

=ことぶきプラン2018=

西原町高齢者保健福祉計画



平成30年3月
沖縄県西原町



あいさつ

平成 29 年版高齢社会白書によりますと、我が国の 65 歳以上の高齢者人口は平成 28 年 10 月 1 日現在、3,459 万人にのぼり、高齢化率は 27.3%に達しています。

本町においては、平成 15 年には 10%だった高齢化率が平成 30 年 1 月末には 19.5%に達し、高齢化が着実に進行しており、また生産年齢人口も平成 25 年以降減少傾向にあります。

そして、平成 25 年には高齢者 1 人当たりを 4.3 人で支えていたものが、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年には高齢者 1 人当たりを 2.1 人で支えることになると推計されています。

今回の介護保険法の改正では、地域包括ケアシステムの強化(深化・推進)を図るために、保険者機能の強化等による高齢者の自立支援や介護予防・重度化防止に向けた取り組みの推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等に関する指針が示されました。

本町では、「西原町高齢者保健福祉計画（ことぶきプラン 2018）」を策定するにあたり、国の基本指針を踏まえながら、本町の実情に合わせ、認知症対策の推進、介護予防事業の充実による元気なお年寄りの育成や要支援状態からの自立の促進等を重点施策として位置付けました。

この計画の策定により、高齢者が住み慣れた自宅や地域で、いつまでも明るく、安心して暮らしていけるように、町民皆様のなお一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、平成 29 年度より沖縄県介護保険広域連合に加盟したことにより、これまで町が高齢者保健福祉計画と一体で策定してきた介護保険事業計画は、広域連合において策定されることとなります。

結びに、本計画の策定にあたり、貴重なご意見、ご指導、ご審議をいただきました皆様に心から感謝申し上げますとともに、今後とも本町へのご指導、ご助言を賜りますようお願い申し上げます。

平成 30 年 3 月

西原町長 上間 明

目 次

あいさつ

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画の背景と趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画の策定体制	4
4 計画の期間及び見直しの時期	4
5 日常生活圏域ニーズ調査の実施	5
第2章 計画の基本的な考え方	7
1 計画の基本理念	7
2 地域包括ケアシステムの実現に向けた基本方針	8
3 基本目標	10
4 施策の体系	11
5 重点施策	13
第3章 高齢者を取り巻く現状	15
1 人口・高齢化率等の動向	15
2 介護保険の状況	22
第4章 事業別実施の現状と評価及び課題	33
第5章 施策の推進	59
第1節 健やかで充実した高齢期の実現	59
1 健康づくり(生活習慣病予防)の充実	59
2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	61
3 任意事業の推進	66
4 生きがい活動支援の充実	67
第2節 いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立	68
1 地域包括支援センターの運営の充実	68
2 権利擁護の推進	70
3 在宅医療・介護連携の推進	71
4 認知症対策の推進	72
5 生活支援体制整備の推進	74
第3節 利用者の視点に立ったサービス提供の推進	75
1 介護保険サービスの確保推進	75
2 在宅福祉サービスの推進	75
第4節 安全・安心な生活環境の整備推進	77
1 住環境の向上推進	77
2 安全・安心なまちづくり推進	77

第6章 計画の推進体制.....	79
1 計画の進行管理.....	79
2 庁内連携体制の強化.....	79
3 多様な主体との連携.....	79
4 計画の推進主体の役割.....	79
資料編.....	81
□日常生活圏域ニーズ調査の主な調査結果.....	83
□西原町高齢者保健福祉計画策定委員会要綱.....	97
□西原町高齢者保健福祉計画策定委員名簿.....	98

第 1 章 計画の策定にあたって

1 計画の背景と趣旨

現在、日本では少子高齢化と人口減少が急速に進展しています。団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）には高齢化率が 30.0%となり、その後もさらに高齢化が加速することが見込まれています。これにより、介護を必要とする高齢者の増加や認知症高齢者の増加が予想され、介護サービスへの期待はさらに高まると考えられます。しかし、支え手となる世代が減少する中、介護サービスだけで高齢者を支えることは難しくなっています。そのため、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域の資源を活用した効率的・効果的な仕組みづくりが必要になってきました。

こうした中、平成 26 年の介護保険法の改正により、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けて、本格的な取り組みを推進するための指針が定められました。本町においても平成 27 年 3 月に地域包括ケアシステムの構築を目指す初段階の計画として、「ことぶきプラン 2015（西原町高齢者保健福祉計画・第 6 期介護保険事業計画）」を策定し、その推進に努めてきました。

続いて、平成 29 年の介護保険法の改正では、地域包括ケアシステムの強化（深化・推進）を図るために、保険者機能の強化等による高齢者の自立支援や介護予防・重度化防止に向けた取り組みの推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等に関する指針が示されました。また、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの見直しが行われました。

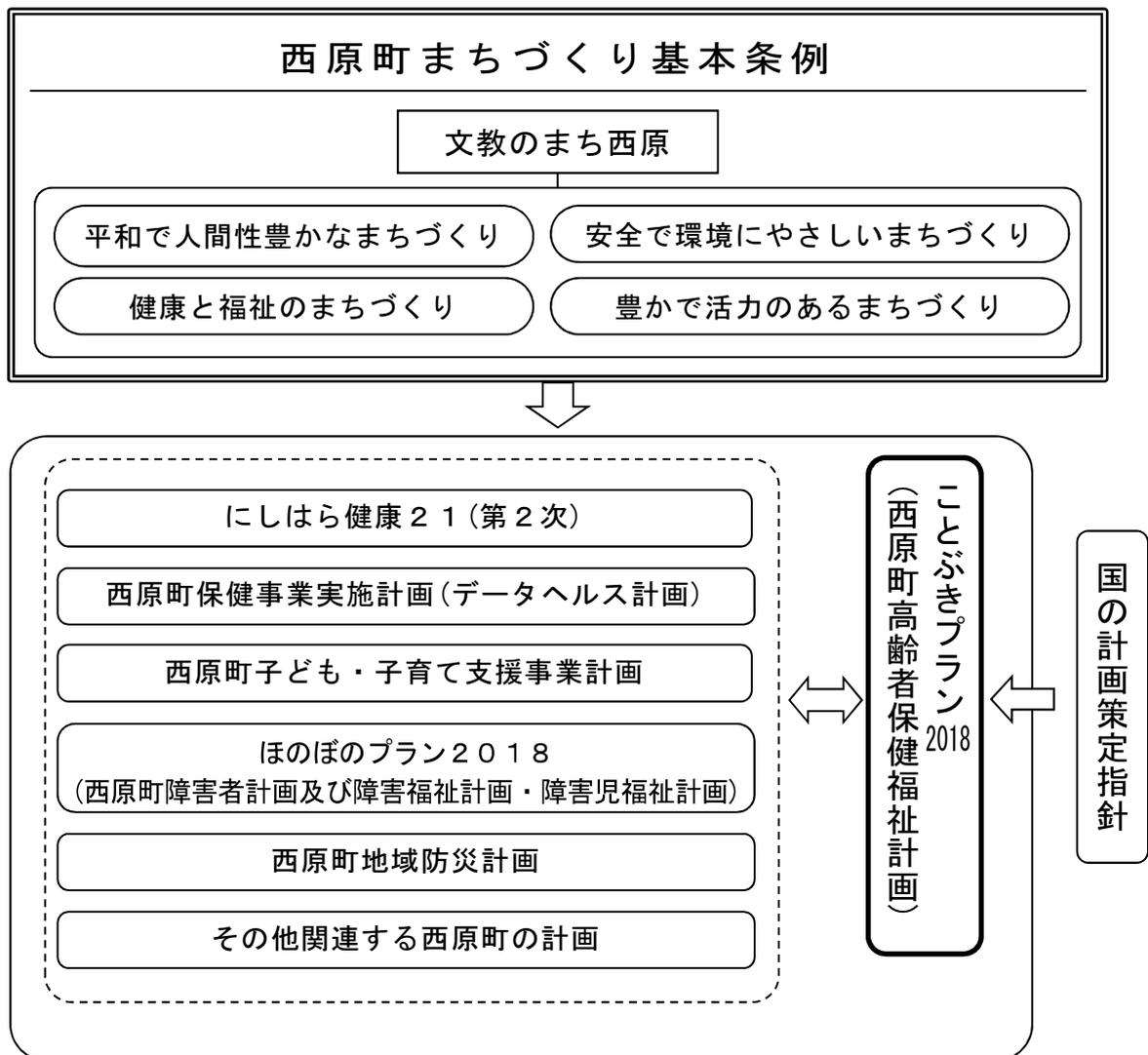
こうした中、本町は平成 29 年度より沖縄県介護保険広域連合に加盟したことにより、これまで保険者として単独で策定してきた町の介護保険事業計画は広域連合で策定されることとなります。但し、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み及びその他高齢者に係る福祉施策等については、引き続き高齢者保健福祉計画として本町で策定する必要があります。

こうした背景を踏まえ、本町では「ことぶきプラン 2015（西原町高齢者保健福祉計画・第 6 期介護保険事業計画）」における基本方針等を基礎としつつ、今後の高齢化への対応をより一層推進するため、介護保険法の改正等の内容と本町の実情を勘案し、具体的に取り組むべき施策を明らかにすることを目的に、「ことぶきプラン 2018（西原町高齢者保健福祉計画）」を策定します。

2 計画の位置づけ

(1) 関連する計画との関係

- 本計画は、「西原町まちづくり基本条例」に則する分野別の個別計画として位置づけます。
- 本計画は、「にしはら健康21(第2次)」、「西原町保健事業実施計画」、「西原町子ども・子育て支援事業計画」、「西原町障害者計画及び障害福祉計画・障害児福祉計画」といった本町の他の関連する分野の個別計画と整合性を図った計画とします。



(2) 地域包括ケアシステム構築に向けた段階的な計画の位置づけ

「ことぶきプラン2015」以降の計画は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年(平成37年)を見据えて、地域包括ケアシステムの確立を目指すものであり、段階的に取り組みの充実を図るための計画です。本計画はその第2段階の計画として位置づけ、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るための計画とします。

●ことぶきプラン2015(平成27年度～平成29年度)

地域包括ケアシステムの構築を目指し、段階的な取り組みの充実を図るための初段階の計画として、今後の進むべき道筋を明らかにするものです。また、地域包括ケアシステムを推進するための基本的な体制構築が主となるため、準備期の計画として位置づけます。

●ことぶきプラン2018(平成30年度～平成32年度)

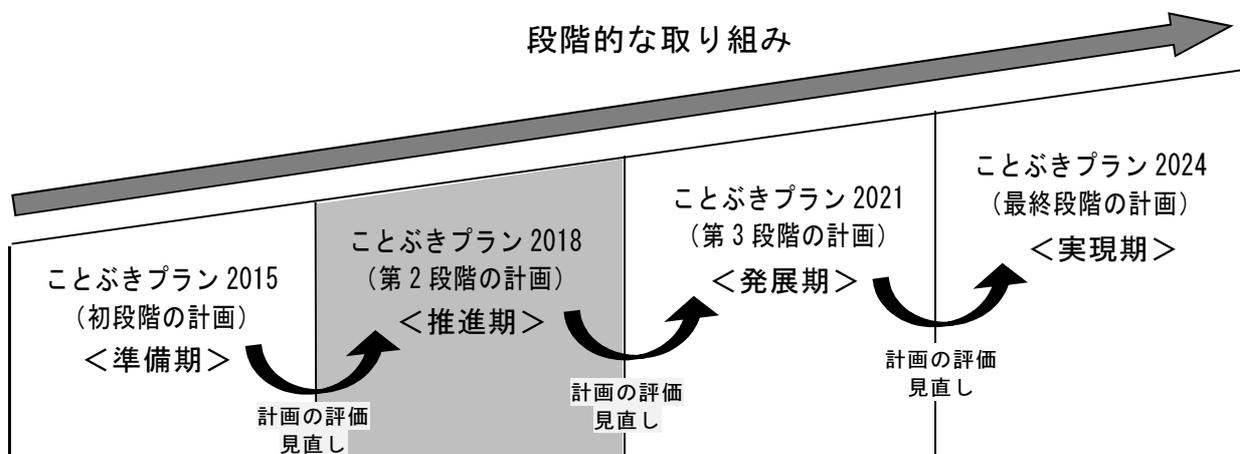
地域包括ケアシステムの構築を目指す第2段階の計画とし、初段階の計画における準備期間を経て、総合的かつ本格的に地域包括ケアシステムの構築に取り組むための、深化・推進期の計画として位置づけます。

●ことぶきプラン2021(平成33年度～平成35年度)

地域包括ケアシステムの構築を目指す第3段階の計画とし、第2段階の取り組みを踏まえて、更なる地域包括ケア体制の充実を図るための、発展期の計画として位置づけます。

●ことぶきプラン2024(平成36年度～平成38年度)

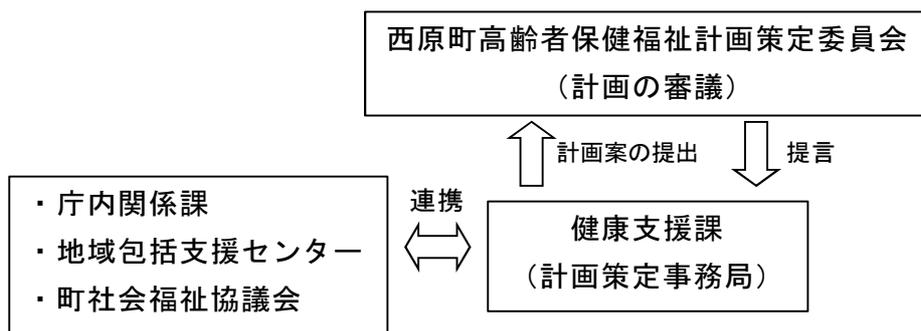
最終段階の計画として公的支援とともにボランティア、NPO、民間事業者等多様な主体が連携・協働した地域包括ケアシステムが高い水準で確立され、高齢者がいつまでも安心して暮らしていける地域を実感できる、実現期の計画として位置づけます。



3 計画の策定体制

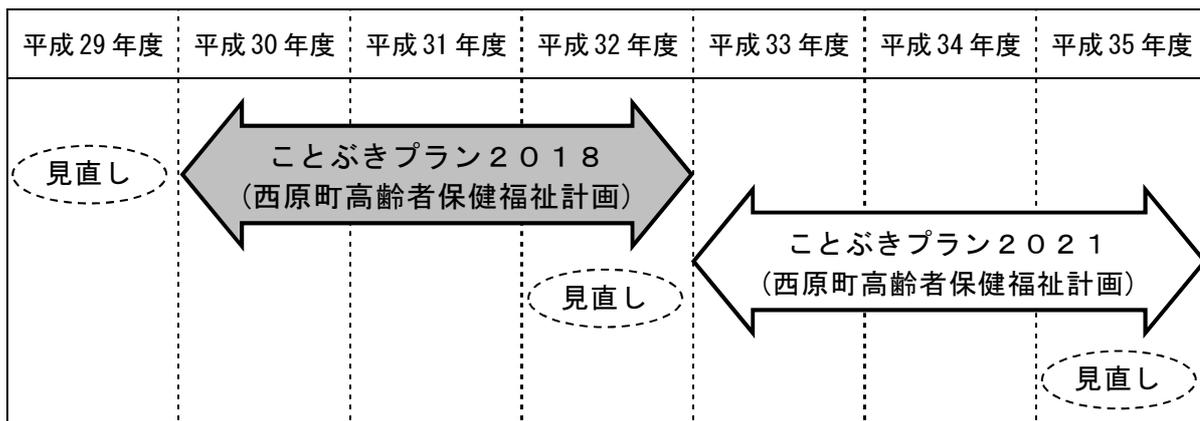
- 本計画の主管課である健康支援課を中心に、教育委員会、福祉保険課、こども課、産業観光課等、本計画の施策と関連のある関係課及び地域包括支援センターや町社会福祉協議会と連携を図りながら策定しました。
- 幅広い関係者等の意見に配慮した計画とするため、学識経験者や保健・福祉・医療の関係者及び被保険者代表で構成される「西原町高齢者保健福祉計画策定委員会」を設置し、計画の審議を行いました。

計画の策定体制



4 計画の期間及び見直しの時期

介護保険事業計画は、介護保険法で3年を1期として内容を見直すこと及び老人福祉計画と一体的に策定することが規定されているため、本計画は、平成30年度(2018年度)から平成32年度(2020年度)の3年間を計画期間とし、平成32年度に見直しを行います。



5 日常生活圏域ニーズ調査の実施

①調査の目的

第7期介護保険事業計画を策定するにあたり、どのような支援を必要としている高齢者が、どの程度いるか等、地域の高齢者の状態像やニーズ及び高齢者の自立生活を阻む課題を把握し、計画策定の基礎資料とすることを目的とします。

②調査対象者

平成28年11月1日現在、町内に住所を有する65歳以上の高齢者(要介護認定者を除く)。

③調査の方法

調査票の郵送による配布・回収

④調査期間

平成29年3月中旬～平成29年4月30日

⑤回収状況

調査票の配布数は1,155件、回収数は577件で回収率は50.0%となります。

配布数	回収数	回収率
1,155件	577件	50.0%

第2章 計画の基本的な考え方

1 計画の基本理念

基本理念は、前計画における理念を継承し、次のように掲げます。

**全ての高齢者が
明るく安心して暮らせる
ぬくもりのあるまち**

●活動的で充実した高齢期の実現

高齢者ができるだけ介護を必要としないよう、健康の保持・増進や介護予防の充実を図るとともに、自らの能力を発揮し日常生活の活動を高めることや主体的に社会参加を図るなど、活動的で充実した高齢期を目指します。

●地域包括ケアシステムの実現

高齢者一人一人が、どのような心身の状態であっても、可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保ち、自分らしい日常生活を人生の最後まで営んでいけるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される、地域包括ケアシステムの実現を目指します。

●ぬくもりのあるまちの実現

高齢者一人一人の価値観や生き方が尊重されるとともに、高齢者の自立を地域全体で支えていけるよう、地域の誰もが、互いに相手を認め合い助け合うことのできる、ぬくもりのあるまちを目指します。

2 地域包括ケアシステムの実現に向けた基本方針

地域包括ケアシステムの構築にあたっては「住まい」を基本として、高齢者の生活実態や心身の状態及びニーズを踏まえた上で、必要となる「介護」「医療」「予防」「生活支援」が相互連携し、一体的に提供される体制の実現を目指すものです。本町ではその実現に向けて国の基本方針を踏まえ「住まい」「介護」「医療」「予防」「生活支援」について基本的な考え方を次の通り定めます。

「住まい」

住まいは生活の基本であり、地域包括ケアシステム的前提となることから、高齢者の状態や経済的負担に合わせた住まい(住まい方)を選択できるよう、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保します。

「介護」

地域の介護ニーズに対応して、必要な介護サービスが安心して適切に利用できるような量的確保と質的向上を図ります。その際、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者の増加及び医療の必要性の高い要介護者のニーズ等を踏まえたサービスについて検討します。

「医療」

医療を必要とする高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で多様なサービスや支援と連携を図ることのできる体制を整備します。

「予防」

若い年代から生活習慣病を中心とした健康づくりを進めるとともに、機能回復訓練など高齢者本人への個別的な対応だけでなく、年齢や心身の状態等によって分け隔てることなく、地域の中に生きがい・役割を持って生活・社会参加ができるような居場所や出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境への対応も含めた地域づくりを進めます。

また、リハビリテーション専門職等の専門職を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、介護予防の機能強化を進めます。

「生活支援」

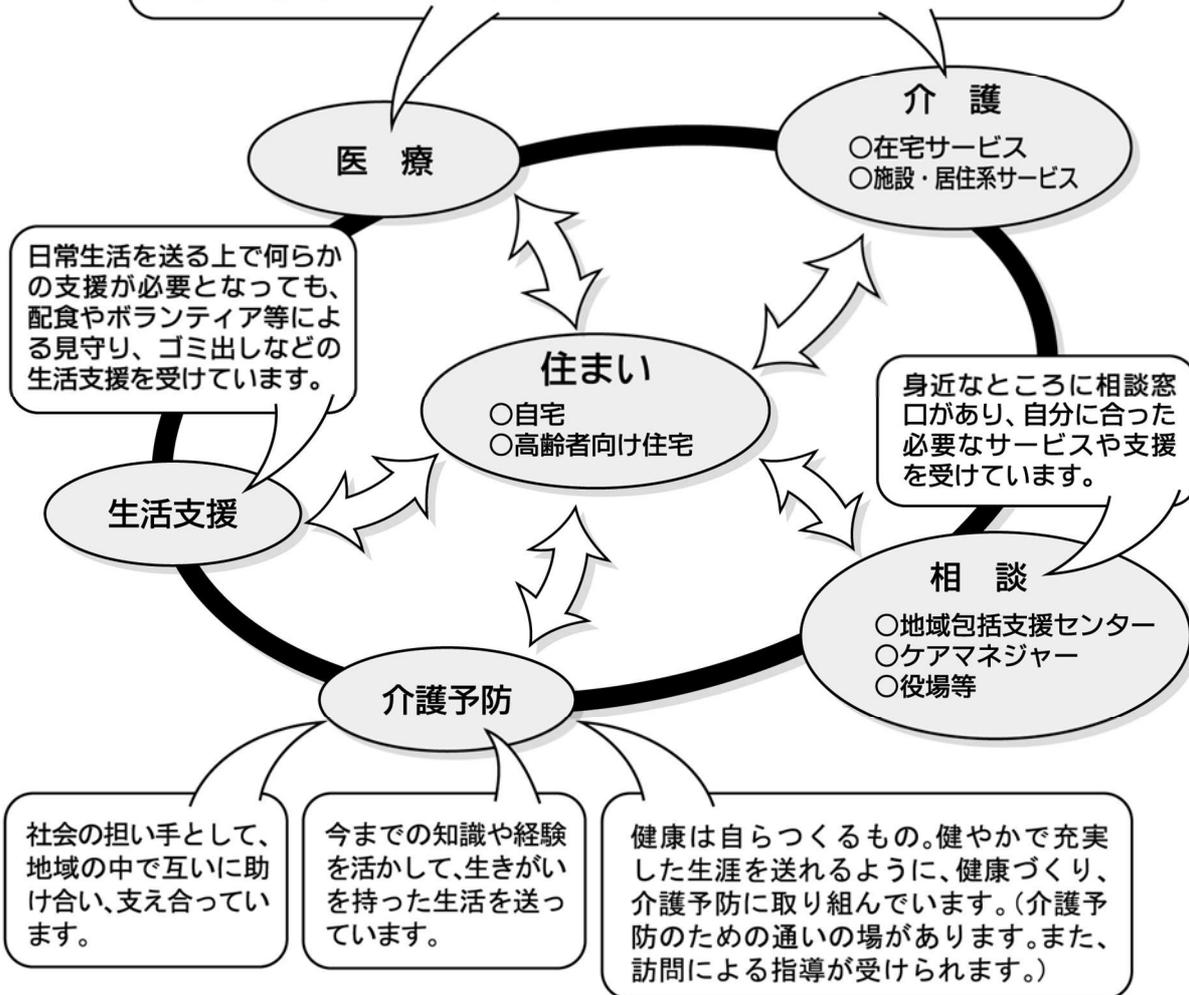
日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援等サービスを整備するため、従来の互助による活動に加えて、ボランティア、NPO、民間事業等の多様な主体による支援・協働体制の充実・強化を進めます。

西原町地域包括ケアシステムの姿

2025年(平成37年)の姿
団塊の世代が75歳以上

高齢者一人一人が、どのような心身の状態であっても、可能な限り住み慣れた地域で、尊厳を保ち、自分らしい日常生活を人生の最後まで営んでいます。

介護が必要になっても、医療を含めた様々なサービスを利用しながら、安心して快適な生活を送れる環境づくりが進んでいます。



3 基本目標

(1) 健やかで充実した高齢期の実現

高齢者が単に長く生きるのではなく、明るく主体性を持って充実した生活を送ることができるよう、高齢期を迎える前のより早い段階から、生活習慣病の予防を中心とした健康づくりの充実を図るほか、介護予防対策の充実、生活支援サービスの提供体制の構築に取り組みます。

また、自らの知識・経験・能力を活かした積極的な社会参加の促進、他の世代とのふれあい、自主的な学習・スポーツ・サークル活動を支援するなど、自己実現が図れる環境づくりを推進します。

(2) いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らしていけるぬくもりのあるまちを目指して、高齢者やその家族等への必要な援助を包括的に行う中核機関である、地域包括支援センターの運営体制の充実を図るとともに、権利擁護の推進や地域課題解決のために地域ケア会議の充実を図ります。また、在宅療養者に対しては必要な医療と介護が一体的に提供されるよう、在宅医療・介護連携体制の充実に取り組みます。さらに、認知症対策を一層推進するために、早期の適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」と認知症の高齢者や家族等への相談支援を行う「認知症地域支援推進員」との連携の充実を図るとともに、医療機関や介護保険事業所等と連携した「認知症ケアパス」の構築を目指します。

高齢者の生活支援については、生活支援のためのコーディネーターや協議体の設置により、地域の社会資源の開発・発掘を進めるほか、ボランティア等住民による生活支援や介護予防の充実を図ります。

(3) 利用者の視点に立った介護・福祉サービスの推進

介護等給付サービスが安心して利用できるよう、必要な介護等給付サービスの確保を進めます。また、在宅における介護や自立生活の支援の充実を図るために、総合事業と連携のとれた在宅福祉サービスを推進します。

(4) 安全・安心な生活環境の整備推進

高齢者や障害者に限らず、全ての人が安全で快適に移動できる空間を整備し、社会参加や交流を深める人にやさしい環境づくりを推進するとともに、生活の質向上のために高齢者に適した住環境の向上、災害時における避難支援体制の構築を図ります。

4 施策の体系

基本目標 1 健やかで充実した高齢期の実現

基本施策	個別目標
1 健康づくり (生活習慣病予防)の充実	① 特定健康診査受診率向上 ② 特定保健指導の推進 ③ 後期高齢者健康診査等の推進 ④ 健康教育の推進
2 介護予防・日常生活支援 総合事業の推進	(1) 介護予防・生活支援サービス事業の推進 ① 事業対象者の把握 ② 訪問型サービス ③ 通所型サービス(さらばんじ短期大学[通所型サービスC]) ④ その他生活支援サービスの検討 ⑤ 介護予防ケアマネジメント (2) 一般介護予防事業 ① 介護予防把握事業 ② 介護予防普及啓発事業 ③ 生きがい活動支援通所事業 ④ いいあんべー共生事業 ⑤ 生活機能改善事業(じんぶん教室・水中運動教室) ⑥ 運動機能向上・認知機能低下予防事業(貯筋クラブ・にこにこ元気クラブ) ⑦ 中央講座 ⑧ ちょこっと体操・ロコモ体操塾 ⑨ 地域リハビリテーション活動支援事業(訪問支援事業等) ⑩ 地域介護予防活動支援事業 ⑪ いいあんべー家運営の充実 ⑫ 一般介護予防事業評価
3 任意事業の推進	① 配食サービス
4 生きがい活動支援の充実	① 敬老祝金支給事業 ② 米寿・カジマヤー・新百歳激励訪問 ③ 老人クラブ活動支援 ④ 世代間交流活動の推進 ⑤ 学習・スポーツ活動等の推進 ⑥ シルバー人材センターの活動推進

基本目標2 いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立

基本施策	個別目標
1 地域包括支援センターの運営の充実	① 地域包括支援センターの広報 ② 総合相談支援事業 ③ 高齢者実態把握事業 ④ 包括的・継続的ケアマネジメント事業 ⑤ 地域ケア会議の充実 ⑥ 地域包括支援センターの運営体制の強化(機能強化)
2 権利擁護の推進	① 成年後見制度の普及啓発 ② 成年後見制度利用支援事業 ③ 高齢者虐待防止対策 ④ 消費者被害・詐欺被害の防止対策
3 在宅医療・介護連携の推進	① 医療・介護サービス資源の把握 ② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議 ③ 在宅医療・介護連携支援センターの運営 ④ 地域住民への普及啓発 ⑤ 二次医療圏内・関係市町村との連携
4 認知症対策の推進	① 認知症ケアパスの構築 ② 認知症初期集中支援チームの設置 ③ 認知症地域支援推進員の設置 ④ 認知症ケア向上推進事業 ⑤ 認知症への理解促進・情報提供の充実 ⑥ 認知症サポーターの養成と連携 ⑦ 認知症に繋がる疾患予防対策の充実 ⑧ 徘徊発見・保護体制の充実
5 生活支援体制整備の推進	① 生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置 ② 生活支援等協議体の設置 ③ 生活支援・介護予防サポーター(仮称)の養成

基本目標3 利用者の視点に立ったサービス提供の推進

基本施策	個別目標
1 介護保険サービスの確保推進	① 小規模多機能型居宅介護の確保 ② 小規模型通所介護の移行
2 在宅福祉サービスの推進	① 軽度生活援助事業 ② 生活管理短期宿泊事業 ③ 在宅老人移送サービス事業 ④ 介護用品支給事業 ⑤ 緊急通報システムの推進

基本目標4 安全・安心な生活環境の整備推進

基本施策	個別目標
1 住環境の向上推進	① 住環境の整備推進 ② 情報提供
2 安全・安心なまちづくり推進	① バリアフリーの推進 ② 防災対策

5 重点施策

全ての高齢者が住みなれた地域で、明るく安心して暮らしていけるよう、地域包括ケアシステムの実現に向けて、国の基本指針を踏まえるとともに、町の実情を勘案して以下の重点施策を定めます。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

新しい総合事業に基づく介護予防事業や日常生活支援サービスの実施体制の充実を図り、認定に至らない高齢者の増加を目指します。

また、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス実施による要支援状態からの自立の促進や重度化予防を目指します。

(2) 認知症対策の推進

認知症に関する知識の普及啓発や認知症の発症予防・早期発見などに努めてきましたが、認知症患者は増加傾向にあり、早期発見・早期治療などの対策を更に進める必要があります。そのため、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを基本目標とし、多様な取り組みを進めます。

(3) 地域ケア会議の充実

地域ケア会議については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、個別事例の検討を通じて、多職種協働による地域支援ネットワークの構築につなげるとともに、地域の課題解決のための政策決定に至るまでの仕組みづくりを目指します。

(4) 小規模多機能型居宅介護の確保

小規模多機能型居宅介護は、医療機関や介護老人保健施設から地域に戻り在宅介護・在宅療養を続ける上で重要な拠点となるため、その確保に取り組みます。

(5) 循環器疾患の重症化防止

本町では、脳血管疾患等の循環器疾患により要介護者となる方が多いことから、高血圧、糖尿病等の生活習慣病の予防と重症化防止に取り組みます。

第3章 高齢者を取り巻く現状

1 人口・高齢化率等の動向

(1) 総人口及び年齢3区分別人口の推移

- 総人口は平成25年以降減少傾向にあり、平成24年の35,325人に対し、平成28年は35,121人と、この4年間で204人の減となります。
- 年齢3区分別にみると、「老年人口」は年々増え平成21年の4,767人に対し、平成28年は6,451人と、この7年間で1,684人(35.8%)の増となります。
- 「年少人口」は増減を繰り返しながらも徐々に減少する傾向にあり、平成27年には初めて老年人口を下回りました。また、「生産年齢人口」も平成25年以降減少傾向にあります。

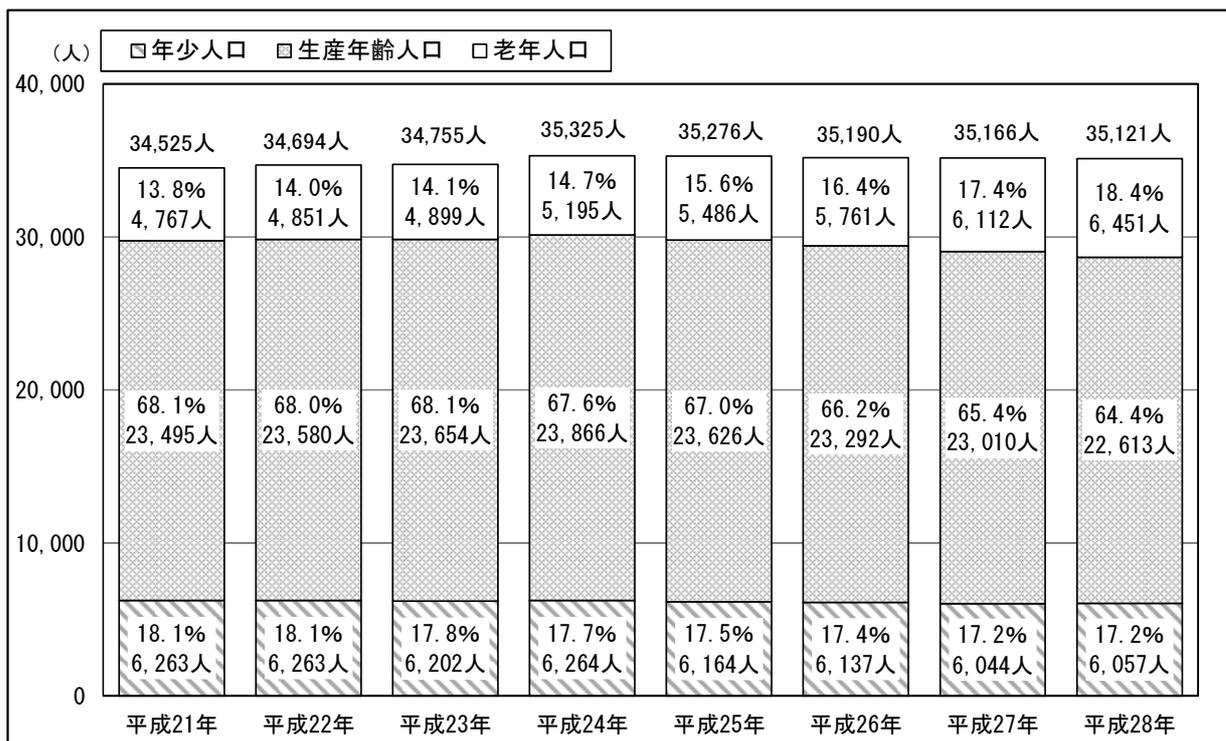
【総人口及び年齢3区分別人口の推移】

単位：人、%

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
総人口	34,525	34,694	34,755	35,325	35,276	35,190	35,166	35,121
老年人口 (65歳以上)	4,767	4,851	4,899	5,195	5,486	5,761	6,112	6,451
生産年齢人口 (15～64歳)	23,495	23,580	23,654	23,866	23,626	23,292	23,010	22,613
年少人口 (0～14歳)	6,263	6,263	6,202	6,264	6,164	6,137	6,044	6,057

資料：住民基本台帳(各年10月1日現在)

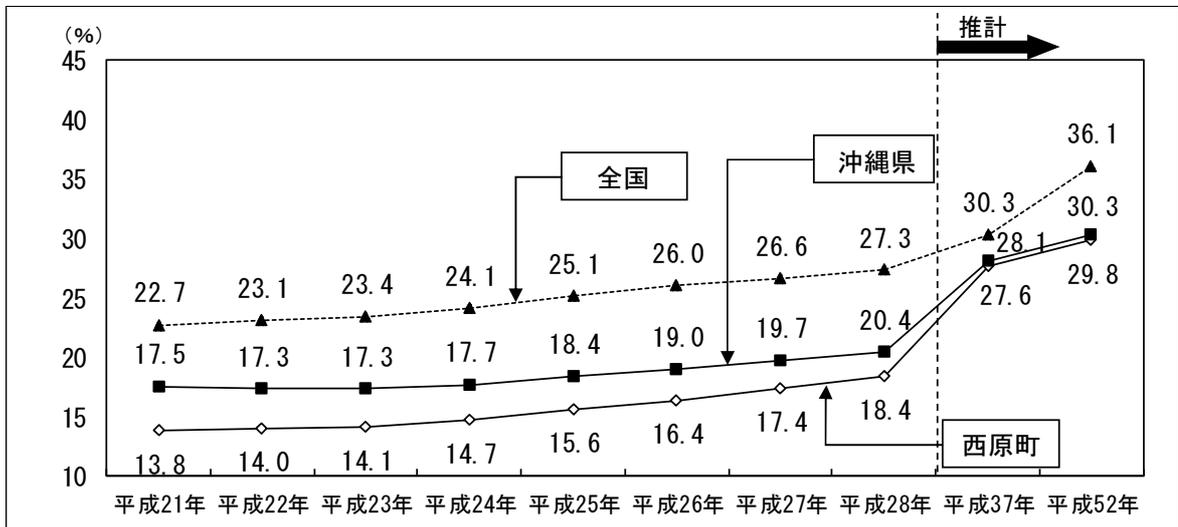
平成21年～平成23年は日本人のみ、平成24年以降は外国人を含む。



(2) 高齢化率の推移

○本町の高齢化率は全国、沖縄県より低い水準で推移していますが、沖縄県との差は年々縮まってきており、将来推計では、本町及び沖縄県とも30%前後とほぼ同率となります。

【高齢化の推移】



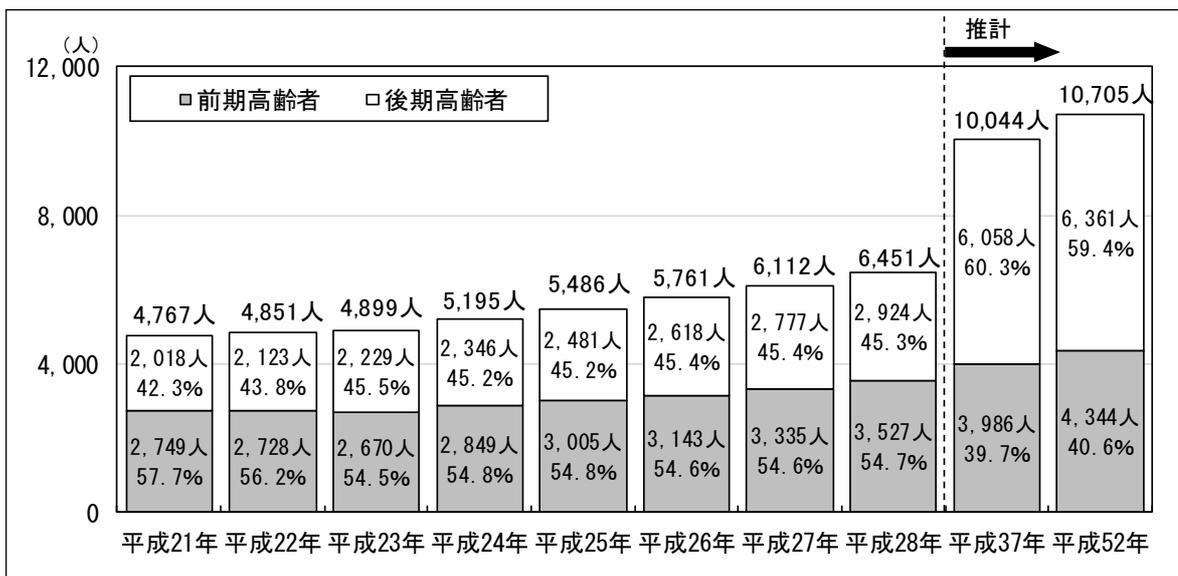
資料：西原町は住民基本台帳、全国、沖縄県は総務省統計局「人口統計」より(各年10月1日現在)
平成37年、平成52年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

(3) 前・後期高齢者人口の推移

○前期高齢者人口、後期高齢者人口とも毎年増え続けています。前・後期高齢者人口の比は平成24年以降、およそ5.5:4.5とほぼ横ばいで推移しています。

○将来の人口推計では、後期高齢者人口の伸びが大きく、前・後期高齢者人口の比はおよそ4:6となります。

【前・後期高齢者人口の推移】



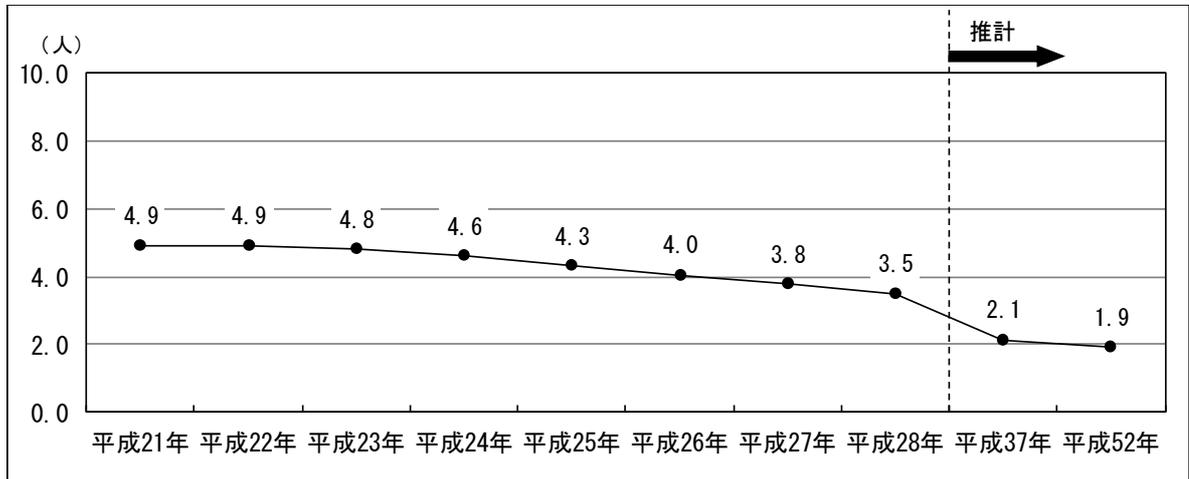
資料：西原町は住民基本台帳、全国、沖縄県は総務省統計局「人口統計」より(各年10月1日現在)
平成37年、平成52年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

(4) 高齢者 1 人あたり生産年齢人口

○高齢者 1 人に対する社会・経済を支える生産年齢人口は、年々減少し、平成 28 年は 3.5 人と、平成 21 年の 4.9 人から 1.4 人の減となります。

また、平成 37 年には 2.1 人、平成 52 年には 1.9 人となることが予測されています。

【高齢者 1 人あたり生産年齢人口】



資料：西原町は住民基本台帳、全国、沖縄県は総務省統計局「人口統計」より(各年 10 月 1 日現在)
平成 37 年、平成 52 年は「国立社会保障・人口問題研究所」の推計より

(5) 行政区別高齢化率

○平成 28 年の高齢化率は、「坂田」が 37.0%と最も高く、次に「小波津団地」が 35.2%、「幸地ハイツ」が 33.1%となります。一方、「千原」が 3.5%と最も低く、次に「上原」が 8.3%、「県営内間団地」が 8.9%、「県営西原団地」が 9.8%となります。

○平成 22 年に対する平成 28 年の高齢化率の伸びは、「呉屋」が 2.0 ポイント低くなっているほかは、どの行政区も伸びてきています。中でも「西原ハイツ」が 13.3 ポイント増と最も伸びが大きく、次に「西原台団地」が 12.3 ポイント、「森川」が 10.0 ポイントの伸びとなります。

【行政区別高齢化率の推移】

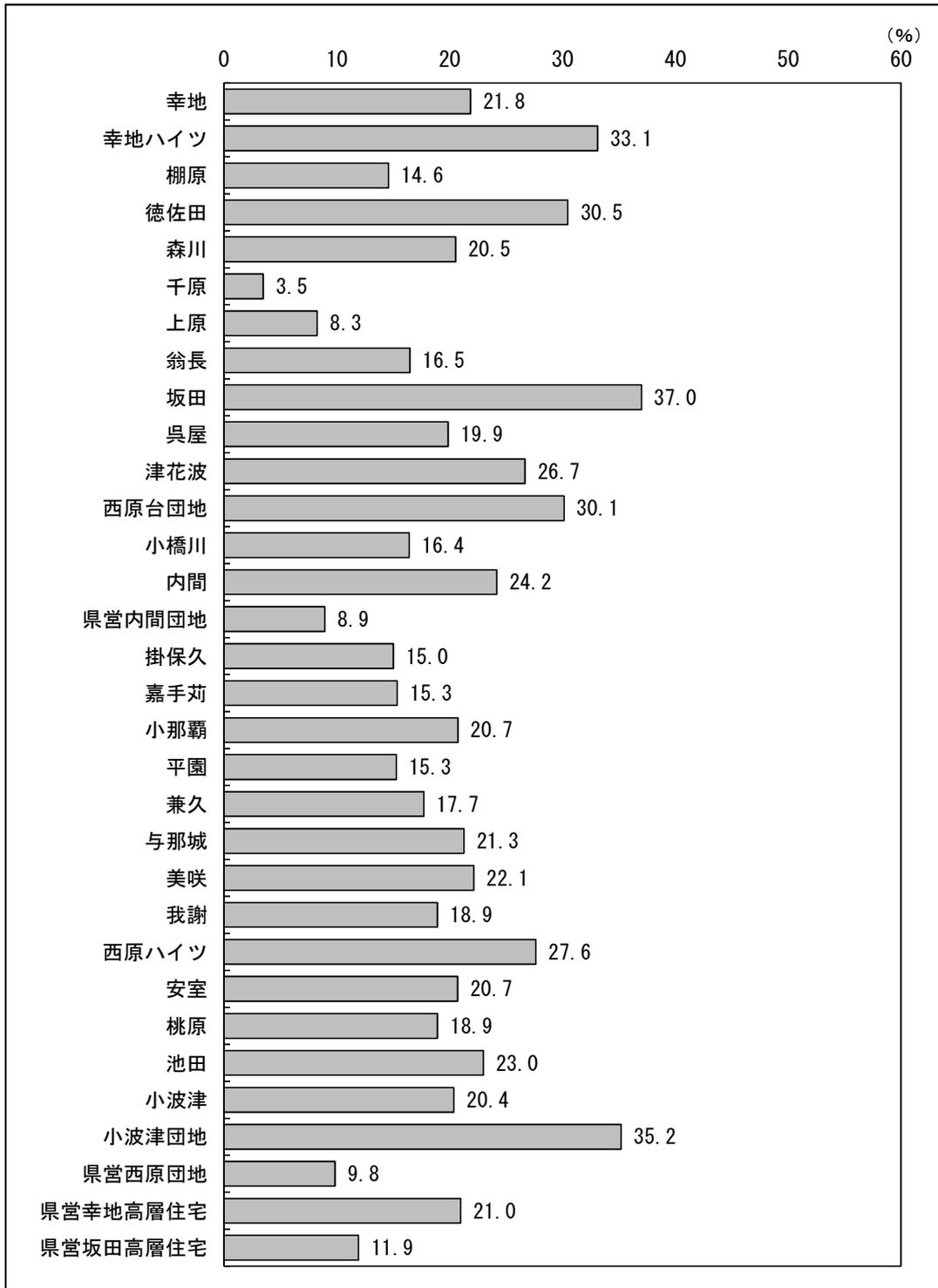
(単位：人、%)

行政区	平成 22 年 (10 月 1 日)			平成 25 年 (10 月 1 日)			平成 28 年 (10 月 1 日)		
	総人口	高齢人口	高齢化率	総人口	高齢人口	高齢化率	総人口	高齢人口	高齢化率
幸地	1,636	285	17.4	1,635	314	19.2	1,676	366	21.8
幸地ハイツ	305	86	28.2	316	97	30.7	305	101	33.1
棚原	2,476	270	10.9	2,564	311	12.1	2,512	366	14.6
徳佐田	333	74	22.2	312	83	26.6	269	82	30.5
森川	494	52	10.5	486	72	14.8	487	100	20.5
千原	882	22	2.5	1,073	26	2.4	1,007	35	3.5
上原	3,255	213	6.5	3,475	251	7.2	3,703	306	8.3
翁長	3,337	414	12.4	3,367	459	13.6	3,412	562	16.5
坂田	1,068	307	28.7	1,085	357	32.9	1,019	377	37.0
呉屋	466	102	21.9	557	102	18.3	569	113	19.9
津花波	454	92	20.3	472	105	22.2	461	123	26.7
西原台団地	442	79	17.9	440	99	22.5	448	135	30.1
小橋川	964	112	11.6	1,039	136	13.1	1,030	169	16.4
内間	499	95	19.0	492	112	22.8	484	117	24.2
県営内間団地	773	42	5.4	710	51	7.2	740	66	8.9
掛保久	469	131	13.0	471	132	13.2	481	142	15.0
嘉手苅	413	59	14.3	459	62	13.5	430	66	15.3
小那覇	2,076	326	15.7	2,091	376	18.0	2,109	437	20.7
平園	1,745	193	11.1	1,730	218	12.6	1,723	263	15.3
兼久	2,629	358	13.6	2,579	384	14.9	2,542	450	17.7
与那城	1,586	245	15.4	1,543	265	17.2	1,524	324	21.3
美咲	1,001	154	15.4	1,049	184	17.5	962	213	22.1
我謝	2,230	326	14.6	2,267	366	16.1	2,215	419	18.9
西原ハイツ	530	76	14.3	506	100	19.8	492	136	27.6
安室	347	63	18.2	372	67	18.0	401	83	20.7
桃原	241	36	14.9	253	42	16.6	280	53	18.9
池田	775	127	16.4	767	140	18.3	744	171	23.0
小波津	995	169	17.0	1,024	175	17.1	1,006	205	20.4
小波津団地	881	242	27.5	821	273	33.3	861	303	35.2
県営西原団地	533	24	4.5	491	31	6.3	478	47	9.8
県営幸地高層住宅	375	52	13.9	363	60	16.5	348	73	21.0
県営坂田高層住宅	484	25	5.2	467	36	7.7	403	48	11.9

資料：町健康支援課（各年 10 月 1 日現在）

※「掛保久」の高齢者人口は介護老人福祉施設(守礼の里)の高齢者を含んでいるため、高齢化率は入所定員数(70人)を除いて算出した。

【行政区別高齢化率】
 〈平成 28 年 10 月 1 日現在〉



(6) 高齢者世帯構成別人員

○高齢者独居世帯人員の構成比は、町全体で 22.4%と、約 4.5 人に 1 人が一人暮らしとなります。

○行政区別の独居世帯人員は「翁長」が 152 人と最も多く、「棚原」、「兼久」、「我謝」も 100 人を超えています。また、独居世帯人員の構成比は「池田」が 37.4%と最も高く、次に「県営内間団地」が 31.2%とります。

【高齢者のいる世帯の世帯構成別高齢者人員】

〈平成 29 年 4 月 1 日現在〉

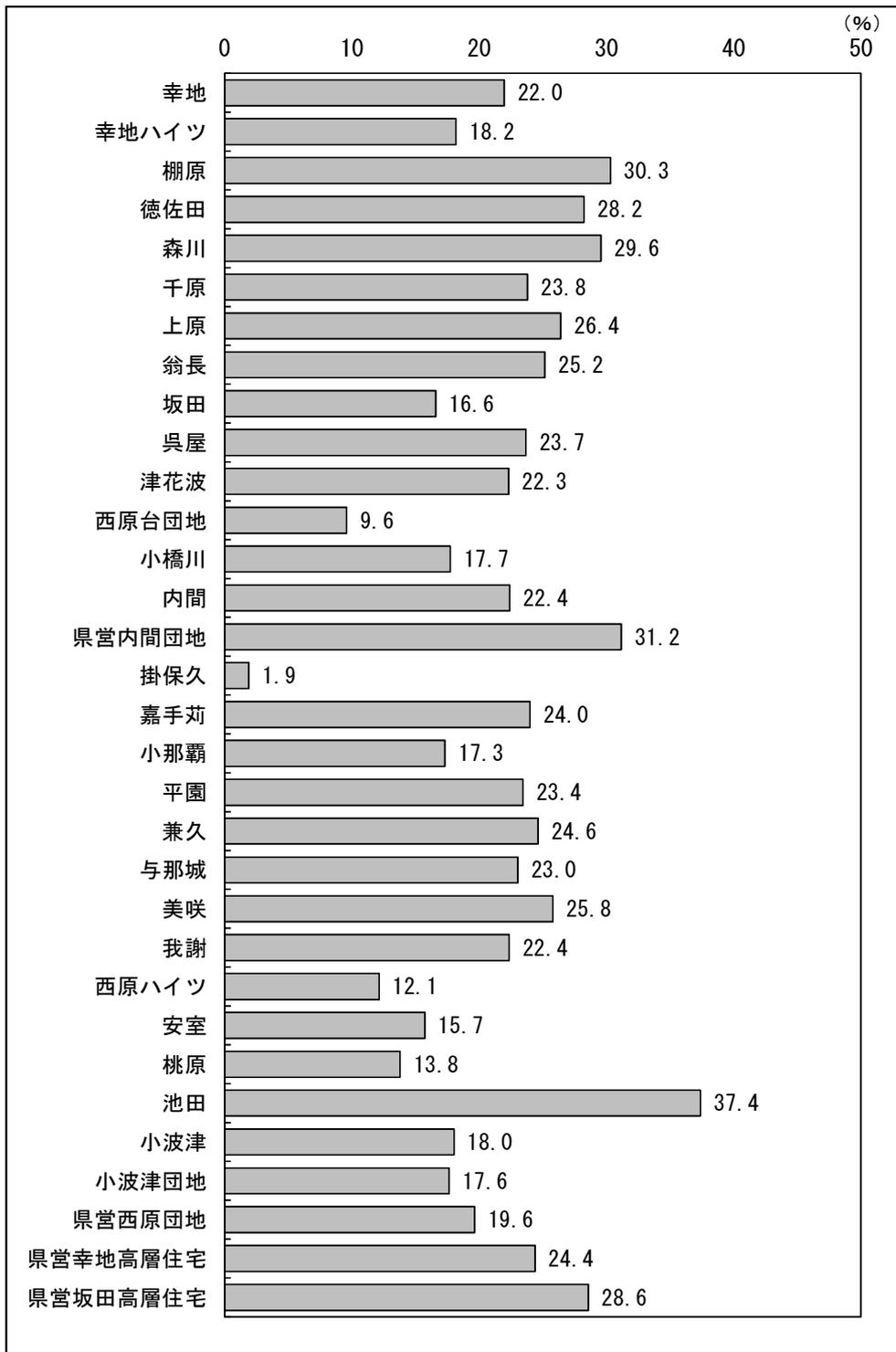
(単位：人、%)

行政区	世帯構成			計	構成比		
	高齢者のみ 世帯人員	高齢者独居 世帯人員	一般世帯 人員		高齢者のみ 世帯人員	高齢者独居 世帯人員	一般世帯 人員
幸地	130	87	179	396	32.8	22.0	45.2
幸地ハイツ	34	20	56	110	30.9	18.2	50.9
棚原	111	124	174	409	27.1	30.3	42.5
徳佐田	25	24	36	85	29.4	28.2	42.4
森川	35	34	46	115	30.4	29.6	40.0
千原	13	10	19	42	31.0	23.8	45.2
上原	108	93	151	352	30.7	26.4	42.9
翁長	197	152	255	604	32.6	25.2	42.2
坂田	168	64	154	386	43.5	16.6	39.9
呉屋	41	27	46	114	36.0	23.7	40.4
津花波	32	29	69	130	24.6	22.3	53.1
西原台団地	77	14	55	146	52.7	9.6	37.7
小橋川	51	33	102	186	27.4	17.7	54.8
内間	44	28	53	125	35.2	22.4	42.4
県営内間団地	12	24	41	77	15.6	31.2	53.2
掛保久	16	71	36	123	30.2	1.9	67.9
嘉手苅	30	18	27	75	40.0	24.0	36.0
小那覇	134	80	248	462	29.0	17.3	53.7
平園	58	68	164	290	20.0	23.4	56.6
兼久	138	118	223	479	28.8	24.6	46.6
与那城	115	82	159	356	32.3	23.0	44.7
美咲	76	57	88	221	34.4	25.8	39.8
我謝	148	102	206	456	32.5	22.4	45.2
西原ハイツ	59	17	64	140	42.1	12.1	45.7
安室	24	14	51	89	27.0	15.7	57.3
桃原	20	8	30	58	34.5	13.8	51.7
池田	53	77	76	206	25.7	37.4	36.9
小波津	59	40	123	222	26.6	18.0	55.4
小波津団地	140	57	126	323	43.3	17.6	39.0
県営西原団地	16	11	29	56	28.6	19.6	51.8
県営幸地高層住宅	28	20	34	82	34.1	24.4	41.5
県営坂田高層住宅	16	14	19	49	32.7	28.6	38.8
合計	2,208	1,617	3,139	6,964	32.0	22.4	45.5

資料：町健康支援課

※「掛保久」の高齢者独居世帯は介護老人福祉施設(守礼の里)の高齢者を含んでいるため、構成比は入所定員数(70人)を除いて算出した。(合計も同じ)

【行政区別高齢者独居世帯人員の構成比】
 〈平成 29 年 4 月 1 日現在〉

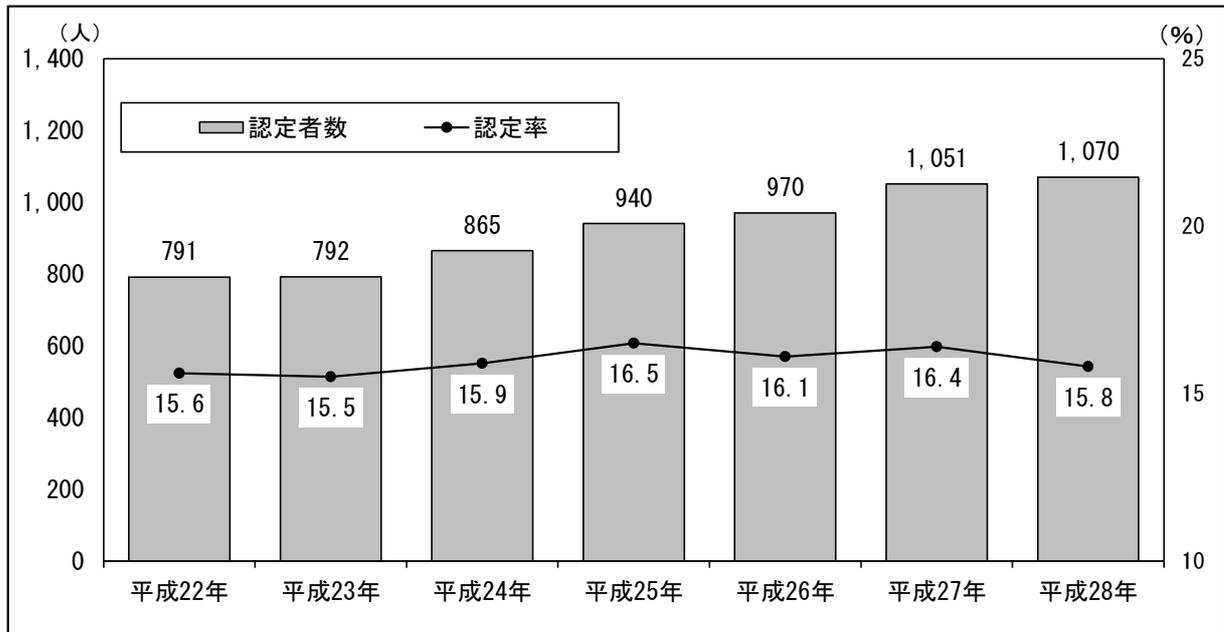


2 介護保険の状況

(1) 認定者数・認定率の推移

○認定者数は、高齢者人口の増に伴い年々増え続けています。また、認定率は16%前後で推移しています。

【認定者・認定率の推移】



資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）

※認定率：被保険者数／被保険者の認定者数×100

7) 要支援・要介護度別認定者の推移

○要支援1・2及び要介護1から5までの各認定者数は、年によって増減があるものの、いずれも増加する傾向にあります。

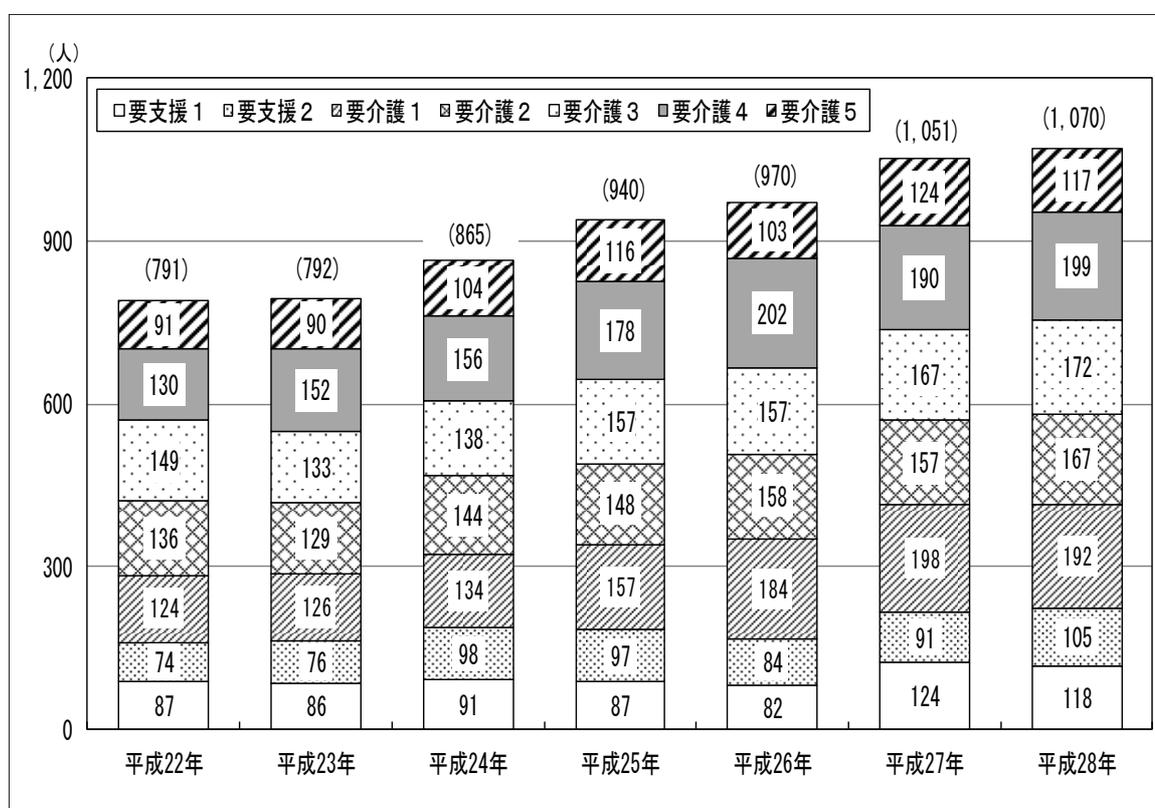
○認定者に占める要介護3以上の割合は、45.6%～48.0%の間で推移しています。

【要支援・要介護度別認定者の推移】

(単位：人、%)

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
要支援1	87	86	91	87	82	124	118
要支援2	74	76	98	97	84	91	105
要介護1	124	126	134	157	184	198	192
要介護2	136	129	144	148	158	157	167
要介護3	149	133	138	157	157	167	172
要介護4	130	152	156	178	202	190	199
要介護5	91	90	104	116	103	124	117
計	791	792	865	940	970	1,051	1,070
認定者に占める 要介護3以上の割合	46.8	47.3	46.0	48.0	47.6	45.8	45.6

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）



1) 行政区別認定率

○男性の認定率は「県営内間団地」が 34.6%と最も高く、次に「県営幸地高層住宅」が 25.0%となります。また、女性の認定率は「県営幸地高層住宅」が 34.1%と最も高く、次に「徳佐田」が 30.2%となります。

○男女合わせた全体の認定率は、「県営内間団地」が 30.3%と最も高く、次に「県営幸地高層住宅」が 30.1%となります。

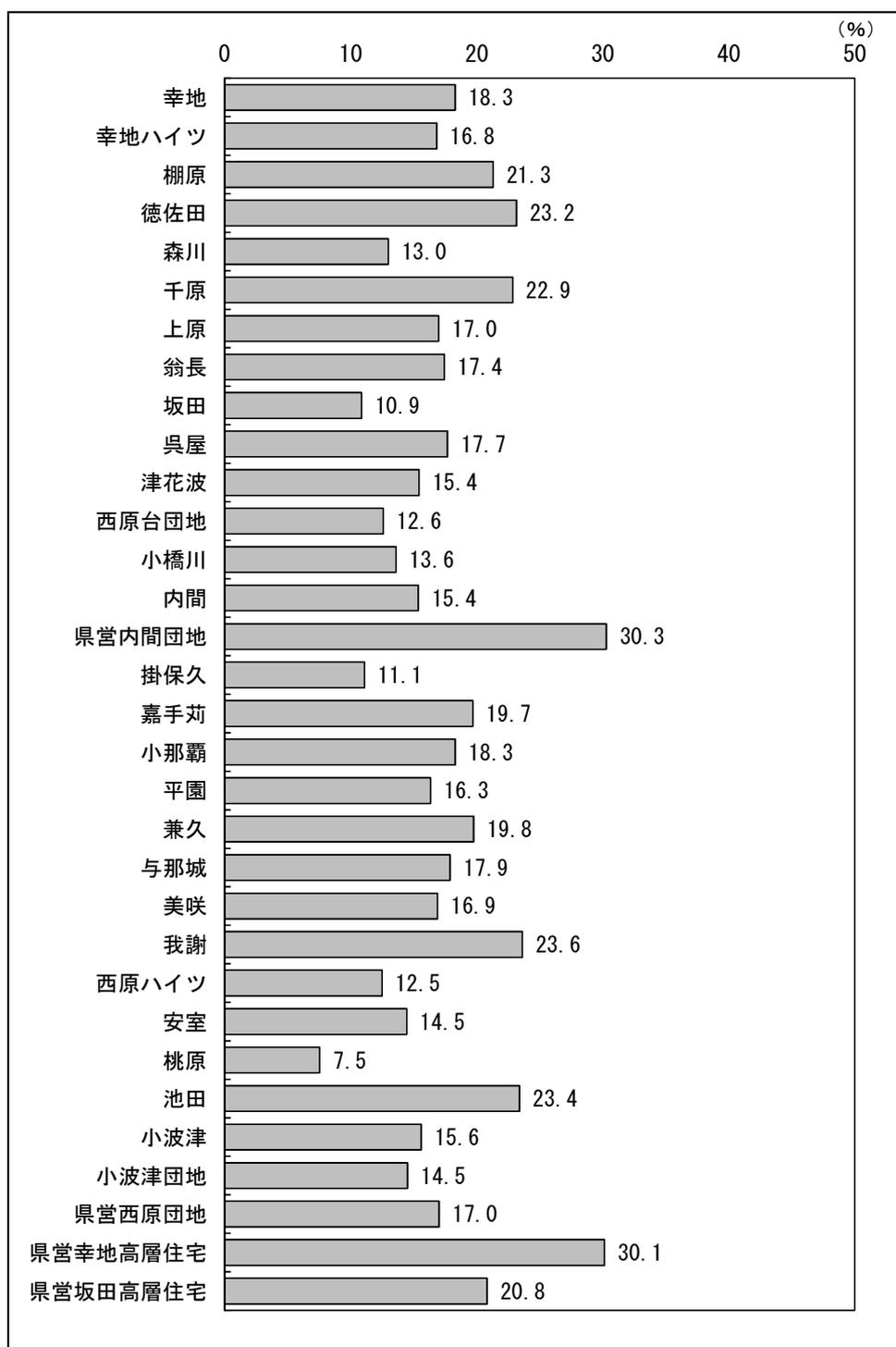
【行政区別認定者数・認定率〈平成 28 年 10 月 1 日現在〉】 (単位:)

行政区名	高齢者人口			認定者数							認定率		
	男性	女性	計	【男性】			【女性】			合計	男性	女性	全体
				要支援	要介護	計	要支援	要介護	計				
幸地	169	197	366	4	18	22	8	37	45	67	13.0	22.8	18.3
幸地ハイツ	47	54	101	1	6	7	4	6	10	17	14.9	18.5	16.8
棚原	172	194	366	6	26	32	6	40	46	78	18.6	23.7	21.3
徳佐田	39	43	82	0	6	6	3	10	13	19	15.4	30.2	23.2
森川	54	46	100	2	2	4	1	8	9	13	7.4	19.6	13.0
千原	17	18	35	0	3	3	0	5	5	8	17.6	27.8	22.9
上原	149	157	306	3	14	17	6	29	35	52	11.4	22.3	17.0
翁長	255	307	562	7	33	40	13	45	58	98	15.7	18.9	17.4
坂田	176	201	377	3	13	16	7	18	25	41	9.1	12.4	10.9
呉屋	57	56	113	1	3	4	7	9	16	20	7.0	28.6	17.7
津花波	66	57	123	0	10	10	1	8	9	19	15.2	15.8	15.4
西原台団地	69	66	135	1	4	5	4	8	12	17	7.2	18.2	12.6
小橋川	84	85	169	2	7	9	4	10	14	23	10.7	16.5	13.6
内間	56	61	117	4	3	7	3	8	11	18	12.5	18.0	15.4
県営内間団地	26	40	66	0	9	9	1	10	11	20	34.6	27.5	30.3
掛保久	45	97	142	2	12	14	1	63	64	78	—	—	11.1
嘉手苅	29	37	66	0	3	3	1	9	10	13	10.3	27.0	19.7
小那覇	218	219	437	4	28	32	11	37	48	80	14.7	21.9	18.3
平園	123	140	263	4	10	14	6	23	29	43	11.4	20.7	16.3
兼久	221	229	450	5	34	39	11	39	50	89	17.6	21.8	19.8
与那城	152	172	324	6	13	19	5	34	39	58	12.5	22.7	17.9
美咲	94	119	213	3	6	9	5	22	27	36	9.6	22.7	16.9
我謝	198	221	419	9	30	39	13	47	60	99	19.7	27.1	23.6
西原ハイツ	67	69	136	0	4	4	4	9	13	17	6.0	18.8	12.5
安室	40	43	83	0	4	4	0	8	8	12	10.0	18.6	14.5
桃原	26	27	53	0	0	0	0	4	4	4	—	14.8	7.5
池田	91	80	171	4	13	17	5	18	23	40	18.7	28.8	23.4
小波津	106	99	205	2	11	13	0	19	19	32	12.3	19.2	15.6
小波津団地	143	160	303	5	11	16	9	19	28	44	11.2	17.5	14.5
県営西原団地	22	25	47	0	3	3	3	2	5	8	13.6	20.0	17.0
県営幸地高層住宅	32	41	73	3	5	8	4	10	14	22	25.0	34.1	30.1
県営坂田高層住宅	17	31	48	0	3	3	4	3	7	10	17.6	22.6	20.8

資料：町健康支援課

※「掛保久」は介護老人福祉施設(守礼の里)の高齢者を含んでいるため、認定率は入所定員数(70人)を除いて全体のみ算出した。

【行政区別認定率〈平成 28 年 10 月 1 日〉】



(2) 介護等サービス利用率

ア) サービス利用率

○介護保険認定者の8割以上が介護等サービスを利用しています。

【サービス利用率】

(単位：人、%)

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
認定者数	865	940	970	1,051	1,070
利用者数	714	787	817	876	875
利用率	82.5	83.7	84.2	83.3	81.8

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）

イ) 居宅介護等サービス利用率

○介護保険認定者の6割余りが居宅介護等サービスを利用しています。

○平成25年までは介護度が重いほど利用率は低くなっていますが、平成26年以降は要介護1・2の利用率が70%台と最も高く、平成27年以降は要介護3が60%台と2番目に高くなります。

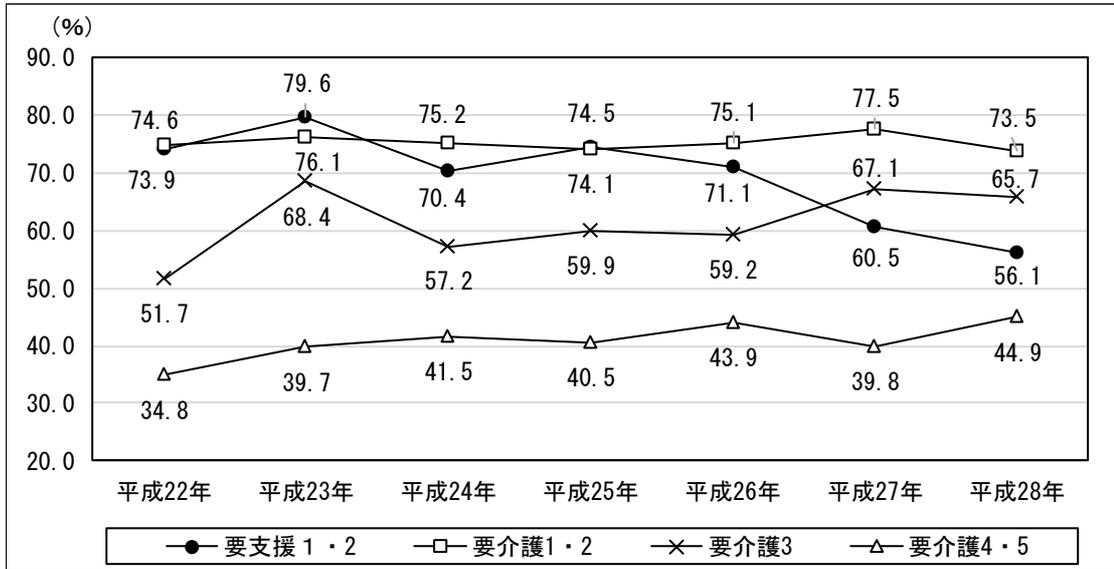
【居宅介護等サービス利用率】

(単位：人、%)

		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
要支援 1・2	認定者数	189	184	166	215	223
	利用者数	133	137	118	130	125
	利用率	70.4	74.5	71.1	60.5	56.1
要介護 1・2	認定者数	278	305	342	355	359
	利用者数	209	226	257	275	264
	利用率	75.2	74.1	75.1	77.5	73.5
要介護 3	認定者数	138	157	157	167	172
	利用者数	79	94	93	112	113
	利用率	57.2	59.9	59.2	67.1	65.7
要介護 4・5	認定者数	260	294	305	314	316
	利用者数	108	119	134	125	142
	利用率	41.5	40.5	43.9	39.8	44.9
小計	認定者数	865	940	970	1,051	1,070
	利用者数	529	576	602	642	644
	利用率	61.2	61.3	62.1	61.1	60.2

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）

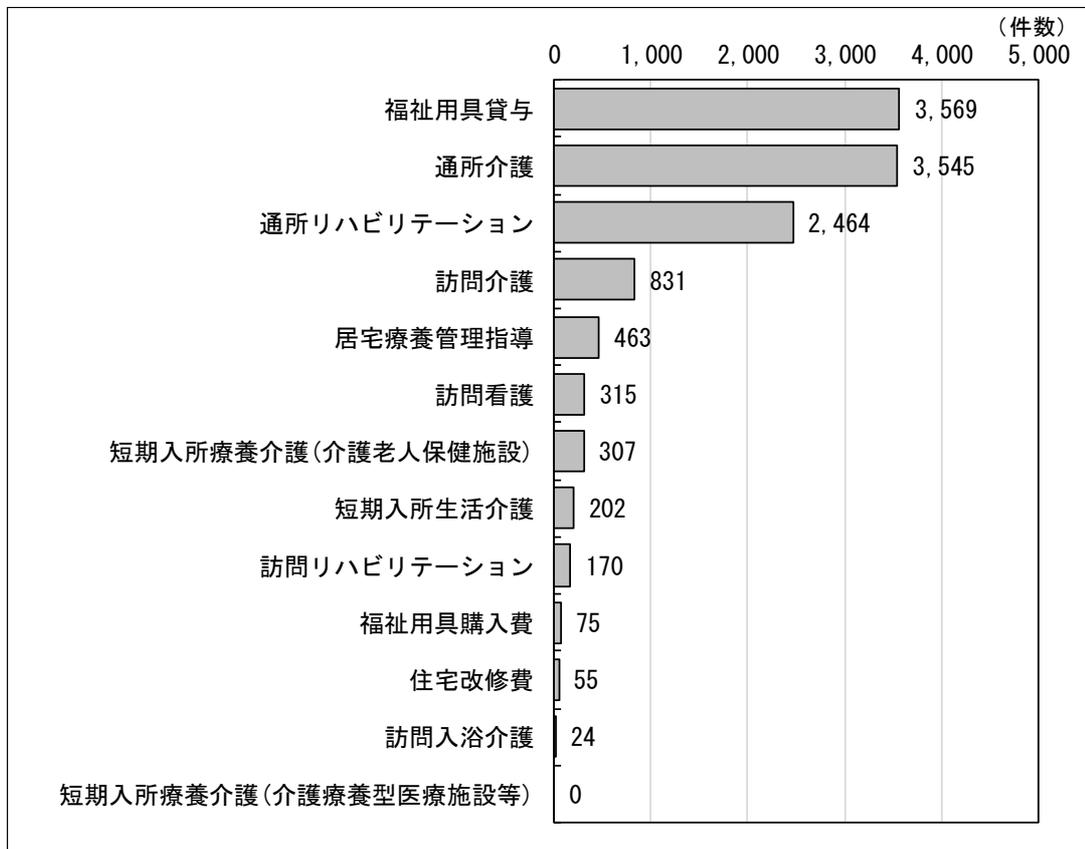
【介護度別居宅介護等サービス利用率】



ウ) 居宅サービス種類別利用件数

○居宅サービスの利用件数では、「福祉用具貸与」が最も多く、次に「通所介護」が多い状況です。

【居宅サービス種類別利用件数】



資料：介護保険事業状況報告（平成28年度）

I) 介護施設利用者数

○介護施設の利用者は増加傾向にあり、平成24年の177人から平成28年では214人と37人の増となります。また、利用者は介護度が重いほど多く、要介護4・5が7割程度を占めます。

○介護療養型医療施設の利用者は減少傾向にあり、平成28年の利用者は3人となります。

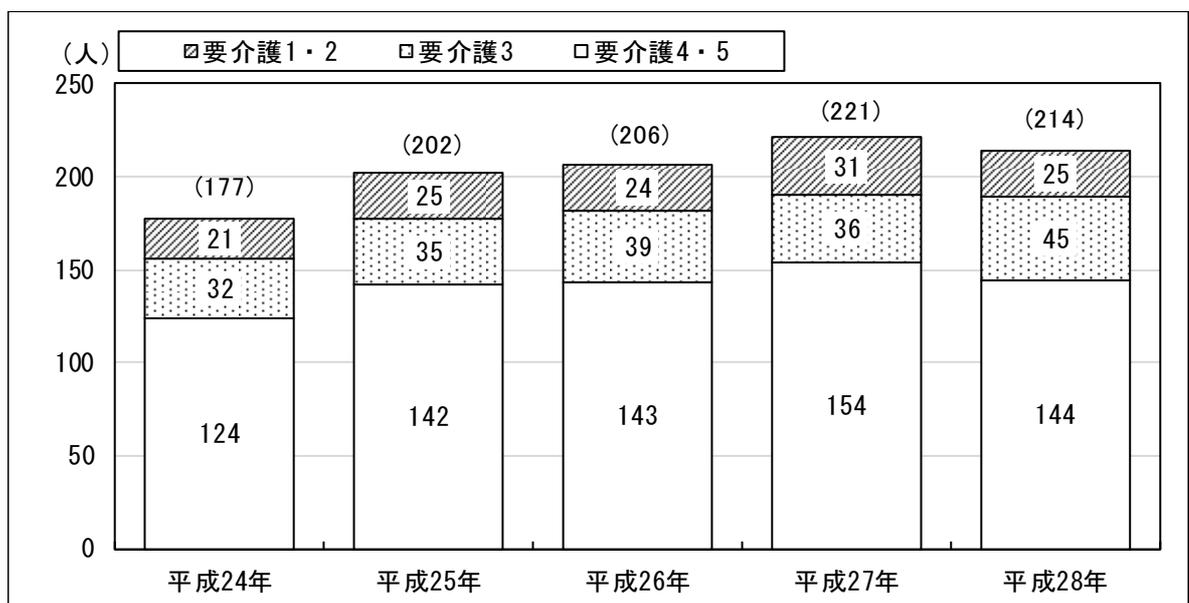
【介護施設利用者数】

(単位：人、%)

		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
介護老人 福祉施設	要介護1・2	7	8	6	7	6
	要介護3	13	14	19	14	21
	要介護4・5	51	59	56	66	64
	計	71	81	81	87	91
	要介護3以上の割合	90.1	90.1	92.6	92.0	93.4
介護老人 保健施設	要介護1・2	14	16	18	24	19
	要介護3	19	19	19	20	23
	要介護4・5	67	80	84	85	78
	計	100	115	121	129	120
介護療養型 医療施設	要介護1・2	0	1	0	0	0
	要介護3	0	2	1	2	1
	要介護4・5	6	3	3	3	2
	計	6	6	4	5	3
小計	要介護1・2	21	25	24	31	25
	要介護3	32	35	39	36	45
	要介護4・5	124	142	143	154	144
	計	177	202	206	221	214

資料：介護保険事業状況報告（各年10月分報告）

【介護施設利用者数】

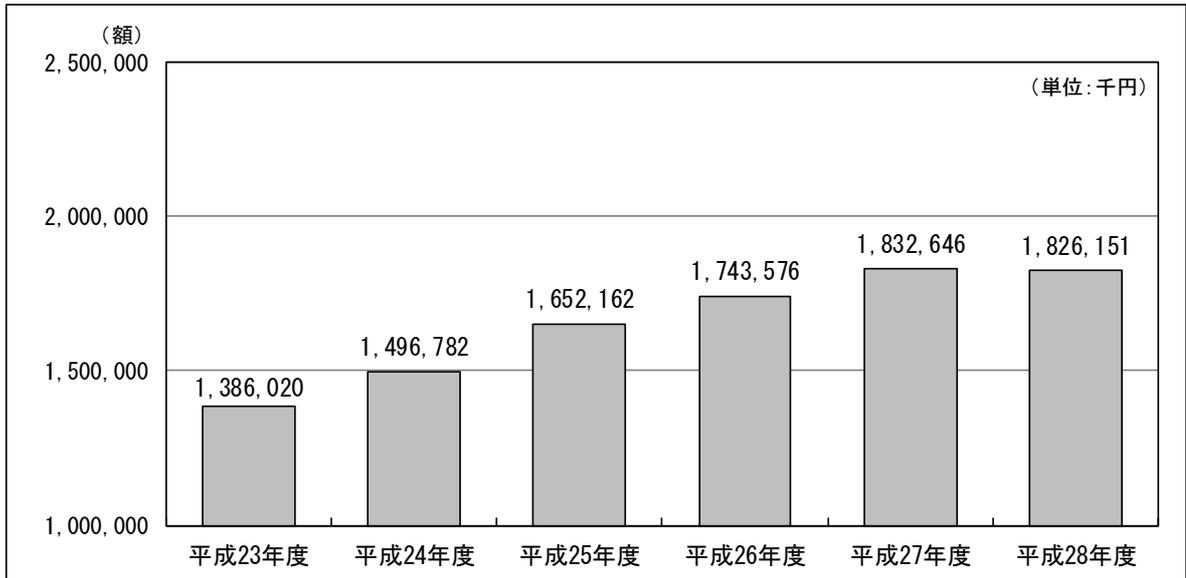


(3) 保険給付費の推移

○給付費は平成27年度まで毎年1億円程度増加していましたが、平成28年度は介護施設利用者の減少等によりやや減少しています。

○平成28年度の給付費は18億2千万円余りとなります。

【保険給付費の推移】

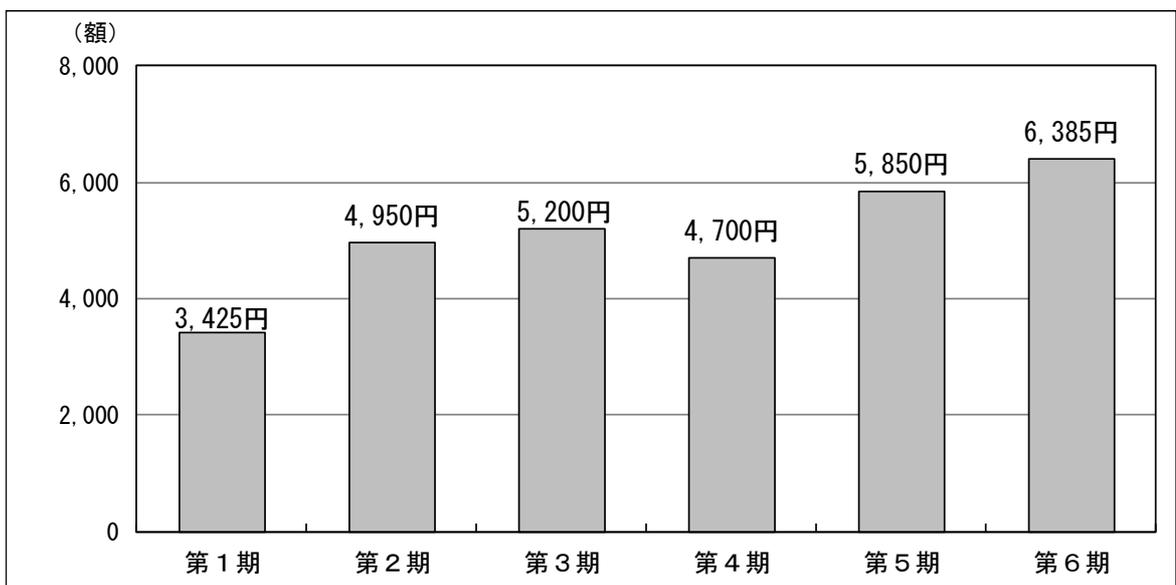


資料：介護保険事業状況報告

(4) 介護保険料基準額の推移

○介護保険料基準額は、第4期で一旦低くなる（準備基金の取崩しによる）ものの、基本的には期を追うごとに高くなっています。

【介護保険料基準額の推移】



資料：町健康支援課

(5) 地区別高齢化率・介護保険認定率マップ

(平成 28 年 10 月 1 日)



	高齢化率	認定率		高齢化率	認定率
幸地	21.8	18.3	嘉手苺	15.3	19.7
幸地ハイツ	33.1	16.8	小那覇	20.7	18.3
棚原	14.6	21.3	平園	15.3	16.3
徳佐田	30.5	23.2	兼久	17.7	19.8
森川	20.5	13.0	与那城	21.3	17.9
千原	3.5	22.9	美咲	22.1	16.9
上原	8.3	17.0	我謝	18.9	23.6
翁長	16.5	17.4	西原ハイツ	27.6	12.5
坂田	37.0	10.9	安室	20.7	14.5
呉屋	19.9	17.7	桃原	18.9	7.5
津花波	26.7	15.4	池田	23.0	23.4
西原台団地	30.1	12.6	小波津	20.4	15.6
小橋川	16.4	13.6	小波津団地	35.2	14.5
内間	24.2	15.4	県営西原団地	9.8	17.0
県営内間団地	8.9	30.3	県営幸地高層住宅	21.0	30.1
掛保久	15.0	11.1	県営坂田高層住宅	11.9	20.8
			東崎	0.0	0.0

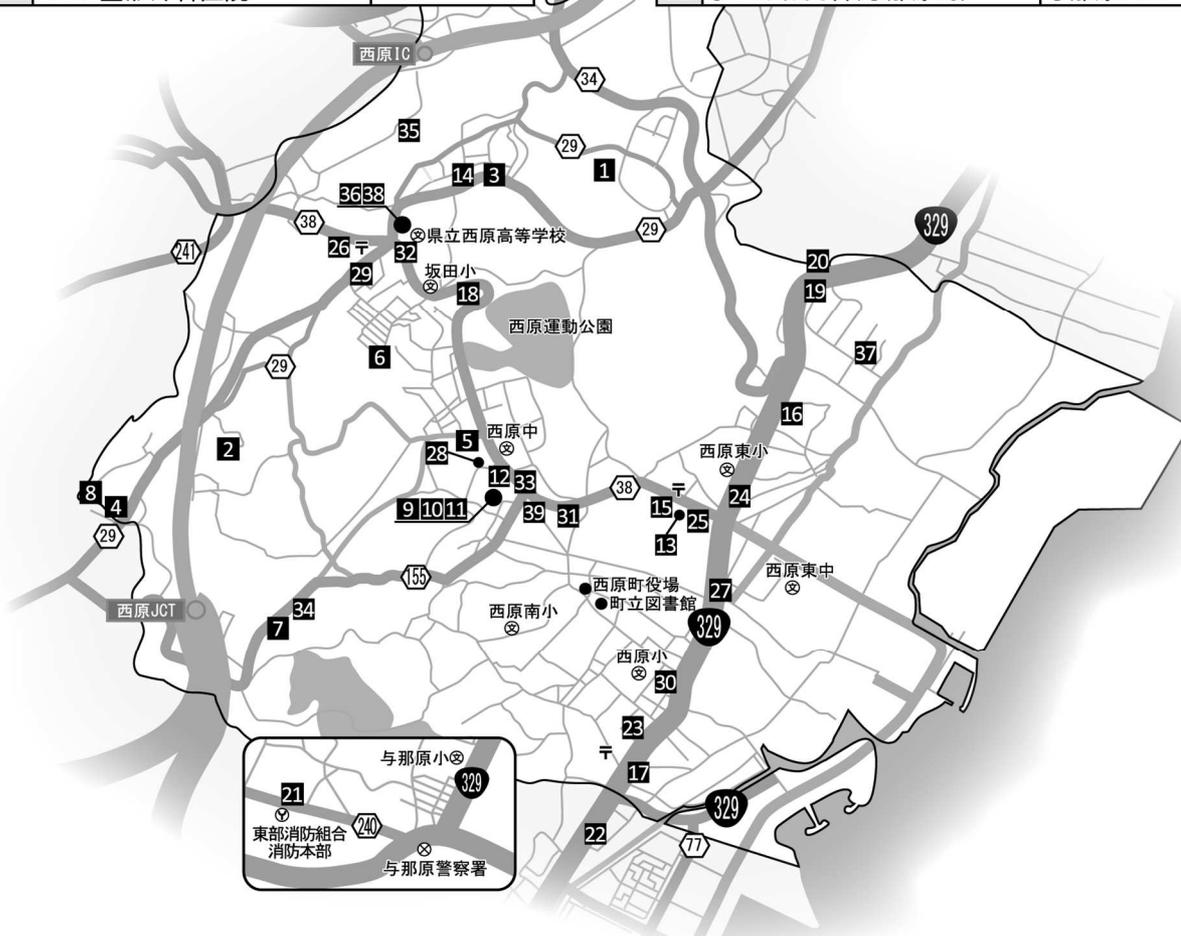
(6) 西原町医療機関等マップ

病院

1	琉球大学医学部付属病院	上原207
2	アドベンチストメディカルセンター	幸地868
3	しらかわ内科医院	棚原248-1
4	とうま内科医院	幸地972
5	城間医院	翁長240-7
6	儀間クリニック	翁長410-1
7	あいわクリニック	池田766-2
8	幸地クリニック	幸地973
9	しんざと内科	
10	にしはら皮膚科	小波津3-5
11	SAKU整形外科医院	

病院

12	にしはら耳鼻咽喉科	小波津3-6
13	しろま眼科クリニック	小橋川154-13
14	のびのび整形外科医院	棚原240-1
15	太田小児科医院	小橋川164-1
16	いちよう内科 あしとみ	内間345-2
17	ゆいゆい内科クリニック	我謝786-11
18	玄米クリニック	翁長834
19	ハートライフクリニック	掛保久288
20	ハートライフ病院(中城村)	伊集208
21	与那原中央病院(与那原町)	与那原2905
22	ながみね内科(与那原町)	与那原1121



歯科医院

23	あらかわ歯科	我謝241-66
24	石川歯科医院	嘉手苺78-1
25	サンユー歯科	小橋川154-5
26	城北歯科医院	翁長523-1
27	平良歯科クリニック	小那覇639
28	南歯科医院	翁長240-5
29	まちだ歯科クリニック	翁長504
30	備瀬歯科医院	兼久4-2
31	さわふじ歯科医院	呉屋93-1
32	西原歯科クリニック	翁長641-120
33	伊熊歯科	呉屋108-2

老人保健施設

34	池田苑	池田757
35	西原敬愛園	徳佐田159-1
36	西原町地域包括支援センター	翁長591

特別養護老人ホーム

37	守礼の里	掛保久346
----	------	--------

認知症対応型共同生活介護

38	クローバー	翁長591
39	さわふじ	呉屋73-1

(7) 西原町介護サービス事業所マップ

通所介護(デイサービス)

1	あいわクリニックデイサービスセンター	池田766-2
2	通所介護事業所 守礼の里	掛保久346
3	デイサービス はなまる	上原190-1 コムシヅ1階
4	デイサービス もりのはな	我謝810-51 1階
5	デイサービス かーさ	棚原290-4
6	デイサービス はーとらいふ	小那覇1606
7	デイサービス さとうきび	翁長393
8	リハプライド・西原	上原161-43
9	デイサービス 孫の手	幸地996-1
10	デイサービスセンター いと	小波津507-8

通所リハビリテーション(デイケア)

1	あいわクリニックデイケアセンター	池田766-2
11	幸地クリニックデイケア	幸地973
12	介護老人保健施設 池田苑	池田757
13	介護老人保健施設 西原敬愛園	徳佐田159-1



訪問介護(ヘルパー)

12	ヘルパーステーション なごみ	池田757
13	ヘルパーステーション 西原敬愛園	徳佐田159-1
6	ヘルパーステーション はーとらいふ	小那覇1606
14	PORI アンナ	翁長175-11 サンフラワーいとかず105
15	ヘルパーステーション きずな	池田371-21 池田ハイツA-24

訪問看護

12	訪問看護ステーション 和	池田757
16	訪問看護ステーション さわふじ	上原178 サンテラス屋良T-1-1
6	訪問看護ステーション はーとらいふ	小那覇1606

入所・ショートステイ

2	介護老人福祉施設 守礼の里	掛保久346
12	介護老人保健施設 池田苑	池田757
13	介護老人保健施設 西原敬愛園	徳佐田159-1

居宅介護支援事業所

13	ケアプランセンター 西原敬愛園	徳佐田159-1
2	居宅介護支援事業所 守礼の里	掛保久346
12	なごみ居宅介護支援事業所	池田757
17	居宅介護支援事業所 盛楽	上原309-4
11	居宅支援センター 幸地	幸地973
18	居宅支援事業所 ウェルビーング	安室314-1
6	ケアプランセンター はーとらいふ	小那覇1606
7	介護計画相談所 さとうきび	翁長393
15	ケアプランセンター きずな	池田371-21 池田ハイツA-24
19	介護支援センター 朝貴	上原2-9-1

第4章 事業別実施の現状と評価及び課題

基本目標 1

健やかで充実した高齢期の実現

1 健康づくり(生活習慣病予防)の充実

①特定健康診査・特定保健指導の充実

【現状・評価】

＜特定健康診査＞

○受診率向上や受診中断者防止対策として、戸別訪問や個別電話による受診勧奨、チラシ配布、主に町内の個人内科医への通院者受診協力依頼などを行っています。

＜特定保健指導＞

○医療費分析などから、優先順位を決めて保健指導を行っています。優先順位の上位は、病院受診がなく、腎機能及び糖代謝において、専門医に受診が必要な者であり、その他、健診結果の重症度に応じて優先順位を決めています。

○特定保健指導率は、特定保健指導の対象となった方のみならず、各種の生活習慣病等の治療のガイドラインに応じ、生活習慣の改善が必要な方に対し、早期介入や重症化予防のための保健指導を実施しています。

○町民の健康管理の充実を図るために KDB など情報システムを活用し、効率的で効果的な保健指導を実施しています。

【特定健康診査・特定保健指導実績】

	特定健康診査受診率		特定保健指導実施率	
	実績	目標値	実績	目標値
平成 26 年度	39.2%	50%	59.8%	60%
平成 27 年度	42.7%	55%	68.6%	60%
平成 28 年度	42.1%	60%	71.3%	60%

【課題】

○受診率は徐々に高くなってきていますが、目標達成(60%)は厳しい状況が続いており、受診率の向上に向けた更なる取り組みが必要です。

○健診結果の概況は、若年層から内臓脂肪蓄積による血糖値に異常があるものが多く、糖尿病をはじめとする生活習慣病対策が急務であるとともに、長期未受診者の結果が著しく悪いことから、引き続き、長期未受診者対策も重要となります。

○保健指導のスキル向上や指導対象者の増大に伴う、保健師等のマンパワーの確保が課題となります。

②後期高齢者健康診査・人間ドックの推進

【現状・評価】

- 広域連合(沖縄県後期高齢者医療広域連合)と協力して、後期高齢者健康診査を特定健康診査と同時に実施しています。また、広域連合が対象としない後期高齢者の人間ドックについて町から費用の助成を行っています。
- 平成 28 年度より健康指導対象者又はその家族等に対して後期高齢者の健康長寿訪問指導を行っています。

[健診診査・人間ドック受診者実績]

	後期高齢者健康診査	ドック	合計
平成 26 年度	730	157	887
平成 27 年度	816	180	996
平成 28 年度	822	232	1,054

【課題】

- 後期高齢者医療保険者は広域連合であるため、健診結果については把握できていない状況です(がん検診は実施主体が西原町のため把握できる)。
- 指導対象者の理解度や生活状況に応じた保健指導を実施することが必要です。

③健康教育の充実

【現状・評価】

- 平成 25 年度よりメタボ予防教室を開催しており、平成 28 年度からは「なりたいをつくる 3 か月チャレンジ教室」として開催しています。
- 医療費分析や特定健診結果を分析すると、本町もメタボリックシンドロームやその予備軍が多く、将来の生活習慣病発症のリスクを抱えた者が多く存在します。ゆえに、3 か月チャレンジ教室によって現在の運動を含めた食生活を見直し、積極的に生活習慣の改善に取り組むことによって、将来の生活習慣病の発症を防ぐことができると考えています。

[ウォーキング教室・メタボ予防教室実績]

	ウォーキング教室		メタボ予防教室	
	開催数	延参加者数	開催数	延参加者数
平成 26 年度	11	236	36	142
平成 27 年度	11	229	27	239
平成 28 年度			24	198

【課題】

- 社会保障費を抑制する視点での事業展開を行うため、今後は医療費及び介護費用等の状況に応じた事業を展開していく必要があります。
- もともと運動習慣を持っている方の教室参加が目立ち、本来の目的である運動習慣を身に付けるためのきっかけづくりとしての役割については課題が残ります。
- 3 か月チャレンジ教室参加者への事後フォローについての体制が整っていないので、体制を整備し丁寧に事後フォローを行うことで、改善した生活習慣を継続できるように支援していく必要があります。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

①事業対象者の把握

【現状・評価】

○介護保険法改正に伴う総合事業開始により、二次予防事業対象者把握のためのチェックリストの全数配布は行わないこととなったため、高齢者実態調査や個別支援、窓口における相談、地域包括支援センターとの連携等において対象者の把握に努めています。

【事業実績】

	チェックリスト			候補者	介護予防 事業参加者
	配布数	回収数	回収率		
平成 26 年度	5,529	2,567	46.43%	425	55
平成 27 年度	4,550	2,175	45.70%	475	42
平成 28 年度	2,678	1,274	47.57%	561	21

※平成 26 年度及び平成 27 年度については 65 歳以上 90 歳未満で認定を受けていない人を対象に配布、平成 28 年度については 65 歳以上の独居及び高齢者のみの世帯を対象に配布。

【課題】

- 介護予防事業の参加者を増やすために、対象者の把握に努め、介護予防の意識啓発や予防事業の効果の周知など、積極的なアプローチが必要です。
- 事業対象者の効果的かつ効率的な把握方法について、今後も検討が必要です。

②訪問型支援事業

委託先〔日本健康倶楽部沖縄県支部、健康運動指導士〕

【現状・評価】

○「地域リハビリテーション活動支援事業」として、「(2)一般介護予防事業」に移行しました。

③さらばんじ短期大学（通所型サービスC）

委託先〔直 営〕

【現状・評価】

○平成 29 年度 10 月より「通所型サービスC」として、リハ専門職を中心に週 1 回程度、運動器機能等の向上を目的とした介護予防プログラムを、約 3 か月間の短期間で実施しています。

【課題】

○参加者が意欲的に取り組めるようプログラムの充実を図るとともに、事業終了後の継続した予防活動ができるよう支援する必要があります。

(2) 一般介護予防事業

①介護予防把握事業の実施
【現状・評価】 ○平成 28 年度までは二次予防事業対象者の把握のためのチェックリスト（郵送での配布・回収）による把握のほか、高齢者実態調査や個別支援において把握に努めました。
【課題】 ○チェックリストの回収は約半数程度であるため、効果的かつ効率的な情報の収集方法について、検討が必要です。

②介護予防普及啓発事業の充実	委託先〔町社会福祉協議会、日本健康倶楽部〕
【現状・評価】 ○介護予防に関しては、町や社協、地域包括支援センターの広報紙やパンフレット等の配布のほか、いいあんべー共生事業や地域の関係団体への出前講座等により、普及啓発に努めています。 ○平成 28 年度より、これまで二次予防事業として実施してきた運動機能向上及び認知機能低下予防複合型を、一般介護予防事業として実施しています。	
【課題】 ○介護予防の普及啓発については、高齢者の生きがい・楽しみという面では閉じこもり予防等の成果が見られますが、今後新たな介護予防事業として、身近な地域で事業を強化しつつ、展開・普及啓発に努める必要があります。特に、男性の介護予防事業等への参加が極めて少ないことから、男性の意識向上と介護予防事業等への参加促進が課題となります。 ○介護予防啓発の効果としては普及・定着しているとは言えず、効率的・効果的な介護予防に資する事業を積極的に展開する必要があります。 ○類似した事業を他関係機関でも実施しているため、事業のあり方について検討が必要です。	

③生きがい活動支援通所事業	委託先〔通所介護事業所 守礼の里〕		
【現状・評価】 ○今までの利用者が要支援に移行し、介護予防サービスを受けることになり、また新規利用者が少ないため、登録者は減少傾向にあります。 〔生きがい活動支援通所事業実績〕			
	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
登録者数	9 人	10 人	5 人
実施回数	340 回	255 回	179 回
一人平均利用回数	37.8 回	25.5 回	35.8 回
【課題】 ○利用者数が減少していることから、いいあんべー共生事業等別の閉じこもり対策事業との統合を検討する必要があります。			

④運動機能向上・認知機能低下予防事業
(貯筋クラブ・にこにこ元気クラブ)

委託先〔日本健康倶楽部沖縄県支部、健康運動指導士〕

【現状・評価】

- 平成 26 年度、平成 27 年度では要支援・要介護状態となる恐れがある者（二次予防対象者）を対象者に実施してきましたが、平成 28 年度より一般介護予防事業として、運動機能向上（1 クール）、認知機能低下予防複合型（1 クール）で実施しています。
- 教室の実施にあたっては、委託業者と保健師が連携して行っており、教室前後での結果は、主観的健康感と体力の両方で維持・向上が見られ、教室の効果が期待できます。

【運動機能向上・認知機能低下予防事業（貯筋クラブ・にこにこ元気クラブ）実績】

	平成 26 年度			平成 27 年度			平成 28 年度		
	前期	にこにこ 元気	後期	前期	にこにこ 元気	後期	前期	にこにこ 元気	後期
開催回数	14	6	14	14	9	14	14	5	
実参加者数	18	17	20	18	17	17	14	7	
延参加者数	180	71	189	200	74	145	170	26	

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
主観的健康感が維持・向上した割合 (にこにこ元気クラブ)	55.6%	64.7%	42.9%
体力の維持・向上の割合 (貯筋クラブ)	61.8%	70.6%	50.0%

【課題】

- 現在の開催回数ではとても、費用対効果という結果に繋がらないため、自治会単位で更なる事業展開が必要である。
- 効果的・効率的な介護予防に資する事業を積極的に展開する必要があります。
- 類似した事業を他関係機関でも実施しているため、事業のあり方について検討が必要です。

⑤いいあんべー共生事業の充実

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 各区公民館や自治会事務所等において、高齢者の生きがい活動支援と介護予防及び健康増進を目的に、自治会や老人クラブ、婦人会、青年会、子ども会、地域ボランティア等の協力を得て、世代間交流やレクリエーション、趣味活動、健康チェック、出前講座等さまざまな活動を行っています。
- いいあんべー共生事業においては、区の公民館や自治会事務所を拠点に事業の推進が図られ、多くの高齢者が参加するとともに、地域の協力員(ボランティア)の育成が図られるなど、地域の事業支援体制の構築が進められてきました。
高齢者にとっては、事業開催を楽しみ(生きがい)にしている方が多いことや孤独感の解消、安否確認、閉じこもりの予防に繋がるなどの効果が出ています。

【課題】

- 現在 31 か所が実施しており、未実施地区は 1 地区となっています。実施できていない理由としては、自治会事務所がないため実施場所の確保に苦慮しており、実施に向けて支援が必要です。
- サロンの活動として、閉じこもり予防活動は効果を得ていますが、今後の地域における介護予防の受け皿として、プログラム等の強化が必要と思われます。
- 総合事業における各事業終了者の受け皿として、多職種連携を図り医療面にも考慮し地域リハビリテーションの事業化が必要です。

いいあんべー共生事業実績

行政区名		平成 26 年度			平成 27 年度			平成 28 年度		
		開催回数	ボランティア 実人数 (活動者)	延 利用者数	開催回数	ボランティア 実人数 (活動者)	延 利用者数	開催回数	ボランティア 実人数 (活動者)	延 利用者数
1	幸地	24	12	810	24	11	763	24	12	546
2	幸地ハイツ	24	7	459	24	1	482	24	4	446
3	棚原	24	28	931	24	28	1,204	24	不明	1,045
4	徳佐田	10	2	102	24	不明	195	24	4	166
5	森川	28	40	397	24	10	231	24	不明	480
6	千原									
7	上原	24	12	715	24	14	684	24	14	813
8	翁長	24	10	752	24	6	787	24	6	695
9	坂田ハイツ	24	25	543	24	4	553	24	4	468
10	呉屋	24	5	555	24	6	509	24	5	503
11	津花波	24	8	516	24	9	546	24	8	369
12	西原台団地	24	不明	545	49	不明	1,173	52	0	1,170
13	小橋川	24	9	527	24	9	587	24	不明	500
14	内間	24	15	470	24	0	429	24	0	424
15	県営内間団地	24	4	212	24	7	456	24	6	306
16	掛保久	24	不明	530	24	6	524	24	11	373
17	嘉手苅	24	13	386	24	14	406	24	9	404
18	小那覇	24	19	792	24	18	690	24	20	625
19	平園	39	22	1,653	42	22	1,755	34	24	1,445
20	兼久	24	17	723	24	20	708	24	20	756
21	与那城	24	1	683	24	6	624	24	7	655
22	美咲	24	4	786	24	36	744	24	29	602
23	我謝	24	20	794	25	11	764	24	14	768
24	西原ハイツ	24	5	292	24	5	375	24	5	240
25	安室	24	不明	488	26	不明	658	25	不明	427
26	桃原	26	17	756	26	13	699	26	16	660
27	池田	24	5	547	24	6	580	24	8	559
28	池田ハイツ	24	5	307	24	3	373	24	不明	215
29	小波津	24	13	787	24	14	759	24	14	741
30	小波津団地	24	2	513	24	9	550	24	7	467
31	県営西原団地							24	4	238
32	県営幸地高層	24	7	532	24	7	356	24	4	353
33	県営坂田高層	24	5	378	24	4	384	24	3	366

⑥生活機能改善事業（じんぶん教室、水中運動教室）の充実

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 平成 27 年度より「がんじゅう教室」の名称を「じんぶん教室」へ変更しました。
- じんぶん教室は介護予防を目的として、全 14 回（週 1 回）を 2 クール実施しています。運動だけではなく、口腔機能、栄養、認知症予防に関する講座も取り入れ、事前・事後の体力測定により各参加者の評価も実施しています。
- 足腰に負担がある方でも効果的に運動を実践し筋力をつけていけるよう、国民健康保険保健事業として水中運動教室を実施しています。（いいあんべ一家のちょこっと体操と組み合わせて実施。）

【じんぶん教室】

	前期			後期			合計		
	開催回数	実参加者数	延参加者数	開催回数	実参加者数	延参加者数	開催回数	実参加者数	延参加者数
平成 26 年	14 回	19 人	203 人	14 回	17 人	162 人	28 回	36 人	365 人
平成 27 年	14 回	15 人	188 人	14 回	19 人	201 人	28 回	34 人	389 人
平成 28 年	14 回	19 人	203 人	14 回	17 人	162 人	28 回	36 人	365 人

1クール5ヶ月間×2回/年

【水中運動教室】

	第 1 回			第 2 回			第 3 回		
	開催回数	実参加者数	延参加者数	開催回数	実参加者数	延参加者数	開催回数	実参加者数	延参加者数
平成 26 年	8 回	14 人	106 人	8 回	15 人	86 人	7 回	5 人	29 人
平成 27 年	10 回	8 人	60 人	10 回	8 人	58 人	実施なし	実施なし	実施なし
平成 28 年	10 回	8 人	138 人	10 回	8 人	132 人	実施なし	実施なし	実施なし

※延参加者数には、「ちょこっと体操教室」の参加者数も含まれています。

【課題】

- 介護予防の更なる普及を図るために、健康支援課、生涯学習課の事業と連携を密にし、参加者を増やして行く必要があります。
- 依然として男性の参加者が少ない傾向にあることから、男性のニーズを把握し、それを踏まえたプログラムの内容や事業実施方法を模索していく必要があります。
- じんぶん教室を終了した参加者に対する次の受け皿となる事業が少ないため、その後のつなぎとなる事業を検討していく必要があります。
- より安全に事業を進めることができるよう、いいあんべ一家の環境（AEDの設置場所等）の見直しやスタッフの知識向上に努め、緊急発生時に対応できる体制を整える必要があります。

【現状・評価】

＜中央講座＞

○医療講話や認知症講座等を中心に開催しており、平成28年度においては、「介護の日」のイベントで関係機関との連携により実施しました。

＜ちょこっと体操＞＜ロコモ体操塾＞

○介護予防を目的として、メタボやロコモ、認知症予防の内容の体操教室を実施しています。平成27年度より、男性限定の「ちょこっと体操男塾」を実施しています。

○自己管理能力を身につけるため、運動前には参加者各自で血圧・脈拍測定を行うよう指導しています。

【事業実績】

中央講座実績		平成26年度	平成27年度	平成28年度
	実参加者数	101	15	
	延参加者数	101	15	
ちょこっと体操実績		平成26年度	平成27年度	平成28年度
	延参加者数	1,507	2,103	3,671
ロコモ体操塾実績		平成26年度	平成27年度	平成28年度
	延参加者数	997	1,176	1,190

【課題】

＜中央講座＞

○講座の内容によって参加希望人数に性差がみられたため、今後は多くの町民が興味を持ち介護予防に努められる内容の講座を検討する必要があります。

＜ちょこっと体操＞＜ロコモ体操塾＞

○運動前の各自での血圧測定については、まだ実施できていない方が多いです。

○一般介護予防事業として実施できるよう、他の事業との関わりや事業のあり方、内容について検討する必要があります。

【現状・評価】

- 各地区で実施されているいいあんべ一家共生事業の拠点として、さまざまな視点から介護予防に資する事業を実施しています。
- いいあんべ一家の認知度を高めるために、福井に毎月掲載しているほか、利用者の声を活かし、利用しやすい環境づくりに努めています。
- いいあんべ一家共生事業においては、区の公民館や自治会事務所を拠点に事業の推進が図られ、多くの高齢者が参加するとともに、地域の協力員(ボランティア)の育成が図られるなど、地域の事業支援体制の構築が進められてきました。
高齢者にとっては、事業開催を楽しみ(生きがい)にしている方が多いことや孤独感の解消、安否確認、閉じこもりの予防に繋がるなどの効果が出ています。
- いいあんべ一家では、機能訓練室を開放しているほか、町民の健康増進・生きがいづくり・介護予防対策として、様々な教室や講座が開催されています。また、趣味、スポーツ活動などのサークル活動でも利用が多く、いいあんべ一家の活用の充実が図られています。

【いいあんべ一家の運営実績】

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
多目的ホール	利用団体数	564	424	412
	機能訓練室			
	登録者数	2,808	2,885	2,937
	延利用者数	5,675	5,798	5,675

【課題】

- 貯筋クラブの受講修了者を自主サークル化へつなぐ等、継続的な介護予防を支援する必要があります。
- 一般高齢者についても、介護予防の面から今後も利用啓発を図り、利用者の拡大に努める必要があります。

⑨一般介護予防事業評価

【現状・評価】

①ストラクチャー指標

○地域包括ケアシステムの構築に向け、地域包括支援センター等と連携する体制は構築できつつあります。しかし、協議体の設置には至っておらず、現在協議体の設置に向け関係機関との協議を行っています。

②プロセス指標

○地域包括ケアシステムの構築に向け、社会資源の把握に努め関係者に働きかけを行っています。しかし、住民の意見収集や協議への参画、行政課題の整理、関係機関と情報を共有するための取り決めについてはまだ不十分です。

③アウトカム指標

○体力測定の結果や主観的健康感において事業の評価を実施し、参加者においては一定の効果はあると思われれます。

[目標指標と目標]

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
介護予防普及講演会等参加延人数	101 人	15 人	実施なし
一次予防教室参加延人数	2,875 人	4,023 人	5,768 人
介護予防に関するボランティア研修参加延人数	実施なし	実施なし	実施なし
住民運営の通いの場の数	59 ヶ所	50 ヶ所	40 ヶ所

【課題】

- プロセス指標については、介護予防の推進、生活支援の充実に関する行政課題を整理し、長期的な視点をもって具体的な戦略を立てていく必要があります。
- アウトカム指標については、参加者が少ない中での割合では事業の効果を判断するのは難しいため、参加者を増やして評価を行う必要があります。

⑩地域リハビリテーション活動支援事業

【現状・評価】

- 生活機能の低下がみられ通所による事業の参加が困難な対象者に、リハビリ等の専門職が訪問し、必要な指導等を行う訪問型支援事業を実施しています。
- 訪問型支援事業の対象者の把握経路として、実施事業や地域包括支援センター、担当ケアマネ、総合事業などがあります。
- 地域型通所事業のフォローとして、指導期間終了後約半年間は、各地域の状況により月 1 回の頻度でリハ専門職を派遣しています。

[地域リハビリテーション活動支援事業(訪問型支援事業)実績]

	男性	女性	合計
平成 26 年度	4	2	6
平成 27 年度	3	2	5
平成 28 年度	1	3	4

【課題】

- 地域や関係団体等と連携し、訪問型支援事業対象者の把握を更に進めるとともに、事業の利用促進に努める必要があります。

⑪地域介護予防活動支援事業（新規）

委託先〔沖縄県理学療法士協会〕

【現状・評価】

- 平成 27 年度より、高齢者が地域において自主的に介護予防に取り組むことができるよう、指導を行いながら実施しています。
- 理学療法士等のリハ専門職が地域において 3 か月程度の短期間、週 1 回（2 時間程度）集団での筋力増強運動やストレッチ等の指導、個々の状態にあった体操の指導を行い、指導終了後は住民が自ら継続して介護予防を実践できるよう支援しています。
- 平成 27 年度は試行的に 1 地区において実施し、平成 28 年度は 2 地区で実施しました。
- 地域のボランティアが増えることで介護予防啓発及び意識の向上に繋がると考えられるため、平成 28 年度より介護予防サポーターを養成しています。

【地域介護予防活動支援事業実績】

平成 27 年度	試行的に 1 地区にて実施
平成 28 年度	2 地区で実施

【課題】

- 介護予防サポーターの養成を継続するとともに、事業の拡充を図る必要があります。

3 任意事業の推進

①配食サービス

委託先〔西原敬愛園、池田苑、パーソナルフードサービス、高齢者協同組合〕

【現状・評価】

- 低栄養状態のおそれのある在宅の高齢者等に対し、栄養改善の観点から十分な調査等を行った上で、配食サービスを提供し、食生活の改善と健康増進、併せて安否確認を行っています。
- 配食サービスにより健康状態が良くなったり、安否確認の際に異常を発見し、緊急搬送に繋がった報告もあります。
- ここ数年、特別食のニーズなどもあり、利用者は年々増えています。
- 糖尿病食、腎臓病食等に関して、家族から用意することが困難ということでの申請が増えています。

【配食サービス事業実績】

実績	登録者	実利用者数	延配食数	高齢者世帯			障害者 (延配食数)	高齢者 (延配食数)
				単身	高齢者のみ	その他		
平成 26 年度	115	80	13,669	27	17	53	8,650	5,019
平成 27 年度	120	112	14,327	42	28	50	8,747	5,580
平成 28 年度	142	136	15,079	46	30	60	10,601	4,478

【課題】

- 近隣に親族がいるにもかかわらず、サービスの利用申請をする方が増加しており、町が実施する配食サービスの意義、目的について啓発を行う必要があります。

4 生きがい活動支援の充実

①敬老祝金支給事業

【現状・評価】

- 敬老祝金の支給対象年齢及び支給額は各年度変動しながら推移しています。
- 平成 29 年度における支給対象年齢は、「満 80 歳」、「トウシビー（数え 85 歳）」、「トーカチ（数え 88 歳）」、「カジマヤー（数え 97 歳）」、「満 100 歳」と祝い歳の方が対象となっており、支給額は「満 80 歳」、「トウシビー（数え 85 歳）」、「トーカチ（数え 88 歳）」は 10,000 円、「カジマヤー（数え 97 歳）」は 20,000 円、「満 100 歳」は 30,000 円となっています。
- 平成 26 年度より役場職員が敬老週間に高齢者宅を訪問し、直接支給しています。

【敬老祝金支給事業実績】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
対象者	1,445 人	1,563 人	1,648 人

【課題】

- 高齢者人口の増加に伴い、事業費(支給額)が増大しています。

②米寿・カジマヤー・新百歳激励訪問

【現状・評価】

- トーカチ(数え 88 歳)、カジマヤー(数え 97 歳)、新百歳の方を対象に町長訪問による記念品贈呈を行い、長年の社会貢献を激励しています。

【米寿・カジマヤー・新百歳激励訪問事業実績】

	トーカチ	カジマヤー	新百歳	事業費
平成 26 年度	82 人	19 人	15 人	1,687,796 円
平成 27 年度	91 人	17 人	6 人	1,349,081 円
平成 28 年度	87 人	31 人	14 人	1,931,397 円

【課題】

- 介護、福祉事業の充実が求められている中、本事業についても状況に応じて、実施のあり方を検討する必要があります。

③老人クラブ活動支援

【現状・評価】

- 老人クラブ連合会は5部会(総務部、文化・レク部、保健・体育部、広報・生産部、女性・友愛部)から成り、部会ごとの活動や各種サークル活動を中心に様々な活動を展開しています。また、町内老人施設を訪問し、ボランティア活動を行っています。
- 60歳以上の人口は増え続けていますが、老人クラブの会員数は減少傾向にあります。
- グランドゴルフで町長杯、議長杯を設けることで参加者を増やしています。

〔老人クラブ活動支援事業実績〕

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
単位老人クラブ数	20	22	21
60歳以上人口	8,401	8,780	9,076
老人クラブ会員数	1,003	1,017	960
老人クラブ加入率(%)	11.9	11.6	10.6

※各年4月1日現在

【課題】

- 会員数の減少が将来的な活動の低下に繋がることがないように、新規会員の増を考えていく必要があります。

④世代間交流活動の推進

【現状・評価】

- 町内幼稚園において、園児の祖父母を招いて昔遊びを一緒に楽しんだり、老人福祉施設を訪問し、歌やダンスを披露するなど世代間の交流を深めています。
- キャリア教育として、デイサービス体験を行い、お年寄りとの交流や福祉への理解を図っています。
- いいあんべー共生事業や自治会活動として、3世代交流を行っている地区があります。

【課題】

- 今後も世代間交流を継続する必要があります。

⑤生涯学習・スポーツ活動等の推進

【現状・評価】

- 町中央公民館において、高齢者を対象に暮らしや趣味等を支援するために「文教大学」を開催しています。
- サークル活動の活動場所として、中央公民館やいいあんべー家などの利用支援に努めています。
- 町立図書館において、文化教養講座を開催しています。
- 町老人クラブ連合会では、グラウンドゴルフやパークゴルフの大会を開催しています。

【課題】

- 今後も、高齢者の生きがいくりと健康増進のために、学習やスポーツ、サークル活動等の推進に努める必要があります。

⑥就労支援の充実

【現状・評価】

- シルバー人材センターでは、高齢者の豊かな経験と多種多様な技術を活かした就業機会の提供に努めるとともに、会員の就業に対する意見・要望等の実態把握に努め、就業率を93%以上維持する取り組みに努めています。
- 「緑のリサイクル事業」は行政の支援を受けて独自事業として着実に事業実績を拡大し、会員の就業拡大に大きく貢献しています。生ごみの有効活用は廃棄物の減量化と処理経費の縮減にきわめて効果的な取り組みとして位置づけ、「緑のリサイクル事業」と連携の下、より品質の高い優良堆肥の生産と会員への就業拡大に努めます。
- 基盤拡大事業や中期事業計画の目標達成に向けた取り組みとして、シルバー人材センター事業の仕組みを地域社会へ浸透させるため、就業機会創出員を配置しシルバー事業の普及啓発と入会促進に努めます。

【就労支援事業実績】

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受注件数	1,176件	1,082件	1,055件
受注契約額	153,386千円	156,148千円	147,425千円
就業延人員	22,324人	22,329人	21,543人
就業率	88.4%	95.1%	93.9%
会員数	548人	566人	526人

【課題】

- シルバー人材センターは、高齢者の生きがいづくりなどでまちづくりに貢献している団体であり、「緑のリサイクル事業」などの収益事業をはじめ今後も必要な業務改善、受注件数の確保など、なお一層の工夫により補助金によらない財源確保の努力が必要です。

1 地域包括支援センター運営の充実

①地域包括支援センターの広報

【現状・評価】

- 地域包括支援センターの案内板や標識について、高齢者にわかりやすくなるよう委託法人へ指導しています。
- 町広報誌・ホームページへの掲載、自治会長会、実態把握調査に重点的に入る地域の自治会や民生委員に対し、地域包括支援センターの役割についての説明・チラシ配布を行っています。

【課題】

- 地域包括ケアシステムの強化を図り、入退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供を行うには、地域包括支援センターがシステムの中心となって相談を受け、関係機関等と連携を図ることが重要な役割となることから、更なる周知が必要となります。

②総合相談支援事業

委託先〔西原町地域包括支援センター〕

【現状・評価】

- 相談は介護や保健、医療、権利侵害及び法的な問題や住まいの確保に関する相談など、多岐にわたります。
- 相談方法では、電話による相談が最も多く、相談者は関係機関やこれまでの関わりがある本人や家族が多い状況です。
- 相談内容は介護に関する相談がおよそ半数ですが、最近では独居高齢者への見守りや身寄りのない方に関する相談、認知症の受診相談、権利擁護に関する相談が増えてきています。
- 相談への支援内容としては情報提供や他の専門機関の紹介、サービスの申請代行などを行っています。

【事業実績】

①相談方法

	電話	訪問	来所	その他	合計
平成 26 年度	87	18	18	2	167
平成 27 年度	117	93	40	3	253
平成 28 年度	133	92	43	2	270

【課題】

- 一般高齢者や要介護認定者の転居の住宅相談等、住居の相談も多様化しており、支援が困難なケースがあります。
- 認知症に関する相談が増加しており、診察できる病院での受診や、介護サービス利用にあたり高齢者本人が拒否するため繋がらないといったケースがあり、介護者の疲労や認知症症状への対応などの支援について、どのように対応していくか検討する必要があります。

③高齢者実態把握事業の充実

委託先〔西原町地域包括支援センター〕

【現状・評価】

- 独居世帯や高齢者のみ世帯を重点的に訪問しています。
- 毎年4月1日を基本に65歳以上の高齢者を抽出し、その中で、関係機関や地域等の情報及びこれまでの経過を鑑み訪問対象を選定しています。
- 実態把握調査で高齢者や家族からの相談や、支援が必要と思われる事柄については、情報提供や関係機関へ繋がるよう調整などの支援を行っています。
- 年度で1～2地区を限定し、重点的に実態把握調査を行い、地区の特徴や傾向を自治会・民生委員と情報共有、地域課題を考える地域ケア会議につなげています。

【事業実績】

	独居世帯	高齢者のみ世帯	その他世帯	計
平成26年度	162	261	353	776
平成27年度	101	273	390	764
平成28年度	88	138	337	563

【課題】

- 実態把握調査を通じ、高齢者自身や家族が課題と思っているケース、課題を自身で認識していないケース等があり、適切な支援に結びつけていく必要があります。
- 実態把握調査は不在が多いことや所在確認が困難なケースがあるほか、高齢者実態調査への理解が得られず、拒否されることもあります。

④包括的・継続的ケアマネジメント事業の充実

委託先〔西原町地域包括支援センター〕

【現状・評価】

- ケースを通して関係機関、医療機関、地域のインフォーマルサービスと連携した、包括的・継続的ケアマネジメントづくりを推進するとともに、会議等で地域包括ケアシステムについて説明と必要な支援に努めています。
- 介護支援専門員への個別支援として、介護支援専門員から寄せられる困難事例に対し同行訪問や関係機関とのケース会議の調整・参加等、必要な支援や連携を図りました。また、資質向上のための研修を沖縄県介護支援専門員連絡会西原支部と企画・開催しました。
- 役場、社協、町内介護保険施設や事業所と連携し、介護の日イベントの企画・運営を行っています。

【課題】

- 沖縄県介護支援専門員連絡会西原支部と共同で研修を企画・運営しているが、開催内容や講師の有無により、参加人数が変動するため、介護支援専門員のニーズを捉えた研修内容の検討が必要です。
- 介護保険法の改正に基づき、医療と介護の連携をスムーズに行える体制を構築していく必要があります。
- 介護支援専門員から認知症高齢者の独居や徘徊に伴う見守りの相談が増えており、認知症の早期発見・早期診断につなげるために医療機関との連携や、地域ケア会議等を通じて関係機関、医療機関、地域のインフォーマルサービスを含めた見守り体制づくりを強化していく必要があります。

2 権利擁護の推進

①成年後見制度利用支援事業

【現状・評価】

- 地域包括支援センターでは、成年後見人制度に関する相談が年に1～2件あります。また、高齢者虐待や認知症などの支援においても、成年後見制度が必要と思われる高齢者がいます。
- 判断力の低下がある高齢者が経済的虐待として、年金を搾取されている事例があります。
- 法定後見制度を活用している高齢者の家族(補助人、保佐人、成年後見人)が、活動内容など家庭裁判所への提出書類に困惑している(手続きの際、書類の言葉の意味が分からなかったり、取調べを受けたと感じたり等)と相談があり、対応に苦慮したが、取り調べを受けている感覚を持ち、制度利用を取り下げたケースがあります。

【事業実績】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
成年後見制度相談件数(実数)	2	2	2
うち町長申立て済み	0	1	1

【課題】

- 事業実績は少ないものの制度の利用が必要なケースは増えてきています。また、認知症等により利用ニーズは今後も増えることが予測されます。そのため、成年後見制度の普及啓発に力を入れていく必要があります。
- 成年後見制度の普及、利用支援のみでは、十分な支援に至らないケースがあり、高齢者の尊厳を守るためには、法的な面で専門家と密に連携がとれる体制が必要となっています。

②消費者被害・詐欺被害の防止対策

【現状・評価】

- 消費者被害に関する相談は毎年数件あります。

【課題】

- 消費者被害の未然防止を図るために、関係機関と連携した情報収集に努めるとともに、地域への情報提供と注意を呼びかけていく必要があります。

3 地域ケア会議の充実

①個別ケース検討会議の開催（個別課題解決機能・ネットワーク構築機能）

【現状・評価】

- 地域包括支援センター内においても適宜、朝のミーティング時にケース会議を行っています。また、虐待ケースや個別ケースについては適時、町の保健師も交えて個別支援会議を実施しています。
- ケース会議には、個々のケースに応じて、介護や福祉の関係機関職員をはじめ、医療機関、地域の民生委員や自治会役員等に参加してもらい、情報共有や包括的な支援を行えるように話し合っています。
- 高齢者虐待対策協議会においては、実務者会議を年3回、個別支援会議を適宜行っており、支援の方向性を確認しています。

【課題】

- 各機関と連携を密に図り、タイムリーに支援へ繋がるよう適時にケース検討会議を行い、適切な支援に繋げることが重要です。

②地域ケア推進会議等の開催（地域課題発見機能）

【現状・評価】

- 平成25年度に高齢者に関わる事業が多い役場・地域包括支援センター・社会福祉協議会の3者間において高齢者に関わる事業の情報共有や調整、地域課題の検討などを行っていく場として、地域包括ケア調整会議が立ち上げられており、平成28年度においては、協議体設立に向けた方向性の共有を図りました。

【課題】

- 今後は、地域ケア会議の機能に応じて会議を開催し、各会議で得られた結論や課題等を、効果的・効率的な支援が提供できる体制の構築が必要です。

③生活支援等協議体との連携（地域づくり・資源開発機能）

【現状・評価】

- 生活支援等協議体はまだ設置されていません。

【課題】

- 生活支援協議体の設置に向けて、関係機関等と連携・調整等図っていく必要があります。

4 在宅医療・介護連携の推進

①地域の医療・介護サービス資源の把握

【現状・評価】

○町内にある医療機関及び介護事業者等については把握しており、広域的な部分は、中部地区医師会に委託し実施しています。

【課題】

○町内には小規模多機能がなく訪問介護、訪問リハビリの事業所数が少ないという課題があります。

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

【現状・評価】

○町内の居宅介護支援事業所および近隣病院へヒヤリングを行い状況を把握しています。また、中部地区医師会へ委託しており、議論が行われています。

【課題】

○身寄りがない方における保証人の問題、緊急時の対応等が課題として挙がっています。

③在宅医療・介護連携支援センターの運営

【現状・評価】

○中部地区医師会へ委託しています。(平成28年度から実施中)

【課題】

○在宅医療・介護連携支援センターを通して、関係者間で医療、介護等に関する情報の共有を図るほか、研修や多職種連携等必要な体制づくりを進める必要があります。

④地域住民への普及啓発

【現状・評価】

○中部地区医師会に委託し、講演会を実施しました。

【課題】

○引き続き、在宅医療・介護連携に関する理解促進を図る必要があります。

⑤二次医療圏内・関係市町村の連携

【現状・評価】

○中部における二次医療圏にある市町村と連携会議を行っています。平成29年度の状況としては、各地域での課題を確認している状態です。

【課題】

○各地域での課題を確認するとともに、在宅医療・介護連携のために、必要な事項について協議していく必要があります。

5 認知症対策の推進

①認知症ケアパスの構築

【現状・評価】

○平成 29 年度現在に認知症ケアパスを構築に向け、関係機関との協議調整を行っています。

【課題】

○認知症ケアパスの構築に向けて引き続き取り組む必要があります。

②認知症初期集中支援チームの設置

【現状・評価】

○平成 30 年度に設置予定です。

【課題】

○認知症サポート医の確保が困難な状況にあります。

③認知症地域支援推進員の配置

【現状・評価】

○平成 29 年度より、認知症地域支援員を配置しており、関係機関との連携および本人や家族の相談支援を行っています。

【課題】

○認知症初期集中支援チームと連携を図り、認知症高齢者及び家族への支援の充実を図る必要があります。

④認知症ケア向上推進事業

【現状・評価】

○認知症カフェについては、家族介護者の集いとして年間 3 回程度行われており、家族介護者による自主的な運営に向けて推進しています。

○認知症徘徊者捜索訓練を平成 28 年度から実施しており、認知症ケアにかかわる他職種の共同研修となっています。

【課題】

○家族介護者の集いを自主的に運営していけるよう、支援していく必要があります。

⑤認知症への理解促進・情報提供の充実

【現状・評価】

- 「いいあんべー共生事業」を実施している、ほとんどの自治会に対して認知症に関する講話を行い、正しい知識と理解の普及啓発に取り組んでいます。

【事業実績】

	平成 27 年度	平成 28 年度
開催している自治体	11 箇所	25 箇所
参加者数	189 人	297 人

【課題】

- 引き続き、講話を行うほか、その他の方法により、理解促進に努める必要があります。

⑥認知症サポーターの養成と連携

【現状・評価】

- 認知症を正しく理解し、地域全体で認知症の人やその家族を支えていくことを目的に、一般町民を対象とした、認知症サポーター養成講座を開催しています。
- 平成 28 年度より本町において事務局を担っています。

【事業実績】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	累計
受講者実数	252	540	532	1,324
認知症サポーター認定者数	8	9	7	24

【課題】

- 認知症の高齢者は増えてきており、認知症サポーターの養成とともに、認知症に関する知識の普及啓発に一層努める必要があります。

⑦認知症に繋がる疾患予防対策の充実

【現状・評価】

- 認知症の原因疾患となる脳卒中や糖尿病等を防ぐために、積極的に健診受診へ促すとともに、健診後の保健指導にも力を入れています。
- 基本チェックリストにおいて認知機能に該当がある高齢者に対し、介護予防事業教室への事業参加のアプローチを積極的に行っています。また、訪問等を通じて気にかかる高齢者、家族から相談がある場合には、個々のケースに合わせてかかりつけ医や認知症疾患医療センターへのつなぎを行っています。

【課題】

- 認知症の高齢者が増えていることや、要介護認定に至る疾患の割合として認知症が占める割合も大きいことから、地域の実績を踏まえた対策を推進する必要があります。
- 認知症に関する相談で、診察できる病院での受診や、介護サービス利用にあたり高齢者本人が拒否するため繋がらないといったケースがあり、介護者の疲労や認知症症状への対応などの支援について、どのように対応していくか検討する必要があります。

⑧徘徊発見・保護体制の充実

【現状・評価】

○平成 28 年度に認知症高齢者徘徊者搜索訓練を実施しました。

【課題】

○今後は警察等関係機関と徘徊発見・保護に向けた協定を結び、体制の充実を図る必要があります。

6 生活支援体制整備の推進

①生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置

【現状・評価】

○本町における福祉政策の有機的な統一をめざし関係機関での連携会議を行っています。

【課題】

○生活支援コーディネーターの早期配置に努める必要があります。

②生活支援等協議体の設置

【現状・評価】

○本町における福祉政策の有機的な統一をめざし関係機関での連携会議を行っています。

【課題】

○関係機関等と連携し、早期の設置に努める必要があります。

1 介護保険事業の適正な運営

①地域密着型サービスの整備

【現状・評価】

＜小規模多機能型居宅介護＞

○小規模多機能型居宅介護について、公募しましたが応募がありませんでした。

＜小規模型通所介護の移行＞

○平成 28 年 4 月 1 日に「リハプライド・西原」「デイサービスいと」「デイサービスはなまる」3つの事業所に移行しています。

【課題】

- 小規模多機能型居宅介護事業所の確保に引き続き努める必要があります。
- 小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行を引き続き進める必要があります。

②特別養護老人ホームの重点化

【現状・評価】

○平成 27 年 4 月 1 日より、新規入所者については、原則要介護 3 以上としています。

③介護給付適正化事業の充実

【現状・評価】

○沖縄県介護保険広域連合への加入に伴い、平成 29 年 4 月より適正化事業は沖縄県介護保険広域連合での実施となっています。

2 在宅福祉サービスの推進

①軽度生活援助事業

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

○利用者数は年々減少しています。

〔軽度生活支援員派遣事業実績〕

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実利用者数	3 人	3 人	2 人
延利用回数	112 回	43 回	10 回

【課題】

○ニーズ調査では、一人暮らしの高齢者で二次予防の対象となる方も多く、潜在的ニーズはあると考えられ、周知を図る必要があります。なお、委託料金について見直しが必要です。

②生活管理短期宿泊事業

委託先〔社会福祉法人がじゅまる会 守礼の里〕

【現状・評価】

○利用件数(利用者数)は年に1、2件程度です。なお、利用者のほとんどが虐待の避難対応となっています。

〔生活管理短期宿泊事業実績〕

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実利用者数	0 人	1 人	1 人
延利用日数	0 日	3 日	8 日

【課題】

○ニーズ調査では、高齢者の8割余りに何らかの既往症があり、一人暮らしや夫婦のみの世帯も多いことから、潜在的な対象者がいると考えられ、事業の周知と利用促進を図る必要があります。

○本来の目的とは違い、災害や虐待の避難対応の意味合いが強く、委託先側も受け入れについては、慎重になっています。そのため、申請から利用に至るまでの流れなどを委託先に明確にしていく必要があります。

③在宅老人移送サービス事業

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

○おおむね65歳以上で何らかの障害等により一般交通機関の利用が困難な方が利用しています。

○利用料は無料となっていますが、利用者数は減少傾向にあります。

〔在宅老人移送サービス事業実績〕

	実利用者数(人)	延利用回数(回)	町負担額(円)
平成 26 年度	95 人	665 回	2,500,000 円
平成 27 年度	92 人	603 回	2,500,000 円
平成 28 年度	87 人	629 回	2,500,000 円

【課題】

○民間の介護タクシー等の普及に伴い、事業運営の方法について検討していく必要があります。

④介護用品支給事業

【現状・評価】

- 西原町では、1世帯あたり1月6,000円相当の家族介護用品給付券を年4回に分けて支給しています。
- 非課税世帯の在宅で介護を行うものにとって、経済的な負担軽減となっています。

【介護用品支給事業実績】

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
実利用者数	15人	9人	16人

【課題】

- 対象となる世帯が増加傾向となっており、町が負担する費用も増えてきていることから、事業運営の方法について検討していく必要があります。

⑤緊急通報システムの推進

委託先〔沖東交通事業協同組合〕

【現状・評価】

- 利用者数は増加傾向にあります。また、1人あたりの年間平均通報回数は2回～3回で、緊急出動も年に5、6回程度あります。
- 利用者は、何らかの疾病を持ち、一人暮らしの方が多く、ボタン一つで連絡が取れることから、利用者にとっては安心して暮らせるシステムとして喜ばれています。
- 緊急時の対応後に、高齢者の心身の状態や生活実態等を踏まえた支援につなぐことで、問題の未然防止に努めています。

【緊急通報システム事業実績】

実績	利用者数		通報回数	通報の内訳			
	高齢者	障害者		相談	緊急出動	その他	誤報
平成26年度	20	1	43	3	3	32	5
平成27年度	21	1	27	4	5	7	11
平成28年度	27	1	19	4	6	2	7

【課題】

- 本町では一人暮らしの高齢者が多く、また増加傾向にあるため、今後も更なる事業の周知と利用促進を図る必要があります。

⑥家族介護教室

委託先〔町社会福祉協議会〕

【現状・評価】

- 毎回参加者が少なく、実際に家族の介護を行っている方は参加することが困難です。
- 現在は、家族介護者の集いとして、家族の自主性に即して実施しています。

【課題】

- 今後とも、介護者の集いを支援していく必要があります。

1 住環境の向上推進

①住宅の改修・確保

【現状・評価】

- 住宅の改修については、介護保険の住宅改修費が主となっており、他の制度を活用した改修はほとんどありません。
- 町営住宅については、高齢者の入居に一定の配慮をしています。

【事業実績】

介護保険住宅改修	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
件数	82 件	81 件	68 件
事業費	8,259,889 円	8,078,972 円	6,583,462 円

【課題】

- 介護度の維持・改善や介護予防の観点から、必要な住宅の改修を推進していく必要があります。

2. 安全・安心な人なまちづくり推進

①防災対策

【現状・評価】

- 「西原町地域防災計画」に基づき、防災訓練の実施や自主防災組織の育成に努めています。
- 福祉避難所の協定を締結したことにより災害時の応急救護体制の充実を図りました。
- 災害時の対応が困難な高齢者や障がい者の避難支援対策として、避難行動要支援者名簿の作成を進めています。
- 65 歳以上の高齢者を対象に消火器の給付事業がありますが、ほとんどの家庭に消火器が備わっているため、給付実績はありません。(H26～H28 も実績なし)
- 災害時に生活管理短期入所事業が利用できるようになっています。

【課題】

- 避難行動要支援者名簿を整備するとともに、避難支援計画を作成し災害時における安否確認や避難の誘導、避難場所での健康管理など要援護者が必要な救護・救援の支援体制を構築することが重要となります。
- 災害時の生活管理短期入所事業の啓発に努める必要があります。
- 震災直後は避難行動要支援者名簿への登録申請は多かったものの、その後申請が伸びないので広報や自治会を通して周知を図る必要があります。

第5章 施策の推進

第1節 健やかで充実した高齢期の実現

1 健康づくり(生活習慣病予防)の充実

生活習慣病に起因する疾病により介護が必要となるケースが増えてきていることから、健やかで充実した高齢期を実現するためには、若い時からの生活習慣病の予防が極めて重要となります。生活習慣病の予防に向けては特定健康診査等の受診率の向上を図る必要があります。そのためには、地域と密に連携し、住民一人一人が自らの健康を意識し、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、健康づくりの動機付けや必要な情報の提供及び知識の普及啓発を図ります。

また、健診結果に基づく生活習慣の改善や早期の適正治療の促進等必要な保健指導及び町の実態を踏まえた健康教育の更なる推進を図ります。

①特定健康診査受診率向上

- ・特定健康診査の受診率向上を図るために、今後も戸別訪問や電話、チラシ、町内医療機関と連携した受診勧奨に取り組めます。
- ・未受診者を中心とした受診勧奨等の強化を図るために、自治会や地域の団体等と連携し健康づくり推進員の確保に取り組めます。
- ・自治会単位の受診率の向上を図ることに力点を置き、受診率の低い自治会などを対象に自治会及び地域の団体等と連携し、健康に関する住民説明会や健康講座の開催、啓発用資料の配布、ポスターの展示などにより、健康への関心を高めるとともに、健診の必要性を啓発し受診の機運を高めていきます。特に、働き盛りの年代への働きかけを重視します。

②特定保健指導の推進

- ・特定健康診査の結果については、今後も個別に結果説明を実施し、保健師と管理栄養士による保健指導を行います。結果説明に参加していない者に対しては、改めて説明日時の予約を取るなど参加への働きかけを行います。
- ・生活習慣病の重症化を予防するため、適切な医療受診や生活改善等が必要な者について、継続してフォローしていけるよう対象者の情報管理の充実を図ります。また、保健指導の効果を高めるために、今後も二次健診を実施し結果に基づく保健指導を行います。
- ・保健指導に係る職員のスキル向上を図るために、各種研修会等に積極的に参加します。

③後期高齢者健康診査等推進

- ・沖縄県後期高齢者医療広域連合と協力して、後期高齢者健康診査を実施します。また、人間ドックを受診する者については費用の助成を行います。
- ・健康診査の結果から、保健指導が必要な後期高齢者又はその家族に対して、後期高齢者の疾病の重症化予防や健康保持増進のために、健康長寿訪問指導を行います。

④健康教育の推進

- ・3ヵ月チャレンジ教室参加者について、改善した生活習慣を継続できるよう教室終了後のフォロー体制を整えます。
- ・今後も住民の健診結果や医療費の分析及び介護認定の原因疾患等を踏まえて、本町の実情に即した健康教育を推進します。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

これからの介護予防の取り組みにおいては、単に高齢者の心身機能の改善だけを目指すことなく、日常生活の活動(ADL、IADL、職業能力といった生活行為全般)を高め、家庭や社会生活への参加(役割を果たすこと)を促すとともに、高齢者一人一人の生きがいと自己実現のための取り組みを支援し、生活の質を高めていくことを目指します。そのためには、地域住民、民間事業所、地域活動組織等多様な主体による多様なサービス提供体制の構築及び地域の支え合いの体制づくりを推進するなど、介護予防・日常生活支援の充実を図る取り組みを推進します。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の推進

要支援者等の介護予防の充実や多様な生活支援のニーズに対応するため、対象者の把握に取り組むとともに、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスとして多様な形態でのサービス提供に取り組みます。また、これらのサービス等が適切に提供されるよう介護予防ケアマネジメントの充実を図ります。

ア. 対象者の把握

①事業対象者の把握

- ・介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、介護保険の要支援認定者とするほか、町や地域包括支援センターにサービス利用の相談に来た被保険者に対し、基本チェックリストにより要支援者に相当すると認められた者を対象とします。
- ・チェックリストにより、一般介護予防事業に該当するものは、その事業につながります。
- ・介護予防訪問介護、介護予防通所介護以外の介護サービスに該当する者及び2号被保険者については、要介護認定の申請を行います。
- ・基本チェックリストによる対象者の把握は、窓口相談だけでは把握数が少ないと考えられるため、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみ世帯等についても把握できるよう取り組むとともに、その他関係機関との連携強化による把握に努めます。

イ. 訪問型サービス（第一号訪問事業）

②訪問介護

- ・介護保険の要支援認定者及び基本チェックリストで要支援者に相当すると認められた者に対し、訪問介護(旧介護予防訪問介護に相当するサービス)を継続して提供します。

ウ. 通所型サービス（第一号通所事業）

③通所介護

- ・介護保険の要支援認定者及び基本チェックリストで要支援者に相当すると認められた者に対し、通所介護（旧介護予防通所介護に相当するサービス）を継続して提供します。

④さらばんじ短期大学（通所型サービスC）

- ・「通所型サービスC」として、リハ専門職を中心に週1回程度、運動器機能等の向上を目的とした介護予防プログラムを、約3か月間の短期間で実施します。
- ・対象者自身が自らの生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように支援します。
- ・事業参加後3か月を経過した時点で各参加者について評価を行い、サービス終了後も継続して介護予防に取り組むことができるよう、必要な情報提供やアドバイスを行い、一般介護予防等、対象者にあったサービスへつなぎます。

エ. その他の生活支援サービスの推進

⑤見守りサービスの検討

- ・地域住民や民生委員、地域組織等が行っている見守り活動等について把握し、その他の生活支援サービスへの位置づけを検討・調整します。

⑥その他サービスの検討

- ・現在想定されるサービスはありませんが、地域住民のほか、多様な主体による活動やサービス提供の現状及び今後の取り組み等を踏まえて、その他の生活支援サービス事業への位置づけを検討します。

オ. 介護予防ケアマネジメント

⑦介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防・生活支援サービス事業の利用に際しては、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントを行います。
- ・介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、高齢者が地域における自立した日常生活を送れるよう支援することが基本となります。これに加え、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防に繋がるという視点を持ちます。そのため、単に生活を補うサービスを当てはめるのではなく、心身機能の改善とともに、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「生きがい活動」「社会参加」にバランスよくアプローチしていきます。
- ・このことを踏まえた上で適切なアセスメントを実施し、利用者の状態に基づく目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し目標達成に取り組んでいけるようケアプランを作成します。また、必要なモニタリングの実施やマネジメントの評価を行います。

(2) 一般介護予防事業

一般介護予防事業については、国の基本的な考え方を踏まえた上で、これまでの取り組みを活かしつつ、リハビリテーション専門職と連携した予防事業の充実を図ります。また、対象が全ての高齢者となることから、多様なレベルの参加者が想定されるため、実施にあたっては状況を見守りながら様々な事態に対し必要な対策を講じます。

①介護予防把握事業

- ・相談窓口や地域包括支援センターによる高齢者実態把握事業、地域ケア会議、その他関係者や関係機関・団体等と連携した情報収集を通して、閉じこもり等何らかの支援を必要とする高齢者を把握し、介護予防活動につなぎます。

②介護予防普及啓発事業

- ・町広報誌やチラシ、パンフレット等の活用及び介護予防に関する講演会(出前講座等)の開催などにより、介護予防の普及啓発に取り組みます。
- ・健康づくり部門と連携し、各地域において生活習慣病の予防が介護予防に繋がることの周知と啓発に取り組みます。

③生きがい活動支援通所事業

- ・利用者数が減少していることから、いいあんべー共生事業等別の閉じこもり対策事業との統合を検討します。

④いいあんべー共生事業

- ・高齢者の閉じこもりを防止し、介護予防や生きがい活動等を支援するために、地域のボランティアや地域活動組織等の協力を得て、地域の公民館や自治会事務所等に定期的に集まってもらい、健康チェックや趣味・レクリエーション活動、交流活動、各種講座の開催等、多様な取り組みを行います。
- ・介護予防に資する取り組みの充実を図るために、地域リハビリテーション事業との連携及び健康づくり部門と連携した生活習慣病の予防に関する講座等の開催に取り組みます。

⑤生活機能改善事業(じんぶん教室・水中運動教室)

- ・介護予防を目的に体力測定、運動指導、口腔機能向上、入れ歯や歯の磨き方の指導、栄養指導、認知症予防の講習会などを行います。また、国保受託事業と連携し、水中運動教室などを開催します。
- ・参加者の増を図るために、健康支援課や生涯学習課と連携を密にし、住民への教室の周知と参加促進を図ります。特に男性の参加者が増えるよう工夫します。
- ・新しい総合事業として展開する上で、レベルの異なる対象が予測されるため、ボランティア等の協力者、多様な専門職の確保、利用者のグループ化等円滑な事業が図られるよう必要な体制を整えます。
- ・運動の継続を促すために、水中・陸上併用の運動教室や体力測定から目標設定を行い、目的志向型の教室展開を検討します。

⑥運動機能向上・認知機能低下予防事業(貯筋クラブ・にこにこ元気クラブ)

- ・高齢者の状況に応じて運動機能向上や認知機能低下予防のプログラムを実施します。
- ・事業実施前後に体力測定やアンケート等により、事業効果を検証し必要な改善等を行います。
- ・地域の高齢者が自ら活動に参加し、主体的・継続的に取り組む意欲を高め自立の促進を図ることができるよう、事業内容等について検討します。

⑦中央講座

- ・介護予防につながる健康・医療講座等について、性や年齢を問わず幅広く参加できる内容を検討します。そのため、講座の内容についてアンケートや聞き取り等を実施し、町民の興味深い内容を把握・検討するとともに、介護予防として周知が必要な内容や新しい取り組み等、時事的なテーマの講座も検討します。

⑧ちょこっと体操・ロコモ体操塾

- ・事業実施前には参加者全員が、血圧・脈拍測定を実施できるよう指導します。
- ・運動での効果が実感できるよう、体力測定等の実施を検討します。また、運動だけではなく、ミニ講座の実施を検討します。

⑨地域リハビリテーション活動支援事業（訪問支援事業等）

- ・訪問支援事業については、基本チェックリスト等により今後要介護状態等となる可能性が高いと認められた者で、心身の状況により通所形態による事業への参加が困難な者について、リハ専門職等がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し必要な相談・指導等を実施します。
- ・地域や地域の関係機関・団体等との連携により、事業対象となる高齢者を把握し事業の利用促進を図ります。
- ・対象者の実情を踏まえ、必要に応じて医療・介護等の専門職と連携したサービス提供を推進するとともに、対象者の関心や興味に応じて通所型介護予防教室等への参加や地域における自発的な活動等への参加を促します。
- ・通所型の介護予防事業終了後は、住民主体で体操教室が継続できるよう、リハ専門職を派遣し自主化にむけた支援をしていきます。

⑩地域介護予防活動支援事業

- ・年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目指します。
- ・自主的な介護予防の体操サークルが増えるよう、さらなる事業の周知を図ります。
- ・今後も介護予防サポーターの養成を継続し、講座終了後も活動するサポーターの支援を行うため、定期的なフォローアップの場を設け、サポーター同士の交流や学習会を実施していきます。

⑪いいあんべ一家運営の充実

- ・本町における高齢者の介護予防の拠点施設として、介護予防に資する事業実施のほか、健康器具の利用や、各種講座(教室)の開催、サークル活動等での利用促進を図ります。
- ・サークル育成を図り、身近な地域で活動出来るよう支援していきます。
- ・運動指導士や理学療法士などの専門職と連携した予防活動の充実に取り組みます。
- ・利用者の増を図るために、広報紙やホームページ、チラシなどによる広報のほか、人が多く集まる場を利用して、いいあんべ一家の周知と利用促進を啓発します。
- ・利用者の意見等を踏まえて、利用者への適切な対応や運営面の向上等について、必要な改善を行います。

⑫一般介護予防事業評価

- ・事業を効果的かつ効率的に実施するための支援体制が整備できているかどうかを年度ごとに評価していきます。
- ・地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき必要に応じ事業全体の改善も検討します。
- ・年度ごとにプロセス指標の評価を中心に実施するとともに、アウトカム指標の評価も実施します。
- ・アンケート等により一般介護予防事業参加者の意見・要望等を把握し、必要な改善に取り組み事業成果を高めていきます。

3 任意事業の推進

①配食サービス

- ・低栄養状態にある高齢者の栄養改善や疾病等に伴う特別食への対応を図るために、計画的に食事を提供し、食生活の改善と健康増進を図り、併せて高齢者の安否確認を行います。
- ・サービスの周知を図るほか、ニーズ調査や関係機関・関係団体等との情報交換により対象者を把握し利用促進を図ります。
- ・サービス利用者に対し、安易な理由での利用とならないよう、サービスの意義・目的の浸透を図ります。

4 生きがい活動支援の充実

高齢者それぞれが自分なりの生きがいを持ち、明るく、活動的で充実した生活が送れるように、高齢者の社会参加や主体的な活動を支援するとともに、生きがいづくりの機会の創出を図ります。

①敬老祝金支給事業

- ・今後も敬老精神を継続しつつ、子育て支援や貧困対策に対応する為、沖縄独特の祝い年である85歳トゥシビー、トーチ、カジマヤーや80歳、100歳という人生の節目を祝います。なお、必要に応じて、事業実施のあり方について検討します。

②米寿・カジマヤー・新百歳激励訪問

- ・長年の社会貢献に対する感謝の気持ちを表し、高齢者の長寿を祝うために、引き続き実施します。
- ・必要に応じて、事業実施のあり方について検討します。

③老人クラブ活動支援

- ・老人クラブの活動の充実が図れるよう、今後も補助金を交付するほか、活動に対する必要な相談支援を行います。
- ・会員数の減少により活動の低下に繋がることがないように、会員数の維持・拡大を促します。

④世代間交流活動の推進

- ・いいあんべー共生事業や自治会活動、老人クラブ活動、スポーツ大会等において、3世代交流の取り組みを推進します。

⑤学習・スポーツ活動等の推進

- ・高齢者がいつまでも生きがいを持ち社会参加が図れるよう、高齢者のスポーツ・サークル活動を支援するほか、中央公民館において高齢者を対象とした「文教大学」を引き続き開催します。また、町立図書館においても、高齢者のニーズに応じて必要な講座の開催を検討します。

⑥シルバー人材センターの活動推進

- ・シルバー人材センターの就業機会の拡大を図るために、広報誌やホームページなどで活動等の周知を図ります。
- ・「のびるくん(液肥)」の販売促進・安全供給を図り、新たな収益の確保、全員の就業機会の確保に努めます。

第2節 いつまでも安心して暮らせる包括的な支援体制の確立

1 地域包括支援センターの運営の充実

地域包括支援センターは、全ての高齢者が明るく安心して暮らしていけるよう、必要な援助を包括的に行う中核機関として、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、高齢者やその家族等からの様々な相談に対応するとともに、地域の高齢者の実態を把握し関係者と情報を共有することで、多職種が協働した支援を行います。また、介護支援専門員の資質向上を支援します。さらに、これまでの取り組みに加え、地域包括ケアシステムの実現に向けては、地域ケア会議の充実等地域包括支援センターの担う役割が益々重要となることから、センターの運営体制の強化を図ります。

① 地域包括支援センターの広報

- ・町広報誌やチラシなど各種広報手段により、地域包括支援センターの役割や活動内容等について周知を図ります。
- ・地域の諸団体に対し、定例会等の場を利用して周知を図るとともに、センターの広報紙などを町内の郵便局、銀行、スーパー、診療所など人が多く訪れる場所に配布し、周知を図ります。

② 総合相談支援事業

- ・本町の高齢者にかかわる総合的な相談窓口として、高齢者及びその家族等からの相談に対し、必要な指導・助言や情報の提供、サービスの利用援助等を行います。
- ・単に公的サービスの利用のみでは解決が困難な事例については、地域ケア会議の開催を通して、多職種や関係機関、地域活動組織等と協働した支援を行います。

③ 高齢者実態把握事業

- ・一人暮らし高齢者世帯や高齢者のみ世帯及び継続的な見守りや支援が必要な高齢者世帯を中心に、訪問による実態把握を行います。また、関係機関や関係団体等からの情報により、対象となる高齢者の実態把握を行います。
- ・毎年度、実態把握重点地域を定め調査を行うとともに、調査結果に基づく地域の状況や課題等について、地域ケア会議において参加者の情報の共有化に取り組みます。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント事業

- ・地域ケア会議等を通して、地域の福祉、保健、介護、医療に関わる各関係機関・関係団体及びインフォーマルサービス（住民福祉活動）との連携、また、警察や消費者相談センター、女性相談センター等の専門機関との連携により、多職種協働による包括的・継続的ケアマネジメントを推進します。
- ・西原町介護支援専門員連絡会と協働し、介護支援専門員の資質向上のための研修などの企画・運営と交流を図ります。
- ・介護支援専門員のケアプラン作成に関する相談・指導や支援困難な事例に対する指導・助言を行います。

⑤地域ケア会議の充実

- ・地域包括ケアシステムの実現に向けて、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を進めるために、個別ケースの課題分析等を積み重ねるとともに、地域ケア会議を通して、地域課題の把握や地域資源の開発、政策形式機能の構築を目指します。

⑥地域包括支援センターの運営体制の強化(機能強化)

- ・地域包括支援センターは、高齢化の進展により相談件数の増加とこれに伴う業務量の増加が予測されます。また、認知症対策や医療との連携等地域包括ケアシステムの構築に向けた役割が増えることから、人員体制の充実を図るなどにより、地域包括支援センターの機能強化に取り組むとともに、地域包括支援センター運営協議会による事業評価等により運営体制の充実に取り組めます。

2 権利擁護の推進

高齢者が認知症などで判断力が低下することにより、権利が侵害されることや虐待によって尊厳が傷つけられないよう、いつまでも安心して暮らしていくために地域包括支援センターと関係機関・関係団体等が連携した、権利擁護の取り組みを推進します。また、消費者被害や詐欺被害から高齢者を守る取り組みを進めます。

①成年後見制度の普及啓発

- ・認知症等で判断能力が十分ではない高齢者の権利擁護のために、成年後見制度の普及啓発を図ります。

②成年後見制度利用支援事業

- ・成年後見制度の利用にあたり、必要な費用の負担が困難な方に対し、町が費用を助成する成年後見制度利用支援事業の周知を図るとともに、利用に関する援助を行います。

③高齢者虐待防止対策

- ・高齢者虐待の早期発見・早期対応を図るために、虐待防止に関する相談や通告義務等について、町民への周知を図ります。また、「高齢者虐待防止対策協議会」のもとで、関係機関・関係者間の連携・協力体制の充実を図ります。
- ・心身両面で自立した被虐待高齢者の一時避難先として、町内福祉施設の受け入れについて、必要な調整を図ります。
- ・虐待への対応においては、地域包括支援センター(高齢者虐待チーム)を中心に、被虐待高齢者本人の意思を最大限尊重するとともに、ケースの緊急性に応じては、関係者間の連絡・連携を密にし、状況の変化に即した迅速な対応を行うものとします。

④消費者被害・詐欺被害の防止対策

- ・関係機関や関係団体と連携し、消費者被害等に関する情報交換を行うとともに、被害者救済について協議し、必要な対策を講じるものとします。
- ・消費者被害等の防止を図るために、地域への情報提供と未然・再発防止の啓発、地域包括支援センターや町及び町社会福祉協議会をはじめとする消費者被害等の相談窓口の周知を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、県や保健所の支援の下、中部医師会等と緊密に連携しながら、居宅における医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携体制の構築等に取り組みます。

具体的な取り組みについては、国が示す事業項目を実施する方向で進めます。

①医療・介護サービス資源の把握

- ・医療や介護サービスの資源について、町内及び広域的な情報を集約して、インターネットにより公開していきます。

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ・中部医師会等関係団体との会議を通して、在宅医療・介護連携の課題の抽出及び課題解決に向けた協議を行います。

③在宅医療・介護連携支援センターの運営

- ・引き続き中部医師会が運営する在宅医療・介護連携支援センターを通して、関係者等の間で在宅医療・介護サービスの情報の共有、関係者への研修、サービス提供体制の構築、関係者からの相談の受付、関係者同士の連携の調整等を図る体制を維持します。

④地域住民への普及啓発

- ・地域への在宅医療・介護連携への理解促進を図るために、在宅医療・介護連携に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等を行います。

⑤二次医療圏内・関係市町村との連携

- ・中部地域等の二次医療圏にある市町村と連携会議を開き、当該二次医療圏内の医療機関から退院する事例等に関して、退院後に在宅医療・介護サービスを一体的に提供していくための課題等の確認及び、その他在宅医療・介護連携のために必要な事項について協議を行います。

4 認知症対策の推進

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会の実現を目指します。その実現のため、標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを基本目標とし、「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」の設置等多様な取り組みを進めます。

①認知症ケアパスの構築

- ・認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護をうけることができるのか、具体的な機関や事業所等の情報及びケアの内容等をあらかじめ、認知症の人とその家族に提示することで当事者が自らサービスを選択できるよう、認知症ケアパスの構築に取り組みます。
- ・認知症ケアパスの構築にあたっては、引き続き関係機関との協議・調整等を行いながら、構築に向けて取り組みます。

②認知症初期集中支援チームの設置

- ・認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別に訪問し適切な支援を行うために、保健師、介護福祉士等の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」を設置します。
- ・「認知症初期集中支援チーム」の活動の成果が高まるよう、認知症サポート医の確保に取り組みます。

③認知症地域支援推進員の配置

- ・「認知症地域支援推進員」を引き続き配置し、認知症初期集中支援チームとの連携の下、医療機関、介護サービス事業所やその他の支援機関をつなぐ連携支援を行うほか、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。

④認知症ケア向上推進事業

- ・家族介護者の集まりとして行われている認知症カフェについて、家族介護者の自主的な運営を継続していけるよう、必要な支援等を行います。
- ・認知症ケアに関わる多職種の間での共同研修の場、地域の理解促進の場となるよう、関係機関や地域と連携した認知症徘徊者捜索訓練を引き続き実施します。

⑤認知症への理解促進・情報提供の充実

- ・地域において認知症の早期発見と早期支援に繋がるよう、引き続き各自治会と連携した講話を実施するなど、地域への認知症に関する正しい知識と理解の普及啓発を進めます。また、今後は、認知症ケアパスの普及啓発にも努めます。

⑥ 認知症サポーターの養成と連携

- ・ 認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを進めるために、認知症を正しく理解し認知症の人やその家族を自分のできる範囲で見守り支えていく認知症サポーターの養成に取り組みます。また、「認知症サポーター養成講座」の講師役となるキャラバン・メイトの養成にも取り組みます。
- ・ 必要に応じて「認知症地域支援推進員」の活動をサポートする人材(協力員)として、認知症サポーターの活用を検討します。

⑦ 認知症に繋がる疾患予防対策の充実

- ・ 脳血管性認知症の原因となる脳卒中の発症を防ぐために、特定健康診査や後期高齢者健康診査等の健診結果を踏まえて、高血圧症や脂質異常などの生活習慣病の予防に関する保健指導や健康教育・啓発活動等の取り組みの強化を図ります。

⑧ 徘徊発見・保護体制の充実

- ・ 認知症による徘徊で行方不明となった高齢者を警察や関係機関等との連携のもと、早期発見・保護できる体制の充実を図ります。
- ・ 徘徊の可能性の高い高齢者を事前に把握し、緊急時の関係者への連絡や情報の提供が円滑に行われるよう、情報管理の仕組みを整えます。

5 生活支援体制整備の推進

全ての高齢者がいつまでも安心して暮らし続けることができるよう、必要な生活支援・介護予防サービスを整備していくために、関係機関・関係団体と連携し高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していきます。

①生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置

- ・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ために、関係者のネットワークや既存の取り組み・組織等を活用しながら、生活支援の担い手の養成、サービスの開発、関係者のネットワーク化、ニーズとサービスのマッチングなどのコーディネート機能を果たす「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」を配置します。
- ・コーディネーターは地域包括支援センターとの連携を前提とした上で、配置人数等は限定せず、地域の実情に応じた配置とします。

②生活支援等協議体の設置

- ・コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化を図り地域の資源開発等を推進するために、その中核となるネットワークとして「生活支援等協議体(仮称)」を設置します。

③生活支援・介護予防サポーター(仮称)の養成

- ・生活支援・介護予防サービス提供体制の充実を図るには、担い手となるボランティア等が、要支援者等に対して適切な生活支援や介護予防を提供するとともに、必要なときに地域包括支援センターなど関係機関に連絡することができるようにすることが重要となります。そのため、ボランティア等に対して、介護保険制度や高齢者の特徴、緊急対応などを学んでもらえるよう研修体制を構築し、生活支援・介護予防サポーター(仮称)として養成します。

第3節 利用者の視点に立ったサービス提供の推進

1 介護保険サービスの確保推進

介護が必要となっても安心して暮らしていけるよう、サービス利用者の視点に立ち、必要な介護等給付サービスの確保を進めます。

①小規模多機能型居宅介護の確保

- ・医療機関や老人保健施設から地域への円滑な移行を図るとともに、要介護者が住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援するために、引き続き小規模多機能型居宅介護の確保に取り組みます。

②小規模型通所介護の移行

- ・小規模の通所介護の事業所について、引き続き地域密着型サービスへの移行を促進するとともに、地域との連携や運営の透明性を確保するため、広域連合と連携し、指定・監督を行います。

2 在宅福祉サービスの推進

安心して暮らしていけるよう利用者の視点に立った、在宅における介護や自立生活の支援の充実を図るために、総合事業と連携のとれた在宅福祉サービスを推進します。

①軽度生活援助事業

- ・精神的に不安定な時期や一時的に日常生活が不便な高齢者について、ニーズ調査の活用や関係機関・関係団体等との情報交換により、対象者を把握し、外出時の援助や家事援助等を行うヘルパー派遣の利用促進を図ります。
- ・委託料金について、個人負担分も含めて改定を検討します。

②生活管理短期宿泊事業

- ・生活指導や体調調整が必要な高齢者について、ニーズ調査の活用や関係機関・関係団体等との情報交換により、対象者を把握し、サービスの利用促進を図ります。
- ・事業委託先に対し、災害や虐待による避難など目的外の利用に関して、理解・協力が得られるよう調整を行います。

③在宅老人移送サービス事業

- ・民間の介護タクシー等の普及に伴い、事業運営の方法について検討していきます。

④介護用品支給事業

- ・在宅介護の経済的負担軽減を図るために、介護用品支給対象となる世帯について介護用品給付券を支給します。一方、今後の事業継続について検討します。

⑤緊急通報システムの推進

- ・現在固定電話回線を利用したサービスであり、光電話などの利用者が増えていることからそのような回線への対応も含め、デジタル化等への対応に取り組みます。
- ・見守りに関する事業が複数あることから、他の事業とも連携を図ります。

第4節 安全・安心な生活環境の整備推進

1 住環境の向上推進

全ての高齢者が明るく安心して暮らせる在宅生活を支えるために、住宅の改修や必要な情報の提供を行います。

①住環境の整備推進

- ・介護予防の観点から必要な高齢者に対し、介護保険における「住宅改修」を案内します。

②情報提供

- ・高齢者の居住の安定を確保するために、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービス付き高齢者向け住宅などの、住まいに関する情報を提供します。

2 安全・安心なまちづくり推進

高齢者が地域において安心して暮らせるように、公共施設のバリアフリーの推進、災害時の支援体制を構築します。

①バリアフリーの推進

- ・新たに整備する道路や公共建築物については、引き続きバリアフリーに関する法律や「沖縄県福祉のまちづくり条例」等に基づく設置基準に従って、高齢者等の円滑な利用に配慮したバリアフリーを推進します。
- ・既存の建物や公園等の公共建築物については、高齢者や障害者をはじめ、誰もが快適に利用できるように、スロープや手すり、エレベータの設置、身体障害者用のトイレや駐車スペースの確保等について、必要に応じて整備を行います。

②防災対策

- ・「西原町地域防災計画」に基づき、町民に対する防災知識の普及啓発や防災訓練の実施、自主防災組織の育成を今後とも進めていきます。
- ・避難行動要支援者名簿の周知徹底を図り、登録者の増を図ります。
- ・災害時要支援者への避難支援体制を構築するために、民生委員、児童委員協議会、町社会福祉協議会、地域包括支援センター、障害者団体、福祉施設、事業所及び地域住民等と連携し、要支援者の避難誘導、避難場所での健康管理、その他必要な救護・救済の支援体制の充実に取り組みます。
- ・台風などの災害時に、虚弱な一人暮らし高齢者等が一時的に避難できるよう、施設の空きベッドの利用について、施設と必要な調整を図ります。

第6章 計画の推進体制

1 計画の進行管理

本計画の実行性を確保していく上で、計画の進行管理は重要です。そのため、毎年度、本計画の施策・事業の取り組み状況や成果等について点検・評価を行い、必要に応じて施策の見直しを行うなど、計画の適切な進行管理を行います。

2 庁内連携体制の強化

本計画の推進にあたっては、計画を主管する健康支援課だけではなく、住民の健康づくりや生涯学習、就労、住宅政策、まちづくりなどを管轄する部署との連携も重要であることから、庁内の関係各課との連携強化を進め、計画に関わる情報の共有化を図るとともに、施策・事業について必要な調整等を行うことができる体制を構築します。

3 多様な主体との連携

全ての高齢者が住み慣れた地域で、明るく安心して暮らしていくことができる、ぬくもりのあるまちづくりを構築するための、地域包括ケアシステムの実現にあたっては、在宅医療・介護連携や認知症対策、地域ケア会議の充実、介護予防・日常生活支援サービス事業の体制整備等が求められています。これらの取り組みを推進するには、多様な関係機関・団体等との連携が不可欠であることから、沖縄県、保健所、医師会、介護等事業所並びに地域の自治会や各種団体、住民及びボランティア等との連携を深めます。

4 計画の推進主体の役割

計画の推進においては、高齢者自身を含む地域の多様な主体の参画が求められることから、行政をはじめ、住民、地域社会、関係団体、民間事業所などの各主体が担う役割を明らかにします。

(1) 行政の役割

- 本計画に基づき、関係機関・団体等と連携した高齢者の保健・福祉・医療・介護等の施策の総合的な推進を図るとともに、サービス基盤の整備やサービスの質的向上に取り組めます。

(2) 高齢者の役割

- 高齢期のライフプランを持ち、生きがいの確保、健康の維持・増進、介護予防に積極的に取り組みましょう。
- 豊かな経験、技能等を活かした新たな社会貢献を見出し、社会との繋がりを広げましょう。

(3)住民の役割

- 住民一人一人が高齢者への敬意と労わりの心を持ち、日常生活の中で身近な高齢者とのふれあい、日常の生活や介助を支えていきましょう。

(4)地域社会・団体の役割

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう、自治会、老人クラブ等が相互に連携し、一人暮らしや高齢者のみ世帯の見守りを促進するなど、地域の支え合いの仕組みづくりを進めましょう。
- 高齢者の通いの場や社会参加の機会の提供、生活支援サービスへの参画等、地域福祉の向上に取り組みましょう。

(5)事業所の役割

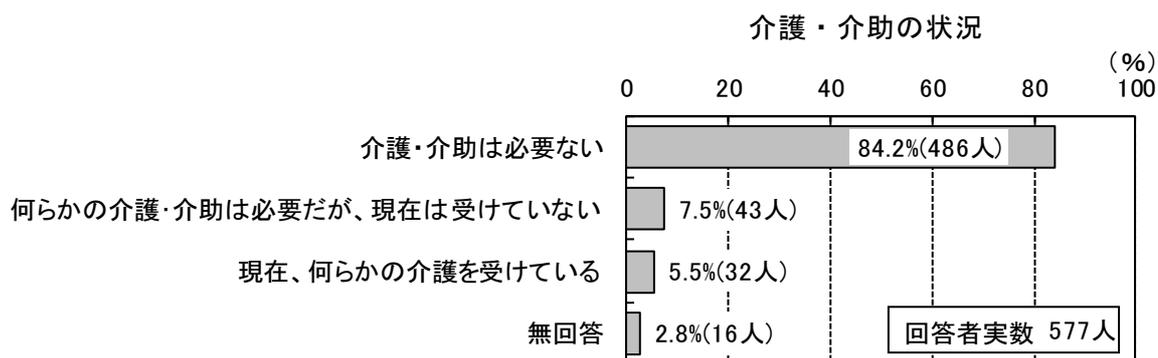
- サービス提供事業所は、高齢者のニーズに応じた良質なサービス提供となるよう、利用者の自立の視点を持つとともに、サービスの質の確保、事業内容やサービス内容の情報公開、事業評価体制の整備などを進めましょう。
- 地域包括ケアシステムの実現に向けて、行政をはじめとする関係機関や地域の関係団体等及び事業所相互の連携を図り、積極的な支援・協力を行いきましょう。

資料編

□日常生活圏域ニーズ調査の主な調査結果

(1)介護・介助の状況

介護・介助の状況については、「介護・介助は必要ない」が84.2%と大半を占めます。一方、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が7.5%、「現在、何らかの介護を受けている」が5.5%で、合わせると13.0%が介護・介助を必要としています。調査対象者は一般高齢者と要支援者(介護認定)となっていることから、介護・介助を必要とする高齢者の多くは、要支援者と思われます。



(2) 介護・介助が必要になった原因（複数回答）

介護・介助が必要となった原因疾患について、全体では「骨折・転倒」と「その他」がともに18.7%と最も高く、以下、「心臓病」が16.0%、「関節の病気」と「糖尿病」がともに14.7%と続きます。

全体の（「その他」を除く）上位5位までの原因疾患について性別にみると、「骨折・転倒」は、男性では3.3%と最も低くなりますが、女性では28.9%と最も高く、女性に骨粗しょう症等筋骨格系の有病率が高いことが考えられます。また、「関節の病気」も、男性では6.7%と8番目に位置しますが、女性では20.0%と2番目に位置しており、顕著な差があります。

「心臓病」は、男性では23.3%と2番目に位置し、女性では11.1%と3番目に位置します。

「糖尿病」は、男性では26.7%と最も高く、女性では6.7%と10番目に位置します。また、「視覚・聴覚障害」は、男性では20.3%と3番目に位置し、女性では8.9%と6番目に位置しており、顕著な差があります。

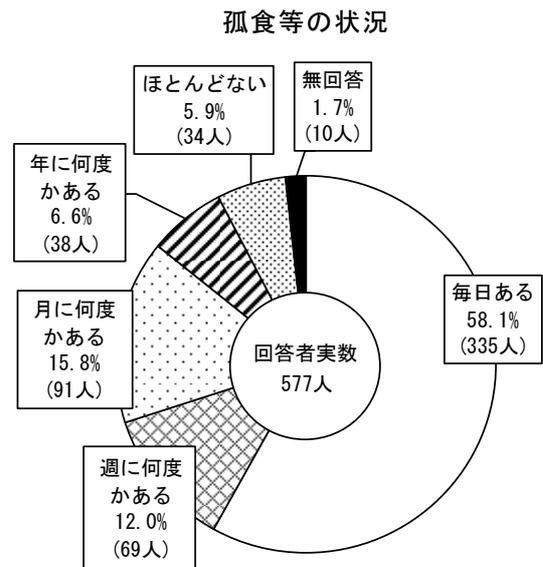
以上のことから、介護・介助が必要となった原因疾患は、男女で異なる傾向にあることがわかります。

介護・介助が必要になった原因（それぞれ比率の高い順）						
順位	全体	%（人）	男性	%（人）	女性	%（人）
1	骨折・転倒	18.7%（14人）	糖尿病	26.7%（8人）	骨折・転倒	28.9%（13人）
2	心臓病	16.0%（12人）	心臓病	23.3%（7人）	関節の病気	20.0%（9人）
3	関節の病気	14.7%（11人）	視覚・聴覚障害	20.0%（6人）	心臓病	11.1%（5人）
4	糖尿病	14.7%（11人）	脳卒中	10.0%（3人）	高齢による衰弱	11.1%（5人）
5	視覚・聴覚障害	13.3%（10人）	呼吸器の病気	10.0%（3人）	認知症	8.9%（4人）
6	高齢による衰弱	10.7%（8人）	高齢による衰弱	10.0%（3人）	視覚・聴覚障害	8.9%（4人）
7	脳卒中	8.0%（6人）	がん	6.7%（2人）	脳卒中	6.7%（3人）
8	呼吸器の病気	8.0%（6人）	関節の病気	6.7%（2人）	がん	6.7%（3人）
9	認知症	8.0%（6人）	認知症	6.7%（2人）	呼吸器の病気	6.7%（3人）
10	がん	6.7%（5人）	腎疾患(透析)	6.7%（2人）	糖尿病	6.7%（3人）
11	腎疾患(透析)	4.0%（3人）	パーキンソン病	3.3%（1人）	脊椎損傷	4.4%（2人）
12	脊椎損傷	4.0%（3人）	骨折・転倒	3.3%（1人）	腎疾患(透析)	2.2%（1人）
13	パーキンソン病	1.3%（1人）	脊椎損傷	3.3%（1人）	パーキンソン病	—
—	その他	18.7%（14人）	その他	16.7%（5人）	その他	20.0%（9人）
—	無回答	16.0%（12人）	無回答	16.7%（5人）	無回答	15.6%（7人）

(3) 孤食等の状況

誰かと食事をとる機会がどの程度あるかについては、「毎日ある」が58.1%と最も高く、これに「週に何度かある」の12.0%を合わせると、共食の機会が多い高齢者が70.1%を占めます。

一方、「年に何度かある」が6.6%、「ほとんどない」が5.9%で、孤食が多い高齢者が12.5%を占めます。これに、「月に何度かある」の15.8%を合わせると、孤食または孤食傾向にある高齢者が28.3%を占めます。



性別にみると、「年に何度かある」と「ほとんどない」を合わせた孤食の高齢者の割合は、男性が14.5%、女性が10.5%で、男性が女性を上回ります。一方、「月に何度かある」と答えた孤食傾向の高齢者は、男性が11.0%、女性が19.8%で、女性が男性を8.8ポイント上回ります。

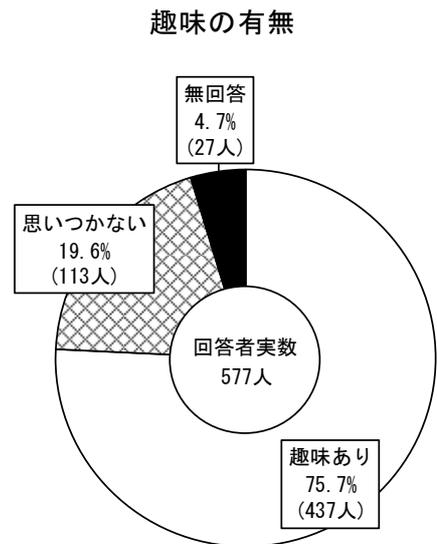
年齢階級別にみると、孤食と孤食傾向を合わせた割合は、65歳から74歳の各年齢階級で20%台、75歳から84歳の各年齢階級で30%台となります。

孤食等の状況 (性別、年齢階級別)								
	回答者 実数	毎日ある	週に何度 かある	孤食・孤食傾向の高齢者				無回答
				月に何度 かある	孤食の高齢者		合計	
					年に何度 かある	ほとん どない		
男性	263人	62.0% (163人)	10.6% (28人)	11.0% (29人)	6.1% (16人)	8.4% (22人)	25.5% (67人)	1.9% (5人)
女性	313人	55.0% (172人)	13.1% (41人)	19.8% (62人)	6.7% (21人)	3.8% (12人)	30.3% (95人)	1.6% (5人)
65～69歳	220人	65.0% (143人)	10.9% (24人)	14.5% (32人)	4.5% (10人)	3.6% (8人)	22.6% (50人)	1.4% (3人)
70～74歳	125人	60.0% (75人)	12.8% (16人)	16.0% (20人)	7.2% (9人)	3.2% (4人)	26.4% (33人)	0.8% (1人)
75～79歳	117人	50.4% (59人)	12.8% (15人)	20.5% (24人)	5.1% (6人)	10.3% (12人)	35.9% (42人)	0.9% (1人)
80～84歳	73人	50.7% (37人)	11.0% (8人)	15.1% (11人)	11.0% (8人)	8.2% (6人)	34.3% (25人)	4.1% (3人)
85歳以上	41人	51.2% (21人)	14.6% (6人)	9.8% (4人)	9.8% (4人)	9.8% (4人)	29.4% (12人)	4.9% (2人)

(4) 趣味や生きがい

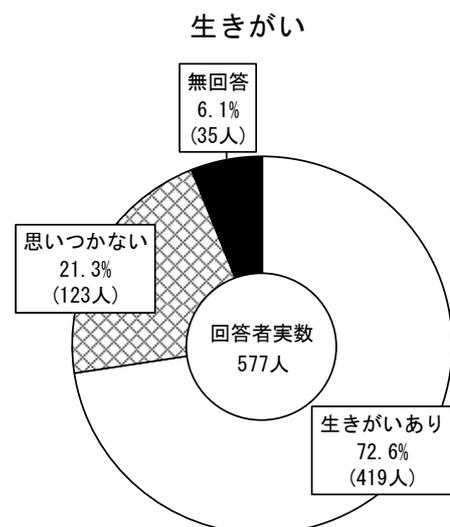
① 趣味の有無

趣味があるかについては、「趣味あり」が 75.7%で、高齢者の多くが趣味を持っていることがわかります。



② 生きがい

生きがいがあるかについては、「生きがいあり」が 72.6%で、生きがいのある高齢者が多いことがわかります。一方、「思いつかない」と答えた高齢者が 21.3%となります。



(5) グループ活動等への参加の頻度

グループ活動や仕事などの社会参加の頻度については、いずれの活動についても「参加していない」の割合が最も高く、特に「ボランティアグループ」、「学習・教養サークル」、「老人クラブ」、「収入のある仕事」については各 40%台となります。「無回答」が多いことから一概には言えませんが、全般的に社会との関わりが希薄な高齢者が多いことがうかがえます。

参加の頻度が最も多い「週 4 回以上」では、「収入のある仕事」が 9.4%と最も高く、次に「スポーツ関係のグループやクラブ」が 5.4%となります。

グループ活動等への参加の頻度							
	週 4 回 以上	週 2~3 回	週 1 回	月 1~3 回	年に数回	参加して いない	無回答
ボランティアの グループ	0.5% (3 人)	2.1% (12 人)	1.6% (9 人)	3.8% (22 人)	6.9% (40 人)	44.0% (254 人)	41.1% (237 人)
スポーツ関係の グループやクラブ	5.4% (31 人)	8.1% (47 人)	4.2% (24 人)	5.2% (30 人)	1.7% (10 人)	38.0% (219 人)	37.4% (216 人)
趣味関係の グループ	4.2% (24 人)	8.8% (51 人)	9.5% (55 人)	7.3% (42 人)	3.3% (19 人)	33.4% (193 人)	33.4% (193 人)
学習・教養 サークル	0.3% (2 人)	1.4% (8 人)	4.0% (23 人)	2.3% (13 人)	2.6% (15 人)	43.5% (251 人)	45.9% (265 人)
老人クラブ	1.9% (11 人)	2.4% (14 人)	1.0% (6 人)	4.2% (24 人)	4.2% (24 人)	46.4% (268 人)	39.9% (230 人)
町内会・自治会	1.2% (7 人)	1.9% (11 人)	1.7% (10 人)	6.9% (40 人)	15.1% (87 人)	35.2% (203 人)	38.0% (219 人)
収入のある仕事	9.4% (54 人)	3.5% (20 人)	0.7% (4 人)	1.4% (8 人)	1.9% (11 人)	41.9% (242 人)	41.2% (238 人)

(6) 疾病の状況

疾病の状況については、全体では「高血圧」が 42.1%と最も高く、次いで「目の病気」が 25.5%となります。以下、「心臓病」、「糖尿病」、「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」と続き、いずれも 13%台の割合となります。

高齢者の状態別にみると、どの状態でも「高血圧」の割合が最も高く、一般高齢者で 39.1%、二次予防対象者で 46.9%、要支援者で 50.0%となります。また、要支援者では「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」も 50.0%と「高血圧」と並んで高くなります。

二次予防対象者では「高血圧」に次いで、「目の病気」が 33.8%、「心臓病」が 20.0%となります。要支援者では「目の病気」と「心臓病」がともに 37.5%、「糖尿病」が 33.3%となります。

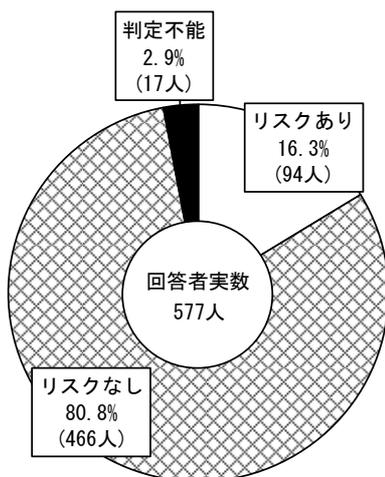
疾病の状況（高齢者の状態別）					
	全体 (577人)	一般高齢者 (381人)	二次予防対象者 (145人)	要支援者 (24人)	判定不能 (27人)
高血圧	42.1% (243人)	39.1% (149人)	46.9% (68人)	50.0% (12人)	51.9% (14人)
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	3.8% (22人)	2.1% (8人)	6.2% (9人)	16.7% (4人)	3.7% (1人)
心臓病	13.3% (77人)	9.2% (35人)	20.0% (29人)	37.5% (9人)	14.8% (4人)
糖尿病	13.0% (75人)	9.4% (36人)	17.2% (25人)	33.3% (8人)	22.2% (6人)
高脂血症(脂質異常)	12.7% (73人)	12.9% (49人)	11.0% (16人)	8.3% (2人)	22.2% (6人)
呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	4.7% (27人)	2.9% (11人)	9.0% (13人)	8.3% (2人)	3.7% (1人)
胃腸・肝臓・胆のうの 病気	5.5% (32人)	3.9% (15人)	7.6% (11人)	8.3% (2人)	14.8% (4人)
腎臓・前立腺の病気	7.8% (45人)	6.6% (25人)	10.3% (15人)	4.2% (1人)	14.8% (4人)
筋骨格の病気(骨粗し ょう症、関節症等)	13.0% (75人)	8.9% (34人)	17.9% (26人)	50.0% (12人)	11.1% (3人)
外傷(転倒・骨折等)	4.7% (27人)	2.9% (11人)	7.6% (11人)	16.7% (4人)	3.7% (1人)
がん(悪性新生物)	3.1% (18人)	2.6% (10人)	4.1% (6人)	—	7.4% (2人)
血液・免疫の病気	1.2% (7人)	0.8% (3人)	2.1% (3人)	—	3.7% (1人)
うつ病	1.0% (6人)	1.0% (4人)	1.4% (2人)	—	—
認知症(アルツハイマ ー病等)	0.5% (3人)	—	2.1% (3人)	—	—
パーキンソン病	0.3% (2人)	—	1.4% (2人)	—	—
目の病気	25.5% (147人)	22.0% (84人)	33.8% (49人)	37.5% (9人)	18.5% (5人)
耳の病気	9.0% (52人)	6.6% (25人)	13.1% (19人)	20.8% (5人)	11.1% (3人)
その他	9.7% (56人)	8.9% (34人)	12.4% (18人)	4.2% (1人)	11.1% (3人)
ない	13.2% (76人)	18.1% (69人)	4.1% (6人)	—	3.7% (1人)
無回答	7.6% (44人)	8.7% (33人)	5.5% (8人)	—	11.1% (3人)

(7) 運動器の機能低下者（リスク者）

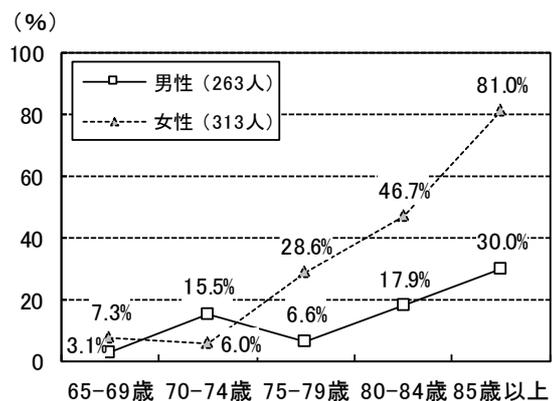
運動器のリスク者は16.3%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は70～74歳では女性に比べて男性の割合が高くなりますが、そのほかの年齢では男性に比べて女性の割合が高くなります。また、男女とも年齢が高いほど割合も高くなる傾向にあり、男性は80～84歳で17.9%、85歳以上で30.0%となります。女性は75～79歳で28.6%、80～84歳で46.7%、85歳以上で81.0%と、年齢が高いほど男女差も大きくなる傾向にあります。

運動器の機能低下者



運動器の機能低下者（性別、年齢階級別）

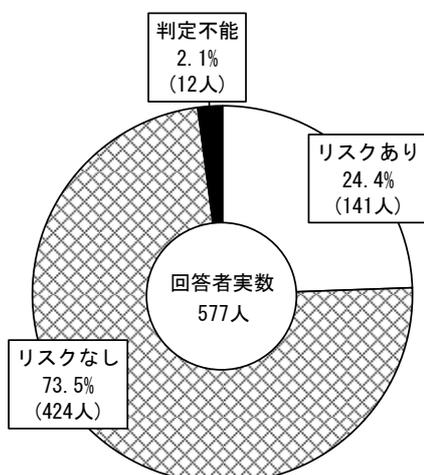


(8) 転倒リスク者

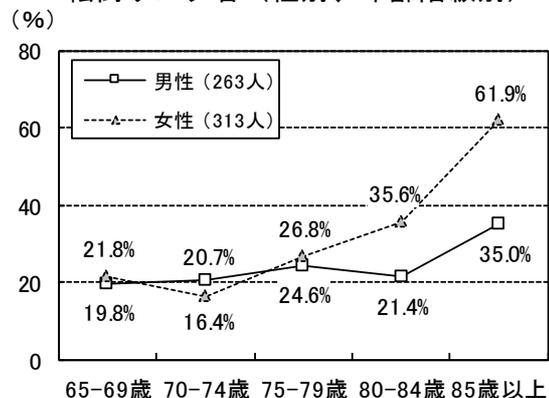
転倒のリスク者は24.4%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は70～74歳以外では男性に比べて女性の割合が高くなります。また、男女とも年齢が高いほど割合も高くなる傾向にあり、男性は85歳以上で35.0%と最も高くなります。女性は80～84歳で35.6%、85歳以上で61.9%と、75歳以降急激に割合が高くなります。

転倒リスク者



転倒リスク者（性別、年齢階級別）



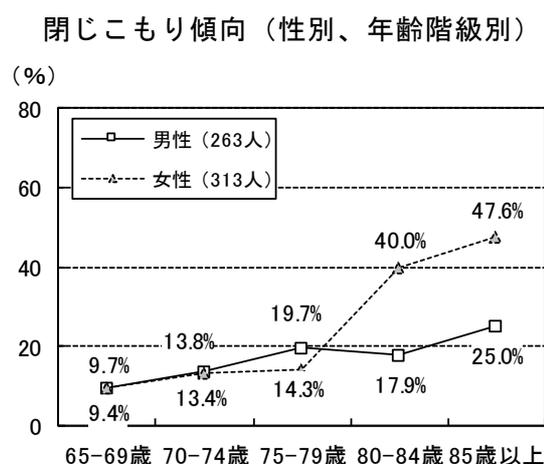
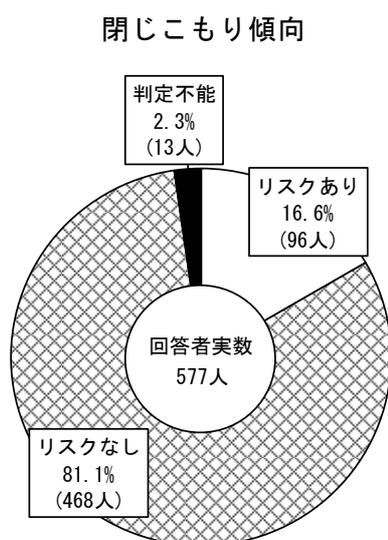
転倒に対する不安を転倒リスクの有無別にみると、「とても不安である」と「やや不安である」を合わせた割合は、「リスクあり」が68.8%、「リスクなし」で37.5%と、「リスクあり」が「リスクなし」を31.3ポイント上回ります。

転倒に対する不安はあるか（転倒リスク別）						
	回答者実数	とても不安である	やや不安である	あまり不安でない	不安でない	無回答
リスクあり	141人	24.1% (34人)	44.7% (63人)	19.9% (28人)	9.9% (14人)	1.4% (2人)
リスクなし	424人	10.4% (44人)	27.1% (115人)	27.1% (115人)	33.0% (140人)	2.4% (10人)

(9)閉じこもり傾向（リスク者）

閉じこもりのリスク者は16.6%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は男女とも年齢が高いほど割合も高くなる傾向にあります。特に、女性の割合は65歳から79歳までの各年齢階級で10%台となっていますが、80～84歳で40.0%、85歳以上で47.6%と大きく上昇します。一方、男性は女性に比べて割合が大きく上昇することはなく、85歳以上が25.0%と最も高くなります。

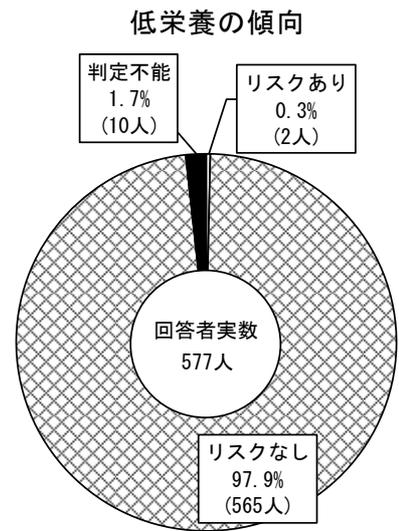


外出回数の減少傾向を閉じこもりリスクの有無別にみると、「とても減っている」と「減っている」を合わせた割合は、「リスクあり」が57.3%、「リスクなし」が15.6%で、「リスクあり」が「リスクなし」を41.7ポイントと大きく上回ります。

昨年と比べて外出の回数が減っているか（閉じこもり傾向別）						
	回答者実数	とても減っている	減っている	あまり減っていない	減っていない	無回答
リスクあり	96人	17.7% (17人)	39.6% (38人)	25.0% (24人)	16.7% (16人)	1.0% (1人)
リスクなし	468人	1.3% (6人)	14.3% (67人)	25.0% (117人)	59.4% (278人)	0.0% (0人)

(10) 低栄養の傾向（リスク者）

低栄養のリスク者は 0.3%と極めて少ない結果となります。

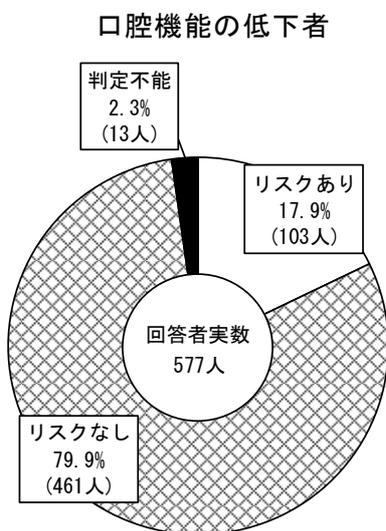


(11) 口腔機能低下

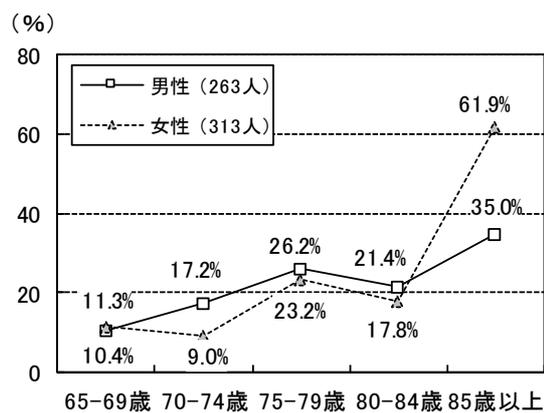
① 口腔機能の低下者（リスク者）

口腔機能のリスク者は 17.9%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は男女とも年齢によって増減があるものの、年齢が高いほど高くなる傾向にあります。特に、女性では80～84歳が17.8%であるのに対し、85歳以上では61.9%と大きく上昇します。また、男性も85歳以上が35.0%と最も高くなります。



口腔機能の低下者（性別、年齢階級別）

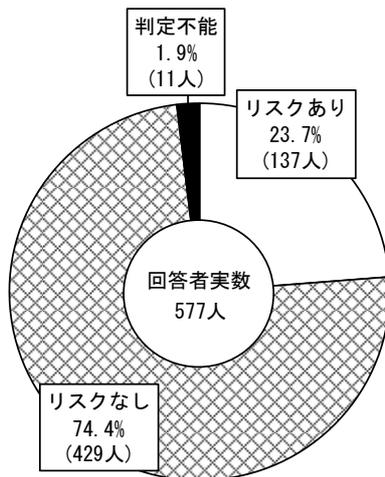


②咀嚼機能の低下者（リスク者）

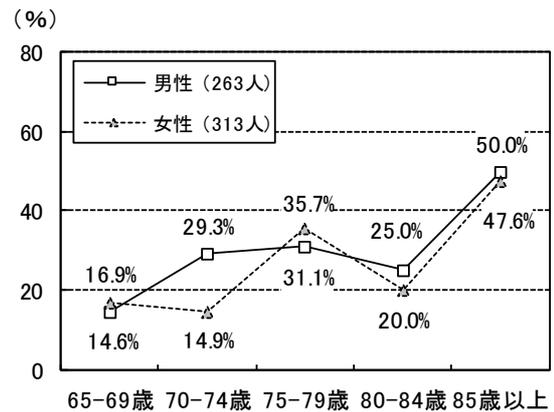
咀嚼機能のリスク者は23.7%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は65～69歳と75～79歳では、女性の割合が高く、そのほかの年齢では男性の割合が高くなります。また、男女とも75～79歳で30%を超え、80～84歳で割合は一旦下がるものの、85歳以上では男性が50.0%、女性が47.6%とそれぞれ最も高い割合となります。

咀嚼機能の低下者



咀嚼機能の低下者（性別、年齢階級別）

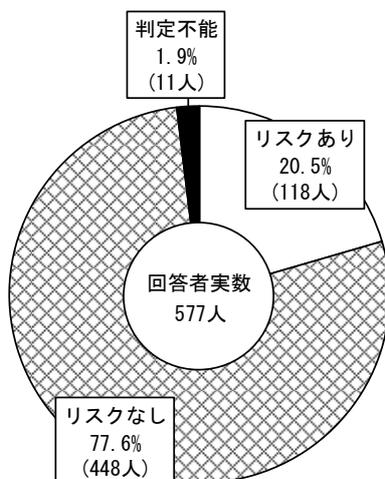


③嚥下機能の低下者（リスク者）

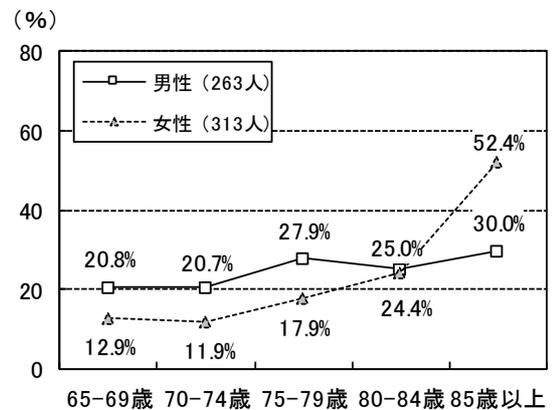
嚥下機能のリスク者は20.5%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は84歳まで男性の割合が女性を上回っていますが、85歳以上では女性が52.4%、男性が30.0%と女性の割合が男性を22.4ポイント上回ります。

嚥下機能の低下者



嚥下機能の低下者（性別、年齢階級別）

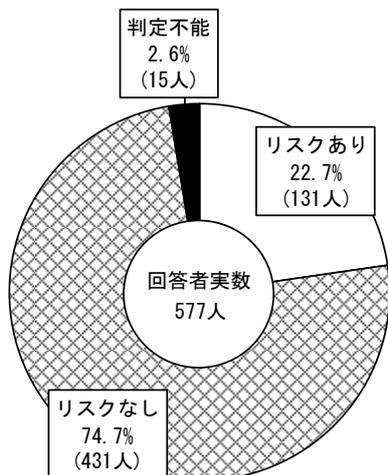


④肺炎発症リスク者

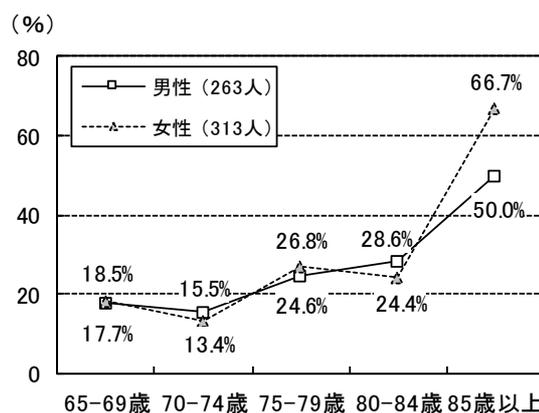
肺炎発症リスク者は22.7%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は、男女とも年齢が高くなるほど割合も高くなる傾向にあり、80～84歳までの各年齢階級ではほぼ同程度の割合となりますが、男女とも85歳以上の割合が最も高く、女性が66.7%、男性が50.0%となります。

肺炎発症のリスク



肺炎発症のリスク（性別、年齢階級別）

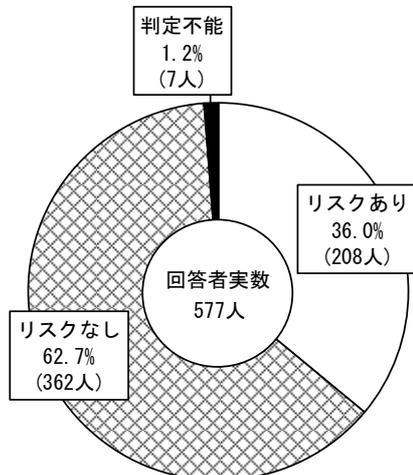


(12) 認知機能の低下者（リスク者）

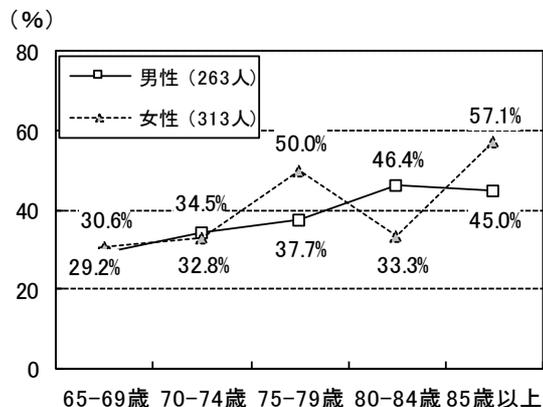
認知機能のリスク者は36.0%となります。

性別・年齢階級別にみると、男性のリスク者の割合は65歳から79歳までの各年齢階級では30%台ですが、80～84歳と85歳以上では40%台となります。また、女性のリスク者の割合は75～79歳と85歳以上で各50%台と高く、そのほかの年齢階級では30%前後となります。

認知機能の低下者



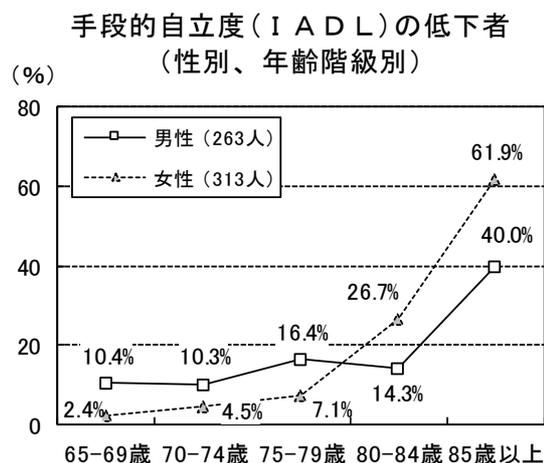
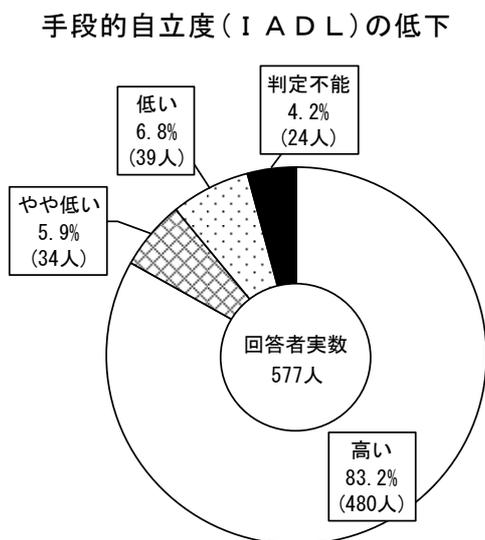
認知機能の低下者（性別、年齢階級別）



(13) 手段的自立度 (IADL) の低下者 (リスク者)

手段的自立度 (IADL) のリスク者は 12.7% となります。

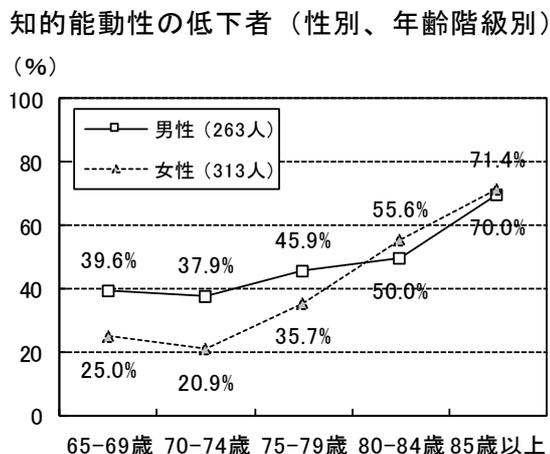
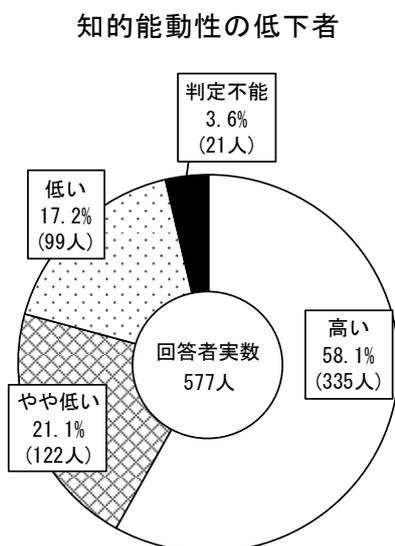
性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は男女とも年齢が高いほど高くなる傾向にあり、65～69歳では男性が 10.4%、女性が 2.4% ですが、85歳以上では男性が 40.0%、女性が 61.9% となります。また、65歳から 79歳までの各年齢階級では、いずれも男性の割合が女性を上回りますが、80歳以上では女性の割合が男性を上回ります。



(14) 知的能動性の低下者 (リスク者)

知的能動性のリスク者は 38.3% となります。

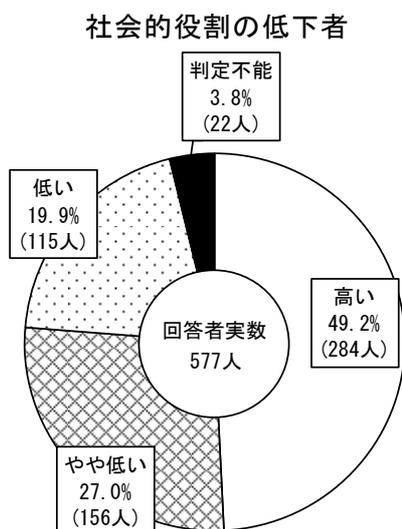
性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は 65歳から 79歳の各年齢階級では男性の割合が高く、80～84歳と 85歳以上では、女性が高くなります。また、男女とも年齢が高くなるほど割合も高くなる傾向にあり、65～69歳では男性が 39.6%、女性が 25.0% ですが、85歳以上では男性が 70.0%、女性が 71.4% となります。



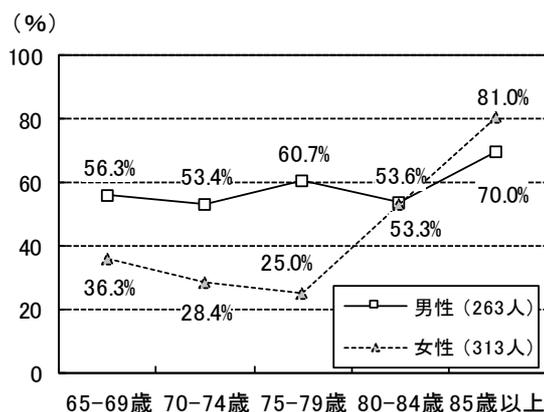
(15) 社会的役割の低下者（リスク者）

社会的役割のリスク者は46.9%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は男性では各年齢階級でいずれも半数以上を占め、85歳以上が70.0%と最も高くなります。一方、女性は65歳から79歳までの各年齢階級では男性に比べて低率ですが、80歳から大きく上昇し、80～84歳で53.3%、85歳以上で81.0%となります。



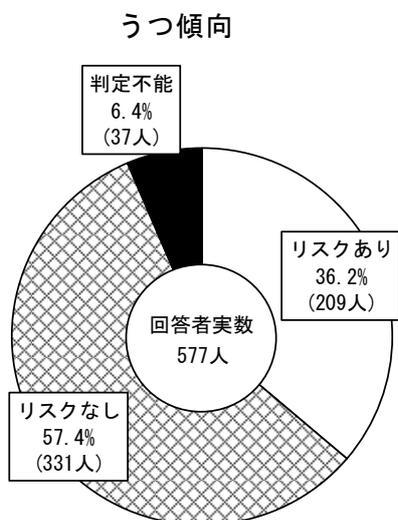
社会的役割の低下者（性別、年齢階級別）



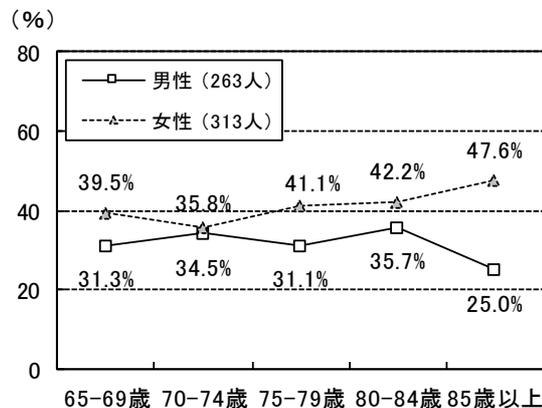
(16) うつ傾向（リスク者）

うつ傾向のリスク者は36.2%となります。

性別・年齢階級別にみると、リスク者の割合は全ての年齢において女性の割合が男性より高くなります。男性は85歳以上が25.0%と最も低く、そのほかの年齢ではいずれも30%台の割合となります。一方、女性は85歳以上が47.6%と最も高く、75歳以上の各年齢階級でも40%台となります。



うつ傾向（性別、年齢階級別）



■リスク者のまとめ

リスク者の割合は、全体では「社会的役割の低下者」が46.9%と最も高く、次に「知的能動性の低下者」が38.2%、「うつ傾向」が36.2%、「認知機能の低下者」が36.0%となります。

一方、「低栄養傾向」が0.3%と最も低く、次に「手段的自立度(IADL)の低下者」が12.7%となります。

性別でみると、「男性」では「社会的役割の低下者」が57.4%と最も高く、次に「知的能動性の低下者」44.1%となります。「女性」では「うつ傾向」が39.9%と最も高く、次に「社会的役割の低下者」が38.0%となります。リスク者の割合は、概ね年齢が高いほど割合は高くなる傾向にあるものが多く、特に運動機能や閉じこもり、口腔機能などでは「80～84歳」あるいは「85歳以上」で、「男性」に比べて「女性」の割合が急に高くなるものが多い状況です。

リスク者のまとめ								
	全体	性別	年齢別					全体
			65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	
①運動器の機能低下者	16.3	男性	3.1%	15.5%	6.6%	17.9%	30.0%	10.3%
		女性	7.3%	6.0%	28.6%	46.7%	81.0%	21.4%
②転倒リスク者	24.4	男性	19.8%	20.7%	24.6%	21.4%	35.0%	22.4%
		女性	21.8%	16.4%	26.8%	35.6%	61.9%	26.2%
③閉じこもり傾向	16.6	男性	9.4%	13.8%	19.7%	17.9%	25.0%	14.8%
		女性	9.7%	13.4%	14.3%	40.0%	47.6%	18.2%
④低栄養の傾向	0.3	男性	1.0%	-	-	3.6%	-	0.8%
		女性	-	-	-	-	-	-
⑤口腔機能の低下者	17.9	男性	10.4%	17.2%	26.2%	21.4%	35.0%	18.6%
		女性	11.3%	9.0%	23.2%	17.8%	61.9%	17.3%
⑥咀嚼機能の低下者	23.7	男性	14.6%	29.3%	31.1%	25.0%	50.0%	25.5%
		女性	16.9%	14.9%	35.7%	20.0%	47.6%	22.4%
⑦嚥下機能の低下者	20.5	男性	20.8%	20.7%	27.9%	25.0%	30.0%	23.6%
		女性	12.9%	11.9%	17.9%	24.4%	52.4%	17.9%
⑧肺炎発症リスク者	22.7	男性	17.7%	15.5%	24.6%	28.6%	50.0%	22.4%
		女性	18.5%	13.4%	26.8%	24.4%	66.7%	23.0%
⑨認知機能の低下者	36.0	男性	29.2%	34.5%	37.7%	46.4%	45.0%	35.4%
		女性	30.6%	32.8%	50.0%	33.3%	57.1%	36.7%
⑩手段的自立度(IADL)の低下者	12.7	男性	10.4%	10.3%	16.4%	14.3%	40.0%	14.4%
		女性	2.4%	4.5%	7.2%	26.7%	61.9%	11.2%
⑪知的能動性の低下者	38.3	男性	39.6%	37.9%	46.0%	50.0%	70.0%	44.1%
		女性	25.0%	20.9%	35.7%	55.5%	71.4%	33.5%
⑫社会的役割の低下者	46.9	男性	56.3%	53.5%	60.7%	53.5%	70.0%	57.4%
		女性	36.3%	28.4%	25.0%	53.3%	80.9%	38.0%
⑬うつ傾向	36.2	男性	31.3%	34.5%	31.1%	35.7%	25.0%	31.9%
		女性	39.5%	35.8%	41.1%	42.2%	47.6%	39.9%

□西原町高齢者保健福祉計画策定委員会要綱

平成 11 年 5 月 31 日

要綱第 24 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、西原町附属機関の設置に関する条例(平成 16 年西原町条例第 17 号)第 3 条の規定に基づき、西原町高齢者保健福祉計画策定委員会(以下「委員会」という。)の組織、運営その他必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第 2 条 委員会の所掌事務は、町長の諮問に応じ、次に掲げる事項について調査審議し、答申するものとする。

- (1) 高齢者保健福祉計画の見直しに関すること。
- (2) 高齢者の現状把握及び現況の分析に関すること。
- (3) その他高齢者の保健及び福祉に関して必要な事項

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 8 人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者について、町長が委嘱する。

- (1) 医師等医療関係者
- (2) 学識経験者
- (3) 沖縄県南部福祉事務所代表
- (4) 社会福祉施設代表
- (5) 町老人クラブ連合会代表
- (6) 社会福祉協議会事務局代表
- (7) 町民

(委員の任期)

第 4 条 委員の任期は、2 年とする。

2 補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第 5 条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長及び副委員長は、委員の互選により定める。

3 委員長は、会議を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第 6 条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員長は、必要に応じて、委員以外の学識経験者又は関係者等の出席を求め、意見を聴くことができる。

(庶務)

第 7 条 委員会の庶務は、健康支援課において処理する。

(補則)

第 8 条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営その他必要な事項は、町長が別に定める。

□西原町高齢者保健福祉計画策定委員名簿

委員会等の名称	西原町高齢者保健福祉計画策定委員会委員
任期	平成29年8月23日～平成31年8月22日(2年間)

(委員名簿)

	氏名	団体名・役職名等	備考
1	モリタ エツオ 森田 悦雄	玄米クリニック 院長 医師	
2	コジヤ ヤスコ 古謝 安子	琉球大学 医学部 教授	
3	マエカワ エイシン 前川 英伸	南部福祉事務所 所長	
4	ホカ マ タツオ 外間 達雄	介護老人福祉施設 守礼の里 介護課長	
5	ヒラヤス コウセイ 平安 恒政	西原町老人クラブ連合会 会長	
6	ミヤヒラ サトル 宮平 悟	西原町社会福祉協議会 福祉係長	
7	モロミザト ヤストモ 諸見里 安知	町民・一般公募	社会福祉専門学校校長
8	タマシロ 玉城 さおり	町民・一般公募	理学療法士

ことぶきプラン2018

西原町高齢者保健福祉計画

平成30年3月

発行：西原町 福祉部 健康支援課

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町与那城 140 番地の1

電話：098-945-4791



西原町