620	5,939	6,468	6,699	6,903	7,140	8,058
谷田部西地区	6,567	6,886	7,236	7,418	7,579	7,766	8,439
荃崎地区	7,993	8,314	8,623	8,795	8,947	9,124	9,744

※平成30年から平成37年の推計はコーホート要因法による
資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

6. 国・県との比較

(1) 高齢化率の比較

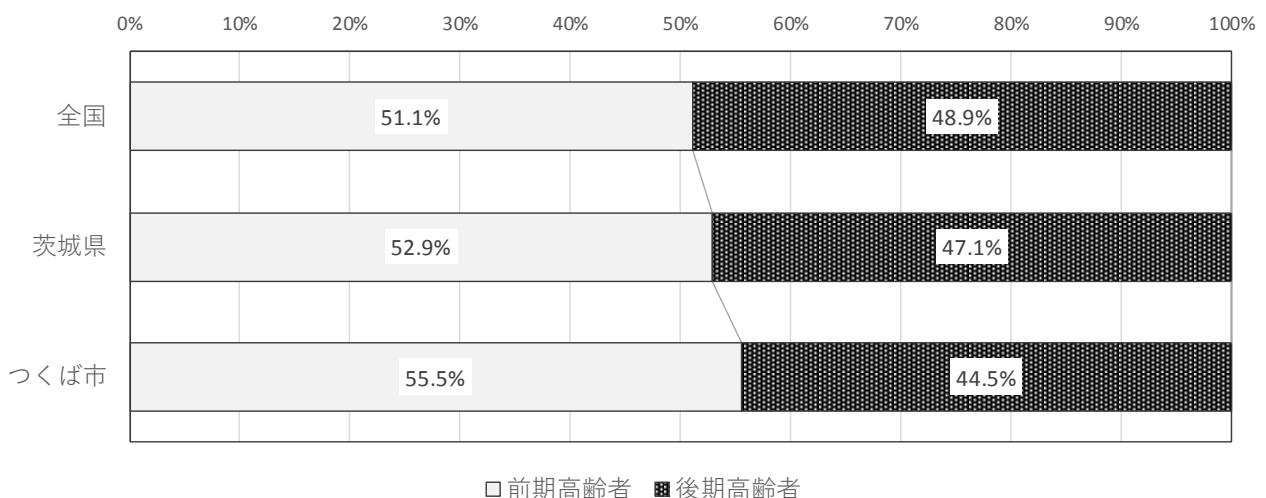
高齢化率については、本市は国や茨城県の平均より7～9ポイントほど低いレベルで推移しています。



資料：国・県は「総務省統計局人口推計」、市は住民基本台帳（各年10月1日現在）

(2) 年齢（2階級）別高齢者人口の内訳

高齢者人口における前期・後期高齢者の割合は、本市は前期高齢者の割合が国や茨城県よりも高く55%に近い数値となっています。



資料：国・県は「総務省統計局人口推計」、市は住民基本台帳（平成28年10月1日現在）

(3) 高齢者人口に対する要介護認定者の比率

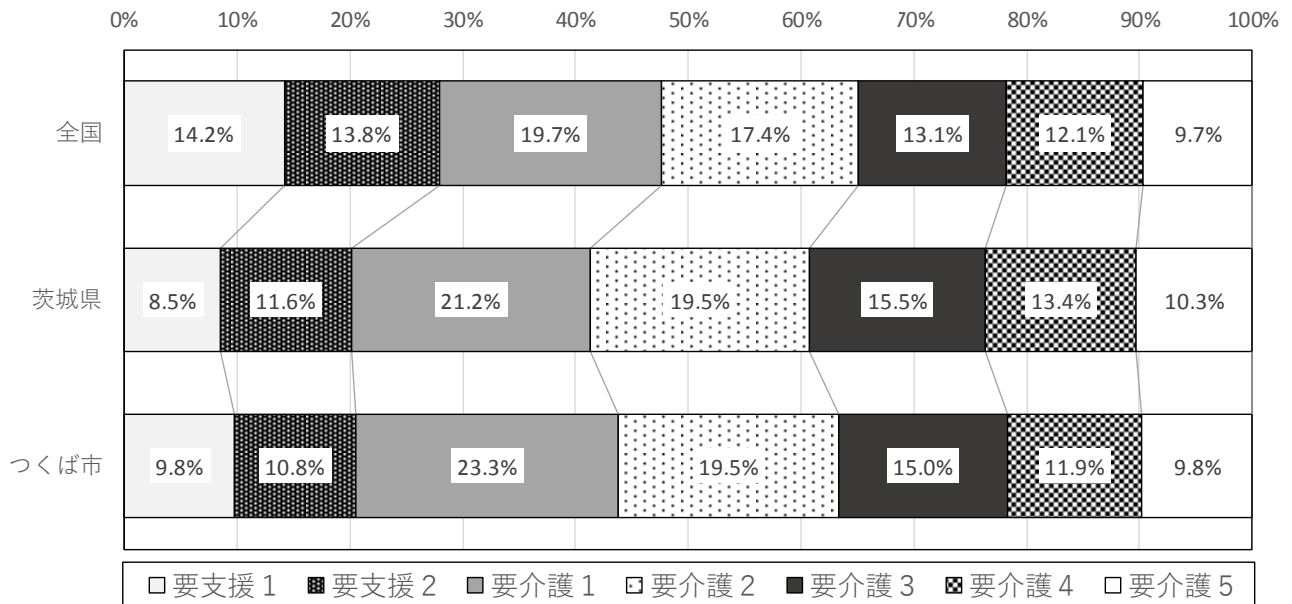
高齢者人口に対する要介護認定者数の割合は、本市は16.3%で、茨城県より1.3ポイント高く、全国よりは1.7ポイント低くなっています。

	第1号被保険者数	うち要介護認定者数	第1号被保険者に対する比率
全国	34,112,872	6,152,863	18.0%
茨城県	792,912	118,704	15.0%
つくば市	42,250	6,882	16.3%

資料：介護保険事業状況報告月報（平成28年9月）

(4) 要介護認定者の構成比

要介護認定者の構成比については、本市は「要支援1」と「要支援2」の割合が全国に比べて低くなっている一方、「要介護1」と「要介護2」が茨城県や全国に比べてやや高くなっています。「要介護4」と「要介護5」については、全国とほぼ同じ割合となっています。



資料：介護保険事業状況報告月報（平成28年9月）

第2節 高齢者福祉計画策定に係るアンケート調査結果

本調査は、「第7期つくば市高齢者福祉計画（計画期間：平成30年度から32年度）」を策定するうえでの基礎資料を得るため、高齢者及び介護保険サービス提供に携わる居宅介護支援事業所等の日ごろの状況や高齢者福祉・介護保険に対するご意見・ご要望を把握するために実施したものです。

1. 調査の対象者

調査区分	対象
①前期高齢者	つくば市の住民基本台帳に記載があり、要介護認定を受けていない65歳以上75歳未満の方から1,500名分無作為抽出
②後期高齢者	つくば市の住民基本台帳に記載があり、要介護認定を受けていない75歳以上の方から1,500名分無作為抽出
③要支援認定者	つくば市の住民基本台帳に記載があり、在宅で生活している要支援認定者の方全て（1,388名）
④要介護認定者	つくば市の住民基本台帳に記載があり、在宅で生活している要介護認定者から1,500名分無作為抽出
⑤若年者	つくば市の住民基本台帳に記載があり、要介護認定を受けていない40歳以上65歳未満の方から1,500名分無作為抽出
⑥ケアマネジャー	市内の居宅介護支援事業所、介護施設、地域密着型サービス事業所及び特定施設入居者生活介護事業所に所属するケアマネジャー全て（243名）

2. 調査方法と実施期間

調査方法：郵送配布・郵送回収

実施期間：平成28年12月22日～平成29年1月20日

3. 回収結果

属性	対象者(発送)件数	回収件数	回収率
①前期高齢者	1,500	759	50.6%
②後期高齢者	1,500	798	53.2%
③要支援認定者	1,388	689	49.6%
④要介護認定者	1,500	552	36.8%
⑤若年者	1,500	544	36.3%
⑥ケアマネジャー	243	141	58.0%
合計	7,631	3,483	45.6%

※要支援認定者・要介護認定者アンケート調査の要介護度の内訳

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	無回答
27.9%	26.2%	13.3%	12.2%	6.3%	3.0%	3.5%	7.7%

第3節 アンケート調査からみた高齢者について

1. 高齢者の健康について

(1) 運動機能低下のリスクについて

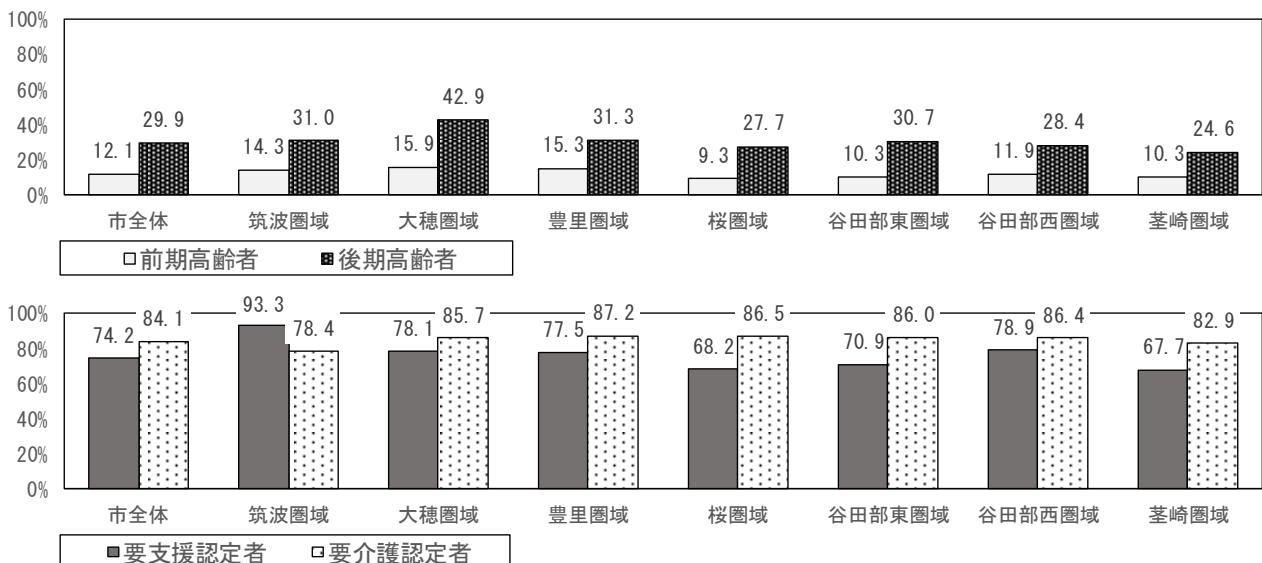
運動機能低下のリスク該当割合については、一般高齢者の該当割合は前期高齢者では12.1%、後期高齢者では29.9%となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「桜圏域」が9.3%と少なくなっていますが、「大穂圏域」では15.9%と多くなっています。後期高齢者では「荃崎圏域」が24.6%と少なくなっていますが、「大穂圏域」では42.9%と多くなっています。要支援認定者の該当割合は74.2%、要介護認定者の該当割合は84.1%でいずれの圏域もほぼ同様の割合となっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を1点として合計し、3点以上を運動機能低下のリスク該当者としています。

運動機能低下のリスク評価方法	
項目	該当する選択肢
①階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	「できない」
②椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	「できない」
③15分位続けて歩いていますか	「できない」
④この1年間に転んだことがありますか	「何度もある」または「1度ある」
⑤転倒に対する不安は大きいですか	「とても不安である」または「やや不安である」

運動機能低下のリスク該当者割合



(2) 閉じこもりのリスクについて

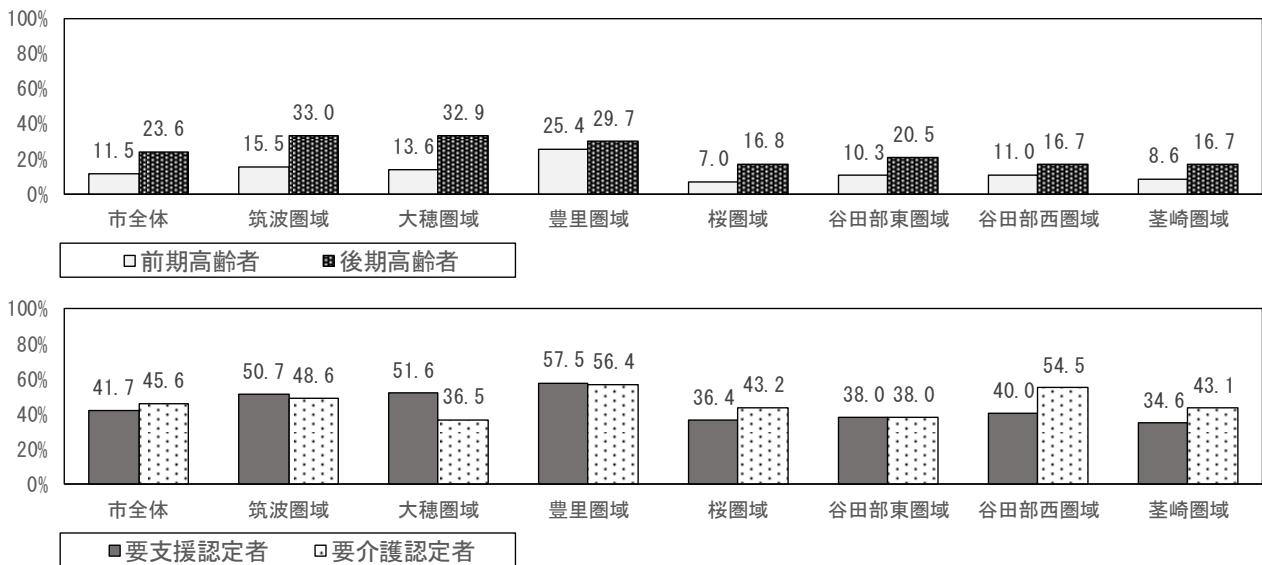
閉じこもりのリスク該当割合については、前期高齢者の該当割合は 11.5%，後期高齢者では 23.6%となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「桜圏域」で 7.0%と少なくなっていますが、「豊里圏域」では 25.4%と多くなっています。後期高齢者では「谷田部西圏域」と「荃崎圏域」が 16.7%と少なくなっていますが、「筑波圏域」が 33.0%と多くなっています。要支援認定者の該当割合は 41.7%，要介護認定者では 45.6%で、「豊里圏域」においては、要支援認定者は 57.5%，要介護認定者では 56.4%と半数を超え、市全体より多くなっています。

◆評価方法

下記の設定について、以下の回答をした方を閉じこもりのリスク該当者としています。

運動機能低下リスク評価方法	
項目	該当する選択肢
①週に1回以上は外出していますか	「ほとんど外出していない」 または「週1回」

閉じこもりのリスク該当者割合



(3) 栄養改善について

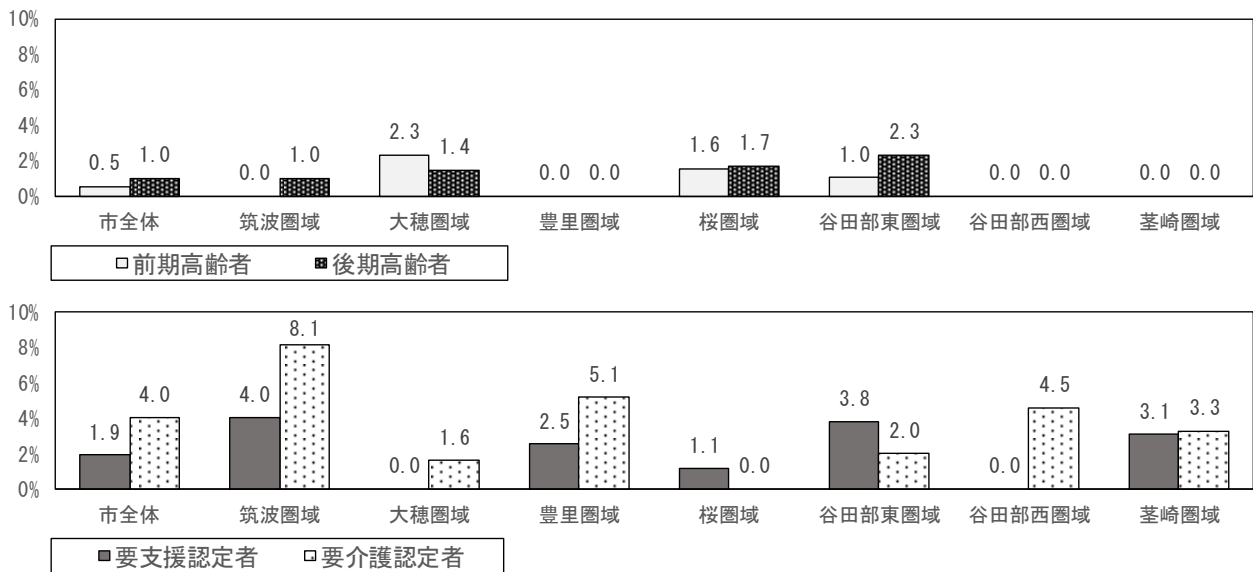
栄養改善の該当者割合については、前期高齢者は0.5%、後期高齢者は1.0%とごくわずかな割合となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「大穂圏域」で2.3%、後期高齢者では「谷田部東圏域」が2.3%と市全体より多くなっています。要支援認定者の該当割合は1.9%、要介護認定者では4.0%となっており、「筑波圏域」で市全体よりも割合が多くなっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を1点として合計し、2点以上を栄養低下リスク該当者としています。

栄養に係る評価方法	
項目	該当する選択肢
①半年で2～3kg以上の体重減少がありましたか	「はい」
②BMI(身長と体重から算出)	18.5未満

栄養改善該当者割合



(4) 口腔機能のリスクについて

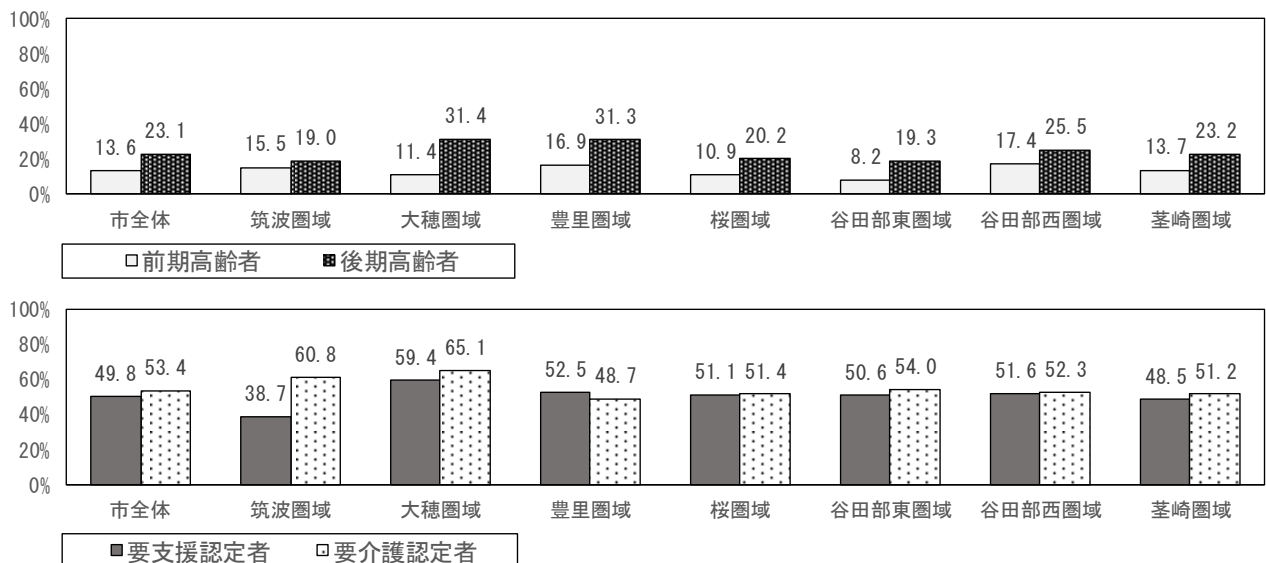
口腔機能のリスク該当割合は、前期高齢者は13.6%、後期高齢者は23.1%の割合となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「谷田部西圏域」で17.4%、後期高齢者では「大穂圏域」と「豊里圏域」で約31%となっており、市全体に比べて多くなっています。要支援認定者の該当割合は49.8%、要介護認定者の該当割合は53.4%でいずれの圏域もほぼ同様の割合となっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を1点として合計し、2点以上を口腔機能低下のリスク該当者としています。

口腔機能のリスク評価方法	
項目	該当する選択肢
①半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	「はい」
②お茶や汁物等でむせることがありますか	「はい」
③口の渇きが気になりますか	「はい」

口腔機能低下のリスク該当者割合



(5) 認知症予防について

認知症予防の該当割合は、前期高齢者では41.9%、後期高齢者では56.3%で約半数の割合となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「筑波圏域」で46.4%、後期高齢者では「大穂圏域」で67.1%と市全体よりも多くなっています。

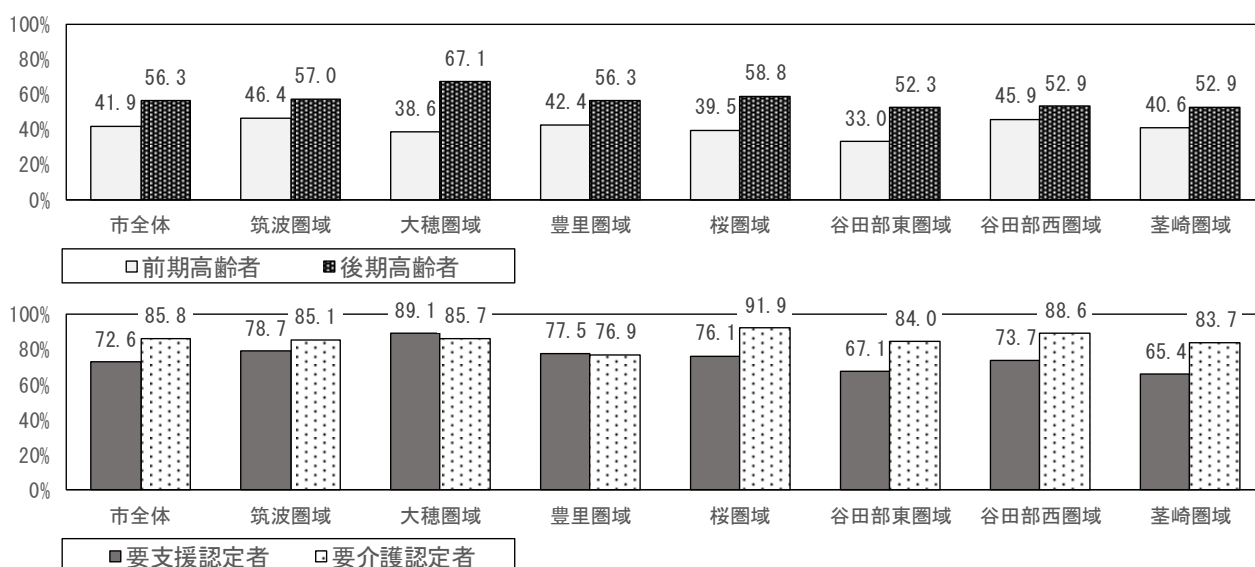
要支援認定者の該当割合は72.6%、後期高齢者では85.8%となっています。「桜圏域」の後期高齢者が91.9%となっており、市全体の割合に比べて多くなっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を1点として合計し、1点以上を認知症予防の該当者としています。

認知症予防該当評価方法	
項目	該当する選択肢
①物忘れが多いと感じますか	「はい」
②自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	「いいえ」
③今日が何月何日かわからない時がありますか	「はい」

認知症予防該当者割合



(6) 虚弱リスクについて

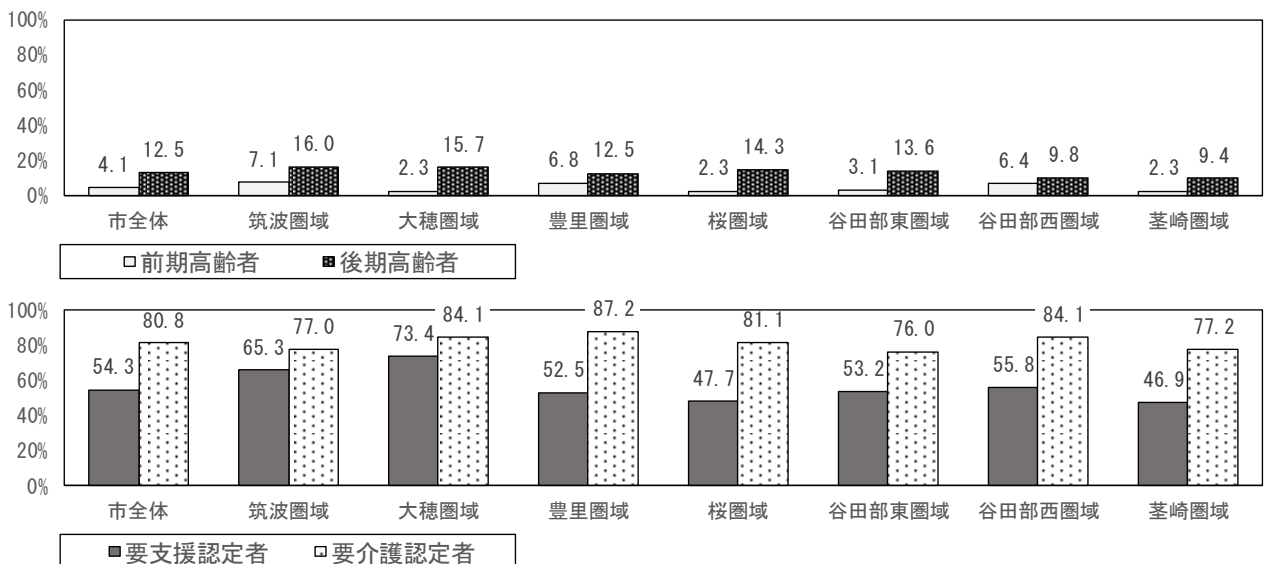
“虚弱”の該当割合は、前期高齢者は4.1%、後期高齢者は12.5%の割合となっています。圏域別でみると、「筑波圏域」が7.1%、後期高齢者では16.0%と、市全体に比べて多くなっています。要支援認定者の該当割合は54.3%、要介護認定者の該当割合は80.8%となっています。「大穂圏域」の要支援認定者が73.4%、「豊里圏域」の要介護認定者が87.2%と市全体よりも多くなっています。

◆評価方法

前述(1)～(5)のリスク14項目と下記の設問を合わせた19項目設問で、該当する選択肢を回答した方を1点として合計し、10点以上を虚弱リスクの該当者としています。

虚弱リスク評価方法	
項目	該当する選択肢
⑮バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）	「できるけど、していない」 または「できない」
⑯自分で食品・日用品の買い物をしていますか	「できるけど、していない」 または「できない」
⑰自分で預貯金の出し入れをしていますか	「できるけど、していない」 または「できない」
⑱友人の家を訪ねていますか	「いいえ」
⑲家族や友人の相談にのっていますか	「いいえ」

虚弱高齢者該当者割合



(7) うつのリスクについて

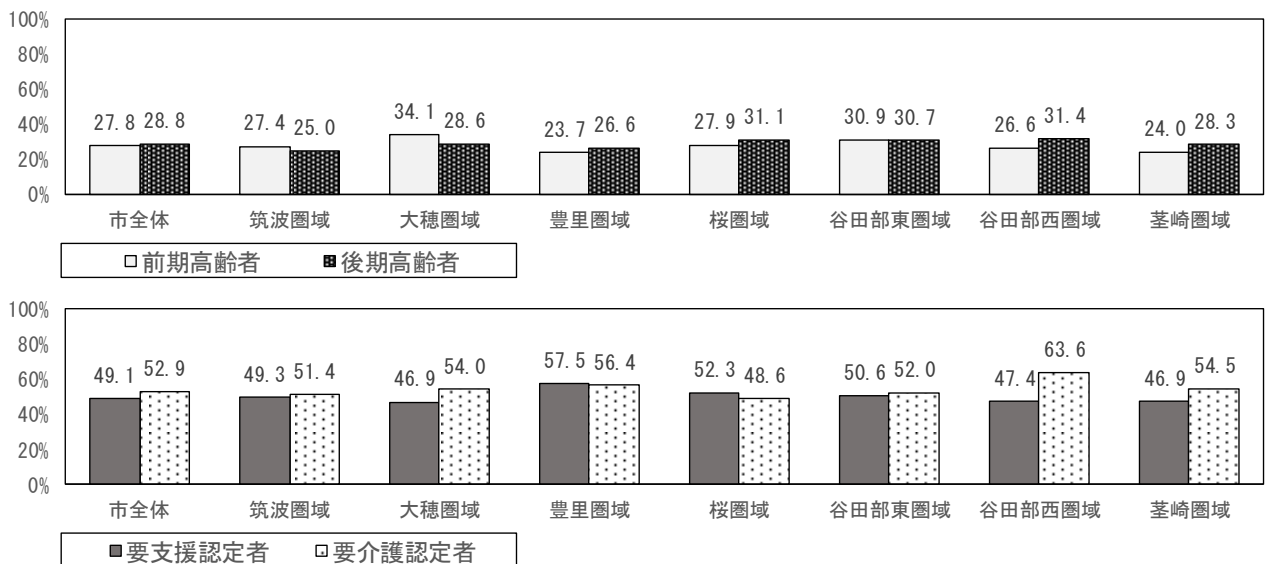
うつのリスク該当者の割合は、前期高齢者は27.8%、後期高齢者では28.8%となっています。圏域別でみると、前期高齢者は「大穂圏域」が34.1%、後期高齢者では「谷田部西圏域」が31.4%と市全体に比べて多くなっています。また、「谷田部東圏域」は前後期高齢者ともに30%を超えています。要支援認定者の該当割合は49.1%、要介護認定者では52.9%となっています。圏域別では「谷田部西圏域」の要介護認定者の該当割合が63.6%と他の圏域よりも多くなっています。

◆評価方法

下記の設問について、いずれか1つでも該当する選択肢を回答した方をうつのリスク該当者としています。

うつのリスク評価方法	
項目	該当する選択肢
①この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	「はい」
②この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	「はい」

うつのリスク該当者割合



(8) 知的能動性について

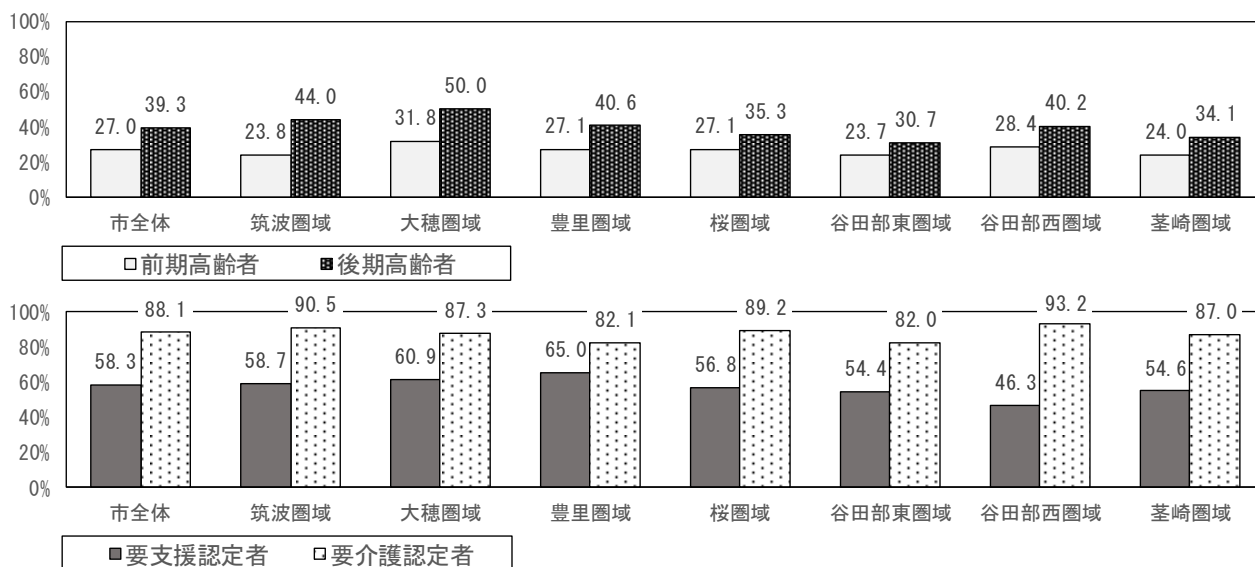
知的能動性の低下者該当割合は、前期高齢者で 27.0%，後期高齢者で 39.3%となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「大穂圏域」が前後期高齢者ともに市全体よりも多くなっており、特に後期高齢者では、半数に達しています。要支援認定者の知的能動性の低下者該当割合は 58.3%，要介護認定者では 88.1%となっており、圏域別でみると要支援認定者では「豊里圏域」で 65.0%，要介護認定者では「谷田部西圏域」が 93.2%と他圏域に比べて多くなっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を 1 点として合計 4 点満点で評価し、4 点を「高い」、3 点を「やや低い」、2 点以下を「低い」とした上で、3 点以下を“低下者”に該当することとしました。

知的能動性評価方法	
項目	該当する選択肢
①年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	「はい」
②新聞を読んでいますか	「はい」
③本や雑誌を読んでいますか	「はい」
④健康についての記事や番組に関心がありますか	「はい」

知的能動性低下者該当割合



(9) 社会的役割について

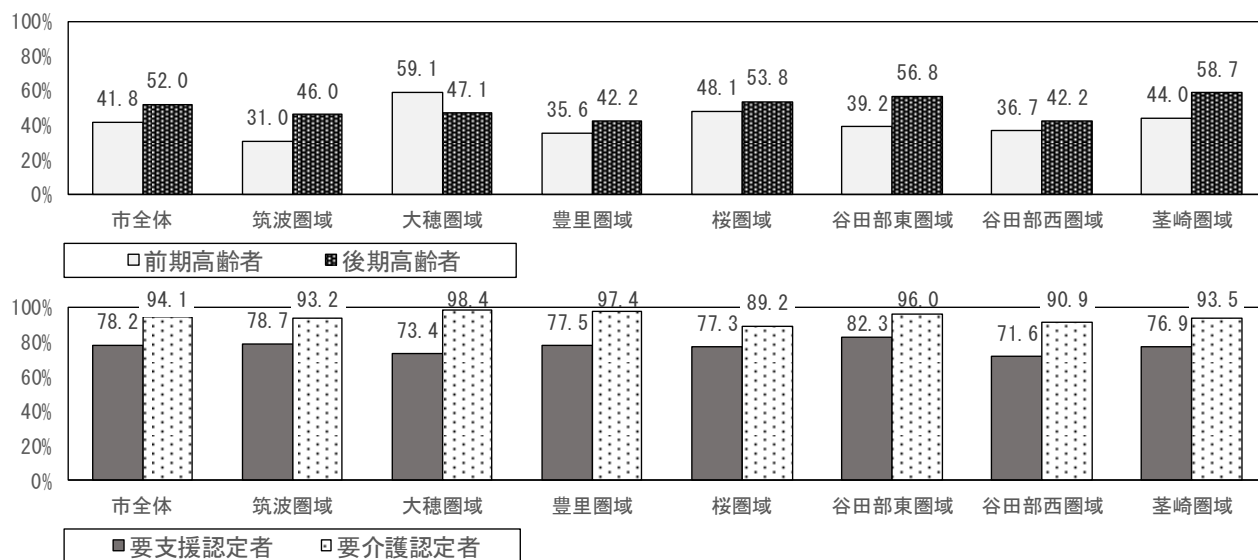
社会的役割の低下者該当割合は、前期高齢者で 41.8%，後期高齢者で 52.0%となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「大穂圏域」が 59.1%，後期高齢者では「荃崎圏域」が 58.7%と市全体よりも多くなっており、半数を超えています。要支援認定者の社会的役割の低下者該当割合は 78.2%，要介護認定者では 94.1%となっており、圏域別でも要支援認定者では「谷田部東圏域」が 82.3%，要介護認定者では「大穂圏域」で 98.4%と非常に多くなっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を 1 点として合計 4 点満点で評価し、4 点を「高い」、3 点を「やや低い」、2 点以下を「低い」とした上で、3 点以下を“低下者”に該当することとしました。

社会的役割評価方法	
項目	該当する選択肢
①友人の家を訪ねていますか	「はい」
②家族や友人の相談にのっていますか	「はい」
③病人を見舞うことができますか	「はい」
④若い人に自分から話しかけることがありますか	「はい」

社会的役割低下者該当割合



(10) 手段的自立度（IADL）について

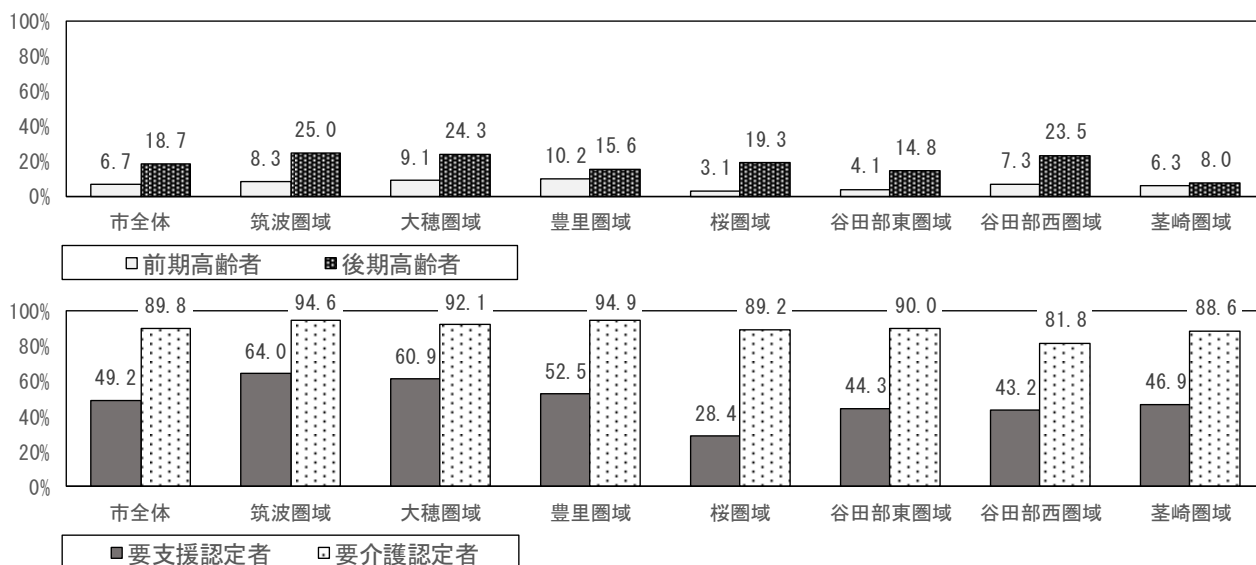
手段的自立度の低下者該当割合は、前期高齢者では6.7%と少ないが、後期高齢者になると18.7%に、要支援認定者になると49.2%に、要介護認定者では89.8%と年齢・介護度によって多くなっています。地域別にみると、前期高齢者では「豊里圏域」の10.2%が、後期高齢者では「筑波圏域」の25.0%が、要支援認定者では「筑波圏域」の64.0%が、要介護認定者では「豊里圏域」の94.9%が市全体よりも多くなっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を1点として合計5点満点で評価し、5点を「高い」、4点を「やや低い」、3点以下を「低い」とした上で、4点以下を“低下者”に該当することとしました。

手段的自立度（IADL）評価方法	
項目	該当する選択肢
①バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
②日用品の買物をしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
③自分で食事の用意をしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
④請求書の支払いをしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
⑤預貯金の出し入れをしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」

手段的自立度（IADL）低下者該当割合



(11) 生活機能総合評価について

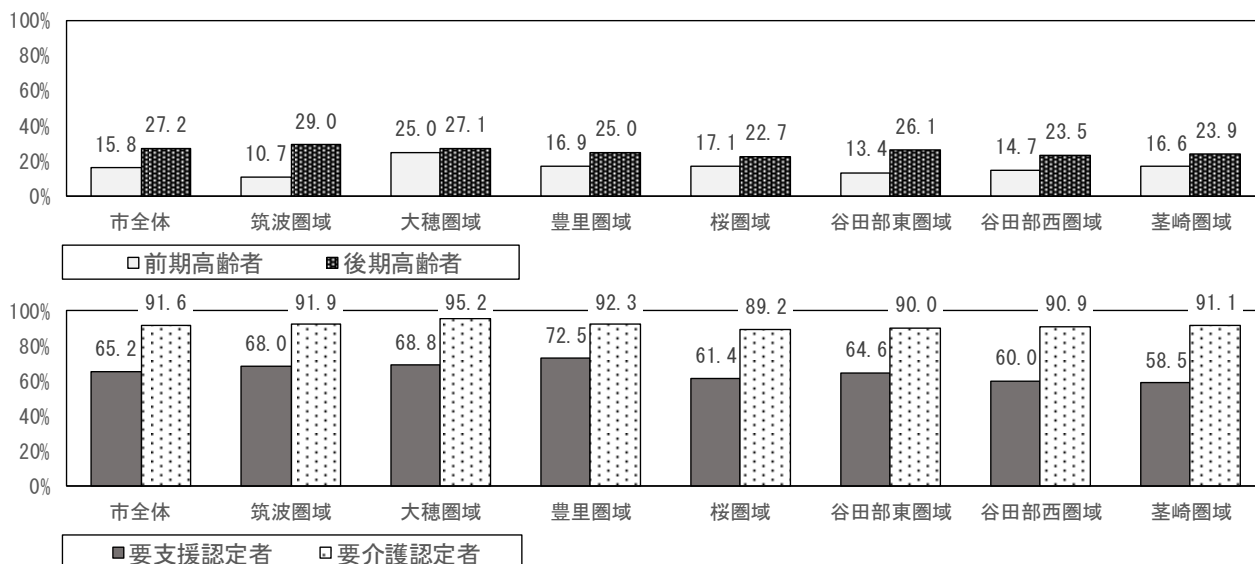
生活機能総合評価の低下者該当割合は、前期高齢者で 15.8%，後期高齢者で 27.2% となっています。圏域別でみると、前期高齢者では「大穂圏域」が 25.0%，後期高齢者では「筑波圏域」が 29.0% と市全体よりも多くなっています。要支援認定者の生活機能総合評価の低下者該当割合は 65.2%，要介護認定者では 91.6% で、いずれの圏域もほぼ同様の割合となっています。

◆評価方法

下記の設問について、該当する選択肢を回答した方を 1 点として合計 13 点満点で評価し、11 点以上を「高い」、9・10 点を「やや低い」、8 点以下を「低い」とした上で、10 点以下を“低下者”に該当することとしました。

知的能動性評価方法	
項目	該当する選択肢
①年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	「はい」
②新聞を読んでいますか	「はい」
③本や雑誌を読んでいますか	「はい」
④健康についての記事や番組に関心がありますか	「はい」
⑤友人の家を訪ねていますか	「はい」
⑥家族や友人の相談にのっていますか	「はい」
⑦病人を見舞うことができますか	「はい」
⑧若い人に自分から話しかけることができますか	「はい」
⑨バスや電車一人で外出していますか（自家用車でも可）	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
⑩日用品の買物をしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
⑪自分で食事の用意をしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
⑫請求書の支払いをしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」
⑬預貯金の出し入れをしていますか	「できるし、している」、 「できるけどしていない」

生活機能総合評価低下者該当割合



2. 介護・介助について

(1) 現在治療中、または後遺症のある病気（上位5項目）

現在治療中、または後遺症のある病気については、前期高齢者、後期高齢者及び要支援1・2、要介護1・2までは「高血圧」が多くなっています。要介護3以上は「認知症（アルツハイマー病等）」が多くなっています。

		最多項目	2番目	3番目	4番目	5番目
一般高齢者	65～69歳 (n=424)	高血圧	ない	高脂血症 (脂質異常)	糖尿病	目の病気
		33.5%	26.9%	16.5%	11.8%	10.6%
	70～74歳 (n=311)	高血圧	ない	目の病気	糖尿病	高脂血症 (脂質異常)
		38.6%	22.8%	13.5%	11.9%	11.6%
	75～79歳 (n=412)	高血圧	目の病気	ない	糖尿病	心臓病
		43.2%	17.0%	16.5%	14.6%	10.2%
	80～84歳 (n=239)	高血圧	ない	目の病気	心臓病	腎臓・前立腺の病気
		43.1%	17.6%	16.7%	13.8%	13.0%
	85歳以上 (n=174)	高血圧	目の病気	心臓病	ない	腎臓・前立腺の病気
		46.9%	16.3%	12.9%	10.9%	9.5%
要支援・要介護認定者	要支援 1・2 (n=689)	高血圧	筋骨格の病気 (骨粗しょう症、 関節症等)	目の病気	心臓病	糖尿病
		43.8%	29.4%	26.1%	19.7%	14.7%
	要介護 1・2 (n=317)	高血圧	筋骨格の病気 (骨粗しょう症、 関節症等)	目の病気	心臓病	脳卒中 (脳出血・脳梗塞)
		41.6%	24.6%	24.3%	18.6%	18.0%
	要介護 3以上 (n=158)	認知症（アルツ ハイマー病等）	高血圧	脳卒中 (脳出血・脳梗塞)	筋骨格の病気 (骨粗しょう症、 関節症等)	心臓病
		36.7%	30.4%	20.9%	19.0%	17.7%

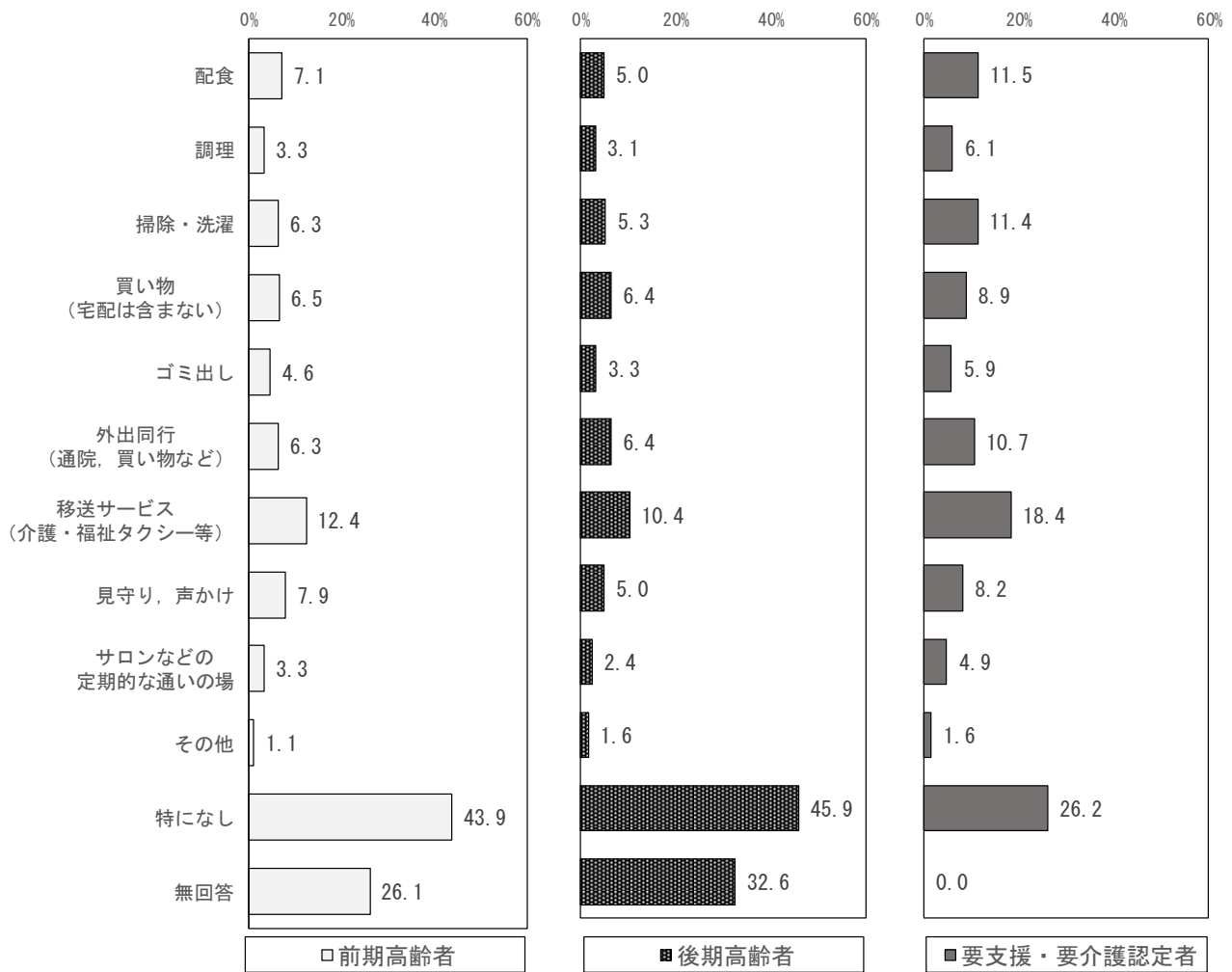
(2) 介護・介助が必要になった主な原因（上位5項目，要支援・要介護認定者）

要支援・要介護認定者の介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」が要支援1・2と要介護1・2で最も多くなっています。要介護3以上になると「認知症（アルツハイマー病等）」が最も多くなっています。「骨折・転倒」や「脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」も全般的に多くなっています。

		最多項目	2番目	3番目	4番目	5番目
要支援・要介護認定者	要支援 1・2 (n=689)	高齢による衰弱	骨折・転倒	心臓病	関節の病気 (リウマチ等)	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
		16.4%	12.7%	9.7%	17.1%	6.4%
	要介護 1・2 (n=317)	高齢による衰弱	認知症（アルツ ハイマー病等）	脳卒中 (脳出血・脳梗塞)	骨折・転倒	心臓病， 関節の病気 (リウマチ等)
		29.7%	14.8%	13.9%	12.0%	8.8%
	要介護 3以上 (n=158)	認知症（アルツ ハイマー病等）	高齢による衰弱	脳卒中，骨折・転倒		心臓病
		32.9%	24.7%	19.6%		8.2%

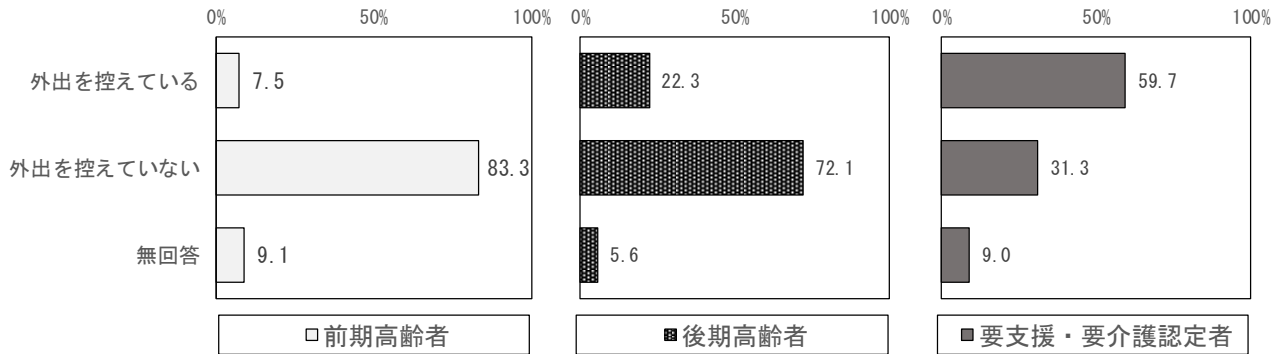
(3) 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が前期高齢者で 12.4%，後期高齢者では 10.4%，要支援・要介護認定者では 18.4%と多くなっています。



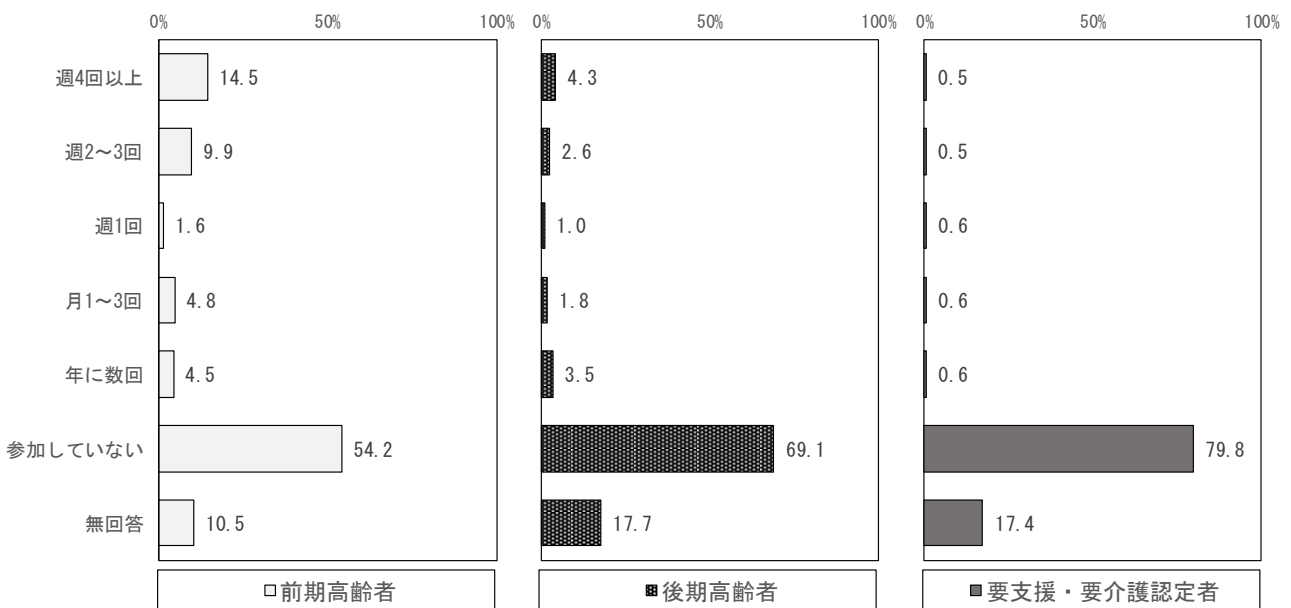
(4) 外出を控えることの有無

外出を控えることの有無については、年齢が上がるほど、また、要支援・要介護度が高くなるほど「外出を控えている」の割合が高くなり、外出する機会が減少していく傾向が見られます。



(5) 収入のある仕事についての高齢者の状況

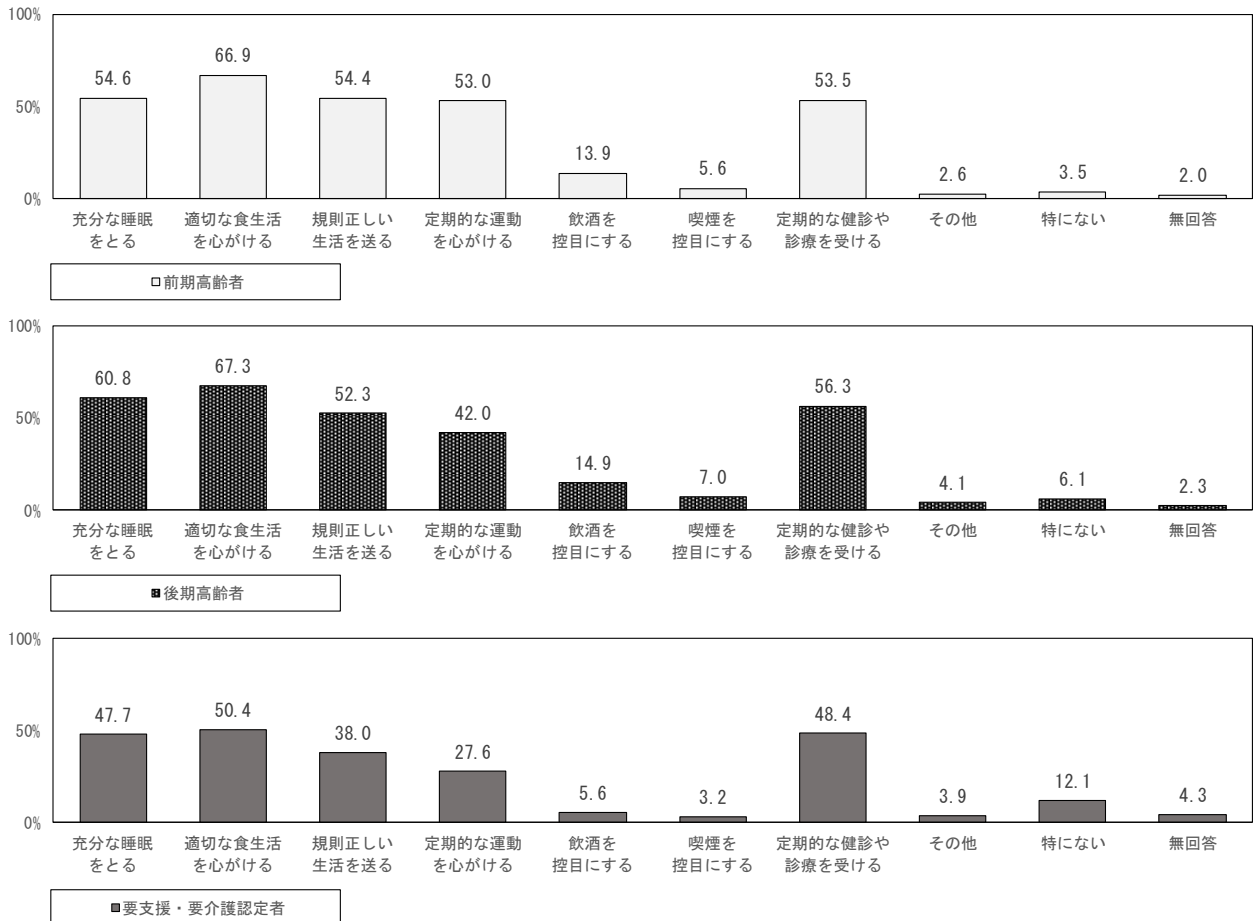
収入のある仕事に就労している割合（「参加していない」「無回答」除く）は、前期高齢者で35.3%、後期高齢者では13.2%となっており、なかでも前期高齢者で「週4回以上」就労している割合は14.5%となっています。一方、要支援・要介護認定者については収入のある仕事の就労は、2.8%となっています。



(6) 健康維持のために取り組んでいること

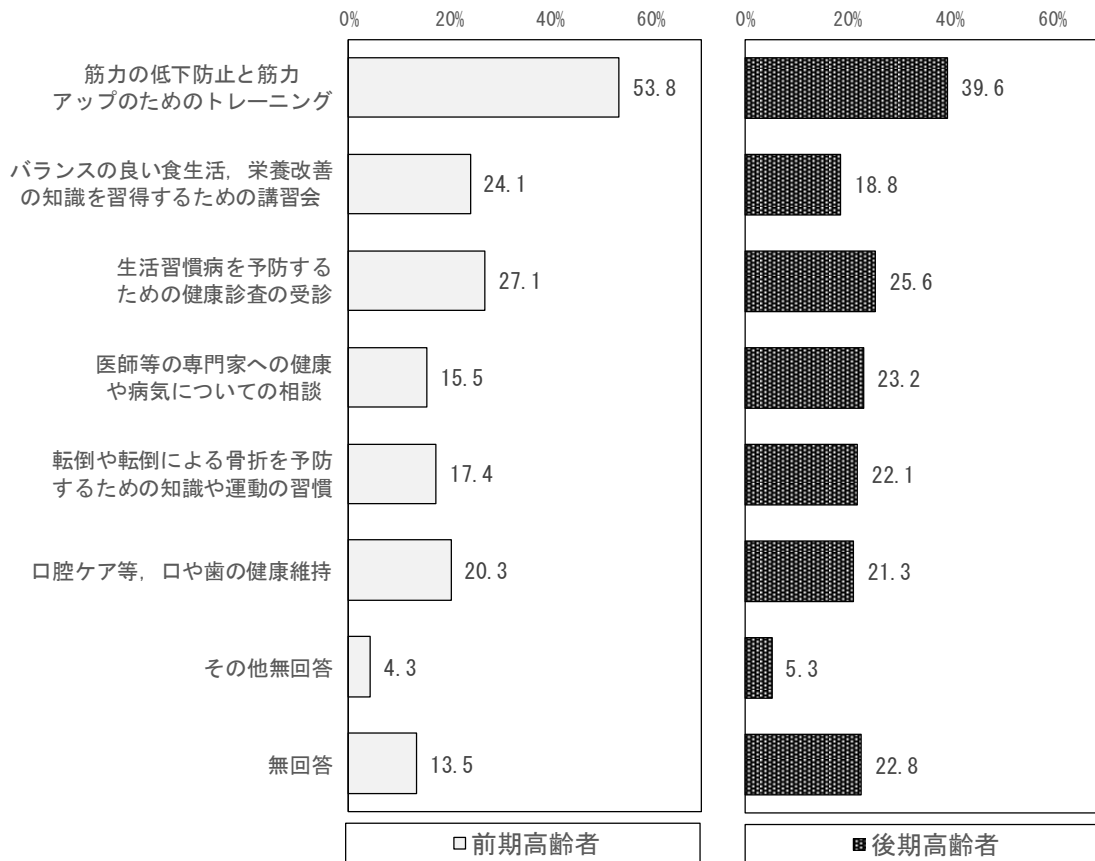
健康保持や疾病予防で取り組んでいることについては、全体では「適切な食生活を心がける」が最も多くなっています。近い割合で「十分な睡眠をとる」が半数を超えています。

「定期的な運動を心がける」では、前期高齢者が 53.5%、後期高齢者については 56.3%と半数を超えているのに対し、要支援・要介護認定者では 48.4%と少なくなっています。



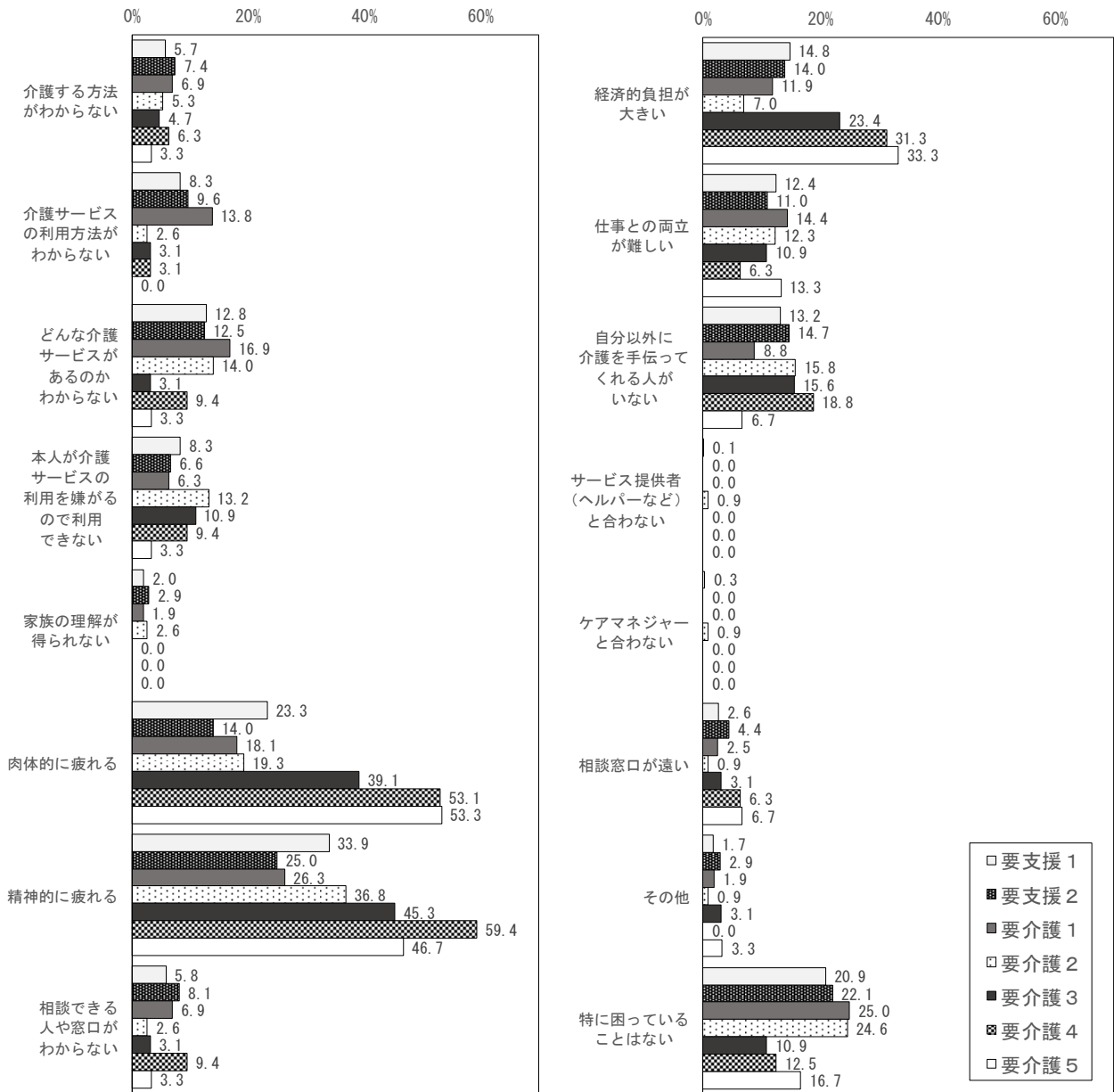
(7) 健康維持のために取り組んでみたいもの

健康機能の維持・向上のために取り組んでみたいものについては、全体では「筋力の低下防止と筋力アップのための運動」が前期高齢者では53.8%、後期高齢者で39.6%とともに最も多く、次いで「生活習慣病を予防するための健康診査の受診」も前期高齢者では27.1%、後期高齢者は25.6%となっています。



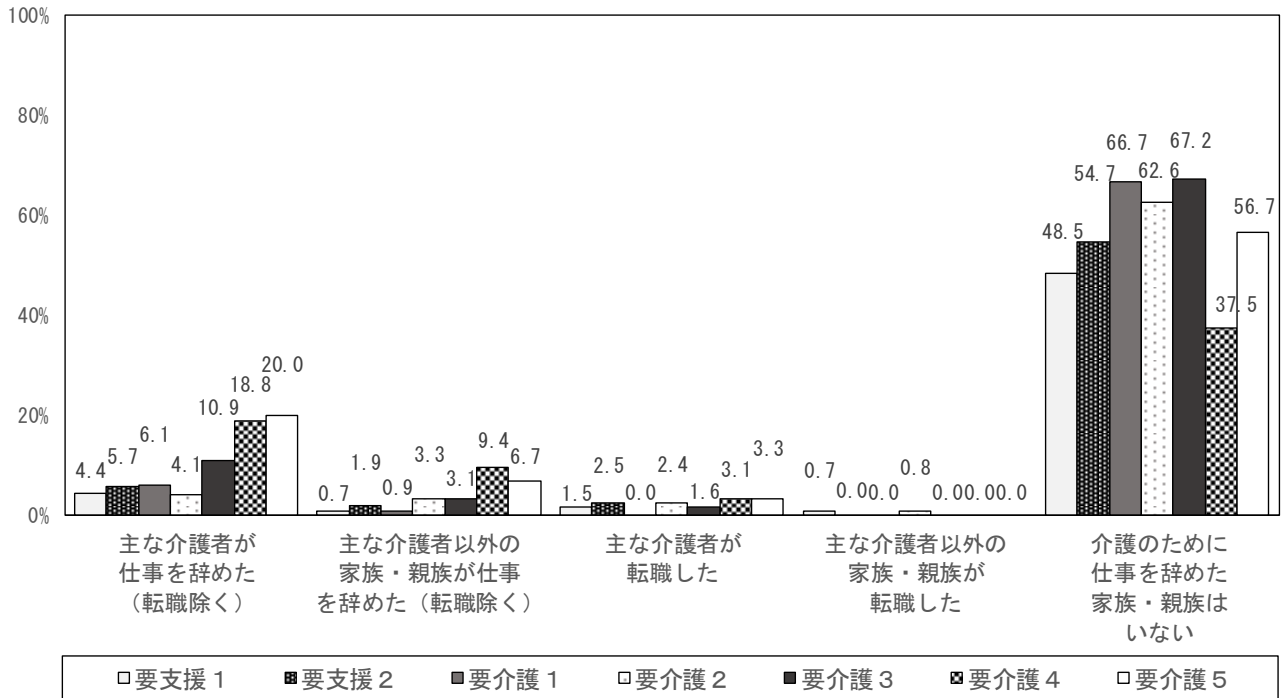
(8) 介護者が介護をする上で困っていること（要支援・要介護認定者の介護者）

介護する上で困っていることについては、全体では「精神的に疲れる」、「肉体的に疲れる」の順に多くなっています。要介護度別では、全体の上位2項目と「経済的負担が大きい」は要介護度が重くなるほど割合が多い傾向になっています。要介護4では「精神的に疲れる」は59.4%、「肉体的に疲れる」は53.1%と半数を超えています。



(9) 介護が主な理由での離職について（要支援・要介護認定者の介護者）

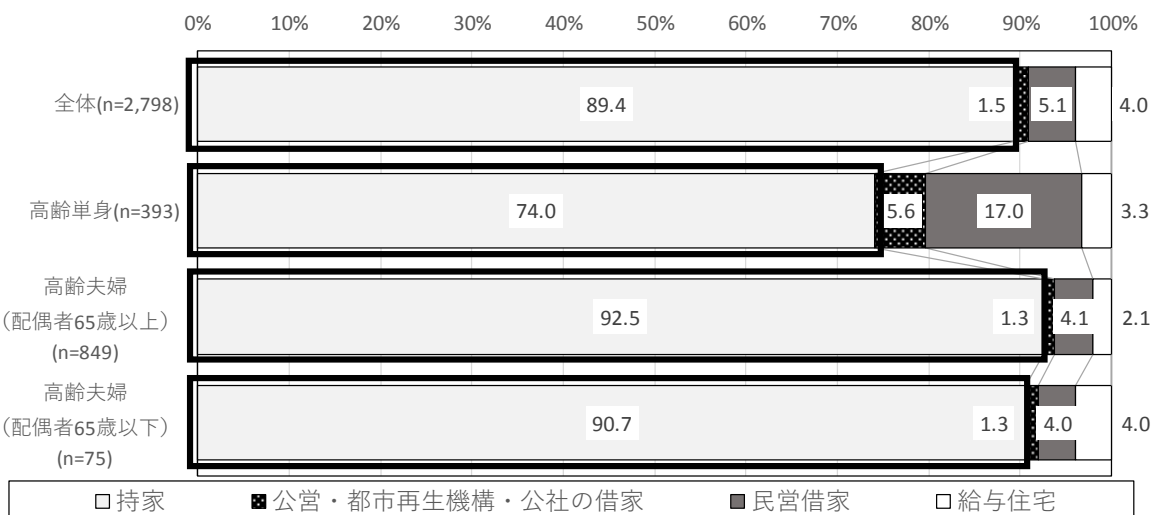
家族や親戚が介護をするなかで、介護を必要とする方の介護を主な理由として、過去1年間に仕事をやめたことについて（介護離職）は、家族や親戚の中で転職または離職をした割合が、要介護度が重くなるほど増えており、要介護度4・5では、2割を超える主な介護者が離職・転職したとなっています。



3. 高齢者の住居について

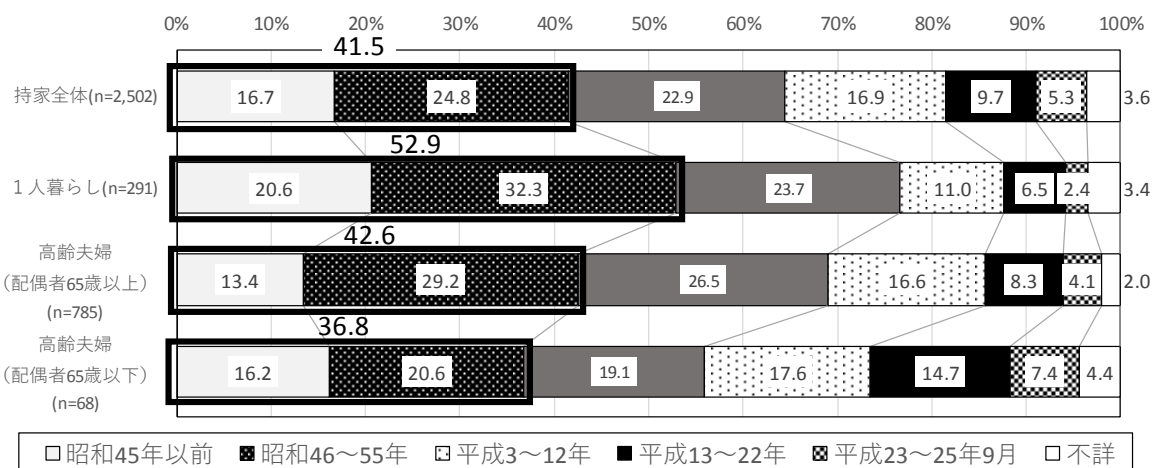
(1) 住まいの形態

高齢者の住まいの形態を家族構成別にみると、高齢単身が74.0%、高齢夫婦（配偶者65歳以上）が92.5%、高齢夫婦（配偶者65歳以下）が90.7%持家に居住しており、高齢単身については他と比べて借家に居住している比率が高くなっています。



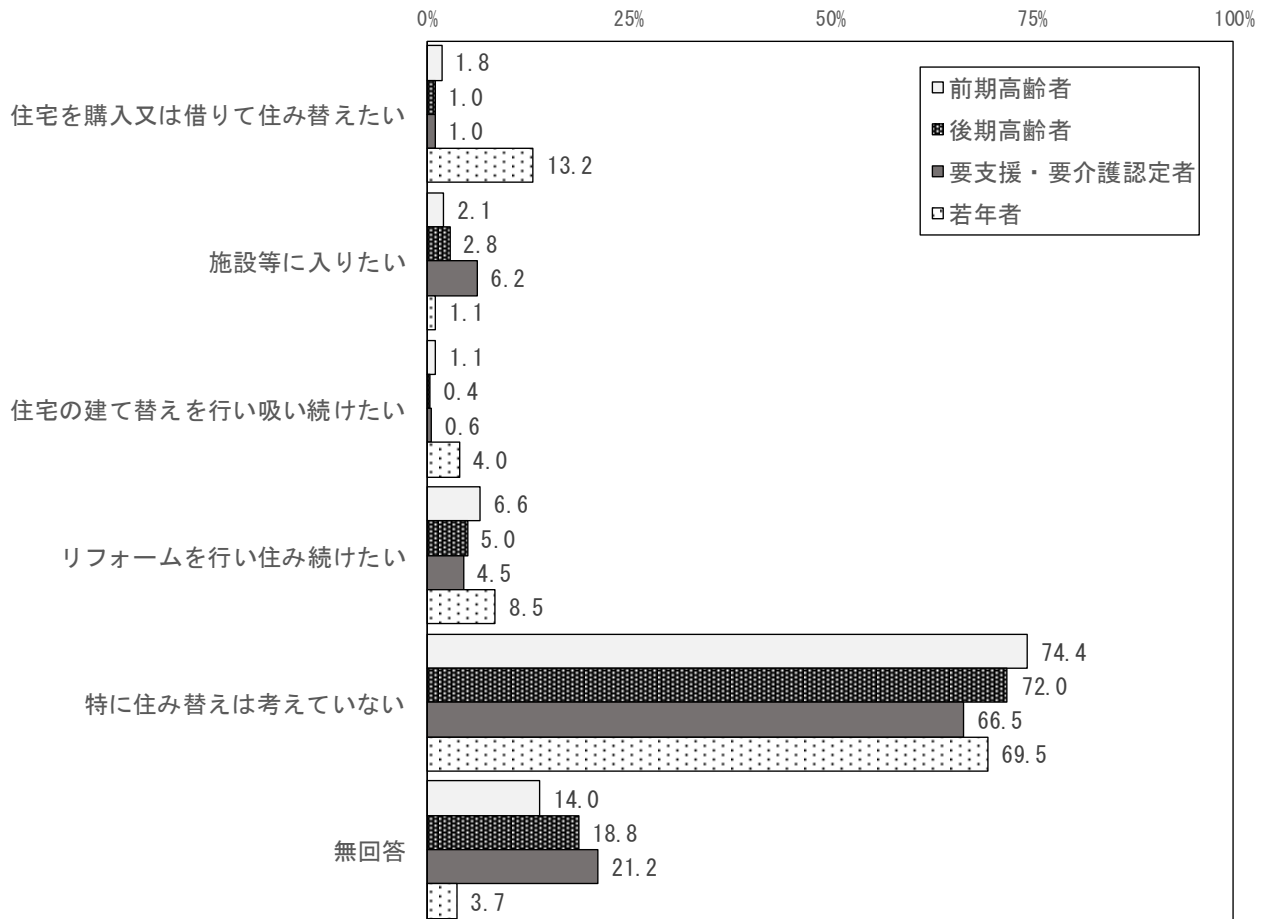
(2) 建築時期

持家と答えている方の建築時期をみると、持家全体に比べて、一人暮らし高齢者は建築時期の古い住宅に住んでいる傾向があります。また、昭和55年にまでに建築された住宅に居住している高齢者は41.5%となっており、昭和56年の耐震基準が導入される前に建築された住宅に居住している比率が高くなっています。



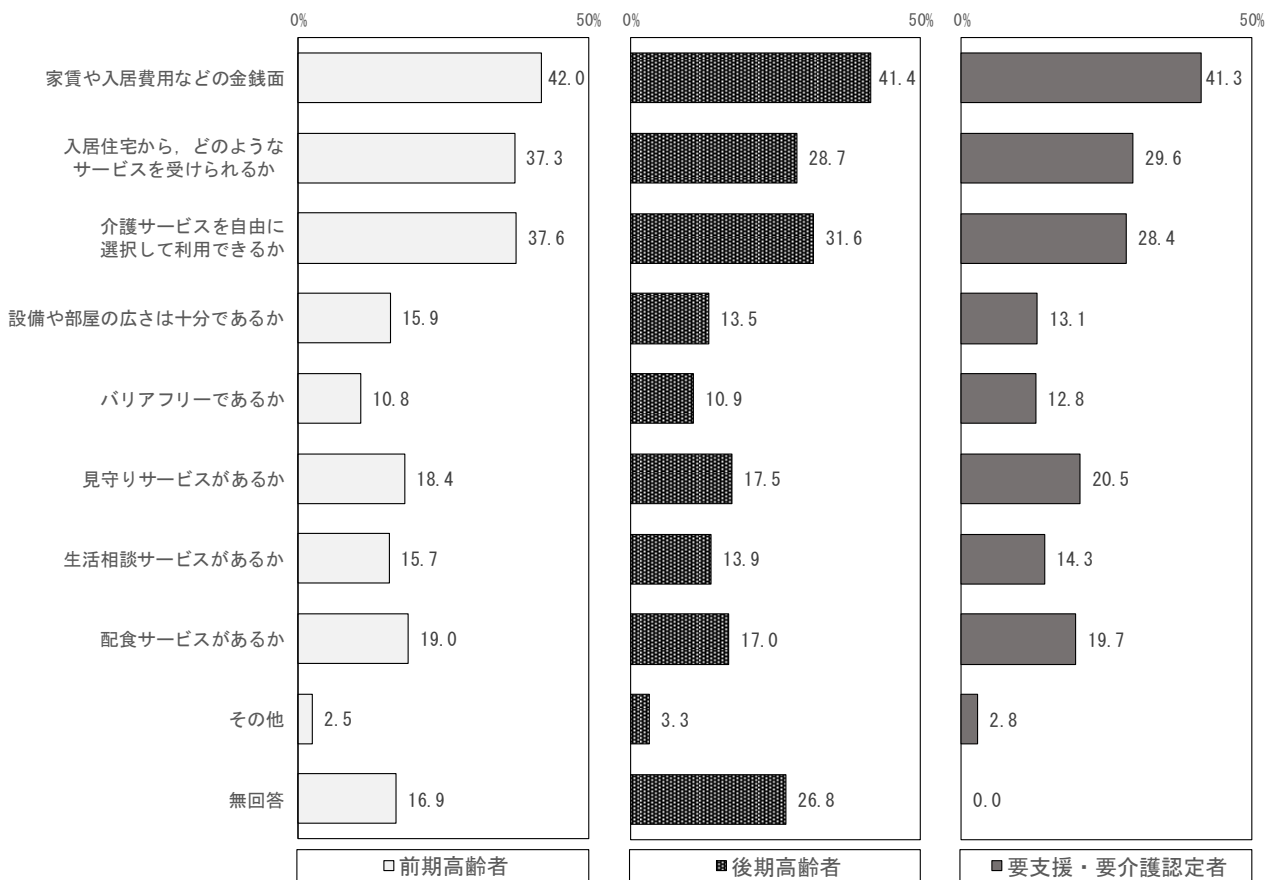
(3) 現在の住居から住み替えの希望

現在の住居から住み替えの希望について、「特に住み替えは考えていない」が半数以上と最も多くなっています。次に若年者では「住宅を購入又は借りて住み替えたい」が13.2%となっていますが、前期高齢者と後期高齢者では「リフォームを行い住み続けたい」が多く、それぞれ6.6%と5.0%となっています。要支援・要介護認定者では「施設等に入りたい」が6.2%となっています。



(4) 高齢者向け住宅を探す際の不安

高齢者向け住宅を探すことになった場合に不安に感じることとしては、市全体として「家賃や入居費用などの金銭面」が最も多く、それぞれ前期高齢者では 42.0%，後期高齢者では 41.4%，要支援・要介護認定者では 41.3%となっています。次に「入居住宅から、どのようなサービスを受けられるか」や「介護サービスを自由に選択して利用できるか」それぞれ約 3 割となっています。

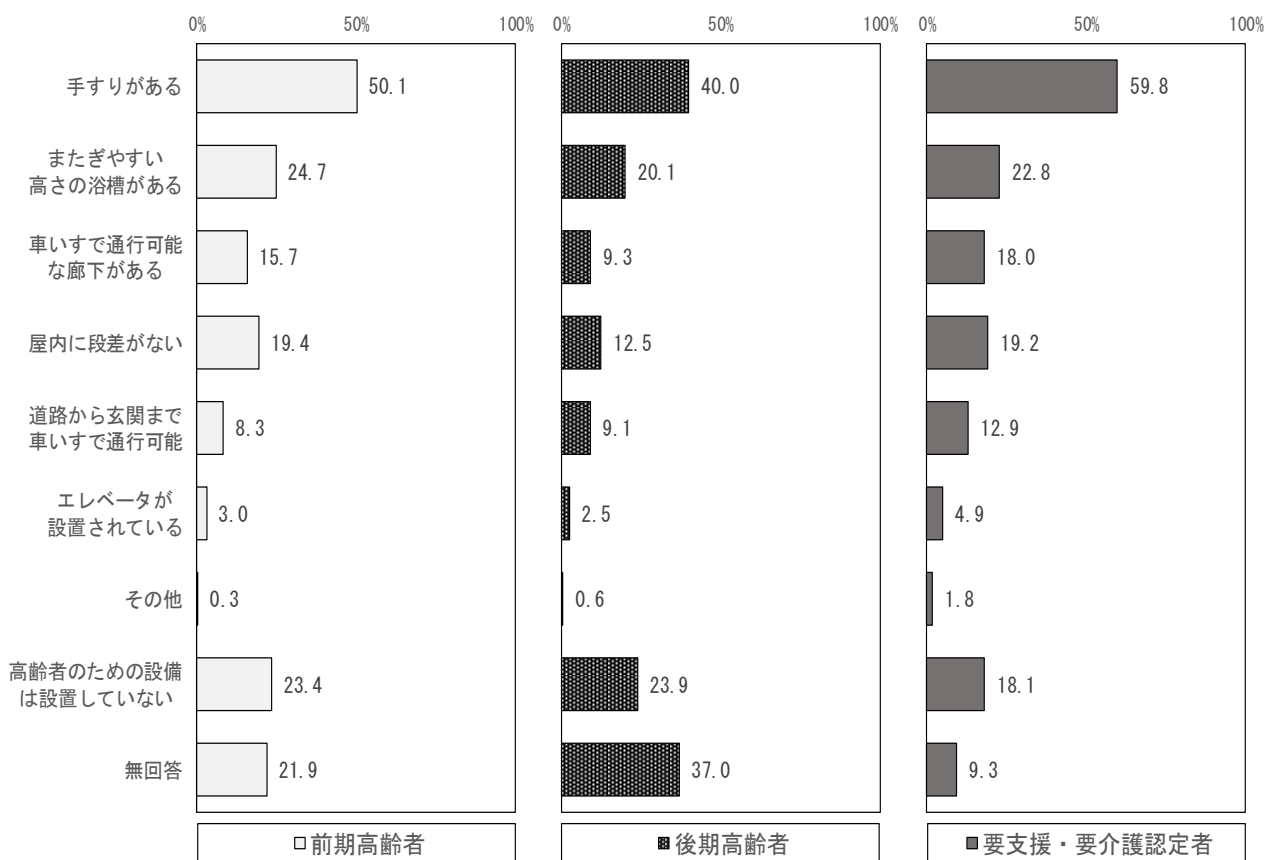


※複数回答

(5) 高齢者のための設備の設置状況

高齢者のための住まいに関する設備の設置状況において、全体として「手すりがある」が最も多く、前期高齢者では 50.1%，後期高齢者では 40.0%，要支援・要介護認定者では 59.8%となっています。次に「またぎやすい高さの浴槽がある」が多く、前期高齢者では 24.7%，後期高齢者では 20.1%，要支援・要介護認定者では 22.8%となっています。

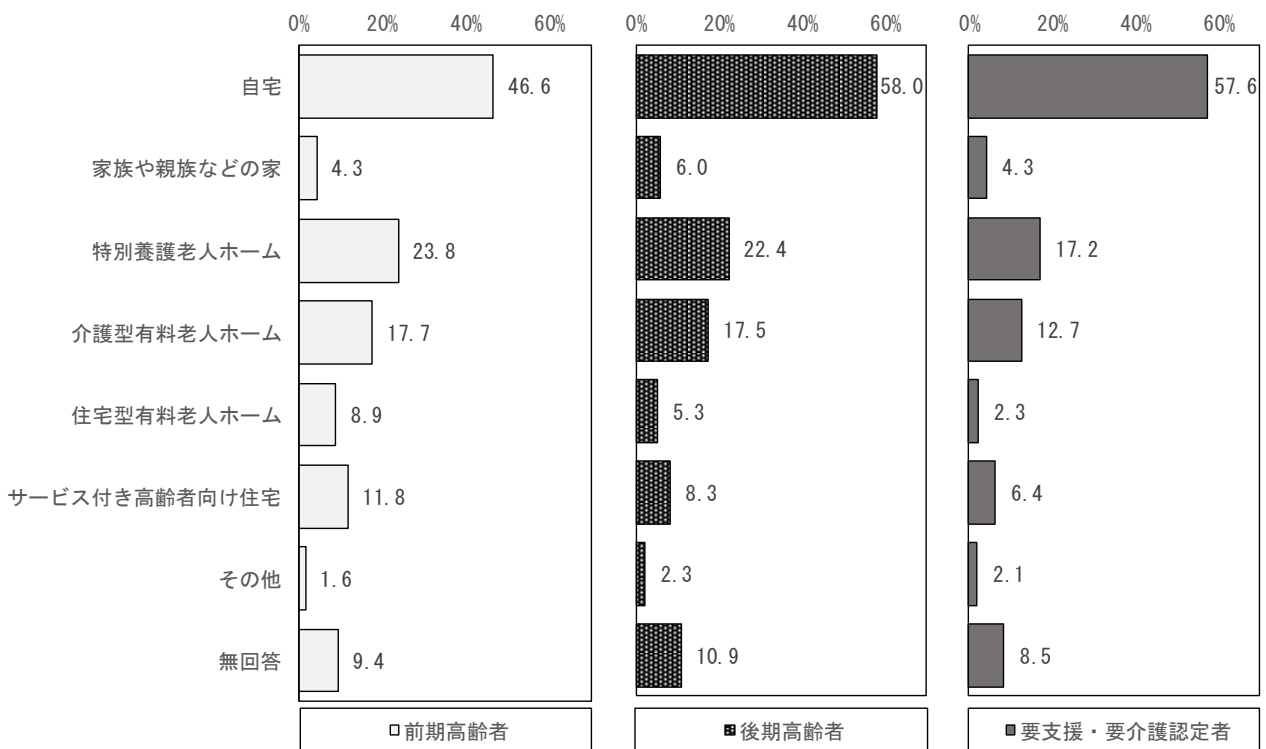
要支援・要介護認定者では、前後期高齢者に比べて他の設備の設置も多くなっていますが、「高齢者のための設備は設置していない」については前期高齢者が 23.4%，後期高齢者が 23.9%，要支援・要介護認定者が 18.1%となっています。



※複数回答

（6）要支援・要介護状態になった場合の暮らしの場所の希望

高齢者が要支援・要介護になった場合（要支援・要介護認定者については要支援・要介護状態が続いた場合）の暮らしの場所について、市全体として「自宅」が最も多く、前期高齢者では46.6%、後期高齢者では58.0%、要支援・要介護認定者では57.6%となっています。次いで「特別養護老人ホーム」が多く、前期高齢者では23.8%、後期高齢者では22.4%、要支援・要介護認定者では17.2%となっています。

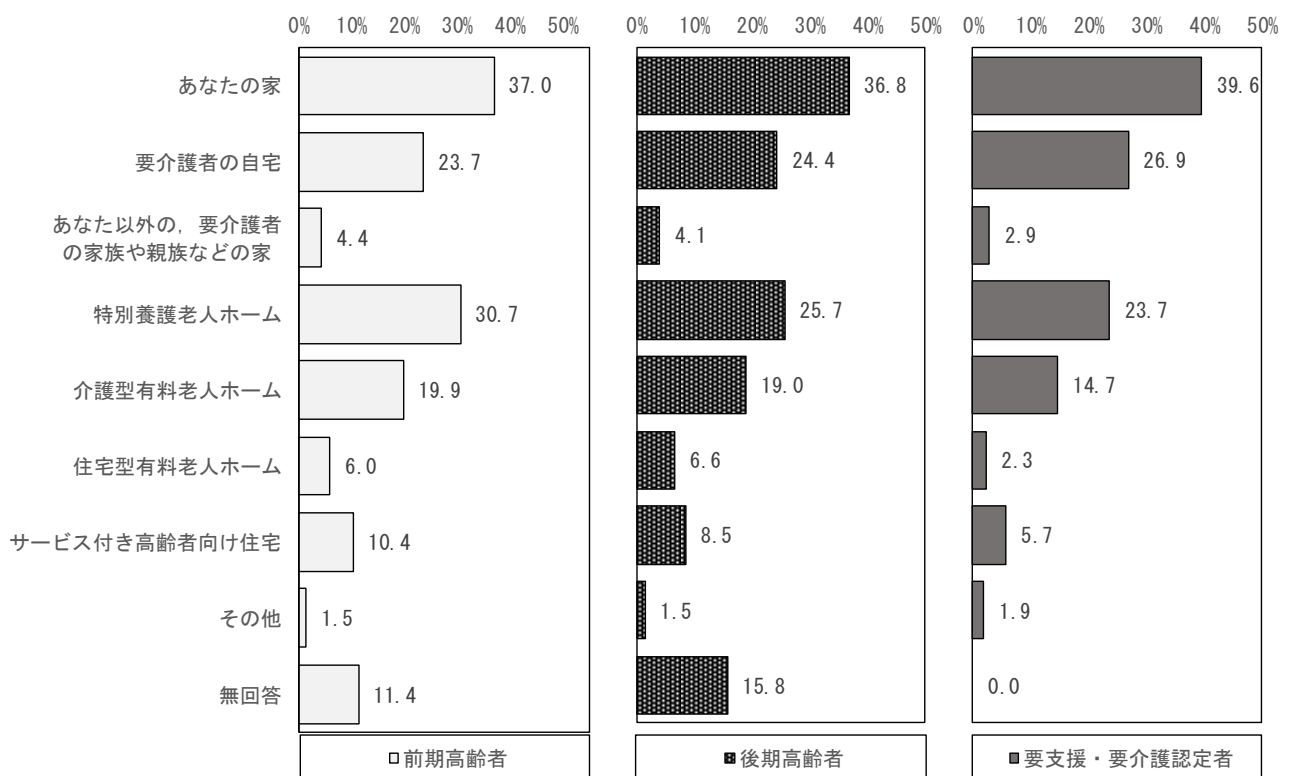


※複数回答

(7) 家族や親戚が要支援・要介護状態になった場合の暮らしの場所の希望

家族や親戚などが今後、要支援・要介護状態となった場合（要支援・要介護認定者については介護者が介護を受けている人に対して要支援・要介護状態が続いた場合）の暮らしの場所について、市全体として「あなたの家」が最も多く、前期高齢者では37.0%、後期高齢者では36.8%、要支援・要介護認定者では39.6%となっています。

介護保険施設については、「特別養護老人ホーム」が、前期高齢者で30.7%、後期高齢者で25.7%、要支援・要介護認定者で23.7%となっています。



※複数回答

第4節 つくば市の課題

1. 在宅生活を支援する地域包括ケア体制の充実

国においては、施設中心の医療・介護から、できるだけ住み慣れた生活の場において、必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を営める地域社会づくりが目指されており、これからの地域包括ケアの中核として、医療と介護と福祉が連携し、高齢者の生活を双方からサポートしていくことが重要となります。

アンケート調査でも要介護認定者のうち介護を受ける側の約5割、介護する側の約4割が「自宅での介護」を望んでおり、在宅サービスを充実させる必要性は大きいと言えます。

利用されている介護保険サービスは、要介護1・2で「通所介護（デイサービス）」が約3割、「通所リハビリテーション（デイケア）」が約2割、要介護3割以上では、「通所介護（デイサービス）」と「短期入所生活介護（ショートステイ）」が約4割となっており、これらのサービスが在宅生活支援の要となっています。

また、ケアマネジャー調査においては、今後充実すべき介護保険サービスとして「短期入所生活介護」が29.1%を最も多く、次に「訪問介護」が24.1%、「訪問看護」が22.0%となっており、今後は要介護度の重い方でも在宅で生活し続けるために医療と連携した訪問系サービスの充実が必要と考えられます。

医療との連携については、ケアマネジャーの78.8%が「十分に連携は取れている」または「まあまあ連携は取れている」と回答している一方で、19.1%は「あまり連携は取れていない」と回答しており、その理由として60.0%が「医師が忙しく日程を調整することが難しい」、約40.0%が「自分自身の医療的な知識が不足している」と回答していることから、今後より医療介護の連携を密にしていくためには、医療職関係者及びケアマネジャーの研修等を充実することが必要となります。

今後さらに、介護保険サービスと医療サービスが補完し合い、病気の状態であっても住み慣れた場所での生活を営めるように支援する地域包括ケアの体制づくりを進めていく必要があります。

2. 相談窓口・情報提供の充実

高齢者が、介護が必要となり各種のサービスを利用するには、地域の介護相談窓口である地域包括支援センターや市役所の担当課に相談し、要介護認定を受けるなどの手続きが必要となります。

アンケート調査では、介護者において、「地域包括支援センター」を知らない割合は3割を超えており、これらの相談窓口のさらなる周知と利用の促進を図っていく必要があります。

情報の入手手段としては、前後期高齢者と若年者では「市の刊行物（広報紙等）」が多くなっています。インターネットについては、高齢者から敬遠される向きもあり、多様な媒体を活用しながらも、引き続き広報紙や回覧を中心とした内容的にも分かりやすい情報提供に努めていく必要があります。

ケアマネジャーからは市に望むこととして「最新で適切な情報提供」の回答が約半数と突出しており、引き続き介護保険事業者等に向けた情報発信についても強化を図っていく必要があります。

3. 高齢者の被害防止対策

近年、過度な営利を目的とした介護サービスや生活支援サービスの事業者が問題となっております。無届有料老人ホームなどが高齢者虐待の温床とならないよう、監査・指導を強化する必要があります。

ケアマネジャーの調査では、約7割が、高齢者虐待が疑われる場面に遭遇した若しくは相談を受けたことがあると回答しており、高齢者の虐待は決して少なくはありません。

また、様々な手口を用いた悪質商法による高齢者の被害も増加していますが、こうした消費者被害の背景には、ひとり暮らしまたは夫婦のみで暮らす高齢者が増加し、身近に適切な相談相手がいないという問題があります。

被害防止に向けて、高齢者の家族や高齢者自身、地域住民、民生委員、介護事業者などが日頃から、高齢者と相談しあえる環境づくりに努めるとともに、家族に対し成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を促していくことも重要です。

4. 健康づくり活動支援

アンケート調査においては、要介護認定者の介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」が要介護認定者で最も多く、次いで「認知症」、「骨折・転倒」が多い項目となっています。また、現在治療中、または後遺症のある病気については、前期高齢者、後期高齢者及び要支援認定者、要介護1・2では「高血圧」が多く、要介護3以上では「認知症（アルツハイマー病等）」が多くなっています。

運動機能低下や認知症、転倒などでは高齢者のリスク該当割合も高いことから、高齢者を対象とした介護予防の取り組みとともに、40～50歳代の比較的若い世代からの生活習慣病対策や健康づくり、重症化予防に取り組むことが介護予防につながると考えられます。

高血圧についても、塩分の過剰摂取を避ける食生活の見直しや、日常的に血圧を測る習慣を喚起する活動を広げることで、高血圧により引き起こされる脳卒中や心筋梗塞などの介護・介助に繋がる病気を未然に防ぐ必要があります。

高齢になるほど定期的な歯科受診が少なくなる傾向があります。口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するために高齢期の定期的な歯科受診などの口腔ケアの促進が必要です。

5. 高齢者の生きがいをづくりの支援

アンケート調査では、前期高齢者は約7割、後期高齢者の約8割は収入のある仕事に就いていませんが、高齢者の8割以上は元気な高齢者であり、さらに半数以上が地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味のグループ活動の機会があれば参加したいと回答しています。高齢者が地域の中で役割を持ち、健康状態を保ちながら生きがいを持って過ごすことは、これからの労働人口の減少を補い、地域の活力を維持していくためにも重要です。

また、近年では、高齢期の所得確保が大きな不安要素となっているため、定年退職後の就業機会を提供するとともに、生きがいをづくりや社会参加を支援するため、シルバー人材センターの充実強化を図っていく必要があります。就労対策だけではなくボランティア活動やシルバークラブなど、高齢者自身が集い、交流や健康づくり活動ができる場を充実させることも重要です。

地域活動の参加状況については、「自治会・町内会」が最も多く、前期高齢者では約半数、後期高齢者では3割が参加となっています。高齢者の活動の中心となってきた「シルバークラブ」については参加の割合が低くなっており、今後の高齢者のニーズに合ったシルバークラブの在り方が求められています。

今後は、ひとり暮らしや認知症高齢者の見守り、災害時支援、若い世代との交流など元気な高齢者が地域社会の担い手として地域活動に積極的に参加することが期待されており、より多くの高齢者が参加できるよう、ボランティア活動等に関する情報提供の在り方やきっかけを検討する必要があります。

6. ひとり暮らし・高齢者世帯に対するサービスの充実

高齢者人口の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の増加が予想されます。こうした高齢者世帯では、突然の発病やけが、災害等の発生に対して脆弱である場合が多く、高齢化が進むにつれ定期的な見守りやサポートが不可欠であると言えます。

アンケート調査では、前期高齢者の7.4%、後期高齢者の11.1%、要支援・要介護認定者の19.7%が「ひとり暮らし」と回答しています。また、要支援・要介護認定者の2人に1人が、日中一人になることが「よくある」と回答しています。これら的高齢者については、在宅での生活が困難となった場合に介護保険施設などに入る必要性が高くなると考えられます。

また、ケアマネジャーの調査では、区分支給限度基準額を超えるサービス利用者が「いる」と回答した割合は19.1%となっております。今まで利用者の負担を考えると、本当に必要なサービスより、制限したサービスにしなければならなかったケースが「あった」と回答した割合も46.8%となっております。

さらに、ケアマネジャーの視点からは、今後充実させた方がよい介護保険外のサービスとして、「緊急通報システム事業など24時間見守りサービス」の項目が43.3%と最も多く、次に「配食サービスなど食事サービス」が37.6%、「福祉有償運送事業など移送サービス」が34.0%の順と高くなっています。

近年では、ひとり暮らし高齢者の孤立死も大きな社会問題となっており、行政や自治会等が事前に情報を把握できないケースもあることから、地域や事業者との連携によるひとり暮らし・高齢者世帯などに対する日常生活の支援や見守りを充実していく必要があります。

7. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

高齢者人口の増加とそれに伴う要支援・要介護認定者の増加により介護予防とともに高齢者への支援やサービスを総合的に提供する必要があります。

アンケート調査では、高齢者は加齢とともに外出を控える傾向が見られ、特に後期高齢者である75歳以上からその傾向が顕著に見られます。要支援・要介護認定者においては60%以上が外出を控えている結果となっています。その理由として、一般高齢者、要介護認定者ともに「足腰などの痛み」が最も多く挙げられています。また、介護が必要となった主な原因として「高齢による衰弱」と「認知症（アルツハイマー病等）」が多く挙げられています。今後の在宅生活の継続するために必要な支援・サービスの内容として、外出同行などのサービスの要望が多くなっています。

また、健康保持や疾病予防で取り組んでいることについては、「適切な食生活を心がける」や「十分な睡眠をとる」割合に対して、「定期的な運動を心がける」は少なくかつ、年代によっても前期高齢者で53.5%、後期高齢者で56.3%と割合が減少しています。

閉じこもりの防止や高齢期のアクティブな生活を支えるために、身体機能維持や膝痛・腰痛対策から行政、事業者、及び住民が一体となった訪問系、移動系のサービスの規制緩和や拡充を図ることにより、「閉じこもりリスク」を減少させ、介護が必要となる身体機能の衰えや認知症に対し更なる充実した介護予防で取り組む必要があります。

8. 家族介護者の支援

在宅の要介護者が増えていく中で、自宅で介護をしている家族介護者も今後ますます増えていくことが予想されます。アンケート調査では、自宅で介護している人の半数近くは「配偶者」であり、そうした家族介護者の高齢化も大きな課題となっています。

また、アンケート調査では、家族介護者の約3割が「精神的に疲れる」、約2割が「肉体的に疲れる」と回答していますが、今後介護を続けていくことに対する考えについては、約6割が「問題はあるが何とか続けていける」、と回答があり、家族介護者が在宅介護を続けていくために物心両面で支援が求められています。

具体的な支援としては、「相談機能の充実」や「保健・医療・福祉の連携による情報提供の強化」といった事項にアンケートの回答が集まっています。

家族介護者への精神面の支援としては、要介護認定者だけでなく介護者も含めたケアマネジメントに取り組むことや介護者がいつでも集まり話し合える場、介護者のための相談窓口の充実も重要です。

また、介護は経済的な負担も大きいことがアンケート調査からはうかがえ、在宅介護を続けるにあたっての必要な支援として「介護期間の現金給付」や「介護期間の年金保険料の補助」といった経済的支援に対する要望が高くなっています。

介護者が比較的若い場合には「仕事との両立が難しい」といった回答もみられ、介護休業制度を介護者や企業に対して啓発し、制度を利用しやすい環境を整えていくことが必要です。

9. 認知症地域支援の推進

地域包括ケアは医療と介護と福祉の連携だけでなく、地域住民による地域福祉の力も大切な要素となります。特に、今後も増加が予想される認知症高齢者に対する支援は、徘徊などの問題を伴うため、介護家族だけでなく、地域の見守りが非常に大切となります。

アンケート調査では、認知症リスク該当者の割合も高く、市民が認知症に対する理解を深めることにより、地域全体で「認知症の疑いに早めに気づく」体制を構築することが重要と考えられるため、認知症に対する事業を充実させるとともに認知症サポーターやキャラバン・メイト、地域住民有志などによる地域の見守り活動を進めていく必要があります。

10. 高齢者の住まいの確保

急速な高齢化の進行と核家族化により、高齢単身世帯・高齢夫婦世帯等高齢者のみの世帯が増加しています。地域によっては、若い世代が著しく減少しているところもあり、地域を支える人材が不足していることが指摘されています。このため、高齢者世帯が地域で孤立しないよう、高齢者の生活支援体制づくりが求められています。

また、借家に居住する高齢者、建築時期が古い住宅に居住する高齢者の多くが一定のバリアフリー化水準以下の住宅に居住していますが、半数以上は「特に住み替えは考えていない」と回答しています。高齢化に伴い、身体の機能が低下すると、日常の動作を負担に感じたり、転倒などの事故に遭ったりするおそれがあるため、高齢期の生活に配慮した住まいのバリアフリー改修を行うこととバリアフリー改修の必要性を周知することが求められています。

民間賃貸住宅市場においては、事故発生の不安などから、高齢であることを理由に単身高齢者などに対する入居敬遠が指摘されています。高齢者が入居できる賃貸住宅の数の確保や地域での見守りなど、高齢者が円滑に民間賃貸住宅に入居でき、安心して生活できる仕組みづくりが求められています。

高齢者の住まいに関するニーズは一人ひとり異なることから、きめ細かに対応した高齢者の住まいの確保と高齢者が自らのニーズに応じたサービスを選択するための情報提供が求められています。また、今般、住宅運営事業者による入居者への独占的な介護サービスの提供等が問題視されているため、住宅運営の適切な指導による事業者の質の向上が求められています。

11. 避難行動要支援者対策の強化

平成 23 年 3 月 11 日に起きた東日本大震災では、死者・行方不明者合わせて 2 万人を超えるなど甚大な被害が発生しました。本市においても亡くなられた方や家屋倒壊が起きるなどの被害がありました。その東日本大震災で亡くなられた方の半数以上が高齢者とされています。高齢者等の避難行動要支援者の避難支援などについて取組を進めていく必要があります。

本市において大震災が起こった場合は、家屋倒壊による被害が多くなることが予想されるため、地域ごとに、近隣に住む高齢者のいる世帯がどの程度あり、心身の状況はどのようなかなどを把握し、災害時の高齢者避難支援対策と災害時に地域住民が連携して高齢者を支援するボランティアを構築することが課題となります。

また、介護保険施設において、自力での避難が困難と考えられる入所（居）者の無事を確保するため、災害対策を強化するよう促すとともに、災害時には避難所としての機能を発揮できるよう、協力を呼びかける必要があります。

第3章 つくば市の高齢者福祉の基本的な考え方

第1節 基本理念

高齢者と介護者が生きがいを持ち、
住み慣れた地域で安全で安心して暮らせるまちづくり

第3期計画から『高齢者と介護者が生きがいを持ち、住み慣れた地域で安全で安心して暮らせるまちづくり』を基本理念としてきましたが、本計画でもこの理念を引き続き継承していきます。

第2節 基本視点（施策の柱）

基本理念の実現を図るため、キーワードである「高齢者」「介護者」と「地域」の3項目を柱立てにして、施策体系を組み立てます。



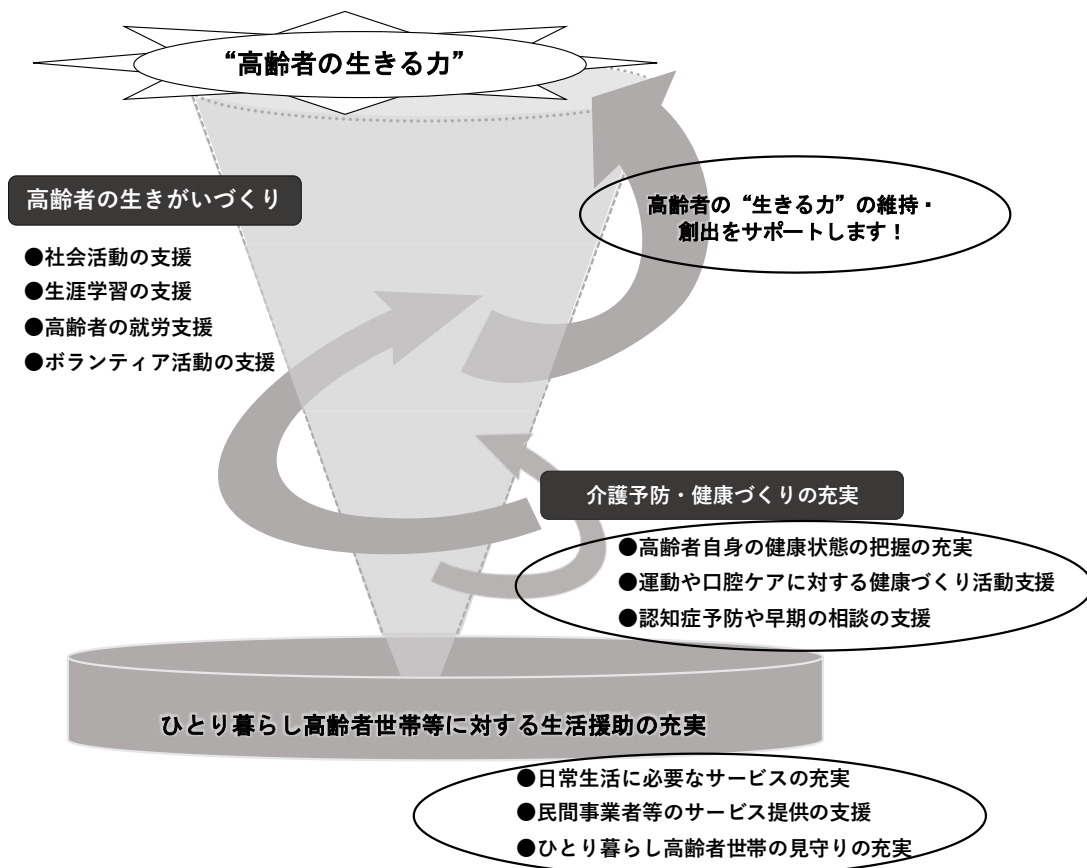
基本視点 I 高齢者の生きる力を支えます

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも健康で、できる限り自立した生活を送ることができるよう、日常生活に必要な福祉サービスを中心として、運動機能向上、口腔ケアや認知症予防などテーマに応じた介護予防事業や健康づくり事業の充実を図ります。

また、今回の制度改正に伴い、要支援者及び基本チェックリスト該当者に対する介護予防や配食・見守り等の生活支援サービスを総合的に提供する介護予防・日常生活支援総合事業を推進します。

本格的な高齢化社会が進行し、労働人口が減少する中では、高齢者はこれまでの「支えられる高齢者」だけでなく、地域社会や介助を必要とする高齢者を「支える高齢者」としての役割が求められています。

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等にもなります。はりのある生活の維持や高齢者の有する技術や知識を地域で役立たせるため、就労機会、ボランティア活動や趣味・生きがいの講座などソフト面を充実させることで、高齢者の生きる力の維持・創出を支えます。

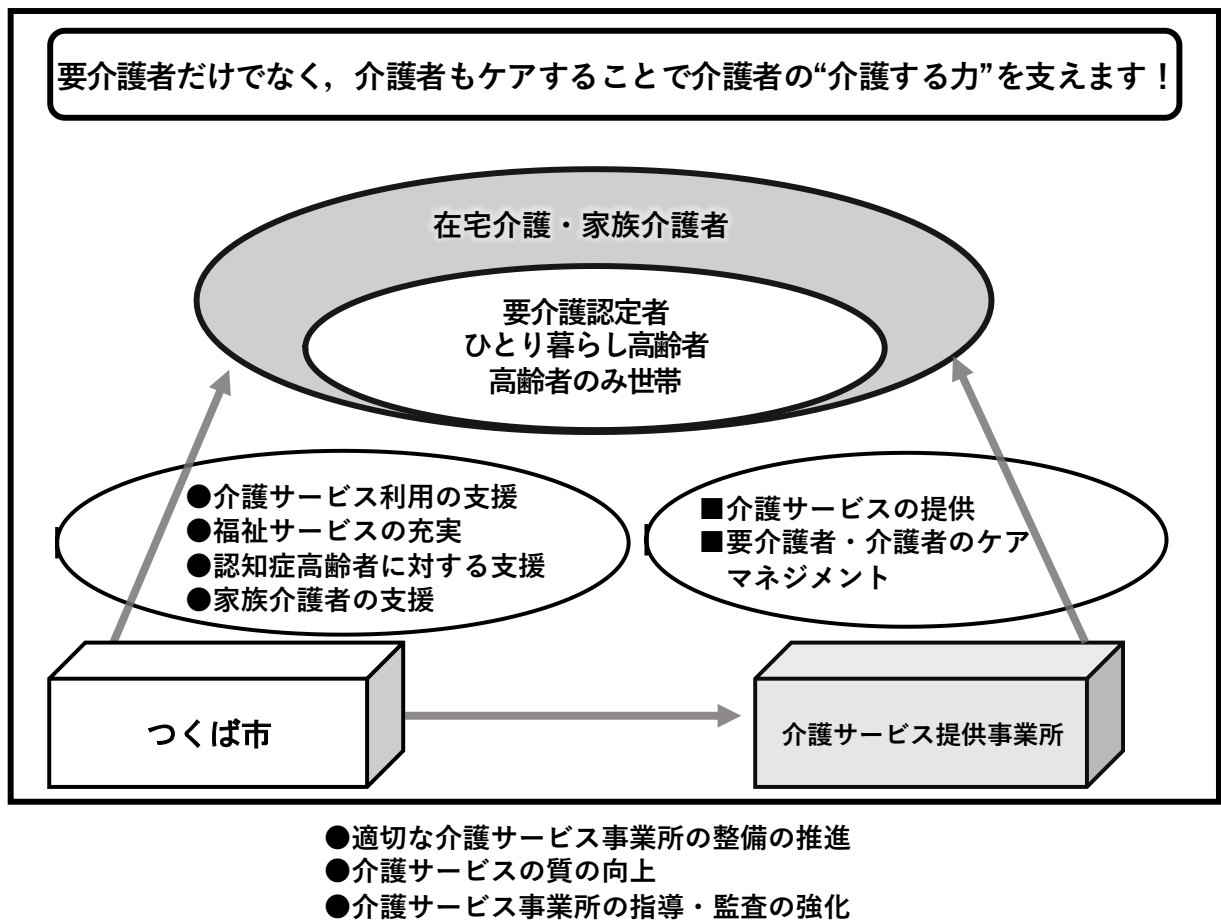


基本視点Ⅱ 介護者の介護する力を支えます

高齢者が要介護状態になっても住み慣れた自宅で生活し続けるには、地域による見守り支援や介護保険サービスなど公的サービスによる支援といった重層的な支援体制が必要とされます。そのため、介護保険サービスや市の福祉サービスを積極的に利用できるよう、経済的支援などの利用支援を充実させるとともに、介護サービスの提供基盤の充実やサービスの質の向上に取り組み、必要とするサービスを利用しやすい環境の構築を図ります。

また、要介護高齢者が在宅生活を続けるにあたって重要となる家族介護者について、介護の負担を少しでも軽減し介護し続けられるよう、精神面のサポートや一時的な息抜きの場、交流の場などの支援を充実させるとともに、介護サービス事業所と連携して、家族の支援も実施できるよう努めます。

介護者の人材確保・育成についても、将来の要介護者増加に伴う人材不足の解消及び介護離職の防止に努めます。



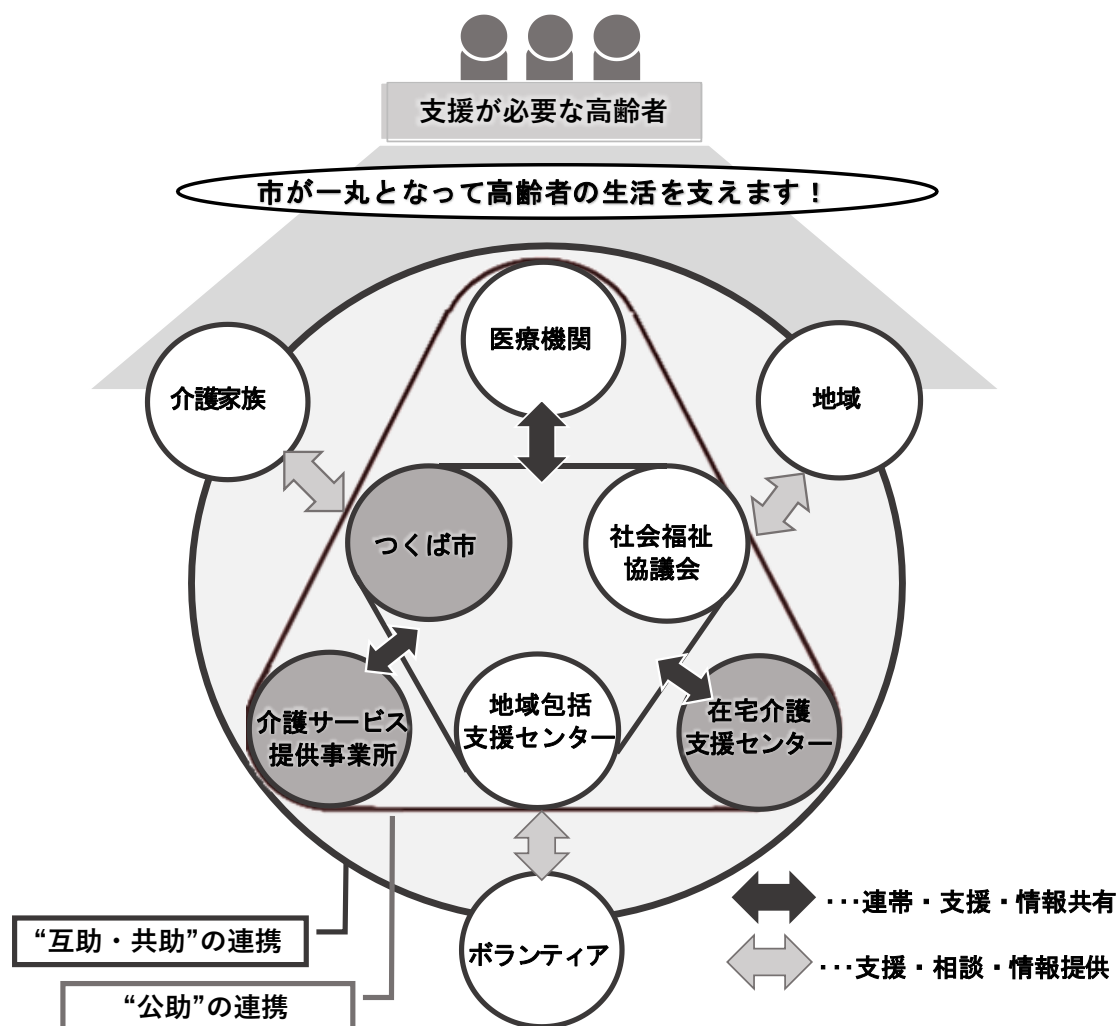
基本視点Ⅲ 地域で高齢者の生活を支えます

国においては、団塊の世代が75歳以上となり、疾病や要介護状態にある高齢者数が大きく増加することが予想される平成37年を目標年度とした「地域包括ケアシステム」の完成に向けた取組が進められています。本市では、地域コミュニティ（自助・互助・共助）の連携強化と介護・福祉・保健サービス等（公助）の支援の充実など重層的な支援体制で、地域福祉を推進し地域包括ケアシステムを構築することが必要です。

また、より専門的な相談や事例に対応するため、市や地域包括支援センターは地域の医療・福祉・介護の多職種と関係を強化していきます。

そして、災害時の避難拠点として対応力を強化するため、災害ボランティアの育成配置を進めるとともに、介護施設等の災害時の対応力を高め、要介護認定者等利用者の安全を確保し、かつ、機能するよう耐震整備の促進等、必要な対策を進めます。

さらに、住まいの確保についての取組や、住まいのバリアフリー化、権利擁護、消費者トラブル対応等、高齢者が安全で安心できる暮らしを確保するため、庁内外の部署・機関との連携の強化を図り、推進します。



第3節 施策体系

施策目標	施策方針	具体的な施策・事業		
地域共生社会の実現に向けて	地域包括ケアシステムの推進	地域包括支援センターの充実		
		地域包括支援センターの運営体制 在宅医療・介護連携の推進 地域ケア会議の充実 生活支援体制の整備 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 地域見守りネットワーク事業		
	介護・福祉サービスの情報提供・相談体制の充実	市民に対する情報提供 出前講座 総合相談支援事業 介護サービス相談員派遣事業		
		権利擁護の推進		
	健康づくりの推進	高齢者の健康づくりと社会参加の支援	健康づくりの推進	
			健康診査事業 健康相談事業 健康手帳の交付	
		高齢者の社会活動と就労支援	シルバークラブ育成事業 いきいきサロン ふれあいサロン事業 いばらきねんりんスポーツ大会 おひさまサンサン生き生きまつり シルバー人材センター 地域福祉推進事業	
			介護予防・生活支援サービス事業 (※計画中)	
				一般介護予防事業
			ICT（情報通信技術）高齢者いきいき健康アップ事業	
			いきいきプラザでの運動教室	
			自主活動支援事業	
出前体操教室事業				
介護支援ボランティア事業				
こころとからだの健康教室				
介護予防・日常生活支援総合事業の推進				

施策目標	施策方針	具体的な施策・事業
介護者支援と在宅高齢者の生活支援	在宅介護・家族介護者の支援の充実	
	在宅福祉サービスの充実	あん摩・マッサージ・指圧・はり及びきゅう施術費助成事業 ねたきり高齢者理美容料助成事業
	家族介護者の支援	在宅要介護高齢者等紙おむつ購入費助成事業 はいかい高齢者家族支援サービス事業
	介護サービス事業所の整備・質の向上	
	介護サービスの質の向上	要介護（支援）認定の適正化 介護予防ケアマネジメント事業 ケアマネジメント等の適正化 住宅改修等の適正化 事業者のサービス提供及び介護報酬請求の適正化
	介護サービス事業所の指導・監査の強化	介護サービス事業所の指導及び監査
	介護人材の確保	介護人材の処遇改善とキャリアアップの構築 つくば市介護職員就労スタートアップフォロー給付金 つくば市介護職員キャリアアップ費用給付金 つくば市介護ロボット導入支援事業
	ひとり暮らし高齢者・高齢者世帯への支援の充実	
	日常生活に必要なサービスの充実	布団丸洗い乾燥事業 つくば市高齢者日常生活支援事業
	ひとり暮らし・高齢者世帯の見守りの充実	緊急通報システム事業 愛の定期便事業 つくば市宅配食事サービス事業 ふれあい型食事サービス事業 緊急医療情報便ツクツク見守りたい 養護老人ホーム入所措置 資金等貸付事業
	移送サービスの充実	高齢者福祉タクシー利用料金助成事業 福祉有償運送事業

施策目標	施策方針	具体的な施策・事業	
高齢者の住まいの確保	高齢者に適した居住環境を有する住宅の設備の促進	バリアフリーリフォームの促進	
		ユニバーサルデザインによる住まいづくりの普及啓発	
	サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームの供給	サービス付き高齢者向け住宅の供給	
		有料老人ホームの供給	
	民間賃貸住宅情報提供及び市営住宅の供給	賃貸住宅と住み替え住宅の情報提供	つくば市民間賃貸住宅情報提供事業
			つくば市空家バンク制度」による空家等の媒介に関する協定
			住宅資産を活用した住み替え制度等の情報提供
			市営住宅の供給とバリアフリー化
		高齡者への市営住宅の供給	
	市営住宅のバリアフリー化		
	地震等災害に強い住まいづくり	耐震改修に関する情報提供	
		簡易な耐震器具の普及	
		介護施設等の災害対策の強化	
つくば市避難行動要支援者制度			
介護保険事業	利用者負担等の対策	社会福祉法人による利用者負担額減免事業	
		介護保険事業低所得者対策	
	介護保険事業低所得者対策	特定入所者介護（予防）サービス費事業	
		要介護旧措置入所者の経過措置事業	
		高額介護（予防）サービス費事業	
		高額医療・高額介護合算サービス費事業	
	介護保険料対策	保険料の減免	
保険料段階区分の細分化			

第4章 地域共生社会の実現に向けて

第1節 地域包括ケアシステムの推進

基本方針

地域共生社会とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会です。

介護だけでなく、介護と育児、障害、貧困が同時に直面する家庭など、要介護者を取り巻く世帯全体の問題が複合化・複雑化したことにより、既存の縦割りのシステムでは、対応しきれない課題が生じています。

また、全国的に高齢化が進むなかで、介護や医療に携わる人手不足が進んでおり、つくば市でも実情に応じた高齢者への体制整備や人材確保が課題となっています。

地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続性の確保のため「我が事」「丸ごと」つながる地域共生社会を実現していくことで、これらの課題解決を図っていきます。

有限である財的資源を最大限効率的に利用するため、生活支援体制の整備を推進し、行政だけでなく、高齢者をはじめとする住民や民間企業、NPO法人、ボランティア等の「多様な主体」が協働することにより、あらゆる人的資源の効率的活動を促すことが、地域共生社会の実現に向けて重要な要素となります。

また、地域ケア会議を充実していくことにより、多職種の専門家が一体となり協議していくことで、行政だけでは見えてこない新たな地域資源を発掘することに加え、複合化する地域の課題に対処することや、急速な高齢化の中で新しく生じてくる問題をいち早く見つけ出し解決策を打ち出していくことができ、問題解決のための財的支出を最小限に留め、将来にわたる介護保険制度の持続性の確保にも繋げていきます。

このような縦割りにとらわれない考え方を、つくば行政の中にも積極的に取り入れていくことで、既存の事業を新しい事業と連携させ、効果を高めるだけでなく、内容が重複する事業の市政における役割分担を見直し、事業の統合や機能していない事業の廃止を含め課や部をまたいで積極的に協議・提案していく行政環境を目指します。各事業の担当課、担当職員がルーティンワークに甘んじることなく、高齢者をはじめとしたつくば市民に、

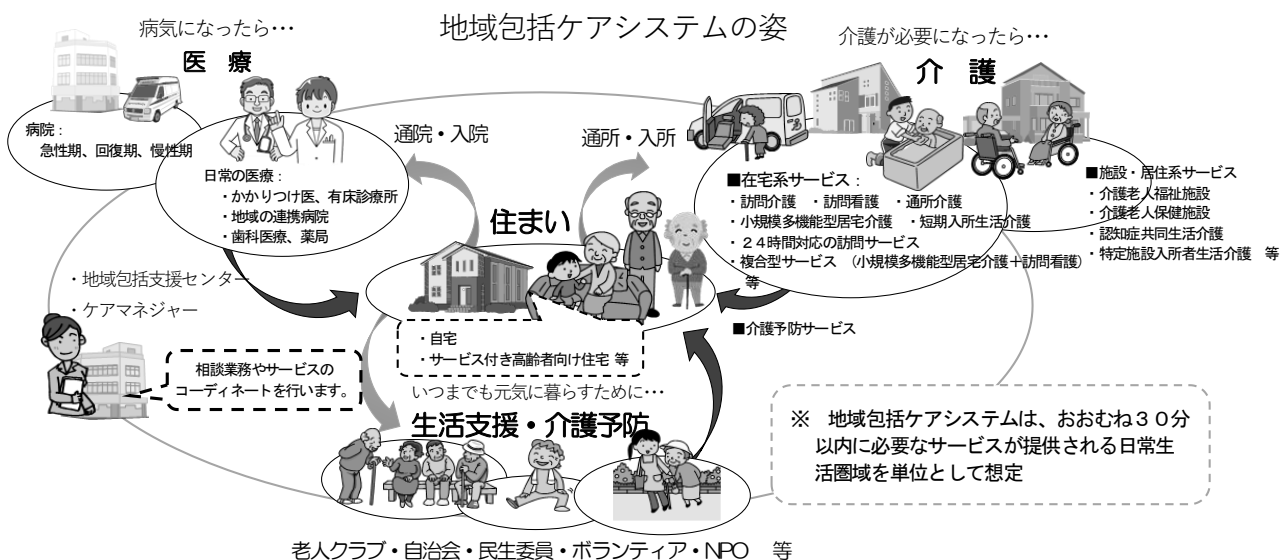
どのようなニーズが求められるかを把握し、職員間だけでなく県や国の間で共有し、各事業の将来的な方向性を打ち出して、具体的に実行に移していくことが、つくば市高齢者福祉計画の基本理念及び地域共生社会の実現に向けて最初の大きな一歩になると考えます。

市では、引き続き、地域住民に対する保健サービス、医療サービス、リハビリテーション及び在宅ケア等の介護を含む福祉サービスを一体的、体系的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向け、ソフト面である保健、医療、福祉・介護の連携と、ハード面である施設整備を推進します。

医療の面では、病院医と近所の診療所医などを含む複数のかかりつけ医を持つことを勧めることにより、医療機関の機能分担に応じた受診を推進し、身近なかかりつけ医による高齢者の身体状況や生活情報の把握に努め、それらの情報提供による的確な主治医意見書により、適正な介護認定審査が実施されるよう努めます。

また、市民が必要なときに必要なサービスを利用できるためには、常に的確な情報が提供され、十分に相談が受けられることが条件となります。そのため、健康や生きがい、就労などの日常生活の問題から介護・保健・福祉サービスについて情報提供や相談体制を充実します。

さらに、地域に密着した相談や地域ケア会議の開催、高齢者虐待への対応など、困難事例の相談窓口として地域包括支援センターの周知を図ります。また、各日常生活圏域に地域包括支援センターを配置していくことで、市民に近い距離で受け付けができる相談窓口体制を構築していきます。ケアマネジャーに対しても、国や県からの最新情報を迅速に提供するとともに、医師会開催の会議の参加の促進するなど医師との連携を強め、要支援者・要介護者のサービスに反映されるよう努めます。



具体的施策の展開

1. 地域包括支援センターの充実

(1) 地域包括支援センターの運営体制（地域包括支援課）

市では、情報の共有と支援方針の統一を図るため、平成 23 年度より直営の 1 カ所で地域包括支援センターを運営していました。

平成 29 年度 10 月から、高齢者に対して、より身近な存在となり、地域に密着した支援や迅速な対応を行うため、7 つに分けた日常生活圏域のうち、高齢化率が高い筑波圏域と荃崎圏域に地域包括支援センターを設置しました。今後も残りの日常生活圏域に配置することを目指してまいります。

(2) 在宅医療・介護連携の推進（地域包括支援課）

高齢者が住み慣れた地域で必要な医療サービス及び介護サービスを一体的に受けられることで、安心して在宅生活を続けられるように、医療及び介護に係る関係機関の調整並びに連携の強化を図り、在宅医療・介護連携を推進します。

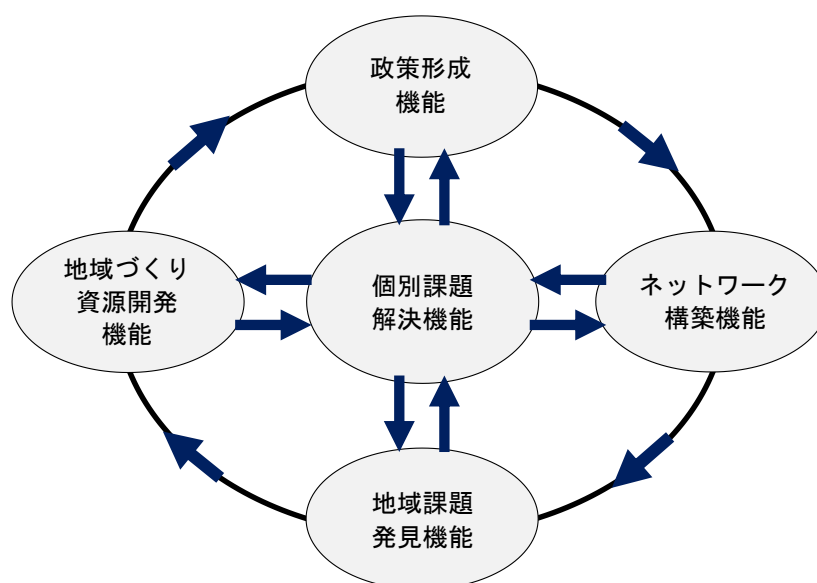
【今後の方針】

つくば市在宅医療介護連携推進事業計画のなかで①地域医療・介護資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、④在宅医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修会、⑦地域住民への普及啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携の 8 事業について取組んでいきます

(3) 地域ケア会議の充実（地域包括支援課）

医療・介護・保健・福祉・法律等の多職種が協働し、高齢者等の個別課題の解決に向けた協議をして、介護支援専門員等をはじめとするケアチームによる自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めます。また、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とともに、共有された地域課題の解決のため、「生活支援体制整備推進会議」において検討し、必要な社会資源開発や地域づくり、さらには政策形成につなげます。

《会議が持つ5つの機能》



区分		目標		
		H30	H31	H32
個別課題解決機能	圏域別ケア会議開催回数	36	36	36
ネットワーク構築機能	職種（会議への参加職種）	16	17	18
地域課題発見機能	取扱い事例件数	36	36	36

（※各圏域2か月に1回の開催 6圏域×6回）

【今後の方針】

圏域別ケア会議の開催方法や検討した事例を評価し、提示者にフィードバックするサイクルのマニュアル化を行うことにより、会議の充実を図ります。さらに明確化された地域課題に対しては、地域において自立した日常生活を営む為に必要な支援体制に関する検討を行い、生活支援サービスの活用を支援する役割を地域に確保するため、生活支援体制整備事業との情報共有を図っていきます。

(4) 生活支援体制の整備（地域包括支援課）

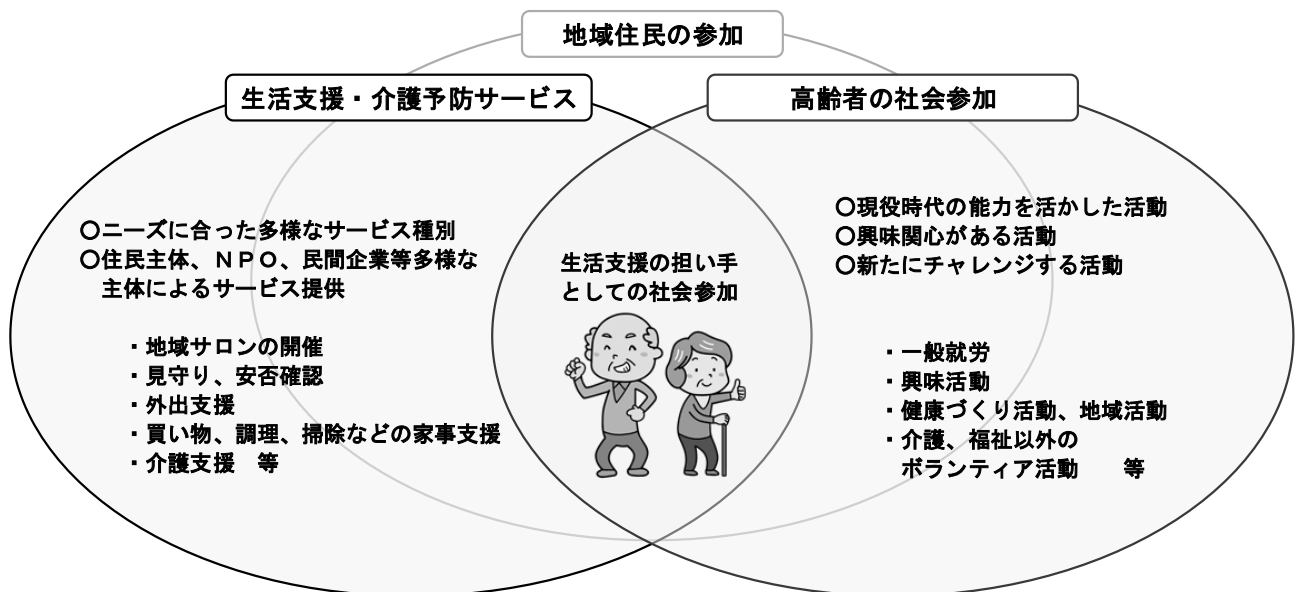
高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPOや地縁組織などの多様な主体による多様なサービスを提供する体制を構築してまいります。

具体的には、定期的な情報の共有・連携強化の場として中核をなす「協議体」の設置や生活支援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を果たす調整役として「生活支援コーディネーター」を配置し、多様な主体と連携をとりながら、互助を基本とした高齢者を支える地域の支え合い・助け合いの体制づくりを推進してまいります。

【今後の方針】

モデル圏域を選定し、生活支援体制の構築に関心のある住民等の多様な主体による第2層協議体を設置し、モデル圏域での第2層協議体設置の経験を基に、市内の他地域での第2層協議体の設置を目指します。

また、高齢者の生活に活用できる生活支援サービスに関する資源アセスメントや圏域別ケア会議で行われる様々な個別事例の検討によって提起された地域課題に対しては、多様な生活支援・介護サービスの充実に向けて、高齢者自らが、社会参加や社会的役割を持つことによって生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やネットワーク化に取り組んでまいります。



(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（地域包括支援課）

地域包括ケアネットワークを活用しながら、医療と介護の連携強化に努め、介護支援専門員、主治医をはじめ、地域の様々な関係者が連携・協働することで、保健・医療・福祉・その他の生活支援サービスなどを含め、地域における様々な資源を活用し、途切れることなく、施設・在宅を通じた地域における生活を支援しています。

また、高齢者の介護予防ケアマネジメント、要支援認定者の介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを行っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
延べ参加者数	777	794	867	919	945	971

【今後の方針】

包括的継続的な支援を維持するため、今後も居宅介護支援事業所の介護支援専門員とのネットワークの充実と実践力向上を推進します。

また、つくば市内の居宅介護支援事業所等で活動している主任介護支援専門員のネットワークの充実を図り、地域包括支援センターと連携し、地域包括ケア推進へ協働支援体制を築きます。

介護予防ケアマネジメントに基づき、介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）の組み合わせを行います。

(6) 地域見守りネットワーク事業（社会福祉協議会）

住み慣れた地域で誰もが安心して暮らし続けられるように、地域の方から選任した「ふれあい相談員」や見守りを直接行う「見守り支援員」と社会福祉協議会が協力し、見守りが必要な方に対し地域で見守ることができる仕組みづくりを進めています。必要に応じて専門機関や行政と連携し、地域の安心を支える活動です。

①近隣住民によるさりげない見守り活動、②気になる方への「見守りチームづくり」、③孤立した要援護者の発見と報告、これら3つの役割を柱とし、この活動を支援する地域の組織づくりも同時に推進しています。

(1) ふれあい相談員数

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
相談員数	95	134	146	170	200	230

(2) 登録している見守り対象者数

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
対象者数	188	310	353	450	500	550

【今後の方針】

活動の要である「ふれあい相談員」が未設置の地域や、必要度の高い地域への増員を図るとともに、見守り登録の必要性への理解が進むよう、啓発活動を積極的に行っていきます。特に区会加入率の低い地域は関心も薄いため、民生委員を始めとした福祉関係者とのネットワークを形成するための懇談会等で地域状況の把握に努め、地域の課題解決に向けて市民が主体的に活動できるよう、支援していきます。

2. 介護・福祉サービスの情報提供・相談体制の充実

(1) 市民に対する情報提供

市民に対して、要支援・要介護認定方法，サービスの利用手続きや保険料の賦課・徴収の仕組みなど，介護保険全般に関するわかりやすい情報の提供を広報紙や市民べんり帳，ホームページを通じて周知しています。

【今後の方針】

高齢者の情報入手手段は，市の刊行物（広報紙等）や回覧を利用されている方が多いため，広報紙等の内容の充実と拡充を図ります。平成 29 年度には，民間企業の協力により，広告収入を財源とする，介護サービスに関する情報冊子を出版することができました。このような新しい形での刊行物の長期安定発刊に努め，既存の刊行物の統合等も検討しつつ，市民に，より利用・理解し易い刊行物を作成していきます。また，情報冊子等は，ユニバーサルデザインに配慮した作成に努めます。

(2) 出前講座

集会場や地域交流センターなど地域に出向き，希望に沿った福祉に関する講話や福祉制度の説明等を行うことにより，福祉等への関心を高め，地域福祉活動のきっかけをつくるなど市民に対する福祉啓発を行うとともに，地域で行われている福祉活動への支援を図っています。

【今後の方針】

地域のニーズを捉え，メニューの開発により市民からの依頼に対する体制づくりを行います。また，積極的に福祉情報を得ることで，地域活動活性化のためのコーディネートも併せて行える体制づくりに努めます。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実施回数	13	11	24	25	26	27

(3) 総合相談支援事業（地域包括支援課）

地域の高齢者の総合相談窓口として、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握して、地域における適切なサービス、関係機関又は制度の利用につなげる等の支援を行っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実相談者数	-	751	781	820	830	840
延べ相談件数	2,558	2,222	2,245	2,380	2,450	2,520

	H26	H27	H28
介護・日常生活に関する相談 （介護方法・認知症・一人暮らし世帯）	3,101	2,261	2,316
サービス利用に関する相談	314	272	286
医療に関する相談	340	232	239
所得・家庭生活に関する相談	368	314	300

（※重複あり）

【今後の方針】

関係機関との連携を強化して、情報と支援の方針の共有化を図るとともに、ワンストップの総合相談体制の構築を図ります。また、日常生活圏域ごとに関係機関・関係者による地域包括ケアネットワークを形成します。

(4) 介護サービス相談員派遣事業（介護保険課）

介護サービスを提供している事業所に、介護相談・地域づくり連絡会が主催する介護相談員養成研修を受講した3名の相談員を派遣し、利用者からの介護サービスに関する疑問や不安、また、職員に直接言いにくいことなどの相談に応じて、介護サービス提供事業所との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上を図っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
延べ事業所数	185	166	168	173	178	183

【今後の方針】

これまで訪問している介護サービス提供事業所に加え、新規に事業を開始する介護サービス提供事業所についても相談員の訪問受け入れを打診し、より多くの利用者の疑問や不安の解決にむけた相談に応じ、安心して介護サービスを利用できるよう支援していきます。

第2節 権利擁護の推進

基本方針

介護者の介護負担やストレスなどが原因となって、高齢者の虐待につながる場合もあることから、地域や関係機関と連携し、高齢者とその家族が地域で孤立しないように見守るとともに、虐待の早期発見、適切な支援に努めます。

近年増加している高齢者の消費者被害等を防止するため、地域住民、民生委員、介護事業者などと連携し、ひとり暮らしや夫婦のみで暮らす高齢者、日中一人になる高齢者の見守りや相談に努めます。

具体的施策の展開

(1) 権利擁護事業（地域包括支援課）

地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるように専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行っています。

高齢者虐待の対応では、通報・相談機関として位置づけられ、関係者のネットワークを構築して虐待発生の防止、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図っています。

【今後の方針】

「高齢者の権利の保持」の視点に立って、警察署・民生委員・医療機関・介護サービス事業所等との連携を図るとともに、虐待防止及び虐待を受けた高齢者の安全と保護を図るため、高齢者の権利擁護の体制整備を推進します。また、養護者の介護負担軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言を行う等の養護者支援を行います。

また、介護施設事業所等の従事者に対する研修を実施し、身体拘束の廃止に向けた取り組みなど介護現場での権利擁護の支援を推進するとともに、今後も必要に応じて市長申立てによる成年後見制度活用支援事業の実施や法人後見や市民後見人養成事業等の取り組みを検討します。

(2) 日常生活自立支援事業（社会福祉協議会）

認知症高齢者，知的障害者，精神障害者等の方が，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等とそれに伴う日常的金銭管理を支援するものです。

判断能力が不十分な方（認知症高齢者，知的障害者，精神障害者等であって，日常生活を営むのに必要なサービスを利用するための情報の入手，理解，判断，意思表示を本人のみでは適切に行うことが困難な方）で，尚且つ本事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる方が対象となります。

区分	実績		
	H26	H27	H28
延べ相談件数	1,848	2,116	1,402
契約者数	24	27	22

【今後の方針】

今後，認知症高齢者等が増加することを踏まえ，判断能力が不十分な方への権利養護支援体制のひとつとして，本事業における支援が行き渡るよう，事業内容の周知に向けた広報活動を進めていくとともに，行政，医療・福祉機関，地域関係者等との適切な連携や役割分担を行うことで，地域生活における重層的な支援につながるよう務めます。

また，今後利用者の増加に対応できるよう，研修等を通して生活支援員の育成を図り，支援体制を整えていきます。

(3) 高齢者の消費者トラブルの防止

消費生活の安全対策は，住民の暮らしに直接関わる問題であり，高齢者をはじめ住民全体が正しい認識を持ち，地域でも支えられるように取り組むため，消費生活支援センターと連携し被害救済・相談業務を行い，消費者教育（学校教育や社会教育との連携），広報紙，パンフレット等を通じて正しい情報の提供に努めます。

第5章 健康づくりの推進

第1節 高齢者の健康づくりと社会参加の支援

基本方針

市の要支援・要介護認定者において、介護・介助が必要になった主な原因として最も多いのが、高齢による衰弱であり、そのほか認知症や高齢による関節疾患、転倒、骨折などとなっていることから、心身の機能を使わないことによる生活機能の低下によるものが多くなっています。

高齢者の介護予防に取り組む意識を高めるため、生活機能低下リスクを早期発見し、集中的な対応となる介護予防にむけた健康づくりを進めていきます。

治療中または後遺症のある病気については「高血圧」が多くなっており、生活習慣病の悪化から要介護状態になることから、健康診査や相談事業の中で高血圧予防の取り組みを強化していきます。

要支援者等へ状態の変化があった対象者については、情報共有を図ることにより、介護予防が円滑に行えるような体制づくりを推進します。

さらに、高齢者ができるだけ心身の機能を維持・改善できるよう、生活習慣病予防だけではなく、不活発な生活による心身の機能の低下への対策（介護予防に取り組むグループの支援、介護予防に関する講演会や講座など）を推進します。

60歳代、70歳代の高齢者は元気な人が多く、機会があれば就労したいという意欲のある人も少なくありません。高齢者の所得の確保や生きがいづくりのみでなく、地域の活性化という面からも、シルバー人材センターを中心に、高齢者が若い時に培った技術や知識を活かした仕事の確保を促進し活躍できる環境を作っていきます。

また、シルバークラブやふれあいサロン、いきいきサロンなどの趣味・ボランティア活動は、生きがい対策として重要であることから、さらなる充実に努めます。

ボランティア活動等については、高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者がシルバーボランティアとして、生活支援の担い手として活躍することも期待されており、高齢者の参加の促進を図っていきます。

また、アンケート調査では、市の高齢者の「自治会・町内会」への参加の割合は約4割弱となっています。地縁による結びつきは、住み慣れた地域で支えあって暮らしていくために、今後ますます重要な役割を果たしていくものと考えられます。自治会（区会）・町内会への参加の拡充と地域の実情、ニーズにあった各種事業の展開を図ります。

具体的施策の展開

1. 健康づくりの推進

(1) 健康診査事業（健康増進課）

特定健康診査対象者の40歳以上国保加入者と後期高齢者医療保険加入者に対し個人案内をし、集団健診と医療機関健診で受診できる場を設け周知しています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
対象者数	49,005	47,649	46,841	48,181	48,852	49,187
受診者数	14,318	14,840	15,039	14,930	15,973	17,548
受診率	29.21%	31.14%	32.10%	30.98%	32.69%	35.67%

【今後の方針】

健診の受診率を上げるため、健診の仕組みをわかりやすく説明し、周知の徹底を図ります。また、健診結果で検査値が高い方については、重症化予防のため効果的・効率的な保健事業を展開し医療費削減につなげて参ります。

(2) 健康相談事業（健康増進課）

集団健診を受けた方で、特定保健指導（40～74歳国保加入者）が必要な方には個別通知し、個別支援をしています。

また、生活習慣病を予防するための食事や生活の工夫や運動、休養の取り方等の相談も「成人健康相談」で行っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
利用者数	3,150	3,001	4,730	5,250	5,500	5,750

【今後の方針】

高血圧や脂質異常症等生活習慣病に関する相談の場として、健診受診日に保健師との相談コーナーを設け相談の充実を図ります。成人健康相談や特定健診時相談についての情報を市報やシルバーニュース、民生委員等を通して引き続き周知していきます。また、介護者に対しても市報やホームページ等を通して相談窓口の情報を発信します。

(3) 健康手帳の交付（健康増進課）

健康診査教育，相談，訪問等を受けた者の中で希望する方又は市が必要と認める方に，生活習慣病予防や介護予防に役立てていただくために健康手帳を交付しています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
利用者数	485	884	652	300	300	300

(※平成 29 年度より厚生労働省HP上でダウンロード可能予定のため，窓口で配る健康手帳の交付数を目標値とした。)

【今後の方針】

健康手帳は，複数年度の健診受診や結果等を記録し，各自の健康管理や健康維持に役立ててもらえるものである。従来の窓口での配布方法だけでなく健康出前教室等の新規参加者など，健康への意識が高い層に積極的に勧奨することで効果的な健康手帳の活用を図っていきます。

2. 高齢者の社会活動と就労支援

(1) シルバークラブ育成事業（高齢福祉課・社会福祉協議会）

シルバークラブは，原則 60 歳以上の方であれば加入できます。単位クラブでは，地域での仲間づくり，健康保持・増進，知識や経験を生かした新しい能力の発揮，社会活動への参画と貢献などいきいきとした高齢期の生活づくりを支援しています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
クラブ数	140	134	132	140	144	148
会員	6,981	6,725	6,534	6,800	7,000	7,200

【今後の方針】

シルバークラブ会員の高齢化に伴い，若手会員の加入促進や魅力あるクラブ活動につながるような活動メニューを広げる取り組みに努め，新しい生きがいの発見につながる機会として高齢者が自主的に運営できるよう支援していきます。

(2) いきいきサロン（高齢福祉課・社会福祉協議会）

概ね 60 歳以上の方を対象に社会参加の促進と生きがいを高めるために老人福祉センター 4 会場で歌、体操、絵手紙制作などの講座を開催しています。

また、交通手段がないため参加できない方々を対象に、出前講座を実施しています。身近な地域でおおむね 10 名以上集まれば、年 2 回を限度に利用できるものです。

(1) 会場サロン（市内 4 会場）

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実利用者数	187	188	188	200	205	210
延べ利用者数	2,127	2,172	2,259	2,660	2,740	2,830

(2) 出前講座

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実施回数	13	11	24	25	26	27
延べ利用者数	215	155	411	400	416	432

【今後の方針】

会場へ出向くことのできない方々に対し出前講座の周知を図り、出前講座の拡充に努めます。また、会場ごとの講座開催状況についても見直しを行い、新規参加者の増加につなげていきます。

(3) ふれあいサロン事業（社会福祉協議会）

社会福祉協議会に地域のサロンとして登録している活動団体に、活動費の助成、保険への加入手続き、保険料の助成、機材の貸し出し、情報交換会や研修の開催、情報提供などの支援を行うことにより、地域の関係づくりや閉じこもりの防止など地域の誰もが安心して暮らせるまちづくりを図っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
登録団体数	53	61	67	80	85	90

【今後の方針】

現在 69 ヶ所で概ね月 1～2 回程度開催されており、社会福祉協議会がすすめる「地域見守りネットワーク事業」により、地域における見守り活動が徐々に活発化する中、サロン数も増えています。今後も地域の関係づくりとともに要援護者の見守りといった意味も持ち合わせ、継続した支援を展開していきます。

また、高齢者人口等に対し開設数が少ない地域においては、新規開設に向け重点的な取り組みをしていきます。

(4) いばらきねんりんスポーツ大会（高齢福祉課・社会福祉協議会）

高齢者に適したスポーツ競技を通じて、健康の保持増進や地域間の交流を深めることを目的として、「いばらきねんりんスポーツ大会」の予選会を開催しています。ゲートボール、ペタンク、輪投げ、グラウンドゴルフの種目を実施しています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
参加者数	441	579	560	595	615	630

【今後の方針】

種目によって全国大会につながる大会ではありますが、主目的である「親睦と交流」を忘れず、大会を通じてスポーツを楽しむことを支援し、今後もより多くのチームに参加してもらえよう周知を広め、多くの機会を提供していきます。

(5) おひさまサンサン生き生きまつり（高齢福祉課・障害福祉課・社会福祉協議会）

高齢者が心豊かで健康な生活を送るためには、体を動かすことは不可欠です。

市では高齢者の身近なスポーツ活動を支援するとともに、高齢者を対象とした運動会として「高齢者生き生きまつり」と障害児者を対象とした「おひさまサンサンフェスティバル」を合同開催し、高齢者と障害児者の相互交流を行っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
参加者数	1,800	1,950	1,950	2,000	2,100	2,200

【今後の方針】

2,000名近くが参加するイベントなので、安全を第一に考え、さらに魅力的な大会になるよう、内容等に工夫を凝らした運営に努めます。

(6) シルバー人材センター（高齢福祉課）

高齢者が収入を得るためのほか、生きがいのための就労という観点から、健康的な高齢者が臨時又は短期的な就業の機会を得るための支援をしています。主な請負業務は、造園業、駐輪場管理、施設管理、スーパーの商品管理、襖・障子張り、リフォーム、家事援助サービス、自転車修理、販売事業などです。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
利用者数	5,200	5,058	5,009	5,600	5,600	5,600

【今後の方針】

多くの高齢者が気軽に入会し、公平な就業の機会を提供できるよう事業展開を行います。また、技能強化と資格取得ができるような講習会を開催して会員のレベルアップを図り、市民からの様々なニーズに応えられるよう努めます。さらに、就業先の開拓や会員の接遇等マナー資質の向上を図ります。

(7) 地域福祉推進事業（社会福祉協議会）

社会福祉協議会に委託をし、ボランティアの促進を図るため、ボランティアセンターを拠点としてボランティアの登録、広報、啓発、斡旋、情報の収集や提供を行い、活動のネットワーク化を推進しています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
登録者数	6,036	7,839	6,321	6,400	6,400	6,400

【今後の方針】

高齢者が参加しやすいボランティアのニーズ把握や情報収集・提供を積極的に進めるとともに、ボランティアの需給調整（マッチング）を行い、ボランティアの育成・普及を図ります。ボランティア活動の基盤整備として、ボランティア紹介冊子の発行、ボランティア機材の貸し出しやボランティア保険の加入促進、活動資金助成なども進めていきます。

第6章 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

第1節 介護予防・生活支援サービス事業

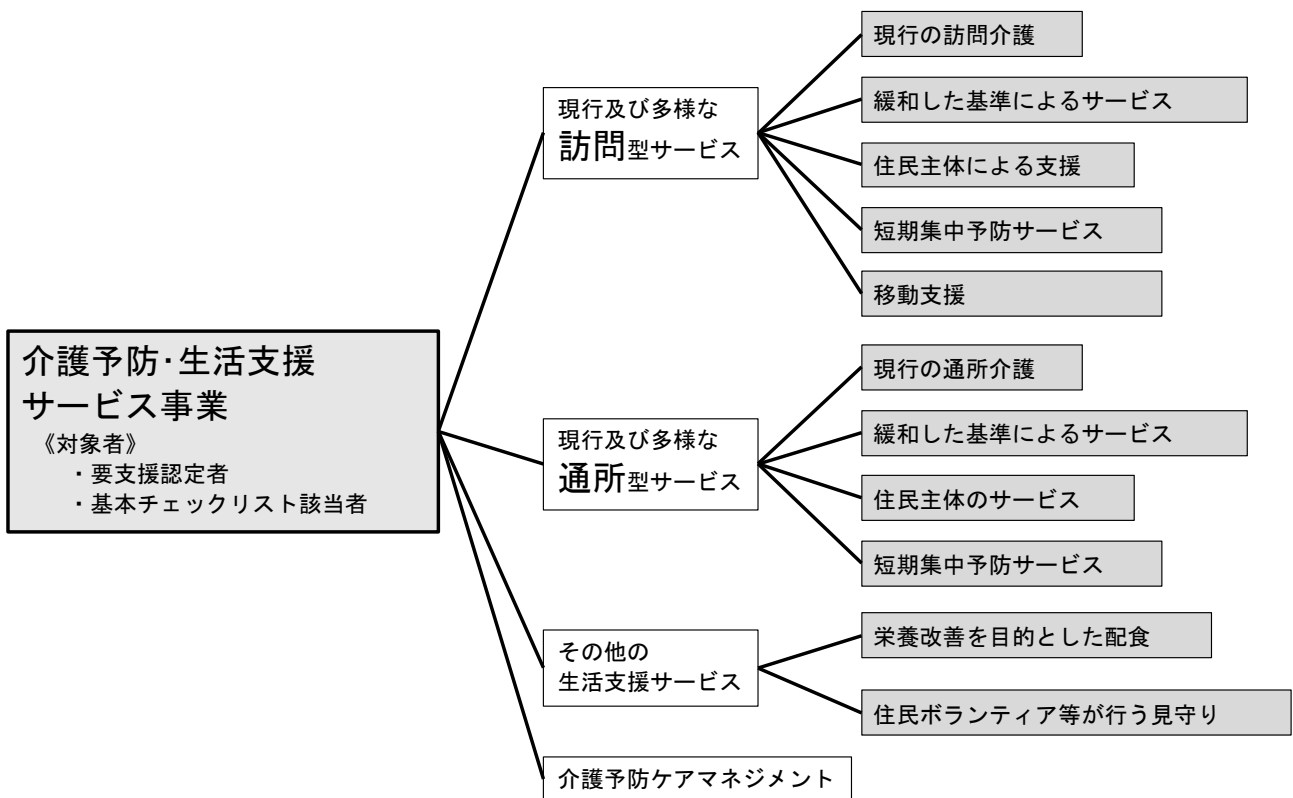
基本方針

介護保険法改正により介護予防・日常生活支援総合事業へと移行することが示されています。

介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すことを趣旨としています。

介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業からなります。

要支援認定を受けた方及び基本チェックリストにより事業対象に該当した方を対象とし、多様な「介護予防・生活支援サービス」による介護予防を図ります。



「介護予防・生活支援サービス」については、現行相当のサービスのほかに、

- ・緩和した基準によるサービス
- ・短期集中予防サービス

などのサービスを想定しており、つくば市が独自に行うサービスを基準化し、段階的に提供する取組みを行っています。

また、NPO、民間企業、ボランティアなどの地域の多様な主体を活用していくことで地域全体での高齢者介護の体制作りを行い、平成37年に向けて介護人材にかかる需要と供給のギャップを埋め、認定に至らない高齢者の増加、重度化予防の実現を目指します。

平成30年4月から開始される新しい介護予防・生活支援サービス事業

(1) 基準緩和型訪問サービス（高齢福祉課・介護保険課）

[基準緩和型訪問サービスの目的]

生活援助については新たな担い手によるサービス提供が行われ、有資格者は有資格者のみが行える身体介護業務に比重を移していくことにより、訪問介護サービス事業所はもとより、介護サービス全体の人材確保につながるような仕組みを構築していきます。

[サービス対象者]

基本チェックリストによる事業対象者及び要支援認定者

[サービス内容]

従来の訪問介護サービスで行っていた身体介護と生活援助のうち、居室の掃除や衣服の洗濯、生活用品の買い物、調理等の生活援助に限定して提供します。

[従来の訪問介護サービスからの緩和点]

つくば市の市独自研修を実施し、研修を修了した「つくば市生活支援サポーター（仮）」を養成していきます。さらに事業所が研修修了者を基準緩和された訪問型サービスを担う介護人材の中心として雇用できるよう人員基準を緩和します。

(2) 訪問型短期集中予防サービス（地域包括支援課・健康増進課）

〔訪問型短期集中予防サービスの目的〕

保健・医療の専門職によって、心身の状況に応じた個別計画に基づいて運動指導を短期集中的に行うことで、生活機能や日常生活動作の維持・改善を行い、地域での活動や自立につなげる仕組みを構築します。

〔サービス対象者〕

基本チェックリストによる事業対象者及び要支援認定者のうち、原則として、以下のいずれかに該当する者。

(1) 生活機能向上の明確な意思があり、サービス終了後は自立した生活を送ることが見込まれる者。

(2) 居宅においてリハビリテーション専門職の指導や助言を必要としており、これを行うことで生活機能の向上が見込まれる者。

(3) 退院後の一時的な体力や気力などの生活機能の低下があり、短期的な指導により入院前の生活の質を維持・改善が見込まれる者。

〔サービス内容〕

保健師等による居宅での相談指導等を行います。生活機能に関する相談指導、住環境の相談、自宅で行うトレーニング・生活動作に関する提案・指導・助言等を、事前に作成した個別サービス計画を基に実施します。実施期間・回数については、おおよそ3か月間とし、原則週1回の全12回、訪問時間は、1回当たり60分程度（移動に係る時間は、これから除く）とし、日時等は、利用者・担当者間で決定できるものとしています。

(3) 基準緩和された通所型サービス（高齢福祉課・介護保険課）

具体的サービス内容が決定次第記載予定。

第2節 一般介護予防事業

基本方針

一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的として、総合事業に位置づけられています。

介護予防については、従来の通所型の運動だけではなく、地域交流センターなどを利用した小規模の運動教室など地域に密着した場所で、専門職等の活用により高齢者に適した体操やスポーツ及びレクリエーション活動の普及・振興を図ります。

《一般介護予防事業の種類》

○対象者は、65歳以上すべての高齢者

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	高齢者が自分の家から通える場所で介護予防の体操等が行えるように、地域の担い手となる介護予防に関するボランティア等の人材養成、介護予防活動を行っていくための支援
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防の評価を行うことにより、効果的・効率的な介護予防の推進を図る
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

具体的施策の展開

(1) ICT（情報通信技術）高齢者いきいき健康アップ事業（高齢福祉課）

参加者が活動量計を身につけて歩き、歩数や運動強度のデータを定期的に市内数か所に設置してあるタブレットで読み込ませます。データ結果は郵送され、自分が歩いている量等を「見える化」することで運動意識を向上させ、ウォーキング等の運動を習慣化させます。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
参加者数	323	354	363	435	470	500

【今後の方針】

参加者の拡大を図るため周知に努めます。また、活動データや体力測定等の結果の数値から効果を検証していきます。

病気予防や健康づくりに効果的な運動量（歩数等）について指標を示し、事業説明会時等に参加者へ周知していきます。また、参加者に郵送するデータ結果表により、自身の運動結果がどういった病気の予防となるのか、フィードバックしていきます。

(2) いきいきプラザでの運動教室（健康増進課）

健康増進施設いきいきプラザにて、年齢と強度を分け運動教室や健康談話、体力測定、栄養指導、運動指導、健康情報コーナーの設置及び交流会を行っています。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実利用者数	—	252	256	272	279	287
延べ利用者数	—	—	6,756	7,162	7,364	6,567

【今後の方針】

運動教室の活性化を図ることで、高齢者が運動の習慣を身につけ、転倒予防、寝たきり予防、生活機能の維持向上を図り、閉じこもりの予防を推進します。

(3) 自主活動支援事業（健康増進課）

公共施設を中心に、健康増進課介護予防事業を経て発足した運動団体と介護予防を目的として発足する20名以上の団体を対象に、活動しやすい環境への支援を行うため、備品の貸出や体力測定の実施、出前教室、募集広報活動の協力を行っています。

活動一覧

グループ名	活動会場	活動日時	活動回数	会員数
健康・体力づくり教室	筑波総合体育館	毎週金曜日	45回	34人
つくばね運動教室	筑波総合体育館	毎週火曜日	42回	58人
谷田部地区自主活動運送教室	谷田部体育館	毎週木曜日	45回	115人
いきいき桜体操教室	桜総合体育館	毎週金曜日	44回	70人
ミニ体操自主教室	ふれあいプラザ	第2・4木曜日	23回	20人
くきざき運動教室	荃崎交流センター	毎週金曜日	48回	53人
体操クラブくきざき	荃崎交流センター	毎週月曜日	47回	80人
豊里のびのび教室	豊里交流センター	毎週火曜日	37回	30人
土曜運動クラブ	いきいきプラザ	毎週金曜日・土曜日	39回	93人
はつらつ運動教室	いきいきプラザ	毎週火曜日	57回	43人
ダンディ運動クラブ	いきいきプラザ	第2・3・4土曜日	36回	20人
合 計			463回	616人

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実参加者数	582	624	616	652	671	689
延べ参加者数	17,513	17,945	20,060	21,263	21,865	22,467

【今後の方針】

自主活動継続の励みにもなるように、活動の存在を地域に知ってもらうのが効果的と思われるので、自主活動グループの活動状況周知に努めることで、中高齢者の健康づくりを促進します。

(4) 出前体操教室事業（健康増進課）

近くの集会所等に出向く出前教室は、シルバーリハビリ体操指導士によるシルバーリハビリ出前体操教室とインストラクターなどによる簡身体操などのメニューから選択して行う年齢制限のない多世代交流出前教室があります。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実参加者数	3,425	4,957	5,471	5,799	5,963	6,127
延べ参加者数	23,639	31,344	39,142	41,490	42,664	43,839

【今後の方針】

新規の団体を増やし、利用団体が自主活動に向けた仕組みを考え、いつまでも継続して活動できるよう支援していきます。

(5) 介護支援ボランティア事業（地域包括支援課・社会福祉協議会）

高齢者が介護保険施設等で介護支援ボランティア活動を通して地域貢献することを奨励及び支援し、高齢者自身の社会参加活動を通じた介護予防を推進します。

ボランティア登録できる方は市内に住所を有する65歳以上の方となります。介護支援ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、ポイントを換金した交付金を交付します。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
活動者数	54	70	72	79	81	84

【今後の方針】

より身近な場所で気軽に介護支援ボランティア活動ができるよう、ボランティア受け入れ施設の拡充を図るとともに実活動者の増加を目指します。

(6) こころとからだの健康教室（地域包括支援課・社会福祉協議会）

体操や健康談話、レクリエーションを通して高齢者の閉じこもり予防や健康増進を図り、自立した日常生活が継続できるよう支援を行います。

区分	実績			目標		
	H26	H27	H28	H30	H31	H32
実参加者数	206	260	244	380	380	380

（※会場の収容人数を目標値とした。）

【今後の方針】

介護予防の効果が高いプログラムの導入や参加者の満足度が高まる環境づくりに努め、高齢者の閉じこもり予防や地域住民同士の交流、生きがいを目的に心身ともに健康になるとともに自立した日常生活が継続できるよう支援して行きます。