

# 第9期指宿市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

(令和6年度～令和8年度)

(素案)

令和6年4月

指 宿 市

# 目 次

<b>第Ⅰ章 計画策定の基本的な考え方</b>	<b>1</b>
第1節 計画策定の基本的事項	1
・1 計画策定の背景	1
・2 計画の位置づけ及び計画期間	2
・3 計画の策定及び進行管理の体制	3
・4 計画策定の視点	5
第2節 日常生活圏域の設定	7
・1 日常生活圏域の考え方	7
・2 日常生活圏域の設定	7
第3節 SDGsの視点を踏まえた計画の推進	9
<b>第Ⅱ章 本市高齢者を取り巻く現状</b>	<b>10</b>
第1節 高齢者等の現状	10
・1 人口構成の状況	10
・2 認知症高齢者の状況	11
・3 要支援・要介護者の状況	12
第2節 実態調査からみた高齢者の状況	13
・1 日常生活の状況	13
・2 社会参加の状況	13
・3 主な介護者の状況	14
・4 介護保険サービスの状況	15
・5 高齢者の介護の意向	17
・6 高齢者の就業の意向	18
<b>第Ⅲ章 高齢者福祉・介護保険事業施策の推進</b>	<b>19</b>
第1節 計画の基本理念と基本目標	19
・1 計画の基本理念	19
・2 地域包括ケアシステムの深化・地域共生社会の実現に向けて	20
・3 計画の基本目標	20
・4 施策の体系	22
・5 重点項目	24
第2節 介護予防の視点を踏まえた取組	26
・1 介護予防の総合的な推進	26
・2 健康づくりの推進	29
・3 生きがいつくり・社会参加の促進	31
第3節 介護の視点を踏まえた取組	34
・1 効果的・効率的な介護給付の推進	34
・2 介護サービス基盤の整備	36

・ 3	介護現場の人材確保及び生産性の向上 .....	39
・ 4	市町村独自のサービス給付等（市町村特別給付等） .....	39
第4節	地域包括ケアの視点を踏まえた取組 .....	41
・ 1	地域ネットワークづくり .....	41
・ 2	家族介護者への支援の充実 .....	43
・ 3	認知症施策の総合的推進 .....	43
・ 4	権利擁護の推進 .....	47
・ 5	在宅医療・介護の連携推進・強化 .....	48
・ 6	地域支え合い体制づくりの推進 .....	50

# 第 I 章 計画策定の基本的な考え方

## 第 1 節 計画策定の基本的事項

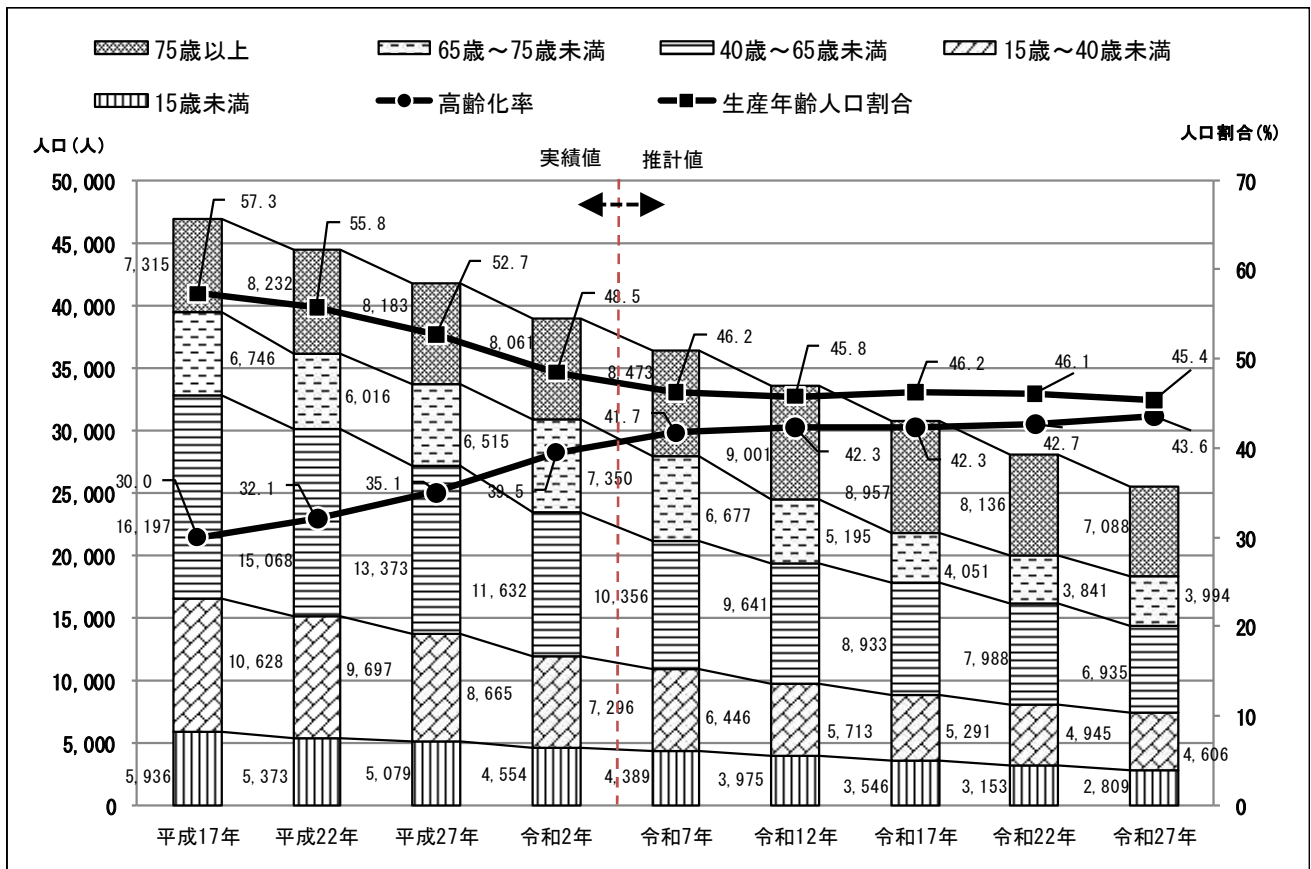
### □ 1 計画策定の背景

日本の高齢化率は、令和 2（2020）年の国勢調査において 28.0%となっており、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口（平成 30 年推計）によれば、令和 7（2025）年に 30.0%に達し、令和 22（2040）年には 35.3%で 3 人に 1 人を上回ると推計しています。

本市においても、令和 5（2023）年 9 月末時点においては、高齢化率が 41.2%と国の平均を大きく上回っており、団塊ジュニア世代が高齢者になる令和 22（2040）年には、高齢化率はますます増加する一方で、64 歳未満の生産年齢人口は減少していく見込です。

このような状況を見据え、これまで「地域包括ケアシステム<sup>1</sup>」の構築が進められてきましたが、今後は、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進が求められております。本市においても、サービス基盤・人的基盤の計画的な整備により、本市の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築・深化、地域共生社会の実現を図っていきます。

図表1-1-1 指宿市の人口の推移



<sup>1</sup>地域包括ケアシステム：高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、住宅が提供されることを基本とした上で、医療、介護、予防、生活支援サービスを継ぎ目なく連続的かつ包括的に日常生活圏域で提供をしていくという考え方。また、その体制をいう。

## □ 2 計画の位置づけ及び計画期間

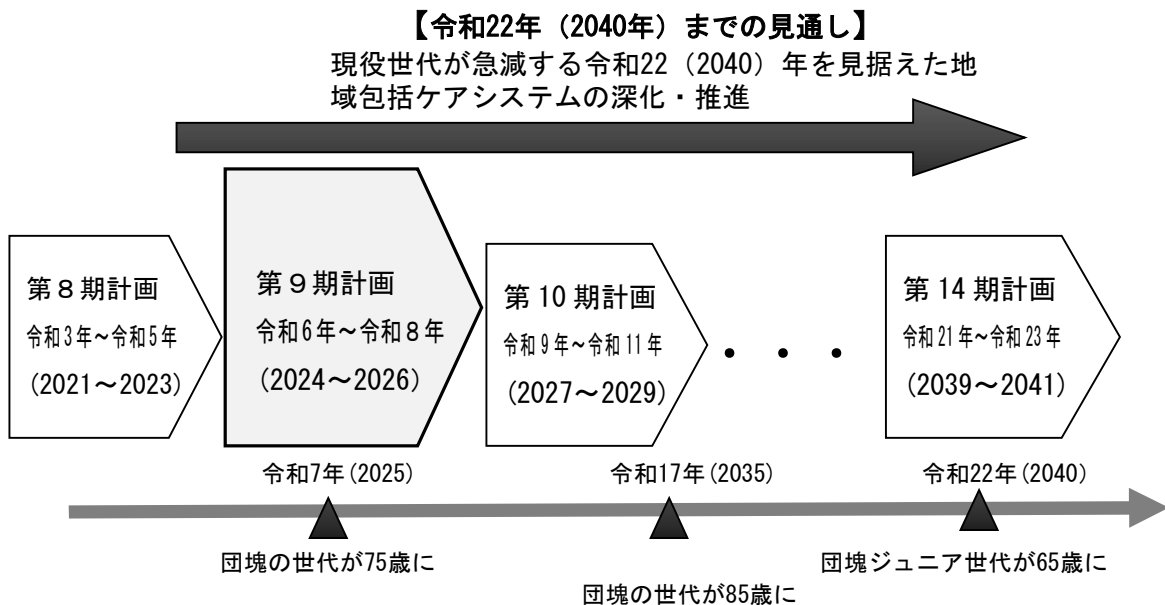
### ➤ (1) 計画の位置づけ

高齢者福祉計画は、老人福祉法第 20 条の 8 の規定に基づく法定計画であり、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画として策定します。また、介護保険事業計画は、介護保険法第 117 条の規定に基づく法定計画であり、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画として策定します。本市ではこれらを一体的に策定しています。

### ➤ (2) 計画期間

本計画は、令和 6（2024）年度を初年度とし、令和 8（2026）年度までの 3 年間を計画期間とします。また、これまで構築してきた地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、団塊ジュニア世代が 65 歳になり、全国的に高齢化率が急増する令和 22（2040）年を見据えた、中長期的な視点も踏まえた計画とします。なお、本計画策定後に、社会状況の変化等に伴い計画の見直し等が生じた場合には、必要な改定等を行うものとします。

図表1-1-2 計画期間



### ➤ (3) 上位計画・関連計画との関係

本計画は、将来における本市のあるべき姿と進むべき方向について、基本的な指針を定めた最上位計画である「指宿市総合振興計画」との整合性を図った上で策定します。また、高齢者福祉施策に関連する他の計画との調和を保ちながら本計画の策定を行います。

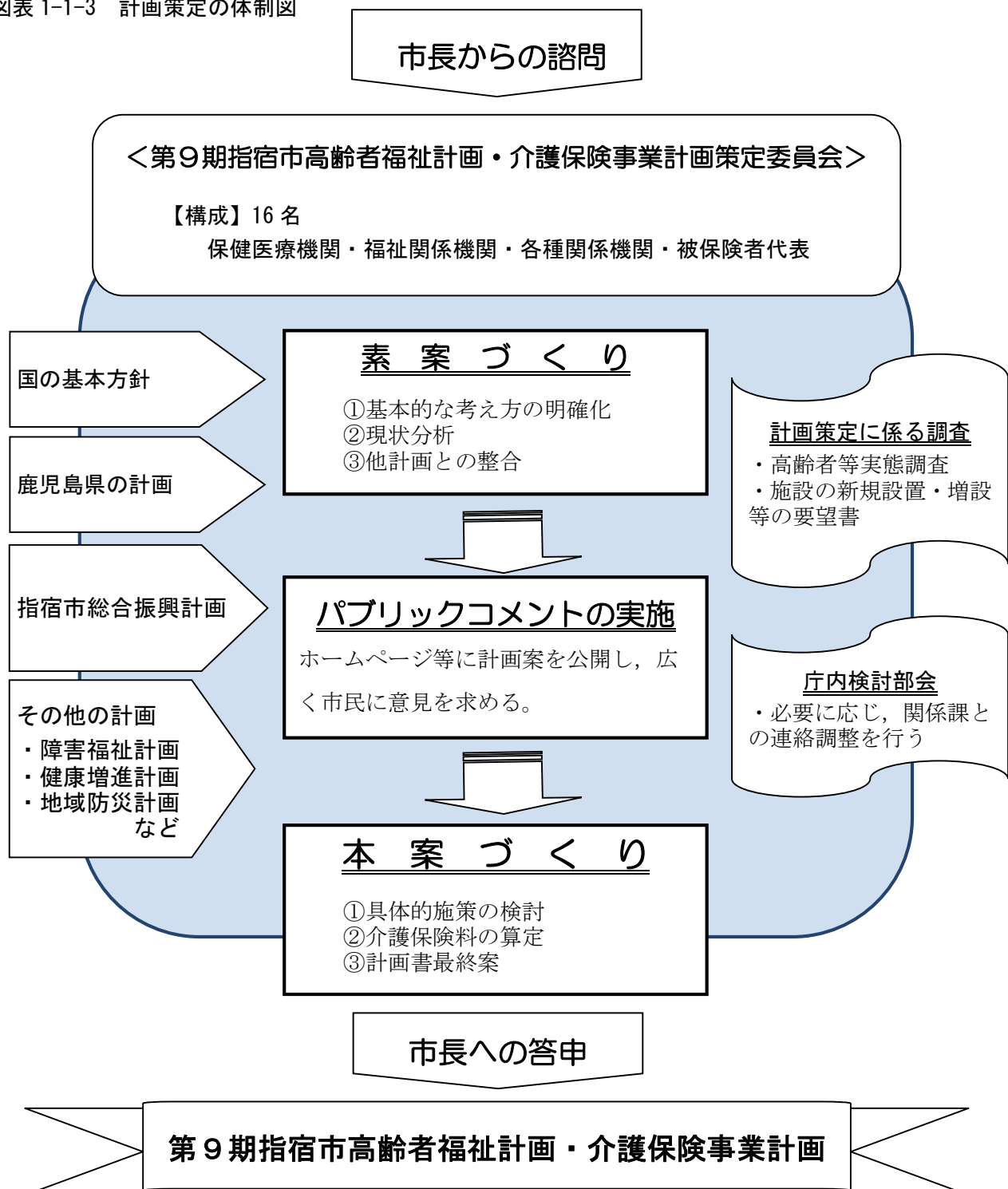
### □ 3 計画の策定及び進行管理の体制

#### ➤ (1) 計画策定の体制

##### ① 計画策定委員会等の設置

高齢者福祉事業及び介護保険事業は、幅広い関係者の参画により、本市の特性に応じた事業展開が期待されるため、本計画策定に当たっては、行政機関内部だけでなく、学識経験者、被保険者（地域住民）代表、本市の高齢者保健福祉分野に関わる団体・事業者で構成する「指宿市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」を設置しました。

図表 1-1-3 計画策定の体制図



## ➤(2) 計画策定の経緯

計画の策定に当たっては、市民の皆様のご意見を反映させるために、次の取組を行っています。

### ① 実態調査の実施

調査基準日：令和4年（2022年）10月1日

図表1-1-4 実態調査の概要

調査種類	調査対象者	調査件数	回収件数	回収率
若年者調査	40歳～64歳で要介護（要支援）者でない者	500件	467件	93.4%
一般高齢者調査	65歳以上で要介護（要支援）者でない者	500件	470件	94.0%
在宅要介護（要支援）者調査	介護保険施設入所者を除く要介護（要支援）者	441件	387件	87.8%

### ② 計画策定委員会の開催

図表1-1-5 計画策定委員会の概要

	期日	議題
第1回	令和5年10月25日	○委員の委嘱状交付及び会長・副会長の選任 ○計画策定の概要及び策定スケジュール ○計画の基本方針について ○介護サービス・高齢者福祉・介護予防事業の動向 ○施設等の整備について 等
第2回	令和5年11月29日	○第1回策定委員会の意見集約結果 ○第9期計画の方針・方向性・骨子・素案について 等
第3回	令和6年2月7日	○第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画（最終案）について 等

## ➤(3) 計画の進行管理及び点検

本計画を着実に推進していくため、関係各課及び関係機関がそれぞれの担当する施策の進捗状況を把握・点検します。また、施策の進捗状況の点検結果等の評価を行うとともに、サービスの必要量や供給量、質等について、適宜サービス事業者に対して調査を行うなど、現状把握に努め、計画の具現化の検証・評価に活かします。

さらに、計画の進行状況の点検・評価を行うための組織を設置し、計画に記載した取組と目標の達成状況などを点検するとともに、計画に盛り込んだ各施策が、市民のニーズや地域の状況に応じ有効に機能しているかなどについて評価します。ここで評価した内容についてはホームページ等で公表していきます。

## □4 計画策定の視点

第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の策定に当たっては、地域の実情に応じて、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、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保できる体制（地域包括ケアシステム）をより深化・推進していくことが求められています。

第9期では、中長期的な視点での介護サービス基盤、人的基盤の整備を検討することとしています。国において、以下の基本的考え方（基本指針）が示されています。

図表 1-1-6 基本指針（案）の主なもの（抜粋）

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

- 1 地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現
  - (1) 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
  - (2) 介護給付等対象サービスの充実・強化
  - (3) 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
  - (4) 日常生活を支援する体制の整備
  - (5) 高齢者の住まいの安定的な確保
- 2 中長期的な目標
- 3 医療計画との整合性の確保
- 4 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 5 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等
- 6 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 7 認知症施策の推進
- 8 高齢者虐待防止対策の推進
- 9 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進
- 10 介護サービス情報の公表
- 11 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等
- 12 効果的・効率的な介護給付の推進
- 13 都道府県による市町村支援及び都道府県、市町村間及び市町村相互間の連携
- 14 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進
- 15 保険者機能強化推進交付金等の活用
- 16 災害・感染症対策に係る体制整備



図表 1-1-7 第9期の計画策定の策定に向けて（記載を充実する事項（案）抜粋）

### 1 介護サービス基盤の計画的な整備

- 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
- 医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
- サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
- 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

### 2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
- 地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供
- 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

### 3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
- 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
- 財務状況等の見える化
- 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

## 第2節 日常生活圏域の設定

### □1 日常生活圏域の考え方

日常生活圏域については、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して、各市町村の高齢化のピーク時までには、目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭において定めることとされています。そこで、介護が必要となっても住み慣れた地域での生活を継続するためには、福祉施設や医療機関などの施設整備や介護保険サービスを充実させることはもとより、住みやすい「住まい」や他の公共施設、交通機関、そして、これらの地域資源をつなぐ人的ネットワークが重要となります。このような地域資源を高齢者の生活する範囲内で有機的に連携させ、地域包括ケアの充実を図っていきます。

### □2 日常生活圏域の設定

介護が必要となっても住み慣れた地域において生活を継続することができるよう、市内を2つの「日常生活圏域」に分け、その圏域ごとに地域密着型サービスのサービス量を見込むとともに、介護施設等のバランスのとれた整備を推進します。

図表 1-2-1 各圏域の概況

		面積	人口	高齢者数	高齢化率
圏域 1	指宿地域	78.38km <sup>2</sup>	25,398人	9,581人	37.7%
圏域 2	山川・開聞地域	70.63km <sup>2</sup>	12,563人	6,053人	48.2%
計		149.01km <sup>2</sup>	37,961人	15,634人	41.2%

※人口、高齢者数は令和5（2023）年9月30日現在（外国人含む）

図表 1-2-2 各圏域の地域密着型サービスの整備状況

		認知症対応型共同生活介護		小規模多機能型居宅介護		老人福祉施設入所者生活介護	
		箇所数	定員	箇所数	定員	箇所数	定員
圏域 1	指宿地域	10箇所	126人	4箇所	116人	2箇所	58人
圏域 2	山川・開聞地域	5箇所	72人	1箇所	29人	1箇所	20人
計		15箇所	198人	5箇所	145人	3箇所	78人

※箇所数・定員は令和5（2023）年9月30日現在

図表1-2-3 各圏域と地域密着型サービス事業所の配置



指宿圏域		山川・開聞圏域	
<b>● グループホーム（15事業所）</b>			
グループホームあおぞら	①	グループホームさくら	⑨
グループホーム秋桜畑		グループホームどリーむ大山	⑩
指宿みどり館	②	グループホーム遊花里	⑪
グループホームえがお	③	グループホームオリビンの風	⑫
グループホーム サンテ・ヴィラージュ	④	グループホームかいもん	⑬
千寿園ケアホーム	⑤		
グループホームすもも	⑥		
グループホームすももの里			
グループホームふれあい	⑦		
グループホームほほえみ	⑧		
<b>● 小規模多機能型居宅介護事業所（5事業所）</b>			
小規模多機能ホームあいおい	⑭	ケアホーム 合歓の木	⑨
小規模多機能型居宅介護徒然館	⑮		
小規模多機能ホーム 伝	⑯		
ケアホームゆとり	⑰		
<b>● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（1事業所）</b>			
いぶすきケアネット	⑮		
<b>● 介護老人福祉施設入所者生活介護（3事業所）</b>			
あいおいの郷	⑭	徳光苑アネックス	⑪
サンピアよつ葉	⑱		

### 第3節 SDGsの視点を踏まえた計画の推進

SDGsは、平成27年（2015年9月）の国連サミットで採択された「持続可能な開発目標」であり、「誰一人取り残さない」多様性と包摂性のある社会の実現を基本理念として掲げています。

本市が定める総合振興計画と連携し、本計画によるSDGsのゴール達成に向けて推進していきます。



#### ～本計画における目標とSDGsのゴール～

##### 【基本理念】

『すべての人が健康で安心して生き生きと暮らせるまち』

##### 【基本目標】

###### ① 介護予防の視点を踏まえた取組

「高齢者が地域の一員として社会参加し、元気をつなぐまちづくり」

###### ② 介護の視点を踏まえた取組

「高齢者の自立した生活を支える基盤づくり」

###### ③ 地域包括ケアの視点を踏まえた取組

「地域みんなで支え合い、こころのふれあうまちづくり」



## 第Ⅱ章 本市高齢者を取り巻く現状

### 第1節 高齢者等の現状

#### □1 人口構成の状況

本市の総人口は令和5（2023）年9月30日現在で37,961人となっており、65歳以上の高齢者人口は15,634人、総人口に占める割合は41.2%となっています。第8期計画のスタート時点である令和3（2021）年と比較して、総人口は1,256人の減少がみられる一方、高齢者人口は45人の減少とほぼ横ばいです。前期高齢者（65歳以上75歳未満）、後期高齢者（75歳以上）別にみると、前期高齢者は304人減少、後期高齢者は259人増加しています。それぞれの総人口に占める割合は前期高齢者19.3%、後期高齢者21.9%となっています。第9期計画の終了年度である令和8（2026）年度までの見通しをみると、総人口は35,782人と減少傾向が続くことが予想されます。高齢者人口も減少傾向に転じると予想されますが、総人口減少のペースが大きいことから、高齢化率はますます大きくなっていくことが見込まれています。

また、団塊の世代が75歳以上になる、令和22（2040）年の推計では、総人口及び高齢者人口の減少が続く見通しですが、後期高齢者の割合が現状より上昇するとともに、高齢化率も42.7%に達すると推計されています。

図表 2-1-1 総人口及び高齢者人口の推移と見込

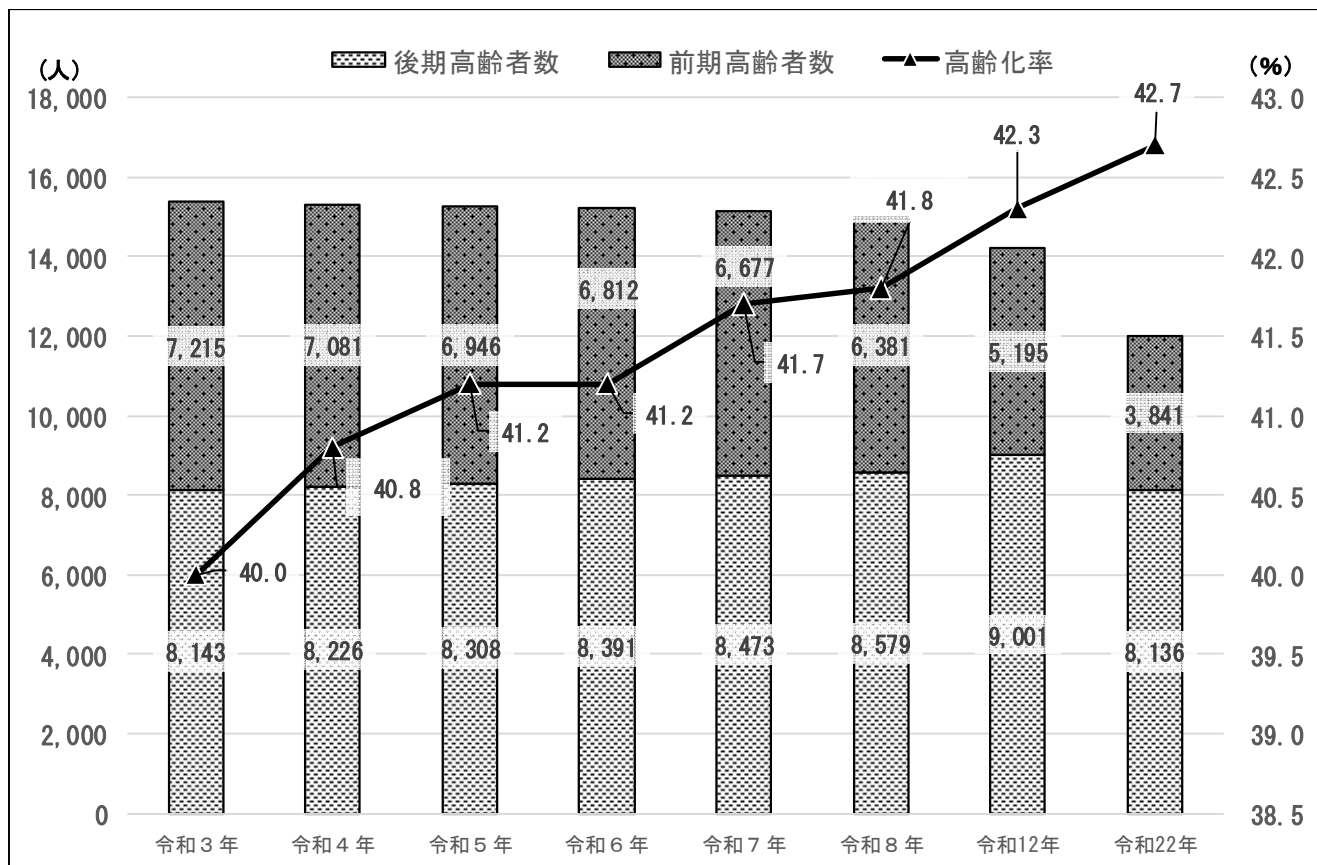
(人)

	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
総人口	39,217	38,562	37,961	36,912	36,341	35,782	33,525	28,063
40～64歳	11,502	11,220	11,058	10,595	10,356	10,103	9,641	7,988
65歳以上	15,679	15,739	15,634	15,203	15,150	14,960	14,196	11,977
前期高齢者	7,618	7,552	7,314	6,812	6,677	6,381	5,195	3,841
後期高齢者	8,061	8,187	8,320	8,391	8,473	8,579	9,001	8,136
高齢化率	40.0%	40.8%	41.2%	41.2%	41.7%	41.8%	42.3%	42.7%
前期高齢者	19.4%	19.6%	19.3%	18.5%	18.4%	17.8%	15.5%	13.7%
後期高齢者	20.6%	21.2%	21.9%	22.7%	23.3%	24.0%	26.8%	29.0%
前期高齢者	3,742	3,614	3,452	3,265	3,124	2,947	2,247	2,017
70～74歳	3,876	3,938	3,862	3,547	3,553	3,433	2,948	1,824
75～79歳	2,415	2,515	2,730	3,013	3,131	3,146	3,199	1,938
80～84歳	2,271	2,319	2,279	2,114	2,089	2,202	2,635	2,280
85歳以上	3,375	3,353	3,311	3,264	3,253	3,231	3,167	3,918

※網掛けは第9期計画期間

※令和3年～令和5年は住民基本台帳各年9月末現在、令和6年以後は、国立社会保障・人口問題研究所推計人口より算出

図表 2-1-2 高齢者人口の推移と見込



## □ 2 認知症高齢者の状況

国の認知症有病率から予測される本市の認知症高齢者は、高齢者人口の約20%であり、令和4年は3,148人と推計されます。

また、これからの将来推計について国の研究成果をもとに計算すると、令和12（2030）年に2,867～3,194人（高齢者の20.2%～22.5%）、令和22（2040）年に2,479～2,946人（同20.7%～24.6%）になることが予測されます。

図表 2-1-3 認知症の人の将来推計

		令和7（2025）年	令和12（2030）年	令和22（2040）年
各年齢の認知症有病率が一定の場合～上昇する場合	率	18.5%～20.0%	20.2%～22.5%	20.7%～24.6%
	指宿市	2,878～3,120人	2,867～3,194人	2,479～2,946人
	国	675～730万人	744～830万人	802～953万人

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学 二宮教授）

### □3 要支援・要介護者の状況

令和5（2023）年9月30日現在の本市の第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数は2,928人、認定率18.7%となっています。第9期計画期間では、高齢数は減少傾向に転じる見込みですが、要介護（要支援）認定者は横ばい状態で、令和8（2026）年には2,935人、認定率19.6%になることが予想されています。

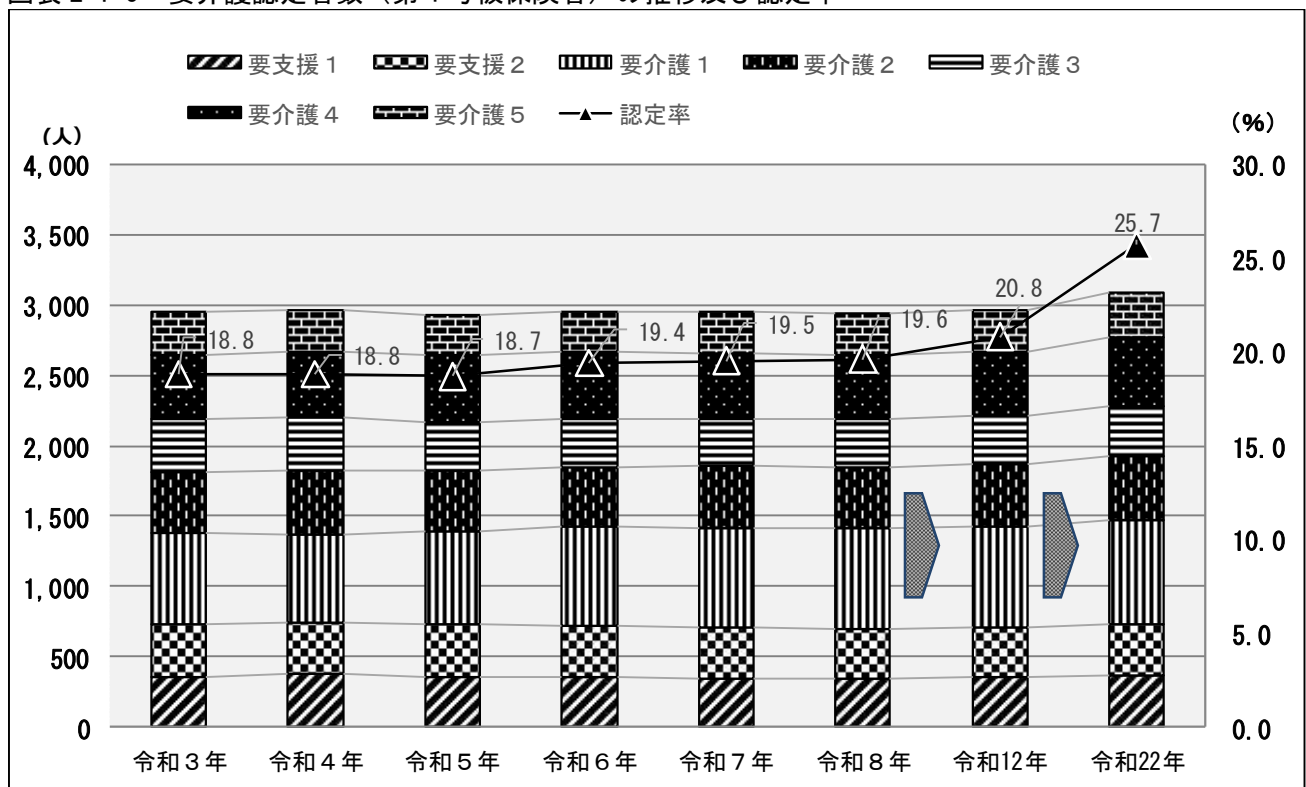
また、令和22（2040）年の推計では、後期高齢者人口のが高水準化により、要介護認定率はますますの上昇が見込まれ、全体の認定者数は3,082人、認定率は25.7%となることが推計されています。

図表 2-1-4 要介護認定者数（第1号被保険者）の推移と見込 (人)

		令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
要介護度別	要介護5	303	286	285	289	293	292	292	309
	要介護4	464	472	474	473	467	458	455	488
	要介護3	372	373	345	339	335	334	337	354
	要介護2	436	455	434	430	436	440	445	465
	要介護1	650	631	663	698	708	709	716	740
	要支援2	369	365	368	365	361	356	363	364
	要支援1	358	375	359	357	348	346	351	362
認定率		18.8%	18.8%	18.7%	19.4%	19.5%	19.6%	20.8%	25.7%

※令和3年～令和5年は、各年9月30日現在の人数。網掛けは第9期計画期間の見込。  
令和6年以降は、見える化システムによる推計。

図表 2-1-5 要介護認定者数（第1号被保険者）の推移及び認定率



## 第2節 実態調査からみた高齢者の状況

高齢者の日常生活や社会参加の状況, 介護者や介護保険サービスの状況等について, 令和4年(2022年)10月1日を基準日として実施した実態調査の「一般高齢者調査」と「在宅要介護(要支援)者調査」の結果を抜粋して, 前回調査(令和元年(2019年))との比較等を行い整理しました。

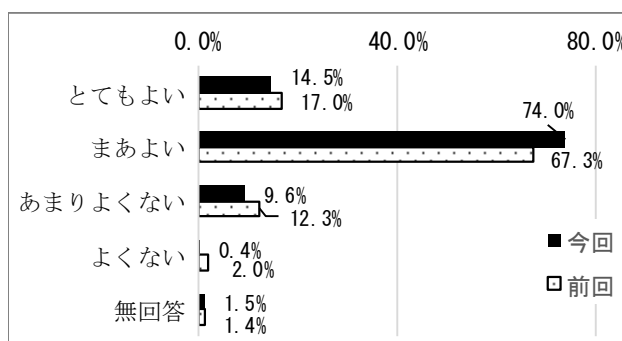
※( )内の数値は, 前回調査の数値。端数調整のため, パーセントの合計が100%にならない場合がある。

### □1 日常生活の状況

#### ➤(1) 健康状態

一般高齢者の日常生活の状況について, 現在の健康状態は「とてもよい」と「まあよい」の合計が88.5%と前回調査の84.3%に比べやや上昇し, 「よくない」と「あまりよくない」の合計が10.0%(14.3%)とやや低下しています。

図表2-2-1 健康状態

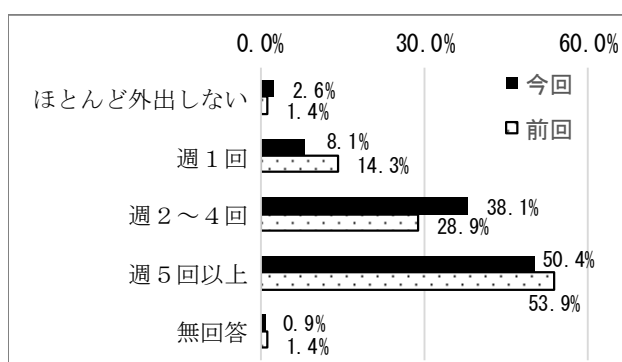


#### ➤(2) 外出の頻度

外出の頻度については, 「週5回以上」が50.4%(53.9%)でやや低下し, 「週2~4回」が38.1%(28.9%)でやや上昇しています。

しかし, 週1回以上外出する高齢者の割合は, 合計で96.6%(97.1%)で, 大きな変化はありませんでした。

図表2-2-2 外出の頻度

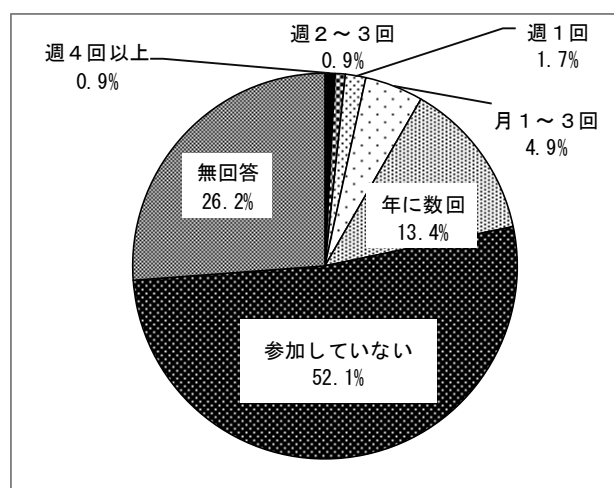


### □2 社会参加の状況

#### ➤(1) 高齢者クラブ

高齢者クラブへの参加状況については, 最も多いのが「参加していない」で52.1%と5割を超えており, 次いで「年に数回」が13.4%となっています。年に数回以上参加している割合を合計しても21.8%で, 高齢者クラブへの参加割合は2割程度にとどまっていることが分かります。

図表2-2-3 高齢者クラブへの参加頻度

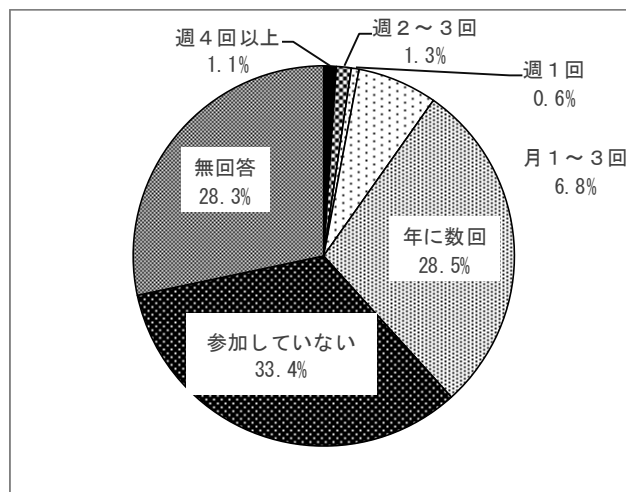




➤(2) 町内会・自治会

町内会・自治会への参加状況については、最も多いのが「参加していない」で 33.4%となっています。年に数回以上参加している割合を合計すると 38.3%で「参加していない」の割合より大きいですが、町内会や自治会に約3人に1人の高齢者が参加していないこととなります。

図表2-2-4 町内会・自治会への参加頻度



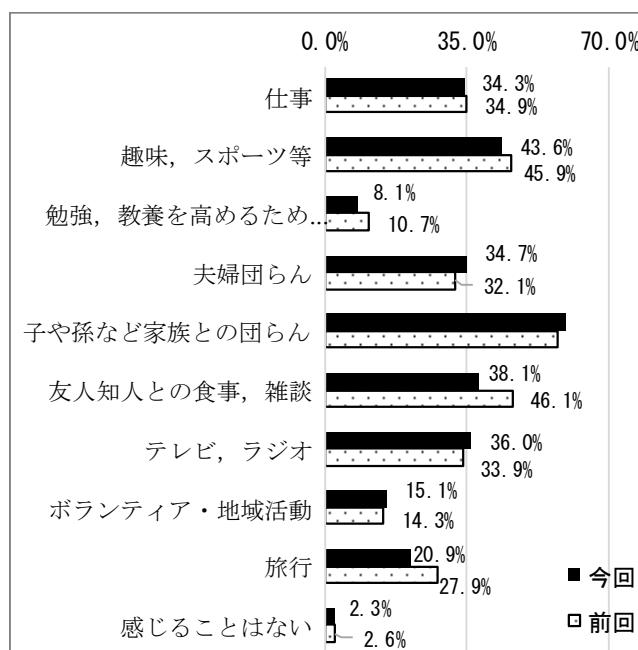
➤(3) 生きがいを感じる時

生きがいを感じる時については、最も多いのが「子や孫など家族との団らん」で 59.1% (57.2%) となっており、次いで「趣味、スポーツ等」が 43.6% (45.9%) となっています。

また、「夫婦団らん」は 34.7% (32.1%)、「テレビ、ラジオ」は 36.0% (33.9%) でやや上昇し、コロナ禍で控えることが多かった「友人知人との食事、雑談」は 38.1% (46.1%)、「旅行」は 20.9% (27.9%) で、前回調査より低下しました。

コロナ禍で家族等で過ごすことが増えた一方、外出の機会が減少したことがうかがえます。

図表2-2-5 生きがいを感じる時【複数回答】

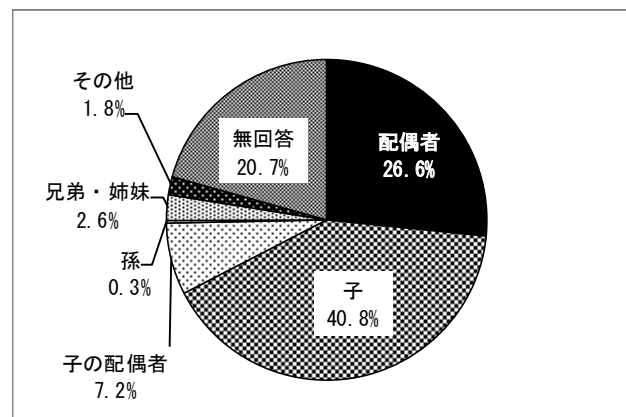


□3 主な介護者の状況

➤(1) 主な介護者と要介護者の続柄

在宅で介護サービスを利用している人の主な介護者は「子」が 40.8%で最も多く、次いで「配偶者」が 26.6%、「子の配偶者」が 7.2%となっています。

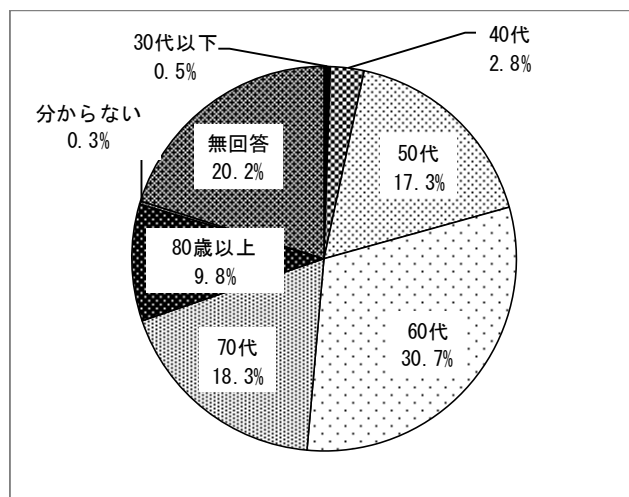
図表2-2-6 主な介護者と要介護者の続柄



➤(2) 主な介護者の年齢

介護者の年齢は、「60代」が30.7%で最も多く、次いで「70代」が18.3%となっています。60代以上の介護者は合計で58.8%になり、高齢者が高齢者の介護を行ういわゆる「老老介護」の状態にある高齢者が多いことが分かります。

図表2-2-7 主な介護者の年齢



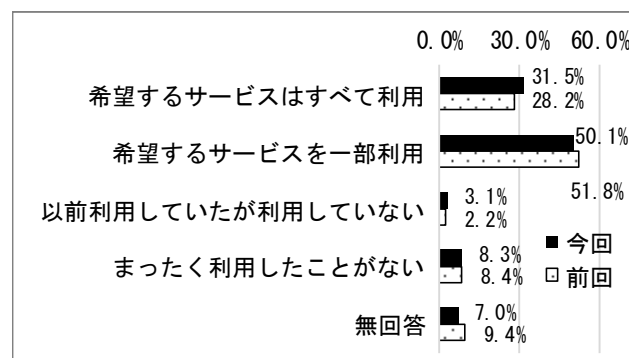
□4 介護保険サービスの状況

➤(1) 介護保険サービスの利用の程度

在宅要介護（要支援）者が介護保険サービスをどの程度利用しているかについては、「希望するサービスはすべて利用」と「希望するサービスを一部利用」の合計が81.6%（80.0%）になりました。

また、「以前利用していたが利用していない」と「まったく利用したことがない」の合計が、介護保険サービスを利用していない在宅要介護（要支援）者は1割程度であることが分かりました。

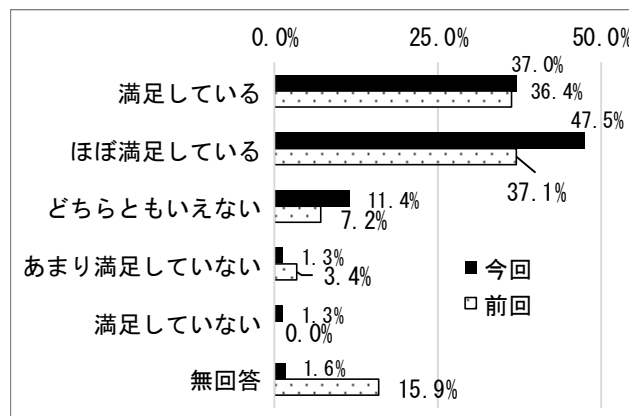
図表2-2-8 介護保険サービスの利用の程度



➤(2) 介護保険サービスの満足度

介護保険サービスの満足度は、「満足している」と「ほぼ満足している」の合計が84.5%（73.5%）になり、8割以上の利用者が満足していることが分かりました。

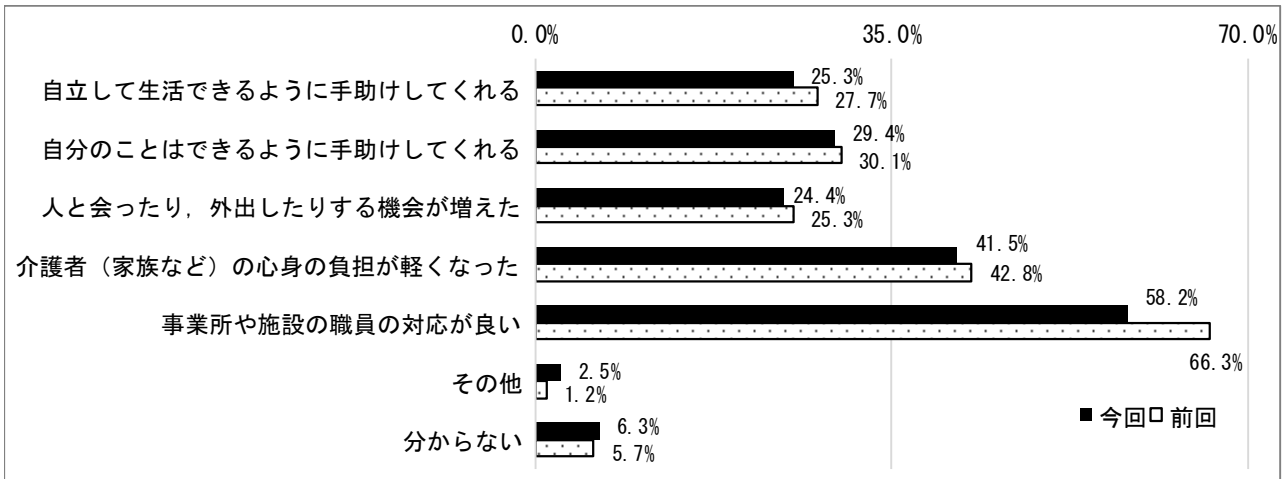
図表2-2-9 介護保険サービスの満足度



➤(3) 介護保険サービスで満足している点

サービスで満足している点は、「事業所や施設の職員の対応が良い」が 58.2% (66.3%) で最も高い割合で、5割を超えています。次いで「介護者（家族など）の心身の負担が軽くなった」が 41.5% (42.8%)、「自分のことはできるように手助けしてくれる」が 29.4% (32.0%) となっています。

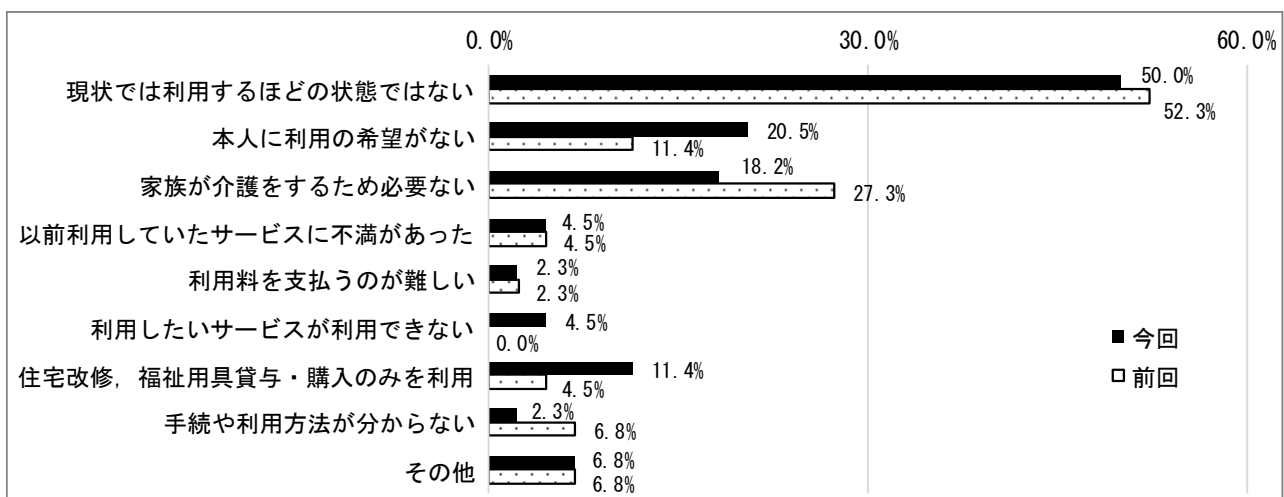
図表 2-2-10 介護保険サービスで満足している点【複数回答】



➤(4) 介護保険サービスを利用していない理由

在宅要介護（要支援）者で介護保険サービス未利用者のサービスを利用していない理由は、「現状では利用するほどの状態ではない」が 50.0% (52.3%) と最も多く、次いで「本人に利用の希望がない」が 20.5% (11.4%) となっています。「住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用」は 11.4% (4.5%) となっています。

図表 2-2-11 介護保険サービスを利用していない理由【複数回答】

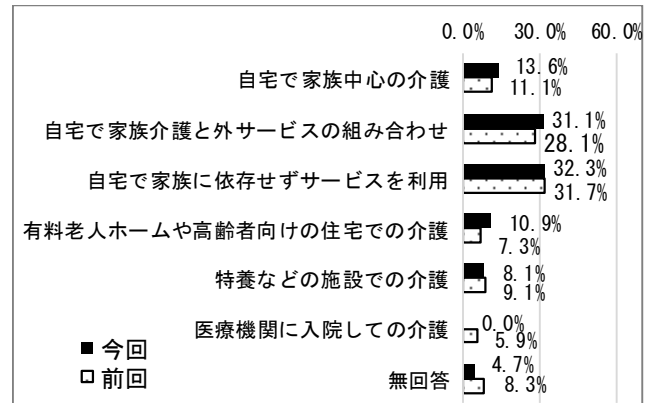


## □ 5 高齢者の介護の意向

### ➤ (1) 希望する介護の形態

一般高齢者が介護を受けることになった場合の希望する介護の形態については、「自宅で家族に依存せずサービスを利用」が31.7%（32.3%）と最も多く、次いで「自宅で家族介護とサービスの組み合わせ」が31.1%（28.1%）、「自宅で家族中心の介護」が13.6%（11.1%）となっています。これらの在宅での介護を希望する一般高齢者がの割合は、合計で76.4%（71.5%）となりました。

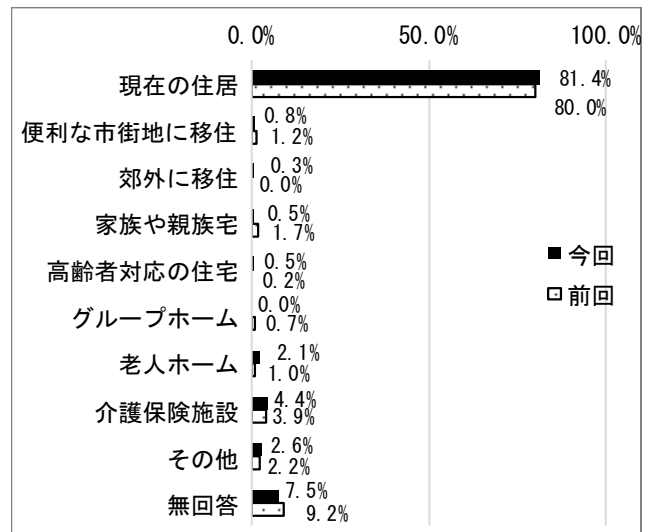
図表2-2-12 希望する介護の形態



### ➤ (2) 今後希望する生活場所

現在、在宅で要介護・要支援認定を受けている方が、今後希望する生活場所については、「現在の住居」が81.4%（80.0%）で最も多くなりました。

図表2-2-13 今後希望する生活場所

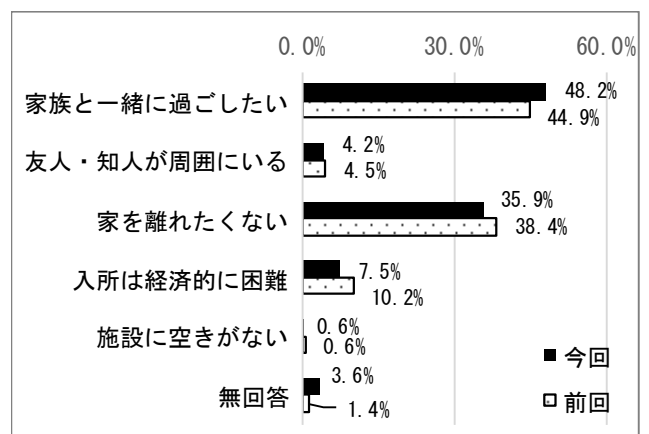


### ➤ (3) 在宅での介護サービスを希望する理由

一般高齢者が介護を受けることになった場合、在宅での介護を希望する理由については、「家族と一緒に過ごしたい」が48.2%（44.9%）で最も多く、次いで「家を離れたくない」が35.9%（同38.4%）となっています。

「施設に空きがない」は1%に満たない結果となりました。

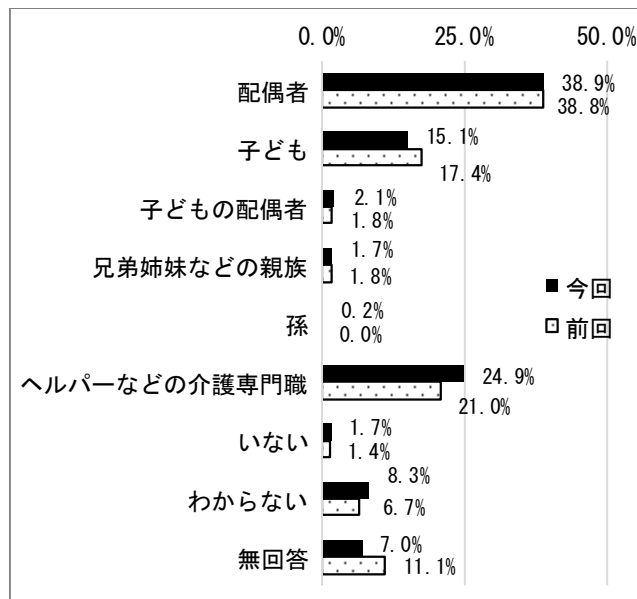
図表 2-2-14 在宅での介護サービスを希望する理由



➤(4) 希望する介護者

一般高齢者が自宅で介護を受けることになった場合に希望する介護者については、「配偶者」が 38.9% (38.8%) で最も多く、次いで「ヘルパーなどの介護専門職」が 24.9% (21.0%)、「子ども」が 15.1% (17.4%) となっています。

図表2-2-15 希望する介護者

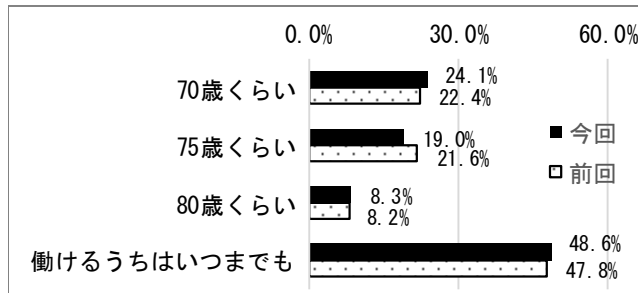


□6 高齢者の就業の意向

➤(1) 何歳まで働きたいか

現在、収入のある仕事をしている一般高齢者が何歳まで働きたいかについては、「働けるうちはいつまでも」が 48.6% (47.8%) で最も多く、次いで「70歳くらい」が 24.1% (22.4%)、「75歳くらい」が 19.0% (21.6%) となっています。

図表2-2-16 何歳まで働きたいか

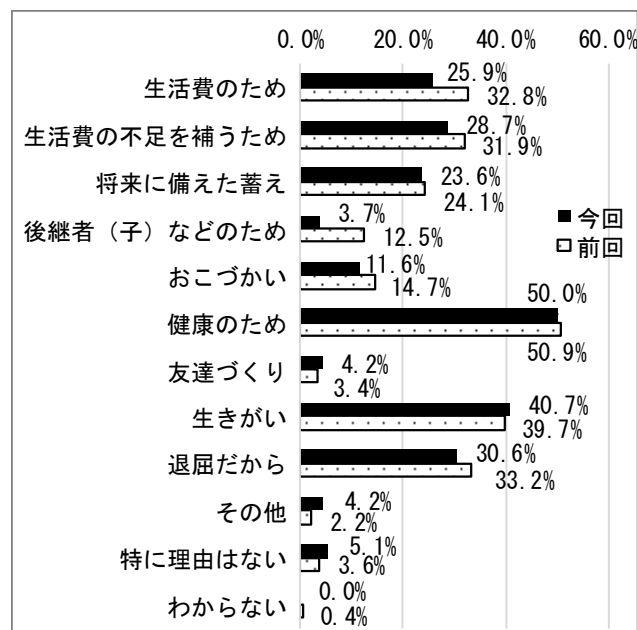


➤(2) 仕事をしている理由

現在、収入のある仕事をしている一般高齢者の仕事をしている理由については、「健康のため」が 50.0% (50.9%) で最も多く、次いで「生きがい」が 40.7% (39.7%) となっています。

また、「生活費の不足を補うため」や「生活費のため」、「将来に備えた蓄え」など経済的な理由も一定程度ありますが、いずれもやや低下しています。

図表2-2-17 仕事をしている理由 【複数回答】



## 第Ⅲ章 高齢者福祉・介護保険事業施策の推進

### 第1節 計画の基本理念と基本目標

#### □1 計画の基本理念

第2次指宿市総合振興計画（2016～2025年）において、「豊かな資源が織りなす食と健幸のまち」を目指すべきまちの姿（将来都市像）とし、その中で保健医療福祉分野では、「すべての人が健康で安心して生き生きと暮らせるまち」を基本目標に掲げ、様々な施策を推進しています。本計画においては上位計画と整合性を図り、さらに、令和22年（2040年）を視野に入れた中長期的な視点の計画として策定します。今後の本格的な長寿社会に対応するために、本市の特性である温暖な気候や温泉、健康産業都市や保養観光都市としての様々な地域資源を活かしながら、高齢者が生涯にわたって健康でいきいきと自立して暮らすことができるよう、高齢者に関わる福祉施策及び介護保険事業施策を総合的に推進するため、次の基本理念を定めます。

### 基本理念

## 『すべての人が健康で安心して生き生きと暮らせるまち』

高齢者一人ひとりが生涯にわたり健康で生きがいをもって楽しく生活できるよう、市全体で取り組んでいる「健幸のまちづくり」を推進する中で、「高齢者の社会参加の意欲向上」、「健康の保持・増進に対する意欲向上」、そして高齢者が介護を要する状態になっても、必要に応じてサービスを利用しながら家庭や地域の中で自立した生活が送れるよう、「地域包括ケアシステムの深化・推進」を図り、地域共生社会<sup>2</sup>の実現に向け取り組んでいきます。

<sup>2</sup>地域共生社会：高齢者介護，障がい福祉，児童福祉，生活困窮者支援など制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて，人と人，人と社会がつながり，住民一人ひとりが生きがいや役割を持ち，助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう（地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律52号）。

## □2 地域包括ケアシステムの深化・地域共生社会の実現に向けて

第9期計画（令和6～8年度の3年計画）となる本計画は、介護の面では、国が示した基本指針に基づいて、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）と高齢化のピークを迎える令和22年（2040年）の人口推計から導かれた介護需要等を見据えた中長期的な視点での介護サービス基盤・人的基盤の整備を進めるとともに、地域共生社会の実現に向けた取組を進めていくことになります。特に、地域共生社会の実現には、第5期から取り組む地域包括ケアシステムの構築を図りつつ、深化を一層推進していく必要があります。さらに、基本指針に示された介護予防・健康づくり施策の充実・推進、認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進、地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、在宅医療・介護に係る体制整備や連携強化等の方針に対応した様々な施策の推進も重要です。

また、福祉分野では、様々な分野の課題が絡み合っただ複雑化・複合化する傾向にあります。このため、高齢者福祉サービスの充実とともに、専門的なニーズへの対応、地域を支える人材の確保等に努めていかなければなりません。そのような中、誰もが支え合う共生社会の実現に向けて、「ころばん体操」をはじめとする「通いの場」の充実など、地域における住民主体の健康づくりや介護予防、包括的な相談支援体制の整備、様々な地域課題の解決に向けた取組みが求められます。

このように、介護保険制度や様々な制度の動きに対応した政策を展開していくのが基礎自治体としての役割であることから、引き続き横断的な視点を持つ「地域包括ケアシステム」の構築を図りつつ、いかに深化させていくか、地域共生社会をどのように実現していくかという視点で施策を推進していきます。そして、地域の高齢者のニーズを的確に把握し、自治体の目指すべき姿を明確にして、関係者との共通理解のもと、多様な主体による施策の推進に取り組んでいきます。

## □3 計画の基本目標

地域包括ケアシステムの深化や地域共生社会の実現に向けて施策を推進するため、基本理念を踏まえた次の3つの視点で基本目標を定めます。

### 基本目標① 介護予防の視点

#### 高齢者が地域の一員として社会参加し、元気をつなぐまちづくり

元気な高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けることができるようにするため、生きがいづくりと社会参加の場を確保し、地域住民一人ひとりが健康に関心を持ち、介護予防の視点をもって生活していくことが重要です。健康づくりやフレイル対策のため、保健事業と介護予防を一体的に取り組むほか、住民主体の「通いの場」へのリハビリテーション等の医療専門職の関与により、充実した予防に努めていきます。

また、元気な高齢者が介護予防・日常生活支援総合事業の担い手となるような仕組みづくりを推進します。

## 基本目標② 介護の視点

### 高齢者の自立した生活を支える基盤づくり

ニーズに応じた介護保険サービス、福祉・生活支援サービスを継続的、安定的に供給するための取組を進めるとともに、介護人材の確保及び生産性の向上など介護保険事業の適正な運営による持続可能な介護体制をつくります。

また、在宅で介護をしている家族等の負担軽減を図るための福祉サービス等の充実を図ります。

## 基本目標③ 地域包括ケアの視点

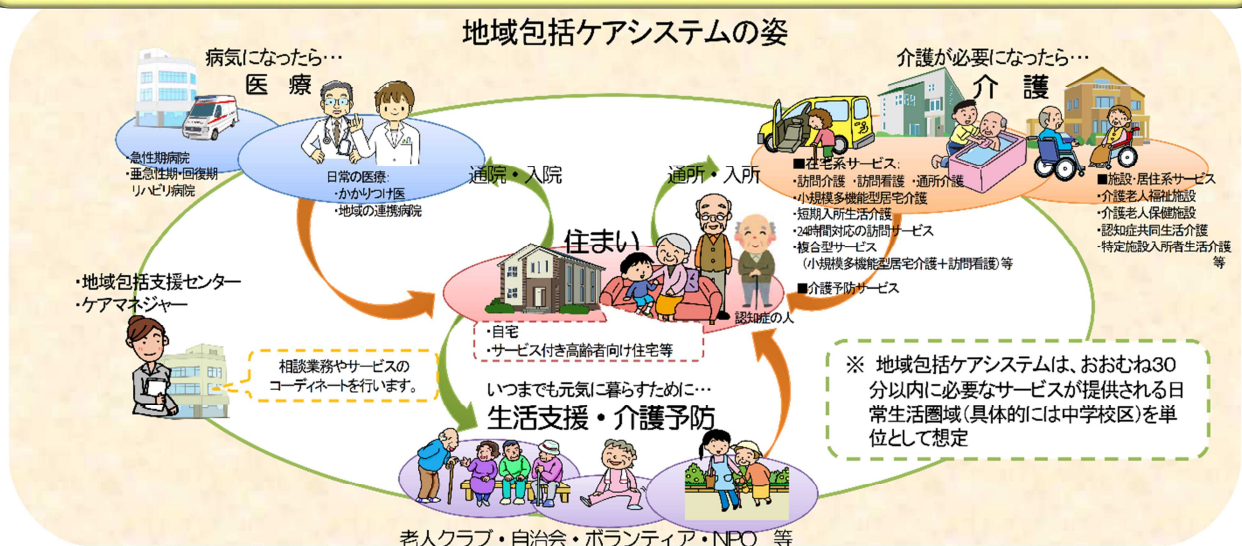
### 地域みんなで支え合い、心のふれあいまちづくり

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるために、地域包括ケアシステムの構築・深化を推進し、地域共生社会の実現に向け取り組んでいきます。こうした取組により、高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域で療養することができるよう努めていきます。

また、地域における医療・介護の関係機関などと連携を図るとともに、在宅での医療と介護の連携を強化します。地域包括支援センターの機能強化や保険者機能強化推進交付金等を活用して、自立支援、介護予防・重症化防止に向けた取組を推進していきます。

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
  - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
  - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



出典：厚生労働省ホームページ

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/))



## □4 施策の体系

本計画では、基本理念及び基本目標の実現に向けて、次の施策に取り組みます。

### ～介護予防の視点を踏まえた取組～

高齢者が地域の一員として社会参加し、元気をつなぐまちづくり

- 介護予防の総合的な推進
- 健康づくりの推進
- 生きがいつくり・社会参加の促進

### ～介護の視点を踏まえた取組～

高齢者の自立した生活を支える基盤づくり

- 効果的・効率的な介護給付の推進
- 介護サービス基盤の整備
- 家族介護者への支援の充実
- 介護人材の確保及び生産性の向上

### ～地域包括ケアの視点を踏まえた取組～

地域みんなで支えあい、心ふれあうまちづくり

- 地域ネットワークづくり
- 認知症施策の総合的推進
- 権利擁護の推進
- 在宅医療と介護の連携推進・強化
- 地域支え合い体制づくりの推進

計画目標等

**●介護予防の視点を踏まえた取組**

高齢者が地域の一員として社会参加し、元気をつなぐまちづくり

**●介護の視点を踏まえた取組**

高齢者の自立した生活を支える基盤づくり

**●地域包括ケアの視点を踏まえた取組**

地域みんなで支えあい、心ふれあうまちづくり

施策

1 介護予防の総合的な推進	(1) すべての高齢者を対象とした介護予防（一般介護予防事業） (2) 機能が低下してきた高齢者への介護予防（介護予防・生活支援サービス事業）
2 健康づくりの推進	(1) 健康づくりの推進 (2) 疾病予防と重症化予防（保健事業） (3) 保健事業と介護予防の一体的実施
3 生きがいがづくり・社会参加の促進	(1) 多様な趣味活動や学習機会の提供 (2) 生涯スポーツの推進 (3) 発表の場・交流機会の充実 (4) ボランティア活動の促進 (5) 高齢者クラブの活性化 (6) 就業機会の充実

1 効果的・効率的な介護給付の推進	(1) 介護給付適正化の取組 (2) 地域密着型サービス運営委員会の設置 (3) 利用者負担の適正化 (4) 低所得者対策 (5) 未納者対策
2 介護サービス基盤の整備	(1) 介護保険サービスの供給体制確保 (2) 介護サービスの整備計画 (3) その他の施設の整備 (4) 介護現場における質の向上 (5) 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメント (6) 介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化 (7) 災害・感染症対策への取組
3 介護現場の人材確保及び生産性の向上	(1) 人材確保及び育成 (2) 生産性の向上の推進
4 市町村独自のサービス給付等	(1) 市町村特別給付 (2) 保健福祉事業

1 地域ネットワークづくり	(1) 地域包括支援センターの機能強化 (2) 地域包括支援センターの効果的な運営 (3) 地域ケア会議の充実 (4) 高齢者団体等との連携
2 家族介護者への支援の充実	(1) 家族介護教室 (2) 介護負担を軽減するための取組
3 認知症施策の総合的推進	(1) 認知症施策の検討・推進 (2) 認知症の理解を深めるための普及・啓発 (3) 認知症予防に向けた取組の実施 (4) 認知症に対する支援体制の強化 (5) 認知症ケアの充実・地域づくり (6) 認知症の人やその家族への支援 (7) 認知症バリアフリーの推進・認知症（若年性認知症含む。）の人への社会参加等の支援
4 権利擁護の推進	(1) 成年後見制度と本人への支援 (2) 高齢者虐待防止対策の推進
5 在宅医療と介護の連携推進・強化	(1) 在宅医療・介護に関する情報提供 (2) 在宅医療・介護従事者の連携体制の構築及び相談体制の強化
6 地域支え合い体制づくりの推進	(1) 地域見守り体制の充実 (2) 介護人材の裾野を広げる取組 (3) 生活支援体制整備事業の推進 (4) 高齢者福祉サービスの充実 (5) 高齢者の住まい環境と生活環境の整備

## □5 重点項目

基本理念及び基本目標の達成を目指し、地域包括ケアシステムの構築を図るとともに深化・推進に取り組むため、5つの重点的に取り組むべき項目を設定しました。大規模災害や感染症対策に係る体制整備も併せて重点的に取り組んでいきます。

### ➤(1) 認知症施策の総合的推進

---

認知症施策推進大綱に基づき、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪とした施策を推進します。

#### ≪具体的に取り組む内容≫

- 認知症の理解を深めるための普及・啓発活動
- 認知症の人やその家族を支える支援体制の構築・強化（認知症初期集中支援チーム<sup>3</sup>の設置及び認知症地域支援推進員<sup>4</sup>の配置、チームオレンジの設置等）
- 認知症の人の居場所づくりや交流の場づくり等の支援

### ➤(2) 在宅での医療と介護の連携強化

---

医療や介護が必要になっても、できる限り住み慣れた自宅で暮らし続けることができるよう、医療機関や介護サービス事業所などの関係者による切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の連携強化を図ります。

#### ≪具体的に取り組む内容≫

- 多職種連携会議（医療・介護関係者参加型）の開催
- 在宅医療・介護の普及・啓発
- 行政内外の関係機関との連携
- 在宅医療・介護の連携に向けた情報共有ツールの充実

### ➤(3) 地域支え合い体制づくりの推進

---

住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、支援を要する高齢者等の見守りや日常の生活支援など、地域での支え合い体制づくりを支援します。

#### ≪具体的に取り組む内容≫

- 地域見守りネットワーク支援事業の推進
- 生活支援コーディネーター<sup>5</sup>活動の充実
- 元気高齢者等によるボランティア活動の促進
- 協議体<sup>6</sup>の運営及び充実

---

<sup>3</sup>認知症初期集中支援チーム：医療・介護の専門職が家族の相談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、必要な医療や介護の導入・調整や、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。

<sup>4</sup>認知症地域支援推進員：認知症の人の状態に応じて、必要なサービスが適切に提供されるように、医療機関や介護事業所等との連携支援及び認知症の人やその家族を対象とした相談業務等を行う者。

<sup>5</sup>生活支援コーディネーター：地域において高齢者の生活支援等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。

<sup>6</sup>協議体：市町村が主体となって設置し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進する場。

#### ➤(4) 介護給付の適正化への取組

---

地域の実情に応じて介護給付の適正化に資する多様な取組を構想し、介護給付の不合理的な地域差の改善や介護給付の適正化を図り、その取組状況について公表します。

##### ≪具体的に取組む内容≫

- 要介護認定の適正化
- ケアプラン<sup>7</sup>の点検
- 縦覧点検<sup>8</sup>・医療情報との突合

#### ➤(5) 中期的なサービス基盤・人的基盤の整備

---

少子高齢化が進み介護分野の人的制約が強まることを見据えて、職場環境の改善や介護職員の負担軽減等を図り、介護離職者を減少させるとともに、介護サービスの質の向上へ繋げる取り組みを推進します。

##### ≪具体的に取組む内容≫

- 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込等を適切に捉えて、既存施設・事業所のあり方も含めて検討
- 人材の確保の取組を総合的に実施
- 介護サービス事業者の財政状況等の見える化を推進

---

<sup>7</sup>ケアプラン：介護サービス計画の通称。要介護者・要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、本人及び家族の希望を勘案し、利用するサービスの種類・内容などを定める計画。利用者の心身の状態の変化などを考慮し、常に適切なサービスが利用できるように随時見直される。

<sup>8</sup>縦覧点検：過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の請求における算定回数の確認やサービス間・事業所間の給付の整合性を確認して審査を行うものである。縦覧点検審査の結果、請求誤りと判断されたものについては、事業所等に通知し、過誤処理を行う。

## 第2節 介護予防の視点を踏まえた取組

### □1 介護予防の総合的な推進

介護予防に関する運動を中心とした自主的な取組や活動が広がるよう知識の普及・啓発や地域活動の育成・支援を進めていきます。また、介護予防対象者（虚弱な高齢者）を把握し、心身の状態の維持・悪化予防のための介護予防支援等を実施します。介護予防は、単に高齢者の運動機能や心身機能の改善だけを目指すものではなく、フレイル<sup>9</sup>予防の観点から生きがいづくりや社会参加の促進を図り、日常生活の活動の活性化も併せた総合的な介護予防を推進します。

#### ▶(1) すべての高齢者を対象とした介護予防（一般介護予防事業）

一般介護予防事業の推進に当たっては、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた支援を進めていきます。高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく、参加することができる住民運営の「通いの場」等も通じて、保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与を得ながら、推進していきます。

##### ① 住民主体の「通いの場」の普及・充実

高齢者が気軽に参加できる地域の公民館等で、簡単な筋力トレーニング等の介護予防活動を普及し、研修会や全体交流会等を開催し、住民主体の自主的な運営を育成・支援します。必要に応じて、幅広い医療専門職等と連携を取りながら推進していきます。また、感染症対策にも留意して実施していきます。

##### ア ころばん体操の普及・充実

身近な介護予防活動の場として、ころばん体操の会場数（参加地区数）の維持・拡大を図るため、研修会や全体交流会を開催し、自主的な運営を支援します。また、医療（リハビリ）専門職等とも連携し、内容の充実を図ります。感染症対策として、自宅での「ころばん体操」の取組も推進していきます。

図表 3-2-1 ころばん体操の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
会場数（箇所）	67	66	74	74	75	75
地区数（地区）	146	141	149	149	150	150
実人員（人）	1,251	1,152	1,258	1,258	1,260	1,260

##### イ 高齢者サロン活動

地域で取り組んでいるサロン活動を支援し、高齢者が身近で定期的集えるよう活動の充実を図ります。また、研修会やボランティアの育成により、住民の自主的な運営を支援します。

<sup>9</sup>フレイル：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、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像。

## ② ふれあいデイの普及・充実

高齢者の生きがい及び社会参加を促進し、家に閉じこもりがちなひとり暮らしの高齢者等に対し、近くの公民館等において、趣味活動等の講座を実施します。今後、感染症対策にも留意し、より参加しやすい環境づくりに努め、社会的孤立感の解消及び自立生活の助長を図ります。併せて介護予防知識の普及・啓発に努めます。

図表 3-2-2 ふれあいデイの見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
実利用者数（人）	1,046	1,097	1,100	1,100	1,150	1,150
延べ利用者数（人）	2,549	3,843	4,000	4,000	4,300	4,300

## ③ 高齢者元気度アップ・ポイント事業

高齢者の健康づくりや生きがいづくり等の社会参加を促進することで介護予防の推進を図ります。各地域公民館が実施するころばん体操や高齢者サロン活動に参加した方に対して、地域商品券と交換できるポイントを付与します。

図表 3-2-3 高齢者元気度アップ・ポイント事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
登録者数（人）	3,015	3,018	3,136	3,256	3,300	3,300
地域商品券交換人数（人）	1,183	1,148	1,411	1,673	1,700	1,700

## ④ 介護予防の普及・啓発

健康教育・健康相談等により介護予防のための運動、栄養改善、口腔機能の向上、認知症予防（脳のトレーニング）、ヒアリングフレイル予防、閉じこもり・うつ予防の普及啓発を図ります。

### ア 口腔機能の向上及び低栄養予防

高齢者が集まる機会をとらえて、歯科医師や歯科衛生士などによる咀嚼<sup>10</sup>や嚥下<sup>11</sup>機能の向上を図る口腔体操や正しい歯磨き・入れ歯の手入れ方法の助言など、介護予防事業に取り組みます。

高齢になると口腔内の機能が衰えやすく、進行すると口腔機能低下症と呼ばれる状態になります。この機能低下の状態をオーラルフレイルといいます。

オーラルフレイルになると食事をおいしく食べられなくなったり、誤嚥性肺炎を起こしやすくなったり、要介護状態が進行するおそれがあります。これらを予防するためにも、口腔機能の向上について普及啓発を行います。

また、高齢者は口腔機能や身体機能の低下から食事量が減少したり、食事内容が偏ったりして、低栄養状態や疾病の悪化を招きやすくなるため、管理栄養士等による栄養改善の推進に努めます。

<sup>10</sup>咀嚼（そしゃく）：摂取した食物を歯で咬み、粉碎すること。

<sup>11</sup>嚥下（えんげ）：飲み込むことで、食物を口から胃へ送り込む一連の輸送運動。

図表 3-2-4 健康教室（口腔機能の向上）の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
実施回数（回）	35	34	107	108	109	110

図表 3-2-5 健康教室（栄養改善）の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
実施回数（回）	14	21	54	60	60	60

## イ 認知症予防

高齢者が集まる機会を活用した認知症予防の普及・助言、週 1 回の介護予防教室「脳のトレーニング教室」など効果的な認知症予防プログラムを実施します。

図表 3-2-6 脳のトレーニング楽習教室の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
会場数（箇所）	6	6	6	6	6	6
延べ開催回数（回）	222	279	278	288	288	288
参加者数	実人員（人）	66	65	67	68	68
	延べ人員（人）	1,642	2,002	2,369	2,375	2,375

## ウ ヒアリングフレイル<sup>12</sup>予防

通いの場など的高齢者が集まる機会を活用し、ヒアリングフレイルの理解を深める啓発等を行い、高齢者による聴覚機能の低下の予防に取り組みます。

### ➤(2) 機能が低下してきた高齢者への介護予防（介護予防・生活支援サービス事業）

要支援や要介護になるおそれがある高齢者及び要支援者を対象に、介護予防を目指します。また、一般介護予防事業の利用につなげることで、継続した介護予防の取組みに努めます。

#### ① 訪問型サービス及び通所型サービス

要支援認定や基本チェックリストにより把握された方を対象に、介護予防ケアプランに基づいた介護予防・生活支援サービス事業による訪問型及び通所型サービスを提供し、専門的かつ個別的に支援します。

<sup>12</sup>ヒアリングフレイル：聴覚機能の衰え。聴覚機能が低下することでコミュニケーションや社会的活動が減少し、脳の萎縮により認知機能の低下を招く要因の一つとされている。

図表 3-2-7 訪問型・通所型サービス利用者の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
訪問型サービス利用者（人）	2,224	2,201	2,190	2,232	2,232	2,232
通所型サービス利用者（人）	1,168	1,054	1,087	1,092	1,092	1,092

## ② 介護予防ケアマネジメント<sup>13</sup>

要支援認定を受けた、または事業対象の基準に該当した方に対して、介護予防・生活支援サービス事業や介護予防サービス及び様々な社会資源を活用し、適切にケアマネジメントを実施します。

図表 3-2-8 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
介護予防ケアマネジメント（件）	1,396	1,345	1,355	1,500	1,500	1,500
介護予防支援（件）	4,495	4,796	4,740	4,740	4,740	4,680

## □2 健康づくりの推進

がん、心臓病、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病やこころの病を予防し、いつまでも健康で暮らすためには、食生活や運動による健康づくりが必要です。このため市では、市民誰もが参加するような健康づくりに関する施策や事業を展開しており、すべての人が健康で安心して生き生きと暮らせる「健幸のまちづくり」に取り組み、引き続き高齢者の健康づくりを推進します。

また、疾病の予防と重症化を防止するため、健康に関心を持ち、自分の健康状態を知るために健康診査、がん検診を受けることが重要です。健康診査においては、生活習慣が要因となる血圧、血糖などの異常割合は、年齢が上がるほど高くなる傾向にありますが、生活習慣の改善や適切な治療により、発症及び重症化を予防することができます。受診の結果、生活習慣の改善が必要な人に対しては、一人ひとりの生活状況に応じた支援を行うことが重要です。

### ➤(1) 健康づくりの推進

指宿市健康増進計画・データヘルス計画などに基づく様々な取組により、関係機関と連携して市民一人ひとりが自分の健康に関心を持ち、自ら健康づくりに取り組めるよう支援します。

加齢に伴う身体機能の変化や生活習慣が要因となる健康問題や健康づくりに関する情報を発信するとともに、健康教室や健康相談を通じて介護予防の普及・啓発を進めます。また、昨今の感染症への対策、知識等の普及・啓発に取り組めます。

#### ① 健康づくりや生活習慣病予防のための普及・啓発

食生活や運動をはじめ健康づくりのための生活習慣の重要性について、広報紙やパンフレット等により、普及・啓発を行います。また、より多くの市民が、楽しみながら自分の健康を見直し、健

<sup>13</sup>ケアマネジメント：要介護者等のサービス利用者の問題やニーズを明確にし、保健・医療・福祉サービスを受けられるように適切な助言・援助を行うこと。介護保険制度では、要介護者等に保健、福祉、医療にわたるサービスが総合的、一体的、効率的に提供されるようにマネジメントする機能を制度内に位置付けている。①アセスメント（課題分析）、②ケアプラン作成、③サービスの調整や実施、④継続的な管理の各過程からなる。



康づくりに取り組めるような事業を推進します。

## ② 砂むし温泉入浴事業及び温泉入浴事業

本市居住の65歳以上の高齢者及び身体障害者の方に対し、砂むし温泉利用カードや温泉入浴利用券を発行し、高齢者等の健康の保持増進及び保健の向上を図ります。

## ③ 健康教育の充実

医師・歯科医師・管理栄養士・保健師・管理栄養士・歯科衛生士等により、健康に関する知識の普及や介護予防の普及啓発を充実します。

## ④ 健康相談の充実

保健師や管理栄養士による健康相談を行い、介護予防の普及・啓発を図ります。

### ➤(2) 疾病予防と重症化予防（保健事業）

健康診査やがん検診の重要性を周知して受診勧奨を拡大します。高齢者が相談しやすい身近な会場において相談会を実施し、生活習慣の改善が図れるよう支援します。また、訪問や面接により一人ひとりの生活状況に応じた生活習慣改善の指導を行い、生活習慣病の発症と重症化を予防します。

#### ① 健康診査・がん検診・人間ドックの実施

様々な機会において、健康診査の周知徹底を図るほか、保健センター<sup>14</sup>や関係機関と連携しながら広報を充実します。

また、地区での健康教室やふれあいデイなどの場で健診及びがん検診の重要性を周知します。

#### ② 特定保健指導の強化

特定保健指導の対象者が、自らの生活習慣における課題に気づき、生活習慣改善を実行し、健康的な生活を維持できるよう支援を行います。また、特定保健指導の目的や内容を広く周知し、特定保健指導を受ける人が増えるよう働きかけます。必要な方には生活習慣改善のサポートを行い、途中で中断しないよう支援します。

#### ③ 悪化予防のための健康教育

脳血管疾患や心血管疾患、腎不全を予防するために、高血圧や糖尿病の方を対象に教室等を実施し、個別に生活習慣の改善について支援します。

#### ④ 訪問指導

高血圧や糖尿病などの生活習慣病の発症及び重症化を予防するために、一人ひとりの生活状況に応じた訪問指導を行います。また、重症化予防のための保健指導を強化します。

### ➤(3) 保健事業と介護予防の一体的実施

本市の後期高齢者数は、今後も高水準を維持することが予想されます。そこで、高齢者の健康づ

<sup>14</sup>保健センター：地域住民に密着した健康相談、保健指導、健康教育など地域保健に関して必要な事業を行う機関。

くりを推進していくことにより、健康寿命の延伸を図り、可能な限り健康な状態で過ごせるよう国の施策に基づき、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進していきます。

### ① 一体的実施体制の充実

高齢者がいつまでも健康で日常生活を過ごせるよう、ハイリスクアプローチ<sup>15</sup>とポピュレーションアプローチ<sup>16</sup>による保健事業と介護予防を一体的に実施し、フレイル予防を推進するために、本市の健康課題を分析し、国民健康保険・後期高齢者医療広域連合の担当部署をはじめ、保健や介護の関係部署と連携を図ります。

### ② 一体的な事業の推進

高齢者は、複数の疾患を抱えていたり、フレイルなど加齢に伴う機能低下や認知機能の低下など一人ひとりが様々な状態に置かれています。加齢に伴い、健康上の不安が大きくなるため、高齢者がこれからも健やかに地域で日常生活が送れるよう、高齢者への個別的支援及び通いの場等への積極的な関与を行う高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進します。

団塊の世代が高齢者の仲間入りをし、高齢者の価値観やライフスタイルが多様化しています。多様なニーズや嗜好などを踏まえた「学び」の機会や、趣味や余暇を楽しむ活動の場を提供していく必要があります。

## □3 生きがいづくり・社会参加の促進

### ➤(1) 多様な趣味活動や学習機会の提供

高齢者が自由時間を有効に活用した趣味活動や、自己の充実・啓発や生活向上のため、生涯学習を通じて自発的に行う自由な「学び」の機会を提供し、充実して過ごせる環境の整備に努めます。また、多様化する高齢者のニーズに合わせた学習機会の提供に努めます。

### ① 生涯学習講座の充実

60歳以上の人を対象とした特別講座を開講し、一人ひとりが意欲を持って学び、楽しめるよう、引き続き講座の充実を図り、高齢者の多様な学習機会の提供に努めます。

### ② 地域社会への還元

生涯学習活動によって得られた知識を、ボランティア等により地域に還元する社会貢献活動を支援していきます。

### ➤(2) 生涯スポーツの推進

高齢者向けのスポーツ大会の開催や支援を行い、交流と健康づくりの場を提供します。また、ライフステージごとの身体の状態や運動能力に応じた健康づくりに取り組めるよう、誰でも気軽に楽しめる生涯スポーツの普及に努めます。

<sup>15</sup>ハイリスクアプローチ：疾病を発症しやすい高いリスクを持つ個人や集団に働きかける方法。

<sup>16</sup>ポピュレーションアプローチ：集団全体に働きかける方法。

### ① 生涯スポーツ推進事業の実施

生涯にわたって市民が健康づくりに取り組むことを目的に、関係機関・団体、特にスポーツ推進委員、総合型地域スポーツクラブ「特定非営利活動法人いぶすきスポーツクラブ」等と協働し、多くの市民がスポーツに触れる機会を増やすよう取り組みます。

### ➤(3) 発表の場・交流機会の充実

日ごろの趣味・教養活動の励みとなるよう、発表の機会の提供に努めます。また、家庭における世代間の交流が行われにくくなっている中で、高齢者と幅広い世代とが交流し、お互いの理解を深めていく取組を行います。

### ① 高齢者の取組の成果を発表する場の提供

高齢者が取り組んでいる趣味や教養活動の発表の場として、大会や催し物など様々な場面において、日ごろの活動の励みとなるよう、機会の提供に努めます。

### ② 世代間交流事業の推進

高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を、社会貢献活動に結びつけることができるよう、世代間交流を推進します。また、地域と学校が相互に連携して行う様々な活動を通して、地域の子どもたちが地域の高齢者から地域の文化や歴史を学ぶなどの地域学校共同活動を推進し、高齢者の活躍の場や生きがいづくりを目指します。

### ➤(4) ボランティア活動の促進

自らの技能や特技を積極的にボランティア活動等に活かそうとする高齢者の活躍の場を広げられるよう支援します。また、ボランティアの担い手を増やすため、ボランティアについての講習会や研修を行い、高齢者のボランティア参加へ意識の醸成を図ります。

高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業を活用し、高齢者支援活動や地域貢献活動の活性化を図ります。さらに、高齢者クラブなどの既存団体が、地域で見守りや生活支援も担う団体として活動できるよう支援します。

### ① ボランティアについての情報収集・提供及び研修会・講座の開催

今後、必要とされる生活支援に関するボランティアの担い手を養成していくために、ボランティアについての情報収集・提供、研修会・講座を開催し、ボランティア活動に対する意識向上を図ります。

### ② 高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業

65歳以上の高齢者を含む地域の任意の団体が行う互助活動に対し、地域商品券に交換可能なポイントを付与することにより、地域の互助活動を活性化し、介護予防の推進を図るとともに、高齢者を地域全体で支える地域包括ケアの推進を図ります。

図表 3-2-9 高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
登録団体数(団体)	92	94	100	103	107	110
地域商品券交換団体数(団体)	63	71	80	81	82	83

### ③ 地域での見守りや生活支援の担い手の多様化

高齢者クラブを中心とした地域住民によるボランティア活動の促進を図ります。具体的には、地域の高齢者の見守り支援や、ごみ出しなどの簡単な生活支援を行える体制づくりを進めます。

#### ➤(5) 高齢者クラブの活性化

高齢者クラブは、高齢者が自らの老後を健康で豊かなものにするための自主的な組織です。全国三大運動である「健康づくり活動・友愛活動・奉仕活動」のもと、各種研修会、交流会、地域美化活動、世代間交流、スポーツ大会、花壇の管理などの活動を展開しています。しかしながら、会員の高齢化に伴い、役員の後継者育成や新規会員の加入促進が課題となっています。今後も、老人クラブ連合会助成、単位高齢者クラブ助成を継続しながらクラブの育成を支援します。

#### ① 高齢者クラブ活動の支援

高齢者が地域社会に参画し、ころばん体操やふれあいデイなどを通じた健康増進・介護予防活動を支援し、生きがいづくりや仲間づくりの機会を創出します。また、広報やボランティア活動等を通じ、高齢者クラブが地域で果たしている役割を市民に理解していただけるよう周知に努めます。

#### ➤(6) 就業機会の充実

高齢者の臨時的かつ短期的な就業やその他の軽易な業務に係る就業の機会を確保し、高齢者の雇用機会の提供を図ることにより、生きがいづくりや社会参加の促進につながるよう支援します。

#### ① シルバー人材センター<sup>17</sup>の充実

広く普及・啓発に取り組み、新規会員の加入促進につなげるとともに、ひとり暮らし等高齢者など日常生活に不安を抱える高齢者に生活支援サービスを提供します。また、社会ニーズに対応した事業の開拓に積極的に取り組み、高齢者の多様なニーズに対応した就業機会の確保につながるよう支援します。

図表 3-2-10 シルバー人材センター会員数の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
会員数(人)	209	214	215	216	217	218

<sup>17</sup>シルバー人材センター：定年退職者などの高齢者に、「臨時的かつ短期的又はその他の軽易な就業（その他の軽易な就業とは特別な知識、技能を必要とする就業）」を提供するとともに、ボランティア活動をはじめとするさまざまな社会参加を通じて、高齢者の健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の福祉の向上と活性化への貢献を目的とする組織。

## 第3節 介護の視点を踏まえた取組

### □1 効果的・効率的な介護給付の推進

効果的・効率的な介護給付を推進するためには、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを事業者が適切に提供するように促すことが重要です。

適切なサービス提供の確保とその費用の効率化を通じた介護給付の適正化を図り、さらに、介護給付に係る不合理な地域差の改善に向けて、「要介護認定の適正化」、「ケアプラン点検」及び「縦覧点検・医療情報との突合」の主要3事業に積極的に取り組み、その取組状況を公表します。

#### ➤(1) 介護給付適正化の取組

##### ① 要介護認定の適正化

公平で客観的な認定調査を行うため、調査員に対して効果的な研修を行います。

また、認定審査会委員の認定審査への理解を深める取組を行うとともに、認定審査会委員や審査を行う主体間での情報共有を円滑にし審査・判定の平準化を図る取組を行い、併せて情報公表システムが適切なタイミングで利用者等に認知されるよう、周知を行います。

##### ② ケアプラン等の点検

効果的・効率的に事業を実施するため、国保連合会の介護給付システムを活用し、指導効果が高いと見込まれる帳票を優先して点検し、介護給付の適正化に取り組みます。

#### ア ケアプランの点検

介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成した居宅介護サービス計画（ケアプラン）等の記載内容について、国保連合会の介護給付適正化システムを活用し、効果等が期待される帳票を優先して点検を行います。

また、事業者に資料提出を求め、市職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を目指して、点検を実施します。

図表 3-3-1 ケアプランの点検実施事業所数

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施件数（件）	1,080	1,158	1,140	1,100	1,150	1,200

※ケアプラン点検検討会及び運営指導時の点検実施件数に基づく

#### イ 住宅改修等の点検

受給者の実態に応じた住宅改修工事を提供するため、改修工事前の書類点検や業者への聞き取り、工事後の必要に応じた訪問調査等により、介護給付の適正化に取り組みます。

図表 3-3-2 住宅改修等の点検件数

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
実施件数（件）	273	234	250	260	270	280

### ウ 福祉用具購入・貸与の調査

受給者の実態に応じた福祉用具を提供するため、国保連合会の介護給付適正化システムを活用し、効果等が期待される帳票を優先して調査し、介護給付の適正化に取り組みます。

### ③ 縦覧点検・医療情報との突合

国保連合会の適正化情報を有効に活用して医療情報と介護給付の適正化に取り組みます。縦覧点検については、受給者ごとに複数にまたがる介護報酬の支払いを確認し、提供されるサービスの整合性、算定日数等の点検を行います。

また、医療情報との突合については、入院情報と介護保険の給付状況を突合し、整合性を点検します。

図表 3-3-3 縦覧点検・医療情報との突合の回数

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
縦覧点検（回）	3,973	4,000	3,138	3,200	3,300	3,400
医療情報との突合（回）	1,255	1,285	1,078	1,100	1,200	1,300

### ➤(2) 地域密着型サービス運営委員会の設置

地域密着型サービス運営委員会は、地域密着型サービスの指定、地域密着型サービス指定基準及び介護報酬を設定しようとするときに、市長に対し意見を述べるほか、地域密着型サービスの質の確保、運営評価及びその他市長が地域密着型サービスの適正な運営を確保する観点から必要であると判断した事項について協議を行います。

### ➤(3) 利用者負担の適正化

介護保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、世代間・世代内で負担の公平化を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を確保するため、利用者負担の制度改正については適切に対応します。

### ➤(4) 低所得者対策

介護保険制度を持続可能なものとするためには、低所得者も保険料を負担し続けることを可能にする必要があることから、引き続き公費を投入し、低所得者の保険料を軽減します。

また、低所得者が介護サービスを利用するときの負担を軽減します。

### ① 公費による保険料軽減

引き続き公費を投入して、低所得者の保険料を軽減します。

## ② 特定入所者介護サービス費

住民税非課税世帯の要介護者が特別養護老人ホームや介護老人保健施設等に入所したときや、ショートステイを利用した場合の居住費（滞在費）と食費に対して、所得に応じた一定額の負担の軽減を図ります。

## ③ 社会福祉法人<sup>18</sup>等による利用者負担軽減等

低所得で特に生計が困難であるものに対して、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が利用者負担減額等を行います。

### ➤(5) 未納者対策

健全な財政運営及び負担の公平性の観点から、保険料の納入を促進する方策を実施します。

広報紙やパンフレット等を通じた広報活動を継続します。未納者に対しては、督促状や催告書を送付するなど滞納整理を進めますが、納付できない状況がある方には、分割納付などの納付相談を実施します。督促や催告にも関わらず納付に応じない滞納者には、差押さえを実施します。さらに長期滞納者に対しては、必要に応じて給付制限を適用するなどの措置を講じます。

## □2 介護サービス基盤の整備

今後、高齢化率が増加する一方で生産年齢人口は減少し、高齢者の医療・介護双方のニーズはますます高まっていく見込です。このことから、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込等を適切に捉え、地域の実情をに応じた介護サービスの基盤整備が必要となっています。

高齢者ができる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、既存の施設や事業所のあり方も含めたサービス基盤の整備について、関係者と議論や検討を行い、体制の整備に取り組みます。

### ➤(1) 介護保険サービスの供給体制確保及び整備計画

市内の施設等の利用定員総数は以下のとおりです。

#### ① 地域密着型サービスの整備

地域密着型サービスの整備については、必要性に関し、今後の中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込を捉えて、効果的・効率的に提供できる体制の確保（介護人材含む。）等について検討し、介護サービスの質の向上を図ります。

市指定サービスにおける公募による整備計画は、看護小規模多機能型居宅介護の新設1箇所を見込んでおり、令和7年度に整備、令和8年度に開設を計画します。

図表 3-3-4 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
整備総数	箇所	16	15	15	15	15	15
	定員	216	207	198	198	198	198

<sup>18</sup>社会福祉法人：社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉法に定めるところにより設立された法人。

図表 3-3-5 地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	3	3	3	3	3	3
	定員	78	78	78	78	78	78

図表 3-3-6 小規模多機能型居宅介護施設

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	5	5	5	5	5	5
	定員	141	141	141	141	141	141

図表 3-3-7 看護小規模多機能型居宅介護施設

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	0	0	0	0	0	1
	定員	0	0	0	0	0	29

図表 3-3-8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
事業所数		1	1	1	1	1	1

## ② 居宅サービスの整備

認定者が高水準を維持する中、要介護状態にある高齢者だけでなく在宅介護を支える家族の負担軽減にも配慮したサービス提供が可能となるよう、県と連携しながら必要に応じてサービスを検討します。

## ③ 施設サービスの整備

施設サービスは、県と協議しながら基本的には現状を維持し、必要に応じて認定者の増加に対応できるサービス整備も検討します。

図表 3-3-9 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム・地域密着型除く）

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	3	3	3	3	3	3
	定員	193	193	193	193	193	193



図表 3-3-10 介護老人保健施設

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	4	4	4	4	4	4
	定員	380	380	380	380	380	380

図表 3-3-11 介護医療院

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	1	1	1	1	1	1
	定員	60	60	60	60	60	60

図表 3-3-12 特定施設入居者生活介護

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
整備総数	箇所	2	2	2	2	2	2
	定員	56	56	56	56	56	56

➤(2) その他の施設の整備

環境上の理由及び経済的理由により、在宅での生活が困難になった方については、住まいの選択肢として、有料（経費）老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅についての情報提供を行います。また、これらの施設の質を確保するため、居宅サービス等の提供状況の把握や要介護認定の過程等で未届けの有料（経費）老人ホームを確認した場合は、積極的に県に情報提供するとともに、県と連携して入居実態等の把握に努めます。

図表 3-3-13 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料（経費）老人ホーム等

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
箇所数（箇所）		11	11	9	9	9	9
床数（人）		212	212	194	194	194	194

図表 3-3-14 養護老人ホーム

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
措置人数（人）		2	2	3	3	3	3

➤(3) 介護現場における資の向上

介護に関する知識を深めるための研修や相談会を開催するとともに、県等が実施する介護従事者向けの研修会等の情報提供を行い、地域の事業者を支援します。さらに、ケアマネジャーを対象に、ケアマネジメント研修会を開催し、資質向上を図るとともに、提供されるサービスの適正化や介護

サービス事業者の資質の向上につなげます。特に、地域密着型事業所に対しては、法令等を遵守したサービスが提供されているか確認するため、県と連携しながら指導監査等を行います。

#### ➤(4) 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメント

---

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国が示している事故報告様式を活用し、現場に関する指導や支援等の取組を進めます。

#### ➤(5) 介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化

---

介護施設等に対しては、高齢者虐待防止法等による権限の適切な行使を行い、令和6年4月1日から義務化される①虐待防止委員会の開催、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置も含めて介護サービス事業者への虐待防止対策を推進します。

#### ➤(6) 災害・感染症対策への取組

---

近年の災害発生状況や、感染症の流行を踏まえ、必要な介護サービスが継続的に提供できるように関係機関と連携を図ります。事業所に対しては、災害における高齢者など要支援者の避難対策や安否確認、感染症における予防対策の周知・徹底、災害や感染症発生時に備えた備蓄物資の事前準備などの取組を指導・強化し、業務継続計画についての必要な整備を推進します。

### □3 介護現場の人材確保及び生産性の向上

全国的に生産年齢人口が減少する中で、将来にわたって安定的な介護サービスの提供体制を確保するため、人材確保等の取組を進めます。

#### ➤(1) 人材確保及び育成

---

県及び関係機関、雇用関係部署と連携し、協議会において課題及び解決策を具現化することで、外国人や幅広い層の人材確保及び育成に向けた取組を進めます。また、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場環境作りを推進し、介護の仕事の魅力向上・発信に取り組みます。

#### ➤(2) 生産性の向上の推進

---

職場環境の改善等の取組を通じて介護現場の負担軽減を図り、介護サービスの質の向上へ繋げていく必要があります。介護現場における業務の仕分けや課題に応じた介護ロボットの導入、ICT（情報通信技術）の活用等の情報を周知し、さらに、文書に係る負担軽減等による介護事業所及び本市の業務の効率化に取り組みます。

### □4 市町村独自のサービス給付等（市町村特別給付等）

通常の介護給付サービスや予防給付サービスの他に、要介護者に対するサービスや要介護被保険者を現に介護するもののために必要な事業を市町村が条例等で定めて行うことができます。これらは市町村特別給付又は保健福祉事業というもので、介護給付や予防給付に対して「横出しサービス」と言われており、財源は全て第1号保険者の保険料で賄われます。

指宿市では第9期から、「要介護者訪問理容・美容助成サービス」を市町村特別給付として、「家族介護用品支給事業」を保健福祉事業として実施します。

➤(1) 市町村特別給付

市町村特別給付として独自に実施するサービスは、以下のとおりです。

① 要介護者訪問理容・美容助成事業

在宅で寝たきり等のため、理容所・美容所での理髪・整髪が困難な状況にある65歳以上の要介護認定者が、理容業者・美容業者の出張業務を受けた場合の理容料・美容料を助成することにより、衛生管理と在宅福祉の向上を図ります

図表 3-3-15 訪問理容・美容助成事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用者数(人)	15	16	16	16	16	16

➤(2) 保健福祉事業

保健福祉事業として独自に実施する事業は、以下のとおりです。

① 家族介護用品支給事業

在宅で寝たきり等にあり、常時紙おむつ等を必要とする65歳以上の要介護者(要介護3・4・5)を介護している家族に対し紙おむつ等を支給し、介護家族の身体的・精神的・経済的負担を軽減するとともに利用者の在宅福祉の向上を図ります。

図表 3-3-16 紙おむつ等支給事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用者数(人)	125	123	120	125	125	125

## 第4節 地域包括ケアの視点を踏まえた取組

### □1 地域ネットワークづくり

高齢期になっても健康に配慮しながら、社会参加し、生きがいを持って生活を続けることで、自分らしく生活することができます。しかし、加齢により疾病等のリスクが他の年代と比べて高まる高齢者の「生活の質（QOL<sup>19</sup>）」を維持するためには、本人の意志や努力はもとより、介護や医療サービスを含め地域で支える仕組みをつくることが重要です。まず、地域の高齢者の総合的な相談・支援機関である地域包括支援センターと行政が中心となって、医療や介護などの専門職、民生委員など地域住民を含めた「顔の見える」ネットワークを作り、地域の高齢者の生活を支えていく基盤とします。地域とのつながりが希薄化している中で、地域の様々な主体がそれぞれの役割分担の下、相互に連携しながら、地域共生社会の実現に向けて、自宅で生活する上で配慮が必要な高齢者を見守り、住み慣れた地域で安心して日常生活が送れる体制（地域包括ケアシステム）をつくります。

#### ▶(1) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを推進するための中核機関であり、増加する様々なニーズに対応するため、関係各機関との連携を強化し、その質の向上を図る必要があります。また、認知症施策の推進や在宅医療・介護の連携の推進を図る中で、業務内容の拡大や業務量の増大に応じた組織体制の強化を図ります。

##### ① 機能強化の推進

地域包括支援センターの機能強化を図るため、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員の3つの職種、又はそれに準ずる者、並びに介護支援専門員等を必要数配置し、体制の強化及び質の向上を図っていきます。

##### ② 認知症対応力の充実

地域包括支援センター内に専門的な研修を受講した認知症地域支援推進員を配置し、認知症対応力を強化します。

##### ③ 職員の資質向上

認知症ケアや在宅医療に関する知識を深めるための研修を実施し、地域の事業所への支援機能を高めます。

#### ▶(2) 地域包括支援センターの効果的な運営

地域包括支援センター運営協議会（年1回）を開催し、公平・公正な運営に努めます。

##### ① 情報共有の推進

定例会、各専門職連絡会を定期的に開催し、地域包括支援センター職員間で顔の見える情報交換

<sup>19</sup>QOL (quality of life) : 「生活の質」、「生命の質」、「人生の質」と訳され、専門分野や文脈によって使い分けられている。一般的な考えは、生活者の満足感、安心感、幸福感を規定している諸要因の質。

や研修の場を設けます。

### ➤(3) 地域ケア会議の充実

個別ケースの地域ケア会議を開催し、同時に相談業務など日々の活動を通じて、地域共通の課題を発見し、地域に必要な社会資源の開発や地域づくりに向けた協議を通して、地域課題の解決につなげます。また、地域で解決できない課題については、市全域での解決に向けて、施策に反映させる機能を持つ地域ケア推進会議を開催します。

#### ① 地域ケア個別会議の開催

##### ア 介護予防のための地域ケア個別会議

リハビリ職や歯科衛生士等の多職種が専門的視点に基づく助言を通じて、介護支援専門員やサービス事業所が自立に資するケアマネジメントの視点やサービス提供に関する知識・技術を習得することで、高齢者の自立支援や重度化防止を目指します。

##### イ 困難事例の地域ケア個別会議

地域において支援困難となっている個別ケースへの対応を地域住民も含めた関係者で検討し、個別課題の解決を図ることを目的としています。

#### ② 地域課題解決への取組・施策への反映

地域ケア個別会議を通して、見えてきた地域共通の課題について、地域課題ネットワーク会議や地域ケア推進会議を開催します。関係団体等と相互連携を図り、ネットワーク構築及び地域に必要な社会資源の開発を進めます。

図表 3-4-1 地域ケア会議の見込量

		実績値		見込値	計画値		
		R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
地域ケア個別会議 (介護予防)	開催回数(回)	3	3	3	3	3	3
	件数(件)	6	6	6	6	6	6
地域ケア個別会議 (困難事例)	開催回数(回)	2	4	4	4	4	4
	件数(件)	2	4	4	4	4	4
地域課題ネットワーク会議	開催回数(回)	2	2	2	2	2	2
地域ケア推進会議	開催回数(回)	1	1	1	1	1	1

### ➤(4) 高齢者団体等との連携

既存の高齢者団体等との連携を強化しながら、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れる体制をつくります。

#### ① 高齢者クラブ等の活用

地域にある高齢者クラブ等の組織力を活かして、地域の高齢者の見守り支援や、ごみ出しなどの簡単な生活支援を行える体制づくりを進めます。

## ② シルバー人材センターの活用

シルバー人材センターでは、生活支援サービスを提供するなど、社会ニーズに対応した事業の開拓に積極的に取り組みます。

## □2 家族介護者への支援の充実

在宅で介護をしている家族を支援するために、介護予防のための事業として、家族介護教室の開催などに取り組みます。

### ▶(1) 家族介護教室

家庭において家族を介護する者が、より安心して介護ができるよう、適切な介護知識や技術を習得することを目的とした家族介護教室を開催し、心身の健康増進や元気回復（リフレッシュ）、参加者同士の情報交換を行い、精神的・肉体的介護負担の軽減を図ります。

図表 3-4-2 家族介護教室の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
延べ参加者数（人）	91	53	48	50	50	50
開催回数（回）	3	3	3	2	2	2

### ▶(2) 介護負担を軽減するための取組

家庭で介護を行う介護者は、老老介護<sup>20</sup>を行う高齢者やその家族等であり、高齢による身体的負担や介護離職、介護と子育てのダブルケアやヤングケアラー<sup>21</sup>等の深刻な問題を抱えています。介護負担を軽減するため、地域包括支援センターにおける総合相談や関係機関等と連携し、家族介護者への支援に取り組んでいきます。

また、介護休業等の課題解決に向けた取組みや制度等について研究を進めます。

## □3 認知症施策の総合的推進

令和7年（2025年）・令和22年（2040年）を見据え、今後、認知症になる人は増加していくことが見込まれています。国では、認知症施策推進大綱（令和元年6月）に基づき、「共生」と「予防」を両輪とした施策を推進しており、認知症の人を含む地域の人が暮らしやすい社会づくりや認知症の予防等に取り組み、認知症の方が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、本人家族や関係機関・団体等と連携しながら施策を総合的に推進していきます。

### ▶(1) 認知症施策の検討・推進

認知症に関わる医療や介護、福祉等の関係者の代表が、施策の進行管理や問題点の検討を行うほか、新たな課題についても対応策を協議し、関係団体との協力体制を構築します。

また、地域課題ネットワーク会議において、関係団体と協力・連携しながら認知症に関する課題

<sup>20</sup>老老介護：65歳以上の高齢者が高齢者の介護を行うこと。

<sup>21</sup>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。

の整理と対応策を検討し、施策に反映させます。施策の効果を定期的に検証し、問題点の改善を進めるほか、新たな課題についても対応策を協議します。

図表 3-4-3 地域課題ネットワーク会議（認知症関係）の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
地域課題ネットワーク会議の開催（回）	1	1	1	2	3	3

### ➤(2) 認知症の理解を深めるための普及・啓発

地域住民の認知症に対する正しい理解を深め、認知症の人や家族を温かく見守る地域づくりに取り組みます。幅広い年齢層に対して認知症サポーター養成講座を開催し、アルツハイマー月間に学校や図書館等の関係機関と連携を図り、認知症について関心を持ってもらうための取組を推進します。

また、地域包括支援センターは、認知症に関する相談窓口になるとともに、関係者に対して必要な情報を提供し、活動しやすい環境を整備するほか、本人発信支援の取組を推進します。

図表 3-4-4 認知症サポーター養成講座の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
新規認知症サポーター数（人）	216	320	300	320	340	350
開催回数（回）	9	15	15	17	18	19
認知症サポーター総数（人）	5,080	5,400	5,700	6,020	6,360	6,710

図表 3-4-5 認知症に関する講演会等の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
参加者数（人）	33	28	15	20	20	20
開催回数（回）	1	1	1	1	1	1

図表 3-4-6 認知症特設コーナー設置の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
図書館（箇所）	2	2	2	2	2	2
学校など（箇所）	16	22	20	18	18	18

### ➤(3) 認知症予防に向けた取組の実施

健康相談・サロン等の主に高齢者が集まる機会を活用し、認知症予防の普及・助言を行います。

また、介護予防教室では、「脳のトレーニング教室」など効果的な認知症予防プログラムを実施します。

### ➤(4) 認知症に対する支援体制の強化

認知症により、日常生活に困難をきたしている方を支援するため、地域や認知症に関する医療・

ケア（早期発見・早期対応）、早期診断、早期支援等、関係機関と連携した支援体制を強化します。

また、認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員等により、包括的・集中的に支援します。具体的には、高齢者の生活機能低下を判断する基本チェックリスト等から、認知機能の低下の疑いのある高齢者を早期に把握し、関係機関と連携を図り、認知症の人やその家族が適切な支援を受けられる体制を整備します。

図表 3-4-7 認知症初期集中支援チーム及び訪問対象者の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
支援チーム（チーム）	1	1	1	1	1	1
支援者数（人）	5	4	4	7	7	7

### ➤(5) 認知症ケアの充実・地域づくり

認知症は病気の進行によって症状が変化し、その症状によって必要な医療・介護サービスが異なってきます。症状の変化に応じて、適切なサービスにつながるように、インフォーマルサービス<sup>22</sup>も含めた、医療・介護・福祉などのサービスを整理した「あんしん認知症ガイド」を活用し、分かりやすく提示していきます。また、認知症に関わる介護職の対応力の向上を目指し、研修や相談指導を行います。

さらに、徘徊により行方不明になった場合に、徘徊高齢者の情報を関係機関と共有し、対象者の早期発見ができるよう連携体制の充実を図ります。

#### ① 認知症に関する取組の向上

認知症地域支援推進員による、認知症に関する取組を推進します。推進員は認知症に関わる介護職の対応力向上のため、研修会の実施や、個別事例について相談・アドバイスをを行います。

図表 3-4-8 認知症地域支援推進員の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
推進員数（人）	2	3	2	2	2	2

#### ② 認知症ケアパスの普及

認知症の症状に応じた適切なサービスにつながるよう、介護や医療のサービス、見守りや配食等のインフォーマルサービス等を整理した認知症ケアパスの普及に努めます。

#### ③ SNSを活用した徘徊者支援

警察のSNSツールなどを活用し、徘徊高齢者の早期発見に努めます。

#### ④ 高齢者等あんしん登録票の普及促進

日常生活に不安のある高齢者等の情報を登録し、警察や消防等と情報共有することで、登録者が行方不明になった場合及び緊急搬送された場合等の情報把握が円滑となるように努めます。

<sup>22</sup>インフォーマルサービス：近隣や地域社会、ボランティアなどが行う非公式的な援助。



図表 3-4-9 高齢者等あんしん登録票の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
新規登録者数（人）	22	28	25	25	26	27
延べ登録者数（人）	87	121	120	120	122	125

### ⑤ 徘徊模擬訓練

徘徊高齢者の発生を想定した、地域の情報伝達や声掛け等の訓練を実施します。

図表 3-4-10 徘徊模擬訓練実施数の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
実施数（箇所）	0	2	1	2	3	3
参加人数（人）	0	72	60	75	80	90

### ⑥ 高齢者見守りサポーター協力事業所

郵便局やガソリンスタンドなど、日常生活や業務の中で、認知症等高齢者に対するさりげない見守りや声かけを行う「高齢者見守りサポーター協力事業所」の登録を推進します。

図表 3-4-11 高齢者見守りサポーター協力事業所の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
延べ事業所数（箇所）	94	100	99	101	103	104

### ⑦ キャラバン・メイト連絡会

認知症サポーター養成講座の講師であるキャラバン・メイトの交流の場を設置し、地域における認知症の理解を推進するための意見交換等を行います。

図表 3-4-12 キャラバン・メイト連絡会の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
開催回数（回）	1	1	1	2	2	2

## ➤(6) 認知症の人やその家族への支援

認知症の人やその家族が、気軽に集って話をしたり、相談したりできる場を充実させます。また、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」の設置を進めます。

### ① 認知症の人と家族の集いの場の充実

認知症の人やその家族、地域住民などが気軽に集まり、認知症について語り合ったり、専門スタッフに相談したりできる「認知症カフェ」などの交流の場づくりを支援します。

## ➤(7) 認知症バリアフリーの推進・認知症（若年性認知症を含む。）の人への社会参加等の支援

認知症の人が自分らしい生活を継続できるように、地域住民や関係機関に対する正しい理解の普及・啓発を推進します。また、関係機関と連携を図り、就労の継続や居場所づくり等の支援に努めます。

### ① 若年性認知症の理解を深めるための普及・啓発

パンフレットの配布や講演会等を開催し、広く若年性認知症の情報発信を行います。

### ② 社会参加活動の支援

鹿児島県若年性認知症コーディネーターやその他の関係機関と連携を図り、就労の継続等社会参加活動や居場所づくり等の支援に努めます。

## □4 権利擁護の推進

日常生活の判断をすることが難しくなる認知症高齢者等が増加傾向にある中、成年後見人を必要とする高齢者は年々増加することが予想されます。

したがって、今後も成年後見制度<sup>23</sup>の普及・啓発を図り、利用を促進します。

## ➤(1) 成年後見制度と本人への支援

本人の意思を尊重し、高齢者が地域で安心して生活できるよう、高齢者の人権を守り成年後見等の利用支援を推進するとともに、市長による申立支援や後見報酬助成を行います。

### ① 成年後見制度等の利用促進

成年後見制度について利用促進を図るため、指宿市成年後見制度利用促進基本計画に基づき、市民及び関係者への説明会等の実施やパンフレットの配布等を行い、成年後見制度の普及啓発に取り組みます。

また、中核機関（令和4年10月設置）の役割を担う地域包括支援センターを中心に、庁内や社会福祉協議会等の関係機関と連携し、権利擁護支援のための地域連携ネットワーク体制の充実を図ります。

図表 3-4-13 権利擁護に関する事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
出前講座の開催数（回）	1	1	1	1	1	1
出前講座参加者数（人）	30	12	50	40	45	50
会議の開催数（回）	1	1	1	1	1	1

## ➤(2) 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待は、家族等による家庭内の様々な要因等が重なり、今後も増加することが懸念されま

<sup>23</sup>成年後見制度：認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な人の自己決定の尊重と本人の保護の調和を図り、権利を守る制度。「法定後見制度」は、家庭裁判所で選任した成年後見人などがこれらの人の意思を尊重し、その人らしい生活のために、その人に代わって財産管理や、身上保護などを行うこと。

す。高齢者虐待に関する理解の普及・啓発及び虐待防止に向けた対策に取り組みます。

### ① 高齢者虐待に関する理解の普及・啓発

市民に対し、高齢者虐待についての正しい知識や理解を促し、虐待に関する意識向上を図ります。また、高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合には、速やかに地域包括支援センターや市役所に相談するよう周知を図ります。

### ② 関係機関との連携

高齢者虐待の実態や虐待防止の取組などについて共通認識を持ち、高齢者虐待防止体制がより充実するよう、地域課題ネットワーク会議等を通じ、関係機関等と密接に連携していきます。

また、市は通報があった場合、速やかに事実確認及び緊急性の判断を行い、高齢者虐待に迅速に対応します。

図表 3-4-14 地域課題ネットワーク会議（虐待関係）の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
地域課題ネットワーク会議	2	2	2	2	2	2

## □5 在宅医療・介護の連携推進・強化

後期高齢者の増加に伴い、今後、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加も見込まれています。高齢者が可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、入退院支援や日常の療養支援、急変時対応、看取り、認知症の対応強化等の局面を重点的に切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を図ります。また、かかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しながら、医師会等と協働し在宅における医療と介護の連携を推進・強化していきます。さらに、感染症や災害時における継続的なサービスの提供についても連携体制や対応等を検討していきます。

また、介護と医療が必要になったとき、希望する在宅での生活をイメージできるよう支援体制を含めた情報提供を行います。

### ➤(1) 在宅医療・介護に関する情報提供

在宅で医療や介護を受けながら生活することについて、高齢者をはじめ市民が容易にイメージし理解できるような情報を提供します。

#### ① 在宅医療・介護の普及・啓発

在宅での医療と介護について理解を深めるため、広報紙やパンフレットをはじめ、ホームページでの掲載等も含め、様々な形で周知します。

#### ② かかりつけ医・歯科医・薬局の普及・啓発

市民の日頃の健康管理のために、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」の役割や必要性について普及・啓発を図ります。

## ➤(2) 在宅医療・介護従事者の連携体制の構築及び相談体制の強化

在宅医療・介護連携推進協議会を開催し、施策の進行管理や問題点の検討を行うほか、新たな課題についても対応策を協議します。また、医療職や介護職などの多職種が協働意識を高め、連携を強化できる機会を作ります。さらに、地域の在宅医療と介護の連携を支援するために、必要に応じ、地域住民や医療・介護関係者からの相談窓口として対応できるよう、体制を強化します。

### ① 在宅医療・介護の連携に関する施策の検討・推進

医師会との連携により、在宅医療の推進体制を構築します。医師や歯科医師、薬剤師、ケアマネジャーなど、在宅医療・介護分野の各職種の代表が、在宅医療・介護の連携に関する課題や具体的な対策等について協議・検討します。協議会を構成する団体を中心に、関係団体と協力・連携しながら施策を進めていきます。

図表 3-4-15 在宅医療・介護連携推進協議会

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
協議会開催数（回）	1	0	1	1	1	1

### ② 多職種連携会議の開催

在宅医療や介護関係者の多職種参加型の研修を開催し、お互いの役割を理解した顔の見える関係づくりを進めます。

図表 3-4-16 多職種連携研修の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
開催数（回）	1	0	2	2	2	2

### ③ 在宅医療・介護の連携に向けた情報共有ツールの充実

地域の医療・介護の関係者が連携して高齢者のケアの向上を行うことが必要であり、特に入退院支援として医療機関と介護支援専門員の情報共有ツールとして「南薩保健医療圏域退院調整ルール」を活用し、連携体制を推進していきます。

図表 3-4-17 退院調整率の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
退院調整率（％）	95	85	95	95	95	95

### ④ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護連携に関する事項の相談を受け付け、必要に応じて地域の医療機関及び介護事業者等の連携の調整や紹介を行います。特に歯科の相談については、歯科衛生士による相談支援体制の充実を図ります。

## □6 地域支え合い体制づくりの推進

ひとり暮らし等高齢者世帯の増加など世帯構成の変化により、家族や地域とのつながりが希薄になり、孤独感が増加する高齢者が増えることが予想されます。そのため、支援を要する高齢者等を地域で見守り、適切な支援にいち早くつなげていくための体制づくりが急務となっています。また、ひとり暮らし高齢者は、家族による日常的な安否確認が行えないため、在宅で安心して生活するためには、急病や事故が起こった場合に、速やかな通報と迅速かつ適切な救命活動が行われるよう、支援する必要があります。高齢に伴って、日常的な軽作業が困難になったり、在宅での介護を必要としたりする場合があります。こうした生活機能が低下した高齢者が、住み慣れた地域で安心して快適に過ごせるための支援が必要です。

### ▶(1) 地域見守り体制の充実

民生委員や地域包括支援センター、社会福祉協議会等の地域の様々な福祉団体や民間事業者と連携し、支援が必要な高齢者を地域で見守るネットワークの充実を図ります。また、民生委員等と、地域で孤立するおそれのある高齢者等の情報を共有し、地域の中で援助を必要としている高齢者の実態把握を進め、定期的に見守ります。

#### ① 地域見守りネットワーク支援事業

見守りグループ構成員として登録された方が、65歳以上の寝たきり、ひとり暮らしの高齢者世帯等要援護者に対し、安否確認や声かけ、見守り活動などを行います。また、定期的な訪問活動を通して地域の融和を図り、ひとり暮らし高齢者の孤独感の解消に努めます。

図表 3-4-18 地域見守りネットワーク支援事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
見守りグループ構成員数（人）	672	648	655	660	665	670
訪問対象世帯数（世帯）	2,384	2,513	2,550	2,550	2,560	2,570
訪問回数（回）	65,516	76,936	77,000	77,050	77,100	77,150

#### ② ひとり暮らし等高齢者の実態把握

戸別訪問等によるひとり暮らし等高齢者の全数把握に努めます。見守り活動において適切な個人情報保護の保護と活用を図るため、個人情報保護に関する周知徹底を行い、本人の同意取得や個人情報の管理を徹底します。

### ▶(2) 高齢者を支える人材の裾野を広げる取組

幅広い年代層の個人やグループによる高齢者支援活動や介護保険施設等でのボランティアを推進し、高齢者を支える人材の裾野の拡大を図ります。

#### ① 介護人材確保ポイント事業

高齢者支援活動や介護保険施設等でのボランティア、介護分野の各種研修の受講に対しポイントを付与することにより、幅広い年代層の介護現場での更なる活躍を支援し、介護人材の裾野の拡大

を図ります。

図表 3-4-19 介護人材確保ポイント事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
登録者数（人）	47	50	52	55	57	60
地域商品券交換者数（人）	23	40	40	42	45	47

## ② ボランティアグループによる活動の促進

元気な高齢者を含むボランティアグループの介護保険施設等での活動を支援することで、地域の互助活動を促進し、ボランティアグループの介護分野における活動の活性化を図ります。

## ➤ (3) 生活支援体制整備事業の推進

高齢者等が住み慣れた地域で生きがいを持って在宅生活を継続していくために必要となる多様な主体による多様な生活支援サービスの充実を図ります。

地域の特性を生かした体制を整備するため、市内全域である第1層圏域と中圏域である第2層圏域とします。

## ① 生活支援コーディネーター活動の充実

生活支援コーディネーターによる地域における支え合い体制の推進や社会資源の発掘、不足しているサービスの開発など、生活の支援体制の整備を進めます。

図表 3-4-20 「支え合いマップ」<sup>24</sup>作成見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
新規作成数（地区）	0	0	1	2	2	2

## ② 生活支援サービスの担い手の養成

介護予防・生活支援サービスの担い手となる人材を養成し、サービス提供体制の構築と地域の支え合い体制の充実につなげます。

## ③ 元気高齢者によるボランティア活動の促進

元気な高齢者等が、ボランティアグループなどを組織し、生活機能の低下した高齢者を支える取組を支援します。

## ④ 協議体の運営及び充実

生活支援サービスの基盤整備には、ボランティアのほかに、民間企業、協同組合、社会福祉法人、NPOなど、多様な団体との情報共有や連携が必要であることから、協議体には地域住民や関係団体等に参加してもらい、地域の中での課題や不足資源を検討し、課題解決に向けて情報提供、情報共有を行います。

<sup>24</sup>支え合いマップ：地域住民等から聞き取った内容を見える化し、住民の関わり合いを線で結びながら、支援が必要な方や地域の取組み課題を抽出するための地図。行政・社協・福祉専門職や住民が一緒になって支援や課題の解決方策を考えることが出来る。防災の観点にも役立つ。

#### ➤(4) 高齢者福祉サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活が送れるよう、また、心身機能の低下により自立した生活に不安のある高齢者が要介護状態にならないよう予防的視点を重視し、介護保険サービス以外にもさまざまな在宅福祉サービスを提供し、支援していきます。

##### ① はり・きゅう等施術料助成事業

65歳以上の高齢者及び身体障害者の方に対し、はり・きゅう及びマッサージ等の受診券（助成券）を発行し、高齢者等の健康保持と保健の向上を図ります。

図表 3-4-21 はり・きゅう等施術料助成事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
受診券利用枚数（枚）	12,645	11,545	12,000	12,000	12,000	12,000
受診券利用者数（人）	1,260	1,195	1,200	1,200	1,200	1,200

##### ② 心配ごと相談等事業

司法書士、弁護士等を中心に、法律相談等を定期的開催し、高齢者等の身の回りの心配ごとや悩みごと等の問題解決に努め、安心感を与えることにより、心身の健康が保たれるよう事業の推進を図ります。

図表 3-4-22 心配ごと相談等事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
延べ利用者数（人）	87	80	80	80	80	80

##### ③ 緊急ショートステイ事業

おおむね 65 歳以上の者に対する虐待等の理由により、在宅生活が困難になった者について、一時的に介護保険施設に入所させることにより、高齢者の心身の安全を確保し、高齢者の福祉向上を図るよう努めます。

図表 3-4-23 緊急ショートステイ事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
利用者数（人）	0	0	1	1	1	1
利用日数（日）	0	0	7	7	7	7

##### ④ 緊急通報体制等整備事業の見込量

おおむね 65 歳以上の高齢者又は身体障害者のうち、ひとり暮らしであること等により急病や災害等の緊急時に、迅速かつ適切な対応がとれない方を対象に、通報先を消防署や親族・隣人等とする緊急通報装置を給付します。

図表 3-4-24 緊急通報体制等整備事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
設置台数（台）	10	15	15	15	15	15

### ⑤ 「食」の自立支援事業

おおむね 65 歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯に属する虚弱な高齢者及び身体障害者であって、食の自立支援や介護予防の観点からサービスが必要かどうかの調査を行い、必要と認められる方に対し、昼食と夕食を居宅に配達をします。配達時には安否確認を行い、食生活の改善や社会的孤独感の解消、在宅での自立した生活を支援します。

図表 3-4-25 高齢者訪問給食サービス事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
利用者数（人）	326	323	330	330	330	330
配食数（食）	135,506	129,505	130,000	130,000	130,000	130,000

### ⑥ 紙おむつ等支給事業

在宅で寝たきり等にあり、常時紙おむつ等を必要とする要介護者（要介護 3・4・5）等、又は重度心身障害者の方に対し紙おむつ等を支給し、介護者の身体的・精神的・経済的負担を軽減するとともに利用者の在宅福祉の向上を図ります。

図表 3-4-26 紙おむつ等支給事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
利用者数（人）	58	52	60	60	60	60

### ⑦ 訪問理容・美容助成事業

在宅で寝たきり等のため、理容所・美容所での理髪・整髪が困難な状況にある 65 歳以上の高齢者が、理容業者・美容業者の出張業務を受けた場合の理容料・美容料を助成することにより、衛生管理と在宅福祉の向上を図ります

図表 3-4-27 訪問理容・美容助成事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
利用者数（人）	1	1	2	2	2	2

### ⑧ 老人福祉車購入費助成事業

非課税世帯の高齢者に対して老人福祉車の購入費の一部を助成し、高齢者の日常生活での便宜を図るとともに、高齢者の健康管理の増進に努めます。



図表 3-4-28 老人福祉車購入費助成事業の見込量

	実績値		見込値	計画値		
	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
利用者数（人）	52	53	55	35	35	35

### ⑨ 救急医療情報キットの普及・推進

医療情報や「診察券(写)」「健康保険証(写)」などを専用の容器に入れ、自宅（冷蔵庫）に保管しておくことで、緊急時に消防署と医療機関等との連携に備えられる救急医療情報キットを普及・推進します。

## ➤(5) 高齢者の住まい環境と生活環境の整備

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、住環境の整備を支援します。また、高齢者の移動手段の支援として、交通ネットワークについて周知し利用を促進します。

安全で快適に生活できるように計画的な歩道のバリアフリー<sup>25</sup>化や、公共施設のバリアフリー化、生活環境におけるバリアフリー化を関係機関と連携し進めます。

### ① 住まい環境の整備支援

地域共生社会の実現のため、住まいと生活の一体的な支援が必要であることから、在宅でも安全に生活できるようバリアフリー化を図るなど住まい環境の整備をしようとする者に対し、相談・助言を行います。

### ② 高齢者世話付き住宅に対する生活援助員派遣

60歳以上の単身世帯又は夫婦のみでいずれかが60歳以上の世帯などで、高齢者世話付き住宅に居住する方に対して生活援助員を派遣し、生活支援・相談・安否確認・緊急時の対応等のサービスを提供します。入居者が自立して安全かつ快適な生活を営むことができるよう、在宅生活の支援に努めます。

### ③ 高齢者等が移動しやすい交通機関の整備

本市において導入している「市内循環バス」や「予約型乗合タクシー」、「路線バス回数券」の利用啓発を行うとともに、今後も関係機関と連携を深め、高齢者等が気軽に利用できるよう支援を行います。

### ④ 高齢者を対象とした交通安全教室の開催

高齢者向けの交通安全教室のPRを行い、多くの高齢者が受講するよう努めるとともに、分かりやすい内容を心がけ、交通ルールの再確認及び交通マナーの向上に努めます。

### ⑤ 歩行空間の整備

市民が安全で快適に道路を利用できるよう、段差の解消や視覚障害者用ブロックの設置等、計画的な歩道のバリアフリー化に取り組みます。

<sup>25</sup>バリアフリー：バリアとは通行や出入り口をはばむ柵や防壁障害物のことをいう。一般的には高齢者や障害者の歩行、住宅などの出入り口を妨げる障害がなく、動きやすい環境のことであるが、社会基盤や施設の障壁、制度上の障壁、そして心の障壁を取り除くことをさす場合もある。

## ⑥ 公共施設等バリアフリーの推進

高齢者や障害者などを含め、誰にもやさしいまちづくりを推進するため、全ての施策・事業においてユニバーサルデザイン<sup>26</sup>の考え方を取り入れていきます。高齢者が気軽に外出し、買い物や通院だけでなく、さまざまな場所に出向き、希望する活動に参加できるよう、道路整備においては、高齢者が安心して利用できる歩道の整備や既存部分のバリアフリー化等の推進に努めます。また、未整備の施設や地域については、関係機関と連携を図り、今後、必要性やニーズに基づき検討します。

---

<sup>26</sup>ユニバーサルデザイン：「すべての人のためのデザイン」を意味し、年齢や障害の有無などにかかわらず、最初からできるだけ多くの人が利用可能であるようにデザインすること。