

事業評価シート（主要事業）

第7期の介護保険事業計画の主要事業について、平成30年度事業の進捗状況、今後の方向性について保険者が検証・評価を行いました。なお、事業の進捗状況、今後の方向性についての区分は下記のとおりです。

・事業の進捗状況

	区分
事業の進捗状況	・順調に推移（目標達成している）
	・一定の進捗がある（目標達成に向けて進歩している）
	・進捗は遅れている（目標達成が遅れる可能性がある）
	・進捗は大幅に遅れている（目標達成が難しい可能性がある）

・今後の方向性

	区分
今後の事業構成の 妥当性	・効果的な事業構成である（現状のまま継続する）
	・概ね効果的な構成である（一部見直し等の余地がある）
	・あまり効果的な事業ではない（見直し等の余地が大きい）
	・事業構成に問題がある（抜本的な見直し等が必要である）

第7期介護保険事業計画（H30年度～令和2年度） 事業評価シート

基本目標・施策、事業名	事業内容	上段：R2年度実績		事業の進捗状況 (選択・評価の方法)	今後の方向性 (選択の理由)	備考
		中断：R1年度実績				
		下段：30年度実績				
基本目標 1 【参加と協働のまちづくり】						
施策名1 【支え合い活動の推進】						
事業名① 生活支援体制整備事業	生活支援サービスの充実 支え合う地域づくり活動の推進 上記の充実・推進を図るため、社会福祉協議会に業務委託。 地域支え合い推進員 第1層(市全域) → 1名 第2層(圏域) → 3名 第3層(地区公民館) → 2名	R2	協議体数 第1層 → 1カ所 第2層 → 0カ所 第3層 → 6カ所	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である	生活支援サービス提供体制の構築 (1)生活支援等のサービス提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす「地域支え合い推進員」を令和2年9月に、一般会計で3名試験配置した。
		R1	協議体数 第1層 → 1カ所 第2層 → 0カ所 第3層 → 6カ所			
		H30	協議体数 第1層 → 1カ所 第2層 → 0カ所 第3層 → 5カ所			
事業名② 老人クラブ支援・助成	高齢者の生きがいづくり・社会参加、学習等への支援・助成	R2	加入率：43%	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である	老人クラブ連合会の各町代表者および社会福祉協議会と意見交換会を実施した。(実施日：令和2年10月19日) ※加入率＝会員数／65歳以上人口
		R1	加入率：45%			
		H30	加入率：47%			
事業名③ シルバー人材センター支援・助成	高齢者の多様な就業ニーズに応じ、軽易な就業機会を確保し、生きがい・社会参加の促進を図る	R2	組織(入会)率 1.7%	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である	高齢者の孤立防止や就労支援、介護予防に効果がある
		R1	組織(入会)率 1.6%			
		H30	組織(入会)率 1.6%			
施策名2 【高齢者見守り施策の推進】						
事業名① 地域ふれあいネットワーク会議	行政区単位での見守り活動の推進	R2	設置率 76.5%	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である	地域の見守りのツールとして必要不可欠である
		R1	設置率 76.5%			
		H30	設置率 78.5%			

第7期介護保険事業計画（H30年度～令和2年度）事業評価シート

基本目標・施策、事業名	事業内容	上段：R2年度実績 中断：R1年度実績 下段：30年度実績		事業の進捗状況 (選択・評価の方法)	今後の方向性 (選択の理由)	備考
		R2	R1			
		30年度実績				
事業名② 緊急通報システム推進事業	65歳以上の一人暮らし高齢者等の急病・災害等の緊急通報システムの設置	R2	設置台数 625台 (2月末現在)	順調に推移	効果的な事業構成である	特に民生児童委員との情報共有や連携強化が求められている
		R1	設置者数 671人			
		H30	設置者数 706人			
基本目標 2【尊厳ある生活を支援するまちづくり】						
施策名3【認知症施策の総合的な推進】						
事業名① 認知症初期集中支援チーム事業	認知症の人やその家族への包括的・集中的な初期支援及び認知症の早期診断・早期対応への支援や困難事例への対応等	R2	訪問件数 2件 延訪問件数 14回 チーム員会議 5回	一定の進捗がある	効果的な事業構成である	
		R1	訪問件数 2件 延訪問件数 7回 チーム員会議 4回			
		H30	訪問件数 6件 延訪問件数 35回 チーム員会議 11回			
事業名② 認知症地域支援・ケア向上事業 1) 認知症地域支援推進員	医療・介護・地域等支援機関をつなぐ連携支援、認知症対象者・家族を支援する相談業務等	R2	相談件数 55件 訪問件数 43件 (延訪問件数 86回)	一定の進捗がある	効果的な事業構成である	
		R1	相談件数 72件 訪問件数 59件 (延訪問件数 108回)			
		H30	相談件数 81件 訪問件数 71件 (延訪問件数 130回)			
事業名② 認知症地域支援・ケア向上事業 2) 認知症カフェ	認知症カフェを開催し、認知症の人やその家族の社会交流・社会参加の推進を図る	R2	2カ所	進捗は遅れている (目標達成が遅れる可能性がある)	効果的な事業構成である	
		R1	2カ所			
		H30	2カ所			

第7期介護保険事業計画(H30年度～令和2年度) 事業評価シート

基本目標・施策、事業名	事業内容	上段: R2年度実績		事業の進捗状況 (選択・評価の方法)	今後の方向性 (選択の理由)	備考	
		中絶: R1年度実績					
		下段: 30年度実績					
基本目標 2 【尊厳ある生活を支援するまちづくり】							
施策名3 【認知症施策の総合的な推進】							
事業名② 認知症地域支援・ケア向上事業 3) 認知症サポーター養成	継続して認知症サポーターを養成していくことで、より多くの人に認知症についての正しい知識を普及し理解を深め、お互いに支え合える地域づくりを推進する	R2	4,061人 (新規: 79人)	順調に推移	効果的な事業構成である		
		R1	3,983人 (新規: 378人)				R2 4,061人(新規79人養成)
		H30	3,605人 (新規: 766人養成)				R1 3,983人(新規378人養成) H30 3,605人(新規766人養成) 薬局や商店等で開催しオレンジカンパニーとして県に登録(薬局3ヶ所、商店等5ヶ所)
事業名② 認知症地域支援・ケア向上事業 4) 捜索・声かけ模擬訓練の実施	地域の人に認知症の理解や関心を深めてもらい、地域全体で認知症の人やその家族を見守り支え合える地域づくりを推進する	R2	0回	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である		
		R1	1回				・R2は開催予定区と開催に向け準備を行っていたがコロナにより開催中止。
		H30	0回				R1 : 1回(国見町竹田津地区) H30: 0回
事業名③ 認知症見守り支援事業	認知症等により行方不明となるおそれのある高齢者やその家族等が地域で安心して生活できるような環境整備を進める	R2	事前登録数48人 (新規登録13人・延登録者数39人) GPS利用 延件数6件 (新規利用3件、 廃止2件)	一定の進捗がある	概ね効果的な構成である		
		R1	事前登録数44人 (新規登録13人・延登録者数33人) GPS利用 延件数4件 (新規利用2件、 廃止1件)				・警察からの情報提供や介護支援専門員からの相談、家族からの相談等で毎年10～20件程度の新規事前登録の申請がある。
		H30	事前登録数41人 (新規登録19人・延登録者数70人) GPS利用 延件数5件 (新規利用3件、 廃止3件)				・GPSは利用者は少ないが必要な人が毎年3～4件の新規利用者がいる。
施策名4 【高齢者権利擁護の推進】							
事業名① 成年後見制度利用支援事業	広報・普及活動や各種相談機関と連携し、相談体制整備を強化して、制度が必要な方に適切な相談対応や支援を行う。	R2	市民後見人養成講座フォローアップ研修(2回)	順調に推移	効果的な事業構成である		
		R1	啓発セミナー (R1.8.31) 市民後見人養成講座 (R1.10.3～12.3)				市民後見人養成講座修了者のうち、センターにて3名活動中 出張定期相談会を市内4町で月別実施 利用者5名 市長申立件数: 7件
		H30	サロンでの講話のみで、講演会の実績は無し。				・次年度は、センター主催で、啓発セミナーを開催予定。 ・2期目の市民後見人養成講座の開催と、1期生のフォローアップ研修を行い、支援者の育成を目指す。
<にさき半島成年後見支援センターは、国東市・豊後高田市・姫島村の2市1村で運営(豊後高田市社協に委託)。成年後見制度に関する相談実務、申立支援、法人後見の受任、制度の普及・啓発、研修、支援者の育成などを行う							

第7期介護保険事業計画(H30年度～令和2年度) 事業評価シート

基本目標・施策、事業名	事業内容	上段: R2年度実績		事業の進捗状況 (選択・評価の方法)	今後の方向性 (選択の理由)	備考
		中断: R1年度実績				
		下段: 30年度実績				
基本目標 2 【尊厳ある生活を支援するまちづくり】						
施策名5 【在宅生活を支える施策の推進】						
事業名① 家族介護用品支給事業	在宅で要介護者(要介護1以上)の介護にあたる家族に対して介護用品を支給	R2	利用者 67人	順調に推移 対象者を介護1以上の市民税非課税世帯に属する要介護高齢者を介護している方に拡大	概ね効果的な構成である 要介護者の在宅生活の継続及びその質の向上に寄与できる。	国庫補助事業(地域支援事業)として継続が困難になった場合の事業継続の有無(令和2年度まで)令和3年度以降(第8期介護保険事業期間に限る。)においては、現行の支給要件を見直し、国の支給要件に準拠することで、事業を継続することとする。
		R1	利用者 98人			
		H30	利用者 85人			
事業名② 介護者手当支給事業	在宅で要介護4以上の者等を介護する家族に対して、介護者手当を支給	R2	利用者 32人	一定の進捗がある 介護期間の年数要件を見直しをしたことにより新規申請者は増加しているが、支給要件に該当しないケースが多く、利用者増には至っていない。	効果的な事業構成である 要介護者の在宅生活の継続及びその質の向上に寄与できる	
		R1	利用者 26人			
		H30	利用者 35人			
事業名③ 小規模多機能型居宅介護の整備	住み慣れた地域での生活を支援するために、小規模多機能型居宅介護を整備する	R2	計 3カ所	一定の進捗がある H31年度から新たに1事業所が事業を開始し、市内にある事業所は3カ所となった。	効果的な事業構成である 在宅生活を送る高齢者が地域での生活を継続するためには必要なサービスである。	・公募等による計画的な募集
		R1	計 3カ所			
		H30	計 2カ所			
基本目標 3 【さかしく暮らせるまちづくり】						
施策名6 【世代間を超えた健康づくりの推進】						
事業名① 健康増進部門等との連絡会議	ライフステージごとの健康課題を抽出し、市の共通課題及びめざす姿を設定し具体的な取り組みを推進	R2	管内研究会にて協議 年4回	一定の進捗がある 市の医療費データ等から共通課題を各部署の保健師、栄養士が共有し高血糖対策や歯科保健対策について協議	概ね効果的な構成である 高齢期前の生活習慣病対策を強化することで、重度化防止を図る	各世代における健康課題をKDBシステムを活用し、保健事業と介護予防事業が一体的に実施できる事業が求められている
		R1	管内研究会にて協議 年4回(協議の場の変更)			
		H30	連絡会議 年2回			

第7期介護保険事業計画(H30年度～令和2年度) 事業評価シート

基本目標・施策、事業名	事業内容	上段:R2年度実績		事業の進捗状況 (選択・評価の方法)	今後の方向性 (選択の理由)	備考
		中継:R1年度実績				
		下段:30年度実績				
施策名7【自立支援・介護予防・重度化防止の推進】						
事業名① 介護予防・生活支援サービス事業	要支援認定を受けた者及び、事業対象者を対象に、次の事業を実施 ・訪問型サービス ・通所型サービス ・介護予防ケアマネジメント	R2	認定率 (要支援1・2) 5.0%	一定の進捗がある	概ね効果的な構成である	
		R1	認定率 (要支援1・2) 5.0%			
		H30	認定率 (要支援1・2) 4.7%			
事業名② 介護予防普及啓発事業 1) いきいきセルフケア教室	高齢者が自宅で自主的に体力向上や維持ができるようになるための体操指導を専門職が事業所で6ヵ月行う。	R2	1,080人 (R3.1月末時点)	一定の進捗がある	概ね効果的な構成である	
		R1	2,184人			
		H30	3,102人			
事業名② 介護予防普及啓発事業 2) 健康づくり応援教室	健康づくりのきっかけとして、 ①体操 ②認知症機能低下予防支援 ③口腔、栄養改善に向けた支援 ④給食、入浴サービス等を委託事業所で6ヵ月行う	R2	454人 (R3.1月末時点)	一定の進捗がある	概ね効果的な構成である	
		R1	630人			
		H30	675人			
事業名② 介護予防普及啓発事業 3) 出前講座の開催	サロン団体や老人クラブ等へ健康づくりに関する講話を各種団体が行う	R2	-	順調に推移	効果的な事業構成である	
		R1	260回			
		H30	274回			
事業名③ 地域介護予防活動支援事業 1) 週一元気アップ教室	高齢者が容易に通える範囲での住民主体の通いの場の推進	R2	31ヶ所 リーダー数 439人	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である	
		R1	30ヶ所 リーダー数 392人			
		H30	25ヶ所 リーダー数 350人			
事業名④ 一般介護予防事業評価事業	一般介護予防事業参加者においてどのような効果が出ているのか明らかにするための指標を検討調査し、事業評価を行う	R2	-	進捗は遅れている	概ね効果的な構成である	
		R1	参加率 10.8%			
		H30	参加率 6.4%			
事業名⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所型・訪問型サービス事業所、地域ケア会議等に技術的支援、助言を行う	R2	開催頻度 週1回	順調に推移	概ね効果的な構成である	
		R1	開催頻度 週1回			
		H30	開催頻度 週1回			

第7期介護保険事業計画（H30年度～令和2年度）事業評価シート

基本目標・施策、事業名	事業内容	上段：R2年度実績 中絶：R1年度実績		事業の進捗状況 (選択・評価の方法)	今後の方向性 (選択の理由)	備考			
		下段：30年度実績							
基本目標 3 【さかしく暮らせるまちづくり】									
施策名8 【医療と介護の連携による継続的な支援】									
事業名① 在宅医療・介護連携推進事業	市民のニーズを満たす医療・介護サービスの供給体制の確保を図る ・在宅医療と介護を一体的に提供するため、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を図り、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、医療・介護関係者の情報共有の支援 ・在宅医療・介護連携に関する相談支援、医療・介護関係者の研修、地域住民への在宅医療・介護連携の普及啓発等の実施	R2	運営会議：1回 市民公開講座：0回 多職種交流会：0回 多職種連携研修会：0回	順調に推移	概ね効果的な構成である				
		R1	運営会議：2回 市民公開講座：1回 多職種交流会：0回 多職種連携研修会：4回						
		H30	運営会議：3回 市民公開講座：1回 多職種交流会：1回 多職種連携研修会：3回						
事業名② 在宅医療・介護連携推進事業	3つの作業部会を設置するとともに ①普及啓発部会 ②摂食嚥下機能支援部会 ③多職種連携部会 H30.4月から相談窓口を設置し、在宅医療・介護の連携推進を図っている			令和元年度末以降は、コロナ禍により事業実施ができていない	医療・介護の連携及び多職種の連携による切れ目のない支援ができる体制づくりを構築する必要がある				
		R2	訪問指導 延べ448件 集団指導 3回 ※R3.2月末実績				一定の進捗がある	効果的な事業構成である	・平成26年度より包括支援センターに栄養士、歯科衛生士を配置（非常勤） ・地域支援事業に位置付け、普及啓発及び個別、集団において指導実施 ・ケアマネジャー等のスキルアップにも貢献
		R1	訪問指導 延べ469件 集団指導 13回						
H30	訪問指導 延べ585件 集団指導 18回								
基本目標 4 【安心して介護を受けられるまちづくり】									
施策名9 【安心できる住まいの確保、住環境の整備】									
事業名① 高齢者の住まいの確保	住み慣れた自宅（持家）での生活の継続を断念せざるを得ない現状を考慮し、高齢者本人の選択のもと、希望にかなった住まい方が自宅のみならず、地域・市内で確保できるように基盤体制を図る	R2	養護老人ホーム 2施設 100室 有料老人ホーム 1施設 18戸 サ高住 6施設 87戸	一定の進捗がある	概ね効果的な構成である				
		R1	養護老人ホーム 2施設 100室 有料老人ホーム 1施設 18戸 サ高住 6施設 87戸						
		H30	養護老人ホーム 2施設 100室 有料老人ホーム 1施設 18戸 サ高住 5施設 60戸						
事業名① 介護サービスの質の向上、福祉、介護人材の確保及び育成	介護サービスの質の向上、人材の育成のため、事業者向け研修をおこない、介護を担う人材のスキルアップを促進を図る ・介護人材の確保	R2	就職奨励金12名 新卒者・有資格者就職奨励金5名 訪問介護員就職奨励金0名 キャリア形成奨励金0名	一定の進捗がある	概ね効果的な構成である				
		R1	-				喀痰吸引等研修【出前講座】 ・令和2年度 5人受講 ・令和元年度 12人受講 ・平成30年度 14人受講		
		H30	-				介護人材確保・定着・育成支援事業 ・令和2年度 事業開始 ・令和元年度 9月～10月アンケート調査実施 12月～R2年1月追加調査実施		
施策名10 【介護サービスの質の向上、福祉、介護人材の確保及び育成】									
助成事業の効果検証を定期的に行い、事業の見直しを行う必要がある									

あ行

アウトカム

アウトカム評価のアウトカムとは、成果や結果という意味。介護におけるアウトカム評価では利用者のADLレベルが維持・改善された場合、それに見合った評価が加算されます。

アセスメント

事前評価、初期評価。利用者が直面している生活上の困難を解決するために、必要な情報を収集し、情報の分析、解釈、関連づけを行い、課題を明らかにすることをいいます。

出典：七訂 介護福祉用語辞典／中央法規 2015年発行（一部抜粋）

インフォーマル

インフォーマルサービスとは、介護保険などの制度を使わないサービスを指します。NPO法人やボランティアグループが行うサービス（有料・無料に関わらない）だけでなく、家族・親戚・近所の人のかも、インフォーマルサービスに含まれます。

逆にフォーマルサービスとは、医療保険制度や介護保険制度などの法律・制度に基づいて行われる公的なサービスの事を指します。

例えば、訪問介護（ホームヘルパー）や訪問看護・デイサービス・デイケアなどがフォーマルサービスに当たります。

か行

介護医療院

介護保険施設の一つ。要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話をを行う施設で、都道府県知事の許可を受けたもの。

介護給付費等準備基金

介護保険財政の健全で円滑な運営を図るため、条例により設置している基金。基金積立額は介護保険会計において生じた余剰金に相当する額であり、基金の取崩しについては、介護給付や地域支援事業における不足額の財源に充てるほか、次期保険料額の急激な上昇を抑える等介護保険運営上必要と認められる場合に限られる。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護（支援）者からの相談に応じて、要介護（支援）者がその心身状態に応じて適切な居宅サービスや施設サービスなどを利用できるよう、居宅サービス事業者、施設などとの連絡調整を行う者です。要介護（支援）者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有する者です。

介護予防・日常生活支援総合事業

市区町村が介護予防および日常生活支援のための施策を総合的に行えるよう、2011（平成23）年の介護保険制度の改正において創設された事業で、2014（平成26）年の制度改正により新たに再編成され、現在は、「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」からなっている。介護予防・生活支援サービス事業には、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配食サービス等）、介護予防ケアマネジメント（ケアマネジャーによるケアプラン。地域包括支援センターで行う）があり、要介護（要支援）認定で「非該当」に相当する第1号被保険者（高齢者）や要支援1・2と認定された被保険者を対象とする。介護予防訪問介護と介護予防通所介護がそれぞれ訪問型サービス、通所型サービスに移行するとともに、この新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、2017（平成29）年3月末までに全市区町村で実施するよう、各市区町村で整備が進められています。

介護療養型医療施設

介護保険施設の一つ。療養病床等を有する病院又は診療所であって、都道府県知事の指定を受けたものを指定介護療養型医療施設という。入院している要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護その他の世話、機能訓練など必要な医療を行う。令和5年度末までに廃止される予定。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

寝たきりや認知症などで常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設です。入所により入浴・排せつ・食事などの介護、機能訓練、健康管理などが受けられます。新規の入所は原則として要介護3以上の方が対象となります。

介護老人保健施設

入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰をめざす施設です。

医学的な管理のもとで、看護、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを受けることができます。

介護ロボット

ロボットの定義とは、「情報を感知（センサー系）」「判断し（知能・制御系）」「動作する（駆動系）」この3つの要素技術を有する、知能化した機械システムをいいます。

ロボット技術が応用され利用者の自立支援や介護者の負担の軽減に役立つ介護機器を介護ロボットと呼んでいます。

1. 移乗介助、2. 移動支援、3. 排泄支援、4. 見守り・コミュニケーション、5. 入浴支援、6. 介護業務支援等

出典：厚生労働省 HP「ロボット技術の介護利用における重点分野」（一部抜粋）

居宅介護支援事業所

介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿って、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成し、ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所等との連絡・調整などを行います。

制度上「自宅（居宅）」とされる住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の利用者（入居者）も利用します。

緊急通報システム

ひとり暮らし高齢者等の急病又は災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応をし、日常生活上の安全の確保と精神的な不安の解消をすることを目的としています。

また、各種相談にも応じ、さらには月に一回は安否確認を行い、対象者の社会的孤立感、孤独感、不安感の軽減を図ることに効果があります。

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）

認知症の高齢者が共同で生活する住居において、食事・入浴・排せつなどの介護、日常生活上の支援、機能訓練を行います。少人数の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせて、できる限り自立した生活が送れるようになることをめざします。

ケアプラン（介護・介護予防サービス計画）

要介護（支援）者が介護サービスを適切に利用できるよう、心身の状況、生活環境等を勘案し、サービスの種類、内容などを定めたものであり、居宅サービス計画、施設介護サービス計画、介護予防サービス計画などの総称です。

健康寿命

健康寿命とは、日常生活を制限されることなく健康的に生活を送ることができる期間のことをいいます。「日常生活の制限」とは、介護や病気などを指し、自立して元気に過ごすことができない状態です。

とても長生きの方でも、長期間にわたり介護や入院が必要であれば、健康寿命は短いということになります。つまり、平均寿命と健康寿命にあまり差がないと、亡くなる直前まで健康に過ごしていたということになり、平均寿命に比べて健康寿命が短くなると、不健康な状態が長いということがわかります。

健口・栄養ステーション

地域包括支援センターに栄養士・歯科衛生士を配置し、要支援・要介護状態に陥る要因である口腔・栄養状態をアセスメントし、適切なサービスへと繋がります。

口腔・栄養に支援を要する人を早期に対応し、必要に応じて適切な支援機関やサービスへ繋げることができ、重度化予防に効果があります。

さ行

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

平成 23 年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の改正により創設された住宅です。一定の面積、設備とバリアフリー構造等を有する高齢者向けの賃貸住宅または有料老人ホームであって、生活相談サービス等の福祉サービスを提供します。

週一元気アップ教室

高齢者や地域住民の方が容易に通える場所において、住民主体で自主的に必須内容に取り組むことで、筋力低下により要介護状態になることを予防するとともに、地域住民のつながりを深めることを目的としています。

実施主体は、高齢者が 10 人以上利用する地区組織とし、週 1 回以上決まった曜日、時間及び同じ場所で体操教室の開催をしています。

住民体操普及リーダーが教室の中心となり、「いきいきちよるちよる体操」及び「めじろん元気アップ体操」を行っています。

小規模多機能型居宅介護

介護保険の地域密着型サービスの一つです。居宅要介護者を対象に、その心身の状況や置かれている環境や選択に応じて、訪問、通いまたは泊まりにより、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行います。

生活支援コーディネーター

生活支援コーディネーターは、「地域支え合い推進員」とも呼ばれています。

役割として「高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援および介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者」と定めています。

生活支援体制整備事業

地域の住民や各種団体、企業の関係者など様々な人々が連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っていくことを目標に、「協議体」や「生活支援コーディネーター」の活動により、高齢者を支える地域づくりを推進する事業です。

成年後見制度

精神上的の障害等によって判断能力が十分ではない方（認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など）が不利益を被らないように家庭裁判所に申し立て、その方を援助する人をつけてもらう制度です。

た行

地域ケア会議

高齢者支援課及び地域包括支援センターが主催し、高齢者の尊厳の保持・自立支援の実現のために、多職種間の関係者が一堂に会して要介護・要支援のケアプランやサービスの内容について、個別ケースごとに支援の方法、方向性を検討し、更に事後評価を含めた「地域ケア会議」の運営を行い、地域包括ケアシステムの構築を進めていきます。

- ① 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
- ② 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
- ③ 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

出典：厚生労働省 HP「地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の役割について」（一部抜粋）

地域支援事業

高齢者が要支援状態や要介護状態にならないように介護予防を行うとともに、地域における包括的・継続的ケアマネジメント機能を強化するための事業をいいます。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活を送れるように支えるために、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援（住まい、医療、介護、予防、生活支援）を、継続的かつ包括的に提供する仕組みをいいます。

地域包括支援センター

地域の高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた施設。市区町村および老人介護支援センターの設置者、一部事務組合、医療法人、社会福祉法人などのうち包括的支援事業の委託を受けたものが設置することができます。

主な業務は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）、②介護予防支援、③要介護状態等になるおそれのある高齢者の把握などで、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職が配置されています。

地域密着型サービス

住み慣れた地域で要介護者の生活を支えることを目的として、平成 18 年の介護保険法の改正により新たに設けられたサービスです。夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護があります。また、平成 24 年度からこれらのサービスに加えて、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）が創設され、平成 28 年度から地域密着型通所介護が追加。平成 30 年度からは居宅介護支援が追加されました。

特定施設入居者生活介護

介護保険の居宅サービスの一つです。都道府県の指定を受けた定員 30 人以上の有料老人ホームなどで、介護保険による要介護認定を受けた入居者に入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を提供します。要支援と認定された者を対象とするサービスは介護予防特定施設入居者生活介護といいます。

な行

認知症ケアパス

認知症について理解して頂くとともに、自分や家族が認知症になった時の不安を少しでも軽減できるように、認知症の進行状況に応じて、いつ・どこで・どのような医療やサービス、支援を利用することができるのか、関連する情報をまとめたものです。

認知症サポーター

都道府県等が実施主体となる「認知症サポーター養成講座」の受講者で、友人・知人や家族への認知症に関する正しい知識の伝達や、認知症になった人の手助けなどを本人の可能な範囲で行うボランティアをいいます。受講者には認知症を支援する目印としてオレンジリングが授与されます。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームのことをいいます。

認知症地域支援推進員

認知症の人に対し状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センターや医療機関、介護サービス事業所など、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図り、また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。

国東市では、地域包括支援センターに 1 名配置をしています。

ノーマライゼーション

高齢者や障害者など社会的に不利を負う人々を当然に包含するのが通常の社会であり、そのあるがままの姿で他の人々と同等の権利を享受できるようにするという考え方や方法。

ノーリフティングケア

介護・医療の現場で頻繁に出てくる移乗などの作業を、人力に頼った抱え上げを一切行わず、電動リフトなどの福祉用具を用いて、介護者、要介護者双方に優しい介護を目指すものです。

は行

フレイル・プレフレイル

フレイルとは、「加齢により心身が老い衰えた状態」のことであり、「虚弱」を指します。健常から要介護へ移行する中間の段階と言われています。

具体的には、加齢に伴い筋力が衰え、疲れやすくなり家に閉じこもりがちになるなど、年齢を重ねたことで生じやすい衰え全般を指しています。

フレイルは、早く介入して対策を行えば元の健常な状態に戻る可能性があります。高齢者のフレイルは、生活の質を落とすだけでなく、さまざまな合併症も引き起こす危険があります。

プレフレイルはその前段階のことを指します。

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

国において、高齢者の自立支援・重度化防止などに向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化されました。

この一環として、自治体への財政的インセンティブとして市町村や都道府県のさまざまな取組の達成状況を評価できるように客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止などに関する取組を推進するための新たな交付金が創設されました。

令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化しました。

や行

有料老人ホーム

高齢者に対し、入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供、日常生活上必要な便宜（洗濯、掃除等の家事、健康管理）を提供する施設です。また、介護付（介護が必要になったら介護保険制度の特定施設入居者生活介護としてサービスを提供）、住宅型（介護が必要になったら訪問介護などのサービスを利用）、健康型（介護が必要になった場合は原則として退去）の3つのタイプがあります。

養護老人ホーム

65歳以上で、身体・精神または環境上の理由や経済的な理由により自宅での生活が困難になった方を入所させ、食事サービス、機能訓練、その他日常生活上必要な便宜を提供することにより養護を行う施設です。

身の回りのことは自分でできる方が対象であり、自立した生活が継続できるよう、構造や設備の面で工夫されています。

要支援・介護認定率

要介護認定率は、介護保険の第1号被保険者（65歳以上の人）のうち、要支援や要介護の認定を受けた人の割合。

レスパイト

介護にあたる家族が一時的に介護から解放されるよう、代理の機関や公的サービスなどが一時的に高齢者の介護をおこない、家族に休息を取ってもらうようにするための措置をレスパイト・ケアといいます。

ABC行

ICT

「情報通信技術」の意味。ICTとは簡単に言うと、SNS上でのやり取りやメールでのコミュニケーション、オンラインショッピング等、人同士のコミュニケーションを手助けしたり、「IT技術を使ってどのように人々の暮らしを豊かにしていくか」という活用方法に関する考え方です。

一番のメリットは、記録業務のICT化による事務作業の軽減や、事務作業のストレス軽減です。例えば、ホームヘルパーが訪問先でスマートフォンから介護記録を入力したり、タブレットで次の訪問先の情報を得たりすることが考えられます。さらに、スタッフがスマートフォンやタブレットなどのモバイル端末をもつことで、スタッフ間の情報共有やコミュニケーションが活発化することに効果があります。

MCS（メディカルケアステーション）

メディカルケアステーション（MCS）は、全国の医療介護の現場でご利用いただいている地域包括ケア・多職種連携のためのコミュニケーションツールです。また、患者・家族とのコミュニケーションにもご利用いただけます。パソコン・タブレット・スマートフォンなどで簡単に操作することができます

出典：MedicalCareSTATION ホームページ（一部抜粋）

PDCA

PDCAサイクルとは、計画（P：Plan）を立てて、実行（Do：実行）しただけでは、この事業の効果があつたのか、有効なのか、目標に近づいているのかなど、問題が改善されているのかどうかわかりません。

そこで、実行した事業を評価（Check）し、目標に達成できていない場合は、その背景、要因はなにか。その要因を解決する手段は、間違っていないかなど、効果的な対策の検討を行い改善（Action）したうえで、計画を見直す手法をいいます。

第 8 期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

(令和 3 年度～令和 5 年度)

令和 3 年 3 月 3 日

発行：国東市 高齢者支援課
地域包括支援センター

〒873-0503

大分県国東市国東町鶴川 149 番地

電話 0978-72-5189 FAX 0978-72-5171