

資料編

1 用語解説

○ICT

Information and Communication Technology の略。携帯電話やインターネットなど、情報や通信に関する技術の総称。

○アウトリーチ

積極的に対象者のいる場所に出向いて働きかけることやさまざまな形で、必要な人に必要なサービスと情報を届けることをいいます。

○運営指導

介護保険施設等ごとに、介護サービスの質、運営体制、介護報酬請求の実施状況等の確認のため、原則、実地に行う行政指導のことをいいます。介護保険施設等が行うサービスについて、日々のサービスで正しくアウトプットができているか確認する機会でもあります。

○エイジレス社会

年齢で区別することなく、全ての年代の人々が意欲や能力に応じて活躍できる社会のこと。内閣府は、2018年に取りまとめた「高齢社会対策大綱」の中で、エイジレス社会を目指すことを宣言しました。

○介護給付費

介護保険制度のサービス利用料のうち、市区町村などの保険者が負担する金額をさします。

○介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう介護サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、市町村、サービス事業者、施設などとの連絡調整等を行う人のことです。

○介護相談員

サービスが提供されている場を訪れ、サービスを利用する人などの話を聞き、相談に応じるなどの活動を行う者。介護相談員の派遣によって、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、派遣を受けた事業所が提供する介護サービスの質的な向上を図ることを目的としています。

○介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

○介護離職

家族などの介護を理由に、勤めている社員等が会社を辞めることをいいます。

○介護ロボット

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。

○通いの場

地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所です。地域の介護予防の拠点となる場所でもあります。

○勸奨資材

自治体や健保組合で健診等を率的に実施できるよう、対象者に受診を促すために必要な情報をわかりやすく伝える印刷物・データ等をいいます。

○機能訓練

利用者の心身の状況などに応じて、日常生活を送るために必要となる身体機能、生活機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練です。

○給付適正化主要3事業

「ケアプラン点検」、「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた事業です。

○協議体

地域における多様なサービス提供主体が定期的に情報共有を行うと共に、連携強化・協働によるサービス資源の開発等を推進することを目的とした、市町村が主体となって設置する協議体を指します。地域のあり方を議論しながら取り組み方法や仕組み等を検討する「協議」に加え、地域づくりに向けた実質的な取り組みを行う「実践」という2つの機能を持っています。

○ケアプラン

個々のニーズに合わせた適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるように、ケアマネジャーを中心に作成される介護計画のことです。

ケアプランは、①利用者のニーズの把握、②援助目標の明確化、③具体的なサービスの種類と役割分担の決定、といった段階を経て作成され、公的なサービスだけでなく、地域の社会資源も活用して作成されます。

○ケアマネジメント

生活困難な状態になり援助を必要とする利用者が、迅速かつ効果的に、必要とされるすべての保健・医療・福祉サービスを受けられるように調整することを目的とした援助展開の方法です。利用者和社会資源の結び付けや、関係機関・施設との連携において、この手法が取り入れられています。

○健康寿命

ある健康状態で生活することが期待される平均期間を表す指標です。これは、算出対象となる集団の各個人について、その生存期間を「健康な期間」と「不健康な期間」に分け、前者の平均値を求めることで表すことができます。

○健康生活推進員

「私たちの健康は私たちの手で」を合言葉に、健康づくりの大切さを伝え、運動と栄養を基本に健康寿命の延伸につながる活動や高齢者がいきいきと暮らせる街づくりの推進等に取り組んでいます。令和6年1月1日現在、茂原市長から委嘱された35名の推進員が行政や地域と協働しています。

○高齢化率

総人口に占める65歳以上人口の割合をいいます。

○コーホート変化率法

同じ年（または同じ期間）に生まれた人々の集団（コーホート）について、過去の2つの時点の人口動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法です。推計期間が比較的近い将来で、変化率を算出する過去の対象期間に特殊な人口変動がなく、また推計期間となる将来にも特殊な人口変動が予想されない場合での利用が適しています。

○国保データベースシステム

国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムです。

○作業療法士

食事や掃除などの家事、趣味活動や社会活動など、社会適応に向けた心と身体のリハビリを行う専門家のことをいいます。

○市長申し立て

判断能力が不十分で、しかも身内の方による申立ができないもしくは不適切な場合に、本人の福祉のために市町村長が行う家庭裁判所への成年後見制度の申し立てです。

○市民成年後見人

弁護士や司法書士などの資格をもたない、親族以外の市民による成年後見人等であり、市町村等の支援をうけて後見業務を適正に担います。主な業務は、ひとりで決めることに不安のある方の金銭管理、介護・福祉サービスの利用援助の支援などです。

○若年性認知症

18歳から64歳の間に発症した認知症の総称です。若年性認知症という病気があるわけではなく、発症年齢で区分した概念です。

○重層的支援体制整備事業

市町村全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施することを必須にしています。

○集団指導

必要な情報の発信及び伝達について、漏れの無いように確実かつ一斉に行う行政指導をいいます。正確な情報の伝達・共有による不正等の行為の未然防止を目標としており、いわば介護保険施設等に対し情報のインプットを図るものです。

○重度化防止

要支援・要介護度が悪化（重度化）しないための取り組みを指します。

○身上保護

被後見人の生活や健康に配慮し、安心した生活がおくれるように契約などを行います。身上保護は法律行為によるものであり、被後見人に対し後見人が直接介護や看護などをすることは含まれていません。

○生活支援コーディネーター

地域の生活の課題や困りごと等を把握し、必要となるサービスの創出やその担い手となるボランティア等の発掘・養成、高齢者等が担い手として活動する場の確保等を通じて、地域の支援ニーズとサービス提供のマッチングといったコーディネート活動等を行い、地域における一体的な生活支援サービスの提供体制の整備を推進しています。

○生産年齢人口

一般に「働き手」とされる15歳～64歳までの人口のこと。

○成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害など判断能力が十分ではない人を保護するための制度です。判断能力が不十分だと、不動産や預貯金などの財産管理や、契約を締結すること等が難しい場合があり、また、自分に不利益な契約であっても分からないまま契約してしまい、悪徳商法の被害にあう恐れもあります。このような判断能力の不十分な人を保護し、支援するために代理権や同意権・取消権が付与された成年後見人等が財産管理等を行う仕組みです。

○専門職後見人

第三者後見人の中でも、司法書士、弁護士、社会福祉士の3士業は、特に成年後見制度の専門家として認められ、後見人候補者の名簿が各家庭裁判所に置かれています。この3士業が後見人になる場合を「専門職後見人」といいます。

○多職種

さまざまな職種の集合体のことを指します。

○多職種連携

同じ目標へ向かって医師や看護師、リハビリテーション専門職、地域包括支援センターなど、さまざまな専門職が連携し、取り組むことをいいます。

○団塊ジュニア世代

「団塊の世代」のこども世代として第二次ベビーブーム期（1971（昭和46）年～1974（昭和49）年）に生まれた世代をさします。

○団塊の世代

第一次ベビーブーム期（1947（昭和22）年～1949（昭和24）年）に生まれた世代をさします。

○地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会をさします。

○地域ケア会議

市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する、行政や生活支援コーディネーターをはじめ、医療や介護の専門職等、地域の関係者から構成される会議を指します。開催目的に応じて地域ケア個別会議、地域ケア推進会議とも称され、また、市町村全体の課題を検討するものや日常生活圏域、あるいは個別課題レベルでの議論を行うものもあるなど、市町村によって様々な形で体系化されています。本市では、地域ケア会議を地域ケア個別会議と地域ケア推進会議の総称として位置付け、地域ケア推進会議等をその目的に応じて市圏域地域ケア推進会議等と称して運営しています。

地域ケア会議は、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ことを目的にしており、具体的には①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という5つの機能があります。

○地域ケア個別会議

位置づけとしては地域ケア会議の一形態ですが、実際には地域ケア会議に付属、あるいは連携する会議として開催・運営されています。主に個別事例の課題の検討により、高齢者等の自立を支援することを目的としています。

○地域ケア推進会議

地域ケア個別会議と同様、位置づけは地域ケア会議の一形態ですが、実際には地域ケア会議に付属、あるいは連携する会議として開催・運営されています。主に地域課題の共有、そして対策の検討等を行い、地域づくり・サービス資源開発や政策形成による地域課題の解決につなげることを目的としています。

○地域支援事業費

地域支援事業は、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から「介護予防事業」「包括的支援事業」及び「任意事業」の3事業を実施しています。また、財源構成としては、介護保険料と公費により賄っています。

○地域生活連携シート

医療と介護サービスをスムーズに提供することを目的とする、千葉県が作成した参考様式です。居宅介護支援事業所や介護老人福祉・保健施設等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を円滑に共有することを目指しています。

○地域包括ケアシステム

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のことをいいます。

○地域包括支援センター

地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関で、各市町村に設置されています。保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士等が配置されています。

本市でも高齢者の方が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、介護や日常生活の困りごとなどに必要な助言や支援を行うため、4つの日常生活圏域にそれぞれ1か所ずつ地域包括支援センターが設置され、無料で相談に応じています。

○地域連携ネットワーク

地域の社会資源をネットワーク化し、各地域において相談窓口を整備するとともに、支援の必要な人を発見し、適切に必要な支援につなげる地域連携の仕組みです。

○チームオレンジ

認知症の人が地域で安心して暮らしていくための、認知症の人やその家族の具体的な支援ニーズと認知症サポーター等による支援をつなげる仕組み・体制です。

○ちよいとサポーター

本市では、一定の専門知識と技術を持つ「ちよいとサポーター」を養成し、地域において日頃の生活のちょっとした手助けが必要な方々を支える活動をしています。主な支援の内容は、掃除やゴミ出し、買い物など家事を中心とした生活支援サービスです。

○特殊寝台

一般的には「介護ベッド」または「電動ベッド（ギャッチベッド）」と言われます。特殊寝台は、背部または脚部の傾斜角度が調整できる機能や、床板の高さが無段階に調整できる機能を持ったものです。

○特定健康診査

40歳～74歳の被用者保険（健康保険組合や全国健康保険協会など）や国民健康保険の加入者を対象として実施されている、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診です。

○特定福祉用具

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、福祉用具販売の指定を受けた事業者が、入浴や排泄に用いる、貸与になじまない福祉用具を販売します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。

○特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が多く期待できると判定された人に対して行われる健康支援のことです。一人ひとりの身体状況や生活環境などに合わせて、医師・保健師・管理栄養士などの専門家が生活習慣を見直すためのサポートを行います。

○日常生活圏域

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件等を総合的に勘案して市町村が定める区域です。面積や人口だけでなく、地域の特性などを踏まえて設定することとなっており、茂原市では4つの日常生活圏域が設定されています。

○日常生活自立支援事業（愛称：すまいる）

認知症、知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う社会福祉協議会によるサービスです。

成年後見制度と似ている制度といえますが、日常生活自立支援事業は福祉サービスの利用援助や日常的な金銭等、日常的な生活管理に限定していることに対して、成年後見制度は日常的な金銭に留まらないすべての財産管理や福祉施設の入退所など生活全般の支援（身上監護）に関する契約等の法律行為を支援することが可能です。

○認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」の受講者で、友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のことです。

○認知症疾患医療センター

認知症に関する詳しい診断、行動・心理症状や身体の合併症への対応、専門医療相談などを行う医療機関です。予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的として、都道府県や政令指定都市が国の定める設置基準への適合等を審査の上指定するもので、千葉県では10病院、千葉市では1病院が指定されています。

○認知症地域支援推進員

各市町村が進めている認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の特徴や課題に応じた活動を展開しています。

○認定率

第1号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合。

○ピアサポート

自ら障害や疾病の経験を持つ人が、その経験を生かしながら、他の障害や疾病のある障害者のための支援を行うもの。

○フレイル

日本老年医学会が提唱した、健康な状態と要介護状態の中間の状態を表す概念です。加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障がいされ、心身の脆弱性が出現した状態ではありませんが、一方で適切な支援が結びつくこと等により、生活機能の維持、あるいは回復・向上が可能な状態とされています。

要介護状態に至る経路は、多くの場合、フレイルを経て進むと考えられており、フレイルの予防、または早期にフレイルに気づき、対応を図ることが重要とされています。

○平均自立期間

いわゆる健康寿命の1つであり、日常生活が要介護でなく、自立して暮らせる生存期間の平均を指します。

○ほっとみまもり運動

茂原市ほっとみまもり運動は、日頃の生活の中で、手助けが必要な高齢者を見かけた時「どうしましたか」「お手伝いしましょうか」と声をかけ、認知症の方とその家族を地域全体で見守っていくことを目指した運動です。

○見える化システム

正式には、「地域包括ケア『見える化』システム」といいます。都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するために厚生労働省が開発した情報システムです。システムは、①介護・医療の現状分析・課題抽出支援機能、②課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援機能、③介護サービス見込み量等の将来推計支援機能、④介護・医療関連計画の実行管理支援機能から構成されています。

○ヤングケアラー

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っていることものをいいます。

○理学療法士

起き上がり、歩行などの基本動作の回復・維持・悪化予防を目的として、運動機能回復にむけたリハビリを行う専門家のことをいいます。

○リハビリテーション専門職

理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の総称です。

○療養上の世話

保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第五条にいう「療養上の世話」とは、例えば、食事の介助、清拭等の傷病者又はじょく婦に対して療養上必要な世話を行うことです。