第 10 期高齢者福祉計画・介護保険事業計画

（令和９年度～令和 11 年度）

（素案）

令和８年 11 月

指　宿　市

目　　次

第Ⅰ章　計画策定の基本的な考え方 …… 1
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　計画の策定及び進捗管理の体制 …… 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Ⅱ章　本市高齢者を取り巻く現状 …… 9
第１節　高齢者等の現状 …… 9
❒１　人口構成の状況 …… 9
❒２　認知症高齢者の状況 …… 10
❒３　要支援・要介護者の状況 …… 11
第２節　実態調査からみた高齢者の状況 …… 12
❒１　一般高齢者調査の結果 …… 12
❒２　在宅要介護（要支援）者調査の結果 …… 15

第Ⅲ章　高齢者福祉・介護保険事業施策の推進 …… 18
第１節　計画の基本理念と基本目標 …… 18
❒１　計画の基本理念 …… 18
❒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 …… 18
❒３　計画の基本目標 …… 19
❒４　ＳＤＧｓとの関連 …… 20
❒５　施策の体系 …… 21
第２節　介護予防の視点を踏まえた取組 …… 23
❒１　介護予防の総合的な推進 …… 23
❒２　健康づくりの推進 …… 25
❒３　生きがいづくり・社会参加の促進 …… 27
第３節　介護の視点を踏まえた取組 …… 30
❒１　効果的・効率的な介護給付の推進 …… 30
❒２　介護サービスの供給基盤の整備 …… 32
❒３　介護現場の人材確保及び生産性の向上 …… 34
❒４　市町村独自サービスの実施 …… 35
第４節　地域包括ケアの視点を踏まえた取組 …… 36
❒１　地域ネットワークづくり …… 36
❒２　家族介護者への支援の充実 …… 38
❒３　認知症施策の総合的推進 …… 38
❒４　権利擁護の推進 …… 41

❐５　在宅医療と介護の連携推進・強化 42
❐６　地域支え合い体制づくりの推進 44

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

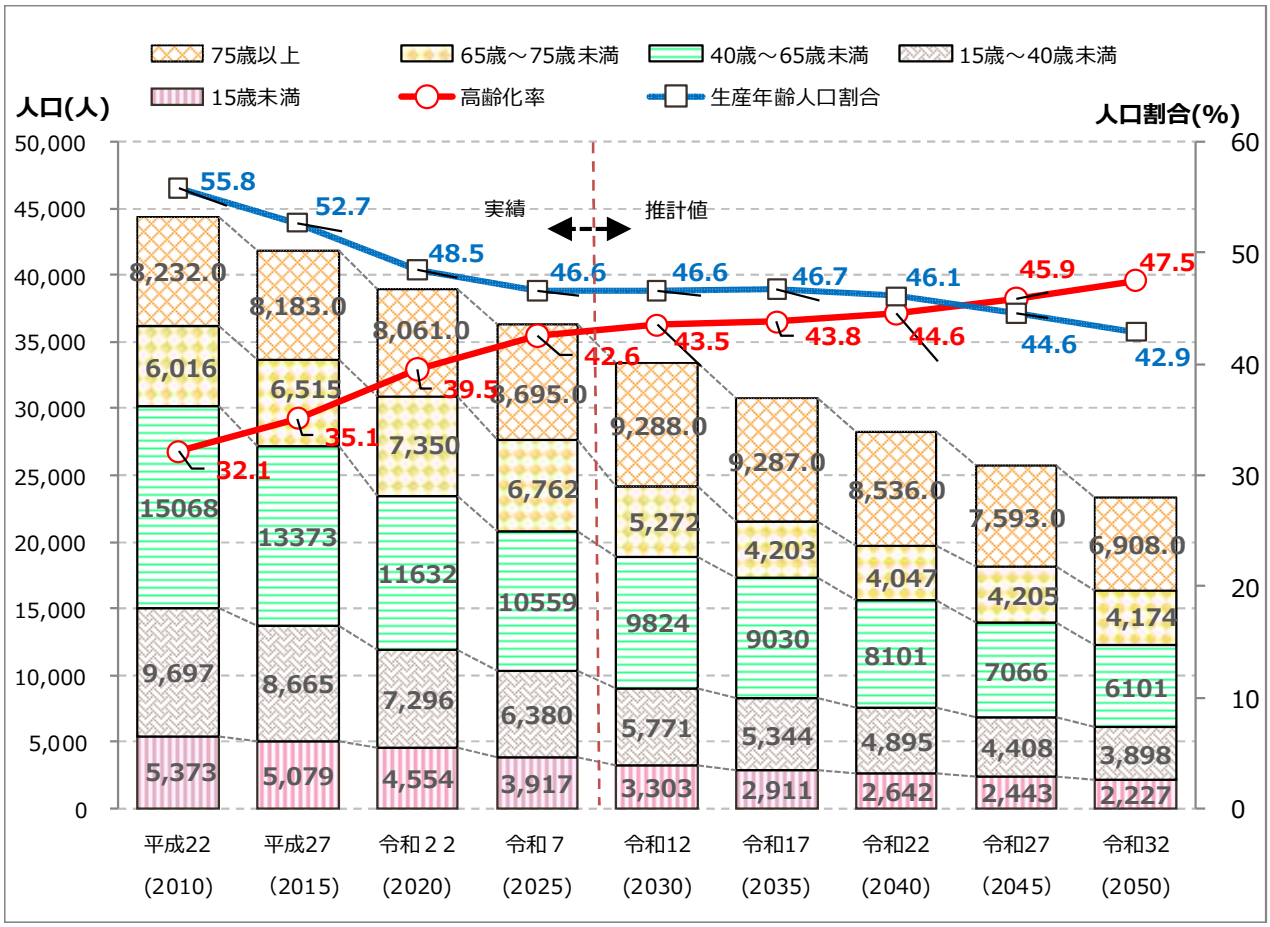
日本では、出生数の減少による少子化と平均寿命の延伸による長寿化が同時に進行しており、人口減少と高齢化が急速に進んでいます。令和６（2024）年の高齢化率は 29.3%となっており、団塊の世代が後期高齢者となることで今後も介護や医療の需要が増加していくことが見込まれています。

また、鹿児島県の高齢化率は 34.2%、指宿市の高齢化率は 39.6%と国の平均を大きく上回っており、今後も若年層の流出や出生数の減少を背景に、高齢化がさらに進行し、介護ニーズの増大や介護人材の確保が重要な課題となることが見込まれています。

このような状況を踏まえ、高齢者[1]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、介護予防の推進や地域包括ケアシステム[2]の充実、介護と医療の連携、認知症施策の推進などを一体的に進める必要があります。

本計画では、高齢者を取り巻く現状や将来推計を踏まえながら、介護サービスの基盤整備、介護予防の推進及び地域包括ケアシステムの深化・推進を図ることで、将来にわたり持続可能な介護保険制度の運営と地域共生社会の実現を目指しています。

図表Ⅰ-1-1　指宿市の人口の推移



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５年推計）」より

[1]**高齢者**：65 歳以上の者（世界保健機関（WHO）の定義による）

[2]**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うえで、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）　計画の位置づけ及び上位計画との関係

「高齢者福祉計画」は、老人福祉法に基づき各市町村が策定することとされており、主な福祉サービスの見込量を明らかにし、高齢者福祉事業全般にわたる供給体制の確保に関して必要な事項を定めるものです。

また、「介護保険事業計画」は、介護保険法に基づき各市町村が策定することとされており、介護保険サービス給付費や地域支援事業費の見込量を推計し保険料を定めるなど、介護保険事業の円滑な運営に際して必要な事項を定めるものです。

本市では、将来において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」や高齢者福祉施策に関連する他の計画を踏まえながら、高齢者の福祉施策の総合的推進を図るため、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」として両計画を一体的に策定しています。

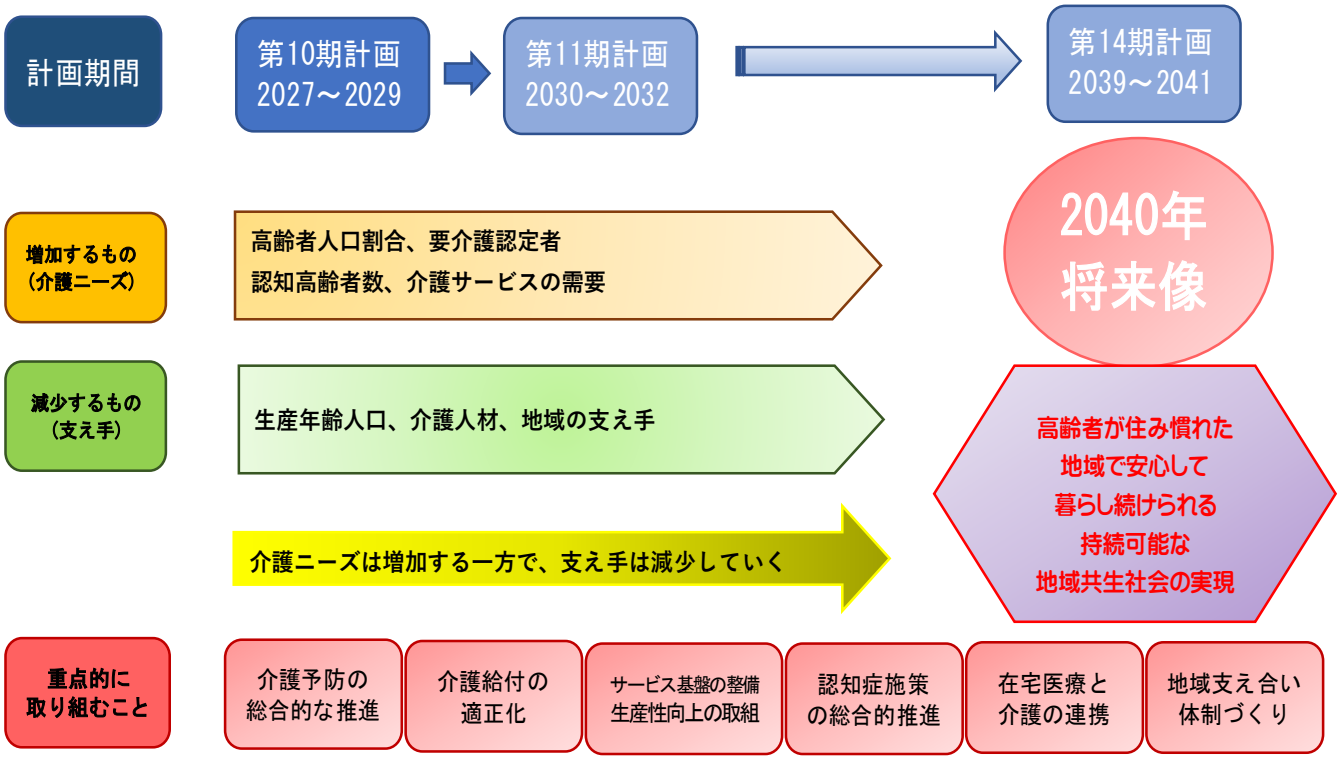
➢（２）　計画期間

本計画は、令和９（2027）年度を初年度とし、令和 11（2029）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を図るとともに、地域ごとの人口構造や介護ニーズを適切に捉え、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を策定します。

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の必要性が生じた場合には、必要な改正を行うものとします。

図表Ⅰ-1-2　2040年を見据えた事業計画の見通し



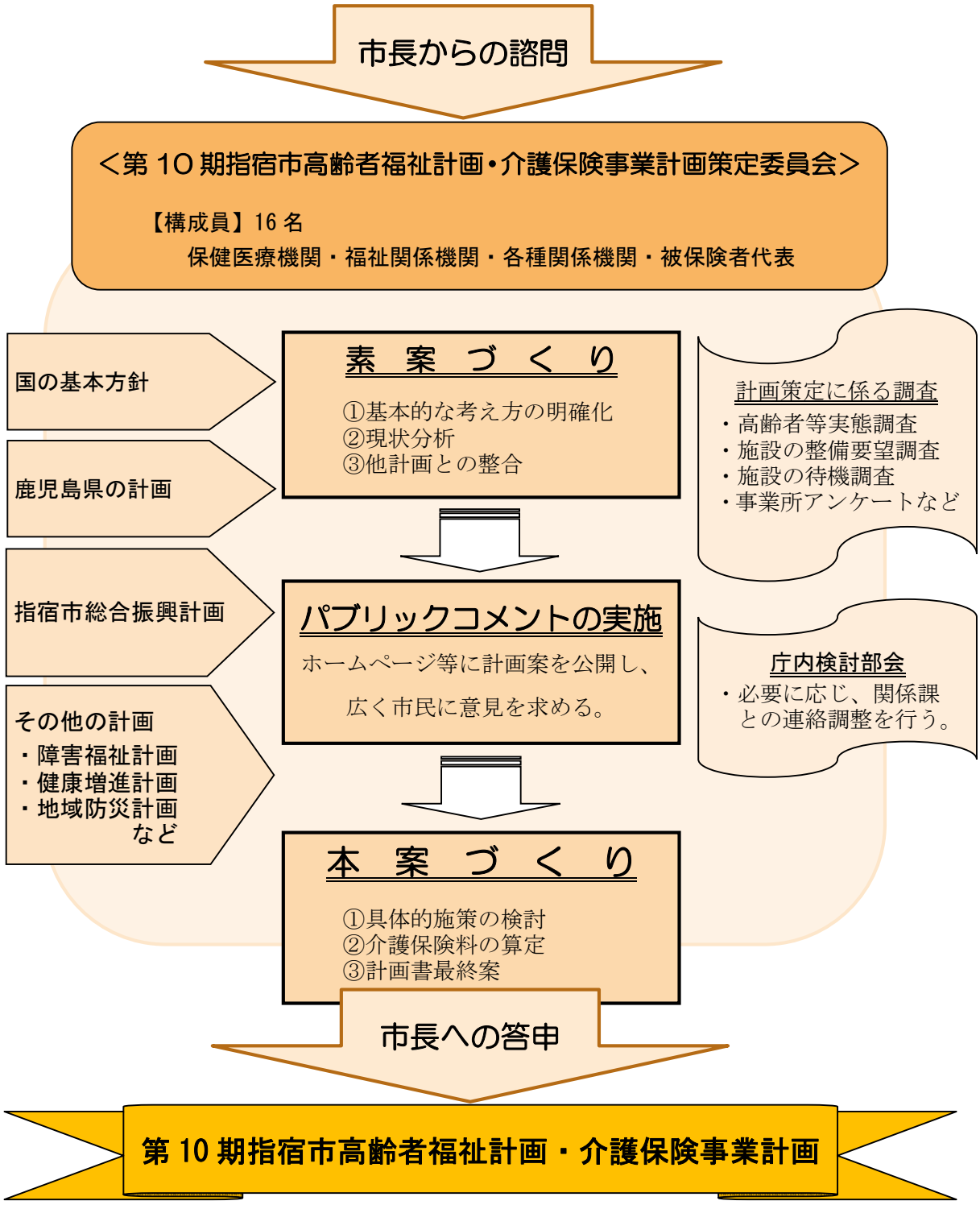
❒３　計画の策定及び進捗管理の体制

➢（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Ⅰ-1-3　計画策定の体制図



➢（２） 計画策定のながれ

計画策定に当たっては、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

事業計画の策定にあたり、地域の実態を正しく把握するため、厚生労働省の指針に基づき実態調査を行いました。

〇調査基準日：令和７（2025）年 10 月１日

図表Ⅰ-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	538件	206件	38.3%
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	493件	98.6%
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	526件	487件	92.6%

② 計画策定委員会の開催

指宿市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定員会設置要綱に基づき、16名の委員で構成された委員会を設置し、全３回の策定委員会により協議を行いました。

図表Ⅰ-1-5　計画策定委員会の概要

開催回	期　　日	議　　題
第１回	令和８年７月22日	〇委員の委嘱状交付及び会長・副会長の選任 〇計画策定の概要及び策定スケジュール 〇計画の基本方針について 〇第10期計画の骨子について 〇介護サービス・高齢者福祉・介護予防事業の動向 〇施設等の整備について　等
第２回	令和８年10月28日	〇第10期計画の方針・方向性・素案について　等
第３回	令和９年１月27日	〇第10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） 計画の進捗管理及び点検

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について、把握・点検・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、計画の検証及び評価に活かします。

また、計画の進捗状況の点検・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し、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を検証・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ます。

❐４　計画策定の視点

第 10 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 10 期では、基本的記載事項（必須記載事項）として「2040 年度を含む中長期的なサービス見込量の推計」が位置づけられており、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスの種類ごとの量に関する中長期的な推計を定めるものとされております。また、策定にあたって確認すべき指標・状況として、以下の基本的考え方（基本指針）が示されています。

本計画の推進に当たっては、計画の実効性を高めるため、PDCA サイクル[3]の考え方に基づき、継続的な進捗管理を行います。

図表Ⅰ-1-6　厚生労働省「基本指針の構成について」より抜粋

１　2040 年にむけた地域包括ケアシステムの深化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）地域の実情に応じた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）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
（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）高齢者の住まいの安定的な確保
（９）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、経営改善支援等
（10）その他介護保険事業の円滑な実施を確保するために必要な事項
ア 高齢者虐待防止対策の推進
イ 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
ウ 介護サービス情報の公表
エ 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等
オ 災害・感染症対策に係る体制整備

２　介護保険事業（支援）計画の作成に関する事項

（１）都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
（２）地域医療構想等との整合性の確保
（３）効果的・効率的な介護給付の推進
（４）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
（５）保険者機能強化推進交付金等の活用

[3]**PDCA サイクル**：Plan（計画）Do（実行）Chack（評価）Act（改善）の４つのプロセスを順番に繰り返し、より良いサービスへと繋げ向上させるためのフレームワーク。

図表Ⅰ-1-7　厚生労働省「第 10 期計画において記載を充実する事項」より抜粋

１　介護サービス基盤の計画的な整備

（１）介護保険事業（支援）計画の策定

ア 2040 年を見据えた中長期的な推計の実施。都道府県と市町村が共通の課題認識を持った上で、地域における 2040 年に向けたサービス提供の在り方について、広域的に議論する体制の構築

イ 計画策定における都道府県の関与や医療・介護連携の強化等のため、計画策定過程における議論のプロセスや都道府県・市町村の医療・介護担当等の関係者で議論すべき内容の明確化

ウ 計画策定に当たって都道府県・市町村や関係者が確認すべき指標や状況等の提示

エ 介護保険事業（支援）計画におけるロジックモデルの活用やＰＤＣＡサイクルに沿った計画策定の推進

（２）地域の実情に応じたサービス提供体制の構築

ア 「時間軸」及び「地域軸」の両視点から、地域の類型（中山間・人口減少地域、大都市部、一般市等）を念頭に置いた計画策定の重要性

イ 中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の確保のために必要な対応（人材確保や生産性向上等の施策、新たな類型を含む特例介護サービスの活用等）の推進

ウ 介護サービスの基盤整備にあたり、医療との連携状況や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居定員総数や要介護者等の状況の勘案

エ 中山間・人口減少地域等において真にやむを得ない場合における高齢者事業の廃止・転用等

２　地域包括ケアシステムの深化

（１）改正住宅セーフティネット法を踏まえた、住宅部局と福祉部局の連携の重要性

（２）総合事業の多様なサービス・活動の充実に加え、総合事業に該当しない多様な活動や事業を含めた取組の重要性

（３）介護予防と地域の支え合いを一体的に実施する拠点の整備・運営

（４）頼れる身寄りがいない高齢者等への地域包括支援センター等による相談対応の明確化、切れ目のない支援が提供される地域づくりの推進

（５）認知症基本法の成立及び認知症施策推進基本計画を踏まえた取組の推進

（６）高齢者向け住まいにおける虐待防止や、養護者に該当しない同居者等からの虐待防止の推進

（７）災害や感染症に対する備えとして、地域包括支援センターの業務継続に向けた計画等を策定し、平時からの地域における関係構築や訓練の実施等の重要性

３　介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等

（１）介護人材確保、生産性向上、経営改善支援策等に関する取組の充実（多様な人材の確保・育成、離職防止・定着促進、介護職の魅力向上、外国人材の受入環境整備、介護テクノロジーの導入促進、協働化等の推進等）

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、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。

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Ⅰ-2-1 各圏域の概況

圏域【地域】	面　積	人　口	高齢者数	高齢化率
圏域１【指宿地域】	78.38km^2	24,343 人	9,486 人	39.0%
圏域２【山川・開聞地域】	70.63km^2	11,646 人	5,819 人	50.0%
計	149.01km^2	35,989 人	15,305 人	42.5%

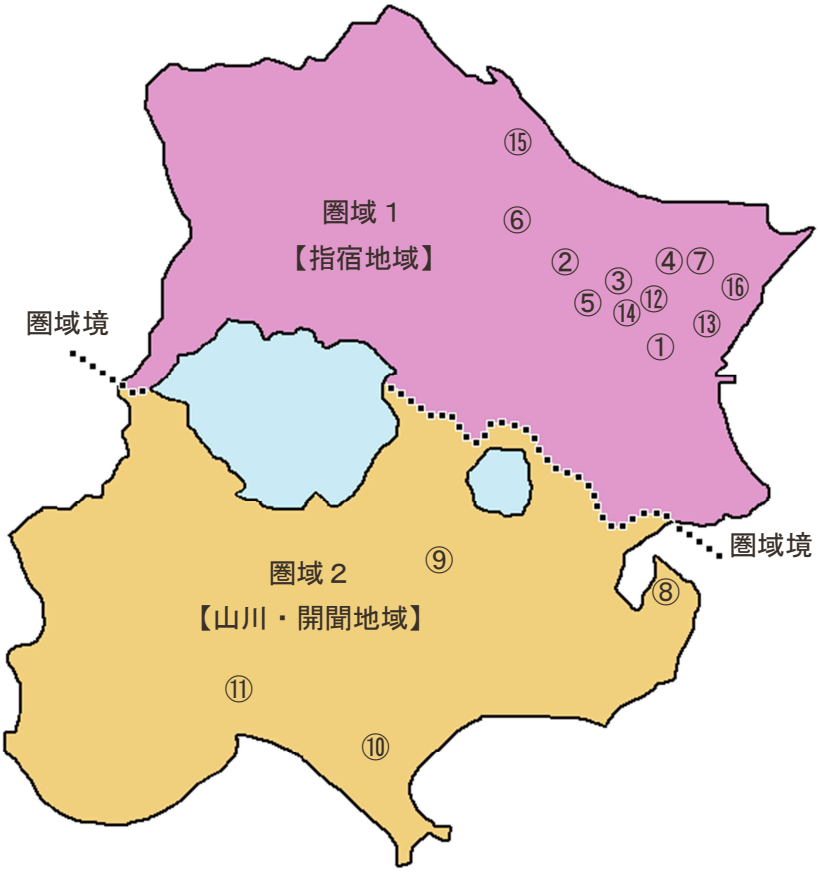
※人口及び高齢者数は、令和８（2026）年９月30日現在（外国人含む。）。

図表Ⅰ-2-2 各圏域の地域密着型サービスの整備状況

圏域【地域】	認知症対応型共同生活介護		小規模多機能型居宅介護		看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	個所数	定　員
圏域１【指宿地域】	８か所	135 人	４か所	116 人	１か所	29 人	２か所	58 人
圏域２【山川・開聞地域】	４か所	54 人	１か所	29 人	０か所	０人	１か所	20 人
計	12 か所	189 人	５か所	145 人	１か所	29 人	３か所	78 人

※箇所数・定員は、令和９（2027）年３月31日現在。

図表Ⅰ-2-3　各圏域と地域密着型サービス事業所の配置　※令和９（2027）年３月31日現在



圏域１【指宿地域】		圏域２【山川・開聞地域】	
●　認知症対応型共同生活介護　（12 事業所）			
グループホーム　あおぞら	①	グループホーム　さくら	⑧
グループホーム　秋桜畑		グループホーム　どりーむ大山	⑨
指宿みどり館	②	グループホーム　遊花里	⑩
グループホーム　えがおとほほえみ	③	グループホーム　オリビンの風	⑪
グループホーム　サンテ・ヴィラージュ	④		
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　ふれあい	⑦		
●　小規模多機能型居宅介護（５事業所）			
小規模多機能ホーム　あいおい	⑫	ケアホーム　合歓の木	⑧
小規模多機能型居宅介護　徒然館	⑬		
小規模多機能ホーム　伝	⑭		
ケアホーム　ゆとり	⑮		
●　看護小規模多機能型居宅介護（１事業所）			
看護小規模多機能型居宅介護あいおいのもり	③		
●　介護老人福祉施設入所者生活介護（３事業所）			
あいおいの郷	⑫	徳光苑アネックス	⑩
サンピアよつ葉	⑯		

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８（2026）年９月30日現在で35,989人となっており、65歳以上の高齢者人口は15,305人、総人口に占める割合は42.5％となっています。第９期計画のスタート時点である令和６（2024）年と比較して、総人口は1,303人の減少、高齢者人口は267人の減少となっています。

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576人減少に対し、後期高齢者は309人増加しており、それぞれの総人口に占める割合は前期高齢者18.1％、後期高齢者24.4％となっています。第10期計画の終了年度である 令和11（2029）年までの見通しをみると、総人口は34,029人と減少傾向が続くことが予想され、高齢者人口も減少傾向にありますが、75歳以上の後期高齢者人口は増加傾向が続くことが見込まれています。

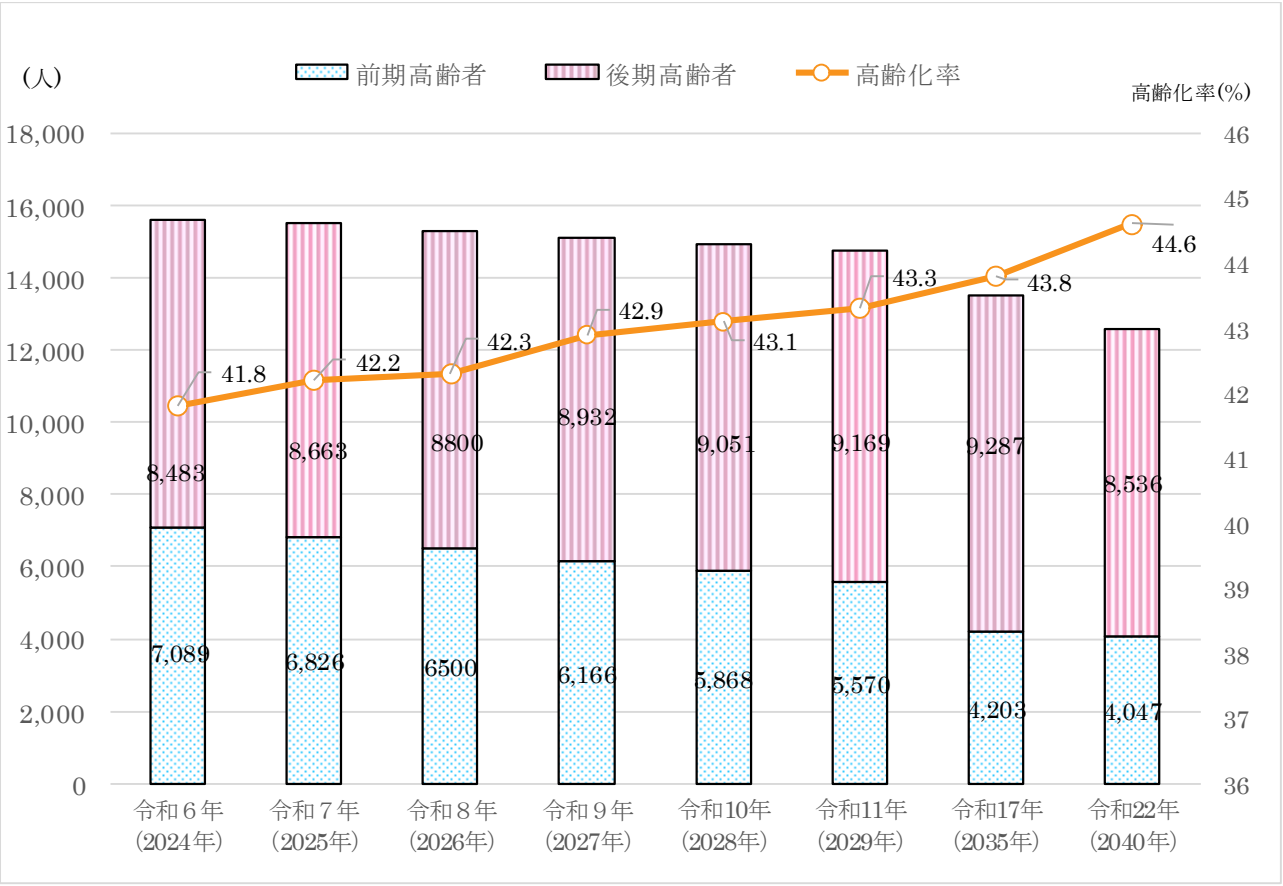
また、団塊ジュニア世代が65歳以上になる、令和22（2040）年の推計では、75歳以上の高齢者人口も減少する見通しですが、高齢化率は44.6％に達し、2.2人に１人が高齢者であることが推計されています。

図表Ⅱ-1-1　総人口及び高齢者人口の推移と見込み　（人）

区　　分	令和６年（2024 年）	令和７年（2025 年）	令和８年（2026 年）	令和９年（2027 年）	令和 10 年（2028 年）	令和 11 年（2029 年）	令和 17 年（2035 年）	令和 22 年（2040 年）
総 人 口	37,292	36,715	35,989	35,172	34,599	34,029	30,775	28,221
40～64 歳	10,707	10,650	10,454	10,265	10,118	9,971	9,030	8,101
65 歳以上	15,572	15,489	15,305	15,098	14,919	14,739	13,490	12,583
65～69 歳	3,271	3,149	2,963	2,788	2,618	2,449	2,012	2,111
70～74 歳	3,818	3,677	3,550	3,378	3,250	3,121	2,191	1,936
前期高齢者	**7,089**	**6,826**	**6,513**	**6,166**	**5,868**	**5,570**	**4,203**	**4,047**
75～79 歳	2,948	3,238	3,509	3,280	3,293	3,307	2,757	2,032
80～84 歳	2,257	2,155	2,041	2,422	2,548	2,673	2,869	2,411
85 歳以上	3,278	3,270	3,242	3,230	3,210	3,189	3,661	4,093
後期高齢者	**8,483**	**8,663**	**8,792**	**8,932**	**9,051**	**9,169**	**9,287**	**8,536**
前期高齢者	19.0%	18.6%	18.1%	17.5%	17.0%	16.4%	13.7%	14.3%
後期高齢者	22.7%	23.6%	24.4%	25.4%	26.2%	26.9%	30.2%	30.2%
高齢化率	**41.8%**	**42.2%**	**42.5%**	**42.9%**	**43.1%**	**43.3%**	**43.8%**	**44.6%**

※令和９年～令和 11 年は、第 10 期計画期間。
※令和６年～令和８年は、住民基本台帳の各年９月末現在。
※令和９年以後は、日本の地域別将来推計人口（R5 年推計）を参考にした推計値。

図表Ⅱ-1-2　高齢者人口の推移と見込み



❐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８年は3,089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2,724人～3,034人（高齢者の19.2％～21.4％）、令和22（2040）年に2,132人～2,534人（同17.8％～21.2％）となり、減少していくことが予測されます。

図表Ⅱ-1-3　認知症の人の将来推計

項　　目		令和８(2026)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	有病率	18.3%～19.8%	19.2%～21.4%	17.8%～21.2%
	指宿市	2,849～3,089人	2,724～3,034人	2,132～2,534人
	国	668～723万人	707～789万人	690～820万人

※「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６（2026）年９月30日現在で本市の第１号被保険者の要介護（要支援）認定者数は2,919人、認定率18.7%となっています。高齢者数は、第10期計画期間中に減少傾向に転じる見込みですが、要介護（要支援）認定者の割合は増加傾向にあり、令和11（2027）年には2,917人、認定率19.8%になることが推計されています。

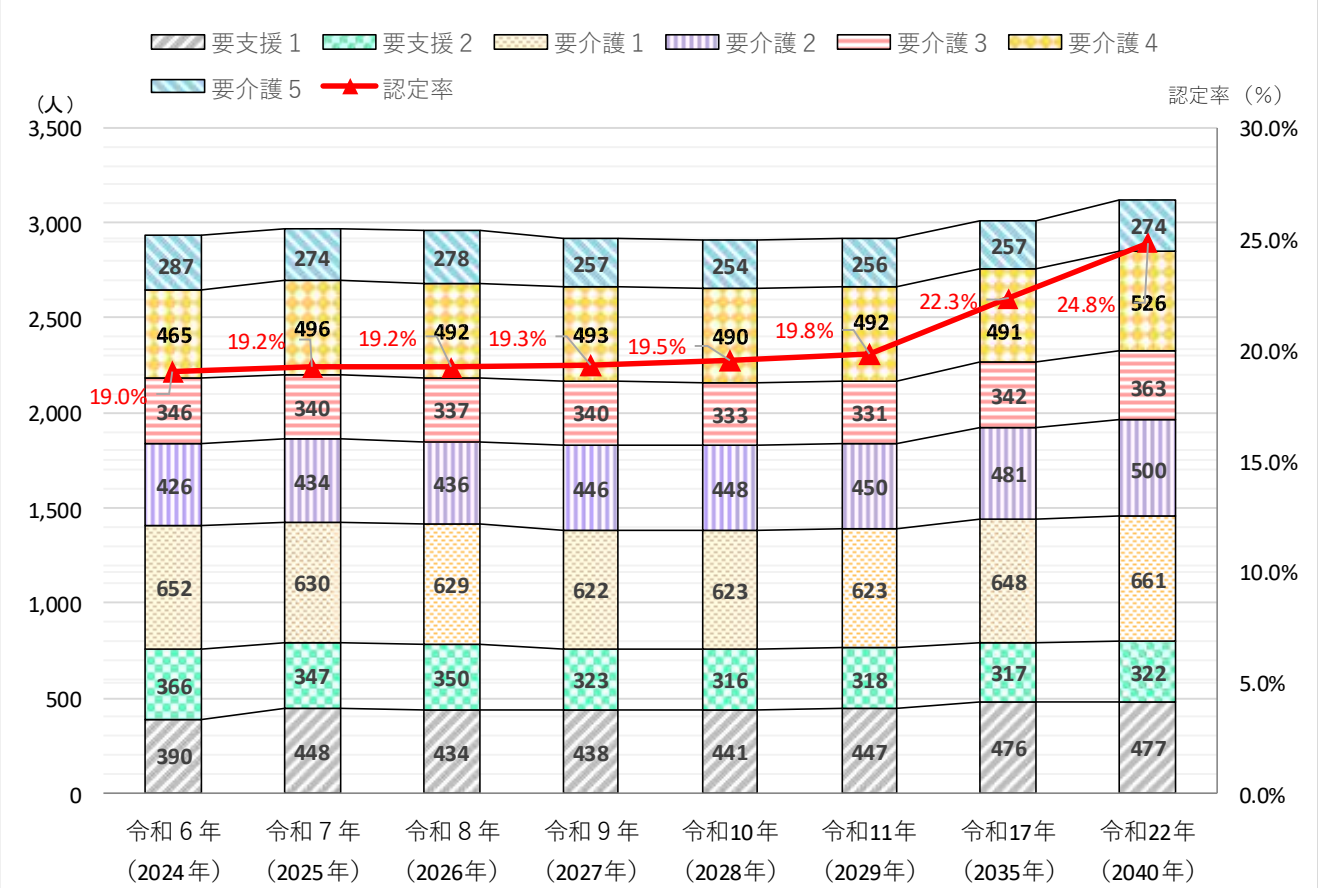
また、令和22（2040）年の推計では、後期高齢者人口の高水準化により、要介護認定率はさらなる上昇が見込まれ、全体の認定者数は3,123人、認定率は24.8%となることが推計されています。

図表Ⅱ-1-4　要介護認定者数（第１号被保険者）の推移と見込み　（人）

項　目		令和６年 (2024 年)	令和７年 (2025 年)	令和８年 (2026 年)	令和９年 (2025 年)	令和 10 年 (2026 年)	令和 11 年 (2027 年)	令和 17 年 (2035 年)	令和 22 年 (2040 年)
要介護度別	要介護５	287	274	278	257	254	256	257	274
	要介護４	465	496	492	493	490	492	491	526
	要介護３	346	340	337	340	333	331	342	363
	要介護２	426	434	436	446	448	450	481	500
	要介護１	652	644	629	622	623	623	648	661
	要支援２	366	338	345	323	316	318	317	322
	要支援１	390	410	434	438	441	447	476	477
合　計		2,932	2,969	2,951	2,919	2,905	2,917	3,012	3,123
認　定　率		18.8%	19.2%	19.3%	19.3%	19.5%	19.8%	22.3%	24.8%

※令和６年～令和８年は、各年９月月報の人数。
※令和９年～令和11年は、第９期計画期間の見込人数。
※令和９年以降は、厚生労働省システムによる推計値。

図表Ⅱ-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７（2025）年 10 月１日を基準日として実施した「一般高齢者[4]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４（2022）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ります。

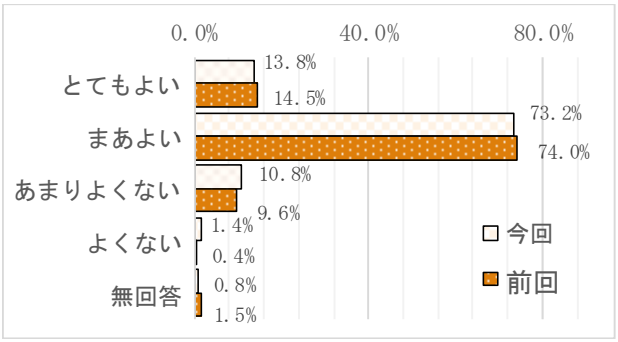
❒１　一般高齢者調査の結果

➢（１）　日常生活の状況

①　健康状態

一般高齢者の健康状態について、傾向は前回調査と同様で、「まあよい」が最も多くなっています。また、「とてもよい」と「まあよい」の合計が 87.0%と前回調査（88.5%）同様９割に近く、「よくない」と「あまりよくない」の合計が 12.2%（10.0%）で１割程度にとどまっています。

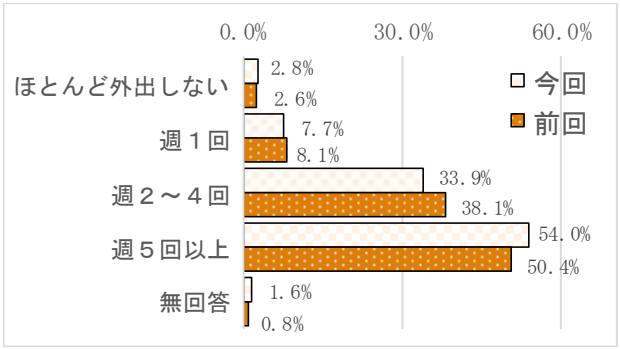
図表Ⅱ-2-1　健康状態



②　外出の頻度

一般高齢者の外出の頻度については、「週５回以上」が 54.0%と最も多く、前回調査（50.4%）同様５割を超えています。「週１回」以下の高齢者の大きな増減は見られませんでした。

図表Ⅱ-2-2　外出の頻度

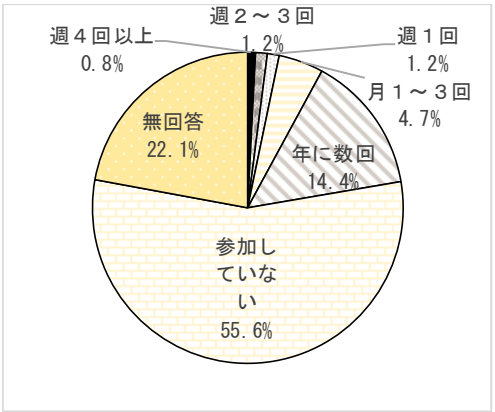


➢２　社会参加の状況

①　高齢者クラブ

一般高齢者の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 55.6%と５割を超えており、年に数回以上参加している高齢者の合計（22.3%）と比べると、高齢者クラブへの参加割合は３割程度にとどまっていることが分かります。

図表Ⅱ-2-3　高齢者クラブへの参加頻度

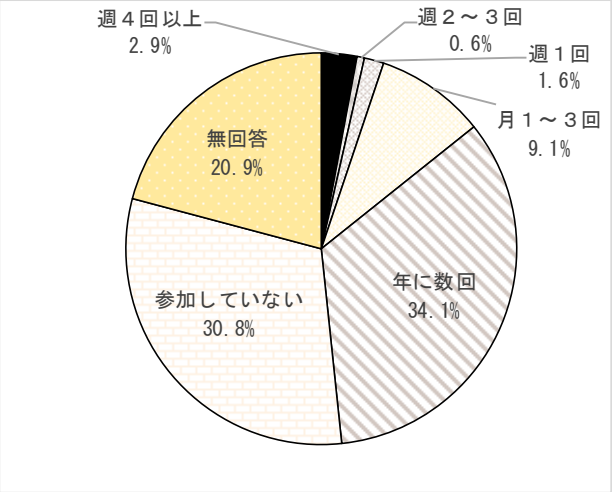


[4]**一般高齢者**：65 歳以上で介護の認定を受けていない者

②　町内会・自治会

一般高齢者の町内会・自治会への参加状況については、「年に数回」が 34.1%と最も多く、前回調査で最も多かった「参加していない」（30.8%）をわずかに上回りました。参加していない方の割合（30.8%）を年に数回以上参加している割合を合計（48.5%）と比較すると、町内会・自治会への参加者の割合は、6 割程度であることがわかります。

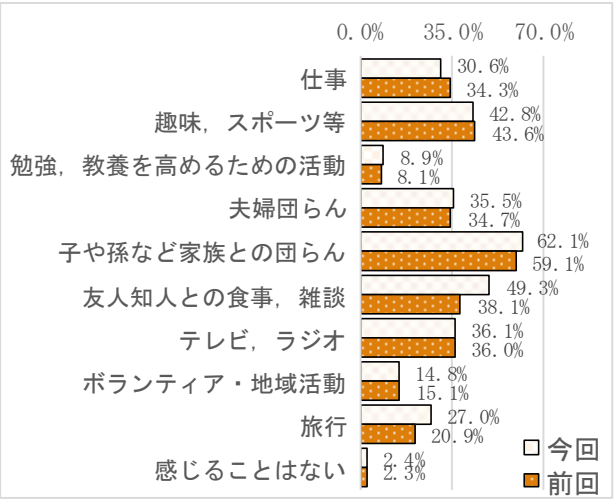
図表Ⅱ-2-4　町内会・自治会への参加頻度



③　生きがいを感じるとき

一般高齢者が生きがいを感じるときについては、「子や孫など家族との団らん」が 62.1%（59.1%）と最も多くなっています。次いで多い「友人知人との食事、雑談」49.3%（38.1%）や「旅行」27.0%（20.9%）は、前回調査よりも上昇しており、外出や人との交流が増えていることが考えられます。

図表Ⅱ-2-5　生きがいを感じるとき【複数回答】

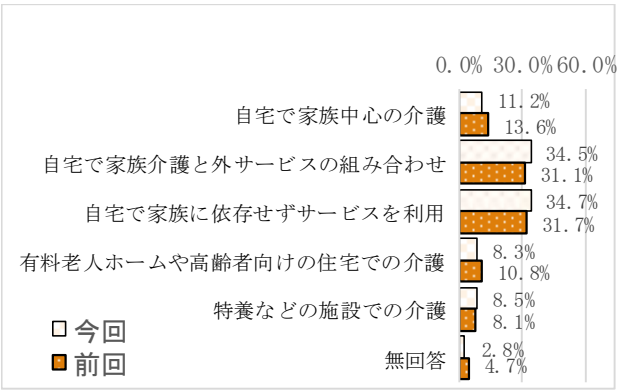


➢ 3　高齢者の介護の意向

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 34.7%（31.7%）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 34.5%（31.1%）、「自宅で家族中心の介護」が 11.2%（13.6%）となりました。これらの自宅での介護を希望する割合は、合計で 80.4%（76.4%）となり、自宅での生活を希望している傾向にあることが分かります。

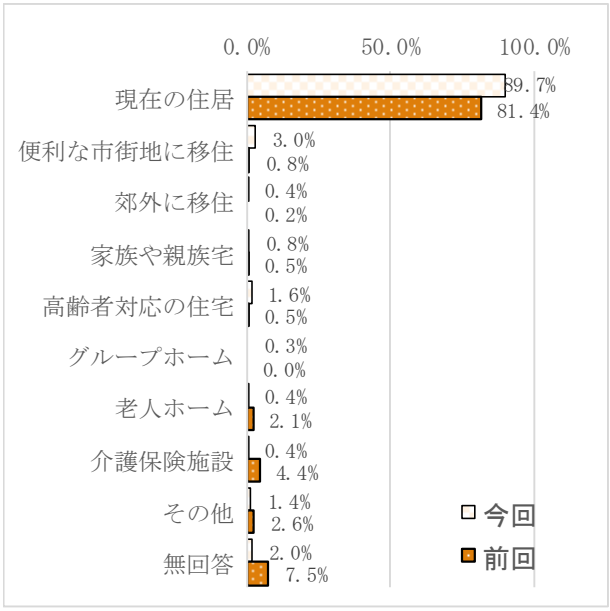
図表Ⅱ-2-6　希望する介護の形態



②　今後希望する生活場所

現在、在宅要介護（要支援）者が今後希望する生活場所については、「現在の住居」が89.7%（81.4%）と最も多く、在宅での生活を希望する割合が多いことが分かります。

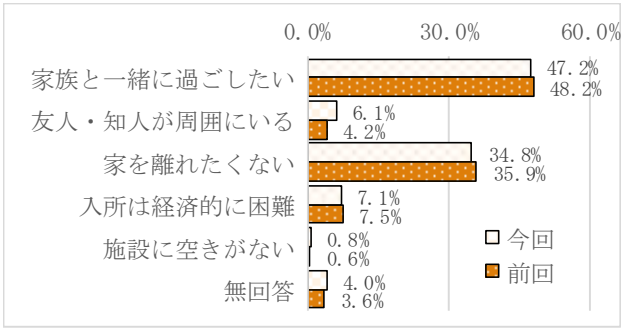
図表Ⅱ-2-7　今後希望する生活場所



③　在宅での介護を希望する理由

一般高齢者が介護を受けることになった場合、在宅での介護サービスを希望する理由としては、「家族と一緒に過ごしたい」が47.2%（48.2%）で最も多く、次いで「家を離れたくない」が34.8%（35.9%）合わせて82.0%で最も多くなっています。

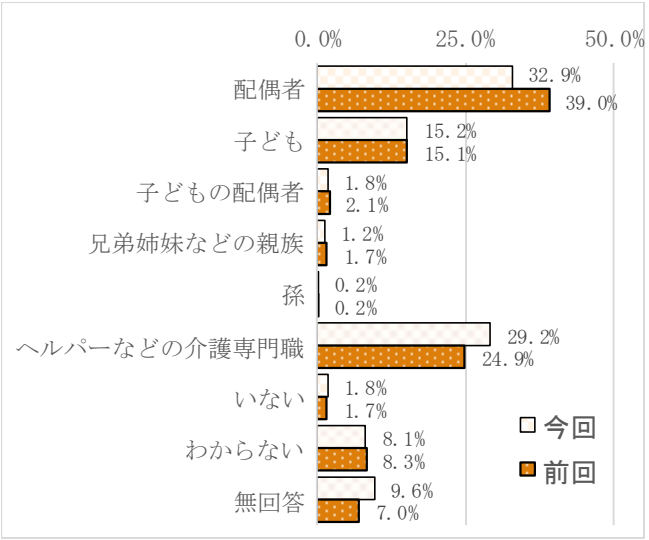
図表Ⅱ-2-8　在宅での介護サービスを希望する理由



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としては、「配偶者」が32.9%（39.0%）と最も多く、次いで「ヘルパーなどの介護専門職」が29.2%（24.9%）、「子ども」が15.2%（15.1%）となっています。

図表Ⅱ-2-9　希望する介護者



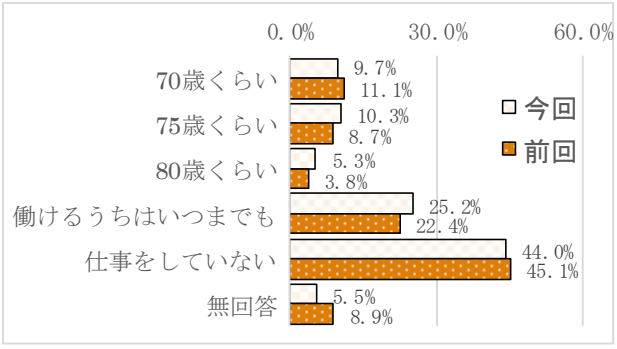
➢ ４高齢者の就業の意向

①　何歳まで働きたいか

現在、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 25.2%（22.4%）で最も多く、次いで「75 歳くらい」が 10.3%（8.7%）となっています。

なお、「仕事をしていない」は、４割を超えています。

図表Ⅱ-2-10　何歳まで働きたいか

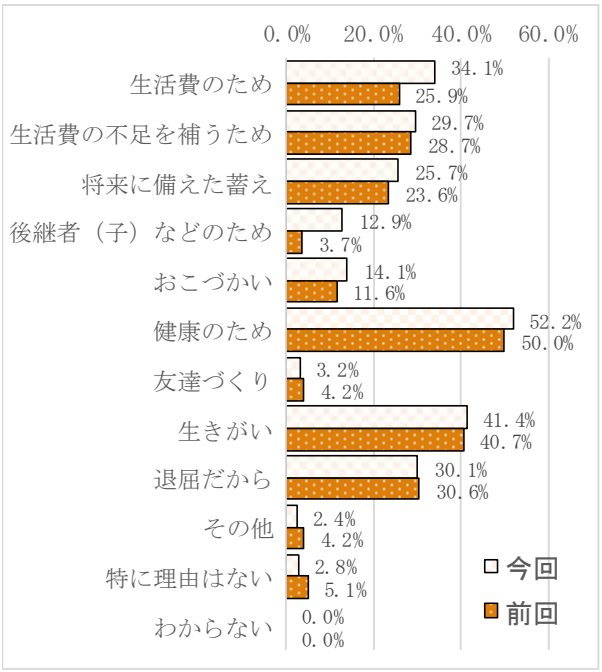


②　仕事をしている理由

現在、仕事をして収入を得ている一般高齢者が仕事をしている理由は、「健康づくりのため」が 52.2%（50.0%）で最も多く、次いで「生きがい」が 41.4%（40.7%）となっています。

また、「生活費のため」や「生活費の不足を補うため」、「将来に備えたたくわえ」といった経済的理由は割合がやや上昇しており、昨今の物価高の影響が考えられます。

図表Ⅱ-2-11　仕事をしている理由　【複数回答】



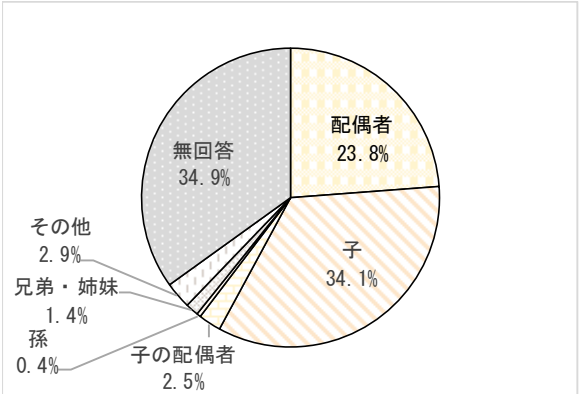
❐２　在宅要介護（要支援）者調査の結果

➢ １　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 34.1%で最も多く、次いで「配偶者」が 23.8%となっています。

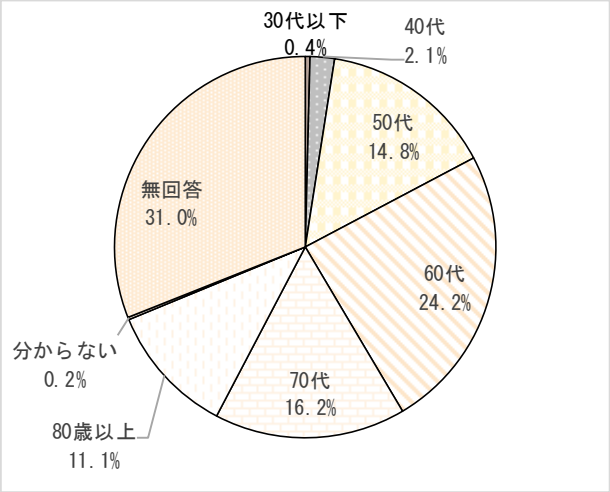
図表Ⅱ-2-12　主な介護者と要介護者の続柄



②　主な介護者の年齢

介護者の年齢は、「60 代」が 24.2%で最も多く、次いで「70 代」が 16.2%となっています。60 代以上の介護者は合計で 51.5%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Ⅱ-2-13　主な介護者の年齢



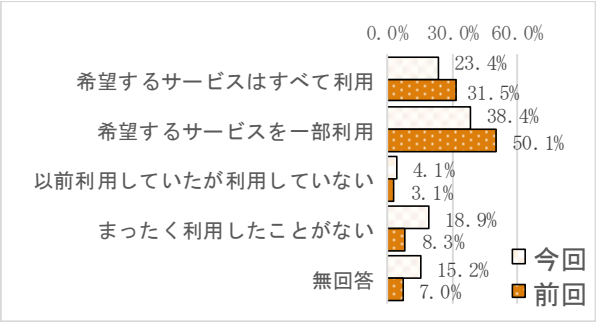
➢ 2　介護保険サービスの状況

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 61.8%（81.6%）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２割程度であることが分かりました。

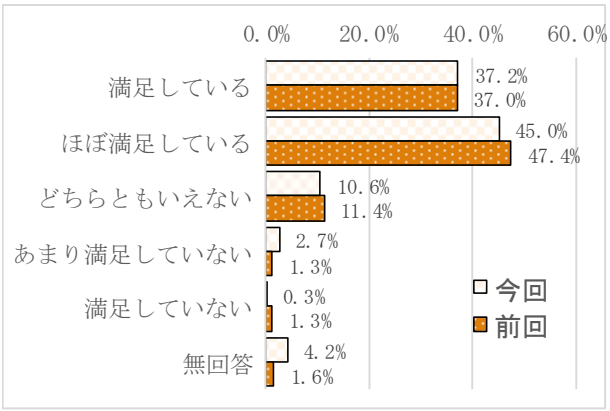
図表Ⅱ-2-14　介護保険サービスの利用の程度



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 82.2%（84.4%）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。

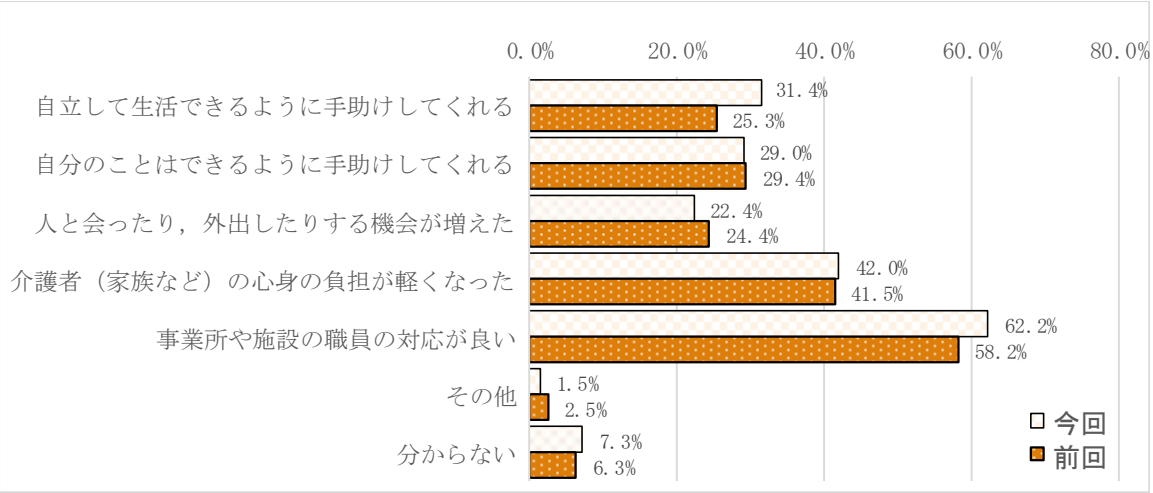
図表Ⅱ-2-15　介護保険サービスの満足度



③　介護保険サービスで満足している点

介護保険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よい」が 62.2%（58.2%）で最も多く、半数を超えています。次いで、「介護者（家族等）の心身の負担が軽くなった」が 42.0%（41.5%）、「自立して生活出来るように手助けしてくれる」が 31.4%（25.3%）となっています。

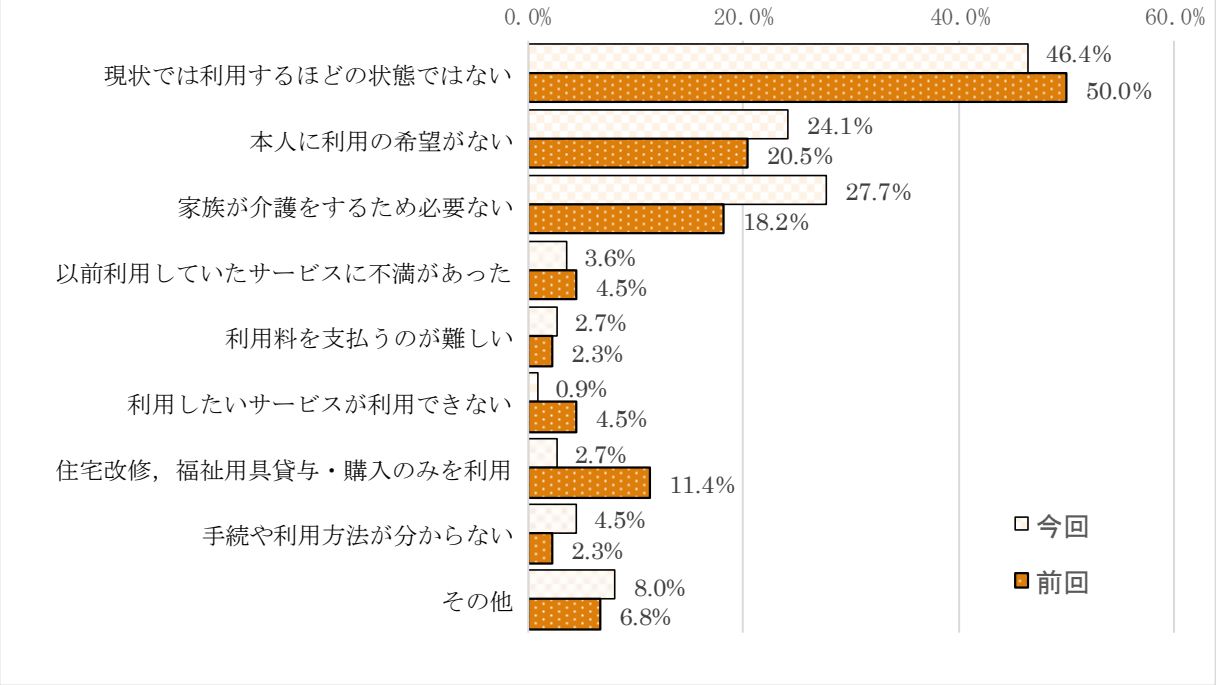
図表Ⅱ-2-16　介護保険サービスで満足している点【複数回答】



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 46.4%（50.0%）で最も多くなりました。次いで「家族が介護するため必要ない」が 27.7%多くなりましたが、前回調査（18.2%）から上昇しています。

図表Ⅱ-2-17　介護保険サービスを利用していない理由【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

第三次指宿市総合振興計画（2026～2035年）においては、「みんなが好きになる！将来が楽しみになるまち」を目指すべきまちの姿（将来都市像）とし、保健医療福祉分野では、「すべての人が健やかに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。

本計画は、上位計画と整合性を図り、さらに、令和22（2040）年を視野に入れた中長期的な視点で策定します。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、基本理念を定めます。

基 本 理 念

『すべての人が健やかに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[5]の実現に向け取り組んでいきます。

❒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 10 期計画（令和９～11 年度の３年計画）は、介護の面では、国が示した基本指針に基づいて、高齢化のピークを迎える令和 22（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・人的基盤の整備を推進するとともに、地域共生社会の実現に向けた取組も推進していくことになります。

特に、地域共生社会の実現には、これまで取組により構築されてきた地域包括ケアシステムの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となります。

また、福祉分野では、様々な分野の課題が絡み合って複雑化・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

[5]**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）。

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、引き続き横断的に「地域包括ケアシステム」を深化させるとともに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、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。保健事業と介護予防の一体的な取組や住民主体の「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、充実した介護予防に努めます。健康寿命の延伸及び生活の質の向上を図るため、疾病予防や重症化予防に努め、健康づくりを推進します。

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推進するとともに、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、在宅介護によ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。

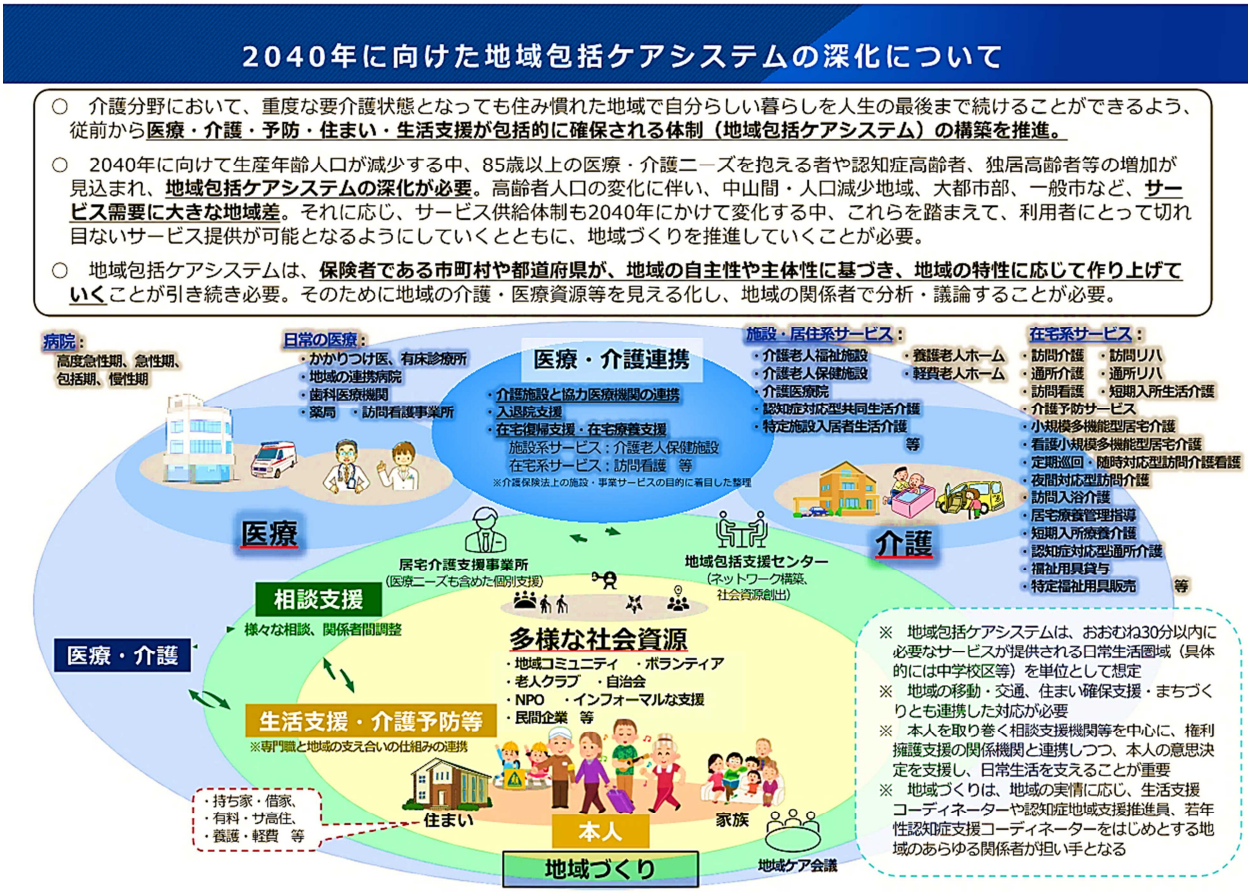
基本目標③　地域包括ケアの視点

地域みんなで支え合い、心のふれあうまちづくり

高齢者が地域で孤立することなく住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、高齢者を地域全体で支えるための地域の実情に応じた提供体制づくりに努め、地域包括ケアシステムの深化を推進し、地域共生社会の実現に向け取り組んでいきます。

また、地域における医療・介護の関係機関などと切れ目のない在宅医療と介護の協働・連携の強化を図ります。頼れる身寄りのない高齢者や認知症高齢者などの家族介護者への支援を含め、障害福祉や児童福祉分野との連携を図り、地域包括支援センターの機能をさらに強化します。

図表Ⅲ-1-1　地域包括ケアシステム



出典：厚生労働省資料

❐4　ＳＤＧｓとの関連

ＳＤＧｓは、平成 27（2015）年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。

また、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。

図表Ⅲ-1-2　本計画における目標とＳＤＧｓのゴール

～本計画における目標とＳＤＧｓのゴール～

【基本理念】

『すべての人が健やかに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，心のふれあうまちづくり」



❐５　施策の体系

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、重点的に取り組むべき項目と施策の方向性を設定しました。

図表Ⅲ-1-3　重点項目と施策の方向性

基本目標	重点項目	施策の方向性	頁
介護予防の視点を踏まえた取組	介護予防の総合的な推進	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）	P23
		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）	P25
	健康づくりの推進	健康づくりの推進	P25
		疾病予防と重症化予防（保健事業）	P26
		保健事業と介護予防の一体的実施	P27
	生きがいづくり・社会参加の促進	多様な趣味活動や学習機会の提供	P27
		生涯スポーツの推進	P28
		発表の場・交流機会の充実	P28
		ボランティア活動の促進	P28
		高齢者クラブの活性化	P29
		就業機会の充実	P29
介護の視点を踏まえた取組	効果的・効率的な介護給付の推進	介護給付適正化の取組	P30
		地域密着型サービス運営委員会の設置	P31
		利用者負担の適正化	P31
		低所得者対策	P31
		未納者対策	P32
	介護サービスの供給基盤の整備	介護保険サービスの供給体制確保及び整備計画	P32
		その他の施設の整備	P34
		介護現場における資質の向上	P34
		介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメント	P34
		介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化	P34
		災害・感染症対策への取組	P34
	介護現場の人材確保及び生産性の向上	人材確保及び育成	P35
		生産性の向上の推進	P35
	市町村独自サービスの実施	市町村特別給付	P35
		保健福祉事業	P35



基本目標	重点項目	施策の方向性	頁
地域包括ケアの視点を踏まえた取組	地域ネットワークづくり	地域包括支援センターの機能強化	P36
		地域包括支援センターの効果的な運営	P36
		地域ケア会議の充実	P37
		高齢者団体等との連携	P37
	家族介護者への支援の充実	介護負担を軽減するための取組	P38
	認知症施策の総合的推進	認知症施策の検討・推進	P38
		認知症の理解を深めるための普及・啓発	P38
		認知症予防に向けた取組の実施	P39
		認知症に対する支援体制の強化	P39
		認知症ケアの充実・地域づくり	P39
		認知症の人やその家族への支援	P40
		認知症バリアフリーの推進・認知症の人への社会参加等の支援	P41
	権利擁護の推進	成年後見制度と意思決定支援	P41
		高齢者虐待防止対策の推進	P42
	在宅医療と介護の連携推進・強化	在宅医療・介護に関する情報提供	P42
		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	P43
	地域支え合い体制づくりの推進	地域見守り体制の充実	P44
		高齢者を支える人材の裾野を広げる取組	P44
		生活支援体制整備事業の推進	P45
		高齢者福祉サービスの充実	P45
		高齢者の住まい環境と生活環境の整備	P47

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・支援を推進していきます。

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[6]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推進していきます。

また、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等を普及し、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。

また、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、併せて、熱中症や感染症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、広報紙や市ホームページ等への掲載や全体交流会の開催、及び各会場が住民主体で運営・継続できるよう支援し、医療専門職等と連携して内容の充実を図ります。

図表Ⅲ-2-1　ころばん体操

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
会場数（か所）	72	73	70	70	71	71	60
地区数（地区）	133	134	130	130	135	135	125
実人員（人）	1,166	1,145	1,130	1,130	1,135	1,135	1,085

イ　高齢者サロン活動

高齢者が身近な場所で定期的に集えるサロン活動を社会福祉協議会と連携し、活動の支援及び充実を図ります。

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。

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、熱中症や感染症にも留意し、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

[6]**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、生活機能が低下し、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。

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Ⅲ-2-2　ふれあいデイ

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
実利用者数(人)	1,109	1,034	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
延べ利用者数(人)	4,024	4,146	4,200	4,200	4,200	4,200	4,200

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等に参加した方には、地域商品券と交換できるポイントを付与することで参加意欲の増進につなげます。

図表Ⅲ-2-3　高齢者元気度アップ・ポイント事業

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
登録者数(人)	3,171	2,782	2,800	2,800	2,800	2,800	2,800
商品券交換人数(人)	1,143	1,110	1,150	1,150	1,150	1,150	1,150

④　介護予防の普及・啓発

加齢に伴う、心身的機能や認知機能等の心身の活力が低下した健康と要介護の間の状態が「フレイル（虚弱)」であり、フレイルを予防・改善するためには、「運動」「栄養」「口腔ケア」「社会参加」が大切です。

高齢者が普段から積極的に体を動かし、筋力の低下を防ぐことで運動機能の維持や転倒予防に努めます。

高齢になると口腔機能が衰えやすく、「かみにくい、むせやすい、口が乾く」などの些細な衰え（オーラルフレイル）の状態を招き、食事量の減少や食事内容の偏り等から低栄養状態や疾病の悪化につながります。口の些細な衰えはフレイルの初期サインであり、放置すると誤嚥性肺炎等の病気を起こしやすくなり、要介護状態へ進行するおそれがあります。

これらを予防するためにも、通いの場などの高齢者が集まる機会を活用し、歯科医師や歯科衛生士などによる咀しゃく[7]や嚥下[8]機能の向上を図るための口腔体操等の口腔機能の向上について普及啓発を行います。また、管理栄養士等による栄養改善の指導に努めます。

さらに、耳や目の機能低下は特に、人との交流や活動が少なくなりがちであり、生活が不活発となることで認知機能が低下する等のフレイルのリスクが高まります。社会参加の機会を維持するためにも聴覚や視覚の衰えの予防に努め、放置することなく早期受診や必要な治療への理解を深める啓発等を行います。

認知症予防については、通いの場等を活用し、体操や脳トレメニューを充実させることで認知機能の維持・向上を図ります。

図表Ⅲ-2-4　健康教室の実施回数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
口腔機能の向上(回)	140	146	140	140	145	145	140
栄養改善(回)	45	18	18	18	20	20	18

[7]**咀しゃく（そしゃく）**：摂取した食物を歯で噛み、粉砕すること。
[8]**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。

➢（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、継続した介護予防の取組に努めます。

また、地域の実情に応じた総合事業のサービスについて、国の動向を踏まえながら検討していきます。

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[9]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。

図表Ⅲ-2-5 訪問型・通所型サービス利用者

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
訪問型サービス（人）	2,114	2,149	2,100	2,150	2,150	2,150	1,788
通所型サービス（人）	865	709	720	715	715	715	720

② 介護予防ケアマネジメント[10]

要支援認定を受けた、又は、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Ⅲ-2-6 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
介護予防ケアマネジメント(件)	1,019	884	690	960	1,000	1,000	900
介護予防支援（件）	5,380	5,563	6,210	6,900	7,000	7,000	6,000

❑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。このため本市では、市民の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

[9]**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。

[10]**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。

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。

また、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・啓発を推進し、併せて、熱中症や感染症への対策、知識等の普及・啓発に取り組みます。

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、健康づくりに取り組めるような事業を推進します。

②　健康教育の充実

医師・歯科医師・管理栄養士・保健師・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。

③　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。

④　温泉入浴助成事業

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、温泉入浴助成利用券を発行し、高齢者等の健康の保持増進及び保健の向上を図ります。

➢（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行います。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[11]や関係機関と連携しながら広報を充実し、地区での健康教室やふれあいデイなどの場で健康診査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、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。

---

[11]**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。

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、高齢者の健康づくりを推進していくことにより健康寿命の延伸を図り、住み慣れた地域でいきいきと生活が送れ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[12]とポピュレーションアプローチ[13]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。

また、高齢者の価値観やライフスタイルが多様化していることから、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。

---

[12]**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。
[13]**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。

➢（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。

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及び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Ⅲ-2-7　高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
登録団体数(団体)	101	97	100	100	100	100	100
地域商品券交換団体数(団体)	77	78	80	80	80	80	80

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[14]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Ⅲ-2-8　シルバー人材センター会員数の見込量

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
会員数(人)	215	235	235	235	235	235	235

[14]**シルバー人材センター**：定年退職者などの高年齢者に、「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、高年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、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを事業者が適切に提供するよう促すことが重要です。

適切なサービス提供の確保と介護給付の適正化を図り、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

公平かつ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実施します。

また、認定審査会委員の認定審査に対する理解を深め、審査・判定の平準化を図る取組を行うとともに、認定審査会との情報共有を円滑にします。併せて介護情報基盤により、利用者等が適切なタイミングで必要な情報を確認できるよう、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適正化システムを活用し、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Ⅲ-3-1　ケアプランの点検実施件数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
実施件数(件/年)	1,644	1,284	1,200	1,100	1,100	1,100	1,000

※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等、適正な確認審査を行います。

また、必要に応じて現地確認や包括のケアマネなど有識者への相談・意見聴取等を実施し、介護給付の適正化に取り組みます。

図表Ⅲ-3-2　住宅改修等の点検件数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
事前確認実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100

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、福祉用具購入に係る書類点検や事業者への聞取り等適正な確認審査を行い、必要に応じた現地確認や包括のケアマネなど有識者への相談・意

見聴取等を実施します。

また、福祉用具貸与については、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の調査により介護給付の適正化に取り組みます。

図表Ⅲ-3-3　福祉用具購入の点検件数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
確認審査実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100

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。

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Ⅲ-3-4　縦覧点検・医療情報との突合回数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
縦覧点検(回/年)	2,128	2,323	2,200	2,100	2,100	2,100	2,000
医療情報との突合(回/年)	1,291	1,513	1,400	1,300	1,300	1,300	1,100

④　給付実績の活用

国保連合会から送付される帳票を活用し、介護給付の適正化を図るとともに、適正なサービス提供の確認のため、事業者等への指導・支援を行います。

➢（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の設定などについて、市長の求めに応じて意見を述べます。

また、地域密着型サービスが適切に提供されているか、サービスの質を維持・向上させるための協議や運営評価を行います。

➢（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、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適切に対応します。

➢（4）　低所得者対策

経済的な理由で必要な介護サービスを諦めることなく、だれもが安心して適切なケアを受けることができるよう、引き続き公費を投入し、低所得者の保険料軽減と介護サービスを利用するときの負担軽減を行います。

①　公費による保険料軽減

低所得者の保険料率（軽減率）を引き下げ、その不足分は公費を投入して保険料軽減の強化を図ります。

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　社会福祉法人等[15]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のサービス費や食費、居住費等の負担減額を行った場合、その費用の一部を公費により助成します。

➢（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　介護サービスの供給基盤の整備

今後、高齢化率が増加し、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みです。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み等を適切に捉え、地域の実情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、既存施設の有効活用や事業所のあり方も含めたサービスの供給基盤の整備について、関係者と議論や検討を行い、事業者がサービス提供を持続可能とする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

介護保険サービスを持続可能なものとするため実情に応じた供給体制を確保します。

また、施設等の整備については、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みを捉えて、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。

①　地域密着型サービスの整備

市指定サービスにおける整備計画について、令和９年度に小規模多機能型居宅介護から看護小規模多機能型居宅介護への転換を１か所見込んでいます。

[15]**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Ⅲ-3-5　地域密着型サービスの整備総数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
●認知症対応型共同生活介護（グループホーム）							
施設（か所）	16	15	12	12	12	12	12
定員（人）	216	207	189	189	189	189	189
●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）							
施設（か所）	3	3	3	3	3	3	3
定員（人）	78	78	78	78	78	78	78
●小規模多機能型居宅介護施設							
施設（か所）	5	5	5	4	4	4	4
定員（人）	145	145	145	116	116	116	116
●看護小規模多機能型居宅介護施設							
施設（か所）	0	0	1	2	2	2	2
定員（人）	0	0	29	58	58	58	58
●定期巡回・随時対応型訪問介護看護							
施設（か所）	1	1	0	0	0	0	0

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、必要に応じて認定者の増加に対応できるサービスの整備を検討します。 介護付き有料老人ホームについては、令和７年度に１事業所が廃止となり減少していましたが、令和９年度に１事業所、定員 45 人の増加を見込んでいます。

図表Ⅲ-3-6　施設サービスの整備総数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
●介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム・地域密着型除く。）							
施設（か所）	3	3	3	3	3	3	3
定員（人）	193	193	193	193	193	193	193
●介護老人保健施設							
施設（か所）	4	4	4	4	4	4	4
定員（人）	380	380	380	380	380	380	380
●介護医療院							
施設（か所）	1	1	1	1	1	1	1
定員（人）	60	60	60	60	60	60	60
●特定施設入居者生活介護							
施設（か所）	2	2	1	2	2	2	2
定員（人）	56	56	21	66	66	66	66

➢（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（軽費）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、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未届けの有料（軽費）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Ⅲ-3-7 その他施設サービスの整備総数

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
●特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料（軽費）老人ホーム等							
施設（か所）	9	8	6	6	6	6	6
定員（人）	203	193	163	163	163	163	163
●養護老人ホーム							
措置人数（人）	3	3	4	4	4	4	4

➢（3） 介護現場における資質の向上

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推進します。

➢（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に努め、義務化されている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担当者の配置による体制整備の強化を図り、介護サービス事業者における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推進します。

➢（1） 人材確保及び育成

介護事業所との意見交換の場を設定することで現場の状況把握や課題を具現化させ、外国人や幅広い層の人材確保及び育成に向けた取組を推進します。

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

介護現場の生産性向上を推進するためには、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つなげていく必要があります。県と連携し、介護現場の課題に応じてＩＣＴの活用等の情報発信や支援、介護ロボットの導入支援、介護情報基盤の整備・活用による負担軽減等、介護事業所の業務の効率化に取り組みます。

❐４ 市町村独自サービスの実施

通常の介護給付サービスや予防給付サービスの他に、要介護者に対する独自サービスや要介護被保険者を現に介護するもののための独自事業として、「市町村特別給付」と「保健福祉事業」があります。

これらの事業は、財源を全て第１号被保険者の保険料で賄う事業で、本市では、「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ています。

➢（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・美容助成サービス

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Ⅲ-3-8 訪問理容・美容助成サービス

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
利用者数（人/年）	15	18	18	20	20	20	20

➢（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Ⅲ-3-9 家族介護用品支給事業

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
利用者数（人/年）	99	103	108	110	110	110	110

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[16]）」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、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）を推進します。

➢（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。災害や感染症に対する備えとして、BCP（業務継続計画）等を策定し、平時から地域や関係者との連携強化を図ります。

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

頼れる身寄りのない高齢者等を含む総合相談支援、介護予防ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能を発揮するため、積極的に研修に参加し、専門的な知識の習得に努め、高齢者や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

地域包括支援センター職員間で定期的に情報共有を行い、課題解決に向けた協議を重ね、地域包括支援センターの効果的な運営に努めます。

---

[16]**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。

➢（3） 地域ケア会議の充実

地域ケア個別会議を開催し、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、本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推進します。

図表Ⅲ-4-1 地域ケア会議

項目		実績値		見込値	第10期			中長期
		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	R22年度
地域ケア個別会議（介護予防）	開催回数（回）	3	2	2	2	2	2	2
	件数（件）	6	4	4	4	4	4	4
地域ケア個別会議（困難事例）	開催回数（回）	8	3	3	4	4	4	4
	件数（件）	8	3	3	4	4	4	4
地域課題ネットワーク会議	開催回数（回）	1	0	1	3	3	3	3
地域ケア推進会議	開催回数（回）	1	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推進します。

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の介護負担を軽減するため、支援の充実を図ります。

➢（１）　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[17]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[18]等の深刻な問題を抱えています。

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。

また、介護に関する個別相談会の場を定期的に設け、専門職が相談に対応します。

各種制度やサービスを活用し、介護負担を軽減できるよう、関係機関等と連携し支援していきます。

❒３　認知症施策の総合的推進

令和 22（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。

国の認知症施策推進基本計画では、認知症になったら何も出来なくなるのではなく、認知症になってからも一人ひとりが希望をもって自分らしく暮らし続けることができるよう、市民一人ひとりが「新しい認知症観」に立ち、認知症の人が自らの意思に基づき、社会生活を営むことができる共生社会の実現が求められています。「新しい認知症観」の実感的理解を深められるよう、認知症の人やその家族が参画する環境づくりが必要です。

これらの背景を踏まえ、認知症の人やその家族、関係機関・団体等と連携しながら施策を総合的に推進します。

➢（１）　認知症施策の検討・推進

認知症に関して、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の整理と対応策を検討し、施策に反映させます。

➢（２）　認知症の理解を深めるための普及・啓発

認知症の人の参画を得て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、認知症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、活動できる環境づくりなどの取組を推進します。

---

[17]**老老介護**：65 歳以上の高齢者が高齢者の介護を行うこと。

[18]**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ども。

図表Ⅲ-4-2　認知症の普及啓発

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
●認知症サポーター養成講座							
新規認知症サポーター数(人)	330	220	300	300	300	300	250
開催回数(回)	12	8	10	10	10	10	10
認知症サポーター総数(人)	6,039	6,259	6,559	6,859	7,159	7,459	9,959
●認知症に関する講演会等							
参加者数(人)	0	87	100	100	100	100	100
開催回数(回)	0	1	1	1	1	1	1

➢（3）　認知症予防に向けた取組の実施

ころばん体操やふれあいデイ等の通いの場等を活用し、体操や脳トレメニューを充実させることで認知機能の維持・向上を図ります。

➢（4）　認知症に対する支援体制の強化

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環境で暮らし続けられるよう、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築し、包括的・集中的な支援を行います。

図表Ⅲ-4-3　認知症初期集中支援チーム及び支援者

項　　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
支援チーム(チーム)	1	1	1	1	1	1	1
支援者数(人)	6	3	3	4	4	4	4

➢（5）　認知症ケアの充実・地域づくり

認知症の症状に応じた適切な医療や介護サービス（インフォーマルサービス[19]含む）について整理した認知症ケアパス（「指宿市あんしん認知症ガイド」）を作成し普及啓発に努めます。

また、認知症に関わる介護職の対応力の向上を目指し、研修や相談指導も行っていきます。

さらに、徘徊により行方不明になった場合は、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を配置し、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・助言を行います。

また、認知症ケアパス情報を周知し、必要時は認知症サポート医と連携を図り支援します。

図表Ⅲ-4-4　認知症地域支援推進員

項　　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
推進員数(人)	2	3	2	2	2	2	2

②　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。

[19]**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。

③　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。

図表Ⅲ-4-5　高齢者等あんしん登録票

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
新規登録者数（人）	31	20	22	30	26	27	25
延べ登録者数（人）	126	119	125	125	125	130	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Ⅲ-4-6　徘徊模擬訓練

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
実施数（か所）	1	1	1	2	3	3	3
参加人数（人）	52	93	80	80	80	90	90

⑥　高齢者見守りサポーター協力事業所

郵便局やコンビニエンスストアなど、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Ⅲ-4-7　高齢者見守りサポーター協力事業所

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
延べ事業所数（か所）	116	116	121	125	128	130	140

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取組について意見交換等を行います。

図表Ⅲ-4-8　キャラバン・メイト連絡会

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
開催回数（回）	1	1	1	2	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と認知症サポーター等が一体となって、地域における交流や見守り支援などを行う団体を「チームオレンジ」として認定し、気軽に集まって話をしたり、相談できる場を充実させます。

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、関係機関と連携し、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し、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[20]の普及・啓発を図り、利用を促進します。

➢（１） 成年後見制度と意思決定支援

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、市長による申立て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（巻末資料編に掲載）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、民法改正に伴う制度見直しの動向を注視しながら、弁護士会等の専門職団体や社会福祉協議会等の各機関と具体的な取り組み内容について協議するほか、支援が必要な人を適切に制度の利用につなげます。

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、関係部署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Ⅲ-4-9　権利擁護に関する事業

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
出前講座の開催回数（回）	1	1	1	1	1	1	1
出前講座参加者数（人）	19	15	20	30	30	30	30
会議の開催回数（回）	1	0	1	1	1	1	1

② 意思決定支援

認知症等により判断能力の低下がみられる場合でも、自らの意志によって生活できるように、本人やその家族の想いや希望を聞き取る機会を充実させるよう、医療・介護の専門職等に対し意思決定支援の理解促進を図るとともに関係機関と連携し適切な支援に取り組みます。

[20]**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。

➢（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関係部署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、本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Ⅲ-4-10　地域課題ネットワーク会議（虐待関係）

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
地域課題ネットワーク会議	1	0	1	1	1	1	1

❒５　在宅医療と介護の連携推進・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、在宅医療と介護の関係者間、関係機関間の情報提供や課題共有を効率的に行うなど、医療と介護の一層の連携を図り、切れ目のない提供体制を構築するため、関係者との協働・連携をさらに推進します。

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。

また、高齢者が今後の生活や受けたい医療・ケアについて家族等と話し合い、将来に備えることができるよう関係機関と連携し、支援や情報提供を行います。

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、施策の進捗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。

また、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推進していきます。

図表Ⅲ-4-11　在宅医療・介護連携推進協議会

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
開催回数（回）	1	1	1	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資質向上を目指して多職種参加型の研修を開催し、顔の見える関係づくりを進めるとともにお互いの役割を理解し、連携の推進を図ります。

図表Ⅲ-4-12　多職種連携研修

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
開催回数（回）	1	2	2	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Ⅲ-4-13　退院調整率

項　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
退院調整率（%）	91.1	89.5	95	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

高齢単身世帯等の増加や、家族・地域のつながりの希薄化などにより、孤独感が増加する高齢者が今後も増えることが予想されます。頼れる身寄りのない高齢者や認知症高齢者などの家族介護者への支援を含め、高齢者が地域で孤立することなく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に地域の実情に応じた切れ目のない地域全体で支える体制づくりが急務となっています。

また、家族による日常的な安否確認が行えない高齢者が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。高齢に伴い、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あり、様々な視点から支援できる地域包括ケアシステムの深化・推進が求められています。

➢（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に努め、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Ⅲ-4-14　地域見守りネットワーク支援事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	Ｒ６年	Ｒ７年	Ｒ８年	Ｒ９年	R10 年	R11 年	R22 年
グループ構成員数（人）	664	525	580	590	590	590	590
訪問対象世帯数（世帯）	2, 322	2, 193	2, 200	2, 210	2, 210	2, 210	2, 210
訪問回数（回）	65, 581	60, 957	61, 000	61, 100	61, 100	61, 100	61, 100

②　ひとり暮らし等高齢者の実態把握

戸別訪問等により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Ⅲ-4-15　介護人材確保ポイント事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	Ｒ６年	Ｒ７年	Ｒ８年	Ｒ９年	R10 年	R11 年	R22 年
登録者数（人）	67	139	140	140	140	140	140
商品券交換者数（人）	41	44	50	60	60	60	60

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。

また、地域の特性を生かした体制を整備するため、本市内全域である第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[21]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Ⅲ-4-16　「支え合いマップ」[22]作成

項　　目	実績値		見込値	第 10 期			中長期
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
新規・更新数（地区）	2	6	7	8	10	12	15

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（地域課題ネットワーク）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地域住民や多様な関係団体（民間企業等）との情報共有や連携が必要であることから、協議体（地域課題ネットワーク）で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の提供及び共有を行います。

➢（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

[21]**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。

[22]**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。

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Ⅲ-4-17　はり・きゅう等施術料助成事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	R６年度	R７年度	R８年度	R９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
受診券利用枚数（枚）	11,137	10,374	10,500	10,500	10,500	10,500	10,500
受診券利用者数（人）	1,140	1,052	1,060	1,060	1,060	1,060	1,060

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に開催し、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Ⅲ-4-18　心配ごと相談等事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	R６年度	R７年度	R８年度	R９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
延べ利用者数（人）	80	103	105	105	105	105	105

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に努めます。

図表Ⅲ-4-19　緊急ショートステイ事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	R６年度	R７年度	R８年度	R９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
利用者数（人）	1	0	1	1	1	1	1
利用日数（日）	3	0	7	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事故等の緊急時に、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。

また、自宅内で 24 時間人の動きを感知しなかった場合に、適切な状況確認ができる専門的知識を持ったオペレーター（以下「オペレーター」という。）に通報する人感センサーや、緊急時に簡単な操作でオペレーターに通報できる携帯型通報装置を貸与します。

図表Ⅲ-4-20　緊急通報体制等整備事業

項　　目		実績値		見込値	計画値			中長期
		R６年度	R７年度	R８年度	R９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
給付（台）		5	6	6	6	6	6	6
貸与開始（台）	人感センサー	2	1	2	2	2	2	2
	携帯型装置	1	1	1	2	2	2	2
	両方	2	1	3	2	2	2	2

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Ⅲ-4-21　高齢者訪問給食サービス事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
利用者数(人)	315	411	450	450	450	450	450
配食数(食)	125,862	156,078	170,000	170,000	170,000	170,000	170,000

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Ⅲ-4-22　紙おむつ等支給事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
利用者数(人)	39	35	37	37	37	37	37

⑦　シルバーカー[23]購入費助成事業

非課税世帯の高齢者に対して、シルバーカー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Ⅲ-4-23　シルバーカー購入費助成事業

項　　目	実績値		見込値	計画値			中長期
	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
利用者数(人)	30	27	35	35	35	35	35

⑧　救急医療情報キットの普及・推進

医療情報や「診察券(写)」「お薬手帳(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、住まいに関する様々な問題を解決するために関係機関等との連携体制の構築を進め、住まいの確保や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[24]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を図ります。

---

[23]**シルバーカー**：自力歩行ができる高齢者や足元に不安がある高齢者が、散歩や買い物の際に歩行補助や荷物の運搬、休息（椅子代わり）に使う４輪以上の手押し車。

[24]**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。

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。

また、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「予約型乗合タクシー」や「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。

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[25]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はなく、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。

[25]**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。