

錦江町

高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画

(令和 6 年度～令和 8 年度)



鹿児島県 錦江町



はじめに

全国的に少子高齢化・人口減少が進む中、「団塊の世代」の方がすべて後期高齢者となる令和7年（2025年）を控え、高齢者を取り巻く社会状況に対応した地域社会づくりが求められています。

本町においても、人口の推移は緩やかに減少しており、令和5年4月現在の人口は6,470人となっています。

また、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年では6,059人（高齢化率48.5%）、団塊の世代が90歳となる令和22年では3,559人（高齢化率56.8%）まで減少するとともに地域における高齢者の割合は増加することが見込まれています。

このような状況の中で、本町では錦江町高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画に基づき、地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの推進に取り組むとともに、地域住民と行政等との協働による包括的な支援体制の整備、各分野の専門家や職員の機動的な連携体制の整備など、断らない相談体制づくりに努めてまいりました。

このたび策定いたしました錦江町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画は、高齢者世帯や認知症高齢者の方の増加など、さまざまな課題に直面している状況を踏まえ、前計画からの基本理念である「こころ豊かに元気のある暮らしを実現できるまち」を継承し、高齢者が住み慣れた地域で生きがいを持ちながら生活ができ、町全体に自助・共助・公助の心が醸成されるよう、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進し、健全で適正な介護保険事業の運営を図ってまいります。

第8期計画の達成状況等を踏まえて、令和6年度からの3年間、第9期計画の実現に向けて積極的に取り組んでいく所存でございますので、町民の皆様の一層のご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にあたり、ご尽力賜りました錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会委員の皆様をはじめ、アンケート調査等に貴重なご意見やご提言をいただきました多くの皆様に心から感謝申し上げます。

令和6年3月

錦江町長 新田 敏郎

目 次

第1章 計画策定の概要	1
第1節 計画策定の背景と趣旨	1
第2節 計画の位置付け	2
第3節 計画の期間	3
第4節 計画の策定体制	3
第5節 日常生活圏域の設定	4
第6節 介護保険制度の改正経緯	5
第7節 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント	6
第2章 本町の現状	8
第1節 まちの人口と高齢者の状況	8
第2節 アンケート調査結果	13
1 各種調査の概要	13
2 介護の必要性及び疾病	15
3 各種評価項目の該当状況	18
4 社会活動等の参加状況	24
5 認知症施策	26
6 在宅医療及び在宅介護の連携	28
7 介護人材の雇用形態	33
第3章 計画の基本理念と基本目標	36
第1節 目指すべき方向性	36
1 基本理念	36
2 錦江町が目指す地域包括ケアシステム	37
第2節 基本理念の実現に向けた基本的な視点	38
1 元気な高齢者（健やかで生きがいのある生活を支えます）	38
2 見守りや介護予防等を必要とする高齢者（安心できる在宅生活を支えます）	38
3 介護を必要とする高齢者（介護が必要な方にサービスを提供します）	39
第3節 基本的な視点の達成に向けた重点目標及び数値目標の設定	40
1 地域の互助による通いの場を核とした予防事業の展開	40
2 地域共生社会の実現	40
3 介護給付費の適正化等	41
4 第9期計画における数値目標	42
第4節 施策の体系	43

第4章 施策の展開	45
基本的な視点1 元気な高齢者	45
第1節 介護予防・健康づくりの推進	45
1 壮年期から前期高齢期の健康づくりの推進	45
2 高齢期の健康づくりの推進	47
3 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	50
4 地域の自主的な活動の支援	52
第2節 生きがいの支援と社会参加の促進	54
1 生きがい・仲間づくり	54
2 社会参加と就労の促進	55
基本的な視点2 見守りや介護予防等を必要とする高齢者	58
第1節 地域における支えあい見守り活動の推進	58
1 支えあい活動の推進	58
2 高齢者見守り施策の推進	59
3 災害時や緊急時の要配慮者対策の推進	59
第2節 持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり	62
1 在宅医療・介護連携の推進	62
2 地域包括支援センターの機能強化	68
3 相談支援体制の強化	69
4 在宅生活を支える福祉施策の推進	70
5 在宅生活を支える基盤づくり	73
第3節 認知症施策の推進と高齢者の権利擁護（錦江町認知症施策推進計画）	76
1 基本的施策と取組	76
2 成年後見制度利用促進に向けた取組	85
3 高齢者虐待の防止の推進	86
基本的な視点3 介護を必要とする高齢者	87
第1節 介護人材の確保や介護サービスの質の確保・向上	87
1 多様な介護人材の確保・育成支援	87
2 介護人材の資質の向上	88
3 介護サービスの質の確保・向上	88
4 介護サービス事業所・居宅介護支援事業所に対する指導・監査	89
5 介護給付の適正化の推進	89
6 情報提供の充実と利用者負担軽減の推進	91
第2節 介護保険サービスの量の見込み	92
1 居宅サービス	92
2 施設サービス	98
3 地域密着型サービス	99

第5章	介護保険事業に係る費用と保険料の算出	102
1	介護保険事業費の算出	102
2	第9期事介護保険料基準額の推計	104
3	所得段階に応じた保険料額の設定	105
4	財源構成	106
第6章	計画の推進と進行管理	107
1	計画の進行管理及び点検	107
2	推進体制の整備	107
3	住民参加の促進	107
4	計画の広報	107
資料編		108
1	錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会設置要綱	108
2	錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会委員名簿	110
3	用語解説	111

第1章 計画策定の概要

第1節 計画策定の背景と趣旨

21 世紀の超高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帯の理念に基づき、要介護者などを社会全体で支援する仕組みとして、介護保険制度が創設されました。

介護保険制度は、その創設から 20 年が経過し、サービス利用者は制度創設時の 3 倍を超え、630 万人に達しており、介護サービスの提供事業者数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着し、発展してきています。

第 6 期計画期間（平成 27 年度（2015 年度）～平成 29 年度（2017 年度））以降、国においては「2025 年を見据えた地域包括ケア計画」により、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、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される体制（地域包括ケアシステム）を構築することが示されており、本町においても、地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。

第 7 期計画（平成 30 年度（2018 年度）～令和 2 年度（2020 年度））においては、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、制度の持続可能性の確保を求める「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法などの一部を改正する法律」や、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制の整備によって地域共生社会の実現を求める「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」が示されました。

第 8 期計画（令和 3 年度（2021 年度）～令和 5 年度（2023 年度））においては、2025・2040 年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備や、認知症施策推進大綱等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等の基本方針が示され、更なる地域包括ケアシステムを深化・推進に取り組んできました。

今後、本町においては総人口の減少に加え、高齢者人口においても減少が見込まれていますが、65 歳未満の減少幅が大きいことから、高齢化率は増加する見込みです。また、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、施策を総合的かつ計画的に推進する「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」も令和 6 年 1 月 1 日に施行されました。

そのような状況の中、介護保険事業の持続可能性を維持しながら、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、自立した日常生活を営むことを可能としていくことが求められています。

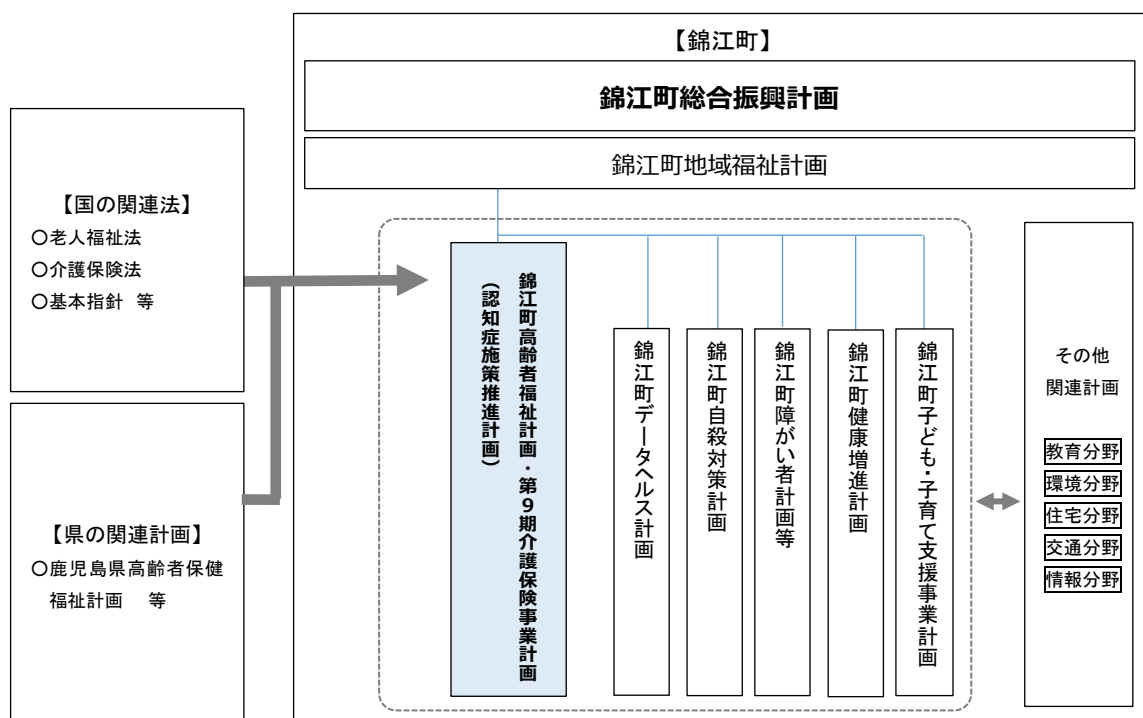
これらの状況を踏まえ、錦江町高齢者福祉計画第 9 期介護保険事業計画は、前計画からの基本理念である「各世代が助け合い、元気に暮らせる『地域』づくり」を継承し、高齢者が住み慣れた地域で尊厳を保ちながら生活ができ、町全体に自助・共助・公助の心が醸成されるよう、高齢者福祉計画と介護保険事業計画を一体的に策定するとともに、認知症施策推進計画も包含した計画とします。

第2節 計画の位置付け

老人福祉計画は「老人福祉法第20条の8」、介護保険事業計画は「介護保険法第117条」により規定され、それぞれは互いに整合性をもって作成することとされており、高齢者に関する施策全般の計画として、その内容において介護保険事業計画を包含するもので、基本的な政策目標を設定するとともに、その実現に向かって取り組むべき施策全般を盛り込むものです。

介護保険事業計画は、介護サービス基盤の整備に関しては、地域における要介護者等の人数やサービスの利用移行等を勘案して、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み、当該見込み量の確保のための方策等を定めるものです。

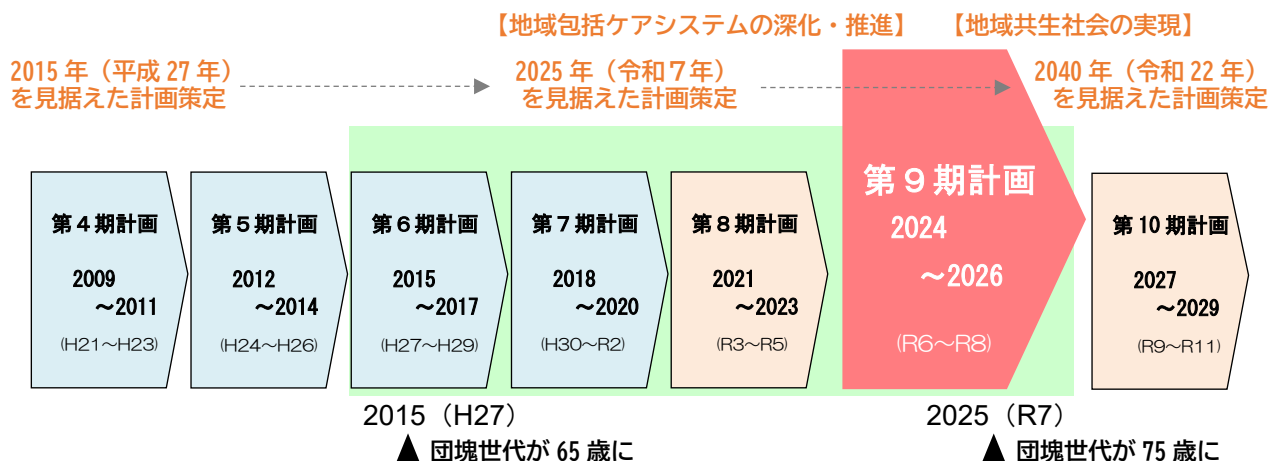
また、町の行政運営指針の最上位計画である「錦江町総合振興計画」や、福祉関連計画の上位計画である「地域福祉計画」の基本理念等を踏まえた上で、高齢者福祉分野の個別計画として策定します。さらに、地域包括ケアシステムの構築における在宅医療・介護の連携体制や取組を一層推進するため、鹿児島県高齢者保健福祉計画との整合性を確保します。



第3節 計画の期間

本計画の期間は3年を1期とし、令和6年度から令和8年度までとします。

また、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えた計画とし、中長期的な視点に立った施策の展開を図ります。



第4節 計画の策定体制

（1）錦江町高齢者・介護保険事業計画策定委員会

本計画を検討するため、医療・保健・福祉関係者等で構成する錦江町介護保険事業計画等策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

（2）高齢者実態調査

介護認定を受けていない高齢者と要支援1・2までの認定者を対象に、現在の生活状況や社会参加、今後の生活についての意向など、地域の抱える課題の特定に資することを目的として実施しました。

（3）在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている方を対象に、ご本人の生活実態やご家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向などを調査分析することを目的として実施しました。

（4）若年者実態調査

40～64歳の介護保険料を負担している第2号被保険者を対象に、現在の状況、さらには将来の介護保険等の意向などを調査分析することを目的として実施しました。

（5）パブリックコメントの実施

計画について、幅広く町民の声を聞くため、ホームページに掲載するとともに、本庁介護福祉課などで閲覧できるようにするなど内容を公開し、パブリックコメントを実施しました。

第5節 日常生活圏域の設定

高齢者の生活を支える基盤の整備については、日常の生活を営む地域において様々なサービスを提供する拠点の整備が必要です。

「市町村介護保険事業計画」においては、高齢者が住み慣れた環境で生活を継続できるようにするために、市町村内を1つまたは複数に区分した「日常生活圏域」を設定し、同圏域を基本的な枠組みとして地域密着型サービスの提供体制を整えていくこととされています。

圏域の設定にあたっては、以下のような事項を踏まえ、地域の特性を総合的に考慮する必要があります。

- ① 公民館・行政区の枠組み
- ② 地域住民の生活形態
- ③ 地理的条件（交通事情・面積）
- ④ 人口及び世帯・高齢化の状況
- ⑤ 介護給付等対象サービス基盤の整備状況
- ⑥ その他社会的条件

圏域の設定にあたっては、必要最小限の設定により本町のサービス供給のバランスをとり、利用者の利便性を高める枠組みが必要です。また、利用者のニーズに即した適切なサービス量を確保するためには、現在の枠組みを活用した柔軟なサービス利用が可能となる設定が求められます。

本町においては、第8期計画に引き続き、町全体を一つの「日常生活圏域」と設定します。介護サービスを求める一人ひとりが地理的条件や交通等の利便性を確保しつつ、各事業者が提供するサービス内容を十分に吟味しながら自己決定できる、選択の幅の広い枠組みをめざすものとしします。

第6節 介護保険制度の改正経緯

介護を家族だけでなく、社会全体で支える仕組みとして、平成 12（2000）年に介護保険制度が創設されました。平成 24（2012）年には、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た日常生活を営むことができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が開始され、平成 27（2015）年には、地域包括ケアシステムの構築に向けた見直しとして、在宅医療・介護連携や認知症施策の推進が位置づけられたほか、要支援者向けの介護予防訪問介護・介護予防通所介護が「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行されました。平成 30（2018）年には、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みが制度化されました。令和 3（2021）年には、市町村の包括的な支援体制の構築の支援や医療・介護のデータ基盤の整備の推進が位置付けられました。

介護保険制度の主な改正の経緯

第1期 (平成12年度～)	平成12年4月 介護保険法施行
第2期 (平成15年度～)	平成17年改正(平成18年4月等施行) ○介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。地域包括支援センターを創設、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ○小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
第3期 (平成18年度～)	平成20年改正(平成21年5月施行) ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等
第4期 (平成21年度～)	平成23年改正(平成24年4月等施行) ○地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日) ○医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
第5期 (平成24年度～)	平成26年改正(平成27年4月等施行) ○地域医療介護総合確保基金の創設 ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等) ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ○低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(平成27年8月) 等 ○特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化
第6期 (平成27年度～)	平成29年改正(平成30年4月等施行) ○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ○「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院の創設 ○特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など
第7期 (平成30年度～)	令和2年改正(令和3年4月施行) ○地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 ○医療・介護のデータ基盤の整備の推進
第8期 (令和3年度～)	

第7節 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント

国から提示された第9期介護保険事業計画基本指針のポイントは下記のとおりです。

(1) 基本的考え方

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年を迎えることになる。
- また、高齢者人口がピークを迎える 2040 年を見通すと、85 歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- さらに、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標の優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

(2) 見直しのポイント

①介護サービス基盤の計画的な整備

【地域の実情に応じたサービス基盤の整備】

- ・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ことが必要
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、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・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

【在宅サービスの充実】

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの普及
- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・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

【地域共生社会の実現】

- ・ 地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・ 地域包括支援センターの質の確保と体制整備、業務負担軽減を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・ 認知症に関する正しい知識、認知症の人への正しい理解の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

【デジタル技術を活用し、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医療・介護情報基盤を整備】

【保険者機能の強化】

- ・ 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

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

- ・ 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・ 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用
- ・ 介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

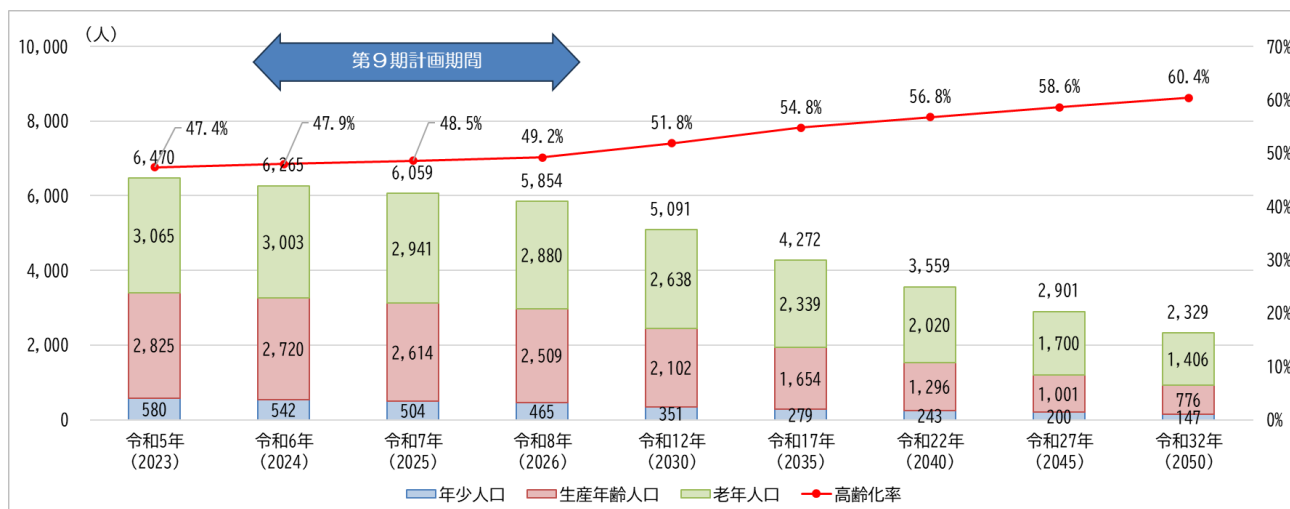
第2章 本町の現状

第1節 まちの人口と高齢者の状況

(1) 総人口の推移

本町の総人口は令和5年時点で 6,470 人となっており、65 歳以上の老年人口は 3,065 人、総人口に占める割合は 47.4%となっています。

少子高齢化の進展により総人口は減少し続け、令和 22 年には総人口 3,559 人、高齢化率 56.8%となることが予測されています。

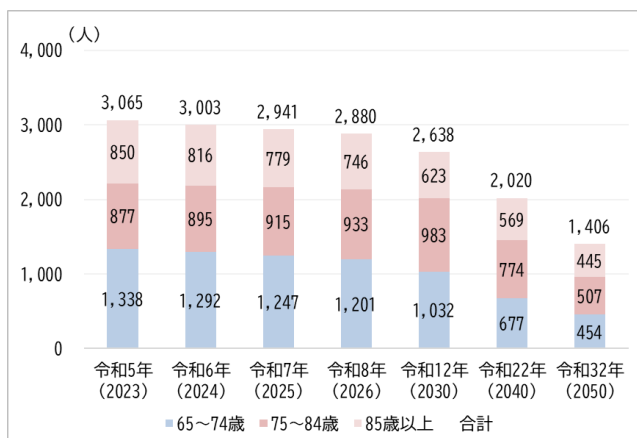


出典:「住民基本台帳」(令和5年)、コホート変化率法による推計値(令和6年～)

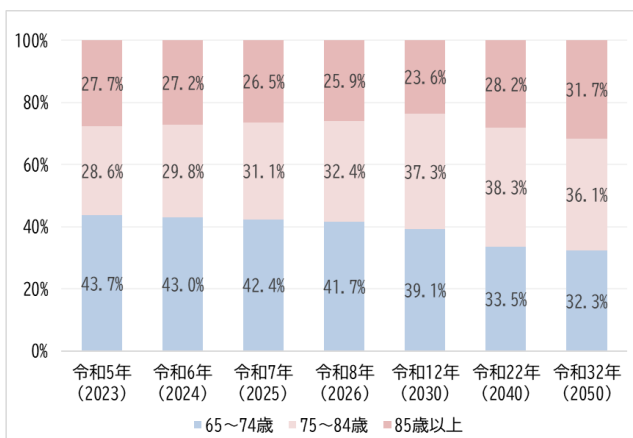
(2) 高齢者年齢2区分別人口、構成の推移及び推計

後期高齢者(75 歳以上人口)の構成割合が上昇していく推計となっており、令和 22 年の 75 歳以上人口は 1,343 人、構成割合は 66.5%となることが予測されています。

【高齢者年齢3区分人口】



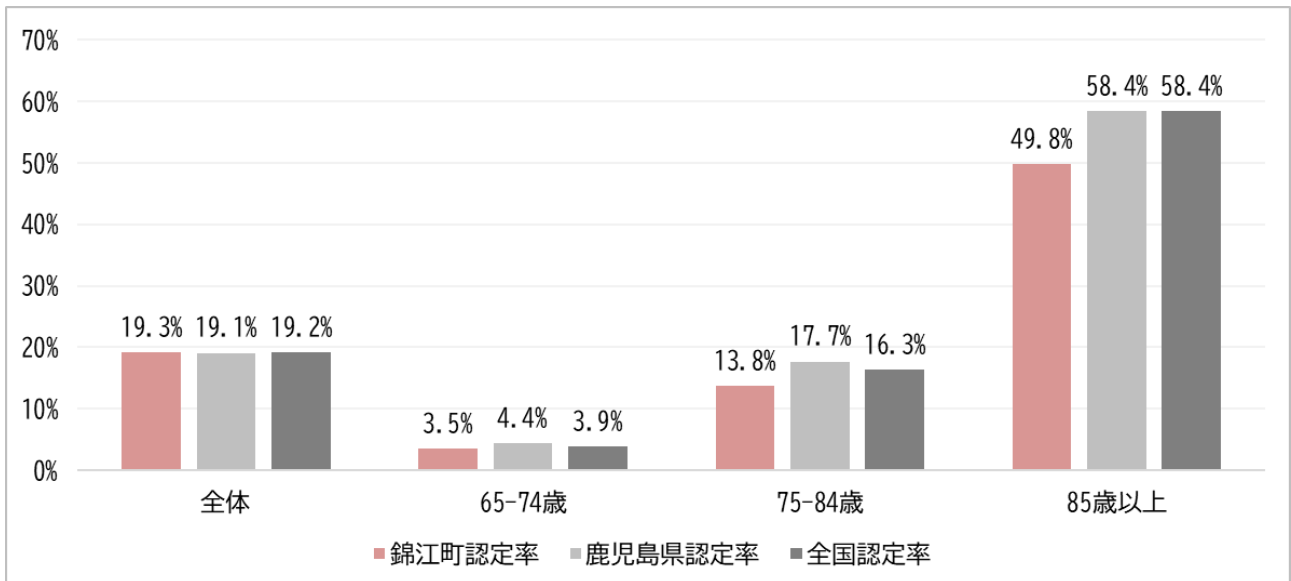
【高齢者年齢3区分構成割合】



出典:「住民基本台帳」(令和5年)、コホート変化率法による推計値(令和6年～)

(3) 年齢3区分別認定者割合

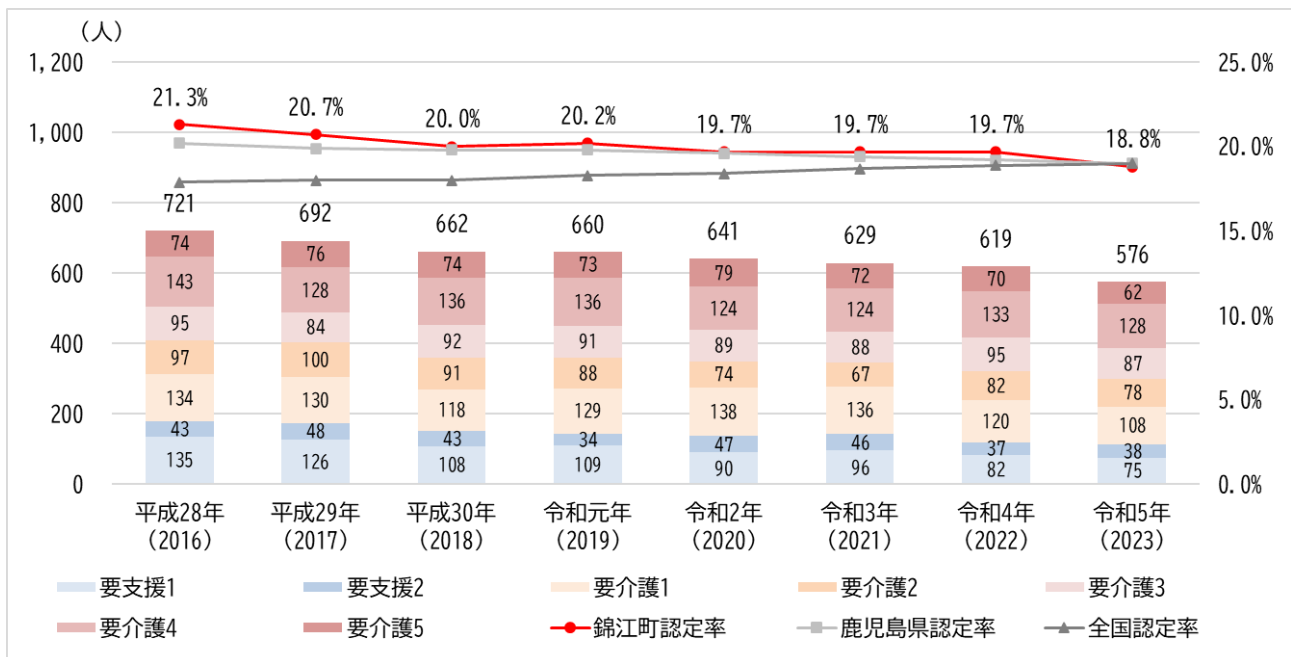
令和5年6月時点での認定者割合は、65～74歳が3.5%、75～84歳が13.8%、85歳以上が49.8%で、特に85歳以上の認定者割合が全国及び鹿児島県と比べて低くなっています。



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報（令和5年6月分）

(4) 第1号被保険者に占める要介護認定率の推移

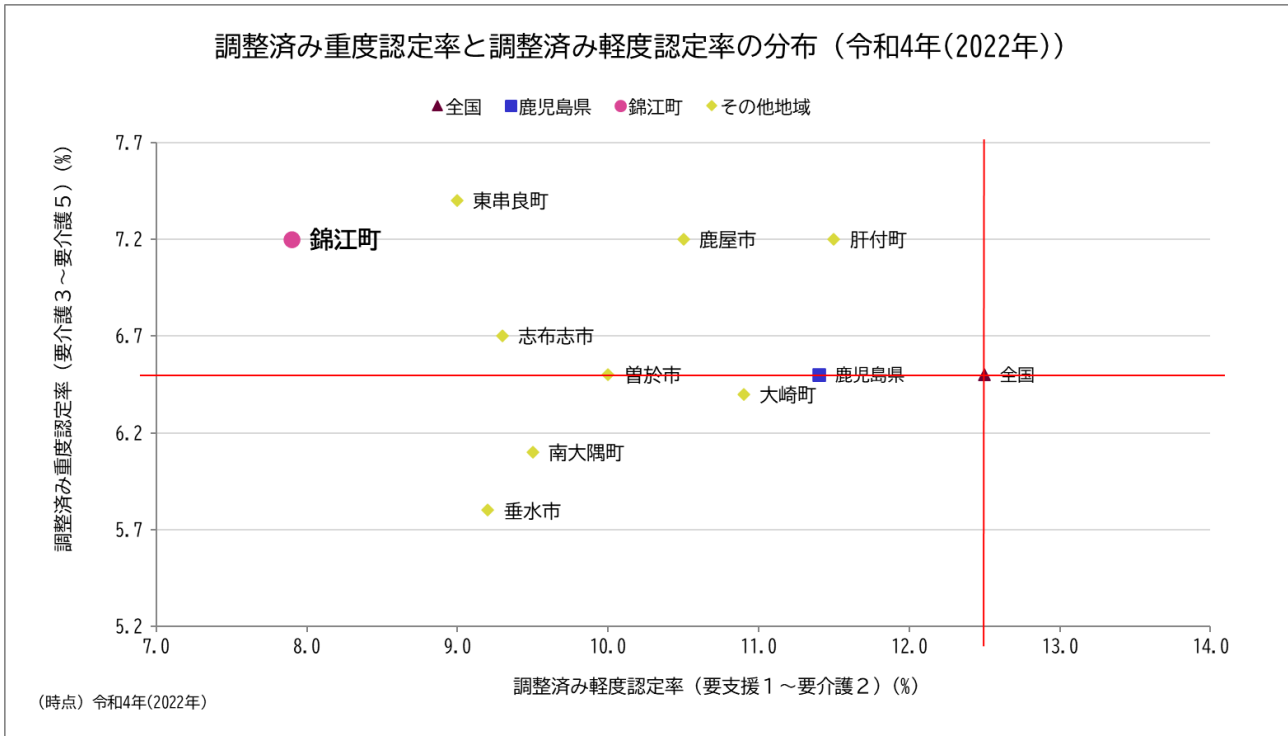
令和5年6月時点での錦江町の要介護（要支援）認定者は576人、第1号被保険者に占める要介護認定率は18.8%で全国及び鹿児島県と同程度となっています。



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報（令和5年6月分）

(5) 調整済み重度認定率と軽度認定率の分布

本町の調整済み「軽度（要支援1～要介護2）認定率」と「重度（要介護3～要介護5）認定率」の状況をみると、軽度認定率については全国及び鹿児島県を下回っており、重度認定率については全国及び鹿児島県を上回っています。



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3、4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

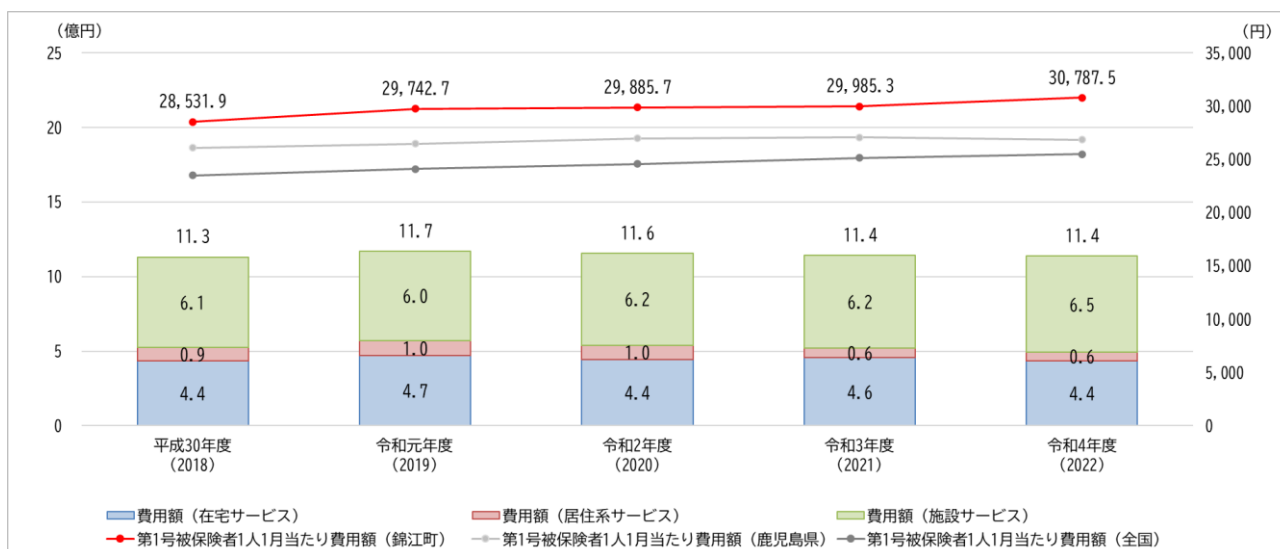
※調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※調整済み認定率とは、認定率の大小に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率を意味します。

一般的に後期高齢者の認定率は前期高齢者のそれよりも高くなることがわかっています。第1号被保険者の性・年齢別人口構成が、どの地域も、ある地域又は全国平均の1時点と同じになるよう調整することで、それ以外の要素の認定率への影響について、地域間・時系列で比較がしやすくなります。後期高齢者の割合が高い地域の認定率は、調整すること

(6) 介護費用額及び第1号被保険者1人1月当たり費用額の推移

本町の令和4年度の介護費用額は11.4億円となっています。また、第1号被保険者1人1月当たり費用額は30,787.5円で全国及び鹿児島県を上回っています。



出典:【費用額】平成27年度から令和2年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」,令和3年度から令和4年度:「介護保険事業状況報告(月報)」の12か月累計、令和5年度:直近月までの「介護保険事業状況報告(月報)」の累計(※補足給付は費用額に含まれていない)

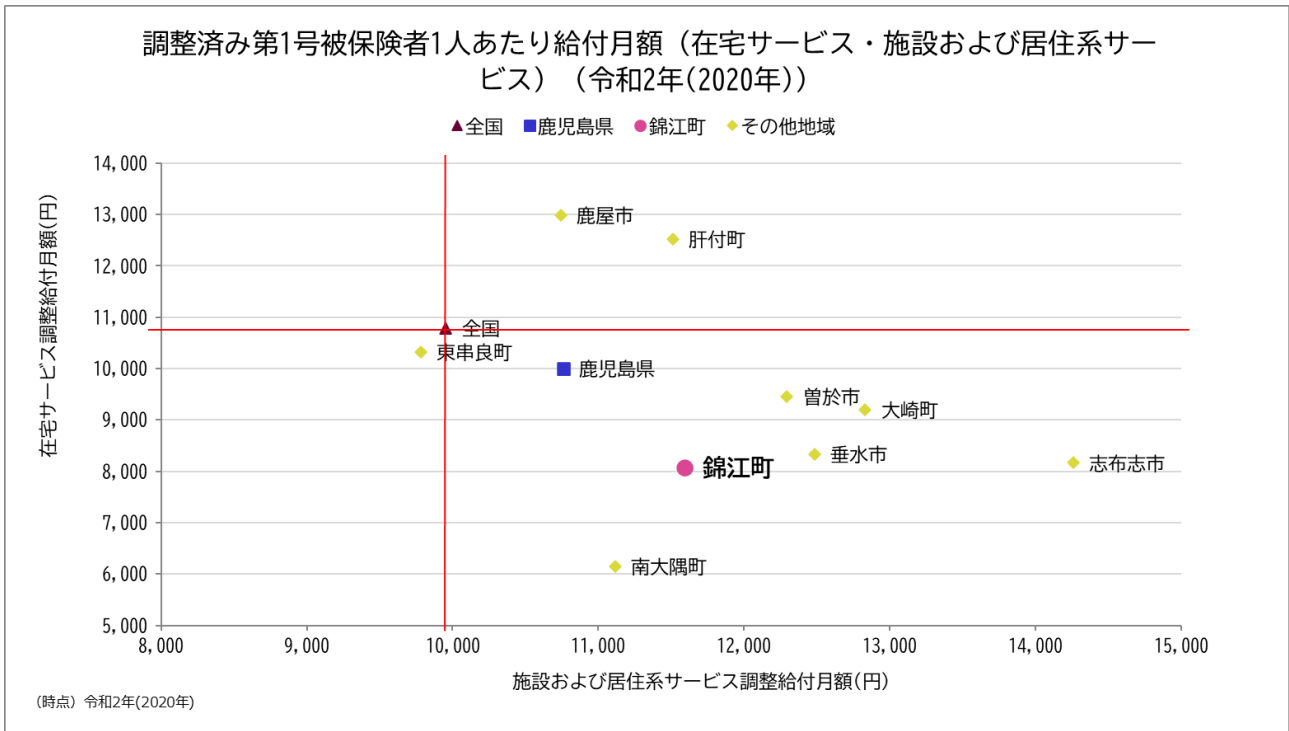
【第1号被保険者1人あたり費用額】「介護保険事業状況報告(年報)」(または直近月までの月報累計)における費用額を「介護保険事業状況報告(月報)」における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

※「施設サービス」、「居住系サービス」、「在宅サービス」の内訳

指標名	含まれるサービス
施設サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
在宅サービス	訪問看護、訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定福祉用具購入費、住宅改修費、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

(7) 第1号被保険者1人あたり給付月額の分布

本町の調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額の状態をみると、施設及び居住系サービスは全国及び鹿児島県を上回っており、在宅サービスは全国及び鹿児島県を下回っています。



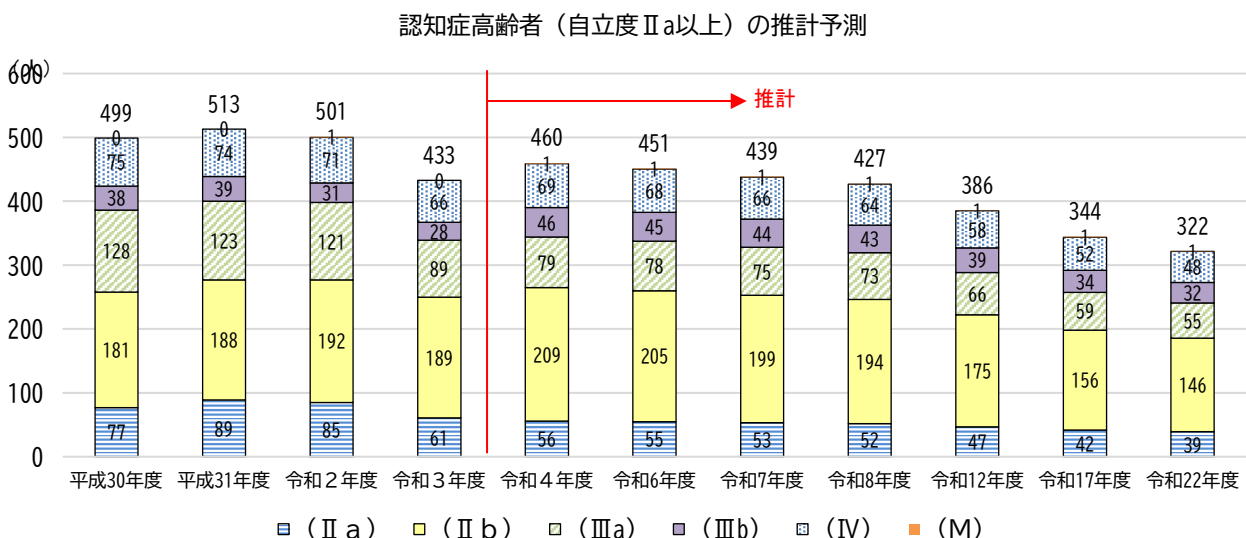
出典:「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

※ 調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※ 第1号被保険者に占める後期高齢者の割合が全国平均よりも高い地域は、調整を行っていない給付月額より調整済み給付月額が低くなる傾向があります。

(8) 認知症高齢者（自立度Ⅱa以上）の推計予測

第1号被保険者の認知症高齢者（自立度Ⅱa以上）は減少傾向にあります。高齢者数の減少に伴い、今後も減少傾向での推移が見込まれます。



出典:厚生労働省「介護保険総合データベース」を基に試算

第2節 アンケート調査結果

1 各種調査の概要

① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

ア) 調査の目的

一般高齢者、若年者、在宅要介護（要支援）者を対象に、地域の抱える課題の特定に資することなどを目的として実施しました。

イ) 調査実施時期

令和4年12月～令和5年2月

ウ) 調査対象者及び調査方法

調査の種類	一般高齢者調査	若年者調査	在宅要介護(要支援)者調査
調査対象者	介護保険の被保険者で65歳以上の高齢者のうち、要介護・要支援認定を受けていない者	40歳以上65歳未満の者のうち、要介護・要支援認定を受けていない者	介護保険の被保険者で要介護・要支援認定を受けている者（在宅）
対象者の抽出	無作為抽出調査	無作為抽出調査	全数調査
調査方法	民生委員による配布・回収	郵送による配布・回収	居宅支援事業所による配布・回収

エ) 配布数・有効回答数・有効回答率

調査の種類	一般高齢者調査	若年者調査	在宅要介護(要支援)者調査
配布数	500件	500件	300件
有効回答数	483件	192件	155件
有効回答率	96.6%	38.4%	51.7%

② 介護人材実態調査

ア) 調査の目的

介護人材の実態を個票で把握することにより、性別・年齢別・資格の有無別などの詳細な実態を把握し、介護人材の確保に向けて必要な取組等を検討することを目的として実施しました。

イ) 調査実施時期

令和5年6月に実施しました。

ウ) 調査対象事業所及び実施方法

本町内にある以下の事業所を対象とし、郵送により調査票を配布し、紙媒体若しくは電子メールにより回収しました。

エ) 配布数・有効回答数・有効回答率

配布数	有効回答数	有効回答率
10 事業所	8 事業所	80.0%

③ 居所変更実態調査

ア) 調査の目的

過去1年間の新規入居・退去の流れや、退去の理由などを把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を検討することを目的として実施しました。

イ) 調査実施時期

令和5年6月に実施しました。

ウ) 調査対象事業所及び実施方法

本町内にある以下の事業所を対象とし、郵送により調査票を配布し、紙媒体若しくは電子メールにより回収しました。

エ) 配布数・有効回答数・有効回答率

配布数	有効回答数	有効回答率
4 事業所	3 事業所	75.0%

④ 在宅生活改善調査

ア) 調査の目的

「(自宅等にお住まいの方で)現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討することを目的として実施しました。

イ) 調査実施時期

令和5年6月に実施しました。

ウ) 調査対象事業所及び実施方法

本町内にある以下の事業所を対象とし、郵送により調査票を配布し、紙媒体若しくは電子メールにより回収しました。

エ) 配布数・有効回答数・有効回答率

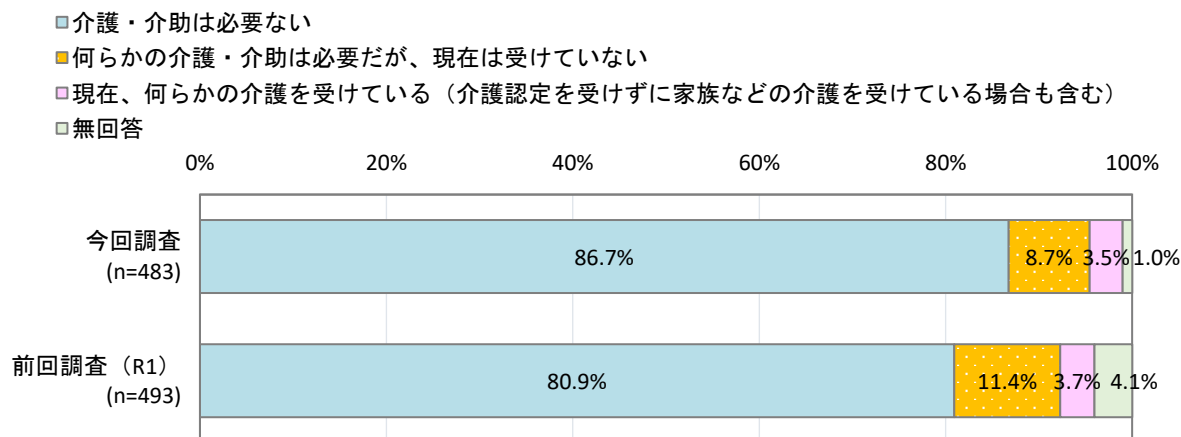
配布数	有効回答数	有効回答率
7 事業所	7 事業所	100.0%

2 介護の必要性及び疾病

① 現状

- 「現在、何らかの介護を受けている」方の割合は全体で 3.5%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」方の割合は全体で 8.7%となっています。
- 年代別でみると、介護が必要な方、介護を受けている方の割合は年齢があがるにつれて高い傾向にあります。
- 前回と比較して、「介護・介助は必要ない」の割合は 5.8 ポイント増加しており、介護予防の効果が伺えます。

【一般高齢者調査】

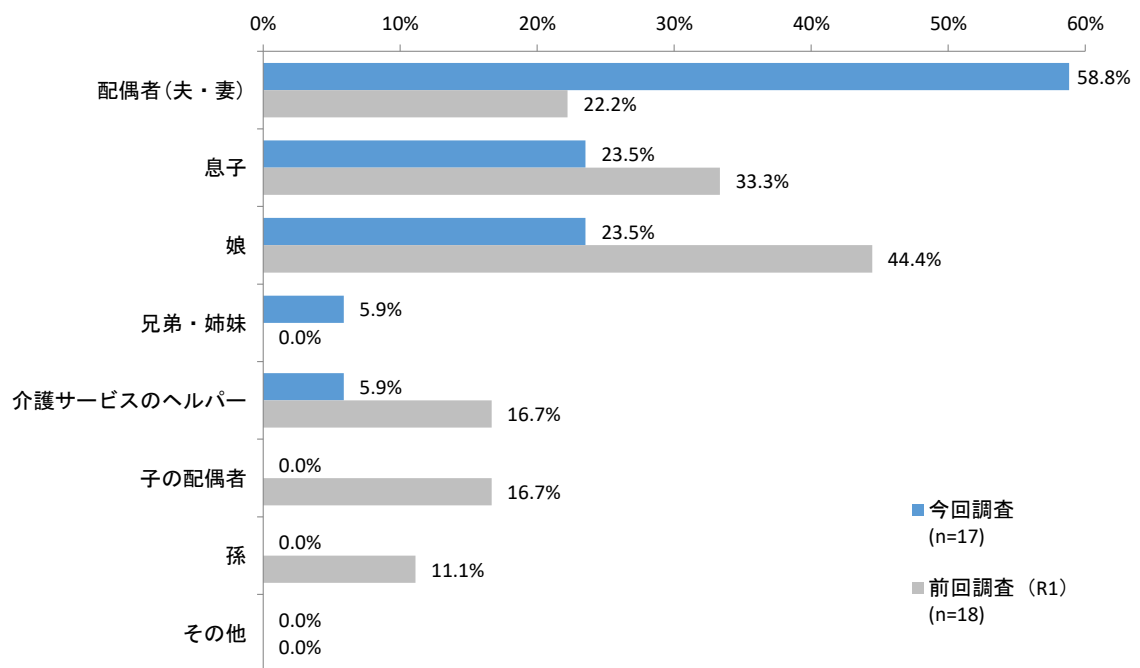


小数点第2位を四捨五入しているため、合計は100%と一致しない場合がある		サンプル数	介護・介助は必要ない	必要だが、現在受けていない	何らかの介護・介助は必要だが、現在受けている（介護認定を受けている家族などの介護を受けている場合も含む）	現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けていない家族などの介護を受けている場合も含む）	無回答
上段：回答者数 下段：構成比							
■ 上位1項目							
今回調査		483 100.0%	419 86.7%	42 8.7%	17 3.5%	5 1.0%	
前回調査(R1)		493 100.0%	399 80.9%	56 11.4%	18 3.7%	20 4.1%	
性別	男性	182 100.0%	157 86.3%	16 8.8%	6 3.3%	3 1.6%	
	女性	300 100.0%	261 87.0%	26 8.7%	11 3.7%	2 0.7%	
	無回答	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
年齢別	65～69歳	114 100.0%	103 90.4%	7 6.1%	2 1.8%	2 1.8%	
	70～74歳	154 100.0%	143 92.9%	8 5.2%	2 1.3%	1 0.6%	
	75～79歳	99 100.0%	85 85.9%	9 9.1%	4 4.0%	1 1.0%	
	80～84歳	65 100.0%	52 80.0%	9 13.8%	4 6.2%	0 0.0%	
	85歳以上	51 100.0%	36 70.6%	9 17.6%	5 9.8%	1 2.0%	
	無回答	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	

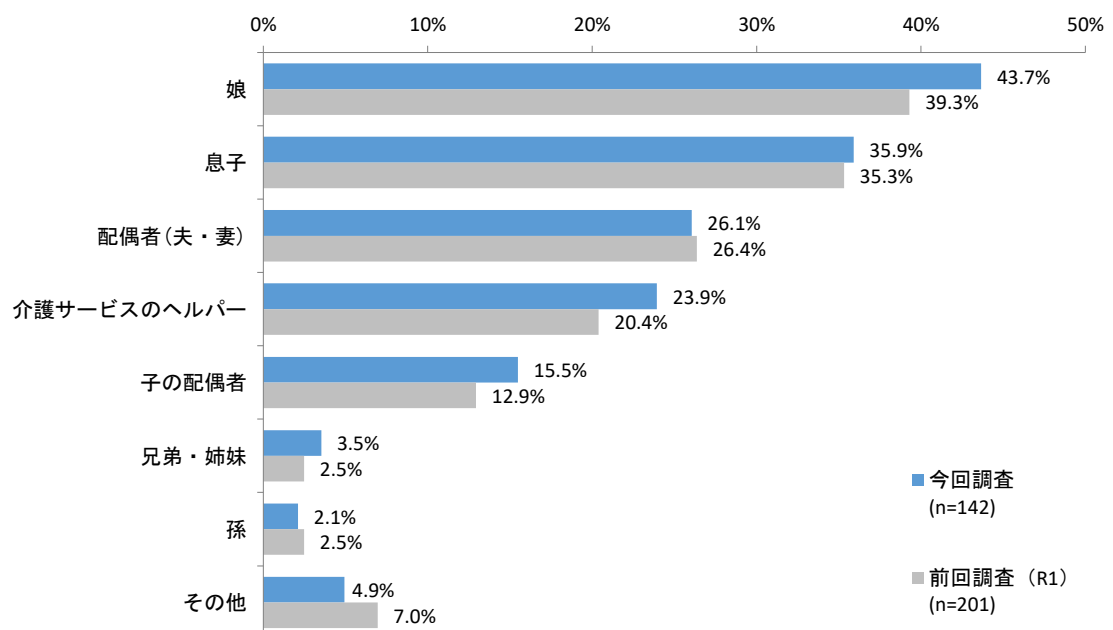
○主な介護者については、一般高齢者では配偶者が約6割と最も高くなっています。在宅要介護（要支援）者では「娘」43.7%、「息子」35.9%となっています。

○前回と比較して、一般高齢者調査では「娘」「介護サービスのヘルパー」「子の配偶者」等については10ポイント以上減少していますが、一方で「配偶者（夫・妻）」の割合は36.6ポイント増加していることから、「新型コロナウイルス感染症拡大」による行動制限や自粛の影響が伺えます。

【一般高齢者調査】

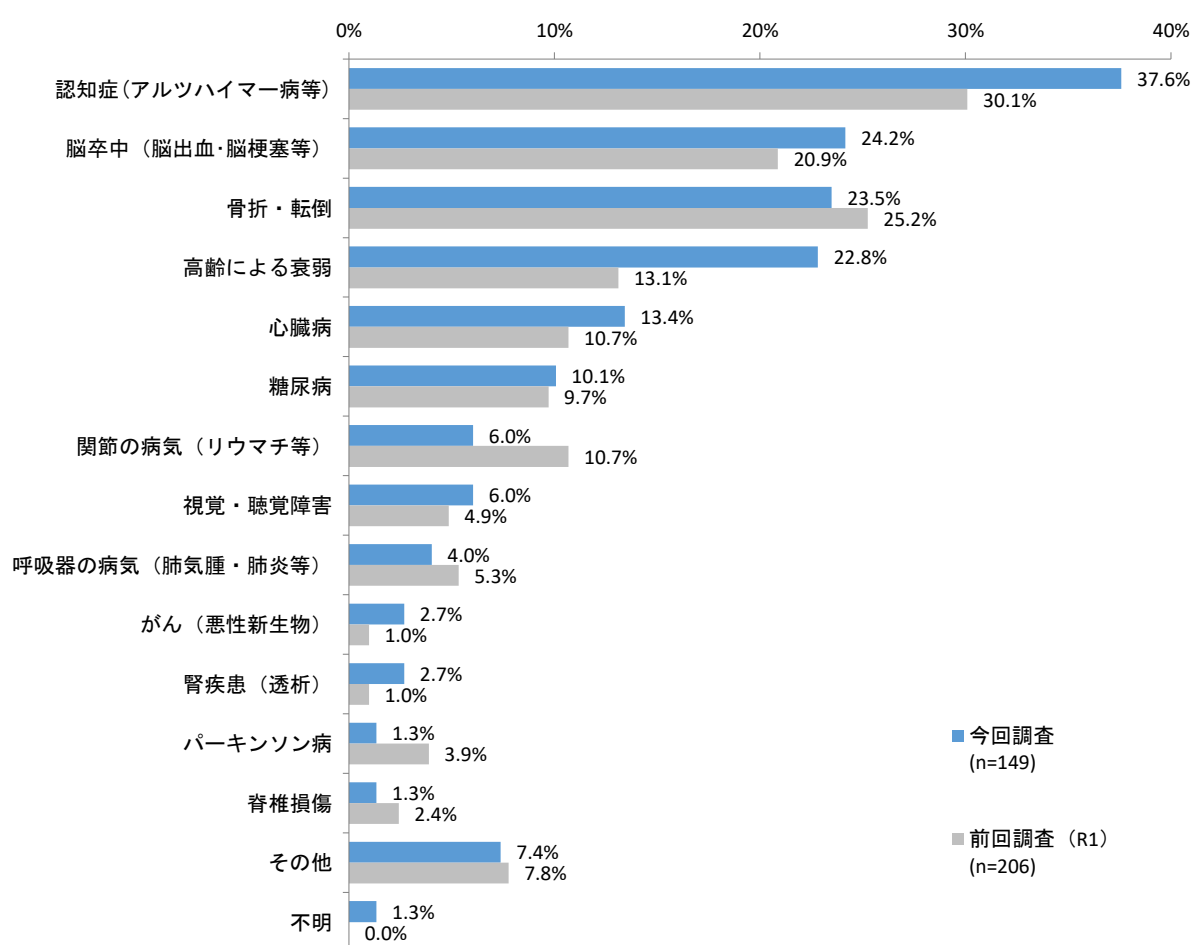


【在宅要介護（要支援）者調査】



- 在宅要介護（要支援）者の、介護・介助が必要となった原因としては、「認知症」37.6%が最も高く、次いで「脳卒中」24.2%となっています。
- 性別でみると、男性は「脳卒中」、「心臓病」、「糖尿病」などの割合が女性と比較して高くなっています。女性は「骨折・転倒」、「高齢による衰弱」などの割合が男性と比較して高くなっています。
- 前回と比較して、「高齢による衰弱」は 9.7 ポイント増加しており、高齢化の進行が伺えます。また、「認知症」は 7.5 ポイント増加していることから、地域で安心して生活ができるよう、総合的な認知症対策が必要です。

【在宅要介護（要支援）者調査】



② 課題及び施策展開

加齢に伴い介護・介助の必要性は高くなる傾向にあり、特に 85 歳を超えるとその必要性が急速に増すことから、若い年代から介護予防事業の取組を進めることが必要となっています。

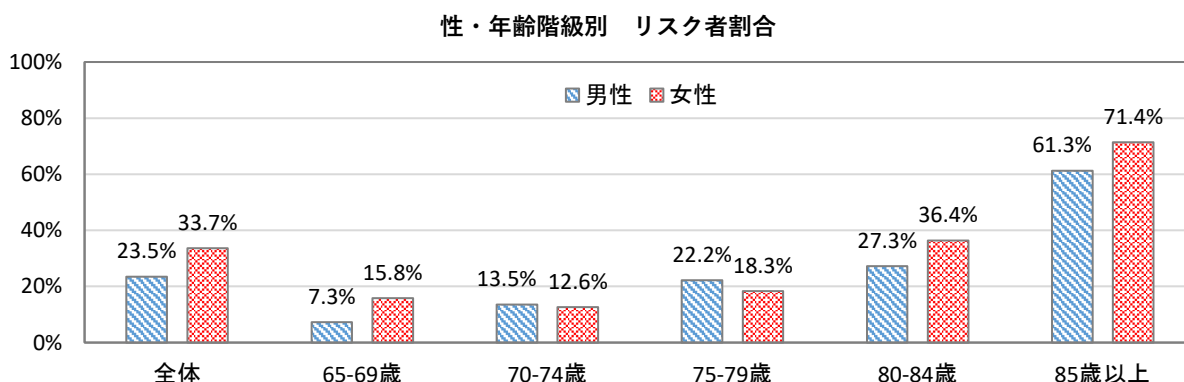
また、介護・介助が必要になった原因として、「認知症」の割合が約 4 割を占めており、認知症予防に関する取組などを実施し、運動機能向上を目的とした体操教室や地域で実施されているサロン活動、介護予防教室、認知症カフェ、認知症の人が生活しやすいまちづくりなどの機会を通じて、認知機能向上に資するプログラムを実施するなど、複合的なプログラム提供が必要となります。性別でみると、男性では「脳卒中」、「心臓病」、「糖尿病」など、食事や運動、喫煙などの生活習慣に起因する疾病が上位となっているため、介護予防の観点からは、生活習慣病予防に関する取組が重要であることがうかがえます。一方女性では、「骨折・転倒」の割合が高く、転倒予防、筋骨格系の機能の維持増進に関する介護予防事業の展開が重要であることがうかがえます。

3 各種評価項目の該当状況

① 運動器の機能低下

ア) 現状

運動器の判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が 23.5%、女性が 33.7%となっています。男女ともに、年齢が上がるにつれて該当者割合が高くなっています。



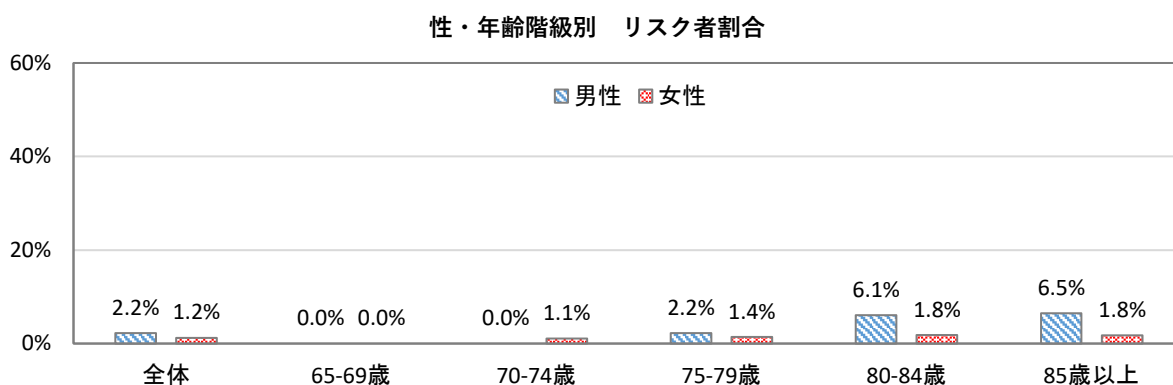
イ) 課題及び施策展開

転倒した経験と転倒に対する不安を払しょくすることで、該当者出現率を低下させる可能性があります。取組として、高齢者の集まる場においての家庭内や家庭菜園等の場における転倒リスクの情報発信、一般介護予防事業を活用した転倒予防教室の開催などが有効と考えられます。

② 低栄養の傾向

ア) 現状

低栄養傾向の判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が2.2%、女性が1.2%となっています。該当者割合は他の項目に比べて非常に低くなっています。



イ) 課題及び施策展開

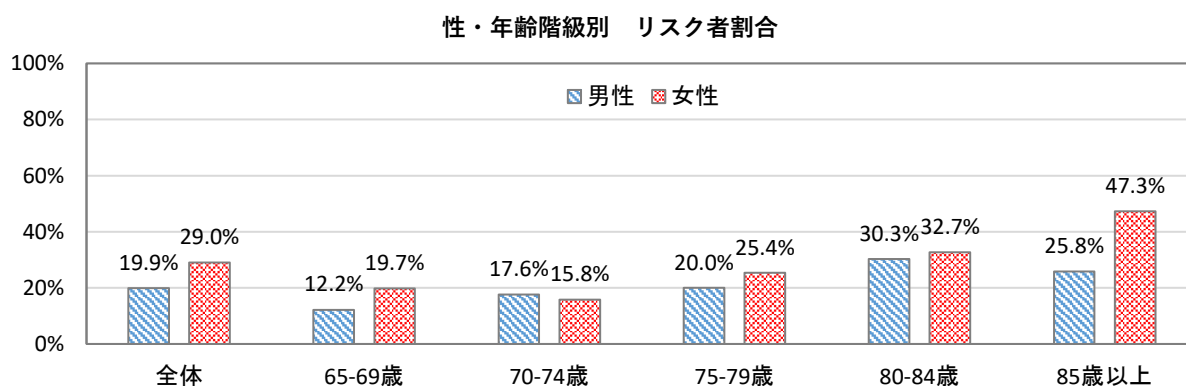
一般に、買い物支援の有無、食事の準備等の有無、運転免許の返納などによる栄養リスクの増減が考えられることから、これらの対象者となる方の把握、見守り等が重要となります。

また、食欲の低下する夏季には、体重減少が起こりやすいと考えられることから、季節変動も考慮に入れる必要があります。

③ 口腔機能の低下

ア) 現状

口腔機能に関する判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が19.9%、女性が29.0%となっています。男性では80-84歳、女性では85歳以上の割合が最も高くなっています。



イ) 課題及び施策展開

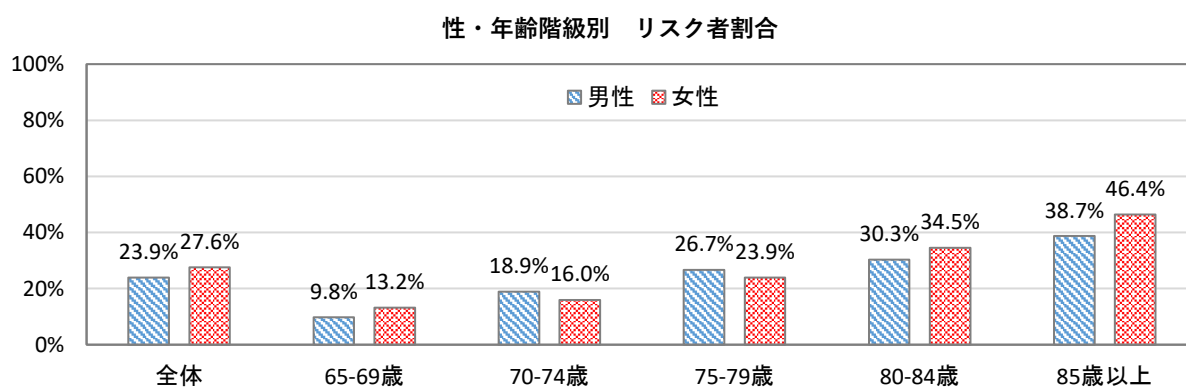
歯科受診や定期的な歯科検診受診などにより、入れ歯の手入れ・調整などによる口腔環境改善が必要と考えられます。

同時に、セルフケアとして口腔体操の実践、個別支援として口腔機能向上訓練の実施などの対応が重要となります。

④ 閉じこもり傾向

ア) 現状

閉じこもり傾向の判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が 23.9%、女性が 27.6%となっています。男女ともに、年齢が上がるにつれて該当者割合が高くなっています。



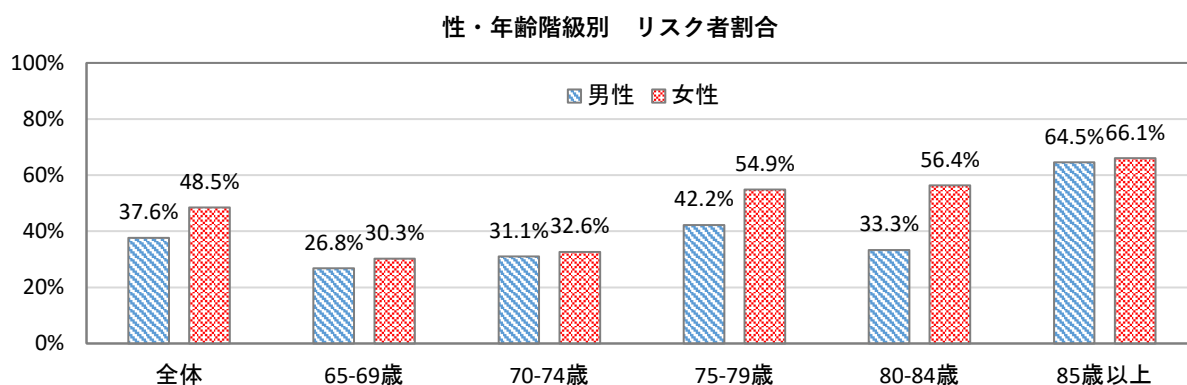
イ) 課題及び施策展開

高齢者の閉じこもりの背景として、運動機能や口腔機能の低下などの「身体的要因」、抑うつ傾向や生活意欲の低下などの「心理的要因」、同居者や移動手段の有無などの「社会的要因」が関係しあっているとされています。さらに、多様な要因が複合的に影響していると考えられ、個々の要因を明らかにした上での適切な施策展開が必要です。

⑤ 認知機能の低下

ア) 現状

認知機能の判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が 37.6%、女性が 48.5%となっています。全ての年代で、男性よりも女性のほうが、割合は高い傾向にあります。男女ともに 85 歳以上では6割を超えています。



イ) 課題及び施策展開

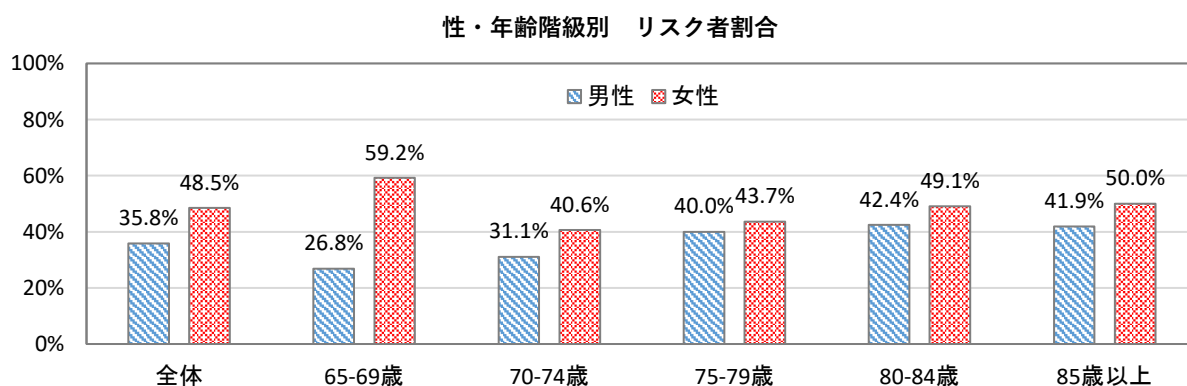
認知症予防に関する取組などを実施し、参加者が一定程度確保でき、認知機能向上に特化した教室を実施することができる場合はよいですが、そうではない場合には、運動機能向上教室や地域で実施されているサロンなど機会を通じて、認知機能向上に資するプログラムを実施するなど、複合的なプログラム提供が必要となります。

その際、それぞれの事業レベル（担当者や担い手のボランティアレベル）で、プログラムを独自に開発・提供することが難しい場合も想定されるため、行政において、認知症予防に効果的と考えられるようなレクリエーションなどのプログラム、教材等を提供できる準備を行うなど、連携体制の構築が不可欠となります。

⑥ うつ傾向

ア) 現状

うつ傾向の判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が 35.8%、女性が 48.5%となっています。全ての年代で、男性よりも女性のほうが割合は高い傾向にあります。



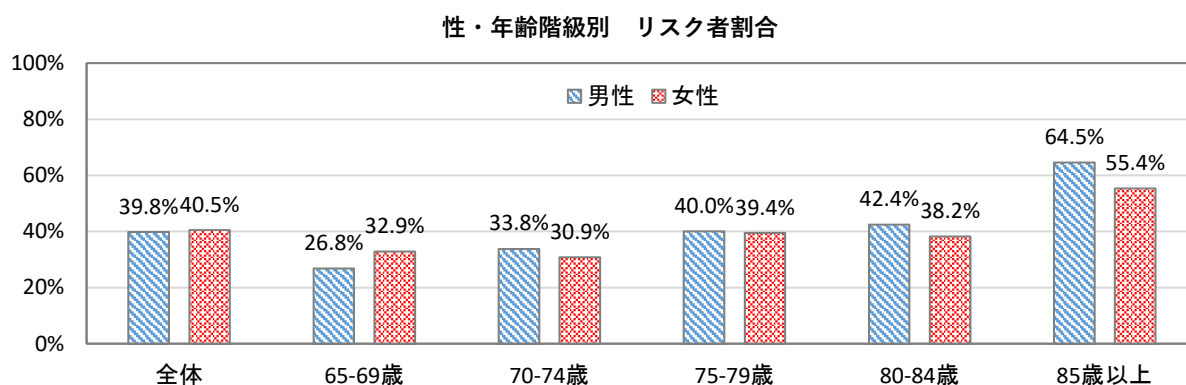
イ) 課題及び施策展開

うつ予防単独の事業実施や参加者募集では、十分な費用対効果のある事業となりにくいことが想定され、事業規模・対象者の参加が限定的な実施となることが予想されますが、一方で、通いの場等の機会を通じて外出機会の創出を目指したアプローチとすることで、効果的な事業実施が可能と考えられます。

⑦ 転倒リスク

ア) 現状

転倒リスクの判定結果をみると、リスク該当者の割合は男性が 39.8%、女性が 40.5%となっています。男女ともに 85 歳以上で該当者割合が高くなっています。



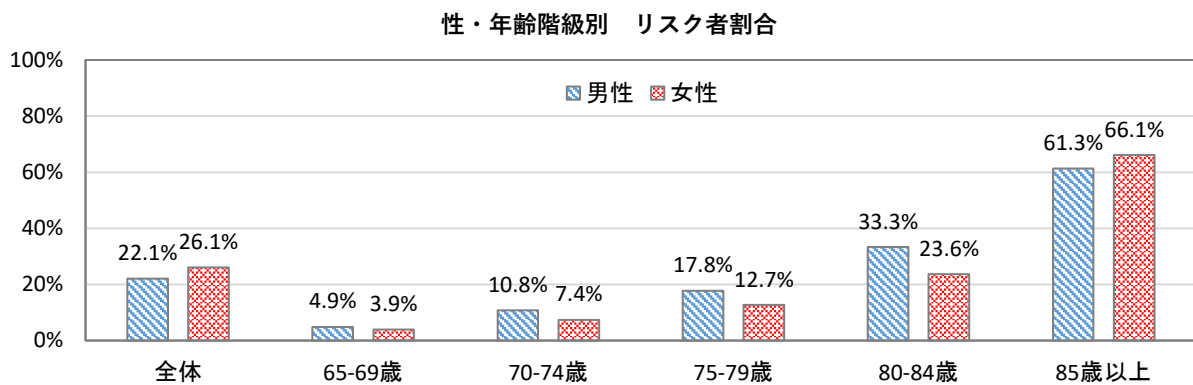
イ) 課題及び施策展開

「①運動器機能の低下」と同様に転倒した経験と転倒に対する不安を払しょくすることで、該当者出現率を低下させる可能性があるため、取組として、高齢者の集まる場においての家庭内や家庭菜園等の場における転倒リスクの情報発信、一般介護予防事業を活用した転倒予防教室の開催などが有効と考えられます。

⑧ IADL（日常生活動作）の低下

ア) 現状

IADLが低い方の割合は、男性 22.1%、女性 26.1%となっています。男女ともに年齢が上がるにつれて該当者割合が高くなっています。



⑨ 課題及び施策展開

IADLは「掃除・料理・洗濯・買い物などの家事や交通機関の利用、電話対応などのコミュニケーション、スケジュール調整、服薬管理、金銭管理、趣味」などの複雑な日常生活動作のことを指します。

介護予防に関する取組を総合的に推進することによって、IADLの低下者の上昇抑制になると考えられます。

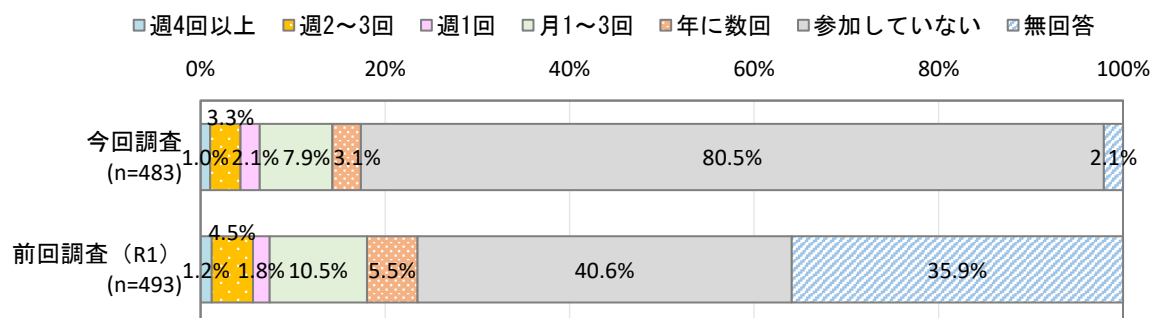
4 社会活動等の参加状況

① 現状

○「通いの場（地域サロン、認知症カフェ、運動教室など）」の参加頻度については、「月1回以上」参加している人は約1割となっており、「参加していない」が約8割を占めています。

○前回と比較して、「参加していない」の割合は 39.9 ポイント増加しており、「新型コロナウイルス感染症拡大」の影響によるものと推察されます。

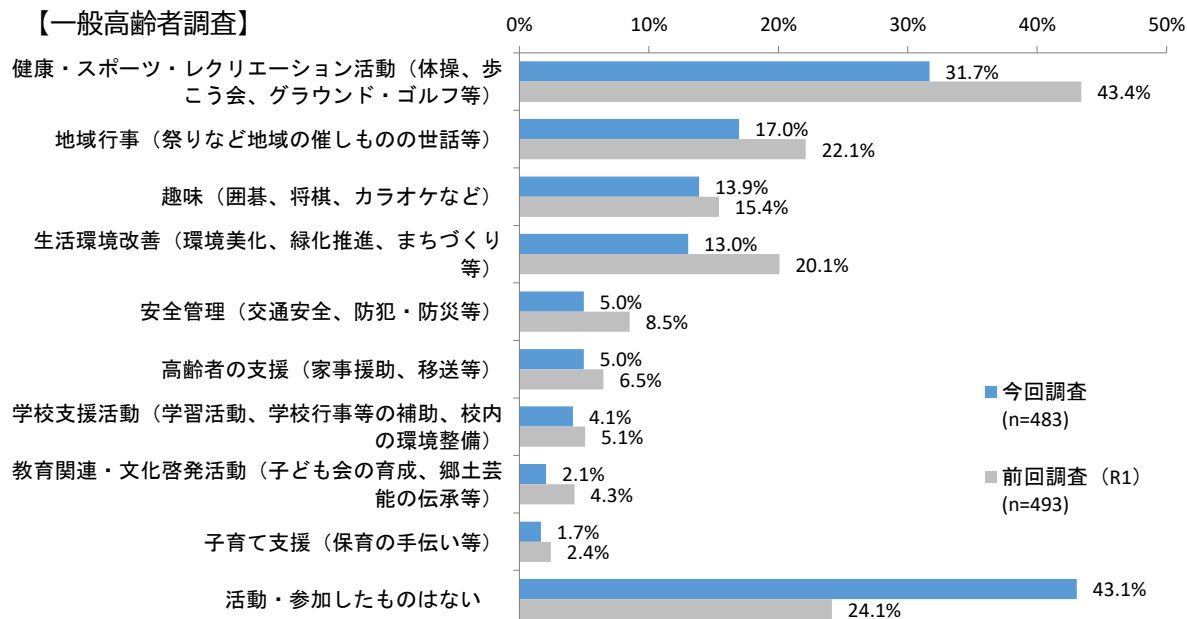
【一般高齢者調査】



○「社会活動を行った、又は参加した経験」については、「健康・スポーツ・レクリエーション活動」が 31.7%、「地域行事」が 17.0%となっていますが、「活動・参加したものはなし」が 43.1%と高くなっています。

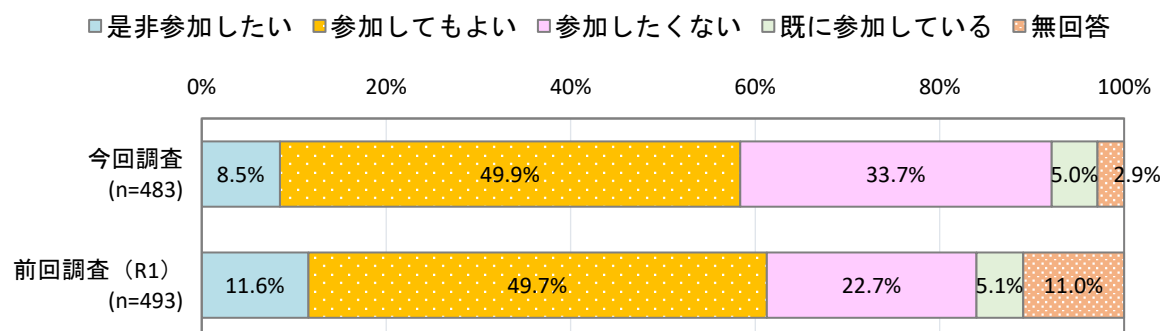
○前回と比較して、「活動・参加したものはなし」の割合は 19.0 ポイント増加しており、「新型コロナウイルス感染症拡大」の影響によるものと推察されます。

【一般高齢者調査】



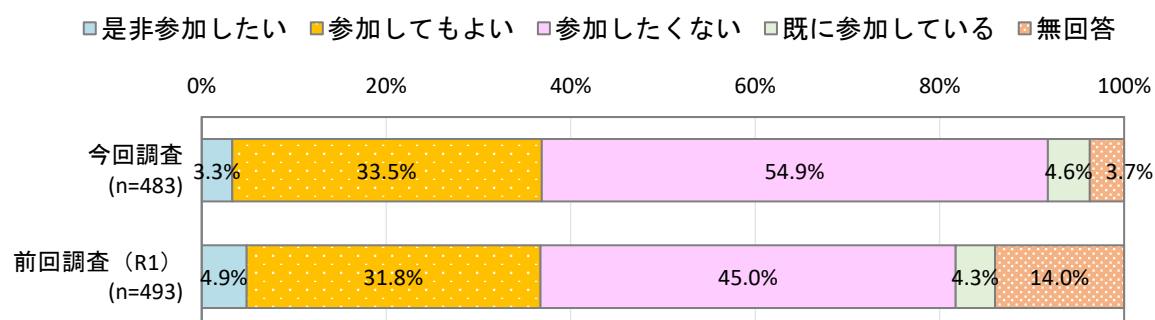
○「地域づくり活動への参加意向のある高齢者の割合」は全体で 58.4%となっています。

【一般高齢者調査】



○「地域づくり活動への企画・運営としての参加意向のある高齢者の割合」は全体で 36.8%となっています。

【一般高齢者調査】



② 課題及び施策展開

「通いの場」への参加頻度については、「月1回以上」参加している人は約1割となっており、約8割が「参加していない」状況にあります。「社会活動を行った、又は参加した経験」については、「健康・スポーツ・レクリエーション活動」や「地域行事」が上位にあげられていますが、「活動・参加したものはなし」と回答した人が約4割と高くなっています。「地域づくりへの参加意向のある高齢者」については、58.4%が参加意向ありとなっている一方、「地域づくりへの企画・運営としての参加意向のある高齢者」については、36.8%が参加意向ありとなっています。

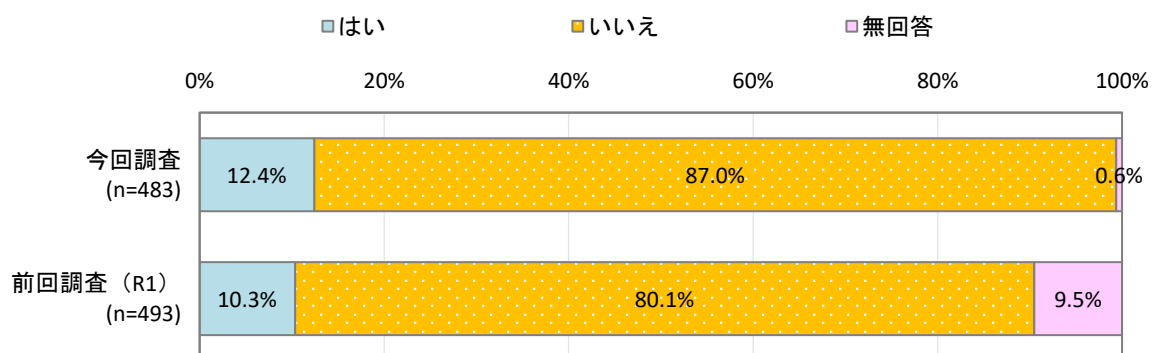
スポーツ関係やボランティア活動、趣味関係のグループ活動など、社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症、うつリスクが低いとされ、介護予防効果が期待されます。潜在的に参加意向のある方に実際に参加してもらうための施策展開が重要となっています。

5 認知症施策

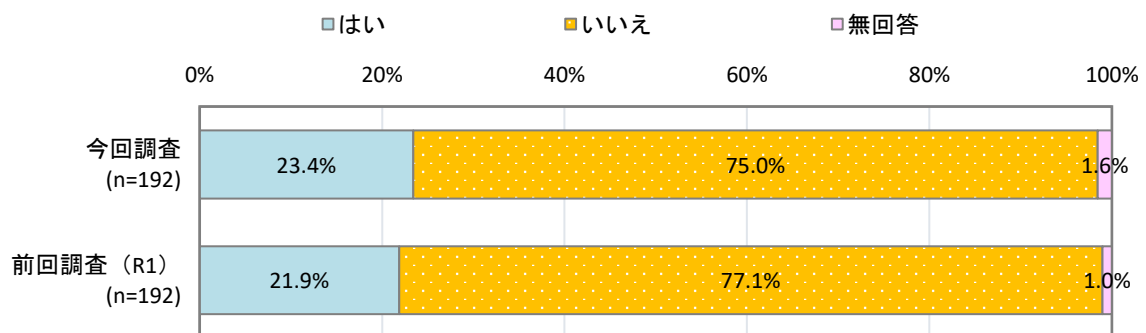
① 現状

- 「自身や家族に認知症の症状があると回答した人の割合」については、一般高齢者では 12.4%、若年者では 23.4%、在宅要介護（要支援）者では 39.4% となっています。
- 前回と比較して、一般高齢者調査、若年者調査「はい」の割合は増加しており、高齢化の進展による影響が伺えます。

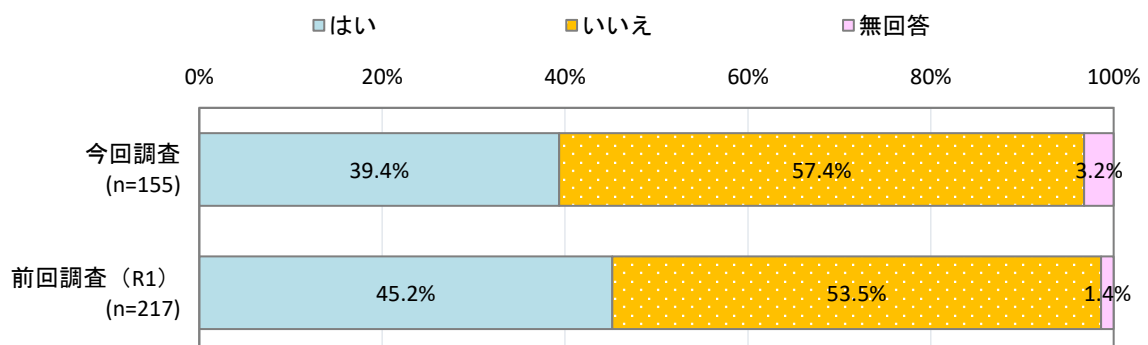
【一般高齢者調査】



【若年者調査】



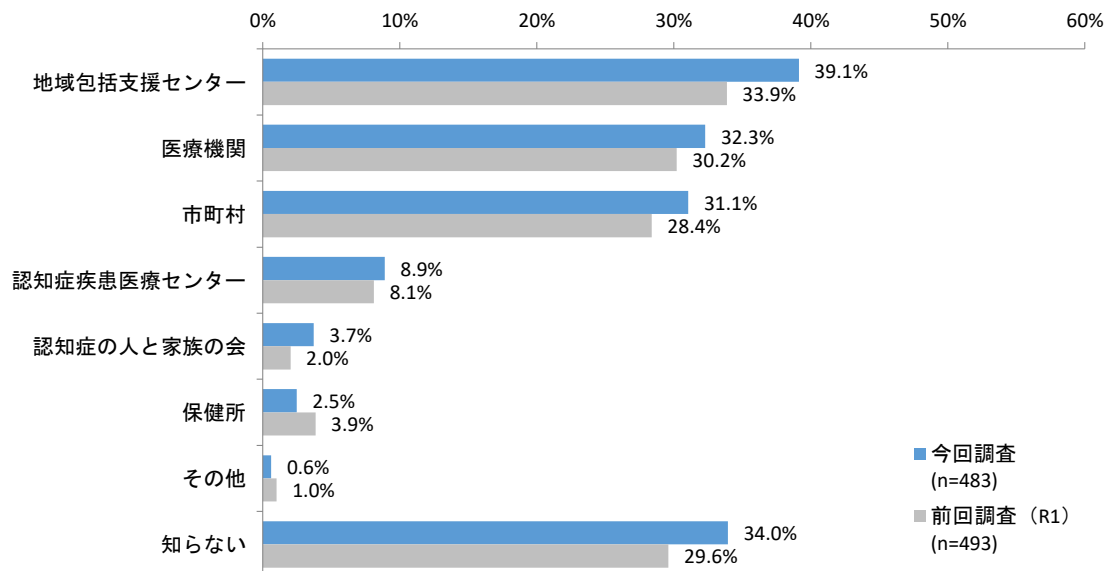
【在宅要介護（要支援）者調査】



○「認知症に関する相談窓口」については、「地域包括支援センター」や「医療機関」の認知度が高くなっています。一方で、「知らない」と回答した人が34.0%となっています。

○前回と比較して、「地域包括支援センター」や「医療機関」の割合は増加しており、周知啓発活動の一定の成果が伺えます。

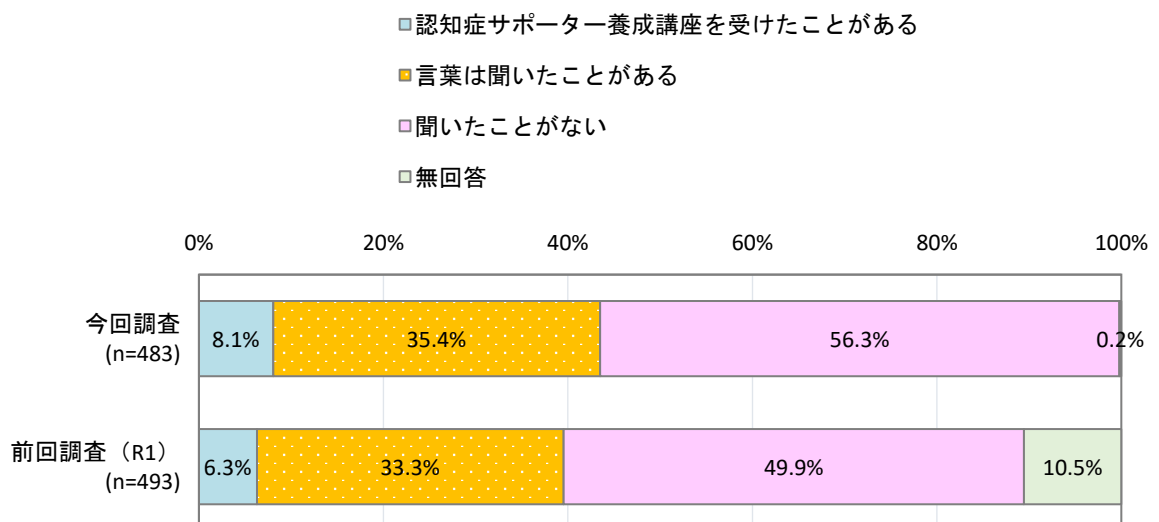
【一般高齢者調査】



○「『認知症サポーター』について知っているか」については、「言葉は聞いたことがある」が35.4%となっています。また、「認知症サポーター養成講座を受けたことがある」が8.1%となっています。

○前回と比較して、「認知症サポーター養成講座を受けたことがある」や「言葉は聞いたことがある」の割合は増加しており、周知や事業活動の一定の成果が伺えます。

【一般高齢者調査】



② 課題及び施策展開

自身や家族に認知症の症状があると回答した人の割合は、一般高齢者では12.4%、若年者では23.4%、在宅要介護（要支援）者では39.4%となっています。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指すため、認知症に関する理解促進・普及啓発、認知症の本人やその家族の視点を重視した取組、また若い年代のうちからの認知症予防を推進していく必要があります。

認知症に関する相談窓口について知らない人の割合は約3割となっており、様々な媒体による周知を推進していく必要があります。

認知症サポーター養成講座を受けたことがある方の割合は8.1%となっています。あらゆる機会を捉えた講座開催が求められます。

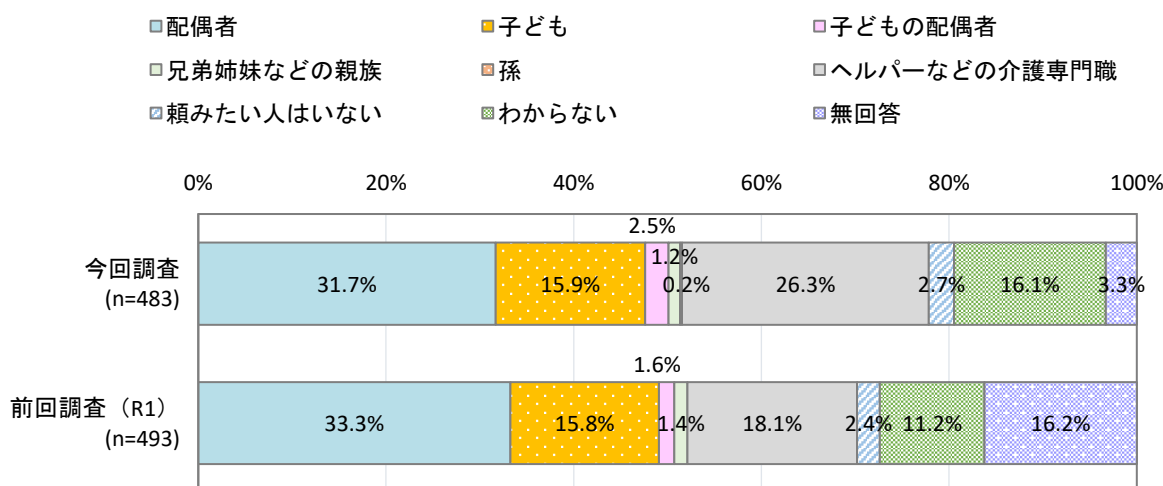
6 在宅医療及び在宅介護の連携

① 現状

○「介護を頼みたい相手」については「配偶者」31.7%が最も高くなっています。

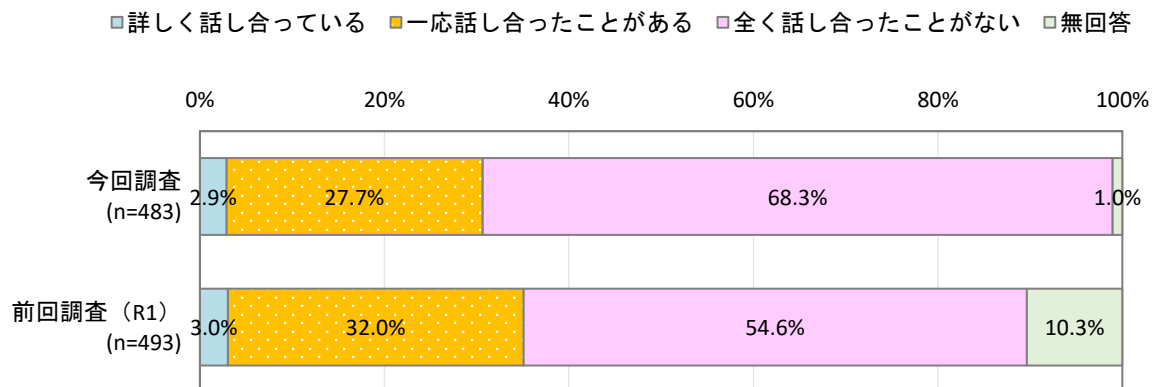
○前回と比較して、「ヘルパーなどの専門職」の割合は8.2ポイント増加しています。

【一般高齢者調査】



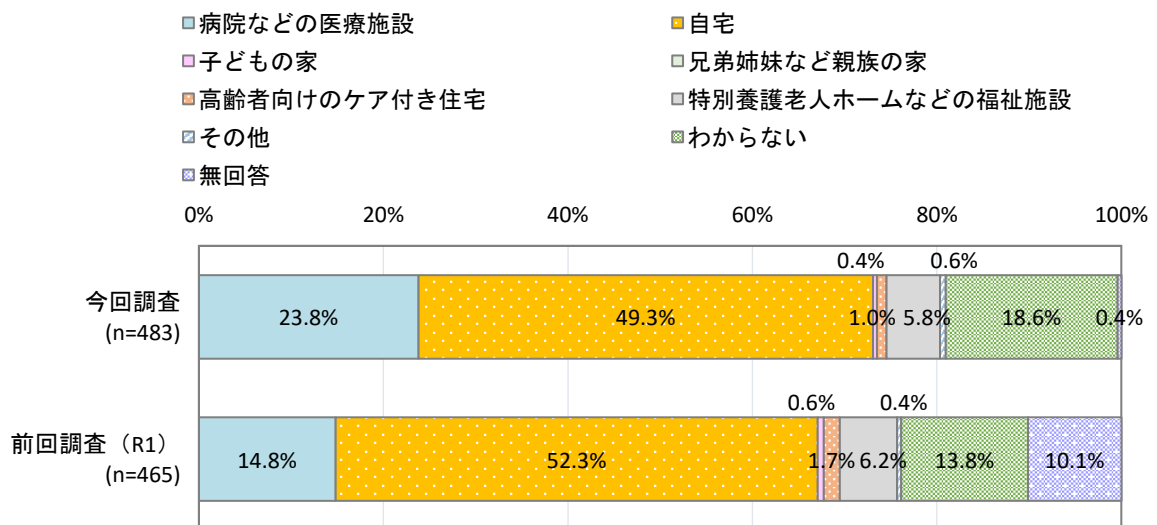
○「医療や介護の方針について、家族とどのくらい話し合ったことがあるか」については、「全く話し合ったことがない」68.3%が最も高くなっています。
○前回と比較して、「全く話し合ったことがない」の割合は 13.7 ポイント増加しています。

【一般高齢者調査】



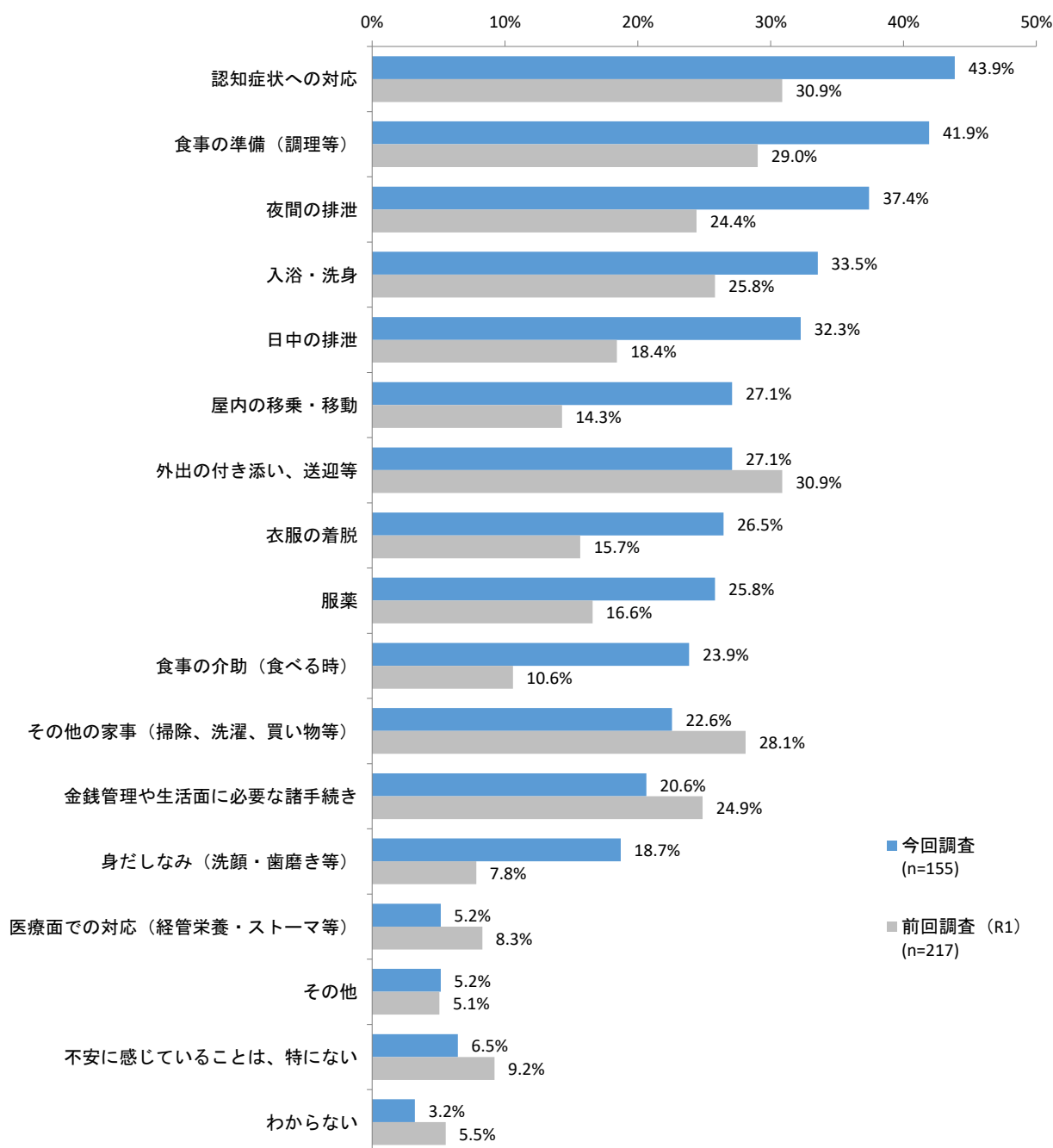
○「最期を迎えたいと思う場所」については、「自宅」49.3%が最も高くなっています。
○前回と比較して、「病院などの医療施設」の割合は 9.0 ポイント増加しています。

【一般高齢者調査】



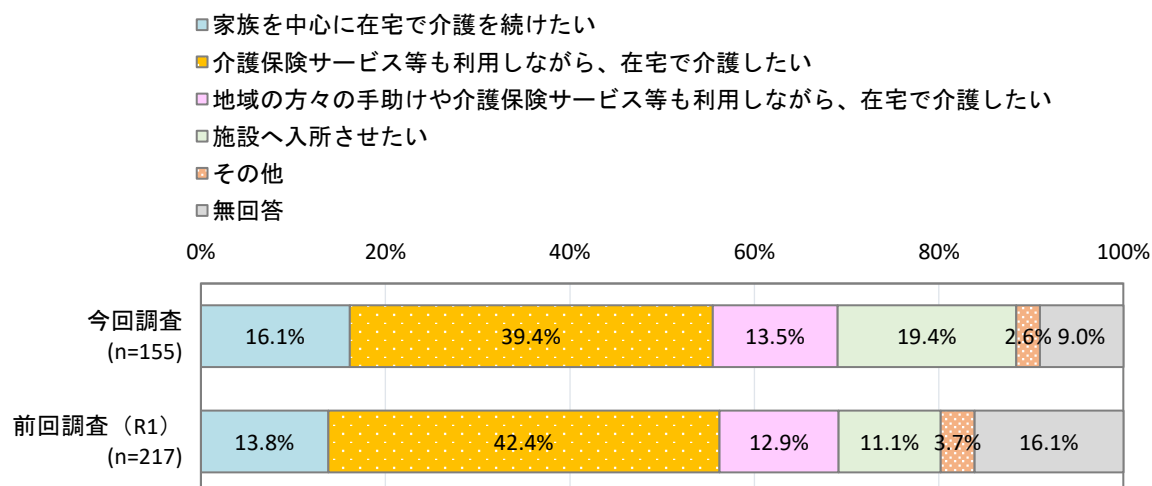
- 「現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護」について、「認知症への対応」、「食事の準備」、「夜間の排泄」について、主な介護者の不安が大きい傾向がみられました。
- 前回と比較して、ほとんどの項目で増加しており、重度化等により介護者の不安が大きくなっていることが伺えます。

【在宅要介護（要支援）者調査】



○「今後の介護の意向」については、「介護保険サービス等も利用しながら、在宅で介護したい」が 39.4%と最も高くなっています。また前回調査と比較すると、「施設へ入所したい」との回答が 8.3 ポイント増加しています。

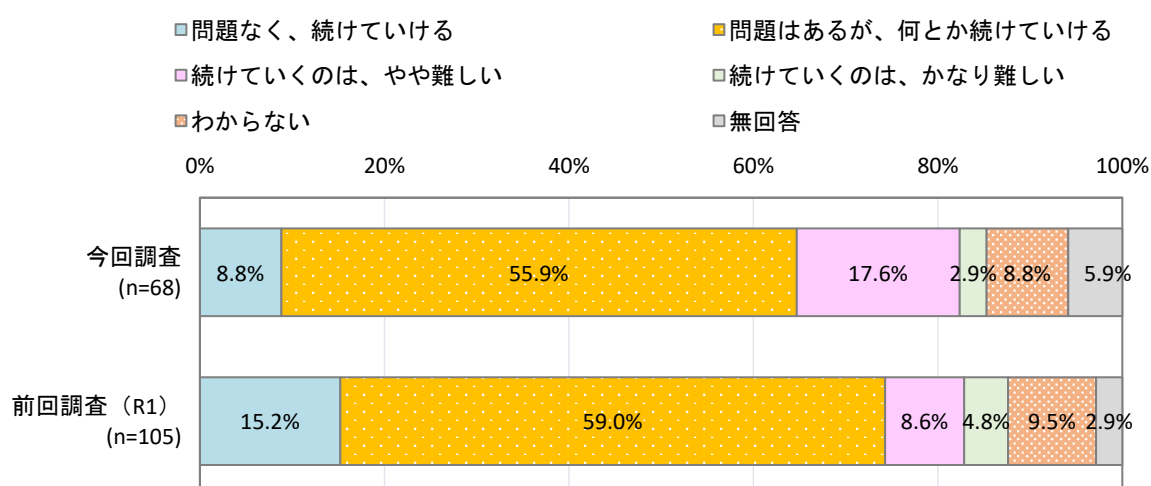
【在宅要介護（要支援）者調査】



○「主な介護者の就労継続の可否に係る意識」については、「問題はあるが、何とか続けていける」が 55.9%と最も多くなっています。「続けていくのは、やや難しい」、「続けていくのは、かなり難しい」を合わせた割合は 20.5%となっています。

○前回と比較して、「問題はあるが、何とか続けていける」が 55.9%と変わらず高い数値の一方、「続けていくのは、やや難しい」の割合は 9.0 ポイント増加しており、「仕事と介護の両立」の困難さが伺えます。

【在宅要介護（要支援）者調査】



② 課題及び施策展開

「介護を頼みたい相手」については、「配偶者」が約3割で最も高くなっていますが、今後の高齢化の進展による老老介護の増加が懸念されます。

「最期を迎えたいと思う場所」については、「自宅」が約5割と最も高くなっており、自宅で生活したいと考える高齢者が多いことが分かります。

現在の生活を継続していくにあたって、特に「認知症への対応」、「食事の準備」、「夜間の排泄」について、介護者の不安が大きい傾向がみられました。

今後も働きながら介護を「続けていくのは、やや難しい」若しくは「続けていくのは、かなり難しい」と回答した方は約2割となっています。

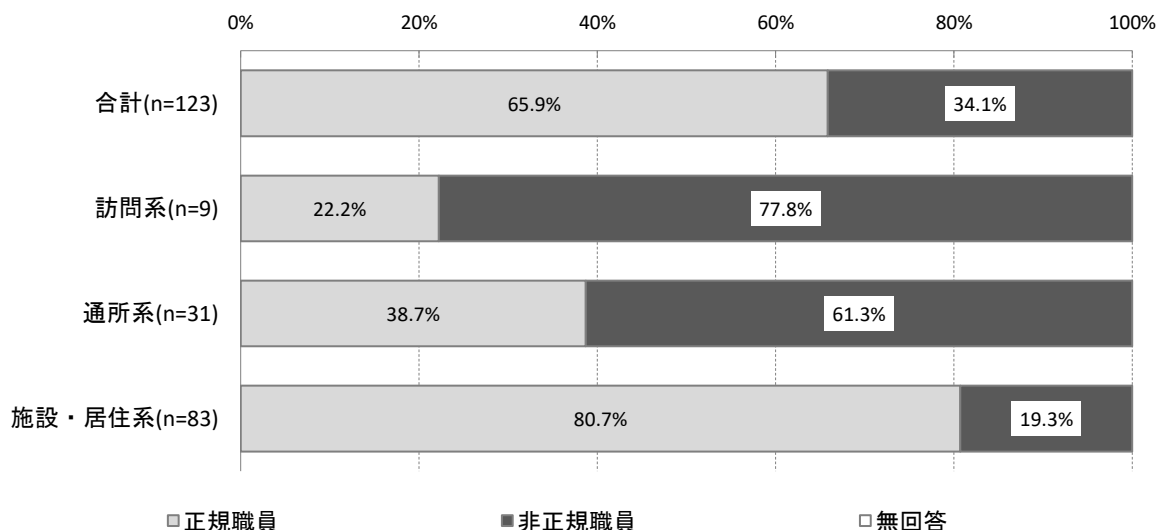
今後の「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就業継続」の実現のため、上記結果を踏まえた介護サービスの在り方を検討することが重要です。

7 介護人材の雇用形態

① 現状

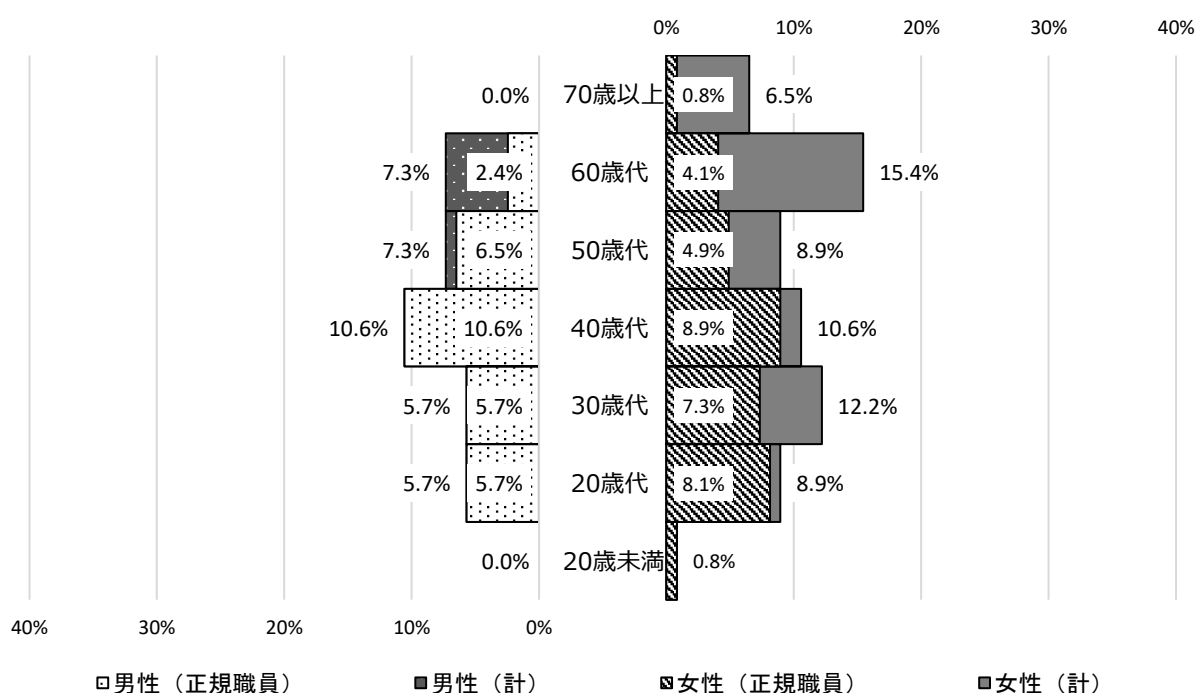
○正規職員・非正規職員の割合をみると、「正規職員」が 65.9%、「非正規職員」が 34.1%となっています。サービス系統別では、「正規職員」の割合が最も高いのは「施設・居住系」で 80.7%となっています。

【介護人材実態調査】



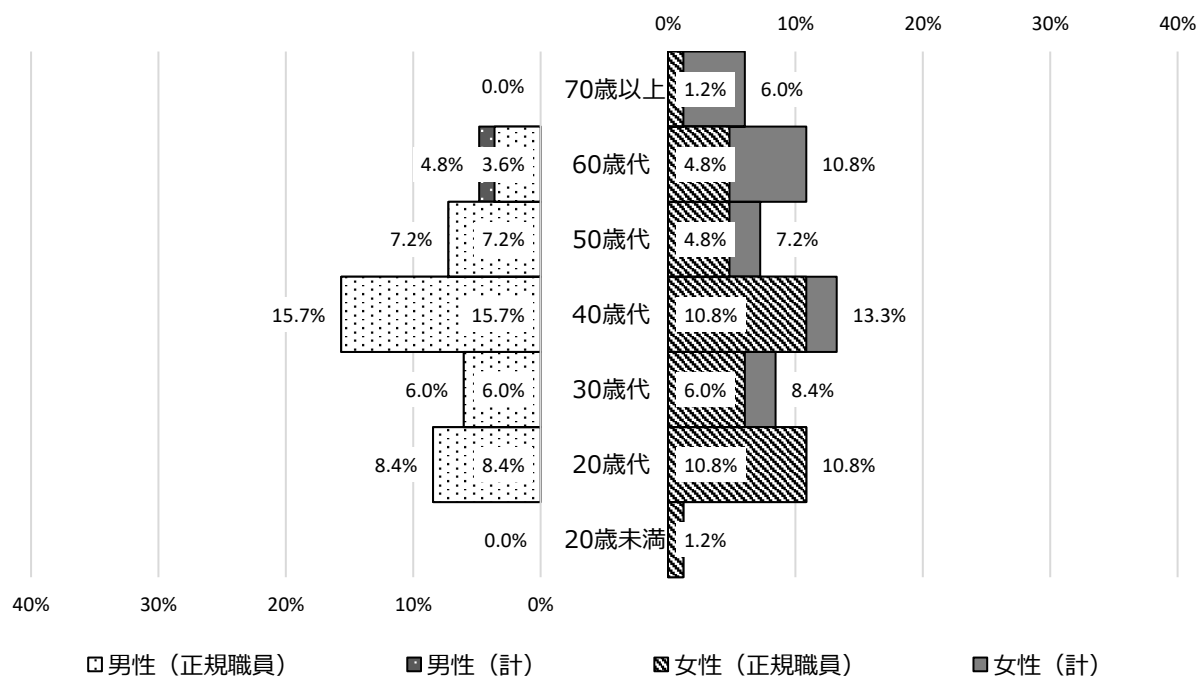
○職員の性別・年齢別の構成をみると、60 歳代の女性の占める割合が高くなっています。また、60 歳以上が全体の 29.2%を占めています。

【介護人材実態調査】



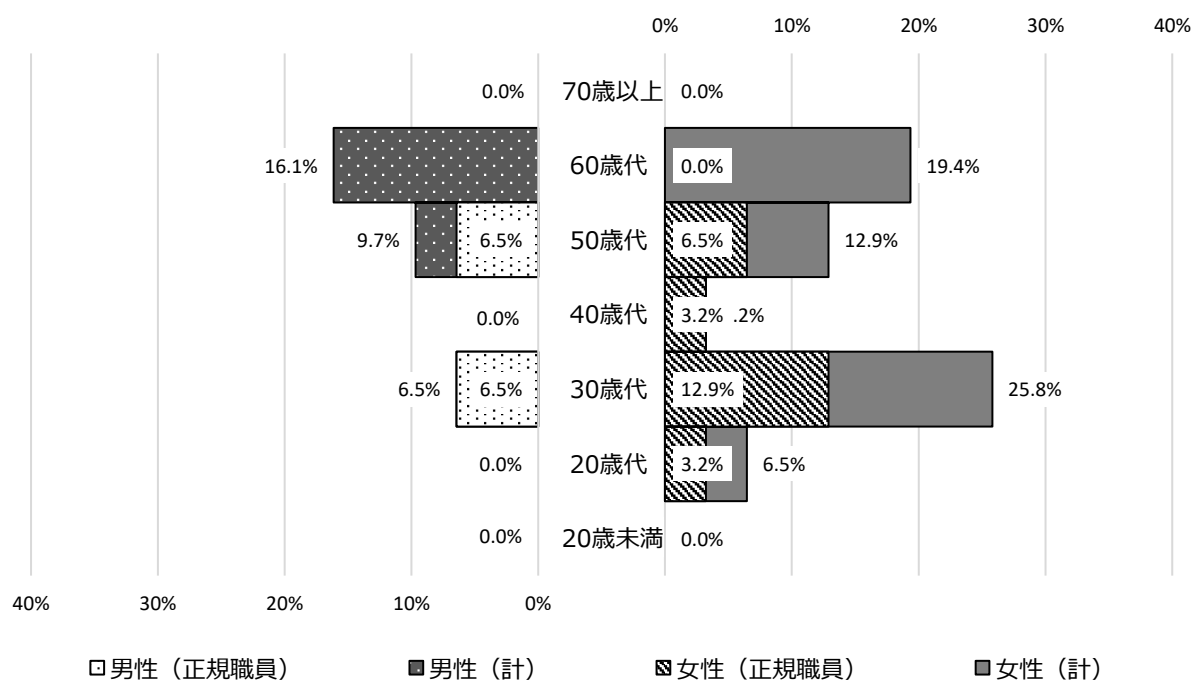
○施設・居住系の職員の性別・年齢別の構成をみると、40 歳代の女性が 13.3% で最も高くなっています。また、訪問系や通所系と比較し、正規職員の割合が高くなっています。

【介護人材実態調査】



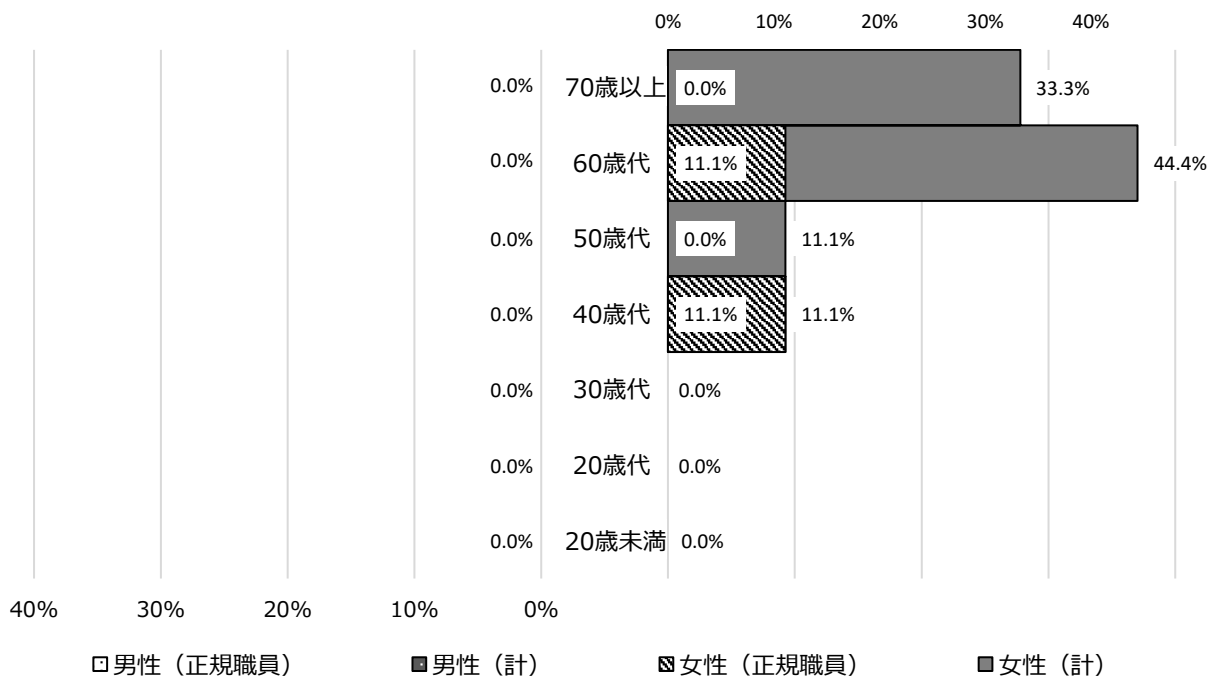
○通所系の職員の性別・年齢別の構成をみると、30 歳代の女性が 25.8% で最も高くなっています。

【介護人材実態調査】



○訪問系の職員の性別・年齢別の構成をみると、60 歳代以上の女性の占める割合が高く、非正規職員の占める割合が高くなっています。また、60 歳以上が全体の 77.7%となっています。

【介護人材実態調査】



② 課題及び施策展開

本町の介護サービス事業所に勤務する職員のうち 60 歳以上が 29.2%となっています。特に訪問系の職員の 77.7%が 60 歳代以上となっています。

国や県と連携した介護人材確保策が必要です。

第3章 計画の基本理念と基本目標

第1節 目指すべき方向性

1 基本理念

前計画においては、「各世代が助け合い、元気に暮らせる『地域』づくり」を基本理念に掲げ、地域包括ケアシステムの構築・深化・推進を行ってきました。

また、令和6年度は錦江町のまちづくりの羅針盤である「第2次 錦江町総合振興計画」の最終年度となりますが、「子や孫へ、希望あふれる未来を創りつなぐまち」を基本理念に掲げ、福祉分野においては「支え合いを実感できるまちづくり」の実現を目指しています。

本計画でも、引き続き錦江町の地域包括ケアシステムの構築・深化・推進を行い、さらにその先の安心、幸福を目指し、高齢者を含むすべての人が暮らしやすい「錦江町」となるよう、前計画における基本理念・キャッチフレーズを引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図ります。

第2次 錦江町総合振興計画

子や孫へ、希望あふれる未来を創りつなぐまち

錦江町地域福祉計画

基本理念

各世代が助け合い、元気に暮らせる『地域』づくり

キャッチフレーズ

生きがいとえがお あふれる 錦江町

錦江町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画

基本理念

こころ豊かに元気のある暮らしを実現できるまち

キャッチフレーズ

～ 高齢者が日本一元気なまち ～

2 錦江町が目指す地域包括ケアシステム

高齢者を取り巻く状況は変化を続け、増加する認知症高齢者への対応、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加など、さまざまな課題が年々顕在化してきており、本計画期間中には、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年を迎えます。

また、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年に向けて急増かつ変化していくニーズへの対応が求められています。

この令和22(2040)年を見据えて前計画では、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、地域の実情に応じて、地域の様々な主体が連携し、「住まい」、「医療」、「介護」、「予防」、「生活支援」が包括的に確保される体制である「地域包括ケアシステム」の構築・深化・推進を行ってきました。

地域包括ケアシステムを構築し、深化・推進するためには、高齢者が生きがいを持って安心して暮らすために、高齢者の生活の基盤となる住まいの確保や、高齢者が地域社会の一員としてさまざまな活動に参加できる環境づくりを行い、高齢者本人や家族がどのように生活するか主体的に選択できるように、介護、医療、日常生活支援、介護予防や自立支援・重度化防止などを担うサービスを、個々の課題に合わせて適切に提供する仕組みづくりが必要となります。

本町では、地域包括支援センター等を拠点に、地域における相談体制の充実、ころばん体操などの介護予防活動、ボランティアなどの住民を主体とした活動への支援、各関係機関との連携による介護と在宅医療の連携などを推進してきました。

徐々にではありますが、各関係機関との連携や地域住民を主体とした活動は着実に広がりを見せています。

しかしながら、令和22(2040)年に向けては、さらに生産年齢人口が減少し、社会経済を支える層が薄くなっていくことに伴い、高齢者等の福祉サービスを提供する担い手も不足し、これまでのようなサービスの提供体制を維持していくことが困難になることが予想されます。

また、急速な高齢化の進展に伴い認知症高齢者が増加しており、認知症の予防等を推進しながら、認知症の人が尊厳を保持しつつ社会の一員として尊重される社会の実現を図るため、常に認知症の人の立場に立ち、認知症の方とその家族の意向を尊重することが必要です。

「認知症フレンドリーな錦江町づくり」に向けた取組を推進し、認知症に関する理解が深まり、「認知症になっても、要介護状態になっても、最期まで錦江町に住み続ける」ことができ、認知症の人が地域において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することが妨げられないようにしなければなりません。

そのため、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」と「受け手」という関係を超え、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながる「地域共生社会」を目指し、「包括的支援体制の構築」を推進します。

第2節 基本理念の実現に向けた基本的な視点

本計画の目指す姿の実現に向け、本町では、高齢者の状態を

- ① 元気な高齢者
- ② 見守りや介護予防等を必要とする高齢者
- ③ 介護を必要とする高齢者[要介護（要支援）認定者]

の3つの視点に分けてそれぞれの状態に応じたサービスを、地域の関係機関の連携（地域包括ケア）により実現します。

1 元気な高齢者（健やかで生きがいのある生活を支えます）

本町では、高齢者の就労率が高く、農業などに従事する方やシルバー人材センターを通じた就労を行う方などが多数存在しています。

また、高齢者人口の約4人に1人が、老人クラブ活動、サロン、ころばん体操など地域活動に参加されています。さらには、食生活改善推進員・母子保健推進員、運動ボランティア、地域見守り隊（在宅福祉アドバイザー）などの各種ボランティア活動に従事する方も多く、人口規模は小さなまちですが、生きがいを持って元気に地域で活動される高齢者が多いまちです。

健康づくりでは、特定健康診査、長寿健康診査の実施、健康教育や健康相談の開催により、「自分の健康は自分で守る」ことを基本とした健康づくりの取り組みが根付いたまちとなります。

引き続き、健康づくり、介護予防、生涯学習、就労支援などを継続していくことで、「健やかで生きがいのある生活」を支えていきます。

2 見守りや介護予防等を必要とする高齢者（安心できる在宅生活を支えます）

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できることは、超高齢社会を迎えた本町の最重要課題となっています。そのためには、地域に根差した団体である自治会を中心とした見守り活動や、支え合いの組織づくりを推進することが重要となります。

同時に、高齢者を支える社会資源として医療・介護・福祉等の関係機関・関係者が連携しチームを組んで、高齢者を含む社会全体を支えるような仕組みと安心感が求められています。

さらに、台風や地震などの災害発生時の緊急時の対応方法や、個々人の避難行動が明確することで、いざという時も安心して行動することができる体制整備が必要となっています。

このことから、仮に何かあったとしても緊急時に対応してくれる安心感のある見守りネットワークづくりを、日常生活の中で推進していく必要があります。

そのため、地域の活動団体や事業者、関係機関など、様々な社会資源と協働し、個人情報の問題を解決しつつ福祉のまちづくりとネットワークの構築を進めるとともに、その中核を担う、地域包括支援センターの機能強化を図り、高齢者の在宅生活を支えるための地域包括ケアシステムの構築に向けたシステムづくりを行います。

認知症施策については、認知症ケアパスを使用し、認知症に対する正しい知識、認知症の人に対する正しい理解の普及やわかりやすい情報発信に努め、早めの相談や受診、対象者の状況に合ったサービスを利用できるよう支援します。

また、地域一体となって、認知症になっても安心して生活し続けることができるような「認知症フレンドリーな錦江町づくり」を目指します。

医療・介護の連携に向けては、広域連携による取り組みの中で医師会とタッグを組み事業展開を図っていきます。

なお、特別養護老人ホームの入所基準が、原則要介護3以上であり、中重度認定者を介護する家族の負担が大きくなっていることから、在宅介護を支えるサービスの充実並びに家族介護者への支援拡充を図ります。

3 介護を必要とする高齢者（介護が必要な方にサービスを提供します）

介護保険制度開始からすでに24年が経過し、本町の介護保険サービスも充実してきました。しかし、自営業者や農林水産業従事者が多く、また、中山間地域で一人暮らしの高齢者が点在する地域性から、近隣に介護者がおらず、施設への入居が必要となる高齢者が多いことも本町の課題となっています。

また、事業所が少ない本町では、各事業所の自主事業的な取り組みによって本町の福祉が支えられている側面もあります。

そのため、各サービス事業所と緊密な連携を図る目的のもと、令和2年度に介護・福祉事業所ネットワーク連絡会を設立しました。相互に抱える課題を共有しながら、高齢者に必要なサービスが提供される体制づくりを行います。

さらに、医療的なケアと介護の両方を必要とする高齢者も増えています。本町の医療資源には限界があることから、医療と介護を一体的に提供できるよう肝属郡医師会を中心としたサービスの確保に努めます。

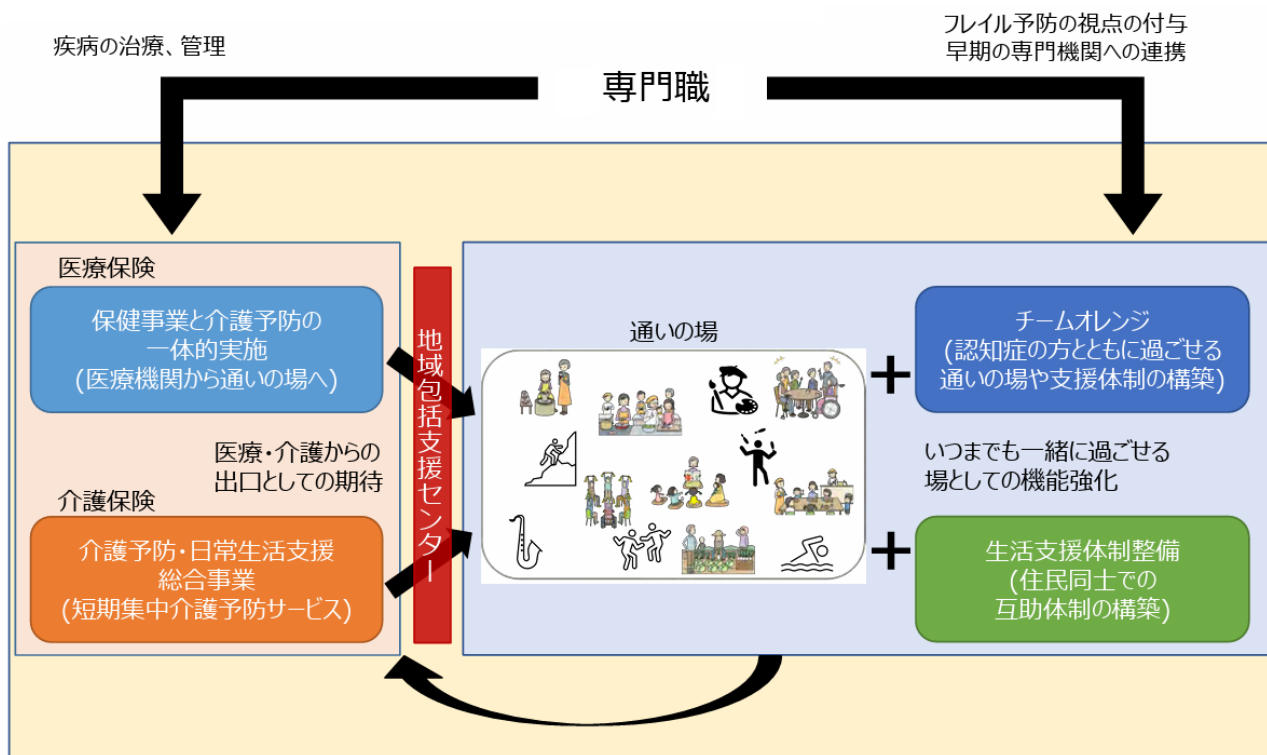
同時に、介護保険サービスの質の向上と給付の適正化に向けた取り組みを拡充し、介護保険の安定運営に努めます。特に、介護給付の適正化に向けた事業については、具体的な数値目標を設定し、県の適正化計画と整合を図りつつ、県・国保連合会等と連携した取り組みを行っていきます。

第3節 基本的な視点の達成に向けた重点目標及び数値目標の設定

1 地域の互助による通いの場を核とした予防事業の展開

本町では、地域住民が主体となって実施している通いの場が多数存在し、高齢者の介護予防・生きがいづくりの場となっていることから、通いの場を核とした事業の推進を総合的に支援します。

本町における通いの場を中心とした予防事業の展開(イメージ)



資料: 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター

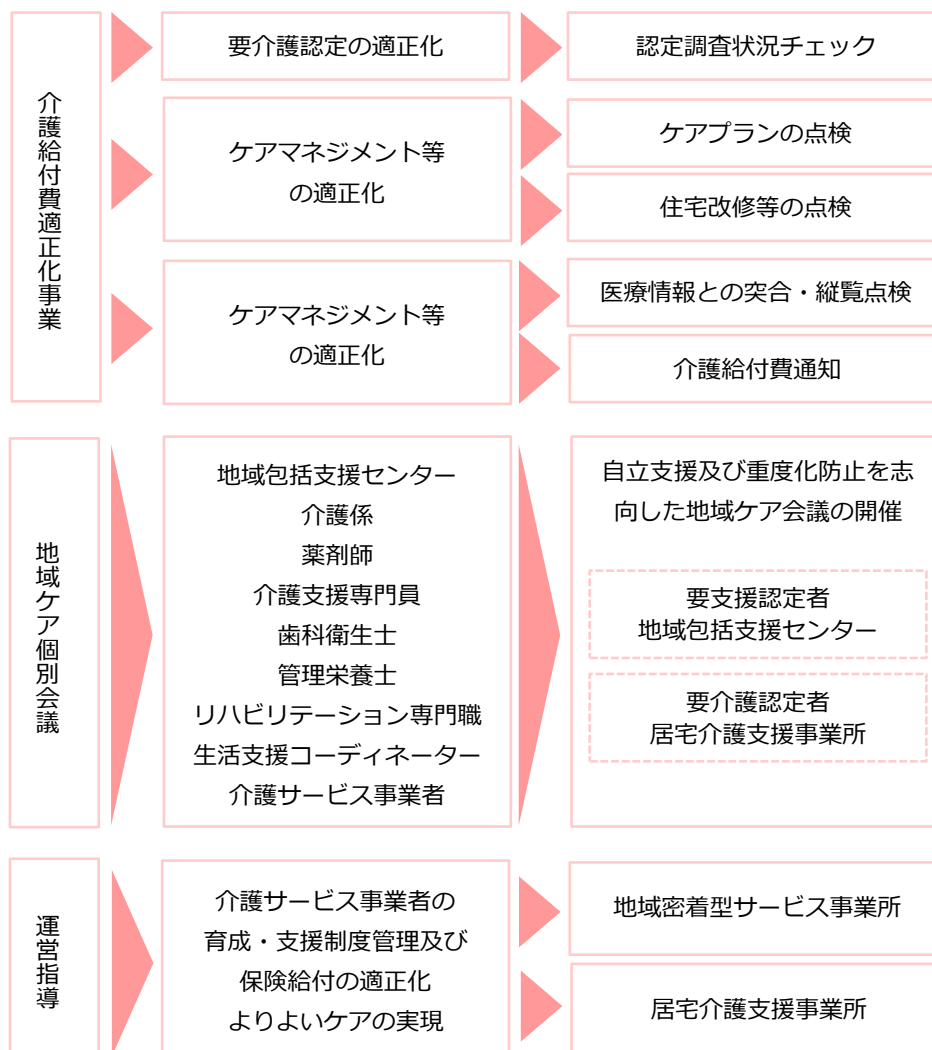
2 地域共生社会の実現

認知症になっても、いつまでも住み慣れた地域で尊厳と希望を持って自分らしく暮らし続けられるよう、認知症の人やその家族に寄り添い、本人の声に耳を傾け、一人一人が個性と能力を十分に発揮し、相互に支え合う地域共生社会の実現を目指します。

3 介護給付費の適正化等

本町では、介護給付適正化に努めるとともに、自立支援型地域ケア会議の実施、介護給付費等費用適正化事業の拡充などにより、自立支援・重度化防止の実現に向けた取り組みの強化を目指します。

本町における関係機関等が一体となった自立支援・重度化防止の推進(イメージ)



4 第9期計画における数値目標

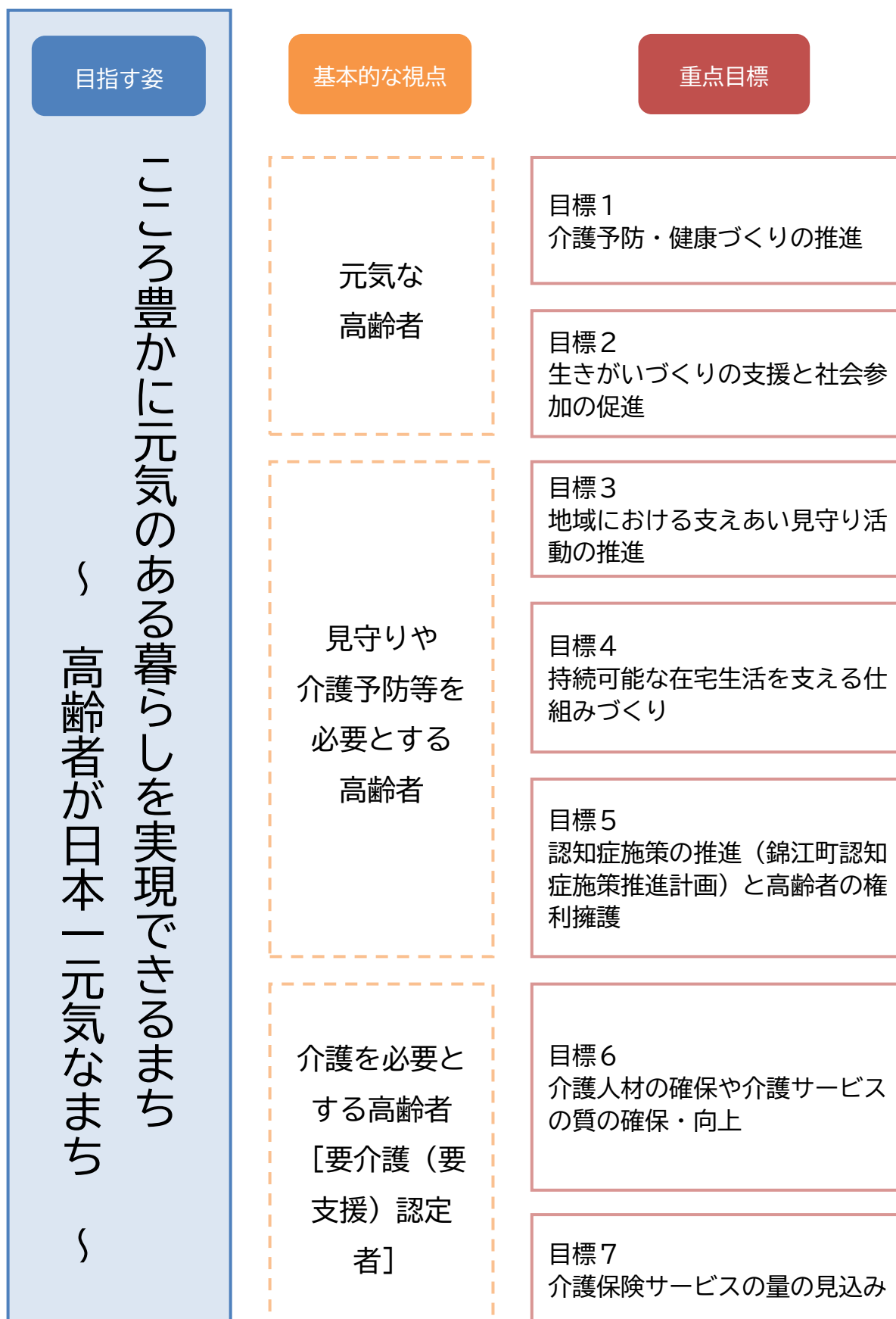
地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律において、市町村及び都道府県は、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた取組を推進していくとともに、国は、市町村及び都道府県に対し、自立支援・重度化防止等に関する取組を支援するため、交付金を交付することとされました。

この交付金は、保険者機能の強化に向けて、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する市町村の取組や、こうした市町村の取組を支援する都道府県の取組を推進するため、市町村及び都道府県の様々な取組の達成状況に関する指標を設定した上で交付することになりました。

本町は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の維持に向けて、以下の指標について目標値を設定することで、保険者機能を発揮し自立支援・重度化防止に取り組むとともにその達成状況を評価します。なお、目標については、地域分析並びにこれまでに事業の実績に基づき、目標を設定しています。

指標	令和5年実績 (見込)	令和8年目標
① 通いの場(地域サロン)の実施箇所数	43 か所	46 か所
② 通いの場(地域サロン)の参加者数	602 人	644 人
③ 通いの場への参加率(通いの場の参加者実人数／高齢者人口)	19.8%	22.4%
④ 認知症カフェの参加者数(延べ)	281 人	480 人
⑤ 認知症サポーター養成講座受講者数	107 人	220 人
⑥ 認知症フレンドリーパートナー養成講座受講者数	97 人	283 人
⑦ 認知症フレンドリーパートナー事業所の登録数(総数)	7か所	25 か所
⑧ 地域ケア個別会議の開催数	年 10 回	年 11 回
⑨ 地域ケア推進会議の開催数	年 1 回	年 1 回
⑩ 介護給付費適正化主要3事業の実施事業数	3 事業	3 事業
⑪ 医療情報との突合・縦覧点検の実施の有無	12 か月分	12 か月分

第4節 施策の体系



施策の方向性

- 1 壮年期から前期高齢期の健康づくりの推進
- 2 高齢期の健康づくりの推進
- 3 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- 4 地域の自主的な活動の支援

- 1 生きがい・仲間づくり
- 2 社会参加と就労の促進

- 1 支えあい活動の推進
- 2 高齢者見守り施策の推進
- 3 災害時や緊急時の要配慮者対策の推進

- 1 在宅医療・介護連携の推進
- 2 地域包括支援センターの機能強化
- 3 相談支援体制の強化
- 4 在宅生活を支える福祉施策の推進
- 5 在宅生活を支える基盤づくり

- 1 基本的施策と取組
- 2 認知症ケアパスの普及と推進
- 3 認知症対策の総合的な推進
- 4 認知症フレンドリーコミュニティの構築・促進
- 5 高齢者虐待の防止の推進
- 6 成年後見制度利用促進に向けた取組

- 1 多様な介護人材の確保・育成支援
- 2 介護人材の確保・育成支援
- 3 介護サービスの質の確保・向上
- 4 介護サービス事業所・居宅介護支援事業所に対する指導・監査
- 5 介護給付の適正化の推進
- 6 情報提供の充実と利用者負担軽減の推進

- 1 居宅サービス
- 2 施設サービス
- 3 地域密着型サービス

地域包括ケアシステムの構築

第4章 施策の展開

基本的な視点1 元気な高齢者

健やかで生きがいのある生活を支えます

第1節 介護予防・健康づくりの推進

1 壮年期から前期高齢期の健康づくりの推進

(1) 生活習慣病の発症予防・重症化予防の徹底と健診受診を核とした健康習慣の確立

壮年期には、子育てをされている方や、職場において重要な役割を担いながら仕事をされる方が多く存在し、日常生活において健康づくりの重要性を感じながらも、思うように実践できずにいる方が存在します。

生活習慣病である高血圧症や糖尿病などの発症予防は、いかに若い時期から取り組むことができるかが重要であり、重症化を防ぐためにも、疾病の早期発見・早期対応と、日頃からの生活習慣に関する正しい知識の普及啓発が重要となります。自分の健康状態を知るためにも特定健診の受診が基本となります。

本町は、特定健診の受診率はみなし健診の導入により改善傾向にありものの、受診者固定化（特定・長寿）もみられ、町民の健康意識の格差が生じています。

高齢期を自分らしく元気に過ごすためには、母子保健分野、健康増進分野と連携して健康習慣の確立と早期介入が重要です。受診しやすい環境整備（健診及び結果報告会との保健指導の待ち時間短縮のための予約制継続、感染予防対策、校区ごとに健診会場を設置）に取り組めます。

40歳から74歳までの国民健康保険の被保険者に対して特定健診を実施し、生活習慣病のリスクのある方に対しては特定保健指導や重症化予防等の保健指導を実施していきます。また、未受診者への電話・訪問による受診勧奨、情報提供票を活用した医療機関との連携に力を入れていきます。さらには、糖尿病や高血圧などの生活習慣病重症化予防のために、受診勧奨や個別改善プログラムを実施し効果的なアプローチを行います。

(2) 運動習慣の実践による健康づくりの推進

本町は運動習慣がある方のほとんどが、農作業等によるものであることが特定健診の間診よりわかりました。壮年期から積極的な運動習慣の形成を支援する環境づくりが必要と考えます。

本町では運動を継続して実施できるよう、対象者の年齢や状態に合わせた各種体操教室を毎週開催し、日常生活の中に取り入れられる運動を紹介しています。また、総合交流センターにあるトレーニングマシンの利用を促進、個人の体の状態にあったストレッチ指導などに取り組んでいます。

今後も、住民が主体的に運動に取り組める環境づくりを引き続き推進していきます。

(3) がん検診等による疾病予防と早期の発見

本町のがん検診等の受診状況については、特定健診や長寿健診と同様に受診者が固定化されている傾向にあります。

広報誌・ホームページの活用により、がんに関する正しい知識の普及や正確な情報の提供に引き続き努めます。

健康増進計画に定めたがん検診の受診率達成に向けて、受診しやすい検診体制の整備と、個別の受診勧奨を強化することにより、受診率の向上を図ります。また、感染症予防対策や実施方法を検討し、住民が安心して受診できる環境整備に努めます。

胃・肺・大腸・乳・子宮の5つのがんについては、一次検診と精密検査の結果を集約し精密検査が必要と判定された方が必ず受診するような呼びかけをし、がんの早期発見・早期治療に結びつけます。同時に、腹部エコー検査や前立腺がん検査などのその他検診についても、受診勧奨を継続して実施してきます。

2 高齢期の健康づくりの推進

(1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

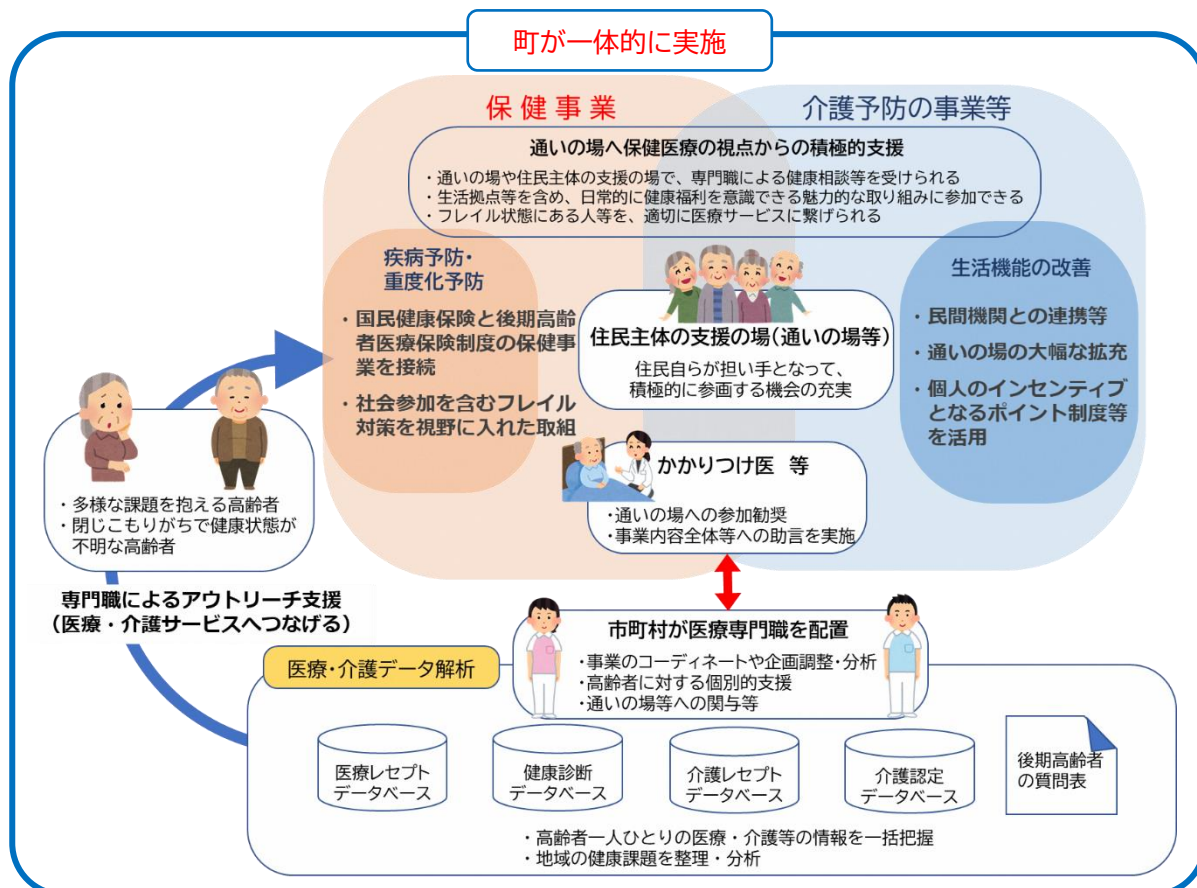
保健事業においては、疾病予防・重症化予防だけではなく介護・フレイル（虚弱）予防にも重点的に取り組むことにより、令和22年（2040年）までに健康寿命を3年以上延伸し、平均寿命との差の縮小を目指すこととし、鹿児島県後期高齢者医療広域連合ならびに医療関係機関などと連携をとりながら推進していくことが求められています。

本町の現状としては、「一定のリズムで歩けない」や「関節が痛い」などの自覚者が増加しており、転倒割合健康状態がよくないと感じているものの割合が高く、全体的にフレイルの傾向にあるものが増えています。また、筋骨格の医療費額が高く、血圧有所見者の割合が県よりも高い傾向がみられます。

事業展開に向けたデータ分析と結果に基づく事業立案、実施体制の検討を行います。医療レセプトや介護給付データ、健診結果などの個人情報に基づいた事業展開を求められることから、庁内・関係機関との取り扱いに関する運用方法の整備を図ります。

健康状態不明者にアプローチし、通いの場においても健診受診について案内するなど、健診受診につなげます。質問票や健診結果から把握できる「低栄養」「口腔」に該当するものについて介入を行いフレイルの進行及び重症化を防止します。健診でハイリスクに該当するもの（血圧等）の重症化予防に取り組みます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（イメージ）



資料 厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より作成

(2) 長寿健康診査の実施

本町では、生活習慣病予防と医療費の伸びの適正化を目的として、後期高齢者医療制度の加入者を対象として、糖尿病や高血圧性疾患などの生活習慣病の早期発見に向けた長寿健康診査を実施しています。これまで、長寿健診の対象者への電話受診勧奨や、高齢者元気度アップ・ポイント事業のポイント対象にするなど、受診しやすい環境整備に向けて取り組みをすすめました。

本町は、県や同規模市町村と比べると受診率は高いものの、受診者の固定化(特定・長寿)がみられ、町民の健康意識の格差が生じています。また、健診会場までの移動手段として、公共交通機関が少ないという課題もあります。

今後も、年1回の定期的な健診の受診勧奨を行っていくとともに、治療中の方などは、主治医と連携しながら、重症化しないための健康指導を行い、健康維持を図ります。

特定健診と同様に未受診者対策に取り組むとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業実施のハイリスクアプローチおよびポピュレーションアプローチを実施し、フレイル予防及び生活習慣病の重症化予防、健康状態不明者の把握及び保健指導を行います。

(3) ロコモティブシンドローム予防に向けた運動習慣の推進

健康の保持増進に向けて、運動の必要性を啓発するとともに、サロン等において「ころばん体操」の更なる普及と、レクリエーション的な要素を取り入れつつ、楽しみながら継続して運動ができる場の育成や支援を引き続きすすめます。

(4) 口腔ケアに関する取組の強化

食生活の改善や口腔機能の維持向上については、関係機関と連携した支援体制の構築を図るとともに、発症や重症化を予防する取り組みと、高齢になる前の世代からの予防が重要となります。

本町では76歳以上対象の「歯ッピー健診」受診勧奨に力をいれており、他市町より高い受診率となっています。また、糖尿病重症化予防における口腔ケアの重要性について対象者に個別指導を行ったり、一体化作業において口腔機能に問題のある町民へ個別指導、個別相談を行ったりするなど、口腔ケアに関する取組を通して8020の達成者は年々増加傾向にあり、町民の意識改革につながっています。

一方で、歯科口腔保健分野では、高齢者の事業への参加が少ないといった課題もあります。

「かかりつけ歯科医」の促進と、これまでと同様に歯科衛生士による口腔体操や、8020運動の普及啓発を図ります。

口腔機能の改善は、虫歯や歯周病と関連のある全身疾患の予防・改善につながることから、口腔ケアに関する取組を強化して、口腔機能と全身の健康づくり・介護予防のつながりを積極的に周知広報します。

(5) こころの健康づくりに関する啓発周知

こころの健康づくりの一環として高齢者及びその支援者向けに啓発・周知を行います。精神疾患・障害のある方に対しては、医療機関や各事業所との連携により地域生活が継続できるような支援を行います。

健康寿命の延伸に向けた目標達成ができるよう、総合的な事業展開を図るとともに、高齢者の実態を踏まえ、住民、関係機関、事業者等と連携した支援や環境整備に取り組めます。

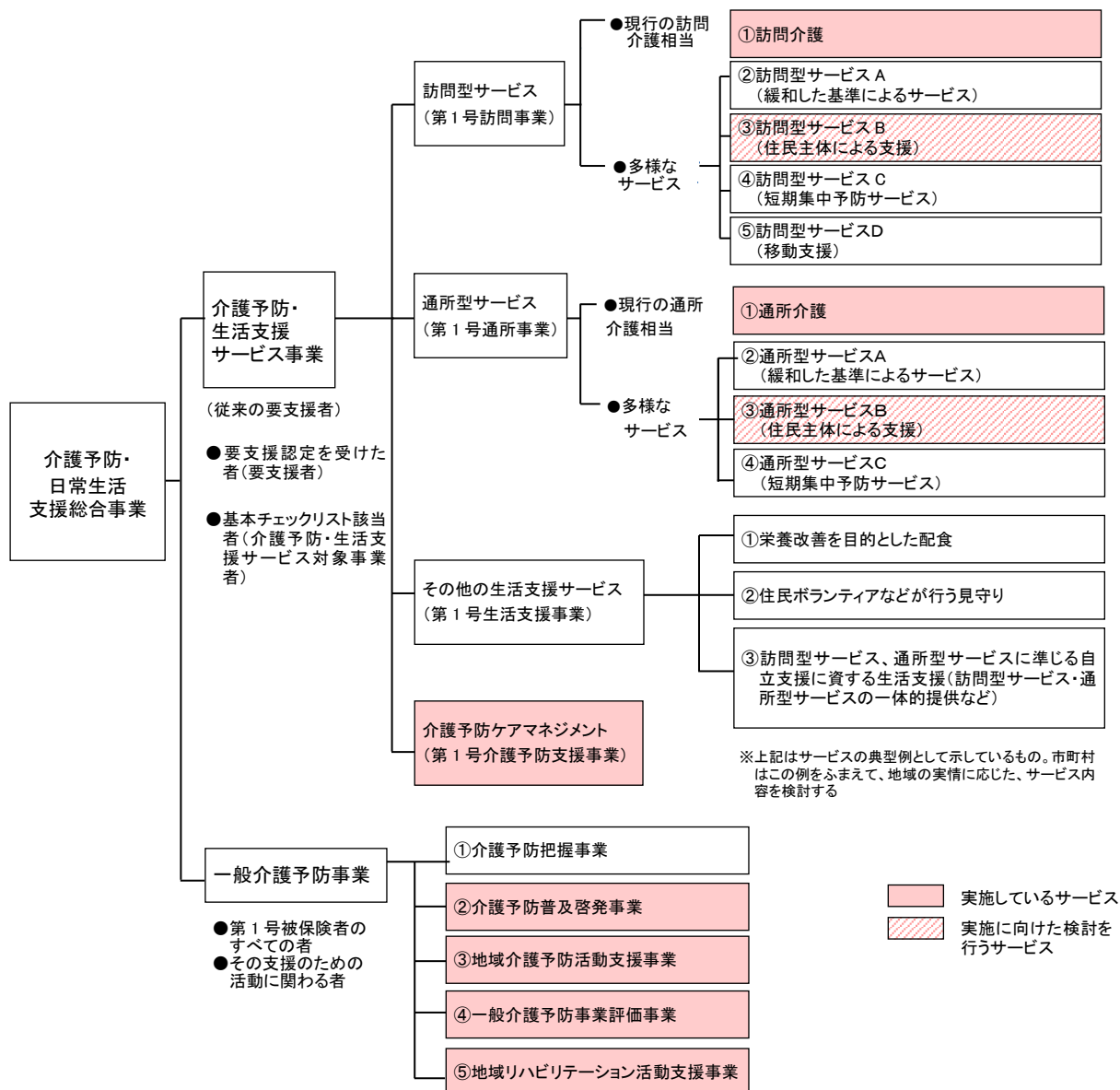
3 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

介護予防・日常生活支援総合事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」とで構成されています。

健康寿命（介護を必要としない期間）をできる限り延ばすことは、高齢者がいきいきした生活を送る期間が長くなるだけでなく、介護従事者の負担軽減にもつながります。そのため、高齢者が元気なうちから介護予防に関心を持ってもらい、一般介護予防事業に積極的に取り組んでもらうことが重要となります。今後は、一人一人にあった健康づくり・介護予防と地域における支え合いの仕組みの一層の推進を図ります。なお、閉じこもりがちな高齢者の情報を収集把握し、介護予防事業と連携できるようにするなど、高齢者が高齢者の交流促進を支援します。

錦江町における介護予防・日常生活支援総合事業体系図



(2) 介護予防・日常生活支援総合事業等の対象者の把握からサービス提供

介護予防・日常生活支援総合事業の対象者把握からサービス提供の流れのなかで、対象者の把握には大きく3つがあります。

1つ目は、窓口相談に来た方のうち、要支援1・2または介護予防・生活支援サービス事業の対象となりそうな方については、「基本チェックリスト」を用いて、サービス事業対象者となり得るかどうか判断します。要介護認定申請を希望した場合であっても、要介護認定の結果非該当となった方は、サービス事業対象者となります。これらの方々については、介護予防ケアマネジメントを踏まえて、自立支援に向け必要なサービスの提供を行っています。

2つ目は、他関係機関からの相談や情報提供により対象者の状況に合わせて、介護保険申請の適否を判断し、介護予防事業や介護保険サービスを紹介します。介護予防・日常生活支援総合事業が開始されて以降、医療機関やケアマネジャーなど関係機関に事業の目的や内容を理解してもらい、必要な方を事業へスムーズにつなぐことが多くなりました。

3つ目は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施により、介護や医療、健康診査等の情報、サロンなどの通いの場での健康相談や高齢者の質問票を活用し、健康保険課と連携し対象者把握に努めています。

ひとり暮らし高齢者世帯や高齢者のみの世帯が多く、地域における日常的な見守りや緊急時の対応を求める人が増加している現状があります。またデジタル技術を活用した医療・介護情報基盤の整備や、PDCAに基づいた事業評価の実施が必要となります。

今後は、参加者本人が自立することを意識できる支援を継続するとともに、介護予防・日常生活支援総合事業を支える人材を確保すべく、介護保険事業者、NPO法人、運動ボランティア、シルバー人材センター等と連携し地区組織活動の支援と活性化を進めます。また、住民一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、正確な情報と知識を周知し、住民同士の支え合いを大切にしたい地域づくりの啓発活動を進めていきます。

(3) 一般介護予防事業評価の推進

介護予防事業は、事業評価を行うことも事業の中に含まれており、評価結果に基づき、事業の実施方法等の改善を図ることが求められています。

事業評価をする際には、以下の3段階の評価指標を設定します。

指標	概要
プロセス指標	事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標
アウトプット指標	事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標
アウトカム指標	事業成果の目標に関する指標

なお、評価基準の考え方や評価の実施については、国の示す「介護予防マニュアル改訂版」や県が示す「鹿児島県介護予防マニュアル改訂版～自立支援のために～」を参考としながら実施します。

介護予防事業は高齢者に関する保健・福祉・介護の分野における専門職の連携が事業の効果に大きく影響します。本町の地域資源としてこれまでの取り組みで気づいた評価をもとに、高齢者の状態を見極め、個人や教室の目的・目標達成ができるよう効果測定を実施します。

現在、福祉・健康増進・国保・介護が事業実績の評価を各々で実施しており、部門を超えた横断的な評価・分析が出来ていません。

今後は、保健事業と介護予防の一体的実施のなかで、医療・健診データに一般介護予防事業評価を加味したデータ分析を行い、多角的な評価・分析に基づく保健指導の推進、発症予防・重度化防止の推進を図ります。

同時に、見える化システムや国保KDBシステム、健診データ・事業利用者の体力測定結果等で収集したデータを基に横断的な分析を行い、一般介護予防事業の評価ができるよう努めます。

4 地域の自主的な活動の支援

高齢者を年齢や心身の状況等により、分け隔てることなく、誰もが参加できるような地域における住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、新型コロナウイルスの流行により低下した通いの場への参加率の向上を図ります。

(1) 住民の自主活動支援

本町では、ふれあいいきいきサロンなどの住民主体の通いの場の充実を図るため講師の派遣や高齢者地域支え合いグループポイントの活用など、身近な地域でふれあい活動ができるように社会福祉協議会と連携しながら支援しています。

一方で、人口減少や地域キーパーソンの高齢化などによる担い手不足の影響で、地区サロン活動実施箇所数・参加者数が減少しています。

高齢化等によりグループが減少してきていることから、新規グループの設立支援や広域化の検討などを進めます。また、自主活動を支援するため講師派遣を継続します。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
地区サロン活動実施か所数	48	48	43	44	45	46
地区サロン活動参加者数	721	663	602	616	630	644

(2) 地域で活動するボランティアへの支援

地域のちょっとした困りごとを地域住民で解決し高齢者が在宅生活を継続できるように支援する有償ボランティアや運動教室等の支援を行う運動ボランティアの育成を継続して実施していますが、ボランティアの高齢化に伴い、新たなボランティアの確保が必要な状況にあります。

有償ボランティアや地域包括支援センターが支援している運動ボランティアなどの育成を地域住民等と連携しながら推進するほか、社会福祉協議会と連携を図り、いつまでも住み慣れた地域でいきいきと安心して暮らせるまちづくりを推進するため、地域住民の方々が主体となってお互いに助け合い、支え合うことのできる仕組み（下駄ばきヘルパー制度）を支援します。

また、関係団体等と連携しながら元気度アップポイント、介護人材確保ポイント等を活用したボランティア支援を行います。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
食生活改善推進員の人数	8	6	5	5	6	7
運動ボランティアの人数	20	19	13	13	13	13
有償ボランティア利用者数	7	7	5	4	4	4
有償ボランティア利用回数	65	137	45	100	100	100

第2節 生きがいづくりの支援と社会参加の促進

1 生きがい・仲間づくり

(1) 高齢者の生きがいづくりと健康づくり推進に向けた多様な活動の支援

高齢者の知識と経験を活かし、生きがいと健康づくりのための多様な社会活動を通じて、高齢期の生活を豊かにするとともに、明るい長寿社会づくりを実現するよう、地域資源であるクラブ会員の増加や老人クラブ活動の活性化を支援しています。

しかし、過疎化と高齢化の進展や趣味の多様化による老人クラブ加入者の減少に加え、役員の担い手も不足し、十分なクラブ活動が出来ない可能性があります。

組織の活性化を図るためリーダー育成を継続して行い、自主的に活動ができるよう、各クラブが活動内容について主体的に決定・実行できるよう支援します。

保養所利用促進事業では、60 歳以上の方を対象として、健康の保持増進に向け温泉券（年間 15 枚：1 枚 150 円）の配布を行います。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
老人クラブの数	18	17	16	16	16	16
老人クラブの 会員数	598	537	476	476	476	476

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
保養所利用促進事業 温泉券利用者数	685	633	600	600	600	600

(2) 生涯学習の推進

本町では、教育委員会が中心となり、住民が生きがいを求めて、ともに学び、新しい仲間をつくることを支援する生涯学習講座を実施しています。

日頃の成果を発表する場として、文化祭・生涯学習推進大会を開催し、合奏合唱、舞台やダンスなどの発表などを行っていることから、今後も、高齢者の生きがいづくり・仲間づくりの場として関係部署と連携して推進します。

また、生涯学習に関する情報発信を強化し、中高年齢者の社会参加や地域活動につながる情報の提供や啓発に努めます。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
生涯学習講座の講座数	8	10	14	12	12	12
生涯学習講座の参加者数	71	74	82	80	80	80

2 社会参加と就労の促進

(1) 高齢者の就労・就業等の支援

シルバー人材センターにおいては、就業機会の確保、就業開拓、事業拡大、適正就業等に取り組み、高齢者の就業を通じた生きがいづくりを推進するとともに、会員による地域社会に貢献するボランティア活動を促進しています。

さらに、地域就業機会創出・拡大事業(空き家・空き地の管理事業) やごみ出し、電球等の取り替え、花壇等の水やり等ちょっとした困りごとを解決する「ワンコインサービス・家事おたすけ隊」の活動も行っています。

シルバー人材センターでは、今期からホームページを本格的に稼働し会員募集や各種イベント、取り組み等を紹介し、入会説明会や研修会を開催して、多様な特技や技能、意欲のある高齢者の就業への参加を促します。

また、何らかの原因で、仕事に就けない方等に対し、親身になって相談できる窓口を関係機関と協力し合って確立します。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
ワンコインサービス利用者数	4	10	11	12	12	12
ワンコインサービス稼働実績	62	127	73	70	70	70

(2) 高齢者元気度アップ地域活性化事業

高齢者元気度アップ地域活性化事業は、高齢者個人にポイントが貯まる「高齢者元気度アップ・ポイント事業」と高齢者の方を含むグループにポイントが貯まる「高齢者地域支えあいグループポイント事業」高齢者を含む幅広い世代の方（個人）にポイントが貯まる「介護人材確保ポイント事業」の3つの事業から構成しています。

★高齢者元気度アップ・ポイント事業

健康維持や介護予防、社会参加の促進を図るため、健康づくりや社会参加活動に対して商品券に交換できるポイントを付与しています。

- ① 健康増進活動
- ② 社会参加活動・地域活性化の活動

★地域支えあいグループポイント事業

グループが互助活動等を行った場合に、地域商品券に交換できるポイントを付与しています。

- ① 高齢者を支援する活動
- ② 地域活性化の活動・地域貢献活動

★介護人材確保ポイント事業

介護分野の周辺業務などのボランティア活動等に対して商品券に交換できるポイントを付与しています。

- ① 介護保険施設等でのボランティア活動
- ② 高齢者を支援する活動

現在、人口減少によるグループ、参加者の減少が課題となっています。新規グループの設立支援やポイント付与の継続を推進します。

【個人ポイント】高齢者元気度アップ・ポイント事業の状況

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
参加者数	511	476	420	435	450	465
活動回数	15,970	15,525	13,440	13,920	14,400	14,880

【団体ポイント】高齢者地域支えあいグループポイント事業

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
参加団体	48	48	43	44	45	46
活動回数	1,294	1,495	1,204	1,232	1,260	1,288

【個人ポイント】介護人事確保ポイント事業の状況

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
参加団体	1	4	3	4	5	6
活動回数	10	110	72	96	120	144

基本的な視点2 見守りや介護予防等を必要とする高齢者

安心できる在宅生活を支えます

第1節 地域における支えあい見守り活動の推進

1 支えあい活動の推進

(1) 地域支えあい活動等の支援

日常生活の困りごとや地域活動に必要な支援について、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていけるための仕組みづくりを支援しています。今後も地域の支えあい活動団体が、身近な地域で活動を行えるよう環境整備の取り組みを継続します。

(2) 地域人材の発掘・育成

社会福祉協議会において、元気な高齢者をはじめ幅広い世代の地域活動への参加意欲を掘り起こしてニーズのマッチングを図り、地域活動に参加しやすい環境づくりを展開するとともに、ボランティアの育成・養成に関する講座等を開催し、新たな地域人材の発掘・育成を推進します。

また、地域支えあい活動やふれあいサービスを支援することにより住民活動の担い手を育成するとともに、民生委員や地域見守り隊（在宅福祉アドバイザー）の活動支援を通じて、地域人材を養成・育成し住民活動を促進します。

さらに、住民に対して、ボランティア活動へ参加する機会の提供、ボランティア活動の情報等を発信するため、広報誌等を使った周知広報活動を行います。

(3) 地域活動の場の確保

錦江町総合交流センターと田代保健福祉センターは高齢者の健康の保持・増進や憩いの場、災害時の避難場所として重要な役割を担っています。今後もこの2つの施設を介護予防事業や各種健診、交流、その他自主活動の場として使用できるよう、継続して管理・運営していきます。

2 高齢者見守り施策の推進

(1) 高齢者の実態把握

本町では、高齢者の実態把握のために、①民生委員による個別訪問と②アンケート調査票を用いた実態調査の2通りの把握を行っています。

①民生委員による個別訪問では、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯を対象に、福祉サービスの要件確認や新規対象者の把握を目的として状況調査を行います。また、地区の高齢者の生活状態等を把握し、介護状態や孤立等の予防や早期発見、早期対応を進めていくことを目的に高齢者の実態把握に努めるとともに、民生委員、地区公民館・自治会その他地域住民との連携を進めて介護予防等の普及啓発を推進します。

②計画策定のためのアンケート調査票を用いた実態調査は、民生委員が3年に1回の頻度で65歳以上の高齢者を個別に訪問し、健康状態の把握や悩み事の相談対応も行ってきました。

今後もこの調査結果を活かしつつ、介護、医療情報等と結び付けたデータベース化や、閉じこもりの解消や経済面で困窮している高齢者の把握など多様なニーズに対応できる情報の一元化に取り組んでいきます。

(2) 自治会等による見守りの構築

本町には、88箇所の自治会があり、令和5年8月時点で3,220世帯のうち、2,711世帯が加入しており、加入世帯率は84.2%となっています。

本町は高い自治会加入率に基づいた「自治会」を中心とした互助による活動も盛んなことから、地域での見守りを強化する目的で地域見守り隊を編成し、民生委員や役場等と連携して地域活動を行っています。

3 災害時や緊急時の要配慮者対策の推進

(1) 災害時要配慮者支援の推進

災害時要配慮者支援の推進について、錦江町災害時避難行動要支援者登録制度実施要項に沿って、防災、福祉、保健などの庁内の関係課の職員が連携して、新規登録者や既登録者の状況把握に努めるとともに、台帳の効率的・効果的な登録推進及び一人ひとりの個別支援計画の作成推進について検討を進め、実効性のある避難支援ができるよう努めているところです。

また、ケアマネジャーや相談支援専門員、民生委員、社会福祉協議会などお互いの役割を理解しあい、避難に支援を要する方が安心して生活できる備えとして、要支援者名簿登録や個別支援計画の作成に支援いただいています。

心身の状況や生活実態は時間経過とともに常に変化するため、実態把握が十分に出来ていないことから、今後情報更新などが必要となります。また、支援する人が見つからないケースや支援する人の高齢化が進行していることも課題として挙げられます。

今後は、基本的に介護保険サービス利用者の方はケアマネジャー、障害者については相談支援専門員へ同意書と個別支援計画書の作成及び更新の支援を引き続きお願いし、同意が得られない方、サービス未利用者や難病指定医療受給者、小児慢性特定疾患等については、関係課の職員が連携して支援が円滑に行われるよう推進します。実情に応じて情報共有を行い、災害発生時に避難等が困難な高齢者等の災害時避難行動要支援者への支援が円滑に行われる環境の整備を図ります。

(2) 緊急通報システム事業等の実施

一人暮らし高齢者等に対して、急病や災害等の緊急時に消防署等に通報ができるよう緊急通報システムを設置することで、一人暮らし高齢者等が安心して生活を送れるよう支援します。

また、離れて暮らす家族が見守る体制を支援するため、民間事業者が提供する通信機器等を活用した見守りシステムの導入をすすめ、高齢者の不安解消と日常生活の安全確保を図ります。

緊急通報体制等整備事業

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
緊急通報システム設置数	1	1	2	2	2	2

高齢者あんしん電話設置事業

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
高齢者あんしん電話設置数	1	1	0	1	1	1

見守りサービス

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
見守りシステム設置数	-	-	3	20	20	20

(3) 福祉避難所等の確保と移送

大規模災害発生時に高齢者や障害者等、避難所での生活において特別な配慮を必要とする方に対し、適切な対応を行うため各種団体・機関等と協定を締結し、既存の建物を活用した福祉避難所として、現在2箇所の特別養護老人ホームを指定しています。

また、近年の認定者数の増加に伴い、災害発生時に福祉避難所を必要とする方も増加していることから、体制強化が求められています。

引き続き、災害発生時における円滑な支援体制が構築できるよう、平常時から関係機関・団体、地域住民等との連携に努めます。

福祉避難所

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
福祉避難所設置数	2	2	2	2	2	2

第2節 持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり

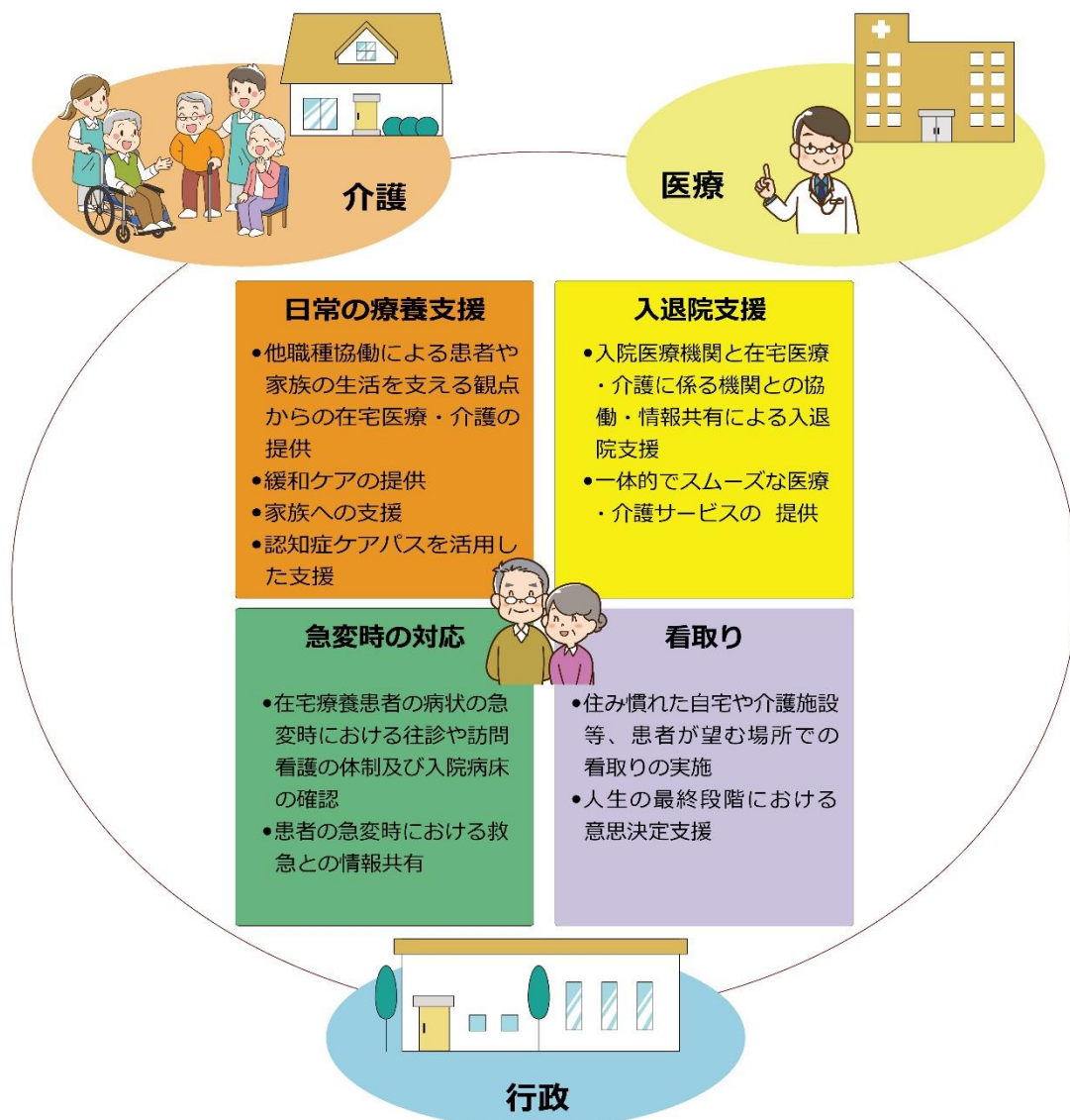
1 在宅医療・介護連携の推進

(1) 多職種協働による福祉と医療の連携の推進

福祉と医療の連携を推進するため、連携の方法や取り組み等について検討、協議、進捗管理を行う場として、また、医療関係者と介護関係者の顔の見える関係づくりを推進するため、平成24年度から肝属郡医師会立病院が実施している「在宅医療連携拠点整備事業」を継続し、3か月に1回、医療従事者、介護保険事業従事者、町福祉担当者、地域包括支援センター職員と一緒に意見を交換できる場づくりを行っています。

意見交換の場づくりについて、グループディスカッションなど効果的な方法を検討しながら、引き続き在宅医療・介護連携推進事業を活用し、多職種協働による福祉と医療の連携推進を図っていきます。

在宅医療と介護連携イメージ (在宅医療の4場面別にみた連携の推進)



①地域の医療・介護サービス資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を調査し、これまでに把握できた情報と合わせて、本町の医療・介護サービスをリスト化し、地域の医療・介護関係者や住民に広く公開しました。令和2年度からは錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会を新たに創設し、行政と事業所間の意見交換を積極的に行えるような仕組みづくりができました。

医療・介護関係者と行政間での情報共有や連携の体制整備はできていますが、今後は地域の実情を把握・分析した結果から見える課題の抽出が必要となります。

医療過疎・医師の高齢化や、介護現場の課題を相互に共有し、行政と事業所が連携することで解決策を講じます。また、各事業所の取り組みや課題をもとに研修を行うことでサービス内容の充実を図ります。

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

医師会を中心とし地域の医療・介護関係者等が参画する会議を年1回開催しており、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行っています。

課題については多岐に渡り、地域包括支援センターや肝属郡医師会立病院だけでは解決が難しいものがあるため、引き続き支援体制の充実を図る必要があります。また、関係機関の中には、すでに取り組みがされている事業もあるため、課題解決に向けた取り組みについて各関係機関同士の情報提供・情報共有の充実を図る必要もあります。

錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会で把握できた各事業所の課題を整理し、テーマ別に研修会や意見交換を行うほか、住民の思いに寄り添った支援の取り組みの状況を紹介します。

③在宅医療・介護連携支援センターの運営

地域の在宅医療・介護連携についての相談窓口を担う在宅医療・介護連携支援センターの運営を行い、④、⑤、⑥等の支援を行うとともに肝属郡医師会立病院地域医療室や地域開業医と連携を取り情報共有しています。地域の医療・介護関係者等に対して、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付から地域の医療機関・介護事業者の紹介やつなぎなどを一体的に実施しています。

地域住民が抱える課題が複雑化・複合化するなかで、従来の属性別の支援体制では対応が困難な状況にあります。行政と医療機関、事業所等が連携しながら、課題解決へつなげた過程を町の課題や施策へと反映します。

④在宅医療・介護サービスの情報の共有支援

肝属郡医師会立病院へ委託し、地域連携パス等の情報共有ツールや情報共有の手順等を定めたマニュアルを活用し、地域の医療・介護関係者等の間で、情報を共有しています。

マニュアルの活用は出来ており、スムーズな情報共有が図れていますが、見直しや改善を

定期的に行っていく必要があります。

ケアマネジャーを対象とした研修会や、錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会を活用し、マニュアルの見直しなどを行い、医療や介護現場においてさらなる連携強化を図ります。

⑤在宅医療・介護関係者の研修

肝属郡医師会立病院へ委託し、地域の医療関係者に対し介護に関する研修会、介護関係者に対し医療に関する研修会を開催するなど、地域の医療・介護関係者が、多職種連携の実践についての研修を実施しています。

参加機会の少ない関係機関等に対してのアプローチが定まっておらず、各関係機関との連携強化に向けた取組を推進していく必要があります。

関係機関の課題解決に結びつけられるような研修会の内容をはじめ、参加しやすい日時など多職種連携に向けた研修会の充実を図ります。

⑥24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

肝属郡医師会立病院へ委託し、切れ目なく在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう、利用者等の急変時等の連絡体制も含めて、地域の医療・介護関係者の協力を得て体制の整備を行っています。

引き続き入退院支援ルール運用を図りながら、定期的に課題を見直す場を設定し、より良いサービス提供につなげます。

⑦地域住民への普及啓発

在宅医療・介護サービスに関する講演会の開催や地域の通いの場等で講座を行うなど、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図っています。

地域住民へ広く広報活動を行うにあたって、広報誌やホームページなどの活用が出来ていないため、高齢者だけでなく若い世代への効果的な普及啓発を図る必要があります。

引き続き地域住民への在宅医療・介護連携の理解促進に向けて講演会や出前講座などを行うとともに、パンフレット配布やホームページ、広報紙等、効果的な周知方法を検討し、さらに広く普及啓発を行います。

⑧二次医療圏内・関係市町の連携

曾於・肝属の広域連携により、入退院支援ルールを作成しており、同一の二次医療圏内にある市町が連携して、二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、病院等と協力して、退院後に在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう情報共有の方法等を含む在宅医療・介護連携のために必要な事項について協議を行っています。

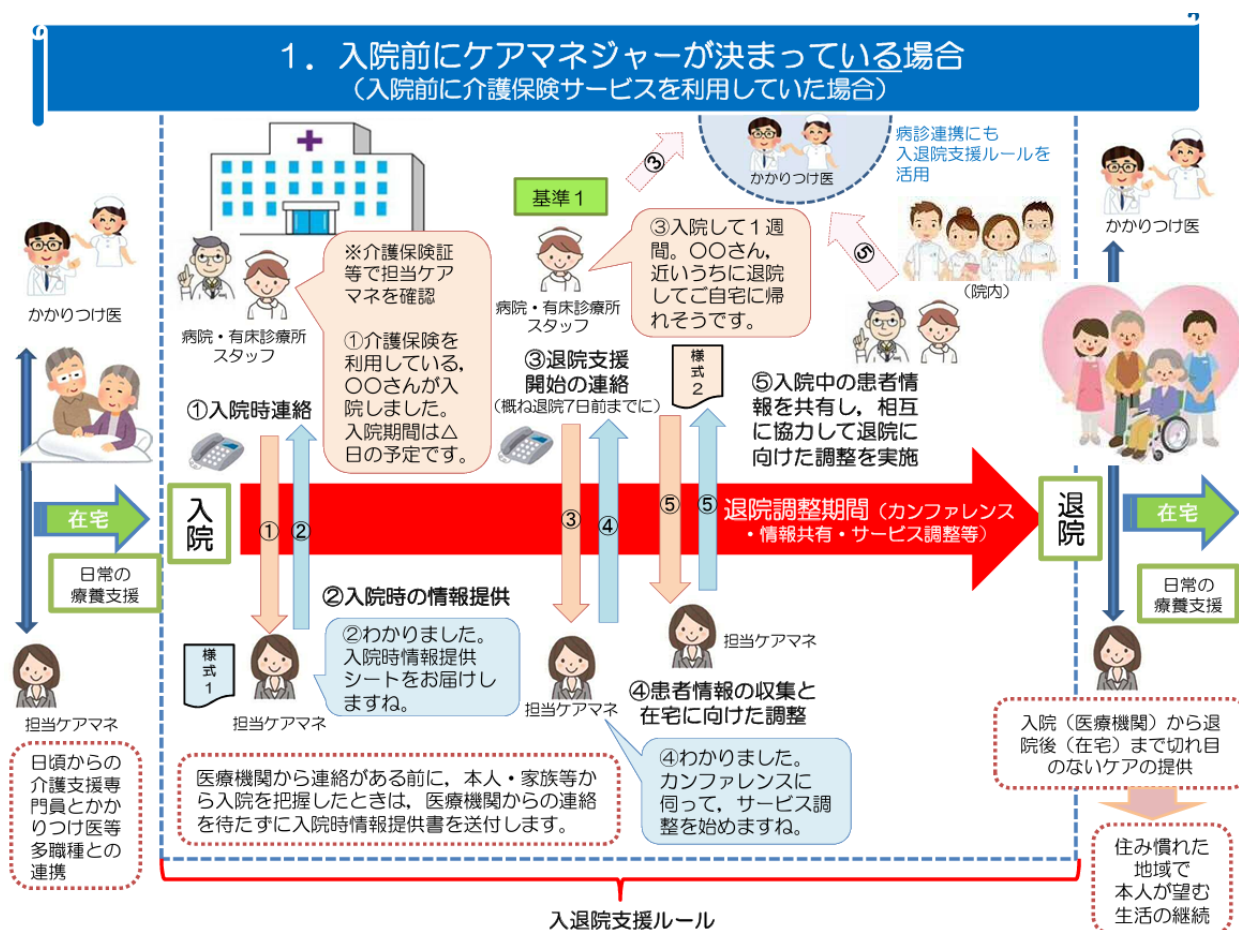
また、必要に応じて、同一の二次医療圏にある市町が連携して、利用者等が急変時に診療

する医療機関の確保等について協議を行っています。

入退院支援ルールによる円滑なサービス提供について、ルールを運用する側の理解度を一定に保つよう、病院と介護支援専門員の定期的なすり合わせの場が必要となります。

引き続き入退院支援ルールの運用を図りながら、内容の見直し、改善を行いながらより円滑な運用を目指します。

大隅地域入退院支援ルール



(2) 地域ケア会議の開催による効果的な連携体制の構築

地域ケア会議には、5つの機能があります。

	機能	概要
1	個別課題の解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
2	地域包括支援ネットワークの構築	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
3	地域課題の発見	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
4	地域づくり資源開発	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能
5	政策の形成	地域に必要な取り組みを政策の形成を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

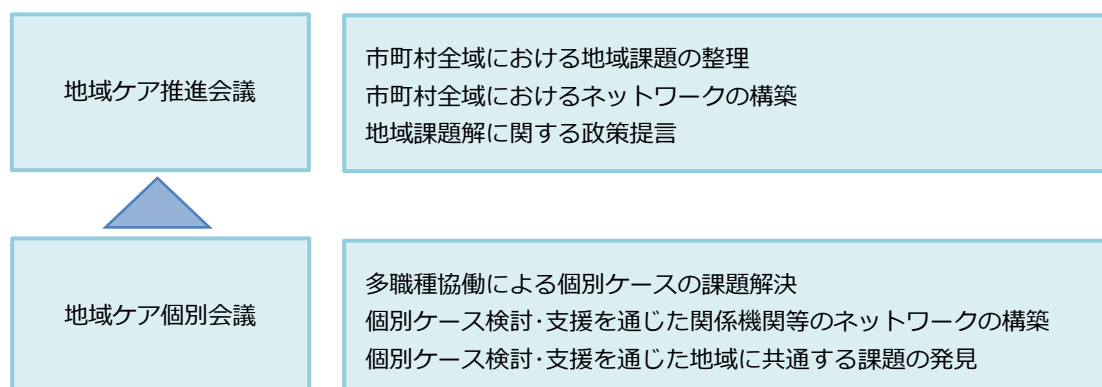
地域ケア個別会議を自立支援・重度化防止に向けた個別事例の検討の場として毎月1回定期的に開催しています。介護支援専門員や薬剤師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士、生活支援コーディネーター等の多職種との連携によりケアマネジメントの実践力の向上を推進し個別課題の解決を図ります。また、地域課題の共有化や解決策の検討に努めています。

地域ケア推進会議を地域づくり・資源開発と地域課題の明確化・施策や政策を立案・提言の場と位置付け、地域ケア個別会議等で上がった社会的に対応する必要があると合意される地域課題の解決に向けて取り組み地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

地域ケア個別会議・地域ケア推進会議の開催

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
地域ケア個別会議の開催回数	5	9	10	11	11	11
地域ケア推進会議の開催回数	1	1	1	1	1	1

2つの地域ケア会議の役割



(3) 地域リハビリテーション活動支援事業の展開

本町では、肝属圏域地域リハビリテーション広域支援センターの指定医療機関である医療法人青仁会池田病院と連携し、リハビリテーション専門職による一般介護予防事業や実施しています。

また、地域ケア個別会議においてリハビリテーションの視点より、個々の心身の状態に合った支援方法の提案を事業に活かしています。

ケアマネジメントの多くがサービス提供に終結し、利用者の自立支援につながっているケースはまだ少ないため、住民をはじめ、助言者等の専門職とともに「自立支援」という考え方の理解を深めていく必要があります。

引き続き、自立支援の視点にたったサービスの提供ができるよう、関係機関と課題の共有や対策の検討ができる機会を作るなど資質向上に努め、介護予防の取り組み機能を強化します。

また、在宅要介護者を支えるため、訪問リハビリテーションや介護老人保健施設による在宅療養支援などを図ることが重要です。

(4) 在宅医療に関する住民への普及啓発

本町では、平成 26 年度以降、地域住民向けに在宅医療に関連する講演会を開催していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和 3 年度から令和 5 年度までは講演会の開催ができていません。

地域の在宅医療・介護連携に関する相談窓口や、サービスに関する事項、ACP に対する理解、関心など、地域住民への認知度の割合は低い状況となっています。在宅医療・介護連携を推進するために、講演会だけにとどまらず、エンディングノートの紹介や使い方のセミナーなど、広く地域住民が在宅医療や介護について考える機会づくりに取り組みます。

新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に引き下げられたことで、令和 6 年度からは住民向けの講演会を積極的に開催していきます。住民に対する在宅医療介護の普及啓発を行うにあたっては、住民視点のプロセスで継続することとします。

また、病院、歯科医院、薬局、訪問看護ステーションなどの医療に関する地域資源と訪問介護や通所介護など福祉・介護保険に関する地域資源の機能と役割分担や業務の連携状況を整理し、住民にわかりやすい情報提供や普及啓発を図ります。

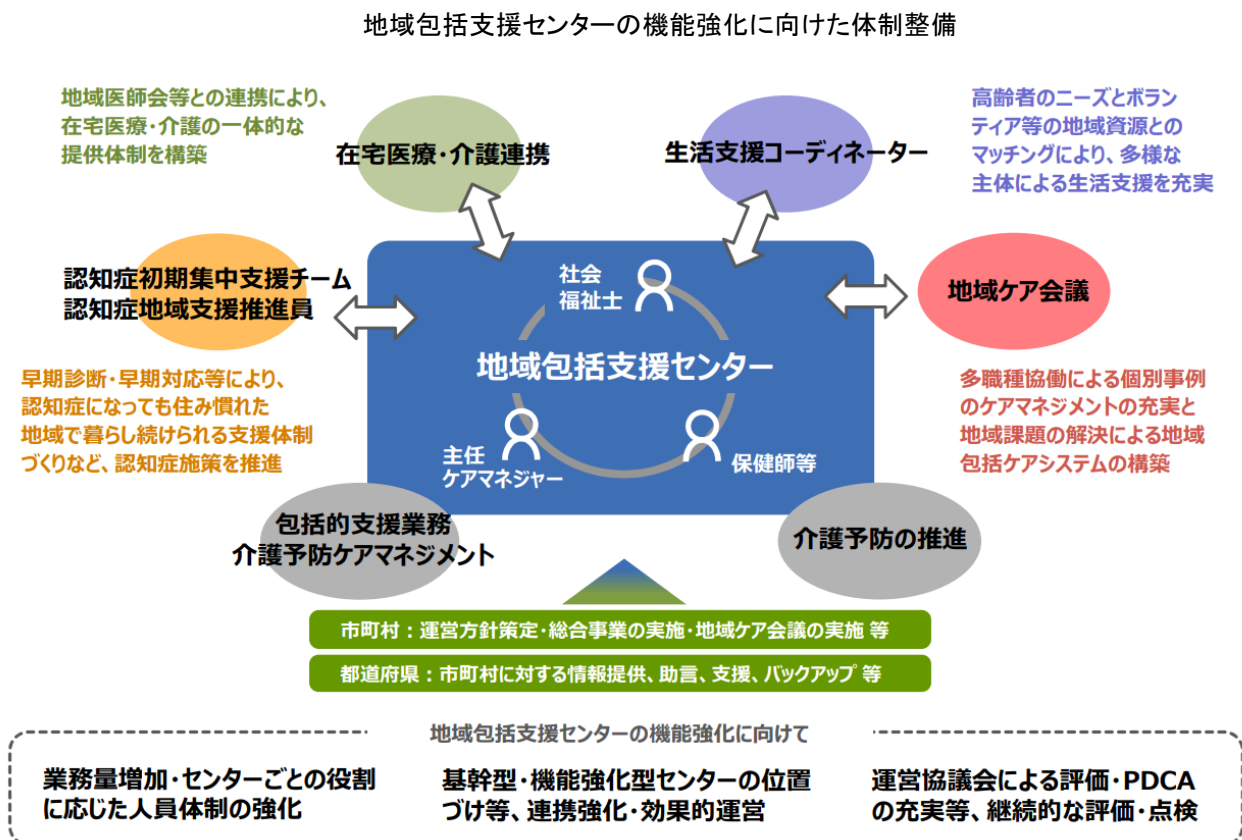
2 地域包括支援センターの機能強化

(1) 地域包括支援センターの機能強化に向けた体制整備

地域包括ケアの体制づくりにおいては、地域包括支援センターが中核的な機関として高齢者の総合相談窓口となるほか、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としており、重要な役割を担っています。

地域包括支援センターは、高齢者の暮らしを地域でサポートするための拠点として、介護だけでなく福祉、健康、医療などさまざまな分野から総合的に高齢者とその家族を支えることを目的とします。

総合相談業務、介護予防ケアマネジメント業務、権利擁護業務、包括的継続的ケアマネジメント業務を行うほか、介護予防の推進、認知症施策の推進、日常生活支援サービスの推進などの各種事業を実施し、地域包括ケアシステムの更なる深化、推進に向けて地域包括支援センターのより効果的な運営を目指します。



3 相談支援体制の強化

(1) 福祉に関する相談窓口の整備

本町では、すべての町民の保健・福祉等に関する相談は、支所を含め福祉チームと地域包括支援センターの職員が連携して対応しています。

また、住民の利便性向上や地域連携の推進を図るため、健康増進事業における健康相談の機会を活用し、より相談者にあった各種サービスを紹介します。

(2) 地域包括支援センターの相談支援体制の充実

本町は、地域包括支援センターを本庁介護福祉課内に設置しています。

地域包括支援センターを介護福祉課内に設置してあるメリットを活かし、高齢者だけでなく障害者や子育て、生活困窮者等の相談についても幅広く対応しています。

高齢者やその家族等の潜在的ニーズ・地域の課題等に対して、保健・医療・福祉サービス、関係機関又は制度の利用につなげる等、初期段階での相談対応及び専門的・継続的な相談と支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築に努めています。

今後の課題として、地域交流のないアプローチしにくい層の情報収集等の体制の充実や、職員の相談対応のスキル向上を図る必要があります。

今後も、介護や福祉等についての様々な相談にスムーズに対応できるように、地域包括支援センター及び関係機関と連携を取りながら、相談者各々にあった最新の情報提供・サービス利用について助言や支援等総合的な体制の充実を図ります。

地域包括支援センターでの相談及びケアプラン作成件数

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
総合相談支援	380	382	400	410	410	410
指定介護予防支援事業(延べ)	849	770	690	690	690	690
総合事業のケアプラン作成(延べ)	216	232	240	245	245	245

4 在宅生活を支える福祉施策の推進

(1) 在宅サービス・生活支援の実施

高齢者を対象に、住み慣れた地域で暮らすための多様な在宅サービスを提供し、高齢者の在宅生活の継続を支援します。地域交流が希薄で閉じこもり傾向にある高齢者に対して、地区のサロンや会食等への参加を促し、社会的孤立の解消を図ります。高齢者等の日常生活の困りごとに対しては、関係機関等と連携した生活支援サービスを提供します。

また、経済的理由から在宅サービスを受けたくても受けられない方に対して、福祉チームや関係機関と連携し生活困窮世帯への対応が早急に開始できるように配慮します

高齢者日常生活用具給付事業

事業内容	高齢者日常生活用具給付事業では、消火設備の無い高齢者宅において自動消火器等を設置し、安心して生活できるよう支援します。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
件数	0	0	0	1	1	1

鍼灸施術助成事業

事業内容	鍼灸施術助成事業では、70 歳以上の高齢者や身体障害者(1、2 級)等に対して助成券を発行し、生活の質の確保と経済的負担の軽減を図ります。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	322	316	280	300	300	300

寝たきり高齢者等紙おむつ助成事業

事業内容	寝たきり高齢者等紙おむつ助成事業では、寝たきりの状態にある高齢者等で紙おむつを使用している高齢者等に助成券を交付し、対象世帯の経済的負担軽減を図ります。事業を継続しつつ、紙おむつの要件緩和を求める声に対してはより実状にあった助成要件について検討します。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	143	86	90	100	100	100

寝たきり老人等理髪サービス事業

事業内容	寝たきり老人等理髪サービス事業は、寝たきりの状態にある高齢者等で公共交通機関を利用しての移動が困難な方に対し、出張理髪サービスを利用できる助成券を交付することで経済的負担軽減を図ります。町内において制度認知度が低く、今後の制度周知活動の方法について検討します。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
件数	1	0	0	1	1	1

在宅寝たきり高齢者等寝具洗濯サービス事業

事業内容	在宅寝たきり高齢者等寝具洗濯サービス事業は、在宅の寝たきり高齢者等を対象とし、寝具類などの衛生管理のために洗濯サービスを行います。現状は、利用者が固定化されています。必要に応じた回数で利用できるよう対象者の需要の掘り起こしを行い、今後制度の周知方法とあわせて検討します。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
件数(延べ)	31	31	22	30	30	30

生活支援型ホームヘルプサービス事業

事業内容	生活支援型ホームヘルプサービス事業は、一人暮らしの高齢者等の自立した生活の継続を支援し、要介護状態への進行を防止することを目的に家事援助のサービスを提供します。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	4	3	3	5	5	5
利用時間(延べ)	125	115	130	140	140	140

高齢者等訪問給食サービス事業

事業内容	高齢者等訪問給食サービス事業は、一人暮らしの高齢者または高齢者のみの世帯で、日常の調理に困難を生じている方に対し、必要に応じて栄養のバランスに配慮した食事の配食サービスを提供します。また、配食活動とあわせて安否の確認も行います。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	112	84	89	90	90	90
利用配食数(延べ)	33,748	31,074	30,000	30,000	30,000	30,000

生活指導型ショートステイ事業

事業内容	生活指導型ショートステイ事業は、在宅で体調不良時や基本的な生活習慣が欠如している一人暮らし高齢者等を養護老人ホーム等に一時的に宿泊させ、生活習慣等の指導を行うとともに、本人や家族の体調調整を図ります。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	0	1	1	1	1	1
利用日数(延べ)	0	7	3	7	7	7

生きがい対応型デイサービス事業

事業内容	一人暮らし高齢者等の社会的孤立感の解消、自立生活の助長及び要介護状態になることの予防を図り、生きがい対策として食事、入浴、趣味活動等の生きがいづくりの支援を行います。					
指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	20	24	24	24	24	24
利用日数(延べ)	830	1,077	1,000	1,000	1,000	1,000

(2) 家族介護者、要介護者世帯への支援

本町には、在宅で介護を受けている方が多く存在しており、その多くは、家族の介護に支えられている部分と介護保険サービスをうまく活用することで成り立っています。

そのため、家族介護者等に対して講座・講演会等を開催し、介護や子育て等により様々な生き方・働き方をしている人を支援するとともに、高齢者の介護を行っている家族等の身体的、精神的及び経済的負担の軽減を図るため、福祉介護手当の支給を継続していきます。

日常生活で、ちょっとした困りごとを抱えている高齢者等に対し、地域生活応援員が支援する「有償ボランティア」の活用や住民相互で助け合い、支え合うことのできる仕組み（下駄ばきヘルパー制度）を推進し、高齢者の在宅生活を地域全体で支えます。

また、ヤングケアラー（家族の世話に追われる子ども）への支援については、関係部署・関係機関間の情報共有により状況把握するとともに、支援に向けた連携を強化します。

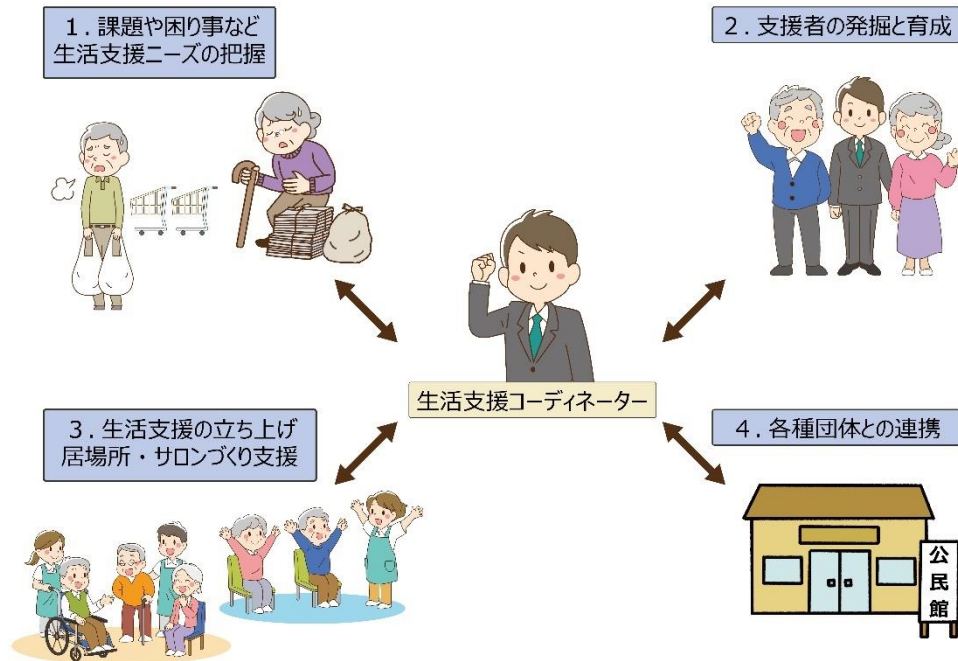
福祉介護手当の支給事業

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
支給者数	34	33	34	34	34	34

(3) 生活支援サービスの充実と体制整備

生活支援サービスを担う多様な事業主体と連携しながら日常生活上の支援体制の充実、強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っています。また、町全体を単位とする第1層協議体において抽出された地域課題を整理し解決できない課題については、今後、町に政策として提言していきます。

また、今後体制整備を進めるため、第2層生活支援コーディネーターの設置を推進し、地域住民や関係団体等と協力して高齢者の生活に必要な生活支援サービスの充実を進めていきます。



5 在宅生活を支える基盤づくり

(1) 高齢者等の移動支援

高齢者が移動困難になる要因は一つではなく、様々な要因が絡み合っており、移動の支援策を考える際には、移動が困難になる要因や生活課題に着目して、柔軟に対応していくことが求められます。

移動支援対策として、コミュニティバスの運行を行っており、高齢者の閉じこもり予防の観点からも、引き続き利用促進につなげていくことが重要となっています。一方で、コミュニティバスが利用できない方等への支援が求められています。

公共交通機関を利用することが困難な高齢者等の移動の利便性向上を図るため、満70歳以上の方やバイクや車の免許証を保有していない方、身体障害者手帳等の交付を受けた方など、一定の要件を満たした方を対象としてマイナンバーカードを活用したあいのリタクシー制度を実施します。

さらに、外出が困難な高齢者に対して、移送用車両等によりデイサービス等を利用する際の送迎を継続し、社会福祉協議会が実施する 65 歳以上の高齢者を対象に移動支援から買い物支援を行う「おでかけドライブ支援事業」と連携を図り、交通弱者の移動手段の確保に努めます。

あいのりタクシー事業

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
申請人数	391	291	250	260	270	270

生活支援移送サービス事業

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数	20	18	18	18	18	18
利用件数(延べ)	1,623	1,529	1,500	1,500	1,500	1,500

(2) 住まいの確保

持ち家の方を対象として住宅リフォーム促進事業を行っており、補助金 30 万円を限度として、申請によりリフォーム工事代金を補助しています。

住宅に困窮する低所得者や一人暮らし高齢者、さらには子育て世帯などに向けた町営住宅の優先入居を継続するとともに、町営住宅のバリアフリー改修等により、高齢者世帯が加齢等に伴って心身機能が低下しても住み続けられる住宅の整備を推進します。

在宅での生活を希望する高齢者については安全・安心に在宅生活を継続でき、介助者の負担の軽減につながる効果的な住宅改修となるよう、20 万円を上限額として、ケアマネジャーや施工業者など多角的な視点でアドバイスを行ったうえで住宅改修代金を補助します。

環境上または経済的な理由により居宅での生活が困難な高齢者の住まいの確保のため、養護老人ホームへの入所を推進するとともに、高齢者虐待防止等に向けた緊急避難的な受入体制の確保を図ります。

養護老人ホームの入所者数

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
養護老人ホームの入所者数(年度末)	63	63	62	65	65	65

(3) ユニバーサルデザインの推進

公共施設の整備について、ユニバーサルデザインに基づき、誰もが利用しやすい施設整備を推進します。特に、高齢者の集まる場となる公民館等のトイレの洋式化や段差解消・スロープの設置など、費用対効果を検討し、関係部署と連携を図りながら、ユニバーサルデザインのまちづくりを引き続き行っていきます。

また、ユニバーサルデザインについての理解を広め、住民の関心を高めていけるよう普及啓発の機会を拡充します。

第3節 認知症施策の推進と高齢者の権利擁護（錦江町認知症施策推進計画）

本町の認知症高齢者は増加傾向であり、認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、本人やその家族への一層の支援を図るとともに、本人の状態に応じた適切なサービスを提供していく必要があります。

令和元年6月に「認知症施策推進大綱」、令和6年1月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。

1 基本的施策と取組

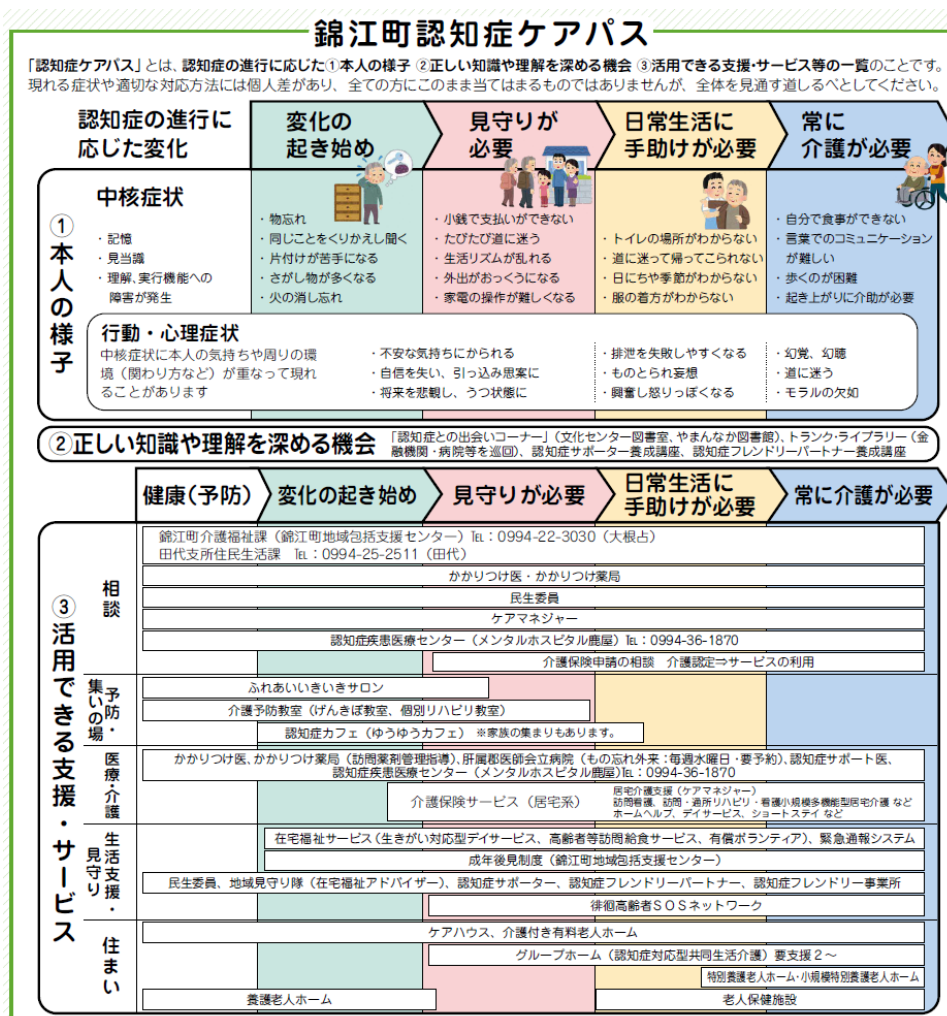
① 認知症の人に関する国民の理解の増進等

・認知症ケアパスの普及と推進

本町は、令和5年度に認知症ケアパスの内容を見直し、認知症の人の症状の進行状況に応じて受けられる支援をまとめ、さらに若年性認知症についても追加しました。

認知症またはその疑いのある方にとっては、認知症ケアパスの内容が理解しにくいこともあることから、本人とその家族や支援者へのアプローチが重要となります。

町民や医療機関、介護関係者をはじめ、広報誌掲載や町ホームページへの掲載による積極的な普及啓発に努めます。また、定期的に内容を見直し改善に努めます。



・認知症サポーター養成講座

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、認知症の偏見を無くし、認知症の人やその家族の意思が尊重され、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう町内の小中学校、企業、住民向けに認知症サポーター養成講座を開催しています。引き続き、認知症の人や家族を手助けする「認知症サポーター」を養成します。

・認知症フレンドリーパートナー養成講座

認知症の人に関する正しい理解の普及啓発をし、偏見のない地域づくりを進めて行くために錦江町オリジナルの講座を開催しています。

認知症は誰にとっても身近な事柄で「普通のこと」「自分ごと」です。認知症の人とともに歩む伴走者として、地域で活動に取り組む「認知症パートナー」を養成します。



・認知症地域支援推進員等を中心とした活動

認知症の人とその家族を総合的に支援するため、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとして認知症地域支援推進員（錦江町地域包括支援センター職員兼務）を配置し支援を行っています。認知症初期集中支援チーム等と共同し、認知症に関する講座やケアパス等の作成、ゆうゆうカフェについて広く住民や関係機関に周知を図るなど、認知症に関する早期対応・早期支援に努めています。

同時に、地域包括支援センターに集まるさまざまな情報から、認知症の症状（疑い）がありながら支援につながっていない未利用者やサービス中断者に対しても、早期に支援を開始できるよう相談・支援業務の質の向上を図ります。

・認知症との出会いコーナー（文化センター図書室、田代やまんなか図書館）

本を通じて認知症の人の体験等にふれ、認知症の備えや認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるよう支援しています。

・認知症の日及び認知症月間における普及啓発の開催

認知症の日及び認知症月間に、認知症に関する普及啓発を実施しています。



錦江町田代やまんなか図書室

② 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

・認知症カフェの開催

認知症の人本人が、認知症があってもやりたいことにチャレンジし、認知症の人同士や社会とつながることができる場、家族にとっては、介護についての悩みを相談できる場として「ゆうゆうカフェ」を開催しています。

令和4年8月からNPO法人に委託し、地域包括支援センターも一緒になって開催しています。同カフェは、認知症の方にその日の活動メニューを複数示し、自己選択・自己決定方式で開催し、これまで小学生との共同作業や野菜づくり、町内の商店と連携した野菜の袋詰め等の社会参加活動等に取り組んでいます。こうしたカフェの取組を通じ、認知症の方のお互いを思いやる気持ちや仲間意識、人の役に立つ喜びや生きがいが醸成されています。

今後も認知症の人が生活しやすいまちづくりを推進します。

認知症カフェ

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
認知症カフェ 延べ参加者数	67	214	281	480	480	480
認知症カフェ開催数	12	31	47	48	48	48

～認知症本人の声～

- いつもこうしてみなさんが引き出してくれるおかげさんで、安心して来れる。これはもう本当楽しみと言いますか、奥さんもここに行くと言うと、安心して出してくれる。
- やっぱりこういう子ども達と交流するのはすごい楽しいもんですね。夢を持ちます。
- 人と接触するのが一番いい。だから私は電動カーに乗ってあちこち行く。人と接することが一番のくすり。人と会うのが一番楽しい！
- （運転免許の返納は）自分で決断したのだから、あとは自分を納得させる。そうしないと、自分がみじめになる。それではいけないので、明るく考えを変えたほうがいいだろうということで。



・認知症フレンドリーコミュニティ推進チーム「あ!!to HOME（あっとほーむ）」

パートナー養成講座受講者の有志と推進チームを立ち上げ、様々な分野の人が参画し、認知症の本人の声をもとに、アイデアを出し合い、認知症フレンドリーな錦江町づくりを進める活動を実施しています。これまで「認知症フレンドリー事業所」や、本を通じて認知症の方の体験等に触れてもらえるよう、「認知症との出会いコーナー」を文化センター図書室、やまんなか図書室へ設置したり、交流拠点づくりや社会参加推進方策の検討などまちづくりを進める「OurProject」にも取り組んでいます。認知症の有無にかかわらず、すべての町民がもっと暮らしやすくなるための取組みを進めるにあたっては、担当部署や認知症に関連する関係者はもちろん、庁内の関係部署、地域の多様な立場・職種の人たちに声をかけ、一緒にアクションを生み出していくことが仲間を増やすことにつながります。今後も認知症フレンドリーコミュニティ推進チーム「あ!!to HOME（あっとほーむ）」の開催・充実により、「認知症フレンドリーな錦江町」を目指したまちづくりを進めます。

・SOSネットワーク事業

徘徊高齢者の見守り及び生命・身体安全ならびに家族等への支援を図る為、「錦江町徘徊高齢者SOSネットワーク事業」への登録を勧め、見守り体制の充実を図っています。行方不明となった場合は、ネットワーク事業登録事業所と関係機関等に情報提供し早期発見に努めています。認知症高齢者を登録し早期に発見するシステムの構築や、地域における見守り支援を推進していきます。

・認知症フレンドリー事業所登録の推進

認知症になっても安心して生活できる地域を目指し、錦江町内の様々な分野の事業所が一体となり、認知症フレンドリーなまちづくりを推進しています。

認知症の正しい理解促進と認知症の方が生活しやすい工夫・取組を進める事業所を「認知症フレンドリー事業所」として登録します。登録された事業所については、掲示用ステッカーを交付するとともに、広報誌及びホームページ等に掲載し、広く町民への周知し登録促進を図ります。

【登録要件】

- ① 事業所の代表者を含め全従業員の20%以上が、錦江町が開催する「認知症フレンドリーパートナー養成講座」を受講している事業所。
- ② 高齢者等の行方不明者が発生した際に、情報提供等早期発見への協力を行う事業所。
- ③ 認知症になっても生活しやすいまちづくりに向けた持続可能な取組を継続して実施する事業所。



③ 認知症の人の社会参加の機会の確保等

- ・ 認知症カフェの開催（再掲）
- ・ 認知症フレンドリーコミュニティ推進チーム「OurProject の活動」（再掲）

④ 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

- ・ 認知症カフェの開催（再掲）
- ・ 成年後見制度の利用促進

認知症などにより判断能力が十分でなく、親族による成年後見制度申立てが困難な場合に、町長申立てを行い、費用及び後見人の報酬の助成等を支援しています。また、地域で自立した生活が送れるよう、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理の支援をしています。今後も、本人の自己決定権を尊重し意思決定支援、身上保護も重視した制度利用や、支援が必要な人が必要な支援を受けられるよう制度利用体制の充実を図ります。

- ・ 高齢者虐待防止対策の推進

町内の警察署や関係機関で構築されたネットワークを活用し、高齢者虐待防止や早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する支援や再発防止に取り組んでいます。また、民生委員や居宅介護支援事業所、関係機関との連携体制の構築を図るとともに、高齢者虐待の対応窓口の周知及び住民への啓発活動等体制整備の強化に努めています。今後も高齢者に対する虐待の発生予防から、虐待を受けた高齢者が安心した生活を送れるよう、切れ目のない支援体制の構築に努めます。

⑤ 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

- ・ 包括支援センターによる早期支援

個々の認知症の人の状況に応じ、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための支援を行っています。今後も早期対応に努めていきます。

- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

支援が必要な高齢者を、医療・介護データ、健診結果やサロンなどの通いの場を活用した健康相談やアンケートを基に把握し、多職種連携により個別訪問などの支援を実施しています。保健・介護・関係機関が一体となり重症化予防に取り組めます。

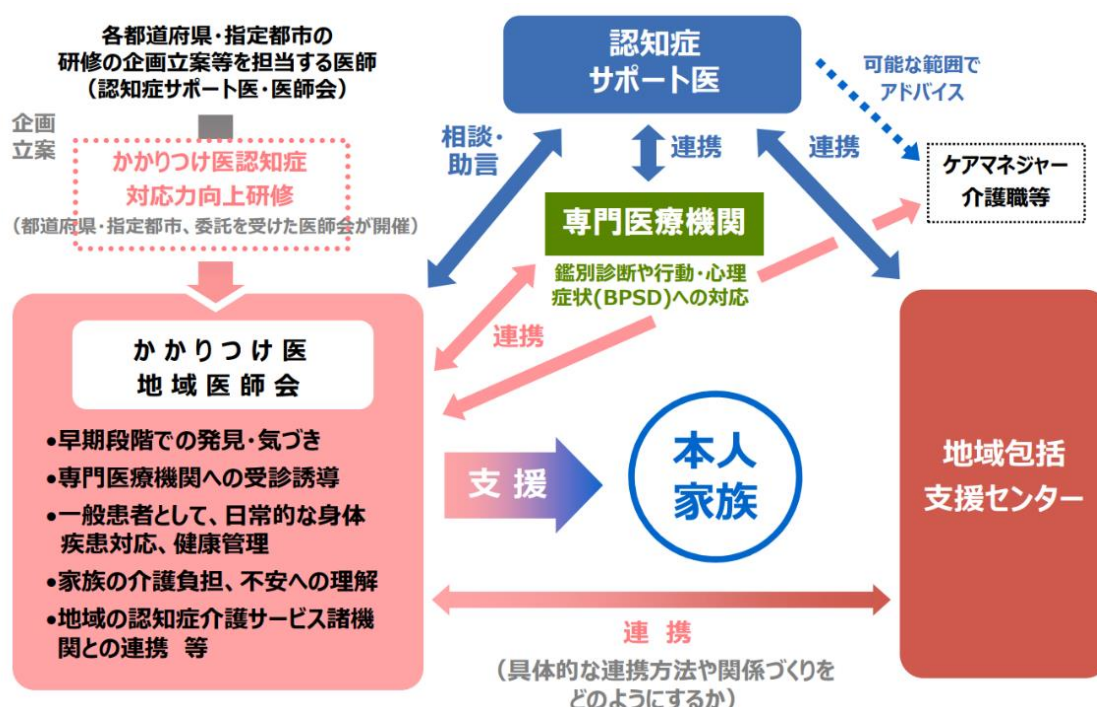
- ・ 認知症初期集中支援チームによる支援

認知症の早期診断、早期対応のため錦江町地域包括支援センター職員と肝属郡医師会立病院職員から構成される「認知症初期集中支援チーム」が、認知症に関する相談・支援の中核として活動しています。認知症が疑われる人やその家族を訪問し、早期の段階から包括的・集中的な支援を行い適切な治療や支援につなげています。「もの忘れ相談ができる医師」を活

用し、医療を必要とする人への早期受診の動機付けや、初期集中支援チーム員による受診後のモニタリング、評価を行いながら地域での継続的な支援を推進するため、錦江町地域包括支援センターとの連携を引き続き行っていきます。

初期集中支援チームに対する地域住民の認知度はまだ低いため、活動内容等に関するパンフレットや広報誌などの媒体を通じて普及啓発を図っていきます。また、若年性認知症への対応も含め、早期診断につながるようより良い支援体制づくりに努めていきます。

早期からの認知症高齢者支援体制

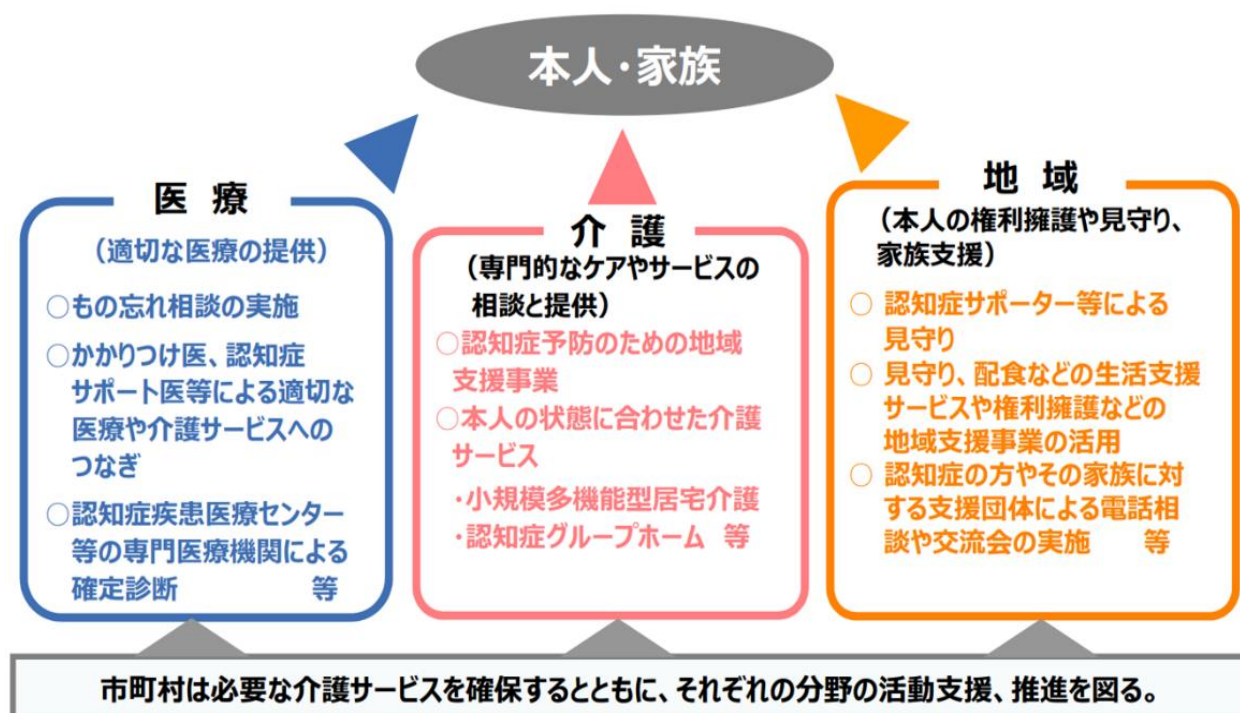


・認知症疾患医療センターによる支援体制

認知症対策の中核を担う、認知症疾患医療センターが鹿屋市内の医療機関に設置され、かかりつけ医からの相談に対する助言や支援、地域包括支援センター等への支援協力や連携を推進する体制が構築されました。

国の認知症施策を受け、認知症の人やその家族の視点を重視し、関係機関の連携や地域住民への理解促進を図るとともに、認知症の人が尊厳を持って生活を継続できるよう地域の実情に応じた福祉と医療の連携による支援体制の整備を図ります。

また、認知症等に係る人材が、認知症の特性や進行段階を十分理解し、適切なサービスの提供ができるようかかりつけ医、錦江町地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等との連携強化を推進します。



・ 認知症地域支援推進員等を中心とした活動（再掲）

・ 認知症パートナー養成講座：医療従事者・介護従事者向け（再掲）

・ 地域ケア推進会議による地域の関係機関の連携強化

地域ケア推進会議を地域づくり・資源開発と地域課題の明確化・施策や政策を立案・提言の場と位置付け、サービスの提供体制の整備等の課題解決に向け取り組んでいます。今後も地域包括ケアシステムの構築を推進していきます。

⑥ 相談体制の整備等

・ 包括支援センターによる早期支援（再掲）

・ 認知症初期支援チームによる支援（再掲）

・ 認知症地域支援推進員等を中心とした活動（再掲）

・ 地域見守り隊（在宅福祉アドバイザー）による支援

地域において支援が必要な高齢者に対し、見守りや相談支援を行い、住民同士が共に支え合った活動を実施しています。今後も住民が孤立することがないように支援します。

・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（再掲）

⑦ 研究等の推進等

- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用等を今後検討していきます。

⑧ 認知症の予防等

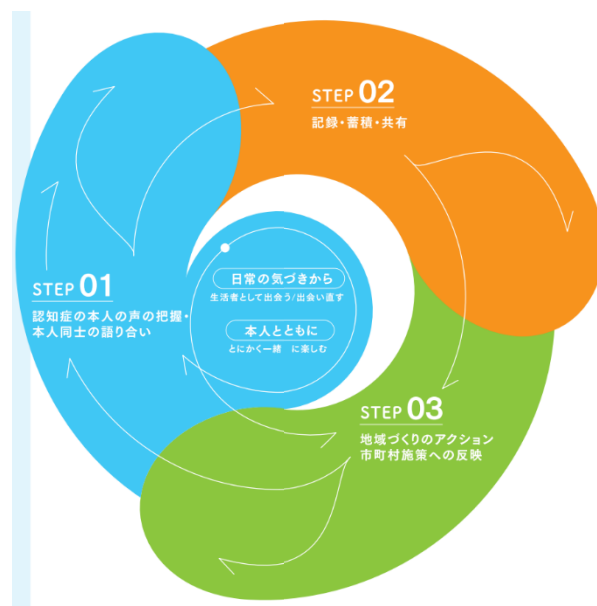
- ・ 包括支援センターによる早期支援（再掲）
- ・ 認知症初期支援チームによる支援（再掲）
- ・ 認知症カフェの開催（再掲）
- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（再掲）

錦江町が目指す認知症ケアと地域共生社会

(認知症フレンドリーな錦江町づくり)

認知症の人を含めた町民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ
支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進します。

認知症の本人の声を施策に生かすステップフロー



錦江町における認知症フレンドリーコミュニティ構築促進事業

①

正しい知識

認知症当事者の思いなどから理解を深め、自ら何ができるかを考えます。



★認知症フレンドリーパートナー養成講座……認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解の普及啓発をし、偏見のない地域づくりを進めていくための錦江町オリジナルの講座です。

②

つながりの場

認知症当事者同士でつながり、語り合い、自ら挑戦したいことに取り組みます。



★ゆうゆうカフェ（認知症カフェ）……認知症当事者や介護家族の出会いの場。ここでは、普段話せないような内容でも不思議と話すことができます。素でいられるこの場所で、生活の知恵や、これからチャレンジしたいことを語り合っています。

③

環境整備

認知症フレンドリーコミュニティ推進チームで、まちづくりを検討します。



★キックオフミーティング……錦江町認知症フレンドリーコミュニティ構築促進に向けた町内キックオフミーティングを開催しました。
★認知症フレンドリーコミュニティ推進チーム会議……推進チーム65名（2022年3月時点）の多様な主体で、「認知症フレンドリーな錦江町」を目指して、まちづくりの方策等を検討しています。

2 成年後見制度利用促進に向けた取組

(1) 成年後見制度利用促進計画の推進

成年後見制度を利用したくても、自ら申し立てることが困難であったり、身近に申し立てる親族がいなかったり、申立の経費や成年後見等の報酬を負担できない等の理由により制度を利用できない方に対し、町長申立や成年後見制度利用支援事業による申立費用、後見人等の報酬の助成を実施しています。

高齢者や障害者が住み慣れた地域で生活できるよう、成年後見制度に対する取り組みを継続的・体系的に実施していきます。

成年後見制度利用支援事業・日常生活支援事業(福祉サービス利用支援事業)

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
成年後見制度 (申し立て件数)	5	3	2	3	3	3
福祉サービス利用支 援事業(利用者数)	19	16	12	13	13	13
福祉サービス利用支 援事業(利用回数)	556	378	300	350	350	350

(2) 成年後見制度の利用促進と体制づくり

① 成年後見制度の周知と相談機能の強化

成年後見制度について中核機関と連携し周知と相談機能の強化を図るため、研修会の開催や、パンフレットの設置等、制度についての普及啓発に取り組んでいます。また、高齢者の総合相談や権利擁護に関する相談に対して、成年後見制度利用が必要な際には、成年後見利用相談を含めた相談として対応をしています。

制度による支援が必要な方に対し、速やかに必要な支援につなげられるよう、成年後見制度の普及・啓発に努めます。また、利用を希望する方や家族、利用につなげていきたい人の支援者が身近な場で気軽に相談できる体制を構築するため中核機関、司法等の専門職と連携した相談体制や連携の強化に努めます。

② 地域連携ネットワークの構築

地域全体で権利擁護支援に取り組むため、保健・医療・介護・福祉・司法・行政等の関係機関による地域連携ネットワークを構築し、ネットワークを発展させていくため中核機関と協議会を設置しています。協議会は、地域ケア会議等既存の会議と連携を図り、福祉・司法等各分野の専門職等で構成された代表者で成年後見制度利用促進に関する協議を行い、幅広い意見を施策につなげる場としています。

また、中核機関は、総合相談業務や権利擁護業務と連携し、成年後見制度に関する相談窓口の機能を担い、関係機関との連携を図ることで制度利用が必要な方をいち早く把握し、制度の適切な利用を促進する機関として体制づくりに努めています。

成年後見人等が制度利用者に対し、財産管理のみならず身上監護と見守りを行うとともに、利用者本人の尊厳を守りながら、本人の意志を尊重した福祉や医療等の公的サービスの提供がなされるよう、チームによる支援ができる体制づくりに努めています。

成年後見等の担い手の確保のため、後見人等の要請や支援についても、鹿児島県や関係機関と連携しながら検討しています。

必要な人が適切に成年後見人制度を利用できるよう、関係者や関係機関等が連携し、ネットワーク構築を進めます。さらに、利用者を中心としたチームを形成してネットワーク全体で支援していきます。

(3) 消費者被害防止施策の推進

近年、消費生活相談件数に占める 60 歳以上の割合が増加しており、啓発活動の一層の充実に努めています。特に認知症高齢者の消費者トラブルが見受けられ、悪質商法の手口やその対処法を各サロン等で呼びかけています。

今後も引き続き、錦江警察署、広報誌、防災無線により、高齢者を狙った悪徳商法の手口や被害についての情報提供を行い、消費者被害の未然防止を図ります。

また、地域や団体等での学習の機会を利用し、知識の普及啓発に努めます。

3 高齢者虐待の防止の推進

町内警察署や関係機関で構築されたネットワークを活用し、高齢者虐待防止や早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する支援や再発防止に取り組むなど、関係機関と連携し高齢者虐待防止対策を推進しています。

高齢者虐待については、現在、地域包括支援センターが主体となって相談及び対応を行っており、民生委員や居宅介護支援事業所、関係機関との連携体制の構築を図るとともに、高齢者虐待の対応窓口の周知及び住民への啓発活動等体制整備の強化に取り組み、虐待の未然防止や早期発見に努めます。また、高齢者に対する虐待の発生予防から、虐待を受けた高齢者が安定した生活を送れるよう、切れ目ない支援体制の構築を図ります。

基本的な視点3 介護を必要とする高齢者

介護が必要な方にサービスを提供します

第1節 介護人材の確保や介護サービスの質の確保・向上

1 多様な介護人材の確保・育成支援

介護人材の確保に向けては、サービス・職種ごとの人材不足等の状況も踏まえ、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保・育成を行い、介護現場全体の人材不足対策を進める必要があります。また、介護従事者の定着促進を図るための労働環境・処遇の改善、労働負担軽減のため、ノーリフトの研修を行うとともに、県と連携し県事業の周知啓発にも努め、地域の状況・課題を踏まえた対応策を検討します。

(1) 新規人材の参入促進

新規人材の参入を促進するため、人材のすそ野拡大のための魅力発信や外国人介護人材の受け入れ支援等を進めるとともに、離職防止のための経営力強化研修や事務効率化支援・ハラスメント対策等の「労働力環境・処遇の改善」など、働きやすい職場環境づくりを支援します。

また、外国人介護人材の定着を図るため、多文化共生事業を実施しています。本町の福祉や産業を支える特定技能外国人や技能実習生に困りごとを聞き、ゴミ分別表、バス時刻表等を理解してもらう取組を実施しています。互いの文化的違いを認め合い多文化共生のまちをめざします。

有償ボランティアの育成・確保の促進のため、福祉・介護の世界に興味・関心を持つきっかけとなるような様々な取組を進めます。

(2) 未経験者による介護職転職の支援金貸付事業の周知

福祉分野の未経験者や無資格者が、ハローワークを通じた職業訓練などの介護職員初任者研修を受講し、高齢や障害の分野で就職し、2年間現場で働くことなどの条件を満たせば、返済を免除する仕組みとなります。また、職業訓練期間中も給付金を支給することで受講しやすい仕組みとなっています。

本町では事業の周知に努めていきます。

(3) 有資格者の現場復帰による介護職支援金貸付事業の周知

国は、これまで全国で行っていた介護福祉士修学資金等貸付制度の再就職準備金貸付事業を拡大することで、介護福祉士やホームヘルパー2級、初任者研修修了などの介護系の資格（社会福祉士などを除く）を持ち、現場経験が1年以上ある方を対象として、最大40万円の支援金

を支払う制度を開始します。

高齢や障害の分野で現場に復帰し、2年間現場で働くことなどの条件を満たせば、返済を免除することで、新型コロナウイルスの影響で高齢者施設の業務が増大し、人手不足がさらに深刻化している現場に即戦力となる経験者をつなぐことを目指したものととなります。

本町では事業の周知に努めていきます。

2 介護人材の資質の向上

本町では、令和2年9月に町内のすべての介護・福祉関係の施設・事業所等が参画する「錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会」を設立し、資質向上に向けた研修や、本町の目指す地域包括ケアシステム及び地域共生社会等について共有を図っています。

介護保険事業や高齢者保健福祉施策の充実には、福祉・介護人材の育成が不可欠です。しかし、少子高齢化・人口減少等に伴い介護職員などの福祉人材の確保が非常に厳しい状況になっています。このような諸課題に、行政と介護業界等が一体となって対応し、両者が常に連携や意思疎通を図るためのチャンネルとして多職種連携による取組を実施しています。

また、利用者の思いに寄り添ったケアを行うために工夫している取組や、自立支援・重度化防止の強化に向け、介護事業所の取組み状況やその効果を発表し、事業所の意識・意欲向上を目指すとともに、町民の意識啓発につなげる取組も行っています。

引き続き、同連絡会を通じ各機関・団体が抱える課題を把握するとともに、グループワークや事例検討など参加型の研修により、地域の医療・介護関係者が、お互いの業務の現状、専門性や役割等を知ること、それらの課題解決並びに介護人材等の資質の向上を図ります。

3 介護サービスの質の確保・向上

介護サービスを必要としている人が、公平かつ質の高いサービスを受けられるためには、適切なサービス提供の確保と介護給付の適正化を図ることが重要です。利用者への情報提供、介護支援専門員やサービス提供事業者への自立支援の理念に基づいた助言指導等を通じ、サービスの質の向上に努めています。

地域包括支援センターを中心とした相談体制を強化し、介護サービスの利用者やその家族からの相談・苦情への適切かつ迅速な対応を図るとともに、サービス提供時における事故等に対する適切な指導等を行うことで、サービスの質の確保・向上を図ります。

また、ケアマネジメントについては、包括的・継続的マネジメントの推進、ケアマネジャーの資質・専門性の向上、公正・中立の確保などの観点から見直します。

さらに、県との連携を図りながら、事業者研修、ユニットケア基礎研修、訪問介護員研修、介護支援専門員研修など介護サービスの質の向上に関するあらゆる研修・講習の情報提供に取り組めます。

○介護ロボット・ICT等の活用がされるよう、事業所における導入支援等に取り組めます。

また、介護分野の文書負担軽減の観点から、電子申請・届出システムの使用に向けた検討を行います。

○介護サービス事業者に対して、「地域リハビリテーション活動支援事業」の活用を促し、サービスの質の向上を図るほか、実地指導、ケアマネジャー研修、ケアプラン点検を活用した指導助言に努めます。

4 介護サービス事業所・居宅介護支援事業所に対する指導・監査

居宅介護支援事業所の主業務であるケアマネジメントは、介護保険利用者と地域をつなぐ重要な役割を果たしており、ケアマネジャーの育成は、質の高い介護サービスを提供するために欠かすことができないことから、指定権限移譲を機に保険者としてケアマネジャーの育成や指導、支援に積極的に関与しています。

国・県の指針等に基づき、地域密着型サービス事業者については、感染症対策に配慮しながらも、定期的に運営指導を行うとともに迅速かつきめ細やかな指導を実施し、指導基準の遵守やサービスの質の改善・向上を図っていくための体制を整備します。

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て、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等の取組を推進していきます。

5 介護給付の適正化の推進

介護保険制度の定着とともに介護費用額が増大し、介護保険料の上昇をまねく状況にあり、事業者への適切な指導、監督が求められているところです。介護サービスの利用にあたっては、サービスの利用に至るまでの要介護認定、ケアマネジメント、事業者のサービス提供等の各段階において、制度運用が適切に行われなければなりません。

本町は、平成 12 年の介護保険制度施行以来、介護給付の適正化を進めています。具体的には、「鹿児島県介護給付適正化計画」に基づき、縦覧点検による過誤調整を始めとする取り組みを進め、介護給付費の適正化を通じ持続可能な介護保険制度を構築します。

また、地域偏在や介護給付費の適正化に向けて県との協議を踏まえ、適正化を推進します。

(1) 介護認定の適正化

県主催の認定調査員に対する研修会は、全調査員に参加を義務付けていることから、現状適正な認定調査ができています。

今後は、e ラーニングシステムの履修を進め、認定調査員のさらなる資質向上に努めるとともに、これまでの認定結果の分析を進め、対策を検討し、介護認定の平準化に取り組みます。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
認定調査員数	2	2	2	2	2	2

(2) ケアプランの点検

ケアプラン点検では、「利用者の状態等を踏まえたケアプランが作成されているか」、「利用者の状態の悪化防止・改善に役立っているか」等を主な視点とした点検と面談により、事業所(介護支援専門員)とともに確認し合います。

介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、利用者が真に必要とする過不足のないサービスを適切に提供するように支援します。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
ケアプラン点検数	85	113	110	120	120	120

※住宅改修及び福祉用具購入に伴うものを含む。

(3) 住宅改修等の点検

住宅改修を行う際には、事前協議を義務付け、理由書、ケアプラン、工事費見積書、平面図・写真による事前点検と現場確認を行います。また、住宅改修終了後は、給付費請求時に竣工写真による事後点検を行い、疑義が生じた場合は、本町職員による現場調査を行います。福祉用具購入については、事前協議時にケアプランを確認しています。福祉用具貸与に関しては、非常に件数が多い傾向にあることから軽度者の福祉用具貸与を中心に必要な対応を行っていきます。

今後も、利用者の心身の状態や生活環境を踏まえているか、利用者の自立支援・重度化防止に寄与しているかの視点をもち点検を行います。さらに、住宅改修や福祉用具購入の場合の現場確認については、必要に応じリハビリテーション専門職による点検を行います。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
住宅改修等の点検率	100	100	100	100	100	100

(4) 医療情報突合・縦覧点検

国保連合会の点検により送付される介護給付費縦覧審査結果通知書より、過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の算定回数や事業所間の給付の整合性などを本町で調査を行い、請求誤りがあった事業所については過誤申立を行っています。

医療情報との突合では医療給付情報突合リストと介護給付データを突合し、重複請求の是正を図ります。

現在、医療情報突合・縦覧点検の全件確認・実施ができており、今後も同様に継続していきます。また、医療情報突合・縦覧点検で過誤請求が多い事業所に対して、ケアプラン点検の頻度を高めるなど、適正化事業を複合的な視点を持って取り組んでいくための基礎分析と位置付けて実施します。

指標	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
医療情報突合・縦覧点検の実施数	12	12	12	12	12	12

6 情報提供の充実と利用者負担軽減の推進

(1) 介護サービスの情報提供の充実

本町では介護保険制度の理解を広く町民に啓発するために、パンフレット等の作成・配布を行うとともに、制度内容・各種サービスの申請方法等に関する住民説明を年に1～2回、地区の要望に応じて実施しています。

(2) 利用者負担軽減に向けた取り組みの推進

公平に介護保険サービスを利用するため、介護保険法に基づき、低所得者のうち、経済的に極めて厳しい高齢者等に対し、利用者負担の軽減を図ります。

第2節 介護保険サービスの量の見込み

1 居宅サービス

居宅介護サービス見込量は、令和3年度から令和5年度の利用実績と要介護（要支援）認定者数の推計を踏まえた自然体推計に、「介護離職ゼロのための介護サービスの確保」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

① 訪問介護

【概要】

利用者の居宅にホームヘルパーが訪問し、食事や入浴、排泄の介助などの身体介護や、買い物、洗濯、掃除などの生活援助を行うもので、居宅介護における中心的なサービスとして位置付けられています。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)	51	45	38	38	36	35
	供給量(回数／月)	968.6	834.4	743.9	691.4	653.3	637.9

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

【概要】

利用者の居宅に移動入浴車などの入浴設備を持ち込み、入浴・洗髪の介助や心身機能の維持・確認を行うものです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)	1	1	0	0	1	1
	供給量(回数／月)	2.8	2.8	0.0	0.0	3.3	3.3
予防給付	利用人数(人／月)	0	0	0	0	0	0
	供給量(回数／月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

【概要】

利用者の居宅に看護師等が訪問し、主治医の指示のもと、健康状態の管理や処置などを行います。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	31	29	27	29	29	28
	供給量(回数/月)	175.6	179.6	219.8	184.7	184.7	177.9
予防給付	利用人数(人/月)	10	10	8	13	13	12
	供給量(回数/月)	70.2	69.3	48.2	71.6	71.6	66.3

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

【概要】

利用者の居宅に理学療法士や作業療法士等が訪問し、日常生活を送るために必要な心身の機能の維持回復を図ることを目的としたサービスです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	4	7	9	8	8	8
	供給量(回数/月)	50.2	81.4	89.2	91.7	91.7	91.7
予防給付	利用人数(人/月)	0	1	1	1	1	1
	供給量(回数/月)	5.5	15.8	16.2	15.8	15.8	15.8

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

【概要】

利用者の居宅に医師・歯科医師・薬剤師等が訪問し、療養上の管理指導を行うものです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	21	24	28	28	28	26
予防給付	利用人数(人/月)	3	3	6	6	6	6

⑥ 通所介護

【概要】

利用者が通所介護事業所（デイサービスセンター等）に通所し、食事や入浴などの日常生活上の世話を受けるほか、機能訓練や社会交流による日常生活能力の維持（認知症予防）を図ることを目的としたサービスです。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	115	105	104	107	107	106
	供給量（回数／月）	1,500	1,348	1,382	1,374	1,374	1,363

⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

【概要】

利用者が病院や介護老人保健施設などに通所し、心身機能の維持回復を目的に、理学療法士や作業療法士の指導のもとで専門的なリハビリテーションを受け、送迎・入浴・食事等のサービスも受けられるサービスです。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	41	37	29	32	32	32
	供給量（回数／月）	319.1	305.1	267.0	275.8	275.8	275.8
予防給付	利用人数（人／月）	23	16	16	18	17	17

⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

【概要】

介護者の事情等により居宅での介護が困難になった際に、施設に一定期間入所し、入浴・食事・排泄などの介護や日常生活の世話、機能訓練などを受けるもので、特別養護老人ホームに入所する場合、短期入所生活介護となります。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	39	34	29	39	38	36
	供給量（日数／月）	524.7	420.8	376.4	425.7	415.0	387.7
予防給付	利用人数（人／月）	1	1	0	1	1	1
	供給量（日数／月）	5.5	6.6	0.0	3.8	3.8	3.8

⑨ 短期入所療養介護（老健）・介護予防短期入所療養介護（老健）

【概要】

短期入所のうち、老人保健施設に入所する場合、短期入所療養介護となります。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	7	7	4	7	7	6
	供給量（日数／月）	48.3	44.8	28.9	39.3	39.3	32.1
予防給付	利用人数（人／月）	1	1	0	1	1	1
	供給量（日数／月）	1.0	0.8	0.0	2.0	2.0	2.0

⑩ 短期入所療養介護（病院等）・介護予防短期入所療養介護（病院等）

【概要】

短期入所のうち、介護療養型医療施設に入所する場合、短期入所療養介護となります。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	0	0	0	0	0	0
	供給量（日数／月）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
予防給付	利用人数（人／月）	0	0	0	0	0	0
	供給量（回数／月）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

⑪ 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

【概要】

特定施設としての指定を受けた有料老人ホーム、ケアハウス等に入居している利用者に対して、介護サービス計画（ケアプラン）に基づいて入浴、食事等の介護、機能訓練などを行うものです。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	3	2	0	1	1	1
予防給付	利用人数（人／月）	0	0	0	0	0	0

⑫ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

【概要】

利用者が日常生活を営むために、心身の状況や環境等に応じて自立を助ける適切な福祉用具の選定・貸与を行うものです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	147	147	143	144	137	132
予防給付	利用人数(人/月)	61	54	49	49	47	46

⑬ 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

【概要】

居宅での介護を円滑に行うことができるように、5種目の特定福祉用具の購入費に対して年間10万円を上限として支給するサービスです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	3	3	3	3	3
予防給付	利用人数(人/月)	1	1	1	1	1	1

⑭ 住宅改修・介護予防住宅改修

【概要】

在宅生活に支障がないように行う住宅の改修（段差解消、手すり取付け等）に対し、20万円を上限として費用の支給を行うものです。

また、住宅改修費の支給申請の際に介護支援専門員が行う理由書作成に対して、居宅介護支援事業所等へ費用を助成する「住宅改修支援事業」を行います。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	3	4	3	3	3
予防給付	利用人数(人/月)	1	2	2	2	2	2

⑮ 居宅介護支援・介護予防支援

【概要】

居宅介護支援事業は、利用者の意向をもとにした介護支援専門員（ケアマネジャー）によるケアプランの作成やサービス提供事業者等との連絡調整など居宅サービス利用にかかわる総合調整を行うものです。

		実績見込（第8期）			見込み（第9期）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数（人／月）	236	221	206	211	202	197
予防給付	利用人数（人／月）	71	64	59	59	57	55

2 施設サービス

施設サービス見込量は、令和3年度から令和5年度のまでの施設定数と利用実績、「医療計画に基づく介護施設・在宅医療等の追加的需要」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

なお、介護老人福祉施設は、特例入所者の見込みを踏まえて、適切な運用を図ることが重要です。

① 介護老人福祉施設

【概要】

身体上又は精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし、自宅において介護を受けることが困難な高齢者に対して、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活の世話をを行う入所施設です。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	123	126	122	123	123	123

② 介護老人保健施設

【概要】

在宅復帰を目的として、リハビリテーションを含む看護・医療サービスを提供するとともに、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話をを行う入所施設です。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	52	56	59	54	54	54

③ 介護医療院

【概要】

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れや看取り・ターミナル等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備え、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する入所施設です。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	3	2	1	1	1	1

3 地域密着型サービス

地域密着型サービス見込量は、令和3年度から令和5年度の利用実績と要介護（要支援）認定者数の推計を踏まえた自然体推計に、「介護離職ゼロのための介護サービスの確保」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

なお、第9期計画における地域密着型サービスの整備は見込んでいません。

① 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

【概要】

認知症の要介護認定者に対して、共同生活を行う住居において、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	17	15	16	13	13	13
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

② 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

【概要】

居宅若しくは省令で定めるサービス拠点に通わせ、又は短期間宿泊させ、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練等を行うものです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	1	1	1	1	1	1
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【概要】

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	1	1	1	1	1	1

④ 認知症対応型通所介護

【概要】

認知症の要介護者・要支援者が居宅で自立した生活を営むことができるよう、デイサービスセンターなどにおいて、通所により入浴、排せつ、食事などの介護や日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービスです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

⑤ 地域密着型特定施設入居者生活介護

【概要】

地域密着型特定施設での入浴・排せつ・食事等の介護など、日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【概要】

定員 29 人以下の小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排せつ・食事等の介護など日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

⑦ 地域密着型通所介護

【概要】

デイサービスセンターに通い、入浴、排せつ、食事等の介護などの日常生活上の支援や介護、日常生活を想定した運動機能の向上や栄養改善のための指導等の機能訓練を行うサービスで、利用定員が18人以下の事業所のものです。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	33	33	34	36	33	33

⑧ 看護小規模多機能型居宅介護

【概要】

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ、介護と医療それぞれのサービスが受けられます。

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人/月)	3	7	11	11	10	9

第5章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

1 介護保険事業費の算出

① 介護サービス給付費

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス	272,208	269,365	262,553
訪問介護	24,530	23,275	22,646
訪問入浴介護	0	473	473
訪問看護	10,404	10,417	10,073
訪問リハビリテーション	2,955	2,958	2,958
居宅療養管理指導	3,020	3,024	2,803
通所介護	123,928	124,085	123,264
通所リハビリテーション	31,598	31,638	31,638
短期入所生活介護	38,581	37,688	34,986
短期入所療養介護（老健）	5,670	5,678	4,596
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
福祉用具貸与	25,442	24,046	23,033
特定福祉用具販売	1,109	1,109	1,109
住宅改修	2,304	2,304	2,304
特定施設入居者生活介護	2,667	2,670	2,670
地域密着型サービス	114,417	107,031	104,365
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,150	2,153	2,153
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	42,635	38,558	38,558
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	1,969	1,971	1,971
認知症対応型共同生活介護	41,358	41,410	41,410
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	26,305	22,939	20,273
介護保険施設サービス	575,370	576,097	576,097
介護老人福祉施設	389,749	390,242	390,242
介護老人保健施設	181,235	181,464	181,464
介護医療院	4,386	4,391	4,391
居宅介護支援	35,838	34,343	33,463
介護サービス給付費計	997,833	986,836	976,478

② 介護予防サービス給付費

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス	19,424	18,933	18,549
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	3,745	3,750	3,478
介護予防訪問リハビリテーション	533	534	534
介護予防居宅療養管理指導	692	693	693
介護予防通所リハビリテーション	6,653	6,377	6,377
介護予防短期入所生活介護	281	282	282
介護予防短期入所療養介護（老健）	210	210	210
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	5,463	5,240	5,128
特定介護予防福祉用具販売	302	302	302
介護予防住宅改修	1,545	1,545	1,545
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護予防サービス	0	0	0
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
介護予防支援	3,226	3,120	3,011
介護予防サービス給付費計	22,650	22,053	21,560

③ 総給付費（介護給付費・予防給付費介護サービス）

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護サービス給付費計	997,833	986,836	976,478
介護予防サービス給付費計	22,650	22,053	21,560
介護サービス給付費計	1,020,483	1,008,889	998,038

④ 地域支援事業費

(単位：円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	19,811,000	19,641,700	19,641,700
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）・任意事業費	13,461,000	13,461,000	13,461,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	14,271,000	14,271,000	14,271,000
計（地域支援事業費）	47,543,000	47,373,700	47,373,700

2 第9期事介護保険料基準額の推計

(単位：円)

	第9期			
	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額(A)	3,336,563,817	1,126,305,275	1,111,856,460	1,098,402,082
介護給付費・予防給付費	3,027,410,000	1,020,483,000	1,008,889,000	998,038,000
特定入所者介護サービス費等給付額	208,278,588	71,293,063	69,372,485	67,613,040
高額介護サービス費等給付額	91,073,028	31,171,902	30,335,202	29,565,924
高額医療合算介護サービス費等給付額	7,311,145	2,504,110	2,431,341	2,375,694
算定対象審査支払手数料	2,491,056	853,200	828,432	809,424
地域支援事業費(B)	142,290,400	47,543,000	47,373,700	47,373,700
標準給付費＋地域支援事業費合計見込額(A＋B)	3,478,854,217	1,173,848,275	1,159,230,160	1,145,775,782

標準給付費＋地域支援事業費

3,478,854,217 円

23%

第1号被保険者負担分相当額

800,136,470 円

第1号被保険者負担分相当額	800,136,470 円
＋) 調整交付金相当額	169,782,911 円
－) 調整交付金見込額	409,772,000 円
－) 準備基金取崩額	15,000,000 円
－) 保険者機能強化推進交付金等	12,000,000 円

保険料収納必要額 533,147,381 円

保険料収納必要額

533,147,381 円

保険料収納必要額	533,147,381 円
÷) 予定保険料収納率	97.19%
÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数	7,256 人
÷) 12 か月	

=

標準月額：6,300 円

※準備基金取崩額による影響額(177 円)

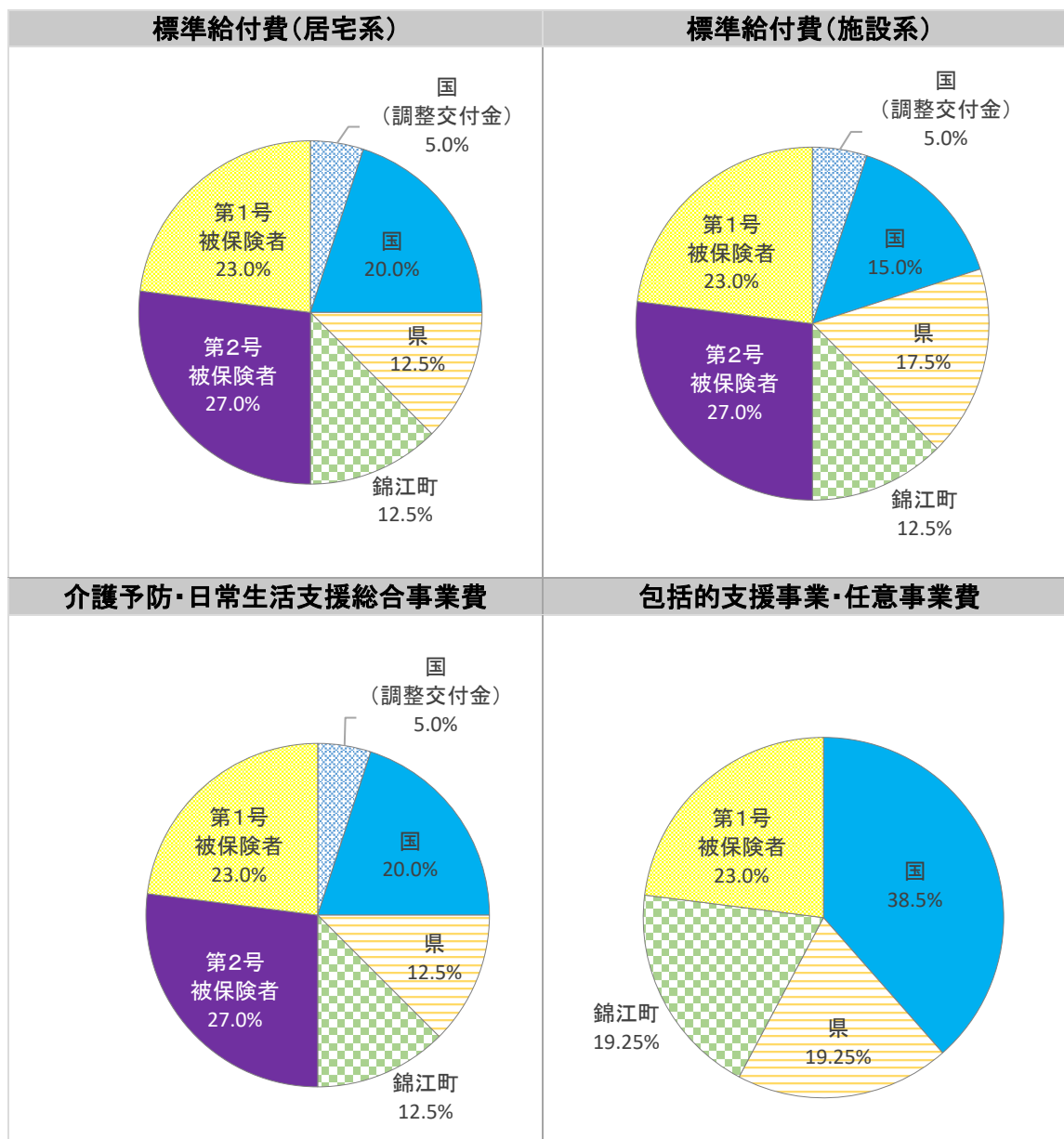
※第8期標準月額6,300 円

3 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の介護保険料月額について所得段階区分、保険料負担割合等の見直しが行われ、第9期では以下の通り13の所得段階区分により設定します。また、保険料軽減強化策に基づく公費投入（国1/2、県1/4、町1/4）により、低所得者層に配慮した設定を行います。（下線は保険料軽減策に基づくもの）

区分	対象者	負担割合	介護保険料 (月額)
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で、世帯非課税の者及び世帯全員が町民税非課税で前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	0.455 ↓ <u>0.285</u>	2,866 円 ↓ <u>1,795 円</u>
第2段階	世帯全員が町民税非課税で前年の課税年金収入額＋合計所得金額が120万円以下の者	0.685 ↓ <u>0.485</u>	4,315 円 ↓ <u>3,055 円</u>
第3段階	世帯全員が町民税非課税で上記以外の者	0.69 ↓ <u>0.685</u>	4,347 円 ↓ <u>4,315 円</u>
第4段階	世帯課税で本人が町民税非課税の者で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	0.90	5,670 円
第5段階	【基準額】 世帯課税で本人が町民税非課税の者で、上記以外の者	1.00	6,300 円
第6段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の者	1.20	7,560 円
第7段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の者	1.30	8,190 円
第8段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の者	1.50	9,450 円
第9段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の者	1.70	10,710 円
第10段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の者	1.90	11,970 円
第11段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の者	2.10	13,230 円
第12段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の者	2.30	14,490 円
第13段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の者	2.40	15,120 円

4 財源構成



第6章 計画の推進と進行管理

1 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調査を行うなど現状把握に努めます。

2 推進体制の整備

高齢者福祉施策を推進するにあたり、計画が確実に達成できるよう、各事業担当課を中心に社会福祉法人や民間団体等の事業者・医療機関と協力し事業運営・サービス提供の効率化に努めます。

また、高齢者保健福祉事業及び介護保険事業を所管する部署が中心となり、高齢者の生活の自立支援や介護予防など各種事業の展開を計画的・総合的に進めます。

3 住民参加の促進

ボランティア育成やボランティア活動への参加啓発、地域福祉推進の啓発活動等を促進し、住民と高齢者とのネットワーク形成を図り、計画に規定するサービス推進につながるよう努めるとともに、高齢者を社会全体で支え合う仕組みの確立を目指します。

4 計画の広報

本計画を推進するためには、町民の協力が不可欠であるため、計画の趣旨や内容を理解してもらえるよう、本計画を町ホームページや広報誌等に掲載し、広く周知を図るとともに、高齢者自らが元気でありつづけることへの意識づけを促します。

また、本計画の土台となる介護保険制度自体の理解を促すため、広報・周知に努めます。

資料編

1 錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会設置要綱

改正

令和3年3月19日告示第19号

錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会設置要綱

(目的)

第1条 この要綱は、錦江町における高齢者の福祉、介護等に係る各種サービスが継続的かつ包括的に提供されるよう調整し、高齢者福祉事業、介護保険事業の円滑な推進を図るために設置する錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会（以下「運営推進協議会」という。）の組織と運営に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(運営推進協議会の組織)

第2条 この運営推進協議会は15人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 地域における保健・医療・福祉関係者
- (2) 介護サービス及び介護予防サービス利用者または介護保険被保険者
- (3) 介護サービス及び介護予防サービス事業者
- (4) 町議会代表者
- (5) 学識経験者
- (6) 前各号に掲げる者のほか、その他町長が必要と認める者

3 委員の任期は3年とし、再任は妨げない。ただし、その職にあるため委員となった者の任期は、その在職期間とする。

4 前項の規定にかかわらず、委員が欠けた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(役員)

第3条 運営推進協議会に会長及び副会長各1名を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選とする。

3 会長は、運営推進協議会を代表し、会務を総理する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第4条 会長は運営推進協議会を招集し、会議の議長となる。

2 運営推進協議会は、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

- 3 議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。
(所掌事務)

第5条 運営推進協議会は次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 老人福祉計画及び介護保険事業計画の策定、見直し、進行管理に関すること。
- (2) 錦江町地域包括支援センター（以下「地域包括支援センター」という。）の設置に関する事項の承認に関すること。
- (3) 地域包括支援センターの運営に関すること。
- (4) 地域包括ケアに関すること。
- (5) 地域密着型サービスの指定に関すること。
- (6) 地域密着型サービスの指定基準及び介護報酬に関すること。
- (7) 地域密着型サービスの適正な運営の確保に関し、必要な事項
(意見の聴取)

第6条 会長は、必要があると認められるときは、関係者の出席を求め、その意見を聞くことができる。
(庶務)

第7条 運営推進協議会の庶務は、介護福祉課において処理する。
(補則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、運営推進協議会の運営に関し必要な事項は、会長が運営推進協議会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
(錦江町地域包括支援センター運営協議会設置要綱等の廃止)
- 2 次に掲げる要綱は廃止する。
 - (1) 錦江町地域包括支援センター運営協議会設置要綱（平成18年錦江町告示第18号）
 - (2) 錦江町地域密着型サービス運営委員会設置要綱（平成18年錦江町告示第19号）

附 則（令和3年3月19日告示第19号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会委員名簿

番号	氏 名	要 綱 第 2 条 の 区 分	備 考
1	迫 重 美	福祉関係者	民生委員会長
2	満 留 満 春	福祉関係者	シルバー人材センター理事
3	石 踊 紳 一 郎	介護事業者	社会福祉法人幸伸会 理事長
4	濱 畑 明 美	介護事業者	特別養護老人ホーム南松園 施設長
5	荒 武 正 史	介護事業者	有限会社ライフサポート代表取締役
6	西 田 卓 爾	医療関係者	肝属郡医師会立病院医師
7	神 田 光 一	医療関係者	神田歯科医院
8	川 越 俊 作	医療関係者	かわごえ薬局
9	小 吉 昭 弘	町議会代表	総務厚生常任委員会委員長
10	半 下 石 良 子	介護保険被保険者	民生委員副会長
11	中 村 貢	学識経験者	町代表監査委員
12	有 村 智 明	その他町長が必要と認める者	副町長

3 用語解説

あ行

●ICT

人と人がコンピューター技術を活用して通信をすること。

●アウトリーチ

支援が必要であるにもかかわらず届いていない人に対し、行政や支援機関等が積極的に働きかけて情報支援を届ける取組

●アセスメント

介護業務におけるアセスメントとは、介護過程の第一段階において、利用者の課題分析をするために、何を求めているのかを正しく知るために行われる評価や査定のこと。

●インセンティブ

個々の取組状況によって見返りを与える取組

●インフォーマル

近隣や地域社会、ボランティアなどが行う非公式的なもの。活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取組を行うもの。

●NPO（NPO法人）

非営利団体。営利活動を目的としない団体等を指す。

か行

●介護給付

要介護認定により要介護と判定された被保険者に対する保険給付。居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費についての保険給付が行われる。

●介護予防・日常生活支援総合事業

介護サービスの基盤強化のため地域支援事業の中に創設され、市町村の主体性を重視し、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、要支援者等に対して介護予防や生活支援サービス等を市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供できる事業。

●通いの場

高齢者をはじめとする地域住民が主体となり、介護予防やフレイル予防等を目的とした、月1回以上の多様な活動の場や機会のこと。

●ケアマネジメント

要介護者等に対し、個々の解決すべき課題や状態に即した介護サービスが適切かつ効果的

に提供されるよう、保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立すること。

●権利擁護

自らの意思を表示することが困難な知的障害者や認知症高齢者等に代わって、援助者等が代理としてその権利やニーズの獲得を行うこと。

さ行

●サロン

だれもが参加できる交流の場として、様々な世代の人たちが集まり、共同で企画を行い運営していく仲間づくり、居場所づくりをする場。

●社会福祉協議会

社会福祉法に基づく社会福祉法人の1つ。社会福祉協議会は、市区町村、都道府県及び中央（全国社会福祉協議会）の各段階に組織されている。一定の地域社会において住民が主体となり、社会福祉、保健衛生その他生活の改善向上に関連のある公私関係者の参加、協力を得て、地域の実情に応じ住民の福祉を増進することを目的とする民間組織。

具体的な活動内容は、それぞれの地域の実情、特殊性などにより広範多岐にわたる。その主なものは、生活福祉資金の貸付け、心配ごと相談、老人クラブの育成援助、こども会の育成援助、障害者援助、ボランティア活動の育成援助、共同募金への協力等。

●生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす人材。

●生活習慣病

がん、脳卒中、心臓病、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症など、食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が発症原因に関与していると考えられる疾患の総称。

●前期高齢者・後期高齢者

65歳以上の方のうち、特に75歳以上の方を指し、65歳から74歳の方を前期高齢者、75歳以上の方を後期高齢者という。

た行

●第1号被保険者

介護保険では、日本国内に住所を有する65歳以上の人。

●地域共生社会

公的な支援やサービスだけに頼るのではなく、地域の住民がともに支え合い課題を解決し

ていくこと。

地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。

●地域ケア会議

地域包括ケアシステムの実現に向け多職種協働で高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に図っていくための手法又は協議体。

●地域支援事業

高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態になった場合においても可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業。

●地域資源

地域住民を支えるための関係機関や専門職、あるいは地域のボランティア等、人的・物的な様々な資源。

●地域包括ケアシステム

高齢者や障害者等、何らかの支援を必要とする人が、身近な地域で生涯を安心して暮らしていけるよう、保健・医療・福祉・介護等の社会資源やマンパワー（人材活力）を広く活用し、支援を要する人を地域社会全体で支える仕組み。

●地域密着型サービス

高齢者が、認知症や要介護状態になっても、できるだけ住み慣れた自宅や地域での生活が継続できるよう、高齢者の最も身近である市町村が、サービス事業者の指定や指導・監督を行う。原則として、指定した市町村の住民のみがサービスを利用できる。

●調整交付金

介護保険財政において、第1号被保険者のうち75歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生ずる保険料基準額の格差調整のために国より交付されるもの。

な行

●日常生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で、安心していつまでも暮らせるよう、人口・生活区域・生活形態・地域活動等を考慮して市町村が設定する区域をいう。中学校区を基本単位として、概ね30分以内に必要なサービスが提供される区域で設定している。

●認知症カフェ

認知症の方やその家族、地域住民、専門職等の誰もが気軽に参加でき、お互いの悩みや体験を話し合う交流の場。

●認知症ケアパス

認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みであり、認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となる。

●認知症サポーター

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として日常生活の中での支援をする人のこと。何かを特別に行うというものではなく、友人や家族にその知識を伝え、隣人として、あるいは商店街、交通機関等、まちで働く人として活動を行う。

は行

●PDCAサイクル

プロジェクトの実行に際し、計画を立案し（Plan）、実行し（Do）、その評価（Check）に基づいて改善（Act）を行う、という行程を継続的に繰り返す仕組みのこと。

●フレイル

高齢者の健康状態と要介護状態の間にある「虚弱状態」のこと。身体機能の低下（フィジカルフレイル）、口腔機能の低下（オーラルフレイル）、認知・心理障害（コグニティブフレイル）、社会的孤立（ソーシャルフレイル）といった様々な要素を含む多面的な概念であり、この状態が長く続くと、要介護や寝たきりのリスクが高まる。

●保険者機能強化推進交付金

自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を支援する交付金。

●ボランティア

社会を良くするために、無償性、善意性、自発性に基づいて技術援助、労力提供などを行う人をいう。

ま行

●見える化システム

身都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。

介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供される。

●民生委員

「民生委員法」に基づき各市町村に置かれる民間奉仕者で、都道府県知事又は指定都市・

中核市の市長の推薦により厚生労働大臣が委嘱する。保護を要する人への適切な保護指導や福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力するなどを職務としており、「児童福祉法」による児童委員を兼務する。

や行

●有料老人ホーム

食事提供などの日常生活上必要なサービスを提供する高齢者向けの賃貸住宅。

●要介護者

身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、6か月継続して、常時介護を要すると見込まれる状態。介護保険制度において、要介護1～5に相当し、介護給付の対象となる。

●要支援者

要介護状態とは認められないが、要介護状態となる可能性があり、身支度や家事など日常生活に支援が必要な状態のこと。介護保険制度において、要支援1～2に相当し、予防給付の対象となる。

●予防給付

要介護認定により要支援と判定された被保険者に対する保険給付。介護給付と比べると、訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護（デイサービス）、施設サービス、一部の地域密着型サービスなどが給付対象にならない点で異なる。

ら行

●老人福祉法

老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、高齢者に対して、その心身の健康保持や生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とした法律。

錦江町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画

発行年月 令和6年3月

編集・発行 錦江町介護福祉課

〒893-2392 鹿児島県肝属郡錦江町城元963番地

電話番号：0994-22-3042

<https://www.town.kinko.lg.jp/>

